

難解的習題

——現行遇到之困難

偏遠地區醫療問題除了最根本的醫師荒之外，還得面臨醫療資源分配不均、就醫的可近性、便利性不足，甚而是偏遠地區居民的健康理念與認知不足等等極待解決的問題。

學可違約、不願下鄉

台灣每年的醫學畢業生約有一千二百人，在歷經七年繁重困難的醫學教育後，原本應該是一群最富有熱情的醫界新血，卻有百分之四十的醫學畢業生因未能通過醫事人員執業考試大關而未加入醫療行業，造成醫療人才的浪費。

除了未能通過考試而無法懸壺濟世的人才浪費外，另一個就是醫師外流的問題了。根據統計，國內各醫學院校畢業生赴歐美留學而一去不回的總人數約為二千人以上，而五十五歲以上的老醫師，應聘前往日本執業的多達一千人以上。這些老醫師多半被日本政府分發到日本的偏遠地區服務，逐步使日本的「無醫村」變成「有醫村」。為什麼醫師們願意離鄉背井遠走他鄉辛苦謀生，而不願意留在孕育他們、培養他



層層阻礙，醫事人才訓練困難

們的台灣，是值得我們深思反省的！

當然從民國七十年起為了充實基層醫療和冷門科別的醫師人力，政府訂定了公費制度。根據八十七年衛生署的「公費醫師分發服務原則」，公費生分為基層醫療組、特殊科和自由選科三組，每年共招收一百八十人。依規定，公費生畢業後分訓練階段和服務階段，大多在地方的基層醫療單位。在二至四年的住院醫師訓練階段，大部分的公費生必須到省市立、縣市立醫院或醫學

院附設醫院受訓，受訓結束後則必須提供四年服務到衛生所或層級較低的省市立或縣市立醫院。因此擔任公費醫師必須有在

小醫院奉獻熱情的體認！

除了衛生署培育的公費生外，金門和連江縣政府也培育少部分的公費生。以金門縣政府為例，其二十四年來以公費培育當地約三十名子弟成為醫師。這些離島培育的公費醫學生，以當地的高中畢業居民為對象，不需通過大學聯考可直接甄試保送北醫或高醫就讀，期間學費全免且有生活補助，平均投資於一名學生的金額將近二百萬，但要求他們回鄉服務。

不過，公費醫師違約的狀況頻

傳，他們寧願毀約賠款也不願意下鄉。事實上，衛生署接手公費醫學生補助六年來，毀約賠錢或不履行義務者就有十八人；金門、連江縣培育公費生違約比率甚至更高達五分之一，這樣一來就辜負了當初公費制度建立的美意，也引起許多自費生的不滿。其實衛生署表示，公費生申請到哪些單位受訓或服務，都必須向衛生署報備，若發現未依約受訓或服務，衛生署會要求他們依約補足。若他們執意賠錢毀約，目前的作法除了賠錢外，教育部還會扣留他們的醫師證書，讓他們無法開業或受聘於醫院執業。但是，有些公費生會作假到規定以外的醫院受訓，則令衛生署苦無對策！因此，專家認為國內的公費生制度必須全盤檢討，來因應時代的改變。

城鄉資源分配不均 轉診制度執行困難

除了人力編制上的問題之外，另一個造成偏遠地區醫療品質低落的原因是資源分配的問題。雖然衛生署曾自民國七十四年開始執行醫療網計畫，但在執行之後卻反倒是問題叢生。最主要的就是經費的運用問題。在醫療網的規劃中，經費的使用是採取由上

往下(即Top-Down)的取向，也就是由各醫學中心擔負起規劃利用這每年五百萬元的醫療網補助費。但這筆經費大部分卻被用來做為醫學中心興建大樓、增購設備、擴充病床，甚至是挖掘醫護人員。結果反倒是造成各醫學中心規模擴大，而城鄉醫療資源的差距更大，竟與醫療網設置的本意大相違背！

目前，教育單位在決定學區的

規劃上，交通因素是最重要的考量因素。但衛生行政單位在規劃醫療資源分配上，卻欠缺這方面的詳細考量，以致大多數鄉鎮的醫療資源皆集中在鄉鎮內少數精華地帶。有的鄉鎮一條街上有十多家診所，但鄉內有些偏遠地區卻必須走幾十公里遠，才能到達最近的診所。(註)台灣目前城鄉醫療資源差距固然是一大問題，但同一鄉鎮內醫療資源分布

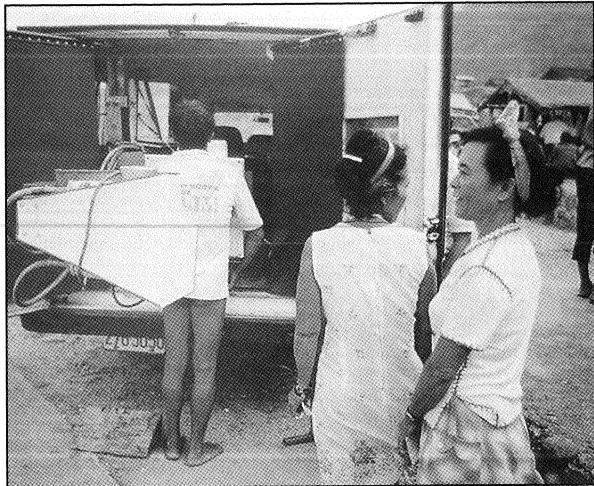
目前，教育單位在決定學區的

區域醫療網

我國自七十四年七月起開始執行「醫療保健計畫——籌建醫療網計畫」，主要目的是為了均衡各地區醫療資源發展，使醫療人力及設施能合理成長及充分發揮功能，提升醫療服務品質，使每一國民於需要時，均能在最短的時間內得到適當的醫療保健服務。

在醫療網計畫中，「區域醫療網」是最先被執行的，它將臺灣地區劃分為十七個醫療區域，以區域為單位規劃醫療人力與設施。各醫療區則由當地醫療衛生相關單位成立「區域醫療網協調委員會」，研議協調各區之醫療保健服務相關事宜，並輔導各區域建立區域醫療服務體系。此區域協調委員會由台大、榮總、長庚、高雄醫學院等醫學中心的院長擔任「召集人」，分別負責輔導數個區域醫療網。此外，在均衡醫療資源分布方面，將十七個醫療區域依人口數、地理及交通狀況細分為六十三個次區域，針對各次區域之地區醫院預作規劃，除依醫療法規定對醫療設施過剩區域，限制醫院設立或擴充外；對於醫療資源缺乏地區則運用醫療發展基金，以補助貸款利息方式獎勵民間設立醫療機構，期使增加該區域之醫療設施，提高民眾就醫之可近性。

醫療網第二期計畫於八十五年十二月結束。由整體評估，醫療網執行至今十年，應已獲得某些功效。



山地醫療資源缺乏，急待解決！

不均衡的問題其實更嚴重，但卻受到忽視。衛生署從民國八十年七月起，以「醫療發展基金」獎勵醫界在偏遠地區設立醫院，但截至去年六月為止，獲准獎勵的一百三十八家綜合醫院、精神科醫院、慢性病醫院和醫院附設護理之家中，有五十七家遲遲無法動工。其中三十三家面臨的最大難題，便是土地無法依計劃變更。竹山秀傳醫院是醫療發展基金輔導下，第一個將山坡地變更為醫療用地的建院案，申辦時即獲各界肯定，未料後來竟拖上五年才開張為南投山區民眾服務。這是因為圖利的大帽子下，沒有官員願為土地變更案負責，故政府應盡快組織跨部會小組解決醫院建地問題，讓醫院及早興建以解除民眾痛苦，並響應行政院擴大內需方案帶動相關產業發展。

此外，轉診制度無法落實也是

另一個嚴重的問題。當初為了避免醫療資源的重複投資和資源浪費，因此建立了分級醫療及轉診制度。但是一般民眾仍然堅信大醫院設備好、醫師能力較強，即使一點小感冒，也願

意不辭辛勞地排長隊掛號看病。而大醫院也樂於坐收每天高達百萬以上的門診收入，因此對於轉診制度的推展顯得興趣缺缺。如此一來，不僅浪費醫療資源，也造成基層醫療資源不均的問題。

小病用忍、大病用等 急病用滾的長期承受

山地與離島等偏遠地區居民的健康，可以說是看老天爺的臉色來決定。由於偏遠地區往往交通不便，加上衛生室所缺乏，病患從深山峻嶺一路得跋山涉水的度過崎嶇不平的山路，抵達醫療院所時往往已是三、四個小時以後的事了。常人都已經很難忍受山路的顛簸，更何況是傷重的病患呢？如果再遇到氣候不佳，老天爺故意刁難，來個狂風或暴雨，引起山洪爆發、土石奔流，一

切對外交通就得中斷，可說是「叫天天不靈，叫地地不應」！這又豈是身居平地，醫療資源豐沛的我們所能想像的呢？

另外住民本身的健康理念不足也是進行山地醫療工作會遇到的困難之一。就以原住民來說，由於飲酒文化的盛行，再加上他們普遍經濟條件不佳，居家環境又不良的情形下，不僅傳染病如肺結核、寄生蟲等防治不易，酗酒更是造成不少青壯原住民發生意外事故、酒癮、自殺等傷害，也引起不少社會問題。經濟能力的不足，交通又不便，使得偏遠地區人民在遭遇疾病時，往往採取「能忍則忍」的態度，這樣對於居民的健康無疑是雪上加霜。

雖然全民健保的實施使得偏遠地區居民能分享健保這塊福利的大餅，免於受到龐大醫療費用的負擔。但由於經濟弱勢之因，使得偏遠地區居民無法全部納入健保，這群健康的高危險群，卻反而被遺忘在健保的大傘之外，有關單位豈不應好好地反省檢討？另外，即使納入健保體系中，交同樣的保費，卻得忍受醫療資源不均的事實，這又公平合理嗎？〈註〉台灣地區醫療機構每萬人口執業醫事人員數表附於 P.97

〈文：吳佳錚〉