

臺灣地區醫師人力供需預測之情境分析

藍忠孚¹ 宋文娟^{2,*} 陳琇玲³

詹錕鈺⁴

CHUNG-FU LAN¹, WEN-CHUAN SUNG^{2,*}, HSIU-LING CHEN³, KUN-WU TSAN⁴

¹ 陽明大學公共衛生研究所，台北市立農街二段155號

Graduate Institute of Public Health, National Yang-Ming University, No. 155 Li-Nong Street, Section 2 Shih-Pai, Taipei 112, Taiwan, R.O.C.

² 馬偕紀念醫院，台北市中山北路二段92號

元培科學技術學院

Mackay Memorial Hospital 92, sec. 2, Chung San northroad Taipei, Taiwan, R.O.C.

Yuanpei Technical College, Hsinchu, Taiwan, R.O.C.

³ 馬偕紀念醫院、嘉南藥理學院

Mackay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan, R.O.C.

Chia-Nan College of Pharmacy, Tainan, Taiwan, R.O.C.

⁴ 馬偕紀念醫院

Mackay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan, R.O.C.

* 通訊作者Correspondence author. E-mail: wenchuan@msl.mmh.org.tw

目標：為預測未來短、中、長期醫師人力可能面臨問題。**方法：**本文以質性研究方式運用情境分析法引入模擬情境。**結果：**經研究發現未來醫師人力供需：(1)若短、中期内醫師人力政策維持不變，則人力問題需以輔助方案予以緩解；(2)若短、中期内醫師人力政策採調整策略，則人力問題可以獲致適當解決；以及(3)若短、中期内醫師人力政策採開放制度，則人力過剩效應會在長期顯現。**結論：**最後提出討論，期使我國醫師人力培育制度之發展臻於健全。(中華衛誌 2000；19(2)：86-95)

關鍵詞：醫師人力供需、情境分析法。

Scenario analysis of physician manpower supply and demand in Taiwan

Objectives: This study aimed to analyze physician manpower supply and demand. **Methods:** Using the method of scenario analysis in order to predict possible trends and problems in the future. **Results:** Our research findings were as follows: (1) If short and mid-term physician manpower policies are fixed, certain supporting plans will be needed. (2) If short and mid-term physician manpower policies are not constant, the manpower problem shall be adjusted with solutions. (3) If short- and mid-term physician manpower policies adopt to an open system, there will be an oversupply of physicians in the long run. **Conclusions:** Finally, we expect that Taiwan's physician manpower policies can be improved. (*Chin J Public Health. (Taipei): 2000;19(2):86-95*)

Key words : Physician Manpower Supply and Demand, Scenario Analysis.

Taiwan Public Health Association
台灣公共衛生學會

前言

醫師人力規劃是我衛生主管機構在醫事人力培育計劃的一項重點，主因除人力資源培養不易、耗費年月、經費耗用高外，另一方面，醫師也是最直接影響醫療服務品質優劣之醫事人員，正因為如此，醫師人力之未來供給量及需求量便不斷有研究，目的就在於提供適量的人力。

過去對醫師人力的研究著重於供需問題與趨勢分析，且偏向量化研究，本文以質性方式運用情境分析法(scenario analysis)引入模擬情境中，藉以預測未來短、中、長期醫師人力可能面臨問題，最後提出建言，期使我國醫師人力培育制度之發展臻於健全。

研究方法

情境分析法(Scenario Analysis)，是一種運用宏觀角度分析問題，以較廣的涵蓋面考慮未來種種不確定情況下可能的結果。分析的基礎在於回顧過去、分析現況、前瞻未來，以找出關鍵因子，目的在經由關鍵因子對未來進行預測[1-2]。

本研究以情境分析法用較宏觀(Macro)的角度觀察，藉對過去、現在及未來的分析，設定多種供需模擬情境提供未來較清晰的遠景，步驟如下：

步驟一：設定範圍

對於研究的主題要設定一範圍，此範圍可分為內生性變數與外生性變數。內生性變數指的是欲分析事物之脈絡，格局較為微觀，而外生性變數指的是可能影響主題的周遭外在環境，如：政治、經濟、社會、文化的變遷，較為宏觀。

步驟二：主題分析

對要研究的主題，如：我國醫師人力供需的問題，進行重點式的探討，包括歷史性回顧、現況分析、國外發展趨勢，以找出關

投稿日期：88年1月8日

接受日期：89年3月6日

鍵因子，做為情境分析的基礎。

步驟三：專家意見

運用德菲法(Delphi method)、交互影響矩陣法(cross-impact method)或貝氏分析法(Bayesian analysis method)，了解研究主題及未來發展可能的假設。透過專家意見之主要目的在於降低不確定性，俾使預測機率提升。

步驟四：情境分析

經過步驟一至步驟四之過程，可建立起對研究主題情境分析的基本邏輯架構，接續假設出各種不同的情境進行預測，最後對不同的情境提出建議與改革，以因應危機事件的發生。

結果

一、研究範圍

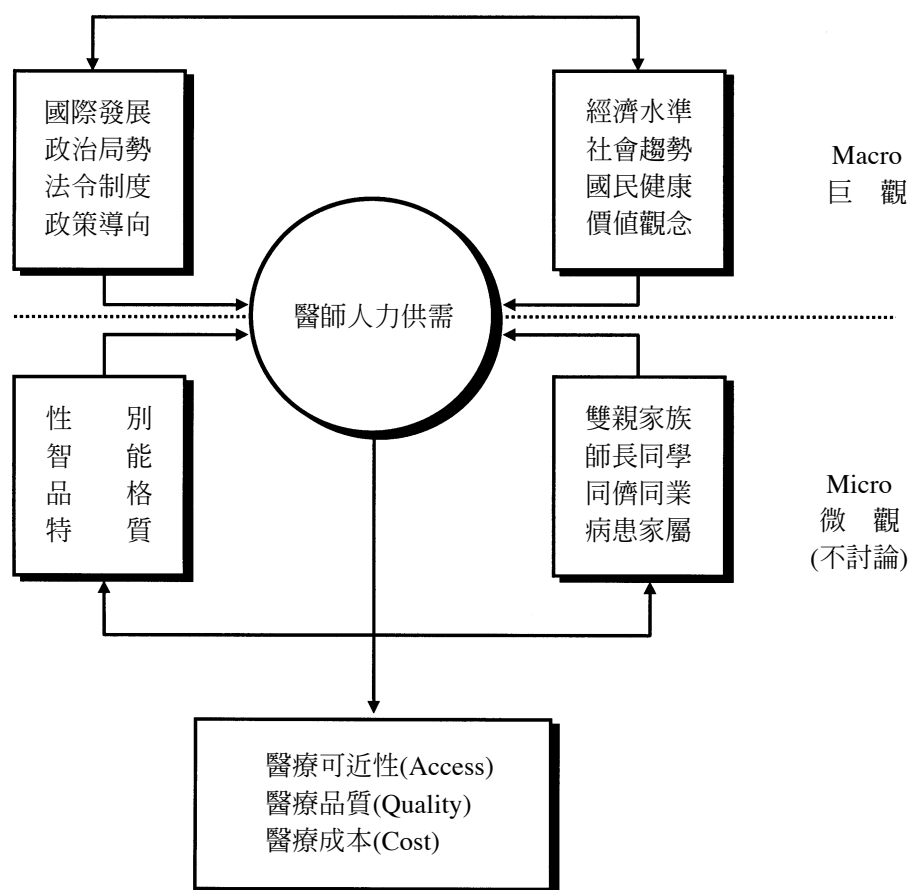
本文乃就政策面進行分析，故於範圍之設定上，僅針對巨觀面剖析，影響醫師人力供需之個體因素不列入研究範圍內(圖一)。

二、主題分析

(一) 過去研究

臺灣地區醫師人力的研究始於1962年約翰霍浦金斯大學Baker及Perlman等所主持的臺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。在Baker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、農復會合作進行臺灣地區醫師人力的第二次調查，但在該報告中僅對當時供給進行分析[3-4]。

藍忠孚等於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「臺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22,785



圖一 研究範圍

人，屆時供應會超出約1,900人。江東亮於1992年利用衛生署醫師人力檔及各醫學院與國防部軍醫局等填報資料推估，臺灣地區醫師人力之供給在公元2000年時，臺灣地區將有25956名執業醫師，亦即每十萬人口118名醫師，若計入低估的可能性，則可達每十萬人口130名醫師，與醫療網計劃訂定每十萬人口133名醫師目標值相近[5-7]。

(二) 現況分析

臺灣地區通過的教學醫院家數愈來愈多，且也不斷增建、擴建，病床數不斷增加，根據張荳雲等分析1971-1988年行政院衛生署出版的衛生統計資料發現，18年來診所的增加率是最低的，而醫院的增加率高於診所幾達三倍，張等認為其中的關鍵因素可能

在於醫療政策和保險審查與支付制度的運作下，醫院的規模，尤其是隱含在塑造醫院地位的評鑑等級制度中的規定，是醫療機構與分配與拮取醫療資源的能力指標，因而醫院汲汲於擴建和投資[8]。而根據行政院衛生署的統計，近十年來臺灣地區醫療院所病床數增加32,830床，而自全民健保開辦八十四年至八十六年間醫療院所病床數三年間增加了17,669床[9]。據了解目前每年醫療市場所需住院醫師總數在2,200人左右，而衛生署嚴格把關的醫學生培育每年在1,200人，供需上有1,000人的落差，也因此住院醫師荒成為近年來醫院所面臨的嚴重問題[10]。

加以全民健保實施後，將原先未納入公、勞、農保體系之民眾約900萬人口納入，

根據鄭守夏等(1996)研究，健保實施的確提高了民眾的醫療利用率，過去無保險的民眾不論在門診、住院、急診服務的使用量上，均提高了兩倍以上，顯然對醫師人力需求，都較過去殷切[11]。

(三) 國際趨勢

美國在1960年代後期及1970年代初期，因為Medicare與Medicaid實施的法案通過，因而偏遠地區及部分城市醫師缺乏的問題引人注意，也使得醫師培育人數得以增加，聯邦政府也直接支持家醫科、內科、小兒科的訓練及醫師助理(physician assistant)的訓練計劃。1976年，國家醫學教育顧問委員會(Graduate Medical Education National Advisor Committee, GMENAC)便開始研究醫師供給，其預測在1990年時將有70,000名(13%)醫師過剩，至2000年時，數量達145,000名(22%)，這份研究被廣泛地採納並相信，因此醫師人力的培育在1970年代末期及1980年代便開始減少。之後，有關醫師人力的供給與需求不斷被研究。由各方的研究顯示，美國現今醫師數量過多的問題已日趨嚴重[12-14]。

加拿大在醫師人力供給上與美國面臨相似的問題。1961年加拿大政府成立皇家委員會(Royal Commission)，這個委員會於一九六四年提出一份報告書，使加拿大醫療體系產生日後二大改變，其一是結合聯邦政府與地方資金為地方人民建立健康照護計劃；其二是擴增醫學院醫師之供給量，特別在基層醫療上。在擴大醫師供給量中，於1966-1970年間，成立四所醫學院，使當時的醫學院總家數為16所，為加拿大醫學院醫學生數量最大時期，也因此加拿大在1972-1973年間每十萬人口醫師數達到高峰。1964年的這份報告對加拿大日後的醫師供給產生莫大衝擊，因為其以1991年人口預測為3,500萬人來做為推計基礎，與實際值2,730萬人足超出28%，因而造成醫師過量供給。1991年，在Barer-Scoddart的報告中即對聯邦、省及地方的醫療衛生首長提出減少培育10%醫師人力的建議，以避免醫師人力過剩，儘管有這項政策性的報告，該建議並未獲得一致性的支持，至少在

加拿大醫學院學會(The Association of Canadian Medical Colleges, ACCMC)便有著不同的看法。但在數年後，因為政策影響醫師人力計劃及考量醫療照護成本，醫師人力培育的減少已成為不可抵擋的事實。在1993-1994年間，數目便減少剩1,610位。加拿大由1980-1981年醫學生數量最多的1,894人減至1994-1995年的1,610人，降幅達15%[15-17]。

由以上醫師人力之國際趨勢得知，人力規劃與預測之精確與縝密攸關未來醫療成本及品質，醫師人力過剩，因著供給誘發需求之影響，可能直接導致醫療成本的上升，反若醫師人力不足，會使國民就醫權益受損，間接造成醫療品質的下降。

三、專家意見

本研究於八十六年底開始進行，運用修正型德菲法，以立意取樣方式遴選專家，主要考量該專家曾於報章雜誌與專業刊物上發表相關評論、其意見表達足代表某個群體，於研究中列為專家人選。基於上列原則，研究小組又分為教、考、用、學四組分別遴選，分別取教育、醫學教育者十二位，專科醫學會十二位，醫院經營者十二位，衛生政策、公共衛生、醫務管理相關領域學者八位，共計四十四位，對醫師人力相關議題進行二回合問卷的填答，二次問卷回收率達82%。

專家們對於醫師人力數量問題認為醫療利用率增加、醫療院所不斷增床擴建等所致，因而導致醫院住院醫師人力不足、教學醫院有名無實等。

四、情境分析

在進入模擬前，依據現況醫療政策、法令、環境，提出前題假設與架構分析，假設結合醫療現況與衛生署未來政策所設定，事先列出假設的目的在於排除不可能的情境，篩選出較有可能的組合，同時結合專家之意見，使預測的範圍縮小，提高發生的機率，在此些步驟之後便進行情境模擬。

(一) 前題假設

1. 醫師人力政策短期內仍維持1,200名，供給面政策維持不變。
2. 醫師人力政策中期內提高至1,300名，供給面政策小幅成長。
3. 醫療利用率短、中期內持續成長，需求面不斷增加。
4. 醫療院所短、中期持續增床擴建，需求面不斷增加。

(二) 架構分析

根據前題假設，輔以象限分析架構(圖二)，推測各階段醫師人力供需情況。

短期：位於第二象限

供給面政策變化不大，但每年增加之執業醫師數較政策培育數1,200人呈小幅減少，需求面持續增加。

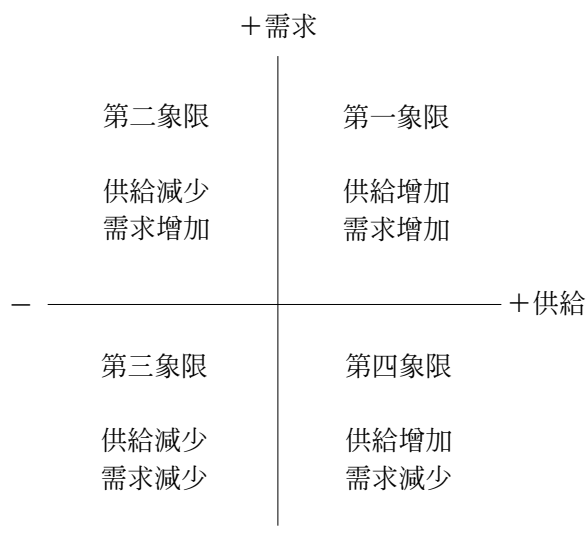
中期：位於第一象限

供給面政策小幅增加，需求面持續增加。

長期：位於第一、二、三、四象限皆有可能

供給面可能增加，可能減少；需求面可能增加，可能減少。

(三) 情境模擬



圖二 情境分析架構圖

根據上述前題假設、架構分析下，分就短、中、長期三階段進行情境模擬(表一)。

1. 短期(1998-2000年)

醫師人力供給面政策變化不大，但每年增加之執業醫師數呈小幅減少，重點在於需求面的改變，而需求面在短期內不致減少，基於醫院面臨供給不足的壓力，衛生署提出適當的解決方案。

(1) 供給面減少

情境A：相較於培育數，執業醫師每年增加數量呈小幅減少
每年增加之執業醫師數近年有減少的趨勢，按衛生署統計顯示近來每年醫師增加額都不及1,000人，與供給政策1,200人有小幅差距。

情境B：輔助性方案實施

由於醫師人力的培育需經過七年以上的養成過程，人力政策的開放對醫院醫師人力招募不足的情況緩不濟急，所以衛生署以輔助性人力政策－醫師助理制度或Nurse Practitioner的實施，期對問題能有適度緩解。

(2) 需求面增加

情境A：醫療利用率持續上升

據中央健康保險局的統計，國人平均每人每年看門診次數達15次，在調整年齡因素後，國人對醫療利用之甚居世界之冠。基於國人「繳了保費就盡量用的心態」，短期內醫療體制未大幅改革下，醫療利用率持續上升是可被預期。

情境B：各醫療院所持續增床擴建

依衛生統計資料顯示，近十年醫療院所病床數呈年年增加，少則2,500床，多則8,600床，在目前衛生署對各項醫療政策鬆綁之際，臺灣地區醫療院所病床數將繼續增加。

在短期而言，醫師人力數量問題衛生署已進行改革，但由於醫療專業化的特性、各

表一 醫師人力供需變化情境模擬

時間	供需變化	情境分析	影響
1998 2000	供給減少	每年增加之執業醫師數較培育量少 實施輔助性政策	執業醫師每年增加數量與培育量有落差 可分擔醫師工作。
	需求增加	醫療利用率上升 醫療院所持續增床擴建	1. 平均每人每年看診次數再升高。 2. 基於繳了保費就盡量用，及短期內醫療體制未大幅改革，醫療利用率不斷上升。 衛生署對各項醫療政策鬆綁，醫療院所床數繼續增加。
2001 2010	供給增加	醫師人力培育量每年為1,300名 醫師人力政策開放	衛生署基於因應醫療環境變遷，全民健保開辦…等因素，同意醫學系招生名額由每年1,200名增至1,300名。 醫師人力政策朝向繼續開放政策。
	需求增加	衛生署大幅清查非法醫師 衛生署降低醫師人口比政策 醫療利用率持續上升 醫療院所持續增床擴建	非法外籍醫師因醫療糾紛漸增，衍生諸多問題，衛生署大幅清掃。 衛生署經評估，重新訂定醫師人口比。 醫療費用不斷攀高，醫療利用率持續上升。在保費遲未調整下，全民健康保險瀕臨破產。 醫療院所床數繼續增加。
2010 2020	供給增加	醫師人力政策大幅開放 外國及大陸籍醫學院畢業生可來臺執業	醫學系之設立可自由設立，完全走向開放市場。因此各醫學院紛紛對醫學系增額錄取。 對外國及大陸醫學院畢業者不再嚴格檢覈並限制人數，完全放寬。
	供給減少	醫師人力政策緊縮 醫學院醫學系減招 國考通過率降低	衛生署有意醫師人力政策做大幅開放，因醫界強力拒絕仍維持為調控。 供給過多，醫學系減招。 醫師數量趨多，醫師人口比下降，年輕的醫師過於金錢導向，檢討國考制度，使門檻提高。
	需求增加	人口老化 醫療利用率上升	2021年老年人口14%，醫療需求殷切。 醫療資源的使用無論在短、中、長期仍無法做好有效控制。
	需求減少	醫療利用率獲適度控制 人口成長率減少	實施有效多元且抑制費用成長之機轉模式，使醫療利用率獲得適當控制。 我國人口成長率呈逐年遞減，相對性對醫療需求性會下降。

醫院內部對醫師助理及Nurse Practitioner工作歸屬與劃分尚需經一段訓練的時間，無法馬上立竿見影，所以人力招募不足，特別是冷門科與住院醫師的難以招募仍為各醫院所面臨之問題。

2. 中期(2001-2010年)

本階段之供給面仍增加，在需求面部分，臺灣地區未來十年醫療利用率會持續上升，醫療院所仍持續增床擴建，所以需求面的模擬仍持續不斷上升。

(1) 供給面增加

情境A：人力培育量至1,300名

按行政院衛生署87.1.7以衛署醫字第86076280號函致教育部，於說明二(一)2.「……因應醫療環境變遷，全民健保開辦對醫師人力之需求，考量醫師人力教、考、用之配合與有效運用，且力求醫師人力之平衡上，現階段同意醫學系每年招生名額增加一百名。」意即醫師人力之培育量在中期而言由每年1,200名增至1,300名。

情境B：醫師人力政策放寬

在供給面由每年1,200名增至1,300名後，醫師人力培育政策朝向繼續開放政策，每年培育量由1,300名增至1,500名，並不再多有設限，逐漸走向自由競爭模式。

(2) 需求面增加

情境A：衛生署大幅清查非法醫師

由於短期醫師數量供不應求，加以醫師多流入大醫院，中小型醫院招募醫師不易情況下，聘用東南亞籍醫學院畢業之外籍醫師，經幾年下來，國人對醫療品質觀念的提升，外籍醫師因語言溝通問題易產生醫療糾紛，因而衍生諸多問題，衛生署有鑑於此，大幅清掃並嚴格取締非法外籍醫師，這使得人力需求更為殷切。

情境B：衛生署降低醫師人口比政策

鑑於臺灣地區醫師人口比明顯高於先進國家，衛生署經評估後，重新訂定目標值降低醫師人口比。

情境C：醫療利用率持續上升

由行政院衛生署統計資料顯示，我國醫療保健支出佔國民生產毛額的百分比年年提升，由1992年的4.57%，至1996年的5.44%，顯示醫療費用不斷攀高，醫療利用率持續上升。在保費遲未調整下，全民健康保險瀕臨破產。

情境D：醫療院所持續增床擴建

在未來十年我國醫療院所仍朝向大型化發展，除已知衛生署已核准的長庚在嘉義太保醫療園區將包括三千床急性醫院、二千床護理之家、五百床安養中心及一千五百床養生文化村，總計七千床。慈濟醫院預備設立兒童發展復健中心，計劃成立八百床的準醫學中心，其在大林、潭子之分院也陸續興建中。其他尚有醫院增床數低於三百床的計劃，因權屬在地方衛生局，衛生署未列入預估中，可見得未來醫療市場對醫師人力的需求會日益殷切。

在中期而言，因著醫師人力培育數量增加或醫師人力政策轉變為逐漸開放，加以實施醫師助理制度十年的成效，開始時因醫師人力尚未培育完全，問題仍存在，但至後來醫學生畢業不斷投入醫療工作，問題可逐漸獲得解決。

3. 長期(2011-2020年)

在長期的預測中，因為不確定性提高，故對供需增減情況加以分別說明。

(1) 供給面增加

情境A：醫師人力政策大幅開放，醫師培育數量驟增
衛生署主張醫療要朝向競爭化

發展，醫學系之設立由原來嚴格的控管轉變為可自由設立，自由招生，完全走向開放市場。因此各醫學院紛紛對醫學系增額錄取。

情境B：外國及大陸籍醫學院畢業者可來臺執業

國與國間距離愈來愈近，加以兩岸政治大和解，臺灣地區至大陸習醫者人數愈眾，對外國及大陸醫學院畢業者不再嚴格檢覈並限制人數，完全放寬。

(2) 供給面減少

情境A：醫師人力政策緊縮

雖然衛生署有意醫師人力政策做大幅開放，但因為醫界反對，強力拒絕該項政策，故醫師人力政策仍維持為調控模式。

情境B：醫學院醫學系減招

在中期因著醫師人力政策的開放，及外國、大陸醫學院畢業者可來臺執業，使每年醫師培育數增加為2,000人，超出需求量，在長期而言，造成供給過多，醫學系便予減招。

情境C：國考門檻提高，通過率降低

過去考量醫學系學生培育成本過高，且不易轉業，國考通過比率偏高，但鑑於醫師數量趨於增多，醫師人口比年年下降，加以年輕的醫師過於金錢導向，功利主義彌漫，在考量醫療品質與醫德醫術兼備之情況下，大幅檢討國考制度，使門檻提高，通過比率降低，投入醫療市場人力減少。

(3) 需求面增加

情境A：全國人口老化快速，醫療需求性大幅增加

我國六十五歲以上老年人口於1994年時達7%，按經建會預估2011年及2021年，將分別增

至10%及14.4%。由7%至14%只需27年，相較於美國需70年，英國45年，法國130年，我國人口老化急速實非空論，再與人口老化速度最快速的日本相較，其需24年，我國僅和日本相差3年，可知我國人口老化之速，已居世界之列。按我國情況，人口老化，平均餘命延長，對醫療需求會更加殷切。

情境B：醫療利用率上升

醫療資源的使用無論在短、中、長期仍無法做好有效控制，因此醫療利用率繼續攀升。

(4) 需求面減少

情境A：醫療利用率獲適度控制

經由不同領域專家，參酌各國制度，協力對醫療體制大幅改革，設計以一套有效多元且抑制費用成長之機轉模式，使醫療利用率獲得適當控制。

情境B：住院醫師皆在醫學中心訓練

住院醫師只由醫學中心收容，培養住院醫師，其間若干時日再至區域或地區醫院服務，則住院醫師人力不足問題，可以緩和。

情境C：人口成長率減少

按經建會資料，我國人口成長率呈逐年遞減，相對性對醫療需求性會下降。

討 論

由情境分析得知未來醫師人力供需：

一、就短、中期而言

醫師人力政策就算持開放政策，因醫師培育需較長時間，故無法提供較多的人力，人力問題無法儘速解決。在此情況下，因應的方式可以為如下：

(一) 引用輔助醫師工作之專業人才

如醫師助理制度或Nurse Practitioner制度,納入法規管理,以減輕醫師工作量。特別是醫師助理制度,目前臺灣地區已有多家醫院行之,衛生署宜儘速訂法公告,以免衍生不必要的糾紛。

(二) 放寬大陸、外國醫學院醫學系畢業來台執業

在於短期內可能有助於解決問題,目前有些中小型醫院也已非法聘用,但時間一久,因溝通不便易造成醫療糾紛且會威脅到本國醫學系畢業生的執業空間。在德菲法問卷中,分析結果顯示專家意見對此舉並不認同,所以非至必要,否則暫不可行。

二、就長期而言

因為進行長期的預測變異性較大,各種情況皆可能發生,但未來的發展端視短期與中期策略的運用,運用得當則長期問題小,運用不當,則日久即見弊端,不要解決了前十年的問題,製造了後十年的問題。

(一) 若短、中期內醫師人力政策維持不變,則人力問題需以替代方案予以緩解

由於醫師需培養時間較長,在短期內就靠以增加供給量的方式也無法馬上解決人力數量問題,故以輔助性方案可以有效幫助醫療院所渡過需求面不斷增加的危機。

(二) 若短、中期內醫師人力政策採調整策略,則人力問題可以獲致適當解決。

人力政策宜依醫療環境的轉變做重新評估,而非一成不變,供給政策適度的調整有助於解決供不應求的窘境,但在供過於求的現象產生時,亦應在政策上再進行供需政策的調整,以避免另一種型態的經濟問題產生。

(三) 若短、中期內醫師人力政策採開放制度,則人力過剩的效應會在長期顯現。

醫師人力政策採開放制度無疑為一帖猛藥,在短、中期醫師人力問題有效解決,但就長期而言可預期會引發人力過剩,導致供給誘發需求情況,醫療費用無法控制,醫療

保險制遭嚴重考驗。

盱衡長期發展趨勢,若自短期、中期人力政策均堅不開放,在需求面不斷增加情況下,醫療院所人力招募不足問題會更形惡化,不僅小型醫院陷入困境,大型醫院也面臨考驗,醫師的所得會愈來愈高,以重金相邀的情況更會屢見不鮮,最後會走向金錢導向的人力市場,醫療生態呈現另一種變質。若自中期人力政策維持調控政策,視人力需求再開放名額為1,500名或縮減成1,000名,則人力問題可以獲致適當解決,惟決策者需考量人力的培育非一蹴可幾,決策之著眼點需做長遠考慮,欲做到拿捏合宜尚需靠精確的預測。若自中期延續人力開放政策,至長期為完全開放,則無論需求面為全國人口老化及醫療利用率不斷增加等問題,因增加的速度會遠超過人口成長速度,使醫師人口比驟降,則人力過剩問題可能逐漸浮上檯面。

由美國、加拿大醫師人力政策歷史觀之,皆存有一共通性,即在1960-1970年代對醫師的需求性增加,對供給政策放鬆,在該時期多家醫學院興起,醫學系增招,對醫師人力不斷注入新血,也因此醫師人力過剩問題在1980-1990年漸浮上檯面,都紛紛採減招或限制外國醫學院畢業生在本國執業,以減緩醫師數量過多的問題。反觀我國,醫師人力大幅培育的時期和美、加、日可謂一致,不同的在於1980年代我國衛生主管機關衛生署介入人力培育,嚴格控管醫師數量的成長,所以在1990年代各國為醫師人力過剩紛紛採人力抑制策略時,我國並不需跟進,但在1990年代末期,相反地,人力不足卻成為我當前衛生政策決策者所面對的一項重要課題。

極少有改革方案實施即立竿見影深具果效,衛生政策決策者需有長遠的眼光,獨具見解,與世界性的整體觀以做出正確的判斷,而政策的本質乃在於以社會民眾的需求為最大考量,否則短期問題解決,卻可能為長期引致更大的隱憂。

參考文獻

1. 許志義、洪育民：國際油價預測之情境分

- 析。能源季刊1997；**27**：29-48。
2. Wack P. Scenarios : Uncharted waters ahead. *Harvard Business Review* 1985;**5**:73-89.
3. Baker TD, Perlman M. Health Manpower in a Developing Economy: Taiwan, A Case Study in Planning. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1967.
4. 教育部醫學教育委員會：1977年及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。
5. 藍忠孚、李玉春：臺灣地區未來二十年醫師、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。
6. 行政院衛生署：臺灣地區衛生人力發展長程規劃。臺北：行政院衛生署，1986。
7. 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。
8. 張荳雲、謝幸燕：醫療資源的成長與分佈－制度面成因的思考。人口學刊1994；**16**：79-106。
9. 行政院衛生署：中華民國八十五年衛生統計。臺北：行政院衛生署，1996。
10. 張錦文、黃琬雅：如何解決住院醫師分配不均之改革方案及全面性培養住院醫師。醫院1998；**30**：36-9。
11. Cheng SH, Chiang TL. The effect of universal health insurance on health care utilization in Taiwan. *JAMA* 1997;**278**:89-93.
12. Kindig DA, Cultice JM, Mullan F. The elusive generalist physician - can we reach 50% goal? *JAMA* 1993;**270**:1069-73.
13. Cooper RA. Perspective on the physician workforce to the year 2020. *JAMA* 1995;**274**:1534-43.
14. Weiner JP. Forecasting the effects of health reform on US physician workforce requirement: evidence from HMO staffing patterns. *JAMA* 1994;**272**:222-30.
15. Sullivan RB, Watanabe M, Whitcomb ME. The evolution of divergences in physician supply policy in Canada and the United States. *JAMA* 1996;**276**:704-9.
16. Dauphinee WD. Medical Workforce Policy Making in Canada: Are we creating more problems for the future? *Clinical & Investigative Medicine* 1996;**19**:286-291.
17. Ryten E, BSocSC, DipPol. Physician-workforce and educational planning in Canada: has the pendulum swung too far? *Canadian Med Assoc J* 1995;**152**:1395-8.