

臺灣地區的醫師人力政策：1945-1994

江東亮

光復以後，臺灣地區醫師人力政策的發展大致可以分三期：首先是自由放任期 (1945-1970)，侷限於醫師資格的管理；接著是擴張期 (1970-1985)，以培養醫師人力為目標；現在則已經進入綜合期 (1985-迄今)，強調醫師人力地理分布的均衡與素質的提升。本文旨在回顧這三時期臺灣地區醫師人力政策的發展，並檢討政策過程以及對醫師人力供給、地理分布以及素質的影響。(中華衛誌 1995: 14 (5):383-391)

關鍵詞：醫師人力政策、供給、地理分布、素質

臺灣地區的醫師人力政策始於日據時代。1896年，日本政府公布「臺灣醫業規則」，規定醫師必須取得許可才能執業，為臺灣地區最早有記載之醫師人力政策 [1]。而日據時代最重要的醫師人力政策，則是將醫師人力養成納入正式學校教育制度，包括1899年創立臺灣總督府醫學校，臺灣地區第一所醫事學校，以及1936年在臺北帝國大學設置醫學部 [2]。

光復以後，臺灣地區醫師人力政策的發展大致可以分三期：首先是自由放任期 (1945-1970)，侷限於醫師資格的管理；接著是擴張期 (1970-1985)，以培養醫師人力為目標；現在則已經進入綜合期 (1985-迄今)，強調醫師人力地理分布的均衡與素質的提升 (表一)。本文旨在回顧這三時期臺灣地區醫師人力政策的發展，並檢討政策過程以及對醫師人力供給、地理分布以及素質的影響。

國立臺灣大學公共衛生學院公共衛生研究所

通訊：江東亮教授

臺灣大學衛生政策研究中心

台北市仁愛路一段一號15樓

電話／傳真：(02) 341-4493

收稿日期：83年10月

接受日期：84年 6月

自由放任期，1945-1970

整體而言，政府在1971年衛生署成立之前，祇注意醫師資格的管理，對於醫師人力的供給、地理分布以及素質的提升大都採取「自由放任」的態度。

就醫師資格的管理而言，光復初期因政府以行政命令放寬醫師資格之規定，反而大開倒車。日據時代將結束之際，臺灣地區大約有2500名醫師，這些醫師絕大多數受過正式醫學教育 [1]。但是1947年，內政部卻公布實施「醫師人員甄訓辦法」，規定「凡在大陸淪陷地區執業有年未具法定資格之醫事人員，應以本法參加甄訓」。結果在不論學歷，祇需繳保證書與資歷證明之下，共有1194人取得醫師資格 [3]。另一方面，又有二千名左右所謂「曾執行中醫業務五年以上卓著聲望者」，依1943年在大陸公布的醫師法，取得中醫師執照 [4]。一時之間，臺灣醫界大為震盪，吳基福因此稱之為「最黯淡痛苦的時期」 [4]。

為了維護醫師的權益，臺灣省醫師公會自1950年起，即不斷向政府陳情修正醫師法，但直到1967年5月26日，立法院才三讀通過醫師法修正案，或稱新醫師法 [4]。新

表一、影響醫師人力發展之重要歷史事件：臺灣地區，1945-1994

年 別	事 件
* 自由放任期：1945-1970	
1945	臺北帝國大學醫學部改稱臺灣大學醫學院
1947	公布「醫師人員甄訓辦法」，迄 1954 年止共 1194 人取得醫師資格
1949	國防醫學院遷臺
1954	高雄醫學院成立
1958	中國醫藥學院成立
1960	臺北醫學院成立
1962	中山醫學院成立
1964	臺灣省政府衛生處提出「臺灣衛生建設十年計畫」
1967	Baker 與 Perlman 合著之「Health Manpower in A Developing Economy : Taiwan, A Case Study in Planning」出版
1968	考選部決議：醫師檢覈除審查證件外一律應予以面試
* 擴張期：1970-1985	
1971	行政院衛生署成立
1972	公布「國軍退除役醫事人員執業資格考試條例」，迄 1976 年止共 2724 名退除役軍醫取得醫師資格
1974	教育部醫學教育委員會發表「一九七七年及一九八二年全國醫事人員供應與需求之推計」報告
1975	施行新「醫師法」 陽明醫學院成立
1978	教育部與衛生署共同舉辦第一次教學醫院評鑑
1979	實施「加強農村醫療保健四年計畫」
1980	教育部教育計畫小組發表「教育部改進醫事教育規畫小組研討報告書」
1982	開始招收學士後醫學系學生
1983	實施「加強基層建設提高農民所得方案：醫療保健計畫」成功大學醫學院成立 藍忠孚與李玉春發表「臺灣地區未來廿年醫師、牙醫師人力供需之規劃研究」報告
1984	實施「省市立醫院業務改進計畫」
* 綜合期：1985-1994	
1985	實施「醫療保健計畫：籌建醫療網計畫」
1986	公布「醫療法」 衛生署於第八次行政院科技顧問會議上發表「臺灣地區衛生人力發展長程規劃」報告
1987	長庚醫學院成立
1988	公布「專科醫師分科及甄審辦法」
1990	實施「醫療保健計畫：籌建全國醫療網第二期計畫」
1991	公布「醫療發展基金申請作業要點」
1992	江東亮發表「公元二千年臺灣地區醫師人力的供給與地理分布之推計」論文
1993	修正「醫療保健計畫：籌建全國醫療網第二期計畫」
1994	慈濟醫學院開始招收醫學生

醫師法規定執業醫師必須加入地方醫師公會，而且嚴格取締密醫。遺憾的是，為了安排退除役軍醫能順利進入民間執業，新醫師法第四十三條規定：施行日期由行政院命令之，而行政院一擱就擱了八年，到1975年才正式施行。雖然新醫師法並未公布後立即施行，但是為了提高醫師的執業水準，1968年考選部決議自同年七月起醫師資格的取得，除審查證件外一律應予以面試[5]。

由於政府的介入有限，消極期醫師人力的成長主要靠民間力量。臺灣地區在光復初期祇有兩所醫學院，即國立臺灣大學醫學院和國防醫學院。鑑於當時許多優秀青年志願學醫，且醫學同仁多希望子弟能繼承衣鉢，杜聰明等人遂於1954年創辦私立高雄醫學院，接著覃勤等亦分別於1958年、1960年和1962年創辦私立中國醫學院、私立臺北醫學院和私立中山醫學院 [6]。因此，1960年代中期以後臺灣地區即有六所醫學院，而每年招收的醫學生總人數則超過 600名。

儘管如此，由於1960年代醫師大量退休

與移民，Baker與Perlman曾推計在1970年代初期臺灣地區仍將短缺1000名以上的醫師 [7]。但是，1963年臺灣省政府衛生處在「十年衛生計畫」中，卻依然聲稱臺灣地區醫師人力足夠 [8]，而1968年的監察院調查報告亦表示臺灣地區無醫師荒 [4]。當時政府對醫師人力供給與地理分布的態度，由此可見一斑。

擴張期，1970-1985

行政院衛生署成立以後，政府為了追求健康即人權，提高醫療可近性，對醫療照護不再採取「自由放任」的態度，而臺灣地區的醫師人力政策發展亦進入擴張期。

雖然監察院的調查報告認為無醫師荒，但是光復以後臺灣地區人口的成長速度比醫師人力快，致使每十萬人口執業醫師人數由1950年的45名降1970年的41名 (表二)，尤其是1960年代後期鄉村醫師人力不足的問題益加嚴重。批評箭頭首先指向衛生所，因為自改隸鄉鎮公所後，由於職位低、待遇菲薄，醫師多不願留任，經常有四分之一以上的衛生所沒有醫師。湊巧政府為了解決上述退除役

表二、總人口數、累計領證醫師人數、執業醫師人數、每十萬人口執業醫師人數：臺灣地區，1950-2000

年別	總人口數 (1000)	累計 領證醫師人數	執業醫師人數	每十萬人口 執業醫師人數
人 數				
1950	7,544	1,110	3,409	45.1
1960	10,792	6,948	4,811	44.6
1970	14,505	10,712	5,937	40.9
1980	17,642	20,044	11,743	66.6
1990	20,230	30,964	19,921	98.5
2000	21,947	-	25,956	118.3
平均年增率 (%)				
1950-1970	3.3	12.0	2.8	-0.5
1970-1990	1.7	5.5	6.2	4.5
1990-2000	0.8	-	2.7	1.1

資料來源：(1) 內政部：中華民國八十一年臺閩地區人口統計，1992；(2) 經濟建設委員會：中華民國臺灣地區民國81年至125年人口推計，1993；(3) 臺灣省主計處：臺灣省統計要覽，1951；(4) 衛生署：中華民國八十一年衛生統計，1993；(5) 臺灣省政府衛生處：未發表資料，日期不詳；(6) 江東亮：公元二千年臺灣地區醫師人力的供給與地理分布之推計。臺灣醫誌 1992;91:s109-16。

軍醫轉業的問題，自1972年起至1976年止連續舉辦七次特考，共有2724名退除役軍醫取得醫師資格 [3]。因此，衛生署遂協調省政府，遴用部分退除役軍醫至衛生所服務。但是遴用退除役軍醫計畫雖有助於舒緩鄉村醫師人力不足的問題，卻招來降低醫療品質的批評。

另一方面，教育部醫學教育委員會在1974年提出新的醫師人力供需推計報告 [9]，指出當時臺灣地區的醫師人口比遠低於先進國家，且若以每千人口一位醫師為目標，則1982年時臺灣地區將短缺9000名左右的醫師。為了解決醫師人力不足與分布不均的問題，政府特別在1975年成立國立陽明醫學院、1983年成立國立成功大學醫學院，並且在1980年代初期要求各醫學院增加七年制醫學生錄取名額，以及自1982年起招收五年制學士後醫學系（簡稱後醫系）學生。因此，1980年代中期以後，臺灣地區每年招收之醫學生人數已增加為1200名左右。至於後醫系，由於與七年制並存造成教學上之不便，加上難於達到當初創系的理想（特別是培養基礎醫學人才）等原因，目前已只剩下高雄醫學院仍繼續招生。

在解決醫師人力不足之際，衛生署同時進行草擬「充實基層衛生組織方案」。1978年，該方案終於以「加強農村醫療保健四年計畫」獲行政院通過 [10]。「加強農村醫療保健四年計畫」可以說是臺灣地區光復以來第一個真正付諸實施的大型衛生政策，預算金額高達12億新臺幣，相當於當時全國衛生經費總支出的六分之一。但遺憾的是，由於過於偏重硬體建設，對於醫事人力地理分布的改善，特別是提高鄉村醫師人力的效果很有限。有鑑於此，政府又於1983年起推動「加強基層建設提高農民所得方案——醫療保健計畫」 [11]。

「群體醫療執業中心計畫」是「加強基層建設提高農民所得方案——醫療保健計畫」下，最成功而引人注目的措施。群體醫療執業中

心（簡稱群醫中心）通常設在醫師人力嚴重不足的鄉鎮，並且緊臨衛生所或與衛生所共用同一棟建築物。由於政府一方面要求並補助大型教學醫院派遣醫師支援，另一方面又允許群醫中心醫師保留百分之八十的淨收入做為獎勵金，因此群醫中心不但能吸引民眾前往利用 [12]，而且還提高醫師下鄉服務意願。此外，政府自1984年起開始分發公費醫學生至群醫中心服務，亦是群醫中心留得住醫師的重要原因。

綜合期，1985-1995

1986年，行政院核定實施「醫療保健計畫——籌建醫療網計畫」（以下簡稱醫療網計畫） [13]，臺灣地區醫師人力政策的發展亦隨之邁入綜合期，政府不僅重視醫師資格的管理與醫師人力的供給，而且強調醫師人力分布的均衡與素質的提升。

與過去醫療政策不同的是，醫療網計畫的目的在於健全整個醫療體系的發展，而非侷限於衛生所與省市立醫院功能的改善，且在同年年底「醫療法」通過後，其效力更相得益彰。1984年，故蔣總統經國先生的指示足以代表這個劃時代的改變，他說：「規劃建立臺灣地區醫療網，並整合各類醫療機構，使成為一個全國性的完整醫療體系，至為切要。」因此，醫療網計畫的影響自然深遠，其中包括醫師人力政策。

首先，衛生署在醫療網計畫下邀集相關單位及專家學者，組成「醫事人力規劃及運用小組」，並於1986年第八次行政院科技顧問會議上提出公元二千年的醫師人力目標：每千人口一位醫師 [14]。但另一方面，衛生署的推計卻顯示：在每千人口一位醫師的目標下，2000年時臺灣地區醫師人力的供給將比需求多1898名。事實上，藍忠孚與李玉春在1983年即已明白指出：根據有效經濟需求推計，公元二千年臺灣地區將面臨醫師人力大幅過剩的問題 [15]。然而，主張市場競爭的行政院經濟建設委員會（簡稱經建會），卻認為每千人口一位醫師的標準偏低。最後，經李

國鼎政務委員協調衛生署與經建會於1987年經建會委員會四三二次會議上，通過每 750 名人口一位醫師的政策目標。

不管目標為每位醫師服務1000名或 750 名人口，未來臺灣地區醫師人力的問題不在總供給量不足，而是地理分布不均，亦即「不患寡而患不均」[14]。因此，教育部雖然先後於1989年與1994年核准私立長庚醫學院與私立慈濟醫學院招收醫學生，但原則上不增加臺灣地區醫學生之總招收人數。此外，衛生署與考試院並聯手進一步管理外僑醫師在臺執業。

其次，在均衡醫師人力地理分布上，衛生署的主要策略為：在醫師人口比少於三千分之一的鄉鎮增設群醫中心 [13]。截至1993年年底，一共設立了170所群醫中心。雖然群醫中心對提高鄉村醫師人力有貢獻，但是卻無法與都市大型醫院競相增建與擴建後對醫師的吸引力相提並論 [16]。有鑑於此，衛生署在1990年提出「建立醫療網第二期計畫」時，除進一步提出公元二千年醫療區域之間醫師人口比差距縮減為兩倍的政策目標外，還特別編列一百億醫療發展基金，以獎勵民間在醫療資源缺乏地區設立醫療機構，吸引醫師前往執業 [17]。此外，醫療法與醫療網計畫中，有關在醫院飽和區域限制一百床以上醫院設立與擴建的規定，亦間接有助於緩和都市醫師人力的成長。

除重視醫師人力的地理分布外，衛生署亦力求提高醫師素質，其策略為建立住院醫師訓練制度與專科醫師制度。第一，衛生署依據醫療法之規定，要求一般醫療機構負責醫師須先接受兩年以上的住院醫師訓練，而專科醫療機構負責醫師則另須具有專科醫師資格。第二，衛生署又依據醫師法之規定，委託專科醫學會辦理專科醫師甄審工作，並且要求參加甄審之醫師須完成專科醫師訓練及參加醫學繼續教育。目前，臺灣地區共有19種法定專科醫師分科。

而為了配合住院醫師訓練制度與專科醫師制度的建立，衛生署並特別加強教學醫院評鑑制度。雖然衛生署自1978年起即與與教育部，共同主持教學醫院評鑑，但是直到1986年醫療法公布以後，教學醫院評鑑才有法律依據，並且決定每三年評鑑一次。臺灣地區在1993年共有 121所核定之教學醫院，佔醫院總數的16.7%；但是在1978年與1985年才分別祇有24所與56所。

最後，值得一提的是：在綜合期，由於大型醫院急遽增加，而開業醫師不斷萎縮，衛生署為了提高醫療可近性與控制醫療費用的高漲，相當重視基層醫療照護的發展。除實施群醫中心計畫外，衛生署並且積極推動家庭醫師制度 [17] (中華民國家庭醫學會已於1986年成立)，以及在「建立醫療網第二期計畫」修正計畫中，明定「基層開業醫師佔執業醫師總數之百分之四十」的政策目標 [18]。

討 論

整體而言，從自由放任期到綜合期，政府在醫師人力政策上的介入越來越深。但是回顧臺灣地區醫師人力政策的發展經過，至少有三個問題值得我們深思。第一，為何自由放任期長達四分之一世紀以上呢？第二，衛生主管機關在醫師人力政策制定過程中是不是最具影響力？第三，醫師人力政策對臺灣地區醫師人力的供給、地理分布與素質的影響如何？下面我們將一一加以探討。

自由放任期長達四分之一世紀以上，最主要原因是衛生部門在國家施政上的優先次序一直不高。衛生部門是社會建設的一環，但是過去政府一向以經濟掛帥，致使社會建設常受忽略。例如：到了1961年提出第三期四年經濟建設計劃，始增加社會建設，但是在第五期四年經建計劃時，卻又認為社會建設不應列入而予以取消 [19]，且直到1986年才在經濟建設長期展望中，提出社會福利制度的整體規劃 [20]。

就衛生行政組織而言，政府播遷來臺

後，為精簡機構員額，乃將衛生部裁撤，在內政部設衛生司，而衛生司則因職位、權責與編制縮小，難以發揮功能，將大部分業務移讓省衛生處執行 [4]。當時衛生部門地位之式微，由此可見。事實上，即使後來政府為加強中央衛生機構之地位與功能，於1971年爰例設置衛生署直屬行政院，但仍以配合經濟建設與反攻復國為目標 [21]，並且直到1978年行政院才通過衛生署的第一個大型專案計畫：「加強農村醫療保健四年計畫」。因此，儘管醫師是最重要的衛生人力資源，在衛生部門地位長期不張之下，政府在醫師人力政策上的介入亦十分有限。

衛生部門地位不張的另一個結果是，衛生主管機關在醫師人力政策制定過程中，難以發揮影響力。例如：為謀求解決退役軍醫的就業問題，致使新醫師法通過後八年才施行。又如：在1970年代與1980年代，主導醫師人力擴張政策者分別為教育部與經建會，而非衛生署，甚至當衛生署與經建會對醫師人力政策目標分歧時，協調結果是衛生署放棄每千人口一名醫師的主張。

其實，學界的研究結果在醫師人力政策制定過程中亦未被重視。例如：在1960年代，Baker與Perlman曾指出臺灣地區將面臨醫師人力短缺，但是省衛生處與監察院卻皆公稱無醫師人力不足之事。又如：在1980年代，藍忠孚與李玉春指出公元二千年臺灣地區將出現醫師人力大幅過剩的現象，而經建會卻認為「縱有過剩，並不嚴重」[15]。為什麼學界的發現與政策的制定間會有如此大的差距呢？雖然Lindblom與Cohen已說過：專業知識祇是解決社會問題的工具之一 [22]，但是有關學者專家在醫師人力政策制定過程中所扮演的角色，以及醫師人力政策的科學性，都是未來值得深入探討的問題。

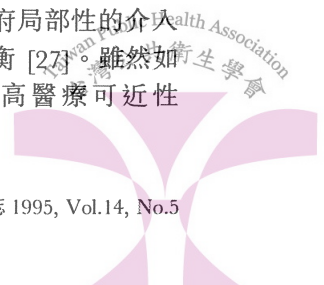
第三，醫師人力政策對臺灣地區醫師人力的供給、地理分布以及素質的影響如何？表二說明歷年醫師人力的供給情形。臺灣地區的執業醫師人數由1950年的3409名增加為1970年的5937名，再激增為1990年的19,921

名；換句話說，四十年之間大約成長五倍。若就醫師人力供給的平均年成長率而言，1970年之前為2.8%，1970年之後則提高為6.2%，顯示擴張期的醫師人力政策發揮了作用。但值得注意的是，自由放任期醫師人力供給的成長率低，部分原因是該時期的醫師人力流失率高。1960年代的畢業醫學生大約有三分之一移民海外，但是1970年代以後則減為十分之一左右 [23]。

此外，由於反映目前不增加醫學生總招生人數的政策，根據江東亮的最新推計 [24]，雖然臺灣地區的執業醫師人數將持續增加為公元二千年的25,956名，但是1990年以後的醫師人力平均年成長率則降為2.7%。

就醫師人力地理分布而言，臺灣地區光復以後的改變甚大，但是不均衡的現象仍是明顯而具體的事實。根據表三，雖然四十年來醫師人力最豐富與最貧乏縣市之間的相對差距有略為下降，但是絕對差距卻更加拉大。在1950年，臺南市與雲林縣分別是醫師人力最豐富與最貧乏的兩個縣市，前者平均每十萬人口有99名醫師，而後者祇有18名醫師，相差81名。到了1990年，臺北市晉升為臺灣地區醫師人力最豐富的縣市，平均每十萬人口有175名醫師，而雲林縣則依然是醫師人力最貧乏的縣市，平均每十萬人口祇有41名醫師，相差高達134名。

張苙雲的研究結果指出，臺灣地區醫師人力的地理分布與社會經濟環境息息相關，社會經濟環境好的縣市同時也是醫師人力豐富的縣市 [25]。而江東亮則發現，市場機轉在臺灣地區醫師人力的地理分布上扮演非常重要的角色，亦即醫師人力的增加速度隨著社區醫師人力的飽合程度而下降 [26]。事實上，政府在1983年實施群醫中心計畫後，才直接介入臺灣地區醫師人力地理分布的改善。但是群醫中心計畫對醫師人力地理分布的影響卻十分有限，因為政府局部性的介入無法與市場機轉的力量相抗衡 [27]。雖然如此，群醫中心仍有助於提高醫療可近性



表三、縣市別每十萬人口醫師數：臺灣地區，1950-2000

縣／市	年 別				平均年增率 (%)	
	1950	1970	1990	2000	1950-1970	1970-1990
台灣地區	45.1	40.9	98.5	117.8	-0.5	4.5
台北市	76.3	80.3	190.6	250.2	0.3	4.4
高雄市	40.0	60.9	152.2	154.8	2.1	4.7
基隆市	28.2	55.5	110.1	149.1	3.4	3.5
台中市	48.1	70.7	193.2	202.2	1.9	5.2
台南市	98.6	58.7	130.1	161.8	-2.6	4.1
台北縣	36.0	27.7	60.3	48.3	-1.4	4.0
宜蘭縣	35.3	30.0	82.8	103.9	-0.8	5.2
桃園縣	36.1	27.6	109.4	177.6	-2.3	7.1
新竹縣／市	76.2	35.0	73.2	82.9	-3.8	3.8
苗栗縣	37.1	28.6	57.6	61.1	-1.3	3.6
台中縣	54.2	28.4	64.4	53.8	-3.2	4.2
彰化縣	38.6	37.9	66.2	86.2	-0.1	2.8
南投縣	39.6	35.2	57.3	71.6	-0.6	2.5
雲林縣	18.0	31.6	49.4	46.7	2.9	2.3
嘉義縣／市	45.1	35.6	70.3	85.3	-1.3	3.5
台南縣	45.5	23.5	57.0	52.2	-3.3	4.5
高雄縣	45.6	25.5	73.7	79.3	-2.9	5.4
屏東縣	32.6	35.0	63.0	55.9	0.4	3.0
台東縣	48.2	28.9	56.7	86.2	-2.6	3.4
花蓮縣	34.4	28.7	114.7	122.9	-0.9	7.2
澎湖縣	27.0	26.7	71.8	76.1	-0.1	5.1
相對差距	5.5	3.4	3.9	5.4	-0.9	3.1
絕對差距	80.6	56.8	141.2	203.5	7.2	4.9

資料來源：(1) 臺灣省主計處：臺灣省統計要覽，1951；(2) 臺灣省政府衛生處：未發表資料，日期不詳；(3) 衛生署：中華民國七十九年衛生統計，1991；(4) 江東亮：公元二千年臺灣地區醫師人力的供給與地理分布之推計。臺灣醫誌 1992；91：s109-16。

[12]。

至於臺灣地區醫師人力的素質，光復以後雖因醫學教育的進步而明顯改善，卻被「醫師人員甄訓辦法」以及「國軍退除役醫事人員執業資格考試條例」加以斲傷。直到1989年，臺灣地區仍有3013名甄訓或特考及格之執業醫師，佔執業醫師總人數的17.7% [24]。其次，新醫師法施行延後亦不利於取締密醫 [4]。根據Baker與Perlman的調查，在1963年臺灣地區有5400名左右合格西醫，但同時卻亦大約有2400名密醫。由此可見，自由放任期臺灣地區密醫之猖狂。此外，1988年醫師法修正後專科醫師人數驟增，特別是家庭醫學科由1988年的 485名增加為1990年的1622名，但這並不能代表醫師人力素質的實質改善。未來對於醫師人力素質的提高，仍須再接再厲。

結 語

歷史會重演嗎？答案是會與不會。不會是因為時過境遷，而會則是因為沒有記取教訓。光復以後，臺灣地區的醫師人力政策曾在經濟掛帥的歲月，渡過冗長的自由放任期。但是現在時代已經不同，雖然經濟建設重要如昔，但政府卻不能而且也不再忽略社會建設，尤其是衛生部門。事實上，政府已確定在1995年實施全民健康保險。而為了在全民健康保險制度下，讓民眾能真正公平地得到良好的醫療照護，政府勢必更加重視醫師人力的供給、地理分布與素質。但是上述經驗指出，除非能考量大社會經濟環境的影響，否則醫師人力政策將難以發揮作用。我們是不是已經學到這些教訓呢？且拭目以待。

致 謝

本研究部分經費由行政院衛生署提供（計畫編號：DOH83-HR-305），特此致謝。

參考文獻

1. 臺灣省文獻委員會：臺灣省通志稿，卷三：政事

志，衛生篇，第一冊，1952。

2. 江東亮：臺灣地區醫療照護的發展與問題。中華衛誌1988;8:75-90。
3. 林龍桐：醫事人員現況概述，載教育部教育計畫小組編：教育部改進醫事教育規畫小組研討報告書。臺北：教育部，1980。
4. 吳基福：臺灣醫師公會三十三年史。臺北：中華民國醫師公會全國聯合會，1980。
5. 張嘯世：中華民國醫事人員考試制度。臺北：正中書局，1984:163。
6. 杜聰明：臺灣醫學教育之發展，載臺灣醫藥衛生總覽。臺北：醫藥新聞社，1972。
7. Baker T, Perlman M. Health Manpower in A Developing Economy: Taiwan, A Case Study in Planning. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 1967.
8. Hsu TC. Ten year health plan for Taiwan. J Formosan Med Assoc 1965;64:183-211.
9. 教育部醫學教育委員會：一九七七年及一九八二年全國醫事人員供應與需求之推計，1974。
10. 行政院衛生署：加強農村醫療保健四年計畫，1979。
11. 行政院衛生署：加強基層建設提高農民所得方案—醫療保健計畫，1983。
12. 江東亮、楊志良、丁志音：群體醫療執業中心對醫療可近性的影響。中華衛誌 1991;10:260-8。
13. 行政院衛生署：醫療保健計畫—籌建醫療網計畫，1986。
14. 行政院衛生署：臺灣地區衛生人力發展長程規劃，1986。
15. 藍忠孚、李玉春：臺灣地區未來廿年醫師、牙醫師人力供需之規劃研究。臺北：行政院經濟建設委員會，1983。
16. 楊志良：對我國醫療體系之評估。臺北：行政院經濟建設委員會，1990。
17. 行政院衛生署：醫療保健計畫—建立全國醫療網第二期計畫，1990。
18. 行政院衛生署：「建立醫療網第二期計畫」修正計畫，1993。
19. 李國鼎：一個參加經濟設計老兵的回顧與前瞻，載陸民仁(編)：臺灣經濟發展戰論。臺北：聯經出版事業公司，1975。
20. 行政院經濟建設委員會：中華民國臺灣經濟建設長期展望，民國七十五年至八十九年，1986。
21. 顏春輝：我國衛生行政沿革及其發展概況，載臺灣醫藥衛生總覽。臺北：醫藥新聞社，1972。
22. Lindblom C, Cohen DK. Usable Knowledge : Social Science and Social Problem Solving. New Haven: Yale University Press, 1979.
23. 江東亮：醫師人力供給，載全民健康保險制度規劃技術報告。臺北：行政院經濟建設委員會，1990。
24. 江東亮：公元二千年臺灣地區醫師人力的供給與地理分布之推計。臺灣醫誌1992;91:s109-16。
25. 張芸雲：臺灣地區衛生人力分佈問題之初探。中國

- 社會學刊1983;7: 133-56。
26. Chiang TL: Deviation from the carrying capacity for physicians and growth rate of physician supply: The Taiwan case. Soc Sci Med 1995; **40**:371-7.
27. Chiang TL: Governmental intervention versus market forces in the geographic distribution of physicians: The case of the Group Practice Centers Program in Taiwan (in preparation).

PHYSICIAN MANPOWER POLICY IN TAIWAN, 1945-1994

TUNG-LIANG CHIANG

The historical development of physician manpower policy in Taiwan after World War II includes three phases: (1) laissez-faire stage (1945-1970), confined to the administration of licensing; (2) expansion stage (1970-1985), focused on the production of physicians; and (3) comprehensive stage (1985-present), concerned with the geographic distribution and quality of

physician manpower. The objectives of this paper are twofold: to review the historical progress of physician manpower policy in Taiwan and to examine the policy process and the impact of the physician manpower policy on the supply, geographic distribution and quality of physician manpower in Taiwan. (*Chin J Public Health (Taipei)* 1995; **14** (5): 383-391)

Keywords: *physician manpower policy, supply, geographic distribution, quality*