

調 查 意 見

壹、案由：據報載，臺灣麻醉醫學會調查顯示，國內每4萬人才分配1名麻醉專科醫師，遠不及美國、日本等先進國家2至3萬人即有1名醫師；又臺灣麻醉相關致死率約10萬分之17，為美國2倍、日本17倍，且國內麻醉醫師工作超時與超量，使人為因素引發重大麻醉併發症近4成；國內麻醉醫師有無不足？主管機關是否善盡把關監督之責？均有深入瞭解之必要。

貳、調查意見：

本案緣據報載，臺灣麻醉醫學會調查顯示，國內每4萬人始分配1名麻醉科專科醫師（下稱麻醉專科醫師），遠不及美國、日本等先進國家2至3萬人即有1名醫師；又臺灣麻醉相關致死率約10萬分之17，為美國2倍、日本17倍，且國內麻醉專科醫師工作超時與超量，使人為因素引發重大麻醉併發症近4成等情。案經本院分別函詢行政院衛生署（下稱衛生署）、地方衛生主管機關及臺灣麻醉醫學會、臺灣麻醉護理學會等16個醫事相關學會、團體，並邀請臺灣麻醉醫學會吳○○理事長等7位專家學者暨實際從業人員到院諮詢。嗣約詢衛生署相關業務主管人員，並分別針對前開調查疑點，蒐尋及研析相關文獻之深入調查發現，麻醉專科醫師、麻醉護理人員（下統稱麻醉醫事人員）固於國內醫療環境扮演舉足輕重之角色，卻囿於其無法招攬病人、缺乏病人客源，以及醫療機構習以看診量、占床率、急診人次等利潤指標為經營導向之現實，被迫屈居國內二線醫療地位，除造成健保支付標準迄未將其視為關鍵項目而適時予以精算之外，醫療機構尤長期輕忽其人力之補實及工作報

酬之合理性，因而有醫療機構以薪資較麻醉專科醫師低廉甚多之麻醉護理人員執行大部分之麻醉醫療業務，或有麻醉專科醫師疲穿梭於地區醫院、基層診所間之手術臺(俗稱跑臺)操作或搖控麻醉護理人員操作，或逕以麻醉護理人員執行麻醉醫療業務(俗稱代麻)等情事發生，致麻醉醫事人員位處高風險之手術環境，頻頻超時、超量及超限工作，相關人力、品質、支付標準及專業訓練卻未獲合理之重視及改善，肇生陳情與訾議不斷，衛生署不無未善盡職責之疏失。茲臚述調查意見如下：

一、衛生署輕忽我國麻醉專科醫師人力不足及區域失衡之窘況，致其與麻醉護理人員位處高風險之手術環境，頻頻超時、超量及超限工作，不無影響國人就醫權益及醫療品質，核有欠當：

(一)按衛生署組織法第 6 條規定：「醫事處掌理下列事項：……二、關於醫事人力之規劃、控制及協調事項。……四、關於醫事人員管理、輔導……事項。……九、關於醫事品質……之促進事項。十、關於醫事技術之促進、管制及輔導事項。……。」、醫療法第 62 條規定：「醫院應建立醫療品質管理制度，並檢討評估。為提升醫療服務品質，中央主管機關得訂定辦法，就特定醫療技術、檢查、檢驗或醫療儀器，規定其適應症、操作人員資格、條件及其他應遵行事項。」是任何醫療手術之安全與品質皆與麻醉密不可分，麻醉於醫療手術之重要性、專業性及風險性自可見一斑，其於整體醫療環境扮演角色之重要與關鍵性尤不言而喻。衛生署除應針對麻醉醫事人力及其醫事品質、技術，善盡規劃、控制、協調及促進之責，並得就其合理工作量等工作條件訂定相關辦法，以資為國內醫療機構應遵行事項，合先敘明。

(二)經查，衛生署訂定之新制醫院評鑑基準第四章、完備的醫療體制及運作之 4.7、手術、麻醉部門規範之 4.7.1.2 項次明定：「依規定需麻醉專業技術之作業，應由麻醉科醫師執行」列屬評鑑之必要項目。其中 B 級以上標準：『1 年麻醉病例數每 1,500 次應有 1 名專任麻醉專科醫師以上』……C 級以上標準：『符合醫療機構設置標準，且有足夠的專任或兼任麻醉專科醫師，以安全順利處理日常手術及因應緊急手術所需。』、該署委託臺灣麻醉醫學會評鑑「麻醉專科醫師訓練醫院」之標準載明：「每年每名專任專科醫師執行麻醉數量(限健保給付)作為評分依據，小於 1,200 例，可得 20 分；1,201 至 1,350 例可得 17 分；1,351 至 1,500 例可得 14 分；1,501 至 1,650 例可得 11 分；1,651 至 1,800 例可得 8 分。」詢據衛生署查復略以：「前揭 1,500 病例數係源自舊制醫學中心評鑑標準，係經本署邀請專家，依目前醫療環境實際運作狀況，並參考各界意見研定而成，亦即麻醉醫師 1 臺刀需 1 小時，以麻醉醫師 1 日工作 6 至 8 小時，1 日約 6 至 8 位病人，1 年工作 250 日計算，1 年則約 1,500 至 2,000 位病人，評鑑以較高標準估計，故 1 年 1 位麻醉醫師約處理 1,500 位病人為宜。」足見醫療機構必須有足夠之麻醉專科醫師，始能保障病人麻醉與手術之安全，衛生署對此知悉甚詳，爰以前開病例數資為國內麻醉專科醫師合理工作量之參考基準。

(三)惟據衛生署自民國(下同)94 至 98 年醫院評鑑結果，受評醫院達成上揭 B 級規範之病例數標準者分別為：23.5%、6.67%、25.51%、7.69%、29.69%，平均僅約 18.61%，亦即高達 81.39% 以上醫院之麻醉醫師工作量超出醫院評鑑基準之 B 級規範，呈

現超時超量之虞。次據國內各層級健保特約醫療機構申報數據暨健保特約醫院申報麻醉項目醫令統計表，94至98年等5年健保特約醫院申報之麻醉總件數計10,567,176件，其中限由麻醉專科醫師執行之全身麻醉件數計7,984,741件，平均每年1,596,948件。換算每位麻醉專科醫師每年約執行2,002.2(1,596,948÷797.6)件，已逾前開麻醉專科醫師訓練醫院評鑑基準之2,000例工作量之最高限值。倘再加計健保特約醫療機構非全身麻醉病例數及非健保特約醫療機構之全部麻醉病例數，平均工作量勢將超出甚多。此證諸衛生署委託財團法人國家衛生研究院(下稱國衛院)研究之報告、本院諮詢專家學者之意見及文獻研究之綜析結果：「國內93年臺灣版醫療費用相對值，麻醉專科醫師人力酬金之計算方式係以麻醉專科醫師同時監督與指導3個手術房(臺)之麻醉工作為基礎、國內麻醉醫師通常實際必須同時兼顧5個手術臺，甚至9個手術臺以上，反觀美國等先進國家僅允許麻醉專科醫師同時監督與指導1至2個手術臺，每年執行之麻醉病例數亦僅約700至800例。」凡此益證國內麻醉專科醫師超時、超量、超限工作之嚴重性，殆無疑義。

(四)復查，上揭限由麻醉專科醫師執行，始能申報健保費用之全身麻醉件數，平均每年計1,596,948件，倘以醫院評鑑基準：「1年麻醉病例數每1,500次應有1名專任麻醉專科醫師以上」計算之，則國內約需1,065位執業之麻醉專科醫師，與上揭近5(94~99)年平均每年實際執業之797.6位麻醉專科醫師相較，國內缺額達267位；與國內目前實際執業之851位麻醉專科醫師相較，則國內亦缺額達214位。如再依美國、日本等先進國家麻醉專科醫師每

年執行 800 例之麻醉病例標準換算之，則國內約需 1,996 位麻醉專科醫師，國內目前實際缺額將高達 1,145 位。此分別證諸衛生署上揭委託國衛院研究之報告載明：「關於每 10 萬人口之麻醉專科醫師數量，臺灣、美國、加拿大、日本之比值如下：2.68、13.02、7.62、4.77」、「以美國、加拿大、日本等先進國家之麻醉專科醫師人力基準換算臺灣麻醉專科醫師人力之缺額數分別如下：2,343、1,119、474」、臺灣麻醉醫學會統計結果明載：「國內每位麻醉專科醫師服務人口數分別為美國的 4.2 倍、日本的 1.2 倍及英國的 2.7 倍。」及衛生署、地方衛生主管機關分別查復略以：「醫師人才羅致困難科別……其中亦包含麻醉科醫師人力。」、「國內麻醉科專科醫護人數不足……目前國內麻醉專科醫師人力相對於整體需求顯有不足……。」在在突顯國內麻醉專科醫師人力不足之窘境，造成醫療機構以薪資較麻醉專科醫師低廉甚多之麻醉護理人員執行大部分之麻醉醫療業務，或有麻醉專科醫師疲穿梭於地區醫院、基層診所間之手術臺操作或搖控麻醉護理人員操作，或逕以麻醉護理人員代麻等情事發生，此有地方衛生主管機關查復資料、專家學者、麻醉醫事人員於本院諮詢會議發言錄音及相關文獻研究結果附卷足憑。然卻未見衛生署善盡主管機關職責，落實醫療法第 62 條規定，訂定麻醉醫事人員合理工作量暨工作條件等應遵行事項，自有欠當。

(五)再據衛生署查復之各地區執業醫師人數統計資料顯示，國內麻醉專科醫師人力於北、中、南及東部之分布情形如下：373 人、153 人、245 人、26 人。且近 5 年北、中、南部地區之麻醉醫師人數均呈逐年成長趨勢，東部地區之麻醉醫師人數卻未明顯成長

，甚有部分年度呈現減少之趨勢。足見麻醉專科醫師人力區域分布暨成長之失衡狀態，不無造成國人因麻醉醫療資源之區域失衡而致健康照護權益之不公平性，此按醫療法第 88 條、第 91 條：「中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域… …。」、「中央主管機關為促進醫療事業發展、提升醫療品質與效率及均衡醫療資源，應採取獎勵措施… …。」等規定，衛生署難謂無責。

(六)綜上，衛生署未善盡醫事人力規劃之責，長期坐視我國麻醉專科醫師人力不足及區域分布失衡之窘境，致其與麻醉護理人員位處高風險之手術環境，頻頻超時、超量及超限工作，卻未獲合理之重視，環諸歷年來頻生因麻醉疏忽、不當肇生之死亡或傷害案件，如：99 年高雄市 12 歲林姓資優女童接受手腕端橈骨及尺骨骨折手術，致智商重創、97 年高雄市 28 歲李姓產婦接受剖腹產手術，致男嬰夭折、94 年新竹市王姓產婦接受無痛分娩後不治、93 年台北市整型美容外科診所出現兩起接受削骨手術之女性 1 死、1 植物人、93 年陳姓 4 歲男童接受簡單包皮環切手術致死等事件、92 年臺北市 10 歲楊姓小弟接受蛀牙全口重建手術，致缺氧死亡、85 年國內口蹄疫研究專家何博士子宮肌瘤摘除手術，致成植物人等事件。顯見疑因麻醉疏忽、不當肇生之死亡或傷害案件，見諸報端者既已不算少數，佐以文獻指出：「在醫療糾紛解決方式中，由醫師與病家雙方自行和解，或透過仲介機構(或人士)調解之案件，約占 42%… …。」等情觀之，前述案例恐僅屬冰山一角，未經媒體披露之麻醉爭議及糾紛等案件數量，勢將難以想像，無異間接印證該署長期輕忽此醫

療體系沉痾之不當，亟應積極檢討改進。

二、衛生署自本院於 92 年間促請檢討改善國內麻醉醫療品質後，迄未見具體改善對策，反以載明「假設未獲得驗證前，不應被採用」等研究限制之委外研究報告預測資料，率稱我國麻醉醫療人力符合我國醫療市場人力之需求，不無粉飾太平之訾議，洵有欠當：

(一)按本院前於 91 年 12 月 6 日以(91)院臺調壹字第 0910800940 號函針對「臺北縣北城婦幼醫院黃姓護士誤將施用於全身麻醉之肌肉鬆弛劑 Atracurium 藥品作為疫苗施打」等情立案調查竣事後，曾就「允宜提供獎勵誘因，鼓勵醫師取得麻醉專科醫師資格；另應對無合格麻醉專科醫師醫療院所之麻醉品質，進行監測或評鑑，以確保病患麻醉之安全」等議題促請該署檢討改善，先予述明。

(二)窺諸國內麻醉專科醫師人力不足暨工作超時超量之窘境，已於前段論述甚明。此分別觀本院諮詢專家學者及實際從事麻醉醫療業務等醫護人員之意見略以：「國內麻醉人力、財力皆較鄰近、先進國家差，為維護民眾就醫權益，遂造成工作超時超量……。」、衛生署委外研究報告載明：「歷年取得專科醫師資格人數統計資料分布：……麻醉科雖有起伏，但朝逐漸銳減的趨勢……。」、「……麻醉科、放射診斷科……的專科醫師人數百分比，小於美國、加拿大及日本等國的比例……。」、「與其他國家相較，國內……麻醉科……等科別醫師人口比偏低……利用其他國家醫師人口比推估……國內麻醉科須增加人數……。」、文獻明載：「與國外相較，不論以國家土地面積相仿的國家作為比較、或以國家人口數相仿的國家作為比較、或是以國家每仟人口醫師數相仿的國家作為比較，國內麻醉專科醫

師人數都是偏低的……。」、「臺灣共有 2 萬 5 千位專科醫師，而麻醉專科醫師占其中 2%；相較於美、加的 3.96%、日本 2.44%……臺灣麻醉科醫師的比例相對於美國偏低，人力相對不足……。」、醫院麻醉科之內部調查報告亦指出：「對於國內麻醉環境而言，醫師超時超量工作，造成病人麻醉危險性提高是一個事實。」足資佐證。衛生署基於中央衛生主管機關之責，允應審慎因應，據以研提改善對策，尤以自本院於 92 年間促請改善後，該署更應積極作為，以提昇國內整體麻醉醫療品質。

(三) 詢據衛生署表示：「本署曾於 92 年間補助國衛院針對『推估及預測臺灣專科醫師人力需求』之研究發現，在醫師生產力維持不變，經濟成長率以 4.5% 估算情形下，每年平均需增加 32 名麻醉專科醫師，經查各年度領有麻醉專科醫師證書人力及需求人數估計如下：94 年度領證人數為 804 人，估算需求人數為 774 人……98 年度領證人數為 947 人，估算需求人數為 897 人……。自 94 至 98 年止，我國麻醉專科醫師人數每年度約新增 30 至 40 名，均高於國衛院前揭推估之需求數據，故現行麻醉科醫師人力實應符合我國醫療市場之人力需求。」云云。足見該署以前揭委外研究報告之預測資料，宣稱我國麻醉醫療人力符合我國醫療市場人力之需求。

(四) 惟經本院詳實比對衛生署上揭所稱國衛院就麻醉專科醫師預估需求人數與歷年實際領證人數及執業人數後發現，94 年度實際執業人數 736 人，較國衛院估算需求人數 774 人短少 38 人，較領證人數 804 人短少 68 人；95 年度執業人數 769 人，較需求人數 803 人短少 34 人，較領證人數 843 人短少 74 人；96 年度執業人數 798 人，較需求人數 833 人短少

35 人，較領證人數 878 人短少 79 人；97 年度執業人數 831 人，較需求人數 865 人短少 34 人，較領證人數 916 人短少 85 人；98 年度執業人數 854 人，較需求人數 947 人短少 93 人，較領證人數 897 人短少 43 人。顯見近 5 年麻醉專科醫師執業人數與領證人數之落差，於前 4 年有逐年擴大之趨勢，實際執業人數顯未達成國衛院推估需求人數之目標。足證該署率稱我國麻醉醫療人力符合我國醫療市場人力之需求等語，顯與事實不符。復經本院審視上揭研究報告載明略以：「第五章、結論與建議之第一節研究限制：研究中由於無法取得醫師投入及輔助人力之相關資料，無法建立醫師生產力函數，因而無法估算醫師生產力、醫師時間投入比例及其他輔助醫事人力的投入等，致該研究無法確切定義與衡量各專科醫師的產出。該研究無法確切的界定每一專科的專業服務領域……無法獲得實際服務量的資料……麻醉科方面，由於無法運用健保研究資料庫，致無以瞭解提供麻醉服務的醫師資料……該研究規模無法執行相關調查確切估計醫師獨立的生產力，係以模擬推估的方式取代之。因此缺乏對未來醫療市場人力與資產情況變化推測的能力……。故前述假設未獲得驗證前，該研究醫師生產力之預估數據，不應被採用，僅可列為估計方法的參考……。」益見該署信誓憑藉之研究報告，除未獲得實際服務量及未確切估計醫師獨立之生產力之外，尤載明：「假設未獲得驗證前，不應被採用」等研究限制。惟卻未見該署驗證該假設之舉及實際調查評估作為，尚未有充分證據足資佐證其論述前，即率予採用，並擅將其作為國內攸關民眾健康權益等麻醉醫療人力政策之依據，顯輕忽國內專家學者、醫療界、

學術界指證歷歷之麻醉醫療人力不足之窘境，不無粉飾太平之訾議，除欠缺實事求是之精神，尤違反公務員服務法第7條：「公務員執行職務，應力求切實」及行政院發布之行政團隊公約載明：「主動發掘問題，誠實面對問題、積極解決問題」等規定，洵有欠當。又，該署既稱國內麻醉醫師無人力不足之問題，益資印證該署迄未有具體人力改善及精進之對策，併此敘明。

三、囿於國內醫療機構現實環境及健保支付制度，國內麻醉護理人員縱頻協助麻醉專科醫師執行大部分麻醉醫療業務，得以紓緩醫師人力不足之窘況，然其資格、訓練及認證水準良莠不一，相關業務範疇及專科護理師制度亦迄未釐清及完備，待遇復難以反應實際工作量，衛生署自難辭未善盡管理及輔導職責之疏失：

(一)按促進醫療事業之健全發展，衛生署責無旁貸，醫療法第1條定有明文。次按護理人員資格認定、專科護理制度及繼續教育之規劃、培訓、運用等事項，該署尤應善盡職責，護理人員法、衛生署組織法、衛生署辦事細則、衛生署護理諮詢委員會設置要點、專科護理師諮詢委員會設置要點、專科護理師分科及甄審辦法、護理人員執業登記及繼續教育辦法分別規定甚詳。是國內麻醉護理人員既協助麻醉專科醫師執行大部分麻醉醫療業務，得以紓緩醫師人力不足之窘況，衛生署自應完備麻醉護理人員相關制度，以足資輔助麻醉醫療業務，特先敘明。

(二)揆諸美國麻醉護理人員制度係緣自於麻醉專科醫師人力之不足，為維護病患於手術過程之安全及醫療品質，遂藉由嚴謹之學經歷等資格限制及訓練過程篩選出適格之護理人員，使其具有麻醉專業知識，並通過國家麻醉護士考試後，每兩年再必須完成規

定之繼續教育課程與再認證程序，始足以因應麻醉醫療所需之輔助業務，從而該國有部分偏遠地區甚容許麻醉護理人員獨立執行麻醉醫療業務。惟據本院諮詢專家學者及函詢相關醫事團體發現，國內現行麻醉護理人員尚未有學歷限制，係由臺灣麻醉護理學會辦理專業認證，其課程訓練、認證及人員管理，皆未受衛生主管機關管理與監督，任令各醫院自行辦理訓練及自主登錄作業，致受訓時數、課程內容及認證品質參差不齊，衛生署不無疏於善盡該署組織法第6條第1項第4款：「關於醫事人員管理……及繼續教育督導事項。」賦予該署之職責。且專科護理師制度目前僅見內科、外科兩分科，各級衛生主管機關復未按各專科建立登錄及查詢機制，致國內專科護理師制度聊備一格，形同虛設，各專科護理人員實際執業人數亦無以掌握，專科護理制度迄未完備甚明。綜此可見國內麻醉護理人員管理、認證、培訓及專業化制度尚未建置完善，肇生其良莠不一。反觀美國基於麻醉醫療過程之高風險性及其醫療、照護之高專業性，除已建立國家麻醉護士之考試及專科認證制度，即使該國目前麻醉專科醫師人力尚稱充足，仍積極提升麻醉護理人員之專業水準。然國內既位處麻醉醫事人力不足及工作超時、超量之窘境，衛生署卻不思挹注資源提昇現有麻醉護理人員之專業水準及平均素質，以足資輔助麻醉醫療業務，自難謂妥適。

(三)復經本院詢據地方衛生主管機關之查復、諮詢麻醉醫療領域相關專家學者、醫事人員之意見略以：「目前國內仰賴麻醉護理人員協助麻醉醫師執行麻醉業務之大部分工作……對於醫護人員之責任歸屬無法清楚劃分……現有整體醫療環境仍有相當大之努

力空間。」、「對於執行麻醉業務之醫護人員，礙於法令模糊，且開刀房屬密閉空間，地方衛生主管機關難於實際開刀時入內查核作業，有待中央主管機關訂立明確業務範圍……。」等語，足見麻醉護理人員及麻醉專科醫師之業務範圍迄未明確釐清。然該署既未依中央衛生主管機關之責，主動積極釐清、檢討，反以「臺灣麻醉護理學會雖於 98 年 11 月間建請本署增設麻醉科專科護理師，惟經多次討論後，仍因麻醉護理師之執業工作範圍，及是否納入專科護理師範圍，於醫界及護理界均有極大爭議，故決議暫不納入，俟相關疑義釐清後再研議。」等語作為脫責之飾辭，任其滋生爭議，迄今猶懸而未決，除不無創造模糊空間足使普遍以利潤為導向而非以國人健康權益為首要考量之醫療機構，得以聘請薪資較醫師低廉甚多之護理人員代麻之外，在衛生主管機關長期欠缺規範與查核機制，坐令醫療機構專業自主之下，日益遞增之工作量及醫療糾紛風險，尤造成麻醉護理人員於整體醫療環境之不平等待遇，肇生相關護理人員於本院之陳情與訾議，核有欠當，衛生署自難辭未善盡管理及輔導職責之疏失。

四、相關醫事團體及文獻皆指明國內麻醉致死率高出先進國家，突顯國內麻醉醫療品質亟待正視，衛生署除疏於善盡調查統計分析之責，迄未切實掌握我國麻醉醫療品質現況，猶質疑該等數據之客觀性，殊有欠當：

(一)按麻醉既屬極具高風險之醫療行為，衛生署基於中央衛生主管機關之責，自應維持其最佳品質，以降低風險，確保病患之安全。揆其首要之務，允應針對麻醉併發症之發生率及其致死率等足以代表國內

麻醉醫療品質之指標，善盡統計分析及監控之責，始能有所本，足資作為相關醫事人力、制度、品質規劃、控制、協調、改進之依據，衛生署組織法第6條及該署辦事細則第16條等規定，足資參照。

(二)據臺灣麻醉醫學會之調查統計結果，94至98年麻醉重大併發症發生率分別為：0.089%、0.098%、0.073%、0.074%、0.062%、其併發症導致死亡之粗估比率約分別為：47.36%、31.76%、37.86%、44.31%、39.88%。以此估算近5年國內麻醉致死率分別為：42.15/100,000、31.12/100,000、27.64/100,000、32.79/100,000、24.73/100,000，平均為31.69/100,000。次據該會蒐尋相關文獻刊載先進國家之麻醉致死率分別如下，臺灣：17/100,000(西元【下同】2002)、12/100,000(2010)、日本：0.2/100,000(2003)、美國：1/100,000(2005)、德國：1/100,000(2005)。顯見該會及相關文獻之調查及研究結果皆顯示，我國麻醉致死率均高於先進國家，分別高達先進國家至少12倍以上，突顯國內麻醉醫療品質亟待各界正視與關注。對照衛生署前揭宣稱「我國麻醉醫師人數符合醫療市場需求」與現實悖離等語，益證該署對國內麻醉醫療品質迄未切實監控、掌握，遑論其他積極作為，此觀該署自承：「本署未對國內麻醉併發症及其致死率進行研究」等語甚明。

(三)雖據衛生署分別表示：「綜觀個人或醫事團體進行之麻醉致死率研究中，其問卷之設計及回收有效樣本數等因素，其致死率調查研究之信度與效度均有不足……。」、「目前麻醉致死率的研究皆由各專科自行調查，惟其客觀性仍有疑義，故據此資料作為國際比較並不公平……。」云云。惟觀臺灣麻醉

醫學會等民間單位之研究調查結果，係針對國內醫療機構採問卷調查方式，由其自填後，據以回收、彙整統計之結果，就臺灣傳統習以保守觀念觀之，其併發症發生率及致死率等數據理應較實際狀況不無偏低之虞。縱其或有信度及效度之疑慮，然此保守數據既已高出先進國家甚多，實際數據勢將更形嚴峻，顯不容衛生署輕忽，自應嚴予正視，積極採取改善策略。況國內麻醉醫療品質相關指標之定義、統計分析及監控作業，該署本應責無旁貸，惟該署除迄未有相關調查統計及積極作為，已顯屬不當之外，竟在未依職責提出較民間更有說服力或科學性之數據前，即率質疑民間數據之客觀性，不無招致主管機關專業之傲慢，殊有欠當。甚且，本院函請該署提供前開致死率相關數據時，該署竟函請該學會提供，除顯示該署質疑該會數據於先，卻尚需仰賴該會，向該會索討數據於後之矛盾外，益證該署平時未善盡職責之疏失。

(四)衛生署雖再稱：「基於醫療業務之高度專業性及政府資源之有限性，並依政府事務『去任務化』之政策方向……故目前有關醫療致死率之研究，多係由相關民間醫事專業團體進行。」云云。惟按政府改造「去任務化」之意旨，乃謂行政機關階段性任務已完成，或可由市場機能取代者，可解除管制。然麻醉醫療品質及相關業務數據之調查統計及掌握，係屬該署固有法定職責，既迄未見該署就該等致死率相關數據之調查、統計分析等事項親自辦理或委外辦理，則無從謂階段性任務已完成。且該署既質疑民間團體數據之客觀性，為確保國人健康權益，該署理應戮力親為，以資獲得公正客觀之數據，然該署卻不此之圖，已詳前述，反一味質疑該等數據

之客觀性，自有欠當。又，去「任務」化顯非去「責任」化，縱經該署確實檢討後，認該等業務得以解除管制，該署仍應負主管機關監督管理之責，且未經解除管制及去任務化前，該署自始迄今仍負有相關調查統計分析之責。況該署於本院立案調查前，既悉未見就該等業務去任務化之檢討結果，要難於事後資為該署免責之依據，特此指明。

五、衛生署現行醫療品質監控制度與措施尚有疏漏與不足，難以提昇整體麻醉醫療品質，核有欠妥：

(一)按醫事品質之促進，衛生署本應善盡職責，醫療法第1條及該署組織法第6條皆規定甚明。詢據衛生署表示：「醫療品質之掌握，本署係透過病人安全通報機制及醫療糾紛鑑定兩者進行瞭解。其中麻醉科異常通報事件屬極低者……。」、「為提升病人安全、營造安全的就醫文化，並促進醫療機構間經驗分享與共同學習，本署自93年規劃建置病人安全通報系統，以匿名、自願、保密、不究責，以及共同學習為宗旨，鼓勵醫療機構參與通報，並於97年將麻醉安全列入通報事件類別之一……。」、「病安通報係採獎勵機制……此部分成效仍可受重視……。」、「自76至98年12月間，本署醫事審議委員會受理司法或檢察機關委託鑑定案件計6,915件(含再次鑑定案)，其中麻醉科醫療糾紛計93件……可見麻醉相關糾紛案件占極少數，倘同步參考醫事團體進行之調查研究……足徵我國麻醉醫療品質已有逐年改善之趨勢。」等語。顯見該署係以該署現行醫療品質監控及統計結果，認麻醉醫療異常通報及糾紛案件極少，逕推論國內麻醉醫療品質已逐年改善。

(二)惟查，病安通報機制既採「鼓勵」、「獎勵」方式

，由醫療機構「自願」、「匿名」參與，其相關數據之真實性，不無疑慮。且該通報機制與前段所述民間單位之問卷調查方式相同，皆由醫療機構採自願回答方式，該署既質疑民間單位數據之客觀性於先，自難以擅稱該署通報機制之重要性於後。況該署遲至 97 年時始將麻醉安全列入通報事件類別，顯難以據此充當自始以來之全部實際狀況，此有該署於本院約詢時表示：「目前執行或有未能反應實際量」等語在卷足稽。次據該署、地方衛生主管機關於本院函詢時、約詢前及約詢後既分別表示：「本署醫事審議委員會僅受理司法或檢察機關之委託鑑定，其受理委託鑑定案件數，無法代表國內醫療糾紛總案件數。」、「無法掌握私下和解之醫療糾紛數據。」、「本署並未對醫事審議委員會受理司法或檢察機關之委託鑑定案件類型進行統計分析，亦即未對麻醉業務引發之醫療爭議案件類型進行統計分析」、「現行醫療糾紛調處案件分類科別未有麻醉科……。」等語，顯見衛生主管機關迄未能掌握麻醉相關醫療爭議案件之實際數量，焉能率稱國內麻醉醫療糾紛案件占「極少數」，除顯示該署陳詞之前後矛盾，尚乏立論基礎及佐證數據外，益加佐證該署對於國內麻醉等醫療品質監控措施之疏漏與不足。此證諸文獻研究結果載明：「西醫執業生涯醫療糾紛發生率高達 44.1%」、「醫療糾紛風險與科別有關，如西醫以骨科、婦產科、外科及麻醉科等有手術風險的科別為發生率較高的科別。」、「在醫療糾紛解決方式中，由醫師與病家雙方自行和解，或透過仲介機構(或人士)調解之案件，約占 42%；經司法訴訟處理的案件，則占 15.7%，其餘 42.3% 則為病人撤回或放棄的情況。」益證該署前段所

稱：「可見麻醉相關異常通報及糾紛案件占極少數」云云，不足採信。況據民間醫事團體及相關文獻之調查及研究結果皆顯示，我國麻醉致死率呈現波動起伏，同前所述，顯非該署所稱「改善趨勢」，凡此足證該署現行制度與措施皆不足以監控麻醉醫療品質之實際狀況，遑論提昇整體麻醉醫療品質之積極作為，核有欠當。

- (三)衛生署雖復表示：「本署透過醫院評鑑等外部稽核方式督導醫院與麻醉或手術相關之組織體制、人員配置、設施(備)完善、作業程序等面向。」云云。惟查衛生署訂定之新制醫院評鑑基準，關於麻醉醫師人力合格標準(C級)：「符合醫療機構設置標準，且有足夠的專任或兼任麻醉專科醫師……。」並未載明確切的人力數據，僅以抽象籠統的「足夠」二字代替，不無創造模糊空間讓受測醫療機構及評鑑人員得以「各自基於有利狀況表述及評分」，無怪乎該項合格比率屢屢高達100%，突顯醫院評鑑制度流於形式，欠缺實質效果。再據文獻及醫院麻醉科內部調查報告分別載明：「病患於『手術臺上』始獲見麻醉醫師的比率，竟高達47.8%……術前與麻醉醫師討論的時間僅5分鐘以下者，占67.6%，5至10分鐘者，占16.9%，亦即高達84.5%病患，術前與麻醉醫師討論的時間在10分鐘以下」、「有高達55%的病人表示，未見過麻醉醫師、不知道誰是麻醉醫師或不知道、不確定麻醉醫師有否解說麻醉風險。」顯見醫療機構麻醉術前相關準備作業之粗糙與不足甚明。然衛生署近5年辦理醫院評鑑針對「應向病人詳盡說明手術與麻醉方式及其優缺點、手術或非手術之治療方法並簽署手術及麻醉同意書」乙項之評鑑結果，竟平均高達98.31%之

醫院係屬合格，益證現階段醫院評鑑結果顯與實際狀況產生嚴重落差。況醫院評鑑皆屬預先通知查察時間及事後之查察作業，毫無主動、不預警之現況突擊抽查作業，無異形成經事先周詳安排之書面假像競賽之虞，是否有提昇醫療品質之實效，洵令人存疑，此分別觀衛生署於本院約詢時表示：「醫院評鑑現階段仍屬事後查察。」、「因考量醫院評鑑可能無法反映實際情形，且醫院亦有美化數據的作為，故明年評鑑制度將採抽樣模式，以期落實查核並提升醫療品質。」等語自明，在在顯示衛生署現階段醫療品質監控之制度及措施之疏漏與不足，顯流於形式，尚乏實益，殊難以提昇整體麻醉醫療品質，洵有欠當。

六、衛生署長期輕忽麻醉對醫療行為之重要性，迄未將麻醉視為國內醫療界應予精算健保支付標準之關鍵及重點項目，致現況仍因循沿襲舊勞保時期相關費用之規劃基準，難以反映麻醉醫事人員實際執業風險與合理報酬，核有欠當：

- (一)按全民健康保險法(下稱健保法)第3條、第6條、第51條規定：「本保險之主管機關為中央衛生主管機關。」、「本保險由主管機關設中央健康保險局(下稱健保局)為保險人，辦理保險業務。」、「醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定……。」揆諸全民健康保險(下稱健保)自84年3月開辦以來，除保障國人就醫之可近性，並減輕民眾就醫之財務負擔與障礙外，亦深化影響國內醫療服務市場供需之價格機能，其軸心採用之第三者支付制度，造成醫療服務價格非完全取決於市場供給與需求，而係以保險人支付醫療費用，暨而特約醫療機構提供醫療

服務之方式，取代市場價格機能，成為足以影響國內醫療服務提供者暨相關醫事人員行為之主要因素，尤以目前國內醫療院所既達9成以上係屬健保特約機構，醫療費用支付標準已然主導醫療生態之演變與走向，影響力至深且鉅。是隨著國內醫療技術突飛猛進、人口老化暨疾病型態轉變及醫療人權日漸高漲之際，衛生署、健保局及保險醫事服務機構既分別負有醫療費用支付標準核定及擬訂之責，自應適時檢討相關費用之合理性及妥適性，除避免醫療資源被濫用而徒增國家財務負擔之外，首要即在公平分配醫療資源，促進醫療提供者暨各類、各科醫事人員視病猶親，確實提供適宜、適量之醫療行為，以杜絕任何因支付標準之不當而產生過當與不及之醫療行為，從而提昇醫療機構服務及使用效率與水準，足資確保國人健康權益，合先述明。

(二) 詢據衛生署於本院約詢前、約詢時及約詢後分別查復，麻醉費用等各項醫療費用支付標準主要係沿用勞工保險(下稱勞保)舊時期之支付標準，目前係規範於「全民健康保險醫療費用支付標準」第2部之第2章、第10節「麻醉費」項下，除表面麻醉、浸潤麻醉或簡單傳導麻醉等費用係包含於手術費用內之外，其他麻醉之材料及藥劑費用係以麻醉費所定點數50%計算之。至支付費用點值之計算標準，醫院總額對於住院期間之麻醉費則係採1點1元支付費用。惟經檢視健保局提供之近5年各項麻醉項目支付點數資料，各項麻醉醫療費用之支付點數均維持前開標準，未曾調整。且據衛生署於本院約詢時表示：「現行多項支付標準或未能反映醫療人員實際執業風險，確有待檢討之處，故已引進健保醫療費用支付標準相對值制度(簡稱 RBRVS)，據以評估

合理之支付標準。」、「本署已積極研究發展臺灣版健保支付標準相對值表，以相對點數客觀地評估不同服務投入之資源，據以調整健保支付標準表，惟現行醫療費用給付標準項目繁多，現階段係以完成關鍵項目之修訂為目標，故現仍未針對麻醉費用進行修訂。」等語。足見國內麻醉費用大部分係沿用勞保舊時期之支付標準，且衛生署尚未視其為關鍵項目，致多年未曾檢討修正，就其研訂斯時之麻醉技術多附屬於外科醫師之醫療業務，相關麻醉技術水準及人力亦均屬不足與缺乏，與今相較，顯已時空俱變等情以觀，其相關費用標準是否適用現況，已生疑義。縱該署已引用相對值制度調整健保支付標準表，惟該署明知目前支付標準尚未能反映麻醉醫療人員實際執業風險，卻遲未將麻醉費用納入檢討精算，不無長期未將麻醉視為國內醫療之關鍵及重點項目等輕忽心態所致，肇生國內麻醉相關醫療團體及醫事人員之陳情與詬病不斷，此有本院函詢及諮詢國內相關醫事團體、專家學者及實際從業人員等相關查復資料及意見附卷可稽，核有欠當。

七、國內部分醫療機構麻醉業務非由醫師親自執行，從而有違反醫師法情事，衛生署卻未能完備醫師報備支援相關規範，並疏於勾稽查核健保申報資料，致難以杜絕不法情事，洵有欠當：

(一)按醫師法第 8 條、第 8-2 條、第 11 條、第 25 條第 27 條、第 28 條規定：「醫師應向執業所在地直轄市、縣(市)主管機關申請執業登記，領有執業執照，始得執業……。」、「醫師執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之。但急救、醫療機構間之會診、支援、應邀出診或經事先報准者，不在此限。」、「醫師非親自診療，不得施行治療、

開給方劑或交付診斷書。但於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣(市)主管機關指定之醫師，以通訊方式詢問病情，為之診察……。」、「醫師有下列情事之一者，由醫師公會或主管機關移付懲戒：一、業務上重大或重複發生過失行為。……。四、執行業務違背醫學倫理……。」、「違反第 8 條第 1 項……第 8 條之 2……規定者，處新臺幣(下同)2 萬元以上 10 萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰。」、「未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處 1 年以上 3 年以下有期徒刑，得併科 3 萬元以上 15 萬元以下罰金……。」是麻醉醫師除山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫等醫療需要情形外，應親自診療與施行，且除急救、醫療機構間之會診、支援、應邀出診或經事先報准者，不得於非所在地主管機關核准登記之醫療機構為之。如有違者，自應依同法第 25 條、第 27 條、第 28 條規定處罰。各級衛生主管機關尤應依法善盡查察責任，規定至為明確。經本院詢據地方衛生主管機關之查復、諮詢麻醉醫療領域相關專家學者、醫事人員之意見及彙整文獻之研究結果分別略以：「國內麻醉專科醫師人力不足，部分醫療機構以麻醉護理師(士)替代醫師執行麻醉業務(俗稱代麻)之情事，已非新鮮事。」、「目前國內麻醉專科醫師人力相對於整體需求顯有不足，而需仰賴麻醉護理人員協助大部分工作……。」、「因麻醉醫療項目之健保給付不足，為成本計，部分醫療機構未聘用足額之麻醉醫師，遂加重現有麻醉醫師之工作量，因而有麻醉醫師頻頻穿梭於各醫療機構間之手術臺(俗稱跑臺)、搖控麻醉護理人員操作，或逕以麻醉護理

人員代麻等情事發生……」足見國內醫療機構囿於成本及麻醉醫師人力不足，肇致部分麻醉業務非由醫師親自執行，從而有違反醫師法情事，衛生署除應自源頭補強麻醉專科醫師人力之外，已詳前述，自應善用健保申報及醫師報備支援等既有資料，詳予勾稽查核，除藉此確保國人就醫權益及醫療人權之外，並杜絕不肖醫療機構及醫師趁隙投機及違規行為，爰先述明。

- (二) 經查，針對國內衛生主管機關有無善用醫療院所全身麻醉健保給付之申報資料，以勾稽查核麻醉專科醫師確有親自執行全身麻醉業務乙節，詢據衛生署分別查復略以：「……執行審核院申報之全身麻醉案件方式，係由抽審案件檢附之資料，依規定進行專業及行政審核，據以比對該麻醉醫師是否具有專科醫師資格及符合報備支援等規定」、「本署健保局分區業務組自 98 年 10 月間啟動『醫院麻醉專科醫師支援』專案查察，針對申報『半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法』及『半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法』等二種全身麻醉方式，核對有無報備麻醉專科醫師或同醫師不同醫院同時段重複申報資料予以查核。合計追扣 18 家醫院，195 萬點費用。經醫院自清確認申報錯誤，予以追扣費用。」等語。顯見健保局除遲至 98 年 10 月間始針對國內醫療院所申報之全身麻醉案件進行勾稽查核之外，就其專案發現 18 家醫院之違規情事，竟認定其係單純之「申報錯誤」，僅追扣其費用後，而未有相關因應查察作為。經本院依據健保局檢附之 94 至 98 年度健保特約醫院申報之麻醉項目醫令統計表，針對前揭 18 家醫院全身麻醉項目占率最高之「96021C：半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全

身麻醉法—2 小時至 4 小時」支付標準計算，以每增加 30 分鐘多 880 點，最高 4 小時 7,040 點推估發現，計有 277 件申報錯誤案件，即前揭 18 家醫院平均每家醫院約有高達 16 件申報錯誤案件，顯難以率認定僅係單純之「申報錯誤」。然而，卻未見健保局主動移請該署醫事管理主政機關及地方衛生主管機關針對該等醫療機構及醫師重複申報行為是否涉有詐領健保費用及上開醫療法第 25 至 28 條等規定之適用，詳予究明及釐清，此觀該署於本院約詢後迄未依本院調查委員指示，提供具體佐證資料甚明，不無輕縱該等醫療機構及醫師恣意妄為之疏失，顯難以據此遏阻不肖醫療機構及醫事人員之投機謀利行為，殊有欠當，亟應切實查處見復。

(三)次查，針對國內衛生主管機關有無完備醫師報備支援相關規範，據此勾稽查核醫師是否親自執行醫療業務乙節，詢據衛生署分別表示：「直轄市、縣(市)衛生主管機關於受理申請醫師至他醫療機構執行業務時，應考量報備需定點、定時之精神，及權衡是否影響申請機構之人力配置、業務執行，支援者每週全部工作時數之適當性及支援期間是否過長等因素，再予核准。」、「有關醫院醫師支援診所之規定如下：支援醫師人數不得超過被支援診所醫師人數之 2 倍，支援時段不得超過被支援診所總服務時段之 40%。前經本署以 96 年 2 月 9 日衛署醫字第 0960222467 號函釋在案。」、「醫事人員支援報備之申請程序，經查醫事人員相關法律並無規範……。」、「本署並無針對麻醉醫師是否在同時段，不同地點執行麻醉醫療業務等違規情形進行稽核。」足見衛生署縱對醫院醫師報備支援診所之時段、時數有相關限制，惟除未規範醫事人員支援報備

之申請程序外，診所醫師支援醫院、診所、健檢中心之時段、時數，亦未見相關限制。究各級衛生主管機關有無確實依該署函釋內容確實審核無從得知，且各級衛生主管機關迄未善用醫師報備支援資料據以勾稽查核醫師是否親自執行醫療業務，致醫師有否在同時段，出現在不同地點等分身執行麻醉醫療業務等違規情事難以掌握，遑論其他醫師未經報備即逕行於其他醫療機構兼差、分身執行麻醉業務等查察作為，顯有欠當。

八、衛生署現階段縱以推展全人醫療照護理念，容許非具麻醉專科醫師資格之醫師執行麻醉醫療業務，卻未完備相關配套措施，致難以提昇麻醉醫療專業水準，容有欠妥：

- (一)按麻醉係屬高風險之醫療行為，此觀醫療法第 63 條規定：「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人……說明手術原因……並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書……。」自明。衛生署自應提昇其相關醫事人員之專業化程度，以確保病患之安全，特予述明。
- (二)經查，關於麻醉醫療專業化及其業務是否限由麻醉專科醫師執行乙節，詢據衛生署分別查復：「依醫師法規定，凡具醫師資格者均得執行各項醫療業務，又醫療業務在性質上本為一體，無法嚴格分割，專科醫師制度僅係醫師之一種專長認定，現行法令並未限制非麻醉專科醫師，不得執行麻醉業務。」、「按醫師法第 7 條之 1 第 1 項規定：『醫師經完成專科醫師訓練，並經中央主管機關甄審合格者，得請領專科醫師證書。』此專科醫師制度之規定係為提升醫療品質，對已取得醫師資格而接受臨床專業訓練者，所接受專科訓練之認定，具專科醫師資

格之醫師固可從事該專科範圍之醫療業務，而未具專科醫師資格之醫師，亦無限制其從事專科業務之範圍。」、「88年間因考量麻醉科醫師人力欠缺，以及全身麻醉流程所具備之高風險性，乃將2種全身麻醉法之診療項目限由麻醉專科醫師施行，始得申請健保給付……據以提升病患接受麻醉處置之醫療品質，且前開項目支付標準所設限制，係保險機關基於確保醫師及醫療機構執行品質及財務考量，得設定非專科醫師執行不得申報健保之支付條件，並非限制醫師施行醫療業務之範圍……。」等語，顯見該署明知「專科醫師制度係為提升醫療品質，且麻醉專科醫師施行麻醉得以保障病患之安全性」等情，卻未見相關配套管理作為，逕允許非具麻醉專科醫師資格之醫師執行各類麻醉醫療業務，無異坐視國內麻醉醫療業務非專業化情形之存在，該署政策理念與實際管理作為顯有扞格矛盾。易言之，該署容許精神科、家醫科……等較無外科手術實戰經驗之醫師，以及未取得任何專科醫師資格之醫師執行麻醉業務，容難以確保國人就醫權益及醫療品質。

- (三)雖據衛生署表示：「醫學生之養成過程，不論學校課程之安排、實習，均有完整之訓練課程規劃，且最後尚須通過各專科科目考試測驗……為落實全人照護理念，避免頭痛醫頭，腳痛醫腳，本署自92年實施『畢業後一般醫學訓練計畫』，俾使第1年住院醫師在臨床指導教師指導下強化學習內科、外科(含麻醉)等各種常見、一般性疾病的診斷、治療與照護能力。並於同年發布『醫師執業登記及繼續教育辦法』，規定醫師每6年須接受一定積分之繼續教育，始得換發執業執照，繼續執業，以提升醫

師之專業知能。」、「醫師如限於專業技術與知識，依其專業判斷無法提供病人妥適治療，按醫療法第73條第1項前段規定：『醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。』醫療機構應依前揭法令規定建議病人轉診。」、「醫師亦應經由專業自律，遇到非自己專長疾病之病人，經由轉診、照會等措施協助病人得到完整治療……。」云云。惟查醫師執照考試與畢業後一般醫學訓練計畫縱涵括醫療各專科科目之測驗及訓練，然自第1年住院醫師起，至爾後數10年之醫師執業生涯，國內醫師之繼續教育工作皆由各專科醫學會辦理，大部分授課內容除係以精進各專科醫師之專業程度為考量，尚未涵蓋為數眾多之非專科醫師需求之外，前揭各專科醫學會辦理繼續教育之積分認證標準亦不一，迄乏主管機關及相關團體對該等繼續教育提供者進行督導及評鑑，醫事相關規範與醫院相關評鑑基準，復均鼓勵醫師及醫療機構提升專科醫療能力，凡此除突顯衛生主管機關現行管理制度、實質作法及醫療整體生態皆與該署所稱全人照護理念背道而馳之外，醫學繼續教育品質亦屬堪慮，益見該署所稱全人照護理念欠缺完善配套作為。值此國內頻傳醫師詐領健保費用、勾結詐騙集團詐領壽險費用及醫師利誘未成年少女與其性交等醫德低落之際，衛生署將民眾就醫權益及醫療品質冀望於醫師專業自律及自主管理，而乏勾稽查核與相關規範等完善配套措施之舉，無異為緣木求魚，除有違專科醫師制度之精神外，尤有失政府分官設立該署保護民眾醫療權益之初衷與美意，殊有欠當。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一、二、三，提案糾正行政院衛生署。
- 二、調查意見四至八，函請行政院衛生署確實檢討改進見復。
- 三、抄調查意見，函請本案諮詢專家學者參考。
- 四、調查意見上網公布。