白色巨塔的前世今生

■ 郭文華

說到醫院，大家最熟悉的大概是「白色巨塔」，一個揉合了醫學神聖與象牙塔崇高的象徵。不管是日版的浪速大附屬醫院或者是台版的聯大附醫，我們看到醫學中心裡醫師的爭權奪利。在人性與權力的掙扎中，這群菁英將病人當成累積專業與政治資本的工具，在相互踐踏中朝著巨塔頂端奮力攀登。

不過，小說畢竟是小說。這些戲劇性的處理固然凸顯了醫師個人的理想與欲望。但光是把醫院當成醫師的角力場或醫病衝突的舞台，未免小看它做爲現代機構的本質。

最近一則爭議顯示醫院的複雜特質。今年4月一位長庚的主治醫師指控院方向他們收取全額健保費，而不是員工部分負擔的30%。衛生署以調降評鑑等級的行政措施，要求經營團隊確認與其主治醫師是雇傭關係，而非過去宣稱的「合夥」。

兩者差異看似不大，但從經營觀點來看卻是天差地遠。如果醫院與主治醫師間是所謂「駐診拆帳」，院方只是替醫師打點行政瑣事，那「自行執業」的醫師有兩成所得可以提報爲必要費用，不用繳稅，但他們需要自行繳納全額保險。如果醫院與醫師是雇傭關係，醫院就必須爲醫師繳納雇主負擔的6成健保費，但醫師的所得也不再是「執行業務收入」，而需要以薪資方式繳稅。

那位醫師在投訴時或許還不清楚箇中差異。按照院方說法，長庚開設之初便以按件計酬概念，以「有開業好處，無開業負擔」的方式延攬人才，當初也跟稅務部門核備。不過時過境遷，現在的簽約醫師不見得完全了解這些複雜制度，健保開辦後，這種逸脫現有法規的經營型態也隨著長庚體系的攻城掠地，成爲眾家競爭者的顯眼目標。於是，衛生當局以健保合約開鍘，要求經營團隊以僱用關係退回向醫師多收的健保費，並補繳過去5年減收的所得稅。

對於政府的強勢介入，固然和信治癌醫院黃達夫院長從醫學教育的角度表達欣慰，但長庚的劉競明醫師也從醫師的工作性質與醫院的角色表達他們的委屈。

劉醫師指出主治醫師並非受薪階級，一方面醫療不是朝九晚五，週休二日的工作，他們需要時時對病人負責；另外，他們沒有接受院方福利，如住房津貼、伙食加給、加班費等，與住院醫師不同。其次，主治醫師無意逃稅，但平日他們忙於工作與研究，無暇弄懂薪資結構這些一向由院方處理的「高階事務」。因此，劉醫師認爲這次爭議醫院應該負責。院方對醫療工作的解釋立場搖擺，讓醫師不但面臨補交巨額稅款的命運，還賠上了社會形象。

我們不擬評論孰是孰非，這個例子凸顯了醫院這個「白色巨塔」大家較少注意的機構面向。醫院不是放大版的診所或聯合診所，裡面也不是只有大小醫師與護士。做爲現代體制的一環，醫院需要各種人員，其運作也十分複雜。

拿看門診來說，首先病人得跟行政人員掛號，然後去候診處向診間護士報到，並由事務員調出病歷，醫師才能看診。有時醫師看診後先安排檢查，處理後再回到診間看報告。有時醫師會直接開立處方或治療，病人必須先在計價人員那裡繳費，才能讓相關人員做後續處理，完成看診。現代醫療已經不只是醫學之父希波克拉底所稱，是「醫師與病人共抗病魔」的英雄戲碼。它反而有點像知名日本連續劇〈大搜查網〉描繪的警察體系一樣，類似公司的營運。

這才是醫院的現實。想想看，一間醫院動輒僱用兩百位以上的各類員工，營收上億元，在很多產業裡都算得上是「大企業」了。但是，我們

很少關注這個產業是怎樣演化成現在的模樣。事實上，醫院不只是孕育現代醫學的「巨塔」而已；因爲有醫院這個社會空間，醫學才找到發展方向，以及和其他現代機構的關聯。本文從STS的角度，嘗試勾畫這個過程的輪廓。

或許因爲醫學史家傅科（Michel Foucault, 1926–1984）的名著《臨床醫學的誕生》（1963），國內人文研究者對法國大革命前後的醫院並不陌生。根據傅科的說法，醫院是孕育現代醫療體制的「魔法空間」。它不僅重新界定醫學知識的普世性本質，並且透過醫療活動的觀看與介入，翻轉生與死的意義—醫院爲救命而設，但醫療知識卻不得不奠基於沉默的身體，在死亡中求得。

醫院自然不是到19世紀才出現的。醫院在4世紀就見於史籍，是流浪人、朝聖者的暫留之所。醫院的拉丁字源「hospes」指外地客，hospes除了醫院外，也與主人（host）、款待（hospitality）、旅舍（hotel）等有關，透露醫院接納外來者，穩定社會的功能，這個功能在中古時期更加多樣化。隨著都市興起，醫院的經營者從教會轉移到政府，收容範圍擴及貧困者、傷殘、痲瘋患者等邊緣人。

做為現代體制的一環，醫院需要各種人員，其運作也十分複雜。（圖片來源：日創社）

另一方面，醫院也擔負傳承醫療知識的功能。8至9世紀，承繼羅馬文明的伊斯蘭地區設有「病坊」（bimaristan），僱用專科醫師駐診。然後出現了具有教學功能的醫院，讓名醫帶學徒做臨床示範。不過，雖然14世紀時歐洲已出現類似現代醫院的機構，醫院基本上還是濟貧的慈善機構，醫療功能並不突出。

這個現象到19世紀前沒有太多變化。18世紀盛行「床邊醫學」（bedside medicine），治療是醫師基於體液說對病人生活與環境的評估與處置，診療多半在家進行，病歷也是以病人生命歷程、體質與癖性的描述爲主。對病人或對醫師來說，都是個人化的活動，因此，醫院沒有特別的醫療意義。不管是收容貧病的醫院，或以退休療養爲主的安養院，各醫院都有自己的治療方式與理念，反映不同社會情境與醫療文化。

18與19世紀之交，醫院醫學（hospital medicine）在巴黎興起，開啓了全新的醫療局面。原先已有基礎的疾病分類學（nosology），在醫院裡具體落實爲以「科」爲單位的空間規畫。病人不是病的主體，而淪爲病的發生處所，並以類似博物館的方式安置在醫院中。爲了用更客觀的方式研究各種類似「物種」（species）的病，生活史不再是研判病情的絕對依據，理學檢查（physical examination）、病理解剖日益重要，對病人的「全人」考量也退縮到局部的器官與組織病變上。

當然，在新醫學裡醫師擁有更大的解釋權威。相較於18世紀的生活化用語，他們用深奧的專業語言敘述治療，臨床使用診療儀器，如聽診器、溫度計，扭轉了原先以病人爲中心的醫病關係。但與此同時，醫院開始超越個別醫師，成爲建構普世性醫學的基礎。比方說，顯微鏡與特殊檢驗方法固然可以把疾病化約到細胞層次，但不是每個醫師都認同或有能力擁有這些設備與研究時間。於是，這些抽象知識讓醫院與研究型大學有了合作基礎，也拉大了醫師與臨床觀察的距離。

現代醫院必須為病人打造以院為家的環境，但它又不能是一般的「家」。（圖片來源：日創社）

專科醫學的現代輪廓也在醫院的發展中逐漸浮現。這是知識與專業的改造過程，也是空間的分化過程。以外科來說，過去它地位不高，是與理髮匠類似的行當。雖然社會有需要，也有行會，但外科遠不如研讀典籍的其他醫師，在訓練與技藝傳承上都有體制化的困難。

現代醫院改變了這個窘境。大量傷患不但讓外科有機會操練與累積技術，制度性訓練也讓更多中產階級願意投身外科，並以該專業爲傲。1842年，全身麻醉術問世，擴大了外科的施展範圍。1867年，李斯特（Joseph Lister）研發出無菌手術，改變了手術流程。這些進展不但反映在手術室、準備室、恢復室等特殊空間上，也促成了相關專科，如麻醉、病理，與後來的放射診斷（diagnostic radiology）的發展。

醫院的變化不只限於治療考量而已。以建立現代護理聞名的南丁格爾，還從病人衛生（do the sick no harm）的觀點，提出醫院空間的改造方案。她在〈醫院論〉（Notes on Hospital）中主張病房須通風良好，床床有窗，最上面的窗戶常時開啓；病房裡不用隔間，但床與床之間要保持適當距離，床的高度也要設定。換句話說，現代醫院必須爲病人打造以院爲家的環境，但它又不能是一般的「家」。

只有在這樣的脈絡中，我們才能理解南丁格爾的努力：沒有醫院這樣混合生活與治療的空間，就無從建立現代的護理專業。類似的空間改變也發生在供餐的營養室、清洗醫材的消毒間與洗衣房，還有門診室、候診室，甚至宗教集會場、太平間等。

而在轉型成專業機構的同時，醫院與社會的關係日益密切。19世紀以慈善爲目標的私人醫院（voluntary hospital），在競爭激烈的大都會裡，其經營方針與特色愈發重要。一些醫院標榜特定服務對象，一些醫院強調專科特色；一些醫院掌握地利，一些醫院擴張病床數與功能。醫院變得龐大、複雜。到了20世紀末，醫院不但持續引進技術、創造新專科，更成立自己的研究部門，開發技術，與大學分庭抗禮，造就出螢幕上的「白色巨塔」。

東亞沒有醫院的傳統。以中國來說，醫學史家梁其姿指出雖然歷史上陸續出現六疾館、養病坊、安濟坊與養濟院，但它們在功能上類似西方古代的醫院，與醫學研究、知識傳承沒有直接關係。中文「醫院」在 1830 年代才開始流通，指傳教士在商埠成立的醫療機構。日文漢字「病院」在明治維新後才出現，但第1個醫院可以追溯到1557年由耶穌會士所創立的「悲憫聖家」（Misericórdia），與西洋醫學同時引進。

雖然醫院在東亞的歷史不長，但不意味它沒有特殊的發展歷程。事實上，東亞的醫院不但肩負維護軍隊、商旅客與傳教士健康的任務，更是取得居民信任，發揮影響力的機構。

以台灣來說，第1個醫院由馬雅各（James L. Maxwell）醫師於1865年在台南所創立。但相較於馬雅各，以「左手聖經，右手拔牙」，活躍於

北台灣的馬偕牧師更爲人津津樂道。馬偕的醫療傳道不像馬雅各有長老教會做爲組織後盾，他得單打獨鬥，因此他的診療所不但施藥治療，也是訓練學徒與服務外商的據點。

1879年，馬偕赴美加募款，把診所擴大爲擁有病床與手術房的「偕醫館」。1885年清法戰爭爆發，偕醫館發揮戰地醫院作用，得到劉銘傳嘉獎，甚至劉銘傳擔任台灣巡撫後，也設立官醫局、官藥局、養病所等，延聘醫師A. G. Hunsen駐診，是台灣第1個「公立醫院」，直到他去職爲止。

日本接收台灣後，醫院在現代化過程中蛻變。殖民政府以證照制度把教會醫院收服在本地的醫療體系中，同時設立診療所、療養院，打造屬於自己的衛生治理體系。1895年創設的台灣病院（現台灣大學醫學院附設醫院）固然歷史最悠久也最爲人所知，但同年在各地設立的公立醫院，其影響不遑多讓。這些當地人口中的「大病院」，不但讓「病院」一詞成爲稱呼台灣人醫院的慣常說法，這些醫療機構也成爲改造台灣社會、穩定統治基礎的一環。

1945年日本戰敗，政權轉換，公共衛生一時倒退，社會亂了方寸。當時當局的當務之急是重建基層網絡，而這個工作在美援挹注下發展迅速，短短十年間便成立三百五十餘間衛生所。

衛生所當時衛生治理的「總合功能單位」。根據1951年公布的〈台灣省各縣市衛生機關組織規程〉，衛生所的業務包括：診療、傳染病管理、婦嬰衛生、衛生教育、環境衛生改善、學校衛生、生命統計業務、配合國際衛生合作事業與衛生計畫等，無所不包。它們不只負責社區保健，更是公辦診所，以彌補當地醫療資源的不足。

早在1950年代初衛生所網便已建置完成，但成就受限。早期衛生所偏重執行公衛計畫，診療部分則因爲誘因不足，不易延攬醫師而功能不彰。1960年代美援停止，衛生所改隸鄉鎮市公所後，不但沒有扭轉這一趨勢，反而雪上加霜。衛生所不但空間老舊，人力短缺，業務也早已荒廢。雖然1974年衛生局重掌衛生所，整建屋舍，並大量遴用退除役軍醫充實診療，但這些作爲無法挽回民眾信心。於是，在私立醫療院所大舉擴充時，衛生所卻只能勉力維持基本公衛勤務，診療品質更爲人詬病。

1983年，衛生署爲強化基層醫療，推動群體醫療執業中心。次年更宣示醫療網計畫，分3期建構全國性醫療體系。這是以醫院爲中心的醫療改革方案。在2000年時不但公立醫院增加到95所，床位數更增加爲40,125床。

但醫療設施的擴張似乎趕不上社會變化的腳步；醫院早已演化成各種型態，滲入我們的生活。除了傳統醫院外，在都會區有標榜五星級服務的巨型「診所」，專科醫院與慢性療養院所也不少見。另一方面，醫院不再只是提供醫療服務。標榜「以院爲家」的懷舊理想，一些醫院不但引進美食廣場與商店街，更擴大「健康管理中心」，增設各種特殊門診、坐月子中心，提供客製化與生活化的服務。

不管是不是外來產物，醫院這種「白色巨塔」歷經一百多年的演化，早已跟衛生體制，甚至社會，環環相扣，它的問題就是我們的問題。如李福鍾在《臺灣公立醫院百年紀》裡點出的，政府該不計盈虧提供基本醫療服務，還是適當引進市場機制，讓一些公立醫院「民營化」？健保制度要迎合醫療水準，增加給付項目，還是放任競爭，各自滿足納稅人的健康需求？在衛生所變成群體醫療中心，公共衛生轉化成健康促進的同時，政府如何把公共衛生整合到醫療體系中，並合理分配資源？這些都是與醫院息息相關的課題，而長庚醫院經營模式的風波只是一個例子而已。

當然，現在各種場域裡不乏醫療體制的改革聲音。但是，如何跳脫「醫師中心」的批判框架，把醫院放回社會發展的脈絡裡思考，是本文理出醫院發展歷程的初衷，也希望在這樣的歷史理解下，關心醫療未來的研究者可以找到未來努力的方向，與大家共勉。

郭文華
陽明大學科技與社會研究所