

民主化之後的台灣社會¹



王惠珀²

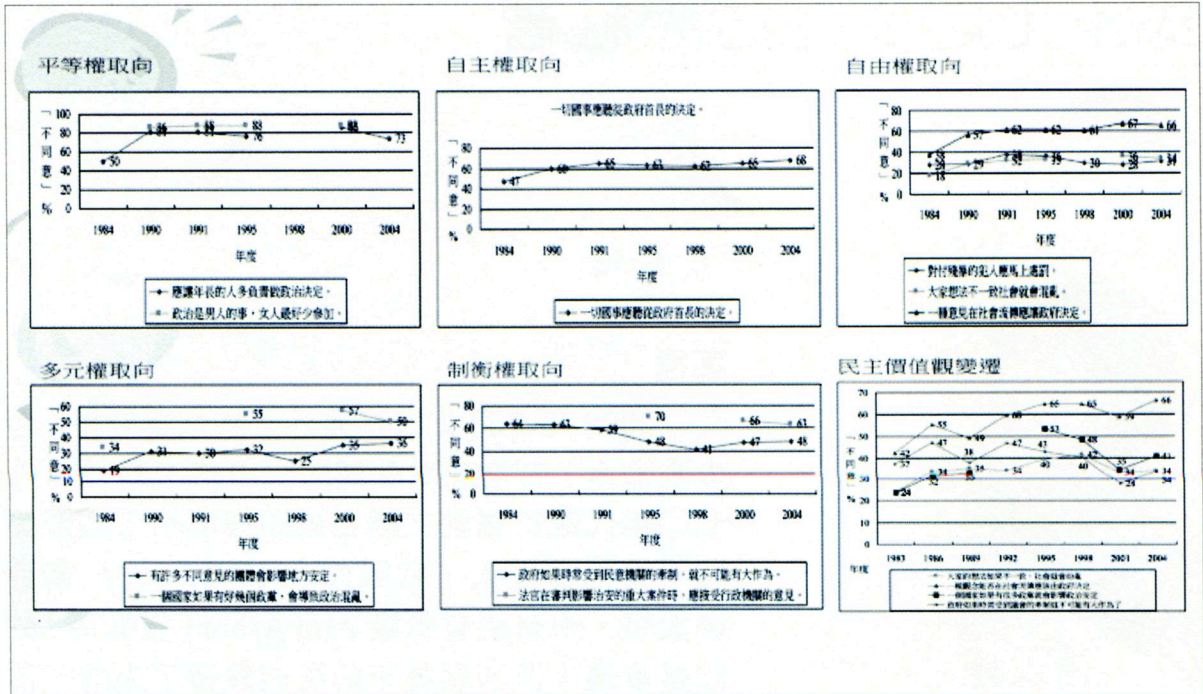
前言

2009年5月2日我與外子洪永泰教授（台大政治系）有幸受邀參與國立清華大學「一九七〇年代保釣運動文獻之編印與解讀」國際論壇，擔任與談人。我雖然在1975年才到密西根大學，未有機會恭逢 Ann Arbor（安娜堡）的國是會議，但卻領會了釣運前輩留下來的政治文化層面的多元面貌。我們在 Ann Arbor 期間參與台灣民主運動支援會出版《民主台灣》數年，成為白色恐怖記錄有案的分子，導致回台大任教前的一番波折，為個人平凡的生涯譜出一段精彩的插曲，暫且按下不表。三十年後台灣民主化了，《民主台灣》等文獻成為清華大學館藏，反映台灣的多元進步，我與有榮焉。

「台灣民主運動支援會」這個統獨之外的非主流派所強調的普世價值是我一生的啟蒙，領袖人物林孝信先生身體力行的風格更是我們的標竿，在外子與我回國的二十五年來一直引導著我們的思維及作風。

台灣自由民主化的軌跡³

記得在 Ann Arbor 期間，好友陳文成力勸外子從政治系轉念統計系。這樣的轉折讓外子回台後隨著台灣的民主化，在社會科學統計上有了極可發揮的空間，從開啟民意調查、政治版圖研究、社會自由民主化的變遷研究，到國民健康調查。外子與中研院研究團隊從1983到2004年，以台灣人對平等權、自主權、自由權、多元權及制衡權之取向為軸，進行台灣民眾「民主價值觀」之變遷調查，顯示台灣人民主價值觀最強的是自由，變化最大的是制衡，最矛盾心態的是多元（多黨參政）；最穩定的民主內涵是自由和容忍，最近幾年的政治亂象使得民眾對自由的看法開始有所保留（圖一）。



圖一、台灣人民民主價值觀的變遷。

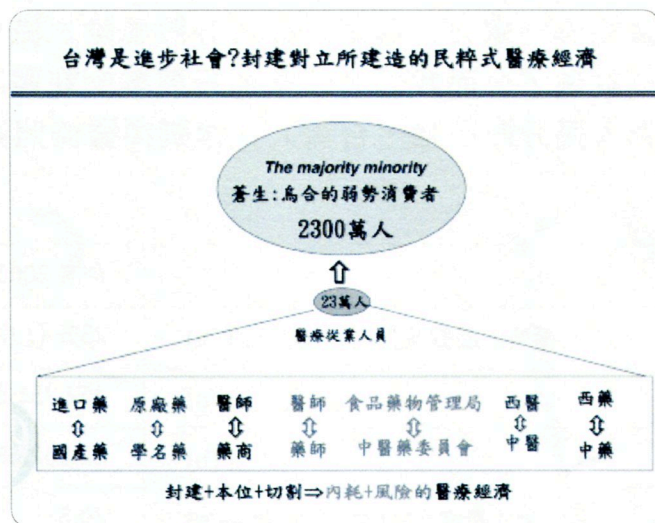
政治不是民主自由唯一的構面——以醫療體系為例

我的醫藥背景及科學訓練，回台灣只要不食人間煙火，躲在學術界努力做研究，拼 SCI，就有絕佳的發展空間，維持永續不墜的社會菁英地位。可是保釣運動及台灣民主運動支援會的洗禮像幽靈一般，時時提醒我從普世的尺度衡量台灣社會的進步性。

我一直很困惑，政治是民主價值唯一的構面？男女平權、老少平權、全民直選，台灣就自由民主了？透過民代、媒體，民意得以伸張，台灣人就有自主權了？行政、立法分權，台灣就是制衡的社會？民主自由創造社會的多元發展，提升生活品質，健保制度國際知名，台灣就是一個進步的社會？如果換一個構面，以我內行的醫療與生技產業來看，我們以醫病關係的平等權、人民選擇醫療照護的自主權、選擇醫療用藥的自由權、選擇醫療執業場域的多元權，以及為保障病人的安全，專業間應有的制衡權，來檢試台灣是否為一個進步的社會，在我粗淺的認知裡，答案是否定的。

醫病關係

我國的醫療政策長久以來只在為數約二十三萬人的醫藥界打轉。健保雖照顧著 99% 的人民，但每年四千億的健保大餅由這些佔人口總數 1% 的醫藥界民粹所掌控，2,300 萬烏合之眾似無置喙餘地，成為名副其實的最大多數的弱勢族群(the majority minority，圖二)。健保大金庫創造出以門診為主業的醫療體系，吸引我們大病小病都往大醫院跑，走得動的搭捷運、公車、客運、計程車。客運不跑了，看病就成問題。走不動的，以犧牲兒女的就業上班及考驗孝道為代價，換取長途奔波去追求名醫，製造多少的家庭問題就不得而知了。



■ 圖二、封建體系下民粹式的醫療經濟。

雖然台灣有里長的地方就有診所，有超商的地方就有可近身服務病人的藥局。然而慢性病人雖佔所有病人的 18%，診所卻無病人可看而萎縮匿跡。儘管慢性病人所用的藥數年如一日，在厝邊拿藥的比例也不到 1%。藥局拿不到處方籤，沒有機會服務病人，只好改賣雜貨或健康食品。⁴ 造成台灣的雜貨店 7-Eleven 化、藥局雜貨店化的特殊景觀。

我們每年的健保總額中有 1,200 億(25%)用於支付藥品，遠高於先進國家(~15%)，隱含著資源浪費及以藥養醫的倫理缺陷。以藥養醫造就醫院大者恆大，藥師都在醫院配藥，沒有機會服務病人，讓醫藥分業停留在法律名詞的階段，也隱含著病人未知的用藥風險。這些與用藥有關的經濟現況，與健保藥品給付的不合理有直接的關係（表一）。⁵

其實，老人與病共存卻沒有親人照護，是現代社會的顯學，很快會成為每一個人的痛，讓每個家庭陷入困境。因此提供人民日常性、可近性、科學性以及對突發狀況有應變性的社區小眾醫療照護，勢必成為人民訴求的主要選項。但健保實施十二年後，我們很難再看到厝邊醫生視病猶親的文化，醫

師藥師已經沒有選擇場域行使專業的多元權。而規範藥師合理調劑量是催化醫院釋出處方、落實長照、分散風險、減少健保藥費的根本之道，日本韓國早就做了，而我們的政策卻只要藥師在醫院配藥，不要參與社區長期照護，為人民分散風險。台灣人民連選擇醫療照護的自主權都付之闕如。⁶

	台灣 2003 年	台灣 2006 年	美國 2004
藥費佔總健保支出% (佔 GDP%)	25% (1.6%)	25% (1.7%)	15% (1.9%)
就醫人次 (a)	462,751,883	501,768,367	1,746,000,000
人口 (b)	22,562,663	22,823,455	298,754,819
每人看病次數(次/人年) (c=a/b)	20.5	21.9	5.8
看病次數比較：台灣人／美國人(d)	3.5 倍	3.7 倍	1 倍
每一處方品項數 (e)	3.6	3.5	1.6
處方籤品項數比較 (台灣/美國)(f)	2.2 倍	1.9 倍	1 倍
每人健保取(用)藥量比較 (g=d×f)	7.7 倍	6.6 倍	1 倍
藥物不良反應通報率	0.00054%	0.0074%	0.024%
不良反應通報率比較 (台灣／美國)人)	1/25	1/32	1

■ 表一、藥事經濟及藥業服務現況。

醫療賣場化，讓阿公阿嬤們長期奔波於大醫院，即使只為了領取數十年如一日的藥品。這樣的賣場式醫療嘲諷著台灣人一點都不高尚的生命，這不只是個醫療的議題，還是人民生存權的議題，但我們看不到政府有聞聲救苦的打算或作為。醫療照護體系集中醫師也集中病人，集中處方也集中藥師，集中人流也集中風險。想到 H1N1 可能降臨，看不到政府有要及早分散風險的準備，不得不為這些跑大醫院的老人家們捏把冷汗。而面對 SARS、H1N1 的威脅，不敢進醫院的病人在社區看不到醫生，在藥局拿不到藥，更是公共衛生的隱憂。是台灣的病人沒有腦筋，隨波逐流往醫院跑？還是沒有權利選擇過符合人性的普通生活？如果經濟學大師克魯曼看到這些，想到這些，不知道還會不會說我們的健保是世界上最好的制度？⁷

民主是台灣人的核心價值及驕傲，但民主社會不必然是個進步社會，因為消費者保護、公平交易與低風險環境是進步社會的基本元素。在醫療的封建思維尚未解放之前，民粹式民主仍是主流，甚至是風險的根源。從永續經營及風險管理的角度觀之，我們的健保無疑是不及格的。追根究底，風險的源頭在於制度以拼經濟為唯一目標，鼓勵產品競逐，造成醫病之間的不公平交易，將風險考量棄如敝履。

生技產業與公平交易

人民要的不多，安全健康而已矣。產品是產業的事，風險可是全民的事。然而在台灣科技獨大，加上拼經濟是主流，談人本是唱衰經濟。而且科學家唯我獨尊，一言九鼎，透過傳媒在社會的影響力無遠弗屆。光從食品與用藥文化的社會面觀之，社會菁英在自由民主的氛圍下，輕而易舉的把「人吃東西」的概念弱化成以「東西」為主角，「人」不重要，「吃」沒有風險。消費者也跟著把「人」的風險拋諸腦後。體制內，健保以藥養醫，體制外，知識淺碟化的生技產品是阿公阿嬤的萬靈丹、吹捧得當也可以成為貴婦人的養生聖品。⁸

其實，生技醫藥是知識經濟。知識看不見，而看不見的危險最危險。藥物食品屬知識經濟，具有下列特性：1.知識的標竿為品質+安全+療效；2.知識產業的基礎為品牌及自律；3.知識淺碟化的產品（地下電台賣中藥、食品）隱藏著看不見的危險；4.用人民身體拼經濟（例如臨床試驗產業化）違背道德。生技隱藏的風險非專業者不知，所以在知識不對等的交易中，要靠施政的程序正義來建構資訊透明、消費者保護及預防風險的環境建構，才能落實保障人權的公平交易。⁹

舉例言之，政治的自由讓產業的利益團體各擁山頭，主導政策。典型的例子就是藥品的管理及藥價。台灣人普遍相信我們的身體很厲害，不只會區分原廠藥、學名藥，還會區分進口藥、國產藥。不僅會區分中藥、西藥，還會區分中藥、食品。知識切割讓人活在看不見的危險中，比藍綠切割更危險，現代人的知識切割也比老祖宗藥食同源的思維不科學及不人本。在此就以藥價黑洞與中西藥健康食品的使用及流行病學來探討台灣人生活環境與生存權的問題。

一、健保藥價黑洞¹⁰

理論上說，有智財保護的藥叫作原廠藥，失去智財保護後就成為學名藥，原廠藥總有變成學名藥的一天。美國政府保護智財之外，為了減少人民買藥的負擔，於1984年以智財及藥價政策規範用藥市場的遊戲規則(Hatch-Waxman Amendment: Patent Restoration and Drug Pricing Act)，讓人民早日可買到學名藥，創造買方市場以降低藥價。美國原廠藥在智財過期後會上市廠牌藥與學名藥，病人如指定廠牌藥，需自付差價。個人曾參訪美國最大醫院，專利過期後醫生都開學名藥，因可為民眾省錢。日本曾以藥養醫，由於財務負擔對健保的永續經營造成威脅，1988-2006年間在政策上做了四件事：1.專利過期藥價降至40%；2.藥價差調降到2%；3.藥師每日申報之調劑處方數不得超過四十張；以及4.藥局來自同一醫院之處方籤不得超過70%。醫院因無利潤，乾脆釋出處方，到2006年健保處方在藥局調劑的總數達到97%。日本以健保藥價及給付方式驅動醫藥分業，病人開始享受藥師貼身的服務，保障合理用藥及用藥安全。

然而我們的健保藥品給付有一類藥稱為「逾專利保護藥」，行政保障專利過期藥有高於其他學名藥藥價的優勢，創造了藥界的「永遠的長子」。保障逾專利原廠藥的結果，也提高原廠藥的市佔率，創造「高單價×高市佔率」的浪費健保的加乘效果。筆者以92年度健保資料計算十大「逾專利保護藥」，如以第一高價之他廠學名藥之藥價給付，健保可省7.72億。如以他廠平均學名藥價給付，可節省之金額更高。藥界「永遠的長子」制，鞭策著廠商在臨床試驗的競逐賽中卯盡全力爭取成為得標者(first runner)。於是利益團體以政治手段介入，讓臨床試驗產業化成為國家政策，受試者成為臨床試驗濫觴的祭旗。諷刺的是這樣的以人民身體拼經濟政策，是出自於以愛台灣為神主牌的政黨。健保「逾專利保護藥」的反科學、及反智財、以及違反公平交易，讓台灣人當冤大頭，貽笑國際。醫藥界以原廠/學名藥或進口/國產藥區分藥品，認為台灣人的身體厲害到會區別原廠/學名藥或進口/國產藥，大概也可以舉反科學及反智財的生技大旗了。¹¹

另外，台灣人早就有公平交易的素養，以統一發票讓交易透明為典型。然而健保制度行政保護醫院藥商的藥品交易不必報價，付錢的健保局不問交易成本，依藥價基準全額給付。看來在公平交易的認知上，醫藥界比小老百姓的文明程度上低了一大截。我曾以一個醫院申報買藥成本，而健保依申報

買藥成本給予合理利潤的數學模式，計算 2005 年健保的給付藥品，在醫院有 10% 利潤的基礎下，前十大藥品的總支出還可以比現狀少 44 億，前一百大藥品則比現行支付額少 173 億。健保資源以現狀運用下去，能否永續經營？人民賴以生存的自主權又在哪裡？

二、中藥、西藥一國兩制¹²

中藥、西藥的產品管理是另一個涉及人民生存權的問題。喧騰一時的藥事法 103 條修法弊案，就是立法委員立法，讓人民吃西藥由藥師負責，吃中藥由中藥師負責，以政治民主為手段，立法委員收賄立法製造人民用藥的風險。

隨著藥事法 103 條的通過，體制內衛生署開始一國兩制，將中藥、西藥切割，由兩個單位來管理。廠商請不到西藥許可證就改走中藥核證的管道上市。一國兩制十二年下來，中藥及西藥許可證數目的消長，顯示台灣已是一個中藥王國（表二）。君不見，以 8% 酒精蔘茸藥酒炮製的保力達、維士比歸西藥管理，只能在藥局販售，而含 28% 酒精之蔘茸藥酒卻因為走中藥核證之路，而在超商通路隨處可賣。體制外，知識淺碟化的產品如中藥許可證核不下來，就找印刷廠印上療效，以食品上市。聰明的廠商懂得與政治結盟，在地下電台先以政治污染阿公、阿嬤的靈魂，再以中藥、健康食品的療效為訴求，污染阿公、阿嬤的身體。吃壞身體，還有健保照顧，百利而無一害。電台疑似違規廣告的查緝顯示中藥佔了 53%，食品佔了

year	西藥許可證	中藥許可證
1969~1995	18953	7057
1996~2006	5620	11107
中醫藥委員會 1996 成立，主事核發中藥許可證		

▲ 表二、中藥、西藥一國兩制下，西藥及中藥許可證證照數的消長。

年度	血液腹膜透析	人口比例
1997	20,697	1/1051
1998	23,758	1/923
1999	26,920	1/821
2000	29,937	1/761
2001	33,317	1/672
2002	35,965	1/626
2003	39,574	1/571
2004	42,550	1/533
2005	45,718	1/498
2025	84,323	1/300

▲ 表三、台灣血液腹膜透析（洗腎）人口比例。

31%（2004年）。如此知識淺碟化的生技產品在傳媒推波助瀾下，成就流行的養生文化。

中藥、西藥的思維切割加上不合理的產品管理，早已違背中醫以風險為考量的「藥食同源」醫理。民眾中、西藥合併使用，也讓身體成為製造風險的溫床。可見的事實是我國洗腎盛行率世界最高，是美國的1.3倍，日本的1.1倍，澳洲的4倍，而且以每年7.4%的速率成長，2005年每498人有1人洗腎，估計到2025年每300人就有1人要洗腎（表三），是目前無解的社會問題。看著用藥環境的無政府狀態，要定調台灣人民有健康生活的自主權，個人是持保留態度的。^{13 14}

我認為當消費者保護的權重小於科技發展時，當低風險環境的建構尚未成為政府的治世理念及方向時，當企業缺乏社會責任時，當人民仍然缺乏公民意識時，消費者的身體就成為政府提振產業與科技業用來拼經濟的最佳平台。這樣的不對等交易會在我們的公平交易法之下永續經營下去。我多次提出1.藥價黑洞隱藏著用藥風險；2.中西藥切割管理是以制度製造1+1>2之用藥風險；3.醫藥分業的程序正義才能預防風險；4.小眾照護才能分散風險。這些訴求不過是人本及專業的ABC，文官秉持專業施政，在民進黨政府裡卻成了拼經濟的擋路石頭，政治不正確之外，逆水行舟做不下去，只有求去一途。當拼經濟的大旗大於消費者保護的聲音時，社會創造的是民粹式缺乏公義的生技產業。在我看來，民進黨政府的敗象是它集價值扭曲之大成，大到顯而易見，逼人民選擇新政府，拾回失去的價值。諷刺的是，以人民的身體拼經濟原來是愛台灣的民進黨無可承受之祭旗。¹⁵

新政府上來，終於明白生技醫藥是知識經濟。那麼政策是蕭規曹隨，傾向拼經濟的產品產業，還是傾向風險管理的知識產業？地下電台賣藥依舊，剛立法通過成立的「藥物食品管理局」組織法開宗明義第一章要管理食品、藥物，第二章卻擺明了不管中藥，叫人民隨人顧性命，台灣人真的有安全生活及安心生存的自主權？

專業の多元權：歐、美與台灣社會醫療照護體系風貌之差異

醫療照護面對活生生的生命，應該是科技與人文不斷對話、生活化以及社區化的行業。西方文明社會，人民生活閒適而且有序，其中牧師、醫師及

藥師是三種主要的社區行業，牧師作為精神的引領者，醫師及藥師則是將科技落實於人文關懷的實踐者，是人民生活中依存共生而極其自然的一部分。這種社會形態下，人民要求的不多，但卻譜出具有歸屬感與內聚力的優質生活。這種生活也不新鮮，早在四百年前就已經被法國的智者蒙田概括為：「最好的生活就是普通的、符合人性的、模範的生活。」之所以形成這樣的文化，是西方人文主義的傳承以及醫學教育中堅持倫理與人本的經典價值。CNN News/USA Today/Gallup Poll 的調查，美國藥師在二十幾種行業中，連續十年膺選為最具親和力的行業，受信任之程度甚至凌駕牧師(64% vs. 59%,1989-1998)。

民主創造了台灣社會的多元發展及台灣人博雅的生活內涵。有里長的地方就有超商，網購宅配服務到家，以客為尊的宅經濟社會亦隱然成型。另外，台灣在推動的社區總體營造大工程，亦充滿了文化、福利、互助、環保等意涵，唯一看不到的是人民最需要的宅經濟：唇齒相依的社區醫療照護，因為我們的醫生都在醫院，花三分鐘看一個病，我們的藥師都在醫院服務藥品。從人民的需求面觀之，台灣人沒有家庭醫師，即使他服藥數十年，也沒有家庭藥師。從專業人員的就業面觀之，醫師、藥師選擇就業場域的多元權在台灣是看不到的。

台灣藥師的社會參與落實醫療照護的普世價值^{16 17 18}

保釣運動中，我受到社會主義普世價值的思想啟蒙（啟蒙者林孝信先生是台灣《科學月刊》及社區大學的催生者），曾大量閱讀社會主義的文獻（例如《赤腳醫生》）。回到右派醫療體系的台灣，始終無法落實我們藥學專業的核心價值：醫療倫理與用藥安全。用藥安全首需分散風險，而醫藥分業是落實專業制衡分散風險的第一步，也是實現小眾藥事服務普世價值的第一步。然而努力了數十年，醫藥分業「硬著陸」仍然困難重重，除了醫療體系牢不可破的封建思想之外，健保制度的迂腐、消費者保護的意識未開，還有人民經營「帝力於我何有哉」的小眾醫療照護需求的聲音尚未出現，都是原因。我們認為以「軟著陸」方式傳授全民正確用藥態度的教育，從教育改變人民的用藥文化，應是落實醫藥分業的根本之道。

2002 至 2005 年服務公職，讓我有機會為藥事服務的普世價值發聲。於是我搭橋讓藥師與消費者接軌。在全國二十五縣市藥師公會及藥界同儕的支

持下，我們以「病人為中心，醫藥合作分工分業」詮釋醫藥分業。當時社大創始人林孝信先生及社大促進會提供了七十七所社區大學的教育平台，讓我們帶領五百多位藥師進入社大做銀髮族的用藥教育（景康藥學基金會/陳瓊雪教授主持）。95%的銀髮族表達了需要藥師貼身照護的需求，藥師則給了銀髮族「我的肩膀給你靠」的承諾，這個計畫驗證了藥事服務的普世價值。

另外，基於台灣青少年藥物濫用的日益嚴重，我們又與教育界結盟，在全台 375 個小學開啟「無藥的青少年教育計畫」（台灣藥學會/許光陽教授、鄭慧文教授主持），由全國七個大學的藥學系學生製作教案，進入小學進行晨間教學，攔截小六生做思想教育，為青少年的藥物濫用先打預防針。這個計畫在全國各小學引起極大的迴響，表達了極大的需求。

我們更與二十五縣市的藥師公會合作，由散居台灣各角落的藥局藥師側錄違規廣告（鄭慧文教授主持/藥害救濟基金會）。對應於廠商在各地購物台、電台花錢登廣告推銷藥品，我們則用公權力免費反廣告，以開記者會方式公布違規商品。個人向來不喜上媒體，這個計畫卻讓我當了幾年的生技藍波，相當過癮。

藥師透過普世的服務操練，建立起面對消費者的信心及落實公共衛生的服務平台，已開啟醫院釋出慢性處方籤的趨勢，對正要開啟長期照護的政策，更是個不可多得的專業能量。這些計畫在執行三年，個人離開民進黨政府的公職之後，人民用藥行為的風險管理教育不再被重視，就此銷聲匿跡，人離政息，令我不勝欷歔。不過藥師的角色開始從調劑檯後的服務藥品，走到檯前服務病人，而我有機會實踐啟蒙者林孝信先生的普世價值，是一生最大的安慰。

結語

自由民主、公平交易、消費者保護、對低風險環境的營造，是一個進步社會的表徵，而維繫這些社會價值的公民意識則應深植人心。醫療照護的本質是入世，是拋開學術及專業的優越感，從事科技與人文對話，落實面對面、小而美的服務行業。缺了人本的關懷，醫療科技充其量是看病不看人。台灣人要追求科技？還是追求人文與科技共鳴的生活？我們可以兩個都要。

台灣的政治侵襲我們小老百姓的生活，已到了揮之不去的地步。在忍受了這麼多年的混亂之後，逆來順受的我們只是瀟灑的、寧靜平和的用選票表達我們的喜惡及思變的心情。政治人物虧欠我們太多，不知道他們是否想過令人驕傲的台灣小老百姓，再也不應背負政治的十字架。是否想過他們欠小老百姓的，是一個安居樂活的环境。自由民主不應只限於政治的構面，在可預見的將來，醫療照護的社區化、小眾化，應是我們對政治領導人投下贊成票的尚方寶劍。

註釋

1. * 專文。
2. * 時任台北醫學大學藥學院院長。
3. 參見吳重禮、湯晏甄，台灣社會變遷基本調查(1984-2004)，中研院社會所；洪永泰，國立政治大學選舉研究中心歷年面訪資料。
4. 王惠珀，〈俗擱大碗的醫療〉，《新新聞》511期，1997。
5. 同上；以及參見林振順，〈在知識不對等的醫療制度中消費者如何自處〉，《雙河灣》24期(2009.3)。
6. 參見王惠珀，〈建構低風險的用藥安全社會〉，《社大月刊》25：3(2005)，頁39-39。
7. 參見王惠珀，〈後煞時代風險治理與社會重建〉，《當代》195(2003)，頁80-85。
8. 參見王惠珀，〈摩登原始人——談台灣人的養生〉，《雙河灣》(2009)。
9. 參見王惠珀，〈生命科學的不科學性〉，《中國時報》(台北)，2008年7月28日。
10. 參見王惠珀，〈落實尊重智財與合理用藥的藥物知識經濟政策研究〉。「全民健康保險研究資料庫之開發與應用」研討會(台北)，2006年9月8日。
11. 參見王惠珀，〈生命科學的不科學性〉，《中國時報》(台北)，2008年7月28日。
12. 參見王惠珀，〈用藥一國兩制後患無窮〉，《中國時報》(台北)，2009年1月9日。
13. 參見 Data of National Kidney Foundation ROC. <http://www.kidney.org.tw/>.
14. * 參見 Incidence of End-Stage Renal Disease, US Renal Data System, Annual Data Report, <http://www.usrds.org/default.htm>, 2006.
15. 參見王惠珀，〈讓專業的人做專業的事〉，《自由時報》(台北)，2002年12月16日。

16. 參見陳瓊雪編，《社區教育推展藥學知識計畫成果紀實》（台北：中華景康藥學基金會，2008）。
17. 參見王惠珀，〈醫藥分業軟著陸——落實藥事服務的普世價值〉，《藥師週刊》1621期（2009）。
18. 參見王惠珀，〈安居樂活〉，《雙河灣》16期（2008.6）。