

醫療化理論的後進國批判： 以台灣慢性腎病治理的知識、 專業與體制轉變為例

林文源

國立清華大學通識教育中心

台灣慢性腎病防治體制在近十年間迅速建立。相較於以先進國經驗發展的醫療化理論，本文以此案例挑戰其缺乏國際與在地互動面向的盲點，指出其中「自我後進化」的後進國醫療化。本文引入科技與社會研究的科技治理觀點，深入本地脈絡，分析其中的知識、專業策略與體制特質，並藉此批判醫療化理論的全稱式命題。2001年後，面臨透析醫療體制壓力的腎臟專業，藉由政策機制賦予規劃、執行、評估合一的地位，忽視在地現實，以國際統計發展新國病論述並黑盒化充滿爭議的臨床指標，迅速建立慢性腎病防治體制。此體制的影響為：專業上，造成腎臟專業內部分化卻轉變其地位的專業擴權；體制上，惡化既有院所失衡問題；臨床上，對篩檢出的病患支持不足，可能造成「醫源病」。本案例凸顯「自我後進化」的後進國醫療化模式為：計畫導向的政策機制，賦予醫療專業制度機會；醫療專業以片面知識與論述策略，型塑問題與解決方案，以扭轉地位；爭議中的知識則在此過程中，被黑盒化為先進、普遍知識而應用於後進化的在地。

關鍵詞：醫療化、後進、科技治理、專業宰制、慢性腎病

The Medicalization of a Latecomer Society: A Critique Based on the Case of Knowledge, Profession, and Transformation of a Medical Regime in Taiwanese Chronic Kidney Disease Governance

Wen-yuan Lin

Center for General Education, National Tsing Hua University

A national chronic kidney disease (CKD) prevention system was established between 2001 and 2011 in Taiwan. Instead of following the theory of medicalization developed in the context of advanced countries, this paper draws on the perspective of technological governance from science, technology, and society studies and analyzes how a medical profession "promotes" the disease and transforms its status and the medical regime in a latecomer country. This study criticizes medicalization theory for ignoring this latecomer context. Since the millennium, the Taiwanese nephrological profession, faced with financial and professional pressure in the dialysis regime, has promoted a "new national disease" discourse on the basis of international statistics and the black-boxed clinical index of eGFR. The discourse and index facilitate the implementation of a CKD regime in a project-oriented policy-making mechanism at the expense of ignoring clinical, professional, and social complexities. This regime has the following consequences: It reverses the status of the nephrological profession but causes internal diversification; it worsens the imbalance between hospitals and local clinics; and its insufficient understanding of and support to diagnosed patients might cause iatrogenesis. In conclusion, this study specifies the "self-latecomerization" characteristics of the profession, knowledge, and policy-making mechanisms of latecomer medicalization.

Keywords: medicalization, latecomer, professional dominance, technological governance, chronic kidney disease (CKD)

報導一、戰腎台灣新國病

台灣洗腎人數比例、末期腎病發生率，都高居世界第一，腎病變成台灣新國病……。

根據美國腎臟病登錄系統《末期腎臟病二〇〇七年年報》顯示，台灣末期腎臟病發生率（新生病例）和盛行率（累積總病人數），都是世界第一；在二〇〇六年，每百萬國人中有四一九人被醫生宣判進入末期腎衰竭（俗稱尿毒症），總數有五萬九百二十個病人正在接受透析治療（俗稱洗腎），兩者比例都是全球最高。

然而，雖然台灣末期腎臟病發生率驚人，平均每天增加二十三位透析新病友，但絕大多數病人在出現水腫、虛弱、厭食、運動性呼吸困難等明顯症狀之前，根本不知道自己的腎臟生病了，延誤診治時機。國家衛生研究院研究員溫啟邦的研究分析發現，台灣地區罹患第一至五期慢性腎臟病盛行率為一一·九%，總數高達兩百五十萬人……。（天下雜誌編輯部 2009）

報導二、比率世界第一腎病成「新國病」

國人常吃來路不明藥物，導致台灣慢性腎病盛行率全球第一、達百分之十。昨是世界腎臟日，衛生署長楊志良指慢性腎病成新國病；台灣腎臟醫學會昨舉辦宣導活動，呼籲勿服不明藥物，也應控制血壓、血糖、血脂，避免罹患代謝症候群……。（沈能元 2010）

報導三、預防腎臟新國病！堅持 5 不護腎 33 原則

根據衛生署國民健康局資料顯示，國內 20 歲以上成人每 10 位就有 1 名患有慢性腎臟疾病，估計目前全國約有 175 萬人罹患此病。另外，而且依據 2008 健保資料統計，每年透析洗腎醫療支出約新台幣 330 億元，儼然成為「新國病」。為呼籲

民眾重視腎臟病之預防保健，特於 3 月第 2 個星期四之「世界腎臟病日」前後，舉辦於全國各地舉辦園遊會，宣示政府倒（按，原文錯誤）電台非法賣藥的決心……。（駱慧雯 2012）

近年來，慢性腎病(chronic kidney disease, CKD)在台灣成爲「新國病」，衛政單位、官員、研究機構紛紛大力爲慢性腎病防治代言。然而，這不是一個自然而然地「發現」新國病的過程，也非單純的醫療化。本文分析在地腎病醫療中，政策、知識、專業與社會互動下構成的醫療體制¹變遷與後進(latecomer)治理脈絡。藉由描繪體制變遷，我們得以深入社會脈絡，還原看似中性、客觀的醫學知識的社會鑲嵌性(embeddedness)。本文討論在醫療體制變遷過程中，原本不存在的病患如何逐漸現身、被忽略的疾病如何變爲新國病，而廣受質疑的腎臟醫療專業又如何成爲救星。本文指出，本地慢性腎病體制是在計畫導向的政策機制中，醫療專業運用「國際」因素，策略性動員新國病論述與黑盒化(black-boxed)知識，而轉變專業權力與醫療體制。藉此，本文提出「自我後進化」的後進國醫療化模式，批判其中的知識、專業體制，與醫療化理論忽略國際與在地互動的盲點。

一、新國病的誕生與其問題

在生物醫學(biomedicine)理解中，CKD 是一種腎臟功能受損的慢性疾病，最終會惡化爲腎衰竭(end stage renal disease, ESRD)，必須接受透析治療（俗稱洗腎）。從 1980 年代起，洗腎病患及相關財務議題廣受台灣社會矚目，其中慢性腎病罹患者卻是「隱形」的，並未受到官方與腎臟專業的重視。

1 本文所指醫療體制，是指結合知識／論述、組織／社群、制度，以及具體物質等異質元素所構成的醫療治理關係。體制變化有其持續性，但受特定時空脈絡與因緣際會因素的影響(Foucault 1975)。

上述情況於近年急速轉變。台灣腎臟醫學會 2001 年參與衛生署慢性病防治委員會會議、2003 年與國民健康局（以下簡稱國健局）合作，推動「腎病健康促進機構試辦計畫」，進行 CKD 推廣與篩檢、2006 年受國健局委託執行「慢性腎臟病政策規劃計畫」（黃尙志 2007b）。2007 年起，根據全民健康保險醫療健保費用協定委員會決議，腎臟醫學會再接受中央健康保險局（以下簡稱「健保局」）委託，規劃由健保特約院所執行的「全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」（以下簡稱「衛教計畫」）推廣 CKD 後期（3b 至 5 期）² 篩檢與個案管理。2008 年，腎臟醫學會、國家衛生研究院（以下簡稱「國衛院」）與社團法人國家生技醫療產業策進會合作，推動「慢性腎臟病防治科技研究計畫」。到 2010 年，衛生署政策指示腎臟病防治為主要政策目標之一，因此，腎臟醫學會與國衛院於 2011 年舉辦「腎臟健康論壇」，邀集移植、護理、藥學、公衛、營養等學會，研擬腎臟病防治政策共識與建言（許志成 2011）。

最後，衛生署於 2011 年啟動「慢性腎臟病患照護品質提升十年計畫」（以下簡稱「十年計畫」）的初期四年計畫，進一步聯合各專科與院所，將防治工作對象擴大到 CKD 初期患者（1 至 3a 期）（行政院衛生署中央健康保險局 2011）。隨著這些計畫的「發現」，國健局宣稱占台灣人口三分之一、七百萬餘的三高（高血壓、血脂、血糖）病患都是腎病高風險群體（邱淑緹 2010），總統甚至特別點名腎病為具國安層次嚴重性的新國病（台灣時報 2010/3/12）。

如何理解台灣 CKD 醫療體制的急速擴張？就既有研究觀點而言，社會學界經常以醫療化(medicalization)、專業宰制(professional dominance)、醫療帝國主義(medical imperialism)討論醫療體制擴張現象，但這些討論與台灣作為科技後進國的經驗有重大差異。本文藉助科技與社會研究(science, technology and society, STS)的科技治理視野，探討本地腎病醫療體制發展中國際與在地的互動，並闡述本地醫療專

2 共分五期，第三期細分 a、b 期。詳見下文。

業、知識與體制變化的歷程，藉以釐清以下提問：首先，本地腎病醫療體制為何在近年開始大幅轉變？其次，在轉變過程中，國際因素如何影響台灣 CKD 體制的樣貌？最後，CKD 體制造成哪些社會影響。本文藉此指出，既有醫療化理論忽略後進國的國際與在地互動脈絡中，醫療專業、知識與體制面向的「自我後進化」特質，以挑戰先進國全稱式醫療化理論的盲點。

二、從醫療化到醫療治理體制

醫療化理論的先驅之一 Irving Zola (1972)將醫療擴張視為社會控制機制。在此命題下，研究者指出醫療化的幾種影響層面。

(一) 醫療化理論

首先，在知識與疾病認識論層面，醫學知識擴張對疾病或不健康的定義，包括從急性疾病到預防慢性疾病，從已存在的人到未出生的胚胎，還有原本非關疾病的美容美體與增強健康（健康食品、預防性藥品）。醫療化過程將充滿爭議與可能性的生理、精神，到生活形態，甚至是潛在基因相關處境，化約為客觀、中立的疾病與健康議題 (Sin 2009; Coveney et al. 2009; Nathan and Webber 2010; Salant and Santry 2006; Williams et al. 2008; Freidson 1970; Conrad 2007)。

其次，在個人認同層面，醫療由原先的疾病治療，擴大為牽涉生存各層面的生活形態醫療，除了成為個人社會認同與存在的基礎，也成為行動者解決具體困難、面對認同問題的策略之一 (McKevitt and Morgan 1997; Riessman 1983; Kroll-Smith and Floyd 1997; Oinas 1998)。

再者，在醫療體制與社會存在層面，醫療化論者批判醫療體制的官僚化、科技與醫藥產業過度氾濫、專業壟斷、決策權過於集中、將生命與社會問題化約為醫療問題，使醫療變成管理社會存在的體制，對臨床、社會、文化造成反效果。龐大醫療產業造成的醫療支出成為個人與國家財政的重擔、過多的手術與藥物摧毀身體自療能力、醫療

主宰生老病死的經驗，扼殺人們學習面對疾病、生命議題的能力。甚至，過多醫療導致「醫源病」(iatrogenesis)³(Low Dog 2011; Parry 2008; Illich 1975; Conrad et al. 2010)。

最後，在醫療專業擴權與社會治理上，醫療體制將原本被視為宗教、社會層面的問題，轉為醫療定義下的疾病，由藥物或醫療機構對個人進行管控。或者以健康、公共衛生之名，藉醫療科技、醫政與藥廠的複合體制，行使社會治理、牟取利潤，甚至以醫療意識形態消弭對潛在社會問題的批判與衝突(Conrad and Schneider 1985; Armstrong 1995; Waitzkin 1991; Zola 1972; Conrad 2007)。

(二) 辯論焦點

醫療化理論的首要議題為醫療專業權力。醫療專業最早被指認為醫療化的推動者與獲益者，Elliot Freidson (1970)、Zola (1972)、Ivan Illich (1975)、Peter Conrad (1992; Conrad and Schneider 1985)指出擴大疾病類屬，使道德、社會價值，甚至生活／生命形態的差異，都被化約為客觀病理事實。這不但在認識論與文化意義上，使社會大眾臣屬於醫療專業的治理，更因為醫療與政治、法律、教育、經濟等制度的連結，助長了醫療專業權力擴張(Allsop 2006; Coburn 2006; Kenny 2004; Lynn Bourgeault and Mulvale 2006; Tousijn 2002)。然而，反論者指出醫療專業的「無產階級化」(proletarianization)與「去技術化」(deskilling)：因為醫療商業化、產業化，甚至醫療集團上市成為股市投資標的，加上醫療保險與管理介入、醫療高度科技化、民衆自主與醫療權益意識提升、醫療訴訟增加等，使醫療專業在實際工作決策、專業自主性，甚至社會影響力，受到嚴重剝奪(Barnett et al. 1998; Broom 2006; Calnan and Williams 1995; Coburn et al. 1997; Dent 2006; Scarpaci 1990; Tousijn 2006; Furedi 2006)。

3 因為醫療建議、醫療過程、藥物治療或醫療器材，以及最重要的醫療體制安排，對病患造成傷害，而產生疾病、併發症或有害影響。

另外，醫療擴張的動力與旨趣，則不再侷限於醫療專業。例如藥廠為促銷藥物，「拓展」疾病範圍，如憂鬱症、高血壓等；科學研發擴張，進一步挖掘出「潛在」疾病，如基因醫學(Clarke et al. 2003; Conrad 2007; Cohen et al. 2005)；病患團體與消費者團體推動疾病認定以去除污名與爭取醫療給付，例如過動兒、慢性疲勞症候群、肌無力病患(Conrad and Leiter 2004; Oinas 1998; Barker 2002; Rabeharisoa and Callon 2004)；多重醫療使用下，多種非生物醫療專業介入，雖然擴張醫療、卻降低（生物）醫療專業影響力(Furedi 2006; Schneirow and Geczik 2005; Zollman and Vickers 1999)；還有醫療保險制度等管理式醫療，資本市場以及背後廣大投資機構，更是已發展國家中，醫療擴張的重要推手(Conrad 2005; McKinlay 2005; Relman 2005)。

近年更有以社會變遷角度，釐清醫療體制擴張與變化。在新自由主義的管理潮流下，一方面醫療越來越集團化與企業化，另一方面也越來越受到國家控制(Allsop 2006; Coburn et al. 1997)。組織上，醫療服務的集團整合化與績效競爭趨勢下，⁴ 醫療服務與市場競爭加劇，壓縮專業自主執業空間(Light 2005; Relman 2005; Tousijn 2006)；專業生涯發展上，醫生也趨向成為醫療企業家，且醫療專業之間的收入差距擴大(Rothman 2005; Stone 2005)。⁵

（三）問題化「先進國家」經驗

進一步定位上述辯論則顯示，醫療化理論源自特定社會與學術脈絡(Bury 1986; Strong 2006)。Donald W. Light (1991)認為 Freidson 等人的「專業宰制」命題，是在挑戰 1960 年代 Parsons 功能論的學術背景下，批判當時美國醫學會的體制化擴張。David Coburn(2006)也以英國、澳洲的發展指出，Gerald Larkin (1983)與 Evan Willis (1983)等人在 1980 年代對澳洲、英國醫療專業宰制現象的批判，除了反映當時政治與社會

4 如美國 Health Maintain Organization 與 Preferred Provider Organization 方案、英國 National Health Service。

5 九〇年代起美國專科醫生收入數倍於家醫醫師。

對醫療體制的關注，也是受到當地社會學界對結構解釋、宰制議題的高度興趣所致。Frederic W. Hafferty (2006)以美國經驗指出近年醫療化論述背景的轉折，他認為 1960 年代最明顯的趨勢是醫療專業的體制穩定與擴張，以及醫療進入司法體制的現象，特別是精神醫學的興起。1980 年代後，因為醫療科技（產業）、醫療基金與股票交易、院所產業化、醫療產業高度成長等資本和市場力量驅動、加上臨床醫療成為科學研究重要領域，形成更為複雜的醫療化和醫療專業形構。Adele E. Clarke 等人(2003)則更精確地以 1985 年為分歧點，指出美國的新時代醫療和醫療專業形構趨勢，乃包含了：私有化醫療科技服務複合體、風險與監控醫療、科技化醫療、資訊與知識生產與分布轉變，以及身體與認同轉變等五大趨勢的「生物醫療化」(biomedicalization)。

這些脈絡化的討論提示了醫療化理論的盲點。主要理論家 Zola、Freidson、Conrad 都是研究西歐北美，尤其是美國社會的案例，卻將其等同於「當代」、「全人類」經驗。例如最系統性闡述醫療化理論的 Conrad 於 2007 年出版的 *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders* 專書，完全未討論先、後進國家的差異，但書名中 society、human 卻都是全稱。因此，既有研究皆未反省到直接套用醫療化理論，驗證或批判「非先進國家」的醫療擴張，是有問題的(Benoit et al. 2010; Few 2007; Stojanovic 2008; Vanobbergen and Vansielegheem 2010; Lynn Bourgeault and Mulvale 2006; Tousijn 2002)。

本文認為既有醫療化論述的全稱式架構，缺乏「國際與在地互動」面向是關鍵盲點。後進社會（如台灣）的醫療知識、專業，甚至醫政決策，都深受先進國家的影響。已有研究由國際政治經濟學取徑，批判「醫療帝國主義」的國際醫療化。⁶ 然而，因為這些研究強

6 這些研究強調，先進國家藉由（後）殖民國際政治經濟依賴結構，拓展生物醫療霸權、國際企業（藥廠）的醫療化影響，反而惡化第三世界的衛生與健康水準(Amulic 2007; Daly 1999; Little 1991; Lorcin 1999; Navarro 1981, 2007; Waitzkin and Waterman 1974; Waitzkin 2000[1983])。

調批判國際政治經濟結構、先進國政府與企業惡行，對於瞭解後進國各自體制轉變與問題脈絡幫助有限。

相較之下，STS 強調國際間的科技流動與在地互動的脈絡性 (Ancarani 1995)。從早期現代化理論關注科技中心國的知識與技術如何擴散到後進國的科技移轉(technological transfer)研究，爾後依賴理論、發展型國家理論強調後進國家計畫性經濟、科技政策與制度規劃在科技發展與追趕中扮演的角色，當前STS則強調在地條件與接受科技的互動過程與社會影響。整體而言，概念化方向由科技移轉、國家能力與科技政策，變為科技治理(technological governance) (Shrum and Shenhav 1995)。

治理觀點認為，科技移動牽涉到在特定時空的因緣際會 (contingency)中，認同、制度、論述與再現的共同生產(co-production)，如何穩定為特定科技與社會模式的(再)秩序化過程 (Jasanoff 2004)。因此，不能單看企業、國家、政策制訂者的行動，也非聚焦科技位階、國際結構、特定制度或程序，而應跟隨爭議與社會過程，探討其中多重行動者的關連(Irwin 2008)。例如 Sheila Jasanoff (2005)指出，類似的生物科技在不同地方的政策發展，因應各地脈絡而必須面對不同治理議題。這是因為在地行動者會聚合為生產在地知識的「在地認識叢集」(ethno-epistemic assemblage)，成為社會認知與行動依據(Irwin and Michael 2003)。

面對全球科技移動過程，帶有後進國敏感度的治理研究著重「國際」因素如何作為強勢、先進、標準、策略而與在地互動。有些研究指出國際因素如何落實為在地的運作機制：有時是整體規劃，如 Andrew Lakoff (2005)探討跨國藥廠如何在計畫性經濟解體的阿根廷，結合業務代表與醫生、醫界領袖及其他團體發展的「在地知識」，以及精確的區域性銷售數字與處方分析的機制，使經濟蕭條的阿根廷與原本不傾向藥物治療的阿根廷精神醫學界，在兩千年後成為抗憂鬱藥物的新興市場。有時仰賴在地的因緣際會與關係，如陳嘉新(Chen 2009)與曾凡慈(2010)分別以台灣的後進政策發展為例，探討政策參與

者的個人國際網絡，直接引用國際數據的方式，結合多國的標準與規範，創造台灣特有的毒品減害與早期療育政策。

有些研究指出國際因素成爲在地行動者的策略。Anna Geltzer (2009)以蘇聯解體後的俄國爲例，指出當地推動的醫療專業引入「西方」的證據醫學(evidence based medicine)爲論述工具，用以改變醫學缺乏客觀性的專業形象，以及作爲說服其他同仁、改變醫療體制的價值中立語彙。吳嘉苓(Wu 2012)指出台灣在建立人工生殖政策的過程，在地行動者分別策略地引用英國、美國、歐洲的異質「國際」標準作爲依據，介入試管嬰兒胚胎植入數目的臨床指引爭議。

有些研究指出抽象國際數據與規範的具體影響。Elizabeth C. Dunn (2005)指出在東歐共產主義解體後，波蘭政府爲引進外資，引用歐盟標準將肉品產業定義爲必須引入新的標準化、規範與基礎建設的危險區域，因而使從事既有產業的波蘭小農的工作與社會關係網絡瓦解，成爲更獨立、自我規範的個體。有時這種國際因素缺乏知識上的支持，但卻仍能動員在地體制，曾凡慈(2008)對台灣發現遲緩兒的社會動員研究指出，被用以計算盛行率，成爲推動整個早期療育制度根據的知識工具，是一個宣稱來自世界衛生組織(WHO)，但卻無法精確追查到來源、卻仍有真實政策效應的國際公式。

這些研究均指出無論是機制、策略或影響，「國際因素」使後進國的在地治理相當不同於科技原生／先進國的經驗。本文案例中，台灣並非單純後進，而是在既有透析醫療體制壓力下，政府仰賴腎臟醫學會提供解決方案，而學會忽略在地因素，策略動員「國際因素」推動社會論述、知識（臨床指引與研究）引介、政策移植與套用，進而改變其專業地位、醫療體制與社會。這是本地個案彰顯這個長期被忽略的「國際與在地互動」面向的理論優勢，有助於批判（先進國的）醫療化理論，使其更適用於理解後進國／非科技原生地的處境。

三、研究資料

本研究資料如下。

(一) 報章資料

1980 年到 2011 年間腎病相關的社會趨勢、論述與活動等報章報導，為研究者團隊蒐集電子資料庫以及相關單位提供的長期累積資料。

(二) 單位文件

筆者蒐集會經辦理愛腎宣導與篩檢之團體、規劃與推動 CKD 體系之關鍵行動者，以及三個過去十年來長期參與腎病健康照護院所的相關報告與簡報等相關資料。並有自 2007 年起之健保局政策研討與會議資料、社團法人國家生技醫療產業策進會、腎臟醫學會、國衛院之會議資料、簡報檔與出版資料。

(三) 文獻

利用「財團法人國家實驗研究院科技政策研究與資訊中心」之 Government Research Bulletin (GRB)系統，蒐集國內自 1993 年起之政府各機關（包括國科會、衛生署、國健局、退輔會等）支持之腎病相關研究計畫；台灣腎臟醫學會之官方期刊 *Acta Nephrologica* 歷年論文與相關研究報告；United State Renal Data System (USRDS)之國際比較資料。並由本地政策與相關研究引用之文獻，逆向追溯國際英文腎臟醫學期刊相關 CKD 體系推展經驗之醫學與流行病學研究，釐清 CKD 政策規劃中未被提出的資訊。

(四) 參與觀察

包括政策會議參與及衛教實作觀察。會議方面，自 2007 年起參

與健保局透析總額執行會議、2010 至 2011 年間部分 CKD 政策會議等。臨床實作方面，於 2007 年訪查北、中、南三醫學中心之腎病衛教。2011 年上半年，於北區某腎臟健康促進機構進行近四個月長時間田野，觀察臨床衛教，進行時間為該機構一、三、五上午之腎病門診與衛教區域，亦訪問中部與南部各一院所之執行狀況。並在網路醫事論壇瞭解參與 CKD 政策推動之各科基層醫師意見。

（五）訪談

錄音與非正式訪談政策參與者、醫師、院所管理者、官員、衛教師 38 名，並臨床訪問與長期追蹤 CKD 病患 9 名，用於瞭解臨床實作狀況。

四、CKD 體制的誕生

經常與台灣同列透析盛行率與發生率世界前三名的日本與美國，各有不同的慢性腎病體制發展軌跡。日本為政府主導，從 1973 年立法補助洗腎，而後建立配套政策，1973 年對公司雇員、1974 年對高中以下學生、1983 年對 40 歲以上成人，逐步立法進行篩檢(Chen et al. 2010)。美國則由民間團體推動，1950 年透析病患家屬與腎臟專業成立的「國家腎臟基金會」(National Kidney Foundation, 簡稱 NKF)，是美國與國際政策、研究與標準的主導者。⁷CKD 發展上，NKF 於 1995 年進行「腎臟疾病後果與品質計畫」(Kidney Disease Outcomes and Quality Initiatives, 簡稱 KDOQI)，1997 年發表臨床指引，2002 年根據 KDOQI 流行病學研究，發表廣受全球引用的「腎絲球過濾速率」指標(estimated glomerular filtration rate, 簡稱 eGFR)，取代尿蛋白(urine

7 NKF 具學術與政策影響力，於 1981 年創辦的 *American Journal of Kidney Diseases* 在 Science Citation Index (SCI) 資料庫的泌尿與腎臟醫學類(urology and nephrology)69 種期刊中排名第 5。NKF 也主導 1972 年的美國透析補助政策與 1984 年的移植法案。詳情請見 NKF 官網，<http://www.kidney.org/about/milestones.cfm>。

total protein)篩檢，建立病程與處置指引(National Kidney Foundation 2002)。在篩檢上，NKF在1997年進行「腎臟(疾病)早期評估方案」(Kidney Early Evaluation Program，簡稱KEEP)，篩檢美國民眾(Kidney Early Evaluation Program 2011)，並在2002年推動「腎臟疾病：改善全球狀況」(Kidney Disease: Improving Global Outcomes，簡稱KDIGO)結合多國參與成員推展全球腎病防治。不過，美國因其自由化醫療市場政策，並未發展全國性篩檢計畫。

(一) 2001年之前的「腎炎」

台灣慢性腎病防治體制建立則多有轉折。純粹看臨床發展，台灣出現CKD，似乎只是引入eGFR定義的結果。但事實上，若從社會歷程來說，台灣CKD是從環繞著「洗腎問題」的透析醫療體制演變為CKD體制，其中有相當多轉折與斷裂。為凸顯之間認識論轉折，本文以「腎病」指稱腎臟有問題的狀況，其中「腎炎」是指以蛋白尿定義、「CKD」則是以eGFR定義的慢性腎病。

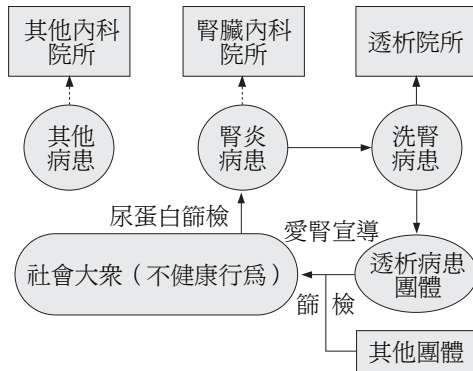
台灣最早推動腎臟保健與防治的不是政府，也不是腎臟醫學會，而是由洗腎病患組織的「中華民國腎臟基金會」。儘管基金會成立的主要目標是為爭取透析醫療補助，但創辦人同時意識到洗腎人口增多將增加政策負擔。因此，從1985年起，基金會率先辦理預防宣導與篩檢腎臟病的「愛腎週」活動(腎友通訊1985)。到1990年代，基金會每年例行找腎臟醫學會、官方團體合辦愛腎週，甚至與腎臟醫學會提倡「愛腎運動」(民生報1990/8/16；聯合晚報1991/7/29, 1992/1/6)。

不過，當時接受篩檢的人數有限，篩檢出的腎病病患也未受到醫界與醫政單位重視。表面上，這是由於缺乏適當工具所致。早期以尿液中的尿蛋白與血液中的肌酐酸(creatinine)為腎病指標：若病患有尿蛋白反應、過高肌酐酸，但尚未喪失腎功能則判定為各種「腎炎」。然而尿蛋白檢驗沒有連續性病程意義，尿蛋白多寡，極容易因為飲食、作息狀況，有極大變動，而肌酐酸數值與腎臟惡化，也非線性比

例關係。以男性而言標準值為 0.7-1.3 mg/dl，但 1.4 到 1.5，與 1.9 到 2.0 的變化意義不同；同樣數值（例如 1.6）在不同身體大小、不同年齡的病患身上也有不同臨床意義。其他輔助檢查如超音波（腎臟發炎會腫大，推論發炎情形）、切片檢查等幫助也有限。更重要的是，糖尿病、高血壓等病患的腎炎問題，也在其他專科診療中被忽略。

然而，對比日本只以尿蛋白檢驗仍進行篩檢的狀況，顯示問題不在篩檢工具。台灣忽略慢性腎病問題，主要是因為當時台灣醫政單位、腎臟醫學會與整個腎臟醫療社群，甚至是社會焦點，完全被透析醫療占據，缺乏政策與專業遠見去關心慢性腎病問題。因此，在臨床上，院所也甚少主動持續追蹤腎炎病患，而病患只有出現嚴重問題才求診，但往往已瀕臨洗腎。

如此，當時的慢性腎病幾乎是「隱形」的。不但政策決策者無視於問題、醫療專業缺乏知識工具且無心於此，病患更缺乏自我認知。認識論意義上，腎炎病患僅具有臨床意義，但不成爲社會或政策類屬。體制意義上，此時只有各自行動者獨立的行動，相關行動者間缺乏穩定制度連結。簡言之，腎炎並不成爲重要的在地知識叢集，更不存在體制關係。圖一是當時的狀況。⁸



圖一 2001 年之前的腎病處境

8 本文以下延續筆者發展的體制分析取徑，描繪各階段的體制構成與變化。體制分析請見以下討論：本體論基礎（林文源 2006）、方法論（林文源 2008）、集體行動對體制與個體影響（林文源 2010），1980 年代起的台灣透析醫療體制轉變（林文源 2011）。

（二）透析醫療體制下的腎病問題

因此，要理解從被忽略的慢性腎炎到新國病的轉折，不能只看 eGFR 的傳入，我們必須由當時的透析醫療體制，尤其是腎臟醫療專業處境的變化，釐清轉變動力。

台灣早在 1963 年開始進行臨床透析，但在透析醫療急速成長之前，慢性腎病是台灣腎臟醫療的主流（陳萬裕 2000）。一直到 1984 年台灣仍只有一千多名規律洗腎的病患。而自從 1988 年政府開始補助，病患急速成長後，洗腎主導台灣腎臟醫療發展：不但醫學會忙於建立洗腎相關規範與基礎架構，龐大洗腎市場吸引醫師投入，洗腎問題也緊密牽動腎臟專業形象。醫學會如此緊密地紮根於透析醫療，因此 2002 年後引入健保總額制度的體制轉變，急遽衝擊約有四萬名病患構成的穩定市場，腎臟專業也面臨危機。

首先，總額制度造成經濟壓力。早先健保採按件計酬制，但因為就醫便利、醫療創造需求、缺乏專業自律等因素，使預算無限上揚（林國明 2000）。尤其是人數逐年增加的透析醫療，在按件計酬制度下，透析醫療預算成為健保重擔。1995 年健保開辦前，此議題就受到廣泛辯論（大成報 1994/1/22；聯合報 1994/1/22；中國時報 1995/6/12）。開辦後，健保局也針對透析預算提出各種減縮支出的方案，直到 2002 年開辦總額制度(global budget)後才有效遏止透析財務危機。在總額規劃下，健保局每年僅提供固定預算，持續增加的透析醫療服務，會不斷稀釋實際給付金額，因此財務壓力由政府單位轉到院所。

當時腎臟醫界已預見營運成本（薪資、耗材上漲，加上通貨膨脹）提升，但收入卻降低的壓力，將造成腎臟醫界重大衝擊（李素慧 2003）。這個預言逐漸實現且惡化：總額制開辦前，每次透析給付為 4,100 元（藥費另計）。2003 年總額制開辦後，預算成長率持續低於透析人口成長率（李素慧 2003）。直到近年（2011 年）更因為總額零成長，使每次透析收入縮減到 3,500 元左右（藥費內含），逐步限縮院所營收（行政院衛生署中央健康保險局 2011）。

其次，總額制度設計增加腎臟專業承受的跨專科壓力。在健保財

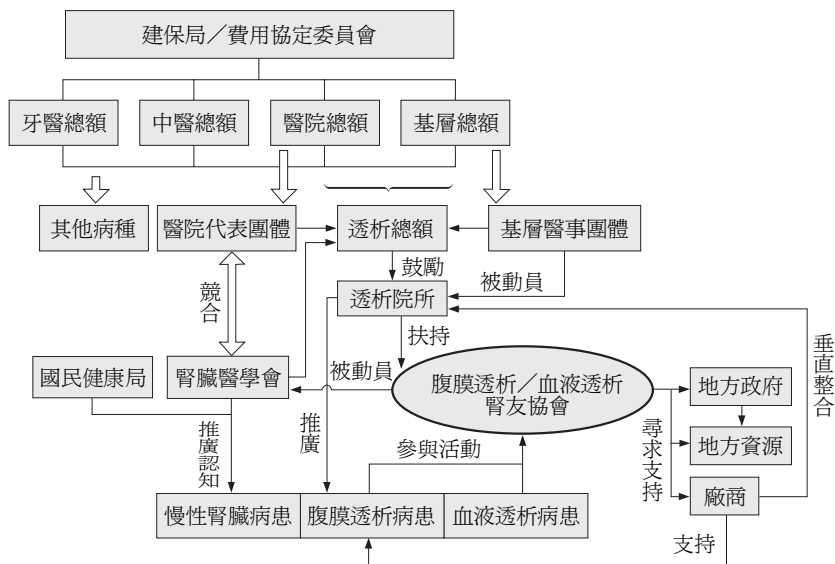
務危機中，各界不斷質疑腎臟專業，抨擊透析醫療耗用高額預算，媒體也不斷報導透析醫師每年申報數千萬、將不該洗腎者提早洗腎、院所以不當利益引誘病患（民生報 1995/10/10, 1996/3/9）。這些懷疑與批評使官方猜疑，屢次以制度介入，剝奪醫師專業自主權。例如一度病患必須由兩位腎臟專科醫師診斷認定，才能進行初次透析（中國時報 1996/4/25；中華日報 1996/2/16）；而健保研擬 IC 卡為減少弊端時，也是先針對洗腎試辦（中國時報 1994/1/13）。其他專科不但醫師個人曾公開表示不滿（民生報 1999/5/26；自由時報 2001/5/24），甚至在 1996 年健保局擬調降洗腎費用時，中華民國醫師公會全聯會、牙醫師公會全聯會、中醫師公會全聯會公開聯合發表聲明全力支持防止濫用洗腎（中國時報 1996/2/16）。

總額制度使其他專科對腎臟專業的質疑具體化為控制力量。總額制度在法源上，只有「牙醫」、「中醫」、「西醫基層」、「醫院」等四大總額。洗腎原本分屬「基層」（診所透析）與「醫院」總額（地區醫院、區域醫院、醫學中心的透析）。結果，同樣的透析治療在不同總額計算下，發生違反健保法規定的「同病不同酬」爭議（聯合報 2002/7/20）。為此，2003 年健保局以行政裁量設置「門診透析總額」，其預算來自每年腎臟科代表分別於醫院、基層兩總額內協商所得（民生報 2002/12/31）。這種制度設計，使得腎臟醫療受限於整體總額，更在每年協商透析預算時，必須直接面對醫院與基層醫界的限制與壓力，有代表直言「必須每年看人臉色」。

最後，財務壓力間接危及腎臟專業自主性。從 1988 年開始，透析醫療進入高度發展期後，引起國內、外透析醫材代理商與廠商的興趣。健保開辦後，醫材商與代理商憑藉醫材的成本優勢，併購、成立直營連鎖院所大舉擴張，開始出現受雇於醫材商的腎臟專科醫師。總額制更加速此趨勢。根據業界受訪者的非正式估計，2000 年透析仍在高成長階段，小型院所每月有 500 人次透析（約 40 位病患）就能獲利營運；然而，總額制使院所收入減少、營運壓力增加，2010 年時的非正式估計，獲利營運門檻為 900 人次（約 75 位病患）。這過程中，

據傳連鎖商收購院所的風潮在 2009 年達到高峰，當時連鎖透析院所占總數三分之一。連鎖院所的營利核心與醫材限制，使醫療權從屬於經營權，有礙專業自主性，引發腎臟醫界的疑慮與討論。

此時透析醫療體制（如圖二）中對腎病問題的認識，主要環繞著洗腎病患大增、洗腎預算壓力與健保財務危機，以及可疑的腎臟專業。此時國健局與腎臟醫學會剛開始推廣的慢性腎病問題不具知識、政策與社會的能見度。



圖二 2003 年後透析醫療體制中的慢性腎臟病患

資料來源：引用自林文源(2011: 167)。

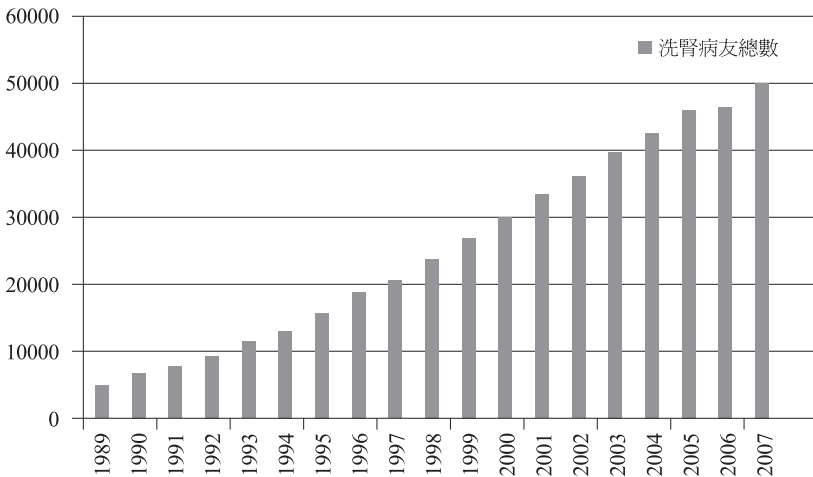
五、局勢、策略與體制轉變

總額制度下，腎臟專業面臨財務、其他專業批評、專業自主的壓力，因而開始積極行動促成轉變。事實上，早在 1997 年腎臟醫學會領導階層內部就有關於推動腎病防治的構想。當時理事長在專科醫師教育訓練中，首度宣揚腎病防治的重要性。根據當時秘書長、目前醫學會慢性腎病防治委員會主導者回憶「可能 CKD 的想法在那時就已

經萌芽」。然而，儘管是理事長理念，在當時並未也無法成為醫學會的核心目標，而是在以下體制背景與策略中才實現。

（一）醫政單位的透析財務壓力

從 1988 年政府補助透析起，洗腎人數大幅增加。1989 年增加率為 34%，其後數年則維持 16、19、23、13、20 比率的驚人成長率。健保實施後，1996 年成長率還高達 20%，一直到 2002 年才首度降到 10% 以下。從 1989 年到 2000 年，透析人數暴增為六倍，在當時給付結構下，預算也幾乎是六倍；當時總統也曾親自針對透析給付成長下過指示（自立晚報 1996/5/9）。在龐大壓力下，加上 2000 年腎臟疾病躍升十大死因，衛生署邀請腎臟醫學會參加慢性病防治委員會後，立即擬定防治試辦計畫以因應腎病危機。這是腎臟醫學會與國健局推動「愛腎運動」的開端（自由時報 2001/2/9）。



圖三 歷年洗腎病友總數

資料來源：本研究整理自腎臟基金會之歷年統計。

（二）國際化的「新國病」

表面上，始於 2001 年的官方「愛腎運動」與之前腎臟基金會的「愛腎運動」都與腎臟病防治有關，但兩者有明顯差異，2001 年的防

治計畫也與之後CKD體制發展，存在論述、知識與體制上的斷裂：不但推動者不同、病患命運不同，認識工具與整個體制樣貌更有差異。其中關鍵為腎臟醫學會運用國際因素，推動的新國病論述與eGFR指標。

首先是運用國際數據，使腎病「國際化」的新國病論述。2000年腎臟醫學會主辦亞太腎臟醫學會年會後，積極投入以透析醫療為主的國際接軌工作，具體成果之一是加入美國腎臟醫學統計資料庫。台灣自從2002年列入統計後，盛行率與發生率一直維持在世界前兩名內，2007年更成為盛行率與發生率雙冠王(USRDS 2002, 2007)。這些國際評比數據使台灣腎病問題開始「國際化」，2003年腎臟醫學會成立慢性腎病防治委員會，將當年訂為台灣腎臟病防治元年，從此腎病邁向新國病之路（自由時報 2001/2/9；黃尚志 2007b）。

每年世界腎臟日與年底健保財務結算時，這些驚人數據成為醫學會動員社會論述的關鍵力量。不但在基本比較意義上，呈現「成人尿毒症盛行率發生率全球第二」、「洗腎率我冠全球」、「健保與濫用藥，洗腎冠全球」等聳動訊息（民生報 2003/12/12, 2005/1/11；聯合報 2006/3/28, 2007/9/19, 2008/8/13；中央社 2010/3/6）。進一步，這些評比，更與每年公布健保支出與透析人數成長、耗用健保資源的訊息相互呼應（例如前言報導三的說法），裏應外合地引發政府與社會危機意識。醫師受訪者認為，推廣「造成慢性腎病的各種因素」、「慢性腎病是造成洗腎的原因」等論述，能同時「教育」社會大眾與政府「洗腎不是腎臟科的錯」，並「為腎臟科醫師洗刷污名」。

最後，儘管台灣 ESRD 的高發生率究竟是哪些因素造成，目前未有明確定論。⁹ 但這些發生率、盛行率為全球之冠的評比，直接被動員成為「新國病」論述基礎，在輿論、政策，甚至研究中不斷被引用，形成CKD防治政策的重要根據與正當性（台灣腎臟醫學會 2007；

9 在國衛院舉辦的「2011 腎臟健康論壇」中牽涉到腎臟病致病因素預防、西藥的使用與管理、中草藥與重金屬的使用與管理、藥物與健康食品的標示與管理等議題，除了高齡化、疾病因素（如糖尿病導致 ESRD 佔約四成）之外，與會專家對其餘流行病學因素並未有明確結論。

楊芝青等人 2007；財團法人生技醫療科技政策研究中心 2007b；林名彥、黃尚志 2007）。例如「十年計畫」下的「全民健保初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」（以下簡稱「改善方案」），開宗明義便提到國際評比與國內資源耗用的新國病與財務危機：

隨著人口老化與三高（高血壓、高血脂及高血糖）慢性疾病增加，慢性腎臟疾病患者持續增加中，……依據 2007 年資料，門診透析發生率每百萬人 415 人，列世界前茅。我國領有尿毒症之重大傷病證明的透析人數達 6.2 萬人，其 98 年健保門住診支出達 392 億，每年淨增加人數超過 2000 人，所耗用之醫療資源已成為社會與全民健康保險(以下稱健保)的沉重負擔。（行政院衛生署中央健康保險局 2011，底線為本文強調）

而在 2010 年監察院對全民健保進行總體檢的調查，報告最後的五十五項制度建議中，唯獨呼吸器與透析（並列第四項）、慢性腎病防治（第十三項）三項疾病與治療被點名，指稱其醫療資源耗用率、盛行率和發生率在國際評比名列前茅，其中又再度強調「新國病」的論述主軸（黃煌雄等人 2010: 677-683, 720-722）。

（三）黑盒化的指標

在知識上，國際因素對台灣 CKD 體制發展的實質意義，並非「全球」、亦非「世界」、更非「國際」，而是眾多「歐美先進國家」中的美國。儘管其他「先進國家」（日本、英國）同樣重視慢性腎病，但只有台灣腎臟專業策略性地套用美國 NKF 的知識架構。這是第二項運用國際因素的策略：黑盒化美國的 eGFR 指標。

黑盒化是指這項指標在美國、國際與本地的運用大不相同：(1)它在美國並未成為國家政策；(2)國際醫界（包括美國 NKF）仍不斷檢討此指標；(3)使用 eGFR 推動 CKD 政策的國家都進行在地修正。但自 2003 年起這個指標原封不動地在腎臟醫學會積極推廣下，在 2011 年

成爲台灣國家 CKD 防治政策的基礎。

美國 NKF 發展 eGFR 的內容與歷程爲：首先，在 KDOQI 計畫中，Andrew Levey 團隊(1999)以美國 1988 — 1994 年第三次國民健康與營養調查資料(National Health and Nutrition Examination Survey)，校正體重、年齡、性別、種族等參數，將腎臟的清除能力，以每分鐘的過濾量(ml/min)換算爲 eGFR。並比較七種公式，提出後來廣被引用 Modification of Diet in Renal Disease (簡稱 MDRD) 版本。¹⁰ 其次，建立腎臟病程分類，將過去僅由尿蛋白質判斷，加入 eGFR 指標更精確地五階段、百分位制量化腎臟過濾能力 (CKD1 到 5 對應百分制依序爲：100-90、89-60、59-30、29-15 與 < 15，1 爲最輕微，5 爲接近末期腎衰竭)，藉此估算人口中腎病流行與嚴重程度(Brown et al. 2003)。最後，根據這種基本方向，NKF 於 1997 年開始 KEEP 篩檢計畫、2002 年發表 KDOQI 指引，推展全國 CKD 篩檢。迄 2010 年爲止，已篩檢超過十五萬人(National Kidney Foundation 2002; Kidney Early Evaluation Program 2011)。

臨床上，eGFR 指標成爲「CKD 認識論」的基礎。原本蛋白尿與肌酐酸檢驗，因爲未納入病患個別差異，無法呈現慢性腎病連續病程與確定性，所以病患的病況進展沒有統一標準，只能藉由臨床醫師個別根據經驗判讀，難以建立病患的病識感與持續求診的動力。但 eGFR 指標提供了一個標準化定義的五階段線性病程，而且它的百分制與我們一般評分系統完全一致，相當容易理解與運用。例如，eGFR 小於 60 (不及格) 就需要納入追蹤。¹¹ 如此，eGFR 將病程具體爲可計算、能預期，甚至能結合藥物、日常生活與飲食控制變化，建立相互連動與監測的線性關係。儘管幾種不同估算 eGFR 的工具略有差異，但是其主要邏輯是一致的。無論何種疾病、男女、年齡、種族的腎病狀態，都可以在此線性病理認識論中，被校正爲同質的進程而定位。

10 $eGFR (mL/min/1.73 m^2) = 186 \times Scr^{-1.154} \times Age^{-0.203} \times 0.742 (女性) \times 1.212 (非裔)$ ，此爲台灣最常使用的版本。

11 田野中，護理師會對病患說：「妳這次 50 分，比上次 55 分退步了」。

然而學理上，eGFR 充滿爭議。姑且不論有研究者徹底質疑 eGFR 的客觀性(Glasscock and Winearls 2008)。指標發展時，因為慢性腎病與篩檢計算方式會因人種體質、人口、飲食特質與老化程度而異，NKF 就曾針對不同階段、人口特質（種族、性別、年齡）進行校正(National Kidney Foundation 2002)。所以除了基本 MDRD 公式外，還發展出不同的公式與係數(Levey et al. 1999; Brown et al. 2003; Castro and Coresh 2009; Foley 2010; Peng et al. 2010; Zhang and Rothenbacher 2008)。隨著新的調查與報告發表，各地研究者（包括原來提出 MDRD 公式的 Andrew Levey 團隊）更不斷校正既有公式與係數(Snyder et al. 2009; Zhang and Rothenbacher 2008; Levey et al. 2006)。

直到今日，國際醫界對 eGFR 仍有爭議。包括 NKF 原始 MDRD 公式發展者 Levey 團隊(2009)警告應用既有 MDRD 公式可能低估正常人的 eGFR，因此建議應當改善在普遍篩檢中的準確度。甚至，因為 KDOQI 指引在國際間引起多項爭議如：eGFR 指標是否會過度診斷、CKD 前兩期是否應稱為「疾病」、單次測量與長期追蹤方法差異、在結合不同疾病狀況下 eGFR 分期標準無法反映實際的疾病風險，以及因為性別、種族、年齡差異造成 eGFR 分期的風險意義不同等，KDIGO 於 2009 年召集近二十國、五十個團隊資料（台灣有溫啓邦團隊以台灣資料、美國身分出席）參與，在倫敦舉行「爭議研討會」，進行後設資料分析。結論是必須結合 eGFR 與尿蛋白檢驗進行更複雜分類，並成立研究任務團隊做後續研究 (Levey et al. 2011)。

因此，政策上採用 eGFR 推動 CKD 防治的日本、英國、歐洲等國，都會考量其人口組成與美國的差異，進行在地係數、甚至公式校正。例如英國考量其境內的加勒比裔黑人、亞裔（印度等）的差異，日本考量亞洲人種與高加索人種的差異、歐洲與日本則考量美國社會大量肥胖人口的身體質素(body mass)差異、以及篩檢的財務支出等，各自調整 eGFR 係數、搭配篩檢標準、是否進行普遍篩檢或高危險群篩檢等(Iseki 2008; Matsuo et al. 2009; Khwaja and Throssell 2009; de Jong et al. 2008; Lameire et al. 2005)。

然而，如 Jasanoff(2005)所說，將科技知識推廣為政策不是單純引入普遍性知識，其中的策略運作將會形成在地政策特質。在台灣，醫學會經由以下「黑盒化」策略避過了學理考量與爭議的CKD指標。首先是忽略矛盾，迅速套用。早期政策推動所引用的兩筆本土最早CKD盛行率文獻，一是顧進裕等人於2004用 *Cockcroft-Gault* 公式，以1993-1996年涵括台灣各性別、年齡別及地區別，樣本共9,962人的國民營養健康狀況變遷調查資料庫估算盛行率為9%。另一是台灣CKD政策的重要推手楊五常與黃尚志醫師（後者也是腎臟醫學會「慢性腎病防治委員會」主委）於2004年以 *MDRD* 公式，計算「台灣地區高血壓、高血糖、高血脂調查資料庫」中6,599位受檢者，推估盛行率為6.43%（楊五常、黃尚志2007: 6）。但在最早擬定防治計畫時，根本對這兩筆文獻使用的公式的差異都未統一、也未討論，就直接套用。

進一步，只強調嚴重性，忽略需要在地校正的事實。在既有政策會議、簡報、指引中的研究與討論，都只引用估算的盛行率，卻未提及指標是未經校正的 *MDRD* 公式（Guh et al. 2007; Hsu et al. 2006; Kuo et al. 2007; Wen et al. 2008；楊五常、黃尚志2007；行政院衛生署2011: 2；台灣腎臟醫學會2011）。我們有理由相信本地腎臟專業社群相當清楚建立本土指標與係數的必要性：因為不但本文是藉由回溯核心政策推動者與團隊引用的文獻，釐清eGFR的相關爭議。早在2007年腎臟醫學會編輯出版，作為本土臨床CKD防治實務指引的《慢性腎臟病防治手冊》中，主要負責人談到CKD危險因子時也曾指出：

從文獻中得知，在不同研究時放入的各種危險因子變項與所採用的研究對象與族群各不相同，因此產生許多不一致甚至矛盾之處，況且以外國人為對象的研究結果不一定適用於我國。未來應發展台灣本土性的慢性腎臟病危險因子研究，並要盡量包含各種可能的變項，以及足夠的時間追蹤，以供整體防治計畫的制定與推行。（黃尚志2007a: 12-3，底線為本文強調）

手冊中甚至有兩個章節是討論美國 KDOQI 比較不同公式（例如 MDRD 與 Cockcroft-Gault）在不同年齡、性別、病程患者的準確性差異的研究成果（宋俊明、黃建鍾 2007；蔡哲嘉 2007）。

最後，是政策先行，忽略研究。在整個推動 CKD 防治政策過程中，幾乎沒有本土根據。除了兩篇相關的報告，¹²我們搜尋台灣腎臟醫學會官方期刊 *Acta Nephrologica* 從 2000 到 2010 年的 355 篇論文（含病例報告、論文、海報論文等），並無任何 eGFR 指標有效性的本地研究。以「慢性腎病」為關鍵字檢索衛生署、國健局、國科會從 1994 到 2011 年共 207 件相關補助，唯一與本土校正有關的只有國健局於 98、99、100 年度持續委託的「慢性腎臟病防治整合型研究計畫」中的「早期診斷技術與本土性診療標準研發」子計畫，其中一項目標為：

二、建立國人腎絲球過濾率公式及慢性腎臟病的分期標準

1. 建立適合國人腎絲球過濾率 GFR 之數學計算公式、簡易公式，可減少年齡，性別、種族與體型等因素對腎功能判讀的誤差。
2. 建立慢性腎臟病分期標準和介入追蹤標準，有效延緩疾病病程，以利國家腎臟病防治計畫之落實。（財團法人生技醫療科技政策研究中心 2007a，底線為本文強調）

這項計畫相當重要，受到關注。在 2010 年出版的新版防治手冊也提到：

未來應發展台灣本土性的慢性腎臟病危險因子研究，並要盡量包含各種可能的變項，以及足夠的時間追蹤，以供整體防

12 吳寬墩(2011)指出 eGFR 有效性的爭議、本土衛教計畫成效、缺乏團體照護指引等問題。黃尚志等人(2006)以高雄民眾為樣本，進行不同篩檢工具組合（例如驗血、試紙等不同方式）的效益與準確性評估。

治計畫的制定與推行。……台灣正在發展以菊糖廓清率為基準之台灣人 eGFR 計算公式計畫。(台灣腎臟醫學會 2010: 4, 6)

但迄 2012 年本文完成時，此目標仍未實現，¹³ 而全國防治計畫已在 2011 年上路。

這些迅速套用、忽略學理爭議、政策先於研究的策略，具體而微地展現在運用一篇刊登在國際知名期刊的論文的方法上。溫啓邦等人 (Wen et al. 2008) 在頗負盛名的 Lancet 期刊，發表一篇台灣 CKD 流行病學研究，其中作者們以某私人健檢機構的 462,293 名樣本，使用 MDRD 公式，估算的盛行率為 11.93%。這項研究因為樣本數驚人，加上期刊的學術聲望，成為近年政策必引用的文獻，更是建構當前十年 CKD 防治政策的「改善方案」中，唯一被引用的研究，後來也出現在社會宣傳（前言中的報導一），溫啓邦也在許多政策會議場合出席說明其發現。

相較此研究挾「國際」頂尖期刊而來的大量曝光率，筆者找到從未在本地相關討論被提到、當期同時刊出的兩篇評論。其一質疑此研究用的 eGFR 公式是否適合台灣樣本，因為美國非裔人口需要乘以 1.21 的係數校正 (Delanay et al. 2008)，而日本本土研究中，也發展 Japanese Society of Nephrology-Chronic Kidney Disease Initiatives (JSN-CKDI) 公式，乘以 0.763 的係數校正 (Imai 2007)。另一指出此研究高齡人口過高，以及某些數值判斷（例如 eGFR 低於 60，但沒有其他腎病指標異常者，亦被列入）可能誇大盛行率 (Glassock et al. 2008)。總歸而言，本地使用 eGFR 「原裝進口」指標估算、制訂政策，與當前國際潮流背道而馳，受到質疑。

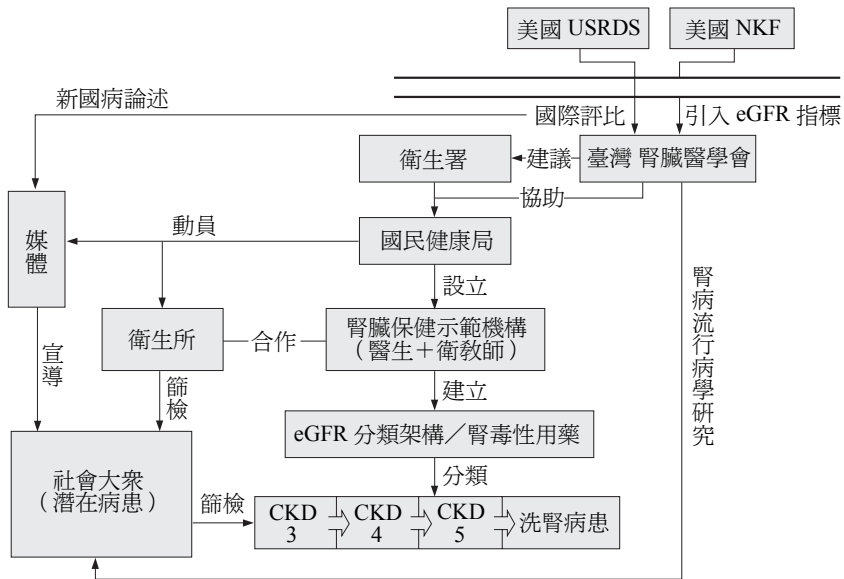
總之，在透析醫療造成官方與腎臟專業強大壓力的危機中，腎臟醫界動員新國病論述與黑盒化 eGFR 指標，提供明確訊息：擴大 CKD

13 據了解目前該計畫正在整理成果、投稿發表。後續仍需以大量資料驗證，才有臨床依據。

防治，可延緩腎病惡化至洗腎，進而解決透析財務與新國病危機，因此慢性腎病防治體制是解決健保危機的機制。這成爲面臨危機的各種行動者，對於 CKD 的共同「病理——政策」認識基礎。

(四) 計畫導向政策與 CKD 體制轉變

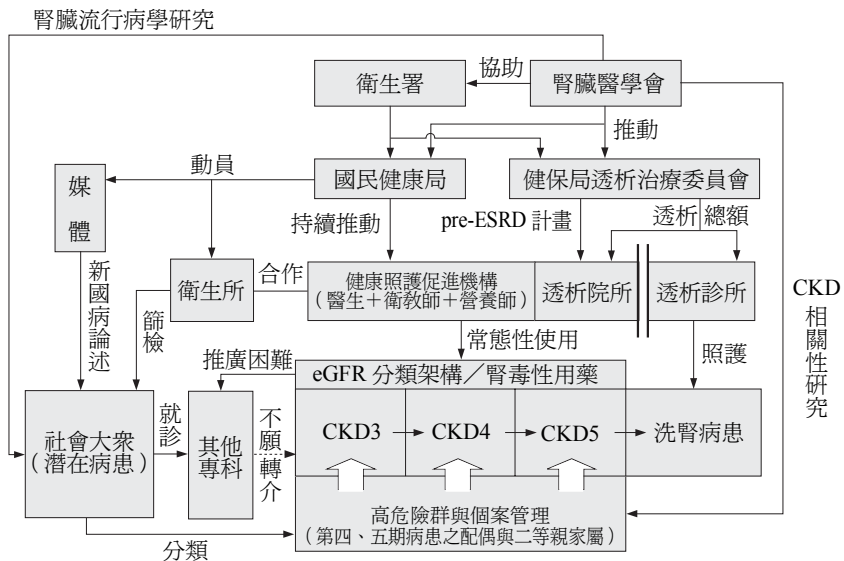
上述認識基礎如何成爲 CKD 體制？以下闡述實現過程與問題點，可釐清此治理體制轉變的特色。首先是引介期，從 2003 年起腎臟醫學會開始在五家腎臟保健示範機構試辦推廣 eGFR 與 CKD 分期。臨床與社區推廣上，整合醫師、護理人員、營養師等醫事人員之團隊運作，進而整合在地資源（衛生所）與協助院所，執行慢性腎臟病個案管理、高危險群篩檢、跨科際個案轉介與教育活動，爲不同病程的病患提供諮詢和衛教（圖四）（國民健康局 2010）。這體制由一開始的五家試辦教學醫院，後續推展爲更多「腎臟健康促進機構」。腎臟醫學會、國健局也於此時開始宣傳國際評比與新國病問題。



圖四 2003 年的 CKD 體制雛形：引介期

2007年起，進一步在透析院所內部推廣。健保局的透析執委會，根據健保費用協定委員會決議，委託腎臟醫學會規劃、健保特約院所執行，開始推動「衛教計畫」，更具體地針對CKD 3到5期的病患，以及高危險群進行篩檢、衛教追蹤與個案管理（圖五）。到2010年已有近三百家院所參與，總收案人數達60,648人（中央健保局2011）。在社會宣導上，2007年起，根據腎臟健康促進計畫，每年全台各縣市至少有一醫療院所，在世界腎臟日舉辦篩檢與宣導（中國時報2010/2/5；台灣時報2010/3/13；民衆日報2010/3/6；聯合報2010/3/7, 2010/3/8, 2008/3/10）。

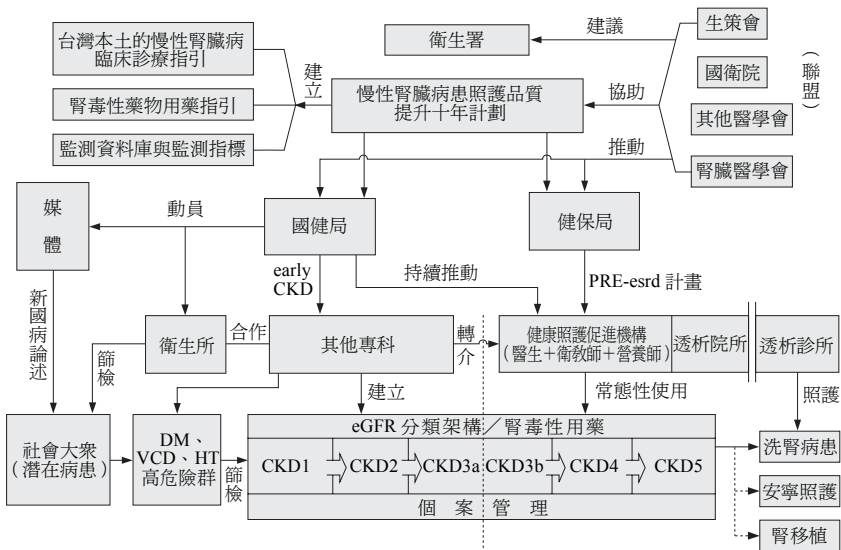
這幾年的CKD政策推展，不斷面臨嚴重問題。一方面，其他專科因與腎臟科的既有「隔閡」、技術問題，更怕病患流失，因此不願轉診配合篩選，造成CKD無法跨出腎臟科（圖五左下）。另一方面，目前CKD是以計畫導向的政策所推動，每年申請執行計畫的形式，不確定性大，影響院所執行與人事穩定性，不利發展。關鍵之一為計畫執行問題：2011年之前，都是每年檢核成果再重提計畫，造成一月一日開始的計畫，必須到四、五月才確定預算，所以後半年必須有大



圖五 2007年起的CKD體制：內部推廣期

量醫護人力與病患，才能達到全年收案量。因此，幾乎只有醫學中心才有配合計畫的彈性與能力，也唯有如此，才能消耗預算、衝高執行績效，展示成果並間接「證實」擴大推廣的必要性。

也因此，在策略發展上，醫學會主導者認為必須有長期政策承諾，才能吸引院所投入；而跨專科部分"no money no talk"，要提供給付且必須放棄腎臟科主導形象，才能突破困境，加強轉診合作。於是2010年開始與跨專科、國衛院等合作規劃的「十年計畫」，將篩檢標準提高到 CKD1 到 3a 期，給付其他專科篩檢糖尿病(DM)、高血壓(HT)、心血管疾病(VCD)患者，並納入追蹤。期望在所有專科建立 CKD 架構，並在腎病發展到 3b 期時，將病患轉介到腎臟科，建立完整的個案管理（圖六）。



圖六 2011年起的CKD體制：擴張期

上述體制轉變顯示，腎臟專業得以迅速套用知識、推動 CKD 體制的關鍵是這些計畫。從 2001 年到 2011 年，CKD 體制在「腎病健康促進機構試辦計畫」、「慢性腎臟病政策規劃計畫」、「全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」、「慢性腎臟病防治科技研究計畫」、「慢性腎臟病患照護品質提升十年計畫」中成形。儘管

計畫目標在於解決被視為全國性的疾病，然而其規劃、執行與評估，卻仰賴一個相當特定的團體：腎臟醫學會。醫學會以這些計畫為基礎推動政策的機制，在此稱之為「計畫導向政策機制」，其中包括政策規劃、執行與評估政策的能力。

這個機制運作方式如下：首先，在政策規劃面，由於衛生署、國健局與健保局缺乏臨床政策規劃能力，因此面對透析財務與新國病危機，醫政單位只提出目標與預算，以委託計畫的形式，請專業團體（主要是腎臟醫學會）規劃與實施，逐步形成政策。從一開始，在計畫導向的規劃模式中，因為屬於既定政策，加上執行者也多為醫學會相關主導者，¹⁴所以規劃方向有高度共識，致使CKD架構能原封不動地成為政策依據。

其次是計畫的執行。「十年計畫」之前的篩檢、衛教計畫都是以一年為期限，因此每年都歷經提計畫、執行、檢視成果，然後編列下一年的循環。在醫學會作為主要政策規劃者與績效指標制訂者的情形下，早期計畫執行也是靠學會熱心者努力邀請而組成。加上學會核心多為醫學中心、教學醫院資深醫師，在執行面較未考量中小型院所立場，也難以納入不同思維。¹⁵更因為前述每年預算核定機制造成計畫核定延遲，因此整個CKD體制擴張過程，主要倚靠大型院所的腎臟科團隊歷年完成計畫績效，而順利擴充次年計畫。因此計畫執行造成的影響，也反映在以下腎臟醫界內部爭議與整體醫療體制失衡的後果。

最後是計畫成效評估與審核。計畫成效評估多在總額會議場合，參與成員多為腎臟醫界。如上所述，因為屬於既定政策，儘管腎臟醫學會在這些場合不具主導力量，且參與者因院所執行能力有別、面對

14 醫學會主導者多為醫學中心、教學醫院的教授醫師，多為穩定型醫師，且其畢業學校高度集中（陳端容 2004；陳端容、范國棟 2007），加上醫學中心的學術傾向，因此醫學會的政策規劃，往往與身兼中小型院所主管的委員的想法有相當落差。

15 本案例中的政策決策體制被高度「生物醫療化」。例如，儘管健保給付中醫，中醫對慢性腎病有不同觀點，也有治癒案例的報導（田安然 2007: Ch1, 6, 11），但當前台灣以西醫主導的醫療決策過程中，從未考慮中醫這種醫療策略的可能性。

透析體制危機有不同策略等因素，不盡然支持 CKD 計畫。但由於總額執行會議往往牽涉透析預算，這使官方能以「CKD 計畫減緩透析人數成長」與「有助於透析預算」的方向，弭平異議。在這種機制下，討論焦點往往成為預算等技術性問題，例如環繞著「衛教計畫」的經費是否由透析總額支出與執行率高低，並未確實評估計畫成效。甚至，腎臟醫界與醫政單位其實都瞭解以下 CKD 計畫的社會影響，有時在計畫評估時也會討論，然而，因為計畫導向的緣故，並沒有確實檢討與回饋到新計畫架構。

六、CKD 體制的社會影響

這個套用 eGFR 指標、迅速發展的 CKD 治理體制，造成在地的專業分化與擴權、加深醫療體制失衡、醫源病等問題。

（一）腎臟醫學會地位反轉

Patrick Castel (2009)在討論法國癌症臨床指引發展與落實的過程中，指出組織與個人為改變其地位，藉由指引發展過程，轉變跨專科、機構與個人層次的動態政治關係；台灣的腎臟醫界也有類似轉變。先前在透析健保財務危機下，腎臟醫學會不斷受到醫政單位、其他專科與社會質疑，但藉由策略性動員新國病急迫性與掌握知識，醫政單位反過來只能仰賴腎臟醫學會提供解決方案。腎臟醫學會逐漸成為規劃者、執行者以及評估者的機構。不但腎臟醫療專業地位大幅反轉，當前的 CKD 體制，也成為腎臟醫學會腎病防治委員會主委口中理想的 NCKD (New Cardiac-Kidney-Diabetics)：以腎病為核心整合心臟科、腎臟科、新陳代謝科的體制。

相較其他國家經驗，可見 NCKD 並非理所當然。在英國推展 CKD 臨床指引過程中，是由健康與臨床卓越國家中心(National Centre for Health and Clinical Excellence)、皇家內科學會的腎臟協會(Renal Association, Royal college of internal medicine)、蘇格蘭跨學會指引協

會(Scottish Intercollegiate Guideline Association)等跨專科團隊參與制訂，過程中也引入「指引研究與評估準則」(Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation)，評估指引制訂參與者廣度、發展嚴謹度、證據調查、實用性，以及編輯者中立性的問題(Wen et al. 2008)。

以皇家內科學會所訂定的「成人慢性腎病指引」(Chronic kidney disease in adults)來說，參與成員包括相關腎臟專業組織(Renal Disease of the Royal College of Physicians of London、Renal Association、Society for District General Hospital Nephrologists、National Kidney Federation)、皇家家庭醫學會(Royal College of General Practitioners)、臨床生化協會(Association for Clinical Biochemistry)、英國老年醫學會(British Geriatrics Society)、英國糖尿病專業諮詢委員會(Professional Advisory Council of Diabetes UK)等單位。在 2005 年，英國衛生部也針對慢性腎病召集跨醫療、管理、照護專業等，建立「國家腎病服務架構」(Renal Service National Framework)為防治政策(Royal College of Physicians 2006)。推廣後，根據其每兩年的政策評估，證實 CKD 除了有演變為末期腎衰竭的問題外，還有引發心血管疾病的主要風險(Department of Health 2005)。因此，2007 年英國將 CKD 防治連同已有的糖尿病、心臟病、中風等體系，整合進衛生部的心血管疾病防治計畫(Stevens and Tomson 2009)。儘管台灣與英國各自以腎臟、心臟科為核心都可能是合理的，然而，台灣由單一學會主導、計畫導向的政策形成基礎，則大幅降低 NCKD 體制的正當性。

(二) 專業分化的擴張

新資源挹注讓腎臟專業地位翻轉，卻造成專業分化的權力擴張。在健保財務吃緊的總額控管體制中，政府相當罕見地在「十年計畫」第一期四年時，即規劃挹注每年約四億元預算。然而，儘管腎臟專業翻身是集體受益，但此擴張手段卻未獲得其專業集體的認同。這種專業權力擴張而內部政治歧異的現象，是既有醫療化研究較少著墨之處。

腎臟醫學會急速推動政策，忽略在地體制現實是導致專業內部歧異的原因。首先，因為總額制壓力，CKD 政策討論場合往往可見腎臟專業內部有「績效策略派」、「根本策略派」與「理想派」的辯論。「績效策略派」意指腎臟醫學會與願意配合推廣 CKD 防治的醫師，他／她們「控制腎病作為總額議價手段」，希望以執行 CKD 計畫的成效，表示配合政策以洗刷腎臟科污名，並藉此作為向健保局爭取總額放寬的議價策略。

然而，「績效策略派」受到兩派的質疑。一派是主張應該直接爭取總額的「根本策略派」，主要是基層開業腎臟醫師與院所負責人。他／她們認為當前總額控管與零成長才是問題根源，並批評「績效策略派」提出 CKD 計畫作為績效目標，期望換取透析預算會吃力不討好，因為這無異將健保局無能解決透析財務不足的問題，轉以 CKD 計畫成效為名目攬到醫界身上（尤其近年 CKD 計畫部分預算又是從透析總額的保留款中支出）。因此，CKD 政策只會模糊焦點，根本問題應當是研擬如何爭取總額資源。

另一些「理想派」的醫師，則認為績效派的策略污辱了腎臟專業。他／她們認為延緩腎病的惡化、在合理預算給付下照顧透析病患，都是醫師的天職。但因為兩者在病程與利益上的衝突矛盾，使得這兩件一致的事情似乎變成衝突。所以當健保局以執行 CKD 計畫為誘因，透析人數增加總額稀釋為要脅，其實暗指腎臟科醫師為坐享洗腎人數增加帶來的利益，而不願防治；加上 CKD 計畫提供資源，更坐實腎臟科醫師只為錢做事的罪名。因此，理想派認為，這充分表現官方不信任醫師專業與污辱醫德，腎臟醫學會與之合作，更不恰當。

其次，這種分化也來自於院所規模、執行能力產生的專業分化。目前腎臟醫界生態是，主導 CKD 政策的腎臟醫學會主要由受雇於醫學中心的醫師掌握，而自營中小型院所的多數醫師則無機會參與決策。這狀況間接因計畫執行技術性問題、院所規模與成本考量，複製到執行 CKD 計畫的意願與能力上。

儘管有額外收益，對慣於執行透析的小型院所來說，參與 CKD

計畫除了要投注衛教人力、整合專科共識，甚至必須應付複雜的資料申報與處理，造成額外成本而影響執行意願。即使推廣期間，某些大醫院曾義務提供營養師與衛教師，以母雞帶小雞模式推廣，免費支援人力。但這些方式對中小型院所來說，在缺乏轉診制的狀態下，容易使病患產生「我直接到醫院看就好」、「醫院比較完整」的心態，而後流失病患。在權衡得失後，中小型院所普遍未參與。

最後，是CKD體制與透析體制的預算面矛盾。2007年開始的「衛教計畫」，到2010年底為止，提供CKD體制一半以上的財源。此預算來自透析總額中劃出的「品質保證保留款」，而這原本是各透析院所的潛在收入。對中小院所來說，原本可獲得的收益，卻變成必須配合執行CKD計畫、付出額外成本才能拿到；即使有心爭取，也因上述執行面問題遭遇困難。因此，在政策討論場合，無法或無意願參與的基層院所代表，雖然不總是反對CKD政策的重要性，但卻屢在技術上質疑預算使用於CKD防治的合理性，希望保留為透析預算。

這些理念、預算與執行面差異，在CKD體制形成過程中，使五百餘家透析院所，逐漸分化。其中，大型院所具有較充足資源和充分門診數量，因而容易執行CKD計畫，而小型院所則顯得興趣缺缺。如此，CKD體制提供的資源與誘因，以及政策的優勢地位，不但無法使腎臟專業在理念上達成共識，執行能力也不均質地分配在醫院與基層診所的醫師間，更因爭取資源的不同策略思考引發專業內部矛盾。這是一種忽略在地現實，造成專業分化的專業權力擴張。

（三）惡化失衡醫療體制

急速推展的CKD體制也惡化台灣醫療體制的失衡。健保不但無法落實轉診制度，更在實施總額制度後，造成醫院大開門診，減少急重症和住院服務的趨勢，更加危害「基層看小病、做長期照護，院所看急重症」的精神。當前現實狀況已經是大型醫院門診門庭若市，而地區醫療院所急速萎縮（黃煌雄等人 2010: 667）。

當前CKD防治體制，是標準公衛意義下的預防醫學範圍。理想

上，無論就社會及醫療成本來看，都應該由基層院所與衛生所長期照護。然而，因為上述規模（申報、衛教人力）、意願與計畫執行的技術問題，加入 CKD 計畫的院所比例嚴重失衡：從 2006 年 11 月開辦 Pre-ESRD 衛教計畫起，到 2012 年 12 月為止，醫院（醫學中心、區域醫院、地區醫院）與基層診所執行比例一直相當懸殊。以 2012 年為例，參與醫院數共 162 家，占有透析醫院（250 家）的 64.8%；參與之基層診所共 44 家，占有透析診所（312 家）之 14.1%，而當年醫院與基層之新收案人數分別為 21,252 人與 765 人。平均後，當年每醫院平均新收 131.2 人（尚未將各級醫院落差納入計算），每基層診所為 17.4 人。歷年落差皆頗大。¹⁶ 歷年累積後，人數差距相當可觀（行政院衛生署中央健康保險局 2013）。

因此，在資源分配上，CKD 體制加重惡化台灣醫療體制不均衡發展的趨勢，使醫學中心與區域醫院更大、基層院所更小。這種趨勢其實也體現在專業分化中，反對推動 CKD 政策者大多是基層院所代表，贊成者則多是大型醫院代表。

（四）個人醫療化與醫源病隱憂

除了集中化，CKD 體制也同樣惡化「個人醫療化」的趨勢，並極可能因為醫療品質惡化與支持不足，造成醫源病。這反映 CKD 體制拓展過程中只套用外來知識，未考量在地因素的問題。

首先是未考量當前醫療專業能力。參與政策討論的人士並不看好將估計中的一百九十萬潛在患者全納入 CKD 個案管理，遑論高達七百萬高危險群。除了經費與效益問題外，在現有一千兩百餘名腎臟科專科醫師、每年新領照人數五十人的人力狀況下，若連第一期患者都納入個案管理，將壓垮腎臟科。這或許是杞人憂天，但當前許多專科診所都已開始篩檢病患，申報早期 CKD 預算。可以預見在有限人力

16 從 2006 年到 2012 年，醫院之於診所的收案人數倍數分別為 10.9、8.9、19.4、9.7、8.2、5.8、7.5 倍（行政院衛生署中央健康保險局 2013: 24）。

下，服務對象若大幅增加，必然大幅降低照護品質，而降低醫療效果。

再者是忽略本地民衆的醫療文化與習慣。當前 CKD 體制，以大量篩檢、標示將病患帶入 CKD 認識架構，希望提高病患病識感。不過，在缺乏充分考量病患就醫模式、也缺乏本土照護指引的情形下（吳寬墩 2011: 46），加上本地存在多元醫療文化，且高達 76.4% 的民衆習慣混用多種療法（丁志音 2003；張珣 1989；林佳寬等人 2009）。因此，病患往往會「自力救濟」，憑著社會網絡與常識參考系統，多元地嘗試處理疾病(Calnan 1987)。既有研究已指出，民衆被診斷出腎臟病後，在恐懼「敗腎」、洗腎的狀況下，會更積極尋求「包治」、「免洗腎」的偏方與各式療法，即使在洗腎後都不例外（林文源 1998, 2009, 2012）。筆者田野訪談時，也發現 CKD 病患不但逐漸因為工作、體力、喪失求醫意願而中斷看診，更因為文化親近性與便利性，瞞著醫護人員使用另類醫療。¹⁷

簡言之，在當前廣泛篩檢的狀況下，如果無法有效支持病患持續配合衛教與追蹤，以及確保就醫信心，避免病急亂投醫，極可能只是讓更多民衆提早開始使用各種藥物，加速腎臟衰竭的速度。結果，CKD 防治體制擴張反而可能成為醫源病的根源。

七、自我後進化的知識、專業與體制

不同於以先進國經驗所發展的全稱式、普同性醫療化裡論，本案例深入探討後進國醫療化模式的後進意涵，在此，本文稱之為專業、知識與體制的「自我後進化」。首先，是醫療專業直接套用的自我後進化策略。醫療化的典型討論中，呈現醫療專業藉由「發明」、「擴張」知識與疾病類屬，而在社會爭議、競逐中，逐漸磨合而創造疾病(Conrad and Schneider 1985)。台灣 CKD 體制呈現不同治理模式：醫療

17 本研究追蹤九位病患達一年，有五位長期使用另類醫療，但其中兩位並未告知醫護人員。

專業引進既有知識架構時，即使清楚知道本土變異性、他國政策經驗以及 eGFR 爭議，仍運用論述宣傳（國際評比與新國病）、黑盒化知識（未進行在地校正的 CKD 公式與係數）、忽略爭議（eGFR 爭議與在地脈絡）等策略，推動 CKD 防治。簡而言之，後進國醫療專業是藉由這些策略迴避爭議，直接引入片面知識以創造疾病。

其次，是自我後進化而產生的「先進」知識。本地醫療專業、政策與社會，長期以來習慣於接受先進國家的知識（曾凡慈 2008, 2010; Wu 2012; Chen 2009）。但本地套用 CKD 知識架構，並非單純地因為先進國知識被視為普遍、先進的而擴散到後進國，或是如批判醫療霸權的政治經濟學者強調的後進依賴，反而是自我後進化的成果。對腎臟專業而言，國際數據、公式指標並非單純地被視為普遍適用；相對地，種種資料顯示，腎臟醫學會清楚瞭解 eGFR 知識架構在各國政策與學理上的爭議，但此架構能在本地維持不變，完全是仰賴腎臟醫療專業在社會論述、學理、政策上迴避爭議，訴諸國際、歐美國家，甚至頂尖期刊的「先進」光環，而黑盒化 CKD 指標的多重努力。在此意義下儘管 eGFR 指標源自「先進」國家，但其作為知識的先進地位，反而是本地自我後進化所達成的策略性成就。¹⁸

最後，是專業、知識與後進化治理體制的關連。相較強調國際政治經濟依賴結構的國際醫療化，與以先進國經驗中專業策略為主的全稱式醫療化，「先進」知識、專業策略的作用，牽涉到治理研究強調的在地政府、政策脈絡的影響(Jasanoff 2005; Dunn 2005; Irwin 2008)。本文發現，體制因素是容許知識與專業的自我後進化關鍵之一。不可否認，本地 CKD 政策主事者與執行者有其良善意圖。然而，政策背後的計畫導向政策機制造成了制度性機會與誘因，使腎臟醫學會能避開學理、社會，甚至醫界疑慮，使充滿爭議、不確定是否適用於本土民衆與醫療現實的知識架構，在數個計畫的規劃、執行、評估循環中，建構全國防治方案。簡言之，計畫導向機制使 CKD 防治體系在

18 極佳的對照是官方與腎臟醫界大力宣揚本地透析醫療品質遠高於美國。

相對封閉的政策循環中迅速成形。

從整體體制角度思考，本文所謂的自我後進化所造成的後進處境，不單純是知識、科技或專業發展的先後，更必須強調體制層面的意義：首先，從透析醫療到 CKD 體制，在治理機制上，因為醫政單位無能為力，造成醫療專業無心回應在地需求，策略地宣揚「新國病」並黑盒化「先進國」知識作為解決方案。其次，計畫導向的政策機制，無法將更多意見與回饋納入規劃、執行與評估過程的處境。最後，在上述背景套用先進知識架構後，造成在地社會、醫療體制的影響，也無法有效回饋到政策修訂過程。這些是使我們無法認識、面對在地現實，造成自我後進化的治理體制。

八、結論

不同於經典醫療化理論，台灣慢性腎病的醫療化模式為「自我後進化」：計畫導向的政策機制賦予醫療專業制度機會，扭轉地位，醫療專業則以片面知識與論述策略，型塑問題與解決方案。在此過程中，充滿爭議的知識則被黑盒化為先進、普遍知識，應用於後進化的在地。因此，本文認為台灣慢性腎病危機與其解決方案，是在本地醫療體制與「國際」因素互動中浮現的。這個關鍵差異能批判源自先進／科技原生國經驗的醫療化理論侷限，以正視後進國家的醫療化經驗。

本文由治理角度指出，腎臟醫療專業面臨透析醫療體制危機時，藉由計畫導向政策機制，引入國際數據與黑盒化指標，重新定義腎病問題、改變自身專業地位，更轉變醫療體制。其中，體制焦點由數萬名洗腎病患擴大到本地三分之一人口，問題範圍由五百餘家腎臟科透析院所擴大到全國跨專科防治體系，預算層面由嚴格控制的透析總額轉為積極投資的防治預算，而飽受污名的「洗腎醫師」則成為挽救新國病的政策規劃、執行與評估者。

因為忽略在地現實，這個體制的社會影響與經典醫療化案例也有

差異。儘管看似專業擴權，但本地腎臟醫界在理念、預算與執行面差異下，不盡認同此擴張與發展，形成專業分化的擴權。CKD 體制急速發展也造成院所分化，並加重惡化台灣醫療體制失衡的趨勢，更進一步，CKD 體制產生大量病患，不但會造成醫療品質惡化，在本地民衆習慣尋求另類療法的脈絡下，更容易造成醫源病。

上述討論有實務與學術上的幾種意涵。實務上，儘管筆者認同 CKD 政策推動者的專業理想與付出，也不否認本地腎病危機的嚴重性，但目前的防治體制將有礙貫徹專業理想與解決危機的目標。根據上述討論，筆者對 CKD 防治提供以下建議：知識面，未來政策規劃與評估時，應當更爲充分地檢視既有文獻、國外經驗、本地體制因素，避免單純追隨國際趨勢，採信片面證據。政策面，應改進計畫導向的政策循環，檢討政策形成與評估機制，尤其是針對目前已經擬定的十年計畫，應設置獨立審議機制，納入執行單位之外的成員，逐步檢視政策的實證依據與執行成果，爲政策品質與預算把關。組織面，應當研擬如何釋放大型院所的長期慢性病門診，並健全中小院所的醫療品質與能力，以均衡醫療體制，減少社會與醫療資源浪費。臨床面，應先釐清致病因素、在地人口特質與就醫變因，並調整篩檢工具與發展配套治療措施，有效協助病患。

學術上，在醫療社會學領域，本文從後進國醫療治理轉變的經驗出發，批判經典醫療化論述缺乏「國際與在地互動」的盲點。身爲後進國，台灣的整體醫療環境深受各種國際與在地因素互動的影響，累積此面向的研究，將有助於理解本地醫療治理中的專業、知識與政策所受的多重影響。本文在既有 STS 後進治理研究基礎上，從體制分析的角度，呈現非單純「先／後」問題的多重自我後進化策略與獨特體制意涵，作爲瞭解後進國在地醫療治理的新方向。

最後，對於國際與在地社會學研究而言，除了醫療，我們尚可觀察到類似的後進化處境表現在科學、工程，甚至人文社會知識與專業的發展中，這幾乎成爲當前本地知識／政策／社會發展的共同問題。延續筆者發展的體制分析，本文追溯社群、制度、物質、知識與論述

的漂移實作與轉變，指出將源自其他社會的知識套用在不同脈絡的侷限。希望這種以整體視野定位異質實作的分析架構，有助於正視在地的經驗與問題意識，進而釐清國際與在地的多重關連。

誌謝：本文源自國科會「描繪社會性的紋理：以血液透析病患團體為例」(94-2412-H-007-006-)、「行動中的身體：血液透析操作中的轉化性行動能力」計畫(95-2412-H-007-005-MY2)之研究累積，主要研究資料來自筆者執行中央研究院社會學研究所「台灣慢性腎病防治體制建立過程與實作之社會學考察」來院訪問研究案所完成。筆者感謝國立清華大學通識教育中心提供進修機會，以及中研院的獎勵與經費支持，使作者能有充裕時間與資源進行此研究。更感謝訪問期間，蕭新煌所長、訪問指導張苙雲研究員，以及王甫昌、呂玉瑕、吳齊殷、林宗弘、柯志明、張晉芬、謝國雄、蔡友月、蕭阿勤等師友的指導與交流，以及社會所行政同仁諸多協助，使本研究順利進行。筆者希望感謝無法具名的受訪醫師、官員、衛教師、營養師、病患與其他相關人士，所提供的寶貴意見。本文為長期研究累積而成，感謝歷任研究團隊中，吳映青、陳奐宇、李容慈、韓采燕、蔡明傑、曾柏嘉、江順楠、陳紫婷、洪薇嵐等人，六年來在不同階段的田野工作、資料蒐集與文稿整理上，提供重要協助。本文部分構想曾於2011年中研院社會所訪問成果演講中提出，感謝林宗弘、柯志明、章英華、湯志傑、蔡友月、蕭阿勤等師友的意見。本文初稿亦於2011年國立中正大學哲學系暨研究所之「中正跨領域哲學講座」發表，感謝講座主持人陳瑞麟教授，評論人周平、蔡友月，與謝世民教授的建議。最後，本文在發表期間，承蒙《台灣社會學》張晉芬、傅仰止兩位主編、編委會、審查委員們提供寶貴評論與修改建議，編輯謝麗玲小姐重要的行政與編輯協助。作者衷心感謝以上諸多師友的協助，才使本文能在理論、架構與文字上以目前較為嚴謹的面貌呈現。

參考文獻

- 丁志音 (2003)誰使用了非西醫的補充與另類療法？社會人口特質的無區隔性與健康需求的作用。台灣衛誌 22: 155-66。
- 大成報 (1994) 兼顧醫療品質，減少浪費。健保籌備處：醫療單位應提合理費用。1月22日。
- 天下雜誌編輯部(2009)戰腎台灣新國病。天下雜誌網頁 <http://www.cw.com.tw/article/article.action?id=36888>
- 中央社 (2010) 台灣洗腎全球第 1，腎臟保健別輕忽。3月6日。
- 中國時報 (1994) 全民健保洗腎者將使用 IC 卡。1月13日。
- (1995) 三四兩月，中醫牙醫及洗腎給付超出預算，未來健保每月給付將逾一百七十億元。健保局籲醫界及民衆節制不必要醫療行爲。6月12日。
- (1996)取締不法醫療，保障合法醫師權益。三醫師團體聲明支持。2月16日。
- (1996) 抑制浮濫洗腎，衛署公告規範：開具診斷證明，初步決定以腎臟醫學會認可的教學醫院爲主。4月25日。
- (2010)《咱的社會》愛腎護腎更勝洗腎。2月5日。
- 田安然 (2007) 中西醫結合義理探要。台北：知音。
- 台灣時報 (2010a) 台北醫院愛腎護腎講座。3月13日。
- (2010b) 吳揆下令，嚴抄地下電台。3月12日。
- 台灣腎臟醫學會(2011) 腎利人生網站：腎病指標。台灣腎臟醫學會網頁 http://kidney.tsn.org.tw/pup/p1_07_01.htm
- 編(2007)慢性腎臟病防治手冊。台北：行政院衛生署國民健康局。
- 編(2010)慢性腎臟病防治手冊。台北：行政院衛生署國民健康局。
- 民生報 (1990) 防治腎疾，從學齡時期做起。國中小學生尿液，九月全面篩檢。8月16日。
- (1995) 專科醫師制，非腎臟醫學會獨斷。10月10日。
- (1996) 洗腎中心花招盡出，究竟誰之過？3月9日。
- (1999) 從健保收入看各科醫師風水——洗腎科一年 3705 萬領先，復健 1140 萬居次。5月26日。
- (2002) 元月起洗腎，獨立總額給付，防杜醫院挑病人弊端，健保局創單一疾病訂定總額給付先例。12月31日。
- (2003) 成人尿毒症，盛行率發生率，全球第二，每 563 人就有 1 人洗腎，凸顯腎病患未控制飲食、濫用偏方。12月12日。

- (2005) 末期腎臟病新發生個案，台灣躍居全球第一，令人憂。1月11日。
民衆日報 (2010) 愛腎園遊會嘉基有請。3月6日。
自立晚報 (1996) 李總統給健保局下四帖藥 巡視健保局作出指示。5月9日。
自由時報 (2001) 洗腎病患，年增加六千人—— 健保給付因而增加三十八億兩千多萬元。醫界將與衛署合作推廣「愛腎運動」。2月9日。
- (2001) 莫讓洗腎拖垮健保。5月24日。
行政院衛生署 (2011) 100 年度全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫。台北：行政院衛生署。
- 行政院衛生署中央健康保險局 (2011a) 門診透析總額聯合執行委員會 100 年第一次會議資料。台北：行政院衛生署中央健康保險局。
- (2011b) 全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案。台北：行政院衛生署中央健康保險局。
- (2013) 全民健康保險醫療給付費用門診透析服務研商議事會議資料。台北：行政院衛生署中央健康保險局。
- 宋俊明、黃建鍾 (2007) 慢性腎臟病診斷與臨床評估。見台灣腎臟醫學會編，慢性腎臟病防治手冊，頁 52-55。台北：行政院衛生署國民健康局。
- 李素慧 (2003) 總額預算制度下基層透析診所的經營策略研究。台北：台灣大學國際企業研究所碩士論文。
- 沈能元 (2010) 比率世界第一 腎病成「新國病」。蘋果日報，3月8日。
- 林文源 (1998) To Be or Not To BE: 長期洗腎病患的生活、身體經驗。新竹：清華大學社會人類學研究所碩士論文。
- (2006) 漂移之作：由血液透析病患的存在與行動談社會本體論。台灣社會學 12: 69-140。
- (2008) 漂移之作方法論：初論，見周平與蔡宏政編，日常生活的質性研究，頁 193-220。嘉義：南華大學教育社會學研究所。
- (2009) 病患實作經驗與患病軌跡類型：以腹膜透析病患為例。台灣社會學 17: 1-59。
- (2010) 轉變病患行動能力佈署：以台灣透析病患團體為例。台灣社會學 20: 40-99。
- (2011) 台灣透析醫療社會力的歷史轉變。台灣社會研究季刊 81: 129-186。
- 林名彥、黃尚志 (2007) 台灣慢性腎臟病／末期腎臟病流行病學過去、現在與未來。腎臟與透析 19(1): 1-5。
- 林國明 (2000) 民主化與社會政策的公共參與：全民健保的政策形成。見蕭新煌、林國明編，台灣的社會福利運動，頁 135-176。台北：巨流。

- 林寬佳、陳美麗、葉美玲、許中華、陳逸倫、周碧瑟 (2009) 輔助與替代療法之使用及其相關因素之全國性調查。台灣衛誌 28(1): 53-68。
- 吳寬墩 (2011) 慢性腎臟病次段防治。見許志成編, 2011 腎臟健康論壇之共識與建言, 頁 43-50。苗栗縣竹南鎮: 國家衛生研究院。
- 邱淑緹 (2010) 序。見台灣腎臟醫學會編, 慢性腎臟病防治手冊。台北: 行政院衛生署國民健康局。
- 國民健康局 (2010) 行政院衛生署國民健康局 99 年度提升服務品質執行計畫。台北: 行政院衛生署國民健康局。
- 許志成 (2011) 2011 腎臟健康論壇之共識與建言。苗栗縣竹南鎮: 國家衛生研究院。
- 曾凡慈 (2008) 發現「遲緩兒童」: 科學認知、權力技術與社會秩序。台灣社會學刊 15: 165-215。
- (2010) 兒童發展的風險治理: 發展遲緩、監管網絡與親職政治。台北: 台灣大學社會學研究所博士論文。
- 張珣 (1989) 疾病與文化。台北: 稻鄉。
- 陳端容 (2004) 大型醫院主管職的生涯路徑與醫師職場結構。台灣社會學刊 33: 109-155。
- 陳端容、范國棟 (2007) 醫师生涯路徑選擇相關因素的事件史分析——醫師職場階層化的效應。台灣社會學刊 38: 105-133。
- 陳萬裕 (2000) 回憶錄: 台大第一內科及我國腎臟醫學史。台北: 作者自印。
- 腎友通訊 (1985) 全民保腎・愛腎・預估明年初舉辦。腎友通訊 6: 1。
- 黃尙志 (2007a) CKD 之起始病因與危險因子之預防。台灣腎臟醫學會編, 慢性腎臟病防治手冊, 頁 10-14。台北: 行政院衛生署國民健康局。
- (2007b) 台灣慢性腎臟病防治之演進。台灣腎臟醫學會編, 慢性腎臟病防治手冊, 頁 1-4。台北: 行政院衛生署國民健康局。
- 黃尙志、陳鴻鈞、毛莉雯、黃素貞 (2006) 社區早期慢性腎病篩檢工具及效益評估。行政院衛生署國民健康局九十五年度委託科技研究發展計畫。
- 黃煌雄、沈美真、劉興善 (2010) 「我國全民健康保險總體檢」調查報告。台北: 中華民國監察院。
- 楊五常、黃尙志 (2007) 國內外慢性腎臟病防治概況。台灣腎臟醫學會編, 慢性腎臟病防治手冊, 頁 5-9。台北: 行政院衛生署國民健康局。
- 楊芝青、陳再晉、陳維昭 (2007) 我國慢性腎臟病防治工作回顧。中華民國血液淨化醫學會雜誌 12 (4): 49-56。
- 財團法人生技醫療科技政策研究中心 (2007a) 慢性腎病防治科技研究計畫: 研究主

- 題與團隊。見財團法人生技醫療科技政策研究中心網頁 <http://s2.misa.com.tw/ckd/client/ProjectList.php?REFDOCTYPID=0kzs1oykxdmjxrr6>
- (2007b) 慢性腎病防治科技研究計畫計畫：緣起。見財團法人生技醫療科技政策研究中心網頁 <http://s2.misa.com.tw/ckd/client/Intro.php?REFDOCTYPID=0kzs1nlxskew5y20>
- 蔡哲嘉 (2007) 慢性腎臟病篩檢方法。見台灣腎臟醫學會編，慢性腎臟病防治手冊，頁 14-21。台北：行政院衛生署國民健康局。
- 聯合晚報 (1991) 防治腎臟病，從小開始。我國學童罹患糖尿病、腎疾者比日本多出 2 倍。明年 7 月起，對國中小學生全面篩檢尿液，及早治療。7 月 29 日。
- (1992) 腎臟、糖尿病，中小學生隱疾。衛處篩檢，陽性反應者高達千分之 3~4，數據驚人。擬向上延伸檢驗高中職學生。1 月 6 日。
- 聯合報 (1992) 腎臟基金會將為學童免費篩檢尿液，愛腎保健明起展開「愛腎週」。11 月 11 日。
- (1994) 葉金川：成本合理、一定給付。1 月 22 日。
- (2002) 洗腎給付縮水，診所反彈，聯合舉行記者會，指控健保局違反「同病同酬」精神，表示將組自救會。7 月 20 日。
- (2006) 洗腎，一年新增七千人，比率冠全球，洗腎人數僅次日本，死亡率前年居第五位。3 月 28 日。
- (2007) 新增病患，全球第一。愛買電台藥，我尿毒病患多。9 月 19 日。
- (2008) 腎友園遊會，宣導正確觀念。3 月 10 日。
- (2008) 健保&濫用藥洗腎冠全球。8 月 13 日。
- (2010) 愛腎園遊會學童表演武術。3 月 7 日。
- (2010) 愛腎園遊會，阿公闖關拿獎品。3 月 8 日。
- 駱慧雯 (2012) 預防腎臟新國病！堅持 5 不護腎 33 原則。見華人健康網網頁 <http://www.top1health.com/Article/3104>
- Allsop, Judith (2006) Medical Dominance in a Changing World: The UK Case. *Health Sociology Review* 15(5): 444-457.
- Amulic, Borko (2007) A Review of The Body Hunters: Testing New Drugs on the World's Poorest Patents. Download from <http://nyc.indymedia.org/or/2007/09/90486.html>
- Ancarani, Vittorio (1995) Globalizing the World: Science and Technology in International Relations. Pp. 652-670 in *Handbook of science and technology studies*, edited by Sheila Jasanoff. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Armstrong, David (1995) The Rise of Surveillance Medicine. *Sociology of Health and*

- Illness* 17(3): 393-404.
- Barker, Kristin (2002) Self-Help Literature and the Making of Illness Identity: The Case of Fibromyalgia Syndrom (FMS). *Social Problems* 49(3): 279-300.
- Barnett, J. Rossa, Paulineb Barnett, and Robin A. Kearns (1998) Declining Professional Dominance?: Trends in the Proletarianisation of Primary Care in New Zealand. *Social Science & Medicine* 46(2): 193-207.
- Benoit, Cecilia, Maria Zadoroznyj, Helga Hallgrimsdottir, Adrienne Treloar, and Kara Taylor (2010) Medical Dominance and Neoliberalisation in Maternal Care Provision: The Evidence from Canada and Australia. *Social Science & Medicine* 71(3): 475-481.
- Broom, Alex (2006) Reflections on the Centrality of Power in Medical Sociology: An Empirical Test and Theoretical Elaboration. *Health Sociology Review* 15(5): 496-505.
- Brown, W. Wendy, Allan Collins, Shu-Cheng Chen, Karren King, Donald Molony, Monica R Gannon, Gigi Politoski, and William F. Keane (2003) Identification of Persons at High Risk for Kidney Disease via Targeted Screening: The NKF Kidney Early Evaluation Program. *Kidney International* 83: S50-5.
- Bury, Michael (1986) Social Constructionism and the Development of Sociology. *Sociology of Health & Illness* 8(2): 137-69.
- Calnan, Michael (1987) *Health and Illness: The Lay Perspective*. London: Tavistock.
- Calnan, Michael, and Simon Williams (1995) Challenges to Professional Autonomy in the United Kingdom? The Perceptions of General Practitioners. *International Journal of Health Services* 25: 219-241.
- Castel, Patrick (2009) What's Behind a Guideline?: Authority, Competition and Collaboration in the French Oncology Sector. *Social Studies of Science* 39 (5): 743-764.
- Castro, Alejandro F., and Josef Coresh (2009) CKD Surveillance Using Laboratory Data From the Population-Based National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *American Journal of Kidney Diseases: the Official Journal of the National Kidney Foundation* 53(3): S46-S55.
- Chen, Jia-shin (陳嘉新) (2009) *Assembling Harm Reduction Policy in Taiwan*. Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, San Francisco. PhD dissertation.
- Chen, Nan, Chih-Cheng Hsu, Kunihiko Yamagata, and Robyn Langham (2010) Challenging Chronic Kidney Disease: Experience from Chronic Kidney Disease Prevention Programs in Shanghai, Japan, Taiwan and Australia. *Nephrology* 15(S2):

- 31-36.
- Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket, and Jennifer R. Fishman (2003) Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review* 68: 161-194.
- Coburn, David (2006) Medical Dominance Then and Now: Critical Reflections. *Health Sociology Review* 15(5): 432-443.
- Coburn, David, Susan Rappolt, and Ivy Bourgeault (1997) Decline vs. Retention of Medical Power through Restratification: An Examination of the Ontario Case. *Sociology of Health & Illness* 19(1): 1-22.
- Cohen, David, Michael McCubbin, Johanne Collin, and Guilh me P rodeau (2005) Medications and the Pharmaceutical Industry. Pp. 275-291 in *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, edited by Peter Conrad. New York: Worth.
- Conrad, Peter (1992) Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 16: 209-32.
- (2005) The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health & Social Behavior* 46(1): 3-14.
- (2007) *The Medicalization of Society : On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, Peter, Thomas Mackie, and Ateev Mehrotra (2010) Estimating the Costs of Medicalization. *Social Science & Medicine* 70(12): 1943-1947.
- Conrad, Peter, and Joseph W. Schneider (1985) *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Columbus, OH: Merrill.
- Conrad, Peter, and Leiter, Valerie (2004) Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behavior* 45 (Extra Issue: Health and Health Care in the United States: Origins and Dynamics): 158-176.
- Coveney, Catherine M., Brigitte Nerlich, and Paul Martin (2009) Modafinil in the Media: Metaphors, Medicalisation and the Body. *Social Science & Medicine* 68(3): 487-495.
- Daly, R. W. (1999) Medical Imperialism in the Congo? *Nutrition* 15(11-12): 936-937.
- de Jong, P. E., M. van der Velde, R. T. Gansevoort, and C. Zoccali (2008) Screening for Chronic Kidney Disease: Where Does Europe Go? *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 3(2): 616-623.
- Delanaye, Pierre, Etienne Cavalier, and Jean-Marie Krzesinski (2008) Commentary: Chronic Kidney Disease in Taiwan. *The Lancet* 372(9654): 1950-1951.

- Dent, Mike (2006) Disciplining the Medical Profession? Implications of Patient Choice for Medical Dominance. *Health Sociology Review* 15(5): 458-468.
- Department of Health (2005) *The NSF for Renal Services, Part Two: Chronic Kidney Disease, Acute Renal Failure and End of Life Care*. London: Department of Health.
- Dunn, Elizabeth C. (2005) Standards and Person-making in East Central Europe. Pp. 173-193 in *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, edited by Aihwa Ong and Stephen J. Collier. Malden, MA: Blackwell.
- Few, Martha (2007) "That Monster of Nature": Gender, Sexuality, and the Medicalization of a "Hermaphrodite" in Late Colonial Guatemala. *Ethnohistory* 54 (1): 159-176.
- Foley, Robert N. (2010) CKD & Outcomes in the General Population: Which Test, Which Formula? ASN 2010 USRDS Posters. Download from http://www.usrds.org/2010/pres/a_specess/USRDS_Session_Foley_CKD_&_Outcomes_usrds_background.pdf
- Foucault, Michel (1975) *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Vintage.
- Freidson, Elliot A. (1970) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Furedi, Frank (2006) The End of Professional Dominance. *Society* 43(6): 14-18.
- Geltzer, Anna (2009) When the Standards Aren't Standard: Evidence-based Medicine in the Russian Context. *Social Science & Medicine* 68(3): 526-532.
- Glasscock, Richard J., and Christopher Winearls (2008) An Epidemic of Chronic Kidney Disease: Fact or Fiction? *Nephrology Dialysis Transplantation* 23 (4): 1117-1121.
- Glasscock, Ricjard, Meguid EI Nahas, and Christopher Winearls (2008) Commentary: Chronic Kidney Disease in Taiwan. *The Lancet* 372(9654): 1949-1950.
- Guh, Jinn-Yuh, Hung-Chun Chen, Jung-Fa Tsai, and Lea-Yea Chuang (2007) Herbal Therapy is Associated with the Risk of CKD in Adults not Using Analgesics in Taiwan. *American Journal of Kidney Diseases* 49(5): 626-633.
- Hafferty, Frederic W. (2006) Medicalization Reconsidered. *Society* 43(6): 41-46.
- Hsu, Chih-Cheng, Shang-Jyh Hwang, Chi-Pang Wen, Hsing-Yi Chang, Ted Chen, Ruei-Shiang Shiu, Shiow-Shiun Horng, Yu-Kang Chang, and Wu-Chang Yang (2006) High Prevalence and Low Awareness of CKD in Taiwan: A Study on the Relationship Between Serum Creatinine and Awareness From a Nationally Representative Survey. *American Journal of Kidney Diseases* 48(5): 727-738.

- Illich, Ivan (1975) *Medical Nemesis: The Exploration of Health*. New York: Pantheon Books.
- Imai, Enyu, Masaru Horio, Kosaku Nitta, Kunihiro Yamagata, Kunitoshi Iseki, Yusuke Tsukamoto, Sadayoshi Ito, Hirofumi Makino, Akira Hishida, Seiichi Matsuo, and Japan Chronic Kidney Disease Initiatives (2007) Modification of the Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) Study Equation for Japan. *American Journal of Kidney Diseases* 50(6): 927-937.
- Irwin, Alan (2008) STS Perspectives on Scientific Governance. Pp. 583-607 in *The Handbook of Science and Technology Studies*, edited by Edward J. Hackett, Olga Amsterdamska, Michael Lynch and Judy Wajcman. Cambridge, MA: MIT Press.
- Irwin, Alan, and Mike Michael (2003) Ethno-epistemic Assemblages: Heterogeneity and Relationality in Scientific Citizenship. Pp. 111-136 in *Science, Social Theory and Public Knowledge*, edited by Alan Irwin and Mike Michael. Maidenhead, PA: Open University Press.
- Iseki, Kunitoshi (2008) Chronic Kidney Disease in Japan from Early Predictions to Current Facts. *Nephron Clinical Practice* 110(4): c268-c272.
- Jasanoff, Sheila (2004) Ordering Knowledge, Ordering Society. Pp. 13-45 in *States of Knowledge: The Co-production of Science and Social Order*. London: Routledge.
- (2005) *Designs on Nature: Science and Democracy in Europe and the United States*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kenny, Amanda (2004) Medical Dominance and Power: A Rural Perspective. *Health Sociology Review* 13(2): 158-165.
- Khwaja, Arif, and David Throssell (2009) A Critique of the UK NICE Guidance for the Detection and Management of Individuals with Chronic Kidney Disease. *Nephron Clinical Practice* 113(3): c207-c213.
- Kidney Early Evaluation Program (2011) KEEP 2010 Summary Figures, Reference Tables, and Analytical Methods. *American Journal of Kidney Diseases : The Official Journal of the National Kidney Foundation* 57(3): S32-S166.
- Kroll-Smith, Steven, and H. Hugh Floyd (1997) *Bodies in Protest: Environmental Illness and the Struggle over Medical Knowledge*. New York: New York University Press.
- Kuo, Hsin-Wei, Shang-Shyue Tsai, Mao-Meng Tiao, and Chun-Yuh Yang (2007) Epidemiological Features of CKD in Taiwan. *American Journal of Kidney Diseases* 49(1): 46-55.
- Lakoff, Andrew (2005) The Private Life of Numbers: Pharmaceutical Marketing in Post-

- Welfare Argentina. Pp. 194-213 in *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, edited by Aihwa Ong and Stephen J. Collier. Malden, MA: Blackwell.
- Lameire, N., K. Jager, W. Van Biesen, D. de Bacquer, and R. Vanholder (2005) Chronic Kidney Disease: A European Perspective. *Kidney International* 68: S30-38.
- Larkin, Gerald (1983) *Occupational Monopoly and Modern Medicine*. London: Tavistock.
- Levey, Andrew S., Anton C. Schoolwerth, Nilka Rios Burrows, Desmond E. Williams, Karma Rabon Stith, and William McClellan (2009) Comprehensive Public Health Strategies for Preventing the Development, Progression, and Complications of CKD: Report of an Expert Panel Convened by the Centers for Disease Control and Prevention. *American Journal of Kidney Diseases* 53(3): 522-535.
- Levey, Andrew S., Juan P. Bosch, Julia Breyer Lewis, Tom Greene, Nancy Rogers, and David Roth (1999) A More Accurate Method To Estimate Glomerular Filtration Rate from Serum Creatinine: A New Prediction Equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *Annals of Internal Medicine* 130(6): 461-470.
- Levey, Andrew S., Paul E. de Jong, Josef Coresh, Meguid El Nahas, Brad C. Astor, Kunihiro Matsushita, Ron T. Gansevoort, Bertram L. Kasiske, and Kai-Uwe Eckardt (2011) The Definition, Classification, and Prognosis of Chronic Kidney Disease: A KDIGO Controversies Conference Report. *International Society of Nephrology* 80: 17-28.
- Levey, Andrew S., Josef Coresh, Tom Greene, Lesley A. Stevens, Yaping (Lucy) Zhang, Stephen Hendriksen, John W. Kusek, Frederick Van Lente, and the Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (2006) Using Standardized Serum Creatinine Values in the Modification of Diet in Renal Disease Study Equation for Estimating Glomerular Filtration Rate. *Annals of Internal Medicine* 145(4): 247-254.
- Light, Donald W. (1991) Professionalism as a Countervailing Power. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 16(3): 499-506.
- Light, Donald W. (2005) Counterveiling Power: The Changing Character of the Medical Profession in the United States. Pp. 215-223 in *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, edited by Peter Conrad. New York: Worth.
- Lin, Wen-Yuan (林文源) (2012) Displacement of Agency. *Science, Technology & Human Values*, first published before print on May 3, 2012 as doi: 10.1177/0162243912443717

- Little, M. (1991) Imperialism, Colonialism and the New Science of Nutrition: The Tanganyika Experience, 1925-1945. *Social Science & Medicine* 32(1): 11.
- Lorcin, Patricia M. E. (1999) Imperialism, Colonial Identity, and Race in Algeria, 1830-1870: The Role of the French Medical Corps. *Isis* 90(4): 653-679.
- Low Dog, Tieraona (2011) The Medicalization of Life: Are We First Doing Harm? *Alternative & Complementary Therapies* 17(1): 6-8.
- Lynn Bourgeault, Ivy, and Gillian Mulvale (2006) Collaborative Health Care Teams in Canada and the US: Confronting the Structural Embeddedness of Medical Dominance. *Health Sociology Review* 15(5): 481-495.
- Matsuo, Seichi, Enyu Imai, Masaru Horio, Yoshinari Yasuda, Kimio Tomita, Kosaku Nitta, Kunihiro Yamagata, Yasuhiko Tomino, Hitoshi Yokoyama, and Akira Hishida (2009) Revised Equations for Estimated GFR From Serum Creatinine in Japan. *American Journal of Kidney Diseases* 53(6): 982-992.
- McKinlay, John B. (2005) A Case for Reforcussing Upstream: The Political Economy. Pp. 551-564 in *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*. New York: Worth.
- McKevitt, Christopher, and Myfanwy Morgan (1997) Anomalous Patients: The Experiences of Doctors with an Illness. *Sociology of Health & Illness* 19(5): 644-667.
- Nathan, Jack, and Martin Webber (2010) Mental Health Social Work and the Bureau-Medicalisation of Mental Health Care: Identity in a Changing World. *Journal of Social Work Practice* 24(1): 15-28.
- National Kidney Foundation (2002) K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification *American Journal of Kidney Diseases* 39: S1-246.
- Navarro, Vicente (1981) The Underdevelopment of Health or the Health of Underdevelopment: An Analysis of the Distribution of Human Resources in Latin America. Pp. 15-36 in *Imperialism, Health and Medicine*, edited by Vicente Navarro. Farmingdale, NY: Baywood Publishing.
- (2007) *Neoliberalism, Globalization and Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life*. New York: Baywood Publishing.
- Oinas, Elina (1998) Medicalisation by Whom? Accounts of Menstruation Conveyed by Young Women and Medical Experts in Medical Advisory Columns. *Sociology of Health & Illness* 20(1):52.
- Parry, Diana C. (2008) “We Wanted a Birth Experience, not a Medical Experience” :

- Exploring Canadian Women's Use of Midwifery. *Health Care for Women International* 29(8/9): 784-806.
- Peng, Yi , Robert N. Foley, David T. Gilbertson, and Allan J. Collins (2010) CKD, Metabolic Abnormalities and Outcomes in US Adults < 65: CKD-EPI or MDRD Formulas? ASN 2010 USRDS Posters. Download from http://www.usrds.org/2010/pres/b_cs/TH-FC085_Peng_CKD_Metabolic_Abnormalities_and_Outcomes.pdf
- Rabeharisoa, Vololona, and Michel Callon (2004) The Involvement of Patients in Research Activities Supported by the French Muscular Dystrophy Association. Pp. 142-160 in *States of Knowledge: The Co-Production of Science and Social Order*, edited by S. Jasanoff. London: Routledge.
- Relman, Arnold S. (2005) The Health Care Industry: Where Is It Taking Us? Pp. 268-274 in *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, edited by Peter Conrad. New York: Worth.
- Riessman, Catherine K. (1983) Women and Medicalization: A New Perspective. *Social Policy* 14(1): 3-18.
- Rothman, David J. (2005) A Century of Failure: Health Care Reform in America. Pp. 291-300 in *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, edited by Peter Conrad. New York: Worth.
- Royal College of Physicians (2006) *Chronic Kidney Disease in Adults*. London: Royal College of Physicians.
- Salant, Talya, and Heena P. Santry (2006) Internet Marketing of Bariatric Surgery: Contemporary Trends in the Medicalization of Obesity. *Social Science & Medicine* 62 (10): 2445-2457.
- Scarpaci, J. L. (1990) Physician Proletarianization and Medical Care Restructuring in Argentina and Uruguay. *Economic Geography* 66(4): 362.
- Schneirow, Matthew, and Jonathan David Geczik (2005) Alternative Health and the Challenges of Institutionalization. Pp. 236-377 in *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*. New York: Worth.
- Shrum, Wesley, and Yehouda Shenhav (1995) Science and Technology in Less Developed Countries. Pp. 627-651 in *Handbook of Science and Technology studies*, edited by Sheila Jasanoff. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sin, Chih Hoong(2009) Medicalising Disability? Regulation and Practice around Fitness Assessment of Disabled Students and Professionals in Nursing, Social Work and Teaching Professions in Great Britain. *Disability & Rehabilitation* 31(18): 1520-1528.

- Snyder, J., R. Foley, and A. Collins (2009) Prevalence of CKD in the United States: A Sensitivity Analysis Using the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. *American Journal of Kidney Diseases* 53(2): 218-228.
- Stevens, P. E., and C. R. V. Tomson (2009) Guidelines in the United Kingdom and How They Are Used. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 4 (Supplement 1): S23-S29.
- Stojanovic, Jane (2008) Midwifery in New Zealand 1904-1971. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 30(2): 156-167.
- Stone, Deborah A. (2005) Doctoring as a Business: Money, Markers, and Managed Care. Pp. 309-316 in *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, edited by Peter Conrad. New York: Worth.
- Strong, P.M. (2006) Sociological Imperialism and the Profession of Medicine -- a Critical Examination of the Thesis of Medical Imperialism. Pp. 83-118 in *Sociology and Medicine: Selected Essays by P. M. Strong*, edited by A. Murcott. Aldershot, England: Ashgate.
- Tousijn, Willem (2002) Medical Dominance in Italy: A Partial Decline. *Social Science & Medicine* 55(5): 733.
- (2006) Beyond Decline: Consumerism, Managerialism and the Need for a New Medical Professionalism. *Health Sociology Review* 15(5): 469-480.
- USRDS (2002) 2002 Annual Data Report. Minneapolis, MN: USRDS Coordinating Center(<http://www.usrds.org/adr.htm>).
- (2007) 2007 Annual Data Report. Minneapolis, MN: USRDS Coordinating Center (<http://www.usrds.org/adr.htm>).
- Vanobbergen, Bruno, and Nancy Vansieleghe (2010) Repairing the Body, Restoring the Soul: The Sea Hospital of the City of Paris in Berck-sur-Mer and the French War on Tuberculosis. *Paedagogica Historica* 46(3): 325-340.
- Waitzkin, Howard (1991) *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal With Social Problems*. London: Yale University Press.
- (2000[1983]) *The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health Care*. Lanham, MD: Rowman and Littlefield.
- Waitzkin, Howard, and Barbara Waterman (1974) *The Exploitation of Illness in Capitalist Society*. New York: Bobbs-Merrill.
- Wen, Chi Pang (溫啓邦), Ting Yuan David Cheng, Min Kuang Tsai, Yen Chen Chang, Hui Ting Chan, Shan Pou Tsai, Po Huang Chiang, Chih Cheng Hsu, Pei Kun Sung, Yi

- Hua Hsu, and Sung Feng Wen (2008) All-Cause Mortality Attributable to Chronic Kidney Disease: A Prospective Cohort Study Based on 462,293 Adults in Taiwan. *The Lancet* 371(9631): 2173-2182.
- Williams, Simon J., Clive Seale, Sharon Boden, Pam Lowe, and Deborah Lynn Steinberg (2008) Medicalization and Beyond: The Social Construction of Insomnia and Snoring in the News. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine* 12(2): 251-268.
- Willis, Evan (1983) *Medical Dominance: The Division of Labour in Australian Health Care*. Sydney: Allen and Unwin.
- Wu, Chia-Ling (吳嘉苓) (2012) IVF Policy and Global/Local Politics: The Making of Multiple-embryo Transfer Regulation in Taiwan. *Social Science & Medicine* 75(4): 725-732.
- Zhang, Qiu-Li, and Dietrich Rothenbacher (2008) Prevalence of Chronic Kidney Disease in Population-Based Studies: Systematic Review. *BMC Public Health* 8(1): 117.
- Zola, Irving (1972) Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review* 20(4): 487-504.
- Zollman, Catherine, and Andrew Vickers (1999) Users and Practitioners of Complementary Medicine. *British Medical Journal (International Edition)* 319: 836-838.

