

■ 張 芷 雲

美國約翰霍布金斯大學社會學博士。

現任中央研究院社會學研究所研究員。

曾任中央研究院民族學研究所研究員、國立台灣大學社會學系教授合聘、中央研究院三民主義研究所研究員、新加坡大學社會學系客座講師、國立台灣大學社會學系合聘教授。

專業領域為組織與社會結構、社會網絡、醫療制度和政策、醫療社會學。
著作有《醫療與社會：醫療社會學的初探》、《組織社會學》等中、英文著作。



「在這次的會議中，我聽到一些人的遺憾，他們說當初的理想『所託非人』，因此對未來會有更審慎的期望，」張荳雲認為：「務實是好的，但務實不應該只表現在態度上，更應落實於『實踐』的層次。」張荳雲說，就她這次與會的感受，「似乎檢討和反省還是不夠，主要是我比較希望看見起而行的動力。」

張荳雲說，八〇年代的知識分子帶領社會風騷，在社會變化的關鍵點上扮演重要的角色，許多人對那個時代的知識分子多有嚮往，甚至會想把那樣的意興風發召喚回來，但是張荳雲認為「時代已經不同，環境也不同了。」她認為，目前所需要的，不只是論述、批判的能力，「更是行動」，知識分子到底希望建構出一個怎樣的社會，他要出的力氣不只是「描繪」，而且還要有策略性思維，也就是說，對於「怎麼去做」，他也要有想法。

張荳雲以「庖丁解牛」說明理想中的知識分子的發展過程。庖丁初解牛時，眼中所見是一整隻大牛，因此有一種「不知從何處下手」的惶然；三年後，庖丁已經十分瞭解牛的構造，解牛時順著牛的組織和架構，不會碰到牛的筋絡和骨頭；庖丁能在骨節間靈活運刀，所以不容易壞掉，用了十九年的刀子還像新的一樣。張荳雲說，知識分子懷有使命感、理想主義，這當然非常好，但是她期待是像庖丁解牛一樣，不是只看到一隻大大

的牛，而是看到細節、看到精氣神，知道如何一刀一刀將牛解開，而且也懂得游刃之處何在，出刀不至於自傷。

張荳雲說，國學大師錢穆曾指出，對於一個時代，一個社會，我們要有大架構、大思考與大方向，但也不可以忽略在小地方、枝節上怎麼樣一點一點使力，張荳雲說，這個觀點對她影響很大，「所以除了理念，我總是在想，要怎麼樣去做呢？」這些年來，張荳雲所關注的事集中於教育和醫療這兩大塊領域，例如，如何合理分配醫療資源、如何幫助人民擁有更豐富有用的健康醫療資訊與知識，以及處理的能力等等，都是需要有策略、有做法才能進一步體現理念。

張荳雲說，多元社會持有各種主張和意見的人都很多，因此事情總要在一種「平衡」之中進行，包括教育、醫療體制的改變都是如此，甚至於民主操作也一樣，「不一定要選擇大破大立的方式，因為可能遇到的阻力太大，最後反而什麼也動不了」，不如一點一滴地做；張荳雲說她接受熊秉元教授說的「五%哲學」，也就是說，對一個我們覺得不對不好的狀態，我們要有耐心一步一步去改變，哪怕每次只能有五%的調整，都是好的，因為累積下來，情況就會大有不同。

醫療照顧領域的公共面向

——張荳雲

教

育程度高、收入多的人，健康狀況比較好；而健康狀況好的人，教育機會以及職場發展空間，都比健康狀況差的人要來得好，當然，也因此，收入也比較多。其間，職場安全、勞動條件以及家庭背景等，是個人社經地位與健康之間關係的重要機轉。這樣的敘述，的確過於簡化了健康成因的社會經濟基礎。然而，它可以成為我以下論點的一個起點。在這篇短文中，我指出醫療照顧產業在健保實施之後，民眾使用醫療資源的經濟障礙，已大幅降低。然而，醫療照顧上的不均等，仍隱沒在醫界長年不變的文化慣習中。台灣醫療照顧產業，近年來加入了『全球化』的大趨勢，藉著國際醫療旅遊、國際臨床實驗網、跨足中國市場等等，快速地從內需為主的市場，逐漸定格於『區域性』的外向市場。這些區域性布局的走向，再一次印證了醫療照顧產業的『非』非營利性的事實。這樣的發展，讓我們回頭思考在健康不平等的意涵。

一、弱勢政府的健保制度

台灣醫療照顧體系近年來最重要的轉變就是在一九九五年開始啟動「全民健康保險」。醫療體系的財務及結構在此之後都產生了根本改變。一九九五年啟動「全民健保」之時，當時的衛生署長張博雅女士曾經以在沙堆上蓋大樓來形容當時的醫療環境。從醫療品質的良莠不齊，到台灣醫院沒有可資公開的醫療品質（如院內感染率等）、財務資訊，到沒有可靠的會計制度。以藥補醫和醫藥無法分業等長年老問題，完全看不到改善的可能性。民眾的就醫經濟障礙固然得到一定程度的緩解，但是民眾就醫時的三長兩短、不知葫蘆裡賣的是什麼藥，拿不到自己的病歷，手術和檢驗品質難以見光，急診室的地雷不少，就醫時各憑關係找床、找醫師，等等，成為去看過病的人的共同記憶。令人不解的是，政府在健保上路後，管理反而未見強化，甚至可以說政府在面對醫院診所時，越來越無法彰顯公權力，「無法可管」說詞的使用也越來越頻繁。公權力弱化這個議題，早在二〇〇〇年政黨輪替前，這個勢態就已經出現，而且延續到現在，政黨輪替並沒有帶來任何改善，反而越來越嚴重，且，無論執政黨或在野黨似乎都不甚關心。政府對醫療服務產業的管理效益為何越來越差，是大家可以思考的問題。無論如何，政府淪為健保體系的消極經營者，政府施政，只有健保議題，而沒有國民健康政

策，是不爭的事實。長此以往，政策將受制於激進民意及醫療院所間的角度，每個議題都各有一套作法，醫療體系更受政治力干擾，要如何回應大社會的健康醫療不平等的問題？

二、重利的醫療體系

全民健保開辦以來，延續過去公勞保時代的支付方式，提供了許多營利誘因給原本應該是非營利事業的醫療體系，就算這不是刻意造成的結果，但還是成為健保對醫療供給面最顯著的影響。台灣醫院診所在一九八零年代初期開始的軍備競賽，財團資金的滯注、醫院擴建與新興頻乃，同時也看到個人獨資經營的小醫院逐漸退出市場，效率與績效經營當道，二十多年下來，台灣的醫療院所普遍將健保當成搖錢樹，比較像追求利潤的大企業，而非不以營利為目標的非營利組織。自健保上路以來，醫療業已經用各種方式成功地攫取了豐厚利潤，值得我們注意的是，這些利潤多數來自於一般大眾的荷包。政府公佈的醫療支出的來源結構資料顯示，政府從一九九五年開始的醫療預算遠低於同期全國的醫療費用支出的成長幅度，但由民眾端支出的健保費、部分負擔及自費的醫療費用卻在健保實施後快速增加。這個趨勢還會繼續下去嗎？我認為大概很難挽回。然

而，醫療費用支出的快速成長應不會是長期的現象，而且大概不會再持續太久。由於總額預算制度的實施，健保開始控制醫療給付支出的成長；隨著對一般民眾醫療服務之利潤成長空間減少，醫療服務產業將會更積極開發有錢客戶，包括國內與國外客戶。簡而言之，台灣的整個醫療產業，不是過去在眾人心目中，那種單純提供醫療照顧的醫院診所而已，醫療產業已經轉型成資本市場下的企業了，而未來他們仍經以擴大市場及追求利潤為目標。

醫療產業近期由國內市場轉為放眼國際的作法，凸顯這個產業正朝利潤導向傾斜。而政府也扮演著推手的角色。憑藉財團及政府的大力支持，醫療業的國際化表現在兩個方向：一，透過在海外興建、經營醫院等直接投資，將經營範圍拓展到海外市場；二，藉觀光醫療行程引進國外病患。這些轉變的影響非常明顯：「精緻醫療」盛行及「五星級醫院」的出現，依客戶財力量身訂做醫療服務。我想，類似精品百貨公司的高檔醫療服務機構，以及與連鎖折扣超市相當的普羅大眾醫療院所，將很快會同時並存於台灣。願意負擔高價格的病人，將可以享受頂級醫療服務；至於一般老百姓，則不得不成為大眾化醫療產業的客人。換言之，台灣醫療產業未來將以品質、價格與經濟能力為市場區隔。以經濟能力為標準的兩極化醫療體系很快會在台灣出現。這樣的發展，對醫療資源不公平現象有些什麼影響？從那些大力推動國際醫療旅遊國家（新加坡和泰國），他們

國民的醫療照顧情況的比較，我們會注意到政府的管理能耐，會是關鍵。

三、亟待提昇健康知能的民眾

醫療服務的需求面面臨了一項人口變遷的挑戰，就是新移民的出現。台灣近代曾出現兩波移民潮：第一波在超過半世紀前，大陸各省居民隨著國民政府撤退來台；第二波雖仍在蘊釀之中，其性質已經明顯地與前一波不同。第二波移民多數是嫁給低社經地位台灣男人的外籍新娘。這群新移民的人數在過去十年中急速成長，直到近幾年成長速度才明顯減緩。外籍新娘的子女目前已佔台灣新生兒的1/8，可以預見的是，他們將佔未來人口結構的可觀比例。由於語言和文化差異，外籍新娘剛來台時通常會遇到嚴重的語言溝通障礙，而且多半在融入台灣社會前就已經生了小孩。因為育兒、新生兒以及他們的配偶多半身處社會經濟底層的事實，將使他們在醫療需求與使用上所遇到的明顯的障礙。

其實，醫療弱勢的經驗不止出現在社會底層的民眾和來自他國的新移民。醫療弱勢的震撼可能是大部份台灣民眾的共同經驗。無論教育程度有多高，收入有多豐厚，面對醫療人員，絕大多數是先矮了一大截。大塊文化郝明義先生的經驗，不是個案。除此

之外，台灣民眾一般的健康知識較為薄弱，且在基本的就醫資訊，如藥品內容、檢驗結果、病歷、與手術同意書，不論在可獲性、資訊品質、可信度等方都存有極大的改進空間。報載醫師開的一天五十幾顆藥，民眾也照吃，就是個典型『醫療無知』的例子。台灣民眾服藥的量過多，影響全民之健康（如腎、抗生素抗藥性），以及造成後續不必要的醫療需求和花費，仍只是少數學者們的議題，並沒有引起大眾之關切。

「醫療弱勢族群」和民眾健康知能的嚴重不足這個問題，併隨著台灣社會劇烈的人口結構轉變，問題益形急迫，高齡化及少子化等眾所周知的現象，民眾在「健康知能」不足的情況下，醫界並沒有意願和空間，進行衛生教育，也導致民眾放棄處理自身健康與疾病的能力，形成過度依賴醫療照護服務。舉個簡單的例子：很多輕微的疾病，例如傷風感冒，如果醫師第一次看到這樣的病人，經完整仔細的評估其身體狀況之後，即可指示其將來在遇到同樣狀況發生時，只要多喝水、多休息，必要時就近至藥局自行消費買特定之成藥以緩解症狀，通常不久即可自行康復；醫師也使病人明瞭，當症狀不見消失或好轉甚或惡化時，就應立刻就醫。如此不僅可以大幅減低醫院之門診量，使得醫師能將時間與精力用於較嚴重的病人；對那些不必看醫師的病人而言，不僅免除了舟車勞頓，也節省了候診的時間與掛號費與部分負擔。

在前節討論的區隔醫療市場的走向下，個人的地位和經濟能力，固然不能買到健康

保障，但，一定可以買到醫療服務。即或有健保，民眾會因著是否有經濟能力、資訊、和是否有關係，選擇去醫院或診所，接受到的醫療品質大不相同，醫療的成效不同。

四、小結

區隔性的醫療產業市場是否符合社會公義？的確是個值得大家討論。然而，與這個問題同等重要的關鍵議題是：政府決策者是否有能力促使大眾化醫療產業既維持醫療品質又提供合理價格？這真的很難說，最後恐怕還是取決於高層政治領導人的意向：要堅持民粹主義，貫徹實施兼顧品質及價格的醫療政策？還是採取以醫療服務業獲利基礎為導向、獨厚業者利益者的醫療衛生政策？就我來看，二者不盡然相衝突，相反的，如果能確保前者，台灣醫療產業在區域性醫療經濟體，更有可為的空間。因為大眾醫療產業的品質，是醫療專業照顧的底線，是醫療照顧的必要成本，是全民為健康的必需花費。捉緊了醫療照顧的基本品質，就可放手讓醫療產業各憑本事，拓展市場。反之，若採取獨厚特殊利益者的政策，大眾醫療照顧不僅面臨的是品質更形因陋就簡，而且價格也免不了飆漲的悲慘命運，因為醫療經營者不僅可以決定價格，而且可以決定品質，讓民眾沒有發言的空間。就此，我有三點建議，提出來供討論之用：

第一是政府要小而美，緊盯與人民健康相關的業務，重視醫療基本功，而對醫療環境要自由開放，政府最重要的功能為營造一個優質的專業和經營環境，做為醫療院所就醫療品質競爭，打下堅實的基礎，在這個基礎上發展國際臨床實驗、國際醫療旅遊，甚且外銷台灣健保制度和醫院經營的know-how，台灣的民眾不盡然能分享醫療努力的果實，但至少不會因此受到排擠而受害，成為知識經濟的一環，始有意義；

第二，要加速，透過各種途徑，拉高民眾的健康知能，有系統地為民眾提供「導航形式」的健康知能相關資料，如藥袋、病歷、處方箋、及手術同意書等基本診療資訊，並祛除醫療體系內障礙，讓民眾能順利取得這些資訊，讓民眾成為醫療品質的一環，有能力協助醫療偵錯，也有能力減少不必要的醫療處置；

第三，醫療相關產業政策，應附帶醫療平等的指標評估報告。

我個人認為，因著醫療照顧本質的公共性，對於醫療照顧以及提供醫療照顧的組織，它的核心價值和規範，必須有夠的空間討論、辯論，以形成共識。目前醫療照顧產業的公共討論空間，在一個封閉霸權的醫療照顧專業和資本主義掛帥的醫院診所，搭配缺乏民眾願景的執政者，雙重擠壓下，被嚴重扭曲和壓縮。全民健保的議題，不是台灣社會醫療公與義的主要議題，反而是台灣醫療基本功的長期處在破功狀態，值得我們大力關注。