

公共政策與法律研究中心

101 年度研究計畫案期末報告

計畫名稱：醫療服務與管理之問題與分析

主持人：鄭守夏

研究助理：鄧家佩、張瑋庭

撰寫日期：2012/12/25

目 錄

壹、計畫背景.....	2
一、計畫內容.....	2
(一) 主要研究問題.....	2
(二) 研究方法.....	2
(三) 計畫目標.....	2
二、相關文獻回顧與整理.....	3
三、參考文獻.....	8
貳、計畫工作項目及期中成果.....	11
一、會議與出版品摘要(含計畫工作項目).....	11
(一) 醫學系學生專科選擇問卷調查.....	11
(二) 民眾就醫經驗問卷調查.....	13
(三) 座談會：專科醫師「四大皆空」的問題與對策醫院院長座談會.....	18
(四) 座談會：專科醫師「四大皆空」的問題與對策綜合座談會.....	19
(五) 記者會：2013年1月10日召開。.....	20
(六) 政策白皮書：預計2013年3月31日前完成。.....	20
參、計畫績效指標與人力投入.....	21
(一) 績效指標說明.....	21
(二) 參與人力簡歷.....	21
肆、附錄-專科醫師「四大皆空」的問題與對策之會議記錄.....	22
附錄一、醫院院長座談會會議記錄(臺北場).....	22
附錄二、醫院院長座談會會議記錄(高雄場).....	27
附錄三、綜合座談會會議記錄(臺北場).....	30

圖 表 目 錄

圖一 「冷門科」專科間執業醫師人數，1998 年至 2010 年.....	4
圖二 「熱門科」專科間執業醫師人數，1998 年至 2010 年.....	4
圖三 「冷門科」專科間執業醫師人數百分比，1998 年至 2010 年.....	5
圖四 「熱門科」專科間執業醫師人數百分比，1998 年至 2010 年.....	5
圖五 「冷門科」歷年醫師證書核發人次，1991 至 2010 年.....	6
圖六 醫學生認為醫師人力不足的問題是否嚴重：依就讀年級區分.....	11
圖七 醫學生未來希望執業科別的第一~三志願.....	12
圖八 影響醫學生未來選擇專科的重要因素（複選題）.....	12
圖九 以提高薪資鼓勵年輕醫師選擇比較辛苦的專科是否有效?.....	13
表一 各縣市人口數與抽樣人數分配比例.....	14
表二 民眾基本特性分布.....	15
表三 民眾就醫可近性.....	16
表四 民眾對於專科醫師人力不足問題的認知.....	17
表五 民眾對醫療服務的滿意程度與健保改革之問題.....	18

壹、計畫背景

一、計畫內容

(一) 主要研究問題

黃煌雄等人(2012)於全民健保總體檢報告中指出，由於全民健保的實施，過去醫學主流外科、內科、婦產科和小兒科，呈現每年醫師人數急降，已經趨向「四大皆空」的現象。黃煌雄委員提出四大皆空的想法，主要是依據四大科（冷門科）和五官科（熱門科）專科醫師證書核定人次與專科醫師訓練容額核定數出現明顯的落差，其中又以外科最為嚴重。反之，針對監察委員黃煌雄提出四大皆空的亂象，吳肖琪教授於2010年提出另一方面的看法，其認為雖四大科專科醫師遞減可能與醫師生活品質、醫療糾紛和健保給付制度有關外，但亦可能與衛生署訂定專科醫師訓練容額過高有關。目前住院醫師訓練容額為遠超過全國醫學生畢業的數目，因此導致某些專科無法招滿住院醫師。

目前無論是醫界、學界或者是政府相關單位，對專科醫師人力分布及城鄉的差距皆有不同闡述，對於四大皆空的亂象也有著不同的解讀。在缺乏政策評估及實證數據的前提下，上述討論仍無法作為後續政策推動的依據。因此，本計畫除了從實證的數據外，亦針對不同利益關係人進行問卷調查和相關的座談會(包含教學醫院主管、醫學生、民眾、政策制定者)，釐清專科醫師分布失衡的問題，進而凝聚共識並提出因應及改善的策略。

(二) 研究方法

本研究計畫藉由實證資料分析、醫學生及民眾問卷調查、教學醫院主管進行座談以釐清目前醫院招收住院醫師的情形。最後，本計畫將針對相關利益關係人進行綜合座談，以凝聚相關的共識，並進一步研擬具體的解決方案。相關之研究方法詳列如下：

1. 實證資料趨勢分析：因過去研究發現，專科醫師人力的分配可能會受到需求面、供給面和健保支付制度面的影響，因此將從不同面向評估專科醫師人力分配消長的問題。
2. 針對醫學生的問卷調查，用以瞭解醫學生選科的考量。
3. 進行民眾的問卷調查，用以瞭解民眾就醫經驗與跨區就醫的情形。
4. 舉辦教學醫院主管與專科代表之座談，釐清四大皆空問題之嚴重程度。
5. 綜合座談：釐清問題、凝聚共識、研擬方案。

(三) 計畫目標

本研究計畫目標旨在探討全民健保目前在醫療服務面所遭遇的困難，釐清問題的原因與嚴重程度，並提出可行建議。今年度主要議題為探討專科醫師間分布消長（包含「四大

皆空」或「急重症缺乏醫師」的現象)等問題。

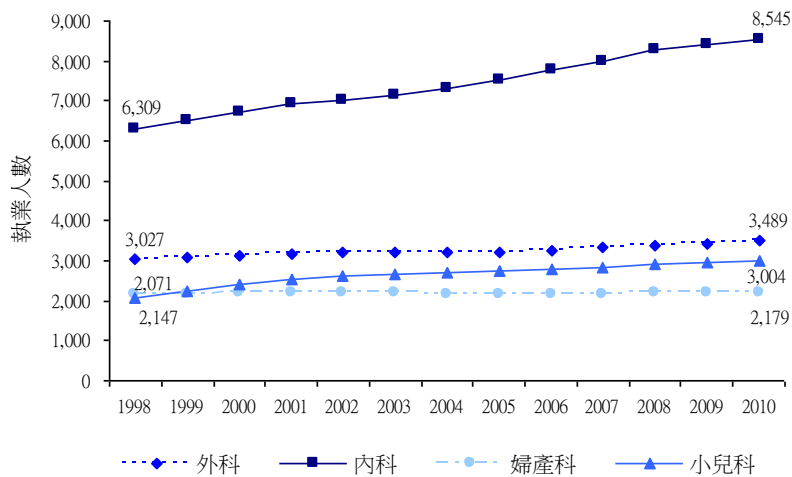
二、 相關文獻回顧與整理

回顧國內外醫師人力相關文獻資料發現 1970 年代，世界各國都面臨醫師人數不足的問題，也都採用新設醫學院以增加醫學生數量的政策，然而，此舉卻導致 1980 年至 1990 年代陸續出現醫師人力過剩的問題[1-4]，所幸我國因 1980 年衛生署嚴格管控醫學生數量，故未面臨醫師人力過剩之情形。隨後，在 1990 年晚期，各國開始浮現程度不一的醫師人力地理、專科分布不均之問題，學術界亦出現許多探討各專科醫師人力的研究，例如兒科[5-11]、麻醉科[12-14]、急診[15]、內科[16]、外科[17]等等。由於醫療環境與制度的不同，各國醫師人力不足之專科也不盡相同，唯受到少子化影響，民眾醫療需求改變，使兒科醫師人力不足成為各國共同面臨的問題，而我國與醫療環境相似的日本亦同時面臨婦產科醫師人力不足之議題。

我國於健保實施後，即有不少學者研究醫師專科人力變化趨勢，發現各專科的成長速度不一，專科間出現人力懸殊的情形[18-22]。近幾年也有學者利用各種不同的模式預測專科人力，可惜隨著選用的模式、研究方法與預測時間的不同，同一專科可能同時出現人力不足或過剩的相異結論，眾多研究中僅婦產科一致地呈現人力不足的結果[23-25]。

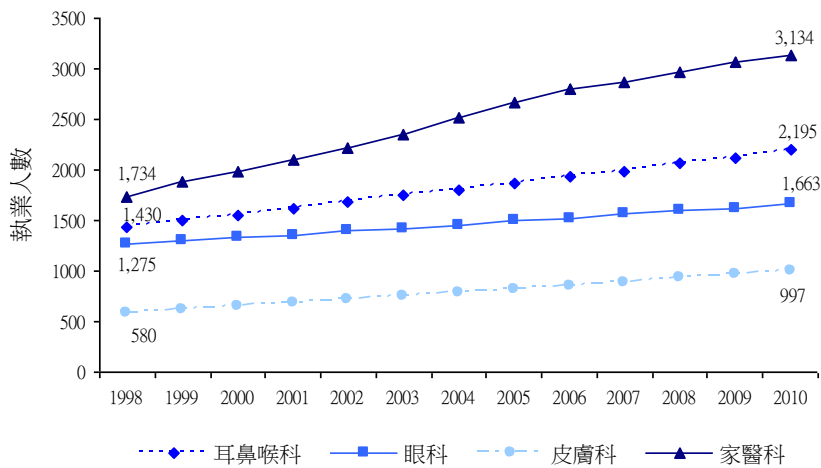
近幾年，專科醫師人力分布的問題備受重視。2011 年監察委員黃煌雄發表「我國全民健康保險總體檢查案」調查報告中，指出過去在醫學生中熱門的四大科別：內科、外科、婦產科、兒科正在逐年減少，引起醫界廣大的迴響[26]。台北榮總林芳郁院長表示，全台灣 4 萬名醫師至少有四分之一從事醫學美容，反觀內科、外科、婦科和兒科等重要科別卻是「四大皆空」，欠缺人手 [27]。中華民國週產期醫學會理事長張峰銘也指出婦產科醫師大幅減少七成五 [28]。而台北醫學大學醫學院院長曾啟瑞則提到近幾年五官科蔚為熱門，而風險較大、壓力較大的四大科已經不受醫學生選科時的青睞 [29]。台大醫師柯文哲認為這個現象發生的原因來自於健保制度的偏差，因此在「不同工卻同酬」的情形下，大家會選擇輕鬆的做 [27]。

根據中華民國醫師公會全聯會執業科別分佈的資料顯示，不論「冷門科」或「熱門科」專科執業醫師數皆呈現上升的情形(圖一和圖二)，但從 1998 年至 2010 年間，內科、外科、婦產科、小兒科執業醫師人數佔所有專科執業醫師人數百分比明顯減少[30]。



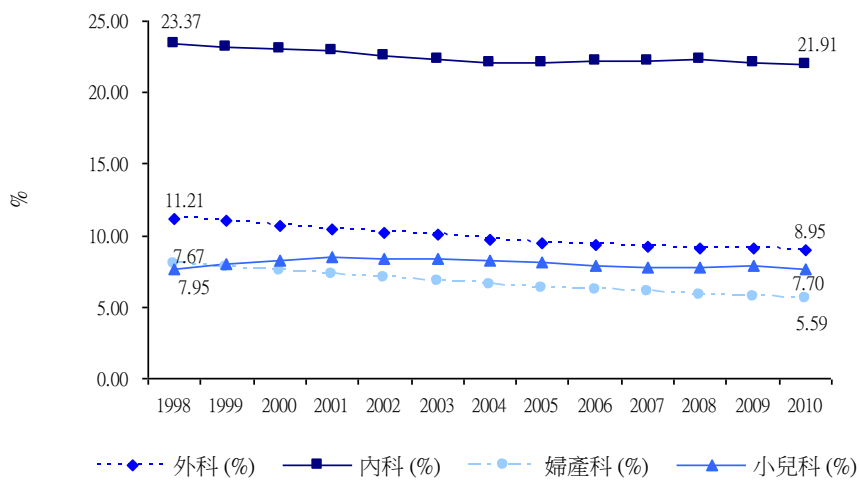
圖一 「冷門科」專科間執業醫師人數，1998 年至 2010 年
(資料來源：中華民國醫師公會全聯會，1998-2010)

執業內科醫師佔所有執業醫師的比例，由 1998 年的 23.37% 降至 2010 年的 21.91%；外科醫師執業人數的百分比由 1998 年的 11.21% 降至 8.95%；婦產科醫師執業人數的百分比由 7.67% 降至 5.59%；小兒科醫師執業人數的百分比由 7.95% 降至 7.70% (圖三)。反之，耳鼻喉科、家醫科、和皮膚科執業醫師人數的百分比則呈現上升的情形 (中華民國醫師公會聯合會，2010) (圖四) [30]。

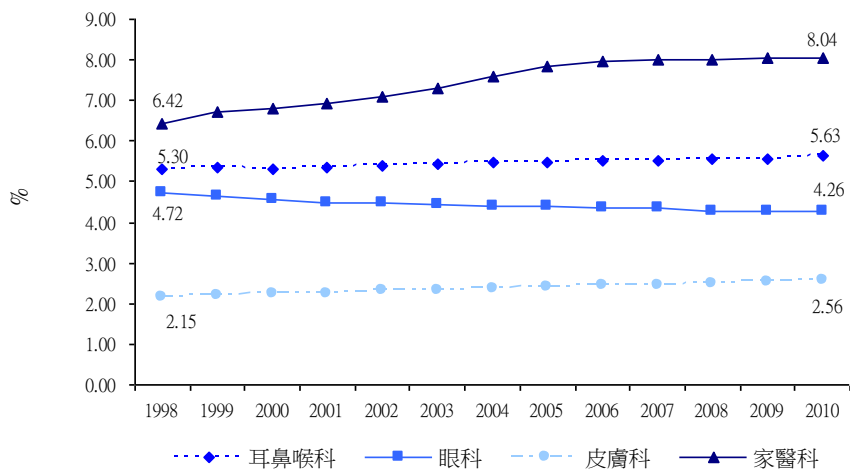


圖二 「熱門科」專科間執業醫師人數，1998 年至 2010 年
(資料來源：中華民國醫師公會全聯會，1998-2010)

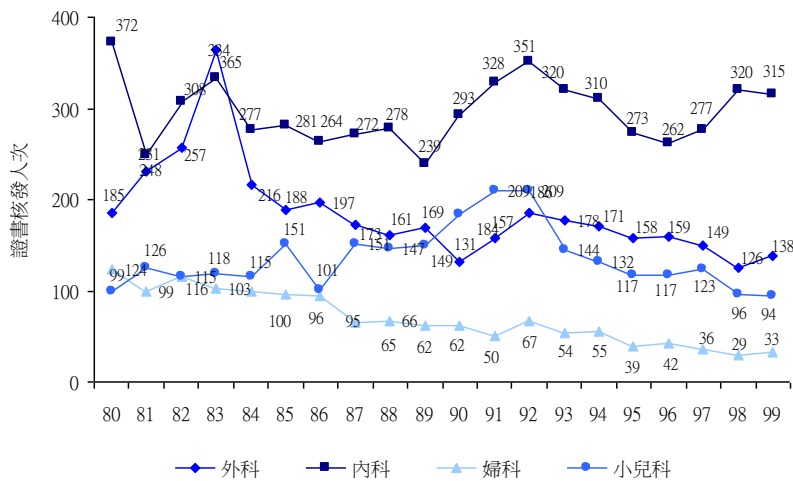
根據衛生署 1991 年至 2010 年各專科醫師核證人次的資料顯示(圖五)，內科專科醫師核證人次略有波動；外科、婦科和兒科專科核證人次呈現減少的趨勢，其中以婦產科專科核證人次減少最多，相較於 1991 年核證人次，2010 年的核證人次僅達 1991 年的三分之一 [31]。



圖三 「冷門科」專科間執業醫師人數百分比，1998年至2010年
 (資料來源：中華民國醫師公會全聯會，1998-2010)



圖四 「熱門科」專科間執業醫師人數百分比，1998年至2010年
 (資料來源：中華民國醫師公會全聯會，1998-2010)



圖五 「冷門科」歷年醫師證書核發人次，1991 至 2010 年

(資料來源：行政院衛生署公務統計，1991-2010)

全民健保實施後，對於醫師專科別的消長議題，早已受到學界和醫界的重視，有不少研究評估健保支付制度對於專科醫師人力消長的影響。多數研究證實健保支付制度可能會影響專科醫師人力的變化。蔡瑞熊與楊明仁(1998)指出全民健康保險制度與醫師人力的規劃有密切的關係[32]，張友珊與楊志良(1999)以 13 家醫學中心健保申報及專科醫學會資料進行分析，醫學中心住院醫師成長的趨勢與各科別健保申報的費用具有正相關。該結果係指健保對於各科別醫師支付金額的高低，將影響醫學生日後選擇的執業科別 [24]。另外，洪碧蘭與楊志良(1998)以 1992 年至 1997 年間七家醫學中心住院醫師申請的資料進行分析，發現健保實施後，住院醫師錄取率最低的為皮膚科、耳鼻喉科、眼科；錄取率最高者則為外科、麻醉科和核醫科 [33]。宋文娟等人(2001)針對台灣內科醫學會中 10 位次專科理事長進行訪談，認為全民健保支付為影響醫師專科人力分配的重要因素，較容易獲得給付或醫療糾紛較少的科別，醫師人力會越來越多[22]。洪錦敦等人(2003)進一步以 1991-1998 年醫師公會全國聯合會以及內科醫學會的資料進行研究，結果發現 1991 年至 1998 年間整體醫師人數由 21,487 人增加至 26,770 人，共計增加 24%。然而，內科醫師人數僅增加了 5.07% [34]。

郭耿南教授於 2004 年進行「台灣專科和次專科醫師人力評估計畫」研究，以行政院衛生署提供之專科醫師證書檔及醫事人員執業現況檔，預估專科醫師人力的供給。研究結果發現，台灣地區醫師人力目前已逐漸趨於飽和，數量已足夠但科別分布失衡的狀況依然存在，也就是所謂的「不患寡而患不均」[35]。其認為健保在「不同工同酬」的支付制度基礎下，診療費無法反映醫師工作負荷程度、部份專科醫師可藉由增加檢查費收入來增加醫師收入，大部分的醫師選擇給付較高且輕鬆的工作，如熱門科（五官科：眼科、耳鼻喉科等）。相比較之下，婦產科、外科和小兒科則較少醫師願意選擇 [36]。不過亦有研究持不同的看法，林芸芸(1999)以健保申報資料庫進行研究，發現全民健保實施兩年後，醫學生選擇內、外、婦、兒科呈現遽減的情形，1994 年至 1995 年的變化率分別為-17.07%、-40.82%、

-4.31%和-14.53%，但就實證統計資料顯示，其認為健保給付與專科醫師的分布並無明確的相關性存在 [23]。

除了相關的實證研究外，其它針對醫事人力議題所舉辦的研討會，皆提出實施全民健保後專科醫師間分布的消長情形之證據。首先，在 1999 年「醫師人力政策研討會」中，李丞華及徐幸妙(1999)推估在 2010 年至 2020 年間，台灣地區將面臨外科醫師人力老化的現象 [37]。黃月桂(1999)提出受到健保給付因素、醫療糾紛、工作壓力等因素，造成許多醫學生不願意選擇婦產科作為執業的科別 [38]。其次，在「第三波全民健康保險改革研討會：醫療資源分配正義的探討」中，陳明豐指出健保給付為影響專科醫師人力消長的重要因素，給付點數高，醫療風險低的科別成了醫學生的首選；相對的，訓練時間長、給付點數又低、風險相對偏高的婦產科、外科、兒科等則愈來愈招不到住院醫師 [39]；林芳郁則指出因為大醫院訓練後留在大醫院執業不易，能否開業成為選科的重點，加上少子化致使市場委縮，四大科人數稅減 [40]。

三、 參考文獻

1. Cooper RA. Perspectives on the physician workforce to the year 2020. *JAMA: the Journal of the American Medical Association* 1995;**274**:1534-1543.
2. Kobayashi Y, Takaki H. Geographic distribution of physicians in Japan. *The Lancet* 1992;**340**:1391-1393.
3. Sullivan PR. Physicians and the problem of other consciousnesses. *The Southern Journal of Philosophy* 1996;**34**:115-123.
4. Weiner JP. Forecasting the effects of health reform on US physician workforce requirement. *JAMA: the Journal of the American Medical Association* 1994;**272**: 222-230.
5. Chang RKR., Halfon N. Geographic distribution of pediatricians in the United States: an analysis of the fifty states and Washington, DC. *Pediatrics* 1997;**100**: 172-179.
6. Ding H. Strategies for improving pediatric services in Japan. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine* 2005;**206**: 195-202.
7. Jewett EA, Anderson MR, Gilchrist GS. The pediatric subspecialty workforce: public policy and forces for change. *Pediatrics* 2005;**116**:1192-1202.
8. Morinville V. Canadian pediatric gastroenterology workforce: Current status, concerns and future projections. *Canadian Journal of Gastroenterology* 2007; **21**: 653.
9. Nakayama DK., Newman KD. Pediatric surgery workforce: population and economic issues. *Journal of Pediatric Surgery* 2008;**43**:1426-1431.
10. Nomura K., Inoue S., Yano E. The shortage of pediatrician workforce in rural areas of Japan. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine* 2009;**217**: 299-305.
11. 吳美環：以系統動態學方式探討在少子化危機及全民健保政策下台灣之兒科醫師人力規劃。臺灣大學商學組碩士論文 2012。
12. Egger HCB., Schubert A. Staffing the operating room suite: perspectives from Europe and North America on the role of different anesthesia personnel. *Anesthesiology Clinics* 2008;**26**:637.
13. Schubert A., Eckhout G., Tremper K. An updated view of the national anesthesia personnel shortfall. *Anesthesia & Analgesia* 2003;**96**:207-214.
14. 何始生：臺灣地區麻醉專科醫師人力供需之研究—灰色預測模型之應用與問題。長庚大學醫務管理學研究所碩士論文 2004。
15. Haase CE, Lewis LM., Kao B. Do estimates of emergency physician workforce underestimate current needs? *Annals of Emergency Medicine* 1996;**28**: 666.
16. 洪錦敦、藍忠孚、宋文娟：台灣地區內科醫師人力之數量與地理分布。醫務管理期刊 2003；**4**：39-54。
17. Terhune KP, ZaydfudimV., Abumrad NN. International medical graduates in general surgery: Increasing needs, decreasing numbers. *Journal of the American College of Surgeons.* 2010;**210**(6):990.
18. 宋文娟、藍忠孚、洪錦敦：內科專科醫師人力問題之剖析-美國 vs 台灣。醫務管理期刊

2001；2：21-31。

19. 林芸芸：全民健康保險對醫師專科分布的衝擊。醫院 1999；32：1-16。
20. 張友珊、楊志良：全民健保對各科醫師消長影響之初探。中華衛誌 1999；18：123-137。
21. 張金堅、陳炯年、朱樹勳：全民健保後外科醫師人力之調查與分析。醫學教育 1998；2：273-281。
22. 藍忠孚：全民健保後醫師人力供需現況與未來推估之研究。行政院衛生署委託研究計畫 1997。
23. 何明宗：臺灣地區未來醫師人力供需研究-灰色預測模式之應用。醫務管理期刊 2008；9：255-270。
24. 李庭毅：以灰關聯預測探討台灣醫師人力供需。靜宜大學會計學系碩士論文 2012。
25. 韓季霖：台灣地區醫師人力供需之研究—灰色預測模式之應用。銘傳大學管理科學研究所碩士論文 2001。
26. 黃煌雄、沈美真、劉興善。全民健保總體檢。台北：臺北醫學大學/五南圖書出版股份有限公司，2012。
27. 中廣新聞網：四大皆空卻 1/4 醫師做醫美。URL：
<http://tw.news.yahoo.com/%E5%9B%9B%E5%A4%A7%E7%9A%86%E7%A9%BA%E5%8D%BB1-4%E9%86%AB%E5%B8%AB%E5%81%9A%E9%86%AB%E7%BE%8E%E6%9E%97%E8%8A%B3%E9%83%81%E6%8A%A8%E5%81%A5%E4%BF%9D-074821276.html> [引用：2/25/2012]
28. 聯合新聞網：婦產科人力 10 年內斷層 醫師憂心。URL：
<http://udn.com/NEWS/HEALTH/HEA1/6772371.shtml> [引用：2/25/2012]
29. 自由時報：新世代從醫偏好「五官科」。URL：
<http://tw.news.yahoo.com/%E6%96%B0%E4%B8%96%E4%BB%A3%E5%BE%9E%E9%86%AB-%E5%81%8F%E5%A5%BD-%E4%BA%94%E5%AE%98%E7%A7%91-20110410-130102-097.html> [引用：2/25/2012]
30. 中華民國醫師公會全聯會：台灣地區執業科別分布情形。URL：
http://www.tma.tw/stats/stats_1.asp [引用：2/25/2012]
31. 行政院衛生署：歷年專科醫師核證人數。URL：
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11978&class_no=440&level_no=3 [引用：2/25/2012]
32. 蔡瑞熊、楊明仁：醫療保健制度對教學醫院醫師培養之影響。醫學教育 1998；2:162-7。
33. 洪碧蘭、楊志良：健保支付與醫界生態關係之初探。醫院 1998；31：41-60。
34. 洪錦敦、藍忠孚、宋文娟：台灣地區內科醫師人力之數量與地理分布。醫務管理期刊 2003；4：39-54。
35. 行政院衛生署：台灣（專科和次專科）醫師人力評估。台北：行政院衛生署，2004 年。
36. 郭耿南：醫師培育：現況與展望。苗栗縣竹南鎮：國家衛生研究院，2009 年。
37. 李丞華、徐幸妙：近十年台灣各科別醫師人力的消長。醫師人力政策研討會：大會手冊，1999。
38. 黃月桂、劉郁薇：婦產科醫師人力現況評析。醫師人力政策研討會：大會手冊，1999。
39. 陳明豐：台灣醫療四大科的萎縮。第三波健保改革研討會：醫療資源分配正義的探討研

討會：大會手冊，2011。

40. 林芳郁：台灣醫療四大科的萎縮。第三波健保改革研討會：醫療資源分配正義的探討研討會：大會手冊，2011。

貳、計畫工作項目及期中成果

一、 會議與出版品摘要(含計畫工作項目)

(一) 醫學系學生專科選擇問卷調查

(1) 研究方法

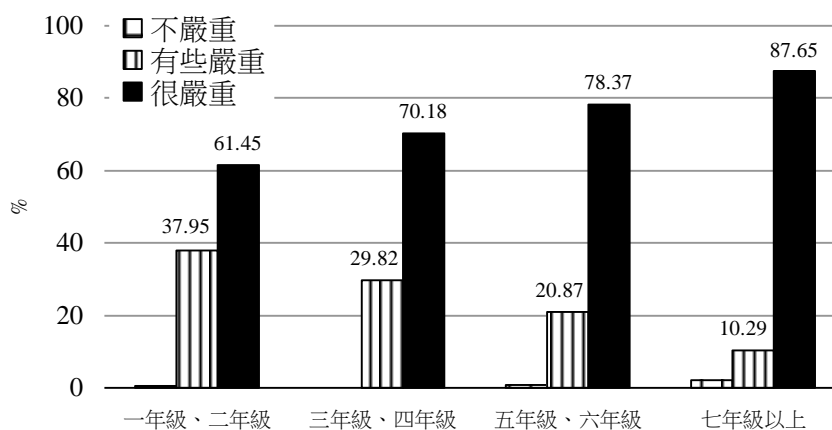
- 研究對象：針對台灣大學、陽明大學、成功大學、長庚大學、高雄醫學大學、慈濟大學、輔仁大學、中國醫藥大學、中山醫學大學、馬偕醫學院之 10 間學校的醫學系學生。
- 調查方式：採用網路問卷。
- 調查時間：2012 年 8 月 10 日至 2012 年 8 月 24 日。
- 回收份數：1077 份(至 2012 年 8 月 25 日止)。

(2) 基本資料分布

在 1077 位回收的樣本中，男性和女性分別佔 70.4%和 29.6%。在就讀年級方面：一年級和二年級佔 15.4%、三年級和四年級佔 22.5%、五年級和六年級佔 36.5%與七年級以上佔 22.6%。在經濟狀況方面：以家境普通(56.4%)和家境小康(38.0%)之學生所佔比例最高。

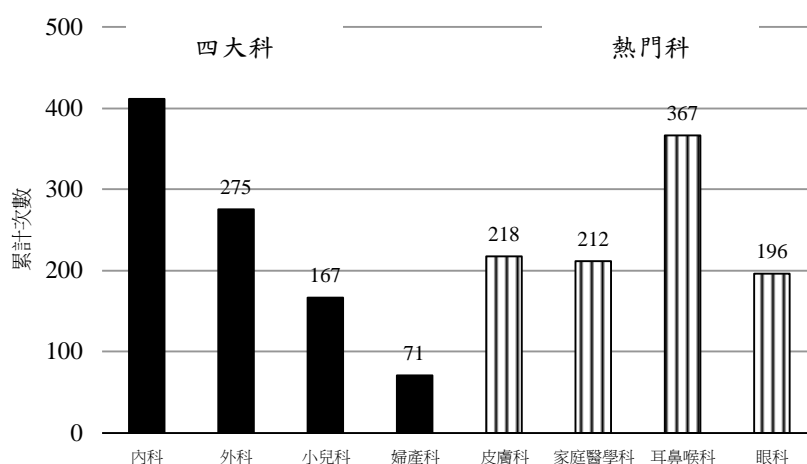
(3) 主要結果

首先，在醫學生認為目前醫師人力「四大皆空」的情形是否嚴重方面，依照就讀年級區分(圖六)，研究發現醫學生普遍認為目前專科人力分布不均的問題很嚴重，其中一年級和二年級、三年級和四年級、五年級和六年級以及七年級以上的醫學生分別有 61.45%、70.18%、78.37%和 87.65%認為專科醫師人力分布不均的問題很嚴重，係指隨著就讀年級愈高，認為該問題愈嚴重。



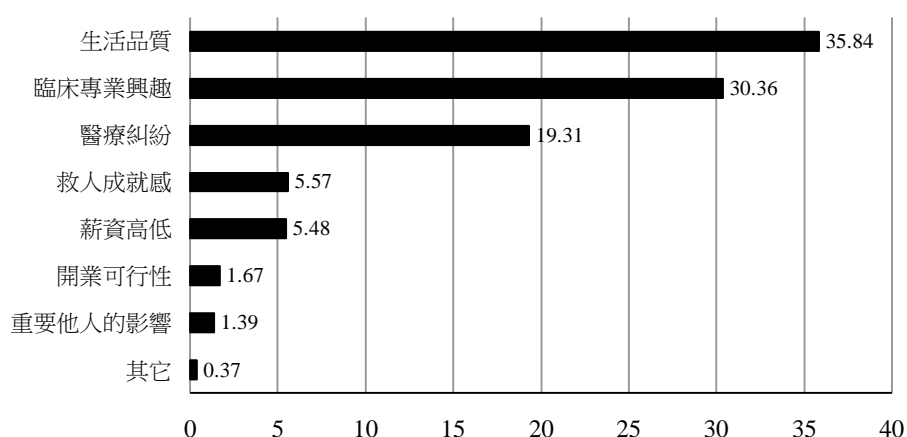
圖六 醫學生認為醫師人力不足的問題是否嚴重：依就讀年級區分

其次，在醫學生希望未來執業科別方面，我們利用醫學生希望未來執業科別前三志願的累計次數來計算，結果發現醫學生希望未來執業科別為內科、外科、小兒科和婦產科的累計人次分別為 411 人次、275 人次、167 人次和 71 人次；反之，醫院生希望未來執業科別為皮膚科、家庭醫學科、耳鼻喉科和眼科的累計人次分別為 218 人次、212 人次、367 人次和 196 人次(圖七)。



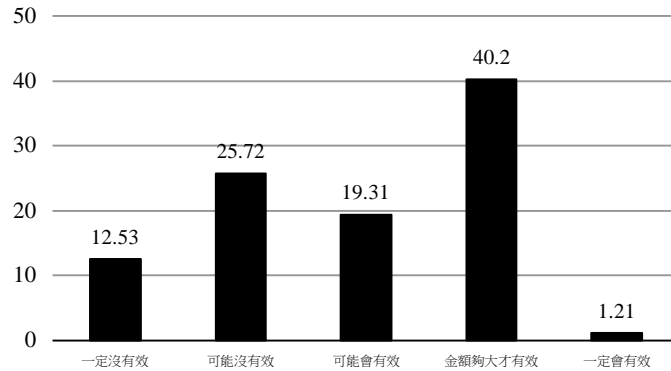
圖七 醫學生未來希望執業科別的第一~三志願

在影響醫學生未來選擇專科的重要因素方面，我們發現前三項重要的因素分別為生活品質(35.84%)、臨床專業興趣(30.36%)及是否會面臨醫療糾紛的問題(19.31%) (圖八)。



圖八 影響醫學生未來選擇專科的重要因素 (複選題)

最後，醫師是否認為採用提高薪資可以鼓勵年輕醫師選擇比較辛苦的專科(圖九)，調查結果發現，有 40.20%的醫學生認為要金額夠大才有效、25.72%醫學生認為可能沒有效、有 19.31%的醫學生認為可能會有效。



圖九 以提高薪資鼓勵年輕醫師選擇比較辛苦的專科是否有效?

(二) 民眾就醫經驗問卷調查

(1) 研究方法

- a. 研究對象：臺灣地區最近三個月內曾經看過門診（不含牙醫和急診）之 20 歲以上成年人。
- b. 調查方式：採電腦電話訪問輔助系統（Computer Assisted Telephone Interview，簡稱 CATI）。
- c. 抽樣母體：以登錄在中華電信的全國住宅用戶電話簿為母體清冊。本計畫委託之山水民意研究股份有限公司的電話資料庫擁有全國住宅電話超過 700 萬筆資料(截至 2010 年)。
- d. 抽樣設計與方法
 - (a) 分層(stratified sampling)：依據母體清冊的特性，以縣市別為分層單位，區分出多個次母群體(subpopulation)，並依各縣市之人口比例來設定各次母群體之抽樣數分配。
 - (b) 等距抽樣(systematic sampling)：抽樣時，各次母群體均依等距抽樣方法，抽出電話號碼。此部份電話樣本抽樣設定可由 CATI 系統直接進行處理。
 - (c) 隨機撥號(random-digit dialing, RDD)：為使未將電話登錄於電話簿的住戶民眾，亦有相同被抽中的受訪機會，會再進一步將抽出的電話號碼輔以尾數末兩碼亂數方式來產生新的電話號碼樣本，以降低電話簿涵蓋不全的抽樣誤差。
 - (d) 完成訪問情形：本研究共完成 2,513 名樣本之訪問，各縣市人口數與抽樣後人口數之分配比例如表一。

表一 各縣市人口數與抽樣人數分配比例

縣市別	20歲以上人口數	佔全體比例	樣本配置	實際成功樣本
合計	18,075,461	100.00%	2,500	2,513
宜蘭縣	360,222	1.99%	50	50
桃園縣	1,528,914	8.46%	211	211
新竹縣	390,666	2.16%	54	55
苗栗縣	439,791	2.43%	61	61
彰化縣	1,009,158	5.58%	140	140
南投縣	412,555	2.28%	57	58
雲林縣	563,892	3.12%	78	78
嘉義縣	431,448	2.39%	60	61
屏東縣	684,974	3.79%	95	95
臺東縣	178,710	0.99%	25	25
花蓮縣	264,651	1.46%	37	37
基隆市	302,504	1.67%	42	44
新竹市	316,564	1.75%	44	44
嘉義市	206,930	1.14%	29	29
臺北市	2,126,310	11.76%	294	295
高雄市	2,207,117	12.21%	305	307
新北市	3,111,485	17.21%	430	433
臺中市	2,044,357	11.31%	283	283
臺南市	1,495,213	8.27%	207	207

(2) 基本資料分布

在 2,513 位完訪的樣本中，男性和女性分別為 1,003 位(佔 39.9%)和 1,510 位(60.1%)；在年齡分布方面，20 至 44 歲的民眾有 715 位(佔 28.4%)、45 至 64 歲民眾有 1315 位(52.3%)，及 478 位 65 歲以上的民眾 (佔 19.0%)。此外，約有 1,070 名受訪者患有慢性疾病(42.6%)。在民眾教育程度方面，大專畢(肄)業以上佔 36.3% 為最多；有 1,142 位民眾(佔 45.4%)有全職工作。受訪民眾全家每月收入，以 2 萬至 4 萬(21.0%)、4 萬至 6 萬(22.1%)，以及 6 萬至 10 萬元(21.8%)最多(表二)。

表二 民眾基本特性分布

變項名稱	個數	百分比
總計	2,513	100.0%
性別		
男性	1,003	39.9%
女性	1,510	60.1%
年齡		
20~44 歲	715	28.4%
45~64 歲	1315	52.3%
65 歲以上	478	19.0%
遺失值	5	0.2%
教育程度		
小學及以下(含不識字)	499	19.9%
國中或初中畢(肄)業	331	13.2%
高中職畢(肄)業	759	30.2%
大專畢(肄)業以上	912	36.3%
遺失值	12	0.5%
是否有在工作		
全職	1,142	45.4%
兼職	180	7.2%
學生	27	1.1%
退休人員	413	16.4%
無業(含家管)	746	29.7%
遺失值	5	0.2%
全家每個月收入		
無固定收入	35	1.4%
2 萬(未滿)元	268	10.7%
2 萬~4 萬(未滿)元	528	21.0%
4 萬~6 萬(未滿)元	556	22.1%
6 萬~10 萬(未滿)元	547	21.8%
10 萬~15 萬(未滿)元	227	9.0%
15 萬元以上	146	5.8%
遺失值	206	8.2%
是否患有慢性病		
有	1,070	42.6%
沒有	1,443	57.4%

(3) 主要研究結果：分為民眾就醫可近性(表三)、民眾對於專科醫師人力不足的認知(表四)與民眾對於醫療服務的滿意程度與健康改革之想法(表五)

a. 民眾就醫可近性

表三呈現民眾看西醫門診的醫院/診所是否位於民眾居住的區域，以及就醫時的交通時間。有 1,718 位民眾(佔 68.4%)看西醫門診的醫院/診所與民眾居住區域位於同一個縣市，同一個鄉鎮市區；其次為 524 位民眾(佔 20.9%)看西醫門診的醫院/診所與民眾居住區域位於同一個縣市中隔壁的鄉鎮市區。民眾去最常就診的醫院/診所，單程一趟平均花費 18 分鐘的交通時間(標準差約為 20 分鐘)。進一步來說，分別有 995 位民眾(佔 36.9%)和 1,096(約佔 43.6%)認為看門診交通時間為很方便和方便。

表三 民眾就醫可近性

變項名稱	個數	百分比
民眾看西醫門診的醫院/診所，是不是就在居住的區域？		
同一個縣市，同一個鄉鎮區	1,718	68.4%
同一個縣市，隔壁的鄉鎮區	524	20.9%
隔壁的縣市	194	7.7%
其它縣市	73	2.9%
說不出/不願意透露	4	0.2%
民眾最常去的醫院/診所，單程一趟大約需要花多少交通時間？(平均值,標準差)	18 分鐘	20 分鐘
民眾認為看西醫門診交通時間長短，是否方便？		
很方便	995	39.6%
方便	1,096	43.6%
普通	167	6.6%
不方便	159	6.3%
很不方便	56	2.2%
不知道/沒意見	40	1.6%

b. 民眾對於專科醫師人力不足問題的認知

約有 49.9%的民眾有聽過新聞媒體報導臺灣內、外、婦、兒四大科有嚴重缺醫師的情形；50.1%的民眾沒有聽過。僅有民眾 423 位(16.8%)認為其居住的地區有缺醫師的現象。且多數民眾認為看醫師方便性與跟以前比差異不大(88.5%)。此外，約有 48.7%民眾聽說臺灣地區有缺醫師的情況，其中，認為臺東(36.8%)、花蓮(8.7%)和屏東(5.0%)地區位於前三位(表四)。

表四 民眾對於專科醫師人力不足問題的認知

變項名稱	個數	百分比
民眾是否有聽過新聞媒體報導台灣內、外、婦、兒科四大科，有嚴重缺醫師的現象？		
有聽過	1,254	49.9%
沒有聽過	1,259	50.1%
民眾自覺居住的地區(縣市)有無缺醫師？		
有	423	16.8%
沒有	1,199	47.7%
不知道/不清楚	891	35.5%
民眾看醫師是否比以前不方便？		
有	239	9.5%
還好，沒什麼感覺	2,225	88.5%
不知道/不清楚	49	1.9%
民眾是否有聽說臺灣地區有缺醫師的現象？		
有聽說，有缺醫師	1,225	48.7%
沒有聽說	1,288	51.3%
民眾認為缺醫師之地區(縣市)(僅列出百分比最高的前三位)		
台東	451	36.8%
花蓮	106	8.7%
屏東	61	5.0%

c. 民眾對醫療服務的滿意程度與健保改革之想法

整體來說，有 433 位民眾(佔 17.2%)和 1,471 位民眾(58.5%)很滿意和滿意目前所能獲得的醫療服務；反之，僅有 179 位民眾(7.1%)和 46 位民眾(1.8%)不滿意和很不滿意目前所得獲得的醫療服務。此外，如果當醫療成本上漲，為了保有現在的醫療服務水準，而必須提高健保費，多數民眾願意多繳一些前保有現有的醫療服務水準(約佔 54.8%)，約有 15.6%願意減少一些醫療保障、15.4%不願意多繳一些前也不願意減少一些醫療保障和有 14.2%回答不知道或無意見。最後，我們詢問民眾認為目前健保最改革的地方，有 550 人(21.9%)認為都還好，沒有什麼需要改革的地方，其餘民眾認為健保目前最需改革的地方，分別為醫療浪費(41.2%)、保費不公平(8.2%)、保費太高(5.5%)和自費太多(5.2%)等(表五)。

表五 民眾對醫療服務的滿意程度與健保改革之問題

變項名稱	個數	百分比
民眾對目前所能獲得的醫療服務的滿意程度		
很滿意	433	17.2%
滿意	1,471	58.5%
普通	308	12.3%
不滿意	179	7.1%
很不滿意	46	1.8%
不知道/沒意見	76	3.0%
如果因為醫療成本上漲，為了保有現在的醫療服務水準，而必須提高健保費。請問您是願意多繳一點錢，還是寧可減少一些醫療保障呢？		
多繳一點錢	1,378	54.8%
減少一些醫療保障	391	15.6%
都不願意	388	15.4%
不知道/沒意見	356	14.2%
民眾認為臺灣健保與醫療服務最需要改革的地方？		
都還好，沒有什麼需要改革的地方	550	21.9%
醫療浪費	1,036	41.2%
自費太多	131	5.2%
看病不方便	37	1.5%
保費太高	139	5.5%
保費不公平	206	8.2%
其它	48	1.2%
不知道/說不出	366	14.6%

(三) 座談會：專科醫師「四大皆空」的問題與對策醫院院長座談會

- (1) 辦理目的：台灣自 1995 年實施全民健保後，明顯提高民眾就醫的可近性和公平性，但其支付制度對醫療服務提供者產生很大的影響，其中之一是可能惡化專科醫師間醫師人力的消長。目前無論是醫界、學界或政府相關單位，對專科醫師人力分布及城鄉差距等問題皆相當關注，對於所謂內、外、婦、兒科「四大皆空」的現象也有著不同的解讀。然而，新進醫師越來越傾向選擇輕鬆小科來執業，似乎是一個明顯的趨勢，未來將嚴重威脅到台灣醫療服務的提供。本計畫中很重要的一部分，即是邀請教學醫院主管來座談，釐清新進醫師不願選擇四大科的問題本質及其嚴重程度，並冀望能凝聚共識提出改善方案。

(2) 辦理時間

- a. 高雄場於 2012 年 8 月 29 日於中央健康保險局高屏業務組舉辦。
- b. 台北場於 2012 年 8 月 31 日於台大公共衛生學院舉辦。

(3) 參與人員

- a. 高雄場：(1)阮綜合醫院阮院長仲洲；(2)奇美醫院林副院長宏榮；(3)屏東基督教醫院范副院長思善；(4)彰化基督教醫院郭院長守仁；(5)嘉義基督教醫院陳院長誠仁；(6)新樓醫院黃院長祖源；(7)安泰醫院蔡院長宗昌；(8)高雄醫學大學附設中和紀念醫院賴院長文德；(9)高雄長庚紀念醫院莊副院長錦豪。
- b. 台北場：(1)國立台灣大學醫學院附設醫院陳院長明豐；(2)台北榮民總醫院王主任聖賢；(3)苑裡李綜合醫院李院長順安；(4)行政院衛生署台北醫院林院長水龍；(5)澄清綜合醫周院長思源；(6)中山醫學大學附設醫院陳副院長滋彥；(7)馬偕紀念醫院楊院長育正；(8)耕莘醫院鄧院長世雄。

(4) 參與人次：高雄場(9 人)；台北場(8 人)。

(5) 重要結論：

- a. 專科醫師人力「四大皆空」的問題已經影響到部分醫院醫療服務的提供。
- b. 教學醫院的主管表示目前住院醫師招募不易且逐漸惡化。
- c. 四大科招收住院醫師困難的原因：包含醫學生和社會價值觀的改變、薪資報酬、生活品質與工作風險的考量。
- d. 針對解決專科醫師「四大皆空」可行方案的共識：包含採用區域聯防概念整合相關醫療資源、落實有差別且適當的給付（如：推行 RBRVS 政策）、增加醫師人力(如改變醫療服務提供的模式或增加醫療輔助人力)、醫療過失刑責明確化與檢討目前評鑑制度等方案。

(四) 座談會：專科醫師「四大皆空」的問題與對策綜合座談會

- (1) 辦理目的：邀請政府、學界、醫界以及民間團體代表，共同討論及釐清專科醫師人力

消長的問題，以期能凝聚共識並提出解決方案。

(2) 辦理時間：2012 年 11 月 16 日於臺灣大學公共衛生學院舉辦。

(3) 參與人員

a. 官方代表：(1)行政院衛生署醫事處許銘能處長；(2) 行政院衛生署中央健康保險局醫管組蔡淑玲組長。

b. 利益團體代表：(1)臺灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟方瑞雯秘書長與蔡宏斌醫師；(2)臺灣醫療改革基金會劉梅君董事長與張銘芳研究員；(3)中華民國消費者文教基金會謝天仁名譽董事長；(4)中華民國醫師公會全國聯合會張孟源副祕書長；(5)臺灣醫院協會朱益宏副院長與黃盈宣專員。

c. 學界代表：(1)臺北醫學大學實證醫學研究中心/國家衛生研究院郭耿南教授；(2)臺灣大學健康政策與管理研究所江東亮教授；(3)陽明大學衛生福利研究所吳肖琪教授；(4)長榮大學醫務管理學系黃偉堯教授。

(4) 參與人次：14 人。

(5) 重要結論：

a. 四大皆空的問題政府應要處理：(1)共同原因為醫療糾紛；(2)個別原因是需求降得太快，不要讓他斷層，而不是保障；(3)都會跟鄉村的問題，如小兒科出去開業太多，以至於醫院裡面沒人顧。

b. 政策及理想在前面，健保支付是跟在後面。

c. 重症是重點，四大皆空只是嚷嚷上口，易被誇大。真正問題在住院醫師是容易解決的。我們要解決不只是住院醫師而已，需要醫事處長遠的規劃。

d. 地區醫院和開業醫師應該納在體系裡面，我們有市場機制會調回來，只是減少辛苦跟避免斷層太嚴重，傳承出現問題才是可怕的。

e. 學生愈來愈重視生活品質。以前與現在環境不同，包括民眾要求愈來愈高。

(五) 記者會：2013 年 1 月 10 日召開。

(六) 政策白皮書：預計 2013 年 3 月 31 日前完成。

參、計畫績效指標與人力投入

(一) 績效指標說明

■量化成效			
指標構面與項目	篇數	說明或附件別	
著作成果	論文總計	0	
	國內(研討會或期刊)	0	
	國外	0	
	研究報告(指書籍裝訂成冊者)	0	
	出版品(指經政府出版品管理辦法而發行者;ex.年鑑/白皮書等)	0	預計 2013 年 3 月繳交政策白皮書
會議	座談會(含論壇)	場次(人次)	3 場(9 人、8 人和 14 人)
	研討會	場次(人次)	0
	說明會(含發表會、展覽活動)	場次(人次)	0
	其他	場次(人次)	0
■其他效益說明(上表無法呈現之預期成果,請填列於下表。)			
其他績效指標		成果	

(二) 參與人力簡歷

編號	姓名	職稱	最高學歷	聘任期間	總支用經費
1	鄭守夏	計畫主持人	美國耶魯大學	2012/4/1~2012/12/31	90,000
2	張瑋庭	研究助理	高雄醫學大學	2012/4/1~2012/12/31	72,000
3	鄧家佩	研究助理	長庚大學	2012/4/1~2012/12/31	72,000

肆、附錄-專科醫師「四大皆空」的問題與對策之會議記錄

附錄一、醫院院長座談會會議記錄(臺北場)

壹、「四大皆空」是否已經影響到醫院的醫療服務提供(或病患的就醫權益)？

馬偕楊育正院長以婦產科為例，新竹國泰醫院由於院內婦產科醫師不足而採登記式接生，因此未登記的產婦皆轉而前往新竹馬偕，導致新竹馬偕難以負荷。

苑裡李綜合醫院李順安院長也表示，偏遠地區醫師人力招募不易，已危及到婦產與小兒科臨床服務的提供。

嘉基陳誠仁院長提到區域醫院可以感受的是急診，急診在最近這兩年變得非常嚴重。內科沒有明顯的感覺，但外科就有缺的趨勢，婦產科醫師也不容易找，兒科在嘉基雖足夠，可是嘉義地區其它醫院缺較嚴重。

新樓黃祖源院長表示該醫院婦產科與小兒科算不錯，不過醫師年齡偏高，這一兩年可能還沒有問題，十年後可能就會有問題產生。

貳、住院醫師招收困難的現況如何？有惡化的趨勢嗎？

苑裡李綜合醫院李順安院長表示，過去偏遠地區住院醫師招募不易，現在連主治醫師也難以招聘。有些醫師考過執照後不願接受住院訓練或 PGY，而希望從事一般科，或是醫學中心急診專科訓練完後主動應徵他家醫院的家醫科，以準備將來自行開業。

北榮王聖賢主任提到內科招募情形逐漸惡化，往年內科住院醫師雖未招滿但都還有約八成的招募率，但今年只剩六成左右，而部份內科住院訓練兩三年的醫師會轉而投入家醫科，導致內科人力流失。彰基郭守仁院長也表示外科自民國 81 年開始就有缺的現象產生，現在情況愈來愈嚴重。

台大醫院陳明豐院長認為眼前的未來並不樂觀，因為現在的醫療環境的不友善不僅使得國外進修完畢的醫師不敢回台，部分年輕畢業生也不願從事醫師，轉而擔任健康顧問等進入其他相關產業。

參、四大科招收住院醫師困難的原因為何？

一、價值觀改變

台大陳明豐院長、馬偕楊育正院長與中山醫陳滋彥副院長皆提到，健保實施後民眾就醫理念改變增加醫療服務利用，認為只要我喜歡有甚麼不可以，加上醫師追求生活品質，導致醫病關係有所改變。另外，時不時聽到醫療糾紛、貪汙等負面消息，也使得社會上對醫師的尊重已不如從前，從而影響醫師選擇科別。

彰基郭守仁院長表示現在整個社會價值觀扭曲，以前的價值觀醫師是有使命、愛民眾、愛這個土地，現在畢業醫學生會覺得做得那麼辛苦值得嗎？我為百姓服務到底有沒有價值而導致愈來愈商業化。以前醫療是事業、志業，現在變成產業。長庚莊錦豪副院長認為以前走四大科會覺得很有價值感，可惜現在這種價值感已不見。

澄清周思源院長認為「醫者人生觀」與「社會價值觀」的改變，導致整體結構改變，

醫師選擇科別時在薪資報酬、執業尊嚴、工作滿足感、工作風險等四個影響因素的權重也有所不同。

二、薪資報酬

嘉基陳誠仁院長認為急診病人很多醫師很累，所以現在醫師會想去薪水相同，但工作相對較輕鬆的地方。中山醫陳滋彥副院長也表示，現在醫學生看到醫師需要看診、帶實習又要開會，會開始比較不同醫院間的薪資待遇。

三、生活品質

馬偕楊育正院長、耕莘鄧世雄院長及北榮王聖賢主任皆認為生活品質是導致住院醫師招募困難的重要因素，社會價值觀改變不易要求醫學生奉獻，醫師寧願薪水少一點也要生活品質。嘉基陳誠仁院長亦提到急診 24 小時的特性造成生活不正常，所以急診科醫師出走開業，以期晚上可以休息。

四、工作風險

屏基范思善副院長認為四大皆空的問題是風險太高而給付相對太低。中山醫陳滋彥副院長表示，病人要求多若加上醫病溝通不當，容易造成醫病關係緊張，而衍生許多醫療抱怨或醫療糾紛，致使醫師間傳言某科別病人難纏，而影響年輕醫師選擇該科的意願。耕莘鄧世雄院長認為醫療糾紛是住院醫師招收不易的主因，然而醫療糾紛起因於醫院人力不足而影響到醫療服務的提供，現在大部分醫院都無足夠的住院醫師，越是沒人力醫療糾紛就會多，是個惡性循環。

五、醫院評鑑

長庚莊錦豪副院長表示評鑑過多的文書作業影響醫療專業訓練，以外科為例，因為太多工作需要由醫師完成，使醫師無法專心做本業該做的事及病人的要求，導致年輕醫師無法獨立開刀。此外，台大陳明豐院長與衛生署台北醫院林水龍院長提到評鑑規定每家醫院皆需設立急診造成醫院急診醫師不足。彰基郭守仁院長提到衛生署人才不斷流失，官僚體制讓評鑑及醫院名稱造成醫院困擾，應該要有大格局地規劃。

高醫賴文德院長，醫學中心以治療急重症為主，其所扮演的角色很重要，但也使得醫療人員又忙、又累、評鑑又多。當住院醫師減少時，主治醫師需要值班時，會造成更多主治醫師出去開業。

六、其他

彰基郭守仁院長認為公費生派去輕鬆的署立醫院、衛生所，造成人力浪費。台灣人力其實沒有缺乏，只是沒有用在對的地方。

嘉基陳誠仁院長提到少子化使得年輕醫師不想走兒科。

肆、解決「四大皆空」的可行方案有哪些？

一、區域聯防概念整合急診資源

台大陳明豐院長與衛生署台北醫院林水龍院長提出應放寬評鑑標準，現在規定每家醫院皆需設立急診，實屬醫療人力浪費，且每家醫院為了搶急診醫師而抬高薪水造成醫院負

擔，若整合區域內的醫療資源，將能減輕醫院與醫師的負擔。奇美林宏榮副院長認為署立醫院急診 80% 以上是浪費，政府需特別規劃偏遠地區的急診，若將小醫院的急診縮緊，使人力集中即可平衡人力。

馬偕楊育正院長也以台東為例，目前台東地區以區域的概念建立急診，因此台東馬偕不需七天皆有兒科、眼科、內科、耳鼻喉科急診。主席亦認為評鑑非屬法律條文不需牽涉修法，衛生署可內部修改施行，故為具共識且可行的方案。

二、有差別且足夠的給付

辛苦、風險較高或生活品質差的科別，其報酬應該跟比較輕鬆的科別有明顯且可感受的差別，如此才能讓醫師願意投入四大科。阮綜合阮仲洲董事長認為醫療開刀費用的成本是可估算的。另針對實施 RBRVS 給付制度，澄清周思源院長認為以風險負荷校正是可行的，但需增加足夠的錢始能解決問題。

然而，衛生署台北醫院林水龍院長表示，RBRVS 在專科間難以達成共識將不易執行，且在總額不增加的情況下討論難以有所突破。耕莘鄧世雄院長則認為現今齊頭式給付制度下，醫師較不願從事辛苦的科別，提議是否能適度開放指定醫師費等改善醫師薪資待遇的方法，在公開、不超過多少金額、病人滿意的情況下來支付這筆費用，以增加醫師加入四大科的意願。

三、增加醫師人力

(一) 改變醫療服務提供模式

馬偕楊育正院長提議，婦產科可以團隊的方式提供服務，民眾需接受生產時不一定是看診的醫師負責接生，而是由該團隊內的醫師來負責。另外，醫院在週末或夜診時有固定的值班醫師提供服務，將可減少醫師的輪班壓力與負擔。

奇美林宏榮副院長認為值班制度、照護責任需要改革，建議推動 hospitalist 制度。

(二) 開放醫師執照

安泰蔡宗昌院長，婦產科沒有人可以接生，就開放獸醫師來接生。內科沒人，就開放大陸中醫師、菲律賓、波蘭醫師來台，他們如果要填內外婦兒科，就直接讓他們考台灣執照。

(二) 醫療輔助人力合法化

耕莘鄧世雄院長、中山醫陳滋彥副院長、衛生署台北醫院林水龍院長與苑裡李綜合醫院李順安院長皆贊成畢業後未通過考照、六年換照未通過或外國受訓醫師，給予輔導到偏遠地區服務以舒緩人力不足，或建立醫師助理制度使其成為輔助性人力，可減輕急重症還有四大科的生活品質問題。

高雄場次的院長們也贊成透過臨床助理、專科護理師、醫師助理、助產士等人力改善目前醫師人力問題，像長庚及彰基皆已實施護理背景的臨床助理協助醫師提供服務。阮綜合阮仲洲董事長亦表示，開刀房有些沒有執照的輔助人力皆已服務十幾二十年，應該讓他們去考過執照，而不是讓他們辭職。

四、醫療過失刑責明確化

衛生署台北醫院林水龍院長認為刑責明確化有助於降低醫師的壓力，然而各界不易有

共識而難以執行。

屏基范思善副院長表示，醫療的不確定性太高，風險高的科別要除罪化，才能讓醫師放手去做。建議請法界人士至醫院上課，了解醫院業務，進階班則跟著住院醫師值班

五、檢討評鑑制度

澄清周思源院長與耕莘鄧世雄院長皆指出，部份醫療政策影響醫院內不正常的政策決定，例如評鑑規定而使得每家醫院急診拼命拉人，導致醫院間惡性競爭。此外，北榮王聖賢主任表示認養離島及偏遠地區醫院通過醫院評鑑，其立意雖好但會加重醫學中心內住院醫師的負擔，導致更多醫師不願投入四大科。因此建議需重新檢視醫療機構設置標準、醫院評鑑等條例與標準等。

主席也提出是否健保加成不要完全依照醫院評鑑，改以科別為加成單位，例如創傷中心、心臟中心等等急重症科別。如此，每家醫院可發展各自的特色，避免所有醫院皆以成為醫學中心為目標，同時減少醫院間醫療人力的競爭，使醫療資源妥善配置達到區域聯防，同時，此方案亦可拉開醫院與自行開業醫師的薪資所得，藉以吸引醫師留在醫院並有助於落實轉診制度。

高醫賴文德院長亦認為轉診是很重要的，醫學中心急重症給付高一點使轉診制度做好，醫學中心的醫師不用看那麼多的病人，可以專心看重病之病人。

六、公費醫師制度

「醫者人生觀」與「社會價值觀」的改變似乎為一不可逆的趨勢，但馬偕楊育正院長建議在入學時候挑選學生特質，或公費生入學時挑選願意投入艱困科別的學生，以培養適當的醫師人力投入四大科，緩減醫師人力不足的情況。

七、PGY 制度

耕莘鄧世雄院長與北榮王聖賢主任表示，PGY 制度下醫學生要兩年後才能接受專科訓練，此制度對醫療環境的影響究竟是正面或負面尚無法得知，但至少目前這兩年將會面臨招不到住院醫師的情況，造成醫學中心醫師人力斷層，恐有浪費醫療人力之虞。

八、媒體文化

苑裡李綜合醫院李順安院長指出媒體的惡性競爭，使得醫療糾紛報導不斷，醫界相關新聞常為負面且聳動，此舉不僅影響民眾對醫界的觀感，降低對醫師的尊重，同時也影響醫學生日後選科的決策。建議政府與媒體溝通，或由學會協會出面與媒體合作，計畫性報導醫療的光明面。

九、減少民眾醫療利用

目前針對民眾端的做法為增加部分負擔，但調高部分負擔將引起民眾與消費者團體的反彈，且可能威脅經濟弱勢民眾的就醫權益。耕莘鄧世雄院長以使用者付費觀念建議可適度實施自付差額，以改善此問題。

另外，衛生署台北醫院林水龍院長認為醫界需有共識，不應鼓勵病人求診，以避免衝

量而導致點數下降，同時減少醫療浪費。對此，主席回應目前試辦的論人計酬即可有效達成此目地，耕莘鄧世雄院長也藉此進一步提出，醫院與開業醫師間溝通與合作的重要性。

十、健保相關改革

馬偕楊育正院長提議將牙科或中醫轉成自費，改以選擇性納保的方式，將其健保的經費挹注到艱困的科，唯此方案將引起很大的政治干擾。

屏基范思善副院長，認為健保可從兩方面著手解決問題，一是把餅做大，將健保費調高，另外一個則是保大不保小。

新樓黃祖源院長，針對婦兒科或弱勢科別另外做一個總額，對婦兒科有一個保障。此外，針對部分負擔得起的病人，可以開放一些自費空間。

奇美林宏榮副院長，需要破壞式創新，包括衛生行政的管理、評鑑及健保制度。例如健保沒有居家照護或個管師提供連續性的照護，倘若這部份能妥善規劃將能使住院病床有效利用。

附錄二、醫院院長座談會會議記錄(高雄場)

一. 討論議題

「四大皆空」是否已經影響到醫院的醫療服務提供(或病患的就醫權益)?

住院醫師招收困難的現況如何?有惡化的趨勢嗎?

四大科招收住院醫師困難的原因為何?

解決「四大皆空」的可行方案有哪些?

二. 發言摘要

彰基郭守仁院長：

(一)醫療提供者一直在緊縮，整個社會價值觀扭曲，以前的價值觀醫師是有使命的、愛民眾、愛這個土地，我在台北榮總的時候，有句話說「病人會死，醫師不會死」，現在畢業醫學生會覺得做得那麼辛苦，值得嗎?多少錢我才想要做，我為百姓服務到底有沒有價值而導致愈來愈商業化。以前醫療是事業、志業，現在變成產業。目前彰基婦產科一個月可維持 257 個生產。

(二)民國 81 年的時候，就有四大皆空的問題，像是外科就有缺，現在只是愈來愈嚴重而已。

(三)衛生署人才一直流失，官僚體制讓評鑑及醫院名稱造成醫院困擾，應該要有大格局。

(四)公費生派去輕鬆的署立醫院、衛生所，造成人力浪費。台灣人力沒有缺乏，只是沒有用在對的地方，應從政策上來做改變。

嘉基陳誠仁院長：

(一)區域醫院可以感受的是急診，急診在最近這兩年變得非常嚴重。

1. 因素是需要輪夜班以外，社會環境也是很重要的因素。如：病人很多會很累，所以現在醫師會想去薪水相同，較輕鬆的地方。

(二)內科沒有明顯的感覺，外科就有缺的趨勢，兒科部分在嘉基是夠的，嘉義地區其它醫院缺較嚴重。婦產科的部分較難判斷，因為今年是龍年，現在嘉基婦產科一個月可高達 250 個以上。問題是找婦產科醫師不容易找，與生產數沒有關係。骨科沒有這個問題。

1. 因素是少子化的關係，使得年輕醫師不想走兒科。

(三)急診的特別性是 24 小時，像護理人員也是 24 小時，所造成生活不正常。所以急診科醫師就出走去開業，晚上就可以休息。

長庚莊錦豪副院長：

(一)付出和所得、風險不成正比。

1.原因是以前走四大科會覺得很有價值感，現在不會覺得有價值。

(二)評鑑會影響醫療專業訓練。

1.原因是做很多的文書作業。

2.如外科醫師無法獨立開刀。因為太多工作讓醫師無法專心做它本業該做的事及病人的要求。

阮綜合阮仲洲董事長：

(一)開刀房的輔助人力有些沒有執照，不過已經做了 10.20 年，應該讓他們去考過執照，而不是讓他們辭職。

(二)醫療開刀費用的成本是可以算出來的。

奇美林宏榮副院長：

(一)台灣衛生行政法規是社會主義的事情，但是是自由主義的經營模式，比較偏遠的地方的急診科別政府需要規劃，像是有幾個婦兒科中心、幾個急診中心，署立醫院急診 80% 以上是浪費，小醫院的急診縮緊，把人力集中，就可以平衡。

(二)需要破壞式創新，包括衛生行政的管理、評鑑及健保制度。

(三)健保沒有居家照護或個管師提供連續性的照護，如果能做好，就能使住院病床有效利用。

(四)四大皆空是全世界的現象，主要是高風險的族群，讓他們不要出走，就要有前瞻性。醫學生為什麼不進來，因為看到學長的工作狀況會怕。

(五)值班制度、照護責任需要改革。應該推動 hospitalist 的制度

屏基范思善副院長：

(一)四大皆空的問題是風險太高、給付太低。風險高是相對性的說法，風險高成就感就會較高。要求醫師有使命感不是很困難的事。個人的經驗是我在馬拉威醫療團待過 5 年，愈做愈覺得高興，因為真的很有成就感，而且也不會有醫療糾紛。

(二)醫界與法界間有仇恨。醫界有檢討自己的會議，可是法界卻沒有。

(三)醫療的不確定性太高，風險高的科別要除罪化，才能讓醫師放手去做。

(四)解決方法：一個把餅做大，將健保費調高，另外一個保大不保小。

(五)請法界的人到醫院來上課，了解醫院業務，進階班是跟著住院醫師值班。

高醫賴文德院長：

(一)醫學中心看急重症為主，所占的角色很重要。不過使得醫療人員又忙、又累、評鑑又多。當住院醫師減少時，主治醫師需要值班時，會造成更多主治醫師出去開業。

(二)解決方法：轉診是很重要的，醫學中心急重症給付高一點，轉診做好讓醫學中心的醫師不要看那麼多的病人，可以專心看重病之病人。

新樓黃祖源院長：

- (一)短期解決四大皆空問題：多一點錢。長期應從制度來改變，讓醫學生知道付出的勞力與薪水有保障。
- (二)我們教會醫院婦產科與小兒科算不錯，不過醫師年齡是偏高的，這一兩年可能還沒有問題，十年後可能就會有問題產生。
- (三)解決方案：針對婦兒科或若是科別做一個總額，就會對婦兒科有一個保障。一部分負擔得起的病人，可以開放一些自費空間。

安泰蔡宗昌院長：

- (一)贊成破壞式的創新，健保與評鑑掛勾，就變成只在搶救病歷，沒時間搶救病人。
- (二)婦產科沒有人可以接生，就開放獸醫師來接生。內科沒人，就開放大陸中醫師、菲律賓、波蘭來台，他們如果要填內外婦兒科，就直接讓他們考台灣執照。

三. 可能解決方案

- (一) 加薪：
如：急診科的醫師說要 40 萬，就給他 40 萬。
- (二) 刑責明確化：
高風險低收入的科別、被告或很辛苦的醫師，可從法律救濟及薪資待遇來做。
- (三) 開放外國的醫師執業。如：中國大陸、波蘭、菲律賓醫師。
- (四) 輔助人力合法化：
 1. 臨床助理：當時臨床助理長庚及彰基有做，意思是說醫師旁邊有個護理背景的人力，讓醫師較輕鬆。如：彰基目前有 167 個臨床助理。
 2. 專科護理師。
 3. 醫師助理。
 4. 助產士幫婦產科醫師分工，做簡單的生產。
- (五) 熱門科訓練員額下降。
- (六) 公費生往空的科別跑。

附錄三、綜合座談會會議記錄(臺北場)

一、 討論議題

- 「四大皆空」問題嚴重性與急迫性如何?
- 衛生署的因應策略是否正確、足夠?
- 還有哪些可行方案值得考慮?

二、 發言摘要

台大健管所江東亮教授:空的原因、結果、定義需要討論。

(一) 小兒科醫師

1. 小兒科費用為 18 歲以下或 6 歲以下，如果健保小兒科費用是 100 元，只有 27.5 元為小兒科申報，大部分申報都不是小兒科。
2. 問小兒科醫師缺不缺乏?
拿小兒科證照醫師可能很缺乏，而做小兒科照護的醫師是不缺乏的
3. 兒科醫師的收入：三分之二照顧兒科，三分之一照護非兒科

(二) 婦產科醫師

1. 婦科，女人是不會變少
2. 產科，過去 10 年(2000 年至 2010 年)，生小孩減少 46%，而產科醫師只減少 12%
3. 產生問題是沒有人給產科醫師生小孩，也沒辦法 induce，因為懷孕控制權不在產科醫師
4. 產科醫師如果什麼都不變，所以產科醫師只減少 34% 薪水
5. 健保局在 2005.2006 年，將生產費用從 20000 元提升到 35000 元，所以增加 60% 的費用，產科醫師薪水沒有下降。

(三) 空的問題衛生署在 2010 年，石崇良處長說沒有空的問題，李玉春所提出有空的問題，而吳運東也提出空的問題

醫勞盟方瑞雯秘書長:

我 10 幾年前畢業開始當 R1，在婦產科只有我應屆的 R，一整屆都沒有人，現在才在提四大皆空是空談。

1. 只要有醫師資格，就可以在一般診所執業，不管看成人或看小孩都可以，如:家醫科可以替小兒科，而家醫科無法替婦產科。婦產科少就是少。而且在南部已經達到那個程度。
2. 為什麼醫學生不選婦產科?因為都被告，每個身上都背好幾個案子，我同學每個都被告
3. 10 幾年前就應該說四大皆空嚴重性與急迫性，而不是現在說四大皆空都沒有。
4. 現在婦產科平均年齡為 50 幾歲，現在一年出來 30 幾個，照這樣下去，明後年會出來幾個?領照的並不是執業的，領照的逃的比例有多少?真正來執業的有多少人?之後可能沒有婦產科，這樣真的沒有關係嗎?

台灣醫院協會朱益宏副院長:

1. output 跟 income 的比例，每一分 income 要 output 多少去得到，在他的心目中有一定的尺度，達到這個尺度如果覺得 ok 他就會去做，output 包括時間、工作風險等等，就是他要投入的 resource。生活品質是最容易了解的概念，然而每個人對生活品質了解概念

不太一樣，主要是 output 跟 income 的 balance。

2. 我那時候選科都是選內外婦兒，現在第一名是選皮膚科、眼科，他有一個問題是工作時間相對比較固定，收入相對會比較高一點，這裡收入指的是健保以外的收入，看自費相對比較大。健保開始讓醫師選科出現分野。
3. 四大皆空多久及嚴不嚴重，以前講的沒有人聽，沒有人會注意，為什麼大家現在會注意，因為媒體去報導，如果沒有媒體報導，大家不會重視這件事情。
4. 四大皆空是空在住院醫師，台大榮總主治醫師可能都不缺，但招不到住院醫師。健保開辦以後，地區醫院萎縮，找不到主治醫師，醫院出來的人去開業或到區域醫院服務。開業醫師逐年是增加的，四大科全部做基層且都是做家醫科的事情，四大皆空很早就有了。現在的問題是住院醫師招不到，而且更嚴重更惡化，未來醫學中心的主治醫師也會缺。
5. 健保開辦以前，不會有四大皆空問題，因為是自由市場，有自費空間，在醫學中心做主治醫師可能只有 30 萬，而在診所開業可能會有 50、60 萬以上，錢的誘因夠大他就會願意去做，健保開辦以後，這個市場就沒有了。
6. 大醫院訓練之醫師可以逐級往下疏散。

醫師公會張孟源副秘書長：

1. 開業醫一天看診 30 人，一個月約 30 萬左右。
2. 空就是不執著，急診醫學會有 1250 位急診科醫師，真正從事急診的人可能不到一半，甚至可能只有三分之一，來去自如。
3. 醫師人數跟 OECD 國家比較，我們是不會少的，必須加入中醫師、牙醫師及一些傳統醫療，就醫方便性與可近性都不會比歐洲國家差，每個醫師都是很努力在工作，看診次數都是人家的兩倍到三倍，對民眾就醫可近性是沒有什麼問題的，OECD 國家國民平均所得為 36200 美元，醫療費用占 9.6%，我國只有 17000 多美元，只有 6.9%，在這麼低的醫療給付之下，醫師還可以很認真看診。我國平均餘命不會比 OECD 國家差，新生兒死亡率比他們更好，人口老化程度很快就會追上。
4. 大家不喜歡醫療糾紛及被告，我們已經在推動醫療刑責合理化及明確化，希望消基會、醫改會能大力支持，因為醫師要看診又要訴訟，一定是心力交瘁，怎麼會有心放在病人身上呢？很多訴訟是無效訴訟，訴訟定罪率很低，不到 10%，尤其在自訴案件，所以導致很多醫學院去念法學院，實在是很辛苦。在這麼低的收入及給付，民眾照顧這麼好，看診次數是人家的三倍，工作時間那麼長，還被罵的體無完膚，非常期待補償計畫。對醫界能多一點寬容，在立法院能夠多支持，在健保方面希望能多增加國民所得，能夠到 OECD 國家的 7.5% 就好了。
5. 臨床助理的問題：醫療法第 58 條說醫療機構不得置臨床助理，希望衛生署有多方配套及研究。

陽明衛福所吳肖琪教授：

床數問題：台灣是數一數二的高。

1. 老化國家都在減床，我們的床數太多，只有韓國跟台灣在加床，加上去有 10 幾萬床，這幾年床數增加非常多，而且繼續還在增加中。

- (1) 過去 11 年，醫學中心增加 5000 床，區域醫院增加兩萬床，總共增加 25000 床，所有大醫院都要大型化，聽到很多醫院還要繼續在蓋床。所以 25000 床護士比要 1:3 或 1:4，所以缺 7000 或 8000 人，就是缺在這裡，也缺住院醫師。
 - (2) 每年醫學生畢業 1300 位，五年就有 6500 位住院醫師，照教學醫院評鑑基準，一個住院醫師頂多只能照顧 15 床，6500 乘以 15 為 90000 多床，不可能讓住院醫師不眠不休，如果是兩班制，教學病床只要 40000 多就夠了，如果是三班制，只要 30000 多病床就夠了。那為什麼我們要 90000 多床？教學病床以前可以多 3% 的教學費，現在健保還是有撥 1.5%，某一家醫院從區域醫院變醫學中心，自然就多了一個醫院，所以在這個情況下，很多醫院都想要大型化，理論上如果 40000 多床，住院醫師的 loading 就會少一半。
 - (3) 為什麼從 2100 變成 2300?每家醫院都在擴床，每家醫院都缺住院醫師，所以都要住院醫師，所以大家愈報愈多，報到 2000 多，所以之前在討論四大皆空問題時，我寫了一篇文章說是跟容額有關。1300 名可以挑住院，所以有些科是找不到人的，99 個醫院可用住院醫師，1300 名除以 99 個醫院，一個醫院會分到 13 個，一個醫院有那麼多的科，只分到一個，沒辦法 rotate，所以就造成惡性循環，住院醫師與教學病床太多有很大的關係。
2. 我反對台灣醫師一上班就上 24 或 32 小時，因為之前有醫師過勞死。工時是需要去規定的，另外，外科跟兒科現在是流出去，婦產科在健保開辦時是 31 萬小孩出生，前兩年最低的時候已經到 16、7 萬，所以生意就少一半，所以在都會區婦產科醫師還可以找到足夠的接生人數，可是在鄉下地方沒有，鄉下婦產科及兒科支援是不夠的，所以需要加強去補。
 3. 這幾年很多人跑去開業，開業比例從 2000 年 32% 到 2010 年是 38%，為什麼大家要去開業呢?因為在醫學中心、地區醫院大家要值夜班，嚴重的 case 還有醫療糾紛，外科及婦科最怕醫療糾紛，另外，還有一堆的醫院評鑑、衛生署委外計畫及國際合作，其實人力是一個問題，所以很多人選擇不要那麼累，所以去開業，開業人數在這幾年增加很多的。
 4. 如何讓訓練好的醫師不要流走?要有好的環境才是重要的，第一是要合理的工作時數，第二要合理的待遇，如果醫療糾紛不是他的責任，應該從不同地方去幫忙，讓大家願意留在職場，有很多醫師跑去走醫美。四大皆空要分兩段把容額有控制下來，為什麼大家不做 DRG?因為會把床空下來，有些床應該要關。

消基會謝天仁董事長：

1. 醫界的人那麼忙那麼累還有時間念法律，某個角度有個地方被誇大，念法律真的能解決醫療糾紛嗎?我認為是無助的。
2. 四大皆空問題是存在的，媒體在某方面的程度是強化的，我不認為現階段嚴重性這麼高，現階段急迫性也沒那麼高，費協會都有投入經費，但杯水車薪。
3. 這是演化的過程，如某個產業好賺之後，就很多人進去，供給就增加，需求沒有增加，利潤就下降，甚至就虧損，而後倒閉，供給需求都降低了，需求量會慢慢增加，孕育希望出來，經濟的 cycle 是正常的，醫界裡面好像特別說我沒有這個循環，如婦產科、小兒科，生小孩子變少、產科變少，意思就說需求量降低，但供給還是存在，收益就變差

了，所以就很多人退出選擇不要了，會繼續惡化下去嗎？他可能在某個臨界點就會回來，因為大家會看到問題，我們會投入一些資源進去，調整相關措施，慢慢就恢復生機。這些不能去誇大，也不能忽視不理他，要看我們的方式是不是有效的。

4. 告訴學生市場現況，讓學生能因應自己興趣去做選擇，學校教育及主管機關應該讓學生充分去了解。
5. 四大皆空目前現階段狀況是不均跟斷層的問題，這是我們要因應的問題，短時間內慢慢調整就可以滿足現狀，醫師的待遇要合理適當。

北醫郭耿南教授：

1. 從訓練角度來看，95-99 年內科住院醫師招集率是 100%，一般外科是 89%，小兒科是 71%，婦產科是 63%，這中間差別蠻大的，婦產科跟小兒科是非常擔憂的事情，婦產科平均年齡到 52 歲，小兒科 18 歲以下看 URI，第一次看醫師是看 ENT 醫師而不是小兒科醫師，佔 40%，應該去看小兒科醫師，因為太多 ENT 醫師在外面開業，這變成台灣習慣，是不是做到最好照護？這是很大的疑問。兒童健康很重要，不過因為高齡化社會的影響，而沒有注意到兒童健康的問題。
2. 分配不均的問題：一個是科別分配不均，一個是區域分配不均，在科別分配不均應該大家有個觀念，要有 primary physician，像一般內科、家醫科及急診科，急診科系統兒童部還是小兒科醫師來看，許多大的醫學中心，很多都這樣子，英國有 gatekeeper，而台灣沒有，這跟民眾看病就醫習慣有關。分科不平衡是因為容額太高，每年 1300 畢業生再加上國外回來 100 個約 1400 個，容額到 2200 時候，大家填的志願就會有問題，因為比較容易的科會先進去，像皮膚科平均年齡只有 42 歲左右，跟婦產科差 10 歲，這樣就造成分布不均的情形，所以容額一定要減少，也有人會反對醫師為什麼不能自由選擇。
3. 當醫師要培養社會觀，政府應該也要有些力量來控制這些人的分布，急診科比較新的科，所以平均年齡較低，急診科最大問題是在人跑掉。
4. Resident program training 品質差太多，很多醫院要有自己 Resident program，一個 program 一定要幾個 Resident 一起訓練，才可以一起參與、互相切磋，如泌尿科 program 比我們容額數還多，這些是需要改進的地方。
5. 工作時數：美國 Resident 工作時數不能超過 80 小時，最近有篇文章在 annual of surgery，第一是在實施 80 小時之後 Resident 比較不 tired，精神比較好，但睡覺時間沒有增加，還是 5 個鐘頭以下，第二是他們準備進入臨床狀況比較不好，訓練不足夠。

長榮黃偉堯副教授：

1. 四大皆空內外婦兒真的都沒有嗎？業務執行上是否只有這四個科執行，像郭教授提到耳鼻喉科是可以去執行內科，四大科是我們基礎科，基本上沒有所謂空部空的問題，因為所有次專科都是從這裡來的，回頭看專科制度，我們有 23 個專科，其中任何一科是否要四大科基礎往外發展，如整形外科是否需要外科基礎的訓練，專科制度最後還多出家庭醫學科出來，這是需要去思考的地方，科別重整之後問題還會存在嗎？請問這四科業務有無別人在執行？是制度導引的問題嗎？我們只看到供給面的問題，只看醫師夠不夠，而也要看民眾需求需不需要這麼多？這樣才能知道醫師多了還是空了。
2. 政府政策建議是在社會沒辦法做到，自然形成政府需要介入的部分，像剛剛提到的產科

的確會有很大問題在，問題是生小孩子不會集中在都市，全省到處都有，如產科醫師在南投縣埔里鎮，那邊生的小孩子不夠養一個產科醫師，這是問題點的地方。其他像小兒科，可能家醫科或內科醫師可以幫忙處理，他的服務需求是有滿足的，品質不好應該想辦法改善。

3. PGY 是一個煞車，是煞專科分的那麼多細科，為什麼容額會到 2000 多個？那是每個學會在要求的，而產生容額分配的問題，像腦神外科，應該走完外科再到腦神外，就不用 8 年住院醫師訓練，只要 4 年外科訓練再加上 4 年腦神外訓練，專科醫師制度上是否重新再做考慮的地方。

醫改會劉梅君董事長：

1. 一般外科與產科人力出走是事實，我們應該正視工作所處的執業環境，執業環境裡醫療糾紛頻傳、刑法判醫療過失太嚴重、醫學生知道工時過長及支付太低等等，產科一個人背好幾起官司，醫療糾紛大概不會減少而會增加，讓醫療糾紛最後不會走到訴訟，醫師最不喜歡碰到訴訟，在訴訟前有無其他處理方式，如果能處理就不會走到訴訟，也不會讓醫界夥伴們提心吊膽，我們就來檢討，醫師被告很苦，民眾告醫師更苦，最後兩者都沒好處，醫改會希望是否有其他機制讓民眾不要走到訴訟去，像是說院內溝通管道暢不暢通，接著是衛生局調解效果的問題，調解差異比例很大，地方衛生局能力是有問題的，這塊能不能再加強。民眾在醫院或衛生局就可以解決，至少會有一半以上不會走到訴訟。
2. 工作時間過長、健保給付太低，這就是工作條件問題，台灣醫師真的很可憐，一天看這麼多人，花這麼多的時間，民眾一年看診 15 次，有些是過度醫療或無效醫療，這部分如果砍一半，有可能嗎？這需要政府部門公共衛生衛教及醫師專業知識，醫院管理創造需求，很多地方是可以節約的，如果砍一半，醫療給付就可以 double。自我管理也是很重要的，這樣環境就會變好了。

醫勞盟蔡宏斌醫師：

現在較大的問題是在急重症住院病人，如果病人及家屬不滿意，病人就會回到急診看病，有經驗重症醫師一直在凋零，重症是算在 5 個次專科醫學會裡面，並不是指定專科，重症病人複雜，本身也是醫療糾紛高度的地方，3 年前台大柯文哲教授成立住院醫學科，從美國住院醫學制度引進來，在美國專門看住院病人跟出院以後回來的病人，病人滿意度和重症醫師照護，有點像英國 gatekeeper 住院病人照護模式，台灣要實行這種制度很難，因為在財團法人醫院底是以論人服務計酬，未來第七期中期醫療網，署立醫院照顧這些老人，在台灣可能會先崩掉。四大皆空問題更重要是老人整合性照顧，只看老人醫學科是不夠的，應該配合重症照護及區域性床位調整，在台灣重症醫療是美國的 10 倍，床太多照護的人不夠多，照顧裡面有整合概念又很少，現有資源裡面照顧重症醫師幫助達到這個目的。應該要把全國醫師工時通報制度建立起來，找第三方單位把資料做整合，這樣可以搭配 RBRVS 系統去校正，才能知道全國醫師勞累標準，年輕醫師重視生活品質，這樣平台會讓老的醫師與年輕醫師有溝通基礎。

健保局蔡淑鈴組長：

1. 四大皆空的原因是基層沒有問題，而是存在區域不平均，比較大的問題是醫院急重症的

科，那些人變得沒有人傳承，下一代醫師想要救人比例這麼低，真正要的是生活品質，怕醫療糾紛，真正臨床興趣及救人成就感這麼低，所以隱憂是未來的醫師沒有心想要當醫師，這才是我們心中最大的納悶。

2. 培養專科醫師到基層去看小病，看小病任何人都可以看，所以小病不重要了，而且連大醫院都在看小病，看小病醫師不缺，現在是看大病醫師可能缺，因為看到未來醫師不想看大病。無心看大病而是更想看小病，看小病醫師夠只是分布不均而已，建議是如何挽回這些人的心，回到當醫師的初衷，這個地方很重要，是需要好的醫師出來帶頭，精神上引領挽回是必要的，應該也要檢討醫學生錄取方式。
3. 如果提高薪資可以鼓勵醫師挽回，可能沒有效將近 40%，可能有效是一半一半，五分之四認為錢要夠多，多少錢才能挽回這些人的心，用薪水挽回或其他方法挽回可能要雙管齊下，未來健保支付對於急重症的加碼會盡力，而不是普遍加在小病，因為小病是用數量來累積薪水，最重要是挽回心這塊及找到有心人這一塊。

方瑞雯秘書長：

1. 為什麼大家沒有心看病？因為環境把我們逼走，像是我們夥伴上班要帶錄音筆，因為病人有威脅感。
2. 金額夠大才有效，是因為我就拚 10 年，拚完就走人。
3. 分配不均：容額不能讓醫師回來。
4. 住院醫師是未來主治醫師，而不是人力。

張孟源副秘書長：

gatekeeper 真的很重要，有 gatekeeper 國家醫療成長費用比較低，死亡率較低，重症小症必須經過足夠的訓練，對醫師要有充分的尊重與體諒。

謝天仁董事長：

讓醫師本身有合理工作量，一個是增加人力，另一個是降低工作量，看不出衛生署策略有明顯引導作用，環境是大家造出來，大家必須要去面對。工作量減少誤診率就會降低，就不會有醫療糾紛。

衛生署醫事處許銘能處長：

1. 嚴重是症狀還是診斷？第一個症狀是招不到住院醫師，第二是偏遠地區醫院招不到主治醫師，第三個是偏遠地區招不到醫師。
招不到住院醫師來看，1400 多位學生要有 2000 多個容額，除了五大科其他都是加 20% 之後的 100%，在選擇上面不可能如你所願，所以我們從 2300 降到 1670，還是比 1400 多 200 個，都是降非五大科之容額，堅守 1670，能不能解決問題？以內科來講，R1 升 R2 時候就跑掉了，又回到 R1 去跟人家搶耳鼻喉科，真正進來到拿到專科醫師證書，這又有另一個流失，流失的部分，我們也提出津貼。
2. 工時問題：目前是訂 88 小時，但主治醫師下來像兒科急診值班會跑掉，全部跑去診所就需要值班，以前在醫學中心有住院醫師幫我們值班，現在為什麼沒有住院醫師，因為有 99 家教學醫院都說我要 10 個住院醫師，可是都找不到住院醫師，10 個一個都找不

到所以空，所以我們要考慮到一個政策是集中到有學校附設醫院或醫學院附設醫院好的環境訓練，也要有好的 training program，同樣是教學醫院也有天跟地的差別，下一個政策將其 pooling 在一起，從 99 家限制到 30 家，住院醫師會增加 3 倍，本來是兩天輪一班會變成四天輪一班。

3. 減床或關床是護理人力在關床，不會因為醫師在關床，都是收地區醫院的床，各縣市衛生局收地區醫院的床，在台北縣收了 232 張急性病床。
4. 讓重症醫師留在醫院，訓練出來住院醫師也能到區域醫院或地區醫院作分流，分流中加了一個政策叫醫中認養，如外放兩年後回醫院做 VS，過去都是用這些配套措施再做。
5. 長遠要下降看診人數，醫病之間就會改善，量下降就不會空，這是供需問題。

朱益宏副院長：

1. 高腳杯理論：只收地區醫院的床是不行的，因為離開都會區，地區醫院扮演重要的角色，可能在天災出來之後就會出現大問題。
2. 健保給重症開愈大，地區醫院會愈萎縮，支付標準需要有不同思維，對地區醫院有他的支付標準，大醫院有他的支付標準，切割以後政策才能擺相對的資源。
3. 任何行業都有 role model，如：史懷哲、傳教士醫師，在醫學教育需要強化。
4. 老百姓對醫師觀感，以為醫師在騙健保，凝聚共同的力量，如何塑造醫師在老百姓心中地位跟形象，長期推動會有其長期效益，需要 NGO 及政府來強調醫德這件事。

吳肖琪教授：

公費生不要再去開。

醫學中心分院太多，但不要開太多門診。

偏遠地區醫院有其重要性。

蔡淑鈴組長：

醫學中心擴床還在發生，亞東醫院在土城擴床，讓醫師更血汗，因為經營者會想辦法讓病人住進來，會有惡性循環。

郭耿南教授：

住院醫師用來教學訓練，不是人力。

鄭守夏教授：

在台灣醫療市場是高度管制的市場，還是有市場機制，因為大家要競爭，市場運作會愈來愈糟糕。

1. 政策介入方法不能只靠健保，基本上政策走在前面，我們需要多少床，需要多少人在甚麼樣的地方，至少有個 range，就像醫療網一樣。

共識：

1. 四大皆空的問題政府應要處理：(1)共同原因為醫療糾紛；(2)個別原因是需求降得太快，不要讓他斷層，而不是保障；(3)都會跟鄉下的問題，如小兒科出去開業太多，以

至於醫院裡面沒人顧。

2. 政策及理想在前面，健保支付是跟在後面。
3. 重症是重點，四大皆空只是嚷嚷上口，易被誇大。真正問題在住院醫師是容易解決的我們要解決不只是住院醫師而已，需要醫事處長遠的規劃。
4. 地區醫院和開業醫師應該納在體系裡面，我們有市場機制會調回來，只是減少辛苦跟避免斷層太嚴重，傳承出現問題才是可怕的。
5. 醫學生愈來愈重視生活品質。以前與現在環境不同，包括民眾要求愈來愈高。