

R
008.8
4474-2

中山醫學院醫學研究所碩士論文
Master Thesis, Institute of
Medicine, Chung Shan Medical
and Dental College

當今台灣中部外科專科醫師
執業情形及其相關因素

The Practice and Its
Relating Factors of
Surgeons in Middle
Taiwan



指導教授：

周明智 博士 Ming-Chih Chou MD.PhD.

林榮一 博士 Zong-I Lin MD.PhD.

研究生：蘇崇堯 Chung-Yuo Su 撰

中華民國八十六年六月

中山醫學院圖書館



C046094

參考書恕不外借

授權書

(博碩士論文)

本授權書所授權之論文為本人在 中山醫學院 醫學研究所
_____ 組 85 學年度第 2 學期所撰 碩士學位論文。

論文名稱：當今台灣中部外科專科醫師執業情形及其相關因素

同意 不同意

本人具有著作財產權之論文提要，授予國家圖書館、本人畢業學校及行政院國家科學委員會科學技術資料中心，得重製成電子資料檔後收錄於該單位之網路，並與台灣學術網路及科技網路連線，得不限地域時間與次數，以光碟或紙本重製發行。

同意 不同意

本人具有著作財產權之論文全文資料，授予行政院國家科學委員會科學技術資料中心，得不限地域時間與次數以微縮、光碟重製後發行，並得享該中心微縮小組製作之研究報告、獎勵代表作、博碩士論文三檔資料等值新台幣伍佰元之服務。本論文因涉及專利等智慧財產權之申請，請將本論文全文延後至民國 __ 年 __ 月後再公開。

同意 不同意

本人具有著作財產權之論文全文資料，授予教育部指定送繳之圖書館及本人畢業學校圖書館，為學術研究之目的以各種方法重製，或為上述目的再授權他人以各種方法重製，不限時間與地域，惟每人以一份為限。

上述授權內容均無須訂立讓與及授權契約書。依本授權之發行權為非專屬性發行權利。依本授權所為之收錄、重製、發行及學術研發利用均為無償。

指導教授姓名：周明智

研究生簽名：蘇崇堯 學號：R8101205
(親筆正楷)

日期：民國 86 年 6 月 ___ 日

- 備註：1. 上述同意與不同意之欄位若未勾選，本人同意視同授權。
2. 授權第二項者，請再交論文一本予承辦人員。
3. 本授權書已於民國85年4月10日送請著委會修正定稿。

目 錄

	頁	次
目 錄		一
誌 謝		二
中文摘要		三
英文摘要		四
壹、前言		1
貳、材料及方法		2
參、結果		3
肆、討論及結論		11
伍、圖表		16
陸、參考文獻		36
柒、附錄一、問卷內容		39
捌、附錄二、報紙報導資料		43
玖、附錄三、外科專科醫師其他意見 ..		45

誌 謝

本論文能完成，承蒙 前中山醫學院院長林榮一博士、周明智博士、家醫科李孟智副教授多年來的愛護與栽培、指導及鼓勵，由衷感謝；另一方面也感謝內人呂李娟女士的編修及打字、編排、校稿，也感謝台中縣、市的各位外科先進及同輩，百忙中抽空回函及鼓勵；感謝多位朋友在資料收集及一些細節上的鼓勵及幫忙。

最後，謹以此論文獻給我深愛的父母、內人、師長、家人及朋友。

蘇崇堯謹誌於
中山醫學院醫學研究所
中華民國八十六年六月

中文摘要

為探討在現今醫療體系下，外科專科醫師實際執業情形及其影響因素，我們設計了此次的問卷調查，其對象涵蓋台中縣、台中市之具有外科專科醫師資格者，包括分布于醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所之執業外科專科醫師，共有 521 位。經由郵遞問卷方式回收 113 份，以此為基礎，在回收答卷中，78.3 % (72/92) 之醫師，仍服務于外科系醫療體系中。有一半醫師 49.6 % (56/113) 服務于基層診所。83.0 % 的外科專科醫師，擁有一個以上的專科資格，超過半數的外科醫師執業上需兼內科醫療工作。雖然大部份 (79.4 %) 外科醫師在衛生局執業登記為外科，但有 20.6 % 的外科醫師只登記家醫科或不分科。在執業工作上，30.2 % 的外科醫師，其病人 90.0 % 以上不是外科病人，只有 29.3 % 的外科醫師其門診外科病人佔 50.0 % 以上。

而外科醫師中竟有 18.4 % 人的工作中，沒有開刀，外科醫師的平均門診量並不高，每月超過 1,000 人次僅佔 36.1 %。外科醫師平均每週工作 56.2 小時 \pm 9.4 小時，而且 95.5 % 參加全民健保。對於健保給付 92.3 % 的外科醫師認為不合理。除了 29.6 % 的外科醫師，因沒有病人而少開刀外，超過 6 成的外科醫師，因高風險、低給付而減少開刀。在影響外科醫師實際執業科別之選擇方面，超過 6 成之醫師，主要仍以健保給付、病人來源、醫療風險為重點考量因素。

Abstract

In order to better understand factors influencing surgical practice in central Taiwan, a survey of surgeons in the city and county of Taichung was carried out. Various levels of medical institutions were represented, including the medical center, the district hospital, the local hospital, and the basic private clinic. Of 521 questionnaires sent out, 113 were completed and returned.

The results of the survey revealed that 78.3 %(72/92) of surgeons work in the surgical department of a hospital whereas 49.6 %(56/113) work in basic private clinic. Eighty-three percent of surgeons practice more than one subspecialty. More than half of the surgeons surveyed run a combined medical- surgical practice. Most surgeons register their practice as surgical(79.4 %) whereas the remainder(20.6 %) register as general or family practice. Surgical patients comprise less than 10 % of all patients seen in practice for 30.2 % of surgeons and more than 50 % of all patients seen for 29.3 % of surgeons. Eighteen percent of surgeons do not engage in any surgical activity on a daily basis due to lack of patients. Average working hours are 56.2 +/- 9.4 SD hours per week. Most surgeons (95.5 %) have contracted with the National Health Insurance (NHI) program but most(92.3 %) feel that NHI reimbursement is too low. Sixty percent of surgeons, citing high risk and low payment, say they limit the number of operations performed.

In general, the main factors influencing surgical practice in central Taiwan are NHI reimbursement, availability of patients, and operative risk.

Key words : surgeon, practice, National Health Insurance, survey.

壹、前言

一個外科專科醫師的教育培養相當不容易，不但需要在學校七年的醫學教育，畢業取得醫師執照後，尚需在教學醫院接受四至五年的外科專科訓練，並經專科考試及格，方為合格的外科專科醫師。在這專科醫師養成教育過程，不但當事者相當辛苦（照顧病房病人、換藥、跟刀、值班、應付急診、寫診斷書、應付病人諮詢、準備資料、閱讀文獻、長期體力透支、無法準時上下班），還需要接受外科前輩醫師，以病人為教材，予以臨床手術技術的指導及經驗的傳承。在此過程，消耗許多社會教育資源，且須賴許多病人的實例以累積臨床經驗及技術。

令人扼腕的是：目前許多資深的外科專科醫師，在其執業生涯中，並未實際從事外科醫療工作，發揮其專長，此為醫界、病人及社會之重大損失。可惜的是：針對外科醫師執業現況之研究缺如；為探討其執業現況及相關因素，我們謹以台中縣、台中市之外科專科醫師為對象，作了此次之問卷調查。

貳、材料及方法

以民國八十五年三月一日中華民國外科醫學會編印會員通訊錄內所記載位于台中縣、台中市之外科專科醫師為對象，樣本涵蓋有醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層醫院、診所之執業外科醫師共 521 位。經由郵遞寄出問卷調查。問卷內容包括：個人年齡、性別、畢業學校、住院醫師訓練資料、專科醫師資格及類別、執業情形等。回收 113 份，回收率為 21.7 %，以回收問卷為基礎作一系列之描述性分析。

由電話追縱發現郵寄未送達者約高達 3 成，另外地址搬遷無法聯絡者也有相當數量。於此情形下，曾試探電話訪問或面訪之方法，但因外科醫師工作忙碌，日常不是在開刀、門診、巡察病房之病人、開會或出國，下班後也不見得已回家，找人已相當不易，要進行訪談有實際困難，故放棄面訪，以實際回收之問卷，進行分析。但若以有收到問卷之專科醫師作基礎，回收率應高于 4 成。

參、結果

1、問卷之年齡分佈由 30 歲至 78 歲，平均 48.1 歲 +/- 8 歲，其分佈如圖一。

2、性別：全部男性。

3、畢業學校：

以中山醫學院 35 人佔 31.0 % 最多，其次國防醫學院 27 人佔 23.9 %，中國醫學院 25 人佔 22.1 %，居第三，其他學校佔少數，其差異主要來自地緣關係及歷年畢業生人數，詳見表一。

4、目前服務科別：

回收問卷除 21 份未答外，以答卷 91 份分析結果：有 72 人，服務於外科系佔 78.3 %，不分科 43 人，佔 46.7 %，其他 1 人，佔 1.1 %。因答卷中有人，填寫 2 科，故有此差異。詳見表二。

5、目前執業單位性質：

在回收問卷中有 56 人，服務於診所佔 49.6 %，15 人服務於基層醫院佔 13.3%，地區醫院 14 人，佔 12.4 %，區域醫院 23 人，佔 20.4 %，醫學中心 4 人，佔 3.5 %，詳見表三。

6、在外科專科醫師同時擁有其他專科之情形，在回收問卷 113 份中，除 1 份未作答外，餘 112 份均作答，其結果顯示：

擁有單一外科專科者有 19 人，佔 17.0 %，

擁有二個以上專科資格者有 93 人，佔 83.0 %，其中以骨科 39 人最多，家醫科 37 人居次，消化系外科 15 人，居第三，其他佔較少數，分佈情形詳表四。

7、外科專科醫師目前執業內容：

在回收問卷 113 份中，除 1 份未作答外，餘 112 份均作答，其結果顯示：

在複選答案中，純外科系工作有 50 人，佔 44.6 %，除外科系工作外，包含內科系工作，有 62 人，佔 55.4 %，顯見超過半數的外科醫師，執業上兼作內科醫療工作，詳見表五。

8、外科專科醫師在衛生局登記之執業科別(可登記二專科)：

在回收問卷 113 份中，除 6 份未作答外，餘 107 份均作答，其結果顯示：

執業登記科別，登記外科系有 85 人，佔 79.4 %，只登記家醫科、不分科有 22 人，佔 20.6 %。而登記外科系 85 人中有 13 人另一科登記為內科或家醫科，詳見表六。

9、在外科專科醫師執業門診病人中，外科病人所佔比例：

在回收 113 份問卷中，除 7 份未作答外，餘 106 份均作答，其情形分析如下：

30.2 % 的外科醫師，其服務病人 90 % 以上不是外科病人，詳見表七；而在基層診所則達到 42.9 % 的外科醫師，其門診病人有 90 % 以上不是外科病人，詳見表十。而門診病人有 50 % 以上為外科病人，的醫師才 29.2 %，詳見表七；而在基層診所則只有 15.7 % 的外科醫師其門診病人有 50 % 以上為外科病人，詳見表十。比較上，隨著醫院規模層級上升，在有較高外科病人比例，可能與設備及人員較充足、病人就醫形態、及手術健保分級有關，詳見表七及十。

10、執業外科醫師，每個月開刀情形：

在回收問卷中，沒有開刀者有 18 人，佔 18.4%，若加上每個月開刀無全麻手術，僅局麻手術 10 檯以內之外科醫師 16 人，佔 16.3%，則實際上竟然有 34.7%（幾乎近 1/3）的外科醫師很少作手術工作，詳見表八；若以醫院規模層級來比較，可見在大醫院的外科醫師較能專心於外科工作，愈是基層外科醫師，愈少作外科手術。若以診所加上基層醫院的外科醫師完全沒有開刀者，佔 28.1%，而只有局麻手術 10 檯以內者，佔 25.0%，則基層醫師很少作外科工作者，佔 53.1%，詳見表十。

11、外科醫師一個月平均門診人次：

回收 113 份中，除 5 份未作答外，餘 108 份均作答，其結果分析如下：

每天門診 10 人內佔 17.6%；

每天門診 30 人以上者僅佔 36.1%；

而每天門診 20 人內佔了 43.5%。

如以目前開業醫師平均門診量計算健保給付額，則外科醫師工作所得實在偏低⁽¹⁾。依 85 年 11 月健保門診每人平均核付費用為 344.15 元。若以醫院規模層級來比較，則大醫院的外科醫師病人次少，但手術多。而基層醫院恰相反。詳見表九及十。

12、外科醫師每週平均工作時數：

回收 113 份中除 5 份未作答外，餘 108 份均作答。

外科醫師工作由 20 小時/週至 112 小時/週，平均每週工作 56.2 小時， \pm 9.4 小時，如平均每天工作 8 小時相當於每週工作 7 天，每天 8.0 小時。幾乎沒有休假工作繁重。

13、目前是否為全民健保特約醫療院所：

回收 113 份中，除 3 份未作答外，餘 110 份均作答，其結果顯示：

大部份 (95.5 %) 外科專科醫師參加健保特約，僅少數未加入健保特約。詳見表十一。

14、以常作之闌尾切除、疝氣修補及皮膚腫瘤切除調查健保給付之合理性⁽²⁾：

回收 113 份中，除 9 份未作答外，餘 104 份均作答，其結果顯示：

回收作答的 104 份，無一份認為給付合理，92.3 % 認為給付不合理。詳見表十二。

15、目前健保給付對外科給付待加強者（可複選）：

回收 113 份中，除 9 份未作答外，餘 104 份均作答，分析作答 104 份，92.3% 醫師認為 " 換藥 " ⁽²⁾，給付太少，67.3% 醫師認為單一療程連續處方制度不合理 ⁽²⁾，另 64.4% 醫師認為基層院所可開刀項目太少 ⁽²⁾。詳見表十三。

16、影響目前較少執行手術之原因(複選)：

回收 113 份中，除 15 份未作答外，餘 98 份均作答，其情形分析如下：

除了 29.6% 之醫師因沒有病人，而少執行手術外，超過 6 成之外科專科醫師因高風險、低給付而少執行手術。詳見表十四。 ^(3.4)

17、影響外科醫師實際執業內容(登記外科、家醫科、不分科等)之選擇因素（可複選）：

回收 113 份中，除 8 份未作答外，餘 105 份均作答，其結果顯示：

影響醫師選擇執業內容之因素：

病人來源因素者 64 人，佔 61.0% ；

高醫療風險因素者 64 人，佔 61.0% ；

健保給付因素者 63 人，佔 60.0% 。

超過 6 成之醫師在選擇執業科別，主要仍以健保給付、病人來源、醫療風險為重點考量因素。詳見表十五。 ^(3.4.5.6.7.8.9)

18、若健保對門診之外科手術給付提高，是否選擇專門外科醫療之工作：

回收 113 份中，除 10 份未作答外，餘 103 份均作答，其結果顯示：詳見表十六。

提高健保給付有 48.5 % 的醫師會選擇專門外科醫療工作。

19、外科醫師認為若只從事外科醫療工作之主要困難：

回收 113 份中，除 5 份未作答外，餘 108 份均作答，其結果顯示：

外科醫師認為若只從事外科醫療工作之主要困難在於病人來源、健保給付偏低、高醫療風險及外科醫療成本太高。詳見表十七。

20. 以目前醫療環境，若各醫師剛自醫學院畢業，其選擇 住院醫師訓練科別：

回收 113 份中，除 10 份未作答外，餘 103 份均作答，其情形分析如下：

以目前醫療環境，讓畢業後以滿腔熱忱及興趣投入外科醫療之外科專科醫師，重新選擇科別，在複選情況下，顯示：這些對外科最了解及最熱愛的醫師，只有 8.7 %，仍執著選擇外科。詳見表十八。

(4. 7. 8. 10. 11. 12. 13. 14)

21. 在回收 113 份，分析 台中縣、市別每月病人人次：
在台中市和台中縣會員中一個月平均門診人數之差異如表十九。

由以上分析，台中市外科醫師，每天門診病人在 10 人以下佔 23.1%，台中市外科醫師只有 1/4 每天服務超過 33個病人，而台中縣則有 45.5% 有此門診量。顯示：在台中縣執業之外科醫師服務較多的病人。



肆、討論及結論

外科是醫學領域重要的一環，許多疾病及傷害的醫療，脫離不了外科，沒有外科醫療，將有許多疾病無法治療而死亡，也有許多傷害因缺乏外科治療，引起殘廢及死亡。20 多年前外科是熱門科，許多最優秀的醫師，投入外科行列，從來沒有人員缺乏之問題。何以今日對新人沒有吸引力，原有優秀的人力，陸續流失。中山醫院近 10 年來，外科一直沒有足夠的新人加入，所培養經歷完整之主治大夫離開醫院後，到基層開業服務，多數人也很少執刀，甚至不再執刀；觀察其他教學醫院，似乎也有相同情形。在這份對台中市和台中縣外科專科醫師執業情況及影響因素之調查結果反映出以下問題：

1. 外科醫師工作相當辛苦，平均每週工作 56.2 小時，相當於每週工作 7 天，每天 8.0 小時。沒有休假。
2. 除少數例外，95.5 % 外科專科醫師參加健保特約，其中 49.6 % 外科醫師服務於基層診所。

3. 在執業上有 30.2 % 的外科醫師，其門診病人 90 % 以上不是外科病人；僅 29.2 % 的外科醫師，其門診病人中外科病人佔一半以上。顯示外科醫師仍需看相當量的非外科病人，才能維持營運。
4. 18.4 % 的外科醫師工作中，沒有執刀，顯示：有相當多的外科專科醫師“學非所用”，脫離外科工作。
5. 超過 9 成（92.3 %）的外科專科醫師認為健保給付不合理。
6. 超過 6 成的外科醫師因高風險、低給付，而少開刀。
7. 在影響外科醫師實際執業科別之選擇，超過 6 成的醫師仍以健保給付、病人來源、醫療風險為重點考量因素。
8. 以目前的外科醫師，若重新選擇在複選情況下，只有 8.7 %，仍會執著選擇外科。

由於以上的問題，凸顯出：目前外科後繼無人的實際原因，也道出了外科醫師的壓力和困難。社會上的外科醫師，在受訓、養成教育過程，承受比其他科別更多的辛勞和壓力。實際工作上是超時的工作，和工作量⁽¹⁾(附錄二之2)不成比例偏低的待遇，較短的執業生命（大部份外科醫師，超過 60 歲，即無法勝任大手術），超高的執業風險（面對疾病、意外及醫療糾紛），社會不

公平的待遇。對於醫療糾紛，司法上對醫師以大刑伺候，而意外的賠償卻以超高的民事賠償來處罰救人而未救起之醫師。醫療糾紛之民事賠償，比酒醉開車撞死人，或車禍致死賠償多得離譜。

醫師是人，不是神；面對的每一個病人卻是沒有一個完全相同的，充滿非常多變數的疾病；另一方面，凡是人便不完美，沒有一個人，在求學過程中考試完全滿分，不答錯幾題的。如今社會卻以自己達不到的超高標準，要求醫師。

據台大朱樹勳教授在全民健保與醫療生態研討會上提出(詳見附錄二之 3)：民國八十一年外科醫師佔醫師的 30%，而至民國八十六年卻降至 15%，此情況若不改善，未來外科住院醫師荒，將愈來愈嚴重。到民國八十九年，將出現民眾開刀，找不到外科醫師之困境。

何以會有如此情況呢？由此次的問卷調查，筆者認為主要有以下的原因：

一、健保給付過低：

不敷成本的外科醫療給付，廉價勞工似的剝削外科醫師，令現有的外科醫師嘆息無奈，令新進人員卻步。(附錄二之3、5)

二、超高的執業風險：

過去醫病關係惡化前，醫療風險由病人、醫師共同負擔，醫療失敗除了明顯醫療失誤，病人很少怪罪醫師。而現今醫療失敗，往往怪罪醫師，看有無過程不完美的缺陷，再要求高額的賠償，而社會上往往同情病人，無法公正的看待醫師，便令救人的外科醫師寒心。(附錄二之2、3)

三、低劣的生活品質：

工作時間長，壓力大，付出多，卻無相當的回收，在講究生活品質的今天，更無法吸引新進人員。(附錄二之2)

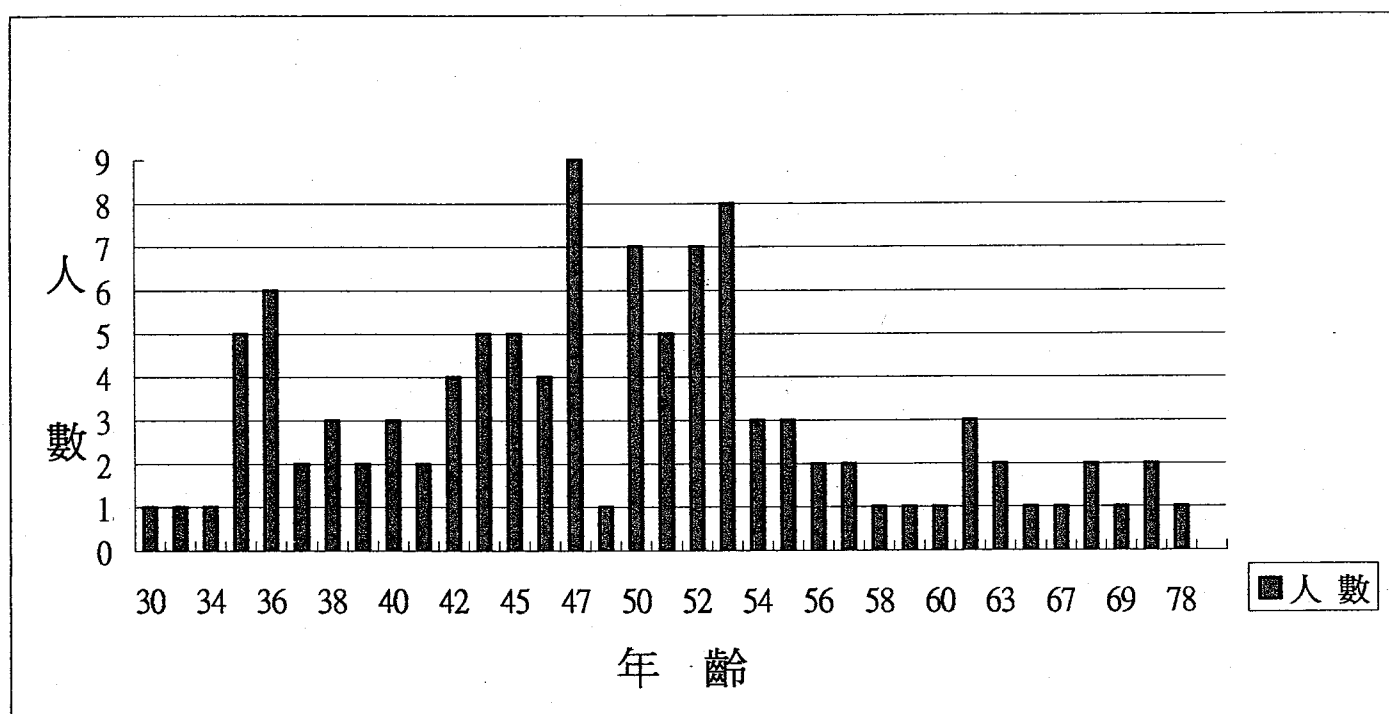
以上這些調查的結果顯示：

因健保對外科醫師剝削似的過低給付；及社會上高醫療糾紛，以刑罰論醫療過失及高額賠償，致使原本執刀高風險之外科，有更高醫療風險之危機意識。此等原因，使外科新進人員裹足不前。反應在目前的就是：外科住院醫師的缺額、以及既有外科醫師的流失。我們的政府、社會若不再改善此種缺失，不出數年，民眾將面臨生病找不到外科醫師開刀之困境。(附錄二之1、2、3、4、5)

本研究報告受限於會員通訊錄內容有相當多的錯誤未更正及郵寄未送達（由電話追縱約 3 成），又因外科醫師工作性質，無法採電話訪問或面訪，雖只有 21.7 % 的回收率，但若以有收到之問卷來考慮回收率應高于 4 成，雖不甚滿意，但以台灣過去並無此方面的文獻參考，此次的調查似乎可彌補此方面資料的缺乏。未來似乎可由外科醫學會作更全面、更廣泛的調查；另一方面，此次問卷凸顯的問題，例如：外科醫療實際成本則仍需成本會計專家深入分析探討，其與健保給付是否存在相當落差。另一方面，醫療風險是否應建立醫師和病人共同負擔的概念；醫療失誤的賠償醫師部份是否研究低於或相當於其他意外過失的賠償平均值；而若欲求償超過此平均值是否改由醫師和病人事先共同購買商業保險方式來支應。而醫療過失若以罰再教育似乎比刑法對醫師、病人及社會更有利。願此文能拋磚引玉，吸引更多人投入這方面研究共同找出病人、外科醫師及社會三贏的方法。

伍、圖表

圖一 外科醫師年齡層人數分佈圖



表一 畢業學校人數及其比率

學 校	人 數	%
中山	35	31.0
國防	27	23.9
中國	25	22.1
台大	8	7.1
高醫	8	7.1
北醫	6	5.3
其他	4	3.5

註：樣本 113 份，有效問卷 113 份。

表二 目前服務科別人數及其比率

科 別	人 數	%
外科系	72	78.3
不分科	43	46.7
其 他	1	1.1
未作答	21	18.6

註 1：樣本 113 份，有效問卷 92 份。

註 2：答卷中有人填寫 2 科。

表三 目前執業單位性質人數及其比率

執業單位	人數	%
診所	56	49.6
基層醫院	15	13.3
地區醫院	14	12.4
區域醫院	23	20.4
醫學中心	4	3.5
行政	1	0.8

註：樣本 113 份，有效問卷 113 份。

表四 外科專科醫師同時擁有其他專科之情形

專 科	人 數	比 例	專 科	人 數	比 例
骨 科	39	34.8	小兒外科	4	3.6
家 醫 科	37	33.0	神經外科	3	2.7
腸胃外科	15	13.4	麻 醉 科	2	1.8
泌尿外科	10	8.9	心臟外科	2	1.8
整形外科	9	8.0	婦 產 科	1	0.9
胸腔外科	4	3.6	大腸直腸外科	1	0.9
內 科	4	3.6	急診外科	0	0

註 1：樣本 113 份，有效問卷 112 份。

註 2：單一外科專科者有 19 人，佔 17.0 %。

二個專科以上者有 93 人，佔 83.0 %。

表五 外科專科醫師目前執業內容

執業內容	人數	%
純外科系	50	44.6
含內科系	62	55.4

註：樣本 113 份，有效問卷 112 份。

**表六 外科專科醫師在衛生局登記之執業科別
(可登記二個專科)**

登記情形	人數	%
登記外科系	85	79.4
家醫科、不分科	22	20.6

註 1：樣本 113 份，有效問卷 107 份。

註 2：登記外科系 85 人中，有 13 人之另一科登記內科或家醫科。

**表七 外科專科醫師會員執業門診病人中，
外科病人所佔比例**

外科病人	人數	%
10 % 以下	32	30.2
10 -- 30%	30	28.3
31 -- 50%	13	12.3
51 -- 70%	8	7.5
70 % 以上	23	21.7

註：樣本 113 份，有效問卷106 份。

表八 執業外科醫師，每個月開刀情形

外科醫師執刀別	人 數	%
有全麻手術	52	53.1
有局麻手術	76	77.6
沒有開刀	18	18.4
有開刀，但只有局麻手術之小手術10 檯內者	16	16.3

註：樣本 113 份，有效問卷 98 份。

表九 外科醫師一個月平均門診人次

病人人次	人 數	%
300人次以內	19	17.6
300 -- 600	28	25.9
601 --1000	22	20.4
1000人次以上	39	36.1

註：樣本 113 份，有效問卷 108 份。

表十 不同執業型態之外科醫師的執業情形：

項 目	醫學中心及區域醫院 註 1		地區醫院 註 2.5.8		基層診所及小醫院 註 3.6.9		
	人 數	比例 註4.7	人 數	比 例	人 數	比 例	
門 診 外 科 病 人 比	10 % 以下	3	13.0	0	0	30	42.9
	11 -- 30%	1	4.3	6	46.2	22	31.4
	31 -- 50%	2	8.7	4	30.8	7	10.0
	51 -- 70%	1	4.3	1	7.7	6	8.6
	70 % 以上	16	69.6	2	15.4	5	7.1
外 科 醫 師 每 月 執 刀 別	有全麻手術	21	95.5	12	10.0	19	29.7
	有局麻手術	19	86.4	11	91.7	46	71.9
	沒有開刀	0	0	0	0	18	28.1
	有開刀，但只有局 麻手術之小手術 10 檯內者	0	0	0	0	16	25.0
外 科 醫 師 每 月 平 均 門 診 人 次	少于 300 人次	12	46.2	0	0	7	10.1
	300 - 600 人次	11	42.3	3	25	13	18.8
	601 -1000 人次	2	7.7	4	33.3	16	23.2
	1000 人次 以上	1	3.8	5	41.7	33	47.8

註 1：樣本 27 份，有效問卷 23 份。 註 6：樣本 72 份，有效問卷 64 份。
 註 2：樣本 14 份，有效問卷 13 份。 註 7：樣本 27 份，有效問卷 26 份。
 註 3：樣本 72 份，有效問卷 70 份。 註 8：樣本 13 份，有效問卷 12 份。
 註 4：樣本 27 份，有效問卷 22 份。 註 9：樣本 72 份，有效問卷 69 份。
 註 5：樣本 14 份，有效問卷 12 份。

表十一 目前是否為全民健保特約醫療院所

健保	人數	%
是	105	95.5
否	5	4.5

註：樣本 113 份，有效問卷 110 份。

**表十二 以常作之闌尾切除、疝氣修補及
皮膚腫瘤切除調查健保給付之合
理性**

健保給付	人數	%
合 理	0	0
尚可以作	8	7.7
不 合 理	96	92.3

註：樣本 113 份，有效問卷 104 份。

**表十三 目前健保給付對外科給付待加強者
(可複選)**

外科醫師執刀別	人數	%
基層院所可開刀 項目太少	67	64.4
跨表制度不落實	45	43.3
換藥給付太少	96	92.3
連續處方制度 (單一療程)不合 理	70	67.3

註：樣本 113 份，有效問卷 104 份。

**表十四 影響目前少執行手術之原因
(複選)**

原 因	人 數	%
沒有病人	29	29.6
設備不足	21	21.4
醫療風險高	63	64.3
經濟誘因低	64	65.3
其 他	22	22.5

註：樣本 113 份，有效問卷 98 份。

**表十五 影響外科醫師實際執業內容
(登記外科、家醫科、不分科
等)之選擇因素(可複選)**

影響因素	人數	%
病人來源	64	61.0
醫療風險高	64	61.0
健保給付	63	60.0
設備因素	37	35.2
個人興趣	26	24.8
個人年齡	23	21.9
體力因素	16	15.2
其他因素	1	1.0

註：樣本 113 份，有效問卷 105 份。

表十六 若健保對門診之外科手術給付提高，是否選擇專門外科醫療之工作

選擇專門外科	人 數	%
是	50	48.5
否	21	20.4
不 確 定	32	31.1

註：樣本 113 份，有效問卷 103 份。

表十七 外科醫師認為若只從事外科醫療工作之主要困難

影 響 因 素	人 數	%
健 保 給 付 偏 低	84	77.8
外 科 醫 療 成 本 太 高	75	69.4
高 醫 療 風 險	70	64.8
病 人 數 不 足	56	51.9
人 力 不 足	45	41.7
個 人 年 齡 體 力 因 素	28	25.9
設 備 不 全	28	25.9
其 他 因 素	5	4.6

註：樣本 113 份，有效問卷 108 份。

表十八 以目前醫療環境，若各醫師剛自醫學院畢業，其選擇住院醫師訓練科別人數及其比率

選擇科別	人數	%	選擇科別	人數	%
皮膚科	31	30.1	小兒科	3	2.9
家庭醫學 (不分科)	27	26.2	泌尿科	3	2.9
耳鼻喉科	21	20.4	精神科	2	1.9
眼科	18	17.5	神經外科	1	1.0
復健科	13	12.6	麻醉科	1	1.0
一般外科	9	8.7	放射線科	1	1.0
整形外科	5	4.9	病理科	1	1.0
骨科	5	4.9	婦產科	0	0
內科	4	3.9	神經科	0	0
			核子醫學科	0	0

註：樣本 113 份，有效問卷 103 份。

**表十九 台中市、台中縣會員中壹個月
平均門診人數差異表**

每月人數	台中市		台中縣	
	人數	%	人數	%
A. 少于 300	12	23.1	7	12.7
B. 300 - 600	18	34.6	10	18.2
C. 601 -1000	9	17.3	13	23.6
D. 1000 以上	13	25.0	25	45.5
未答卷	3		3	

註：樣本 113 份，有效問卷 113 份。

陸、參考文獻

1.台灣醫界 Vol.40 No.4 April 1997 P334

中央健保局八十六年一月份，全民健康保險業務執行報告。

2.全民健康保險醫療費用支付標準(上冊)，

中華民國八十四年三月中央健保險局編印

3.Richardson-JD;Miller-FB. Will future surgeons be interested in trauma care Results of a resident survey. J-Trauma. 1992 Feb;32(2) : 229 - ; discussion 233-5.

4.Wolfson-PJ;Robeson-MR;Veloski-JJ. Medical students who enter general surgery residency programs : a follow-up between 1972 and 1986. Am-J-Surg. 1991Nov;162:491-4.

5.What the future may hold for general surgery. A position paper of the American Board of Surgery. J-Am-Coll-Surg. 1995 Apr; 180(4):481-4.

- 6.Boyarsky-AH;Dontz-A;Greco-RS. The future of general surgery characterized by general surgical chief residents. Am-Surg. 1995 Mar ; 61(3):244-51.**

- 7.Anderson-KD;Mavis-BE. The relationship between career satisfaction and fellowship training in academic surgeon. Am-J-Surg.1995 Mar; 169(3):329-33.**

- 8.Wexler-Mj. The general surgeon through the looking glass : bright reflections from a tarnished image. Can-J-Surg.1994 Aug; 37(4): 267-78.**

- 9.Mizgala-CI;Mackinnon-SE;Walters-BC; Ferris-LE;McNeill-IY;Knighton-T. Women surgeons. Results of the Canadian Population Study. Ann-Surg. 1993 Jul;218(1):37-46.**

- 10.Heughan-C.Presidential address,1995. Surgery 2000: a look back to the future.Can-J-Surg.1996 Jun;39(3): 188-92**

- 11.Souba-WW;Tanabe-KK;Gadd-MA;Smith-BL;
Bush-man-MS. Attitudes and opinions toward
surgical research. A survey of surgical
residents and their chairpersons. Ann-Surg.
1996 Apr; 223(4):377-83.**
- 12.Jonasson-O;Kwakwa-F;Sheldon-GF. Calculating
the workforce in general surgery. JAMA. 1995
Sep 6; 274(9): 731-4.**
- 13.Andersen-DK. Taking the lead : challenges of
supply and demand in academic surgery. J-
Surg-Res. 1991 Apr;50(4):295-302.**
- 14.Scholten-DJ;Anderson-KD;Beernink-J;assinault-
WD. Experience with surgical resident training
in a combined program in plastic surgery. Am-
Surg.1995 Jul;61(7):594-601;discussion 601-2.**

柒、附錄一

在目前外科專科醫師執業情況及其所受影響因素調查表

在醫學領域裏，外科專科醫師是重要的一環，外科專科醫師養成教育除一般學校醫學教育外，尚需要學徒式之手術技藝及經驗傳承。其養成教育不但當事人相當辛苦，更需消耗相當多的社會資源，並須賴許多病人以累積臨床經驗。

一位外科專科醫師於醫學院畢業後，大約需要接受外科訓練 5 年（4 -- 5 年住院醫師訓練後並通過外科專科醫師考試），其經驗方逐漸成熟穩定，成為外科醫界的中堅。然而令人扼腕的是：一些具此條件之外科專科醫師，在執業生涯中，並未實際從事外科醫療工作，是為醫界、病人及社會之重大損失。為探討原因，特立此問卷。祈您能提供寶貴意見，完成本問題之研究，以謀改進之方。

將浪費您 5 分鐘之時間，特致上十二萬分之謝意！

敬祝

業安！

問卷內容：

1. 基本資料：

年齡： _____ 歲

性別：男女

畢業學校： _____ 醫學院

2. 外科住院醫師訓練醫院： _____ 醫院。

3. 外科住院醫師訓練科別(次專科)： _____ 科。

4. 是否曾擔任主治醫師：

是， _____ 醫院， _____ 科， 共

_____ 年。

否。

5. 目前服務單位： _____ 醫院， _____ 科，

_____ 年資共 _____ 年。

6. 目前執業單位性質(請在內打 " ")：

- A. 診所 B. 小醫院(50床以下) C. 地區醫院 D. 區域醫院
E. 醫學中心 F. 行政、公衛 G. 其他(退休、轉業、停業)

7. 您所擁有的專科醫師資格，請填最重要的三種：

A. _____ B. _____

C. _____

8. 您目前實際執業內容(請打 " ")：(可複選)

- A. 家庭醫學科 B. 內科 C. 外科 D. 小兒科 E. 婦產科 F. 骨科
G. 神經外科 H. 泌尿科 I. 耳鼻喉科 J. 眼科 K. 皮膚科 L. 神經科
M. 精神科 N. 復健科 O. 麻醉科 P. 放射線科 Q. 病理科
R. 核子醫學科 S. 整形外科 T. 不分科

9. 如您執業的為診所或小型醫院，與您共同執業的醫師有 _____ 人。

其主要專業科別為 _____ 、 _____ 、 _____ 、

10. 您在衛生局所登記之執業別為 _____ 科。

11. 您目前執業門診病人中外科病人所占比例約為：

- A. 少于10% B. 10% -- 30% C. 30% -- 50% D. 50% -- 70%
E. 超過 70%

12. 您目前執業中一個月之全麻以上之 MAJOR OPERATION 平均約 _____

檯；門診局麻之 MINOR OPERATION 平均約 _____ 檯。

13. 您目前執業中一個月平均門診人次約：

- A. 少于 300 人次 B. 300 -- 600 人次 C. 600 -- 1000 人次
D. 多於 1000 人次

14. 您目前平均每週工作 _____ 小時。

15. 您目前為全民健保特約醫療院所：是，否

16. 您認為目前健保對闌尾切除、疝氣修補、皮膚腫瘤切除之健保給付（各為 3250 點、3190 點、590 點）情形：

- A. 合理 B. 尚可以做 C. 實在不敷成本

17. 目前健保對外科給付亟待加強者：（可複選）

- A. 基層醫療院所可開刀項目太少 B. 跨表制度不落實 C. 換藥
(CD) 給付太低 D. 連續處方制度不合理。

18. 假若您目前很少執行外科手術其主要原因為何：（可複選）

- A. 沒有病人 B. 設備不足 C. 醫療風險高(醫療糾紛多怕麻煩)
D. 經濟誘因低（成本高，給付低）E. 其他因素

19. 您認為影響您目前實際執業內容(登記外科、家醫科、不分科等)之選擇因素為何：（可複選）

- A. 病人來源 B. 健保給付 C. 醫療風險 D. 設備因素 E. 個人年齡
F. 體力因素 G. 個人興趣 H. 其他因素

20. 若健保對 "診所" 之外科手術給付提高, 您是否選擇專門從事外科醫療工作:

A. 是 B. 否 C. 不確定

21. 您認為您若只從事外科醫療工作, 主要之困難是: (可複選)

A. 病人數不足 B. 設備不全 C. 高醫療風險 D. 人力不足
E. 健保給付偏低 F. 外科醫療成本太高 G. 個人年齡、體力因素
H. 其他, 請說明

22. 如果您目前剛自醫學院畢業, 準備選擇住院醫師訓練科別, 以目前醫療環境, 您會選擇那一科:

A. 家庭醫學科 B. 內科 C. 外科 D. 小兒科 E. 婦產科
F. 骨科 G. 神經外科 H. 泌尿科 I. 耳鼻喉科 J. 眼科
K. 皮膚科 L. 神經科 M. 精神科 N. 復健科 O. 麻醉科
P. 放射線科 Q. 病理科 R. 核子醫學科 S. 整形外科
T. 不分科

感謝您共同為改進外科醫療環境而努力, 請將本問卷反摺, 投入郵筒, 謝謝!

捌、附錄二

報紙資料

1. 標題：優良傳統只怕後繼無人 — 老一輩外科醫師的
悲哀

國泰醫院院長陳楷模

86年3月9日 聯合報健康專欄

2. 標題：超時工作、待遇不如期望.. 醫療糾紛多，外
科醫師拉警報！

" 病人要開刀，如果有一天... 等無人操刀。"

記者：蕭敏惠訪問台北榮總主任

雷永耀、馬偕外科部主任楊圳隆、

台北市立仁愛醫院代主任許郡安、

林口長庚醫院科部主任黃燦龍。

3. 標題：健保給付低，醫界很憂心，外科醫師荒三年
內顯現。

記者：郭姿均報導

1997年4月19日救國團與聯合報系在
劍潭海外青年活動中心舉行「1997 與全球同
步跨越世紀」行「1997 與全球同步跨越世紀
」系列研討會第二場「全民健保與醫界生態
研討會」之特別報導 86年4月20日 聯合報話
題專欄

4. 標題：一刀動兩手術，健保給付爭議大

記者：呂秉原

86 年5 月11 日 自由時報

5. 標題：外科手術給付低地區醫院不收治輾轉求醫路，
多少小病成大病。

記者：呂秉原

85 年 3 月14 日 民生報醫藥新聞

玖、附錄三

外科醫師之其他意見及心聲

1. 很少執行手術之主因：

- (A)診所 C 表可行手術太少，甚至多項局麻手術均要醫院才可作 (B 表)，比起眼科、婦產科、耳鼻喉科等同屬外科系之科別，外科、骨科診所可發揮之空間顯然太狹窄了，難怪年輕醫師不敢選外科(No. 96)。
- (B)病人在沒有確實轉診制度下，都前往大醫院手術，就算是盲腸或疝氣都習慣往大醫院。
- (C)健保制度太嚴苛，如同被廢除武功。
- (D)病人對小型醫院信心不足(No. 42)。
- (E)醫病關係惡化，患者家屬對醫師持懷疑態度(No. 50)。
- (F)自從勞保時代起，外科手術已不敷成本(No. 74)。
- (G)全麻醫師難找(全麻醫師不願來)(No. 78)。

2. 若只從事外科醫療工作主要困難是：

- (A)病人少，健保給付低，不能維持基本之醫院、診所營運(No. 7)。
- (B)若只從事外科醫療工作，脂肪瘤、肌腱瘤、皮脂腺囊腫等，一肉眼可瞧出的，卻規定要照相、病理切片等，限制相當多、健保給付特少，不敷收入，更不合理的是每天需要花一小時換藥，卻得不到合理的給付，比一個理髮師還不如(No. 8)。
- (C)病人或家屬醫學常識不足，難以溝通，或相當花力氣、費時(No. 25)。
- (D)房屋及人事費過高，醫療法規過嚴，若沒給付便要倒貼(No. 42)。
- (E)醫病關係不良，醫師努力成果患者視為如消費行為般(No. 50)。
- (F)健保制度設計不良，給付偏低，且有保險之名，無保險之實(No. 74)。
- (G)外科醫師太廉價，風險太大，人心太壞，泛政治化，外科醫師不如，板金修車工人(No. 72)。
- (H)偏遠地區麻醉醫師不容易請到，且費用超出，健保給付不多(No. 78)。
- (I) Stress 與 Income 不成比例！時機不良，不如養身自處(No. 79)。
- (J)因醫療法中，外科診所不能從事住院開刀之 Case，將來進入外科領域的人會減少(No. 112)。

3. 其他：

(A)健保制度甚多不合理的規定，使許多正統的外科專科醫師被迫從事於不甚內行的其他科別，可惜！可惜！而純正的專科醫師形同被廢除武功，不能因材施教，可嘆！可嘆！。

(B)不念醫學院也罷！（No. 46）。

(C)外科手術太廉價了，醫師拿手術費的 4 成，若有任何差錯 200 萬元，賠不起，不如修車工人，寧可自廢武功（No. 72）。

(D)只有傻瓜才會再去選外科（No. 96）。

(E)金盆洗手準備改行！（No. 109）。

(F)目前醫學院畢業生一窩蜂往錢多、事少、離家近、輕鬆易學且收入高的科別擠，如：ENT、OPH、家醫科、復健科、小兒科、... 等，但是 10 年後之醫師生態是否將會改變為內、外、麻醉、急診等科形成人才斷層，反倒這些科的醫師將變成熱門科醫師，這是否貴醫學研究所應該去注意研究的一項實際的問題（No. 04）。