

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，勞保由台閩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。

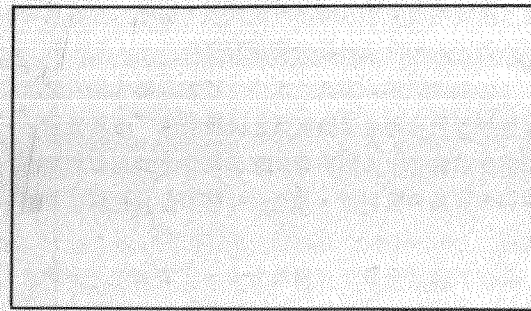
公務人員保險承保對象包括法定機關編制內有給人員、有給公職人員及聘雇人員。六十七年底，被保險人數大約三十九萬，另有退休公務人員自付全額保險費參加公保的有九千人左右。

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，



佔總支出百分之五十九。

(二)

勞保、公保的醫療服務單位依經營方式可大別為二類，一是保險單位自營，另一是與保險單位訂有契約的指定醫院。如依服務項目來分類，同樣的可分成二大類，一是門診服務的醫院診所，一是住院醫療服務的醫院，提供這二類服務的醫院有重複現象，也就是一家醫院可同時兼辦門診和住院。

六十七年底止，公務人員保險的醫療服務單位，計有信託局自營專辦門診業的台北、台中、高雄、花蓮四家聯合門診中心和其他的特約指定醫院四百八十六所。

門診中心的應診醫師陣容堅強，多數由各地區特約醫院主治級以上醫師擔任。特約指定醫療機構中有二百九十五所是衛生所室和縣市立院所，佔所有公保醫療單位百分之六十左右。平均每一千被保險人擁有病牀十二、二四床，參與公保醫療服務的醫師有三千五百零五位。

勞保方面，六十七年底計有指定門診醫療院一千五百二十三所，其中包括一百五十一個衛生所和九所縣市立醫院。住診醫院方面，有三百八十九家，平均每一千被保人擁有十一牀病牀，參與勞保醫療服務的醫師有四千三百十四人。

最近，勞保局鑒於勞保醫療服務單位不敷需要，除主動與合乎指定標準的醫院診所接洽，增加特約醫院數目；更計劃設立自營醫院，這計劃包括自建台北和台南兩家勞保醫院和收購全省的鐵路醫院，業已獲得省府同意。相信在可預見的將來，勞保的醫療服務在量上可獲得完滿解決，希望勞保局能百尺竿頭，更進一步，在醫療服務的質方面能與公保並駕齊驅。

勞保和公保的醫療給付方式是間接給付，亦即由保險單位直接付與指定醫療機構，而不付給被保險人。

不管勞保或公保，在醫療服務方面，並非完全免費，在一定的狀況下，被保險人還是需要負擔少數的醫療費用。被保險人在理論上和法律上應接受與一般自費醫療者同樣的醫療服務，但事實上，還是有些差別待遇。

公務人員保險醫療辦法第二十一條：下列費用，應由被保險人自行負擔：

- (一)規定之掛號費。
- (二)住院伙食費在卅日以內者每日均以半數計算；卅日以上者超過部分以全數計算。
- (三)額外床位費。
- (四)指定醫師費。
- (五)特別護士費。
- (六)診斷事項。
- (七)本辦法規定應自行負擔之其他費用。

勞工保險條例第五十二條：門診給付範圍規定如左：一診療。二藥劑。

同條例第五十四條：住院診療給付範圍如左：

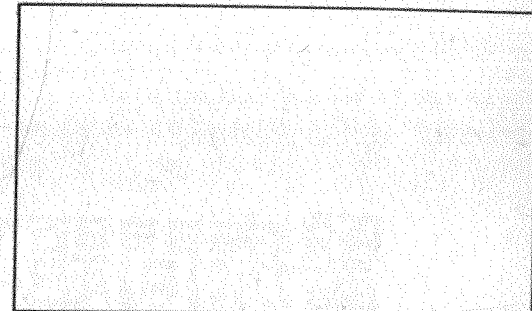
- (一)診療（包括檢驗及會診）
- (二)藥劑或治療材料之給與。
- (三)處置手術或其他之治療。
- (四)膳食費用三十日內之全數，及超過三十日之半數。
- (五)三等病房之供應。

另外公保病房供應一律以二等為準（公務人員保險法第十三條）。伙食費除了依條例有日數限制外，還規定每一天伙食費的最高額，這一金額雖屢經調整，但仍趕不上現有的一般標準。

從上述就可以窺視勞保和公保免費醫療服務的範圍和部分實質。

一個以公保或勞保身分去看醫生的病人，醫生是否會因他的身份，而在用藥及其他醫療方面對該病人有所限制？看看以下的條例，不難發現正確答案。

公務人員保險醫療辦法第三十二條：「使用維他命、荷爾蒙、肝精、及蛋白製劑等類藥品時，門診以唯一主治，住院以積極治療者為限，其使用範圍，依



我們的建議

檢討了目前我們醫療保險現況，發覺我們在社會醫療方面與「福利社會」尚有一段距離，亟待我們迎頭趕上。在短期內筆者認為應致力於下列二方面：

一、擴大醫療保險範圍：目前只有百分之十五的人口享有醫療保險的服務，這個比值大小，應設法在短期內提高，政府目前正在研擬擴大公保範圍，將公務人員眷屬納入免費醫療體系，這是很好的構想，另外也應該考慮實施勞工眷屬、農民、老人醫療保險，這些保險如能實施，相信大部分需要醫療保險照顧的人都可以享有免費醫療，這對我們社會的安定也有莫大裨益。

二、擴大免費範圍：目前公保、勞保的免費醫療範圍並未涵蓋所有醫療費用，像掛號費和一些其他在醫療上必須的費用仍需自付，而且如上所述，限制太多。主管單位應設法突破技術上的困難，醫師和患者也應體會政府苦心，發揚高度道德心，不作不必要的醫療，如此或許可以達到真正完全免費的醫療。

在長期方面，我們應該以實施憲法第一百五十七條的公醫制度為目標，開始作一些準備工作，這些準備工作目前應包括，規劃醫療人力，平均醫療設施的地域性分佈，目前醫療人力在質、量上已嫌不足，公醫制度一旦實施，依照先進國家的經驗和一些學者的理論，民衆的就診率會大幅度提高，屆時醫療人力問題會更形嚴重。無醫村在目前已是一個亟待解決的醫療問題，這問題如果無法消除，一些地區的人民將無法享受到公醫制度的好處。

最後，我深望醫師和醫學生能夠認識到，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。

左列之規定：（表略），除上表所列各項外，住院之其他特殊病症及施行大手術後必須積極治療者，亦得使用維他命、荷爾蒙、肝精、蛋白製劑等類藥品。」

同法第二十五條：「本保險免費醫療處方用藥，須以本保險各該醫療機構備有，並經承保機關備案者為限。本保險醫療機構增購其他新藥，應先商經承保機關同意後，再對被保險人施用。如為急救，可先行購用，再報承保機關備查。」

第二十二條規定限制了某幾類藥品只能用於某幾種特殊疾病。第二十五條規定說明，任何疾病所用藥品是有一定的限制，雖然有些藥可先行購用，再報承保機關備查，但如果承保單位「審查從嚴」或醫師為了省卻麻煩，在此種情況下，我想醫師用藥只好從經承保機關備案的有限藥品去找了。儘管政府表面上說沒有限制，實際上卻事後扣常使得醫師左右為難。

常聽到有人抱怨：勞保和公保看病時必須自掏腰包，買高貴藥，看門診時，有時醫師會索取二、三張「醫療證明單」。而有關單位卻一再聲明：「勞保、公保用藥沒有限制，只要病症所需，高貴藥照常可用。」看了上面說明，就知道孰是孰非了！

以下有幾個統計數字，從這幾個數目，大概可以看出公保和勞保在免費醫療上的差異與公保勞保的醫療和一般的醫療不一樣的地方。

公務人員免費醫療每一門診就診人次平均費用，六十七年十二月底是一百一十二點八六元。

勞工保險免費醫療每一門診就診人次平均費用，六十七年十二月底是八十九點九六元。

依照醫療費用標準手冊，一個病患每日最低之收費額都在二百三十元以上。

(三)

三十年來，政府在復興基地努力經濟建設，成果倍受國際稱譽，使台灣從落後未開發的農業社會進入繁榮高度成長的工業社會，國民平均所得超過壹仟美元。這些輝煌成果維繫了台灣三十年來的安全，增強了反共復國的力量和信心，同時也被世人譽為「經濟奇蹟」，稱作「明日大國」。但我們不應以此自滿、自傲，我們要再出發，使我們的社會從「工業社會」成為「福利社會」，讓全民共享經濟建設的「善果」。讓台灣成為三民主義模範省，進而把這一秧苗播推廣到整個大陸。