

**緒言：**近年來，政府屢撥鉅款加速農村建設，以提高農民所得，改善農村經濟，去年，政府基於「機會均等」的醫療保健照顧原則，特擬定「加強農村醫療保健計劃」，自去年七月實施，並於今後四年中撥出一億七千多萬元經費，同時在基層醫療機構中增加三千多名員額，以及改善本省農村醫療保健設施。

依照該項計劃，將台灣省劃分為六個區域：基宜、台北、台中、台南、高屏、花蓮，並以原具有規模的基隆、台北、台中、台南、高雄、花蓮六個省立醫院為區域的醫療中心，各縣市較小規模的省立醫院，縣市立醫院及私立綜合醫院，為區域內的地區醫院，各鄉鎮市區衛生所、衛生室，私立醫院診所為基層醫療院所，這三級醫療院所密切聯繫合作，形成區域間的醫療保健網。基層醫療院所的功能為醫療與保健，而偏重保健，地區醫院的功能為接受各基層醫療院所的轉診及會診，訓練診所醫師。區域醫療中心醫院則具醫療、教學和研究三種主要功能。由上可知，此項區域性綜合醫療網的計劃，乃是把原來各自為政、漫

護士及保健員，加上其他檢驗員、事務員、工友，人數不超過十位，他們面對繁重的工作，加以低薪（醫生剛開始為五、六千元，一般非醫師則只三、四千元——依67年資料）莫怪工作情緒低落、組織渙散，而農村醫療保健計劃中重要的轉診制度，也甚少存在，更談不上與其他醫療單位之聯繫了。其他如醫療設備之缺如，與上級單位無法溝通等，都是嚴重的問題。

## 二、鄉下開業，醫師的困擾

現今台灣醫療保健人力分佈為每萬人有醫師5.2人，但醫師開業地點偏重於都市，鄉村每萬人口有醫師2.4人，山地鄉則每萬人口1.8人，然則農村醫師不足只是一單純問題嗎？不然。一般合法醫師不願下鄉開業之因何在？醫師養尊處優怕吃苦，交通不便，擔心子女教育固為原因，但另一更大的因素為農村居民的醫療態度問題，由於醫療費用的相對昂貴，使農民對合法的診所卻步，轉而向密醫診所及成藥店求治，因為在這些地方的收費低廉，且這些「非醫師」能

# 當今農村醫療保健

無組織的診所，納入有系統的醫療網中。

我們在此願意提出者，乃是現普存於地區醫療作業所面臨的一些問題，這些問題若不能得到解決，那麼不僅醫療網計劃可能遭受某些程度的失敗，即使接踵而來的更大規模健康衛生建設，也要面臨阻撓。

## 一、為現今鄉村衛生所把脈

按衛生所之主要兩大工作項目為公衛與門診。公衛方面有預防接種、家庭計劃、婦幼衛生、心理衛生、衛生示教、環境衛生、藥政、醫政調查、密醫及偽藥之取締等。門診方面：一般醫療之執行，而最常見者為量血壓及作檢驗。依據陽明醫學院學生於民國67年對台灣衛生行政作一調查報告顯示，衛生所有顯明的偏重公衛的傾向（山地鄉例外），一般人極少願意前往門診。而衆多的工作項目，衛生所的人員編制極少，尤其農村的衛生所往往只有一位醫生，2~3位

抓住農民一針、一包藥見效的心理，濫用廉價的抗生素，劇毒的止痛劑及一般醫師對病情未了解前不敢使用之退熱劑，部份的「非醫師」甚至擔負「巡迴醫療」的任務，騎著摩托車，滿載藥物，在鄉下四處「巡診」，一部分鄉民，早誤認他們為「救世活人」，另一部分人則抱自掃門前雪的心情，無人會去主動檢舉他們。試想一位有心準備下鄉開業的醫師，在經濟基礎未穩，須合法繳稅，參加公會團體需繳的會費及龐大房租雜支的支出下，如何與那些以收費低、服務親切，且久居鄉下所擁有「聲譽」的「非醫師」相比較？

## 三、衛生所醫師來源的探討

據陽明醫學院學生所作統計，現今衛生所醫師百分之四十四為退役軍醫，公衛醫師百分之六點六，日據時代醫生21%，正式醫學院畢業者21%，高雄醫學院山地籍保送生百分之十點四。為配合農村醫療

保健計劃之實施，政府將妥善利用陽明醫學院畢業生參與鄉村醫療工作，其旨意可謂理想。我們無須在「權利」「義務」方面大作文章，我們所要強調的，乃是「意願」和「參與感」的問題，如果一位公費生被派往醫療器材簡陋的衛生所當全科醫生，而眼看其他醫學院的學生在大醫院接受專科訓練，是否會有工作情緒低落現象，如此，我們又如何能要求他們和當地居民打成一片，推展公共衛生保健工作，以使鄉民對衛生所醫療生信心呢？

而痛心的是，根據統計有六百多位台灣醫生，正在日本以往的「無醫村」，擔任基層醫療保健工作，為何他們願捨吾國同胞，跑去異國的窮鄉僻壤服務呢？乃是因日本為了解決無醫村的醫療問題以高薪招募外國醫師前往服務。如果我們以高薪來吸引醫師下鄉，則何必花費更多的國家預算來培養公費生，而讓他們「義務」下鄉呢？

## 四、全科醫師的養成制度

# 問題之探討

· 黃朝銘

從整個醫療型態而言，在第一級基層醫療服務的一般開業醫師及衛生所醫師，須以全科醫師(G.P.)為適當。由於觀念偏差，醫學知識日新月異，人民知識水準提高，學術專業化之影響，大部分醫學生皆走上專科醫生的路。以往衛生醫療當局亦少重視，直至最近，才有積極培養計劃，為了培養全科醫生能應付第一線醫療要求，各區域醫療中心必須擔負起這個責任，也只有從此養成制度培養出來的全科醫生，方能體認醫療體系聯貫性的重要，從而建立轉診制度。

## 五、轉診制度的具體化確立

基層醫療所遇有診治困難病患，卻很少將之轉診至省縣市立醫院或綜合醫院。換言之，大型綜合醫院與開業醫院之間缺乏聯繫，不僅使該送往大醫院醫治的病人在開業醫手中延誤，大醫院也浪費人力、物力，用在開業醫能解決的問題上，且大醫院出院的病人

，其追蹤及照顧的責任也無法擔負在開業醫身上。

那麼轉診制度現實的困難何在？首先是綜合醫院願不願開放給其他診所使用，以及轉診病人醫療費分帳及責任問題。此外公立醫院存在的回扣陋習，以及私立醫院在繁忙臨床工作下，能否撥出人員與時間，從事經濟利益較低的保健工作？而開業醫在轉診出病人後，連診斷書都得不到，如此「沒有回饋的單行道」，再熱心的開業醫都會心灰意冷。

因此大醫院和地方醫師必須確認自身的功能和責任所在，互相聯繫，而這些並非一道行政命令所能做到，必須所有醫療單位及人員有共識感，如此人民健康的保障才能做到。

## 六、農會為生力的農村醫療的可行性

依台灣農會法第四條：「……接受委託，協助農民保險事業，及農村文化衛生及福利與救濟」，一個人員編制有限，經費拮据的衛生所，卻推廣社區衛生

服務，能力委實有限，今日農會在有關單位大力輔導下，組織健全，財力穩固，如由農會負擔農民保險業務，協助健康教育，衛生保健服務，家庭計劃服務，代訓保健人員，環境衛生改善服務，諸如簡易自來水廠之修建，公私廁所的建立，排水溝的完成。甚至由鄰近幾個農村可合組一農會醫院，成立一橫的小型療網，以與縱的區域性醫療網相搭配，當可進一步提供衛生醫療保健服務。

## 結語

縱觀當今台灣農村醫療保健水準實遠落於都市，我們相信農村醫療保健計劃只是台灣地區醫療改革的起步而非全部，必須這項計劃圓滿達成，配合更多醫療人力的投入，居於領導台灣醫界地位的教學醫院走出象牙塔，配合政府未來的醫療計劃，期能使全民皆能同享醫療進步發展的成果，如此我國方能真正步入已開發國家之林。