

論所謂

目前所謂「我國醫師缺乏」，已成爲全國上下一致重視的問題。教育部爲了解決此問題，乃「破例」准許陽明醫學院的設立。並且同意衛生處的台灣省醫護人員養成計畫，該計畫包括二百名醫科公費生的設置。現在我們來談談我國醫師缺乏的來龍去脈，以及教育部目前的做法，是否可以解決問題。

近年來，大家所以注意到這個問題，大概是由幾件事情所引起，例如：有些偏僻地區的衛生所居然沒有醫師；鄉下地方有病不易找到醫師；大街小巷密醫林立，使人聯想到一定是醫師太少，才會有冒牌的應運而生；而最近國內報紙又爭相報導，某大醫院收費昂貴，某大醫院拒收貧苦病人；某些醫師醫德低落等等，

社論

本社

「醫師缺乏」問題

使人聯想起醫師一定是因物稀而貴，才會亂擺架子。諸如此類，讓大多數人都會有醫師缺乏的幻覺。當然權威的統計數字是免不了的。根據前衛生署長顏春暉先生的統計資料，台灣的醫師有一一、七七六人，大約是每一、三〇〇人有一位醫師，或者每一萬人口有七、七位醫師。按照世界衛生組織的標準，每一萬人應有十位醫師，比起來算是少了一些。若以先進國家的目標，則以每六百人有一位醫師為理想。當然更顯得不足。既然衛生所找不到醫師，鄉下沒有醫師，醫費昂貴……，又有統計數字擺在眼前，不容你不相信。報紙理直氣壯的以大標題報導「我國醫師缺乏」，大家乃認定台灣目前問題就是醫師缺乏。但是，我們不要被一些片斷的新聞和統計學的數字遊戲所愚弄。台灣目前的醫界是有問題，但絕對不是增加醫師就能解決，如果只是盲目的大量製造醫師，不僅無補於事，反而會造成更惡劣的局面。

今年二月二十六日的中央日報，有一篇邱武雄醫師的文章，邱醫師乃是最近由美國返國講學，他在該文「我國醫師的質與量」，引用許多美國目前醫師的實際情況，作為國內的比較，應該是比較客觀。茲摘出其中兩段：

「外國專家醫師比直接診療醫師多。就美國來說：一般開業醫師只佔全醫師人數之十七%。我國現況則幾乎每個醫師都作直接診療工作。即使掛的牌為外科或兒科，也不拒絕感冒或胃痛的病人，掛內科也不拒絕輕傷病人。美國只有一般開業醫師才做第一線診療工作。其他專家們只看一般開業醫師介紹來的專科病症

，不看自己找上來的普通病人。這樣比較，我國無疑的有比較多的第一線診療醫師供大眾利用。第一線診療醫師的數目在醫學先進國家都以每三千五百人口一位醫師為理想。我國直接診療醫師在數目上實在遠超過理想數目而且並不缺乏。」

「不患寡而患不均：如果我的持論正確，亦即我國醫師，尤其直接參加診療工作的醫師數目不缺乏，然則為何衛生所聘不到醫師？地方衛生人員為何不足？理由非常單純：我們不患寡但患不均。試看台北市大街小巷三步一診所十步一醫院，外國那有這種現象。我國全國醫師總數的近乎一半集中在台北市，其他醫師也都集中於大鄉鎮城市。分佈不均的現象却是古今中外共有的現象。美國有三十餘萬的醫師，但鄉下小鎮却也有不少『無醫村』。這證明醫師數目再多，分佈不均的現象並不會完全消失。醫政當局都深曉其中原由，也在努力改正這種分佈不均的現象。」

由邱醫師的報導，我們可隱約看到，台灣目前的第一線醫師早已過多矣，若有所謂「醫師缺乏」乃是醫師分佈不均所造成。又以美國為例，我們就是光造出再多的醫師，這分佈不均的情形也是無法解決。此外，我們也會感覺台灣專家醫師的比率太低了。這就要牽涉到另一個更值得重視的問題，那就是「國內醫師素質的再提高」。

現在台灣大多數的醫師雖然都在做第一線的醫療，但是我們必須了解。從事第一線醫療的醫師並非不必經過訓練就可草率開業，他們

必須具備全科醫師的實力，對各科都得有相當的經驗和技術，一方面作一般疾病的處理，一方面還要將病人推薦至適當的專科醫師作進一步的診治。而台灣的開業醫師，有多少比率具有這種能力，實在令人懷疑。有多少開業醫師願意將病人推薦給適當的專科醫師？而台灣目前又有多少夠水準的專科醫師呢？這些問題產生的原因很多，但是最主要的乃是國內醫學生畢業後的訓練環境太差，也就是所謂 post-graduate education 沒有軌道。

一個醫學院畢業生，並非已具備足夠的技術與經驗，雖然在學校時也有實習課程，但與實際應用仍然相距甚遠。以一般外科而言，七年的醫科教育，尚不足以獨當一面作闌尾切除術。因此畢業後在醫院擔任住院醫師繼續接受四、五年以上的正規訓練，才稱得上一個起碼的專科醫師。即使將來預備作一般開業醫師，也得在醫院中受全科醫師的訓練，才能勝任第一線醫師的工作。這裏所指的醫院，乃是設備完善，師資整齊的教學醫院；或者退一步也得是設備齊全、人員充足的大醫院而言。因為沒有良好的訓練環境，根本造就不出夠水準的醫師。然而俯視全台灣，到底有幾座夠得上這種要求的醫院。目前國內每年有四百多名的醫科學生畢業，他們到那裏去接受訓練呢？以台北市的市立醫院而言，每次招考若干名住院醫師，總會招來數倍以上的申請人參加角逐。記得去年市立和平醫院招考住院醫師，一下子有十倍以上的人來申請，當時在報紙上還成了不算小的新聞。（例如聯合報就曾以很大的篇幅加

以報導）。以目前市立醫院的人手和設備，專門用來訓練醫師本來就不夠理想，但仍然有許多無法擠進去。而這些人勢必草率地開業，參加醫療工作的行列。想到有多少這樣的醫師在從事濟世救人的工作，怎不令人心驚膽寒呢！由於國內的學習環境太差，因此許多醫學生畢業後就直赴美國。根據台大的資料，台大醫科光復後共畢業二、三四人，其中有一、二、三〇人（百分之五十五）留在國外。台北醫學院雖沒有正式統計，但若翻開通訊錄，可以發現前幾屆的畢業生留美、留日等，在國外者，其人數實在驚人。我們幾乎可以說，醫科畢業生大致有三條路：第一、出國，第二、在各大醫院中繼續接受訓練，第三、草率地自行開業行醫。

過去醫生大量外流到國外，造成國內醫師的缺乏，但是最近美加等地區已採取行動抵制外來的醫師。因此我們可以預料，今後留在國內的醫生會逐年增加，而教育部又核准新的醫學院設立，及公費生制度，表面上是想解決問題，實際上僅僅造成醫師素質的更降低。因為國內足以訓練醫師的大醫院本來就很少，今後國內醫學畢業生的數目會逐漸增多，他們當中必然有更多的人，會被迫走上第三條路——勉強草率地開業。這不是很明顯嗎！前面已經提過，國內目前缺乏的並不是素質差的開業醫師，而是訓練有素的專科醫師和全科醫師。我們還要提醒教育部，不論新醫學院和公費生，都要在七年後才有第一批畢業，其數目亦不過百名左右，而七年後後現有的醫學院已有三千名以

上的醫科學生畢業，因此大約一萬人口可有十位醫生，已達世界衛生組織的標準。到那時，只是造成多餘而粗製濫造的醫師而已。台灣真正的問題是醫師分佈不均，在台北街頭望眼過去，到處都是醫院診所（但設備夠水準者少矣！），而鄉下僻遠地區連衛生所都沒有醫師。僅僅造成更多的醫師並不是就能解決問題。根據邱武雄先生的報導，在美國有三十餘萬醫生，但鄉下、小鎮無醫師者，仍然屢見不鮮。國內過去放寬了退除役官兵醫事人員考試，醫事人員突然大增，但是目前沒有醫師的地方情況並未改善，僅是都市中的醫生又增加了。也就是說，大量製造醫師，不但沒有解決問題，反而降低素質。

真正解決問題應該由「質」的提高，和「量」的平均分佈，同時着手——那就是加強「醫療建設」：

關於質的提高，國內應成立更多設備完善的醫學中心或大醫院，造成良好的訓練環境，一方面可以容納醫學畢業生繼續訓練，提高醫生水準。一方面又可以防止醫學生外流。關於量的平均分佈，應在全省各地普遍設立夠水準的公立醫院。目前，台灣省仍有雲林、苗栗等十縣左右，尚無省立醫院，即有者，亦多破舊，不合標準，如此設備，就是有醫師又如何發揮功效。過去衛生所常缺醫師，其最根本者，乃因衛生所屬於行政機構，簡陋的設備，完全

不足以吸引求知心切的年輕醫師，因為他們在那兒既無法發揮所長，也學不到新的知識和技術。若是設備完善的醫院就不同了。因此在全省設設夠水準的公立醫院，可吸引年輕的醫師，使醫師能分散到全省各地。如此一來，醫科畢業生既可不出路問題，又可造成醫師人口的平均分佈。

目前仍有大量醫師留在美、加、日本等地不願回國，我們不敢說沒有其他私人因素，但大多數乃是因為國內醫療環境不佳，例如：醫院設備落伍，許多新技術回國無法發揮；醫事法規的不完善或者不能有效推行，造成密醫、偽藥、醫藥不能分業等混亂局面。如果由上面幾點著手加以改善，短期內會有大量優秀的醫師回國。愛國、愛鄉之心人皆有之，況且美加地區對外國醫師的抵制行動已愈來愈明顯，如果國內醫療環境合乎理想，絕大多數的醫師都會回來。有如此質量俱佳的來源，為何一定要捨近求遠設立新的醫學院，造成新的混亂。

我們最近如火如茶地在推行十大建設，其實醫療建設也是直接關係到國計民生，人民的生命得到保障，才有富強康樂的國家。建工廠、船廠、修鐵路、高速公路，僅能使我國成為開發中國家的佼佼者，夠水準的醫療建設才能使中華民國擠入先進國家的行列。而所謂「醫師缺乏」的問題，在醫療建設完成以後，都能圓滿解決。