

第一章 緒論

本章對於醫療產業背景、醫療市場服務特性深入了解後，針對研究動機、研究目的與研究流程做詳細的介紹與闡述。首先於醫療產業背景及醫療市場服務特性中得知，醫師人力規劃一直是我國衛生主管機構在醫事人力培養計劃的一項重點，而醫師人力過剩或不足則是最直接影響醫療服務品質優劣之因素，所以本研究進行了醫師人力供需平衡策略之研究。隨後本研究根據醫療產業背景、醫療市場服務特性與研究動機，引入研究目的，並發展研究流程。

1.1 醫療產業背景

近年來，醫院不斷的設立與擴充，以及健保政策的支付制度不斷緊縮且給付範圍不斷擴大，這樣的趨勢，雖然可以增加病患就醫的可近性與選擇性，也使病患的接受醫療的保障提高。但是對醫療提供者而言，在競爭者眾且資源有限的醫療環境下，無論公私立醫療院所都面臨到或多或少的財務窘境。同時由於醫療資訊的普及化以及消費者意識的抬頭，民眾對於醫療的要求已不僅止於方便而已，更加重視醫療提供者所服務的品質，並且任何醫療的疏失都可能導致嚴重的醫療糾紛。肩負社會公益的醫療責任本是醫院的任務使命，但以永續經營與發展為前提下，管理者必須從財務平衡與醫療品質之間制定兩者兼顧的經營策略與目標。

根據《醫療法》第一條與第十一條的定義：醫療機構係指供醫師執行醫療業務之機構，而醫療機構設有病房收治病人者為醫院；僅提供應門診者為診所。其中醫療機構分成二種：私立醫療機構與公立醫療機構；並規定私立醫療機構僅能由醫師設立，或依有關法律規定由公益法人及事業單位設立（《醫療法》第二十四及第二十五條）。如果私立醫療機構是由醫師獨資或合夥設立，此時醫院的盈餘即成為出資醫師的個人所得，因此由醫師設立的私立醫院在性質上即可視為營利醫院。至於私立財團法人醫療機構，因受到盈餘不能分配的限制，則可視為非營利事業。綜觀上述得知，政府對醫院產業高度管制，使醫院產業產生高度進入門檻。

我國全民健保的納保率迄今已高達百分之九十八以上，國人平均就診

次數每年高達十五次以上，帶動醫療產業及相關就業市場的熱絡發展，健康是國家的資優財 (merit goods) 為優質國民的必要條件，健康的人民是提昇國家競爭力重要的一環，也是國家永續發展主要的推動力。然而，許多經濟進步的社會，目前都面臨人口老化問題，使得醫療保健的問題愈受重視，連帶帶動醫療產業的發展。

醫療照護是人類基本需求之一，也是衡量一個國家進步程度的重要指標。根據OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) 經濟合作暨發展組織國家的經驗顯示，隨著國民所得不斷成長，醫療保健支出占 GDP 比率大幅提升，近年來國際醫療科技突飛猛進，我國也因國民所得持續增加、人口結構不斷老化等因素，國民醫療保健需求呈現大幅迅速的成長。

1.2 醫療市場服務特性

盧瑞芬、謝啟瑞於2000年出版之醫療經濟學中提到「醫師服務市場顧名思義是一個提供「服務」的市場與實體的產品有很大的不同，醫療市場服務有以下幾點特性：

1. 資訊是這個市場的重要產品，因為醫師與病患之間存有很大的「不對稱」
2. 由於醫療保險介入，清費者只負擔部份醫師服務的費用，大多數的費用皆保險人支付。
3. 各國普遍採行醫療保險制度改革，使醫師服務市場的結構產生快速變化。
4. 醫師服務市場的供給面與需求面皆存在不確定性。
5. 醫師服務沒有標準的「產品」規格：一般醫師是病患的「諮詢者」，也是醫療照護與治療方式的「供給者」。
6. 醫師誘發需求的現象與理論：醫師人數增加後，醫療服務的成本反而上升，因為「供給會創造需求」。

1.3 研究動機

醫師人力規劃一直是我國衛生主管機構在醫事人力培養計劃的一項重點，主因是醫師人力培養不易、耗費時間長、而且醫師也是最直接影響醫療服務品質優劣之醫療人員，反之若醫師人力過剩，從國內外研究文獻得知，因有供給誘發之現象，會直接導致國家整體醫療成本的上升，因此，醫師人力供需平衡策略值得我們深入研究之。

1.4 研究目的

1995 年全民健保正式實施後帶動醫療服務蓬勃發展，醫療生態產生很大的變化，醫療相關政策引起社會大眾更多的注意與關切。醫師是醫療體系最重要的人力資源，醫師也是最直接影響醫療服務品質優劣之醫療人員，台灣目前對於醫師人力規劃是在 1987 由衛生署與經建會依據世界衛生組織「一名醫師照顧 750 人的標準」所制定出來的政策，不過，現今台灣出現人口高齡化、少子女化、全民健保全面實施…等因素，民眾醫療需求也因此產生結構性的變動，所以醫師人力供給與需求之平衡策略就顯得相當重要並值得我們去深入研究。另外本次研究也期望能提供政府相關單位對於醫師人力供給與需求平衡策略的重要參考依據。

1.5 研究流程

本研究流程首先建立研究動機與目的，依據醫師人力供需及策略性人力資源規劃之文獻探討，在以德爾菲法方式，擬定研究架構，並進入研究進行專家訪談，而後再依文獻資料與專家訪談所得之資料進行分析，最後做出結論與建議。

本研究的流程大致為以下階段：

1. 探討研究方向：蒐集相關資料、確定研究主題。
2. 文獻蒐集：蒐集文獻，並進行文獻探討。
3. 德爾菲法專家訪談：確認研究方法、研究問卷、參與專家。
4. 資料整理與分析：將專家(學者)回收之問卷進行資料分析與整理。
5. 結論與建議：提出合理的結論與建議。

依照上述之說明，本研究的研究流程，如圖1-1所示：

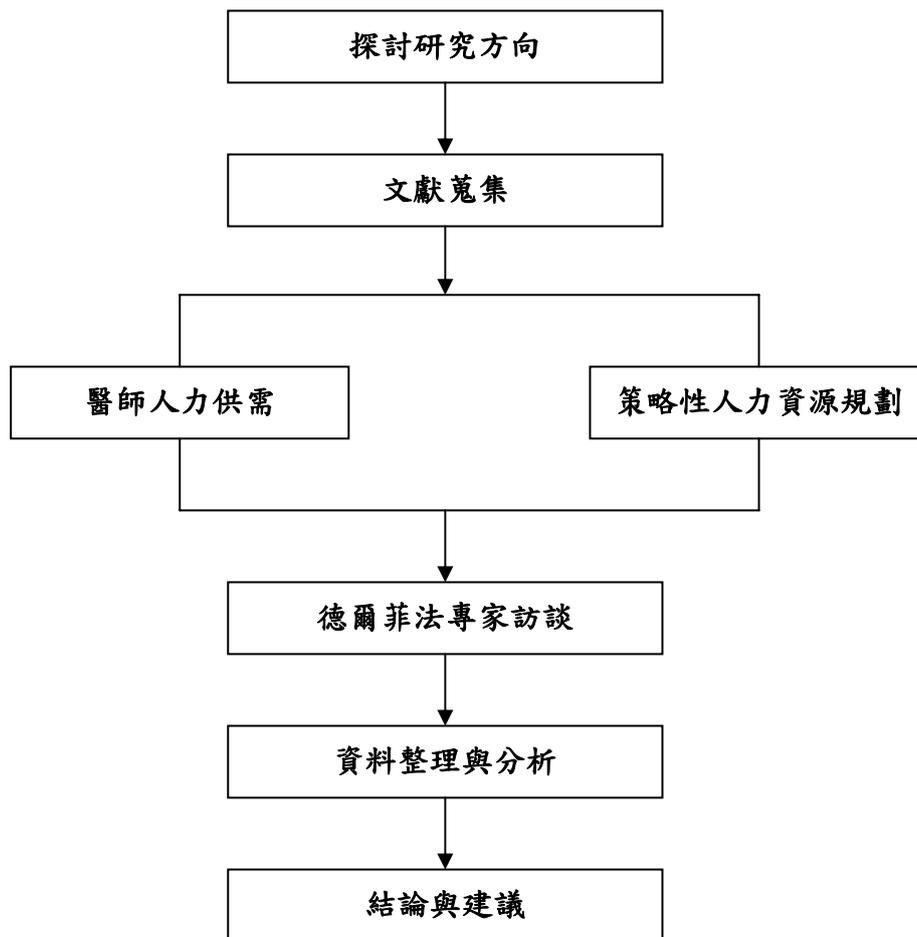


圖 1-1 研究流程

第二章 文獻探討

本章將藉由文獻的探討，從中了解醫師人力供需與策略性人力資源規劃過去的研究結果，並且找出其中研究之落差，本章將會對於文獻中的實例及現有的情形做出兩者間的差異或是優缺點和限制的比較，進而選出適合的方式來實行以達到成效。

2.1 醫師人力供需

1. 回顧台灣地區有關醫師人力供需研究如表2-1，最早是在1965年由Backer及Perlman等所主持的台灣地區醫師人力發展評估研究，該研究除對供給、需求加以分析外，並推計1973年至1983年衛生人力供需情況。
2. 在Backer等人的研究之後，1973年教育部、醫學教育委員會、衛生署、台大公共衛生研究所…等單位共同合作之下進行台灣第二次調查，但在該報告中僅對當時供給進行分析。
3. 藍忠孚等人於1983年依經濟需求推計，以人口成長數平均每人每年看病次數及每一位醫師服務量為基礎，在以每一千人口一位醫師為標準的情況下，可於公元2000年達成目標。衛生署於1986年所提之「台灣地區衛生人力發展長程規劃」中，以每千人一名醫師為基礎推計，至公元2000年，醫師數可達22785人，屆時供應會超出約1900人。
4. 宋文娟、藍忠孚…等人於1999年應用德菲法與紮根理論，藉由專家意見對台灣未來醫師人力進行預測並尋求適當的政策改革，期望能提供未來立法或施政之參考。
5. 盧瑞芳、謝啟瑞兩位教授於2000年出版醫療經濟學，以經濟學的觀點來看醫療需求，主要的影響需求的因素有：(1)·醫療服務的價格(2)·時間成本(工資與就醫時間)(3)·醫療保險(4)·非薪資所得(5)·教育程度(6)·健康資本的折舊率。根據盧瑞芳、謝啟瑞兩位教授研究結論，醫療需求的實證結果顯示：價格、部份負擔率、時間價格與所得等重要經濟變數，皆對醫療需求有顯著的顯響力。醫師服務市場的供給面與需求面皆存在不確定性，醫師服務沒有標準的「產品」規格，在醫療保險給付的介入情況下，病患只負擔一小部份的醫療費用，大多數的費用皆由保險人支

付，此一情形使病患對醫師服務價格的變動，反應較不敏感，即醫師所面對的需求曲線彈性較小。

6. 洪錦墩、藍忠孚、宋文娟於2001年整理探討台灣地區過去以來的醫師人力文獻研究，整理出學者研究之目的不外有下列三部分，第一部分為現況人力分析與未來數量推計，第二部分為專科別之分布，第三部分為地理別之分布，另外並指出在台灣有關醫師人力研究常面臨下列幾個問題：(1)·民眾之需求估計不易(2)·醫師人力資料取得不易(3)·醫師職業科別之不確定性。
7. 吳肖琪、朱慧凡等人於2003年從國際上比較並且探討台灣每千人口需要多少的醫師？台灣於1987年經李國鼎政務委員協調衛生署及經建會委員會在第4322次會議上通過，將原來每1000名人口一位醫師，調整為每750名人口一位醫師為目標(每千人口醫師數1.33人)，不過經過吳肖琪…等人研究結論：「建議政府在醫師人力規劃應考量國內人口老化、少子女…等因素，並加強醫師在長期照護、老人專科方面的知識與能力。」
8. Hall於1978提出之人力需求模式，是一綜合性評估人力要求模式，強調影響人力的因素除人口與健康服務需求外，還包括健康服務指標及人力生產力標準，但是在實際執行時要花費大量人力、物力…等資源，故少被採用。
9. Greenberg & Cultice於1997以醫師人口比，並運用人口變遷、醫師專業度以及醫療環境等相關因素，進行未來醫師的人力推估。
10. Dumpe et al.於1998以總體經濟學的供需理論為基礎，並整合各項影響護理人力供需因素，提出護理人力推估模式。強調在執行供給面推估時，醫療保健體系應考慮的因素為：薪資、福利、地點、工作時數是否具有彈性。在護理教育應考慮課程種類與數量以及畢業生人數，在經濟面則應考慮物價上漲率和失業率。在護理人員方面推估時，則應考慮醫療照護種類、科技發展、就業情形、其他醫事人員、護理人員的年齡、性別、流行病學因素以及成本控制等因素。雖然我們此次研究是醫師人力供需，不過Dumpe et al.以總體經濟學的供需理論提出護理人力推估模式，值得我們應用於醫師人力供需參考研究。

表 2-1 台灣地區醫師人力供需相關研究一覽表

作者及年代	研究主題
Backer& Perlman(1965)	醫師人力發展評估
教育部醫教會衛生署台大 公衛所(1973)	中華民國台灣地區衛生人力資源調查研究報告
嚴雅音(1983)	台灣地區發展衛生人力分布與長期趨勢的研究
藍忠孚、李玉春(1983)	台灣地區未來二十年醫師、牙醫師人力供需之規劃研究
楊漢淙(1983)	教學醫院住院醫師現況探討
李彩萍(1988)	台灣地區醫師人力地理分布之改變情形與影響
洪錦墩、李卓倫(1989)	以 GINI 系數分析台灣地區的醫師人力分布
季麟揚(1991)	台灣地區民國 78 年至 80 年牙醫師人力分布之推計
江東亮(1992)	公元 2000 年台灣地區醫師人力供給與地理分布之推計
江東亮(1992)	台灣地區公元 2000 年牙醫師人力供給與地理分布之推計
李進賢(1994)	公元 2012 年台灣耳鼻喉科專科醫師人力預測
黃偉堯、張睿詒 江東亮(1999)	台灣地區醫師人力地理分布之變遷
宋文娟、藍忠孚、陳琇玲、 詹錕銘 (1999)	台灣醫師人力政策當前重要課題之專家意見分析
藍忠孚、宋文娟、陳琇玲、 詹錕銘 (2000)	台灣地區醫師人力供需預測之情境分析
韓季霖 (2000)	台灣地區醫師人力供需之研究—灰色預測模式之應用
洪錦墩、藍忠孚、宋文娟 (2001)	台灣醫師人力研究之方法學探討
石曜堂、蔡憶、周穎政 (2003)	推估及預測台灣專科醫師人力需求
洪錦墩、藍忠孚、宋文娟 (2003)	台灣地區內科醫師人力之數量與地理分佈
吳肖琪、朱慧凡、黃麟珠、 雷秀麗 (2003)	從國際比較探討台灣每千人口需要多少醫師？

2.2 策略性人力資源規劃

策略(Strategy)一詞來自希臘字，原意為「將軍的作戰藝術」，為軍事上之術語，意為戰場上求勝的藝術和科學。後來用在個人、企業或政府，凡為了實現基本的、長期的目標，所採取的方法和行動，稱之為策略。藉由「策略」觀點，以更宏觀角度來看人力資源，似乎是今日公私組織「理所當然」的變革途徑。Tompkins 策略性人力資源管理，乃是組織「程序」與「結構」綜合考量的結果：一方面可以需要組織不同運作程序間相互配合，另一方面也需要整合不同類別或性質的工作內容此概念如圖 2-1 所示。

1. 人力資源規劃定義：就錢慶文教授在 2005 年出版的醫療人力資源管理，對於人力資源規劃的定義是：能夠在最適當的時候，提供醫療機構符合資格的人力，來執行組織所必須完成的工作，且工作者能在所參與之工作上有良好的工作績效和自工作中得到滿意的回饋的一種規劃過程。
2. 人力資源規劃過程(錢慶文，2005)

- (1)· 組織目標的設定：

一個醫療機構存在的目的是為了組織有其營運任務；無論此任務是由誰制定的，此一目的將左右醫療機構資源的投入與產出，欲達到此營運任務，醫療機構必須仰賴所謂的策略規劃的方法，使醫療機構不致因外在環境的變化和市場的競爭而被淘汰，基本上醫院人力資源的規劃就是策略規劃的一部份。

- (2)· 人力資源需求預測：

在組織策略後，人力資源的規劃就可以朝向策略所需之人力資源數量方向進行，欲預測人力資源的數量，首先要決定的是組織的產出，在產出預測的過程中，有幾個因素會影響預測的結果：預測所使用的方法、組織內部管理和生產的能力、組織外部的環境因素。

- (3)· 人力資源現況分析：

人力資源現在分析的工作，基本上就是調查目前組織內所擁有的人力資源有多少。所謂人力資源基本上可以從四個角度來看：人力資源的種類、人力資源的等級、人力資源的品質、人力資源的數量。

(4) · 人力資源規劃工作結果之執行：

人力資源規劃工作包括了：人才的招募、聘用、發展、教育訓練…等。然而從管理的角度思考有兩個重點：(1)如何將這些制度加以連結 使其能前後連結發揮人力資源整體的功用(2)如何將人力資源規劃的工作和醫院管理其他的部份相連結，如財務管理，使人力資源管理能融入其他管理功能，也是管理者應當謹慎思考之處。

(5) · 人力資源規劃的監督與調整：

人力資源規劃的結果，經常會因為一些外在環境的改變而需要調整，例如：一位醫師服務病患能獲得之報酬，常因健保局給付制度改變，而有所不同。因此醫院為正常營運下去，就不得不在醫師人力配置策略上，給予不同的因應之道。

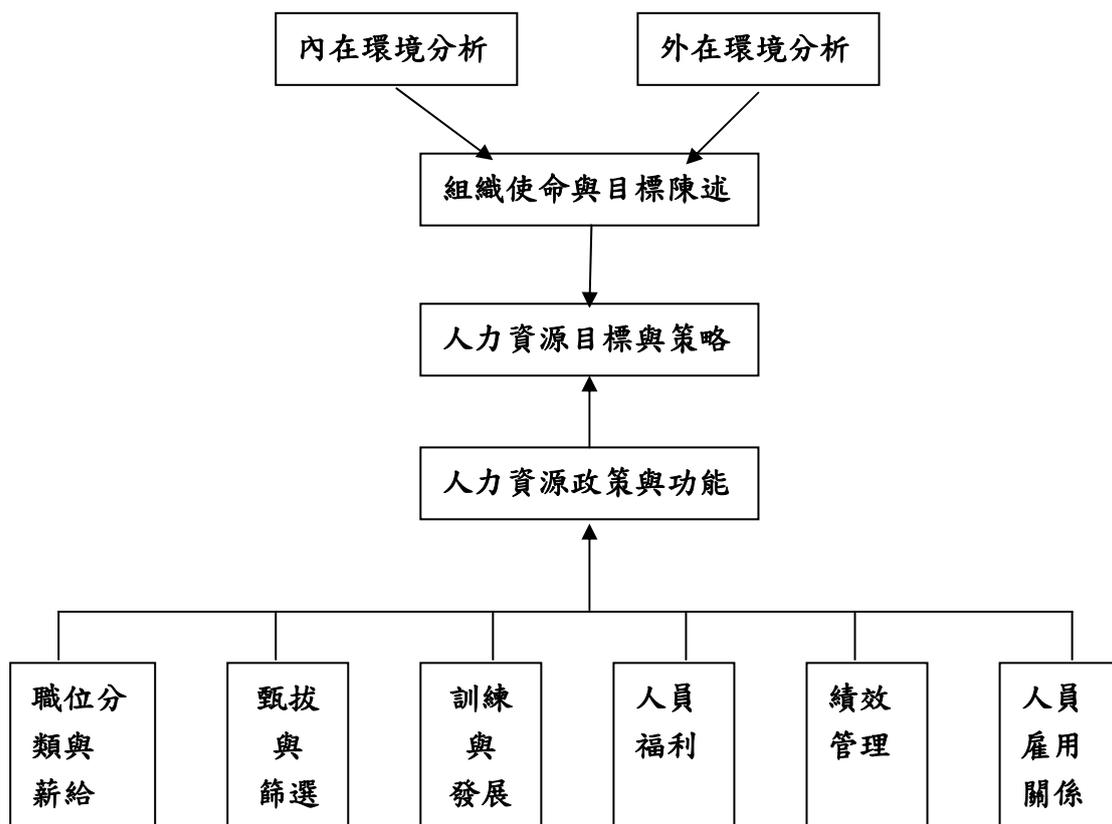


圖 2-1 策略性人力資源概念(資料來源：Tompkins，2002：97)

2.3 文獻探討結論

從過去文獻資料我們可以導引出一些問題，就是為何醫師人力供需在各國衛生政策研究中是如此重要的議題，許多先進國家至今都無法明確評定出，多少的醫師人力能夠滿足民眾的醫療需求，因為影響醫師人力之因素是複雜且動態的，另外，更重要的是醫師人力問題之決策必須要有前瞻性，由於醫師人力培養時程往往需十年以上的時間，當發現醫師人力有問題要再來採取政策調整時，其時間差是相當大如圖 3-1 醫師人力供給推估架構圖所示，我們可以窺知一二。

由於醫師數量是最直接影響醫療服務品質之優劣，不過，針對醫師人力數量的需求尚需考量台灣人口數、高齡化現象、少子化現象、法令政策、醫院病床需求量…等因素，從表 2-2 內政部 2006 年公布之台灣人口結構分析的資料中我們可以得知，台灣每年嬰兒出生率持續下降，人口老化指數卻不斷升高，所以如何讓醫師人力供需能達到平衡？策略又是什麼呢？這些種種問題，從過去文獻資料我們很少看見有學者針對醫師人力供需平衡之策略的部分進行研究。

盧瑞芬、謝啟瑞於 2000 年出版之醫療經濟學中提到台灣全民健保制度的實施增強了醫療保健相關政策之經濟研究需求，健保降低了民眾就醫所需花費的價格後，民眾的健康需求量與醫療需求量皆會隨之增加；反之醫療服務價格上升，民眾的健康需求與醫療需求皆隨之減少，此原因在經濟學上稱之為「所得效果」。這是因為價格上升後，貨幣所得不變的情況下，購買能力降低了，而購買能力的下降，則宛若實質所得降低，故又稱「實質所得」。因此在醫療經濟學上研究醫療需求與醫師人力供給必須同步發展與雙重配合下，期望能達到供需平衡之目標。

藍忠孚、宋文娟等人於 2000 年在醫師人力供需預測情境分析的研究報告中指出，醫師人力規劃與預測之精確與慎密攸關未來醫療成本及品質，醫師人力過剩，存有供給誘發需求之現象，可能直接導致醫療成本的上升，增加全國健康保險局財務負擔，反之若醫師人力不足，會使國民就醫權益受損，間接造成醫療品質的下降，因此醫師人力供需平衡之重要性可想而知，所以本文以台灣醫師人力供需平衡之策略為研究重點，期望能提供衛生單位，在制定醫師人力供需平衡之策略給予些許助益。

表 2-2 台灣人口結構分析

年	人口數		嬰兒出生數量 (千人)	人口年齡分配(%)			扶養比 [(1)+(3)]/(2) %	老化指數 (3)/(1) %
	千人	年增率		0-14 歲 (1)	15-64 歲 (2)	65 歲以上 (3)		
1974-1980	16889	1.9*	363	34.0	62.2	3.8	60.9	11.3
1981-1990	19363	1.3*	326	29.3	65.5	5.3	52.8	17.9
1991-2000	21451	0.9*	295	23.5	68.8	7.7	45.4	32.7
2001	22406	0.6	246	20.8	70.4	8.8	42.1	42.3
2002	22521	0.5	237	20.4	70.6	9.0	41.7	44.2
2003	22605	0.4	217	19.8	70.9	9.2	41.0	46.6
2004	22689	0.4	207	19.3	71.2	9.5	40.5	49.0
2005	22770	0.4	195	18.7	71.6	9.7	39.7	52.1
2006	22877	0.5	193	18.1	71.9	10	39.1	55.2

*表示平均每年增加率 資料來源：內政部

第三章 研究方法

3.1 研究範圍

本文就策略的角度來思考，如何讓台灣醫師人力供需達到平衡？故研究範圍將以宏觀的角度來看如何讓台舉醫師人力達到供需平衡，至於其它影響醫師人力供需之個體因素將不列入此次研究範圍<圖 3-1>，但就醫師人力供需過程中會影響到層面如：醫療可近性、醫療品質、醫療成本，我們將列入研究考量。

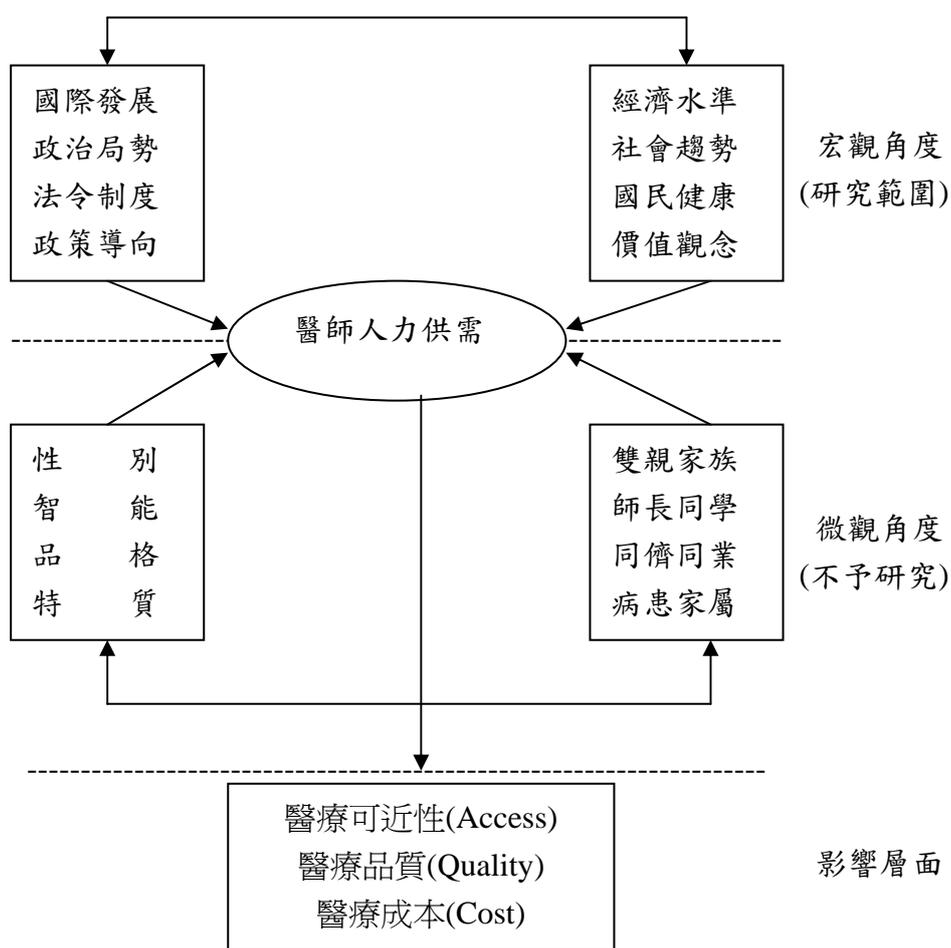


圖 3-1 研究範圍(資料來源：中華衛誌 2000;19(2):87)

3.2 研究架構

臺灣自 1995 年開辦全民健康保險以來，政府逐年修正全民健康保險法，希望降底民眾就醫之財務障礙，讓民眾擁有公平的就醫條件與醫療品質，不過，我們知道，要達到上述之目標，首先，必須先考量現有醫事人力，其中最直接影響醫療服務品質之人力，就是醫事人力中的醫師人力，台灣目前醫師人力的研究文獻中，主要研究目的有(1)·醫師現況人力分析與未來數量推計(2)·專科別之分布(3)地理別之分布。

本次研究主題是台灣醫師人力供需平衡之策略，從研究過去文獻資料，我們導出這次醫師人力研究之觀念架構如下圖 3-2，這次我們也特別期望可以將台灣醫師人力供需平衡之策略，運用德爾菲法之研究，使台灣醫師人力可以達到平衡，另外，本次研究也期望能提供政府相關單位對於醫師人力供給與需求平衡策略的重要參考依據。

本次研究醫師人力先從台灣醫師人力現況分析及未來醫師人力供需研究分析，接著將醫師人力供給推估與醫師人力需求推估進行比較，了解醫師人力之間的差距，當醫師人力過剩，我們可以採取之策略與選擇為何？若醫師人力不足時，我們採取的策略與選擇又為何呢？其目的都是期望醫師人力供給與需求能夠達到平衡。

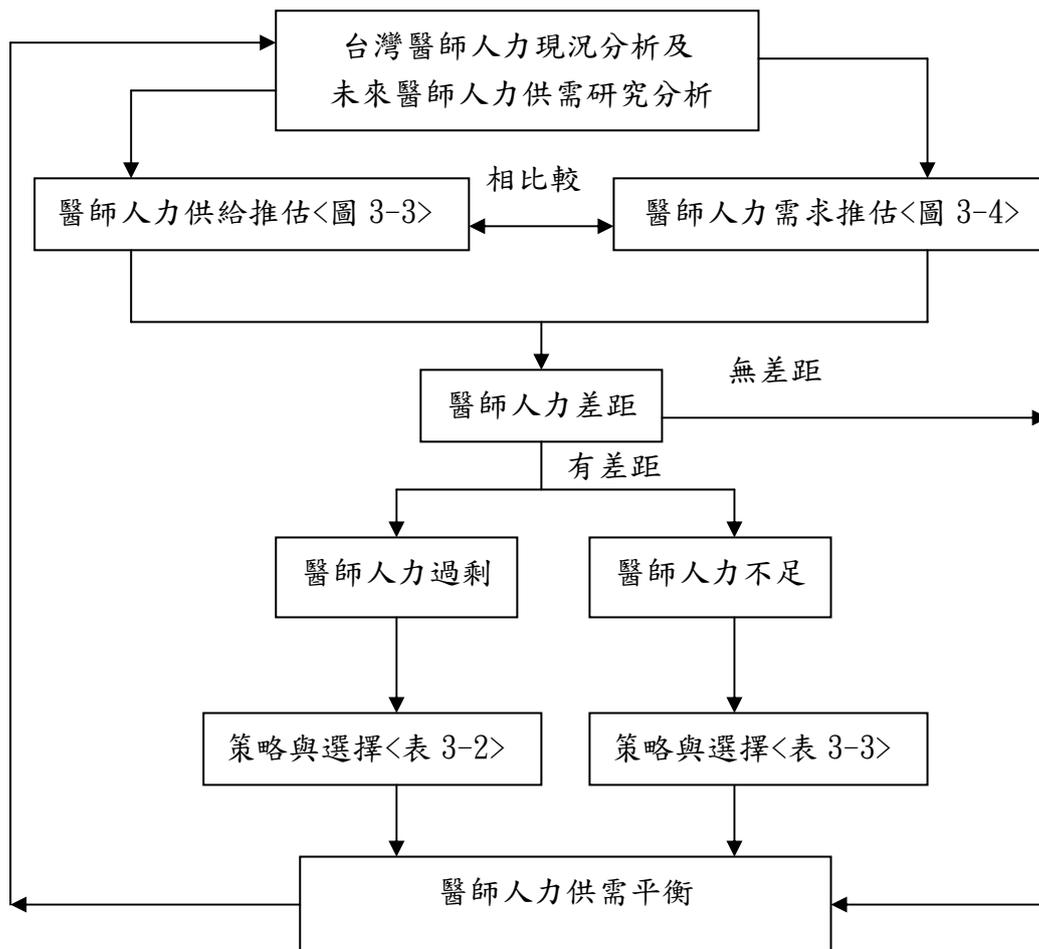


圖 3-2 醫師人力研究觀念架構圖

1. 醫師人力研究觀念架構圖說明

(1) 醫師人力供給推估說明

醫師人力規劃一直是我國衛生主管機構在醫事人力培養計劃的一項重點，主因是醫師人力培養不易、耗費時間長、而且醫師也是最直接影響醫療服務品質優劣之醫療人員，因此，醫師人力供給一直是各國衛生主管單位相當重要之工作。如圖 3-3 我們可以得知，台灣醫師人力的獲得只有通過台灣醫師執照考試唯一路徑，具有參加台灣醫師執照考試資格者如下表 3-1

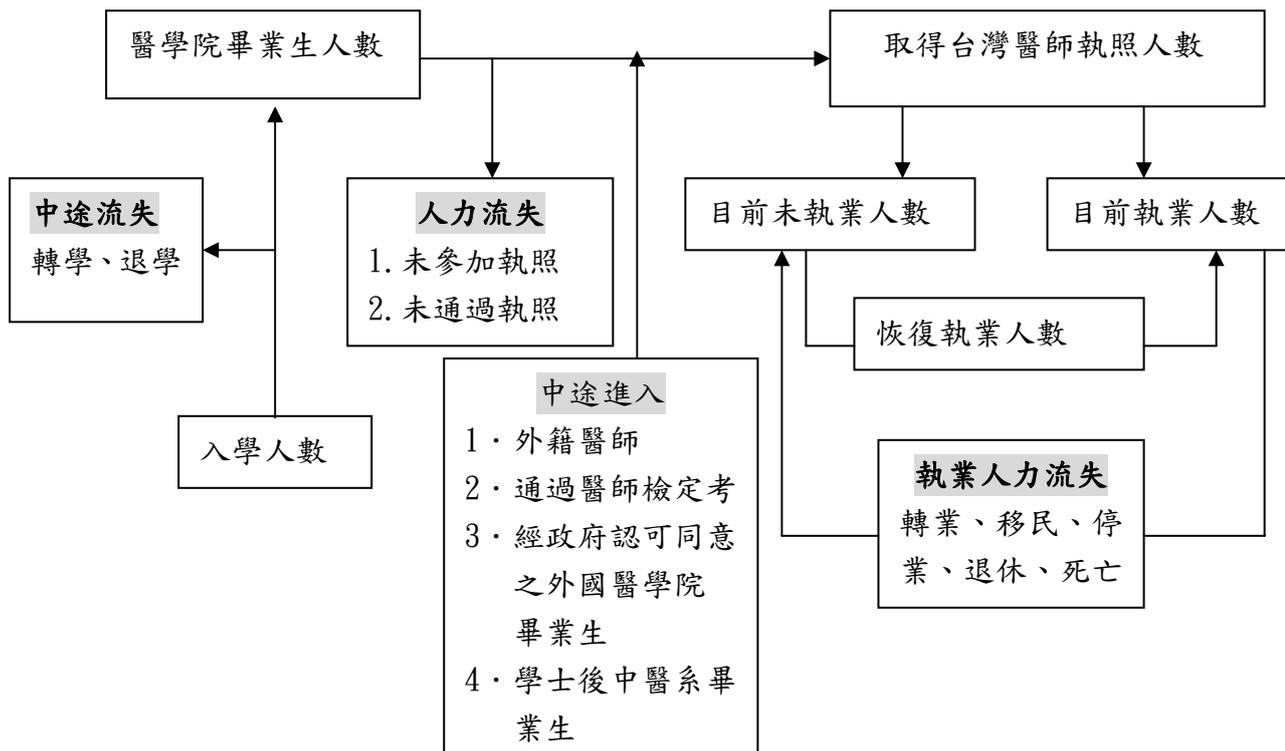


圖 3-3 醫師人力供給推估架構圖

表 3-1 台灣醫師執照考試資格及說明

具醫師執照考試資格	說明
1.台灣醫學院畢業生	台灣醫學院招生人數受政策嚴格管制，其目的在調控醫師人力之供給面。
2.通過台灣醫師檢定考試合格者	中醫師特考，是行憲前考試院最早舉辦，也是唯一的專門職業及技術人員特考。中央政府遷台後，隨即於民國 39 年舉辦中醫師特考，醫師法於 91 年 1 月 16 日修正公布，其第 3 條第 3 項規定：「經中醫師檢定考試及格者，限於中華民國一百年以前，得應中醫師特種考試。」即未來依法將限期停辦中醫師檢定考試及中醫師特種考試，自 101 年起，中醫師執業資格考試依法將歸於一種，僅舉辦專門職業及技術人員高等考試中醫師考試。
3.外籍醫師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 經教育部承認之國外大學、獨立學院醫學系畢業者，准予參加我國專門職業及技術人員高等考試中西醫醫師考試，合格者發予我國醫師證書。 2. 當台灣醫師人力不足時，引進外籍醫師可以立即增加醫師人力供給面，但是對於醫療品質、現有醫師人力之影響，需要深入研究探討。
4.外國醫學院畢業生	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各國醫師人力政策不同，教育政策也不同，因此台灣政府針對外國醫學院畢業生給予不同之認定標準。 2. 經教育部承認之國外大學、獨立學院醫學系畢業者，准予參加我國專門職業及技術人員高等考試中西醫醫師考試。
5.學士後中醫系畢業生。	獲得教育部認可之國內、外大學或獨立學院各學系畢業，取得一般學士(含)以上學位者，考取醫學院再修業滿五年授予醫學學士學位，並准予參加我國專門職業及技術人員高等考試中醫醫師考試。

(2) · 醫師人力需求推估說明

由於醫師數量是最直接影響醫療服務品質之優劣，所以，對醫師人力數量的需求必須考量台灣人口數、高齡化社會、少子化現象、法令政策、醫院病床需求量…等因素，從表 2-2，內政部 2006 年公布之台灣人口結構分析的資料中我們可以得到證實，那麼我們到底有多少醫師人力需求呢？

台灣於 1987 年經李國鼎政務委員協調衛生署及經建會委員會在第 4322 次會議上通過，將原來每 1000 名人口一位醫師，調整為每 750 名人口一位醫師為目標(每千人口醫師數 1.33 人)，從國內外研究文獻得知，若醫師人力過剩，因有供給誘發之現象，會直接導致國家整體醫療成本的上升，所以我們必須以多方角度來探討台灣醫師人力的需求。

根據經濟學理論，我們將消費者在預算限制下，為追求最大滿足程度下選擇的最適消費組合，稱為消費者需求。而「需求」的觀念與一般日常用語的需要(need)，有很大的不同，一般人所指的需要，僅是一種消費者個人在生理上或心理上的主觀慾望，與消費者個人的經濟能力(預算)無關。因此，在本研究中我們對於醫師人力是研究未來醫師人數需求。

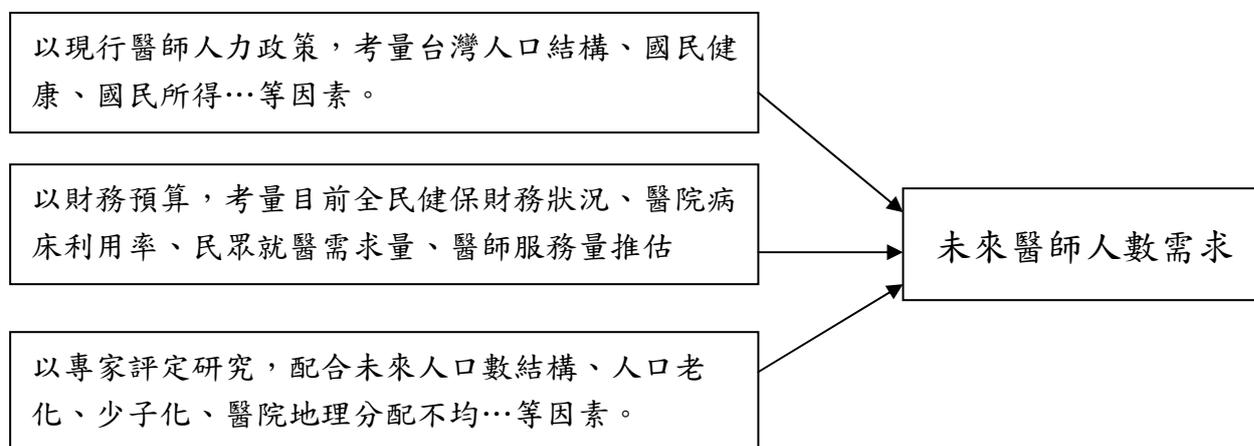


圖 3-4 醫師人力需求推估架構圖

3.3 參與專家

遴選參與專家對象。主要考量該專家對醫師人力供給與需求之主題具有深入了解，或是對於醫師人力規劃具有實務經驗之人員，包括：醫療機構之負責人、國內醫師公會中負責醫師人力者、國內衛生、健保單位負責醫師人力統計、規劃與分析者或其意見表達足以代表某個群體者都將於本研究中列為優先考量人選。

Dalkey and Helmer(1963)指出，如果德爾菲法小組至少有 10 人時，群體所獲得共識之誤差程度最低，而群體的可信度最高，故本研究有 10 位專家參與人數應屬適當，本次研究專家簡介如下表<表 3-2>

表 3-2 專家群簡介

姓名	服務單位	職稱	學經歷簡介
謝明憲	仁和醫院	院長	中山醫學大學醫學系 中華民國骨科專科醫師 現任仁和醫院院長
戴正忠	光田綜合醫院	醫師	國防醫學院醫學系 現任光田綜合醫院復健科主任 前彰化秀傳醫院復健科主任 前三軍總醫院復健部主治醫師 前台南市立醫院復健科主任 現任光田綜合醫院復健科主任
馮文中	童綜合醫院	醫師	國防醫學院醫學系 中華民國脊椎外科專科醫師 中華民國骨科專科醫師 美國華盛頓大學醫學中心研究員 現任童綜合醫院骨科主任
董文慶	道周醫院	醫師	國防醫學院醫學系 前三軍總醫院心臟科主任 心臟醫學會、內科醫學會專科醫師 急救加護醫學會專科醫師 北區健保局審查醫師 現任道周醫院心臟主治醫師
蔡元麒	宥善中醫診所	院長	台灣中醫師國家特考合格 大業大學學士 上海中醫藥大學醫學碩士 中醫典籍學會講師 現任宥善中醫診所院長
蕭婷文	鴻華中醫診所	院長	台灣中醫師國家特考合格 前健生堂中醫診所主治醫師 中國醫藥學院知善社指導老師 中醫公會表揚資深中醫師(24年)

表 3-2 專家群簡介(續)

姓名	服務單位	職稱	學經歷簡介
蔡淑玲	中央健保局	經理	國立陽明大學公共衛生博士 中央健康保險局承保處副經理 中央健康保險局企劃處經理 中央健康保險局中區分局經理 現任中央健保局台北分局經理
鄭耀明	南投縣中醫師公會	理事長	中國醫藥大學學士。 前中國藥學院附醫院醫師 前大同中醫醫院主治醫師 現任隆安中醫診所院長
洪桂桐	台中市中醫公會	總幹事	逢甲大學 現任台中市中醫公會總幹事
洪銘謙	尚豪中醫診所	醫師	台灣大學生化科技研究所碩士 中醫藥大學學士後中醫 現任尚豪中醫診所主治醫師

3.4 德爾菲法簡介(Delphi method)

德爾菲法(Delphi method)是一種跨領域(interdisciplinary)的研究方法，亦可稱為一種團體決策的研究方法，在研究過程中針對特定主題，召集相關人士及專家學者組成諮詢小組，藉由匿名的書面往返方式，誘導諮詢委員以其專業知識、實務經驗與意見建立一致性的共識(consensus)，進而解決複雜的主題。

3.4.1 爾菲法之特性

(1) · 匿名因應 (Anonymous Response)

參與問卷調查的專家們，皆以問卷的方式交換意見，不知道其他專家的姓名，因此可以減少面對面討論時不必要的困擾與顧慮，並避免盲目的負荷效果。

(2) · 重複並控制回饋 (Iteration with Controlled Feedback)

德爾菲法調查與一般問卷調查最大的差異乃在前者之專家意見有回饋調整的步驟，將此回合專家意見之統計分析結果，表現在下一回合之

問卷內容中，使專家們可適度的調整其意見。經過互動溝通與重複回饋，可匯集不同看法達成共識。

(3) · 團體回答之統計 (Statistical Group Responses)

針對專家之意見加以統計分析，判斷專家意見是否已達到一致與收斂的境界。

3.4.2 · 爾菲法之優缺點說明

1 · 優點

- (1) · 需要集合專家就可以綜合專家的意見，並收集思廣益之效，採用郵遞方式，可節省專家的時間。
- (2) · 預測方法相當簡單，不需要歷史資料，更不需要艱深的統計分析技術。
- (3) · 可運用在長期預測方面，對於新技術的發展與新產品的預測最為有用。以現有的知識為起點，依科技進度的速度和邏輯發展來推論未來。
- (4) · 運用多位專家共同預測未來，能同時獲得更為有價值與客觀的資訊。
- (5) · 克服面對面討論或會議的缺點，專家匿名，不受權威、善於言詞或多數人的影響，因此能獨立提出自己的看法，縱使在上一回合有錯誤，亦能參考其他專家的意見而在下一回合修正，故能作更正確的預測。
- (6) · 反覆修正偏差，問卷調查的最後結果幾乎等於全部專家的意見。
- (7) · 除了作數量的預測之外，亦可作計質方面的預測，例如：預測人類哲學思想的演變，未來企業經營的型態等。

2 · 缺點

- (1) · 內容不能明確表示論題內涵或問題模稜兩可時，將使評估結果有所偏頗。

- (2)· 為了匿名特性，若以郵遞問卷進行回饋調查，往往費時甚多而影響整個預測進度。
- (3)· 德爾菲法的目的是使專家群體之意見有一致性的收斂，然而受訪的專家學者可能因意見相左而不易收斂，影響評估結果。
- (4)· 由於實施過程步驟的繁複，如果缺乏良好誘因與獎勵，很難取得專家的配合。
- (5)· 因為是綜合專家的意見，而非「系統性的預測」，因此結論可能較為籠統，企業難以據此採取有效的、詳細的措施，僅作為策略制定時之參考。

3.4.3 · 德爾菲法實施步驟

(1) · 作業規劃階段

由施測者決定欲進行預測對象及預測期間，設計一結構化問卷，並找尋合格的適當對象。會議進行階段正式的德菲法會先召開專家會議，就會議主題、問卷內容開放討論，再填答問卷，以確保設計問卷並未忽略或模糊了意外的核心議題。

(2) · 首回問卷程序階段

會議進行後即交付專家填答問卷，在回收問卷後，彙整所有專家回答結果與統計摘要，並即刻回履或以寄送方式送交專家們，完成問卷首次回合的程序。回饋的資訊主要為本次專家意見中的中位數、四分位數、與平均數的分布情況以及專家們對於各項議題之同意或不同意的主要理由，以及各種意見及其支持或反對的原因。

(3) · 次回問卷程序階段

根據首次回合之問卷回覆結果，要求專家再次填答同一份問卷。由於專家在填答問卷時，或許會受其他專家之前所提供意見之影響，而對於原來可能意見相左的議題有漸趨一致的現象；或看到其他專家的提示，而想到前一回合裡沒有想到的觀點或問題。故本階段的重點在於引導專家凝聚議題的共識上。

(4) · 重複問卷程序階段

根據次回合之問卷填寫結果，觀察預測議題是否收斂。或可要求

專家再次填答問卷，直到專家對各意見值趨於穩定為止。通常限於經費與時間限制，往往執行回合至少為兩次。但若希望能求得到更精確的預測結果，回合數在三次以上亦有所聞。

3.4.4 · 德爾菲法問卷之蒐集

根據德爾菲法之運用，本研究資料之收集共經歷二次問卷之調查。為使本研究能夠更廣泛了解台灣醫師人力供需平衡策略之研究，因此在問卷進行前，除依據文獻之外，另外也多次與相關專家進行深度訪談，以作為問卷設計之基礎，97年3月25日正式修訂完成問卷調查表如附錄一。

97年3月25日之後，再次與參與專家告知，問卷調查表已完成，97年3月31日起，正式發出問卷調查表。本次問卷調查表主要以E-mail或是親自拜訪方式進行第一次問卷調查，之後再把回收之資料進行整理，並將各專家學者意見彙整後再以E-mail或是親自拜訪方式進行第二次問卷調查，而內容將呈現第一次分析結果以及其它專家學者意見，而專家學者可以參考第一次問卷分析結果，並綜合自己的意見後，再做答一次，當問卷內容結果接近時，問卷調查即可完成。

本次研究之問卷調查表，從醫師人力供給面、醫師人力需求面，來調查醫師人力過剩與短缺之策略選擇，並請10位專家學者細讀各項指標後，給予各項項指標分數，分數範圍由0分~10分作為尺度，分數0分為完成不認同指標，分數10分則為完成認同指標。

第四章 研究結果

4.1 問卷發送與回收過程說明

本次問卷除依據文獻之外，另外也多次與相關專家進行深度訪談，以作為問卷設計之基礎，97年3月25日正式修訂完成問卷調查表如附錄一，本次研究根據德爾菲法之步驟於97年3月31日發出第一次專家問卷調查表並於97年4月15日將發出之問卷調查表全部回收，在問卷調查表回收後，立即進行問卷調查表整理與分析，97年4月21日完成第二次問卷調查表，97年4月22日發出第二次專家問卷調查表，97年5月6日將第二次問卷調查表回收完畢後，開始進問卷調查表回收後之研究與分析。

本次研究問卷發出方式以 **E-mail** 與親自拜訪發送兩種方式為主，本次問卷發送過程中發覺，許多資深醫師平常都不使用 **E-mail**，另外醫師工作也非常繁忙，工作項目包括一般門診、手術、住院病房察看，醫學研究…等工作，本次研究在問卷發送後，依據每位專家不同的時間，給予電話或親自拜訪追跡請託，二次問卷發送與回收記錄如表 4-1 及表 4-2，最後於97年5月6日如期順利完成所有問卷調查表回收的工作。

表 4-1 第一次問卷發送記錄表

姓名	服務單位	職稱	問卷發送回收時間
謝明憲	仁和醫院	院長	1. 97年4月3日親自將問卷調查表交予謝院長 2. 97年4月10日親自取回問卷調查表。
戴正忠	光田綜合醫院	醫師	1. 97年4月3日親自將問卷調查表交予戴醫師 2. 97年4月10日親自取回問卷調查表。
馮文中	童綜合醫院	醫師	1. 97年4月3日親自將問卷調查表交予馮醫師 2. 97年4月3日馮醫師親自交回問卷調查表。
董文慶	道周醫院	醫師	1. 97年4月3日親自將問卷調查表交予董醫師 2. 97年4月14日問卷調查表回收
蔡元麒	宥善中醫診所	院長	1. 97年3月31日問卷已送交至宥善中醫診所， 但是蔡院長今日已下班，已請櫃台小姐轉交 並電話追跡。 2. 97年4月15日問卷調查表回收。
蕭婷文	鴻華中醫診所	院長	1. 97年3月31日問卷已送交至鴻華中醫診 所，但是蕭院長目前去韓國，已列入追跡。 2. 97年4月12日蕭院長助理電話通知，問卷 調查表完成，親自到診所取回。
蔡淑玲	中央健保局	經理	1. 97年4月1日第一次以 mail 發放問卷調查 表，並已電話追跡確定收到此份調查問卷。 2. 97年4月15日問卷調查表回收。
鄭耀明	南投縣中醫師公會	理事長	1. 97年3月31日第一次以 mail 發放問卷調查 表，並已電話追跡確定已收到此份調查問 卷。 2. 97年4月7日回收問卷調查表。
洪桂桐	台中市中醫公會	總幹事	1. 97年3月31日第一次以 mail 發放問卷調查 表，並已電話追跡確定已收到此份調查問 卷。 2. 97年4月7日回收問調查表。
洪銘謙	尚豪中醫診所	醫師	1. 97年4月1日親自送交至尚豪中醫診所給洪 銘謙醫師。 2. 97年4月3日取回問卷調查表。

表 4-2 第二次論文問卷發送記錄表

姓名	服務單位	職稱	問卷發送記錄
謝明憲	仁和醫院	院長	1. 97年4月22日 E-mail 問卷調查表給謝院長 2. 97年4月26日回收問卷調查表 97
戴正忠	光田綜合醫院	醫師	1. 97年4月22日 E-mail 問卷調查表給戴醫師 2. 97年5月1日問卷調查表回收
馮文中	童綜合醫院	醫師	1. 97年4月22日 E-mail 問卷調查表給馮醫師 2. 97年5月1日問卷調查表回收
董文慶	道周醫院	醫師	1. 97年4月22日 E-mail 問卷調查表給董醫師 2. 97年4月25日問卷調查表回收
蔡元麒	宥善中醫診所	院長	1. 97年4月22日問卷已送交至宥善中醫診所，請櫃台小姐轉交並電話追跡。 2. 97年4月23日至宥善中醫診所取回問卷調查表。
蕭婷文	鴻華中醫診所	院長	1. 97年4月22日問卷已送交至鴻華中醫診所並追跡之。 2. 97年4月23日至鴻華中醫診所取回問卷調查表。
蔡淑玲	健保局台北分局	經理	1. 97年4月22日 E-mail 問卷調查表給蔡經理。 2. 97年4月22日問卷調查表回收。
鄭耀明	南投縣中醫師公會	理事長	1. 97年4月22日 E-mail 問卷調查表給鄭理事長。 2. 97年4月25日問卷調查表回收
洪桂桐	台中市中醫公會	總幹事	1. 97年4月22日 E-mail 問卷調查表給洪總幹事。 2. 97年5月6日問卷調查表回收。
洪銘謙	尚豪中醫診所	醫師	1. 97年4月22日 E-mail 問卷調查表給洪銘謙醫師 2. 97年4月26日回收問卷調查表。

4.2 第一次專家問卷調查表回收說明

本次研究在第一次專家問卷調查表回收後，將十位專家對於醫師人力過剩之策略選擇與醫師人力短缺之策略選擇所給予之專家值，合併整理成二份統計表如表 4-3 表 4-4，方便後續之研究與分析，並且以此份回收統計表為基礎，製成第二次專家問卷調查表如附件二，並且進行第二次問卷調查活動。

表 4-3 醫師人力過剩之策略選擇-第一次問卷回收統計表

醫師人力過剩之策略選擇	1 謝 專 家 值	2 戴 專 家 值	3 馮 專 家 值	4 董 專 家 值	5 蔡 專 家 值	6 蕭 專 家 值	7 蔡 專 家 值	8 鄭 專 家 值	9 洪 專 家 值	10 洪 專 家 值
1.減少核發醫師執照率	9	7	2	3	9	5	7	8	8	6
2.放寬醫師開業標準 (鼓勵醫師設立基層診所)	10	6	2	5	6	0	6	6	5	4
3.對醫師實施看診總量管制,減少給付標準。	8	6	3	3	3	1	9	8	2	5
4.發展創新服務增加需求	9	7	1	6	5	5	7	8	6	9
5.鼓勵醫師發展學術研究	9	7	1	9	10	5	7	7	10	9
6.減少醫學院招生數量	8	8	6	8	10	6	9	8	6	5
7.管制非本國籍醫師 (助理醫師制度)	10	7	5	5	8	6	9	9	5	6
8.衛生署大幅清查非法醫師。	10	8	4	10	9	10	9	8	10	10
9.實施強制退休年齡	8	7	3	8	0	0	9	3	8	3
10.開放允許設立新醫院或擴建規模。	8	3	3	4	2	2	5	4	5	3

表 4-3 醫師人力過剩之策略選擇-第一次問卷回收統計表(續)

醫師人力過剩之策略選擇	1 謝 專 家 值	2 戴 專 家 值	3 馮 專 家 值	4 董 專 家 值	5 蔡 專 家 值	6 蕭 專 家 值	7 蔡 專 家 值	8 鄭 專 家 值	9 洪 專 家 值	10 洪 專 家 值
11.降低民眾就醫費用，增加民眾就醫服務量的需求量。	8	5	4	3	4	5	7	8	5	6
<p>十位專家對醫師人力過剩之策略給予的意見</p> <p>(1)· 台灣的醫療人力在偏遠地區，仍然是不足的，城鄉差距存在，此受到社會文化的觀念與媒體追逐功利主義的報導有關。政策上，如何的誘導醫學生，來加強悲天憫人的襟懷與注重人文的關懷，是一可嘗試的作為。</p> <p>(2)· 本人認為減少醫學院的設立與招生，雖然時間較長才能看到效果，但做法比上述第一項的方法適當。醫學生已學習多年，卻受到執照取得的限制與困難，實在是衝擊太大。</p> <p>(3)· 醫療產業的作業過程類似工商業行為，也講求經營管理，但醫療服務並不同於產品製造，不應該強調製造過多非醫療目的的項目，來創造所謂的醫療需求；或是健保降低市場價格，來增加民眾的使用率。</p> <p>(4)· 針對「醫師實施看診總量管制，減少給付標準」這一項策略，專家認為「針對偏遠地區，提供誘因。」</p> <p>(5)· 台灣目前醫師人力非過剩，而是城鄉差距過大，是泛不均，應鼓勵優秀醫師下鄉並改善生活條件。</p> <p>(6)· 針對「鼓勵醫師發展學術研究」這一項策略，專家建議需「配套方案」</p>										

表 4-4 醫師人力短缺之策略選擇-第一次問卷回收統計表

醫師人力短缺之策略選擇	1 謝 專 家 值	2 戴 專 家 值	3 馮 專 家 值	4 董 專 家 值	5 蔡 專 家 值	6 蕭 專 家 值	7 蔡 專 家 值	8 鄭 專 家 值	9 洪 專 家 值	10 洪 專 家 值
1.放寬核發醫師執照率	7	8	6	3	5	5	5	8	2	4
2.管制醫師開業標準 (不鼓勵醫師設立基層診所)	6	7	1	5	5	0	5	8	5	5
3.減少總量管制，增加給付標準	8	8	2	6	8	8	8	6	2	5
4.發展新科技，減少使用人力。	8	7	2	5	8	3	6	4	6	5
5.鼓勵研究發展的醫師往臨床發展	8	7	4	6	10	5	6	6	10	9
6.增加醫學院招生數量	8	8	6	6	5	7	9	4	6	4
7.推動助理醫師制度引進外國醫師支援	7	7	4	4	7	0	8	7	2	5
8.延後退休年齡	8	8	3	7	10	5	6	5	5	7
9.提高民眾就醫費用，減少就醫服務量及需求量。	8	6	1	3	5	0	7	8	3	3

十位專家對醫師人力短缺之策略給予的意見

- (1)· 本人並不贊同助理醫師制度的開放，現實面的情況，只是讓醫師獲得鬆懈，非專業的助理人員做病歷紀錄，醫師象徵性的簽章，反而使得醫療品質安全出現危機。
- (2)· 調升醫療費用，來減少醫療使用率，違背了國家的全民健康醫療照護的目的。
- (3)· 台灣醫師人力過剩或短缺問題，是實証問題，應先有結論再談策略。過剩或短缺問題，與地區性與專業性有不同之結果，這也會有不同之策略選擇。若無前題下之探討，恐有缺乏意義之可能。
- (4)· 目前台灣醫界非人力不足，而是專科醫師制度過於標榜，年青醫師為了生活品質，大都選擇輕鬆科別，以致於急診科、外科…等這些較辛苦之科別大都是外國醫學院畢業的實習生擔任，也因此降低醫療品質。
- (5)· 針對「發展新科技，減少使用人力」這一項策略，專家認為「可以嘗試並進且行評估」。

4.2.1 第一次問卷調查結果

本次問卷調查，請十位專家(學者)細讀各項指標後，給予各項指標分數，分數範圍由 0~10 分作為尺度。若策略選擇有不足之處，亦請專家(學者)於綜合意見欄內給予增減之建議。

本次問卷調查資料回收後，將專家給予之分數範圍分類整理，0~3 分區間定義為「不認同」此項策略選擇，4~6 分區間定義為對此項策略「沒意見」，不表同意亦不表認同，7~10 分區間定義為「認同」此項策略選擇，各項指標若有 5 位以上專家意見一致者，將成為本次醫師人力過剩或短缺策略選擇之結果。本次研究將在進行二次問卷調查之後，觀察分析最後結果，並在第五章給予本研究之結論與建議報告。

十位專家(學者)在第一次問卷調查結果對於醫師人力過剩之策略選擇，專家(學者)意見結果如表 4-5，分項指標統計分析如下：

1. 減少核發醫師執照率：結果是認同此項策略 (不認同 2 位，沒意見 2 位，認同 6 位)
2. 放寬醫師開業標準(鼓勵醫師設立基層診所)：結果是對此策略沒有意見(不認同 2 位，沒意見 7 位，認同 1 位。)
3. 對醫師實施看診總量管制，減少給付標準：結果是不認同此項策略(不認同 5 位，沒意見 2 位，認同 3 位。)
4. 發展創新服務增加需求：結果是認同此項策略(不認同 1 位，沒意見 4 位，認同 5 位。)
5. 鼓勵醫師發展學術研究：結果是認為此項策略(不認同 1 位，沒意見 1 位，認同 8 位。)
6. 減少醫學院招生數量：結果是認同此項策略(不認同 0 位，沒意見 4 位，認同 6 位。)
7. 管制非本國籍醫師(助理醫師制度)：結果是認同此項策略(不認同 0 位，沒意見 5 位，認同 5 位。)
8. 衛生署大幅清查非法醫師：結果是認同此項策略(不認同 0 位，沒意見 1 位，認同 9 位。)
9. 實施強制退休年齡：結果是有半數專家(學者)不認同，但是也有

半數專家(學者)認同此項策略(不認同 5 位，沒意見 0 位，認同 5 位。)

10. 開放允許設立新醫院或擴建規模：結果是不認同此項策略(不認同 5 位，沒意見 4 位，認同 1 位。)

11. 降低民眾就醫費用，增加民眾就醫服務量的需求量：結果是對此項策略沒意見(不認同 1 位，沒意見 6 位，認同 3 位。)

表 4-5 第一次問卷調查醫師人力過剩之策略選擇專家(學者)意見

第一次問卷調查，醫師人力過剩之策略選擇	專家(學者)意見
1.減少核發醫師執照率	認同
2.放寬醫師開業標準(鼓勵醫師設立基層診所)	沒意見
3.對醫師實施看診總量管制，減少給付標準。	不認同
4.發展創新服務增加需求	認同
5.鼓勵醫師發展學術研究	認同
6.減少醫學院招生數量	認同
7.管制非本國籍醫師(助理醫師制度)	認同
8.衛生署大幅清查非法醫師。	認同
9.實施強制退休年齡	認同、不認同各半
10.開放允許設立新醫院或擴建規模。	不認同
11.降低民眾就醫費用，增加民眾就醫服務量的需求量。	沒意見

十位專家(學者)在第一次問卷調查結果對於醫師人力過剩之策略選擇給予之意見及本研究補充說明之

(1)· 台灣的醫療人力在偏遠地區，仍然是不足的，城鄉差距存在，此受到

社會文化的觀念與媒體追逐功利主義的報導有關。政策上，如何誘導醫學生，來加強悲天憫人的襟懷與注重人文的關懷，是一可嚐試的作為。

補充說明：

本研究在問卷調查表中給予專家(學者)的一封信中就已經提及，台灣目前醫師人力的研究文獻中，主要以醫師現況人力分析與未來數量推計、專科別之分布、地理別之分布，甚少有針對醫師人力供需平衡之策略為研究，所以本次研究是以宏觀的角度來看醫師人力供給面、醫師人力需求面，調查醫師人力過剩與短缺之策略選擇，故專家(學者)給予本研究之意見，非本次研究之範圍，但日後若有機會可以針對台灣偏遠地區醫師人力不足之因素進行探討研究之。

- (2) · 減少醫學院的設立與招生，雖然時間較長才能看到效果，但做法比減少核發醫師執照率的方法適當。醫學院學生已學習多年，卻受到執照取得的限制與困難，實在是衝擊太大。

補充說明：

本研究就策略的角度來思考，如何讓台灣醫師人力供需達到平衡？故研究範圍將以宏觀的角度來看如何讓台灣醫師人力達到供需平衡，至於其它影響醫師人力供需之個體因素，如專家(學者)提及之限制醫學院學生取得執照，對醫學院學生衝擊太大之情感因素在本次研究將不予考量。

- (3) · 醫療產業的作業過程類似工商業行為，也講求經營管理，但醫療服務並不同於產品製造，不應該強調製造過多非醫療的項目，來創造所謂的醫療需求；或是健保降低市場價格，來增加民眾的使用率。

補充說明：

醫療服務業確實與一般工商業不同，專家(學者)建議不應該強調製造過多非醫療的項目，來創造所謂醫療需求，或是以降低醫療價格，增加民眾的使用率，但是，台灣在 1995 年起實施全民健康保險，其主要目的就是要降低民眾就醫之財務障礙，增加民眾就醫之便利性，因此與專家(學者)之意見相左。

- (4)· 針對「醫師實施看診總量管制，減少給付標準」這一項策略，專家認為可以「針對偏遠地區，提供誘因。」

補充說明：

針對「醫師實施看診總量管制，減少給付標準」這一項策略，專家(學者)認為應該針對偏遠地區，提供誘因，其主要意思是針對台灣醫療人力城鄉差距大，在偏遠地區，醫師人力不足，城市都會區，醫師人力供過於求。

- (5)· 台灣目前醫師人力非過剩，而是城鄉差距過大，是泛不均，應鼓勵優秀醫師下鄉並改善生活條件。

補充說明：

第 5 點專家(學者)之意見與第 4 點專學(學者)意見看法一致，都認為台灣醫療人力城鄉差距大，在偏遠地區，醫師人力不足，城市都會區，醫師人力供過於求。

- (6)· 針對「鼓勵醫師發展學術研究」這一項策略，專家建議需「配套方案」

十位專家(學者)在第一次問卷調查結果對於醫師人力短缺之策略選擇，專家(學者)意見結果如表 4-6，分項指標統計分析如下：

- 1· 放寬核發醫師執照率：結果是對此項策略沒意見 (不認同 2 位，沒意見 5 位，認同 3 位)
- 2· .管制醫師開業標準(不鼓勵醫師設立基層診所)：結果是對此項策略沒意見 (不認同 2 位，沒意見 6 位，認同 2 位)
- 3· 減少總量管制，增加給付標準：結果是認同此項策略 (不認同 2 位，沒意見 3 位，認同 5 位)
- 4· 發展新科技，減少使用人力：結果是對此項策略沒意見(不認同 2 位，沒意見 5 位，認同 3 位)
- 5· 鼓勵研究發展的醫師往臨床發展：結果是認同此項策略 (不認同 0 位，沒意見 5 位，認同 5 位)
- 6· 增加醫學院招生數量：結果是認同此項策略 (不認同 0 位，沒意見 4 位，認同 6 位)

7. 推動助理醫師制度，引進外國醫師支援：結果是認同此項策略（不認同 2 位，沒意見 3 位，認同 5 位）
8. 延後退休年齡：結果是認同此項策略（不認同 1 位，沒意見 4 位，認同 5 位）
9. 提高民眾就醫費用，減少就醫服務量及需求量：結果是不認同此項策略（不認同 5 位，沒意見 2 位，認同 3 位）

表 4-6 第一次問卷調查醫師人力短缺之策略選擇專家(學者)意見

第一次問卷調查，醫師人力短缺之策略選擇	專家(學者)意見
1.放寬核發醫師執照率	沒意見
2.管制醫師開業標準(不鼓勵醫師設立基層診所)	沒意見
3.減少總量管制，增加給付標準	認同
4.發展新科技，減少使用人力。	沒意見
5.鼓勵研究發展的醫師往臨床發展	認同
6.增加醫學院招生數量	認同
7.推動助理醫師制度，引進外國醫師支援	認同
8.延後退休年齡	認同
9.提高民眾就醫費用，減少就醫服務量及需求量。	不認同

十位專家(學者)在第一次問卷調查結果對於醫師人力短缺之策略選擇給予之意見及本研究補充說明之

- (1)· 本人並不贊同助理醫師制度的開放，現實面的情況，只是讓醫師獲得鬆懈，非專業的助理人員做病歷記錄，醫師象徵性的簽章，反而

使得醫療品質安全出現危機。

補充說明

部份專家(學者)提及不贊同助理醫師制度之開放，認為會影響醫療品質安全，本研究認為助理醫師制度在國外已經實施多年，若要在台灣推動此制度，必定要以台灣現有條件為基礎，多方考量其優缺點而非貿然實施此制度，所以推動助理醫師制度而產生之醫療品質安全危機應可有效掌控。

- (2) · 調升醫療費用，減少醫療使用率，違背了國家的全民健康醫療照護的目的。

補充說明

台灣在 1995 年起實施全民健康保險，其主要目的就是要降低民眾就醫之財務障礙，增加民眾就醫之便利性，專家(學者)擔心，若以調升醫療費用，達到減少醫療使用率，確實是值得我們商討之問題。

- (3) · 台灣醫師人力過剩或短缺問題，是實証問題，應先有結論再談策略。醫師人力過剩或短缺問題，與地區性與專業性有不同之結果，這也會有不同之策略選擇。若無前題下之探討，恐有缺乏意義之可能。

補充說明

本次研究醫師人力已經先從台灣醫師人力現況分析及未來醫師人力供需研究分析，接著將醫師人力供給推估與醫師人力需求推估進行比較，了解醫師人力之間的差距，當醫師人力過剩與醫師人力不足，我們所採取之策略自然有所不同選擇。

至於地區性與專業性有不同之結果，也會有不同之策略選擇，本次研究已經在研究範圍內說明之；台灣目前醫師人力的研究文獻中，主要以醫師現況人力分析與未來數量推計、專科別之分布、地理別之分布，甚少有針對醫師人力供需平衡之策略為研究，所以本次研究是以宏觀的角度來看醫師人力供給面、醫師人力需求面，調查醫師人力過剩與短缺之策略選擇

- (4) · 目前台灣醫界非人力不足，而是專科醫師制度過於標榜，年青醫師為了生活品質，大都選擇輕鬆科別，以致於急診科、外科…等這些較辛

苦之科別大都是外國醫學院畢業的實習生擔任，也因此降低醫療品質。

- (5)·針對「發展新科技，減少使用人力」這一項策略，專家認為「可以嘗試並進且行評估」

4.3. 第二次專家問卷調查表回收說明

本次研究在第一次專家問卷調查表回收後，將十位專家(學者)對於醫師人力過剩之策略選擇與醫師人力短缺之策略選擇所給予之專家值合併整理後，製成第二次專家問卷調查表，並且進行第二次問卷調查工作，95年5月6日完成第二次問卷調查表回收，隨後將回收之問卷整理合併製成第二次問卷回收統計表如表4-8及表4-9。

4.3.1 第二次問卷調查結果

第二次問卷調查，請十位專家(學者)細讀各項指標後，並參考其他九位專家(學者)給予各項指標分數，分數範圍由0~10分作為尺度。若策略選擇有不足之處，亦請專家(學者)在於綜合意見欄內給予增減之建議。

本次問卷調查資料回收後，依然將專家給予之分數範圍分類整理，將0~3分區間定義為不認同此項策略選擇，4~6分區間定義為對此項策略沒意見，不表同意亦不表認同，7~10分區間定義為認同此項策略選擇，各項指標若有5位(含5位)以上專家意見一致者，將成為本次醫師人力過剩或醫師人力短缺策略選擇之結論。本次研究在進行二次問卷調查之後，將進行整理分析、研究，並在第五章提出本次研究之結論與建議。

十位專家(學者)在第二次問卷調查結果對於醫師人力過剩之策略選擇，專家(學者)意見結果如表4-7，分項指標統計分析如下：

1. 減少核發醫師執照率：結果是認同此項策略（不認同2位，沒意見2位，認同6位）
2. 放寬醫師開業標準(鼓勵醫師設立基層診所)：結果是對此策略沒有意見(不認同2位，沒意見7位，認同1位。)
3. 對醫師實施看診總量管制，減少給付標準：結果是不認同此項策

略(不認同 4 位，沒意見 3 位，認同 3 位。)

4. 發展創新服務增加需求：結果是認同此項策略(不認同 1 位，沒意見 3 位，認同 6 位。)
5. 鼓勵醫師發展學術研究：結果是認同此項策略(不認同 1 位，沒意見 1 位，認同 8 位。)
6. 減少醫學院招生數量：結果是認同此項策略(不認同 0 位，沒意見 2 位，認同 8 位。)
7. 管制非本國籍醫師(助理醫師制度)：結果是認同此項策略(不認同 0 位，沒意見 3 位，認同 7 位。)
8. 衛生署大幅清查非法醫師：結果是認同此項策略(不認同 0 位，沒意見 1 位，認同 9 位。)
9. 實施強制退休年齡：結果是有半數專家(學者)不認同，但是也有半數專家(學者)認同此項策略(不認同 5 位，沒意見 0 位，認同 5 位。)
10. 開放允許設立新醫院或擴建規模：結果是不認同此項策略(不認同 6 位，沒意見 3 位，認同 1 位。)
11. 降低民眾就醫費用，增加民眾就醫服務量的需求量：結果是對此項策略沒意見(不認同 1 位，沒意見 6 位，認同 3 位。)

表 4-7 第二次問卷調查醫師人力過剩之策略選擇專家(學者)意見

第二次問卷調查，醫師人力過剩之策略選擇	專家(學者)意見
1.減少核發醫師執照率	認同
2.放寬醫師開業標準(鼓勵醫師設立基層診所)	沒意見
3.對醫師實施看診總量管制，減少給付標準。	未達 5 位
4.發展創新服務增加需求	認同
5.鼓勵醫師發展學術研究	認同
6.減少醫學院招生數量	認同
7.管制非本國籍醫師(助理醫師制度)	認同
8.衛生署大幅清查非法醫師。	認同
9.實施強制退休年齡	認同、不認同各半
10.開放允許設立新醫院或擴建規模。	不認同
11.降低民眾就醫費用，增加民眾就醫服務量的需求量。	沒意見

表 4-8 醫師人力過剩之策略選擇-第二次問卷回收統計表

醫師人力過剩之策略選擇	1 謝 專 家 值	2 戴 專 家 值	3 馮 專 家 值	4 董 專 家 值	5 蔡 專 家 值	6 蕭 專 家 值	7 蔡 專 家 值	8 鄭 專 家 值	9 洪 專 家 值	10 洪 專 家 值
1.減少核發醫師執照率	9	7	2	3	9	5	8	7	8	6
2.放寬醫師開業標準 (鼓勵醫師設立基層診所)	10	6	2	5	5	0	6	6	6	4
3.對醫師實施看診總量管制，減少給付標準。	8	6	3	3	3	1	8	8	5	5
4.發展創新服務增加需求	9	7	1	6	6	5	7	9	7	7
5.鼓勵醫師發展學術研究	9	7	1	9	9	5	7	7	9	9
6.減少醫學院招生數量	8	8	6	8	10	6	9	8	8	7
7.管制非本國籍醫師 (助理醫師制度)	10	7	5	7	8	6	9	8	7	6
8.衛生署大幅清查非法醫師。	10	9	4	10	9	10	10	8	10	10
9.實施強制退休年齡	8	7	3	8	0	0	8	3	8	3
10.開放允許設立新醫院或擴建規模。	8	3	3	3	2	2	5	5	5	3

表 4-8 醫師人力過剩之策略選擇-第二次問卷回收統計表(續)

醫師人力過剩之策略選擇	1 謝 專 家 值	2 戴 專 家 值	3 馮 專 家 值	4 董 專 家 值	5 蔡 專 家 值	6 蕭 專 家 值	7 蔡 專 家 值	8 鄭 專 家 值	9 洪 專 家 值	10 洪 專 家 值
11.降低民眾就醫費用，增加民眾就醫服務量的需求量。	8	5	4	3	5	5	7	7	5	6

十位專家對醫師人力過剩之策略給予的意見

- (1)· 台灣的醫療人力在偏遠地區，仍然是不足的，城鄉差距存在，此受到社會文化的觀念與媒體追逐功利主義的報導有關。政策上，如何的誘導醫學生，來加強悲天憫人的襟懷與注重人文的關懷，是一可嚐試的作為。
- (2)· 減少醫學院的設立與招生，雖然時間較長才能看到效果，但做法比上述第一項的方法適當。醫學生已學習多年，卻受到執照取得的限制與困難，實在是衝擊太大。
- (3)· 醫療產業的作業過程類似工商業行為，也講求經營管理，但醫療服務並不同於產品製造，不應該強調製造過多非醫療目的的項目，來創造所謂的醫療需求；或是健保降低市場價格，來增加民眾的使用率。
- (4)· 針對「醫師實施看診總量管制，減少給付標準」這一項策略，專家認為「針對偏遠地區，提供誘因。」
- (5)· 台灣目前醫師人力非過剩，而是城鄉差距過大，是泛不均，應鼓勵優秀醫師下鄉並改善生活條件。
- (6)· 針對「鼓勵醫師發展學術研究」這一項策略，專家建議需「配套方案」

表 4-9 醫師人力短缺之策略選擇-第二次問卷回收統計表

醫師人力短缺之策略選擇	1 謝 專 家 值	2 戴 專 家 值	3 馮 專 家 值	4 董 專 家 值	5 蔡 專 家 值	6 蕭 專 家 值	7 蔡 專 家 值	8 鄭 專 家 值	9 洪 專 家 值	10 洪 專 家 值
1.放寬核發醫師執照率	7	8	6	3	5	5	5	8	5	4
2.管制醫師開業標準 (不鼓勵醫師設立基層診所)	6	7	1	5	5	0	6	6	5	5
3.減少總量管制，增加給付標準	8	8	2	4	8	8	8	8	5	5
4.發展新科技，減少使用人力。	8	6	2	4	7	3	6	4	6	5
5.鼓勵研究發展的醫師往臨床發展	8	7	4	6	10	5	6	5	7	9
6.增加醫學院招生數量	8	8	6	6	6	7	7	4	6	4
7.推動助理醫師制度 引進外國醫師支援	7	7	4	3	7	0	8	7	6	5
8.延後退休年齡	8	8	3	7	10	5	6	5	6	7

表 4-9 醫師人力短缺之策略選擇-第二次問卷回收統計表(續)

醫師人力短缺之策略選擇	1 謝 專 家 值	2 戴 專 家 值	3 馮 專 家 值	4 董 專 家 值	5 蔡 專 家 值	6 蕭 專 家 值	7 蔡 專 家 值	8 鄭 專 家 值	9 洪 專 家 值	10 洪 專 家 值
9.提高民眾就醫費用，減少就醫服務量及需求量。	8	5	1	3	5	0	7	8	3	3
<p>十位專家對醫師人力短缺之策略給予的意見</p> <p>(1)· 針對醫師人力不足策略選擇，第3項「醫師實施看診總量管制，減少給付標準」，專家意見可以「針對偏遠地區，提供誘因。」</p> <p>(2)· 本人並不贊同助理醫師制度的開放，現實面的情況，只是讓醫師獲得鬆懈，非專業的助理人員做病歷紀錄，醫師象徵性的簽章，反而使得醫療品質安全出現危機。</p> <p>(3)· 調升醫療費用，來減少醫療使用率，違背了國家的全民健康醫療照護的目的。</p> <p>(4)· 台灣醫師人力過剩或短缺問題，是實証問題，應先有結論再談策略。過剩或短缺問題，與地區性與專業性有不同之結果，這也會有不同之策略選擇。若無前題下之探討，恐有缺乏意義之可能。</p> <p>(5)· 目前台灣醫界非人力不足，而是專科醫師制度過於標榜，年青醫師為了生活品質，大都選擇輕鬆科別，以致於急診科、外科…等這些較辛苦之科別大都是外國醫學院畢業的實習生擔任，也因此降低醫療品質。</p> <p>(6)· 針對「發展新科技，減少使用人力」這一項策略，專家認為「可以嘗試並進行評估」。</p>										

十位專家(學者)在第二次問卷調查結果對於醫師人力短缺之策略選擇，專家(學者)意見結果如表 4-10，分項指標統計分析如下：

1. 放寬核發醫師執照率：結果是對此項策略沒意見 (不認同 1 位，沒意見 6 位，認同 3 位)
2. 管制醫師開業標準(不鼓勵醫師設立基層診所)：結果是對此項策略沒意見 (不認同 2 位，沒意見 7 位，認同 1 位)
3. 減少總量管制，增加給付標準：結果是認同此項策略 (不認同 1 位，沒意見 3 位，認同 6 位)
4. 發展新科技，減少使用人力：結果是對此項策略沒意見(不認同 2 位，沒意見 6 位，認同 2 位)

5. 鼓勵研究發展的醫師往臨床發展：結果是認同此項策略（不認同 0 位，沒意見 4 位，認同 6 位）
6. 增加醫學院招生數量：結果是對此項策略沒意見（不認同 0 位，沒意見 6 位，認同 4 位）
7. 推動助理醫師制度，引進外國醫師支援：結果是認同此項策略（不認同 2 位，沒意見 3 位，認同 5 位）
8. 延後退休年齡：結果是認同此項策略（不認同 1 位，沒意見 4 位，認同 5 位）
9. 提高民眾就醫費用，減少就醫服務量及需求量：結果是不認同此項策略（不認同 5 位，沒意見 2 位，認同 3 位）

表 4-10 第二次問卷調查醫師人力短缺之策略選擇專家(學者)意見

第二次問卷調查，醫師人力短缺之策略選擇	專家(學者)意見
1.放寬核發醫師執照率	沒意見
2.管制醫師開業標準(不鼓勵醫師設立基層診所)	沒意見
3.減少總量管制，增加給付標準	認同
4.發展新科技，減少使用人力。	沒意見
5.鼓勵研究發展的醫師往臨床發展	認同
6.增加醫學院招生數量	沒意見
7.推動助理醫師制度，引進外國醫師支援	認同
8.延後退休年齡	認同
9.提高民眾就醫費用，減少就醫服務量及需求量。	不認同

第五章 結論與建議

本次研究將第一次問卷調查表與第二次問卷調查表之專家(學者)給予之分數彙整成二次專家問卷結果對照表，如表 5-1 及表 5-2。從對照表我們可以看到十位專家(學者)對於醫師人力過剩或醫師人力短缺之策略在第二次問卷調查，專家給予之分數只有些微的調整，而這些些微調整對應於第一次專家(學者)所給予之策略結果並未產生太大的改變，只有在醫師人力過剩之策略選擇中第三項策略有所修正，原結果為專家(學者)不認同此項策略，但經過第二次問卷後，此項指標未達 5 位(含 5 位)以上專家意見一致者，將不足成為本次醫師人力過剩策略選擇之結論。

表 5-1 醫師人力過剩二次專家問卷結果對照表

醫師人力過剩之策略選擇	1 謝 專 家 值	2 戴 專 家 值	3 馮 專 家 值	4 董 專 家 值	5 蔡 專 家 值	6 蕭 專 家 值	7 蔡 專 家 值	8 鄭 專 家 值	9 洪 專 家 值	10 洪 專 家 值
1. 減少核發醫師執照率 (第一次問卷專家值如右)	9	7	2	3	9	5	7	8	8	6
1. 減少核發醫師執照率 (第二次問卷專家值如右)	9	7	2	3	9	5	8	7	8	6
2. 放寬醫師開業標準 (第一次問卷專家值如右)	10	6	2	5	6	0	6	6	5	4
2. 放寬醫師開業標準 (第二次問卷專家值如右)	10	6	2	5	5	0	6	6	6	4
3. 對醫師實施看診總量管制，減少給付標準。 (第一次問卷專家值如右)	8	6	3	3	3	1	9	8	2	5
3. 對醫師實施看診總量管制，減少給付標準。 (第二次問卷專家值如右)	8	6	3	3	3	1	8	8	5	5

表 5-1 醫師人力過剩二次專家問卷結果對照表(續)

醫師人力過剩之策略選擇	1 謝 專 家 值	2 戴 專 家 值	3 馮 專 家 值	4 董 專 家 值	5 蔡 專 家 值	6 蕭 專 家 值	7 蔡 專 家 值	8 鄭 專 家 值	9 洪 專 家 值	10 洪 專 家 值
4.發展創新服務增加需求 (第一次問卷專家值如右)	9	7	1	6	5	5	7	8	6	9
4.發展創新服務增加需求 (第二次問卷專家值如右)	9	7	1	6	6	5	7	9	7	7
5.鼓勵醫師發展學術研究 (第一次問卷專家值如右)	9	7	1	9	10	5	7	7	10	9
5.鼓勵醫師發展學術研究 (第二次問卷專家值如右)	9	7	1	9	9	5	7	7	9	9
6.減少醫學院招生數量 (第一次問卷專家值如右)	8	8	6	8	10	6	9	8	6	5
6.減少醫學院招生數量 (第二次問卷專家值如右)	8	8	6	8	10	6	9	8	8	7
7.管制非本國籍醫師 (第一次問卷專家值如右)	10	7	5	5	8	6	9	9	5	6
7.管制非本國籍醫師 (第二次問卷專家值如右)	10	7	5	7	8	6	9	8	7	6
8.衛生署大幅清查非法醫師 (第一次問卷專家值如右)	10	8	4	10	9	10	9	8	10	10
8.衛生署大幅清查非法醫師 (第二次問卷專家值如右)	10	9	4	10	9	10	10	8	10	10
9.實施強制退休年齡 (第一次問卷專家值如右)	8	7	3	8	0	0	9	3	8	3
9.實施強制退休年齡 (第二次問卷專家值如右)	8	7	3	8	0	0	8	3	8	3
10.開放允許設立新醫院或 擴建規模。 (第一次問卷專家值如右)	8	3	3	4	2	2	5	4	5	3
10.開放允許設立新醫院或 擴建規模。 (第二次問卷專家值如右)	8	3	3	3	2	2	5	5	5	3

表 5-1 醫師人力過剩二次專家問卷結果對照表(續)

醫師人力過剩之策略選擇	1 謝 專 家 值	2 戴 專 家 值	3 馮 專 家 值	4 董 專 家 值	5 蔡 專 家 值	6 蕭 專 家 值	7 蔡 專 家 值	8 鄭 專 家 值	9 洪 專 家 值	10 洪 專 家 值
11.降低民眾就醫費用增民眾就醫服務量的需求量 (第一次問卷專家值如右)	8	5	4	3	4	5	7	8	5	6
11.降低民眾就醫費用增加民眾就醫服務量的需求量 (第二次問卷專家值如右)	8	5	4	3	5	5	7	7	5	6
<p>十位專家對醫師人力過剩給予之意見</p> <p>(1)·台灣的醫療人力在偏遠地區，仍然是不足的，城鄉差距存在，此受到社會文化的觀念與媒體追逐功利主義的報導有關。政策上，如何的誘導醫學生，來加強悲天憫人的襟懷與注重人文的關懷，是一可嘗試的作為。</p> <p>(2)·個人以為減少醫學院的設立與招生，雖然時間較長才能看到效果，但做法比上述第一項的方法適當。醫學生已學習多年，卻受到執照取得的限制與困難，實在是衝擊太大。</p> <p>(3)·醫療產業的作業過程類似工商業行為，也講求經營管理，但醫療服務並不同於產品製造，不應該強調製造過多非醫療目的的項目，來創造所謂的醫療需求；或是健保降低市場價格，來增加民眾的使用率。</p> <p>(4)·針對「醫師實施看診總量管制，減少給付標準」這一項策略，專家認為「針對偏遠地區，提供誘因。」</p> <p>(5)·台灣目前醫師人力非過剩，而是城鄉差距過大，是泛不均，應鼓勵優秀醫師下鄉並改善生活條件。</p> <p>(6)·針對「鼓勵醫師發展學術研究」這一項策略，專家建議需「配套方案」</p>										

表 5-2 醫師人力短缺二次專家問卷結果對照表

醫師人力短缺之策略選擇	1 謝 專 家 值	2 戴 專 家 值	3 馮 專 家 值	4 董 專 家 值	5 蔡 專 家 值	6 蕭 專 家 值	7 蔡 專 家 值	8 鄭 專 家 值	9 洪 專 家 值	10 洪 專 家 值
1.放寬核發醫師執照率 (第一次問卷專家值如右)	7	8	6	3	5	5	5	8	2	4
1.放寬核發醫師執照率 (第二次問卷專家值如右)	7	8	6	3	5	5	5	8	5	4
2.管制醫師開業標準 (第一次問卷專家值如右)	6	7	1	5	5	0	5	8	5	5
2.管制醫師開業標準 (第二次問卷專家值如右)	6	7	1	5	5	0	6	6	5	5
3.減少總量管制增加給付標準 (第一次問卷專家值如右)	8	8	2	6	8	8	8	6	2	5
3.減少總量管制，增加給付標準 (第二次問卷專家值如右)	8	8	2	4	8	8	8	8	5	5
4.發展新科技減少使用人力。 (第一次問卷專家值如右)	8	7	2	5	8	3	6	4	6	5
4.發展新科技減少使用人力。 (第二次問卷專家值如右)	8	6	2	4	7	3	6	4	6	5
5.鼓勵研究發展的醫師往臨床 發展。 (第一次問卷專家值如右)	8	7	4	6	10	5	6	6	10	9
5.鼓勵研究發展的醫師往臨床 發展 (第二次問卷專家值如右)	8	7	4	6	10	5	6	5	7	9
6.增加醫學院招生數量 (第一次問卷專家值如右)	8	8	6	6	5	7	6	4	6	4
6.增加醫學院招生數量 (第二次問卷專家值如右)	8	8	6	6	6	7	7	4	6	4

表 5-2 醫師人力短缺二次專家問卷結果對照表(續)

醫師人力短缺之策略選擇	1 謝 專 家 值	2 戴 專 家 值	3 馮 專 家 值	4 董 專 家 值	5 蔡 專 家 值	6 蕭 專 家 值	7 蔡 專 家 值	8 鄭 專 家 值	9 洪 專 家 值	10 洪 專 家 值
7.推動助理醫師制度 引進外國醫師支援 (第一次問卷專家值如右)	7	7	4	4	7	0	8	7	2	5
7.推動助理醫師制度 引進外國醫師支援 (第二次問卷專家值如右)	7	7	4	3	7	0	8	7	6	5
8.延後退休年齡 (第一次問卷專家值如右)	8	8	3	7	10	5	6	5	5	7
8.延後退休年齡 (第二次問卷專家值如右)	8	8	3	7	10	5	6	5	6	7
9.提高民眾就醫費用，減少就醫 服務量及需求量。 (第一次問卷專家值如右)	8	6	1	3	5	0	7	8	3	3
9.提高民眾就醫費用，減少就醫 服務量及需求量。 (第二次問卷專家值如右)	8	5	1	3	5	0	7	8	3	3

十位專家對醫師人力短缺之策略給予的意見

- (1)·針對醫師人力不足策略選擇，第3項「醫師實施看診總量管制，減少給付標準」，專家意見可以「針對偏遠地區，提供誘因。」
- (2)·本人並不贊同助理醫師制度的開放，現實面的情況，只是讓醫師獲得鬆懈，非專業的助理人員做病歷紀錄，醫師象徵性的簽章，反而使得醫療品質安全出現危機。
- (3)·調升醫療費用，來減少醫療使用率，違背了國家的全民健康醫療照護的目的。
- (4)·台灣醫師人力過剩或短缺問題，是實証問題，應先有結論再談策略。過剩或短缺問題，與地區性與專業性有不同之結果，這也會有不同之策略選擇。若無前題下之探討，恐有缺乏意義之可能。
- (5)·目前台灣醫界非人力不足，而是專科醫師制度過於標榜，年青醫師為了生活品質，大都選擇輕鬆科別，以致於急診科、外科…等這些較辛苦之科別大都是外國醫學院畢業的實習生擔任，也因此降低醫療品質。
- (6)·針對「發展新科技，減少使用人力」這一項策略，專家認為「可以嘗試並且進行評估」。

5.1 專家(學者)對於醫師人力過剩或短缺之策略選擇結論

二次問卷調查資料回收後，將專家給予之分數範圍分類整理，將 0~3 分區間定義為「不認同」此項策略選擇，4~6 分區間定義為對此項策略「沒意見」，不表同意亦不表認同，7~10 分區間定義為「認同」此項策略選擇，各項指標若有 5 位(含 5 位)以上專家意見一致者，將成為本次醫師人力過剩或醫師人力短缺策略選擇之結論。

本次研究醫師人力過剩與醫師人力短缺之策略選擇，經過二次專家(學者)問卷調查之後，經過整理分析得到的結論如表 5-3 及表 5-4。

表 5-3 醫師人力過剩之策略選擇，二次問卷專家(學者)意見結論對照表

醫師人力過剩之策略選擇	專家(學者)意見 (第一次問卷)	專家(學者)意見 (第二次問卷)
1.減少核發醫師執照率	認同	認同
2.放寬醫師開業標準 (鼓勵醫師設立基層診所)	沒意見	沒意見
3.對醫師實施看診總量管制，減少給付標準。	不認同	未達 5 位
4.發展創新服務增加需求	認同	認同
5.鼓勵醫師發展學術研究	認同	認同
6.減少醫學院招生數量	認同	認同
7.管制非本國籍醫師 (助理醫師制度)	認同	認同
8.衛生署大幅清查非法醫師。	認同	認同
9.實施強制退休年齡	認同、不認同各半	認同、不認同各半
10.開放允許設立新醫院或擴建規模。	不認同	不認同
11.降低民眾就醫費用，增加民眾就醫服務量的需求量。	沒意見	沒意見

表 5-4 醫師人力短缺之策略選擇，二次問卷專家(學者)意見結論對照比

醫師人力短缺之策略選擇	專家(學者)意見 (第一次問卷)	專家(學者)意見 (第二次問卷)
1.放寬核發醫師執照率	沒意見	沒意見
2.管制醫師開業標準 (不鼓勵醫師設立基層診所)	沒意見	沒意見
3.減少總量管制，增加給付標準	認同	認同
4.發展新科技，減少使用人力。	沒意見	沒意見
5.鼓勵研究發展的醫師 往臨床發展	認同	認同
6.增加醫學院招生數量	認同	認同
7.推動助理醫師制度， 引進外國醫師支援	認同	認同
8.延後退休年齡	認同	認同
9.提高民眾就醫費用，減少就醫 服務量及需求量。	不認同	不認同

5.2 二次問卷調查專家(學者)結論說明

本次研究將專家(學者)對於醫師人力過剩或短缺之策略選擇意見區分為四部份：1· 認同 2· 不認同 3· 沒意見(不表認同或不認同) 4· 特殊部份(同時出現專家意見一致達五位，但無法分類為認同、不認同、沒意見)

5.2.1 醫師人力過剩專家(學者)認同之策略說明

- 1· 減少核發醫師執照率，本項策略共有 2 位專家(學者)不認同、2 位 2 位沒意見、6 位認同此策略。經過深入了解，不認同此項策略者為資深醫師，兩位醫師目前已經接近退休的狀況，兩位醫師認為醫學院學生經過數十年努力考上醫學院並且完成學業，不應在最後成為正式醫師的關鍵上給予限制，所以不認同此項策略是醫師人力過剩必要之選擇，但是，多數專家(學者)經過深入了解，認為當醫師人力過剩，減少核發醫師執照率，是解決醫師人力過剩的好策略。
- 2· 發展創新服務增加需求，本項策略共有 1 位專家(學者)不認同、3 位沒意見，6 位認同此策略。經過深入了解，不認同此項策略的醫師認為，醫師應專注於專業能力提升，而非專業以外之服務。不過，有 6 位專家(學者)一致認為發展創新服務可以提升對病患的服務品質，所以會增加對醫師人力的需求。
- 3· 鼓勵醫師發展學術研究：本項策略共有 1 位專家(學者)不認同此項策略、1 位沒意見、8 位認同此項策略。經過深入了解，不認同此項策略的醫師認為，學術研究與醫學臨床是不同領域，還是讓醫師自由發展，不用特別鼓勵醫師發展學術研究，但是，決大多數的專家(學者)，是認同鼓勵臨床醫師可以發展學術研究，將臨床醫師的寶貴的經驗與學術單位，進行產學研究合作。
- 4· 減少醫學院招生數量：本項策略沒有專家(學者)不認同此項策略、2 位沒意見、8 位認同。所以我們可以得知此項策略是得到專家(學者)決大多數的共識。
- 5· 管制非本國籍醫師(助理醫師制度)：本項策略沒有任何一位專家(學者)，不認同此項策略、3 位沒意見、7 位認同。所以我們可以

得知此項策略是得到專家(學者)決大多數的共識。

6. 衛生署大幅清查非法醫師：本項策略沒有任何一位專家(學者)，不認同此項策略、1位沒意見、9位認同。所以我們可以得知此項策略是得到專家(學者)決大多數的共識，認同此項策略。

5.2.2 醫師人力過剩專家(學者)不認同之策略說明

開放允許設立新醫院或擴建規模：本項策略有一位專家(學者)認同此項策略，3位沒意見，6位不認同此項策略。經過深入了解，多數專家(學者)都表明，台灣目前醫療院所已經過多，而且全民健康保險財務不佳，所以若再開放設立新醫院或擴建醫院規模，對整體醫界可能帶來負面的影響。

5.2.3 醫師人力過剩專家(學者)特殊意見說明

實施強制退休年齡：本項策略有5位專家(學者)不認同，但是也有5位專家(學者)認同此項策略，沒有專家(學者)表示沒有意見。經過深入了解，不認同此項策略的醫師，多數是即將退休年紀的醫師與經濟需求較大之醫師，因此若此項策略成為政策，這些醫師立即面臨失業，所以不認同此項策略。

5.2.4 醫師人力短缺專家(學者)認同之策略說明

1. 減少總量管制，增加給付標準：本項策略有1位專家(學者)不認同此項策略，3位沒意見，6位認同此項策略。經過深入了解不認同的專家(學者)認為醫師人力短缺與增加給付標準無關，因此不認同此項策略，不過，多數醫師都認同此項策略，因為可以增加醫師收入。
2. 鼓勵研究發展的醫師往臨床發展：本項策略有沒有專家(學者)不認同此項策略，4位沒意見，6位認同此項策略。經過深入了解認同此項策略的醫師一致的想法，從事研究發展的醫師，應該多往臨床發展，如此研究發展出來的技術方能得到驗證與認可。
3. 推動助理醫師制度，引進外國醫師支援：本項策略有2位專家(學者)不認同此項策略，3位沒意見，5位認同此項策略。經過深入

了解有 2 位專家(學者)不認同此項策略的原因是擔心助理醫師制度的開放，在現實面的情況，會讓醫師獲得鬆懈，非專業的助理人員做病歷紀錄，醫師象徵性的簽章，反而使得醫療品質安全出現危機。但是，仍有五位專家(學者)認同助理醫師制度在國外已經實施多年，醫療品質應該不至於受到危害，反而可以透過助理醫師協助，讓醫師得到更多自主的時間用於提升醫術。

4. 延後退休年齡：經過深入了解，專家(學者)者認為醫師養成教育不容易，如果延後退休年齡，可以讓醫師將專業醫術充份發揮。

5.2.4 醫師人力短缺專家(學者)不認同之策略說明

本次研究提出之醫師人力短缺之策略，只有在提高民眾就醫費用，減少就醫服務量及需求量是專家(學者)不認同之策略。經過深入了解，多數醫師認為以調升醫療費用，來達到減少醫療使用率，違背了政府在 1995 年實施全民健康保險目的，降底民眾的就醫障礙，所以不認同之策略。

5.3 結論

本次研究主題是台灣醫師人力供需平衡策略之研究，研究過去文獻資料得知台灣醫師人力現況及未來醫師人力供需之後，運用德爾菲法之研究，探討台灣醫師人力供需平衡之策略，本次研究得到的結論如下：

一、當醫師人力過剩，可以採取之策略如下：

1. 減少核發醫師執照率
2. 發展創新服務增加需求
3. 鼓勵醫師發展學術研究
4. 減少醫學院招生數量
5. 管制非本國籍醫師(助理醫師制度)
6. 衛生署大幅清查非法醫師
7. 放寬醫師開業標準(鼓勵醫師設立基層診所)
8. 降低民眾就醫費用，增加民眾就醫服務量的需求量。

二、當醫師人力短缺，可以採取之策略如下：

1. 減少總量管制，增加給付標準
2. 鼓勵研究發展的醫師往臨床發展
3. 推動助理醫師制度，引進外國醫師支援
4. 延後退休年齡
5. 放寬核發醫師執照率
6. 管制醫師開業標準(不鼓勵醫師設立基層診所)
7. 發展新科技，減少使用人力。

5.4.未來可研究之議題

1. 各類醫事人力供需平衡之研究：國內醫療環境與供需情形，因全民健保實施而產生變化，為確實掌握未來醫事人員供需脈動，定期評估台灣醫事人力供需是否平衡？並且推估未來各類醫事人員之供需指標，提供擬訂醫事人力培育政策參考。
2. 未來國民預防保健及高齡化社會長期照護服務之研究：各類醫事人力服務，針對國民預防保健及高齡化社會長期照護服務之醫事人力需求研究。
3. 如何改善醫師之專科別、執業地理分布不均現象之研究。

參考文獻

中文部份

1. 石曜堂、蔡憶文、施淑芳 (2001)。 台灣醫事人力問題分析與規劃架構。國家衛生研究院簡訊，6 (1)，12-16。
2. 江東亮 (1995)。 台灣地區的醫師人力政策：1945-1992。中華公共衛生雜誌，14 (5)，383-390。
3. 江東亮 (1992)。 公元兩千年台灣地區醫師人力的供給與地理分佈之推計。台灣醫誌，91，109-116。
4. 朱僑麗、薛亞聖、江東亮 (2000)。 醫師人力供給的多寡是否會影響被保險人的門診利用？—1994年國民醫療保健調查之發現。中華衛誌，19 (5)，381-388。
5. 行政院衛生署：台灣地區衛生人力發展長程規劃。台北：行政院衛生署，1986。
6. 行政院衛生統計資訊網。<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>
7. 吳肖琪、朱慧凡、黃麟珠、雷秀麗 (2003)。 從國際比較探討台灣每千人口需要多少醫師。台灣衛誌，22 (4)，279-286。
8. 洪錦墩、藍忠孚、宋文娟 (2001)。 台灣醫師人力研究之方法學探討。台灣衛誌，20 (3)，183-191。
9. 洪錦墩、藍忠孚、李卓倫、宋文娟 (2003)。 民眾醫療需求與醫師人力供給—以社區民眾有效醫療需求為基礎之推估。中華民國公共衛生學會92年年會。
10. 陳恒淑 (2003)，「護理人員組織承諾之研究」，碩士論文，國立陽明大學醫務管理研究所。
11. 國家衛生研究院 (2001)。 我國醫事人力規劃政策建言書技術報告。15-26。
12. 扈克勛 (2001)，「醫院人力資源彈性之研究」，碩士論文，國立中山大學人力資源管理研究所。

13. 教育部醫學教育委員會：1977及1982年全民醫事人員供應與需求之推計。台北：教育部醫學教育委員會，1974。
14. 翁振益、周瑛琪 (2007)，決策分析：方法與應用，台北：華泰
15. 劉惠卿 (2001)，「醫療人力資源策略、策略聯盟型態對人力資源績效影響之研究」，碩士論文，國立中正大學勞工研究所。
16. 盧瑞芬、謝啟瑞 (2000)，醫療經濟學，台北：學富文化。
17. 錢慶文 (2005)，醫療人力資源管理，台北：雙葉書廊出版
18. 藍忠孚、宋文娟、陳琇玲、詹錕錡 (2000)，台灣地區醫師人力供需預測之情境分析，中華公共衛生雜誌，19 (2)，86-95。
19. 韓季霖 (2000)，「台灣地區醫師人力供需之研究—灰色預測模式之應用」，碩士論文，銘傳大學管理科學研究所。

英文部分

20. Baker, T. D. and Perlman, M. (1967). Health manpower in a developing economy: Taiwan, a case study in planning. Baltimore: the Johns Hopkins Press.
21. Dalkey, N. and Helmer, O. (1963). An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts. Management Science, 9, 3, pp.458-467.
22. John, M. I. (2003) Human Resource Management, The McGraw - hill Companies.
23. Keaveny, T. J. and Hayden, R. L. (1978). Manpower planning for Nurse Personnel。 American Journal of Public Health, 68, 7, pp. 656-661.

附件一：台灣醫師人力供需平衡策略之研究 第一次問卷

台灣醫師人力供需平衡策略之問卷調查表

專家(學者)您好：

首先，感謝您在百忙中撥冗指導有關台灣地區醫師人力供需平衡策略之研究。台灣目前醫師人力的研究文獻中，主要以醫師現況人力分析與未來數量推計、專科別之分布、地理別之分布，甚少有針對醫師人力供需平衡之策略為研究，本次研究將以宏觀的角度來看醫師人力供給面、醫師人力需求面，調查醫師人力過剩與短缺之策略選擇。另外本次研究目的也期望能夠提供政府相關單位對於醫師人力供給與需求平衡策略的重要參考依據。本研究之研究方法採用德爾菲法(Delphi method)來篩選關鍵性的評估準則，以下說明德爾菲法(Delphi method)進行方式及填答注意事項。

一、德爾菲法進行方式

以郵寄、E-mail 或是親自拜訪方式進行第一次問卷調查，之後把回收之資料進行統計分析整理，並將各專家學者意見彙整後再以郵寄、E-mail 或是親自拜訪方式進行第二次問卷調查，而內容將呈現第一次分析結果以及其它專家學者意見，而專家學者可以參考第一次問卷分析結果，並綜合自己的意見後，再做答一次，當問卷內容結果一致時，問卷調查即可完成。

二、填答注意事項

1. 本研究問卷將以醫師人力供給面、醫師人力需求面，來調查醫師人力過剩與短缺之策略選擇，每一項均給若干指標，請各位專家學者細讀各項指標後，給予各項項指標分數，分數範圍由 0 分~10 分作為尺度。
2. 不吝指教各面向所採用之指標(1)指標內容與面向之適切性(2)指標內容名稱(3)指標用定遣辭是否需求修正(4)應該再增加或減少那些指標，給予意見並填寫於綜合意見欄。
3. 問卷填寫完成後，可交回由研究生帶回，若是以郵寄或 E-mail 取得之問卷調查資料，填寫完成後也請寄回或以 E-mail 回覆敝系，若有任何問題可選擇下列方式聯絡本人，最後再次感謝各位專家學者協助本次研究之完成。最後

敬祝

健康愉快

東海大學工業工程與經營資訊研究所

醫務工程與管理碩士專班

指導教授：周瑛琪

研究生：唐明順

聯絡地址：台中市南屯區三和街 25 號 4 樓

聯絡電話：0919-097047

E-mail：tang@cd.org.tw

台灣醫師人力過剩的策略選擇方案

請各位專家(學者)細讀各項指標後，給予各項指標分數，分數範圍由 0~10 分作為尺度。若策略選擇有不足之處，亦可於綜合意見欄內給予增減之建議。		
醫師人力過剩之策略選擇	策略影響說明	專家值
1.減少核發醫師執照率	以政策面調控醫師人力，減少供給面。	
2.放寬醫師開業標準 (鼓勵醫師設立基層診所)	提高醫療可近性，降低民眾就醫費用與交通往返費用。	
3.對醫師實施看診總量管制，減少給付標準。	可以立即減少醫療成本，但是醫療品質也可能因此下降。	
4.發展創新服務增加需求	可提高醫療服務品質，但是醫療成本也可能因此增加。	
5.鼓勵醫師發展學術研究	可提升台灣整體醫療技術與品質，增加產學合作研究機會。	
6.減少醫學院招生數量	可調控執業醫師數與培育醫師數量落差，但是醫師養成教育至少 8 年方能見成效	
7.管制非本國籍醫師 (助理醫師制度)	當執業醫師數量低於需求量時，可立即運用之輔助性政策，但是醫療品質與語言溝通需多加注意。	
8.衛生署大幅清查非法醫師。	衛生署此舉可為民眾醫療品質把關，也讓醫療院所依法聘用合格醫師。	
9.實施強制退休年齡	專科別不同，對執業醫師而言，年齡增長的經驗能否有效傳承下去呢？故強制退休年齡制度需多方研究。	
10.開放允許設立新醫院或擴建規模。	此政策可立即解決醫師人力過多問題、醫療可近性、提高醫療品質，但是日後是否會造成醫療供過於求呢？需多方研究之。	
11.降低民眾就醫費用，增加民眾就醫服務量的需求量。	此策略是以價格操控需求量(1)·價格上升醫師人力需求減少。2·價格下升醫師人力需求增加。此策略會受到民眾很高的支持，但需注意日後財務問題相關問題。	
綜合意見欄		

台灣醫師人力短缺的策略選擇方案

請各位專家(學者)細讀各項指標後，給予各項指標分數，分數範圍由 0~10 分作為尺度。若策略選擇有不足之處，亦可於綜合意見欄內給予增減之建議。		
醫師人力不足之策略選擇	策略影響說明	專家值
1.放寬核發醫師執照率	以策略面調控醫師人力，增加供給面	
2.管制醫師開業標準 (不鼓勵醫師設立基層診所)	降底醫療可近性，增加民眾就醫費用與交通往返費用。	
3.減少總量管制，增加給付標準	醫療成本上升，但是醫療品質不一定提升。	
4.發展新科技，減少使用人力。	有助提升醫療服務品質，但是醫療成本也可能因此增加	
5.鼓勵研究發展的醫師往臨床發展	可提升台灣整體醫療技術與品質，增加產學合作研究	
6.增加醫學院招生數量	調控執業醫師數與培育醫師數量落差，但需考量日後醫師是否後供過於求呢？	
7.推動助理醫師制度 引進外國醫師支援	當執業醫師數量低於需求量時，可運用之輔助性政策，但是醫療品質與語言溝通需多加注意。	
8.延後退休年齡	讓經驗足夠年齡長的醫師能夠繼續服務病患，發揮所長	
9.提高民眾就醫費用，減少就醫服務量及需求量。	此策略是以價格操控需求量 1. 價格上升需求減少 2. 價格下降需求增加 此策略會受到民眾很大的反對壓力。	
綜合意見欄		

附件二：台灣醫師人力供需平衡策略之研究 第二次問卷

台灣醫師人力供需平衡策略第二次問卷調查

專家(學者)您好：

首先，再次感謝您在百忙中撥冗指導有關台灣地區醫師人力供需平衡策略之研究。本研究之研究方法採用德爾菲法(Delphi method)依據，德爾菲法步驟，第一次問卷資料回收後，並將各專家學者意見彙整後再以郵寄、E-mail 或是親自拜訪方式進行第二次問卷調查，而內容將呈現第一次分析結果以及其它專家學者意見，而專家學者可以參考第一次問卷分析結果，並綜合自己的意見後，再做答一次問卷。

一、填答注意事情

1. 本研究問卷將以醫師人力供給面、醫師人力需求面，來調查醫師人力過剩與短缺之策略選擇，每一項均給若干指標，請各位專家學者細讀各項指標後，給予各項項指標分數，分數範圍由 0 分~10 分作為尺度。
2. 不吝指教各面向所採用之指標(1)指標內容與面向之適切性(2)指標內容名稱(3)指標用定遣辭是否需求修正(4)應該再增加或減少那些指標，給予意見並填寫於各項意見欄。
3. 問卷填寫完成後，可交回由研究生帶回，若是以郵寄或 E-mail 取得之問卷調查資料，填寫完成後也請寄回或以 E-mail 回覆敝系，若有任何問題可選擇下列方式聯絡本人，最後再次感謝各位專家學者協助本次研究之完成。最後敬祝

健康愉快

東海大學工業工程與經營資訊研究所

醫務工程與管理碩士專班

指導教授：周瑛琪

研究生：唐明順

聯絡地址：台中市南屯區三和街 25 號 4 樓

聯絡電話：0919-097047

E-mail：tang@cd.org.tw

台灣醫師人力過剩策略第二次問卷調查表

醫師人力過剩之策略選擇	謝專家值	2 專家值	3 專家值	4 專家值	5 專家值	6 專家值	7 專家值	8 專家值	9 專家值	10 專家值
1.減少核發醫師執照率	9	7	2	3	9	5	7	8	8	6
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)	上述為其他專家第一次問卷之分數									
2.放寬醫師開業標準 (鼓勵醫師設立基層診所)	10	6	2	5	6	0	6	6	5	4
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)	上述為其他專家第一次問卷之分數									
3.對醫師實施看診總量管制，減少給付標準。	8	6	3	3	3	1	9	8	2	5
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)	上述為其他專家第一次問卷之分數									
4.發展創新服務增加需求	9	7	1	6	5	5	7	8	6	9
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)	上述為其他專家第一次問卷之分數									
5.鼓勵醫師發展學術研究	9	7	1	9	10	5	7	7	10	9
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)	上述為其他專家第一次問卷之分數									
6.減少醫學院招生數量	8	8	6	8	10	6	9	8	6	5
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)	上述為其他專家第一次問卷之分數									
7.管制非本國籍醫師 (助理醫師制度)	10	7	5	5	8	6	9	9	5	6
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)	上述為其他專家第一次問卷之分數									
8.衛生署大幅清查非法醫師。	10	8	4	10	9	10	9	8	10	10
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)	上述為其他專家第一次問卷之分數									

台灣醫師人力過剩策略第二次問卷調查表(續)

醫師人力過剩之策略選擇	謝 專家 值	2 專 家 值	3 專 家 值	4 專 家 值	5 專 家 值	6 專 家 值	7 專 家 值	8 專 家 值	9 專 家 值	10 專 家 值
9.實施強制退休年齡	8	7	3	8	0	0	9	3	8	3
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)	上述為其他專家第一次問卷之分數									
10.開放允許設立新醫院或 擴建規模。	8	3	3	4	2	2	5	4	5	3
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)	上述為其他專家第一次問卷之分數									
11.降低民眾就醫費用，增 加民眾就醫服務量的 需求量。	8	5	4	3	4	5	7	8	5	6
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)	上述為其他專家第一次問卷之分數									
十位專家對醫師人力過剩之策略給予的意見										
<p>(1)·台灣的醫療人力在偏遠地區，仍然是不足的，城鄉差距存在，此受到社會文化的觀念與媒體追逐功利主義的報導有關。政策上，如何的誘導醫學生，來加強悲天憫人的襟懷與注重人文的關懷，是一可嘗試的作為。</p> <p>(2)·本人以為減少醫學院的設立與招生，雖然時間較長才能看到效果，但做法比上述第一項的方法適當。醫學生已學習多年，卻受到執照取得的限制與困難，實在是衝擊太大。</p> <p>(3)·醫療產業的作業過程類似工商業行為，也講求經營管理，但醫療服務並不同於產品製造，不應該強調製造過多非醫療目的的項目，來創造所謂的醫療需求；或是健保降低市場價格，來增加民眾的使用率。</p> <p>(4)·針對「醫師實施看診總量管制，減少給付標準」這一項策略，專家認為「針對偏遠地區，提供誘因。」</p> <p>(5)·台灣目前醫師人力非過剩，而是城鄉差距過大，是泛不均，應鼓勵優秀醫師下鄉並改善生活條件。</p> <p>(6)·針對「鼓勵醫師發展學術研究」這一項策略，專家建議需「配套方案」</p>										

台灣醫師人力短缺策略第二次問卷調查表

醫師人力短缺之策略選擇	謝 專家 值	2 專 家 值	3 專 家 值	4 專 家 值	5 專 家 值	6 專 家 值	7 專 家 值	8 專 家 值	9 專 家 值	10 專 家 值
1.放寬核發醫師執照率	7	8	6	3	5	5	5	8	2	4
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)		上述為其他專家第一次問卷之分數								
2.管制醫師開業標準 (不鼓勵醫師設立基層診所)	6	7	1	5	5	0	5	8	5	5
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)		上述為其他專家第一次問卷之分數								
3.減少總量管制，增加給 付標準	8	8	2	6	8	8	8	6	2	5
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)		上述為其他專家第一次問卷之分數								
4.發展新科技，減少使用 人力。	8	7	2	5	8	3	6	4	6	5
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)		上述為其他專家第一次問卷之分數								
5.鼓勵研究發展的醫師往 臨床發展	8	7	4	6	10	5	6	6	10	9
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)		上述為其他專家第一次問卷之分數								
6.增加醫學院招生數量	8	8	6	6	5	7	9	4	6	4
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)		上述為其他專家第一次問卷之分數								
7.推動助理醫師制度 引進外國醫師支援	7	7	4	4	7	0	8	7	2	5
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)		上述為其他專家第一次問卷之分數								
8.延後退休年齡	8	8	3	7	10	5	6	5	5	7
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)		上述為其他專家第一次問卷之分數								

台灣醫師人力短缺策略第二次問卷調查表

醫師人力短缺之策略選擇	謝 專 家 值	2 專 家 值	3 專 家 值	4 專 家 值	5 專 家 值	6 專 家 值	7 專 家 值	8 專 家 值	9 專 家 值	10 專 家 值
9.提高民眾就醫費用，減少 就醫服務量及需求量。	8	6	1	3	5	0	7	8	3	3
參閱其他專家後給予之分數 (0分~10分)		上述為其他專家第一次問卷之分數								

十位專家對醫師人力短缺之策略給予的意見

- (1)．針對醫師人力不足策略選擇，第3項「醫師實施看診總量管制，減少給付標準」，專家意見可以「針對偏遠地區，提供誘因。」
- (2)．本人並不贊同助理醫師制度的開放，現實面的情況，只是讓醫師獲得鬆懈，非專業的助理人員做病歷紀錄，醫師象徵性的簽章，反而使得醫療品質安全出現危機。
- (3)．調升醫療費用，來減少醫療使用率，違背了國家的全民健康醫療照護的目的。
- (4)．台灣醫師人力過剩或短缺問題，是實証問題，應先有結論再談策略。過剩或短缺問題，與地區性與專業性有不同之結果，這也會有不同之策略選擇。若無前題下之探討，恐有缺乏意義之可能。
- (5)．目前台灣醫界非人力不足，而是專科醫師制度過於標榜，年青醫師為了生活品質，大都選擇輕鬆科別，以致於急診科、外科…等這些較辛苦之科別大都是外國醫學院畢業的實習生擔任，也因此降低醫療品質。
- (6)．針對「發展新科技，減少使用人力」這一項策略，專家認為「可以嘗試並且進行評估」