

中華民國醫師公會全國聯合會 建 議

台灣醫師人力，並非不足而係分佈不均

**解決偏鄉醫療人力問題，現階段不宜以增加醫學系名額處理
發展智慧醫療可透過跨領域學習合作達成，非必要增設醫學系**

據報導今年有 4 所大學申請增設醫學科系，包括中興、中山、清華、元智等。綜觀這幾所大學申設醫學系的背景與目的，係以改善偏鄉離島醫療人力不足及發展先進智慧醫療為目的。本會認為教育是百年大計，當今醫師培育的政策方向將對未來醫療生態及醫療環境產生重大深遠影響，籲請教育部審議時應審慎處理：

一、教育部於核定醫學系招生名額，建議應秉持一貫配合中央目的事業主管機關衛生福利部對全國醫師人力需求規劃

西醫師人力之培育係採教、考、訓、用之管制措施，基於考量醫療需求現況及醫學教育品質，教育部對醫學系招生名額核定原則，係配合衛生福利部對全國醫師人力需求規劃及各校醫學教育之教育資源進行核定。目前醫學系每年招生總名額以 1,300 名為上限。是以，教育部就上揭 4 所大學申請增設醫學科系，建議審議時維持配合中央衛生主管機關對醫師人力需求規劃，審慎核定招生名額，避免破壞總額管制及因鬆綁招生名額，造成醫事人力供需失衡，產生醫療資源浪費，不當誘發醫療需求及影響醫療服務品質。

二、台灣醫師人力，並非不足而係分佈不均

台灣醫師人力「並非不足，而係分佈不均」，依據衛福部統計，2017 年平均每萬人口有 19.65 位醫師，2018 年平均每萬人口有 20.11 位醫師，2019 年有 20.99 位醫師，醫師人力持續穩定增加。依據衛生福利部歷年委託研究西醫師人力供需評估，其結果顯示原則毋需直接擴大國內醫學系之招生名額上限。對於城市和偏鄉間醫療資源分配不均，偏鄉離島地區醫師人力不足之情形，存在許久。衛生福利部已推出多項大型改善精進計畫，加速解決，讓醫師人力均衡發展。

三、欲解決偏鄉醫療問題，建議以政策鼓勵人才留任等有效措施為優先，增加醫學生名額無法解決人才流失問題

為解決偏鄉醫療問題，衛生福利部早已持續投入大量之資源及多項措施謀求改善。自 58 年起辦理「原住民及離島地區醫事人員養成計畫」、105 年提出「重點科別培育公費醫師制度計畫」、108 年通過「優化偏鄉醫療精進計畫」。另調整全民健保支付標準、合理調整五大科專科醫師訓練員額等，在在均為提升山地離島及偏遠地區之基層醫療服務可近性與重症醫療服務量能。惟為使醫師願意留在偏鄉服務，穩定偏鄉醫師人力，應考慮相關配套措施是否完善，強化吸引人才留任誘因，除經濟上的挹注，亦須關照到其職涯的實際需求、家庭之照顧、稅賦問題、輔助人力是否足夠等實際需求面，讓偏鄉醫療環境變好、讓醫師有熱忱願意長久留下來。是以解決偏鄉醫療人力不足之問題，現階段應從留住人力著手，才是釜底抽薪之道，而非從增加醫學生名額處理，以免製造更多問題。

四、醫師人力之供需規劃應正視人口結構高齡化及少子化之改變

根據國發會「人口推估」報告，台灣將在 2021 年達到人口「零成長」的時點，應予正視。增加醫學系招生名額亦須考慮少子化人口零成長之問題，以避免醫師人力過剩，產生醫療資源之浪費，不當誘發醫療需求及影響醫療服務品質。因此，應正視未來人口結構改變，對醫師人力需求之影響，倘一味增加醫學生招生名額，反而可能招致未來醫師人力過剩及醫療品質下降之隱憂，應再審慎思考。

五、發展智慧醫療可透過多元學習管道及跨領域合作等方式達成，非必要增設醫學系

醫療服務以人為本。發展智慧醫療是全球趨勢，惟智慧醫療技術的創新與開發，係為解決病人健康照護問題的方法之一，為輔助工具並帶來方便，增進醫療的可近性，惟醫療仍應回歸以人為本的基本精神。以結合教育及資訊科技發展之智慧醫療，可透過多元學習管道或跨領域合作等方式達成。將智慧醫療導入醫療體系，創新服務，透過與產業的合作模式，建立智慧醫院，目前國內已有多家醫院成功的模式，非必要以增加醫學系或醫學生方式來發展智慧醫療。

六、結語

綜上，台灣醫師人力，並非不足而係分佈不均，解決偏鄉醫療問題，應優先規劃留任等配套措施，非以增加醫學生名額處理，以免製造更多問題，而發展智慧醫療可透過跨領域學習合作達成，非必要以增設醫學

系、增加醫學生之招生處理。為維持醫療體系之均衡發展及合理運作，建議教育部秉持一貫尊重衛福部的「用」人實證需求，配合醫師人力之需求規劃。本會支持醫師人力規劃應回歸台灣醫療發展及人口成長等所需，就短中長程審慎規劃未來醫學系招生人數，不宜貿然增設醫學系增加醫學生數。