

全民健保的組織社會學

張苙雲

摘要：今日的全民健保面對一個大家都知道的死結：醫療資源投入不足與對「增加投入能否買到等值的服務內容」信心不足。這是 2002 年台灣醫療改革基金會，提出「先補破口袋，再掏民眾錢」的理由。於本文，我從認識和正視當代社會新人種，法人組織，的角度切入，主張醫政必須在組織治理上補強，以帶出全民健保的永續經營。本文列舉過去十多年醫改會之倡導議題，以說明醫改會的所做所為，無非是要求醫療照護產業的經營者依循醫療專業和公司治理行事。醫政主管的職責就是嚴格把守醫療專業和職業安全的底線，為全民購買的醫療品質把關。衷心期待因著醫政主管的盡職努力，醫改會不再具有倡導空間。

關鍵詞：組織治理，醫改會，醫療品質，勞動安全
(台灣醫學 Formosan J Med 2014;18:85-91)

前言

已故的大師級社會學者 James S. Coleman 於 1974 年出版 *Power and the Structure of Society* 一書，帶領讀者認識當代社會結構的本質及權力分配[1]。他指出當代的社會組織是由兩類人的組合交織而成。一類是你我這類血肉之軀的自然人 (natural actor)，另外一類是自然人創造出來的新人，他稱之為法人 (corporate actor)，如除了政府科層體制以外，公司、工廠、醫院、學校、民間團體、醫學會、連鎖店等等。當代社會的特色是人們的生活實質上是架構在新人種的活動上。或者更精準一點，人們的生活逐漸被各類的法人組織所掌控主導。這篇短文無法詳述「新人種」的特質，簡單的說，「新人種」是自然人所創設，是個別自然人累積資源的器皿，也成為影響其他自然人的工具。新人種的出現，也將人分為兩類，一類是法人圈內人，是代表法人或者受雇於法人執行任務的一群，另一類則不屬法人的圈外人。在某些領域是圈內人，在另一些領域是圈外人。如何處理自然人和法人的往來關係，是當代社會組織結構的重要議題。

在全民健保揮別一代，進入二代，且展望三代之際，我將從認識和正視新人種的角度切入，主張醫政必須在組織治理上補強，以帶出全民健保的永續經營。民國 84 年全民健康開辦之時，時任衛生署署長的張博雅女士說了一句名言，全民健保是在腐爛的根基上蓋大樓。我沒法揣摩張前署長的意思，但我真同意她的觀察。沒錯，全民健保之能永續經營，不只需要用力於財務規劃，用力於各樣行政措施，更需要用力於治理第一線提供醫療服務的醫療院所。全民健保局代表全民向醫療院所「購買」醫療照護，其購買的方式、內容和價格，固然引導醫療院所經營方向，但無論經營方向和手法如何翻新和創新，都不能逾越醫療照護的國際常規。而醫政主管單位負有全部責任，盡其所能確保醫療院所不踰矩。而當時，協商不盡透明，不同屬性的醫療院所定位不明、忽視法人醫院的公共性，以致無法建立問責與課責醫療產業的治理環境。全民健保的基礎待補強，焦點不是民眾、不是個別醫療專業人員，他們都是自然人，坦白說，影響有限。全民健保之永續經營的焦點是補強對醫療照護產業有影響力的各類法人的治理。我要強調的是治理，不是管理。治理醫療照護產業，醫政不能缺席。

中央研究院社會學研究所兼任研究員

通訊作者聯絡處：張苙雲，香港沙田香港中文大學崇基教職員宿舍 E 座 51 號。E-mail: sociochang@gmail.com

醫療照護組織化的現況

翻開歐美醫療照顧發展史(不是醫療史)，關鍵時間關鍵人物的所作所為，多有令人動容之處。這些關鍵人物，不一定是醫師和科學研究者，還包括企業家和慈善人士。他們的所作所為也不限於窮究生命的奧秘，更是認真凝視人們身心的苦痛而展現尋找解方企圖心。解方也不只是臨床醫學的突破，更是醫療照護規劃安排的巧思。醫院這類組織機構的「發明」是一部動人的史詩。研究美國醫院系統的 Charles Rosenberg 教授[2]，於他 1987 年的鉅著勾勒出，醫院如何成為照顧陌生人的場域的百年歷程。我認為，醫院最奧妙、令人讚歎之處在於，醫院這類組織的誕生，使得陌生人能以、得以、且樂以照護陌生人，而且陌生人能放心接受陌生人的照護。之所以可能，不是因為我認識了誰，否則就不稱為陌生人照護陌生人。因為醫療這一類職業，整個訓練過程就是充分運用習得的科學知識，照護病痛中的陌生人。之所以可能，更是因為醫院的組織安排，按著科學知識和照護需求而布局。專業訓練和組織布局在人們心中建立起口碑和信任。

回顧百多年來持續出現醫療照顧史的議題，對今日的我們，一點都不陌生，反而心有戚戚，很能理解。當醫療照護由病人的家裡移到醫院，醫師和病人之間的「人際」關係，因為醫院的介入，轉換成由醫院介於其間的三角關係，甚或有醫學院介入之四角關係時，醫療照顧現場同時成為蘊育基礎和臨床醫學研究以及臨床訓練的場所，醫師(科學家)和醫院之間的權利義務分別為何？醫學訓練以及醫學院如何介入？當病人同時屬於醫院和個別醫師，診療收入如何分配？成為醫院專任的醫師，可否在家看病人？勞動契約應如何簽定？醫院的捐贈者與受託規劃成立的醫師們以及日後經營團隊之間經常出現的磨擦和妥協。醫療照顧史告訴我們的是，醫療照顧的新成員：醫院，它的樣態是摸著石頭過河，逐漸成為醫療照護的主體。我們所熟習的醫院，不是生成的，而是演化而來，而且會持續演化，走向一個我們這一代人都一定不能想像的未來。

台灣醫療照顧產業的生態結構，已經是醫界

前輩們所不能想像的樣態。民國六十年初台塑企業集團踏入醫療照顧產業，開啓了台灣醫療管理黃金新頁，台灣的重要企業集團，都涉入醫療照護，宗教界亦然。如今，醫院不僅走向大型化，而且跨區發展成系統和集團，合縱連橫，上下游整合。醫療照護產業的要角，不再是醫師和醫療人員，而且有醫院專業經理人，也有控制經營權的財團和法人組織。各要角之間的影响力不盡對等，對醫療照護應如何進行，專業品質與經營績效等利害關係，並更不見有共識。

金融和醫療，在各國都受到高度管制。前者涉及信用這種抽象商品的買賣，後者則是基本人權的一環。台灣在日據時代至今，從人員訓練、資格認定、醫療機構的設置標準等等，政府均涉入治理。民國 84 年全民健保的開辦，政府更一躍為分配醫療資源的上位掌控者。為了體現民主協商與公民參與，全民健保透過設置各種委員會，進行協商。為了發言權以及參與協商的機會，各種協會、醫學會、專科學會，紛紛組成，為的是能有名份，參與下游分配。近二十年健保的發展，意外地促成醫學專科零細化。醫學專科零細化或有其他重要的理由，但不能否認的是，增加的理事長、理事等各種職位，是參與分配健保資源的門票。有了門票，不一定能進場，但沒有門票，進場機會鐵定是零。醫療照護系統走到這個地步，除了政府，或是過去衛生署、現在的衛福部外，因為事涉各種醫療相關協會與專科醫學會，都成為參與成員。

醫療照護產業的要角包括政府、醫院經營者、醫學會和專科醫學會、醫材商、藥商/廠等。它們一方面形成生產鏈，環環相扣，共生共榮。另一方面也是各謀其利。因而利益折衝之間的協商，拿與讓之間，各有巧妙和玄機。就醫政角度，固然需要嚴肅面對醫院經營者、醫學會和各專科醫學會、醫材商和藥商/廠，認識它們的行動邏輯，透過制度設計，給予應有的活動空間之同時，課以等比例的責任，營造健康的環境。最為弔詭的是，政府呢？理論上政府是代表民眾，以集體的力量，與其他要角對話和協商。實務上，這樣的想法毋寧天真得可以。民眾是一盤散沙，無以對官府形成壓力。民眾在整個醫療照顧產業中，

是隱形，對於關乎大眾的事務(請特別注意，我沒有用權益這兩個字)，幾乎沒有發言空間。

民間組織的倡議空間

衛生主管官署多年來「小病到小醫院，大病上大醫院」這個訴求，只是為調高民眾到醫學中心看病的部份負擔而生的說詞，不是玩真的。如果民眾聽信後，真的往基層跑，從基層醫療開始認真被轉，沒多久，基層醫療就會反彈。原因是，基層是有總額的，量多，單價就低。還好，民眾並不相信衛生主管官署的話。醫院裡，在現實環境中，就診次數是不能壓低的，檢驗單是不能少開的，藥不能少給的，手術，尤其是「金雞母手術」是不能不動的，病人不能不堵在急診室，原因是，所有醫療人員在醫院的動作，攸關醫院的營運。對醫院經營者而言，醫療人員，有如儀器設備一樣，只是醫院生產鏈的一環。醫師的勞務所得和業績掛勾，連如何將病人收住院，都有醫管之技術性指導。美國哈佛大學醫療政策之專家 Harvey Fineberg 針對台灣全民平均就診次數，長期居高不下的現象說：「其中百分之九十的病人是根本不必看醫生的[3]。」他實在對台灣醫療環境不瞭解，話應該是這麼說的：「醫生根本不應看那百分之九十的病人」。醫生錯了嗎？如果醫事人員的勞務所得不必管業績如何，而能維持合理的水準，相信醫療人員，尤其大多數醫生，並不想玩命。民眾錯了嗎？誰會沒事，愛往醫院跑？

機構當道的醫療照護系統裡，容身於各種不同醫療機構的個別醫療專業人員，發聲的機會已經少之又少，遑論一般民眾。醫師們的氣餒，站起來指責，都是健保惹的禍，指向民眾，都是病人找麻煩沒知識。民眾經歷了病痛和求醫的委屈，即大聲責罵醫療人員，以宣洩心中的不平。這些可理解的「情緒」是醫師和民眾直覺式反應，看不清醫療照護產業的本質，情有可原，畢竟決策者不是第一線的他們。回過頭來想，民眾不是沒有出聲，只是其間的委屈和道理被抬棺、撒冥紙的激情所淹沒，無奈的是，能在媒體露出，已經不簡單，但也不過是一日新聞；醫界不是沒有

清流，醫界前輩私下談話的憂心，溢於言表。個別的聲音，恐怕也如向海拋出的石頭，激不起什麼浪花，有如船過水無痕。

有鑑於此，我們受益於 Coleman 教授，選擇以組織對抗組織(複數)。為了平等對話，創會的幾位同好以如履薄冰的心情，用力思考，在什麼樣的條件下，個人的行動能力得以釋放，以致產生持久的果效？我們決定透過組織的力量，建立組織以與醫療照護產業的各類組織對話，在專業被扭曲，以利益導向的醫療環境中，發出「不同的聲音」。

在醫改會創會十年的 2010 年 10 月，我將董事長之擔子，交給劉梅君教授時，我寫下了簡短的感言。我提到十多年前在一場醫院評鑑研討會上，我將醫療照護視為產業，引起醫界前輩不以為然的直言批評。產業化談的是競爭、利潤、利基、市場佔有率和業績，將這些詞彙相連與醫療照護，的確讓醫界前輩難以接受。醫療照護的核心價值不是仁心仁術？醫者的圖像不是父母心？醫院的氛圍不是杏林春暖？不過，不論接不接受，台灣醫療照顧過去三十多年是筆直地朝著產業化的方向發展。醫院經營者看報表、投資報酬率、價差，他們談擴建、策略聯盟、上下游整合、多角化經營。其實，只要守得住醫療專業照護的底線和受雇於醫療產業者的工作安全，醫院為了永續經營，在效率和利潤上，費心著力，並無非議之必要。不幸的是，以管理為名、效率和利潤中心的經營手法，往往越界侵蝕醫療專業和勞動人權的核心價值。正是因為不肯正視醫療照護走向產業化，醫療照護掌控在法人組織之手的事實，面對政府治理和經營管理者無盡的標準作業程序、報表、和業績要求，而有些要求已經對醫療專業、醫療照護專業人員的工作環境以及照護品質所造成負面衝擊時，醫界領導階層總是顯得沒有回應的意願，也沒有謀對策的能力。也許因為許多醫界領導階層也參與醫院管理，利益上的糾結，不免使人進退失據。無能無力之時，最容易的就是轉而指責處在病痛中的民眾和全民健保。

過去十年醫改會之所以有倡導的空間，就是

因為衛生主管單位無法站在全民的角度，對醫療院所課以其應盡的義務，給予醫療院所合理健康的經營環境，為醫療專業人員打造有尊嚴的行醫空間；無法站在愛護醫療專業的立場，導正醫療照護業習以為常的陋規惡習。醫改會的所做所為，無非是要醫療照護產業的經營者盡醫療專業應盡的義務而已，無非是要求醫療專業能堅守專業底線，依醫療常規執業行醫。醫改會代替民眾向醫療院所提出可以告訴我吃的是什麼藥嗎？小朋友可以不吃大人藥嗎？手術前可以清楚告知嗎？可以請醫師和接觸病人的護理人員為了保護自己、保護病人而常洗手嗎？醫改會以民間團體的立場，請求衛生主管單位依法行政：可以要求醫療院所給民眾一個清楚的藥袋嗎？讓民眾拿到自己的病歷嗎？讓民眾清楚費用明細嗎？向健保局申報了多少？自費的項目單價和數項？具有公共性的法人醫院為什麼財報是壓在黑箱裡？重複使用的人工腎臟，為什麼以新品給付？藥價的進與出為什麼數字兜不攏？為什麼經過立院的密室協商之後，法條大為走樣？為什麼長期坐視醫院精算人力，而讓醫療院所之人力設置標準一再向下調降？有人力固然不代表有品質，難道不知道醫療照護沒有人力就一定沒有品質嗎？為什麼長期忽視醫療專業人員的勞動條件，讓醫師淪為論件計酬的計件工，即使不顧民眾所受的醫療品質、醫師不自覺、醫院僱主不在乎，難道醫師公會不在乎？政府也無所謂？

醫改會成立後之第一年，亞洲協會主動連絡，提供一年約一百萬元的經費支持。因為倡議的效果，亞洲協會的支持持續了四年。還記得在接洽之初，我堅持不能因經費的支持，以任何形式介入、參與議題的設定，對方表示同意且尊重。當提出未來主打議題的內容時，對方的反應至今仍然鮮明難忘，他說：我以為二十多年前如此，現在還是這樣嗎？我除了點頭以外，無言以對。做為現代社會的公民，這些何其卑微的要求和提問，竟然要民間團體花了十年的時間，各界捐款五千餘萬倡導，爭取醫界本來就應該做到的事，爭取衛生主管機關本來就應該盡的職責。而這些要求和提問，我們都不好意思在國際病人組織中

報告醫改會的倡議內容。成立至今，我們秉持的理念，可以歸納為兩點，我們認為健康的行醫環境是醫療品質的基石，是病人的福氣，我們倡議民眾不是要充權，而是要充「智」(健康素養)，以致有能力成為就醫安全的一環。

一. 健康的行醫環境

醫改會雖然自始至終從民眾權益的角度倡議醫療改革，但是醫改會並不將矛頭對準個別醫療人員。反而是，醫改會在草創時期，就向醫師公會聯合會提出扭曲的醫師勞動體制，「行醫」淪落為「做工」的醫者心聲，建議公會站在醫師會員的立場，為容身在各類醫療院所的會員，就薪資計酬方式集體談判。我們也開過論壇，提出住院醫師訓練中的總總工作安全議題。我們更邀集各類醫療專業人員，為工作安全集體發聲。

為了醫療糾紛，醫改會一方面育成醫療糾紛當事人，自助助人。醫改會多年來持續邀集各醫院負責處理醫糾的工作人員，以小組方式，閉門切磋分享各醫院面對病人投訴的處理經驗，透過討論，相互學習，更因著見過面，可以搭起同行之間的支持網。之所以閉門，為的是與會者可以暢所欲言，允許呈現由人與人之間必要的感同身受出發，所展現的調解，也有機會透露出第一線調解人員的情緒，達到溝通學習和相互支持的目的。這樣的做法，避免公開場合談如何面對病人的投訴時，談得四平八穩，談得更多對病人的指責和污名。因著醫院醫療爭議處理越成熟，越可能將糾紛化解於現場，不必進入調解甚或法律訴訟。醫院成為醫療人員的靠山，不致因無意的疏失，被醫院辭退，獨自面對醫糾，醫療人員可以安心工作。

醫改會找出醫院經營的財務流向資料，它和關係人之間的交易(例如買「自家」集團的股票，向「自家」企業租賃空間、器材、捐款給「自家」的學校等各樣肥水不落外人田的舉動)，不是嫉妒人家賺錢有道，而是因為公立醫院和法人醫院，本質上是公共的，屬於全民，不是個別財團或是出資者的資產。如同上市公司，公立醫院和法人醫院，有義務被問責和課責。醫政單位應定期向民眾「報告」醫療院所經營實況，而全民健保局

亦然，需要向民眾報告，代為購買的醫療服務品質、項目和價格。這是醫政和全民健保主管的責任。當競爭有醫療專業和勞動安全的底線時，醫療人員才有合理的工作環境。

二. 為民眾充智，成為就醫安全的一環

醫改會的議題選擇，為的不是傳達民眾在求醫經驗的中挫折，更是優先放在能增加民眾健康識能的議題。台灣的醫療照顧以「俗又大碗」著稱，這是以醫療人員的辛酸和汗水換來的。不過，矛頭不應指向民眾，並不是民眾惹的禍。從簡單的道理去想，為什麼台灣民眾不斷被衛生主管官署和醫界扣上三愛：愛看病、愛吃藥、愛打針？對於「醫學素養」不甚了了的民眾，寧去醫院殺時間、寧受皮肉之痛挨針、寧照三餐吞服那些苦口的「良藥」，是他們真沒事做嗎？不理性？沒水準？以同理去看待這些似是實非的說法，醫改會的做法是為衛教另闢蹊徑，讓醫療現場成為民眾衛教的場地。我們提出的訴求是：讓我們回歸醫療照顧的基本面、醫療照顧的基本功。例如，交給民眾一個資訊完整的藥袋，一藥一袋（最好是原廠包裝）可以讓民眾檢查自己拿的藥，養成讀藥品說明書的習慣，自動成為用藥安全的一環。允許民眾拿到完整的病歷資料和檢驗報告，既可增加民眾對自身健康資訊的瞭解，又可以自在地轉診或需要第二意見時，可以提供別的醫師參考，有助於提昇醫療結果的品質。落實術前手術同意書的簽署，教導動手術前的三思八問，這些細節小動作的講究，可讓民眾提高自我管理的能力，減少不必要的就醫次數和醫療行為。

近三十年來台灣醫療照護的走向，的確有傲人之處。然而有意無意地輕忽醫療照顧產業組織化的事實，沒有辦法正確判斷組織化現象對醫療品質和醫療專業的正反兩面的影響，部份施政方向和策略，在進步和高水準的錯覺中，甚且助長了其負面效應。我認為，醫療系統走向今日的局面，多少與之有關。

引以為傲的成熟社會力

成立一個組織，用以倡導醫療環境的公義與

品質，是現代社會的公民。理所當然擁有的選項之一。對於一群沒有成立組織經驗的人，需要足夠勇氣，邁出「成立組織」的第一步。一旦決定成立組織做醫改，其實著手行動，不僅是錢、人的問題，最讓大家焦慮不安的是「沒人理」：會不會拋出了議題，有如向海投出個石頭，連聲音都聽不到，而沒什麼名氣的一群學者，聲音如何可能傳得出去？迎面的挑戰包括議題定位、組織屬性和架構、財務規劃、人材培育、倡議定位以及具體的行動策略。參與成立的核心成員，透過一次次的會議，就各類實際的問題，做激烈且冗長的辯論。

更挑戰的是豎立醫改會的品牌和公信力。從三方面來做，首先，我們認識到醫療議題的特性，醫療經驗看似人人懂、人人有故事、人人有說法。因此，醫療議題最容易出手的是悲情牌，以個人悲慘遭遇，或是透過民意代表，經媒體披露，有時可以占據些版面，但難以轉化成促使醫療機構改進的動力。以悲情為主軸的訴求策略，成本不高，但效果有限。病人是良師。醫師必須瞭解這些感受與經驗，才能擴大由科學得來的醫療知識，達到治療成功的目標。所以我們透過謹慎的研究調查，嘗試集結民眾的求醫經驗與政府和醫界平等對話。坦白說，為了與政府和醫界對話，醫改會所倡導的議題都需要堅實的證據。為了要說理，內容不免生硬，無法帶出感情；為了怕被倒打，免不了推出成堆資料。醫改會不像其他服務特定弱勢對象的組織，我們沒有悲情的故事可動之以情。在如此的環境之下，醫改會還是站穩了腳步，逐漸成長茁壯，我們見證了台灣社會力的成熟。

第二，財務資訊的透明。任何新成立的非營利組織除非背後有金主，都要面對 catch-22 的困境：沒有成績，做不起來，捐款自然不會進來；沒有錢就無法做事，無法做事你就做不起來。我認為醫改會最值錢的是成員的腦袋，所以如果要花很多精力在募款和平衡財務上面，似嫌本末倒置。因而，醫改會一開始是用赤字預算的心情，先花錢，認真做。其次，採取小額長期贊助的方式。捐款人和醫改會之間有一個長期承諾，現在

有一百二十幾到一百三十幾位長期的「承諾」人，每個月捐助五百或一千、或一萬元。目前 61.8% 來自大眾捐款，包括定期贊助人與一般贊助人；32.2% 來自國內外非政府組織的專案補助；另 6% 來自基金利息。從成立第一年開始，每筆捐款的支出都在會計師嚴格把關下，經簽證後，在網路上公開會計報表，告訴捐款人錢是怎麼用的。網上放的還包括活動內容和效果評估，作為向捐款人交帳的成績單。捐款人的錢不僅沒有進到醫改會成員的口袋，而且每一分錢都用在刀口上，以小兵立大功的態度，回應捐款人的信任和支持。十多年來，醫改會沒有一分錢來自政府。不做大型餐會，募款原則是夠用就好。對外募款秉持的態度是，不掏錢支持，理所當然；認同醫改會理念願意捐款，即使只有數十元，我們也由衷感激。除了個位數字的全職伙伴外，所有的董事和執行長是義工，不支取任何車馬費，代表醫改會外出演講，演講費是回捐，開會誤餐時供應的是簡單的餐盒和點心。

第三，醫改會的核心成員彼此有一共識，謹守民間團體和政府間的界線，參與期間，不做官、不競選民意代表，不將醫改會視為個人名利的踏腳石。

結語

今日的全民健保進入一個死結，大家都知道醫療資源投入不足，但因為過去購買的醫療服務

一直內容不明，大家也沒信心增加投入會買到等值的服務內容。這也是 2002 年醫改會對衛生署提高費率時，提出「先補破口袋，再掏民眾錢」的理由。我認為，合理的經營環境，是全民健保永續經營不可或缺的一環，醫院診所的治理是焦點。為醫療品質把關，與其要求各種不同名目的繼續教育，醫政主管不如花力氣做點苦功，挑戰醫管，嚴格把守醫療專業和職業安全的底線。做為簡短的結語，我衷心期待因著醫政主管的盡職努力，讓醫改會再沒有倡導的空間，只好熄燈，將 1000 萬基金捐給政府！

聲明

利益衝突：無。知情同意：無。受試者權益：無人體研究或動物實驗。

參考文獻

1. Coleman James S: Power and the structure of society, Norton & Company, Inc, 1974.
2. Rosenberg Charles: The care of strangers: The rise of America's hospital system, Johns Hopkins University Press, 1987.
3. 黃達夫：九〇%的病人不必看醫師。《遠見雜誌》2001;177(3). [Huang AT: 90% percent of the patients don't need to visit doctors. Global View Monthly 2001;177(3).]

Organizational Perspective of National Health Insurance

Ly-yun Chang

Abstract: Taiwan national health insurance has been facing a deadlock of insufficient investment on medical care sector and lack of confidence on money value with respect to the quality of medical care for many years. Accordingly, Taiwan Healthcare Reform Foundation (THRF hereafter) in 2002 advocated to fix the waning and leaking-out bag before turning to the public for further input. In light of insightful observation by late professor J. S. Coleman on the social structure of modern society, this paper places the governance of the medical care delivery system to the center for the sustainability of the national health insurance. Current medical care delivery system consists of various corporate actors who in essence are different from the natural person. The behavior of corporate actors, as a new form of actors in modern societies, is more consequential than that of natural person to the delivery of quality medical care in cost effective format. This paper presents a case which demonstrates the effectiveness of forming a NGO/NPO to advocate patients' right during the era of organized medical care delivery. The THRF rose in 2001 to challenge the governmental offices for undutiful dealing with the substandard medical practice of the hospitals and clinics. The THRF organizes patients' voice in order to achieve effective dialogues with the governments and medical care delivery institutions.

Key Words: organizational governance, Taiwan Healthcare Reform Foundation, quality care, labor safety
(Full text in Chinese: Formosan J Med 2014;18:85-91)

Adjunct Research Fellow of Institute of Sociology, Academia Sinica, Taipei, Taiwan

Address correspondence to: Ly-yun Chang, No. 51, Staff Quarters E, Chinese University of Hong Kong, Sha-Tin, Hong Kong.

E-mail: sociochang@gmail.com