

張笠雲：

非常高興社會學會社邀請我來，我真的想跟大家分享醫改會，一方面我想你們的問題應該在醫改會的成立背後的一些理念以及當時一些想法，再來想跟大家分享一下我自己走向醫療社會學，我想這裡面當然很多社會系的同學，那醫療社會學碰到最大一個困境，就是...。高中的時候因為數學沒考好就去選了社會學，對醫療也是很有興趣，但真正在這方面作研究，早期是在臺大醫院，那時候社會系的學生都要作實習，不過這些點點滴滴的經驗，都讓我想到生病這件事情是非常模糊的概念，那時候接觸到的都是些精神醫學方面。

我出去唸書一直到我回來，雖然我可能在這方面是很早作研究的人，可是我也要很誠實的跟大家講，我從來都沒有在台大社會系...我是 1981 年開始在社會系教書，一直教到 2000 年，這二十年中間我從來沒有開過醫療社會學的課，之所以不開這門課有一個很大的考量點；在 1971 年我大三的時候，修醫療社會學的課，那時候是章中林，他現在還在國防醫學院教書，那時候最大的困境是，上了一學期的課，還不知道那門課實質內容是什麼，那時候在講馬林諾斯基的研究，但那些東西對當時的我來說是非常遠的，不過回到台灣來以後，每個人都跟我講醫療社會學可以開這方面的課，可是我一直不敢開，最重要的原因，當我要去準備這門課，要跟學生講美國的保險制度，美國的醫療行為，講美國人醫療的觀念，講美國的醫療制度，講美國的醫院，我講不出口，所以那時候有一個心願，是寫一本本土的醫療社會學的書。後來在 1995 年，那本書我寫了八年。終於出來，那本書出來以後很多人給我很多 feedback，其實這些 feedback 本身多多少少跟我今天要跟大家談醫改會有一些關係。

我真正對於生命疾病醫療等等的東西有些 feeling，是我一個個人的經驗，在 1988 年暑假，我正在所裡面開會，我的助理來找我，告訴我說，我父親昏迷了在家裡，這之中有三年的時間在醫院和安養中心，這段期間讓我人生之中第一次，進入到醫院的場域，作深度的參與和觀察，作為一個社會學者，剛開始是非常 atonic，很痛很不捨，我父親的昏迷指數是四，那他作了一個手術之後簡直就像植物人一樣。當你在醫院裡面，雖然有看護在旁邊，還是很無聊的，那我就發揮了一點社會學的訓練，作了很多的觀察和紀錄，其實我有時候會翻開我在八八年，八月十二號，印象非常清楚，我紀錄了當時作手術的時候，我那個手術的成功率是 10%，且有個很慘的狀況的是，很有可能在手術台上，因為腦壓過高，打開來之後就死了，我弟弟是個醫師，那家醫院的醫師，動刀的是我弟弟的同學，所以她們就要我弟弟進去，現場去觀看手術的進行。然後是個高度危險的手術的時候，我看到我弟弟一些表現，那時候有些紀錄，我作為一個家屬，當家屬這邊有一個醫療界的人時候，那所有醫院討論的對象都不是他的家屬，而是這個人，這個人承擔沒有必要的關注，很多問題要問醫師的時候，醫師聽了我們的問題之後，講話的對象是那個人，是我弟弟。一直等到要開刀，我們要告訴我母親說父親為什麼會走，我母親說：「人走沒有關係，只要能站就好。」那時候我弟弟的眼淚掉下來。從那一刻開始，我一直到我父親過世的三年之間，我觀察醫院裡的點點滴滴，觀察專業醫師的互動，觀察家屬又是個研究者的 context 之下，之後我寫了一封信給我的老師，我碩士論文寫的是生活壓力，可是那時候我完全不知到什麼是生活壓力，我一直到那段時間開始，我經歷到我的生命之中非常重要的一個親人生病之後，三四個月後有胃痛，開始知道什麼叫做疼痛。

其實這個經驗在那時全民健保開始在規劃，他們邀請我做一個研究：全民健保對我們醫療系統的衝擊，我利用這個研究在醫院裡做了非常密集且近距離的觀察。這個開始了我一系列對醫療接觸瞭解和分析。我在 1989 年那年，衛生署邀請我擔任一個我 11 年都不能公開的一個職務，那個職務是衛生署一個叫做「醫事審議委員會」。他是審說到底那個可以蓋醫院，那個地方不能蓋醫院，重要醫療政策要怎麼決定。其中，這個委員會下面還有個委員會，叫做醫療糾紛鑑定委員會，這個功能是從法院或檢調單位，當有個人提起訴訟告過失致死的時候，檢察官會到醫院查封病歷的資料，這些案子就會到醫療糾紛鑑定委員會，那這委員會會將資料送到一位醫師做初步鑑定，他的初步鑑定會回到委員會裡面，委員會裡面有十五位委員，十位是醫師，五位非醫師，所謂社會賢達人士。在剛開始進到這個委員會的時候，我覺得我是個學習能力還不錯的人，在那個場域裡面，過程大概是這樣的。整個過程：由一個醫師做報告之後，初步鑑定醫師就會提供他的意見，然後所有委員提問，然後交叉詰辯，一直問到確定這個判定可以決定。大家可以想像一個非醫療人員，在醫療上沒有什麼知識的人，在那個場域裡面你可以發揮什麼作用？我剛開始做的時候，原來在醫療糾紛鑑定裡面，很重要的一個是邏輯推理的能力。醫療糾紛的對與不對其實和我們日常生活上的邏輯是息息相關的。我先暫時講到這裡。剛開始頭兩年其實常常會吵架，當你拿到一個死亡案，那裡面的案例百分之 95 以上都是死亡案例，他的病例就只有一張紙，你怎麼鑑定呢？到底這個東西是有疏失還是沒疏失，那時候我們常常會吵翻天，關於醫師在病歷上沒有寫的部分，到底可不可以說醫師沒有錯？舉個例子來講，當病歷沒有患者的體溫血壓，心跳，或對於他外觀的描述，一些常規的檢查，沒有這些東西，只有四行字，就是他開的一些藥，可不可以說他做了檢查？然後病人的狀況都很好，病人的死亡與他都無關，可以這樣講嗎？當時有非常激烈的兩派，經常拍桌子吵架的，一方說他沒寫你怎麼證明他沒錯？另一方說，他沒寫你怎麼證明他錯？這個事情有可能解開是病人生病到死亡的歷程，但這個歷程沒有任何紀錄啊～我們就常常要問到說，尤其當屍體解剖過，知道他的死亡原因後，比如說，一個人心臟變的那麼肥大的時候，教科書上告訴我們什麼東西，他經過的歷程是什麼？可能是五個鐘頭死亡嗎？還是二十個鐘頭呢？像這些一個人死亡這些常態的發展，我們可以去推測。

其實病人在去看醫生的時候就已經有這些狀況了。其實醫療人員沒有注意到，這部分是經常吵的。一直吵到有藥物的問題。就像最近有好幾個案子是某類型的方式有類型有共通點，我那時候就有建議，可不可以把醫療糾紛裡面很多的慘痛經驗可以讓我們醫界瞭解我們對這些案子這些資料有一些看法有一些分析讓他們醫界可以從這些慘痛的經驗學到一些教訓。從第四年開始每隔一段期間就提這種事情大家可以想像 每個星期四下午要去開會，通常一兩點開始，這之中通常會有一兩個案子需要你去吵架，要打起精神作辯論，所以星期四晚上回家時先生不太敢惹我。衛生署很體貼的都會給我兩個便當，所以跟我先生吃便當時就講說今天碰到什麼案子，跟誰吵架，那時候就在想說我能做什麼 對於這些一個一個事情，我能做什麼。我要先跟大家講喔，有一些案子，不是全然醫生的錯，有一部份是模糊的地帶，大家沒有什麼共識，可是有些部分很清楚的是醫生的疏失。我們有時候會發現，有一些醫療上我們認為是有疏失的案子，隔一段時間案子又回來了我們會有二審三審，所謂的第二次鑑定，第三次鑑定，然後有時候律師或法院問了很多具體的問題，我們就很 puzzle，發生了什麼事情。會出現一種狀況是，你說他有疏失，法院他不採納；你說他沒有疏失，法院可能判刑會出現這種交叉的狀況。四種可能性都有。那時候我在想說，我坐在那裡，每個禮拜花那麼長時間面對一個一個案件，至少兩個事情幫不上忙，第一個事情是，這個案子一離開醫療糾紛鑑定委員會，完全是 out of control，法官要怎麼判？邏輯是什麼，基礎是什麼，我們不知道。第二個是我們在裡面看到很多案子，有時候是有他的共通性，在疏失的地方有共通性，或是在醫院，在病人，在病家，在處理這個問題的時候，

這個東西本身，好像一趟一趟這樣子，糾紛鑑定裡面完全沒有辦法發揮。所以在七年前我就在想說，我可以作些什麼？我要這樣子一直作下去（嗎？）

大家知道我從小到大，回到台灣來很快的進到中央研究院，很快的進台大教書，每個月領薪水，有教書，有學生，有研究計畫，這是一種象牙塔式的生活；我唯一的社會參與是跟蕭新煌老師、瞿海源老師的一點點社會運動。最後大部分是做研究，唯一的社會服務就是在衛生署這一段在審議委員會裡面的時間，想到說我能做什麼的時候就非常非常挫折，已經在體制內，已經有發言權，我打電話到衛生署要資料什麼都很快，已經有特權。可是當你要作這件事的時候，第一我不知道要怎麼做，第二我很害怕，我要去作的話顯然要有一些不同的思維，我曾經跟郝龍彬抱怨，他說張笠雲你講嘛，要怎麼作？我實在講不出來。這件事其實就一直耗在那裡，我就在體制內好好作，一直到我快要五十歲了，那時候想說這可能不是一個...我想說我應該做點事情，很碰巧一個朋友懷孕，...懷孕的一件事情。安慰她完以後，我想說醫療糾紛這些事情，大家應該來做點事，我就約了幾個朋友，就有了這個醫改會。這是前面比較長的歷程，不過這個歷程裡面，在我所有的研究裡面，跟醫改會現在的活動是息息相關的，這也是我們一直覺得說，醫改會我們希望他是以知識為基礎的一個社會運動，這本身在實踐上面其實有相當多的經歷是累積在過去，包括我自己的包括其他人的，在研究上累積的能量，而這些能量能夠有效的回饋到社會現實面，醫改會希望能夠提供這樣的平台，讓純學術上研究的東西能夠有效的轉化為具體的行動的方案。

我想我就先講到這裡，有沒有問題要先問？

這裡面修過醫療社會學的有誰？之所以不想要開醫療社會學是因為它在理論上有很多的挑戰可是它又是本土性非常強的東西。如果沒有本土知識上的累積沒有本土的研究我想不僅老師上起來會上的自己都不想上，同學完全沒有？？。可是醫療社會學本身，我剛剛說它理論性非常強的意思是說，他的所有研究取向，不是來自於醫療社會學本身，他是來自於其他的領域，例如說我們對階層的研究，我們對組織的研究，我們對文化本身，對教育對專業的研究，這些東西變成醫療社會學本身的研究基礎。這也是成立這樣一個基金會的時候，我們到國際上的網站找有沒有類似的組織，在處理醫改會希望處理的事情，我們發現雖然很多有『patient's right』，可是每個團體標榜要處理的問題都不盡相同。我曾經跟香港的醫管局談過，他說你們這樣的基金會在香港沒有生存空間，因為你們現在面對的東西，我們香港醫管都已經處理。所以絕大部分的議題，在香港社會裡面不是議題。他們的議題跟我們是非常不一樣，雖然同樣是標榜著『patients' right』。如果將來有興趣，千萬不要告訴人家說你的領域叫做醫療社會學，你的研究是很多社會學的基礎領域而研究對象才是醫療。

我等大家問問題～

你們給我四個問題：

- 1 發現什麼問題成立醫改會？
- 2 成立F醫改會之後又發現什麼新問題？
- 3 在改革醫療體系的路上有各路人馬，學社會學的人解決這些問題有別於其他學科的人的態度嗎？
- 4 這一路走來覺得什麼是社會學的實踐？

這四個都是很大的問題，第一個我剛剛講過了，你們有看過蔡友月的 85033 嗎？

嗯，先問問題吧～

怡寧：

香港的是什麼問題？

張笠雲：

現在台灣有四個很大的問題，四個不平衡：

首先是門診和住院不平等。現在台灣在醫療資源的分佈上面，65%是花在門診，35%的錢是花在住院。可是在世界各國，大家知道所謂門診他的疾病相對起來是比較輕微的，住院是比較需要照顧。在各國資料都是反過來的，住院 65%，門診 35%。這是第一個問題。

我們台灣第二個不平衡是，我們整個醫療系統，架構，理論上是醫學中心處理的問題比較複雜的，比較需要照顧的，所以架構理論上應該是三角形，下面基層診所比較長，但現在是倒過來的，是倒三角形，有滿多的診所。台灣目前，在民國七十七年是一百多年醫療產業發展史中間的分水嶺。在那之前我們醫院的家數一路增加，一直到那年以後，九百多家一直關，關到現在剩下五百多家。掉了這三百多家醫院並不表示台灣的醫療市場在萎縮，而是醫療市場在重組，重組方向是大型醫院越長越大，關掉的都是五十到一百床的醫院，除了仁愛醫院在長大以外，新進的新光醫院，國泰亞東奇美...，大概所有重要集團都有醫院，所以進場的醫院都是重量級。所以大的部分越長越大，中間五十到一百床的醫院在萎縮，然後下面..。大家就會說醫院大有什麼不好？因為效率，提供的品質比較好，我們可以充分使用醫療資源阿，我們可以因為效率的關係可以對病人提供品質比較高的，這些完全是？？。這邊有一個基本邏輯是我們談到組織社會學裡面的『科層組織』的特性，還有『醫療照顧』這兩個之間的..。國外所有重要醫院平均最適規模大概是五百床，台灣這些醫院長庚醫院有五千多，台大醫院兩千八百床，加上兒童醫院一千床，還有不同的分院，榮總也是兩千多床，花東的慈濟醫院，這些醫院都長的非常大。這些醫院一蓋下去以後，那些地區的小醫院全倒。大家看病就要拎著你的包袱，一人生病全家住院。這也是為什麼長庚在林口院區的規劃叫做造鎮計畫，因為一個人住院家人 24 小時照顧，吃喝拉撒睡，旅館超市生活必需品...這些東西叫做『成本移轉』，就是把求醫的成本，比如說住南港有忠孝醫院，搭公車，時間各方面成本都比較低，醫院吸收比較多的照顧上的成本，可是如果說到...這些地方的時候，醫院坐收效率還有效益考慮之下所得到的利潤成本就轉嫁到病人身上，所以目前第二個不平衡就是大型醫院和基層醫療的不平衡。這地方大家要特別注意，當我們知道二十一世紀疾病型態改變，有很多醫療需要其實是需要社區醫院，因為死亡時間拖很長家裡沒辦法照顧。如果我們醫院集中在一起，其實成本是非常高的。

第三個不平衡的地方是現在醫界裡面叫得很厲害，我們的健保給付使的醫學生在選科別的時候，傾向於選擇比較輕鬆的，因為所有給付的標準是一樣的。例如說，我聽說皮膚科的醫師一次進來八個十個用眼睛看，所以有些復健科這些小科現在大家擠破頭。很辛苦的科像外科婦產科這些重要科別人數越來越少。外科常常幾道『以後你們這些人不要栽到我們外科手裡，醫師不夠的話自己找復健科皮膚科..』將近二十五年癌症是死亡主因，但是癌症方面的科別人不夠。這些在科別上的不平衡那個扭曲非常...。

讓醫界的人非常非常...。

最後一個是『藥價黑洞』。我們如果我把台灣藥廠產的藥跟進口藥的產值加起來，跟健保局付出去的錢的差值叫做藥價黑洞。去年的產值是四百五十億左右，進口和生產的總值，去年健保局付給醫院關於藥的錢將近八百億，很可怕的數字，中間差了兩百六十億。這黑洞流到哪裡去，因為健保局是把錢付給醫院，醫院跟藥廠買藥，進口成本是一回事，跟報給健保局的錢不一樣，中間他們就賺了大概兩百六十億。是什麼意思呢？今年健保雙漲，每一個人漲下來只付了一百八十億，單單藥價黑洞就兩百六十億。好，反正台灣有錢沒關係，重要的是我們生病的時候會吃到很多垃圾藥；藥價黑洞只是小問題，最重要是藥價結構很不合理。我們對於專利藥這些第二線第三線的藥效果比較好，但比較貴，但健保局不願淘汰很多垃圾藥，有利益的糾葛，垃圾要就是新藥已經出來效果比較好，副作用比較少。雖然單價看起來比較貴，但比起你吃一堆垃圾藥等很長的時間再回頭吃第二線第三線的藥比起來划算很多。可是我們健保局在過去這麼多年來很少去調整，很少去剔掉那些藥，有些藥是在藥房就可以買的藥，它不能淘汰後面的藥就不能批准新的藥，所以台灣的人沒有辦法享受醫療界開發出來的新藥。當然不是所有新藥都值得我們引進，可是台灣專利藥進不到百分之五，我們吃八百億的藥，其中新藥不到百分之五。很多癌症病人到了癌末，化療用第一線的藥是非常痛苦，可是醫生會告訴你說健保不給付，如果你有錢可以自費，規定有些要要經過一個月無效才能夠進第二線的藥，都無效才能夠進第三線的藥，可是當醫療判斷說他需要進到第三線的藥，..。

這四個大題目在我們現在醫療環境是非常非常明顯。

這些問題醫改會本身能夠做些什麼，而且我們能夠 CONVEY 民眾對於這些....，兩年前開始，睡覺也想白天也想....對這四個不平衡有沒有問題？

意淳：

集團開醫院是因為有利益嗎？

張笠雲：

殺頭的生意有人作，賠錢的生意沒人作。念社會學的人一定要記住，社會行為中一個很重要的機制是『經濟體系』，所以大型醫院的投入的確是有利，我可以給大家一些數字。蓋醫院投資一床大約兩百萬，五千床大概一千億，長庚去年從健保拿到是三百六十億，財團法人醫院本身...有一些租稅上的優待，而且現在經營醫院，什麼叫做醫院呢，這是一個非常 puzzle 的問題，它的其實是空殼子，它的房子跟它的關係企業租的，它的儀器跟它的關係企業租的，除了人以外，連它的雇員除了行政人員之外，醫師是零底薪制，所以基本上有點像百貨公司專櫃，當他把 360 億，這只是其中來自於健保的錢他就，這些是我們租賃的支出，這些是我們儀器的支出，....，去年他們有六十億的盈餘，捐了二十四億給長庚醫學院。我有一個學生去長庚教書他說老師這種地方還能待嗎？他說我去的時候跟他們申請電腦，他說為什麼...

...就開了小孩子打了一個很小的洞。誠如榮總醫師建議，台大醫師認為一打開之後，抓到那個地方，打了就跑....

換句話說，那個醫師實在運氣很不好，腦壓太高，打開噴出來，蓋不回去，在台大 130 天過世，家屬非常不能諒解，他認為榮總醫師講說不可以開，台大醫師卻開了。可是台大醫師怎麼說，台大醫師說『沒錯，腦壓很高但是頭痛到想要撞牆要自殺的地步，面對他的痛，其實沒什麼選擇。』沒有選擇的情況之下，其實可以躲。醫師講的都很有道理，病人家屬後來去告台大。我覺得這個例子就是非常典型的，其實病人很倒楣，因為我們沒有一個制度可以讓台大的醫師跟榮總的醫師彼此能夠討論這個案例，當我們這個資料過去的時候，台大的案例榮總絕對不會插手，榮總的案例也不會讓台大插手。彼此之間是 They don't talk each other.

這個地方是我們今天在講所導致其中一個悲劇性。這個家屬是非常有意識到，去尋求 second opinion 是因為今天的系統裡面，我們的病例我們拿不到，你們都還年輕，大概不會接觸到醫院裡面，如果要拿病例的時候，妳大概除了騙以外，沒有其他選擇，妳絕對不能告訴醫師說我想去找 second opinion 所以我的病歷我的檢驗報告要一起帶走。可能要跟他講說我要出國我要保險用很多其他的理由，然後去拿到病歷。我們的病歷不流通，不流通有什麼不好的地方呢？第一個我們剛才已經講了，第二個是就像我們教書，老師的掛在網站上，當要掛在網站上，每個老師都使出渾身解數對不對，我們要吸引學生，我們要跟同事之間作一點比較，要讓別人羨慕說挖我們台大學生有這麼多老師，這麼精彩，有一些專業之間的彼此的，訊息流通，一旦我寫了什麼亂七八糟，我寫的病歷沒有人可以看的到，打的報告作的檢查檢驗的結果沒有人可以看的到，這種情況底下專業自律能夠出來嗎？專業自律出不來。我們不要講病人的權益，單單要專業之間他們內部的話，我曾經碰過一位國防醫學院教授的太太，在台大醫院非常非常慘痛的經驗，騙死騙活把病歷影印出來，還加蓋了一個健保卡，送到美國 Duke 大學醫學院去，我可以告訴大家，這是一位台大醫學院的教授，教授級的醫師寫的病歷，人家 amazing，是說這是一位台大醫學院教授級的醫師寫的，作的一個診斷，再看到住院醫師所寫的東西，不要說英文不通，就是邏輯推理的東西他們覺得很 amazing。

我講的這個例子就是告訴大家說，醫改會看到這些問題的時候，很希望我們做到一個，扮演一個促成者的角色。妳今天要，醫改會因為是民間，而且是非醫療人員要去改醫界的東西，妳呀，要不是先被他們打死不然就是趁早死了。很重要一個動作就是要促進他們醫界內部的自律的機制，讓他們內部的清流能夠站起來，然後帶出一些改變，那五們覺得醫療資訊透明像病歷，像檢驗報告，打通經脈，任督二脈的關鍵其，那我在舉一個例子，我們今年年初作的藥品標示，有沒有聽過？我們是小兵力大功。

同學：

馬偕醫院已經可以拿病歷了，但是不讓病人碰到原版的，而且必須在醫師交代之下，在他的面前影印給他一份。

張笠雲：

我剛剛講到這部分的話有機會在回應。對藥品標示，1980 年代消基會開始的時候我們吃的很多東西標示都不清楚，那時候是全民運動，現在很多食品標示我們習慣了，像我去買菜，都要看看日期那些，

但藥的話，我們絕大部分人都不看，所以我們那時候作藥品標示，我們收集了很多資料，那時候很掙扎。最後還是決定把醫院的名字披露出來，所以的醫學中心他們的藥品標示及不及格。

這段時間當然接到很多電話，打到我辦公室抱怨講一個鐘頭，那我在電話面解釋最嚴重的狀況，是他們臨床藥師公會寫了一個正式的新聞稿，對外的，痛批醫改會。大概在兩個月前有了一個非常完美的結局，那個事情出來以後很多醫院有反映。當然有些醫院藥劑部主任打電話來跟我抱怨，你們怎麼可以作這種事情害我每天被院長叫去罵，當然我就說，過去你被你們院長罵過嗎？他說從來沒有。我說妳很幸運現在會被你們院長罵。藥劑科藥劑部過去何止曾幾何時在醫院經營裡面，曾經被院長注意過嗎？今天被院長叫去罵我會覺得很難看，心裡會覺得這是一個正面的至少醫院知道說，哦，原來藥劑部門作的不好的話，報紙也會登出來，而且登很大把妳的名字登載上面，像說榮總排名第一，中國醫藥學院彰基什麼什麼幾家醫院墊底，大家就會，院長就會有疑慮會想我們應該作些什麼東西，當他問妳應該作些什麼東西的時候，可能妳過去一直反映出來的問題就可以講出來呀，別人可以作你們作不到的地方我剛剛這樣講大家可以想像說其實有點浪漫，講風涼話，不過後來過了兩三個月以後，有聽到幾件好聽的事情：第一個榮總的藥劑部主任走路都有風，講話很大聲，榮總藥劑部不止持續改善藥品標示還有內部藥品監控系統，同時他們收集各家醫院的作法還有持續改善。然後第二個是，很多醫院互相在找妳的藥袋怎麼標示阿，到底是怎麼作的阿，第四個，中華民國從有衛生署以來，第一次我們的衛生署有一個重要的行政命令，告示說從醫院一直到診所，這是衛生署重要的政策，藥品的標示應該包括十三項，我們是提十六項他們說十三項，如果你們不標示的話，他們要罰，而且要責成地方衛生局去查核這些，醫療衛生史上第一次衛生署看到我們的藥品標示是這麼淒慘，他們第一次設計了一個方針。二三月一直到現在，上個月我們藥品小組的召集人被邀請到臨床藥劑師協會演講，他們一千多人的一個公開演講，他就準備一些東西到處跟大家討論要怎麼講，講完下來，我聽到眼淚都要流出來，下來他們的臨床藥劑師協會以及藥師公會幾個重要的理事長和他們常務理事對我們說，我們和醫改會之間的心結完全解，從今以後我們和醫改會一起提升民眾的用藥安全。大家想想看聽到這句話妳會有什麼樣的感覺？我覺得非常非常有成就感，雖然還沒有非常成功，不過我們看到當事人自己意識到，當我們把問題掀出來，我們並不是要造成一個雙輸，我們並不是要革他們的命，而是我們有可能帶出一個雙贏的局面的時候，他們願意跟我們在一起。所以之後他們拜訪過我們三次，告訴我們怎麼樣可以推醫藥分業，怎麼樣可以推用藥安全，怎麼樣可以推醫院內部藥品使用上安全的一些制度設計。醫改會就坐在這邊等，不時出個招，我們就有計畫出個招，如果這些醫界藥界自己能夠起來作他們應該作的事情，那醫改會寧願關門。

健保雙漲這個事情，是我被人家恥笑說是政治白痴推動的社會運動。我也告訴大家，我們爲了醫改會的成立，我們去拜訪醫師公會全聯會，他們辦公室非常豪華，他們有很多很多的錢，我雖然跟理事長過去在很多委員會認得，但是那次的拜訪，我告訴大家我心情，是摸了一鼻子灰回去，非常冷淡客氣給了我們半個鐘頭。張教授，沒問題。但是大概在健保雙漲，總額預算制之後，他們打電話來問我們願不願意跟他們談一下。我們非常樂意，我們在福華，我跟他說我不吃他的大餐，所以如果妳要去福華這種地方…跟他們談了兩個半鐘頭我們告訴他們，醫師公會要扮演的角色應該是要爲正派經營，好蘋果講話，要想辦法把爛蘋果挑出來扔掉，如果妳現在不願意作壞人，不願意把爛蘋果挑出來打，那至少要鼓勵一下妳的好蘋果。如果醫院經營上面有一些措施是影響到醫師的專業自主權，特別強調，醫療專業的時候，你們醫師公會責無旁貸應該站起來爲他們講話爲他們發聲，不要讓『我們』替他講話。我們就舉個例子，說理事長請問你知道你們很多會員是零底薪制嗎？跟我們化妝品業務員打

零工的完全一樣的勞動體制下完全一樣的。妳知道在這樣的情況底下會怎麼樣影響醫師的診療行為嗎？我講給妳聽一下，我們中間兩位是勞工所的教授，包括我自己作一些勞動市場的研究，我們就解釋一些中間的環節，他還告訴我們說：以後我們可不可以一起來坐兩件事情，一件事情是說，我們來提供一些訊息告訴民眾什麼樣的醫師是好醫師，我們不用說每一個都是好醫師，可是我們要告訴民眾說，什麼樣的人是好醫師。什麼樣是好診所，什麼樣是好的醫院。第二個的話，我們可不可以去選拔年度好醫師，我說第二點的話隨便你們啦，你們愛作就作，不過第一點我們非常非常樂觀其成。我們非常希望你們 back up 你們的醫療專業成員，你們的成員在專業自主受到醫療管理的扭曲和摧殘的時候，你們不要讓他孤軍奮戰。這是集體行為，所謂工（公？）會的發展，所謂專業協會的發展，集體行為能夠帶出一些效果。你們之所以要有專業協會的在這裡，是因為你們要站在專業的角度，要 defend 你們的成員，如果妳連，像我們工會組織，像日本有春鬥、秋鬥為薪資結構，你們在幹嘛，花那么多錢蓋那麼大的辦公室。在這些議題上我們希望醫改會成為一個促成者，促成這些醫療專業團體他們自己能夠站起來，他們能夠作一些事情，比我們自己去『幫』他們作省力多了，更何況我們是個很窮的基金會，到現在為止每個月收入只有二十幾萬，要負擔很多錢。我是基督徒，要作這個基金會的時候最大的禱告是說，我這一輩子沒有為了錢傷過腦筋，雖然不是很有錢但慾望也不高，我希望我五十歲以後不需要為了工作人員的薪水常常跑三點半。所以我說我們作一個促成者。

另外一個促成者，是醫療糾紛。醫改會一開張就一大堆，我們到現在都還兩百多件醫療糾紛的各案，在這個過程這不是一通電話，通常要把來龍去脈講給工作人員聽通常要兩三個鐘頭或者是要好幾次這是一個非常沉重而且不是愉快的經驗，更重要的是我們跟他們一樣挫折，那我們討論很久，如果一個一個的話，我們就跟消基會一樣，跟他們一起沈淪一起溺斃。消基會到現在為止，醫療糾紛這一部分一直沒有辦法扮演一個積極的一些決議，我們想要做兩件事情，第一個是我們想要做求醫的教戰手冊，我們把求醫的過程，你應該知道的一些訊息從個人不同經驗寫下來，重要的是當你碰到醫療上有爭議的地方應該注意些什麼目前醫療爭議處理的過程環境是怎麼樣現實的情況應該怎麼樣，本來叫做教站手冊後來太向要去格人家的命所以叫做參考手冊，沒什麼攻擊性。第二件事情，我們就問了在我們這些醫糾的個案裡面一個一個問，問他們願不願意幫助別人，願不願意來參加我們的小團體，所以我們就請了請社工的一位老師，台北大學的潘淑美老師，他幫助我們成立了小團體，現在是十七位病家陪他們走一年從悲傷憤怒，社工的基本的帶團體的技巧都要用上，悲傷的處理。一路走過來，一路走過來反反覆覆。我們這個小團體的成員，上個月開始已經..，他們在問說他們跟醫改會之間的關係是什麼，他們要怎麼樣能夠投入醫改，他們能夠做出什麼樣的事情，他們問說能不能幫他們約司改團體，他們要告訴司改會告訴他們在醫療糾紛的審議過程當中在法院他們受到的委屈。他們也願意有一些新的變化，願意去接這些電話幫助我們，我們把它叫做固定團體，所以醫改會希望促成醫界自律藥界自律，還有醫糾的當事人能夠站起來幫助自己幫助別人，這是醫改會到目前所做的事情。

我原先想發揮我一點點幽默感想把你們帶的比較活潑一點，後來我發現一談到到這些議題就有一點沉重，把你們搞的每個人臉色都...

還有一點時間。

同學：

在美國的情形呢？

張笠雲：

陳東升有一次最慘痛的經驗，他回台灣的時候不信邪開過一次，沒兩個人修，從此以後他再也不開了。因為他是公衛。我想我們很難去對著學生講醫院說怎麼樣運作，醫院的組織是什麼樣的組織。要不就是講美國的狀況，要不就是講理論。我想學生，講理論很枯燥，講美國狀況覺得很無聊，我們的學生為什麼要去關心美國的一些狀況，並不是說我爲了本土而是如果我要激發學生對這些領域有一些了解的時候其實我需要做的事情是理論上的思考要搭配我們對現實環境的了解，讓我們學生在學習上面對這議題有一點點親近性議題的親近性，如果我今天在理論的部分，勞工市場 專業組織 在社會學的研究裡面都是比較抽象的，不是那麼跟日常生活太接近的東西，如果再加上用美國的例子，我覺得我教不下去，我回台灣的時候收集了很多醫療社會學的 selipis 發現我教不下去。

你想要知道美國什麼東西的什麼狀況？

同學：……

張笠雲：

我們如果講美國的醫療產業，醫院的情境怎麼樣提供醫療照顧，那是跟台灣的情況是非常不一樣，更具體的講說，美國的產業裡面…台灣的整個產業是公部門跟私部門之間有一定的比例，美國基本上所謂的公立醫院都是精神疾病醫院，他們沒有所謂的公立醫院，美國醫院系統是開放式，台灣是全包的。美國在醫療方面的照顧，沒有在病房李搭一個床，除了給藥之外，大部分照顧是由病人家屬處理，美國固定時間來探訪，美國醫療的 AMA 協會非常非常 powerful，不僅在專業議題上 defend 的立場，甚至他們參與到重要的醫療問題，柯林頓第一任上台的時候，中間有一個很重大他太太希拉瑞主導的重要的法案 health care reform，胎死腹中，重要原因是 AMA 的全力抵制。我們台灣的專業團體有這種能耐嗎？有這種水準嗎？所以我們在談不管他們的社會選擇，在看一個議題的時候不是要看他的？怎麼樣制度怎麼樣，而是要看他的 underlying 就是 organize 這個系統的基本上的原則這個架構是什麼，這個架構美國跟台灣都不一樣，所以三年前我們的衛生研究院請了一位醫院行爲研究專家來開了三天的課，我去看了一下他的上課內容，我只能告訴大家真是牛頭不對馬嘴，知識上我們可以知道一些 information，但對我們台灣現實是不搭調的。所以光光談健保這個問題或者是跟我們談台灣醫療產業的發展或者是產業的運作方式怎麼樣影響到醫療品質醫療照顧醫療人權基本面這部分兩個社會是非常不一樣的。所以你大概很少去談到醫療照顧上的…醫療環境裡面家屬床邊照顧，這在美國不是議題了，我們很少討論到剖腹產良辰吉時的選擇。很多很多的議題，到我們台灣的环境裡面，跟美國社會的關聯性不高的情況之下，開課的這個老師其實是很痛苦的。我覺得我把那本書寫出來，雖然我寫到寫出來以後真想休假三年不想看到醫療社會學，可是很多在開醫療社會學的老師告訴我們說雖然他們看到我有些東西寫的比較深他們有些不同的看法，至少我能夠盡我的能力把作本土研究的結果都納在那本書裡面，讓我們的醫療社會學的基本的需要能夠整理出來。很多人就踏在這本書的肩膀上往前走，這是我覺得在那本書上的貢獻，坊間不是說沒有醫療社會學的書，大家可以比較一下。

同學：醫學生的教育…

張笠雲：

教育的確是非常重要的問題，現在有好幾位醫界的前輩一直在做教改，不過就醫改會的目標來講，這不是我們的目標，原因是這樣子，這是我們社會學的偏見。當我們把我學生在醫學系的七年，我們給他們很多醫學倫理的教育，基本動作都對了，然後我們把他泡在一個染缸裡面的時候，你想他們能夠撐多久？當你踏到醫院，當你看到一些好的榜樣，工作量非常非常大，我其實常常上網看一學生寫的東西。大概有個四五年的掙扎期，我看到我的老弟，從一位醫學系的畢業生，住院醫師五年，他怎麼樣從一個非常青澀的住院醫師到總醫師，升主治醫師的時候，他可以第一次去看門診的時候，他幾乎不敢去診間，因為他怕他一個病人都沒有，到人家說"張醫師時間到了怎麼還不來"他說"我有病人阿？""有哇有哇，你有幾個病人"很高興的跑去..。可憐的心路過程，不只是他，看到這些醫界的朋友的整個成長過程，你會發現當他們一進到診間坐下來的時候跟他們在外面跟我是朋友的時候言語的方式考量的的是不一樣的，換句話已經是 overprofessional，過度專業化到一個程度。許多醫療情境的常規，大家的共識，一些默許，已經成為內化到個程度已經不用去思考的時候，其實很多的行為，講話，當你罵他的時候，你就會看到背後有一個結構。我常常跟醫界的前輩們去辯論，我說當你做上游不做下游的時候，你把你的產品往下游一送，大概他們的存活機率是 10%，時間可能拉的..，敢大聲罵的那些醫師頭也伸的起來那些醫師寥寥無幾的時候，你會發現你的力氣花在那邊有點不划算，應該花在下游，結構方面。所以我告訴他們說你們繼續管醫學教育反正我也不懂怎麼安排醫學教育。可是我知道的東西是你們的下游，這是我研究領域非常熟悉的，我願意花力氣去改你們的醫療體制，我們希望建構一個環境讓所有醫師都有成為一個良醫的機會，我們現在的環境是讓良醫變不好的醫師，那我們要罵他覺得他非常惡劣，這種誘惑事實上很多很多，我們希望做很多東西是能夠讓好醫師能夠冒出來，更重要的是讓他們能夠有成為一個良醫的機會，那這個機會是需要花心思去設計的需要花很多力氣去...。

最後講一個小小的故事，什麼叫做讓我們醫師成為一個良醫的機會。

我一個親戚在耕莘醫院，他肝硬化，情況非常，他是他家中的獨子，他父親是死於肝硬化，血便已經有一段時間，他有點害怕面對這樣的事情，發現他的血便很嚴重，自己把車開回家騎摩托車去醫院，我媽媽叫他弟弟住院，打電話想問一下，他說他弟弟非常不理想，她說很氣，醫生告訴他說你不應該問我應該怎麼治療你應該問我還能活多久"這個病人在輸血...我這個人是很衝動的，我立刻就叫我弟弟和我弟妹飛車殺過去，我就跑去護理站說我們要立刻轉院，其實我弟弟在耕莘一個禮拜有一次門診，已經打過招呼了，顯然他不知他多麼沒用，所以就說轉到三總去，那天是禮拜天，但我說禮拜一都不能等，現在就轉。他們住院醫師就跑過來，我說你們醫師怎麼能夠講這種話，而且你們的??醫院裡面砍病人的錢是真的是可惡到一個程度，那些管理階層我也常常相信是有良心，可是醫師告訴他說那個內視鏡進去我可以一次打三個結，也可以一次打一個結，一次一個結是健保局的規定，可是如果我一次進去打三個結，就是要你付六千塊錢。要做顯影，他告訴他說喝這個顯影劑是健保，副作用很大，喝另外這個健保不給付可是副作用很小，要付兩千塊。除非你是借不到錢了，哪一位家屬會說讓你一次又一次..。

那位主治醫師就來了，他就進到病房裡面，我當然很客氣說要出院，那病人說住院這十天以來第一次看到醫師講話是這麼有表情，醫生就說你有把握三總那邊拿的到病床嗎？我說沒關係。去到三總，剛

好碰到三總的副院長，我也跟他講了一下。隔了一個禮拜以後，我問我弟妹她弟弟怎麼樣，我弟妹他們說好很多..。我就問說醫生怎麼說，他姐姐就說醫生沒說什麼，每次我弟弟要問他的時候，都好像很忙，我們也都碰不到醫生啊，...拉關係講人情，第一個反應說我老弟真不夠用，第二個反應是說我要再去找他們副院長，或者要不要我親自打電話給那個醫師，後來我那天非常非常聰明，我就跟她講說，你去護理站留個條子給那個醫師，問他可不可以撥個半個鐘頭，你講個時間我們就到那邊。她說我們可以這樣做嗎？我說理論上可以啊，就試試看..，後來我又碰到她，她就說"大姐實在太棒了，醫師跟我們講了一個半鐘頭，他一進來就說"我看到你們那個條子我真的好高興，我很想把病人的狀況告訴你們家屬，可是我每次去查房的時候，不是那個老媽媽在旁邊，就是病人一個人，因為那病人的狀況是非常非常差，我不知道我能夠講到什麼程度，家屬有沒有要瞞他，願不願意讓他知道病情到什麼程度，所以每次去，只有老媽媽一個人在或是只有病人的時候，我第一個反應就是我趕快走，趕快脫離現場，我不要去面對困難的狀況，我收到這個條子的時候立刻約時間。"病人後來就開開心心出院，後來一個月之後果然全身性大出血，脾臟腫到一個電鍋大....

因為後來跟醫生之間有了某種程度的感情。當我們談到醫病之間的溝通不好的時候，我們要意識到情況是，病人的家屬很多位，我跟甲講可能乙沒有聽到，說不定出了事情的時候，乙說醫生都沒有講，然後醫師查房的時間很多是在清晨，誰有那麼多時間等醫生七點鐘來查房？所以醫生和病人之間的溝通很重要的地方是醫院要設計一個制度，就像老師給學生 office hour 一樣，尤其要有一個空間，我們需要跟醫生懇談的時候通常都是有很嚴重的疾病，你想想看我們一邊走醫師告訴你你的親人大概只有十天，或只有兩三個月的生命，站在走廊上角落跟你講，連一點身體語言的支持都沒有的時候，醫生怎麼樣能夠將心比心?...所有的這些動作都需要我們在醫療的體制之內做一些設計，花心思，需要民眾把需求要大聲講出來。所以醫改會的重要目標是，希望把習以為常的這一套醫療照護方式，其實有很多細節可以讓醫療環境變的更好，而且最重要的是可以讓醫師能夠行出他們自己願意做的那種行醫方式，這是我們希望能達到的。希望這個親身的經歷能夠給你們具體的概念，知道醫改會求的是三贏，而且成功不必在我，希望能夠促成他們內部自己的自律，自尊。這是我們醫改會最大的目標。