發佈：2012-10-15, 週一 16:52
點擊數：13222

今年上半年國內最重大的醫療議題，非醫療人力的問題莫屬，特別是護理人力缺乏以及內科、外科、兒科、婦產科、急診科等五大專科醫師流失的危機，已經到了「動搖國本」的警戒值。沒想到支撐台灣最引以為傲的物美價廉醫療的醫護人力竟然會出現斷層、無以為繼的困境。如果問題持續惡化下去，加上人口高齡化之後醫療照護需求的增加，國人將面臨重大病痛找不到醫師診療，住院或養護沒有護理人員照顧的局面，導致醫療體系的瓦解，無法給生老病死提供足夠的安頓，屆時絕對是空前的國家級災難。這篇文章針對五大專科醫師人力斷層的問題進行根本性的探討與分析，並提出解決之道，盼能使病入膏肓的台灣醫療體系起死回生。

壹、專科醫師人力失衡的症狀

五大專科醫師人力失血的問題，最近在媒體上有許多的報導和討論，其中有幾個事件特別受到矚目。台大醫院一位優秀的外科總醫師洪浩雲在完成住院醫師訓練時，決定離開台大醫院，轉往診所從事醫學美容。此外，台大雲林分院急診部主治醫師李皎豪更決定離開台灣，轉往新加坡一家大醫院，從急診基層住院醫師做起。雖然這兩個例子只是個別醫師對其生涯發展的想法與選擇，但是卻在醫界投下震撼彈，因為他們有極深遠的指標意義。

全民健保開辦幾年後，醫院就開始發現以往擠破頭的外科與婦產科住院醫師愈來愈難招募，成績優異的醫學生紛紛捨棄內、外、婦、兒科等傳統重症專科，選擇相對來說臨床責任較輕、醫療風險較低、投資報酬率較高、開業比較容易的眼科、耳鼻喉科、皮膚科、整形外科、醫學美容等所謂的五官科。這些現象已經存在多年，也讓醫界相當擔憂未來傳統重症科別會後繼無人。

不僅五大科醫師新血注入遇到瓶頸，已經完成專科訓練的主治醫師人力基礎也開始鬆動。這兩年來，筆者所服務的醫院有一位急診科主治醫師離開醫院去開業發展醫學美容服務；一位骨科與一位神經外科醫師陸續離職，前往新加坡與馬來西亞執業，這兩位醫師從僑居地回到台灣接受醫學教育，後來留在台灣接受完整的專科訓練，完成後擔任主治醫師多年，臨床表現非常優異。他們之所以離開台灣當然有部分是家庭的因素，但更重要的可能是這裡的執業環境已經喪失吸引力。台灣曾經具備他們心目中最理想的習醫與行醫的環境，現在光環卻逐漸退色，比不上他們的故鄉。筆者所見情景應該不只是個案，而是天天在台灣各地醫院上演的通例。

洪浩雲與李皎豪醫師的事件之所以特別引人注意，是大家認為最不可能出現專科醫師出走問題的國家級醫學中心台大醫院竟然也無法避免。洪浩雲醫師是台大醫院有史以來第一位接受院方完整專科訓練、最後決定出走至醫美的總醫師。他不僅品學兼優，對醫療有深度的熱情，是台大醫院寄予厚望並重點栽培的人才，卻放棄在台大走重症診療與研究的發展模式，選擇商業氣息濃厚的醫學美容領域。最重要的是，他某種程度上代表了許許多多年輕一輩醫師的想法，而且會影響現在以及未來醫學生的生涯抉擇[1]，如果說洪浩雲醫師是年輕一代醫師價值觀的風向球應該毫不為過。因此，即使我們不希望類似事件蔚為風潮，但可以預見將一再出現。

不過，真實的狀況可能要比我們想像的更為悲觀，台大醫院重症科主任柯文哲教授今年在台大醫學院開設的暑期選修課「基礎外科重症醫學」，全年級130名醫學生只有三名學生選修。這是他執教這門課九年以來首度未達開課人數，反應出醫學生對外科重症缺乏興趣與意願，更透露外科人力崩盤的前兆。

在五大專科中，目前人力最吃緊的恐怕是婦產科。十年來醫院婦產科招募不到住院醫師已

Phoca PDF

經成為常態。據衛生署的統計資料[2]
，國內婦產科執業醫師的平均年齡高達53歲，明顯高於全國執業醫師平均年齡(48歲)；從2000年到2011年，全國專科醫師人數成長57.1%，婦產科卻僅增加21%，明顯落後。近五年來婦產科執業醫師人數僅成長5%，為各科之末。全台368鄉鎮中，超過150鄉鎮沒有婦產科醫師；事實上，現在仍在執業的婦產科醫師中，提供接生服務的比例並不高，53%的婦產科專科醫師自行開業，其中從事接生的屈指可數。若沒有足夠的新血投入，十年後婦產科醫師可能出現嚴重斷層，屆時婦女生產時將找不到醫師接生。然而，有婦產科醫師的鄉鎮情況並不全然讓人安心，情況也是岌岌可危。今年五月底媒體報導花蓮玉里榮民醫院的婦產科醫師鄭吟豪是當地方方圓百里唯一的婦產科醫師，因為連續工作22天無法休息，甚至還要協助診療其他科的病人，情緒以及精神面臨崩潰而無以為繼，如果他離開了，花蓮南端鄉鎮婦產科診療便又陷入真空狀態。

急診醫學專科醫師人數近年來雖然有大幅成長，且醫師平均年齡為42歲，是眾專科中最年輕的一群，不過因為這兩年來急診環境惡化，急診室暴力事件頻傳，據調查有九成以上的急診室醫護人員曾遭遇言語或肢體上的暴力威脅；今年一到四月國內就發生16起急診室暴力事件。醫護人員的人身安全亮紅燈，使得許多急診醫師心中浮現不如歸去的念頭。目前已經有13%的急診專科醫師不在醫院急診室服務，轉而自行開業，從事基層醫療工作。

相較於與生老病死息息相關的五大科醫師人力流失與乏人問津，五官科則是呈現欣欣向榮的局面。現在成績優秀的醫學院畢業生大多優先選擇五官科為其專科訓練志願，而不願走臨床工作時間長、責任重、相對健保給付低、醫療糾紛風險高的五大專科。近五年婦產科執業醫師人數僅成長5%，醫學美容醫師人數卻成長22%。筆者沒有貶低五官科的意思，其實每一科對病人都很重要，對民眾的健康都有獨特的貢獻，因此每一種專科都需要足夠的醫師人力，只是當專科之間醫師的人力分布出現失衡時，問題就產生了。傳統五大科的病人需求最多，所處理的疾病也以急重症與住院診療案件居多，攸關病人的生命，需要有較多優秀的醫師投入。如果多數的醫師轉向五官科，導致五大科醫師短缺，這樣的醫療體系便出現嚴重的缺口。

貳、衛生署對專科醫師人力失衡的原因檢討與對策

這幾個月來，衛生署了解到問題的嚴重性，積極探討原因並擬定了多項的政策，召開專家會議以及醫界的高峰會議進行討論，凝聚共識，試圖改善專科醫師人力失衡的問題。衛生署針對此問題進行剖析後，提出以下原因[3]：

- 一、醫學生選擇五大科別的意願較低
- 1. 少子化影響年輕醫師投入婦兒科醫療服務
- 2. 病床數(絕大多數都是內、外、婦、兒科病床)成長快速，高於醫師補充速率，造成人力短缺
- 3. 健保支付誘因有待提升
- 4. 評鑑及查核次數增加，文書大量增加，導致工作負荷大
- 5. 醫護人員逐漸重視生活品質，不願選擇須值班、負擔重、風險高之五大科
- 6. 醫美、健檢等自費醫療吸引相關科別人才
- 7. 住院醫師專科訓練名額高於每年申請人數，造成高風險科別乏人問津
- 8. 100年及101年實施第一年住院醫師全科訓練，故容額調降，影響住院醫師招收人數
- 二、醫療糾紛風險高
- 1. 五大科醫師醫療糾紛風險高，內、外、婦、兒四大科合計占醫療糾紛總件數超過85%
- 2. 醫療糾紛案件八成以刑事提告，對當事者醫師造成極大的心理壓力

Phoca PDF

- 三、急診壅塞及暴力事件頻傳
- 1. 急診醫療壓力大
- 2. 急診暴力頻傳，缺乏工作安全感
- 3. 工作負荷重，消費者意識高漲，執業環境惡化，影響留任意願
- 4. 急診專科醫師多集中於大型醫院、都會地區，偏遠地區人才羅致困難

根據以上的原因剖析，衛生署開出十二項的策略，包括：

- 一、提高全民健保五大科別支付標準
- 二、增加五大科住院醫師津貼
- 三、合理調整五大科醫師訓練員額
- 四、充實五大科醫療輔助人力
- 五、強化畢業後全科及五大科訓練
- 六、推動生育事故救濟及籌辦醫療事故救濟制度
- 七、推動醫療過失刑責合理化
- 八、挹注五大科偏遠地區醫療資源
- 九、山地離島在地養成公費生制度及開辦重點培育科別公費醫師制
- 十、延攬旅外醫師返鄉服務
- 十一、 急診壅塞因應策略
- 十二、 強化急診室安全

參、專科醫師人力失衡的根本原因

筆者認同這些因素都會直接或間接導致專科醫師人力失衡的現象，衛生署所擬定的改善政策，預期應該會有一定的效果。不過筆者認為以上的因素可能是表面的成分居多，多半不是最根本的原因所在。衛生署的對策或許能夠產生短期的作用，但是恐怕無法扭轉長期的失衡趨勢。

今天我們看到的這些問題與現象，根本的原因其實是在於制度與醫療結構面的缺失，最重要的問題源頭，是來自於全民健保的設計基礎，導致醫療資源的濫用與配置扭曲，進而造成醫療執業大環境的惡化。被健保制度綁架得最嚴重、首當其衝的五大科看不到未來，阻擋年輕醫師投入的意願，也澆熄現有五大科專科醫師曾有的熱情。衛生署在前面是有提到部分健保的問題，可惜只在給付誘因與調整給付標準方面輕輕帶過，並未去正視與深入檢討結構性的癥結。

我國全民健保採取大、小病通通予以保障與給付的制度，其好處是大大消除了民眾就醫的經濟障礙，不過不可諱言地也因此提高醫療需求與醫療服務量。由於就醫太過方便，導致許多不必要的就醫，形成醫療資源的濫用。此外，全民健保原本的轉診制度並未推動，因此民眾或病人可以自行決定就醫場所，由於相較於診所或小型醫院，大醫院的醫師科別與設備比較齊全，民眾大小病都湧向醫院，各大醫院的門、急診與住院總是人滿為患，使得醫院的醫師工作負荷重。且因為醫療資源浪費嚴重，但健保開源極為有限，在總額預算制度之下，全民健保對醫院的實質給付單價其實是在縮水的。醫師(特別是五大科)的付出越來越多，所得到的報酬卻相對越來越低。

全民健保的給付標準並未根據每一項醫師處置實際投入勞心勞力的成本去計算與區分，絕大多數的給付是沿用勞保時代的給付標準稍做
修改[4]

Phoca PDF

。雖然健保局給付標準與支付制度經過多次的修訂與改革，但基本架構並未有太大的改變，一直被外界詬病為「全民賤保」，多數給付若不是嚴重偏低，就是不公平。

事實上每一種專科醫師的訓練期間不一，一位家醫科醫師訓練期一般為四年，神經外科則要七至十年。
不同專科執業的醫療糾紛風
險差異也很大，根據美國哈佛大學的研究[2]
，美國各專科在面臨醫糾訴訟風險排名依序為神經外科(19.1%)、心臟與胸腔外科(18.9%)和一般外科(15.3%)；風險較低的專科有家庭醫學科(5.2%)、兒科(3.1%)和精神科(2.6%)。可是目前的健保給付卻未考慮這些差異，形成不同工卻同酬的不合理現象，有時候甚至有簡單的處置比複雜的處置得到更高給付的扭曲情形，比如皮膚科點痣健保給付3600點，急診醫師給病人插管只給付360點。

此外，在醫院的五大科醫師工作量大，評鑑要求的文書作業增多，與病人互動的平均時間減少，溝通上難免不夠周全，很容易引發醫病關係的緊張與誤解。全民健保實施之後，民眾與病人就醫權利意識提升，對醫療的要求也隨之增加，加上媒體對於醫療糾紛個案以及違反健保規定院所的渲染式報導，醫病信任的基礎逐漸流失。還有，全民健保制度的設計賦與民眾極大的就醫權，卻未相對規範其盡應盡的義務，導致對醫療提供者過度要求，形成另一種醫病的不對等，讓許多傳統專科醫師心生挫折。醫療糾紛風險增高後，醫師便採取防衛性醫療，多做檢查以求自保，這也導致醫療資源相當程度的浪費。

相較於五大專科，五官科受到全民健保制度緊箍咒的影響程度較低。五官科有較多全民健保沒有給付的項目，自費服務項目眾多，自費收入空間較大。而五大科處理的大多是急重病症，幾乎都在健保的給付範圍中。全民健保又嚴格規範給付項目醫師與醫院不得額外向病人收取其他費用，即使是採用更好的材料或方法，而且病人願意自己負擔也不行。由此可見五官科醫師在收入面有很大的自主性與發展性，而五大科醫師收入則幾乎全部受限於全民健保。就現實面的考量，從事五官科確實要比五大科來得比較有前景，也比較不用看健保局的臉色。當醫師無法從五大科看到未來時，當然就沒有意願投入。

此外，政府對醫療提供者的干預日深也是一個重要原因。首先，全民健保的給付規定與審查制度對醫師從事臨床工作造成很大的影響，使醫師逐漸喪失臨床的自主性。此現象在絕大部分處置都涵蓋於健保之下的五大科尤其明顯。第二，衛生主管機關新的法令政策層出不窮，對醫療院所的要求越來越多，每年不斷地進行各種查核。每四年一次的醫院評鑑規定更是愈來愈嚴格。醫院和醫護人員光是應付這些要求，就有做不完的文書工作，開不完的會議，和執行不完的計畫與方案。

還有，近年來衛生署和健保局在病人權益團體和民意的趨使下，對醫療提供者的收入干預益深，大大縮減醫療提供者自費收入的空間，甚至予以汙名化。比如為了消除「藥價黑洞」，健保局進行地毯式藥價調查，大幅調降藥價，將醫院向藥商爭取到的議價空間剝奪掉。去年衛生署甚至規定掛號費的上限，並取消好幾個醫院的收費項目。沒有這些健保給付之外的收入來補充財源，醫院對人力和其他成本也會更加緊縮，院內勞動條件便難以有效提升。台灣醫院協會榮譽理事長張錦文教授曾他以親身的觀察比較說出：目前中國的醫療體制是極端的市場主義，台灣則是極端的社會主義。社會主義的醫療體系雖然有助於醫療資源分配表面上的公平，卻嚴重毀損醫療提供者的服務與進步的動機，讓醫療體系失去往前進的動力。

肆、改善專科醫師人力失衡的建議對策

Phoca PDF

基於以上的分析，筆者認為若要根本且長遠地改善專科醫師人力失衡的問題，必須改善五大科醫師的執業環境，調整專科之間給付的合理與公平性，鬆綁對急重症醫療作業與收費的干預和限制，以及改革全民健保的基本設計。從結構面來看，全民健保目前「大小病通通保」以及追求「俗擱大碗」的架構已經無法讓這個制度與台灣的醫療體系永續與合理的發展，我們真的必須認真去思考實施「保大病不保小病」或「保住院不保門診」的健保模式，雖然此方向有其政治上的難度，但我覺得這是全體國人遲早要面對的難題。

筆者個人是很認同行政院陳冲院長在七月初所提到的健保「保大不保小」的構想，一方面可以減少許多輕病濫用健保與醫療資源的情況，一方面全民健保才能運用以往花在輕病的費用做為足夠的財源，去徹底改善與調整急重症與五大科的給付，改善醫師與醫院在急重症診療的執業條件。如果沒有充足的
財源，健保局所要透過「醫療費用支付標準相
對值[6]
」(RBRVS)去調整與訂定不同專科醫療處置項目的支付點數，將落入挖東牆補西牆的窘境，對整體醫療大環境可能沒有太多實質幫助。

此外，衛生署與健保局應該對醫療提供者的收費採取較彈性、寬鬆的措施，不宜過度設限與干涉。全民健保對於其給付的處置、藥品與材料項目應該加以正面表列，對於不在給付範圍內的項目，在病人的意願及同意下，容許醫療提供者向病人收取差額或自付，讓此些項目的收費回歸市場機制，使醫療體系保有合理的健保外收入與發展空間。

在實施保大不保小的健保制度時，政府可以鼓勵民眾(如透過保費扣除稅額)針對非急重病的醫療投保商業健保，來給付健保未涵蓋 (急重症以外)的就醫費用。這是現在許多先進國家所採用的混合健保制度，即以政府主辦的社會健康保險或國家公醫制度為基礎，同時採用私人商業保險予以輔助，讓醫療體系能夠健全的運作。

每次一談到「保大不保小」或提高健保部分負擔及自付額，有些病人權益團體便會質疑這些措施會導致弱勢民眾無力就醫的障礙，失去保障全民的公平性與照顧弱勢民眾醫療的精神。事實上只要有完善的配套去保障中低收入民眾的就醫管道，保大不保小不必然會成為弱勢民眾就醫的阻礙。其中有一個方式，就是健保局針對中低收入民眾開辦類似論人計酬的健保方案，由政府社會福利預算編列及代繳其健保費，指定專屬的醫療院所來照顧這一群民眾的健康、醫療與所需的照護，保障其充分的就醫機會，但是也相對做合理的健康與就醫管理。將有能力付費的民眾與中低收入民眾分開規劃，才能夠在兼顧不同族群需求與能力下，對全民健保做根本性的改造。

羅馬不是一天造成的。今天我們所看到的五大科醫師人力流失以及專科醫師人力失衡的問題，並不是今年才產生的現象，其實從全民健保的實施一開始就已經埋下肇因。因此，唯有去正視與改革目前全民健保的基本架構，這些問題才能夠迎刃而解。當然我們還需要一些配套或如衛生署所提出改善的措施，始能全面解決這些問題，但是若沒有根本性的變革，這些周邊的改善措施恐怕效果很有限及短暫，只是頭痛醫頭、腳痛醫腳而已。我們也知道要進行全民健保結構性的改革挑戰性很大，不過若不著手去改，未來問題可能更大。危機就是轉機，藉由最近的引起大眾注意的事件來凸顯問題全貌，將來龍去脈分析清楚，完整呈現給民眾，並凝聚社會共識，展開改革，現在開始跨出去，為全民健保的可長可久與醫療體系的健全開創新的局面。

作者周恬弘為門諾醫院行政副院長

Phoca PDF

（本文僅代表作者個人意見，不代表本智庫立場）

註解：

1.醫生正在喊救命：台灣的病人誰來醫？遠見雜誌第313期，2012年7月，152~209頁。

2.行政院衛生署，2012年7月21日，「守護台灣醫療高峰會議」會議手冊。

3.行政院衛生署，2012年7月21日，「守護台灣醫療高峰會議」會議手冊。

4.其實醫界對全民健保支付標準的問題也要負某種程度的責任。全民健保的支付大致沿用勞保時期的給付標準，診療費與手術費便已偏低。只是當時社會上普遍仍有紅包文化，外科與婦產科由於紅包收入較多，因此不太在意健保的給付，也就沒有積極去反映與爭取合理的給付。

5.Anupam, B. J., S. Seabury, D. Lakdawalla, & A. Chandra. (2011). Malpractice Risk According to Physician Specialty. New England Journal of Medicine, 365:629-636.

6.RBRVS(Resource-Based Relative Value System)是哈佛大學蕭慶倫教授的研究團隊為美國老人健保Medicare規劃，用以訂定各科醫師服務給付費用的「以資源耗用為基礎的相對值系統」制度。其基本精神是根據各專科醫師的訓練養成投入的成本、執業的醫療風險與每一種處置實際耗用的資源與成本去訂定每一種醫師處置的相對點值。

Phoca PDF