

## 調查意見

全民健康保險（下稱全民健保）為我國近代最重要的公共衛生政策，與一般民眾日常生活密不可分，該項政策實施以來，提供全體國民醫療保健服務，尤其紓解經濟弱勢族群的就醫障礙，打破貧病交替的惡性循環有重要貢獻。但健保實施多年來，民眾對於健保有關醫療浪費、藥價黑洞、自費負擔、政府欠費、院所弊端、醫療品質…等諸多問題時有指責，而醫療院所則對就醫太過方便、支付標準偏低、總額點值浮動、醫療費用核刪、目標管理斷頭、醫院經營困難、醫療生態扭曲頗多怨言，究竟行政院相關部會有無善盡管理及監督職責，有調查之必要，本案乃藉由總體檢之方式，從全局的觀點，深入調查，期能見樹又見林，發現已發現而未處理、或未發現而應面對的問題，提供相關機關進行檢討精進，使全民健保制度能益臻健全。

為調查本案，本案採行調查之方法包括：文獻蒐集、調卷、訪談、座談、諮詢、實地訪查及約詢。訪談對象人數甚多，不及一一系列載，大致包括：時任行政院連前院長戰、徐前副院長立德與擔任全民健康保險研究計畫專案小組召集人及執行長、時任行政院經濟建設委員會（下稱經建會）蕭副主任委員萬長、經建會都市及住宅發展處蔡處長勳雄，行政院衛生署（下稱衛生署）歷任署長張博雅、詹啟賢、李明亮、涂醒哲、陳建仁、侯勝茂、林芳郁、葉金川，中央健康保險局（下稱健保局）前後任總經理葉金川、賴美淑、張鴻仁、劉見祥、朱澤民，健保第一期規劃學者吳凱勳、楊志良、江東亮、羅紀琮及第二期規劃學者李玉春、楊銘欽等人。除此之外，積極邀請消費者、病友、醫改、勞工團體、工商雇主及醫師以外之其他醫事人員等團體參加座談，廣泛蒐

集資料；並諮詢學養與實務經驗豐富的財經、社政、公共衛生學者及醫院院長。

另本案自民國（下同）99年3月開始展開實地調查，進行到同年9月，先後走訪全國144家醫院、101家診所或衛生所（室），聽取超過3千位以上的醫師、牙醫師、中醫師、其他醫事人員及行政人員所提出之問題，且為把握時效，訪查行程於白天結束後，晚間時段亦與醫院或診所代表進行座談，最晚曾開會到晚上11點。另為求調查資料的周延，並能瞭解特殊地區的特定問題及特殊醫療需求，本案更實地深入醫療資源缺乏之山地及離島地區，訪查21家醫療機構、衛生所（室）、醫療巡迴站及社區健康營造中心，以及對國軍醫院進行一系列的實地訪查，瞭解國軍醫院在全民健保實施後遭遇之困難及處境；復針對國內12家製藥廠及原廠藥商進行實地訪查，以完整了解並蒐集健保藥價及藥費的實證問題。

另為釐清相關問題，本案亦多次函請行政院秘書處、經建會、衛生署（含健保局）、內政部、教育部、財政部、行政院勞工委員會、行政院退除役官兵輔導委員會、行政院主計處、國防部就調卷問題提供書面說明及佐證資料。並先後分別辦理9場次的約詢，包括：99年9月1日約詢全民健保醫療費用協定會委員會歷任主任委員；9月2日約詢全民健保監理會歷任主任委員；9月6日約詢教育部吳部長清基暨各醫學院院校長；9月6日約詢內政部江部長宜樺暨相關主管人員；9月9日約詢衛生署楊署長志良暨健保局戴局長桂英與相關主管人員；9月14日約詢行政院陳副院長沖暨衛生署楊署長志良（率健保局戴局長桂英）、國防部高部長華柱、退輔會曾主任委員金陵、主計處石主計長素梅、財政部李部長述德、研考會朱主任委員景鵬、教育部吳次長財順、內政部曾次長中明、經建會單副主任委員驥等相關部會正副首

長；10月11日約詢財團法人國家衛生研究院伍院長焜玉暨相關主管人員；10月18日約詢中央研究院翁院長啟惠、行政院張政務委員進福、經濟部施部長顏祥、國家科學委員會（下稱國科會）李主任委員羅權、衛生署蕭副署長美鈴暨相關主管人員；10月25日約詢健保局戴局長桂英、衛生署醫事處石處長崇良、衛生署醫院管理委員會黃執行長焜璋、全民健保費協會楊主任委員銘欽等人（本案訪談、諮詢、約詢、實地訪查之單位及人員名單，詳見附錄一）。茲綜整文獻蒐集、調卷、訪談、座談、諮詢、實地訪查及約詢資料，將全案調查結果提出調查意見如后：

- 一、全民健康保險實施 15 年來，已達成普及國人納保率、提高醫療可近性、增進國民健康及強化社會連帶功能等具體成效，此係由全民健保制度之規劃者、決策者以及推動者，一步一腳印，加上百年來歷史背景所培養出來的一流醫學水準，以及醫界的配合和奉獻，乃得以共同創造享有國際聲譽的全民健保制度，提升國家形象，殊值肯定：

- （一）台灣在 70 至 80 年代，經濟快速成長，平均每人國民生產毛額不斷增加，國民生活水準亦大幅提升。全民健保在 84 年開始實施前，國內雖已陸續辦理勞工保險、公務人員保險、農民保險、軍人醫療照護制度等 13 種健康保險制度，但僅有 59% 的國民在健康保險的照顧範圍，亦即當時尚有 8 百餘萬民眾缺乏健康醫療的保障，其中大多數為 14 歲以下的兒童及 65 歲以上的老人。政府體認經濟發展成果，必須為全民所共享，特別是提供國民身心健康之保障，是邁入先進國家不可或缺之要件。爰行政院俞前院長國華於 75 年宣示將於 89 年實施全民健

康保險，李前政務委員國鼎即建議儘速組成專案小組，就建立全民健康保險制度案做詳細研究規劃，案由行政院經濟建設委員會（下稱經建會）成立規劃小組進行 2 年之規劃，於 79 年 6 月完成「全民健康保險制度規劃報告」，行政院郝前院長柏村於聽取全民健保規劃簡報後，裁示在「不浪費、不虧損」的原則下，提前至 83 年實施；後續由行政院衛生署自 79 年 7 月接辦第二期規劃工作，並於 81 年 12 月 28 日將「全民健康保險法草案」陳報行政院，迨行政院連前院長戰於 82 年 2 月就任後，持續貫徹全民健保在 83 年實施的政策目標，然由於相關法案在立法院尚經過冗長的討論、折衝與協調，嗣全民健康保險法（下稱健保法）於 83 年 7 月、中央健康保險局組織條例於同年 12 月 23 日、以及勞保條例部分條文於 84 年 2 月修正通過後，全民健保終能於 84 年 3 月 1 日正式開辦。

- (二)時任經建會主任委員錢前監察院長復奉行政院指示後，即著手展開第一期規劃工作，由時任經建會蕭副主任委員萬長擔任全民健康保險研究計畫專案小組召集人，時任經建會都市及住宅發展處蔡處長勳雄擔任執行長；因經建會主要著墨於經濟發展之規劃，故於 77 年 3 月間聘請楊志良、吳凱勳、江東亮 3 位公衛或社會保險之學者為兼任顧問，旋改為專任，展開籌備工作，並聘任 12 位副研究員，連同經建會部分同仁，正式成立「全民健康保險研究計畫專案小組」；另因規劃小組需要經濟專長人才，故於 78 年 5 月起增聘羅教授紀琮為兼任顧問。又為加強專案小組功能，增聘哈佛大學蕭教授慶倫為總顧問及精算師林博士喆為顧問，負責全民健康保險之系統規劃及財務估算等。規劃當時，在

國際間，歐洲許多國家公醫制度幾乎都走向失敗，加拿大亦發生因財源有限，無法兌現當初開辦健保時之給付條件；北歐各國醫療保險給付條件雖佳，但亦有國民稅賦負擔相當沈重等問題；在國內，勞保於 78 年間亦不時傳出快要破產之消息，更增加國內經濟狀況能否承擔得起辦理全民健保制度之疑慮。然規劃小組參考各國辦理健康保險之經驗，審酌國情，仍如期提出規劃報告，且所提出之規劃目標及實施策略，即使在健保實施 15 年後之今日觀之，大抵而言，均為正確之方向，亦為健保制度之長遠發展，奠定良好基石，包括：

#### 1、基本目標

- (1) 提供全體國民適當之醫療保健服務，以增進國民健康。
- (2) 控制醫療費用於合理範圍內。
- (3) 有效利用醫療保健資源。

#### 2、實施策略

- (1) 全體國民一律納入，並以社會保險方式強制全民投保，使全體國民獲得基本保障。
- (2) 國民健康保險與其他社會保險分開，單獨辦理。
- (3) 保險費以被保險人為單位收繳。
- (4) 國家總資源、分配，以一固定比率為上限，用於醫療費用。
- (5) 在不浪費與不虧損二大原則下，醫療給付應採部分負擔制度，即病人就醫時，自己付出部分費用，以提高被保險人之正確成本意識；國民健康保險應立法，建立獨立且自給自足之財務制度，財務收支不平衡時，應即時調高保險費，以健全保險財務基礎。
- (6) 全民健康保險之醫療費用支付制度，宜採單一

制度，預設總額，使醫療費用可以控制在一個合理範圍內，提高醫療服務效率，減少浪費。

(7)應加強規劃辦理轉診制度與充實偏遠地區醫療設施，並妥善分配醫療資源於預防保健、治療及復健等。

(8)健全健康保險體制，使全民在自助互助之精神下，公平分攤傷病風險，並增進行政效率。

(9)加強教育宣導工作，期使國民建立正確知識。

(三)經建會第一期之規劃已為全民健保描繪出清楚的藍圖，後續的推動實施，亦需醫療服務體系的全力配合，故由衛生署在 79 年 7 月接辦全民健保第二期規劃工作，該署並成立規劃指導委員會，作為最高決策單位，由時任衛生署張署長博雅擔任主任委員，並設顧問群擔任諮詢工作及下設規劃小組，該小組主要係由時任衛生署醫政處楊處長漢淥負責規劃及推動。另行政院連前院長戰於 82 年就任後，於同年 9 月 25 日決議設置行政院全民健康保險推動小組，以跨部會的方式全面推動全民健康保險，推動小組召集人為行政院徐前副院長立德，副召集人為郭前政務委員婉容。第二期規劃工作主要是法案之擬訂，然從立法到推動，期間僅有 1 年多，且政府、雇主、被保人及保險人對諸多條文有不同意見，協調及諮商費時；又立法院雖於 83 年 7 月通過全民健保法，但強制保險之規定未能完成立法，歷經多次協調始於同年 10 月將強制納保之條文納入；健保局的組織法則至同年 12 月始完成立法；另勞保條例相關條文之配套措施，更遲至 84 年 2 月始修正通過。

(四)全民健保於 84 年 3 月 1 日衛生署張前署長博雅就任期間開辦，健保局第一任總經理為葉金川，初期

民眾對於全民健保之支持度只有 30% 上下，又以勞工與部分醫師團體最為反對。勞工因為已參加勞保，且當時勞保普遍存有 1 人投保、全家看病之情況，故健保之實施讓部分勞工認為需同時負擔勞保費及健保費，有如「一隻牛剝兩層皮」；另部分醫師團體亦反對健保之實施，同時認為全民健保可能不會實施。又健保開辦初期，由於電腦資訊系統未建置妥當，民眾對於如何就醫不甚清楚，且對未經轉診逕赴大醫院就醫之部分負擔相當反彈，確實經過一段陣痛時期。然而，張前署長博雅及葉前總經理金川均深信「技術層面」雖有不足，但「大環境是有利的」，乃採取各項措施讓健保制度之運作趨向穩定，繼任之詹啟賢、李明亮、涂醒哲、陳建仁、侯勝茂、林芳郁及葉金川等歷任衛生署署長，以及賴美淑、張鴻仁、劉見祥、朱澤民、鄭守夏等歷任總經理（或局長）亦師承有「台灣公共衛生之父」美譽之陳教授拱北的社會情懷理念，全心奉獻於健保之推動與改革，並率領衛生署、健保局等從事第一線健保業務、默默付出的健保人，一步一腳印，全力以赴，終能達成普及國人納保率、提高醫療可近性、增進國民健康及強化社會連帶功能等具體成效，加上百年來歷史背景所培養出來的一流醫學水準，以及醫界的配合和奉獻，乃得以共同創造享有國際聲譽的全民健保制度，提升國家形象，殊值肯定。

二、行政院因未能深刻體認全民健保支付制度對於醫療生態及醫師人力分布之衝擊，又未能及時提供有效的資源予以匡正，導致代表臺灣百年來醫學主流之內、外、婦、兒四大科醫師人力之發展令人堪憂，允應檢

討改進：

- (一)日本治台時期，採行二元教育政策，日本人讀小學校，台灣人讀公學校，後來發展高等教育時，因考量到「兩個太陽的台灣」，一個代表少數統治階層日本人的「政治太陽」，一個代表大多數被統治階層台灣人的「社會太陽」，而且「兩個太陽」同時在台灣輝耀，日治當局乃限制台灣人讀法政，大多數台灣人轉而讀醫與農；這是典型的殖民政策的表徵。正因為這種時代背景，在台灣近代民族運動史上享有崇高地位的「先覺者」，包括有「台灣孫中山」之稱的蔣渭水、「台灣新文學之父」之稱的賴和，二林事件農民運動主要領導者李應章等，都是台灣總督府醫學校的畢業生，醫師代表日治時代台灣社會的菁英。
- (二)及國民政府遷台，由於二二八的歷史性悲劇，台灣人視政治為畏途，對政治噤若寒蟬，「囡仔有耳無嘴」，幾乎代表上一代台灣人教育下一代子女的共同語言，他們鼓勵孩子遠離政治，不要讀法政，而去讀醫、讀理工，在這種新的歷史背景下，醫學院幾乎成為芸芸考生（第三類組）的第一選擇，醫學也變成我國高等教育的顯學。此由以往台灣聯考制度中，各大專院校(含獨立學院)醫學系之錄取率為第三類組考生總數千分之四，乃至現行評量高中生是否具備就讀大學之學科能力測驗中，考生需以接近滿級分之測驗成績，始得通過各校醫學系第一階段篩選等情，可見一斑。
- (三)以往大部分之醫學系畢業生均以成為內科、外科、婦產科及兒科等專科醫師為目標，除因其為醫學主



流之外，也由於四大專科之醫療水平亦代表我國之醫術水準，故其成就感亦屬其他專科中最高者。傳統四大科之住院專科訓練較其他專科辛苦，且每月亦有8-10次不等之值班，故受訓者需有高度體力與腦力，始能完成此類嚴格之訓練，其原因不外乎希望未來能於四大科中擁有一席之地，進而成為專科名醫，故此類住院專科訓練雖極具挑戰，但早年仍吸引一流醫界菁英投入，亦被醫學生視為選科的最高榮譽，從以往只有醫學系前三名畢業生始得以進入訓練行列，即可略窺當時競爭情景，此盛況亦使四大專科醫師之地位備受社會尊崇。

(四) 隨著醫學發展及醫師能力愈趨專業化，國內在70年代建立專科醫師分科及甄審制度，朝醫學專科化發展。以台大醫院為例，傳統內科發展出一般內科、心臟血管科、胃腸肝膽科、胸腔科、代謝內分泌、感染科、風濕免疫科、腎臟科和血液腫瘤科等次專科；再以台北榮民總醫院為例，其外科亦發展出一般外科、胸腔外科、心臟外科、直腸外科、泌尿外科、兒童外科、整形外科、移植外科及實驗外科等次專科。雖然內科及外科之部分次專科尚屬熱門，例如：腎臟科、胸腔科及整形外科，但依據本案訪查多家醫學中心及區域醫院院長之所得，自健保實施以來，國內傳統四大科之發展已出現偏頗，四大科專科醫師人力已有不足，尤以急、重、難症及冷門之次專科為甚，許多醫學中心招募住院醫師均面臨到無法足額招募之問題。

(五) 查衛生署為平衡各專科醫師人力發展與分布，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，以調控各專科醫師之人數。儘管衛生署在專科醫師人力分布方面，已進行容額管制，惟我國各科醫師人力仍出現不均之情事。依據衛生署提供之資料顯示，該署對各專科醫師之容額管制為1,948名（見下表），遠超過每年醫學畢業生人數，致使熱門的科別容易招滿，部分科別難以補滿，促使專科醫師人力分布不均。再從衛生署提供之歷年各專科醫師證書核證人次觀之，90至98年平均每年外科、內科、婦科及小兒科醫師證書核發數分別為157人次、304人次、48人次、158人次，與衛生署所核定之該科醫師訓練容額250人、400人、70人、200人相較之下，平均每年四大科即分別短少93人、96人、22人、42人，每年短少比率分別為37.20%、24.00%、31.43%、21.00%。反觀眼科、皮膚科及整形外科，90至98年平均每年核證數分別為45人次、35人次、22人次，與衛生署所核定之該科醫師訓練容額44人、35人、20人相較之下，不但未有短少之情形，甚至超過衛生署所定之容額數（詳見下表、圖）。由上可徵，衛生署雖已透過專科醫師容額管制措施，以調控各專科醫師之人數，實施迄今，每年外科、內科、婦科及小兒科醫師證書核發數始終未達該署所核定之該科醫師訓練容額數，足見衛生署所實施之專科醫師容額管制措施成效不彰。

各科專科醫師訓練容額核定表（單位：人）

科 別	核 定 容 額
家庭醫學科	150
內科	400
外科	250
兒科	200
婦產科	70
骨科	70
神經外科	24
泌尿科	60
耳鼻喉科	70
眼科	44
皮膚科	35
神經科	76
精神科	70
復健科	55
麻醉科	60
放射線（診斷）科	50
放射線（腫瘤）科	31
病理（解剖）科	33
病理（臨床）科	24
核子醫學科	28
整形外科	20
急診醫學科	100
職業醫學科	28
總計	1,948

資料來源：衛生署

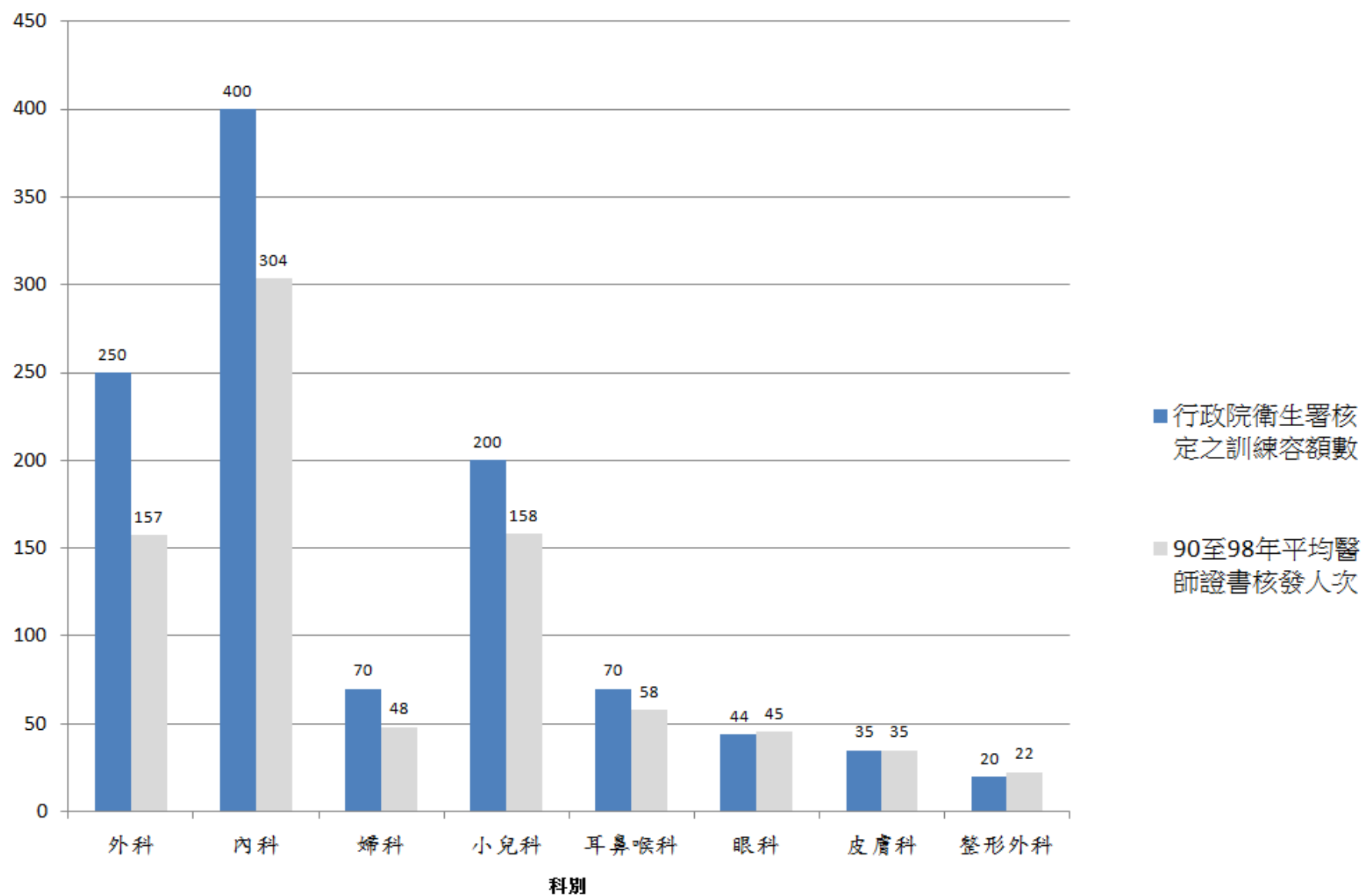
四大科及五官科專科醫師訓練容額核定數及歷年醫師證書核證人次

單位：人次；%

科別	外科	內科	婦科	小兒科	耳鼻 喉科	眼科	皮膚科	整形 外科
衛生署核定之訓練容額數 (A)	250	400	70	200	70	44	35	20
歷年證書核發人次								
84	216	277	100	115	73	69	30	27
85	188	281	96	151	72	74	35	24
86	197	264	95	101	71	78	26	19
87	173	272	65	151	69	59	31	21
88	161	278	66	147	76	69	-	19
89	169	239	62	149	64	66	31	16
90	131	293	62	184	60	63	37	20
91	157	328	50	209	64	55	36	23
92	186	351	67	209	63	37	41	20
93	178	320	54	144	73	56	42	18
94	171	310	55	132	60	37	25	25
95	158	273	39	117	11	50	35	24
96	159	262	42	117	55	40	33	26
97	149	277	36	123	68	34	32	22
98	126	320	28	190	67	36	34	24
90至98年平均醫師證書核發人次 (B)	157	304	48	158	58	45	35	22
平均每年發證人次與訓練容額數之差距 (C=B-A)	-93	-96	-22	-42	-12	1	0	2
平均每年核證人數短少之比率 (C/A*100%)	37.20	24.00	31.43	21.00	17.14	-	-	-

備註：衛生署自90年起，全面實施專科醫師訓練容額管制計畫，訂定各科專科醫師訓練容額，以調控各科專科醫師之人數。

資料來源：本表依據衛生署提供之數據資料，彙整製作。



(六)近年來在現行健保支付制度之下，使得醫學生逐漸不再青睞四大科，轉而投身五官科，造成此種現象之原因在於：四大科訓練時間長、照顧住院病患多、醫療糾紛多、值班時間久、超時工作，且未獲合理報酬，下班後尚須應付突發緊急醫療狀況，導致醫院四大科面臨招不足額之狀況。本案為瞭解全民健保實施後，支付制度對於醫學教育之影響，於99年9月7日約詢教育部、教育部醫學教育委員會及公私立大學醫學院（含獨立醫學院），該部即以書面明確表示：「……全民健保實施以後，支付制度更促使許多醫院政策及臨床醫師以增加門診與住院病人數量、高科技檢查，來補助付費的不足，以致臨床醫學教育缺乏真正典範，且部分科系可花很短的時間看診，造就高收入且優質生活品質，以致醫學生選擇科系偏重醫療風險較低、值班較少、工時較短、生活品質較佳之科別，如耳鼻喉科、眼科、皮膚科、整形外科、家醫科、復健科等科別，造成醫療主力的內、外、婦、兒科淪為『四大皆空』的醫療窘境。」

(七)綜上，日本殖民時代，日治政府限制台灣人讀法政，故大多數台灣人轉而讀醫與農，及國民政府遷台，由於二二八的歷史性悲劇，台灣人視政治為畏途，對政治噤若寒蟬，上一代鼓勵下一代子女遠離政治，不要讀法政而先讀醫、讀理工。在這種種歷史背景之下，醫科成為優秀學生的第一選擇，且優秀醫科學生畢業後，皆以內、外、婦、兒科為選科的第一優先，僅名列前茅者始得以進入訓練行列。因此，不論過去、現在到未來，四大科始終是醫學的根本與核心，亦可謂台灣百年來醫學發展之主流與根本，倘醫學主流之根

本受到侵蝕，實非任何政府、政黨，甚至任何官員所能承擔。然而，全民健保實施之後，由於資源長期錯置，支付制度扭曲，醫學生已開始轉向選擇醫療風險較低、值班較少、工時較短、生活品質較佳之科別，惟行政院卻未能深刻體認支付制度對於醫療生態及醫師人力分布之衝擊，又未能及時提供有效的資源予以匡正，導致代表臺灣百年來醫學主流之內、外、婦、兒四大科醫師人力之發展令人堪憂，允應檢討改進。

三、行政院對於地區醫院(具社會功能之資源缺乏地區或非都會區)遭遇百年醫療史上前所未有之變局，急劇萎縮，導致分級醫療呈現頭重腳輕之現象，應予檢討改進：

(一)按衛生署 74 年核定之第一期醫療網計畫(74 年 7 月至 79 年 6 月)，以「生活圈」之概念，劃分 17 個醫療區，並以區域為單位規劃醫療人力與設施，醫療區域內之醫療單位依功能分為基層醫療單位、地區醫院、區域醫院三類，並確立醫學中心層級，國內分級醫療之基石於焉奠立。所謂地區醫院係指能提供一般專科之門診及住院服務，並經醫院評鑑合格之醫院，其主要任務包括：負責一般住院醫療工作及專科門診醫療工作；急診患者之處理；接受基層醫療單位轉送之病患，支援基層醫療工作；以及支援基層保健與公共衛生服務。國內在健保實施後，曾發生九二一大地震及八八水災等重大天然災害，造成了重大的傷亡，也因為災害造成了橋塌路斷，外援無法進入，當大規模之傷亡發生時，位於災害發生地點之當地社區型醫院，即需承擔第一時間大部分之緊急醫療工作，南投埔里基督教醫院、南投佑民醫院及屏東安泰醫院，都曾適時扮演著天然災害傷患之緊急救護者角色，因

此，社區型醫院之角色絕非大型醫院所能完全取代（按：衛生署目前執行中之「第六期醫療網計畫」，對於醫院之分級為「醫學中心」及「社區型醫院」，已無區域醫院及地區醫院的分級，但所謂社區型醫院實則包括區域醫院及地區醫院）。

(二)然而，全民健保自 84 年實施迄 98 年以來，醫學中心家數由 13 家增為 23 家，增加 10 家，成長 76.9%；區域醫院由 48 家增為 78 家，增加 30 家，成長 62.5%；西醫基層診所家數由 7,581 家增為 9,546 家，增加 1,965 家，成長 25.9%；牙醫基層診所由 4,615 家增為 6,088 家，增加 1,473 家，成長 31.9%；中醫基層診所由 1,620 家增為 2,940 家，增加 1,320 家，成長 81.5%。可知醫學中心、區域醫院與西醫、牙醫及中醫基層診所的家數，隨著全民健保之實施而蓬勃發展，唯一萎縮的是地區醫院，其家數由 568 家減至 385 家，減少家數為 183 家，減少比率更達 32.2%，可謂呈現「劇減」現象。且地區醫院在 84 年時，門住診合計申報醫療點數占全部醫院之 33.8%，迄 98 年時已降為 18.7%，反觀醫學中心卻由 35.2%增加為 41.2%，區域醫院由 31.0%增為 37.7%，顯見地區醫院自健保實施後，除家數大幅減少外，其申報醫療費用之占率更形衰退（詳見以下兩表）。

單位：家

	西醫醫院				西醫診所	牙醫診所	中醫診所	中醫醫院	特約率
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計					
84	13	48	568	629	7,581	4,615	1,620	102	90.63%
85	13	52	544	609	8,094	4,859	1,727	88	92.69%
86	14	56	534	604	8,336	4,976	1,818	82	91.21%
87	17	61	496	574	8,483	5,043	1,878	73	90.93%



88	18	63	503	584	8,311	5,202	2,006	66	90.99%
89	22	71	484	577	8,241	5,362	2,100	52	90.32%
90	23	74	468	565	8,256	5,468	2,225	44	91.40%
91	23	80	450	553	8,404	5,609	2,355	37	93.33%
92	23	80	437	540	8,561	5,701	2,422	35	92.10%
93	24	80	427	531	8,793	5,776	2,523	33	91.09%
94	21	73	417	511	8,992	5,832	2,572	24	91.25%
95	24	70	414	508	9,152	5,906	2,700	23	91.45%
96	23	72	397	492	9,303	5,951	2,772	22	91.75%
97	23	77	383	483	9,427	6,031	2,867	21	91.87%
98	23	78	385	486	9,546	6,088	2,940	17	92.46%

資料來源：健保局

單位：百萬點

年度		84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98
醫學中心	醫療點數	31,557	55,705	62,440	70,023	78,912	89,005	97,105	104,371	97,950	114,863	112,556	120,307	123,855	130,307	135,098
	占率	35.2%	35.5%	37.7%	37.9%	39.0%	42.2%	43.2%	42.4%	41.5%	41.6%	39.9%	42.3%	41.9%	41.7%	41.2%
區域醫院	醫療點數	27,769	49,711	53,474	59,627	65,440	70,789	74,317	88,484	86,397	101,167	105,183	99,740	106,391	117,459	123,375
	占率	31.0%	31.7%	32.3%	32.3%	32.3%	33.6%	33.1%	35.9%	36.6%	36.7%	37.3%	35.0%	36.0%	37.6%	37.7%
地區醫院	醫療點數	30,280	51,310	49,663	55,128	57,969	50,948	53,257	53,235	50,947	58,927	62,619	62,167	62,000	59,224	61,302
	占率	33.8%	32.7%	30.0%	29.8%	28.6%	24.2%	23.7%	21.6%	21.6%	21.4%	22.2%	21.8%	21.0%	18.9%	18.7%
交付機構	醫療點數		12	21	68	71	89	144	336	587	1,019	1,621	2,496	3,635	5,636	7,814
	占率		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.2%	0.4%	0.6%	0.9%	1.2%	1.8%	2.4%
總計	醫療點數	89,606	156,738	165,598	184,846	202,391	210,830	224,823	246,426	235,881	275,976	281,978	284,710	295,880	312,626	327,589
	占率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

資料來源：中央健康保險局二代倉儲系統門診、住院及藥局明細檔(2010/09/28 擷取)。

1.特約狀況以當年年底特約狀況為主。

2.醫療點數=申請點數+部分負擔。

3.僅含醫院內總額範圍，不含洗腎部門、代辦案件及其他部門案件

4.醫院總額於91年7月起實施，91年7月前均依總額實施後之定義計算之。

5.交付機構依原處方釋出機構為醫院部門者計算。

6.84年3月1日開辦全民健康保險，醫療費用資料僅10個月，且當年申報資料未全面電腦化，故本局未收載於倉儲系統，本資料係參考「84年全民健康保險統計」，資料範圍與上開表列標準不一，主要差異包括本表含(1)洗腎部門、代辦案件及其他部門案件(2)中醫及牙醫、且不含部分負擔，故無法與上開表資料相互比較。

(三)全民健保實施後，地區醫院家數明顯減少，在現有之 385 家之地區醫院中，有 90 家已轉型為呼吸治療專責醫院，10 家轉型為透析醫院，19 家係透析兼呼吸治療醫院，另有 37 家精神科醫院，即非綜合醫院之地區醫院，合計家數為 156 家，亦即目前地區醫院仍屬綜合醫院性質者，僅 229 家，占 59.48%，可見地區醫院除衰落問題嚴重外，綜合性地區醫院劇減更使問題雪上加霜（詳見下表）。

單位：家

年	非綜合醫院						綜合醫院		地 區 醫 院 總 計
	呼 吸 治 療 醫 院	透 析 兼 呼 吸 治 療 醫 院	透 析 醫 院	精 神 科 醫 院	合 計 家 數	合 計 占 率	家 數	占 率	
84	健保局自 89 年 7 月起推動呼吸 器依賴患者試 辦計畫。		45	22	67	11.80%	501	88.20%	568
85			43	23	66	12.13%	478	87.87%	544
86			44	22	66	12.36%	468	87.64%	534
87			36	25	61	11.94%	450	88.06%	511
88			33	28	61	12.13%	442	87.87%	503
89	25	10	22	31	88	18.18%	396	81.82%	484
90	31	18	18	30	97	20.73%	371	79.27%	468
91	52	20	12	30	114	25.33%	336	74.67%	450
92	76	23	14	31	144	32.95%	293	67.05%	437
93	102	22	11	31	166	38.88%	261	61.12%	427
94	104	25	7	32	168	40.29%	249	59.71%	417
95	98	23	10	33	164	39.61%	250	60.39%	414
96	89	22	11	33	155	39.04%	242	60.96%	397
97	82	19	10	34	145	37.86%	238	62.14%	383
98	90	19	10	37	156	40.52%	229	59.48%	385

註：1.資料來源:99.9.6 門住診明細彙總檔。

2.本表之院所為年底有效之地區醫院。

3.申報透析費用係指申報案件分類 05 者;精神科係指申報就醫科別精神科 13 者;呼吸治療醫院係指醫令代碼 03003BA 者。

4.本表未處理院所代號改變者，代號異動即視為不同家院所。

5.本表所稱

(1)透析醫院係指該院申報之透析費用占門診醫療費用 50% 以上者；

(2)呼吸治療醫院係指該院申報之呼吸照護病床費用（RCW）占該院住診費用 50% 以上者；

(3)精神科醫院係指該院申報之就醫科別精神科之費用占門住診所有醫療費用 50% 以上者；

- (4)透析兼呼吸治療醫院係指該院申報之透析費用占門診醫療費用 50%以上且其呼吸照護病床費用(RCW)占該院住診費用 50%以上者。
- (5)綜合醫院係指非屬前開醫院之其他類型醫院。
- 6.本表僅統計特約地區醫院者，屬醫院但特約為基層院所者未納入統計。
- 7.健保局自 89 年 7 月起推動呼吸器依賴患者試辦計畫。

(四)台灣社區醫院協會在本案調查過程上，其代表性人物都曾感人地訴說地區醫院的「悲愴」，也幾度以書面嚴肅地分析地區醫院萎縮原因，包括：

- 1、健保支付制度的傾斜，醫院大者恆大，小者恆弱，例如：
  - (1)目前健保支付標準對於同一支付項目，多呈現醫學中心支付點數最高、區域醫院次之、地區醫院最低，呈現同工不同酬。
  - (2)各分區健保總額分配多以大醫院為考量，極少注重多數民眾使用的社區醫療，也未與振興社區醫院的政策方向連動。
  - (3)Tw DRGs 住院基本診療加成率，醫學中心加成 7.1%、區域醫院 6.1%、地區醫院 5.0%，違背 Tw DRGs 同病同酬之精神。
  - (4)地區醫院藥品申報比率低，固定點值比率即較低，造成地區醫院獲得之總額結算金額亦較低。
  - (5)大醫院因採購藥品之數量較大而有較高的藥價差，但小醫院卻苦於採購價高於藥價基準的情況，且需承受藥價調整不斷的壓縮、迫害。
  - (6)醫院總額實施前所訂之「醫院總額支付制度研議方案」第六章第一節平衡各層級醫院發展配套措施之二明訂：「為降低地區醫院風險，考量地區醫院層級承擔風險之能力相對較低，可採從優支付方式（即若每點支付額降為 1 點 1 元時，仍以每點 1 元支付，但若每點支付額超過 1 元則依後者

計算），以降低總額支付制度實施對地區醫院造成之衝擊。惟顧及公平性，宜訂定從優支付條件。」惟未落實。

## 2、地區醫院醫師聘任之困難

- (1)醫學中心院長級、副院長級醫師到社區醫院服務，其專業形同被斷手腳，許多原本於醫學中心可執行的檢驗、檢查都不可提供予地區醫院就醫病患。
- (2)醫學中心或區域醫院之醫師若改在地區醫院服務，其專業與醫師執照、專科醫師證書雖未因此消失或改變，但在現行健保支付中卻遭受拒絕支付或支付打折，造成地區醫院醫師人才聘任的嚴重問題。
- (3)大型醫院支援社區醫院之費用不合理，不合乎醫療機構互助合作之原則。
- (4)多數地區醫院位處於偏遠、非都市之地，專業人員考量生養教育、家庭生活便利等，前往就任意願皆不高，因此醫師的聘任成本高出其他大醫院甚多。

(五)綜上，由於全民健保實施以來，地區醫院遭逢前所未有之變局，代表地區醫院的台灣地區醫院協會乃於 93 年 10 月 12 日發動千人遊行向行政院請願，這是台灣醫療史上醫師第 1 次走上街頭，引發側目，該會提出訴求的主要目的是能讓各層級醫院站在平等的立足點，而不是大醫院越來越受到政策保護，中小醫院卻是一片哀鴻遍野。然而，地區醫院之訴求，行政院並未全面審慎面對，即使衛生署於每年度開始 6 個月前擬訂年度醫療給付費用總額範圍報請行政院核定醫療

給付費用總額範圍，該院雖由經建會召集會議審議總額成長率範圍，但從未就地區醫院劇減問題，提出有效因應對策，或檢討現行總額分配對於地區醫院是否公平之問題，並提出精進作法，任由醫院總額實施後，地區醫院與醫學中心及區域醫院在一個齊頭式平等之基礎上競爭，並未特別考量多數地區醫院所在地點於偏遠或非都會區，醫師招募困難、醫院規模有限、醫療服務量成長不若醫學中心或區域醫院，使其獲得核付的給付點數不斷下滑，加上醫療生態的丕變，以及民眾就醫文化的影響，導致不少地區醫院相繼倒閉，衍生醫事人員失業問題。行政院對於地區醫院（具社會功能之資源缺乏地區或非都會區）遭遇百年醫療史上前所未有之變局，急劇萎縮，導致分級醫療呈現頭重腳輕之現象，應予檢討改進。

四、衛生署未能正視健保資源之有限性，也未能嚴格規範呼吸器及洗腎之門檻與給付條件，導致 0.33% 的人口占率，竟使用約 12% 的健保預算，並導致國內洗腎基層診所由 85 年的 84 家增為 98 年的 300 家，為原來 3.57 倍；洗腎床數亦由 719 床增為 6,651 床，為原來 9.25 倍，呈現健保預算分配的失衡，允應檢討改進：

（一）本案在實地訪查 100 多家呼吸器照護機構及洗腎醫療院所之過程中，深刻體會到呼吸照護病房裡家屬對於病患長期插管照護之沉重負擔，亦能感受到洗腎患者不得不每星期洗腎 3 次、每月需洗腎 13 次之痛苦，更能明瞭健保將呼吸器照護及洗腎納入給付，以及部分醫療機構提供之醫療照護對於延續病患生命之助益。然不可諱言的，健保實施後，國內確有呼吸器照護機構及洗腎基層診所家數及病床數快速成長之情形，在

本案訪查過程中亦有為數不少之醫院代表認為係因健保之給付門檻低，而給付條件佳所導致。爰本案秉持關懷病患、尊重醫師合理報酬及業者基本生存空間之前提下，反對以任何方法自呼吸器照護及洗腎之健保給付獲取暴利之行為，嚴正先予敘明。

(二)有關呼吸器依賴照護之問題：

1、呼吸器依賴患者係因呼吸衰竭造成需要接受呼吸器治療，而呼吸衰竭係許多重大傷病之末期變化，並非單一疾病造成，且呼吸器治療係救命的治療，病人一旦停止治療，恐危及生命。至於長期依賴呼吸器之疾病，已列為全民健保重大傷病範圍，每年患者人數約 1 萬人上下，占保險對象總人數之 0.04% 至 0.05% 間，以 98 年為例，患者人數為 10,890 人，占健保保險對象之 0.05%，支出之醫療費用為 263.96 億元，約占當年度健保支出之 5.15%，平均每人每年需健保支付 73.7 萬元之醫療費用。

2、99 年 11 月出版之康健雜誌，曾刊載「呼吸器依賴—當生命只剩呼吸」報導，其內容摘錄如下：

(1)台灣呼吸器依賴病人的比例應是「世界第一」。陽明大學附設醫院加護病房主任形容，「台灣已經變成呼吸器王國」。相關的研究與統計，具體顯現了呼吸器治療現況：

<1>呼吸照護病房床位 10 年增加了 4 倍。

<2>呼吸器依賴病人 10 年間上升為 2.4 倍。

<3>呼吸器依賴病人當中，近 7 成是年過 70 歲的長者，其中更有近 4 成是 80 歲以上的老老族。

<4>每位呼吸器依賴病人平均每年花費健保 74 萬元，在前 8 大重大傷病醫療費用排名第 2。

〈5〉住在呼吸照護病房裡的病人，7 至 8 成意識不清，無法與人互動。

(2) 前三軍總醫院重症醫學部主任表示，86 年，台灣各大醫院加護病房床位吃緊，人工呼吸器一機難求，健保局與胸腔醫學會專家亟需解決 ICU 床位調度和長期使用呼吸器病人去處問題，於是赴美取經，回台後在三總成立中重度加護病房，將呼吸器依賴病人轉出 ICU，轉到中重度加護病房的病人因與急性病人分開，感染率下降，脫離呼吸器成功率增加，死亡率也下降，此成功經驗，促使健保局在 89 年實施「全民健保呼吸器依賴患者整合性試辦計畫」。

(3) 健保開辦後，台灣中小型醫院不敵大醫院競爭，為求生存，轉型做洗腎、復健、護理之家，因為呼吸器依賴病人所需的照護人力和設備成本較低且單純，提供中小醫院成立 RCW 的誘因。

(4) 試辦十年，三大亂象：

〈1〉不需用的病人被插管接上呼吸器。

〈2〉醫材商接呼吸器照護病房的外包生意，安養院兼營呼吸照護病房。

〈3〉RCW 評鑑不公開，家屬無法得知照護品質。

(5) 家屬、病人、醫師、社會四輸

〈1〉醫師：照護一個應該自然凋零卻靠呼吸器續命的病人，是醫療的目的嗎？

〈2〉家屬：背負經濟與情緒的雙重折磨，創傷深重。

〈3〉病人：365 天、每天 24 小時插根管子，是種凌遲。

〈4〉社會：植物人用呼吸器 9 年，花費健保 2 千 2



百多萬元，全民買單。

(三)有關洗腎之問題：

- 1、依據美國腎臟資料系統 (US Renal Data System, 簡稱 USRDS) 統計顯示，公元 2008 年時，我國末期腎臟病 (end-stage renal disease) 之發生率約為每百萬人口 418 人，盛行率為每百萬人口 2,226 人，發生率及盛行率均高居全球之冠，腎臟病已成為國人的新國病。至於末期腎臟病患者必需長期依賴透析療法，延續其生命，其治療方法又包括：血液透析 (hemodialysis, HD)、腹膜透析 (peritoneal dialysis, PD) 或腎臟移植 (Renal Transplantation)，但國內以血液透析為主要治療模式，腎臟移植率低。
- 2、國內已分階段實施總額預算制度，總額部門包括牙醫、中醫、西醫基層及醫院總額等 4 部門，且實施多年來，從未以特定專科別設定獨立總額，更遑論將特定疾病列為獨立總額。然門診透析服務預算卻經費協會邀集洗腎相關醫事團體、費協會委員及專家學者等召開 2 次專題研討會後，即於 92 年間合併為一門診透析服務預算，且 92 年間各部門醫療費用總額預算平均成長率為 4.43%，門診透析預算竟成長 14.14%；93 年各部門總額平均成長 4.16%，門診透析預算之成長率亦達 8%；至於 94 年及 95 年之成長率亦有 7.20%、6.68%，其成長率在各部門總額中可謂一枝獨秀，獨占鰲頭。

## 91-98 年各總額部門醫療費用支出概況

單位：百萬元、％

年	醫院（含門診透析）		診所（含門診透析）		門診透析		牙醫門診		中醫門診		其他		合計	
	醫療費用	成長率	醫療費用	成長率	醫療費用	成長率	醫療費用	成長率	醫療費用	成長率	醫療費用	成長率	醫療費用	成長率
91	233,208		78,303		19,633		28,535		15,972		4,198		360,217	
92	244,019	4.64	81,037	3.49	22,444	14.14	29,275	2.59	16,362	2.44	5,498	30.97	376,191	4.43
93	254,909	4.46	83,455	2.98	24,240	8.00	30,153	3.00	16,814	2.76	6,498	18.19	391,829	4.16
94	265,091	3.99	86,677	3.86	25,985	7.20	31,259	3.67	17,334	3.09	7,639	17.56	408,000	4.13
95	276,252	4.21	89,566	3.33	27,721	6.68	32,144	2.83	17,790	2.63	7,938	3.91	423,691	3.85
96	289,366	4.75	92,707	3.51	28,521	2.89	32,902	2.36	18,231	2.48	8,410	5.95	441,615	4.23
97	304,183	5.12	96,651	4.25	29,414	3.13	33,851	2.88	18,731	2.74	6,686	-20.50	460,102	4.19
98	319,117	4.91	100,366	3.84	30,262	2.89	34,878	3.03	19,284	2.95	4,429	-33.76	478,074	3.91

資料來源：91-93 年資料為 95 年之全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽；94-99 年資料為 99 年之全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽

3、健保實施後，國內設立有洗腎中心之醫院家數約在 244 家至 263 家之間，數量變動不大；但國內洗腎診所，由 85 年之 84 家，變成 98 年的 300 家，為原來 3.57 倍；醫院洗腎病床數由 3,580 床增加至 8,168 床，為原來 2.28 倍；診所洗腎病床數由 719 床增加至 6,651 床，為原來 9.25 倍（成長率詳見下表）；84 年的洗腎總病床數為 3,640 床，98 年已有 14,819 床，為原來 4.07 倍（詳見以下兩表）。在守護社區的地區醫院逐漸衰落，最早投入偏遠醫療的宗教醫院反省健保資源是否應集中於末期病患治療之際，洗腎機構卻以民眾健康守護者的姿態，大舉擴張，兩相對比，格外諷刺。

#### 84-98 年設置洗腎病床之醫療院所數及病床數

單位：床、家

年	病床數			院所數		
	總計	醫院	基層	總計	醫院	基層
84	3,640	-	-	-	-	-
85	4,299	3,580	719	337	253	84
86	5,219	4,095	1,124	354	262	92
87	5,651	4,249	1,402	357	250	107
88	6,922	5,101	1,821	387	254	133
89	7,531	5,446	2,085	389	262	127
90	8,465	6,026	2,439	378	244	134
91	9,305	6,459	2,846	429	262	167
92	10,226	6,771	3,455	456	260	196
93	11,059	7,183	3,876	452	253	199
94	12,061	7,534	4,527	479	246	233
95	12,594	7,638	4,956	496	250	246
96	13,504	7,914	5,590	523	257	266
97	14,141	8,075	6,066	552	263	289
98	14,819	8,168	6,651	555	255	300

註：

1. 84 年病床數資料來源為 84 年全民健康保險年報，無區分醫院及基層。
2. 門診透析院所數以申報資料案件分類「05」判斷，由於 84 年 3 月 1 日開辦全民健康保險較為倉促，特約醫事機構申報醫療費用未及配合新制規定，84 年 3-6 月份沿用勞保格式之書面申報表，自 7 月份始採用健保格式之各項書表。84 年 3-4 月住院病患先行結算，故 84 年資料無法進行統計。

#### 84-98 年設置洗腎病床之醫療院所數及病床數成長率

年	病床數			院所數		
	總計	醫院	基層	總計	醫院	基層
84	-		-	-	-	-
85	18.10%	-	-		-	-
86	21.4%	14.4%	56.3%	5.0%	3.6%	9.5%
87	8.3%	3.8%	24.7%	0.8%	-4.6%	16.3%
88	22.5%	20.1%	29.9%	8.4%	1.6%	24.3%
89	8.8%	6.8%	14.5%	0.5%	3.1%	-4.5%
90	12.4%	10.7%	17.0%	-2.8%	-6.9%	5.5%
91	9.9%	7.2%	16.7%	13.5%	7.4%	24.6%
92	9.9%	4.8%	21.4%	6.3%	-0.8%	17.4%
93	8.1%	6.1%	12.2%	-0.9%	-2.7%	1.5%
94	9.1%	4.9%	16.8%	6.0%	-2.8%	17.1%
95	4.4%	1.4%	9.5%	3.5%	1.6%	5.6%
96	7.2%	3.6%	12.8%	5.4%	2.8%	8.1%
97	4.7%	2.0%	8.5%	5.5%	2.3%	8.6%
98	4.8%	1.2%	9.6%	0.5%	-3.0%	3.8%

資料來源：健保局

4、至於國人接受透析之人數，在 85 年間為 22,709 人，占總人口之 0.11%，到 98 年時，透析人數已有 65,236 人，占總人口數之 0.28%；透析之費用點數由 84 年之 112.55 億元，占總體醫療費用點數的 4.62%，到 98 年時已增加到 334.51 億元，約占整體費用點數的 6.52%（詳見下表），可見健保財務入不敷出之問題，與洗腎預算自健保實施後大幅成長，有所關聯。況許多洗腎病人，常因心臟病、肺炎、血液透析血管阻塞、腹膜透析感染等其他疾病必須住院治療，住院治療期間所需之醫療費用尚不計算在門診洗腎

總額之內，可見使用於洗腎之預算，尚不止於此。另參酌歐美已開發國家精算尿毒症病人治療成本與效益之經驗，可知部分國家已務實面對有限醫療預算是否需無止盡使用於慢性疾病之問題，反觀衛生署卻未積極面對並處理此醫療資源運用不合理問題。

## 84-98 年呼吸器及洗腎支出情形

單位：人、新台幣億元、%

年 度	健保支出		呼吸器支出				洗腎支出				呼吸器與洗腎支出合計			
	人數(1)	金額(2)	人數(3)	金額(4)	占健保人數比率 (3)/(1)	占健保金額比率 (4)/(2)	人數(5)	金額(6)	占健保人數比率 (5)/(1)	占健保金額比率 (6)/(2)	人數(7)	金額(8)	占健保人數比率 (7)/(1)	占健保金額比率 (8)/(2)
84	19,123,278	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
85	20,041,488	2,434.53	3,287	-	-	-	22,709	112.55	0.11%	4.62%	-	-	-	-
86	20,492,317	2,611.49	5,158	-	-	-	25,498	124.82	0.12%	4.78%	-	-	-	-
87	20,757,185	2,908.87	4,965	-	-	-	28,674	141.86	0.14%	4.88%	-	-	-	-
88	21,089,859	3,164.72	6,583	-	-	-	32,175	160.77	0.15%	5.08%	-	-	-	-
89	21,400,826	3,257.80	9,423	-	-	-	35,621	179.38	0.17%	5.51%	-	-	-	-
90	21,923,524	3,407.01	11,758	146.73	0.05%	4.31%	39,125	197.32	0.18%	5.79%	50,883	344.05	0.23%	10.10%
91	22,116,823	3,697.23	19,462	183.76	0.09%	4.97%	42,465	214.55	0.19%	5.80%	61,927	398.31	0.28%	10.77%
92	22,233,466	3,824.20	28,802	219.27	0.13%	5.73%	45,922	231.9	0.21%	6.06%	74,724	451.17	0.34%	11.80%
93	22,350,106	4,373.23	10,551	267.99	0.05%	6.13%	49,041	249.73	0.22%	5.71%	59,592	517.72	0.27%	11.84%
94	22,514,081	4,498.75	10,283	273.76	0.05%	6.09%	52,653	264.61	0.23%	5.88%	62,936	538.37	0.28%	11.97%
95	22,677,719	4,509.28	9,357	256.18	0.04%	5.68%	55,419	281.76	0.24%	6.25%	64,776	537.94	0.29%	11.93%
96	22,803,048	4,670.18	10,215	264.11	0.04%	5.66%	58,687	299.7	0.26%	6.42%	68,902	563.81	0.30%	12.07%
97	22,918,144	4,898.95	10,339	266.07	0.05%	5.43%	62,096	318.15	0.27%	6.49%	72,435	584.22	0.32%	11.93%
98	23,025,773	5,130.01	10,890	263.96	0.05%	5.15%	65,236	334.51	0.28%	6.52%	76,126	598.47	0.33%	11.67%

註：

1. 「人數(1)」為第一類至第六類健保實際納保人口數。
2. 「健保支出金額」之數值係為衛生署全民健保醫療保健支出統計資料，包括「健保局對各醫療院所應付醫療+行政管理費+其他費用」。

3. 84 年 3 月 1 日開辦全民健康保險較為倉促，特約醫事機構申報醫療費用未及配合新制規定，84 年 3-6 月份沿用勞保格式之書面申報表，自 7 月份始採用健保格式之各項書表。84 年 3-4 月住院病患先行結算，故 84 年資料無法分類及統計。
4. 「呼吸器支出」修正「長期呼吸器照護」，「洗腎支出金額」修正「門診透析」。
5. 「長期呼吸器照護人數」為領有長期依賴呼吸器之重大傷病卡病人數；「門診透析人數」為申報門診透析病患人數。
6. 「呼吸器支出金額」為「長期呼吸器照護實際醫療點數」：85 至 89 上半年尚未實施呼吸器計畫故無統計資料。
7. 「洗腎支出金額」為「門診透析申報點數」，包括申請醫療費用+部分負擔。
8. 「呼吸器與洗腎申報點數合計之人數(7)=(3)+(5)」之數值，應謹慎使用，因有部分病患會同時使用呼吸器與洗腎治療，故計算「占健保人數比率」會有高估情形。
9. 資料來源：健保局

5、依據勞保時期所訂之血液透析費用，每次 6,600 元（採實報實核），而自全民健保開辦後，支付 4,000 元，但不含輸血及 EPO。又於 85 年將其支付標準調至 4,100 點，並含有 EPO 注射費、藥劑費、一般材料費用，另 97 年間將一般透析病人的支付標準，調整為 4,017 點。健保局為瞭解透析相關成本，於 96 年間委託學者進行血液透析成本實證研究，結果顯示：醫院透析服務每人次的成本 3,881 元；診所每次 3,423 元。醫院的透析中心投資報酬率約為 10.40%，而診所的投資報酬率為 12.49%，高於歐美日本等國（美國 3.5%、新加坡 5.5%、日本 4.75%、加拿大 2.55%、德國 0.75%），且在本案實地訪查過程中，亦不乏有前任衛生署長、健保局總經理及醫院代表，提出應予重新檢討洗腎支付標準是否過高之問題。

（四）98 年間，全民健保呼吸器依賴之重大傷病人數為 10,890 人，人數占總保險對象之 0.05%，支出為 263.96 億元，支出之金額卻占健保總支出 5.15%；透析之人數為 65,236 人，占總保險對象之 0.28%，透析支出為 334.51 億元，占健保總支出之 6.52%。合計呼吸器依賴及透析患者，總人數最多為 76,126 人，占健保人數比率為 0.33%，使用之健保醫療費用為 598.47 億元，占健保金額之 11.67%。兩者人數占率雖不高，但使用之健保資源相對較多，且全民健保對於呼吸器使用範圍一再擴大，目前病患住在安養院亦可長期使用呼吸器照護，故將來其費用之成長，甚至有超過透析費用之可能；又國內健保除門診透析服務預算外，從未以特定專科別設定獨



立總額，且 92 年間門診透析預算竟成長 14.14%，93 年亦成長 8%，94 及 95 年之成長率亦有 7.20%、6.68%，使得國內洗腎診所，由 85 年之 84 家，變成 98 年的 300 家，為原來 3.57 倍；診所洗腎病床數由 719 床增加至 6,651 床，為原來 9.25 倍；且腎臟專科醫師人數成長情形更為明顯（詳見下表）；醫療院所在 84 年的洗腎總病床數為 3,640 床，98 年已有 14,819 床，為原來 4.07 倍，透析服務之供給大幅增加，使得國內透析費用持續增加。

單位：人、床

		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	成長率
醫師數	基層院所	137	72	99	102	102	9	478	8.1%
	醫院	236	134	140	109	153	23	759	
	合計	373	206	239	211	255	32	1,237	3%
病床數	基層院所	1,925	783	1,305	1,507	1,349	86	6,955	6.2%
	醫院	2,145	1,354	1,638	1,195	1,592	265	8,189	0.4%
	合計	4,070	2,137	2,943	2,702	2,941	351	15,144	3%

註：成長率是指與 97 年相較之成長率。

資料來源：健保局

(五)健保預算有限，任一國家對於全民健保之給付範圍，斷不可能包山包海，當健康照護的資源及需求無法配合時，自需發展一套準則作為社會價值判斷之原則。由於有限醫療資源不易公平分配，便會產生分配正義的問題，在英國兩大哲學派別一效益主義（utilitarian）及平等主義（egalitarian）對此問題曾有深入的探討。效益主義主張社會資源之分配應

依據「極大化社會整體利益」的原則；平等主義則強調社會資源之分配應尊重每個人都有公平機會，而非「極大化社會整體利益」。由於實質正義或公平的標準難以掌握，國際間也就不再執著於理論上的爭執，而著重在分配的「程序」上符合參與式的民主，讓決策的資訊透明，讓利害關係人可以發聲，讓分配的標準與基礎可以得到充分的討論或修正，然後在審議的過程中形成共識，而此一有共識的決定本身，就是一個符合「正義」的決定。然而，衛生署於健保開辦後，未能正視健保資源之有限性，復未就有限醫療資源如何公平分配進行分配正義與程序正義之討論，以致未能嚴格規範呼吸器及洗腎之門檻與給付條件，加上衛生署又未能加強稽核，部分業者又缺乏職業倫理，導致 0.33%的人口占率，竟使用約 12%的健保預算，並使國內洗腎診所由健保初期的 84 家增為 98 年的 300 家，為原來 3.57 倍；洗腎床數亦由 719 床增為 6,651 床，為原來 9.25 倍，呈現健保預算分配的失衡，允應檢討改進。

五、由於衛生署未能重視護理人力之不足，積極妥謀有效解決措施，肇致護理人員工作負荷過重，除難以維持其服務品質與專業外，並已造成其執業環境不佳、離職率偏高、平均工作年資過短等問題，影響病患照護品質及權益，允應檢討改進：

(一)按護理人員係為病患最為密切的主要照護者，其不僅為臺灣醫療產業中的主要照護人力，亦為醫療團隊中執行醫師醫囑的關鍵成員，倘護理體系未臻健全完善時，醫療處置行為難以順遂，並可能危及到

病患的生命安全。相關實證研究指出，護理人力與病患安全有直接關係，以照護住院病人而言，醫師負責病人的診斷與治療，至於病人檢查或手術前的準備與衛教、手術後的病況照護與追蹤、用藥後的藥效與反應，均賴第一線的護理人員 24 小時三班輪流照護，故其照護品質攸關病人安全甚鉅。

(二)護理人員雖為醫事人員中最大多數者，惟其職場發展卻未受到重視，且面臨離職率高、薪資偏低、工作壓力大及升遷機會少等問題，影響護理人員及學生的從業意願。又近年全民健保支付制度的改變，各醫院為控制經營成本，大量聘用約聘護理人員，薪資福利逐漸減少，使得護理人員流動率高及招收不到新進人員的問題，無異雪上加霜。目前全國護理/助產人員計有 21 萬 1,822 人，開業及執業人數有 12 萬 6,075 人，執業率僅 59.52%。

(三)又根據中華民國護理師護士公會全國聯合會於本案座談時提及，護理人員待遇與角色不相稱，且該會曾於 99 年 8 月間進行問卷調查，結果顯示現職護理人員對目前護理工作的滿意度平均僅 61.2 分，工作量大及薪資福利不足為影響護理人員是否留任之主要原因。再從衛生署 97-98 年委託研究資料顯示，護理人員實際離職之原因中，薪資低、工作壓力大及欠缺升遷管道為最主要原因；最近國家衛生研究所完成「護理人力及專科護理師制度：願景與挑戰」之研究報告，亦提到護理人員執業率偏低且流動率高、執業護理人員負荷過重及護理臨床執業環境不理想等現況問題。且教育部亦表示，因職場就業環境欠佳，影響畢業生留在職場上的意

願，造成新進護理人員適應困難、離職率居高不下。然而，臺灣一般病房護理人力配置現況，白班每位護理人員照顧 7 至 12 名病人、小夜班照顧 10 至 16 名病人、大夜班則照顧多達 12 至 27 名病人，由上可見護理人力捉襟見肘之困境，益見其工作負荷之沈重，使得護理人員離職率偏高，經驗不易累積，優秀畢業學生不願執業，更使得病人安全飽受威脅，不利健保醫療品質之維護。

(四)再據衛生署提供之資料顯示，97 年 513 家醫院的護理人員空缺率平均值為 6.62%，且 340 家醫院的護理人員有空缺數（詳下表）。又查衛生署為建置護理人力通報資料庫及研議護理人力供需預測指標及推估演算程式，於 96 年 3 月 1 日至 99 年 2 月 28 日委託完成護理人力監測資料庫建置計畫，研究結果顯示，假設未來產出護理科系畢業生人數及護理人力異動情形，且考照率維持現況不變，以及未來每萬人口與護理人員數比率變化趨勢與過去十年相同情形之下，未來 5 年供需推估比較，供給可能較需求短少 8 千餘人。由上可徵我國護理人力不足之問題已迫在眉睫，惟衛生署卻未能提出有效解決方案。

單位：家、%、人

類別	總調查醫院數	有空缺額醫院數	有空缺額醫院家數占總調查醫院家數之比率	97年底全職人員受雇人員A	空缺額B	總空缺率B/(A+B)	空缺率平均值
總計	513	340	66.28	82,146	4,849	5.57	6.62

備註：

- 1、有空缺額醫院家數計算係指空缺額非填寫為「0」者。
- 2、此空缺率係指醫院正在或將要招募的護理人員數。
- 3、空缺率=（空缺人數/97年底全職受雇人數+空缺人數）\*100%。
- 4、總空缺率係以總人數作計算。
- 5、空缺率平均值為各家醫院空缺率再求其平均值。

資料來源：衛生署

(五)綜上，護理人員係病患最為密切的主要照護者，亦為醫療團隊中執行醫師醫囑的關鍵成員，護理人力之合理配置為病患能否獲得妥善照護品質的重要關鍵之一。惟從現有研究報告，並參酌民間團體之專業與實務意見均顯示，護理人力不足、執業環境不佳，每位護理人員工作負荷遠高於可負擔程度，除難以維持其服務品質與專業外，並已造成離職率偏高、平均工作年資過短等問題，惟衛生署卻未能重視護理人力不足之問題，積極妥謀有效解決措施，影響病患照護品質及權益，允應檢討改進。

六、為了健保的永續經營，更為了醫療資源的分配正義，行政院允應揭櫫具有號召性的鮮明主張，以類似五年五百億的計畫，經由「外加為主、內含為輔」的預算編列方式，專款專用，全力推動重振四大科、守護社區醫院（具社會功能之資源缺乏地區或非都會區之區域醫院或地區醫院）的目標，俾維護國內醫界百年主流及民眾之基本與緊急醫療權益：

(一)行政院應全力推動「重振四大科」、「守護社區醫院」的目標：

1、國內醫學發展之主流與國外相同，內外婦兒四大科為四大主流，在傳統上吸引最優秀之醫學生投入並執業，只是健保實施後，醫界對於「四大科」已有淪為「四大皆空」之唏噓。其原因在於我國全民健保制度長期以來實施論量計酬，依醫療院所提供的醫療服務項目逐項計費申報，但支付標準未能實際反映醫療資源耗用情形，加上醫師 PF 制之激勵與影響，遂使醫療服務量高、醫療糾紛

風險低、看診時間較短之五官科成為熱門專科科別。因健保支付條件為影響醫學生規劃選擇執業科別最重要之考量，內外婦兒等四大科在健保支付政策下，深受影響。以外科為例，目前整型外科的收入最好，吸引多數醫學生執業，但數年前，部分醫學中心之一般外科已出現無法招滿住院醫師之問題；再以婦產科為例，由於社會變遷，部分國人不婚或不生，故國人生育率已不斷下降，加上醫療糾紛多，亦使得婦產科萎縮情形益顯嚴重；再以中部某大學附設醫學中心為例，每年僅收 1 名皮膚科住院醫師，卻有上百人應徵，但外科及婦產科卻問津者少；此種狀況令人堪慮，政府對於重振四大科已到了刻不容緩的階段。

- 2、全民健保實施後，地區醫院家數大幅減少，申報醫療費用之占率更形衰退，可謂遭遇百年醫療史上前所未有之變局，急劇萎縮，導致分級醫療呈現頭重腳輕之現象。然而，地區醫院之衰落並非個別醫院經營權是否存續，或所屬醫事人員失業與否問題，更涉及到當地民眾基本健康照護與緊急醫療照護之問題，以及醫療資源之配置應全面尊重「市場機制」或需因地制宜給予偏遠或非都會區民眾基本醫療權保障等扶助弱勢之問題。由於國內不少社區醫院在重大天然災害發生，造成大規模傷亡，而外援尚無法進入災害發生地點時，即需承擔第一時間大部分之緊急醫療工作；在平時，地區醫院亦能提供當地民眾最及時、效率及基本之醫療服務，故地區醫院之角色絕非大

型醫院所能完全取代。政府自當考量地區醫院之任務及功能，給予特別之保障。

3、有關「四大科」與「社區醫院」所遭遇之問題由來已久，衛生署近年來亦曾從支付標準的調整或總額協商之分配，試圖導正此等問題，包括：

(1)四大科部分：

＜1＞健保局針對以醫師為主的手術項目，於 93 年 7 月導入台灣版資源耗用為基礎的相對值表(T-RBRVS)，該次整體調高外科手術項目計 771 項，另婦產科亦於 95 年導入相對值表，整體調高婦產科項目計 114 項。

＜2＞健保支付標準訂有兒童加成之相關規定，其中，6 歲以下兒童之急診及住院診察費、住院護理費、檢查、處置、手術及麻醉費等支付項目加成 20%~60%，已施行多年。另 97 年起，2 歲以下兒童門診診察費得加成 20%，增加 5.69 億點的支出；98 年將加成提高至 3 歲以下兒童，增加支出 2.18 億點；99 年實施之住院 DRG 支付制度，在兒科診療項目方面，皆有一定比率的加成，其中最高可加成至 91%。

＜3＞99 年醫院總額編列 1 億點，作為調整新生兒中重度病床護理費、新生兒中重度病床診察費及嬰幼兒處置費之用。

(2)地區醫院部分：

＜1＞衛生署針對非都會區醫院給予之協助如下：

- 偏遠地區醫院每點支付價格較都會區醫院為高，每年約有 20 餘家受到此種特別保障；

- 偏遠地區急救責任醫院，其急診之案件醫療費用加成 30%，而且每點保障 1 元；
- 另以公務預算補助醫療資源缺乏區之特殊科別（婦產科、兒科、急重症）資源整合及品質提升等。

〈2〉基於維護國民健康、保障民眾就醫權益之職掌，對緊急醫療資源缺乏地區功能無可取代之醫院，經由補助或專案輔導之方式，以協助其持續營運，提供民眾醫療服務。

4、雖然衛生署已在有限的健保預算中進行微幅的調整，將部分資源挹注於「四大科」及「地區醫院」，然因為資源分散而未集中，有如杯水車薪，效果顯然不彰，仍無法遏止四大科惡化成四大皆空，也無法阻止社區醫院繼續萎縮，可見這種挖東牆補西牆的技術性作法，已顯捉襟見肘之勢，況且還可能產生排擠後果之虞，因此是到了需要政府導入更多資源來重振四大科與守護社區醫院，才得以竟全功的時候。

（二）對於「重振四大科」及「守護社區醫院」所需資源之預估：

1、中央研究院 98 年 6 月出版的醫療保健政策建議書提到，2006 年台灣的醫療保健支出約占 GDP 6.1%，與 OECD 國家比較是偏低，這個數字的高低與一個國家照護系統的成效（performance）並無絕對關聯，僅能指出我們目前的比例是不是有向上調整的空間，但並不能做出「愈高愈好」的結論。更重要的問題應該是，醫療體系哪裡需要更多的資源？該院研究報告亦指出健保支付



標準，係源自於公、勞、農保時的訂價策略，如不論應診時間長短，支付價格都相同，以及新處置核定的支付價格較為有利的作法，使得內科、外科及婦科等大科的醫師收入，遠低於皮膚科、眼科等小科的醫師收入。再加上內、外、婦科的風險較大，緊急處置的比率較高，醫師的生活品質較差，導致醫師人力在科別間失衡的問題日趨嚴重。重新檢視健保支付標準，依耗用的資源、時間及相對應的風險等來計算合理的支付是當務之急。前揭內容與本案調查所獲之結論相同，即國家應檢討醫療保健支出之必要性，以及將更多資源挹注在四大科。也就是說，必須「政策」確立在先，再經由「支付制度」貫徹在後，這是典型的以政策宣示來引導技術層面跟進的案例。

- 2、本案調查委員與幾乎所有的醫學中心及區域醫院負責人的互動過程中，他們都坦承不論公私立醫院，藥價差為影響醫院生存最後一道「馬其諾防線」，這也是藥廠抱怨「以藥養醫」的癥結所在，更加印證本案訪查所獲心得及中研院指出支付標準是影響醫院收入的最重要關鍵。由於醫學中心裏，四大科為醫院之核心與主流，其主治醫師人數占率 50 至 60% 間，報酬則占醫院之 15 至 20% 間，而區域醫院及地區醫院四大科醫師之占率更高，因為醫院受到支付制度之影響甚巨，四大科醫師自然首當其衝。以醫院總額預算每年約 3 千億元，四大科醫師收入占 15 至 20% 計算，四大科醫師之收入約為 450 至 600 億元，假設四大科醫師收入以現行之健保預算為 500 億元計算，

若調高醫師費 50%，等於需 250 億元之經費挹注，若以 5 年為期，則每年調 20%，約需 50 億元。上開經費對於四大科醫師收入之調整，需導入 T-RBRVS 之精神，對於操作困難度、時間、風險等因素資源耗用較高的急、重、難症及冷門卻又必要之科系，優先配置。

3、依據台灣大學醫學院提供之資料顯示，內外婦兒四大科為醫學界的基礎，在全一年期 PGY 中占三分之二，各專科訓練及之後的執業，四大科亦扮演主要角色，與國民醫療息息相關。目前衛生署規劃 PGY100 的補助是每位學員每月 4 萬 1 千點，這些錢一部分用在貼補 PGY 學員的薪資，一部分用在補助教學費用。如此的部分補助較難讓 PGY 訓練醫院及教師、學員全力投入，建議採用全額補助方式。目前 PGY100 之容額約 900 名，預計 101 年起，每年進入畢業後一般醫學訓練約計 1,500 名學員。以每年 1,500 名學員而言，預計約須增加 500 名內外婦兒四大科教師及主治醫師員額，增加的教師及主治醫師員額主要放在醫學院附設醫院，部分置於其他醫學中心，每年所需之經費，包括 16.2 億的 PGY 學員薪資、3.6 億的 PGY 教學補助，10.12 億的教師及主治醫師薪資、0.25 億的教師培育費用，以及 0.5 億的管理費用，合計約 30.22 億元。

4、衛生署每年公告 40 多家左右的「偏遠地區急救責任醫院」，是以二個條件定義：(1) 整個醫療區無醫學中心大醫院；(2) 醫療區中以生活圈規劃醫療次區域，如有距離醫學中心 20 公里以

上路程者，才能列入，該署並於每年就該次區域內之各醫院進行評比，選出做為該醫療區的急救主體醫院。然而，依本案調查委員與許多醫院院長的互動心得，發現國內「非都會型」、「具社會功能」及「位處醫療資源缺乏地區」的社區醫院，配合國內醫療及健保政策，目前仍辛苦經營，甚至有關門危機，其等為所在地區醫療之守護者，當需予以適當之保障，此類社區醫院的家數如再稍予調增至 50 至 60 家間，並採取類似 IDS 的模式，經由醫療體系的支持，每家每年也許約 2 千萬元左右經費補貼其點值折讓、醫師支援及後送支援，每年共約補助 10 億元左右，便能讓社區醫院經營走上正軌。

- 5、從上述台灣大學醫學院提供資料及本案實地訪查過程所獲心得，以最粗略之方式估計內外婦兒 PGY 訓練所需經費及社區醫院應收醫療收入與實收之落差，每年即需 90 億元的經費挹注，此項經費若由年度性常態的健保預算支應，勢將排擠其他預算支出。然而，四大科為國內醫界百年主流，且為醫界菁英薈萃之處，在健保實施後，其發展危機已面臨關鍵時刻；至於守護偏遠及非都會地區民眾健康的社區醫院，其生存已顯危殆現象，若國家再不守護，將來是否還有社區醫院繼續守護當地民眾呢？而健保的永續經營，是否會因社區醫院逐漸退出，使醫療可近性出現缺口，而更危及健保存在的價值？因此，面對這兩大急迫而重大的問題，對於上述問題的有效處理，唯有行政院揭櫫具有號召性的鮮明主張，以

類似五年五百億的計畫，提出施政方針，經由「外加為主」的預算編列方式，集中資源，始能達成「重振四大科」、「守護社區醫院」的目標，而這個部分即是「外加為主」的具體作法。

- (三)除了「外加」的預算以外，對年度性的健保預算，也可配合施政的需要，進行「內含為輔」的微調。有關健保資源預算分配的調整，已有重要案例作為參考依據。在 76 年 5 月 14 日，當時的在野黨就 77 年度中央政府總預算案提出審查聲明時，公開提出應改變中央政府傳統預算的分配結構，並正式主張：國防預算占中央政府總預算的比重，應從 77 年度之 47%，以 6 年為期，每年降低 3 個百分點，遞減至占 30% 以內，而其所釋放出來的預算，應轉移到社會福利及教育文化上，這項引導預算分配結構的新方向，衝擊到當時及以後行政院之施政方針。以 81 年度，我國中央政府社會福利支出預算數額為 1,073 億元（當年度之退撫支出自社福支出分離另列一科目，為求比較基礎一致，故自此年度起分析），占總預算 10.94% 為例，成長至 98 年度已達 3,248 億元，占總預算之比率為 17.95%（如以 77 年度退撫支出含括在社福支出內之基礎來分析，則 77 年度社福支出占總預算之比率為 18.29%；至 98 年度，社福支出加計退撫支出之合計數為 4,616 億元，占總預算之比率 25.51%）；同樣地，教育科學文化支出從 610 億元增為 3,417 億元，占總預算之比率由 12.65% 增高至 18.88%；而國防支出預算則反向由 77 年度占總預算比率 35.66%，遞減至 98 年度之 17.03%（詳見下表）。社會福利

支出及教育科學文化支出在原低於國防支出之狀態下，20 多年來係呈現大幅度的增加，且從 88 年下半年及 89 年度起，更超出國防預算而成為中央政府總預算之主要政事支出（如下圖），預算之編列內容乃因應經濟發展至某一種程度後，民眾對於生活品質提升及教育改革等之要求日益增高，而有了重大之轉變。

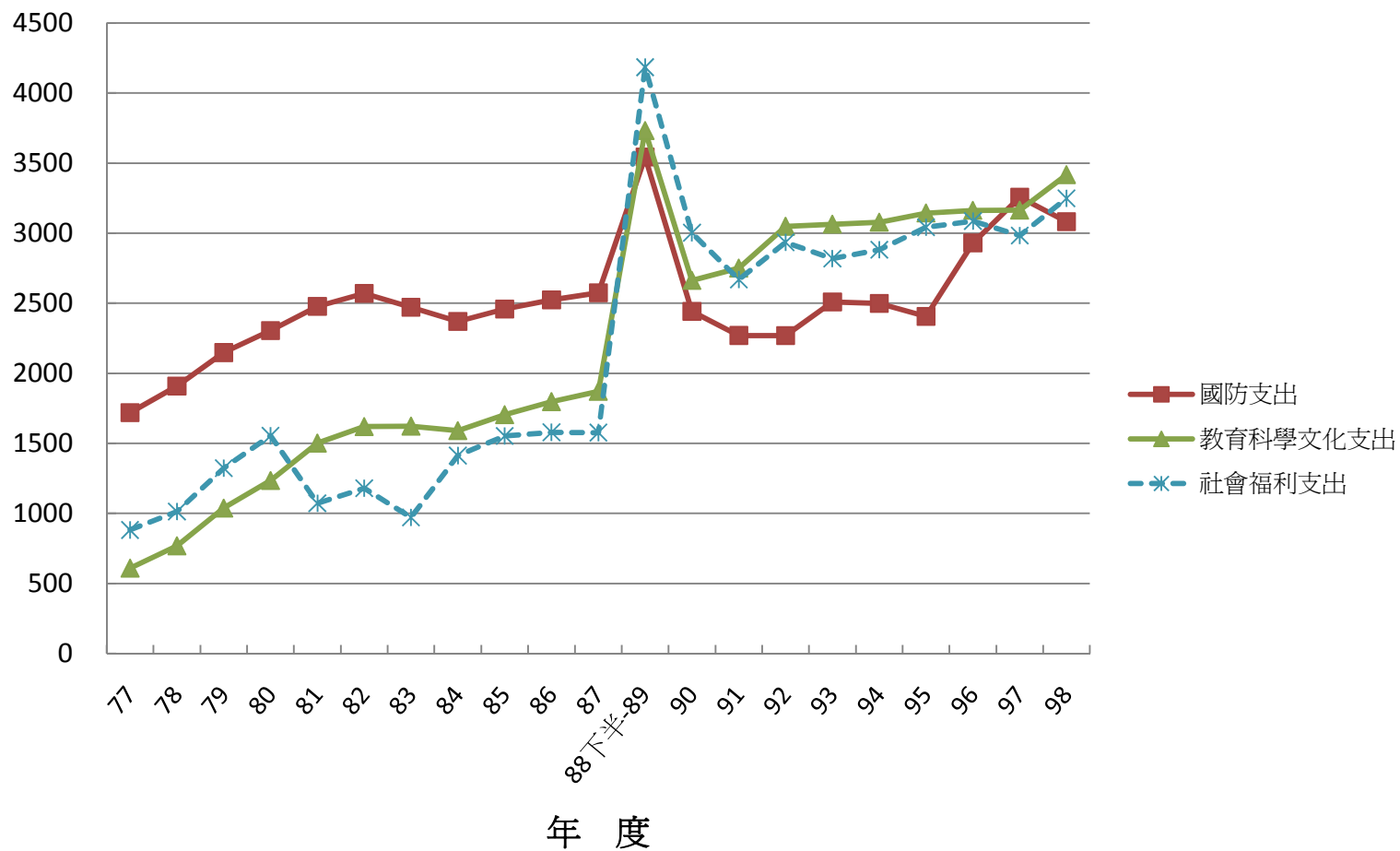
單位：億元

項目 年度	合計	一般政 務支出	國防支出	教育科學 文化支出	經濟發展 支出	社會福利 支出	社區發展 及環境保 護支出	退休撫卹 支出	債務支出	一般補 助及其 他支出
77	4,821	266	1,719	610	866	882	-	-	240	238
78	5,616	463	1,909	769	929	1,013	-	-	314	219
79	6,927	580	2,148	1,038	1,087	1,323	-	-	494	257
80	8,272	760	2,305	1,235	1,487	1,554	-	-	543	388
81	9,812	1,076	2,478	1,502	1,780	1,073	-	890	559	454
82	10,706	1,042	2,570	1,620	1,900	1,180	-	902	1009	483
83	10,648	988	2,471	1,623	1,779	972	299	944	1132	440
84	10,291	958	2,370	1,591	1,399	1,413	251	965	933	411
85	11,348	1,084	2,459	1,705	1,339	1,553	228	1107	1481	392
86	11,943	1,094	2,524	1,798	1,177	1,579	162	1439	1690	480
87	12,253	1,104	2,575	1,871	1,284	1,577	166	1530	1754	392
88 下 半 年及 89	23,148	2,434	3,543	3,732	3,634	4,185	395	2,129	2,571	525
90	16,371	1,785	2,442	2,663	2,807	3,003	234	1,413	1,601	423
91	15,906	1,680	2,270	2,751	2,935	2,670	243	1,280	1,527	550
92	16,568	1,731	2,269	3,049	2,996	2,935	290	1,296	1,450	552
93	15,973	1,683	2,509	3,064	2,506	2,819	251	1,238	1,334	569
94	16,083	1,697	2,498	3,078	2,503	2,882	255	1,298	1,320	552
95	15,718	1,714	2,406	3,144	1,990	3,042	208	1,338	1,355	521
96	16,284	1,744	2,930	3,163	1,965	3,086	196	1,347	1,323	530
97	17,118	1,784	3,256	3,164	2,166	2,983	139	1,355	1,305	966
98	18,096	1,783	3,082	3,417	2,613	3,248	226	1,368	1,285	1,074

資料來源：行政院主計處

億 元

77-98年度中央政府歲出政事別部分預算編列情形趨勢圖



(四)二十多年前，在戒嚴時期，解嚴前夕，當時中央政府總預算不過 5 千億元左右，然而，中央政府預算分配結構，包括國防部預算，都可進行調整，且調整的方向變成了以後多年行政院遵行的方向；二十多年後，處在承平時期的，健保預算也已高達五千億，當健保預算即將進入「分配面」探討的新階段時，實在也應對其分配結構開始進行調整。由於十五年來健保始終關注「收入面」，一直未認真面對「分配面」，也就從未探討過「分配面」所必需面對的「分配正義」與「程序正義」的討論。由於缺乏有公信力的機制與有效的規範，有關單位或組織，從政治人物到衛生署到費協會到健保局，對於有關健保預算的分配，人人都樂得當「聖誕老公公」，或優雅的「天使」，以致有類似呼吸器與洗腎以 0.33%的人口占率，使用 12%健保預算，以及重大傷病以 3.61%的人口占率，使用 26%健保預算的現象，這種現象如再進一步發展擴大，必將造成健保土石流，這也正是我們必須正視健保預算分配結構的理由。調整時所應遵循的兩大原則：一為「分配正義」的需求；一為永續健保的需求；而在實務上，符合這兩大原則，當前最可切入的項目，即為對呼吸器及洗腎預算的調整，每年以合理量方式調整一定比例，並轉移到「重振四大科」和「守護社區醫院」，此即以「內含為輔」的具體作法。

(五)在健保實施後，當國內最優秀之人才已有捨棄醫學的徵兆，一流之醫學生亦對四大科卻步，醫療生態遭到嚴重扭曲之際；當地區醫院急劇衰落，仍不時傳出關門或遭大醫院整併之際，政府實有責任採取必要而有效的手段，甚至要「矯枉」始能「趨正」。在台灣醫療

史上，這是具有正當性、合法性、迫切性、又代表先例的空前作為。因此，行政院為了健保的永續經營，更為了醫療資源的分配正義，允應以堅定的決心，揭櫫具有號召性的鮮明主張，以類似五年五百億的計畫，經由「外加為主、內含為輔」的預算編列方式，專款專用，全力推動「重振四大科」、「守護社區醫院」的目標，俾維護國內醫界百年主流及民眾之基本與緊急醫療權益。

七、由於歷史背景及支付制度的雙重影響，加上「以藥養醫」之藥價差已成為醫院生存最後一道「馬其諾防線」，顯見醫療機構經營已步入艱難時期，故為確保健保之永續經營，並維護醫師專業報酬及應有之尊嚴，衛生署已到重新全盤檢討診察費、處置費及手術費合理性之時刻：

(一)臺灣過去長期以來，醫師係依其所付出的技術高低及市場上醫療服務的供需關係，向病患收取醫師服務費用，此係一統整性的費用，包括診察費、手術費、掛號費、藥事服務費及藥品費等，且費用多寡並無一定的標準與準則。39年起，政府開始陸續開辦勞工保險、公務人員保險，保險機構支付醫療費用的標準，主要係依不同的醫療服務水準，與個別醫療院所洽定支付方式，亦即當時未有一致的醫療收費標準。直到79年，勞工保險局為統一支付醫療費用，遂與所有合約醫療院所協商訂定「勞工保險醫療費用支付制度標準表」，惟醫界當時對於該支付標準費用偏低的感受並不深，主要係因為當時盛行向病患收取禮品、紅包，因此診療費、手術費等雖偏低，對醫師整體收入影響不大。自84年3月1日施行全民健保，因開辦過程過於匆促，有3千多項醫療支付項目，健保局與醫界均未協商完



成，致該局所擬定之「全民健康保險醫療費用支付標準」多沿用公、勞保制度，這是現行健保給付不合理之根源；加上收紅包文化在現今環境已備受輿論批評與法令規範，在此不同時空背景下，診察費、處置費及手術費偏低的問題，終於浮出檯面，演變至今，已成為醫界共同大聲疾呼的議題，甚至攸關醫療院所的營運與生存。

(二)由於醫療院所營運倍受挑戰，為求財務平衡，便透過藥品市場競爭及採購優勢，向藥商爭取到比健保支付價格為低之購買價格，從而得到藥價差異所衍生的利潤，此利潤已成為現今醫院之重要收入。健保局自 89 起陸續進行了 6 次藥價調察及調整，前 5 次調整所節省的金額達 280 億餘元，顯見原本醫院可從中獲取的藥價差利潤甚大，而本案訪查國內藥廠過程中，藥界均表示，其為藥價調整的最大受害者，因為藥價經健保局調降後，醫院仍要求藥廠或藥商再降低藥品價格，亦即要求繼續保有一定藥價差利潤，顯見藥價差已成為醫院確保生存之最後一道「馬其諾防線」。

(三)自全民健保開辦以來，有關診察費、處置費及手術費偏低的問題，健保局雖持續就各項支付標準廣納各界的建議進行檢討，並依費協會年度協商的預算及法定程序，予以調整相關支付標準，但本案訪查國內醫療院所過程中，絕大多數均建議醫療費用支付標準應調整，其中最強烈表達的項目即為診察費、處置費及手術費；另臺灣醫院協會吳理事長德朗率同國內主要醫學中心、區域醫院及地區醫院院長至本院座談時，幾乎所有參與座談醫院都共同表示健保局遲至今日仍有多項標準未調整，尤其是基本診察費用嚴重不符合成

本，這些不足差額均由醫界自行吸收，甚不公平！他們對於現行診察費、處置費及手術費甚至有一種「比獸醫師還不如」之感嘆。

(四)綜上，由於歷史背景及支付標準的雙重影響，再加上「以藥養醫」之藥價差已成為醫院生存最後一道「馬其諾防線」，再再顯示醫療機構經營已步入艱難階段，故為確保健保之永續經營，並維護醫師專業報酬及恢復百年來歷史背景所培養出的一流醫療水準地位，衛生署已到重新全盤檢討診察費、處置費及手術費合理性之時刻。

八、衛生署應面對婦產科及兒科人才流失及健保支付不公之問題，並正視臺灣婦產科醫學會及臺灣兒科醫學會之嚴正訴求，以落實婦幼健康醫療之照護：

(一)國內婦產科醫師執業人數自89年以後即呈現逐漸下降的負成長趨勢，以每10萬女性人口計算婦產科醫師人數，87年有20.18位婦產科醫師，但逐年下降至98年僅19.10位；國內醫師執業醫師之平均年齡，98年時為44.5歲，但婦產科醫師平均年齡卻為52.5歲，且四大科中內、外、兒科醫師年齡超過40歲者占6成，而婦產科即占8成，年齡層亦較高。另婦產科為高風險、低收入、開業不易之專科，因此，醫學生若考量經濟壓力與醫療糾紛因素，即不願選擇婦產科執業，故各訓練醫院實際招收住院醫師人數自87年的77人降至99年的41人，降幅將近5成之多。此外，全台368個鄉鎮中，目前159個（43%）鄉鎮面臨到無婦產科醫師之窘境，如遇緊急狀況，恐無法及時獲得最迫切之醫療照護及支援。至於兒科部分，近年來兒科住院醫師招收人數逐年下降，92年招收人數為162人，98年已降至124人

，專科醫師報考人數則由214人降至94人；人才流失後將形成惡性循環，兒科專科醫師平均年齡將產生高齡化現象；另依據健保局公告全國兒科專科醫師醫療資源缺乏地區，目前132個鄉鎮市地區未有小兒科專科醫師服務，甚至部分醫院因設置小兒科成本過高，遂紛紛緊縮或關門。由上可徵，婦產科及兒科人力不足之問題已逐漸加劇。

(二)復從全民健保醫療費用觀之，90年至98年間，小兒科之醫療點數占整體健保醫療費用點數之比率介於4.31%至4.98%間，婦產科介於3.55%至4.94%間，但呼吸器支出占健保金額之比率介於4.35%至6.74%間，洗腎支出占率為5.95%至7.14%間，呼吸器與洗腎合計支出占健保金額之比率在10.72%至13.43%間，大致呈現正成長趨勢，同期間婦產科及兒科之占率卻呈下降趨勢。再以98年健保醫療費用申報點數占率觀之，國內洗腎人數為65,236人，占率為0.28%；需呼吸器依賴照護人數為10,890人，占率為0.05%，兩者人數合計占率為0.33%；國內雖因少子女化現象，98年新生兒人數降低為19萬1,310人，但其占率（0.83%）仍倍於洗腎及呼吸器依賴照護者，然呼吸器及洗腎之費用占率為11.67%，反觀婦產科及兒科之費用占率竟僅有4.31%及3.55%，其中婦產科之費用占率甚至從85年之6.22%，降至98年之3.55%，可見健保給付厚洗腎及呼吸器依賴照護，薄待婦產科及兒科。

年別	人數	小兒科及婦產科			呼吸器及洗腎		
		小兒科	婦產科	合計	呼吸器	洗腎	合計
84	19,123,278	-	-	-	-	-	-
85	20,041,488	4.70%	6.22%	10.92%	-	4.62%	-
86	20,492,317	4.97%	6.04%	11.01%	-	4.78%	-

年 別	人 數	小兒科及婦產科			呼吸器及洗腎		
		小兒科	婦產科	合計	呼吸器	洗腎	合計
87	20,757,185	4.93%	5.57%	10.50%	-	4.88%	-
88	21,089,859	5.02%	5.53%	10.55%	-	5.08%	-
89	21,400,826	5.19%	5.44%	10.63%	-	5.51%	-
90	21,923,524	4.98%	4.94%	9.92%	4.31%	5.79%	10.10%
91	22,116,823	4.85%	4.61%	9.46%	4.97%	5.80%	10.77%
92	22,233,466	4.53%	4.26%	8.79%	5.73%	6.06%	11.80%
93	22,350,106	4.60%	4.02%	8.62%	6.13%	5.71%	11.84%
94	22,514,081	4.67%	3.99%	8.66%	6.09%	5.88%	11.97%
95	22,677,719	4.39%	4.13%	8.52%	5.68%	6.25%	11.93%
96	22,803,048	4.42%	3.84%	8.26%	5.66%	6.42%	12.07%
97	22,918,144	4.38%	3.66%	8.04%	5.43%	6.49%	11.93%
98	23,025,773	4.31%	3.55%	7.86%	5.15%	6.52%	11.67%

備註：「人數」為第一類至第六類健保實際納保人口數。

資料來源：依據健保局提供資料彙整製作。

### (三)根據臺灣婦產科醫學會分析臺灣婦產科人力失衡之原

因略以：第一，醫療糾紛讓婦產科人力不足雪上加霜，從衛生署「1996年至2005年醫療糾紛鑑定案件統計」結果，婦產科之醫療糾紛鑑定案件為各科之冠，加以工作壓力沈重、健保支付制度扭曲與不公、家庭生活品質無法兼顧等因素，終致婦產科不再具有昔日讓年輕醫師投入之吸引力。第二，婦產科較其他科別不同的是，婦產科醫師須24小時待命接生，超時工作，勞動時間及執業壓力較其他科別為高，卻無法獲得合理報酬，致使難以羅致人才。第三，全民健保支付標準與給付項目之醫療風險完全不成比例，與其他醫療項目相較下，風險及困難度之婦產科檢查與手術，卻給付相對較低之點數，例如：不論剖腹產或自然產，醫師均須考量母親與胎兒的生命，在每個手術環節做立即的判斷與處置，但地區醫院之支付標準，單純闌尾切除手術點數為33,824點，較生產之點數32,787點為高。該會建議政府應合理調整婦產科健保點數，並建立生產無過失補償制度，且協助內、外、婦、兒科

醫學會代表為二代健保修法後之監理會當然委員，以維婦女健康醫療權益與服務品質。

- (四)再據臺灣兒科醫學會分析兒科醫師人力失衡之主要原因略以，第一：高風險，兒科醫師同時需照料病童及家屬，且醫療服務之精細程度及時間耗費均要成人為高。第二：值班多，兒科醫師在病房、急診與加護病房耗用人力高。第三：兒科在基層與醫院給付點數低，成為弱勢科別。又我國總生育率相較於先進國家雖偏低，但5歲以下兒童死亡率偏高，兒童在健保卻分配到較少的資源，且在總額預算制度之下，成本高、利潤低的醫療服務容易成為被排擠、刪減之目標，兒童醫療即是其中之一。此外，在健保給付不合理部分，例如：嬰幼兒抽血支付點數為16點，耳鼻喉科之耳垢栓塞處置費為180點，但前者之困難度高於後者，所獲支付點數卻較低。另生產給付均為36,335點，新生兒費卻只有2,000點（自然產）及3,500點（剖腹產），此給付尚涵蓋醫師費、護理費、嬰兒床、各種處置與治療等；又兒科病例組合指標（CMI）值較其他科別明顯偏低，但CMI值對DRG給付公式有加成作用，故CMI值偏低將造成不合理之給付。爰此，該會對於兒童醫療政策提出「6歲以下國家顧」之建議，其內容包括：兒童診察費加成應由0-3歲擴展至0-6歲、應推廣疾病及事故傷害之預防、提高對於兒童健康之投資，以及培養專業之兒科醫師，以提供優質的兒童健康照顧。另在具重大傷病身分之兒童病患、兒科危急重症醫療及其他相關診療項目等方面，應予以適當加成費用及調整點數，以維兒童醫療權益與品質。

- (五)綜上，婦幼健康為國民健康之根本，國家對於婦女及

兒童應建立完善之醫療照護體系，並提供誘因，以吸引優秀及足夠之醫師人力從事婦幼健康及醫療照護服務。況且近年來我國總生育率及出生人數屢創新低，已成為世界「超低生育率」的國家之一，甚至下降速度前所未有，惟少子女化不僅涉及數量之問題，且在我國少子女化已為不可避免之現象及我國出生數持續減少之趨勢下，人口素質將成為更須重視之課題，凡此凸顯婦幼健康更值關切。然而，國內醫學主流之四大科因全民健保的實施已面臨空前的危機，其中又以婦產科及兒科為最，致使此兩科每年新增之專科醫師人數逐年下降，醫院招募住院醫師備極困難，醫師平均年齡漸趨老化，且三分之一左右的鄉鎮面臨到無婦產科醫師或兒科醫師執業之窘境，衛生署應嚴肅面對健保支付不公造成此兩科人才流失及醫療照護不足之問題，參酌臺灣婦產科醫學會及兒科醫學會之相關意見，訂定改善計畫並額外增加婦產科醫師及兒科支出，以落實婦幼健康的照護。

九、由於全民健保支付制度設計不良，加以過早專科化及缺乏鼓勵臨床醫師投入教學之制度等問題，致使醫學教育難以落實全人照護的理念，衛生署及教育部允宜妥謀解決之道：

92 年爆發 SARS 疫情後，醫學界強烈警覺到臺灣醫學教育的缺失，在於過早且過度強調專科與次專科醫師之養成，因而造成醫師缺乏全人照護的觀念與能力。教育部醫學教育委員會在醫學教育白皮書明確指出：「一個良醫必須有廣泛的醫學科學知識，更須富於對生命與人性的關懷，且具有終身學習、追求知識與時代並進的能力及態度。」是以，醫學教育除培育學生專業的醫學知識與技術

外，尚需培養「以病人為中心」及具備「全人醫療」的理念。教育部遂配合衛生署與財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，推動一般醫學全人照顧，透過畢業前一般醫學訓練（UGY）及畢業後一般醫學醫師養成計畫（PGY），以逐步導正國內醫學教育之缺失。

惟查我國醫學教育在培養醫學生具備全人照護理念之過程，卻遭遇下列困難：

- (一)健保支付制度設計不良：教育部引自和信癌症中心醫院黃院長達夫所言：「健保支付制度不良，導致醫療行為扭曲所造成的濫用與浪費，才是健保財務惡化最重要的因素。醫生淪為廉價勞工，事實上，全民健保的實施對這個社會所造成更深遠更鉅大的影響是『醫學教育』與『醫療品質』的向下沉淪及『醫療道德』的淪喪。」認為全民健保的「論量計酬」導致教學醫院為了生存，大量增加門診與住院的服務量，使得醫學生與住院醫師未能受到良好的指導，甚至因而習以為常，只重視疾病、忽略生病的「人」，嚴重影響醫學教育的品質。
- (二)過早專科化：醫師養成過早專科化，使得許多醫師只會看一個器官的疾病，無法進行全人的評估，導致未能注重全人照護，更少將維繫病醫關係、教導病人自我照顧等工作，作為醫師的職責，造成民眾對醫師的不信任，更對基層醫療缺乏信心，亦不利於「全人照護」醫療制度的推動。
- (三)未能有效建立鼓勵臨床醫師投入教學之制度，使得臨床醫師寧願選擇服務看診與研究作為其生涯之優先考量，而不願投入教學。
- (四)教學醫院常忽略隱藏性課程（hidden curriculum）的重

要性，忽略醫護人員的身教言教對於學生有潛移默化的深遠影響。

(五)綜上，醫療服務體系與國民健康息息相關，國民健康繫於醫療服務體系之健全與否，而醫師為醫療服務體系之一環，其養成教育更為核心問題，一個良醫除需有廣泛的醫學科學知識，更須富於對生命與人性的關懷。惟因全民健保支付制度設計不良，加以醫師訓練過早專科化及未能有效建立鼓勵臨床醫師投入教學之制度等問題，造成醫學生及住院醫師的臨床教學無法獲得潛移默化之影響，甚至缺乏良好醫療典範之影響與指正，而養成不正確之醫療行為或發生錯誤學習，難以落實全人照護的醫學教育理念，亦缺乏人文關懷之素養，均亟待衛生署及教育部審慎面對並妥謀解決之道。

十、醫院採行 PF 制度雖可合理調整醫師待遇，並可消弭醫師「兼差」、「夜間開業」及「紅包文化」等陋習，惟醫院採行零底薪或低底薪業績制度計算醫師酬勞，造成醫師為衝高門診量，縮短看診時間，影響醫療品質，惟衛生署遲至 96 年始將「醫院應訂定合理之醫師基本薪資制度」納入新制醫院評鑑，核有失當：

(一)臺灣過去除基層診所以外，醫療系統以公立醫院為主，絕大多數的醫療服務均由公立醫院所提供，而公立醫院之醫師都為公務員，其工作薪資係採固定薪資方式支付，故當時醫師費問題尚未被充分討論。迄 60 年代左右，公私立醫院的醫師仍按年資深淺領取固定薪資，此種薪資結構未能考量付出與收入的合理性，對於醫師並無激勵作用。至於自行開業的醫師，其收入隨著服務量的增減而有所變動，故其願意增加服務



病患，以獲得較高的收入，但開業醫師費多含在藥費內，也導致濫開藥物及打針的歪風。又醫院的醫師領取固定薪資制度，造成不同工卻同酬的不合理情事，使得醫師工作士氣低落。加以醫師因其薪資偏低，乃利用夜間自行開業或在外兼差診治病患，或私下收取病患所贈送的紅包，以增加額外收入等陋習，不但民眾嘲諷紅包文化，亦造成多數醫院業務不振、營運虧損，醫院因而不易改善提升醫師的薪資，造成惡性循環。

(二)約30年前，張錦文任職於馬偕醫院副院長時，導入醫院管理，開始收取指定醫師費(Private Physician Fee, 簡稱PPF)，後將指定醫師費改為醫師費(PF)，當時國內醫療收費制度未有所謂之醫師費，故此為臺灣醫師費制度之濫觴。醫師費使得醫院業務蒸蒸日上，因而觸動醫院改革之理念，馬偕醫院遂全面實施醫師費制度，其保留醫師的固定月薪再附加醫師費，看的病人多，收入亦隨之增加。後來PF制度移植到長庚醫療體系，績效更彰，影響所及給臺灣醫界帶來極大的衝擊。由於醫師薪資為醫院非常重大的成本因素，自從馬偕醫院及長庚醫療體系成功實施PF制度後，各醫院期藉由合理的醫師費制度給付醫師報酬，以激勵醫師提高醫療服務品質與醫療專業工作績效，並達成醫院營運管理之目標，爰各公私立醫療院所紛紛相繼採用。

(三)PF制度之優點係可合理調整醫師待遇，改善不同工作負荷卻支領固定相同薪資之不公平現象，並消弭「兼差」、「夜間開業」及「紅包文化」等陋習，以免影響醫院或病患；同時除醫療專業服務外，亦可鼓勵醫師為提升醫療水準，從事研究工作。然而，醫院若採行

零底薪或低底薪業績制度，計算醫師酬勞，可能造成為領取更高業績獎金，衝高門診量，縮短看診時間，而影響醫療品質。其次，如醫院採行零底薪或低底薪業績制度，並僅以「量」的因素，計算醫師酬勞，使得醫師為領取更多薪資，容易選擇服務價格較高且執行容易之服務項目，則對部分非直接診治病人或需要耗費較長時間診察及照顧病患之科別較為不利，恐造成醫學生對於執業科別的選擇，進而影響醫師人力結構之均衡發展。此外，不合理的PF制度，可能導致醫師在進行開藥、手術等醫療處置之決定時，無法以病人最佳利益為優先考量。醫師薪資的高度誘因造成醫師超時工作、過度醫藥化及侵入性治療、誘發大型化資本服務投入、片段性看診與醫療糾紛等情，不僅浪費醫療資源，亦未符合成本效益。

(四)由於醫院若採行零底薪或低底薪業績制度，計算醫師酬勞，將影響醫療服務品質，衛生署自93年起雖將「醫院應訂有醫師基本薪資」列為醫院評鑑項目之一，並自96年起全面實施之新制醫院評鑑，亦將「醫院應訂定合理之醫師基本薪資制度」列為評鑑基準之一，惟該項評鑑基準並未列入必要項目，致難以促使醫院落實訂定合理之醫師基本薪資，衛生署亟應檢討改進並確實督促醫院落實訂定合理之醫師基本薪資，以維醫師尊嚴與醫療品質。

十一、DRGs 制度經多年研議，由衛生署及健保局共同決策，且與醫界之溝通協調甚具靈活性並能彈性調整實施之項目，健保局允應賡續秉持這種精神與作法，依預定期程分階段將住院項目導入 Tw DRGs，以提升醫療服務效率及效果：

(一)Tw DRGs 制度實施之目的在於「提升醫療服務效率」及「改善病人照護品質與療效（臨床路徑）」，國內自 89 年開始規劃，在近 10 年本土化的過程中，健保局持續邀請學者專家、臨床專業人員召開討論會，以及召開醫界代表協商會議共計約 70 餘場次。另依據健保局戴局長桂英於本案約詢時表示，健保局於 84 年健保開辦後，即陸續對 DRGs 制度進行研究，且 Tw DRGs 是衛生署及健保局之共同決策，葉前署長時非常強調此制度，楊署長亦甚支持，並確認以 5 年時程導入，該局亦有繼續推動之共識，但推動之內容可以再討論，較難推動之項目，亦有再與醫界協調之空間。Tw DRGs 已發展至第 3.2 版，其支付方案及分類架構已儘可能反映國內臨床診療與民眾就醫之現況，故 Tw DRGs 政策之實施，乃係集體決策，並歷經近 10 年之規劃後始導入。

(二)健保局於 99 年 1 月先行導入 155 項 Tw DRGs，約占有住院總費用之 17%。第 1 階段導入之 155 項 Tw DRGs 項目係以原論病例計酬項目為主，為符合 Tw DRGs 按醫療資源耗用情形分類之精神，與論病例計酬項目同 DRG 群組的相關診斷及手術個案亦同步導入。預計全部 Tw DRGs 暫定有 1,017 項，約占有住院總費用之 61%，未來 5 年將逐步擴大實施，預定於 103 年全部導入。

時程	Tw DRGs 項目或 MDC
第 1 年（99 年）	155 項 Tw DRGs（原論病例計酬項目為主）
第 2 年（100 年）（暫定）	循環、骨骼肌肉、妊娠生產、男性及女性生殖等 5 個系統。
第 3 年（101 年）（暫定）	眼、耳鼻喉、消化、肝膽胰臟、皮膚、皮下組織及乳房、內分泌等 6 系統。

第 4 年（102 年）（暫定）	呼吸系統、腎尿道、骨髓、影響健康狀態、多重外傷及 PRE MDC 等 6 個系統。
第 5 年（103 年）（暫定）	神經、新生兒、血液、傳染疾病寄生蟲病、損傷中毒、燒傷等 6 系統。
合計	1,017 項 Tw DRGs

（三）本案於 99 年 3 月起實地訪查醫院，訪查初期，發現多數醫院對於 Tw DRGs 持保留或反對態度，主要原因在於複雜病患治療所需之成本，高於現行部分 DRGs 項目之定價，或是部分的特殊材料，過去醫院可收自費，Tw DRGs 實施後即不得再收自費，上述問題均造成醫院治療部分病例時發生虧損；另有多數醫院表達，國外無同時實施總額預算及 DRGs 之前例，故國內實施 Tw DRGs 後，應無繼續辦理總額預算之必要。然 Tw DRGs 制度實施半年後，本案訪查時發現已有為數不少之醫院表示目前第 1 階段實施之 Tw DRGs 項目，其訂定之點數，使醫院執行 Tw DRGs 項目尚有合理利潤。

（四）健保局推動 Tw DRGs 制度之第一線執行者，即醫管組蔡組長淑鈴於本案 99 年 10 月 25 日約詢時（即在 Tw DRGs 實施 10 個月後）表示，Tw DRGs 實施以來，發現確有部分副作用，包括部分醫療費用轉移至門診支出，或有提早要求病人出院之情形，然前述個案之缺失尚不顯著，目前係透過專業審查及核扣費用處理。至於醫院對於 Tw DRGs 有 3 大類之疑義，包括：「少數明顯複雜之個案，讓醫院虧錢」、「Tw DRGs 項目應再細分」，以及「Tw DRGs 項目之特殊材料如何收費」等問題，健保局與醫界已進行相當多次之會議協商，有些已有共識，有些仍需繼續溝通協調。

（五）自健保局執行 Tw DRGs 以來，已符合提升醫療服務效率之目的，Tw DRGs 案件之平均每次住院天數下降

5.24%，平均每件實際醫療點數下降 0.82%，Tw DRGs 住院案件轉出率，由 0.35 %下降為 0.34%，有關拒收病患問題被嚴密監測。可見 Tw DRGs 制度經多年研議，由衛生署及健保局共同決策，且與醫界之溝通協調甚具靈活性並能彈性調整實施之項目，使 Tw-DRGs 之執行更加可行及具備成效，健保局允當繼續秉持這種精神與作法，依預定期程分階段將住院項目導入 Tw-DRGs，以提升醫療服務效率及效果。

十二、為減緩有限成長之健保資源的沉重壓力，衛生署對於重大傷病範圍界定與重症證明效期等，宜隨著新科技、新藥品之發展，以科學、客觀而嚴謹的態度與方法，務實檢討改善：

自健保於 84 年度開辦以來，重大傷病證明核發張數最多之前 10 名，其排序均未曾變動（詳下表），其中以「需積極或長期治療之癌症」高居第 1 位，與排名第 2 位之「慢性精神病」合計核發張數，迄 98 年度為 57 萬 6,233 張，占總核發張數 83 萬 1,033 張之比率近 70%；而核發張數增加速率最快者為「肝硬化症」，自 84 年迄 98 年計增加了 16.86 倍，遠高於同期間重大傷病核發總張數之增加倍數（3.81 倍）；其次增幅較多的則為「呼吸衰竭需使用呼吸器者」，其自 84 年至 98 年計增加了 7.24 倍。

核發張數排序	重大傷病種類	84	85	86	87	88	89	90	91
1	需積極或長期治療之癌症	86,411	124,603	160,014	150,258	171,112	203,038	208,589	247,158
2	慢性精神病	60,713	70,142	78,165	71,879	83,855	96,082	101,865	118,945
3	需終身治療之全身性自體免疫症候群	13,008	16,386	19,349	20,263	23,671	28,002	29,956	34,862
4	慢性腎衰竭需定期透析治療	20,528	23,168	28,049	27,300	31,405	36,984	38,465	44,916
5	心、肺、胃、腎、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常	13,294	19,683	25,722	27,350	29,166	32,269	29,800	32,514
6	小兒麻痺、腦性麻痺引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症	5,897	7,043	7,980	7,004	7,334	7,992	7,545	8,454
7	先天性新陳代謝異常疾病	2,799	3,474	4,116	4,331	4,814	5,608	6,015	6,849
8	肝硬化症	665	3,406	5,640	6,299	7,660	9,378	10,275	12,849
9	呼吸衰竭需使用呼吸器	1,505	3,287	5,158	4,965	6,583	9,423	11,758	19,462
10	脊椎損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症	1,950	2,961	3,549	3,890	4,401	4,966	4,848	5,478
	其他	11,136	19,939	25,183	25,810	32,991	35,361	34,075	36,896
張數合計(1)		217,906	294,092	362,925	349,349	402,992	469,103	483,191	568,383
納保人數(2)		19,123,278	20,041,488	20,492,317	20,757,185	21,089,859	21,400,826	21,923,524	22,116,823
重大傷病占率		1.14	1.47	1.77	1.68	1.91	2.19	2.20	2.57
核發張數排序	重大傷病種類	92	93	94	95	96	97	98	84-98 成長%
1	需積極或長期治療之癌症	280,005	203,162	278,735	305,791	335,826	350,863	372,154	330.68
2	慢性精神病	139,107	152,310	163,546	176,691	187,875	196,331	204,079	236.14
3	需終身治療之全身性自體免疫症候群	39,532	42,769	47,104	52,714	58,135	63,457	68,916	429.80
4	慢性腎衰竭需定期透析治療	49,824	48,200	50,022	52,081	56,090	58,726	62,282	203.40
5	心、肺、胃、腎、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常	34,267	34,966	36,183	37,577	37,705	36,892	36,319	173.20
6	小兒麻痺、腦性麻痺引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症	9,268	9,885	10,252	11,045	11,569	11,929	12,232	107.43
7	先天性新陳代謝異常疾病	7,619	8,224	8,850	9,648	10,346	11,076	11,797	321.47
8	肝硬化症	15,177	10,641	11,437	11,367	11,730	11,438	11,215	1,586.47
9	呼吸衰竭需使用呼吸器	28,802	10,551	10,283	9,357	10,215	10,339	10,890	623.59
10	脊椎損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症	5,995	6,069	6,487	6,991	7,336	7,631	7,899	305.08
	其他	40,387	31,904	33,446	29,356	30,744	31,939	33,250	198.58

張數合計（1）		649,983	558,681	656,345	702,618	757,571	790,621	831,033	281.37
納保人數（2）		22,233,466	22,350,106	22,514,081	22,677,719	22,803,048	22,918,144	23,025,773	20.41
重大傷病占率		2.92	2.50	2.92	3.10	3.32	3.45	3.61	2.47

註：1.資料來源：健保局。

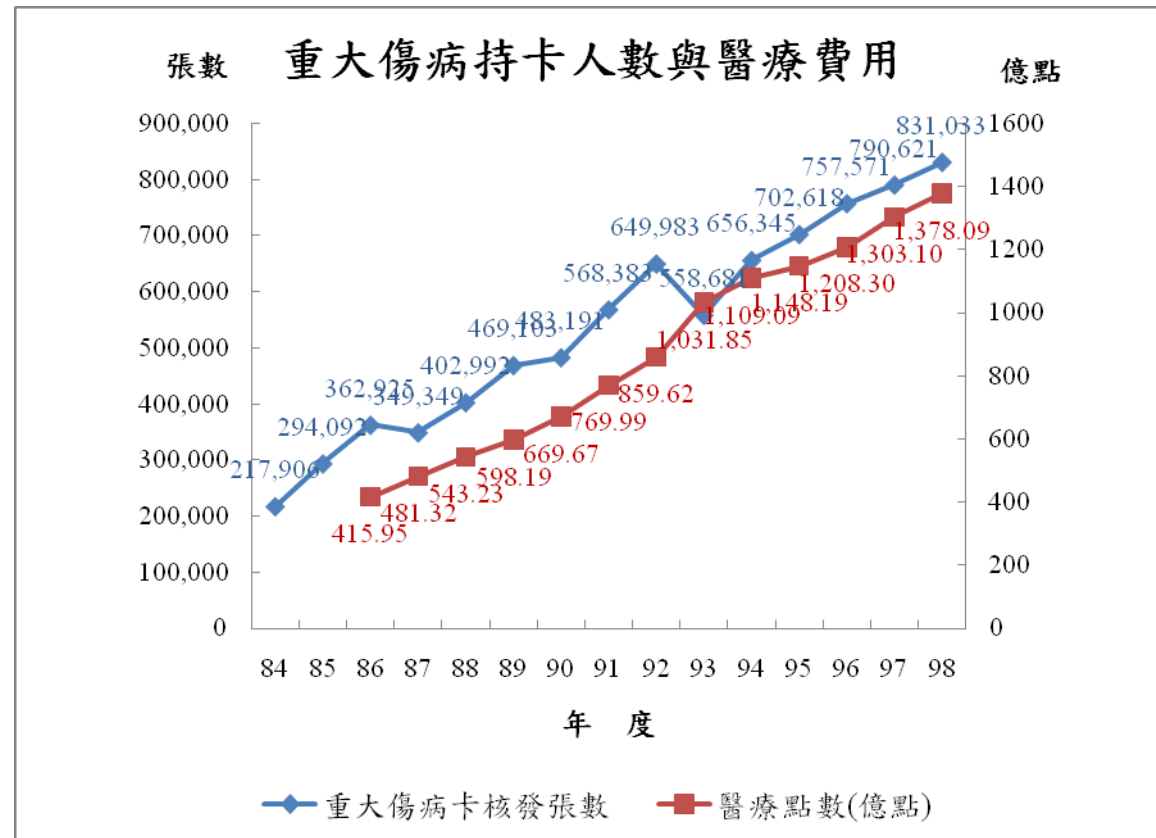
2.重大傷病占率為（1）／（2），單位為％。

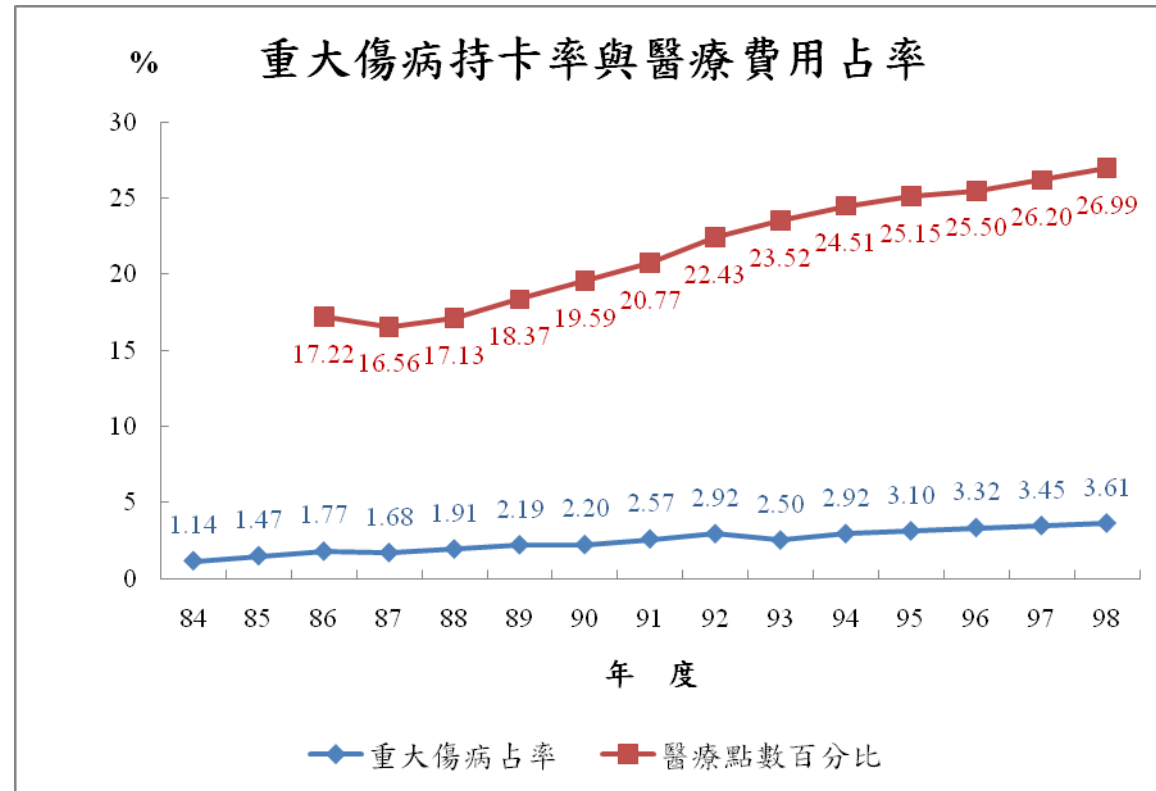
3.據健保局說明，原未設定有效期限之重大傷病證明，於87年1月1日修正為3年；91年8月30日再公告各類疾病不同之有效期限，如洗腎初次、使用呼吸器及靜脈營養3項修正為3個月，燒燙傷及重大創傷修正為1年。但因第1代資訊系統以3年有效期限為換發基礎，無法排除按新修正期限規定應換發之未換卡數（約有7萬4千餘筆），而93年8月24日啟用之第2代系統程式已予修正排除，故該等修正期限之疾病類別，其核發證數於93年係呈負成長。

由上表可知，重大傷病證明核發總數迄 98 年底為 83 萬 1,033 張，占當年度納保人口 2,302 萬 5,773 人之比率為 3.61%，但重大傷病所使用之醫療資源，迄 98 年底之門住診醫療點數為 1,378.09 億點，占當年度門住診醫療總點數 5,106.59 億點之 26.99%（如下表），也就是說，有 3.61% 之納保人口使用了 1/4 以上的醫療資源（如以下圖示），且正如台灣醫院協會與本院座談時表示，「國人的健康狀況，隨著生活習慣的複雜化與飲食習慣的精緻化，國人罹患疾病的型態可說愈來愈難治，…在國人生活暨飲食習慣未有修正前，相信未來重大傷病的費用支出勢必會再增加」，是以，雖重大傷病之治療發揮了關懷重症弱勢之互助精神，但不可諱言地，隨著重大傷病人數快速的增長，造成了有限成長之健保資源不可言喻的沉重壓力，衛生署對於重大傷病範圍界定與重症證明效期等，允宜隨著新科技、新藥品之發展，以科學、客觀而嚴謹的態度與方法，務實檢討改善。



年度	門診（醫療點數億點）			住院（醫療點數億點）			門住診合計（醫療點數億點）		
	重大傷病（1）	總門診（2）	（1）／（2）	重大傷病（3）	總住院（4）	（3）／（4）	重大傷病（5）	總門住診（6）	（5）／（6）
86	188.77	1,635.39	11.54%	227.18	779.44	29.15%	415.95	2,414.83	17.22%
87	218.07	2,002.20	10.89%	263.25	904.83	29.09%	481.32	2,907.03	16.56%
88	250.82	2,184.21	11.48%	292.41	986.37	29.65%	543.23	3,170.58	17.13%
89	285.40	2,223.13	12.84%	312.79	1,033.41	30.27%	598.19	3,256.54	18.37%
90	318.39	2,315.84	13.75%	351.28	1,102.06	31.87%	669.67	3,417.90	19.59%
91	364.61	2,496.36	14.61%	405.38	1,210.34	33.49%	769.99	3,706.70	20.77%
92	415.08	2,594.51	16.00%	444.54	1,238.05	35.91%	859.62	3,832.56	22.43%
93	446.88	2,912.33	15.34%	584.97	1,475.38	39.65%	1,031.85	4,387.71	23.52%
94	511.37	2,994.51	17.08%	597.72	1,530.46	39.05%	1,109.09	4,524.97	24.51%
95	552.18	3,038.37	18.17%	596.01	1,526.25	39.05%	1,148.19	4,564.62	25.15%
96	593.75	3,163.02	18.77%	614.55	1,575.29	39.01%	1,208.30	4,738.31	25.50%
97	651.42	3,334.69	19.53%	651.68	1,638.15	39.78%	1,303.10	4,972.84	26.20%
98	695.60	3,439.78	20.22%	682.49	1,666.81	40.95%	1,378.09	5,106.59	26.99%
合計	5,492.34	34,334.34	16.00%	6,024.25	16,666.84	36.15%	11,516.59	51,001.18	22.58%





十三、為降低國人腎臟病之發生率及盛行率，衛生署允宜教育民眾健康的生活習慣，提昇國人防治腎臟病之常識，並結合具有公信力的專家學者進行本土性、權威性的腎臟病流行病學研究；另對於末期腎臟病人，應責成醫療院所對透析病人善盡告知各種透析品質之責任，使病患得據以選擇最適當的治療模式：

(一)查國人接受透析之人數，在 85 年間為 22,822 人，占總人口之 0.11%，到 98 年時，透析人數已有 65,236 人，占總人口數之 0.29%；透析之費用點數由 84 年之 112.55 億點，占總體醫療費用點數的 4.62%，到 98 年時已增加到 334.51 億點，約占整體費用點數的 6.52%，可見健保財務入不敷出之問題，與洗腎預算自健保實施後大幅成長，有所關聯。在本案實地訪查之過程中，許多醫界人士表示病患一旦開始進行血液透析治療，終其一生，恐將每星期進行 3 次洗腎、每個月洗腎 13 次，進入洗腎階段乃對病患生活品質的嚴重剝奪，因此，醫師以專業判斷末期腎臟病人要開始洗腎的時機，必須十分謹慎。

(二)國內末期腎臟病之發生率及盛行率均為全球之冠，其原因眾說紛云，然依據台灣腎臟醫學會提供之資料，其原因可能包括：原發性腎臟疾病、老化因素、慢性疾病因素、中藥草因素、西藥因素、環境毒物因素、慢性感染因素、保險制度因素及治療與照護因素…等。至於臺灣地下電台充斥，部分地下電台經由販賣藥品牟取暴利，民眾因聽信地下電台宣傳而購買服用大量藥品，導致腎臟功能受損洗腎者，亦時有所聞。然而，有關國內腎臟病高發生率及盛行率之主要原因，醫界或腎臟醫學會雖都提出可能的危險因子，但並未有本

土性以及具備權威性之流行病學研究結果。爰衛生署需結合具有公信力的專家學者進行腎臟病流行病學之研究，防治新國病，且在可能危險因子未排除前，允宜對民眾加強宣導防治方法，例如：宣導民眾正確用藥常識，避免不當服用藥品，因而導致洗腎情事，害人又害己，以確保民眾健康及避免浪費健保資源。

(三)國健局為減少洗腎病人之發生，以三段五級預防為架構，結合社區資源或機構內其他科別，辦理慢性腎臟病相關衛教宣導活動、尿液篩檢及醫事人員教育訓練為主；另全民健保自 95 年起開始針對慢性腎臟病(CKD)病患及家屬進行衛教及健康管理，以期在病情早期積極治療，進而有效減少腎衰竭病患之發生率或延緩病患進入洗腎階段，故洗腎發生率於 96 年為每百萬人 415 人，比 95 年每百萬人 420 人略有減少。目前國健局已規劃 100 年將 Pre-ESRD 計畫擴大為「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，除原 Pre-ESRD 計畫（即腎絲球過濾率第 3b-5 期之健康照護）外，另將針對腎絲球過濾率第 1-3a 期屬糖尿病、高血壓、高血脂等心血管疾病之患者，結合各相關科別醫師，提供各項健康照護服務。國健局雖已開始採行上開預防措施及衛教計畫，但國人近年來洗腎人數仍持續增加，顯然仍有相當之改善空間，衛生署應訂定降低洗腎發生率及盛行率之短中長程目標，有計畫進行腎臟病防治。

(四)依據台灣移植醫學學會理事長李伯璋提供之資料，國內在 2009 年 8 月，由台灣移植醫學學會在國內 27 家移植醫院的移植醫師支持配合下，將國內 1999 年至 2008 年的 4,242 名曾接受腎臟移植手術的病人資料提報分析，其中 2,133 名病人是在境外接受移植，2,109 名病

人是在國內接受移植(其中 518 名病人接受親人活體捐贈，1,591 名病人接受大體捐贈)。在台灣接受移植的病人之 5 年存活率為 94%，大體捐贈之 5 年存活率是 92%，平均而言，洗腎病人的生存餘命平均約為 10 年，而換腎病人的預期生命則為 20 年。

(五)所謂腹膜透析係藉由人體的腹膜當作半透膜，來移除血液中的代謝廢物和多餘水分。腹膜透析不需扎針，但必需在肚子手術植管，患者可居家自行治療，時間較有彈性，但使用腹膜透析尚需考慮病患的病況、執行能力、實際生活及工作需求等因素，然一般而言，接受腹膜透析之病人，仍能正常生活及工作，且其成本亦低於血液透析。

(六)國人洗腎之比率高，對病人而言，需長期洗腎，誠屬不幸。為降低國人腎臟病之發生率及盛行率，衛生署應強化三段五級之預防策略，教育民眾健康的生活習慣，提昇國人防治腎臟病之常識，並降低洗腎發生率及盛行率之短中長程目標，有計畫進行腎臟病防治；又對於末期腎臟病人之治療方式，以腎臟移植之效果最佳，衛生署應以維護病人健康生命之角度，全力推動器官捐贈及末期腎臟病人腎臟移植；非不得已，末期腎臟病人需以透析治療時，因腹膜透析之成本較血液透析低，且接受腹膜透析之病人，仍能正常生活及工作，故衛生署應提供誘因，責成醫療院所對透析病人善盡告知各種透析之品質，使病患能在資訊充分的情況下，在腹膜透析及血液透析間，依自身需要及身體狀況，選擇最適當的治療模式。

十四、為維護醫療品質，提昇醫療服務，確保健保永續經營，行政院允應在 GDP、國民稅負及中央政府總預算之成長範

圍內，相應且適度考量醫療保健支出之增加：

(一)我國國內生產毛額（下稱 GDP）從 84 年度之 7 兆 2,775.45 億元，逐年成長至 97 年度之 12 兆 6,985.01 億元，為 84 年度之 1.74 倍，成長幅度 74.49%；另中央政府歲出預算總額自 84 年度之 1 兆 292.18 億元，至 97 年度增加為 1 兆 7,117.17 億元，增幅為 66.31%；而同期間國民醫療保健支出（含健保支出）則從 3,889.3 億元逐步遞增至 7,885.15 億元，成長達 102.74%，高於 GDP 及中央政府總預算之成長幅度。至於健保支出 84 年度為 1,938.64 億元，其後逐年均呈正成長趨勢，至 97 年度為 4,221.02 億元，增幅計 117.73%，較同期間國民醫療保健支出之增幅為高，顯示自健保開辦以來，雖整體國民醫療保健支出年有增加，但其增加因素主要係來自於健保支出之增加，亦即隨著疾病類別納保範圍之逐年擴大，及新藥品與新科技醫療器材等給付項目之不斷增多，再加上政府對於國民預防保健之重視，國民醫療保健支出經費得以有較 GDP 及中央政府總預算為高之成長，對於我國國民健康之維護實具有正面之意義。（以上數據資料詳下表）

單位：億元、%

年度	國內生產毛額 (1)	中央政府總預算 (2)	國民醫療保健支出			健保支出		
			金額 (3)	比率		金額 (4)	比率	
				(3) / (1)	(3-4) / (2)		(4) / (1)	(4) / (3)
84	72,775.45	10,292.18	3,889.30	5.34	18.95	1,938.64	2.66	49.85
85	79,060.75	11,348.29	4,326.37	5.47	18.00	2,284.06	2.89	52.79
86	85,747.84	11,942.61	4,705.20	5.49	19.04	2,431.33	2.84	51.67
87	92,041.74	12,252.65	5,127.55	5.57	20.01	2,675.94	2.91	52.19
88	96,490.49	13,171.97	5,534.95	5.74	20.02	2,898.25	3.00	52.36
89	101,873.94	23,147.69	5,783.96	5.68	12.24	2,949.98	2.90	51.00
90	99,303.87	16,370.79	5,989.63	6.03	17.66	3,098.16	3.12	51.73
91	104,116.39	15,907.38	6,231.10	5.98	18.39	3,305.92	3.18	53.06

92	106,962.57	16,567.60	6,493.60	6.07	18.47	3,432.82	3.21	52.86
93	113,652.92	15,972.70	6,763.96	5.95	19.68	3,620.64	3.19	53.53
94	117,402.79	16,083.26	6,973.37	5.94	20.13	3,736.43	3.18	53.58
95	122,434.71	15,716.85	7,292.44	5.96	21.69	3,883.20	3.17	53.25
96	129,105.11	16,283.51	7,638.95	5.92	21.90	4,073.32	3.16	53.32
97	126,985.01	17,117.17	7,885.15	6.21	21.41	4,221.02	3.32	53.53
98	125,126.78	18,096.67						

註：1、GDP 及中央政府總預算源自行政院主計處。

2、國民醫療保健支出及健保支出源自衛生署統計室「國民醫療保健支出」年報，其國民醫療保健支出含括健保支出。（98 年度數據需於 99 年底方完成統計）

3、由於 89 年度因政府會計年度變更，當年度包含 88 年下半年及 89 年全年，故 89 年度中央政府總預算為 1 年半之數據，致該年度國民醫療保健支出占中央政府總預算之比率驟低。

## （二）依據 OECD 統計國外各主要先進國家之醫療保健支出

金額（如下表，其中 84、85 及 98 年度之醫療保健支出資料從缺），以美國為最高，其自 86 年度逐年成長至 96 年度之成長幅度為 98.89%，幾近 1 倍；而其占該國之 GDP 比率則由 86 年度之 13.4%，增加至 96 年度之 16%，計增加 2.6%。最低者為南韓，其醫療保健支出自 86 年度起，除 87 年度略為萎縮外，其餘年度均呈現成長狀態，至 96 年度之成長幅度達 199.25%，幾近 2 倍之多；該項支出占其 GDP 之比率，則由 86 年度之 4.27%，增加至 96 年度之 6.81%，增加了 2.54%，幾與美國相當。而我國醫療保健支出雖見成長，卻為相對穩定狀態，自 86 年度之 163.94 億美元，至 96 年度增為 232.61 億美元，僅成長了 41.89%，遠不及美國與南韓；其占 GDP 之比率則只由 86 年度之 5.49% 增加 0.43% 至 96 年度之 5.92%，亦不如美國與南韓。

（三）如由 OECD 統計平均每人國民所得與每人醫療保健支出金額來觀察，最高的仍為美國，最低的起初是南韓，後來則是我國。其中美國之個人國民所得 86 年度為 29,590 美元，每人醫療保健支出 4,055 美元，每人醫療保健支出占個人國民所得之比率（下稱所得占率）為 13.7%；迄 96 年度則個人國民所得為 45,114 美元，每



人醫療保健金額為 7,290 美元，所得占率為 16.16%；其個人國民所得成長 52.46%，每人醫療保健金額則成長 79.78%，大於個人國民所得之成長，故所得占率增加 2.46%。至於南韓，86 年度平均個人國民所得為 11,786 美元，每人醫療保健金額為 480 美元，所得占率為 4.07%；迄 96 年度則個人國民所得增為 21,917 美元，增幅 85.96%，每人醫療保健支出金額增為 1,362 美元，增幅 183.75%，遠高於個人國民所得之增幅，故所得占率由 86 年度之 4.07%，增大至 96 年度之 6.21%，計增加了 2.14%。反觀我國，86 年度每人國民所得為 12,646 美元，96 年度則為 15,282 美元，成長幅度為 20.84%；每人醫療保健支出金額 86 年度為 758 美元，至 96 年度則為 1,015 美元，增加幅度為 33.91%；由於每人醫療保健支出之增幅僅稍高於個人國民所得之增幅，致所得占率於 86 年度係 5.99%，96 年度為 6.64%，只些微增加 0.65%，不及美國與南韓分別增加了 2.46%及 2.14%（詳下表）。

我國醫療保健支出與國外主要先進國家之該項支出狀況

年度 項目  國別	84						85					
	GDP (1)	醫療保健支出		每人國民 所得 (3)	每人醫療保健		GDP (1)	醫療保健支出		每人國民 所得 (3)	每人醫療保健	
		金額 (2)	比率 (2) / (1)		金額 (4)	比率 (4) / (3)		金額 (2)	比 率 (2) / (1)		金額 (4)	比率 (4) / (3)
中華民國				11,838	690	5.83				12,330	735	5.96
法國				26,400	2,743	10.39				26,451	2,736	10.34
德國				30,677	3,129	10.20				29,640	3,090	10.43
義大利				19,381	1,442	7.44				21,755	1,629	7.49
日本				41,970	2,875	6.85				37,257	2,595	7.23
南韓				12,022	470	3.91				12,856	524	4.08
英國				19,762	1,370	6.93				20,833	1,437	6.90
美國				26,887	3,748	13.94				28,109	3,900	13.87

註：1、我國GDP源自行政院主計處；各國GDP源自OECD Health Data 2009, June 2009。

2、醫療保健支出及每人醫療保健支出資料源自 OECD Health Data 2009，June 2009。

3、每人國民所得源自聯合國 National Accounts Main Aggregates Database。

4、GDP及醫療保健支出之單位為百萬美元；每人國民所得及每人醫療保健支出之單位為美元；比率欄為％。

5、84、85及98年度GDP及醫療保健支出資料從缺。

年度 項目  國別	86						87					
	GDP (1)	醫療保健支出		每人國民 所得 (3)	每人醫療保健		GDP (1)	醫療保健支出		每人國民 所得 (3)	每人醫療保健	
		金額 (2)	比率 (2) / (1)		金額 (4)	比率 (4) / (3)		金額 (2)	比 率 (2) / (1)		金額 (4)	比率 (4) / (3)
中華民國	298,773	16,394	5.49	12,646	758	5.99	275,080	15,324	5.57	11,415	702	6.15
法國	1,424,074	145,674	10.23	23,885	2,435	10.19	1,470,726	148,933	10.13	24,607	2,480	10.08
德國	2,152,337	220,134	10.23	26,172	2,683	10.25	2,183,756	223,533	10.24	26,363	2,725	10.34
義大利	1,191,780	91,230	7.65	20,748	1,602	7.72	1,212,624	93,704	7.73	21,193	1,643	7.75
日本	4,258,609	297,587	6.99	34,228	2,359	6.89	3,856,412	281,079	7.29	30,958	2,222	7.18
南韓	516,283	22,060	4.27	11,786	480	4.07	345,432	15,006	4.34	7,737	324	4.19
英國	1,360,810	90,269	6.63	23,219	1,548	6.67	1,465,170	97,923	6.68	25,115	1,675	6.67
美國	8,250,900	1,105,496	13.40	29,590	4,055	13.70	8,694,600	1,168,580	13.44	31,060	4,236	13.64

年度 項目  國別	88						89					
	GDP (1)	醫療保健支出		每人國 民所得 (3)	每人醫療保健		GDP (1)	醫療保健支出		每人國民 所得 (3)	每人醫療保健	
		金額 (2)	比率 (2) / (1)		金額 (4)	比率 (4) / (3)		金額 (2)	比 率 (2) / (1)		金額 (4)	比率 (4) / (3)
中華民國	299,010	17,152	5.74	12,280	779	6.34	326,205	18,521	5.68	13,307	835	6.27
法國	1,455,298	147,660	10.15	24,448	2,447	10.01	1,322,392	133,194	10.07	22,130	2,192	9.91
德國	2,140,426	220,537	10.30	25,852	2,689	10.40	1,892,202	194,894	10.30	22,935	2,372	10.34
義大利	1,199,033	93,394	7.79	20,963	1,636	7.80	1,092,713	88,110	8.06	19,069	1,541	8.08
日本	4,368,612	329,544	7.54	34,979	2,601	7.44	4,667,253	358,880	7.69	37,307	2,827	7.58
南韓	445,399	20,418	4.58	9,945	438	4.40	511,658	25,175	4.92	11,430	536	4.69
英國	1,497,952	103,658	6.92	25,484	1,766	6.93	1,479,595	104,159	7.04	25,036	1,769	7.07
美國	9,216,200	1,241,717	13.47	32,635	4,450	13.64	9,764,800	1,327,582	13.60	34,501	4,704	13.63

年度 項目  國別	90						91					
	GDP (1)	醫療保健支出		每人國 民所得 (3)	每人醫療保健		GDP (1)	醫療保健支出		每人國民 所得 (3)	每人醫療保健	
		金額 (2)	比率 (2) / (1)		金額 (4)	比率 (4) / (3)		金額 (2)	比 率 (2) / (1)		金額 (4)	比率 (4) / (3)
中華民國	293,712	17,716	6.03	11,821	793	6.71	301,088	18,019	5.98	12,126	802	6.61
法國	1,336,793	136,354	10.20	22,155	2,229	10.06	1,460,975	153,715	10.52	23,727	2,495	10.52
德國	1,886,750	197,057	10.44	22,791	2,395	10.51	2,021,868	215,184	10.64	24,225	2,610	10.77
義大利	1,114,864	91,560	8.21	19,369	1,597	8.25	1,221,911	101,880	8.34	21,003	1,773	8.44
日本	4,095,447	325,572	7.95	32,811	2,558	7.80	3,918,273	312,193	7.97	31,344	2,450	7.82
南韓	481,896	26,421	5.48	10,778	558	5.18	546,934	29,202	5.34	12,275	613	4.99
英國	1,480,910	107,535	7.26	25,022	1,819	7.27	1,605,319	121,719	7.58	27,543	2,052	7.45
美國	10,075,900	1,440,599	14.30	35,084	5,053	14.40	10,417,600	1,569,751	15.07	35,608	5,453	15.31

年度 項目  國別	92						93					
	GDP (1)	醫療保健支出		每人國 民所得 (3)	每人醫療保健		GDP (1)	醫療保健支出		每人國民 所得 (3)	每人醫療保健	
		金額 (2)	比率 (2) / (1)		金額 (4)	比率 (4) / (3)		金額 (2)	比 率 (2) / (1)		金額 (4)	比率 (4) / (3)
中華民國	310,757	18,866	6.07	12,514	836	6.68	339,973	20,233	5.95	13,600	893	6.57
法國	1,791,912	195,175	10.89	29,205	3,146	10.77	2,049,599	225,564	11.01	33,273	3,612	10.86
德國	2,431,236	262,672	10.80	29,459	3,184	10.81	2,729,506	288,325	10.56	33,642	3,495	10.39
義大利	1,500,397	125,220	8.35	25,804	2,179	8.44	1,717,938	148,668	8.65	29,471	2,583	8.76
日本	4,229,225	341,955	8.09	33,809	2,679	7.92	4,606,049	370,423	8.04	36,856	2,901	7.87
南韓	608,148	34,116	5.61	13,661	713	5.22	680,491	38,479	5.65	15,287	801	5.24
英國	1,868,436	145,395	7.78	31,613	2,441	7.72	2,182,900	175,824	8.05	37,187	2,939	7.90
美國	10,908,000	1,699,406	15.58	36,764	5,851	15.92	11,630,900	1,816,069	15.61	38,983	6,194	15.89

年度 項目  國別	94						95					
	GDP (1)	醫療保健支出		每人國 民所得 (3)	每人醫療保健		GDP (1)	醫療保健支出		每人國民 所得 (3)	每人醫療保健	
		金額 (2)	比率 (2) / (1)		金額 (4)	比率 (4) / (3)		金額 (2)	比 率 (2) / (1)		金額 (4)	比率 (4) / (3)
中華民國	364,832	21,670	5.94	14,383	953	6.63	376,375	22,418	5.96	14,724	982	6.67
法國	2,157,566	239,512	11.10	34,372	3,813	11.09	2,259,328	249,034	11.02	36,186	3,941	10.89
德國	2,804,000	299,201	10.67	34,268	3,628	10.59	2,901,875	306,146	10.55	35,970	3,717	10.33
義大利	1,786,849	159,686	8.94	30,218	2,747	9.09	1,856,722	166,981	8.99	31,538	2,858	9.06
日本	4,552,118	371,531	8.16	36,561	2,908	7.95	4,362,552	352,502	8.08	35,202	2,759	7.84
南韓	791,427	48,067	6.07	17,745	999	5.63	888,200	57,377	6.46	19,956	1,188	5.95
英國	2,277,282	187,564	8.24	38,425	3,115	8.11	2,447,889	206,904	8.45	40,420	3,415	8.45
美國	12,364,100	1,940,354	15.69	41,383	6,558	15.85	13,116,500	2,071,326	15.79	43,696	6,933	15.87

年度 項目  國別	96						97					
	GDP (1)	醫療保健支出		每人國 民所得 (3)	每人醫療保健		GDP (1)	醫療保健支出		每人國民 所得 (3)	每人醫療保健	
		金額 (2)	比率 (2) / (1)		金額 (4)	比率 (4) / (3)		金額 (2)	比 率 (2) / (1)		金額 (4)	比率 (4) / (3)
中華民國	393,134	23,261	5.92	15,282	1,015	6.64	402,616	25,000	6.21	15,313	1,087	7.10
法國	2,591,962	285,535	11.02	41,207	4,491	10.90	2,866,663	-	-			
德國	3,319,041	346,234	10.43	40,959	4,209	10.28	3,664,706	-	-			
義大利	2,116,322	184,626	8.72	35,429	3,136	8.85	2,312,122	209,069	9.04			
日本	4,380,508	-	-	35,533	-	-	-	-	-			
南韓	969,792	66,015	6.81	21,917	1,362	6.21	-	60,990	-			
英國	2,802,084	235,816	8.42	46,633	3,867	8.29	-	-	-			
美國	13,741,600	2,198,764	16.00	45,114	7,290	16.16	-	-	-			

(四)綜上可知，我國醫療保健支出與其他先進國家相同，其增減與國家之 GDP 及個人國民所得均具有正相關之關係，亦即醫療保健支出會隨著 GDP 或個人國民所得之增加而成長，且成長之幅度均大於 GDP 或個人國民所得之增幅。但以所觀察之期間來看，我國醫療保健支出不論就整體或個人而言，其占 GDP 或個人國民所得之比率及該等比率之增幅，皆較國外其他先進國家為低，此為國人普遍認為我國醫療保健支出應仍有調增空間之理由。然另依據依據「中華民國 98 年財政部統計年報」統計我國與世界先進國家個人所得稅收占 GDP 之比重及賦稅負擔率（不含社會安全捐）資料（如以下兩表）顯示，如由稅負狀況之比較來看，我國 84 年度迄 96 年度個人所得稅收占 GDP 之平均比重約為 2.4%，僅為同期間韓國 3.6% 之 2/3，不到美國 10.6% 之 1/4；平均賦稅負擔率 13.8%，亦僅約為同期間韓國 19.1% 之 3/4，更只為美國 21.2% 之 1/2 強，在稅負如此低之情況下，我國醫療保健支出已有較 GDP 及中央政府總預算增幅為大之成長，誠屬不易。故為維護醫療品質，提昇醫療服務，確保健保永續經營，行政院允應在 GDP、國民稅負及中央政府總預算之成長範圍內，相應且適度考量醫療保健支出之增加。

我國與世界先進國家個人所得稅收占 GDP 之比重								
國別 年度	中華民國	美國	英國	法國	德國	義大利	日本	南韓
84	2.5	10.0	9.8	4.9	10.2	10.4	6.0	3.6
85	2.6	10.5	9.1	5.3	9.3	10.7	5.7	3.9
86	2.5	11.0	8.8	5.6	8.9	11.2	5.9	3.6
87	2.6	11.7	10.2	7.8	9.3	10.7	5.3	4.2
88	2.5	11.8	10.4	8.0	9.5	11.4	4.9	3.7
89	2.0	12.5	10.7	8.0	9.4	10.5	5.7	3.3
90	2.5	12.3	11.2	7.9	10.0	11.0	5.5	3.4
91	2.2	9.9	10.6	7.5	8.9	10.9	4.7	3.1
92	1.8	9.0	10.2	7.5	8.5	10.5	4.5	3.2

93	1.9	8.9	10.2	7.4	8.0	10.4	4.7	3.4
94	2.5	9.7	10.4	7.9	8.1	10.4	5.0	3.2
95	2.7	10.2	10.8	7.7	8.7	10.8	5.1	4.1
96	2.7	10.8	10.9	7.4	9.1	11.1	5.5	4.4
平均	2.4	10.6	10.3	7.2	9.1	10.8	5.3	3.6

註：1.單位為％。

2.97、98 年度我國之比重分別為 3.1 及 2.5，但因無其他國家之資料，故未列入表內。

我國與世界先進國家賦稅負擔率								
國別 年度	中華民國	美國	英國	法國	德國	義大利	日本	南韓
84	17.7	20.9	28.0	24.5	22.7	27.5	17.9	17.3
85	15.8	21.5	28.6	25.6	21.8	27.6	17.8	18.4
86	15.5	21.9	28.9	26.3	21.3	28.7	18.0	18.0
87	15.6	22.4	30.1	28.2	21.7	29.5	17.4	17.5
88	14.3	22.5	30.4	29.0	22.5	30.4	17.0	17.8
89	12.8	23.0	30.2	28.4	22.7	30.2	17.5	18.8
90	12.7	21.9	30.7	28.0	21.8	30.0	17.4	19.7
91	11.8	19.6	29.4	27.3	21.2	29.2	16.2	19.8
92	11.7	18.9	28.9	26.8	21.1	29.4	15.8	20.4
93	12.2	19.2	28.9	27.3	20.7	28.6	16.4	19.5
94	13.4	20.8	29.0	27.7	20.9	28.3	17.3	18.9
95	13.1	21.3	30.3	27.8	21.9	29.6	17.7	21.1
96	13.4	21.7	29.5	27.4	22.9	30.4	18.0	21.0
平均	13.8	21.2	29.5	27.3	21.8	29.2	17.3	19.1

註：1.負擔率為占 GDP 之比率，單位為％。

2.97、98 年度我國之賦稅負擔率分別為 13.9 及 12.2，但因無其他國家之資料，故未列入表內。

十五、二代健保法雖暫時紓解全民健保之財務危機，但為維繫健保之永續經營，衛生署允當考量健保支出之合理需求，依法調整健保保險費率：

(一)依 100 年 1 月 4 日修正前健保法第 20 條第 2 項規定：「保險費率經精算結果，有下列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之：一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。二、本保險之安全準備降至最低限額者。三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。」按健保自 84 年 3 月 1 日

開辦以來，於 88 年度起已出現保費收入不敷保險給付之情況（如下表）；且自 85 年度迄 98 年底止，保費收入增幅為 60.32%，保險給付之增幅卻高達 110.8%，雖保險收支相抵後之短絀數可依同法第 63 條規定以歷年提列之安全準備彌補，但依同法第 67 條規定，安全準備至少須維持 1 個月保險給付總額所需，因此，如經動用安全準備彌補收支短絀後尚有不足，或安全準備餘額已不足 1 個月保險給付數，則調漲保費勢為維繫健保運作不得不為之抉擇。

單位：億元

年 度	保費收入	保險給付	保險收支餘絀
84	758.72	586.97	171.75
85	2,406.79	2,062.56	344.23
86	2,411.41	2,298.31	113.10
87	2,536.13	2,489.70	46.43
88	2,669.23	2,782.80	-113.57
89	4,232.10	4,254.07	-22.97
90	2,908.70	3,017.88	-109.18
91	3,034.17	3,232.55	-198.38
92	3,277.74	3,357.93	-80.19
93	3,439.66	3,526.17	-86.51
94	3,561.00	3,673.97	-112.97
95	3,679.90	3,822.09	-142.19
96	3,706.28	4,011.49	-305.21
97	3,848.84	4,159.28	-310.44
98	3,858.47	4,347.86	-489.39

（二）查健保自 88 年度首度出現保險收支短絀後，除以依法提列之安全準備彌補外，迄 98 年底止，僅於 91 年 9 月將健保之保險費率，由停留在開辦第一年之 4.25%，調整為 4.55%，其後則未再調整（註：直到 99 年



4 月 1 日，才 2 度調整費率為 5.17%)，健保收支之不足差額雖另賴開徵菸品健康福利捐及公益彩券盈餘挹注等方式挹注，然迄 95 年度，安全準備幾已用罄，自 96 年度起，安全準備餘額更隨著為彌補急速擴增之保險收支短絀，而呈現負數狀態，且該缺口有愈益擴大之趨勢，是以截至 98 年度止，健保累計虧損已達 580.45 億元，98 年度當年舉借之債務平均餘額更高達 904 億元，較 91 年度初始舉借時之平均餘額 174 億元，大幅增加了 5.2 倍，而債務持續遽增之結果，利息負擔日益沉重，對於財務已然惡化之健保的後續經營，無異雪上加霜。現 2 代健保雖賦予擴大保險費基，可藉以增加保費收入，但據衛生署楊署長志良推估，在正常情況下，亦僅約可維持 5 年健保財務不致虧損，茲為維繫健保之永續經營，衛生署允應嚴肅面對此一態勢，嗣後仍當考量健保支出之合理需求，在保險收支出現不足時，依法妥適檢討健保費率之調整事宜。

十六、對於投保人口結構之不利變化，是否存在有為減少保費負擔而以不實身分投保之情事，健保局允應深入探討並妥為因應：

- (一)查健保投保人數 84 年度為 1,912 萬 3,278 人，迄 98 年度增為 2,302 萬 5,773 人，計增加 390 萬 2,495 人，成長了 20.41%，其中保費收入金額占總保費收入平均比率最高之第 1 類投保人，其人數雖有增加，但成長率為 14.51%，不及總投保人口之增幅；而第 4、第 5、第 6 類之 98 年度投保人數，卻依序為 84 年度之 2.32 倍、2.29 倍及 2.53 倍，均遠超過總投保人數之成長，該 3 類投保人口除第 4 類主要係因 90 年 2 月 1 日起將義務役軍人納入健保體系，爰有大幅度之增加，及第 5

類之低收入成員業經主管機關嚴格審查外，第 6 類非屬前 5 類之被保險人與其眷屬等納保身分的人數，卻也持續且鉅幅地增加，頗不尋常。(投保人數結構及保費收入結構詳以下兩表，資料來源：健保局)

單位：人、％													
年別	合計	第 1 類		第 2 類		第 3 類		第 4 類		第 5 類		第 6 類	
		人數	比率	人數	比率	人數	比率	人數	比率	人數	比率	人數	比率
84	19,123,278	10,437,339	54.58	4,029,716	21.07	2,998,439	15.68	69,059	0.36	111,452	0.58	1,477,273	7.73
85	20,041,488	10,678,558	53.28	3,991,729	19.92	3,152,680	15.73	82,816	0.41	110,162	0.55	2,025,543	10.11
86	20,492,317	10,914,783	53.26	3,908,469	19.07	3,225,240	15.74	78,802	0.39	108,564	0.53	2,256,459	11.01
87	20,757,185	11,043,998	53.21	3,852,144	18.56	3,267,892	15.74	78,379	0.38	117,480	0.56	2,397,292	11.55
88	21,089,859	11,236,257	53.28	3,799,093	18.01	3,297,840	15.64	69,259	0.33	129,890	0.61	2,557,520	12.13
89	21,400,826	11,465,521	53.58	3,750,883	17.53	3,304,109	15.44	68,579	0.32	146,335	0.68	2,665,399	12.45
90	21,923,524	11,447,046	52.21	3,772,174	17.21	3,327,657	15.18	269,969	1.23	152,882	0.70	2,953,796	13.47
91	22,116,823	11,458,910	51.81	3,768,633	17.04	3,328,171	15.05	247,345	1.12	167,637	0.76	3,146,127	14.22
92	22,233,466	11,630,008	52.31	3,711,081	16.69	3,276,065	14.73	249,051	1.12	186,033	0.84	3,181,228	14.31
93	22,350,106	11,780,375	52.71	3,683,993	16.48	3,209,126	14.36	215,836	0.97	204,218	0.91	3,256,558	14.57
94	22,514,081	11,798,491	52.40	3,742,726	16.62	3,141,774	13.96	199,434	0.89	211,614	0.94	3,420,042	15.19
95	22,677,719	11,919,580	52.56	3,748,498	16.53	3,087,747	13.62	193,292	0.85	218,559	0.96	3,510,043	15.48
96	22,803,048	11,993,100	52.59	3,775,260	16.56	3,036,617	13.32	173,413	0.76	221,916	0.97	3,602,742	15.80
97	22,918,144	11,929,887	52.05	3,875,407	16.91	2,993,633	13.06	161,766	0.71	225,609	0.99	3,731,842	16.28
98	23,025,773	11,951,639	51.92	3,999,953	17.37	2,924,081	12.70	160,189	0.70	254,677	1.10	3,732,234	16.21
合計	325,467,637	171,685,492	52.75	57,409,759	17.64	47,571,071	14.62	2,317,189	0.71	2,567,028	0.79	43,914,098	13.49
成長％	20.41	14.51		-0.74		-2.48		131.96		128.51		152.64	

註：

- 1、非義務役國軍官、士、兵及其眷屬，自 90 年 2 月 1 日起，由第 4 類改為比照第 1 類公務人員納入健保體系。
- 2、依據全民健康保險法第 8 條第 1 項規定，被保險人分為下列六類：第一類：政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員；公、民營事業、機構之受雇者；前二目被保險人以外有一定雇主之受雇者；雇主或自營業主；專門職業及技術人員自行執業者。第二類：無一定雇主或自營作業而參加職業工會者；參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。第三類：農會及水利會會員，或年滿 15 歲以上實際從事農業工作者；無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿 15 歲以上實際從事漁業工作者。第四類：應服役期及應召在營期間逾二個月之受徵集及召集在營服役義務者、國軍軍事學校軍費學生、經國防部認定之無依軍眷及在領卹期間之軍人遺族；服替代役期間之役齡男子。第五類：合於社會救助法規定之低收入戶成員。第六類：榮民、榮民遺眷之家戶代表；第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。

單位：億元

年別	合計	第 1 類		第 2 類		第 3 類		第 4 類		第 5 類		第 6 類	
		金額	比率	金額	比率	金額	比率	金額	比率	金額	比率	金額	比率
84	1,983.76	1,203.83	60.68	356.65	17.98	289.56	14.60	8.33	0.42	10.03	0.51	115.35	5.81
85	2,361.30	1,391.54	58.93	396.40	16.79	330.94	14.02	11.91	0.50	11.88	0.50	218.62	9.26
86	2,439.96	1,425.94	58.44	386.67	15.85	337.74	13.84	9.97	0.41	12.17	0.50	267.46	10.96
87	2,587.52	1,528.28	59.06	390.11	15.08	347.84	13.44	10.39	0.40	12.77	0.49	298.14	11.52
88	2,696.54	1,581.25	58.64	383.56	14.22	355.54	13.18	9.77	0.36	15.03	0.56	351.39	13.03
89	2,877.23	1,668.61	57.99	379.89	13.20	354.30	12.31	9.06	0.32	16.97	0.59	448.40	15.59
90	2,900.70	1,671.95	57.64	374.88	12.93	340.06	11.72	30.37	1.05	17.50	0.60	465.95	16.06
91	3,025.62	1,791.20	59.20	391.58	12.94	348.43	11.52	31.54	1.04	19.38	0.64	443.49	14.66
92	3,303.00	2,030.73	61.48	415.03	12.56	365.18	11.06	32.31	0.98	23.72	0.72	436.03	13.20
93	3,431.46	2,105.04	61.34	418.44	12.19	358.54	10.45	28.34	0.83	25.99	0.76	495.10	14.43
94	3,551.74	2,214.48	62.35	433.34	12.20	352.45	9.93	25.61	0.72	27.08	0.76	498.78	14.04
95	3,675.87	2,317.51	63.05	451.18	12.27	345.39	9.40	22.36	0.61	26.93	0.73	512.50	13.94
96	3,700.02	2,317.91	62.65	470.22	12.71	342.35	9.25	22.87	0.62	29.97	0.81	516.70	13.96
97	3,839.89	2,388.48	62.20	496.00	12.92	352.92	9.19	20.68	0.54	33.99	0.88	547.84	14.27
98	3,851.94	2,373.15	61.61	528.53	13.72	344.06	8.93	23.79	0.62	38.10	0.99	544.31	14.13
合計	46,226.55	28,009.90	60.59	6,272.48	13.57	5,165.30	11.17	297.30	0.64	321.51	0.70	6,160.06	13.33

註：表列各年度合計欄金額與前揭營業收入項下保費收入金額略有差異，係因本表未含滯納金收入。

(二)依總納保人口核算，平均每口繳交之年保費金額為 14,203.12 元，其中第 1 類投保人平均每人年繳交數為 16,314.66 元，大於上開平均數；第 6 類為 14,027.52 元，則低於平均繳交保費數。故當第 1 類投保人數之成長未及總投保人口之成長，而第 6 類之投保人口卻快速擴增時，這種投保人口結構之不利變化，將限縮著保費總收入隨著納保人口增加所應有之增幅，是以對於第 6 類納保人口之快速擴增，是否存在有為減少保費負擔而以不實身分投保之情事，健保局允應深入探討並妥為因應。

十七、對於地方政府過去年度所積欠之健保費補助款，健保局允應積極追討，俾免影響健保資金調度，並符法制：

(一)依 100 年 1 月 4 日修正前健保法第 27 條規定，健保保險費之負擔，除由被保險人自付部分外，中央政府、直轄市政府或縣（市）政府均應補助部分比率（精省後，原由臺灣省政府負擔之健保費補助款改由中央政府承受；自 90 年度開始，福建省政府負擔之健保費補助款亦改由中央政府承受）。依健保局提供之資料，截至 98 年 12 月底止，尚積欠健保局健保費補助款之地方政府，計有台北市、高雄市及台北縣政府三者，積欠金額（不含遲延利息、融資利息等）合計 672.3 億元（詳如下表，資料來源：健保局）。

單位：億元

年度	台北市政府	高雄市政府	台北縣政府	合計
90	1.01			1.01
91	37.21	10.14		47.35
92	46.71	25.38		72.09
93	61.43	28.94		90.37
94	37.55	26.09		63.64
95	39.18	25.69		64.87

96	43.99	26.39		70.38
97	55.48	28.47	36.95	120.90
98	71.42	30.25	40.02	141.69
合計	393.98	201.35	76.97	672.30

(二)查鉅額健保費補助款欠費未能及時收回，不僅會衝擊健保之財務管理調度，亦易招致輿論對於為彌補健保財務虧損而欲調高保險費率時之抨擊，雖行政院考量地方政府財政之困難，已指示衛生署修正健保法，將地方政府應負擔之保險費補助款全數改由中央政府負擔，然並未含括過去已積欠部分，是以，健保局仍宜就各地方政府過去年度所積欠款項，依法積極催還，俾免影響健保資金調度，並符法制。

十八、健保保費轉銷呆帳金額甚鉅，不僅助長虧損，亦有損政府威信，健保局允宜檢視呆帳發生原因，俾有效抑低呆帳之產生：

(一)查依 100 年 1 月 4 日修正前健保法第 27 條規定，投保單位應負擔及被保險人應自付部分之保險費，迄 98 年 12 月底止，前者有 1,011.7 億元、後者則有 922.8 億元帳列催收款項；另經催收仍未收回，由健保局依「全民健康保險保險費及滯納金欠費報列呆帳審核及轉銷作業要點」規定轉銷之歷年呆帳金額合計數為 353.9 億元（詳如下表，資料來源：健保局）。

單位：億元

年度	投保單位		被保險人		合計	
	催收款項	轉銷呆帳	催收款項	轉銷呆帳	催收款項	轉銷呆帳
84	93.7	—	9.6	—	103.3	—
85	97.8	—	23.2	—	121.0	—
86	76.9	—	29.4	—	106.3	—
87	64.9	1.7	32.2	—	97.1	1.7

88	53.2	3.9	36.3	-	89.5	3.9
89	72.3	26.8	62.1	2.7	134.4	29.5
90	66.7	22.7	69.5	19.9	136.2	42.6
91	64.7	18.4	64.5	30.5	129.2	48.9
92	64.1	4.6	59.9	12.1	124.0	16.7
93	59.1	5.7	65.5	12.8	124.6	18.5
94	56.3	2.6	79.7	15.7	136.0	18.3
95	60.1	7.6	86.3	27.1	146.4	34.7
96	61.1	8.9	96.0	46.1	157.1	55.0
97	62.6	7.4	106.1	33.1	168.7	40.5
98	58.2	8.5	102.5	35.1	160.7	43.6
合計	1,011.7	118.8	922.8	235.1	1,934.5	353.9

(二)健保局聲稱為提高保險費收繳率並確保債權，業針對投保單位及被保險人欠費訂定多項措施，期能提升催收成效，然由上開表列數據可知，不論催收款項或轉銷呆帳數均呈現持續攀升之現象，催收效果顯然欠佳，而呆帳之增加，不僅助長健保之虧損，影響健保財務之流動性，尚有損政府收繳保費之威信，健保局允宜正視此一問題，積極檢視呆帳發生原因，並妥為檢討現行相關催繳措施，務期有效抑低呆帳之產生。

十九、為進一步維護國人健康，並增加菸害防制及健保財源，衛生署允考量調高菸品健康福利捐之徵收；另酒品健康福利捐亦宜研酌開徵之可行性：

(一)83年8月9日訂定之健保法第64條規定：「政府得開徵菸酒社會健康保險附加捐，將收入提列為安全準備。前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，…」，94年5月18日修正之健保法，上揭法

條修改為：「政府得開徵菸酒健康福利捐，將其收入之一定比例提列為本保險安全準備。前項菸酒健康福利捐提列一定比例作為本保險安全準備之實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，...」。嗣行政院於 91 年公布實施菸酒稅法，同時開徵上揭法條規定之菸品健康福利捐，計每包 5 元；95 年 2 月 16 日起，為因應健保之多元微調方案，上開健康福利捐復由每包 5 元調高為 10 元；98 年 1 月 12 日立法院三讀通過「菸害防制法」修正案，自同年 6 月 1 日起，該健康福利捐再調高為每包 20 元，經此調高後，每一年度約可挹注健保 200 餘億元，對於健保財務助益甚大。

- (二)查菸品對人體健康之危害，在政府與民間團體近些年的大力宣導下，業已形成國人普遍之認知，拒絕吸入二手菸也已成为大眾之共識，鑑於菸品不僅對吸菸者身體造成傷害，增加社會醫療資源的重大負擔，透過二手菸的汙染，更對非吸菸者造成威脅與侵犯，而根據研究統計，菸品價格之提高，不但能有效降低吸菸率，且增加菸害防制與健保之財源，因此，衛生署允宜順應趨勢，對於菸品健康福利捐之徵收考量再予調高。另酒品健康福利捐於健保法中既已有其法源，其課徵復可併同酒稅徵收而無技術上之困難，基於使用者付費原則，衛生署亦宜研酌其徵收之可行性。



二十、現行健保保險對象無力繳交保費者之補助措施，存在著補助標準未盡相同、認定標準亦有差異等缺失，內政部及衛生署實有整合檢討之必要：

(一)經詢據內政部表示，依據該部辦理之低收入戶生活狀況調查，低收入戶之形成原因，以久病不癒、遭受意外傷害及傷病而花光積蓄占 33.19%，顯示低收入戶及一般民眾如因金錢問題未能及時就醫，無法得到妥適的治療與照顧，將造成貧病惡性循環，可見保費補助及醫療補助的重要性。惟依健保局提供截至 98 年 9 月底之資料，因積欠健保費致暫時無法持健保 IC 卡以健保身分就醫人數為 64.4 萬人，占投保人數約 2.8%，其後健保局為對弱勢健保欠費民眾不予鎖卡，以保障其健保就醫權，研訂有「弱勢民眾安心就醫方案」，截至 99 年 12 月 7 日止，符合經濟弱勢條件完成之解卡人數約 36.2 萬人，顯示確有 30 餘萬之眾多民眾，因一時經濟困難或長期失業而無力繳交健保保費。

(二)查對於健保保險對象無力繳交保費者，政府雖擬訂有多項措施，諸如：健保費、醫療費用之補助或減免、健保紓困基金之核貸等，然其中內政部執行之健保費、醫療費用的補助對象，係以審查通過後始可享有健保費或醫療費用補助之協助，在取得資格前或因一時經濟困難無力繳納健保費，卻需另向衛生署所規劃的扶助措施申請協助，缺乏一貫作業之整合機制，造成經濟弱勢者之不便，內政部及衛生署允應加強彼此之間協調聯繫機制；此外，內政部、各直轄市及縣市政府對於患有嚴重傷病者之補助標準未盡相同，且各項補助措施分散於不同法令

及作業規定，認定標準亦存有差異，致令申請者莫所適從，內政部實有就各該補助措施協調整合之必要。

二十一、財政部對於醫院與醫師間究屬僱傭或駐診拆帳關係，應積極與衛生署取得確切共識，並督責所屬稅捐稽徵單位，就其衍生之相關問題依法處理：

- (一)本院 99 年 7 月另調查「國內部分醫院以僱傭方式聘任醫師，惟於繳納勞、健保費或報稅時，卻改稱雙方為合夥關係，使院方規避鉅額勞、健保支出，醫師亦可少繳綜合所得稅」乙案時，據財政部說明，醫療機構與醫師間如符合「駐診拆帳」規定者，醫師依合約所訂拆帳比率取得之報酬，屬執行業務收入，依所得稅法第 14 條第 1 項第 2 類規定，係以實際拆帳收入減除成本及必要費用後之餘額為所得額，其未依法辦理結算申報，或未依法設帳記載並保存憑證，或未能提供證明所得額之帳簿文據者，依該部核定各該年度執行業務者費用標準計算其必要費用（98 年度執行業務者費用標準有關「駐診拆帳」之費用率為 20%）；而醫療機構與醫師間如屬「僱傭」關係者，醫師從事醫療服務所取得之報酬，屬薪資所得，依所得稅法第 14 條第 1 項第 3 類規定，係以在職務上或工作上取得之各種薪資收入（包括薪金、俸給、工資、津貼、歲費、獎金、紅利及各種補助費）為所得額，並依同法第 17 條第 1 項第 2 款第 3 目之 2 規定，於限額內列報薪資所得特別扣除（98 年度扣除額度為 104,000 元）。
- (二)另據財政部查復，該部所屬台北市國稅局業擇定 13 家填報「駐診拆帳」執行業務所得扣繳憑單之醫療

院所進行查核，發現其中 12 家係以「僱傭」關係辦理醫師勞健保事宜；而該部就有關醫療機構與駐診醫師是否具僱傭關係及醫師實際負擔健保費用金額與醫療機構「全民健康保險自付保險費證明書」填發金額是否不同，函請衛生署查告其認定結果，嗣因衛生署函復該部，並未明確指出醫療院所與醫師間為「僱傭」關係，故已再函該署確切查明。然依衛生署函復本院之說明，該署認為就民法規範之合夥法律關係而言，醫學中心等大醫院與醫師間不具有合夥關係，係屬「僱傭契約」，該等醫院醫師所得，即為「薪資所得」；又醫療院所提供所屬醫師之執業場所即為所服務之醫院，醫師之考核、升遷、看診時間、看診品質等，皆須受醫院之指揮與監督，且醫院均為所屬醫師投保勞工保險，所屬醫師得領有勞保老年、失業等各項給付，則醫師與醫院間明顯係具有僱傭關係。由於財政部及衛生署對於醫院與醫師間究屬僱傭或駐診拆帳關係尚未取得確切共識，本院爰已於上揭調查案，提出請該部應俟與衛生署取得確切共識後，督責所屬稅捐稽徵單位就其衍生之相關所得稅負等問題，善盡覈實查核之責的調查意見在案，財政部亟宜依上開調查意見，積極依法處理。

二十二、衛生署對於二代健保法有關正面表列及負面表列規定均未涵蓋之範圍，允宜妥善處理：

- (一)現行健保法第 39 條規定不給付範圍包括預防接種、美容外科、人工生殖技術…等，係以負面表列方式訂之，但未訂定不給付之明細項目；至於全民健康保險醫療費用支付標準及藥價基準，則採正面

表列方式訂之，即未列於支付標準及藥價基準之項目，健保即不予給付。然 90 年 4 月司法院大法官釋字第 524 號之解釋，已確定健保法第 51 條所訂支付標準與藥價基準，僅係主管機關所訂之審核基準，不得作為保險不給付之依據。

(二) 健保給付範圍及項目採正面表列方式規定，其優點在於使直接實施醫療服務之醫療院所得清楚地向病人表示給付項目，不特定民眾亦均得自表列明知給付項目，對於法律保障人民權益事項，當得預見，但其缺點在於法位階之層面恐有掛萬漏一之情形，保險新增醫療服務及藥品之給付較不易。然而，現行健保法第 39 條之負面表列規定，迭讓民眾以為非列於該條文之醫療項目或非屬衛生署依健保法第 39 條第 12 款事先公告之不給付項目外，均納入健保給付。殊不知醫療技術日新月異，新增之藥品、特別材料、檢驗方法、手術技術等速度遠超過納入支付標準的速度，且健保局的財務也無法將全球最新的科技項目納入給付，因負面表列之規定使民眾誤以為健保包山包海，醫療院所與民眾常因收費問題致生爭議。

(三) 有關正面表列及負面表列之規定，常成為醫療院所與民眾發生爭執之所在，亦係醫療費用大幅成長之主因，但本案實地訪查時，黃委員煌雄雖一再大力疾呼，卻發現醫療院所對此問題顯然漠不關心，甚至醫學中心亦然，究其原因，嘉義市醫師公會代表的回應可謂一語道破：因目前浮動點值造成醫療費用大幅折扣支付，此問題事涉醫療院所之生存，若不解決，在現實上醫療院所之經營即相當困難，有

處理之急迫性，根本無心去探討正面表列或負面表列所造成之問題。

(四)立法院 100 年 1 月 4 日已通過之二代健保法，已配合司法院釋字第 524 號解釋修正，使保險給付規範明確，並讓被保險人對其可得的服務得以預見，除法定不給付項目外，所有給付項目及支付內容皆將於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中規定，授權主管機關訂定支付標準及藥價基準之法源依據，故該法已兼採正面表列及負面表列之規定。惟上開規定仍有不足之處，即若正面表列、負面表列之規定均不足時，衛生署及健保局應如何處理，法無明文規定。

(五)全民健保之實施，目的係保障民眾在發生生育、疾病及傷害事故時，即能獲得適當之醫療照護，因此，醫療給付之範圍及項目，關係著保險對象所能獲得之醫療服務內容，然而，包山包海式的給付範圍，絕非任一實施社會保險的國家所能承擔；況且若民眾就醫時不需負擔任何醫療費用，難免有繳了健保費後，看病不看白不看的心態。由於醫療給付項目採正面表列或負面表列規定，攸關保險對象權益及醫療費用成長甚鉅，更可能衍生醫病間之爭議。衛生署雖於二代健保法兼採正面表列及負面表列之規定，惟上開規定尚有未涵蓋之範圍時，法無明文規定，衛生署允宜重視並妥善處理。

二十三、醫院評鑑對提昇醫療品質及國家形象確有其正面意義，但衛生署應檢討每年度評鑑次數及項目是否過多，醫院負荷是否過重，進而影響病患權益等問題：

(一)醫院評鑑係針對醫療機構之運作制度、醫療服務品

質做整體性評估，瞭解醫療機構是否有系統監測各項作業，並有計畫進行改善。我國是全世界第 5 個，全亞洲第 1 個實施醫院評鑑制度的國家，自 67 年開始辦理評鑑，並自 77 年起實施全面性之醫院評鑑。由於過去台灣地區醫療資源缺乏，設施老舊，為提供病人之基本醫療需求，醫院評鑑大多著重在結構面之評鑑，鼓勵醫院提供基本之環境供病人就醫，使醫療資源數量問題獲得基本之解決。然隨著社會之發展及變遷，民眾社經情況及生活水準提昇，為更有效提昇國內醫療品質，醫院評鑑在財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會主導（下稱醫策會）下，已發展成「新制醫院評鑑」及「新制教學醫院評鑑」，目的在於建立安全、有效、以病人為中心、適時、效率、公正優質的醫療服務體制，以及評核醫療服務品質，提供民眾就醫參考。由於醫院評鑑的結果，與特定醫療支付項目或標準連動，整體而言，多數醫院相當重視亦花費大量人力、物力及時間準備醫院評鑑工作，因此，醫院評鑑對於醫療機構硬體設施之充實與醫事人員數量及素質的改善，確有激勵效果，對於提昇醫療品質及國家形象，確有其正面意義。

（二）然而，醫師公會全聯會曾於網站提出對醫院評鑑項目之檢討問題及意見，該公會認為，醫院評鑑為藉由客觀、公正、有效的評鑑制度，提升醫療服務水準，具有正面意義。惟現行新制醫院評鑑基準項目有 508 項，新制教學醫院評鑑基準有 95 項，評鑑項目是否過頭了？且在醫院評鑑與健保給付聯結情況下，醫院為提升醫療品質，準備醫院評鑑過程

相當艱辛，造成醫事人力及經費極大負擔，故建議評鑑項目應以可量化及精簡為原則。另本案實地訪查過程中，部分醫院負責人表示每年醫院評鑑項目高達 30 幾項，每項都需要 1 個月或幾個月以上時間做準備，等於從年初到年末都要應付醫院評鑑。

- (三)醫院評鑑之目的在於提昇醫療品質，然而，現行新制醫院評鑑基準及新制教學醫院評鑑每 3 年需接受 1 次醫院評鑑，每年又有眾多項目需要接受評鑑，每次評鑑前需整合各部門人力組成小組以因應評鑑，又在實地評鑑前需進行耗時之文書處理作業，使得醫院之人力、物力及經費都大量投入於醫院評鑑之準備，對於平時之醫療及行政作業難免受到影響。醫院評鑑是一種提昇醫療品質的手段，但若評鑑項目過多、評鑑次數頻繁，反而會造成醫院人力吃緊而影響醫療品質，爰衛生署應檢討每年度評鑑次數及項目是否過多，醫院負荷是否過重，並進而影響病患權益等問題。

二十四、衛生署及健保局應強力推動決策會議、醫院財報、品質資訊及健保違規四大透明，其中有關財報透明，更應包括六大公開，俾民眾得以有效參與監督：

- (一)健保實施十五年以來，曾調整過 2 次健保費率，每次調整前，都引起社會極大的討論，部分民眾及民意代表最常提出的質疑是健保局需先解決「醫療浪費」的問題才能調整費率，其中尤以「藥價黑洞」最被詬病，而醫界常被民眾指責為醫療浪費的始作俑者，再加上極少數害群之馬，有嚴重違規或浮報虛報並詐領健保情事發生時，媒體總是大幅報導，甚至加以渲染，使民眾以為醫界違規乃司空見慣之

事，並指責健保局稽核不力；至於健保支出從開辦時每年 2 千億元左右，到 98 年已逼近 5 千億元，其經費甚為龐大，但仍入不敷出，因此，民眾及醫界常質疑健保資源是否用在刀口上，另外，究竟係由何單位或何人依何種決策流程分配健保資源，亦為外界關切；至於在健保支出不斷增加的同時，因國內許多醫院亦不斷進行規模的擴張，使部分民眾認為醫院之營收頗佳，加上認為醫師是國內收入最高之職業之一的刻板印象，故對於部分醫療院所或醫師不斷主張經營困難，頗難理解；至於過去健保因財務短絀問題難解，使得各界關注之重點在於財務面的改革，醫療品質雖有著力及提昇，但仍有進步空間，特別是隨著二代健保法修正通過後，財務問題尚有 5 年的喘息時間，長期被忽略的醫療品質，在此期間勢必受到更大的關注。

(二) 社會對於全民健保之討論，常與實情有所落差，主要原因在於健保資訊不夠透明，民眾不知道健保收入用到那裏去，也不知道健保局如何處分違規的醫療院所，更不知道有那些醫療品質資訊可作為選擇就醫處所的參考，當然對於醫院在健保總額預算制度下如何辛苦經營，並不知情。針對上述問題，財團法人台灣醫療改革基金會曾提出 4 項主張，包括：決策會議透明、醫院財報透明、品質資訊透明及健保違規透明等 4 大透明，上開主張，確可讓民眾獲得有關健保的正確資訊，使得未來的健保改革，能在一個具有理性辯論的基礎上，因此，確有強力推動四大透明的必要。

(三) 然而，財務問題仍係健保永續經營的最核心問題，



加上健保收入來源主要是民眾的健保費，健保成本主要用於醫療費用，是項費用相對而言即為醫療院所的主要收入來源，在民眾認為負擔太重的同時，醫療院所卻認為給付太少，究竟實情為何，只能仰賴醫院公布財務報表，使健保局能夠作為採行相關措施的參考依據，並讓民眾或相關團體進行有效監督，同時讓民眾、醫界及健保局，能夠在資訊完整的情況下，進行理性的對話。因此，醫改會主張特約醫院及當年領取之保險醫療費用超過一定數額之特約診所，應於次年向健保局提報經會計師簽證之健保相關財務報告，保險人並應將前述報表及公設會計師之查核報告予以公開，確有必要，該項主張已明訂於 100 年 1 月 4 日通過之二代健保法中。至於前述財務報表類別應包括：

- 1、資產負債表。
- 2、收支餘絀表。
- 3、淨值變動表。
- 4、現金流量表。
- 5、醫務收入明細表。
- 6、醫務成本明細表。

(四)全民健保涉及每年近 5 千億元之健保預算分配，其經費甚為龐大，故其決策流程應透明，接受各界監督；醫院應公布財報，使健保局得據以精算各項醫療服務之成本；又過去健保因財務問題，使得各界關注之重點在於財務面，對於醫療品質雖有著力及提昇，但仍有進步空間；至於廣為國人詬病之醫療浪費及院所違規問題，衛生署亦應加強防治，並藉由資訊之透明，讓民眾共同參與監督。爰衛生署及

健保局應強力推動四大透明，其中有關財報透明，更應包括六大公開，俾民眾得以有效參與監督。

二十五、為擴大社會多元化參與健保政策，衛生署應責成未來之健保會，就重大政策議題規劃推動公民參與，且健保局與衛生署亦應對相關決策負起說明之義務，以落實二代健保法之規定：

(一)我國全民健保的統理結構，是「人民主權」和「統合主義」原則的結合。人民主權原則下，以選舉機制為基礎的代議民主，實無法適切且有效反映民眾的偏好。另外，全民健保決策過程雖依循統合主義建立健保體制內的政策協商機制，包括健保監理會與健保費協會之運作，惟長期參與的社會團體包括醫事團體及職業團體(勞工團體)，在目前自由結社、表達管道多元的環境下，面臨參與協商團體代表性及團體內代表是否有效的問題。而尚未於現行體制內參與健保事務的社會團體，包括大部分的社福團體與病友團體，不僅代表產生機制甚為缺乏，其參與能力也不足，更有部分團體堅持於體制外運作與監督。全民健保乃重大社會安全政策，其許多政策決定深深影響民眾權益，應規劃擴大社會團體參與管道，並朝向民眾平等參與而努力。

(二)行政院二代健保規劃小組曾經就個別公民如何參與健保決策，進行如公民會議和審議式民調等參與模式的試驗。這些審議模式的公民參與，有以下幾個特質：

- 1、包容與平等：參與的過程應該包含不同背景的公民，讓各種多元的聲音和主張都能夠呈現；所有參與者，大家的地位都平等，每個人的意見都應

該受到尊重。

- 2、資訊充分：參與的過程必須提供充分的資訊，讓參與者能夠明智地判斷各種論點。
- 3、對話與溝通：參與者之間必須能夠進行對話，透過說理的過程，進行相互瞭解的溝通。
- 4、形成集體意見：以書面陳述共識結論、差異觀點、表決記錄，或以意見調查的方式，形成參與者對解決方案的集體意見。

(三)行政院雖然提出「擴大社會多元化參與健保政策」作為二代健保的改革主張，但有關公民參與部分，二代健保法全文只有1條相關規定，即「健保會…審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，得辦理相關之公民參與活動。」此規定有若干不足之處。包括：針對何種議題，何時應該發動公民參與活動，缺乏強制性的規定，法律條文只是聊備一格的宣示意義；另公民參與活動的種類繁多，未必都具備上述的「平等與包容，資訊充分，對話與溝通，形成集體意見」的特質。為了建立具有知情的公共討論性質的公民參與，未來之健保會允應成立「公民參與小組」，由數名委員和熟悉公民參與的專家組成，就重大政策議題規劃推動公民參與；公民參與小組應就議題性質、政策目標與決策時機，選擇適當的公民參與模式，並監督執行過程；而健保會亦應對公民參與的結論做討論與回應，健保局與衛生署亦應對相關決策負起說明之義務，以落實二代健保法有關公民參與之規定。

二十六、衛生署應加強向民眾宣導珍惜有限健保資源的觀念，教育民眾正確醫療保健知識，更應審慎研議有

效對策，妥適處理保險對象「三多」問題：

- (一)本案在實地訪查時，不論是在正式座談或私下互動場合，大家都有一個共同的感受，那就是伴隨著健保的實施，確實產生不少的醫療浪費，特別是民間所形容的「三多」更受到詬病，這「三多」即「看病多、拿藥多、檢查多」。
- (二)民眾「看病多」原因之一即為「醫療資源可近性高」，由於醫療院所普及，且甚多醫療機構從早上開始看診至夜間始結束，因此民眾就醫便利，且可隨時就診，加上醫療機構求診之機會成本不高，使得國人看病次數多；原因之二即為「醫療服務範圍廣」，因為不僅西醫納入健保，包括中醫、牙醫也均納入，此範圍之廣，恐舉世無出其右；原因之三即「人口老化」，我國老年人口逐年增加，因而容易引發多重慢性病，病患常應不同科別之門診，所以常須多次掛號或多次就診，看病次數因此增加；原因之四即「文化因素」，部分民眾不經轉診，逕自前往醫學中心就醫，使國人在大醫院門診就醫之情形多，分級轉診形同虛設，這些因素造成國人平均門診就醫次數居高不下。
- (三)依據衛生署 95 至 96 年實施「家庭用藥總檢查」計畫調查發現，有 40%民眾認為看病就要拿藥，就醫觀念不正確比率甚高。另國人 98 年至西醫門診醫療時，有 86%開立處方箋，牙醫則有 16%開立，合計約有 79%開立處方箋。至於每張處方箋品項數，西醫為 3.2 項，牙醫為 2.2 項，平均為 3.2 項，每張處方箋之費用，由 89 年之 246.5 元增加至 98 年之 340.9 元（詳見以下兩表），可見健保實施後，民眾「拿藥多」的情形普遍，

且健保給付每張處方箋的費用亦呈現增加趨勢。

年度	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98
開立處方箋占門診件數										
西醫	80%	90%	89%	89%	89%	89%	88%	88%	87%	86%
牙醫	11%	11%	12%	12%	13%	13%	14%	14%	15%	16%
門診（不含中醫）	74%	83%	82%	83%	82%	82%	81%	81%	80%	79%
每處方箋藥品項數										
西醫	4.2	4.0	3.8	3.8	3.7	3.5	3.2	3.2	3.2	3.2
牙醫	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.5	2.2	2.2	2.2	2.2
門診（不含中醫）	4.2	3.9	3.8	3.8	3.7	3.5	3.2	3.2	3.2	3.2
每處方箋藥品費用										
西醫	249.2	263.9	266.0	283.6	294.2	289.2	317.1	323.1	343.7	347.2
牙醫	32.2	32.0	31.1	24.2	23.3	20.0	17.4	14.6	14.5	16.2
門診（不含中醫）	246.5	261.2	263.2	280.3	290.4	285.4	312.3	317.8	337.6	340.9

資料來源：衛生署統計室

註：此表格不含中醫，且連續處方箋亦算多筆處方箋

項目	2004 年			2005 年			2006 年		
就醫人數	合計	門診	住診	合計	門診	住診	合計	門診	住診
	21,919,074	20,097,271	1,821,803	22,006,366	20,218,734	1,787,632	21,647,176	19,910,839	1,736,337
健保藥品申報費用（元）	合計	門診	住診	合計	門診	住診	合計	門診	住診
	94,525,542,556	74,718,593,330	19,806,949,226	98,408,657,964	77,424,589,536	20,984,068,429	100,458,698,363	79,965,792,013	20,492,906,350
健保藥品申報費用(含不另計價藥品)(元)	合計	門診	住診	合計	門診	住診	合計	門診	住診
	103,463,163,247	82,423,811,745	21,039,351,502	107,624,877,295	85,461,208,213	22,163,669,083	109,347,062,411	87,611,826,736	21,735,235,674
健保門診藥品申報費用對國內生產毛額(GDP)占率(%)	0.74			0.75			0.74		
健保門診藥品申報費用對國民醫療保健支出(NHE)占率(%)	12.19			12.26			12.01		
平均每人門診健保藥費(元)	3,639.53			3,759.88			3,838.68		
門診處方箋總數	191,715,234			185,287,220			178,551,243		
平均每人門診處方箋數	8.46			8.15			7.82		
平均每人門診就醫次數	10.79			10.80			10.06		
平均每張門診處方箋藥品項數	4.77			4.79			4.35		
平均每張門診處方箋藥費	430.07			461.24			490.68		

資料來源：衛生署統計室

- (四)健保實施後，國人使用特殊昂貴醫療儀器檢查人次大為增加，以使用人次較高之電腦斷層掃描儀為例，86 年有 570,246 人次，98 年即達 1,391,606 人次，增加 1.44 倍；磁振造影機由 86 年之 101,837 人次成長至 98 年之 483,008 人次，增加 3.74 倍；正子斷層掃描設備，94 年為 22 台，98 年已增加至 38 台，台數增加 72%；使用人次由 94 年之 14,673 人次成長至 98 年之 30,249 人次，增加 1.06 倍，其他特殊昂貴醫療儀器使用人次如表，亦有大幅度之成長，可見健保實施後，民眾使用特殊昂貴醫療儀器逐年明顯增加，而有「檢查多」之情形。
- (五)全民健保之被保險人有繳交健保費之義務，其獲得醫療給付之權益亦將受到保障；保險特約醫事服務機構有提供保險對象醫療服務之義務，因而獲得對價之醫療費用支付，惟一旦醫療院所或保險對象對於醫療之供給或需求遠超過實際之需要而發生醫療浪費情事，將排擠健保預算使用之用途，影響確有需求者之醫療需要，而危及全民健保之公益性質，因此民眾醫療權益之保障並非等同於毫無節制地使用醫療資源，再由全體被保險人共同買單。然而，國人享受健保照護之同時，確已發生「看病多、拿藥多、檢查多」之「三多」現象，健保局目前對於醫療費用之控制，主要是對提供醫療服務之醫療院所進行管控，然而，部分「三多」問題之發生，亦與民眾指導醫師之醫療行為或民眾缺乏醫療衛生常識有關，部分民眾亦缺乏健保資源有限，應予珍惜之觀念。對於民眾「三多」問題之處理，雖仍需仰賴醫界於病患看診時適時進行衛生教育，但衛



生署及健保局亦應加強向民眾宣導珍惜有限健保資源的觀念，教育民眾正確醫療保健知識，更應審慎研議有效對策，在保險對象至醫療院所重複醫療或取藥時，即能立刻查覺，並加以妥適之處理，以有效管控「三多」問題。

二十七、為避免健保資源遭誤用及維護醫療風紀，衛生署及健保局允應加強查緝，對極少數違法亂紀，詐領健保給付之醫院與醫師，應嚴正執法，並籲請相關醫事團體，包括全國性與地方性醫師公會，共同致力於醫師倫理維護與加強自律，俾重振醫德，重建醫師尊嚴：

健保實施以來，健保局透過民眾檢舉，以及主動利用醫務管理系統及費用申報系統，已辦理各項專案稽查，查緝不法。98年間查核違規案件634件，其中536件查有違規，分別有68家被記違約記點、234家扣減費用、207家停止特約、27家終止特約。另對醫事服務機構容留密醫執業及虛報費用者，移送檢調機關偵查者，分別有19家及178家（詳如下兩表）。至於違規之健保特約醫療院所之名冊，目前健保局已公開於該局網頁供民眾查詢。

84-98年間健保局對違規醫療院所之處分情形

單位：家

年度	違約記點	扣減費用	停止特約	終止特約	總計
84	159	4	40	20	223
85	238	19	262	85	604
86	126	34	250	161	571
87	165	62	246	143	616
88	445	97	230	67	839
89	304	76	218	35	633

年度	違約記點	扣減費用	停止特約	終止特約	總計
90	295	135	237	33	700
91	421	288	56	25	790
92	412	853	162	11	1,438
93	231	1,019	90	4	1,344
94	192	568	228	11	999
95	174	885	224	26	1,309
96	165	241	149	17	572
97	136	154	138	18	446
98	68	234	207	27	536
合計	3,531	4,669	2,737	683	11,620

資料來源：健保局

#### 84-98 年度健保特約醫事服務機構涉嫌違法移送司法機關件數

單位：件

年度	密醫	虛報	合計
84	105	91	196
85	60	81	141
86	117	78	195
87	55	43	98
88	22	36	58
89	23	66	89
90	23	55	78
91	13	55	68
92	6	24	30
93	2	21	23
94	5	41	46

年度	密 醫	虛 報	合 計
95	9	71	80
96	2	164	166
97	4	118	122
98	19	178	197
合 計	465	1,122	1,587

資料來源：健保局

國內極少數醫院及醫師在健保實施以來，有違法亂紀，浮報或虛報醫療費用，詐領健保給付，甚至容留未具資格者執行醫療業務等重大違規案件情事，一旦被查獲並經由媒體揭露後，一粒老鼠屎可能壞了一鍋粥，往往讓全體醫界蒙塵。邇來，國內更發生數起駭人聽聞的重大醫療違規犯罪案件，包括數名醫師與犯罪集團勾結，以掉包檢體方式，將癌症檢體混充非癌症病人之檢體送病理檢驗，且切除未罹癌病患特定身體部位，更進行化學治療或放射治療，據以向商業保險公司申請理賠，共謀犯罪之醫師，已先後經衛生署廢止其等醫師證書在案。另高雄某醫學中心婦產科主任涉嫌勾結詐騙集團，以「假罹癌、真切除」之手法，將假病患之子宮、卵巢等切除，其所任職之醫院更經衛生署罰款上億元。前述違法之醫師，均經檢察官起訴在案。對於此等極少數違法亂紀的醫院與醫師，衛生署確應嚴正執法，除依健保相關法規規定，處以停止特約、罰鍰外，倘涉及刑事不法，如詐領健保給付等，亦應移送地檢署偵辦，並應加強查緝，嚴格取締不法，以遏止類似事件再度發生，以免危害健保永續經營之基石。

在台灣近代民族運動史上享有崇高地位的「先覺

者」，包括有「台灣孫中山」之稱的蔣渭水、「台灣新文學之父」之稱的賴和，二林事件農民運動主要領導者李應章等，都是醫師，既代表日治時代台灣社會的菁英，亦代表社會的良心，此一醫者濟世救人之傳統觀念長期以來傳承並深植國人心中，因此，醫師迄今仍享有極為尊崇地位，各界對於醫師之醫療專業亦給予相當之尊重。雖然隨著社會的變遷以及健保制度的實施，使得醫病關係已不全然建立在信任之上，但是各界要求醫界有更高的道德標準以及對於醫療弊端的深惡痛絕，並未改變。為避免健保資源遭誤用及維護醫療風紀，衛生署及健保局對極少數違法亂紀，浮報、虛報及詐領健保給付之醫院與醫師，應嚴正執法，並籲請相關醫事團體，包括全國性與地方性醫師公會，共同致力於醫師倫理維護與加強自律，俾重振醫德，重建醫師尊嚴。

二十八、衛生署允應加強對不具醫師資格者向高齡之醫師或總統牌醫師借牌，再容留未具醫師資格者執業之問題，嚴格取締，使零密醫之目標得以早日達成，俾保障合法醫師執業權利，以及民眾獲得專業醫師提供醫療之權益：

- (一)按醫師法第 1 條及第 6 條分別規定：「中華民國人民經醫師考試及格並依本法領有醫師證書者，得充醫師」、「經醫師考試及格者，得請領醫師證書」。同法第 2 條第 1 項第 1 款規定應醫師考試應具之資格，主要為「公立或立案之私立大學、獨立學院或符合教育部採認規定之國外大學、獨立學院醫學系、科畢業，並經實習期滿成績及格，領有畢業證書者」，即醫師資格取得之前提，必須接受完整之

醫學教育，並經醫師考試及格，始得當之。政府透過專業能力管制手段，使執業醫師必需具備一定之能力，藉此保障民眾之醫療權益。

(二)然而，前項醫師法規定施行前，國內醫師資格亦可透過檢覈方式取得。醫師法於 32 年公布施行後，政府為考量「退除役軍醫」之就業機會，於 56 年修正醫師法規定，即公立或立案之私立專科以上學校或經教育部承認之國外專科以上學校修習醫學，並經實習成績優良者，得以檢覈方式取得醫師資格，而政府於 64 年間，曾大量發給退伍役軍醫醫師執照，65 年間將「特種考試衛生技術人員考試規則」修改為「六十五年特種考試退除役軍人轉任衛生技術考試規則」，並把所有應試的「軍醫」均以「公共衛生醫師」名義全額錄取。也就是沒有受到醫學教育的軍醫，通通變成醫師，上述醫師即俗稱「總統牌醫師」。

(三)隨著退伍軍醫逐漸凋零，醫學院醫學系畢業並通過國家考試及格之醫師在各醫療院所執業，使得國內醫師人數及品質均不斷提升，國內醫療水準亦因醫師高素質而有相當水平。要求醫事人員具備特定資格始得為之，乃現代文明國家對人民醫療權益保障最基本的方式。因此，醫師法第 28 條即規定，未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，即所謂密醫，依法處 6 個月以上 5 年以下有期徒刑，得併科 30 萬元以上 150 萬元以下罰金，其所使用之藥械沒收之。

(四)然國內密醫存在問題由來以久，在健保開辦初期，每年查獲之密醫案件更有上百件，但密醫問題卻始

終未能根除。本案實地訪查健保東區業務組所轄醫療院所時，曾發現某家診所現址，之前亦係其他醫師開立之另一診所，此診所由不具醫師資格者向高齡之醫師或總統牌醫師借牌，再容留未具醫師資格者執業，經健保東區業務組查獲後，再更換開業負責醫師及更改診所名稱，再借牌或由高齡醫師繼續執業；更有甚者，99年9月底時，國內查獲密醫集團支援17家醫療院所之急診醫療業務，其中11家醫院為衛生署指定之急救責任醫院；99年12月底，媒體亦報導新北市某醫院泰山院區遭該院護士檢舉密醫行為及涉嫌詐領健保費，甚至因密醫進行醫療行為造成病人死亡之憾事，可見密醫問題猶待解決，衛生署允應加強對不具醫師資格者向高齡之醫師或總統牌醫師借牌，再容留未具醫師資格者執業之問題，嚴格取締，使零密醫之目標得以早日達成，俾保障合法醫師執業權利，以及民眾獲得專業醫師提供醫療之權益。

二十九、健保局應督促醫療院所將自行收費項目公開透明，並向民眾清楚說明需自行負擔之原因，以免損及病患權益，並減少醫病間之糾紛：

依據醫療財團法人所送93年至97年財務報告資料顯示，其非健保醫務收入占醫務收入比率之平均值約為23.68%。依本案實地訪查的問卷回數的資料統計，91家醫院中，自費收入占率小於5%，計10家（10.99%）；5%以上，未滿10%，計10家（10.99%）；10%以上，未滿15%，計32家（35.16%）；15%以上，未滿20%，計22家（24.18%）；20%以上，未滿25%，計8家（8.79%）；超過25%，計9家（9.89%）。主要

之自費收入項目包括：掛號費、病房差額費、健檢、整型美容、藥費、牙科自費、護理費、證明書費、診察費、伙食費、特殊材料費、護理之家收入等。

衛生署為維持全國醫療機構費用收取秩序，爰於99年9月30日召開醫療行政及法規研討會，與全國各縣市衛生局及中央健保局等相關之機關，共同檢討醫療機構現行收取各項費用之妥適性，彙整該署歷來函釋關於醫療機構擅立名目向民眾收取費用之項目，經決議轉床費、磨粉費、住院取消手續費、加長診療費、提前看診費、檢查排程費、預約治療檢查費、指定醫師費、掛號加號費等9項費用，屬於擅立名目收費。並於99年10月6日以衛署醫字第099021896號函，請各縣市衛生局依上開規定辦理，明定醫療機構一律不得收取所謂之指定醫師費。

目前醫療院所向民眾收費的項目，大致有三個類別。一是全民健保依法不給付的項目，如假牙、非治療性的美容等。第二，健保雖有給付，但僅限於特定品項，某些與給付品項具有相同功能或治療效果的手術、處置、材料和藥品，健保可能不給付。在這類別中，某些原先健保不給付的醫材（如塗藥血管支架），已採部分給付，由健保局依同類品項（如傳統血管支架）健保支付價給付，超過部分由保險對象自行負擔。第三，健保有給付，但必須符合適應症。第二、三類向民眾收費的項目，衍生許多爭議。在第二類中，醫療院所可以勸說民眾使用健保不給付的手術、材料和藥品，但可能沒有告訴民眾，其實也可以選擇功能相同但健保有給付的治療項目。在第三類中，醫療院所擔心審查時某些品項會因病歷記載的適應症不符，而

被刪除，因此要求民眾自費，且可能以「健保沒有給付」為由搪塞。雖有部分醫院巧立名目，民眾不明就裡，以為上述第二類、第三類項目都是健保不給付的，以致民眾權益受損。

綜上，有關自費項目之收費方式及標準不明確，常使醫病間發生糾紛，由於部分醫療機構收費標準不公開，且定義不清，民眾難以查詢，加上健保支付標準項目甚多，民眾對於自行付費金額之計算，不甚清楚，只能依據醫療收據付費；故健保局應督促醫療院所將自行收費項目公開透明，並向民眾清楚說明需自行負擔之原因，以免損及病患權益，並減少醫病間之糾紛。

三十、衛生署為維護國民權益及健保之永續經營，對於境外醫療費用之申請，允應建立嚴格之查核機制；更應恪遵健保特約醫院只能及於政府治權所及之處，不能以任何形式或任何名義超越政府實質有效統轄範圍之外，以避免動搖或瓦解健保的財務基礎：

(一)本院 99 年 5 月 20 日另調查「我國每年海外就醫傷病申請核退案件中，於中國就醫之申請件數最多，並發現許多詐領案件。另報載指出，第六次江陳會擬討論將中國所轄中資及台資醫院納為健保特約醫院」乙案，據健保局說明，現行健保相關法令制度為保障被保險人於全民健康保險施行區域外（包括國外及大陸地區）發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地醫療機構就醫或分娩等緊急就醫權益，爰以「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法」做為核退醫療費用作業依據。次查健保局受理國人申請於境外地區緊急傷病核退全民健保



費用之申請件數，92-98 年度已成長至 360%，受理申請核退金額之增幅亦達 312%。其中，中國大陸地區申請件數之成長幅度約 433%；受理申請核退金額亦成長約 231%，且實際核付金額之地區別占率中，中國大陸地區之占率皆在 64%至 70%之間，均見該地區就醫核退金額有明顯增長趨勢。

(二)前揭情形係因近年國人赴中國大陸地區旅遊、出差、就業之人數比率急速增加，致國人於大陸地區之緊急傷病醫療費用需求日益龐大，惟兩岸醫療體系及醫療水平不一致，且大陸公證單位又缺乏國際公信力，致濫開、偽造大陸醫療證明詐領健保給付情事時有所聞，或有保險對象與「黃牛」結合成為共犯結構，詐領健保給付。故為杜絕現行核退辦法衍生之詐領費用疑義，健保局除應強化就醫核退醫療費用之查核機制，建立懲處統計資料外，並應對有不良紀錄之特殊醫院予以列管，俾利加強查察造假、浮濫等情事。另對大陸地區在院區內設置公證處所提供之醫療證明公證文件，亦應嚴加控管，避免滋生以偽造不實文件浪費珍貴全民健保資源。

(三)有鑑於兩岸交流日漸頻繁，往返兩地旅遊、出差及工作之人數與日俱增，相關醫療需求亦隨之提高，近年來健保局受理中國大陸地區緊急醫療費用核退之案件數及金額呈逐年增加趨勢，為避免「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法」規範不周，淪為不肖份子詐領健保費用之工具，本院爰已於上揭調查案，提出請該局強化健保施行區域外就醫核退醫療費用之查核機制，加強查察造假、浮濫等情事，俾避免滋生以偽造不實文件詐領健保給

付，浪費全民健保資源。

(四)我國現行健保係以中華民國有效統治地區內之二千三百萬人民為服務對象，各項改革及試辦計畫亦以謀求國民之福祉為出發點，故全民健保之本土性內涵，實為我國健保制度存在之基礎。爰衛生署為維護國民之權益及健保之永續經營，允應遵守政府政策及法令，嚴格恪遵健保特約醫院只能及於政府治權所及之處，不能以任何形式或任何名義超越政府實質有效統轄範圍之外，以避免動搖或瓦解健保的財務基礎，嚴重損及二千三百萬人民得之不易的健康照顧權益。

三十一、國內公立醫院藥品聯標將逾專利期之原開發廠藥品單獨列標，有如間接指定採用，明顯排擠國內學名藥廠之公平競標機會，健保局允宜正視並檢討改進：

醫院藥品之採購，各訂有相關規範及程序，通常對於同成分、同規格的藥品會採購 2 種以上品牌，即選用 2 家以上不同藥商之藥品。

本案訪查國內藥廠及辦理藥界八大公協會座談過程中，台灣區製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會及社團法人中華民國學名藥協會，均強烈表達衛生署、退輔會、教育部體系公立醫院於藥品聯標時，將逾專利的原開發廠藥品單獨列標，亦即原開發廠藥品不需與學名藥共同競爭，列為保護對象，而與該原廠藥同成分、同規格之眾多學名藥，則需與醫院議價而互相削價競爭。

國內學名藥廠經歷 GMP、cGMP 及現今 PIC/S GMP 的考驗，配合國家政策不斷提升品質，且致力於 BA/BE

學名藥的研究，以期學名藥與原廠藥品在人體吸收、分布、代謝及排除之速率方面均無顯著差異，惟國內前揭公立醫院將已逾專利期之原開發廠藥品單獨列標，儼然間接指定採用，明顯排擠國內學名藥廠之公平競標機會，健保局允宜正視並檢討改進。

三十二、在用藥安全前提下，衛生署允宜研議新藥查驗登記及健保核價簡化機制，俾利新藥得以適時進入國內市場，以增進國人用藥權利：

(一)藥事法第39條第1項「製造、輸入藥品，應將其成分、規格、性能、製法之要旨，檢驗規格與方法及有關資料或證件，連同原文和中文標籤、原文和中文仿單及樣品，並繳納費用，申請中央衛生主管機關查驗登記，經核准發給藥品許可證後，始得製造或輸入」，另全民健康保險藥價基準第一章、參規定「本基準未收載之品項，由藥品許可證之持有廠商，向保險人申請收載並經核准後，始得納入支付品項；……。」顯示不論新藥或學名藥，若要在國內製造或輸入，必需向衛生署申請查驗登記，並經該署核准取得藥品許可證；另藥品若要納入健保支付品項，必需由該藥品許可證持有廠商，向健保局提出申請，因此查驗登記及健保核價申請，係新藥進入國內市場之重要前置作業。

(二)本案辦理藥界八大公協會座談過程中，中華民國開發性製藥研究協會及台北市美國商會均表示，臺灣新藥查驗登記平均審查天數為668天，新加坡則需450天，歐盟405天，南韓400天，美國390天，香港及澳洲各需360天，顯見與先進國家及亞洲鄰近國家相較，臺灣新藥查驗登記顯然需要耗費較多的時

間。

(三)另本案實地訪查國內原開發藥廠及藥商過程中，甚多藥廠表示，健保核價所花費時間過長，其中荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司台灣分公司具體提出，該公司於公元2007年間，共有2項癌症藥品在我國與澳洲同時取得藥品許可證，但在申請我國健保與澳洲健保核價花費的時間，卻相差近1年以上，即自取得許可證後，申請澳洲健保核價所需時間仍維持約1年左右，而我國則需花費約2年時間；另該公司表示，依風險管理原則，若新藥同時獲有美國或歐盟許可證照或新藥成分在臺灣已核准時，建議健保局可直接接受廠商申請健保核價審查。整體而言，健保對於新藥的收載及核價審核，因需諮詢及彙整各國核價資料，及審酌藥商申覆意見等繁複程序，核價審查可謂曠日廢時，恐延緩新藥進入國內健保市場。

(四)綜上，查驗登記及健保核價申請，不但係新藥引進國內之重要前置作業，更是決定進入健保市場時間點之關鍵因素，但國內新藥許可證審查花費時間顯然較大多數先進國家及亞洲國家多，再加上健保對於新藥的收載及核價審核的時間過久，如此恐降低國際藥廠引進新藥之意願，故在用藥安全前提下，衛生署允宜研議新藥查驗登記及健保核價簡化機制，俾利新藥得以適時進入國內市場，增進國人用藥權利。

三十三、面對本土藥廠提供國人約 75% 藥品，但健保給付金額卻僅占藥費金額約 25%，以及國內使用的醫療器材主要以進口為主之現象，經濟部、國科會及衛生署

應共同提出製藥及醫療器材產業發展之誘因及配套措施，並建立各階段連結平台，以營造產業發展環境：

為促使生物技術產業成為我國 21 世紀的明星產業，政府長期推動相關重大措施政策。71 年行政院即將生物技術列為 8 大重點科技之一，且該院於 84 年頒布「加強生物技術產業推動方案」，從法規及查驗體系、研究發展及應用、技術移轉及商業化、投資促進及育成、生技服務業及產業策進等 5 個工作目標著手，並於 92 年提出行動計畫書；另 96 年 7 月 4 日總統公布施行「生技新藥產業發展條例」，該條例提供生技新藥公司在技術、人才、資金的優惠措施，以鼓勵國內生技公司從事新藥的開發；另行政院於 98 年 10 月 7 日核定「台灣生技起飛鑽石行動方案」行動計畫，主要目標係補強藥品與醫材在中游轉譯研究上的產業鏈缺口，加速學術研發成果商品化，同時搭配園區週邊資源與商業育成服務協助生技業者發展，以帶動產業發展及創造就業機會。

據健保局查復，98 年健保支付的藥價金額約為 1,323 億元，顯示健保藥品是國內最大的藥品內需市場，亦即國內藥廠生產的藥品，以進入健保藥品市場為主，惟 98 年外資藥廠（含原料廠及代理商）產品之給付金額占總金額 74%，其餘 26% 為本土藥廠產品，但若以藥品數量分析，約有 70% 為學名藥，也就是學名藥廠提供了國內大部分的藥品數量，但藥品給付金額卻僅有原廠藥之 1/3。至於醫療器材，國內醫院使用的醫療器材主要以進口產品為主，尤其是第 3 級醫療器材及昂貴醫療器材等品項，皆是由外國廠商所獨占；反觀國內醫療器材廠商則以低階器材及醫療耗材

產品的供應居多，且以居家用及外銷為主。前揭 98 年全民健保藥價基準收載之原廠藥、BA/BE 學名藥及

藥品分類	品項數	品項占率	費用占率
原開發廠藥品	1,137	6.67%	60.60%
BA/BE 學名藥	1,348	7.91%	15.30%
一般學名藥	14,559	85.65%	24.10%
小計	17,044	100.00%	100.00%

綜上，國內本土藥廠以製造學名藥為主，導致提供國內高達 70% 的健保藥品，但給付金額卻約僅有原廠藥品之 1/3；另國內醫院使用的醫療器材皆以進口為主，且本案沿途訪查醫院之洗腎中心及洗腎診所過程中，發現其血液透析材質，皆購自某一外商集團，顯見國內新藥及醫療器材市場全由外國廠商所獨占。政府雖長期投入生技產業之推動，然卻無法支應國人對於藥品及醫療器材之需求，故國科會、經濟部及衛生署應重新審視，並自新藥及醫療器材之研發、生產至國內市場行銷通路等階段，共同提出該產業發展之誘因及配套措施，並建立各階段連結平台，共同營造醫療生技產業發展環境，以滿足國內市場需求，促進國人健康，並致力提升國際競爭力，以逐步拓展至海外市場。

三十四、為厚實國內藥廠競爭力，增強其研發新藥潛能，衛生署、經濟部允宜共同促進國內藥廠進行垂直整合或策略聯盟，並鼓勵國際性知名藥廠採行「在地化」政策，與國內藥廠也進行垂直整合或策略聯盟：

為提高國內藥廠製藥品質，取得國際間的認證，衛生署陸續推行藥廠 GMP、cGMP 及 PIC/S GMP，在不敵成本必須不斷增加之經濟壓力下，許多藥廠紛紛倒

閉或被併購，致國內藥廠目前僅存 100 餘家。

國內現階製藥產業環境已走向成本高、市場小及報酬低之趨勢，本案實地走訪國內藥廠過程中，竟發現本土藥廠所生產的大型輸注液價格竟比 1 瓶礦泉水還低，此救命用的藥品，卻因內需市場小、健保核價制度及同業彼此削價競爭之影響，演變成這殘酷的結果。環境的變遷使國內製藥產業不得不面對及改變，垂直整合或策略聯盟係重要的因應之道，經由串聯及整併各藥廠的專精與優勢，始能提升技術流通、人材善用及設備使用率。

在國內製藥產業逐步拓展海外市場，走向國際化的同時，衛生署及經濟部應鼓勵國內跨國藥廠走向「在地化」，垂直整合或策略聯盟國內具有研發潛力、產值之本土藥廠，共同營造雙贏的環境。

綜上，國內藥廠從 GMP 到 cGMP，再到 PIC/S GMP 認證，品質要求不斷提升，獲利能力卻節節下退。衛生署及經濟部允應就國內藥廠及藥業之環境特色，針對內需市場小、原料需仰賴進口、報酬率低及研發能力尚建立中之情況下，提出國內藥廠垂直整合或策略聯盟之考量，並鼓勵國際藥廠採行「在地化」政策，也與國內藥廠進行垂直整合策略聯盟，以厚實國內藥廠競爭力，增強研發新藥潛能。

三十五、為了使推行多年卻不見成效的分級轉診能夠水到渠成，當國內主要醫療機構均已步入盤整和整頓的時期，衛生署允宜提供誘因或機制，促使醫學中心和有實力的區域醫院，能在個別分局的區域內，進行有效的垂直與水平整合，以提升醫療品質，並節省醫療資源：

- (一)醫療網第一期計畫即以區域為單位規劃醫療人力與設施，醫療區域內之醫療單位依功能分為基層醫療單位、地區醫院、區域醫院三類。基層醫療單位為「群體醫療執業中心」、私人診所及小型醫院，提供門診醫療服務；中型的公立、私立醫院為地區醫院，提供一般性住院及門診醫療服務。需要精密而高度技術之診斷及治療者，再轉往區域醫院診治。至於醫學中心之功能，主要在於研究、教學、訓練及從事須精密診斷及高度技術之醫療工作。另該計畫亦規劃建立轉診制度，即醫院、診所因限於設備及專長，無法確定病患之病因或提供完整治療時，應建議病患轉診；區域醫院應在該服務區域內負責協調發展雙向轉診服務。由此可知，國內分級轉診政策於醫療網第一期計畫時即已確立。
- (二)然而，國內分級轉診之成效始終不彰，部分民眾無論任何疾病，其就醫之首選仍在醫學中心，使得國內醫學中心每日門診服務量甚大，而醫學中心應負擔之研究、教學、訓練及急重症醫療反受影響，因此健保法在立法之際，為強化分級醫療及轉診制度，乃訂定越級就醫加重部分負擔之規定，但因健保開辦初期引發民眾強烈反彈，是項規定未能落實。
- (三)全民健保實施十五年以來，在市場競爭機制及民眾就醫偏好下，促使規模大小不一的醫院，重新改變經營策略，調整經營規模，部分醫院則將業務轉型、合併聯盟，或進行垂直整合與水平整合。醫療院際合作及整合，已是國內醫療發展之趨勢，藉由策略聯盟的成立與垂直及水平整合，可達資源共



享、成本分攤、加速創新、易於取得新技術等優點。國內目前醫療體系之垂直整合，多係由醫學中心擔任整合火車頭之角色，不論公立之台大醫療體系、榮總醫療體系，或是非公立系統之長庚醫療體系、馬偕醫療體系、彰化基督教醫療體系、慈濟醫療體系，均有醫學中心之支持，提供質量均佳之醫事人員、協助辦理聯合採購、建置資訊系統，使得在各醫療體系內規模較小之醫院，不再受限於經濟規模之限制，以及醫事人員招募之困難，得以提高經營效率、降低投資風險，提供民眾更完善之醫療服務，目前國內主要醫療機構均已步入盤整和整頓的時期。

(四)除了前揭醫療體系以醫學中心為首，提供醫事人力及後送之支援外，國內亦有為數不少之區域醫院，亦具備整合當地醫療院所之實力。以國內中部地區的區域醫院為例，多年來亦積極展開垂直與水平整合，例如：秀傳醫院除接辦台南市立醫院及高雄縣立岡山醫院外，亦在台北成立秀傳聯合門診，並先後成立竹山秀傳醫院及彰濱秀傳醫院；又如：澄清醫院除原設置之平等院區外，亦設中港院區，更陸續與其他醫院整合，成立霧峰澄清醫院、太平澄清醫院、大雅澄清醫院、烏日澄清醫院，以及設立大里市農會附設中西醫聯合診所與進駐經營台中工業區員工診所，其等雖非醫學中心，但對於醫療資源之整合與醫療效率之提升，都已有成績及貢獻。且因轄下已有地區醫院及基層診所，使得分級轉診更能夠水到渠成。

(五)國內目前已進入醫療體系整合及整頓之時期，多數

醫學中心及區域醫院，透過垂直與水平整合，已有效交流人力、物資、管理系統及政策，有助於避免重複之醫療投資、提昇醫療服務效率，更使推行多年卻不見成效的分級轉診能夠水到渠成。當國內主要醫療機構均已步入盤整和整頓的時期，衛生署允宜提供誘因或機制，促使醫學中心和有實力的區域醫院，能在個別分局的區域內，進行有效的垂直與水平整合，以提升醫療品質，並節省醫療資源。

三十六、面對民間醫院的興起、公私立醫療體系的消長，以及五都的新因素，長期以來，一直扮演推動醫療網與公衛任務火車頭的署立醫院，衛生署允應全盤思考今後如何重新定位其角色：

- (一)按衛生署 74 年核定之第一期醫療網計畫，以「生活圈」之概念，劃分 17 個醫療區，並以區域為單位規劃醫療人力與設施，當時國內醫療服務之提供，主要仰賴公立醫院，但尚有部分地區之醫療資源有所不足，衛生署所訂醫療網計畫解決此問題之主要措施，係由該署及原台灣省政府規劃「醫療資源缺乏地區興建地區醫院計畫」，由政府興建或改建醫院。另為建立結構完整、分布均勻之醫療保健服務網，利用醫療資源，提昇醫療保健服務品質，確保民眾健康，與提高生活品質，第一期醫療網計畫乃由衛生署編列預算，補助原台灣省政府所屬台北醫院興建急診門診及手術大樓、雲林醫院急診大樓、嘉義醫院病理檢驗及醫護宿舍大樓、屏東醫院醫療大樓、花蓮醫院急診大樓、澎湖醫院病房大樓、中興醫院病房大樓、豐原醫院復建大樓、基隆醫院病房大樓及籌建竹東醫院。第二期計畫中並輔

導加強公立醫院管理及提昇營運績效，充實公立醫院醫療設施及院舍，藉以提昇醫療服務品質。計有衛生署立桃園、新竹、苗栗、雲林、台中醫院完工，另並積極規劃設計、招標，惟因用地取得(桃園、彰化、嘉義)困難。且招標項次次數較多，各院在第二期期間內無完工工程。當中，彰化醫院遷建、嘉義醫院遷建、雲林醫院擴建工程，延長列入醫療網三期。在醫療網第四期計畫 90 年執行時，國內每一縣市均設有衛生署所屬醫院，形成台灣地區醫療網架構中最重要部分，有助於促進醫療資源之均衡。

- (二)然而，全民健保實施後，私立醫院蓬勃發展，不論醫院家數或設置病床數均大幅增加，截至 98 年時，私立醫院家數已有 434 家，但公立醫院家數由全盛時期百家以上，減少為 80 家，私立醫院之病床數為 88,803 床，已大幅超過公立醫院 45,913 床。至於國內各醫療分區，早期省立醫院都扮演核心角色，但隨著私立醫院規模不斷擴張，目前 23 家醫學中心中，僅台大醫院、成大醫院、台北榮民總醫院、台中榮民總醫院、高雄榮民總醫院及三軍總醫院 6 家係公立醫學中心，其餘 17 家醫學中心則為私立醫院，至於衛生署所屬醫院中，則無評鑑為醫學中心者。在健保實施前，部分縣市之省立醫院為提供當地民眾急重症醫療的核心醫院，其醫療設備因有政府補助亦優於私立醫院，然而，隨著私立醫療體系之興起及規模之擴大，衛生署所屬醫院在各地區之角色相對而言已逐漸式微，例如，原衛生署雲林醫院已與台大醫院整合成為台大醫院雲林分

院；又如健保實施前，新竹地區最大之醫院為省立新竹醫院，但在健保實施後，東元醫院隨後設立，加上國泰醫院及馬偕醫院都在新竹地區設立分院，使衛生署新竹醫院之角色有所變化，不再是新竹地區唯一之區域醫院，目前台大醫院亦進行與衛生署新竹醫院及竹東醫院之整合，未來此兩家醫院，均可能成為台大之分院。

(三)99 年 12 月間，原台北縣升格為新北市，原台中縣市合併升格為台中市、原台南縣市合併升格為台南市、原高雄縣市合併升格為高雄市後，位於該等地區之衛生署所屬醫院與上述直轄市政府有地理上之密切關聯，其等仍應隸屬於衛生署，或應作為配合所在地直轄市政府推動醫療衛生政策推動之核心醫院，目前雖尚未確定，然以台北市政府為例，所管轄之台北市立聯合醫院即有 10 個院區，高雄市政府下亦有民生、大同及凱旋醫院，但新北市政府目前僅設 1 家醫院的 2 個院區、台南市立醫院則為公辦民營，在直轄市政府推動醫療及衛生政策上，當地衛生署所屬醫院扮演之角色，有重新定位之必要。

(四)綜上，面對民間醫院的興起、公私立醫療體系的消長，以及五都的新因素，長期以來，一直扮演推動醫療網與公衛任務火車頭的署立醫院，衛生署允應全盤思考今後如何重新定位其角色。

三十七、健保局透過「家庭醫師整合性照護計畫」，整合社區基層醫療資源，改善醫病關係，確有其正面意義，惟今後仍應精益求精，加強醫師之人文素養，提升整合作為：

健保局自 92 年 3 月起推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，期以建立家庭醫師制度，透過同一生活區 5-10 家西醫診所組成一社區醫療群，提供「以病人為中心」的連續性照護。民眾可就近選擇登記一位家庭醫療照護專責醫師，由該醫師及其醫療群醫師團隊成員，對整個家庭提供持續性及全面性的照顧，並負起預防保健、疾病治療、轉診服務及社區衛教之責。

該計畫藉由提供適當誘因，促成家庭醫師制度之形成，並透過計畫評核指標作為費用核付依據，以指標達成情形作為期滿續約之審核標準，另自 92 年辦理以來至 98 年 12 月止，參與院所家數約 1,789 家，約占西醫診所數 18.74%；參與醫師數約 2,227 位，約占西醫開業醫師數 15.48%，收案人數約 1,610,276 人，約占總投保人口 6.85%。

本案訪查醫療院所期間，基層診所咸認「家庭醫師整合性試辦計畫」開辦後，讓病患與診所間跳脫消費關係，使醫病之間保持密切互動，減少病患重複醫療等浪費情事，改善患者就醫動線，並扭轉民眾認為「醫師希望病人看病才會賺錢」的觀念，使診所得以結合在地醫療資源，提供完善服務，亦促使基層診所融入地方文化，儼然成為具有「台灣特色」之家庭醫學制度。

惟據本案諮詢本案推動者，及長期深耕社區醫學之專家表示，基層社區醫療之整合有再精益求精之空間，而其關鍵之一，即為強化醫師之人文關懷，使醫師能主動紮根「在地醫療」，並與病人建立夥伴關係。

另本計畫為基層醫療進行之水平整合作為，部分

診所為彌補醫療資源不足之處，尚見透過與醫院進行策略聯盟，或以特約門診提供醫院之醫療服務，以延伸醫療深度，足見此類整合計畫仍當考量結合醫院資源之必要性，故主辦機關實應考量強化基層診所醫療資源之具體作為，並積極研酌此類醫療群垂直整合之道。

綜上所述，健保局透過「家庭醫師整合性試辦計畫」，除整合基層醫療資源，就近提供民眾全面性之照護外，亦舒緩醫病間之對立與緊張關係，堪稱具有台灣特色之家醫制度，惟對於相關資源整合作為，主辦單位仍應持續精進，俾提升基層醫療院所資源對社區之醫療照護與貢獻。

三十八、健保局透過 IDS 計畫之實施，縮短山地離島居民醫療資源城鄉差距，已見成效，惟主管機關仍應積極整合同質性之補助計畫，期以精進 IDS 之功能：

健保局於 88 年導入整合醫療服務經營模式的觀念，融入以往對原住民提供保險醫療服務之心得，對原住民健康問題進行深入了解及思考，並整合「醫療服務資源」、「統一保險支付模式」及「建立計畫管理機制」，透過較具彈性之保險支付誘因，導入鄉外醫療資源整合協調山地離島地區衛生所，共組醫療合作團隊，以分工合作及責任制度之觀念，全面提升該地區整體醫療服務品質。

為鼓勵醫療院所至各山地離島鄉內提供醫療照護服務，在醫療費用支付方面，採行總額概念，依「承作基本費用」、「定額變動費用」及「風險分擔醫療費用」三大類的費用，協議其總費用額度，另亦透過經費協會協定其他部門編列額外經費預算，以提升醫療

院所承接意願，故於 92 年起編列 35.9 億之額外投入經費，並已逐年成長至 98 年之 60.3 億元。

IDS 計畫主要係透過全天候醫療及專科門診服務，強化當地醫療資源，對於未有醫療院所之無醫村地區，提供例行巡迴醫療服務，澈底改善當地住民「有健保、無醫療」之窘況。另為避免醫療提供之時間差，搭配衛教師及護理師提供高頻率到府服務，以提供及時護理及衛教資訊，實地掌握當地居民健康狀況，至部分離外島地區，則由承作醫院提供因地制宜之醫療項目，以提升服務可及性。

惟據本案於實地訪查期間，邀集承作醫院及當地衛生所(室)醫療從業人員進行相關座談後，尚見該項計畫仍有精進空間，綜整具體建議包括：

- (一)改採疾病管理模式或論時、論病例方式給付，並依人口結構變化（依賴人口增加），思考整合 IDS 計畫與長照保險資源，由根本著手改善鄉民健康管理行為，落實預防勝於治療理念。
- (二)IDS 計畫應區域劃分，依地域及地緣特性整合考量。另針對看診人次稀少之區域，應以改善急救交通問題，及時將病患送至鄰近醫療院所救治。
- (三)政府雖有多項強化山地離島居民照護政策，惟應整合多方資源，各經費互相支援所需，加強服務，使每筆經費獲得妥善運用，以達事半功倍的效益。
- (四)另對於政府積極投入資源協助偏遠地區後而產生之營運賸餘，應強化當地醫療資源及居民健康促進作為，以減少對政府長期依賴。

綜上所述，健保局透過 IDS 計畫整合山地離島地區之醫療資源，並有效縮短城鄉之醫療服務差

距，改善國內部分地區「有健保、無醫療」之困境，惟為避免因規劃不當而分散有限資源，健保局仍應思考整合相關補助政策，以收事半功倍之效。

三十九、由於國人對於中醫及牙醫醫療服務之需求日增，故為排除中醫界及牙醫界之疑慮，衛生署允宜明確宣示，全民健保不會因財務壓力將中醫及牙醫改列為附加保險：

健保實施後，無論西醫、中醫及牙醫均納入健保給付。以中醫為例，民眾日常生活多所利用，在 98 年間，國人使用全民健保中醫門診者約有 699 萬人，申報中藥藥費金額亦達 63 億元，中醫之利用率在健保實施後顯著提昇，且國內中醫師之執業人數在 98 年時亦達 5,277 人，可見國人對於中醫醫療，確有需求。另全民健保實施後，中醫已提出「無中醫鄉鎮巡迴醫療服務試辦計畫」、「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「小兒腦性麻痺中醫門診醫療照護試辦計畫」及「小兒氣喘緩解期中醫門診照護試辦計畫」，提供中西醫整合治療以及義診服務，民眾對於中醫整體醫療品質的滿意度亦達 73.9%。

再以牙醫為例，因近年來國民經濟水準提高，加上全民健保之開辦，國內使用牙科醫療之機會亦呈現增加趨勢，98 年間國人使用全民健保牙醫門診者約有 983 萬人，而國內執業牙醫師之人數亦由 84 年之 7,024 人，迄 98 年底已增為 11,351 人，顯視國人對於口腔健康照護之需求。又牙醫實施總額預算制度後，牙醫師移往非都市地區執業的意願及機會也大幅提高，牙醫部門更出「無牙醫鄉執業服務」及「無牙醫鄉巡迴



服務」、「先天性唇顎裂患者牙醫醫療服務」及「中度以上身心障礙者牙醫醫療服務」，民眾對於牙醫整體醫療品質之滿意度達 80.1%。

然而，在本案實地訪查過程中，多數中醫師均表示健保之開辦，對於中醫之形象有正面提昇，中醫之業務量亦有增加，因此中醫師對於健保之實施乃抱持感謝及肯定之態度；多數牙醫師均表示支持健保將牙醫納入給付。然而，不論牙醫或中醫，均擔心健保的財務壓力，是否會將牙醫及中醫改為附加保險。因此舉將衝擊民眾就醫權益。由於國人對於中醫及牙醫醫療服務之需求日增，對於醫療品質之滿意度亦高，可見健保納入牙醫及中醫，當更能保障民眾醫療權益，故為排除中醫界及牙醫界之疑慮，衛生署允宜明確宣示，全民健保不會因財務壓力將中醫及牙醫改列為附加保險。

四十、目前牙醫師總人數雖尚足夠維持國人口腔健康，惟各地區牙醫人力卻有分布不均之情事，甚至部分鄉鎮地區未有牙醫師執業，衛生署允宜正視並妥為因應：

- (一)自 75 年以來，我國牙醫師人數產生明顯變化，當年牙醫師人數為 3,737 人，每位牙醫師服務人數為 5,218 人，至 84 年全民健保實施時，牙醫師數增加為 7,024 人，每位牙醫師服務人數降為 3,041 人，迄 98 年牙醫師數更增加為 11,351 人，每位牙醫師服務人數降為 2,037 人（詳見下表）。除國民經濟水準而提高牙科醫療使用的機會外，87 年全民健保實施牙科醫療總額預算後，均影響牙醫師人力之成長。

單位：人

年別	人口數	牙醫師	每萬人口 牙醫師人數	人口/牙醫師
84	21,357,431	7,024	3.29	3,041
85	21,525,433	7,254	3.37	2,967
86	21,742,815	7,573	3.48	2,871
87	21,928,591	7,900	3.60	2,776
88	22,092,387	8,240	3.73	2,681
89	22,276,672	8,597	3.86	2,591
90	22,405,568	8,944	3.99	2,505
91	22,520,776	9,206	4.09	2,446
92	22,604,550	9,551	4.23	2,367
93	22,689,122	9,868	4.35	2,299
94	22,770,383	10,140	4.45	2,246
95	22,876,527	10,412	4.55	2,197
96	22,958,360	10,740	4.68	2,138
97	23,037,031	11,093	4.82	2,077
98	23,119,772	11,351	4.91	2,037

資料來源：歷年醫事人員執業人數統計，衛生署統計室，99年。URL：  
[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_2.aspx?now\\_food\\_list\\_no=11167&class\\_no=440&level\\_no=4](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_food_list_no=11167&class_no=440&level_no=4)

(二)從整體而言，目前牙醫師總人數尚足夠維持國人口腔健康，且自全民健保牙醫總額預算制度實施後，牙醫師移往非都市地區執業的意願及機會也大幅提高。惟各地區牙醫人力卻有分布不均之情事，從衛生署統計資料顯示，牙醫師仍集中在臺北市、高雄市、臺中市及其他都市化較高的地區（詳見下表）。部分鄉鎮甚至未有或只有 1 位牙醫師執業，其多為交通不便及人口老化較高之地區，本案實地訪視 IDS 計畫執行情形時，亦發現偏遠鄉鎮存有牙醫師不足的問題，且部分鄉鎮儘管已設有醫療設備，卻無牙醫師執業之窘境。此外，我國人口老化

快速，加以我國有 4.6% 的身心障礙者，此類特殊族群的牙科醫療需求為牙醫人力規劃所不可忽略的課題，均待衛生署正視並妥為因應。

縣市別	年底人口數	執業牙醫人數	每萬人口牙醫師人數
總計	23,119,772	11,351	4.91
臺北市	2,607,428	2,518	9.66
高雄市	1,527,914	1,018	6.66
臺北縣	3,873,653	1,883	4.86
宜蘭縣	461,625	126	2.73
桃園縣	1,978,782	820	4.14
新竹縣	510,882	148	2.90
苗栗縣	561,744	146	2.60
臺中縣	1,562,126	597	3.82
彰化縣	1,312,467	475	3.62
南投縣	530,824	157	2.96
雲林縣	722,795	155	2.14
嘉義縣	547,716	95	1.73
臺南縣	1,104,346	318	2.88
高雄縣	1,242,973	425	3.42
屏東縣	882,640	194	2.20
臺東縣	232,497	62	2.67
花蓮縣	340,964	125	3.67
澎湖縣	96,210	31	3.22
基隆市	388,321	135	3.48
新竹市	411,587	234	5.69
臺中市	1,073,635	975	9.08
嘉義市	273,861	178	6.50
臺南市	771,060	505	6.55
金門縣	93,803	24	2.56
連江縣	9,919	7	7.06

資料來源：衛生署

四十一、衛生署於 99 年推動之「高診次民眾就醫行為改

善方案-藥事照護試辦計畫」，在藥師人員積極配合執行之下，成效顯著，允宜擴大實施並持續推動辦理：

目前慢性疾病已成為國民健康之新威脅，此從腦血管疾病、糖尿病、高血壓、腎臟疾病等始終位於國人十大死因之列，可見一斑。慢性疾病患者可至任何一家醫院或診所就診，但當病人患有3種慢性疾病，每位醫師均開立3種藥物時，病患所服用之9種藥，是否有重複用藥、交互作用、治療禁忌等問題，卻無醫療人員提供相關用藥諮詢。況且全民健保實施後，產生不少的醫療浪費，其中民間所形容的看病多、拿藥多、檢查多等問題更受到詬病。在中華民國藥師公會全國聯合會爭取之下，98年9月11日「99年度全民健保醫療費用總額協商第152次會議」決議，以「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案—藥事人員居家照護」經費，列入99年度全民健保其他預算項目，自99年1月起針對高診次之病患，提供藥師居家照護，以促使醫療資源有效應用，且使藥物治療能達到更好目標，並建立正確服用藥物觀念。

嗣衛生署依據前開決議，於98年12月14日核定於99年度實施「全民健康高診次民眾就醫行為改善方案—藥事居家照護」試辦計畫（試辦地區為臺北分區及高屏分區）。該項試辦計畫在藥事人員積極配合推動執行之下，截至99年10月止，接受輔導的808位保險對象，每人每月門診平均就醫次數較前1年同期下降30%，每人每月門診平均醫療費用較前1年同期下降12%，節省醫療費用約594萬元，推估全年成果將更為顯著，顯見該項計畫確能發揮減少醫療資源浪費之成效，衛生署允宜擴大實施並持續推動辦理。

四十二、由於護理人力及藥事人力尚未列入醫院評鑑之

必要項目，致難以有效促使醫院合理配置是類人力，衛生署允宜檢討改進：

(一)醫療服務人力在國家醫療發展過程扮演相當重要的角色，而醫事人力為許多醫療衛生照護體系不可或缺的角色，因此，適足的醫事人力始能配合社會變遷及滿足國民醫療需求，達成全民健康的目標。查我國新制醫院評鑑對於護理人員及藥事人員，均訂有以下人力基準評分：

人力類別		藥師（劑生）	護理師（生）， 含助產師（士）	護理人員 （照顧病人數）	加護病房 護理人員
一般 水準	地區 醫院	1、每50床應有藥事人員1人（如採單一劑量每40床至少1名，不及40床者以40床計）。 2、80張門診處方以上應有藥事人員1人。每增加100張處方應增加1名。 3、應有藥師1人以上。	1、應有專任護理人員每4床至少1名。 2、設下列部門者，其人員應依其規定計數： （1）手術室：手術台應有2人以上。 （2）手術恢復室、觀察室：每床應有1人以上。 （3）產房：每產台應有2人以上。 （4）嬰兒室：每床應有0.4人以上。 （5）門診：每診療室應有0.5人以上。 （6）血液透析室：每床應有0.25人以上。 （7）燒傷病房及嬰兒病房：每床應有1.5人以上。 （8）精神科日間照護單位，每20名服務量應有1人以上。	白班每位護理人員照顧病人數≤11人（不含護理長）	每床應有1.5人以上
	區域 醫院	1、每50床應有藥事人員1人。（如採單一劑量每40床至少1名，不及40床者以40床計） 2、每70張門診處方至少1名藥事人員。 3、特殊藥品處方每15張至少1名藥事人員。	1、應有專任護理人員每2.5床至少1名。 2、下列單位人員（依單位實際使用數計）： （1）手術室：每班每台2名。 （2）手術恢復室：每班每床0.5名。 （3）產房及待產室：每床1.2名。 （4）嬰兒室：每床0.4名。 （5）門診：每班每診療室0.5名。 （6）血液透析室：每4人次1名。 （7）精神科日間照護單位，每16名服務量應有1人以上。	白班每位護理人員照顧病人數≤10人（不含護理長）	每床2人
	醫學 中心	1、每40床應有藥事人員1人。 2、門急診每70張處方至少1名藥事人員。 3、特殊藥品處方每15張至少1名藥事人員。	1、應有專任護理人員每2床至少1名。 2、下列單位人員：（依單位實際使用數計） （1）手術室：每班每台2.5名。 （2）手術恢復室：每班每床0.5名。 （3）產房及待產室：每床2名。 （4）嬰兒室：每床0.4名。 （5）門診：每班每診療室0.5名。 （6）血液透析室：每4人次1名。 （7）精神科日間照護單位，每15名服務量應有1人以上。	白班每位護理人員照顧病人數（不含護理長）： 1、復健科、眼科、耳鼻喉科、皮膚科等病房之白班每位護理人員照顧病人數≤9人。 2、神經外科、一般外科、一般內科、兒科、婦產科、神經內科、泌尿科、心臟外科、腦中風（	每床2.5人

人力類別		藥師（劑生）	護理師（生）， 含助產師（士）	護理人員 （照顧病人數）	加護病房 護理人員
				CVA）、安寧病房、 血液腫瘤等病房之 白班每位護理人員 照顧病人數≤8人。	
備註		24小時作業的醫院，必須配置有24小時作業的藥事人力			
一般水準以上	地區醫院	一般水準的1.05倍	一般水準的1.05倍	一般水準的1.05倍	一般水準的1.05倍
	區域醫院	一般水準的1.05倍	一般水準的1.05倍	一般水準的1.05倍	一般水準的1.05倍
	醫學中心	一般水準的1.05倍	一般水準的1.05倍	達醫學中心一般水準，且心臟外科、腦中風（CVA）、安寧病房、血液腫瘤等病房之白班每位護理人員照顧病人數≤7人（不含護理長）	一般水準的1.05倍
備註		藥事人員總數至少3/4為藥師			
完全達成	地區醫院	一般水準的1.10倍	一般水準的1.10倍	一般水準的1.10倍	一般水準的1.10倍
	區域醫院	一般水準的1.10倍	一般水準的1.10倍	一般水準的1.10倍	一般水準的1.10倍
	醫學中心	一般水準的1.10倍	一般水準的1.10倍	達醫學中心一般水準以上，且心臟外科、腦中風（CVA）、安寧病房、血液腫瘤等病房之白班每位護理人員照顧病人數≤6人（不含護理長）。	一般水準的1.10倍
備註		年資滿2年以上之藥事人員佔80%以上（佔現有人力之比）	護理人員包括護理師、護士及助產士，並應辦理執業登記；護佐、服務員，書記等不列計	護理人員包括護理師、護士及助產士，並應辦理執業登記；護佐、服務員，書記等不列計。	

（二）然而，目前護理人力及藥事人力均未列入醫院評鑑之必要項目，因而無法有效促使醫院合理配置是類人力。依據中華民國藥師公會全國聯合會表示，中華民國藥事品質改革協會曾於今年1月間，針對國內20家醫學中心進行實地調查結果發現，領藥窗口的第一線藥師超過四分之一者忙到無法提供病患領藥時的用藥諮詢，即使提供諮詢，幾乎都是由病人主動尋問，藥師才被動回應，且能夠提供諮詢的時間平均僅35秒。病患用藥是否有重複，並非

僅是藥品的浪費，亦攸關民眾健康，此均需藥師協助把關，並給予民眾正確的用藥諮詢，但上述調查結果，藥師根本無力做到用藥諮詢。目前合理調劑量雖有納入醫院評鑑，但卻為非必要項目，故縱未達標準，對於醫院無關痛癢，故應將合理調劑量納入醫院評鑑必要項目，醫院才會切實執行遵守，方能確實保障民眾之用藥安全。

(三)此外，臺灣一般病房護理人力配置現況，白班每位護理人員照顧 7 至 12 名病人、小夜班照顧 10 至 16 名病人、大夜班則照顧多達 12 至 27 名病人，惟因醫療機構設置標準已近 20 年未作修正，加以醫院評鑑護理人力配置，僅規範白班護理人力配置，嚴重擠壓晚班及夜班之人力安排，且列為非必要項目，均導致護理人員照護病人數增加、工作不堪負荷、離職率偏高、優秀畢業學生不願執業，使得病人安全飽受威脅。

(四)綜上，新制醫院評鑑對於護理人員及藥事人員，雖訂有人力基準評分，惟未列入評鑑必要項目，以致難以有效促使醫院合理配置是類人力，影響病人用藥諮詢及病患照護品質，衛生署允宜檢討改進。

四十三、由於國人接受預防保健服務之篩檢率偏低，致使「實施全民健保係為增加全體國民健康」之目的，淪為空談，衛生署亟應檢討改進：

(一)按全民健康保險法第 1 條開宗明義指出，增進全體國民健康乃是全民健保之首要目標，亦即全民健保之實施目的係為增加全體國民健康。惟據衛生署提供之統計資料顯示，國人接受預防保健服務之比率偏低，足見我國預防保健工作仍有努力之空間：

1、子宮頸抹片檢查自 84 年實施至今，30-69 歲 3 年篩檢率，由 86 年 36%提高至 98 年的 58%，相較歐美的 7 至 8 成略低。另 50-69 歲乳房攝影篩檢服務囿於預算，故 2 年篩檢率約在 5-16%左右，相較於歐美的 7 成偏低許多。

2、又全民健保自 85 年開辦成人預防保健服務時，開辦初期服務期間為每年 4 至 9 月，故前 3 年(86~89 年)之利用率僅達 2 成多。嗣衛生署為提高服務之利用率，除自 91 年起將該服務延長為全年實施，亦配合各縣市衛生局整合性篩檢服務推動，適度開放此一項目可以經由社區設站提供服務，讓民眾可就近利用該項服務。在一連串政策推動之下，成人預防保健服務之利用率雖略有提升，惟目前利用率仍僅維持在 35%左右。復以成人預防保健服務自 96 年改由公務預算編列支應後，囿於預算，亦使該項服務之受檢率無法提升。

(二)再從歷年預算數以觀，自 95 年 1 月 1 日以前，預防保健服務尚未移由衛生署國民健康局編列公務預算支應時，係由全民健保支付各項費用，從 86 年之 20.69 億元，逐年增加至 92 年之 30.40 億元。惟至 93 及 94 年則分別降低為 27.45 億元、26.55 億元。預防保健經費移由公務預算支應後，預算數逐年降低，從 96 年度之 29.71 億元，降低至 98 年度之 27.1 億元，其中降低最為明顯之項目為成人預防保健(詳見下兩表)。

單位：億元

項目	84年	85年	86年	87年	88年	89年	90年	91年	92年	93年	94年
合計	-	-	20.69	21.62	23.73	25.84	25.61	26.90	30.40	27.45	26.55
兒童預防保健	-	-	1.41	1.52	1.71	2.00	2.41	2.54	2.55	3.14	3.60
成人預防保健	-	-	4.82	5.36	6.26	7.11	8.30	8.84	7.85	7.83	7.16



項目	84年	85年	86年	87年	88年	89年	90年	91年	92年	93年	94年
子宮頸抹片	-	-	5.20	6.92	7.50	8.28	7.59	7.92	8.09	7.87	7.44
孕婦產前檢查	-	-	9.26	7.82	8.26	8.45	7.31	7.60	11.91	8.13	6.96
兒童牙齒保健	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.26	0.60
乳房檢查服務	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.22	0.79

備註：

- 1、84及85年申報資料未全面電子化，多數院所仍用紙本申報故資料不齊。
- 2、兒童牙齒保健及乳房檢查服務均自93年7月1日實施，故92年以前無資料。
- 3、86至94年預防保健服務係由全民健保給付。

資料來源：衛生署

單位：億元；%

類別	95年			96年			97年			98年		
	預算 編列	實際 核銷	執行率	預算 編列	實際 核銷	執行率	預算 編列	實際 核銷	執行率	預算 編列	實際 核銷	執行率
孕婦產前檢查	7.16	5.97	83.4	7.51	6.08	81.0	7.20	5.83	5.83	7.09	5.62	79.3
兒童預防保健	3.74	3.31	88.5	3.74	3.07	82.1	3.87	3.10	3.10	3.69	3.14	85.0
兒童牙齒塗氟	-	-	-	1	0.98	98.0	0.70	1.11	1.11	0.71	1.26	177.5
子宮頸抹片檢查	8.60	7.12	83.0	7.95	7.52	94.6	8.60	7.95	7.95	7.95	8.50	106.9
50-59歲乳房攝影檢查	1.10	1.35	123.6	1.90	1.63	85.8	1.51	1.97	1.97	2.24	3.04	135.7
成人預防保健	-	-	-	7.61	8.46	111.2	5.38	8.69	8.69	5.42	8.96	165.3
公務預算合計	20.60	17.79	86.4	29.71	27.75	93.4	27.25	28.64	28.65	27.1	30.52	112.6
45-49歲乳房攝影檢查	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.62	0.07	11.3
基金預算合計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.62	0.07	11.3

備註：

- 1、兒童牙齒塗氟及成人預防保健二項服務經費係由96年移由國民健康局以公務預算辦理。
- 2、97年經費實際不足1.40億元，98年度經費實際不足3.44億元。

資料來源：衛生署

(三)綜上，全民健康保險法第1條開宗明義揭示：增進全體國民健康乃是全民健保之首要目標，衛生署雖已推動實施各項預防保健服務，惟國人接受篩檢之比率偏低，成效不彰，顯未充分發揮應有之預防功能，且衛生署未能明顯增加預防保健經費，致使「實施全民健保係為增加全體國民健康」之目的，淪為空談，亟應檢討改進。

四十四、我國近年來人口快速老化，高齡化現象已成為全

民健保財務之沉重負擔，惟長期照顧十年計畫之各項服務使用率偏低，各地長期照顧服務資源發展不均，計畫執行成效未盡理想，無法有效減緩老人所使用健保資源之比重與需求，衛生署及內政部應予檢討改進：

- (一)按長期照護係針對功能上慢性失能者，提供一種或多種的服務，以維持基本的健康與生活水準，其理念是建構整體性的服務，使每一個需要者，能在適當的時間、適當的地點，獲得適當的服務。一般而言，長期照護的方式主要包括：機構式照顧（如護理之家、長期照護機構）、非機構式的社區照顧（如日間照顧、喘息服務等）及居家服務（如送餐服務、在宅服務、居家護理等），為連結醫療與福利共同提供上述三大類的服務，在長期照顧上應設立不同類型的機構與服務，使老人依不同的需要獲得適當的服務，合先敘明。
- (二)我國於82年老人人口數超過總人口數之7%，正式邁入高齡化社會，98年老年人口比率已達10.7%，此數據意指臺灣已然從「高齡化社會」階段逐漸邁入「高齡社會」階段。查國人0~14歲年齡層之人口比率自80年底之26.3%，逐年降至98年底之16.3%，計減少10%；另65歲以上年齡層之人口比率則自80年底之6.5%，逐年遞增至98年底之10.7%，增加了4.2%，顯示我國少子化及高齡化社會之趨勢已然形成。而0~14歲年齡層人口比率因逐年減少，其使用之健保資源就醫療點數而言雖有增加，但自89年迄98年只增加7.43%，遠不及同期間整體醫療費用點數之成長率57.39%，是以其占總醫療費用點數

之比率係逐年降低，由89年之12.5%降至98年的8.53%；惟65歲以上年齡層所使用之健保資源，卻為完全相反之走向，其醫療點數自89年迄98年計增加了83.45%，較整體醫療費用點數之成長率57.39%超出甚多，占整體醫療費用點數之比重因而提升到98年的1/3強，較之15~64歲年齡層雖增加了5.9%之人口比率，但所使用之健保資源卻僅與整體醫療費用呈同步之變動，始終穩定在占總醫療點數58%上下之情況大相逕庭（人口結構比率及各年齡層申報之門住診醫療費用點數【89及90年度為給付金額】之統計，如以下兩表）。

單位：%

年度	0-14 歲	15-64 歲	65 歲以上
50	45.9	51.7	2.5
60	38.7	58.3	3.0
70	31.6	64.0	4.4
80	26.3	67.1	6.5
90	20.8	70.4	8.8
91	20.4	70.6	9.0
92	19.8	70.9	9.3
93	19.3	71.2	9.5
94	18.7	71.6	9.7
95	18.1	71.9	10.0
96	17.6	72.2	10.2
97	17.0	72.6	10.4
98	16.3	73.0	10.7

資料來源：經建會網站公布之99年9月統計「2010年至2060年台灣人口推計」。

單位：點數億點（89-90 年度為新台幣億元）；%

年度	0-14 歲		15-64 歲		65 歲以上		合計
	點數	比率	點數	比率	點數	比率	
89	404.35	12.50	1,890.55	58.45	939.72	29.05	3,234.62
90	385.15	11.34	2,011.93	59.26	998.16	29.40	3,395.24
91	424.92	11.56	2,108.21	57.34	1,143.58	31.10	3,676.71
92	400.94	10.46	2,195.28	57.28	1,236.34	32.26	3,832.56
93	457.48	10.50	2,510.20	57.61	1,389.37	31.89	4,357.05
94	469.43	10.45	2,578.98	57.42	1,442.67	32.12	4,491.08
95	437.40	9.67	2,607.38	57.62	1,480.45	32.72	4,525.23
96	426.22	9.07	2,715.59	57.78	1,557.99	33.15	4,699.80
97	433.93	8.79	2,948.75	59.75	1,652.66	33.49	4,935.34
98	434.39	8.53	2,932.83	57.61	1,723.89	33.86	5,091.11
合計	4,274.21	10.12	24,499.70	58.00	13,564.83	32.11	42,238.74
成長	7.43		55.13		83.45		57.39

註：1.點數包含申請費用及部分負擔。

2.比率欄係各年齡層點數占各該年度點數合計數之百分比。

3.成長欄係 89 年迄 98 年之醫療點數增幅。

(三)從以上分析可知，我國少子化之情況雖屬嚴重，而直接影響到健保納保人數之減少，保費收入的成長遂因此受限，但相對地其所耗用之醫療資源也呈現較大幅度的降低，故對於健保財務並無明顯不利之影響，不若65歲以上年齡層人口只占了全國人口11%不到之比率，所使用之健保資源卻已近34%，可見高齡化社會為健保所帶來之負擔是何等沉重！因此，如何建構完善之長期照護制度，以避免因長期照護服務不足，導致老人健康惡化，而須使用健保醫療照護，或以醫療資源取代長期照護。又如應經由長期照顧之老人，家屬因無法負擔長期照顧費用，而以老人使用呼吸器方式，減免照顧壓力，但卻令健保資源遭誤用。現今臺灣社會發展、人口結構、家庭型態、福利需求等，已趨複雜，尤其家庭對於老人之照顧功能與方式，更迥然不同於過去，甚至日漸弱化，長期照顧服務已成為當前老人最為迫切之需求，以轉移並減緩愈益沉重之健保財務壓力，毋乃是今後應戮力重視之課題。

(四)為因應高齡與失能人口成長所帶來長期照顧需求的增加，行政院社會福利推動委員會93年4月決議於該委員會下，另組成「長期照顧制度規劃小組」，由行政院政務委員擔任召集人，內政部擔任主要幕僚，會同衛生署等有關機關，結合專家學者按專業領域分工，統整近年主要規劃研究報告資料，進行規劃長期照顧制度。長期照顧制度規劃小組於96年3月完成總結規劃報告，並提報96年3月14日行政院第3031次院會報告討論通過，嗣經行政院於96年4月3日核定為「我國長期照顧十年計畫～大溫暖社

會福利套案之旗艦計畫」，由內政部、衛生署及各地方政府自97年度起據以執行迄今。

(五)目前我國長期照顧十年計畫服務內容，包括：居家護理、家居及社區復健、喘息服務、照顧服務、輔具購買租借及住宅無障礙環境改善服務、老人餐飲服務、交通接送服務、長期照顧機構服務，分由衛生署及內政部辦理。長照計畫服務對象係以日常生活需他人協助的四類失能者為主，並依其失能程度及家庭經濟狀況，提供不同比率之補助。惟據內政部提供之資料顯示，各縣市長期照顧服務資源發展程度卻有不均之情事，其中日間照顧、家庭托顧、失智症老人日間照顧中心，大多地方政府迄今尚未開辦提供服務（詳見下表）。

縣市別	居家服務		日間照顧		家庭托顧		老人營養餐飲		失智症老人日間照顧中心		交通接送	
	97年	98年	97年	98年	97年	98年	97年	98年	97年	98年	97年	98年
臺北市	11	14	7	7	0	0	43	51	1	1	0	2
高雄市	5	7	0	2	0	0	16	18	1	1	0	0
臺北縣	10	10	1	1	0	0	5	6	2	1	2	2
宜蘭縣	5	4	0	0	0	0	0	34	0	0	0	2
桃園縣	4	4	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
新竹縣	5	4	0	0	0	0	2	3	0	0	0	1
苗栗縣	3	3	0	0	0	0	3	3	0	0	10	10
臺中縣	6	7	2	2	0	0	4	4	0	2	1	1
彰化縣	6	5	3	3	0	0	6	5	0	0	6	6
南投縣	9	9	1	3	3	1	6	6	0	0	1	1
雲林縣	5	5	4	6	0	0	5	5	0	0	1	1
嘉義縣	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2
臺南縣	6	6	0	0	0	0	26	26	0	0	1	0
高雄縣	12	12	0	0	0	12	12	12	0	0	1	1
屏東縣	5	6	0	0	0	0	5	0	0	1	0	3
臺東縣	8	6	0	0	0	0	9	9	0	0	0	0

縣市別	居家服務		日間照顧		家庭托顧		老人營養 餐飲		失智症老人日 間照顧中心		交通接送	
	97年	98年	97年	98年	97年	98年	97年	98年	97年	98年	97年	98年
花蓮縣	2	2	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0
澎湖縣	1	1	0	0	0	0	4	5	0	0	0	1
基隆市	1	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1
新竹市	2	2	2	1	0	0	2	5	0	1	2	2
臺中市	7	7	0	2	0	2	1	1	0	0	0	2
嘉義市	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
臺南市	4	4	4	2	0	0	4	4	0	0	0	0
金門縣	1	1	0	0	0	0	5	0	0	0	1	1
連江縣	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
總計	124	127	26	31	4	16	166	204	5	8	31	42

資料來源：內政部

(六)再從長期照顧服務之使用狀況以觀，依據衛生署統計數據顯示，97年度居家護理服務目標為24,707人次，實際服務僅為3,163人次；居家（社區）復健服務目標38,782人次，實際服務僅為5,050人次；喘息服務目標為84,476人次，實際服務僅為18,179人次98年度服務成效，居家護理服務目標為20,364人次，實際服務略增為7,130人次；居家（社區）復健服務目標33,033人次，實際服務增為13,165人次；喘息服務目標為59,350人次，實際服務大幅增為36,851人次。又據內政部統計數據顯示，97年度服務人數計3萬9,687人，98年度計有5萬2,580人，雖較97年度增加1萬2,893人，成長32.5%，但由於各地長期照顧資源分布不均，故部分項目之執行成效相當有限（詳見下兩表）。

97年及98年各縣市長期照顧十年計畫衛政三項服務統計表

單位：人次

縣市別	97年居家護理		98年居家護理		97年居家(社區)復健服務		98年居家(社區)復健服務		97年喘息服務		98年喘息服務	
	目標人次	服務人次	目標人次	服務人次	目標人次	服務人次	目標人次	服務人次	目標人日	服務人日	目標人次	服務人次
基隆市	467	4	308	66	624	17	635	142	1,036	53	947	268.0
臺北市	4,248	47	1,470	205	7,751	602	4,165	994	5,856	445	3,304	816.0
臺北縣	2,124	32	3,580	38	1,560	211	3,212	1,004	10,360	1,001	7,112	4,999.0
桃園縣	1,830	11	1,408	31	3,664	38	2,555	116	4,275	292	4,571	1,306.0
新竹市	480	6	358	72	852	75	654	192	938	154	986	311.0
新竹縣	616	1	360	89	1,122	0	618	251	1,274	50	1,022	606.0
苗栗縣	926	0	608	882	1,710	0	914	1,215	20,400	163	1,575	2,603.0
臺中市	960	207	696	613	1,758	532	1,236	1,119	4,298	2,164	2,254	2,612.0
臺中縣	1,517	387	838	931	1,166	667	1,461	1,394	3,676	1,541	2,806	2,388.0
南投縣	792	0	594	527	1,560	2	1,092	277	1,911	104	2,100	1429.5
彰化縣	1,876	11	1,368	379	3,480	19	2,475	528	4,258	388	4,309	1606.0
雲林縣	72	21	552	21	18	29	996	27	1,064	349	1,351	886.0
嘉義市	180	114	183	209	240	219	308	377	1,540	787	663	738.0
嘉義縣	1,008	651	1,712	300	1,890	148	1,285	666	2,135	1,497	2,387	2,283.5
臺南市	792	63	504	1056	1,494	30	1,032	872	1,610	430	1,610	1,929.0
臺南縣	264	6	1,272	185	2,250	12	2,169	177	3,570	119	3,227	608.0
高雄市	1,563	74	1,718	80	1,509	1,351	3,165	1,094	1,274	4,089	2,618	2,997.5



縣市別	97年居家護理		98年居家護理		97年居家(社區)復健服務		98年居家(社區)復健服務		97年喘息服務		98年喘息服務	
	目標人次	服務人次	目標人次	服務人次	目標人次	服務人次	目標人次	服務人次	目標人日	服務人日	目標人次	服務人次
高雄縣	1,728	1	866	142	600	21	1,626	941	2,842	420	2,842	2,324.5
屏東縣	1,344	4	744	154	2,388	3	1,482	198	147	75	2,793	272.5
宜蘭縣	696	1,113	456	557	920	916	936	701	1,624	1,113	1,680	2,352.0
花蓮縣	528	263	360	325	978	38	140	518	1,078	2,342	1,036	1,517.5
臺東縣	379	4	252	55	660	11	660	82	7,762	213	7,762	1,159
澎湖縣	168	30	51	20	318	14	38	91	375	76	84	272.0
金門縣	136	113	96	186	245	81	162	154	1,122	370	286	489.0
連江縣	13	0	10	7	25	14	17	35	51	87	25	78.0
總計	24,707	3,163	20,364	7,130	38,782	5,050	33,033	13,165	84,476	18,179	59,350	36,851

備註：居家護理部分不含每月另可以健保申請2次之居家護理服務。

資料來源：衛生署

單位：人

項 目	97年度	98年度
居家服務	22,305	22,017
日間照顧	309	566
失智症日間照顧	30	52
家庭托顧	1	11
老人營養餐飲	5,356	4,695
交通接送	7,232	18,685
輔具購買(租借)及居家 無障礙環境改善	2,579	4,184
長期照顧機構	1,875	2,370
合計	39,687	52,580

資料來源：內政部

(七)綜上，我國近年來人口快速老化，高齡化現象已成為全民健保財務之沉重負擔，因此，如何建構完善之長期照護制度，以維護老人身心健康，並減緩愈益沉重之健保財務壓力，實為目前政府所應戮力之課題。惟長期照顧十年計畫自97年實施迄今，各項服務之使用率偏低，且各地長期照顧服務資源發展不均，計畫執行成效未盡理想，無法有效減緩老人所使用健保資源之比重與需求，亟待衛生署及內政部予以正視並妥謀對策。

四十五、目前我國醫療體系以照護急性病患為主，急性後期照護體系付之闕如，致使全民健保常以急性病床照護亞急性及長期照護之病患，造成不經濟支出，衛生署允宜儘速研議規劃綢繆：

按急性後期（或稱亞急性、中期照護）照護係病患在急性期由醫院處理治療後，無需依賴高科技監測或診斷，惟仍需醫師、護理人員及其他相關專業人員協同照護時，即可進入急性後期照護場所，以協助病患由疾病期過渡到恢復期，並協助返家休養或病情穩定後進住養護機構，相關費用由政府依照護理時間長短全額或部分給付。行政院經建會於「長期照顧保險制度初步規劃成果與構想」，亦指出長期照護保險所提供之失能照護

與全民健康保險所提供之急性醫療，兩者本質上有相當大之差異，惟在急性醫療過渡到長期照護之間，尚需急性後續照護加以銜接，方能成為一套連續性、完整性之全人照護服務體系。是以，急性後期照護服務可謂急性醫療照護服務及長期照顧服務間之重要橋樑。

惟我國急性醫療照護與長期照顧服務之間缺乏銜接，常以急性病床照顧亞急性及長期照護病人，致目前全民健保除支付急性醫療照護外，尚需支付部分急性後期照護之費用，甚至部分急性後期病患因受全民健保住院天數之限制，被迫經常進出醫院，不僅浪費有限之醫療資源，且造成老年人及其家屬身心之折磨，如未能及早規劃因應，勢必對於全民健保及臺灣家庭，造成更為沈重之負擔。衛生署允宜儘速研議建置急性後期照護服務體系，以求服務連續與完整。

四十六、精神疾病之防治已成為當前公共衛生嚴峻之挑戰，惟目前精神疾病社區復健未臻健全，且社會環境的包容及接納仍有不足，造成精神病患長期滯留醫療體系，除難以回歸社會正常生活外，亦加重健保的財務負擔，行政院允宜加強跨部會之協調與合作：

- (一)在全球化潮流下，臺灣社會環境與家庭功能快速變遷，國人心理健康受到莫大衝擊，形成當前公共衛生遭遇嚴峻之挑戰。過去心理衛生防治工作較注重考量個體因素，過於強調個人與疾病關係，易將壓力因應不良及疾病發生責任歸咎於個人，以致忽略社區環境與社會脈絡之角色與影響，僅著重醫療照顧需求，採行消極性隔離的處置方式，反不利於精神病患之復健。
- (二)精神衛生法於 79 年公布施行後，強調精神疾病患者之醫療照護及促進社會大眾之心理健康，政府在精神疾病防治方面，應著重精神疾病的預防及治療，保障病人權益，促進病人福

利，以增進國民心理健康。爰此，衛生署相繼推動「建立醫療網第二期計畫」、「建立醫療網第三期計畫」、「新世紀健康照護計畫」、「全人健康照護計畫」及「新世代健康領航計畫」等政策，其工作重點包括：資源的整合與強化精神衛生行政體系、建立精神醫療服務網絡、充實精神醫療設施並加強機構管理及其品質控管、培育專業人才、推廣心理衛生工作、辦理自殺防治工作及強制住院醫療補助。全民健保實施之後，特約醫院精神科慢性病床數從 84 年之 5,867 床，增加至 98 年之 13,660 床（詳見下表），顯示 15 年來慢性精神疾病患者之醫療照護需求有逐年攀升之現象。

84至98年特約醫院精神科慢性病床位數

單位：床

年別	床位數	年別	床位數	年別	床位數
84	5,867	89	9,194	94	12,304
85	5,664	90	9,808	95	13,047
86	6,671	91	10,612	96	13,311
87	7,541	92	11,073	97	13,593
88	8,333	93	11,551	98	13,660

資料來源：衛生署

(三)再從政府編列預算情形觀之，衛生署所編列精神醫療及心理衛生之預算數從 84 年度之 4 億 7 千餘萬元，降低至 88 年度之 2 億 7 千餘萬元，嗣後開始逐年成長，至 98 年度增加為 6 億 1 千餘萬元。至於健保給付精神科之醫療費用<sup>1</sup>，從 85 年之 50 億餘點，逐年增加至 98 年之 198 億餘點，增加近 3 倍之給付點數（詳見表）。又我國精神醫療及心理衛生經費除衛生署外，尚含法務部、國防部、內政部、臺北市及高雄市政府衛生局之經費。85 至 98 年度我國精神醫療及心理衛生經費呈現逐年成長之趨勢，從 85 年度之 73 億餘元，增加至 98

<sup>1</sup> 現行健保支付標準大致沿襲公勞保支付標準，自開辦即給付精神醫療及心理治療等相關費用，給付目的為保障精神疾病患者之醫療權益。給付範圍包括：門診、急性住院、慢性住院、日間住院治療、院外適應治療、社區復健、居家治療等。若因疾病所需之治療，健保均有給付。

年度之 262 億餘元；其占我國醫療保健支出之比率亦有逐年增加之趨勢，從 85 年度之 1.71%，增加至 97 年度之 3.14%（詳見下兩表）。

年度	預算金額 (新臺幣千元)	健保給付之醫療 費用 (百萬點)	年度	預算金額 (新臺幣千元)	健保給付之醫療 費用 (百萬點)
84	477,118	-	92	398,214	13,115
85	386,982	5,024	93	441,456	15,475
86	317,839	5,798	94	358,597	16,690
87	276,628	6,779	95	434,112	17,372
88	276,628	7,797	96	487,137	17,933
89	768,138	8,635	97	544,470	18,963
90	499,762	10,107	98	615,702	19,877
91	420,108	11,552			

資料來源：衛生署

單位：新臺幣百萬元；%

年度	國民醫療保健支出		精神醫療及心理衛生預算數		
	國民醫療保健支出	占國內生產毛額 (GDP)之比率	精神醫療及心理 衛生預算	占國民醫療保健 支出之比率	精神醫療及心理 衛生預算占國內 生產毛額(GDP)之 比率
85	432,637	5.47	7,392	1.71	0.09
86	470,520	5.49	7,357	1.56	0.09
87	512,755	5.57	8,558	1.67	0.09
88	553,495	5.74	9,903	1.79	0.10
89	578,396	5.68	11,506	1.99	0.11
90	598,963	6.03	12,850	2.15	0.13
91	612,103	5.98	13,567	2.18	0.13
92	639,674	6.07	15,165	2.34	0.15
93	664,698	5.95	17,718	2.62	0.16
94	687,119	5.94	19,021	2.73	0.17
95	722,603	5.96	19,982	2.74	0.18
96	648,482	5.92	23,047	3.02	0.18
97	657,759	6.21	24,763	3.14	0.20
98	-	-	26,263	-	0.21

備註：

- 1、上述我國精神醫療及心理衛生預算資料，包括：衛生署、法務部、國防部、內政部及台北市政府衛生局、高雄市政府衛生局心理衛生相關預算。
- 2、有關84年度精神醫療及心理衛生預算，各部會醫療相關資料因資訊系統更換

或已逾保存年限銷毀等情，故難以完整蒐集。

資料來源：91至97年國民醫療保健支出及其占國內生產毛額（GDP）之比率源自衛生署統計室「國民醫療保健支出」年報，其國民醫療保健支出含括健保支出（98年度數據需於99年底方完成統計），其餘數據資料係由衛生署提供。

（四）由上可知，衛生署近年推展之精神疾病防治工作，以積極的治療、復健為政策導向，並從心理衛生宣導、精神病患之早期發現、轉介、治療至出院後追蹤、復健，建立連續的精神醫療保健體系。然而，精神病患從醫院到回家之過程，需要完整性、持續性之社區服務網絡，最終並能回歸社會正常生活，而非長期滯留醫療體系。且本案實地訪查各地醫療院所過程中，發現精神疾病屬於慢性疾病，除病患需醫療照護外，更需要社區支持系統，包括：康復之家、社區復健中心、居家治療及危機處理、職業評鑑及就業諮詢等服務，始能依照精神疾病患者之個別需求，提供完整與持續的社區服務，協助病患真正重新適應社會。惟目前精神疾病社區照顧工作遭遇下列問題：

- 1、健康保險及醫療補助主導實際醫療走向：精神醫療保險給付仍集中於住院服務，相對於住院給付，社區復健給付偏低，致使社區復健機構業者之承辦意願低落，造成病人長期留置醫療機構，醫療費用支出增加。
- 2、社區復健觀念仍未普及：由於部分病患擔心出院後伙食費及交通費均需自行負擔，影響病患參與社區復健活動之意願，且病患及家屬對社區復健觀念認知不足，亦造成社區復健推廣之困難。
- 3、缺乏完整之社會支持網絡：精神病人照護需整合就醫、就業、就養及就學之相關資源，惟相關部會對精神疾病之認知不足，誤解精神病人僅需醫療照顧，並將精神病人之後續照護需求予以醫療化。又，精神病人經醫療處置後，回歸社會之通路與資源不足，造成部分精神病人在家屬接受

其返家意願低落之情形下，僅能長期留置於醫療體系，難以回歸主流社會正常生活。本案調查委員訪查慈惠醫院(全台唯一私立精神專科教學醫院)時，該院亦提及其過去20年來所提供之醫療服務及社區治療，已讓大部分病患康復到可以預備重返家庭社區的程度，但社會環境卻迄今尚未準備好接納包容精神病患者，成為當前社會各界所應面對之重大挑戰。

(五)綜上，在全球化潮流下，臺灣社會環境與家庭功能快速變遷，國人心理健康受到莫大衝擊，致使精神疾病防治工作成為當前公共衛生嚴峻之挑戰，惟目前精神疾病社區復健服務網絡未臻健全，且社會環境的包容及接納仍有不足，以致精神病患難以重返社會正常生活，自傷或傷人之事件時有所聞，更加深社會大眾對於精神病患之誤解，除不利精神病患的去污名化及回歸社會外，也造成部分精神疾病患者長期滯留醫療體系，加重健保的財務負擔，顯示相關部會之合作與協調仍有不足，行政院允宜加強協調改進。

四十七、安寧緩和醫療條例之部分修正條文業經立法院於100年1月10日三讀通過，衛生署允宜儘速擬定配套措施，從醫學倫理面與醫療資源面，向民眾加強宣導，並從個人、家庭到社會凝聚共識，促成安寧緩和醫療得以有效推動：

查安寧緩和醫療條例於89年經立法院通過，並於89年6月7日公布施行之後，我國成為亞洲第一個對於自然死立法之國家，使醫師對於不可治癒之末期病人，得在尊重其意願之情形下，不施予積極性之治療或急救，僅提供減輕或免除其痛苦之緩解性、支持性醫療照護措施，或不施行心肺復甦術(DNR)。是以，安寧緩和醫療並非不是見死不救，更不是等待死亡，而是在病程末期，使病患得以善終，家屬也能度過哀傷，讓生死兩無憾。然而，許多加護病房中的末期病人於死亡當天仍在驗血

、照X光、抽痰、使用呼吸器、抗生素、洗腎，甚至使用葉克膜體外維生系統或被施予心肺復甦術，在這些激烈的急救處理措施之後，僅僅是以醫療加工方式延長生命，對於病患而言，是一種折磨與凌虐，留給病患家屬，是無盡的煎熬與痛苦，同時也耗費掉龐大醫療資源。本案實地訪查過程，素孚聲望之宗教醫院屢屢提及「無效醫療」之深刻問題，並嚴肅地強調不論從倫理面或資源面，均有其迫切性與必要性。

由於安寧緩和醫療係在病程末期為病患及其家屬，提供減輕或免除痛苦之緩解性、支持性醫療照護措施，或免除無效治癒性之治療或急救，使病患能夠得以有尊嚴地善終，家屬能夠心安地度過哀傷，並可避免無效醫療耗費龐大醫療資源，因此無論從醫學倫理面、醫療資源面，安寧緩和醫療均有其必要性及重要性。100年1月10日立法院已三讀通過安寧緩和醫療條例修正草案，明訂病患經診斷確定為末期病人，經親屬簽署「終止心肺復甦術同意書」，再由醫療機構之「醫學倫理委員會」認可後，醫師可移除呼吸器、終止生命，可說是安寧臨終在法制化又跨出了一步。惟為避免讓醫師在執行過程中陷入灰色地帶，且尊重病患自主權，並使家屬心安，衛生署允宜擬定配套措施，並從個人、家庭到社會凝聚共識，同時應加強宣導，讓民眾及早即簽署不施行心肺復甦術之同意書，促成安寧緩和醫療得以有效推動。

- 四十八、我國已將安寧療護之服務對象從癌末病人，逐漸擴大至慢性疾病患者，應值肯認，惟目前安寧病房多設置在大型醫院內，使得安寧療護難以普及化並落實在地照顧，衛生署允應從政策層面提供獎勵機制，戮力促成社區安寧療護服務之推動與落實：
- (一)由於全民健保資源有限，末期急救慣例使用的各種醫療項目，常造成後續拖延生命又無法達到病患病痛的解脫，爰有「臨終關懷」、「無效醫療」等問題的省思。自71年來，癌症一



直為台灣十大死因之首，且比率有逐年上升之趨勢，每年約有3萬多人死於癌症，愈來愈多癌症病患面臨到死亡，使得癌末病患的照護問題受到重視。世界衛生組織早已將安寧療護視為癌症防治計畫中不可或缺之一環，且已證實是對癌症末期病人最佳的方式。

(二)基督教長老教會的馬偕醫院於 79 年成立國內第一個安寧病房，同年成立財團法人中華民國安寧照顧基金會，83 年天主教耕莘醫院設立第 2 家安寧病房，嗣康泰醫療教育基金會、佛教的恩主公醫院、慈濟醫院、蓮花基金會等紛紛加入參與。衛生署自 84 年起規劃辦理安寧療護，85 年試辦安寧居家服務，89 年將癌症病人安寧住院與安寧居家納入全民健保試辦計畫，92 年起增列漸凍人，衛生署國民健康局並於 93 年 8 月起試辦癌末病人安寧共同照護服務。嗣 98 年 9 月 1 日安寧住院與安寧居家服務納入全民健保醫療費用支付標準，並將服務對象擴大至「老年期及初老期器質性精神病態」、「其他大腦變質」、「心臟衰竭」、「慢性氣道阻塞，他處未歸類者」、「肺部其他疾病」、「慢性肝病及肝硬化」、「急性腎衰竭，未明示者」及「慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者」等 8 類慢性病之末期病人。歷年安寧療護服務申報情形詳見下表：

年度	申報件數	申報天數	平均住院天數	申請費用	日平均費用	個案數
90	4,789	75,218	16	343,997,368	4,573	3,627
91	5,840	84,535	14	395,746,040	4,681	4,366
92	5,962	80,681	14	375,718,387	4,657	4,694
93	6,564	79,294	12	376,817,221	4,752	5,125
94	8,322	102,614	12	490,533,954	4,780	6,445
95	8,291	120,538	15	603,326,563	5,005	6,470
96	9,065	109,120	12	549,333,302	5,034	6,905
97	8,962	149,169	17	542,223,599	4,733	7,059
98	10,117	118,455	12	596,869,716	5,039	7,784

資料來源：衛生署

(三)此外，衛生署為促使醫院重視病人生活品質，並提供適當的照護服務，已於醫院評鑑基準列有安寧療護相關規範。且該署為提升安寧療護服務品質，89 至 97 年委託安寧緩和醫學學會辦理安寧住院與居家醫院之認證，94 年起委託該學會辦理安寧共同照護輔導計畫、專業人員培訓、納入癌症診療品質認證指標，並自 96 年度起委託臺灣安寧照顧協會辦理宣導安寧緩和醫療理念相關活動，以提升醫護人員與民眾對於安寧療護的認知。在經過多年努力之後，國內癌症病人死亡前 1 年利用安寧療護之比率已有增加（97 年為 38%），而病人與家屬對於安寧共同照護服務之滿意度亦高達 9 成，且我國安寧照護品質經新加坡慈善組織「連氏基金會」委託英國「經濟學人智庫」，調查 40 個國家並於 99 年 7 月 14 日公布，臺灣排名全球第 14 名、亞洲第 1 名。

(四)從本案實地訪查醫療院所過程中，沿路所見醫院的安寧病房，多設有協談室、彌留室、交誼廳、小花園等設施，確實提供溫馨、舒適之安寧照護服務、環境與氛圍。惟安寧病房多設置在大型醫院內，除無法避免櫥窗化之現象發生外，病人亦不能在自己熟悉的社區環境中善終，且對於經濟狀況不佳或居住在離醫院較遠之病人及其家屬，往返費用及體力造成沈重的負荷，無法落實在地照顧。加以我國每年死於癌症人數約為 3 萬多人，如有 2 萬名癌症末期病人接受安寧療護，屆時現有安寧病房床位數將產生不足之情事，況且目前衛生署已將安寧療護之服務對象擴大至慢性疾病患者，如安寧病房仍持續設置在大型醫院內，安寧療護難以普及化。凡此俱見社區安寧療護服務對於普及化及在地照顧之落實，有其必要性及迫切性，目前臺大醫院金山分院及臺東聖母醫院已開始推動社區安寧療護服務，均為頗具參考價值之範例。但唯有降低設置門檻，讓社區醫院能夠參與服務之行列，安寧照

護服務才能普及化，落實在地照護之目標。

- (五)綜上，衛生署已將安寧療護之服務對象從癌末病人，逐漸擴大至慢性疾病患者，應值肯認。惟目前安寧病房多設置在大型醫院內，除無法避免櫥窗化之現象發生外，並囿於床位數及服務範圍無法擴展，使得安寧療護難以普及化並落實在地照顧，衛生署允應從政策層面提供獎勵機制，戮力促成社區安寧療護服務之推動與落實。

四十九、全民健保實施後，醫療體系快速擴張，預防體系卻相形弱化，以致難以有效促進國人健康，民眾對於全民健保將有永無止境的醫療需求，衛生署應及早重視並逐步予以改善：

- (一)回顧臺灣公衛的發展過程，由於社會經濟的繁榮發展與公共衛生的積極推動，臺灣健康水準不斷提高，並完成疾病轉型，不但使得死亡率低，且慢性疾病及意外事故已取代傳染性疾病，成為現今我國主要健康問題。因此，重要傳染病根絕、醫療網健全、預防接種普及、B 型肝炎得以控制、全民健康保險實施、甲狀腺腫防治、烏腳病防治、婦幼衛生完善、家庭計劃實施、平均餘命延長等，可謂台灣公衛發展的重要成就。尤其 84 年全民健保實施後，更是空前地改變台灣的醫療生態，具體實現公平與正義。

- (二)由於全民健保實施後，醫療可近性、國人納保普及化均成為臺灣傲人的成就與經驗。惟僅賴醫療服務水準之提升與普及，仍有不足，預防醫學對於國民健康及降低醫療支出，實有重大影響，故預防保健及健康促進乃為政府緊接著所要面臨的重要課題。我國自 71 年起，癌症（惡性腫瘤）即位居國人十大死因之首，全民健保實施後，癌症仍持續位居首位，而腦血管疾病、糖尿病、高血壓、腎臟疾病等慢性疾病，亦始終位於國人十大死因之列，此凸顯癌症及慢性病已成為國民健康之新威脅，也意味隨著公共衛生改進、工商業發展、

社會環境與生活方式變遷，慢性病已逐漸取代傳染病，成為我國主要的健康問題。本案實地訪查各醫療院所及辦理相關團體座談時，與會人士幾乎均提及應加強預防保健，方能有效降低醫療支出，並促進國民健康。因此，疾病預防與健康促進顯得更為重要與迫切。

- (三)然而，衛生署於成立之後多致力於提高醫療照護的可近性，所開辦的全民健保，均以治療為導向，健康促進的發展起步較慢，且未受到足夠的重視。根據江教授東亮<sup>2</sup>指出，臺灣健康促進運動的發展除起步較慢外，另有兩個主要缺失，第一是缺少政治意願，在臺灣健康促進並未受到應有的重視，使得相關活動十分零散。第二是偏重個人責任，臺灣健康促進運動的發展因受到美國影響很大，其認為健康促進始於健康的個人養成可以維護與增進身心美好的生活方式，但強調個人責任的結果是，常發生「責備受害者」的現象。
- (四)又全民健保實施以來爭議不斷，台灣社會始終未正視兩大問題：第一，公衛體系預防功能弱化，無論在人力、經費及相關資源等方面，相較於醫療體系，均十分不足，致使民眾無法有效維持健康，則需要醫療、需要健保的民眾不斷增加，醫療費用無法有效降低；其二，公衛體系醫療部門極度市場化，致使醫療不斷擴張，預防卻相形萎縮，此從 98 年臺灣國民醫療保健支出中，86.2%用在個人醫療，公共衛生預防支出僅占區區的 4.6%，可見一斑。此兩大問題造成全民健保的支出不斷增加，但醫療支出的增長卻未能為民眾帶來健康，此正是輕視預防而過分重視醫療所產生的後果。
- (五)按「疾病壓縮理論」係主張將可能發生在一個人身上之疾病，壓縮到死亡的最後一段時間，最好一天或一個星期，亦即縮短老年人身心障礙臥床之時間。世界衛生組織於2008年發表

---

<sup>2</sup> 醫療保健政策：臺灣經驗，96 年 11 月，巨流。

之「預防慢性病：一項重要的投資」報告指出，不健康、缺乏運動、吸煙等係導致慢性病之主要原因，例如：體重過重及肥胖引發血壓升高，影響膽固醇異常和對胰島素敏感性降低，將引發心血管疾病、中風、糖尿病及多重癌症之風險。且從衛生署「96年台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」顯示，我國老人疾病盛行，漸趨向以慢性疾病為主，逾八成(88.7%)之老人自述曾經醫師診斷至少有一項慢性病，最常見慢性病前五項分別為高血壓、白內障、心臟病、胃潰瘍或胃病、關節炎或風濕症。又近年來臺灣老人主要死因死亡率觀之，老人罹病及死因以慢性病為主，其中與生活型態有關之死因，慢性病即占七個(惡性腫瘤、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、腦血管疾病、心臟疾病、腎病變、高血壓)。由於老年人罹患慢性疾病通常具有不易痊癒之特性，需要持續之照顧及醫療，此從我國65歲以上保險對象占全國保險對象之比率約10%左右，其醫療費用占率卻逾1/3，並有逐年上升之趨勢，可見一斑。以目前我國人口老化之速度以觀，如未及早加強預防保健與健康促進，未來老人所使用的健保資源勢必大幅增加。

- (六)綜上，慢性疾病及意外事故已取代傳染性疾病，成為現今我國主要健康問題，惟全民健保實施之後，由於過於強調治療，輕忽促進健康，使得我國醫療保健支出雖逐年上升，但民眾卻未因而獲得健康，此為台灣公衛當前所必須面臨的重要課題，更需要長期逐步改善，此非但牽涉民眾長久習以為常的健康醫療觀念與行為模式，亦涉及公衛體系長年重醫療輕預防的政策。因此，政府除重視醫療照護的可近性之外，更應考量社會、環境及社經文化等因素對於國人健康之影響，如再未能及早重視公共衛生係為達成預防疾病及增進健康之目的，則永遠無法擺脫健保破產與費率提高之爭議，更難以因

應未來人口老化與醫療科技快速發展的嚴峻挑戰。

五十、為了健保的永續經營，行政院允宜責成相關部會，從教育向下紮根、國民進行衛教、社會形成共識、世代共擔責任等四大面向，凝聚「全民健保、人人有責」的體認與共識，並採行具體的行動與策略，以竟全功：

由於全民健保的開辦，建構出我國穩固的社會安全網，更實踐了對弱勢者醫療照護的保障，此項重要的社會保險制度，不能因財務困難而崩解，必須永續經營。但全民健保也不能單靠一句「不能倒」的口號，就能永續下去，行政院必須責成相關部會從教育向下紮根、國民進行衛教、社會形成共識、世代共擔責任等四大面向，凝聚全民的高度共識與正確觀念，並以具體行動共同努力永續經營：

#### (一)教育向下紮根

健保永續經營的概念應從教育開始著手，以形成牢不可破的理念與認知，進而逐漸內化實踐在個人健康行為及觀念，並讓每個人對於全民健保制度的維繫，從小即負有一份責任與參與感，方能有效全面促使國人從小重視健康生活、建立正確就醫觀念、避免醫療浪費等，以控制醫療保健支出的成長，紓解健保的財務惡化，讓全民健保得以永續經營。惟教育部在國民教育及其教科書針對「永續健保、人人有責」之觀念，仍屬概念性之說明，尚乏整體連續、具體明確之有力論述，恐難有效傳達與建立永續健保之理念與認知，更難以促使學生將「永續健保、人人有責」具體實踐在日常生活之中，並進而影響到家庭與社區。

#### (二)國民要有衛教

臺灣社會轉型所衍生的健康問題如癌症、人口老化、慢性疾病等，尤其是與健康行為有關的肥胖、高血脂症、糖尿病等問題，將嚴峻考驗我國醫療照護體系。但醫療照護如只

強調疾病的治療，而未能給予民眾適當的衛教，民眾對全民健保仍有永無止境的醫療需求，我國仍無法擺脫醫療費用持續上升的命運。此外，本案在實地訪查時，參與人員均有一個共同的感受，就是伴隨著全民健保的實施，確實產生醫療浪費之情形，尤以民間所形容的「三多」（看病多、拿藥多、檢查多）最受詬病，且從相關數據顯示，民眾用藥及使用特殊昂貴醫療檢驗確有增加之趨勢，倘未加以節制，勢將排擠健保資源的使用，危及全民健保之永續經營。而「三多」現象的核心根源就是民眾缺乏醫療衛生常識，此除有賴醫事提供者於病患看診時適時進行相關衛教外，政府更應加強教育民眾正確醫療保健知識，以有效控制醫療浪費，俾使健保得以永續經營。

### （三）社會形成共識

全民健保從開辦之初的2千多億年度預算，到100年將超過5千億，「健保不能倒、健保必須永續經營」已是臺灣目前最基本且最重要的共識與任務。但健保永續不僅是政府或醫事提供者的責任，更不可能單靠任何改革團體的監督即能做到，作為納保者的國民也有責任，並且從家庭、媒體、輿論、民間到政府都要有「健保不能倒」的體認，進而倍加珍惜，並願共同維護、共同監督、共同負責、共同承擔，才能得以永續。過去在反共抗俄的年代，國人記憶深刻的一句話就是：「保密防諜、人人有責」，但這樣的年代已經過去了，全民健保實施後，國人免於因病而貧，全民健保實與國民健康息息相關，在此之際，「保密防諜、人人有責」實應改為「全民健保、人人有責」，只有社會形成共識，方能實踐健保的永續經營。

### （四）世代共擔責任

我國全民健保是一種強制性的社會保險，具有社會連帶

的重要功能，而國人所能享有的服務及整個健保制度的運作，絕大多係仰賴保險費的收入。但由於人口老化、疾病型態改變、醫療科技進步及醫療服務內容增加等因素，使得醫療費用之增加已高於保險收入的成長。當前健保財務問題雖因二代健保法案的通過而暫時得以紓解，但其本質問題仍然存在，加以未來我國高齡化及少子女化現象將更為嚴重，政府及全民如未及早正視社會保險自給自足之觀念，體認全民健保應力求財務平衡，執意強調此時此刻被保險人的短視利益，將造成世代衝突，下一代國民也將背負更為沈重的負擔。因此，全民健保永續經營不是只有這一代國民的責任，而是世代之間所必須共同承擔的責任。

五十一、具有台灣特色的全民健保，已成為台灣的軟實力，但歷經十五年之後，全民健保也已浮現三大隱憂，行政院允宜從歷史與世界的高度、宏觀的角度，一面持續精進全民健保的三大內涵，一面更應為實際負責推動全民健保重責大任的健保局，全力協助解決其改制後可能引發的後遺症，並提供各種必要的支援系統，包括人力與資源等，俾健保得以永續經營：

(一)具有台灣特色的全民健保，具有三個內涵：

#### 1、融合性

從當年規畫者與決策者的背景、規畫者所留下的文獻與決策者所留下的紀錄來看，他們大都充滿著社會情懷，也高度關注永續經營。因此我國健保從規畫之初一直到現在，始終在公平與效益之間拔河—既強調公平，也要求永續；這種拔河使我國健保制度既有社會主義色彩，也有資本主義色彩，既有「一隻看得見的手」在運作，也有「一隻看不見的手」在影響。

從需求面來看，我國健保很社會化，但從供給面看卻很市場化；我國健保既像社會保險，又像社會福利；同時



既不完全像社會保險，也不完全像社會福利；所以我國健保是多元的、融合的、是你中有我、我中有你。應該說，這是一種時代產物，因為當我國剛要走上全民健保之路時，世界上一些先進國家已實踐了幾十年，這些國家所留下的經驗，都成為我國重要的參考，這個大時代背景也說明了為何我國健保制度有加拿大、德國、美國、英國、日本等國的投影。所以具有台灣特色的全民健保的第一個特色是融合的、多元的，而非定於一的。

## 2、靈活性

我國健保保費低、保險範圍廣，又有「三多」（看病多、拿藥多、檢查多）現象，但十五年來卻只調整兩次費率，即能安然渡過難關，其最主要關鍵便是推動者在推動過程上所展現的靈活性與務實性。健保實行以來的論量計酬，由於PF的衝擊，帶動了衡量的惡性循環，不但影響醫療品質，更危及健保的財務基礎，主事者乃客觀的面對新情勢，並務實地提出總額以為因應，更逐步採行論質計酬來提升品質。由於文化與民族性的影響，台灣很難推行英國的家庭醫師（GP）守門員制，但卻繞了個彎，以英國GP為靈感，並靈活而務實地發展出社區醫療群之家醫計畫。

正推動中的Tw DRG也是靈活而務實的案例，DRG係美國發展出來，為世界不少國家所採用，主事者經過長期的研擬及客觀的臨床評估之後，以TW-DRG正式上路，目的在控制醫療支出，確保醫療品質。「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」（IDS）不僅靈活，更是創新，它結合了承作醫院、山地離島當地之衛生所與診所之分工合作，為山地離島之居民提供適時的醫療服務。因此具有台灣特色的全民健保的第二個特色是靈活的、務實的、求新求變的，而非刻板的、靜態的、停滯不動的。

### 3、本土性

現行健保完全是以中華民國有效統治地區內的國民為服務的對象。所有的改革，所有的試辦計畫，都是以二千三百萬人民的福祉與權益為出發點來做思考，因此健保完全是植基於本土，而其發展也是植基於本土，其任何改革也是植基於本土。本土是健保存在的基礎和追求永續的動力源泉。從都會區到偏遠地區到山地離島，凡本土之所在的範圍和構成本土主體之國民大眾，像IDS所關心的居民，社區醫療群家醫計畫所關心的社區民眾，以及多重慢性病整合照護計畫所關心的弱勢老人，都是健保照護的對象。所以具有台灣特色的全民健保的第三個特色是本土的、草根的，而非外來的、飄泊的。

(二)由於全民健保具有這三個內涵，並不斷求新與創造，十五年來，全民健保不僅增添我們的自信與光彩，更已發展成為台灣重要的軟實力。但從2005年以後，正如首任健保局總經理葉金川所言，健保的財務短絀已愈趨嚴重，這是我們所浮現的第一個隱憂。不過，這項隱憂隨著二代健保法有關「雙重費基」與費率計算的通過，正如楊志良署長所說，財務上大約可撐五年，因而雖可稍為舒緩財務上的立即危機，但並不能從根本上排除危機的存在。

(三)一百年來，前五十年，由於日治政府採行殖民歧視政策，台灣人大多攻讀醫與農，而無法讀法政；後五十年，由於二二八事件的教訓，一流的台灣學生大多攻讀醫與理工，而遠離法政。由於這種特殊的歷史背景，一百年來台灣的優秀子弟大多走上醫界之路，並因而提升台灣的醫療水準，更成為健保得以成功推動的最主要大軍。但由於健保支付制度所造成的空前衝擊，第一流人才湧向醫界的歷史性潮流，已有了改變的徵兆，台大醫學院醫學系已非所有第一流學子的第一選

擇。特別是，也由於健保支付制度所造成的扭曲，選擇醫學院學子的首選，一百年來，幾乎是以內外婦兒四大科為主，且學生之中，必需爭破頭才能入選，但現在四大科已漸漸失去這種優勢，甚至走向衰落，而本來非醫學主流的五官科，卻逐步抬頭成為熱門專科，使一百年來的醫學主流為之一變，人才流失是全民健保所浮現的第二個隱憂。

(四)全民健保創辦之初，當時衛生署及健保局領導階層能將來自公保、勞保及衛生署三種不同背景的工作人員，凝聚一起，並逐漸發展出所謂「健保人」的風格與精神，確實難能可貴。十五年了，第一代「健保人」走過筭路藍縷，他們在比較彈性的組織和機制下，發揮求新求變的精神，他們也無愧於健保的挑戰，經由共同的心血與努力，終於能讓台灣的全民健保在國際上發光發熱。但隨著健保局納入行政系統，即將從本質上改變健保局的生態，並將使健保局逐漸失去最寶貴的活力，如果再將健保局在規劃之時最強調的研究發展經費，也一併以技術性理由大幅刪減，將會逐步窒息健保局的生氣。一旦當年推動健保最關鍵的第一代「健保人」退休、凋零或離去，將會為未來健保的永續投下最大的變數，這是健保所浮現的第三個隱憂。

(五)本案調查委員在健保局的訪查之旅，聽到第一線工作者這些真誠的聲音：「健保局 90%以上都是健保人」、「健保局有多元的團隊」、「好的組織文化」、「看見自己的價值」、「很好的定位」、「身以健保人為榮」，因此「如何防止老化」、「如何讓創新能夠延續」將是改制後最大的隱憂，「改制後能否留下或吸收更好的人才才是今後最大的挑戰」、「未來的路愈來愈難走，不能僅止於熱情，也應有能力與智慧」、「改制後健保局的預算未被合理對待，業務有增無減，民眾要求愈多，但預算卻每年遞減 10%，形成很大的落差」、「研發的預算也少到不行…出國

費用也幾乎沒有了，健保永遠還在滾動，這樣健保局如何保持先進水平呢？」、「中央組織基準法的框架，限制了健保局的分工與分層」、「改制對健保人的士氣有影響」、「5年之內，健保人文化還能維持嗎？」、「健保會如英美『地鐵』的陳舊，不進則退嗎？」、「成功會成為失敗之母嗎？」、「健保局不能成為獨立單位嗎？可直屬總統府嗎？」、「健保不惹人愛，如政府不將健保放在眼裏，3-5年內，如出現問題，將來不及了。」楊署長志良在接受約詢時，也曾坦誠表示：「健保局改制的最大影響，將是缺少創意與影響士氣。」擔任過總經理的老健保人張鴻仁也說道「清廉、效率、能力為健保用人的重要指標」、「健保局現在有如吃祖產（花家產），目前的人才幾乎是老健保人，下一代呢？」

（六）行政院面對這三大隱憂，允宜從歷史與世界的高度、宏觀的角度，從本質上，一面循著具有台灣特色的全民健保繼續精進其三大內涵，一面更要拋開一些技術性的理由與枝節性的束縛，全力協助解決實際負責推動全民健保重責大任的健保局改制可能引發的後遺症，並提供各種必要的支援系統，包括人力與資源，俾全民健保得以進入「第二春」，永續經營。

五十二、行政院允宜責成衛生署，參考英國 NICE 的定位與功能，結合各種專家與專業性團體，以及原屬國家衛生研究院之衛生政策研究發展中心人員，成立類似財團法人台灣健保研究院之機構，俾為健康促進、疾病預防及治療相關的準則發展，提供客觀、獨立又具代表性與公信力的諮詢建議：

（一）1999 年英國成立「國立健康及臨床卓越研究院（National Institute of Health and Clinical Excellence，以下簡稱 NICE）」，是一個以提供國家醫療健康照護政策指引為任務的獨立機構，也是一個擁有多年經驗並發展出一套有系統論述的政策諮詢機構。NICE 在發展準則時，需要經過兩種評估：一是科

學價值判斷 (scientific value judgement)，檢視準則的品質和科學證據的確定性。嚴謹的科學證據訂定準則包括四個範疇：科技評估 (technology appraisals)、臨床準則 (clinical guidelines)、臨床介入過程 (interventional procedures) 及民眾健康 (public health)。二是社會價值判斷，特別是牽涉到醫療資源分配的問題時。2008 年 NICE 發表一份文獻—Social Value Judgements: Principles for the development of NICE Guidance，指出 NICE 的社會價值判斷依循下列四大倫理原則：

- 1、專業自主 (respect of autonomy)：在醫療、民眾健康及預防策略上，民眾應該得到充分的資訊，有權利自己做選擇。
- 2、不傷害 (non-maleficence)：任何健康照護都要以不造成傷害為原則，至少可能的傷害及療效之間要保持平衡。
- 3、行善原則 (beneficence)：要對病人或民眾做有利的決策。
- 4、正義原則 (justice)：用公平及適當的方式提供健康照護服務。

(二)NICE 採取「建立符合程序正義之資源分配決策過程」，作為「解決資源配置過程上因分配正義爭論所引起之衝突」的策略。除此之外，NICE 也明確指出所有程序運作均應服從相關法律，並遵守下列程序原則：

- 1、嚴謹的科學證據 (scientific rigour)
- 2、廣納代表性 (inclusiveness)
- 3、過程透明化 (transparency)
- 4、獨立性 (independence)
- 5、可質疑性 (challenge)
- 6、可審核性 (review)
- 7、可行性 (support for implementation)
- 8、及時性 (timeliness)

(三)NICE 在發展準則時必須以科學證據為基礎，提出準則建議前應先評估每項醫療介入的有效性及成本效益，並發布八項基本原則：

- 1、臨床及大眾健康效益 (Clinical and public health effectiveness)
- 2、成本效益性 (Cost effectiveness)
- 3、個別選擇性 (Individual choice)
- 4、罕見病況 (Rare conditions)
- 5、回應公評 (Responding to comments and criticism)
- 6、避免歧視及促進醫療平等 (Avoiding discrimination and promoting equality)
- 7、民眾健康的特定議題 (Particular issues for NICE guidance on public health)
- 8、降低健康不平等 (Reducing health inequalities)

(四)NICE 所發展的準則或建議都會諮詢專家及獨立公正的委員會，包括醫療衛生專家學者、利害關係人 (stakeholders)、病人和民眾均可共同參與，目前已有超過數千人參與 NICE 準則的發展，如：NICE 所組成的公民會議 (Citizens Council) 是英國第一個完全由公眾組成的諮詢團體。

(五)長期以來，我國一直缺乏這種機構與機制，二代健保在推動過程上，雖強調審議式民主與公民參與，但立法院所通過之二代健保法，僅接受「科技評估小組」，雖然在方向上是踏步出了一步，但無論功能、組成與定位，均無法與 NICE 相提並論。十五年來，衛生署一直迴避對待健保預算的分配問題，但這是一個必需及早面對的嚴肅問題。只要對待分配問題，就一定會涉及到「分配正義」與「程序正義」，而這兩種「正義」愈引發激辯時，國家就愈需要 NICE 這種獨立機構。台灣的健保即將進入討論健保預算分配的新階段，因此，為了

排除外界、特別是政治力的介入，在政策上也是應該成立類人 NICE 這種獨立機構的必要性。

- (六)由於金融具有國際化與全球化的特質，為因應國際金融的挑戰，政府主導成立財團法人台灣金融研究院，提供產官學的交流，也培養不少金融界人才，績效應予肯定。全民健保涉及到我國最大的社會安全工程，為因應全球化健保改革的浪潮，當我國健保在高峰上已隱現危機之時，行政院實責無旁貸，可參考台灣金融研究院設立先例，責成衛生署，成立類似財團法人台灣健保研究院之機構，除將國衛院原本隸屬於「衛生政策研究發展中心」的人員納入外，更應廣泛結合各行各業專家、各種醫療專業團體、利害關係人、病人和民眾等，俾為健康促進、疾病預防及治療相關的準則發展，提供客觀、獨立又具代表性與公信力的諮詢建議。

五十三、行政院允宜考量健保局之組織定位，使其具備符合機關任務職掌所需之資源，避免囿於組織基準法令之限制，而喪失原有行政效能，致無法發揮穩定國民醫療照護之責：

- (一)健保局於 84 年 1 月 1 日成立之初，為隸屬於衛生署之國營事業機關，辦理全民健康保險業務。惟衛生署為因應立法院自 91 年起，審議健保局預算之決議，故於 99 年改制為衛生署之三級行政機關。另考量其服務範圍及任務職掌之特殊性，立法院於審議健保局組織法草案期間，特將局長由原先規劃之常任職務修正為政務職務，列簡任 13 職等。
- (二)次據本案諮詢會議之專家學者提及，健保局改制行機關後，除行政經費未能達健保法第 68 條規範之醫療費用比率之上限外，現有員額亦僅占原規劃 3,000 名編制員額之半數，考量外機關移入業務日益增加，上級主管機關實應考量健保局現有人力及物力資源能否執行現行任務。另健保局改制行政機關後，人事管理制度顯較國營事業單位僵化，且受限人員

任用體系與公務員職系職等之故，機關內現有之人力資源未如事業機關時代之彈性，導致人員或無法相互交流，或未能透過現行人事制度羅致合適之技術專才，除影響任職人員之久任意願外，並將導致員工士氣低落情事。

(三)至其機關層級方面，衛生署雖以健保小組為健保政策規劃單位，以健保局為政策執行單位，惟在實際運作上，該局已為全國健康保險之規劃及政策之掌理機關，顯已逾越「局」之組織定位，且所轄醫療院所中，亦不乏影響全國醫院管理及衛生政策者，惟現行機關改制及未來組織再造中，均以三級機關為之，未有適格之定位，其勢必衝擊應有之業務作為。綜觀行政院組織再造之精神，係以政策職掌之事權統一為首要目的，此由職掌食品藥物管理及疾病管制之機關均由「局」升格至「署」之層級，即可觀之。爰上級主管機關實應考量健保局職掌，賦予健保局業務人員及主管合適之定位，俾使其得以順遂行使所負之任務職掌。

(四)綜上所述，健保局改制行政機關後，致未能改善行政費用不足之窘況，喪失事業機關時代之用人彈性，且無法透過現行人事制度羅致所需之專門技術人才，勢必對機關之行政效能產生影響，上級主管機關實應積極圖謀改善之道。另考量該局實為我國健保制度之政策規劃與執行機關，且制度涉及影響醫療政策之特質，顯異於他類專司金錢給付之社會保險，惟機關改制及組織再造期間，仍未賦予其掌理合宜之機關定位，相關規劃洵有欠當。

五十四、時值我國健保制度發展關鍵之際，衛生署允應考量健保制度對我國衛生政策之影響，積極研謀提升健保局之科技發展及政策研究能力，據以強化科技能力及相關研發資源：

(一)健保局於國營事業機關之時代，其財務收支係由該局以營業基金方式列入年度預算辦理，透過特種基金之預算編列型



態，以建立健保財務責任制度，落實盈虧自負精神，另為避免健保資源過度挹注於行政經費，爰健保法第 68 條規定辦理保險所需之人事費及行政管理經費，以當年度醫療費用總額 3.5% 為上限。惟健保局自 97 年起，其行政經費均未達上限比率之半數，勢必影響行政業務之推動，且該局除一般承保及收支業務外，尚須透過科技發展及研究工作之執行，以作為健保政策及業務興革發展之依據，故對於每年掌理 5,000 億元的收支之機關而言，實需編列穩定之研究發展及人員訓練經費。

- (二) 自 99 年度改制行政機關起，除行政經費改編公務預算外，健保局所需行政經費亦須遵循中程計畫預算作業制度，在其獲配之歲出概算額度範圍內核實編列預算，故預算規模不再依據健保法第 68 條之規定，並停止與醫療費用總額進行連動。另二代健保法已不再就行政經費予以規範，爰未來二代健保如正式實施時，相關經費之編列將再視政府整體財政狀況及健保業務消長情形，核實匡列該局之經費需求。
- (三) 惟健保資料具有諸多可讀性，故藉由資料分析之結果，始得據此提供制度改善方案。健保局雖於 91 年以任務編組方式成立數據處理中心，職司資料分析工作，惟已於 94 年解散，健保局迄未補充專責資料分析之專門技術人才。另囿於機關組織基準法令之限制，未能另行設置獨立研究機關，從事健保政策研究研析，致健保局之人力資源陷入僅能處理常規工作之困境。另健保局處務規程規範各業務組應在業務職掌內進行研究發展、統計分析及技術促進工作，亦僅透過員工自行研究及委託研究方式，提供業務改造及政策參考，始能與業務推動結合。
- (四) 我國全民健保開辦迄今，之所以獲得國際肯定及人民高度支持，實因全體健保人努力求新求變之故，此亦為事業機關時

期，透過提供充足之研發資源，健保局及全體健保人始能據以開拓發展具有創新性及靈活性之健保制度。惟自 94 年起，我國健保制度即因財務成長困境，壓縮醫療品質改善空間，致國際評價呈現走向下坡之趨勢，並對傳統醫學主流及優質之醫師人力培育產生影響。由於國內醫療院所之健保特約率已達 9 成以上，且健保制度對醫療院所之發展與影響甚大，對我國衛生政策規劃亦具潛移默化之影響。

(五)綜上所述，健保局於事業機關時期，透過該局全體健保人之運作，始為我國健保制度塑造創新及靈活特色，並獲高度之國際評價與人民肯定。故時值健保制度轉型之際，上級主管機關仍應賦予健保局充足之研究及發展資源，始得維持健保局求新求變之特色。惟該局除未有充足人力進行相關研究，亦未有合宜之研究發展及人員訓練經費之編列，除影響機關之運作效能外，恐亦危及我國健保制度之未來發展。

五十五、本案於調查過程中，實地訪查醫療院所辦理醫療服務及作業期間，相關醫療院所對現行健保制度運作所提之建議，衛生署及教育部允應積極研酌處理：

(一)台灣礦工醫院：

該院為東北角醫療資源貧瘠地區提供 24 小時醫療資源，惟未獲衛生署列為醫療資源貧乏地區醫院及接受相關經費補助，爰轉向本院陳情，茲摘述陳訴重點如下：

- 1、該院自民國 41 年成立，迄今已 58 年餘，草創目的係以照顧基層勞工、礦工為目的，而成立之首家公立醫院，並肩負東北角四鄉鎮(台北縣瑞芳鎮、雙溪鄉、平溪鄉、貢寮鄉)醫療守護之責。
- 2、其行政區域雖劃分屬基隆市，惟該院醫療能量仍擴及東北角四鄉鎮，並持續提供民眾更完善、更周全的醫療服務。惟仍不若瑞芳礦工醫院和貢寮鄉群體醫療中心，除被衛生

署列為醫療資源貧乏之地區醫院及急救站外，並接受相關經費補助。

- 3、考量該院社會服務功能於東北角四鄉鎮無可替代，實不應以縣市之區別而被排除於補助範圍之外，亟需衛生署特別考量，惠予經費補助。

(二)和信醫院：

該院因未獲衛生署評定入選「建置癌症卓越研究體系計畫」，且未見公平客觀說明，爰轉向本院陳情，茲摘述陳訴重點如下：

- 1、該院認過去 20 年在國內癌症預防、診斷、治療方面所做貢獻有目共睹，且屬國內醫療品質與癌症診療成績名列前茅的醫院，惟被衛生署排除於「建置癌症卓越研究體系計畫」之外，且函復該院之評選通知函亦無說明未獲評定入選之原因，雖曾致電衛生署楊志良署長，並經蕭美玲副署長出面處理，然迄未見此計畫之評審標準及評審委員評語與建議，此種黑箱作業模式非現代政府應有的作為，並希望得到合理解釋。
- 2、從此次參與衛生署計畫評審經驗，令人質疑衛生署有便宜行事，黑箱作業之嫌，該院期待衛生署能建立一個公平、透明的評審制度，事先公布評審標準及評審程序，事後發布評審評語，明白指出優缺點和建議，供受審單位日後改進參考。

(三)亞東醫院：

該院因急診病患待床時間冗長，欲進行院區擴建計畫，惟未獲衛生屬核准其訴求，爰轉向本院陳情，茲摘述陳訴重點如下：

- 1、該院急診暫留 2 日以上病患之比率偏高，雖擬於 98 年 12 月進行第二期院區擴建工程，由於急性一般病床的核准，

受限於「醫院設立或擴充許可辦法」，惟衛生署以週邊地區醫療資源充足為由而予以否准。

- 2、由於該院深具急診醫療能量，且倍受當地民眾信賴與肯定，請衛生主管機關惠予考量擴建事宜。

(四)天主教若瑟醫院：

該院因受健保局「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(下稱健保特約管理辦法)之修訂，及因容留非醫事人員之處分案等情，恐影響當地民眾醫療權益，爰轉向本院陳情，茲摘述陳訴重點如下：

- 1、該院負責雲林縣台西鄉、口湖鄉、斗六市三地之早療中心，計 43 學童，惟依特管辦法第 21 條之規定，限制服務機構指派醫師、復健治療人員至照護機構提供保險一般門診及復健診療服務之時段限制，勢將影響學童就醫權益，喪失治療時機，建議應檢討酌予放寬相關限制。
- 2、另該院於 97 年 3-6 月間發生未具醫事人員資格者執行小兒急診醫療服務，並申報健保費用等情，案經台南地檢署起訴後，遭健保局處以 9,600 萬元罰鍰，並停止特約該院小兒科門診 1 年；經申覆後改處以 6,000 萬元罰鍰，及前開門診停約 1 年之處分。
- 3、前開處分罰鍰為違約申報點數 119,906 點之 500 倍，似不符比例原則，建請健保局考量該院虧本提供雲林縣唯一全天候小兒科急診服務，於處分本案時，能兼顧比例原則及雲林地區小兒科急診病患之權益。

(五)成功大學醫學院附設醫院：

該院期與衛生署台南醫院及新營醫院(含北門院區)進行合併作為，惟遲未獲主管機關核准，爰轉向本院陳情，茲摘述陳訴重點如下：

- 1、該院於衛生署台南醫院之醫療合作關係由來已久，且人力

投入與經營管理實務深度，實與承接無異；另新營醫院及北門院區，經該院醫療體系進駐後，除充分發揮醫療資源外，並已大量降低衛生署公務補助負擔。

- 2、為解決成大醫院長期醫療過度飽和窘況，並提升大台南地區醫療資源，惠請主管機關重視地方需求與實際運作狀況，考量成大醫院與前揭醫療機構整併之可行性，期為雲嘉南地區病患提供優質醫療服務。

(六)義大醫院：

該院考量國內西醫人力仍不符實際需求，擬於義守大學之醫學院設立醫學系，惟遲未獲教育主管機關核准，爰轉向本院陳情，茲摘述陳訴重點如下：

- 1、該院認為在現行醫療執業高效率化的狀況下，導致醫師人力緊縮及醫療業務繁忙等情，使舊有教學行為與教育規劃不易全然更新，醫學教育面臨諸多困難，實應有開創作為。
- 2、由於醫療人力與素質決定醫療品質，故人力規劃需達保障人民基本健康維持可接受之品質，該院以全球 195 個國家資料建立醫師人力之群體推算模式，得知 1 名台灣醫師從事幾近 2 名外國醫師之工作，值得社會提高警覺。
- 3、教育主管機關實應深入檢討醫師人力政策是否足以因應環境變遷，並訂定符合時代潮流之醫師人力培育政策，詳予評量該院於高等教育體系設置醫學系之必要性。