行政院國家科學委員會補助專題研究計畫成果報告

※※※

行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告

醫師人力政策之經濟分析

Economic Analysis on Physician Manpower Policy

計畫編號：NSC89-2415-H-038-002-SSS
執行期限：89 年 8 月 1 日至 91 年 7 月 31 日
主持人：湯澡薰　　台北醫學大學醫務管理學研究所
共同主持人：黃國哲　台北醫學大學醫務管理學研究所

一、中文摘要

本研究第一年計畫旨在深入地探討各科別醫師的地理分布情況，以得知台灣目前各地區、各科別醫師的分布情況；第二年計畫旨在探討全民健保對慢性病醫療服務之影響。

本研究第一年計畫結果發現，1990 至 1999 年間醫療資源豐沛區域，如台北市，台中市、嘉義市、等縣市，其醫師/人口比都有明顯的改善及提升。醫師人力資源最為缺乏的地區，如台東縣、南投縣、台北縣、雲林縣、嘉義縣等地，即使是歷經了九年之後，醫師人力的分佈情形還是沒有獲得明顯的改善。整體醫師人力確有往人口較少的城鎮（醫療資源不足區）擴散的現象。專科別醫師總數越多的科別，其整體擴散程度也愈高。

本研究第二年計畫結果顯示，在是否有醫護人員告知罹患慢性病方面，全民保實施前不具有保險身份者，被醫護人員告知罹患糖尿病與痛風的機率顯著地大於具有保險身份者。在是否接受慢性病的治療方面，全民保實施前不具有保險身份者，治療痛風、腎臟病與膀胱、尿道疾病的機率顯著地大於具有保險身份者。然而，保險身份並未顯著地影響其他慢性病的發現與診治。

關鍵詞：醫師人力、公平性、全民健保

二、緣由與目的

1. 第一年計畫：

過去二十年來，政府不斷地為解決台灣地區醫師人力不足與地理分配不均的問題而努力，以期能達到均衡各地區醫療資源的分布，提昇民眾就醫的可近性與公平性。1995 年 3 月影響台灣人民健康至鉅的醫療政策----全民健保開始實施。但是，由於台灣地區醫療資源與醫師人力分布仍然不均，各科別與地理區的分配失當，因此醫療資源缺乏地區的居民無法得到與醫療資源富饒地區居民相等的醫療照護，使得全民健保政策在醫療服務提供的公平性（equity）上受到極大的批評。

本研究旨在深入地探討各科別醫師的地理分布情況，並提出醫療政策上相關的建議，以期能有助於政府注重這方面的問題，並使有關單位在制定醫師人力政策時能有所參考。

2. 第二年計畫：

以全民見保前具有保險身份者為控制組，不具有保險身份者為對照組，使用 Difference-in-Difference 的分析方法，探討全民健保對慢性病病症的發現與診治的影響。

三、資料來源

1. 第一年計劃：

使用民國八十年至民國八十九年中華民國醫師公會全國聯合會所編印的「中華民國台灣地區執業醫師暨醫療機構統

計」。此統計資料內容包括全台灣地區（包括台北市、高雄市及台灣省所轄之各縣市）三百五十六個鄉鎮市區之人口數、面積與各專科別（家醫科、內科、外科、小兒科、婦產科、骨科、神經外科、泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、神經科、精神科、復健科、麻醉科、放射科、病理科、核醫科、整型外科與一般科）執業醫師的人數。

2. 第二年計畫：本研究從滿意度調查的受訪成員中抽出成年居民1000名以追蹤調查其身體狀況及慢性病病症之治療情形。

四、結果

1. 不分科醫師人力在各行政區域分佈情形

(1)九年間一直是醫療資源最豐沛的台北市，其醫師/人口比仍然持續上升。醫師人力資源次豐沛的地區，如台中市、嘉義市、桃園縣、花蓮縣、高雄縣、澎湖縣、彰化縣、屏東縣、台南縣等地，有明顯的改善及提升。醫師人力資源最為缺乏的地區，如台東縣、南投縣、台北縣、雲林縣、嘉義縣等地，醫師人力的分佈情形還是沒有獲得明顯的改善。

2. 專科別醫師人力擴散情形

(1)整體醫師人力的擴散

就整體而言，隨著各專科醫師人力的增加，醫師人力的確有往人口較少的城鎮（醫療資源不足區）擴散的現象。

(2)專科別醫師的擴散

根據位置理論（location theory）（Newhouse et al.，1982），專科別醫師總數的多寡，是決定該專科醫師向醫療資源缺乏區擴散之程度的重要因素。根據研究結果，亦可發現專科別醫師總數越多的科別，其整體擴散程度也愈高。茲分別討論如下

A.內科

在所有的專科中，內科是唯一並未隨著醫師人力的擴增，而提高其向醫療資源不足區擴散的程度的科別。這也許是導因於內科醫師與某些科別（如一般科、家醫科）有部分的替代性，或是老一輩內科醫師逐漸凋零的稀釋效果。

B. 外科

雖然從民國八十年至八十八年的九年間，每十萬人口醫師數，從 105 上升到了128，然而外科醫師人力卻增幅不大，甚至在全民健保實施後，外科醫師總數幾乎是年年下降，也因此使得醫療資源缺乏區的城鎮，外科醫師進駐比例沒有上升。分析其原因，不外乎是健保給付不佳，及醫師對生活品質的日益注重兩大因素。若此趨勢維持不變，不但醫療資源缺乏區更無法得到外科醫師的照護，在 2010 年至 2020 年間，台灣地區將面臨外科醫師人力老化及人才斷層的現象（李丞華等，1999；民生報，2000）。

C. 婦產科

與外科醫師類似，婦產科醫師總數增幅微乎其微，亦使得醫療資源缺乏區，婦產科醫師進駐比例沒有上升。加上健保給付因素、醫療糾紛、工作量及壓力等等因素，使得醫學生不願意選擇婦產科為執業科別（蔡瑞熊，1998、黃月桂等，1999）。照此趨勢發展下去，尤其是醫療資源不足區，必會嚴重影響婦女就醫權益。

D. 家醫科

家醫科在這九年間，可說是成長最快速的科別，加上全民健保實施後，不少中、小型醫院朝向社區性角色發展（宋文娟，

1998），又在所有專科別中，頗獲醫學生的青睞（歐文琴，1995），也因此讓家醫科除了早期的一般科醫師以外，成為醫療資源缺乏區第二主要的照護者。

E. 皮膚科

皮膚科醫師數在全民健保實施後，不但成長速度相當快（成長速度約為健保實施前 2.5 倍），亦因獨立開業容易、執業成本低、診察耗時較短、醫療紛糾較少發生、較不需要值夜班，而成為年輕醫師競相申請的科別（張友珊等，1999）。

3. 全民健保對慢性病醫療服務使用的影響

本研究第二年計畫結果顯示，在是否有醫護人員告知罹患慢性病方面，全民保實施前不具有保險身份者，被醫護人員告知罹患糖尿病與痛風的機率顯著地大於具有保險身份者。在是否接受慢性病的治療方面，全民保實施前不具有保險身份者，治療痛風、腎臟病與膀胱、尿道疾病的機率顯著地大於具有保險身份者。然而，保險身份並未顯著地影響其他慢性病的發現與診治。

參考文獻

1. 中文部分

民生報：醫師人力　控管機制面臨崩盤。民國八十九年十一月二十九日，醫藥新聞版。

江東亮：醫療保健政策—臺灣經驗：全民健康保險，pp115-136。巨流圖書公司，1999。

李玉春、楊銘欽：新世紀的醫療保健政策：我國醫療資源與醫療服務利用及國際比較，pp25-40。財團法人厚生基金會，1998。

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。

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。

蔡瑞熊：醫療保險制度對教學醫院醫師培養之影響。教學醫院現況與展望國際研討會：p77-78，中華民國台灣醫學會，1998。

蔡瑞熊、楊明仁：醫療保險制度對教學醫院醫師培養之影響。醫學教育 2(2)：50-55，1998。

Newhouse, J. P., et al. (1982), “Where Have All the Doctors Gone”, JAMA 247(17): 2392-2396.