

## 糾 正 案 文

壹、被糾正機關：行政院衛生署。

貳、案由：行政院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，任令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，尤以該署自本院於 92 年間促請檢討後，猶未見具體改善對策，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。該署復未完備麻醉護理人員相關制度，肇生其工作量及執業風險日益遽增，於整體醫療環境有遭受不平待遇之虞。經核確有違失，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

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，復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、資格認證、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，衛生署不無怠失之責，應予糾正。茲臚列事實及理由如下：

**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失、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。顯見疑因麻醉疏失、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、或是以國家每千人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。

據上論結，行政院衛生署核有違失，爰依監察法第24條提案糾正，移送行政院轉飭所屬確實檢討改善並依法妥處見復。