

醫事人員是醫療的骨幹。醫事人員素質的高低和數目的多寡直接影響到民衆醫療和國民保健。政府播遷來台三十年，教育普及、經濟高度成長，近幾年來，益加密切注意「社會福利」，對人民的醫療照顧是社會福利不可或缺的一環，政府也已注意及此，近年來，譬如設立陽明醫學院，培育地方基層的醫師人力，加強偏遠地區人民的醫療照顧，『區域性綜合衛生計劃』等，在在顯示政府辦好醫療保健的決心和毅力。在此時刻，徹底檢討和瞭解台灣地區醫事人員的養成、供需、分佈情形更是當務之急，具有非凡的意義，從現況的瞭解和檢討造成目前情勢的原因，策劃未來，將可以避免許多無謂的浪費。

本文搜集目前國內可以搜集到的有關醫事人員的資料，並綜合整理這些資料，提供給醫學生參考，使醫學生能夠瞭解醫師在整個醫療人力的地位，和在我們賴以生存的社會醫療環境中應扮演的角色，進而協助政府，配合政府對國民的醫療和保健做更多的貢獻。

二

醫師	中醫師	牙醫師	藥師	護理人員
10,455	1520	1589	5975	8086

(台灣地區執業醫事人員統計表：67年12月底)

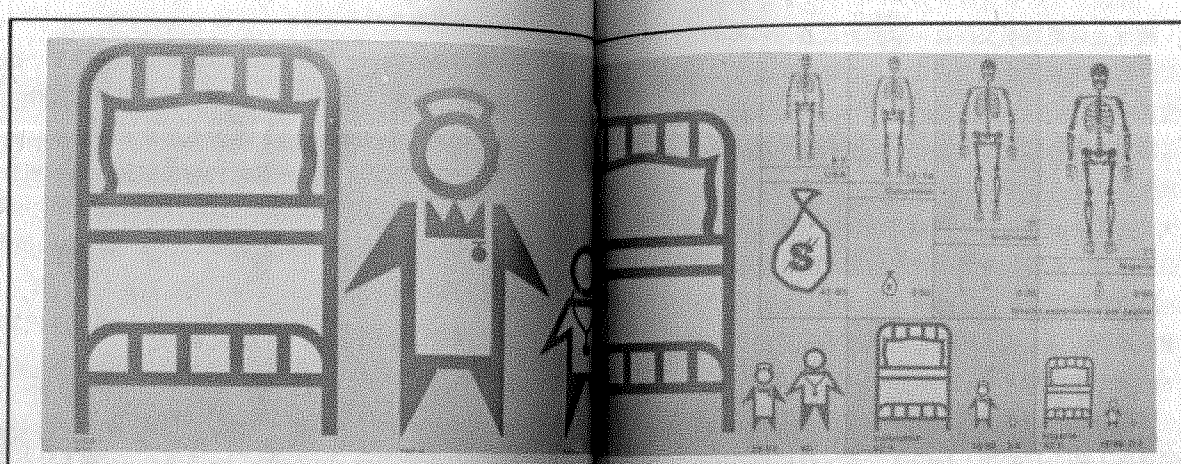
表一是從六十七年十二月底向衛生局登記且領有執照之醫事人員資料統計而得。醫師法第八條：醫師執業，應向所在地直轄市、縣(市)政府呈驗醫師證書、請求登錄，發給執業執照。但有些公立醫院和私人綜合醫院並未完全遵守此項規定，在醫院裏，有的是有醫師資格但未登記，有的是剛從醫學院畢業尚未通過考試的，更遑論登記。護士方面，衆所周知，護士流動性和離職率高，又沒有嚴格的資格限制，登記資料的誤差，不言而喻。總而言之，六十七年底實際從事醫療工作各類人員數目應比表一所列為高。

表一僅粗略顯示醫師人員的量，下列一些資料大概可以在某一程度反映出這些量的質。

戰後，由於社會的實際需要，政府曾在三十九年至四十四年五年間，以行政命令舉辦過醫事人員的「甄訓」，錄取了未受正規醫學教育而實際已在從事醫療工作的醫療人員 2123 名，包括醫師 1194 名，牙醫師 226 名，藥師 13 名，護士 87 名，助產士 111 名。此種甄訓現已停止舉辦。

我們對醫療人力的認識和看法

盧富仁



政府爲了照顧解決在軍中服務的國軍退役醫事人員的生活和就業問題，在六十二年及六十五年之四年間，舉行了多次引起爭論的「特種考試」，共錄取了 3390 名，其中醫師 2724 名，牙醫師 26 名，藥師 136 名，護理師 51 名，檢驗師 19 名，護士 148 名，藥劑生 244 名，檢驗生 32 名，鑲牙生 8 名，助產士 11 名。

從這些資料，可以發現沒有接受正規醫事教育的醫療人員中人數最多的是醫師部分。據統計，無正規醫事學歷的醫師佔所有領有醫師證書者的百分之二十，佔所有執業醫師的百分之三六、三四。(資料來源：六十八年十月二日立委吳基福等三人在立法院的聯合質詢。)其他無正規醫事學歷者，佔各類比極低，不致構成大問題。無正規醫事學歷的醫師造成的問題所以嚴重，不單是比值偏高，更重要的是醫師在整個醫療中是居於主要的指導地位。

從整個醫療社會的觀點來看，這些醫事工作人員，在缺乏足夠的醫療人員的環境下，確實對我們的社

會做出了相當的貢獻，而透過「考試」錄取，把他們正式納入醫療體系，更迫使他們要對他們的「醫療行爲」負法律上的責任。

凡事有利有弊，錯綜複雜，我們只能權衡輕重得失，在抨擊弊端時，想想它的利益處。無正規醫事學歷的醫事人員問題，像其他許許多多的問題，時間會幫我們解決。

另外一個令人困惑不容忽視的問題是「本地醫師的專業形態」，不能符合本地醫療社會的需要，而且沒有完善的專科醫師制度。」這一問題可分成二方面來討論：一專科醫師太多，全科醫師人數不足，以致人力資源無法妥善分配，無法發揮應有的效益，形成一種浪費。二某幾類專科醫師太少，無法擔負該科日益繁重的醫療工作，如神經科和精神科，據陳榮基醫師的估計，台灣目前真正完成神經科住院醫師專業訓練的不會超過十名，如果用自認爲是神經科醫師的數目來算，亦恐未超過五十名，約佔我國目前神經科需要量的百分之三~百分之十六。精神科醫師情況也差不

多。又缺乏「專科醫師制度」，在外掛牌某某專科醫師的品質沒有辦法得到保證，他們的「實力」如何，外界不得而知，這應力謀改進。

三

這一節將以台灣地區每一萬人口醫師、護士平均數目和幾個先進國相互比較，並以此爲中心，探討包括醫師、藥師和護士等三種醫事人力過剩或不足的問題。

表二、每一萬人口醫師、護士數(1977年)

類別	我國	日本	美國	加拿大	德國	英國	法國
醫師	7.266	11.6	16.1	15.0	17.8	12.7	15.9
護士	5.51	29.1	56.8	64.6	30.6	33.9	29.8

從表二可以清楚看出：我們的醫師人力遠落人後，離先進國家尚有一大段距離，德國每萬人口醫師數是我國的 2.4 倍，東鄰的日本是我國的 1.6 倍。

依照一般專家學者的看法，每八百人有一位醫師才算是世界一流的醫療水準。(即每萬人口需有 12.5 名醫師)依此標準，我們應有二萬一千二百五十名醫師，實際上六十七年底，我國才有醫師一萬零四百五十五名，相差一萬一千多名，差得太多太遠了！

從表二可以看出令人驚訝的奇怪現象：先進國家的護理人員人數平均是三倍於醫師，而我國非但不是三倍，反而護理人員比醫師還少。

如果以先進國家中的最低標準日本來算，台灣區應有護理人員四萬九千五百名左右；如果以每一醫師需有三位護理人員配合來算，則需要三萬名護理人員。實際上六十七年度領有就業執照的護理人員只有八千二百名，再加上私人醫院備用的「代用護士」據估計大約是一萬名，總共是二萬名。區區兩萬名護理人員不要說趕不上日本，也無法跟本土現有的已經不足的醫師配合。

在醫療作業體系內，一般的看法是三位醫師配一藥師，照這個標準，目前台灣地區藥師需求是 3500 名，另外根據教育部醫學教育委員會的估計，我國藥師、藥生的需求是 5585 名。六十七年底領有藥師藥生執業執照的合計 10,354 名，遠超過藥師需求量，這是一個人力過剩的嚴重問題。

從上面的分析，我們可以得到如下的結論：台灣地區的醫師、護理人員顯然不足，應設法大幅度增加，藥師、藥生則已呈過飽和現象，應力求質的提高。

並考慮裁撤師資不佳，設備簡陋的有關培養該類人才的學校和科系。

四

從報章雜誌的報導，大概可以獲得一個印象：台灣地區的醫師人力不但是總量的不足，醫師的地區分佈也有嚴重的偏差，而造成了一些所謂的「無醫村」。再過幾年，等陽明醫學院畢業生加入地方基層的醫療服務，相信因醫師分佈不均造成的偏遠地區醫療問題將會得到緩解。

筆者從有關的資料大略估計：六十七年底二個院轄市和台灣省十九縣市中平均每一醫師服務人口最高和最低幾個縣市，列表於下：

表三、（不包括中醫師）

台北市	高雄市	台中市	台南市	澎湖	台東	雲林
700	1130	1130	1210	2610	2870	3230

從表三可以看出：台北市已達到並且超過世界一流醫療水準應有的醫師人數，但幾個較為落後的縣市則有嚴重的醫師不足的情形。這非常不合理，且急待吾人加以改進。

個人認為我們以後選擇開業地點，應該把分佈不均這個因素考慮在內，為了自己的營業狀況，同時為了改善目前的醫療環境，不要再擠到供過於求的台北市，應該到那些尚能發揮自己才力求過於供的地區去。

五

目前我國醫事人員養成大概情形如下：

醫師：由七家醫學院設置醫學系培養，每年畢業生約有 650 名。

牙醫師：六家醫學院設有牙醫學系，每年畢業生約有 200 名。

藥師、藥生：有五家醫學院設有藥學系，另外有五年制專科二校、四年制高職二校設有藥劑科系，每年畢業藥師約有 1050 名，藥生約有 900 名，合計共為 1950 名。

護產人員：五家醫學院設有護理學系，另外有技專、護專、職校共二十二家設有相關科系培育護產人員，每年畢業生約有 2500 名。

醫事人員是專門的技術人員，在我國法律制度規定下，醫事學校培養出來的醫事人員須經國家檢覈考試及格，方能取得開業或服務資格。

依據考試院資料，民國五十七年起至六十八年四月止，未取得合法醫事人員資格者共達 18097 人。這些未及格人員分別為：醫師 1215 名、牙醫師 1422 名、藥事人員 4246 名、護產人員 12150 名。

現在應慎重考慮造成人力浪費的因素，是醫學教育、考試制度或兩者都發生了問題。同時也應想出一個合理的辦法，使無法通過考試為數達一萬八千名的「準醫事人員」能夠參加國家醫療建設的行列。

每年養成醫師六百五十名，目前尚缺一萬一千多名，加上人口成長率，醫師死亡率，保守估計，大約三十年後方能達到每八百名有一名醫師的世界一流水準，為了縮短期限，主其事者應該慎重考慮增設醫學系或改變政策培育經短期訓練的第一線醫療人力。

在護理人員養成教育方面，由於我們離標準太遠，護理人員離職率又偏高，急須增設護理科系，一方面提高護理專業地位及素質，一方面增加護理人員，現在每年 2500 名畢業生的速度無法在未來數年內滿足醫療社會的需求量。從國家整體的經濟建設來看，我國正面臨工業轉型期，勞力市場已不再像過去需要大批的年輕女工作員，考慮這種形勢，不妨在五專或高職階段大量增設護理學校吸收潛在的未來可能失業的國中畢業女生，施以護理專業訓練，如此不但可以增加護理工作人員，同時也可以改善部分的勞力型態，符合未來需要。

藥事人員目前顯已過剩，每年又以 1900 名的速度養成，如不加節制，將供需失調，且引起社會問題，依專家學者的看法，在藥事人員養成方面，應立即廢止藥劑職業學校，提高大學藥學系的設備、師資水準，造就高程度藥師，為未來醫藥分業做準備。

六

本文簡單介紹我國醫事人員現況，供需情形和未來可能的發展，由於資料限制，未能將所有各類醫事人員詳加介紹，只就醫師、藥師和護理人員作較詳細的說明，而疏漏錯誤之處在所難免。在整理這篇文章後，筆者有一點感想：「凡事豫則立，不豫則廢。」面對錯綜複雜的衛生人力問題，有關單位應確實掌握現況，制定一個合理的全盤性計劃，提出可行的方案，徹底改善和提昇我國的醫療環境和醫療水準。

參考資料

林桐龍：醫事人員現況概述。

台灣時報：1979. 10 月 3 日。

陳寶輝：「醫院」，第十卷第四期，1978. 2 月

台灣地區醫療保險現況

張傑和

「全民醫療保險或公醫制度，是社會潮流所趨，這個時代遲早會來臨，到時醫師不要因為懼怕喪失既得利益，而延緩社會進化的脚步。」

前言

醫學發達延長人類壽命，減免了疾病的苦痛，但相對的醫療費用也提高不少，甚或超出一般人所能負擔，有鑒於此，醫療保險也隨之興起。有些國家和地區，政府認為醫療保險是社會保險的一種，由國家統籌辦理，人民只要平時繳納保險費，就能免於生病時負不起高昂醫療費的恐懼，這就是全民醫療保險，挪威就實施這種制度。有些國家則營利的私人醫療保險比公共醫療保險發達，高度開發的資本主義國家美國、加拿大就是這種情形。另外，像英國則實施公醫制

度，將全國醫生納入國家行政體系，領薪水，成為公務人員，人民則免費接受醫療服務。

我國憲法第一百五十七條：國家為增進民族健康。應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。由於政治、經濟、社會各方面因素未能充分配合，目前台灣地區非但未實施公醫制度，連全民的醫療保險也尚未辦到。

由於醫療保險所負風險太大，作業繁雜，台灣目前尚無民營的醫療保險，有的只是隸屬於勞保、公保和軍保下的勞工、公務人員和軍人的醫療保險、學生平安保險勉強可以算是一種醫療保險。

由於資料來源的限制，本文將只簡單報告和分析目前台灣醫療保險、公務人員和勞工部分的現況，省略了軍保部分。

(一)

公保保險人是中央信託局，勞保由台灣地區勞工保險局職司其務。

勞工保險的對象包括產業工人、職業工人、專業漁撈勞動者、政府機關及公立學校的工友、一般民營公司的員工及蔗糖消費合作社的員工。私立學校的教職員在目前仍屬勞保範圍，總統在幾個月前曾指示將私立學校教師納入公保體系，但尚未付諸實施。截至六十七年底，勞保的被保險人數大約有二百多萬。

公務人員保險承保對象包括法定機關編制內有給人員、有給公職人員及聘雇人員。六十七年底，被保險人數大約三十九萬，另有退休公務人員自付全額保險費參加公保的有九千人左右。

台灣區六十七年底人口數是壹仟柒佰萬，軍保除外，享有醫療保險的依上述大約共有貳佰伍拾萬人左右。

公保被保險人配偶享有免費的產前檢查和免費分娩住院，勞保則無此項服務。

勞工保險之保險費率按被保險人當月之月給投保工資（基本工資）百分之八計算，保險費由被保險人負擔百分之二十，僱主負擔百分之八十。公務人員之保險費率為被保險人每月俸給百分之七至百分之九，保險費由被保險人自付百分之三十五，政府補助百分之六十五。

公保六十七年度的免費醫療支出是六億四千萬，佔總支出的百分之四十，勞保疾病給付是二十五億，