

訪

吳基福醫師



現任：中華民國醫師公會全國聯合會理事長
立法委員
臺灣醫界雜誌發行人。
著作：中國醫政史上的大革命等書

教、考、用的配合

醫政引導醫學教育，更掌握著國家的醫療水平，而對於醫學院的學生而言，最有切身關係的莫如畢業後所面臨的國家考試，我們首先以這方面來請教吳醫師。

「哦！在民國五十六年度以前，祇要醫學院畢業，根據畢業證書，考試院以檢覈方式，不必經過考試，百分之一百，都能當醫師。但是，自民國五十七年度開始，認定說全國各醫學院的師資和學校的設備良莠不齊，並不平均，結果，同樣是受過醫學教育，但是實力好壞相差太多，所以決定應該有一個國家考試來評鑑。

這個國家考試，全世界都這樣辦，並不是什麼特殊的辦法，而在當時，五十七、五十八、五十九三年度一般及格率也都高達90%以上，也不會發生什麼社會問題，但是！從民國六十年度開始，考試辦法有了改變，及格率也跟著下降，甚至有時候還降低到40%左右；在六十二年度，及格率：台大醫學院是60%，國防醫學院是40%，而台北醫學院和高雄醫學院大概在45%左右，至於中山醫專和中國醫藥學院甚至低到22%上下。結果導致很多畢業生離開學校之後，無法當醫師，四散在社會，而政府也沒有給予一個看顧，造成很嚴重的社會問題！」

接著，吳醫師以熟悉的語氣，娓娓道來：

「從民國五十七年開始到現在為止，我國醫學院醫科畢業學生，未能通過考試，至今尚未取得合法醫師資格者，共有一千二百五十一人，其中包括有台大醫學院畢業者七十八人，國防醫學院二二〇人，台北醫學院一八四人，高雄醫學院二〇八人，中國醫藥學院四一八人及中山醫專一四二人。而每一年度，現在差不多培養六〇〇名醫學生，這一千二百五十一人約等於兩年內所培養的醫學生，照

談醫政史上的革命

這樣說來，台灣醫學教育要花上九年！這種情況是很嚴重的浪費人才和經費呀！

而且，要培養一名醫學生，一年起碼要花上十萬元以上，如果，這些醫學生，畢業後考不上，不能學以致用來服務社會，造成社會雙重的負擔和損失，這是著眼於經濟觀點而言；更重要的是，人才的浪費，不能給予發揮，會引起民心對政府考試制度的反感，這可能有害於國家的安全。」

「所以，我在立法院一再建議政府，應該放寬；但是，因為考試院是五院之一，立法院和行政院無權給予干涉，導致考試院並不積極採納立法院和行政院所提的意見，到現在尚未得到解決！這大概是醫師國考的情形，在外國國家考試及格率大概在90%左右，如此，才合乎常理！」

而在藥劑師生的考試上，情形又是怎麼樣呢？

「在藥科方面，情形更加嚴重！藥科最近的及格率低到20%左右，這包括藥劑師和藥劑生的考試，到今年為止，尚未考上的共有四千八百人之多，而往後每年還要畢業兩千人，這個數字能讓人“驚死”！所以，現在藥劑師、生已經太多了！況且能夠考上執照當中，又有20%的合格藥劑師、生勢必要失業。因為，根據藥物藥商管理法上的規定，藥店必須聘請藥劑師、生，但是現在全國藥店比合格藥劑師、生還少，大概有兩千名合格藥劑師、生找不到藥店來執業；況且，供過於求，藥師待遇必然降低，現在行情，藥師月薪在兩仟元左右，這未必太委屈了。尤其依照規定，藥師不能在兩地服務。」

而為什麼會造成這種“跌停板”呢？

吳醫師義正嚴辭地說道：「教育部和教育廳要負這個完全責任！」

「沒有一個計劃，亂准學校設立，亂招生，結果造成現在嚴重惡果，收拾困難。」

吳醫師略頓一下，接著條理明晰，侃侃地解說：

「現在，國內有兩間職業學校每年差不多可招收學生八百名，還有各醫學院日、夜間部學生共計一千二百名，所以總共每年有兩千人要畢業。關於這件事，我老早就向教育部的教育委員會正式提出：職業學校招生要減少，而且要派人實地調查各個學校的師資和設備，才來核定招生的人數。但是，教育部却一再不同意，說什麼如果這樣做

，學校招生人數太少，學校會關門。不過，最後規定這兩間職業學校逐年減少招生名額，到最後要廢止，到去年時，應該不能再招生，但是教育廳却仍准予這兩間學校招收新生八百名！藥師和醫師人數比例，應該是三名醫師配置一名藥師，但是現在醫師有一萬人，而藥師也有一萬人，已經超過3倍之多，再加上兩千名失業，四千八百名考不上的，每年要再招收新生兩千名，從這個數目字看來，在藥科方面，可以說完全無前途。政府如果招生不再限制，我們應該跟老百姓說，不要再去考藥科，要有抵制辦法才行。」

至此，從吳醫師詳細的談話中，我們不難發現“醫政”在整個醫學教育乃至整個社會大眾當中所擔負的角色是如何地舉足輕重了。前瞻未來，醫界，醫政和醫教三者之間的搭配和溝通，又將如何呢？

「教育部，衛生署，醫師公會這三個單位沒有密切聯繫，沒有一個互相表達意見的機會，致使醫學教育方向有了偏差，如果教育部和教育廳仍不能改善過去那種獨斷的作風，往後，醫學教育會發生更多，更嚴重的問題出來。」

對於這種“學而不能致用”不合常規的現象，吳醫師曾在中華民國醫師公會全國聯合會，邀請考試院，醫學院院長，醫師公會和衛生署來咨商對策，並曾由「全聯會」召集三個省市公會聯署向行政、立法、考試三院及執政黨中央提出請願，我們也就所提對策內容來請問吳醫師。

「首先，是考試的形式、內容問題，例如考試的命題要仿照大專聯考有一定制度，命題教授應涵蓋各醫學院的教授，不應每年都是台大、國防醫學院幾個教授在輪流，也就是說命題要制度化；其次，我們要求加倍出題，比如提出十二道題目，其中選六題來作答計分就可以。另外也有人提議，基礎醫學在四年級結束就先考，而臨床醫學等到畢業後才考，但是關於這點，考試院堅持於法不合，所以除非修改考試法，否則拒絕辦理。還有就是保留及格科目，下次重考只要考未及格的科目就可以，關於這個提案，考試院雖沒有十二萬分的贊成，只是說要回去研究看看。至於加倍出題一案，可能會實行。」

「至於說，及格標準乃是相對的，例如當年在越戰期間，美國國內醫師不夠，就大量招收外國醫師，當時，台灣就有一批年青醫師到美國去，因為需要量增多，所以就降低及格標準。假定今年我們需要六百名醫師，就錄取及格六百名，這樣的辦法，考試院也不同意，到最後談來談去，不能得到全面解決。不過，至少考試院也有了一個認

識，那就是社會輿論對這項事情很不滿意，主張及格標準當提高。但是將來會演變如何？這立法院就干涉不得，為考試權是獨立的，無論如何，我當時即表明，這件事如果得不到改善，我醫師公會還會一而再，再而三地做到底。」

執照取得的多樣性

一個正統的醫學院畢業的醫學生，從小要闖過大小以千計的各種考試，到最後還甘冒六成的淘汰率，方得身為中華民國合格的醫師之列。但是，每當我們翻開醫名冊，就如入五里霧中，發現科班出身的醫師只佔一部份，其他尚有許多陌生的「考試執照詞彙」，我們忍不住請吳醫師來為我們解惑。

「這件事可以說是我國醫政的一大失敗。在光復當時，內政部曾公告說：過去有醫療業務經驗者，在淪陷區不能拿到醫師證書，於憲法尚未實施之前，可以來登記以換給中央政府所頒的醫師證書。這個法令——公佈出來，許多人趨之若鶩地要去申請醫師證書，直接申請約有一千人，以登報聲明：我行醫多少年，成績卓著，下署某某患者銘謝廣告，連續登兩三次，然後剪下報紙、證件而通過給予發給醫師執照，根據當時甄審結果，以參加甄審者之年齡計算，年在十五歲而業已行醫五年者，就有二十五人之多。換句話說，這些人在十歲即出來行醫，到十五歲已行醫了五年，似此情形，簡直是鬧笑話！這叫“甄訓醫師”，有一千人。」

「其次，有一種是乙種醫師這是衛生署違法賣的醫師證書，有一百人之多。」

「第三種是退除役軍醫，有二千八百人之多，根據立法院退除役軍醫特種考試條例規則，短短三年當中，及格的達二千人之眾，其他的七百多人則不及格，但是，在民國六十四年，新醫師法實施不久，這七百四十四人，依公法衛生醫師也通通取得醫師執照。所以，現在醫師公會中除除役軍醫有二千七百四十四人，乙種醫師一百人，甄訓醫師有一千人，合計共三千八百四十四名，也就是，台灣醫界當中有三分之一沒受正統教育，想想看，醫科畢業生現在還有一千兩百人無法取得執照，這真是“前門緊閉，後門大開”。大家很不滿意，說句實在話，醫師有很多“雜牌醫師”。」

醫師的再教育

縱然如此，醫師該如何“自立自強”，以提高醫療水準，造福民眾呢？這就牽涉到醫師的再教育問題。

吳醫師略作沈思，以穩健的語氣談出他的腹案來。

「我現在考慮的有很多項，其中之一就是，如果醫學生畢業考不上執照，應該在教學醫院提供他實習的機會，讓他再做 Internship，關於這點，衛生當局已經同意，並且公布實施，但我也要求私人大醫院也給予實習，但是未獲首肯。第二項是醫學院對本校未考取執照的畢業生要負責任，成立補習班，關於這案，各醫學院也已原則同意。」

「一般開業醫平常忙著診療業務，如果說請一位教授來作學術演講，或者由學校排 schedule，叫醫師依時去聽，這都有實際的困難，何況，這未經立法，也沒有約束力，干脆就不去聽了。所以，我現在能力許可之內，由醫師公會，醫學院，衛生署合作來開播醫學教學節目，計劃在晚上十一點開播，這時醫師才有空來看。醫師公會一年預定動用三四百萬的經費，衛生署也已同意拿出兩百萬元來購買教材，其他各醫學院也提供教材，即可在不久的將來實行了。」

殺人於無形的公害

最近，在中部地區發現多氯聯苯中毒的案件，接著又有含足以要人性命的甲醇假酒出現在市面，一時人心惶惶，不知該食何物。這不禁又叫人想起長久以來存米、食品添加物、及環境在我們周遭的煙霧瀰漫和噪音等明顯的公害。記得在多年前，吳委員曾在立法院為服藥品「沙利竇邁爾」而致生出海豹畸形嬰兒請命，一時震驚海內外，撫今追昔，我們以沈痛的心情，向吳醫師請益公害防治中，我們該有的努力和認識。

「立法院已立法三讀通過食品衛生管理條例，而在此以前，這個關係千萬國人健康的責任是沒有人來承擔的，也可以說是由經濟部來管，但是，一旦發生中毒或其他不幸案件時，就踢到衛生署，而衛生署可理直氣壯地辯稱這並非其權責範圍之內，又如何來負此責任呢？就如幾年前的“代用奶粉”一案來說吧！所謂“代用奶粉”僅僅是由

米糠所碾製而成的，而却由台大農學院兩位教授誇稱裏面含有維他命A B C D；因為價格比外國進口的奶粉便宜很多，所以很多家庭經濟較差的就以此來餵養嬰孩，也沒有再加上其他食品來補充這些欠缺的維他命；結果，很多嬰孩患上維他命A B C D缺乏症，聲音也變沙啞，皮膚變乾，角膜甚至引致潰瘍而失明。在那時期，這樣的嬰孩很多來我這兒求診，我看了大吃一驚，覺得事態嚴重，調查結果發現是代用奶粉所惹的禍，我就從市面收購這些代用奶粉交給衛生處檢驗室和台大去化驗，檢驗結果裏面一點也不含有維他命A B C D，當時我很震怒，對行政院提出質詢，要求處理；但是，衛生署和經濟部都踢皮球，不敢負責任，最後，搞到全國有數百名小孩因而失明，我就直接向當時的經濟部孫部長抗議，孫部長馬上下令“代用”兩字不可用，禁止再發售。所以，根據食品衛生管理條例，應由衛生署來督導全國的食品衛生。」

「至於談到“公害”這個問題，政府可以說尚未下決心來推行，現在雖然已成立了“空氣污染管理法”和“水質污染管理法”但是“經濟第一，人命第二”，所以，這個法可以說是空的，無法實施！」

依規定，這個水質污染管理法”是經濟部來辦理，這是個很大的錯誤。因為經濟部本身所屬的工廠，如高雄的硫酸銦工廠所排出來的廢水，污染了附近數百甲的農作物和土地，要告也控告無門；如果要求損失賠償，市政府也無權命令財政部來付賠償費。況且，經濟部內根本沒有這個主管水污染的單位，也沒有配置預算多少經費，所以，這個水質污染管理法是空洞的，對公害問題卻無意執行。

雖然“空氣污染管理法”規定應由衛生署來負責執行，可是卻沒配置經費。工廠排出黑煙就罰款，可是如果工廠硬不繳，也拿他沒有辦法。這兩個立法，最嚴重的錯誤是用行政法來處理，就是只處以罰金，並不科以刑責，根本收不到嚇阻效果。在外國，這是要科以刑事責任的，如果有害國民健康，就要關他幾年。不過，問題癥結主要還是因為公害防治的工程要花上龐大經費，外國政府是有給予工廠補助費用，或低利貸款，或免稅進口防治儀器等等優待辦法。總而言之，現階段對公害防治、取締是無能為力，除非再修改法則才行！」

專科制度——醫療水平的再提昇

「這目前在台灣實施可能性很小，但是我要極力促成！屆時，國民健康將獲得更一層次的保障！」

在國內，如一朝拿到醫師執照，終其身就可隨意看那一科的病，如今天看內科，成績不理想，明天就改看皮膚科，這對醫療水準的提昇是一大阻碍和諷刺。在外國是先要通過該科專科考試，取得專科醫師的資格才能開業。不過有一個問題就是專門職業的考試依法是由考試院來負責，但是考試院辦醫師考試就辦得亂七八糟，又如何能期望辦好專科醫師的考試呢？所以，我想一個變通辦法，就是在發給開業執照之前，先檢覈醫師證書、高等考試及格證書，醫師公會會員證，再附加醫學會會員證，這最後一項資格的取得和考試院無關；而開業執照的頒發是屬衛生署的職權，所以，我曾向衛生署署長建議，希望在“醫院診所管理規則”中再附加一項就是醫學會的會員證。爲了這個專科制度，我也曾邀請各醫學會的理事長和衛生署開了一次座談會。或許有人會說比如外科、眼科的會員證很難取得，不僅要經過多少年，還要提出多少論文，水準訂得很高；所以，我也向各學會理事長表示，在原來會員之外再設立一種準會員或者特別會員，以便專科醫師資格認可之用，同時也交代小組來研究，希望各醫學會在短期內訂出其會員標準，再來區分出 Specialist 和 practitioner 兩種資格，透過衛生署以行政命令再加上此一條法則，提交行政院頒佈實施。」

全民醫療保險的可行性

“集衆人之力，以救一時之急”，這是保險制度最大意義所在，而社會福利發展的極致必然要走上全民醫療保險這條路，但這不比其他種類的保險，因為這不僅和全民健康攸關，更可決定國家經濟的榮枯和醫療水準的良窳，過去幾年，吳醫師對全民醫療保險、公醫制度涉獵頗深。不知您的看法如何？

「過去多年，我是一直堅持要辦全民醫保的。但是，我發覺政府行政部門內並無專家來研究這個制度的可行性，最近聽說政府有意先辦農民醫療保險，但是，問題是農民並沒有“頭家”，不像公務人員，勞工有政府和資方來付這筆龐大的費用，如果說要政府來負擔，這也不公平，因爲除了農民之外，還有讀書人、商人……等。所以，我想干脆要辦就辦全民醫保，另外可考慮開徵“健康保險稅”，相信老百姓會很樂意的。不過，我認爲要實施，還是很遙遠的事。」

如果一旦真正實施全民醫療保險、公醫制度，醫師該有何認識和希求，以免發生如英國醫師外流不幸的劇用呢？

「根據憲法社會福利的精神，我們醫學界沒有反對理由。但是在實施這種制度之前首先要考慮醫師所得是否合理，是否能扶養起一個家庭、一所醫院。如果根據目前公保和勞保所規定的診療費用，很忠實地申請，那醫院診所必然都要破產要虧本的。醫師提供 service，而獲得多少報酬，必須享有團體交涉權才對，也就是由醫公會、政府主管官署和受惠者各派代表來協商合理的診療費用。但是現行的公保、勞保則不然，單獨由有關單位自行決定，假定全民醫保實施之後，政府依然採取這種獨斷的態度，那可能到時候每一個醫師都要破產。在現行的公保、勞保，我們尚可以其眷屬來看病收取醫療費用，藉以彌補這個差額。」

在英國實施公醫制度，尚且保留了一個 private system，就是醫院可保留 20% 的 private bed，可照自己的標準來收費。但是，英國政府對社會福利的支出相當龐大，所以，醫療費用的調整，常常跟不上物價上漲指數，難怪許多醫師待不住，外流到其他英語系國家去。

醫學界的社會教育

最後，我們也請吳醫師以一位醫學前輩的身分提出對現今年青醫師的期許。

「這幾年來，這些年青醫師的醫學知識都達到一個相當水準，但是缺乏實際診療的能力，這是美中不足的一點。」

還有醫學院應該加強社會教育，包括法律常識，很多醫學生離開學校踏入醫界，尚且不明白什麼是“新醫師”和醫師所擔負的角色，往往一碰到醫療糾紛發生，則不知所措。」

誠如吳醫師在全國醫師聯合會復會感言——文中指出：「二十多年來，我始終有一份難以抑制的使命感；即本醫乃仁術”之懷抱，在醫師公會日夜參予醫政改革工作，致力推動我國醫學進步、維護國民健康，藉謀社會大眾之福祉。」

一席之談，深感先生之風，山高水長。

謝別吳醫師，日已偏午，迎面吹來一股南台灣溫暖的和風。