

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：衛生福利部。

貳、案由：本院99年已提出調查報告要求衛生福利部改善麻醉醫師人力規範不足之情事，然迄今7年間（100年至106年），仍未改善，至少高達350萬次麻醉業務在無麻醉專科醫師或受過麻醉訓練之醫師資格之管理規定把關下，進行高危險之全身麻醉及深度鎮靜，長期漠視病患麻醉醫療之安全；又本院前亦要求前衛生署對各醫療機構之麻醉專科醫師人數申報麻醉量給付之合理性，建立查核機制，然該署恣置不理，顯有怠失；再則本院前已指出前行政院衛生署任令國內麻醉護理人員由各醫院自行辦理訓練，致該等人力訓練品質參差不齊，而台灣麻醉護理學會早於98年即已要求該署增設麻醉護理師，惟迄今該部仍未有麻醉護理師之分科設置、甄審及相關管理法規，罔顧臨床實務對麻醉專業護理人員之長期需求，亦有怠失。核以上違失情節嚴重，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

近年，國內麻醉過程疏失造成病患死亡案例頻傳，雖本院前已調查，並責成前行政院衛生署（下簡稱前衛生署）提出麻醉安全對策，惟經數年未見具體成效；又主管機關迄今對於為數有限的麻醉醫師及麻醉護理師等醫療人力及麻醉醫療品質，仍未有顯著改善，造成有限的麻醉專業人員在各醫療機構間疲於奔命，使渠等在法規外模糊地帶，以有限人力支撐龐大的醫療照護需求，

加速醫療風險。為釐清主管機關進行各項改善措施及其成效，包括：麻醉相關併發症與死亡分析、麻醉醫護人力改善規劃、麻醉品管登錄，以及其他改善全國麻醉安全的具體方案，爰立案調查，以回應民眾對麻醉醫療品質之期待。案經諮詢相關醫學會、護理學會及醫學中心麻醉部主任；另函請衛生福利部（下簡稱衛福部）、衛福部中央健康保險署（下簡稱健保署）、臺北市政府衛生局、宜蘭縣政府衛生局說明案關疑義及調取相關卷證，並請衛福部醫事司石崇良司長暨該部護理及健康照護司陳青梅簡任技正、健保署蔡淑鈴副署長率各該機關相關人員到院說明，業調查竣事，認有相關違失應予糾正促其注意改善。茲臚列事實與理由如下：

- 一、本院 99 年已提出調查報告要求衛福部改善麻醉醫師人力規範不足之情事，然迄今 7 年間（100 年至 106 年），仍未改善，至少高達 350 萬次麻醉業務在無麻醉專科醫師或受過麻醉訓練之醫師資格之管理規定把關下，進行高危險之全身麻醉及深度鎮靜，長期漠視病患麻醉醫療之安全；又本院前亦要求前衛生署對各醫療機構之麻醉專科醫師人數申報麻醉量給付之合理性，建立查核機制，然該署恣置不理，顯有怠失。衛福部應予積極檢討相關規範及查核機制，確實掌握各級醫療機構執行及申報麻醉之合理量，確保醫療機構麻醉施行安全及品質之提升

（一）按國內各層級醫療機構施行麻醉之規範，歷年於醫院評鑑基準訂有相關評量項目，依 106 年醫院評鑑基準及評量項目：

- 1、醫學中心部分：於 2.6.1 章節，適當的手術、麻醉部門體制及人力配置摘要如下：應明訂手術、麻醉部門之體制及專責人員：有負責的醫師、麻醉病例

年平均1,500次以上應有1名專任麻醉專科醫師。若麻醉醫師為兼任者，亦須符合下列項目：有固定醫師負責。

2、區域醫院、地區醫院部分：於 2.6.4，麻醉醫師於術前探視病人並確立麻醉計畫摘要如下：麻醉醫師實行手術前探視病人，評估麻醉風險與建議麻醉方式；由麻醉科專科醫師負責執行麻醉作業，應以淺顯易懂的方式向病人或其家屬說明麻醉方式、可能副作用、相關注意事項等。依上列結果檢討選擇最適當的麻醉方法；訂立麻醉計畫等。

(二)次按醫療機構設置標準第9條診所設置標準表門診手術室，基層診所執行全身麻醉(含靜脈全身麻醉)應具下列設備：麻醉機、醫用氣體及抽吸設備、醫療影像瀏覽設備、生命監視設備(至少應含心電圖、血氧飽和濃度監視器)及觀察病床(專供手術後恢復使用)。惟無麻醉醫師人力相關規範。

(三)查本院前於99年間曾針對國內麻醉醫師有無不足、主管機關之把關監督等情立案調查，其中調查意見「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」一項指出：「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。」迄至本案調查期間，衛福部鑑於全身麻醉及深度鎮靜等危險性高，於107年9月始修正「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀

器施行或使用管理辦法」，明定醫療機構施行「部分」特定美容醫學手術，其屬全身麻醉或非全身麻醉之靜脈注射麻醉，應有專任或兼任之麻醉科專科醫師全程在場，且應於手術時親自執行麻醉業務。以改善歷年麻醉醫師人力要求管理法令之不足。

(四)次查 100 年至 106 年，國內各層級醫療機構執行全身麻醉之健保申報件數如下表：

單位：申報家數/件數

| 年度 各層級醫療機構 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| 醫學中心 | 19/360,218 | 19/367,290 | 19/370,867 | 19/385,199 | 19/397,819 | 19/403,528 | 19/420,289 |
| 區域醫院 | 75/325,530 | 75/333,768 | 76/347,805 | 76/358,506 | 76/368,721 | 76/372,950 | 76/388,788 |
| 地區醫院 | 228/88,508 | 224/90,506 | 223/93,275 | 219/94,567 | 226/99,545 | 219/106,386 | 224/117,078 |
| 基層診所 | 480/25,576 | 463/25,800 | 465/25,017 | 449/27,644 | 438/25,760 | 428/24,525 | 430/24,892 |

資料來源：健保署 107 年 3 月 8 日健保醫字第 1070032846A 號函。

依上表，近年基層診所約 430 家每年執行約 25,000 件危險性高之全身麻醉，惟無規定診所執行該等麻醉醫師人力資格之要求；而區域醫院有 76 家每年執行約 370,000 件全身麻醉，及地區醫院 224 家每年執行約 100,000 件全身麻醉，相較醫學中心亦無相關麻醉醫病比規範。是以，自本院提出調查報告要求改善迄今 7 年間（100 年至 106 年），統計區域醫院、地區醫院及基層診所在執行高危險之全身麻醉上，每年約有 50 萬件次麻醉業務因無麻醉專科醫師或受過麻醉訓練之醫師資格管理規定把關下，至少高達 350 萬次麻醉業務進行高危險之麻醉施行，顯見衛福部長期漠視病患麻醉安全。

(五)另查全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第十節麻醉項目中，支付標準編號 96017C~96019C-

「半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法」及 96020C~96022C-「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限由麻醉科專科醫師施行。又按「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」給付規定分為：2 小時以內。2 小時至 4 小時，每增加 30 分鐘。4 小時以上，每增加 30 分鐘。顯見，臨床實務上，麻醉醫師施行麻醉之時間依情況有達數小時甚至 4 小時以上之情形。

(六)再據衛福部 100 年至 106 年之醫院評鑑基準及評量項目，針對麻醉醫師與年平均麻醉病例訂有醫病比例為：年平均麻醉病例數每 1,500 次應有 1 名專任麻醉專科醫師以上。據衛福部說明¹：上開比例係依目前醫療環境實際運作狀況，並參考各界意見，以麻醉醫師一檯刀需 1 小時，一日工作 6 至 8 小時，一日約 6 至 8 位病人，1 年工作 250 日計算，一年約有 1,500 位至 2,000 位病人，評鑑以較高標準估計，故一年 1 位麻醉醫師約處理 1,500 位為宜。然醫院評鑑基準以麻醉醫師一檯刀需 1 小時，一年 1 位麻醉醫師約處理 1,500 位病人之計算基準與各醫院實際申報健保給付之計算時數並不一致，顯示歷年醫院評鑑基準顯有低估麻醉醫師一檯刀僅需 1 小時之情形。此亦可由健保署蔡淑鈴副署長於本院約詢表示：依目前數據分析一位麻醉醫師平均一天 3.7 台刀，但是否平均分派尚不知。益證，現況及醫院評鑑不符。

(七)據本院函詢健保署曾否實際查核及推估各級醫療機構中，以現有麻醉專科醫師人數申報麻醉量給付之

¹ 衛福部提供本院 107 年 7 月 23 日約詢書面資料。

合理性一節，該署表示：特約醫事服務機構須符合評鑑及設置標準，而該署並未辦理及推估各級醫療機構中，以現有麻醉專科醫師人數申報麻醉量給付之合理性。另健保署蔡淑鈴副署長於本院約詢有關麻醉醫師給付一節表示：目前健保署給付規定除全身麻醉限麻醉醫師親自執行外，其餘非全麻部分，醫師只要受過訓練執行麻醉就會給付。局部及區域麻醉，於診所有增加之趨勢，但全麻部分則診所有減少之情形；顯示民眾會去選擇較安全之醫療院所執行全麻；但目前以健保資料數據很難去分析麻醉醫師之兼差跑台情形。是以，衛福部實應更詳細周延評估跑台嚴重程度。

- (八)然查本院 99 年間調查之國內麻醉醫師有無不足、主管機關之把關監督等情案，其中調查意見針對「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」指出：「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。」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……。」可知，本院前已要求前衛生署建立查核機制，惟迄今衛福部仍未有對各醫療機構之麻醉專科醫師人數申報麻醉量給付之合理性，建立查核機制，各層級醫療機構既依相關規範申報麻醉給付，則衛福部對於醫療機構提供予病人之麻醉醫療品質之把關，當屬責無旁貸。

(九)而衛福部醫事司石崇良司長於本院約詢針對利用管制藥品之使用量進行麻醉醫師兼差管理一節表示：或許可利用管制藥品進行勾稽查核麻醉醫師之執業處所進行管理。另表示：管制藥品之管理方式會後再研議。

(十)綜上，本院 99 年已提出調查報告要求衛福部改善麻醉醫師人力規範不足之情事，然迄今 7 年間(100 年至 106 年)，仍未改善，至少高達 350 萬次麻醉業務在無麻醉專科醫師或受過麻醉訓練之醫師資格之管理規定把關下，進行高危險之全身麻醉及深度鎮靜，長期漠視病患麻醉醫療之安全；又本院前亦要求前衛生署對各醫療機構之麻醉專科醫師人數申報麻醉量給付之合理性，建立查核機制，然該署恣置不理，顯有怠失。衛福部應予積極檢討相關規範及查核機制，確實掌握各級醫療機構執行及申報麻醉之合理量，確保醫療機構麻醉施行安全及品質之提升。

二、本院前已指出前衛生署任令國內麻醉護理人員由各醫院自行辦理訓練，致該等人力訓練品質參差不齊，而台灣麻醉護理學會早於 98 年即已要求前衛生署增

設麻醉護理師，惟迄今衛福部仍未有麻醉護理師之分科設置、甄審及相關管理法規，罔顧臨床實務對麻醉護理人員之長期需求，顯有怠失。衛福部允應儘速建立我國麻醉專業護理養成及甄審制度，與國際接軌，維麻醉護理臨床人力之素質及穩定

- (一) 依衛福部 103 年 5 月 6 日衛部醫字第 1031663237 號函釋略以：「按醫療工作之診斷、處方、手術及施行麻醉等醫療行為，係屬醫療業務之核心，應由醫師親自執行，……。」復依護理人員法第 24 條第 1 項第 4 款規定，醫療輔助行為應在醫師之指示下行之；護理人員法規定，護理人員區分為護理師、護士及專科護理師；而專科護理師分科及甄審辦法第 2 條規定：「專科護理師之分科為內科、外科」故施行麻醉應由醫師親自執行，護理人員在醫師指示下，執行醫療輔助工作。
- (二) 查本院 99 年間針對國內麻醉醫師有無不足、主管機關之把關監督等情立案調查，其中調查意見「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，待遇難以反應實際工作量」一項指出：「……國內現行麻醉護理人員尚未有學歷限制，係由台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……」及「……『台灣麻醉護理學會雖於 98 年 11 月間建請本署增設麻醉護理師，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……，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……。」據本案衛福部函復²：專科護理師之分科並無「麻醉科」；亦無麻醉專科護理師資格相關規範。又因護理人員法及專科護理師分科及甄審辦法並未訂定「麻醉科專科護理師」，故目前無麻醉專科護理師相關人數統計、其與麻醉醫師配比等資料。是以，本院前已指出前衛生署任令國內麻醉護理人員由各醫院自行辦理訓練，致該等人力訓練品質參差不齊，而台灣麻醉護理學會亦早於 98 年即已要求前衛生署增設麻醉護理師，惟迄今衛福部仍置之未理，未有麻醉護理師之分科設置、甄審及相關管理法規。

(三)次查衛福部 101 年至 108 年醫療品質及病人安全歷年工作目標，在提升手術安全之一般原則及參考作法皆建議：「全身及區域麻醉，應由麻醉專科醫師負責執行或在其全程指導下由麻醉護理師完成。麻醉護理師應受過專門訓練……」再查現階段國內各層級醫療機構麻醉醫師及麻醉護理人力規範之配置，106 年度醫院評鑑基準及評量項目 1.3.6 及 1.2.10，有關護理人員於手術室及手術恢復室人力配置如下：(1)醫學中心：手術室每班每床應有 2.5 人以上、手術恢復室每床應有 1 人以上。(2)區域醫院：手

² 衛福部 107 年 7 月 23 日約詢書面資料。

術室每班每床應有 2 人以上、手術恢復室每床應有 1 人以上。(3) 地區醫院:手術室每床應有 2 人以上、手術恢復室每床應有 1 人以上。基上可知，在醫療臨床實務上有麻醉業務之需，故對麻醉專科之護理人員有其必要，然前開工作建議事項、評鑑制度行之多年，衛福部卻置若罔聞，未能積極對麻醉護理師之分科提出設置。

(四)另查衛福部 102 年委託研究³指出:美國於西元 1909 年首先創始培訓麻醉護理師，負責提供麻醉照護，麻醉護理師的培訓費用低於麻醉醫師，且經過完善訓練的麻醉護理師有助於協助提供安全與效率兼顧的麻醉照護。又查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⁴。可知，國際上係透過嚴謹完善之訓練及考試培訓麻醉護理師，以因應麻醉醫療所需之輔助業務。衛福部前開委託研究並認為:台灣麻醉專科醫師每人須同時執行 4 位病人的麻醉，因此台灣宜採取之麻醉照護小組模式為:1 位麻醉專科醫師指導(或親自執行)4 位麻醉護理師提供麻醉照護。

(五)據衛福部照護司陳青梅簡任技正於本院約詢時表示

³ 前行政院衛生署 102 年度委託臺北榮民總醫院研究「麻醉護理師訓練課程規劃計畫」。

⁴ 參考資料:「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。」，程仁宏、洪昭男、楊美鈴、尹祚芊，監察院，100 年 1 月。

：目前取得專科護理師者近 7,000 人，而從事麻醉護理業務之護理師則約近 3,000 人。就目前麻醉專科護理師執行之麻醉業務係涵蓋於專科護理師範疇，目前專科護理師分大內及大外，幾年前曾與麻醉醫學會及麻醉護理學會討論過麻醉專科之分科設置問題，由於其業務具高度專業，似應另外獨立於內、外科之外，依討論決議，因事涉甄審、專科訓練、現有人員擔心既有資格受影響……等，故麻醉醫學會及麻醉護理學會表示需再研議。

- (六)另據台灣麻醉護理學會於本院諮詢時表示：目前約有四千多名現職麻醉護理人員，與麻醉醫師組成麻醉照護小組模式，提供麻醉醫療與照護。目前台灣有三類進階護理師(Advanced Practice Nurses)，分別為麻醉護理師、助產師、專科護理師。但至今仍無法源可保障麻醉護理師之執業，亦無法規範麻醉護理師之訓練素質。主管機關曾建議將麻醉護理師納入專科護理師進行討論，專科護理師學會爰提出將麻醉護理師納入外科專科護理師之次專科，建議麻醉護理師先完成外科專科護理師之核心訓練內容，再完成麻醉次專科內容，證照考試與訓練評鑑則一律比照其他專科護理師，由專科護理師學會專責。但台灣麻醉護理學會認為將衍生以下問題：(1) 麻醉護理師之專科訓練時間與內容因須納入外科致麻醉護理專科知識與技能課程時間不足。(2) 麻醉護理學會與麻醉醫學會身為麻醉專業之代表團體，無法主導證照考試與訓練內容事務，恐致麻醉護理師之教考訓用不符臨床需求。(3) 現職四千多名麻醉護理師需以特考型式取得執業執照，執業權無法被保障。是以，麻醉護理師之分科，台灣專科護理師學會與台灣麻醉護理學會仍有歧見，迄未解決

。

(七)綜上，本院前已指出前衛生署任令國內麻醉護理人員由各醫院自行辦理訓練，致該等人力訓練品質參差不齊，而台灣麻醉護理學會早於 98 年即已要求前衛生署增設麻醉護理師，惟迄今衛福部仍未有麻醉護理師之分科設置、甄審及相關管理法規，罔顧臨床實務對麻醉護理人員之長期需求，顯有怠失。衛福部允應儘速建立我國麻醉專業護理養成及甄審制度，與國際接軌，維麻醉護理臨床人力之素質及穩定。

綜上所述，本院99年已提出調查報告要求衛福部改善麻醉醫師人力規範不足之情事，然迄今7年間（100年至106年），仍未改善，至少高達350萬次麻醉業務在無麻醉專科醫師或受過麻醉訓練之醫師資格之管理規定把關下，進行高危險之全身麻醉及深度鎮靜，長期漠視病患麻醉醫療之安全；又本院前亦要求前衛生署對各醫療機構之麻醉專科醫師人數申報麻醉量給付之合理性，建立查核機制，然該署恣置不理，顯有怠失；再則本院前已指出前衛生署任令國內麻醉護理人員由各醫院自行辦理訓練，致該等人力訓練品質參差不齊，而台灣麻醉護理學會早於98年即已要求前衛生署增設麻醉護理師，惟迄今衛福部仍未有麻醉護理師之分科設置、甄審及相關管理法規，罔顧臨床實務對麻醉專業護理人員之長期需求，亦有怠失。核以上違失情節嚴重，爰依憲法第97條第1項及監察法第24條之規定提案糾正，移送行政院轉飭所屬確實檢討改善見復。

提案委員：張武修

尹祚芊