



醫療社會之癌——密醫

凌致學

密醫是指「目前」依醫師法第二十八條規定被取締和處罰的人。醫師法第二十八條「未取得合法醫師資格擅自執行醫療業務者。處一年以上三年以下有期徒刑。……但在中央衛生機關認可之實習醫院醫師指導下實習之醫科學生、護士、助產士或臨時施行急救者。不在此限。……」

二十八條是取締和處罰密醫的唯一法律依據，其重要性不言而喻，法律條文貴在明確，不得有語焉不詳或有雙義之處。二十八條條文的所謂醫師資格當指同法第一條而言，自無爭議。但「擅自」執行醫療業務則見仁見智，範圍可大可小，無一定標準，令人無所是從，執法者和醫生皆感困惑。經衛生署召集有關單位研討獲得如下結論。

醫療業務之涵義：醫療業務係指以醫療行為為職業者而言，不問是主要業務或附屬業務，凡職業上予以機會，為非特定多數人之醫療行為均屬之。但不以收取報酬為要件。換句話說，是否屬醫療業務與收費不收費無關。法令另有規定者，從其規定。

「擅自」之涵義：(一)未具醫師資格，執行醫療業務者，稱為「擅自」。

(二)應由醫師親自執行之醫療行為，由非醫師執行者，稱為「擅自」。

(三)醫院診所輔助人員未經醫師指示，逕自執行任何醫療行為，或於醫師在場時，執行應由醫師親自執行之醫療行為，均為擅自執行醫療業務。

※ ※ ※

醫療工作之診斷、處方、手術、病歷記載、施行麻醉等醫療行為，應由醫師親自執行。

在以上的定義和說明下，密醫可大別為幾類：

一、藥局密醫：藥局主持人（不一定具藥師或藥生資格）在藥房內，擅自替人診療、施行注射、或無醫師處方而行調劑工作者。

二、開業密醫：這類密醫未取得合法醫師資格，但卻設置有診療室、藥局等，執行醫療業務的情形與一般開業醫生無異。

三、合法醫師掩護下的醫師：這類密醫平時充當合

法醫師的助手，在醫師忙碌或外出時，就公然執行醫療業務。另外未考取醫師執照的醫學院畢業生通常也以此型式在各醫院執業。

四、傳統密醫：不具醫師資格，以草藥、咒術替人治病，並收取一定報酬，這類密醫都存於民智未開的鄉下。

另外值得討論的是：乩童是否能算密醫？乩童存在台灣不論城市或鄉村都相當盛行。根據美國華盛頓大學的一位精神醫師一九七五～一九七七年在台灣首善之地台北的研究顯示出：童乩在某一程度確能醫好若干病症（不過我們知道有許多病是「不治可癒」的），找乩童的病人百分之九十屬於輕微疾病，慢性精神疾病或心身症，只有百分之十是嚴重的器質性的生理疾病，他曾抽檢十九位找童乩治病的人，發覺有十七位是真的治癒了。根據國內人類學家李亦園的調查報告，南投縣內的一位乩童，一月內有二百二十位病患，登門就醫。

童乩的行為毫無疑問的是一種醫療行為，雖然他們的「醫療行為」並不為正統醫界人士接受，但也是以治療人體疾病為直接目的的，問題是童乩在執行醫療行為時是處於一種失去「自我」的人格解離狀態中，（從法律的觀點，清醒的乩童是否應對其在人格解離狀態下的行為負責？），還有乩童是否以「醫療行為」為職業？治病只是乩童工作的一部分，而且乩童因此項工作形式上私人並未獲得任何報酬，表面上紅包都是直接捐給神壇或寺廟。但從醫療業務之成立並不收取報酬為要件，所以乩童應是醫師法上所稱的密醫，殆無疑義，可是從未聽過乩童因替人治病而依醫師法受到處分。

台灣到底有多少密醫？這問題就像台灣到底有多少小偷一樣，不容易回答而且也不能正確回答。據一些人的估計，密醫的人數大概與合格醫師的人數相等。大部分的密醫分佈在醫師人力不足的鄉村地區。

密醫是一個社會問題，社會問題單靠「取締」不能奏效。我們必須考慮其存在的原因，然後對症下藥，方可藥到病除。

※ ※ ※

密醫之所以存在可以分成三方面來討論：

一、民衆方面：人民缺乏正確的醫療常識。身體不舒服生病了，找醫生看病，太貴！到藥局買藥服用，便宜又省事，殊不知花錢事小，誤了生命，後悔莫及了！據台大公衛研究所的一篇調查報告，台灣地區有百分之二十的病人直接找藥房，百分之四十的病人找中醫或密醫，只有百分之四十的人找西醫，由於民衆的這種反常的醫療消費型態，密醫不愁消費者不上門，不怕沒生意，沒錢賺。

二、密醫方面：密醫之所以可以成爲「醫」，也必定具備某種程度的醫療知識。「藥」與「醫」是息息相關的，修習藥學的人多少都兼修了一些「醫學」的東西，這就成了藥局密醫的「醫療知識」來源。至於開業密醫或合法醫師掩護下的密醫，他們的醫療知識更是直接來自於合法醫師的傳授，剛開始時，他們只是醫師的助手，耳濡目染，久而久之就累積有相當的「醫療知識」，足夠讓他們自以爲可以升級爲「醫師」。他們既擁有了相當的醫療知識，再加上醫師這門行業有較高的社會地位和較好的報酬，在這雙重誘惑下，他們不當「密醫」叫他們何處去？

三、醫師人力方面，醫師人力不足，日據時代留下來的醫師，光復後台灣本土醫學院培養出的醫師再加上退除役軍醫官通過考試轉任的醫師構成了台灣區醫師人力的骨幹，依據理想值，每八百人應配有一名醫師，我們略嫌不夠，一九七八年一千四百人方有一名醫師。不但醫師人力不足，過去醫學教育方向亦有偏差，上焉者想在醫學學術界中享有令譽，專搞研究工作，愈精愈好，一般學生受了這種風氣的影響，亦偏向專科醫師，也就是致力於醫學學術水準的提高，並沒有以大衆醫療的需要爲最主要的考慮，有一位旅美學人說：台灣醫師已經夠了，現在的問題是地理分佈不均和缺乏第一線的醫師，像英國的全科醫師和美國的家庭醫師，可見不以民衆醫療需要爲導向的醫學教育制度造成了醫療人力浪費的嚴重性。過去的醫療制度和醫學教育造成了量的不足和質的偏差，這兩種缺失更加重了密醫的猖獗。

※ ※ ※

上三種因素再加上傳統「儒醫一家」的觀念，相互激盪，終於造成了盤根錯結，牽連廣泛而且不易處理的社會問題。

密醫問題既然是個社會問題，社會問題的解決就絕非靠某些人，而是要問題所屬的社會所有的人有改善的意願，並且共同努力，方能竟全功。

過去有些人認爲解決密醫問題的方法是醫藥分業和實行新醫師法，醫師法已付諸實施，剛開始時，雷厲風行，確實取締了不少密醫，但畢竟這已成社會問題，光靠取締，加重處分並無法肅清「密醫」。實施醫師法這幾年，台灣醫師公會發行的台灣醫界，還不是處處可見違規專欄，報導密醫被取締的消息，可見密醫還是很多，不勝取締。

「看病找醫師，買藥找藥師。」爲了提高本地的醫療水準，國民健康得以確保，醫藥分業有其必要，也是時勢所趨，莫之能禦，但冷靜分析，一旦實施醫藥分業而無其他輔助措施，醫藥分業將加劇密醫問題而無法解決問題，依民衆的醫療消費型態、感冒、發燒、頭痛等輕微的不舒服，他們認爲無關緊要，已經懶得找醫師，如果實施醫藥分業，找醫院或開業醫生（相信一般私人開業醫不會配置藥師），不能一次解決，還得照處方，到藥房買藥，不勝其煩，乾脆直接找藥去了，藥師可以直接不加診斷而給予不待醫師指示即供治療用的成藥（這是合法的），或甚至在無醫師的處方下調劑（這是非法的），當然非法的事一般藥師是不屑去作的，問題是在少數的不顧法令道德的害群之馬，而且無醫師處方調劑的行爲不容易查證，取締時必遭遇到困難。因此在密醫問題未解決之前，要實施醫藥分業，應該把這後遺症考慮進去。不能輕率，讓雪球愈滾愈大，終至不可收拾。

另外有人提議：讓密醫透過輔導考試，從地下轉昇地上，從非法變成合法，這種過分率就「現實」變相鼓勵密醫的措施，幸經有識之士的反對，未付諸實施。

※ ※ ※

新醫師法和醫藥分業解決不了密醫問題，密醫問

題的解決就如密醫的成因一樣，要從三方面著手努力。

一、提高民衆醫療知識水準，民衆生病找密醫或直接到藥局買藥服用，就民衆本身而言，無非是缺乏正確醫療知識和經濟負擔二大因素使然。目前我國已漸漸由開發中國家邁入工業化國家，人民有較多的時間和金錢花費在維護身體健康方面。近年來，各式各樣的健診中心，如雨後春筍在各大都市相繼成立，這顯示出民衆已經從過去漠視健康檢查轉而注意和體認到早期發現早期治療的重要性，也證明了經濟因素已不再是一個困擾問題。

同樣，在提高和普及人民醫療知識方面亦有長足的進展，報紙有介紹醫學常識和回答此類問題的專欄，電視也闢有醫學節目，如跳動七十二等，電台廣播也有類似的服務。由台大教授陳炯明、林國煌等負責以一般民衆爲發行對象的「健康世界」雜誌的出版，不但顯示學者專家走出象牙塔對民衆的關心，對正確的醫學知識的傳播更有莫大裨益。

經濟快速成長，生活水準和醫療知識的提高雖不足以使密醫消失，將可以有效地遏阻密醫問題的惡化。

二、醫師和藥師們要發揮高度的道德心，不惟利是圖。藥師不要做那些超出法律規定的行爲。關鍵還是在醫師本身。消極方面，不要將醫師執照非法地租借與他人，更不得在醫院內容納密醫，以合法掩護非法。積極方面，不要再製造密醫，由於醫師法和衛生機構對醫師法二十八條的解釋過於有彈性，對「醫師之輔助人員」之涵義和資格沒有法律上的界定，只籠統地指在醫師指導下協助醫師爲醫療行爲之人員，這些「輔導人員」往往會變質爲密醫。

「道德心」是虛無飄渺摸不到的東西，與其要求醫師們提高道德心，倒不如從訂定法律著手，杜絕「密醫製造工廠」的滋生，把那些得由醫院診所輔助人員在醫師指導下執行之醫療行爲，羅列清楚，並限定「輔助人員」的資格，給與法律上、職業上的保障和尊嚴，使在醫院服務執行任何醫療行爲的人都在法律上有一定的資格限制，有一定的權利和義務，如此不但可以部分解決密醫問題，對人民的健康更有保障。

三、改進醫療制度，革新醫學教育。老成凋謝，日據時代留下來的醫師多數已屆退休年齡，新醫師法實

施後，退除役軍醫官轉任的途徑已被杜絕，本土醫學院培育出來的醫師部分受了留學潮流影響出國去了，留下來的的是否能滿足新陳代謝的需求量？進而實質增加醫師人數？這不無問題。如果無法短期增加醫師人數，密醫就無法肅清，當然增加醫師人數的方法不止一途，我們可以考慮學習一些先進國家和開發中國家的方法，像日本大量向國外聘請醫師，這方法首先要解決財力問題，財力問題得以解決，也要考慮道德因素，不能置那些開發中國家的人民於不顧；台灣目前醫師外流的兩個主要地方，一是美國，以年輕的剛從醫學院畢業的醫生爲主；一是接受高薪聘請到日本。或採取像菲律賓這種開發中國家的方法，大量培育經由短期訓練出來的負責第一線基層醫療工作的公衛醫師，這種方法優劣點互見，優點是可以解決醫師人力的不足，缺點是醫療水準有問題。

爲了解決密醫問題同時也爲了未來的醫療需求，我們必須慎重考慮增加醫師人力的方法，不能再遲延了！

在革新醫學教育方面，台大醫院院長楊思標先生發表於第二卷第三號當代醫學的「我國將來醫學教育之商榷」一文，可以作爲藍圖，在這篇文章中，楊院長認爲：由於內在主觀條件的要求和外在客觀環境變遷，使台灣在光復時的大改革以來平平穩穩的醫學教育，面臨了一個大改革之契機，而這一改變主要是在反省醫學教育基本目標後，轉而以「培養足夠的醫務人員，以維護本國全民之身體和精神健康以及社會之安寧」爲指導方針的醫學教育。楊教授並提出全面構想和細節，這一構想主要是在改進目前的偏差，在量上，求全科醫師人數的增加。在質上，把全科醫師當成另外一種專科，加以專門訓練，提高全科醫療的水準。

民衆醫療知識提高，藥師和醫師發揚高度道德心、醫療制度和醫學教育的改進，這三方面如能齊頭並進，當然能解決密醫問題。但肅清密醫最有效的方法還是實施憲法第一百五十七條的公醫制度，將全國醫生變成公務員，民衆看病，一律免費，醫療費由國家負擔，如此一來，密醫就無存在的可能了。

※ ※ ※

緒言：近年來，政府屢撥鉅款加速農村建設，以提高農民所得，改善農村經濟，去年，政府基於「機會均等」的醫療保健照顧原則，特擬定「加強農村醫療保健計劃」，自去年七月實施，並於今後四年中撥出十一億七千多萬元經費，同時在基層醫療機構中增加三千多名員額，以及改善本省農村醫療保健設施。

依照該項計劃，將台灣省劃分為六個區域：基宜、台北、台中、台南、高屏、花蓮，並以原具有規模的基隆、台北、台中、台南、高雄、花蓮六個省立醫院為區域的醫療中心，各縣市較小規模的省立醫院，縣市立醫院及私立綜合醫院，為區域內的地區醫院，各鄉鎮市區衛生所、衛生室，私立醫院診所為基層醫療院所，這三級醫療院所密切聯繫合作，形成區域間的醫療保健網。基層醫療院所的功能為醫療與保健，而偏重保健，地區醫院的功能為接受各基層醫療院所的轉診及會診，訓練診所醫師。區域醫療中心醫院則具醫療、教學和研究三種主要功能。由上可知，此項區域性綜合醫療網的計劃，乃是把原來各自為政、漫

當今農村醫療保健

無組織的診所，納入有系統的醫療網中。

我們在此願意提出者，乃是現普存於地區醫療作業所面臨的一些問題，這些問題若不能得到解決，那麼不僅醫療網計劃可能遭受某些程度的失敗，即使接踵而來的更大規模健康衛生建設，也要面臨阻撓。

一、為現今鄉村衛生所把脈

按衛生所之主要兩大工作項目為公衛與門診。公衛方面有預防接種、家庭計劃、婦幼衛生、心理衛生、衛生示教、環境衛生、藥政、醫政調查、密醫及偽藥之取締等。門診方面：一般醫療之執行，而最常見者為量血壓及作檢驗。依據陽明醫學院學生於民國67年對台灣衛生行政作一調查報告顯示，衛生所有顯明的偏重公衛的傾向（山地鄉例外），一般人極少願意前往門診。而衆多的工作項目，衛生所的人員編制極少，尤其農村的衛生所往往只有一位醫生，2~3位

護士及保健員，加上其他檢驗員、事務員、工友，人數不超過十位，他們面對繁重的工作，加以低薪（醫生剛開始為五、六千元，一般非醫師則只三、四千元——依67年資料）莫怪工作情緒低落、組織渙散，而農村醫療保健計劃中重要的轉診制度，也甚少存在，更談不上與其他醫療單位之聯繫了。其他如醫療設備之缺如，與上級單位無法溝通等，都是嚴重的問題。

二、鄉下開業，醫師的困擾

現今台灣醫療保健人力分佈為每萬人有醫師5.2人，但醫師開業地點偏重於都市，鄉村每萬人口有醫師2.4人，山地鄉則每萬人口1.8人，然則農村醫師不足只是一單純問題嗎？不然。一般合法醫師不願下鄉開業之因何在？醫師尊養處優怕吃苦，交通不便，擔心子女教育固為原因，但另一更大的因素為農村居民的醫療態度問題。由於醫療費用的相對昂貴，使農民對合法的診所卻步，轉而向密醫診所及成藥店求治，因為在這些地方的收費低廉，且這些「非醫師」能

抓住農民一針、一包藥見效的心理，濫用廉價的抗生素，劇毒的止痛劑及一般醫師對病情未了解前不敢使用之退熱劑，部份的「非醫師」甚至擔負「巡迴醫療」的任務，騎著摩托車，滿載藥物，在鄉下四處「巡診」，一部分鄉民，早誤認他們為「救世活人」，另一部分人則抱自掃門前雪的心情，無人會去主動檢舉他們。試想一位有心準備下鄉開業的醫師，在經濟基礎未穩，須合法繳稅，參加公會團體需繳的會費及龐大房租雜支的支出下，如何與那些以收費低、服務親切，且久居鄉下所擁有「聲譽」的「非醫師」相比較？

三、衛生所醫師來源的探討

據陽明醫學院學生所作統計，現今衛生所醫師百分之四十四為退役軍醫，公衛醫師百分之六點六，日據時代醫生21%，正式醫學院畢業者21%，高雄醫學院山地籍保送生百分之十點四。為配合農村醫療

保健計劃之實施，政府將妥善利用陽明醫學院畢業生參與鄉村醫療工作，其旨意可謂理想。我們無須在「權利」「義務」方面大作文章，我們所要強調的，乃是「意願」和「參與感」的問題，如果一位公費生被派往醫療器材簡陋的衛生所當全科醫生，而眼看其他醫學院的學生在大醫院接受專科訓練，是否會有工作情緒低落現象，如此，我們又如何能要求他們和當地居民打成一片，推展公共衛生保健工作，以使鄉民對衛生所醫療生信心呢？

而痛心的是，根據統計有六百多位台灣醫生，正在日本以往的「無醫村」，擔任基層醫療保健工作，為何他們願捨吾國同胞，跑去異國的窮鄉僻壤服務呢？乃是因日本為了解決無醫村的醫療問題以高薪招募外國醫師前往服務。如果我們以高薪來吸引醫師下鄉，則何必花費更多的國家預算來培養公費生，而讓他們「義務」下鄉呢？

四、全科醫師的養成制度

問題之探討

• 黃朝銘

從整個醫療型態而言，在第一級基層醫療服務的一般開業醫師及衛生所醫師，須以全科醫師（G.P.）為適當。由於觀念偏差，醫學知識日新月異，人民知識水準提高，學術專業化之影響，大部分醫學生皆走上專科醫生的路。以往衛生醫療當局亦少重視，直至最近，才有積極培養計劃，為了培養全科醫生能應付第一線醫療要求，各區域醫療中心必須擔負起這個責任，也只有從此養成制度培養出來的全科醫生，方能體認醫療體系關聯性的重要，從而建立轉診制度。

五、轉診制度的具體化確立

基層醫療所遇有診治困難病患，卻很少將之轉診至省縣市立醫院或綜合醫院。換言之，大型綜合醫院與開業醫院之間缺乏聯繫，不僅使該送往大醫院醫治的病人在開業醫手中延誤，大醫院也浪費人力、物力，用在開業醫能解決的問題上，且大醫院出院的病人

，其追蹤及照顧的責任也無法擔負在開業醫身上。

那麼轉診制度現實的困難何在？首先是綜合醫院不願開放給其他診所使用，以及轉診病人醫療費分賬及責任問題。此外公立醫院存在的回扣陋習，以及私立醫院在繁忙臨床工作下，能否撥出人員與時間，從事經濟利益較低的保健工作？而開業醫在轉診出病人後，連診斷書都得不到，如此「沒有回饋的單行道」，再熱心的開業醫都會心灰意冷。

因此大醫院和地方醫師必須確認自身的功能和責任所在，互相聯繫，而這些並非一道行政命令所能做到，必須所有醫療單位及人員有共識感，如此人民健康的保障才能做到。

六、農會為生力的農村醫療的可行性

依台灣農會法第四條：「……接受委託，協助農民保險事業，及農村文化衛生及福利與救濟」，一個人員編制有限，經費拮据的衛生所，卻推廣社區衛生

服務，能力委實有限，今日農會在有關單位大力輔導下，組織健全，財力穩固，如由農會負擔農民保險業務，協助健康教育，衛生保健服務，家庭計劃服務，代訓保健人員，環境衛生改善服務，諸如簡易自來水廠之修建，公私廁所的建立，排水溝的完成。甚至由鄰近幾個農村可合組一農會醫院，成立一橫的小型療網，以與縱的區域性醫療網相搭配，當可進一步提供衛生醫療保健服務。

結語

縱觀當今台灣農村醫療保健水準實遠落於都市，我們相信農村醫療保健計劃只是台灣地區醫療改革的起步而非全部，必須這項計劃圓滿達成，配合更多醫療人力的投入，居於領導台灣醫界地位的教學醫院走出象牙塔，配合政府未來的醫療計劃，期能使全民皆能同享醫療進步發展的成果，如此我國方能真正步入已開發國家之林。