

署立公醫制度醫病關係社會資本理論之初探

The Social Capital Theory Research of the Public Medical Service about Relations of Caring for Patients

蔣 駿

慈濟大學社會工作學系兼任講師

Chiang , Chun

Lecturer of Institution of Social Work , Tzu Chi University

摘要

公醫制度為世界各國維護人民社會權的重要立憲方針，而此為彌補市場失靈的衛生福利政策，在執行過程往往會因官僚作為、層級法規、專業權威、資源分配不均及資訊不對稱等因素，而與民眾醫病關係之間產生衝突與不良的現象。

社會資本理論自一九九〇年 Coleman 鼓吹後，已廣為歐美各國推展社會福利政策及政府再造工程的決策重視。社會信任與社會網絡為社會資本理論的基礎也是促進政府與民間合作，消除隔閡的重要途徑之一。行政院衛生署依據憲法第 157 條建構署立醫療機構，總計全國共有三十五間署立醫院提供各式醫療及社區衛教等服務。為探索社會資本的累積對於署立醫療機構在醫病關係的影響與應用，本文擬經衛生署衛生政策，依循社會資本的理論方法進行初步分析與論證。

關鍵詞：公醫制度、醫病關係、社會資本、社會信任、社會網絡



ABSTRACT

The public medical service is the important constitutionalism policy that the system safeguards people's social right for the countries all over the world, this, in order to remedy market failure of the hygiene welfare policy, but because of bureaucrat, level regulation, professional authority, resource allocation uneven and information asymmetry, etc. factor, in policy implement as to produce conflict and bad phenomenon with relations of caring for patients.

The social capital theory since Coleman was pressed for in 1990, has been caused American-European countries emphasize and use it to promote social welfare policy and government reengineer project far and wide. On the other side the social trust and the social network are the basic function of the social capital theory and that could improve government to cooperate and dispel estrangement with people too. According to the article 157 of the constitution law, the National Health Administration of executive organ has builds sets up the public medical institutions sum of 35 signs in the whole country and offering various types of medical treatment service and community health education. In order to research that the accumulation of the social capital in the influence and practice of the relation between the public medical institutions and caring the disease, this article will analyze social capital theory and practice through the hygiene policy planning of National Health Administration .

Keyword : Public medical service, caring for patients, social capital, social trust, social network



壹 前言

我們通常認為社會政策的公平正義及資源的供需平衡是人類生活最佳狀態，然而從經濟學觀點衡不必然於柏瑞圖最適境界 (Pareto optimality)¹。且整體利益的極大化，就代表了社會公平正義的達成嗎？Rawls 在正義論中對此也提出了質疑，他對於柏瑞圖最適境界 (Pareto Optimality) 的批評是，其沒有對社會財富分配額的比例做出任何規定與限制，而且也辦法顧及到社會中的弱勢族群，因此有效率並不同於正義。因為市場經濟忽略人性中除了自利、理性計算的因子外，還有族群、血緣、宗教、信任、階級等認同因子致使社會充滿失靈現象 (failure)，失靈即是社會產生不平衡、不公平、不正義、無效率的干擾因素。誠如 Fukuyman(1997)說法，新古典經濟學對社會實體與經濟生活的分析只有 80%是正確，其餘 20%是來自文化因素。所以權力偏執、貧富失衡、階級對抗、族群仇視、性別歧視等文化差異等現象存在於歷史與現狀生活。教育哲學家 Greene 說：「因為我們在這個世界，我們注定要創造意義。我們目睹了經驗脈絡在傾刻間所產生的奇蹟，而且沒有人比我們更知曉這奇蹟是如何發生，因為我們正是這關係脈絡中的一員。……真正的哲學就是不斷重新學習看待這個世界的方式 (Greene, 1995:99 陳美如, 2000:61)。

日本小說《白色巨塔》² 解構的醫療文化與醫病關係，讓社會一時間重新思索白色袍服下的神聖、照護、救人、專業、權威與崇拜神聖、服從醫療、無助等待、相信專業、接受權威等主流觀點的組合社會化模式中迷思檢驗、正義追求、福利公平、公民社會、尊嚴維護、相互學習等途徑。

1 柏瑞圖最適境界 (Pareto Optimality)：若在某一經濟狀態下，我們再也找不出可能的改變，使社會上某些人福利改善，同時其他人不致因為此一改變而受到損害，則此一經濟狀態便符合柏瑞圖效率。

2 《白色巨塔》：1963 年日本作家山崎豐子 (Yamasaki Toyoko) 的作品描述醫療實態，赤裸複雜的醫界鬥爭，不對等的醫病關係，如在這一座神聖不可侵犯的高塔內道德與貪欲的永恆角力。

游美惠 (2001) 認為階級 (class)，是造就社會多樣性與人與人之間差異的重要因素之一。古典馬克思主義論認為經濟生產是造就階級差異的主因，然而更多文獻與經驗告訴我們，知識、符號、思想、權力、制度與法律等的形成與設計亦是階級形成因素。醫病關係從文字解釋是醫師有責任從各層面去了解病人的不舒服，並提供病人機會去做必需的改變與成長 (Allen, 2002；潘咸廷譯 2002)，社會學者帕森思 (Talcot Parsons) 則從社會角色的角度來解釋「醫病互動關係」亦即醫師角色的基本要素與病人的權利與義務，至於彼此關係是否存在階級差異，從社會、教育、文化、心理等層面或許有不同定義與需要客觀檢視的要件。依照帕森思的觀點，醫師

與病人的關係乃建立於一種相互角色定義範圍之內，一方面病人恢復健康的慾望，一方面醫師有協助病人恢復健康的社會責任，不過醫病關係是「相互」但是權力與地位卻不平等，且帕森思認為這樣的不平等是必須的，有利促使病人作正向改變(胡幼慧,2001)。

劉宏文(2002)引據 Emanuel 等人說法從醫病的互動中依醫師的角色、職責、病人的價值判斷及自主性四個指標的差異性，將醫病關係分為四個類型。一、「父權模式」，醫師扮演的是一個監護者的角色，其職責在保證病人能得到最好的醫療方式，使病人獲得健康，病人同意醫師所作的安排是為他們爭取最大的福祉。因此醫病之間都同樣有一個客觀的價值認同。過去幾十年，台灣的醫病關係應屬此模式。二、「提供資訊模式」，醫師提供病人所有相關的醫療資訊，由病人自我選擇採用何種治療方式，再由醫師去執行病人選擇的方式。此模式假設是將資訊與價值作清楚的劃分；認為病人具有既固定又明確的價值判斷，所缺乏的是資訊，醫師的職責有如專業技師，提供正確的資訊、維持其專業能力；而病人對醫療照護決策則有完整的自主權。三、「解釋模式」，病人的價值觀才剛形成，且互相矛盾，病人自己並不很清楚。醫師的職責是幫忙病人澄清及選擇所需要的價值，以及選擇現有的醫療資源以符合他們的價值。醫師的角色只是一位諮商者或指導者。四、「商議模式」，醫師幫忙病人選擇最能符合他們的臨床狀況，最好的健康相關價值。經由道德的協商、醫師與病人要對健康相關的價值重要性與適當性作一判斷。醫師的角色有如朋友或老師，病人從醫病互動中得到心靈上對健康相關價值判斷的自我成長。

階級差異導因於權力、財富、地位、身份、族群、性別等外顯或隱含因素，但是不同的主客觀因素會造就階級互信與衝突的二種極端文化發展，當然亦有存在二者光譜中的次級文化，倘若階級是社會階層與社會資源享有的常態，但並不必然會形成帕森思所說會成就正向的結果，很多情境亦可發展和諧、信任、尊重與平等的關係，而實際社會事實是我們看到病患抬棺抗議、醫生拒絕病患、訴訟糾紛、強迫轉診、協助墮胎、恐嚇醫生、醫生傷人等諸種衝突的現象發生。在公民社會的發展下，醫病關係是否應改變過去社會控制的文化觀點而取代是社會資本的創造，可以從政府、醫療機構與消費族群三者建構的社會網絡與社會信任進行檢視。從醫學教育來看，核心醫學倫理有三項重要原則，一、主動性：病人要什麼？二、利益性：什麼是最有利於病人，三、公平性：病患的需求都能公平獲得滿足 (Hebert,1996)，三者為醫師必然誓言與社會責任，然而根據董事基金會 2005 年調查現在會尊敬醫師的只剩下小學生(天下雜誌 2005)，在眾多醫療糾紛司法往往是最後結果與程序，但也是造成更深的社會遺憾與歧視文化差異的擴大。因此市場機制與法律規範無法有效調和醫病關係時，我們應該思索深層文化的成因與變革的方法，誠如 Greene

(1995) 所說，重新學習看待世界的方法，研究者希冀在醫病關係的醫學倫理、社會控制、公共選擇與法律制度之外，思索多元文化下社會信任與資本的醫療社會研究途徑。

貳 體制建構 / 社會衝突

前述帕森思對於醫病關係建立基礎的社會研究著力點，但是現實醫療體制的設計與政策規劃的資源分配所形成的醫療系統對於醫病關係社會資本發展具有相當影響，更因為醫療具有公共性與服務性，政府需要以公權力進行市場的干預與規範，中華民國憲法第 157 條明文提及之「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」。

另依我國醫療法之精神乃為促進醫療事業之健全發展，合理分布醫療資源，提高醫療品質，保障病人權益，增進國民健康而制訂。醫療機構依照醫療法第二條規定係指供醫師執行醫療業務之機構。因此基於憲法授權，目前我國醫療機構依照醫療法第三條將醫療機構分為公立醫療機構、私立醫療機構、財團法人醫療機構及教學醫院四大類，除教學醫院從醫療法第三條所稱公立醫療機構，係指由政府機關、公營事業機構或公立學校所設立之醫療機構及第四條所稱私立醫療機構，係指由醫師或依有關法律規定辦理醫療業務之公益法人及事業單位所設立之醫療機構、第五條所稱財團法人醫療機構，係指以從事醫療業務為目的，由捐助人捐助一定財產，經許可設立為財團法人之醫療機構。所謂「公立」即以公益為目的設立亦符合憲法之廣義公醫制度，公立醫療機構所運用社會大眾之資源進行公共服務，在公民社會中是醫病關係社會責任與社會信任發展的重要指標，根據衛生署 2002 年一項統計公立醫院的服務量能分析 1.總床數占台灣地區 31.4%，2.住院人日占台灣地 37.0%，3.門診人次占台灣地區 26.9%，4.申報費用占台灣地區 21.6%，5.急診人次占台灣地區醫院之 27.4%，6.政府補助約 153 億，從這幾項項指標可以發現排除健保的補助給付外，政府的醫療行政與財務資源幾乎集中於公立醫療體系。

雖然理論上，我國尚非真正實行公醫制度，誠如范國棟醫師(2003)所說並不是一個國家設置了幾家公立醫院、培育了幾位醫師公務員、建立了公費醫師制度，或是醫療機構的財政來源主要由國家提供，就稱該國實施了「公醫」制度。而是政府應廣設公立醫院照護民眾健康，非由私立醫療院所承擔。不過就醫療福利化的目的，我國已具有準公醫制度的社會系統，行政院衛生署中部辦公室副主任李舜基說，署立醫院並不是以賺錢為目的，而是要代替政府照顧弱勢、偏遠地區的民眾。我國的公立醫院體系分為一、教育部—台大、成大、護理技術學院，二、國防部—三軍總

院及各國軍醫院，三、退輔會—榮民總院及各榮民醫院，四、衛生署—綜合醫院、精神及癩病療養院、胸腔病院，五、直轄市及縣市立醫院—台北及高雄市、縣，基隆市、台中市，金門及連江縣。而就官僚體系、資源網絡、地理分佈與社群對象，署立醫療網（詳見附表一）系屬典型公醫制度。台中醫院院長李懋華說（2003）署立醫院是非營利性的組織，兼具醫療與公共衛生的使命，所以我們在經濟上是以服務為導向而不是以營利為目的。

政府基於公共服務目的建構政策、體制與法令，但是社會上醫病關係的衝突與互信的消長現象，其中醫療糾紛為檢視醫病關係的重要指標，從醫療糾紛增長的數字初窺端倪，依據行政院衛生署「醫事審議委員會醫事鑑定小組」從民國七十六年起接受醫療糾紛鑑定工作的案件數量統計，近年來快速地增加，以每年完成鑑定的案件數來看，於民國七十六年至八十四年間合計共 1122 件，平均每年約為 128 件，而從民國八十五年，即全民健保實施的次年起，可以發現案件數有明顯增加的情形，至民國八十九年為止，五年間合計共 1287 件，平均每年約為 257 件，較之前約增加一倍，且有持續成長的趨勢，至民國九十年時已超過每年四百件。至於案件的訴訟性質，其中刑事案件占 76.3%，而民事案件僅占 10.4%，換言之，目前醫療訴訟的鑑定案件多以刑事為主，且其比例有日益昇高的趨勢；而鑑定結果，認為「有疏失」者占 13.7%，「可能疏失」者占 6.0%，合計「有疏失」與「可能疏失」的比例共占 19.7%，約五分之一，而鑑定「無疏失」的占 58.8%，約五分之三，其他包括「無法認定有無疏失」、「資料不足」以及「非醫療糾紛」共占 20%。在被告對象別統計上，其中為醫師的案件最多，占 88.6%，其他醫事人員則占 11.4%。值得一提的是，由於醫審會的醫療糾紛鑑定只以司法或檢察機關的委託案件為限，並不接受一般民眾或機關的申請，而根據實證研究顯示，醫療糾紛案件真正會進入訴訟程序的比例大約只有十分之一，大多數的醫療糾紛案件並不會進入訴訟程序，換言之，醫療糾紛案件實際上發生的數目大約是醫審會鑑定案件數目的十倍。（許振東，2001）以民國九十三年為例，我國應該就發生大約四千件以上的醫療糾紛案件，平均一天至少十件，其普遍性可見一斑。

事實上，我們會發現醫療糾紛的案件在經過實際鑑定後，「有疏失」及「可能疏失」佔總個案數不到 20%，而在探討醫療糾紛的文獻中，研究者也發現大多是從民刑法律及醫學專業觀點研究這 20%的行為因素及構成要件，但對於 80%「無疏失」及「無法證明疏失」所形成的文化現象及醫病關係的社會信任實踐卻很少探究。從權力觀點思考，其實這就是一種社會制度的形成。

社會學家 Mills(1963)³說，現代社會的合理化過程是由一群主宰政治、法律、經濟及媒體等的有權有勢的領袖集團所控制。在實際醫療體系中，本人因職務關係

協助處理醫院制度規劃、醫病糾紛協調與法律處理，從經驗中長期觀察，醫病關係產生衝突或不信任時，亦多以具有權威、專業及社會形象的醫生及醫院為中心進行思考與解釋，社會媒體與仲裁機構如各縣市醫事審議委員會的評議甚至法院司法人

3. Power, Politics, and People :The Collected Essays of C. Wright Mills

員，也大多潛在對產生衝突或訴訟的病患視為具有無知、惡意、無聊、嗜錢甚而不道德的族群。從前述醫療糾紛的統計數字，其實病患觀點被邊緣化，消費者及其家屬在主張權力的過程仍屬相對弱勢（林東龍，2004）似乎也證明為什麼社會比較重視 20%的結果，而對於 80%的現象與因果缺乏相當的討論研究或者進行政策規劃與立法。另一方面作者也觀察到多數病患對於醫院與醫師主觀既定信任與排斥的群體意識是普遍存在。也就是民眾的選擇性醫療行為認同文化會受來自口耳相傳、媒體報導、專家推薦、親友壓力.....的社會化因素影響，因此當選擇與所認同不一致時亦是潛在衝突的因素。當然醫病衝突不見得一定不是一件好事，它應該是生活的一部份。（劉樹泉,2004），人類歷史文明的進步亦於合作互信與衝突競爭中發展，但是公醫制度與公民社會所形成醫病的生態關係與文化回應的途徑，目前在探討醫病關係文獻中較少被論述。茲選取社會新聞中公立醫院四種醫病衝突關係的案例，索引出問題與探索。

案例一

民國八十五年七月黃女至行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院（下稱榮總醫院）接受該院骨科 xx 醫師施行右側脛骨近端切骨矯正手術。xx 醫師預見手術後肌肉缺血會引發水腫，並造成肌肉壞死神經失導，未多加注意防範，xx 醫師且於黃女手術後之一星期，也未依規定按日巡房一次，且於同年月十五日出國未作任何交待或指示，導致延誤診治時機，黃女之傷口終於同年月十九日流出血水，雖經三次清創術、一次肌瓣轉位手術及於 xx 醫師返國後之同年月三十日再一次清創術，並先後於同年八月九日施行肌腱轉移及傷口拉長縫合，但仍無助於傷口惡化造成之傷害，黃女提出訴訟。

案例二

民國八十四年八月間莫男因腳疾至臺北榮總就醫，由 xx 醫師診治，xx 醫師對莫男施以 X 光檢查後，告知因原告有血塊壓迫神經，須開刀治療，並向保證百分之百安全，而未依醫療法第四十六條向莫男說明手術原因、成功率或可能之併發症及危險，莫男遂同意於八十四年八月十日接受手術，嗣於開刀後住院休養期間，經住院醫師審視病歷後告知：此病永遠不會好，與 xx 醫師於開刀前之保證截然不同。

案立三

排灣族簡姓婦女 2003 年底參加獅子鄉衛生所舉辦的子宮頸抹片檢查，被列為十七級數中的第九級「重度異常」，2004 年底惡化成癌症確定病例，而且已經移轉到其他部位。她落寞的說，衛生所檢查異常也不通知她，如今要死了，身後的三個小孩怎麼辦？

簡姓婦人沮喪的說，她 2003 年十二月五日作子宮頸抹片檢查，2004 年十一月下旬才被通知，如果當時被通知「異常」，早作檢查和防治，也許癌細胞還未擴散，還有得救。如今東港輔英和高雄長庚醫院都證實已擴散了，衛生所人員不來道歉賠償，還做些奇怪的事，讓她感到很無助，她將聲請國家賠償。

案例四

台北市四歲的邱小妹妹 2005.1.10 凌晨遭酒醉的父親當街毆打至顱內出血，竟因大台北地區當時「都沒有加護病床」，被轉送到一百多公里遠的台中梧棲童綜合醫院就醫，延誤了六個小時，形成植物人。

台北市為全台醫療資源最豐沛的地區，卻連一張加護病床都找不到，引起各界譁然，仁愛院區表示，邱小妹妹是在昨天凌晨一時五十五分送到該院，仁愛院區判斷邱小妹妹必須動腦神經外科手術，但當時內、外科加護病房全數滿床。

在此同時，台北市緊急應變中心也打電話到大台北地區廿家醫院，詢問外科加護病床，得到的答案也都是沒有，只好將小妹妹送到唯一有病床的台中梧棲童綜合醫院。

前述四個案例社的醫病關係發展，似乎可以歸納幾點特徵，

- 一、醫療行為的社會控制產生問題如科層監督失靈、醫師自律失靈及接受服務者回應機制失靈。
- 二、醫病關係的變遷，專業宰制主義意與消費主義的消長。
- 三、醫學倫理的社會檢視與公民社會的社會統合行動的運作。

林東龍(2004)博士論文論述目前探討醫療糾紛的模式主要有三大理論，第一類為經濟學模式，最早是從 Landes、Gould、Posner 與 Shavell 等人開始研究主要訴訟的預期利益為分析重點。第二類為社會心理模式，主要是參 Smith&Michael(1996:3)對社會心理學的定義。包括從社會歷程與認知歷程進行研究。第三類為 Black 提出的純社會學(Pure Sociology)範型，從社會控制角度認為健康照護提供者與病人的垂直組織以及關係距離來預測醫療糾紛。但是研究者認為這三者模式無法充分解釋政

府、醫療機構與消費者三者形成醫病的衝突與關係疏離的因素與解決途徑，如宗教信仰、政治利益、人際關係、區域文化干預因素等，都可能需要從社會資本累積的程度與資源使用去分析。

參 社會資本 / 公民社會

關於「社會資本」(social capital)的概念始於 20 世紀 70 年代後期，歷經二十多年的發展，已深入主流的社會科學，並在實務上也成為重要經濟發展分析的重要工具，然而，由於社會資本的概念在形成和發展的過程中未具嚴謹的概念特徵，而呈現多元豐富的樣貌。(林南,2001 轉引張培新,2004)。Henk(2004)認為社會資本係透過社會關係運用他人所具有的資源成為自己重要的資源，至於中介管道誠如 T.Schuller(2000)認為「信任」與「網路」是社會資本兩大核心概念，同時社會資本也是公民社會與文化愈發達所累積的成果(Robert,2001)。因此從個人互動層次到組織層次、制度層次，乃至於文化層次，都有連結應用的理論基礎，不同學者運用觀點不同，定義不盡相同如整理下表：

社會資本的概念性定義

時間	學者	社會資本的概念
1980	Bourdieu	持久性的網絡關係可以產生實際或潛在的資源，如聲望和友誼，這些資源的集合體便是社會資本，與經濟的、文化的、象徵的資本共同決定了個人的階級位置。
1985	Granovetter	交易是鑲嵌在社會網路之中，並且由人際關係產生的信任有助於交易的維持。
1988	Coleman	個人所擁有，或群體所共享的某些社會資源因為具有生產力，因此可稱為社會資本，其特定行形式包括信任、權威、地位、資訊等等。
1990	Baker	一種行為者可以從特定社會結構中獲得的資源，並且可以用來追求自己的利益；行為者間關係的變化產生了這種資源。
1992	Loury	社會資本指的是促進或幫助獲得市場中有價值的技能或特點的人之間自然產生的社會關係
1993	Putnam	社會資本指的是社會組織的特徵，例如信任、規範和網絡，它們能夠通過推動協調的行動來提高社會效率。
1995	Portes	社會資本指的是，處在網絡或更廣泛的社會結構中的個人動員稀有資源的能力---獲取（社會資本）的能力不是個人固有的，而是個人與他人關係中包含著一種資產。社會資本嵌入的結果。
1995	Fukuyama	社會資本通常透過宗教、傳統、歷史習慣等文化機制而建立起來；社會資本的獲取，則需要自發性社團普遍遵守道德規

		範，成員具備誠實可靠的美德，以增加值得信任的程度。
1997	Burt	社會資本為指涉那些得以形塑一個社會中之社會互動的質與量的制度、關係及規範。
1998	Hardin	一種透過人際的連帶，能夠使人們理性失去信任的能力，而非直接把人際網絡與信任等同起來。
1998	Woolcock	社會資本包含多樣化的偏好與概念，如相互信任、交互規範、道德資源或者文化機制。
2000	林南	一種鑲嵌於社會網路的資源，行動者透過行動予以取得或使用。
2001	世界銀行 (world bank)	社會資本是人們得以整合行動來達成既定目標的規範，以鑲嵌於社會結構的社會關係。
2004	Hank	認為社會資本係透過社會關係運用他人所具有的資源成為自己重要的資源

資料來源：顧忠華，1999b:1-6 張培新,2004:17 作者補充整理

誠如 T.Schuller 所說，社會資本的發展與公民社會的成長是相互依存的，台灣民主政治的發展在戒嚴後，公民意識提昇民間社會的力量蓬勃發展，其中雖然有西方國家經驗的文化，但是 80 年代本土的思想與社會運動的興起，本土的公民文化可以從政治、社會、教育、法律及媒體傳播等發展窺出端倪，其中以民眾公共事物的參與與社會契約的實踐最為顯著，如非營利組織的多元成長及民眾與官僚機構的互動從支配監督的關係逐漸轉化到平等互惠關係，諸種公民文化的發展對於社會信任的增強與社會網絡的連結都有相當助益。

在一個理想的公民社會中，多元族群和團體彼此間能夠相互尊重，立基於平等的溝通情境上，充分檢驗何種利益的分配最為符合「公共福祉」(顧忠華，1999)。然而公民社會的成熟不必然是集會結社，而很重要是建構社會的信任，「信任」是在塑造經濟社會的過程中一股巨大的文化力量 (Fukuyama,1995;羅家德,2003)。Fukuyama 認為我們一般的「公民社會」是各種組織的複雜拼盤，其中包含政府、企業、非政府組織等，而一個公民社會所依賴的是人民的習慣、風俗和倫理，有意識的政治活動只能以間接的方式影響這些屬性，只有人民對文化的認識與尊重不斷加強，這些屬性才會愈來愈豐富。社會資本的基礎在於人際互動承載的信任，社會連帶與社會網絡與信任的建構有關，在整個組織或社會關係彼此連帶愈強，網絡愈緊密則成原彼此信任愈強烈，又有利於彼此資源的運用與衝突的降低。

早期醫病關係，較強調醫師的專業與權威的自主性，但隨著公醫制度與福利服務的政策觀念，國家介入醫療已為世界趨勢，另外研究文獻也說明，個人或人群的求醫行為，固然受到外在環境因素(如人口特徵、醫療資源分配等)相當程度的影響，

但每一個人不是被動機械反應者(reactive machine)，而是一個主動的行為者，在罹患疾病與決定求醫的方式的過程中，個人的主觀經驗與感受，以及對不同醫療體系的認知與接受的程度，對個人醫療保健行為扮演重要的影響因素(許木柱，1992)因此國家、醫療機構與消費者及其家屬(公民社會)彼此的社會連帶與社會網絡，所形成的制度信任、領導信任、同儕信任或者系統信任便成為重要的社會資本的考察關係。

肆 公醫制度的信任循環規劃

從經濟學觀點信任是交易行為成功的重要因素，社會學也認為信任乃是社會倫理的重要基礎，Fukuyama 也強調「信任」的倫理價值是社會運作的重要關係。然而缺乏制度與法令的信任關係容易隨著社會變遷及政策制定或價值觀念的影響而產生不穩定甚至衝突狀態。醫病關係的本質是經濟行為的所產生契約關係，但法令上病人無法以消費者身分獲得消費者保護法的充分保障，因消保法所定義之消費商品或服務對於醫療行為的適用仍有司法疑義，尤其九十三年通過新修訂醫療法第八十二條則明定「醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。」換言之，不再繼續採取消費者保護之概念，而改採「過失責任主義」致使病患或家屬必須舉證醫療機構及其醫事人員之故意或過失，方能主張賠償，完全偏向保障醫界。然而公醫制度的存在非只有私法契約性而是具有公法上的信賴保護關係，從中華民國憲法第 157 條明文提及之「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」已經具體宣示政府對於人民健康權的保障。基於憲法授權下的醫療法也規定需設公立醫療機構，所謂「公立」不只是機關屬性亦需遵循行政法的公益原則。因此擁有公權力與公共資源的署立公醫體系在醫病關係的公共利益基礎上更需取得社會信任與公民的參與。

信任是社會資本累積的要素，觀察衛生署的 94 年度業務計畫與 94 至 97 中程計劃具備信任關係建構政策分析如下：

一 衛生所屬醫院計有 21 家綜合醫院 6 家分院、5 家精神療養院、1 家癩病療養院及 1 家胸腔病院，目前係由衛生署中部辦公室負責督導管理。從制度信任的組織發展已建構(衛生署公告資訊)

(一) 區域聯盟

為提升醫療服務品質，分為臺北區(臺北醫院)、北區(桃園醫院)、中區(臺中醫院)、南區(嘉義醫院)管理委員會。經由資源共享、技術交流、聯合行銷等方式。透過區域聯盟，使得病人獲得迅速而方便的服務。

(二) 多元化經營

採 BOT 模式辦理，擴大民間參與。推動公立醫院多元化經營，提升營運成效。例如由台北醫學大學投資經營；宜蘭醫院委託台北榮總經營；澎湖醫院委託國軍三軍總醫院經營。另亦推動合作經營，包括：南投與中興醫院合併、胸腔病院整併，雲林醫院改制為台大醫院雲林分院。同時推動所屬醫院改制為行政法人，研訂公立醫院多元化通則，朝一縣市一公立醫院方向研議整合。此外，亦推動本署醫院區域聯盟業務，將本署之醫院分為四個區域，各自成立分區管理委員會，積極推動營運改革，發揮整體力量，支援醫療資源不足地區之服務需求。

透過 BOT 方式，降低官僚的服務缺失以取得病人的認同。

(三) 醫療資訊

臺灣 e 院方案

由臺大、榮總、長庚等 13 家醫學中心及衛生署 29 家醫院的 415 位主治級以上醫師、護理師、藥師及營養師組成服務團隊，提供醫療諮詢、藥物諮詢、體適能、戒菸諮詢、營養教室，答覆網友提問問題，節省轉診摸索之寶貴時間及避免醫療資源浪費。透過診療行為外的服務建立病人情感認同。

(四) 建構病人安全醫療環境，發展社區醫療衛生體系。

以病人安全為中心的醫療管理制度如改善醫院的感染控管體系可以降低醫療糾紛的發生率⁴，並促進醫病關係的和諧。

二 領導信任方面從行政院衛生署 94 年度施政目標與重點為以「許給全民健康安全的人生」願景的目標管理方案如下

(一) 加強基層醫療保健服務，落實全人健康照護。

4 財團法人醫院評鑑醫療品質策進會與慈濟綜合醫院於 2005 年 12 月十七日舉辦「邁向以病人安全為中心的醫療環境實務層面研討會」。

(二) 賡續推動全民納保政策及各項便民服務方案，強化弱勢群族健康照護，保障就醫權益。

(三) 加速組織再造，提升衛生行政效能。

三 網絡建構

醫病關係的良性互動不止在於醫院內發展，社會網絡的建置亦是信任傳播的媒

介。從衛生署九十四年至九十七年度施政計畫書可以發現其生活安全網政策有幾項重要設計。

- (一) 環境情勢分析：配合老化社會與少子化趨勢，病人出院準備服務更形重要。
- (二) 均衡城鄉醫療資源分布及本土化社區醫療群建構。
- (三) 建立社區醫療體系及家庭醫師制度。
- (四) 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫

三 公私協力

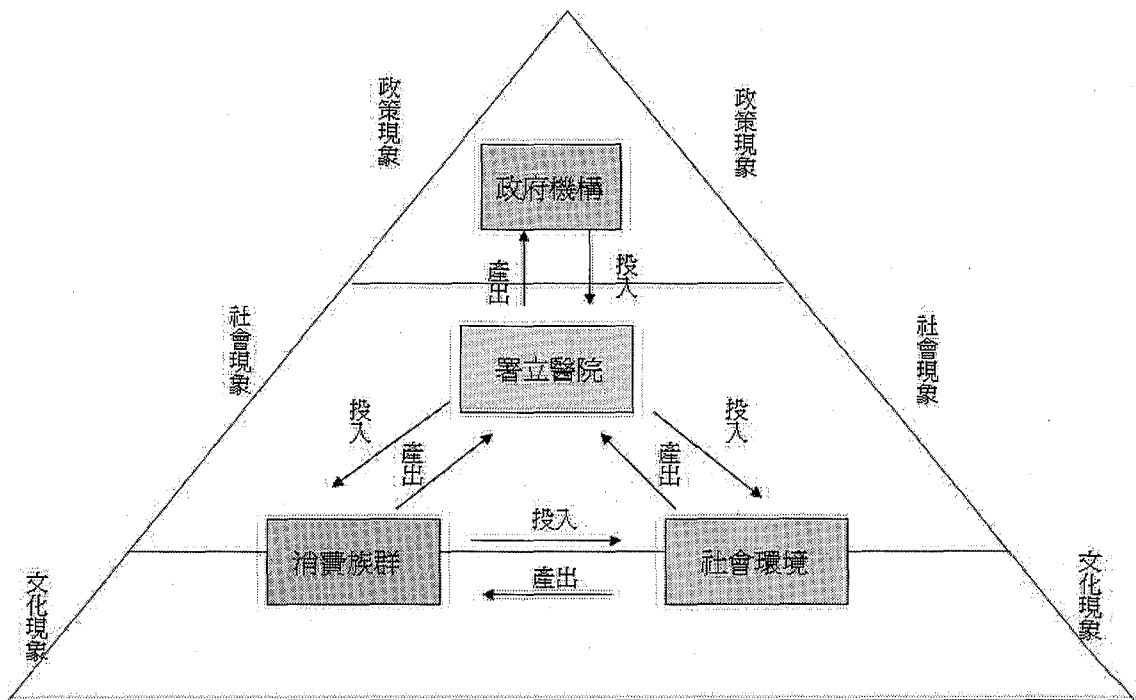
國家公私部門合作能力密切，愈能累積公共政策之社會資本。公私協力可集結公私部門專才(Specialists)或技術(Expertise)形成協力組織或網絡，不僅可以整合社會資源也可到民主化決策 (Singleton,1994；劉珈延，2004)。從衛生署九十四年至九十七年度施政計畫書可以發現其運用公私協力政策於醫療服務上有幾項重要設計。

- (一) 強化社區行動，發展健康城市。
- (二) 社區健康營造計劃。
- (三) 強化基層院所與公立醫院之合作。

伍 分析架構與指標檢視

為增進醫病關係的資本累積，本文認為在網絡的建構上，有四個基本主體（一）政府機構—行政院衛生署（二）署立公醫機構-各縣市署立醫院（三）消費族群-病人、利害關係人（四）社會環境—社區、非營利組織、企業、學校。從微觀角度須要建構四者的嵌鑲的信任關係與培養節點 (nodes) 及連帶 (ties) 避免結構洞 (structural holes) 及重複的關係從鉅觀角度即是形成關係網絡，關係網絡是一種基礎是政策現象，但是中程發展希望發展為社會現象，終極目標就是文化現象。在現象中能量持續生產與再生產。分析架構如下





本文研究分析架構

【指標建構】

為明確了解基本主體的實踐策略與需求，以為資本累積的檢視，說明如下

- 一 政府機構：法令設計、組織改造、政策規劃、執行評估
- 二 署立醫院：醫療服務、有效溝通、安全維護、危機管理、組織管理、社區服務、機構合作、教育推廣。
- 三 消費族群：真實溝通、權益瞭解、主動參與、公民學習、遵守法令。
- 四 社會環境：社區民眾參與、社區衛教推廣、睦鄰關係、機構合作、志願服務、企業贊助。

倫敦政經學院院長 Giddens 於 91 年四月間來台訪問時提出「入股台灣」的理念，強調人與人之間能夠相互信任、相互憐惜，政府、民間、企業建構「夥伴政府」關係，政府不再是主導者，而是推動者與支援者。政府再造必然性，除了來自外在環境力量的推波助瀾之外，更需來自內在的願力；政府除了應轉換職能，把權力交還社會(李宗勳,2002)。公醫制度雖為憲法保障之規範，政府與醫療機構與民眾的醫病關係上如何維護其正確性(accuracy)或 精確性(precision)的信度與效度

考驗不可偏廢。儘管社會科學家們都意識到社會資本的資源對於一個國家或社會能夠永續發展的重要條件，但也都同意社會資本最大的問題，在於不易在實證上找到令人滿意的測量指標，以及檢證的工具（Fine 2000; Woolcock 1998; 潘美玲 2003）。

本文為探索性的研究紀要論述，從政策預測（conjecture）分析的角度，信任與網絡的政策執行對於醫病關係發展的信度與效度考驗指標如下：

- 一 各署立醫院醫療糾紛發生率：在醫師執業生涯中發生醫療糾紛的頻率。
- 二 各縣市署立醫院民眾的就診率：民眾生病時到署立醫院的意願是否有明顯提升。
- 三 各署立醫院的衛生社會行銷次數：各署立醫院辦理義診、衛教宣導及服務教育。
- 四 經費投入：署立醫院的經費預算在社會服務與品質管理項目的增減幅度。
- 五 公益合作：各縣市社會福利、衛生、教育等機構與區域署立醫院合作意願與活動增長。
- 六 組織文化改善：各署立醫院病人安全機制（用藥安全 通報機制 醫療照顧 設備維護）的建立。
- 七 公民文化表現：民眾參與署立醫療機構服務規劃。
- 八 社區傳播：社區民眾的普遍觀感

陸 結 語

公醫制度的存在係國家保障人民健康的社會福利政策，然而這與一般給付行政內涵不同，因為醫療行為非完全無償性且具高度生命風險。因此政府與專業的權威價值較其他福利政策更為民眾所信賴。然而正因信任權威，政府失靈的現象往往造成公醫體系的醫病關係的不良與衝突。根據衛生署的統計，台灣醫療糾紛案件在 10 年內暴增 2 倍，幾乎每天都有 1 件，其中公立醫院佔有相當之比例。

公立醫院所聘任之醫事人員或行政人員，不論是否具有公務人員任用法之公務員任用資格，其為公立醫院執行職務均屬刑法第十條及國家賠償法第二條所定「依法令從事於公務之人員」。至於是否均為民法第一八六條之公務員，近年來學者鄭玉波，劉春堂都主張比照國家賠償法第二條第一項而認為應從寬解釋，即包含任何依法令從事公務之人員。正因公醫制度具有公權力行政性質，在醫病關係上非一般私立醫療機構與病人間單純的契約拘束而是適用行政法上信賴保護之原則。基於這樣法理基礎及憲法規範國家對於國民健康權的宣誓，公醫機構對於建構與病人間的

信任關係有更強烈的依法行政義務與使命。

社會資本的「信任」(trust)與「網絡」(networks)的核心途徑已非單純理論觀念，千禧年開始，重視公民參與的歐美國家也多將其應用於政府再造政策工程。從衛生署的九十四年至九十七年的中長程業務計劃歸納分析，也具有社會資本理論運用雛形。然而此精英決策規劃是否落實於縣市署立醫療機構的制度、醫療行為、民眾觀感與社區互動等實際改變與影響須更配合指標建構與追蹤觀察等調查分析。誠如 Adler&Kwon(2000)提到社會資本的運用也可能因政商緊密而產生信任的排擠作用，同時社會資本的運用成果為社會文化行為的變遷，本文企圖從目前的公醫制度政策與醫病關係上提出研究索引，給予政府與署立醫療機構政策規劃與執行策略方向。

附表一

行政院衛生署所屬醫院			
北 部	中 部	南 部	東 部
基隆市 基隆醫院	台中縣 豐原醫院	嘉義市 嘉義醫院	宜蘭縣 宜蘭醫院
台北縣 八里療養院 樂生療養院 台北醫院	台中市 台中醫院 *	嘉義縣 朴子醫院	花蓮縣 花蓮醫院 花蓮醫院豐 濱分院 玉里醫院
台北市 台北醫院城 區分院	彰化縣 彰化醫院	台南縣 新營醫院 新營醫院北 門分院 台南醫院新 化分院 嘉南療養院	台東縣 台東醫院成 功分院 台東醫院
桃園縣	南投縣	台南市	

桃園醫院 * 桃園醫院新 屋分院 桃園療養院	草屯療養院 南投醫院	台南醫院 胸腔病院	離島
新竹市 新竹醫院 *		高雄縣 旗山醫院	金門縣 金門醫院
新竹縣 竹東醫院		屏東縣 屏東醫院 屏東醫院恆 春分院	澎湖縣 澎湖醫院
苗栗縣 苗栗醫院			
註：有 * 符號為附有燒燙傷病床者			

資料來源：行政院衛生署全球資訊網

參考文獻

一、中文部分

- 方志華 (2001)。關懷倫理學在新世紀的教育實踐—理論與實踐的關係探究。銘傳大學主辦，新世紀新思維國際學術研討會論文。
- 林東龍 (2004)。醫療糾紛之社會控制：社會學的分析。國立中山大學中山學術研究所博士論文。
- 江明修、鄭勝分 (2004)。從政府與第三部門互動的觀點析探台灣社會資本之內涵及其發展策略。理論與政策。17 (3)：37-58。
- 胡幼慧 (2001)。新醫療社會學。台北：心理。
- 胡幼慧 (2001)。質性研究理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流。
- 莊英章、許木柱等 (1992)。文化人類學(上)(下)。台北：空中大學。
- 莫漢輝 (2002)。社會資本之網絡連繫、信任及互惠狀況的研究。香港青年協會。

- 莊素玉 (2005)。白袍退色，醫院也瘋狂。天下雜誌。319：95-127
- 黃丁全 (1995)。醫事法。台北：月旦。
- 黃昆輝 (2004)。文化、人格與教育。台北：心理。
- 黃毅志 (2002)。林南 (Nan Lin) 的「社會資本」理論對於台灣教育社會學研究之啓發。台灣教育社會研究。2 (2) 153-163。
- 陳美如 (2000)。多元文化課程的理念與實踐。台北：師大書苑。
- 陳新民 (2005)。行政法。台北：空中大學。
- 張荳雲 (2003)。醫療與社會。台北：巨流。
- 張培新 (2004)。台灣宗教性非營利組織運作的社會資本考察。國立台灣師範大學公民教育與活動領研究所博士論文。
- 蔡文輝 (2000)。社會學理論。台北：三民。
- 趙敦華 (1990)。勞斯的正義論解說。台北：遠流。
- 劉樹泉 (2004)。醫療溝通與人際關係。台北：合記。
- 顧忠華 (1992)。社會理論與社會實踐。台北：允晨。
- 戴正德、李明濱 (2000)。醫學倫理導論：台北：教育部。
- 譚光鼎、劉美慧、游美惠 (2001)。多元文化教育。台北：空中大學。
- 羅家德、張紳震 (2003)。資訊化組織與科層組織社會資本形成因素之比較。中央研究院之資訊科技與社會轉型。
- 鄭錫鏞 (2002)。政府再造與社會資本。電子簡訊。14：1-15。

二 英文部分

- Allen Barbour, M.D. 潘咸廷、陳建州、陳三能 譯。醫病關係。台北：譯軒。
- Brody, Baruch A (1988) .*Moral Theory and Moral Judgments in Medical Ethics*. Kluwer Academic.
- Cockerham, William C (2002) .朱巧艷、蕭佳華譯。醫療社會學。台北：五南。
- Chris Barker (2004) 羅世宏 譯。文化研究-理論與實踐 台北 五南
- Ellen Lerner Rothman, M.D. (2004) .朱珊慧 譯。白袍：一位哈佛醫學生的歷練。台北：天下文化。
- Flap, Henk & Volker, Beate (2004) *Creation and Returns of Social Capital*. Routledge Press.
- Hebert, Philip C. (1996) .*Doing Right. A Practical Guide to Ethic for Medical Trainees and Physicians*. Oxford University Press.
- Jenks, Chris (1998) 王淑燕、陳光達、俞智敏 譯。文化。台北：巨流。
- Munson, Ronald . (2000) *Intervention and Reflection. Basic Issues in Medical Ethics*.

Wadsworth Press.

Rotberg,Robert I. (2001) .*Patterns of Social Capital*. Cambridge University Press.

Veatch,Robert M. (1997) .*Medical Ethics*: Jones and Bartlett Publishers.

