

中醫醫療資源缺乏地區巡迴醫療計畫—— 巫雲光醫師

專訪：巫雲光 屏東縣仁光中醫診所

中華民國中醫師公會全國聯合會保險對策委員會主任委員

撰稿：廖慧娟 記者

走進中醫診所，佔據大片牆面的分格藥櫃，寬厚木質櫃檯首先映入眼簾，隨即被時淡時濃的藥香包圍，人們或坐或站，等著中醫師為他們看診，再根據「望、聞、問、切」所得到的結果抓藥、配方劑，解決他們的病痛。

都會地區的民眾對這些景象習以為常，甚至走進地區醫院裡也能享有完整的中醫門診服務。但對位於中央山脈、離島的108個偏遠鄉鎮來說，卻是遙不可及的事。因此，行政院衛生福利部與中醫師公會全國聯合會整合各地醫療資源，鎖定偏遠山區與離島，於2003年推動「中醫醫療資源缺乏地區巡迴醫療計畫」。

現任中醫師公會全國聯合會保險對策委員會主任委員、屏東縣仁光中醫診所的巫雲光醫師是「中醫醫療資源缺乏地區巡迴醫療計畫」規劃者之一，也是召集人，不斷鼓吹、號召中醫師踴躍加入巡迴醫療團，目標是讓無中醫鄉的居民們也能享有中醫提供的醫療服務。

傳承祖業 立志當中醫

雖然巫雲光醫師成長於屏東縣的中醫世家，祖父是傳統採藥師傅，但因父執輩沒有人繼承衣鉢，身為長孫的他就成了傳承家業希望所寄，而他剛好也對中醫藥有極大興趣：「早年看著祖父輩中醫為病人治療，解決病痛，臉上的光采觸動了我。不過，祖父過世得早，只從他身上學到一些為醫之道，幸好姑姑嫁給了與祖父同樣出身中醫世家的同儕當媳婦，所以我從小就到姑丈開設的中藥行學習一些中醫醫理與藥學知識，高中時期，正式成為學徒，開始半工半讀的生活，每天放學後的時間以及寒、暑假期間，就是在姑丈的中藥行學習認藥、切藥、藥品管理、炮製藥材，幾乎有空的時間都泡在中藥房裡。」

當中醫學徒並不容易，中醫藥典籍、炮製藥材的工作，佔滿所有課餘時間，沒有什麼玩樂，但巫醫師非但不像同齡年輕人排斥，還樂

在其中：「小學作文課寫《我的志願》時，我寫的就是未來要成為中醫師，也很羨慕姑丈可以利用中藥材解決病人的痛苦。」

高中畢業後，巫醫師沒有繼續升學，而是順理成章地把心力全部投注在姑丈的中藥行，大量閱讀中醫固有典籍，例如《黃帝內經》、《傷寒雜病論》、《金匱要略》、《本草綱目》、《湯頭歌訣》：「我的目標是年滿22歲時可以參加中醫特考。服完兵役後，1984年、24歲時先參加中醫師檢定考試及格，接著通過中醫師特考，順利取得中醫師資格。」（註：中醫師檢定考試已於2010年停辦，中醫師特考則於2012年停辦）

其後，巫醫師前往當時的中國醫藥學院接受中醫師訓練，結業後即回屏東的醫院服務3、4年才自行獨立開設中醫診所。

義診概念延伸為巡迴醫療

因對中醫的公共事務領域相當有興趣，2003年又正值全民健康保險的中醫保險萌芽階段，巫醫師擔任屏東縣中醫師公會理事長之餘，也開始研究中醫保險相關事宜。

由於自認所學應該與時俱進，想在醫療管理方面擁有更好的基礎，巫醫師治療病人之餘，也沒有停止學習的腳步，投考高雄醫學大學研究所，專攻醫療管理與醫療保險方面知識。

因學有專精，在中央健康保險局（衛生福利部中央健康保險署前身）研擬實施總額支付制度之際，巫醫師即被中華民國中醫師公會全國聯合會（簡稱中醫全聯會）延攬，擔任副秘書長一職，也埋下讓全臺108個偏遠鄉鎮、離島得以享有中醫師提供醫療服務的「中醫醫療資源缺乏地區巡迴醫療計畫」根苗。

巫雲光醫師表示，在中醫的領域與社會團體中，有許多專門前往各地進行義診的醫療服務團隊，如路竹會、慈濟的仁醫會，各地中醫師公會也會不定期提供義診服務，他也持續不斷地參與，親身體會到民眾對中醫醫療服務的殷切需求，但也強烈意識到這種義診只是「杯水車薪」，無法定期規律的前往，以小琉球義診為例，大多是3、4月去1次，當地民眾得到的醫療服務非常有限，遠遠不及民眾預期。

雖然有心提供民眾更多服務，但巫醫師也體認現實的無奈：「沒有資金，定期定點醫療服務都是空談。」左思右想，巫醫師認為我國在1995年開始實施全民健保制度後，政府編列相關預算，得以讓中醫師進行一些計畫，因此，他積極研擬，在2001年完成「中醫醫療資源缺乏地區巡迴醫療計畫」，並向中醫全聯會提案爭取協助，希望在高屏地區撥經費進行巡迴醫療，並號召有心幫助民眾的中醫師組成巡迴醫療團。

時任全聯會理事長的林昭庚醫師力挺此一提案，更鼓勵巫醫師向費協會（全民健康保險會前身）申請全國性的計畫。

經由巫醫師努力奔走，「中醫醫療資源缺乏地區巡迴醫療計畫」在2002年送交當時衛生署審議，衛生署在2003年5月9日公告核准，同年6月執行，由巫醫師擔任全國巡迴醫療計畫的專案召集人，時至今日，「中醫醫療資源缺乏地區巡迴醫療計畫」已持續執行12年，服務超過百萬人次。

資金、人力難關 —— 克服

「中醫醫療資源缺乏地區巡迴醫療計畫」因為有政府的經費補助，解決了「資金」的首要難關，第1年執行時，獲得約6千萬元的經費補助，規劃60個巡醫據點；第2年及第3年增加為80個據點，定期定點有中醫師前往看診。

至於巡醫據點的選擇則是第2個令人頭痛的事。身為計畫召集人的巫雲光醫師召集全臺6區中醫師公會理事長開會，分別提出區域內最需要中醫醫療服務的鄉鎮，並開會決定巡醫設置據點所在地，但約有95%是在偏遠山區與離島，把經費及資源用在最需要的地方。

有了經費，也擇定巡醫據點，接下來就是前往執行巡迴醫療任務的中醫師人力規劃。巫醫師表示，這方面反而難度不大，因為有不少中醫師早已加入義診行列，欣然接受這項對民

眾十分有幫助的定點定期巡迴醫療計畫。巫醫師不諱言，「當然有中醫師對這個計畫興趣缺缺，即拜託各區理事長承擔動員的任務，讓各區旗下巡醫據點都能找到前往看診的中醫師。」

從「中醫醫療資源缺乏地區巡迴醫療計畫」開始實施後，馬祖、金門、澎湖、屏東縣小琉球等離島，到深入中央山脈偏遠山區鄉鎮與原民部落，都有中醫師定期進駐，提供各項醫療服務。巫醫師自豪地表示：「澎湖縣的將軍澳嶼可說是離島中的離島，也納入中醫巡迴醫療據點。」

據中醫全聯會統計，推動巡醫制度之後，民眾的就醫可近性提高，中醫病患明顯增加，從2003年6月到2013年年底，共計服務110萬人次，其中約有4成是從未看過中醫或使用中醫資源的民眾，顯見成效頗佳，也提升當地醫療品質。

執行「中醫醫療資源缺乏地區巡迴醫療計畫」的同時，配合當時衛生署鼓勵中醫師至無中醫鄉鎮（區）執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分布的計畫，逐漸有中醫師前往原本沒有中醫的地區開業。巫醫師強調，巡迴醫療畢竟只是每周1次，對於滿足居民的需求是遠遠不夠，因此，中醫全聯會特別選出看診量穩定的無中醫鄉鎮，鼓勵有服務熱忱的中醫師前往當地開業，持續提供當地居民中醫醫療服務。

巡迴醫療 突顯醫師價值

從小立志當中醫師，巫雲光醫師熱愛這個職業，更「視病猶親」；執行巡迴醫療任務之後，他的感觸與感動更多：「坐在診所看病，與在巡迴醫療期間與病人面對面的經驗非常不一樣。診所開設的地方，大多是醫療資源豐富地區，民眾與醫師的互動習以為常。但在巡醫據點面對民眾，真的感受到身為醫師的價值。」

他以澎湖七美為例，表示當地因對外交通不方便，雖有15人座小型飛機往返，但受天候影響極大，只要風大、雨強、霧濃就得被迫停飛；坐船往澎湖馬公，航程約1、2個小時，到高雄更遠，需要4、5個小時，所以當地沒有任何醫師開業，只有1個衛生所提供簡易醫療資源，負責近4000位居民的健康。

在七美等離島、偏鄉，因人口外流嚴重，居民大多是「老弱婦孺」，尤以5、60歲以上中、老年人為多，傳統上對中醫的信任甚深，卻苦無中醫服務。

所以當中醫師巡醫團隊到當地時，得到極大的迴響。巫醫師表示：「我們在七美衛生所看病，與駐守的醫護人員互動相當良好。他們告訴我，當地居民除了糖尿病、風濕關節炎等中、老年人常見的慢性病之外，因為靠海，濕度大，有氣喘痼疾的人多，每年至少要以直昇機後送嚴重氣喘病人到臺灣本島或馬公就醫，不過，自從有中醫巡迴醫療團定期駐診看病

後，後送氣喘病人的比例逐年下降。」

「中醫醫療資源缺乏地區巡迴醫療計畫」實施12年，至今已累積看診人次達110多萬，約有1成中醫師都曾支援巡迴醫療團隊，走出診間，前往最需要的地方，例如交通不便的偏鄉或離島服務，與民眾面對面提供服務，有時還得冒著落石、坍方、颱風等危險。

不過，中醫巡迴醫療團隊也在看診過程中得到許多回報，最大的收穫就是偏遠鄉鎮與離島居民的就醫可近性大為提高；其次是滿足當地銀髮族對中醫藥調養與治療的渴望。巫醫師笑說：「每次中醫巡迴醫療團隊到據點服務時，受到的歡迎是我們事前完全意料不到的。」

上工治未病 從生活預防疾病

巫醫師表示，中醫師巡迴團隊到了當地，除治療居民的疾病，也會依照傳統中醫知識，勸導居民改變飲食生活習慣，就可以讓健康獲得改善。

除了七美的經驗外，在澎湖望安鄉的將軍澳嶼看診時，巫醫師也感觸良多：「在這個小小的彈丸之地，幾乎沒有什麼醫療資源，僅有1個小小衛生室，服務的醫護人員每天從望安鄉坐船來回將軍澳嶼上班，無法提供24小時醫療。當中醫巡醫團隊開始定期到島上提供醫療服務，居民的心情就像『大旱望雲霓』，非常雀躍。」

巫醫師印象最深的是位80歲老爺爺，罹患腎臟病，在中醫巡迴團開始前往島上看診前，西醫已告知他病情狀況不佳，準備要開始洗腎，進行血液透析。由於當地沒有相關醫療設備，一旦真的必須要洗腎，老爺爺就得「連根拔起」，搬到澎湖馬公居住，才能就近前往醫院。不過，一想起要離開住了80年的熟悉老家，衝擊太大，老爺爺非常害怕又困擾。

當中醫團隊開始進駐將軍澳嶼時，老爺爺正為要不要搬家而掙扎，巫醫師建議他先試試看中醫治療，盡量改變臨床病況，如果真的不行，再搬到馬公。

在中、西醫相互配合治療後，老爺爺的病情明顯獲得改善，每個月的檢查數據都算穩定，並未加重，暫時沒有洗腎的急迫性，因此，老爺爺不必搬到離醫院近的馬公，非常高興，巫醫師與團隊也感到驚喜與欣慰。

在醫界服務30年，巫雲光醫師認為：「中醫追本溯源，可遠至3500年前的黃帝時代，中醫藥的知識一直是與中華民族共生共存，經過這麼長的年代沒有被淘汰，一定有其道理存在；時至今日，中醫納入全民健保，可說是全球僅見，即使日本官方也將『漢方』納入健保，但不如臺灣蓬勃發展；臺灣每年中醫看診人次超過4000萬人次，並逐年攀升。中醫界希望利用中醫『上工治未病』（唐代名醫孫思邈的名言，意味上承的醫術不在於治療已

經出現的疾病，而是重在養生保健）等傳統預防醫學概念，讓民眾維持健康，對民眾是好事。」

巫醫師強調，民眾傳統觀念中，中醫是治療疾病，調理體質的最佳利器，其實中醫最大強項，就是預防醫學的觀念，因此，中醫巡迴醫療團隊提供醫療服務之餘，也特別強調衛教，對民眾幫助甚大。

中西醫兼容並蓄 減少罹病風險

因從小接受紮實的傳統中醫學徒訓練，又曾在高雄醫學大學接受現代科技教育，有碩士的完整學歷，巫醫師認為自己在中、西醫療知識衝擊下，會特別注意民眾基本健康數據，除了門診時由他利用中醫「望、聞、問、切」的方式診察外，也常態性利用西醫的檢驗科技，希望病人能到醫院進行完整生化學檢查：「舉例來說，如果病人需要進一步做心臟方面的檢驗，就會轉診到醫院心臟內科，進行心電圖檢查，即是利用西醫的科技，驗證中醫的診斷與治療。」

因此，巫醫師在看診時，都會要求病人先量血壓，也進而篩檢出許多潛在高血壓病人，再轉介到醫院或診所的內科進一步檢查，做積極治療：「中醫的確可以治療高血壓的病人，但對某些急重症潛在患者，還是適合轉介到醫院，例如血壓之收縮壓高達200(mmHg)時，

有中風的危機，就必須告知病人盡速到醫院就診。身為醫師，最大責任，就是即刻解除病人罹患重大疾病的風險。」

事後，病人都會到診所感謝巫醫師的即時提醒與做法，對這種看病模式表示認可。對巫醫師來說，「這就是關心病人的表現，因此，不少病人慢慢成為我的朋友。中醫以『望、聞、問、切』實際接觸病人，原理就是『以人看人』，利用人與人之間的互動做醫療行為，也可以藉此從事衛教與預防醫學，適時灌輸病人養生保健的知識與概念。」

服務民眾為第一優先

臺灣醫療產業目前面臨許多難解的問題，例如醫療糾紛頻傳、內外婦兒急診「五大皆空」等等，以致醫師不再受到應有的尊重，新生代醫師對於職業本質產生疑惑。

巫雲光醫師認為，不論年輕醫師認為這個產業是否與自己興趣相符，但既然進入這個產業，就要把「服務民眾」的信念擺在第一位，透過醫療工作，努力去經營，做好應有本分，把學到的醫療服務技能運用在民眾身上。

「對年輕醫師提出這些建議，不是要他們認命，而是期許他們要有使命感，對醫療產業充滿信心。這是救人的行業，身為醫師，必須在其中培養成自己的興趣。當然，除非你的興趣與醫師職業相符，否則要達到『樂在其中』的終極目標不是一蹴可幾之事，而是得在醫療行為執行，以及與民眾互動中慢慢體會與了解。」巫醫師語重心長地提醒年輕醫師。

其次，巫醫師也期許年輕醫師要把「醫療利益」的觀念淡化，擺在最不起眼地方：「執行醫療行為就有費用產生，這是自然而然的事，不需要刻意追求，不要為了賺錢而想從民眾身上獲得更多利益，強求違反醫療提供者的本分。」