



談今日醫療十大問題

受訪者 李汝禮醫師 採訪 林建兆 洪文岳 撰稿 林建兆 余宜翰 編輯 余宜翰

一. 轉診與家庭醫師制度 (醫師好壞與醫院大小 無關):



由於醫院醫師養成教育是過度的偏重「某專科」，而學成之後卻又因為國內醫療體制不健全的關係，常常必須面對一般性疾病的病人，造成了學非所用且無法勝任的情況，也就是說，選擇心臟科的醫生，又

常得為一般性的病人作診療，看感冒、流鼻水、拉肚子……等非他所專長的疾病，而這情形已引起內科醫學會及醫界人士們相當的關注。事實上，醫學的專業分工在世界上的先進國家早有明確的區劃，唯獨國內因為長年以來，在錯誤的醫療政策和保險制度導引下，過度的偏重大醫院的器官系統次專科醫學，輕忽甚至鄙視小診所的第一線診療，致使轉診制度遲遲無法建立，也造成了今天所有科別的醫師都必須面對所有科別的病人的「原始醫療」狀態，而且常必須處理到非專長的疾病，使得很多疾病不能第一時間的就診斷出來，造成病情的惡化，甚至誤診，就好比一個發高燒的病人，被耳鼻喉科的醫生治療，而會有發燒症狀的疾病不只有耳鼻喉科方面的，如果他得的不是耳鼻喉科方面的疾病，耳鼻喉科醫生能快速正確的診斷出來嗎？

不懂第一線診療內涵的人最常犯的錯誤，就是把第一線

的醫師當成只是會處理感冒、拉肚子等疾病，所有科別的醫師都可以隨時取代、完全勝任，更不需要任何專業技術的人；一位病人在基層診所如果沒有立即獲得明確的診斷或治療，常常會被媒體或民眾認定為國內的基層診療水準太差，因而病無分大小都必須到醫學中心去看才可靠，這是非常錯誤的觀念！醫學中心的本分是教學、研究，而不是為了營運業績違反醫學原理的傾全力去搶看夜間門診、黃昏門診等基層醫師應看的病人，而醫學中心內的醫生如果看病，所應負責的疾病是開心手術、肝臟移植……等家庭醫師不能勝任的較複雜危險的疾病。事實上，因為家庭、基層醫師對你的體質、病情……等身體狀況，他都再熟悉不過了，所以只有家庭、基層醫師才具備第一線診療的專業能力，也才能以廣泛整體性的醫療照護、持續親切的診療方式和堅實穩固的醫病關係，去突破時空限制而提供第一線

病患最方便最可靠的就醫環境，而家庭醫師也會視病人的病情，幫病人作出適當可靠的轉診至醫學中心就醫，如此的分工，才能使病人獲得最完善、最有效率的醫療服務。

二. 健保審查與支付制度 (財團勾結，健保已成怪獸)：

目前全民健保的最大弊端是錯誤的門診支付制度造成大小院所的給付不公、營運困難，健保經費的嚴重浪費、財務虧損、以及就醫民眾醫療品質之急遽下降。

由於轉診制度、部份負擔形同虛設，全國病患在幾乎無醫療制度可言的全民健保體制下，無論疾病的種類、程度的輕重，只要願意到醫學中心的萬人門診去排隊，獲得五倍於診所的醫療給付，甚至有人專門去醫院領藥來賣給藥局，而浪費了醫療資源，這也就是為什麼每年健保都虧損的原因，而所獲得醫療品質卻不如診所，譬如去醫學中心看皮膚科，人進去後，都還沒被問過病情，只是讓醫生看了一下，醫生就叫你去領藥，這是多麼荒謬的事啊！其實只是因為後面還有很多病人在候診。試問，如果你是病人，你被這樣看完病後會安心嗎？

由於醫療多元民營化在國內不可能擺脫財團或大醫院壟

斷全面醫療市場之事實，所以全民健保的改制必須在公辦公營的基礎上，針對門診支付及審查制度之嚴重缺失作徹底之改進，以定額定量服務方式，賦予大小醫院公平競爭之基本生存空間，才能使全國輕重病患接能獲得最好的醫療服務品質，讓病人獲得診所完整親切專業的治療。

三. 醫藥分業相關問題 (「用藥」找藥師?)：

國內醫藥分業的推動和國外完全不同的是，先以「醫師不懂藥，藥師才懂藥」、「醫師不會調劑，藥師才會調劑」等詆毀醫師專業，誇大藥師功能的宣導方式來進行，而後更透過立委的強力運作，訂定完全不管週邊條件是否具備，只要全民健保實施兩年就要強制醫

藥分業的「藥事法第一〇三條」，從根本上廢除醫師救治病人的基本專業權責－醫師

依自開處方的調劑給藥權。儘管整個政策制度在明顯違反醫學專業原理的情況下，強硬的通過施行，完全沒有考慮到病人內心真正的感受、就醫過程真正的安全和方便性的結果，結果除了把病人大量地驅趕到大型醫院去，讓許多開業診所

和開業藥局倒閉之外，並沒有提昇醫療品質和醫療效率。

事實上，把 prescribing away from physician 所謂「醫師不在時的處方調劑」勉強翻譯成「醫藥分業」是一種錯誤的扭曲。醫師學的是依病情來開藥用藥，而藥師學的是配藥和製藥，兩者截然不同，因此藥師不具監督醫師用藥能力。醫師在用藥之前本來就必須明白了解包括藥劑用量、藥物間交互作用、藥物副作用……等所有用藥的相關問題，並不會發生醫師處方沒藥師看過就不安全的問題，而藥師要作的就是正確地把藥給病人。如今強制的醫藥分業，造成如果不是在大醫院看的病人，要再跑一趟藥局才能取得藥物的不方便性，而且所得的藥物並不一定正確，如果藥師為了賺錢，拿藥局才有的藥來替換或是看錯了處方，



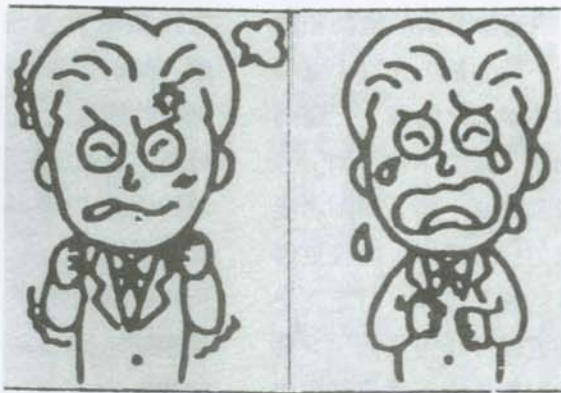
配錯了藥，拿了錯誤的藥物給予病人服用，試問這是誰的責任呢？不管是誰的責任，相信最大受害的還是病人。

衡諸醫療實務現況，在轉診制度和家庭醫師制度未能實施，藥局藥物及調劑人員管理未上軌道，所有相關前置作業和配套措施未臻健全的今天，最起碼也應該尊重病人自己選擇在診所或藥局由醫師或藥師

親自調劑的自主權利。醫師自開處方，親自調劑的專業權，攸關憲法所保障之醫師基本工作權，尤其不可任意強制剝奪，才不會造成民主政府公開違憲，侵害民眾就醫權益的嚴重惡例。

四. 消保法適用問題（醫生沒有過失也要賠錢？）：

就理論而言，把藥品視同商品，醫療行為視同消費行



為，而將醫療無過失責任賠償納入消保法中，似乎可以帶給民眾多一點保障。但就以醫療服務的對象、服務的行為以及用以服務的物品，三者皆處於病態、危險和無法預期掌握的情況來看，醫療行為事實上不適用於消保法中的基本規定。例如消保法第七條明定「提供服務者應『確保』其商品或服務無安全或衛生上之危險。」「有危害消費者生命、身體、健康、財產之可能者，應於危險處為警告標示及緊急處理危險之方法。」但依現在的醫學科技，很多疾病無法一看即可診斷或者能確保治癒，因此

藥品或醫療行為並無法「確保」絕對安全，而若要在明顯處做警告標示，恐亦只能籠統性的以「看病可能有損身體」等對病人有害無益的陳述為之了。

當一個醫生對病人作出用現有醫學的專業知識判斷是正確的治療，但卻因現今醫學仍不能預測的原因，如病人的體質特殊…等造成病人身體傷害甚至死亡，法律會判定醫生無罪，但消保法的無過失責任賠

償會讓醫生得付出一筆大量的金額來賠償病人。醫生都已盡力的救治病人，卻還要因消保法付出大量的賠償金額，試問，這樣醫生敢看那些危險不能預測的病嗎？難道要醫生專挑安全簡單，不易發生問題的小病來看嗎？

醫師若被消保法逼迫而不得不採取防衛性醫療措施以求自保，牽連受害的相信仍是病患民眾，所以希望立法院能儘速通過醫療無過失傷害救濟草案讓醫療事業排除於消保法之外，「給沒有過失，勇於救人的醫護人員多一點鼓勵，少一點責難」，使全國民眾都能安心求醫，所有醫師都能放手救人。

五. 勞基法適用問題（醫生？醫奴？）：

目前國內醫學中心等大醫院的服務醫師無不超時工作，超時門診，超時訓練，每天晚睡早起，睡到一半就被叫醒去看病，而這種情形日趨嚴重。

雖說醫生要有顆視病猶親的心，但醫生是人不是機械，還是會累的，要吃飯休息的，而且醫生除了必須面對醫學上複雜無比的疑難雜症，還要應付醫療糾紛，無過失責任賠償、白道專業箝制、黑道恐嚇勒索……等日益嚴重的問題，因此納入勞基法只是最起碼最基本的工作保障而已，這原本就是國家必須要給予的，並不是說醫生愛錢，只因現在的醫療體制、法律規範、社會治安讓現在的醫生不得不作出這種要求。試問生活沒有保障的工作，誰要作呢？難道要滿懷抱負愛心的醫師們，想回饋服務家鄉卻因向生活低頭，而不得不在都市大醫院工作，領大醫院的薪水，一天機械式地看兩三百個病人嗎？

改善醫療院所超時工作等長久以來的積病，回歸現代醫學所強調的人性化合理制度，才能讓醫院脫胎換骨，讓醫師以高效率、高品質服務民眾。

六. 病歷自由取得問題 (醫師的智慧財產權):

一般人並不清楚醫療法上規定醫療院所必須提供病人的是「病歷摘要」而非「全文病歷」的真正意涵。事實上,「病人有知的權力,醫師有告知的義務」是今天全民的共識,但告知的方式如果採取「直接將原始病歷記載隨便給病人自己去看」究竟會發生怎樣的後果則是非常值得大家共同注意的問題。例如:直接閱覽病歷原文,病人可能因沒有醫師的必要說明,一時無法接受事實而遭重大心理傷害,如自殺尋短。而病人對各種檢查報告可能因為錯誤的判斷而導致無謂的恐慌或誤解;而病歷原文任由病人、非該科醫師或未真正瞭解病情之非主治醫師隨時任意調閱,由於認知主張不同,更可能會產生相當的誤會、糾紛或過渡干擾醫療行為等問題;而醫師為避免醫療糾紛,在診斷或治療上可能不再願意明確負責而採取防禦性措施,且未經醫師同意自行複製病歷乃侵犯醫師智慧財產權的行為;基於以上理由,全文病歷的交付無論手寫或電腦資料都是醫學上告知病情的重大事件,必須由專業的醫師事先評估是否恰當而不宜任意交由外行的醫院病歷管理人員處理,否則一旦出事則後果不堪設想!

七. 醫療網規畫問題 (看病的地方為什麼那麼遠?):

十多年前,許子秋署長任內,引進了世界醫療進步國家用意保障醫療品質而規畫的優良人力供需「醫療網」制度,依全國行政區域人口分佈,規畫出每萬人口所需急性、慢性、燒燙傷、精神病、安養中心等病床數,再依每幾床應分碰幾名醫師、護士等標準醫護人力及醫檢、開刀等設施,以達品質保證,又不浪費軟硬體的人力物力供需水準。大醫院的數量依照每兩百萬人口一家醫學中心,每四十萬人口一家區域醫院等規範,而今衛生署為了要大量開放私人財團設立醫學系,大唱要做醫學院校「品質把關」的高調,竟配合財團以醫療鬆綁為名 1.欲大量開放醫學系設立 2.公然違反醫療網基本精神,可以到處亂蓋大醫院或擴充規模。將使未來都會區因醫院過多,人人都往都會醫看病,造成原已缺少醫療的偏遠地區更乏人問津。

八. 醫療法人設立問題 (醫療法人的定義?):

目前相關現行條文為「財團法人醫療機構之設立,應檢具捐助章程及目的事業計畫說明書等文件,申請中央衛生主管機關許可,並依法向該管法院申請登記。」

衛生署版條文改為:「醫療法人之設立,應由創辦人案醫療機構設置標準,檢具設立計畫書,連同章程,申請衛生主管機構審核許可」

而衛生署版之醫療法人草案只認定有持分之社團法人可以分配盈餘顯示,醫療法人在國內根本無法確保其公益性與





非營利性，因此無法具備基本實施要件。

九. 臨床助理設置問題 （「合法的」密醫？）：

美國的醫師助理（Physician Assistants）必須具備大學學士資格，先修畢相當醫師養成教育總時數 2/3 之教育課程，再通過醫師助理國家考試取得證照，有些還需在必要規定要件下定期換照，才可以在監督醫師授權下執行授權之醫療行為，但所謂監督，既不必事前給予指示，也不必親自在場監督（用電話等即可），等於讓助理實際上相當自主的在執行部份醫療業務。

而從衛生署所提醫療法修正草案看 1.國內想以臨床助理代替醫師助理的名稱，逃避教育課程和國家考試，就地合法化，對病人相當不負責。2.所謂「不必親自在場」的監督，只是找個藉口，要醫師隨時準備為實際上在執行醫療業務的合法密醫代罪受過而已，極不合理。3.一個不是醫師的助理人員要獨立為病人做理學檢查評估，我非常懷疑其能力，而

所謂「協助」醫師填寫檢驗單、記錄病情等，究竟指的是醫師的口述記錄或是醫師不在時的自行處理，根本無從瞭解。至於所謂手術、骨科處置與麻醉之「助手」更不知其可能執行醫療業務到何種程度。特別規定醫院才可以設置臨床助理，診所不行則更是莫名其妙。事實上，美國和財團大醫院的作法是為了節省醫院人事成本開銷而已，如今不針對大醫院醫師面臨斷層的問題，卻反而想讓大量變相密醫合法化，實在是草菅人命！

十. 健保 IC 卡使用問題 （健保卡重要，還是國家安全重要？）：

健保局最近以健保 IC 卡澎湖試辦一年，以民眾滿意程度很高為由，希望推廣到全國，而完全不理會試辦院所幾近百分之百不滿意比率的原因所在。事實上，就技術層面無法克服的嚴重問題相當廣泛，包括：1.讀卡機昂貴，故障率高，維修不易。2.更卡時間緩慢，正常需時兩分鐘，慢時可達十來分，且資料顯示常有錯誤，

造成病患與院所的糾紛與衝突。3.為避免網路連線塞車問題，目前採健保局自動讀取方式進行，但未讀取前，一旦讀卡機當機，則當日所有就診資料全毀，向健保局申報常發生認定困難與爭議。4.停電時突然完全無法看病，全體病人必須改天全部補卡，造成院所營運一片混亂，民眾不知所措。5.看病時，讀卡機刷不出來的比率很高，但卡片受熱、潮濕、破損等皆難以避免。6.卡片一遺失、補發，補卡時病人鍵入資料出錯無法修正等，都是棘手問題。

而更重要的是把全國兩千三百萬身分資料全面 IC 卡化蒐集在一起之後，目前世界電腦科技根本無法提供不被盜取、破壞的安全保障和監督管理系統。這是先進國家無人敢用的理由。尤其面對著海峽對岸，高喊「要以資訊戰統一台灣」的另一個強權國，我們不禁要問政府：健保卡重要，還是國家安全重要？（國內身分證已正式放棄 IC 卡化而改以防偽功能的紙卡。）