

調 查 意 見

壹、案由：據審計部103年度中央政府總決算審核報告，衛生福利部所屬醫院多仰賴公務預算補助，無法自給自足，且部分醫院占床率偏低，未妥為運用所開設之病床，部分醫院醫療照護品質欠佳，亟待檢討改善等情案。

貳、調查意見：

為調查審計部民國（下同）103年度中央政府總決算審核報告指出，衛生福利部（下稱衛福部）所屬醫院（下統稱部屬醫院）多仰賴公務預算補助，無法自給自足，且部分醫院占床率偏低，未妥為運用所開設之病床，部分醫院醫療照護品質欠佳，亟待檢討改善等情乙案。經向衛福部調閱卷證資料，並於104年12月23日聽取審計部第三廳林廳長日清及相關人員簡報，嗣於同月24日至26日赴日本考察公立醫院改革及提升營運績效之作法，另於105年3月16日詢問衛福部許次長銘能、醫療及社會福利機構管理會（下稱醫福會）林執行長慶豐及相關主管人員，業調查竣事。茲綜整調卷¹、詢問、出國考察資料所得，提出調查意見如下：

一、衛福部所屬基隆醫院、彰化醫院及嘉義醫院之占床率及醫療收入，逐年降低或減少，醫院營運績效明顯不佳；另健保醫療費用支付標準，未能反映醫院醫療成本，均應檢討改進：

（一）審計部103年度中央政府總決算審核報告指出：衛福部所屬部分醫院占床率偏低，未妥為運用所開設之病床。經查審計部係以占床率70%作為分析基準，審核結果為：26家部屬醫院，有17家醫院急性一般病床、8家之急性精神病床、3家之慢性一

¹ 相關文號：衛福部04年12月10日衛部管字第1043268936號函。

般病床及4家之慢性精神病床占床率低於70%；另101年至103年間，有8家醫院急性一般病床、4家醫院急性精神病床占床率，逐年降低。

(二)衛福部為提升所屬醫院經營管理、營運績效及服務品質，已訂定共通性管理指標計7大構面及88項指標，但上述4項占床率中，僅將急性一般病床占床率納入營運績效指標，其計算公式為「當月住院人日/(病床數*當月天數*100%)」，指標之閾值為「同期比較」。另據衛福部答復表示，部屬醫院地理位置、規模大小、醫療服務特色與地方民眾需求各異，該部對所屬各類型醫院之占床率目標如下：

- 1、區域型醫院：70%（以急重症為主，老人及長照為輔）。
- 2、地區型醫院：60%（以老人醫療及長期照護為主，急重症醫療為輔）。
- 3、特殊專科型醫院：依各專科規劃發展各自特色，集中資源提供在地服務，如：精神專科型醫院90%。
- 4、離島型醫院：需執行公共衛生政策推動之特殊任務，並肩負照護弱勢族群及身心障礙同胞的重責，故並未特別訂定占床率目標。

(三)衛福部未特別訂定離島型醫院之占床率目標，但所屬澎湖醫院103年占床率為72.81%，金門醫院為65.73%，均符合地區醫院60%之目標值。至於特殊專科型醫院中，玉里醫院占床率96.37%、桃園療養院91.51%、八里療養院97.35%、草屯療養院98.38%、嘉南療養院94.72%，均符合衛福部之目標，僅樂生療養院為57.37%，未達目標值。區域型醫院中，未達成70%目標值的有基隆醫院54.01%、彰化醫院59.39%、臺中醫院60.75%、臺

南醫院 61.90%、豐原醫院 63.16%、屏東醫院 66.37%、桃園醫院 66.63%、苗栗醫院 67.48%；地區醫院未達成目標值 60% 的有：嘉義醫院 51.66%、恆春旅遊醫院 52.33%、臺東醫院 52.33%、花蓮醫院 58.62%、胸腔病院 56.62%，即達成目標值之區域型醫院有臺北醫院、地區型醫院有南投醫院、朴子醫院、新營醫院、旗山醫院。

(四) 占床率指標可反映醫院病床之使用情形，但對於部屬醫院之經營績效，尚需配合同期間之醫療收入、作業賸餘、當期賸餘情形，方能完整評估醫院財務面之經營績效；且醫院之醫療收入，尚受部屬醫院之地理位置、規模大小、醫療服務特色等主觀條件，以及地方民眾需求，甚至當地民間醫院之競爭能力等醫療環境外部因素影響。茲依據部屬醫院占床率，並參酌其他營運績效指標、所在地理位置等進行分析，營運績效明顯尚待改善之衛福部所屬醫院如下：

- 1、基隆醫院：100年至103年急慢性病床占床率分別為72.38%、63.02%、56.64%及54.01%，急性一般病床占床率更從100年之71.31%降至103年51.37%，同期間醫療收入分別為16.88億元、15.55億元、15.40億元及14.91億元，均呈現逐年下降趨勢，103年間有7位急重症科別醫師離職，包括2名心臟科、2名神經科、1名風濕免疫科及2名外科醫師，護理人員離職率則為11.83%，使醫療收入逐年遞減。
- 2、彰化醫院：100年至103年急慢性病床占床率分別為65.86%、63.35%、58.98%及59.39%，急性一般病床占床率則分別為49.79%、46.69%、39.78%及38.05%，100年至103年之醫療收入分

別為15.78億元、15.55億元、15.38億元及14.52億元，逐年減少，至於醫療收入減少，業務短絀係因醫師異動頻繁，復因護理人員離職，進用不足致被迫關閉部分病房，致使住院收入大幅下滑。

- 3、嘉義醫院：100年至103年急慢性病床占床率分別為64.98%、64.90%、54.84%及51.66%，逐年下降，急性一般病床占床率則為56.16%、59.16%、42.75%及39.40%，係因地區醫療業務競爭，同儕醫院以高薪招聘致使部分優秀醫師因生涯規劃離職轉任，且因護理人力招聘不易，故住院率下滑所致。

(五)醫院之主要醫療收入係來自於全民健康保險(下稱健保)對於醫療費用之支付，健保醫療費用之支付標準，若未依成本計價，醫院財務將入不敷出。惟以5家部屬精神病專科醫院分析，除玉里醫院外，103年之醫療收入均不敷醫療成本，而有醫療業務短絀情事，其中嘉南療養院占床率94.72%、短絀774萬元；草屯療養院占床率98.38%、短絀1,754萬元；桃園療養院占床率91.51%、短絀2,447萬元；八里療養院占床率97.35%，短絀4,207萬元，前述4家醫院之占床率甚高，已能妥善使用其病床，但仍呈現短絀情形，顯見目前健保醫療費用支付標準，未能反映醫院成本，有檢討改進之必要。

(六)綜上，衛福部所屬基隆醫院、彰化醫院及嘉義醫院之占床率及醫療收入，逐年降低或減少，醫院營運績效明顯不佳；另健保醫療費用支付標準，未能反映醫院醫療成本，均應檢討改進。

二、衛福部金門、澎湖、花蓮、嘉義、臺中、朴子、基

隆及屏東醫院104年第1季出院3日內再急診率較高，
衛福部允應督促並追蹤改善：

- (一)審計部103年度中央政府總決算審核報告指出：依衛福部中央健康保險署（下稱健保署）公布之全民健康保險醫療品質資訊，部分醫院之品質指標值未達全國平均指標值，醫療照護品質有待改善。包括：103年第1季至第4季，分別有12家、12家、13家、8家醫院病患於「出院後3日以內同院所再急診率」、103年第3季、第4季分別有19家、17家醫院「非計畫性住院案件出院後14日以內再住院率（下稱出院14日內再住院率）」，以及103年第1季至第4季，分別有10家、9家、7家、7家醫院病患於「急診就診後同日於同醫院急診返診比率（下稱急診後同日同醫院急診返診率）」較全國指標值高。
- (二)上開出院後3日以內同院所再急診率及出院14日內再住院率，兩項指標係呈現民眾住院醫療妥善照護狀況，若指標異常，則表示醫院對住院病人照護可能需再加強或病人出院後未能遵循醫囑做好自我健康照護，或是其他原因導致病情不穩定而就醫。另急診後同日同醫院急診返診率則係呈現醫院對病人急診照護的妥適性，同日急診後又返診則有商榷的餘地，藉由此指標結果，督促醫院更深入瞭解其原因，提升急診病患的醫療照護品質。
- (三)按衛福部答復表示，因各院所在地區、病患疾病類型、醫院規模大小等差異，「全國指標值」僅可作為各類型醫院醫療照護品質之參考，無法完全作為判斷優劣之統一標準。另按健保署「全民健康保險醫療品質資訊公開網」網頁之說明，指標數字

的表現可能為多重原因所造成，僅能呈現部分成效或結果，醫療適當性仍需視病人情形由醫療專業認定，不應直接認定反應品質。另摘錄該署104年第3季「醫院總額整體性醫療品質資訊公開」之資訊如下（經查該網頁並未公開急診後同日同醫院急診返診率資訊）：

1、104年第3季出院14日內再住院率：

(1) 醫學中心為6.58%、區域醫院7.33%、地區醫院（含未評鑑醫院）7.50%。

(2) 臺北業務組7.04%、北區業務組5.60%、中區業務組6.35%、南區業務組7.42%、高屏業務組5.74%、東區業務組6.94%，全國6.91%。

2、104年第1季出院後3日以內同院所再急診率：

(1) 醫學中心為2.39%、區域醫院2.79%、地區醫院（含未評鑑醫院）2.69%。

(2) 臺北業務組2.73%、北區業務組2.59%、中區業務組2.69%、南區業務組2.64%、高屏業務組2.38%、東區業務組2.73%，全國2.63%。

(四)按衛福部提供彙整所屬醫院所報之共通性管理指標，並未有急診後同日同醫院急診返診率此一指標項目；至於104年第3季出院14日內再住院率，部屬醫院之指標值均優於同層級、同健保業務組及全國平均值；但104年第1季出院後3日以內同院所再急診率較高之醫院，包括：金門醫院6.07%、澎湖醫院5.41%、花蓮醫院3.92%、嘉義醫院3.42%、臺中醫院3.34%、朴子醫院3.11%、基隆醫院3.03%、屏東醫院2.82%。據該部說明以：部屬醫院就醫民眾以老年人居多，另些許醫院病患大多來自養護機構，因此病人通常具多重慢性疾病，另特殊專科醫院之病患情況較不穩定，造成

比率偏高。

(五)綜上，衛福部金門、澎湖、花蓮、嘉義、臺中、朴子、基隆及屏東醫院104年第1季出院後3日以內同院所再急診率高於同層級、同健保業務組及全國平均值，雖無法完全作為判斷醫療品質優劣之統一標準，但仍能呈現部分之醫療適當性，爰衛福部允應督促並追蹤改善。

三、衛福部應定期檢討並清查所屬醫院病床開放情形，妥善規劃並運用部屬醫院多年來未開放使用之病床，俾減少攤提折舊成本，確實反映部屬醫院實際營運情形：

(一)按醫療法第 98 條規定，中央主管機關應設置醫事審議委員會，其任務包括「一定規模以上大型醫院設立或擴充之審議」；復依據醫院設立或擴充許可辦法第 8 條規定：「經許可設置或擴充之病床，核定之主管機關得限定其完成開放使用之日期；屆期未完成開放者，得廢止或核減其許可。」同辦法第 9 條第 1 項第 4 款明定醫院經許可設置或擴充之病床，有「最近三年內，既有之任一類病床之占床率，依健保統計資料顯示，未達百分之五十」之情事，得廢止其許可或核減其已許可之病床數。

(二)查衛福部於執行第一期至第四期醫療網計畫後，國內醫療資源已漸趨充足，病床資源已非患寡，乃於 96 年底計核減（含廢止）急性一般病床 8,821 床，精神病床 2,355 床。然截至目前，衛福部多數部屬醫院經許可之病床，並未全數開放使用。以 103 年為例，許可床位與開放床位數落差大的醫院，包括：

醫院別	許可數	開放數	未開放數
-----	-----	-----	------

彰化醫院	628	578	50
南投醫院	470	265	205
嘉義醫院	495	300	195
新營醫院	245	178	67
臺東醫院	216	106	110
花蓮醫院	432	151	281
草屯療養院	993	943	50
金門醫院	245	188	57

- (三) 詢據醫福會林執行長慶豐表示：醫院沒有運用的床位，每年都要攤提折舊，對醫院成本是負擔等語；復據衛福部許次長銘能於本院詢問時表示：健保實施後，民眾到處都可以去看病，這樣情況下，公立醫院在健保實施後，需求沒有那麼大，占床率不高的情況下，要減許可床，有些是衛生局收回去，但醫院院長會期待將來若要再增床，還是要送地方及中央審查，所以不想要釋放出去等語，又表示：許可床對醫院院長而言，是醫院的資產，但對衛福部而言，床位數是公共資產，衛福部談減床時，都會引起院長的反彈，減床沒有標準，是用協商的，只有在醫院獲得許可床去新建醫院時，若幾年沒建，則可以把床收回來，但已蓋好的醫院，要把床收回來，要跟醫院談等語。
- (四) 衛福部及各縣市政府衛生局對於醫療機構設立或擴充進行審議時，會將已通過許可、但未開放之床位數額，併入各醫療區域或次區域計算床數上限，惟查衛福部所屬部分醫院因醫護人力不足或醫院空間的限制，無法將許可床數全部開放，其中有部分醫院占床率更長期偏低，或部分病床從未設置，或長期閒置未能妥善運用，卻計算入所屬醫療區域之病床資源，恐影響同區域醫療資源之規劃或排擠其他醫院因此不得以新設或擴充床位；另已許可而未開放之病床，無法創造醫院收益，但每年仍需提列代

管資產之攤提折舊，計算成本會計時將增加醫院帳面上之成本。爰衛福部應定期檢討並清查所屬醫院病床開放情形，妥善規劃並運用部屬醫院多年來未開放使用之病床，俾減少攤提折舊成本，確實反映部屬醫院實際營運情形。

四、衛福部應檢討現行對所屬醫院補助公務預算之計算標準，並研議以精算負擔之公共任務成本，輔以對政策責任之落實情形，計算補助金額之可行性及必要性，讓公立醫院之政策責任與經營之責任明確釐清：

(一)衛福部以公務預算編列補助所屬醫院之項目，包括人事費、公務員退休撫卹費、公費床病患養護費、漢生病巡迴檢查費與結核及胸腔病防治業務費等共計5項。因立法院於92年審查中央政府總預算案時朝野協商結論：對署立醫院之補貼，除偏遠及離島地區、特殊醫院外，逐年遞減百分之十，其人事補助預算由92年之4,502,421仟元，至104年公務預算補助為24.51億元，逐年遞減達45.56%。然立法院對署立醫院人事費補助款逐年遞減之決定，業於100年12月13日該院第7屆第8會期第14次會議通過同意刪除是項決議。

(二)各項補助項目之計算依據及標準如下：

1、退撫費預算：依當年度行政院匡列數與上1年決算數比照，按比率通減原則編列預算，分配原則係以覈實撥付方式辦理，實需數與核定預算數之不足額，由人事補助費預算支應。

2、公費床病患養護經費：

(1) 漢生病按每人、每月19,250元計算。

(2) 精神病及烏腳病按每人、每月12,700元計算。

3、漢生病巡迴檢診費用、結核及胸腔病防治業務

費，均以覈實撥付方式辦理。

(三)至於人事費預算編列原則，係依當年度行政院匡列數與上1年預算數比照，按比率通減原則編列預算。考量讓各醫院於穩定中發展，以上1年人事補助費總分配數(補助決算)*85%為分配原則。另考量醫師、護理、醫事人員等醫事人力、醫療收入，及參酌獎勵金調整等，並將醫院經營狀況之差異、特殊性任務、配合政策任務之執行、補助費額度與用人費比等面向納入整體分配考量。即如醫福會林執行長慶豐於本院詢問時所陳：人事補助的基準，從省到署，都是用編制人數，大一點的醫院，編制多，補助款相對多，但我們把一部分的補助用四大面向計算，即公共衛生、公醫使命、偏鄉醫療、公共政策等語。

(四)衛福部所屬醫院設立之主要目的係提供民眾適切之醫療服務，至於教學研究、公共衛生、傳染病防治、緊急醫療等其他任務，按個別醫院之性質而有程度不同之比重，但在現行全民健保支付制度下，所屬醫院提供較多之醫療服務，醫院醫療收入將愈多，醫師及醫事人員可能分配的獎勵金亦愈高，而要增加醫療收入，勢必投入較多之醫事人力，又因此可獲得衛福部更多的人事費補助。惟部分衛福部所屬醫院，因地理位置、規模大小、醫療服務特色等條件限制，其醫療發展受限，但需承擔之公共任務更顯必要而艱鉅，因此，現行以前1年度之人事費、醫事人員數及醫療收入做為補助部屬醫院公務預算之主要參考原則，對醫療發展受地理位置限制，但全力配合公共政策任務之部分所屬醫院而言，實有欠公平；或補助公費床病患之養護經費，不足以支應醫院

的照護成本。爰衛福部應檢討現行對所屬醫院補助公務預算之計算標準，並研議以精算負擔之公共任務成本，輔以對政策責任之落實情形，計算補助金額之可行性及必要性，讓公立醫院之政策責任與經營之責任明確釐清。

五、衛福部應針對所屬部分醫院長久以來醫師及護理人員缺額率甚高之問題，確實檢討改進：

(一)按衛福部提供之書面資料，部屬醫院103年醫師缺額率，嘉義醫院為60.0%、胸腔病院50.0%、新營醫院42.3%、八里療養院35.0%、玉里醫院33.3%、金門醫院33.3%、澎湖醫院31.8%、朴子醫院30.0%、屏東醫院29.0%、臺東醫院25.8%、桃園療養院25.0%、彰化醫院23.8%、旗山醫院21.7%、臺中醫院20.6%；醫師缺額人數以嘉義醫院15人最多，其次為臺中醫院14人、新營醫院11人，以及臺北醫院、彰化醫院、玉里醫院與胸腔病院10人；另查基隆醫院在1年之間即有7名醫師離職，且均為急重症科別醫師，對於業務運作影響頗鉅。至於103年護理人員缺額率，胸腔病院為22.2%、恆春旅遊醫院20.0%、花蓮醫院11.4%、臺東醫院10.4%、彰化醫院10.0%；護理人員缺額人數以花蓮醫院13人最多，其次為桃園醫院12人及胸腔病院8人。醫護人員缺額若多，連帶影響醫院營運，醫護人員獲得之獎勵金減少，更不易招募人力，形成惡性循環。

(二)按衛福部提供之書面資料，所屬醫院檢討占床率下降、醫療收入減少之原因，全部都指向醫護人力不足，例如基隆醫院稱「醫師離職，羅致困難，導致看診人數下滑，以及護理人員不足，收治病入較少所致」；臺中醫院稱「醫療人力尚有不足」、

「護理人力尚有不足」；彰化醫院稱「醫療收入減少，業務短絀首先係因醫師異動頻繁，致收入短期內無法填補應有的基準，復因護理人員離職，進用不足致被迫關閉部分病房，致使住院收入大幅下滑」；嘉義醫院稱「同濟醫院以高薪招聘致使部分優秀醫師因生涯規劃離職轉任，且因護理人力招聘不易，故住院率下降」、朴子醫院稱「本院因緊鄰嘉義長庚醫院，醫療資源有限，醫療市場競爭激烈，加上本院醫師招募不易，導致急性一般病床占床率偏低，營運總收入減少」等語。

(三)衛福部分析部屬醫院醫師、護理人員招募不易之問題，主要原因有：

1、醫療資源不足地區之所屬醫院：

- (1) 城鄉資源差距，位處於非都會區，交通不便捷，個人進修及子女就學不易。
- (2) 因偏遠離島醫院業務總收入扣除成本後，尚有盈餘者再提撥獎勵金發放，至於領取之績效獎金與都會區醫院相比，無法吸引優秀醫事人員至偏遠、離島地區醫院服務。
- (3) 因為缺乏住院醫師，醫師人力少，需要輪值班時間增加，導致醫事人員身體、心理負荷大。
- (4) 公務預算之人事補助款逐年減少，薪資及福利調整彈性相對都會區醫院為低，削弱醫事人員服務意願。
- (5) 醫院房舍及硬體設備老舊，且受行政法令束縛，醫療技術及設備取得緩慢，無法透過資訊系統改善醫事人員行政及業務管理效能。

2、位於非屬醫療資源不足地區之轄屬醫院：

- (1) 部分科別醫師紛紛離開醫院，開設基層診所

例如：耳鼻喉科、皮膚科或醫療美容等，以致基層診所開業的熱門科別，也發生招募不易現況。

(2) 全民健保各區醫療資源有限，對健保高給付具有績優產值之特殊科別，例如：心臟外科、麻醉科、急診醫學科及家庭醫學科等專科別醫師亦招募不易。

(3) 北中南都會地區之醫學中心及鄰近區域醫院林立，所屬醫院提供給醫師薪資福利不具競爭性，無法吸引優秀醫師到院服務。

(4) 區域型醫院之住院醫師訓練容額不足，主治醫師必須參加輪值守病房及急診，影響生活品質狀況下，難以招募主治級以上醫師。

(5) 未有護理儲備人才機制，無法於護理科系學生就學期間提供獎助學金，以預先支付學費方式，確保畢業後即能加入就業市場，建置儲備護理人力。

(6) 所屬醫院無附設醫學院，無固定之醫事人力來源。

(四) 衛福部對於所屬醫院醫護人力不足問題，主要之處理方法如下：

1、積極協調醫學中心支援，並與鄰近部屬醫院形成區域醫療合作，例如：

(1) 澎湖醫院由高雄長庚紀念醫院及奇美醫院支援。

(2) 屏東醫院由高雄醫學大學附設中和紀念醫院支援。

(3) 嘉義醫院由嘉義基督教醫院支援等。

2、扶植臺北、桃園、豐原等3家部屬醫院成為種子醫院，透過種子醫院協助偏遠地區部屬醫院人

才的培育，以補強偏遠地區部屬醫院臨床人才之不足，及維持偏遠地區民眾之就醫品質。

3、在人事上活絡院長、副院長的升遷管道。

4、105年有77名公費醫師進行分發作業，其中有44名分配至衛福部所屬醫院。

(五)醫護人力係影響醫療服務品質及醫院經營績效之主要因素，但衛福部所屬醫院普遍存有醫護人力不足、醫事人員缺額率偏高問題，此情形已非在個別醫院發生，且不論醫院地理位置係在醫療資源充足或不足地區，都無法避免，可見醫護人力缺額誠屬衛福部所屬醫院之共通問題，且已由來甚久。惟若此問題更發生於全國之醫院，則與國內醫療服務量年年增加，教學醫院病床數陸續開設，但每年醫學系招收學生人數卻訂有1,300人為原則之上限，不無關聯。若此問題僅發生於部屬醫院，或部屬醫院尤為嚴重，則衛福部更應針對部屬醫院之勞動條件進行檢討，否則即使公費醫師被派往部屬醫院服務，一旦合約期滿，亦難以留住人才。綜上，衛福部應針對所屬部分醫院長久以來醫師及護理人員缺額率甚高之問題，確實檢討改進，以提供當地民眾適切的醫療服務。

六、衛福部允應賡續督促並協助所屬醫院明確定位在所屬醫療網之角色，落實主、副發展項目，以妥善運用醫院資源，並提升服務能量：

(一)衛福部朴子醫院100年至103年之急性一般病床占床率分別為46.70%、55.68%、55.06%及55.94%，均屬偏低；但該院同期間之急慢性病床占床率分別為69.66%、59.80%、67.06%及81.21%，已較急性一般病床占床率高，且在103年時大幅成長；該院在100年時有慢性精神病床60床，占床率為

96.45%，在101年時該類病床增加為99床，當年占床率為62.70%，但102年及103年已成長至75.55%及89.61%，反映至醫院整體之占床率，亦呈現明顯上升，對於閒置病床之使用已有改善。

(二)衛福部新營醫院100年至103年之急性一般病床占床率分別為33.18%、28.90%、34.29%及44.92%，均屬偏低；但該院同期間之慢性精神病床占床率分別為89.05%、85.29%、95.27%及89.61%，反映至醫院整體之占床率則為61.40%、57.38%、70.79%及74.85%。

(三)原衛生署於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，而醫療網之目的之一則在於：建立分級醫療及轉診制度，達到醫療分工及合作的目的。因衛福部所屬醫院均為中、小型之社區型醫院，若國內能落實分級醫療，則許多疾病在衛福部所屬醫院即能處理，病患不越級就醫，部屬醫院可發揮社區中醫療守護者之功能。然而，國內轉診制度始終未能落實，衛福部亦未建立鼓勵轉診的機制，復未採行具體辦法，讓民眾接受轉診，使國內醫療資源之結構產生失衡狀態，更使中、小型規模之衛福部所屬醫院，需與大型的醫學中心軍備競賽並發展急重症醫療，且許多預防保健或癌症篩檢之工作，亦由醫學中心執行，在部屬醫院未能發揮社區型醫院應有功能的情形下，部分醫院難以吸引當地病患就醫，連帶影響占床率。

(四)衛福部許次長銘能於本院詢問時表示：醫療未來不是部立醫院最主要的發展項目，以朴子醫院，做

長照後反而賺錢等語；另表示：以臺中醫院為例，也不去跟周圍的醫學中心去比，而是用不同角色去定位，做更多別人不願意去做的事情等語；醫福會林執行長慶豐則表示：我們有17家部立醫院在做PACE（即全方位社區老人照護），部分醫院在發展護理之家，不要再發展重裝備等語。

(五) 隨著人口結構改變，急重症與慢性疾病發展，國內許多中大型醫院已強化急重症醫療，但對於急性期後（中期照護）醫療服務及長期照護等服務體系，仍在逐步建置階段。而衛福部所屬醫院遍及全臺灣及離島地區，且多為區域型及地區型規模之社區醫院，以營造社區民眾健康、公共衛生及醫療照護為主要任務，近年更涵蓋至社會福利領域。且該部於101年對所屬醫院重新定位，各醫院已提出主發展項目、副發展項目及特色醫療計畫，以急重症醫療發展長期以來受到限制的朴子醫院及新營醫院為例，重新定位後，醫院之整體病床占床率已明顯改善。爰衛福部允應賡續督促並協助所屬醫院明確定位在所屬醫療網之角色，落實主、副發展項目，以妥善運用醫院資源，並提升服務能量。

七、衛福部對所屬醫院建立7大構面之88項共通性管理指標，但實施以來，少數醫院之經營管理績效卻逐年退步，且各項指標是否符合目標值亦與衛福部補助所屬醫院之公務預算無關，對於如何運用共通性指標之管理以達成提升經營績效之目的，有檢討之必要：

(一) 衛福部為提升所屬醫院經營管理、營運績效及服務品質，參考醫院評鑑條文、臺灣臨床成效指標系統（Taiwan Clinical Performance Indicator）、臺灣

醫療照護品質指標 (Taiwan Healthcare Indicator Series) 及公醫等各項考核指標，訂定所屬醫院適用之共通性管理指標，且依業務屬性分別訂定指標之目標值，並按指標評量頻次彙整指標數值，建立同儕統計分析、異常事件檢討改善及學習回饋等機制。共通性管理指標計7大構面及88項指標，包括：醫療照護24項、健保品質15項、健保指標6項、營運績效14項、經營管理5項、資財營繕4項及公醫指標20項。每月進行指標收集與彙整，以目標值進行管控，並以經營性質相同醫院進行同儕間比較，從各醫院分工合作及同儕相互學習，希冀提升各醫院營運績效與醫療服務品質。

(二) 前述醫療照護之24項指標，係使用統計製程管制圖判斷指標是否異常，為醫院當月數據，並按月、按季或年度等一段期間之穩定統計值進行比較，且每季與財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之「臺灣臨床成效指標系統」進行同儕醫院間比較。至其他構面指標並無全國相同開放資料可供比較，故無法進行與全國醫療機構評比。另以「營運績效」指標為例，「急性一般病床占床率」、「醫療總收入」、「健保收入」、「業務賸餘」及「本期賸餘」……等項目之「閾值」，均為「同期比較」，未有統一之標準數值可作為比較依據。據衛福部說明以：

- 1、所屬醫院計26家，分布於全國各地，包括9家區域醫院、12家地區醫院及5家精神專科醫院，因規模不同、地理位置或專長不同，所肩負之公共任務亦有不同，故無法以統一之標準數值，作為營運績效指標之比較依據。
- 2、以各院之各項營運指標同期比較，是希望各院

能戰勝自家醫院，以超越自家醫院為目標，並找出自己當期營運績效增加或衰退之原因，加以分析、改善，進而提升各院整體營運績效及醫療服務品質。

(三)衛福部所屬醫院之功能任務，除照護一般民眾所需之預防保健及社區醫療服務外，最重要的是配合國家醫療衛生政策，執行公共任務、新興傳染病預防及治療，並結合社會福利需求，提供國內弱勢族群、偏遠地區民眾、老弱殘障團體及傳染病、慢性病、精神病等特殊疾病患者之醫療服務，所屬醫院適用之共通性管理指標中有20項為公醫指標，惟查各項公醫指標均未設有閾值。

(四)衛福部將所屬醫院分別定位為區域型、地區型、特殊專科型及離島型醫院，並對所屬醫院建立7大構面之88項共通性管理指標，但以占床率為例，係以急性一般病床占床率為指標，以同時設有急性一般病床及慢性精神病床的朴子醫院及新營醫院為例，該指標無法反映兩家醫院整體占床率已符合地區醫院目標值之事實；至於指標中與營運績效有關者有14項、經營管理有關者5項，但實施以來，前述營運績效與經營管理指標均無法與全國醫療機構進行評比，而其閾值均為同期比較，但部屬少數醫院之經營管理績效卻逐年退步，顯見指標管理未能發揮應有的功能；又部屬醫院與其他醫院最重要的區隔在於公共衛生任務之執行，但所屬醫院呈報之指標，除未設有閾值可評估政策執行落實情形外，各項指標是否符合目標值亦與衛福部補助所屬醫院之公務預算無關，如何透過共通性指標之管理以達成提升經營績效之目的，亦有檢討之必要。

調查委員：仇桂美、尹祚芊