

## 糾 正 案 文

壹、被糾正機關：行政院衛生署。

貳、案由：為行政院衛生署耗費鉅資推動醫療網第一、二、三期計畫，惟其規劃、執行、管考措施有欠縝密，造成醫療資源浪費，財務效能不彰；又未妥為配置人力、建構評估衡量指標，致行政支援作業、統計資訊蒐集、溝通協調工作均有所不足，無法達成既定計畫目標，洵有諸多疏失之處，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

行政院衛生署（下稱衛生署）於民國（下同）七十四年鑑於台灣地區診所、醫院及醫師的分布尚不平均，且各醫療機構分隸屬於各類之公私立醫院系統，各自發展，未能配合國家整體醫療之需求，而造成種種醫療上的問題與浪費等情勢，乃提出「醫療保健計畫 籌建醫療網計畫」，並於八十年及八十六年持續推動醫療網第二、三期計畫，審計部於考量該項計畫之推展，攸關人民接受醫療照顧之品質，且耗資新台幣（下同）六八八億餘元，各期計畫執行之績效，實值整體通盤評估，爰將該項計畫列為九十年度審計工作重點，並據以列為績效審計推展之重要查核工作。

本院財政及經濟委員會於審核審計部上開查核「衛生署執行醫療網第一、二、三期績效報告」時發現「衛生署第三期醫療網計畫，執行措施及目標釐訂有欠縝密，造成資源浪費，財務效能不彰」、「衛生署第一、二、三期醫療網計畫，未能配合其他醫療政

策之實施，適時修訂執行措施，整體效益欠佳」均涉有違失等情，爰決議派查；案經向衛生署、審計部調閱相關卷證資料，約詢該署相關主管人員到院說明，並諮詢醫療及公共衛生專家學者以釐清案情竣事，茲將本案有關衛生署所涉疏失部分臚列如次：

一、衛生署對於醫療網計畫之規劃不周，致需另立新計畫瓜代；又計畫目標釐訂亦欠縝密，無法達成既訂目標或未適時予以修訂，殊有未當。

(一) 原訂計畫不符需求，需另立新計畫瓜代：

1、衛生署所規劃之醫療網第二、三期計畫書內容即列有「加強復健醫療及長期照護服務」專節，惟因前開長期照護服務體系之建構，其相關資源及人力的成長速度，無法因應社會之殷切期待，該署爰於八十七年另行提出「老人長期照護三年計畫」(實施期程自八十七年七月一日起至九十年六月三十日止)，專案全力推動長期照護相關業務，著重居家照護，維護家庭功能，使無自顧能力的老人，能於其熟悉的家中及社區中，得到適當的醫療及生活照護，並於必要時提供機構式照護服務，以滿足家庭或社區無法提供之服務。

2、醫療網計畫之加強基層醫療保健服務項下，原列有加強基層衛生教育工作，普遍提升民眾預防保健醫療衛生知識；然為呼應世界衛生組織健康城市理念及為更有效推動我國國民保健工作，衛生署爰於八十八年另行訂定「推動社區健康營造三年計畫」(實施期程自八十八年一月一日起至九十年十二月三十一日止)，期整合公私部門資源，結合不同專業力量，激發民眾參與，共同營造社區健康氣氛，引

導民眾確實執行健康生活，惟上開計畫相關經費仍於醫療網項下支應。

(二) 精神病床數未達計畫目標：

- 1、依七十四年之精神疾病流行病學調查，精神分裂症及其他精神病盛行率為全國人口數之千分之三，故衛生署醫療網第一、二、三期計畫，每萬人口精神病床數之目標值分別為七·五床、九床及十床；然查醫療網第三期計畫結束時（八十九年），每萬人口精神病床數僅為八·七床，尚未達計畫既定目標。
- 2、次查九十二年底之精神病床數為二〇、一九三床，每萬人口約有八·九七床，仍未達全國醫療網規劃精神病床為每萬人口十床之目標。
- 3、末查衛生署醫療網第四期計畫精神病床數至九十三年底之目標值仍為十床，顯見醫療網第三期計畫目標釐訂過度樂觀、高估，有欠縝密，不切實際。

(三) 至八十九年底仍有未達每鄉鎮每三千人有一位醫師目標之鄉鎮：

- 1、台北縣：五股鄉、石門鄉、林口鄉、三芝鄉、雙溪鄉、坪林鄉、石碇鄉等。
- 2、花蓮縣：秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉、富里鄉、豐濱鄉。
- 3、南投縣：中寮鄉、集集鎮。

(四) 衛生署所屬醫院（下稱署立醫院）新建病床部分原預計完成一六、一二五床，實際完成一四、二八六床（完成率八八·六%）。其中大量增設醫院病床數部分，實際執行結果，據該署衛生統計資料顯示，截至八十九年底台灣地區醫療院所病床整體占床率為六四·〇一%。但署立醫院之整體占床率僅六二·三八%，另如署立醫院

已完工尚未開放之床位數即達三、七〇九床（占其完工病床二十六%），足見相關計畫之研擬作業失諸草率，顯未周延評估考量國內醫療市場之實際需求量。

- (五) 據上可知，衛生署對於醫療網計畫之規劃不周，致需另立「老人長期照護三年計畫」、「推動社區健康營造三年計畫」瓜代；又其計畫目標釐訂亦欠縝密，致無法達成「精神病床每萬人口十床」、「每鄉鎮每三千人有一位醫師」之既訂目標，又「署立醫院新建病床數」在國內一般急、慢性病床位供過於求之際，仍未能適時修訂原計畫而持續增建，肇致署立醫院已完工尚未開放之床位數高達三、七〇九床，殊有未當。

## 二、衛生署延長醫療網第三期計畫之實施期程，又更動部分計畫內容，卻未配合修正原計畫書報核，徒增無謂評估困擾，難辭行政程序瑕疵之咎，核有疏失。

- (一) 有關衛生署對於醫療網第三期計畫之規劃不周，致需另立「老人長期照護三年計畫」、「推動社區健康營造三年計畫」瓜代，已如前述。
- (二) 查醫療網第三期計畫原核定計畫之實施期間，自八十六年一月一日至八十九年六月三十日止，為期三年半；惟其實際實施期程自八十六年一月一日至八十九年十二月三十一日，計四年，核已較原核定計畫期程延長半年，但原定計畫目標數，卻未配套予以修訂，各項計畫執行措施難免無法契合，致計畫目標是否達成（醫療網第三期計畫結束之時點，究竟採八十九年六月三十日或同年十二月三十一日，認知不同、各自表述），莫衷一是，影響計畫評估作業至鉅，抑且無從發揮計畫導引預算及執行之功能。

(三) 準此，衛生署增列部分新興計畫庖代原訂計畫，並延長醫療網第三期計畫之實施期程半年，足見原計畫內容已然有所更動，但該署卻未修正原計畫書內容陳報行政院核備，肇致原計畫所設定之目標混沌未明，「計畫、執行、考核」行政三連環未能環環相扣，衍生無謂評估困擾，難辭行政程序瑕疵之咎，核有疏失。

二、衛生署耗費鉅資補助署立醫院新建病床與購置醫療儀器設備，卻未妥善使用，核有「呆床」、「呆器」等浪費資源之情事，凸顯其整體財務效能欠佳，確有可議。

(一) 署立醫院閒置大量病床，核有嚴重浪費醫療資源之情事：

1、按醫院之設立或擴充應符合當地之實際需要，避免重複投資，且應事先擬妥計畫，除房舍建築及設備儀器等硬體建設外，有關醫事人力之配置、進用及營運、管理之軟體措施需一併規劃，並應有完善可行之財務計畫，以保證建院計畫得以順利完成並順利營運，發揮應有之功能，不致造成投資浪費。

2、基於充實及均衡醫療資源考量，政府在第一、二、三期醫療網計畫中，計投入約一五七億餘元（占總預算之二二．八％）之經費於署立醫院房舍之增改遷擴建工程（已興建或完工部分，且不含台北醫院及部分計畫已核定未興建部分），堪稱整體耗費醫療網計畫資源最為龐鉅者。

3、署立醫院（原省立醫院）屬於公立醫療機構之一部分，醫療網第一、二、三期計畫興（整）建省立醫院硬體設施，規劃增設六、二〇〇床，惟截至八十九年底三十五家署立醫院，開放之床位數為一一、一三三床，但因房舍設備閒置情形普遍、

醫師匱乏（部分專科仰賴其他醫院支援醫師），故整體占床率僅六二．三八％。又據該署衛生統計資料顯示，斯時台灣地區已完工並獲許可或實際開放之各類公、私立醫療院所病床，整體占床率亦僅六四．〇一％，換言之，國內一般急、慢性病床位處於供過於求之狀態；造成斯時署立醫院已完工而尚未開放之床位數即高達三、七〇九床，若以每床硬體建築造價平均約新台幣八〇萬元計算，亦即政府虛耗二九．六七億元（占硬體投資一八．九％），卻完全形成「呆床」，故增建病床之目標數表面雖已達成八八．六％，惟實質大多係「呆床」而未能發揮預期醫療照護效果，顯已肇致大量醫療資源閒置浪費，相關計畫之研擬作業顯欠縝密。

4、據上可知，署立醫院之重建、擴建、興建、遷建計畫執行結果，因未切實評估地方需求及執行人力，致因醫護人力無法配合或病患數未如預期等原因，有使用率偏低或閒置等醫療資源浪費情形。又即使署立醫院將已完工尚未開放之一般急、慢性病床位，協調所在地衛生局醫事審議委員會同意先針對各該縣市缺乏之精神、傳染病（如結核病）、長期照護資源分別同意於民間資源未投入前先暫轉作該等特殊用途，並對占床率較低之醫院，考量當地長期照護之需求，輔導其設置相關長期照護病床（護理之家、日間照護中心、呼吸照護病房、安寧照護、居家護理），但因上開床位之健保醫療給付偏低，仍不符投資成本效益；況且亦與原先規劃增設為一般急、慢性病床位之本意欠合。

（二）儀器設備部分：

經審計部調查發現，有二〇家署立醫院所採購一百萬元以上貴重儀器設備，其中有三十九項設備（總值約二億元）之儀器及設備閒置（呆器）或使用率偏低，占醫療網第一、二、三期計畫中，省立醫院採購各項儀器設備約二十五億元的八%，足見前揭醫療儀器及設備閒置狀況尚非屬少數特例。

- (三) 綜上，在醫療網第一、二、三期計畫中，衛生署耗費一五七億餘元新、整、擴建署立醫院之房舍，因醫護人力無法配合或病患數未如預期而有大量閒置已完工卻未開放使用病床之情形；另耗費二十五億元所採購之儀器及設備，亦有三十九項設備（總值約二億元）是屬於閒置或使用率偏低情形；足見衛生署耗費鉅資補助署立醫院新建病床與購置醫療儀器設備，卻未加以妥善使用，核有「呆床」、「呆器」等浪費資源之情事，凸顯其整體財務效能欠佳，確有可議。

四、衛生署未確切評估衛生所、室需求即率爾補助，對其增改擴建辦公房舍、基本醫療、保健設施等現況資訊掌握不足，相關標準配備規範亦付諸闕如，洵有未洽。

- (一) 在第一、二、三期醫療網計畫期間，衛生署（主辦單位為保健處，嗣改制為國民健康局）及所屬中部辦公室（原台灣省政府衛生處）為改善地方衛生行政單位辦公空間、普及醫療資源，編列預算（據該署僅可提供資料八十五至八十九年度補助經費計九．一五億餘元，而七十四至八十四年度補助經費資料付之闕如）補助台灣地區衛生局、所、室增改擴建辦公房舍及設備；然查該署迄今對上開增建、改建、擴建辦公房舍之檔卷不齊全、補助款明細帳冊亦散亂而且數字兜不攏，致勾稽困難；又

缺乏衛生所、室之醫療保健設備最低標準配備規範，造成各衛生所、室之醫療保健設備仍有缺漏，無法滿足國民基層醫療保健需求，足見該署對於台灣地區衛生局、所、室之辦公房舍及醫療保健設備現況資訊掌握與其標準配備規範之釐訂確有不足，亟待補正。

(二) 衛生署對於地方衛生所室房舍空間暨醫療設備需求評估未盡確實，規劃、審核、補助作業均欠嚴謹：

1、地方衛生所室若干資源重複投資或閒置浪費：

(一) 經審計部函請該部所屬各審計處室轉請各縣市衛生局填報其使用情形發現：興整擴建之衛生局、所、室房舍計二六九案，耗資三十四億餘元。其中有供其他單位使用或使用率偏低者，計有五十三案（耗資約五．一億餘元，占十五％）。

(二) 部分衛生所擴建頻繁且補助標準不一：

△ 衛生署對於衛生所擴建次數管制暨補助標準欠缺統一規範，致部分衛生所於保健醫療業務擴增，原有之建築物不敷使用卻又未達到報廢年限，無法重建之情況下，只得採逐次擴建或空間規劃之策略，以達該階段性之需求，俟原建築物達報廢年限且該衛生所確實有其需要，才另行重建；此種分期分段之處理方式，值得檢討。

△ 經查高雄縣燕巢鄉衛生所、嘉義縣東石鄉、義竹鄉、大埔鄉、梅山鄉、水上鄉、大林鎮、鹿草鄉、太保市衛生所等九所衛生所擴建頻繁，且補助標準不



一，核該署之補助措施，實有欠當。

2、基層醫療網（衛生所、室）之部分醫療設備使用率偏低：

（一）衛生署於八十年曾發函調查，發現衛生所一般用X光機因缺乏合格操作人員而導致X光機器閒置者占六十二%。

（二）嘉義縣溪口鄉、布袋鎮、義竹鄉及東石鄉衛生所醫療器材有二〇%閒置；又嘉義縣番路鄉衛生所X光機（七十五年起因乏專業人員操作閒置至八十三年）。另補助嘉義縣阿里山鄉衛生所超音波掃描儀、台中縣大甲鎮衛生所之耳鼻喉科治療台、石岡鄉衛生所牙科治療椅、烏日鄉衛生所血球計數器等，於八十八年均閒置未用。

（三）由衛生署撥交雲林縣斗六市衛生所之耳鼻喉科治療台、生化測定分析儀等，於八十四至八十八年度均未使用。

（四）各衛生所之儀器設備多由衛生局或上級政府配發，因採購時未調查各衛生所之需求及醫師專長情形，致所配發之儀器設備因不符合需要，無專業科別醫師無法使用而閒置。又基層醫療網部分醫療設備因醫師出缺，致使用率偏低、或閒置而未充分運用。

（五）基層衛生所重擴建房舍面積過大，未能切合實際需求：

1、屏東縣潮州衛生所辦公廳舍規劃需求面積過大，總樓地板面積三九七坪，致原鄉公所使用二〇八坪作兵役體檢中心停用後，該場所祇好作為衛生所辦理衛教活動

之用。

2、屏東縣高樹鄉衛生所重建時，因當時預定作為地區醫學教學中心，建築面積為一、二四六坪，而後當該功能萎縮時，衛生局乃提供七二八坪租給民間護理之家使用。

(四) 開辦群體醫療執業中心曇花一現，如今規模業已名不副實：

1、衛生署於七十三年依行政院核定「加強基層建設提高農民所得方案 醫療保健計畫」，開始推動群體醫療執業中心（下稱群醫中心）計畫。為縮小城鄉醫療資源之差距，使偏遠地區民眾得到適當的醫療照護，在七十四年「醫療網第一期計畫」至八十年擴大辦理期間，分年成立多所群醫中心。

2、至八十三年共計完成一七四所群醫中心，每所群醫中心由衛生署補助一五〇萬元，作為開辦及增購必要儀器之用，另補助三〇萬元藥材週轉金，亦即該署共補助三・一三二億元。又列為群醫中心之衛生所，不論是否需要，台灣省衛生處即補助醫療設備一批。

3、整體而言，群醫中心在當時確實達到提高偏遠地區醫療可近性之目的。然據審計部查核發現：民眾對於群醫型衛生所的利用率僅約二〇至三〇%，因此，現階段繼續經營群醫中心之必要性亟待檢討，倘若務實地以群醫中心（須有二位以上不同科別之醫師執行聯合門診）之真意來看，如今規模業已名不副實。

(五) 由上可知，衛生署未確切評估衛生所、室實際需求即率爾補助經費，對其增改擴建辦公房舍、基本醫療保健設施等現況資訊掌握不足，相關補助標準、醫療配備規範

亦付諸闕如；又開辦之群體醫療執業中心曇花一現，如今名不副實，洵有未洽，允當檢討。

五、有關衛生所救護車之管理，流於寬鬆，配置人員設備亦未臻完備；當地衛生局長期聽任其違規使用，而衛生署未督飭依法查處裁罰，外控機制亟待改善。

(一) 依據緊急醫療救護法第十六條規定，救護車之用途，以下列為限：救護緊急傷病患、運送病人及實施防疫措施及緊急運送醫療救護器材、藥品、血液或器官。救護車設置機構若未依用途目的使用，衛生局可依同法第四十一條論處。

(二) 次查目前配置救護車之衛生所有九十六家，依據緊急醫療救護法第二十一條規定，有關救護車之人員配置、急救設備及救護業務，應由衛生局每年定期檢查，必要時，得不定期為之。

(三) 惟據審計部查核發現：

1、緊急醫療救護資訊設備之使用維護，未能達成無線電救護網建置之主要目的。

2、救護車未達緊急醫療救護法所規定之標準。

3、部分救護車僅用於巡迴醫療服務，或配合地方型活動救護站、或當公務車使用，與原用途目的不合。

4、救護車之人員配置不足，致隨車出勤比例偏低，未能落實傷患至醫院前之緊急醫療救護工作。

(四) 有關衛生所救護車之管理，該署於九十三年三月二十二日函，調查八十年至八十九

年期間，各縣市衛生所之救護車管理情形。各縣市衛生局提供資料，主要情形如下：

1、衛生所救護車之主要管理情形：各衛生局表示衛生所救護車皆依規定，定期消毒與定期檢查（主要指救護車醫療裝備檢查及車輛保養檢查）。

2、衛生所救護車之主要使用用途：

（1）緊急救護（救護、救災；配合縣府或鄉鎮市活動，支援救護；支援消防局救護車不足；配合緊急救護相關事故之演習）。

（2）運送病人（病患轉院或協助精神病患轉院、低收入戶轉診或就醫）。

（3）防疫及緊急醫療器材運送（疫苗）。

（4）協助巡迴醫療《按本項為衛生所之例行業務，使用救護車之頻度最高，卻非救護車之法定使用範圍》。

3、八十年至八十九年期間，並無衛生所救護車有不法情事，接受論處情況發生。

（五）綜上，各鄉鎮市區衛生所隸屬於各縣市衛生局，算是「自家人」；審計部年度查核衛生所救護車之配置與使用即發現諸多缺點，已如前述，而衛生局依法每年應定期或不定期檢查，居然未能查覺任何衛生所救護車使用管理之缺失，予人「嚴以律人、寬以待己」之不良觀感；究係當地衛生局之執法不力、外部控管機制已然失靈，抑或緊急醫療救護法之立法規定過於嚴苛，難以切合衛生所實務作業需求，深值衛生署探究檢討改善。

六、衛生署執行三期醫療網計畫共十五年後，對於各類型醫療體系之劃分依然迥異、核其迄

**未整合各類醫療機構、醫療體系，肇致各自為政、各行其是，顯有違失。**

(一) 衛生署依照總統七十三年八月一日之指示「規劃建立台灣地區醫療網，並整合各類醫療機構，使成為一個全國性的完整醫療體系」，乃著手規劃並推動醫療網計畫，並由計畫第一期七十四年七月開始實施起，歷經第二期至第三期八十九年底止，計畫執行期程長達十五年之久。

(二) 惟查該署對於各類型醫療體系之劃分：

1、一般急慢性醫療體系：在架構區域醫療體系時，係將台灣地區劃分為十七個醫療區域（再細分為六十二個次區域）。嗣鑑於全民健康保險支付制度對醫療體系之影響甚鉅，乃於醫療網第四期計畫規劃時，即朝結合健保資訊與資源方向努力，如配合中央健康保險現有分局（台北、高屏、北區、中區、南區、東區等六個分局）所搭配之行政區域劃分成六大醫療區域。

2、精神醫療體系：在健全精神醫療服務網絡時，將台灣地區依地理環境、人口及資源分布情形，劃分為七個責任區，指定核心醫院，建立區域性精神醫療網。

3、山地離島醫療體系劃分：將全國山地離島地區分成台北區（台北縣、宜蘭縣、金馬地區）、北區（桃園縣、新竹縣、苗栗縣）、中區（台中縣、南投縣、嘉義縣）、高澎區（高雄縣、澎湖縣）、屏東區（屏東縣）、東區（花蓮縣、台東縣）六區及十五個次區域（山地離島鄉之縣市），指定一至二家區域級以上醫院，責成其整合區域內之醫療資源及支援協調推展各項醫療保健業務。

- 4、在發展全國緊急醫療資訊管理系統、推動到院前緊急醫療救護雙軌制度、試辦救護車導航及派遣支援作業系統時，係在台灣地區補助成立十四個救護指揮中心。
- 5、在規劃將各署立醫院成立策略聯盟（聯合管理中心）以提昇競爭力時，又擬議將台灣地區各署立醫院劃分為台北區、北區、中區、南區等四個區域醫院策略聯盟，建構為中心醫院總院制。
- 6、院內感染控制之組織及運作：地方衛生單位結合各區教學醫院院內感染控制小組，依據醫療網之十七個醫療區域，組成北、中、南、東四個輔導小組，加強各級醫院感染控制技術交流及協助群突發疫情之控制。

（三）又查台大醫院、榮民總醫院、軍方醫院、署立醫院、縣市立醫院分屬不同之行政體系，各主管機關所屬醫院之規模層級與任務特性亦不盡相同。故於醫療網計畫內，無論區域醫療、精神疾病防治、緊急醫療救護、基層醫療保健、長期照護等各該體系之規劃執行均難以進行垂直整合成「一個」全國性的完整醫療體系。

（四）綜上，總統於七十三年八月一日即指示衛生署「規劃建立台灣地區醫療網，並整合各類醫療機構，使成為一個全國性的完整醫療體系」，然查該署所架構區域醫療體系、精神醫療服務網絡、緊急醫療救護指揮中心、推展健保醫療業務、成立醫院聯盟時，對於各類型醫療體系之劃分依然迥異，已如前述；核該署執行三期醫療網計畫歷經長達十五年後，迄未有效整合各類醫療機構，根本無法建構出一個全國性的完整醫療體系，肇致各類型醫療體系之間各自為政、各行其是，顯有違失。

七、衛生署對於醫療統計資訊之蒐集建置進度嚴重落後，輕忽品質之衡量指標，未能與醫療網計畫既定政策之推動密切配合，致相關施政成果及責任不明，顯有欠當。

(一) 按醫療網計畫為整體醫療體系及資源之綜合發展計畫，計畫內容涵蓋醫事人力、醫療品質保證、醫療資源之充實、公共衛生及預防保健等多重層面之執行措施。而提供充分適足且符合需求之統計資訊，係汲取過去經驗、強化決策品質與檢視施政成果及責任之礎石。

(二) 惟查衛生署每年所彙編衛生統計並未提供下列資訊：

1、提昇醫療品質制度之衡量指標迄未能周延界定，納入衛生統計之範疇。

2、開辦一七四所群體醫療執業中心對基層醫療之貢獻度有多少？

3、衛生署大量擴建病床、添購貴重醫療儀器之成本效益為何？

4、推動醫療網分級醫療、轉診制度有何成效？

5、衛生署所提出之各醫院院內感染率（僅醫學中心及區域醫院八十八—九十一年）、重大疾病之再住院率（九十一年）等統計資料，其他年代之統計資料付諸闕如，至第三期醫療網計畫結束（八十九年）並未蒐集建置，足見其蒐集建置進度嚴重落後。

(三) 綜上，就醫療網計畫之推展而言，包含醫療資源之充實、醫療品質保證制度之實施、公共衛生及預防保健等計畫之規劃推動；然而該署雖每年編有衛生統計等各類統計資料並未提供適足且攸關之實證統計資訊，核其蒐集建置進度嚴重落後，輕忽品質

之衡量指標，未能與醫療網計畫既定政策之推動密切配合，致本項計畫之各項執行決策依據難明，亦不利於施政成果及責任之檢討，顯有欠當。

八、衛生署推動醫療網分級醫療、轉診制度捨既有規定而不由，徒然採行柔性教育宣導措施，績效不彰；核其未能依現行法令落實執行，難脫執法不力之咎。

(一) 按推動醫療網分級醫療、建立轉診制度乃衛生署欲「健全區域醫療體系」之一貫重要策略，此揆諸醫療網第一、二、三期計畫書均有「專節」論述，足資明證。又轉診之推動涉及整體醫療制度及民眾就醫行為的改變，部分負擔的推動有利民眾就醫行為之改變，並可間接促進轉診；可見實施部分負擔亦為促進轉診制度所應採行之必要措施。

(二) 查醫療法第五十條規定：「醫院、診所因限於設備及專長，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第四十三條第一項規定，先作適當之急救處置，始可轉診。前項轉診，應填具轉診病歷摘要，交予病人，不得無故拖延或拒絕。」同法第七十六條規定：「有下列情形之一者，處二千元以上一萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰。」違反：第五十條、第五十一條、第五十二條第一項、第五十四條或第五十七條之一第二項規定。：「全民健康保險法第三十三條亦規定：「保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。前項保險對



象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。」

(三) 次查醫療法自七十五年十一月二十四日公布施行以來，地方衛生主管機關鮮少引據醫療法第七十六條之規定處罰醫院、診所應轉診而未轉診之醫療行為（違反醫療法第五十條規定），此由衛生署所提供之全國醫療院所門、急診醫療服務量統計資料顯示：門、急診病人之轉診率由八十五年之0.22%略增至八十九年度之0.45%，轉診比率之成長幅度堪稱相當緩慢，足見醫療法雖對轉診制度有明文之規定，並有罰則可資規範醫療院所，但衛生署卻未嚴格督飭地方衛生主管機關依法要求各醫療院所確實遵行，致上開條文流於宣示作用，形同具文，而使「落實轉診制度」云云，徒託空言。

(四) 又查衛生署在研擬門診部分負擔調整方案時，曾規劃逐步回歸母法（全民健康保險法第三十三條）之精神，提出以百分之二十定率計算部分負擔之調整方案，惟方案提出後，輿論（特別是消費者團體）認為對醫療費用較高之重症病患影響較大，醫界亦反映醫院配合作業繁雜。該署幾經思考後乃決定暫不實施定率部分負擔，僅拉大各層級醫療機構間基本部分負擔之差距，另增加檢驗、檢查部分負擔，以費用之百分之二十計算，並轉為定額方式收取，以避免醫院作業上之困難。據上可知，該署並未落實執行全民健康保險法第三十三條之規定。

(五) 綜上，醫療法第五十條、第七十六條及全民健康保險法第三十三條之規定，賦予衛生署推動醫療網分級醫療、轉診制度政策之法源依據與罰則規定，惟查該署推動醫療網分級醫療、轉診制度竟捨前揭法令而不由，徒然採行柔性教育宣導措施，績效不彰；核其未依現行法令落實執行，難脫執法不力之咎。

九、衛生署對醫療網計畫資源目標定義不清，衍生認知差異，又提供之同一時點統計數據互異，不利於計畫評估及後續之回饋修正，且損及國際資料比較之正確性，洵應改善。

(一) 各期醫療網計畫所定部分醫療資源目標，如基層開業醫師、一般病床數、精神病床數等，因未明確定義其內涵（如一般病床數究係單指急性病床數，抑或尚含特殊病床數；精神病床數，包不包含養護病床數？）言人人殊，衍生諸多認知差異之無謂困擾。

(二) 茲以衛生署在同一時點之每萬人口精神病床數統計數據互異為例，可見一斑：

1、衛生署醫政處答復本院：醫療網第一、二、三期計畫，每萬人口精神病床數之目標值分別為七·五床、九床及十床，而於醫療網第三期計畫結束時（八十九年底），每萬人口精神病床數為八·七床（將精神病養護床併計在內），尚未達醫療網第三期計畫目標。

2、衛生署統計室「八十九年衛生統計動向—醫療設施現況、醫事人力及醫療服務」（網址 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/> 衛生動向 二）之醫療院所病床統計：每萬人口急性精神病床數為二·二五床、每萬人口慢性精神病床數為四·三八床、合計每萬人口精神病床數為六·六三床。

3、衛生署統計室「八十九年衛生統計動向－醫療設施現況、醫事人力及醫療服務」  
（網址 <http://www.doh.gov.tw/statistic/Data/> 衛生動向 二一）之國際資料  
比較：每千人口精神病床數為〇・七床。

4、衛生署編印之中華民國九十年公共衛生年報：八十九年底每萬人口精神病床數實際情況為七・五四床。

（三）據上，僅以衛生署在同一時點之每萬人口精神病床數統計數據為例，就可發現該署不同業務單位、不同的人員解讀與提供數據互異，究竟該以何者為準？令人莫衷一是；而上開醫師數、一般病床數之統計數據亦有類似不一致之情事。因此，該署亟應清楚界定醫療網計畫所定醫療資源目標之意涵，並統整各項醫療資源目標之定義，以避免外界混淆與誤解。又上述醫療資源目標含糊不清，不僅造成事後評估考核之困難，而且易因認知不同，不利於計畫執行結果之考核獎懲及後續計畫之回饋修正，甚至影響整體「衛生統計」呈現及進行國際資料比較之正確性，洵應檢討改善。

十、衛生署未依規定進行管考評估作業，甚且擅自免除列管，致使該項考評機制形同虛設，顯有疏失。

（一）按醫療網第三期計畫書第四章「本計畫之管制、考核及評估」（第八十九頁）載明：

1、各執行機構主管研考之單位或主辦研考之人員負責該機構主辦項目之管制、考核工作。

2、各執行機構應配合本計畫實施期程訂定整體計畫，於擬編各年度之概算前，依「政

府重要經建投資計畫先期作業實施要點」之規定辦理先期作業，並依先期作業核定結果訂定各年度作業計畫，各類計畫書應送由行政院衛生署彙整並加具審核意見。

3、各執行機構之執行進度與經費運用情形，應按管考週期填報「執行進度報告表」及「財務資料報告表」送行政院衛生署彙整。

4、本計畫對民眾、醫療機構、醫事人員與執行機構之影響，以及其他實施績效由行政院衛生署及其他執行機關訂定計畫評估之，必要時得委託學術機關辦理。各區域亦應就其發展計畫訂定具體目標及工作進度，定期評估辦理情形及執行績效。又本計畫應委託專家學者對整體計畫之執行績效作評估，並據以對下一個十年之醫療資源指標進行推估。

(二) 查各期醫療網計畫之管考層級七十五至八十五年度為行政院列管，八十六年度為衛生署自行列管計畫，八十七年度以後為非列管計畫，惟由三期計畫書內載之管制、考核及評估方式，除籌建醫療網計畫（第一期）並未敘明整體計畫進度之管制方式外，依據醫療網第二及三期計畫書內載本項計畫之整體管制考核及評估作業，實質應由該署負責整體計畫之執行進度及經費運用情形之管制及考核，然而並無得以免除列管之規定；詎該署擅自決定不列管，肇致部分計畫執行進度落後，此對照該署預算編列及實際執行率檢討結果，第一、二、三期醫療網整體執行數分別為九〇·六八%、九二·三一%、七三·八八%自明。

- (三) 又據審計部及所屬審計處室對於醫療網計畫之查核報告指摘衛生署之相關缺失為：
- 1、衛生署因聘用人員異動頻繁且內部溝通協調欠佳，有關整體計畫執行進度之管制與考核作業，內部單位互相推諉，無法提出整體計畫進度管制考核資料，致該署及所屬與地方衛生單位間提供資料數據常常有所矛盾。
  - 2、該署內部各單位管制考核尺度不一，地方政府無法明晰醫療網計畫全貌。又該署與其他機關溝通協調欠佳，部分分支計畫執行情形未能切實管考等情形，造成整體計畫進度管制作業形同虛設。
  - 3、本項計畫之管考層級，先後由行政院列管計畫、自行列管計畫逐步降低為非列管計畫，且執行及管考單位，涵蓋三級政府衛生、醫藥、消防、環保業務及相關行政支援單位，又計畫時程綿長，且人員異動頻繁並缺乏妥適溝通協調機制，若干資料之取得及提供，不僅曠日費時，甚或表示難以取得，且已提供資料亦有與現況不符或各單位間及同單位填報時間不同，造成勾稽困難。
- (四) 據上，衛生署未依醫療網計畫書之規定進行管考評估作業，甚且擅自免除列管，致使該項考評機制形同虛設，顯有疏失。
- 十一、衛生署對於醫療網人力資源規劃欠周，形成人力短缺、異動頻繁，致機關單位間溝通協調欠佳，又檔案管理不善，凸顯其工作聯繫、業務銜接與人員經驗傳承，均有缺失。
- (五) 衛生署與其他機關單位間溝通協調功能不佳：
- 1、醫療網計畫係由衛生署提出，分由該署及行政院國軍退除役官兵輔導委員會（下

稱退輔會)暨各省市、縣市地方政府等單位分別執行，並由該署負責本項計畫之溝通及協調作業。又本項計畫自第二期醫療網計畫起，即於計畫書內建立區域醫療體系分支計畫訂有衛生署為推動及執行本計畫各分支計畫，暨輔導各相關機關及各區域落實本計畫之執行，應指定專責人員負責各項工作，並得增置必要員額從事有關工作，另退輔會、省市政府、縣市政府衛生處、局亦應指定專責人員並增置必要員額等。為執行本醫療網計畫，衛生署奉行政院核定聘用約聘人員，每年度可約聘人員約計五名；而醫療網各相關子計畫及業務工作繁多，且分散於該署各相關單位辦理，主要包括醫政處、企劃處、防疫處(現改制為疾病管制局)、藥政處、保健處(現改制為國民健康局)、會計室等單位，因此以五名醫療網計畫聘用之人力，根本不足以負擔辦理各項子計畫之工作任務。爰此，人力不足部分，皆由該署其他編制內人力兼辦之。

2、區域輔導模式由早期指定醫學中心跨區支援、輔導，以提升區域醫療水準，逐漸轉為由區域內之醫院主導，甚至轉由衛生局負責辦理，期由各區域考量個別實際需求，利用地方上的資源，解決地方的醫療保健問題。至八十九年度，十七個醫療區域已均由地方衛生局負責輔導，以期更有效落實區域規劃功能。然因面臨人力不足與訓練素質因素，致使多項應由地方辦理之輔導工作難以落實：

- (一) 醫療網非地方衛生機關之常態性業務。
- (二) 辦理醫療網業務之人力素質亦未予以規範。

- ( 3 ) 各地方執行單位在缺乏專任人員情形下，多約僱臨時人員或由現職人員兼辦。
- 3、另查地方政府常因經費無著專職人員缺乏，乃長期由衛生署負擔臨時人員經費辦理本項計畫，致因人員流動頻繁，檔案資料及經驗傳承不易，審計部調查地方政府之醫療資源數據，部分未能提供，或提供資料與該署所編衛生統計有所出入。
- 4、準此，衛生署因醫療網計畫聘用人員之職位低，毫無領導統馭職能，又異動頻繁，致內部單位間之溝通協調不良，遑論該署與其他相關機關間溝通協調，更是力有未逮；而嗣後該署將十七個醫療區域交由地方衛生局負責輔導，以約僱臨時人員或由現職人員兼辦本項計畫，其溝通協調能力更不如該署；具見衛生署、地方衛生局與其他機關單位間溝通協調功能不佳，實導因於該署對於醫療網人力資源規劃不夠周延，以致事倍而功半。

( 二 ) 檔案管理不善：

- 1、查本院曾多次向衛生署調閱醫療網第一、二、三期計畫相關卷證資料，該署輒以「所需資料因年度久遠且事涉較多單位，資料刻正積極蒐集彙辦中」、「因逾原始憑證保管年限且該署並未控管留存相關數據資料」為託辭回應，續詢之該署秘書室文書科長以相關檔案資料超過保存年限者，並無銷毀紀錄，但各該檔案資料卻遍尋不著；可見相關人員承辦公文交待不清、離職手續失諸草率，並未依該署所訂內規妥善保存檔案資料。
- 2、次查台灣省政府編列預算或執行部分，更歷經九二一大地震衛生署中部辦公室(原

省衛生處)部分辦公廳舍倒塌，致部分資料散失等因素影響，故不明其整體實際編列預算及執行數。

3、據上，本項計畫執行時間雖長達十五年，但醫療網第一、二、三期計畫有關衛生署部分，既係全部存放在該署檔案室，是以該署允應配合國家檔案法之施行重整檔案資料，中部辦公室因地震損毀之資料亦應配合進行檔案之重整，俾保存完整書面紀錄，澈底釐清攸關人民接受醫療照顧之品質，且耗資六八八億餘元，各期醫療網計畫執行之績效暨其經費支用帳目。

(三) 工作經驗未能有效傳承：

1、衛生署函復本院陳稱：「醫療網計畫相關檔案係由承辦人視需要自行影印存參」，足見工作人員經驗傳承顯非制度化作為。

2、復以衛生署聘用人員或地方衛生局臨時人員異動頻繁，相互間辦理工作交接及所需檔案文件移交作業草率，除非與前任工作人員保持密切聯繫，不斷請益，否則無以推動業務之連續性及完整性。

(四) 綜上，衛生署對於醫療網人力資源規劃不周延，祇好約聘或約僱臨時人員，渠等為編制外人員，又異動頻繁，致與其他相關機關單位間溝通協調功能欠佳，事倍而功半；且檔案管理不善，公文來龍去脈未盡清楚，無從明瞭事件原委，凸顯其工作聯繫、業務銜接與人員經驗傳承，均有缺失。



據上論結，行政院衛生署耗費鉅資推動醫療網第一、二、三期計畫，惟其規劃、執行、管考措施有欠縝密，造成醫療資源浪費，財務效能不彰；又未妥為配置人力、建構評估衡量指標，致行政支援作業、統計資訊蒐集、溝通協調工作均有所不足，無法達成既定計畫目標，洵有諸多疏失之處；爰依監察法第二十四條之規定，予以提案糾正。

**提案委員：**

中 華 民 國 九 十 三 年 七 月 日