

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

▶ 台灣公共衛生體系市場化與醫療化的歷史發展分析

The Analysis of the Historical Development of Marketization and Medicalization of the National Public Health System in Taiwan

doi:10.29816/TARQSS.201103.0001

台灣社會研究季刊, (81), 2011

Taiwan: A Radical Quarterly in Social Studies, (81), 2011

作者/Author：陳美霞(Meei-Shia Chen)

頁數/Page：3-78

出版日期/Publication Date：2011/03

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

<http://dx.doi.org/10.29816/TARQSS.201103.0001>



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



台灣公共衛生體系市場化與醫療化的 歷史發展分析*

陳美霞**

The Analysis of the Historical Development of Marketization and Medicalization of the National Public Health System in Taiwan

by Meei-shia CHEN

關鍵字：醫療化、市場化、共生關係、公共衛生體系、台灣、醫療體系

Keywords: medicalization, marketization, symbiotic relationships, national public health system, Taiwan, medical care system

收稿日期：2009年3月26日；接受日期：2010年2月9日。

Received: March 26, 2009; in revised form: February 9, 2010.

* 感謝(1)投入到「社團法人台灣公共衛生促進協會」的公衛改革社會實踐的夥伴們，是你們對公衛體系廢功問題的持續關注與投入，督促著我更深入研究公衛體系醫療化與市場化的問題；(2)世新大學客座教授林孝信在台灣社會發展政治經濟分析的啟發以及對本文格局的建議；(3)台北醫學大學通識中心助理教授王實之、成大公衛所博士後研究員吳怡伶及公衛所學生張志誠、以及紐約老朋友李榮武仔細閱讀本文並給予很有助益的評論及建議；(4)衛生署統計室主任黃旭明親切的、快速的為我對衛生署資料的疑問解惑；(5)台灣社會研究季刊兩位匿名評審委員十分有建設性的批評和建議；(6)我的研究助理鄭萍萍認真、耐心的幫忙收集資料及製作圖表。

** 服務單位：成功大學公共衛生研究所
通訊地址：701 台南市東區大學路一號
E-mail：mschen@mail.ncku.edu.tw

摘要

2003年 SARS 流行對台灣經濟及社會的沈重打擊，暴露公衛體系的種種問題，本文分析其中市場化及醫療化這兩類問題。目前台灣公共衛生或醫療相關學術研究文獻，尚未對此兩大問題做過系統分析；此外，這兩類問題，幾乎都是分開被不同的人，不同的文章提出的，亦即，一般認為這是兩個互不相關的問題。以歷史的考察為主要研究取徑，本文作者指出，台灣公共衛生體系的醫療部門從光復後至今——尤其在1980年代之後，是不斷商品化、市場化的過程；而公衛體系則是不斷醫療化的過程，這個過程也是在1980年代後加速進行。作者進一步提出，公衛體系的這兩大問題不但相關，甚至有共生的關係：即，要是公衛體系的醫療部門不過度市場化，它過度醫療化的問題不會存在；反之，要是公衛體系不將健康問題醫療化，醫療部門過度市場化的問題不易產生。兩者共生互促共息，缺一無以為繼。

ABSTRACT

The outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) in 2003 had an enormous economic and social impact on Taiwan. It revealed that Taiwan's public health system had many problems. Of these problems, this paper analyzes two major ones: its marketization and medicalization, for which the health and medical literature in Taiwan lacks a systematic analysis. Moreover, these two issues were mostly raised separately by different researchers or commentators, and treated as un-related problems. Using a historical inquiry approach, the author argues that the medical sector of Taiwan's public health system has been continuously commodified and marketized since Taiwan was returned to China from the colonial Japanese government. The pace of this marketization process has been particularly fast starting from the 1980s. In the same period, Taiwan's public health system has also been continuously medicalized and this process has also been much faster. The author further argues that the marketization and medicalization processes are not only related

but also have symbiotic relationships. On the one hand, the over-medicalization of the public health system would not have occurred if the medical sector was not over-marketized; on the other, the over-marketization of the medical sector would not have occurred if Taiwanese people's health problems were not medicalized. These two problems have a mutually beneficial relationship; without one, the other would not have continued.

一、前言

2003年的春天，SARS侵襲台灣，對台灣經濟及社會造成鉅大的衝擊，導致經濟成長率縮減，失業率增加，全國產業總產值也下降(江豐富等，2003)。在社會層面，台灣民眾排斥或歧視SARS患者和被隔離者的情況很嚴重，而且，在SARS疫情下，許多民眾擔心會感染SARS，心理健康深受影響(瞿海源等，2003)。

SARS是一個公共衛生問題，它的防治是一項公共衛生工作。因此，SARS對台灣經濟及社會的沈重打擊，反映台灣公衛體系沒有作好防治SARS的工作，同時暴露公衛體系隱含種種問題，因而無法充分保障社會大眾的健康。在這種情境下，社會大眾對公衛體系付與空前的關注，要求改革公衛體系的呼聲此起彼落，社會呈現強烈的反省氛圍。當時本文作者在《中國時報》時論廣場發表題為「公衛體系廢功，如何防煞」的評論(陳美霞，2003a)，指出：台灣公衛體系無法作好SARS的防治工作，乃因政府在過去二十年來早已自廢公衛體系的武功。作者在此篇評論中進一步分析，1950到1970年代，以「基層預防性公共衛生建設優於醫療建設」為政策最高指導方針的公衛體系，成功防治橫行台灣的霍亂、痢疾、瘧疾、日本腦炎、肺結核、小兒麻痺等等大多數傳染病。然而，1980年代，政府「預防性公共衛生建設優於醫療建設」的政策有了大逆轉，將更多資源投注到醫療部門、將公衛體系推向醫療化，同時醫療部門也接著快速商品化、市場化、與私有化。因此，當時本文作者指出，台灣公衛體系廢功主要是過去二、三十年來公衛體系醫療化、醫療體系商品化、市場化、及私有化的歷史發展結果。此篇評論也引起台灣社會不少的討論與省思。本研究即是接續這樣的省思，試圖對2003年作者在「公衛體系廢功，如何防煞」評論中提出的、公衛體系的市場化與醫療化兩大問題作更進一步、更系統的分析。

2003年SARS對台灣社會造成鉅大衝擊之後，學者及社會大眾對公衛體系眾多問題的診斷及反省中，以公衛體系的醫療部門過度市場化(或商品化、商業化、私有化)(如，張璿文，2003；黃崑巖，2003；瞿宛文，2003；李尚仁，2003；朱雲漢，2003；陳美霞，2003b；賴其萬等，2003；陳美霞，2003c)以及公衛體系的過度醫療化(如，魏忻忻、林怡婷，2003；陳美霞，2003a；林倅妃、黃庭郁，2003；聯合報，2003)這兩類問題較常被提出。然而，目前台灣公共衛生或醫療學術研究文獻，尚未對此兩大問題做過系統分析，此外，這兩類問題，幾乎都是分開被不同的人，不同的文章提出的，亦即，一般認為這是兩個互不相關的問題。作者將在本文試圖分析這兩類問題，並進一步提出，公衛體系的這兩大問題(或現象)不但相關，甚至有共生的關係：即，要是公衛體系的醫療部門不過度市場化，它過度醫療化的問題不會存在；反之，要是公衛體系不將健康問題醫療化，醫療部門過度市場化的問題不易產生。

台灣公衛體系醫療化與市場化的問題不是一朝一夕形成的，它是長久歷史發展的結果，因此本文將以歷史的角度，考察、分析這兩個問題以及兩者之間的共生關係。此外，台灣公衛體系的歷史發展是在台灣政治、經濟發展的脈絡下進行的，因此要理解公衛體系市場化與醫療化的問題，必須先分析台灣政治經濟的歷史發展。我們在下面檢視公衛體系市場化與醫療化歷史發展之時，也將與台灣光復後的政治經濟發展對照、連結起來分析。台灣公衛體系的背景與發展形態在光復前的殖民時期與光復後十分不同，本研究所分析的時段為光復後至今。

在開始分析台灣公衛體系市場化與醫療化之前，我們必需先簡單說明「公共衛生體系」的定義及內容。中國文字「衛生」一詞源自《莊子》〈雜篇·庚桑楚〉，老子二代弟子南榮越向老子求救「衛生之經」。「衛生之經」，乃「保全形體與精神健康之道」也。現代意義下的公共衛生是

一門經由社會集體的、有組織的力量，預防疾病、促進健康、延長壽命的科學與藝術。它有兩大特點：(1)以預防為主、治療為輔；(2)基於人類健康問題的「公共性」內涵一即，健康是深受政治、經濟、社會環境影響的一它以社會集體的力量、以促進全人口(而不是個人)的健康為目標。公衛體系因此包括兩大部門：預防與醫療。社會一般把預防部門工作泛稱為「公共衛生」，但事實上這是社會大眾對公共衛生這門學問的不理解所造成的誤用，公共衛生的工作是包含預防與醫療的。依照公共衛生預防為主，治療為輔的原則，理想的公衛體系應該能有效預防民眾生病，因此，一個社會的疾病及健康問題越少，且需要花在醫療的費用及資源越少，表示其預防部門的成效越好，公衛體系越不醫療化。

二、公衛體系醫療部門市場化的歷史變遷

市場化即是以市場來解決社會、政治、及經濟等問題的過程。市場化的主要內容為去管制或鬆綁(deregulation)，即政府對工資及價格的管制的放鬆或不干預。市場化的前提是商品化，因此市場化通常也是商品化的過程，即把非商品變為商品的過程。如，教育的商品化即是將教育從國家提供的服務轉變為一個被買被賣的交易關係的過程。此外，為達到市場化，通常政府也會推動公營事業的私有化(台灣通常稱作民營化)或自負盈虧。過去二、三十年來，市場化、商品化與私有化的快速發展已經是全球的趨勢，其中最明顯的趨勢是政府機構的私有化，以及政府提供的服務的市場化、商品化或私有化—包括教育、公共運輸、醫療衛生、及水的供應，這些服務過去多經由國家稅收，以社會福利的方式(減免收費，特別對弱勢者)提供給民眾，但是現在卻轉變為民眾必須以從市場購買商品的方式取得。本文有關市場化的研究對象主要為公衛體系中的醫療部門。

商品化、市場化的醫療體系中的醫療資本擁有者，以其資本建造醫療機構(如醫院、診所或療養院)，設置醫療設備(如，X-光攝影機、電腦斷層掃描儀、核磁共振斷層掃描儀)，購買醫療所需材料(如，醫療人員制服、手術用材料、病床材料)，雇用醫療(如醫生、護士、藥師)及其他相關人員(如看護工、清潔工)，這些醫療機構受雇者則利用這些設備及材料，提供醫療服務給病患，病患接受醫療服務後則以醫療機構所訂的價格付錢，眾多病患為不同類、不同量的醫療服務商品所付的總額，則是此醫療機構的醫務總收入，依照資本運行的規律，醫療資本擁有者投入資本後，勢必得努力使得他的醫療機構在提供醫療服務以後回收的總額比原先投入的資本高，才有足夠利潤，因此他下期或下年方能繼續經營其醫療機構，反之，若其回收的總額低於投入的成本，則此醫療資本擁有者很可能無法維持營業或與其他醫療機構競爭，而被醫療市場淘汰。因此，醫療資本家勢必得盡量提供更多、利潤率更高的醫療商品，那麼，他必需尋求更多、更能提升利潤率的、需要醫療商品的病患，甚至擴大市場一即尋求或創造病患醫療的需求。醫療市場與其他(如鞋子或電腦)市場不同的地方是：因與自己健康、生死相關，人們有了病痛，對醫療的需求必然比對其他商品的需求更迫切，而這樣的需求時常是永遠無法滿足的。如此的條件，為醫療資本提供一個絕佳的、可以無窮擴大的市場需求。如此有利可圖的市場吸引了大量醫療資本(包括公部門及私人資本)進入醫療場域，而這些醫療資本的投入，其主要目標是藉由醫療商品的提供，從病患—台灣社會大眾—賺取利潤，因此進一步累積及擴張其醫療資本。

醫療資本藉由醫療商品製造及行銷以賺取利潤、累積及擴張資本的方式真是五花八門，醫療相關機構製造新療法、新藥、新科技等等大量醫療商品，藉由廣告、名醫、特別門診等等方法行銷給醫療消費者(Rodberg & Stevenson, 1977; McKinlay, 1984; Salmon, 1990; Relman,

1997)，甚至與媒體、藥商、其他醫療利益團體結合，將人類生、老、性、死、情緒等等正常的生命過程醫療化(Conrad, 2005; Conrad & Leiter, 2004)，誘導民眾產生患病風險的焦慮，這些醫療機構因此趁機提供、行銷大量的醫療商品，結果，相關的廣告與行銷充斥社會各個角落，許多民眾因此被誘導購買不必要的醫療商品，且醫療院所因此幾乎變成醫療商品的「大賣場」。疾病的製造與醫療商品的行銷甚至已經是全球化的趨勢。這個藉由醫療商品的買賣而累積資本的資本主義社會現象，在《發明疾病的人》(尤格·布雷希，2004)這本書中分析得十分透徹而有系統；作者布雷希指出，現代醫學與商業的複雜糾結，使得「醫學已進步到不再有人健康了」¹，也就是說，商品化、市場化的現代醫療已經變成「發明疾病的人」。醫療體系發明疾病、販賣醫療商品的方法很多，布雷希整理出其中幾大項：首先，現代醫學把疾病風險當成疾病，例如，血壓及血膽固醇的正常值不斷的被壓低，使得高血壓與高膽固醇的「病人」因此增加，控制這些疾病的藥物需求因此大增；其次，醫療體系把罕見的症狀一如男性勃起功能障礙—當作四處流行的疾病，因而解決這個性功能「問題」的藥品應運而生，如：輝瑞跨國藥廠的「威而鋼」因此大為風行、大量銷售；再其次，醫療體系把生命正常過程當作醫療問題，如把女性、男性更年期視為疾病因此需要荷爾蒙治療；又其次，把個人情緒問題，如心情不好，當成心裡疾病一如憂鬱症，因此治療憂鬱症的藥物一如跨國藥廠葛蘭素史克(GlaxoSmithKline)所製造的百憂解(Prozac)因而大賣；又再其次，醫療部門也偏向把輕微症狀當成需要藥物治療的疾病，如把大腸激躁症當作疾病，因此，跨國藥廠葛蘭素史克所製造的藥物，羅腸欣(Lotronex)得以銷售。除了上述布雷希所分析之醫療體系製造疾病、販賣醫療商品的現象以外，醫療體系還有其他許多「發明疾病」或製造醫療需求的

1 這句話是作者布雷希引自赫胥黎，用來反諷醫學本來的功能是恢復人類的健康，但是現在醫學雖然進步了，卻反而「發明」種種疾病，因此似乎不再有人健康了。

方法，近幾十年最明顯的方法之一即是美容及整形(如隆乳、隆鼻、美白等等)醫療介入的盛行(Conrad, 2005; Davis, 1995; AACS, 2008)。

因為上述醫療商品的大量製造與行銷，大量的醫療資本也投入到與這些商品的提供相關的醫療次產業——如藥廠、醫療器材製造廠、醫療設備及材料(如電子設備、醫療人員制服、病床材料等等)製造廠、醫療保險公司等等；另外，醫院財務管理、醫學教育與研究等都成了醫療資本投入的對象。以製藥業為例，藥廠藉由製造、推銷、販賣大量藥品(在此藥品是個商品)來達到追求最大利潤的目標。藥廠行銷藥品的方式也十分多元，例如：他們一方面製造大量「明星藥品」——諸多如上述威而鋼、百憂解、降血脂及膽固醇的素果(Zocor，默克跨國藥廠製造)及立普妥(Lipitor，跨國藥廠華納蘭柏製造)；另一方面，他們雇用業務代表到醫療院所針對醫生行銷或賄賂、利用政治捐獻及遊說影響藥品相關政策以及藉由藥品的專利賺取高額利潤等等(傑佛瑞·羅賓森，2002；瑪西亞·安卓，2006)。製藥業無所不用其極的行銷方式，使得藥品充斥人們生活許多層面，製藥業也因此成為各類產業中，利潤率最高的產業之一(傑佛瑞·羅賓森，2002)。

除了上述各種醫療次產業，醫療資本也開發新興醫療領域，作為資本累積與擴充的場域，如老人養護機構及安寧療護機構。醫療資本以上述種種方式不斷累積、不斷擴張的結果，醫療產業形成一個巨大的醫療產業複合體(medical industrial complex)，各國醫療保健費用也就不斷增高；以美國為例，美國全國人民花在醫療保健的總費用，占其國內生產毛額的比例，從1960年的5%增加到2008年的16.0%(OECD, 2010)。

台灣現行公衛體系的醫療部門基本上是以商品化、市場化的原則運行的。醫療部門所提供的醫療服務是一種商品，除了極少數收入低於國家規定貧窮線下的家庭，或殘障者外，全國民眾必須要以金錢(直接付錢或間接事先以保險模式付錢—以前為公、勞、軍、農保及私人

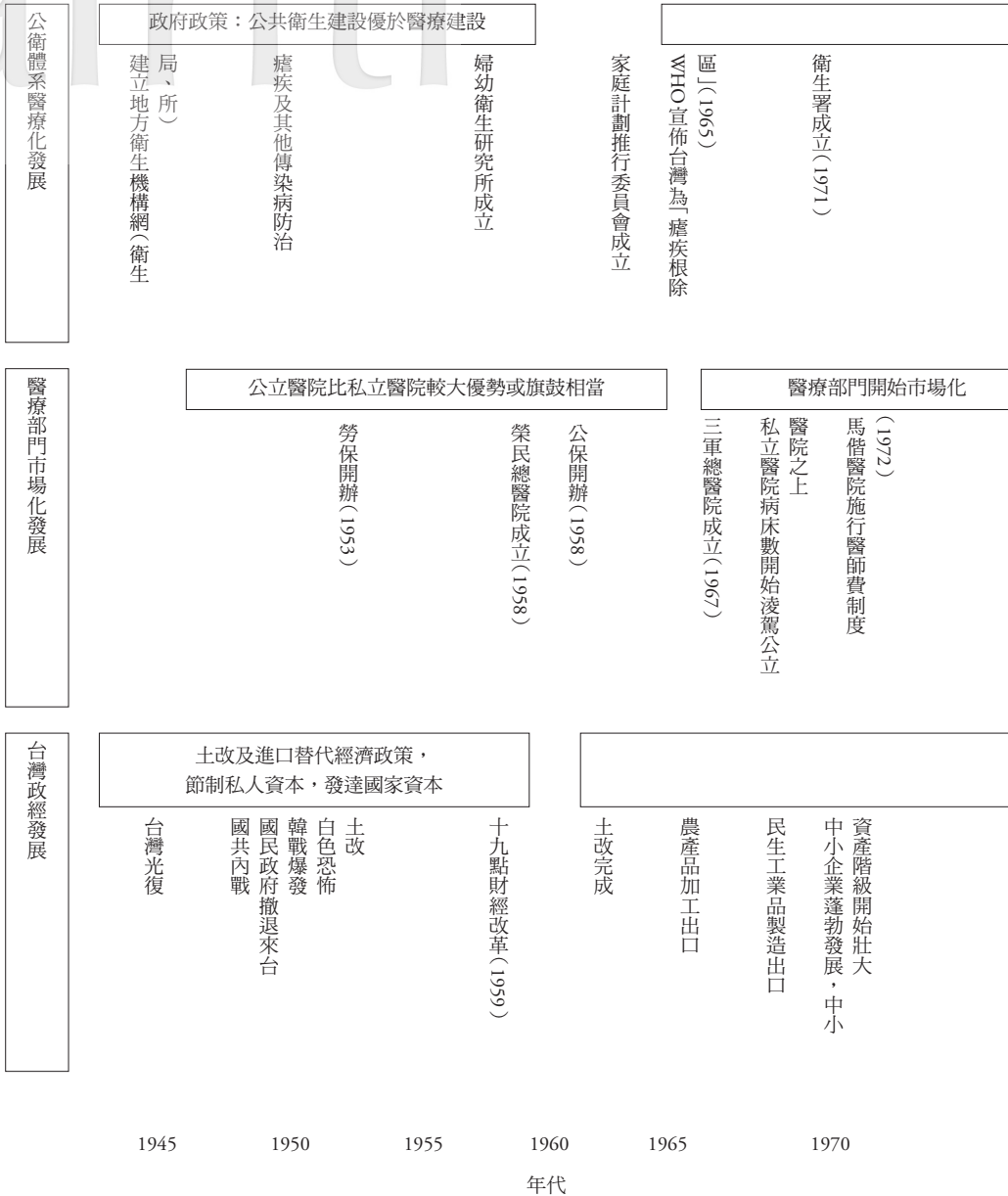
保險，現為全民健保及私人保險)購買，才能購得他們所需的、希望能恢復他們健康的醫療服務。因此，台灣醫療產業的運作方式與上述一般資本主義社會醫療體系大量製造、行銷醫療商品以賺取利潤、累積及擴張資本的邏輯與方式是大同小異的。醫療資本家及管理者在台灣競爭十分激烈的醫療市場中，為避免被淘汰、為贏得商機，會想盡辦法「行銷」其醫療商品(張荳雲，1999；江東亮，2007；胡幼慧，2001；陳美霞，1998；洪政武，2001；俞致松，2004)，甚至把醫療市場當戰場，運用「孫子兵法」來「用兵遣將」，讓醫院員工共同面對醫療競爭市場中「潛在的威脅」，減低成本、提升利潤，增加競爭力(馮文瑞、張育美，2005)。另外，除了提供必要的醫療商品之外，醫療院所甚至企圖製造醫療需求，即使民眾對醫療商品是「負需求」(即，民眾不喜歡某些醫療商品，如看牙醫、切除輸精管)、無醫療需求、需求下降、只有潛伏需求、或需求已經飽和等等情況，都設法在民眾之中製造出需求來(黃松共，1992)；許多美容中心、自費健康檢查、近視雷射矯正、齒列矯正等等的盛行就是例子(王敏容等，2005)。此外，醫院多以擴建、增購軟硬體、最先進高科技設備及器材一如電腦斷層掃描儀(CT scanner)及核磁共振斷層掃描儀(Magnetic Resonance Imaging, MRI)一來吸引病人，形成「醫武競賽」(medical arms race)。還有，雖然台灣醫療法對醫療廣告嚴格限制，各大醫院卻以變相廣告的方式一如記者會或媒體社會版新聞一間接行銷其醫療品質或品牌，以吸引病人(盧瑞芬、謝啟瑞，2003)。台灣醫院推銷醫療商品的方式還有許多，如：建立醫院的品牌(石東立，2009)、減低醫療商品價格(如，免掛號費)、以名醫做號召、增加病人方便性(如，派專車接送病人)等等(盧瑞芬、謝啟瑞，2003)。

上面分析了資本主義社會(包括台灣)醫療產業商品化、市場化的實質內容之後，下面我們將探討台灣公衛體系醫療部門市場化的歷史變遷。因為政府對醫療部門的投入有助減低醫療市場化的程度，以下

我們也將仔細考察醫療產業公、私立的比例及其歷史變化。就如我們前面所指出的，公衛體系的變遷與發展，是在台灣政治經濟發展的脈絡下進行的，所以，我們檢視醫療部門市場化、公衛體系醫療化的發展時，將同時對照、分析當時的政治經濟發展脈絡。讀者可從圖一綜觀，自1945年台灣光復後，在政治經濟的發展及公衛體系市場化及醫療化歷程與大事記；藉由此圖，讀者更可對台灣一甲子以上的政治經濟變化及對應的公衛體系大變遷有個總覽（請參照圖一：台灣光復後政經及公衛體系發展史簡圖），因此，我們建議讀者參照著圖一閱讀本節下面有關醫療部門市場化及第三節有關公衛體系醫療化歷史發展的分析。本文有關台灣政治經濟發展的分析主要參考下列文獻：Appelbaum & Henderson, 1992; Hamilton C., 1983; Bello & Rosenfeld, 1990; Jacoby, 1967; Amsden, 1985; Mckinley & Mughan, 1984; Schreiber, 1970; Gold, 1986; 段承璞, 1994; 劉進慶, 1992; 陳玉璽, 1992。

1945年日本在第二次世界大戰中戰敗投降後，台灣光復，由在中國大陸的國民政府派員將台灣自日本殖民政府手中接收，隨後國共內戰在中國大陸旋即爆發，為資助內戰，國民政府自台灣民間收集財富，引發台灣民眾的怨怒，終至釀成1947年的二二八事件。1949年與中國共產黨的內戰中，國民政府戰敗，撤退至台灣。

1950年代影響台灣社會最深遠的有三大事件及政策：(1)韓戰爆發及之後的白色恐怖；(2)土地改革；(3)進口替代政策之推行。1950年韓戰爆發，美國為阻擋當時剛建國的中共政權的影響力向東亞國家擴散，對國民政府的政策從不支持轉而支持，美國第七艦隊駛入台灣海峽，並對台灣提供大量軍事及經濟援助，美援對當時台灣的經濟有穩定作用。50年代初期美蘇冷戰開始，美國被麥卡錫主義所籠罩，台灣國民政府也以白色恐怖，強力鎮壓台灣社會反對及批判力量，同時開始了長達將近四十年的戒嚴統治，也減消了社會對國民政府所推動的政治、經濟政策的挑戰。



圖一：台灣光復後政經及公衛體系發展史簡圖



公衛體系開始醫療化	公衛體系醫療化加速
<p>省立醫院業務改善計劃 (1984)</p> <p>及之後)</p> <p>療成了衛生所主要功能 (1983)</p> <p>衛生所開始成立群醫中心，醫</p> <p>所，不要也罷！」(1980)</p> <p>台灣省主席李登輝說「衛生</p>	<p>醫療網計劃第四期 (2000-2004)</p> <p>政府組織改造包括衛生機構</p> <p>醫療網計劃第三期 (1996-2000)</p> <p>醫療網計劃第二期 (1990-1995)</p> <p>醫療網計劃第一期 (1986-1990)</p> <p>中老年病防治四年計劃 (1986)</p>

醫療部門市場化加速	
<p>農保開辦 (1985)</p> <p>公立醫院開始民營化</p> <p>急遽增加</p> <p>私立醫院病床數及醫療人員數</p> <p>(1978) 之後擴建公立醫院</p> <p>當時總統蔣經國參觀林口長庚</p> <p>年及之後)</p> <p>大型私人財團醫院出現 (1976)</p>	<p>療產業如老人養護機構</p> <p>更多私人醫療資本投入新興醫</p> <p>全民健保施行 (1995)</p> <p>降低 (自負盈虧)</p> <p>政府對公立醫療機構補助大幅</p> <p>教會醫療院所協會成立</p> <p>私立醫療院所協會成立</p> <p>資醫療產業</p> <p>「醫療發展基金」獎勵民間投</p>

出口導向經濟政策				
<p>灣錢淹腳目」</p> <p>民間剩餘資金大增，「台</p> <p>業集團階級開始壯大</p> <p>政府鼓勵投資誘因下，企</p>	<p>新自由主義、鬆綁、私有化政策</p> <p>加入 WTO</p> <p>委外化</p> <p>地方化、行政法人化、</p> <p>四化：去任務化、</p> <p>裁員</p> <p>政府組織改造：瘦身、</p> <p>(1987)</p> <p>李登輝初任總統</p>			
1975	1980	1985	1990 1995	2000
年代				

鑑於大陸失敗經驗，國民政府在1951年開始推動土改，先推行三七五減租，次年實施公地放領，再次年(1953)推行耕者有其田政策，讓佃農以三七五地租分十年償還，至1963年佃農償清後即擁有該田地。

1950年代台灣的經濟發展以進口替代政策主導。此乃因1945年國際貨幣基金會(International Monetary Fund, IMF)成立，以美金為國際通用貨幣，並且規定各國不得隨意發行貨幣，必須要有足夠黃金或有足夠美金作為儲備，這種情況下，世界資本主義國家均有了「外匯存底症候群」，即，為要管制外匯，避免本國美金流至國外，也盡可能在本國生產、替代購買國外商品，而有足夠美金的貯存(外匯存底)，如此考量下，各國經濟均採進口替代之方針。台灣亦施行這個政策來保護本地市場、累積本地資本與貯存、管制外匯、及吸納本地勞工之勞動力。台灣土改及進口替代的政策，基本上是與孫中山民生主義的主張一致的：平均地權及節制私人資本、發達國家資本。

與上述節制私人資本、發達國家資本的政策相對應的，是1950及60年代政府的醫療部門發展政策重點——公立醫院的建設；在這期間，政府建立了兩所大型公立醫院——榮民總醫院及三軍總醫院，及修建或新建了23所省市立醫院、5所省市立療養院、7所縣市立醫院、4所縣市立傳染病院(江東亮，2007)。另外，在1953年開辦的勞工保險、1958年開辦的公務人員保險的特約醫療院所多以公立者為主，也就是說，政府在勞、公保的資源分配是偏向公部門的(范國棟，2005)。這時期，公立醫院與私立醫院的氣勢是旗鼓相當的，如，圖二顯示²，在50及60年代，公立醫院的病床數比私立醫院的還要高，而

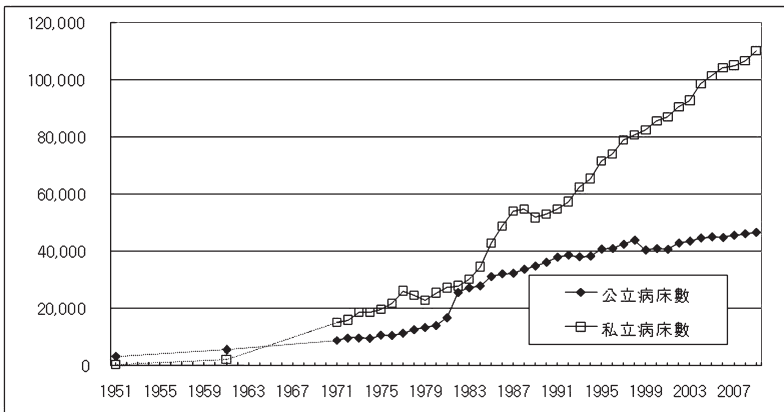
2 1971年後的統計數字源自衛生署出版的衛生統計資料，我們也將江東亮(2007)研究所得1950及1961年的數據放於此圖中，因數據來源不同，無法將之與1971年後的數據直接比較，但我們將此二數據放入此圖中主要是顯現，在50及60年代，公立醫院的病床數占當時全國病床數的比例事實上是比私立醫院病床數比例高許多的一與1971年後的公、私立醫院病床數比例完全相反。

他們的病床數百分比(見圖三)更是明顯的比私立醫院高許多,而這樣的優勢維持到1960年代末期才有了逆轉。

台灣光復以後所推動的進口替代的政策維持到50年代末,美國國際開發總署就誘使台灣經濟轉型,轉向出口導向的政策,1959年的十九點財經改革即是此大轉型的產物。美國誘使台灣從進口替代轉向出口導向的經濟政策有著國際戰略及經濟的考量:在國際戰略上,資本主義國家在1950年代的經濟發展,因進口替代的政策減緩各國經濟成長,比當時的中國、蘇聯、東歐等社會主義國家還緩慢,這情勢對資本主義陣營是不利的,當時資本主義陣營的龍頭美國,認為這樣不利的情勢需要改變;而在經濟上,美國當時有些夕陽工業因美國勞工工資增高、利潤率減低,無法在美國繼續生存,而美國仍有需求這些民生工業品(如衣服、鞋子、玩具等)的龐大市場。利用此龐大市場做為槓桿,美國誘使圍繞社會主義中國東南沿海的四個地區——韓國、台灣、香港及新加坡(即一般所謂「亞洲四小龍」),開始為美國、日本及其他資本主義國家市場製造輕工業民生工業品,於是這些地區開始推行了出口導向的經濟政策。採取出口導向的經濟政策後,台灣政府開始放鬆對市場、外匯、外貿的管制,從節制私人資本轉而刺激、鼓勵私人資本,台灣出口的產品從60年代初的農產品(如香蕉、鳳梨),到60年代中的農產品加工(如鳳梨罐頭),到60年代末的民生工業品(如衣服、鞋子);而60年代末農村勞動力也因農村破產而大量釋出到都市,成了出口加工廠的受雇勞工。

在政府獎勵私人投資的誘因下,60年代末期,台灣中小企業開始蓬勃發展,至70年代中小資產階級開始壯大,並開始要求進入政治領域,於是「黨外」力量迅速成長。在美、日廣大市場的接納下、在出口導向的經濟政策推動下,台灣大量出口各種民生工業品,資本快速積累,至80年代中期,民間已積累了大量剩餘資金,因此有「台灣錢淹腳目」之態勢。

台灣出口導向的經濟、鼓勵私人資本的政策經60、70年代的發展，自然影響了公衛體系的發展；就如上面我們所指出的，50及60年代公立醫院病床數的比例比私人醫院佔較大之優勢的情況，在60年代末期就完全顛倒過來——私立醫院病床數開始凌駕公立醫院之上(見圖二、三)。在醫院數方面，在50年代雖然私立醫院數較公立醫院數稍多(當時公立醫院規模平均比私立醫院大)，但是兩者是旗鼓相當的(見圖四)；然而，60年代以後一出口導向經濟、鼓勵私人資本之政策開始推行後一私立醫院數逐漸增加，而公立醫院數基本上並沒有增加，因此公立醫院數的比例就在60年代末期下降到近10%，而私立醫院數的比例就高高凌駕公立醫院之上——已經上升到近90%了(圖五)。而勞、公保的資源也在70年代之後開始開放給更多私立醫療院所了(范國棟，2005；張荳雲，1998a)。



圖二：公、私立醫療院所病床數，1950-2009

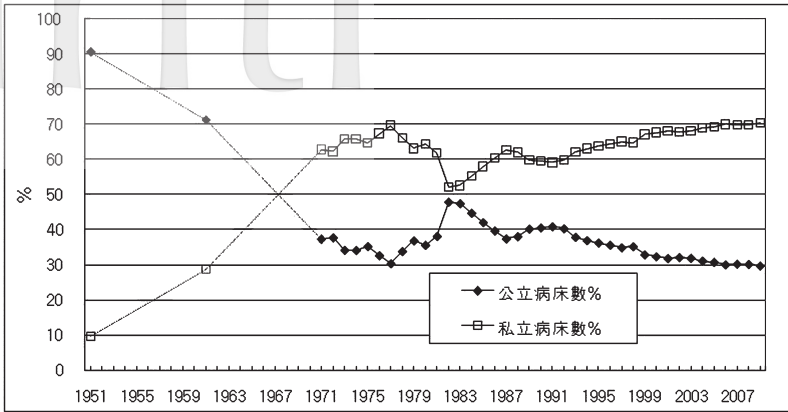
註1：1951-1960及1962-1970年無統計資料

資料來源：

1950及1961：江東亮，2007，《醫療保健政策：台灣經驗》，台北市：巨流圖書公司。

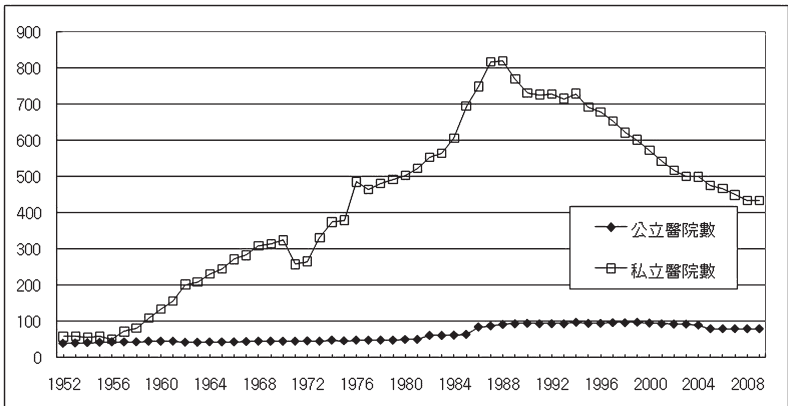
1971-2005：行政院衛生署，《衛生統計(公務統計)》。

2006-2009：行政院衛生署，《衛生統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計》。



圖三：公、私立醫療院所病床數比例，1950-2009

資料來源：與圖二同。



圖四：公、私立醫院數變化，1952-2009

資料來源：

1952-1985：張荳雲，1999，〈產業競爭本質的剖析：台灣醫療照顧產業生態結構百年變遷〉，蔡敦浩、吳興國編，《管理資本在台灣·台灣產業發展的邏輯》，台北：遠流出版事業股份有限公司。

1986-1988：行政院衛生署，《1991年衛生統計(公務統計)》，表31-1、31-2。

1989-1991：行政院衛生署，《1991年衛生統計(公務統計)》，表34、35。

1992-1993：行政院衛生署，《1994年衛生統計(公務統計)》，表50。

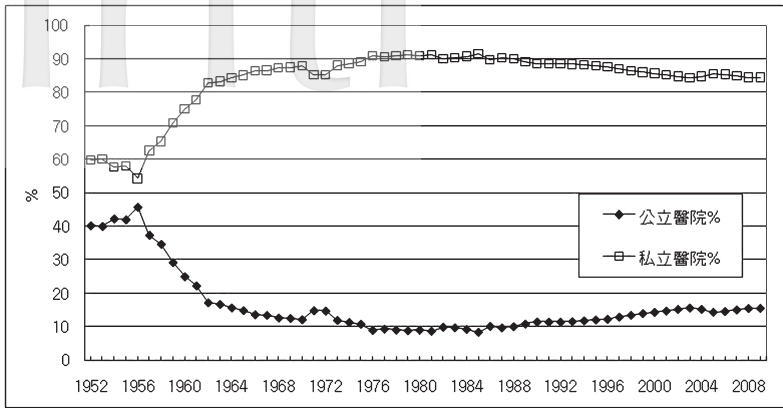
1994-1996：行政院衛生署，《1997年衛生統計(公務統計)》，表51。

1997-1999：行政院衛生署，《2000年衛生統計(公務統計)》，表43。

2000-2001：行政院衛生署，《2002年衛生統計(公務統計)》，表43。

2002-2003：行政院衛生署，《2002-2003年衛生統計(公務統計)》，表44。

2004-2009：《2009年衛生統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計》。



圖五：公、私立醫院數百分比變化，1952-2009

資料來源：與圖四同。

就在私立醫院竄起時，私立馬偕紀念醫院身先士卒，於1972年改變當時台灣醫院支付醫師固定薪水的制度，採用論績效計酬的醫師費制度(江東亮，2007；李淑娟，2002)。這個制度下，醫師提供的服務越多、他們的收入越高，結果馬偕醫院醫師的「生產力」大幅提升，也當然因此賺取更多利潤，其他私立醫院也接著群起效尤，台灣的醫院產業隨之更商品化、更市場化。

70年中期後，已壯大起來的中小企業財團資本開始投入醫療產業，台塑打先鋒，於1976年成立台北長庚醫院；接著霖園企業財團於1977年跟進，投資國泰綜合醫院；1978年台塑財團繼台北長庚醫院之後，又在桃園縣龜山鄉成立林口長庚醫院；遠東企業財團也不甘落後，於1981年投資亞東紀念醫院(見表一)。這些大型財團法人醫院的建立對當政的國民黨政府確實造成一些衝擊，1978年當時的總統蔣經國及相關官員參觀過林口長庚醫院後，即開始進行公立醫院—包括台北榮民總醫院、台大醫院、及其他省立醫院—的擴建計畫，使得公立醫院的醫事人力及病床數在數年內有所增加。然而，這個短暫的投入

airiti

終究抵不過民間蜂擁投至醫療市場的大量資金的力道。這點我們在下面會進一步分析。

表一：1970年代迄今企業或宗教財團投資法人醫院一覽表

財團法人醫院名稱	營運年份	地 區	企業集團
台北長庚醫院	1976	台北市	台塑企業
國泰綜合醫院	1977	台北市	霖園企業
林口長庚醫院	1978	桃園縣	台塑企業
亞東紀念醫院	1981	台北縣	遠東企業
基隆長庚醫院	1985	基隆市	台塑企業
高雄長庚醫院	1986	高雄縣	台塑企業
花蓮慈濟醫院	1986	花蓮市	慈濟基金會
和信醫院	1989	台北市	和信企業
奇美醫院	1992	台南縣	奇美實業
新光醫院	1992	台北市	新光人壽
國泰內湖分院*	1997	台北市	霖園企業
玉里慈濟醫院	1999	花蓮縣	慈濟基金會
大林慈濟醫院	2000	嘉義縣	慈濟基金會
關山慈濟醫院	2000	台東縣	慈濟基金會
嘉義長庚醫院	2002	嘉義縣	台塑企業
國泰新竹分院	2002	新竹市	霖園企業
長庚醫院桃園分院	2003	桃園縣	台塑企業
義大醫院	2004	高雄縣	燁隆集團
奇美柳營分院	2004	台南縣	奇美實業
台北慈濟醫院	2005	台北縣	慈濟基金會
基隆長庚醫院情人湖分院	2006	台北縣	台塑企業
國泰汐止分院	2005	台北縣	霖園企業
台中慈濟醫院	2007	台中縣	慈濟基金會
雲林長庚醫院	2009	雲林縣	台塑企業

資料來源：范國棟(2005)；各醫院網站資訊。

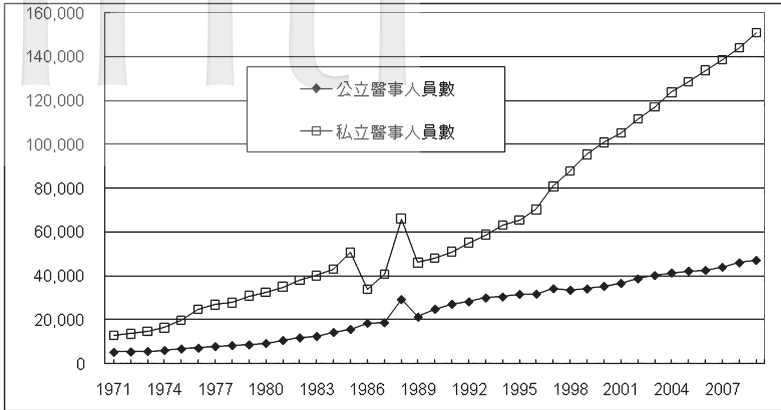
*國泰內湖分院已於2008年改為內湖國泰診所。

1970年代末及1980年初英國柴契爾及美國雷根政權上台後，全力推動市場新自由主義(neoliberalism)，在經濟層面的主要內容為鬆綁(deregulation)及私有化(privatization)的政策；到1980年代下半葉，這些政策如一股強風，吹向世界各個角落。1987年，李登輝上台，也全面推動新自由主義，在這樣的思維下，鬆綁及私有化(台灣稱為民營化)的政策紛紛出籠。90年代，為配合上述政策，政府開始推動政府組織再造：瘦身、裁員等等。2000年陳水扁上台，承繼前政府鬆綁、自由化、私有化的政策，組成「政府組織改造委員會」；此委員會又更進一步推動政府瘦身及裁員，以具體的所謂「四化」達成瘦身及裁員——(1)去任務化：政府不必辦理的，改由民間辦理；(2)地方化：中央政府的業務下放，由地方政府辦理；(3)行政法人化：國家之公共任務不具強制性、不需或不宜由國家辦理者，可以行政法人方式辦理，在行政機關組織上鬆綁、彈性化、並輔以績效評量；(4)委外化：原政府機關或業務委外由民間辦理。(行政院組織改造推動委員會，2003)

80年代中期，新自由主義思潮在西方方興未艾，「淹腳目」的「台灣錢」卻已經在傳統產業投資利潤率下降壓力之下，必須另找出路，除了外移、或金融或房地產投機之外，一部分資本也轉向台灣新興、利潤率更高的服務產業(吳挺鋒，2003，2004)，其中包括醫療產業。因此這時期，大量的私人資本湧進醫療產業，私立的無論是醫院病床數(圖二)、醫院數(圖四)、醫療院所醫事人員數(圖六)、及診所數(圖七)都急遽增加，相對的，公立的增加速度卻遠遠落後。國家在80年代因私人醫院數急遽增加，開始加強管理醫院，進而在1986年通過公佈實施「醫療法」後，更細緻地管理醫療院所(張荳雲，1998b)；另一方面，大量資本的投入，也使得醫院競爭更加激烈，不少較小型的醫院在此競爭中敗陣而歇業(張荳雲，1999；江東亮，2007；謝琇蓮與江東亮，1994；劉容華與江東亮，2001)。

80年代末期，醫院數開始下跌(見圖四)。然而，這個下跌反映的並非投入到醫療市場的私人資本額下跌，乃是醫療資本的壟斷現象開始呈現。大醫院，尤其財團法人醫院不僅屹立不搖，甚至擴大規模(范國棟，2005)，台塑企業財團即是最突出的例子——繼1976年在台北市、1978年在桃園縣林口興建長庚醫院後，連鎖型的大型長庚醫院又相繼在基隆(1985年)、高雄(1986)、嘉義(2002)、桃園(2003)、及雲林(2009)興建、營運，搶佔醫療市場；而慈濟基金會(花蓮醫學中心、花蓮玉里、嘉義大林、台東關山、台北、台中慈濟醫院)、和信企業(和信醫院)，奇美實業(奇美醫院)、新光人壽(新光醫院)，及燁隆集團(義大醫院)等等大財團也在80年代末期、90年代初期之後一政府開始全面推動新自由主義政策、對私人資本的管制幾乎全面鬆綁之時一有如雨後春筍般，相繼投入、建立大型私人財團法人醫院(表一)。且當時勞保、公保、以及1989年開辦的農民保險的醫療保險資源，因為投保人數(將近全台灣人口的一半)的增加而擴充，這些資源中，越來越高的比例開始流向這些大型財團法人醫院(張荳雲，1998a)。財團法人醫院在醫療產業佔有龐大的勢力，擷取社會大眾因購買醫療而投下的大量財源。財團醫院大型化造成的優勢，也因此迫使其他醫療院所為求生存與發展而竭盡所能地努力擴張，由診所擴張為醫院，由專科醫院擴充為綜合醫院，由小型醫院擴建為大型醫院，由非醫學中心擴充為醫學中心(張荳雲，1998a；江東亮，2007；范國棟，2005)。

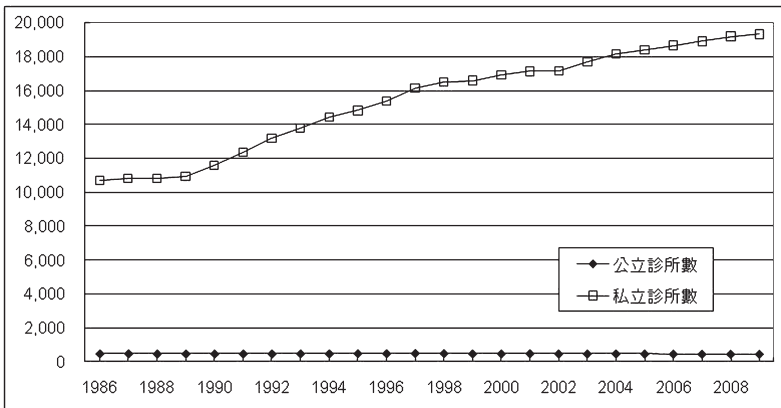
1995年台灣實施全民健保，全民納保率高達95%以上，更為醫療產業提供一個穩定的財源，此時私人醫療資本更見活絡，其中，財團法人醫院越來越強勢，進而侵食高比例的健保財源(江東亮，2007；張荳雲，1999；陳美霞，1998)。上面所呈現的公、私立比例，無論是醫院、診所、醫事人力、及病床，均是私立者占絕大優勢，而且這種優勢在90年代更有變本加厲的態勢。因為醫療市場有利可圖，多年來不



圖六：公、私立醫療院所醫事人員數，1971-2009

資料來源：1989-2007：行政院衛生署，《衛生統計(公務統計)》。

2008-2009：《衛生統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計》。



圖七：公、私立診所數，1986-2009

資料來源：

1986-1988：行政院衛生署，《1994年衛生統計(公務統計)》，表49。

1989-1992：行政院衛生署，《1994年衛生統計(公務統計)》，表50。

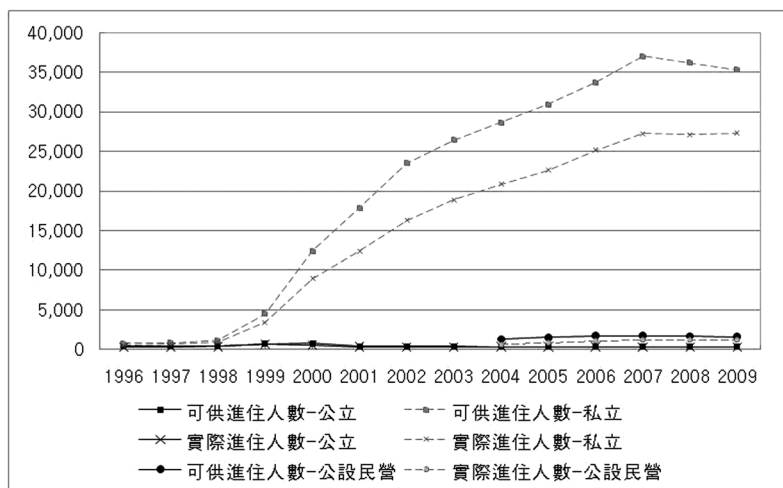
1993-1998：行政院衛生署，《1999年衛生統計(公務統計)》，表43。

1999-2001：行政院衛生署，《2002年衛生統計(公務統計)》，表43。

2002-2003：行政院衛生署，《2002-2003年衛生統計(公務統計)》，表44。

2004-2009：行政院衛生署，《衛生統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計》。

斷的有私人(特別是財團法人)資本進入醫療產業,就如前述,這些私人資本搶攻醫療市場是要藉由醫療服務這種商品的提供,賺取利潤,因而累積、擴張資本的。除外,更多私人資本為了進一步累積、擴張其資本,也投入新興醫療次產業,如老人養護機構,而且擴充的速度十分驚人,圖八所顯現出來的養護機構在90年代末期之後的擴充,無論在容量規劃(即,圖八中的「可供進住人數」)或實際營運量(即,圖八的「實際進住人數」)面向,公立與私立的對比簡直是小巫見大巫。老人養護的市場需求大增的情境下,政府甚至也在2004年後以「公設民營」的形式介入這個市場(見圖八中,2004年後公設民營可供進住及實際進住人數),但即使政府試圖以輔助私人資本的方式(即「公設民營」)介入這個老人養護市場,這樣的介入,相對於私人資本自主的投入,也是微不足道的(見圖八公設民營與私立的比較)。



圖八：公、私立養護機構、容量及病人數，1996-2009

資料來源：

內政部統計資訊服務網站／內政統計年報／四、社會—15.老人安養養護機構。

上面的分析，凸顯一個台灣光復以後一個甲子以上的歷史長河中，醫療部門發展十分引人注目的現象：私立醫療院所—特別是財團法人醫院—的崛起，尤其在90年代後更是明顯。我們上面主要是以醫院數、診所數、病床數、醫事人員數等這些指標的歷史變化，呈現私立相對於公立醫療院所力量的起落，而這些指標也部分反映公、私立醫療院所資本投入的數量，就是說，私立醫療院所在這些指標的數量的增加，自然反映私人資本投入到醫療產業的額度的增加。另外，我們又有1996年後每年公、私立醫療院所資本形成的資料以及兩者的相對比例（見表二），在此，資本形成呈現的是非經常性資本的投入，包括硬體建設及軟硬體設備的購置或改良（如，固定資產的購置、土地改良、專利權及使用權的購入）。表二這些資料雖然覆蓋的時間較短（僅11年），也顯現與前面我們的分析一致的趨勢：即，私人非經常性資本在醫療院所的投入所佔比例，相較公部門，是快速膨脹的；私立醫療院所的非經常性資本的投入，雖然在2001-4年間可能因為健保局對健保給付強力稽核而稍微下降之外，它占全台灣投入總額的百分比，已經從1996年的66%升高到2007年的90%；相對的，公立醫療院所的非經常性資本投入，除了2001年921地震重建所需及2003-4年因應SARS衝擊而需建立防疫權責醫院隔離病房及其他防疫設備，政府編列特別預算，因此短暫增加資本投入量以外，總的比例變化是：在這11年中從34%降低到僅占10%。總之，表二所呈現的非經常性資本投入，公私立的消長十分明顯。

那麼，是什麼原因、什麼條件，使得台灣私立醫療院所—尤其是財團法人醫院—得以崛起的？我們上面已經對台灣私立醫療院所崛起的政治經濟情境—包括國家政策由進口替代／節制私人資本／發達國家資本、到出口導向／鼓勵私人資本、到新自由主義的自由化、鬆綁、私有化政策的變化—做了分析；下面我們再進一步更具體分析私人醫療院所崛起的原因：我們可以從兩個層面來討論：一是私立醫療

表二：公、私立醫療院所非經常性資本投入量及其比例變化比較，1996-2007

	公部門		私部門	
	資本額(百萬元)	百分比(%)	資本額(百萬元)	百分比(%)
1996	12,327	34%	23,884	66%
1997	8,894	28%	22,851	72%
1998	7,396	22%	26,355	78%
1999	6,757	20%	26,837	80%
2000	6,359	21%	24,175	79%
2001	8,246	36%	14,353	64%
2002	4,415	19%	18,587	81%
2003	7,900	29%	19,645	71%
2004	7,933	27%	21,638	73%
2005	5,736	20%	23,013	80%
2006	2,874	10%	24,844	90%
2007	2,976	10%	26,867	90%

資料來源：衛生署統計室。

院所一特別是佔有66%醫療市場的醫院(行政院衛生署，2010a)一作為一個資本積累、擴張的場域的必然發展；二是政府醫療政策的影響。

如前分析，私人資本投入醫療體系，必然會想盡辦法經由製造與行銷大量醫療商品的方式賺取利潤、累積與擴張資本。而公立醫療院所受到多重法令及行政命令的限制和監督，再加上，公立醫療院所過去的傳統是負有為大眾一尤其貧病民眾一提供免費或低價醫療服務的社會責任的，因此相對的，私立醫療院所經營的自主性及彈性比公立的高許多(楊漢源，孫碧雲，1999；張博雅，1990；葉金川，張倫馨，1996；陳金哲，2006)，且可以比較沒有限制的、想方設法的製造及行銷大量的醫療商品(如，提供大量門診、醫療檢驗、藥品、手術等等)。因為有更高的彈性，私人醫療院所也比較知道如何對付政府政策，而讓他們即使在政府的政策改變下，仍能確保醫療商品的提供不斷的增長。以全民健保的政策為例，過去的研究發現，財團法人醫院

針對健保局支付制度的改變所作出的應變速度比公立醫院快很多，他們即使在政府改變支付政策的變局下，也能快速調整他們的策略，讓他們醫療商品的提供可以不受影響、繼續增加，而繼續累積、擴張他們的資本；例如，過去幾年來，健保局以各種政策或制度改變（如論病例計酬制度、總額預算支付制度、醫院合理門診量制度、申報醫療費用的審核的加強），緊縮其給付制度，醫院由健保給付獲取利潤的空間因此受到擠壓，為因應這個給付政策的變化，私立醫院開始設立五星級美容中心、健康檢查中心及各式差額病房等等方式來提供全民健保不給付的自費醫療商品，以賺取健保以外的收入（盧瑞芬、謝啟瑞，2003）。私立醫院除了上述醫務收入以外，也從非醫務收入來賺取利潤、累積資本。以財團法人長庚醫學中心為例，2005年到2007年之間，非醫務收入平均就占總收入（醫務與非醫務收入總和）的三成左右：非醫務收入包括利息收入、投資收益、股票收益、股利收入、學術研究收入、宿舍及停車場收入等等（資料整理自：衛生署醫事處，2009）。

另外，私立醫院在1960年代末期開始就以馬偕及彰化基督教醫院為首，引進西方企業管理的模式，確保以最低的成本、最高的收入、最大的利潤的方式經營醫院，而這樣的企業管理模式，很快就被其他私立醫院所仿效；這個模式在台灣經過三、四十年的發展與精進，如今更已經幾乎是台灣所有醫院在競爭十分激烈的醫療市場中，必然會使用的經營模式（蔡明傑，2006）。減低人事成本就是私立醫療院所減低經營成本、增加利潤的企業管理方法之一，范國棟與陳美霞（2009）的研究發現，台灣私立醫院（包括法人醫院）過去幾十年中，以增加雇用薪資較低的護理人力，卻減少雇用薪資較高的醫師人力的經營方式增加其利潤。另外，用各種方式增加醫院受雇者的產出，也是很重要的提升醫院利潤的方法之一，我們上面提過的馬偕醫院在台灣首創的醫師費制度就是一個例子，這個增進醫師生產力的方法很快的就被其

他醫院所採用(蔡明傑, 2006)。還有, 私立醫院—尤其財團法人醫院—為了在競爭十分激烈的醫療市場中取得優勢, 採用醫院集團化與策略聯盟的方式經營, 前者是醫院間以實體的連結擴展, 後者則是策略性的結合資源, 兩者都是醫院產業因應醫療市場激烈競爭的壓力的企業管理模式(張芸雲, 1998a; 莊逸洲、黃崇哲, 2000; 蘇瑞勇, 2003; 陳明晃等, 2004; 蔡明傑, 2006; 陳金哲, 2006; 黃雅琳、孫智麗, 2005; 翁瑞宏等, 2007), 這樣的集團化及策略聯盟現象, 是在1990年代—台灣政府正全面推動新自由主義的政策之時—大量出現的(盧瑞芬、謝啟瑞, 2003)。

過去一些研究發現, 私立醫療院所確實比公立醫療院所更積極、更快速的在競爭激烈的醫療市場中以降低成本、提升市場競爭力、擴大市場規模的企業管理方式賺取利潤, 相對的, 一般公立醫院主要因為政府法令規章的限制, 及作為國家健康維護體系的一環, 有為大眾提供免費或低價醫療服務的社會責任(陳金哲, 2006; 蔡明傑, 2006), 使得公立醫院的經營「績效」較私立醫院低(羅紀瓊等, 1996; 李文福、王媛慧, 1998)。但是, 我們要指出, 在大量私人資本投入醫療產業之下, 醫療市場的競爭越來越激烈, 從而對公立醫院也造成莫大的市場競爭壓力, 公立醫院屢被批評經營效率低落(林瑞雄、蘇喜, 1989; 張錦文、劉立凡, 1990; 楊志良, 1991), 逐漸的, 公立醫院也開始採用降低成本、製造業績、增加利潤的企業管理經營模式, 上述種種促成私立醫院崛起的經營方法, 也逐漸被公立醫院仿效、採用。公立醫院競相採用以成本及利潤為唯一考量的醫院管理模式, 在政府開始推動公立醫院民營化之後更為明顯(蔡明傑, 2006; 陳金哲, 2006)。這一點我們在下面會進一步分析。

我們上面從私立醫療院所—尤其財團法人醫院—作為私人資本擴張與積累的場域這個層面, 分析他們在台灣的崛起的原因及條件; 另外一個促成私立醫療院所崛起的主要原因是政府的醫療政策。這些政

策大致可分兩類：政府優惠、鼓勵私人投資醫療產業的政策以及醫療保險制度。多數私立醫院—尤其法人醫院—屬非營利機構，政府對這類醫院有許多租稅優惠，包括免納所得稅、免納房屋稅、醫療用地免納地價稅、免納印花稅、娛樂稅、使用牌照稅等等(林江亮、林秀玲，2008；盧瑞芬、謝啟瑞，2003)。這些租稅優惠讓這些醫院享有低成本的優勢。另外，在90年代第二期醫療網計劃中，政府訂定了私人醫療院所擴建獎勵辦法(行政院衛生署，1993a)，更籌措100億醫療發展基金，獎勵、資助私人醫療資本在醫療資源較缺乏區投資興建醫院，而根據張荳雲研究(1999)，此基金補助的對象多為在醫療資源較豐富地區經營、經濟條件較好的財團法人醫院或大型私立醫院。此外，在財團及私人醫院快速擴張下，相關的醫院利益團體，如私立醫療院所協會及教會醫療院所協會也相繼集結起來(江東亮，2007)。這些協會的宗旨，從他們協會的網站顯現³，除了會員的利益聯盟之外，也試圖影響國家醫療政策，其中私立醫療院所協會的影響特別突出，例如國家保險給付的政策，因為這個協會積極參與給付政策相關會議，而使得國家給付政策更偏向私立醫療院所的利益⁴。

除了政府優惠及鼓勵政策，政府醫療保險財源的「滋養」也是私立醫院崛起的重要原因。我們上面提過，台灣50年代實施勞工保險及公務人員保險，其中醫療保險的財源雖然也提供給成為公勞保特約醫院的私立醫院享用，但是在50、60年代，政府卻獨給大型公立醫院—尤其國立醫院—可以跟保險機構個別洽定給付總額的優渥條件(林國明，1997)；但是，為回應私立大型醫院的要求及壓力，政府這個優渥保險給付條件在70年代末，也開始開放給了私立大型醫院——尤其財團法

3 私立醫療院所協會網址為 <http://www.nhca.org.tw/>，教會醫療院所協會網址則為 <http://www.2.mmh.org.tw/chca/>。

4 私立醫療院所協會的網站中不諱言這樣的影響，另外，台灣資深醫院管理者張錦文也在他的自傳中顯現這個協會對政府機構給付政策的影響(李淑娟，2002)。

人醫院(張荳雲, 1998a), 而這個政府醫療保險的財源隨著社會保險人口的增加(從1950年勞保人口占總人口的1.7%到1980年增加到16.7%, 到1990年一農民保險實施之後一的47.3%(吳凱勳, 1996))而快速擴增, 這個大筆的財源成為私立醫療院所收入的主要來源, 尤其財團法人醫院蠶食社會醫療保險財源大餅的比例更是越來越高(張荳雲, 1998a)。到1995年全民健保實施之後, 社會醫療保險人口已經占全台灣人口的95%以上, 而這個大筆財源的使用與分配, 是不管公私立醫療院所都一樣, 雨露均沾的, 即, 全民健保的給付並沒有像1950及1960年代一樣, 偏向公立醫療院所的。以2009年為例, 全民健保的總支出是4436億, 其中67%(2986億)給付給醫院, 而這其中, 69%(2062億)是「滋養」私立醫院的(中央健保局, 2010)。

在此, 我們若做個國際比較分析, 就可以更凸顯台灣政府在1970年代末之前將社會醫療保險的財源多數提供給公立醫療院所, 相對於之後逐漸變為多數提供給私立醫療院所的政策變化的重大意義。世界資本主義社會的醫療體系, 若以它的財源籌措(health care financing)來分類, 大致可以分四類:(1)主要來自政府稅收(即, 國家醫療服務制度—National Health System, 如英國、瑞典、挪威);(2)主要來自社會保險(即, 全民健保, 如台灣、法國、與德國), (3)社會保險與私人保險混合(如荷蘭), 及4)以私人保險或直接付費為主(如美國市場機制為主的醫療體系)。若以「公共性」一即, 以社會集體的力量解決人民醫療的問題—的高低程度來評量這四類醫療體系的財源籌措方式, 則第一類的公共性最高, 第二類次之, 第三類又更次之, 而第四類的公共性則最低。台灣有全民健保, 醫療體系的財源籌措屬於第二類, 雖然公共性比第一類差, 但是, 台灣從50年代至今, 就如上述, 社會醫療保險所覆蓋的人口比例從十分低、到越來越高, 到1995年的全民健保覆蓋全台灣95%以上的人口, 因此, 就台灣社會醫療保險覆蓋率來看公共性, 台灣社會過去幾十年有了明顯的增進。然而, 我們若以

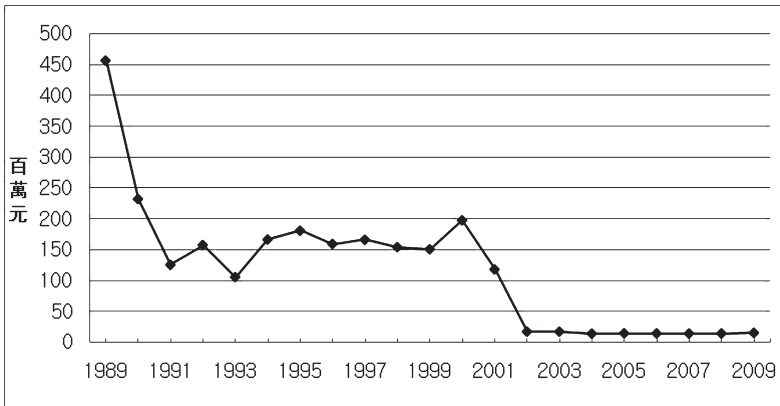
上述不同資本主義社會所籌措的不同醫療財源為基礎所建立的不同醫療服務提供系統(health care delivery system)來分類，又大致可以分成三類：(1)以公立醫療機構為主(即國家醫療服務制度，如英國、瑞典、挪威)；(2)公立與私立醫療機構混合(如德國與法國)；(3)以私立醫療機構為主(如美國與台灣)(Abel-Smith, 1992; Abel-Smith & Mossial, 1994; Matcha, 2003)。同樣，我們若以「公共性」的高低程度來評量這三類醫療服務提供系統，則第一類擁有最高的公共性，第二類次之，而第三類的公共性則最低。台灣現今的醫療服務提供系統是屬於第三類——公共性最低的。但是，台灣的醫療服務系統的公共性並不是一直都是如此低的：我們上面分析過，台灣的醫療服務提供系統從50、60年代以公立醫療院所為主或公立私立旗鼓相當(趨近上述三類中第一類)，到70年代末開始加入更多私立大型醫院，甚至到1995年全民健保實施後變為以私立醫療院所為主(屬於上述第三類)。因此，就有「公共性」意涵的公立醫療機構面向而言，台灣社會的醫療服務提供系統過去幾十年來卻是明顯從「公共性」往「私人性」滑落的。而這個公共性的滑落是與政府的醫療保險政策相關的：數十年來政府醫療保險的財源「滋養」了私立醫療院所、成就了他們的崛起。以南台灣一所財團法人醫院為例(范國棟，2005)，這所醫院在1970年代末之前，公保勞保的醫療保險給付僅占其收入的二成左右，其餘的收入來自病人自費，但是1970年代末之後，這個社會保險給付的比例快速增加，到1994年，全民健保實施之前，公勞農保給付占其總收入的比例已經是六成多，全民健保實施之後，這個比例繼續增加，到2001年，這個財團法人醫院的收入來源居然九成來自全民健保！另外，以全台灣最大的長庚財團法人醫學中心為例，從2003年到2007年之間，來自全民健保的收入也占其醫務收入的八成以上(資料整理自：衛生署醫事處，2009)。總之，1970年代之後台灣政府籌措的社會保險財源的「滋養」，是私立醫療院所崛起的重要因素之一。

airiti

私立醫療院所的崛起也反映在他們的利潤率上面，最明顯的是財團法人醫院。因為衛生署尚未全面公開台灣醫院的財務相關資訊，我們無法得到所有財團法人醫院的利潤率資料，但是衛生署醫事處公開的一些醫院的財務報表顯現，不同醫院的盈虧差距很大，但是不少財團法人醫院的利潤率是異常高的。其中，長庚醫院特別突出：從2003年到2007年的平均稅後純益率（即，稅後淨利除以營收淨額）高達48.5%！而同樣的五年中，其他如財團法人台東基督教醫院的平均稅後純益率也有27.5%，又如財團法人亞東、新光、慈濟、及門諾醫院的平均稅後純益率也各為16.6%、13.7%、18.0%、及14.4%（資料整理自：衛生署醫事處，2009）。

大量私人資本不斷投入醫療市場，私立醫療院所因此蓬勃發展，進而大量吸收國家全民健保資源，而原本以提供服務、而不是以營利為目的的公立醫療機構開始受到強大波及，政府對公立醫療機構的補助開始大幅降低、並且進一步要求公立醫療機構自負盈虧。圖九是國家對教育部所屬醫院及研究所（包括國立台大醫學院附設醫院、國立成大醫學院附設醫院、國立台北護專附設醫院及中國醫藥研究所）自1989年至今的補助款趨勢，很顯然，國家對這些公立醫院及研究所的補助在90年代即已減低，這樣劇減的趨勢，與全國醫療保健支出以及這個支出占國內生產毛額（GDP）的比例在90年代急劇上升的趨勢（見表三）是完全相反的。亦即，政府對公立醫療院所的投入遠遠落在醫療市場急速膨脹的局勢之後，而且落後越來越遠！以國立成功大學醫學院附設醫院為例，1992年政府補助八億多，佔該院總預算的45%，之後政府補助款即逐年遞減10%，到2000年已降至不到三億元，只佔該院總預算的7%（葉純甫，2002），之後補助款繼續下降，而到2005年，已降到5%，而2006年之後則已經低於5%了（此資料乃成大醫學院附設醫院會計組提供）。換句話說，成大醫學院附設醫院的總預算，大約95%要自負盈虧，它必須與醫療市場中其他醫療院所一樣，藉由大量

醫療商品的提供以及其他非醫務收入，賺取足夠利潤，不只平衡其開支，更得確保足夠資本累積及擴張，以免失去其對市場（在此主要是病人）的佔有因而被其他醫院（如臨近的財團法人奇美醫學中心）排擠出局。1992年成大醫學院附設醫院總預算約18億，雖然之後政府的補助款年年減低，該院總預算卻年年增高，到2000年，已是43億（葉純甫，2002）、2005年增至53億，而到2008年更是63億之譜（見主計處網頁 <http://www.dgbas.gov.tw/public/Attachment/78281733171.pdf>，國立成功大學附設醫院作業基金收支餘絀表）！在競爭極度激烈的醫療市場中，即使是「國立」的醫院也「人（指國立醫院）在江湖（指市場），身不由己」，必須不斷的擴張，與私立或財團法人醫院拚業績、搏資本、爭市場。



圖九：教育部對所屬醫院補助款變化，1989-2009

資料來源：

1989-1990：《1989-1990年衛生統計(公務統計)》。

1991-2009年：國民醫療保健支出，表五政府部門醫療保健支出統計，衛生署。

表三：國民醫療保健支出，1980-2009

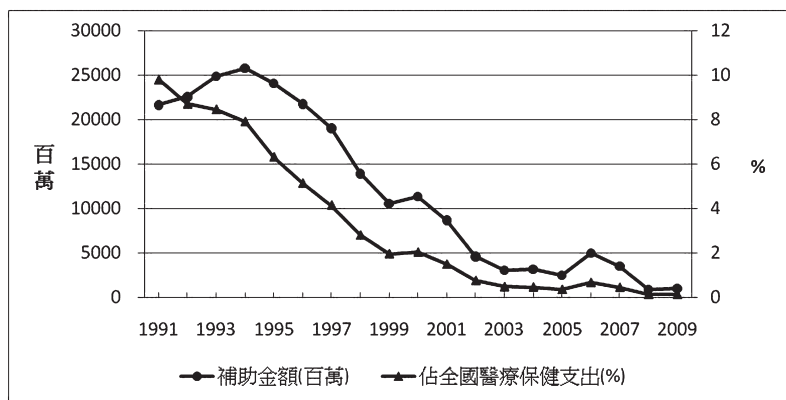
年份	總國民醫療保健支出 (億)	國民醫療保健支出占 GDP (%)	每戶醫療保健支出占家 庭支出 (%)
1980	507	3.40	4.20
1981	703	3.96	4.50
1982	801	4.21	5.07
1983	839	3.99	5.23
1984	962	4.10	5.07
1985	1,081	4.37	5.26
1986	1226	4.29	5.42
1987	1,387	4.29	5.36
1988	1,539	4.37	5.24
1989	1,669	4.24	4.85
1990	1,810	4.20	4.82
1991	2,207	4.45	5.36
1992	2,591	4.68	5.05
1993	2,942	4.81	7.78
1994	3,257	4.87	8.49
1995	3,822	5.25	10.37
1996	4,236	5.36	9.79
1997	4,588	5.35	9.92
1998	4,995	5.43	10.25
1999	5,401	5.60	10.89
2000	5,631	5.53	11.01
2001	5,838	5.88	11.43
2002	6,207	5.96	12.16
2003	6,578	6.15	12.52
2004	7,052	6.20	12.74
2005	7,327	6.24	13.19
2006	7,653	6.25	13.75
2007	7,947	6.16	14.11
2008	8,186	6.45	14.35
2009	8,591	6.87	14.45

資料來源：行政院衛生署，《國民醫療保健支出》；主計處，《家庭收支調查報告》。

由衛生所轉型的群體醫療中心及省、市立醫院也無法逃脫市場化的命運。1983年政府為了提高偏遠地區醫療水準，提升民眾對衛生所的信心，推展衛生所成立群醫中心(群醫中心的緣起及發展在下節將有更詳盡的分析)，但是，政府推展的方式卻導致衛生所群醫中心的市場化。首先，衛生署補助設立群醫中心的衛生所150萬元設備費用，以及30萬元藥材周轉金，但是明文規定，政府只做一次投資，之後群醫中心就得自負盈虧，各憑本事，自創市場，力求生存。但政府提供人力(即衛生所主任、護士、藥師等)給群醫中心，而群醫中心可進一步私自約雇工作人員，最重要的是，群醫中心由提供(事實是「售賣」)醫療商品所得的利潤不必上繳給政府，全數由群醫中心工作人員依照利潤大小分紅，分配模式為：利潤十萬以下時，80%歸醫生(即衛生所主任)所有，其餘由群醫中心其他工作人員分享，利潤十萬以上時，60%歸醫師，其餘在其他工作人員間分發。其餘工作人員的點數分發之權在衛生所主任(季瑋珠，1988)。在1983年前基本上還在醫療市場外的衛生所主任及其它工作人員，在群醫中心成立後，堂堂進入醫療市場，需「各憑本事」，以提供醫療商品來賺取利潤，甚至成為當地診所的強力競爭者(康清雲等，1991；高森永，1986)。相對的，原本規定衛生所該做的公共衛生預防業務(如：衛生教育宣導、環境衛生等)則沒有這樣的誘因，仍然是在「市場外」(季瑋珠，1988)。從1983年到1994年，在360多個衛生所中，174所成立了群醫中心。但是，1994年之後，政府就以群醫中心已完成階段性任務為由，不再設立群醫中心(台灣省衛生處，1995；行政院衛生署，1997a；行政院衛生署，1999)。而在1995年政府訂定了私人醫療院所擴建獎勵辦法後，就鼓勵私人醫療院所在偏遠地區設立或擴建(行政院衛生署，1995)，同時，全民健保實施之後，健保給付制度對衛生所群醫中心與私人醫療院所一視同仁，他們都必須以提供醫療服務方式獲得全民健保給付，並都以此給付作為他們的主要收入來源，而有些群醫中心因為無法與

私立醫療院所競爭，所提供的醫療服務才開始減少(蔡志斌，2007；林廣崙，2008)。

政府針對省、市立醫院的政策也與衛生所群醫中心的政策一樣，1987年頒布了省、市立醫療機構人員獎勵金發給要點，將省、市立醫院利潤的80%作為醫師的獎勵金(江東亮，2007)，這個政策是醫師願意到省、市立醫院任職的一大誘因，但同時也促使省、市立醫院及其醫師投入醫療市場，爭取更多病患，提供更多醫療商品。1990年代，政府宣佈省、市立醫院需往自負盈虧方向發展(張博雅，1990)。國家對公營醫療機構的補助金額從1991年的217億明顯而急劇的下降到2009年的近10億，而這個金額佔全國醫療保健支出的比例也從1991年的10%明顯而急遽的下降到0.12%!(見圖十)這個現象將政府促使公營醫療機構(多為省、市立醫療院所)以市場機制經營的政策表露無遺，逼得這些省、市立醫院為了在競爭激烈的醫療市場中求生存，只好也加入商品化、市場化的行列。



圖十：國家對公營醫療機構補助金額及其佔全國醫療保健支出百分比變化，1991-2009

資料來源：行政院衛生署，2009年國民醫療保健支出。

還有，80年代末期之後大型私人財團法人醫院快速發展，進而強力擠壓公立醫院的經營(陳琇玲、楊志良，1994；張文音，2002；張苙雲，1999；江東亮，2007；盧瑞芬、謝啟瑞，2000；盧瑞芬、謝啟瑞，2003；范國棟，2005)。而正在此時，政府開始將諸多原為公營的醫院放手給私人資本或財團經營(蔡武德等，2000；張睿詒等，2000a；張睿詒等，2000b；蕭文、顏裕庭，2000；蕭文、顏裕庭，2001；蘇瑞勇，2004)。而這正是在新自由主義的鬆綁及私有化經濟政策下行政院組織改造「委外化」政策的實現，如台南市立醫院以及高雄縣立岡山醫院委由財團法人秀傳紀念醫院經營，台中市立老人醫療保健醫院委由弘光醫護大學附設光田醫院經營，台中市立復健醫院委由財團法人中山醫學大學經營，交通部台北郵政醫院委由財團法人桃新醫院經營，台北市立萬芳醫院委由財團法人台北醫學大學經營，高雄市立小港醫院委由財團法人高雄醫學大學經營，高雄縣立鳳山醫院委由財團法人長庚醫院經營等等(見表四)。2002年衛生署施政計劃原來規劃將全國130家公立一包括國立、署立、縣市立一醫院民營化，但是，之後因為私人資本興趣缺缺，政府公辦民營的政策改弦更張，規定公立一尤其署立一醫院以「行政績效管理」的方式經營，並且推動公立醫院區域聯盟，如，將中區六所署立醫療機構一包括豐原醫院、台中醫院、彰化醫院、雲林醫院、南投醫院、草屯療養院一組成中區區域聯盟，或甚至將公立醫院合併，如，台北市政府合併10家醫療院所，成立市立聯合醫院，政府這些區域聯盟、合併、大型化政策的根本精神及指導原則在於精減人力物力、降低營運成本、增加營運績效、提升市場競爭力(陳金哲，2006；蔡明傑，2006；陳金哲，2008)。總之，在私人醫療資本的強烈市場壓力下、在政府市場化政策的推動下，本來有助減低醫療市場化的公立醫院，也就這樣、不斷的、快速的往市場化的道路滑下去。

表四：1987至今已公辦民營之公立醫院

醫院名稱	委託機關	受委託民間團體	醫院等級	簽約時間
台南市立醫院	台南市政府	財團法人秀傳紀念醫院	區域醫院	1987.7.6.
台中市立老人醫療保健醫院	台中市政府	弘光醫護學校附設光田醫院	地區醫院	1987.10.22.
台中市立復健醫院	台中市政府	財團法人中山醫學大學	教學醫院	1989.3.10.
台北郵政醫院	交通部郵政總局	財團法人桃新醫院	地區醫院	1994.2.5.
台北市立萬芳醫院	台北市政府	財團法人台北醫學大學	區域醫院	1996.7.17.
高雄市立小港醫院	高雄市政府	財團法人高雄醫學大學	區域醫院	1998.2.
署立屏東醫院急診業務	屏東縣政府	原屏東人愛醫院部份醫師*	區域醫院	1999.8.
高雄縣立岡山醫院	高雄縣政府	財團法人秀傳紀念醫院	地區醫院	2000.2.23.
高雄縣立鳳山醫院	高雄縣政府	財團法人長庚紀念醫院	地區醫院	2000.2.23.
高雄市立旗津醫院	高雄市政府	阮綜合醫院	地區醫院	2000.7.17.
署立雙和醫院	衛生署	財團法人台北醫學大學 (BOT**)	區域醫院	2003.12.11.

資料來源：范國棟(2005)

* 這項公辦民營業務到2008年就轉回屏東縣政府與私立高雄醫院以合作方式經營(屏東縣政府, 2008)。

** 建造(Build), 營運(Operate), 然後轉讓(Transfer)給政府。

三、公衛體系醫療化歷史變遷

醫療化是在1970年代西方社會科學家在批判醫療權力擴張的論述中引進的概念。所謂「醫療化」,是將非醫療的問題當作醫療的問題來定義、處理、或治療的過程(Zola, 1972; Conrad & Schneider, 1992)。在醫療化過程中,醫療的領域擴展到個人生活中本來不是醫療的事務,如,把違反社會規範的所謂偏差行為(deviant behavior)以醫療的方式看待、處理,其他例子如兒童過動症(Conrad, 1975)、兒童虐待(Conrad, 1992)、強迫購買症(Lee & Mysyk, 2004)、同性戀(Conrad & Angell, 2004)等;甚至日常生活中的經驗也被醫療化(Illich, 1975; Zola, 1983),如分娩(Teijlingen et al., 2004)、性功能障礙(Tiefer, 1996; Carpiano, 2001)、酒癮(Conrad, 2005)、更年期(Conrad, 2005)等等。

西方有關醫療化的文獻可謂汗牛充棟，但是大多數研究均以個人的偏差行為或生活經驗作為關懷的重點，因此這些研究的分析單位多停留在個人層次。然而醫療化的影響早已超越個人層次，它的影響層次擴及到群體、機構、以及制度面。因而一些研究醫療化現象的學者開始將他們研究的關懷對象從個人提升到群體、機構、制度、以及體系，他們研究的分析單位也因此從個人層次提升到群體、機構、制度、以及體系層次。如，Robbins and Anthony (1982)以偏差宗教團體 (deviant religious groups)、Schram (2000)以社會福利體系、Levin and Idler (1981)以健康照護體系、Browner (1999)以醫療人類學專業團體、Mathiew (1993)以無住屋群體(homeless groups)、台灣學者胡幼慧 (2001)以公衛體系，作為他們分析醫療化的研究對象。這些研究為過去以個人為關懷中心的醫療化之相關文獻注入了新的關懷面，即，醫療化的問題不僅僅是個人的問題，它也深深影響群體、機構、制度、以及體系。本文有關醫療化的研究就是以台灣公共衛生體系為研究對象，試圖分析這個體系被醫療化的現象。

本節將從公共衛生政策、人力、經費、權力、及衛生所功能等層面分析公衛體系醫療化的歷史發展。與上一節類似的，我們也將在台灣政治經濟脈絡下分析醫療化的發展，因此，讀者閱讀本節時，可以參照圖一：台灣光復後政經及公衛體系發展史簡圖，特別是圖中的「公衛體系醫療化發展」。

(一)公共衛生政策

台灣光復後的一、二十年間，政府的公共衛生政策是：預防部門 (即，一般所稱的「公共衛生」)建設優於醫療建設。這個政策的精神一即，政府大幅投資及發展公衛預防部門，與當時發達國家資本、節制私人資本的政經氛圍是一致的。光復以後，地方衛生行政組織體系 (包括衛生所)的建立，是台灣公共衛生發展的第一個里程碑 (行政院衛生

署，1995)。

地方衛生行政組織主要包括縣市衛生局、最基層的鄉鎮區(市)衛生所及村里衛生室。這個金字塔型的網狀地方衛生系統建立起來以後，就擔負起50及60年代全台灣眾多急性慢性傳染病防治工作的重責大任。這些傳染病包括瘧疾、肺結核、霍亂、痢疾、日本腦炎、小兒麻痺等等，在公衛體系各個部門一、二十年全力投入於防治工作後，即在60、70年代消聲匿跡。以瘧疾防治為例，世界衛生組織於1965年宣佈台灣為瘧疾根除地區(行政院衛生署，1993b；張耀懋，2001)。

除了傳染病防治，50、60年代其他重要的公部門公共衛生預防工作，還包括：婦幼衛生保健(而另有婦幼衛生研究所的成立)、家庭計劃(而另有家庭計劃推行委員會的成立)、甲狀腺腫防治、烏腳病防治、預防注射、B型肝炎防治、及精神衛生(李淑娟，2001；江東亮，2007)。

70年代之後，比較會造成直接而立即的威脅的傳染病多已獲控制，但是，此時台灣社會的疾病形態已經從急性傳染病為主轉為以慢性病為主，而其他如食品衛生、環境衛生、職業衛生等等公共衛生問題因為社會變遷、社會組成的複雜化，也挑戰著台灣社會；但是，這些慢性病及公共衛生問題，若與急性傳染病相對比較，對台灣社會所造成的威脅是比較間接而不那麼迫切的；還有，相對於急性傳染病的致病因素容易辨識，導致這些慢性病及公共衛生問題的原因多重而複雜，不容易辨識；再加上台灣家庭計劃推行成功，此時人口成長已經得到控制；而台灣的財富也因出口導向的經濟政策的推行而開始增加，貧富的差距明顯減低，這些背景可能造成一個假象：公共衛生問題多已獲得控制。因此，除非公衛體系的領導者有長遠的眼光，在當時的情境下，可能不易洞識到，慢性病及其他複雜的公共衛生問題的解決更棘手，公共衛生體系為解決這些問題，事實上需要推動大量的預防性工作，也需要投入大量的人力及資源到這些預防性工作。另

外，這個年代的政治經濟氛圍已經從節制私人資本、發達國家資本轉向鼓勵私人資本的政策了，過去政府大幅投資及發展公部門的公衛體系預防部門的政策已經開始與這樣的氛圍不搭調，在這樣的大時代的背景下，政府對公衛體系預防部門的注意力及資源逐漸轉向醫療部門的加強，50、60年代「公共衛生預防建設優於醫療建設」的政策也在這個時刻有了大逆轉，在70年代末期，政府開始規劃以省市立醫院為核心的醫療網。先大幅投資公立醫院的增建及擴建，增加公立醫院的員額。接著又於1983年推動在衛生所建立群體醫療中心，甚至將群醫中心的建立列為國家十四項建設計劃之一（傅振宗，1990），以群醫中心作為醫療網中的官方基層醫療系統，這同時也將衛生所醫療化（此點容後節再詳述）。另外，又於1984年推行「省市立醫院業務改善計劃」，加強醫院經營管理、改進醫療服務品質與羅致醫師人才。我們在前節已經討論過，為羅致醫師人才，公立醫院醫師可將80%的淨收入做為獎勵金（江東亮，2007），從此，公立醫院也逐漸邁入市場化行列，以醫療商品的提供，賺取利潤，累積、擴大資本。

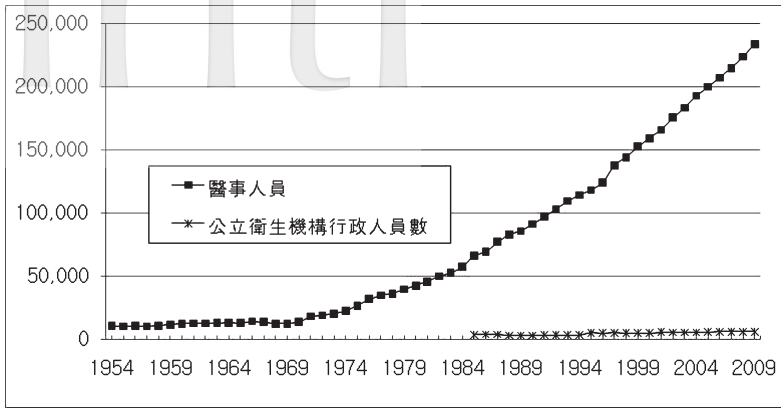
80年代中期後國民政府更大幅度投入醫療網的佈建，此時總統蔣經國也於1984年明白指示「規劃建立台灣地區醫療網，並整合各類醫療機構，使成為一個全國性的完整醫療體系，至為切要，即希積極籌謀，儘速推展，以強化醫療保健措施，增進全體國民健康。」（行政院衛生署，1997b）。於是，1986至1990年推行醫療網第一期計劃，1990至1995第二期計劃，1996-2000第三期，2000至2004年第四期。總目標是使醫師及病床數與人口比例更增高一而這一連串的醫療網計劃的實質作用是資本化台灣公衛體系中的醫療部門，進而醫療化台灣的公衛體系。在政府大力推動醫療產業擴張的政策下，醫療資本及人力迅速膨脹，而我們已經在前節討論過，膨脹的醫療資本及人力多屬私有，即使是公有的醫療資本，也都是市場化、或實質是私有的。反之，在預防性公共衛生工作，衛生署遲至1986年才開始訂定中老年病

預防保健計劃(江東亮, 2007)。

90年代李登輝主政時期, 大力推動自由化、鬆綁、私有化政策, 在這潮流之下, 就如前節敘述的, 醫療產業私有化、公營醫療機構市場化或私營化、財團法人醫院大型化、而醫療資本與人力也因此隨著急速擴張。而與這個趨勢相反的是公衛體系預防部門的相對萎縮。我們在第二節有關公衛體系醫療部門市場化的歷史變遷的分析已經指出, 為配合自由化、鬆綁、私有化的政策, 政府也在90年代開始推動政府組織改造, 主要目標是瘦身、裁員—而對象當然不例外的包括衛生機構。因此, 第二節所敘述的四化也施行到衛生署及其所屬機構的頭上。如, 衛生署國民健康局過去派駐各縣市人員的項目被「去任務化」, 至2003年「已離退57人, 尚剩259人未來仍繼續遇缺不補」; 又如, 衛生署過去辦理醫院評鑑及教學評鑑工作及辦理精神醫療機構評鑑「委外化」: 委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理; 再如, 衛生署山地離島人員養成計劃及部落及離島社區營造計劃委外辦理。(行政院組織改造委員會, 2003)

(二) 人力

我們在上面已經敘述了70年代就開始、80及90年代加劇的兩個趨勢: 即一方面政府大力推動醫療網的建立, 並不斷鼓勵及資助私人資本進入醫療市場, 另一方面, 公衛體系的醫療部門不斷的加速市場化, 但是相對於這兩個趨勢, 預防部門卻不但擴充有限, 甚至有些衛生機構因組織再造而瘦身、裁員, 於是, 近三十年來如此發展的結果, 便造成今天台灣人民所面臨的公衛體系醫療化——即醫療部門擴大化, 而相對預防部門侏儒化的後果: 圖十一展現1950年代至今醫事人員(包括醫生、護士、醫技人員等)及公立衛生機構公共衛生人員增加的趨勢; 衛生署從1985年始才有有關公共衛生人員的統計資料, 即使如此, 這張圖仍然彰顯一個相當突出的事實: 台灣的公衛體系過去



圖十一：醫事人力及公共衛生人力變化，1954-2009

資料來源：

醫事人員部份：

- 1954-1994：《1994年衛生統計(公務統計)》，表43。
- 1995-2003：《2003年衛生統計(公務統計)》，表39。
- 2004-2005：《2005年衛生統計(公務統計)》，表14。
- 2006-2007：《2006、2007年衛生統計(公務統計)》。
- 2007-2009：《醫療機構現狀及醫院醫療服務量統計年報》。

公立衛生機構行政人員數：

- 1985：《1985年衛生統計(公務統計)》，表10。
- 1986-1991：《1991年衛生統計(公務統計)》，表7。
- 1992-1998：《1998年衛生統計(公務統計)》，表6。
- 1999-2003：《1999-2003年衛生統計(公務統計)》，表6。
- 2004：《行政院衛生署公務統計報表年報》。
- 2005：《2005年衛生統計(公務統計)》，表85。
- 2006：《2006年衛生統計(公務統計)》，表51。
- 2007-2009：《醫療機構現狀及醫院醫療服務量統計年報》。

幾十年來是醫療部門的不斷擴大化，而預防部門的發展相形之下是侏儒化的過程。在1950、60年代「公共衛生預防建設優於醫療建設」時期，醫事人員數維持在一萬五千以下，但是，在1970年代，預防優於醫療政策開始逆轉時期，醫事人力即開始增加，到1979年的近四萬，接著在1980年代一「台灣錢淹腳目」之時一更大幅往上爬升，到1990年，台灣醫事人力已經超過九萬了，進入2000年代，政府大力推動新

自由主義鬆綁、自由化政策，醫事人力更急速攀升，到2009年已超越23萬。相對的，1980年代全國公共衛生人力(包括從事公共衛生預防工作的醫生、護士、藥師等醫療人員)僅區區三千多人，到1995年因為全民健保的開辦，人力增加到五千多人，而到2009年，也僅僅增加到近六千人，完全趕不上醫事人力的擴充，而我國的公共衛生(非醫療)人力與人口比，還不到十分醫療取向的美國的三分之一(陳美霞，2000)。

(三)經費

圖十一所展現的公衛體系醫療與預防人力將近五十年的劇烈變遷一即，公衛體系醫療部門的「巨人化」、相對於預防部門的「侏儒化」一必然會反應在全國醫療保健經費中醫療相對於預防部門的經費比例變遷，可惜衛生署有關這個比例的長年資料不完整，無法看出長久的歷史趨勢，但從我們可收集到的1990年代至今的資料，大約可看出醫療相對於預防部門確實是「巨人」與「侏儒」的差距。台灣社會2009年投入醫療保健的經費是八仟伍百多億元，這其中僅僅4.06%是用在預防性公共衛生工作上(行政院衛生署，2010a)，其餘約96%的經費中，除了每年大約2-4%的政府公衛醫療機構一般行政費用外(行政院衛生署，2010a)，全都花在醫療部門。在1990及2000年代，台灣社會醫療保健總經費中，預防部門的比例，除了2003及2004年因為SARS的流行而略為升高以外，一直是這麼低：1991年是3.04%(陳美霞，2000)；1999年3.22%；2000年3.28%；2001年3.40%；2002年3.34%；2003年4.63%；2004年4.20%；2005年3.05%；2006年3.57%；2007年3.77%；2008年3.17%(行政院衛生署，2010a)。2003年全國衛生醫療政策會議的共識報告甚至指出，1995年以來，預防性公共衛生支出佔政府部門醫療保健支出的比例，其中五年呈負成長(賴美淑等，2003)。

(四)權力

公衛體系醫療化的現象也反映在衛生機構的權力分配。從衛生署1971年成立至今，歷任中華民國公衛體系的最高領導者衛生署署長中，除陳建仁及2009年方上任的楊志良是公共衛生專業人才、不是醫生以外，其他清一色是醫生(台灣公共衛生學會，2003)。公衛體系的領導者由醫生來擔當，不僅衛生署如此，衛生局、所的領導者也絕大多數是醫生。如，根據我們2011年1月經由衛生局網站及電話調查，台灣22位縣市衛生局局長中，64%是醫師，而行政院衛生署公務統計報表中各衛生所人員現況表資料(行政院衛生署，2011)顯現，三百多位現任衛生所主任則將近79%是醫師。

(五)衛生所功能

台灣公衛史上公衛體系醫療化最突顯的例子是衛生所功能的變化。衛生所是公衛體系最基層機構，公共衛生工作的推展，均需經由衛生所才能落實於全國各個角落。日據時期，日本殖民政府為鞏固其政權，力圖在台灣建立現代公共衛生系統，卻主要偏重在醫療機構的建立(陳美霞，2003d；張耀懋，2001)，而鄉村偏遠地區的基層衛生醫療機構是缺乏的(葉龍彥，1991)。因此，台灣光復後，基層衛生機構——衛生所——的建立是50、60年代最引人注目的公共衛生成就。

台灣光復時(1945年)，全國衛生所僅15所，而許多急、慢性傳染病橫行台灣，霍亂、痢疾、瘧疾、日本腦炎、肺結核、小兒麻痺、天花、白喉、鼠疫、性病、砂眼等等傳染病肆虐台灣民眾，嚴重打擊台灣的社會及經濟(江東亮，2007；張耀懋，2001)。我們前面提過，當時公共衛生的主要政策以「基層公共衛生預防建設優於醫療建設」為最高指導方針，政府在每個鄉鎮均建立衛生所(季瑋珠，1988；張耀懋，2001)，1946年衛生所增至50所，1947年，光復後兩年內，衛生所數已增加至72所，再過十年，即1956年，全國約95%的鄉鎮已擁有衛生

所，共356所，1960年，再增加至360所，至1975年，全國每一個鄉鎮均有衛生所了——總共363所（行政院衛生署，1995；台灣省政府衛生處，1995）。

這些衛生所歸縣市衛生局主管，政府並賦與人力與資源，種種傳染病防治計畫均透過衛生所的公共衛生醫師、公共衛生護士及保健員，挨家挨戶地接觸、拜訪，展開衛生教育、預防、監測、通報、調查等等大量的公共衛生工作。這些有系統的公共衛生預防工作，再加上公衛體系其他部門的全力配合，使得大多數傳染病在60、70年代即消聲匿跡（張耀懋，2001；行政院衛生署，1995；江東亮，2007；江東亮，1997）。

然而，1970、80年代，當資產階級開始壯大，醫療部門開始市場化時，政府「公共衛生預防建設優於醫療建設」的政策有了大逆轉，其中，它協助、推展衛生所成立群體醫療中心。我們在前節已經分析過，衛生所因為政府在1983年開始推展的群醫中心而被市場化，而這個市場化的發展卻也深刻影響衛生所的醫療化，下面我們將敘述群醫中心的緣起及分析這個醫療化的歷史發展。

我們在上一節分析過，70年代，越來越多的私人資本投入到醫療產業，私立醫院無論是醫院數、病床數、醫事人員數，均已高高凌駕公立醫院之上，而財團資本也開始投入醫療產業，建立光鮮亮麗的大型醫院，衛生所多項業務中的醫療業務開始受到影響，民眾開始將衛生所的醫療服務與私人醫療院所的醫療服務相比較，質疑衛生所的醫療品質，對衛生所開始產生不信任感（王志揚，1984）。

邁入1980年代，台灣在政治經濟層面，正是出口導向經濟政策推行的高峰，資產階級開始壯大，「淹腳目」的「台灣錢」要找出路，醫療產業是其中一條，因此是醫事人力大幅度擴張時期，衛生所之外的診所或醫院給醫師提供更多、收入更高的誘因，相對比較下，衛生所主任的工作因此乏人問津（台灣省衛生處，1995；江東亮，1997；張耀

懋，2001），另一方面傳染病防治的工作已完成階段性任務，台灣民眾的疾病形態也漸漸從傳染病轉為癌症、心臟病、中風等慢性病，衛生所定位有待調整、有待擁有公共衛生智慧的國家或公衛體系領導者引導基層公衛專業人員，將原有的、成果受國內外肯定的預防性公衛工作轉型或深化，以迎戰越來越盛行的、深深影響民眾健康及生活品質的慢性病。事實上，防治癌症、心臟病、中風等慢性病與防治傳染病一樣，最基本的原則還是「預防勝於治療」，但是，因為慢性病一相對於急性傳染病一的致病原因比較多重而複雜，因此，防治慢性病的方法與策略需要更深化。除了改變導致慢性病的個人生活習慣（如抽煙之於肺癌、酗酒之於肝癌、嚼檳榔之於口腔癌、高油脂飲食習慣之於心臟病），更要處理導致這些疾病的政治、經濟、及社會因素。我們下一節會更詳細分析這個議題。總之，當慢性病取代傳染病，成為台灣社會的主要疾病時，基層公衛體系仍必須以「預防勝於治療」的原則，投入大量人力與物力到這些疾病的預防性工作。然而，當時公衛體系正快速邁向高度醫療化之路，在這種氛圍下，當時有影響力的領導者似乎無法超越醫療科技的迷思，又缺乏長遠的公共衛生的眼光，如，當時的政務官員李國鼎指示，「我在榮總能得到的醫療照護，希望任何地區民眾都能得到」（季瑋珠，1988）；又如，1980年，時任台灣省主席的前總統李登輝，在視察新成立、設備新穎亮麗的長庚醫院時，感慨的說：「衛生所，不要也罷！」（張耀懋，2001）。就這樣，以增強、擴充衛生所醫療功能來恢復民眾對衛生所醫療水準的信心、並紓解城鄉醫師分佈不均的問題的菁英共識下，政府引進國外群體醫療（group practice）的制度，開始推出在醫療資源較缺乏的衛生所建立群體醫療中心的計劃（呂頂珍等，1984；林則逸、朱玲億，1986），從1983年試辦12所群醫中心到1995年共在174個衛生所成立群體醫療執業中心（台灣省衛生處，1995；行政院衛生署，1997a）。

其實，為了改善城鄉醫療資源分配不均的問題而成立的群醫中

心，原本是不必然會造成衛生所預防性公共衛生工作的廢功的。例如，群醫中心其實可以經由吸引民眾利用群醫中心的醫療服務，讓民眾進一步認識更廣泛的、衛生所的預防性公共衛生功能，並且進而教育民眾、引導他們注意及投入慢性病的預防行為。因此，群醫中心是可能作為衛生所更系統的慢性病預防任務的前哨戰的。但是，群醫中心的市場化經營卻導致衛生所人員反而因為我們下面將要分析的種種原因，忽略了甚或放棄了預防工作這項衛生所最重要的任務。我們前一節中分析過，政府推動群醫中心的方式是衛生所需要自負盈虧，利潤不需要上繳，而由衛生所主任及群醫中心工作人員分紅，因此，群醫中心看的病人越多，提供的醫療服務越多，衛生所主任及群醫中心工作人員分紅就越多，不但導致衛生所市場化，也因此導致衛生所醫療化。根據蔡志斌(2007)的研究，群醫中心的建立導致衛生所的醫療化，可以由下面幾個面向來分析。

首先，在衛生所成立群醫中心之前，衛生所的組織規章規定衛生所主任的工作內容是領導衛生所員工、規劃及執行衛生所業務，雖然主任也提供醫療服務，他的職務是主任兼醫師。但是，政府推動群醫中心成立之後，規定門診時間以全日每日看診為原則，有必要時甚至可以開設夜間及假日門診，並要求衛生所主任負起指揮及督導群醫中心的責任(行政院衛生署，1989)，於是，衛生所主任投入到群醫中心門診的時間大量增加，因為主任看越多的門診病人，分紅越多，主任的角色從過去的專職主任、兼職醫師幾乎變成專職醫師、兼職主任，而他投入到預防性公共衛生業務的精力和時間就相對大量減少(蔡志斌，2007)。

其次，群醫中心的設立也使得衛生所主任以外的其他人員的工作，從預防工作大幅偏向醫療工作。群醫中心成立之前，衛生所人員的編制有主任、醫師、公衛護士、助產士、檢驗員、事務員、保健員，以及防癆及家庭計劃機構派駐的防癆保健員與家庭計劃佐理員，

雖然群醫中心成立之前，衛生所也有開設門診，但是門診人力的配置只有醫師、藥局辦事員及掛號的工友等，其他人員都是投入到推動公共衛生預防的業務，但是衛生所設立群醫中心以後，他們就開始需要支援醫療門診業務。因此，與衛生所主任一樣的，衛生所工作人員推動預防保健業務的時間與精力就受到擠壓，使得他們勉力提供的預防保健服務的品質也進而受到負面影響(林廣崙，2008；黃明珠、陳延芳、林金玉，1996)。此外，為了配合群醫中心的醫療門診需求，衛生所正式人力也陸續增加了醫療人員，包括X光技術師、藥師、藥劑生與技術員、及牙醫師(王志揚，1984；台灣省政府，1988)。政府不僅在衛生所正式編制上增加了醫療人力，也由各大型醫院派遣醫師下鄉支援群醫中心——在1987年到1990年間全國共增加了201位醫師支援(行政院衛生署，1989)。在衛生所成立群醫中心之前，衛生署並沒有編制經費，讓大型醫院的醫師到衛生所支援衛生所的門診的。另外，除了上述醫療人力的增加以外，群醫中心成立以後，全國從1989年到1993年共增加了345位群醫中心執業人員(蔡志斌，2007)。

再其次，群醫中心設置之後，醫療經費占衛生所經費的比例大幅增加。群醫中心成立之前，衛生所的經費來源是政府的公務預算經費，包括人事經費、行政經費以及公共衛生計劃經費，這些經費絕大部分用來支持衛生所工作人員推動預防性公共衛生的工作，而醫療經費占其總經費的比例是微不足道的，甚至不足以自成一個經費項目。然而，我們上面已經提過，從1983年政府推動衛生所設立群醫中心以來，只要設立群醫中心的衛生所，政府就補助醫療設備費150萬及藥材周轉金30萬(行政院衛生署，1988)。群醫中心開始營運之後，衛生所的醫療經費就快速上升，必須設立醫療作業基金(台灣省政府公報，1986)，以支付群醫中心醫療門診所需要的器材、約雇人力、設備擴充及改良等。蔡志斌(2007)研究南台灣兩個衛生所醫療經費的變化，發現這兩個衛生所在群醫中心成立之前，衛生所的醫療經費占其總經費

的比例幾乎是零的，但是群醫中心成立之後，這個比例，卻大幅增加到八成！反之，預防性公共衛生工作的經費在群醫中心設立之後的比例卻越來越低，只占衛生所總經費的1-3%（蔡志斌，2007）。

與上述衛生所醫療經費比例增加相對應的是，衛生所醫療設備的增加。還沒有設立群醫中心之前，衛生所業務主要是推廣預防保健業務，如傳染病防治、預防注射、家庭計劃、防癆、環境衛生等，不需要昂貴的醫療設備，需要準備的醫療器材頂多是藥品，而這些藥品都是由公務預算支付或衛生局提供，不需要醫療經費來支付。但是，衛生所成立群醫中心之後，除了政府補助如X光機、病床、牙醫設備等門診所需的醫療器材或設備外，衛生所也擴充其他醫療器材及設備，設立功能較好的門診，以吸引民眾來就診，衛生所的資源因此也花更多的比例在醫療設備上（蔡志斌，2007；張瓊蓉，2009）。

最後，設立群醫中心的衛生所在上述人力、物力、財力大量投入醫療門診之下，門診量因此大增。上面提過，衛生所在設立群醫中心之前，醫療不是衛生所主要的業務，因此，衛生所的門診量很少，但是群醫中心設立之後，衛生所的門診量快速增加。根據1990年台灣省衛生處統計，設立群醫中心的衛生所醫療門診每月平均1871人次，相較於沒有開辦群醫中心之前每月平均三百多人次，增加了六倍（林廣崙，2008；康清雲等，1991）。

上面我們分析了設立群醫中心的衛生所因群醫中心市場化而醫療化的變遷，沒有設立群醫中心的衛生所又如何變化呢？政府除了推動群醫中心的設立外，又進一步鼓勵非群醫型衛生所開設門診醫療，我們上面提及的1987年頒布的省、市立醫療機構獎勵金發放要點也適用於沒有設立群醫中心的衛生所，政府要求這些衛生所將他們的醫療收支列入醫療作業基金內，並且規定將年度醫療事業的收支盈餘提撥80%，作為衛生所醫師與員工的醫療獎勵金，獎勵金發放原則與上述群醫中心獎勵金發放原則相同。這個獎勵制度對一些醫療設備不夠齊

全的衛生所誘因不足，政府又在1991年推出一項吸引衛生所開設醫療門診的政策：只要衛生所主任是醫學院畢業的醫師，政府就優先補助60萬的設備費用(郭錦萍，1991)。有了這個政策，這些非群醫型衛生所才開始發展醫療門診、投入醫療市場，於是，沒有設置群醫中心的衛生所也大多數步上設有群醫中心的衛生所市場化、醫療化的後塵(蔡志斌，2007；林廣崙，2008)。

大都會地區的台北市與高雄市的衛生所是少數的例外，它們反而走向另外一個極端：完全停止醫療門診業務。這兩個院轄市因為衛生所外的醫療資源十分豐富，在1990年代末期開始，衛生所乾脆將醫療門診業務全部轉交由當地醫療機構以市場化方式提供給民眾，衛生所因而僅需負責預防保健與防疫的工作。例如，台北市在1997年進行衛生所組織再造(吳秉賸，2001)，將門診業務轉由市立聯合醫院以醫療商品形式提供，衛生所則將主要人力與資源投入到預防保健及防疫業務；預防保健業務如子宮頸抹片篩檢、X光巡迴檢查、產後保健訪視等，在比較充裕的人力資源投入下，成效確實比未改變之前好。但是，在防疫方面，這種將衛生所醫療門診與預防工作截然分離，由互相聯繫不足的市立醫院與衛生所各自為政的方式執行，對衛生所防疫工作卻有負面影響；吳秉賸(2001)的研究發現，預防接種原來是衛生所最重要的工作之一，但是組織再造之後，台北市衛生所將這個工作視為門診業務的一項，交由市立醫院負責提供給民眾，而衛生所僅負責預防接種的追蹤建卡。市立醫院提供一次預防接種可以向民眾收取一百元的注射費，因此它的重點放在提供預防接種這個商品上，防疫相關工作的追蹤則不是它的重點，而事實上，市立醫院缺乏像衛生所過去多年與社區民眾建立起來的密切互動，也自然不易做好這樣的追蹤工作。因此，台北市衛生所的轉型使得應該密切扣連的預防接種與追蹤工作顯得鬆散，造成防疫的漏洞。台北市與高雄市衛生所的轉型對基層預防性公共衛生工作推行的影響究竟如何？還有待觀察，這方

面的研究也很缺乏。

總結上述有關衛生所醫療化的分析，1980年代之後，政府為了恢復民眾對衛生所的信心、為了紓解偏遠地區醫療資源不足的問題，推動衛生所設立群醫中心或擴張醫療門診，結果，除了少數例外，以衛生所主任為首，衛生所從一個主要負責公共衛生預防工作的機構轉化為以醫療為主、藉由醫療服務的提供賺取利潤的機構。於是基層公共衛生預防工作變為無法為衛生所製造利潤、因而是次要的工作，絕大多數衛生所因此走向醫療化的不歸路（張耀懋，2001；季瑋珠，1988；蔡志斌，2007）。

四、公衛體系市場化與醫療化的共生關係及其後果

（一）醫療部門市場化的必然後果——公衛體系醫療化

我們前面兩節所分析的公衛體系醫療部門的市場化發展與公衛體系醫療化的發展是有共生的關係的。我們由上面的歷史考察可看出，在公衛體系兩大部門中，醫療部門是商品化、市場化的，而商品化、市場化的醫療產業，就像其他產業一樣，它的運作邏輯是不斷的擴張、不斷的資本累積，當醫療機構不斷增加或擴大，所需醫事人力也因此不斷增加（如圖十一）；相對的，因為多數公共衛生預防性工作不是商品化、不是市場化的，不需尋求市場來賺取利潤，因此不會像醫療機構一樣會不斷擴張及累積資本。當公衛體系中醫療部門發展的規律是不斷擴張，而預防部門不以相同的規律發展而按兵不動時，日積月累的結果是前者過份龐大，後者卻相對有如侏儒，那麼，公衛體系的醫療化是必然的後果。如此情況下，社會資源不斷的投入到不斷擴張的醫療部門，全國醫療保健的經費因此節節高升（如表三），1980年全國醫療保健經費（其中多數用在醫療）才約五百億元，而2009年已增至八仟伍百多億元，全國醫療保健經費占國內生產毛額的比例也從

1980年的3.40%上升到2009年的6.87%。而平均每戶醫療保健支出占家庭總支出的比例，也從1980年的4.2%不斷上升到2009年的14.45%（見表三）。

那麼，公衛體系醫療部門的市場化現象又如何需要公衛體系的醫療化才得以存在？這得從主導公衛體系的「市場個人主義」哲學思維分析起。這種哲學思維在公共衛生體系的呈現包括(1)將健康與疾病問題歸咎於個人責任；(2)將健康問題醫療化；及(3)將醫療商品化及市場化(Burris, 1997; McKinlay & Marceau, 2000)。

(二)健康與疾病個人責任化

現代社會人類的生存深受周圍環境的影響，同樣的，個人健康不僅受到個人因素的影響，政治、經濟及社會環境的影響更是深遠。公共衛生這門學問的形成就是基於這個信念——即個人健康問題的「公共性」內涵：民眾健康的維護不應該歸於個人的責任，而應該是社會集體的責任，因此公共衛生的原則即是以社會集體的力量，全民共同預防疾病、維護健康的。

但是，1980年代，美國雷根及英國柴契爾政府上台後，將自由市場的思潮在全世界各地推向尖峰，同時，在公共衛生與醫療領域，「市場個人主義」的論述甚囂塵上，健康的責任從「社會集體」推向「個人」；無論在美國、英國或世界許多地區，對疾病的主流詮釋變為：個人的「不良生活習慣」導至人們得癌症、心臟病、高血壓等等疾病(Epstein & Swartz, 1981; Tesh, 1981; McKinlay, 1997; Lupton, 2005)。台灣也深受此「市場個人主義」思潮的影響，衛生機構把十大死因主要歸罪於台灣民眾的不良生活習慣，它們的主要工作及目標也因此是基於健康是「個人的責任(individual responsibility)」的哲學思維而設計的。例如，癌症蟬聯台灣十大死因已二十多年，衛生機構將台灣居高不下的癌症發生率及死亡率主要歸因於國人抽菸、嚼檳榔、酗酒、缺乏運

動、及不良的飲食習慣等等個人行為(林怡婷, 2003; 吳佩蓉, 2003a; 張璿文, 2001; 許峻彬, 2001a; 許峻彬, 2001b), 於是, 全國包括中央及地方所有公共衛生機構為了防癌, 將已經微弱的預防部門資源大部份花在設計種種計劃及活動, 為的是要國人改變個人不健康的行為——即不要抽菸、不要嚼檳榔、不要酗酒、要多運動、要改變飲食習慣(陳美霞, 2003e)。

然而, 癌症的產生與台灣的政治、經濟及社會環境是息息相關的。即使是抽菸、酗酒、嚼檳榔等的「個人不良生活習慣」也深受政治、經濟及社會因素的影響。衛生機關在「健康是因個人不良生活習慣、是個人的責任」的哲學思維主導下, 它的防癌工作僅能狹窄的以「改變不良生活習慣」為目標, 而不去碰觸、分析、批判導至癌症更根本的政治、經濟及社會環境因素。這樣的防癌計畫, 效果必然是有限的。

以抽菸為例, 美國及日本菸商就以超低的售價, 以時髦的包裝、凌厲的廣告攻勢, 將洋菸傾銷到台灣廣大消費者身上, 美國甚至在1987年逼迫台灣政府開放洋菸進口、取消廣告限制、允許洋菸商以極低的稅率介入國內市場, 於是, 進口洋菸從1981年二萬八千多箱飆高到2003年約四百萬箱(聯合報, 1981; 宋健生, 2004; 丁萬鳴、施靜茹, 2005), 而洋菸市場佔有率也由1986年的1.94%, 到1998年的33.4%(林奴純、詹建富, 2002), 到2008年已經是60.09%了(資料整理自: 財政部國庫署, 2009)! 而我國菸酒公賣局(現已民營化, 成為台灣菸酒股份有限公司)也不甘落後, 曾針對極有「市場潛力」的青少年及女性, 設計五二〇(「我愛你」諧音)有粉紅色心型濾嘴的淡菸, 又設計並銷售「YES」牌香菸。對成年人則促銷以「神農嘗百草」命名、號稱以中藥配方製成的「神農100」淡菸, 與老牌的「長壽菸」及「新樂園」一樣, 誤導消費者, 以為抽該品牌的香菸不但不會導致慢性病, 反而有益健康, 更可尋得「新樂園」(林奴純、詹建富, 2002)。如此情境

下，儘管衛生單位聲嘶力竭的告誡大眾不可抽菸，全國將近一半的成年男性抵擋不住內、外菸商的推銷攻勢，紛紛成了癮君子，而年輕人及女性抽菸的比例更不斷上升(李蘭、潘憐燕，2000；潘憐燕、李蘭，1999；李蘭、潘憐燕、晏涵文、李隆安，1994；Liang et al., 2002)。再以嚼檳榔為例，台灣檳榔種植面積在80年代後遽增十幾倍，在明知國人嚼檳榔可能導致口腔癌的情況下，政府農政單位不禁止農民種植檳榔，也不輔導他們改種其他農作，任由檳榔產量大增，檳榔業用檳榔西施、連鎖專賣店、贈品、奇麗包裝等等五花八門的方法向國人強力推銷。這種情境下，儘管衛生單位不停的警告大眾：嚼檳榔會得口腔癌，許多人仍無法抗拒檳榔商的推銷攻勢，國人嚼檳榔的比例也在80年代後節節升高，一直到2000年代才開始稍有降低(韋麗文，2005；陳國成，1995；李蘭、劉潔心、晏涵文、陳麗鳳，1992；郭淑珍、丁志音、陳怡君，2005；楊奕馨、陳鴻榮、曾築瑄、謝天渝，2002)。

除了上述較宏觀的政治經濟因素外，個人所處的社會經濟環境也影響個人的健康行為。台灣公共衛生研究顯示(丁志音、江東亮，1996；曾敏傑，2005；陳美霞，2008)，我國抽菸、酗酒、嚼檳榔、或有其他不健康行為的人大多是教育程度及社會經濟地位較低的人，顯然這些人天天所必須面對的十分不利的社會經濟環境，逼使或誘使他／她們抽菸、酗酒、嚼檳榔、或從事其他不健康行為；以嚼檳榔為例，台灣卡車及旅遊業司機嚼檳榔的比例特別高(林美玲，1989；王淑貞，2001；郭淑珍、丁志音、陳怡君，2005)，他們每天要開十多個小時單調而乏味的車程(高泉錫，2005；蔡政欣，2003；張正莉，2002；郭淑珍、丁志音、陳怡君，2005)，為避免因過份勞累、精神不繼而發生車禍，不得已，嚼檳榔成為他們重要的提神方法。這些教育及社經地位較低的人所必需面對的不利的社會經濟環境，若無法改變，公共衛生人員僅片面的要求他／她們改變不良生活習慣，效果是十分有限的。

蟬聯十大死因榜首長達二十多年的癌症的重要成因，還包括工作

場所毒物、有毒氣體暴露及一般環境污染。長期暴露在毒物、有毒氣體的工作場所，會導致各種癌症，早被科學研究證實，如苯致白血病（Chen & Huang, 1997; Pyatt, 2004），石棉致肺癌及胸、腹膜癌（Laden et al., 2004; Tweedale, 2002），聯苯胺類染料致膀胱癌（Chen & Huang, 1997; Golka et al., 2004；郭育良，2002），氯乙烯單體致肝血管癌（郭育良，2002；Chen & Huang, 1997）等等例子不勝枚舉。許多國內或國外的研究也證明，工業污染及其他有毒廢棄物所造成的空氣、水及土地的嚴重污染與許多種癌症的發生是相關的（Whitrow et al., 2003; Robinson, 2002; Horrigan et al., 2002; Anwar, 2003; Cohen, 2000）。但台灣在個人生活習慣理論主導下的防癌論述及防癌計畫中，這兩大成因並非重點。

衛生機構以「健康是個人責任」的哲學思維主導下的防癌工作因為效果有限，我國癌症發生率及死亡率節節升高，2010年衛生署公佈2009年國人十大死因時顯示，台灣平均每13分10秒鐘就有一人死於癌症，而過去28年來，癌症一直是十大死因的榜首（行政院衛生署，2010b）。

衛生機構預防其他長年高居十大死因排行榜的公共衛生問題如腦血管疾病、心臟病、糖尿病、事故傷害、肝病等等，也是同樣主要基於「個人責任」的思維。這樣的思維明顯反映在衛生署、縣市衛生局及其他衛生機構的網站及宣導資料中，例如，衛生署網站中所列預防癌症的「妙方」是：（1）戒菸、禁檳榔、少喝酒；及（2）少吃動物性脂肪、醃製、燻烤、炸食物。網站中所列預防癌症方法還有健康的生活習慣、均衡的營養攝取、定期的健康檢查、瞭解癌症、無需「恐癌」、及理智冷靜接受治療等等，這些「妙方」均是基於由個人承擔疾病預防責任的原則。又如，預防腦中風，衛生署網站中則要民眾「謹記七件事」：（1）定期健康檢查；（2）經常測量血壓；（3）均衡飲食；（4）規律運動；（5）戒除抽菸、喝酒等不良嗜好；（6）保持情緒穩定；（7）高血

壓、糖尿病、心臟病患者應遵照醫生指示，確實治療。這個預防腦中風的「謹記七件事」的原則，也都是靠個人責任。對於高血壓，衛生署網站甚至用「控制高血壓全靠你自己」、完全基於「個人責任」的所謂「十字箴言」（請見衛生署網站 www.doh.gov.tw）。各縣市衛生局的網站有關預防十大死因排行榜疾病的宣導也與上述衛生署預防疾病的內容以及只關注「個人責任」的取向大同小異（如台北市衛生局網站 www.health.gov.tw，台南市衛生局網站 www.tnchb.gov.tw，台南縣衛生局網站 www.tnshb.gov.tw 及桃園縣衛生局網站 www.tychb.gov.tw）。

公衛體系預防部門以市場個人主義思維主導的工作無法有效預防癌症及其他疾病的發生，社會大眾無法感受預防性公共衛生工作的效果，也因此無法體會公衛體系預防部門的重要。同理，中央及地方執政者也認為公共衛生預防工作可有可無，也無法顯現其政績，因此長年吝於投入經費。預防部門資源缺乏與上述預防性公衛工作的有限效果互相形成惡性循環，其後果是，民眾各式各樣的病痛不斷產生，而有病痛的個人則必需自行到醫療部門尋求治療，這些不斷的醫療需求為醫療部門的市場化提供一個充分條件。

（三）健康問題醫療化

市場個人主義在公衛體系呈現的第二面相是：健康問題的醫療化——完全靠醫療或藥物的模式處理健康的問題，僅頭痛醫頭、腳痛醫腳，暫時消除一些症狀，卻無法完全去除問題的根源，因此問題繼續存在；而個人也只好繼續倚賴醫療或藥物，來化解這個問題造成的症狀。我國衛生機構推出來的計畫常反映其將公共衛生問題醫療化的問題。如，為解決不孕夫妻中女性因先天性無子宮或子宮因病切除的人而推出「代理孕母法案」，卻不見推出對不孕症的預防性策略；為不孕症推出「人工生殖法」，以高科技的人工生殖技術為重點，把不孕症的問題醫療化，卻不見其為社會大眾分析，造成不孕症的原因及防範

之道；為解決男性有勃起性功能障礙的問題，與藥商一起推銷威而鋼，卻未同時教育大眾性功能障礙相關的心理、社會、環境或其他問題以及預防之道。健康與生活問題的醫療化在西方社會科學界早已有許多的研究與論述（如，Conrad & Schneider, 1980a, 1980b; Zola, 1972; Conrad, 1992; Conrad, 2005）。在台灣，也已經有不少學者研究分析醫療化的議題，指出下面這些問題被醫療化：更年期健康（張珣、張菊惠，1998；張珣、張菊惠，2003），婦女生產（吳嘉苓，2001），男性健康（成令方、傅大為，2004），肥胖（許甘霖、王思欣，2006）及睡眠問題（余曉惠，2008）。例如，張珣與張菊惠（1998）研究女性更年期健康被醫療化的問題，指出，台灣許多醫師大力倡導女性荷爾蒙補充治療法的好處，也進而讓許多婦女開始將女性更年期這個本來是自然的現象視為一種疾病，因此越來越高比例的更年期婦女認為他們應該使用女性荷爾蒙，婦女使用女性荷爾蒙的比例也確實明顯增加；他們甚至發現，媒體也多少推波助瀾，傾向報導使用女性荷爾蒙的好處、比較不會報導使用女性荷爾蒙的副作用。另外，張珣與張菊惠（2003）又進一步研究男性更年期健康被醫療化的議題，他們發現，繼女性更年期健康被醫療化之後，男性更年期健康也開始被醫療化，1990年代中期，男性學醫學會成立之後，指出「男性有更年期」：因為男性在更年期的「男子氣概」消滅——如體力消退、肌肉無力、體毛減少，他們比較有易怒、情緒低落、缺乏衝勁的「情緒反應」，他們的性能力減低，他們的血管活動、體溫調節機制比較遲滯——如比較會盜汗、失眠、容易緊張，男性學醫學會因此認為，男性更年期的健康問題需要以醫療方式處理，如，以威而鋼治療性功能不張、不舉的問題，以男性荷爾蒙治療上述男性更年期症狀。又如，吳嘉苓（2001）研究婦女生產被醫療化的問題，指出，台灣過去50、60年代，婦女生產多居家由助產士協助，但是現今婦女生產幾乎都在醫院或診所進行，吳嘉苓將醫院或診所生產與居家生產做比較，發現前者將生產假設為異常現象，而

後者則假設為正常現象；前者是一種醫療干預，後者是一個自然過程。醫院診所的生產空間及硬體設計也是把生產視為生病、是以醫生為中心的醫療化生產。

市場個人主義哲學思維，不僅深深影響我國公衛政策，使得公衛體系將健康與疾病的問題個人責任化、醫療化，這樣的思維也深入台灣社會大眾。我們以大學生為主要研究對象⁵，調查(1)他們及親友生過什麼病？(2)他們認為生這些病的原因是什麼？(3)如何處理？(4)由誰處理？，對第2個問題，在120位被調查的學生中，除了僅六位提及環境因素，其餘均歸咎於個人責任：遺傳、生活習慣不良(飲食不正常、抽菸、喝酒、嚼檳榔、少運動、作息不正常、清潔衛生不良)等等。而對第3及4的回答，則全數以吃藥或找醫療機構解決，除外，約三分之二的學生也加上「改變不良生活習慣」為預防模式，但沒有任何一人期待公衛體系預防部門能扮演維護他們健康的角色。上述小型研究顯現，基於市場個人主義的思維而將健康問題個人責任化及醫療化的取向，不僅主導我國公衛體系的規劃與工作推展，也深深影響社會大眾與健康相關的態度與行為。這樣的取向對國人健康的維護與促進是十分不利的，因為，我們上面已分析過，基於這樣的取向而設計的公共衛生工作無法有效預防民眾的疾病及其他健康問題，因此，民眾各式各樣的疾病與健康問題層出不窮，而這些問題又被以醫療化的模式處理而無法根本解決，因此民眾長期處在病痛與醫療的惡性循環中。但是，十分諷刺的，這個惡性循環卻為醫療產業的市場化提供了充分條件：即，社會大眾永無止盡的醫療需求。

5 這個研究的對象是2002年在成大醫學院修習「公共衛生導論」必修課程的職能治療、物理治療及醫事技術系二年級的一百位學生以及修習台南市永續基金會主辦的環保訓練課程的二十位成大及其他大學環境類相關科系的學生。

(四) 醫療商品化及市場化

台灣醫療部門的商品化及市場化趨勢也是與國家及公衛體系對市場個人主義的信仰息息相關的。市場個人主義的思維認為，健康是個人的、醫療的事，個人有他的自由及能力，可經由購買醫療，自行解決病痛、獲取健康，國家及社會的責任則是提供醫療資源。

如上面第二、三節所述，70年代衛生署成立以後，我國政府在公共衛生領域著力最深的地方即在於為民眾提供醫療資源—但是，是商品化、市場化的醫療資源。國家及公衛領導者的關注及行動也反映這樣的思維及取向。如，1978年行政院透過「加強農村醫療保健計畫」中以建立完善醫療網、充實醫療設施、擴充醫療人力為主(江東亮，2007)，其中又以80年代籌建醫療網及省立醫院為最大宗。當時的總統蔣經國的指示，「規劃建立台灣醫療網，並整合各類醫療機構，使成為一個全國性的完整醫療體系，至為切要」很傳神的反映國家領導者上述思維，即，個人可經由醫療服務的取得而獲得健康，國家或社會的責任則是提供民眾所需的醫療。推展群醫中心的當時衛生署署長許子秋、政務委員李國鼎，以及上面提出「衛生所，不要也罷」說的前總統、當時是省主席的李登輝(張耀懋，2001)，也應是基於國家公衛體系首要責任乃為醫療服務的提供的思維，而制定相關醫療政策的。相對的，公共衛生預防的工作在80年代卻未獲同等的關注(江東亮，2007)。

而80年代政府推動醫療網、省立醫院及衛生所群醫中心的籌建同時，也進一步推動醫療產業的市場化，如上面已分析過的、省市立醫院及衛生所群醫中心的利潤歸醫療提供者的政策，又如以前僅提供給公立醫療院所的、比較優渥的公勞農保保險給付開放給私人醫療院所的醫療保險政策，甚至90年代宣佈公立醫院需自負盈虧，更以「醫療發展基金」獎勵及補助私人資本在偏遠地區籌設醫院的政策，均反映政府或執政菁英的市場個人主義思維。

(五)醫療部門市場化與公衛體系醫療化後果

上面的分析顯現，醫療部門市場化的後果是公衛體系的過分醫療化。除外，市場化還有許多不良的後果，不少學者也討論過相關問題（劉梅君，2003；蔡宛芬，2003）。如醫療院所提供醫療服務以利潤、而不以社會大眾的健康維護為考量基礎，如在SARS流行期間，私人醫院或診所為維護其利潤而不接受SARS或疑似SARS（如發燒者）病患，或隱匿疫情，因此對防疫工作造成阻力。醫療市場化也扭曲了醫學教育及醫院經營，如在SARS流行期間，在醫院SARS院內感染控制占最吃重角色的感染科，因是醫院中收入較低的科別，醫學生對感染科興趣缺缺；而因為感染科在醫院是不賺錢的科，醫院也因此不願投入經費與人力（蘇益仁等，2003；王任賢，2003）。還有，商品化的醫療也使得醫病關係變成買賣關係，信任關係異常薄弱，病患也因此養成「逛醫師」、「逛醫院」的習慣（張荳雲，1998c）。這個問題，再加上公衛體系沒能力追蹤「逛醫院」的SARS病患，造成極嚴重的防疫漏洞，甚至因此折損多位醫療人員（梁亞文、周思源、洪錦墩，2003；李玉梅、陳敏鳳、魏忻忻，2003；吳佩蓉，2003b）。醫療部門市場化除了對醫療部門本身的功能造成上述負面影響，也對弱勢群體十分不利。即使台灣有全民健保，保費、部分負擔、及自費醫療費用仍然對弱勢群體造成十分沉重的負擔，所得越低的弱勢群體需要花他們所得中更高比例的金錢在保費及醫療保健支出，如，2009年，家庭所得五等分最低群體需花他們所得收入總計的16.82%來支付保費及醫療保健支出⁶，相對的，這個比例在五等分最高群體卻只有8.8%（資料整理自：主計處，

6 某群體健保保費支出比例的算法：(1)該群體健保保費支出總額(國民醫療保健支出提要分析表14)除以的該群體戶數(家庭收支調查報告〔肆、98家庭收支調查統計表中的第6表〕)得到該群體平均每戶健保保費支出；(2)該群體平均每戶健保保費支出除以該群體平均所得收入總計。某群體醫療保健支出比例的算法：該群體平均醫療保健支出除以該群體平均所得收入總計(家庭收支調查報告〔肆、98家庭收支調查統計表中的第6表〕)。

2010b；行政院衛生署，2010a）。因此，弱勢群體在需要醫療之時，更有可能因為負擔不起或沒有參加全民健保而決定不尋求醫療（陳美霞，2008）。

公衛體系過度醫療化的後果則是其預防部門異常虛弱，雖然新、舊公共衛生問題的廣度及嚴重度年年有增無減，預防部門卻沒有足夠的人力或資源與民眾共同、有效的預防這些公共衛生問題。除外，因為政府投入預防部門的資源十分微薄，地方公共衛生機構人員無法汰舊換新或再教育，基層公共衛生工作人員素質無法提升，士氣低落（季瑋珠，1988；黃明珠、陳延芳、林金玉，1996；陳美霞，2000；蘇益仁等，2003）。除外，因為公衛機構資源缺乏，不受政府重視，衛生署在中央各部會中被邊緣化，而衛生局、所在地方政府各機構中也被邊緣化。以衛生署為例，許多公共衛生工作是需跨部會密切協調的，但是被邊緣化的衛生署往往得不到其他部會的理睬。SARS 流行期間防疫所急需的口罩與防護衣調度失靈，原因之一是相關部會（如經濟部、財政部之海關）無法與衛生署密切配合，居家隔離無法落實也與內政、交通、警政等多個單位無法通力合作有關。其次，衛生署經費微薄，無能力支助地方衛生局、所之經費，因此，它與衛生局、所雖有業務關係，卻無實權，指揮不動衛生局、所，中央與地方衛生機構長期各自為政（蘇益仁等，2003；賴美淑等，2003），這種體制平時或許相安無事，遇到緊急如SARS的防疫工作，則無法立即形成中央、地方一條鞭的指揮、行動系統。還有，政府長年忽視、荒廢基層衛生工作，對基層衛生局、所沒有提供足夠的經費及資源，又將之過度醫療化，使得基層衛生機構體質虛弱不堪。因為沒有堅強的基層衛生機構為基礎，SARS防疫工作及其他公共衛生工作無法落實到最基層（許志成等，2003；梁亞文、周思源、洪錦墩，2003）。

上述的歷史考察顯現，台灣的公衛體系中醫療部門的市場化造就了今天公衛體系醫療化的面目，而主導公衛體系的市場個人主義思維

使得台灣社會大眾的健康與疾病問題被個人化、醫療化，結果民眾各式各樣的疾病及其他健康問題不斷產生，因此提供醫療產業市場化的充分條件。醫療化與市場化共生共榮的互動所建造的公衛體系與社會大眾的關係是異常扭曲的：台灣社會2009年投入八仟伍百多億元台幣的醫療保健經費，為的是維護與促進全民的健康，理論上，這個健康維護及促進事業，應該是由公衛體系內的公衛醫療工作者與民眾密切互動與合作，共同善用台灣社會所投入的這筆珍貴資源，以達成預防疾病、促進健康、延長壽命的目標的。但是，本論文的歷史考察所呈現出來的影像是：這個八仟伍百多億元的資源中，僅有4.06%是不受市場宰制，是公衛預防工作者與民眾不受市場規約的互動，但是即使這個非市場化的互動也是不完整的、將個人與深深影響個人健康的政治、經濟及社會環境分離開來的一種十分個人化、十分沒有效率的互動，而其餘90%以上是完全受市場主導的、醫療工作者與民眾的、鑲嵌在市場邏輯中的互動。本該是國家左手的公衛體系卻被國家右手一如經濟建設委員會一所箝制、主導，如公共衛生專業所訂定的每千人中有一名醫師的標準，卻因經建會市場競爭考量，改為每750人中有一名醫師（江東亮，2007），而全民健保，國家左手重要的一環，卻基於經濟建設及市場競爭之考量，由國家右手的經建會規劃，如此情況下，國家右手不斷的把國家左手的公衛系統往市場化、醫療化的方向推展，而因此落到我們今天所看到、在SARS防疫戰中潰不成軍的公衛體系及遭受SARS沈重打擊的台灣社會。

五、結論

光復至今一個甲子的歷史長河中，台灣歷經巨大的政治經濟變遷——從進口替代、節制私人資本、發達國家資本的政策，到出口導向、鼓勵私人資本的政策，到鬆綁及私有化的新自由主義政策。本研

究顯示，在這樣的政治經濟變遷脈絡中，一方面，台灣公共衛生體系的醫療部門也一樣歷經巨大的變遷——從以公立醫院為主導，到更多私人資本投入醫療產業，到財團法人醫院當道，到公立醫院民營化與企業管理化，到醫療部門幾乎全面市場化；另一方面，公共衛生體系也歷經巨大的變遷——從「公共衛生預防建設優於醫療建設」的政策，到公衛體系在衛生政策、人力、經費、權力分配、及衛生所功能等面向都開始醫療化，到「公共衛生預防建設優於醫療建設」政策的大逆轉。其次，本研究分析了醫療部門市場化與公衛體系醫療化這兩條歷史發展軸線事實上是相輔相成的、辯證的發展的、他們甚至有著共生的關係。

醫療化、市場化的公衛體系，就本文分析，事實上是以違反公共衛生的原則運行的：我們在本文前言已指出，現代公共衛生的兩大特點是：(1)以預防為主、治療為輔；(2)基於人類健康問題的「公共性」內涵考量，以社會集體的、有組織的力量促進人類健康。然而，台灣幾乎全面醫療化、市場化的公衛體系的內容卻是與此二特性完全相反的：(1)它以治療為主、預防為輔；(2)它缺乏公共性考量、也不利用社會集體的、有組織的力量，而是強調個人責任，主張個人各憑本事、自尋醫療、自求健康的模式運作的。這種違反公共衛生原則的公衛體系，就本文分析，是無法勝任它預防台灣民眾的疾病及促進台灣民眾的健康任務的。因此，雖然台灣社會每年挹注大量資源在醫療保健工作上，嚴重的公共衛生問題卻仍層出不窮。

2003年SARS流行在台灣造成鉅大衝擊之後，本文作者在社會呈現對公衛體系的強烈反省氛圍中，在《中國時報》發表題為「公衛體系廢功，如何防煞」的評論，批判公衛體系過度市場化及醫療化的問題。本文即是接續這個批判的更進一步系統研究與分析。然而，因為台灣學術界還沒有人系統探討上述公衛體系市場化及醫療化的「歷史巨變」，而本文是作者第一次嘗試探討分析這個反映台灣社會在光復之後的一

甲子政治經濟變遷過程中一個十分複雜難解的現象，因此本研究必然有所不足；目前，我們距離更全面的理解這個現象的目標尚遠，還有許多相關的議題尚未探討、還有待更多研究。作者在此願意拋磚引玉，提出一些有待分析、研究的議題，或可作為未來研究方向和議題的參考：如(1)有關公衛體系市場化與醫療化巨變背後的動力的研究：如，私人資本、政府、學者的角色是什麼？(2)有關公衛體系之下各個次體系一如防癆體系、急性傳染病防治體系、健康促進體系、職業健康體系等等一的市場化與醫療化歷史發展又是怎樣的？(3)與醫療院所一起形成醫療產業複合體的製藥產業、醫療器材製造產業、醫療設備與材料製造產業、醫療保險產業以及其他新興醫療次產業等等的市場化的歷史發展是如何的？(4)除了市場化以外，醫療產業財團化及私有化的歷史發展又是如何的？(5)資本主義的發展是全球性的，因此，可以想像，類似台灣公衛體系市場化與醫療化的問題在其他國家一如韓國、拉丁美洲、西歐國家、美國、英國等等一也在發生(如，Kim, 2005; Holden, 2005; Waitzkin et al., 2007; Whitehead et al., 2007)，只是發展的形態不一樣，那麼跨國比較研究將有助我們更理解台灣的問題。

市場化—特別從1980年代新自由主義在世界各個角落被推動以來—所造成的政治、經濟、及社會問題——如貧富差距急劇惡化、環境污染及生態破壞問題惡化、經濟停滯、失業問題惡化、健康不平等問題的惡化、社會福利(包括衛生)制度的解體等等問題已經十分顯著，受到世界學界普遍的關注與研究。世界衛生組織也在其2008年的衛生報告中(WHO, 2008)，指出世界許多國家公衛體系過分醫療化、醫療部門過分商業化、市場化的問題，但是，這方面的研究在台灣還未得到應有的重視。本研究是這方面的一個初步探索，期待台灣公衛界、學術界可以有更多學者投入這個重要而有待開墾的學術園地。

參考書目

中文部份

丁志音、江東亮(1996)〈以健康行為型態分類台灣地區之成年人口群：群聚分析之應用〉。《中華衛誌》，15(3)，175-87。

丁萬鳴、施靜茹(2005.9.11)〈菸市變天 日菸賣最多〉。《聯合報》，第A1版。

中央健保局(2010)《2009年全民健康保險統計》。台北：中央健保局。

尤格·布雷希(2004)《發明疾病的人：現代醫療產業如何賣掉我們的健康》。台北：左岸文化。

王任賢(2003.5.15)〈二千床醫學中心 一兩位感染科醫師……〉。《聯合報》，第A15版。

王志揚(1984)〈群體醫療執業中心暨三星鄉個案探討(上)〉。《台灣醫界》，27(9)，52-55。

王敏容、王如萱、王佳惠、郭乃文(2005)〈市場競爭程度對醫院開發自費醫療服務之影響〉。《北市醫學雜誌》，2(10)，895-906。

王淑貞(2001)《體力勞動工作者與嚼食檳榔行為之研究：以嘉義縣市雲林縣地區為例》。國立中正大學國際經濟研究所碩士論文。

主計處

(2010a)《2009年中華民國統計年鑑》。台北：行政院主計處。

(2010b)《2009年家庭收支報告》。台北：行政院主計處。

石東立(2009)〈創造品牌經驗與關係：敏盛醫療體系〉。《品質月刊》，45(5)，17-20。

成令方、傅大為(2004)〈初論台灣泌尿科的男性身體觀〉。《台灣社會研究季刊》，53，145-204。

朱雲漢(2003.5.12)〈市場、國家與全球治理機制的重新磨合〉。《中國時報》，第A2版。

江東亮

(1997)〈第一章健康與公共衛生的歷史〉。陳拱北預防醫學基金會編，《公共衛生學(上)》，頁7-41。台北：巨流圖書公司。

(2007)《醫療保健政策：台灣經驗》。台北：巨流圖書公司。

江豐富等(2003)〈SARS疫情對2003年台灣經濟之影響〉。賴明詔等著，《2003，春之煞：SARS流行的科學和社會文化回顧》，頁195-213。台北：聯經出版社。

行政院組織改造推動委員會(2003)《攜手民間，邁步全球：組織改造理念篇》。台北：行政院組織改造推動委員會。

行政院衛生署

(1988)《台灣省擴大辦理群體醫療執業中心計畫實施要點》。

- (1989)《群體醫療執業中心之計畫與執行》。台北：行政院衛生署。
- (1993a)《衛生白皮書》，頁130-133。台北：行政院衛生署。
- (1993b)《台灣撲瘧紀實》。台北：行政院衛生署。
- (1995)《台灣地區公共衛生發展史》。台北：行政院衛生署。
- (1997a)《台灣省衛生統計年報》。台北：行政院衛生署。
- (1997b)《台灣地區公共衛生發展史(四)》。台北：行政院衛生署。
- (1999)〈衛生所功能再造〉。[Online] Available: http://www.doh.gov.tw/oldweb/http/www.doh.gov.tw/org2/b1/plan/hp3yr_01.htm (2009.2.20)
- (2001)《2000年國民醫療保健支出》。台北：行政院衛生署。
- (2011)公務統計報表—各衛生所人員現況表http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10219&class_no=440&level_no=2 (2011.01.11)
- (2010a)《2009年國民醫療保健支出》。台北：行政院衛生署。
- (2010b)《2009年死因統計(上卷)》。台北：行政院衛生署。
- 余曉惠(2008)《被喚醒的睡眠疾病：台灣睡眠問題的醫療化》。台灣大學新聞研究所碩士論文。
- 吳佩蓉
- (2003a.6.11)〈癌症15分鐘奪1命〉。《民生報》，第A11版。
- (2003b.5.10)〈57%病例來自和平、仁濟、中興〉。《民生報》，第A4版。
- 吳秉贍(2001)《衛生所組織變革對業務績效影響之研究》。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文。
- 吳挺鋒
- (2003)〈台灣社會財政平衡的現實與迷思：沒有平等的成長崇拜〉。《台灣社會研究季刊》，51，1-49。
- (2004)〈台灣的財政剝削與巨額國債〉。《批判與再造》，3，11-18。
- 吳凱勳(1996)〈我國健康保險制度的回顧〉。楊志良主編，《健康保險》，頁157-196。台北：巨流圖書公司。
- 吳嘉苓(2001)〈空間、規訓與生產政治〉。《國立台灣大學社會學刊》，29，1-58。
- 呂頂珍、許大明、陳素秋、黃正芳、朱慧儀(1984)〈從理論到實際：談群體醫療執業中心〉。《公共衛生學苑》，11，8-18。
- 宋健生(2004.2.20)〈進口菸商搶攻檳榔攤通路〉。《經濟日報》，第32版。
- 李文福、王媛慧(1998)〈台灣地區公私立醫學中心與區域醫院生產力變動之研究：無母數Malmquist指數之應用〉。《經濟論文》，26(3)，243-269。
- 李玉梅、陳敏鳳、魏忻忻(2003.5.5)〈可能14人疑似82人病例激增昨天最多〉。《聯合報》，第A1版。

- 李尚仁(2003.5.16)〈衛生醫療改革〉。《中國時報》，第A15版。
- 李淑娟
(2001)《發現台灣公衛行腳：台灣十大公衛計畫紀實》。台北縣：玉樹圖書出版。
(2002)《望醫心切：張錦文與台灣醫院的成長》。台北：允晨文化實業股份有限公司。
- 李蘭、劉潔心、晏涵文、陳麗鳳(1992)〈嚼檳榔預防教育先驅研究(1)：國中生嚼檳榔現況及影響因素之初探〉。《中華衛誌》，11(4)，285-293。
- 李蘭、潘憐燕(2000)〈台灣地區成年人之吸菸率與吸菸行為：八十八年度之全國性調查〉。《中華衛誌》，19(6)，423-436。
- 李蘭、潘憐燕、晏涵文、李隆安(1994)〈台灣地區成年人之吸菸現況：盛行率及危險因數〉。《中華衛誌》，13(5)，371-380。
- 季璋珠(1988)〈由權力和利益的觀點探討群體醫療執業中心計畫的衝擊〉。《思與言》，26(2)，23-37。
- 林江亮、林秀玲(2008)〈醫療財團法人租稅優惠之探討〉。《稅務旬刊》，2037，38-44。
- 林奴純、詹建富(2002)《菸草戰爭》。台北：財團法人董氏基金會。
- 林怡婷(2003.6.11)〈去年每15分鐘1人死於癌症〉。《聯合報》，第A10版。
- 林則逸、朱玲億(1986)〈台灣地區基本健康照護實施的演進〉。《公共衛生學苑》，13，11-20。
- 林美玲(1989)《嚼檳榔者之流行病學初探》。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文。
- 林倬妃、黃庭郁(2003.7.4)〈新興傳染病衝擊 衛生體系待重整〉。《中國時報》，第A6版。
- 林國明(1997)〈國家與醫療專業權力：台灣醫療保險體系費用支付制度的社會學分析〉。《台灣社會學研究》，1，77-136。
- 林瑞雄、蘇喜(1989)《台北市立醫療院所經營管理之研究》。台北：台北市政府研究發展考核委員會。
- 林廣崙(2008)《衛生所業務商品化之分析：一個歷史的考察》。國立成功大學公共衛生研究所碩士論文。
- 俞致松(2004)〈誰捅出健保局財務大窟窿？〉。《Taiwan News 財經·文化週刊》，154，30-31。
- 屏東縣政府(2008.10.13)〈署立屏東醫院與高雄醫學大學附設中和紀念醫院簽約醫療合作，「實施垂直醫療整合、落實在地化醫療」〉。[Online] Available: http://www.pthg.gov.tw:80/News_Detail.aspx?ID=11888&Page=1 (2009.2.20)

- 段承璞(1994)《台灣戰後經濟》。台北：聯經出版社。
- 洪政武(2001)〈健保扭曲醫療生態：醫生尊嚴今非昔比〉。《國策專刊》，17，19-21。
- 胡幼慧(2001)《新醫療社會學》。台北：心理出版社。
- 范國棟(2005)《台灣醫師執業型態變遷之分析》。國立成功大學公共衛生研究所碩士論文。
- 范國棟、陳美霞(2009)〈台灣醫院護理人力增長的初步分析〉。《台灣公共衛生雜誌》，28(1)，26-34。
- 韋麗文(2005.6.14)〈一成學生嚼過檳榔〉。《聯合晚報》，第8版。
- 翁瑞宏、黃靖媛、黃金安、蔡文正(2007)〈聯盟網絡之聯盟型態、產業與區域特質對醫院創新的影響〉。《台灣公共衛生雜誌》，26(5)，371-385。
- 財政部國庫署(2009)〈最新菸酒統計分析表：98年統計資料－菸酒總量表〉。[Online] Available: <http://www.nta.gov.tw/dbmode93/Content.asp?CatId=354> (2009.11.4)
- 高泉錫(2005.5.16)〈長途客運事故 疲勞駕駛禍首 職業駕駛常過勞 不當排班雪上加霜〉。《民生報》，第A2版。
- 高森永(1986)〈台灣省開業醫師對於群體醫療執業中心的態度之調查研究〉。《公共衛生》，12(3)，283-306。
- 康清雲等(1991)〈群醫型衛生所人員與非群醫型衛生所人員對群體醫療執業中心的態度及其工作滿意度之研究〉。《公共衛生》，18(1)，19-40。
- 張文音(2002)〈醫療設施現況、醫事人力及醫療服務〉。行政院衛生署編，《民國九十一年衛生統計動向》，頁1-39。台北：行政院衛生署。
- 張正莉(2002.3.14)〈戰場大健檢 遠離菸酒檳榔 運將永保安康〉。《聯合報》，第34版。
- 張珣、張菊惠
(1998)〈婦女健康與「醫療化」：以停經期／更年期為例〉。《婦女與兩性學刊》，9，145-185。
- (2003)〈男性更年期研究回顧〉。《台灣衛誌》，22(2)，97-107。
- 張荳雲
(1998a)《醫療與社會：醫療社會學的探索》。台北：巨流圖書公司。
- (1998b)〈從不穩定的口碑到主要的求醫場所：台灣西醫的制度信任建構〉。《Proceedings of the National Science Council (Part C: Humanities and Social Sciences)》，8(1)，161-183。
- (1998c)〈「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析〉。《台灣社會學刊》，21，59-87。
- (1999)〈產業競爭本質的剖析：台灣醫療照顧產業生態結構百年變遷〉。蔡敦浩、吳興國編，《管理資本在台灣：台灣產業發展的邏輯》，頁189-226。台北：遠流出版

版事業股份有限公司。

張博雅(1990)〈全民健康保險時代公私立醫院扮演之角色〉。《醫院：中華民國醫院協會雜誌》，23(5)，209-210。

張睿詒等

(2000a)〈台北市立綜合醫院員工對醫院民營化型式之看法〉。《醫護科技學刊》，2(3)，266-280。

(2000b)〈某市立醫院民營規劃之財務影響評估：財務分析之應用〉。《中華衛誌》，19(2)，96-108。

張錦文、劉立凡(1990)《台北市立醫院公辦民營可行性之初步探討》。台北：台北市政府研究發展考核委員會。

張瓊文

(2001.6.9)〈去年國人十大死因 癌症蟬聯榜首〉。《中國時報》，第6版。

(2003.7.2)〈處理 SARS 疫情 醫院向錢看？〉。《中國時報》，第A8版。

張瓊蓉(2009)《衛生所與社區疏離關係的歷史發展分析》。國立成功大學公共衛生研究所碩士論文。

張耀懋(2001)〈基層衛生建設：守護國民健康，工夫要紮得深〉。陳拱北預防醫學基金會編，《發現台灣公衛行腳：台灣十大公衛計畫紀實》，頁167-85。台北：玉樹圖書。

梁亞文、周思源、洪錦墩(2003)〈SARS危機後之防疫省思〉。《台灣醫界》，46(8)，36-38。

莊逸洲、黃崇哲(2000)《醫療衛生機構管理制度》。台北：華杏。

許甘霖、王思欣(2006)〈肥胖與減重問題：醫療化與商品化交織發展的過程〉。經典雜誌編，《台灣醫療四百年》，頁222-227。台北：經典。

許志成等(2003)〈基層衛生單位執行大規模居家隔離政策的困難與省思〉。《「疾病與社會：台灣歷經SARS風暴之醫學與人文反省研討會」論文(11月14日～16日)》。台北：衛生署、國家衛生研究院、教育部、台灣大學。

許峻彬

(2001a.6.9)〈十大死因多集中在慢性病〉。《聯合報》，第9版。

(2001b.6.9)〈癌症 健康頭號殺手 每天奪86命〉。《聯合報》，第9版。

郭育良(2002)〈職業性癌症〉。郭育良等著，《職業病概論》，頁181-202。台北：華杏出版股份有限公司。

郭淑珍、丁志音、陳怡君(2005)〈民眾如何看待健康教育訊息：深度訪談嚼檳榔的計程車司機〉。《台灣衛誌》，24(3)，239-253。

郭錦萍(1991.1.5)〈各地衛生所將有春天〉。《聯合報》，第06版。

陳玉璽(1992)《台灣的依附型發展：依附型發展及其社會政治後果：台灣個案研究》。台北：人間。

陳明晃、張煥禎、陳誠仁(2004)〈醫院策略聯盟的實務操作：以環台醫療策略聯盟為例〉。《醫院：中華民國醫院協會雜誌》，37(1)，43-52。

陳金哲

(2006)〈準市場機制與區域治理：以秀傳醫院、署立醫院及台北市立醫院之執行經驗為例〉。《公共行政學報》，19，91-126。

(2008)〈地方公立醫院合併之研究：高雄市立聯合醫院、台北縣立醫院及台北市立聯合醫院為例〉。《政治科學論叢》，36，67-119。

陳美霞

(1998)〈期待更多有關醫學中心「體制外」的研究〉。《中華衛誌》，17(2)，77-79。

(2000)〈有關「公衛畢業生找不到頭路」的另類觀點〉。《中華衛誌》，19(4)，244-249。

(2003a.5.11)〈公衛體系廢功 如何防煞〉。《中國時報》，第A15版。

(2003b.5.31)〈要脫胎換骨的是公衛體系〉。《中國時報》，第A15版。

(2003c.7.14)〈公衛改革 市場個人主義止步〉。《聯合報》，第A15版。

(2003d)〈公共衛生千年沈浮〉。《Net and Books網路與書》，7，46-51。

(2003e)〈公衛改革，行政院需有全新思維及無比魄力〉。《「後SARS時代風險治理與社會重建研討會」論文(6月26日)》。台北：行政院青輔會及社區大學全國促進會。

(2008)〈台灣社會經濟弱勢群體的健康問題〉。郭耿南(總編輯)，《2020健康國民白皮書技術報告(下)》，頁829-864。苗栗縣：國家衛生研究院。

陳國成(1995)〈檳榔問題面面觀〉。《科學月刊》，26(9)，718-728。

陳琇玲、楊志良(1994)〈省立醫院負擔政策責任項目之專家評估〉。《中華公共衛生雜誌》，46(5)，395-404。

傅振宗(1990)〈實施丙表前，三所群體醫療執業中心急慢病與牙科醫療費用分析〉。《中華民國公共衛生學會雜誌》，10(3/4)，175-183。

傑佛瑞·羅賓森(2002)《一顆價值十億的藥丸：人命與金錢的交易》。台北：時報出版。

曾敏傑(2005)〈社會階級與健康不平等的因徑探索〉。《社會政策與社會工作學刊》，9(1)，25-76。

馮文瑞、張育美(2005)〈非營利醫療產業之孫子兵法策略運用〉。《致理學報》，20，395-409。

黃明珠、陳延芳、林金玉(1996)〈衛生所人力配置模式之探討〉。《公共衛生》，

22(4), 231-246。

黃松共(1992)〈行銷在醫療服務機構的角色〉。《醫院：中華民國醫院協會雜誌》，25(6)，389-394。

黃崑巖(2003.5.22)〈SARS暴露的醫教危機〉。《中國時報》，第A15版。

黃雅琳、孫智麗(2005)〈台灣醫療產業結構與發展趨勢〉。《台灣經濟研究月刊》，28(2)，99-106。

楊志良(1991)《省立市立醫院財務問題之研究》。台北：行政院衛生署。

楊奕馨、陳鴻榮、曾築瑄、謝天渝(2002)〈台灣地區各縣市檳榔嚼食率調查報告〉。《台灣口腔醫學衛生科學雜誌》，18，1-16。

楊漢源、孫碧雲(1999)〈私立醫院經營附設護理之家之簡介：以天主教耕莘醫院為例〉。《醫院：中華民國醫院協會雜誌》，32(3)，59-66。

葉金川、張倫馨(1996)〈我國健康照護體系〉。楊志良主編，《健康保險》，頁115-155。台北：巨流圖書公司。

葉純甫(2002)〈國立大學附設醫院的經營與管理面臨之困境與解決之道的探索〉。《成大醫學中心通訊》，13(1)，20-23。

葉龍彥(1991)〈台灣光復初期的衛生保健工作(1945至1949)〉。《台灣文獻》，42(3/4)，101-116。

瑪西亞·安卓(2006)《藥廠黑幕：製藥公司如何掏空你的錢包和健康？》。台北：商周出版。

台灣公共衛生學會(2003)〈行政院衛生署署長：簡介歷任行政院衛生署署長與職責〉。《台灣公共衛生學會通訊復刊號》，2(1)，2-5。

台灣省政府(1988)〈台灣省擴大辦理群體醫療執業中心計畫實施要點〉。台灣省政府770630七七府衛一字第151739號函領。

台灣省政府公報(1986)《台灣省各縣市設置醫療作業基金要點》。台灣省政府。

台灣省政府衛生處(1995)《飛躍50年邁向二十一世紀：台灣省公共衛生特刊》。南投市：台灣省政府衛生處。

劉容華、江東亮(2001)〈台灣小型醫院新設與歇業之影響〉。《台灣公共衛生雜誌》，20(1)，27-33。

劉梅君(2003)〈當健康有價〉。《Net and Books網路與書》，7，52-57。

劉進慶(1992)《台灣戰後經濟分析》。台北：人間。

潘憐燕、李蘭(1999)〈台灣地區成年人吸菸盛行率及其與教育和頭班之關係：菸害防治法實施前的狀況(1993-1996)〉。《中華衛誌》，18(3)，199-208。

蔡志斌(2007)《群體醫療執業中心對衛生所醫療化之影響：一個歷史發展的考察》。國立成功大學公共衛生研究所碩士論文。

- 蔡宛芬(2003)〈醫療商品化的性別觀點〉。《Net and Books網路與書》，7，58-61。
- 蔡明傑(2006)《醫療企業化的歷史進程：組織變遷與醫管的制度化》。國立清華大學社會學研究所碩士論文。
- 蔡武德等(2000)〈半開放制度策略在醫院試行之探討(一)〉。《醫院》，33(3)，25-33。
- 蔡政欣(2003.11.13)〈司機超時工作 每家客運都有〉。《聯合報》，第B2版。
- 衛生署醫事處(2009)〈醫療財團法人96年財務報告〉。[Online] Available: http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=1&now_fod_list_no=10832&level_no=4&doc_no=68169 (2009.11.4)
- 盧瑞芬、謝啟瑞
(2000)《醫療經濟學》。台北：學富。
(2003)〈台灣醫院產業的市場結構與發展趨勢分析〉。《經濟論文叢刊》，31(1)，107-153。
- 蕭文、顏裕庭
(2000)〈民營化是解決問題的萬靈丹？〉。《台灣醫界》，43(12)，59。
(2001)〈公辦民營醫院：契約書的探討〉。《台灣醫界》，44，60-61。
- 賴其萬等(2003)〈建構全人照護之健康體系組共識報告〉。李明亮編，《全國衛生醫療政策會議總結報告書》，頁209-272。台北：國家衛生研究院。
- 賴美淑等(2003)〈衛生政策與資源配置組共識報告〉。李明亮編，《全國衛生醫療政策會議總結報告書》，頁273-338。台北：國家衛生研究院。
- 聯合報
(1981.3.4)〈公賣局決抽驗洋菸焦油含量 國產香菸標準可能還要高些〉。《聯合報》，第3版。
(2003.7.9)〈《社論》除疫重建工作還有長路要走〉。《聯合報》，第A2版。
- 謝琇蓮、江東亮(1994)〈台灣地區醫院歇業及新設之決定因素〉。《中華公共衛生雜誌》，13(6)，453-458。
- 瞿宛文(2003.7.9)〈自由市場迷思 阻礙防疫〉。《中國時報》，第A15版。
- 瞿海源等(2003)〈SARS社會情勢調查報告〉。賴明詔等著，《2003，春之煞：SARS流行的科學和社會文化回顧》，頁149-194。台北：聯經。
- 魏忻忻、林怡婷(2003.6.6)〈公衛政策 誰曾正眼瞧過？〉。《聯合報》，第A6版。
- 羅紀瓊、石淦生、陳國樑(1996)〈醫院效率之衡量：DEA方法之應用〉。《經濟論文》，24(3)，375-396。
- 蘇益仁等(2003)〈新興傳染病之防治組共識報告〉。李明亮編，《全國衛生醫療政策會議總結報告書》，頁19-75。台北：國家衛生研究院。

蘇瑞勇

(2003)〈醫療機構的策略聯盟〉。《台灣醫界》，46(11)，52-54。

(2004)〈論公立醫院行政法人化〉。《台灣醫界》，47(9)，39-42。

英文部份

- AACS . (2008). *American Academy of Cosmetic Surgery 2007 Procedural Survey Statistics*.
<http://www.cosmeticsurgery.org/surgeons/procedural.cfm> (Date visited: December 5, 2008).
- Abel-Smith, B. (1992). Cost Containment and New Priorities in the European Community. *The Milbank Quarterly*, 70(3), 393-416.
- Abel-Smith, B., & Mossialos, E. (1994). Cost Containment and Health Care Reform: A Study of the European Union. *Health Policy*, 28(2), 89-132.
- Amsden, A. (1985). The State and Taiwan's Economic Development. In P. B. Evans, D. Rueschemeyer & T. Skocpol (Eds.), *Bringing the State back in*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Anwar, W A. (2003). Environmental Health in Egypt. *International Journal of Hygiene & Environmental Health*, 206(4-5), 339-350.
- Appelbaum, R. P., & Henderson, J. (Eds.) (1992). *States and Development in the Asian Pacific Rim*. Newbury Park, Calif: Sage Publications.
- Bello, W., & Rosenfeld, S. (1990). *Dragons in Distress: Asia's Miracle Economies in Crisis*. San Francisco: Food First.
- Browner, C. H. (1999). On the Medicalization of Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 13(2), 135-140.
- Burris, S. (1997). The Invisibility of Public Health: Population-level Measures in a Politics of Market Individualism. *American Journal of Public Health*, 87(10), 1607-1610.
- Carpiano, R. M. (2001). Passive Medicalization: The Case of Viagra and Erectile Dysfunction. *Sociological Spectrum*, 21, 441-450.
- Chen, M S. & Huang, C-L. (1997). Industrial Workers' Health and Environmental Pollution under the New International Division of Labor: The Taiwan Experience. *American Journal of Public Health*, 87(7), 1223-1231.
- Cohen, A. J. (2000). Outdoor Air Pollution and Lung Cancer. *Environmental Health Perspective*, 108(Suppl 4), 743-750.
- Conrad, P & Angell, A. (2004). Homosexuality and Remedicalization. *Society*, 41(5), 32-39.
- Conrad, P & Schneider, J. W.
 (1980a). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis: Mosby.
 (1980b). Looking at Levels of Medicalization: A Comment on Strong's Critique of the Thesis of Medical Imperialism. *Social Science and Medicine*, 14A(1), 75-79.
 (1992). *Deviance and Medicalization*. Philadelphia: Temple University Press.

- Conrad, P. (1975). The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems*, 23(1), 12-21.
- (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health & Social Behavior*, 46(1), 3.
- Conrad, P., & Leiter, V. (2004). Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 158-176.
- Davis, K. (1995). *Reshaping the Female Body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*. New York: Routledge.
- Epstein, S. S. & Swartz, J. B. (1981). Fallacies of Lifestyle Cancer Theories. *Nature*, 289(5794), 127-130.
- Gold, T. B. (1986). *State and Society in the Taiwan Miracle*. New York: M.E. Sharpe.
- Golka, K., Wiese, A., Assennato, G. & Bolt, H. M. (2004). Occupational Exposure and Urological Cancer. *World Journal of Urology*, 21(6), 382-391.
- Hamilton, C. (1983). Capitalist Industrialization in East Asia's Four Little Tigers. *Journal of Contemporary Asia*, 13(1), 35-73.
- Holden, C. (2005). Privatization and Trade in Health Services: A Review of the Evidence. *International Journal of Health Services*, 35(4), 675-689.
- Horrigan, L., Lawrence, R. S. & Walker, P. (2002). How Sustainable Agriculture Can Address the Environmental and Human Health Harms of Industrial Agriculture. *Environmental Health Perspectives*, 110(5), 445-456.
- Illich, I. (1975). The Medicalization of Life. *Journal of Medical Ethics*, 1(2), 73-77.
- Jacoby, N. H. (1967). *U.S. aid to Taiwan*. New York: F. A. Praeger.
- Kim, C.-Y. (2005). The Korean Economic Crisis and Coping Strategies in the Health Sector: Pro-welfarism or Neoliberalism? *International Journal of Health Services*, 35(3), 561-578.
- Laden, F., Stampfer, M. J. & Walker, A. M. (2004). Lung Cancer and Mesothelioma among Male Automobile Mechanics: A Review. *Reviews on Environmental Health*, 19(1), 39-61.
- Lee, S., & Mysyk, A. (2004). The Medicalization of Compulsive Buying. *Social Science & Medicine*, 58(9), 1709-1718.
- Levin, L.S. & Idler, E.L. (1981). *The Hidden Health Care System: Mediating Structures and Medicine*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Liang, W-M, Kuo, H-W & Wang, C-B. (2002). Prevalence of Tobacco Smoking, Drinking and Betel Nut Chewing among Taiwanese Workers in 1999. *Mid Taiwan J Med*, 7, 146-154.
- Lupton, D. (2005). Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health. In P. Conrad (Ed.), *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives* (pp. 422-429). New York: Worth Publications.
- Matcha, D. A. (2003). *Health Care Systems of the Developed World: How the United States' System Remains an Outlier*. Westport: Praeger Publishers.
- Mathew, A. (1993). The Medicalization of Homelessness and the Theater of Repression.

- Medical Anthropology Quarterly*, 7(2), 170-184.
- McKinlay, J. B. & Marceau, L. D. (2000). To Boldly Go.... *American Journal of Public Health*, 90(1), 25-33.
- McKinlay, J. B. (1984). Introduction. In J. B. McKinlay (Ed.) *Issues in the Political Economy of Health Care* (pp. 1-19). New York: Tavistock Publications.
- (1997). A Case for Refocussing Upstream: The Political Economy of Illness. In P. Conrad (Ed.) *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives* (pp. 519-536). New York: St. Martin's Press.
- McKinlay, R. D., & Mughan, A. (1984). *Aid and Arms to the Third World: An Analysis of the Distribution and Impact of U.S. Official Transfers*. New York: St. Martin's Press.
- OECD (2010). *OECD Health Data*. Paris, France: OECD.
- Pyatt, D. (2004). Benzene and Hematopoietic Malignancies. *Clinics in Occupational & Environmental Medicine*, 4(3), 529-555.
- Relman, A.S. (1997). The Health Care Industry: Where Is It Taking Us? In P. Conrad (Ed.) *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives* (pp. 242-247), New York: St. Martin's Press.
- Robbins, T., & Anthony, D. (1982). Deprogramming, Brainwashing and the Medicalization of Deviant Religious Group. *Social Problems*, 29(3), 283-297.
- Robinson, D. (2002). Cancer Clusters: Findings vs Feelings. *Medscape General Medicine*, 4(4), 16.
- Rodberg, C., & Stevenson, G. (1977). The Health Care Industry in Advanced Capitalism. *The Review of Radical Political Economics*, 9(1), 104-115.
- Salmon, J. W. (1990). *The Corporate Transformation of Healthcare, Part 1: Issues and Directions*. New York: Baywood.
- Schram, S. F. (2000). In the Clinic: The Medicalization of Welfare. *Social Text*, 18(1), 81-107.
- Schreiber, J. C. (1970). *US Corporate Investment in Taiwan*. New York: Cambridge University Press.
- Teijlingen van, E., Lowis, G., McCaffery, P., & Porter, M. (Eds.) (2004). *Midwifery and the Medicalization of Childbirth: Comparative Perspectives*. New York: Nova Science.
- Tesh, S. (1981). Disease Causality and Politics. *Journal of Health Politics, Policy & Law*, 6(3), 369-390.
- Tiefer, L. (1996). The Medicalization of Sexuality: Conceptual, Normative, and Professional Issues. *Annual Review of Sex Research*, 17, 252-281.
- Tweedale, G. (2002). Asbestos and Its Lethal Legacy. *Nature Reviews Cancer*, 2(4), 311-315.
- Waitzkin, H., Jasso-Aguilar, R., & Iriart, C. (2007). Privatization of Health Services in Less Developed Countries: An Empirical Response to the Proposals of the World Bank and Wharton School. *International Journal of Health Services*, 37(2), 205-227.
- Whitehead, M., Dahlgren, G., & McIntyre, D. (2007). Putting Equity Center Stage:

Challenging Evidence-Free Reforms. *International Journal of Health Services*, 37(2), 353-361.

Whitrow, M., Smith, B. & Pilotto, L. et al. (2003). Environmental Exposure to Carcinogens Causing Lung Cancer: Epidemiological Evidence from the Medical Literature. *Respirology*, 8(4), 513-521.

WHO. (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care (Now More Than Ever)*. Geneva: WHO.

Zola, I. K.

(1972). Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review*, 20, 487-504.

(1983). *Socio-Medical Inquiries*. Philadelphia: Temple Univ. Press.