



# 婦產科醫師荒原因及解決方案 專案報告

行政院衛生署署長 邱文達

2012年5月16日



# 大綱

- 壹、醫師人力政策
- 貳、專科醫師制度
- 參、婦產科醫師人力現況
- 肆、婦產科醫師人力萎縮之原因分析
- 伍、策進作為
- 陸、總結



# 壹、醫師人力政策

- 採教、考、訓、用政策。
- 自75年起，管制每年醫學生招生總數為1,200名，**88年增為1,300名**。（不含僑生、地方養成、駐外人員子女等約130名）
- 歷年委託之醫師人力推估研究，均顯示無須增加醫師招生人數。
  - 89年國衛院「我國醫事人力規劃與預測研討會」
  - 91年國衛院「臺灣未來醫師人力需求之推估及加入WTO後對醫師人力之衝擊」
  - 95年陽明大學「我國西醫師人力指標及目標數訂定之檢討與規劃研究」
  - 99年陽明大學「西醫師人力供給與需求推估研究計畫」



## 貳、專科醫師制度

### • 專科醫師訓練制度

- 依醫師法及專科醫師分科甄審辦法，自75年起辦理專科醫師制度，至90年共頒發22類專科與1類次專科醫師證書。
- 為均衡專科醫師科別人力分布，自90年起採行專科醫師訓練容額管制計畫，核定每年1948名訓練容額，並有20%彈性上限（合計2339名）。

### • 畢業後一般醫學訓練制度

- 為矯正過早專科化及強化一般醫學訓練，自92年起開辦三個月PGY訓練，並自95年起延長為6個月訓練。
- 自100年7月起，接受專科醫師訓練前需完成一年期PGY訓練。(內含1個月婦產科訓練)

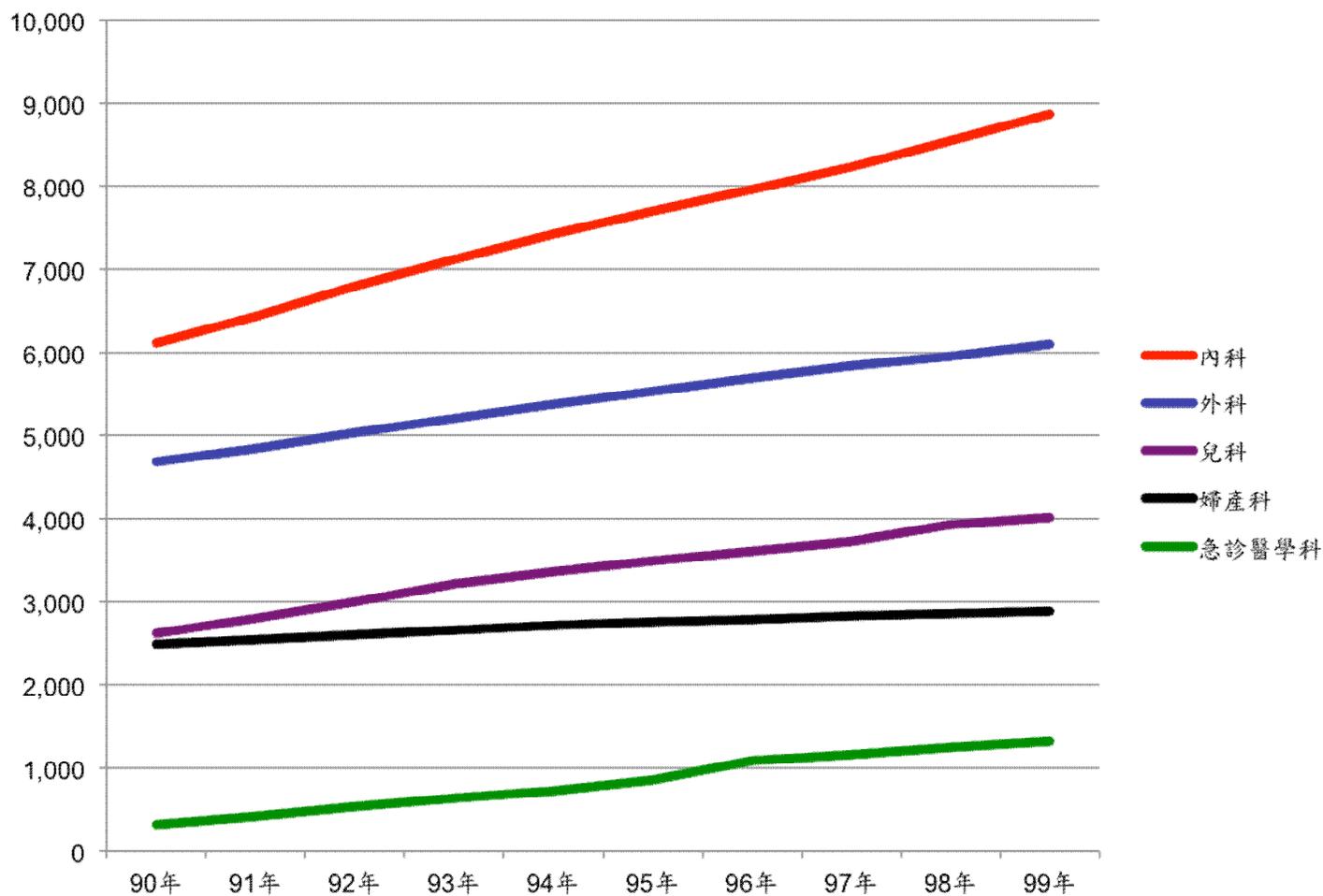


## 參、婦產科醫師人力現況

- 婦產科專科醫師人數為2927名，執業人數為2394名。
- 近十年之人力成長率約為16%，低於內科45%、外科30%、兒科54%。
- 執業場所：醫院47%、診所53%。
- 平均執業年齡53歲。（整體平均48歲）
- 92-99年住院醫師（容額70名）招收率平均為63%，100年為56%（容額39名）。



# 內、外、兒、婦、急診醫學科專科醫師 近十年領證人數成長情形





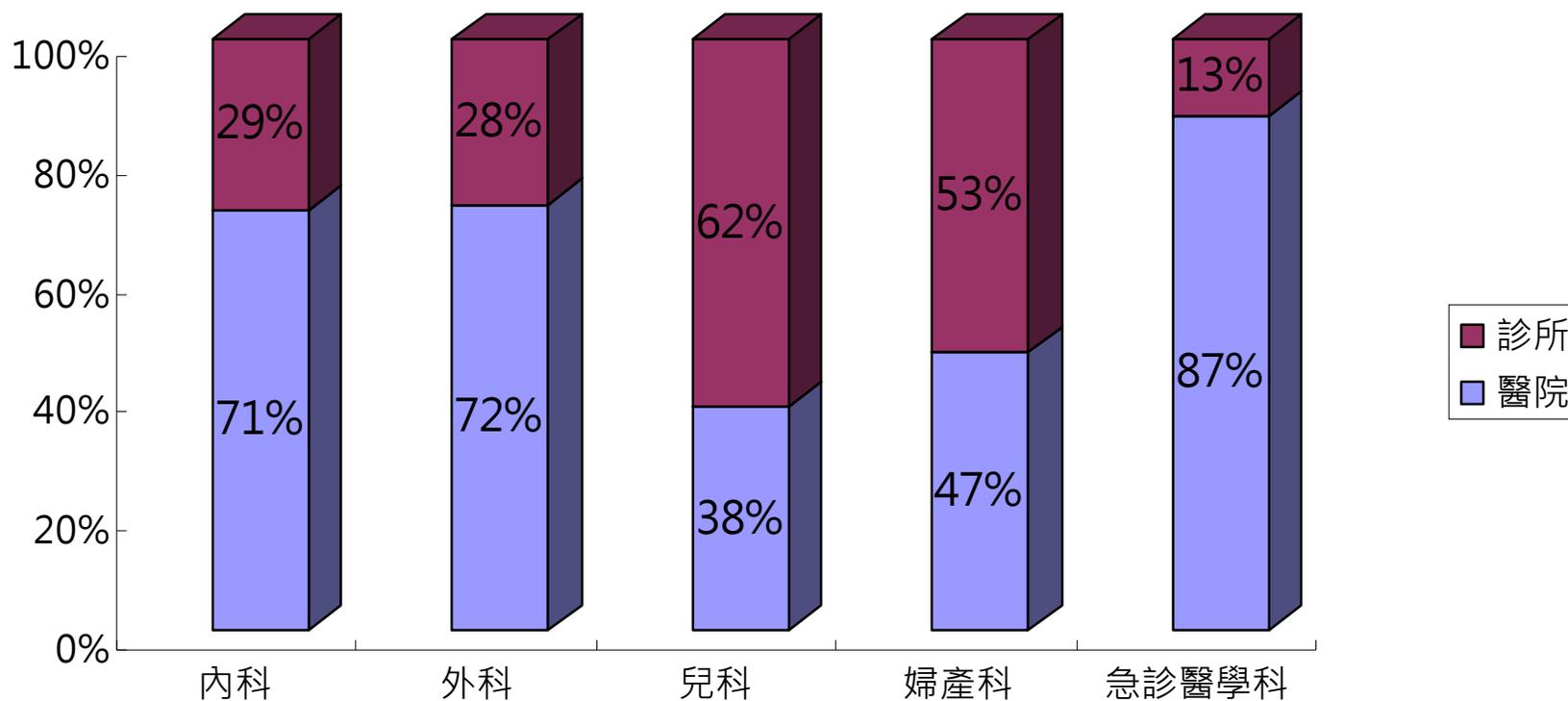
## 92 – 100年婦產科醫師成長數

年度	婦產科醫師 領證人數	核定容額數	住院醫師招收 人數	住院醫師招收率
92	2,601	70	48	69%
93	2,655	70	32	46%
94	2,710	70	39	56%
95	2,749	70	40	57%
96	2,791	70	39	56%
97	2,827	70	44	63%
98	2,855	70	51	73%
99	2,888	70	46	66%
100	*2,927	39	22	56%
101	—	47	41	87%

備註:101年住院醫師人數為已簽約，預計招收之住院醫師人數



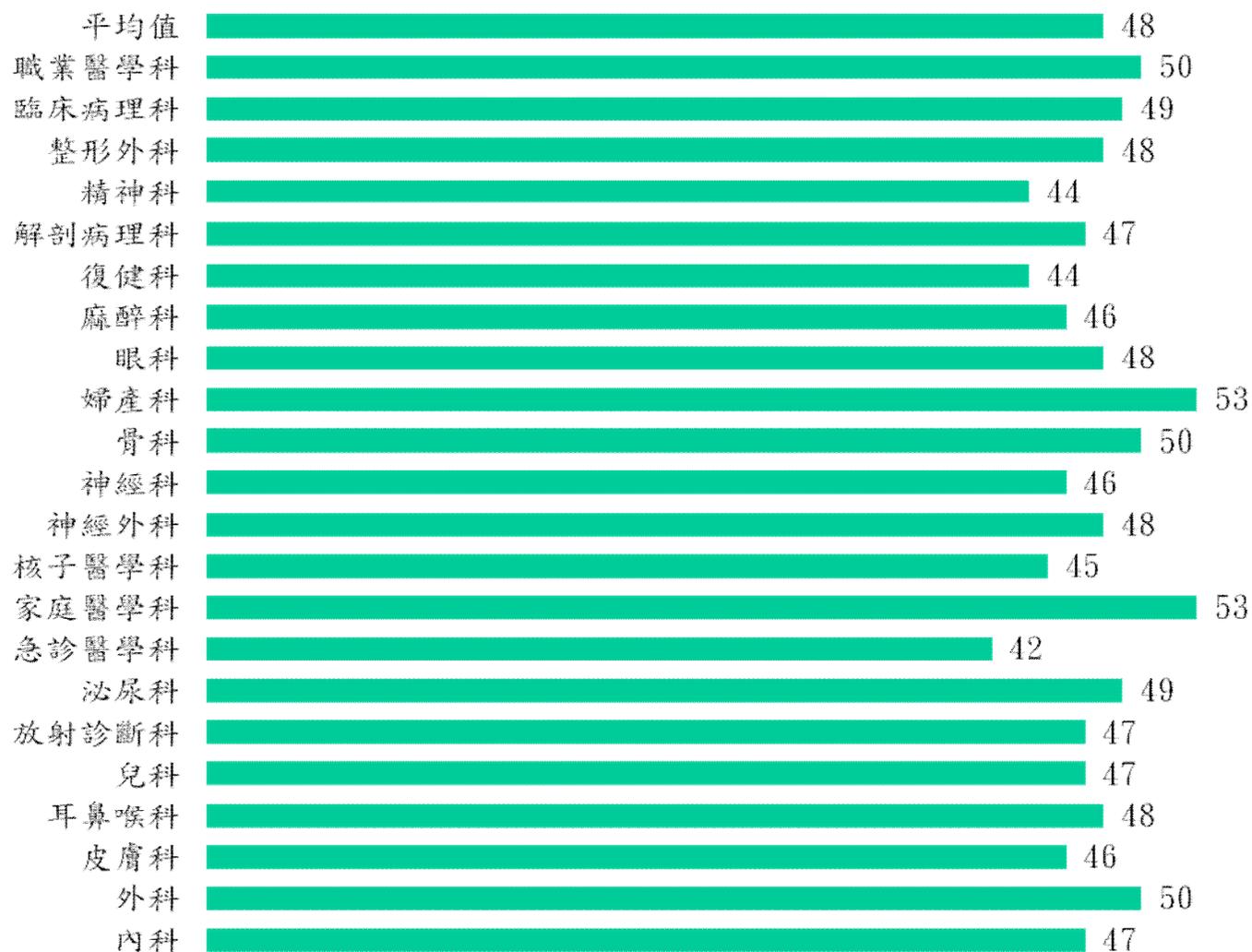
# 內、外、兒、婦、急診醫學科 專科醫師執業機構分布





# 專科醫師平均執業年齡

資料截至100年12月





# 肆、婦產科醫師人力萎縮之原因分析

## 一. 出生人口數下降，影響市場需求與投入意願

- 醫院：登記有婦產科者234家，100年有接生個案者約165家（71%），占總生產數之七成。
- 診所：登記有婦產科者829家，100年有接生個案者約217家（26%），占總生產數之三成。

## 二. 醫療糾紛風險高，占醫糾鑑定案15%

三. 專科總容額高於每年申請人數，造成專科間失衡。

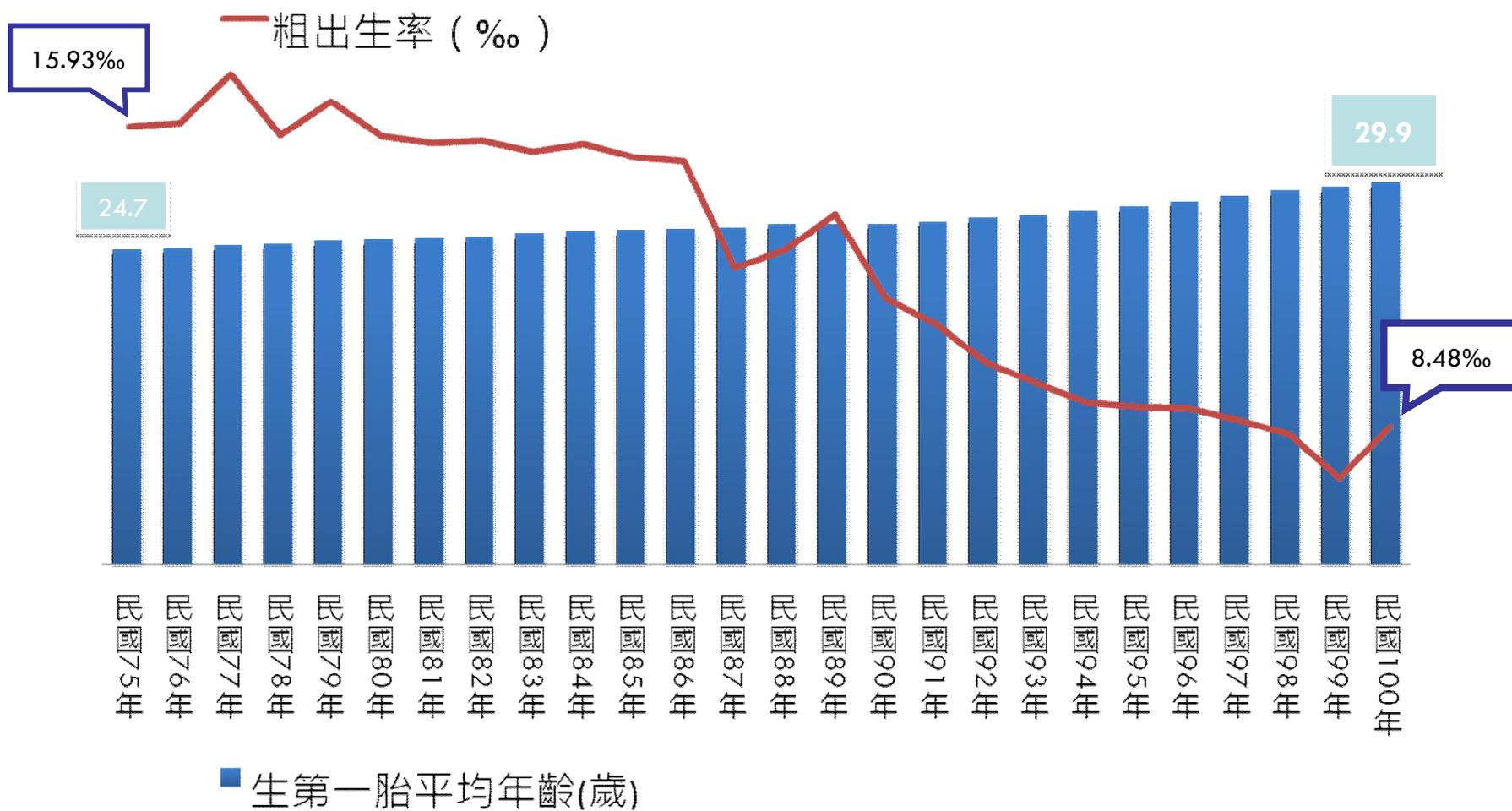
四. 教學醫院床數近十年成長逾2萬床，住院醫師不足分配，訓練條件惡化。

五. 給付制度與經濟誘因不利發展。

六. 地理分布不均，偏鄉人口老化，人才羅致困難。



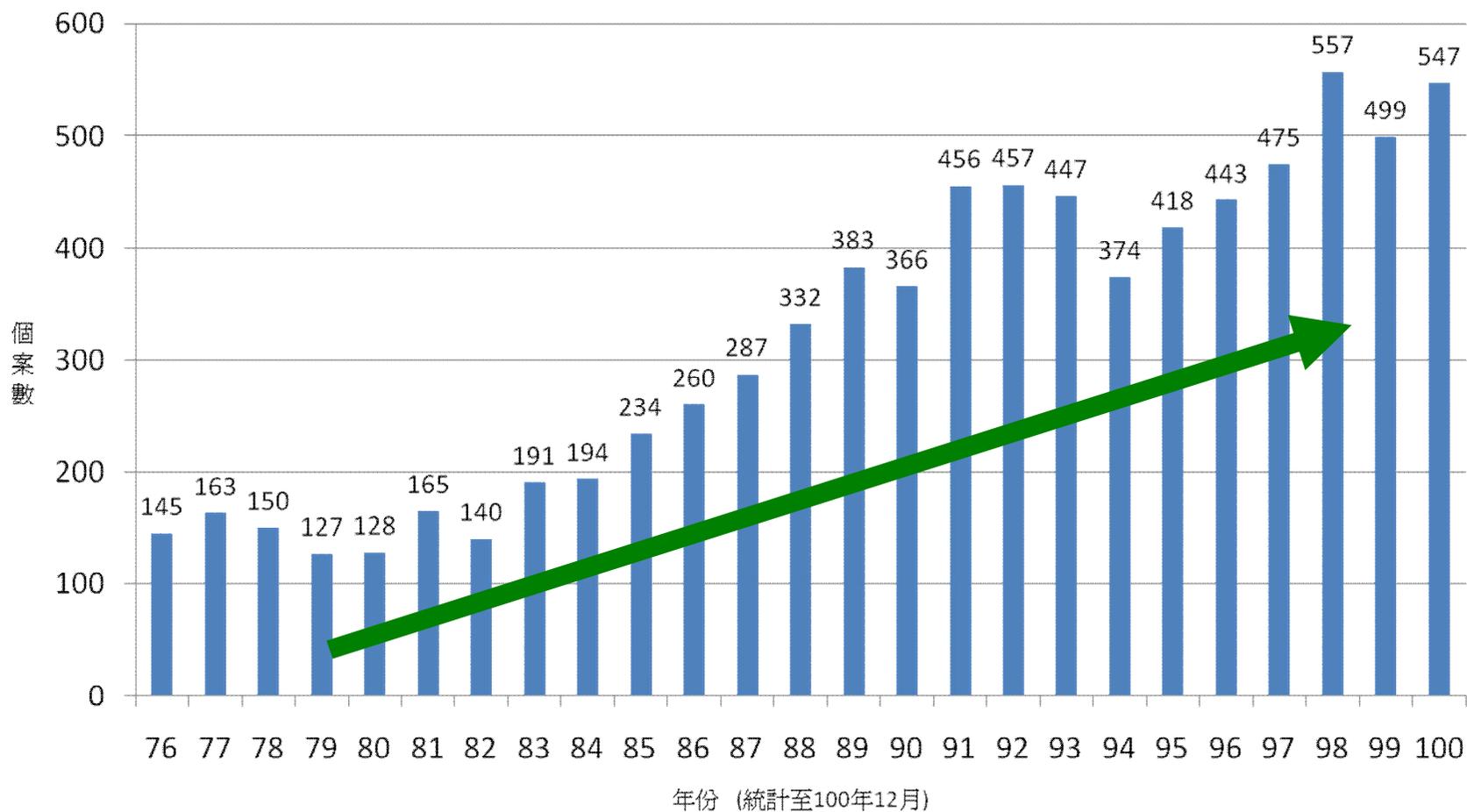
## 100年粗出生率為8.48‰，女性首次生產平均年齡達29.9歲





# 衛生署歷年受委託鑑定件數

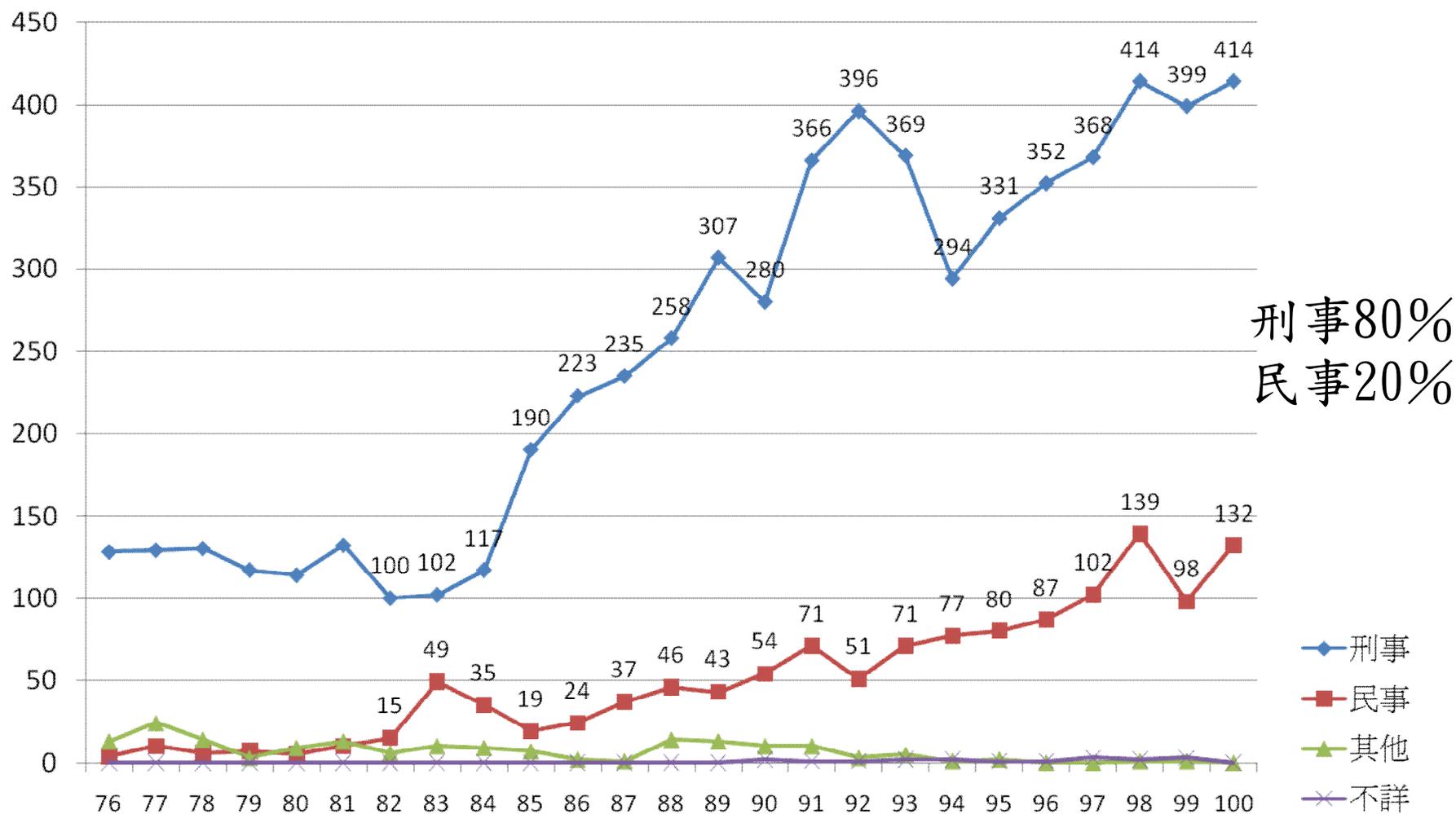
醫事審議委員會歷年受委託鑑定件數



\*係以輸入系統之資料為準 12

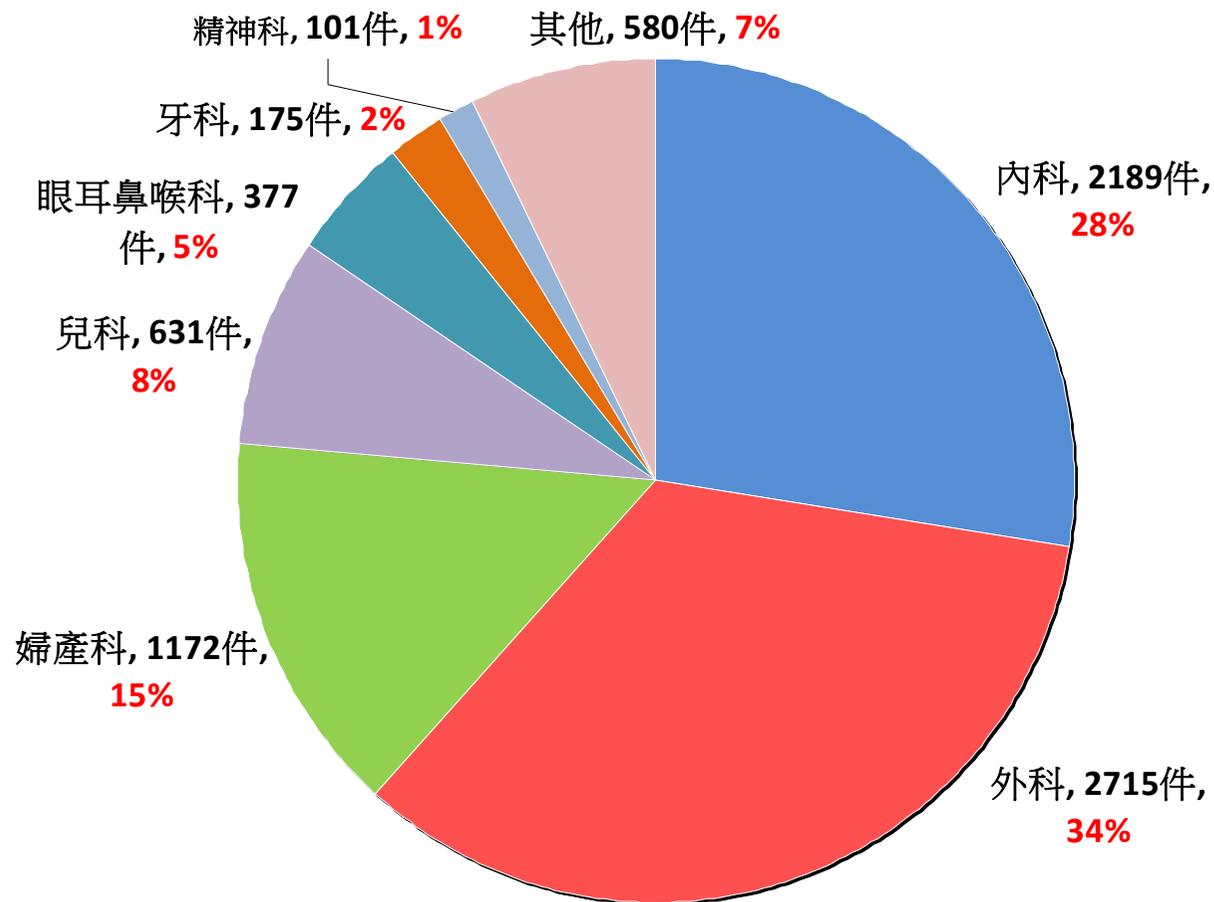


# 案件訴訟性質趨勢(76-100年)





## 各科別累積比率(76-100年)



內、外、婦、兒四大科合計超過85%



## 伍、策進作為

本(101)年2月20日本署邀集各專科醫學會代表、醫院代表、消費者代表及專家學者等召開「專科醫師人力發展政策研討會」研商，提出策略如下：

- 一. 調整專科醫師容額與分配
- 二. 生育事故救濟試辦計畫
- 三. 調整健保給付
- 四. 加強偏遠地區(婦)產、兒科資源整合
- 五. 在地養成公費生制度



## 一、調整專科醫師容額與分配

- 檢討並調整各專科醫師訓練容額數，使接近每年畢業生數目。
- 102年容額總數由2,143名調降為1,670名。  
(78%)
- 婦產科容額維持70名。(未減)
- 檢討專科醫師訓練醫院家數與計畫數，改善訓練條件。



### 102 年度各科專科醫師訓練容額核定表調整情形

科 別	99 年度	102 年度	調整情形
家庭醫學科	150	150	100%
內科	400	400	100%
外科	250	200	80%
兒科	200	160	80%
婦產科	70	70	100%
骨科	70	56	80%
神經外科	24	24	100%
泌尿科	60	42	70%
耳鼻喉科	70	49	70%
眼科	44	31	70%
皮膚科	35	25	70%
神經科	76	53	70%
精神科	70	56	80%
復健科	55	39	70%
麻醉科	60	54	90%
放射診斷科	50	50	100%
放射腫瘤科	31	22	70%
解剖病理科	33	23	70%
臨床病理科	24	12	50%
核子醫學科	28	14	50%
整形外科	20	20	100%
急診醫學科	100	100	100%
職業醫學科	28	20	70%
總計	1,948	1,670	



## 二、生育事故救濟試辦計畫

- **推動醫事爭議處理及醫療事故救濟法立法**
  - 將醫療爭議之調解法制化並配合適度救濟給付，調和醫病關係，減少醫療訴訟案件。
  - 從生產、手術、麻醉相關等醫療事故優先辦理，再逐步擴大至全面實施。
- **試辦生育事故救濟計畫**
  - 預計今（101）年開辦，試辦3年。醫院、診所、助產所均可參與試辦。
  - 以達成和解為前提，給付金額30-200萬元，但不限縮民眾之司法權利。
- **修正醫療法明定醫療過失刑責合理化**



## 三、調整健保給付

- 調整給付分配

- 95年婦產科導入RBRVS支付標準，每年增加超過8億點健保醫療支出，為全年增加醫療支出排名之第2名
- 100年調高醫院婦產、兒、外科醫師之門診診察費17%
- 101年協商總額同意增編相關預算西醫基層9.099億，醫院12.389億，並調整兒科、婦產科及外科相關支付標準

- 重新啟動RBRVS評量作業

針對基本診療（含門/住/急診診察費）及特定診療3,656項進行全面性檢討，預計7月底完成



## 四、(婦)產、兒科資源整合計畫

- 以醫療網之次醫療區域為規劃重點，優先獎勵產、兒科人力不足地區透過資源整合，提供24小時產科與兒科之醫療服務。
- 獎勵內容：專科醫師值班費用，產房、新生兒加護病房維持費用補助，醫護人員教育訓練費用等。
- 共20縣市48家醫院提出68個計畫，刻正辦理審核，預計下半年開辦。



## 五、在地養成公費生制度

- **持續推動地方養成公費生（醫事人員）制度**
  - 58-100年服務期滿之公費生共145名，續留於山地離島者105名，占72%。
  - 101~105年計畫已奉行政院通過，預計培育180名醫事人員，其中醫學生88名(占49%)。
  - 訓練科別將以家庭醫學科、內科、外科、婦產科、兒科、急診醫學科為限。



## 陸、總結

- 婦產科專科醫師人力近年呈現萎縮現象，其問題之根結，除國人生育率降低之市場因素外，醫療糾紛及給付不足為重要之因素。
- 藉由改善執業環境、提供經濟誘因（調整支付標準）與合理調整住院醫師容額，是當前重要之解決策略。
- 辦理生育事故救濟計畫，提供醫療糾紛處理之另一管道，調和醫病關係，減訟止爭。
- 推動修正醫療法，使醫療過失之刑事責任合理化，以扭轉四大科醫師之人力流失，及減少防禦性醫療及醫療訴訟造成之社會成本。



敬請支持  
並惠指教



立法院第 8 屆第 1 會期  
社會福利及衛生環境委員會第 20 次全體委員會議

「婦產科醫師荒原因及解決方案」  
書面報告

報告人：行政院衛生署署長 邱文達  
報告日期：中華民國 101 年 5 月 16 日

主席、各位委員女士、先生：

今天 大院第 8 屆第 1 會期社會福利及衛生環境委員會召開第 20 次全體委員會議，文達承邀列席報告，深感榮幸。

醫師人力為醫療照護體系重要之支柱，故規劃適當之醫師人數，均衡醫師人力分布，以確保民眾之醫療品質，一向為衛生署責無旁貸之職責。今天關於「婦產科醫師荒原因及解決方案」，本署提出專案報告。敬請各位 委員不吝惠予指教：

## 壹、醫師人力政策

為培育適當之醫師人力，落實教、考、訓、用政策，本署自 75 年起進行醫師人力規劃，評估每年應培育 1,200 名，88 年復根據教育部召開會議作成決議，全國各醫學系招生數上限為 1,300 名。

有關醫學系招生人數 1,300 名之上限，經歷年委託財團法人國家衛生研究院、國立陽明大學等辦理醫師人力推估研究，均顯示我國西醫師之人力已達供需平衡狀態，短期無需調增培育人數。是以，目前醫師人力規劃與培育仍維持我國醫學系每年招收 1,300 名為上限。

## 貳、專科醫師制度

本署依醫師法及專科醫師分科甄審辦法，自 75 年起推動專科醫師制度，至 90 年共計有家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科、骨科、神經外科、泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、神經科、精神科、復健科、麻醉科、放射診斷科、放射腫瘤科、解剖病理科、臨床病理科、核子醫學科、急診醫學科、職業醫學科等 22 類專科及整形外科 1 類次專科。

為均衡專科醫師科別之人力分布，自 90 年起，實施專科醫師

訓練容額管制計畫，核定每年 1,948 名訓練容額，並有 20%彈性上限（合計共 2,339 名），執行之初，原人才羅致較困難之科別，如麻醉科、核子醫學科、解剖病理科等，迄今已有明顯改善。

民國 92 年國內爆發 SARS 疫情，暴露出醫療體系及醫學臨床教育之缺失，為矯正住院醫師過早專科化及強化一般醫學訓練，使其具備一般醫學知識、臨床技能、人際關係、溝通技巧、醫療專業等照顧病人的核心能力，自 92 年起開辦三個月 PGY 訓練，並自 95 年起延長為 6 個月訓練，自 100 年 7 月起，要求於接受專科醫師訓練前均需完成一年期畢業後一般醫學訓練（簡稱 PGY 訓練），其內包含 1 個月婦產科訓練。

### 參、婦產科醫師人力現況

依據本署資料顯示，迄 100 年底婦產科專科醫師領證人數為 2,927 人，執業人數為 2,394 人，近十年之人力成長率約為 16%，低於內科 45%、外科 30%、兒科 54%；執業機構方面，於醫院執業者佔 47%、診所佔 53%。又婦產科醫師執業年齡平均為 53 歲，高於專科醫師平均年齡 48 歲。至於，歷年住院醫師招收情形部分，92-99 年核定容額為 70 名，招收率平均 63%，100 年核定容額為 39 名，招收率為 56%，101 年核定容額為 47 名，預計招收率為 87%。

### 肆、婦產科醫師人力萎縮之原因分析

面對近年婦產科醫師人力萎縮之情形，本署極為重視，特於本(101)年 2 月 20 日邀集各專科醫學會代表、醫院代表、消費者代表及專家學者共 150 餘人召開「專科醫師人力發展政策研討會」共同研商，針對婦產科醫師人力萎縮之原因，分析如下：

#### 一、出生人口數下降，影響市場需求與投入意願

近年我國出生率持續下降，根據內政部統計資料顯示，75 年

粗出生率為 15.93%，至 100 年降至 8.48%。另，因教育的普及，女性平均接受教育年數普遍延長，結婚年齡延後，首次生產平均年齡也由 75 年的 24.7 歲延至 100 年的 29.9 歲。

復按本署統計，登記有婦產科之醫院 234 家中，100 年有接生個案者約 165 家（71%），占總生產數之七成；登記有婦產科之診所 829 家，100 年有接生個案者約 217 家（26%），占總生產數之三成。

## **二、醫療糾紛風險高，占全部醫療糾紛鑑定案 15%**

依據統計資料顯示，自民國 76 年以來，本署醫事審議委員會接受司法、檢察機關委託鑑定之醫療糾紛案件數迅速攀升，由每年約 100 餘件增至 500 餘件，其中刑事告訴案佔 80%；另依科別分析，內、外、婦、兒科分佔 28%、34%、15%、8%，合計超過 85%，其中婦產科即占 15%。如以專科執業醫師數計算，平均每名醫師醫療糾紛件數為 0.18 件，婦產科醫師為 0.51 件，為平均之 2.8 倍。

## **三、專科醫師總容額高於每年申請人數，造成專科間失衡**

民國 75 年始有專科醫師制度，惟並無人數限制，自民國 90 年起限定專科總容額為 1,948 名，以平衡專科醫師人力分布，但因各專科招收住院醫師仍有 10%彈性上限，合計 2,143 名，遠超過醫學生每年招收人數 1,300 名，長期以往乃致住院醫師選科彈性過大，造成專科人力間失衡。

## **四、教學醫院床數近十年成長逾 2 萬床，住院醫師不足分配，訓練條件惡化**

## **五、給付制度與經濟誘因不利發展**

健保給付由於未考量部分高風險、需值班、重症照護之科別，如婦產科、兒科及外科等，提供足夠之給付差距，致使醫師流失，

且新進住院醫師無願意投入該類科別領域。

## 六、地理分布不均，偏鄉人口老化，人才羅致困難

依據本署專科醫師人數資料及國際人力比較結果顯示，我國婦產科醫師人力目前並無不足，惟地理分布不均，偏遠地區因缺乏吸引人才投入之誘因，人力羅致困難，在地醫師逐漸老化。

## 伍、策進作為

### 一、調整專科醫師容額與分配

已於本(101)年3月29日召開「醫師人力諮議委員會」會議，重新檢討各專科醫師之訓練容額與分配，從1,948名降至1,670名，以矯正專科失衡現象。至，為填補婦產科醫師人力之空窗，遂不予調減仍維持每年70名。

### 二、生育事故救濟試辦計畫

為促進醫病關係和諧、緩解醫療爭議訴訟紛擾及提升醫療服務品質，本署刻正積極研擬「醫事爭議處理及醫事事故救濟法(草案)」。鑒於該法涉及層面甚廣，立法作業尚需相當時日，故先規劃推動高風險醫療科別之救濟補償機制，並以生育事故為優先辦理範圍，擬定「醫療機構生育事故救濟試辦計畫」報行政院核定中，辦理期程為自101年1月1日至103年12月31日止，醫院、診所、助產所均可參與，以與病患達成和解為前提，給付個案最高200萬元之生育事故救濟金。之後，將視辦理成效，研議逐步擴大至麻醉、手術等相關醫療事故之救濟。

### 三、調整健保給付

為鼓勵醫師投入婦產科、兒科及外科等領域，本署健保局除逐年於費協會爭取將成長額度用於調整相關之診療、處置或手術

項目外，並自 100 年 1 月 1 日起，調高醫院之婦產、兒、外科醫師之門診診察費 17%；另 101 年協商總額再增編相關西醫基層預算 9.099 億，醫院 12.389 億，並調整兒科、婦產科及外科相關支付標準。

另為使醫療資源合理分配，業依醫師投入之工作時數、困難度及風險，訂定各支付標準項目之相對值(Resources-based Relative Value Scales, RBRVS)；婦產科於 95 年開始導入該支付標準，整體調高項目計 114 項，每年增加超過 8 億點的健保醫療支出，為全年增加醫療支出排名之第 2 名。未來，亦將參酌專科醫學會意見，持續與相關團體取得共識，逐年爭取總額保障科別平衡預算，針對建議修訂診療項目予以調整修訂。

#### 四、(婦)產、兒科資源整合計畫

有鑑於部分醫療資源較不足地區，婦產、兒科之人力羅致較為困難，爰以醫療網之次醫療區域為規劃重點，獎勵區域級醫院或婦兒科專科醫院(離島則為地區醫院)透過整合地方之醫療資源，提供 24 小時產科與兒科之醫療服務，獎勵內容包括專科醫師值班費用，產房、新生兒加護病房維持費用補助，醫護人員教育訓練費用等。目前全國共有 20 縣市 48 家醫院提出 68 個申請計畫，刻正辦理審核中，預計下半年開辦，預期將可大力提昇偏遠地區之產、兒科服務品質。

#### 五、在地養成公費生制度

查民國 58-100 年服務期滿之在地養成公費生共 145 名，續留於山地離島服務者 105 名，達 72%。為持續充足山地離島地區之醫事人力，爰再擬定 101~105 年「行政院衛生署原住民及離島地區醫事人員養成計畫」並已奉行政院通過，預計將可培育 180 名醫事人員，其中含醫學生 88 名(占 49%)。前揭公費醫師之訓練科

別將以家庭醫學科、內科、外科、婦產科、兒科、急診醫學科為限，於其訓練完成後回派地方服務。

## 伍、總結

婦產科專科醫師人力近年呈現萎縮現象，其問題之根結，除國人生育率降低之市場因素外，醫療糾紛及給付不足為重要之因素。

藉由改善執業環境、提供經濟誘因（調整健保支付標準）與合理調整住院醫師容額，為當前重要之解決策略。至於，辦理生育事故救濟計畫，將可提供醫療糾紛處理之另一管道，以調和醫病關係，減訟止爭。另一方面，則推動修正醫療法，使醫療過失之刑事責任合理化，以扭轉四大科醫師之人力流失危機，並減少防禦性醫療及醫療訴訟所造成之社會成本。

本署承 大院各委員之指教及監督，文達在此敬致謝忱，並祈 各位委員繼續予以支持。