

群體

醫療中心之評估

一、收費是否偏低

雖然大部份支援群體醫療執業中心的教學醫院，似乎還不曾考慮到將來的收支問題，但收費偏低確實可能成為這項計劃的問題之一。

按照衛生署所擬定的辦法，群體醫療執業中心的收費，將完全比照省市立醫院的標準。問題是，省市立醫院目前的收費似乎過於「不計成本」。

省市立醫院目前的門診掛號費是，初診十四元，複診七元，醫師診療費二十八元。這樣的標準能夠維持收支平衡嗎？

最近，衛生署詳細分析了省市立醫院的收支情形，發現所有醫院如果沒有政府補貼的公務預算，財務狀況都呈入不敷出。

衛生署發現，省市立醫院去年的平均收支，收入只有支出的四分之三。即使是經營狀況較佳的省立桃園醫院，每支出十塊錢，仍然只能收回八塊。

目前，負責支援的教學醫院都不考慮這個問題，主要原因是醫師已有固定的收入，他們根本不在意群體醫療執業中心的盈餘。但是，主政者卻不能不考慮兩年以後，這項計畫結束時的後繼問題。

有人擔心，假使群體醫療執業中心爲了收支問題，也出現醫師濫給藥或濫檢查的情形，後果就不堪設想了。

目前的省市立醫院就是如此。衛生署一名官員曾說：「公立醫院的收費偏低，但是，大部分到公立醫院就診的病人卻發現，他們的花費並未因而較少。」

省市立醫院部分醫師向病人收紅包，向藥局索回扣，已經不再只是傳聞了。這些惡劣現象會不會帶進衛生所呢？

鹿谷鄉農會診所在去年四月間開幕。去年的八個月中，每月門診病人數平均在一千三百人以上，結果，他們還虧損了十多萬元。

農會診所醫師楊英哲說：「好在農會診所目的在服務農民，虧損可以由農會的盈餘補貼。」

問題是，楊英哲在農會診所的待遇是月薪六萬元，是群體醫療執業中心保證醫師收入的下限。

楊英哲認爲，鹿谷鄉農會診所的人事費用稍高，占總收入的百分之四十七。但與即將開辦的群體醫療執業中心相比，由於後者的淨收入中必須提出百分之二十，歸衛生所協辦人員分配，收入情況可能更重要差些。

群體醫療執業中心將比照省市立醫院收費，但省市立醫院的收費偏低，而群體醫療執業中心的收費又不可能高過省市立醫院，這個問題似乎只有一個解決辦法：提高省市立醫院的收費標準。

事實上，有關單位正在研究提高公立醫院的收費標準。問題是，詳細辦法一直遲未提出，更談不上付諸實施，而群體醫療執業中心已開始陸續開辦了。

在收費方面，鹿谷鄉農會診所是一個很好的例證。該診所屬於農會的附屬事業，目的在爲農民服務，因此收費比照省市立醫院的標準，門診掛號費七元，診察費二十八元，藥費按成本加兩倍。

如果群體執業中心每月的盈餘還不能保障醫師的六萬元收入，這項計劃顯然將面臨澈底的失敗。

群體醫療執業中心的一個主要目的是，建立群體執業的觀念，將衛生所的設備與儀器提供醫師，以自行開業方式來集體執行門診醫療工作，一方面提高醫療素質，一方面發揮衛生所設備的使用率，使衛生所確實肩負基層醫療服務的功能。

然而，這個構想的前提是，必須能夠提供執業醫師合理的收入，醫師才會願意前往執業。如果群體醫療執業中心無法保障這個收入，還能奢談其他嗎？

二、醫師下鄉適應問題

試辦群體醫療執業中心可能遭遇到的一個問題是：將大型教學醫院的專科醫師派往基層服務，他們能夠適應嗎？

馬偕醫院支援台東縣成功鎮衛生所的構想是，輪流派遣內外婦兒四大科中兩科的醫師各一名，搭配前往服務。這個構想表面看起來無懈可擊，實際卻未必可行。

一名曾在雲林縣四湖鄉衛生所服務過的醫師說：「如果派婦產科醫師下鄉服務，大概只有納涼，看報紙的分。」

在鄉下地方，婦女通常會拒絕男性婦產科醫師的檢查，這不是推測，而是經驗。

根據統計，成功鎮衛生所去年接生的人口數有兩百五十人，比當地助產士接生的兩百一十人還要多。成功鎮有六名開業醫師，去年的總接生數只有一百四十人。

田玉雄說，這是因爲衛生所護士在做家庭訪視時，嚴密追蹤接近臨盆的孕婦，配合衛生所助產人員的努力結果。

但在平常，衛生所服務女病人的最大宗是安裝樂普，而這也是護產人員的工作，醫師幫不上多少忙。

田玉雄說：「大部分女病人寧願趕到台東市，找陌生的醫師診治疾病。」

大型教學醫師通常不會想到這種特殊的現象。大型教學醫院所訓練的專科醫師，無論在診斷疾病或必要的處置方面，可能都需要一段適應的時間。

在鹿谷鄉農會診所執業一年多的醫師楊英哲說：「對這一點，我只有採用一些變通的辦法。」

他的辦法是，當婦科病人上門求診時，聽過病人的上訴後，開給他們一些較廣效的藥。至於產科病人，則由診所中的護士直接處置，他在一旁指導。

縱使這樣變通了，鹿谷鄉農會診所的女病人人數仍然偏低。

台東縣成功鎮衛生所也遇到相同的情況。在全省的衛生所中，成功鎮衛生所是醫療業務較佳的一所，每月處理的門診病人有八、九百人。

成功鎮衛生所主任田玉雄醫師是高醫訓練的山地養成醫師。他說：「許多女病人和我熟了，反而不好意思給我看。」

譬如在榮總勘察宜蘭縣三星鄉衛生所時，發現衛生所所備置的藥品，百分之八十是成藥，令他們大爲驚訝。對此，省桃副院長戴東原說：「這是很可能發生的現象。」

戴東原過去曾在一所公營企業診所服務，診所內的藥品大部分正是成藥。戴東原說：「我只有向主管人員要一張藥品細目，抽空了解各種成藥的成分，用它們來治病。」

在衛生所服務的醫師，診察病人時當然無法像在大醫院那樣，一旁有護士或住院醫師協助，記者在鹿谷鄉農會診所與成功鎮衛生所採訪時，發現診察室中只有醫師一人在看病。

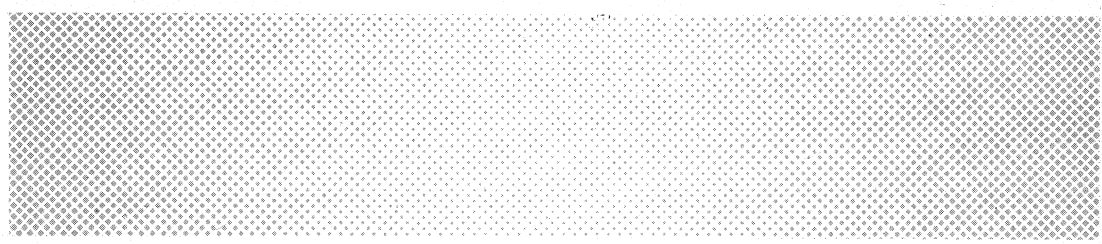
醫師除了要問病史、病情、記病歷外，還得親自爲病人量體溫、測血壓、開處方箋。田玉雄說：「打針就交給護士了。如果還要我替病人打針，一定忙不過來。」

鹿谷鄉農會診所和成功鎮衛生所的病人型態，大致差不多：病人以慢性病為主，兒科病人則大部分只是傷風感冒。

在群體醫療執業中心的辦法中說明，醫師應該以全日應診為原則，必要時可以開辦夜間門診和假日門診。這也是一個值得注意的問題。

衛生署醫政處代處長葉金川說：「我們希望支援醫師能開設夜間門診。」但是，一部分醫院打算在群體醫療執業中心的開辦初期，只派遣一名醫師前往服務，並且很難開設夜間門診。

楊英哲認為，在農民較多的地區如果不開夜間門診，可能會嚴重影響業務。



在試辦群體醫療執業中心的十二個鄉鎮中，不少是以農業維生的地區。如果前往支援的醫師不能考慮開設夜間門診，群體醫療執業中心的作用顯然會大打折扣。

此外，大部分醫院都已考慮到醫師輪派的方式問題。醫師的輪調如果太慢，會影響他們個人的訓練與學習，但若輪調得太頻繁，醫師無法與地方民衆建立關係，又可能影響醫療的效果，由於大部分醫院無法調派出專職的人選，到目前還是一個有待解決的問題。

不過，許多醫院已經考慮到，至少派出的醫師必須個性隨和、容易與病人接近。高醫保健科主任劉宏文說：「院長已經交代，一定要找比較擅於社交的醫師。」

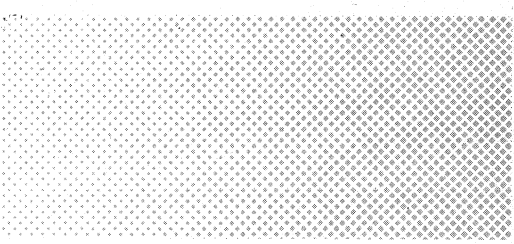
對於醫師輪調與個性的問題，鹿谷鄉農會診所醫師楊英哲的一句話很值得回味。他告訴記者：「現在，我在這裡已經不是為農會總幹

譬如鹿谷鄉的農業人口占百分之九十二，因此，農會診所每天的應診時間是：上午八至十二時，下午二至五時，夜間七至九時。換言之，楊英哲每天得看九小時門診，而診所的休假改在星期一。

楊英哲說：如果天氣不佳，白天的病人會多些，但若逢大晴天，病人白天得到田裡工作，只有夜晚有時間看病。

他說：「有時，一整天只看十個病人，到夜晚的兩個小時卻得應付五、六十個病人，讓我不得不加班看病。」

成功鎮衛生所按公家機關作息時間應診，但田玉雄說：「夜晚也經常有急診病人。好在我的宿舍就在衛生所附近，可以及時趕來。」



事或診所主任服務，而是為在這裡結識的許多朋友服務。」

三、建立轉診後送制度

國際醫療顧問公司遠東經理張錦文認為，由省立醫院負責支援群體醫療執業中心，成功的機會會大於由教學醫院直接支援。

張錦文說：「我沒有參與群體醫療執業中心的作業與協調，不該妄下評斷。不過，從群體醫療執業中心的各項目標來看，讓省立醫院去負責顯然更理想。」

換句話說：部分省立醫院迫切的需要支援，而支援這些省立醫院更有意義。

從一些實際的狀況來說，教學醫院支援省立醫院，而由省立醫院支援群體醫療，地實際作業時會更便利，也使群體醫療的計畫更容易獲致成功。

譬如說：群體醫療執業中心的一個目標是，建立轉診後送的制度。按衛生署的構想，群體醫療執業中心可以先建立兩級轉診的雛形，並在兩年後這項計畫結束後，將執業中心交給當地省立醫院，同時成立三級轉診制度，真正建立起台灣地區的醫療網。

問題是，為什麼不直接讓教學學院支援省立醫院，由省立醫院支援群體醫療呢？

據了解，衛生署擔心的困難是，目前大部分省立醫院的素質太差，而衛生署在設置執業中心的同時，也在進行公立醫院的改革。衛生署的想法是，當執業中心的計畫結束時，省立醫院的改革也將出現眉目，可以接續執業中心的業務。

事實上，在這次的群體醫療計畫中，衛生署也選擇了兩所較上軌道的省立醫院，桃園及



就醫院間的協調與溝通而言，省立醫院多少還保留有研究氣息，與教學醫院來往時雙方會比較輕鬆。將大醫院的專科醫師直接派赴衛生所執業，不但醫師在行醫時需要適應，還難免保有一些大醫院的「架子」，可能形成雙方溝通的困難。

省立醫院與衛生所直接來往，也有許多方便之處。記者在這次巡迴採訪時發現，省立桃園及台南醫院，對於辦理群體醫療執業中心都有相當信心。相反的，台大醫院支援澳底保健站雖然已有多年經驗，仍為執業中心可能發生的一些困擾頭痛不已。

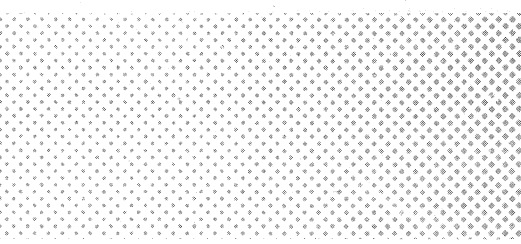
其間的差異，主要在於省立醫院與衛生所在體系上比較接近。省立醫院早已熟知各種公務上的繁雜程序，對於基層醫療服務多少已有經驗，甚至在處理一些問題上也有其便利之處

台南，負責支援三處執業中心。但在根本上，省立桃園與台南醫院仍然屬於二級以上的教學醫院。

最近，長庚醫院由於人力關係，考慮由省立苗栗醫院派出醫師，在長庚接受短期訓練後，派赴苗栗縣大湖鄉支援。但是，苗栗縣政府及衛生署都否決了這一建議。

高醫由於距離屏東縣車城鄉太遠，原先計畫支援省立屏東醫院恆春分院，而由該分院遣醫師支援車城。然而，高醫發現整個恆春分院實際上只有一名醫師，只得打消了這個念頭。

從這兩件事看來，固然可以發現省立醫院的問題太多，根本負不起支援群體醫療的任務，但也發現另外一個問題：部分省立醫院似乎比衛生所更需要支援。



譬如藥品採購的問題，部分教學醫院目前還莫知所從，部分教學醫院則建議自行採購以降低成本。這在省立醫院似乎不成問題。

省立桃園醫院副院長戴東原指出，不論省立醫院或衛生所，藥品採購都得經過一定程序，統一採購。在省桃而言，只要了解群體醫療執業中心的藥品用量，一切問題都可迎刃而解。

此外，部分省立醫院也確實需要支援。譬如馬偕醫院支援台東縣成功鎮衛生所，假使發現需要後送的急診病人，直接送回台北的可能實在不大，只有後送往省立台東醫院了。

問題是，假使省立台東醫院認為病人不合急診條件而拒絕，怎麼辦？這不是假設，雲林縣四湖鄉衛生所就曾碰過這個問題。

省立桃園醫院內科醫師江昭興指出，他在四湖行醫時，曾經後送一名病人到榮總台中分院，沒想到竟遭該院拒收，理由就是「與急診條件不合」。

江昭興說：「四湖距離省桃太遠，病人只能後送到榮總台中分院。但從四湖到台中，需要兩小時車程，醫師無法保證病人的病況變化，但要讓病人白跑這麼遠的路，未免令人過意不去。」

假使教學醫院與省立醫院間有支援的關係，情況自然不同。

省立台南醫院院長陳金樹認為，省立醫院支援群體醫療，另外一個方便處是，省立醫院早已習慣支援基層的醫療服務，作業起來自必得心應手。

可能發生困難的是，執業中心如果發現嚴重病人，必須立即後送往負責支援的教學醫院，但許多教學醫院並不是公、勞保指定醫院。

在群體醫療所支援的十二處執業中心附近，大部分居民是勞保病人。然而，目前三總、國泰與彰化基督教醫院都還不是勞保指定醫院。

勞保局總經理王家銓指出，為了配合解決這個問題，勞保局在新近擬定的轉診醫院設置辦法中，已特別將上述三所醫院納入轉診醫院，以配合群體醫療作業。

王家銓說，轉診醫院設置辦法將在這兩天報內政部。他相信很快會有結果。

按衛生署的了解，三總支援的群體醫療執業中心將於八月一日開始，國泰與彰基所支援的也將在九月一日展開。轉診醫院辦法如果不能在這段時間之前付諸實施，對幾所醫院的後

更值得注意的是，有關單位雖然正在加緊進行各項配合措施，然而，似乎沒有人敢保證公立醫院會在兩年內展開改革。

群體醫療執業中心已經開始進行了。現在討論這項計畫應否由省立醫院居間協調，似嫌略遲。不過，出於改善基層醫療服務的觀點，這個問題似仍值得有關單位斟酌。

四、公勞保問題

對於群體醫療計畫的成敗，公、勞保業務的配合將有舉足輕重的影響。問題是，公、勞保的配合措施到現在還很令人擔心。

按照群體醫療執業中心的設置辦法，各處執業中心在成立時，將同時成為公、勞保的特約診所，處理公、勞保病人。

送病人，會發生嚴重影響。問題是，這項辦法能夠如期實施嗎？

另外一個問題是，群體醫療執業中心只是勞保局的特約診所，而勞保局對於特約診所的給付都有所謂的「免審範圍」限制。

過去，幾乎所有勞保指定醫院都在抱怨，勞保局設定給付的「免審範圍」後，成為一個限制。醫師對於特殊病人所耗用的醫療費用超過這個限制時，往往遭到勞保局刪除，形成「呆賬」。

雖然勞保局一再強調，指定醫院對於勞保局刪除的部分如有不滿，可以提出申復。但一所省立醫院表示，他們申復的成功率大約只有百分之十五。

省立醫院似乎沒有必要在醫療費上動手脚，同時，他們遭刪除的金額也無法用其他方法彌補。這確實是一大困擾。

如果按照目前省立醫院的收費標準，群體醫療執業中心每看一名病人，只能收取掛號費初診十四元或複診七元，醫師診察費二十八元，還經得起勞保局的刪減嗎？

據了解，目前，勞保局對於澳底保健站的給付依照台大醫院的標準，沒有「免審範圍」。不過，其他地方就不那麼幸運了。

譬如省立桃園醫院所支援的雲林縣四湖鄉，每張勞保門診單的「免審範圍」，只有一百一十元。台東縣成功鎮衛生所的「待遇」好些，每張一百二十五元。

成功鎮衛生所主任用玉雄說：「如果情況特殊，一張門診單偶爾可以高到一百五十元。如果再高，就要遭到刪減了。」

問題是，四湖或成功的勞保給付「免審範

此外，該診所一年多時間處置的急診病人，總數為兩百六十人，總收款四萬六千六百餘元，平均每人將近一百八十元。

拿鹿谷鄉農會診所的收支來比較，四湖與成功的勞保「免審範圍」顯然都偏低了。

然而，勞保局能夠同意提高特約診所的「免審範圍」，而且至少應該高至每張門診單一百六十元以上嗎？對勞保局的財務狀況來說，這實在是一大考驗。

衛生署試辦群體醫療執業中心，最後的目標是使各處執業中心都能在財務上自給自足，而醫師也能從中獲取合理的報酬。如果勞保病人比例太高，而勞保局的給付又偏低，群體醫療執業中心的成就就太有限了。

更重要的是，相信勞保局、衛生署、負責支援的教學醫院，以及各處執業中心都不會願

意，群體醫療執業中心為了收入，也步入一些勞保特約診所的歧途：多收勞保門診單，或甚至拿味精換取勞保單。

對於這個問題，不妨拿鹿谷鄉農會診所的收支情形來做個比照。

鹿谷鄉的居民中，百分之九十二是農民或農眷，看病都需自費，而鹿谷鄉農會診所的設立目的，也在為當地農民服務。因此，該診所的收費比照公立醫院，只收門診掛號費七元，醫師診察費二十八元，藥費則按成本加兩成。

但自去年四月至今年六月，鹿谷鄉農會診所的門診病人共一萬九千兩百人，總收入為新台幣三百零七萬三千八百三十五元。每名病人平均消費一百六十元以上。

值得注意的是，依鹿谷鄉農會診所的估計，去年他們還虧損了十萬餘元。

意，群體醫療執業中心為了收入，也步入一些勞保特約診所的歧途：多收勞保門診單，或甚至拿味精換取勞保單。

勞保局如果不從速研究執業中心的「免審範圍」，不能在合理範圍內提高這個限制，不能信任由教學醫院直接支援的群體醫療執業中心，相信勞保局往後的困擾會更多些。

五、人力來源

群體醫療執業中心所需要的人力，的確是一個嚴重的問題。

在部分負責支援這項計畫的教學醫院中，抽調醫師已經成為困擾。在衛生署當初為此計畫而召開的協調會中，榮總院長鄒濟勳即曾表示過這一困難。

最近，長庚醫院由於已簽約的四十餘名住院醫師中，只有半數報到，嚴重影響到醫師的人力，不得不宣布延遲支援苗栗縣大湖鄉的基層醫療工作。

此外，省立台南醫院院長陳金樹雖然一再向記者表示，支援台南縣七股鄉的群體醫療執業中心絕無問題，且將如期展開，但該院的醫師人力卻不能不令人擔憂。

目前，省立台南醫院尚缺三十餘名住院醫師，但該院尚需支援台南縣關廟、麻豆、後壁及竹崎等地衛生所的醫療業務，還要派醫師在烏脚病防治中心駐診。該院又將支援省立澎湖醫院兩名醫師。

除了醫師人力外，大部分教學醫院似乎都沒有考慮到其他醫事人力的困難——實際上，這可能是更大的問題。

了解了衛生所護士的每月工作量，確實發現她們如果不採取一些「變通」的方法，實在很難達成上級所要求的基本「目標」。

目前，每名衛生所護士每月必須完成全民健保卡四十八戶，為四十歲以上居民測量血壓、驗尿，並建卡管理。在婦幼衛生方面，每月得完成七名孕婦的產前檢查，七名產婦的產後追蹤，以及七名新生兒的護理。在家計方面，每月得完成七個家計指數，也就是勸導七人安裝樂普。

達成上述三大目標後，每名護士的工作才只算是「及格」而已。

除了三大目標外，衛生所護士還要兼辦防疫工作與門診作業。此外，他們還需處理各種行政業務、緊急臨時業務，以及性病防治與防癆工作等。

依群體醫療執業中心的工作辦法，新成立的執業中心必須利用衛生所原有的護產、檢驗及行政工作人員。只要在執業中心的每天就診病人平均超過五十人時，可以從執業中心的收入中支薪聘雇一名護士。

因此，所有支援醫院都計畫在成立執業中心之初，可以利用衛生所原有的人員。問題是，他們似乎並不了解衛生所護士目前的工作負荷。

省桃內科總醫師江昭興曾在四湖鄉衛生所服務過，並詳細估算過衛生所護士的工作量。

江昭興說：「結果讓我大吃一驚。我發現，每名護士的工作量平均超過她們負荷量的一倍。她們雖然都工作得非常認真，卻總是做不完。」

每項工作幾乎都得撰成報表，滙總後呈交衛生局檢查。同時，為了完成公共衛生的三大目標，每名護士每月幾乎有一半時間得在外進行家庭訪視。

護士的工作量如此，他們還能抽出多少時間協助門診業務呢？

因此，成功鎮衛生所的每月門診量雖然只有八、九百人，台東縣衛生局已設法另行抽調出一名護士前往支援。

成功鎮衛生所主任田玉雄說：「假使只利用原有的護士人力，假期還要她們值班，實在不太可能。」

又如鹿谷鄉農會診所，護士雖然不需要兼辦各種公衛工作，該所卻聘了三名護士協助醫療作業。

由於台大醫院所支援的澳底保健站中，目前有衛生單位調派的護士協助支援醫療作業，所以連台大醫院一般科主任謝維銓也沒有考慮到這個問題，其他醫院就無庸多說了。除了護士外，檢驗人員也很成問題。目前，許多衛生所連檢驗的設備都沒有，更談不上檢驗人員了。

譬如台東縣成功鎮，田玉雄指出，全鎮目前有兩萬七千人口，卻沒有一部X光機與檢驗設備。因此，他殷切期盼馬偕醫院前往支援時，能夠解決這個問題。

田玉雄說：「所幸我已經有十多年的行醫經驗，即使沒有檢驗設備，大部分疾病仍能判斷正確。不過，如果實在判斷不出，就只有請病人到台東就醫了。」按衛生署協調的結果，對於各地的群體醫療執業中心，省衛生處將分別負責提供X光機及救護車，縣市衛生局則負責救護車司機的薪金。

問題是，檢驗人員及X光檢查人員，在聘雇上也可能會發生困難。即使縣市衛生局得以提供救護車司機的待遇，省桃副院長戴東原說：「要一名司機從早到晚值班，似乎不可能，但要想聘兩名司機輪班，我想大概更不可能。」

在這些情況下，各支援醫院對於衛生所的既有人力，實在不宜抱太樂觀的態度。

相反的，成功鎮衛生所目前雖沒有救護車，在緊急需要後送病人時，卻可以要求當地一一九協助——不但沒有購買救護車的問題，也沒有聘雇司機值班的困擾。

否則，群體醫療執業中心到時候可能得像鹿谷鄉農會診所，由檢驗員兼救護車司機了。

六、家庭醫師制度

群體醫療執業中心的一個目標是，藉此引起醫界與社會重視家庭醫學，推動家庭醫師的制度。

雖然群體醫療執業中心才剛起步，大部分執業中心尚未開辦，已可約略看出這項計畫未來在這方面的成就了。

衛生署在今年初已經決定，由省立桃園、台南醫院，以及高雄市立民生醫院試辦一般科，推動家庭醫師的訓練工作。

但在實際上，醫學界對於這項決定並不十分樂觀。許多人認為，除了省桃與台大有合作關係外，其他醫院沒有人了解家庭醫學，當前的醫療制度又無法配合，訓練家庭醫師極可能流為紙上談兵。

群體醫療執業中心設立以後，轉診制度逐漸成型，是有利於發展家庭醫師的一個前提。

更令人樂觀的是，大部分負責支援群體醫療的教學醫院，似已開始重視家庭醫師。許多醫院認為，家庭醫師是支援基層醫療最理想的人選。

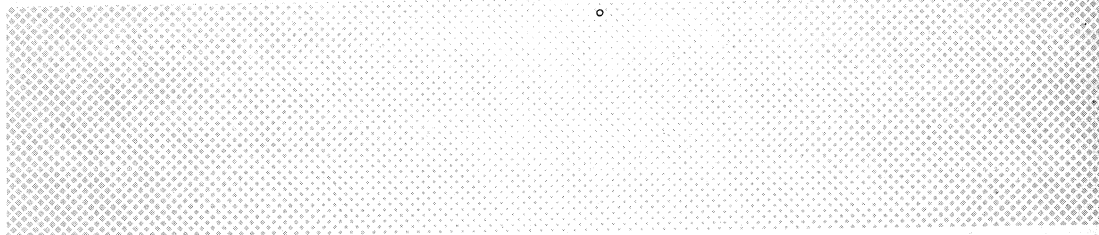
台大醫院目前在支援澳底保健站時，非但完全以一般科醫師為主力，一般科還在當地進行多項公共衛生方面的研究。

但據了解，該院一般科成立以後曾經經過一番艱苦奮鬥。由於一般科的住院醫師必須輪流派往各科接受訓練，而各科對於一般科的認識不夠，往往給他們難堪或阻抗，形成訓練過程的困惱。

換言之，可能是因為院方對一般科的支持不夠，台大醫院成立一般科雖然已有多年，卻一直無法發揮他們應有的作用。

群體醫療計畫展開後，台大醫院一般科的地位突然重要起來。目前，除澳底保健站外，台大與國泰醫院合作支援的雙溪鄉執業中心，也已決定選派該科的醫師前往服務。此外，該科醫師目前也在省立桃園醫院，負責家庭醫師的訓練工作。

省桃在這方面的條件較好。依教育部與衛生署的協調，陽明醫學院的公費畢業生中，百分之四十五撥交衛生署訓練及運用。衛生署決定，其中半數以上將接受家庭醫學訓練後，派赴基層服務。目前，第一批走家庭醫學路線的陽明公費生正在省桃接受訓練。



他指出，高醫發現，省立台東醫院恆春分院的醫師人力不足。在未來幾年中，如果該院同意，高醫或許可以與他們合作，一方面訓練家庭醫師，一方面改善恆春一帶的醫療情況。

此外，省立台南醫院院長陳金樹也認為，支援群體醫療應該由家庭醫師負責。他說，他期望陽明公費生明年能夠分發到省立台南醫院，協助群體醫療執業中心。

陳金樹還說，他已初步與高醫接洽過，希望高醫將來訓練出的一般科醫師，能到該院從

因此，省桃已決定選擇受過家庭醫學訓練的年輕醫師，輪流前往負責群體醫療的服務工作。為了這群年輕醫師的訓練與進修，省桃已研究出一套妥善的鼓勵辦法。

彰化基督教醫院也在不久前聘請到一名家庭醫師。彰基院長吳震春表示，彰基負責支援竹塘鄉的群體醫療，而他希望這項工作能由家庭醫師完全負責。

高雄醫學院今年正式成立了一般科，準備積極訓練家庭醫師人才。高醫保健科主任劉宏文指出，由於高醫學院院長謝獻臣與附設醫院院長陳振武，都非常支援訓練家庭醫師的計畫，使整個工作推展倍感順利。

劉宏文說，高醫支援車城鄉的群體醫療，目前只能選擇資深的內科醫師負責。但在參與這項計畫的過程中，他有另外一項更大的收穫。

事實的基層醫療服務。

從上述情況可以約略發現，醫界對於家庭醫學的重視，已經不比往昔。由於群體醫療執業中心的性質、制度，也使家庭醫師在台灣地區的發展更有前途。這可能成為群體醫療最大的成就之一。

當然，家庭醫學能夠逐漸推展開來，家庭醫師能夠逐漸普及，受惠最大的仍然是廣大的群眾——而且，不僅限於偏遠鄉鎮的居民。

承民生報記者李師鄭先生准予轉載，謹此致謝。