

**The Change and Development of Taiwan's
Medical Environment from the Perspective of
Hospital Management**

**從管理主義的角度看台灣醫療環境之變革
與發展**

Chien-Chou Hou. Ph.D.

侯建州

摘要

本研究針對 10 位受訪者進行深度訪談，其中醫院高階主管 4 位、社會工作部門主管 6 位。研究發現臺灣醫療環境之變革與發展之內涵有全民健康保險制度增強嚴格給付暨管理機制、醫院評鑑下醫院間市場競爭效應、醫院走向企業經營管理模式、醫院管理採用管理主義運作使得衛生醫療環境之醫院服務有質變等現象。故本研究建議簡化評鑑形式主義、拉近醫院管理理念與醫療專業主體的立場、引導不同屬性醫院發揮不同且適切的社會功能。

關鍵詞：衛生醫療環境、管理主義、醫院社會服務、服務網絡

The change and Development of Taiwan's Medical Environment from the Perspective of Hospital Management

Abstract

This study conducted in-depth interview on ten subjects, including 4 high-rank directors in hospital and 6 directors of social service department. According to findings of this study, (1) strict payment and management of national health insurance system; (2) market competition effect among hospitals in hospital evaluation; (3) managerial model of corporate operation of hospital; (4) hospital management adopts managerialism and thus hospital service of health care and medical environment shows qualitative change. Thus, suggestions of this study are below (1) to simplifies formalism of evaluation; (2) to reduce the gap between business management concept of hospital and professional medical subjects; (3) to result in different kind of hospitals to perform their social functions.

Key Words: health care and medical environment, managerialism, social service of hospital, service network

壹、前言

管理主義 (Managerialism) 具有世界性影響的力量 (Aoki, & Tay, 2015; Hvenmark, 2016)，其起源可以追溯至第二次世界大戰後，許多國家急遽地增加政府公共支出，英國甚至發展到「福利國家」的階段，然而 1973 年石油危機爆發後，經濟成長率遽降、失業與社會問題增加，再加上人口老化與 1980 至 1990 年代的經濟動盪，又因著政治上英國柴契爾主義 (Thatcherism) 思維下，福利國家已從其盛世中漸漸逝去 (Johnson, 1990)；整體而言，在英國柴契爾首相與美國雷根總統執政的年代裡，受到新自由主義的意識型態 (neo-liberal ideology) 影響而有了所謂的新管理主義的政策作為 (Ayers, 2014; Davies, 2003)。

管理主義的思潮與效應，自 1970、1980 年代以降，其成本角度、效率思維、市場機制、競爭原則等影響著各個領域 (Firth, 2002; Nickson, 2014)；內涵包含管理主義對於政府組織配置、服務輸送、公私協力，以及民間組織對於管理主義的回應與實踐策略等。臺灣的衛生醫療環境也不例外，自實施全民健康保險以來，近年陸續實施按病例計酬、出院準備服務、醫院經營管理能力 (柯秀錦、白玉珠、曲憫敏, 2005; 鄭守夏、陳啓禎, 2014; 蔡紋苓、戴玉慈、李豫芸, 2002)；而「診斷關聯群」 (diagnostic-related groups, DRGs) 制度與新制醫院評鑑對於臺灣當前衛生醫療領域有著重要的影響 (侯建州, 2015; 廖惠華、李偉強、張偉斌、魏秀美, 2014; 鄭守夏、陳啓禎, 2014)。此外，由於醫療服務市場競爭增強，醫院日漸關注病患的來源，而服務目標上也與社區有更多聯繫與緊密合作 (鄭守夏、陳啓禎, 2014; Howe, Hyer, Mellor, Lindeman, & Luptak, 2001; Mizrahi, & Abramson, 2000)，於是，臺灣以往被認為屬於獨立系統的醫院 (鄭守夏、陳啓禎, 2014)，也逐漸網絡化、社區化 (侯建州, 2015)。

衛生醫療環境受到管理主義之影響，對於醫院社會服務而言具有意義的，因為當前醫療及科技進步下，管理主義大幅且劇烈的改變影響著衛生醫療輸送與醫院專業人員之服務，因為相對發生著控制衛生醫療成本的上漲、避免住院天數的增加等有關效應，於是形成更快的衛生醫療步調與更有成本意識的文化。再者，在醫院的社會服務上，臨床社會工作者面對複雜多變的醫院，不但發生著認同問題，亦需處理情緒性強烈的、潛在性耗竭的個案，再加上醫院社會工作者需要在更短的時間內完成工作 (Berger, Cayner, Jensen, Mizrahi, Scesny, & Trachtenberg, 1996; Gregorian, 2005)，因此醫院社會服務的主要工作者—醫務社會工作人員—基於服務角色上熟悉病人的心理暨社會狀態與立場，故探討衛生醫療環境改變議題，應同時有醫院管理層級與醫院社會服務角度。綜上，本研究目的欲以醫院的經營管理立場、就醫病人角度來探討當前衛生醫療環境受管理主義之改變與影響。

貳、文獻回顧

根據管理主義的定義，本研究認為管理主義、新管理主義、新公共管理、後科層典範 (Post-Bureaucratic Paradigm)、企業型政府 (Entrepreneurial Government) 等，被認為均指涉相似內涵 (黃源協, 2014; Clarke, & Newman, 1997; Clarke, 1998; Deem, & Brehony, 2005;)，故管理主義與新管理主義為互通概念。

管理主義，乃一種意識型態與一套思維，其精神與信仰上認同市場機制及市場運作的社會功能，支持企業精神的作為、排斥政府採用科層體制來管制服務輸送；再者，管理主義重視效率、經濟與品質等價值，且採用大量管理技術與計算架構於服務輸送；實務上，管理主義之效應有契約委外、重視參與、強調績效管理、顧客導向、成本管控、

彈性調整等現象（侯建州、黃源協，2012；Ayers, 2014；Chevannes, 2002；Clarke, 1998；Deem, & Brehony, 2005；Nickson, 2014；Tsui, & Cheung, 2004）。是故，不論管理主義的形成因素或影響現象為何，以上管理主義的價值與效應已存在於衛生醫療政策、醫療服務、醫院管理當中。

管理主義發展初期係以公部門為主，後來效應發生於公私部門之網絡合作，甚至是民間組織對於管理主義之回應或實施（Hvenmark, 2016）。在實務上，管理主義已經在世界各國造成公部門的重構（restructuring）現象，此現象在法律、會計、衛生服務領域等專業組織造成影響；對於衛生醫療環境而言，已因「病患需求」、「更高階的技術」與「政治上的能見度」之渴望而導致重構及變化（Anessi-Pessina, & Cantu, 2006；Ayers, 2014；Mueller, Harvey, & Howorth, 2003）。

管理主義下所產生的財務限制政策，在美國導致了原有的階層制度運作結構受到破壞，形成過程導向方案管理系統之管理式照護方案（Globerman, White, Mullings, & Davies, 2003），其所產生的壓力，在健康照顧的給付與預算危機等造成醫療院所縮減開支、再造、重構（Berger, Cayner, Jensen, Mizrahi, Scesny, & Trachtenberg, 1996；Gregorian, 2005；Mizrahi, & Berger, 2001）。

在管理主義對於醫療環境所造成的重構，可以包含兩大影響內涵。第一，管理主義造成重構下的分散化與市場化現象，以英國的歷史觀之，保守黨政府有系統地嘗試將全民健康服務（National Health Service, NHS）改變成企業管理與成本意識的分散化模式，衛生醫療的供給者也由政府控制轉變為對內部市場衛生醫療服務之購買（Arrowsmith, & Sisson, 2002；Mueller, Harvey, & Howorth, 2003）。

第二，管理主義的重構影響下，有著引入私部門管理原則與技術之效應，如英國執政者如柴契爾、梅傑、布萊爾等對於國民健康服務以「意識型態的新公共管理」來進行財務紀律等管理，如新工作實務與較佳治理，並搭配稽查、等級系統與名次表等方法，來進行具原則、更嚴格的資源使用規範與更明確可測量的績效標準（Arrowsmith, & Sisson, 2002；Harrison, 1999）。

參、研究方法

一、研究取向與研究方法

質化研究取向的目的不在推論，而是欲探索深度、抽象的經驗之意義，本期盼透過質化研究取向得以梳理複雜問題樣貌與社會現象之關聯，以概念性論釋現象（潘淑滿，2003；簡春安、鄒平儀，2016）。因管理主義對於衛生醫療環境之影響樣貌頗為複雜，故本研究採取質化研究之分析取向為之。

二、研究對象

本研究的研究對象選取上，主要以「豐富資訊個案」（information-rich case）及「深度取樣」（intensity sampling）為取樣原則（簡春安、鄒平儀，2016；Berg, 2007），以建構、描繪研究目的所欲探討的現象。又因為研究目的期待蒐集醫院經營管理立場與就醫病人角度，因此本研究一方面訪談醫院高階主管，另一方面訪談醫院社會服務部單位主管。本研究實際進行資料分析之受訪者有：（1）醫院高階主管：3位副院長、1位一級主管（代號 H1、H2、H3、H4）；（2）社會工作部門主管：6位

社會工作部門主任（代號 S1、S2、S3、S4、S5、S6），共計 10 位受訪者，詳見表 1。

三、研究工具

對質化研究取向而言，研究者本身就是最佳的研究工具；研究者曾經具有醫院社會服務之從業經驗、醫務社會工作專業組織參與經驗、社會工作專業組織管理經驗，因此對於研究主題多有涉略，研究優勢上包含醫院社會服務專業的文化脈絡熟悉度、醫院環境與動力的敏感度與對管理主義概念的掌握度等，對於進入研究場域與研究資料分析與對話熟悉，有助於研究進行。此外，本研究重要的工具是依照研究目的、文獻重要概念與研究架構設計而成的半結構式訪談大綱。

肆、結果發現

本研究發現，受管理主義影響下的臺灣衛生醫療環境之現象，包含全民健康保險給付暨管制措施及對醫院在評鑑上之改變，乃至於在健康照顧中占有重要位置的醫療服務輸送之醫院等公私協力下的服務網絡，也因著管理主義的思維而有管理邏輯與運作，於是也造成衛生醫療環境本質的變化。

一、全民健康保險制度增加嚴格給付暨管理機制

臺灣的「全民健康保險」制度在 1995 年實施，其醫療服務質量與涵蓋度高，在 2002 年亦開始所謂的「總額支付制度」，開展了全民健康保險管理機制的時代，故 1995 年、2002 年兩個時間點將臺灣近代衛生醫療環境分成三個時期—全民健康保險尚未實施、全民健康保險豐富時期、全民健康保險緊縮時期。

在管理主義影響下，經濟壓力升高的情境下，全民健康保險進入所謂的緊縮時期；具體的是在 2002 年起全民健康保險實施的總額支付制度與住院診斷關聯群，將醫療環境推向嚴格給付暨管理機制的時代，而醫院因此被迫因應之。

「健保從 84 年開始，近年來的一些轉變比如說總額制，或者是接下來 DRG 這個部分，在這健保這個比較不同的階段，對醫院經營上的一個調整。健保已經超過、收支不能平衡了，不能平衡健保就使出非常多的包括調漲保費、包括它的一些管理策略出來的時候，不管是總額到 DRG 都一樣，就醫院你沒有辦法（不提出配套措施）。」（H1）

由於「全民健康保險緊縮時期—嚴格給付暨管理機制時代」的來臨，各醫院不得不採取管理主義的運作邏輯來維持營運效率與利潤維持，而對於醫療行為有所許管制。

二、醫院評鑑下醫院間市場競爭效應

管理主義的邏輯及假設之一，以評鑑制度之管制來確保服務品質。基本上，醫院評鑑會有助於醫療品質的提升，以及標準一致化的確保。

「評鑑是一個品質標準，這是沒有問題，這個應該這樣說啦，我要求的品質就是這個杯子要能夠光亮，你在這樣光亮的製作前提下怎麼樣管控最好的成本，達到這樣的品質標準。是...。健保也是，健保它用 DRG，就是一個

標準，做醫院人工關節多少多少，這是一個標準。」(H2)

「評鑑給臺灣的醫院有某種程度上的標準化。它是有作用的。...它會讓我們開始上以病友為中心。」(H4)

「臺灣的醫療的品質是在下降，...還好有醫院評鑑，硬把它擠上去，所以醫院評鑑讓醫院的水準提升，是對的；但是健保是讓醫院的水準下降。」(H3)

但是，醫院因為評鑑的效應，醫院開始採取管理措施以利於獲得較佳的評鑑結果，更造成了醫院間如同市場般的競爭，而此正為管理主義的影響效應之一。

「評鑑的時候它就規則裡面就寫你醫學中心、區域醫院、地區醫院就要有條件喔。所以醫學評鑑進來以後，醫療給付又不同，大家都開始競爭了！那原來是包含10家醫學中心，後來透過政治的力量又擴充成15家、19家，因為各方勢力在做...競逐嘛！」(S6)

再加上近年來健康照顧與醫療資源有限、全民健康保險給付採取了更嚴格的給付與管理機制，於是是否能獲得良好的醫院評鑑結果形成資源競爭下最重要的關鍵一因為評鑑等級愈高，全民健康保險補助額度愈高，此更加深了醫院間的市場競爭關係及管理主義。

「除了醫療院所愈來愈多之外，另外一個原因就是醫院都希望想要往更高的等級去發展，地區（醫院）要往區域（醫院），區域（醫院）要變成醫學中心，所以這正是形成一種競爭的一種趨勢。那在競爭的趨勢之下，第一醫院要能生存，第二怎麼樣醫院在這麼財務吃緊的狀況下，還能夠有好的服務，那勢必什麼東西會抬頭？那就會是管理的這個東西會進來！」(S5)

然而，依據H3受訪者的想法，其認為管理主義下的醫院評鑑，近年來意義與功能已經不是評量醫院服務好壞之用，而是一種醫院比較、較勁後，排除某些醫院給予較多給付的「劊子手」，若此，醫院評鑑邏輯已經扭曲了保障醫療品質的初衷。

「（中央健康保險署）說醫學中心要cut！全世界的評鑑，只有臺灣說健保局來要脅說你要cut！沒有這樣的啦！說醫學中心要砍，原來說19家要砍到12家，我說『不應該說預期要砍到幾家』，如果覺得說那過得太多了，可以把標準提高嘛！如果（評鑑）也都過，你也要認啦，這表示我們的品質都提升，評鑑的目的就是要讓品質提升啊，你不能說，可是因為排名你比較低，所以把你砍掉，這不叫評鑑啦！」(H3)

然而，無論如何，依現況而言，全民健康保險的嚴格給付暨管理機制搭配上醫院評鑑，確實已經深化了醫療領域的管理主義化。

三、醫院走向企業經營管理模式

臺灣的醫院走向管理主義的路線，除政府受管理主義影響下的回應策略外，另一特別現象是醫院發展端有其特有的歷史背景與文化脈絡，主要是管理主義實務作為被引入醫院經營管理之中；受訪者見解如下。

(一) 長庚紀念醫院之企業管理化衝擊公立醫院科層經營

1976年以降，台塑集團開始進入醫院的經營，成立「財團法人長庚紀念醫院」，之後有1,000床的林口長庚紀念醫院開幕，所以前後陸續有臺北、林口、基隆、高雄等院區，形成長庚醫療體系，於是開展了企業進入醫院的經營之先趨（陳武宗，2016）。

「我一直覺得在長庚（醫院）介入前跟長庚介入後是一個分水嶺。在長庚介入以前，能夠以家族的這種情況，能夠超過50床的幾乎不多啦，幾乎沒有啦！所以長庚醫院基本上，我說它是一個分水嶺—就開始企業投入它的資源，長庚完了國泰、新光，通通都一系列啊，好像說企業只要成功者，好像沒有不來辦醫療的，所以就是紛紛投入。」（H1）

長庚醫院以管理經營模式使得公立醫院的效率不足，醫師至上受到比較、挑戰。

「當時長庚（醫院）的投入就刺激到當時最大的臺大（醫院）—最標準是一個公醫嘛，真正就是很像衙門、科層、官府！所以長庚起來的時候（指醫院管理制度成功），老百姓會覺得人家為什麼可以這樣有效率？啊你這邊（指公立醫院）為什麼是這樣？所以我不見得選擇你這裡（指公立醫院），所以我是覺得長庚（發展）起來才使得我們醫界原來的龍頭（指臺大醫院）開始變嘛，那醫界的龍頭都變化的時候，底下的（指其他醫院）不能不變化啊。」（H1）

(二) 醫療院所紛紛仿效企業管理經營模式

台塑企業集團所經營的長庚紀念醫院，由於企業管理經營之下，採取顧客導向、成本考量、績效管理等管理主義邏輯的具體作為，所呈現的良好醫療市場競爭力，造就臺灣衛生醫療領域內各醫療院所，不論公私立，不管大中小，都紛紛朝向企業管理這種管理主義的趨勢運作邏輯來經營醫院。

「我覺得長庚（醫院）代表所有的企業去投入醫療這個東西，使得這裡面做了改變，重視顧客、重視市場、重視效率、重視成本、重視績效。你把這種台塑企業的東西搬進來，或者乃至國泰（醫院）、新光（醫院）它把企業的東西搬進來醫院裡面的時候，這樣形成就是好像一個市場啦，所以別人不得不這樣了啊，到最後連我們公立醫院，全部要跟著這樣變了啊。像臺大（醫院）在大概10年前○○院長開始，他也算是一個蠻有這個企業經營的想法的人，把他的很多的醫事主管送進了臺大（指臺灣大學）EMBA，所以...臺大（醫院）也是慢慢的改變了。」（H1）

除上述管理主義的顧客導向使得長庚紀念醫院等運用企業管理的醫院獲得社會大眾認同外，醫院經營上的財務成本也因企業經營管理手法而較為經濟而有明顯的優勢。

「經濟規模不夠大，它沒有margin，它會倒嘛，...，像長庚（醫院）它當然不會倒，它那規模那麼大，我們買九九折，它說不定七折就買（到）了，說不定做一個還賺ten percent，我們做一個還虧ten percent。」（S3）

「像那個長庚（醫院），它其實就是企業的那個經營邏輯，...，所以聽到就是說，就是在你藥師的旁邊，藥師包藥，然後我就計時，看你一個小時

包幾包藥？要分析你的那個（單位時間的）工作量。」（S6）

也由於對於經營與財務上的重視，經營績效不佳的主管也面臨淘汰的命運，因為整個醫療環境內醫院經營的思維，已經是有所共識—管理主義，因此注重管理與否已經不再與主管傾向有太大關聯了。

「...你說以前○○（指某國立醫學院附設醫院）那一票人（指高階主管）為什麼會被換掉？當然他們也是因為沒有趕上這一波績效，或是說因為績效不彰，所以就是說這樣，就被換了。」（S3）

「那醫生...他這樣子方式都會顯現在他的薪水上面，他的績效是會跟薪水是掛勾的。」（S4）

所以，醫療領域的管理主義影響，除了來自於社會趨勢所致，而無可否認的，長庚醫院體系的企業經營管理模式更是醫院經營管理主義化的火車頭，造成一片熱潮地跟隨。

四、醫院管理採用管理主義運作使得衛生醫療環境之醫院服務有質變之現象

在臺灣，管理主義進入衛生醫療領域後，除對應影響的醫院經營作為外，更包含純企業管理精神移植入醫院來運用的管理主義效應；包含從企業體進入醫院而所順理成章地運用管理主義（企業體植入型）；也有的是因為企業管理模式引入醫院造成風行而跟隨的眾家醫院（醫療體複製型）均受影響；最後，有些是因為領導者對於管理主義之主張與支持而施行的醫院（領導者主張型）。

（一）企業體植入型

不少企業集團所成立的醫院，由於其將企業管理的觀念與作為帶到醫院經營來施行，所以自然而然地，管理主義的思維與經營邏輯很早就進入醫院，等於管理主義思維是從其企業集團中其他企業體植入到醫院經營，而形成的組織文化；於是近年來全民健康保險財務受限、醫院財務緊縮的年代下興起的多種管理措施，對於企業集團成立的醫院而言，早已家常便飯、順理成章（這類型醫院包含：長庚醫院、國泰醫院、新光醫院及 S5 受訪者所服務之醫院等）；所以，企業集團所成立醫院運用管理主義是因為「企業管理主義文化植入醫院」之故。

「像你看長庚（醫院），對不對？它本來就是一個企業型態，所以它很早就實行管理主義，對不對？大家現說在財務很在乎的時候，其實對長庚（醫院）來講，他們都認為是很自然的事情。」（S5）

「那有的醫院本來它的邏輯就很清楚，它因為都企業進來了，像長庚（醫院），像那個○○（醫院名稱），它的邏輯就是企業的那個邏輯，所以它們（指管理主義與企業管理）是一致的。」（S6）

「...像我們（指企業集團所成立的醫院，即 S5 受訪者所服務的醫院）也是一個財團法人的機構，但是管理的這一群人並不是過去是醫院管理的人才，其實來擔任醫院的管理者不適合。所以，我們醫院（企業集團所成立的醫院），我不會很明顯感受到（管理主義的影響），（因為）當初我來到醫院的早期，就已經是一個管理主義很濃厚的醫院。」（S5）

(二) 醫療體複製型

許多私人醫院或私立醫學院附設醫院隨著社會趨勢，複製的企業管理型態醫院的作為，於是走入了管理主義的運作模式（如：H3 服務之醫院及 S6 受訪者所服務醫院等）；甚至有不少以往很有宗教使命的醫院，也引入企業型醫院的管理人才，施行企業管理模式，也因此一改過去宗教慈善的氛圍（包含：P 醫院等）；而公立醫院也不例外；可見相對較不管理主義取向的公立醫院與宗教型醫院，在一片管理主義影響醫院經營下，幾乎都走向此種複製邏輯，此屬於「醫院體系被影響而採取管理主義邏輯」的形式。

「我是醫師啦，由醫師來做這個醫務管理以前比較少，我在○○（醫院名稱）做醫務秘書、企劃處的主任，所以我對醫療管理的領域也我也有去受過訓化，能瞭解一些管理上的問題...。過去十年來，我們從○○醫院（指 H3 服務之醫院）過去的形態轉型，變成現在兩次評鑑都是醫學中心，當然評鑑有很多是需要注重管理方面。」（H3）

「像○○（私立醫學院附設醫院）跟○○（另一私立醫學院附設醫院）一樣，它是很傳統的，但是它經過...一個十幾年的變化，它就複製了...把○○（醫院名稱）一個...經營管理的人挖進來，把長庚（醫院）那一套東西複製進來，然後就...配合健保給付的方式，它就完全轉換，從一個非常傳統的一個醫院，就完全...就為了健保給付的那一套邏輯，量多、給付多，醫院有盈餘擴充，所謂管理主義！」（S6）

然而，S6 受訪者所服務的醫院，雖然也採用了管理主義，但是其原因與一般經營導向與財務考量的目的較為不同，也許因為其同時具有醫學院、大學體系，所以對於榮譽、頭銜的追求（成為醫學中心）遠大過於財務的考量（留住盈餘、減低成本），所以其以通過醫學中心醫院評鑑為唯一目標，於是醫院經營也會因此走向學習企業經營導向的醫院之模式。

「我熟悉的醫院（指 S6 所服務的醫院）的體制，就是評鑑的影響大於其他成本的算計...，如果評鑑要的它們一定會投資，評鑑不相關的它就...。○○（指 S6 所服務的醫院）為什麼要聘社工？因為它要通過醫學中心評鑑，不然它應該不會有社工部門，所以它的邏輯不是它要用前人的概念 bio-psycho-social，也不是基於經營理念，是為了評鑑。」（S6）

「所以，現在醫院裡面進來一個最多的就是醫管專家，醫管專家可能是...影響蠻大的那醫管的人就天天談品質、談成本，那你就跑不掉。」（S6）

宗教型醫院原則上以使命為出發，但是某些宗教型醫院的現況，早已改成以經營為導向、以成本為考量。

「那在我（當年）任職的○○（宗教型醫院名稱），那時候的氣氛...都是一個宗教，然後透過醫療傳播福音，它的理念這樣；但是如果你現在看這樣的○○（宗教型醫院名稱）跟○○（另一宗教醫院名稱），它們已經完全複製了企業經營那套東西了，企業經營那套東西。」（S6）

一般認為較為科層體制的公立醫院，較不會隨管理主義、企業經營模式而變動，但是顯然，有些醫院也已經前進跟隨。

「那○○（公立醫院名稱）那一群人（指高階主管），他們也不是從以前就這樣（注重管理主義）啊，對不對？也是一路改變過來的。」（S3）

（三）領導者主張型

關於領導者主張型，主要是因為醫院的創辦人、精神領袖、直屬高階主管等領導人，對於管理主義思維的認同，於是在醫院設立初期或是其剛上任，就大刀闊斧地、積極主動性地採管理主義精神與運作邏輯來經營醫院（這類型醫院包含：S2 服務之醫院、S1 服務之醫院等）；不論是公立醫院或私立醫學院附設醫院，都有此類型的醫院，此屬於「領導者認同並採取管理主義風格」的樣貌。以 S2 服務之醫院為例，其實 S2 服務之醫院是以前就有管理主義的基礎與傾向。

「剛開始有健保，健保就包山包海，只要你提出什麼，就就付什麼，...，那（S2 服務之醫院）也已經開始非常重視經營績效管理這些部分，我們醫院從非常小的醫院這樣變成那麼大，這些其實都非常重視（管理主義）。」（S2）

再加上現任董事長兼前任院長本身具有管理主義思維，所以從該院創辦的經營模式雖非企業集團來成立的醫院，但是由於領導者對於管理的認同，所以其所經營出來的組織文化與多年組織氛圍是管理主義導向的。

「我覺得最大的原因當然是跟我們的前任的院長，就是○○○董事長，他雖然是一個醫生，但是他就不是從醫生的角度去想，他就打算要好好的把這家醫院經營好，而且要讓它永續發展。我發覺我們醫院是比較走在前面一點點，因為這樣子管理的機制，也讓醫生在收入上他會有差異，就是不管健保重不重視顧客導向的參與，或者市場導向經營績效或管理的時候，我們那個時候就已經開始重視了。」（S2）

對於醫院施行管理主義，H2 認為，管理主義之運用並不來自於什麼因素，而是組織經營上本該採用如此作為，此可見 H2 服務之醫院的組織文化與管理主義關係密切。

「重視經營效率、績效管理、成本管理這都一定的，不然病人都沒死，醫院都死光光了，那也不行！做一個企業、一個醫院都一樣阿，...要讓你的資源能夠有效的使用，所以這個是一定要管的啦，...所有負責任的機構都一樣，你那個主事者在經營一個機構，不管你是什麼樣的機構，政府也是一樣阿，你也是要有效率、效能。」（H2）

以公立醫院來說，因為 S1 服務之醫院的所屬體系主管具有顧客導向的思維、以客為尊的概念，再加上其為民選首長（選票考量而有選民、使用者導向），又以及隨著社會趨勢民眾逐漸重視權益觀念，其對 S1 服務之醫院大刀闊斧地進行變革，一轉過去公立醫院僵化、科層的形象，所以公立醫院 T 整體逐漸展開管理主義的經營思維有其歷史脈絡。

「過去公家機關就像衙門，就是從這○○（黨）...就是那時候○○○（人名）上來做市長以後，有很大的震撼，他那時候也就開始強調顧客導向，所以有很多的醫院的硬體的設施也做了改變，包括櫃檯全部下降；...流程上，過去是一個你要完成一件事情，你要跑這個單位，要跑那個單位，再跑那個單位，後來就單一窗口出來，你的需要我在一個點給你服務完成；就是...顧客導向、

管理主義。」(SI)

「我想那個東西還配合著很多社會氛圍也在改變，我覺得這也帶動一些改變，就是說他(指SI服務之醫院當時首長)丟下一個石頭在這個固若金湯的水池裡這樣，那開始有漣漪，其實民眾對權益的要求這個部分，好像隨著環境，然後覺得你(指SI服務之醫院)是公僕，我是市民，市民最大！」(SI)

綜言之，管理主義的價值與現象存在於臺灣的衛生醫療環境之中，導因一方面有政府的衛生醫療政策，造成了更加嚴格的管理制度、更為市場導向的競爭現象；另一方面乃因企業管理精神進入私人醫院管理實務而引起公立醫院仿效之管理主義效應。

伍、結論與建議

一、研究結論

本研究發現，管理主義效應在衛生醫療環境發生作用，包含促使全民健康保險制度走向嚴格給付暨管理機制，同時致使了醫院評鑑下醫院之間市場競爭效應，更致使醫院經營走向企業管理之運作邏輯。整體而言，當前臺灣衛生醫療環境廣泛普遍存在管理主義的信念下，醫院管理亦採取管理主義具體措施，使得醫院的醫療服務出現質變現象。而不同醫院運用管理主義架構，有著不同的背景，包含企業體植入型、醫療體複製型和領導者主張型。

二、研究討論

(一) 管理主義在衛生醫療領域實施的適用性與副作用

管理主義認同市場機制、運用企業作為、採用大量管理技術與計算架構；其實務現象有契約委外、重視參與、強調績效管理、顧客導向、成本管控、彈性調整等現象(Cl Clarke, 1998; Deem, & Brehony, 2005; Gilbert, 2005; Tsui, & Cheung, 2004)。管理主義具有放諸四海皆準的套用信念，而實務上也確實在衛生醫療環境被實踐。

然而，依據本研究之發現，研究者延伸思考認為，衛生醫療環境的屬性是專業主義專家導向、高度複雜人體知識、較高層次醫療技術、長期訓練技術養成的，是否真適用於顧客導向、績效指標控制、標準化管理、成本計量的管理主義？管理主義既有所謂的效率效果，但也應加以避免相對之副作用。此外，管理主義在醫院管理規則、醫療品質歷年來也有所實質功能。因此，管理主義對於病患權益、病患安全、醫療品質等議題，管理主義在衛生醫療領域的適用性與副作用值得深思。

(二) 管理主義的現實與理想考量之雙重元素

一般而言，管理主義被認為是一種意識型態，在精神與信仰上認同市場機制及運作，支持企業精神作為、排斥政府科層體制之干預；管理主義重視效率、經濟與品質等價值，以大量管理技術與計算架構進行服務輸送(侯建州、黃源協, 2012; Chevannes, 2002; Deem, & Brehony, 2005; Gilbert, 2005; Nickson, 2014; Tsui, & Cheung, 2004)；具有高度管理策略與成本緊縮管制的主張。

但反觀歷史，管理主義的思潮，乃1970、1980年代石油危機與經濟動盪下的產物，

即便是其受到新自由主義的意識型態形塑而成 (Ayers, 2014; Davies, 2003)，但確實主要也是因為經濟危機與資源不足下的政策暨管理思維。因此，雖說管理主義有著成本與財務管制的意識形態，但是來自於環境發展下「不得不」的處境亦十分明顯；因此具有因果關係。

所以，臺灣當前衛生醫療環境的管理主義實務與醫療環境資源不足、政府財務緊縮有所關連 (鄭守夏、陳啓禎, 2014)，而本研究亦發現臺灣衛生醫療環境當前確實採取、落實管理主義思維，於是自然在政策上有著成本緊縮之作為。是故，管理主義雖一方面對於實務工作者算是控制與壓迫，但另一方面對於機構而言也可以說是一種處境下的整體策略與必要的作為。

然而，另一方面，就研究發現醫院評鑑、績效管理等管理主義作為，並非全然僅因經濟考量或營利最大化思考，更有不少是來自於對於醫療品質、病人中心等理想性因素而落實管理主義的多項管理措施。綜上，管理主義的效應於臺灣衛生醫療環境，可謂同時具有現實與理想考量之雙重元素。

(三) 不同醫院屬性均走向管理主義的經營

管理主義所展現的現象，包含對成本效益與效率的重視、尋求企業管理策略、運用高度的管理控制、強調績效管理、重視顧客導向等 (柯秀錦、白玉珠、曲愷敏, 2005; 侯建州、黃源協, 2012; 蔡紋苓、戴玉慈、李豫芸, 2002; Arrowsmith, & Sisson, 2002; Clarke, 1998; Deem, & Brehony, 2005; Gilbert, 2005; Nickson, 2014; Tsui, & Cheung, 2004)；其性質上應較接近企業體系 (如銀行、工廠、保險、百貨公司等) 所成立的醫院之管理思維。

但本研究發現，不論具有公醫社會責任的公立醫院、以追求知識實踐為主的私立醫學院附設醫院、隸屬於非營利組織屬性的醫療財團法人醫院，甚至於社會服務使命色彩濃厚的宗教型醫療財團法人醫院等，均如同企業體系所成立的醫院一般，運用企業經營管理邏輯來運作醫院。而歷史上臺灣醫院的發展也採取「複製」企業管理模式經營醫院，可謂管理主義的思潮下一片風行草偃的影響。

由此觀之，原有不同醫院屬性與定位似乎均消失？或是管理主義的邏輯是無可迴避？為現實局勢下的必然途徑？在這樣的邏輯之外，是否有不同醫院的經營面貌？格外值得令經營者思考。

三、研究建議

本研究基於研究結論與討論，研究建議如下。

(一) 簡化評鑑形式主義

由於評鑑本身的精神是保障基本醫療品質之用意，但過多的文書工作可能適得其反，因此本研究建議應回歸以醫院評鑑保障各醫院的基本醫療水準，嘗試減少文書與不必要的形式負荷，如此才有利於運用評鑑作為正向品質管控的工具，而非非常為一種管理主義下的脅迫工具。

進一步地構思，本研究建議醫院能設置類似形式簡化工作委員會，專門針對非急迫性、未來性評鑑或日常準備，與臨床科別、行政處室討論而共同討論如何簡化不必

要的形式主義之文書與數據工作，以利於更切中醫療品質服務的核心。當然，衛生福利部對於醫院評鑑的形式規範更為關鍵，因此，應利用當前一片社會對於評鑑過於形式主義的批評聲浪、有些國會立委與民間訴求對於評鑑制度的改革期待下，盡可能擬定將部分過於文書形式、意義較低的管制評鑑內容加以調整。

（二）拉近醫院企業管理理念與醫療專業主體的立場

臺灣衛生醫療環境的管理主義效應，普遍存於各醫院當中，對於服務對象與第一線醫療人員無形中形成壓迫。為了避免過度的管理主義效應而扭曲醫療環境原先的使命，本研究建議醫院之中、高階管理者應與第一線醫療人員有更多對話機會，如定期辦理共識營、醫療人員公聽會等方式，讓第一線醫療人員與醫院主管們能互相了解彼此不同立場的想法，藉由交流使機構管理與醫療服務找到折衷的平衡點，並提升第一線醫療人員對其工作之信心與使命感。

（三）引導不同屬性醫院發揮不同且適切的社會功能

不論是公立醫院、私立醫學院附設醫院、企業支持所成立醫院、宗教型醫院，在臺灣當今社會均走向管理主義的運作方式，如此恐失去公立醫院公共服務立意與宗教型醫院的社會使命之初衷與社會角色。

於是，本研究建議政府應反思各種不同醫院的屬性差異與優勢特色，以衛生醫療政策協助引導醫院分工、回歸原有社會功能或重新建立社會所需之社會定位，而非一味地形成醫院設備間的「軍備」競爭及全民健康保險申請給付數值計算，以增加社會融合、貼近特定社會醫療需求為依歸，提升衛生醫療網絡間的合作與互補。

表 1 受訪者資料

編號	受訪者背景	醫院/組織背景
H1	醫院副院長，公衛、醫管背景	公立醫院 / 區域醫院
H2	醫院副院長，醫管、經營背景	私立醫學院校附設醫院 / 醫學中心
H3	醫院副院長，醫學背景	醫療財團法人醫院（企業型 ⁷⁴ ） / 醫學中心
H4	醫院處長，神學背景	醫療財團法人醫院（宗教型 ⁷⁵ ） / 區域醫院
S1	社工主管，社工相關碩士	公立醫院 / 區域醫院
S2	社工主管，社工博士	私立醫學院校附設醫院 / 醫學中心
S3	社工主管，社工碩士	醫療財團法人醫院（企業型） / 醫學中心
S4	社工主管，社工相關學士	醫療財團法人醫院（宗教型） / 區域醫院
S5	社工主管，社工學士	醫療財團法人醫院（企業型） / 醫學中心
S6	社工主管，社工碩士	私立醫學院校附設醫院 / 醫學中心

資料來源：研究者自製。

⁷⁴ 此處所謂「企業型」，乃由於該醫院的成立背景或管理或資金與其既有企業集團關係緊密或概念上屬於關係體系，其存有既有企業一定的管理文化與關聯。

⁷⁵ 醫院屬性分類中，與宗教醫院型態有關者，包含「宗教財團法人附設醫院」與宗教屬性之「醫療財團法人醫院」（如○○基督教醫院），因 H4 所服務之醫院屬於後者，但又具有宗教使命，故本研究名之為「醫療財團法人醫院（宗教型）」，以利貼近研究個案之實際情況。

參考文獻

- 侯建州 (2015)。〈醫務社會工作〉。在黃源協 (編)，《社會工作概論》，頁 371-388，臺北：雙葉書廊。
- 侯建州、黃源協 (2012)。〈專業主義 v.s 管理主義：英國社會工作歷史的檢視〉。《臺灣社會工作學刊》，10，1-46。
- 柯秀錦、白玉珠、曲軻敏 (2005)。〈應用個案管理提昇病人出院準備服務成效之專案〉。《護理雜誌》，52，40-50。
- 陳武宗 (2016)。〈駐足回首：行動者書寫醫院社會工作歷史的若干想法〉。《當代社會工作學刊》，8，17-41。
- 黃源協 (2014)。《社會工作管理》(3 版)。臺北：雙葉書廊。
- 廖惠華、李偉強、張偉斌、魏秀美 (2014)。〈台灣導入診斷關聯群對醫療利用之影響——以內科系心導管診斷及治療為例〉。《醫務管理期刊》，15，111-27。
- 潘淑滿 (2003)。《質性研究：理論與應用》。臺北：心理出版社，13-59。
- 蔡紋苓、戴玉慈、李豫芸 (2002)。〈出院規劃個案管理員的角色與功能〉。《台灣醫學》，6 (1)，88-93。
- 鄭守夏、陳啓禎 (2014)。〈健保制度下的醫療體系〉。《台灣醫學》，18，74-84。
- 簡春安、鄒平儀 (2016)。《社會工作研究法》(3 版)。臺北：巨流出版社。
- Aoki, N., & M. Tay (2015). Managerialism Meets Regime: A Distinctively Singaporean Marriage? *Asian Journal of Political Science*, 23, 346-65.
- Anessi-Pessina, E., & E. Cantu (2006). Whither Managerialism in the Italian National Health Service? *International Journal of Health Planning and Management*, 21, 327-55.
- Arrowsmith, J., & K. Sisson (2002). Decentralization in the Public Sector - The Case of the UK National Health Service. *Relations Industrielles -Industrial Relations*, 57, 354-80.
- Ayers, D. F. (2014). When Managerialism Meets Professional Autonomy: The University 'Budget Update' as Genre of Governance. *Culture and Organization*, 20, 98-120.
- Berg, L. B. (2007). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. 6th ed. Boston: Allyn & Bacon, 19-52.
- Berger, C. S., J. Cayner, G. Jensen, T. Mizrahi, A. Scesny, & J. Trachtenberg (1996). The Changing Scene of Social Work in Hospitals: A Report of a National Study by the Society for Social Work Administrators in Health Care and NASW. *Health & Social Work*, 21, 167-77.
- Chevannes, M. (2002). Social Construction of the Managerialism of Needs Assessment by Health and Social Care Professionals. *Health & Social Care in the Community*, 10, 168-78.

Clarke, J., & Newman, J. (1997). *The managerial state*. London: Sage.

Clarke, J. (1998). *Doing the Right Thing? Managerialism and Social Welfare*. In P. Abbott, & L. Meerabeau (eds.) *The Sociology of the Caring Professions*. 2nd ed. London: Routledge, 234-54.

Davies, B. (2003). Death to Critique and Dissent ? The Policies and Practices of New Managerialism and of 'Evidence-based Practice'. *Gender & Education*, 15, 91-103.

Deem, R., & K. J. Brehony (2005). Management as Ideology: The Case of 'New Managerialism' in Higher Education. *Oxford Review of Education*, 31, 217-35.

Firth, W. (2002). Tasking the Dinosaur: Managerialism in the National Health Service. *Critical Quarterly*, 44, 57-64.

Gilbert, T. P. (2005). Trust and Managerialism: Exploring Discourses of Care. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 454-63.

Globerman, J., J. J. White, D. Mullings, & J. M. Davies (2003). Thriving in Program Management Environments: The Case of Social Work in Hospitals. *Social Work in Health Care*, 38, 1-18.

Gregorian, C. (2005). A Career in Hospital Social Work: Do You Have What it Takes? *Social Work in Health Care*, 40, 1-14.

Howe, J. L., K. Hyer, D. J. Mellor, D. Lindeman, & M. Luptak (2001). Educational Approaches for Preparing Social Work Students for Interdisciplinary Teamwork on Geriatric Health Care Teams. *Social Work in Health Care*, 32, 19-42.

Harrison, S. (1999). Clinical Autonomy and Health Policy: Past and Futures. In: M. Exworthy, & S. Halford, (eds.). *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Buckingham: Open University Press, 18-36.

Hvenmark, J. (2016). Ideology, Practice, and Process? A Review of the Concept of Managerialism in Civil Society Studies. *International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 27, 2833-59.

Johnson, N. (1990). *Reconstructing the Welfare State: A Decade of Change 1980-1990*. New York: Harvester Wheatsheaf, 1-34.

Mizrahi, T., & C. S. Berger (2001). Effect of a Changing Health Care Environment on Social Work Leaders: Obstacles and Opportunities in Hospital Social Work. *Social Work*, 46, 170-82.

Mizrahi, T., & J. S. Abramson (2000). Collaboration Between Social Workers and Physicians: Perspectives on a Shared Case. *Social Work in Health Care*, 31, 1-24.

Mueller, F. C. Harvey, & C. Howorth (2003). The Contestation of Archetypes: Negotiating Scripts in a UK Hospital Trust Board. *Journal of Management Studies*, 40, 1971-1995.

Nickson, A. (2014). A Qualitative Case Study Exploring the Nature of New Managerialism in UK Higher Education and Its Impact on Individual Academics' Experience of Doing Research. *Journal of Research Administration*, 45, 47-80.

Tsui, M. S., & F. C. H. Cheung (2004). Gone With the Wind: The Impacts of Managerialism on Human Services. *British Journal of Social Work*, 34(3), 437-442.