

東海大學
社會學系研究所
碩士論文

醫療商品化與醫師實作體制：
論美容醫學的倫理可能與限制

*Medical Commodification and the Physician's Regimes of Practice:
the Possibility and Limit of Aesthetic Medicine*

研究生：楊儒晟

指導教授：許甘霖

中華民國 104 年 7 月



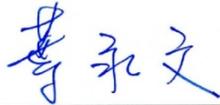
碩士論文題目

醫療商品化與醫師的實作體制：

論美容醫學的倫理可能與限制

研究生：楊儒晟

論文考試委員：



葉 永 文



劉 邦 立



許 甘 霖

(論文指導教授)

系主任：



口試日期：中華民國 104 年 6 月 26 日



摘要

在許多醫療社會學的討論中，醫療商品化被認為是危及醫學倫理的。而美容醫學服務是為了出售而生產，本質上便是一個商品化的醫療。因此，隨著美容醫學的快速興起引發了不少問題，使得大眾對醫學倫理產生質疑，甚至認為醫學倫理與醫療商品化是相互矛盾的。

究竟美容醫學是否存在倫理可能？其可能為何？便是本研究所關懷的問題。透過延伸「生活體制」(regimes of living) 的概念，將之重構為「醫師實作體制」(regimes of practice)。而「醫師應該如何做」(how should the physician practice)，便是一個用來回答研究問題的重要提問。資料來源主要來自於醫美醫師、護士以及諮詢師的訪談，同時蒐集次級資料作為補充、對照，並透過論述分析的方式進行統整與概念化，瞭解論述背後的意義脈絡與概念。

研究發現，就算在高度商品化的醫療當中，仍至少存在著五種倫理原則的可能。分別為充分溝通、較少傷害、增進專業性、維護消費者權益以及遵守法律規範。這五個原則中，前三者是既有醫學倫理的質變，後兩者則是與商業倫理的揉合。而一位實作合乎倫理的醫美醫師，應該以消費者的需求為出發點，在實作之前必須審慎評估，也必須在最小傷害的前提之下進行實作，最重要的是實作過程須讓消費者了解，並遵守相關法律規範。然而，醫美實作的過程中會因為現行制度的設計不全、醫美提供者的營利取向以及消費者的資訊不足與消極態度，使得美容醫學倫理的落實受到限制。

關鍵字：醫療商品化、美容醫學、醫學倫理、實作體制、商業倫理、風險治理



Abstract

Medical commodification has been considered as a threat to medical ethics in medical sociology literatures. Due to the fact that medical treatments are provided for sale on the base of profitization, the rise of aesthetic medicine has accompanied by a great worry about the corruption of medical ethics.

A closer examination of existing literatures shows that contradiction between commodification and ethics characteristic of essential medicine are not necessarily applicable to the case of aesthetic medicine. This arises another question: is there any ethical possibility in a highly commodified form of medical services like aesthetic medicine?

That “How could medical ethics be possible in aesthetic medicine?” and that “What are the ethics possible for aesthetic medicine?” are the concerns in this research. By extending the concept “regimes of living” into “physicians’ regimes of practice”, a framework guided by questioning “how should the physician practice?” is used to investigate clinical practices in aesthetic medicine.

The author proposes that there are at least five possible ethical principles could be found in physician’s regime of clinical practices. These ethical principles includes full disclosure of information, do less harm, continual enhancement of professionalism, protection of consumer’s legitimate rights and interests, and adherence to legal regulation. However, owing to incomplete regulations, profit-oriented approach on the part of service providers, and informational asymmetry on the part of medical consumers, adherence to the above ethical principle in aesthetic medicine has always been limited.

Key words: medical commodification, aesthetic medicine, medical ethics, regimes of practice, business ethics, risk governance



謝誌

“Everything has a purpose even this and it's up to you to find it. The journey is what brings us happiness not the destination. There is only the journey”

——《Peaceful Warrior》

這是這個階段的尾聲了，欲語還休，心中滿是激盪的熱情，不知如何說出口。剛到東海，還真不習慣這邊的步調。這是一種緩慢、讓人感到舒服的步調，總是能夠感到放鬆，遠離城市的喧囂。真的很喜歡東海。

這篇論文的完成，首先必須感謝三位口試委員，葉永文主任、劉邦立老師，以及一路走來始終鞭策、督促我的指導教授—許甘霖老師。有句話說，一日為師，終生為父，我並不這麼覺得。許老師不像是父親，除了在盡老師的責任和義務之外，他反而更像是一位大學長、朋友。他除了教導學術知識之外，更教導了我如何面對生活的難題、進退應對、待人處世的眉角，我想這也是他一貫的作風「三分師徒、七分道友」吧！當然不只三位老師，東海社會系最讓人值得驕傲的就是堅強的師資。還必須感謝劉正主任、黃崇憲老師、趙剛老師、鄭斐文老師、鄭志成老師、王維邦老師、洪儀真老師、蔡瑞明老師，以及讓人尊敬的高承恕老師，他們都曾經直接或間接給我幫助、建議，讓我不斷的成長。

如果說老師們是恩人，那接下來要感謝的就是貴人。我們都知道，讀碩士班除了搞學術，難免會接觸到行政的作業。碩士的旅途上，老師們是幫助你走得更寬、更長的恩人，那社會系辦的四位助教，就是讓我走得更加平穩的貴人。謝謝妙姿姐三不五時的問候、關心，把我當自己的孩子一樣照顧，謝謝欒鈴與常斌助教在我當教學與行政助理時，兩位給我很多建議、方向。當然還有秀金姐，雖然我們相處的時間不長，但是卻不影響妳對我的鼓勵。

「碩士學習的路上是孤單，但是並不孤獨」這是我口委老師，也是我大學恩師，劉邦立老師給我的勉勵。學習的路上，總是有同儕的支持，我們也許互相討

論、激盪，也許互相辯論、挑戰，甚至互相加油、砥礪，但是這些都是過程，重要的是你們一直都在。這些人包括：許家班的昌宏學長、淳華學姐、Rosa、慧恩；研究室的守禮、洛書、俊傑、阿超、Rosa、王寶、紀懿芷、皮皮、宜軒、建雄學長、俊豪學長、奕嘉學長、楊軒、凱銘、李昕、芃芃、瑞員、小宇、阿 Boo；102 級的忠岳、廷宜、聖偉、忻學、彥瑋、昭瑜、綠茶、駿斌、湘翎、老兵。當然還有我在東海可愛的助教生們，我就不一一唱名了。

而中山醫的朋友們，惠利師母、瑋育、小 C、拉拉、該該...我們也都在各自的學校努力，其他人也都在社會上打拼，同時少不了依芹、士容、柏甜、阿雄，更重要的還要謝謝志珍姐，就算我到了東海，好幾次想放棄，妳仍然一路上的相伴，給我精神上最大的支持，我還真不能想像沒有妳的協助。

我又廢話一堆了，趕緊收尾吧！

最後，要謝謝我的家人。親愛的爸爸、媽媽，感謝你們對我的關懷、包容、體諒，一直以來我都做不到你們對我的期待，但是你們仍然相信我，讓我擁有比別人更好的條件，不讓別人看不起。謝謝哥哥、弟弟你們的漏氣，讓我更進步。最後的最後，我要謝謝我永遠敬愛的阿嬤，每每想起妳都讓我更有動力前進，希望我是妳心中的驕傲，希望我能成為妳永遠的驕傲。

我想把這篇論文獻給妳。

就這樣吧，眼眶泛著閃光打到這裡，再多，就矯情了。感謝上蒼，讓我有今天，希望能繼續保佑我的未來，就像引文所說的 *There is only the journey.*

楊儒晟 敬謝

歲次乙未 夏 於東海大學研究室

目錄

摘要.....	1
Abstract	1
謝誌.....	1
目錄.....	i
圖表目錄.....	iii
第一章 導論.....	1
第一節 研究背景	1
第二節 研究目的	2
第二章 文獻回顧.....	3
第一節 醫學倫理	3
第二節 醫療商品化背景下的倫理議題	9
1. 管理式照護的成本控制措施.....	9
2. 非營利醫院的營利化.....	10
3. 企業家精神的行醫.....	12
4. 醫療消費主義.....	12
小結.....	13
第三節 美容醫學的倫理問題	14
1. 臨床實證的相對缺乏.....	15
2. 營利化取向的操作.....	16
3. 透過行銷招攬消費者、刺激需求.....	16
4. 社會形象的改變：從醫師到商人.....	17
第四節 研究問題	18
第三章 分析架構與研究方法.....	21
第一節 分析架構：從生活體制到醫師實作體制。	21
第二節 研究方法	22

1. 資料來源.....	23
2. 分析方法：論述分析.....	27
第四章 醫學倫理意涵的質變.....	29
第一節 充分溝通醫療實作	29
第二節 做到較少傷害	36
第三節 增進專業性	43
小結.....	54
第五章 商業倫理的揉合.....	56
第一節 維護消費者權益	56
第二節 遵守法律規範	61
第六章 結論與限制.....	67
第一節 醫師的實作體制	67
第二節 既有倫理原則的質變與柔和：新的五種倫理可能	72
第三節 研究限制與後續研究建議	75
參考書目	76
第一節 中文資料	76
第二節 英文資料	78
第三節 其他資料	81
1. 報章雜誌：	81
2. 網路資訊：	83

圖表目錄

圖 4-1 一般常見之手術同意書（正面）	34
圖 4-2 一般常見之手術同意書（背面）	35
圖 4-3 繼續醫學教育之一	46
圖 4-4 繼續醫學教育之二	47
圖 4-5 整外醫學會招商公告	47
圖 4-6 廠商教學技術應用	49
圖 4-7 面相學解釋	50
圖 4-8 美容醫學結合面向學	51
圖 4-9 美容醫學繼續醫學教育議程	52
圖 4-10 面向學結合標準化比例	53
圖 5-1 母親節特價活動	64
圖 5-2 不實廣告	64
圖 6-1 既有醫學倫理樣貌	72
圖 6-2 美容醫學倫理可能	73
圖 6-3 兩種倫理模式比較圖	73
表 2-1 臨床實作實證證據指標	6
表 2-2 建議等級表	7
表 3-1 醫師的實作體制	22
表 3-2 受訪者資料表	24
表 3-3 書籍資料表	26
表 4-1 醫療處遇過程比較	37
表 6-1 兩種醫師實作比較	70
表 6-2 醫師的實作體制	71



第一章 導論

第一節 研究背景

隨著科技的進步，讓醫學產生許多可能，越來越多的願望可以透過醫療介入的方式達成。美容醫學¹就是其中一例，它是一種用以改善體態、容貌的醫療實作。隨著它的興起，當人們對自身外表不滿意或是對目前身體狀態感到困擾的需求都能夠獲得改善，以達到自我滿意狀態，這已經是個不爭的事實。這是一種「好還要更好」甚至是「追求完美」的觀念。

然而在這一波新起的浪潮當中出現了不少隱憂，許多關於醫療服務的困境不斷發生，如：美容醫學糾紛的報導層出不窮²，因美醫受到傷害的案例更是時有所聞，或是輕忽美容醫學的專業性，由沒有醫療背景的服務員替上門的客人諮詢、解說³。上述現象都顯示出美容醫學的環境混雜，雖然政府大力推行美容醫學認證，但是成效卻相當有限。同時這些現象也引發了社會對醫學倫理的質疑與恐慌，認為既有的醫學倫理無法適用在環境多變得美容醫學當中。

在類似的批評當中，醫療商品化被視為一個重要的影響，美國著名的醫學社會學家 Conrad(2005)就曾經指出雖然醫師仍然是醫療照護的把關者，但是醫療服務卻是由商業以及市場利益所驅動。Conrad 所指出的內容，正好完全符合當今台灣醫學美容的環境。許多耳熟的醫學提增操作，如：雷射除斑、抽脂豐胸等等，這些實作都是為了出售而生產，並透過商業化的廣告以及各種促銷手法，將美容醫學實作以商品的方式呈現。

這些對醫學倫理的批評認為，醫療商品化被視為與醫學倫理是相互矛盾的，

¹ 本文使用美容醫學一詞，而非醫學美容是因為美容醫學較醫學美容更強調醫學實作的面向，且當時的主管機關衛生署（今衛福部），也將這種目的是在改善身體外觀，而不是治療疾病的醫療實作正名為「美容醫學」。

² 邱文秀，2014，〈醫美糾紛增 1.2 倍 雙眼皮最多〉。中時電子報，6 月 26 日。；陳鈞凱，2014，〈預付變捲款！北市醫美糾紛 上半年暴增近 8 成〉。今日新聞，7 月 28 日。

³ 劉宏恩，2014，〈台灣的醫美亂象〉。蘋果日報，9 月 1 日。

醫療商品化與醫學倫理是無法並存的，然而真的是如此嗎？因此，我的研究難題為，在醫療商品化的影響之下，是否仍有醫學倫理的可能？

第二節 研究目的

在檢視有關醫療商品化的討論與研究，發現主要疑慮在於醫療商品化的過程不但會影響醫師面對病人時的決策考量，甚至產生醫療資源排擠效應，使得社會弱勢者更難取得適當的醫療服務。然而，過去這些對於醫療商品化的批判多以必要性醫療作為主要對象，鮮少有針對美容醫學領域。加上過去對美容醫學的討論，大多聚焦在它的發展、實作應用、現有制度規範、組織營運管理、消費者反應，或是醫療糾紛等面向，鮮少從醫美的臨床實作作為切入點⁴，討論醫學倫理的可能。

當今醫美醫師在面對倫理兩難的情境下，普遍只能依賴經驗法則作為操作依據，換句話說，既有追求醫學倫理的制度或措施，似乎已經無法適用於美容醫學的實作當中，無法提供醫師實作的指引，因此醫學倫理的存在與否遭受質疑。再加上，近年來美容醫學糾紛事件不斷的增加，這個現象突顯出美容醫學缺乏一套能夠讓醫師遵循的規則，這更加突顯本研究之重要。

因此，在這樣的情境下，本研究嘗試了解醫師如何在進行美容醫學實作的同時做出判斷，且是具有倫理意含也不違反醫學倫理的判斷。研究將以美容醫學作為對象，藉由醫師的實作，檢視其實作根據何種原則，試圖了解美容醫學是否有其特定的醫學可能，並回應我的研究難題：醫療商品化的加劇是否影響醫學倫理存在的可能？

⁴ 本文也並非完全由醫美從業人員的角度進行分析，而是藉由醫美從業者的論述出發，探究論述與實作之間的落差，討論美容醫學倫理的可能與限制。

第二章 文獻回顧

在第一節中，將說明何謂醫學倫理，以及研究用哪些方法去維護這些倫理準則。在第二節會討論必要性醫學當中，制度、措施或是個人層次的實作與心態如何威脅了醫學倫理。接著提出小結，比較必要性醫療與美容醫學實作的差異之後，繼續在第三節討論美容醫學當中，又是哪些措施或是特殊情境，讓美容醫學也面臨醫學倫理的難題。最後在第四節當中，整理前面三節討論倫理難題的處境，接續提出本文的研究問題。

第一節 醫學倫理

余願盡己之能力與判斷力之所及，恪守為病家謀福之信條，並避免一切墮落害人之敗行，余必不以毒物藥品與他人，並不作此項之指導，雖人請求亦必不與之，尤不為婦人施墮胎之術。余願以此純潔神聖之心，終身執行余之職務。至於手術，另待高明，余不施之，遇結石患者亦然，惟使專匠為之。

——*Hippocratic Oath*

上面是希波克拉底誓詞（Hippocratic Oath）⁵當中的其中一段，內容大概提及了不能夠傷害病人、不使用有害的藥物、替病人謀取福利，甚至是由專業人員進行操作等等。這是被認為最早的醫學倫理雛型。而何謂醫學倫理？醫學倫理是用來評價醫學行為以及研究當中醫師實作是否合乎倫理的原則。

⁵ 希波克拉底誓詞原文為希臘文，此為中文譯文，英文譯文如下：I will prescribe regimens for the good of my patients according to my ability and my judgment and never do harm to anyone. I will not give a lethal drug to anyone if I am asked, nor will I advise such a plan; and similarly I will not give a woman a pessary to cause an abortion. But I will preserve the purity of my life and my arts. I will not cut for stone, even for patients in whom the disease is manifest; I will leave this operation to be performed by practitioners, specialists in this art. 此英文譯文為 1984 年世界醫學協會於日內瓦會議公佈，中文譯文不可考。

隨著社會環境的變遷，後續有不少醫師、學者以上述宣言作為根本，不斷的補充、修改以適應當時的社會條件，如：十八十九世紀的 Thomas Percival、二十世紀的 Joseph Fletcher 等。而近代的耳熟能詳的醫學倫理四原則，則是由 Tom Beauchamp 與 James Childress（2001）兩人合著的教科書《生物醫學倫理原則》（*Principles of biomedical ethics*）當中所提及。這四個原則包括：尊重病人自主（Respect for autonomy）、不傷害（Non-maleficence）、行善（Beneficence）以及公平正義（Justice）。

根據一些國、內外學者（Beauchamp and Childress 2001；Athar 2011；Lawrence 2007；戴正德 2006）的解釋，尊重病人自主強調的是，一個可以理性思考的病人，他可以用自己的想法和判斷去做出決定，而我們也應當給予尊重。如：病人選擇的治療方式、對病人誠實告知病情、保護病人隱私或等等。不傷害指的是在醫療行為與研究的過程中，醫護人員應該小心且謹慎的操作已達到合理的照護標準，同時也要避免病人承當任何不當的風險。行善原則是指在不傷害他人之外，應該更進一步地關心並致力提升病人的接受服務的品質，且所有醫療行為都應以病人的最大利益為考量前提。最後正義原則是說，公平的對待每個病人且合理的資源分配，同時必須維護病人的權益以及尊重法律規範。

而在醫療行為和研究當中，我們有許多配套措施用來維護或是追求這些倫理原則。如：手術同意書、實證醫學（Evidence-Base Medicine, EBM）、病人滿意度、急診檢傷分級制度、人體試驗委員會（IRB）……等措施，不過底下將以前四項舉例說明，它們分別用來維護上述四個主要的倫理準則。

手術同意書原本的用意是用來追求尊重病人自主的倫理原則。以形式而言，手術的過程會侵害身體健康，違背不傷害的倫理原則，但是若不動手術就無法移除病灶，甚至無法讓身體恢復到健康狀態，同時手術同意書所記載的說明，是要告知病患為什麼要動手術、可能風險以及術後狀況等。就目前醫療技術而言，多數手術技術已經相當成熟，但並不表示沒有任何風險，所以醫師有義務完整說明

相關內容，讓病人了解情況，以利病人考慮是否接受開刀治療，同時，病人所簽定的手術同意書可以當作醫師善盡說明義務的證據。藉由簽署手術同意書的方式，不但合理化手術過程侵害人體健康之困境，同時也能盡到告知病人的義務，讓病人了解接受治療的目的與風險。因此，手術同意書是目前最常見用來維護「尊重病人自主」原則的措施。

其次，實證醫學是一種優化臨床決策的醫學。透過許多有著良好設計的醫學研究和報告結果，提供臨床醫師給予治療的最佳建議（Mariotto 2010；Rosenberg 1995；Muir 2009；Evidence-Based Medicine Working Group 1992），而醫師也能從實證醫學累積的證據來針對不同類型的病人，給予最適合病患的治療方式，以盡力達到不傷害的倫理守則（Eddy 1996）。證據當然有其效力強弱差別，實證醫學也不例外。當前實證醫學的證據等級（Level of evidence），最廣為使用的是英國牛津實證醫學中心(Oxford Centre for Evidence Based Medicine)的解釋，將研究依照其研究設計與方法區分成五個等級（朱姮音、吳啟瑞 2009），如表 2-1 由高到低分別為：隨機對照研究（randomized controlled trials, RCT）、世代研究（cohort study）、病例及對照組研究（comparative study）、病例報告（case report），以及專家意見(expert opinion)。而牛津實證醫學中心(Oxford Centre for Evidence-based Medicine)在 2009 年也根據上述之證據等級，區別出四個建議等級，以利臨床醫療人員做決策（如表 2-2）。

透過臨床實證的基礎，醫師能夠給予治療上最大的效果，同時能夠降低病人受到傷害的可能。這是為了追求不傷害以及行善的倫理原則（陳杰峰、羅恒廉、譚家偉、侯文萱、郭耿南 2013）。

表 2-1 臨床實作實證證據指標

實證等級	研究類別
I	高品質的研究 (High-quality)、具有足夠解釋力的隨機對照試驗 (randomized controlled trial with adequate power)、或系統性的回顧這些研究 (systematic review of these studies)。
II	低品質的研究 (Lesser-quality)、隨機對照試驗 (randomized controlled trial)、前瞻性的世代或比較研究 (prospective cohort or comparative study)、或系統性的回顧這些研究 (systematic review of these studies)。
III	回顧性的世代或比較研究 (Retrospective cohort or comparative study)、病例對照研究 (case-control study)、或系統性的回顧這些研究 (systematic review of these studies)。
IV	有前測與後測或是只有後測的病例報告 (Case series with pre/post test or only post test)。
V	透過共識過程發展的專家意見 (Expert opinion developed via consensus process)、個案報告 (case report)、臨床案例 (clinical example)、基於生理的證據 (evidence based on physiology)、實驗室研究 (bench research) 或基本原則 (first principles)。

Source: American Society of Plastic Surgeons (2011)

表 2-2 建議等級表

A	一致的第一級研究 (consistent level 1 studies)
B	一致的第二、三級研究 (consistent level 2 or 3 studies) 或從第一級研究的推論 (extrapolations from level 1 studies)
C	第四級研究 (level 4 studies) 或從第二、三級研究的推論 (extrapolations from level 2 or 3 studies)
D	第五級證據 (level 5 evidence) 或任何等級沒有說服力的研究 (inconclusive studies of any level)

Source: Oxford Centre for Evidence-based Medicine (2009)

第三是有關維護行善原則的機制，就醫療行為而言，行善原則與前述不傷害原則其實是一體兩面的說法，目的都是以病人為中心，提供病人最佳照護的方式。戴正德（2007）認為，對病患行善不只是醫師所應具備的一種理念，更是需要成為根深蒂固的一種本分與責任。就醫學倫理而，醫生必須以仁慈之心醫治、提供醫療副物，並保障人類尊嚴。

因此，為了達成行善的目標，許多醫療院所都會使用「就醫滿意度問卷」作為檢視醫療組織的品質、服務與環境等評量標準，目的希望提供更多有益於病患的服務與更佳的醫療照護品質。

當然滿意度調查只能發現問題，並不能真正解決問題。既有研究指出，要真正落實行善原則，還需透過醫師發自內心的關懷，與良好的醫療諮商技巧，於有限的時間內，提供病患有效情緒支持，以增進醫療滿意度（廖士程、李明濱、謝博生、李源德 2005）。一篇在討論癌症患者預後告知的研究認為，透過適當的溝通能夠使病人感到放心、提升醫療品質，達到行善的倫理準則（陳貞秀、唐秀治 2014）。而台大醫院一位神經外科醫師認為如果醫護人員接受過「醫病溝通能力指導或訓練」，不但能夠大幅增加病人的滿意度，也能改善病症，甚至有利於身

體的康復（高明見 2015）。由此可知，藉由病患滿意度來發現問題，同時加強醫護人員的溝通技巧，被認為是追求更佳醫療品質，維護行善原則的方式。

至於公平正義原則不單單只是不違反法律，更重要的是要讓醫療資源適當的分配，讓病人都能夠在適當的條件下取得合理的資源與協助，以落實公平正義原則的精神。如：醫院急診的檢傷分類制度。為了提供病人最佳的照護模式，必須有一套讓醫護人員能夠快速分類的模式（Williams and Crouch 2006）。衛生署（今衛福部）於 2010 年起全面實施急診五級檢傷分類標準，其目的在於運用有限緊急醫療資源，在適當時間內，於適當的地方，使用適當資源做正確的處置。國內研究也指出，理想的檢傷分類系統應可準確且快速地依照疾病嚴重度區分病患，進而得到適當的治療與醫療環境（邱曉彥、陳麗琴、林琇珠、桑穎穎、康巧娟、邱豔芬 2008）。

不只讓病患能夠公平的取得醫療服務，維護社會正義也是公平正義原則的重要內涵。政府或民間單位都有提供用於醫療的經濟補助，如：內政部馬上關懷專案、中低收入傷病醫療費用補助、教育部學產急難慰問金、行天宮急難救助金等等。使得特定對象（弱勢、遇突發狀況、特殊疾病者）能夠在需要醫療服務時，取得經濟補貼。不只經濟支持，政府也針對特殊家庭役男給予家庭因素的替代役、補充兵或免役的政策，讓役男能夠有更多的時間處理家庭事務，也算是追求正義原則的實現。

綜上所述，醫學倫理是用來提升醫療品質、維護醫病雙方權益，並促進社會福祉的一套規則。同時在組織層次（政府、民間團體、醫療院所）和個人層次（醫事人員、病人與家屬）上，都有許多制度、配套措施或是行動指引來維護上述的倫理價值。然而現實生活中，卻不見得是這一回事，這些措施可能因為個人不當行動、社會環境改變，或是組織管理制度調整產生影響，使得這些維護倫理價值的機制無法落實。而其中有關醫療商品化的討論被認為是危急醫學倫理的，因此我將在第二節討論四個在必要性醫療當中醫療商品化背景之下的倫理議題。

第二節 醫療商品化背景下的倫理議題

商品具有幾個重要特徵：具有使用價值、交換價值、為了交換（或出售）而生產。國內外許多文章都討論過醫療或是健康照護商品化的影響（Pellegrino 1999；劉梅君 2007；余尚儒 2013）。本節將分別聚焦在兩個組織以及兩個個人層次的討論，包括管理式照護的成本控制措施：因為它限制了醫療資源取得的可近性，再加上與其納保人口的關鍵點，影響層次相當廣闊；非營利醫院的營利化

（*proprietaryization of non-for-profit hospital*）：它改變了非營利醫院的宗旨，甚至迫使非營利醫院在管理上採取營利取向的操作；企業家精神的行醫

（*entrepreneurial doctoring*）：治療不再是醫療的目的，而是成為「提升效益」的手段，醫師忽略了醫療以人為本的專業精神；以及醫療消費主義（*medical consumerism*）：它使病人混淆想要以及需要的差別，讓醫療服務變成可以透過金錢交易而取得的商品，造成過度醫療與醫療浪費。以上四點都侵害了醫學倫理的原則，產生倫理問題。

1. 管理式照護的成本控制措施

在美國，健康照護的商品化是管理式照護的核心宗旨及其功能，尤其是它的成本控制措施。國外研究發現，這樣的措施會不斷忽略重要的倫理問題，如：社會資源分配以及照顧弱勢體團（Berkman ND, Wynia MK and Churchill LR 2004）。同時也會造成醫療廠商和醫院組織不當的勾結營利（Iriart C, Franco T, Merhy EE 2011），更會造成可信承諾（*credible-commitment*）的問題（Boonen and Schut 2011）。原本的目的是提供一個品質更好且避免醫療資源浪費的制度，變成了以追求更高利益為目標的制度，不但醫療的可近性大幅降低，醫療品質也因此產生下滑的現象。而台灣的醫療制度也參照美國的作法，為了解決健保制度的財務問題而推行了管理式醫療，如：現行的 DRGs 制度便是如此。在歷經一段時間之後，在台灣社會也發現跟美國社會一樣的狀況，管理式醫療似乎暫時解決的財務問題，卻也

使得醫療品質的難題浮出檯面，也因此產生一些影響，如：病人缺乏對醫師的信任（江弘基、李蘭 2003）。

醫療制度會對醫院與醫師的行為產生一定程度的影響，管理式照護不但限制了病人就醫的可近性同時也造成醫師的自主性受到剝奪，如：改變開藥處方、要求病人提早出院，以及減少使用昂貴器材等等。這顯示出醫師的專業決策會受到非醫療專業的行政人員影響。不僅醫師受到影響，病人接收的服務也會因循制度而有所改變。如：因成本考量，病人選擇的醫療組織的範圍與自由受到限制，被迫放棄原本習慣的醫療組織，或是病人接收到的服務項目減少，甚至面臨被迫轉移的風險，產生吸脂效應（cream skimming）。⁶

總體來說，當醫療專業無法適當的發揮，最終受到傷害的仍是病人。一個良好的醫療制度不應該讓病人使用醫療資源的權力受到限制，這不僅悖離醫療照護病患的本質，也已經違反讓醫學倫理當中的行善與公平正義原則。

2. 非營利醫院的營利化

面對社會大環境的變動以及財務縮減的影響之下，許多非營利組織無法在依靠各界捐款與政府補助繼續營運，因此也漸漸的朝向營利取向，以維持組織的運作，而非營利事業的醫事機構為求生存紛紛轉型為營利機構，似乎是醫院營運的趨勢。不能否定的是，健康照護產業已成為現代資本主義最重要的部門之一，健康照護轉化為商品，剩餘價值的生產與實現，是當代健康照護產業的特色

（Rodberg and Stevenson 2009）。隨著社會的變遷，財團法人醫療機構大多建立大型醫療醫院，並使用企業化的經營方式，目的在於以最低的成本獲取最大的利益（蔡甫昌、謝博生 2003）。健保制度的影響以及預算不斷刪減的影響是造成企業式行醫的重要原因，許多原本以服務、教學或是研究為目的公立醫療機構，如：

⁶ 吸脂（刮脂）效應在英文是一個貶抑的詞語，根據 Terence C. Cheng, John P. Haisken-DeNew, Jongsay Yong（2015）的定義，指的是醫院的服務，只提供給需要高價值或是低成本產品或服務之病患。在醫療照護當中，這會使得弱勢病患無法取得合適醫療服務，產生倫理問題。

醫學中心、地區教學醫院或是國軍醫院等等，被迫採取營利取向的經營模式。

Conrad (2005) 認為非營利醫院透過營利化的手段獲取合理利潤，這樣的過程中會產生不少問題，其中如何維持既有組織功能的問題便是其中之一。

基本上非營利醫院成立都有其宗旨目標，有就是它成立的目的與功能，除了提供缺乏社會資源的民眾就醫之外，有些醫院還必須負起教育醫師或是進行醫學研究的責任。理論上只要這些非營利醫院都能以此方向運作，不管採取的是何種方式，就算是營利化取向，只要遵循既有原則那就不會有執行上的困難。然而，如果為了獲取利益，忽略了既有的成立宗旨，則會產生功能上的問題 (Louanne 1985)。例如：醫院為了減少支出、增加營收，將一些較為棘手或是難處理，或是沒有能力負擔醫療費用、沒有保險的病患拒於門外，使得他們一旦遇上重大疾病就幾乎無力治療或是得不到較為完整的照顧，或是研究醫院要求提高看診量，造成醫師無力從事教學與研究的工作。Louanne (1985) 認為非營利醫院的持續營利化，將會造成醫療品質的持續下降。換句話說，非營利醫院採取營利取向的經營方式，一味的壓低成本、擴大營利，只為了達到股東利益最大化 (shareholder wealth maximization)，忽略了醫療品質的控管以及醫療應該是救人的本質

(McKinlay and Stoeckle 1988)。非營利醫院一旦採取營利的措施，如限制醫師的治療方式、處方內容等等，不但會引起社會民眾的反感，民眾通常無法接受非營利醫院的改變，不會同情非營利醫院不得已營利的苦衷，造成社會觀感不佳，也讓醫師陷入了利益與義務之間的倫理困境，意即「在創造醫院及自身利益的最大化」與「對病人維持最佳照顧的義務」之間的兩難衝突。甚至，醫院對醫師採取無底薪以及績效獎金制度，醫師被視為是財團醫院的生財工具，漸漸地無產階級化 (Alubo 1990)。醫師必須多看診、多做檢查與治療，吸引更多的病人，才能維持一定的收入，否則會可能會產生收入問題。丁志音 (1999) 就曾調查國內醫師如何看待醫院的企業化經營管理趨勢，竟發現醫師為「受薪階級」、「企業勞工」、「變成穿白袍的藍領階級，失去自由業的特性」的看法，已在國內的醫師心

中蔓延。

3. 企業家精神的行醫

過去的醫療行為，僅是單純的是醫師與病患兩者之間的關係，醫師以專業知識對病人進行治療，並直接向病人收取費用，病人也信賴、尊敬醫師的專業與照顧。然而，以商業利益主導醫療的運作模式，也出現在醫師的個人行為上。醫護人員的專業精神、醫病關係以及病患的權益都受到了衝擊，醫師與病患之間的互動不再如傳統般單純（McKinlay and Marceau 2002）。

一位具有企業家精神的醫師在意的是，醫療過程能夠帶來的經濟效益以及社會效益。如王正坤醫師開設全台最大的醫美診所暨美容醫學教育訓練中心，帶動台南地區的觀光醫療產業（鄭維真 2014）。把醫療服務視為健康產業投資進行投資，不僅擴張了醫療服務的內涵、提高經濟收入，更提升在醫療領域的知名度與社會形象。同時增加療程以提高單一患者的經濟效益，也是企業式行醫的手段之一，如醫療改革基金會（2009）就曾提醒民眾應充分和牙醫師溝通，討論安排最合適的看診次數與時間，避免造成浪費時間與增加不必要的金錢付出。

醫學的功能產生轉變，治療病患不再是其目的，而是達到非治療目標的手段。當醫師忽視或不以治療目的為專業考量，轉以營利或社會效益為首要目標時，這不僅突顯醫師選擇治療模式的自主性不受限制，更影響醫病信任關係與病人權益問題，與醫學倫理強調的行善原則背離。

4. 醫療消費主義

消費主義對人們生活影響深遠，人們透過支付方式來滿足需求的意識觀也深植到現今的醫療行為。醫療行為應該是提供人們能取得適當且必要之醫療服務，促進人們生活、健康更完整的發展。然而以整形手術為例，其本身不僅作為慾望的體現以達到某些慾望的手段，它同時也是以一種形式來展現人們的財富。Frank

(2002)將醫療消費主義做出三點分析，分別為行動者通常有強大的意願消費、慾望永遠無法被滿足、消費主義對消費行為賦予某種道德觀。一般常見的消費主義通常不脫離此範疇。而醫療消費主義其中一個重要的爭議是，混淆了「想要 (want) 與需要 (need)」之間的差異。在市場運作的影響下，透過購買物品以表現為「需要」的自我實現，這樣的邏輯背後呈現出來的是一套商業價值。再加上媒體的渲染，使得人們對醫療產生錯誤的觀念，隨著時代的進步，人們也並未因此變得更加理性看待醫療服務 (Lazar and Deneuve 2013)。

人們可以用自費的方式去達到想要的醫療需求，因此間接排擠了他人使用醫療服務的權利。《無效的醫療》作者 Jörg Blech (2007) 也在該著作中提到，越來越多的醫院提供自費健檢的服務，然而這些錢大多是白花的，因為絕大部分的健康檢查項目就醫學學理而言並不必要，文中也指出，醫師純粹出於經濟考量來遊說病人接受醫療服務，是違背醫學倫理原則的作為。

不僅使用資源遭受排擠，這同時也改變醫病互動的關係，病人從醫療需求者變成醫療消費者。國外學者也指出，若將病人視為消費者，將會改變醫病關係的互動 (K. Rowe and K. Moodley 2013; Prasanta 2011)。醫療消費主義讓消費者能夠獲得較多的資訊，也具有更多的選擇空間，然而專業知識卻未必能夠落實發揮，反而會讓商業考量取代了醫療專業，危及了醫學倫理的實現。

小結

在必要性醫療的前提下，相關醫療商品化的批判大多聚焦在這四個脈絡之下。包括（一）醫療制度的成本控制措施，使得病人可取得的醫療服務受到限制，違背強調提供病患良好服務的行善原則；（二）非營利醫院的營利化，讓醫院之間形成軍備競賽，同時也干預醫師的治療，讓醫師陷入結構性的衝突；（三）企業家精神的行醫，強調醫師追求各式外部或經濟效益方式，忽略了治療的本質；（四）醫消費主義則是強調病患的自主性，透過經濟能力和制度的限制，影響醫療資源

的分配與使用。以上討論了四個必要性醫療在醫療商品化背景下的倫理議題。討論了醫療提供端（醫師、醫療組織）、病患以及政府相關制度，受到商品化影響後，醫療服務的品質變得相對不穩定，甚至直接或間接危急醫學倫理的原則。

然而，必要性醫療和美容醫學兩者存在著很大的差異，亦即，必要性醫療是俘虜市場（captive market）。當你生病需要救治時，你只能尋求醫師的幫助，依靠醫師專業以解決疾患，而美容醫學卻不是，看似醫師和病患都有相當充分的自主去選擇欲意施行什麼樣的醫療服務，自主性不受控制。再者，因為這些相關的醫療服務是為了出售而被生產，商品本身就有交換的價值，一個願打一個願挨，只要買賣雙方達成共識就不構成問題。從這樣的角度來看，美容醫學不僅不受管理式照護的成本控制措施影響，同時也以商品的樣貌呈現，具有商品的特性與價值。由此可知上述對醫療商品化的批判在美容醫學的環境當中似乎都難以成立，或許會產生這樣的疑問：美容醫學究竟會產生什麼倫理問題呢？

事實上，就算是像美容醫學這樣高度商品化的醫療，確實也存在許多倫理問題。在下一節我將接續討論四個隨著美容醫學興起而產生的現象，這些現象又分別造成了哪些倫理問題。

第三節 美容醫學的倫理問題

在常見的美容醫學實作，尤其是整型或是微整型手術。這些醫療操作協助個人改變原有的體態、樣貌，或是使個人能得到長期的幸福感與滿意度。到目前為止，只是醫療服務型態的改變（治病救命變成治醜救美）並未影響醫療價值，而真正遭受質疑的問題是，美容醫學治療的過程與內容，以及對醫師社會形象轉變，此二者可能涉及道德瑕疵甚至違法之情形。例如進行一些連醫師本身都沒有把握的操作（植入異物、施打玻尿酸），或是將藥物作為適應症外使用（開處抗憂鬱藥降低食慾，達到減肥效果）。這些操作都會增加個人遭受傷害的風險。因此，進行這些醫療操作時遇到了一些問題，如傷害病人安全、資訊不對等的操作等，

這些行為不僅違反了醫學倫理，且造成的後果也不是商業倫理可以承擔的（Geoffrey 2008）。

從美容醫學的批判，我們大概可以歸納出這些美容醫學服務，它可能涉及了底下幾個倫理問題，包括臨床實證的相對缺乏、營利化取向的操作、透過行銷招攬消費者、刺激需求，以及醫師社會形象的改變，而本研究也將從這四個面向切入討論美容醫學的倫理問題。

1. 臨床實證的相對缺乏

曾經在台灣風行一時的小針美容⁷，吸引許多愛美人士趨之若鶩，其中不乏許多明星藝人。然而環視當今醫美市場，卻幾乎不再有醫師願意從事小針美容。因為小針美容缺乏臨床實證，且會產生許多的併發症，如產生發炎反應、皮膚紅腫、組織變硬、結成硬塊等，更甚者會造成注射部份皮膚潰爛、組織壞死。同時填充物不但不會被人體吸收還會黏著於體內組織，因此要根除此併發症十分困難，往往會導致留疤、外觀凹陷或組織功能缺損等後遺症（曹賜斌 2010）。Daphne van Dam, Berend van der Lei, and Michel Cromheecke（2009）也曾指出使用永久性的注射填充物，會對安全造成傷害，歐洲許多國家都列為禁用或不建議使用。

當然這種風險不只存在於手術，有關生活風格的藥物治療也是如此，如知名減肥藥「諾美婷」⁸。在必要性醫療的實作幾乎都有臨床實證的支持，且至少有隨機對照研究（randomized controlled trials, RCT）以上的證據效力。不過美容醫學實作，大多缺乏臨床實證的支持，使得消費者的安全產生疑慮，甚至許多操作是由既有藥物或儀器的仿單標示外使用（off label use），這種仿單標示外使用的作法，必須經過醫師專業的評估才能適用於病人身上，但是同樣也無法保證是否

⁷小針美容是由德國的格爾茲尼博士首創以微針注射「石蠟」或「液態矽」填充特定部位的方式，達到美容效果，故稱之為小針美容。但在 1965 年時被歐、美、日本等國禁止使用；台灣約於 1930 年時引進，也在 1976 年時全面禁用。

⁸曾經創下台灣一年 224 萬顆的銷售量，市占率一度超過七成，且由當時的衛生署核可。後因臨床實驗指出，此藥物含有「西布曲明」（Sibutramine）會增加服用者心血管疾病，可能增加中風與心臟病的發生，最後政府才全面回收下市。

會對消費者造成傷害。

由上述例子我們可以知道，雖然科技發展快速，美容醫學技術的發展也與之並進，美容醫學實作幾乎沒有足夠的臨床實驗，也沒有任何有效力的證據足以證明，手術後長期不會有副作用。因此，以改善生活風格為目標的醫療操作（手術或藥物），只要缺乏實證醫學（EBM）的證據說明，都可能存在著傷害安全的風險。

2. 營利化取向的操作

從醫療服務提供的程序視之，與必要性醫療一個明顯不同的是，在美容醫學當中醫師並不是醫療團隊中主要的領導者，沈雅如（2014）的研究中提到，美容醫學的醫師只是參與服務提供的過程，且醫師主要的功能，如提供病患諮詢以及進行診斷等，都被其他專業分工所取代，醫師不過是負責臨床醫療操作的角色。因此，醫師第一次與消費者接觸通常就是在執行操作的當下，甚至連消費者的背景都不清楚，就必須進行醫療操作。這樣的情況造成了醫師專業自主以及醫療院所利益考量的衝突，醫師往往無法拒絕，如：邱俐穎（2013）就曾採訪從台大外科轉行做美容醫學的醫師—洪浩雲，他認為「外科救人是浪漫的事，但醫美的商業模式卻讓我浪漫不起來...」甚至更曾經向病人說「我覺得妳的鼻子形狀非常漂亮，妳應該不需要做這個。」卻被一旁護理人員說應該要推薦消費者購買相關療程。

3. 透過行銷招攬消費者、刺激需求

誠如第二節醫療消費主義中所述，消費者混淆了想要（want）與需要（need）之間的差異，因此美容醫學當中，最常見的行銷手法就是創造需求。而創造需求的方式很多，強化「不完美」的身體特徵就是其中之一，藉由點出肥胖、禿頭等身體狀態，並進一步加以標籤化，讓具有這些體態的人也覺得自身的不完美，強

化他們尋求醫學美容的動機。透過誇大不實或是特價優惠訊息的廣告，讓消費者產生不切實際的期待。甚至結合其他文化的認知，強調能夠達到特定的社會效果。如藉由社會大眾對面相的迷信，許多醫美業者鎖定特定族群，以臥蠶能增進人緣、異性吸引力、旺夫，是美女的象徵等說法⁹，使得該族群借用醫學美容的技術與幫助，達到符合該特徵的目的。

然而有時創造需求可能還不夠，還必須搭配一套完美的行銷話術刺激消費者，在一推一拉之間更能快速增加消費者消費的慾望。醫美業者會以活動促銷（買 A 送 B）、價格優惠（體驗價、學生優惠、免費等）等說法，讓消費者無法有機會理性思考。或是將簡單的療程複雜化，藉由包套療程的方式，讓消費者的經濟效益發揮到最大。因此，同時利用創造需求與行銷的方式，將正常人給問題化，使消費者購買自身根本不需要的醫美實作，以賺取更多的收入。

這危及了行善與公平正義的原則，在必要性醫療當中，病患有權利知道他面臨的治療內容與風險，並由內心同意醫師進行他所需要的治療，然而美容醫學並不是如此。透過不實廣告與話術行銷，掩蓋了實作過程可能潛在的風險，消費者無法充分獲得適當的資訊就接受他想要而非需要的實作，造成更多醫療疏失，產生倫理問題。

4. 社會形象的改變：從醫師到商人

必要性醫療當中，醫療模式的改變使得病人的自主意識提高，從以前上對下的醫病關係轉變為現在的對等關係。但是，這些傳統醫師認知卻為商業色彩等負面形象而淡化，也添幾抹營利、自私的灰暈（張耀懋 2011）；隨著醫糾事件的頻傳，以及媒體的快速傳播，使得民眾以及醫師看待自身角色的形象也有明顯不同（陳亮妤 2003）。尤其在美容醫學的環境當中，醫師形象更是受到挑戰。醫師從

⁹ 緻美診所，2014，娃娃眼臥蠶形成術。

http://www.chimayclinic.com.tw/cosmetic_surgery_view.asp?id=247&sid=27，取用日期：2014 年 10 月 25 日。

一個藉由諮詢並在過程中做出診斷的專業人員，變成一個在提供特殊服務給病人的既得利益者（Josh 2013）。蔡豐州（2009）就曾經指出五個有關美容醫學造成社會形象不佳的原因，包括非專科醫師的投入、醫院醫師在院外兼差、商人主導的市場、醫療糾紛的污名化以及醫師自身問題。

上述這些原因，前三者都跟自身利益有關。這些醫師和投資的商人，無非就是想要賺更多的錢，但是這就產生文化上的衝擊。我們期待的醫師是能夠救治病患的醫師，而不是救醜的醫師。從洪浩雲由台大醫院離職至醫美診所工作的事件，就能看出社會對醫師的期待。當時許多輿論都抨擊洪醫師，為了錢而離開台大，缺乏醫者的熱情。社會對醫師的形象認為，從事醫美的醫師就是不好的醫師。而醫師社會形象改變一個重要的批判是造成信任模式的改變。如新聞媒體對醫療糾紛的新聞相當嗜血，尤其遇到美容醫學糾紛更會放大報導，增加民眾對醫美錯誤的認知，甚至斷章取義的抨擊醫師種種操作，讓民眾難以再信任醫師，而是要提防醫師的操作是否會對自己造成傷害。

這些對醫師形象挑戰的批判，認為醫師不再是為人為服務對象的行業，而是透過向「錢」看齊的商人，信任關係也因此產生改變。朱芃年（2011）認為，許多醫美實作的倫理價值不再是考量重點，甚至忽略倫理的重要。

第四節 研究問題

從上述文獻當中發現，在醫療商品化影響之下，必要性醫療以及美容醫學確實存在著許多倫理問題。其中具有四種不同的特徵，包括了臨床實證的相對缺乏、營利化取向的操作、透過行銷刺激需求以及醫病關係缺乏信任的基礎。其中第二項（營利化取向的操作）、第三項（透過行銷刺激需求）與第四項（醫師社會形象的轉變）是不論必要性醫療或美容醫學都共有的，而第一項（臨床實證的相對缺乏）則是美容醫學特有的。底下將說明四種倫理困境，在這些缺乏依循原則的倫理判斷困境底下，醫師必須自己做抉擇。

首先，在醫學操作中，醫師通常都會遵循臨床指引，或是選用經過核准的儀器、藥物，以降低治療的不確定風險、提升治療的效果。然而，在美容醫學當中，多數操作缺乏臨床實證的基礎，就算有，證據等級也不高，以及缺乏較客觀的完整評估，通常僅以醫師經驗作為主要判準，再加上若發生狀況，多數案例也是採取私下和解的途徑解決，無法進一步了解醫美操作可能存在的風險。這不僅缺乏實證架構，更偏離了臨床實證的精神。

其次，醫美診所是專業分工展現的所在，醫師不直接參與消費者的招攬，只著手處理醫美操作。因此，在這種營利取向（profit orientation）以及專業自主（professional autonomy）的衝突上，醫師（尤其是受雇的醫師）在明知操作可能無效的前提下，卻往往無法拒絕操作，進行許多無效醫療，消費者也因此接受了許多以營利為取向的服務卻得不到期待的效果。

第三，與必要性醫療不同的是，美容醫學必須主動尋找可能潛在的消費者來源以創造醫療需求。因此醫美診所的護士或諮詢師，便利用話術行銷的方式盡可能招攬消費者，如此，不但掩蓋了潛在的未知風險，同時也刺激消費者需求，增加了許多不切實際的期待。例如：美容諮詢師會選擇性的揭露有利於消費者的論述，增加其購買療程的機會，但是卻刻意避開不利於消費者的論述，消費者無法在完全知情同意的情況下做出選擇，使得消費者遭受自身非預期的傷害。

第四，社會對醫美執業醫師形象產生轉變，從一個專業的服務者變成了有企業家精神的醫師，其中主要一個原因是歸咎於信任模式（程度）的改變，意即從病家安心到買者當心。當醫美操作以商品的形象包裝起來，強調的不再是醫師的專業和技術，而是商品的價值與效益，是一個商品化服務的過程。這不但使得醫師形象產生改變，也造成信任關係的改變，病人從以前是對醫師專業倫理的信任，轉而成必須去提防醫師會對自己造成傷害。

上述四種美容醫學的倫理困境都顯示了醫師在進行美容醫學實作的同時，必須面對各種具有倫理問題的處境，且包含一系列需要做判斷的情境。這些判斷是

為了解決各種倫理困境或是衝突的兩難，而醫師自身也陷入一個倫理兩難的情境當中。於是乎，在這種存在倫理爭議、兩難情境以及毫無規則可循情況下，醫師應該如何做（**how should the physicians' practice**），成為重要的研究問題。

第三章 分析架構與研究方法

接續前面章節對研究問題的提出，本章將提出切合研究問題之分析框架，並進一步提出本研究採行之方法。第一節分析架構，是說明本研究分析的框架為何，同時也說明研究採用的方法學原則。延續方法學原則的說明，第二節將說明本研究之方法，包括研究所需資料來源，同時強調研究資料對本研究的重要意義，以及研究分析方式。

而美容醫學的實作，就是為了出售而生產，是個極度商品化的醫療。因此，本文將以美容醫學作為研究對象，探究其是否具有倫理可能，進而回答醫療商品化與醫學倫理相互矛盾的難題。

第一節 分析架構：從生活體制到醫師實作體制。

在這一小節當中，首先我會先交代生活體制（regimes of living）的概念以及這樣的觀念如何被運用，並將生活體制之概念延伸，發展成能切合我研究問題之分析架構。

生活體制（regimes of living）的概念，首先由Lakoff及Collier（2004）提出，他們將生活體制定義為：「道德推論和實作之錯綜（或匯合）」，這種錯綜關係浮現於呈現「倫理問題（如何活）」的處境¹⁰，其中「一個人應該如何活」（how should one live）是一個關鍵問題。同時Lakoff及Collier認為，生活體制可以作為形構倫理問題化特別位置的工具，以給予一個分析用途上暫時的完整性和一致性。從這意義上而言，借助這樣一個工具性的討論，能夠有助於形構技術、實踐以及合理性的倫理問題。

然而這樣一個方法學的概念主張，在對當代倫理的批判方法之前，先須進行一個人類學的研究，透過觀察人類生活的本質（nature）和實踐（practice），以

¹⁰原文為：We define regimes of living as congeries of moral reasoning and practice that emerge in situations that present ethical problems – that is, situations in which the question of how to live is at stake.（Lakoff and Collier 2004）。

及活的最終目的是如何被建立與轉換 (Lakoff and Collier 2004)，因此本研究正是要藉由生活體制，其作為一個方法學的概念，對於本研究的啟發，重組成適當的一套分析架構（從生活體制到實作體制），藉此刻畫美容醫學實作當中各種倫理可能及其特殊性。對於將生活體制概念的重組，過去也有研究曾經如此使用。林郁婷（2011）也曾經將之重構為老人的生活體制，用來比較藥師與社工對台灣長照體制設計的論述。

延伸上述對 Lakoff 及 Collier（2004）生活體制之概念，將之在方法論上的啟發，轉化為一套「醫師的實作體制 (Physician's Regime of Practice)」，作為切合本研究之分析架構。意即將生活體制之「如何活」的關鍵問題，轉化運用在本研究當中，變成「如何做」的問題。同時，針對在不同之特定情境 (situation)，尤其是各式各樣的美容醫學 (aesthetic medicine) 實作，以及有倫理衝突的情況之下，透過「醫師應如何做 (how should the physician practices)」的提問方式，嘗試描繪美容醫學倫理的可能與限制，藉此回答本研究之研究問題。

綜上針對「醫師如何做」的分析架構，結合前述章節所提出之研究問題，我將醫師的實作體制簡單製成下表，以方便理解：

表 3-1 醫師的實作體制

醫師的實作體制 (Physician's Regime of Practice)
Physician：醫師的定義為何？誰能夠進行實作？
Should：醫師應當如何做才是符合醫學倫理？
Practice：現實美容醫學環境中，醫師實際如何做？
How：美容醫學從業者如何認為自己是合乎倫理的？

第二節 研究方法

在這節當中將依序說明本研究使用的資料來源以及資料分析。首先介紹本研究資料的來源，可以分成兩個部分，分別為訪談資料以及次級資料，底下將詳細

描述資料來源的取得、為何選擇這些資料、以及這些資料對本研究的重要性。其次將說明本研究所使用的分析分式，論述分析（discourse analysis），將先簡單介紹論述分析的背景以及本研究如何使用。

1. 資料來源

本研究資料主要可以分成兩個部分，分別為訪談資料以及次級資料。在醫美實作當中，因為《醫師法》中明確規定，只要是醫療行為就必須由醫師親自問診與操作¹¹，由此可知醫美醫師是整個實作當中最主要的行動者，因此是我訪談對象的首選。然而，醫師是屬於社經地位較高的團體並非弱勢，且其工作性質忙碌，較難有時間接受訪談，同時醫療領域具有高度專業性質、操作環境私密，再加上研究議題恐觸及有關商業手法與法律問題等因素，使得在醫師身上取得的資料可能會受到限制。有鑑於此，本研究也訪問其他從事醫美相關職業人員，如護理師、諮詢師等，作為次要訪談對象。選擇醫師的原因除了他是醫美實作當中主要的行動者之外，同時他也是在整個醫美實作的過程當中，最了解醫美實作樣貌的人物，包含了知識層次與經驗層次的了解。知識層次指的是醫師在醫學專業的理解以及學理在臨床實作的應用；經驗層次指的是醫師在臨床累積的實作經驗以及操作技術的熟練。而選擇相關從業者的原因則有不同。選擇醫美護理師的原因主要是因為，他們是除了醫師之外的重要見證人，都是曾經目睹甚至是親身參與醫美實作的重要對象，因此可以就他們的經歷分享來還原醫師實作的過程，以提供重要的分析訊息，同時，醫美護理師有時也必須進行輔助醫療的工作，因此對器材使用的了解未必比醫美醫師來的差。而選擇訪談醫美諮詢師的原因是，此族群是第一線接觸消費者的受訪者，他們必須對消費者介紹診所內有販售的服務、商品與療程，因此勢必相當清楚服務的內涵與過程，同時亦必須向消費者解說醫美實作的選擇與風險，甚至推銷診所所有提供的醫美服務，是相當重要與關鍵的訪談對象。

¹¹ 《醫師法》第 11 條：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」

綜上所述，本研究透過人際網絡以及社會資本尋求可能與願意接受訪談的對象。研究訪談了 4 位醫美執業醫師，以及 4 位醫美相關執業人員，包括護理師與諮詢師，共計 8 位受訪者，我將受訪者資料整理如下表。

表 3-2 受訪者資料表

受訪者編號	性別	職稱/專科	年齡	從事醫美時間	服務單位型態	身份
K	女	護理師	27	1 年 7 個月	私人診所	受雇者
L	女	護理師	25	2 年	私人診所	受雇者
F	男	婦產科專科醫師	57	8 年	私人診所	負責人
P	男	皮膚科專科醫師	41	6 年 10 個月	醫學中心	受雇者
H	女	護理師	28	2 年 9 個月	連鎖診所	受雇者
C	女	諮詢師	30	4 年	連鎖診所	受雇者
J	男	整型外科專科醫師	56	3 年	私人診所	負責人
G	男	骨科專科醫師	38	5 年	大型診所	合夥人兼負責人

訪談者編號方式分成兩種。四位醫師剛好專科類別都不同，因此以專科別首字發音作為代號，如婦產科醫師則取「婦」字發音：F 作為編號。而剩餘四位護理師與諮詢師則依照姓氏發音給予編號。

如同前段所述，因為醫美執業醫師的訪談不易取得，因此輔以其他相關執業人員作為訪談對象。然而，這樣的作法仍然有可能會產生誤差，如：訪談過程受到時間的限制，或是淪為替醫師說話的工具，影響研究的客觀性。為補足上述限制、不足與加強研究的信效度，本研究除了藉由訪談蒐集研究資料外，同時也蒐集其他次級資料，包括醫美相關著作與討論、報章雜誌對醫美新聞的相關報導與內容、相關醫學會與政府官方網站訊息，以及相關組織或重要人物言論。

首先是醫美相關著作與討論：在現今醫美環境充斥各種難題與困境的情況下，

一些醫美執業醫師與組織主管動筆寫作書籍與評論，內容多是有關醫美實作或是環境的困境，例如：如何選擇正確醫美診所、何謂醫美黑心與手法、醫美診所運用的經營模式，以及一些常見的違法事實等等，揭露醫美產業環境一些鮮為人知的秘辛，且可能對消費者造成負面影響的實作。透過專業人員的自我揭露，讓其他非專業人員能夠清楚明白適當的實作應是如何？筆者將這些資料製成表 3-3。

第二是報章雜誌對醫美的新聞與新知：藉由「醫學美容」、「醫美糾紛」以及「整形糾紛」等關鍵字在自由新聞網、聯合知識庫、蘋果新聞以及 Google 新聞搜尋相關的報導，檢視其中不法事實、糾紛原因以及爭議之處，了解醫療專業如何對相關實作進行辯護與說明，進一步將資料編碼以利分析。

第三部份是相關醫學會與政府官方網站訊息公告：醫療社群中從在著許多醫學會，如：台灣整形外科醫學會、臺灣皮膚科醫學會、台灣外科醫學會以及台灣麻醉科醫學會等，以及不少是與醫美相關的醫學會，如：中華民國美容醫學會、台灣醫學美容護理學會、中華民國醫學美容技術教育學會、台灣美容外科醫學會等等，檢視上述醫學會中的公告、規範與新聞稿，了解他們如何針對相關醫美實作進行建議、醫師繼續教育的內容以及可能潛在的守則與規範。而政府官方網站包括衛福部醫事司網站或地方政府衛生局網站，搜尋有關醫美實作、糾紛的統計資料，或是公家單位對相關組織的公文，了解政府部門如何看待醫美實作與產業，甚至對其的立法、規範與限制等等。

最後是相關組織或重要人物的言論：有些長期關注醫療場域以及消費者權益的組織，如：台灣醫療改革基金會、台灣女人連線以及中華民國消費者文教基金會等，他們都有針對醫美實作提出建議與改善方向，以維護消費者權益的論述會新聞稿，針對這些資料進行分析以了解非醫療組織如何看待醫美實作與應該如何規範等資訊。同時，也將瀏覽一些醫美醫師的部落格或討論社群，以及政府官員與重要人物他們在公開場合針對醫美實作所發表的言論。因為這些醫師所評斷或建議的內容或是上述人物之言論，在一定層次上具有相當影響力，可視為重要的

操考依據。

表 3-3 書籍資料表

書名	作者	作者身份	出版日期
《醫學美容業不告訴你的四十件事》	朱芃年	皮膚科醫師/悠美診所總院長	2011年3月13日
《醫美中心不敢告訴你的整形真相》	宋智英著 張鈺琦譯	韓國整型外科 科長	2011年11月30日
《黑心醫美關鍵報告：醫美護士、主管、醫療器材業者和權威醫師〔聯手爆料〕的驚世調查報告》	松果体智 慧整合行銷編輯部	-	2012年6月1日
《選對你的醫學美容》	曾忠仁	皮膚科醫師/美麗信義皮膚科診所	2009年2月3日
《醫美整形大揭祕：你應該知道的99個整形真相》	陳瑞昇	上海某跨國整形醫院諮詢總監	2014年6月16日
《醫美界不說，但你一定要知道的26個祕密》	施丞修	中醫師/施丞修中醫診所	2012年8月1日
《這樣整才型！醫美、微整、整形前先知道才不會後悔的56件事》	邱正宏	整型外科醫師/景升聯合診所	2013年4月24日
《醫美名醫盧靜怡的青春保養秘訣：揭發黑心醫美、教你神奇不敗的抗老配方》	盧靜怡	皮膚科醫師/I skin 盧靜怡皮膚專科診所	2012年3月21日

2. 分析方法：論述分析

論述分析不僅只是單純檢視文本本身，而是將建構文本所使用的論述和歷史文化因素都納入分析之中，且論述分析更強調文本意義的詮釋與解析（游美惠 2000），同時施進忠、陳可杰（2011）認為真實（*reality*）是透過語言系統在特定的社會背景下所建構出來的。受到 Foucault 的影響，論述（*discourse*）被是一種制度化的思考方式，它能夠影響我們對所有事物的看法，而身處其中的人很難覺察從而跳脫出去。換句話說，我們若不能發現論述對事物所產生的意義，那一些社會現象將無法被察覺，因此有必要探討論述與事實之間的關聯。

同時 Potter（2004）也指出論述分析具有三種特徵，包括行動方針：論述是人類活動和互動的主要中介；情境：論述具有三種情境內涵，總是以特定的次序被組織起來（*organized sequentially*）、總是存身於特定的制度（*situated institutionally*）以及論述總是置身於特定的修辭裡（*situated rhetorically*）；最後是建構：論述不但是被建構的且也具有建構性。因此，我們也必須留意鑲嵌在社會群體與社會制度之間的論述，檢視它是如何被建構。

雖然論述分析的主要對象是文本，但是 Fairclough（2003）認為文本分析是論述分析的一部分，且詳盡的文本分析能夠加強論述分析，讓社會研究的論點能夠更有根據，且能有新的洞見。因此，若是單純地使用文本分析，將無法詮釋論述的詳細脈絡，無法接近社會的真實性。且文本與文本之間，通常具有互文性（*intertextuality*），意即文本的意義存在於文本之間的對話與融合關係，若沒有其他文本相互參照，單一文本無法呈現社會完整的社會意義（游美惠 2000）。不只僅有文本，口語對話也是論述分析的重要對象。Halliday（1989）指出，口語的語言形式不亞於書寫，有其自身高度的組織性和複雜性，Halliday 稱之為文法複雜性（*grammatical intricacy*）。因為從一句口語陳述，我們通常能夠判斷該句話所處在的社會情境，從而理解其溝通內涵，甚至我們能夠從中檢視語言的正式性、社會距離以及權力關係。同時，同樣的口語也會因為不同的社會脈絡、言說者，

其要表達的意含也會有所不同。

綜上所述，研究者認為論述分析之取徑與本研究分析架構能互相補充，藉由 **How should the physician practices** 的框架，藉由「醫師應如何做」的框架，探究醫師在有倫理兩難的情境下如何進行實作，以及醫師如何針對他們的操作進行陳述。嘗試理解醫師在特定的條件下，如何詮釋他們認為什麼樣的操作才是合乎倫理的，同時也考量論述內容的意義脈絡，以了解受訪對象在特定背景下的闡述是如何被建構。同時藉由揭露論述與現實之間的落差，瞭解醫師倫理決策的考量為何，並藉由逐一檢視研究資料當中的重要訊息，並透過訊息之間（文本與文本、文本與論述、論述與論述）的互文性進行概念化，形成研究架構。

在接續章節當中，筆者將討論資料分析的結果。第四章將討論三個與既有醫學倫理相似倫理可能，而在第五章將討論兩個與商業倫理相關的倫理可能。在討論的過程中，我也將呈現現實環境與論述之間的落差，並描述倫理可能的原因，以及現實環境當中這些倫理可能受到哪些限制，並針對一些研究暫時無法深入討論的內容給予回應。

第四章 醫學倫理意涵的質變

在整理與分析資料的過程中，發現有關美容醫學實作原則的討論，仍對既有醫學倫理有許多著墨，不過再進一步仔細檢視其內容，卻發現討論的脈絡和意涵與既有醫學倫理有明顯差異，倫理原則產生了質的改變。美容醫學不僅僅補充，更重新詮釋既有的討論。因此在接下來的文章當中，我將分成三個小節討論與既有醫學倫理相呼應的原則，分別為充分溝通實作內容、做到最小傷害以及維持專業性。同時在每個小節的討論當中，我將直接提出論點，且輔以次級資料做說明，並回應倫理原則的限制。

第一節 充分溝通醫療實作

醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。

——《醫療法》第 63 條

醫師應該盡力維護專業精神的標準、誠實面對所有的專業互動，並盡力舉報醫師在個性或能力上的不足，或從事欺騙與詐欺的行為，以達到適當的本質。¹²

——*Principles of Medical Ethics*

在必要性醫療倫理當中「尊重病人自主」是由以下三者所共構而成：知情同意（informed consent）、誠實（truthfulness）以及保密（confidentiality）。這三者

¹² 原文為：A physician shall uphold the standards of professionalism, be honest in all professional interactions, and strive to report physicians deficient in character or competence, or engaging in fraud or deception, to appropriate entities. (American Medical Association 2015)

看似相當簡單，然而在美容醫學的實作當中卻常常被忽略，尤其是誠實與知情同意。許多醫美診所、業者幾乎都無法誠實告知消費者實情¹³，包括操作的過程、使用的耗材與機器、可能存在的風險、術後的照顧等，使得消費者必須承受更多的不確定因素。如前述引文，台灣目前的法律也明文規定在進行實作之前，必須告知手術原因、成功率、可能之併發症以及潛在風險等等。孟蘋（2012：12）也提到：「有醫德的專業醫師不僅會仔細檢查你的身體狀況，像你解釋你適合施做的方式，也會審慎評估手術潛在風險與期間的利弊得失，這才是有保障的醫療行為」這些內容在其他類似資料當中一再被強調，突顯目前美容醫學都無法達到尊重病人自主的倫理要求。因此用以解決這問題的方式——充分溝通，就顯得格外重要。

首先在醫美實作當中，知情同意仍被強調。因為「溝通」不僅僅作為一種達成倫理原則（知情同意）的工具，它更是一種必須完成的目的，亦即溝通不只是一要做到尊重病人，更重要的是要保護自己。

必要性醫療當中，醫師會依照自己的專業知識，對病人做出適當的醫療診斷，直接提出建議的治療方式，並說明治療的過程與風險，以達到告知病人實情、尊重病人自主的原則，但是在美容醫學當中並不只是如此。進行醫美實作之前，必須經過醫師的評估，並了解可能改善的方式，一來是防止病人陷入無知的風險，二是醫師保護自身的機制，透過充分溝通以告知實情，將醫美實作的風險轉移至消費者身上。如受訪者J醫師所言：「我把可能的狀況和問題跟你說，確定你明白了我才會幫你做...因為你不能說你不知道打雷射很危險會燒焦的問題」很明顯得可以感受到，J醫師不僅想要讓消費者明白實作風險，更重要的是醫師沒有說出口的心裡話「我都跟你說明白了，有問題的話你不能隨便怪罪於我。」

¹³ 根據資料歸納，有關無法告知實情的原因可能有二：選擇性揭露以及不了解實情。因為醫療專業的分工，使得第一線接觸消費者的不再是醫師，而是醫美諮詢師（沈雅如 2014），說的白話一點就是醫美業務員。這群人他們有業績壓力，要如何在時間有限的情況下創造最大產值，最有效的方式就是利用話術行銷，選擇性的揭露實作，只說好的不說壞的（詳細內容在本章第二節中說明）。第二個原因，因為有不少醫美醫師未受過專業訓練、缺乏相關知識，甚至是醫學系的學生就在執行實作（受訪者P醫師），因此不了解實作的內容與風險，根本無從告知消費者（詳細內容在本章第三節中說明）。

其次，醫美實作強調充分溝通的第二個原因是因為，不同於以往單方面的告知同意，美容醫學有另外一套機制，它更強調醫師以及消費者雙方互相討論、溝通的過程，尤其消費者能夠在健康無虞的前提下自由的選擇醫美實作。

例如訪談時 G 醫師就提到「要不斷的和病人討論，他想要的感覺是什麼？能不能做到？」這兩點就能突顯出美容醫學與必要性醫療的明顯不同。在必要性醫療當中，我們不會知道我們需要什麼治療，都是醫師主動告知可以做什麼，我們更不會知道效果如何，都是由醫師的專業來判斷。但是美容醫學消費者有較高的自主性，可以知道我今天想要隆鼻、想要割雙眼皮，這個鼻子可以多挺，眼皮間距可以多開等等。說穿了，其實就是像是去菜市場買水果一樣，今天想要吃什麼？會不會甜？一斤多少？當醫師和消費者能夠充分溝通，消費者可以更確定自己要的是什麼，而醫美醫師也能夠明白什麼樣的方式對消費者而言是比較好的操作。K 護士就說道：「我們診所很多客人其實很喜歡 X 醫師，就是因為 X 醫師會很詳細的把操作過程還有效果讓他們知道。」

同時，如前言中提到，醫美糾紛的新聞層出不窮，佔醫療糾紛的比例也逐漸增加。在實作進行之前讓消費者了解適當訊息並取得同意，讓消費者與醫師能夠互相充分的溝通，尤其針對操作過程的風險、術後的結果以及效果時間等專業問題，將能有效減少醫美糾紛發生的機會。

針對醫美糾紛持續增加的現象，松果體智慧整合行銷編輯部（2012：96）認為：「大部分的醫美糾紛都來自溝通不足，以及術後衛教不完全，如果診所不太重視這個部份，為了趕時間或人力不足，草率帶過，那麼手術發生危險的機率就會增高。」因此，醫師與消費者的溝通不良，是影響醫美結果的原因。而醫美醫師邱正宏（2013）醫師也在他的著作當中提醒讀者，醫美實作進行之前的諮詢與溝通的重要性¹⁴。

¹⁴ 邱正宏（2013）：「現在的醫美、整形診所非常多，且良莠不齊，導致醫美糾紛層出不窮…其中最大的爭議就是，整出來的成果和患者期待不同…因此，事前的諮詢、溝通一定要做好…才不會出現手術醫師不了解患者狀況的情形。」

綜上所述，可見進行醫美實作之前的充分溝通，是醫美實作成功與否的關鍵之一。若無法充分溝通，消費者僅能自己保佑不要遇到不良影響，如果真的不幸遇到，那消費者只能自求多福了。如 P 醫師所言：

很多時候在操作上，消費者是最弱勢的...因為他完全搞不清楚狀況，他只能看一些根本不是真實的東西，讓他去做決策的判斷，這樣做出來的決策就一定是錯的...那錯了他還不知道，他還很高興，結果一錯在錯，等到出問題才發現自己錯了根本來不及...

另外值得一提的是手術（麻醉/實作）同意書。同意書當中通常包含了消費者（病人）基本資料、醫師之聲明、病人之聲明、手術醫師簽名、立書人以及見證人簽名等內容，如圖 4-1 與 4-2 所示，若較為嚴謹的手術同意書也會將潛在風險列出，或是將相關實作原則、規範在同意書附註的部份說明。然而大多數消費者不會詳細閱讀，醫美診所也不會逐條告知¹⁵。原本同意書的功能是為了做到知情同意，在進行侵入性實作之前都需要簽署手術同意書，但是許多醫美診所會將之簡化，直接以同意書取代告知同意的功能，使溝通的可能受到限制。H 護士就舉了一個親身經歷說明：

不管做什麼項目之前都會要求客人先簽手術同意書，雖然是流於形式但是這是必要的(因為法律有規定)...通常就是我們拿出來放在客人面前，順便把筆遞過去，跟他們說看過之後在哪裡簽名，但是他們都不會仔細看，就是我跟他們說哪裡簽名，他們就照著簽...當然還是有人會仔細看，但是很少...比較誇張的還遇過我都把單子收走了，他才問我說剛剛是簽什麼？我只好在跟他解釋一遍，不過我看他也根本沒在聽，隨口附和這

¹⁵ 不只是美容醫學，必要性醫療同時也會遇到這個問題。

樣。

——H 護士訪談筆記

醫美時尚編輯部（2014）也曾報導說：「有些不肖業者，為了拉攏生意，對患者隱瞞風險或是避重就輕，且在手術前才將手術同意書交給患者簽名，根本沒有足夠的時間可以思考。」可見醫病雙方溝通的重要性，不受到應有的重視。雖然主管機關衛福部為了解決醫美亂象，也針對十四項常見的醫美實作制定了手術說明與同意書提供醫美業者與民眾參考，這立意甚好可惜無法貼近現實，因為該同意書內容過於專業、冗長，反而更像是行政部門的政令白皮書，更加無法達到知情同意的目的，J醫師更批評這是不負責任的作法¹⁶。

綜上所述，知情同意不僅在必要性醫療，就算在美容醫學的實作當中仍然是一個重要的規範，且藉由充分溝通來達到這樣的倫理要求。充分溝通的目的不僅是要防止消費者的無知，更是醫師保護自己的方式，同時也能達到減少醫美糾紛的效果。然而現實環境的限制，如：透過話術包裝、選擇性揭露等方式，使得倫理原則難以落實。而藉由簽署手術同意書的方式，告知操作內容和風險，以減少消費者對操作的疑慮、增加對術後的了解，這不僅保障消費者的權益，同時也代表消費者願意接受操作，醫師也得以合法的對消費者進行操作。不過醫改會（2014）也建議，手術同意書只是個讓患者能清楚了解要進行的手術相關風險，並思考是否真有進行手術的必要性，因此必須擁有充裕的時間，而不是在術前才草草的看過、簽字。

¹⁶ J 醫師：「你看衛福部寫這些什麼東西…什麼乳房重建手術…光一個手術說明就密密麻麻的兩三頁，不要說病人，要我自己都懶得看，更何況還有一些專業術語，病人哪看得懂？而且病人光看到那麼多可能的副作用就嚇死了，怎麼還敢過來給你處理？…你看後面還列出參考文獻，這些都是英文，病人怎麼可能去找出來看？所以我說這是一個很不負責任的事情。」

圖 4-1 一般常見之手術同意書（正面）

██████████ 整形外科診所 手術同意書

*** 基本資料**

病人姓名：_____

病人出生日期：_____年_____月_____日

病歷號碼：_____

施行手術名稱：_____

一、醫師之聲明

我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

1. 整形手術的目標是改善美化，而不是百分百的完美，醫學治療及手術本身並不是絕對的科學，可以完全預測。所以任何醫師都不可能保證手術效果，包括形狀及量度。醫師會參照手術前的共識，盡力爭取達到最佳手術效果。在少數情形，手術後可能要做輕微的修改以達到更好的效果。
2. 整形手術也是一種創傷，對組織有一定的損傷，可能會出現副作用（如皮膚青紫、腫脹、皮下硬結及皮膚色素沉著等），通常經過一個月至一年這些副作用才會漸漸地消退。
3. 整形手術後的預期效果可能需要三至六個月的時間才能達到。
4. 手術的傷口痕跡一般需要三至六個月或更長的時間才會完全淡化。手術時醫師會盡量縮小及隱藏傷口。

二、病人之聲明

1. 手術的性質、特點和個體差異，決定了手術具有一定的風險和各種併發症（如出血、感染、切口疤痕等）的可能，醫師已對我解釋清楚，我完全理解。
2. 手術進行期間，如因突發事故而需要進行的額外的手術來改善問題，我同意接受醫師所採取的必要措施，妥善處理。
3. 我理解並同意在手術中採用矽橡膠類或組織代用品，術後可能有感染或排異反應，需取出假體或重新手術。

圖 4-2 一般常見之手術同意書（背面）

4. 任何手術之後都會有不適、瘀腫、出血及發炎的機會。醫師會盡力使一切可能性減至最低。病人也應依照醫師手術後的護理指示及按時服藥。復原時間一般需要數天至二星期、或更長的時間。
5. 我知道人體自然地左右不會完全對稱，因此整形手術也不可能使兩側（如雙眼皮、雙側乳房或其他對稱性器官）完全一樣。
6. 我同意術前術後進行拍照以留作記錄用途，相片和醫療記錄將受隱私權保障。

手術負責醫師簽名：

日期： 年 月 日
時間： 時 分

立同意書人簽名：

住址：

日期： 年 月 日

關係：病患之

電話：

時間： 時 分

見證人：

日期： 年 月 日

簽名：

時間： 時 分

第二節 做到較少傷害

你如果把它（指美容醫學）當醫療處理就跟你行醫的理念是一樣的。首先第一件事情當然是 do no harm，這個希波克拉底已經說過...可是多數人都把它當耳邊風...do no harm，理論上如果你就這個 principle 走，大致上就不會出甚麼問題了！你如果覺得不需要做，你就不要幫他做，甚至你勸他說這些是不需要做的，你就救了他，可是重點是你賺不到錢...現在醫美處理就是大家只為了賺錢，你賺不到錢就活不下去，現實...現實就是很難以讓人理解，可是就是這樣。

——P 醫師訪談筆記

在醫療過程中傷害本來就一直都在阿～所以就必須要去注意小心客人的安全，而且診所使用的原料或是器材啦～都必須要常常消毒甚至更新，不能說你給 A 用過得東西直接拿去給 B 用，這樣很不道德阿！

——L 護士訪談筆記

在必要性醫療當中，一個最重要的原則即是不傷害（First, do not harm），目的就是如何能夠讓病人在不健康的情況，迅速恢復到健康的狀態。然而美容醫學卻不同，消費者本身沒有健康疑慮，目的是為了追求更理想的體態和容貌，增加社會效益之需求。且美容醫學的實作，幾乎都是先進行破壞（傷害）而後重造，最後復原到健康狀態的過程。因此，如何做到較少傷害（less harm），避免消費者承受更多傷害之風險才是重點。換句話說，社會效益和健康傷害是天平的兩端，兩者之間如何舉得一個平衡？則是本節將要討論的問題。

在討論最小傷害（less harm）之前，我們必須先對原本必要性倫理所提之不傷害（First, do not harm）做出解釋。不傷害並不是代表在過程中完全不傷害，

而是整體實作過程的結果是好的，且實作過後所帶來的效益比造成的傷害來得大，那就稱之為不傷害，如 P 醫師表示：「no 並不是 zero 的意思，它是一種形而上的概念，當你覺得 benefit 大於 harm，那大致上就是 no harm」。

雖然美容醫學與與必要性醫療處遇模式是不相同的，必要性醫療中病人是處在一個不健康的狀態下，接受醫師的醫療行為，而後恢復到健康的狀態，而在醫學美容當中，消費者本身就處於一個健康的狀態，他們透過醫學美容的操作(如：雷射、手術等)進行破壞後再進行重造，達到理想容貌或體態的可能(如表 4-1 所示)。因此我們可以說美容醫學的實作是一種破而後立的過程。

表 4-1 醫療處遇過程比較

必要性醫療	不健康→健康
美容醫學實作	健康→破壞(重建)→美麗

(研究者自製)

由此可知醫美實作的風險都是來自實作執行的過程，亦即若不接受醫美實作就能夠避開所有實作的風險。如同 J 醫師所言：「在操作的同時你必須很小心，甚至必須比一般的醫療行為還要小心。」因此，有許多操作方式或規定，就是要達到最小傷害的效果，如保守主義式的操作。K 護士提到：

曾經客人介紹朋友來打肉毒，要消除抬頭紋，結果操作後眼睛幾乎睜不開，客人就很生氣阿，因為無法看清楚，變成不能騎車、開車，也不能上班、顧小孩，後來是去調解委員會調解，然後 X 醫師賠償她的什麼精神損失還有工作損失，才結束這件事情。事後 X 醫師其實很難過，也在反省，因為他對其他人也都是打一樣的量，所以他後來有降低量，然後跟病人說有效果我們下次再慢慢增加¹⁷。

——K 護士訪談筆記

¹⁷ 粗體字為筆者強調，用以突顯保守主義的實作。

保守主義的操作可能如上述依次增加用量或是慢慢增加實作時間，如筆者到醫美診所進行果酸換膚的療程跟護士的對話：

護士：剛剛幫你看了過去的紀錄，你三月的時候是做 **15%3 分鐘**；四月的時候 **20%3 分半**，這次幫你做 **20%4 分鐘**你覺得怎麼樣？

筆者：我不知道耶...妳覺得 ok 那就做阿～臉應該不會爛掉吧？

護士：是不會啦～我之前自己做也都做 20%4~5 分鐘的，現在也問題阿！而且看你病例上面，**你之前的反應都很好**，應該也不會有問題。而且你也不是很久沒做，上次做到現在也過一個多月了，是可以的。

筆者：好～那就這樣吧！

雖然這次換膚後，我的臉部出現明顯結痂，經過詢問這是正常的反應，結痂脫落之後，臉部皮膚也變得比較好，效果也慢慢出現。不過護士也表示，下次就維持在 20%，4 分鐘的程度就好，避免皮膚受到更多傷害。

不只保守主義式的實作，政府部門也有相關規定來維護消費者，避免更多傷害，如衛福部在去年（2014 年）公佈行政命令：

禁止醫師對 18 歲以下未成年人實施非醫療必要之醫療行為，項目包括眼部、鼻部整形、植髮、抽脂、削骨、臉部削骨、顱顏重整、拉皮、胸部整形（縮乳及隆乳）。違規醫師將依據醫師法第 28 條之 4，開罰 10 至 50 萬元罰鍰，得併處限制執業範圍、停業處分 1 個月至 1 年或廢止執業執照，情節重大甚至可廢止其醫師證書。

不過也有例外，如狐臭或是創傷重建、修補等美容手術不在此限，因為這些問題可能會影響未成年者的社會互動，影響社會功能。但是總體來說，衛福部的用意就是因為考量未成年者因身體構造仍屬成長階段尚未定型，仍有改變空間，

因此為了保護未成年人，避免更多的傷害，而加以規定。

其次做出最小傷害的第二個原因，是因為醫美實作普遍缺乏臨床實證¹⁸，雖然實作過後沒有立即危險，但是效果持久性以及長時間安全的考量，並沒有相關證據的支持。

實證醫學（EBM）是一種優化臨床決策的醫學，透過許多有著良好設計的醫學研究和報告結果，提供臨床醫師給予治療的最佳建議¹⁹。如J醫師所言：「這樣的治療方式它必須跟其他的方式來做一個大規模比較和追蹤，才能夠有結論...我這樣做比以前好或是以前方法比現在更好，這必須有個臨床實證。」而黃靜榮（2012）指出香港常見的十項注射和外用美容手術，有一半沒有臨床實證，包括三種不同成份的美白針²⁰、PRP血清注射²¹，以及卵磷脂²²。其中前面兩項在台灣的美醫實作當中也相當盛行，以美白針為例，它所包含的內容物、效果沒有普遍的一致性，消費者根本無從理解，價錢更是相差甚巨²³，還有些仍處在試驗階段的技術，如幹細胞技術的應用等等，都早已被使用在醫學美容的實作當中，但

¹⁸（1）J醫師：「在實證醫學上有一個等級，至少要達到某個等級才可以...雜誌上有一個 RCT 出來才可以，不是少數幾個個案報告或是還在臨床動物實驗時...那個等級都很低...但是你說醫美的臨床實證幾乎沒有...」（2）朱芃年（2011）：「黃金線拉皮沒有經過衛生屬核准通過，這些金線來源不明、沒有保障，若金現職入經過顏面神經等處，可能會造成凹凸不平、甚至照臉部不對稱或表情僵硬。」

¹⁹ 有關實證醫學的詳細討論可以參考第二章第一節（醫學倫理）的內容。

²⁰ 三種分別為經靜脈或皮下注射之維他命 C、維他命 E 或谷胱甘鈣，都聲稱可淡斑亮肌，不過效果因人而異。

²¹ PRP（Platelet Rich Plasma）是高濃度血小板漿的簡稱，通常用以治療老年人退化性關節炎。醫師從病人身上抽取一定量的血液，經過離心機處理後抽取上層高濃度的血小板血漿，有些醫師會額外添加生長、活化激素後，在注射進入病人需要治療會是關節退化的地方，已達到減輕關節疼痛的效果，但是不是所有退化性關節炎患者都是合接受這種操作。台大復健科醫師王亭貴（2014）就表示，PRP 的效果取決於血小板的濃度，會因年紀、身體狀況不同而有差異，更重要的是醫師若操作不甚會有感染甚至敗血症的風險。因為高濃度血小板擁有豐富的生長因子，能夠促進注射部位的快速修復，因此 PRP 在醫美實作被用來減少皺紋、改善毛孔粗大，台灣甚至有醫美診所用稱其具有返老還童的效果，又被業者稱為「返老還童針」、「童顏針」等稱呼。

²² 這是一種皮下注射磷脂酰膽鹼療程，聲稱可瘦身或去除眼袋，但是台灣並不常見此操作。

²³（1）K 護士表示，美白針的價錢差很多，從一針 399 到 1500 以上的都有。（2）P 醫師提到：「美白針的成份每家診所都不太一樣，不過主要都是維他命 B 群加上其他配方，如銀杏、傳明酸等等，所以有沒有效果也是因個人體質表現而異。」（3）《黑心醫美》（2012：18）：「市面上的美白針主要成分包括『谷胱甘鈣』以及『傳明酸』。香港整形外科醫學會曾表示，『谷胱甘鈣』是一種強力的抗氧化物，是治療癌症的藥物；『傳明酸』則主要在手術後協助病人凝血，透過腎臟排出，長期使用反而可能導致肝腎衰竭。.....醫學界仍未有足夠的數據支持打美白針的成效和安全性，萬一遇到問題藥品或者藥物過敏，情況會變得相當危險。」

是卻沒有醫師感百分之百保證這些操作都安全無虞。而PRP技術應用在美容醫學上，台北市衛生局亦在 2015 年 5 月發函給皮膚科醫學會，指出雖然有相關文獻佐證，但是效果尚無定論²⁴。

除了缺乏臨床實證，醫美實作也多为適應症外使用。雖能夠解決美容、體態等問題，但是潛藏的副作用或長期身體安全問題受到質疑。如G醫師就表示，台灣目前沒有豐臀用的假體，所以當遇到有豐臀需求的消費者，他就會將豐胸的假體植入臀部使用²⁵。

我去國外演講豐臀這件事情，然後講說台灣人豐臀怎樣、亞洲人的豐臀怎麼樣...因為巴西阿、阿根廷那邊女生比較在意臀部，他們有專門做豐臀的假體，就像裝在胸部的假體一樣...但是我們沒有，所以我們就會用胸部的假體來代替臀部的假體...我們用胸部的東西裝在屁股就是一個適應症以外的東西，因為這假體申請適應症是用胸部來申請。

——G 醫師訪談筆記

又或者如市面上可見部分診所打著「冷凍溶脂、非侵入性、輕鬆享『瘦』」等噱頭，強力推銷冷凍溶脂的優點。就連中華民國醫用雷射光電學會理事長王正坤醫師，為了幫台南市政府推廣觀光醫療，都公開言論「醫療觀光要選擇傷害小、副作用少的醫療項目，來減少醫療糾紛，因此冷凍減脂是一個不錯的選擇」（張傑 2015）。然而衛生福利部（原行政院衛生署）並未核可相關醫療器材用在冷凍溶脂上面，並在 101 年 8 月發函給皮膚科醫學會，說明冷凍溶脂的機器其真正核准儀器的仿單用途為皮膚冷卻系統，適用於皮膚科或一般療程之電凝血及止血²⁶。

²⁴ 台北市政府衛生局函，民國 104 年 5 月 15 日。

²⁵ G 醫師：「我去國外演講豐臀這件事情，然後講說台灣人豐臀怎樣、亞洲人的豐臀怎麼樣……因為巴西阿、阿根廷那邊女生比較在意臀部，他們有專門做豐臀的假體，就像裝在胸部的假體一樣...但是我們沒有，所以我們就會用胸部的假體來代替胸部的假體.....我們用胸部的東西裝在屁股就是一個適應症以外的東西，因為這假體申請適應症是用胸部來申請。」

²⁶ 行政院衛生署函，民國 101 年 8 月 10 日，衛署醫字第 1010016091 號。

就連王醫師本人在皮膚科醫學會，拿出因冷凍溶脂受到傷害的照片和國際學術文章來強調冷凍溶脂的機器若操作不當會有凍傷、潰瘍或是色素沈澱等傷害（張傑 2015）。

但是針對缺乏臨床實證或是適應症外使用的實作，受訪醫師們有提到兩個不同的意見。首先有醫師認為，只要消費者知情且願意，並在不影響消費者安全的前提下，醫師也同意協助操作，就算沒有臨床實證的指引，也是可以接受的。如J醫師在訪談過程就提到：「就商業行為來講，只要沒有傷害...有效無效，還有有效時間長短...有效三天跟三年，都是有效...都可以做啦～」第二是，受訪醫師表示，許多填充物和耗材在國外都已經合法使用，在台灣卻只有少數幾家的產品能夠使用，原因可能是台灣沒有廠商代理其他國家合法的產品²⁷，同時醫師也表示可能是政府獨厚特定廠商，讓廠商得以獨斷市場²⁸。因此，醫師能使用的「合法」產品受限，或是只能私下「偷偷施打」的情況，形成同樣填充物的施打，在他國合法，在台灣卻不合法的困境。²⁹

上述主要針對美容醫學的實作內容和特性做討論，不過在醫美的實作當中，有一個不可忽略的角色，就是「美容諮詢師」。美容諮詢師的工作內容包括醫美的專業諮詢、消費者經營開發及行銷、醫美保養品推廣等，若具備護理師證照還

²⁷ (1) J 醫師：「其實那些還是合法的東西（指肉毒桿菌、玻尿酸），只是台灣沒有代理商代理...如果是地下工廠連執照都沒有，那當然不行...可是那已經是合法上市，在別的國家用那麼久也沒有甚麼負面報導，只是台灣沒有人要去代理」(2) G 醫師：「廠商說他們想代理代理不進來，然後全台灣的胸部的廠商只有兩家，但是...在國外光胸部就有十個廠商，有巴西的、有義大利的、有德國的...而台灣就是美國兩家...那為什麼這樣我們也搞不清楚，永遠就這兩家，其他家你要進來衛生局你永遠通不過阿～你要跑適應症永遠是跑不下，所以我們只有這兩家...那這兩家國外的適應症過了之後...台灣的適應症又要等兩三年。」

²⁸ (1) J 醫師：「這背後還牽涉到利益團體在運作...不然怎麼可能台灣 1、20 年了玻尿酸還是這麼兩家...其他人都不願意來賺這個錢嗎？以前玻尿酸都是進口的，現在台灣廠多少？很多耶...這個東西畢竟不是表面看得那麼簡單...」(2) 受訪者 G 醫師：「(跑政府核准適應症) 這個流程我們醫生不會去跑，廠商也跑不下來，能跑過得廠商聽說是非常有關係的廠商阿～那變成說我們可用的東西就很少...」

²⁹ (1) K 護士：「台灣現在合法使用的肉毒只有兩家牌子，就是 **botox** 和 **dysport**，但是我之前打肉毒的經驗，我問醫生是什麼牌子，醫生只跟我說是韓國進口的，然後合法，我就相信了...是後來到醫美診所工作才發現，就是問了李醫師，他才說台灣只有剛剛說的那兩個牌子是合法的，我之前打的那個是違法的，是從韓國進口的合法肉毒，就是韓國那邊合法可是台灣不合法。」(2) J 醫師：「進口那些東西...它在他們韓國是一個合法使用的東西阿，那為什麼台灣不合法？因為台灣沒有廠商代理那種原料，所以只能私下進口，當然就不合法啦！...可是你說它不好嗎？那為什麼韓國的整形都在用？」

必要負責部份護理業務，如 C 諮詢師所言：

要很會說話，不只是一要推銷還是解說產品，最主要的還是留住消費者，然後請他們幫忙介紹客人衝業績...不過我同時也有護理師執照，所以店長也會要求我幫忙換膚、導入，就是除了跟刀之外的護理工作。

——C 諮詢師訪談筆記

訪談 C 諮詢師時，她告訴我在連鎖醫美診所通常很難看得見醫師「你進去診所，第一關就要面對諮詢師，他們會要你填資料還要核對證件」而且諮詢師的主要收入來自於他所成交的業務量，成交金額越高、業績抽成越多。

之前那邊一個厲害的諮詢師，他一個月業績至少都有三十萬以上，這樣他抽成也抽得多...他會想辦法說服你要做什麼療程就必須配合使用他們的專屬產品，要不然操作會有疼痛還是不良反應，他們不負責。

——C 諮詢師訪談筆記

不過其實醫療實作都有它的風險存在，更何況美容醫學？醫療本身就是充滿著風險跟未知的行為，因此，想要整形或微整形的人，就必須要有承擔這些風險的心裡準備（邱正宏 2013）。衛福部醫事司司長王宗曦表示，打玻尿酸隆鼻、脈衝光、縫雙眼皮、打肉毒桿菌、抽脂、電波拉皮等都屬於醫療行為，而非單純的美容行為，都具有一定的風險（李樹人 2012）。

當消費者忽視醫美實作的風險，三不五時就「進廠保養」³⁰，再加上醫美諮

³⁰ P 醫師：「消費者誤以為這個東西隨隨便便誰都可以去做，想做就做，只要花錢就可以去做.....把它當作一個商業行為，就像你今天去中友百貨買東西，明天可以去 SOGO 買東西，他不會覺得這很 serious，都忽略了它背後的風險.....做越多風險就越高。」

詢師為了增加收入、太過積極的「侃單」³¹，有些諮詢師甚至不具醫護專業背景（劉宏恩 2014）。就會產生G醫師提到的現象：

老闆都很喜歡會講話的諮詢師，那種通常就是 TOP sale 的程度……
但是那些東西不一定是你真的需要的，而且他們很多並不視醫療專業背景的人，他們的資訊大部份視從廠商得知，不可能了解所有風險。

——G 醫師訪談筆記

消費者不正確的期待本身就具有一定的風險，所以才需要充分溝通，如果又遇上諮詢師為了增加業績而大肆侃單，那就會形成風險疊加，增加消費者受到傷害的機會，使得做到最小傷害受到限制。

第三節 增進專業性

一個醫師應該持續地研究、應用，且推進科學知識，維持對醫學教育的承諾，提供病人、同事與公眾相關的訊息且提供諮詢，同時當其他健康專業人員有需要時發揮醫師的才能。³²

——*Principles of Medical Ethics*

衛福部也沒有這麼大的勇氣去限縮在某些科別的人才能做，也沒有人敢說你去整型外科、皮膚科學習個兩年累積相關知識你才能去做醫美... 專科醫師的訓練並不是說他一定做的會比較好，最大的保護是知道風險在

³¹ 侃單是醫美界的常用術語。根據《漢典》侃字當動詞使用有海闊天空瞎扯的意思，所以侃單就是表示透過話術包裝、刺激消費者消費並取得訂單，稱為侃單。

³² 原文為：A physician shall continue to study, apply, and advance scientific knowledge, maintain a commitment to medical education, make relevant information available to patients, colleagues, and the public, obtain consultation, and use the talents of other health professionals when indicated. (American Medical Association 2015)

哪裡...不該碰的不會去碰，就會勸說盡量不要去做...理論上如果其他科醫師要做我們不會反對，可是重點你要準備好...這也是為了保護患者。

——P 醫師訪談紀錄

醫學美容裡面最重要的行動者當然是醫師，就算是連鎖醫美診所，醫師也因為專業訓練，讓他具有一定程度的權力，如 C 諮詢師所說：「醫師會評估每個客人，然後建議可以多買什麼療程或是拒絕美容師推薦的單。」如果不幸發生糾紛，通常也是醫師和整所負責人一起承擔，因此，醫師可以說是一個關鍵的角色。

在必要性醫學當中，醫師訓練的養成讓醫師擁有較多的知識和權力，而醫師也必須依靠專業的訓練替病患謀取最佳照護。因此，專業是作為倫理的基礎讓醫師能夠做出符合倫理要求的判斷和實作。而且為了更完整的觸及所有病患，衛福部將現今醫學分成二十二個專科及次專科，如：內科、外科、神經外科、胸腔內科等等，但是並不存在著美容醫學專科³³。

目前衛福部規定只要具有合格醫師執照之醫師（不論專科別），都可以進行醫美實作。但是有醫師認為應該只能選擇外科系的醫師比較合適(邱正宏 2013)。同時，社會也普遍認為與美容醫學相關的科別就是皮膚科和整型外科，因此 L 護士認為「應該選擇皮膚科和整外的醫師進行醫美實作才較有保障」姑且不論應該由什麼科別醫師比較適合，一個更能夠被大眾所接受的說法應該是，交由具備醫美實作經驗的醫師進行操作。因此，醫美醫師便會開始強調自身醫美知識跟技能從何學習而來。

然而既有醫學專科訓練當中並不包含教學醫學美容的技術知識，除了皮膚科訓練有學習一些皮膚的疾病和適應症之外，其他科別幾乎沒有。而外科訓練頂多了解身理解剖的相關技能，更何況整型外科處理的多是顏面燒燙傷、重建、神經

³³ 美容醫學目前沒有專科，也沒有在衛福部明定的科別內。所以，美容醫學專科是衛福部以外的醫學美容學會、專科學會所舉辦的專科認證。所謂衛福部沒有這個專科，並不是表示美容醫學的實作不合法，指不過是目前衛福部要求醫學中心協助訓練的專科項目裡，沒有醫學美容專科的緣故。雖然民間組織（中華民國美容醫學醫學會）有在舉辦美容醫學訓練，並於考試合格後發給美容醫學專科證書，但是其證書是由民間組織核發，並非國家核發。

縫合等必要性醫療的處理，G 醫師也提及「傳統整型外科訓練並不包含醫美的操作，所以我才會自費去韓國學習醫美的專業技術，因為他們領先台灣很多。」那其他科別醫師如何學習到醫美實作的技術呢？

受訪者 P 醫師和 J 醫師分別為皮膚科醫師和整型外科醫師，他們都認為自身在醫院受過得訓練都足以支持他們進行醫美實作。

今天整形外科來做比較有信心有說服力，是因為我們對解剖的了解...不管是手術或是微整型，一定要對解剖有一定了解，才不會造成傷害...其他科醫師它們解剖的知識絕對沒有整外醫師來的熟練，比較容易出問題

——J 醫師訪談紀錄

你做的這些東西都是在臉上，你必須要了解很多皮膚的、解剖的構造...這個對很多科別的醫師並不是一定都會學的東西。你說皮膚的副作用，除了皮膚科醫師之外，誰會去學皮膚的副作用？

——P 醫師訪談紀錄

而F醫師是婦產科醫師，他強調他自身訓練來自美容醫學會，而且很自豪擁有兩個專科證照³⁴「像我自己去美容醫學會上課，花了兩年多三年的時間拿了兩百六十個學分，然後再經過資格考試，我才敢開始做醫美...」，至於G醫師說道「我在外科做三年，後來因緣際會到了骨科...醫學院畢業之後...加上住院醫師大概做了六年到七年，再自費去首爾的診所工作兩年，然後回台中開業...我現在隆乳、隆鼻的技術都是在首爾那邊學的」以上四位醫師，他們想要強調的都是：**我夠資格成為專業醫美醫師。**

醫師的專業資格除了透過學習之外，還有一個部份是經驗的累積。美容醫學強調的是實作經驗，因此 G 醫師認為經驗的累積是醫美實作的基礎「你至少要

³⁴ 一個由政府核發的婦產科專科證照，另一個是民間組織核發的美容醫學專科證照。

在這個領域一、兩年，經過一些學習、了解一些疾病、或是處理的方式，你再去進行...」不過 P 醫師也感慨的說：

現在很多醫師剛拿到醫師證照，連住院醫師也不一定有待過，就跑去做醫美，甚至我還有聽過醫學系的學生，也去醫美診所學習，在那邊磨經驗，其實這是很可怕的事情。你怎麼可以拿別人的容貌當作白老鼠，沒出事就算了，一旦出事情你怎麼承擔？

——P 醫師訪談紀錄

由此可知，在累積實作經驗之前，必須先學習專業知識，再幫消費者進行醫美實作，才是最好的方式。如此，不但能夠正確地累積實作經驗，更重要的是能夠保障消費者的安全，避免承受不確定之風險。

除了醫師本身須具備專業知識與技能，以掌握潛在風險之外，還有一個重要的機制，確保醫師能夠長期執業的機制，就是繼續醫學教育。由於缺乏正式的醫學教育訓練，繼續醫學教育即成為美容醫學專業化的重要平台（沈雅如 2014），繼續醫學教育學習的內容包括了三個部份：新技術的討論與學習、廠商教授器材的使用以及對美感的認知與想像。

首先是新技術的討論與學習。醫學技術不斷推陳出新，甚至醫師會嘗試不同的實作方式，用以檢驗是否能夠適用於不同的病人，並將結果跟其他醫師報告，或些討論、切磋。目的是要鼓勵醫師在職進修追求醫學新知，並提升醫療品質，讓醫師了解更新技術的發展，同時也是增加與其他醫師互動的機會。如 F 醫師認為「本來就應該要繼續進修阿，才能吸收最新的技術和知識」這在醫學會的研討會最常見到。如：臺灣醫學會在 101 年春季學術演講會議中，討論「提升頭頸部腫瘤重建手術成效的改善措施」（圖 4-3），或是 2014 年台灣麻醉醫學會年會中，有關重症照護的治療討論（圖 4-4）。

圖 4-3 繼續醫學教育之一

臺灣醫學會「101年春季學術演講會」議程

101年5月26日(星期六)下午				
	第一講堂	第二講堂	第三講堂	
13:30~17:30	專題討論1： 提升頭頸部腫瘤重建手術成效的改善措施 ◎主持人：李政昌 【醫學課程 4.8 分】	專題討論2： 流感的迷思與台灣愛滋病 30 年的回顧及防治 ◎主持人：劉清泉、柯文謙 【感染控制 4.8 分】	專題討論3： 基層常用營養補充替代療法之實證回顧工作坊 ◎主持人：高雅慧、葉宗烈、薛尊仁 【醫學課程 4.6 分】	

資料來源：台灣醫學會網站（2012）

圖 4-4 繼續醫學教育之二

第五十八屆 年台灣麻醉醫學年會 2014年9月28日(星期日) 議程表 58 th Annual Meeting of Taiwan Society of Anesthesiologists, September 28 (Sunday), 2014				
地點	會議室(一)	會議室(二)	會議室(三)	展示
時間	20F大講堂	20F視聽教室	20F國際會議廳	走廊 (20F)
09:00~09:40	【麻醉護理師繼續教育】 演講者：邢中熹主任 題目：達文西機器人手術之麻醉：心胸手術 座長：洪育鈞	【手術疼痛新思維：不只是急性痛】 演講者：李薇莉 題目：心臟手術後三個月期間疼痛軌跡與其影響因素之探討 座長：溫永親	【重症照護最新進展】 演講者：葉育彰醫師 題目：Sepsis perioperative challenge: protocolize and personalized 座長：黃煜為	論文海報展示
09:40~10:20	演講者：朱祈鈞醫師 題目：心臟疾病之病人接受非心臟手術之麻醉 座長：曾綠志	演講者：江易穎醫師 題目：神經阻斷及介入治療處理特殊的急、慢性術後疼痛 座長：林信隆	演講者：張家昇主任 題目：Optimizing perioperative oxygen delivery and oxygen consumption 座長：黃國巡	

資料來源：台灣麻醉醫學會網站（2014）

其次，繼續醫學教育的第二個目的是醫療器材商要展示新產品，甚至贊助醫學會、參與醫學會討論，教導醫師如何操作這些新機器，或是如何將機器的效能發揮到最好。

圖 4-5 整外醫學會招商公告

102年11月16~17日整外醫學會年會熱情招商事宜

發佈日期：2013/7/25

整形外科醫學會年會訂於102年11月16~17日假國立成功大學附設醫院舉行，設置廠商攤位擺設，歡迎於大會期間展示貴公司之新產品，以嘉惠本會之會、學員。

102年招商公文詳見附件一

102年參展登記表詳見附件二

相關連結：	http://
附件：	102招商公文 102參展登記表

[回上一頁](#)

[TOP](#)

資料來源：整形外科醫學會網站（2013）

上圖是整形外科醫學會在網路招商的訊息，其實不只整型外科，幾乎每個醫學會都會招攬醫療廠商進駐，讓廠商展示新產品甚至提供操作教學，以「嘉惠」該醫學會的會員。如：美容醫學會第十六次秋季會議，有一個場次就是由瑪旺醫學生技（股）公司以及生機生技公司贊助，介紹幹細胞與生長因子的應用以及美容醫學中感染風險的預防（如圖 4-6）。而瑪旺醫學生技（股）公司就是專門研發幹細胞以及其他生長細胞研究的公司；生機生技則是發展「營養製劑」，用來預防身體問題的健康食品公司。不僅在醫學會當中，甚至廠商會固定至醫美診所，教導醫護人員最新儀器的操作，順便推銷機器。如：有次我在邀請一位醫美醫師訪談時，我詢問醫師某天中午是否方便？他回答我「不行，我們星期三中午固定是廠商的時間，有廠商要來診所教我們東西」後續不經意的追問教導內容，該醫師回答「就是廠商有新機器想要推銷，讓我們試試看，順便教我們使用」

圖 4-6 廠商教學技術應用

12:00-13:10	Lunch Time (第一會議室用餐)		70min
13:10-13:40	幹細胞與生長因子在醫美與再生醫學的應用	鍾耀光博士 瑪旺醫學生技(股)公司 Provide	30min
13:40-14:10	從「免疫」談「醫學美容」可能造成的術後感染或併發症的預防與輔助治療	侯瑞城醫師 生機生技公司 Provide	30min
14:10-14:40		蘇守良醫師 蘇婦產科診所	30min

資料來源：美容醫學會網站（2011）

繼續醫學教育的第三個目的是要學習「美感」的認知與形塑。因為美容醫學的實作不只要做好，還要做到「美麗」、「漂亮」的程度，否則無法稱得上是專業的醫美醫師。同時，不同時代也會對美的認知也不一樣，必須時時的更新社會對美的想像。如 K 護士和 L 護士認為：

在醫美這邊，講求的不只是經驗和技術，更重要的是了解最新的時尚資訊，如果整外醫師沒有繼續去汲取新知或是多觀察年輕人對美的認知，那他就只是有經驗和技術（或是只有技術）的整外醫師，而不是專業醫美醫師。（K 護士訪談筆記）

因為醫美醫師的經驗啦，還有美的觀念啦～都要隨著世代而改變，就像以前會覺得這樣眼睛好看，但是現在覺得這樣的眼睛不好看，所以醫生就是要跟著時代的潮流走，要多進修。（L 護士訪談筆記）

但是美這個東西其實是很主觀的，每個人對美的感受不一，有些人覺得五官比例完美是美，有些人或許就是喜歡短下巴（盧靜怡 2012）。不過對於美感知識

的討論，通常可以歸結為兩個面向：對面相學的解釋以及訴諸於標準化公式。

透過面相學的說詞，直接套用在美容醫學實作上，告訴消費者符合面向的某些條件以追求某些社會效益。如圖 4-7，符合那五個條件，不但能夠改變形象便美麗，同時也能夠追求好人緣。又或如一位醫美醫師在自家診所的網站³⁵上的文章中指出，面相學讓你美一時也美一世：

我總是不厭其煩的說，我的醫美有三個層次——「醫學・美學・面相學」，彼此之間層層兼顧、環環相扣，共構出醫學美容的深度，如同藝術作品不只要有「形」、「意」，還要有「韻」，才能讓美展現出最高的價值。好的醫美，除了追求安全的美與自然的美外，更要能夠讓人在美的基礎上，有更好的人生發展。(林志雄 2015)

圖 4-7 面相學解釋



健全診所-整形醫美中心
2012年4月15日 · 🌐

以面相學的角度來看，她們的五官輪廓~造就5面項的好人緣
1.額頭都是飽滿平滑無皺紋2.擁有異性緣3.笑肌明顯是好命的代表4.貴婦臉5.鵝蛋臉

中時醫療網：少女時代降臨 Girl Generation coming
文/醫美人編輯部韓國超人氣女子團體「少女時代」，九位成員各自有其獨特風格與才藝，吸引各種類型的粉絲。但仔細觀察不難發現，她們都是五官玲瓏有致的青春少女。女性稱羨她們的「年輕」，男性欣賞她們的「貌美」，...

UDR.ORG.TW | 由 DESIGNER BY NETSOURCER DIGITAL · WWW.NETSOURC...

讚 · 留言 · 分享

👍 [redacted] 說讚。

資料來源：健全診所 Facebook 網頁（2012）

而且醫美醫師或諮詢師也會以面向學的知識告訴消費者，應該怎麼做以及如

³⁵ 資料來源：聯青診所林志雄院長，〈要美麗 更要美得好命〉。取用日期：2015年6月4日。網址：http://lianching.lianan.com.tw/master_ct.asp?id=31。

何做，而且這些效果都是可以透過醫美實作來達成的，如圖 4-8，透過玻尿酸注射在指定部位，不但能夠改變形象變漂亮，更能夠改變命運。

圖 4-8 美容醫學結合同學

Check! 2014年開運排行榜



想開運？從微調面相開始！

新年新希望，要掌握命運就從改變自己開始，在此列舉出幾個影響運勢的重要宮位，大家能夠參考傳承千年智慧的面相十二宮，再聰明利用效果快速、又不需要恢復期的玻尿酸微整方式來改變外貌，30分鐘就能讓你改頭換面再出發！

開運本命宮→趨吉避凶·時來運轉
印堂飽滿乃吉相，印堂黯沉、晦澀則代表時運不濟，而且不能有疤痕、凹陷不平。

拯救夫妻宮→豐潤飽滿·幫夫幸福
眼尾若是凹陷、魚尾紋多雜，就代表了戀愛不順、婚姻不美滿、同床異夢。

帶旺子女宮→戀愛順·婚後子女孝
眼下常見凹陷、細紋、黯沉的淚溝，也會影響桃花，婚後與子女較無緣。

精進財帛宮→財富 事業 地位兼得
代表財富。若鼻豐聳直則財帛富足、健康長壽，此外地位名望手到擒來。

成就事業宮→事業有成·功成名就
額頭若飽滿光明，表聰明才智、主發達顯貴。若有紋路且色暗，表運程往下走。

守護疾厄宮→聰明智慧·長壽健康
山根平坦健康欠佳、意志不堅、缺乏耐力。山根高隆豐滿者，聰明才華橫溢。

充實田宅宮→繼承家業·自力置產
長得好易得到祖產或自力置產。色澤潤瑩能繼承家業、浮腫運氣差、低陷無肉差。

資料來源：FG醫美³⁶

而另一個有關美感知識的判斷則是將美標準化。透過東、西方幾位公認漂亮美女的臉型、身材做比對，找出他們共通的條件，建立一套美女臉型比例或是完

³⁶ FG 醫美，玻尿酸可以改變命運？網址：
<http://fit.fashionguide.com.tw/index.php/topic/detail?tid=28208&type=3>。取用日期：2015年6月5日。

美身材比例的標準（J醫師訪談筆記）。最常聽見完美臉型的比例是三庭五眼³⁷，而完美身材比例是九頭身³⁸。（邱正宏 2013）當然在繼續醫學教育當中，也免不了討論如何在實作當中達到美的效果，如下圖四-9。

圖 4-9 美容醫學繼續醫學教育議程

※肉毒桿菌素臨床應用 Clinical applications of botulinum toxin(Sponsored by IPSEN)				
09:30-10:30	臉部拉提 Facial Lifting	09:30-09:40 Dr. Hoo Jen Shi (Malaysia) 09:40-09:50 Dr. Atchima Suwanchinda (Thailand) 09:50-10:00 Dr. Lam Bee Lan (Singapore) 10:00-10:10 孫孝先 醫師 Dr. Shiaw-Shian Sun (Taiwan) 10:10-10:20 黃金財 醫師 Dr. Golden Huang (Taiwan) 10:20-10:30 Q&A	李林深 理事 Dr. Lim Shen Lee	60min
10:30-11:30	腿的修飾 Shape and Fitness on Legs (Calf reduction)	10:30-10:40 Dr. Hoo Jen Shi (Malaysia) 10:40-10:50 Dr. Atchima Suwanchinda (Thailand) 10:50-11:05 孫孝先 醫師 Dr. Shiaw-Shian Sun (Taiwan) 11:05-11:20 黃金財 醫師 Dr. Golden Huang (Taiwan) 11:20-11:30 Q&A	傅玉良醫師 傅林診所 Dr. Yuh-Liang Fu	60min
11:30-13:00	合併症處理 Complication Treatment	11:30-11:45 Dr. Hoo Jen Shi (Malaysia) 11:45-12:00 Dr. Atchima Suwanchinda (Thailand) 12:00-12:15 Dr. Lam Bee Lan (Singapore) 12:15-12:30 孫孝先 醫師 Dr. Shiaw-Shian Sun (Taiwan) 12:30-12:45 黃金財 醫師 Dr. Golden Huang (Taiwan) 12:45-13:00 Q&A	劉思慧監事 Dr. Szu-Hue Liou	90min
13:00-14:00	會員大會- Membership Meeting (Room 1101)			60min
14:00-14:30	肩線/微笑線 Shoulder line /Beauty smile	Dr. KC Hau (Hong Kong)	陳美齡理事 Dr. Mai-Ling Chen	30min
14:30-15:30	解剖學 Anatomy	Dr. Hyoung Jin Moon(Korea)	Dr. KC Hau (Hong Kong)	60min

資料來源：美容醫學會網站 (2015)

不僅僅強調比例，更有醫美業者將前述面相學和標準化比例結合做宣傳。如圖四-10 中愛麗康國際雷射醫美中心（2013）網站的宣傳強調有臥蠶的人比較容易招桃花，同時臥蠶的比例應該要佔眼睛的 0.39 到 0.41 才是好看的。

到目前為止，我們已經說明了維持專業的重要性以及繼續教育的三個內容（學習新技術、了解廠商新機器與操作以及美感知識）。維持專業性的目的是讓醫師能夠掌握快速變化的醫療技術與環境，而透過繼續醫學教育的機制達到這個

³⁷ 所謂的三庭指的是上庭、中庭和下庭。上庭是眉心到額頭的距離，中庭是眉心到鼻尖，下庭是鼻尖到下巴，這三等分最好相同。而五眼指的是臉寬大概等於五個眼睛的寬度。

³⁸ 亦即頭的長度大概是身體的九分之一。

目的，使得消費者的安全也能夠受到足夠的保障。

圖 4-10 面向學結合標準化比例



但是在研究過程中，也發現了醫師以及護士對於繼續醫學教育有不同的看法。如前面 L 護士所述，繼續教育是要維護消費者安全和充實醫師的技術與美的認知，K 護士也提到要了解最新的時尚資訊，但是訪談醫師們卻並非如此認為。雖然受訪醫師同樣認為繼續教育是應該的、是重要的，但是最重要的卻是為了取得基本學分認證以繼續持有醫師資格，而非學習新技術或美感知識。如 F 醫師和 P 醫師提到：

當然有阿，不只是我，只要是專科醫師就是要上課、繼續教育阿！像我有兩個專科醫師，一個是婦產科、一個是醫美專科，所以我要上兩種不同的課，而且一定要上課阿，因為有規定你專科醫師，在幾年內一定要修多少學分的課，才能繼續有專科醫師的資格阿，醫學是不斷進步的，所以一定要上課，然後達到門檻，要不然我就會被取消專科醫師資格。

——F 醫師訪談筆記

現在繼續教育已經淪為形式，無法真正發揮他的效用了，很多醫師去就只是去簽到就離開不見人了。其實這東西就跟教授在上課一樣，學生進來教室簽到，就算乖乖坐在教室裡面，但是有沒有真的在聽課其實不得而知，只有他自己最清楚。

——P 醫師訪談筆記

小結

以上我們分別討論了三個與必要性醫療倫理較為相關的倫理可能，分別為充分溝通醫療實作、做到最小傷害以及增進專業性。

充分溝通醫療實作的原因不單單只是防止病人陷入無知的風險，更強調的是醫美從業者要保護自己，同時也是要增進雙方對醫美實作的瞭解。溝通本事達成目的的工具，轉而成為要達成的目的本身。且根據資料顯示，若在實作前充分溝通，將能夠避免醫美糾紛發生的可能。其次，做到最小傷害是因為醫美實作不但普遍缺乏臨床實證，甚至還多為適應症外使用，雖然實作結果令人滿意，但是不能保證沒有長期安全影響。而且醫美實作多屬於侵入性治療，凡侵入性治療避諱造成傷害，因此只能盡量減少不必要的傷害。第三是維持專業性，醫美技術日新月異、發展也越來越多變，再加上利潤高，也吸引了許多未受過專業訓練的醫師從業，因此如何維持專業性成了倫理可能。在必要性醫療當中，因為專業分科的條件使得維持專業性就已經被包含在內，然而美容醫學卻不是國家承認的專科，因此，對從業醫師而，強調並維持其專業性變成了一個重要的倫理意含。而維持專業包括了對醫學知識的瞭解、技術如何精進，以及吸收美感知識，這些內容可以透過繼續醫學教育加以學習。然而原本是提供了一個醫師以維持專業性的平台，醫師卻往往不在乎是否能夠提升（或維持）專業，而是將其視為延續醫師資格的必要形式。

然而在美容醫學當中，並不是只有這三種倫理可能。雖然衛生福利部一再強調美容醫學是醫療行為，但是美容醫學的實作卻是為了被出售而被生產出來的商品，是一個高度商品化的醫療。雖然商業倫理並不像醫學倫理一樣，有著公定、明確的準則，但是在檢視國內有關商業倫理的教科書後，發現仍有個大概可以追求的目標。分別為誠信（童叟無欺）、踏實（腳踏實地）以及以顧客為重等等。商業倫理被視為企業賴以為生的基石，尤其在動蕩不安的社會，堅持商業倫理的企業更顯得難能可貴，其價值也不言而喻，大型食品公司義美，可說是一個代表。然而回到美容醫學，雖然台灣醫美診所林立，且網路、媒體常見的診所不少是連鎖診所，甚至有商人帶著大筆的資金投入，把美容醫學當成企業在經營，但卻忽略了倫理的可能，使得醫美糾紛不斷增加，美容醫學也因此被貼上「黑心」或是「不道德」的負面標籤。

因此在第五章，筆者將從商業倫理的角度切入，檢視美容醫學的環境以及醫師的實作體制，提出美容醫學與商業倫理的揉合之後，產生的可能與限制。

第五章 商業倫理的揉合

在研究資料收集的過程也發現，美容醫學不只有著不同於必要性醫學倫理的倫理可能，更摻雜了一些商業倫理的原則。在第四章當中，已經討論了三種與必要性醫學倫理相似的倫理可能。然而，如前言所述，必要性醫學倫理已經無法適用於快速發展的美容醫學，因此當中有些倫理原則應該要被轉換或調整，甚至必須與某些商業倫理的原則互相參照。因此，在本章第一節中，筆者將說明其他一個有別於必要性醫學倫理且與商業倫理相互應的原則，維護消費者權益。而在第二節將討論每一個醫美業者都知道，但卻不是每個業者都做得到的倫理限制，遵守法律規範。

第一節 維護消費者權益

在我還在 XXX（診所名，為維護受訪者資料予以保密）工作的時候，我曾經帶一個朋友去那邊隆鼻。因為我朋友天生鼻子就塌、鼻孔會露出來...很醜阿所以很困擾，所以決定要動鼻子。來的時候有跟 X 醫師討論怎麼做，鼻子要怎樣之類的，X 醫師也說好可以，也給了一點建議，就去做了。做出來不能說失敗。鼻子真的有變得比較挺，從正面看也看不到鼻孔，而且恢復狀況也很好，但是我朋友她就覺得不是很滿意，因為她覺得其實還可以再挺一點，才是她比較想要的。

——K 護士訪談筆記

由於消費者是企業經營的主角，是企業存在的重要價值。滿足消費者的需求，是企業生存的根基，也是對客戶倫理的核心精神。所以企業對於消費者的核心倫理，消極的就是「不欺騙」、「不能傷害」，積極的則是「有利於消費者」、「滿足消費者」.....服務業應成為客戶的最佳合作夥

伴，並積極了解客戶面臨的問題，迅速回應客戶的需求並解決問題，以有效提高顧客滿意度。

——朱延智（2012）

上述兩段引言，不僅說明了服務業以消費者為主體的特性，更從消費者端說明了維護消費者權益的重要。尤其是第二段引言，把企業二字換成醫美診所，就更顯得應是如此！因此在醫學可能的限度內，盡量滿足消費者需求，就成了美容醫學業者追求的目標。

「只要病人想要的，我們也能做到，那何樂而不為？」J醫師一邊開心地跟我說，一邊用電腦翻照片給我看。「你看這個割雙眼皮的病人，她想要眼皮間距差不多要 0.5 公分，雖然我建議不用那麼開，可是她就是想要那我也是幫她做。」這種情況在醫美診所恐怕並不少見。豐胸以及抽脂也是如此：

我們會先問看看她想要增加到什麼罩杯，通常我們建議一次升級一到兩個罩杯，不過還是要評估看看病人身上的脂肪夠不夠用，可以的話就會盡量幫它做到她想要的罩杯。

——F 醫師訪談筆記

有一個病人她...大腿比較粗，那她覺得不好看，會影響到她身材的線條，所以來找我做抽脂。我就幫她從腿部和臀部抽一些脂肪出來，然後順便做拉皮手術。因為妳知方抽出來皮膚會跟著鬆弛，要割掉一些多餘的皮膚讓腿看比來比較好看，病人的身材也比較好。

——J 醫師訪談筆記

同時由於醫學技術飛快的成長，一旦某種生活風格困擾或願望的生物醫學原因或治療方法被找到，這個願望或困擾通常會成了透過醫療手段可能解決的醫學

問題。例如禿頭的治療。禿頭在醫學叫做脫毛症，後來發現男性賀爾蒙（睪丸素酮、二氫睪固酮）雖然會讓鬍鬚、腋毛等生長，但是卻會加速頭髮的掉落。但是後來發現落健（Minoxidil），一個用來治療高血壓的藥物有一個副作用，它會使得高血壓患者的毛髮大量生長，因此就被轉為用來治療禿頭（宋智英 2012）。

雖然滿足消費者需求是醫美業者追求的目標，卻不見得醫師們都會照著消費者所要求的進行實作。有時會因為消費者不切實際的期待、實作過程或結果會對消費者造成傷害，以及避免涉入風險較高的實作，以上三個原因而拒絕消費者。如 J 醫師以及 G 醫師所述。

有阿～常常阿～比如說，要求不可能達到的事情，或是生活常不好的習慣，比如說吸毒的...或者是...我覺得身體方面的疾病，**有一個癌症末期的病人想要來植髮...那我覺得這不是我應該做的事情...每個拒絕的理由不太一樣，不過我覺得過度期待是常常啦～**

——G 醫師訪談筆記

有病人拿明星的照片來說他的鼻子要像照片中的女星一樣挺，我說可以變挺...但是以她的情況沒辦法太挺，就這樣來來回回說了很久，也解釋給她聽，但是她聽不下去阿～因為我怕她鼻子會...會塌掉塌下來阿～對阿～這個萬一做不好還是哪天真的塌下來，我萬一被告怎麼辦？現在很多都這樣被告的阿！

——J 醫師訪談筆記

你...會傷害的東西你絕對不能碰麻～我們目的是要讓他們變得更美麗更好看，但是你給她造成傷害...那就不是我們醫美的目的啦～而且這個傷害...不管是會留下疤痕還是影響她的健康，不管大小都不能做，就算她要

求也應該避免。

——J 醫師訪談筆記

而談及消費者權益的問題，不免提及有關消費者主權(consumer's sovereignty) 的討論。消費者主權又稱為顧客主導行經濟模式，是一個強調在經濟市場中，生產者與消費者互動的概念，它認為消費者在這個互動的過程中，消費者佔有決定性的功能，包括生產什麼產品、產品的生量以及產品價格等等，而生產者也能根據消費者所決定的區是進行投資，以追求利潤最大化。

然而 Galbraith (1958) 認為消費者主權的觀念是個誤導，如果消費者主權的觀念為真，那社會所需要的唯一廣告只剩下告知性的。但實際上不然，不是市場對顧客做反應，而是顧客在廣告的壓力和其他的銷售技術(如：話術刺激)下對市場做出反應。也正是因為如此，維護消費者權益更顯得重要。

不可否認的，美容醫學已經被視為是一種可以透過金錢交易，以醫學方式來達到美容效果的服務，是一種醫療消費行為。而醫美實作的產生也多由市場或消費者所驅動。再加上美容醫學實作的特殊性，幾乎所有操作都是肉眼可見的，效果好壞在操作結束後馬上受到檢視。H 護士「客人要的是結果，所以必須讓手術後效果明顯」，因此另一個醫美業者努力追求的目標便是，如何讓消費者認為花得錢是值得的，且實作效果是可以看見的。如 J 醫師所言

你所做的東西，每一樣都在表皮上可以看見的，如果今天是癌症、胃潰瘍開刀，胃多切一公分少切一公分，結果沒有太大差別。可是臉上只要差 0.1 公分，就看得見，她就來找你...

——J 醫師訪談筆記

同時，美容醫學也相當強調醫美護士、諮詢師情緒勞動 (Emotional Labor) 的面向。情緒勞動是一種情緒調節的形式，在工作場所裡創造公眾可見的面部或

肢體展示 (Arlie Hochschild 1983)³⁹。Arlie Hochschild的研究當中，以空服員作為研究對象，空服員在服務旅客的時候必須面帶笑容，並維持特定的身體姿勢，還需要展現親切的態度以及高度的關懷，讓旅客感到滿意，目的是希望旅客願意下次再度購買該航空公司的機票。Arlie Hochschild認為這樣的過程使得空服員的情緒反應變成職業化的行為。現實生活中也很多這樣的案例，如：知名連鎖手搖茶店要求店員必須在客人上門前用特殊的語調說「您～好～」，在客人拿走商品之後也必須用該語調說「謝～唷～」

「醫美本來就是一種服務業阿！店長都要求我們要以客為尊！」這是 H 護士在訪談時，以一付理所當然的口吻說的。美容醫學已經自我定位為服務業，也不免摻進情緒勞動的面向。當消費者上門，診所櫃臺小姐就會起身鞠躬說「歡迎光臨 XX 診所」接著便會有諮詢師帶領你入座，詢問想要接受什麼服務？如果有預約就由預約的諮詢師轉手服務，如果沒有預約（通常是第一次上門）就會請你填寫資料後，開始「侃單」。在這個過程，諮詢師會準備咖啡、餅乾，讓消費者食用，並會熱情的招呼你，就算知道你可能只是來逛診所，他們也不會因此面有難色或是刁難。C 諮詢師就這樣說道「你做久了，就知道這是個什麼樣的客人，但是因為公司規定所以還是得招呼，跟他『博暖』、『話唬爛』（台語）」

也正是因為特別強調服務消費者的面向，在台中更有醫美診所以「下午茶貴婦美容」作為宣傳，要求服務人員穿女僕裝，提供精緻歐式下午茶，讓消費者不只能接受國外引進的新技術，還要能享受宛如貴婦般的服務（東森新聞 2014 年 9 月 20 日）。

不僅情緒勞動的面向，甚至有些醫美業者會增加許多非醫美實作的服務，例如：舒適的等候室或諮詢室、好吃的手工餅乾和高級咖啡，甚至在診所的裝潢和擺設都顯得特別氣派或是有特殊風格。盧靜怡（2012）說道，其實很多美容醫學中心都很舒適、時尚，而且有如度假山莊或溫泉會館一般，能營造出不同以往冷

³⁹ 原文為：「Emotional labor is a form of emotion regulation that creates a publicly visible facial and bodily display within the workplace.」（Arlie Hochschild 1983）

冰冰的醫學印象。如此，不僅僅滿足消費者的多重感官享受(視覺、觸覺、味覺)，更要讓消費者產生「我花得錢是值得的」、「我來這邊做醫美是正確的」等想法。因為這些想法不單純是為了消費者，背後更重要的目的是增加診所的正面形象。如 G 醫師「你必須創造一個病人他想要的東西...就是你要做到讓他變漂亮他也會開心，而不是他便漂亮但是他不開心，你這間診所才有存在的價值。」並希望消費者下次再來時，能夠帶著他們的親朋好友一同上門，以增加新客源。如 L 護士所言「診所上門的客人幾乎都是熟客，也都是靠著熟客介紹新客人進來」

綜上所述，在消費性醫學當中，如何滿足消費者需求是一個關鍵，除了要具備最基本的技術和專業知識外，還需要滿足消費者的感官刺激以及心理層次的滿足，讓消費者有賓至如歸的感覺，誠如 P 醫師所言「好的服務是最基本的要求，那些只重技術而忽略服務的醫美診所，應該倒的差不多、生存不下去了！」

第二節 遵守法律規範

醫療機構禁止以下列不正當方法招攬病人：(一)公開宣稱就醫即贈送各種形式之禮品、折扣、彩券、健康禮券、醫療服務，或於醫療機構慶祝活動贈送免費兌換券等情形。.....(恕刪)。(四)宣傳優惠付款方式，如：無息貸款、分期付款、低自備款、治療完成後再繳費等。

——《衛署醫字第 0940203047 號》(行政院衛生署 2005)

國內外皆有法律規範非法藥品的輸入、製造、販賣以及施打，但相較於國外的案例，台灣法令對於此類型案件的罰責雖重，但最終判決的刑度整體而言似較國外輕，且因文化或風氣影響，亞洲人比起歐美人可能更不願意出面主張權利，因此偽禁藥在台的嚴重程度目前難以評估。

——皮膚科醫學會新聞稿(2014年2月)

我們常常聽到這樣一句話「法律是道德的底線」。前面章節討論了一些常見的美容醫學實作都可能存在道德瑕疵，更何況是違反法律的事情？法律是用來維護「病人」⁴⁰權益和安全，但是礙於一些社會條件，使得法律沒辦法發揮約束特定對象行為的功能。在這一小節，我將討論在美容醫學領域四種常見違法反律的情況，分別揭露造成普遍違反法律的原因或社會條件，並點出醫美環境的根本問題——制度。

首先，醫療法第六十一條規定「醫療機構，不得以中央主管機關公告禁止之不正當方法，招攬病人。」主管機關所公告的禁止項目有四項，其中第一及第四項（參見上述引文）規定最常見於醫美診所的網站或是網路廣告當中。內容不乏提及節慶特價（圖 5-1）或是誇大不實宣傳（圖 5-2），甚至新聞報導有診所利用會員價、消費滿額贈或是多項療程可折扣等優惠方案招攬客源，也違法醫療法第二十二條「不得擅立收費項目」的規範（李昀濤 2015）。雖然依據醫療法第一百零三條規定可處新臺幣五萬元以上二十五萬元以下罰鍰，但是主管機關缺乏人力管理，僅能靠民眾檢舉、監督，且就算開罰也僅以最低罰鍰五萬元懲處⁴¹。這金額對醫美業者而言，實在微不足道。因為光廣告能夠帶來的收益遠遠超過罰金，甚至更將罰金視為固定成本，不在乎是否被檢舉開罰。

其次，醫美業者為了要降低成本，不惜採用一些不法耗材與儀器、私下分裝原料或是使用於未核准之部位等等，都會增加醫美使用者受到傷害的風險，就算未造成傷害，也會使得醫美使用者對這些實作產生負面看法。《黑心醫美》（2012：20）一書中也提及以下內容：

有惡質的醫療美容診所為了圖暴利和削低成本，使用檢驗不合格的醫療

⁴⁰ 這邊刻意使用病人一詞，而非消費者。是因為就目前衛福部的規定而言，美容醫學屬於醫療行為而非消費行為，因此適用的是與醫療相關的法律規定，消費者保護法並不適用。然而稱呼沒有病徵的人為病人，在文義上容易混淆，故在本小節當中，除了受訪者用詞之外，皆以「醫美使用者」一詞代替消費者。

⁴¹ 台北市政府法務局資料，〈精選判例〉。引用網址：https://www.appealold.taipei.gov.tw/online/service07_01.aspx?id=781&term=865,030。取用日期：2015年5月20日。

產品，引用未經國家行政主管部門批准的拼湊機、山寨機、改造機等醫美雷射儀器，完全忽略不當儀器使用失控，消費者會留下永久疤痕，甚至不幸毀容的風險。

許多醫美儀器，如：LPG 身體雕塑、曬白機等等，都宣稱具有良好、完備的美容醫學功能，其實這些機器大多不具備醫療效果，因此不得宣稱療效。一旦宣稱療效就會違法法律規定。或是有醫美業者使用未依法規定登記之儀器，因為他們進口的名目並非醫療機器，而是拆解後在台灣組裝、販售，儀器就不需要申請醫療器材證明，價錢相對便宜許多，但是也使得服務使用者的安全受到威脅。依據《藥事法》第四十條規定，凡有輸入醫療器材的行為需求者，都必須先向主管機關申請核發許可證，而所有醫療器材的輸入，也都必須經由許可證所有人或其授權者使可為之。

圖 5-1 母親節特價活動

亞欣 母親節快樂

Mother's Day

舊客 + 新客加購價 888 可購一項：

1. 肉毒除皺一部位	6. 杏仁酸煥膚一堂
2. 雷射任選二堂	7. DNA 保濕凝凍 1 瓶
3. 咖啡多酚一堂	8. 嫁接睫毛 150 根
4. 黃金爆脂二部位	9. 微波拉提一堂
5. 排毒亮白針	10. 睫毛生長液一支

兩人同行 舊客 + 新客 (每人可購一套) 1999

雷射任選一堂 + 肉毒除皺一部位 + 水光美魔機

大推 極限音波

音波拉提前 20 組 需要提前預約！

- ▶ 200 條 + 肉毒除皺一部位 + 瘦小臉一次 19999
- ▶ 200 條 + 肉毒除皺二部位 + 童顏針一瓶 39999

大推 童顏針

- ▶ 童顏針 2 瓶 + 肉毒除皺 4 部位 + 瘦小臉一次 58888
- ▶ 童顏針 3 瓶 + 3cc 水微晶 + 肉毒除皺 4 部位 + 瘦小臉 X2 + 微波拉提 X3 + 生長因子導入 X3 + DNA 保濕凝凍 X1 瓶 119999

韓氏明星鼻 + 2cc 水微晶 + 瘦小臉 -> 39999
瘦小臉 + 肉毒除皺一部位 -> 5200

2015. 4/21 ~ 5/31 (日)

(網路廣告截圖)

圖 5-2 不實廣告

青春回降。歲月無蹤

肉毒除皺

魚尾紋 抬頭紋 皺眉紋 眼下細紋

999

一部位 元

DR. SHINE 光澤診所 板橋中山 (02) 2956-6600 板橋健保 (02) 2955-1300 台北孝 (02) 2778-6565

☆本廣告係針對特製肉毒白蛋白、右旋維他命、基因內置劑內含低劑量、聯珠或含低劑量、本藥僅供醫療使用。依據衛生部醫藥字第009524號、衛署醫字第00980284150號、衛署醫字第00990262189號。專於在專科醫師核准後使用。

(研究者攝於台北捷運上)

不只是光電儀器，就最受歡迎的玻尿酸填充針劑而言，其係屬於衛生署管理的醫療器材，依據國內藥事法第八十四條規定，未經核准擅自製造或輸入醫療器材，即已構成走私偽藥、不良醫療器材的違法行為，將處 3 年以下有期徒刑，得併科新台幣 10 萬元以下罰金。

第三，醫美環境存在著「密醫」與「跑單幫」，或是由不具醫師資格的護士、諮詢師幫消費者進行實作，更有不具醫師資格者透過熟識藥商業務購買耗材，再以極低的價錢幫醫美使用者施打，從中謀取暴利⁴²。新聞也曾報導一位的婦人謊稱自己是合格醫師，聲稱可便宜幫人「微整形」，就近在路旁賓士車內或揪團開房間，幫人注射起玻尿酸、肉毒桿菌（黃建華、楊菁菁 2012）。台北市議員李慶元指出，有八成美容診所僱用光療師、美療師、醫師助理和護士，違法操作雷射儀器、電波拉皮等醫療行為，且情形相當普遍（蔡偉祺 2011）。而筆者在網路搜尋 F 醫師診所的資料時，也在 PTT 論壇上看見，有網友分享在該診所做雷射療程，是由護士操作做，但是訪談時 F 醫師卻否認有這回事，堅稱「我所有的操作都我自己做」上述這些案例，不但違反醫師法，也藐視潛在傷害的風險。受訪者 K 護士更「爆料」說：

她之前工作的醫美診所因為也同時有做健保外科的門診，所以可以申請健保給付。當有消費者上門，會看對象，年紀較大的或是陸籍客人，就會跟他們索取健保卡，以診察費、換藥等名義申請健保。

像這樣將單一消費者的經濟效益發揮到最高，一個客人撥兩層皮（自費收入與健保給付），在醫美診所其實早有所聞，也並非特例。

⁴² 根據受訪者 K 護士的說法，他朋友也是護理師，因為他是男生，長的高大，有時候會偷穿醫師袍，很多人都不知道他不是醫生，但是曾經在醫美診所待過，看久了也知道應該如何操作，再加上有認識幾個藥商業務，所以跟他們購買水貨或是私下分裝過後的玻尿酸，然後私下幫親朋友有施打，或是去大陸那邊有配合的美容院會介紹客人給他打。這樣去大陸一趟回來，至少就能夠賺二三十萬回來。不過這樣的行為不只施打者違反法律，藥商也已觸犯《藥事法》第三十九條與九十二條，藥品輸入應先經衛福部核准發給藥品許可證，由藥證所有人及其授權者輸入。違者處新台幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。

最後是明星、名模或是部落客代言美容醫學的廣告，模糊了美容醫學的本質。連鎖醫美診所砸大錢請明星代言，甚至請知名部落客免費試用宣傳，讓民眾對於微整形結果有著不合理的期待，以為自己只要多花一點錢，就能和明星與部落客有一樣的效果，最後和預期結果落差太大而引起糾紛。且根據法律，醫療行為是禁止廣告的，可是政府卻又允許醫美業者在特定條件下⁴³可以進行廣告，因此招致雙重標準的批評，如P醫師批評「醫院不能廣告卻讓醫美診所可以，這其實是一個很弔詭的事情」同時，許多醫美業者會在診所或是廣告中出現實作前後的比較照片，藉此刺激消費者購買實作。而在醫美領域政府不斷拿來比較的國家，南韓，早就為了維護醫美使用者權益，已經要求禁止前後照片差異的廣告。因為這種廣告不但會刺激消費者不必要的需求，更以選擇性的個案掩蓋了醫美實作過程的風險。更可怕的是，很多照片其實並非出自該診所醫師，或是透過攝影技巧、軟體後製來處理。如朱芃年醫師（2011）就提到：

讓患者信仰醫療美容科技的憑藉，不僅來自於廠商的提供，更甚者來自於取巧的障眼法……這樣的攝影技巧亦被用在術前術後的照片上，只要改變攝影的角度，皆可拍出小臉效果，還有打光、取景、色溫、後製等攝影概念都用上了。

綜上所述，醫美業者常常因為利益所驅（提高售價、減少成本、廣告或明星帶來的獲利），而選擇無視法律的規範。不是認為醫師不能賺錢，而是不能用不法方式賺錢。不過這也突顯了一個現象，醫美業者違反法律規定是常態而非個案。雖然J醫師和F醫師認為上述違法的醫美同業都僅僅是個案，實際上遵守法律的業者佔大多數，可是現實並不如此。有句話是這樣說的「當一個人違反規定是個人

⁴³ 醫療廣告其內容應以《醫療法》第 85 條第 1 項第 1 款至第 5 款所定之機構名稱及聯絡資料、醫師學經歷及專科別、有無勞健保特約、診療科別及診療時間，以及《醫療法》第 85 條第 1 項第 6 款其他容許刊播事項公告之疾病名稱、診療項目及檢驗檢查項目、醫療儀器及醫療技術項目、醫療費用等為限。（衛生福利部新聞稿 2013 年 1 月 4 日）

問題，而一群人違反規定則是制度問題」確實如此，就現有法律而言，的確有些漏洞或是不足以規範的情況發生，如上述第一點，罰則過輕的問題。而醫美業者也會遊走法律灰色地帶，因此爭議重重。雖然衛福部也訂定了一些配套制度，如在前年（2013）開始大力推行的美容醫學品質認證，目的就是希望強加管控醫美不法的亂象，然而效果不盡理想。全台灣截至 2015 年 3 月底⁴⁴為止，僅 43 家醫療院所完成認證，其中還有 27 家是地區醫院以上層級，全台為數最多的診所僅佔十六家。除了普遍違反法律規定之外，醫美實作仍存在著許多爭議，如：有關美容醫學是醫療行為或是消費行為？遇到醫美糾紛時，應該適用於哪個法條？美容醫學有消費之事實，是否應該予以課稅？等爭議，但是這些爭議並非本研究的重點，因此並不詳加討論。

第六章 結論與限制

本章將分成三個部份討論與回應。第一部份，總結前面兩章內容，重新論述醫師的實作體制，並藉由兩種不同醫師的描述，分別指出他們如何做決定。第二部份聚焦在既有醫學倫理內涵的轉變，並從中提出五種倫理可能，同時藉由這五種可能與必要性醫學倫理之比較，了解其中差異。第三部份則是回應本研究不足之處，並提出後續研究之建議。

第一節 醫師的實作體制

誠如第三章所提，我藉由「醫師如何做」的提問，檢視醫師在面對倫理兩難的情境下，如何做出具有倫理意涵的判斷。在研究過程中，發現不同工作環境的醫師會有不同的自主性。如果是自行開業的醫師通常自主性較在大型／聯合診所的醫師來得高。也因此，兩種不同的醫師會有不同的倫理決策模式。

首先提到的是自行開業的醫師。這種醫師通常接受過皮膚科或是手術開刀相

⁴⁴ 因論文寫作同時，資料只更新到 2015 年 3 月 25 日。最新的通過認證名單可以至醫策會網站或是下面連結查詢。查詢網址 http://www.tjcha.org.tw/tjcha_cert/Default.aspx。

關的專業訓練（如耳鼻喉科、婦產科），因此他們認為自己有能力去執行美容醫學的實作。不過在細分下去發現，就算他們經過相關專業訓練，但是卻不見得都會執行所有的醫美實作。若以美容醫學認證的分法來看，幾乎所有的皮膚科醫師僅執行綠標（光電儀器和針劑注射）的實作；而受過外科訓練的醫師才會執行綠標和紅標（美容手術）的實作，且除了整形外科醫師（或是在其他地方接受過整外訓練的醫師）之外，其他醫師雖然懂開刀、縫合技術，但是僅願意進行較為簡單的手術實作，如抽脂豐胸等。我認為這是風險治理的概念，不操作沒有把握的實作，避免自身陷入風險之中。且這種自行開業的醫師，通常會以健保診所的名義開業，並附帶美容醫學部門，再加上醫師通常就是負責人，所以他能夠掌握所有的實作細節，也正式因為如此，醫師不但能夠選擇自己想要的消費者、排除風險較高的消費者之外，還能視消費者狀況而調整實作內容，通常都是以不造成消費者非必要傷害的前提下盡量降低成本或是增加獲利，如：調整劑量濃度、收取較高費用或是違法申請健保給付等。

以第一次進診所說明，通常一進門，就是填寫個人資料，之後帶入診間由醫師諮詢、建議，並互相討論，包括可能實作的方式、風險等等，而收費或是收費方式則不一定，通常是由醫師告知消費者，少部分診所則是由非醫師來接洽，但是接洽的人，通常跟醫師（診所負責人）不只有單純的勞資關係，如：醫師老婆。也是因為在實作之前，雙方都能夠清楚的了解實作的流程，也能夠將除了醫療不確定性之外的風險降到最低，以確保實作的品質。

其次是處在大型／連鎖診所的醫師。這種醫師通常不是診所的負責人，且背景相對雜亂，有良心的診所在醫師的選擇上比較堅持，而有些診所則是不管醫師是否受過專業訓練、甚至是否具有醫師執照，都予以聘用。因為大型／連鎖診所的規模較大且資金較高，所以會聘請許多非醫療專業人員如：諮詢師、櫃臺行政等，同時將劃分工作內容分成醫護部門（醫師、護士）以及行政部門（非醫療專業人員）。而除了由醫師主導的大型診所之外，連鎖診所通常由一位資深的諮詢

師擔任店長，負責統籌診所的業務。

同樣以第一次進入診所做比較，大型／連鎖診所的門都常由內部控制，通常是站在門口等內部人員開門，但是有些比較嚴格的會透過對講機或是門鈴表示身份後才會開門。進去之後一樣要先填寫基本資料，但是差別是他們會要求提供有效證件以核對身份。接著會由諮詢師帶領到會談（諮詢）室進行諮詢，包括師做療程、價錢者兩者是主要談論的內容。由於諮詢師會有業績壓力，因此會不斷推銷或是說服消費者多多購買其他產品。待談妥之後，消費者必須先費清費用或是部分定金，諮詢師才會帶你去接受醫師的評估。通常，醫師也是受雇人，也會有業績壓力，因此只要諮詢師轉來的單，通常都是照單全收，甚至增加療程。不過也有些醫師會認為並不需要接受那麼多的實作，或是不適合接受實作便會回決諮詢師的單，但是這個醫師便會被諮詢師貼上「難搞」的標籤，這時諮詢師會向店長反應由店長跟醫師溝通，若醫師依然難搞，諮詢師則會慢慢減少推薦單給該醫師，讓他無法達成最低業績而被解雇。因此，不難發現在大型／連鎖工作的醫師，自主性通常較低、較無法拒絕接受消費者，更無法掌控所有風險，使得醫增加，進而影響到醫療實作的品質。

我將兩種不同的實作體制整理如下表：

表 6-1 兩種醫師實作比較

項目	私人診所	大型／連鎖診所 ⁴⁵
診所成員	一位醫師，一至二名護士，且自行擔任負責人。	可分成醫護部門：包含多位醫師以及護士，以及行政部門：包括諮詢師、行政人員等等。而負責人通常是由不具醫師資格的諮詢師擔任。
規模	小	中、大
健保	有，也有自費	無（自費）
分工	醫師為主導（操作、諮詢、治療），護士為輔助醫師操作。	醫師僅負責醫美實作，護士則是擔任輔助實作的角色。而諮詢師負責侃單與開發客源，其他庶務則交給行政人員負責。
業績壓力	無	醫師與諮詢師都有業績壓力
客源	附近住戶、口耳相傳	廣告、網路、部落客

（研究者自行整理）

不過，就算兩種不同的醫師看似有兩種不同的實作體制，但是這兩類型的醫師在倫理可能的順序上卻是有相同的考量⁴⁶，依序為做到最小傷害、維護消費者權益、遵守法律規定、充分溝通，以及維持專業性。不過必須說明的是，並不是所有醫美醫師都能做到這些倫理可能，比較重視倫理意涵的醫師通常都能做到上述至少四個僅能做到做小傷害。

綜上所述，並結合 *How Should the Physician Practice* 的提問，我重構醫師的實作體制，如下表所示：

⁴⁵ 連鎖診所資訊由受訪者轉述，以及研究者的一次親身經歷。

⁴⁶ 大部分醫師是按照這樣的考量順序，不過並非一定如此，實際仍會視醫師而定。

表 6-2 醫師的實作體制

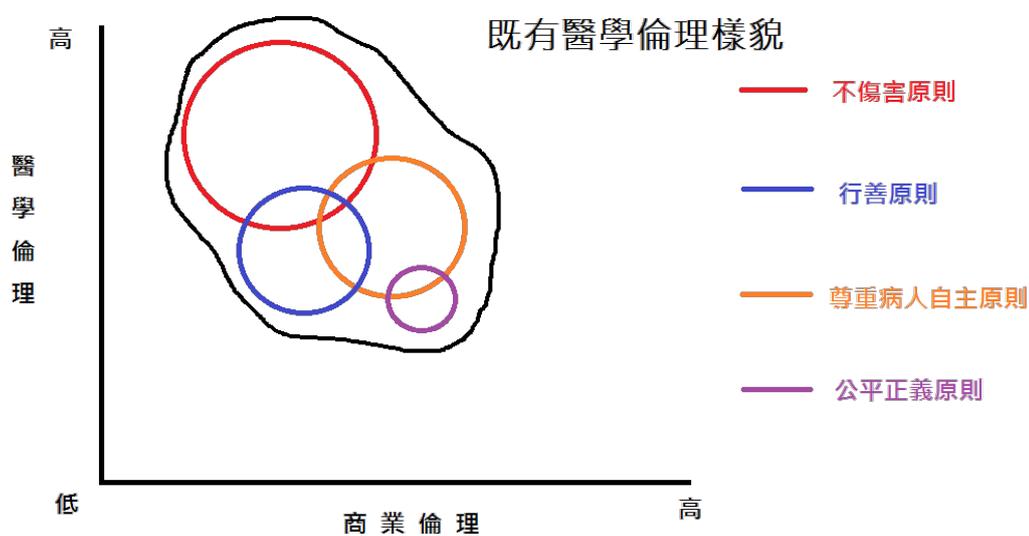
醫師的實作體制 (Physician's Regimes of Practice)	
醫師的定義為何？誰能夠進行實作？ Physician	不以科別劃分而是必須受過美容醫學專業訓練，並累積相當技術的醫師，但是也有部份醫師認為應當由外科系統的醫師比較適合。
醫師應當如何做才是符合醫學倫理？ Should	有倫理的醫師會盡量做到符合本研究提出的五種倫理可能：充分溝通、做到最小傷害、維持專業性、維護消費者權益以及不違反法律規定。且會依照消費者需求給予最正確的實作建議，並不為了利益考量而增加非必要的實作，因為就算不會造成生理上的傷害，也會造成經濟上不必要的損失。
現實美容醫學環境中，醫師實際如何做？ Practice	<ol style="list-style-type: none"> 1. 實際上，大部分的醫師僅以做到最小傷害為滿足，至於其他倫理可能只是「參考用」並非最主要的考量。 2. 大型／連鎖醫美診所醫師較個人開業醫師而言，自主性較低，無法進行風險評估，使得倫理受到限制。 3. 普遍醫師多為營利為目的，並非不好，而是維持低限度的倫理標準，無法提升到更高或是做到更多的倫理層次。
美容醫學從業者如何認為自己是合乎倫理的？ How	<ol style="list-style-type: none"> 1. 瞭解消費者需求，清楚明白消費者為什麼要進行醫美實作，回到醫療以人為本的本質。 2. 採取保守主義的實作，作為風險治理的方式，如：告知潛在風險、漸進式的操作。 3. 最重要的還是維持專業性，以減少對消費者的傷害。

(研究者自製)

第二節 既有倫理原則的質變與柔和：新的五種倫理可能

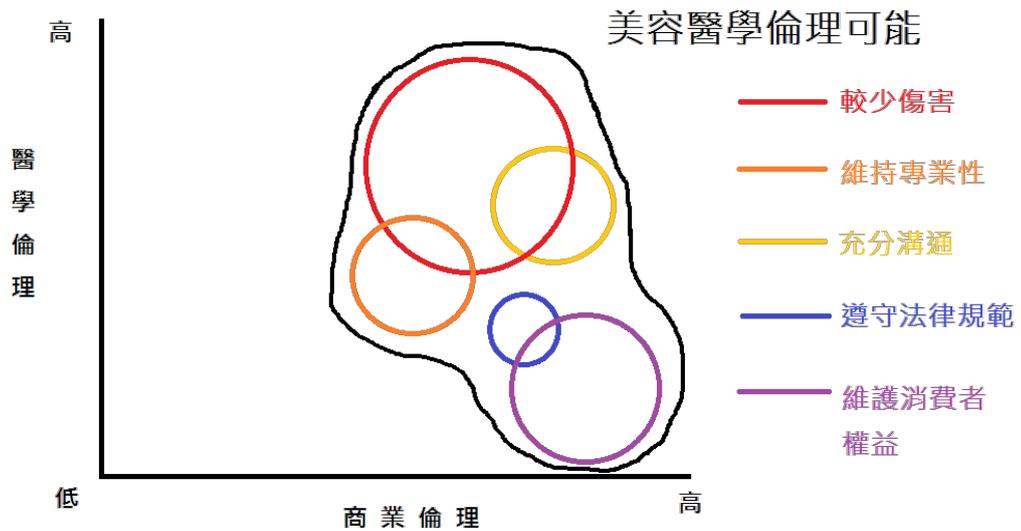
一般常見的醫學倫理通常有四個原則，分別為尊重自主原則、不傷害原則、行善原則以及公平正義原則，而其中尊重病人自主當中又包含了誠實、保密以及知情同意三項原則。而根據本研究所提出之宣稱，認為美容醫學當中存在著五種倫理可能，之所以稱之為可能是因為它們與既有倫理原則能夠相呼應，甚至只是既有原則的質變，分別為充分溝通、做到最小傷害、維護消費者權益、不違反法律以及維持專業性。我將之整理成下面三張圖，說明倫理的質變與揉合。

圖 6-1 既有醫學倫理樣貌



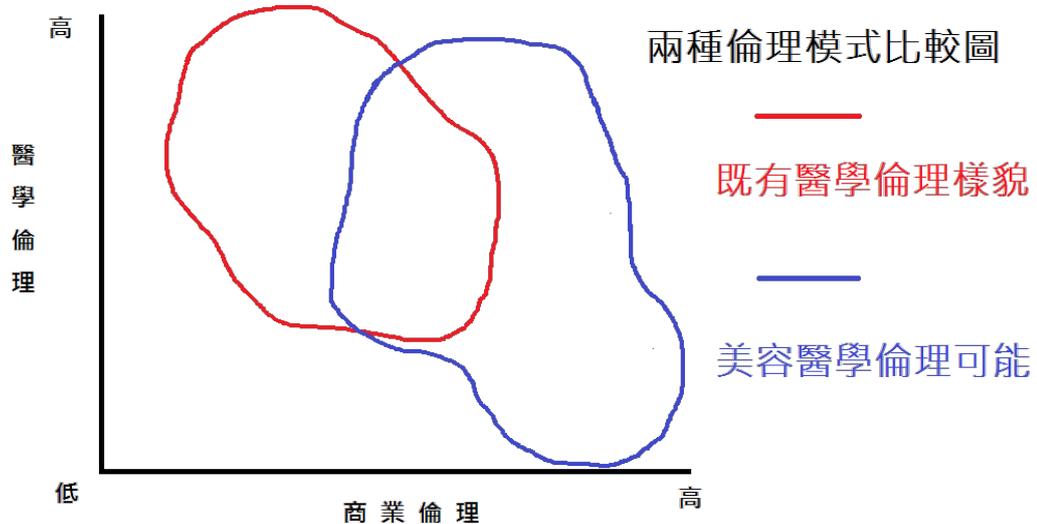
(研究者自製)

圖 6-2 美容醫學倫理可能



(研究者自製)

圖 6-3 兩種倫理模式比較圖



(研究者自製)

從上面三張圖，我們可以發現醫學倫理的原則產生了變化，而其內涵也有部份的異同。首先是尊重病人自主原則，原本尊重病人自主也相當強調溝通的面向，但是通常僅僅是單向溝通（醫師→病人），且溝通作一種方式來達到尊重病人自主，然而在美容醫學當中，溝通強調的是雙向（醫師←→消費者），且溝通作為

目的，不僅是要防止病人無知，已是醫師自我保護的方式。其次是從不傷害到做到最小傷害，如上文中所述，醫學美容的操作都是必會先對健康的身體進行破壞而後重建，使之恢復到正常、美麗或是良好的體態，因此在這樣的過程當中，應盡量避免消費者遭受其他非操作之必要傷害。第三是行善到維護消費者權益，原本行善原則要求醫療專業人士要進一步關心並致力提升他人的福祉，且認為這是最基本的義務，然而在美容醫學當中，雖然仍是提升他人的福祉，但是卻是為了滿足消費者的需求，讓消費者有值回票價的感覺，而良好服務的本質，也從救命（life-saving）轉成改變生活風格（life-styling）。第四個原則是從公平正義轉變成不違反法律，因為有良心的醫師將法律視為道德最後的底限，更多以營利為目的的醫師，常常做出違反法律的行為，甚至認為只要遵守最低的道德標準就足矣。而值得一提的是，在美容醫學的倫理可能當中，也較必要性醫學更強調維持專業性的考量。雖然既有醫學倫理也強調專業性，但是透過醫學的專業分科與訓練，使得專業性不是特別的重要。然而，美容醫學並非既有的專科，因此除了部分專科之外，並不會在醫學教育當中接觸，因此，更顯得維持專業性的重要。而維持專業技能不僅僅是持續保有醫師資格之外，更重要的是學習必要性醫療訓練當中無法學習到的整形知識與技術，同時也包含對美感的認知，甚至學習經營管理一家醫美診所。

縱上所述，透過醫師實作體制以及倫理的樣貌，回答本文的研究問題，醫師應當如何做。事實上，醫美醫師不認為自己與一般醫師有差異，也同樣認為他們是替消費者（病患）謀取最佳利益。一位合乎倫理的醫美醫師，應該以消費者的需求為出發點，在實作之前必須審慎評估，也必須在最小傷害的前提之下進行實作，最重要的是實作過程須讓消費者了解，並遵守相關規範。同時也呼應本文的研究難題，就算在高度商業化的醫療，仍然有醫學倫理存在的可能。

第三節 研究限制與後續研究建議

本研究有的限制以列點的方式呈顯如下：

1. 本研究僅對美容醫學的倫理可能進行初步的探討，對於各種現象並未能有更深入的討論，尤其是缺乏討論各種倫理兩難的情境。
2. 其次是研究方法的選擇，因研究對象的特殊性，較難取得一手資料，使得資料蒐集可能會與真實情況產生落差。
3. 最後是理論意含的部份，論文內容雖已大致呈現論文的主軸，然而最能突顯社會學所學之理論意含，卻未能具體的展現出來。

而在研究過程中，發現不少值得更進一步後續研究的可能，但是礙於限制或論文完整性，所以未能處理，同樣以列點的方式提供後續更進一步研究之建議：

1. 研究提出倫理的可能，但是現實卻不見的都會落實這些可能，因此若不能將之實踐也是空談，故建議有關美容醫學倫理的落實才是後續關鍵問題。
2. 建議可以更接觸醫美從業人員，爭取進入實作現場觀察的可能性，也較能接觸更完整的一手資料。
3. 研究過程中發現，組織層次的討論是當重要。包括大型／連鎖醫美如何經營，以及政府組織如何制訂相關政策。

參考書目

第一節 中文資料

- Fairclough, Norman 著、殷曉蓉譯，2003，《話語與社會變遷》。北京：華夏。
(Fairclough, Norman, 1992, *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.)
- Jörg Blech 著、李中文譯，2006，《無效的醫療——拆穿用藥與手術的迷思》。台北：左岸文化。(Jörg Blech, 2007, *Heillose Medizin*.)
- Leonard Rodberg & Gelvin Stevenson，2009，〈發達資本主義中的健康照護產業〉。頁 35-58，收錄於楊倍昌編，《資本主義與當代醫療》。台北：巨流。
- 丁志音，1999，〈醫師如何看待醫院的企業化經營管理趨勢〉。《台灣公共衛生雜誌》18(2): 152-166。
- 朱芃年，2011，《醫學美容業不告訴你的四十件事》。台北：商周。
- 朱延智，2012，《企業倫理》。台北：五南。
- 江弘基、李蘭，2003，〈管理式醫療照護下的醫病信任議題〉。《醫學教育》7(2): 95-105。
- 朱姮音、吳啟瑞，2009，〈實證醫學入門〉。《藥學雜誌》25(2): 120-124。
- 宋智英，2011，《醫美中心不敢告訴你的整型真相》。台北：沃爾文化。
- 沈雅如，2014，《商業主義下的再專業化：台灣美容醫學繼續醫學教育初探》。台中：東海大學社會學系碩士論文。
- 周恬弘，2012，〈五大專科醫師人力流失：症狀、病因與處方〉。《新社會政策雙月刊》23: 30-34。
- 邱正宏，2013，《這樣整才型！：醫美、微整、整型前先知道才不會後悔的 56 件事》。台北：心版文創。
- 邱曉彥、陳麗琴、林琇珠、桑穎穎、康巧娟、邱豔芬，2008，〈台灣急診檢傷新趨勢--五級檢傷分類系統〉。《護理雜誌》55(3): 87-91。

- 林郁婷，2011，《從專業計劃到生活體制：台灣長照體制中藥師與社工的比較》。
台南：國立成功大學公共衛生學科暨研究所碩士論文。
- 施丞修，2012，《醫美界不說，但你一定要知道的 26 個祕密》。台北：松果體。
- 施進忠、陳可杰，2011，〈論述分析方法介紹：開創與論述〉。《創業管理研究》 6(2): 83-104。
- 翁秀琪，1998，〈批判語言學、在地權力觀和新聞文本分析：宋楚瑜辭官事件中李宋會的新聞分析〉。《新聞學研究》 57: 91-126。
- 高明見，2015，〈醫病溝通應加強同理心溝通能力的課程及訓練〉。《台灣醫界》 58(5): 45-46。
- 陳杰峰、羅恒廉、譚家偉、侯文萱、郭耿南，2013，〈臺灣實證醫學教學之推廣策略與執行成效〉。《醫學與健康期刊》 2(1):1-11。
- 陳貞秀、唐秀治，2014，〈癌症病人預後告知的現況及其影響的探討〉。《臺灣癌症醫學雜誌》， 1 (2): 103-112。
- 陳亮妤，2003，《醫師形象之變遷—民眾與醫師觀點》。台北：國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 陳瑞昇，2014，《醫美整形大揭祕:你應該知道的 99 個整形真相》。新北：雅書堂文化。
- 曹賜斌，2010，〈小針美容借屍還魂 永久有效的微整形注射危機〉。《台灣醫界》 53(9): 45。
- 張耀懋，2011，《台灣醫師專業形象的變遷—媒體內容分析》。台北：國立台灣大學衛生政策與管理研究所博士論文。
- 廖士程、李明濱、謝博生、李源德，2005，〈醫病關係與醫療滿意度之全國性普查〉。《醫學教育》 9(2): 149-161。
- 曾忠仁，2009，《選對你的醫學美容》。台北：原水文化。
- 游美惠，2000，〈內容分析、文本分析與論述分析在社會研究的運用〉。《調查研

究》 8: 5-42。

蔡甫昌，2000，〈生命倫理四原則方法〉。《醫學教育》 4(2): 140 – 154。

蔡甫昌、謝博生，2003，〈醫師專業精神與醫療組織原理〉。《醫療爭議審議報導》
5: 76-85。

盧靜怡，2012，《醫美名醫盧靜怡的青春保養秘訣：揭發黑心醫美、教你神奇不
敗的抗老配方》。新北：凱特文化。

戴正德，2006，《醫學倫理導論》。台北：教育部。

戴正德，2007，《醫學倫理與人文》。台北：高立圖書。

第二節 英文資料

Arthur W. Frank, 2002, “What’s wrong with medical consumerism?” Pp. 13-30 in
Consuming Health Care, edited by Henderson and Peterson. New York:
Routledge.

Berkman ND, Wynia MK and Churchill LR, 2004, “Gaps, conflicts, and consensus in
the ethics statements of professional associations, medical groups, and health
plans.” *J Med Ethics* 30(4): 395-401.

Boonen LH, Schut FT, 2011, “Preferred providers and the credible commitment
problem in health insurance: first experiences with the implementation of
managed competition in the Dutch health care system.” *Health Econ Policy Law*
6(2): 219-35.

Conrad, Peter, 2005, “The Shifting Engines of Medicalization.” *Journal of Health and
Social Behavior* 46(1): 3-14.

Câlin Constantin Lazar and Sophie Deneuve, 2013, “Patients' Perceptions of
Cosmetic Surgery at a Time of Globalization, Medical Consumerism, and Mass
Media Culture A French Experience.” *Aesthetic Surgery Journal*.33(6): 878–885.

Dana J. Lawrence, 2007, “The Four Principles of Biomedical Ethics: A Foundation

- for Current Bioethical Debate.” *Journal of Chiropractic Humanities* 14: 34–40.
- Daphne van Dam, Berend van der Lei, and Michel Cromheecke, 2009, “Statements on the Safety of Permanent Soft Tissue Fillers in Europe.” *Aesthetic Plastic Surgery* 33(4): 479–481.
- D. A. Conrad, 1984, “Returns on equity to not-for-profit hospitals: theory and implementation.” *Health Serv Res* 19(1): 41–63.
- E. D. Pellegrino, 1999, “The Commodification of Medical and Health Care: The Moral consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic.” *Journal of medicine & Philosophy* 24(3): 243-266.
- Eddy DM, 1996, *Clinical decision making: from theory to practice: a collection of essays from JAMA*. Boston : Jones and Bartlett Publishers.
- Evidence-Based Medicine Working Group, 1992, “Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine”. *JAMA* 268 (17): 2420–5.
- Fairclough, Norman, 1995, *Critical Discourse Analysis*. Boston: Addison Wesley.
- Galbraith, J K, 1958, *The Affluent Society*. Boston: Houghton Mifflin.
- Geoffrey Poitras, 2008, “Wthical Transparency and Economic Medicalization.” *Journal of Business Ethics* 86(3): 313-325.
- 2009, “Business ethics, medical ethics and economic medicalization.” *Int. J. Business governance and Ethics* 4: 372-389.
- Gray, J. A. Muir, 2009, *Evidence-based health care & public health*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Halliday, Michael A. K, 1989, *Spoken and written language*. Oxford: Oxford University Press.
- Hochschild, Arlie, 1983, *The Managed Heart*. Berkeley and Los Angeles. California: University of California Press.
- Iriart C1, Franco T, Merhy EE, 2011, “The creation of the health consumer:

- challenges on health sector regulation after managed care era." *Global Health* 7: 2.
- Jan Blommaert, Chris Bulcaen, 2000, "Critical discourse analysis." *Annu. Rev. Anthropolog* 29: 447-466.
- John B. McKinlay and Lisa D. Marceau, 2002, "The end of the golden age of doctoring." *Int J Health Serv* 32(2): 379-416.
- John B. McKinlay and John D. Stoeckle, 1988," Corporatization and the Social Transformation of Doctoring." *Int J Health Serv* 18(2): 191-205.
- Josh Adams, 2013, "Medicalization and the Market Economy: Constructing Cosmetic Surgery As Consumable Health Care." *Sociological Spectrum* 33: 374-389.
- Kirsten Rowe and Keymanthri Moodley, 2013, "Patients as consumers of health care in South Africa: the ethical and legal implications." *BMC Medical Ethics* 14:15.
- Lakoff, A. & Collier, S., 2004, "Ethics and the anthropology of modern reason." *Anthropology Theory* 4(14): 419-434.
- Louanne Kennedy, 1985, "The Proprietarization of voluntary hospitals." *Bull NY Acad Med* 61(1): 81-89.
- Mariotto, A. ,2010, "Hypocognition and evidence-based medicine". *Internal Medicine Journal* 40 (1): 80-82.
- Prasanta Kumar Padhy, 2011, *Healthcare Consumerism and Changing Doctor-Patient Relationship*. New Delhi: Regal Publications.
- Potter, J., 2004, "Discourse analysis." Pp. 607-624 in *Handbook of Data Analysis*, edited by M. Hardy, A. Bryman. London: Sage.
- Rosenberg W, Donald A , 1995, "Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving." *BMJ* 310 (6987): 1122-6.
- Shahid Athar, 2011, "Principles of Biomedical Ethics." *J IMA* 43(3): 138-143.
- Smith, J. L., 2007, "Critical Discourse Analysis for Nursing Research." *Nursing*

Inquiry 14(1): 60-70.

S. Ogoh Alubo, 1990, "Doctoring as business: A study of entrepreneurial medicine in Nigeria." *Med Anthropol* 12(3): 305-240.

Terence C. Cheng, John P. Haisken-DeNew, Jongsay Yong, 2015, "Cream skimming and hospital transfers in a mixed public-private system." *Social Science & Medicine* 132: 156-164.

Tom L. Beauchamp & James F. Childress., 2001, *Principles of biomedical ethics*.
New York : Oxford University Press.

Williams, S., Crouch, R., 2006, "Emergency department patient classification systems: A systematic review." *Accident and Emergency Nursing* 14: 160-170.

Wodak, Ruth, 1995, "Critical Linguistics and Critical Discourse Analysis." Pp. 204-210 in *Handbook of Pragmatics Manual*, edited by Jef Verschuren, Jan-Ola Ostman, and Jan Blommaert(eds). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.

Wood, Linda A., & Kroger, Rolf O., 2000, *Doing discourse analysis: Methods for studying action in talk and text*.CA: Sage.

第三節 其他資料

1. 報章雜誌：

王昶閔，2012，〈準醫師轉行 五大皆空崩潰警鐘〉。自由電子報，6月18日。

李昀濤，2015，〈醫美診所兼做美容 空間要區隔〉。台灣醒報，1月26日。

李樹人，2012，〈台四萬多個醫師 四分之一投入醫美〉。聯合晚報，5月24日。

孟蘋，2012，〈醫美診所裡穿白袍從事醫療行為的人，不見得都是醫生〉。《黑心醫美關鍵報告：醫美護士、主管、醫療器材業者和權威醫師〔聯手爆料〕的驚世調查報告》：11。

邱文秀，2014，〈醫美糾紛增 1.2 倍 雙眼皮最多〉。中時電子報，6 月 26 日。

邱俐穎，2013，〈找回當醫師成就感 醫美走一遭 洪浩雲重回外科救人〉。中國時報，3 月 9 日。

邱俊吉，2013，〈「想救人」洪浩雲回鍋外科〉。蘋果日報，3 月 9 日。

松果体智慧整合行銷編輯部，2012，〈找醫美和整形診所變美前，必看的『救命指南』〉。《黑心醫美關鍵報告：醫美護士、主管、醫療器材業者和權威醫師〔聯手爆料〕的驚世調查報告》：96。

穿女僕裝送餐點 醫美走頂級貴婦服務。〈2014 年，9 月 20 日〉。東森新聞。

張嘉慧、梁家銘，2012，〈火辣護士跳「勾男江南 Style」 廣告行為恐挨罰〉。東新聞雲，10 月 16 日。

張傑，2015，〈醫美旅遊 王正坤呼籲防止冷凍減脂副作用〉。經濟日報，5 月 20 日。

黃建華、楊菁菁，2012，〈賓士車當診間 密醫母女檔大賺醫美財〉。自由時報，10 月 7 日。

黃靜榮，2012，〈十種醫學美容 一半安全成疑〉。大紀元，11 月 19 日。

陳鈞凱，2014，〈預付變捲款！北市醫美糾紛 上半年暴增近 8 成〉。今日新聞，7 月 28 日。

蔡偉祺，2011，〈雷射除毛護士代勞 美容診所違法〉。自由時報，5 月 19 日。

蔡嘉恩、王啟倫，〈違法用禁藥肉毒 削骨達人願賠〉。民視新聞，2 月 19 日。

劉宏恩，2014，〈台灣的醫美亂象〉。蘋果日報，9 月 1 日。

鄭維真，2014，〈台南推觀光醫療 全國最大醫美診所開幕〉。聯合報，6 月 8 日。

醫美時尚編輯部，2014，〈你簽的術前同意書有保障嗎？〉。《醫美時尚》八月號。

醫美人雜誌編輯部，2014，〈簽了手術同意書 等同簽了賣身契？〉。《醫美人雜誌》NO.84。

醫師荒是現在進行式。〈2012 年 6 月 5 日〉。聯合報。

2. 網路資訊：

FG 醫美，2013，玻尿酸可以改變命運？

<http://fit.fashionguide.com.tw/index.php/topic/detail?tid=28208&type=3>，取用日期：2015 年 6 月 5 日。

中華民國美容醫學醫學會，2015，美容醫學繼續醫學教育議程。

http://www.cscsm.org.tw/active_2011.asp，取用日期：2015 年 5 月 30 日。

皮膚科醫學會，2014，美容醫學用藥安全。

http://www.derma.org.tw/index.php?sort_no=1390546649&sort_s_no=1393400910&id=1393401022，取用日期：2015 年 4 月 30 日。

台灣麻醉醫學會，2014，第五十八屆台灣麻醉學會年會議程表。

<http://www.anesth.org.tw/events/content.asp?ID=719&EduType=1>，取用日期：2015 年 5 月 30 日。

台灣整型外科醫學會，2013，整外醫學會招商公告。

<http://www.prsa.org.tw/news/news.asp> 取，日期：2015 年 5 月 30 日。

台灣醫學會，2012，101 年春季學術演講會議程。

<http://www.fma.org.tw/2012spring/spring1.html> 取，日期：2015 年 5 月 30 日。

台北市政府法務局資料，2008，精選判例。

https://www.appealold.taipei.gov.tw/online/service07_01.aspx?id=781&term=865,030，取用日期：2015 年 5 月 20 日。

財團法人台灣醫療改革基金會，2009，防止牙醫要求病患分成多次治療或不當增加就診次數賺錢。http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=868，取用日期：2015 年 5 月 2 日。

——2012，血汗醫護荒、醫院關床、急診雍塞 健保醫院卻還能招攬陸客賺醫美健檢財。http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=1551，取用日期：2015

年 4 月 30 日。

健全診所-整形醫美中心 FaceBook，2012，造就五面向的好人緣。

<https://www.facebook.com/708drfashion?fref=ts>，取用日期：2015 年 6 月 4 日。

愛康國際雷射中心，2013，有臥蠶容易招桃花。

<https://www.facebook.com/aliconbeauty>，取用日期：2015 年 5 月 30 日。

衛生福利部，2013，衛生署推動美容醫學機構認證及執業人員之相關管理。

http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=7&fod_list_no=3909&doc_no=28242，取用日期：2015 年 3 月 15 日。

蔡豐州，2009，整形專業領域天兵與壞人的區別觀察。

http://www.medi-life.com.tw/Articles.asp?BlockName=ArtCon&VS=21&AT_ID=769，取用日期：2014 年 10 月 25 日。

緻美診所，2014，娃娃眼臥蠶形成術。

http://www.chimayclinic.com.tw/cosmetic_surgery_view.asp?id=247&sid=27，
取用日期：2014 年 10 月 25 日。

聯青診所，2014，要美麗 更要美得好命。

http://lianching.lianan.com.tw/master_ct.asp?id=31，取用日期：2015 年 6 月 4 日。

American Society of Plastic Surgeons，2011，Evidence-based Clinical Practice Guidelines。

http://www.plasticsurgery.org/Medical_Professionals/Health_Policy_and_Advocacy/Health_Policy_Resources/Evidence-based_GuidelinesPractice_Parameters/Description_and_Development_of_Evidence-based_Practice_Guidelines/ASPS_Grade_Recommendation_Scale.html，取用日期：2015 年 5 月 25 日。

Oxford Centre for Evidence-based Medicine，2009，Levels of Evidence。

<http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-ma>

rch-2009/，取用日期：2015年5月25日。

