

重視當前衛生所諸問題

——衛生所調查後記

丁 春 忠

寫完衛生所調查的報告，我們深感意猶未盡，在調查表的問題之外，我們發現許許多多更值得探究而却被忽略的問題，它們代表無數「基層小人物」經年埋首苦幹所累積的經驗和苦衷。

民主自由社會的人們，通常習於把注意的焦點投向政策的偏差，枝節性的問題則無形中被忽視了；做雞頭、湊牛頭的熱鬧毋寧是人類的天性，可是人類却常常矯枉過正。

政策的制訂是領導階層的事，他們不過是社會的少數而已，進步的社會除了諸葛亮外，更需要無數默默奉獻自己生命的小人物，如果他們真是臭皮匠又有何妨？

政策的完美性不只是理論而已，它必須在實際成果上紮根才有意義。

在與衛生所工作人員多方接觸和深入交談後，我們覺得直接出自這些第一線鬥士的感觸、感受對了解當今醫療行政問題的癥結比之一些表面性問題更有價值，爰撰就此文，附於結果報告後，供讀者參考。

衛生所的歸屬

衛生所原隸屬縣市政府，而兼受鄉鎮市長之督促辦理業務。經費預算由鄉鎮公所撥給，但業務仍依衛生局的意見推行，權在縣市衛生局，鄉鎮公所則有責監督。民國五十年依台灣省自治綱要改隸鄉鎮公所，而兼受縣市衛生局指揮監督。

衛生所的權責歸屬關係其業務之推展至鉅，究竟它該屬鄉鎮公所？或該由衛生局管？

主張仍由鄉鎮公所管者有幾個理由，第一：衛生所的經費由鄉鎮公所撥給，既用鄉鎮的經費來推行鄉鎮的醫藥

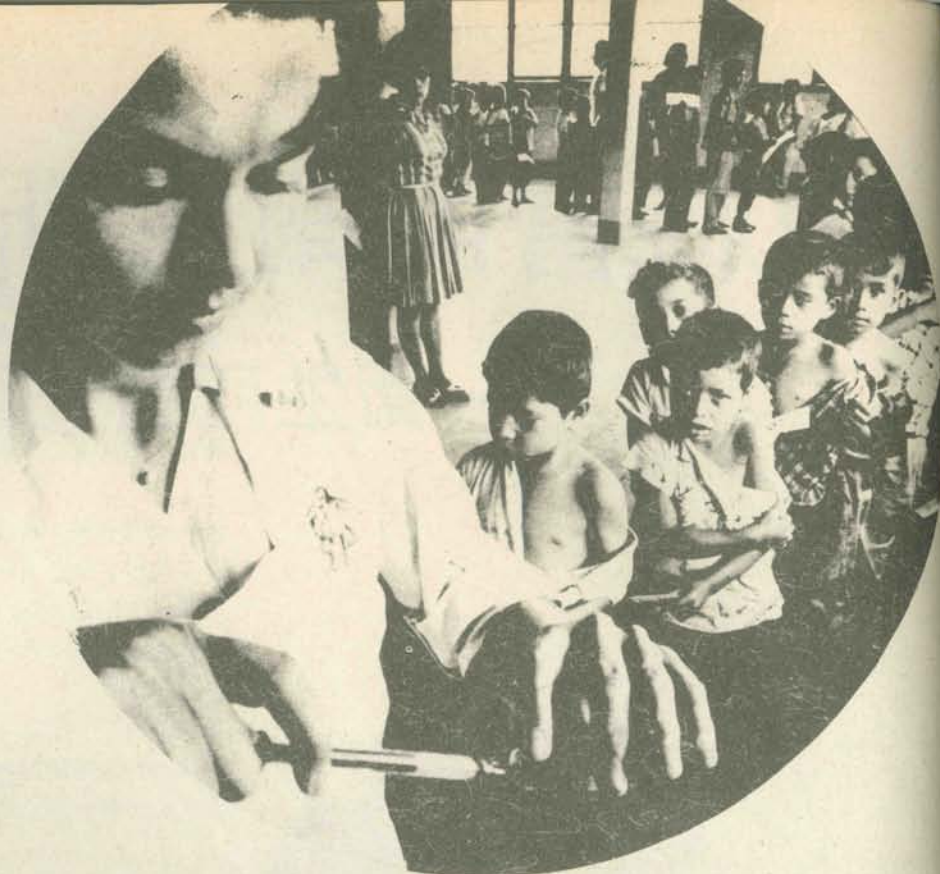
衛生行政，衛生所歸屬鄉鎮公所不但合理，而且能保持地方自治體制的完整性。第二：聯繫上比較方便，衛生局和衛生所距離較遠，業務上的指揮聯絡效果緩慢。第三：隸屬鄉鎮公所時，人事浮動較小，易保持既有成果並謀改進。

但多數仍認為應改隸衛生局，因為：一、鄉鎮長多半不了解醫藥衛生事業的重要性，加以醫藥衛生的投資諸如：家庭計劃、公共衛生、防疫等都不是立時見效的，而係長期性投資，因此他們大多寧可緊縮此項經費，而用之於鋪路、設立新社區等立竿見影的建設來贏取選民的信任。二、目前衛生所業務雖兼受衛生局的指揮監督，其實衛生局因無人事權，實際上無法指揮監督各衛生所執行省方頒定之工作計劃。三、若發生急性傳染病，衛生局因無人事權，故無權抽調其他鄉鎮衛生所人員前往支援防疫措施，不但無法迅速撲滅且有蔓延之虞。四、鄉鎮長多非衛生技術人員，對衛生所業務未能充分了解，無從指揮監督其技術性工作。五、省轄市衛生局與縣衛生局職責相同，而區衛生所隸屬市衛生局，鄉鎮衛生所却隸屬鄉鎮公所，顯然市衛生局兼有權責，縣衛生局則有責無權，其工作效果自不一致。六、鄉鎮的政治恩怨常影響衛生所業務。七、目前公共衛生業務非由鄉鎮公所負責，基層醫藥衛生已喪失完整性。

針對以上問題，有幾個改進方案（註一）：

一、修正縣市各級衛生機構設置辦法第九條及衛生所組織規程第二條規定，將各鄉鎮衛生所改隸衛生局，兼受鄉鎮市長監督辦理各鄉鎮衛生保健事宜。

二、依據台灣省各縣市實施地方自治綱要，劃分縣市衛生事業及鄉鎮衛生事業，以利權責分明，經費應依照劃



子之業務，分別編列在縣及鄉鎮以便推行工作。

三、倘若依照台灣省自治綱要必須將衛生所隸屬鄉公所，則應將公共衛生業務一併歸由鄉鎮公所負責，並將有關衛生法規修改其執行機關為鄉鎮公所，縣政府為監督指揮單位，始能名符其實。

取締密醫——偽劣禁藥的困擾

衛生所人員執行衛生局交付的取締密醫、偽劣禁藥工作時，所感到最大的困擾是負責執行取締的人員無保障，這該從人情味說起。

我們的社會是有悠久人情味歷史的社會，加上民主自由社會的法和理；情、法、理並茂的社會自是可愛的社會，可是我們的人情味却老是要「茂」在法、理之頭上，這一「茂」就「茂」出了許多許多紕漏，這一「茂」給密醫、偽劣禁藥多了不少喘息的機會。

取締密醫、偽劣禁藥在今日是極艱苦的事，密醫、偽劣禁藥已嚴重到成為基層醫療行政工作的勁敵，除非長期有計劃性地嚴加取締，否則它將不斷威脅國民生命健康。衛生局人力不足且對鄉鎮的醫藥衛生實際情況不夠了解，故若每一樁取締案事必躬親是不可能的，所以非得配合鄉鎮衛生所不可，而鄉鎮衛生所奉上級命令在平時就須不斷從事取締事宜。

較負責的人員往往孳孳不息、廣泛收集資料，做成報告，呈報上級單位衛生局，提供可貴的取締資料，而某些上級老爺要充好人，一副頗有人情味的樣子，把這些可貴的情報又「賣回」給密醫先生和偽劣禁藥的主人，於是這些忠心耿耿顧全大局的人竟成為衆目所視、衆手所指、專打

小報告的「壞蛋」，所為何來？因循苟且的風氣是這樣形成的，取締的困擾也就在此。

藥物藥商管理法、國軍退除役醫事人員執業資格考試條例修正案、和即將實施的新醫師法會給取締密醫、偽劣禁藥解決法的問題，真正的績效則要看執行的細節了，我們認為取締密醫、偽劣禁藥必須聯合進行。

首先，在組織上，應儘速在衛生局成立密醫、偽劣禁藥查緝中心，並且該衛生局轄下的每一衛生所至少都須有兩名查緝員。衛生所人員直接參加衛生局密醫、偽劣禁藥查緝中心，一方面使衛生所取得法律上的保障，另一方面透過衛生所內的查緝員和查緝中心之經常的聯絡，當可使查緝、取締工作不斷進行以抵於成。

其次，可考慮將查緝結果的罰款撥出一部分獎勵表現優越的衛生所和查緝員，以提高其工作情趣，獎勵的方式不必一成不變，但必須能代表一種榮譽。

衛生所社會地位今昔觀

衛生所業務推展的困難和它的社會地位有密切的關係。今日，社會上一般民衆對衛生所的認識都不夠，他們的心目中，衛生所不過替民衆打打卡介苗、霍亂、傷寒、破傷風、百日咳等預防針，替學童檢查砂眼、寄生蟲等等而已，事實上，衛生所的業務至繁，責任至鉅，門診、預防接種、婦幼衛生、公共衛生、家庭計劃等不一而足；這麼艱辛繁忙的工作還不能得到社會的認識與了解，多少與衛生所社會地位的變遷有關。

光復初，民國三十五年，全省只有三十個衛生所，地方人士和政府對衛生所的期望，是希望衛生所能負起如日

據時代「公醫」制度保健所制度的任務，而成爲當地的醫療中心兼以負責衛生保健工作（註二）（按：日據時代的所謂「公醫」制度是政府發給薪水而得在當地自行開業，必要時有義務處理保健業務之醫師之謂，與我國憲法所規定的「公醫制度」所指公醫完全不同）。衛生所在台灣醫界及地方所佔的地位是崇高的，被認爲僅次於省立醫院地位的醫療中心，受開業醫尊敬也受民衆信賴，該所主任職位是資深醫師必爭的寶座（註三）。

這個時期的衛生所醫師的崇高地位，使他們在地方上有相當的影響力，衛生所的預算易於獲得，衛生所業務易於推行，社會民衆對於衛生所有相當的認識與信賴。

日據時代的「公醫」屬於警察系統，幫助警察推行保健工作，在警察萬能的異人統治下。「公醫」有很大的發言權。光復後政治情況的改變，使這種「發言權」逐漸湮滅，衛生所醫師的社會地位也隨著慢慢改變，資深醫師紛紛離開衛生所，這是衛生所走下坡的開始。

民國三十六年五月二十七日，行政院會同考試院公佈「醫事人員甄訓辦法」，根據本法第一條規定：「凡執行業務有年未具法定資格之醫事人員，除法令另有規定外，應依本辦法之規定參加甄訓，以取得開業資格，前項甄訓之辦理以一次爲限。」依據這法令，單就台灣一省就有八百人取得醫師資格（註四）。這些人有許多甚至小學都未畢業，竟然取得合法資格，既無真才實學，開業自然毫無把握，因此有不少「混」進了衛生所，使得衛生所一些正規醫生蒙羞而致良莠不分。（民國五十二年，台灣省361個衛生所共有353名醫師，其中甄訓醫師佔141名，達百分之四十之高，乙種醫師14名，牙醫2名，正規醫校出身的醫師才196名）。這些所謂的「合法醫師」的醫療「水準」使社會漸失去對衛生所的崇敬和信賴，乃衛生所

社會地位低落的癥結之一。

另外，台灣近年來醫藥衛生水準有顯著的進步，私人診所、醫院數目不斷增加，普遍掌握了大多數病人，而衛生所的設備仍舊無所改善，設備陳舊（從醫學進步的觀點看，衛生所幾乎可憐到難以稱之有設備）、人員缺乏，無法應付日益繁瑣的醫療業務，久而久之，疏離了社會一般民衆和衛生所的接觸。

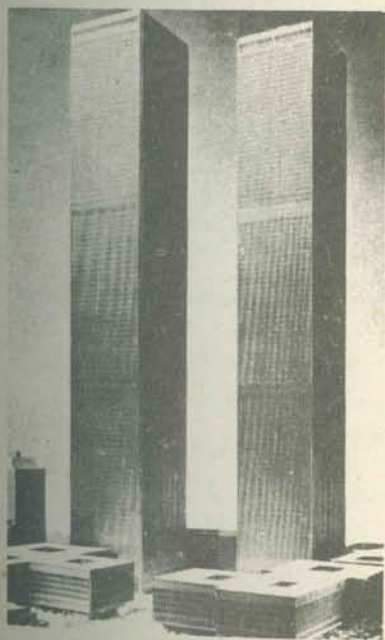
認識上述這些導致衛生所「今不如昔」的「可抗拒」和「不可抗拒」的原因，對今後推展衛生所業務有很大的幫助。如何扭轉一般民衆對衛生所的錯誤看法是今後努力的方向，我們綜合了一些意見，做成結論，將在下節討論衛生所是否該取消門診專事公共衛生推廣工作時一併提出。

衛生所該不該取消門診

光復初期，地方人士及政府對衛生所任務之看法是如日據時代的「公醫」制度保健所制度的延續，爲當地的醫療中心而兼負責保健工作，即以醫療門診爲主（註五）。近年來醫學神速的發展，已能控制曾被認爲絕症的一些疾病，預防醫學成爲醫學界努力開拓的領域。透過各種預防措施，醫學界希望能有效掌握人類的生命健康，這些預防措施以公共衛生推廣工作爲軸心，改善各種污染、實施婦幼衛生、家庭計劃、傳染病預防等等。

究竟目前國內衛生所是否該取消門診，專事公共衛生推廣工作？這必須先看看國內醫療環境的現況。

根據行政院衛生署編印中華民國六十年衛生統計，台灣地區公私立醫院診所共計7107所，其中1305所在台北市，5802所在台灣者，病床總數23984床，台北市有6026床，台灣省17958床，執業醫事人員之總數爲18227人，台北市有5673人，台灣省有12554人，執業西醫總數6336人，台北市有1657人，台灣省有4679人，執業藥劑師總數2908人，其中台北市1177人，台灣省1731人；也就是18.36%的診所醫院，25.12%的病床，31.12%的執業醫事人員，26.15%的執業西醫，40.47%的執業藥劑師是分佈在台北市，而民國六十年底台灣地區人口總數爲一千四百九十九萬四千八百二十三人，台北市約爲一百五十萬人，僅佔10%左右，台灣地區的面積爲三萬六千平方公里，台北市佔3%而且不可忽略的是，一些設備較完美的大醫院，多數又都在台北市，所以整個台灣區的醫療機構分佈實不太平均，在台灣省來說，醫院診所多數又都集中在市區，從我們的調查可以看出有許多鄉村或偏遠山區不但無醫院，也無診所，更有的連藥房都沒有，加以經濟情況的關係，所以越偏遠地區對衛生所門診醫療的依賴性越大，這些地區如果取消衛生所門診，其居民之醫療必頓失保障，只好任密醫宰割了。至於醫院診所較多的地區，常常是經濟水準較好的地區，一般居民大多有能力承擔醫療費用，且衛生所



的設備、人力均不足與醫院診所抗衡，已如前節所述，這些地區的衛生所門診自然無存在價值，而必須轉移工作重點在公共衛生、家庭計劃、婦幼衛生及防疫等業務上。

所以，對衛生所是否該取消門診，專事公共衛生推廣工作，應有較靈活的想法。目前最重要的是設法解決較偏遠的鄉村和山地的醫療問題，我們綜合了實際工作人員的看法，提出下列較為可行的辦法。

其一、在有私人診所的鄉鎮，應妥善利用私人診所，聘請其加入衛生所的門診工作，每週約三天，每天早上三小時，到所執行門診醫療，其待遇比照公立醫院醫師支付。聘請私人診所資深醫師加入衛生所醫療行列，一則可以分擔部分繁忙的業務，另外且更重要的是，藉此加強民衆與衛生所的接觸，使對衛生所有實際的認識，從而再度建立衛生所的社會地位，這是彌補前節所提衛生所社會地位低落的方法；而且還可間接幫助公共衛生、家庭計劃等的推行。

其二、偏遠地區可聯合數鄉鎮，擇交通較方便地點，許置聯合診療中心，集合數鄉鎮衛生所人力共同主持醫療工作。將來調派省立醫院醫師下鄉服務時，即在聯合診療中心工作，如此將可更有效利用醫療「能源」，做出最大的「功」來。

衛生所人員的在職教育

衛生所人員紛紛要求主管機構實施衛生所人員在職教育。

衛生所醫師則希望在醫師輪調服務時，讓他們也有機會到省立醫院多學一些臨床的東西。

不過，我們認為這種在職教育的重點應該是技術性人員的教育，包括：護士、助產士、保健員、家庭計劃負責人員等。因為他們才是實際深入基層工作者，工作時難免遭遇困難，技術性的科學新知又是日新月異，如果不隨時吸收新知識，不但無法使衛生所進步，甚至連工作上的困難都無法解決。平常工作繁忙，如果又加上地處偏遠，根本無由吸收新知識，唯一解決的方法乃是由衛生主管機構負起責任，有系統地施以再教育。

至於實施方式可以巡迴講演行之，由主管機構籌設衛生所人員在職教育小組，利用巡迴車，定期至各鄉鎮衛生所，舉辦演講或放映影片，同時解答他們工作上的疑難。

家庭計劃的推行

推行家庭計劃、緩和人口壓力是近年以來及今後朝野努力的大目標，它的成效決定今後社會經濟的發展。

國人多子多孫和重男輕女的觀念還很牢固，這在鄉村和偏遠地區尤烈，所以鄉村偏遠地區家庭計劃推行的績效較差，如果不設法糾正此種偏差，可能會導至人口品質的降低。我們並不認為鄉村和偏遠地區的居民其智商或先天

的才力較遜色，但因經濟水準較差，接受高等教育甚或一般教育的機會都較低。因此鄉村和偏遠山地的家庭計劃工作應付以更大的注意和精力，才不致使人口的緩和只具有數量上的意義而已。

台灣省議會議長蔡鴻文在三月中旬指出，為緩和人口的壓力，應採取以下三項途徑（註六）：

一、針對農村和偏僻地區，增加遊樂、運動設備，使已婚男女得以適當排遣休閒時間，同時寬籌經費加緊培育人才，深入這些地區作有計劃有效率的傳授避孕方法。二、鼓勵晚婚和建立小家庭制度，並倡導三三制的間隔生育。三、設法祛除必定要有男孩繼承宗嗣的舊觀念，改變重男輕女的落伍觀念，這種教育最好能注入學校教材中，以收潛移默化的功效。

在基層實際參與家庭計劃推行工作的人員則認為，目前鄉村和偏遠地區工作推行方式必須改進。

其一是海報和小書冊的發行，在城市，這些文字上的宣傳可能會收到效果，但偏遠地區一般居民受教育程度不夠，這些傳播工具的效用就有限了。

其二家庭計劃工作人員太少，又是採取家庭訪視、個別勸導的方式，收效太慢。工作地區分佈廣，又乏交通工具，也無津貼，因此一般工作情緒不高，工作效率低。

他們主張，應節省分發偏遠地區的書冊宣導品的印刷費用，改以放映電影和幻燈片方式行之，並且配合村里民大會以團體宣導為主，家庭訪視為輔，如此當能收到較好效果。另外，應該訂定家庭計劃推行人員獎勵辦法，按給以適當獎勵，以提高基層人員的工作情緒。

除了上述這些問題之外，衛生所用藥限制的放寬，地區團體衛生教育等等都值得探討改進，我們希望這篇文章能引發衛生主管機構在今後多多注意基層工作的困難，設法予以解決，使我國醫療行政工作有一個光明的遠景。

註一：參見彰化市衛生局提供資料：革新地方衛生行政會議。

註二：參見台大醫學院青春雜誌第23期，陳金生作：「分析本省鄉鎮衛生所之諸問題」一文。

註三：同註二。

註四：吳基福——透視台灣醫界的「大雜院」——兼談修改醫師法問題——一文，文星第六十一期，民國五十一年十一月一日出版。

註五：同註二。

註六：參見民國六十三年三月十二日聯合報第六版。