

醫師專業精神與醫療組織倫理

蔡甫昌 謝博生*

台大醫學院社會醫學科 台大醫學院內科*

前言

在醫療科技進步與社會變遷的帶動之下，現代的醫療行為已由傳統單純醫師與病人之間互動，日益趨向複雜及多樣化；包括病患、家屬、醫療人員、醫療機構、醫療照護體系與健康保險體系等，都在其間扮演著重要的角色，促成新的專業分工與學科領域的誕生，也帶來了不同形式的醫療道德與專業倫理的問題。

醫藥技術的進展加上公共衛生工作的推行，使得台灣國民的平均壽命延長，民眾的疾病型態及主要死亡原因由感染症逐漸轉變為無法治癒的慢性疾病，國民的醫療需求增加，促使提供醫療服務的業務及組織日漸龐大。另一方面，台灣社會從農業轉向工商業化，醫療服務提供的形式也隨著社會潮流轉向商業化，尤其是在財團相繼投入醫療事業之經營後，醫療機構之營運走向企業化，造成台灣的醫療成為競爭激烈的市場生態。然而，在全球化的影響下，民眾知識漸開、人權意識抬頭，健康逐漸被視為國民的基本權益，民眾對醫療的需求與要求相形增加，不僅期待治療病痛，也要求預防疾病與促進健康，政府必須負起照顧國民健康的責任。於是，台灣從公、農、勞保的時代到進入到「全民健康保險」的實施，保障了國民的基本醫療權益，然而也逐漸形成了醫院、醫師、病患、醫療保險給付者之間，錯綜複雜的互動與醫療人際關係，並且牽涉到相關法規與政策，引發進一步的醫療管理與道德問題。在此錯綜複雜的環境下，醫療機構的管理者不再是單純地負起社會責任以照顧病患，必須兼顧經營問題以求機構存活。在兼顧「社會責任」及「永續經營」，考量「醫院經營」與「醫療專業倫理」

的同時，日益複雜的醫學倫理問題乃亟需探討。

專業與醫療專業之本質

醫療基本上是發生在醫生與病人之間單純的互動行為，但隨著醫學知識及新技術的開拓，醫療專業分工細密，醫療照護體系也逐漸變得複雜且龐大，所牽涉的不僅只是醫師與病人，還有各類醫療人員(包括護士、藥師、醫檢師、放射線師、復健師、心理師、醫技人員、看護工...)、行政管理人員、儀器設備及管理、醫療機構、政府機關、醫療政策與健康保險等等。然而，在此龐大複雜的醫療體系下探討醫療倫理問題，重新思考專業與醫療專業的本質是有其必要的。

專業的意涵

Glazer[1]指出：「專業主義、專業化和專業在現代社會控制體系中愈來愈顯得重要，但經常沒有得到合宜的理解。」Greenwood[2]認為專業具有以下五大元素：「具備一套有系統的理論、有定義問題與決定對策的權威、社會大眾認可他們可以訓練與認定新成員、倫理法則強調服務他人的理想、具備一套發揮所有功能的必要機制」。Ozar[3]則指出專業的重要特色包括：

1. 重要而獨佔的專業知識(important and exclusive expertise)：不同於一般職業，專業所提供的服務是公眾認為非常有價值的，生活所高度重視的價值繫於這些專業。並且專業需要長時間的理論教育和師徒式的密集實務訓練，使得具備這專業知識者僅限於少數人。另一方面，只有受過理論與實務訓練的專業人才，才有能力正確衡量專業介入的需求和專業表現的品質。而

專業不僅必須具備理論與實務的專門知識，更涉及執業時知識的應用。

2. 內部與外部的承認 (internal and external recognition)：內部承認是指專業人員間相互承認彼此的專業能力，例如醫師公會或專科醫學會成員的考試與認證。外部的承認最常見的方式是透過證書、執照正式給予專業人員獨有的權力。
3. 執業時的自主權 (autonomy in practice)：主要表現在三方面(1)執業判斷的自主權：包括審視客戶需求、各種行動的可能結果、選擇最好的行動、中間技術步驟的選擇。客戶給予專業人員自主權不單純是基於個人判斷，而是基於內部、外在承認的專業體制上。(2)自主控制執業相關環境。(3)管制專業措施的自主。
4. 具有專業和專業人員的義務：專業體制中最重要的一項特徵是他們的成員接受一套專業行為規範。專業團體擁有某些社會中極有價值的知識，因此，對於依賴這些知識的生活面向，他們相對擁有獨佔的權力。專業人員除了執照門檻、成員內部的規範，很少受到社會大眾的監督，因為社會大眾認為專業機制下有內在規範，任何人成為專業人員，就必須承擔已有的義務，因此其專業權力不會被濫用。每門專業的義務內涵就是專業倫理。

由於專業人員享有特殊地位是社會大眾承認並給予自主權而來，因此專業規範與義務的實質內涵也必須包括社會大眾對專業的理解；也就是說，專業規範完整的內涵必須是專業群體與社會大眾間持續對話的成果。Ozar 指出專業規範的主要範疇應涵蓋下列八點內涵：

1. 主要客戶：專業主要照顧到哪些人的福利？例如，醫護人員照顧的對象是眼前的病人、醫院中的其他病人、曾來看診的所有病人，或對大眾也有重要義務。
2. 專業的核心價值：該專業的核心價值是什麼？主要照顧到客戶哪些方面的福利？若有多項核心價值，這些核心價值是同等重要，或有優先順序？
3. 專業與客戶的理想關係：專業介入時，專業人員與客戶必須一同作出許多決定和選擇，這個

範疇討論他們各自合宜的角色，有以下模式被提出：商業模式(自由契約)、同業公會模式(guild model，專業人員因具有獨佔知識可單方主動決策)、代理人模式(agent model，專業知識專為客戶的價值與目標服務)、互動模式(interactive model，雙方一同選擇專業人員如何服務客戶)。另外，專業規範也必須考慮到未能完全自主決定的客戶，如：孩童、智能不足者、因恐懼、疾病或其他情形而無法完全參與決定者。

4. 犧牲和客戶福利的相對優先順序：專業人員「獻身於服務」、「獻身於社會大眾」，這些描述運用在實際行為中可以有多種詮釋。做極小 (minimalist) 或極大 (maximalist) 的詮釋都無法精確表現社會大眾的期望與想法。每個專業群體面對各種程度的風險，例如醫護人員治療病患可能有被感染的風險，有義務作某種程度的犧牲，如何因應各種和不同程度的風險，是專業倫理學和倫理教育應該討論的。
5. 能力範圍 (competence)：專業人員有義務具備並維持他的專業專長，並且有義務僅去執行其專長所能勝任處理的事務。然而專業人員能力的認定很複雜，有賴專業組織的評判認可，但是能力認定的標準也應該常向社會大眾說明解釋。
6. 專業同儕間的理想關係：相同專業間或不同專業面對同一客戶時，同儕關係也有規範。專業人員面對超出能力範圍以外的工作，有責任不踰越，並協助尋求這方面的專業人員。另外，專業規範也包含一些比較不明顯的同儕關係，例如：不同醫師對療法的意見不同時，如何與病人溝通。
7. 專業與社會大眾的關係：社會大眾允許專業自我規範，因此他們負有自我規範的義務。不論在個人、團體或組織方面，內部能傳承教育、自我監督，對外有義務提供大眾普及教育。專業人員還有一項對社會大眾的義務，是釐清重要價值(健康...等)的內涵，這些價值觀在人們日常生活與公共政策中扮演重要角色，但內涵是直接受到專業人員與團體的影響。
8. 廉正 (integrity) 與教育：專業人員對於他們所主張的價值，有以身作則的責任 [4]。

由上述學者對專業之定義與內涵的說明，我們可理解專業一詞其實同時具有描述性和規範性的意義，「專業倫理」與「專業能力」具有同等之重要性，社會在承認專業的獨特價值並賦予其執業自主及社會地位時，亦相對地要求專業對其道德義務的實踐。而期待這樣的專業倫理能有效的實踐，來自專業內部的道德自律是基本的、必要的，並且往往比來自外界的要求與約束更為重要。

醫療專業的定位—以醫師誓詞為例

醫療行業長久以來便被視為一種專業，醫學生或學徒要進入此一醫治的行業之前，必須在始業典禮(或授袍儀式)時宣讀誓詞，以表達其對病患與對醫療專業的倫理承諾。最早的醫師誓詞出現在第一世紀初期印度經典 *Charaka Samhita* 的著作中[5]，此誓詞要求學徒們必須自我犧牲、日以繼夜地以熱心與靈魂來服務病患，將病患的需求置於個人需要之上，並且要為病患保密，禁絕醉酒、犯罪與淫邪行徑[6]。

然而最有名而持久的西方醫師誓詞要屬出現在西元第四世紀的「西波克拉底誓詞(Oath of Hippocrates)」，該誓詞可能是從西元前四世紀畢達哥拉斯(Pythagoras)教導學生的語錄所節錄出來的[7]。西波克拉底誓詞強調學徒入行後與老師之間如契約般的師徒關係，醫師必須促進病患的利益、避免病患受到傷害與不公義的對待、拒絕使用毒藥與墮胎藥、不得與病患及其家人發生性關係，並嚴格地為病患守密。

1807年紐約州的醫師公會(the Medical Society of the State of New York) 要求在其公會註冊登記並被與許於該州執業的醫師必須先簽署一份誓詞如下：「我誠摯地宣示，我將以誠實、美德、純潔來執行我的醫業；對於所授與我之專業特權，我將以忠誠與榮譽、盡一切所能地造福我的病患(I do solemnly declare, that I will honestly, virtuously, and chastely conduct myself in the practice of physic and surgery, with the privileges of exercising which profession I am now to be invested; and that I will, with fidelity and honor, do everything in my power for the benefit of the sick committed to my charge.)[8]。」在此誓詞中我們可見到以傳統德行倫

理為進路之醫學倫理思維，強調醫師執行醫業是一種特殊的權利(privilege)，而各種基本的德行則是執業的準則及病患得以獲益的保障。更重要的是，紐約州的醫師公會要求入會者必須先認同此理念，否則不容許他們在當地執業，這可以說同時是專業倫理與「組織倫理(organization ethics)」精神的實踐。

現代版的西波克拉底誓詞則是世界醫學組織(World Medical Association, WMA)在1984年所修訂發布的日內瓦宣言(the Declaration of Geneva)：

「當我進入醫業時：我鄭重地保證要奉獻一切為人類服務。我將給予師長應有的崇敬及感戴；憑我的良心和尊嚴從事醫業；病人的健康應為我的首要顧念；我將尊重託付予我的秘密；盡我的力量維護醫業的榮譽和高尚的傳統；要以兄弟般的情誼來對待同事；我將不容許任何宗教、國籍、種族、政治或社會地位等因素來干擾對病人的職責；我要對人類的生命從受胎起保持極度的尊重；即使是在威脅之下，我將不會運用我的醫業知識去違反人道。我鄭重地、自主地以我的人格做此宣誓。」本誓詞強調醫師必須視病患的健康為第一優先考量，不得讓任何因素來影響其對病患照護義務的實踐，禁止使用醫學知識來違背人性並強調對人類生命尊嚴的尊重。

使用醫師誓詞來描繪或闡述醫療專業的本質也許太過理想化或太過狹隘，然而醫師誓詞畢竟是醫學生進入醫業成為醫師時一種公開、莊嚴的宣告，象徵著他們從此加入醫學的道德社群(moral community)，並預備去承繼一種高尚、可敬的傳統；表白新進成員對某種倫理價值或立場(stance)的肯認(recognition)與委身(commitment)，並允諾從此後其行為將符合特定的道德規範，以實踐專業的職責與倫理。從另一個角度而言，醫師宣誓其實是藉由公開的儀式，醫師團體在對社會闡明「醫療」之所以堪稱是一種「專業」，並讓新進成員提出個人的人格擔保，對社會承諾自己將會值得被社會當作是「專業人士(professionals)」來看待，並被賦予專業所享有的特權與自主。醫學倫理學家 Pellegrino 醫師便曾經表示「儘管誓詞不足以禁止醫師所有的不道德行為，我仍然可以見證醫師誓詞對醫者個人及對醫療專業持續且正面的影響」，「醫師誓詞有如具磁力般的核心，有助於創造一道德社群，並且賦

予專業目標一種集體責任之意識」[9]。

此外，「誓詞(oath)」與「專業(profession)」之間亦存在重要而有趣的關係，「專業(profession)」一詞的拉丁文原意乃指「被誓詞所約束(bound by an oath)」。在古羅馬時代，一個人的專業就是他對著稅吏所宣稱並發誓自己所從事的行業。西元第二世紀時，希臘醫師 Scribonius Largus 曾以西波克拉底之誓詞來定義醫療專業，強調醫學是一個必須經過長時間學習的職業，並宣示其成員對所服務之對象具有特別的義務[10]。這樣的概念，在 1995 年 Crawshaw 等八位醫師[11]共同在 JAMA (Journal of American Medical Association)上所發表的「病醫協定(Patient-Physician Covenant)」聲明中有一優美的闡述：「就醫學的核心而言，它是建立在信賴協定上的道德事業；這份協定要求醫師必須稱職，並運用其能力謀求病人最大的利益，因此，醫師無論就理智上或道德上而言，都有義務在病人的福祉受威脅時給予支持，並應時時刻刻做為其健康的後盾...。根據醫學的傳統及本質，它是一種特殊的人類活動。若缺乏謙遜、誠實、理性的正直、同情、對過度自利的自我克制等德行，它就無從有效地進行；這些特性刻畫醫師為一致力追求自身利益以外事物之道德社群成員。」

為何醫療專業如此被定義、並在專業義務上如此被要求，其實並不難被理解。醫師在照護病患的過程中被賦予特殊的權利、得以侵犯病患身體與精神上的完整性(integrity)，醫師及整個醫療團隊的作為都將大大地影響到病患的生命、健康、隱私、權益，為了保障處於身心軟弱而易受傷害狀態的病患，要求醫師對病患負有特別的責任，並遵循某些倫理標準而行乃是正當而且必要的，也可事先避免容易引起爭議、導致糾紛的醫療行為。因此，英國醫師公會在其「醫師的義務(The duties of a doctor registered with the General Medical Council)」一文即開宗明義地表示：「病人必須能夠信任而將其生命與健康交付給醫師，為忠於此信任，身為專業人士的我們，有義務要維持良好的醫療執業與病患照顧之水準，並表達對人類生命的尊重...[12]。」美國醫學會醫學倫理守則(AMA Principles of Medical Ethics)的前言(preamble)亦指出：「醫療專業長久以來支持一份維護病人最大權益的道德聲明。作為這

個專業的一員，醫師應確認自己不僅對病人的責任，也同時對社會、其他醫療同業和自己的責任[13]。」事實上，除了醫師誓詞以外，如英、美、加等國之醫學團體，不僅是那些全國性的醫學組織也包括許多專科醫學會，皆進一步以醫學倫理原則(principle)或守則(code)來對其所屬醫師成員及社會大眾清楚地宣示其專業義務。

當代醫療專業的倫理規範

醫師誓言傳遞了醫療專業的核心倫理價值，然而現代醫療的錯綜複雜，使得醫療專業倫理所必須面對的問題與規範之內容，遠遠超過簡短的醫師誓詞所能涵蓋。現代醫病關係所呈現的特徵傾向是：強調病人為主之醫療(Patient-centered medicine)更勝於醫師為主之醫療(Physician-centered medicine)；強調權利與義務為基礎之倫理(Duty&right-based ethics)更勝於強調以德行為基礎之倫理(Virtue-based ethics)；強調病患之知情同意與選擇(Informed consent/choice)更勝於醫療父權(Medical paternalism)；強調醫療的商業化、消費者主義及契約化(Commercialism/Consumerism/Contractualism)更勝於醫療是博愛與利他精神(Medical Philanthropy/ Altruism)之發揮[14]。在面對迅速變遷的社會及醫療環境、醫療人權及消費者意識的抬頭，醫師面臨每日的臨床執業工作乃是充滿挑戰與壓力。特別是新醫療科技所帶來的倫理、法律與社會問題，往往在醫師、病患、家屬、醫療照護系統及社會之間，帶來新的倫理困局(dilemma)與挑戰。醫療專業回應這些挑戰的方法之一，即發展專業的執業倫理守則(ethical code of practice)。

生命倫理學家 Robert Veatch[15]解釋：「誓詞(oaths)乃宣誓者公開地保證其所負之特定責任；守則(codes)提供較週全標準給執行醫療業務的醫師、病人或其他做決定的人，每一種倫理的聲明皆指陳了某種道德命令，或是由個人所個別接受、或者由專業組織、宗教社群、政府單位所執行。」Evers 則認為「誓詞(Oath 或 pledge)包含了做見證的基本要素、以信譽為保證的諾言」，「守則(code)是法則(laws)的匯集或書面所提供指引道德行為的文字，換言之，守則是匯集特殊領域中指引(guideline)所組成的。」Evers[16]於是主張，這類道德規範的基本概

念因此應該是行爲的「指引(guidelines)」，而指引可以藉「守則」來反映或由「誓詞」來宣明。

而影響當代生命倫理甚鉅的 Beauchamp 和 Childress[17] 所發展的是一套「共有道德理論(common morality)」及「以原則爲導向的生命倫理方法(principles-oriented bioethics method)」，其理論所建立之道德規範(moral norms)架構是由四個初確原則(prima facie principles)爲基礎，包括尊重自主原則(The principle of respect for autonomy)、不傷害原則(The principle of non-maleficence)、行善原則(The principle of beneficence)、正義原則(The principle of justice)，而根據此四基本原則去做道德的判斷。在特定個案中，藉由此四個基本原則的引導，可發展出更詳細的規則(rules)或指引(guidelines)、建議行爲(recommended actions)及政策(policies)。換言之，「原則通常被視爲更一般性的規則，有時則被視爲規則的來源或基礎，而規則更具體地說明被禁止、要求或允許的行爲類型[18]。」簡言之，道德規範之間的關係和位階可以被理解爲：「原則」指涉某些基本的道德命令，例如「行善」、「不傷害」、「自主」、「避免殺害」、「忠誠」、「誠實」、和「正義」[19]，它們較一般、抽象、基本、以及在數目上是有限的。「規則」、「守則」和「指引」在內涵上是類似的，它們較特定、實質、並且其內容限定在行爲的指引上，例如「保密」、「說實話」、「告知後同意」、「隱私」[20]的規則；「預留醫療指示的實務守則」[21]、「代理孕母」的指引[22]、「優良臨床試驗準則」[23]、「AMA 的醫師收受廠商餽贈之準則」[24]。由於可以根據特定的道德處境、個案、遭遇、職業或行爲，從一般或基本的倫理原則或道德價值來具體說明、導出、發展、制訂、編纂規則、守則和指引，因此，它們可以是數量眾多，甚至是無限的[25]。

上述這些醫學倫理原則及執業倫理指引、準則及守則之建立，莫不是爲了提供醫師面對臨床道德問題或遭逢倫理困局時之參酌思考與持循遵守；另一方面，這些倫理指引也旨在宣示專業所認可之道德價值，並追求在實務醫療工作中發揚專業的精神。事實上，現代的醫療專業主義在面臨科技爆炸、轉變中的市場力量、生物恐怖主義和全球化等各種挑戰之下，的確有必要不斷去思索並再定義自己的

專業內涵。由多個醫學組織經過多年研討所制定之新千禧醫師憲章(A physician charter)，強調專業主義是醫學與社會訂立契約之基礎，要求將病患利益置於醫師利益之上，並建立與維護醫師能力(competence)和廉正(integrity)的標準。該憲章宣示醫學專業主義的三基本原則：病患福祉優先(primacy of patient welfare)原則、病患自主(patient autonomy)原則、社會正義(social justice)原則；與一套十項的專業責任包括必須致力、委身於(commitment to)：專業能力(professional competence)、誠實對待病患(honesty with patient)、爲病患守密(patient confidentiality)、與病患維持合宜的關係(maintaining appropriate relations with patient)、改善照護品質(improving quality of care)、改進獲得照護之管道(improving access to care)、公平分配有限資源(a just distribution of finite resources)、科學知識(scientific knowledge)、藉管理利益衝突以維持信任(maintaining trust by managing conflicts of interest)及專業責任(professional responsibilities)。這些原則和責任必須爲該專業與社會所清楚了解，因爲這項契約最爲重要的是民眾對於醫師的信任，而此信任乃建立在個別醫師與整體專業的廉正之上[26]。

醫院經營與組織倫理學

然而醫療人士執行專業的醫療工作卻不必然展現其專業精神，有許多主客觀的因素將可能影響專業人士之倫理實踐(ethical practice)。主觀的因素包括個人的專業及倫理素養、對臨床倫理問題之敏感度及道德意識等；客觀之因素可來自醫師所身處的執業環境、醫療與社會制度、醫療機構之倫理氛圍、甚至醫院主管的經營目標、行政要求及對倫理事務所持之態度等，都可能影響醫師個人之專業倫理實踐，其中與醫院經營相關之因素扮演著重要的角色，爲下文探討之重點。

醫院經營的現況

目前台灣的醫院經營型態主要可分成三種：1. 財團法人醫療機構；2. 公立醫療機構；3. 以聯盟方式成立中小型綜合醫院等三種。財團法人醫療機構

大多建立大型醫院並使用企業化的經營方式，目標在於以最少的成本獲取最大的利潤。公立醫療機構，例如公立醫學中心、署立醫院、市立醫院、軍醫院系統，理論上不同於財團法人醫療機構企業化的經營方式，而是以服務、教學及研究作為其經營理念，然而，由於全民健保的實施、政府財政困難、公務預算不斷刪減，公立醫院必須自負盈虧靠醫療服務以賺取利潤，在求生存之下必須重視營運績效，採用績效獎勵金制度，甚至努力向財團醫院的管理模式看齊，市場的營利邏輯逐漸在侵蝕專業主義的邏輯[27]。對教學醫院而言，教學及研究不可避免地受到相當程度的排擠。第三種以聯盟方式成立的中小型綜合醫院或診所，他們的經營理念則是兼具風險分擔及充分自主，然而，在競爭日益激烈的醫療市場中，大型的醫院不斷擴充，一些中小型醫院或診所因為在成本控制和業績方面拼不過大型醫院而相繼被淘汰或取代。

在這種商業利益主導醫療體系運作的醫療環境中，醫護人員的專業精神、醫病關係以及病患的權益都受到了衝擊。首先，目前全民健保的支付制度是採「論量計酬」、「論病例計酬」(部分規劃為「總額預算」)等措施，基本上是鼓勵多作多收、少作少賺的，各醫療機構必須提升業務量、透過經營管理手段以提升盈餘與利潤。在制度及利益的鼓勵下，機構內醫療專業人員於是多看診多收病人、多做治療及檢查，因此常見病人排隊三小時看診三分鐘、非必要的檢查、治療及手術浮濫、剖腹產率居高不下等醫療生態亂象。在業績的壓力下，醫療專業人員疲於應付過多的門診或住院診療，使得醫療品質下降，許多醫師失去了求知、服務的熱情以及行醫的使命感。甚至，某些財團醫院純粹將醫師視為賺錢的工具，以替機構創造最大利潤為目標來建立制度及提供誘因(例如醫師無底薪制度、績效獎勵分紅制度)，造成醫護員工根本陷入在一種結構性的利害衝突(conflict of interest)及道德義務衝突(conflict of obligations)的處境中；亦即個別的醫師執業時對同時必須「創造對病患的最大利益」和「創造對自己或醫院的最大利益」之間產生利益的衝突，醫師個人「對病患應負起之責任義務」和「對所屬醫療機構及其經營目標所負的責任義務」之間產生衝突，然而卻在因為自己缺乏專業倫理的意識、訓練及擔

當，忘卻了「專業首要的利益及義務」是什麼，因而未曾抵抗這種結構性的不道德制度或被迫不得不妥協。例如，在無底薪的績效制度下，醫師必須作越多才能維持豐厚收入，做得太少或名氣不大吸引不到病患上門，則收入生活甚至發生問題。某些醫院將同一科部一分為二，製造其競爭關係，使得醫師為鞏固病人或開發新客源，科與科之間、科內醫師之間呈現高度緊張與競爭的關係，將績效置於病患的最大福祉之前，喪失了基本的專業精神。有的甚至於巧立名目、或以免費健康檢查、義診為名目來吸引病患上門，進而鼓勵或誤導病患進行醫療消費行為、推銷醫藥商品或手術，令人聞之瞠目結舌、難以置信。

過去的醫療行為單純地介於醫生與病人兩者之間，沒有太多外力介入，醫生盡力照護病人並直接向其收取費用，病人也信賴並尊敬醫生的專業；然而，在社會急遽改變之下導致醫院走向商業化、企業化的管理經營，注重成本效益、效率及生產力，這種做法並非必然是道德上錯誤或本質上是惡的，然而卻在缺乏醫師專業倫理制衡的情形下產生滑波效應(slippery slope)、導致不良的結果。醫療機構採行績效獎勵制度促使醫師努力看病人以創造績效時，醫療人員發現他們不但要照顧病人也要兼顧醫院成本及績效等問題，醫病間的互動不再是傳統單純的病患照護，同時還要遵循醫院政策而採取不同的醫療行為模式，醫護專業自主權被剝奪，因此衍生許多醫療倫理問題。例如為了「衝服務量」因而無法兼顧照護的品質；甚至進行不必要、不適當或過度之檢查與治療，造成傷害；看病人的時間過短，未能善盡告知之義務並充分溝通，導致醫病雙方認知的差距或產生誤會、關係惡化、滋生糾紛而對簿公堂，完全失去互信及尊重。

在這種商業利益掛帥的醫療環境中，病患的權益直接受到威脅。醫師問診及照護品質降低；病患接受的治療方式未必是最適當的方式，卻可能是健保給付最佳的療法；教學醫院為求生存進而將資源挹注於較賺錢的醫療服務項目上，教學和研究方面的資源則相對縮減，造成醫學研發及醫師訓練品質下降。凡此種種現實，加上醫病之間資訊與權力的不對等關係，終使脆弱易受傷害的病人處於不友善、不知道能不能信賴的醫療情境與人員當中，國

民的健康福祉受到負面的影響，國家的醫療服務水準也無法提升。

非營利事業的醫事機構為求生存紛紛轉型為營利機構，似乎是醫院營運的趨勢。然而，醫院追求利潤並非本質上錯誤的道德問題，問題發生在醫院如何定位追求利潤的活動？它是否比維持一個高品質的健康照護還具有優先性？換言之，醫院如何看待自己的使命和願景、如何看待健康照護的本質？醫院作為一個機構，它和其他企業組織有什麼區別，它對內外部的利害關係人(stake holder)所負有的責任或義務與一般商業機構是否有所不同？一個健康照護機構對上述問題的立場，將深深地影響本身機構的發展及社會大眾對它的觀感和期待。在這些問題的處理上，近年來有所謂「組織倫理學」(organization ethics)的發展，作為一種機制以回應與健康照護組織各種營運面向相關的倫理議題。

組織倫理學

倫理學研究對人類而言什麼是有價值的事物、什麼是道德上正確或錯誤的行為、什麼是善惡、什麼是幸福人生，倫理學關注人的動機、選擇、人格、行為規範，「舉凡生活中所有的道德問題，都是倫理學所要探討的對象，倫理學研究的目的是要針對這些問題進行理性的分析和探討，試圖有系統地瞭解道德觀念，並對一般生活中的道德原則，尋找一個合理性的基礎[28]。」除個人外，機構或社會體系也可以接受「對錯或善惡」的分析或評價，若針對機構或組織的價值、文化與政策做道德評價，那麼這就是「組織倫理學」。美國的醫院評鑑組織「健康照護組織評鑑聯合委員會」(Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO)1997年將醫療領域中的組織倫理學定義為：在健康照顧組織之經營面向中，有關組織本身以一種誠實、得體(decent)和適當的態度去從事營運與照顧病人的倫理責任[29]。Virginia Bioethics Network 則提出一個較全面性的說明：組織倫理學是一種「應用倫理學」，它「由一個處理問題的過程所組成，此過程所處理的問題是和健康照護組織之營運、財務、管理相關之倫理議題，以及和影響著健康照護組織運作之專業、教育、契約關係相關的倫理議題[30]」。

在健康照護領域中，組織倫理學針對醫療照護機構的所有營運面向進行道德評價，這些面向包括了醫院的使命、文化、倫理氛圍(ethical climate)、各種活動、醫院中權利義務之安排、角色之義務等，而組織倫理學可以透過整合「臨床倫理」(clinical ethics)、「商業倫理」(business ethics)、以及「專業倫理」(professional ethics)三者來達到評價和促進組織中倫理氛圍的目的。而此三類應用倫理之內涵如下：

1. 「臨床倫理」：關注醫學臨床實務的倫理以及在病患照護上所產生的倫理問題。對醫療機構而言，臨床倫理的實踐是一項極為重要的義務，也是社會大眾和醫療機構中各種利害關係人對機構的重要期待。醫療機構可以透過以下幾種管道來實踐臨床倫理：例如，設置「人體試驗委員會」保障受試對象的權利與知情同意；設置「臨床倫理委員會」為臨床工作者與醫院所服務的社群提供臨床倫理教育(例如，關於病患權利的議題：保密、知情同意、生命臨終的決定……等)、協助發展影響病患照護的政策與指引、以及對照護病患時所產生的倫理問題提供倫理諮詢的協助[31]。
2. 「商業倫理」：以若干標準和守則去評價商業行為與決策、發展商業脈絡中適當的規則和守則、提供道德推論的架構以解決商業中的道德困局、對管理者的道德發展和他們如何行動進分析、描述與比較公司的文化、管理方面的決策如何融入公司的核心價值。在醫療機構中，商業活動之所以也是組織倫理學關注的面向，原因就在於商業決策會透過決策者的作為與不作為，對人們和人們之間的關係造成不同影響，且每一個經濟上的決定都是基於一組信念系統，此系統預設了某些價值或對某些價值的否定。醫療機構應盡可能有效地提供高品質的健康照護，卻無法忽視獲利的面向，把它和臨床與專業議題隔離；但另一方面，醫療機構存在的特殊使命和根據是對個人和公眾提供醫療服務，若在排列目標或使命的優先順序時，將獲利排在首位，就會產生道德問題以及公眾對它的認同問題[32]。

3. 「專業倫理」：傳統的醫學倫理主張病患的福祉總是最首要的考量，但在今日的醫療機構中，財務和機構的議題對病患照護的決策產生重大的影響，有限的時間、資源和研究上、臨床上以及專業服務的要求，促使醫護人員時常面臨責任上的衝突，而不總是能滿足每位病患的需求。醫療專業人員雖然具有專業組織或醫學會的成員身份，並且被期待遵循專業守則，將病患的福祉置於優先地位，但他們同時也是醫療機構中的一份子，負有管理醫療資源、控制成本的責任，因此在對於「病患」和「健康照護體系」的義務之間，不可避免地會產生衝突，而這些衝突可以透過決定責任的優先順序，以及分析所有利害關係人可能受到的影響來處理。儘管傳統主義的純粹形式在今日的醫療環境中不可能維持下去，但傳統醫學倫理的理想仍是很重要的，我們仍然期待醫療專業人員在醫療、財政和行政的脈絡中，能作為病患福祉的支持者，只要醫護人員對他的病患能誠實地告知，使病患理解醫療資源有限的現實，那麼醫病之間的信賴關係仍能維繫下去[33]。

醫院中的倫理氛圍

組織倫理學的目的在於整合臨床、商業以及專業三個面向，以促進健康照護組織中正面的倫理氛圍。組織的「倫理氛圍」就像是一個組織的性格，如同人格時常影響個人面對道德困局時的因應態度和行為，當面對價值衝突的課題時，組織的倫理氛圍亦能指引組織和其組成份子的行為方式。「倫理氛圍」的概念可從以下四點進一步闡明：

1. 內在的倫理氛圍：組織中的成員對下列事項的認知——組織如何實現其目標和社會角色、組織的核心價值、評價工作成就的標準、以及組織成員所扮演的角色具有何種義務；
2. 外在的倫理氛圍：亦即社會的期待，期待一個組織在社會中扮演某種角色。機構中倫理結構的內涵很少是由機構本身任意創造的結果，通常機構會將社會對自己的期待內化於自我理解之中；

3. 正面的倫理氛圍：若一個組織的決策、行為、計畫以及行為的結果，和對它的期待是一致的，那麼它就有正面的倫理氛圍；
4. 負面的倫理氛圍：如果期待和結果之間有很大的差異，那麼就有理由去質疑組織的道德正當性，並且認為它有一個負面的倫理氛圍。

醫院介於個人和社會層次之間，它的倫理氛圍不只結合了其成員對於它核心價值的表述和信念，也結合了社會的需求與期待，因此醫院可以說在一個內外結合的倫理氛圍中運作。然而，醫院正面臨一個迅速變化的市場環境，政府和健保制度在醫院的經營上已具有愈來愈大的影響力，在競爭激烈的環境中，永續經營已成為首要的考量，以前認為神聖不可侵犯的醫病關係也受到衝擊，而這些轉變不可避免地影響醫院中倫理氛圍的變化。醫院存在的目的應該是為病患及大眾提供高品質的醫療服務，但是當這個目的和利潤追求、成本控制或者醫療資源的分配產生衝突時，醫護人員應該如何反應呢？專業守則告訴醫療專業人員要促進病患的福祉，但隨著臨床環境的複雜性愈來愈高，當這些守則和其他價值的維繫產生不一致時，醫療專業人員又該如何面對？一般而言，目前醫院中的倫理氛圍都具有不確定、紊亂甚至是不安的特徵，促使置身其中的成員在面臨道德困局時，不知該如何處理，而這種不安也滲入廣大的社會，影響著一般大眾和媒體對於醫療機構的觀感與信任。

醫療機構要如何促進其正面的倫理氛圍？可以努力的方向是：將醫院的核心價值(例如病患的健康照護)視為其使命和願景的基礎，並且將這些核心價值清楚地反映在所有層次的策略、結構和政策上，讓醫院內的所有員工以及醫院的外部利害關係人都能認知與理解。此外，醫院的經營者或管理者應帶頭做正面倫理氛圍的模範，協助發展、表達並支持醫院的核心價值，將這些價值視為醫院政策和每日實務工作程序的基礎。具體的做法是，醫院可以設置與臨床、商業、專業三個面向相關的倫理委員會，用以處理相關的倫理議題，並發揮教育、協助政策發展、提供諮商服務的功能[34]。事實上，醫院的這些功能在今日越來越受到重視，美國醫院協會(American Hospital Association)在其「管理建議：健康照護機構應有的倫理行為」中即指出：由於健康

照護機構的角色是健康照護的提供者、雇主、以及社區的健康資源，所以只滿足最低限度的法律和規範標準是不夠的，它們還有特別的責任去從事合乎倫理的行為和實務。它們廣泛的功能包括病患照護、教育、公共衛生、社會服務以及商業功能，這些功能對它們社區的健康與福祉是至關重要的。這些角色和功能要求健康照護機構以一種合乎倫理的態度指導自己的行為，強調一種社區服務的基本方向和証成大眾對自己的信賴感。健康照護機構的使命和價值應被納入它的所有計畫、服務和活動中[35]。

醫師專業精神的具體實踐

在重視成本效益、市場競爭激烈的醫療環境中，醫療專業人員的專業精神大都淹沒於健保的給付制度和財團的營利邏輯之下，要改善醫療服務的品質與提升病人的權益，這個時代迫切需要的是彰顯醫療專業的精神，找到醫療專業的定位並喚起醫療專業人員的自覺。而儘管要達到這些目標並非易事，但本文作者提出以下進路及可能的努力方向，希望供醫界參考：

1. 醫學會及專科醫學會重視與實踐專業倫理

台灣的綜合性醫學會(例如台灣醫學會及中華醫學會)及各專科醫學會可以設置如美國醫學會(AMA)已行之有年的「倫理及法律事務委員會」(Council on Ethical and Judicial Affairs)或英國醫學會(BMA)之醫學倫理委員會(Medical ethics committee)，應定期針對特定的倫理議題，尤其是社會中正發生或醫師臨床執業上時常面臨的醫學倫理實務問題，進行討論、發展專業守則，提供醫護人員執業時具體而實用的指引，並表達醫學界之立場或宣言。例如，醫學會(或醫師公會)就應該針對醫療之商業化現象、財團介入主導扭曲醫療專業之本質進行嚴肅之檢討、提出對策與表達立場；年輕醫師在無底薪或其他制度下受到剝削與無尊嚴的對待是基本的人權與工作權問題，醫界在上位者怎可忽視？其他基本的醫病關係、病患的隱私權、保密、

知情同意、器官捐贈、基因篩檢、醫療資源的分配、健保 IC 卡上之病患資訊...等臨床實務倫理問題皆須進行討論，提供醫學組織之明確立場與意見，進一步發展成「倫理執業指引(ethical practice guideline)」；急診加護醫學會可以針對臨終生命照護的若干議題、腦死判定及器官捐贈取得等議題；婦產科醫學會可以針對終止懷孕和遺傳診斷等議題，小兒科或新生兒醫學會針對巴掌兒(very small infant)或重殘新生兒之救治與否等具倫理爭議性問題...，進行研究、商議，進而宣示立場或提供指引。這些是醫學會敦促醫療機構實踐「組織倫理」、發揮專業精神之當務之急。

2. 重視「臨床」醫學倫理教育

在醫學教育、臨床訓練和專科醫師的養成訓練上，必須將臨床醫學倫理與法律之知識與技能視爲一種必備的基本訓練來教授，並同時認可醫學倫理的豐富內涵與重要性，值得被視爲是一種專業領域來重視，並且投注充分的資源以培養師資與研究人力；以跨學科領域的方式來結合倫理、法律、社會、公衛、醫管等學者，以發展專業課程並進行學術研究，並且必須特別強調與臨床工作的有效結合，將專業倫理之精神融入、發揮於臨床訓練之中[36]，因此有賴教學醫院與醫學院攜手合作，爲醫學倫理教育貢獻心力。

3. 發展公正有效的違規懲戒制度

美國醫學會醫學倫理守則(AMA Code of Medical Ethics 2000)第二條指出：「醫師必須誠實地對待病人和同事，並且盡力去揭露其他在人格或能力上有缺失、或從事造假或欺騙的醫師。」加拿大醫學會倫理守則(Code of Ethics of the Canadian Medical Association 1996)第 37 條指出：「避免因個人動機質疑同事的聲譽，但得向適當當局報告同事不符專業素養之行為。」英國醫師公會(GMC)之醫學倫理守則「優良醫療執業(Good medical practice 1998)」第 27 條指出：「如果您有理由相信一名醫師或其他醫護人員可能使病患遭致危險，您必須依照僱方所訂程序，誠實地向僱方主管、公共衛生主管或地方醫學委員會官員提出您的疑慮。如果當地沒有合適的通報制度，或者地方制度無法解決問

題，而您對病人的安全仍然感到相當憂心，那麼您應該通知相關的主管單位。如果您不確定該怎麼做，那麼您可以和正直無私的同事討論這個問題或和您的律師團、職業團體或本公會接洽，以尋求建議。」

此三大醫學會皆陳明醫師為保護病患有意義揭露同事不道德之行為，迥異於台灣醫界長久以來被詬病之「醫醫相護」的文化。我國於九十一年一月修訂通過之醫師法第二十五條指出「醫師有下列情事之一者，由醫師公會或主管機關移付懲戒：一、業務上重大或重複發生過失行為。二、利用業務機會之犯罪行為，經判刑確定。三、非屬醫療必要之過度用藥或治療行為。四、執行業務違背醫學倫理。五、...業務上不正當行為。」第二十五條之一「醫師懲戒之方式如下：一、警告。二、命接受額外之一定時數繼續教育或臨床進修。三、限制執業範圍或停業一個月以上一年以下。四、廢止執業執照。五、廢止醫師證書。」任何行業團體皆可能存在害群之馬，違規者若無法受到適當的遏止、懲戒，不僅傷害病患利益、破壞醫界形象，對遵守法律者更是不公平。此條文中「執行業務違背醫學倫理」已構成違背我國醫師法，有明確法源可移付懲戒，然而一個保障良幣、驅逐劣幣，公正、有效、主動、積極的懲處制度仍有待建立。

4. 「醫師專業」和「醫院經營事業」間必須有專業認同(professional identity)上的嚴肅釐清

「醫師專業」和「醫院經營事業」這兩種概念不應被混淆，「醫院經營事業」的目標或願景不管在國內外、理論上是如何被描繪，在台灣就醫病雙方一般所感知與承受到的是「企業與商業的利益凌駕一切」；然而傳統的「醫師專業」概念強調以病患的福祉為優先，而這種傳統的醫德精神可以由 JAMA 刊載之「病醫協定 (Patient-Physician Covenant)」得到充分表述：

『就醫學的核心而言，它是建立在信賴協定上的道德事業；這份協定要求醫師必須稱職，並運用其能力謀求病人最大的利益，因此，醫師無論就理智上或道德上而言，都有義務在病人的福祉受威脅時給予支持，並應時時刻刻做為其健康的後盾。但今日這份信賴協定已嚴重受到威脅。就內部而言，

醫師追求物質享樂的自利現象越來越有合理化的趨勢；就外部而言，醫療組織追求利潤已迫使醫師成為提高其獲利能力的業務員。這種醫師責任的扭曲已削弱做為臨床照護核心及架構的醫病關係，若屈從現實而改變原有的信賴關係，則無異於改變醫師做為治療者、照護者、幫助者、病患及所有人健康之後盾的角色。根據醫學的傳統及本質，它是一種特殊的人類活動。若缺乏謙遜、誠實、理性的正直、同情、對過度自利的自我克制等德行，它就無從有效地進行；這些特性刻畫醫師為一致力追求自身利益以外事物之道德社群成員。我們首要的義務必是提供那些尋求我們幫助、並信賴我們能給予幫助的人們(健康上的利益；醫師既做為醫師，就不是、且永遠不該是企業家、守門員或有違我們信賴之國家財政代理人，一旦未將病人福祉置於第一優先，就可能使病人受到較差的醫護品質，甚至使其無法受到醫療照護。醫業對病人負有首要的義務，我們相信醫療專業必會透過全國、各州及地方醫師公會、學術、研究及醫院組織、乃至透過個人行為(此特別重要)來重行肯定這一點。做為促進人們健康及給予病人支持的後盾，我們必須極盡倫理上可行的方法討論、辯護並宣揚醫療照護。唯有關心並給予病人支持，醫學專業的誠信才得以被肯定，如此我們也才得以兌現我們與病人的信賴協定[37]。)

這份聲明痛斥醫療現實的惡劣環境與醫師物質化自利的追求對病患利益及醫病關係的戕害，並對醫界專業倫理之傳統精神有一具時代意義之闡揚，發人深省。

本文作者在此提出，以台灣目前之醫療現況而言，「醫師專業」必須積極反省、釐清與重新定位自己專業的本質，並在醫學生教育與醫師訓練及繼續教育中，強調專業精神與倫理的養成與實踐。十分重要的是，必須認清在時下的環境中，「醫師專業」與「醫院經營事業」絕對不是一體、不是同樣的專業；二者的目標、價值與倫理其實是大相逕庭，「醫師專業倫理」時常在「醫院經營」的商業利益考量下，受到醫院經營方式及管理制度的限制、扭曲與破壞。醫師專業必須意識到這種現象是違背其專業義務及倫理之實踐，必須主動對台灣社會醫院醫療體系長期發展以來，所存在之各種醫療文化、常規或陋習進行反省，釐清「醫師專業」與「醫院

經營事業」之間所應存在之明確界限，進而以之自身專業精神為基礎，發展出與「醫院經營事業」之間合作又相抗衡的關係、並必須維持適度之緊張(tension)；對於醫院經營者的各種作為與決策，醫師專業更應時時提出獨立判斷之倫理反省以回應之。醫師不只是醫院中的雇員，更重要的是他們是維護病人健康、福祉與人性尊嚴的專業人員；他們有義務在任何的醫療脈絡或環境中重申他們當年所立下的誓約：「...憑我的良心和尊嚴從事醫業；病人的健康應為我的首要顧念...」以支持病患，維護信賴與尊重的醫病關係。當經營醫院事業者的要求、作為或所訂立之制度將危害專業判斷及倫理、造成病人之傷害時，醫師專業須有立即、適當、有效的管道做出回應與抗衡(醫師專業因此必須朝此目標預備自己及建立制度)，如果最後仍然無法解決醫院經營者和醫師專業之間的衝突，那麼醫師身為專業人員，應有道德勇氣揭露事實，以病患利益與社會正義為前提，尋求以制度、法規、公權力等管道，妥善地解決爭議。

另一方面，對於醫療機構的管理者，他們大多數具有醫師身分，因為在醫界有傑出貢獻且德高望重，而被賦予醫院管理重任。然而有的雖身居領導者地位，但在決策上卻可能仍需聽命於以企業之商業利益為主要考量的董事會或決策小組，並無實質之專業自主權；或者有的在自己成為既得利益者之後，內心已失去力量在道德義務衝突時作出正當的判斷或抉擇。可想而知，置身於如此台灣社會醫療現況下之醫療機構管理者所必須面對道德義務衝突或利益衝突之倫理困局將是激烈的，非謹守醫師倫理便能順利解決問題、達成任務。而決策者所將面對「病患之利益」及「醫院營運之商業利益」間之衝突與競爭、平衡與取捨，將是一連串不停歇之挑戰，考驗醫管事業者之智慧與操守，本文所回顧提出之組織倫理學或許是醫院經營管理者可以參考思索的方向。

「醫療組織倫理」與「醫院評鑑制度」

另一方面，當醫院經營事業的競爭已經白熱化，機構的獲利與生存是企業每日面對的現實壓力時，訴諸倫理教育或道德勸說恐怕是陳義過高、緩

不濟急；而當龐大的醫療機構已從醫療服務商業化、操弄(manipulate)全民健保制度的過程中(例如藥價黑洞、浮濫的檢驗與治療、刺激民眾的醫療消費行為...)不斷獲得巨大利益時，要求它們變得節制、得體(decent)一點，無疑更是癡人說夢、緣木求魚。醫療商業化所造成的缺失在此次的 SARS 疫情中已經顯露無遺，例如未能創造績效的感染科及必須花成本投資的院內感控長期受到忽視、醫院應有的公共衛生功能解體、醫院擔心營運受影響而隱匿疫情...。放任現況繼續下去的結果必然是悲哀的，這種可悲的情境正是霍布士(Thomas Hobbes,1588~1679)所描述人類社會缺乏道德規範時之「自然的狀態」：其中存在著所有人對所有人的戰爭，而生命則是「孤獨、可悲、骯髒、野蠻而且短暫」。我們在今日正視醫學倫理及道德規範不是高談闊論、自命清高，主要目的是要避免這種自然狀態的發生。

也許對於目前台灣的醫療組織、醫院經營唯一有效的影響方式是必須藉由「醫院評鑑制度」及「健保支付標準」的修訂以達成。然而，過去的「醫院評鑑制度」配合「健保支付標準」的設計事實上卻是間接造成醫院大型化、企業化及軍備競賽的誘因(醫院升級可獲得較優之健保支付)；而為了應付評鑑而作表面功夫或造假亦時有所聞，迄待檢討(然非本文所欲探討)。正如過去幾年來國內之醫學院評鑑必須透過逐漸增加「醫學倫理教育」所佔之比重，以敦促各醫學院重視醫師的人文及倫理教育，醫院經營商業化現況也必須透過有效的機制以扭轉之。

以美國的 Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)為例，它是一個私人的、非營利性質、半官方的評鑑組織，代表五大專業團體(American Medical Association, American Hospital Association, American College of Physician, American College of Surgeon, American Dental Association)，是最具有影響力的醫院評鑑組織。在美國它所評鑑過的醫療照護組織(Health care organization, HCO, 以下簡稱醫療組織)就將近 17000 家。它的任務乃在於持續改善提供給大眾的健康照護之品質與安全，並試圖透過對健康照護機構的評鑑以及改善醫療組織的相關服務來達成它的任務。1995 年 JCAHO 在它的評鑑標準中加上「組

織倫理學功能」(organizational ethics function)的部分，促使它所評鑑的醫療組織開始關注某些尚未有其他機制處理過的特定議題，也是迫使醫院關注組織倫理學的主要動力。接受評鑑的醫療組織必須具備處理「組織倫理」議題的機制，醫療組織被期待透過以下方式來處理這些議題：(1)發展和制訂組織的倫理法規，用來處理醫療組織的許多特定活動，包括行銷、住院、轉院、出院、宣傳行為，以及醫院和員工、其他健康照護提供者、教育機構以及付費者之間的關係等；(2)處理契約義務上的倫理議題；(3)處理專業關係上(在醫療組織本身之內和之外)的倫理議題。2003年JCAHO明確地訂出新的醫院評鑑標準(2004 Hospital Standards)中有關「組織倫理(organization ethics)」便包含四大項目：

1. 組織在它的照護、治療、服務以及商業實務上的行為必須合乎倫理。
2. 組織必須處理利益衝突的問題。
3. 組織決策的廉正(integrity of decisions)與否乃以病患對照護、治療及服務的需求為基礎。
4. 當照護、治療和服務須受到內部或外部的審查而導致拒絕照護、治療、服務或付費時，組織做出相關決定時必須基於對病患需求所做的評估[38]。

透過組織倫理學的要求，JCAHO明確地認定組織結構顯然可能對病患照護產生影響，同時也提供接受評鑑的醫療組織自我檢視的機會——檢視自己的價值、使命、任務與展望，以及考量價值和完成任務的方式[39]。我國的「醫院評鑑與醫療品質策進會」應可朝此方向思考發展，以具體有效的機制來改善「醫院經營事業」的商業文化。

醫療體系制度面與結構面的問題

規範倫理學(Normative ethics)探討「什麼樣的行為在道德上的對的或錯的(What kind of conduct is morally right or wrong)?」，然而在道德義務的實踐過程當中「我希望成為什麼樣的人(What kind of person I want to become)?」、「我希望活在什麼樣的社會中(What kind of society I want to live in)?」這兩個問題同樣具有無比的重要性！因為生活在一個生存條件惡劣、充滿結構性不公義與不健全制度的

社會中，道德主體(moral agent)的倫理實踐將會受到嚴苛的考驗。

當醫療被視為商品，醫療體系朝向企業化經營，醫療市場之競爭越演越烈時，存在醫師心中「醫療是社會責任」、「醫師應將病患福祉作為首要考量」的觀念就會愈來愈淡薄；許多醫療專業人員在惡劣的醫療生態裡失去專業意識與素養，使得醫療專業淪為追求利潤或尋求自保的商業活動，貶抑了專業的價值也違背了病患的信任。然而，可能有更多的醫師仍然在堅守崗位、一心希望在每日的醫療工作中能夠追求促進病患健康福祉、實踐其對病患的信諾協定，但是卻必須在一個被商業利益所凌駕、變質的醫療環境與制度中，失去尊嚴與被尊重、苦悶地執行專業任務；對於這些廣大的醫療專業人員而言，他們不是也在企盼一個合理的工作環境？然而本文嘗試指出，台灣醫療專業與醫院經營的發展進程似乎往錯誤的方向繼續在推進，當務之急除了喚醒醫師自覺、彰顯專業精神外，改善目前醫療體系結構性的問題亦是無比重要的。

目前台灣醫療體系的結構，雖然有基層診所、地區醫院、區域醫院和醫學中心的層級劃分，但實質上並無明確的功能分工，也缺乏有效的分級轉診制度。因此，不但病患可以自由流動，使醫療照護因而缺乏持續性與完整性，也促使民眾養成「大病看大醫院，小病也看大醫院」的就醫習慣，幾乎所有醫院也為了生存或績效全力在「衝量」；結果是基層醫療之功能萎縮，醫學中心或教學醫院因為過多的診療負荷，使得主治醫師忙於基本的醫療服務而缺乏足夠的時間從事教學、研究及訓練工作，導致醫學中心應有的功能未能充分發揮，醫學研究、臨床訓練及醫療水準也無法提升。

合理的醫療體系應是由基層醫師或家庭醫師為廣大民眾的健康利益把關，事實上大多數的疾病在基層療護的層次就能獲得有效的治療；需要接受更進一步治療的病患，再透過家庭醫師的轉介、後送到地區、區域醫院或醫學中心；且透過雙向轉診制度，大型醫院可將病情穩定的住院病患轉介回基層醫療機構繼續追蹤照顧或居家照護，以提高地方醫院與醫學中心雙方病床之有效使用，並減少急性病床不足的問題。不論就經濟效益及醫療品質方面，都有正面提升的作用。在家庭醫師制度和分級轉診

制度雙管齊下的醫療體系中，各個層級的醫療單位可以各司其職，發揮它們應有的功能：教學醫院和醫學中心則傾注心力於後送病患之照顧及教學訓練與研究工作，不但能促進醫療技術與醫學研究的發展，亦能使未來的專科和基層醫師獲得良好的臨床教學與訓練，以提升整體病患照護的品質。

這些制度面與結構面問題的改進，當然涉及其他各種複雜的醫療給付、醫院評鑑...等制度的檢討，非本文討論之重點；然而醫界實在不宜在每次論及台灣社會之醫療倫理問題時，就以膝蓋反射訴諸「健保給付不公平」，迴避模糊了其他基本的倫理反省。面對這些問題需要放眼國家及國民全體長遠的利益、藉由強而有力的國家醫療政策來主導，因為勢必會遭遇醫療專業內外既得利益者之反對；此時執政者的智慧與魄力或者可期待之，然而醫療專業內部積極誠實地反躬自省與靈巧睿智地改過遷善可能是唯一的希望。

結語

如何改革台灣的醫療體系與醫療環境並使醫師重視與落實專業倫理，是當今「醫師專業」及「醫院經營事業」必須集思廣益與共同關注的課題。醫師專業倫理原本有一悠久而高尚的傳統，然而此傳統卻在今日台灣醫界中隱晦不彰，甚至受到「醫院經營事業」之凌架、戕害而厭厭一息，迄須接受復甦、重新定位與再出發。而醫療機構經營必須重視發展的「組織倫理」(包括臨床倫理、商業倫理及專業倫理三重內涵)則對台灣的醫院經營者還是個陌生的觀念，對於追求永續經營的醫療事業管理者其應不難理解：發展組織倫理可以豐富其醫管事業的內涵、嘉惠醫病雙方、提升其社會形象、從而真正促進自己企業之永續發展，當然值得認真投資。

每個人一生都必須經歷生、老、病、死，期待在病痛中能獲得最好的醫療照護，而這樣的期待唯有在一個制度健全且醫師發揮專業精神的醫療體系中，方有可能獲得滿足。而對新世紀台灣社會大多數的醫師而言，在一個合理有尊嚴的工作環境中去履行他的專業職責與倫理義務，是身為專業人士的他們必須堅持的一項基本權利。本文回顧「醫療專業倫理」與「組織倫理」之理論，提出一些落實醫

師專業倫理與改革醫療體系的可能方向，希冀拋磚引玉，為這些至關重要的議題開啓討論的場域，與學者共尋理性文明的新台灣醫療文化。

致謝

本文之完成感謝研究助理賴珮瑜、曾瑾珮小姐於研究資料整理上之協助。

推薦讀物

1. Glazer N: The attack on the professions. *Commentary* 1978; 66:5:34-41.
2. Greenwood E: Attributes of a profession. *Social Work* 1957; 3:2:45-55.
3. Ozar DT: Profession and professional ethics. In: *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan Library Reference, 1995.
4. *ibid.*
5. Menon IA, Haberman HF: The medical students' oath of ancient India, *Medical History* 1970; 14: 3: 295-299.
6. Veatch RM: Medical codes and oaths, In: *Encyclopedia of Bioethics* (Macmillan Library Reference, 1995)
7. Edelstein L: The Hippocratic Oath: text, translation, and interpretation. *Bulletin of the History of Medicine*, supp. 1943: 5: 1:1-64.
8. Baker R: Codes of ethics: some history, http://www.iit.edu/departments/csep/perspective/persp_v19_fall99_2.html
9. Iverson M: Should there be an oath for scientists and engineers? Meeting Summary, A meeting convened by the AAAS Committee on Scientific Freedom and Responsibility, September 27, 2000, Washington, DC. <http://www.aaas.org/spp/sfrr/projects/oath/oathsummary.htm>
10. Baker R, *op. cit.*
11. Crawshaw R, Rogers DE, Pellegrino ED, Bulger RJ, Lundberg GD, Bristow LR, Cassel CK, Baroness JA: Patient-Physician Covenant.

- JAMA 1995; 273:1553.
12. GMC: Standards of Practice, <http://www.gmc-uk.org/standards/default.htm>
 13. AMA: Code of Medical Ethics: Current Opinions with Annotations. American Medical Association, 2002: xvi.
 14. 蔡甫昌：醫病關係與執業倫理。應用倫理研究通訊，2002;23。
 15. Veatch RM: Medical codes and oaths, *op. cit.*
 16. Evers K: Formulating international ethical guidelines for science, AAAS Professional ethics report, Volume XIII: 2: Spring; 2000, <http://www.aaas.org/spp/sfrl/per/per21.htm#Cover>
 17. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics, 5th Ed. New York: Oxford University Press, 2001.
 18. Childress JF: Principles-Oriented Bioethics: An Analysis and Assessment from Within. In: DuBose ER, Hamel RP, O'connel LJ, eds. A Matter of Principles? - Ferments in U.S. Bioethics. Valley Forge, Pennsylvania: Trinity Press International, 1994:73.
 19. Veatch M: The Basics of Bioethics, Prentice-Hall Inc. 2000:120.
 20. Beauchamp TL, Childress JF, *op. cit.* p.39.
 21. BMA:<http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/cod eofpractice>
 22. BMA: Changing Conceptions of Motherhood, British Medical Association, 1996.
 23. <http://www.fda.gov/oc/gcp/default.htm>
 24. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2512.html> AMA's principles of medical ethics has 9 articles.
 25. 此部分有關醫師倫理守則及行為規範，詳見作者另一篇論文：Tsai DFC, Chen DS: An oath for bioscientists, Journal of Biomedical Science, 2003; November (in press).
 26. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine: Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician charter. Ann Intern Med 2002; 136:243-6.
 27. 林國明：SARS 與醫療體系。<http://sars.social.ntu.edu.tw/health.pdf>
 28. 林火旺：倫理學。台北：五南出版，1999:12。
 29. Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations: Patient rights and organization ethics. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: the Official Handbook. Chicago, IL: JCAHO, 1997: RI-1-24.
 30. Spencer EM, Mills AE, Porty MV, Werhane PH: Organization Ethics in Health Care, Oxford: Oxford University Press, 2000: 5.
 31. *ibid*, chapter 3.
 32. *ibid*, chapter 4.
 33. *ibid*, chapter 5.
 34. *ibid*, chapter 6-9.
 35. AHA: AHA management advisory-ethical conduct for health care institutions. www.hospitalconnect.com/aha/resource_center/resouce/resource_ethics.html
 36. 蔡甫昌、李明濱：當代生命倫理學，醫學教育 2002; 6: 381~95.
 37. Crawshaw R, Rogers DE, Pellegrino ED, Bulger RJ, Lundberg GD, Bristow LR, Cassel CK, Baroness JA: *op. cit.*
 38. JCAHO: 2004 Hospital Standards. www.jcaho.org/accredited+organizations/2004+standards.htm
 39. Spencer EM, Mills AE, Porty MV, Werhane PH: Organization Ethics in Health Care, *op. cit.* Chapter 1.