

調 查 意 見

壹、案由：據審計部函報 105 年度中央政府總決算審核報告，衛生福利部為充實五大科醫師人力，雖已推動各項相關措施，惟其領證人數比率偏低、平均執業年齡又偏高、且培育公費醫師制度亦緩不濟急，導致國內專科醫師人力分布嚴重失衡，認有深入調查之必要案。

貳、調查意見：

一、衛福部為充實五大科醫師人力，戮力推動各項相關措施，國內專科醫師人力分布失衡問題，已趨和緩，惟獨內科之缺額遞補過慢，嚴重影響整體醫療照護品質，亟待正視解決相關困境。

(一)由於近年來醫療人員常面臨醫療糾紛訴訟及鉅額賠償金，各專科別之人力發展情形亦隨之改變，工作環境較艱辛的專科醫師，如內科、外科、婦產科、兒科、急診醫學科等科別(簡稱五大科，或媒體概稱為「五大皆空」¹)，發生工作負荷過重、人力不足等情形，其主要原因分析如下：

1、醫護人員逐漸重視生活品質、醫療糾紛之風險日高、給付制度與經濟誘因不利發展及少子化等因素，影響醫學生投入五大科別意願。

(1)內、外、婦、兒科專科醫師訓練時間長。

(2)照顧住院病患多。

(3)醫療糾紛相對較多。

(4)值班(on duty)時間久。

(5)經常超時工作，且未獲合理報酬，下班後尚須應付突發緊急醫療狀況。

¹ 五大皆空是一個描述臺灣醫療情形的詞語，是指內科、外科、婦產科、小兒科、急診科醫師缺乏，醫學系畢業學生不願意擔任這些科別醫師的情形。

2、專科醫師容額高於每年申請人數，造成專科間失衡，城鄉人力差距，偏遠地區人力網羅不易。

3、急診壅塞及暴力事件頻傳。

(二)查財團法人國家衛生研究院(下稱國衛院)依近幾年醫師供給與需求趨勢，推估未來人力，於 103 年 12 月 19 日發表「醫事人力發展評估-著重內、外、婦、兒、急診五大科」研究結果指出，我國在 111 年時，五大科皆將有醫師人力不足之情形。衛福部為充實五大科醫師人力，爰戮力推動下列各項相關措施：

1、調整住院醫師訓練名額總數。

2、辦理重點科別住院醫師津貼補助計畫。

3、強化畢業後全科及五大科訓練。

4、辦理重點科別培育公費醫師制度計畫。

5、推廣專責一般醫療主治醫師照護制度。

6、充實五大科醫療輔助人力。

(三)次據衛福部查復本院指出，自 102~106 年以來，五大科專科醫師執業人數，內科由 8,975 人增至 9,586 人(成長率 6.8%)，外科由 5,744 人增至 6,161 人(成長率 7.3%)，小兒科由 3,790 人增至 4,215 人(成長率 11.2%)，婦產科由 2,378 人增至 2,512 人(成長率 5.6%)，急診醫學科由 1,462 人增至 1,695 人(成長率 15.9%)。而上開期間五大科住院醫師招收率，內科由 62%提升至 79.5%、外科由 76%提升至 100%、小兒科由 89%提升至 96%、婦產科由 76%提升至 100%、急診醫學科由 87%提升至 100%，顯見年輕醫師已逐漸回流重點科別服務。再者，由衛福部提供之五大科專科醫師占總專科人數比率之國際比較資料(如附表 1)顯示，我國 105 年五大科專科醫師執業比率，內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科比率為：21.29%、13.68%、5.63%、8.98%、3.68%，與先

進國家相較，並無明顯失衡之情形。足見國內專科醫師人力分布失衡問題，已趨和緩。

(四)又查衛福部提供之 94 年至 106 年五大科門診就醫件數統計(如附表 2)顯示，單就我國 106 年五大科專科醫師門診服務量而言，內科系(含 12 個或 12 個以上不同之次專科)、外科系(含 10 個或 10 個以上不同之次專科)、婦產科、小兒科系(含 3 個或 3 個以上不同之次專科)及急診醫學科門診就醫件數為：7,144 萬件、3,363 萬件、1,132 萬件、2,771 萬件、565 萬件；可見內科系醫師門診工作負荷量，比其他外科系、婦產科、小兒科系及急診醫學科醫師為高，從而凸顯出內科系醫師之工作負擔較為沉重。

(五)末查有關住院醫師之工作負荷量，我國 106 年內科住院醫師招收率雖由 62%提升至 79.5%，惟據高雄市醫師公會所提之「正視內科的危機」建言²指出：由於醫療風險高，健保收入低，前途不佳，難怪內科招不到住院醫師。惟有大幅度增加健保內科診察費，與外科、婦產科甚至向小兒科看齊或超越，才能解決內科現今與未來的困境。

- 1、通常照顧內科病患，耗用時間長，醫療風險高，值班多，所以醫學系畢業生不願意選擇內科。
- 2、內科住院醫師不僅養成時間長，而且日後欲升遷為主治醫師不易。
- 3、全民健保給付制度與經濟誘因不利發展：
 - (1)內科經過 4 年一般專科訓練，2 年次專科訓練後，有幸繼續在醫院服務者，其收入比不上其他科。
 - (2)住院醫師離開醫院自行開業者，由於基層內科

² 高雄市醫師公會王欽程理事長「正視內科的危機」建言。

診所之醫療環境不佳，不僅收入低，而且不易存活。

4、老年病人每年就醫 37.93 次，為青壯年病人每年就醫 7.76 次之 4.9 倍；隨著高齡化社會的來臨，內科醫師未來需求量也逐年增加。

(六)綜上，衛福部為充實五大科醫師人力，業已戮力推動上述各項相關措施，自 102~106 年以來，五大科專科醫師執業人數成長比率明顯增加，而且五大科住院醫師招收率亦大幅提升，足見國內專科醫師人力分布失衡問題，已趨和緩；惟獨內科專科醫師之缺額遞補過慢，即便內科住院醫師離開醫院自行開業者，亦難以為繼、不易存活，嚴重影響整體醫療照護品質；亟待該部正視解決上述主觀及客觀之困境，方可挹注足夠內科醫師人力，避免發生「醫療崩壞」而損害國民就醫權益之情事。

二、衛福部允宜記取既往教訓，未雨綢繆妥謀無縫銜接配套因應對策，尤應審慎核定 108 年住院醫師訓練容額及明文規定資淺醫師之職責權限，俾免重蹈住院醫師人力遞補不足、損及醫療照護品質之覆轍。

(一)依據本院前監察委員黃煌雄、沈美真、劉興善等人於 100 年所提出「全民健保總體檢」調查報告指出，近年來在現行健保支付制度之下，使得醫學生逐漸不再青睞四大科，轉而投身五官科，造成此種現象之原因在於：四大科訓練時間長、照顧住院病患多、醫療糾紛多、值班時間久、超時工作，且未獲合理報酬，下班後尚須應付突發緊急醫療狀況，致造成內、外、婦、兒科「四大皆空」的醫療窘境，又急診壅塞及暴力事件頻傳等因素影響急診醫學科專科醫師投入，致內、外、婦、兒及急診醫學科等基礎醫療照護科別人力成長趨緩。另本院於 106 年 2 月

間調查衛福部辦理我國各類醫事人員之培訓，究有無完整訓練，以確保醫療服務品質與病人安全等情案，亦發現 100 年及 101 年配合 100 年實施 1 年期畢業後一般醫學訓練(Post-Graduate Year，簡稱：PGY)，因為 PGY 計畫推動時程由原本 6 個月延長為 1 年之演變歷程(如附圖 1)，使得當年住院醫師容額減少 4-5 成(如附圖 2、附圖 3)，致後續取得專科證書時間產生遞延效果；亦即該部明知當年之住院醫師人數必然供不應求，卻未有配套因應措施，反倒深受醫療機構、醫師公會、專科醫學會「短期缺住院醫師」之抱怨聲浪所掩蓋，更坐實了醫界高喊「五大皆空」之現象。

- (二)查衛福部為配合醫學系學制自 102 學年起入學者，修業年限自 7 年制改為 6 年制，業已規劃因應我國未來社會需求、奠定日後獨立執業所需之一般醫學、全人醫療基礎之 2 年期 PGY 訓練。規劃方向係以因應臺灣未來的社會需求及老年化趨勢，強化畢業後全人醫療、五大科照護、老年醫學、安寧照護及基層醫療等訓練，接軌畢業前醫學教育、延續並強化受訓醫師應具備之知識、技能及態度，並學習跨領域團隊合作照護，奠定日後畢業後教育訓練的一般醫學基礎，以銜接專科住院醫師訓練。
- (三)又查衛福部為避免 108 年 7 月後，101 學年度入學之 7 年制及 102 學年度入學之 6 年制，2 種不同學制畢業生皆進入同樣之「不分組 PGY 課程」，訓練醫院面臨同 1 年度湧入 2 倍之 PGY 學員，故切分程度設計不同課程，讓 6 年制畢業生進入第 1 年「不分組 PGY 課程」(第 1 年係以各科輪訓架構執行，第 2 年則採內、外、兒及婦產科 4 分組及不分組訓練)，而 7 年制畢業生進入第 2 年「分組 PGY 課程」，

始得接續專科訓練；至於其訓練容額部分則將由該部分別核定。基上，因應 108 年度改制為 2 年期 PGY 訓練，衛福部允應記取上述實施 PGY1 時期，住院醫師容額驟然減少 4-5 成，肇致「五大皆空」之慘痛經驗，理應審慎核定上述 2 種不同學制畢業生進入 108 年住院醫師之訓練容額。

(四)再者，目前各教學醫院住院診療業務之夜間值班人力諸多仰賴第一年住院醫師來分擔，而前開 2 年期 PGY 訓練期程，勢必嚴重影響第一年住院醫師之供應數量，從而院內其他相對資深住院醫師(甚或主治醫師)必須接手此項「短期缺住院醫師」值班之空窗期，此乃醫院住院診療業務之醫師照護人力調度方面，所面臨的嚴肅課題，核其攸關病人診療安全之確保，不容小覷。又自 108 年 7 月以後，6 年制醫學系畢業生，於考取醫師證照後，將提前 1 年成為資淺之住院醫師，為了順利分擔醫院原本住院診療業務值班人力負荷，自當明確區分 PGY 第一年與第二年之工作責任，尤其 PGY1 醫師需有資深醫師從旁監督與指導，才不至於造成醫療照護品質堪憂。

(五)綜上，衛福部先前因配合 100 年實施 1 年期畢業後一般醫學訓練，新舊課程制度雙軌進行，使得當年度住院醫師人數大幅下降，以致後續取得專科證書時間產生遞延效果，造成時謂五大皆空之亂象，至屬欠當。故衛福部允應記取前車之鑑，妥為規劃因應 108 年度改制為 2 年期 PGY 訓練之無縫銜接措施，尤應審慎核定其住院醫師訓練容額及明文規定資淺醫師之職責權限，並配置足額資深醫師從旁監督與指導 PGY1 醫師，俾免重蹈住院醫師人力遞補不足、損及醫療照護品質之覆轍。

三、衛福部允應針對婦產科、外科醫師人力之平均執業年齡偏高、專科醫師人力城鄉分布嚴重失衡、急重症醫療醫師短缺所衍生之相關問題，妥謀因應方案，以防範病患就醫卻乏人醫治之窘境。

(一)按衛福部統計，全國 106 年底執業醫師總數為 46,356 人，其平均年齡為 46.73 歲，而五大科醫師執業年齡(如附圖 4)，其中婦產科醫師平均年齡為 52.96 歲，高於內科的 48.52 歲、外科的 48.27 歲、小兒科的 48.39 歲、急診醫學科的 42.20 歲。亦即除了急診醫學科醫師較為年輕外，另四大科醫師執業年齡均高於全國平均數；尤其婦產科與外科更呈現醫師執業年齡偏大之隱憂，恐易造成下列現象：

- 1、由於國人少子化之趨勢愈來愈明顯，產科醫師之接生業務日漸萎縮，首當其衝。
- 2、產科醫師太累，乏人問津(產婦待產期程過長，嬰兒出生時間又不固定，輒有半夜才接生案例)，婦產科診所不願意執行接生業務。
- 3、婦產科與外科醫師之健保醫療給付偏低，然而引發醫療糾紛之風險卻相對較高，無謂之麻煩與困擾問題接二連三，錯綜複雜。
- 4、外科醫師紛紛轉行執行醫學美容業，導致「救醜比救命重要」之怪象。
- 5、醫術傳承斷層，後繼無人；未來找不到年輕產科醫師為產婦接生、沒有年輕外科醫師替病患開刀。
- 6、囿於欠缺外科醫師，遇有須要緊急動手術之病患卻只能枯等，甚或耗時轉診其他醫院開刀。

(二)衛福部於查復本院分析指出：專科醫師人力非絕對數的不足，問題在於專科間地理分布不均，城鄉人力差距，造成惡性循環。又媒體報導醫師人力之城

鄉分布嚴重失衡情形屢見不鮮，諸如：

- 1、未滿月的新生兒死亡率，臺東縣、屏東縣、花蓮縣分居全臺前 3 名；未滿 1 歲的嬰兒死亡率排名亦然；1~2 歲孩子死亡率臺東縣、花蓮縣還是前 2 名。以兒科資源來說，這三區幾乎全縣都是偏鄉，不僅是搶救兒童高死亡率的紅線區，孩子幾乎在媽媽肚子裡，就開始和健康及生存奮戰³。
 - 2、政府鼓勵生育，恐怕得先解決婦產科的醫師荒！根據統計，臺東縣的出生人數，106 年首度跌破 1,500 人，其中一個原因是，臺東縣竟然只剩下 4 位婦產科醫師可以接生，讓許多產婦不敢生。近 5 年婦產科醫師的平均年齡一直是五大科「最高齡」，未來部分地區恐無醫師接生⁴。
 - 3、婦產科醫師存在城鄉差距，因一家診所每月至少要接生 20 名新生兒才能維持產房運作，偏鄉地區新生兒不多，導致接生醫師數量減少⁵。
 - 4、根據中華民國醫師公會全國聯合會 106 年全國醫師執業分布統計，全臺有 4 個無醫鄉，分別是苗栗縣獅潭鄉、嘉義市大埔鄉、澎湖縣七美鄉、金門縣烏坵鄉等，部分偏遠鄉鎮雖有醫師，但「管區」遼闊，平均 1 位醫師照顧上萬人。而新竹縣北埔鄉、峨眉鄉，苗栗縣西湖鄉，高雄市田寮、內門、茂林、桃源等區，都只有 1 位醫師⁶。
- (三)內科、小兒科急重症醫師囿於「錢少、工作勞累、醫療糾紛多」而轉到其他次專科，故其留任問題遠大於當初培育人數問題。
- 1、胸腔內科之重症醫療乏人問津：臺灣胸腔科醫師

³ 107 年 6 月 26 日【報導者專題】健康不平等—臺灣三大兒童高死亡區。

⁴ <https://news.cts.com.tw/cts/life/201803/201803111916677.html>

⁵ <http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/1182819>

⁶ <https://udn.com/news/story/7266/3383763>

恐怕面臨斷層！以往每年報考人數曾高達近百人，而106年報考人數創新低只有19人。隨著高齡化，讓肺部老化疾病影響趨於明顯，像是慢性阻塞性肺病，國人第7大死因主要就是因為它，未來可能面臨需求大增卻無醫師的窘境⁷。

2、兒童醫院欠缺小兒科急重症醫師：

(1)由於國人少子化之趨勢愈來愈明顯，小兒科醫師之供給人數，相對愈來愈少。

(2)小兒科醫師服務於基層診所者約占七成(各診所於深夜或清晨時段及例假日均休診)，服務於醫院者約占三成，根本不足以因應全天候小兒科急重症病患之醫療需求。

(3)依據國衛院之推估，111年國內之兒童醫院小兒科急重症醫師缺額約290人⁸。

(四)再者，揆諸國內婦產科醫師存在城鄉差距及部分偏遠地區恐無產科醫師接生問題，尚非欠缺現成之因應方案；衛福部倘能調整健保接生費用給付制度，善用業已領有「助產師」證照之專業醫事人員來偏鄉開業接生，以填補上述人力缺口，應可開創多贏之局面。

(五)綜上，衛福部允應針對婦產科、外科醫師人力之平均執業年齡偏高、專科醫師人力城鄉分布嚴重失衡、內科、小兒科急重症醫療醫師短缺所衍生之相關問題嚴肅看待，並妥謀因應方案，以防範病患就醫卻乏人醫治之窘境。

四、衛福部辦理「延攬旅外專科醫師返鄉服務計畫」，對於改善偏遠地區醫療服務之成效不彰，宜請早日研議

⁷ <https://news.tvbs.com.tw/life/876314>

⁸ 國衛院於103年12月19日發表「醫事人力發展評估-著重內、外、婦、兒、急診五大科」研究結果。

放寬外國醫師至偏鄉執業之規定與否；而培育五大科醫師人力之公費醫師進度亦略為落後，洵待檢討。

(一)衛福部為鼓勵美國、加拿大、日本、澳洲、紐西蘭、英國、法國或德國，具有我國醫師證書之旅外專科醫師回鄉服務，於 101 年 10 月 30 日公告「延攬旅外專科醫師返鄉服務試辦計畫」(俗稱鮭魚返鄉計畫)，鼓勵渠等醫師回國於澎湖縣、金門縣、連江縣、宜蘭縣、花蓮縣、臺東縣、新竹縣、苗栗縣、南投縣、雲林縣、屏東縣等地區之醫院服務，以挹注五大科醫師人力。103 年為進一步充實各科醫師人力資源，改善偏遠地區醫療服務，爰擴大辦理「延攬旅外專科醫師返鄉服務計畫」，鼓勵各專科領域之旅外醫師返鄉服務，107 年為維持偏遠地區醫師人力穩定，均衡人力分布，遂於 106 年 11 月 7 日公告延長實施期間至 116 年 12 月 31 日。又為確保返鄉服務之旅外專科醫師之醫療服務品質，本計畫即規範渠等醫師須領有我國醫師證書，並具備前揭國家之醫師資格及專科醫師資格，且配合本計畫，對於經衛福部核發許可函之旅外專科醫師，在許可執業期間申報健保醫療費用，可依國內專科醫師予以給付。然依中華民國僑務委員會提供僑界醫師意見：反映主要本計畫困難為醫師法要求需領有我國醫師證書始能執業之規定，影響該等回國意願，爰希開放發給臨時行醫證予國外專科醫師，惟按我國現行醫師法第 1 條規定，經醫師考試及格並依本法領有醫師證書者，得充醫師。爰如擬放寬外國醫師至偏鄉執業之規定，尚須凝聚社會共識，並進行修法程序，衛福部將進行研議。

(二)查前行政院衛生署(102 年 7 月 23 日改制為衛福部，以下統稱衛福部)於 101 年間曾針對 10 縣市 33

家醫院進行調查⁹，偏遠地區醫療服務之醫師缺額需求情形為內科 44 名、外科 34 名、小兒科 30 名、婦產科 25 名、急診科 39 名、家醫科 21 名、其他科 45 名，總計約 230 名。惟據衛福部統計，截至 106 年 10 月底旅外醫師返國服務僅有 12 人(占前述需求醫師總數之 5.22%)，其科別如下，足見成效不彰：

- 1、家庭醫學科 5 人。
- 2、內科 3 人。
- 3、婦產科 3 人。
- 4、放射診斷科 1 人。

(三)又查衛福部為強化重點科別醫師培育，開辦重點科別培育公費醫師制度，以挹注偏遠地區人力需求；自 105 學年度起每年增加 100 名公費醫學生，預計 105~109 年培育重點科別公費醫師 500 名。而 106 學年度預計培育 100 名公費醫學生，擇定國立臺灣大學、國立陽明大學、國防醫學院、長庚大學、國立成功大學、高雄醫學大學及慈濟大學等 7 所校院進行培育並辦理招生，然而實際入學人數為 97 名，顯見培育公費醫學生之數量並未達到預期目標，亦即進度已稍微落後，亟待後續年度急起直追，以補足差額。

(四)綜上，衛福部辦理「延攬旅外專科醫師返鄉服務計畫」，對於改善偏遠地區醫療服務之成效不彰，宜請早日研議放寬外國醫師至偏鄉執業之規定與否。另有關培育五大科醫師人力之公費醫師進度亦略為落後，故該部允應深切檢討改善，庶可順利達成原先設定之目標。

⁹ 衛福部於 101 年 10 月 3 日在立法院專案報告「醫事機構五大皆空（兒、內、外、婦、急診科）暨護理人力之改善辦理狀況」。

五、衛福部規劃將自 108 年 9 月起，將醫師納入勞動基準法之適用對象，宜請妥慎研酌相關配套措施，並落實遵行工時指引之後續查核作業；亦應研修「約聘」身分之除外規定，俾讓所有受僱醫師均能一體適用，以確保其工作權益。

(一)依據國衛院之調查統計資料¹⁰，五大科住院醫師每週平均工時如下，可見目前大多數醫院五大科的住院醫師均人力不足，因而有些住院醫師不得不承擔更多的值班(on duty)，一個月工時輒有超過 300 多小時；有些完全缺乏住院醫師的醫院，主治醫師更要代替值班，加上待命(on call)，1 個月工時甚且有多達 400 小時之嚴重非人道超時工作情形。

1、外科 74.61 小時。

2、內科 64.85 小時。

3、婦產科 63.55 小時。

4、小兒科 58.38 小時。

5、急診醫學科 54.02 小時。

(二)查衛福部為逐步調降住院醫師工時，於 106 年 3 月 7 日公告「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」，並於 106 年 8 月 1 日起正式實施。該工時指引規定，住院醫師輪班制者每班不超過 13 小時，非輪班制以每日正常工作時間不超過 10 小時為原則，每次勤務連同值班（延長工時）不得超過 28 小時，但期間應有短暫休息，至於總工時以每 4 週 320 小時（平均每週 80 小時）為上限。嗣經該部於 107 年 6 月進行 20 家收訓住院醫師之教學醫院實地訪查作業，其中五大科符合情形如附表 3。

(三)次查衛福部規劃將自 108 年 9 月起，將醫師納入勞

¹⁰ 衛福部 102 年度科技研究計畫「內、外、婦、兒及急診專科醫師人力評估及醫學生選科偏好評估計畫」期末報告第 150 頁。

動基準法(下稱勞基法)之適用對象，惟公立醫院依聘用人員進用之法律規定聘用之住院醫師，銓敘部建議該身分醫師不納入勞基法適用對象。而公立醫院住院醫師(約占三分之一)屬「約聘」身分，渠等在未修改公立醫院住院醫師聘用規定之前，恐因其具備準公務員身分而被排除適用勞基法，則難以獲得該法之基本工作時間保障；況且受僱醫師納入勞基法為保障醫師工作人權之必要作為，時程上亦不能有所延宕，需要及時完善相關準備工作及配套措施。

- (四)質言之，在各醫療院所受僱醫師正式納入勞基法之前，衛福部允應參照公告「住院醫師勞動權益保障及工作指引」之模式，以行政指導通告各公私立醫院逐步導入符合勞基法規定之措施，並落實遵行工時指引之後續查核作業。此外，該部亦應促請各公立醫院主管機關適時研修「約聘」身分相關窒礙難行法令規定，俾有助於未來政策之落實，以免屆時一步到位有所困難，方可確保其應有之工作權益。

六、衛福部於 101 年雖已擬具「醫療事故預防及爭議處理法」草案，然該草案迄今仍未通過，亟待加強與立法部門之溝通，俾通盤解決醫事爭議處理之困境，並創造五大科別之友善職場環境。

- (一)按本院先前曾針對醫療糾紛已成為國內大多數醫師最大夢魘，導致新進醫師對易生醫療糾紛之「五大科」(內、外、婦、兒、急診醫學)望而卻步，並產生「五大皆空」之危機等情案進行調查，而於 101 年 7 月提出調查報告即明確指出：面對醫療「五大皆空」的狀況，衛福部決定高風險之醫療科別先行規劃補償機制，……，爰行政院宜積極協調法務部與衛福部凝聚共識，解決爭議問題，俾儘速完成法

制化作業。況且醫療糾紛之風險日高為造成專科醫師人力失衡問題主因之一，已如前述；足見早日完成醫療事故預防及爭議處理法制化作業，刻不容緩。

- (二)次查衛福部為保障婦女生產風險及促進醫病和諧關係，自 101 年即推動具補償制度試辦性之前導型計畫「生育事故救濟試辦計畫」。於試辦期間，產科相關醫療糾紛司法訴訟鑑定案件減少 7 成，醫病關係獲得改善，由於該試辦計畫辦理成效卓著，進而促成「生產事故救濟條例」之立法，該條例於 104 年 12 月 30 日經總統公布，並於 105 年 6 月 30 日正式實施，此乃立法紓解產婦及家屬、醫事人員雙方面對醫事爭議處理困境之成功案例。
- (三)又查衛福部於 101 年曾擬具醫療糾紛處理法草案，以改善醫療執業環境，並於 103 年 5 月 8 日獲立法院社會福利及衛生環境委員會一讀審查通過，惟因立法院屆期不續審，故未完成立法。目前除「生產事故救濟條例」外，為解決其他科別醫病雙方面對醫療爭議處理之困境，該部刻正以「保障病人權益、促進醫病和諧與提升醫療品質」為目標，並參考相關推動計畫之成果與經驗，擬具「醫療事故預防及爭議處理法」草案，業已於 107 年 4 月 12 日經行政院審查通過，於 107 年 4 月 13 日函請立法院審議，並列為優先法案。
- (四)綜上，鑒於醫療糾紛係影響醫師選擇五大科意願之主因，而本院前已針對此議題提出調查意見，促請及早完成醫療事故預防及爭議處理法制化作業；而衛福部於 101 年雖已擬具「醫療事故預防及爭議處理法」草案，然該草案研提迄今已 6 年，仍未獲通過，亟待該部加強與立法部門之溝通，以通盤解決

病人及家屬、醫事人員雙方面對醫事爭議處理之困境，並創造五大科別之友善職場環境。

參、處理辦法：

一、抄調查意見一至六，函請衛生福利部確實檢討改進見復。

二、抄調查意見一至六，函復審計部。

調查委員：尹祚芊、蔡培村

附表 1

五大科專科醫師占總專科人數比率之國際比較

單位：百分比(%)

國家(年) 科別	我 國(105)	美 國(104)	日 本(103)	加拿大(105)	新加坡(104)
內科	21.29	27.02	35.89	11.69	23.68
外科	13.68	6.79	9.19	3.13	8.75
婦產科	5.63	4.82	4.34	2.49	6.60
兒科	8.98	6.68	5.65	3.11	7.44
急診醫學科	3.68	4.60	1.01	1.10	2.97

資料來源：衛福部

附表 2、94 年至 106 年五大科門診就醫件數統計—分特約類別

單位：百萬件

科別/ 特約類別	年度												
	94 年	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	101 年	102 年	103 年	104 年	105 年	106 年
01 內科	48.11	46.52	60.27	60.33	61.70	62.46	64.75	65.73	66.77	68.18	68.63	70.32	71.44
醫學中心	9.17	9.41	10.23	10.47	10.86	11.30	11.65	12.43	12.82	13.18	13.63	13.86	14.38
區域醫院	10.95	10.47	10.85	11.76	12.49	13.01	14.02	14.87	15.54	16.04	16.54	17.44	18.36
地區醫院	12.24	11.26	10.78	9.96	9.86	9.56	9.15	9.25	9.38	9.59	9.74	9.87	10.22
基層醫療院所	15.74	15.38	28.42	28.14	28.48	28.60	29.93	29.18	29.03	29.37	28.73	29.16	28.48
02 外科	23.36	22.54	24.34	25.11	26.11	26.93	27.97	29.37	30.75	31.56	32.22	32.69	33.63
醫學中心	3.96	3.91	4.17	4.26	4.44	4.62	4.81	5.12	5.28	5.51	5.70	5.81	6.00
區域醫院	5.69	5.34	5.43	5.92	6.31	6.70	7.08	7.29	7.56	7.89	8.08	8.29	8.63
地區醫院	7.35	6.85	6.89	6.57	6.57	6.38	6.23	6.50	6.65	6.60	6.70	6.59	6.75
基層醫療院所	6.37	6.44	7.87	8.37	8.79	9.23	9.85	10.46	11.26	11.57	11.75	12.01	12.24
03 婦產科	13.12	12.07	12.15	12.04	12.03	11.84	12.01	12.12	11.79	11.80	11.81	11.52	11.32
醫學中心	0.98	0.86	0.90	0.88	0.88	0.91	0.92	0.99	0.99	1.00	1.05	1.06	1.05
區域醫院	1.45	1.19	1.20	1.25	1.27	1.27	1.35	1.37	1.30	1.31	1.32	1.29	1.32
地區醫院	2.12	1.91	1.90	1.82	1.76	1.68	1.65	1.68	1.68	1.72	1.73	1.73	1.74
基層醫療院所	8.57	8.11	8.16	8.08	8.11	7.98	8.08	8.08	7.81	7.77	7.72	7.45	7.20
04 兒科	25.38	23.33	26.40	26.22	27.07	28.05	30.09	29.05	28.40	28.90	27.73	29.11	27.71
醫學中心	1.55	1.42	1.50	1.50	1.51	1.52	1.57	1.59	1.59	1.63	1.64	1.71	1.68
區域醫院	1.93	1.55	1.58	1.72	1.78	1.79	1.95	1.85	1.71	1.70	1.61	1.70	1.59
地區醫院	1.66	1.48	1.43	1.34	1.32	1.29	1.26	1.23	1.22	1.20	1.16	1.22	1.16
基層醫療院所	20.25	18.88	21.88	21.66	22.47	23.45	25.32	24.37	23.87	24.36	23.31	24.49	23.28
05 急診	3.22	3.27	3.90	3.97	4.76	4.98	5.26	5.50	5.28	5.50	5.74	5.96	5.65
醫學中心	1.05	1.06	1.38	1.35	1.58	1.61	1.68	1.72	1.61	1.65	1.71	1.77	1.68

區域醫院	1.64	1.62	1.86	1.95	2.37	2.55	2.84	2.97	2.87	3.00	3.11	3.25	3.05
地區醫院	0.53	0.59	0.63	0.64	0.79	0.81	0.74	0.80	0.79	0.84	0.92	0.93	0.93
基層醫療院所	0.00	0.00	0.02	0.02	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01	0.00

資料來源：健保署三代倉儲門診清單明細檔(擷取日期：107年8月10日)

資料範圍：94年至106年特約醫事服務機構向本署申報之五大科醫事服務門診案件數，不含代辦及特約交付機構申報之案件數。

備註：

1. 五大科：以健保「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式」(即申報資料)中「就醫科別」進行統計，並參考「全民健康保險統計」年報之就醫科別優先認列兒科、婦產科及急診，其餘內、外科則參考「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第一章第一節門診診察費通則，醫院門診診察費加成科別進行認定。

內科：就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科、潛醫科、胸腔暨重症加護。

外科：就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心臟血管外科、胸腔外科、消化外科、脊椎骨科。

兒科：就醫科別為兒科、新生兒科、小兒外科。

婦產科：就醫科別為婦產科。

急診：就醫科別為急診醫學科

2. 基層醫療院所包含：中西牙醫診所、居家照護機構、社區精神復健、助產所、呼吸照護所。

資料來源：衛福部

附表 3、五大科住院醫師每週平均工時調查表

1、4 週工時 320 小時上限符合比率：

專科別	訪談人數	4 週工時 320 小時上限 符合比率
內科	108	94.4%
外科	83	92.8%
兒科	59	93.2%
婦產科	36	100%

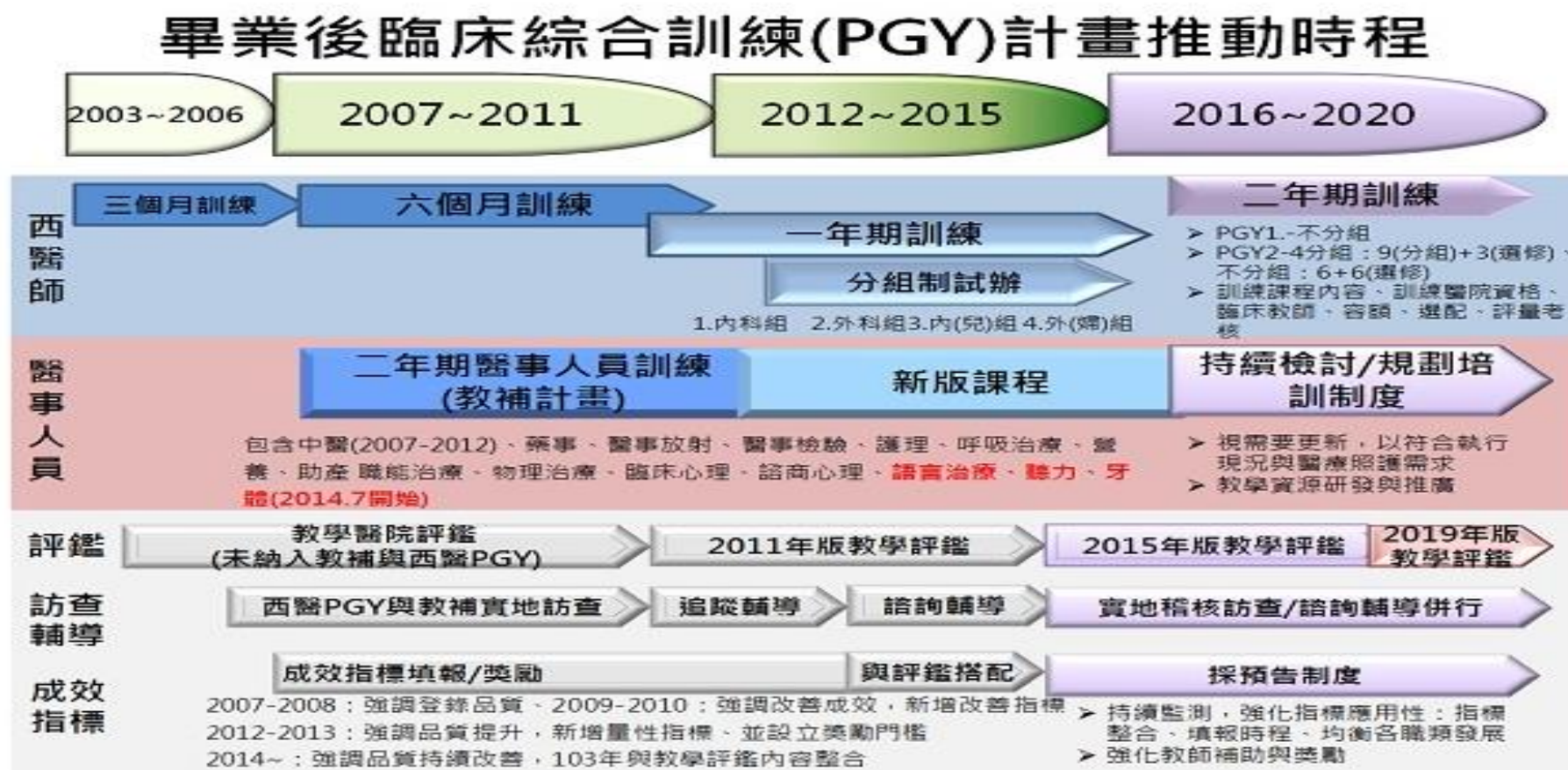
2、每次值勤連續工時 28 小時上限符合比率：

專科別	訪談人數	連續工時 28 小時上限 符合比率
內科	101	76.2%
外科	77	84.4%
兒科	59	94.9%
婦產科	37	78.4%

3、急診輪班制，訪談人數 44 人，每次值勤 13 小時
上限符合比率為 95.5%。

資料來源：衛福部

附圖 1

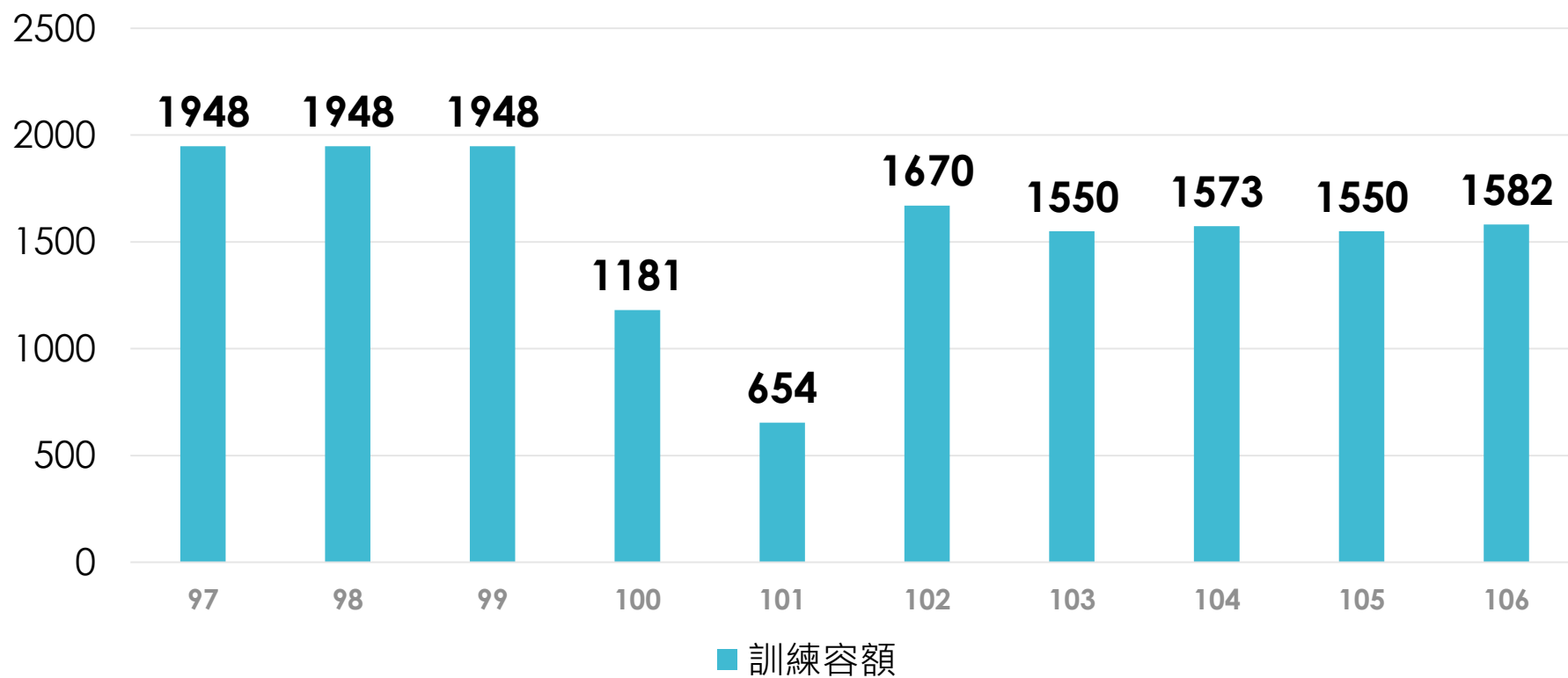


資料來源：醫策會網站之醫學教育>臨床醫事人員培訓計畫>訓練計畫說明。

(其中西醫師二年期訓練係自 2016~2018 年配合規劃分組試辦階段，2019 年起正式實施)

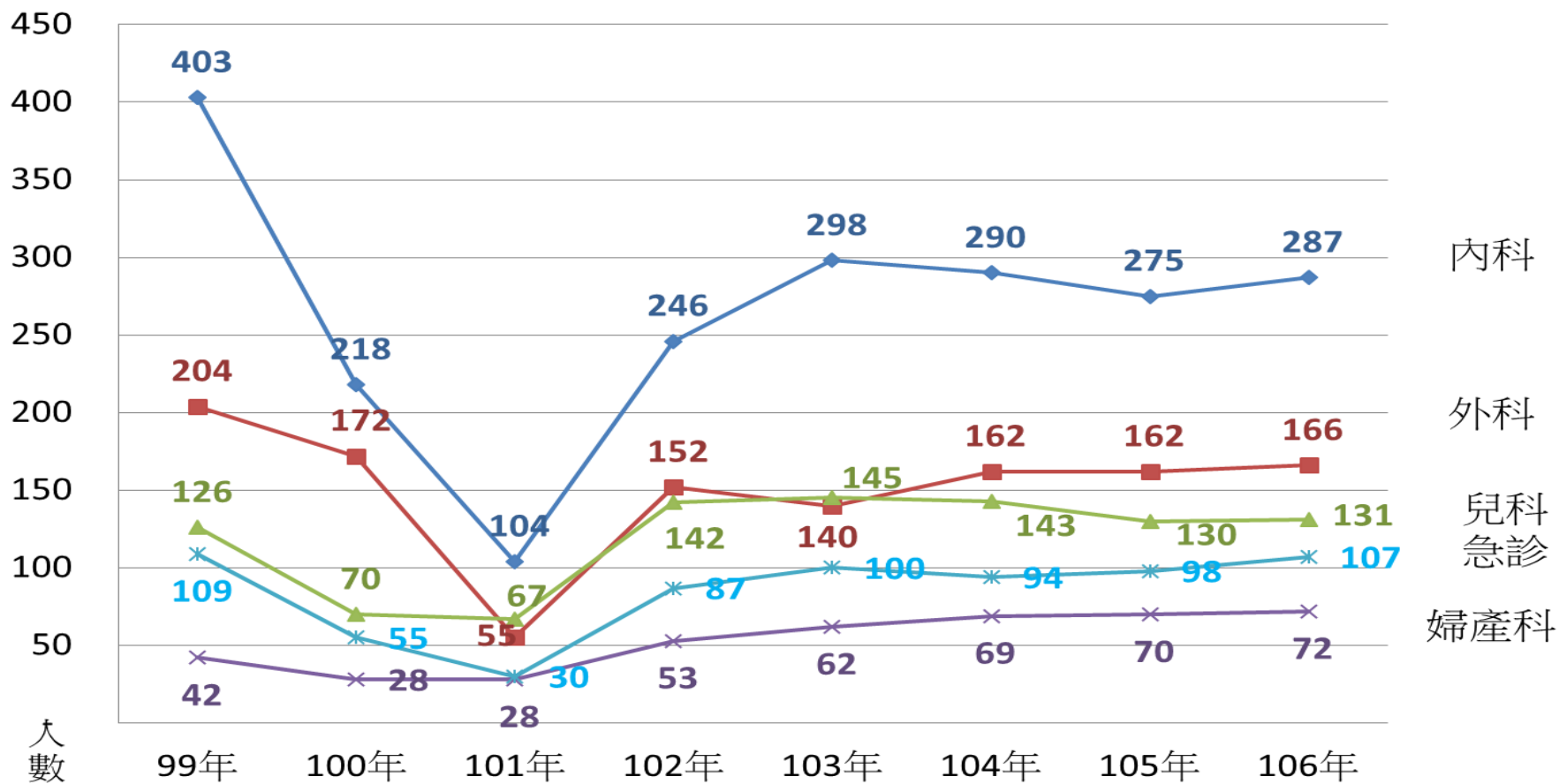
附圖 2

97至106年度23個專科專科醫師訓練容額統計



資料來源：衛福部

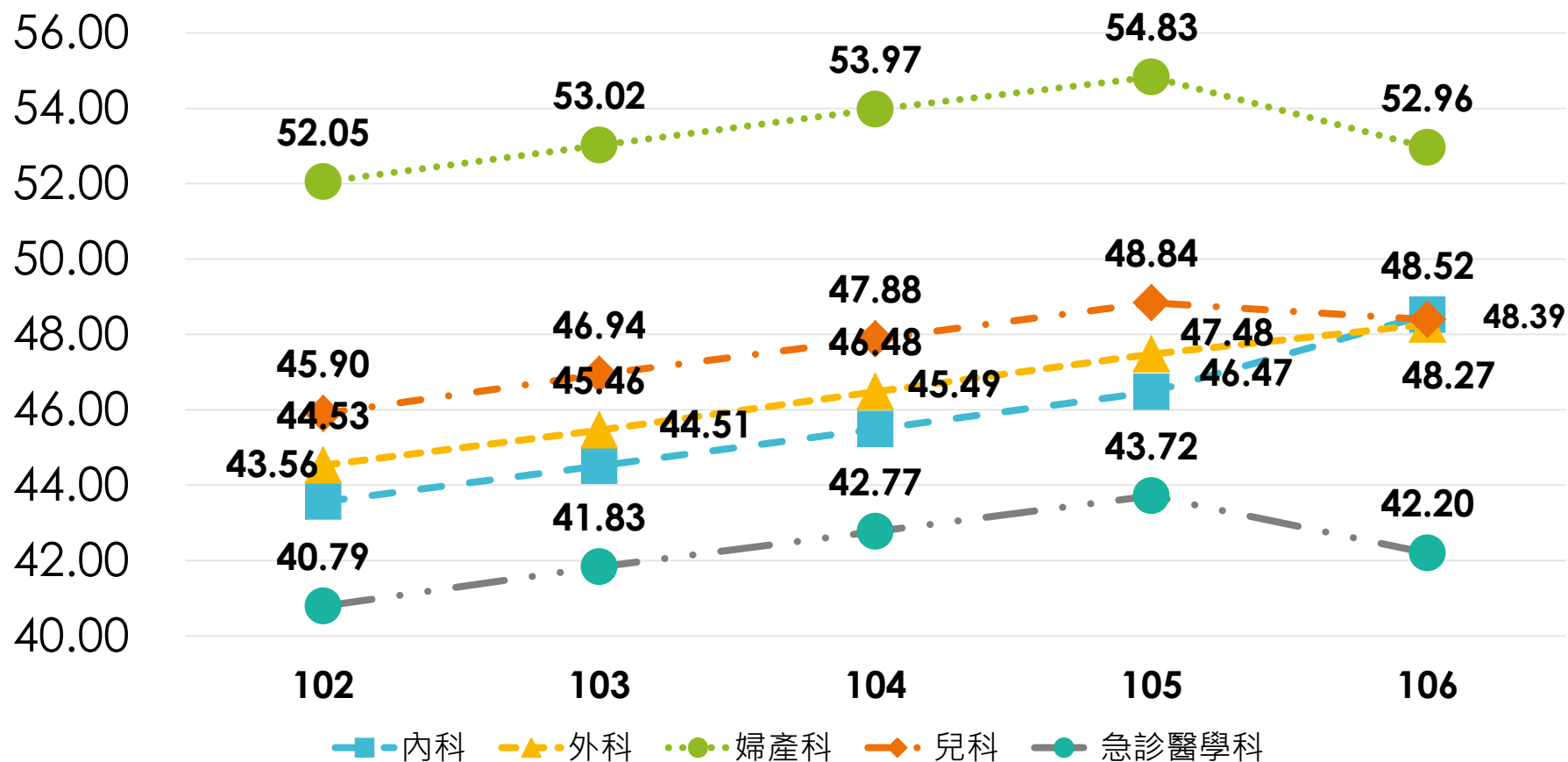
附圖 3 99 至 106 年度五大科醫師實際招收人數統計圖



資料來源：衛福部

備註：100 年及 101 年配合 100 年實施一年期畢業後一般醫學訓練，住院醫師容額減少 4-5 成。

附圖 4 五大科醫師平均執業年齡趨勢圖



資料來源：衛福部