

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：行政院衛生署。

貳、案由：行政院衛生署未設法設置「健保空床與都會區自費病床」查詢管道；另近3年醫學中心急診病人暫留2日以上案件比率並未顯著改善；又未適時修正法令，任由部分醫院以限期改善為理由，長期未符合健保病床法定比率；復未落實分級轉診和家醫制度；此外，所設置之「醫院評鑑資訊公開專區」，竟出現統計數據失準缺失，以上種種均有失當。

參、事實與理由：

緣健保費率調漲，民眾負擔增加，惟醫療品質卻仍原地踏步，尤以「健保病床空床資訊不透明」最為人所詬病；許多民眾生病住院健保床一床難求，必需住宿補差額、自費病床或滯留於急診處走廊等床，狀況窘迫，案經本院調查發現，行政院衛生署確有下列失當之處：

一、國內醫院健保病床不足，都會區醫院自費病床亦「一床難求」，衛生署卻未積極立法或提供誘因鼓勵各級醫院自願設置「健保空床與都會區自費病床」查詢管道，致部分病患對醫院「是否隱匿空床資訊」有所質疑，甚至必須透過「請託」協助調度病床，嚴重傷害醫病相互信賴之誠信關係，更加深民怨，顯有怠責之失：

(一)國內醫院長期存在「一床難求」問題，立法院多位立法委員分別在88年3月22日至99年4月19日之間，曾經針對病床問題提出書面質詢累計高達29次，病床議題11年來持續廣受關注，且經歷10數年仍被台灣醫療改革基金會統計為「十大醫療民

怨」排行榜第 1 名，顯見問題迄未改善。

- (二) 在上開問題尚未解決之前，衛生署為使健保財務收支平衡，乃調漲健保費率，民眾負擔因而增加，斯時健保服務品質理應配合提升，然部分民眾於經醫師診斷必須住院時，仍然必須面對健保病床一床難求之困境，而必須自行增加負擔住進自費病床，使得經濟弱勢民眾苦不堪言。再者，對自費病床有需求之病患亦難以得知都會區之醫院是否尚有「自費空床」？致部分「有力人士」往往因此被病患請託調度病床，衍生病患、醫院、有力人士三方之困擾。而一旦病床調度成功，該病患之問題雖獲得解決，然病床資訊不透明要靠「有力人士」才能紓困之訊息，透過口耳傳播，經年累月下來已累積巨大民怨。
- (三) 為解決一床難求問題，衛生署雖已訂定「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」，明定屬於「醫學中心」之公立醫院健保病床應占 65% 以上，私立醫院應達占 50% 以上。屬於「區域醫院」之公立醫院健保病床應占 70% 以上，私立醫院應占 55% 以上。屬於「地區醫院」之公立醫院健保病床應占 75% 以上，私立醫院應占 60% 以上；惟因「健保與自費空床資訊」不透明，使得病患經常對醫院單方面宣稱「沒有健保空床」、「沒有自費空床」或「必須補貼差額住進自費病床」之說詞有所質疑，而須經請託「有力人士」居中協調調度才可獲得解決，實有違平等的服務原則。
- (四) 按消費者保護法第 5 條規定：「政府、企業經營者及消費者均應致力充實消費資訊，提供消費者運用，俾能採取正確合理之消費行為，以維護其安全與權益。」復按中央研究院 98 年 6 月出版之「醫療保健政策建議書」第 55 頁指出：「…當前民眾

健康照護品質資訊主要呈現了兩個面向的問題。首先是資訊內容的受限。…或者資訊內容對民眾來說十分不友善…」，第 56 頁又云：「…資訊提供的內容應該分眾、分類與分級。讓不同需求者，包括民眾、醫療專業者等都有不同的資訊提供版本，使其能針對特殊需求來確保權益…第三應該強調便民…」。爰此，為避免部分病患對醫院「是否隱匿空床資訊」之質疑，以建立醫病雙方良好之信賴關係，並消除長期累積之民怨，衛生署本應自行或鼓勵各醫院建構病患查詢健保和自費空床資訊之管道，使資訊透明，確保病患自主權，使病患無怨可言，惟衛生署人員於 99 年 6 月 9 日接受本院約詢時卻表示：「空床數隨時在改變，也有分各科、性別之病床。並不是外面人知道有空床就可住進去了」、「沒有法令規定，但醫院願意也可以」、「醫院是分科管理，一個人出院到下一個病人住院，醫院是要有準備時間」，另於 99 年 7 月 30 日第 2 次接受本院約詢時亦稱：「…目前世界各國無此規畫…」、「…醫院各科病床數係屬內部管理，因不同體系，雖歸衛生署監督，但不歸本署指導…」；此外，該署 99 年 5 月 25 日署授保字第 09900001740 號函附件亦指出：「…醫院病床使用情形，與其臨床醫療作業及病床之調度有關，據瞭解目前各醫學中心尚無於網路上，列出各類病床使用即時資訊，以利就醫民眾查詢；另現行醫療法亦無相關規範，未來將考量以法規明文規定，以利執行，並杜爭議。」凡此種種都顯示衛生署認為現階段提供病患查詢空床並不可行，顯與當今全球之企業與政府機關均爭相推動 e 化以提昇服務品質及強化競爭力的潮流相背，其消極保守的態度，殊為可議。

(五)惟查，「一床難求」既然躍居「十大醫療民怨」排行榜之首，衛生署為全國最高衛生主管機關，有責任盡一切努力來紓解民怨，況以現代資訊科技之發達，建構健保和自費空床查詢管道並非難事；衛生署雖提出諸多不可行之理由，然特約醫院以自願方式建立查詢管道時，自可先行區分科別、性別等空床選項之「查詢條件」，另可俟出院病人之床位整理完竣並優先讓緊急待床病患遞補後，所剩餘之空床再行列入「可提供門診病患住院之病床」，使得經醫師診斷必須住院之病患能於特約醫院內利用網路查詢健保空床，以昭大信。至於所稱：「尚無法令依據」部分，亦可朝制定自願性鼓勵誘因、納入醫院評鑑項目…等多元方式辦理，所稱：「世界各國無此規畫」部分，則因國情不同，病患需求亦未盡相同，不宜以國外所無，否定紓解民怨之機會；此外，所稱：「…雖歸衛生署監督，但不歸本署指導…」部分，依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」，健保局與特約醫院具有特約關係，衛生署毋須指導特約醫院如何提供資訊技術，然可約定鼓勵條款，鼓勵特約醫院自願提供健保和自費空床資訊查詢管道。

(六)況且，衛生署辦理之「疏解高高屏醫療區域急診壅塞試辦計畫」中，高雄榮民總醫院已開發每小時整點資訊通報系統，能精確算出每天滿床次數；此外，該署亦於96年完成「加護病床通報平台」。另據98年版「公共衛生年報」第73頁指出，97年已有203家急救責任醫院參與加護病床空床資訊之通報，上開事實再再證明運用現代資訊化技術提供病患即時查詢病床之管道並非難事，然衛生署尚未積極推動立法規範，亦未提供誘因鼓勵醫院自願辦

理，行事保守，有欠積極，顯有怠責之失。

二、近 3 年醫學中心急診病人暫留 2 日以上案件比率並未顯著改善，衛生署雖試辦「疏解高高屏醫療區域急診壅塞試辦計畫」，惟針對急診病床壅塞程度更為嚴重之北部區域，迄未辦理，顯欠積極，實有未當：

(一)依據醫療法第 12 條授權訂定之「醫療機構設置標準」，其附表（一）綜合醫院、醫院、專科醫院設置標準表之「急診設施」規定，綜合醫院及 100 床以上之醫院，應設急診室，99 床以下者，應具有急救設備（含急診觀察床）。

(二)查健保局之統計資料，97 年急性一般病床之平均占床率，醫學中心為 86%、區域醫院為 76%，地區醫院為 56%，顯見一床難求情形及急診之滯留率，以醫學中心較為常見且比率較高。復查近 3 年健保局各分區醫學中心急診待床彙整資料發現，台北 8 家醫學中心平均每人急診暫留時間為 12.2 小時，南區 2 家醫學中心約在 8.16 至 18.24 小時之間；北區業務組轄區 2 家醫學中心（台北長庚及林口長庚），急診暫留平均時間約 22.8 小時為最高，且其 99 年第 1 季急診暫留 2 日以上案件比率為 21.02% 居全國之首，詳如附表 1。顯見北部醫學中心急診病床壅塞程度相較為嚴重。

表 1：健保局各分區醫學中心急診待床彙整表

分區業務組別	醫學中心急診待床之統計
台北業務組	統計轄區 8 家醫學中心急診待床情形，分別依暫留時間及檢傷分類分析，平均每人急診暫留時間為 12.2 小時。
北區業務組	統計轄區 2 家醫學中心（台北長庚與林口長庚）近 3 年及 99Q1 急診待床情形，就

	99Q1 急診暫留 2 日以上案件比率為 21.02%，急診暫留平均時間為 0.95 日(約 22.8 小時)。
中區業務組	統計轄區 4 家醫學中心近 3 年急診待床情形，自 99 年起將急診暫留 2 日以上案件比率，列入品質穩定方案；其中，中山醫院已改善（99 年前 4 個月平均值已降至 2.6%），台中榮總因仍高於同儕，已持續要求改善。
南區業務組	統計轄區 2 家醫學中心 97 年 1 月至 99 年 4 月每個月急診待床情形，成大醫院平均每件暫留日數介於 0.46 日~0.76 日（約 11.04 至 18.24 小時），急診暫留 2 日以上案件比率介於 4.22%~11.62%；奇美醫院則分別介於 0.34 日~0.67 日（約 8.16 至 16.08 小時）及 0.58%~9.61%。
高屏業務組	統計轄區 3 家醫學中心近 3 年平均值及 97、98 上半年、99 年 1 月、99 年 2 月急診待床情形，就近 3 年轄區醫學中心平均急診暫留 2 日以上案件比率介於 11.0%~13.6%。
東區業務組	統計轄區 1 家醫學中心 96 年 1 月至 99 年 4 月每個月急診待床情形，就近 3 年季平均急診暫留 2 日以上案件比率介於 4.35%~6.87%，99 年前 4 個月平均為 7.35%。

資料來源：健保局 99 年 6 月 24 日 090072960 號公文彙整。

(三)中央研究院 98 年 6 月出版之「醫療保健政策建議

書」第 16 頁指出：「醫療照護應逐漸朝向以基層與各院所合作的整合性照護模式發展」，該書第 21 頁另指出：「…健保局應該要加強宣導民眾自我提升健康的知識，以及民眾的社會責任與保險意識…如傷風感冒除了宣導民眾不必到醫學中心就診，也可在制度上給醫療單位做限制…」。查衛生署雖於 97 年 9 月 30 日試辦「疏解高高屏醫療區域急診壅塞試辦計畫」，對於急診壅塞情況確實稍有舒緩改善之成效，惟針對急診病床壅塞程度更為嚴重之北部區域，該署尚未將該計畫擴大至北部地區辦理，迄未辦理，顯欠積極，且對民眾宣導「厝邊好醫師、社區好醫院」、「分級醫療」之強度不足，實有未當。

三、衛生署未能檢討修正健保病床比率不足限期改善之時間上限，任由部分醫院以限期改善之理由，而長期未符合健保病床之法定比率，實有怠失：

- (一)96 年公立醫學中心急性保險病床比率最高之前三名為：行政院國軍退除役官兵輔導委員會台中榮民總醫院 (66.69%)、行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院 (65.64%)、三軍總醫院附設民眾診療服務處 (65.27%)，較低之後三名為國立成功大學醫學院附設醫院 (50.37%)、國立台灣大學醫學院附設醫院 (58.09%)、行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院 (64.95%)。另私立醫學中心急性保險病床比率最高之前三名為：財團法人奇美醫院臺南分院 (100%)、中山醫學大學附設復健醫院 (97.98%)、馬偕醫院淡水分院 (84.27%)，較低之後三名為財團法人奇美醫院 (45.01%)、財團法人新光吳火獅紀念醫院 (50.42%)、中山醫學大學附設醫院 (53.29%)，

詳如附表 2。

表 2：96 年醫學中心不分科別之急性保險病床比率統計表單位：%

公立醫學中心		
項次	醫院名稱	保險病床比率
1	行政院國軍退除役官兵輔導委員會台中榮民總醫院	66.69
2	行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院	65.64
3	三軍總醫院附設民眾診療服務處	65.27
4	行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院	64.95
5	國立台灣大學醫學院附設醫院	58.09
6	國立成功大學醫學院附設醫院	50.37
私立醫學中心		
項次	醫院名稱	保險病床比率
1	財團法人奇美醫院臺南分院	100
2	中山醫學大學附設復健醫院	97.98
3	馬偕醫院淡水分院	84.27
4	財團法人彰化基督教醫院	78.15
5	財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東紀念醫院	75.37
6	財團法人長庚紀念醫院高雄分院	72.77
7	中國醫藥大學附設醫院	71.57
8	財團法人佛教慈濟綜合醫院	70.96
9	財團法人長庚紀念醫院林口分院	65.33
10	台北市立萬芳醫院（委託財團法人私立台北醫學大學辦理）	63.87
11	財團法人私利高雄醫學大學附設中和紀念醫院	62.86
12	財團法人基督長老教會馬偕紀念醫院	61.2
13	財團法人國泰綜合醫院	60.57
14	財團法人長庚紀念醫院	59.42
15	中山醫學大學附設醫院	53.29
16	財團法人新光吳火獅紀念醫院	50.42
17	財團法人奇美醫院	45.01

資料來源：行政院衛生署 99 年 5 月 25 日署授保字第 09900001740 號函，經本院彙整。

(二)97 年公立醫學中心急性保險病床比率最高之前三名為：行政院國軍退除役官兵輔導委員會台中榮民總醫院（71.84%）、行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院（66.03%）、三軍總醫院附設民眾診療服務處（65.36%），較低之後三名為國立

台灣大學醫學院附設醫院（60.28%）、國立成功大學醫學院附設醫院（64.89%）、行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院（65%）。另私立醫學中心急性保險病床比率最高之前三名為：財團法人奇美醫院臺南分院（100%）、中山醫學大學附設復健醫院（97.98%）、財團法人彰化基督教醫院（78.08%），較低之後三名為財團法人奇美醫院（48.21%）、財團法人新光吳火獅紀念醫院（50.71%）、中山醫學大學附設醫院（53.07%），詳如附表 3。

表 3：97 年醫學中心不分科別之急性保險病床比率統計表單位：%

公立醫學中心		
項次	醫院名稱	保險病床比率
1	行政院國軍退除役官兵輔導委員會台中榮民總醫院	71.84
2	行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院	66.03
3	三軍總醫院附設民眾診療服務處	65.36
4	行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院	65
5	國立成功大學醫學院附設醫院	64.89
6	國立台灣大學醫學院附設醫院	60.28
私立醫學中心		
項次	醫院名稱	保險病床比率
1	財團法人奇美醫院臺南分院	100
2	中山醫學大學附設復健醫院	97.98
3	財團法人彰化基督教醫院	78.08
4	財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東紀念醫院	75.06
5	財團法人長庚紀念醫院高雄分院	72.62
6	馬偕醫院淡水分院	72.05
7	中國醫藥大學附設醫院	71.41
8	財團法人佛教慈濟綜合醫院	70.62
9	財團法人長庚紀念醫院林口分院	65.89
10	台北市立萬芳醫院（委託財團法人私立台北醫學大學辦理）	63.49
11	財團法人私利高雄醫學大學附設中和紀念醫院	62.94
12	財團法人國泰綜合醫院	60.55
13	財團法人基督長老教會馬偕紀念醫院	60.31
14	財團法人長庚紀念醫院	58.21

15	中山醫學大學附設醫院	53.07
16	財團法人新光吳火獅紀念醫院	50.71
17	財團法人奇美醫院	48.21

資料來源：行政院衛生署 99 年 5 月 25 日署授保字第 09900001740 號函，經本院彙整。

(三)98 年公立醫學中心急性保險病床比率最高之前三名為：行政院國軍退除役官兵輔導委員會台中榮民總醫院 (71.92%)、行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院 (66.69%)、三軍總醫院附設民眾診療服務處 (66.24%)，較低之後三名為行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院 (65.18%)、國立成功大學醫學院附設醫院 (65.14%)、國立台灣大學醫學院附設醫院 (59.55%)。另私立醫學中心急性保險病床比率最高之前三名為：財團法人奇美醫院臺南分院 (100%)、中山醫學大學附設復健醫院 (97.98%)、財團法人彰化基督教醫院 (77.99%)，較低之後三名為中山醫學大學附設醫院 (53.07%)、財團法人新光吳火獅紀念醫院 (50.71%)、財團法人奇美醫院 (50.05%)，詳如附表 4。由此可知，目前公立醫院部分，尚有國立台灣大學醫學院附設醫院 (下稱台大醫院) 之健保病床比率未達法定標準，而私立醫院雖已達法定標準，然部分僅在及格邊緣。

表 4：98 年醫學中心不分科別之急性保險病床比率統計表單位：%

公立醫學中心		
項次	醫院名稱	保險病床比率
1	行政院國軍退除役官兵輔導委員會台中榮民總醫院	71.92
2	行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院	66.69
3	三軍總醫院附設民眾診療服務處	66.24
4	行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院	65.18

5	國立成功大學醫學院附設醫院	65.14
6	國立台灣大學醫學院附設醫院	59.55
私立醫學中心		
項次	項次	項次
1	財團法人奇美醫院臺南分院	100
2	中山醫學大學附設復健醫院	97.98
3	財團法人彰化基督教醫院	77.99
4	財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東紀念醫院	75.06
5	馬偕醫院淡水分院	72.74
6	財團法人長庚紀念醫院高雄分院	72.56
7	中國醫藥大學附設醫院	71.41
8	財團法人佛教慈濟綜合醫院	70.80
9	財團法人長庚紀念醫院林口分院	67.48
10	財團法人私利高雄醫學大學附設中和紀念醫院	65.12
11	台北市立萬芳醫院（委託財團法人私立台北醫學大學辦理）	63.43
12	財團法人國泰綜合醫院	61.46
13	財團法人基督長老教會馬偕紀念醫院	60.82
14	財團法人長庚紀念醫院	58.21
15	中山醫學大學附設醫院	53.07
16	財團法人新光吳火獅紀念醫院	50.71
17	財團法人奇美醫院	50.05

資料來源：行政院衛生署 99 年 5 月 25 日署授保字第 09900001740 號函，由本院彙整。

(四)據「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」但書第 37 條第 4 項規定「特約醫院保險病房不符合第一項規定之比率者，其病房係在本法施行前設置，且屬因硬體設施無法立即改善之情形，得向保險人提出硬體設施改善計畫，由保險人依其改善計畫另行核定其比率。」查台大醫院自 84 年 9 月至 99 年 4 月期間，經衛生署健保局台北業務組 30 次相關輔導改善函文在案，惟據台大醫院 99 年 6 月 29 日校附醫醫事字第 0991700947 號函發現，該院係自 89 年起至 98 年期間，始依該局函示開始多次提出院區硬體設施改善計畫以提升健保床比率，並

經該局核備在案。，惟該院仍無法於 99 年 7 月 15 日前達 65%，衛生署乃於 99 年 7 月 19 日對台大醫院處以 10 萬元罰鍰，並限於 99 年 12 月 1 日前改善，屆時如仍未符規定，將連續罰鍰處分。

(五)綜觀台大醫院 15 年來均未符合法定健保病床最低比率，其原因在於健保法對於限期改善並無時間上限之規定，使得醫院可藉由提出改善計畫書，不斷延長改善期限，卻遲遲無法完成改善，此法令之缺失，十數年來未見衛生署參考環保法令訂定「限期改善日數上限」之精神，加以修正，致台大醫院有恃無恐，十餘年來別家醫學中心均已陸續改善，唯獨該院仍未達法定目標，衛生署若無縱容，亦難辭其咎。

四、衛生署未能落實分級轉診和家醫制度，不僅加重「一床難求」問題，且形成醫療資源之浪費及降低醫療服務品質；其次，當國內呈現高齡化社會時，慢性病床總數卻未隨人口結構之變化為合理之調整，均顯示衛生署政策執行不力，以及對醫療資源之分配不當；此外，衛生署未能提供誘因，引導小型醫院有效提升醫療專業水準，使之達到「特優」、「優等」位階，提高民眾至小型醫院就醫之信心，以舒緩都會區大型醫院「一床難求」之問題，均難辭其咎：

(一)中央研究院 98 年 6 月出版之「醫療保健政策建議書」第 18 頁指出：「…衛生主管單位應負起的資源分配與提高效率等責任，亦未受重視…」。

(二)衛生署 98 年 12 月出版之「中華民國 98 年公共衛生年報」第 115 頁顯示：85 年慢性病床數每萬人口有 2.18 床，97 年慢性病床卻降至每萬人口有 1.71 床；另 117 頁顯示，85 年每百納保人口住院人次為 11.72 人，97 年每百納保人口住院人次卻提高為

13.30 人；平均住院日數亦由 85 年每人平均住院日數 9.03 天，增加至 97 年之每年 10.24 天。

- (三)如是可知，在國內呈現高齡化社會時，病床資源之分配本應隨人口結構變化，合理調整，惟目前每萬人口慢性病床數卻較 85 年減少 0.47 床；而在衛生署推展預防保健以及珍惜健保資源的同時，每百納保人口住院人次卻較 85 年提高 1.58 人次，甚至平均住院日數亦較 85 年增加 1.21 天，以上種種皆加重都會地區「一床難求」之困境。
- (四)衛生署為解決「一床難求」問題，除推動轉診制度，另於 91 年 9 月 18 日召開「推動家庭醫師制度」座談會，92 年公告「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，截至 92 年 8 月底止，健保局已同意 15 個社區醫療群辦理試辦計畫，期能透過此制度達到落實分級醫療目標及對病患實現連續性以及跨科性的照顧。然此制度並未落實執行，許多民眾對該計畫之醫療社群並無所悉，導致部分小病之患者動輒選擇都會區大型醫院就醫，加重「一床難求」問題，反觀非都會區之醫院，卻又出現空床之情形，形成醫療資源之浪費，又降低醫療服務品質。
- (五)造成前述「小病之患者動輒選擇都會區大型醫院就醫」之原因，在於民眾對於小型醫療機構之信心不足。由衛生署醫院評鑑結果統計（99 年 7 月 21 日署授保字第 09900002600 號函）可知，截至 99 年 4 月止，49 床以下之醫院有 226 家參加評鑑，其中經評為特優者為 0 家，評鑑為優等者僅 2 家，而屬於剛好合格者有 224 家；50 至 99 床之醫院有 45 家參加評鑑，其中經評為特優者為 1 家，評鑑為優等者僅 4 家，而屬於剛好合格者有 40 家；100 至 249 床

之醫院有 58 家參加評鑑，其中經評為特優者為 2 家，評鑑為優等者 22 家，而屬於剛好合格者有 34 家；反觀 250 至 499 床之醫院有 62 家參加評鑑，其中經評為特優者為 4 家，評鑑為優等者 53 家，而屬於剛好合格者有 5 家；500 床以上之醫院有 34 家參加評鑑，其中經評為特優者為 22 家，評鑑為優等者有 12 家，由此可見諸多小型醫院之評鑑成績多屬「合格」之及格位階，而大型醫院則多為「優等」、「特優」之位階，致民眾無論病情是否嚴重，皆優先選擇大醫院就醫，衛生署對於此種長期存在之問題，未能提供誘因，引導小型醫院有效提升醫療專業水準，使之達到「特優」、「優等」位階，提高民眾至小型醫院就醫之信心，以舒緩都會區大型醫院「一床難求」之問題，實難辭其咎。

五、衛生署網站設置之「醫院評鑑資訊公開專區」，竟出現「占床率」超過 100% 之不合理現象，足見統計數據失準，影響政府統計數據之公信力，顯有疏失：

(一)衛生署 98 年 12 月出版之「中華民國 98 年公共衛生年報」第 67 頁指出：「新評鑑制度之評鑑重點，由結構面評核逐漸轉為過程面之評核…希望打破『醫院越大越好、科別越多越好』之分級迷思…」，該年報第 91 頁接續指出：「…由於醫療資訊的不對等，民眾對所接受的醫療服務，無法判斷其品質的好壞，且民眾高度依賴親友的諮商及轉介，相形之下，醫療品質資訊缺乏或不易解讀之情形日益嚴重…」，又中央研究院 98 年 6 月出版之「醫療保健政策建議書」第 16 頁亦表示：「衛生署及健保局應投入部分預算建立可信賴的醫療品質資訊」。如是可知，落實評鑑制度與資訊公開對紓解「一床難求」之困境，甚為重要。

(二)該署雖推行「新制醫院評鑑及新制教學醫院評鑑」，於99年4月26日以衛署醫字第0990261264號函公告「醫學中心評鑑作業程序」，另於該署網頁，設置「醫院評鑑資訊公開專區」，此作為對於推動「厝邊好醫師、社區好醫院」，達到鼓勵民眾養成分級就醫習慣有所助益。然本院於99年7月30日上網查核是項資訊時，發現其所公告之「占床率」不少超過100%，足見統計數據失準，影響政府統計數據之公信力，顯有疏失。

綜上所述，本案行政院衛生署均有失當，爰依監察法第24條提案糾正，移送行政院轉飭所屬確實檢討改善見復。