

調 查 報 告

壹、案由：目前國內醫學校系共13所，現行制度醫學系招生名額受全國醫事人力總量管制。有關大學申請增設醫學科系，教育部今年起委託醫學院評鑑委員會（TMAC）進行審查。據訴，醫學院系所增設之審查機制，教育部未審酌醫師須經專技考試，始能取得醫師資格，教育部於增設醫學科系源頭嚴格審查管制，致使申請增設醫學系極為困難，亦經媒體報導醫事人力五大皆空，影響醫學專業人力養成，且我國醫療資源不均、偏鄉欠缺醫師，現行制度限縮醫學系學生數量，是否對我國醫療資源配置之公平性有不良影響？教育部及衛生福利部有何積極作為？另以醫學院評鑑委員會標準作為審查新設醫學系標準是否妥適，是否有必要考量其他社會、公衛、長照需求因素？就增設醫學系所評估，衛生福利部、教育部與醫學院評鑑委員會關係為何？是否有權責不清疑慮？是否有必要納入外部平衡機制？均有深入調查之必要案。

貳、調查意見

我國醫師人力之教考訓用係由國家所管控，各界皆很關心醫療環境的現況與醫師人力品質的把關，故不論是醫學生的員額管控，抑或是申設醫學系案的審查程序，應有透明及公信力的決策過程。然本院接獲陳訴，指教育部對於醫學生1300名招生名額管控欠缺法定機制，且教育部醫學教育會（下稱教育部醫教會）授權「財團法人高等教育評鑑中心基金會醫學院評鑑委員會」（下稱TMAC）就申設醫學系案進行預先審查之程序，有失權責相符等情。案經向教育部及衛生福利部（下稱衛福部）調閱相關卷證，並於民國

(下同)110年1月11日諮詢中央研究院賴院士、台灣社區醫院協會朱理事長、台北市醫師職業工會黃理事長；復於同年3月12日諮詢國立臺灣大學醫學院倪院長、社團法人台灣在宅醫療學會張秘書長、民間監督健保聯盟滕發言人、國立中山大學鄭校長、國立中興大學薛校長等；再於110年6月4日及6月22日分別就相關爭點約詢教育部及衛福部等主管人員，業調查竣事，茲陳述調查意見如次：

- 一、教育部於87年8月6日召開「公立醫學院校系所教學資源及教學實施訪視檢討會」，討論國內醫學系招生名額調整，並參採當時行政院衛生署建議從原先1,200名每年增加100名，合計名額為1,300名。自此我國各大學校院醫學生1,300名管控員額，沿用迄今已23年。惟原行政院衛生署當時所提每年增加「100名」醫學生名額建議之理由有欠具體明確，亦乏相關醫師人力供需實證數值足資評估，而教育部又據以核定，均有過於專斷。且87年以前醫學生管控員額及決定依據，教育部及衛福部亦因年代久遠而一無所悉，致醫學生1,300名員額管控依據，欠缺公信力與透明度，洵屬可議。

(一)為培育醫事人才並把關醫學教育品質，34年10月16日國民政府制定公布「教育部醫學教育委員會組織條例」，明文規定該委員會任務、組成及任期等；嗣後配合行政院組織改造，102年教育部醫學教育委員會業務權責併入教育部高等教育司(下稱教育部高教司)教育資格及學術審查科，權管醫學教育品質維護，並於101年10月31日訂定發布「教育部醫學教育會設置要點」，另「教育部醫學教育委員會組織條例」於103年1月15日廢止，先予敘明。

(二)查87年8月6日教育部召開「公立醫學院校醫學系所教

學資源及教學實施訪視檢討會議」，討論「臺灣大學等十所學校醫學系招生名額調整案」，依該會會議紀錄記載：「說明四、行政院衛生署87年1月7日衛署醫字第86076280號函示，現階段同意醫學系每年招生名額增加100名，合計為1,300名。」

有關該會議召開緣由，據教育部表示略以：87學年度有數所大學向該部申請設立醫學系，包括輔仁大學學校財團法人輔仁大學、馬偕學校財團法人馬偕醫學院……等，鑒於國內醫師人力之供需與醫學教育品質的考量，邀集專家學者及內部相關單位如醫學教育委員會等代表組成「專案小組」，赴設有醫學院系所之大學院校進行實地訪視及評估，重新調整各校醫學系之招生名額，並於87年8月6日召開「公私立醫學院校系所教學資源及教學實施訪視檢討會」並決議以當時(86學年度)設有醫學系之國立臺灣大學等10校之招生名額，同時參採原行政院衛生署(現為衛福部，下同)87年1月7日衛署醫字第86076280號函(詳附圖二)所示，同意醫學系每年招生名額增加100名，合計為1,300名等語。

由前可知，87年當時國內各大學校院醫學系名額為1,200名，因部分大學校院向教育部申請新設醫學系，由於涉及全國醫師人力規劃，該部函請原行政院衛生署表示意見，原行政院衛生署則建議每年增加100名，合計為1,300名，自此我國各大學校院醫學系1,300名管控員額，沿用迄今已23年。

惟有關87年原行政院衛生署建議每年增加醫學生100名之緣由，據該署87年1月7日衛署醫字第86076280號函表示：有鑒於加強醫學系畢業生從事公共衛生行政

行列、投入醫學科學研究及醫學教育領域，並因應醫療環境變遷，全民健康保險開辦對醫師人力之需求，在考量醫師人力教、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100名等語。是以，原行政院衛生署當時所提每年增加「100名」醫學生名額建議之理由有欠具體明確，亦乏相關醫師人力供需實證數值足資評估，而教育部又據以核定，均有過於專斷。

- (三)至於87年以前教育部對於醫學生員額管控機制及名額變動情形，該部查復表示略以：國內醫學系招生名額總量，基於醫療產業需求及醫學教育專業品質之考量，該部向參考衛福部意見並共同研商核定，而87年以前因年代久遠且相關文件保存已逾保存年限，尚無法尋得當時衛福部針對醫學系人力需求意見之所有相關函文等語。另同時函據衛福部查復略以：有關各校醫學系招生名額，係由教育部依權責進行核定，該部配合提供醫師人力評估意見予教育部參考，而關於醫學生管控名額演變情形，同屬教育部權責，該部並無資料等語。

再且，本院就87年設定醫學生名額為1,300名之評估依據問題，於110年6月4日及22日分別詢問教育部及衛福部，教育部劉政務次長及朱司長表示略以：醫學生的名額主要還是尊重衛福部的建議，雖然核定權在教育部，但因涉及全國醫事人力，都會尊重衛福部的建議等語。衛福部石常務次長則表示略以：87年8月6日教育部的會議，有關1,300名醫學生名額的設定依據，當初我們都無緣參與會議，不瞭解當時的狀況，但衛福部現在都會定期調查評估醫師人力需求等語。顯見教育部認為醫學生名額的決定因素，主要還是在於衛福部所提的相關建

議，而衛福部則認為核定權責在於教育部，該部並無87年以前醫學生名額演變之相關資料，益見教育部及衛福部對於87年以前國內醫學生名額及其決定機制均一無所悉。

(四)據上，教育部於87年8月6日召開「公立醫學院校系所教學資源及教學實施訪視檢討會」，討論國內醫學系招生名額調整，並參採當時行政院衛生署建議從原先1,200名每年增加100名，合計名額為1,300名。自此我國各大學校院醫學生1,300名管控員額，沿用迄今已23年。惟原行政院衛生署當時所提每年增加「100名」醫學生名額建議之理由有欠具體明確，亦乏相關醫師人力供需實證數值足資評估，而教育部又據以核定，均有過於專斷。且87年以前醫學生管控員額及決定依據，教育部及衛福部亦因年代久遠而一無所悉，致醫學生1,300名員額管控依據，欠缺公信力與透明度，洵屬可議。

二、教育部規定各大學校院自111學年度起增設醫學系之審查程序，調整為由財團法人高等教育評鑑中心基金會醫學院評鑑委員會(TMAC)先進行預先評估，校院須依該會評估意見修正計畫書後，再送該部進行專業審查。惟教育部大學法及「專科以上學校總量發展規模與資源條件標準」並未明定此預評程序，且TMAC設置之緣由及目的本在於對國內「已成立」的醫學院進行評鑑，復「財團法人高等教育評鑑中心基金會醫學院評鑑委員會設置辦法」第2條關於TMAC任務之規定，亦未包括對於增設醫學系案之預評作業。此專家參與型態雖係現今公私立協力提升行政品質的方式，惟此措施調整的決定程序及結果，未盡公開透明，且預評機制效力為何亦未見公開說明，欠缺明確法規依據，顯有未當。

- (一)按大學法第5條第2項規定：「教育部為促進各大學之發展，應組成評鑑委員會或委託學術團體或專業評鑑機構，定期辦理大學評鑑，並公告其結果，作為學校調整發展之參考；其評鑑應符合多元、專業原則，相關評鑑辦法由教育部定之。」次按「大學評鑑辦法」第2條規定：「(第1項)為建立完善之大學評鑑制度，教育部(以下簡稱本部)應規劃下列大學評鑑事務：一、研究我國大學評鑑制度。二、蒐集分析國外大學評鑑相關資訊。三、協助大學申請各類學門國際認證。四、發展建立國內外專業評鑑機構資格指標。五、建立國內大學評鑑之人才庫及資料庫。六、提供大學評鑑相關人員之培訓課程。七、其他與評鑑制度相關之事項。(第2項)前項評鑑事務之規劃，必要時得委由本部與大學共同成立之財團法人高等教育評鑑中心基金會為之，並由評鑑中心擬訂工作計畫報本部核定。」爰此，教育部負有各大學評鑑制度之規劃與督管之責，並可委由財團法人高等教育評鑑中心基金會(下稱高評會)辦理規劃相關事宜。
- (二)有關TMAC的成立緣由，教育部於87年12月16日召開「研商醫學院評鑑事宜會議」，邀請各醫學校院代表、原行政院衛生署、以及前往「國外醫學教育暨評鑑認可審議委員會」代表等與會討論，一致同意應成立醫學院評鑑委員會，暫設置於財團法人國家衛生研究院(下稱國衛院)，並決議委由時任國衛院研究員、曾任國立成功大學醫學院創院院長黃崑巖教授擔任規劃委員會召集人，研議評鑑制度與評鑑組織。終我國醫學院評鑑委員會(Taiwan Medical Accreditation Council，下稱TMAC)於89年正式設立。94年教育部設立高評會，TMAC遂移入高評會。

按「財團法人高等教育評鑑中心基金會醫學院評鑑委員會設置辦法」第1條規定：「(第1項)財團法人高等教育評鑑中心基金會(以下簡稱本會)為對國內醫學院進行定期公正而客觀之評鑑，並提升國內醫學教育品質，設醫學院評鑑委員會(以下簡稱醫評會)，並訂定本辦法。(第2項)醫評會會址設置於本會。對國外以Taiwan Medical Accreditation Council(TMAC)名義進行國際接軌與聯繫。」按同辦法第2條規定：「醫評會之任務如下：一、建立及修訂醫學教育品質認證準則及制度，並執行實地訪視，授予認證結果。二、確保我國醫學教育水準提升。醫學院畢業生可為病人提供高品質的醫療服務。三、維持與國際醫學教育認證機構之交流合作。四、推動其他有關醫學教育事宜。」

承前述，為使國內醫學教育符合國際品質，我國於89年成立TMAC，並於94年移入高評會，而TMAC主要任務為建立及修定醫學教育品質認證準則及制度，並辦理醫學院評鑑作業等。

- (三)另按教育部「專科以上學校總量發展規模與資源條件標準」第9條第1項規定：「專科以上學校向本部申請增設、調整下一學年度院、所、系、科與學位學程及招生名額總量者，應於規定期限內，檢具計畫書向本部申請。……」是關於各大學校院申請增設醫學系案之申審作業，教育部負有受理校方申請書並進行審查之權責。查近來部分大學向教育部提出增設醫學系(含學士後醫學系，下同)申請案，該部鑒於醫事人力涉及民眾生命健康，必須審慎並確保醫學教育品質，爰建議對於醫學系增設申請案增列審查程序，調整為：「各大學校院若有規劃申請增設醫學系案，先報送計畫至教育部，由教育部送請TMAC

預為評估，評估意見將回復學校參考並修正計畫，學校須依評估意見修正並將計畫書於教育部受理特殊項目案期間報部併入專業審查程序進行。」

上述建議調整案，經教育部醫教會108年10月18日討論「各大學校院申請增設醫學系審查作業程序調整案」並決議：「照案通過，原則同意由衛福部、教育部及TMAC共同審查。」基此，111學年度起申設醫學系案，均須依上開審查程序進行，即應先由TMAC預先評估，校方依TMAC評估意見修正後，再將計畫書送教育部進行專業審查。

然上開「專科以上學校總量發展規模與資源條件標準」並未明定學校向教育部所提出增設醫學系案，須先經由TMAC預先評估，由於事涉申請校院準備方向及後續配合事項，包括必須依據TMAC審核意見修正申請書等，雖然該部已函知提出申請之校院，然為求確實依法行政，仍應完備相關程序規定。

- (四)再查TMAC之任務規定，按「財團法人高等教育評鑑中心基金會醫學院評鑑委員會設置辦法」第1條及第2條規定，TMAC設置之緣由及目的本在於對國內「已成立」的醫學院進行評鑑，且該辦法第2條明定TMAC任務為：建立及修定醫學教育品質認證準則並實地訪視、維持與國際醫學教育認證機構之交流合作、確保我國醫學教育水準提升及推動其他有關醫學教育事宜等。是TMAC任務並未明定對於增設醫學系案之預先評估作業。

教育部雖表示略以：依「財團法人高等教育評鑑中心基金會醫學院評鑑委員會設置辦法」第2條第2款及第

4款所定TMAC任務規定，該部審核各大學校院申設醫學系案之程序，邀請TMAC參與評估與審查；另教育部醫教會於108年10月18日討論大學校院申請增設醫學系審查作業由TMAC先進行預先評估之背景，係因為增設的醫學系，往後也需要面臨評鑑，為使與評鑑接軌，所以才會提會討論；另雖由TMAC負責預先評估，但其評估意見並非唯一決定依據，最主要的核定與否的因素，還是在於後續跨部會的專業審查等語。

惟查教育部就各大學校院申請非醫事類之一般項目院、系、所案審查程序，在送教育部進行要件初審或專業審查前，均未有如同增設醫學系案需經預先評估程序，亦即各大學校院申請非醫事類之一般項目院、系、所案，並未送先請高評會進行評估，故教育部就各大學校院申請增設各類科院、系、所案之審查，顯有兩套標準。再按「財團法人高等教育評鑑中心基金會醫學院評鑑委員會設置辦法」第2條第2款及第4款關於TMAC的任務為：確保我國醫學教育水準提升及推動其他有關醫學教育事宜等，該部以此為TMAC執行預先評估之依據，顯過於模糊籠統，未符合法規明確性原則，且雖然TMAC的預評意見並非為唯一核定與否之參考因素，然該預評意見是相當重要之審查參考項目，且申請校院甚須依據該意見修正計畫書，始可進入下一步專業審查程序，加以TMAC委員尚繼續擔任專業審查的委員，故整體而言，由TMAC進行預先評估作業事宜，對申請校院影響甚鉅。

(五)綜上，教育部規定各大學校院自111學年度起增設醫學系之審查程序，調整為由TMAC先進行預先評估，校院須依該會評估意見修正計畫書後，再送該部進行專業審查。惟教育部大學法及「專科以上學校總量發展規模與

資源條件標準」並未明定此預評程序，且TMAC設置之緣由及目的本在於對國內「已成立」的醫學院進行評鑑，復「財團法人高等教育評鑑中心基金會醫學院評鑑委員會設置辦法」第2條關於TMAC任務之規定，亦未包括對於增設醫學系案之預評作業。此專家參與型態雖係現今公私立協力提升行政品質的方式，惟此措施調整的決定程序及結果，未盡公開透明，且預評機制效力為何亦未見公開說明，欠缺明確法規依據，顯有未當。

三、教育部醫教會決議同意TMAC共同負責大學校院新增醫學系申請案之審查作業，亦即由TMAC就申請案先進行預先評估，校院須就評估意見修正計畫書後，始能送教育部進行後續專業審查，惟該會醫學教育組的6名委員中，有3名同時為TMAC委員，此決議程序難謂公正允當，亦難杜絕外界認有特定人士把持之批評，確有欠當。

(一)教育部為推動醫學教育興革，提升醫學教育品質，促進醫學及相關領域之發展，於101年10月31日訂定發布「教育部醫學教育會設置要點」。按「教育部醫學教育會設置要點」第2點、第3點及第6點分別規定：「本會之任務如下：(一) 審議與諮詢有關醫學及相關領域教育之重大政策及興革事項。(二) 審議與諮詢醫學及相關領域之各項教育活動計畫。(三) 審議與諮詢醫學及相關醫事領域專業倫理或其他相關事項。」、「本會置委員21人至25人，其中3人為總召集人、副總召集人及執行秘書，委員由本部部長就下列人員聘(派)兼之；任一性別委員人數應占委員總數三分之一以上：(一) 政府機關代表。(二) 公、私立大學醫學校院院長。(三) 醫學及醫事各相關領域學者專家。(四) 本部高等教育司司長與技術及職業教育司司長。……」、「本會設下列各分

組，由本部部長自該組委員中指定一名委員擔任分組召集人，辦理各該組事務；必要時，得視業務需要增設其他分組：(一) 醫學教育組。(二) 牙醫教育組。(三) 中醫教育組。(四) 藥學教育組。(五) 護理教育組。(六) 醫事教育組。」

(二)查第4屆(聘期為108年1月1日至109年12月31日)教育部醫教會委員名單，其中醫學教育組委員計6名，為該會6個分組(醫學教育組、牙醫教育組、中醫教育組、藥學教育組、護理教育組及醫事教育組)中人數最多者(與醫事教育組相同)，醫學教育組委員之主要背景為醫學院院長或醫學院教授。

另查第7屆(任期為107年8月1日至110年7月31日)TMAC委員名單，其中2名委員為醫學人文教育專長者，其餘13名委員之專長領域為主要醫學專業或醫學教育。TMAC15名委員中，有3名委員同時教育部醫教會委員(醫學教育組)。要言之，第4屆醫教會醫學教育組的6名委員中，有3名同時為TMAC委員，詳如下表。

表1 教育部醫教會及TMAC成員名單

第4屆教育部醫教會 醫學教育組		第7屆TMAC委員	
賴明詔	委員兼總召集人 及分組召集人	林其和	主任委員 (107~108)
張上淳	委員兼執行秘書	張上淳	主任委員 (109~)
楊仁宏	委員	楊仁宏	執行長(109~)
陳震寰	委員	陳震寰	委員
張俊彥	委員	方基存	委員
陳彥元	委員	何明蓉...等	委員

註：1. 教育部醫教會計有醫學教育組、牙醫教育組、中醫教育組、藥學教育組、護理教育組及醫事教育組，第4屆成員共計22名。

2. 第7屆TMAC委員計15名，惟司徒惠康教授及蔡淳娟教授分別於109年4月及1月請辭委員職務。

(三)108年10月18日教育部醫教會召開第4屆第2次會議，會議討論「各大學校院申請增設醫學系審查作業程序調整案」，並決議：「照案通過，原則同意由衛福部、教育部及TMAC共同審查。」亦即決議同意各大學校院申請增設醫學系案，由教育部送請TMAC預為評估，校院須依評估意見修正計畫書後，再送教育部進行專業審查。是以，關於各大學校院申請增設醫學系案，教育部醫教會決議同意由TMAC參與審查。

然TMAC設置之緣由及目的本在於對國內「已成立」的醫學院進行評鑑，關於其擔任各大學校院申請增設醫學系案之審查作業，不論係按大學法或「專科以上學校總量發展規模與資源條件標準」，均未具有明文(已如調查意見二所述)。在未具法律授權情形下，教育部(高教司)卻研擬上開新增醫學系案審查程序調整案，提教育部醫教會討論，該會竟也決議同意TMAC參與審查，而醫教會醫學教育組的6名委員中，有3名同時為TMAC委員，此程序難謂公正允當，亦難杜絕權力把持之訾議，確有欠當。

據上，教育部醫教會決議同意TMAC共同負責大學校院新增醫學系申請案之審查作業，亦即由TMAC就申請案先進行預先評估，校院須就評估意見修正計畫書後，始能送教育部進行後續專業審查，惟該會醫學教育組的6名委員中，有3名同時為TMAC委員，此決議程序難謂公正允當，亦難杜絕外界認有特定人士把持之批評，確有欠當。

四、衛福部自2010年起雖定期辦理西醫師人力評估計畫，且該部「2019年西醫師人力發展評估計畫」研究結果表示，推估至2030年西醫師整體人力供給大於需求。惟該計畫亦同時指出，醫學中心西醫師人力自2025年起供給將低於需求，以及60歲以上醫師執業人數將增加9%左右整體勞動量能將減少等現象，加以該計畫當時未及將住院醫師自108年9月1日起適用勞動基準法之勞動條件納入評估，致醫師工作時數調查結果顯有高估之情形，也低估未來醫師人力之需求。是關於「2019西醫師人力發展評估計畫」之研究結果，有待該部重新校正回溯納入適用勞動基準法後之醫師人力評估，並及早提出因應方案，尤其醫師培育至少需10年以上，以避免醫師人力缺口發生。

(一)按衛生福利部組織法第2條第6款規定，衛福部掌理醫事人員、醫事機構、醫事團體與全國醫療網、緊急醫療業務之政策規劃、管理及督導。據此，衛福部應掌握國內醫師人力及分布情形，並定期評估與檢視，以作為醫療政策規劃之重要參考。

(二)有關歷來對於國內醫學生1,300名員額管控之滾動檢討意見，衛福部表示，對於國內醫師人力供需情形，均有定期辦理醫師人力評估計畫，且近年研究結果皆顯示醫師人力尚不虞匱乏。查衛福部於102年及107年委託國衛院辦理「西醫師人力發展評估計畫」，以醫事管理系統資料庫、健保資料庫等官方資料，輔以問卷調查，建立實證的供給與需求模型，推估未來西醫師人力與需求狀況。該2計畫研究結果均顯示：截至2030年左右，整體西醫師人力不餘匱乏。

茲就107年所執行「2019西醫師人力發展評估計畫」之詳細結果，分述如下：

- 1、該研究以醫事管理系統資料庫、健保資料庫等資料，輔以問卷調查，建立實證的供給與需求模型，若不考量性別及年齡之差異，且西醫師供給、需求及生產力趨勢維持不變，在醫學中心及區域醫院家數不變情形下，以執業人年推估至2030年西醫師整體人力供給大於需求。
- 2、若考量未來性別、西醫師年齡老化（60歲以上西醫師將從2017年20.1%增加至2030年28.9%）、醫院層級與科別之影響，推估醫學中心家數不變，區域醫院家數變化之情境下人力狀況如下：
 - (1) 若自2020年起區域醫院家數不變：推估至2030年整體西醫師人力將供給大於需求；醫學中心人力則至2025年起供給低於需求；區域醫院人力則至2026年供給略低於需求；地區醫院及診所則皆供給大於需求。
 - (2) 若自2020年起區域醫院每年減少1家：推估至2030年整體西醫師人力將供給大於需求；醫學中心人力則至2025年起供給低於需求；區域醫院人力則供給大於需求；地區醫院及診所則皆供給大於需求。
 - (3) 若自2020年起區域醫院每年增加1家：推估至2025年起整體西醫師人力將供給小於需求；醫學中心人力則至2025年起供給低於需求；區域醫院人力則至2022年起供給低於需求；地區醫院及診所則皆供給大於需求。
 - (4) 西醫師人力無論在醫療院所、縣市間甚至在同一縣市內都有分布不均的狀況，建議應有西醫師人力分布之相關策略與配套措施，以平衡醫療機構

人力分布與供需狀況。

(三)承前述，衛福部「2019年西醫師人力發展評估計畫」結果雖表示，若自2020年起區域醫院家數不變或每年減少1家的情況下，推估至2030年整體西醫師人力將供給大於需求。惟該計畫同時指出，不論區域醫院每年增加或減少1家，抑或家數不變情形下，醫學中心西醫師人力自2025年起供給均低於需求。且該計畫亦表示，推估未來60歲以上西醫師比例將從2017年的20.1%增加至2030年的28.9%。亦即高齡醫師執業人數將增加9%左右，故醫師整體勞動量能將減少。

另，勞動部已於108年3月12日及8月6日公告住院醫師自108年9月1日起適用勞動基準法(下稱勞基法)，每日正常工作時間、延長工作時間及休假等勞動條件均受規範，且醫療機構要求住院醫師從事或參與之所有臨床、教學及會議等活動，均應計入工作時間計算；然該計畫關於「西醫師工作負荷現況調查」之回收問卷期間為108年2月至10月(蒐集每週總工作時數、臨床醫療服務時間等)，未及將住院醫師勞動條件納入評估，致醫師工作時數調查結果顯有高估之情形，也低估未來醫師人力之需求。本案諮詢國立中山大學鄭校長亦表示，人口老化會伴隨醫療需求增加，而且國內醫師人力也有老化問題，108年9月1日起，住院醫師適用勞基法規定，儘管待遇再好，也易有過勞問題，已有太多數據顯示醫師人力確實不足等語。

(四)綜上論述，衛福部自2010年起雖定期辦理西醫師人力評估計畫，且該部「2019年西醫師人力發展評估計畫」研究結果表示，推估至2030年西醫師整體人力供給大於需

求。惟該計畫亦同時指出，醫學中心西醫師人力自2025年起供給將低於需求，以及60歲以上醫師執業人數將增加9%左右整體勞動量能將減少等現象，加以該計畫當時未及將住院醫師自108年9月1日起適用勞基法之勞動條件納入評估，致醫師工作時數顯有高估情形，也低估未來醫師人力之需求。是關於「2019西醫師人力發展評估計畫」之研究結果，有待該部重新校正回溯納入適用勞基法後之醫師人力評估，並及早提出因應方案，尤其醫師培育至少需10年以上，以避免醫師人力缺口發生。

五、我國已邁入高齡社會，居家醫療已成為未來醫學的趨勢，然衛福部對於主要投入居家醫療之家庭醫學科及內科醫師之訓練容額，卻僅有個位數的調整；另國人心理衛生問題日趨嚴重，自殺死亡人數逐年攀高，不論係青少年、老年人或矯正機構族群等，均亟需精神科專業診療介入，但衛福部105至107年核定之精神科專科醫師訓練容額不升反降，108及109年也僅較105年增加5名，是衛福部應積極評估國人對於各專科醫療實際需求情形，並據以檢討各專科醫師訓練容額，以符合實需。

(一)為平衡各專科醫師人力發展與分布，原行政院衛生署自87年起與各專科醫師學會協商，訂定各專科醫師訓練總容額，並自90年起，全面實施「專科醫師容額管制計畫」，以提升專科訓練品質、均衡各專科醫師人力發展。

(二)查衛福部105至109年各專科醫師訓練容額總計1,540、1,575、1,575、1,616及1,596名，足見近5年容額總數變動不大，詳如下表。至於各專科別情形，以家庭醫學科、內科、精神科等為例，家庭醫學科訓練容額自124名略增至132名、內科則約維持在357名左右，精神科則

自51名略增加至56名，可見近5年各專科訓練容額僅有些微的調整。

表2 105至109年各專科醫師訓練核定容額

科 別	105	106	107	108	109
家庭醫學科	124	124	125	127	132
內科	357	361	352	365	357
外科	162	166	164	170	162
兒科	130	136	130	135	130
婦產科	70	72	71	76	74
骨科	51	57	58	59	58
神經外科	25	29	26	26	30
泌尿科	42	42	43	43	43
耳鼻喉科	53	53	58	55	54
眼科	37	37	36	37	37
皮膚科	25	26	27	30	29
神經科	51	53	54	52	51
精神科	51	47	48	56	56
復健科	39	39	40	39	40
麻醉科	59	59	63	63	66
放射線(診斷)科	53	53	57	57	53
放射線(腫瘤)科	22	22	22	18	18
病理(解剖)科	23	23	23	23	23
病理(臨床)科	4	12	12	12	12
核子醫學科	10	10	10	10	10
整形外科	26	27	27	27	26
急診醫學科	98	107	109	116	115
職業醫學科	20	20	20	20	20
總計	1,540	1,575	1,575	1,616	1,596

(資料來源：衛福部)

(三)我國人口年齡結構快速高齡化，已於2018年轉為高齡社會，推估將於2025年邁入超高齡社會，且2020年超高齡(85歲以上)人口已占老年人口10.3%，推估2070年將增

長至27.4%¹。因此老年醫療問題，深值重視。本案諮詢台北市醫師職業工會黃理事長表示，老人醫學專業確實比較缺乏，老人醫學應是住院醫師必備的專業訓練等語。另據衛福部查復，100至109年投入居家醫療醫師逐年增加，依申報全民健康保險醫師訪視費資料，人數自1,526人提升至1,843人；另依投入全民健康保險居家醫療照護整合計畫資料，參與醫師自105年621人提升至109年的2,563人。可見近年國人對於居家醫療的需求日益提升，益見居家醫療已成為未來醫學的趨勢。本案諮詢社團法人台灣在宅醫療學會張秘書長表示，2015年全民健康保險開始推動全人照護，現在約有230家的全人照護診所，推估到2045年，國內約有20萬人口有在宅醫療的需求，以一位醫師服務70位病患而言，至少還需要1,000名醫師等語。然查主要投入居家醫療為主之家庭醫學科及內科醫師，近年核定之訓練容額卻幾乎未增加。

(四)另根據世界衛生組織(World Health Organization，下稱WHO)對於健康的概念：沒有心理健康，就沒有真正的健康 (No health without mental health)；WHO統計，2004在全球因疾病的支出中，心理疾病的支出占13%，且憂鬱症即占4.3%；2013年估計，自2011年至2030年間，因心理疾病造成全球經濟損失超過1,630萬美元。另依我國公民與政治權利國際公約第三次國家報告指出，截至2019年12月31日止，矯正機關收容人計6萬956人，其中屬身心障礙者達2,865人。再者，我國103年自殺死亡人數計3,542人，且呈逐年上升趨勢，108年已達3,864人，死因排名第11位，粗死亡率每十萬人口16.4

¹ 資料來源：國家發展委員會「中華民國人口推估(2020至2070年)」，2020年8月。國際上將65歲以上人口占總人口比率達到7%、14%及20%，分別稱為高齡化社會、高齡社會及超高齡社會。

人(較107年相同)，標準化死亡率則為12.6人(較107年上升0.8%)，其中不乏於矯正機關自縊者。如再以各年齡層統計，108年15至24歲的青少年自殺死亡率每十萬人為9.1人，已連續3年創新高(106及107年為每十萬人為6.4人及7.2人)²。另多數老年人隨年齡之增長，常面臨家人或親友死亡的失落感，加上與家庭、社會環境關係的改變，也常面臨喪失經濟能力的自卑感，以及擔憂奉養問題的恐慌感，加以生理功能衰退衍生的失智症、多重慢性病衍生的精神問題等，老年人心理衛生問題更為複雜，亟需各界重視。承前述，我國心理衛生問題日趨嚴重，不論是矯正機關、老人或青少年等族群，均亟需精神科專業診療介入，惟衛福部105至107年所核定之精神科專科醫師訓練容額不升反降，分別為51、47及48名，108及109年則均維持為56名，相較於105年也僅增加5名，與實際社會發展需求未盡相符。

(五)另原住民族及離島地區因為地理環境特殊，人口較少，就醫人次不足，執業所得不符經濟效益，又因對外交通不便，天災經常造成交通中斷等因素，致使醫師羅致不易，一直存有醫師人力不足問題。為解決此困境，政府自58年起依原住民族及離島地區之地方縣市衛生局評估在地醫事人力培育需求，即辦理「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」，近期衛福部於105年函報行政院核定「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫(第4期)」，嗣後為配合偏鄉護理精英計畫轉型，該部於107年函報行政院核准修正該計畫，108至110年度增額培育醫學系(每學年增額30名)、牙醫系(每學年增額24名)及護理學系(每學年增額60名)，以期補足原住民族及離

²資料來源：衛福部自殺死亡及自殺通報統計；查詢網址：

<https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/fp-4904-8883-107.html>；查詢時間：110年6月29日。

島地區在地醫療人力需要。

查「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」自58年推動至109年止，已培育1,192名醫事公費生，包括醫師637名、牙醫師133名、護理師(士)283名及其他醫事人員139名。110學年度預計招生164名醫事公費生，其中包括醫學系50名。該計畫所培育的在地公費醫師對於原住民族及離島地區的醫師人力雖具有一定效益，服務期滿之公費醫師約有7成以上留任於原住民族及離島地區服務；惟107年及108年期滿留任比率均已降至65%左右，此變化趨勢有待衛福部重視並滾動檢討「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」及採取因應措施，使培育的醫事人力確實留任於原住民族及離島地區。

(六)據上，我國已邁入高齡社會，居家醫療已成為未來醫學的趨勢，然衛福部對於主要投入居家醫療之家庭醫學科及內科醫師之訓練容額，卻僅有個位數的調整；另國人心理衛生問題日趨嚴重，自殺死亡人數逐年攀高，不論係青少年、老年人或矯正機構族群等，均亟需精神科專業診療介入，但衛福部105至107年核定之精神科專科醫師訓練容額不升反降，108及109年也僅較105年增加5名，是衛福部應積極評估國人對於各專科醫療實際需求情形，並據以檢討各專科醫師訓練容額，以符合實需。另衛福部雖持續辦理「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」，服務期滿之公費醫師約有7成以上留任於原住民族及離島地區服務，惟107年及108年期滿留任比率均已降至65%左右，此變化趨勢有待該部重視並滾動檢討及採取因應措施，使培育的醫事人力確實留任於原住民族及離島地區。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一、二及三函請教育部確實檢討改進見復。
- 二、調查意見一、四及五，函請衛生福利部檢討改進見復。
- 三、調查意見，函復陳訴人。

調查委員：葉大華

賴鼎銘