

於「醫師天職」的道德想像，在這個說法的背後，隱含了對於醫師懸壺濟世的道德形象，因此，醫師們對於自身的工作與生活有所犧牲，即成為非常自然的要求。另一方面，由於醫師長期以來被視為高收入群體，因此在「要怎麼收穫，便怎麼栽」的假設下，想要維持相對高收入的醫師們，自然也被認為無權對於工作條件有置喙的餘地。

四、而對於醫療院所的管理者，以及主管機關來說，醫師工時的問題，則涉及了「怎麼可能」的技術性問題。一種普遍的說法是，如果不維持目前的工時狀態的話，那麼台灣的醫院和醫療體系將無法維持目前的運作，恐怕許多醫院需要面臨關床、減床的危機，或醫院需要增加許多額外的成本。而衛福部常見的說法則是，台灣沒有這麼多的醫師能夠支撐起目前的醫療服務，這也是衛福部希望能夠逐步分為八年來實施住院醫師納入勞基法的緩衝因素。

五、這些的說法，建立在一個相當主要的假設上頭：即目前的醫療服務量是常態。然而，這個假設事實上並非毫無爭議的。換句話說，現在的醫療服務質量，是「實質」的，或者是目前台灣這種「低單價」的給付制度底下所「創造」出來的？如果更為直接地說，是不是我們目前的健康照護體系的輸送與財務模式出了什麼問題，才需要讓醫師們以如此長的工時，來換取他們的工資？

六、台灣的便利商店數量密集得嚇人，事實上台灣的醫療院所的數量其實超越了這個數字，如果單以人均年門診次數來看，台灣經驗確實傲視全球。便利、快速與自由，成為台灣醫療服務的關鍵詞。表面上看起來讓歐美各國稱羨不已，然而，在這種便捷的就醫模式背後，事實上進行了許多無效、重複、片段與不完整的診療，結果犧牲的是民眾的醫療品質與整體健保的財政。在健保成本控制的總體管控下，醫師不斷地進行著低單價高工時的服務。

(八) 本院許委員淑華，針對長期以來，多數國家只關心成長而不關心分配，看看近月有關台灣經濟能否保一、大陸能否保七的論述俯拾皆是，但有多少人關心所得分配、財富分配？因此我們建議行政院成立專案小組，專司這項財富分配統計的跨部會協調工作，深盼行政院以國家長期經濟發展為念，讓財富分配統計能早日完成。爰此，特向行政院提出質詢。

說明：

一、今年諾貝爾經濟學獎頒給安格斯·迪頓 (ANGUS DEATON)，表彰他對消費、貧窮及社會福利的研究。對於全球貧富差距擴大，許多人仍生活在貧窮環境裡，迪頓甚為關心，他認為經濟學應研究個體的收入與消費，而非只注意總體的平均數。去年底《21 世紀資本論》作者皮凱提 (THOMAS PIKETTY) 來台演講，也談及多數國家已成為財富世襲，有錢人下一代更有錢，財富更趨集中，而窮人則更窮。他認為各國政府若沒有積極作為，我們很可

能回到十九世紀馬克思所處的那種貧富極度不均的年代。

- 二、長期以來，多數國家只關心成長而不關心分配，看看近月有關台灣經濟能否保一、大陸能否保七的論述俯拾皆是，但有多少人關心所得分配、財富分配？事實上，一個所得、財富分配不均的社會是不可能穩定成長的，迪頓與皮凱提兩位經濟學家可謂深具遠見。
- 三、今天多數人、多數經濟學者之所以關心成長而不關心分配，除了主流經濟思維把重點放在成長之外，還有一個重要原因，那就是所得分配、財富分配統計極度貧乏。沒有統計資料，我們便無法了解這個社會貧富不均到什麼地步，久而久之，也就引不起各方的注意了。相反的，有關成長的統計可多了，官方統計每月都會提醒你出口、訂單衰退多少，生產、零售表現如何，每季還會及時公布經濟成長率，這個統計資訊上的不對等，使得政府成天陷入成長的迷思，而無暇關心分配的問題。
- 四、我國目前所擁有的分配面統計極為貧乏，且皆是所得分配統計，尚無財富分配統計。長期以來，不少人把財富分配與所得分配混為一談，事實上，這兩者的內涵相去甚遠。所得分配裡的所得，一般是指家庭一年所賺取的收入，是流量統計，而財富分配裡的財富，則是指家庭所持有的存款、股票、債券、房地產等資產總值，是存量統計。雖然兩者都是錢，但所代表的意義有極大差別。我們目前所擁有的所得分配統計有二，其一是主計總處每年調查一萬六千餘戶樣本家庭所編製的家庭收支調查統計；另一份是財政部公布的綜所稅申報檔，這個稅檔包括五百多萬納稅戶的所得分配情況，兩份資料所提供的資訊，皆有助於我們瞭解當前台灣所得不均的情況。
- 五、遺憾的是，我國雖有所得分配統計，但迄今仍無財富分配統計。更準確的說，我國曾經嘗試調查台灣社會財富分配的情況，行政院主計總處曾於民國 80 年辦過一次家庭財富分配調查（國富調查），於次年對外發布，不過由於這項調查過於敏感，調查難度極高，隨後雖再次續辦，然由於統計問題紛擾，未再發布。換言之，自 80 年的統計發布之後迄今整整二十四年，我國完全沒有財富分配統計，金字塔頂端者擁有多少財富、五等分位財富差距升至多高，無從知曉。
- 六、我們只知道，當民國 80 年五等分位家庭所得差距 4.97 倍、吉尼係數 0.31 時，同年五等分位的家庭財富差距已高達 16.8 倍，財富吉尼係數也高達 0.47，由此看來，我們的財富不均遠大於所得不均。近二十四年我國官方雖未再編製財富分配統計，但國際上的研究機構仍有若干估計，日前瑞士信貸發布《2015 全球財富報告》表示台灣的財富吉尼係數已升至 0.727，這個數字雖低於韓、港，但已遠高於昔日的 0.47。當然瑞士信貸的推估方式與當年主計總處的統計方式全然不同，兩者難以比較，所以我國財富分配的實況如何，依舊霧裡看花，仍待官方運用稅檔、銀行體系的大數據逐年編製。
- 七、據我們所知，主計總處目前正研擬以每年所得分配調查的一萬六千多個樣本戶，去碰財稅資料、金融體系等大數據資料庫，如此即可以取得樣本家庭資產淨額分配的情況，可以比較準確地掌握國內財富分配的實況。依循財稅資料、金融體系等大數據取得樣本資料，既可排除二十年前國富調查的尷尬困境，又可以降低推計誤差，確實是當前最佳的推計方式

。

八、值得注意的是，這項工作目前正由主計總處執行，然而這顯然是一項跨部會的大計畫，既要財政部、交通部首肯提供財稅、耐久財大數據資料庫，也要金管會同意才能取得家庭金融資產負債的資料。僅憑主計總處，恐孤掌難鳴，非僅曠日費時，甚至難以取得資料，屆時這項編製工作又將功虧一簣。

(九) 本院許委員淑華，鑑於台灣已進入高齡化及少子化社會，但相對於先進國家醫師對人民照護比偏高，加上國人又愛上醫院看醫師，根據國衛院研究報告指出，二〇一八年起國內新進醫師來源，將遠遠落後開發國家平均社會需求，相對未來因高齡化醫療需求增多，醫師會更嚴重不足。建請行政院責成所屬，針對台灣醫療做一次系統性思考，提出相關方案來解決問題。爰此，特向行政院提出質詢。

說明：

- 一、台灣已進入高齡化及少子化社會，但相對於先進國家醫師對人民照護比偏高，加上國人又愛上醫院看醫師，根據國衛院研究報告指出，二〇一八年起國內新進醫師來源，將遠遠落後開發國家平均社會需求，相對未來因高齡化醫療需求增多，醫師會更嚴重不足，現在新招醫學生人數不僅未能滿足需求，連剛畢業或資深的醫師都轉到皮膚、醫美等相對輕鬆、收入較高科別，醫生教育除培養出「向錢看」問題外，管理單位未能及早因應未來醫師數不足而未雨綢繆，令人扼腕。
- 二、當台灣新生兒出生率不斷創新低，「政府雖一直鼓勵生小孩，但小孩半夜生病卻找嘸醫生，誰敢生小孩」。日前就傳出有女童到新北市區域醫院急診就診，因無專業兒科醫師診治，差一點因延誤治療而危及生命，根據醫界最近研究調查數據，醫學中心、區域醫院的兒科醫師流失速度最快，全台有超過一半的縣市已經列入兒科急診資源艱困地區，且僅有百分之四十二的區域醫院（兒科訓練醫院），真正由兒科醫師擔任第一線醫師診治兒科，急診兒童就醫安全亮起紅燈，再度凸顯國內醫界醫師不足及嚴重分配不均的老問題。所以當衛福部醫事司表示，長久以來醫院對高危險妊娠、兒童急重症的照護量能比較不足，而沒有納入醫院評鑑，這是明顯瀆職；並稱自今年起，已針對中度級急救責任醫院啟動評鑑強制試辦計畫，明年將全面納入評鑑，可以預知這將又是一個違反市場需求及人性的失敗政策。
- 三、新生嬰兒因少子化減少，十幾年前就出現年輕醫師不願加入婦產科及兒科，外科則因為工作辛苦，年輕醫師投入者少；至於內科及急診科新進醫師不足，最近五、六年才比較明顯。醫界早已預見這些問題並大聲疾呼，健保署卻仍拿著健保經費窮當藉口，不斷刪減醫療