

# 醫師如何看待醫院的企業化經營管理趨勢

丁志音

CHIH-YIN, LEW-TING

國立臺灣大學公共衛生學系，台北市仁愛路一段一號

College of Public Health, National Taiwan University, No.1, Jen-Ai Road, 1st Sec, Taipei, Taiwan.

E-mail: chihyin@ha.mc.ntu.edu.tw

管理之應用於醫院及其他醫療機構已成一種世界趨勢，台灣也不例外。本研究試圖探索1702名醫師對此一趨勢的態度及批判。研究資料來自於一項對全省執業西醫師的郵寄問卷調查。以質性方法對其中之698名醫師的書面意見分析後發現：(1) 經濟誘因，如效率、成本效益、善用資源及提昇服務品質等，是對企業化經營管理予以正面評價之醫師最關注之處，(2) 商業化、缺乏人性及情感、專業自主權的喪失、以及醫病關係之惡化乃持負面價值之醫師最詬病之處，(3) 不過，另有一些持肯定看法的醫師提出兩類論點，一為譴責大型企業與政府；另一類則恰好相反，對此趨勢抱著悲觀的、宿命的看法，認為此趨勢只不過反映了大環境的變遷罷了，是「無法避免」的。本研究結果顯示，在企業化經營管理之策略下，醫師之調適不佳。進一步探索衛生專業人員對管理的反應，將有助於在目前的健康照護環境中造就正向的文化與互動關係。(中華衛誌 1999；18(2)：152-166)

關鍵字：管理、醫師、專業性、商業化、醫病關係。

## How do physicians regard managerial intervention in hospitals?

The application of management interventions in hospitals and other health care settings is a worldwide phenomenon, and Taiwan is no exception. This study explored 1702 physicians' perceptions of and criticism towards current managerial strategies in hospitals in Taiwan. Data for the analysis came from a nation-wide mail survey of active physicians. Qualitative analysis of the comments from 698 out of 1702 physicians revealed that: (1) economic appeal -- efficiency and cost-benefit in the use of resources and therefore improving quality of care -- is the highest concern among physicians who held a positive stance towards managerial intervention, (2) commercialization, lack of humanitarianism and compassion, erosion of professional autonomy, and deterioration of the physician-patient relationship were adverse effects which were of great concern to physicians who held a negative stance toward managerial intervention, (3) among a subgroup that professed pro-management attitudes, two types of comments were disclosed: one radically condemned the large corporations and the government, and the other, somewhat fatalistic and pessimistic in tone, considered that managerial intervention in health care reflects a global trend of social change and is thus "inevitable." The results of this study indicate that most physicians are not well adjusted to the corporatized health care system. Further exploration of the health professionals' responses to a corporate managerial techniques is instructive to construct a positive culture and improve worksite interaction in current health care community. (*Chin J Public Health. (Taipei): 1999;18(2):152-166*)

**Key words:** Managerial interventions, physicians, professionalism, commercialization, patient-physician relationship.

## 前言

基於「私人組織較具創造性與效率」這樣一種假設，管理模式已滲入社會的每一個部門，包括醫療照護體系[1]。不過，醫療照護體系崇尚管理的意識型態(管理主義，managerialism)，已於近年來受到嚴厲的質疑與批判[1,2]。管理及一些健康照護革新措施的主要目的是為了控制醫療費用，以有效利用醫療資源。尤其面對當今競爭激烈的醫療市場，「管理」的必要與效用被視為理所當然，但其對醫學本質、醫師專業、以及醫療照護過程中各類參與者之間關係的影響，卻有待審慎的觀察與思考。

若論及來源，管理其實與本世紀來健康照護體系漸漸朝著「逐利」的方向發展有密切的關係。特別是自1980年代以來，美國的學者與醫界開始頻頻以企業(business)[3,4]或企業般(businesslike)[5]、金錢化(monetarization)[6]、商業化(commercialization)或商業醫學(commercial medicine)[7]、及商品化(commodification)[8]來形容醫療照護體系。這些概念充滿濃厚的牟利色彩，健康照護服務的提供早已被視為一種企業，其目的為經濟效應。

而健康照護的企業化或公司化(corporatization)，則特別是指大型的營利事業公司滲入原先由自主性專業人員及非營利機構所主控的事業。醫療資源因此集中於大型財團或企業手上，形成所謂的「醫療工業複合體」(medical-industrial complex)[9]。這些大型財團及企業對醫療資源的走向及控制在此不多做討論，我們所關心的是這些企業的另一項特色：擁有尖端的電腦管理系統及訓練有素的管理人才。他們將這套法寶帶進其所經營的醫療工業中[10]，從經濟及利潤的著眼點，充分掌握了醫療的程序與步調，加強對醫師的內部控制(internal controls)。而在這過程當中，無可避免地對醫師專業及醫療過程造成干預及改變[11,12]。

醫療照護邁向公司化之後，醫師專業的

走向成為頗受爭議的議題。一時之間，學者們對未來醫師專業的發展紛紛提出各類的假設。看法較悲觀的，以去專業化(deprofessionalization)[13]、無產階級化(proletarianization)[14]來描述此一現象。嚴厲的挑戰了長久來一直在學術界被奉為主流的專業優勢(professional dominance)說[15]，認為醫師所具有的傳統專業特質(如自主性、獨佔性、權威性)逐漸式微[3,16]，而引發學術界的爭辯[17-19]。而且更對醫病關係的惡化展開檢討[20-22]。

醫療照護的公司化雖崛起於美國，但已是世界性的趨勢，幾乎無任何國家可免除[15]，台灣也不例外。例如近幾年來連鎖醫院的興起、醫院的結盟、醫師薪資朝向論量計酬及獎勵金制度、醫務(院)管理相關民間組織的成立等，皆反映此種趨勢的存在。隨著公司化腳步的加快，企業化的經營及管理也愈來愈成為一個情緒性的議題。累積的相關文獻經常僅止於理論性甚至批判性的論述，卻少有實證性的探討及分析。由於目前正在執業的醫師在此一歷史洪流中成為首當其衝的一群，本文擬由他們的現身說法，瞭解其眼中的「企業化經營管理」究竟影響為何？因何而來？它將帶著整個體系及其中的成員往何處去？藉著對醫師們意見的剖析，希望事件中的所有成員能對此一現象有所省思。

## 研究方法

### 一、研究對象

本研究資料來自一項對全國執業醫師的調查。於84年初以「中華民國醫師公會全國聯合會」之會員名冊為母群體，經系統抽樣(3取1)以郵寄問卷對全省7010位70歲以下(含70歲)公私立醫院診所執業醫師進行調查。經一次追蹤後，去除填答不完全者，最後得有效問卷1702份，佔原樣本之24.3%。

### 二、研究變項

本研究之主要變項為醫師對目前醫院走向企業化之經營管理趨勢的感覺。原題為「您

投稿日期：87年02月16日

接受日期：88年03月16日

對於目前醫院走向企業化之經營管理趨勢感覺如何？」除了以非常贊同～非常不贊同之5分 Likert 量表測量醫師之態度外，同時收集質性資料，亦即要求其說明理由。在1702名醫師中，有1668人填答此題，而其中有694人(41.7%)並敘述其個人觀點(即提供質性資料)。此外，未表示贊同程度的34名醫師中，亦有13位醫師提出書面看法。

### 三、資料分析

除了將醫師對上述題目的看法以次數分配描述之外，本研究的資料分析重點乃694名醫師的文字陳述。主要是循著一個歸納的過程，將所有的文字敘述於反覆閱讀解析後，由概念而至主題(theme)予以譯碼(coding)及分類(categorizing)。此一分析的最終目的在於以「概念」及「主題」來呈現這群醫師對一個現象的反應，但不深究不同反應背後的個人特質與其他因素。

### 結 果

本研究所包含的1702名醫師絕大多數為男性(92.7%)；年齡由27至70歲，平均年齡為43.5歲。就執業型態而言，在醫院服務者(57.3%)多於開業醫(41.1%)，其餘則擔任專職行政工作。執業地區別則以院轄市居多(34.3%)，鎮(12.0%)及鄉(14.1%)者則較低(見表一)。

醫師們對企業化經營管理之趨勢持負面看法者(即回答不太贊同、不贊同、及非常不贊同者，共佔54.1%)比持正面看法者(表示非常贊同及贊同者，共43.9%)之比率為高，餘下的2.0%則未指出贊同之程度(見表一)。就提出書面評論而言，持強烈態度(非常贊同及非常不贊同)者提出書面意見之比率較高，尤其以「非常不贊同」者為然(61.0%提出書面意見)。

接下來則為本研究之重點一質性資料之分析結果，摘錄之意見後括弧內的數字表示類似概念或內容所出現之次數。而符號「/」則用以區分不同人所提出的相似意見。研究結果分為五個部份，除了闡述全然正面或負

面兩類的看法之外，並包含另兩類特殊而微妙的反應：肯定中的不滿及告誡、以及被動的接受。第五部份則呈現醫師對企業化經營管理的詮釋，最終則加以歸納總結並以圖一呈現之。

### 一、正面的評價

在747位持正向看法的醫師當中，有251位提出書面的意見。在這些意見當中，幾乎完全肯定「企業化經營管理」之價值者約為三分之二，其涵蓋的層面可大致歸納如下：

表一 樣本醫師之特質

	n	%
性別		
男	1578	92.7
女	124	7.3
年齡		
<35	372	21.9
35-44	688	39.2
45-54	361	21.2
55-70	285	16.7
執業型態		
醫院醫師	976	57.3
私人診所	699	41.1
其他/不詳	27	1.6
執業行政區		
院轄市	584	34.3
省轄市	371	21.8
縣轄市	294	17.3
鎮	205	12.0
鄉	240	14.1
專長科別		
內科系(內、家醫、小兒、眼、精神)	1037	60.9
外科系(外、婦、耳鼻喉)	636	37.4
未答	29	1.7
企業化管理		
非常贊同	101	5.9
贊同	646	38.0
不太贊同	542	31.8
不贊同	221	13.0
非常不贊同	158	9.3
未答	34	2.0

### (一) 提高效率、效益與品質

在提出的意見中，有半數是由減少醫療資源之浪費、提昇效率及提高服務品質的角度出發，其中尤以「效率」一詞最廣被提及(92)。下列陳述可看出有些醫師對效率的崇尚：

- 「管理是效率之始(但不應完全商業取向)」
- 「醫療非商業，但有效率是必須的」
- 「大醫院需企業化的管理，否則太亂及無效率」

有些則特別將箭頭指向公立醫療院所，以強調效率的重要性：

- 「不能步公立醫院的後塵／公立醫院的無效率與官僚，只適合共產社會」
- 「效率是舉世追求的，看看A醫院及公立醫院的不長進即知」
- 「企業化之經營管理較有效率，醫療服務品質較有可能提高，到B醫院求診患者幾乎都說B醫院好，到省立醫院的患者則很少說好(常找不到醫護人員)」

也有些醫師二話不說，僅以簡短的「效率高」、「有效率」、「提高效率」點出企業化經營管理之效果。

效率一詞最常與以下兩個其實是同義的層面關連在一起：減少浪費及節約成本。前者特別指人力、物力及資源的浪費：

- 「有效利用人力物力資源／可避免醫療資源的浪費」
- 「資源有限應有效管理／社會資源公平分配」

而後者除成本之外，成本會計、支出(開支)等亦常被提及：

- 「有效的管理企業化，但不失去人性，應使醫院作業更有效率，成本更低」
- 「降低成本，專業管理，提升分工精神及工作效率」
- 「合理的控制成本會計及有效的管理，以發揮最大的醫療效益」
- 「(1)醫療成本合理計算，社會資源公平分配  
(2)杜絕浪費」
- 「醫院管理是科學化、專業性、企業化，

而應考慮成本會計」

有些醫師則強調最終的成效，包括醫療或服務品質、利潤或利益、以及其他非經濟面的回報。不少醫師將成本、資源等和提昇或改善服務品質關連在一起，似乎意味著控制了成本便必定導向服務品質的提昇，而有效率也自然而然地保障了服務品質：

- 「改善對病人之服務，降低成本，減少浪費」
- 「講求成本與效率能提高服務病患品質」
- 「企業化管理可以降低成本，又不會影響品質」
- 「增加效率，且提高醫療品質，減低醫護人員負擔」

不過，某些醫師所關懷的顯然是自己能直接受益的經濟回報，而提出「利潤」、「盈餘」與「收入」等字眼，如：

- 「減少浪費，相對的增加盈餘，增加醫院福利」
- 「品質提昇，醫師收入增加，較能開源節流」
- 「減少醫療浪費，提高工作效率，增加醫護人員的收入」
- 「合理待遇、合法利潤、整體規劃、成本會計」

### (二) 保障醫師權益

除了上述增加收入之外，一些醫師認為企業化管理能為醫師帶來其他正面的影響，如「公平性」：

- 「醫師間不同科別的合理薪酬慢慢自動出現」
- 「可反映個人工作努力成果／減少不同工同酬的不公平現象」
- 「年輕醫師不用背負固有權威包袱，佣金弊病，想出頭就有機會」

如此一來，甚至可因而「杜絕紅包惡習」。除此之外，還有其他非金錢性的酬報：

- 「醫師能僅做醫療工作，不必擔心其他」
- 「有較多時間從事其他方面之研究進修休閒」





## 二、負面的評價

有921名醫師對企業化管理持負面看法，其中有426人(46.3%)提出書面的意見。絕大多數的意見圍繞在兩個概念上：缺乏人性化及商業化，而以此二概念為基礎，還延伸出對醫病關係、醫師專業性及整個醫療走向的評論。

### (一) 醫療本質與人文的式微

在所有醫師當中，有102位的意見中出現「人性」的字眼，而有19位強調「情」(人情、情感、溫情)的重要。簡短的陳述如「非人性化」、「失去人性化」、「缺乏人情味」等是最廣被提出的意見；強烈的措辭如「泯滅人性」；而帶著期許的如：

「病『人』不是商品，病『人』需要關懷與認同，不然可以設計電腦來診治70-80%以上的病，但不是病『人』。企業化是好，但是請別忘了把『人性』一起設計及考慮在內」

基本上，醫師們認為，醫療本身就有人性化的本質：

「醫療是一種人性化的服務業 / 醫學是一種藝術，非常人性化，不宜過度企業化」  
「失去醫學人性及人情味，呆板制度化」

而下列描述多少可窺見人性化之意涵：

「醫學須人性化、個別化及藝術化，到底人不是機器，不但要治療生理還要治療心理」  
「易趨向於治療一個器官或一種病，而非照顧一個有血有肉的人」  
「病是有價的，而人是無價的」

而企業化管理將會「失去人性化的特質，多了冷漠的成分」，是「以物化的制度來管理高度人性化的事業」。有一位醫師描繪得更微妙：「缺乏『情』之交通」。其結果是「病人不能得到人性化的照顧」。

另有許多醫師特別強調效率、利益與人性面之難以兼顧：

「雖可提高效率及業績，但較不顧及人性面」  
「利潤追求導向，人性、醫德消失 / 只注

重營利，欠缺人文的關懷及醫療上的尊重」

「醫療對象是人非物品，企業化就是商業化，必須加強人性教育。而商業化不可能人性化」

「企業化管理是趨勢，但如何換回失去的人性化是各界應努力的方向」

### (二) 追求經濟利益

與「商」及「利」有關的字眼充斥於反對企業化管理的敘述中。其中有86名提到「商業化」，有72位提到「利潤／利益／利」，相關的描述還包括：「賺錢」(42)、「營利」(25)、「業績／營業收入／收入／盈餘」(24)，「物品／貨品」(24)，以及「商品」(19)。

基本上，醫師們認為商業化與前述的人性化相互抵觸，論及商業化的醫師多會提及人性化的喪失，如

「重商業化少人性化／利益取向，缺乏人性考量」  
「醫院企業化就太商業化了，太沒感情了」  
「企業經營皆以賺錢為目的，較缺乏人性方面的考量」  
「企業化經營重視會計成本的計算，忽略了人本因素」  
「只注重營利，欠缺人文的關懷及醫療上的尊重」

除了商業化之外，醫師們亦以「追求利潤」、「生意化」、「營利導向」、「功利主義」、「追求盈餘」、「以賺錢為目的」來描述企業化管理的趨勢。

有些醫師對企業化管理表示極端之嫌惡：

「道義放兩旁，把利字擺中間」  
「唯利是圖」  
「行醫致富是非常不道德的事」

甚至「視錢如命」、「只顧個人賺錢，而不顧病人死活」、「死要錢，不要臉」等，顯然對此已至深惡痛絕之地步。

如果說人性化是醫療之本質，那麼商業化顯然有違醫療的本質。因此有以下的批判：



「醫療非商業／醫療非企業，乃服務業，並非以賺錢為目的」  
「過度商業的企業化將使醫院喪失非營利事業的本質／利益為先，有失醫療基本精神／企業經營以利潤至上，與醫療的本質相抵觸」  
「不能以單純的量化來評估所謂的醫療」  
「違背了醫術即仁術之基本觀念」

誠如一位醫師質疑：「醫學是藝術，有企業化的藝術嗎？」。而另一位醫師則剖析得更透徹：「醫療行為本身不只講求效率與成本一利益的商業行為，而且有太多不確定性與未知，無法用品管來衡量。」

當贊同企業化經營管理的醫師們認為會因此提昇醫療品質時，持反對意見的醫師卻認為會降低品質：

「醫療商業化為了業績及利益，浪費醫療資源，多看病人醫療品質下降」  
「Profit 走向絕對會降低醫療品質」  
「醫院是服務社會，如走向企業化就會惡性競爭，服務品質就會降低」  
「重量不重質→品質低落→惡性循環」  
「只知賺錢，把醫療人員當成搖錢樹，當然醫療品質會退步」  
「醫療工作企業化經營，會造成不必要浪費，且沒有溫情之醫療品質」

對同一現象醫師們有如此極端相異的預測及看法，值得再細究。

非人性化及商業化乃醫師對企業化管理最詬病之處。人性化及商業化究竟意味著什麼？會導致何種惡果呢？以下是根據醫師們的意見所歸納出來的論點。

### (三) 貶抑醫師專業

在醫師們對企業化管理的負面評價中，醫師所面臨的處境恐怕是最令醫師們扼腕之處。參與本研究的醫師從醫學專業性的不同層面，以各類的隱喻、象徵來描述這個趨勢的本質及其對醫師所造成的影響。

#### 1. 自主性

當企業化管理被多數醫師詮釋為商業化、利字掛帥、為了盈餘而注重業績、要求量的增加而非質的提昇時，首當其衝的

便是專業「自主性」的面臨威脅：

「缺乏醫師診治病患的自主性，常常為企業經營者無知的剝奪而以業績掛帥」  
「財團壟斷，醫師失去自主性」  
「醫師被企業控制，自主性低」

而在「外行領導內行」的情況之下，醫師成為企業或財團「賺錢的工具」，不再有權力決定醫療的內容與過程。

#### 2. 權威性及社會地位

在企業化管理下，醫療專業遭逢嚴厲的考驗，醫師的執業特質亦面臨前所未有的改變，許多醫師因此以各種比喻來描繪這樣的處境。最常見的是「賺錢工具/機器」及「搖錢樹」，此二者最常用以指涉在企業化管理下醫師與財團或企業經營者之間的關係。此外，「修理物品 (指病人) 的工具」、「看病的機器」則隱含著其專業性 (尤其是自主權) 的受到打擊。而「高級勞工」、「工人」、「企業勞工」、「受薪階級」、「公務員」、「作業員」等，更是指醫師地位的淪落。一位醫師有如下的描述：「醫師變成穿白袍的藍領階級，失去自由業的特性」。

醫師亦從病患的角度來看待此一現象，例如：

「喚不回病人對醫師的尊重」  
「使病人看不起醫師」  
「民眾將認為當醫師最主要的目的是賺錢」

#### 3. 倫理、醫德、醫格

「醫德被忽視」、「太商業化有損醫格」、「企業管理不是以醫療倫理為基礎」、「醫學倫理崩滅」、「醫德低下」等皆是醫師所發出的慨嘆。一位醫師進一步指出：「醫療關係並非如商品般可論斤量，品質議價，而需道德及倫理在內」。

#### (四) 醫病關係及醫療品質的惡化

企業化管理將會對醫病關係造成負面的影響。首先，一些醫師指出：

「醫病關係並非買賣關係」  
「醫病關係不像做生意那樣單純」

企業化管理將「破壞傳統的醫病關係」，使得醫病間的關係「冷漠」、「淡薄」、「疏離」、「不

和諧」、「情感惡化」、「僵硬」、「契約化」等。尤其是醫療商業化之下，「會犧牲高成本，低回饋的醫療」。一位醫師特別針對此提出其看法：

「(1)對難治療的病例或住院較久的病人或拒收或 push 出院，(2)做太多無謂的檢查及治療，(3)易趨向於治療一個器官或一種病而非照顧一個有血有肉的人」

許多醫師有類似的看法，例如對病患或病症處理的差別待遇：

「只選擇易治療者，不易治療者則將其丟給他人」

「重症或利潤不高的病患將會受拒絕」

「過度重視成本會計，可能使一些疾病受到延誤診斷或影響醫療品質」

以及醫療資源的濫用與過度仰賴科技：

「醫院會為業績作不必要的治療或檢查」

「導致不必要的醫療大量增加，而吃力不討好的工作沒人想做」

「動輒檢驗、檢查，漠視昔日基本物理診斷，太依賴實驗室檢查」

如此一來，醫師們認為會「犧牲病人權益」、「從生意經著手，受害的是病人」、「病人無辜受害」，而「醫療品質」之「惡質化」、「低劣」可知而知。

### 三、肯定中的不滿及告誡

在對企業化管理趨勢持正面看法的醫師當中，約有13%(30餘位)雖表贊同，但也同時指出應防範企業化管理所可能帶來之惡。其中常被提及的也正是持負面評價的醫師們所詬病者：

「企業化管理可增加醫院的競爭力，但醫院應給醫療人員(尤其醫師)適當進修機會」

有一位醫師指出企業管理的四大優點後特別強調：

「以上有但書！經營管理權不得僭越醫療權」

另一位醫師也在贊同(因為有效率)之餘，提

出以下前提：

「(1)不可為了節省成本而使用品質較差之藥品，(2)不可為了節省成本而讓醫師照顧太多病人，影響品質及醫師之進修，(3)經營者不可把自己本身之利潤定太高而剝削員工，以及(4)不可像B醫院形成「醫閥」妨礙正常醫療的發展。」

「缺少人性化」是多數醫師在贊同醫院走向企業管理之餘最普遍的顧慮。提高效率及缺乏人性常被相提並論，隱含效率及人性之不可並存。所謂：

「可以提高效率、減少人力、物力及設備的浪費，但總覺得不是那麼人性化」

「雖然少了人性化，但多了效率化」

「成本會計一定要算計，但醫學是種藝術，變化多端，還需有人性化才好」

和人性化同樣被關注的是商業化：

「管理是效率之始，但不應完全商業取向」

「提高效率，but medical service 不等於 business」

「企業化管理應為手段，現已變成目的」

一位醫師更進一步指出：

「企業化管理是求工作效率的提昇，本無可厚非，但若為賺錢目的，而剝削專才，或設計病費檢驗項目，以增加收入就不好，不過也無可奈何。」

字裡行間中，醫師們特別表現出對公營醫療照護機構的不以為然，而對於私人企業則有褒有貶。對公立醫療院所的批評已於前提及，然而在贊同醫院走向企業化管理之餘，卻也有醫師提出「需有政府設立『非企業化』之專責醫院」的看法。其他還包括：

「政府應加強公立醫院的督導以節約醫療資源」

「公立醫院較為合適[指企業化經營管理]，私營多生弊端」

以上多出自贊同企業化經營管理的醫師所作的批評。相對的，不贊同企業化經營管理者則以大型企業為攻訐的對象：

「大欺小／托拉斯強行攻佔市場」



「失去自由市場競爭而成托拉斯集團，結果大魚吃小魚，小診所被消滅，病患無好處」

「壟斷資源形成派閥，唯利是圖(功利主義)」

「破壞整個醫療大環境而忘記本身為何作醫師，特別是新開的財團醫院，而其醫師為幫兇了」

「企業化不可避免，但政策(如勞保、全民健保)太偏財團，忽視基層(醫師)才是禍源」

在諸如此類的論調中，大型企業被醫師貼上「醫閥」的標籤，而罪魁禍首則為政府，連醫師本身也被描述成助長其勢者。

#### 四、被動的接受

另外有些醫師(約有60位)雖然非常贊同或贊同醫院走向企業化管理，但是卻是以較消極、被動的眼光來看此一現象。他們以「時勢所趨」、「世界潮流」、「因應社會大環境」、「無法抵擋」、「不能抗拒」、「無法選擇」、「不得不做」甚至「無可奈何」來表示其必然性。極端感慨者如：

「弱肉強食本來就是自然界生存的定規，應當泰然處之」

「無奈，自由業的死亡」

某些醫師指出企業化的管理乃在維持醫療院所的存續：

「為了醫院的生存／為了醫院生存只好贊同，但不喜歡」

「醫院必須自給自足」

「route for survival／適者生存」

另外一些則以「群體導向」為主要考量：

「醫技日新月異，個人經營管理漸漸應付不下」

「獨自一人太辛苦／單打獨鬥的時代已經過去」

「只好贊同，因為可以分擔風險，利益均分／以整體力量對抗外界之變化」

有些則超越此種以己身為導向的宿命論調而將視野擺在「大環境」上頭，如：

「工業社會及風氣之轉向」

「社會的多元化與現代化為必須的趨勢，猶如大型超市 V.S. 小商店」

「物化的傾向並非單醫界如此，而是目前社會的趨勢」

「台灣社會發展至今，似乎儼然成為大怪物，不僅是醫界，各行各業似乎充斥著道義放兩旁，把利字擺中間」

政策的批判如：「既已視為消費行為(消保法)，why not？」則道出對醫療行為及醫病關係定義上的變遷所發出的無奈。

#### 五、對企業化經營管理的詮釋

雖然原題中並未定義「企業化經營管理」，也未要求醫師對此予以解釋，然而在表達個人看法時，許多醫師在文字中以一些較抽象的概念描繪了這個現象的特質。有些簡短而直接，有些則不經意而間接；有些著重整體的形貌，有些則針對特定的角色與關係。

首先，我們將呈現醫師用以詮釋企業化管理及其相關現象所用的隱喻(metaphor)。醫師除了對自身描述時使用隱喻之外，亦對病患、醫院、及整個醫療體系予以特有的描述。

對企業化管理之詮釋及所發展的相關概念當然也可分為正面及負面二類。在負面的描述中，最基本也最廣被聯想的是「商」的概念。將整個企業化管理趨勢描繪為「商業化」、「商品化」、甚至「生意化」、「買賣交易」等。有的則以「財團化」來形容特殊集團的運作現象，而以「功利化」或「功利主義」來強調企業管理的終極目標。

商品、物品是最常用的隱喻：「人為人，人非商品」、「太商品化」、「人被當作商品」、「人非物品」、「視病患為產品」。而如果醫師和病患為貨品或商品，醫院則被形容為「罐頭工廠」、「販賣商品的場所」、「累積金錢的機構」。一位醫師的描述是：「醫院像工廠，病人像輸送帶上的產品」。

與「商」相呼應的則是「人性」及「情」的概念。當企業化管理會導致人性之缺乏及情味



之淡薄時，便產生了「機械化」、「物質化」、「物化」、「俗世化」的描述。而對於企業化管理以業績作為效率的衡量標準時，則以「數位化」、「量化」來表示。

相對的，對企業化管理予以正面的評價時，「效率」便成為中心概念。因此「效率化」、「制度化」、「公平化」、「組織化」、「團隊化」、「理性化」、「科學化」、「系統化」、「專業化」、「合理經營」、「管理集中化」是醫師們對此所發出的贊同之詞。

除了描繪之外，有些醫師則著眼於「釐清」管理的概念。例如：

「不贊成醫療本質商業化，但贊成醫院行政業務企業化」

「醫院企業管理贊同，但商業化不贊同」

「管理的意義在於資源的有效利用，而非單純的求取自我利潤，只要掌握這樣的原則，經營管理的作法是值得鼓勵推薦的」

「管理企業與醫學事業可互補，而不一定矛盾衝突」

「對所謂的企業化的意義不明，現今是保險左右醫療而非醫療系統自主」

無論是直接的描述或間接的指涉，醫師們對企業化經營管理予以多樣的辭彙並賦予豐富的意涵，反映出相當程度的知覺 (perception) 上差異，可謂本研究質性分析過程中超乎原先分析架構的「產物」。

## 六、總結

綜合以上的描述，我們可將這些質性資料所涵蓋的概念及主題整合後以圖一呈現之。圖的中間以數十個對比的概念烘托出「企業化經營管理」之意涵。在其周圍則以不同的主題呈現主要論點，在每個主題之下則擷取醫師陳述的語句中與之相關的概念以闡釋該主題。若對正反評價兩方主題進一步檢視，可發現其間的對比甚至對立性：「產生經濟效益」相對於「追求經濟利益」、「提昇醫療品質」相對於「改變醫療本質／品質下降」、「保障專業人員權益／形象」相對於「貶抑醫師專業性」。另兩群則為看法正向但言辭卻有保留

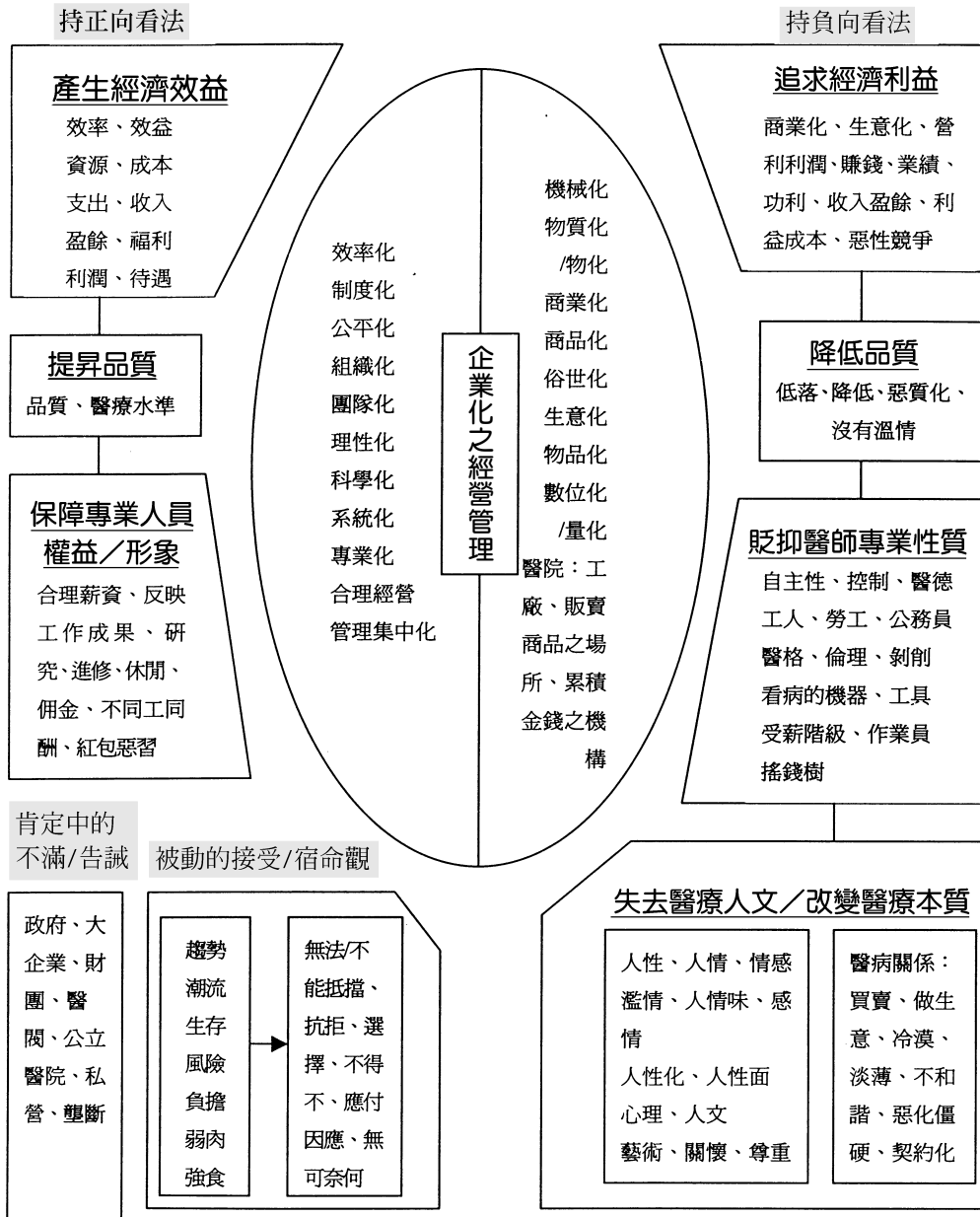
者。從對具體的現象及事件的指證、舉例、描繪、比擬至對「企業化經營管理」之抽象性思考，從對微觀現象的關懷而至對宏觀、醫學以外變遷的觀察，這些來自於將近700名醫師之意見的語詞／概念、及主題勾勒出醫師們眼中的「企業化經營管理」究竟為何物(見圖一)。

## 討 論

從企業化經營管理的概念出發，本研究的醫師們所關注的層面相當廣泛，有的追溯根源探求原因，有的描述其本質與過程，而有的則強調其結果；有的著眼於自身處境，有的重視病人權益，有的則關心整個專業的走向；有的樂見管理帶來的績效，有的則憂慮管理帶來的惡果。雖然單由量性的資料看來，對企業化經營管理持正反兩面看法之比例差異不大，但是表示贊同的醫師當中有不少是持著時勢所趨、無可奈何的觀點，有些則擔心連帶而來的副作用。因此綜合而言，本研究醫師們對企業化經營管理抱持著較負面的反應。此可反映在其所使用的語詞、字眼、及概念上。以下將針對醫師的適應、醫療商業化、醫學本質之改變、醫師專業性的式微、以及未來處境等五方面進行討論。

### 一、新醫療文化與適應

公司化時代的來臨，不但造成各專業組成份子間關係的轉變及醫療過程的標準化，也帶來信念與價值的轉變，形成所謂新的企業文化或公司文化氣息 (corporate ethos) [23]。這樣的衝擊，將促使身處其中的成員必須面對另一個社會化或涵化 (acculturation) 的過程，以逐漸適應。從這被動的觀點出發，可看出本研究的醫師們似乎尚未全然適應於新的文化中(起碼心理上是如此)。有些人無法全盤接受、有些從根本上加以排斥，有些則抱著聽天由命的態度，悲觀的意味處處可見。無怪乎近來有些學者用 Kubler-Ross 著名的哀慟模式 (grieving model) 中的五階段 [24]，來描述醫師們在醫療照護體系革新的



圖一 對企業化經營管理的正面及負面評價：語詞／概念、詮釋及主題(theme)

衝擊下，面臨種種損失(loss)後所產生的心理反應：先是否認(denial)，而後憤怒(anger)、然後是協商(bargaining)、進入沮喪(depression)，最後能漸漸接受(acceptance) [25]。以上各階段之情緒或心理反應，似乎皆出現於本研究醫師的書面回應中。

而在美國，某些學者為了瞭解醫師們處

於新醫療環境中的心聲，特別對非學術性的雜文及論述進行分析 [11]。結果發現醫師們的士氣低落，對行醫失去了原先的熱情(passion)與承諾(commitment)。不僅感受到權力、薪資、控制(control)等方面已不如往昔，更對醫學使命(mission)的轉變感到失望——由傳統對個人及社區的服務轉而對消費者

行銷醫療科技及產品。總之，醫學快要成了一個少有酬報 (reward) (非僅指收入而言) 的行業 [11]。如此的景象也相當符合本研究醫師的整體觀感。

不過近年來，學者已開始正視醫師們處於新的管理文化下的感覺、想法及調適。除了由傳統上研究組織行為的「滿足感」著手 [26,27]，進行實證的觀察之外，並相當強調應重視他們的知覺及感受 [28]，加強其與管理人員的對話，且能進行相關的教育訓練，以祛除醫師心中的疑慮 [29]。

## 二、商的氣息及利的導向

以概念或詞語出現的次數來說，醫師專業或醫療過程中沾染濃厚的「商」的氣息乃醫師們最關注之處。而就用詞及語氣而言，也是最令他們嫌惡之處。學者認為醫學的商業化泛指以下現象：醫師之間競爭加劇與專業性的沒落、將健康照護視為商品病人視為消費者，以及醫病關係的去個人化 (depersonalization) [21]。上述的現象無一不被本研究中的醫師所提及，且特別對逐「利」(利潤、利益、功利、盈餘、生意、錢) 的趨勢甚不以為然。

相反的，當蔑視企業化經營管理的醫師對「利」字嗤之以鼻時，持另一立場的醫師所強調的則是「成本」、是「效」益及「效率」而非「利」益；而就算提到直接取得的利潤時，也會特別加上「合理」(待遇)、「合法」(利潤) 等字眼，顯然使用的字眼不同，反映出不同當事者對「利」為何物有不同的解釋。

商品 (化) 則是另一個類似且常被提及的名詞。在馬克斯學者眼中，醫療照護原本屬小型家庭式工業 (cottage-type industry)，由小資產階級 (petty-bourgeois) 的醫師所生產，而後逐漸轉而成為大型資本產業所生產的商品。簡而言之，醫療照護和其他物品一樣，現在已成為進入市場待價而沽的東西 [8]。身為當事人的醫師們以「買賣交易」、「做生意」發抒其對當今醫療照護的觀感，雖然與多數學者的詮釋相呼應，但也反應出這些醫師對所從事之行業在認同上的薄弱。

有些學者們認為，醫師們貶抑健康照護

的商品化及批判其對醫療專業的威脅，多少是他們對逐漸喪失的經濟優勢及社會地位所發出的反擊。其實商品化現象同時會帶來正面或負面的效果，如果醫師們愈來愈將健康照護視為經濟商品，那麼他們也會將消費者做決定的權利視為理所當然，重視他們的需求及需要，如此一來便可削弱專業化中較受人物議的家長政治及精英主義；反之，商品化的最大危機是醫師們會愈來愈將自己視為經商者，而不是專業的成員，無須受制於傳統專業倫理的規範。如此將使醫療專業所崇尚的利他精神式微，久而久之病人將改變對醫師的觀感，讓醫師的「形象」受損，而病家對醫方原有的信任也將不再 [20]。果真如此則商品化的代價實在太大。

雖然學界 [21,30] 與醫界 [31,32] 對醫療照護的商業化愈來愈感到憂心忡忡，不過也有人認為即便是企業也有其非營利的目標，而醫院就算再怎麼樣的「如企業般」 (businesslike)，也不至於離譜到罔顧社會大眾對它的信賴。相反的，若真的將醫院比擬為企業，或追求醫院的企業化，則應重新思考究竟「企業般」的定義為何 [5]。

## 三、醫療的人性本質、利益、與效率

伴隨著對商及利的鄙視的則為對醫學人文失落的慨嘆。「人性」、「情」等詞語是次於「商」及「利」等最常被提及的概念，也是持正反兩面醫師最不願見到之惡果。多數醫師對醫學中的人性或情的層面並無更確切的指涉，僅給予一個概括性的、含混的描述 (如：非人性化、失去人性化、缺乏人情味)，因此很難確切瞭解所謂人性化所指為何，失去人性化指的又是個什麼樣的景象。不過有一些醫師特別將以下概念關聯至人性化 (或非人性化) 一詞：「個別化」、「藝術化」、「機器」、「呆板制度化」、「不但…生理還要…心理」、「器官及病」(相對於「人」)。

的確，相對於對商業化的嚴厲批判，「人性化」則是近來醫界及學術界對重歸醫學本質的最強烈呼籲 [33-35]。醫療照護的去人性化及去個人化主要導源於對醫療科技的過度依賴，使醫病間以傾聽、對話、觸摸、觀察 (所



有肢體及非肢體溝通)等方式進行的互動愈來愈少。另一個因素則為醫療照護的專科化,此一趨勢讓病患接受到愈來愈分割及片段化的診療及照護(看器官、看部位、看病而非看人)。再加上照護機構的大型化、制度化、官僚化,使得病患遠離較熟悉的社區環境,則更無可避免地讓醫療照護遠離人性的本質[21]。而造成本研究醫師所感受到的「冷漠」、「淡薄」、「疏離」、「不和諧」、「僵硬」及「契約化」的醫病互動。

不過,相對於人性之失落,「效率」是醫師們給予企業化經營管理的最大期許及正面評價。效率最常與成本、資源相提並論,次為與品質關聯在一起。效率也常伴隨著競爭力、利潤等出現。因此,有些人著重「量」的層面,有些人則著重「質」的層面(雖然有些醫師特別強調「效率非利潤」)。綜合來說,醫師們所謂的效率應指品質及利益並重,有意思的是,多數的醫師除了深信人性化與商業化或利益取向之間有潛在的衝突之外,還認為人性化與效率乃不可兼得之事。類似的衝突究竟是本質上使然,抑或源於技術或人為上的疏失,還是醫師知覺上的偏差,的確有待進一步的探究。

#### 四、專業性的式微

醫師專業所獲取的物質與非物質酬報之中,最令人珍視的是這個專業的成員被賦予極大的執業自主性,這自主性最核心的部份來自於醫師對病患診療過程中所作的決定。如今醫病關係之所以不若以往,有相當大的原因是因臨床決定多少須受制於未參與醫病間直接互動的第三團體。本研究醫師認為自主性之受到威脅是在公司化影響之下個人與整個專業最大的損失。他們自諷為勞工(工人)、機器,甚至工具、搖錢樹,極盡憤慨與無奈之寫照,鮮明的反映出當事者的知覺與心境,也頗能符合「無產階級化」以及「去專業化」的描述。

不過有些學者認為,以無產階級化如此激進的概念形容醫師專業性之凋零,在實証上有嫌薄弱,而應該用較中立的態度去詮釋公司化,不要一昧地將這類的組織視為具有潛在的剝削性[36]。此外,公司化和無產階級化不可混為一談,醫師的自主性在公司化

下的確被剝奪了,但並非蕩然無存,作為一個專業的核心自主權 - 即臨床與技術自主權 -- 仍操之於醫師手上[36-38]。更何況自主權的削弱並不等於也不必然走向無產階級化。最明顯的是,無論是來自學者的比喻或醫師自喻,藍領階級一詞絕無法涵蓋醫師在思想及行為舉止上的特質[17]。

近年來用以控制費用、提升醫療品質的設計—臨床指引(clinical guidelines),也引發學者及醫界本身對專業自主權的再深思。類似以「實證醫學」(evidence-based medicine)為基礎的臨床指引,真的能達到倡導者所宣稱的目的嗎?亦或是藉著標準化及品質之名用以控制醫師的策略呢[2]?實證醫學的真正價值近來備受爭議,尤其對醫師專業自主性特別是臨床自主性的被剝奪,更被質疑[38,39]。Freidson[40]認為專業性與時下健康照護體系改革的兩項組織建構有本質上的衝突,即市場(markets)與科層(bureaucracies),這些其實也是本研究的醫師用他們的語言一再強調的事實。情況的確令人沮喪,不但主導不了醫病間的互動,連自己的專業特質都無法掌握。

不過,值得注意的是,本文的醫師對專業性衰頹的反應,其實包括對「自身處境」的強調,以及由團體出發,著重「專業處境」二者。Mechanic[41]相當重視二者間的區分,他認為在討論醫師地位及專業特質變遷時,不該將專業成員的醫師和醫學視為一體,而應該將個人主觀經驗與反應和醫學在社會、文化體系中扮演的角色區分開來。從文化的層面而言,醫學(尤指西方生物醫學)在民眾心目中的重要性及其對醫學的依賴性仍繼續存在。而在社會的層面,醫學在社會的位階及其所具有的知識方面的優勢其實並未消弭。

#### 結 論

治病診療的過程已由傳統的醫病雙邊關係,快速擴張涉及醫病二者以上的多邊關係[31],醫師在此多元複雜的醫療環境中,不得不面臨所謂分割的忠誠(divided allegiance)[42]與倫理上的不確定[4,43]。來自於西方學術界與醫界的觀察,顯示出以往只受國家約



束的醫師專業，如今所面臨的是多方制衡的力量，財團、消費者、婦女運動者、政府…紛至沓來，難免令專業成員感到焦慮與迷惑[41]，身陷於極端尷尬的處境中。以下這位醫師的話也許可以作為一個歸納：

「社會地位下降、受尊重度下降、淪為企業家的奴隸及醫德的衝突(企業化往往與人性化衝突)。但又感覺到大醫院須企業化的管理，否則太亂及無效率，悲哉！」

當醫界呼籲社會各界應營造一個較佳的醫療環境時[44]，學者們則鼓勵管理階層藉著對醫師的教育與對話以消除醫師在知覺上的偏差[28]。不過，對任何一位醫師而言，既然新世紀中醫療照護體系的多邊關係比醫學本身更具不確定性，也許應回歸到傳統的醫病雙邊關係，堅定或重建民眾對醫師的信賴(trust)[22]—「只要醫師能保有民眾的尊重與誠心，他們將有強大的影響力去包容外來的制衡力量。」[41]。

最後，本文所要重申的是，本研究藉著1702名執業西醫師的意見及陳述，試圖以質性的、由被研究者角度為出發點的主位(emic)觀點來檢視醫學內部的專業成員對「醫院走向企業化經營管理」的看法。本文的主要目的在於整合並呈現這些專業成員的反應，它不代表一個特殊時空中醫師專業的集體心聲，且本文亦未進一步探討在此專業內各次群體(不同執業型態、年齡世代、地區別甚至性別)間的差異。本研究在施測時並未對醫師解釋何謂「企業化的經營管理」，亦未在本文中釐清此一概念並加以討論，但是醫師們對這個名詞顯然做了多方的聯想，有著紛歧的回應與延伸。不過，無論是由象徵性的隱喻或由用詞的語意分析，本文的醫師對企業化的經營管理是抱著抗拒的心態。台灣的醫療照護體系需有更多的觀察與反省，希望未來能有不一樣的研究視野與方法對此作更精緻的分析。

## 誌 謝

由衷感謝醫師們的參與及建議，更感謝

助理賴淑寬、吳靜雯、楊依依、及林睿芝在鍵入書面資料時的耐心與辛勞。本研究承蒙國科會補助(計畫編號 NSC83-0301-H002-133 及 NSC84-0301-002-031)，亦一併致謝。

## 參考資料

1. Goodrick E, Meindl JR, Flood AB. Business as usual: the adoption of managerial ideology by U.S. hospitals. *Res in the Sociology of Health Care* 1997;**14**:27-50.
2. Waitzkin H. Is our work dangerous? Should it be? *J Health Soc Beh* 1998;**39**:7-17.
3. Salmon JW, White W, Feinglass. The future of physicians: agency and autonomy reconsidered. *Theor Med* 1990;**11**:261-74.
4. Agich GJ. Medicine as business and profession. *Theor Med* 1990;**11**:311-24.
5. Shore MF, Levinson H. On business and medicine. *N Engl J Med* 1985;**313**:319-21.
6. Ginzberg E. The monetarization of medical care. *N Engl J Med* 1984;**310**:1162-65.
7. Relman AS. Practicing medicine in the new business climate. *N Engl J Med* 1987;**316**:1150-1.
8. Caplan RL. The commodification of American health care. *Soc Sci Med* 1989;**28**:1139-48.
9. Relman AS. The new medical-industrial complex. *The N Eng J Med* 1980;**303**:963-70.
10. Feinglass J, Salmon JW. Corporatization of medicine: the use of medical management information systems to increase the clinical productivity. *Int J Health Serv* 1990; **20**:233-52.
11. Stoeckle JD. Reflections on modern doctoring. *Milbank Q* 1988;**66** (Suppl 2):76-91.
12. Salmon JW. Profit and health care: trends in corporatization and proprietization. *Int J of Health Serv* 1985;**15**:395-418.

13. Haug MR. Deprofessionalization: an alternative hypothesis for the future. *Soc Rev Monograph* 1973;**20**:195-211.
14. McKinlay JB, Arches J. Toward the proletarianization of physicians. *Int J Health Serv* 1985;**15**:161-95.
15. Freidson E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
16. McKinlay JB, Stoeckle JD. Corporatization and the social transformation of doctoring. *Int J Health Serv* 1988;**18**:191-205.
17. Navarro V. Professional dominance or proletarianization? neither. *Milbank Q* 1988;**66**(Suppl 2):57-75.
18. Hafferty FW. Theories at the crossroads: a discussion of evolving views on medicine as a profession. *Milbank Q* 1988; **66** (Suppl 2):202-25.
19. Light D, Levine S. The changing character of the medical profession: a theoretical overview. *Milbank Q* 1988;**66**(Suppl 2):10-32.
20. Blumenthal D. Effects of market reforms on doctors and their patients. *Health Affair* 1996;**15**:170-84.
21. Dougherty CJ. The cost of commercial medicine. *Theor Med* 1990;**11**:275-86.
22. Mechanic D. Changing medical organization and the erosion of trust. *Milbank Q* 1996;**34**:171-89.
23. Editorials. A perspective on corporatization. *Am Fam Phys* 1985;**32**:87-8.
24. Kubler-Ross E. The languages of the dying patients. *Humanitas* 1974;**10**:5-8.
25. Daugird A, Spencer D. Physician reactions to the health care revolution: a grief model approach. *Arch Fam Med* 1996;**5**:497-500.
26. Baker LC, Cantor JC. Physician satisfaction under managed care. *Health Affair* 1993; **12**(Suppl):258-70.
27. Steven F, Diederiks J, Philipsen H. Physician satisfaction, professional characteristics and behavior formalization in hospitals. *Soc Sci Med* 1992;**35**:295-303.
28. Deckard GJ. Physician responses to a managed environment: a perceptual paradox. *Health Care Manage Rev* 1995; **20**:40-6.
29. Hensel WA, Dickey NW. Teaching professionalism: passing the torch. *Academic Med* 1998;**73**:865-70.
30. 江東亮、丁志音：醫療商業化—不可避免的趨勢？*台灣醫界* 1996;**39**:49-50。
31. Engelhardt HT, rie MA. Morality for the medical-industrial complex-A code of ethics for the mass marketing of health care. *N Engl J Med* 1988;**319**:1086-9.
32. 陳宗獻：醫療商業化？—再論醫業倫理。*台灣醫界* 1996;**39**:807-8。
33. Churchill LR. "Damaged humanity": the call for a patient-centered medical ethic in the managed care era. *Theor Med* 1997;**18**:113-26.
34. Feinstein AR. Art, science, and the doctor-patient relationship. *Annals New York Academy of Sciences* 1994;**729**:19-21.
35. Scott RA, Aiken LH, Mechanic D, Moravcsik J. Organizational aspects of caring. *Milbank Q* 1995;**73**:77-95.
36. Roemer MI. Proletarianization of physicians or organization of health services? *Int J Health Serv* 1986;**16**:469-71.
37. 周雯雯：專業自主權與工作滿足感—以四所醫學中心的醫師為例。台北：國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1995。
38. Rappolt SG. Clinical guidelines and the fate of medical autonomy in Ontario. *Soc Sci Med* 1997;**44**:977-87.



39. Marone JA. The health care bureaucracy: small changes, big consequences. *J Health Politics Policy and Law* 1993;**18**:723-39.
40. Freidson E. The centrality of professionalism to health care. *Jurimetrics Journal* 1990;**30**:431-44.
41. Mechanic D. Sources of countervailing power in medicine. *J Health Polit Polic* 1991;**16**:485-98.
42. Siegler M. The progression of medicine: from physician paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony. *Arch Intern Med* 1985;**145**:713-5.
43. Justin RG. Cost containment forces physicians into ethical and quality of care compromises. *Theor Med* 1989;**10**:231-8.
44. Hershey CO, McAloon MH, Bertram DA. The new medical practice environment: internists' view of the future. *Arch Intern Med* 1989;**149**:1735-45.