目錄

[壹、 調查緣起： 1](#_Toc329778500)

[貳、 調查對象： 1](#_Toc329778501)

[參、 案　　由： 1](#_Toc329778502)

[肆、 調查依據： 1](#_Toc329778503)

[伍、 調查重點： 1](#_Toc329778504)

[陸、 調查事實： 1](#_Toc329778511)

[一、 「重振五大科」之執行情況及檢討 5](#_Toc329778555)

[(一) 政策與預算的發展脈絡 5](#_Toc329778556)

[(二) 從「四大皆空」走向「五大皆空」 14](#_Toc329778571)

[(三) 衛生署提出之改進措施 16](#_Toc329778576)

[(四) 實地訪查意見摘錄 28](#_Toc329778635)

[二、 「守護社區醫院」之執行情況及檢討 44](#_Toc329778855)

[(一) 政策與預算的發展脈絡 44](#_Toc329778856)

[(二) 衛生署提出之改進措施 46](#_Toc329778866)

[(三) 101年的「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」 47](#_Toc329778869)

[(四) 臺灣社區醫院協會的回應 51](#_Toc329778873)

[(五) 實地訪查意見摘錄 53](#_Toc329778876)

[三、 無效醫療之執行情況及檢討 61](#_Toc329778966)

[(一) 政策與預算的發展脈絡 61](#_Toc329778967)

[(二) 三個經典案例 66](#_Toc329778976)

[１、 洗腎、呼吸器及葉克膜 66](#_Toc329778977)

[２、 衛生署的檢討與回應 75](#_Toc329779258)

[(三) 現存問題檢討 79](#_Toc329779259)

[(四) 實地訪查意見摘錄 83](#_Toc329779264)

[四、 安寧緩和醫療之執行情況及檢討 108](#_Toc329779444)

[(一) 發展歷程 108](#_Toc329779445)

[(二) 現況概述 111](#_Toc329779460)

[(三) 生命末期照護倫理 135](#_Toc329780490)

[(四) 現存問題檢討 141](#_Toc329780496)

[(五) 實地訪查意見摘錄 149](#_Toc329780630)

[五、 醫院評鑑之執行情況及檢討 160](#_Toc329780634)

[(一) 評鑑目的 160](#_Toc329780635)

[(二) 執行情況 160](#_Toc329780637)

[六、 醫療糾紛之衝擊與回應 168](#_Toc329780646)

[(一) 衝擊 168](#_Toc329780647)

[(二) 回應 169](#_Toc329780652)

[七、 約詢要點 171](#_Toc329780656)

[(一) 第一場約詢 172](#_Toc329780659)

[(二) 第二場約詢 180](#_Toc329780666)

[柒、 調查意見： 189](#_Toc329780673)

[一、 健保實施10多年來，行政院既未能開創有利之醫療環境，為代表醫學核心與本質的內、外、婦、兒四大科醫師規劃出與其醫療專業不可代替性與地位相呼應的支付制度，又無法排除四大科醫師執業如烏雲籠罩的醫療糾紛之不利因素，並重振四大科應有的尊嚴與價值，使得支付制度和醫療糾紛儼然成為扼殺五大科（加上急診）的兩大「緊箍咒」，加上醫院評鑑的不勝其煩，工時愈長，生活品質愈差，導致醫療生態持續惡化，五大科醫師浮現出走潮，發展出「五大皆空」現象，致使代表臺灣百年來醫學主流、也是臺灣社會特殊的公共財之四大科及急診科發生前所未有的巨變，核有怠失： 190](#_Toc329780676)

[二、 行政院係國家最高行政機關，允宜揭櫫具有號召性的鮮明主張，經由政策的深化與推動，並提供有效的資源予以匡正，俾達成「重振五大科」的永續目標： 194](#_Toc329780684)

[三、 行政院允應責成衛生署及健保局延續對四大科診察費加成的決心及作法，針對重振五大科最關鍵的手術費及處置費，經由公平、透明、客觀的流程與機制，並以科學的數據為基礎，採優先順序的概念，給予合理的調整，並賦予法制化，成為不可逆的政策： 195](#_Toc329780689)

[四、 健保局101年度「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」，對於「偏鄉、資源不足地區」的社區醫院，雖提供相當程度的保障，但對於「守護社區醫院」三要件之「具社會功能」尚有不足，允宜於下年度擬訂計畫時加以考量並補強： 198](#_Toc329780696)

[五、 衛生署允宜參酌健保局公告葉克膜禁忌症之進步作法，在適法範圍內，儘速研議（包括修法）對於嚴重多重器官衰竭之洗腎病患或末期呼吸器治療且無意識者，考量是否訂定禁忌症，供各醫療院所作為評估之參考： 199](#_Toc329780702)

[六、 為創造推動安寧緩和醫療的有利環境及必備基礎，行政院允應督促所屬建立重症病患生命末期無效醫療的評估標準及流程，並輔以臨床照護指引，俾作為第一線醫護人員與病人及家屬進行溝通的客觀依據： 201](#_Toc329780708)

[七、 安寧緩和醫療條例已於100年1月26日修正公布，惟衛生署迄未配合修定施行細則，亟應儘速完備必要的法律規範，俾排除醫院及第一線醫療人員在臨床實務上的困難： 203](#_Toc329780714)

[八、 安寧緩和醫療需要制度之引導及資源之挹注，始能有效鼓勵更多醫院從事安寧療護工作，惟目前醫院安寧病房普遍面臨虧損、人力不足及人員流失之困境，導致許多醫院不願設立安寧病房，或僅開放部分安寧床位收治安寧療護病人，實不利安寧療護之拓展，衛生署允應審慎面對並妥謀解決之道： 204](#_Toc329780718)

[九、 目前各醫院於推展安寧療護之過程中，在醫護人員及病患家屬等方面仍遭遇困難，衛生署允應持續強化醫護訓練及全民教育，以凝聚社會共識，讓國人達到生死兩相安之境界： 206](#_Toc329780722)

[十、 由於安寧療護可讓末期病人能夠善終並創造四贏的局面，故在人口快速老化及國人十大死因以癌症與慢性疾病為主之下，推動安寧療護乃是大勢所趨；惟在安寧病床普及性不足之下，醫學中心安寧病房均供不應求，部分區域醫院安寧病床之占床率猶未達五成，且近10年來設置安寧病房的地區醫院僅增加2家，衛生署除應深入瞭解實情加以改善外，並應一面從政策層面提供獎勵機制，以有效落實社區安寧療護；一面以「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」實施經驗為借鏡，俾避免引發不必要的後遺症： 209](#_Toc329780728)

[十一、 安寧療護需要透過醫療體系將照護提供到病人及家屬，亦需要醫院團隊人員共同合作，始能達到四全照顧之目標；爰本院於調查過程中，實地訪查醫院對於安寧療護所提出之具體建議，衛生署允應積極參酌處理： 213](#_Toc329780853)

[十二、 衛生署允宜持續精進衛生醫療業務聯合訪視作業及檢討評鑑項目，簡化醫院準備評鑑之文書作業，另需建立適合國內之評鑑基準，俾醫院能在確保醫療品質及提昇病人安全之條件下，不需為評鑑而負擔大量與照護病患無關之文書作業： 217](#_Toc329780868)

[十三、 衛生署對於醫院評鑑基準之訂定，應考量健保支付水平及各層級而有不同，並能反映國內現實條件及醫院合理之生存空間： 219](#_Toc329780876)

[十四、 行政院宜積極協調法務部與衛生署對於醫療法第82條第3項之修正草案及「醫療機構辦理生育事故救濟試辦計畫（草案）」，凝聚共識，解決爭議問題，俾儘速完成法制化作業： 220](#_Toc329780880)

[十五、 在內外婦兒四大科烏雲滿天的環境下，國防部所屬三軍總醫院卻能渡過「四大皆空」的困擾與影響，衛生署允宜將其納為檢討現行政策的參考： 222](#_Toc329780884)

[十六、 為了健保的永續經營，以及有限醫療資源的「分配正義」與「程序正義」，行政院允應督促所屬，儘速籌備規劃成立獨立超然類似英國NICE的專責組織： 222](#_Toc329780890)

[捌、 處理辦法： 225](#_Toc329780894)

[附件1 226](#_Toc329780899)

[附件2 230](#_Toc329780902)

[附件3 232](#_Toc329780906)

[附 錄： ……………………………………………………235](#_Toc329780906)

調查報告

# 調查緣起：本案係委員自動調查。

# 調查對象：行政院、行政院衛生署、行政院衛生署中央健康保險局。

# 案　　由：為延續對全民健康保險總體檢的重大課題，包括：「重振四大科」、「守護社區醫院」、無效醫療、安寧緩和醫療、醫院評鑑等之監督，對於相關主管機關在醫療費用急速成長之過程中，是否曾嚴肅認真對待其醫療品質或臨終關懷之問題？是否曾考量「分配正義」原則並有效規範或檢討？是否涉有違失？均有深入瞭解之必要。

# 調查依據：本院100年8月5日院台調壹字第1000800306號暨101年2月3日院台調壹字第1010830222號函，並派調查官游聲麒、調查專員王惠元協助調查。

# 調查重點：

## 「重振五大科」之執行情況及檢討。

## 「守護社區醫院」之執行情況及檢討。

## 無效醫療之執行情況及檢討。

## 安寧緩和醫療之執行情況及檢討。

## 醫院評鑑之執行情況及檢討。

## 醫療糾紛之衝擊與回應。

# 調查事實：

# 全民健保實施以來，民眾獲得的醫療品質及就醫可近性，均大幅提昇，此係由醫療機構及醫事人員努力提供各項醫療服務所共同達成。然醫療服務的提供及醫療品質的提昇，均需投入相當之成本，但健保實施總額預算制度後，醫療服務量成長所應增加之醫療成本，多年來卻未能實際反應於每年度之總額協商成長率中。在醫療預算增加不易、醫療需求持續成長之現實困境下，除需積極開拓健保財源，抑制不當醫療需求外，當務之急，更需將有限之醫療資源，以公平、有效之方式進行適當分配，始能避免因健保預算分配嚴重失衡及排擠效應，造成醫療生態扭曲，甚至動搖全民健保基石。然而，長期以來健保財務問題嚴峻，行政院、衛生署及健保局雖均投注大量時間及人力進行處理，並研擬各項改革方案，但相對而言，對於涉及醫療核心問題之健保「分配面」議題，卻幾乎未曾認真對待，因此，健保資源分配問題鮮少被討論，遑論有系統地進行處理。本院於兩年前進行「我國全民健康保險總體檢」（下稱「全民健保總體檢」）調查案期間，即將健保資源分配問題聚焦於「四大科」、「社區醫院」之困境，並就「洗腎」、「呼吸器治療」之支出問題進行探討，發現全民健保實施後，代表臺灣百年來醫學主流的內、外、婦、兒科四大科已有走向「四大皆空」的隱憂；且地區醫院家數急遽萎縮，更危及當地民眾基本健康照護與緊急醫療照護的權益與需求；又呼吸器及洗腎人口合計占人口總數之0.33%，竟使用約12%的健保預算，分配呈現失衡現象。爰針對上開問題，提出分配正義的主張，其中有三大訴求，包括：「重振四大科」、「守護社區醫院」與無效醫療的shift」等對於資源分配結構調整理論與實際的調查意見，期導正已嚴重受到扭曲的現行支付制度，俾全民健保得以永續經營。

# 在本院提出「全民健保總體檢」調查報告後，許多關心醫療體系健全發展的有識之士，陸續對於醫療服務體系日漸浮現之問題發出警訊，例如：「疑、難、雜症為健保的死角」、「從ICU到RCC到RCW 的流程，是最好的流程嗎？是否可以改為從ICU到安寧病房，更適宜，更好呢？」他們也對全民健保下一波改革方向提出呼籲，主要內容有：「對於健保預算分配面的探討，涉及利益層面，多年來幾乎都被視為禁忌，現已到應給予正面對待的時候」、「支持健保支出預算分配結構的新方案：（1）調整洗腎呼吸器，（2）重點支持四大科及社區醫院，如不正視此一新方案，將可能引發健保土石流」、「健保資源應轉移到二大方向：（1）重振四大科（急重難症），（2）守護地區醫院，並且每年要提出給付轉移報告，才會產生壓力」、「調整洗腎費用的三大考慮：（1）成本分析，（2）維持品質，（3）逐年實施」、「健保的給付面，對醫療生態有重大影響，應以重大工程視之，而全力以赴」、「預算分配調整有如大船轉彎，必須逐步穩健，轉彎才能順利」，前述每一警訊及呼籲，均指向導正醫療資源分配正義，調整健保預算分配結構，已刻不容緩。

# 行政院對於本院「全民健保總體檢」案所提調查意見，業已責成衛生署、健保局及相關機關進行檢討改進，然針對有關「醫療資源分配正義」的回應，無論在力度、深度及持續性，似均尚不足以止血。又健保資源分配問題，並非僅係單純之費用分配作業之處理，其本質已觸動醫學倫理、無效醫療及臨終關懷等人性及生命價值議題，茲事體大，唯有相關機關在「關懷生命品質」、「尊重醫療專業」及「健保永續經營」之原則下，參考社會價值、凝聚社會共識，並破釜沉舟，下定決心，始能有所作為。為延續對於「全民健保總體檢」的重大課題，包括：「重振四大科」、「守護社區醫院」、無效醫療、安寧緩和醫療、醫院評鑑等之監督，釐清相關主管機關是否曾嚴肅認真對待其醫療品質或臨終關懷之問題？是否曾考量「分配正義」原則並有效規範或檢討？是否涉有違失？本院爰立案進行調查。

# 為深入瞭解相關主管機關在醫療費用急速成長之過程中，如何處理健保資源分配正義、醫學倫理、無效醫療及臨終關懷等問題，本院乃向衛生署調閱相關卷證資料、並參考專家學者於第三波健保改革系列研討會發表之文獻，更於101年2月至5月間，實地訪查134家醫療機構，於醫療現場聽取第一線醫師、醫事人員及醫院管理者之建言，並於各縣市邀集衛生局長、醫師公會理事長或指派代表瞭解各縣市特有之醫療資源分配問題。訪查期間，參與的2千名以上的醫師及醫療工作者，他們對於「重振五大科」、「守護社會醫院」提出頗多沈重的呼喊及建言，也對無效醫療如何shift始能達成分配正義提出看法。至於沿途我們聽到兩項最夯的議題，一個是「醫療糾紛」，在兩年前進行實地訪查期間，此議題雖有被提出，但未被凸顯，然此次訪查所到之處，竟成為醫療現場最常被提出之事；另一個是對「醫院評鑑」的強烈反應，主要的質疑在於醫院評鑑是否已「為評鑑而評鑑」，重要的訴求則在於醫院評鑑是否已到了需重新檢討的時刻了。

# 本案於2月17日開始實地訪查，至5月11日結束，將近3個月期間，承健保局及各分區業務組對於訪查行程做了非常用心的安排，使得訪查期間得以汲取第一線醫療工作者的心聲，而訪查團隊成員常從上午8時出發，晚間座談會結束時間常到夜間10時許，最晚到11時許。茲將走訪醫療機構之地點及行程，依序彙表如下：

| 時間 | 承辦機關 | 訪查縣市 |
| --- | --- | --- |
| 2月17日 | 健保局臺北業務組 | 臺北市 |
| 2月20-23日 | 健保局北區業務組 | 桃園縣、新竹縣、新竹市、苗栗縣 |
| 3月5日 | 健保局臺北業務組 | 臺北市 |
| 3月9日 | 健保局臺北業務組 | 臺北市 |
| 3月12日 | 健保局臺北業務組 | 臺北市、新北市 |
| 3月20-23日 | 健保局東區業務組 | 花蓮縣、臺東縣 |
| 3月26-30日 | 健保局南區業務組 | 雲林縣、嘉義縣、嘉義市、臺南市 |
| 4月2日 | 健保局臺北業務組 | 臺北市 |
| 4月9日 | 健保局臺北業務組 | 新北市 |
| 4月13日 | 健保局臺北業務組 | 新北市 |
| 4月16-20日 | 健保局高屏業務組 | 高雄市、屏東縣 |
| 4月23-27日 | 健保局中區業務組 | 臺中市、彰化縣、南投縣 |
| 5月4日 | 健保局臺北業務組 | 新北市 |
| 5月7日 | 健保局臺北業務組 | 宜蘭縣 |
| 5月11日 | 健保局臺北業務組 | 基隆市 |

# 在一系列的實地訪查後，本案獲得了許多寶貴的意見，經彙整後乃臚列需釐清的問題，並辦理國內安寧緩和醫療之專家學者諮詢；也與醫學會及醫院協會之代表就「重振五大科」及「守護社區醫院」等議題進行座談。最後，在著手進行調查報告撰寫前，舉辦兩場約詢，第一場約詢為6月7日，參加人員包括：衛生署邱署長文達、賴副署長進祥、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策會張董事長珩、李執行長偉強、中央健康保險局戴局長桂英、醫管組蔡組長淑鈴、衛生署醫事處石處長崇良、健康照護處鄧處長素文；第二場約詢為7月6日，參加人員包括：行政院江副院長宜樺、衛生署邱署長文達、主計總處石主計長素梅、經建會吳副主任委員明機等。茲綜整文獻蒐集、調卷、座談、諮詢、實地訪查及約詢資料，將調查事實整理如后：

## **「重振五大科」之執行情況及檢討**

### 政策與預算的發展脈絡

#### 行政院的初期函復

#### 在「全民健保總體檢」調查報告中，本院所提調查意見二指出︰「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」，乃針對內、外、婦、兒走向四大皆空的問題，請行政院檢討。惟查該院於100年4月1日函復本院之檢討說明，其內容為：「（１）為均衡各專科醫師之人力分布，衛生署自91年開始，實施專科醫師容額管制計畫，經查我國內、外、婦、兒四科每萬人口專科醫師之人力，與先進之國家相較並無明顯不足。惟該署將與各專科醫學會研商，重新檢討各專科醫師之容額，並縮小容額與畢業生人數間之差距。（２）近年全民健保醫療費用醫院總額協商，已經朝向『導正科別平衡』目標，予以挹注經費，未來亦會持續檢討修正。」惟鑑於衛生署近年增加支付點數、調高診察費或保障點值等措施，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」，因資源分散而未集中，致有如杯水車薪，成效不彰，且挖東牆補西牆之技術性作法，已顯捉襟見肘之勢，仍無法遏止四大科惡化成四大皆空之現象，本院乃要求行政院以國家最高行政機關之地位，揭櫫具有號召性如五年五百億的鮮明主張，由政策面全力推動，並提供有效的資源予以匡正，始能達成「重振四大科」的目標，以維護國內醫界百年主流。

#### 416第三波健保改革系列研討會（如附件1）

#### ｢全民健保總體檢｣調查報告公布後，引起了各界對健保資源分配議題之關注，更有學者認為本院的調查報告，已經揭開第三波健保改革的序幕。爰財團法人臺灣研究基金會及臺灣大學公共衛生學院，有感於過去衛生署與健保局雖然實施許多改革措施，甚至推動二代健保，但是這些努力大多以增加健保財源，或短期醫療費用節約策略為重點，未能全面檢討醫療資源分配錯置的現象，以及從醫療體系結構面及制度面深入改革，乃以本院調查報告為基礎，進一步於100年4月16日舉辦｢醫療資源分配正義的探討｣研討會，共有7位衛生署長，5位健保局總經理參加，參與的人員亦包括具代表性的醫學中心、區域醫院的院長，學界及代表性民間團體亦共襄盛舉，堪稱公衛領域空前的一次產官學界的盛會，期達成「呈現當前醫療資源分配錯置的現象」、「說明導致醫療資源分配錯置的因素」及「探索醫療資源分配正義的方向與策略」三點目標。是次會議，因與會者對於醫療及公共衛生領域深具影響力，研討會議之討論基礎又為本院調查報告所提之意見，因此，調查報告所提醫療資源分配正義的主張，更進而成為醫界、公衛領域與社會的共識。

#### 429衛生署101年度總額範圍草案

#### 依據全民健康保險法第47條規定，全民健康保險每年度醫療給付總額，由主管機關於年度開始6個月前擬訂範圍，報請行政院核定。衛生署乃於100年4月29日提出「101年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」，報請行政院核定，總額成長率範圍之上下限分別為2.695%至5.741%。本次提出草案雖將「全民健保總體檢」調查報告所提議題，納入「外界對全民健保制度的期待」乙段中，但未吸取報告精神，據以作為擬訂總額範圍的基礎。至於是次草案所列政策目標及相關調整因素之內涵，摘錄如次：

##### 政策目標

###### 鼓勵提升醫療品質，以民眾健康為導向

##### 配合總額協商機制，鼓勵各部門持續提升一般服務醫療品質；另藉由支付結構改變，引導醫療服務提供者，提升照護責任與重視醫療價值，並以政策（或計畫）為導向，落實年度總額之執行力，以達預期之成效。

###### 強化分配機制，有效運用節流經費，提升資源使用效率

##### 促進費用結構平衡：透過支付結構改變，促進門住診費用、科別平衡、藥費與專業服務費用平衡。

###### 其他醫療服務密集度改變對醫療費用之影響

持續以計畫形式，加強山地離島或醫療不足地區保險對象醫療照護。

疾病發生率的改變（如氣喘、精神疾病）或存活率的提升（如癌症、腦血管疾病及腎病變等）；或醫療資源不足地區因醫療供給面增加，所造成保險對象服務利用及密集度的影響等。

###### 落實新藥新科技的引進，確保保險對象權益。

###### 推動支付制度改革，促進醫療體系整合，提升服務效能。

##### 前述政策目標下，相關調整因素之內涵：

###### 支付項目之改變（如未具替代效應之高科技及新藥等）：增加10億元

##### 參考健保局每年引進之新藥和支付項目增加之醫療費用估計之。

###### 鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康：增加37.57億8元，協商範圍如下：

鼓勵各總額部門持續提升醫療服務品質，如費協會評核結果屬特優及優等之獎勵以及各部門總額所提屬品質提升之項目。

提升照護品質：推動論質支付，例如住院照護、急診照護、或針對其成本效益之預防性服務，或因治療模式複雜特別需要個案管理之病患，建立疾病管理制度，提升療效及照護品質，如慢性腎衰竭門診透析服務品質計畫，以確保照護的適當性，並加強病人治療完整性及自我照護能力。

持續加強弱勢族群照護品質，例如罕見疾病及血友病之用藥、BC 肝炎病人用藥品質以及器官移植等醫療照護。

###### 其他服務利用及密集度之改變：增加22.11 億元，協商範圍如下：

##### 合理反映醫療利用及服務內涵，包含疾病型態改變對醫療費用之影響，即人口之性別、年齡結構以外因素對醫療利用或醫療費用影響之變動率。另為落實垂直整合醫療體系與分級醫療，以及改善資源不足地區醫療照護（供給面投入）所增加之醫療費用等。

###### 其他預期之法令或政策改變、政策誘因對醫療費用之影響：增加71.35 億元，協商範圍如下：

在增加預算的部分，有：99 年投保人口數校正值；配合醫療政策之推動，修訂相關支付標準（如保險病床比率調高政策之影響、因應醫療院所設置標準之修正所增加醫院營運成本、持續推動DRG 支付制度、重新檢討各科別醫療資源耗用支付標準相對值表）；配合長期照護保險規劃，強化亞急性照護體系；推動醫療體系整合性照護，強化社區醫療功能等計畫，以及配合健保法修正案之實施，如受刑人納保及支付制度相關規定等，預估對醫療費用的影響。

在減少預算的部分：費協會協定屬減項之項目（如：違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款等）

#### 621衛生署101年度總額範圍修正草案

#### 在100年4月16日舉辦｢醫療資源分配正義的探討｣研討會後，衛生署吸收了該次會議的一些基本精神，著手修改原所提之「4/29版本草案」，而於6月21日提出新的「修正草案」。修正內容特別納入本院調查之重點，並闡明未來相關的具體做法，此一6/21版本與4/29版本草案相較，增列下述內容：在「伍、各界對全民健保之期待」中，提及：另監察院亦於98 年7 月立案調查，以18 個月期間完成調查「我國全民健康保險總體檢」調查報告，於100年1月31日提出該報告書，該報告除肯定健保價值，並提出55 項改善建議，其中對於全民健保醫療資源、配置部分，提出下列相關議題，略以：

##### 全民健保支付制度對於醫療生態及醫師人力分布之衝擊，導致內、外、婦、兒四大科醫師人力之發展令人堪憂。

##### 地區醫院（具社會功能之資源缺乏地區或非都會區）急劇萎縮，導致分級醫療呈現頭重腳輕之現象。

##### 住院診斷關聯群（DRGs） 支付制度業經多年研議，應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。

##### 為維護醫療品質，提升醫療服務，確保健保永績經營，行政院應在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。

##### 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，衛生署應開始重新全盤檢討診察費、處置費及手術費之合理性。

#### 自監察院於100年1 月完成「我國全民健康保險總體檢報告」調查報告，此為揭開我國全民健保第三波改革的序幕，並由監察委員及學者共同舉辦「醫療資源分配正義的探討」研討會，廣邀各界就醫療體系的失衡、醫療四大科的萎縮、不適當醫療的浮濫「三多」問題、無效醫療、探索醫療資源分配正義等議題，進行現象、導因及策略之探討，作為施政之參考，並納入101 年總額協商政策目標之重點。

#### 在醫療四大科的萎縮方面，除改善執業環境、提升偏遠地區醫療照護設備（包括周產期照護中心、兒童重症中心，以提供在地化之醫療服務為目標）及人力（以婦、兒科為重點培育科別）外，在全民健保部分，100年業爭取預算優先調增醫師門診診察費，即婦產科、兒科及外科（含外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科…等） 醫師之門診診察費調高17% 。未來將持續與相關醫學會、中華民國醫師公會全國聯合會及台灣醫院協會協商，並於每年費協會協商總額成長率，逐年爭取總額保障科別平衡預算。

#### 經建會711會議結論：

# 衛生署621版本之「101年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」內容，於經建會100年6月27日第1411次委員會議中詳實討論，並原則通過，上述結論及會議紀錄業於7月11日之委員會中確認。結論為：

##### 101年度全民健保醫療給付費用之成長下限2.695%，係經既定公式計算而得，且已實施多年，應可接受。

##### 全民健保修正案即將實施，經考量整體健保財務健全、醫療費用給付合理成長、民眾付費能力等各項因素，同意101 年度全民健保醫療給付費用成長上限訂為4.7%。

##### 為落實全民健保修正案之財務收支連動機制，請衛生署在衡量健保醫療給付費用成長幅度時，確實評估整體保險財務收支狀況，並以5 年（101 年至105年）為平衡週期進行財務推估，據以研訂相關醫療給付與保費收入之調整因應措施。

##### 請衛生署參酌監察院有關「我國全民健康保險制度總體檢」之要求，正視健保資源之有限性，對於未能嚴格規範之相關科別，其門檻與給付條件作積極的資源分配與重新調整，用以挹注目前人力日趨不足之內、外、婦、兒等四大科及偏遠地區醫院，確保我國醫療體系之健全發展與健保之永續經營。

# 上述結論，為100年及101年度調整內、外、婦、兒科四大科診察費加成及執行增進偏遠地區醫療服務品質計畫之重要依據，診察費的加成更因此納入支付標準表中，使得重振四大科的預算有了延續性，單101年的預算即約21億元，加上守護社區醫院新增預算6.7億元，衛生署及健保局對於重振四大科及守護社區醫院投入預算金額，創健保實施17年來之先例。

#### 行政院的後續函復：

##### 行政院於100年7月14日再次函復本院對於「重振四大科」之具體作法，但未納入711會議結論的精神，其內容為：

###### 為促使各專科人力平衡發展，調節住院醫師選擇科別之均衡性，行政院衛生署（以下簡稱本署）將於100年與各專科醫學會商討，重新檢討各專科容額，縮小核定容額（2,143）與畢業生人數（1,300）之差距。

###### 另在全民健保支付制度方面，100年已爭取預算優先調增醫師門診診察費，即婦產科、兒科及外科（含外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科…等）醫師之門診診察費調高17%。未來將持續與相關醫學會、中華民國醫師公會全國聯合會及台灣醫院協會協商，並於費協會協商總額成長率時，爭取總額保障科別平衡預算。

##### 不過，行政院再於101年3月1日函復本院檢討說明時，已納入711會議結論之精神，主要內容為：

###### 衛生署業將調查意見所提建議，納入101 年健保總額協商之政策方向，並於100年8月10日交議予費協會，請費協會據以進行101年健保總額之協定與分配。

###### 案經費協會協商並經衛生署核定，與「四大科費用之調整及婦兒科之保障」相關結論與具體措施為：於醫院部門增加編列12.389億元、西醫基層部門增加編列9.099億元，用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，俾提升艱困科別醫師之待遇。另健保局亦啟動全民健康保險醫療費用支付標準相對值評量（RBRVS） 作業，全面重新評估並合理調整各科別診察費、處置費及手術費支付標準。

### 從「四大皆空」走向「五大皆空」

#### 四大科係牽涉到生命的醫療科別，為醫學本質與核心，四大科如果變成「四大皆空」，臺灣醫療體系遲早就會崩壞，因此本院於99年間進行「全民健保總體檢」案實地訪查期間，即將四大科問題列為調查重點，但陪同之人員，包括學界及健保局，對於四大科走向四大皆空尚持一定保留態度，但本次訪查後，相關陪同訪查人員對於四大皆空問題之急迫性，已有更深刻之體認與感受。

#### 本案實地訪查134家特約醫療機構期間，與超過2,000名的第一線醫師座談，聽取醫療現場心聲，在互動過程上，不時聽到四大科醫師訴說道：「十年前，以第一名自高醫外科畢業，十年後的同學會，四大科的醫師卻下場最慘」；「四大科是默默守護病人免於死亡的醫師，他們大多不是禿頭，就是白髮，如此畫面，以後又要誰來問津呢？」；「外科堪稱即將消失的行業」；「老人翁或白髮翁來照顧小人翁，這是兒科困境與寫實，又能維持多久呢？」；「婦產科醫師的斷層，已涉及世代責任」；「有一天，婦產科診所會成為歷史名詞嗎？」；「四大科有如醫界的Infrastructure（基礎架構），但醫療糾紛最多即為四大科」；「四大科醫師流失，最可慮的是真正人才的流失」；「我們已不是血汗醫院，而是血汗醫療」；「四大科變化太快了，其走下坡速度比想像還快，我是懷著出頭天的心情走進來，但什麼時候才可能出頭天呢」；「四大科有如火坑，對四大科的堅持，一定要有價值觀」；「目前，台灣人民因健保享有歷史上最好的醫療服務，但十年後，將因四大科走向四大皆空，而無法再提供這種優質服務，這是台灣醫療最深沉的危機」。

#### 上述醫療現場的吶喊，可感覺和兩年前為「全民健保總體檢」實地訪查最大的不同，就是四大皆空已不是「感受」，而是「實景」，且正由內、外、婦、兒四大科加上急診科，而成為「五大皆空」，本案實地訪查時，急診科醫師感歎道：「台灣急診醫療太廉價，約有三分之一病患不符急診標準」；「急診科醫師能待上三年，已算是奇人了」；「急診一面為四大科的縮影，一面又為醫院的第一線，由於民粹氾濫，急診科醫師幾乎成為驚弓之鳥」；「急診科，從台大到長庚，都已很難招到醫師，有些醫院更掛零，所以四大皆空實已成為五大皆空」；「處理五大皆空時，應同時處理護理人員，不然將會出現六大皆空」。

#### 從沿途醫療現場第一線醫療工作者持續發出沉重、沉痛、無力又無奈的聲音，呼應了許多醫院院長及醫師認為五大科目前的現況尚未到谷底之擔憂，且從現在醫學生的選科來看，未來幾年間，問題會益趨嚴重，五大科在台灣確實已面臨百年巨變。當五大科面臨前所未有變局，訪查時沿途醫師發出嚴肅籲求：「台灣已失去合理的醫療環境，這是健保問題的最大根源」；「健保當前最大問題，即為給付標準不明確、不合理」；「醫療資源掌握在政府手上，政府理應將四大科視為國家大事，並以國家政策來扶持」；「重振四大科，一定要有誘因，不能要讓馬兒跑，卻只給牠吃四分飽」；「在健保體制下，當面臨分配時，如目前挹注四大科資源所碰到的，最需要的是魄力－當政者的魄力」。

### 衛生署提出之改進措施

### 依據衛生署資料顯示，截至100年底，內、外、婦、兒四科醫師領證之人數分別為9,229人、6,245人、2,927人及4,114人。91-100年各專科醫師之領證人次，平均年成長率為4.3%，其中內、外、婦、兒四科亦均呈現成長趨勢，成長率依次為兒科4.7%、內科4.3%、外科2.9%及婦產科1.6%。近年婦產科、兒科之人力，出現成長趨緩情形，惟依衛生署近年所委託進行之專科醫師人力需求評估研究，結果顯示，如以94年全民健康保險醫療服務之資料檔、醫師之生產力、經建會人口數推計，以及經濟因素通盤加以推估，99年起至109年我國所需內、外、婦、兒四科專科醫師人力，年平均所需之成長率為3.83%、2.59%、-0.27%、-0.76%；依照此項推估結果，婦產科及兒科專科醫師培育人數（現為70名及200名）應該予以適度調降。

| 項目 | 年度 | 內科 | 外科 | 婦產科 | 兒科 | 急診醫學科 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 訓練 | 99 | 400（440） | 250（275） | 70（77） | 200（220） | 100（120） |
| 容額 | 100 | 200 | 125 | 35 | 100 | 50 |
| 核證 | 99 | 315 | 138 | 33 | 94 | 79 |
| 人數 | 100 | 358 | 142 | 39 | 95 | 34 |
| 執業 | 99 | 7,975 | 5,309 | 2,429 | 3,477 | 1,181 |
| 人數 | 100 | 8,385 | 5,378 | 2,394 | 3,604 | 1,248 |

### 另按衛生署之答復說明：專科醫師人數統計資料，以及國際醫師人力比較結果顯示，我國內、外、婦、兒四科醫師人力，目前並無明顯不足情形，惟為因應近年來基礎科專科醫師人數成長率趨緩之情形，業已調整各科專科醫師容額分配、提升健保給付、加強偏遠地區醫療服務提供，同時試辦生育事故救濟試辦計畫，改善醫療執業環境，以漸進的方式，積極設法改善住院醫師選科趨向，俾提供全民優質無虞之醫療服務。至相關檢討改進措施，概述如下：

#### 調整專科醫師之容額與分配

##### 衛生署為均衡各專科醫師人力，已自90年度開始，全面實施專科醫師訓練容額管制計畫，內、外、婦、兒四科住院醫師之容額分別為400人、250人、70人、200人，共920人，約佔所有容額數（1,948）之一半；95-99年度所有專科住院醫師整體之招收率約為90％，其中內、外、婦、兒四科，住院醫師招收率依次為內科107%、外科89%、婦產科63%、兒科71%。

##### 由於目前每年醫學系之招生人數核定為1,300名，但是專科醫師訓練之容額卻高達1,948名，易發生科別失衡之狀況，為此，衛生署業於101年3月29日召開「醫師人力諮議委員會」會議，重新檢討各專科醫師之訓練容額與其分配事宜，將容額從1,948名，酌予降至1,670名，並且重新進行各科別之分配。

#### 強化所有醫學系畢業生內、外、婦、兒四科診療能力

##### 自92年8月開始實施「畢業後一般醫學訓練－因應SARS疫情醫師人力儲備計畫」，並自100年7月1日起，實施一年期新進醫師不分科之「一年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫（PGY訓練）」，加強內、外、婦、兒、急診及社區醫學之訓練，每年補助約3至4億元，100年度已編列4億餘元支應。

##### 醫學系畢業生於畢業後之一般醫學訓練，必須分別接受1至5個月不等之該科訓練。

#### 提升全民健保給付

##### 100年對醫院外、婦、兒科診察費核予17%之加成給付

###### 為了鼓勵醫師投入婦產科、兒科及外科領域，健保局除逐年於費協會爭取將醫療費用成長額度，用於調整相關診療、處置或手術等項目，並且自100年1月1日開始，將醫院婦產科、兒科、外科醫師之門診診察費提高約17%；另於101年協商總額增編相關西醫基層預算9.099億元，醫院部門預算12.389億元，同時調整兒科、婦產科及外科相關支付標準。

###### 健保局100年對醫院外、婦、兒科診察費核予17%之加成給付，執行面的支付方式，是將醫院外、婦、兒科之診察費，按照現行支付標準點數再加成17%，應屬直接用於支付標準調整，而且屬於外、婦、兒科門診均可加成支付，未有其他限制，故為全面性的調整。本次醫院外、婦、兒科診察費17%加成之經費，係來自100年醫院總額協商結果，編列14.78億元預算。

###### 有關小兒科基層診所醫師診察費之加成，依目前之規定，僅有4歲以上未滿5歲兒童門診之診察費可加2成，醫院方面小兒科與其他科之醫師，提供4歲以上未滿5歲兒童門診服務診察費與基層診所相同，均可加計2成，且醫院之兒科門診，其診察費並得再行加成17%，合計加成37%。

###### 醫院外、婦、兒門診診察費加成17%的支付內容，詳如下表：

| 編號 | 診療項目 | 支付點數A | 不分科別4歲以下兒童加成20%支付點數A\*1.2 | 婦兒外科加成17% | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科別加成支付點數A\*1.17 | 同時符合兒童加成支付點數A\*1.37 |
|  | 一般門診診察費 |  |  |  |  |
|  | －醫院門診診察費（不含牙科門診） |  |  |  |  |
|  | 1.就診人次在合理量內： |  |  |  |  |
|  | 醫學中心及區域醫院 |  |  |  |  |
| 00154A | 1）處方交付特約藥局調劑 | 228 | 273.60 | 266.76 | 312.36 |
| 00155A | 2）開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 263 | 315.60 | 307.71 | 360.31 |
| 00156A | 3）未開處方或處方由本院所自行調劑 | 228 | 273.60 | 266.76 | 312.36 |
| 00157A | 4）開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 243 | 291.60 | 284.31 | 332.91 |
| 00170A | 5）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 463 | 555.60 | 541.71 | 634.31 |
| 00171A | 6）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 443 | 531.60 | 518.31 | 606.91 |
|  | 2.地區教學醫院及地區醫院 |  |  |  |  |
| 00101B | 1）處方交付特約藥局調劑 | 228 | 273.60 | 266.76 | 312.36 |
| 00131B | 2）開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 263 | 315.60 | 307.71 | 360.31 |
| 00102B | 3）未開處方或處方由本院所自行調劑 | 228 | 273.60 | 266.76 | 312.36 |
| 00132B | 4）開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 243 | 291.60 | 284.31 | 332.91 |
| 00172B | 5）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 463 | 555.60 | 541.71 | 634.31 |
| 00173B | 6）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 443 | 531.60 | 518.31 | 606.91 |
|  | 3.就診人次超出合理量部分： |  |  |  |  |
| 00151B | 1）處方交付特約藥局調劑 | 120 | 144.00 |  |  |
| 00103B | 2）未開處方或處方由本院所自行調劑 | 120 | 144.00 |  |  |
|  | 4.金門馬祖以外之山地離島地區 |  |  |  |  |
| 00105B | 1）處方交付特約藥局調劑 | 228 | 273.60 | 266.76 | 312.36 |
| 00135B | 2）開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 263 | 315.60 | 307.71 | 360.31 |
| 00106B | 3）未開處方或處方由本院所自行調劑 | 228 | 273.60 | 266.76 | 312.36 |
| 00136B | 4）開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 243 | 291.60 | 284.31 | 332.91 |
| 00174B | 5）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 463 | 555.60 | 541.71 | 634.31 |
| 00175B | 6）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 443 | 531.60 | 518.31 | 606.91 |
|  | 5.金門馬祖地區 |  |  |  |  |
| 00107B | 1）處方交付特約藥局調劑 | 240 | 288.00 | 280.80 | 328.80 |
| 00137B | 2）開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 283 | 339.60 | 331.11 | 387.71 |
| 00108B | 3）未開處方或處方由本院所自行調劑 | 240 | 288.00 | 280.80 | 328.80 |
| 00138B | 4）開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 263 | 315.60 | 307.71 | 360.31 |
| 00176B | 5） 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 483 | 579.60 | 565.11 | 661.71 |
| 00177B | 6）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 463 | 555.60 | 541.71 | 634.31 |
|  | 精神科門診診察費  －每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分（≦45） |  |  |  |  |
|  | 1.醫院 |  |  |  |  |
| 01018B | 1）處方交付特約藥局調劑 | 257 | 308.40 |  |  |
| 00178B | 2）開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 305 | 366.00 |  |  |
| 01019B | 3）未開處方或處方由本院所自行調劑 | 257 | 308.40 |  |  |
| 00179B | 4）開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 284 | 340.80 |  |  |
| 00180B | 5）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 505 | 606.00 |  |  |
| 00181B | 6）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 484 | 580.80 |  |  |
|  | －每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分（≦45） |  |  |  |  |
| 00186C | 1）處方交付特約藥局調劑 | 150 | 180.00 |  |  |
| 00187C | 2）開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 200 | 240.00 |  |  |
| 00188C | 3）未開處方或處方由本院所自行調劑 | 150 | 180.00 |  |  |
| 00189C | 4）開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 180 | 216.00 |  |  |
| 00190C | 5）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 400 | 480.00 |  |  |
| 00191C | 6）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 380 | 456.00 |  |  |
| 01023C | 高危險早產兒特別門診診察費 | 390 | 468.00 | 456.30 | 534.30 |

###### 為全面了解各醫院外、婦、兒科門診診察費加成之落實情形，健保局於100年11月透過轄區各分區業務組，向13個相關之專科醫學會進行調查，調查結果顯示，該三科均約有8成9之醫院，落實支給醫師報酬。健保局於101年2月再次調查397家醫院，經回報有落實支給醫師者共344家醫院（仍然超過8成）；落實方法以採醫師提成方式之醫院為最多，計有234家，其餘包括提高該三科醫師之值班費、提高原支給之基本薪資、特別科之額外補助、超過門診量再額外支給費用等不同之方式。另依醫院回報醫師每月薪資異動資料，約有43%~56%之醫院，該三科之醫師每月平均薪資較上一年增加幅度大於5%。未落實醫師報酬之醫院有53家，其回報之理由包括：該三科之醫師業採定額保障薪資；總額被核刪及點值滑落，醫師收入未增；門診量不多，未達薪資報酬之基本量；營運虧損等項，另有39家醫院表示未來營運改善，願意回饋給相關之醫師。

##### 研訂RBRVS

##### 為將醫療資源作合理之分配，業依醫師所投入之工作時數、困難度及風險，訂定各項支付標準項目之相對值（Resources-based Relative Value Scales，RBRVS）。未來，並將參酌專科醫學會之意見，持續與相關之團體加強溝通，取得共識，逐年爭取總額成長，保障科別平衡發展，針對各界建議修訂診療項目，予以檢討調整修訂。為回應社會各界對內、外、婦、兒四大科健保給付偏低之訴求，健保局自100年8月起，啟動第2次之全面評估支付標準，以利檢討現行相關之處置費及手術費，促進專科之間支付的公平性，作業如下：

###### 評量範圍：包括西醫基本診療項目中之門診、急診及住診診察費，以及西醫特定診療項目，近4,000項，為全面性針對所有特定診療項目進行評量。

###### 考量因素

相對值評量

科內健保支付項目醫師投入之相對值，以反映相對於基準項，醫師在其他科內健保支付項目相對投入程度。而醫師之投入（Physicians Input）係指醫師（不含其他人員）在服務前、服務中及服務後，針對一個典型個案（非特殊之個案），醫師相對投入之時間、身心投入之程度、技術之難易度、心智判斷、以及壓力大小與風險等總體資源投入程度。

評量科內健保支付項目其他專業人員、不計價藥材及設備折舊使用狀況等之醫療資源相對投入程度。醫療資源之投入包括直接參與服務之其他專業人員（護理、醫檢、技術人員等，不包括醫師）之投入程度（係指相對投入之時間、身心投入之程度、技術之難易度、心智判斷、以及壓力大小與風險等總體資源投入程度）、及不計價藥材與設備折舊之使用狀況。但不包括作業費用（作業費用包括：事務費用、醫療事務費、空調費、清潔費、水費、電力費、蒸汽費、氣體、護理行政費、醫療行政費等）及管理費用（管理費用包括：會計、人事、企劃等部門之成本）。

醫院成本分析：直接成本，包括用人成本、不計價材料或藥品成本、計價藥品成本、設備費用、房屋折舊、維修費用等等；間接成本，包括作業及其管理費用。

##### 處置費及手術費之檢討

##### 健保局為回應社會各界對內、外、婦、兒四大科健保給付偏低之訴求，已自100年起，啟動支付標準全面評量作業，以利檢討相關之處置費及手術費，促進專科之間支付的公平性。是項作業已於100年9月底完成各專科科內相對值評量，並於100年11月中旬，函請76家成本分析醫院協助進行100年119項代表項成本分析，目前已回收21家醫院之成本分析資料，仍有數家醫院持續收集成本分析資料或尚在陳核中，另有約50家醫院，因人力不足或其他因素，無法提供成本分析資料。所回收之成本分析資料，經初步檢視後，對於資料有明顯錯誤或未填列完整之部分，已函請各醫院進行修正及補充之作業。此一作業需靠醫院協助提供，由於各院行政能力並不一致，造成整體資料回收不如預期，且時間亦耗用較久，另有部分醫院因為醫院協會發文，請其不要配合本項業務，而無法收集到更完整之資料。衛生署將於完成資料整理之後，召開專家諮詢會議，研議適當處理方式。依據全面評量結果，討論優先調整項目，或律定其優先順序，以利後續進行支付標準調整。

#### 改善急診工作環境

##### 賡續辦理醫院緊急醫療能力分級評定

###### 透過急救責任醫院分級，建構以區域為基礎的急重症照護網絡，落實分級醫療。評定重點分為急診醫療品質、重症加護照護能力、特殊疾病照護能力與品質、緊急事件處置能力與區域網絡之建立。經查98年評定合格急救責任醫院計有：重度級16家、中度級18家。100年之評定結果已成長為：重度級24家、中度級57家，顯示各地之急重症處置能力逐年提升。

###### 建立急診轉診平台：辦理「提升急診暨轉診品質計畫」，成立急診暨轉診品質促進小組，定期開會檢討，提升急診品質效率。透過建立院際緊急傷病患之轉診登錄平台，整合各區緊急醫療轉診網絡，以協助各醫院執行緊急傷病患之轉診作業。另一方面，則監控各急救責任醫院轉診情形，以落實分流及急重症分級之醫療制度。

###### 宣導民眾分級醫療觀念：辦理民眾教育宣導，強調分級就診觀念。為使民眾易於瞭解當地醫院急救之能力與評級（包括醫院評鑑及緊急醫療評級），業於衛生署網站公布醫院資訊專區，提供前揭資訊。此外，衛生署於100年亦已委託製作「分級醫療」廣告之宣導帶，未來並將持續透過媒體宣導播放，藉以強化民眾分級醫療觀念。

##### 為解決日益增加的醫療糾紛及急診安全之問題，衛生署特別於100年5月6日，邀請內政部警政署、各縣市衛生局、專業團體、醫院相關學會代表、專家學者與消費者團體，召開「醫院急診服務模式及安全強化之研商會議」，決議採取：急診門禁管制，限制進出人數；裝設警民連線電話；急診室應配置24小時之保全人員；配合張貼反暴力之海報；急診室診療區與候診區作業空間應有明顯區隔等安全措施。目前全國設有24小時急診之醫院，共203家，各縣市衛生局業已完成全面稽查，上揭五項安全措施符合率為98.7％。此外，前開安全措施亦已納入醫院緊急醫療分級評定作業規範，以及醫療機構設置標準，藉以落實推動執行。

#### 籌辦醫療事故救濟制度

##### 為促進醫病間關係和諧、緩解醫療爭議訴訟紛擾，提升醫療服務品質，衛生署刻正積極研擬「醫事爭議處理及醫事事故救濟法（草案）」。由於該法涉及層面甚廣，立法作業尚需相當時日，故先針對高風險之醫療科別，推動醫療事故救濟補償機制，並以生育事故為優先辦理之範圍，擬定「醫療機構生育事故救濟試辦計畫」陳報行政院核定中，辦理期程為自101年1月1日起至103年12月31日止，醫院、診所及助產所均可參與，以與病患達成和解作為前提，給付之救濟金最高200萬元。之後，將視辦理成效，研議逐步擴大至麻醉、手術等相關醫療事故之救濟。

#### 公費生養成制度之檢討

##### 一般公費醫師分發制度

###### 93年以前畢業之公費生，依據衛生署公費醫師分發服務原則規定，第2階段（服務階段）應至非直轄市衛生所或人口密度低於每1平方公里2百人之直轄市衛生所、衛生署或地方政府所屬之非教學醫院、山地離島醫療院所、衛生署指定實際支援山地離島醫院服務4年。

###### 94年至98年畢業之公費生，依據衛生署公費醫師分發服務作業要點規定，應於第1階段（訓練階段）服務期滿之後，分發衛生署教學或非教學醫院服務至少2年。

###### 99年以後畢業之公費生，依據衛生署公費醫師分發服務作業要點規定，應分發至教學醫院訓練，並且將之為兩類，甲類至非署立醫院受訓採計2年，下鄉4年；乙類則至署立醫院服務4年，下鄉2年，於完成訓練後再分發至衛生署不具專科醫師訓練資格之醫院、衛生署指定偏遠、離島地區之醫院、衛生署指定支援山地或離島地區之醫院、非直轄市衛生所或人口密度低於每1平方公里2百人之直轄市衛生所服務。

##### 原住民及離島地區醫事人員養成計畫

###### 為了解決偏遠地區醫療人力不足問題，衛生署已自民國58年開始迄今，藉由公費方式，培育原住民及離島地區養成之公費生，藉以改善醫療資源城鄉間之差距，共計培育醫事人員776名，分別為醫師400名、牙醫師58名、藥師31名，其他醫事人員287名；培育之公費生畢業後均必須分發返鄉服務，目前公費醫師之留任率約為7成。

###### 養成公費生畢業後必需接受訓練，醫學系畢業生訓練科別，以家庭醫學科、內科、外科、婦產科、兒科、急診醫學科為限；訓練之年數，醫學系3年、牙醫學系2年、其他醫事學系1年（101~105年修正計畫改為2年），完成訓練並且取得醫事人員證書之後，始得依照服務管理要點規定，申請分發服務；服務之年數，醫學系7年，牙醫學系6年，其他醫事學系6年（101－105年修正計畫改為4年）。

##### 經查101年衛生署共計分發75位公費醫師前往衛生署所屬醫院服務，占應分發公費醫師（95位）79%。另調查衛生所醫師缺額情形，各縣巿總共提出14個缺額需求，有12名公費醫師分發至該等衛生所服務，缺額補實率為86%，對於基層醫師人力上之充實，具有相當成效，惟渠等多數於服務期滿，即離開其原來服務機構，不能久任，影響效果。

### 實地訪查意見摘錄

#### 四大科與急診醫師人力不足現況

| 醫院別 | 說明事項 |
| --- | --- |
| ○○醫院 | 臺大急診處超長暫留病人，多為「多重器官疾病的病人」，例如病人有糖尿病、洗腎、中風、心衰竭，當這個病人有四個科部可以收住院時，結局就是沒有科部要收治這個病人。根本原因在於「專科醫師過度發展」。目前臺灣的醫師不只是專科醫師，也幾乎是次專科，甚至是次次專科。臺灣需要次次專科，但不需要所有的醫師都達到次次專科，次次專科當了20年後，幾乎喪失照顧一般疾病的能力，此時不想也無法照顧上述的糖尿病、洗腎、中風、心衰竭之多重器官疾病的病人。所以四大皆空的真相是primary care 空，而不是subspecial空。臺大醫院缺外科，但沒有缺神經外科、泌尿外科、整形外科。因此，單獨之「四大皆空」並未完全說明事實真相。 |
| ○○醫院 | 急診醫學科專科主治醫師，羅致困難：急診醫師因長期處於分秒必爭、高壓力工作狀態，相對離職率與異動率，均高於其他科別，且很多急診醫師於四、五十歲之後，就無法再從事第一線的急救工作，致急診醫師人力長期處於供不應求之狀態，加上常有私人醫院高薪挖角，造成急診科醫師人力短缺，而需其他醫學科主治醫師支援之情事。 |
| ○○醫院 | 軍醫體系在選科有一定的制度管制，故在四大科的人力招募上，不若其他醫院嚴重。但未來軍職醫師人數因隨國防醫學院醫學系軍費生人數起伏，完成專科醫師訓練後之醫師在最低服役年限後又可能因個人生涯規劃等因素而離退，故醫師人力之穩定性仍是重要的課題。以全國資料來看，內、外、婦、兒科均有接受專科醫師訓練人數遠低於衛生署核定訓練容額之現象，而產生「四大皆空」之隱憂，但此問題並未在國軍醫院體系發生，主要因為軍醫院的醫師人力目前仍以軍職人員為主，每年新進住院醫師均透過一定機制分發，內外婦兒等必要科別之分發均優先滿足，故在軍醫院並無人才招募困難之問題。除此之外，還有其他因素將提升內、外、婦、兒科醫師之留任意願：軍醫體系因任務導向須顧及全軍建軍備戰之需求，在國軍醫院編制上，特別重視內、外、婦、兒及急診專科應有之醫師人力，內、外、婦、兒科醫師因科部編制較大，在人員經管上相對暢通。國軍醫院重視教育訓練及人才培養，除航太、潛水等軍陣醫學為發展重點外，與服務軍人、軍眷有最直接相關的內、外、婦、兒科系，亦為教育訓練人才培養之重點，故在職、全職進修醫師人數也以四大科名額較多。即便四大科人才缺乏之問題並不存在於國軍醫院，但三軍總醫院考量內、外、婦、兒、急診等科系醫師直接面對照護病人的責任、風險及壓力均較重，為了給予醫師直接的鼓勵，已於100 年在院內績效獎金分配制度作部分調整，主要調整方向有三：為反應一線主治醫師直接面對病人的壓力及衍生之醫療風險，依據主治醫師親自參與的貢獻程度，做不同比例的提成回饋，修正提成參照法則，並重新歸屬各項醫令，本方案自100年4月1日生效。增加住院醫師於晚間執行勤務之績效獎金，若住院醫師於晚間1700 後收療急診轉住院病人、上急診刀、看急會診等均可獲得定額100元至200元的績效獎金，本方案自100年4月1日生效。提昇急診醫師待遇，考量急診非可主動創造醫療服務量的單位，但風險及辛勞度均高，增加急診專科醫師證照獎金，實質鼓勵急診醫師，在兼顧內部分配之公平性下，本方案之實施以實質增加急診專科醫師之績效獎金收入。 |
| ○○醫院 | 急診室的困境：現有設備、空間無法因應作為緊急醫療。需投入24小時高人力成本，包括：醫師3名、護理5名、檢驗、放射師及藥師3至5人。每月收入約52餘萬元，人力成本約120餘萬元，未達成本效益，急重症仍轉送臺北榮總或馬偕醫院。 |
| ○○醫院 | 外科專任醫師已招募數年不得1位，目前僅靠骨科及部分兼職外科醫師撐場；婦兒科別則屬完全式微，已數年未經營兒科業務，僅內科醫師得有稍微充裕人力。 |
| ○○醫院 | 對於兒科，診察費加成後的確對兒科稍有助益，但整體環境對於兒科病人反而較不友善，例如有助於兒童生長發育的生長激素及治療性早熟藥物給付通過率由過去8 、9 成變成1 成以下，不敷實際需要。另外住院醫師訓練容額下降（部分名額轉移至PGY 學生訓練名額） ，也嚴重影響需急診重症值班之兒科住院醫師人力。 |
| ○○醫院 | 獲衛生署補助「兒童重症照護中心」及「周產期照護中心」，二專案設備費1,419 萬元， 3 位兒科重症專科醫師人事費2,250 萬元，但至今尚缺2位重症兒科醫師一直無法羅致，四處求助均無法解決。又專案附帶條件是101年度之前要通過「急重症中度評鑑」，而冠心症及腦中風之處理能力列為急重症中度的主要項目。至今無法找到專任神經外科及心導管檢查治療（亦尚無設備）之專科醫師，恐難通過急重症中度級評鑑，是則要繳回衛生署已核發之50%設備費和人事費。故期待衛生署能指定醫學中心有效的協助社區醫院解決人力問題。 |
| ○○醫院 | 社區醫院婦產科困境非都會區、鄉鎮婦產科、小兒科的醫師、護理人員不易招聘，設備、人力成本高，無法支撐產房、婦科急診、嬰兒室、病嬰室、新生兒加護病房、小兒急診。虧本科，關起來較划算。高勞力、工時長、給付低、醫糾多、生活品質差。缺住院醫院、無婦產科專科護理師制度，工作負擔加重。執業年齡高，第一線急診。風險三倍（媽媽、胎兒、嬰兒）。 |
| ○○醫院 | 兒科急診目前因兒科醫師不足，但急診醫師對於年齡過小的兒童也不敢看，導致兒童急重症醫療出現很大的缺口，需要積極鼓勵兒科醫師看顧急診，給予足夠薪資誘因。 |
| ○○醫院 | 全國兒科醫師平均年齡40 歲，亞東醫院40.7 歲。婦科醫師平均年齡52.5 歲，亞東醫院47.2 歲較為年輕。2012 年招募住院醫師為例，小兒部容額兩名，但卻無收到應徵履歷。 |
| ○○醫院 | 急診醫學科專科主治醫師，羅致困難：急診醫師因長期處於分秒必爭、高壓力工作狀態，相對離職率與異動率，均高於其他科別，且很多急診醫師於四、五十歲之後，就無法再從事第一線的急救工作，致急診醫師人力長期處於供不應求之狀態，加上常有私人醫院高薪挖角，造成急診科醫師人力短缺，而需其他醫學科主治醫師支援之情事。 |

#### 對於健保支付應優先調整項目的建議

| 醫院別 | 建議內容 |
| --- | --- |
| ○○醫院 | 四大科要24 小時照護病患，風險度高，健保給付每日住院費用及診療費用偏低，建議調整健保點值並給予保障。四大科醫師健保手術費用及心臟科及肝膽腸胃科侵入性檢查及治療無給付費用或是給付過低。兒科病患治療檢查較不易執行，應加成給付。老人多為多重慢性病診治困難，應比照三大科診察費加計。 |
| ○○醫院 | 參考亞洲各國（先進國家：日本、新加坡、香港等）對各項檢驗檢查或處置之費用檢討，提高內科的醫療相關費用。提高護理師費用、內外婦兒及急診處置費。提高對末期病人照護的費用（含醫護及其他相關人員，如心理師的給付等。） |
| ○○醫院 | 婦產科部分：陰道炎內診與ENT咽喉炎的申報限制及處置費差異。產檢1次230，卻要看媽媽及胎兒。產科超音波550看全身（只給付1次），睪丸超音波590。 |
| ○○醫院 | 增加住院與急重症的健保給付，並與CMI 重的科別給付相結合。現行的總額是分給醫院再分到科，如直接分到科，對於可以發展的科別更有幫助。因急重難症已是目前耗費較多資源與目前較難招募之科別，如不提高給付，人才流失將會更為嚴重。把耗時、費工的給付做調整。重新檢討健保給付點數，許多手術的歷時時間耗費多少人力物力，但健保給付的費用卻不成比例，以過去的醫療點數作為明年的基礎，只會讓點數越來越低，此舉造成耗時與費工的醫療行為，越少醫師願意投入，對未來醫療之發展並無助益。 |

#### 對於四大科診察費加成的看法

|  |  |
| --- | --- |
| 醫院別 | 說明事項 |
| ○○醫院 | 調增項目與幅度與投入成本應重新思考。 |
| ○○醫院 | 各總額部門之門診診察費，應該依照各專科醫師投入的心力，調整不同科別的診察費，且醫院醫師門診診察費，不得低於開業醫。目前醫院醫師門診看診每次228 點（不分科別）、西醫基層每次320 點（不分科別）、中醫師每次290 點、牙醫師每次260點，再加上每點所拿到的點值，以100 年第3 季台北分區點值為例（牙醫師0.98 元>中醫師0.96 元>西醫基層0.91 元>西醫醫院0.89 元） ，顯然醫院醫師診察費少於開業醫。形成健保對於醫院醫師勞務給付的不確定性高，間接造成醫師對於本身薪資所得的疑慮，而影響四大科醫師投入醫院部門服務的意願。 |
| ○○醫院 | 健保局自100 年起開始增加各科診察費，由222 元調整為228元，婦兒及外科系診察費增加至267 元，但因調整金額有限，反映回薪資上，臨床醫師實在無實質感受到。 |
| ○○醫院 | 健保局於100 年度開始對婦、兒、外科門診診察費加成17%，但因加成有限效益不彰，所以醫師無感，亦無反應專科醫師的風險及工作負擔。使得內外婦兒四科醫師終年勞碌不堪且難以招收人才，困境仍在。 |
| ○○醫院 | 衛生署及健保局於100年1月1日起透過提高外科、婦產科及兒科醫師診察費給付成數17%（診察費每人次約增加36 元），欲重振相關科別，，惟醫師診察費仍涵蓋於總額預算中，以浮動點值計算，仍由醫療院所負擔財務風險，且所謂醫師診察費加成部分，僅於有限之總額預算中，稀釋浮動點值，以增加診察費點數調高，僅是蹺蹺板之兩頭，點數增加、故醫療院所實質上並未真正完全獲得加成17%之費用。就撥付醫院金額而言，每月因該項調整約增加88萬元，即1年約增加1,056萬，但健保申報之平均點值卻由99年每點約0.93 元，降至100 年約0.90元，醫院健保收入1 年約371,733 萬點（100 年度）計算，實質減少所得11,152 萬元，且對於健保核刪及點值貶值之扣款，現均由醫院吸收，並無扣減醫師所得，雖然特定科別每人次診察費有提高，但卻影響健保點值，對醫院並無實質上的幫助。 |
| ○○醫院 | 過去在外科系醫療方面相關處置費及手術技術費及近期四大科診察費等皆有調高，但因調整給付及加成有限，尚無法反映專科醫師的風險及負擔，尤其兒科項目僅部分加成，然常需花數倍的時間檢查兒童與家長衛教，加上職業風險與醫療訴訟的增加，使兒科醫師更備感壓力。 |

#### 對於重振四大科與急診的建議

| 醫院別 | 建議事項 |
| --- | --- |
| ○○醫院 | 健保局於100 年中進行第二次的支付標準相對值評量，以及診察費調整評估，這是調整合理給付的正面措施，本次調整期望能落實公平正義原則。 |
| ○○醫院 | 衛生署補助「四大科、急診科」住院醫師之薪資。調整「四大科、急診科」醫療給付。醫療糾紛「去刑化」。嚴格管控醫療浪費。 |
| ○○醫院 | 要「重振四大科」，首先要把「以資源為基礎之相對值表（RBRVS）」做好。由於國內健保制度著重財務平衡，但醫學及醫療研究發展則是追求品質，台灣以健保給付引領醫療科別的發展，因此，如何讓次專科醫師的人數作合理分布是健保局的職責，故要合理修正給付制度，同時將醫療資源作重新合理的分配﹒此外，對於醫療糾紛問題，不應任由病人提出刑事告訴，否則易破壞醫病關係及打擊醫師士氣。 |
| ○○醫院 | 根本解決的方式就是調整給付，尤其是住院給付。 |
| ○○醫院 | 外注金額，專為內、外、婦、兒四大科的教育成本，訓練住院醫師及臨床指導教師的津貼。吸引年輕醫師回歸四大科，以免斷層。提供適當福祉以營造教學與研究的機會及環境貼補臨床教師因教導學生而少看診的收入。醫療糾紛惡化四大科人力不足現象，建議成立醫療救濟補償及醫師輕罪去刑化，以改善目前醫學生選擇執業的考量。 |
| ○○醫院 | 政府和醫院資源分配的合理性：支付制度的調整需儘速融入RBRVS 的精神，並將四大科臨床服務、醫學教育、研究發展之工作負擔與所承擔之風險估算為執業的成本，併計入支付點數之參考，只要支付點數符合公平正義原則，市場機制自然會調節醫療機構改變營運方向；此外，亦參考國人疾病型態，從支付制度的設計引導發展有醫療照護需求的項目，如惡性腫瘤、腦中風、心臟疾病等。健保給付審查與核刪原則有待商榷：健保給付偏重「量」的審查，現行健保給付仍是看超過一定額度就給付打折，對於看輕症的醫師可以增加服務量來補足核刪的給付收入，長期惡性循環下導致健保局加重給付打折數，然而對看重難症的醫師而言，卻需在繁重的臨床業務之後加班調閱病歷，費心申覆每一筆檢驗、檢查核刪金額，形同被健保制度懲罰。部分政府機關、民間團體與媒體仍習於塑造醫病角色對立，間接鼓勵以商業消費觀點看待醫療服務，破壞醫病關係，衝擊四大科人才進入的意願。勞動條件合理性：醫師無合理工時、休假之保障，唯醫療工作有其特殊性，若難以勞基法適用之，亦應針對醫師制訂特別法，依法規劃人力調度原則，讓每一位醫事人員都有足夠休息和合理報酬之保障。 |
| ○○醫院 | 若為保障弱勢醫療科，鼓勵醫學生選擇外科、婦產科及小兒科等，建議衛生署另編列預算，使其得以專款專用，保障該費用1點1元，落實於醫院回饋予各醫療科醫師。長期為平衡醫療料之發展，建議衛生主管機關深入分析醫療科發展不均衡之原因，如從事外科、婦產科風險過大、工作時間長且繁重、健保給付過低或是否為少子化引發小兒科醫師需求低等問題，再從根本解決，例如健全醫療糾紛之處理程序、降低醫師工作負擔、研擬完善之生育福利政策、調高健保給付及費率、增加健保預算等，進而細究是否為國家經濟不景氣、失業問題、物價膨脹等造成少子化、是否醫學生的人數已無法滿足現行醫療需求及是否健保財務問題及健保制度造成醫療科系發展失衡等，應針對這些相關問題研擬完善之改革及配套措施，才能真正重振四大料，均衡台灣醫療之發展。外科建議解決方案：健保給付制度應仿效美國的保險制度，屬於醫師的「點值」應直接以「醫師費 （Physician fee） 」，單獨由健保局撥入醫師帳戶內。醫學院1,300 醫師員額應擴充，以現有的評鑑制度及要求水準，病人家屬要求的服務內容，以現有的醫師人力是無法應付的。同時政府應更強力介入城鄉及專科別人力的分配考量，而不是放任醫師人力自由競爭。醫療糾紛刑責在先進文明國家多以民事賠償來「調處解決」。否則最後政府、人事以及醫界都是輸家。婦產科建議解決方案：一般生產（無併發症者）非疾病，應不屬於健保給付範圍內，建議由政府定額補助孕婦生產費用，由孕婦自由選擇產檢及生產之醫療院所並自付費用，使一般生產（無併發症者）之醫療費用回歸市場自然機制，進而鼓勵醫學生選擇產科執業。另現行高危險妊娠給付相當低，對於妊娠高血壓或是早產的個案所耗的醫療照護頗多，建議應提高健保給付，且以1點1元支付。設立產科保險制度，建議由菸酒捐或奢侈稅等提撥一筆錢，對於新生兒或產婦死亡，或產科併發症給予適當的補助。醫療爭議事件在法院未定案之前必須明文規定媒體不可以曝光，以減少民眾利用媒體未審先判之惡習。因執業婦產科醫師平均年齡已高過55 歲，未來5年後可能會面臨嚴重婦產科醫師缺乏，尤其醫療資源較貧乏的鄉鎮將會面臨無產兒科醫師之窘境，應以高薪聘請產兒科醫師至該地駐診服務，以照顧偏遠弱勢的族群。公費醫學生應優先選擇弱勢醫療料，且可作為履行公費服務義務，其畢業後之執業場所亦不得限制。兒科建議解決方案：健保預算除增加兒科醫師診察費外，針對兒科事前審查用藥放寬審查規定，營造有利於兒科發展之醫療環境。每年各大學醫學院招生人數名額受限，衛生主管機於規劃PGY 畢業後一般醫學訓練計畫時，應考量醫院醫師人力問題，避免PGY 學生訓練名額排擠各醫院住院醫師招收名額。 |
| ○○醫院 | 提高四大科醫師之醫療給付吸引醫師加入四大科。 |
| ○○醫院 | 建議公費醫學生之養成，除目前分派至偏遠地區服務外，其選科是否限制於四大科及急診等醫師人數不足之科別。 |
| ○○醫院 | 建請重振相關費用應由政府以「醫療重建基金」為目標，採「外加方式」的預算編列，專款專用，以免金額影響到現有的分配的排擠性。兒科重振，建議應將兒童醫療補助計劃中，免部分負擔年齡從3歲兒童擴大至6 歲以下兒童，且兒童醫療支出占一定比例。衛生署擬訂「獎勵醫療機構辦理生育事故救濟試辦計畫」，其試行速度應加快。 |
| ○○醫院 | 增加四大科住院醫師訓練容額。四大科醫療糾紛案件多，法律面應比照世界各國加速修法，將醫療糾紛去刑法化。加速解決公費醫師分發至四大科不均事宜。增加四大科及護理人員工作安全性及工時合理性的環境。 |
| ○○醫院 | 健保局積極調整各項給付標準，以重振目前醫師人力不足之四大科別，立意是非常好的。但在健保局實施總額預算制度下，雖調整給付標準，但實際增加幅度有限建議如能考慮特定科別或特定項目以1 點1 元方式給付，或是外婦兒科實施DRG 項目計算給付額時能做部分調整（含自費選項） ，在醫療爭議案建議能有專業機構或保險能協助醫師處理此類案件，以降低醫師在處理這些案件所需耗損的精神。新世代對於工作時間久、負荷量大之四大科選擇的興致較為缺乏，反而對工作時間固定，負荷量平均之其他科別較常選擇，故除須設法降低其工作負荷量外，需在醫學生養成教育中給予適當的課程教育。 |
| ○○醫院 | 建議限制四大科以外醫師訓練容額，提高四大科及社區醫院給付。四大科應改善總額醫療與費用核刪等措施，不應檢討重症等醫療需求性高的資源耗用，提高四大科醫師受訓容額，並限制非屬四大科之醫師訓練容額（如美容醫學等）。短期的作法應為限制四大科以外的醫師容額，使新進醫師進入四大科，如此可以及早遏止四大科人力不足的情形繼續惡化至無法挽回的地步。而長期作法應為提高四大科醫療給付，使四大科醫師所付出的心力及面對的高風險有相對應的合理報酬。否則想要重振四大科的目的極難達成。重建四大科：給錢、給人（醫護人員、手術醫事助理） 與除罪去刑是基本人權。限制大都會區醫學中心容額，如此人力才能分配到花東、雲嘉等醫院。 |
| ○○醫院 | 除微調支付費用外，亦可針對非四大科以外之科別進行支付費用調降，藉以擴大費用支付之差異，以增加四大科對醫療人才之吸引力。 |
| ○○醫院 | 近年來四大科醫療糾紛增加，處理醫糾時間、金錢皆讓醫師受創。建議對醫糾去刑責化及醫糾保險能積極立法推展。 |
| ○○醫院 | 婦產科建議：風險等級列入增加生產給付達先進國家水準。重新檢討國健局產檢低給付及健保給付不公問題。成立醫療救濟補償（如藥害救濟）及醫糾去刑化。儘速通過婦產科專科護理師制度。 |
| ○○醫院 | 欲改善外科人力缺乏之現狀，除了透過醫學教育培育年輕醫師在艱困外科大環境下犧牲奉獻、追求理想之精神情操外，也必須考量整體外科醫療資源之公平分配，風險之共同分擔，健保及薪資給付合理化，將預算做合理分配。101年度的預算當中，將有關重振四大科的政策反應落實在預算上，對四大科的醫師及地區醫院的相關的醫護人員有其正面而積極的影響，使得相關執業人員在現實艱困醫療環境下得到未來的期待與希望。 |
| ○○醫院 | 重振四大科，若僅在健保總額有限資源下重分配，其效果不顯著。目前健保支付標準，顯然無法改善不同醫院層級同酬不同工的困境。目前健保局從事RBRVS的試算，因採用專家會議，故主觀成分不少，難改善目前有些付出心力較多但給付偏低的項目。重振四大科不僅與健保給付有關，尚須有其他配套措施：醫療行為去刑化（去除刑事責任）。鼓勵醫學院公費生選擇乏人問津的科別。 |
| ○○醫院 | 希望健保局調高四大科高風險項目給付。儘速推動醫療除罪化，成立醫療風險保險基金，降低醫療糾紛風險，以吸引更多年輕醫師加入四大科醫療團隊。 |
| ○○醫院 | 開放招收公費生醫師到私人醫院擔任四大科醫師，不需賠款或與其他公立醫院賠償年限一樣。醫療爭議的除罪化，期望包含生產醫療爭議的除罪化。二代健保應注重急重症的醫療分配，急重症與門診部分負擔應該增加等。除內外婦兒科額外加成外，應加入急診與重症科別。目前家庭醫學科的住院醫師有不少時間須至內外婦兒科訓練，但今年專科醫師核准容額為785人，其中家庭醫學科專科醫師容額為60人，只占總容額7.6%，就長遠發展而言，反而稀釋基層醫師中具有家庭醫學訓練背景者之比例。目前「提升婦兒科照護能力試辦計劃」僅限定區域醫院以下婦兒科可以申請補助。但一般區域醫院對婦兒科重症多半會轉診至醫學中心。試辦計畫對真正在照顧婦兒重症的醫學中心反而排除在外，現在婦兒科住院醫師招募困難，建議試辦計畫的婦兒科補助不應將醫學中心排除在外，才能真正幫助到在治療婦兒科重症的醫師。應有法源依據，定期調整四大科的給付，爭取定期調升比率給較弱勢的科別，以均衡各科發展。PGY制度：100 年以後畢業者，自民國100 年起接受正式的全一年期畢業後一般醫學訓練 ，其中針對急重症四大科安排了4 個月內科（含1個月社區內科）、2 個月外科、1 個月婦產科、1 個月小兒科以及1 個月急診醫學科，並加強社區醫療部分，安排2 個月社區醫學訓練。衛生署針對畢業後一般醫學訓練編列預算，並提供主要訓練醫院經費輔助，每人每月36,700 點，每人接受1年期PGY 訓練，最多補助12 個月。根據台灣醫學教育學會一般醫學選配作業說明會資料，100年總計有594 名醫師正進行1年期PGY 訓練，學員於完訓後方可開始接受專科訓練。然而，學員PGY 完訓後是否就能多投入人才於四大科的專科養成，仍有待進一步的調查驗證。醫學系畢業生完成PGY 訓練後，若仍是自由選擇專科訓練的狀態下，仍無法改變目前四大科人才培育人數銳減的現況。惟有透過衛生政策及健保制度的改變，讓全國醫院結構（例如開業醫與診所數等）、醫師選科制度，健保點值分配等方面的調整，或許有機會改善四大皆空及守護社區醫院的問題。 |
| ○○醫院 | 所謂四大皆空問題：其實就是健保制度之不公不義衍生之後遺症（1）產科、兒科屬國安問題要由國家政策支持其發展。（2）內、外科則是集中在「難症」、「重症」、「急症」之乏人問津。認同先由手術費、處置費等勞務用之合理化開始；勞心勞力、犧牲醫師之健康來救治病患之項目應提高健保給付之點值，甚至保障1點1元或加成至1.5元。插插頭就可以領健保給付之項目、除智慧財產之診療費外、應合理地調整或限制其不致毫無拘束地成長。建議調整健保給付支付項目之點值且固定加成至1點1.5元且不得稀釋點值（保障固定健保點值為1點1.5元，且不受健保總額控管之節制），這是對實際以智慧及勞務解救人命之醫師最大之鼓勵，且絕對不會「無感」，所需之經費建議由刪減無效醫療的健保費用：包括癌末臨終照護中仍使用高價抗生素、ECMO或嚴重頭部外傷會變成植物人仍占用ICU床位之病例處作為來源。  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 優先順序 | 健保碼 | 名稱 | | 1 | 83018B | Brain tumor（4-8 hours）腦瘤切除手術時間在4-8小時 | | 2 | 83039B | ICH腦內血腫清除術 | | 3 | 83037C | Acute SDH急性硬腦膜下清除術 | | 4 | 83022C83044B | Cervical diskectomy頸椎椎間盤切除術Anterior spinal fusion with spinal instrumentation脊椎融合術前融合有固定物 | | 5 | 83024C83046B | Lumbar diskectomy腰椎椎間盤切除術Posterior spinal fusion with spinal instrumentation脊椎融合術後融合有固定物 | |

#### 對於重振四大科預期需多少年才能達到效果的看法

| 醫院別 | 說明內容 |
| --- | --- |
| ○○醫院 | 健保給付上不改變，針對四大科提高住院給付以及改變基層與醫院之給付，否則很難改變更無法預期。 |
| ○○醫院 | 預期8-10年始能顯示效果，長期仍待整體社會風氣、產官學三界共同努力。 |
| ○○醫院 | 健保支付制度設計，引領醫療服務發展，考量實際醫療環境，在可行範圍內修訂支付制度、推動醫療行為去刑化、醫療資源、分配合理正義及透過政策宣導以導正民眾就醫行為等，預期至少在時間3-5 年內才有可能達到醫療照護系統的完整發展。 |
| ○○醫院 | 住院醫師訓練需3年，專科訓練2年，至少要5年才能改善。 |
| ○○醫院 | 婦產科人才培訓斷層，各醫院皆然。僅有少數醫院像是北榮、馬偕能夠招足訓練員額，以重新招集新血，加上新血成熟，至少5至10年才能開花結果。 |
| ○○醫院 | 醫療環境欠佳、醫病關係淡薄、給付齊頭式平等為部分原因，時間仍需多年。 |
| ○○醫院 | 在有限的經費預算下，以目前些微調整費用給付之作法對於實際醫療環境恐無太大之幫助，亦無法預期需多久才能達到效果。 |
| ○○醫院 | 以平均四大科住院醫師訓練年限介於4到6年來估算，預計4年後整體四大科之主治醫師人力質與量都將展現初步成效。 |
| ○○醫院 | 健保制度的推波助瀾，醫療環境落差大，衛生署試辦醫療糾紛補償機制 （生育事故救濟計劃）、「四大科」門診診察費加17% 、及婦科專案補助等作法，實質效益不大，甚至並無效益。醫院100 年健保點值較99 年點值更低，核扣的比診察費補助還要多，醫院的存活更顯困難，四大科的地區醫院與醫師更無從重振。四大科的地區醫院因想留住醫師，必須自行吸收點值核扣，虧本經營。這樣的做法根本無法有效幫助到四大科的醫院。 |
| ○○醫院 | 醫界面臨人才斷層，現今高醫療糾紛風險導致全面人才的流失，政府雖有配套的醫療給付改善方案，例如調整手術技術費、門診診察費等，北醫落實醫師基本薪資，保障其可接受及期待之收入外，並加成提高PF支付醫師報酬，門診診察費依健保加成後之總點數依提撥比率處理，全數併入醫師薪按月發放，增加住院醫師值班的勤務津貼，以多元方式招募內外婦兒優秀人才，儘力彌補醫療風氣對四大科所帶來的影響，短期目標可解決3-5年間的問題，期仍需些許時間讓政策逐步推動與施行，更有賴於社會風氣、政府機構及醫界共同的努力配合。 |

## **「守護社區醫院」之執行情況及檢討**

### 政策與預算的發展脈絡

#### 行政院的初期函復

#### 在「全民健保總體檢」調查報告中，本院所提調查意見三指出︰「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」，乃針對社區醫院急劇萎縮的問題，請行政院檢討。惟查該院於100年4月1日函復本院之檢討說明，其內容為：「（１）地區醫院家數雖從總額支付制度開始實施時的91年450家，減為96年397家，但病床數卻從42,100床，增加到48,341床，增幅15%，可見地區醫院消長在於經營規模調整與品質之改善；至於全民健保申請費用，整個地區醫院亦從原91年的497億元，增加至96年的631億元，增幅達27%；且就96年來看，地區醫院5成以上申請費用呈正成長，其中成長幅度大於15%者高達1成，可見體質健全、服務獲得民眾肯定之地區醫院，仍具有競爭力。（２）為確保醫院的醫療服務品質，衛生署每年都會依醫療法之規定辦理醫院評鑑，只有經過評鑑合格醫院，才能成為健保特約醫院。96年起實施之新制醫院評鑑制度，特別強調品質提升及醫院在社區的角色及貢獻，由各醫院發展其專長與特色，而不是以醫院的大小來論斷其品質之優劣，所以小型醫院參加醫院評鑑，亦有被評定為特優或優等之情形。此外，並且要求醫學中心要有區域輔導之觀念與責任，協助社區醫院改善醫療品質。」因行政院之函復內容，對於地區醫院萎縮之問題，竟以其消長在於經濟規模調整與品質之改善為其原因，卻未就具社會功能之資源缺乏地區或非都會區的地區醫院家數之減少與申報醫療點數占率之衰退，進行檢討並提出具體改善作為，故本院乃請行政院按本院調查意見辦理，並將後續辦理情形函覆本院。

#### 621衛生署101年度總額範圍修正草案

#### 在100年4月16日舉辦｢醫療資源分配正義的探討｣研討會後，衛生署吸收了研討會的精神，並參酌本院調查報告，修正了101年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍，其中與「守護社區醫院」之精神有關之增訂內容為：「在醫療體系失衡部分，將以雙管齊下的方式，即透過醫學中心的任務重塑與家數限制，促進醫療體系由上而下的整合；以及增加健保總額預算的投入，引導醫療體系由下而上的整合，穩固偏遠地區醫院的存在，兼顧社區醫院的發展，促使各醫療院所分工合作，和諧地導正整體醫療體系，造福人民。」

#### 行政院714函復具體作法：

#### 行政院於100年7月14日再次函復所屬對於「守護社區醫院」之具體作法，表示已實際透過多項健保支付誘因予以協助，包括：

##### 緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院，給予急診加成及點值保障。

##### 偏遠地區醫院，以較優厚之前一季平均點值核付。

##### 鼓勵地區醫院至醫療資源缺乏地區提供巡迴醫療服務，擴大服務範圍。

##### 99年及100年亦分別編列約2億元之預算，將地區醫院之支付標準提高至地區教學醫院水準。

#### 另100年新增計畫，推動以離島地區或肩負鄰近山地鄉民眾之主要就醫醫院，具備重要急性醫療照護功能，且距離醫學中心較遠者，其重要性無可取代者，給予點值每點1元之保障，全年預算2億元，並將於費協會協商101年總額時，爭取委員支持增加預算。

#### 行政院301函復具體作法：

#### 行政院再於101年3月1日函復本院檢討說明，內容為：於「其他預算」項下編列5 億元用於「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」，該計畫將對離島醫院及偏遠地區民眾於該地區或鄰近地區主要急性就醫醫院，與偏遠地區急性醫療主責醫院所提供之健保醫療服務給予點值保障。參與醫院並應提供24小時急診、具備內外婦兒科為原則，但得依據該地區及醫院特性適當調整，至少提供兩科之門診及住院醫療、檢驗檢查主動通知等，並深入社區加強預防保健服務。

### 衛生署提出之改進措施

#### 為利地方民眾就醫之便利性與社區醫療之推動，避免醫療資源過度集中及醫院大型化，不利初級預防與社區醫療之發展，衛生署特別訂定「發布醫院設立或擴充許可辦法」，並且針對醫院急性一般病床規模在500床以上之申請設立或擴充案，予以規範、設限。

#### 增加偏遠地區醫院資源分配

##### 為充實各縣市急重症之醫療資源，業已分別指定急救責任醫院，提供當地民眾24小時之急診服務。

##### 為加強偏遠地區之緊急醫療服務，獎勵在地醫院共同協助當地急救責任醫院，提供24小時之急診運作。

##### 自99年度起，共計獎勵苗栗、新竹、南投、雲林、屏東、臺東、澎湖、金門等9個縣市17家醫院，發展外傷、急診、心血管、腦中風、周產期、兒童重症等24個急重症之照護中心，以加強該地區醫院急重症之醫療照護能力。

##### 辦理產科、兒科醫療資源之整合及品質提升計畫，鑑於部分醫療資源較不足之地區，婦產、兒科人力羅致相當困難，特別以醫療網之次醫療區域作為規劃重點，獎勵區域級之醫院或婦兒科專科醫院（離島則為地區醫院）透過整合地方醫療資源，提供24小時之產科與兒科醫療服務，獎勵內容包括專科醫師值班費用，產房及新生兒加護病房維持費用補助，醫護人員教育訓練費用等。目前全國共有20個縣市之48家醫院，提出68個申請計畫，刻正辦理審核之中，預計於下半年開辦，屆時將可大力提昇偏遠地區之產、兒科服務品質。

### 101年的「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」

#### 政策形成之過程及預算

##### 由於偏遠地區醫療資源配置，向為各界高度關注，全民健康保險醫療費用協定委員會（簡稱費協會）協定100年全民健康保險醫療給付費用總額，已於其他部門協定「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」項下編列2億元之預算，由健保局推動「資源不足地區之醫院點值保障方案」，該方案主要係對於肩負山地離島偏遠地區主要急性醫療照護功能之15家醫院，給予醫療費用1點1元保障。

##### 費協會於協定101年全民健康保險醫療給付費用總額之時，亦就前述項目，協定5億元之預算（100年2億元），並且核定以下事項：

###### 必須用於離島醫院以及肩負偏遠地區（含山地鄉）民眾於該地區或鄰近地區之主要急性醫院，與偏遠地區之急性醫療主責醫院點值保障。

###### 本項計畫必須訂有相關必要執行項目，上述醫院均應提供24小時之急診、內、外、婦兒科（至少2科）之門診及住院醫療、檢驗檢查應主動通知等，並應深入社區加強預防保健服務。

##### 健保局依上述核定事項，規劃「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」，並且朝向強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區民眾在地化之醫療，減少就醫奔波之苦，藉由點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供能力，同時加強提供醫療服務（24小時急診、內外婦兒科）及社區之預防保健，以資增進民眾就醫之可近性，並提101年2月23日所召開之醫院總額支付委員會，101年第1次會議討論，獲得與會代表共識通過，並經報請衛生署核定，且於101年5月28日公告，自公告日開始實施。

##### 如果符合資格醫院全數納入，推估所需經費可能超過費協會101年協定之「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」預算經費5億元整，需有其他預算支應，故依費協會100年12月9日第178次委員會議決議，提送「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」（草案），於該會101年4月13日第181次會議討論，決議略以：同意由其他之預算「其他預期政策改變所需經費」項目支應，惟以1.7億元為其上限，計畫初步執行結果，將納入102年度總額協商參考。

#### 計畫摘要

##### 預算來源

##### 由全民健康保險醫療給付費用總額其他預算「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」項目支應，預算共5億元。

##### 申請醫院資格（目前符合申請資格之醫院計78家）

###### 須設立於主管機關公告離島、山地鄉之醫院；如前述之地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但屬區域級醫院，則須距離最近醫學中心30公里以上者。

###### 須設立於全民健保醫療資源不足地區（鄉鎮）醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。

###### 前述醫院須以提供急性照護為主。

###### 符合主管機關公告之當年度「繄急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。

##### 申請醫院必須承諾強化醫療服務提供

###### 須提供24小時急診服務。

###### 須提供含內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務，惟得考量各該分區之特性或地區特殊需求，同意選擇至少二科以上科別提供醫療服務。

###### 檢驗檢查報告結果，必須主動通知民眾。

###### 深入社區加強預防保健服務：必須提出具體執行方式。

##### 保障措施

##### 經審查通過者，其醫院總額之一般服務部門，以浮動點值補足至每點1元支付。惟因預算有限，每家醫院全年最低補助900萬元，最高補助1,500萬元，如果提供門診科別不足4科，則可酌減補助金額。

##### 退場機制

###### 計畫期間，醫院如經查有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第37條及第38條所列違規情事，自其遭受違規處分（第一次）之月起不再保障。

###### 經審查通過者，於其保障期間尚未滿1年時，發生未依承諾提供醫療服務或自願中止本計畫之情事者，自各該情事確定之月起，不再保障。

##### 評估指標

###### 受保障之醫院，增設24小時急診之家數情形。

###### 受保障之醫院，增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。

###### 受保障之醫院，提升預防保健之服務量：受保障之醫院計畫期間預防保健之服務量，必須較前1年至少成長1成以上。

###### 民眾滿意度提升：

受保障之醫院，前往就醫民眾，對於24小時之急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度情形。

受保障之醫院，前往就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。

受保障之醫院，整體民眾申訴案件之成案數，須低於100年。

#### 101年之計畫與100年相較，100年時保障15家醫院，以保障點值方式辦理，每點1.1元，把2億多的費用，加到這15家。但100年之計畫沒有訂定上下限，101年之計算則設下限為900萬，上限為1,500萬。且101年提出計畫之醫院，要承諾24小時可以提供急診，另外內外婦兒至少要有兩科的門診，且要有內外婦兒科的住院。

### 臺灣社區醫院協會的回應

#### 對於健保局101 年「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」之看法

##### 為保障山地離島及偏遠地區民眾就醫權益，健保局係針對離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區採點值保障方式使其增進民眾就醫之可近性，該計畫之重點即著重「在地醫療」，而其中著重是「提供民眾急性醫療照護」，立意雖好，但看目前該區多為社區型醫院，若未達一定規模其營運皆是困難。

##### 依據健保局提供資料，符合該計畫之申請醫院達78 家，其中27 家醫院尚未設置24 小時急診，另約有50 家醫院，尚未設足內、外、婦、兒等四科，計畫每家醫院最低補助900 萬元，最高以1,500 萬元為上限，以期原無設置急診之醫院可具備較佳醫療提供之能力得以設立急診，對醫院經營者而言，健保局站在照顧偏遠地區民眾的立場考量，並斟酌給予醫院相當程度之保障，醫院理當贊成並全力支持配合，惟就長期而言，醫院資源有限，有些僅能維持幾個門診及靠政府相關補助才得以勉強生存，若增加急診服務，除須具備強而有力的醫療團隊支援，勢必得額外增加相關人事、設備、配置等開銷，更致使醫院面對經營困難之窘境。

##### 計畫是一時的，惟醫院永續經營才是確保民眾就醫權益的長久之道。

#### 解析「重返分級醫療分明的良性生態」

##### 第一階段：資源先行，營造中、小病在社區在地醫療的支付優勢。

##### 理論上資源往那處走，那裡就蓬勃發展，但現狀下，社區地區醫院積弱看有吃嘸，只能結合大型醫院的專業人力及資源才能發展，像給地區醫院門診、手術支援的補助，表面上地區醫院拿到補助，實際上自己還要貼補部分費用後才足夠支付給大型醫院的支援費，因此表面上資源移至社區，實質大、小醫院都共蒙其利。同時在執行此階段時，即明確宣示，下一階段要推動醫療體系垂直整合，讓大醫院更願意主動積極的參與第一階段，為第二階段的垂直整合做熱身工作。

##### 第二階段：推動垂直整合，垂直整合體系一起洽定體系總額額度並免審查，全面自我管理，若達成監管指標要求，無論使用多少服務點數，都以洽定之總額額度給付，管理之績效回歸各整合體系。

##### 以大醫院為核心，推動垂直整合上、下游大小醫院組成垂直整合體系，因管理績效回歸自己，因此藥品浮濫使用，重覆檢查，不必要之醫療程序都會減到最低，各個體系都會儘可能推動全面的規格化（即DRG化） ，以台灣醫院管理者和專業人員的能耐，2至3年內各體系都會斐然有成，達成社會期待，以精簡有效不浪費的醫療程序，達成民眾的醫療照護。推動此階段時，同時宣示下一階段，將推動論人計酬制。這個宣示會讓各個醫療體系更積極往各社區佈局，儘可能把能在社區層級實施的醫療服務往社區端移，努力讓民眾就近方便的取得絕大部份所需的醫療服務，並努力提高服務品質和滿意度，以吸引民眾進入其體系，爭取未來更多的總額額度，形成有效的市場競爭壓力，讓每個體系都得兢兢業業不斷提升、改善服務質量，才能在市場存活。而民眾得到最大的福祉和利益。

##### 第三階段：論人計酬，各垂直整合體係之總額分配依其所照護的民眾數計算其額度。

##### 醫療體系恢復金字塔型良性生態，而台灣全民健保制度會擁有一個最有效率不浪費的醫療體系。分級醫療的政策要求，民眾當然樂於配合，全民成為大贏家。

### 實地訪查意見摘錄

#### 對於「守護社區醫院」作法與實際醫療環境落差之看法：

| 醫院別 | 說明事項 |
| --- | --- |
| ○○醫院 | 雖然地區醫院屬醫院總額支付，預算獨立無法切割，但衛生署及健保局100 年及101 年做了「山地離島地區醫療給付效益提昇」計畫，經費約6.4億；「增進偏遠地區醫療服務品質」計畫，經費100 年編2 億，101 年編9 億3,000萬。用以貼補離島地區、或有些山地離島鄉本身沒有醫院，這些醫院因為扮演偏遠地區治療的重要角色，所以貼補這些醫院的點值，保障l 點l 元，讓這些醫院不會很難經營，偏遠地區的居民就可以就近就醫。因為100年預算只有2 億，所以只有核可15 家醫院，希望101 年要補助醫院範圍再擴大，落實在地醫療。醫療費用支付最重要的附加功能是引導醫療資源的配置，扶植不同層級醫療院所的發展。總額預算實施後，經濟規模小，經營成本高，人才招募困難的地區醫院會經營的愈來愈辛苦。衛生署醫療網己實施多期了，成效如何各有不同看法，但公立醫院接受政府預算補助，理應負擔應多「守護社區醫院」的責任。另可擴大非都會區100 床以上中小型社區醫院的專案補助。擁有醫療資源較多的醫學中心應提供社區醫院快速轉診及轉檢的服務通道，做為社區醫院的後送醫院。 |
| ○○醫院 | 台東縣7家醫院有5家集中在台東市區，地區醫院婦、兒、急重症方面，所投入之設施設備及醫療團隊等成本高，且在現有健保總額制度，以加成給付，在原有限之總額，餅未擴大，仍無助於社區醫院的經營。地區醫院為因應醫療機構設置標準、消防、環保法令、勞工安全衛生、室內空污法規及醫院評鑑等，配合投入過於負荷的人力與成本。 |
| ○○醫院 | 101 年推動「提升婦產科、兒科醫療品質及資源整合計畫」、「緊急醫療資源不足地區之改善計畫」等，此項補助可補貼該地區醫院部分維持成本，但對於醫事人力至該地區執業誘因不高。建議衛生署除鼓勵其他地區醫院以人力支援的方式，應提高在地執業的醫事人員的獎勵，以實質解決當地醫療資源不足的問題。 |
| ○○醫院 | 目前醫療環境，社區醫院難生存，因：民眾找名醫、到醫學中心設備多。急診病人少，不符投資效益。轉診分級對低收、福保、重大傷病、持殘障手冊無影響。評鑑、督考、感控一致標準，地區醫院投資成本高。面臨的困境：主治醫師一線值班（年齡老化…）急診醫師闕如護理人力嚴重缺乏（paper work、超時工作…）規定慢性床這麼多的目的與意義？ |
| ○○醫院 | 目前政策實看不出衛生署有「守護社區醫院」具體作為，也看不出政策有扶植社區醫院發展的方向。以向衛生署申請電子病歷補助計畫為例，社區醫院原本發展資源不足，初見補助計畫本以為政策真心協助社區醫院建立電子病歷系統，小醫院的專案企畫能力已屬不足，加上過程中招標規格宛如黑箱作業遲遲無法猜透，卻要求醫院須先設置系統完成方予補助，待規格一公告所有作業時程卻急如星火，完全讓小醫院措手不及。 |
| ○○醫院 | 主管機關今年（101 年）推動「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」及「全民健康保險急診品質提升方案」、「醫療資源垂直整合方案」等專案，以確保並守護地區民眾之醫療需求。在醫療資源分配不均、不足下，補助地區醫院，不能讓其在逐漸惡化的健保支付下，萎縮垮掉，雖其用意良善，但主管機關不應只是頭痛醫頭、腳痛醫腳，應當需予以適當之保障。醫療資源垂直整合之困境：現行醫學中心與區域醫院派請醫師支援時會向地區醫院收取每節6,500 元以上之支援費用，讓諸多地區醫院有心與大型醫院垂直合作，卻難以負荷，此情況已成為醫療資源垂直整合推動之關鍵障礙。 |
| ○○醫院 | 針對投入於區域及社區醫院四大科醫師，依人數補助以達到「守護社區醫院」之目的（類「住院護理照護品質方案」），專款編列費用預算。 |
| ○○醫院 | 現行偏遠地區醫院點值保障方案，在推動醫院總額點值暨品質提昇方案後，點值趨於穩定下，大順醫院可獲補助費用（99年平均每月為1萬元、100年上半年為19萬元）不足以負擔所花費的人事成本（每月40餘萬元）。 |
| ○○醫院 | 面對有限的資源而有無限的醫療需求，需要有公平正義的分配與給付，且讓地區院認清大環境已變化，該走上自己該走的路線，往慢性病預防保健等社區醫療。 |

#### 對於「守護社區醫院」作法的建議：

| 醫院別 | 建議事項 |
| --- | --- |
| ○○醫院 | 應提供足夠誘因或配套落實醫療在地化，尤其偏遠地區甄選當地優秀學子，培訓本地公費醫師，並以政策落時回鄉服務與更優厚獎勵措施保障留任意願。 |
| ○○醫院 | 國人小病去大醫院看的觀念不改，教育國人觀念仍要加強。建立制度（評鑑項目）：大醫院能跟鄰近社區醫院建教，緊密結合，除急診外病人應由社區醫院、醫師支援至地區醫院看診，大病轉大醫院仔細檢查、治療，治療完畢再回小醫院追蹤治療、甚至住院完成療程衛教。 |
| ○○醫院 | 透過獎補助措施，協助小醫院和診所提升醫療品質，發展具有社區意識的經營特色。重新檢討「都會區公立醫院」與「非都會區100 床以上中小型社區醫院」的角色定位，善用公立醫院體制架構與大型醫院資源，獎勵體系經營概念進入緊急醫療能力缺乏之非都會區建置醫療據點。增強具有民意基礎，專家基礎的「醫療資源分配委員會」，醫療資源之分配應建立機制，尤其對於實際推動基層預防保健及急重症醫療的社區醫院，應加重資源分配比例，以利爭取醫師人才，加入醫療團隊。 |
| ○○醫院 | 醫療資源之重分配：重新檢視並明確規範各層級醫院及各科功能與定位，且依比重新設定醫療資源分配目標及方式（如：重症給予醫學中心較多支付加乘、初級與次級照護給予地區醫院從優支付；依據醫療複雜及風險性給予四大科門診診察費、相關費用及住院相關費用加乘。社區型地區醫院保障點值1點1元：落實衛生署研議之「醫院總額支付研議方案」第六章第一節之規劃，務必請衛生署與健保局，實行91 年4 月衛生署研議之規劃，地區醫院（社區型）之點值從優支付，1點1元，以扭轉醫院資源分配失衡的現況。推動醫療資源垂直整合模式：建請衛生署及健保局積極推動醫療資源垂直整合計畫，使大醫院豐富醫療人力、資料及物力，慢慢往社區移，落實轉診制度。 |
| ○○醫院 | 因大型醫院多數集中設置在都會區，中小型社區醫院因而肩負非都會區社區民眾醫療守護的責任。但總額實施後，點值折付，健保收入受限；經濟規模小，經營成本高；非都會區人才招募困難，尤其是醫療市場人力不足之專業人才（如四大科與急診），使中小型社區醫院經營困難）。建議如下：政府對非都會地區醫療建置責任責無旁貸。重新檢討醫院角色定位：包括都會區公立醫院、非都會區100 床以上中小型社區醫院等的定位。檢討都會區公立醫院補助預算，擴大非都會區100 床以上中小型社區醫院的專案補助。 |
| ○○醫院 | 偏遠地區醫院認定放寬。 |
| ○○醫院 | 衛生署對偏遠地區醫院及急救責任醫院給予支付價格的保障，並給予公務預算補助，但偏遠地區醫院其定義是否應再重新釐清或給予適當調整，保障該地區醫院及民眾權益。 |
| ○○醫院 | 守護社區醫院預算推行時，偏重醫學中心意見，未納入社區性醫院意見，建議調整參與對象。社區醫院經營困難的原因在於人手不足及給付偏低，應該從改善社區醫院醫療從業人員的薪資、提高社區醫院的給付、減少不當核刪等方向著手。守護社區醫院的第一件事是先找出社區醫院經營困難的原因，現在的給付制度導致社區醫院提供一樣的服務時，所獲得的支付點數較醫學中心為低，而社區醫院因為規模不如醫學中心大，因此面臨健保核刪時比較容易發生問題。應該由這些方面著手以改善社區醫院的經營困境。 |
| ○○醫院 | 偏遠地區社區醫院經營困難，尤其醫師人力召募不易且醫療費用點值浮動影響營收。建議健保局給予點值保障或其他專款補助。衛生署以專案補助社區醫院設立急重症中心之專科醫師人力及購置設備之費用，立意極佳，但社區醫院最困難的是羅致專科醫師，建議衛生署能指定醫學中心有效的協助社區醫院解決人力問題。 |
| ○○醫院 | 建議推動「醫療資源垂直整合方案」，使大型醫院能與地區醫院合作。「偏遠地區急救責任醫院」需加強落實，以確保偏遠地區民眾能獲得安全有效的醫療。 |
| ○○醫院 | 投入社區活動並無經費來源補助，雖積極落實守護社區醫院責任之角色，但無實質的經營收入績效。 |
| ○○醫院 | 大部分的地區醫院都在想如何能夠永續經營，當初的社團法人經過變更，導致許多醫院不能轉成社團法人（土地產權從當初的60% 改成需100%持有）。地區醫院家數一直在銳減。由結果面來看，政府有心但無有效方法來落實執行「守護社區醫院」預算。結論：恐難達到重振效果。建議：提高地區醫院醫療資源分配百分比：依醫院層級不同（醫學中心、區域醫院、地區醫院）各別分配預算，避免大型醫院一直成長，擠壓地區醫院。專款專用補助獎勵社區醫院（有設四大科者，排除偏遠地區的地區醫院，因已有加成補助政策）。增加預防保健檢查頻率，調高預防保健給付金額，提升預防保健服務利用率。因為落實推廣「預防保健」早期發現早期治療，不論在治療成效、撙節醫療費用等方面都能有較佳之效益。 |
| ○○醫院 | 在就醫程序上，是否考慮全面性的檢討，例如：落實健保法規定的轉診與門診部分負擔按比率收取之制度，以引導醫學中心及區域醫院就診，係部分由社區醫院及基層診所轉診的機制，以達到就醫程序之良性發展及守護社區醫院之目標。 |
| ○○醫院 | 健全完整的醫療體系是醫療服務供需中重要的基礎。在理想的醫療體系裡，基層院所與大型醫學中心各司其職，共同肩負守護民眾健康的責任。在完善的制度下，不同層級的醫療機構充分發揮所長，透過綿密的聯繫與轉介，達成合理又有效率的目標。然而，儘管大多數人都能理解「大病才到大醫院」的道理，在現行充滿不信任的社會風氣中，空有之轉診與健保費用調整機制亦長期遭受踐踏，要談「重振四大科」、「守護社區醫院」等目標，恐怕只是治標而不治本的空談。社區醫院之所以經營困頓亦是如此，在人力短缺、招募不易的現實壓力下，又必須滿足主管機關、評鑑機構等以品質之名而無視於地區差異之無盡要求，縱有零星專案補貼之設計恐怕亦無助於整體醫療之崩壞。 |
| ○○醫院 | 衛生署公告偏遠地區急救責任醫院的條件須為醫療區域無醫學中心大醫院、生活圈規劃需離次區域距離醫學中心20 公里以上才能列入。對於社區地區醫院的萎縮，但大醫院仍一床難求，造成急診無法真正照顧急重症患者，是民眾就醫行為導致，寧可捨近求遠至大醫院，小病大醫。民眾對急診的認知不夠，抱怨急診部分負擔太高與等候時間太久情形常常發生，但輕症就醫狀況仍無法改善，反而以健保核刪懲罰醫院。但醫療院所不能拒絕病人，如何約束與教育病人就醫行為以免浪費資源，應是可以思考的方向。衛生署擬將23 家醫學中心調降為11 家，藉以瘦身健保財務。醫學中心的家數雖按人口比例調整，但管轄醫學中心比例之外，是否綜觀該醫療區域照顧人口下之各層級醫療院所的比例是否合理。設定各區應有之各層級醫療院所比例，而不是一味刪減醫學中心總數，有些地區雖有醫學中心，但周遭環境並無區域醫院可提供社區醫療，該醫學中心必須肩負社區醫院的功能，執意以總量刪減醫學中心家數降低醫院健保收入，未必能解決問題。提供經過家庭醫學訓練的醫師，應是改善偏遠地區醫療的方案之一。現行健保法擬以差異性部分負擔作為鼓勵轉診的機制，卻因級距差異小，以目前的經濟水準並不能有效達成以價引導轉診的效果。衛生署研擬由大型醫院支援地區醫療機構的補助方案（由政府補助醫師看診費每診3,000 元），應可提升基層醫療機構的醫師人力需求，但長期而言如果分級轉診的制度不建全，基層醫療院所的病患可能反而會被吸引至大型醫院，將不利於社區醫院的發展。 |
| ○○醫院 | 為守護民眾健康，政府單位近年推行整合性照護醫療活動，包括委託醫療團隊照護山地離島地區民眾健康，整合上下游各級醫療機構，推動多種試辦計畫，期待以整合性照護體系照護急重症患者。包括最近例如論人計酬計畫推動，在有效的資源下藉著醫師及醫院間的資源整合提供民眾連續及完整性的醫療照護。北醫結合社區之基層醫師，已建構基層群之社區健康醫療網，並落實穩定營造提供基層醫療與轉診及代訓之互動，此項守護醫院之計畫值得鼓勵達成。 |

## **無效醫療之執行情況及檢討**

### 政策與預算的發展脈絡

#### 行政院的初期函復

#### 在「全民健保總體檢」調查報告中，本院所提調查意見四指出︰「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」，請行政院督促所屬針對洗腎及呼吸器問題之門檻與給付條件進行檢討。惟查該院於100年4月1日函復本院之檢討說明，其內容為：「（１）呼吸器依賴之支付部分：<１>全民健保支付呼吸器依賴之患者費用，含括住院當時之疾病治療處置費、手術費、檢查費、藥費、診察費及病房費……等，係採按日包裹支付；查健保局89年開始實施呼吸器之試辦計畫，初期費用上漲快速，90~93年成長率介於19~25%，平均成長率高達22.24%，故該局自94年開始加強對費用之管控，如97年起全面納管及強制登錄、支付標準修訂、專業審查及實地審查，使成長率由19~25%明顯降至3.1%~-0.8%， 96~98年這方面之費用分別為264、266及264億元，幾乎維持不再成長。住院費用成長率亦明顯下降，94~98年成長率≦3.1%，有時甚至呈現負成長之情形。<２>因人口加速老化，加上醫療科技進步，延緩死亡進展，若病患及家屬未主動要求安寧照護，則國內之長期依賴呼吸器患者人數勢必逐漸增多，相關費用支出亦可預期增加。（２）血液透析部分：<１>基層診所申請擴充洗腎治療床，係屬地方衛生主管權責，健保局除建議應避免對全民健保醫療財務之衝擊與加強相關醫療服務費用之審查外，原則尊重地方衛生主管機關審議結果，並依其許可床數登錄，俟依院所實際提供之醫療服務，辦理核付。<２>99年西醫基層與醫院之部門同項洗腎服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為2%，而100年透析門診總額成長率則為「零」。<３>健保局於99年下半年召開相關會議，邀請醫事處、國民健康局、腎臟醫學會、移植醫學學會、腎臟病友團體及專家學者等有關單位，共同研擬「慢性腎臟病患整體照護品質提升5年計畫」，以逐步達成新發生之透析人數每年下降目標，進而降低洗腎費用支出」。惟鑑於衛生署之函復內容，對於呼吸器依賴及血液透析之管制，主要目標乃控管總額之成長，然而對於呼吸器及洗腎之門檻與給付條件，與相關業者經營情況、獲利情形，以及RCW業者與醫院間之聯結關係等應予瞭解之事項，並未進行檢討，本院爰請行政院督促所屬檢討改進見復。

#### 第三波健保改革系列研討會

#### 臺灣研究基金會與臺灣大學公共衛生學院於100年4月16日舉辦第一場｢第三波健保改革－醫療資源分配正義的探討｣研討會（如附件1），會中針對無效醫療課題進行研討，希釐清何謂無效醫療？無效醫療的現況如何？無效醫療與醫療科技的關係如何？面對有限的醫療資源，為了全民健保的永續經營，我們應如何對待無效醫療？衛生署參酌本院調查報告及是次研討會之共識，修正了101年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍，其中6/21版本與無效醫療有關之增訂內容為：「對於無效醫療部分，將全面推廣臨終病人之安寧照護、推動放棄急救同意書（DNR）之簽署等，外界關注呼吸器及血液透析健保資源之使用，除透過各項衛教、Pre-ESRD減少醫療需求外，健保局業已針對血液透析相關之藥品、特材進行價量調查後，檢討透析之成本結構，從而消弭器材商不當利潤，進而調整支付標準表。另呼吸治療，除從全民健保支付制度的設計外，將加強行政面作為，由各相關單位本於業務權責，透過宣導或個案管理，提供並勸導病人或家屬，在不同階段可有多元的治療及照護方式的選擇。未來將依健保法修正案第72條，逐年檢討無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，並由健保局每年度訂定抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定後，加強抑制無效醫療情形。」

#### 3rd%20NHI%20Reform%20-%202011S2_5

#### 

#### 第三波健保改革系列研討會與九四共識

#### 臺灣研究基金會與臺大公共衛生學院於100年9月4日召開第二場「第三波健保改革－從三個經典案例談醫療資源分配正義」（如附件2），針對洗腎、呼吸器治療及葉克膜等三項重要醫療科技，深入分析健保給付大幅增加的成因與現象，問題與對策，並且在關懷生命品質、尊重醫療專業及健保永續經營三大原則下，提出「九四共識」，其內容如次：

##### 針對重症病患末期無效醫療，建立評估及照護標準：應建立標準評估流程，健保提供免除部分負擔之安寧及緩和照護，或由病人家屬選擇自行負擔部分繼續使用維生醫療之費用。

##### 對於長期同時使用呼吸器及透析治療的病人，仍呈無意識狀態或生理功能極差者：健保提供免除部分負擔之安寧及緩和照護，或由病人家屬選擇自行負擔部分繼續使用維生醫療之費用。

##### 對於使用呼吸器治療之急性病人：應建立以醫療品質為依據之評鑑及支付制度，鼓勵醫院積極尋找呼吸器使用之真正原因，幫助病人成功脫離呼吸器。

##### 重要配套措施：

###### 鼓勵各醫院及各醫療科別提供安寧緩和醫療，配置必要之相關人力，以提升照護品質。

###### 針對長期透析病人，應建立適當機制，鼓勵親屬捐贈移植。

###### 應積極推動「預立醫療意願書」及「預立醫療委任代理人」，建立相關倫理機制，協助並保障醫師執行中止無效醫療之專業行為」。

#### 第三波健保改革系列研討會與三三宣言

#### 臺灣研究基金會與臺大公共衛生學院為落實醫療資源分配正義，於101年3月3日舉辦第三場｢第三波健保改革－醫療資源分配正義機制之建立｣研討會（如附件3），深入分析資源分配正義理論和歐美及亞太各國作法。其中，英國於1999年成立之國家健康及臨床卓越研究院，因成果顯著，許多國家紛紛效尤，臺灣是否也應參考以及如何參考英國經驗，冀望在此次會議中，大家能集思廣義，提出具台灣特色的醫療資源分配正義機制，並於會後提出「三三宣言」，其內容如次：

##### 重申正義為全民健保的核心價值：任何醫療資源的分配必須以正義為依歸，尊重科學證據，符合民主程序。

##### 應建立具有台灣特色之醫療資源分配機制：此分配機制之運作應釐清政策目標與價值，分析整合科學證據，並多元參與、平等對待；程序透明化；維護弱勢族群的基本尊嚴。

##### 成立獨立組織：為協助醫療資源分配機制之運作，應參酌世界經驗及英國國家健康及臨床卓越研究院，儘速立法成立獨立機構，其治理及職掌建議如下：

###### 接受衛生署監督，以反映國家政策目標。

###### 負責對藥品、器材、治療及公共衛生服務等，進行給付及利用之專業評估。

###### 持續收集，分析與醫療資源分配相關之重要民意，供決策參考。

###### 獨立機構之董事會或理事會組成，應符合公平正義原則，並不得涉及利益衝突。

### 三個經典案例

#### 洗腎、呼吸器及葉克膜

##### 洗腎

##### 健保實施後，國內洗腎診所家數由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；國內洗腎總病床數合計由84年的3,640床，增加為98年的14,819床，為原來4.07倍。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%。若加計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%。98年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%。

##### 本院於兩年前進行「我國全民健保總體檢案」實地訪查期間，對於洗腎之預算及其分配相當關注，並提出健保局應對於洗腎之門檻與給付條件，與相關業者經營情況、獲利情形，以及業者與醫院間之聯結關係等進行瞭解。然在過程中，卻引發了一些插曲或風波，也遭遇到一些干擾，例如偶有人散佈「監察院認為所有的洗腎都是無效醫療」之說法，此一說法既是誤解，亦係不符人常，絕非總體檢案調查報告立論之基礎。然而在大環境要求醫療資源「分配正義」的壓力與背景下，甚至連從未針對洗腎預算合理性進行根本性檢討之健保局，幸能堅持立場，使得100年之門診透析總額首次出現零成長，101年門診透析總額亦僅有1%之成長率，而門診一般透析支付點數，經由100年第2次門診透析總額聯合委員會討論通過，由原來4,017點調整為3,912點，在健保醫療之分配上做了一大跨步。

##### 呼吸器治療

##### 臺北榮民總醫院呼吸治療科王家弘主任於「第三波健保改革－從三個經典案例談醫療資源分配正義」研討會，對於呼吸器治療的原因、目的、整合性照護計畫歷年支付標準沿革及問題有深入的立論，並提出解決的方法，茲摘錄內容如次：

###### 開始使用呼吸器的原因：

呼吸衰竭，心肺無法提供組織足夠的氧合功能或二氧化碳的排除。

急性呼吸衰竭。

###### 呼吸器使用的目的：

支持或改善氣體交換：改善肺泡通氣量，以改善PaCO2及pH；改善氧和功能，以改善PaO2, SaO2, CaO2 and DO2。

增加肺容積，以改善肺葉塌陷。

減少呼吸所作的功。

減少心臟血管的功能缺陷。

###### 呼吸器依賴患者整合性照護計畫歷年支付標準沿革：

| 照護階段 | 病患分類 | 支付方式年度 | | | 2000 | 2001 | 2002-2004.6.30 | 2004.7.1-2007 | 2008迄今 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支付點數 | | | | |
| 加護病房ICU（照護日數<=21） | 急性呼吸衰竭 | 論量計酬 | | | 依核實申報支付 | | | | |
| 呼吸照護中心RCC（照護日數<=42） | 呼吸器長期患者（積極嘗試脫離呼吸器患者） | 論日計酬 | 醫學中心 | 第1-21天 | 9,000 | 9,590 | 10,120 | 10,140 | |
| 第22-42天 | 6,000 | 6,590 | 7,590 | 7,610 | |
| 區域醫院 | 第1-21天 | 8,600 | 9,180 | 9,180 | 9,200 | |
| 第22-42天 | 5,600 | 6,180 | 6,890 | 6,910 | |
| 呼吸照護病房RCW | 呼吸器依賴患者（經判斷不易脫離呼吸器患者） | 論日計酬 | | 第1-3個月 | 3,610 | 3,690 | 4,200 | 4,349 | |
| 第4個月 | 2,950 | 3,030 | 3,460 | 3,589 | |
| 論月計酬 | | 第1-3個月 | 110,000 | 112,230 | 128,280 | 132,150 | |
| 第4個月 | 90,000 | 92,230 | 105,420 | 109,290 | |
| 居家照護 | 呼吸器依賴患者（經判斷不易脫離呼吸器患者） | 論日計酬 | | P1015C | 880 | | 900 | | |
| P1016C | 290 | | 310 | | |
| 論月計酬 | | P1013C | 27,000 | | 27,610 | | |
| P1014C | 9,000 | | 9,610 | | |

###### 90年至98年呼吸器照護病床床數：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | ICU | RCC | RCW |
| 90 | 5,557 |  | 1,629 |
| 91 | 5,982 |  | 3,252 |
| 92 | 6,261 |  | 4,393 |
| 93 | 6,583 | 607 | 5,213 |
| 94 | 6,897 | 748 | 5,701 |
| 95 | 6,988 | 829 | 5,816 |
| 96 | 7,037 | 820 | 5,573 |
| 97 | 7,143 | 867 | 5,741 |
| 98 | 7,164 | 977 | 6,041 |

###### 問題︰

使用呼吸器超過21天以上的病人需要長期住院，健保支出費用也高。

使用呼吸器超過21天以上的病人有四分之三的病人集中於65歲以上的病人，老年人口的增加可能使狀況惡化。

呼吸照護病房床十年來增加3.7倍，近5年來已趨穩定。

###### 目前健保局專業審查醫師扣除呼吸照護病房給付常見的理由：

未積極脫離呼吸器。

呼吸器使用模式不適當。

病歷書寫不詳細，且格式化。

病情穩定應下轉居家呼吸照護。

###### 解決問題的對策：

使用呼吸器超過21天以上的病人需要長期住院，健保支出費用也高，如何減少使用呼吸器超過21天以上的病人？

減少呼吸器依賴病人人數（ICU, RCC）：

正確的診斷，找出呼吸器依賴的真正原因，給予正確的治療，以便早期脫離呼吸器。

只有正確的診斷，才能有正確的治療。

減少無效的治療：醫療人員再教育（醫學中心與區域醫院加護病房與呼吸照護中心）。

對於使用呼吸器只是延長生命的病人，增長病人痛苦的生命，應鼓勵不使用侵犯性的呼吸器。

醫療人員再教育。

社會大眾的教育。

###### 結論：

少數長期使用呼吸的病人健保支出費用相當高，有違醫療分配正義。

無法找出病人使用呼吸器的原因，導致病人需長期使用呼吸器。

協助與教育醫療人員找出病人使用呼吸器的原因即可讓醫療費用大幅下降。

##### 葉克膜

###### 葉克膜係指體外膜氧合器（Extracorporeal membrane oxygenation；ECMO），在國內亦有「葉醫師」之稱。美國1972年第1次用於外傷後之成人急性呼吸窘迫症，1976年第1次用於新生兒肺部疾病。國內則係臺大醫院於1994年第1次使用葉克膜急救。公勞保時代即納入保險給付，健保開辦時沿襲規定納入給付。然全民健康保險醫療費用支付標準於98年9月1日以前並無單獨葉克膜診療項目，係合併於「體外循環系統（Extracorporeal Life Support；ECLS）」支付標準申報，該支付項目尚包含手術相關適應症，例如：心臟手術暫時性心臟功能衰竭、心臟手術後造成右心室衰竭合併可逆性肺高壓危機、神經外科手術需體外循環者、肺臟移植手術須體外循環者、心血管手術需體外循環者、氣道手術等，即手術後暫時使用體外循環系統以取代心肺功能之人數均含括在內，98年9月1日支付標準獨立增列68036B－「體外心肺循環」。葉克膜屬醫療器材，未規定使用地點，無規範相關之設置標準。

###### 臺大醫院柯文哲醫師於「第三波健保改革－從三個經典案例談醫療資源分配正義」研討會，對於葉克膜發展的原因、目的及問題有深入的立論，並提出解決的方法，茲摘錄內容如次：

葉克膜係指「體外循環維生系統」，由臺大醫院引進，國內使用葉克膜最多的醫院，亦為臺大醫院。使用葉克膜的目的在於做短期心肺支持，可謂花錢「向上帝買時間」，以決定病患的下一步。臺大醫院於77年6月25日購買首部離心式體外循環機，做為肝臟移植手術使用，目前的臨床用途則包括：機械性循環支持、取代傳統心肺機及呼吸支持。目前臺大醫院的葉克膜醫療團隊，包括心臟外科、重症醫學醫師各1名，及1名外科技術員。

臺大醫院能夠發展成功的原因為：臺大醫院為國家醫院，有116年歷史，病床2,000床，各科齊全、人才濟濟，具備完整重症醫學基礎，重視團隊合作，加上不斷的反省改進，長期發展，努力不懈。

在臺灣興起之原因為：

A cost-effective ECMO program：①系統：簡化、實用、本土化。②沒有證照（人人可做，不限特定執照）。③醫療人工便宜。

Open system（資訊開放）。

Mass media。

NHI。

臺灣ECMO分布：

|  | 醫院 | Medtronic | Terumo | Medos | Maquet | total |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 北 | 23 | 37 | 9 | 5 | 6 | 58 |
| 中 | 16 | 15 | 8 | 4 | 4 | 31 |
| 南 | 9 | 8 | 4 | 1 | 0 | 13 |
| 東 | 3 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| 合計 | 51 | 21 | 21 | 10 | 11 | 105 |

###### 葉克膜費用申報情形

葉克膜申報醫療費用點數、點數占率及每人實際醫療點數：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 健保全部申報醫療費用總點數（A）單位：百萬 | 葉克膜醫療費用點數（B3）單位：百萬 | 葉克膜人數（C3） | 葉克膜醫療費用點數占率（B3/A） | 葉克膜每人醫療費用點數（B3/C1）單位：千點 |
| 99 | 525,896 | 203 | 1,019 | 0.04% | 199 |

註：

1.透析之申報醫療費用總點數係採「全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽」，呼吸器及葉克膜則擷取倉儲申報資料統計。

2.透析及葉克膜之醫療點數為該項處置之相關醫令及特材費用。

3.呼吸器則含括住院當時之疾病治療處置費、手術費、檢查費、藥費、診察費及病房…等。

4.門診透析總額自92 年起實施，為利各年比較基準一致，爰僅提供92年起之人委統計資料；呼吸器自89年7月1日起試辨，自90年起提供。另99年以前的申報資料無法區分手術後使用體外心肺循環病人或非手術使用葉克膜（ECMO） 病人，且人數差異懸殊，無法做歷年的比較分析數據，爰僅提供99年費用統計資料。

醫療費用總點數按死亡、活存區分：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 存活情形（註1） | 人數 | 比率 | 平均每人 | | | | 合計總醫療費用點數 |
| 估計使用葉克膜天數（註2） | 總住院日（註3） | 葉克膜所需特材及技術費（註4） | 總醫療費用點數（註5） |
| 死亡 | 620 | 61% | 5.97 | 16.20 | 189,738 | 802,396 | 497,485,258 |
| 存活 | 399 | 39% | 7.68 | 39.93 | 214,504 | 1,212,346 | 483,726,234 |
| 總計 | 1,019 | 100% | 6.64 | 25.49 | 199,435 | 962,916 | 981,211,492 |

註：

1.存活情形係以該病患最後出院情形（以轉歸代碼辨別），使用1天的個案排除當日有做open heart或CABG等心臟重大手術者。

2.推估使用葉克膜天數係以個案使用第一筆68036B－體外循環維生系統建立（第1次）為起日，至最後一筆葉克膜相關醫令為迄日之區隔日數加總，但無法計算於最後一筆葉克膜相關醫令迄日之後，該病患續使用之葉克膜天數。

3.使用葉克膜個案當次住院總天數。

4.使用葉克膜個案所需相關特材費及技術費。

5.使用葉克膜個案當次住院總醫療費用。

醫療費用總點數按醫院層級區分：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 層級 | 醫院數 | 人數 | 比率 | 平均每人 | | | | 實際醫療費用點數 |
| 估計使用葉克膜天數 | 總住院日 | 葉克膜醫令+特材費用 | 總醫療費用點數 |
| 醫學中心 | 19 | 695 | 68% | 7.14 | 27.80 | 211,615 | 1,072,058 | 745,079,971 |
| 區域醫院 | 38 | 313 | 31% | 5.20 | 19.63 | 167,735 | 704,692 | 220,568,480 |
| 地區醫院 | 3 | 23 | 2% | 7.78 | 22.22 | 158,745 | 676,654 | 15,563,041 |
| 總計 | 60 | 1,019 | 100% | 6.64 | 25.49 | 199,435 | 962,916 | 981,211,492 |

申報個案利用情形－按年齡區分：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年齡 | 人數 | 比率 | 存活率 | 平均每人 | | | | 實際醫療費用點數 |
| 估計使用葉克膜天數 | 總住院日 | 葉克膜醫令+特材費用 | 總醫療費用點數 |
| 0-15歲 | 75 | 7% | 52% | 8.91 | 41.99 | 247,529 | 1,463,934 | 109,795,029 |
| 16歲以上 | 944 | 93% | 38% | 6.46 | 24.18 | 195,614 | 923,111 | 871,416,463 |
| 總計 | 60 | 1,019 | 39% | 6.64 | 25.49 | 199,435 | 962,916 | 981,211,492 |

申報個案利用情形－按存活情形區分：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年齡 | 出院時存活人數 | 出院時存活率 | 出院後1個月仍存活率 | 出院後3個月仍存活率 | 出院後6個月仍存活率 | 出院後1年仍存活率 |
| 0-15歲 | 死亡-36 | 52% | 92% | 87% | 85% | 67% |
| 活存-39 |
| 16歲以上 | 死亡-584 | 38% | 89% | 82% | 76% | 70% |
| 活存-360 |
| 總計 | 死亡-620 | 39% | 89% | 82% | 77% | 69% |
| 活存-399 |

葉克膜的費用多併同手術或其他急緊處置申報，若有核減亦針對整筆案件做部分費用核扣，故無法拆分核減金額及實際核付費用。且衛生署表示：葉克膜不似門診透析，有獨立總額單獨結算各季及年度醫療費用，亦因各分區、各季點值不同，及內含項目之點值可能採固定點值、浮動點值不同，甚至核減金額的影響，而無法提供醫療費用金額、金額占率及每人實際醫療費用金額。

葉克膜的問題：

葉克膜的適應症：不裝會死，裝了可能會活；禁忌症裝了也不會活，但很難事先判定，不用葉克膜，存活機率0%，用了有一些機會，那麼機率多低仍然可以試？

葉克膜的使用，不是醫學問題，是政治、經濟、社會、文化問題，更是生命議題。

葉克膜本身不是無效醫療，但誤用、濫用，在台灣已是一個問題；不是醫學問題，是社會問題。民眾有過度的期待，且成為家屬、醫師表達盡力的工具。

#### 衛生署的檢討與回應

##### 呼吸器IDS計畫之檢討

##### 健保局對於89年7月開始實施之「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」IDS試辦計畫，原意在於解決ICU床位擁塞問題，出發點為善意，卻造成前所未有且為數不少之植物人現象，健保局在此經驗中，所獲得的啟示及教訓如下：

###### 全民健保呼吸器之試辦計畫，實施至今逾11年，確實讓各醫院加護病房床位不足問題得以紓解，但因醫療科技進步以及保險給付兩項因素，使得呼吸器之依賴患者死亡率大幅下降，使用呼吸器之天數相對增加，進而亦使健保資源轉移到呼吸照護的比例提高。

###### 呼吸器之試辦計畫，89年開始試辦，初期醫療費用成長迅速，但自94年開始健保局已加強費用管控措施，經過長期不斷努力，這方面的費用，已在100年時穩定的控制在270億元，近5年成長率平均多維持在1%左右。

###### 有關於呼吸器長期依賴患者，在ICU、RCC至RCW各階段，除呼吸器外之積極治療，是否仍有其必要性，其中是否存在無效醫療？有無違反個案安寧照護意願，亦需要進一步討論，為使重症及長期呼吸器使用患者，能得到妥適的醫療照護，並使醫療資源配置更趨公平，衛生署業已責成國家衛生研究院成立「長期使用呼吸器病人之臨床照護共識」論壇，邀請國內胸腔暨重症之相關專家，針對呼吸器依賴照護之發生、癒後、倫理困境、成本效果及預防發生等議題，進行深度探討，並將如何適時導入安寧緩和醫療，以提升病患之生命品質等納入研議，健保局將持續追蹤後續辦理情形，並參採其結論積極辦理。

##### 衛生署針對呼吸器長期依賴患者，在ICU、RCC至RCW各階段，除呼吸器外之積極治療，是否仍有其必要性及是否存在無效醫療問題的研處情形：

###### 責成國家衛生研究院成立「長期使用呼吸器病人之臨床照護共識」論壇，邀請國內胸腔暨重症之相關專家，針對呼吸器依賴照護之發生、癒後、倫理困境、成本效果及預防發生等議題，進行深度探討，並將如何適時導入安寧緩和醫療，以提升病患之生命品質等納入研議，健保局將持續追蹤後續辦理情形，並參採其結論積極辦理。

###### 因為呼吸照護醫療費用影響層面甚鉅，必須整體規劃，擬俟專家討論完成之草案後，由健保局加入相關誘因設計，並邀集醫事處、照護處、國民健康局等相關之單位審慎研議。

###### 有關於建議將嚴重多重器官衰竭之洗腎病患或末期呼吸器治療且無意識患者，訂定為葉克膜之禁忌症乙事，健保局將徵詢專業團體，俟凝聚共識後，再依上開流程，辦理修訂事宜。

##### 葉克膜禁忌症之訂定經過

###### 為使臨床醫師對使用葉克膜，能更審慎加以評估，健保局於100年8月19日，召開「檢討葉克膜（ECMO）醫療利用情形及應用時機」之專家諮詢會議，並依照該會議之決議及參採中華民國心臟學會與專家之意見，修訂符合葉克膜（ECMO）使用禁忌症，藉以促請醫師審慎評估使用葉克膜之適當時機。

###### 按照全民健保法規定之全民健康保險醫療費用支付標準修訂程序，健保局於101年3月15日提報全民健康保險醫療給付協議會議，討論通過規範葉克膜使用之禁忌症如下：

絕對禁忌症：

不可逆之腦病變。

惡性腫瘤末期。

不可逆之心、肺疾患且不適合做臟器移植者。

不可逆之多重器官衰竭。

相對禁忌症（需逐案審查之個案）：

持續進展之退化性全身性疾病。

不可控制之感染。

不可控制之出血。

重度免疫不全之患者。

##### 在目前法令規範之下，衛生署針對「九四共識」，提出下列意見：

###### 依全民健康保險法第36條規定，重大傷病、分娩、預防保健及於山地離島地區就醫，可免自行負擔。同法第35條及二代健保法第48條規定，住院病人應依病房種類(分急性病房及慢性病房)及住院之日數依照定率自行負擔部分金額，因此，對於建議健保提供免除部分負擔之安寧及緩和照護，或由病人家屬選擇自行負擔部分繼續使用維生醫療所需要之費用，目前健保法，未有此規定。

###### 對無效醫療之呼吸器使用者，規劃健保提供免除部分負擔之安寧及緩和照護，或由病人家屬選擇自行負擔部分繼續使用醫療所需費用乙事，健保局已於100年9月，報衛生署核定「全民健康保險對象免除自行負擔費用辦法修正草案」，其修正之內容包含九四共識（重症末期病人如未接受安寧緩和醫療則應自負部分負擔），惟經101年4月24日與同年4月27日衛生署召開之會議討論後，考量恐將違反健保法之重大傷病免除部分負擔規定，且尚無明確定義及可執行之方式，故最後決議刪除。

###### 建議應於健保法中訂定明確規範，以利未來規劃執行。

##### 為使重症及長期呼吸器使用患者能夠得到妥適之醫療照護，並使醫療資源配置更趨公平，衛生署健保局於100年11月成立「重症及長期呼吸器使用患者臨終照護品質提升計畫」專案會議，委請胸腔暨重症加護醫學會蔡熒煌理事長擔任召集人，並依會議共識組成「重症安寧照護」及「長期呼吸器」2個任務小組，分別針對長期呼吸器之照護品質，以及導入重症安寧照護事宜進行討論，其中重症安寧照護任務小組，係就目前缺乏有效醫療措施可救治之重症病患，研議對其進行緩和醫療所需配套措施及施行之對象、如何增加重症緩和醫療諮詢，插管末期病患進行撤除維生設備適當時機、實施步驟等相關之議題，希望能夠凝聚共識。至長期呼吸器任務小組，係就目前呼吸照護中心、呼吸照護病房照護品質進行逐步檢討，並就將品質指標轉換為照護指標之妥適性，及如何在呼吸照護中心、呼吸照護病房，推行安寧重症諮商會診進行討論。

### 現存問題檢討

#### 無效醫療（medical futiliy）一詞，其字根拉丁文「futilis」，本為「易漏」，亦有「極無可能」之意，比喻以千瘡百孔之容器盛水，當然是徒勞無功[[1]](#footnote-1)。我國安寧緩和醫療條例第3條雖明文規定末期病人係指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。惟國內至今對於無效醫療尚無明確之共識或準則，以協助臨床醫師進行判斷。本案實地訪查之醫療院所對於無效醫療，亦未能給予明確之定義，並認為此應由主管機關儘速訂定無效醫療之衡量標準及處理程序。然而，渠等之中仍提到「無效醫療係任何對於病患無法提供治療、康復或緩解效力的醫療行為」、「當維持生命與延遲死亡的科技愈發達，無效醫療的問題愈常見」、「無效醫療的問題關鍵在於民眾自身的經濟門檻，對民眾而言，醫療使用若為個人付費情形下，因面臨經濟壓力，所使用的醫療資源將受考量而有所控制；但若為健保給付狀況下，多數民眾選擇充分的使用至臨終」、「如讓醫師以專業判斷無效醫療而放棄救治，將引起更多糾紛」、「近1年來實際施行無效醫療的病患比例大幅增加，造成之因素眾多，首先是民眾無法理性討論病情，民眾也無須為額外醫療浪費負擔起自己應該負擔的費用，健保費用自然無法撙節」、「無法救治的末期病人應收置在一般病房或安寧病房，並非在加護病房，但教育及給付制度卻出了問題，曾於審核病歷時發現癌末病人仍接受開刀、化療」等問題。

#### 隨著醫療科技不斷進步，急重症加護技術之發展，使得重症病患之生命得以延長，愈來愈多重症病人於生命末期階段進入加護病房接受照護。加上國人平均壽命大幅延長，人口老化趨勢、科技進步所帶來的文明病等，不管是洗腎、呼吸器、意外傷害、重症病患末期醫療等所衍生之醫療耗用，勢必持續成長。部分末期病患接受過侵襲性的治療後，病情仍不能控制且體力已無法負荷其他治療時，卻仍繼續接受非緩和性之治療；或病人於臨終時，明知死亡為疾病之必然結果，卻仍被施以急救。加以家屬在沒有經濟負擔之顧慮下，且不知急救之過程將造成病人極大之痛苦及資源之耗用，仍多選擇繼續施予急救。此外，部分病人及家屬對於疾病認知不夠，或家屬隱瞞病情，或情感上不願接受病情，往往要求醫師救到底。根據相關研究指出，末期病人在照顧上出現無效治療之因素，以家屬成分最高（62%），再其次為醫師（37%），其造成之原因以病情存有不切實際之期待為最高（58%）[[2]](#footnote-2)。

#### 當病患疾病進展至死亡已不可避免時，家屬及醫療人員均將面臨所施予之維生措施是否有效治癒疾病，或只是延長病人死亡的過程。如維生醫療只是延長病人死亡之過程，此不僅影響龐大之健保資源、加護病房有限床位之使用及生命倫理之困境外，甚至可能造成病人無法安詳地善終。無效醫療雖造成上開之影響及問題，惟無效醫療為何仍然持續存在？為何加護病房內不斷地上演著末期或瀕死之病人仍然接受抽血、化療、洗腎或心肺復甦術等？其原因主要牽涉四個層面之問題：

##### 法律層面：依據我國醫療法第60條、醫師法第21條、護理人員法第26條等規定，醫護人員遇有病患危及情況時，往往採取急救措施。醫療人員為避免後續法律訴訟，多不願與病人及家屬討論無效醫療之問題。本院實地訪查時即有部分醫院提到：「面對醫療環境的改變，民眾就醫意識高漲，面對醫療糾紛的陰影下，醫師需面對醫療倫理及社會責任。」「醫療訴訟中，往往都是缺乏作為的疏失，甚少聽聞過度醫療的案件。換句話說，多做總比沒做好，是多數醫療人員的態度。司法判例，也造就醫界逐漸形成過度醫療、保護性醫療的普遍現象。」

##### 醫療人員對無效醫療之不確定：由於我國對於無效醫療尚未有具體明確之共識，使得第一線醫護人員對於確認無效醫療存有困難。本院實地訪查時即有部分醫院提到：「目前臺灣最大之問題是對於無效醫療是否有共識？美國人不治療植物人，而臺灣現況每年花費兩百多億維持超過1萬名的植物人。因此，如對無效醫療不先建立共識，行動就沒有方向，也不知如何推動。」「目前民間、醫界及衛生主管機關對於無效醫療的定義，仍未取得共識，尤其牽涉生命的意義，如讓醫師以專業判斷無效醫療而放棄救治，未來只會引起更多糾紛……。」

##### 家屬與文化因素：許多家屬在不瞭解病人之真實病況之下，或受到風俗文化等因素（如擔心背負不孝之罪名），或對病況發展存有一絲希望，往往不顧醫師的專業意見，而要求醫師積極治療，不願接受安寧緩和醫療。本院實地訪查時即有醫院提到：「病患及家屬對於安寧病房常有恐懼感與排斥感，認為入住安寧病房就是等死，造成病患無意願入住，家屬也不願背負不孝罪名。」「家屬基於對生命的期待，往往不顧醫師的專業意見而要求醫師積極救治」。「家屬不願告知真實病情，病人不瞭解病情而想積極治療。」

##### 醫病溝通問題：病情告知係醫病溝通的一部分，惟在醫護人員養成教育中，並未特別重視醫病溝通理論與技巧，死亡教育亦有限，故當醫師面臨生命末期病患時，經常不知如何有效與病人或其家屬進行溝通。加以國人對於死亡，充滿敬畏、拒談，即使病患已到生命末期或臨終的階段，多數家屬及醫護人員仍然避諱談論死亡之議題，而家屬亦會要求醫師配合向末期病人隱瞞病情，致使病人等到瀕死症狀出現時才簽署DNR，此時病患已受盡無效醫療的折磨與痛苦。本院實地訪查時即有醫院提到：「其他重症專科醫師不瞭解安寧照護，導致病患接受過多的無效醫療。」「無效醫療來自醫師對生命末期照護之訓練不足、溝通不良、法律不瞭解、醫病的互信不足，建議加強溝通及對醫療團隊的再教育。」

#### 無效醫療不能延長生命，根據世界衛生組織之建議，生命末期照護首要目標係生活品質之提昇，而非極盡的延長生命，因此目標已難以達成。試圖延長生命的醫療措施在末期病人經常變成所謂的無效醫療，使病人在醫療過程中飽受痛苦，而醫療資源之使用更為可觀。根據國內外相關經驗與實證，提供末期病人安寧緩和醫療確實能緩解身體症狀、減緩心理情緒反應、提升內在力量減少死亡恐懼、改善生活品質，繼而達到善終。由腫瘤及緩和醫療團隊共同照顧的病人接受侵入性末期照顧之比率較少，但其中位存活期（median survival）為11.6個月；相較於僅接受標準腫瘤治療之病人的中位存活期為8.9個月，兩者之間有2.7個月之差距，在統計上有顯著差異[[3]](#footnote-3)，且安寧緩和醫療可以延長病人的自然生命期[[4]](#footnote-4)。

### 實地訪查意見摘錄

#### 本案於實地訪查期間，各醫療院所針對無效醫療及「九四共識」等項之看法，彙整歸納如下（詳細意見摘要見3、實地訪查意見摘要）：

#### 各醫院對於無效醫療之看法

##### 無效醫療來自醫師對生命末期照護之訓練不足、溝通不良、法律不瞭解、醫病的互信不足，建議加強溝通及對醫療團隊的再教育。又，醫學是解決問題，不是製造問題，生命末期的教育是21世紀醫學的主流，但國內欠缺善終計畫，醫師不願面對死亡（因醫療糾紛、不願與家屬溝通）。

##### 無效醫療的認定宜由衛生署召開專家會議，擬定臨床指引，方便醫師溝通時有所依循。又，健保資源有限，重視合理給付的分配，對於判定無效醫療者，應讓病人負擔部分的醫療費用，抑制醫療資源的浪費。

##### 對於無效醫療的醫療效果探討，於「無效」醫療之名詞尚存在爭議，無論是以極低成功機率之量化(quantitative )定義，或以即便治癒但存活品質極差之質性(qualitative)定義，皆存在眾多爭議。

##### 無效醫療的探討，不單只是醫療費用的考量，病人的生活品質與生命的尊嚴，才是最重要；因此，醫療人員如何完整告知相關的訊息、所有可能的選擇、預後與後續的生活品質等，讓病人個人或其家屬能有時間暸解、決定與調整，以及安寧緩和醫療風氣的形塑，才是避免無效醫療之重要途徑。

##### 無效醫療的問題關鍵在於民眾自身的經濟門檻，對民眾而言，醫療使用若為個人付費情形下，因面臨經濟壓力，所使用的醫療資源將受考量而有所控制；但若為健保給付狀況下，多數民眾選擇充分的使用至病人臨終。

##### 目前民間、醫界及衛生主管機關對於無效醫療的定義，尚未取得共識，尤其牽涉生命的意義，如讓醫師以專業判斷無效醫療而放棄救治，未來只會引起更多糾紛，建議應結合相關倫理諮詢委員會、法律學者、學術團體、政府機關等共同討論研擬，訂定具體規範及定義，並強化對民眾推廣及教育理念，否則減少無效醫療仍有相當的困難及爭議。

##### 由於臨床醫療行為之施行本身充滿高度不確定性，且許多疾病之病程具有不可逆性，實難單從醫療結果去論斷個別或整體醫療行為是否屬無效醫療，亦難以治療結果來回溯認定無效醫療及估算其費用規模。另對於重症病患末期無效醫療之評估機制，由誰來認定醫療是無效的？主治醫師所要面對的是病人生死的抉擇、家屬對醫療的期盼及後續的法律問題。因此，如何能建立公平、客觀及第三者評估機制極為重要，否則僅由醫療院所醫師執行評估，將造成家屬之壓力均施加於臨床醫師，此為臨床醫師不可承受之重，且易衍生醫療糾紛。

##### 各項醫療介入應評估臨床及個案健康效益、成本效益及個別選擇性等，無效醫療所占醫療費用實在太高，而其醫療效果卻不成正比。以有限的健保資源，以高額支出的醫療來照護預期無法有顯著醫療成效之病人，是否有失社會公平及分配正義。另就生命價值、生活品質而言，無效醫療是否讓患者喪失生命尊嚴？違反行善原則（對病人及民眾做有利的決策）並也造成其他的社會問題？對於病程進展已面臨死亡不可避免時，應加強說明選擇，讓病患有尊嚴的善終，而非藉由儀器延長生命跡象並耗費龐大的醫療費用與人力資源。

##### 對無效醫療的看法取決於病人家屬及民眾之認知，基於對生命的期待，往往不顧醫師的專業意見而要求醫師積極救治。面對醫療環境的改變，民眾就醫意識高漲，面對醫療糾紛的陰影下，醫師需面對醫療倫理及社會責任。

#### 各醫院對於「九四共識」之看法

##### 對於無效醫療的認定，宜由衛生署召開專家會議，擬定臨床指引，方便醫師溝通時有所依循。

##### 健保資源有限，重視合理給付的分配，對於經判定無效醫療者，應讓病人負擔部分的醫療費用，抑制醫療資源的浪費。

##### 針對「對於長期同時使用呼吸器及透析治療的病人，仍呈現無意識狀態或生理功能極差者……」，以費用政策來改變社會大眾的作法，無疑是最有效且快速的方案，但目前透析醫療費用均是免部分負擔，要重新收取部分負擔，必須由健保局定下政策，即可執行。臺灣對透析病患建議與執行退出透析治療，均由醫師發起，但一般醫師傾向尊重家屬為醫療決策者。醫療團隊不會去主導答案的結果，原因係擔心後續引發醫療紛爭。國內目前簽署不急救同意書時，通常仍將透析排除，病人與家屬的想法，應該要有更強力的方式去改變，單靠醫療團隊的啟發，乃是較緩慢的方式。

##### 建議制定呼吸器依賴病患分階段照護的配套措施，提供呼吸器依賴病患下轉平台，訂定強迫下轉機制。

##### 應建立以醫療品質為依據之評鑑及支付制度，積極推動安寧緩和醫療，適當增加自行負擔費用。

##### 透過評估及設立照護標準或部分負擔等方式來減少醫療費用負擔，民眾接受度可能不高（一般人認為每月所繳之健保費用應滿足所有需求），且僅能暫時趨緩特定醫療費用之財務負擔。又在目前臺灣人民普遍存在倫理道德的觀念下，對於無意識狀態之醫療、生命之延長，仍會盡其可能的支持，如改為自行負擔維生醫療的費用，對於經濟無法負擔者，無疑是加深其道德罪惡感。

##### 認同「九四共識」所提應由衛生主管機關結合臨床專科建立一套公正的評估及照護標準，明訂無效醫療的範圍，透過統一的判斷標準，衡量是否符合積極治療的條件，以供醫療院所遵循，更重要的是公告周知且教育民眾，若不符合積極治療條件者，容許病人或家屬有選擇自行負擔繼續使用醫療資源費用的權利，避免引發爭議，導致醫病緊張。

##### 在「九四共識」中已明確指出無效醫療的問題及具體作為，但未來如何落實推動？包括無效醫療的認定程序、評估、適用範圍及照護標準，如何獲得社會大眾的支持與接受？將是一個重要的課題。

##### 目前健保局在財務設計上，並無鼓勵重症病人選擇安寧緩和醫療的財務誘因，故完全贊同未來政府建立完善評估流程後，健保能提供這群人免除部分負擔的安寧緩和照護，相信對提升安寧緩和醫療之使用，有相當大的助益。

#### 實地訪查意見摘錄

| 訪查醫院 | 對無效醫療及「九四共識」之看法 | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ○○醫院 | 1、對於無效醫療的認定，宜由衛生署召開專家會議，擬定臨床指引，方便醫師溝通時有所依循。2、健保資源有限，重視合理給付的分配，對於經判定無效醫療者，應讓病人負擔部分的醫療費用，抑制醫療資源的浪費。3、醫院應該辦理安寧療護的課程，並且舉行病情溝通的工作坊，邀請專家授課，並規定每年應有一定比例的醫護人員參加，尤其是治療末期病人的主治醫師應該優先參加，當作醫院評鑑的重要依據。4、醫院判定撤除維生設備的醫學倫理委員會，規定其中1名應該具備安寧療護的專科醫師參與，方能符合實際的醫療作為。5、針對「對於長期同時使用呼吸器及透析治療的病人，仍呈現無意識狀態或生理功能極差者……」，以費用政策來改變社會大眾的作法，無疑是最有效且快速的方案，但目前透析醫療費用均是免部分負擔，要重新收取部分負擔，必須由健保局定下政策，即可執行。臺灣對透析病患建議與執行退出透析治療，均由醫師發起，但一般醫師傾向尊重家屬為醫療決策者。醫療團隊不會去主導答案的結果，原因係擔心後續引發醫療紛爭。國內目前簽署不急救同意書時，通常仍將透析排除，病人與家屬的想法，應該要有更強力的方式去改變，單靠醫療團隊的啟發，乃是較緩慢的方式。6、建議制定呼吸器依賴病患分階段照護的配套措施，提供呼吸器依賴病患下轉平台，訂定強迫下轉機制。7、應建立以醫療品質為依據之評鑑及支付制度，積極推動安寧緩和醫療，適當增加自行負擔費用。 | | | |
| ○○醫院 | 1、以現行衛生政策之導向（九四共識）如要求病人家屬自行負擔部分繼續使用維生醫療之費用時，將導致醫病溝通之緊張，醫師是否急救須先向病人說明可能自費之狀況，將造成醫病對立，有違醫學倫理。另近年來醫病關係日趨緊繃，此舉將更加造成醫病之對立。2、對於「九四共識」之看法：（1）透過評估及設立照護標準或部分負擔等方式來減少醫療費用負擔，民眾接受度可能不高（一般人認為每月所繳之健保費用應滿足所有需求），且僅能暫時趨緩特定醫療費用之財務負擔。又在目前臺灣人民普遍存在倫理道德的觀念下，對於無意識狀態之醫療、生命之延長，仍會盡其可能的支持，如改為自行負擔維生醫療的費用，對於經濟無法負擔者，無疑是加深其道德罪惡感。（2）「九四共識」之立意良善，但民眾接受度會是一項很大的挑戰。（3）該院支持「九四共識」之方向，僅係對執行有所疑慮，故其作法仍須透過立法加以處理解決，較為可行。 | | | |
| ○○醫院 | 1、對於減少無效醫療後撙節之醫療費用，如何進行醫療資源重分配之看法：（1）無效醫療如何界定？「任何對於病患無法提供治療、康復或緩解效力的醫療行為」。（2）對實際案例界定是否為無效醫療的過程中，要如何保持充分的彈性，而又能避免濫用及誤解，在執行中常常難以取得共識。（3）界定病人的醫療是否無效時，應以符合邏輯的過程逐步分析處理－死亡是否即將來臨？如果治療獲得成功，最佳的可能結果會如何？能得到最佳可能結果或至少是良好結果的可能性有多少？2、對於「九四共識」之看法：（1）九四共識顯示洗腎、呼吸器治療及葉克膜三項醫療科技使用人數急遽上升，醫療資源也不斷的增加。然無效醫療定義為何？由誰認定？無效醫療是人道倫理？或分配正義？要如何合理解決？是法令規範？道德約束？或保險機制？目前尚無標準答案，這就是為何這個眾所皆知的問題一直存在且影響層面越來越廣。（2）可延長末期病人生命之設施包括呼吸器治療、洗腎、ECMO 、強心劑、加護治療等，當維持生命與延遲死亡的科技愈發達，無效醫療的問題愈常見，臨床效果可以由證據決定，但效益的決定牽涉到價值取捨，無效醫療的爭議在於價值差異，面對資源有限的事實，治療某些病人是否對社會其他人造成負擔或效益？不同的角度有不同的看法，從邵曉玲到星星王子等事件，可看到現代醫學的奇蹟；對家屬而言，這個治療絕非無效醫療，醫療人員「不是神」無法判定生死，在面臨病人生死關頭及家屬期望下，如何抉擇往往引發諸多爭議，即使政策也無法解決臨床醫師對病人與社會責任的衝突。（3）認同九四共識所提應由衛生主管機關結合臨床專科建立一套公正的評估及照護標準，明訂無效醫療範圍，透過統一的判斷標準，衡量是否符合積極治療的條件，以供醫療院所遵循，更重要的是公告周知且教育民眾，若不符合積極治療條件者，容許病人或家屬有選擇自行負擔繼續使用醫療資源費用的權利，避免引發爭議，導致醫病緊張。 | | | |
| ○○醫院 | 1、對於無效醫療之看法 （1）各界對無效醫療的認定與範圍，尚未明確，故無法有效統計其資源的耗用情形。雖然健保局曾提出洗腎、呼吸器治療及葉克膜的使用人數及其醫療費用占健保給付的比率等相關分析資料，但這些統計數據並未排除實際真正需要與有效者。因此，臨床上無效或有效醫療的認定，應比其所占醫療費用來的重要，例如哪些疾病是葉克膜的適應症，才是葉克膜臨床上使用的重點。  （2）另對於無效醫療的醫療效果探討，於「無效」醫療之名詞尚存在爭議，無論是以極低成功機率之量化(quantitative )定義，或以即便治癒但存活品質極差之質性(qualitative)定義，皆存在眾多爭議。  （3）當醫療提供者認為病人或其家屬要求的治療目標無法達成，或醫療提供者關於疾病治療的方向及治療成果的價值認定，與病人或其家屬的期待有所差異時，就存在「無效醫療爭議」（規範性定義），衛生署及健保局應事先訂定「無效醫療爭議」處理原則。  （4）此外，無效醫療的探討，不單只是醫療費用的考量，病人的生活品質與生命的尊嚴，才是最重要；因此，醫療人員如何完整告知相關的訊息、所有可能的選擇、預後與後續的生活品質等，讓病人個人或其家屬能有時間暸解、決定與調整，以及安寧緩和醫療風氣的形塑，才是避免無效醫療之重要途徑。  2、對於「九四共識」之看法：在「九四共識」中已明確指出無效醫療的問題及具體作為，但未來如何落實推動？包括無效醫療的認定程序、評估、適用範圍及照護標準，如何獲得社會大眾的支持與接受？將是一個重要的課題。 | | | |
| ○○醫院 | 1、呼吸胸腔科：贊成對急重症脫離率高之部分，重新審視提高給付之可行性，以鼓勵積極認真從事醫療之單位。但對於是否該減少所謂無效醫療之給付，政府宜統籌規劃。醫療行為之社會正當性與分配正義，應為公共政策規劃者所須研究之課題，由第一線醫護人員決定哪些病患應該減少給付，倫理與法律責任過於沉苛。  2、心臟外斜：九四共識立意良善，但由第一線醫療人員面對病人家屬，實難以承擔批評與要求。建議由各醫學中心成立委員會予以評斷，甚至由IRB參與；另視不同之醫療狀況分出等級及自付額之比例。  3、血液腫瘤料：九四共識的內容看似合理，既符合公平正義，也可避免末期病人因過多治療帶來更大的痛苦。但值得注意的是如何界定無效醫療？當病人被診斷為末期病人不應當再接受積極治療時，家屬站起來反對時，醫師要如何面對？若醫師順從家屬意思給予治療時，將如何面對其他同意醫師作法的病人家屬？若醫師堅持不給予無效醫療而引發法律訴訟時，政府將如何保障醫師？建議政府參考Texas Advanced Directives Act.，制訂我國無效醫療之法案，讓醫療從業人員及病人能在法律保障之下，合理拒絕無效醫療。 | | | |
| ○○醫院 | 1、對於無效醫療之看法 （1）無效醫療的問題關鍵在於民眾自身的經濟門檻，對民眾而言，醫療使用若為個人付費情形下，因面臨經濟壓力，所使用的醫療資源將受考量而有所控制；但若為健保給付狀況下，多數民眾選擇充分的使用至病人臨終。  （2）目前民間、醫界及衛生主管機關對於無效醫療的定義，仍未取得共識，尤其牽涉生命意義，如讓醫師以專業判斷無效醫療而放棄救治，未來只會引起更多糾紛，建議應結合相關倫理諮詢委員會、法律學者、學術團體、政府機關等共同討論研擬，訂定具體規範及定義，並強化對民眾推廣及教育理念，否則減少無效醫療仍有相當的困難及爭議。 2、對於「九四共識」之看法，為有效撙節健保資源使用，可從提升安寧緩和醫療利用及推廣DNR簽署著手： （1）對民眾觀念宣導：長期以來民眾對於安寧療護的迷思，不外乎為安寧療護只照顧癌症末期病患；安寧病房是等待死亡，被放棄治療的地方；安寧療護只有在所有積極治療都結束，無計可施時，才被派上場。瞭解安寧療護使用時機定義的人並不多，因此加強民眾宣導，實為當務之急。  （2）增加病人選擇安寧療護意願：目前健保局在財務設計上，並無鼓勵重症病人選擇安寧緩和醫療的財務誘因，故完全贊同未來政府建立完善評估流程後，健保能提供這群人免除部分負擔的安寧緩和照護，相信對提升安寧緩和醫療之使用，有相當大的助益。  （3）增進民眾簽署DNR之意願：安寧緩和醫療條例賦予我國國民可以在臨終時選擇或拒絕心肺復甦術的權利。推廣DNR簽署，若單以浪費健保為由，呼籲民眾放棄無效醫療，很難達成目標，除非推廣生命教育，讓全民認識無效醫療進而簽署DNR，才能減少無效醫療。 | | | |
| ○○醫院 | 1、對於無效醫療之看法 （1）由於臨床醫療行為之施行本身充滿高度不確定性，且許多疾病之病程具有不可逆性，實難單從醫療結果去論斷個別或整體醫療行為是否屬無效醫療，亦難以治療結果來回溯認定無效醫療及估算其費用規模。另對於重症病患末期無效醫療之評估機制，由誰來認定醫療是無效的？主治醫師所要面對的是病人生死的抉擇、家屬對醫療的期盼及後續的法律問題。因此，如何能建立公平、客觀及第三者評估機制極為重要，否則僅由醫療院所醫師執行評估，將造成家屬之壓力均施加於臨床醫師，此為臨床醫師不可承受之重，且易衍生醫療糾紛。  （2）目前的醫療生態，醫師往往須面對家屬對於治療結果的期望，若醫師面對病情較危急的病患，短期內就不施行積極的治療，可能造成病患家屬認為醫師過早放棄治療的誤解。以「九四共識」，如要求病人家屬自行負擔繼續使用維生醫療之費用，將導致醫病溝通之緊張，醫師是否急救需先向病人說明可能「自費」之狀況，將導致醫病對立有違醫學倫理，另近年來醫病關係日趨緊繃，此舉將更造成醫病之對立。  （3）為對無效醫療作有效的導引，宣導並推廣安寧療護為現階段解決無效醫療可行方案之一，可有效減少醫療資源浪費。另加強生死學、尊嚴死方面的教育，使民眾較能夠接受新的觀念，推廣「預立選擇安寧緩和醫療意願書」、「不施行心肺復甦術(DNR)同意書」、「醫療委任代理人委任書」及「選擇安寧緩和醫療意願撤回聲明書」之觀念。 2、對於「九四共識」之看法 （1）對於「九四共識」中有關重症病患末期無效醫療之評估機制，因涉及病人家屬費用負擔之問題，如依現行規劃要求家屬「自費」，如何能建立公平、客觀及第三者評估機制極為重要，否則若僅由醫療院所醫師執行評估，將造成家屬之壓力均施加於臨床醫師，此為臨床醫師不可承受之重，且等同將健保撙節之責任全部轉嫁於臨床醫師，有違公平正義。  （2）對於使用呼吸器治療之急性病人，能否成功脫離呼吸器與病患本身之疾病息息相關，病情若嚴重，無法治療，將造成病患日後需長期使用呼吸器，利用評鑑之方式作為品質之監測，需有完整及良善之規劃。  （3）對於長期對於使用呼吸器治療之病人，牽涉到生命、倫理等相關議題，是否以調整健保費用，或病患自行負擔費用做為手段，應有全國一致性之共識。 | | | |
| ○○醫院 | | 1、對無效醫療之看法：請先明確定義無效醫療之定義。2、對於「九四共識」之看法：認同，配合執行。 | | |
| ○○醫院 | | 1、對於無效醫療之看法：各項醫療介入應評估臨床及個案健康效益、成本效益及個別選擇性等，無效醫療所占醫療費用實在太高，而其醫療效果卻不成正比。以有限的健保資源，高額、支出，照護預期無法有顯著醫療成效之病人，是否有失社會公平及分配正義。另就生命價值、生活品質而言，無效醫療是否讓患者喪失生命尊嚴？違反行善原則（對病人及民眾做有利的決策）並也造成其他的社會問題？對於病程進展已面臨死亡不可避免時，應加強說明選擇讓病患有尊嚴的善終，而非藉由儀器延長生命跡象並耗費龐大的醫療費用與人力資源。2、對於「九四共識」之看法：同意，樂見其成。不要因政治考量又躊躇不前，應促使儘快修法。 | | |
| ○○醫院 | | 1、對無效醫療之看法 （1）從安寧照護：  ①無效醫療很難有明確定義，因此無法預估醫療費用比重。疾病慢性期時，某個處置是否屬無效醫療，關係到個人價值觀、對生命看法與生活品質的認定。疾病急性期時，尚未開始治療，無人能得知是否成功，自也無法依最後的醫療結果，來判定當初的醫療處置是否為無效醫療。  ②無效醫療的認定需要醫師、病人與家屬充分的溝通後共同決定，但在目前民眾對無效醫療的認知不足，無法有效溝通，且醫師害怕不作為而有醫療糾紛之下，要減少無效醫療實屬困難。  （2）從呼吸治療科：  ①所謂無效醫療(futile therapy) ，簡單定義為經過任何醫療處置，仍然無法達到預期與合理之治療反應的醫療行為。因此根據倫理學立場、不傷害原則，以及醫療成本之考慮，這類病患應該接受安寧緩和醫療，而不再是英雄式醫療。然而以上定義缺乏操作型的標準與實際執行原則，既無醫學會的普遍共識，亦無實證醫學的客觀證據。每個國家衡量國力定出可容許的閥值(thresho1d)，如在生命品質拯救年數支出上(Qua1ity-adjusted 1ife years,QALY)；加拿大為2萬5千至7萬5千美元；美國為5萬至10萬美元；荷蘭為2萬歐元；英國為2,500至5,000英磅。至於我國，也需要政府與健保局仔細核算訂定數字，並教育說服民眾。  ②但近1年來實際施行無效醫療的病患比例大幅增加。造成的因素眾多，首先是民眾無法理性討論病情，民眾也無須為額外醫療浪費負擔起自己應該負擔的費用，健保費用自然無法撙節。另一方面政府與健保局亦採取媚俗的態度，迴避正面的問題。自96年提出加護病房無效醫療的審核標準之後，即未見任何持續著墨，政策宣導、嚴格執行與效益討論。  2、對於減少無效醫療後撙節之醫療費用，如何進行醫療資源、重分配之看法  （1）目前安寧病房費用屬定額給付，且病房硬體設備與人員配額皆有嚴格要求，若能算出撙節的醫療費用，應提高給付。  （2）安寧緩和醫療門診每個病人需要花費很多時間，尤其是初診病人，應提高給付費用。  （3）目前整體醫療費用仍屬不足，點值浮動且皆小於1。減少無效醫療後的醫療費用應用於支付醫療費用成長與回補點值。  3、對於「九四共識」之看法：此共識立意良善，但要落實，需要大量民眾教育並加強醫事人員之相關訓練（除醫事人員繼續教育外，也要加強醫事人員學生時期相關課程的授與），否則臨床上無法經由適當溝通而達成處置決議。 | | |
| ○○醫院 | | 1、對於無效醫療之看法：應請先明確定義何謂無效醫療，如果無效醫療能由衛生署及健保局明確加以定義，將可藉由政府部門及醫院教育民眾節約醫療資源，或修法規定增加自行負擔比率等。  2、對於「九四共識」之看法：非常同意，但大家對三大原則應該有最基本的共識。何謂「關懷生命品質」？如何「尊重醫療專業」？必須植基在相同的基礎上，才能奉持三大原則。  3、尊重生命牽涉倫理、道德、宗教、風俗民情，交互糾結，議題廣大，建議從教育著手。 | | |
| ○○醫院 | | 1、支持「九四共識」，以避免不必要之醫療資源浪費。  2、長期同時使用呼吸器及透析治療的病人，仍呈無意識狀態或生理功能極差者，可停止醫療給付。 | | |
| ○○醫院 | | 1、對於無效醫療之看法（1）無效醫療的問題關鍵在於民眾自身的經濟因素，對民眾而言，任何醫療使用若需一定額度的自負額，且多少會有相當的負擔感覺，因面臨經濟壓力，所使用的醫療資源將因自身經濟因素考量而有所節制；但若多是健保給付，讓民眾不覺得有相當負擔，多數民眾將會選擇充分使用至臨終。（2）無效醫療的資源分配對於醫療資源浪費及健保制度的健全，已成為社會共識，攸關社會大眾權利，亟需社會輿論意見的整合，適當建立醫學定義及立法規範。（3）站在醫療專業及職業倫理立場，醫療院所及醫療從業人員有義務且有能力將病人救活，無效醫療議題最常見以腦死及不可能清醒的植物人病患是否需要繼續給予醫療，盡到最好的照顧責任。但目前社會、醫界及衛生主管機關對於無效醫療的定義仍尚未取得一致共識，尤其牽涉至生命的意義之倫理議題及刑責是否牽涉之切身問題，如規定讓醫師以專業判斷無效醫療，而放棄救治並不能解決目前困境，未來可能糾紛更多，爰建議社會應重視這個問題結合相關倫理諮詢委員會、法律學者、學術團體、政府機關共同討論研擬，訂定**具體法律規範及醫學定義，並強化對民眾推廣及教育理念**。2、對於「九四共識」之看法（1）對民眾觀念宣導：長期以來民眾對於安寧療護的迷思，故加強民眾宣導實為當務之急。（2）引導病人選擇安寧療護意願：目前健保局在財務設計上並無鼓勵重症病人選擇安寧緩和醫療的財務誘因，相反的很多末期病患因持有重大傷病資格，似乎沒有額外的財務負擔，因而降低民眾選擇安寧緩和醫療的意願，故完全贊成未來政府建立完善評估流程後，健保能提供這群人接受免除部分負擔的安寧緩和照護，同時對於「九四共識」所提三類病患適度增加其部份負擔，相信在免去安寧緩和醫療費用部分負擔的誘因下，對提升安寧緩和醫療使用有相當大的助益。（3）增進民眾DNR簽署意願：醫療團體及醫療使用團體共同向民眾長期教育「生命的意義在有意識的生命，健康的生活」，讓民眾暸解無效醫療只是戕害生命的尊嚴，進而簽署放棄急救同意書，才能減少無效醫療的浪費。 | | |
| ○○醫院 | | 1、目前臺灣對無效醫療之定義及處理的程序仍未正式確立，致使醫師欲對無效醫療作處理卻無從下手，且大多數醫師未接受充分的訓練與末期病人及其親屬解釋及溝通何時或何種情況下應不予或撤除治療，容易引起醫療糾紛。因此，對於無效醫療的認定，建議由衛生署召開專家會議，訂定臨床指引，並依據人道及分配正義，與各層級醫院建立共識，合理建立「無效醫療政策」，衛生署亦應責無旁貸負起推廣社區民眾接受無效醫療觀念的責任。  2、目前對透析病患建議退出治療，均由醫師發起，但向病人提及此種選擇時，仍會尊重家屬之決定，由家屬擔任醫療決策者，醫療團隊不主導決策結果，以避免後續醫療糾紛。為使病人及家屬的想法改變，單靠醫療團隊的啟發尚嫌緩慢，應由政府介入，並從教育著手，使民眾尊重醫療專業，適當使用有限醫療資源。  3、同意「九四共識」的觀點，但仍建議應對安寧療護之定額給付限制、訪視費給付偏低及安寧共同照護試辦方案給付限制等問題，列入通盤考量。 | | |
| ○○醫院 | | 終止或撤除心肺復甦術應由兩位醫師診斷為末期病人，並經患者或家屬簽署同意書，再經過醫學倫理委員會等程序，但小醫院不懂如何處理。 | | |
| ○○醫院 | | 1、基本上醫師並不願意見到無效醫療，但實際上確實有一定比例存在。實務上地區醫院RCW接收的病患往往選擇性不高，從醫學中心或區域醫院轉來呼吸器依賴的病人，即便是無意識狀態或生理功能極差，既已轉來，醫院就只有盡力照護其存活。2、法律機制不完整，病人家屬對於安寧與善終的意識尚未成熟時，把醫師或醫院都推到第一線去承擔所有風險，乃是不實際，尚待政府相關部門能制定標準作業程序，尤其發生急重症時，即應防範無效醫療的發生。 | | |
| ○○醫院 | | 1、對於無效醫療之看法：應先請相關單位明確訂定無效醫療之定義，才能提具完整看法。目前在臺灣最大之問題，是對於無效醫療是否有共識，不先建立共識，行動就沒有方向。2、對於「九四共識」之看法：（1）對於無效醫療的認定，宜由衛生署召開專家會議，擬定臨床標準指引，以利依循判定。（2）健保資源有限，對於合理給付的分配，贊同「九四共識」對於判定無效醫療者，應讓病人負擔部分醫療費用，抑制醫療資源的浪費。（3）小醫院無法組成撤除維生設備的醫學倫理委員會，目前醫師無法執行終止之專業行為。 | | |
| ○○醫院 | | 1、無法救治的末期病人應收置在一般病房或安寧病房，並非在加護病房，但教育及給付制度卻出了問題，曾於審核病歷時發現癌末病人仍接受開刀、化療。2、醫療不應製造植物人，植物人不應使用呼吸器、洗腎，應設上限。 | | |
| ○○醫院 | | 1、疾病末期轉介困難（需學術研究）：醫學上仍無良好準則能準確評估病末存活期；病人及家屬與原主治醫師的緊密情感難割捨。2、撤除維生系統，期間必須經過許多努力，無法幫醫院賺錢，但呼吸器繼續使用下去，卻可幫醫院賺錢；故應提供誘因，讓願意放手的醫師不會受到法律的追究，並讓醫院可以賺錢。 | | |
| ○○醫院 | | 1、無效醫療來自醫師對生命末期照護之訓練不足、溝通不良、法律不瞭解、醫病的互信不足，建議加強溝通及對醫療團隊的再教育。2、醫學是解決問題，不是製造問題，生命末期的教育是21世紀醫學的主流，但國內欠缺善終計畫，醫師不願面對死亡（因醫療糾紛、不願與家屬溝通）。 | | |
| ○○醫院 | | 1、對於無效醫療之看法：醫療本來就充滿不確定性，加上許多疾病之病程具有不可逆性，實難就醫療結果論定個別或整體醫療行為是否屬無效醫療，且臨床上尚須考慮病患及家屬之主客觀意願。2、對於「九四共識」之看法：立意雖屬良善，但民眾之接受度將有待考驗。 | | |
| ○○醫院 | | 1、應從上游醫院管控呼吸器依賴患者人數的成長。2、九四共識涉及層面甚廣，如只停留在專家學者及行政機關的討論，推動成效恐怕有限。3、無效醫療之定義為何？家屬對於無效醫療的認知與想法為何？仍須進行宣導。4、贊同九四共識，但執行上如何兼顧人道，並從源頭即應妥善處理。 | | |
| ○○醫院 | | 1、無效醫療不能由醫師定義，應由醫師與家屬溝通取得共識。2、無效醫療不甚妥適，可以「end of life」，並先從重症RCW患者開始著手處理。RCW患者脫離呼吸之因素包括：意識是否清楚、家屬的決定，家屬擔心後續照護費用，遂不願拔管。3、無效醫療的始作俑者是消費者及法令制定者（制度及法令不夠完整），醫師充其量是幫凶，紐西蘭、英國對類此問題，均以自費處理。 | | |
| ○○醫院 | | 呼吸器使用患者無論意識狀態清醒與否，只要血壓、心跳仍維持，對於臨床醫療同仁或家屬來說，不繼續照護仍難以心安；大多屬家屬認為，病患需靠呼吸器持續治療，且間歇需要抽痰等醫療處置，病患仍應在醫院繼續接受醫療照護，無法接受院方建議下轉居家照護，並表明回家無疑是逼他們放棄親人的生命，造成溝通上的困難。 | | |
| ○○醫院 | | 1、對於無效醫療的看法 （1）廣泛宣導無效醫療的觀念：病人、家屬現身說法、媒體宣導、請理念相同的名嘴論談、以小說戲劇方式宣導、專家解說、政府積極推動。  （2）作法：①無效醫療的界定：邀請專家、學者明確訂定無效醫療的定義。②何種病人屬無效醫療：在醫院內由專家、法界、宗教界、社會人士等組成委員會認定之（現已有腦死認定的作法）。  （3）制定無效醫療病人的治療準則：①準則以內的治療健保給付。②準則以外的治療必須自付。  （4）法源依據：已有安寧療護法（註：應為安寧緩和醫療條例）為依據。 2、建議事項：儘速擴大推動無效醫療實施辦法，撙節大筆醫療費用，亦減少病人所受的痛苦。 | | |
| ○○醫院 | | 1、何謂無效醫療，可以找出非常多的版本，在臨床上面臨醫療不確定性時，如何判斷無效醫療？誰來判定？除非政策上能非常明確定義出無效醫療。2、在醫療上「不救可以會死、救了可能會活」，這是比率的高低，但對於案家只有兩種情況－生與死，並非有無效果，若在無效醫療定義上不明確，很難計算出無效之比率，臨床上更難判定。 | | |
| ○○醫院 | | 無效醫療定義，涉及專業判斷與醫學倫理問題及如何改善資源不當耗用，應有待相關單位及立法程序辦理。 | | |
| ○○醫院 | | 1、哪些是無效醫療（1）拒絕急救或無效醫療應該是指疾病被認定在短期內無治療的可能時：長期使用呼吸器及透析治療的病人仍呈無意識狀態或生理功能極差者、重症末期患者、癌症末期患者。（2）建立無效醫療認定的正當程序：不急救、不插管、不洗腎，安寧療護，建議退場機制。2、對「九四共識」之看法（1）衛生主管機關應結合臨床專科建立一套公正的評估及照護標準，明定無效醫療範圍，透過統一的判斷標準，衡量是否符合積極治療的條件，供醫療院所遵循。（2）公告周知且教育民眾，若不符合積極治療條件者，容許病人或家屬有選擇自行負擔繼續使用醫療資源費用的權利，避免引發爭議，導致醫病關係緊張。 | | |
| ○○醫院 | | 1、無效醫療之定義及處理程序尚未正式確立，讓醫師無法適當面對無效醫療的發生風險，與可能延伸相關法律訴訟之問題。2、國人傳統觀念，對親人在無效醫療之認同及放棄醫療、器官捐贈等認知差異尚難接受。3、納入醫事人員在職教育研討，並由政府與各醫療院所持續對民眾作適當衛教與宣導，希能改變國人觀念。 | | |
| ○○醫院 | | | 認定無效醫療後，如何開口與家屬進行溝通？ | |
| ○○醫院 | | | 對於「九四共識」之看法：贊同，合理控管重症末期無效醫療費用。 | |
| ○○醫院 | | | 1、對於無效醫療之看法（1）無效醫療須先經專家共識，明確定義後，才可估算出其比例。無效醫療除需要專家判斷潛在恢復可能性外，亦需與家屬充分說明與溝通。（2）對於末期病人給予施行無效醫療，不僅造成病人的痛苦、家屬的負擔、國家醫療資源的浪費，形成三輸的局面。若能推廣DNR及提供高品質的安寧照顧，則可讓病人有尊嚴地走完人生的最後一程，亦可節省醫療資源。2、對於「九四共識」之看法（1）對於長期同時使用呼吸器及透析治療病患，仍呈無意識狀態或生理功能極差者，應由專家決定有無潛在恢復性可能：①若有恢復可能者，健保只提供免除部分負擔之安寧及緩和照顧，維生醫療之費用則須由病患自行繳納部分負擔，以達使用者付費，恐有違醫師法之規定。②若無恢復可能者，不給予維生需要的呼吸器治療，則為安樂死範疇，需有社會共識及立法規範。（2）若轉由家屬自行負擔部分繼續使用維生醫療之費用，需由主管機關於政策面制定規範，否則對醫師與醫療院所在執行上，可能面對的困難與阻力是可預期。（3）無效醫療此議題，應對於全國民眾先做好相關安寧及照護的教育，讓民眾能理解關懷生命品質並尊重醫療專業，並制定醫師可參考的規範，使醫師在無壓力及醫療糾紛的顧慮下，判定病人是否為末期無效醫療的個案，再進行與家屬溝通。（4）對於使用呼吸器治療之急性病人，為鼓勵醫院尋找使用之真正原因，幫助病人成功脫離，確實宜建立以醫療品質為依據之評鑑及支付制度，以給予適當的回饋。（5）討論無效醫療之議題，醫療策略上的配套措施與共識的努力，應優先於健保給付調整的考量，以免徒增執行上的困難與阻力。尤其對於是否撤離維生系統，在專業判斷、評估流程、周延的法律規定、民眾的認知度等等議題，應透過各種努力，加速取得各界的共識，自能合理減少資源的耗用。 | |
| ○○醫院 | | | 建議降低無效醫療努力方向 1、減少呼吸器依賴人數：正確診斷找出真因、鼓勵訓練脫離呼吸器、下轉居家照護。  2、建立社會大眾觀念：安寧療護觀念、預立醫囑觀念。  3、站在病人最大利益做考量，同時保障醫師的正當醫療行為。 | |
| ○○醫院 | | | 對無效醫療無法可管，建議建立安寧緩和醫療照護指引界定無效醫療及「必要醫療」範圍。 | |
| ○○醫院 | | | 加強生死學教育，並加強與家屬溝通，避免無謂的醫療。 | |
| ○○醫院 | | | 應對無效醫療做出精確的定義。 | |
| ○○醫院 | | | 醫療科技快速發展，先進儀器或技術、藥品可以延長病人生命，但不當使用可能引發新的公共衛生危機，也往往延長死亡過程，並造成沈重醫療費用之負擔，若未能在前端加強教育及宣導，一旦進入急性救治，家屬於情感上的因素及社會觀的考量，對於無效醫療，普遍上無法接受停止積極治療或放棄治療。 | |
| ○○醫院 | | | 無效醫療與國人傳統觀念就醫習慣是相互背離，因大部分國人對於其生病之親屬，只要有一絲希望，通常會要求醫師盡量救治，而醫師很難拒絕，因此灌輸及教育國人簽署DNR是根本解決之道。 | |
| ○○醫院 | | | 1、對無效醫療的看法取決於病人家屬及民眾之認知，基於對生命的期待，往往不顧醫師的專業意見而要求醫師積極救治。面對醫療環境的改變，民眾就醫意識高漲，面對醫療糾紛的陰影下，醫師需面對醫療倫理及社會責任。2、建議制定無效醫療的相關法令政策，提供醫療專業人員面對國家現行法律（醫療法第60條、醫師法第20條、護理人員法第26條）、病人及家屬之意願時，評估生命末期照護之指引。 | |
| ○○醫院 | | | 1、對於無效醫療之看法：應先界定何謂無效醫療，並不是病人死亡就表示之前的一切就是無效醫療，同一項藥物或治療方式在某一些病人是救命的方式，在另一些病人身上卻可能是無效醫療，但要由誰來認定哪一個病人接受這些醫療是屬於無效醫療？如健保有給付，家屬容易傾向接受這些治療，醫師又如何能要求家屬放棄？2、對於「九四共識」之看法：（1）三大重要議題應正面看待，凸顯分配正義之原則。（2）應提出具體可行之方案，非只是共識或原則。（3）民眾是否接受這樣的調整，是決定分配正義及九四共識是否能落實之重要因素，應該先教育民眾醫療資源有限、健保費用不應該也無法提供無限制的醫療，對於這些非花在刀口上的費用，應由家屬負擔其中的大部分，而非由政府或全民來承擔。 | |
| ○○醫院 | | | 1、對於無效醫療之看法：應先定義減少所謂無效醫療 之費用包含哪些，再視其影響層面進行醫療資源分配。2、對於「九四共識」之看法：目前不論推行安寧緩和醫療或簽署DNR，均遇到許多困難，顯見國人對於重症病患末期之醫療，仍有許多期待。站在應有效利用醫療資源之角度，重症病患末期之醫療確有檢討的空間；但以家屬的立場，應無法認同健保不提供此類病患維生醫療之費用。在醫療資源有限的前提下，建議應先建立國人相關認知，並輔以相關的配套措施，以達到「九四共識」之三大原則。3、針對無效醫療轉安寧照護的部分，建議有明確的支付規定可以遵循。另針對醫療業務執行人員，亦應有法律上之保障。 | |
| ○○醫院 | | | 減少無效醫療是理所當然，但要有法律依據及積極宣導，使病人及家屬能及早簽署DNR意願書/同意書，方能有效減少無效醫療。 | |
| ○○醫院 | | | 1、何謂無效醫療？應取得共識。在公平正義原則下給予適當的醫療資源分配，但需明暸醫療資源配置不等同健保給付範圍設定。2、目前臺灣最大之問題是對於無效醫療是否有共識？美國人不治療植物人，而臺灣現況每年花費兩百多億維持超過1萬名的植物人。因此，如對於無效醫療，不先建立共識，行動就沒有方向，又不知如何推動。3、醫療訴訟中，往往都是缺乏作為的疏失，甚少聽聞過度醫療的案件。換句話說，多做總比沒做好，是多數醫療人員的態度。司法的判例，也造就醫界逐漸形成過度醫療、保護性醫療之普遍現象。司法若無改革，絕對無法減少此一現象。醫護人員是醫療者的角色，所以無權放棄救治任何人，僅能盡自己之力量照護病人，如國家可以健保法規範民眾在呼吸器依賴或是洗腎一段時間後必須自費負擔、或規範特定族群，不能以健保接受高價或侵襲性的治療，可以協助醫界處理這一難題。 | |
| ○○醫院 | | | 認同「九四共識」之看法。 | |
| ○○醫院 | | | 1、對於無效醫療之看法：保險制度未規劃設限，且無效醫療定義不清，病患有就醫權利，且目前健保制度屬全民納保，而醫師認定病況減輕或改善，即屬有效醫療。2、對於「九四共識」之看法：表示贊同，但仍須清楚定義無效醫療，由醫學中心專家組成判定小組，定期至各地區醫院做判定，避免地區醫護人員因判定問題衍生無謂之醫療糾紛。 | |
| ○○醫院 | | | 該院曾就呼吸器依賴患者未予積極的治療，使其安詳往生，事後卻遭健保局核刪，其理由為照護品質不佳，究政策係鼓勵延長此類患者繼續活著，還是讓其安祥善終？ | |
| ○○醫院 | | | 其他專科醫師對末期照護經驗與無效醫療認知有差距：其他重症專科醫師不瞭解安寧照護，導致病患執行過多無效醫療。病患及家屬對安寧照護接受程度取決於原照護醫師之觀念與溝通，如醫師詳細瞭解安寧照護作業，便可適時向病患及家屬建議接受安寧照護。故建議衛生署要求重症照護專科（如腫瘤科、呼吸治療科）訓練加入緩和療護臨床照護。 | |
| ○○醫院 | | | 無效醫療豈是由時間長短就能判定，或該由誰判定？判定條件為何？再者，判定之後，如家屬付不起醫療費用，必須選擇放棄，那由誰來拔管？現今安樂死尚未通過，基於人道立場，家屬、醫師，RT甚至護理人員，誰能拔管，誰又敢拔管。現況醫療糾紛頻傳，醫院、醫師人人自危，已令所有的醫院及醫師無所適從。 | |
| ○○醫院 | | | 1、醫療「無效」的認定常是主觀，判斷要達到完全客觀及具體的定義是相當困難，特別在執行醫療行為的當下，不只是專業問題，還有文化、倫理甚至法律層面的顧忌。所以，法律（如安寧緩和醫療條例）界定以外的醫療行為或情境，因缺乏法律的支持，而執行不易。  2、實務上要改善無效醫療，需先討論「醫療除刑事化」。  3、多元化的教育與宣導，讓民眾瞭解無效醫療對患者本身是殘酷的仁慈，對象應包括社會大眾、病患及醫護人員。 | |
| ○○醫院 | | | | 1、對於無效醫療之看法：（1）無效醫療的費用管控，對健保財務著實具有正面助益，唯現階段各界對於無效醫療之認知，差異甚大，在情、理、法三大層面，仍存有許多討論空間。（2）建請對於無效醫療之定義更為明確，不應將其評估與判斷風險轉嫁予醫師。2、高度認同「九四共識」；當今消費者意識高漲，醫病關係緊張，臺灣醫師所承受之壓力，已高居世界第一。故建議未來在無效醫療實際執行面上，應有周全之配套措施，不應一昧將相關權責全數交付給醫師。 |
| ○○醫院 | | | | 1、該院對於無效醫療之疑慮：（1）是否等於無醫療糾紛。（2）家屬的認定。（3）法官的認定。2、對於「九四共識」之看法：由家屬自行負擔部分維生醫療之費用，會增加家屬經濟負荷。 |
| ○○醫院 | 認同「九四共識」之四點共識，尤其是保障醫師執行終止無效醫療之專業行為，重要的議題應是避免製造無效醫療之族群。 | | | |
| ○○醫院 | 1、疾病發展至無效醫療階段，充分不確定因素，醫療人員執行醫療風險亦增加，如何保障並避免醫療糾紛發生，應有完善及明確之配套機制。2、透過提高部分負擔，或由民眾選擇自行承擔醫療費部分用，雖可遏止民眾醫療浪費，但對於弱勢民眾仍須予以提供完備的社會福利保障。3、病患生命無價，應考慮病患及家屬身心靈之需求，必應透過政策宣導，以導正民眾就醫行為，提高一般民眾對於安寧療護的認知。 | | | |

##### 資料來源：依據本院實地訪查醫院所提出之意見彙整製作。

## **安寧緩和醫療之執行情況及檢討**

### 發展歷程

#### 國外的發展

### 安寧緩和醫療又稱「安寧療護」、「安寧照顧」、「臨終關懷」，安寧療護（hospice）一字始於12世紀，原指「朝聖中途休息驛站」，用以接待長途朝聖者。中世紀時，天主教徒喜愛至耶穌的誕生及死亡地點朝聖，惟當時交通相當不便，半途中有人饑渴交迫或生病，此休息站就成為讓旅客休養生息及補充食物的地方，後來延伸為「照顧受傷與垂死過路人的院舍」。至19世紀，交通已較為發達，此種朝聖的休息站已無太大意義，hospice就成了專門照顧無法治癒病人的相關醫療機構之代稱。

### 1879年都柏林的修女艾肯亥（Mary Aitkenhead）將其修道院主辦的Hospice，作為專門收容癌症末期病人之場所。1905年英國倫敦市區一家仁愛會修女所辦的聖約瑟安寧療護醫院也改變方向，專門收容癌症末期病人，係第1所專門照顧癌末病人的醫院。但當時兩者係秉持基督的博愛精神來照顧病人，並未融入專業的醫療科技以改善病人之症狀。

### 1967年聖約瑟醫院的護士西西里‧桑德斯女士（Dame Cicely Saunders）體會癌末病人需要更專業的照顧，遂於修畢醫學及社會工作學位後，在倫敦創辦聖克利斯朵安寧療護醫院（St. Chritoph’s Hospice），成為全世界第1座現代化兼具醫療科技及愛心照顧的安寧療護醫院。1976年聖克利斯朵安寧療護醫院的一組醫療人員前往美國康洲，協助建立第1座新哈芬安寧療護醫院。自此，安寧療護醫院如雨後春筍般在歐美各國建立，並傳至亞洲，日本、新加坡、香港、韓國及臺灣也開始發展安寧療護。

#### 定義與概念

### 以緩和症狀而不以治癒疾病為目標之醫療，稱為緩和醫療（palliative care）或緩和醫學（palliative medicine）。Palliate源自拉丁文palliatus，意為減輕嚴重程度，即減輕疾病，緩和疼痛之意。世界衛生組織對安寧療護所作之定義係對治癒性治療已無反應及利益且具生命威脅之病人，給予疼痛控制及其他症狀的緩解，再加上心理層面、社會層面及靈性層面之照顧。安寧療護的目標係協助病人及其家屬獲得最佳的生活品質，安寧療護的某些方式甚至在病人罹病的早期也可適用，例如抗癌治療與症狀緩解治療同時進行。

### 由於安寧療護著重在病人生活品質之提升，故隨著疾病的惡化，其所占之分量將愈形加重，世界衛生組織對安寧療護定義又作更進一步的解釋：安寧療護肯定生命的意義，但同時也承認死亡為自然過程，人不可加速死亡，亦毋須無所不用其極、英雄式的方法拖延死亡過程。醫療團隊協助病人緩解身體上痛苦的症狀，同時提供病人及家屬心理及靈性上的支持照顧，使病人達到最佳生活品質，並使家屬能夠順利渡過哀傷期。

### 由上可知，安寧療護內涵包括：①緩解疼痛及其痛苦症狀。②肯定生命，視死亡為一種正常的過程。③不加速或延遲死亡。④整合病人心理與靈性層面的照護服務。⑤提供支持系統以協助病人盡可能積極地活著直到死亡自然來臨。⑥協助家屬能夠面對病人的疾病過程及其哀傷歷程。⑦採用團隊方式來解決病人及家屬的需要。⑧增進病人及家屬的生活品質，同時可影響整個的疾病過程。⑨可從疾病的早期就適用，以便減少病人因接受治療產生併發症引發的痛苦。

#### 我國的發展

### 臺灣安寧療護的發展最早可追溯1980年代，時任臺北榮民總醫院癌症治療中心陳主任光耀在其主辦之全國性「癌症研討會」中，即提出Hospice Care一詞。72年天主教康泰醫療教育基金會開始推展癌症末期病人的居家療護，開創安寧居家療護之先。基督教長老教會的馬偕醫院於79年成立國內第1個安寧病房，臺灣也成為世界上第18個擁有安寧病床的國家；同年年底，馬偕紀念事業基金會更進一步成立財團法人中華民國安寧照顧基金會，從宣導教育及醫療補助等方面推動安寧療護。

### 83年天主教耕莘醫院設立第2家安寧病房，嗣蓮花基金會、臺大醫院、康泰醫療教育基金會、恩主公醫院、慈濟醫院等紛紛參與。88年馬偕醫院賴醫師允亮聯合安寧療護的醫師共同成立臺灣安寧緩和醫學學會，次年訂定「安寧緩和醫學專科醫師」制度，推行臺灣安寧療護之專業發展。94年在臺灣安寧緩和醫學學會之敦促下，成立臺灣安寧緩和護理學會，至今醫護專業人員已逐漸邁向安寧療護之專科領域。

#### 安寧療護模式

### 英國安寧療護有住院病房、居家療護及日間照顧三種模式。住院病房與普通病房稍有不同，布置像家一般，舒適溫馨，醫療措施以減輕病人的痛苦為主，儘量減少侵入性、劇烈的醫療處置，也絕不縮短生命。但由於許多病人不願意、也不需要住院，故透過安寧居家療護，由醫護人員到病人家中給予病人症狀評估、治療藥物及專業護理之照顧。

### 至於日間照顧的模式，係家人於上班時將病人送到醫院，下班時再將病人接回。白天病人於醫院可以接受各種症狀之處理及照顧，晚上可以在家中睡覺休息。另一種模式則為一般綜合醫院設立受過專業訓練之安寧療護小組，流動到醫院中各病房照顧病人，此為安寧共同照護服務。目前我國安寧療護主要採取安寧病房、安寧居家及安寧共同照護等三種模式。

### 現況概述

#### 歷年衛生署推動概況

##### 84年開始，該署著手規劃辦理安寧療護，並於85年試辦安寧居家服務。

##### 89年6月，立法通過安寧緩和醫療條例，同年全民健保將癌症病人之安寧住院、安寧居家納入給付試辦計畫。且為確保安寧療護之品質，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。

##### 90年7月，國健局成立後，專責推廣癌症病人安寧療護工作。

##### 91年12月11日，針對安寧緩和醫療條例，進行部分條文修正案，使醫師對不可治癒末期病人，得在尊重病人意願之情形下，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。

##### 93年8月，國健局開始試辦癌末病人安寧共同照護服務（以下簡稱安寧共照），並自94年開始擴大補助醫院辦理安寜共照服務。截至目前為止，計有85家醫院提供癌症病人安寧共同照護服務，每年約可服務1萬7,000名癌症病人。且為提升安寧共照服務之品質，94年開始委託安寧緩和醫學學會，辦理安寧共照輔導計畫。

##### 98年9月，健保局將安寧住院、安寧居家療護納入全民健保正式支付標準，另為維護安寧照護品質，規定申辦院所必須設有安寧居家療護小組，並將服務對象從癌症病人、漸凍人擴大至「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」、「慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者」等8類疾病之末期病人。

##### 99年9月公告修正「醫院住院須知參考範例」，並於同年10月1日函請醫院協會轉知所屬會員，即日起開始醫療機構必須主動向所有住院病患提供「預立選擇安寧緩和醫療意願書」、「醫療委任代理人委任書」等表單，上開政策執行情形並已列入醫院評鑑基準之中。

| 必/可選 | 項次 | 評鑑基準 | 99年度評分說明 |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **5.8** | **重視病人生活品質與安寧緩和醫療** | |
|  | **5.8.1** | **致力於減緩病人疼痛及各項不舒服之症狀或疼痛** | [重點]  醫療應緩和病人的痛苦，提升生活品質（quality of life，QOL），故對癌症病人臨終照護（terminal care）的疼痛管理非常重要。緩和醫療是以癌症末期病人的疼痛管理及心理支持為重點的照護計畫，但並不需要為實施該計畫而新設設施，只需充份整理療養環境並提供關懷適當的照護。對面臨人生最後的多數病人，緩和醫療的理念及具體施行相關因應計畫是重要的，醫療人員必須以溫暖關懷的態度面對病人因痛苦帶來的不舒服症狀，或因檢查、處置或手術發生的身體上、精神上的痛苦。 |
| 可 | 5.8.1.1 | 建立安寧緩和醫療適用作業常規與實施之程序 | C：   1. 訂有安寧緩和醫療適用作業常規與實施程 序。 2. 對於符合安寧緩和醫療之病人，應告知病人或家屬如何選擇安寧療護。   B：符合C項，且：   1. 相關常規及實施程序自然行之於日常照護 中。 2. 院內有配合宣導安寧緩和療護之訊息、單張與手冊。 3. 建立適合於院內施行之「安寧緩和醫療作業常規」。   A：符合B項，且照護單位主動提供癌末患者或家屬安寧療護相關訊息、單張與手冊，並且協助轉介安寧療護團隊。  [註]  本項為同時符合下述條件醫院適用之可選項目：(1)未設有安寧病房。(2)未申請「醫學中心評鑑」。 |
| 可\*\* | 5.8.1.2 | 使病人不適之症狀緩和，並減輕痛苦及提供其心理支持 | C：   1. 依照標準程序實施疼痛緩和醫療，以顧及病人生活品質及相關症狀緩和計畫之效果。 2. 應對個別病例選定最適合的計畫，並將其內容記載於診療紀錄。 3. 臨床醫療人員可正確使用各類疼痛或其他症狀控制藥物，並有照護紀錄可查。   B：符合C項，且   1. 應適時指導病人簽署拒絕心肺復甦術（或不予急救醫囑）。 2. 成立院内安寧共同照護團隊，並有照護紀錄可查。   A：符合B項，且安寧照護團隊服務品質良好，並有統計資料及定期分析檢討改善。  [註]  本項為同時符合下述條件醫院適用之可選項目：(1)急性病床49床（含）以下。(2)未提供安寧照護服務。(3)未申請「醫學中心評鑑」或「第二類評鑑」。 |
| 可\*\* | 5.8.1.3 | 實施並檢討對病人及家屬的心理及靈性支持措施 | C：   1. 檢討對病人提供的心理支持措施，以儘量提升病人生活品質。 2. 醫院內有癌末、瀕死或治癒無望的病人，應評估對此等病人之照護措施，是否尊重病人的自決，使其感覺餘生無悔。   B：符合C項，且設有固定服務之社工、志工或宗教師，可不定期提供主動訪視、支持或諮詢服務，並有紀錄可查。  A： 符合B項，且設有固定服務之社工、志工或宗教師，可每日提供主動訪視、支持或諮詢服務，並有紀錄可查。  [註]  本項為同時符合下述條件醫院適用之可選項目：(1)急性病床49床（含）以下。(2)未提供安寧照護服務。(3)未申請「醫學中心評鑑」或「第二類評鑑」。 |
| 可\*\* | 5.8.1.4 | 遵守「安寧緩和醫療條例」，並積極提供瀕死病人末期醫療及善終照顧 | C： 遵守『安寧緩和醫療條例』，有宣導與落實該條例之具體事實。  B： 符合C項，且能於住院須知中宣導病人有不接受（或不予急救）心肺復甦術（DNR）之權利，並有照護紀錄可查。  A： 符合B項，且協助病人或社區民眾簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」並作健保IC卡之註記，並有成效可查者。  [註]  本項為同時符合下述條件醫院適用之可選項目：(1)急性病床49床（含）以下。(2)未提供安寧照護服務。(3)未申請「醫學中心評鑑」或「第二類評鑑」。 |

##### 自95年度起辦理安寧緩和醫療理念相關宣導活動，95年9月至101年4月為止，計有11萬3,624位民眾已簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，並註記於健保IC卡上；且申請人數已從95年每月平均678人，提高至101年每月平均3,200餘人。100年1月26日總統公布安寧緩和醫療條例部分條文之修正案，增修對於已經簽署安寧緩和醫療意願書者，於其健保IC卡上加註安寧緩和醫療意願，其效力等同意願書正本；另為尊重病人意願，同時亦規定撤回意願、廢止註記之處理機制。

##### 100年4月起，健保局實施「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」（以下簡稱安寧共照試辦方案），即住院中之重症末期病人如有安寧療護服務之需求，但無法入住安寧病床時，可由原照護醫療團隊之醫護人員，照會同院之「安寧共同照護」醫療團隊，藉由安寧共照團隊人員至急性病床旁，依病人之病況提供安寧照護服務，使末期臨終病人無需入住安寧病房，亦可得到安寧療護之服務。此外，衛生署已於101年4月9日發布修正「醫療機構設置標準」，特別增定安寧病房設置標準，並於102年1月1日施行，藉以提升安寧療護服務之品質及普及。

| 綜合醫院 | 醫院 | 備 註 |
| --- | --- | --- |
| 1.得設安寧病房。  2.病房設施：  (1)應為可區隔之區域。  (2)應有供病人坐浴或臥浴之浴廁設備；病室內可提供者，則免設。  (3)可供面談及供家屬與瀕死病人最後相聚或默禱助念及家屬度過急性哀傷之獨立空間。  (4)視需要設置活動治療室。  (5)應有污物、污衣室。  3.應設病室並符合下列規定：  (1)應有浴廁設備，並有扶手及緊急呼叫系統。  (2)每一病室至多設4床；每床最小面積（不含浴廁）應有7.5平方公尺；如設單床病室者，每床最小面積(不含浴廁)應有9.3平方公尺。  (3)床尾與牆壁間之距離至少1.2公尺。  (4)床邊與鄰床之距離至少1公尺。  (5)床邊與牆壁距離至少0.8公尺。  (6)床與床之間，應備有隔離視線之屏障物。  (7)每床應具有床頭櫃及與護理站之呼叫器。  (8)病床應有床欄並可調整高低。  (9)每床應有醫用氣體及抽吸設備。  4.可提供下列儀器設備：輸液幫浦、病患自控式止痛裝置、床旁便盆器、翻身／擺位器材及各式枕頭與床墊、超音波噴霧器、搬運推床及床旁洗頭器具等。  5.可提供病人日常活動場所，按病床數計，平均每床應有4.5平方公尺以上（同一平面有戶外活動場所者，得免設）。 | | 1.如非獨立區域之安寧病房，其病室內應為安寧病床，且仍應有2-(3)、(4)設施。  2.安寧病房應有曾接受安寧療護教育訓練之相關專責專科醫師1人以上。  3.安寧病房醫師、護理人員、社工人員皆須受過安寧療護教育訓練80小時(含)以上。 |

#### 安寧療護之支付標準

##### 安寧住院部分

###### 申報院所資格：限符合衛生署訂頒之「住院安寧療護設置基準」，設立安寧療護住院病床之醫事服務機構申報，並向健保局各分區業務組提出申請核備程序。

###### 醫師：應置專責主治醫師1人；且須接受80小時以上安寧相關教育訓練（含40小時以上實習）。

###### 護理人員：每1床應置護理人員1人以上；且須接受80小時以上安寧相關教育訓練（含20小時以上實習）。

###### 社會工作人員：應置社會工作人員1人以上；且須接受80小時以上安寧相關教育訓練（含20小時以上實習）。

###### 其他人員：應置營養師、藥事諮詢人員，另得視需要設置臨床心理工作、職能與物理治療及不同宗教等專業人員及志工。

###### 歷年支付標準修正情形

| 時間 | 健保給付範圍 | 支付標準 |
| --- | --- | --- |
| 89年7月 | 癌症末期患者 | ※安寧病床住院照護費（床/天）P1101K 4600點P1102A 4100點P1103B 3800點※另得核實申報放射線診療特定治療項目 |
| 90年6月1日 | 癌症末期患者 | ※安寧病床住院照護費（床/天）P1101K 4820點P1102A 4280點P1103B 3930點※另得核實申報放射線診療特定治療項目 |
| 92年9月19日 | 癌症末期患者，並新增末期運動神經元患者 | ※安寧病床住院照護費（床/天）P1101K 4820點P1102A 4280點P1103B 3930點※另得核實申報放射線診療特定治療項目※新增：血液透析治療，得核實申報併採事後逐案審查。 |
| 93年2月16日 | 癌症末期患者、末期運動神經元患者 | ※安寧病床住院照護費（床/天）P1101K 4930點P1102A 4390點P1103B 4059點※另得核實申報放射線診療及血液透析治療等特定治療項目，採事後逐案審查。 |
| 95年1月1日 | 癌症末期患者、末期運動神經元患者 | ※安寧病床住院照護費（床/天）P1101K 4930點P1102A 4390點P1103B 4059點※另得核實申報放射線診療及血液透析治療等特定治療項目，採事後逐案審查。※新增得另行核實申報藥物雙磷酸鹽類。 |
| 98年9月導入支付標準 | 癌症末期患者、末期運動神經元患者，另新增8類慢性疾病之末期病人 | ※導入支付標準：第2-2-8章住院安寧療護支付標準代碼：安寧住院照護費（每日）05601K 4930點05602A 4390點05603B 4059點※另得核實申報：1、特定治療項目：放射線診療及血液透析治療。2、藥物：雙磷酸鹽類採事後逐案審查。 |

#### 資料來源：衛生署

##### 安寧居家部分

###### 申報院所資格：須向健保局提出申請後始可申請；且該機構須設有安寧居家療護小組（小組內須包括安寧療護專責醫師、社工師及專任護理師等至少1名），小組成員皆須受過安寧療護相關教育訓練80小時(含)以上；繼續教育時數部分，醫師、護理人員及社工人員為每年20小時，成員更改時亦須通知健保局轄區各分局。

###### 歷年支付標準修正情形

| 時間 | 健保給付範圍 | 支付標準 |
| --- | --- | --- |
| 85年7月1日 | 癌症末期患者ECOG 2級以上 | 1、醫師訪視費：第1次訪視費1500點（健保局支付1000點，國健局補助500點）；後續性訪視費1000點。2、護理訪視費：※訪視時間小於或等於1小時，1100點。※訪視時間大於1小時，1300點。3、其他專業人員處置費（僅限社工人員），400點。4、特殊處置及材料費，1260點。 |
| 93年1月1日 | 癌症末期患者、末期運動神經元患者ECOG 2級以上 | 1、醫師訪視費：第1次訪視費2000點（健保局支付1000點，國健局補助1000點）；後續性訪視費1035點，山地離島地區則為1139點。2、護理訪視費：※訪視時間小於或等於1小時 為1100點；山地離島地區為1210點。※訪視時間大於1小時為1500點；山地離島地區為1650點。3、臨終病患護理訪視費為2500點，山地離島地區則為2750點。4、其他專業人員處置費（僅限社工人員），700點。5、特殊處置及材料費，1260點。 |
| 97年1月1日 | 癌症末期患者，並新增末期運動神經元患者 | 1、醫師訪視費1035點，山地離島地區則為1139點。2、護理訪視費：同上。3、臨終病患護理訪視費：同上。4、其他專業人員處置費：同上。5、特殊處置及材料費：同上。 |
| 98年9月導入支付標準 | 癌症末期患者、末期運動神經元患者，另新增8類慢性疾病之末期病人 | 導入支付標準：第5-3章安寧居家療護支付標準代碼：同上。 |

#### 資料來源：衛生署

##### 安寧共照部分

###### 申報院所醫事人員資格

醫院應填具「安寧共同照顧計畫」申請書向健保局業務組提出申請後始可申報。

醫院須成立「安寧共同照護小組」，小組成員須包括安寧共照負責醫師及護理人員至少各1名，視必要得增設社工人員、心理師、宗教師或志工。

小組成員須受過安寧療護相關教育訓練，基礎課程時數80小時(含)以上，繼續教育課程時數每年20小時。

考量部分地區醫院末期病人之收治人數不足以支應聘任專任護理人員，故同意得以兼任為之，俟其過去3個月平均照護人數達30人以上者，須設置專任護理人員1人。

###### 支付標準

| 時間 | 健保給付範圍 | 支付標準 |
| --- | --- | --- |
| 100年4月1日 | 癌症末期患者、末期運動神經元患者及8類慢性疾病之末期病人 | 1、P4401B安寧首次共同照護費，1350點。2、P4402B後續安寧照護團隊照護費（含醫師）（每週）（次），1050點。3、P4403B後續安寧照護團隊照護費（不含醫師）（每週）（次），850點。※須先經過原照護團隊成員照會「安寧共同療護小組」後，共同評估為末期病人，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務並簽署服務同意書。 |

#### 資料來源：衛生署

#### 我國安寧療護資源之分布

##### 安寧病房部分

###### 從醫療院所之層級分析

##### 依據衛生署提供之資料顯示，不論係設置安寧病房之醫院家數，或安寧病房之病床數，均呈現逐年增加之趨勢，院所數從89年之18家，逐年成長至100年之47家；病床數從89年之289床，逐年成長至100年之667床。惟進一步分析，安寧病房仍多集中在醫學中心及區域醫院，89至100年間醫學中心設置安寧病房之家數從89年之7家，增加至100年之15家，病床數從89年之162床，增加至100年之255床；區域醫院設置安寧病房之家數從89年之9家，增加至100年之28家，病床數從89年之111床，增加至100年之374床。至於地區醫院，同期間僅增加2家、22床（詳見表1）。

##### 表1、89至100年設置安寧病房之醫院家數及病床數

##### 單位：家；床

| 年 別 | | 醫學中心 | 區域醫院 | 地區醫院 | 總計 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 89 | 院所數 | 7 | 9 | 2 | 18 |
| 病床數 | 162 | 111 | 16 | 289 |
| 90 | 院所數 | 7 | 11 | 1 | 19 |
| 病床數 | 160 | 136 | 13 | 309 |
| 91 | 院所數 | 7 | 11 | 1 | 19 |
| 病床數 | 160 | 136 | 11 | 307 |
| 92 | 院所數 | 9 | 11 | 2 | 22 |
| 病床數 | 198 | 135 | 23 | 356 |
| 93 | 院所數 | 10 | 12 | 2 | 24 |
| 病床數 | 213 | 147 | 23 | 383 |
| 94 | 院所數 | 11 | 12 | 5 | 28 |
| 病床數 | 229 | 163 | 58 | 450 |
| 95 | 院所數 | 11 | 12 | 8 | 31 |
| 病床數 | 230 | 157 | 92 | 479 |
| 96 | 院所數 | 13 | 17 | 6 | 36 |
| 病床數 | 258 | 224 | 67 | 549 |
| 97 | 院所數 | 14 | 17 | 6 | 37 |
| 病床數 | 243 | 231 | 67 | 541 |
| 98 | 院所數 | 15 | 20 | 5 | 40 |
| 病床數 | 251 | 278 | 56 | 585 |
| 99 | 院所數 | 15 | 24 | 5 | 44 |
| 病床數 | 255 | 344 | 48 | 647 |
| 100 | 院所數 | 15 | 28 | 4 | 47 |
| 病床數 | 255 | 374 | 38 | 667 |

##### 資料來源：衛生署

###### 從各縣市分析

##### 依據衛生署提供之資料顯示，100年時新竹縣、南投縣、金門縣、連江縣、澎湖縣等5個縣並無醫院設置安寧病房；新竹市、彰化縣、雲林縣、屏東縣等4個縣市，雖有1至2家醫院設置安寧病房，惟平均每床安寧病床需要照顧癌症死亡數超過100人；基隆、苗栗、臺東等3個縣市，僅有1所安寧病房，平均每床安寧病床需要照顧癌症死亡數達60至90人（詳見表2）。

##### 表2、89至100年我國安寧病房設置情形－從縣市別區分

##### 單位：家；床

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 縣市別 | 89年 | | 90年 | | 91年 | | 92年 | | 93年 | | 94年 | | 95年 | | 96年 | | 97年 | | 98年 | | 99年 | | 100年 | |
| 院所數 | 病房數 | 院所數 | 病房數 | 院所數 | 病房數 | 院所數 | 病房數 | 院所數 | 病房數 | 院所數 | 病房數 | 院所數 | 病房數 | 院所數 | 病房數 | 院所數 | 病房數 | 院所數 | 病房數 | 院所數 | 病房數 | 院所數 | 病房數 |
| 宜蘭縣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 27 | 2 | 27 | 2 | 22 | 2 | 27 | 3 | 33 |
| 花蓮縣 | 3 | 35 | 3 | 36 | 3 | 36 | 3 | 36 | 3 | 36 | 3 | 38 | 3 | 38 | 3 | 38 | 3 | 38 | 2 | 27 | 2 | 27 | 2 | 27 |
| 屏東縣 | 1 | 12 | 1 | 12 | 1 | 12 | 1 | 12 | 1 | 12 | 2 | 17 | 2 | 17 | 2 | 18 | 2 | 18 | 2 | 18 | 2 | 18 | 2 | 18 |
| 苗栗縣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 12 | 1 | 12 |
| 桃園縣 | 1 | 15 | 1 | 11 | 1 | 10 | 1 | 10 | 1 | 6 | 2 | 22 | 2 | 22 | 2 | 22 | 2 | 22 | 2 | 22 | 3 | 52 | 3 | 52 |
| 高雄市 | 1 | 20 | 2 | 33 | 2 | 31 | 2 | 31 | 2 | 31 | 4 | 61 | 4 | 61 | 4 | 61 | 4 | 61 | 4 | 61 | 4 | 61 | 4 | 61 |
| 基隆市 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 12 | 1 | 12 | 1 | 12 |
| 雲林縣 | 1 | 8 | 1 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 1 | 8 | 1 | 8 | 2 | 16 | 2 | 16 | 2 | 14 |
| 新北市 | 2 | 77 | 2 | 77 | 2 | 77 | 2 | 77 | 2 | 77 | 2 | 80 | 3 | 94 | 4 | 100 | 4 | 82 | 4 | 82 | 5 | 96 | 5 | 96 |
| 新竹市 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| 嘉義市 | 1 | 17 | 1 | 17 | 2 | 26 | 2 | 29 | 2 | 29 | 2 | 27 | 2 | 27 | 2 | 27 | 2 | 27 | 2 | 27 | 2 | 24 | 2 | 24 |
| 嘉義縣 | 1 | 6 | 1 | 18 | 1 | 18 | 1 | 20 | 1 | 23 | 1 | 23 | 1 | 23 | 1 | 23 | 1 | 23 | 1 | 23 | 1 | 23 | 2 | 33 |
| 彰化縣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 15 | 1 | 15 | 1 | 15 | 1 | 16 | 1 | 16 | 1 | 16 | 1 | 16 | 1 | 16 | 1 | 16 |
| 臺中市 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 23 | 2 | 41 | 2 | 41 | 2 | 41 | 3 | 59 | 4 | 69 | 4 | 69 | 4 | 61 | 4 | 61 |
| 臺北市 | 4 | 60 | 4 | 60 | 4 | 60 | 5 | 70 | 5 | 67 | 5 | 71 | 5 | 71 | 6 | 81 | 6 | 81 | 7 | 110 | 8 | 118 | 8 | 118 |
| 臺東縣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 8 | 1 | 8 | 1 | 8 | 1 | 8 | 1 | 8 | 1 | 8 |
| 臺南市 | 3 | 39 | 3 | 37 | 3 | 37 | 3 | 33 | 4 | 46 | 4 | 55 | 4 | 55 | 4 | 61 | 4 | 61 | 5 | 72 | 5 | 76 | 5 | 76 |
| 總計 | 18 | 289 | 19 | 309 | 19 | 307 | 22 | 356 | 24 | 383 | 28 | 450 | 31 | 479 | 36 | 549 | 37 | 541 | 40 | 585 | 44 | 647 | 47 | 667 |

##### 資料來源：衛生署

##### 安寧居家部分

##### 依據健保局於101年5月3日所更新之資料顯示，國內計有70家安寧居家療護院所（其醫院名單及所在縣市詳見附錄一）：

| 縣市別 | 家數 | 縣市別 | 家數 |
| --- | --- | --- | --- |
| 臺北市 | 11家 | 臺南市 | 8家 |
| 新北市 | 5家 | 嘉義市 | 2家 |
| 宜蘭市 | 3家 | 嘉義縣 | 1家 |
| 桃園縣 | 4家 | 雲林縣 | 2家 |
| 苗栗縣 | 1家 | 高雄市 | 9家 |
| 新竹市 | 2家 | 屏東縣 | 3家 |
| 臺中市 | 8家 | 澎湖縣 | 1家 |
| 彰化縣 | 4家 | 花蓮縣 | 2家 |
| 南投縣 | 2家 | 臺東縣 | 2家 |

##### 資料來源：健保局網站資料。

##### 安寧共照醫院

#### 目前安寧共同照護醫院計有85家醫院，每年約可服務17,000名癌症病人，至於各縣市參與安寧共同照護之醫院及其層級詳見附錄二。

#### 國人接受安寧療護之情形

##### 安寧住院療護申報情形

###### 從醫療院所層級分析

###### 近10年來安寧住院療護之人數以區域醫院成長最多，從90年之1,191人，逐年增加至100年之4,617人，增加近4倍左右；醫學中心從90年之2,251人，逐年增加至100年之4,929人。至於地區醫院，從90年之239人，逐年增加至95年之1,041人，嗣後卻逐年降低至100年之492人（詳見表3）。

#### 

#### 表3、歷年安寧住院療護申報費用情形

#### 單位：人；天；點

| 年度 | 層級 | 個案數 | 總天數 | 平均天數 | 申請費用點數 | 平均每人申請點數 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 90 | 醫學中心 | 2,251 | 39,963 | 18 | 193,957,346 | 86,165 |
| 區域醫院 | 1,194 | 17,824 | 15 | 77,252,055 | 64,700 |
| 地區醫院 | 239 | 3,950 | 17 | 13,559,247 | 56,733 |
| 合計 | 3,627 | 61,737 | 17 | 284,768,648 | 78,514 |
| 91 | 醫學中心 | 2,742 | 45,241 | 16 | 226,603,051 | 82,642 |
| 區域醫院 | 1,503 | 20,375 | 14 | 86,784,636 | 57,741 |
| 地區醫院 | 197 | 2,798 | 14 | 10,144,741 | 51,496 |
| 合計 | 4,366 | 68,414 | 16 | 323,532,428 | 74,103 |
| 92 | 醫學中心 | 2,852 | 41,490 | 15 | 206,289,327 | 72,331 |
| 區域醫院 | 1,593 | 21,777 | 14 | 93,657,516 | 58,793 |
| 地區醫院 | 249 | 3,397 | 14 | 12,629,686 | 50,722 |
| 合計 | 4,599 | 66,664 | 14 | 312,576,529 | 67,966 |
| 93 | 醫學中心 | 3,024 | 48,297 | 16 | 243,759,240 | 80,608 |
| 區域醫院 | 1,866 | 25,872 | 14 | 112,886,123 | 60,496 |
| 地區醫院 | 331 | 5,013 | 15 | 19,560,521 | 59,095 |
| 合計 | 5,125 | 79,182 | 15 | 376,205,884 | 73,406 |
| 94 | 醫學中心 | 3,140 | 49,884 | 16 | 252,929,015 | 80,551 |
| 區域醫院 | 1,801 | 26,613 | 15 | 118,707,986 | 65,912 |
| 地區醫院 | 647 | 11,120 | 17 | 44,154,062 | 68,244 |
| 合計 | 5,490 | 87,617 | 16 | 415,791,063 | 75,736 |
| 95 | 醫學中心 | 3,598 | 54,925 | 15 | 279,019,215 | 77,548 |
| 區域醫院 | 2,048 | 30,968 | 15 | 154,696,660 | 75,535 |
| 地區醫院 | 1,041 | 16,659 | 16 | 80,592,661 | 77,419 |
| 合計 | 6,508 | 102,552 | 16 | 514,308,536 | 79,027 |
| 96 | 醫學中心 | 3,749 | 57,741 | 15 | 293,108,126 | 78,183 |
| 區域醫院 | 2,548 | 39,207 | 15 | 198,897,196 | 78,060 |
| 地區醫院 | 864 | 13,464 | 16 | 63,945,536 | 74,011 |
| 合計 | 6,962 | 110,412 | 16 | 555,950,858 | 79,855 |
| 97 | 醫學中心 | 3,910 | 62,261 | 16 | 318,151,890 | 81,369 |
| 區域醫院 | 2,720 | 38,937 | 14 | 197,962,861 | 72,780 |
| 地區醫院 | 778 | 11,789 | 15 | 55,875,191 | 71,819 |
| 合計 | 7,219 | 112,987 | 16 | 571,989,942 | 79,234 |
| 98 | 醫學中心 | 4,147 | 61,903 | 15 | 313,039,591 | 75,486 |
| 區域醫院 | 3,202 | 47,864 | 15 | 241,936,028 | 75,558 |
| 地區醫院 | 637 | 8,688 | 14 | 41,894,097 | 65,768 |
| 合計 | 7,784 | 118,455 | 15 | 596,869,716 | 76,679 |
| 99 | 醫學中心 | 4,589 | 74,542 | 16 | 374,671,946 | 81,646 |
| 區域醫院 | 3,868 | 75,291 | 19 | 381,790,831 | 98,705 |
| 地區醫院 | 541 | 9,264 | 17 | 47,372,534 | 87,565 |
| 合計 | 8,797 | 159,097 | 18 | 803,835,311 | 91,376 |
| 100 | 醫學中心 | 4,929 | 76,808 | 16 | 386,461,149 | 78,406 |
| 區域醫院 | 4,617 | 89,035 | 19 | 451,698,969 | 97,834 |
| 地區醫院 | 492 | 6,245 | 13 | 30,769,043 | 62,539 |
| 合計 | 9,823 | 172,088 | 18 | 868,929,161 | 88,459 |

#### 備註：

#### 1、資料來自健保資料庫。

#### 2、平均每人申請點數=申請費用點數/個案數

#### 3、安寧住院療護試辦方案自98年9月納入支付標準實施並新增8類重症末期病人為收案對象。

#### 4、資料定義98年9月之前為安寧療護試辦計畫P1101K、P1102A、P1103B；98年9月之後為申報支付標準第2部第1章第8節安寧住院療護醫令代碼：05601K、05602A、05603B。

#### 資料來源：衛生署

###### 從安寧住院平均天數分析

#### 每年病患死亡前接受安寧住院平均天數大多維持在18天左右，99年則降低至17天（詳見表4）。

#### 表4、每年病患死亡前接受安寧住院平均天數

#### 單位：人；天

| 年度 | 人數 | 天數 | 平均天數 |
| --- | --- | --- | --- |
| 95 | 6,291 | 115,360 | 18 |
| 96 | 6,746 | 138,141 | 20 |
| 97 | 7,065 | 128,231 | 18 |
| 98 | 7,614 | 133,907 | 18 |
| 99 | 8,225 | 142,317 | 17 |

#### 備註：資料係來自於健保局倉儲資料檔。

#### 資料來源：衛生署

##### 安寧居家療護申報情形

##### 隨著安寧居家療護之個案數逐年增加，申報費用亦逐年增加，從90年之12,374,478點，增加至100年之50,510,604點，平均每人費用約1萬點左右（詳見表5）。

##### 表5、歷年安寧居家療護申報費用情形

#### 單位：人；天；點

| 年度 | 層級 | 個案數 | 院所數 | 申請費用點數 | 平均每人申請點數 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 90 | 醫學中心 | 663 | 10 | 6,231,071 | 9,398 |
| 區域醫院 | 600 | 15 | 4,346,346 | 7,244 |
| 地區醫院 | 44 | 4 | 308,031 | 7,001 |
| 居家照護 | 198 | 4 | 1,489,030 | 7,520 |
| 合計 | 1,499 | 32 | 12,374,478 | 8,255 |
| 91 | 醫學中心 | 723 | 12 | 5,973,157 | 8,262 |
| 區域醫院 | 742 | 18 | 6,568,990 | 8,853 |
| 地區醫院 | 141 | 9 | 2,191,867 | 15,545 |
| 居家照護 | 235 | 6 | 2,001,980 | 8,519 |
| 合計 | 1,814 | 44 | 16,735,994 | 9,226 |
| 92 | 醫學中心 | 912 | 12 | 8,941,119 | 9,804 |
| 區域醫院 | 832 | 19 | 8,161,760 | 9,810 |
| 地區醫院 | 173 | 8 | 3,074,837 | 17,774 |
| 居家照護 | 287 | 5 | 2,461,233 | 8,576 |
| 合計 | 2,195 | 44 | 22,638,949 | 10,314 |
| 93 | 醫學中心 | 1,076 | 12 | 11,329,671 | 10,529 |
| 區域醫院 | 897 | 21 | 11,265,809 | 12,559 |
| 地區醫院 | 188 | 6 | 4,612,144 | 24,533 |
| 居家照護 | 371 | 6 | 3,452,690 | 9,306 |
| 合計 | 2,503 | 45 | 30,660,314 | 12,249 |
| 94 | 醫學中心 | 1,214 | 14 | 12,724,058 | 10,481 |
| 區域醫院 | 949 | 22 | 11,710,801 | 12,340 |
| 地區醫院 | 227 | 7 | 4,052,062 | 17,850 |
| 居家照護 | 512 | 11 | 4,106,770 | 8,021 |
| 合計 | 2,872 | 53 | 32,593,691 | 11,349 |
| 95 | 醫學中心 | 1,186 | 13 | 13,047,374 | 11,001 |
| 區域醫院 | 953 | 21 | 11,533,771 | 12,103 |
| 地區醫院 | 255 | 6 | 4,081,477 | 16,006 |
| 居家照護 | 747 | 18 | 6,179,812 | 8,273 |
| 合計 | 3,101 | 58 | 34,842,434 | 11,236 |
| 96 | 醫學中心 | 1,162 | 14 | 13,728,006 | 11,814 |
| 區域醫院 | 1,150 | 26 | 13,352,963 | 11,611 |
| 地區醫院 | 179 | 5 | 3,373,964 | 18,849 |
| 居家照護 | 860 | 15 | 7,564,364 | 8,796 |
| 合計 | 3,334 | 60 | 38,019,297 | 11,404 |
| 97 | 醫學中心 | 1,494 | 15 | 15,060,670 | 10,081 |
| 區域醫院 | 1,176 | 28 | 12,478,140 | 10,611 |
| 地區醫院 | 143 | 3 | 2,389,384 | 16,709 |
| 居家照護 | 706 | 18 | 6,350,519 | 8,995 |
| 合計 | 3,476 | 64 | 36,278,713 | 10,437 |
| 98 | 醫學中心 | 1,441 | 16 | 14,802,911 | 10,273 |
| 區域醫院 | 1,362 | 32 | 15,047,093 | 11,048 |
| 地區醫院 | 125 | 4 | 2,205,706 | 17,646 |
| 居家照護 | 1,209 | 36 | 11,482,425 | 9,497 |
| 合計 | 3,944 | 88 | 43,538,135 | 11,039 |
| 99 | 醫學中心 | 1,228 | 10 | 12,827,978 | 10,446 |
| 區域醫院 | 1,514 | 25 | 16,637,128 | 10,989 |
| 地區醫院 | 154 | 4 | 1,710,024 | 11,104 |
| 居家照護 | 1,612 | 34 | 18,804,258 | 11,665 |
| 合計 | 4,476 | 73 | 49,979,388 | 11,166 |
| 100 | 醫學中心 | 1,408 | 10 | 14,050,665 | 9,979 |
| 區域醫院 | 1,549 | 27 | 17,029,785 | 10,994 |
| 地區醫院 | 132 | 3 | 1,718,787 | 13,021 |
| 居家照護 | 1,676 | 34 | 17,711,367 | 10,568 |
| 合計 | 4,750 | 74 | 50,510,604 | 10,634 |

#### 備註

#### 1、平均每人申請點數=申請費用點數/個案數

#### 2、安寧居家療護係指案件分類申報A5者。

#### 資料來源：衛生署

##### 安寧共照方案申報情形

###### 國健局補助情形

##### 國健局於94年針對癌症登記報告每1年新診斷癌症個案數達500個之醫院，開始補助辦理癌症病人安寧共照服務，補助標準分為以下3種，至於實際補助情形詳見表6：

大型醫院：每家補助經費之上限為130萬元（聘任2名專職護理人員；每名專職人員至少收案達200名個案）。

中、小型之醫院，由下述二方案擇一申請補助：①每家補助經費之上限為66萬元（聘任1名專職護理人員，每名專職人員至少收案達200名個案）。②採論個案予以補助，每家補助經費之上限為35萬元（每案補助2千元）。

###### 表6、衛生署國健局補助醫院辦理安寧共照之情形

###### 單位；人；天；萬元

| 年度 | 癌症病人接受安寧共照之人數 | 平均接受安寧共照之天數 | 國健局補助情形 | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 醫院家數 | 補助金額 |
| 94 | 7,205 | - | 34 | 2,176 |
| 95 | 9,366 | 13 | 37 | 2,510 |
| 96 | 10,153 | 10 | 38 | 2,562 |
| 97 | 12,662 | 11 | 42 | 1,321 |
| 98 | 13,884 | 11 | 42 | 1,321 |
| 99 | 16,586 | 11 | 69 | - |
| 100 | 19,499 | 10 | 69 | - |

###### 備註：94年尚未建立完整資料，故未能提供該年平均接受安寧共照之天數。

###### 資料來源：衛生署

###### 健保申報情形

##### 健保局自100年4月1日實施安寧共照試辦方案，截至100年12月底收案人數計5,273人，平均接受安寧共照之天數為43天，申報醫療費用共1千1百萬點左右（詳見表7）。

#### 表7、100年4月至12月安寧共照申報情形

##### 單位：家；人；點

| 季別 | | 醫學中心 | 區域醫院 | 地區醫院 | 總計 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第二季 | 家數 | 11 | 13 | 0 | 24 |
| 人數 | 583 | 180 | 0 | 761 |
| 申報點數 | 1,117,050 | 323,050 | 0 | 1,440,100 |
| 第三季 | 家數 | 14 | 26 | 4 | 44 |
| 人數 | 1305 | 730 | 40 | 2071 |
| 申報點數 | 2,672,700 | 1,392,750 | 96,850 | 4,162,300 |
| 第四季 | 家數 | 15 | 35 | 6 | 56 |
| 人數 | 1,588 | 991 | 67 | 2,630 |
| 申報點數 | 3,298,550 | 1,941,350 | 124,950 | 5,364,850 |
| 總計 | 家數 | 15 | 37 | 6 | 58 |
| 人數 | 3,349 | 1,850 | 102 | 5,273 |
| 申報點數 | 7,088,300 | 3,657,150 | 221,800 | 10,967,250 |

##### 備註：

#### 1、資料係從健保倉儲系統。

#### 2、安寧共照方案自100年4月1日開始實施，申報醫令代碼為P4401B、P4402B、P4403B。

##### 資料來源：衛生署

##### 病患死亡前利用安寧療護之情形

#### 依據衛生署提供之統計顯示，自89年起至99年止，每年病患死亡前利用安寧之人數，不論係死亡前1年、6個月、3個月、1個月，均呈現逐年增加之趨勢（詳見表8）；同期間，每年利用人數占死亡人數之比率亦由1.7%，增至7.45%（詳見表9）。

#### 表8、每年病患死亡前利用安寧療護之人數統計

#### 單位：人

| 年度 | 1年 | 6個月 | 3個月 | 1個月 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 89 | 21 | 115 | 358 | 2,060 |
| 90 | 26 | 189 | 540 | 4,286 |
| 91 | 37 | 234 | 659 | 5,090 |
| 92 | 43 | 284 | 768 | 5,513 |
| 93 | 64 | 321 | 850 | 6,163 |
| 94 | 61 | 353 | 903 | 6,702 |
| 95 | 63 | 377 | 1,026 | 7,657 |
| 96 | 75 | 932 | 1,119 | 8,193 |
| 97 | 83 | 431 | 1,140 | 8,551 |
| 98 | 68 | 434 | 1,256 | 9,347 |
| 99 | 91 | 515 | 1,428 | 10,603 |

#### 備註：

#### 1、無死亡檔100年資料。

#### 2、時間區間係以參與計畫日期至死亡日期天數計算。

#### 資料來源：衛生署

#### 表9、每年病患死亡前利用安寧療護之人數占全國死亡人數之比率

#### 單位：人；%

| 年份 | 接受安寧療護死亡人數 | 全國死亡人數 | 接受安寧療護死亡人數占全國死亡人數之比率 |
| --- | --- | --- | --- |
| 89 | 2,173 | 127,628 | 1.70 |
| 90 | 4,451 | 127,814 | 3.48 |
| 91 | 5,295 | 126,939 | 4.17 |
| 92 | 5,685 | 129,982 | 4.37 |
| 93 | 6,372 | 133,679 | 4.77 |
| 94 | 6,906 | 139,410 | 4.95 |
| 95 | 7,896 | 135,048 | 5.85 |
| 96 | 8,429 | 138,866 | 6.07 |
| 97 | 8,772 | 141,485 | 6.20 |
| 98 | 9,554 | 141,672 | 6.74 |
| 99 | 10,740 | 144,115 | 7.45 |

#### 備註：

#### 1、無死亡檔100年資料。

#### 2、時間區間係以參與計畫日期至死亡日期天數計算。

#### 3、接受安寧療護死亡人數包括住院及居家安寧療護。

#### 資料來源：衛生署

#### 復從癌症病人分析，94年起至100年為止罹患癌症接受安寧療護人數呈現逐年成長之趨勢，安寧住院人數從94年之5,203人，增加至100年之8,264人；安寧居家人數則從94年之2,841人，增加至100年之4,511人（詳見表10）。又每年癌症病人於死亡前利用安寧療護之比率亦有逐年成長之趨勢，98年、99年達20%～22%（詳見表11）。

#### 表10、94至100年因癌症接受安寧療護之人數

#### 單位：人

| 年度 | 安寧住院人數 | 安寧居家人數 | 安寧共照人數 |
| --- | --- | --- | --- |
| 94 | 5,203 | 2,841 | 7,205 |
| 95 | 6,116 | 3,052 | 9,366 |
| 96 | 6,481 | 3,301 | 10,153 |
| 97 | 6,604 | 3,434 | 12,662 |
| 98 | 7,021 | 3,878 | 13,884 |
| 99 | 7,756 | 4,335 | 16,586 |
| 100 | 8,264 | 4,511 | 19,499 |

#### 資料來源：衛生署

#### 表11、95至99年癌症病人死亡前使用安寧療護之比率

#### 單位：人；%

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 癌症病人死亡前使用安寧療護之人數 | 癌症死亡人數 | 利用安寧療護比率 |
| 95 | 6,936 | 37,998 | 18.25 |
| 96 | 7,413 | 40,306 | 18.39 |
| 97 | 7,762 | 38,913 | 19.95 |
| 98 | 8,843 | 39,918 | 22.15 |
| 99 | 8,608 | 41,046 | 20.97 |

#### 備註：資料為癌症病人死亡前使用安寧住院或安寧居家人數。

#### 資料來源：衛生署

#### 再從非癌症病人分析，健保局自98年9月將安寧住院療護及安寧居家療護之服務對象擴大至8類慢性疾病末期病人後，99年是類末期病人申報健保安寧住院及居家之人數分別為179人及78人；100年時雖略有成長，惟仍僅達309人及103人（詳見表12、13），對照癌症末期病人接受安寧住院及居家之人數，顯有相當之落差。

#### 表12、八類慢性疾病末期病人申報健保安寧住院之情形

#### 單位：人；天；點

| 年度 | 疾病別 | 個案數 | 平均住院天數 | 申請費用 | 日平均費用 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 99 | 心臟衰竭 | 15 | 14 | 674,359 | 48,169 |
| 老年期及初老期器質性精神病態 | 13 | 19 | 815,221 | 43,613 |
| 其他大腦變質 | 2 | 5 | 28,506 | 5,701 |
| 肺部其他疾病 | 56 | 12 | 2,442,669 | 204,775 |
| 急性腎衰竭，未明示者 | 28 | 7 | 642,884 | 92,787 |
| 慢性肝病及肝硬化 | 52 | 9 | 1,254,756 | 147,285 |
| 慢性氣道阻塞，他處未歸類者 | 4 | 16 | 165,155 | 10,486 |
| 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者 | 10 | 10 | 353,389 | 35,339 |
| 總計 | 179 | 11 | 6,376,939 | 591,130 |
| 100 | 心臟衰竭 | 47 | 10 | 1,461,684 | 3,103 |
| 老年期及初老期器質性精神病態 | 9 | 13 | 364,181 | 3,167 |
| 其他大腦變質 | 1 | 38 | 118,389 | 3,116 |
| 肺部其他疾病 | 94 | 13 | 5,014,942 | 3,993 |
| 急性腎衰竭，未明示者 | 31 | 20 | 3,660,474 | 5,933 |
| 慢性肝病及肝硬化 | 93 | 10 | 2,961,694 | 3,105 |
| 慢性氣道阻塞，他處未歸類者 | 13 | 16 | 776,708 | 3,629 |
| 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者 | 22 | 13 | 931,344 | 3,303 |
| 總計 | 309 | 13 | 15,289,416 | 3,874 |

#### 備註：

#### 1、資料係來自健保局資料庫。

#### 2、日平均費用=申請費用數/平均住院天數。

#### 資料來源：衛生署

#### 表13、八類慢性疾病末期病人申報健保安寧居家之情形

#### 單位：人；點

| 年度 | 疾病別 | 個案數 | 申請費用 |
| --- | --- | --- | --- |
| 99 | 心臟衰竭 | 7 | 45,939 |
| 老年期及初老期器質性精神病態 | 32 | 405,137 |
| 其他大腦變質 | 1 | 7,035 |
| 慢性肝病及肝硬化 | 18 | 186,294 |
| 慢性氣道阻塞，他處未歸類者 | 3 | 10,970 |
| 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者 | 19 | 182,095 |
| 總計 | 78 | 837,470 |
| 100 | 心臟衰竭 | 11 | 67,991 |
| 老年期及初老期器質性精神病態 | 34 | 605,426 |
| 其他大腦變質 | 4 | 11,104 |
| 肺部其他疾病 | 1 | 6,470 |
| 急性腎衰竭，未明示者 | 3 | 8,149 |
| 慢性肝病及肝硬化 | 29 | 146,227 |
| 慢性氣道阻塞，他處未歸類者 | 8 | 89,251 |
| 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者 | 16 | 121,924 |
| 總計 | 103 | 1,056,542 |

#### 備註：資料係來自健保局資料庫。

#### 資料來源：衛生署

##### 使用與未使用安寧療護之費用差異情形

#### 依據衛生署粗估之結果，死亡前使用安寧療護，較未使用安寧照護之民眾，平均每人醫療費用相對較低，尤以死亡前1個月差異最多，平均每人醫療費用差距將近20萬點(詳見表14)。

#### 表14、死亡前使用安寧照護與未使用安寧照護之平均每人醫療費用差異情形

#### 單位：點；人

| 項目 | | 有使用安寧療護 | 未使用安寧療護 | 平均每人節省費用 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 死亡前一年 | 醫療總費用 | 245,420 | 212,578,435 | 5,855 |
| 人數 | 3 | 2,425 |
| 平均每人醫療費用 | 81,807 | 87,661 |
| 死亡前6個月 | 醫療總費用 | 125,504,218 | 51,059,650,902 | 60,616 |
| 人數 | 901 | 255,413 |
| 平均每人醫療費用 | 139,294 | 199,910 |
| 死亡前3個月 | 醫療總費用 | 511,106,500 | 96,994,237,021 | 113,109 |
| 人數 | 3,155 | 352,568 |
| 平均每人醫療費用 | 161,999 | 275,108 |
| 死亡前1個月 | 醫療總費用 | 2,074,488,565 | 157,410,026,832 | 197,397 |
| 人數 | 13,148 | 443,188 |
| 平均每人醫療費用 | 157,780 | 355,177 |

#### 資料來源：衛生署

#### 由社區醫院承辦之可行性

#### 全民健保於98年9月增加對非癌症及衰老末期病人之給付，使得安寧療護已不再侷限癌症末期患者。加上我國自71年起，癌症（惡性腫瘤）位居國人十大死因之首，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，每年約有10萬多人死於癌症及慢性病，使得這些末期病患的照護問題受到重視。又，癌症病患於末期階段，一般而言，病情係逐漸走下坡，漸漸衰退，最後死亡。而非癌症之末期病人與癌末病人卻有所不同，大部分病情變化均較難以掌握，從診斷到死亡之時間亦較癌症為長，病人在死亡前1、2年，多次進出醫院，經過多種侵入性的治療後，病情可能獲得改善並出院回家，但不久後病情再度惡化，惡化程度一次比一次嚴重，最後終於死亡。惟目前國內安寧病房不足，且多設置在醫學中心及區域醫院內，除無法避免櫥窗化之質疑外，病人亦不能在自己熟悉之社區環境中善終；加以慢性疾病末期病情起伏變化大，病人本身及家人難以照護，故當病情一惡化時，病患隨即被送入加護病房接受侵入性之治療。凡此俱見，社區生命末期照護體系仍有待努力。

#### 衛生署認為地區醫院照護癌症末期個案之經驗較不足，加上癌症末期病人症狀甚為複雜，故現階段欲於地區醫院落實癌症病人安寧療護恐有困難，如欲逐步加以落實，宜先從非癌症病人之其他慢性病做起。對有意願發展安寧療護之社區醫院，該署可以提供相關人員之培訓及輔導，以提升其癌症末期病人安寧療護專業能力，待其專業能力強化後，再逐步擴大至癌末病人。該署為能使安寧療護推廣至社區內，所採取之作為如次：

##### 全民健保部分，考量地區醫院末期病患較少，健保局已將100年所實施之安寧共照試辦方案中，對於參與試辦之地區醫院，在資格上給予較寬優惠，亦即規定地區醫院每月照護人數如未滿30人者，其護理師得以兼任人員為之；惟為確保品質，若其過去3個月之平均照護人數達30人以上，仍應設置專任護理人員1人，並應依個案增加比率，酌增專任護理人員人數。

##### 國健局於101年委託臺灣安寧緩和醫學學會，規劃試辦建立癌症安寧療護與社區基層醫療合作之機制，該計畫將先由南投醫院於南投縣試辦，再視試辦結果，檢討如何推廣。

##### 研議將自102年開始，每年編列預算，獎勵各縣市之地區醫院，成立安寧照護團隊，以建構完整之安寧照護網絡。

##### 將針對各縣市衛生局、地區醫院、長期照護機構，辦理安寧緩和療護相關宣導（推動）種子人員訓練，建立機構推動此業務之能力。

##### 另目前因為設置基準相同，各層級別支付標準一致，未來若有不相同之設置基準，健保局將配合研擬分級支付制度，使社區之醫院得以投入參與此項服務。

### 生命末期照護倫理

#### 美國醫師學會於1847年發表之醫學倫理準則，指出醫學倫理不僅是一套德行的規範，同時亦為醫師對病人負責之行為。惟隨著科學進步，新的技術帶來更多倫理的難題，世界醫師會於2005年發表之醫學倫理手冊指出，醫學倫理包括醫師的醫德及人格修養、醫療專業的行規及執業水準，最重要的是運用道德推論於臨床決策。近年在臨床倫理的討論上，常以生命倫理學的4個原則作為架構，包括：尊重自主原則（The principle of respect for autonomy）、行善原則（The principle of beneficence）、不傷害原則（The principle of nonmaleficence）、公平正義原則（The principle of justice）。

##### 尊重自主原則

##### 病人自決係病人自主原則的關鍵，尊重病人、滿足病人需求為主要精神，病人有權力為自己生命做出重大抉擇。行使自主原則時，病人的判斷能力係相當重要，且病人是否瞭解疾病相關之資訊及各種治療之選擇，同時根據相關資訊與個人價值觀，達成結論。因此，「知情同意」係一種自我抉擇或尊重自主的權力，此乃係倫理與法律雙重基礎上的重要流程，強調在過程中需要溝通，使病人能充分被告知後做出決定。惟在實際照顧中，病人卻常面臨與家屬要求或醫療人員專業，有所衝突之困境。而病人/家屬之自主權包括：爭取受醫的權利、拒絕無效醫療的權利，以及享有生命尊嚴與生活品質之權利。

##### 行善原則

##### 行善原則為「仁慈及做善事」（to do good、being kind or doing good ），包含「善行、仁慈之心、利他、關懷和人性」，意即醫護人員對病人以直接或間接之方式履行仁慈、善良或有利之德行，強調對病人做有利或有益之事，或積極為病人謀福利，乃是醫護人員根本之美德，所有處置均以病人之利益為出發，目的在促進病人個人之生活品質。在安寧療護，包括一些正向之行動，如疼痛及其他不適症狀之處理，心理社會及精神之支持，惟當治療徒勞無益，並帶給病人之負擔遠多於可獲得之益處時，原來行善之行為已不能達到目的，醫護人員應停止治療並非停止行善，或放棄，即使面對臨終病人，每一個階段均有不同之行善方案。

##### 不傷害原則

##### 不傷害原則在醫護之治療與照護上，主要指不使病人之身心靈受到傷害，亦不得使病人置於可能受到傷害之境地，其源自醫學鼻祖－希波克拉底（Hippocratic）所強調醫師誓約中的醫師之職責「最首要的是不傷害（first do no harm）」。「不傷害病人」的概念與原則係每位醫護人員在從事醫療工作時，都應嚴加遵守之義務。不傷害原則包括之義務：不殺害病人、應預防病人受傷害及應除去傷害。

##### 不傷害原則與不予（withholding）或撤除（withdrawing）維生治療，西方倫理學家大多支持具有自主能力的成年病人，應有拒絕維生治療之權利，且認為醫師在末期瀕死病人同意之基礎上，基於純正之動機，在遵循一定程序並採取合宜的方式後，撤除維生治療，在倫理上是可被接受，其理由和原則：①對末期瀕死病人使用維生治療，是一種以人為力量勉強延遲死亡來臨之方式。在尊重病人意願之下，予以撤除，應被視為尊重病人自主權之表現。②末期瀕死病人放棄維生治療，應被視為自我決定的行為，不應將其視為自殺。③醫護人員不予維生治療或撤除維生治療，應將其當作尊重病人自主權之行為，應沒有違背「不傷害原則」。

##### 公平正義原則

##### 公平正義係公平地分配醫療資源、尊重人的權利及尊重道德允許的法律。臨終病人的照護過程中，醫師應在不違反醫學倫理原則下，為病人做出最好的選擇。

#### 至於如何將倫理原則運用在臨床上進行醫療決策，臨床醫學倫理專家A.R.Jonsen提出「臨床倫理思辯四象限」，作為醫療決策時之思維，此包括：①醫療因素考量（Medical indication），此係以行善及不傷害原則為基礎；②病人意向考量（Patient preferences），此係基於尊重病人自主原則；③生命品質考量（Quality of life），此部分需考量行善、不傷害及病人自等原則；④非醫療因素考量（Contextual features），此部分包括社會環境考量，如家庭、文化等因素對治療決定之影響，係衡量誠信與公平原則。

#### 我國於100年1月26日修正施行安寧緩和醫療條例第7條規定，明訂病患經診斷確定為末期病人，經最近親屬簽署終止或撤除心肺復甦術同意書，並經該醫療機構之醫學倫理委員會審查通過後，可予以終止或撤除心肺復甦術，此意謂我國臨終關懷在法制化又跨出了一步。依據本院實地訪查所得，臺中榮民總醫院已有撤除末期病人維生系統之具體案例，該院為能強化撤除維生系統之作法與機制，於99年2月成立倫理諮詢小組，以加強臨床倫理諮詢成員之預備教育訓練；復於100年5月建立臨床倫理諮詢線上作業系統，開始倫理諮詢服務，並配合訂有「臺中榮民總醫院倫理諮詢申請單」、「倫理諮詢紀錄表」、「倫理諮詢回饋意見表」、「臺中榮總生命末期病人家屬要撤除維生醫療措施作業要點」及「臺中榮總末期病人終止或撤除心肺復甦術說明暨同意書」等。臨床倫理諮詢小組由醫學倫理委員會執行秘書召集院內相關專長及實務經驗之人員組成共14位，臨床倫理諮詢作業以個人或團體方式，協助病人、家屬、代理人、醫療專業人員或其他相關人士，提供病患或家屬專業倫理之解說與分析，並對醫護人員提出處置建議。具體流程如下：

##### 經兩位相關專科醫師判定為末期病人，且病人本身無表達意願之能力，其家屬依據安寧緩和醫療條例提出撤除維生醫療措施之要求。

##### 主治醫師確認末期病人之配偶、成人子女與孫子女、父母三方已共同簽署撤除心肺復甦術同意書。

##### 主治醫師依據「臺中榮民總醫院倫理諮詢作業要點」提出臨床倫理諮詢。

##### 臨床倫理諮詢小組成員確認病人無表達能力後與家屬訪談，並確認家屬提出撤除維生措施之要求**符合病人利益**。

##### 臨床倫理諮詢小組成員參與醫療團隊會議採四主題表格方式討論，並確認所有醫療團隊成員皆已知曉及瞭解為末期病人撤除維生措施之倫理與法律適切性。

##### 臨床倫理諮詢小組之主要諮詢員將諮詢結果通知醫學倫理委員會。

##### 醫學倫理委員會採共識決議，並將結果告知主治醫師。

##### 主治醫師通知家屬有關醫學倫理委員會之決議，並再次確認家屬對於撤除病人維生措施之意願。

##### 若醫學倫理委員會之共識決議為「通過」，則主治醫師開始進行撤除維生措施之查核及程序。

#### 衛生署為使醫療機構執行撤除或終止心肺復甦術作業更加完備，已委託臺灣安寧緩和護理學會於101年2月間完成「撤除或終止維生醫療作業參考指引」[[5]](#footnote-5)，其中該指引針對醫療機構醫學倫理委員會之作業流程，提出相關建議，並擬定「醫療機構倫理委員會撤除或終止維生醫療會簽單」，從醫療因素、病人意向、生命品質及其他情境（文化、宗教、經濟等考量）等4個層面，作為生命醫學倫理思辯之考量。惟本院實地訪查時，各醫院卻仍紛紛表達實務上執行之困難，並擔憂執行終止或撤除所引發之醫療糾紛問題，例如：「小醫院無法組成撤除維生設備的醫學倫理委員會，目前醫師無法執行終止之專業行為」、「終止或撤除心肺復甦術應由兩位醫師診斷為末期病人，並經患者或家屬簽署同意書，再經過醫學倫理委員會等程序，但小醫院不懂如何處理」、「實務上醫師仍不敢為，擔心背負社會責任；另在組成醫學倫理委員會、家屬中如有1名不同意即無法執行、最後由誰撤管等方面，遭遇到困境」、「要全部家屬同意並召開倫理委員會，病人等不及冗長的流程就往生」，致使目前終止或撤除維生醫療作業，仍有執行上之困境。

#### 衛生署為籌備出版上開參考指引，以及瞭解該指引於國內各醫院施行之可行性，經請醫療機構從事臨床安寧緩和醫療之醫事人員與專家學者進行評估並提供建議後，決定將成立「不予及撤除/終止維生醫療指引」編修小組，召開編修會議，使該指引更加完善，讓所有在從事臨床安寧緩和醫療人員瞭解正確執行程序。另為使各家醫療機構瞭解施行終止或撤除病人之維生醫療作業情形，並輔導其運作品質，該署於今（101）年度將公開徵求委託辦理「醫療機構施行終止或撤除維生醫療作業輔導計畫」，預計輔導至少20家醫療機構。

### 現存問題檢討

#### 生命末期無效醫療尚乏明確之定義

#### 依據全民健康保險法第72條規定：「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定。」惟因無效醫療之定義在各國有多種學說，如以極低成功機率之量化(quantitative)定義，或以即便治癒但存活品質極差之質性(qualitative)定義等，我國迄未訂出明確之定義，致使第一線醫護人員如欲將疾病末期轉為安寧緩和醫療，或終止/撤除維生醫療，均處於擔憂之困境，且多表示在法律機制不完整，以及病人家屬對於安寧與善終的意識尚未成熟之際，把醫師或醫院都推到第一線去承擔所有風險，乃是不實際。況且衛生署委託臺灣安寧緩和護理學會完成之「撤除或終止維生醫療作業參考指引計畫」中，亦提及國內對於無效醫療迄今尚乏明確及一致之定義，造成醫療人員執行上之不安全感。

#### 由於無效醫療關係著對個案持續或放棄末期生命延長治療之決策標準，本院實地訪視臺北榮民總醫院時，發現該院重症醫學部已經發展出疾病嚴重程度之評估工具，並已運用在臨床上。嗣後本院實地訪視各醫療院所，針對區域層級以上之醫院提供上開評估工具參考，並鼓勵各醫院選擇本身熟習之疾病發展出類似之評估工具，使醫護人員可持憑此客觀之數據及證據，與病患及其家屬進行溝通。倘各醫院均能發展出類似上開之評估工具，經由衛生署加以整合臨床經驗及專業，再輔以臨床指引、法律修改、加強宣導等相關配套，對於無效醫療相關議題之解決，定能有所助益。

#### 安寧緩和醫療修法後之困境

#### 100年1月26日安寧緩和醫療條例雖已增定終止/撤除維生醫療之處理機制，惟各醫療機構及第一線照顧末期病人之醫療人員仍認為該機制窒礙難行，主要原因係病人如未簽署意願書，又無預立醫療委任代理人時，撤除維生醫療即須經過配偶、成年子女與孫子女、父母一致簽名同意，並經醫療機構之醫學倫理委員會同意，多數醫院認為無法做到。依據衛生署委託完成之「撤除或終止維生醫療作業參考指引」提出以下建議：

##### 訂定完整的施行細則

#### 歐美先進國家均從醫療最高主管層級（如衛生部）提出「不予及撤除/終止維生醫療指南」，供第一線照顧末期病人的醫療人員有所遵循。由於醫療項目複雜，病人情況又個別性差異甚大，簡單的法律文字實在無法應用到複雜的臨床情境上。因此，政府最高主管單位如能提供適當的指南，再依指南簡化成法律的施行細則，即可應用在臨床上。

##### 落實病人的家庭會議

#### 「撤除/終止維生醫療」不像「不予急救」般不能等待，更不能猶豫不決，「撤除/終止」係可以考慮一段時間。「不予急救」由1位家屬就可決定，且配偶係在第一順位。但若欲「撤除/終止」，通常由一位家屬不敢自作主張，如公婆尚在，媳婦一定不敢獨自決定替其丈夫拔管，勢必須經過家屬會議討論。在安寧病房中，經常召開病人的家庭會議，但其他的醫療科別或單位，即少運用此項強有力的工具。未來牽涉到撤除/終止維生醫療的準備時，必須落實病人的家庭會議。

##### 重整醫療機構的倫理委員會，使其具倫理思辯、諮商、決策、與教育的功能：

#### 臺灣多數醫療機構的倫理委員會係為應付醫策會評鑑而虛設之組織，缺少實際功能，通常1年召開3-4次會議，委員會成員亦欠缺深入的生命醫學倫理素養，為因應此條法律，必須重整醫療機構的倫理委員會之運作模式。

##### 請政府訂定「預立醫療照護計畫」政策，並大力進行民眾教育與宣導：

#### 歐美先進國家如英國、美國等，因醫療科技進步到一個程度之後，發現科技畢竟無法使人長生不死，死亡有生物的自然率，但死亡與臨終的品質卻是人可以掌握。因此，紛紛推出「預立醫療照護計畫」（Advance Care Planning，簡稱ACP)，即所有的老人及慢性病人，都在自己健康或意識清楚時，能夠為自己規劃未來醫療計畫，以免若有一天自己意識不清時，任憑別人做出自己所不願意的醫療照護。

#### 區域醫院安寧病房占床率低

#### 依據本院實地訪查所得，在安寧病床普及性不足之下，醫學中心安寧病房供不應求，惟部分區域醫院安寧病床之占床率卻僅達五成，甚至某家醫院多個月以來僅收治到1名病患。經向衛生署調閱相關統計資料，部分區域醫院安寧病房之占床率確實未及五成，包括：衛生署臺南醫院、振興醫療財團法人振興醫院、汐止國泰綜合醫院、天主教若瑟醫院、門諾醫院、天主教耕莘醫院、羅東博愛醫院，其中衛生署臺南醫院、振興醫療財團法人振興醫院、門諾醫院及羅東博愛醫院安寧病房之占床率甚至僅有二成（詳見表15）。

#### 表15、100年區域醫院安寧病房之占床率

#### 單位：床；天；%

| 區域醫院名稱 | 登記床數 | 住院天數 | 占床率 |
| --- | --- | --- | --- |
| 臺北市立聯合醫院 | 20 | 3,693 | 51 |
| 衛生署臺南醫院 | 12 | 1,140 | 26 |
| 衛生署桃園醫院 | 30 | 9,573 | 87 |
| 臺大醫院新竹分院 | 6 | 1,271 | 58 |
| 陽明大學附設醫院 | 12 | 3,047 | 70 |
| 臺大醫院雲林分院 | 8 | 2,156 | 74 |
| 臺北榮民總醫院桃園分院 | 10 | 2,898 | 79 |
| 光田醫療社團法人光田綜合醫院 | 10 | 2,054 | 56 |
| 振興醫療財團法人振興醫院 | 8 | 825 | 28 |
| 基隆長庚紀念醫院 | 12 | 2,339 | 53 |
| 臺南新樓醫院 | 15 | 3,428 | 63 |
| 嘉義基督教醫院 | 15 | 5,475 | 100 |
| 天主教聖馬爾定醫院 | 9 | 2,029 | 62 |
| 佛教慈濟綜合醫院臺北分院 | 18 | 10,207 | 155 |
| 汐止國泰綜合醫院 | 13 | 1,716 | 36 |
| 為恭紀念醫院 | 12 | 3,748 | 86 |
| 天主教若瑟醫院 | 6 | 788 | 36 |
| 柳營奇美醫院 | 22 | 4,517 | 56 |
| 屏東基督教醫院 | 12 | 2,292 | 52 |
| 門諾醫院 | 12 | 969 | 22 |
| 天主教聖功醫院 | 11 | 2,578 | 64 |
| 天主教耕莘醫院 | 17 | 3,002 | 48 |
| 羅東聖母醫院 | 15 | 3,356 | 61 |
| 慈濟綜合醫院大林分院 | 23 | 7,025 | 84 |
| 臺北醫學大學附設醫院 | 20 | 3,640 | 50 |
| 衛生署雙和醫院 | 10 | 3,384 | 93 |
| 羅東博愛醫院 | 6 | 562 | 26 |

#### 備註：

#### 1、資料來源為100年健保局倉儲住院明細醫令檔。

#### 2、占床率=住院天數/床數\*365

#### 資料來源：衛生署

#### 社區末期照護資源及體系仍有不足

#### 根據衛生署統計資料顯示，100年臺灣地區死亡人數為152,030人，隨著人口老化，死亡人數中老年人口占率逐年增加，70年死亡人口中65歲以上者占46.9%，84年占率為60.4%，至100年時更增加至68.5%。且100年十大主要死因死亡人數為114,885人，扣除事故傷害，其餘為癌症及慢性疾病，此類病患均將面臨到疾病末期之臨終照護問題。

#### 惟截至100年統計，設置安寧病房之醫院計有47家，其中醫學中心15家、區域醫院28家，地區醫院僅有4家，顯然安寧病房確實多設置在大型醫院內，除無法避免櫥窗化之質疑外，病人亦無法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，更無法落實在地照顧。又，目前安寧療護之困難在於非癌症末期病人，其生命存活期並非幾個月，往往長達1、2年，惟現代家庭結構無法照顧此類病患，故許多病人找不到適合之照護場所，往往要求住院接受醫療照護，反而造成過多無效醫療之問題，顯見社區生命末期照護體系猶待建置。

#### 推展安寧療護之障礙

##### 健保給付不足，加上各醫院護理人力嚴重不足，導致許多醫院缺乏設立安寧病房之意願。

##### 安寧病房虧損係區域級以上之醫院均面臨之共同問題，部分醫院之所以設置安寧病房係應醫院評鑑之要求，致醫院雖有安寧病房，但床位數很少。又，安寧療護醫師薪資偏低，造成許多醫師雖接受過安寧療護訓練，卻不斷流失，不願繼續從事安寧療護。

##### 安寧共照試辦方案於收案時，病患/家屬須填寫病患權利說明暨服務同意書，惟因同意書內容文字過於生硬，家屬在情感上難以接受，常造成醫護人員於執行上之困擾。

##### 醫師與護理人員

###### 醫護教育缺乏生死學，醫護人員欠缺安寧療護之認識：死亡的話題之於國人一向是禁忌，少有人願意碰觸，醫療人員也不例外，既使他們無可避免終究面臨到病人之死亡，卻仍普遍缺乏處理臨終問題之相關訓練。綜觀國內醫學院之教育課程，仍多以醫學專業教育為主，僅有少數醫學系有相關生死學或臨終關懷之教育課程，致部分醫師對生命末期照護不甚熟悉，尤其是應該何時啟動生命末期議題之討論、如何進行溝通及如何開口談論，常常採取迴避之態度或出現生澀之表現，使得病人或家屬無法在充分訊息之下，做出最好決策。甚至部分醫師認為安寧療護違背醫師救人之天職，致面臨生死決策時，往往仍搶救到底，到最終階段，始轉介安寧療護，此時病人及家屬均已承受許多不必要之折磨與痛苦。

###### 不願轉介：部分醫護人員不瞭解安寧療護的內涵，亦不相信安寧療護能對病人生活品質的提升，或擔心失去對病人的控制，且失去收入，以及醫療機構缺乏末期照顧之標準，致未能將適合的末期病人轉介至安寧療護。

###### 病情告知困難：病情告知係醫病溝通的一部分，根據相關研究指出，告知真相對於病人照顧品質，確有正面之效果。況且安寧緩和醫療條例第8條亦明文規範醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬；病人有明確意思表示欲知病情時，應予告知。告知真相使末期生活品質提高、增加善終程度，亦符合醫學倫理的不傷害及利益原則。惟告知真相卻經常困擾末期照護之醫療人員、家屬及病人，由於在醫護人員養成教育中，未能重視醫病溝通理論與技巧，死亡教育亦相當有限，故當醫護人員面臨生命末期病人時，往往不知如何與病人或家屬進行有效溝通。當醫師缺乏生命末期的概念，不瞭解死亡照護的重要性，就不會與家屬討論「如何協助病人最後一程走得舒服與尊嚴」。

###### 照顧品質不理想：部分安寧療護機構因照顧品質不理想，造成民眾的經驗不佳，醫護人員不敢轉介，以致阻礙安寧療護之發展。

###### 由於人力不足且人員流動率高，部分醫院僅能開放部分床位收治安寧療護之病人。

###### 健保局雖已將安寧療護之服務對象從癌症病人、漸凍人擴大至8類疾病之末期病人。惟據本院實地訪查所得，8類疾病之末期病人接受安寧療護之比率偏低。由於上開末期病患之病程較癌症為長且變化差異大，在照顧上仍以原醫療團隊為主，原照護團隊如未照會轉介安寧照護團隊時，是類病人即無法接受安寧照護。

##### 病人與家屬：

###### 若病人及家屬相信自己的病情沒有那麼嚴重，或對疾病有不符合現實之期待，病人與家屬對治療計畫之不同意見，缺乏對疾病晚期照顧的計畫時，就難以接受安寧療護。

###### 由於社會大眾不甚瞭解安寧緩和醫療之正確內容，並存有相當之誤解，認為安寧緩和醫療就是放棄治療、等死的地方，導致許多末期病人無法接受安寧緩和醫療照護。其實從相關實證研究發現，末期病人如能接受安寧緩和醫療照顧，不但可減少醫療資源，節省大量不必要醫療耗費之外，又因身心靈較為安適，自然生命期比未接受者為長。以美國安寧組織於2007年發表之研究報告為例，該研究將末期病人分為兩組，一組接受過安寧療護，一組係未接受過安寧療護，接受安寧照顧組平均生命期多19天，分析主要原因為身心靈受到妥適的照護，並減少不必要之痛苦醫療措施。

###### 宣導仍有待持續加強：近年來衛生署雖致力宣導，且健保IC卡註記人數逐年增加，惟本院實地訪查時，諸多醫院不斷提及於推動安寧療護之過程中，發現民眾對於安寧療護之認知仍有不足，甚至存在錯誤之觀念，顯然宣導成效仍有待強化及提升。

##### 社會因素：死亡與臨終在我國是一個禁忌話題，因此常無法在恰當時機轉介病人接受安寧療護，加上臺灣安寧療護之機構及資訊尚未全面普遍，許多病人因而失去安寧療護之機會。

##### 法令規定及配套措施之不足：100年1月26日修正之安寧緩和醫療條例第7條第7項規定，立意雖佳，惟要求配偶、成年子女與孫子女、父母必須一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術同意書，並經醫院之醫學倫理委員會審查通過等程序，實務上卻窒礙難行，不易找齊四代同堂之全體家屬，時效上往往緩不濟急，亦乏相關施行細則之配套措施，致使第一線醫療人員執行困難，造成大部分末期病人無法適時終止或撤除心肺復甦術，反而延長受苦時日。

### 實地訪查意見摘錄

### 本案於實地訪查期間，各醫療院所針對「辦理安寧緩和醫療所遭遇之困難」及「對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望」等問題，所提出之意見彙整歸納如下（詳細意見摘錄見附錄三）：

#### 各醫院辦理安寧緩和醫療所遭遇之困難

##### 安寧緩和醫療應屬於社區醫院可執行與推廣的業務之一，惟安寧病房設置標準門檻太高，可執行的醫護人員資格太嚴格，導致社區醫院根本無法參加並申請健保給付，僅少數大型醫院執行，且10年來執行醫院家數未顯著增加。

##### 有關給付部分：

###### 健保局對安寧照護服務僅給付醫療照顧相關支出，對於病人及家屬心靈等方面支持與照顧的醫療給付不足。

###### 安寧緩和醫療屬勞心的照顧模式，需花費相當多的時間並投入一定的人力，但目前健保給付是論件計酬，在人力執行上面臨困難。

###### 安寧居家照護訪視費用點數偏低，且含所有「護理治療材料」在內，不得另行申報。又安寧居家醫師訪視費用與一般居家照護醫師訪視費用相同，減少醫師出訪之意願。

###### 目前給付相關規定係無法滿足末期病人病況之需求，例如：①3天內轉安寧病房者，不能申請共照訪視費用；②滿7日才能申請第2次訪視費用；③滿1個月須申請延長照護，並須於1週前填妥申請書寄至健保局核准後，才可繼續收案。又，健保對安寧共照之支付標準過於嚴苛，除規定安寧共照護理師每月新收案數不得超過30名外，亦規定每次訪視時間至少1小時。

###### 安寧住院天數核扣比率偏高。

###### 現行安寧療護之給付接近「論日計酬」，然每日4,930點卻包含診察費、護理費、病床費、醫療團隊照護費、處置費、藥劑費、藥事服務費、特殊材料費及其它雜項費用，遠低於醫院及醫療人員之實際付出，未盡合理公平。且醫院需要額外提撥空間及資源，建置靈性關懷室、洗澡室等。

###### 全民健保只給付醫療部分，其他心理社會照顧、靈性照顧，只能含在醫療給付中，若非醫院本身強力支持，實難經營。

###### 安寧居家護理師應為資深且能獨當一面、受過完整專業訓練之護理人員，故薪資不比資淺護理人員，但現在的健保給付幾乎僅勉強支付人事費（尚不包括材料費）。與一般居家相比，健保給付金額相差太多，易導致各醫院為節省成本而任用較資淺的護理師，或無心支持與發展安寧居家服務，或選用低成本的耗材。如此會造成雙輸：①病人輸，出院後症狀控制不佳，造成生活品質低落；②健保輸，病人須頻繁住院，耗費資源。

##### 作業程序部分：

###### 重複用途表單繁多，徒增業務負荷，包括：①國健局癌症品質診療計畫之需求；②健保試辦計畫相關表單規定及VPN線上資料庫上傳；③癌症診療品質認證及醫院評鑑病歷記載等，導致每天文書作業時間經常占據非常多的工作時間。

###### 安寧共照服務同意書常讓病人及家屬感到壓力，阻礙安寧之推廣，建議取消同意書之填寫，以利推展安寧共照及原團隊之合作。

###### 安寧共照試辦方案於收案及訪查時須填具各式評估表單，俾便健保局審查，導致安寧照護團隊須耗費大量人力及文書作業時間。

##### 法律層面：

###### 針對新修正之安寧緩和醫療條例中有關撤除維生系統部分，尚乏明確的細則可遵循。

###### 終止或撤除心肺復甦術應由兩位醫師診斷為末期病人，並經患者或家屬簽署同意書，再經過醫學倫理委員會等程序，但小醫院不懂如何處理。

###### 目前安寧緩和醫療條例規定，實行安寧緩和照護須有病人意願簽署意願書或家屬代簽同意書，始得執行。但實務上，失智症末期、植物人等無法明確表達意願者，無法瞭解病人想法，對於獨居者（如榮民）、遊民，因無見證人，使得病人有意願簽署意願書，卻因文件不完整，亦無法享有安寧照護，造成團隊與家屬無法取得共識安排後續照護模式。此群病人是否有配套措施，以提供安寧服務？

###### 法律規定嚴格，實際執行不易：依據安寧緩和醫療條例第7條規定，需要配偶、成年子女、孫子女、父母等人一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術同意書，且倫理委員會不易臨時召集開會。

##### 醫療人員部分：

###### 目前臨床照護末期病人之醫護人員對於安寧療護之觀念不足。各專科領域對於安寧療護觀念仍陌生，病情告知說明侷限於主要疾病，錯失安寧療護團隊介入服務之時機。現階段院區轉介涵蓋率約50%，醫護人員轉介認知猶待加強。

###### 人力不足，安寧緩和醫師除原科別之業務外，尚須兼任安寧緩和照護醫師，致使醫護人員常分身乏術，負擔沈重，並造成安寧共照品質稍嫌不足。

###### 目前八大類慢性疾病之安寧療護雖已納入給付，但實施成效有限，以臺北醫學大學附設醫院為例，癌末病人接受安寧療護之比率為70%（醫院評鑑標準為30%），但非癌末病人接受安寧療護之人數卻未超過10人。因該等科別之醫師未受過安寧專業訓練，對於安寧不甚瞭解，故延宕轉介時機。

###### 共照團隊對照顧八大非癌病人之專業知識仍有待加強、原團隊對於藥物處置使用仍需再溝通、急診對辨識安寧病人有待加強。

###### 無法救治的末期病人應收置在一般病房或安寧病房，並非在加護病房，但教育及給付制度卻出了問題，曾於審核病歷時發現癌末病人仍接受開刀、化療。

###### 安寧療護是勞心費力費時的工作，但面臨到各類專業照護人力招募之壓力，此外，目前安寧共照團隊除安寧共照師為專職外，其他人員如醫師、社工師、心理師等均非專職人員，平常已有許多業務處理，額外還須負責安寧共照業務，工作量大，常會有精神體力耗竭情形，能否比照共照師（每月30位病患上限，1年不超過300人），訂定其他團隊專業人員合理的服務上限及提供其合理的工作報酬。

###### 東部地區偏遠，人員訓練由基礎至進階訓練，以及每年20小時繼續教育訓練課程，所花費訓練成本負擔過重。

##### 病人及家屬部分：

###### 臨床常見末期病人及家屬因病情不穩定變化，背負身心靈多重壓力受苦，病家需求鮮少被關注，因而衍生遺族之複雜性悲傷，出現長期憂鬱、焦慮沮喪等症狀。

###### 家屬因個人情感因素及社會壓力，不願違反病人因不瞭解病情而想積極治療之意願，故無法接受安寧療護之意見。

###### 目前病人及家屬返家意願低，對於出院返家有許多擔憂，一旦提及出院議題時，家屬便傾向轉至其他家醫療院所，相對造成健保及醫療資源的浪費。

###### 民眾對安寧緩和醫療、不急救同意書的認識與瞭解，仍嫌不足。

###### 目前民眾對於安寧緩和醫療的認知與接受度偏低，進而造成溝通上的困難，故民眾教育是目前必須努力的方向。

###### 國人常有維護父母生命，尋求積極治療、急救到最後一刻，才是為人子女的孝道，因此，有時會遇到收案較晚的情況。

###### 家屬對安寧緩和醫療認知不足，有些家屬認為簽署同意書後，就是代表放棄所有治療，造成醫護人員執行上之困擾。

##### 社區安寧療護資源：

###### 對於社區醫院而言，安寧成本相當高，故無法承接，但美、英等國均由社區醫院提供安寧療護。

###### 社區緩和醫療資源不足，無法將出院病患及時及有效轉介，導致病患久住醫院。

##### 其他問題，包括：醫院並未設有腫瘤科，需依賴他院轉介，導致占床率低；地區醫院資源及硬體設備不如醫學中心，醫學中心臨終病患下轉至該院之意願低。

#### 各醫院對於辦理安寧緩和醫療之具體希望

##### 強化社區末期照護體系部分：

###### 結合社區醫療群的基層醫師提供照護，並結合社區遠距醫療科技的使用。

###### 鼓勵醫院與社區的長期照顧機構、護理之家等建立合作關係，由衛生署編列預算，或健保局增加給付的金額，對於符合安寧規範的院所而從事安寧療護，且達到訂定的品質要求者，提高獎勵金。

###### 衛生署應訂定末期病人瀕死回家往生的規範，包括：預立醫療指示、不施行心肺復甦術意願書、死亡診斷證明書的取得程序等，均應訂定標準作業流程，方便醫療院所依循，完成病人回家善終的心願。並且建構完整安寧居家照護網絡，增加照護服務之可接近性及可利用度，積極建構完整社區服務網絡，以符合末期病人的期望。

###### 設立安寧日間照顧病房：醫院比照精神科日間照護，以及國外設立安寧日間照顧病房之作法，提供安寧病人白天暫留醫院接受照顧，晚上回家共享天倫，並專車接送病患等配套措施；另為減輕病人之經濟負擔，建議得納入健保給付範圍。

###### 依醫療網分級優先協助鼓勵地區醫院辦理安寧緩和醫療，協助地區醫院轉型，達到醫療網分級，醫學中心及教學醫院執行有效益的急重症醫療照護。

###### 讓安寧療護的病患能夠回歸到在地的社區醫院接受照護，如此不僅可以增加家屬探望及照顧上的可近性，更可使安寧的病人完成「老有所終」的理想。

###### 現今大型醫院病患人滿為患已是眾所皆知的問題，大型醫院需致力於急、重症與相關教學研究，輕症或接受安寧照護的病患能夠回歸在地的社區醫院接受照護，如此不僅可以增加家屬探望、照顧上的可近性，也可以更加落實分級醫療的制度，使大型醫院能夠有更多心力著重在其角色的功能與定位上，更可使安寧的病人完成「老有所終」的理想。此外，大型醫院不論是掛號費或相關檢查的費用，均較社區醫院為高，如安寧病人能夠回到社區接受照護，還可減少家屬與健保的支出，達成雙贏的局面。故目前安寧共照試辦方案之相關條件與未來欲推動的安寧政策，應依上述理念辦理。

###### 設置安寧病患的中途之家，即安寧療護後續照護機構，解決病患返家無人照顧的問題。

###### 應鼓勵及輔導並以經費補助中小型醫院成立安寧療護專區，目前安寧療護皆以大型醫院之集中安寧，而忽略區域分配之本意，與在地老化之理念不符。

##### 有關宣導及教育部分：

###### 加強對醫療人員及社會大眾的生命教育。

###### 強化教育訓練機制，提升安寧緩和醫療品質。

###### 衛生主管機關應加強民眾之教育宣導，提升民眾對於安寧療護的知識。

###### 獎勵醫療院所定期舉辦安寧醫療講座，廣邀社區民眾參加，對於主辦醫院給予活動經費補助，以加強宣導安寧緩和醫療觀念。

###### 增加安寧療護團隊相關持續教育訓練認證管道之多元化，並增加東部地區的場次。

###### 將相關教育訓練予以簡化，使一般地區醫院能夠全力配合，以落實安寧緩和照護的病患能夠回到在地的社區醫院接受照護。

###### 生命教育由小學開始直到醫學院及大學的通識教育。

###### 將安寧緩和醫療列入各專科醫師考試項目。

##### 有關提供獎勵及補助部分：

###### 提高安寧療護的健保給付，藉此鼓勵醫院減少無效醫療的實施。並對醫院安寧療護的規模經評鑑後，做等級的評分，健保局藉此來分配安寧療護的給付，讓病人可以就近得到安寧療護的照護。

###### 放寬安寧療護病房設置標準，並對於實質有提供安寧療護且品質績優的醫院予以從寬認定，可申請健保給付之安寧住院照護。

###### 安寧緩和醫療需要投入人性關懷的照顧模式，故需要安寧緩和照護醫護人員花費相當大的時間及投入，在目前的健保給付方式，面臨人力執行上有相當的困難，政府若考慮將轉入安寧緩和醫療所節省下來的醫療資源投入，可能較能提高民眾使用誘因。

###### 衛生署除可增辦緩和醫療相關課程外，亦可補助相關人員受訓之費用。

###### 對有意願及資格設立安寧病房之醫院，給予經費補助及協助設置，並提高安寧療護給付，包括醫師、護理人員、社工人員及靈性關懷人員等團隊成員，都應有一定給付，才能吸引醫院及醫事人員從事此工作。

###### 全額補助偏遠地區及弱勢民眾之訪視交通費。

###### 主管機關可與相關安寧學會協商後，訂定跨院區醫療服務（會診）之支付標準。且對地段（衛生所）護理人員協助之工作，可另訂合理給付，或同意衛生所護理人員納入醫院居家照護團隊小組成員之一，由醫院申請全民健保給付。

###### 安寧療護所需專業人員包括醫師、護理師、社工人員、牧靈人員等等，均相當困難。期望能提供相關補助，包括團隊（特別是社工師、關懷師）的額外補助經費，以及安寧相關訓練的補助（外派受訓，協助當地醫院辦理安寧訓練課程等）。

###### 於醫院總額外設立提升安寧照護品質獎勵專款，鼓勵醫院提升安寧照護的品質。

###### 健保安寧緩和醫療採固定點值，是可以鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之有效辦法。

###### 每年編列專款補助設置安寧緩和醫療機構，並有適當的給付以支付人力費用。安寧緩和醫療團隊的設立，需要醫師、護理師、社工人員、臨床宗教師、臨床心理師等，目前國內相關人才稀少，且因經費拮据，難以吸引人員投入安寧緩和醫療的服務。若衛生署提供人才資源的整合及健保總額以外的經費補助，相信對於鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療，能有所助益。

##### 有關法令規定部分：

###### 為尊重生命，故成立安寧共同照護小組，其規定嚴苛是情有可原，但也使得地區醫院不易成立。與其提供誘因不如提供法源，讓醫師能夠合法面對病人及病患家屬，於法有據，則可暢談緩和醫療，亦可避免醫療糾紛。

###### 目前經常面臨的困境是病人及家屬返家意願低，對於出院返家有許多擔憂，一旦提及出院議題時，家屬不是堅持留在急性病房繼續治療，不然就是要求轉至其他家醫療院所繼續醫治，造成健保及醫療資源的浪費。應該考量建置合理的末期病人住院天數及照護醫療模式，並輔以健保給付手段，以引導病人及家屬不會濫用醫療資源。

###### 降低醫院辦理安寧緩和醫療的門檻。

###### 修定醫院設置辦法，整合偏鄉醫療資源，協助醫院成立臺東安寧療護中心，善用健保資源，造福更多需要的民眾。

##### 其他：

###### 保障安寧療護團隊合理的人力分配。

###### 以往衛生署對於安寧療護的醫療院所，委由安寧療護專家評鑑，對品質有所把關，但新制醫院評鑑已經具備安寧療護的項目，評審的專家卻非具有安寧療護臨床實務經驗，無法確實評估醫院在此服務項目的品質。又，健保局對於安寧療護個案之審查，應邀請有安寧臨床實務經驗的專家進行審查，避免核刪安寧病房住院天數。

###### 簡化行政作業流程及繁瑣文件表單，從寬給付安寧照護之各項照護費用。

###### 應強力推動預立醫療自主計畫，鼓勵或要求各相關科別團隊，在病人進入疾病末期、病情尚未危急時，即儘快與病人討論末期照護偏好、預立醫療指示、訂定個別化的醫療目標和計畫，提供適當的症狀緩和、提升生活品質、評估病人及家屬的社會心理靈性需要，並協助面對預期性哀傷等末期需要。

###### 嚴格審查加護病房及普通病房慢性器官衰竭病人之醫療給付，刪減或減付後期末期病人不合理的治療和檢查項目給付，重分配來提高緩和醫療各項服務的給付，對於耗時耗力的工作，如家庭會議、心理靈性照護、哀傷輔導等，應有機制予以實質鼓勵。

###### 加強安寧緩和醫療在醫院評鑑分數之權重，或明定安寧病房為教學醫院必須設置之單位。

###### 應儘速釐清「安寧資源匱乏地區」的急迫需要，擬定對策，鼓勵醫院發展。

## **醫院評鑑之執行情況及檢討**

### 評鑑目的

### 醫院評鑑係依據醫療法相關規定辦理，其目的係在建立安全、有效、以病人為中心、適時、效率、公正而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。

### 執行情況

#### 醫院評鑑或認證之種類

#### 衛生署及所屬機關與醫策會，對於醫院進行評鑑或認證之種類、法令依據及各種評鑑或認證之效期如下：

| 項目 | | 法令依據 | 效期（作  業程序） | 業務  單位 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 醫院評鑑及教學醫院評鑑 | 依據醫療法第二十八條規定辦理醫院評鑑，並依同法第九十五條之規定，會同教育部辦理教學醫院評鑑。 | 4年 | 醫事處 |
| 2 | 精神護理之家評鑑 | 依據護理人員法第二十三條之一規定，辦理精神護理之家評鑑。 | 3年 |
| 3 | 精神復健機構評鑑 | 依據精神衛生法第十六條規定，辦理精神復建機構評鑑。 | 3年 |
| 4 | 人體試驗/研究倫理審查會訪視計畫 | 依據人體研究法第十八條第一項規定，中央目的事業主管機關應定期查核各人體試驗/研究倫理審查會，並公布其結果。 | 1年（新申請）  /4年 |
| 5 | 醫院緊急醫療能力分級評定 | 依據緊急醫療救護法第三十八條規定，辦理醫院緊急醫療能力分級評定。 | 3年 |
| 6 | 醫院特殊照護中心認證 | 無 | 3年 |
| 7 | 「教學醫院教學費用補助計畫」追蹤輔導訪查 | 無（審計部之要求） | 無 |
| 8 | 專科醫師訓練醫院課程認定 | 專科醫師分科及甄審辦法第六條之規定。 | 3年 |
| 9 | 101年度醫院感染控制查核作業 | * 依傳染病防治法第三十二條第一項規定：醫療機構應配合中央主管機關之規定，執行感染管制工作，並應防範機構內發生感染；對於主管機關進行之輔導及查核，不得拒絕、規避或妨礙。 * 醫療機構執行感染控制措施查核辦法明文規定，醫療機構應執行之感染管制措施，以及主管機關執行查核標準。 | 1年 | 疾病  管制局 |
| 10 | 一般護理之家評鑑 | * 護理人員法第二十三之ㄧ條規定。 | 3年 | 護理及健康照護處 |
| 11 | 專科護理師訓練醫院認定 | * 專科護理師分科及甄審辦法第四條規定。 | 4年 |
| 12 | 癌症診療品質認證 | 無 | 4年 | 國民健康局 |
| 13 | 母嬰親善醫療院所認證 | 無 | 1.分數95以上4年。  2.分數90- 94分3年。  3.分數85- 89分2年。  4.分數80- 84分1年。 |
| 14 | 無菸醫院（健康照護機構）評核 | 無 | 2年 |

#### 醫院評鑑或認證之整併作業

##### 為整合所屬各單位及附屬機關衛生醫療業務相關訪視作業，避免資源重置，有效降低醫院接受訪查之頻率及負擔，衛生署於今（101）年度再針對各單位辦理之醫療機構評鑑及訪查之項目，進行計畫整併作業，並且將其名稱改為衛生醫療業務聯合訪視計畫；整併之後計有38項評鑑、認證及訪查之項目，依其內容分為三類進行聯合訪視，包括：

##### 醫院評鑑及教學醫院之評鑑行程，計4項

###### 醫院評鑑及教學醫院評鑑。

###### 精神護理之家評鑑。

###### 精神復健機構評鑑。

###### 一般護理之家評鑑。

##### 衛生醫療業務聯合訪視行程，計7項

###### 醫院感染控制查核作業。

###### 人體試驗/研究倫理審查會訪視計畫。

###### 醫院緊急醫療能力分級評定。

###### 教學醫院教學費用補助計畫追蹤輔導訪查。

###### 癌症診療品質認證。

###### 母嬰親善醫療院所認證。

###### 無菸醫院（健康照護機構）評核。

###### 專科醫師訓練醫院聯合訪視行程，計27項。

##### 101年辦理衛生醫療業務聯合訪視計畫，需接受訪視之醫院，由原來1,008家次，減併為581家次，確實減少受訪醫院之負擔並明顯提升行政效率。

#### 醫院評鑑項目數

#### 本院提出「全民健保總體檢」調查報告後，行政院函復醫院評鑑項目已由5百多項減為2百多項，但本院訪查醫院期間，醫院反映評鑑項目並未減少，針對此問題，醫策會於本院約詢時之說明如下：

##### 醫院評鑑項目有238題，教學醫院評鑑有166題，醫院評鑑分兩大塊，一塊是管理，裏面分102題，另外是醫療照顧136題，管理組分8個章節，1之1到1之8，醫療組分2之1到2之9。

##### 96年之前，醫院評鑑項目分為11個章節，96年到99年是新制醫院評鑑的第一屆，將原評鑑項目濃縮成醫院管理、醫療照護及護理照護三個章節，條文計538題。100年間，再將評鑑項目濃縮成2個章節，把醫療及護理整合在一起，項目縮減成2百多項。其中有關護理的條文從過去144題已減少到40題以內。

##### 醫院評鑑時，準備文書的主要工作落在護理人員身上。96年至99年的評鑑條文，部分是將之前對於護理部門的評鑑項目獨立列出，100年簡化成238題後，並沒有減少。主要原因在於醫院評鑑的目的係提昇醫療品質及保障病人安全，護理人員於此均扮演重要角色。而近年來「醫療糾紛」及「知情同意」兩件事頗受關注，於是醫事人員必須詳細告訴病人或家屬相關事項，甚至於要做紀錄請家屬及醫師簽名，因此，醫病關係改變之時，有時相對需要文書工作配合。又病歷是醫療糾紛發生後之重要法律文件，有些文件寫不清楚，是會影響到品質及安全的，因此，醫師、護理人員都寫得很仔細，也變成必要的文書工作。不過，衛生署之政策是希望精簡護理的文書工作，對於其他非核心的、可以精簡的文書作業，會努力去精簡。

##### 醫策會一開始的立意就是讓健保體系的醫療品質能夠提昇，現在國內的醫療品質，是由我們國內專家學者用高標準來訂定，不是由衛生署訂定，都是專家學者訂定，所以護理的評鑑標準是由護理部門的前輩大老一起來訂，這些委員們，自己本身都在業界裏面有一定地位及理想性，希望在這個領域內能把它做得很好，於是把評鑑當成工具，把理想放在評鑑裏，希望評鑑把品質提昇，但是理想和現實有落差，執行卻是由衛生署去執行，所以挨罵是衛生署，醫院在現實面做不到時，專家學者又帶著醫院回頭罵衛生署。但衛生署若把標準降低，又會被批評降低醫療品質。

##### 希望做兩件事，一是簡化流程，用資訊去替代人力，人力就可以去照護病人；另一是資訊化後的持續監測，讓造假減少，也減少醫院準備評鑑的壓力。

#### 醫院評鑑的實地評鑑

##### 依據醫療法施行細則第15條規定：「中央主管機關依本法第28條規定辦理醫院評鑑，應訂定醫院評鑑基準及作業程序，並得邀請有關學者、專家為之」。現行「醫院評鑑基準」，係由衛生署依照上開規定邀請國內相關學者、專家，考量國內醫療環境之實情而訂定。又每年度實地評鑑之前，衛生署皆會召開「醫院評鑑委員共識會議」，邀集所有評鑑委員，針對「醫院評鑑基準」評量項目進行評分共識；衛生署並會要求評鑑委員於實地評鑑時，務必依照評量項目及共識之內容進行評分，藉以確保不同委員評量之一致性及公平性。

##### 衛生署亦自97年開始，推行醫院評鑑文件簡化作業，如：鼓勵醫院以資訊化之方式呈現資料、刪除基準評分說明中不必要之「有紀錄可查」文字、整合及簡化資料表填寫內容，並請評鑑委員著重實務面之評量，儘量採取現場查證其平常作業之方式進行查核。

#### 醫院評鑑作業之改善

##### 另有鑑於醫院評鑑項目繁多，每隔3或4年，辦理1次評鑑，使得醫院與委員間，僅能以片段性、回溯性的方式，就某一時點之醫療品質進行審查，未能經常性、即時性掌握醫療品質狀況，衛生署爰著手研擬建構一套持續性之監測制度，藉由醫院定期回報相關資料或紀錄之方式，可於平時即能監測醫院醫療相關品質數據資料，並在評鑑之時，提供委員參考，以資簡化醫院評鑑資料準備作業。

##### 衛生署仍將持續進行評鑑技術改善工作，包括：建置醫院評鑑持續性之監測系統、進行評鑑文件簡化、推動委員分工簡化、並引進新式之評鑑方法，以減少各醫院之負擔。

#### 醫院評鑑與健保支付水平的聯結

##### 現行「醫院評鑑」業已針對不同申請評鑑類別（醫學中心、區域醫院、地區醫院）醫院，訂有不同申請條件；評鑑的內容也依據不同申請評鑑類別或病床數規模，訂有不同標準，例如：「醫院評鑑基準」即針對不同的申請評鑑類別，訂定有不同之醫事人力標準，且依據不同之床數規模，訂有不同的可以免評條件，包括：

###### 醫院評鑑申請資格：

地區醫院評鑑：急性一般病床在20床以上。

區域醫院評鑑：

急性一般病床及急性之精神病床，合計應至少在250床以上。

應具備「中度級急救責任醫院」認證資格。

醫學中心評鑑：

急性精神病床應在25床以上。

同時必須具備「重度級急救責任醫院」、「癌症診療品質認證合格A級」、「人體試驗/研究倫理審查會訪視合格」等三項之認證資格。

應能提供家庭醫學、內、外、婦產、兒、骨、神經外、整形外、泌尿、耳鼻喉、眼、皮膚、神經、精神、復健、麻醉、放射診斷、放射腫瘤、臨床病理、解剖病理（或口腔病理，具其中之一）、核子醫學、急診醫學、職業醫學、齒顎矯正、口腔顎面外科等25科之診療服務。

並應同時申請「醫師及醫事人員類教學醫院」評鑑，且至少應包含西醫師及牙醫師二類醫師職類，以及藥事、醫事放射、醫事檢驗、護理、營養、呼吸治療、物理治療、職能治療、臨床心理等9類之醫事人員（非醫師）職類。

必需參加「醫學中心任務指標審查」。

###### 「醫院評鑑基準」針對不同申請評鑑類別醫院（醫學中心、區域醫院、地區醫院），分別訂定有不同之醫事人力標準。

##### 「醫院評鑑基準」依照醫院可否選擇免評條文，可區分為「不可免評之條文」與「可免評之條文（not applicable）」。「可免評之條文」，除該條文另有規定者外，可略分為三類：

###### 因醫院未提供該項服務而選擇免評之條文，於條號前以「可」字註記。

###### 限急性病床數99床以下醫院，才可選擇免評之條文者，於條號前以「可\*」字註記。

###### 限急性病床數49床以下醫院，才可選擇免評之條文者，於條號前以「可\*\*」字註記。

| **篇** | **章** | | **條數** | **可免評條文之條數** | | | **符合/不符合條文之條數** | **必要**  **條文之條數** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **可** | **可\***  **（急性99床以下）** | **可\*\***  **（急性49床以下）** |
| 一  、  經營管理 | 1.1 | 醫院經營策略 | 15 | 1 | 2 | 3 | 1 | 0 |
| 1.2 | 員工管理與支持制度 | 11 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 1.3 | 人力資源管理 | 16 | 3 | 2 | 5 | 0 | 7 |
| 1.4 | 員工教育訓練 | 11 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| 1.5 | 病歷、資訊與溝通管理 | 13 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 1.6 | 安全的環境與設備 | 14 | 1 | 0 | 2 | 2 | 0 |
| 1.7 | 病人導向之服務與管理 | 13 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 |
| 1.8 | 危機管理與緊急災害應變 | 9 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 |
| **第一篇合計** | | | **102** | **7** | **9** | **22** | **3** | **7** |
| 二  、  醫療照護 | 2.1 | 病人及家屬權責 | 14 | 3 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| 2.2 | 醫療照護品質管理 | 8 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 2.3 | 醫療照護之執行與評估 | 19 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| 2.4 | 特殊照護服務 | 28 | 28 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 2.5 | 用藥安全 | 15 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 |
| 2.6 | 麻醉及手術 | 15 | 15 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 2.7 | 感染管制 | 15 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 2.8 | 檢驗、病理與放射作業 | 15 | 5 | 0 | 7 | 0 | 0 |
| 2.9 | 出院準備及持續性照護服務 | 7 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **第二篇合計** | | | **136** | **57** | **0** | **13** | **11** | **0** |
| **總計** | | | **238** | **64** | **9** | **35** | **14** | **7** |

## **醫療糾紛之衝擊與回應**

### 衝擊

### 本案此次實地訪查過程，沿途最常聽到、最夯的議題，便是醫療糾紛。兩年前進行「全民健保總體檢」時，各醫療院所均提出「健保到底是社會保險或社會福利？」之疑問，相對而言，醫療糾紛問題未被凸顯，但本案實地訪查期間，幾乎所到之處，醫療現場均對醫療糾紛憂心忡忡，其程度之密集與反應之強烈，為訪查沿途最令人印象深刻之事。

### 此次訪查台中地區時，曾有某醫院副院長提及自己的老師與醫療糾紛纏鬥了5、6年，「內心都在淌血」；而台中梧棲童綜合醫院李明鍾等3名醫師經法院判定有醫療過失，判決童綜合醫院應連帶負賠償3千2百多萬，此判決一出，更使得醫師人人自危。

### 國內四大皆空之問題愈趨嚴重，最主要之原因除健保支付制度及醫師之生活品質外，當屬各科別可能發生之醫療糾紛風險。因此，現今高風險的科別諸如外科、婦產科、小兒科、急診皆已面臨招收不到醫師的困境，醫界亦常有四大科及急診醫師「錢少、事多、離監近」的感歎。醫療糾紛已嚴重衝擊醫療生態，讓醫學生視四大科及急診為畏途。

### 目前國內對於醫療糾紛案件，仍是「以刑逼民」的設計，醫事人員面對醫療糾紛時，除面對民事賠償責任外，還可能有牢獄之災，即使司法最終審判還其清白，但期間纏訟多年，已身心俱疲；而屢創高額的賠償金，多數醫師窮其一生執行醫業，所獲收入總額亦未必能獨力支付醫糾賠償金，凡此，均使得新一輩的醫學生恐懼選擇高風險的執業科別。而醫療糾紛造成的醫病關係惡化及衍生的防衛性醫療，對於醫療生態的衝擊更難以估算。

### 回應

### 衛生署對於醫療糾紛問題的回應，主要是透過修正醫療法第82條處理。該署早期從去刑化開始努力，最近則以「醫療刑責明確化」為改革訴求。因目前國內醫療糾紛案件中有80%用刑事處理，對醫師及工作人員壓力很大，醫界也認為這是造成「四大皆空」的主要原因之一。然而，醫療法第82條修正草案之意旨，係認為重大醫療疏失才需負責刑事責任，但已被法務部多次退回。另在婦產科部分，衛生署亦已提出「醫療機構辦理生育事故救濟試辦計畫（草案）」，亦遭法務部退回。目前醫療刑責明確化及婦產科生育救濟計畫的辦理進度如下：

#### 醫療刑責明確化

##### 為維護醫病雙方權益，合理規範醫事人員發生醫療意外事故應擔負的刑事責任，避免高風險之科別，醫師缺乏投入意願，藉以促進醫療體系健全發展，衛生署所擬具醫療法第82條第3項之修正草案，規定「醫事人員因執行業務致病人死傷者，以故意或重大過失為限，負刑事責任」，以使醫事人員發生事故應擔負的刑事責任更合理化，衛生署近年來之具體規劃作為如下：

##### 於100年4月29日，邀集醫界人士及醫療使用者、法界人士，舉辦「醫療刑責明確化」座談會，針對醫療行為是否應以重大過失始負擔刑事責任議題進行討論，希望凝聚各界共識，以便作為修法參考。101年4月28日，舉辦「醫療訴訟制度革新研討會」，會中針對「醫療刑責合理化」之議題進行討論，參與對象擴及法務部、檢察官、法官、醫界、醫改團體、消基團體、法律學者，以及律師等司法實務界人士。

##### 參酌上述相關座談、研討意見之後，基於醫療行為乃係醫事人員出於救死扶傷初衷，目的純為降低病人生命與身體的風險，對於社會本具有公共利益特性，其危險之責任應予以合理化，乃著手研議「醫療法第82條第3項」之修正草案，明定「醫事人員因執行業務致病人死傷者，以故意或重大過失為限，負刑事責任」之條文，並於101年3月21日以衛署醫字第1010261108號函報行政院審查，行政院經交辦相關機關表示意見後，業於101年5月1日檢附相關機關所提供之意見函復衛生署，要求該署依照相關機關意見重新加以研處，其中法務機關意見趨於保留，因此事涉及刑法體系，偵查審判上之重大變革，衛生署將持續邀法務部、司法院等相關之機關、民間團體、學者專家、醫界及司法實務界人士，再行討論，審慎研議。

#### 婦產科生育救濟計畫

##### 為維護醫病雙方之權益，促進醫病關係和諧，保障病人安全，提升醫療品質，並改善婦產科醫事人力短缺之困境與執業環境，衛生署已先行以生育所發生之事故，作為試辦救濟範圍，於100年訂定「醫療機構辦理生育事故救濟試辦計畫（草案）」，辦理期程為101年至103年，希望以此作為未來規劃全面實施醫療傷害補償制度之先驅性計畫，達成「社會之互助與正義」、「健全醫療體系發展」、「促進醫病關係和諧」三贏目標。

##### 上開計畫衛生署已於101年編列相關預算，並於100年11月配合修正計畫內容，且於101年4月27日第4度陳報行政院核定，俟奉核定後，即可正式施行辦理。

## **約詢要點**

## 本案於調查過程中，繼實地訪查之後，也舉辦兩場約詢，第一場約詢時間為6月7日，主要以衛生署相關單位為主，出席人員包括：邱署長文達、賴副署長進祥、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策會張董事長珩、李執行長偉強、中央健康保險局戴局長桂英、醫管組蔡組長淑鈴、衛生署醫事處石處長崇良、健康照護處鄧處長素文。約詢之前，先針對調查過程中所發現的相關課題及衛生署於全民健康保險總體檢後所作的檢討改善，審慎準備58項約詢問題要求衛生署回覆，該署亦事前準備書面資料，逐一說明。

## 另一場係於7月6日請行政院江副院長宜樺率同3個部會到院接受詢問，出席人員包括：衛生署邱署長文達、主計總處石主計長素梅、經建會吳副主任委員明機等。上開兩場約詢均係針對「『重振五大科』之執行情況及檢討」、「『守護社區醫院』之執行情況及檢討」、「無效醫療之執行情況及檢討」、「安寧緩和醫療之執行情況及檢討」、「醫院評鑑之執行情況及檢討」、「醫療糾紛之衝擊與回應」等六大面向，進行互動。茲將前揭議題主要詢答內容，摘錄如下：

### 第一場約詢

#### 醫療糾紛之衝擊與回應

##### 黃委員指出，此次實地訪查沿途最常聽到、最夯的有兩項議題，其中一項係醫療糾紛的問題。兩年前進行我國全民健保總體檢時，各醫療院所多提出「健保到底是社會保險或社會福利？」之疑問；相對而言，當時醫療糾紛問題未被凸顯，但本案實地訪查期間，幾乎所到之處，醫療現場的醫師紛紛反映對於醫療糾紛問題的憂心及衝擊，程度之密集及反應之強烈，乃是沿途訪查最令人印象深刻之事。

##### 衛生署邱署長文達回應，對黃委員之努力深表敬佩，戴局長每次陪同訪查均將相關意見帶回共同討論。最近對於醫療糾紛的感受，跟黃委員一樣，愈來愈強烈，特別是最近幾個案子，讓所有人感受愈來愈深。因此，該署特提出醫療法第82條的修正，最早是從去刑化開始努力，最近則轉為合理化，因目前臺灣醫療糾紛案件中有80%係以刑事處理，對醫師及工作人員造成很大的壓力，故希望合理化，比如國外很少動用刑法，但台灣卻就動用刑法，此也是各界認為造成四大皆空的首要原因，但醫療法第82條修正案送到法務部後，卻被退回，該部有很多的理由。另在婦產科方面，該署先提出生育救濟計畫，但也遭法務部退回。

##### 劉委員興善則指出醫療糾紛之癥結點在於刑法規定提起刑事案件時，毋須支付訴訟費用，勝訴後再提民事附帶賠償，如於醫療糾紛提出須支付費用的特別規定，始可能阻擋醫療糾紛。但如此修法，在立法院審議時勢必引極大辯論。但不從此點處理，解決醫糾問題將遭遇相當之困難。其次係保險概念，在臺灣醫師與醫療機構的保險究竟多少？但因為醫療糾紛而保險的數據若未達80%，表示醫師認定臺灣民眾不敢告醫師，亦即醫師對醫療糾紛的陳訴是不成立的。在外國，因訴訟費用昂貴，所以比較少提出來。醫療糾紛如不從上述兩點予以處理，則有問題。

#### 醫院評鑑之執行情況及其檢討

##### 黃委員指出，本案實地訪查沿途最常聽到、最夯的有兩項議題，其中一項係醫院評鑑，各醫院對於評鑑多有強烈之反映，此係兩年前進行我國全民健保總體檢時，所未有的深刻感受。本案實地訪查之醫院多反映評鑑雖由508項減少成238多項，但僅係整合項目，實際放在條文當中的細項，卻未減少，此舉有何意義？本案之所以將此問題提出，係因本案訪查時，醫院反映相當強烈，甚至有醫師強烈提及一句重話：聖人不死，天下大亂。同時有一定比率的護理人員，面臨到評鑑時，就像候鳥一般，要迴避、轉移工作單位，此為本案在醫療現場所聽到第一線的真實聲音。評鑑減半是形式上減半，但實質上呢？此外，醫院評鑑的基準對醫院而言，是作之君、作之師、作之父，評鑑走到現在，是否造成「為評鑑而評鑑」的現象？是否喪失原來確保品質、病人安全及病患權益的目的，只是讓醫院消耗許多時間，讓應該花在照護品質及病患權益之工作受到影響，此係本院所擔憂之處。

##### 醫策會張董事長珩回應，醫院評鑑之所以與健保掛勾，係因健保依賴醫策會的評鑑，醫策會一開始的立意就是希望提升健保體系的醫療品質，但在執行中，卻見到一些過程，簡單的講，現在國內的醫療品質，係由國內專家學者以高標準訂定，這些標準並非由衛生署所定，均係請專家學者共同定之，這些委員們本身都在各專業領域中有一定的地位及理想性，即將評鑑當成工具，順帶將他們的理想放在評鑑之中，但理想與現實是兩件事。現在評鑑時，常常有很多的老師，有很好的理想，所以很多標準拉到一百分、九十分，執行者卻是衛生署，所以遭到批評也是衛生署，當醫院在現實面無法達到時，這些專家學者又會帶著醫院責罵衛生署。但實情是專家學者不應該將標準訂到如此高，倘衛生署降低標準，又將遭批評降低醫療品質。目前該會希望做到兩件事，一為簡化流程，以資訊替代人力，人即可多出時間照護病人，資訊化的目的係為持續監測，讓造假的問題減少，也減少醫院準備評鑑的壓力。

##### 但黃委員也提醒，醫事處與健保局之間缺少平台，醫事處的一個政策可能增加醫院的成本，醫院的生存係在天花板與地板之間，一個政策，就讓地板提高，同時也壓縮醫院生存的空間。如何給醫院有合理的空間，讓其發揮創意，對社會有貢獻，外控應是彌補內控的不足。臺灣醫院本質上是具有競爭力，醫院評鑑若是外控的最佳手段，但其本質應是要彌補內控的不足。

#### 安寧緩和醫療之執行情況及檢討

##### 沈委員美真表示，安寧照護最重要的目的在於讓病人能夠善終、家屬能夠無憾，節省醫療資源並非是最重要的考量。但對於有限醫療資源如何使用，即十分重要。使用安寧究竟能否減少醫療費用支出，健保局提供的資料顯示病患往生前1個月使用安寧，1人可減少20萬醫療費用，這個統計數字的時間資料為何？此項費用是安寧病房、或加上安寧居家，或是安寧病房與一般照護的數字？癌症病人死亡前約有2成使用安寧療護，若當癌症病人死亡前均全部使用安寧療護，則可節省多少醫療資源？另所附之剪報資料，如安寧療護做得好，即許多人員願意參與，家屬也很感激，同時可減少醫療糾紛。提供臨終病人安寧照護，也提供家屬心理的需求，可改善醫病關係，對病人言是很大的福氣。從健保局提供的資料，安寧療護確可減少醫療費用，所以推廣安寧是有必要，但1日4,900多點的給付，造成醫院擔心虧損而不願推展，不如提高給付；另如對社工師、心理師、宗教師予以給付，並讓醫師有保障薪資，可使醫院不虧本甚至有利潤，才有助於醫院願意推廣安寧療護，健保局也可節省資源。又安寧的品質要求高，本院諮詢時即有醫院建議安寧照護的設置標準要分等級，但專家學者認為安寧醫療一定要有品質，若無品質，即無人願意接受安寧。此外，安寧在尋找護理人力遭遇很大的困難，既然此工作對末期病人有所幫助，能否適度提高給付，引導病患於臨終時不要去做不必要的無效治療。

##### 健保局蔡組長淑鈴回應表示，健保對癌末的安寧緩和給付，先是安寧病房，然後是居家，再來是共照。因早期民眾不知道什麼是安寧，故先從病房實體的設施及人員著手，所以有安寧病房，再從癌末擴展到八大非癌。但安寧強調的是身心靈的照護，環境不是最重要，所以實施安寧共照，此係去年開始的重大改變。趙教授可式也認為不應該去廣設安寧病床，況且目前安寧病床的占床率也非100%，有些只有五成。另安寧的給付分級，與醫院評鑑的分級的概念類似，很多安寧病房的設置很高檔，健保要用這麼高檔來支付嗎，要再考慮。有些醫院聘請心理師、宗教師、禮儀師，未來安寧要啟動這麼多人員嗎？理想與現實存有很大的落差，我們希望醫護人員能具多重身分，而非同時聘請心理師、宗教師、禮儀師，需要務實可行。

##### 黃委員煌雄則表示，避免區域醫院以上的安寧病床櫥窗化的現象，只有一個選擇，就是協助地區醫院參與安寧療護工作。現在辦洗腎、RCW的地區醫院面臨到經營的困境，洗腎、RCW的美好時代已經結束，需要為其開啟一扇門或一扇窗，就是安寧。衛生署須建立無縫接軌的環境，給予一定誘因或輔導，這是選項，不是枝枝節節之事。

#### 無效醫療之執行情況及檢討

##### 健保局戴局長表示，對於長期同時使用呼吸器及透析治療病人仍呈無意識狀態或生理之功能極差者，若不選擇安寧療護者，要提高部分負擔，目前無法實施，有法律上疑義。另衛生署雖委託趙可式教授進行不予撤除維生系統的指引研究案，但仍需凝聚共識。

##### 黃委員煌雄表示，九四共識如何處理才不會有法律上疑義？要推廣安寧緩和醫療，應有決心去面對處理。又，本院實地訪視臺北榮民總醫院時，發現該院重症醫學部已發展出疾病嚴重程度之評估工具，並已運用在臨床上，本院嗣後實地訪視各醫療院所，已將上開評估工具提供區域層級以上之醫院參考，並鼓勵各醫院選擇本身熟習之疾病，發展出類似上開之評估工具，使醫護人員可憑此客觀之數據及證據，與病患及其家屬進行溝通。屆時衛生署可進行整合，並發展成為類似葉克膜的禁忌症，此將可成為臺灣重要的資產。

#### 「守護社區醫院」之執行情況及檢討

##### 衛生署邱署長文達說明，今（101）年特別提出增進偏遠地區醫療服務品質計畫，以提昇離島及偏鄉地區醫院24小時急診的能力，原先提出5億元的預算，後來增加1.7億元，總共6.7億元，讓偏鄉及離島的地區醫院能夠提供24小時急診及內外婦兒至少兩科以上的門診及住院醫療，目前請有意願的醫院登錄中，這類醫院約有78家。

##### 健保局戴局長桂英補充說明，上開計畫原係保障15家，以保障點值方式辦理，每點1.1元，將2億多的費用，加到15家醫院，效果不錯。署長指示健保局爭取在費協會101年預算時增加此方面預算，原先希望爭取10億預算，但在費協會協商時只爭取到5億，經與醫界協調後，認為預算5億元不足，再次提到費協會，經費協會決議增補1.7億元，故101年度之費用為6.7億，分區業務組已將訊息通知符合資格之各家醫院提出申請。

##### 但黃委員煌雄特別指出，增進偏地區醫療服務品質計畫及全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務品質提昇計畫，兩計畫之區別及關係？IDS主要精神是照護離島及山地鄉，應予肯定，但談及離島及山地鄉的醫療服務與照顧，，如IDS計畫都無法做到，增進偏遠地區醫療服務品質計畫可以做得到嗎？在執行方法上，IDS計畫相當好，IDS係進駐、蹲點的方式進行服務的輸送，成效很好，但增進偏遠地區醫療服務品質計畫，與IDS計畫的區別呢？哪些醫院可適用？

#### 「重振五大科」之執行情況及檢討

##### 黃委員煌雄指出，重振四大科係總體檢分配正義的核心，100年17%的加成都放在診察費，基層診所是有感的，但醫院的醫師則擔心未放到醫師身上。今（101）年醫院及基層部分合計約20億出頭，是否已明朗化？醫界感覺落差最大的還是procedure及手術費，據瞭解對於一般外科手術，1994年有一次比較大的加成，將近1百項，那次是比較大的調整，但10多年沒再做調整。當前具體的作法是要選擇多少項做為重振五大科最核心的procedure及手術的醫令項目，應請四大科、急診等二十幾個次專科，每個次專科就落差最大，急需補強的醫令項目，按A、B、C級分類推薦項目，衛生署再成立超然獨立的委員會，針對各學會推薦的項目，優先擇一定比例的醫令項目，再分成幾個年度，每年挹注一定金額，每年健保總額成長的金額優先放於此，以達導正的效果。100年編14億、17%，為何這樣？能否加到20億？為何今年是12億及9億？衛生署及健保局要有所掌握並能實踐，且加以嚴肅檢討。例如14億可否加到20億，21億可否加到25億，如此5年就為100億或125億，加上地區醫院5年約50億的補助，以及五大科手術費與處置費的加成，加起來可能超過400億，即可號召、宣示，此為本人在五大科面臨前所未有的變局之際所提出的具體作為。至於17%的加成，不是天上掉下來的，原來的方案不是如此，本人曾認真與經建會單副主任委員驥溝通，單副主委於100年7月11日做出的裁示，才有101年預算的調整，今年如果要推動，也需要跨部會的共同參與，既然診察費、急重難症都加了，對於procedure及手術也要做努力，邱署長要做政策領導、政策宣示，101年把procedure及手術費獨立進行。很多醫師稱五大科的現況不是谷底，未來幾年將更趨嚴重，五大科是醫學本質與核心，四大科面臨百年巨變，不能讓健保局單獨承擔責任。15年來從未有100年對四大科單獨的加成，也沒有101年持續加成的情形，此均前所未有，邱署長要讓此事成為行政院的宣示，致力溝通，努力成為政策，但也要同時考慮對四大科醫學生或住院醫師的補助，一併納入，才較為周延。

##### 衛生署邱署長文達予以正面回應，5年500億的計晝是非常可行的，近年投入的費用也愈來愈多，均係為重振四大科及守護社區醫院的方向，去（100）年也要求健保局一定要啟動RBRVS，且黃委員所提到成立獨立委員會、進行政策宣示等項，一定會做。

### 第二場約詢

#### 醫療糾紛之衝擊與回應

##### 邱署長文達表示，醫療糾紛是調查所有醫師不走五大科的第一個原因，國內85%的醫療糾紛集中在四大科，又以外科、婦產科最高，但80%是以刑事起訴，全世界很少這麼高，美國以刑事起訴者約5%-10%，國內濫用刑事已到極致，衛生署已多次與法務部協商，也提出醫療法第82條的修正案，已做過很多努力，也轉了很多的方向，但這部分很難處理，仍是所有醫師最怕的一件事。第二個要有一些配套，衛生署的另一個方向是醫療機構辦理生育事故救濟試辦計畫（草案），萬一孕婦發生事故，會有補償，可減少婦女的風險及後續的糾紛，這個案子行政院已批下來，但該署還沒有看過，之後會推展到其他領域的醫療事故，這是未來努力的方向。

##### 黃委員煌雄特別指出，支付制度與醫療糾紛是五大科最大的兩項緊箍咒，這兩道緊箍咒若可以在一段期間內有效處理，在政府立場上，就開創一個良好的醫療環境，如果五大科醫師之後還有講話，政府也可以放心說已排除不利因素，開創有利醫療環境。

#### 醫院評鑑之執行情況及檢討

##### 邱署長文達表示，醫院評鑑在台灣算是做得很好，但是做久了，愈來愈複雜，護理人員也反映文書作業多，工作負荷重，但該署已減少55%之次數，可以減少一些評鑑次數，但所有工作都要在確保醫療品質及病人安全下進行。

##### 醫事處王副處長宗曦並補充表示，衛生署將訪查次數減少，也將書面資料減少及評鑑項次減少，但為維持品質，衛生署訂了指標項目，要求醫院定期陳報，預期明年對評鑑的聲音會慢慢減少。

##### 黃委員煌雄特別提醒，醫院評鑑兩年前走時有聽到一些聲音，但強度及程度不若這次，這次很多中生代醫師反應相當強烈。

#### 安寧緩和醫療之執行情況及檢討

##### 沈委員美真表示，使用安寧能夠減少健保支出，也讓病人追求善終，不要不得好死。宗教醫院基於愛心做安寧，政府推動安寧雖做了很多措施，但可否再進一步，不只做道德的勸導，在經費上要如何投入，資源投入上要有引導之措施。此外，安寧不僅要鼓勵醫師，安寧也有心理層次部分的照護，對病人及家屬是很重要，包括宗教師、社工及心理師，針對這部分，有沒有考慮在什麼狀況下可以給予給付？

##### 戴局長桂英表示，健保能夠在對的支付制度發展上多提供誘因，健保目前搭配相關局處做安寧，有三項工作，安寧住院、安寧共照及居家安寧療護，國外是以居家安寧療護為主軸，明年的總額要討論時，會考慮這一塊，對於居家安寧的鼓勵，尤其是安寧共照是未來要走的方向，鼓勵強度會比安寧住院的強度要強。未來的資源配置會考慮安寧共照及居家安寧療護，也透過102年總額，列為重點。

##### 蔡組長淑鈴補充表示，給付的水準可否提升、參與的人可否多元，已列入檢討支付標準的重要項目，不過基本上健保是採團隊給付，哀傷輔導確實需要心理師、宗教師提供輔導支援，訪視次數可否多一點，也在討論，會把安寧居家、安寧共照訪視次數增加。另外，登錄作業頻繁，健保局與國健局已開會，進行簡化，嗣後就國健局部分，醫院不需登錄，只要登錄健保局的資料。

#### 無效醫療之執行情況及檢討

##### 邱署長文達表示，無效醫療的定義，要更詳細的說明，葉克膜部分已有禁忌症；呼吸器部分國衛院正在開研討會，今日應該會有一些結論；洗腎問題，健保局一直在注意，前幾年沒有成長，今年成長1%。

##### 健保局戴局長桂英補充說明，洗腎在101年有1%的成長，但不是用在普遍的診所或醫院，而是放在非外包的醫院或診所，這一次是挑戰我們的實際作為，因為正在執行中，未來有比較具體成果，會提供書面資料。國衛院今天要開的是長期使用呼吸器之臨床照護論壇，為什麼會開，因為署長非常重視這個議題，在監察院檢體報告出來及三次研討會後，署長指示國衛院從學者專家立場，邀請相關領域的專家來做深入的探討。另無效醫療要訂在法上，一定要先定義清楚，凝聚共識後，於適當時機修正健保法時再修入。

##### 健保局蔡組長淑鈴補充說明，有關呼吸照護依賴，在RCW部分，這個論壇也是集結國內胸腔科及呼吸治療專家，大家關心這部分是否有無效醫療，現對RCC及ICU的病人，希望能積極面對，第一要成功脫離，若顯示無法治療，要提前走安寧，避免進入RCW的困境，今天研討會應該會有比較好的結論，也會給健保局好的建議，健保局會接續展開給付的檢討、安寧推動、成功脫離呼吸器的論質計酬等。

##### 黃委員煌雄說明無效醫療議題之緣起，係本院於99年開始實地訪查時，第1次碰到的洗腎診所，2個醫師可以申請6千多萬點的健保點數，沿途看到好多洗腎中心，洗腎在100年度零成長，健保局及衛生署在此部分是有作為的，但只維持1年，101年度則成長1%，並把點數調降。又重振五大科及守護社區醫院部分，一定要有一定比例的外加，才不會排擠到現在預算的結構及分配，這一定比例要優先挹注在重振五大科及守護社區醫院。本案肯定健保局對於葉克膜公布禁忌症的作法，這是第一次，需要勇氣。在ICU及RCC部分，本來要衛生署及健保局應用葉克膜公告禁忌症的作法，但目前法令不夠，也不應該把責任交給醫師，法令部分不足夠，健保局開過幾次會，也沒辦法發展出像葉克膜公告禁忌症，衛生署及健保局要加把勁，如果呼吸器照護的臨床指引或準則若有效，對第一線的醫護人員才比較能夠提供有效的參考依據。國衛院熊所長說「全民健保總體檢」調查報告，開啟了對於無效醫療的社會運動，讓風氣大開，各界有很多不同體認，但共同在做這件事。又，無效醫療的定義要第一線醫師承擔，既不應該，也不道德。且對法律障礙的排除，也要有期程及執行的決心。

#### 「守護社區醫院」之執行情況及檢討

##### 醫事處王副處長宗曦表示，透過醫院設立擴充許可辦法的公布，讓醫院不會過度集中，讓醫療資源密度高的地區限建醫院，但可到比較偏鄉的地方設立醫院。復為確保偏鄉的社區醫院有照護病患的能力，強化中重度照護能力，協調醫學中心去支持。邱署長到任後，非常重視弱勢偏鄉醫療，讓醫學中心認養扶助、支持偏鄉、離島的地區醫院。

##### 健保局蔡組長淑鈴表示，位處偏鄉地區的醫院沒有辦法生存是因沒有規模經濟，包括：當地人口少、醫護人員不健全，不符規模，所以成本高，最後變成財務壓力，衍生無法生存結果。100年及101年利用總額編列專款，用外加方式，補助醫院之成本。100年先對山地離島主責醫院的15家，101年達6.7億，除針對山地離島醫院外，也針對偏遠地區醫院擴大補助，上限1,500萬，下限900萬，也希望醫院能提供急診及至少四大科中的二大科，藉由這些補助，使目前不具規模經濟之醫院成為當地守護醫院。另這些醫院也受醫發基金補助，對醫療資源不足區之醫院，應有良性循環。

##### 黃委員煌雄特別指出，守護之社區醫院需具備三要件，偏鄉、資源不足及社會化功能。健保局的計畫，想要照顧弱勢，有其倫理與公益考量，也有其邏輯性，但忽略社會化功能。社會化功能是經過實戰的考驗，例如八八水災、九二一大地震，一定要當地的醫院才能撐起來。但健保局可能沒有這個資料，要與中央災害應變中心要資料，如果沒有這些醫院，不知多少人會被延誤，喪失生命，要把社會化功能這層面，與內政部聯繫，但要以科學數據為基礎。

#### 「重振五大科」之執行情況及檢討

##### 邱署長文達表示，針對五大科提十二大策略，包括：健保給付調整、挹注偏遠地區、醫糾責任明確化、生育事故補助、台僑及華僑醫師鼓勵回國從事五大科及偏遠地區服務、公費醫師制度等。

##### 吳副主任委員明機表示，經建會已同意102年健保醫療給付費用成長上限訂為6%，希望健保局對於五大科、手術費及處置費有合理的調整作法，並會請衛生署持續參酌監察院有關「全民健保總體檢」之要求，秉持分配正義之精神，合理調整急重難科別之支付標準。雖然明後年的成長率不像6%那麼高，但base已墊高，還是有些經費可使用。也請衛生署提出5年財務計畫，把財務健全計畫納入在內，對於無效醫療部分，我們審查時也會把其當成審查的重點。

##### 黃煌雄委員表示，傳統以來，大家喜歡當聖誕老公公，如果國家有這個能力，當然樂得人人通通有獎；但當國家沒有這個能力時，一定要有公平、透明、客觀的處理機制及流程。衛生署署長要大公無私，委員會也很重要，現在行政院及經建會都是一片好意，不能到執行階段卻沒做好。手術費及處置費之挹注，乃是前所未見，經建會要持續關注健保局對於預算分配有無符合目標，要有優先順序、要有節奏感的觀念，並以健保的科學數據為基礎，定可獲得醫界80%、90%的支持。此時此刻的局面發展相當關鍵，行政院及經建會要密切關注衛生署及健保局對於挹注手術費及處置費的作法，要能夠符合及達成上開預算政策的目標，切記不要再有人人有獎的情形，一定要有優先順序、節奏感的觀念，並以健保資料為科學基準，以及參考各專科醫學所提出的項目，再透過獨立、超然的委員會以公平、透明、客觀處理機制及流程；但過程中最重要的是要下定決心，此須承受壓力，衛生署及健保局務必要扛得住。每年如果持續有30、40億經費的挹注，一定可帶動「重振五大科」的效果，至於要調整多少項及哪些項目，則須由衛生署按照上開方式審慎處理決定。另RBRVS是否要與「重振五大科」手術費與處置費的挹注，同時併行處理，要再審慎研究，但RBRVS一定要做。

##### 健保局戴局長桂英說明：有幾個管道可以同步進行，例如跟醫學會一起討論，那些急重難症是偏低的項目；另外RVRVS的相對點值表，最主要來源也是專科醫學會，兩者異曲同工，都由醫學會排出點值的相對值。

##### 邱署長文達表示，一定會照著大家的建議，用公平、客觀的委員會做決定，時間點會比委員更急，只要一通過，馬上就要做，9月的協商一定要如期，會趕快把協商做完，把時間點提早。RBRVS現在醫界有些反彈，與手術費及處置費不一定要併在一起處理，但愈早做愈好。

##### 沈委員美真亦提醒，在有限的資源下，五大科的加成一定要有優先順序，不能通通有獎。另不合理的給付，亦應一併檢討。

##### 江副院長宜樺針對此次約詢的六大議題，於現場具體回應表示，感謝監察委員對於健保問題的關注，也非常敬佩。行政院非常重視監察院對健保問題的意見，陳院長沖也聽了許多對於醫療健康議題的報告。今日所談的六大方向，行政院都非常支持，每一項執行進度雖然不一，有些事衛生署已在做，而且做得很好，像醫院評鑑；但有些仍有困難，例如醫療糾紛，今日法務部對於醫糾有一個公聽會，但可能比較保留，我們的方向是希望五大科的人才不會流失，但是否需要修正醫療法第82條，仍需要一點時間。對於健保的經費，我們已排除萬難，非常重視，對於資源分配，也責成健保局要重視分配正義。

##### 最後，黃委員煌雄也提醒行政院及相關部會，在處理上開問題的過程中，必須注意兩件事情：第一，一定要掌握全局，抓住核心、否則因為醫療相關的問題太多了，會治絲益棼，自己找麻煩。第二，絕對不能以局部去掩蓋全局，也不能以特殊個案去干擾整個通案，因為現在也許是政治因素的關係，很多個案、很多局部，都會爆發出來，如果沒有全盤的掌握，就會受到干擾，會影響到主軸，進而對於資源配置原有的堅持，就會迷失，使得大家耗盡力氣卻效果有限。二代健保通過後，收入面的改革已告一段落，今年已是對分配正義第3年的討論，若3到5年能穩健上路，再把無效醫療有效調整，應該是這個階段所需掌握的全局，抓住的核心，亦為最重要的課題。

# 調查意見：

# 為深入瞭解相關主管機關在醫療費用急速成長之過程中，如何處理健保資源分配正義、醫學倫理、無效醫療及臨終關懷等問題，本院乃向衛生署調閱相關卷證資料、並參考專家學者於第三波健保改革系列研討會發表之文獻，實地訪查134家醫療機構，於醫療現場聽取第一線醫師、醫事人員及醫院管理者之建言，並於各縣市邀集衛生局長、醫師公會理事長或指派代表瞭解各縣市特有之醫療資源分配問題。訪查期間，參與的2千名以上的醫師及醫療工作者，對於「重振四大科」、「守護社會醫院」提出頗多沈重的呼喊及建言，也對無效醫療如何shift始能達成分配正義提出看法。至於沿途我們聽到兩項最夯的議題，一個是醫療糾紛，在兩年前進行實地訪查期間，此議題雖有被提出，但未被凸顯，然此次訪查所到之處，竟成為醫療現場最常被提出之事；另一個是對醫院評鑑的強烈反應，主要的質疑在於醫院評鑑是否已「為評鑑而評鑑」，重要的訴求則在於醫院評鑑是否已到了需重新檢討的時刻了。

# 本案於2月17日開始實地訪查，至5月11日結束，將近3個月期間，承健保局及各分區業務組對於訪查行程做了非常用心的安排，使得訪查期間得以汲取第一線醫療工作者的心聲，而訪查團隊成員常從上午8時出發，晚間座談會結束時間常到夜間10時許，最晚到11時許。在一系列的實地訪查後，本案獲得了許多寶貴的意見，經彙整後乃臚列需釐清的問題，並辦理國內安寧緩和醫療之專家學者諮詢；也與醫學會及醫院協會之代表就「重振四大科」及「守護社區醫院」等議題進行座談。最後，在著手進行調查報告撰寫前，舉辦兩場約詢，第一場約詢為6月7日，參加人員包括：衛生署邱署長文達、賴副署長進祥、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策會張董事長珩、李執行長偉強、中央健康保險局戴局長桂英、醫管組蔡組長淑鈴、衛生署醫事處石處長崇良、健康照護處鄧處長素文；第二場約詢為7月6日，參加人員包括：行政院江副院長宜樺、衛生署邱署長文達、主計總處石主計長素梅、經建會吳副主任委員明機等。茲綜整文獻蒐集、調卷、座談、諮詢、實地訪查及約詢資料，將調查意見整理如后：

## **健保實施10多年來，行政院既未能開創有利之醫療環境，為代表醫學核心與本質的內、外、婦、兒四大科醫師規劃出與其醫療專業不可代替性與地位相呼應的支付制度，又無法排除四大科醫師執業如烏雲籠罩的醫療糾紛之不利因素，並重振四大科應有的尊嚴與價值，使得支付制度和醫療糾紛儼然成為扼殺五大科（加上急診）的兩大「緊箍咒」，加上醫院評鑑的不勝其煩，工時愈長，生活品質愈差，導致醫療生態持續惡化，五大科醫師浮現出走潮，發展出「五大皆空」現象，致使代表臺灣百年來醫學主流、也是臺灣社會特殊的公共財之四大科及急診科發生前所未有的巨變，核有怠失：**

### 內、外、婦、兒四大科係與病患生命延續與否最緊密相關的醫療科別，亦為醫學的本質與核心，四大科如果變成「四大皆空」，臺灣醫療體系遲早就會崩解。爰本院於100年1月18日審查通過之「全民健保總體檢」，調查意見二即明確指出「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」在案。

### 「全民健保總體檢」公布後，引起了各界對健保資源分配議題之關注，更有學者認為本院的調查報告，已經揭開第三波健保改革的序幕。嗣財團法人臺灣研究基金會及臺灣大學公共衛生學院，乃以本院調查報告為基礎，進一步於100年4月16日舉辦｢第三波健保改革－醫療資源分配正義的探討｣研討會，共有7位衛生署長，5位健保局總經理參加，參與的人員亦包括具代表性的醫學中心、區域醫院的院長，學界及代表性民間團體亦共襄盛舉，堪稱公衛領域空前的一次產官學界的盛會，使本院的調查意見更進而成為醫界、公衛領域與社會的共識。衛生署吸收了該次會議的一些基本精神，於100年6月21日修改並提出「101年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案修正）」，該案於經建會同年月27日第1411次委員會議中詳實討論，並原則通過，其中第四點提及：「請衛生署參酌監察院有關『我國全民健康保險制度總體檢』之要求，正視健保資源之有限性，對於未能嚴格規範之相關科別，其門檻與給付條件作積極的資源分配與重新調整，用以挹注目前人力日趨不足之內、外、婦、兒等四大科及偏遠地區醫院，確保我國醫療體系之健全發展與健保之永續經營。」結論及會議紀錄業於同年7月11日之委員會中確認，並成為衛生署及健保局100年及101年度調整內、外、婦、兒科四大科診察費加成及執行增進偏遠地區醫療服務品質計畫之重要依據。

### 然而，衛生署採行之改善措施及健保局對四大科醫師診察費的加成，卻仍不足以遏止「四大皆空」的趨向。在本案訪查期間，即已感覺和兩年前「全民健保總體檢」實地訪查最大的不同，就是「四大皆空」已不是「感受」，而是「實景」，在互動過程上，不時聽到四大科醫師訴說道：「十年前，以第一名自高醫外科畢業，十年後的同學會，四大科的醫師卻下場最慘」；「四大科是默默守護病人免於死亡的醫師，他們大多不是禿頭，就是白髮，如此畫面，以後又要誰來問津呢？」；「外科堪稱即將消失的行業」；「老人翁或白髮翁來照顧小人翁，這是兒科困境與寫實，又能維持多久呢？」；「婦產科醫師的斷層，已涉及世代責任」；「有一天，婦產科診所會成為歷史名詞嗎？」；「四大科有如醫界的Infrastructure（基礎架構），但醫療糾紛最多即為四大科」；「四大科醫師流失，最可慮的是真正人才的流失」；「我們已不是血汗醫院，而是血汗醫療」；「四大科變化太快了，其走下坡速度比想像還快，我是懷著出頭天的心情走進來，但什麼時候才可能出頭天呢」；「四大科有如火坑，對四大科的堅持，一定要有價值觀」；「目前，台灣人民因健保享有歷史上最好的醫療服務，但十年後，將因四大科走向「四大皆空」，而無法再提供這種優質服務，這是台灣醫療最深沉的危機」。

### 不僅如此，目前正由內、外、婦、兒四大科加上急診科，而惡化成為「五大皆空」，本案實地訪查時，有急診科醫師感歎道：「台灣急診醫療太廉價，約有三分之一病患不符急診標準」；「急診科醫師能待上三年，已算是奇人了」；「急診一面為四大科的縮影，一面又為醫院的第一線，由於民粹氾濫，急診科醫師幾乎成為驚弓之鳥」；「急診科，從台大到長庚，都已很難招到醫師，有些醫院更掛零，所以四大皆空實已成為五大皆空」；「處理五大皆空時，應同時處理護理人員，不然將會出現六大皆空」。

### 目前，大多數醫院四大科的住院醫師均人力不足，因而有些住院醫師不得不承擔更多的值班，一個月工時有超過三百多小時；有些完全缺乏住院醫師的醫院，四大科主治醫師更要代替值班，加上on call，一個月工時有時竟然多達四百小時。相對於醫美的「錢多、事少、離家近」，四大科則「錢少、事多、離監（獄）近」，因而「醫療糾紛」也成為此次本案實地訪查最夯的議題，特別是童綜合醫院案例的判決，更讓最易涉及醫療糾紛的五大科醫師聞之生畏。可以這麼講，醫療糾紛和支付制度儼然已成為扼殺五大科發展的兩大「緊箍咒」。加上醫院評鑑制度的不勝其煩，正如本案實地訪查時，沿途醫師所感歎的：「台灣已失去合理的醫療環境，這是健保問題的最大根源」。

### 回顧台灣醫療史，以往大部分之醫學系畢業生均以成為內、外、婦、兒科等專科醫師為目標，除因其為國內醫學百年主流之外，也由於四大專科之醫療水平亦代表我國之醫術水準，成就感最高，因此吸引一流醫界菁英投入，傳統四大科及急診科醫師亦需有高度體力與腦力，始能完成嚴格而完整的訓練，他們可說是臺灣社會精英中的精英。作為台灣社會特殊的公共財，他們也提出嚴肅籲求：「健保當前最大問題，即為給付標準不明確、不合理」；「醫療資源掌握在政府手上，政府理應將四大科視為國家大事，並以國家政策來扶持」；「重振四大科，一定要有誘因，不能要讓馬兒跑，卻只給牠吃四分飽」；「在健保體制下，當面臨分配時，如目前挹注四大科資源所碰到的，最需要的是魄力－當政者的魄力」。

### 綜上，健保實施10多年來，行政院既未能開創有利之醫療環境，為代表醫學核心與本質的內、外、婦、兒四大科醫師規劃出與其醫療專業不可代替性與地位相呼應的支付制度，又無法排除四大科醫師執業如烏雲籠罩的醫療糾紛之不利因素，並重振四大科應有的尊嚴與價值，使得支付制度和醫療糾紛儼然成為扼殺五大科（加上急診）的兩大「緊箍咒」，加上醫院評鑑的不勝其煩，工時愈長，生活品質愈差，導致醫療生態持續惡化，五大科醫師浮現出走潮，發展出「五大皆空」現象，致使代表臺灣百年來醫學主流、也是臺灣社會特殊的公共財之四大科及急診科發生前所未有的巨變，核有怠失。

## **行政院係國家最高行政機關，允宜揭櫫具有號召性的鮮明主張，經由政策的深化與推動，並提供有效的資源予以匡正，俾達成「重振五大科」的永續目標：**

### 日本殖民時代，日治政府限制臺灣人讀法政，故大多數臺灣人轉而讀醫與農；迨國民政府遷台，由於二二八的歷史性悲劇，臺灣人視政治為畏途，對政治噤若寒蟬，上一代鼓勵下一代子女遠離政治，不要讀法政而選讀醫、讀理工。在此種歷史背景下，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。正因此種特殊的時代背景的形塑與發展，四大科醫師乃成為臺灣社會特殊的公共財。

### 全民健保實施以來，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，加上臺灣百年來歷史背景所培養出的一流醫學水準，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，已成為我國的軟實力。然而，近年來在現行健保支付制度之下，醫學生已逐漸不再以四大科為首選，轉而投身五官科或醫學美容，使得代表臺灣百年來醫學主流之內、外、婦、兒四大科醫師人力發展受到侵蝕，近年來，加上急診科，甚至已惡化為「五大皆空」，此乃是臺灣醫療體系最根本性的危機所在。倘若「五大皆空」再持續惡化下去，勢將造成我國健保制度之崩解，屆時首先受到衝擊將是弱勢民眾，因此，政府對於「重振五大科」已到刻不容緩之地步。

### 健保局雖連續兩年對四大科醫師之診察費進行加成，但仍不足以有效遏止「四大皆空」或「五大皆空」繼續惡化之趨向，因此行政院理應以明確的政策宣示，展現堅定的決心，並以「政策先行、預算在後」的方式，亦即透過具體的預算編列來反映政策，以深化政策的推動，這是當前「重振五大科」的不二法門。何況協商總額之中，本即保有「政策引導」、「專款專用」之項目，實務上亦是可行的方式。

### 綜上，在全民健保實施後，當國內最優秀人才已有捨棄醫學之徵兆，一流的醫學生亦對五大科卻步，醫療生態遭到嚴重扭曲之際，政府確有責任採取必要且有效之手段以「重振五大科」。在臺灣醫療史上，此係具有正當性、合法性、迫切性，又代表先例之空前作為。行政院作為國家最高行政機關，允宜揭櫫具有號召性的鮮明主張，經由政策的深化與推動，並提供有效的資源予以匡正，俾達成「重振五大科」的永續目標。

## **行政院允應責成衛生署及健保局延續對四大科診察費加成的決心及作法，針對重振五大科最關鍵的手術費及處置費，經由公平、透明、客觀的流程與機制，並以科學的數據為基礎，採優先順序的概念，給予合理的調整，並賦予法制化，成為不可逆的政策：**

### 經建會於100年7月11日審查衛生署於同年6月21日提出之「101年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案修正）」時，於結論四提及請衛生署參酌本院有關「全民健保總體檢」之要求，將資源挹注於目前人力日趨不足之內、外、婦、兒等四大科。健保局自100年即對醫院外、婦、兒科診察費進行17%加成，且直接於支付標準做調整，此調整為全面性、通案性，因反映於支付標準中，可謂具備延續性之政策。至於101年度之調整，則係針對醫院及西醫診所內外婦兒四大科診察費之加成，預算金額約為21億元，這是健保實施17年以來，首次連續兩年對四大科之診察費進行加成，屬前所未見。

### 然本案實地訪查期間，診所醫師表示對於診察費加成有感，但為數不少之醫院醫師則表示「無感」，其原因在於資源分散而未集中，致分配到醫師之收入有如杯水車薪。健保資源有限，對於增加調整四大科醫師支付標準之預算得來不易，應予珍惜，但如採平均主義的通通有獎分配方式，顯未能達成預算編列之目的。爰健保局對於101年度四大科支付項目之加成，應考量是否能具體反映在醫師之收入上，且需有優先順序，並以急重難症及冷門卻又必要的科別為優先挹注對象，始為正辦。

### 重振四大科是健保醫療資源分配正義的核心所在，但依據本院現場實地訪查所得，為數不少醫師有支付標準「大科不如小科」、「小科不如牙科」、「醫人不如醫獸」及「醫病不如醫醜」之感慨，剛好反映國內四大科醫師執業之現狀；而目前支付標準中落差最大者，則在於手術費及處置費，因此，重振五大科之真正關鍵在於手術費及處置費之合理調整。因現行不同工卻同酬之健保支付標準，使得風險小、不需值班之科別成為熱門科；風險大、易有醫療糾紛、工作時間長、需值班的科別成為冷門科，而這些冷門科別卻是處理急、重、難症問題之主要科別，其等在進行手術時需勞心、勞力及花費相當時間並承擔較高之醫療糾紛風險，所為之醫療處置之困難度亦較高，但手術費及處置費卻長期偏低，所獲之收入與所做之貢獻不成比例，實有優先調整之必要。

### 對於手術費及處置費調整之方法，或可考量先由四大科、急診醫學科與內、外科系之二十幾個次專科醫學會，依其醫療專業及對醫療成本之掌握，推薦目前支付標準中手術費及處置費落差最大、急需補強之醫令項目，再由衛生署組成獨立超然的委員會，經由公平、透明、客觀的流程，針對各學會推薦的項目，選擇一定比例，將每年前所未有之新增金額，優先挹注於排序在前之醫療項目。此時應把握的是，不能將有限的新挹注預算，以平均主義的方式，讓所有的醫令項目通通有獎，而是要有選擇性、要有節奏感、要有優先順序的概念與堅持，只有集中資源調整支付標準落差較大的手術費及處置費，才有可能達到導正及匡正五大科之效果。

### 儘管衛生署邱署長於本院約詢時表示，以類似五年五百億的計畫預算編列方式，專款專用，全力推動「重振五大科」是非常可行的；但本院實地訪查過程中，沿途許多醫師表示五大科的現況不是谷底，未來幾年會更趨嚴重。因此行政院允應展示魄力與決心，對「重振五大科」，持續提供有效的資源予以匡正，並且明確宣示此一政策具有延續性，不因衛生署及健保局相關人事更迭而改變。

### 綜上，行政院允應責成衛生署及健保局延續對四大科診察費加成的決心及作法，針對「重振五大科」最關鍵的手術費及處置費，經由公平、透明、客觀的流程與機制，採優先順序的概念，並以科學的數據為基礎，給予合理的調整，並賦予法制化，成為不可逆的政策。

## **健保局101年度「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」，對於「偏鄉、資源不足地區」的社區醫院，雖提供相當程度的保障，但對於「守護社區醫院」三要件之「具社會功能」尚有不足，允宜於下年度擬訂計畫時加以考量並補強：**

### 全民健保實施以來，地區醫院遭逢前所未有之變局，特別是具社會功能、在資源缺乏地區或非都會區之地區醫院，在健保政策上需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位於偏遠或非都會區，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，加上醫療生態的丕變，以及民眾就醫文化的影響，均導致不少地區醫院相繼倒閉。

### 本院進行「全民健保總體檢」後，健保局在100年及101年對於「守護社區醫院」之具體作法如下：

#### 100年時已新增計畫，推動以離島地區或肩負鄰近山地鄉民眾之主要就醫醫院，若具備重要急性醫療照護功能，且距離醫學中心較遠，其重要性無可取代者，給予點值每點1元之保障，全年預算2億元。

#### 101年於「其他預算」項下編列6.7 億元用於「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」，該計畫將對離島醫院及偏遠地區民眾於該地區或鄰近地區主要急性就醫醫院，與偏遠地區急性醫療主責醫院所提供之健保醫療服務給予點值保障。參與醫院並應提供24小時急診、具備內外婦兒科為原則，但得依據該地區及醫院特性適當調整，至少提供兩科之門診及住院醫療、檢驗檢查主動通知等，並深入社區加強預防保健服務。

### 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，縱有許多醫院願前往災區救助，卻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地區醫院，即需承擔第一時間大部分之緊急醫療工作，此即為地區醫院重要之社會功能。查健保局為保障山地離島及偏遠地區民眾就醫權益，針對離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區採點值保障方式，給予醫院相當程度之保障，使其增進民眾就醫之可近性，101年度更著重「急性醫療照護」，並排除社會功能已有所限縮之呼吸治療專責醫院、透析醫院、透析兼呼吸治療醫院，此計畫可謂立意良善，惟需每年提出並經費協會協商，始具備延續性。綜上，健保局對於具備「偏鄉、資源不足地區」的社區醫院，雖提供相當程度的保障，但對於部分位於非都會區及偏遠地區，並具備社會功能之社區醫院，其等為所在地區醫療之守護者，具備緊急救護能力，經營亦有困難，如仍有未內涵於本計畫內，則本計畫對於「守護社區醫院」三要件之「具社會功能」似尚有不足，允宜於下年度擬訂計畫時加以考量並補強。

## **衛生署允宜參酌健保局公告葉克膜禁忌症之進步作法，在適法範圍內，儘速研議（包括修法）對於嚴重多重器官衰竭之洗腎病患或末期呼吸器治療且無意識者，考量是否訂定禁忌症，供各醫療院所作為評估之參考：**

### 健保局為使臨床醫師對使用葉克膜，能更審慎加以評估，已於100年8月19日，召開「檢討葉克膜（ECMO）醫療利用情形及應用時機」之專家諮詢會議，並依照該會議之決議及參採中華民國心臟學會與專家之意見，修訂葉克膜（ECMO）使用禁忌症，藉以促請醫師審慎評估使用葉克膜之適當時機。嗣健保局於101年3月15日提報全民健康保險醫療給付協議會議，討論通過規範葉克膜使用之禁忌症為：

#### 絕對禁忌症：

##### 不可逆之腦病變。

##### 惡性腫瘤末期。

##### 不可逆之心、肺疾患且不適合做臟器移植者。

##### 不可逆之多重器官衰竭。

#### 相對禁忌症(需逐案審查之個案)：

##### 持續進展之退化性全身性疾病。

##### 不可控制之感染。

##### 不可控制之出血。

##### 重度免疫不全之患者。

### 對於葉克膜訂定禁忌症之進步作法，相關專業團體很快達成共識，健保局乃依法公告。然而，洗腎及呼吸器於健保開辦時即納入健保給付，亦訂定相關之適應症，但卻未訂定禁忌症。至於對嚴重多重器官衰竭之洗腎病患或末期呼吸器治療且無意識者，是否考量訂定禁忌症，健保局曾表示目前相關專業團體尚未達成共識，但該局將徵詢專業團體，俟凝聚共識後，再依上開流程，辦理修訂事宜。

### 查國內葉克膜之發展，最初始於臺大醫院團隊，然主事者於發展伊始，即已察覺治療費用昂貴，且有些葉克膜之使用為「無效醫療」，在此種認知下，對於使用葉克膜之條件及門檻，已進行一定之管制，倘洗腎及呼吸器於初期發展階段，亦能有效把關，或不致發生目前洗腎及呼吸器醫療費用失衡之問題。幸健保局已公告增列葉克膜之禁忌症，對此方向，允予肯定，惟為有效解決洗腎及呼吸器治療預算失衡問題，衛生署允宜在適法範圍內，儘速研議（包括修法）對於嚴重多重器官衰竭之洗腎病患或末期呼吸器治療且無意識者，考量是否訂定禁忌症，供各醫療院所作為評估之參考。

## **為創造推動安寧緩和醫療的有利環境及必備基礎，行政院允應督促所屬建立重症病患生命末期無效醫療的評估標準及流程，並輔以臨床照護指引，俾作為第一線醫護人員與病人及家屬進行溝通的客觀依據：**

### 查我國安寧緩和醫療條例第3條雖已明文規定末期病人係指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者；該條例第7條亦明定經診斷確定為末期病人，經最近親屬簽署「終止心肺復甦術同意書」，再由醫療機構之醫學倫理委員會審查通過後，得予以終止或撤除心肺復甦術。惟因國內至今對於重症病患生命末期的無效醫療，尚乏明確之共識及定義，亦無評估標準，致使第一線醫護人員當面臨到末期病人的死亡已無可避免之際，往往仍必須全力救治拼到底，遑論能夠執行終止或撤除維生醫療作業。復在法律機制尚欠完整，以及病人及家屬對於安寧與善終的意識尚未成熟之下，終止或撤除末期病人的維生醫療，無異是將醫院及醫護人員推到火線承擔所有的風險與責任，屆時勢必引發更多的醫療糾紛。

### 根據本案實地訪查所得，無效醫療雖影響及龐大之健保資源、加護病房有限床位之使用及生命倫理之困境，甚至可能造成病人無法安祥地善終等問題，惟無效醫療的困境卻仍然持續存在，加護病房內不斷地上演著末期或瀕死之病人仍然接受抽血、化療、洗腎或心肺復甦術等場景，其中主要原因即是我國對於無效醫療尚未有具體明確的共識與定義，使得第一線醫護人員對於確認無效醫療存有困難，更擔心後續所衍生的法律訟訴問題。再加上國人對於死亡，充滿敬畏，即使病患已到生命末期或臨終之階段，多數家屬及醫護人員仍然避諱談論死亡議題，而家屬亦會要求醫師配合向末期病人隱瞞病情，致使病人等到瀕死症狀出現時才簽署DNR，此時已受盡無效醫療之折磨與痛苦。

### 面對有限的醫療資源，黃委員煌雄所創辦之臺灣研究基金會及臺灣大學公共衛生學院於100年9月4日舉辦之「第三波健保改革研討會」中，在關懷生命品質、尊重醫療專業及健保永續經營三大原則之下，對於洗腎、呼吸器治療及葉克膜等醫療科技之適當使用，達成四點重要共識（稱做「九四共識」），其中一項即呼籲針對重症病患末期無效醫療，應建立標準評估流程，健保提供免除部分負擔之安寧及緩和照護，或由病人家屬選擇自行負擔部分繼續使用維生醫療之費用。

### 衛生署為使醫療機構執行撤除或終止心肺復甦術作業更加完備，雖已於101年2月間委託完成「撤除或終止維生醫療作業參考指引」。惟本院實地訪查時，各醫院卻仍紛紛表達實務上執行之困難，並擔憂終止或撤除維生醫療將引發更多的醫療糾紛問題。由於無效醫療關係著對個案持續或放棄末期生命延長治療的決策標準，本院實地訪視臺北榮民總醫院時，發現該院重症醫學部已經發展出疾病嚴重程度之評估工具，並已運用在臨床上。嗣後本院實地訪視各醫療院所，針對區域層級以上之醫院提供上開評估工具參考，並鼓勵各醫院選擇本身熟習之疾病發展出類似之評估工具，俾利醫護人員在臨床上進行評估判斷，並可憑此客觀之數據及證據，與病患及其家屬進行溝通。

### 綜上，隨著醫療科技不斷進步，急重症加護技術之發展，使得愈來愈多重症病人於生命末期階段進入加護病房接受照護。加上國人平均壽命大幅延長，人口老化趨勢、科技進步所帶來的文明病等，不管是洗腎、呼吸器、意外傷害、重症病患末期醫療等所衍生之醫療耗用，勢必持續成長。部分末期病患接受過侵襲性之治療後，病情仍不能控制且體力已無法負荷其他治療時，卻仍繼續施以非緩和性之治療，使得病患及其家屬承受無效醫療的折騰。為營造推動安寧緩和醫療的有利環境及必備基礎，倘各醫院就其本身之醫療專業領域，均能夠發展出類似上開臺北榮民總醫院之評估工具，經由衛生署加以整合建立無效醫療的明確定義及評估標準，並輔以撤除或終止維生醫療作業的臨床照護指引，對於無效醫療相關議題之解決，定能有所助益，行政院允應督促所屬檢討改進。

## **安寧緩和醫療條例已於100年1月26日修正公布，惟衛生署迄未配合修定施行細則，亟應儘速完備必要的法律規範，俾排除醫院及第一線醫療人員在臨床實務上的困難：**

### 按100年1月26日修正之安寧緩和醫療條例第7條第7項規定：「最近親屬未及於醫師施行心肺復甦術前，依第3項至第5項規定出具同意書時，原施予之心肺復甦術，得經醫療委任代理人或第4項第1款至第3款之親屬（即配偶、子女、孫子女、父母）一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術同意書，並經該醫療機構之醫學倫理委員會審查通過後，予以終止或撤除心肺復甦術。」

### 惟據本院實地訪查所得，各醫院認為上開規定立意雖佳，但實務上要求配偶、成年子女與孫子女、父母必須一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術同意書，並經醫院之醫學倫理委員會審查通過等程序，卻窒礙難行；加上欠缺修定相關施行細則的配套措施，致使第一線醫療人員在執行上面臨重重的困難，造成許多末期病人仍無法適時終止或撤除維生醫療，反而延長死亡的過程、延長受苦的時間。

### 綜上，100年1月26日安寧緩和醫療條例雖已增定終止或撤除維生醫療之處理機制，惟因衛生署迄未配合修定施行細則，致使醫院及第一線醫療人員在臨床執行上仍然困難重重，該署允應儘速完備必要的法律規範，俾在法律層面上為醫院及第一線醫療人員提供妥善的保障及支撐系統。

## **安寧緩和醫療需要制度之引導及資源之挹注，始能有效鼓勵更多醫院從事安寧療護工作，惟目前醫院安寧病房普遍面臨虧損、人力不足及人員流失之困境，導致許多醫院不願設立安寧病房，或僅開放部分安寧床位收治安寧療護病人，實不利安寧療護之拓展，衛生署允應審慎面對並妥謀解決之道：**

### 依據衛生署粗估之結果，死亡前使用安寧療護，較未使用安寧照護之民眾，平均每人醫療費用相對較低，尤以死亡前1個月差異最多，平均每人醫療費用差距將近20萬點，倘每年癌症病人使用安寧療護的人數可達3萬人時，則每年節省的醫療費用將可達約60億點。安寧療護除可節省醫療資源之外，更重要的是能夠提升末期病人的生活品質，讓病人得以善終、家屬能夠無憾。根據相關實證研究發現，末期病人如能接受安寧緩和醫療照顧，不但可減少醫療資源，節省大量不必要的醫療耗費之外，又因身心靈較為安適，自然生命期相較於未接受者為長。以美國安寧組織於2007年發表之研究報告為例，接受安寧照顧者較未接受過安寧療護者平均生命期多出19天，分析主要原因為身心靈受到妥適之照護，並減少不必要之痛苦醫療措施。此外，相關資料亦指出如安寧療護品質良好，促使末期病人願意使用並可尊嚴、安祥地善終，家屬也充滿感激，同時可改善醫病關係，減少醫療糾紛的產生。由上可知，良好品質的安寧療護，確能創造出政府、病人、家屬、醫療人員皆贏的局面；否則當末期病人繼續接受無效醫療的折磨，而無法善終，即讓家屬懷著憂恨悲憤，除容易產生醫療糾紛外，對醫師存著敵意，最終造成政府、病人、家屬、醫療人員皆輸的結果。

### 由於安寧療護重視病人及家屬身心靈的照護需求，致力追求生死兩相安的善終，故安寧療護需要許多人力及時間的投入。惟據本院實地訪查及諮詢所得，安寧病房虧損乃係區域級以上之醫院普遍所面臨的共同問題，部分醫院之所以設置安寧病房係應醫院評鑑之要求，導致醫院雖設有安寧病房，但床位數相當有限。又，安寧療護醫師薪資偏低，造成許多醫師雖受過安寧療護之訓練，卻不斷流失，不願從事安寧療護。加上健保給付不足、護理人力嚴重不足及人員流動率高，導致醫院不願設立安寧病房，或僅開放部分床位收治安寧療護病人。另據某家醫院安寧療護中心主任表示，一般住院醫師每月薪資可達10萬元，但安寧主治醫師每月薪資卻不到10萬元，如此薪資標準情何以堪；又該醫院許多醫師受過安寧訓練，但不斷流失，爰建議提高安寧療護之給付，並應保障安寧療護醫師之薪資，使其無後顧之憂，而願意持續從事安寧療護。

### 綜上，從相關數據及研究可證，良好品質的安寧療護能夠創造出國家、病人、家屬、醫療人員四贏的局面；惟其需要制度之引導及資源之挹注，始能有效鼓勵更多醫院從事安寧療護工作，進而讓更多末期病人得到照護並獲得善終。由於安寧療護必須耗費許多人力及時間，而目前醫院安寧病房普遍面臨虧損、人力不足及人員流失之困境，導致許多醫院不願設立安寧病房，或僅開放部分床位收治安寧療護病人，嚴重影響安寧療護之拓展及服務能量，衛生署允應審慎面對並妥謀解決之道。

## **目前各醫院於推展安寧療護之過程中，在醫護人員及病患家屬等方面仍遭遇困難，衛生署允應持續強化醫護訓練及全民教育，以凝聚社會共識，讓國人達到生死兩相安之境界：**

### 世界衛生組織對安寧療護所作之定義，係對治癒性治療已無反應及利益且具生命威脅之疾病末期病人，除給予疼痛控制及其他症狀的緩解外，心理層面、社會層面及靈性層面的照顧，更為重要。安寧療護的目標係協助病人及其家屬獲得最佳的生活品質，安寧療護的某些方式，甚至在病人罹病的早期也可適用，例如抗癌治療與症狀緩解治療同時進行。由於安寧療護著重病人生活品質的提升，故隨著疾病的惡化，其所占之分量將愈形加重，世界衛生組織對安寧療護定義又作更進一步的解釋：安寧療護肯定生命的意義，但同時也承認死亡為自然過程，人不可加速死亡，亦毋須無所不用其極、英雄式的方法拖延死亡過程。醫療團隊協助病人緩解身體上痛苦的症狀，同時提供病人及家屬心理及靈性上的支持照顧，使病人達到最佳生活品質，並使家屬能夠順利渡過哀傷期。由上可見，安寧緩和醫療並非代表放棄所有的治療，亦非等待死亡的場所，而是對臨終病人提供有尊嚴且減輕疾病痛苦的完整照護。

### 惟據本案實地訪查所得，各醫院於推展安寧療護過程之中，在醫護人員及病患家屬等方面遭遇如下之困難：

#### 關於醫護人員方面

##### 醫護教育缺乏生死學，醫護人員欠缺安寧療護之認識：綜觀國內醫學院之教育課程，仍多以醫學專業教育為主，僅有少數醫學系有相關生死學或臨終關懷之教育課程，以致部分醫師對生命末期照護不甚熟悉，尤其是何時及如何啟動生命末期議題之討論，常常採取迴避之態度或出現生澀之表現，致病人或家屬無法在獲得充分訊息之下，做出最好決策。甚至部分醫師認為安寧療護違背醫師救人之天職，致當面臨生死決策之際，往往搶救到底，直到最終階段，始轉介安寧療護，此時病人及家屬均已承受許多不必要之折磨與痛苦。

##### 部分醫護人員不願轉介：部分醫護人員不瞭解安寧療護的內涵，亦不相信安寧療護對病人生活品質的提升，或擔心失去對病人的控制，且失去收入，以及醫療機構缺乏末期照顧之標準，致未能將適合的末期病人轉介至安寧療護。

##### 病情告知困難：告知真相可使末期生活品質提高、增加善終程度，亦符合醫學倫理的不傷害及利益原則。惟告知真相卻經常困擾末期照護之醫療人員，因在醫護人員養成教育中，未能重視醫病溝通理論與技巧，死亡教育亦相當有限，故當醫護人員面臨生命末期病人，往往不知如何向病人或家屬告知病情。

##### 部分安寧療護機構因照顧品質不理想，造成民眾的經驗不佳，醫護人員不敢轉介，以致阻礙安寧療護之發展。

##### 8類疾病末期病人之病程較癌症為長及變化差異大，在照顧上仍以原醫療團隊為主，原照護團隊如未照會轉介安寧照護團隊時，是類病人即無法接受安寧照護。

#### 關於病人與家屬方面

##### 若病人及家屬相信自己的病情沒有那麼嚴重，或對疾病有不符合現實之期待，病人與家屬對治療計畫之不同意見，缺乏對疾病晚期照顧的計畫時，就難以接受安寧療護。

##### 由於社會大眾不甚瞭解安寧緩和醫療之正確內容，並存有相當之誤解，認為安寧緩和醫療就是放棄治療、等死的地方，導致許多末期病人無法接受安寧緩和醫療照護。

##### 死亡與臨終在我國是一個禁忌話題，因此常無法在恰當時機轉介病人接受安寧療護，加上臺灣安寧療護之機構及資訊尚未全面普遍，許多病人因而失去安寧療護之機會。

### 綜上，安寧療護的內涵係包括：緩解疼痛及其痛苦症狀；肯定生命，視死亡為一種正常的過程；不加速或延遲死亡；整合病人心理與靈性層面的照護服務；提供支持系統以協助病人盡可能積極地活著直到死亡自然來臨；協助家屬能夠面對病人的疾病過程及其哀傷歷程；採用團隊方式來解決病人及家屬的需要；增進病人及家屬的生活品質，同時可影響整個的疾病過程；可從疾病的早期就適用，以便減少病人因接受治療產生併發症引發的痛苦等，此凸顯安寧療護對於醫療體系之重要性及必要性。惟目前各醫院於推展安寧療護過程之中，在醫護人員及病患家屬等方面仍遭遇困難，衛生署亟應持續強化醫護訓練及全民教育，從個人、家庭到整個社會凝聚共識，讓國人達到生死兩相安之境界。

## **由於安寧療護可讓末期病人能夠善終並創造四贏的局面，故在人口快速老化及國人十大死因以癌症與慢性疾病為主之下，推動安寧療護乃是大勢所趨；惟在安寧病床普及性不足之下，醫學中心安寧病房均供不應求，部分區域醫院安寧病床之占床率猶未達五成，且近10年來設置安寧病房的地區醫院僅增加2家，衛生署除應深入瞭解實情加以改善外，並應一面從政策層面提供獎勵機制，以有效落實社區安寧療護；一面以「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」實施經驗為借鏡，俾避免引發不必要的後遺症：**

### 人口老化已為當今世界各先進國家均須面臨之問題與挑戰，我國亦是如此，老年人口比率已從82年之7.1%成長至100年之10.9%，預計於106年將達14.0%，邁入高齡社會。又根據衛生署統計資料顯示，100年臺灣地區死亡人數為152,030人，隨著人口老化，死亡人數老年人口占率逐年增加，70年死亡人口中65歲以上者占46.9%，84年占率為60.4%，至100年時更增加至68.5%。再者，100年十大主要死因死亡人數為114,885人，扣除事故傷害，其餘死因為癌症及慢性疾病，此類病患均將面臨到生命末期的臨終照護問題。由於良好品質的安寧療護可讓末期病人能夠善終並創造四贏的局面，故在人口快速老化及國人十大死因以癌症與慢性疾病為主之下，全面推展安寧療護乃是大勢所趨。

### 惟截至100年統計，設置安寧病房之醫院計有47家，其中醫學中心15家，區域醫院28家，地區醫院僅有4家，足見安寧病房多設置在大型醫院內，此不利病人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，更無法落實在地照顧及在地終老。復據衛生署提供之資料顯示，100年時新竹縣、南投縣、金門縣、連江縣、澎湖縣等5個縣並無醫院設置安寧病房；基隆市、新竹市、苗栗縣、彰化縣及臺東縣等5個縣市，僅有1家醫院設置安寧病房，各家醫院所設床位數僅6至16床，顯見安寧病房資源尚未普及化。

### 又據本院實地訪查所得，在安寧病床普及性不足之下，醫學中心安寧病房均供不應求，部分區域醫院安寧病床之占床率竟猶未達五成，甚至某家醫院安寧病床多個月以來僅收治到1名病患。經向衛生署調閱相關統計資料，發現部分區域醫院安寧病房之占床率確實未及五成，包括：衛生署臺南醫院、振興醫療財團法人振興醫院、汐止國泰綜合醫院、天主教若瑟醫院、門諾醫院、天主教耕莘醫院、羅東博愛醫院；其中衛生署臺南醫院、門諾醫院及羅東博愛醫院安寧病房之占床率甚至僅有二成（詳見表1）。

### 表1、100年區域醫院安寧病房之占床率

#### 單位：床；天；%

| 區域醫院名稱 | 登記床數 | 住院天數 | 占床率 |
| --- | --- | --- | --- |
| 臺北市立聯合醫院 | 20 | 3,693 | 51 |
| 衛生署臺南醫院 | 12 | 1,140 | 26 |
| 衛生署桃園醫院 | 30 | 9,573 | 87 |
| 臺大醫院新竹分院 | 6 | 1,271 | 58 |
| 陽明大學附設醫院 | 12 | 3,047 | 70 |
| 臺大醫院雲林分院 | 8 | 2,156 | 74 |
| 臺北榮民總醫院桃園分院 | 10 | 2,898 | 79 |
| 光田醫療社團法人光田綜合醫院 | 10 | 2,054 | 56 |
| 振興醫療財團法人振興醫院 | 8 | 825 | 28 |
| 基隆長庚紀念醫院 | 12 | 2,339 | 53 |
| 臺南新樓醫院 | 15 | 3,428 | 63 |
| 嘉義基督教醫院 | 15 | 5,475 | 100 |
| 天主教聖馬爾定醫院 | 9 | 2,029 | 62 |
| 佛教慈濟綜合醫院臺北分院 | 18 | 10,207 | 155 |
| 汐止國泰綜合醫院 | 13 | 1,716 | 36 |
| 為恭紀念醫院 | 12 | 3,748 | 86 |
| 天主教若瑟醫院 | 6 | 788 | 36 |
| 柳營奇美醫院 | 22 | 4,517 | 56 |
| 屏東基督教醫院 | 12 | 2,292 | 52 |
| 門諾醫院 | 12 | 969 | 22 |
| 天主教聖功醫院 | 11 | 2,578 | 64 |
| 天主教耕莘醫院 | 17 | 3,002 | 48 |
| 羅東聖母醫院 | 15 | 3,356 | 61 |
| 慈濟綜合醫院大林分院 | 23 | 7,025 | 84 |
| 臺北醫學大學附設醫院 | 20 | 3,640 | 50 |
| 衛生署雙和醫院 | 10 | 3,384 | 93 |
| 羅東博愛醫院 | 6 | 562 | 26 |

#### 備註：

#### 1、資料來源為100年健保局倉儲住院明細醫令檔。

#### 2、占床率=住院天數/床數\*365

### 資料來源：衛生署

### 再據衛生署提供之統計資料顯示，不論係設置安寧病房之醫院家數，或安寧病房之病床數，均呈現逐年增加之趨勢，院所數從89年之18家，逐年成長至100年之47家；病床數從89年之289床，逐年成長至100年之667床。惟進一步分析，安寧病房仍多集中在醫學中心及區域醫院。醫學中心設置安寧病房之家數從89年之7家、162床，增加至100年之15家、255床；區域醫院設置安寧病房之家數從89年之9家、111床，增加至100年之28家、374床。然而，近10年來設置安寧病房的地區醫院卻僅增加2家，從89年之2家、16床，增加至100年之4家、38床；甚至95年間設置安寧病房的地區醫院曾一度增加為8家、92床，嗣後卻逐年減少為4家（詳見表2）。此在推展社區安寧療護之際，衛生署實應深入探究原因，以為擬定政策之參據。

##### 表2、89至100年設置安寧病房之醫院家數及病床數

##### 單位：家；床

| 年 別 | | 醫學中心 | 區域醫院 | 地區醫院 | 總計 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 89 | 院所數 | 7 | 9 | 2 | 18 |
| 病床數 | 162 | 111 | 16 | 289 |
| 90 | 院所數 | 7 | 11 | 1 | 19 |
| 病床數 | 160 | 136 | 13 | 309 |
| 91 | 院所數 | 7 | 11 | 1 | 19 |
| 病床數 | 160 | 136 | 11 | 307 |
| 92 | 院所數 | 9 | 11 | 2 | 22 |
| 病床數 | 198 | 135 | 23 | 356 |
| 93 | 院所數 | 10 | 12 | 2 | 24 |
| 病床數 | 213 | 147 | 23 | 383 |
| 94 | 院所數 | 11 | 12 | 5 | 28 |
| 病床數 | 229 | 163 | 58 | 450 |
| 95 | 院所數 | 11 | 12 | 8 | 31 |
| 病床數 | 230 | 157 | 92 | 479 |
| 96 | 院所數 | 13 | 17 | 6 | 36 |
| 病床數 | 258 | 224 | 67 | 549 |
| 97 | 院所數 | 14 | 17 | 6 | 37 |
| 病床數 | 243 | 231 | 67 | 541 |
| 98 | 院所數 | 15 | 20 | 5 | 40 |
| 病床數 | 251 | 278 | 56 | 585 |
| 99 | 院所數 | 15 | 24 | 5 | 44 |
| 病床數 | 255 | 344 | 48 | 647 |
| 100 | 院所數 | 15 | 28 | 4 | 47 |
| 病床數 | 255 | 374 | 38 | 667 |

### 資料來源：衛生署

### 綜上，由於安寧療護可讓末期病人能夠善終並創造四贏的局面，故在人口快速老化及國人十大死因以癌症與慢性疾病為主之下，推動安寧療護乃是大勢所趨。惟在安寧病床普及性不足之下，醫學中心安寧病房均供不應求，部分區域醫院安寧病床之占床率猶未達五成，甚至某家醫院多個月以來僅收治到1名病患；且近10年來設置安寧病房的地區醫院僅增加2家，期間甚至有部分地區醫院設置後卻又關閉安寧病房，衛生署除應深入瞭解加以改善外，亦應一面從政策層面提供獎勵機制，並建立相關監督之機制，確保安寧療護之良好品質及核心價值（完整的身心靈照顧），有效落實安寧療護社區化；另一面於規畫過程中，應以「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」實施經驗為借鏡，事先採取配套措施，俾避免引發類似需要長期入住病房之後遺症。

## **安寧療護需要透過醫療體系將照護提供到病人及家屬，亦需要醫院團隊人員共同合作，始能達到四全照顧之目標；爰本院於調查過程中，實地訪查醫院對於安寧療護所提出之具體建議，衛生署允應積極參酌處理：**

### 近來臺灣每年約有15萬多人死亡，末期病人及其家屬於生命臨終之際多面臨到身心之折磨與煎熬，為使末期病患得以善終，家屬也能度過哀傷，讓生死兩無憾，安寧緩和醫療確有其必要性及重要性。然而，安寧緩和醫療之推展不能單憑有心人士與宗教團體之奔走及熱忱，安寧療護需要透過醫療體系的參與，才能將相關照護措施提供到病人及家屬。況且安寧療護團隊係完全依據末期病人與家屬「完整的身心靈全人照護」之需求所組成，團隊中任何一人均無法獨自承擔安寧療護所有照顧工作，需要團隊人員共同合作，始能達到四全照顧（全人、全家、全程、全隊）之目標。爰本院於調查過程中，實地訪查醫療院所針對辦理安寧療護提出之具體建議，衛生署允應積極參酌處理：

### 安寧緩和醫療屬勞心的照顧模式，需花費相當多的時間並投入一定的人力，但目前健保給付係論件計酬，在人力執行上面臨困難；且安寧居家照護訪視費用點數偏低，與一般居家照護醫師訪視費用相同，降低安寧居家照顧醫師出訪之意願。又健保局對安寧療護僅給付醫療照顧相關支出，對於病人及家屬心靈等方面支持與照顧（如心理師、社工師、宗教師等）之給付不足。爰建議政府提高安寧療護之健保給付，以鼓勵醫院減少實施無效醫療，並對醫院安寧療護之規模進行評鑑後，評定等級，健保局依此分配安寧療護之給付，讓病人可以就近得到安寧療護的照護。或者，政府可考慮將轉入安寧所節省下來之醫療資源投入安寧緩和醫療，可能較能提高民眾使用誘因。

### 安寧共照試辦方案於收案時，病患/家屬須填寫病患權利說明暨服務同意書，惟因同意書內容過於生硬，家屬在情感上難以接受，造成醫護人員於執行上之困擾，建議衛生署妥為修正。

### 重複用途表單繁多，徒增業務負荷，包括：國健局癌症品質診療計畫之需求、健保試辦計畫相關表單規定及VPN線上資料庫上傳、癌症診療品質認證及醫院評鑑病歷記載等，導致每天文書作業時間占據許多的工作時間，建議簡化行政作業流程及繁瑣文件表單。

### 目前經常面臨的困境是病人及家屬返家意願低，對於出院返家有許多擔憂，一旦提及出院議題時，家屬不是堅持留在急性病房繼續治療，不然即要求轉至其他家醫療院所繼續醫治，造成健保及醫療資源的浪費。爰建議建置合理的末期病人住院天數及照護醫療模式，並輔以健保給付手段，以引導病人及家屬不會濫用醫療資源。

### 建議嚴格審查加護病房及普通病房慢性器官衰竭病人之醫療給付，刪減或減付後期末期病人不合理的治療和檢查項目給付，並重分配提高安寧緩和醫療各項服務的給付，對於耗時耗力的工作，如家庭會議、心理靈性照護、哀傷輔導等，應有實質的鼓勵機制。

### 為因應臺東地區安寧照護特殊需求狀況，建議專案放寬「醫療機構設置標準」之限制。

#### 由於部分醫院急性病床占床率並不高，為服務更多需要安寧照護的臺東民眾，在符合安寧病床設置（人力及設施）條件下，如欲將部分急性病床改設成安寧病床，卻受限於「醫療機構設置標準」規範醫院應設一般病床20床以上及安寧病床歸類為特殊病床等，故無法增設安寧病床。又安寧共照試辦方案之給付相較於安寧病床之給付，明顯偏低，且住院病人來源均為他院轉來的安寧病患，試辦內容無法讓病人接受到完整的安寧照護。爰建議專案放寬「醫療機構設置標準」之限制，同意醫院可將部分急性病床改設成安寧病床。

### 有關安寧療護團隊相關持續教育訓練認證資格管道多元化，並可增加東部的場次。

#### 臺東地區安寧照護人員的在職進修須有安寧基金會、安寧護理協會或安寧醫師學會認可之學分，造成偏遠地區在進修時必須往返高雄、臺北、花蓮等地，花費許多時間及金錢。爰建議安寧療護團隊相關持續教育訓練認證資格管道多元化，並可增加東部地區的場次。

### 成立安寧的中途之家：

#### 由於安寧病患之病情變化大且迅速，家屬常面臨回家無法照顧的情形；因此，醫療藥物準備、出院護理指導、24小時值班專線、社工家庭/環境評估、牧靈人員的靈性陪伴、輔具器材的協助、其他專業人員介入等措施，相對之下，也更加重要。目前屬於安寧療護後續照護機構相當缺乏，許多病情穩定但家屬仍無法照顧之病患有留滯在病房之現象，造成出院困難。爰建議成立安寧病患的中途之家，即安寧療護後續照護機構，解決病患返家無人照顧的問題。

### 建立跨院區性的共同照護模式與給付：

#### 目前健保給付尚未納入跨院區的安寧照護相關給付（如安寧照護團隊內相關成員之會診費），安寧團隊原則上每週以2次訪視為限，依病情需要可以超過3次，但安寧居家個案仍有臨時性傷口護理、疼痛控制及心靈輔導之需要，偏遠地區無法即時到達案家，則請當地衛生所護理人員協助，但此並非在衛生所之工作範圍內。爰建議主管機關與相關安寧學會協商後，訂定跨院區醫療服務（會診）之支付標準，且對衛生所護理人員協助之工作，亦可另訂合理給付，或同意衛生所護理人員納入醫院居家照護團隊成員之一，由醫院申請健保給付。

## **衛生署允宜持續精進衛生醫療業務聯合訪視作業及檢討評鑑項目，簡化醫院準備評鑑之文書作業，另需建立適合國內之評鑑基準，俾醫院能在確保醫療品質及提昇病人安全之條件下，不需為評鑑而負擔大量與照護病患無關之文書作業：**

### 本案實地訪查過程上，沿途許多醫師對於醫院評鑑、訪視、訪查及認證之頻繁、評鑑項目過多與評鑑基準過高，多有強烈反應，主要質疑在於醫院評鑑是否已「為評鑑而評鑑」，而醫護人員最重要的工作在於照護病人，但在評鑑前半年或1年間，卻要將寶貴的照護病人時間，使用在整理或準備大量的醫院評鑑文書作業。

### 衛生署為整合所屬各單位及附屬機關衛生醫療業務相關訪視作業及資源，避免資源重置，並降低醫院受訪查之頻率及負擔，自98年起辦理評鑑、訪視、訪查及認證等之整合。本（101）年度再針對所屬醫事處、照護處、疾病管制局及國民健康局所辦理之醫療機構評鑑及訪查項目，包括4項「醫院評鑑及教學醫院之評鑑」、7項「衛生醫療業務聯合訪視」及27項專科醫師訓練醫院訪視等38項計畫，進行整併為衛生醫療業務聯合訪視計畫。因此，在101年辦理衛生醫療業務聯合訪視計畫，需接受訪視之醫院，由原來1,008家次，已減併為581家次。

### 本院提出「全民健保總體檢」調查報告後，行政院函復醫院評鑑項目已由5百多項減為2百多項，但本案訪查醫院期間，醫院反映評鑑項目並未減少，針對此問題，醫策會於本案約詢時之說明如下：

#### 96年之前，醫院評鑑項目分為11個章節，96年到99年是新制醫院評鑑的第一屆，將原評鑑項目濃縮成醫院管理、醫療照護及護理照護三個章節，條文計538題。100年間，再將評鑑項目濃縮成2個章節，把醫療及護理整合在一起，項目縮減成2百多項。其中有關護理的條文從過去144題已減少到40題以內。

#### 醫院評鑑時，準備文書的主要工作落在護理人員身上。96年至99年的評鑑條文，部分是將之前對於護理部門的評鑑項目獨立列出，100年簡化成238題後，此部分並沒有減少。主要原因在於醫院評鑑的目的係提昇醫療品質及保障病人安全，護理人員於此均扮演重要角色。而近年來「醫療糾紛」及「知情同意」兩件事頗受關注，也變成必要的文書工作。不過，衛生署之政策是希望精簡護理的文書工作，對於其他非核心的、可以精簡的文書作業，會努力去精簡。

### 醫院評鑑之目的在於建立安全、有效、以病人為中心、適時、效率、公正而優質的醫療服務體制，以及評核醫療服務品質。依據醫策會於本院約詢時表示：現行醫院評鑑基準，係由國內專家學者以高標準訂定，其等在專業領域具備相當地位及理想性，期透過評鑑能將對於專業之理想，落實於醫院之品質，惟理想與現實難免存有落差。又本案訪查期間，許多醫師表示參與評鑑者多來自大型教學醫院及學界，有些脫離第一線醫療臨床工作多年，且評鑑項目及標準比照歐美先進國家之最高標準，陳義過高，逼使各級醫院不得不投注更多資源、時間及人力，因為準備所需時間長、文書工作多，甚至排擠醫護人員本應用來照護病患之時間，醫院評鑑已成為耗費醫院資源、折磨醫院人員且為評鑑而評鑑之制度。

### 綜上，衛生署允宜持續精進衛生醫療業務聯合訪視作業及檢討評鑑項目，簡化醫院準備評鑑之文書作業，另需建立適合國內之評鑑基準，俾醫院能在確保醫療品質及提昇病人安全之條件下，不需為評鑑而負擔大量與照護病患無關之文書作業，反而喪失掉了原來確保品質、病人安全及病患權益之目的。

## **衛生署對於醫院評鑑基準之訂定，應考量健保支付水平及各層級而有不同，並能反映國內現實條件及醫院合理之生存空間：**

### 現行醫院評鑑制度已針對醫學中心、區域醫院、地區醫院等不同之申請評鑑類別醫院，訂定不同之申請條件；評鑑內容也依據不同的申請評鑑類別或病床數規模，訂有不同標準。然醫院評鑑係由醫策會主導，在醫院評鑑不斷要求醫院品質符合國際水準同時，許多醫院飽受評鑑之累，甚至有些護理人力會隨著醫院評鑑之辦理而流動。醫療品質之提昇需要付出相對之代價，但國內醫院評鑑之基準，常參考歐美國家標準，要求在醫療作業及設備需符合國際水準，但健保之支付標準與國外醫療的支付水準相較，實不相當。另國內醫院為通過評鑑，常因此增購設備、聘僱人力，需要增加許多醫療成本，但對照健保支付標準合理化之速度，卻遠不及於醫院投資成本之成長速度。

### 國內之醫療水準不亞於先進國家，醫院在本質上亦具有競爭力，因此，若能給予醫院適當空間，讓其發揮創意，必能對社會有貢獻。且不論醫療品質之確保或病人安全之維護，均係醫院存在之價值所在，應由醫院建立適當之內控機制據以維持，若仍有不足之處，醫院評鑑當可作為外部控制的最佳手段，但論其本質應是要彌補內控機制的不足。惟國內醫院評鑑係衛生署醫事處之職掌，其目的已不單係評鑑醫院是否有能力提供病患醫療照護，更常以評鑑作為手段，藉以達成醫療或衛生政策之落實。舉例而言，衛生署為提高醫院設置的人力標準，即將其納入醫院評鑑中，醫院為通過評鑑，自需增設人力，但人力之聘僱需增加人事成本，然支付標準之訂定係由健保局辦理，而醫院評鑑增加之成本，健保支付準標並未反應，而係由醫院自行吸收。

### 醫院之生存，係全民健保之核心問題。但醫院之生存係在地板與天花板間尋求空間，對醫院而言，硬體設施、設備、人力之要求及評鑑之規定等，猶如醫院基礎的地板，而健保支付標準及總額之醫療費用等則為醫院之天花板，當天花板愈來愈低、地板愈來愈高，醫院之生存空間即日益被壓縮。依據本案實地訪查期間，沿途不少醫院共同反映，目前國內醫院評鑑制度，以高標準不斷要求醫院提升品質或提高醫療水準，所需之成本則由醫院自行吸收，使得國內醫院之經營益加困難。爰衛生署對於醫院評鑑基準之訂定，應考量健保支付水平及各層級而有不同，並能反映國內現實條件及醫院合理之生存空間。

## **行政院宜積極協調法務部與衛生署對於醫療法第82條第3項之修正草案及「醫療機構辦理生育事故救濟試辦計畫（草案）」，凝聚共識，解決爭議問題，俾儘速完成法制化作業：**

### 本案實地訪查過程上，沿途最常聽到、最夯的議題，便是醫療糾紛。兩年前進行「全民健保總體檢」時，各醫療院所均提出「健保到底是社會保險或社會福利？」之疑問，相對而言，醫療糾紛問題未被凸顯，但本案實地訪查期間，幾乎所到之處，醫療現場均對醫療糾紛憂心忡忡，其程度之密集及反應之強烈，為沿途訪查最令人印象深刻之事。此次訪查台中時，曾有某醫院副院長提及自己的老師與醫療糾紛纏鬥了5、6年，「內心都在淌血」。而台中梧棲童綜合醫院李明鍾等3名醫師經法院判定有醫療過失，判決童綜合醫院應連帶負賠償3千2百多萬，此判決一出，更使得醫師人人自危。

### 衛生署對於醫療糾紛問題的回應，主要是透過醫療法第82條第3項之修正草案，規定「醫事人員因執行業務致病人死傷者，以故意或重大過失為限，負刑事責任」，以使醫事人員發生事故應擔負的刑事責任更合理化，但法案已被法務部多次退回。另在婦產科部分，衛生署已先行以生育所發生之事故，作為試辦救濟範圍，於100年訂定「醫療機構辦理生育事故救濟試辦計畫（草案）」，希望以此作為未來規劃全面實施醫療事故救濟之先驅性計畫，但亦遭法務部退回。

### 國內「四大皆空」之問題愈趨嚴重，更走向「五大皆空」的窘境，現今醫療糾紛風險較高的外科、婦產科、小兒科、急診皆已面臨招收不到醫師的困境，醫療糾紛已嚴重衝擊醫療生態，讓醫學生視四大科及急診為畏途，更造成醫病關係惡化及衍生防衛性醫療，對於醫療生態的衝擊更難以估算。本院訪查期間聽取2千名以上醫師之建言，他們對於衛生署所提出醫療法第82條第3項之修正草案及「醫療機構辦理生育事故救濟試辦計畫（草案）」多持正面看法，亦認為係解決醫療糾紛問題當務之急的作法，爰行政院宜積極協調法務部與衛生署凝聚共識，解決爭議問題，俾儘速完成法制化作業。

## **在內外婦兒四大科烏雲滿天的環境下，國防部所屬三軍總醫院卻能渡過「四大皆空」的困擾與影響，衛生署允宜將其納為檢討現行政策的參考：**

### 本案實地訪查過程上，三軍總醫院表示該院尚未遭遇「四大皆空」之影響，其原因如下：

### 軍醫體系的醫師人力目前仍以軍職人員為主，在選科有一定的制度管制，每年新進住院醫師均透過一定機制分發，內外婦兒等必要科別之分發均優先滿足，故在四大科的人力招募上，不若其他醫院嚴重。

### 軍醫體系因任務導向須顧及全軍建軍備戰之需求，在國軍醫院編制上，特別重視內、外、婦、兒及急診專科應有之醫師人力，內、外、婦、兒科醫師因科部編制較大，在人員經管上相對暢通，將提升內、外、婦、兒科醫師之留任意願。

### 國軍醫院重視教育訓練及人才培養，除航太、潛水等軍陣醫學為發展重點外，與服務軍人、軍眷有最直接相關的內、外、婦、兒科系，亦為教育訓練人才培養之重點，故在職、全職進修醫師人數也以四大科名額較多。

### 在內外婦兒四大科烏雲滿天的環境下，國防部所屬三軍總醫院卻能渡過「四大皆空」的困擾與影響，衛生署允宜將其納為檢討現行政策的參考。

## **為了健保的永續經營，以及有限醫療資源的「分配正義」與「程序正義」，行政院允應督促所屬，儘速籌備規劃成立獨立超然類似英國NICE的專責組織：**

### 有關「第三波健保改革－醫療資源分配正義機制之建立研討會」所提之「三三宣言」內容，略以：「…三、成立獨立組織：為協助醫療資源分配機制之運作，應參酌世界經驗及英國國家健康及臨床卓越研究院，儘速立法成立獨立機構，其治理及職掌建議如下：1、接受衛生署監督，以反映國家政策目標。2、負責對藥品、器材、治療及公共衛生服務等，進行給付及利用之專業評估。3、持續收集，分析與醫療資源分配相關之重要民意，供決策參考。4、獨立機構之董事會或理事會組成應符合公平正義原則，並不得涉及利益衝突。」

### 本院「全民健保總體檢」案之調查意見指出：「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。」行政院業已參酌該案調查意見，並函復本院：「有關參考英國成立『國家健康及臨床卓越研究院（National Institue of Health and Clinical Excellenence，以下簡稱NICE）』，建立類似獨立機構，以提供我國之醫療健康照護政策相關建議乙事，衛生署經檢討後，認為值得採行，惟需考量該機構以何種形式成立，在我國比較能發揮客觀、獨立又具代表性與公信力之功能，以及國家資源之分配與運用，相關專業人員之招募與聘用制度，審慎加以研議，並爭取立法部門之大力支持。」

### 為能確實協助醫療資源分配機制之運作，成立獨立超然之機構，負責對藥品、器材、治療及公共衛生服務等，進行給付及利用之專業評估，以及持續收集、分析與醫療資源分配相關之重要民意，確有其必要性。特別是當國內醫療資源「分配正義」與「程序正義」、以及「無效醫療」受到前所未有的關注之時，行政院更應督促所屬，儘速籌備規劃成立獨立超然類似英國NICE的專責組織，俾確保健保得以永續經營。

# 處理辦法：

## 調查意見一，提案糾正行政院。

## 調查意見二至十六，函請行政院轉飭所屬檢討改進見復。

## 調查報告全文公布。

## 檢附派查函及相關附件，送請財政及經濟委員會議處理。

調查委員：黃煌雄

沈美真

劉興善

中華民國101 年7月 17日

### 附件1

### 第三波健保改革研討會-醫療資源分配正義的探討

### 議程

|  |  |
| --- | --- |
| **09:00-09:30** | **開幕致詞**  江東亮 (第一期全民健保規劃者／臺大公共衛生學院院長)  黃煌雄 (監察委員)  陳 冲 (行政院副院長) |
| **09:30-10:50** | **醫療體系的失衡**  近一、二十年來，許多社區醫療機構的經營日益艱難，而醫學中心  與區域醫院卻不斷增加，造成醫療體系頭重腳輕，缺乏垂直整合的  局面，因此健全醫療體系的發展，是未來健保改革必須考量的重點。  **主持人：**葉金川 (前衛生署長／前健保局總經理)  劉興善 (監察委員)  **引言人：**盧瑞芬 (長庚大學管理學院教授兼院長)  **與談人：**李建廷 (署立屏東醫院院長)  洪德仁 (診所醫師兼北投文化基金會董事長)  郭守仁 (彰化基督教醫院院長)  謝文輝 (臺灣社區醫院協會名譽理事長) |
| **10:50-11:10** | ****中場休息**** |
| **11:10-12:30** | **醫療四大科的萎縮**  目前臺灣內、外、婦、兒四大科，已面臨不易招到住院醫師的命運，  而皮膚、眼、耳鼻喉及整形外科卻沒有缺住院醫師的難題，對此不  同醫療專科別配置的展望，是我們必須共同面對的嚴肅議題。  **主持人：**林芳郁 (前衛生署長／現臺北榮民總醫院院長)  沈美真 (監察委員)  **引言人：**黃達夫 (和信治癌中心醫院院長)  **與談人：**林其和 (成功大學醫學院院長)  陳明豐 (臺大醫院院長)  張美惠 (臺灣兒科醫學會理事長)  謝卿宏 (臺灣婦產科醫學會理事長) |
| **12:30-13:30** | ****午餐**** |
| **13:30-14:50** | **不適當醫療的浮濫：｢三多｣** **問題**  許多人對國內醫療浪費的共同感受是「三多」，即「看病多、拿藥多、  檢查多」。面對三多等不適當醫療浮濫的問題，未來健保改革究竟該  如何因應？  **主持人：**李明亮 (前衛生署長)  江東亮 (第一期全民健保規劃者／臺大公共衛生學院院長)  **引言人：**李玉春 (陽明大學衛生福利研究所教授)  **與談人：**李蜀平 (中華民國藥師公會全聯會理事長)  陳宗獻 (中華民國醫師公會全聯會常務理事)  劉淑瓊 (臺灣醫療改革基金會執行長/臺大社工系副教授)  鄭守夏 (前健保局局長／臺大健康政策與管理研究所所長) |
| **14:50-16:10** | **無效醫療**  何謂無效醫療？無效醫療的現況如何？無效醫療與醫療科技的關係  如何？面對有限的醫療資源，為了全民健保的永續經營，我們應如何  對待無效醫療？  **主持人：**陳建仁 (前衛生署長／中研院院士)  吳凱勳 (第一期全民健保規劃者/亞洲大學榮譽教授)  **引言人：**李卓倫 (國立臺中護理專科學校副教授)  **與談人：**柯文哲 (臺大醫院創傷醫學部主任)  陳麗光 (國家衛生研究院副研究員)  溫啟邦 (國家衛生研究院客座教授)  蔡正河 (馬偕醫院院長) |
| **16:10-16:30** | ****中場休息**** |
| **16:30-18:10** | **探索醫療資源分配正義**  由於醫療資源有限，加上人口急速老化，以及醫療科技不斷推陳出  新，為了健保永續經營，是將分配正義列入第三波健保改革議程的  時候了。  **主持人：**楊志良 (前衛生署長／亞洲大學講座教授)  黃煌雄 (監察委員)  **引言人：**賴美淑 (前健保局總經理／臺大流行病學與預防醫學研究  所教授)  **與談人：**吳德朗 (臺灣醫院協會理事長)  陳宏一 (前國防部軍醫局局長)  黃達夫 (和信治癌中心醫院院長)  黃勝雄 (門諾醫院總執行長)  張鴻仁 (前健保局總經理)  張煥禎 (壢新醫院院長)  張苙雲 (臺灣醫療改革基金會董事長/中研院研究員)  楊泮池(臺大醫學院院長) |
| **18:10-18:15** | **會議摘要**  **報告人：**周穎政 (陽明大學公共衛生學研究所教授) |
| **18:15-18:30** | **閉幕致詞**  張博雅 (前衛生署長／中央選舉委員會主任委員)  邱文達 (衛生署長)  黃煌雄 (監察委員) |

### 附件2

### 第三波健保改革研討會-

### 從三個「經典案例」談醫療資源分配正義

### 議程

|  |  |
| --- | --- |
| **09:00-09:10** | **開幕**致詞  陳為堅 (臺大公共衛生學院院長)  黃煌雄 (監察委員) |
| **09:10-09:40** | **洗腎、呼吸器治療及葉克膜健保給付之綜合說明**  **主持人：**江東亮 (臺大健康政策與管理研究所教授)  **報告人：**蔡淑鈴 (健保局醫管組組長) |
| **09:40-10:40** | **葉克膜：成因與現象、問題與對策**  **主持人：**戴桂英 (衛生署中央健保局局長)  **引言人：**柯文哲 (臺大醫院創傷醫學部主任)  **與談人：**黃勝堅 (臺大醫院金山分院院長)  蔡甫昌 (臺大醫學院社會醫學科主任) |
| **10:40-11:00** | **中場休息** |
| **11:00-12:20** | ****呼吸器治療：成因與現象、問題與對策****  **主持人：**賴美淑 (臺大流行病學與預防醫學研究所教授)  **引言人：**王家弘 (臺北榮民總醫院呼吸治療科主任)  **與談人：**吳清平 (壢新醫院副院長)  陳秀丹 (陽明大學附設醫院內科加護病房主任) |
| **12:20-13:30** | ****午餐**** |
| **13:30-15:10** | **洗腎：成因與現象、問題與對策**  **主持人：**鄭守夏 (臺大健康政策與管理研究所所長)  **引言人：**吳寬墩 (臺大醫院腎臟科主任/台大醫學院內科教授)  黃秋錦 (中國醫藥大學附設醫院副院長兼教授)  **與談人：**吳麥斯 (基隆長庚內科部暨腎臟科主任)  陳永銘 (臺大醫院腎臟科醫師)  黃尚志 (高醫內科血液透析室主任/高醫腎臟照護學系教授) |
| **15:10-15:30** | ****中場休息**** |
| **15:30-17:30** | **綜合座談**  **主持人：**邱文達 (衛生署長)  黃煌雄 (監察委員)  **與談人：**王家弘 (臺北榮民總醫院呼吸治療科主任)  林俊龍 (慈濟醫療志業執行長)  柯文哲 (臺大醫院創傷醫學部主任)  黃俊雄 (馬偕醫學院董事長)  黃秋錦 (中國醫藥大學附設醫院副院長兼教授)  趙可式 (成大護理學系教授/臺灣安寧緩和護理學會榮譽  理事長)  溫啟邦 (國家衛生研究院客座教授)  楊秀儀 (陽明大學公共衛生學科暨研究所副教授)  蔡熒煌 (嘉義長庚醫院院長/臺灣胸腔暨重症加護醫學會  理事長)  謝博生 (臺大醫院內科名譽教授) |
| **17:30-17:40** | **閉幕**致詞  邱文達 (衛生署長)  黃煌雄 (監察委員) |

### 附件3

### 第三波健保改革研討會-

### 醫療資源分配正義機制之建立研討會

### 議程

|  |  |
| --- | --- |
| **09:00-09:15** | **開幕**致詞  陳為堅 (臺大公共衛生學院院長)  黃煌雄 (監察委員)  江宜樺 (行政院副院長) |
| **09:15-10:30** | **資源分配正義理論**  從政治哲學觀點，分析建立臺灣醫療資源分配機制之理論基礎。  **主持人：**江宜樺 (行政院副院長)  江東亮 (臺大健康政策與管理研究所教授)  **引言人：**葉 浩 (政治大學政治學系助理教授)  **與談人：**梁文韜 (成功大學政治學系教授)  謝世民 (中正大學哲學系教授) |
| **10:30-10:50** | **中場休息** |
| **10:50-12:10** | **醫療資源分配機制：世界經驗**  了解世界主要國家醫療資源分配機制的發展趨勢及作法，做為臺  灣之借鏡。  **主持人：**楊志良 (前衛生署署長/亞洲大學講座教授)  石曜堂 (臺灣醫務管理學會理事長)  **引言人：**李玉春 (陽明大學衛生福利研究所教授)–世界概觀  李卓倫 (國立臺中科技大學副教授) – 歐洲  黃心苑 (陽明大學醫務管理研究所教授) – 美洲 |
| **12:10-13:20** | ****午餐**** |
| **13:20-15:00** | **英國國家健康及臨床卓越研究院(NICE)**  英國之國家健康及臨床卓越研究院，各國紛紛效尤，其任務、範  圍、屬性及治理，值得深入探討。  **主持人：**陳建仁 (前衛生署署長/中研院副院長)  賴美淑 (前健保局總經理/臺大流行病學與預防醫學研  究所教授)  **引言人：**陳麗光 (國家衛生研究院副研究員)  蔡甫昌 (臺大醫學院社會醫學科主任)  **與談人：**沈茂庭 (健保局醫審及藥材組組長)  許銘能 (衛生署企劃處處長) |
| **15:00-15:20** | ****中場休息**** |
| **15:20-17:20** | **如何建立臺灣醫療資源分配正義機制**  具體討論未來臺灣醫療資源分配機制之任務、範圍、屬性及治理，  以利健保永續經營。  **主持人：**邱文達 (衛生署長)  黃煌雄 (監察委員)  **引言人：**藍忠孚 (陽明大學衛生福利研究所教授)  **與談人：**李明濱 (中華民國醫師公會全國聯合會理事長)  李應元 (立法委員)  陳明豐 (臺大醫院院長)  黃達夫 (和信醫院院長)  黃文鴻 (陽明大學衛生福利研究所教授)  楊秀儀 (陽明大學公共衛生學科暨研究所副教授)  劉梅君 (醫改會董事長/政治大學勞工研究所教授)  謝文輝 (臺灣社區醫院協會名譽理事長)  蘇錦霞 (消基會董事長)  蘇清泉 (台灣私立醫院醫療院所協會理事長/立法委員) |
| **17:20-17:30** | **閉幕**致詞  邱文達 (衛生署長)  黃煌雄 (監察委員) |

###### 附錄一：安寧居家療護院所名單

| **縣市別** | **醫院名稱** |
| --- | --- |
| 臺北市 | 臺北榮民總醫院、臺灣大學醫學院附設醫院、臺北市立聯合醫院（忠孝院區）、和信治癌中心醫院、三軍總醫院附設民眾診療服務處、臺北醫學大學附設醫院、萬芳醫院、財團法人國泰綜合醫院、台安醫院、新光吳火獅紀念醫院、馬偕紀念醫院等等11家。 |
| 新北市 | 財團法人天主教耕莘醫院、財團法人恩主公醫院、亞東紀念醫院、慈濟綜合醫院台北分院、國泰綜合醫院汐止分院等5家 |
| 宜蘭市 | 陽明大學附設醫院居家護理所、財團法人天主教靈醫會羅東聖母醫院、財團法人羅許基金會羅東博愛醫院等3家。 |
| 桃園縣 | 桃園榮民醫院附設居家護理所、壢新醫院附設居家護理所、林口長庚醫院附設林口居家護理所、敏盛綜合醫院附設居家護理所等4家。 |
| 苗栗縣 | 為恭醫院附設居家護理所 |
| 新竹市 | 馬偕紀念醫院附設居家護理所、臺大醫院新竹分院附設居家護理等2家。 |
| 臺中市 | 臺中榮民總醫院、中國醫藥大學附設醫院、衛生署臺中醫院附設居家護理所、中山醫學大學附設醫院附設居家護理所、慈濟綜合醫院台中分院、光田綜合醫院、童綜合醫院、衛生署豐原醫院附設護理之家等8家。 |
| 彰化縣 | 衛生署彰化醫院、秀傳紀念醫院、彰化基督教醫院附設居家護理所、彰化基督教醫院二林分院附設居家護理所等4家。 |
| 南投縣 | 衛生署南投醫院附設居家護理所、埔里基督教醫院等2家。 |
| 臺南市 | 衛生署臺南醫院、臺南市立醫院、成功大學醫學院附設醫院、臺南新樓醫院、郭綜合醫院、奇美醫療財團法人奇美醫院、奇美醫療財團法人柳營奇美醫院、衛生署新營醫院等8家。 |
| 嘉義市 | 嘉義基督教醫院、天主教聖馬爾定醫院等2家。 |
| 嘉義縣 | 慈濟綜合醫院大林分院 |
| 雲林縣 | 臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院、天主教若瑟醫院等2家。 |
| 高雄市 | 高雄醫學大學附設中和紀念醫院附設居家護理所 、高雄市立小港醫院附設居家護理所、高雄榮民總醫院附設居家照護、國軍左營總醫院附設民眾診療服務處、阮綜合醫院附設居家護理所、國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處附設居家護理所、聖功醫院附設護理之家、高雄長庚醫院附設居家照護、義大醫院附設居家護理所等9家。 |
| 屏東縣 | 民眾醫院附設居家護理所、屏東基督教醫院附設居家照護、安泰醫院附設居家護理所等3家。 |
| 澎湖縣 | 三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處附設居家護理所 |
| 花蓮縣 | 慈濟綜合醫院、基督教門諾會醫院等2家。 |
| 臺東縣 | 馬偕紀念醫院臺東分院、天主教聖母醫院等2家。 |

###### 資料來源：健保局網站資料

###### 附錄二：辦理安寧共照之醫院名單

| 縣市別 | 層級 | 醫院名稱 |
| --- | --- | --- |
| 基隆市 | 地區醫院 | 三軍總醫院 |
| 區域醫院 | 基隆長庚紀念醫院 |
| 臺北市 | 地區醫院 | 中山醫療社團法人中山醫院 |
| 區域醫院 | 臺北醫學大學附設醫院 |
| 醫學中心 | 臺大醫院 |
| 醫學中心 | 臺北榮民總醫院 |
| 地區醫院 | 秀傳醫院 |
| 區域醫院 | 和信治癌中心醫院 |
| 醫學中心 | 林口長庚紀念醫院 |
| 區域醫院 | 振興醫療財團法人振興醫院 |
| 醫學中心 | 馬偕紀念醫院及其淡水分院 |
| 醫學中心 | 國泰醫療財團法人國泰綜合醫院 |
| 醫學中心 | 新光吳火獅紀念醫院 |
| 醫學中心 | 臺北市立萬方醫院 |
| 區域醫院 | 臺北市立聯合醫院仁愛院區 |
| 區域醫院 | 臺北市立聯合醫院中興院區 |
| 區域醫院 | 臺北市立聯合醫院忠孝院區 |
| 新北市 | 區域醫院 | 慈濟綜合醫院臺北分院 |
| 區域醫院 | 汐止國泰綜合醫院 |
| 醫學中心 | 亞東紀念醫院 |
| 區域醫院 | 財團法人天主教耕莘醫院 |
| 區域醫院 | 衛生署雙和醫院 |
| 地區醫院 | 台安醫院 |
| 區域醫院 | 衛生署臺北醫院 |
| 桃園縣 | 區域醫院 | 衛生署桃園醫院 |
| 區域醫院 | 敏盛綜合醫院 |
| 區域醫院 | 壢新醫院 |
| 區域醫院 | 桃園榮民醫院 |
| 新竹市 | 區域醫院 | 馬偕紀念醫院新竹分院 |
| 區域醫院 | 臺大醫院新竹分院 |
| 新竹縣 | 區域醫院 | 東元綜合醫院 |
| 苗栗縣 | 區域醫院 | 衛生署苗栗醫院 |
| 區域醫院 | 為恭紀念醫院 |
| 臺中市 | 區域醫院 | 仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院 |
| 醫學中心 | 中國醫藥大學附設醫院 |
| 醫學中心 | 臺中榮民總醫院 |
| 區域醫院 | 光田綜合醫院 |
| 區域醫院 | 童綜合醫院 |
| 區域醫院 | 澄清綜合醫院中港分院 |
| 區域醫院 | 衛生署豐原醫院 |
| 區域醫院 | 衛生署臺中醫院 |
| 區域醫院 | 慈濟綜合醫院臺中分院 |
| 區域醫院 | 林新醫院 |
| 區域醫院 | 澄清綜合醫院 |
| 彰化縣 | 醫學中心 | 財團法人彰化基督教醫院 |
| 區域醫院 | 衛生署彰化醫院 |
| 區域醫院 | 財團法人彰化基督教醫院二林分院 |
| 南投縣 | 地區醫院 | 衛生署南投醫院 |
| 雲林縣 | 區域醫院 | 臺大醫院雲林分院 |
| 嘉義市 | 區域醫院 | 財團法人天主教聖馬爾定醫院 |
| 區域醫院 | 嘉義基督教醫院 |
| 區域醫院 | 臺中榮民總醫院嘉義分院 |
| 嘉義縣 | 區域醫院 | 慈濟綜合醫院大林分院 |
| 區域醫院 | 嘉義長庚紀念醫院 |
| 臺南市 | 區域醫院 | 臺南市立醫院 |
| 醫學中心 | 成功大學醫學院附設醫院 |
| 醫學中心 | 奇美醫療財團法人奇美醫院 |
| 區域醫院 | 奇美醫療財團法人柳營奇美醫院 |
| 區域醫院 | 臺南新樓醫院 |
| 區域醫院 | 衛生署臺南醫院 |
| 區域醫院 | 郭綜合醫院 |
| 區域醫院 | 麻豆新樓醫院 |
| 高雄市 | 區域醫院 | 高雄市立小港醫院 |
| 區域醫院 | 阮綜合醫院 |
| 醫學中心 | 高雄長庚紀念醫院 |
| 醫學中心 | 高雄榮民總醫院 |
| 醫學中心 | 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 |
| 區域醫院 | 義大醫院 |
| 地區醫院 | 安泰醫院 |
| 區域醫院 | 高雄市立聯合醫院 |
| 區域醫院 | 國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處 |
| 區域醫院 | 高雄市立大同醫院 |
| 區域醫院 | 高雄左營總醫院 |
| 屏東縣 | 區域醫院 | 屏東基督教醫院 |
| 區域醫院 | 衛生署屏東醫院 |
| 區域醫院 | 寶建醫療財團法人寶建醫院 |
| 地區醫院 | 民眾醫院 |
| 宜蘭縣 | 區域醫院 | 羅東博愛醫院 |
| 區域醫院 | 陽明大學附設醫院 |
| 區域醫院 | 羅東聖母醫院 |
| 花蓮縣 | 醫學中心 | 慈濟綜合醫院 |
| 區域醫院 | 門諾醫院 |
| 臺東縣 | 區域醫院 | 馬偕紀念醫院臺東分院 |
| 澎湖縣 | 地區醫院 | 三軍總醫院澎湖分院 |
| 金門縣 | 地區醫院 | 衛生署金門醫院 |

#### 資料來源：衛生署

###### 附錄三：實地訪查期間，各醫院對於「辦理安寧緩和醫療所遭遇之困難」及「對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望」等項所提出之意見摘錄

| 訪查醫院 | 所遭遇之困難或具體建議 | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ○○醫院 | 1、當今末期安寧照顧的問題：（1）末期病人日益增加，各國皆是。（2）末期病人仍承受身、心、靈煎熬－疼痛、各類症狀、情緒失調、畏懼死亡。（3）末期病人失去良好醫病關係－醫療放棄、求助無門、自主性喪失。（4）末期病人無法得到良好的社區照顧－家庭功能失調、無法居家療護、在醫院死亡。2、臺灣當前末期疾病安寧療護問題：很多相關末期疾病的照護團隊及醫學會，不瞭解安寧療護的理念與照顧方式，甚至有誤解，包括：何時該轉介至安寧療護的團隊照顧？何時可以進行安寧療護的共同照顧？何時向末期疾病的病人及家屬介紹安寧療護？3、高達七成左右末期病人對安寧療護不瞭解、錯誤認知或其他原因，而未接受安寧療護完整照護。4、根據公布之數據，健保有1/3的費用花在末期疾病之醫療上，而安寧病房不僅節省非必要之侵入性醫療以節省資源，並著重人性化照護以減少醫病之糾紛。可開立之醫療處置項目少，但健保給付少，甚至刪減安寧病房中有些病人超長住院之費用，此係對安寧照護團隊之雙重打擊。5、對於無法治癒的末期疾病預測存活期之重要性：（1）使病人及家屬對疾病的發展有概括性的瞭解，能設定自己的療護目標及優先次序。（2）協助病人及家屬做餘生規劃。（3）協助醫療人員做醫療決策及適當的轉診。（4）協助適當的資源分配，如安寧居家療護。6、哀傷輔導的現行衝擊：（1）社工專業人員的不足，醫院約1名社工人員有1百多名病人的照護範圍。（2）第一線照護醫療人員的哀傷輔導介入的能力與時間有限。（3）常用醫療作為來取代哀傷的展現，而非用傾聽、同理的方式來體現哀傷反應。7、現行社區緩和醫療施行的困境：（1）目前急重症病人在家中的支持度不夠，得不到全面性的照護。（2）無法選擇在家往生，造成在機構內往生的遺憾。（3）居家與醫院間交通往返的困頓，居家設施的不方便運用與活動。（4）有急症時，找不到醫療專業人員的諮詢，以及協助醫療資源的供給。8、初步對策：（1）結合社區醫療群的基層醫師提供照護。（2）結合社區遠距醫療科技的使用。（3）健保局提供非癌症末期病人安寧療護的合理給付。（4）對醫療人員及社會大眾的生命教育。9、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望（1）重拾醫院重視安寧緩和醫療服務：以往衛生署對於安寧療護的醫療院所，委由安寧療護專家評鑑，對品質有所把關，但新制醫院評鑑已經具備安寧療護的項目，評審的專家卻非具有安寧療護臨床實務經驗，無法確實評估醫院在此服務項目的品質。（2）鼓勵醫院從事安寧療護，健保給付提高，且分級給予：提高安寧療護的健保給付，藉此鼓勵醫院減少無效醫療的實施。並對醫院安寧療護的規模經評鑑後，做等級的評分，健保局藉此來分配安寧療護的給付，讓病人可以就近得到安寧療護的照護。（3）鼓勵醫院支持社區的長期照顧醫院，建立合作關係：醫院與社區的長期照顧機構、護理之家等建立合作關係，衛生署編列預算，或健保局增加給付的金額，對於符合安寧規範的院所而從事安寧療護，且達到訂定的品質要求者，提高獎勵金。（4）衛生署應訂定末期病人瀕死回家往生的規範：包括預立醫療指示、不施行心肺復甦術意願書、死診的取得等，均應訂定標準作業流程，方便醫療院所依循，完成病人回家善終的心願。（5）提升民眾安寧療護的知識：衛生主管機關應加強民眾之教育宣導，提升民眾對於安寧療護的知識。 | | | |
| ○○醫院 | 1、安寧照護服務現況的困難（1）健保局對安寧照護服務僅給付醫療照顧相關支出，對於病友及家屬心靈等方面支持與照顧的醫療給付不足。（2）針對新修正之安寧緩和醫療條例中有關撤除維生系統部分，尚乏明確的細則可遵循。2、以現行衛生政策之導向（九四共識）如要求病人家屬自行負擔部分繼續使用維生醫療之費用時，將導致醫病溝通之緊張，醫師是否急救須先向病人說明可能自費之狀況，將造成醫病對立，有違醫學倫理。另近年來醫病關係日趨緊繃，此舉將更加造成醫病之對立。3、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望（1）現行安寧療護之給付精神接近「論日計酬」，然每日4,930點卻包含診察費、護理費、病床費、醫療團隊照護費、處置費、藥劑費、藥事服務費、特殊材料費及其他雜項費用，遠低於醫院及醫療人員之實際付出，未盡合理公平，且醫院需要額外提撥空間及資源建置助禱室、洗澡室等，故應整體考量提高給付點數或放寬給付內容，以鼓勵醫療院所投入。（2）目前國人每年約3萬人死於癌症，以98年曾入住安寧病房7,784人估算，僅26%癌症末期病人接受安寧療護，全國設有安寧病房的醫院有41家576床，安寧病房明顯不敷使用。建議放寬安寧療護病房設置標準，對於實質有提供安寧療護且品質績優的醫院予以從寬認定，可申請健保給付之安寧住院照護。（3）獎勵醫療院所定期舉辦安寧醫療講座，廣邀社區民眾參加，對於主辦醫院給予活動經費補助，以加強宣導安寧緩和醫療觀念。（4）推廣「預立醫療委任代理人」，可加強宣導65歲以上老人宜提早預立醫療委任代理人。 | | | |
| ○○醫院 | 安寧療護推展的困境與建議：1、目前給付標準乃是10多年前所定，近來病患要求其他治療，原先給付標準恐不敷所需。2、其他醫療院所因安寧病房數量不足，遂將病人轉到該院接受安寧療護。3、應擴展更大範圍的社會教育，凝聚無效醫療之共識。4、推動安寧療護順遂與否，品質尤為重要。 | | | |
| ○○醫院 | 1、面臨困難及具體建議（1）安寧居家照護訪視費用點數偏低，且含所有「護理治療材料」在內，不得另行申報。又安寧居家醫師訪視費用與一般居家照護醫師訪視費用相同，減少醫師出訪之意願。建議①調升及修改安寧居家照護護理居家訪視給付。②比照一般居家照護，可另外申報實際使用之居家特殊材料費用（矽質鼻胃管、尿管或其他醫材等）。③調升安寧居家醫師訪視費用。（2）目前相關規定係無法滿足末期病人病況之需求，例如：①3天內轉安寧病房者，不能申請共照訪視費用；②滿7日才能申請第2次訪視費用；③滿1個月須申請延長照護，並須於1週前填妥申請書寄至健保局核准後，才可繼續收案。故建議①取消3天內轉安寧病房者不能申請共照訪視費用之規定。②依病況實際需要給付服務費用。③超過2個月以上，才須申請延長收案。（3）重複用途表單繁多，徒增業務負荷，包括：①國健局癌症品質診療計畫之需求；②健保試辦計畫相關表單規定及VPN線上資料庫上傳；③癌症診療品質認證及醫院評鑑病歷記載等，導致每天文書作業時間經常占據非常多的工作時間。故建議整合相關表單，簡化文書作業。（4）安寧共照服務同意書常讓病人及家屬感到壓力，阻礙安寧之推廣，建議取消同意書之填寫，以利推展安寧共照及原團隊之合作。（5）目前臨床照護末期病人之醫護人員對於安寧療護之觀念不足，故建議：①加強醫院內醫護人員安寧療護理念之宣導，增加安寧共照人力協助推廣。②實習醫學生應至安寧病房見習觀摩兩週，同時畢業後第一年住院醫師（PGY1）應於安寧病房實習兩週或1個月。（6）臨床常見末期病人及家屬因病情不穩定變化，背負身心靈多重壓力受苦，病家需求鮮少被關注，而因衍生遺族之複雜性悲傷，出現長期憂鬱、焦慮沮喪等症狀。爰建議健保安寧病房之給付，應能另行申報社心靈相關領域之專業人員心理諮商、評估、治療等費用，以利醫院於安寧病房增設臨床（諮商）心理師、臨床宗教師等人員，協助病人及家屬身心靈獲得平安。2、另提出具體希望：（1）補助及輔導社區醫院辦理安寧緩和照護業務，提升社區醫院安寧照護的供給面，從退輔會體系榮民醫院及署立醫院等公立醫院做起。（2）分區建構末期病人安寧緩和醫療全程照護及轉介網絡。（3）協助無眷單身住民指定醫療委任代理人或預先規劃醫療照顧計畫。 | | | |
| ○○醫院 | 1、區域醫院人力不足，安寧緩和醫師除原科別之業務外，尚須兼任安寧緩和照護醫師，負擔重。為能維護及提升末期病患之醫療品質，建議政府能夠補助醫院設立專職專任之安寧照護醫師。2、安寧共照試辦方案立意良好，但規定甚嚴，例如：①須原照護團隊醫師開立照會單照會安寧共照小組，②病人或家屬簽具同意書，③醫師及護理師的訪視時間等規定。安寧醫護人員皆用心花費時間照護病患，但試辦方案之必要條件為簽署同意書，是否有修改空間？ | | | |
| ○○醫院 | 1、遭遇之困難：（1）該院並腫瘤科，需倚賴外院轉介，導致占床率低。（2）地區醫院資源及硬體設備不如醫學中心，醫學中心臨終病患下轉至該院之意願低。2、解決之道：（1）加強院內共同照護，增加安寧療護服務。（2）推展DNR健保註記及器官捐贈。（3）加強院內醫護人員安寧理念之宣導。（4）提供護理人員安寧專業津貼以鼓勵留任。3、具體建議：降低長期住院審查之門檻，減少返家困難者之負擔，降低重症病患於各醫院周轉。 | | | |
| ○○醫院 | 1、執行之困境 （1）病人及家屬認知差異：家屬因個人情感因素及社會壓力，不願違反病人因不瞭解病情而想積極治療之意願，故無法接受安寧療護之意見。  （2）醫護人員轉介認知待加強：現階段院區轉介涵蓋率約50%，尚有改善空間。  2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望  （1）推廣「預立醫療意願書」及「預立醫療委託代理人」觀念：加強社區宣導65歲以上老人宜提早簽署「預立醫療意願書」及「預立醫療委託代理人」。  （2）設立安寧日間照顧病房：醫院比照精神料日間照護，以及國外設立安寧日間照顧病房之作法，提供安寧病人白天暫留醫院接受照顧，晚上回家共享天倫，並專車接送病患等配套措施；另為減輕病人之經濟負擔，建議得納入健保給付範圍。  （3）建構完整安寧居家照護網絡、鼓勵醫療院所推廣安寧緩和醫療：為強化居家安寧服務利用率，建議增加照護服務的可接近性及可利用度，積極建構完整社區服務網絡，以符合末期病人的期望。另鼓勵醫療院所辦理安寧緩和醫療講座，除針對醫護人員外並廣邀社區民眾參與，強化醫療安寧緩和醫療觀念。  （4）建議提高每日健保給付：現行安寧療護之給付精神接近「論日計酬」，相較其他住院醫療給付明顯偏低，但每日4,930點卻包含診察費、護理費、病床費、醫療團隊照護費、處置費、藥劑費、藥事服務費、特殊材料費及其它雜項費用，遠低於醫院及醫療人員之實際付出，且安寧療護雖不需精密儀器，但需要大量護理人力，人事成本偏高，以現行標準支付未能實際呈現，另為提供適切之安寧照護，醫院需額外提撥空間及資源建置助禱室、洗澡室等，故應整體考量提高給付點數或是放寬給付內容，以鼓勵醫療院所投入安寧療護。 | | | |
| ○○醫院 | 1、安寧共照之困境 （1）健保局於100年4月開始辦理安寧共照試辦方案，收案條件為患者須先簽署同意書，但臨床上許多病人及家屬不瞭解安寧療護，大多拒絕簽同意書，使得共照團隊花費許多時間推廣安寧理念，卻無法收案。以該院為例，100年有351人符合收案條件，但能符合申請健保給付者僅有128人，亦即將近2/3之病人未得到應有之健保給付，故安寧團隊很難永續經營。  （3）健保對安寧共照之支付標準過於嚴苛，除規定安寧共照護理師每月新收案數不得超過30名外，亦規定每次訪視時間至少1小時，另收案及訪查時尚須填具各式評估表單，俾便健保局審查，導致安寧照護團隊於收案時須耗費大量人力及文書作業時間。對照健保對於其他科別照會或臨床疾病給付情形，實有差異。若衛生主管機關期提升末期病人之照護品質及推廣正確之安寧照護觀念，建議簡化行政作業流程，從寬給付安寧照護之各項照護費用。  2、建議安寧療護從善終、提升生活品質之角度進行宣導，而非係為節省醫療資源。  3、對於減少無效醫療後撙節之醫療費用，如何進行醫療資源重分配之看法，其中有關推廣安寧緩和醫療部分如下：  （1）推廣安寧緩和醫療：可考慮用於增加安寧緩和醫療，如增加安寧照護病床之數目，提高其醫療給付，並補助此類專業醫護人員之薪資等，方可推廣安寧緩和醫療。  （2）無效醫療之全民教育：唯有透過民眾再教育，讓民眾暸解及接受無效醫療之定義，才能避免無謂之醫療資源浪費。  4、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望  （1）簡化繁瑣之文件表單，節省醫護人員時間  （2）建議取消簽署同意書的規定，因許多病人事實上完全符合收案條件，共照護理師也花了許多時間與渠等會談及提供照護，但有些家屬對簽同意書有相當大的疑慮。  （3）應增加健保給付的點數：健保在藥品及一些特殊技術和檢查上給付點數非常高，這種只重科技卻輕忽醫護人員智慧與體力的給付方式是目前健保給付的特色，如今也嚴重影響安寧療護醫護人員之參與熱誠。自從有安寧共照團隊成立後，一般病房癌末病人之DNR簽署大多委託團隊，困難的癌末症狀控制及家屬溝通也多委託團隊，卻僅給付少少的訪視費，卻要做那麼多事，對團隊同仁實在不公平。事實上每家醫院都會對各單位評估其經管績效，安寧療護單位永遠是賠錢單位，政府鼓勵安寧緩和醫療，首先要能肯定安寧療護醫護人員之價值，最起碼在給付上要給予公平的對待。 | | | |
| ○○醫院 | 1、目前八大類慢性疾病之安寧療護雖已納入給付，但實施成效有限，以該院為例，癌末病人接受安寧療護之比率為70%（醫院評鑑標準為30%），但非癌末病人接受安寧療護之人數卻未超過10人。因為該等科別之醫師未受過安寧專業訓練，對於安寧不甚瞭解，故延宕轉介時機。2、對於社區醫院而言，安寧成本相當高，無法承接，但美、英等國均由社區醫院提供安寧療護。3、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望 （1）目前末期病人轉介（送）至安寧緩和醫療，時機較偏向晚期，安寧療護團隊人員接手沒幾天後病人就死亡，顯示轉介時機較晚，也顯示出病人在原醫療系統時面臨許多不必要的醫療行為處置（包含ICU）。因此，修正治療指引提早轉介，以避免健保及醫療資源浪費。  （2）目前病人及家屬返家意願低，對於出院返家有許多擔憂，一旦提及出院議題時，家屬便傾向轉至其他家醫療院所，相對造成健保及醫療資源的浪費，則可否重新評估住院天數及照護醫療模式考量。  （3）安寧緩和醫療表面上是無須再付予特殊醫療，然實際上屬勞心的照顧模式，需花費相當大的時間並投入一定的人力資源，目前健保給付是論件計酬，面臨人力執行上有相當的困難。 | | | |
| ○○醫院 | 辦理安寧緩和醫療遭遇之困難：1、健保規範：①給付偏低，造成醫院虧損。②住院天數核扣比率偏高。2、病人及家屬：①家屬對於末期病患的照顧恐懼，導致出院意願低落。②病人選擇留在普通病房接受照顧。③文化差異，家屬不願告知真實病情，病人不瞭解病情而想積極治療。④家屬認為安寧病房是慢性病房或安養院，可以久住。3、醫師及護理人員：①對安寧療護的工作認知差異，故轉介意願低。②缺乏轉介動機。 | | | |
| ○○醫院 | 1、現行安寧療護之給付精神接近「論日計酬」，然每日4,930點卻包含診察費、護理費、病床費、醫療團隊照護費、處置費、藥劑費、藥事服務費、特殊材料費及其它雜項費用，遠低於醫院及醫療人員之實際付出，未盡合理公平。且醫院需要額外提撥空間及資源，建置靈性關懷室、洗澡室等，故應整體考量提高給付點數或放寬給付內容，以鼓勵醫療院所投入。2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望 （1）臺灣每年將近4萬人死於癌症，其中約莫八成末期病人卻未能在安寧緩和醫療的照顧下安然走完人生，服務量明顯不足。建議放寬安寧療護病房設置標準，對於實質有提供安寧療護且品質績優的醫院，予以從寬認定可申請健保給付之安寧住院照護。另應考量提高給付點數或放寬給付內容，以鼓勵醫療院所投入。  （2）獎勵醫療院所定期舉辦安寧醫療講座，廣邀社區民眾參加，對於主辦醫院給予活動經費補助，以加強宣導安寧緩和醫療觀念。  （3）加強推廣「預立選擇安寧緩和醫療意願書」、「不施行心肺復甦術(DNR)同意書」、「醫療委任代理人委任書」及「選擇安寧緩和醫療意願撤回聲明書」之觀念。 | | | |
| ○○醫院 | 安寧療護觀念未普及，致安寧療護團隊服務受阻：1、病人及家屬方面：安寧緩和醫療之服務對象雖已擴大至非癌末病人，但病人及家屬仍常觀念誤解，拒絕接受安寧療護。2、醫療團隊方面：各專科領域對於安寧療護觀念仍陌生，病情告知說明侷限於主要疾病，錯失安寧療護團隊介入服務之時機。3、法規方面：安寧緩和醫療條例修正後，賦予健保IC卡註記與意願書正本具有同等的法律效力。但在醫、病端宣導仍有不足，造成認知落差及恐觸法的疑慮。 | | | |
| ○○醫院 | 1、目前安寧緩和醫療之問題（1）目前轉介時間較晚，其原因包括：家屬不願放棄、末期醫療仍耗用ICU等急症資源、轉介指引尚有修正空間。（2）臨終返家之意願有待建立。（3）安寧療護是勞心費力費時的工作，但面臨到各類專業照護人力招募之壓力。2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望（1）對民眾觀念宣導，包括：安寧病房不是等死、除癌末以外也可以選擇安寧療護。（2）增加病人選擇安寧療護之意願，如透過合理的審查流程，讓選擇安寧療護之病人減免部分負擔。（3）增進民眾DNR簽署之意願：宣導讓病人有尊嚴地離開、宣導社會意識對無效醫療認知的改變。 | | | |
| ○○醫院 | 1、該院為呼吸照護病房，在健保局的規定下所收治的病患多為急性醫療院所住院63天內的患者，在疾病的心理防衛機轉下尚屬於否認期。因此，大多數家屬仍對病患抱有一絲期待，故於此時談安寧緩和醫療，對家屬衝擊較大。2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望（1）如安寧緩和醫療是未來趨勢，需加強社會宣導，協助上游醫院轉介病人至慢性及社區醫院。（2）協助地區醫院轉型。 | | | |
| ○○醫院 | | 對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：輔導社區型地區醫院設置、在地醫療、在地照護。 | | |
| ○○醫院 | | 對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望 1、依醫療網分級應優先協助鼓勵地區醫院辦理安寧緩和醫療，協助地區醫院轉型，達到醫療網分級，醫學中心及教學醫院執行有效益的急重症醫療照護。  2、給予辦理安寧緩和醫療的地區醫院專案補助、點值保障、論件計酬等具體方案。  3、規劃評核機制，對於提供優良安寧緩和照護之醫院，給予不核刪保障。  4、對於下轉安寧緩和個案的醫學中心或區域醫院，給予獎勵指標。  5、加強民眾宣導「安寧緩和醫療」之觀念。  6、教育訓練機制，提升安寧緩和醫療之品質。 | | |
| ○○醫院 | | 1、目前實施之困境 （1）民眾對安寧緩和醫療、不急救同意書的認識與瞭解，仍嫌不足。  （2）部分醫療人員仍須繼續教育，以增進對安寧緩和醫療的認知。  2、對於減少無效醫療後撙節之醫療費用，如何進行醫療資源、重分配之看法  （1）目前安寧病房費用屬定額給付，且病房硬體設備與人員配額皆有嚴格要求，若能算出撙節的醫療費用，應提高給付。  （2）安寧緩和醫療門診每個病人需要花費很多時間，尤其是初診病人，應提高給付費用。  （3）目前整體醫療費用仍屬不足，點值浮動且皆小於1。減少無效醫療後的醫療費用應用於支付醫療費用成長與回補點值。  3、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：除提高給付點值外，目前欲參與安寧緩和醫療培訓的人員需在平日工作外，再額外花費不少金錢與時間。取得資格後，每年仍須繳交不少費用並付出許多假日時間取得足夠繼續教育時數，這些條件也限制醫事人員投入之意願。 | | |
| ○○醫院 | | 1、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：為尊重生命，故成立安寧共同照護小組，其規定嚴苛是情有可原，但也因此使地區醫院不易成立。與其提供誘因不如提供法源，讓醫師能夠合法面對病人及病患家屬，於法有據，則可暢談緩和醫療，亦可避免醫療糾紛。  2、尊重生命牽涉倫理、道德、宗教、風俗民情，交互糾結，議題廣大，建議從教育著手。 | | |
| ○○醫院 | | 1、臨床上討論安寧療護時機可再提前，說明安寧緩和醫療條例為民眾選擇善終權利之相關法令依據；而安寧療護為末期病患可以考慮選擇之照護模式，目的以提升病患生活品質為目標。  2、不實施心肺復甦術為安寧緩和醫療照護模式中最後面臨急救時可選擇之作法，但簽署之後仍將盡力照護病患及家屬，減輕身心靈之不過，以免醫療團隊、病患及家屬有放棄之疑慮。  3、該院並無安寧病房，照護模式仍有加強空間，目前盡力提昇居家安寧與安寧共照之服務品質。  4、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：（1）獎勵成立安寧病房與增加安寧緩和醫療的健保給付。（2）協助護理之家轉型做安寧緩和醫療，並解決管制藥（主要為嗎啡藥）的問題。 | | |
| ○○醫院 | | 1、遭遇之困難：未配置有專責人力  2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望  （1）衛生署編列預算，或健保局增加給付的金額，提高安寧療護的健保給付，藉此鼓勵醫院減少無效醫療的實施。另對合於安寧規範的院所而從事安寧療護，並達到品質要求者，提高獎勵金。  （2）衛生主管機關應加強對民眾做教育宣導，提升民眾安寧療護的知識。 | | |
| ○○醫院 | | 現行安寧緩和醫療之點值過低且執行過程又必須投入繁瑣行政程序及眾多醫事人力，不符醫院成本，建議增加支付點數，或支付點數另設專款專案，以鼓勵醫療院所辦理安寧緩和醫療。 | | |
| ○○醫院 | | 1、根據97年癌症申報資料顯示，新北市為全國罹癌率最高縣市，占全國15.79%，為所有縣市中最高。但新北市的安寧資源卻極少，中永和地區連同附近土城、板橋，均無安寧病房。2、安寧療護實施之困境（1）許多病患家屬，包含醫師對於安寧緩和醫療仍不夠瞭解，甚至有所誤解，導致病患很晚期才進入安寧。（2）三難：轉介困難、共照困難及出院困難。（3）安寧療護住院之健保給付為日額給付，對於醫院，會有經營壓力。若非評鑑需求，大多不願設置，致安寧病床供不應求，醫師、護理師沒有從事安寧的誘因。（4）臺灣健保只給付醫療部分，其他心理社會照顧、靈性照顧，只能含在醫療給付中，若非醫院本身強力支持，實難經營。（5）家屬不願出院，亞急性、長照機構之缺少，導致病患夾在健保局與家屬中間。3、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望（1）政府如果透過科學研究及實證醫學證據，認為安寧緩和醫療能夠改善末期病患就醫習慣，減少無效醫療支出，就應提撥經費鼓勵醫院增加設立安寧病床及投入緩和醫療照護與人力。（2）目前末期病人轉介至安寧緩和醫療，時機大多偏向晚期，安寧療護團隊人員往往接手沒幾天後，病人就死亡，顯示轉介時機可能較晚，也顯示出病人在原醫療系統時接受了許多不必要的醫療行為處置（例如癌末轉入加護病房）。因此，修正治療指引限制末期病患的健保給付，引導醫療機構對末期病人提早轉介，以避免健保及醫療資源浪費，有必要納入政策考量。（3）目前經常面臨的困境是病人及家屬返家意願低，對出院返家有許多擔憂，一旦提及出院議題時，家屬不是堅持留在急性病房繼續治療，不然就是要求轉至其他家醫療院所繼續醫治，造成健保及醫療資源的浪費。應該考量建置合理的末期病人住院天數及照護醫療模式，並輔以健保給付手段，以引導病人、家屬不會濫用醫療資源。（4）安寧緩和醫療需要投入人性關懷的照顧模式，故需要安寧緩和照護醫護人員花費相當大的時間及投入，在目前的健保給付方式，面臨人力執行上有相當的困難，政府若考慮將轉入安寧緩和醫療所節省下來的醫療資源投入，可能較能提高民眾使用誘因。 | | |
| ○○醫院 | | 1、安寧居家護理師應為資深且能獨當一面、受過完整專業訓練之護理人員，故薪資不比資淺護理人員，但現在的健保給付幾乎僅勉強支付人事費（尚不包括材料費）。與一般居家相比，健保給付金額相差太多，易導致各醫院為節省成本而任用較資淺的護理師，或無心支持與發展安寧居家服務，或選用低成本的耗材。如此會造成雙輸：①病人輸，出院後症狀控制不佳，造成生活品質低落；②健保輸，病人須頻繁住院，耗費資源。2、安寧團隊在照護方面遇到的問題: （1）轉介時機過晚、安寧共照人力不足、共照團隊對照顧八大非癌病人之專業知識仍有待加強、原團隊對於藥物處置使用仍需再溝通、急診對辨識安寧病人有待加強、共照護理師除病人照護外尚需負責教育訓練與安寧療護宣導工作及業務所需之行政文書作業，故應簡化文書作業或增加共同照護人力。  （2）針對疾病末期並使用呼吸器病患，若轉為安寧緩和醫療，在照護人力及健保支付皆捉襟見肘之下，還要考慮家屬實際的意願。若在加護單位轉為安寧療護，則會造成重症床位不足及健保給付不敷成本之問題。 3、具體建議 （1）提高每次安寧居家訪視服務給付：既然健保局設定一般居家服務量上限為100次，而安寧居家上限為45次，就不宜在給付上差太多。建議以一般居家每月最低訪視月收入( 97,000)與平均訪視月收入(117,000) 除以45次，小於或等於1小時為2,150元/次，大於1小時為2,600元/次之給付費用。醫師及社工師訪視費亦建議等比例調整，而原靈性關懷師訪視未納入給付，亦應予以調整。  （2）建議衛生署加強民眾安寧療護知識，進而提升民眾接受安寧療護意願，以利推行。 | | |
| ○○醫院 | | 所面臨之困境1、院內：（1）護理人員須經過特別訓練，但現階段護理環境讓人員無法久留。（2）末期照顧非醫療主流，人員不易招募。2、院外：（1）末期疾病宣導。（2）後續照護問題，包括：①醫院為急性照護機構，病人無法久住；②缺乏次級照顧機構；③有些區域無相關醫療照顧，轉出困難；④無主要照顧者、經濟問題等。（3）病情告知。 | | |
| ○○醫院 | | 安寧共照試辦方案須成立安寧共照小組，規定較多，且人員受訓之成本相當高，一般小醫院（地區醫院）多難以達成，實與衛生署倡導的「在地醫療」背道而行。 | | |
| ○○醫院 | | 1、該院因人力不足無法派員受訓，故目前尚未成立安寧緩和醫療業務。2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望（1）降低醫院辦理安寧緩和醫療的門檻。（2）醫師報備支援完全鬆綁，或取消報備的制度。 | | |
| ○○醫院 | | 對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望1、贊成安寧由社區醫院辦理，但要有配套。2、提升民眾對於安寧療護的認知：衛生主管機關應加強對民眾做教育宣導，提升民眾對於安寧療護的認知。3、鼓勵及輔導醫院從事安寧療護，健保給付提高，且分級給予：（1）目前安寧共照試辦方案中規範醫院須成立安寧共照小組，且小組成員皆須接受過安寧緩和醫療之相關教育訓練，一般小醫院多難以達成，此卻與衛生署近年來所倡導的「在地醫療」背道而行。（2）讓安寧療護的病患能夠回歸到在地的社區醫院接受照護，如此不僅可以增加家屬探望及照顧上的可近性，更可使安寧的病人完成「老有所終」的理想。（3）對醫院安寧療護經評鑑後，做等級的評分，健保局藉此分配給付，讓病人可以就近得到安寧療護的照護。 | | |
| ○○醫院 | | 1、遭遇之困難：目前該院專科主治醫師2名（含主任），無住院醫師，具有足夠安寧實習時數之護理人員僅1名，而主要照護外科病房，在安寧療護部分為兼任方式，需要協助病房及安寧共照之醫療作業，致使醫護人員常分身乏術，對於提供安寧共照與醫療照護個案醫療專責的照護品質稍嫌不足。2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：為避免無效醫療，建議未來走向安寧居家照護，提供減輕緩解或支持性醫療照護措施。 | | |
| ○○醫院 | | 對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：1、目前安寧共照試辦方案中規範醫院須成立安寧共照小組，且小組成員皆須接受過安寧緩和醫療之相關教育訓練80小時以上，並含40小時實習，每年繼續教育時數為20小時等，其中教育時數過長，且規定嚴苛，人員受訓之成本相對高，一般小醫院多難以達成，等於變相將地區醫院排除在該方案之外，此與衛生署近年來倡導之「在地醫療」背道而行。2、現今大型醫院病患人滿為患已是眾所皆知的問題，大型醫院需致力於急、重症與相關教學研究，輕症或接受安寧照護的病患能夠回歸在地的社區醫院接受照護，如此不僅可以增加家屬探望、照顧上的可近性，也可以更加落實分級醫療的制度，使大型醫院能夠有更多心力著重在其角色的功能與定位上，更可使安寧的病人完成「老有所終」的理想。此外，大型醫院不論是掛號費或相關檢查的費用，均較社區醫院為高，如安寧病人能夠回到社區接受照護，還可減少家屬與健保的支出，達成雙贏的局面。故目前安寧共照試辦方案之相關條件與未來欲推動的安寧政策，應依上述理念辦理。 | | |
| ○○醫院 | 該醫院目前沒有辦理安寧緩和醫療，安寧緩和醫療強調臨終前的照護，應該屬於社區醫院可執行與推廣的業務之一，惟設置標準門檻太高，可執行的醫護人員資格太嚴格，導致社區醫院根本無法參加並申請健保給付，僅有少數大型醫院執行，且執行醫院家數推行10年來未顯著增加。爰建議降低安寧病房或安寧居家的設置標準，放寬照護人員的資格，政策鼓勵地區醫院轉型並積極參與，以達到在地臨終之目的。 | | | |
| ○○醫院 | 1、無法救治的末期病人應收置在一般病房或安寧病房，並非在加護病房，但教育及給付制度卻出了問題，曾於審核病歷時發現癌末病人仍接受開刀、化療。2、過去安寧可收治到數個月的末期病人，但現在卻僅能收治到幾天或1個星期的末期病人，許多病人在病房繼續接受積極性的醫療。3、希望家屬會談可以給付，作為醫師願意與家屬進行會談的誘因。4、衛生署於兩年前曾有1項公告（註：衛生署於99年9月14日公告修正「醫院住院須知參考範例」，請醫院即日起應主動提供所有住院病患「預立選擇安寧緩和醫療意願書」及表單），但有成效嗎？該署應於相關媒體強力宣導該公告。 | | | |
| ○○醫院 | 遭遇之困難1、疾病末期轉介困難（需學術研究）：醫學上仍無良好準則能準確評估病末存活期；病人及家屬與原主治醫師的緊密情感難割捨。2、社會大眾對安寧緩和醫療之認知不足（需教育）：認為安寧緩和醫療是放棄治療、安寧病房是等死的地方、最接近瀕死期才要接受安寧療護。3、健保給付的諸多限制（需寬鬆）：例如共照給付規定「首次訪視3日內入住安寧病房者，不得申報本方案各項支付標準」；又安寧病房採用相同的抽審作法，更容易被核刪。 | | | |
| ○○醫院 | 1、我國安寧服務品質已受肯定，但醫院所獲得的給付僅18美金，相較美國200美金落差甚大，故此乃是醫護人員付出的努力及犧牲所換來的成果（提供很少的給付，獲得優質的服務）。2、健保對民眾很慷慨，卻對醫師不夠友善，有些照護明明對病患有好處，亦具品質，卻遭到行政核刪。3、ICU的給付略高於安寧，但兩者照護模式卻是截然不同，前者毫無人情味，後者具有人情味，且安寧可省錢，亦可提升醫療照護品質。4、區域醫院安寧病房之占床率不高（約五成），急性病房的醫師多不願將病人轉到安寧，因其會減少收入，故建議增加（或提高）照會的費用，以鼓勵醫師轉介。 | | | |
| ○○醫院 | 1、遭遇之困難：病患經緊急送醫時，家屬未同行，醫師基於專業考量插入氣管內管，但少數家屬到院後指責醫護人員，建議應推廣健保IC卡註記。2、希望政府能夠提出很好的政策及誘因，以鼓勵醫院轉型辦理安寧療護，屆時該院樂於配合政策辦理轉型，參與安寧緩和醫療服務。 | | | |
| ○○醫院 | 1、該院對社區安寧緩和醫療服務之推廣（1）結合基層醫療（衛生所、開業基層醫師）達成共識。（2）創造北海社區安寧之特色。（3）民眾生死教育之推廣。（4）避免生命末期病患受苦，減少無效醫療，具體作法包括：預立DNR觀念宣導、協助民眾IC卡註記、主動辨識生命末期病患、病歷及電腦註記DNR。2、跳脫安寧病房的概念，應以醫院為中心，社區為基礎。3、對醫師實施重症安寧之病例，應予實質的鼓勵。4、建議健保局支付溝通的費用，鼓勵醫病之間進行溝通，促成安寧之達成。5、建議安寧列為醫學教育的必修課程。 | | | |
| ○○醫院 | 所遭遇之困難1、未簽署DNR同意書之呼吸器使用患者，無論意識狀態清醒與否，只要血壓、心跳維持，對於家屬而言，不繼續照護仍難以心安，而簽署DNR同意書無疑是逼家屬放棄親人的生命；故家屬認為病患須靠呼吸器持續治療，且需要醫療處置，應在醫院繼續接受醫療照護，亦無法接受建議下轉「居家呼吸器照護」。2、目前民眾對於「安寧緩和醫療」的認知與接受度偏低，進而造成溝通上的困難，故民眾教育是目前必須努力的方向。 | | | |
| ○○醫院 | 1、該院因空間狹小、病房老舊，尚無法成立一個專責區進行安寧緩和醫療照護。2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：衛生署除可增辦緩和醫療相關課程外，亦可補助相關人員受訓之費用。 | | | |
| ○○醫院 | 首創全國癌症病人日間照護，藉此發展跨團隊癌症病人日間關懷陪伴服務，夜間時病人則回歸正常家庭生活。 | | | |
| ○○醫院 | 1、安寧病房的成本與健保給付不相符合，故僅能設在醫學中心及宗教醫院。2、推廣安寧照護時，民眾接受度不高： （1）國人常有維護父母生命，尋求積極治療、急救到最後一刻，才是為人子女的孝道，因此，有時會遇到收案較晚的情況。  （2）醫師專業意見可能分歧。  3、因應方式：（1）以專業立場進行柔性勸導。（2）以同理心對病患及家屬給予心理支持。（3）舉辦安寧照護研討會，對醫護同仁及民眾進行教育，建立正確觀念。（4）以民眾為中心，成立跨科室照護團隊，推動整合式照護。  4、建議事項：可應用各項媒體工具，對社會大眾進行教育及宣導，使民眾瞭解「安寧照護」的意義，提升民眾對安寧照護的接受度。 | | | |
| ○○醫院 | 該醫院因醫事人力不足且曾接受相關訓練之人員少，故只能針對臨床症狀轉介相關科別，對於心理、靈性層面上有執行之困難。 | | | |
| ○○醫院 | 遭遇之困難1、民眾對於安寧緩和醫療條例認知不足，無法接受安寧緩和醫療條例第3條之規定。2、當簽署不施行心肺復甦術同意書時，僅同意部分如不插氣管內管，但急救藥物仍要求給予。 | | | |
| ○○醫院 | 1、遭遇之困難：呼吸器使用患者無論意識狀態清醒與否，只要血壓、心跳仍維持，對於臨床醫療同仁或家屬來說，不繼續照護仍難以心安；大多屬家屬認為，病患需靠呼吸器持續治療，且間歇需要抽痰等醫療處置，病患仍應在醫院繼續接受醫療照護，無法接受院方建議下轉居家照護，並表明回家無疑是逼他們放棄親人的生命，造成溝通上的困難。2、該醫院執行長曾於10年即到馬偕醫院接受完成安寧療護訓練，但須再實習1個月，且需要許多人力（如志工、社工等），遂作罷。倘政府推動安寧普及到社區的政策，深表贊同，但目前設置門檻高，須提供相關誘因。此外，醫院要如何準備？政府要如何協助？應有哪些配套？ | | | |
| ○○醫院 | 辦理安寧之困境1、健保給付： （1）目前健保只針對臺灣安寧緩和醫學會的專科醫師，給付安寧療護費用，對於臺灣癌症安寧緩和醫學會的專科醫師雖於去（100）年5月承認可抵80小時學分，但仍要求醫院癌症安寧醫師去上臺灣安寧緩和醫學會的訓練課程，且未對臺灣癌症安寧緩和專科醫師之照護工作給予給付，因此，目前該醫院所有耗時耗費心力的安寧照護機為無償義務工作。  （2）臺灣安寧緩和醫學會多由家庭醫學科醫師組成，對末期癌症病人照護經驗有限，而臺灣癌症安寧緩和醫學會的專科醫師則絕大部分是每天在照顧末期癌症病人的血液腫瘤科醫師，健保局不承認這些專科醫師及醫學會的訓練課程，也不給予給付，卻要求每天專業照護癌症病人的醫師接受臺灣安寧緩和醫學會的訓練課程，疊床架屋，且無效率，也不能鼓勵更多的醫師投入安寧照護，其他護理、社工人員等亦然。  2、安寧病房之設置及給付  （1）安寧病房之設置標準、人員配備及需購設備，以目前健保對於安寧療護之給付標準，根本入不敷出，許多醫院需要自行募款籌措設置安寧病房經費。  （2）建議對有意願及資格設立安寧病房之醫院，給予經費補助及協助設置，並提高安寧療護給付，包括醫師、護理人員、社工人員及靈性關懷人員等團隊成員，都應有一定給付，才能吸引醫院及醫事人員從事此工作。 | | | |
| ○○醫院 | 安寧照護遭遇之困難1、護理人力不足。2、宗教師及藝術治療師之養成教育太少，符合資格投入臨床者太少。3、本地幅員廣闊，居家安寧追蹤不易。4、止痛、麻醉、鎮定劑管制過嚴，難以因應實際需求。 | | | |
| ○○醫院 | 1、遭遇之困難（1）子女多、意見不一。（2）苗栗地區民眾觀念較傳統保守，需因地制宜。（3）家屬對安寧緩和醫療認知不足，有些家屬認為簽署同意書後，就是代表放棄所有治療，造成醫護人員執行上之困擾。（4）簽立同意書後，每次病情不同，醫護人員必須向家屬說明此次病情，部分家屬會需要時間考慮且通知其他家屬後再做決定。（5）獨居個案，無人協助簽立同意書。（6）如病人年輕約45歲，向家屬說明簽署DNR之事，但家屬不忍且不想放棄任何一絲急救之希望，而拒簽DNR。（7）同意書是關卡（願意接受服務但不願簽署同意書），造成有安寧執行但無法申報。2、目前執行困境（1）健保給付：每次申請健保給付至少間隔≧7天，但事實上，訪視病患常需多次訪視並建立與病患或家屬的關係，1週1次是不夠。（2）住院超過30天之安寧病患，須於2週前填寫延長申請書；但事實上，醫院為急性照護場所，非安寧病房，常無法事先知道病患會住多久。（3）非腫瘤科醫師無法及時於末期病患清醒時轉介個案，錯失早期安寧團隊之介入時機。（4）安寧緩和醫療的照護對象擴增，除癌症末期、運動神經元末期病患之外，還包含八大慢性疾病。但事實上，現行醫療院所主要收案對象仍以癌症末期之個案，對於非癌症末期之個案照顧缺乏專業訓練，同時現行臨床人力無法負荷業務量。（5）非腫瘤科或安寧照護醫師對安寧緩和照護之觀念仍嫌不足，不願意主動轉介個案，擔心個案流失。（6）社區緩和醫療資源不足，無法將出院病患及時及有效轉介，導致病患久住醫院。3、解決辦法（1）醫事人員層面：加強醫事人員有關安寧緩和照護之教育訓練、建立鼓勵轉介的獎勵制度、增加非癌末期照護之教育訓練。（2）制度面：增加健保給付點數，縮短及放寬2次申請之間隔天數，建議前兩週訪視次數改為1週2至3次；超過30天住院病患之延長申請書，建議改為3天前申請；針對轉介醫師也有轉介費用，以鼓勵醫師；增加安寧共照人力，包含醫師及共照師之編制。（3）社區資源面：結合社區安養中心或相關長照機構，與醫療院所合作辦理安寧緩和配套措施；結合地方政府社政單位與醫療院所之資源共享管道。 | | | |
| ○○醫院 | 遭遇之困難1、受限於空間發展，無法設置放射腫瘤科，致腫瘤科醫師招募困難。2、由於該院缺乏腫瘤科，致未能提供安寧共照服務（該醫院於96年9月開始提供安寧共照服務，但腫瘤科醫師自99年7月離職後，安寧共照即未能收案）。 | | | |
| ○○醫院 | 所遭遇之困難1、心理師及宗教師方面資源不足。2、兒科重症的安寧療護尚乏經驗且無學習的對象。 | | | |
| ○○醫院 | 遭遇之困難1、在法規面上，目前安寧緩和醫療條例規定，實行安寧緩和照護須有病人意願簽署意願書或家屬代簽同意書，始得執行。但實務上，失智症末期、植物人等無法明確表達意願者，無法瞭解病人想法，對於獨居者（如榮民）、遊民，因無見證人，使得病人有意願簽署意願書，卻因文件不完整，亦無法享有安寧照護，造成團隊與家屬無法取得共識安排後續照護模式。此群病人是否有配套措施，以提供安寧服務？2、目前安寧共照團隊除安寧共照師為專職外，其他人員如醫師、社工師、心理師等均非專職人員，平常已有許多業務處理，額外還須負責安寧共照業務，工作量大，常會有精神體力耗竭情形，能否比照共照師（每月30位病患上限，1年不超過300人），訂定其他團隊專業人員合理的服務上限及提供其合理的工作報酬。 | | | |
| ○○醫院 | 目前該院未加入安寧共照試辦方案，其原因為符合資格之醫師羅致困難，且硬體設置條件，無法符合相關規定。 | | | |
| ○○醫院 | 對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望1、提高給付：安寧緩和醫療講究團隊，目前是定額給付包山包海，此定額支付在醫師及護理人員所花費的心力、時間成本已不夠的情況下，團隊中還需要社工師及心理師介入，此部分都是醫院在支出，更難說要有專任之社工師與心理師，建議應新增安寧團隊專業人員之給付。2、安寧資源不均的地區，應實質補助醫院發展安寧療護，或由公務醫療體系支援。3、臺灣努力推廣安寧20年，全臺安寧病床不增反減，已有許多研究證實，臺灣醫療人員及民眾對執行安寧療護存有障礙（barrier or gap），應找出根本解決之道。4、健保住院天數、14天內再入院之壓力、醫院占床率之管理問題。5、安寧推動上仍有許多困難，除給付外，提高民眾的認知是很重要之事。 | | | |
| ○○醫院 | 1、該院為地區層級醫院，因醫事人力欠缺，不符安寧病房設置標準，對於有安寧需求之病患，依規定辦理轉診。2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望（1）辦理退輔會體系榮民醫院及養護機構安寧緩和專業人員之培訓。（2）協助各榮民醫院成立安寧居家照護及院內安寧共同照護團隊。（3）協助各榮民醫院設置安寧病房。 | | | |
| ○○醫院 | 遭遇之困難1、偏遠地區醫師留任不易，針對偏遠醫療需要更好給付，鼓勵更多專業人員付出與奉獻。2、病人剛由積極治療轉為緩和照護時情緒的調整，此時的陪伴很重要，需要有心理師或宗教師協助。3、遇病人使用V-PAP超過21天需轉出，但家屬不願轉出。 | | | |
| ○○醫院 | 針對安寧療護提出下列建議：1、為因應臺東地區安寧照護特殊需求狀況，擬請專案放寬「醫療機構設置標準」法規限制。（1）由於該院急性病床占床率並不高，為服務更多需要安寧照護的臺東民眾，在符合安寧病床設置（人力及設施）條件下，擬將急性病床部份改設成安寧病床，一則提高病床使用率，一則與他院區隔發展方向。但因「醫療機構設置標準」規範醫院應設一般病床20床以上及安寧病床歸類為特殊病床等限制，故無法增設安寧病床。（2）該院今（101）年度雖有加入安寧共照試辦方案，但其給付與安寧病床給付相較，明顯偏低，且該院住院病人來源都是他院轉來的安寧病患，試辦內容無法讓病人接受到完整的安寧照護。（3）基上，建議專案放寬「醫療機構設置標準」法規限制，同意該院將急性病床部份改設成安寧病床。2、有關安寧療護團隊相關持續教育訓練認證資格管道多元化，並可增加東部的場次。（1）臺東地區安寧照護人員的在職進修需有安寧基金會或安寧護理協會或安寧醫師學會認可之學分才行，造成偏遠地方在進修時都必須往高雄、臺北、花蓮，相對花費時間、金錢都來的多(病房進修費用占全護理部比率72%)。（2）建議安寧療護團隊相關持續教育訓練認證資格管道多元化，並可增加東部地區的場次。 3、補助偏遠地區訪視交通費。 （1）依據長期照顧十年計畫～97至100年中程計畫，目前為衛生署政策上是極發展偏遠地區（含山地離島）社區化長期照護服務體系建置計畫，訓練及培養當地專業人力，但當地專業人力普遍缺乏安寧隊照護資格之專業能力，該院也願至偏遠地區照護居家安寧病人，但因病患多屬弱勢族群無法負擔訪視交通費。（2）建議偏遠地區及弱勢民眾之訪視交通費，能予以全額補助。4、有關成立具規模之輔具租借中心，讓輔具資源更多元化與多樣性。（1）適切及足夠的輔具讓案家能安心回家，目前該院有輔具租借服務，臺東地區亦有天主教教星教養院，但輔具數量不足，加上許多維修較不便利。（2）建議在臺東地區成立具規模之輔具租借中心。 5、成立安寧的中途之家。 （1）安寧病患病情變化大且迅速，家屬常面臨回家無法照顧的情形，因此醫療藥物準備、護理出院護理指導、24小時值班專線、社工家庭/環境評估、牧靈人員靈性陪伴、輔具器材的協助、其他專業人員得介入等措施，相對之下也更加重要。目前屬於安寧療護後續照護機構缺乏，許多病情穩定但家屬仍無法照顧之病患有留滯在病房，造成出院困難。（2）建議應設安寧病患的中途之家，即安寧療護後續照護機構，解決病患返家無人照顧的問題。 6、建立跨院區性的共同照護模式與給付。 （1）臺東友院有提出院內符合安寧收案條件之住院病人會診需求，該院安寧照護團隊也可接受，但目前健保給付尚未納入跨院區的安寧照護相關給付（如安寧照護團隊內相關成員之會診費等）。（2）安寧團隊原則上每週以二次訪視為限，依病情需要可以超過3次，但安寧居家個案仍會有臨時性傷口護理、疼痛控制及心靈輔導之需要，偏遠地區無法即時到案家，會請當地衛生所護理人員協助，但非在衛生所的工作範圍內，建議主管機關對該協助之工作可另訂合理給付，或同意衛生所護理人員納入該院居家照護團隊成員之一，由健保給付，該院也願協助相關安寧照護訓練。（3）建議主管單位可與相關安寧學會協商後，訂定跨院區醫療服務（會診）之支付標準。且對地段（衛生所）護理人員協助之工作，可另訂合理給付，或是同意衛生所護理人員納入該院居家照護團隊成員之一，由該院申請健保給付。7、修定醫院設置辦法，整合偏鄉醫療資源，協助該院成立臺東安寧療護中心，善用健保資源，造福更多需要的民眾。。 | | | |
| ○○醫院 | 1、臺東地區安寧照護的困境（1）醫療方面①安寧病房的不足：安寧病房短缺，臺東僅有8床，致個案轉介困難。②專業安寧照護人力的欠缺：東部地區偏遠，人員訓練由基礎至進階訓練，以及每年20小時繼續教育訓練課程，所花費訓練成本負擔過重。③醫療資源的短缺：以安寧共同照護為例，僅給付醫師費/護理費，第1次1,350元，第2次1,050元，第3次850元，其他人員如社工師（員）或牧靈人員卻無給付。（2）社會經濟方面：醫療照顧知識的不足、弱勢家庭的普遍、錯誤的安寧觀念。2、該院安寧照護的願景（1）積極開發安寧臨床專業人員培訓及進修課程，期使更多專業人員能落實安寧照顧模式於各個臨床領域。（2）安寧病房的設置。（3）於社區或機構普開安寧照護宣導課程，期能達成臺東地區安寧社區化。 | | | |
| ○○醫院 | 對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望1、臺東地區安寧病房僅有聖母醫院所設立之8床，在地區供給面恐有不足，希望能以公務經費補助與輔導社區醫院申辦安寧緩和照護及設立病房（優先由公立醫院以政策導向設立）。2、獎勵慢性病房優先轉型附設長期照顧機構，辦理護理之家或安寧緩和照護病房。3、分區建構末期病人安寧緩和醫療全程照護及轉介網路與平台。4、安寧緩和照護自費負擔比率應降低並與健保脫勾，在健保總額外，提撥經費支付，以創造雙贏誘因。5、因無空間可轉型執行護理機構設立安寧緩和照顧服務，規劃與其他醫院合作，如臺北榮總癌症篩檢診斷與治療轉介平台及和臺東聖母醫院安寧緩和照顧轉介服務等。 | | | |
| ○○醫院 | | 1、安寧共照護理師個案照護的表單重複性太高，及資料庫的輸入（HDB和VPN），記錄及資料系統輸入的費時，影響病人照護時間，未來期盼能有所整合。2、醫學會與健保局規範安寧共照護理師人力照護比不一，健保局係1個月30個新案，醫學會為1個月20個新案。3、對無安寧病房的團隊是否能針對個案收案數及資料作分析調整。4、該醫院尚未有安寧病房，團隊收案的病人若穩定出院，勢必再回到原診療單位住院醫療，因病情症狀的需求，團隊仍需持續照護服務，後續健保的申請是一個問題，惟尚乏確切答案。 | | |
| ○○醫院 | | 1、民眾對疾病末期安寧療護認知不足。2、家屬對居家安寧療護照護意願不強。3、非癌末只有涵蓋八大項末期疾病，建議再開放其他疾病診斷（如：急性肝衰竭、嚴重胰臟炎）。4、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：（1）應提供足夠預算，鼓勵醫院辦理。（2）目前誘因仍有不足，可考慮提供具體獎金作為誘因。 | | |
| ○○醫院 | | 1、地區醫院能否成為末期病人善終的場所，須先從病患及家屬得角度賴看待此問題，即渠等是否願意從醫學中心急救後下轉至地區醫院？2、期待地區醫院急性病床放寬收案期間，做為銜接急性後期之照護，以利地區急性病床之使用率。 | | |
| ○○醫院 | | 1、遭遇之困難：（1）不同醫院照護品質落差大，造成轉介困難。（2）非安寧專科醫師之外的醫師們，對於症狀之知識及技能，需要再教育。2、對於減少無效醫療後撙節之醫療費用，如何進行醫療資源重分配之看法（有關提升安寧療護之照護品質部分）（1）人力的補助。（2）安寧居家自85年推展以來，仍有很大的阻礙，民眾的接受度偏低，若能補助安寧居家團隊訪視的交通費用，可減少家屬的額外支出。（3）對願意接受居家照顧的案家，可由公部門成立統籌資源分配中心，免費提供所需的電動床、輪椅、氧氣機及相關用物。另可由醫院協助訓練社區的居家照服員，提供居家病人之家屬做喘息服務。4、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理緩和醫療之看法：（1）提高安寧給付標準，目前係論日計酬，誘因不高。（2）於醫院總額外設立提升安寧照護品質獎勵專款，鼓勵醫院以提升安寧照護品質為目標。 | | |
| ○○醫院 | | 1、辦理安寧遭遇之困難－住院天數過長 （1）家屬認知：家屬認為末期病人需一直住院，對出院準備服務接受低，甚至拒絕出院。  （2）照顧者負荷：臨終症狀導致照護困難，因此要求持續住院。  2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：安寧緩和醫療常面臨到的問題是住院日數過長，家屬或主要照護者認為末期病人需一直住院，加上臨終症狀，導致照護困難，而不願出院，甚至拒絕出院，另對出院準備服務接受低。 | | |
| ○○醫院 | | 1、多數病人及家屬於簽署DNR同意書後，仍要求藥物治療。2、安寧共照加入健保面臨雙軌作業（健保局計畫及國健局計畫），導致共照人員文書及行政業務的負荷量增加，壓縮臨床訪視時間，建議整合計畫、減少行政作業。 | | |
| ○○醫院 | | 1、「生命與死亡之平衡」，現行醫學教育與健保制度沒有提供良好的教育訓練環境，建議將末期病患照護納入醫學生、PGY訓練課程及員工在職訓練之中。2、現有末期病患收案過晚（10至14日），文獻建議係6個月至1年。3、調整安寧共照健保給付標準，收案3日內轉安寧病房者應納入給付。4、整合健保局及國健局安寧療護資訊系統，減少雙軌作業，導致人力浪費。5、安寧居家醫師給付金額低，醫師投入意願低，建議提高醫師訪視費。6、缺乏24小時之服務，病家擔心突發狀況無法處理而不願出院，建議提供24小時家訪。7、住院大於14天容易遭健保核刪，影響醫師將病人轉入之意願，建議與審核醫師討論核刪共識。8、家屬擔心末期病人病情變化大而無法出院，建議提供獎勵金或教育訓練費用，鼓勵區域（地區）醫院設立安寧病房或請健保局研擬安寧慢性病房之設立與給付。 | | |
| ○○醫院 | | 1、住院大於14天容易遭健保核刪，影響醫師將病人轉入之意願，建議健保審核醫師放寬審核。2、南部民眾普遍對於安寧療護觀念不足或存有誤解，故影響入住安寧緩和病房之意願。3、目前安寧共照健保給付標準，收案3日內轉安寧病房及未簽同意書未納入給付，希望能夠納入給付。4、整合健保局及國健局安寧療護資訊系統，減少雙軌作業所導致人力之浪費。5、安寧居家醫師健保給付金額低（1,035元/人次），醫師投入意願低，建議提高健保醫師訪視費。6、安寧居家護理師訪視＞45人次/月，健保不給付費用，但服務量因病人需求而有增加，建議健保局調高每月訪視人次。7、加強生死學教育，並加強與家屬溝通，避免無謂的醫療。8、與家屬溝通須花費許多時間。9、居家安寧療護之訪視交通費由家屬支付，致推動成效有限。 | | |
| ○○醫院 | | 1、101年起，該醫院透過轉診中心，轉到柳營安寧病房及居家安寧療護。2、建議提供誘因，鼓勵地區醫院設置安寧病房。 | | |
| ○○醫院 | | 1、遭遇之困難（1）該院依呼吸器照護IDS分級屬第三階段，病患在上游醫院已放置氣管內管或氣切，皆因無法脫離呼吸器而入住該院，故在同意書上皆由家屬代簽，病患無法真正表達本身之意願。（2）該院位於民風保守的鄉下地區，民情未開，故在執行過程中，家屬會覺得唐突、觸霉頭等，（3）該院有收治獨居、遭棄養等個案，皆屬於無家屬之患者，故無法執行相關衛教。2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：目前安寧共照試辦方案中規範之教育訓練時數過長且嚴苛，一般地區醫院難以達成，希望增加給付並予以鼓勵，因安寧緩和醫療需要團隊及相關設備，並非一般地區醫院所能承辦，且希望相關教育訓練能夠簡單化，使一般地區醫院能全力配合，以落實安寧緩和照護的病患能夠回到在地的社區醫院接受照護。 | | |
| ○○醫院 | | 對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望1、給方式改為實支實付制度，取代原本的單日固定費用。2、降低設置標準：安寧是一種照顧的方式，目前詳列到病房的大小、寬度，很多醫院係直接蓋新病房才能參加專案，小型社區醫院根本沒有本錢參與。3、提升人事費用的補助：要說服病患及家屬接受死亡，需要太多人的付出，常常需要晚上與家屬會議，需要與患者會談長達一、兩個小時。4、建議安寧緩和醫療要像急救技能一樣，是每一科醫師都會的技能，使每科醫師不需要將病患轉到安寧病房，也可以給予病患基本的痛苦緩解、心理輔導等。 | | |
| ○○醫院 | | 1、安寧緩和醫療之困難及挑戰（1）非癌病人照會量上升，可能排擠癌症病人之照護。（2）家庭會議相當重要，但耗時耗力（最少30-60分鐘）卻無給付。（3）目前非癌疾病照會大半在急重症發生時，病人已使用許多侵入性治療，病人家屬面臨重大決定壓力與兩難，急重症醫師也很難在短時間進行適當的知情同意討論，如病人未先與家屬詳細討論過治療目標及可以接受的治療限度，自然會接受一切侵入性治療，萬一治療失敗，病人因未簽署任何緩和治療意願書，會困在不能隨便撤除維生治療的困境，造成病人、家屬、醫療團隊及醫療資源，都不利的結果。目前醫療界對非癌症疾病的末期認定有非常大的分歧，且在如何與病人家屬討論，處理他們情緒的溝通上，亦缺乏足夠的訓練；在末期重大決定的倫理思辯上，也沒有足夠能力，醫界過度害怕觸法，不敢以應有的道德勇氣決定醫療措施的使用與否，反而把決定權完全交由不知所措的病人和家屬，造成過當的治療不斷發生。（4）近來針對資源分配正義的討論，就公平正義倫理原則及健保永續經營的角度來看，十分重要，但有不瞭解倫理和實務細節的醫療界和法律界人士加以反對，認為病人不屬於末期，且認為安寧緩和醫療條例剝奪病人的生存權，以為是積極安樂死，連一般大眾也受影響，使此問題更難讓大眾明白，也成為醫界改變的阻力。（5）撤除維生系統要全部家屬同意並召開倫理委員會，病人等不及冗長的流程而死亡，此窒礙難行的法令程序需要再度修法，或推動病患及早簽署DNR。 2、如何鼓勵誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療  （1）應強烈推動預立醫療自主計畫，鼓勵或要求各器官衰竭科別團隊，在病人進入疾病末期、病情還未很危急時，就盡快與病人討論末期照護偏好、預立醫療指示、訂定個別化的醫療目標和計畫，提供適當的症狀緩和、提升生活品質、評估病人及家屬的社會心理靈性需要，並協助面對預期性哀傷等末期需要。  （2）嚴格審查加護病房及普通病房慢性器官衰竭病人之醫療給付，刪減或減付後期末期病人不合理的治療和檢查項目給付，重分配來提高緩和醫療各項服務的給付，對於耗時耗力的工作，如家庭會議、心理靈性照護、哀傷輔導等，應有機制予以實質鼓勵。 | | |
| ○○醫院 | | 1、遭遇之困難（1）該院開始推動安寧照護之時間較短，人員對安寧多不熟悉，目前符合資格人員仍待培訓。（2）該院癌症病人之比率不多，將來以非癌症病人為主要對象，但相關經驗不足，仍待補強。（3）健保配套的安寧給付，初步評估無法讓安寧病房自給自足，只能先以一般病房共照為推展之起點。2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：安寧病房給付較低，節省無效醫療費用部分，希望健保局能夠補貼健保安寧給付之不足。 | | |
| ○○醫院 | | 1、困境：民眾簽署DNR之意願較低。2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：（1）健保局對於安寧療護個案之審查，應邀請有安寧臨床實務經驗的專家進行審查，避免核刪安寧病房住院天數。（2）安寧醫療費用應摒除於總額之外，以免因總額緣故，壓縮安寧的業務及降低醫院辦理安寧緩和醫療之意願。（3）訂定非癌的安寧療護，明確轉介標準，供各科轉介依據。（4）生命教育應由小學開始直到醫學院及大學的通識教育中。（5）在各媒體上廣為宣導，且須持續宣導，尤其是非癌的安寧療護。（6）各專科醫院考試列入考試項目。（7）對於安寧療護業務成長的醫院，給予實質鼓勵。（8）排除14天再入院及住院超期的醫療品質指標。（9）另建議藉由公眾人物的代言、成功案例宣導及整合性行銷宣導，將安寧療護放入戲劇中，以提升民眾對於無效醫療的認知，進而改變民眾面臨生命末期時的醫療照護態度，增加醫病間溝通。 | | |
| ○○醫院 | | 1、重症非癌末患者安寧照護之困境（1）適用對象：哪些重症非癌末患者應該接受安寧照護（長期意識不清、高齡、無法脫離呼吸器、血液透析……）？由誰決定？健保給付直接規定？（2）實施方式：應該直接不插管或先插管觀察數天確定無法脫離呼吸器之後拔管進行安寧照護？應觀察多久？在什麼地方執行（加護病房、一般病房、安寧病房）？（3）醫護人員教育：目前大多數重症單位醫護人員並未接受安寧醫療訓練，且此與重症單位之目的（積極治療病人）相左。（4）健保給付：安寧病房無法照顧重症患者，若留在加護病房做安寧共照，目前健保並不給付。（5）法律責任：雖安寧緩和醫療條例已有撤除維生系統之規定，但實際上卻窒礙難行，要找齊所有家屬，並經過倫理委員會開會，在時效上會有很大問題。此外，如後來家屬有爭議時，法律責任的歸屬會影響臨床醫護人員的原因。2、安寧療護所遭遇之困難（1）安寧共照與安寧病房人員的資格，需要相關之訓練及認證，但目前缺乏鼓勵有意願之醫護人員從事。（2）該院屬非都會區，其他輔導人員（如志工、心理師等）不足。3、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：（1）衛生署應予以獎勵，如人力之提供。（2）先推廣民眾教育，使一般民眾有安寧緩和的觀念，如此才有利推動，另外初期應以獎勵方式鼓勵醫院推動。 | | |
| ○○醫院 | | 對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望1、該院為雲嘉南地區安寧療護投入最多之醫院，目前安寧療護需求日漸增多，但臨床護理照護人力不足，建議應有鼓勵安寧療護護理人力之具體措施。2、一般民眾對安寧療護的認知仍顯不足，需仰賴政府多加宣導，以協助院所推動安寧療護。 | | |
| ○○醫院 | | 1、遭遇之困難（1）占床率極低。（2）醫護人員及民眾對安寧緩和醫療之認知不夠。（3）政府對於安寧緩和醫療的宣導不夠，只靠相關基金會及協會之宣導是無法長久。（4）健保局對於安寧住院審核嚴格，有的健保審核醫師並非是安寧專科醫師，無法瞭解實際需要，常以不須長期住院為由，刪除住院給付，造成醫師在照護末期病人的困境。2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：（1）病人及家屬可否接受才是關鍵（尤其非癌症病患），此不該完全只是醫院的責任，政府須負起宣導及教育民眾之責任。（2）健保安寧緩和醫療固定點值，是可以鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之有效辦法。 | | |
| ○○醫院 | | 1、所遭遇之困難之問題（1）很多醫療團隊和醫學會，不熟悉安寧療護的理念及照顧方式，常有的問題包括：①不如何時該轉介緩和醫療團隊(共照、居家或安寧病房)？②誤以為安寧病房就是等待死亡的場所或沒有積極治療；③認為安寧照會就是解釋病情或協助簽署DNR。（2）根據健康保險局公布之數據，末期病患雖然占全國人數之少數，但卻使用健保三分之一的醫療費用。安寧緩和醫療可減少非必要的侵入性醫療，節省資源。惟因開立之醫療處置項目少，健保給付少，且有時會核刪安寧病房病人需要的較長住院費用，此舉無疑是對安寧緩和醫療團隊的雙重打擊。（3）兒童安寧緩和醫療需要更多專業人員投入心力，例如兒童心理輔導，兒童表達性藝術治療、兒童醫療輔導師等，但目前皆無經費聘用。兒童安寧緩和醫療原本就不容易推動，加上目前的給付現況，使得醫護人員心有餘而力不足，常常事倍功半。病患家屬得不到緩和醫療的支持，往往走向耗盡醫療資源、搶救到底的地步，使病童得不到善終。2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望（1）增加給付：安寧緩和醫療各項健保給付應該提高，讓病患可以就近接受完善的照護。（2）重拾醫院重視安寧緩和醫療：新制醫院評鑑包括安寧安寧療護的評鑑項目，但評審的專家並非具有安寧緩和醫療臨床實務經驗，無法確實評估醫院此項服務的品質。（3）鼓勵醫院支持社區的長期照護機構，建立合作關係：衛生署應編列預算，或健保局增加相關給付金額，對於從事安寧療護的醫療院所或長照機構，予以補助或獎勵。（4）提升民眾安寧緩和醫療知識：衛生主管機關應加強對民眾安寧緩和醫療知識的教育宣導，讓更多人認同安寧療護理念。 | | |
| ○○醫院 | | | 遭遇之困難1、仍有多半家屬不願告知病情，讓病人知道。2、南區病人及家屬多無法接受安寧病房的字眼，認為是無望、無救的地方，故當介紹安寧療護及安寧病房時，病人及家屬會排斥及恐懼。3、家屬雖口頭表示不予以急救，但會認為簽署DNR後一切醫療都會停止，家屬多時意見往往不同，需要多次溝通說明協調，才能接受安寧緩和醫療，以致等到瀕死症狀出現時才簽署DNR。4、部分醫護人員認為病人停止一切治療需轉入安寧病房或因照護問題無安置場所時，才照會安寧共照團隊。 | |
| ○○醫院 | | | 承辦安寧療護之SWOT分析 1、優勢：（1）院長全力支持安寧療護之推動，積極參與社區活動，獲民眾之高度肯定。（2）結合宗教與醫學，促進員工及社區民眾身心靈的健康與成長，深得屏東各佛教團體之認同。（3）醫院團隊關係融洽，和民間社團互動良好。（4）和基層診所及附近醫院關係良好，經常接獲安寧病患之轉診。（5）有附設護理之家可作出院安置。  2、劣勢：（1）私人醫院，財力有限，不易獲得捐助、補助及志工投入。（2）醫院規模小，招募人員不易，病床少，人事費用及經營成本高。（3）空間小，建築物老舊，和他院安寧病房之五星級設施無法相比。（4）沒有癌症治癒治療之醫師，很少有自院診斷之癌末病人轉安寧病房。  3、機會：（1）98年9月起健保安寧療護支付範圍包括非癌症之八大疾病。（2）屏東地區老年人口比例高，慢性疾病及癌症病患醫療需求日益增加，相對上安寧護之需求也增加。（3）可藉用佛教力量推動老人及安寧關懷。（4）配合政府政策推動安寧療護。（5）民間安寧療護推廣團體的宣導。  4、威脅：（1）健保總額制度實施，安寧療護也在總額內(101年第1季起在住院總額外，已不是威脅)，安寧居護給付不合理。（2）民眾對醫療服務要求不斷提高，對醫師護理人員素質、醫療設備與管理能力的挑戰壓力增加。（3）醫療朝兩極化發展，小型地區醫院經營不易。  5、安寧居護給付及成本，護理人力每人每月支出大於50,653元，尚未含教育訓練支出，學會、協會會費，意外保險等，另尚需支出營運成本（房舍、水電、文書、電腦、設備等等)。 | |
| ○○醫院 | | | 1、安寧療護門檻高，地區醫院想做，卻只能看著嘆氣。  2、幾年前即在研究安寧療護，但現在就連護士都請不到，遑論1個安寧病房配置1名護理人員。 | |
| ○○醫院 | | | 對於衛生署如提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望1、提高安寧療護相關給付。2、保障安寧療護團隊合理的人力分配。3、提升具體措施有效提升醫師願意接受安寧療護專業教育訓練。 | |
| ○○醫院 | | | 1、住院安寧療護設置基準中，對於人員及病房服務設施較為嚴謹，以該院規模之軟硬體及空間皆無法承辦緩和醫療照護。2、安寧緩和醫療的推廣在於社會大眾的觀念，以誘因鼓勵醫院，不如教育民眾對生命的尊重、捨得與放下。若鼓勵在醫院安寧，限制辦理門檻，只是更加膨脹醫療費用。認為醫療資源有限，就應該限縮民眾使用醫療資源。對於健保支出過多就調降點值、點數，油電水收入不足就漲價。 | |
| ○○醫院 | | | 1、規劃未來方向 （1）提供安寧緩和醫療，配置必要之相關人力，以提升照護品質。  （2）針對長期透析病人，建立管控機制，加強鼓勵親屬捐贈移植。  （3）積極推動「預立醫療醫院書」及「預立醫療委任代理人」，建立相關倫理機制，協助並保障醫師執行中止無效醫療之專業行為。 2、減少無效醫療後撙節之費用如何重分配：編列補助安寧緩和醫療專款，補助社區醫院應設立屬於社區型安寧緩和醫療機構，並定期評核。3、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：（1）每年編列專款補助設置安寧緩和醫療機構，並有適當的給付以支付人力費用。（2）規劃屬於社區醫院有能力設置的安寧緩和病房。（3）教育及宣導民眾對安寧緩和醫療的認知。（4）應鼓勵及協助輔導，金錢補助中小型醫院成立安寧專區，目前皆以大型醫院之集中安寧，而忽略區域分配之本意，與在地老化之理念不符。 | |
| ○○醫院 | | | 遭遇之困難1、安寧居家方面： （1）交通費及掛號費常是家屬面臨要不要接受安寧居家的困難點之一。  （2）期待早日推動長期照護保險，因為不管在家或在機構內照護，家屬都會面臨人力及經濟或環境、醫療設備上的困難，期待政府有一個全面性的規劃，讓末期病人及家屬可以更安心在醫院之外的照護體系，如日間照護或專業的安寧療護之家或安養中心。 2、病房方面 （1）照顧成本高於定額給付：健保給付不足，1天住院費用不到5千元(包括醫師費、護理費、病房費、藥費，尚且不包括其成員費用，如社工師、心理師等等)。  （2）緩和醫療工作負荷艱辛，團隊成員招募不易，要有較好的誘因及鼓勵措施。  （3）目前安寧療護無慢性病房或中途之家的設置，造成病人滯院比率偏高，使得需要接受安寧緩和醫療的患者無法入院及處置。  （4）98年開放非癌末期病人接安寧療護，民眾及醫療相關人員的教育均應再加強。  （5）跨團隊及跨領域的整合不易，需要進一步的措施予以協助，當然首先要有充裕的人力。  3、安寧共照方面  （1）病人與共照護理師應有合理適當比例，避免共照師負責共照，再加上要到各病房推廣安寧療護的理念，工作負荷過大。  （2）重視安寧療護領域醫護人員的養成。  （3）由政府政策全面宣導，成為眾所皆知的醫療政策，避免民眾因不暸解安寧療護的精神，而產生對醫療照護的疑慮。 | |
| ○○醫院 | | | 該院對於病人於住院時均有提供住院須知，其中即包含安寧緩和醫療及器官捐贈同意書，病患雖簽署DNR，但當真正面臨急救之際，家屬仍有遲疑。 | |
| ○○醫院 | | | 1、執行安寧共照試辦計畫之困難 （1）在取得服務同意書上略有困難，其原因：①在場家屬表示無法單獨作主，須與其他家屬討論；家屬表示不需要此類型服務；②病患長期由看護照顧，家屬表示時間上無法配合醫護人員進行同意書簽署之討論。  （2）該院為兼任之安寧共照師（尚有居家護理業務），訪視病患之時間相較下缺乏彈性。 2、實際建議 （1）建議能修改同意書，多多運用關心、關懷、提升生活品質等較溫暖字句，讓更多病人及家屬較能接受安寧共照服務。  （2）健保局規定1週給付1次照護費，惟個案皆為癌末或生命末期之病人，需要頻繁的安寧照護介入與支持。若能增加照護次數（2～3次/1週），並給予給付，將有利提升照護品質。 3、社區醫院很適合辦理安寧居家，但學會規定須具備全職居家護理人力1名，造成人力成本上升，反成為社區醫院爭取安寧居家業務之阻力，4、安寧緩和醫療條例修正後，增加對於撤除維生系統之處理機制，但實務上醫師仍不敢為，擔心背負社會責任；另在組成醫學倫理委員會、家屬中如有1名不同意即無法執行、最後由誰撤管等方面，遭遇困境。5、該院曾就呼吸器依賴患者未予積極的治療，使其安詳往生，事後卻遭健保局核刪，其理由為照護品質不佳，究政策係鼓勵延長此類患者繼續活著，還是讓其安詳善終？ | |
| ○○醫院 | | | 1、安寧緩和醫療服務之困難 （1）安寧療護的護理人力配置比照加護病房(1：1)，但給付採日額4,930元，單以照護人力，即不符成本效益。  （2）安寧療護是團隊工作，除醫護外還包括靈性照顧、社會心理照顧等各不同領域工作人員，但是健保不給付，醫院人事成本高，經營辛苦，所以各大醫院都只應付評鑑最低床數，無法滿足實際病人需求。  （3）自98年9月1日安寧療護擴及非癌八大類末期病患，但相關配套措施未建立，給付維持現況、相關教育訓練闕如，在安寧病床未增加及臨床人力有限下，目前服務對象仍以癌症病患為主，無法落實當時立法的美意，令人遺憾。  2、安寧緩和醫療服務之建議  （1）癌症末期患者因病情逐漸惡化，大多很難出院，隨著住院天數增加，醫療支出也隨之增加，如口腔癌末期的患者，因傷口持續惡化，換藥頻率也隨之增加，若合併感染的症狀，甚至要給予後線的抗生素。但健保給付未因此增加給付，住院時間越久，反而可能增加健保被核刪的機會，站在醫院的立場，自是不希望病人持續住院超過1個月，甚至更長；醫師在醫療處置上也會變得保守，可能會選擇使用廉價的藥物或不使用，對病人而言，可能會面臨勉強出院然後在短時間內又近期入院，或在多家醫院之間反覆入住，可說是醫療資源的浪費。  （2）希望未來可以規劃安寧療護的慢性病房，讓這些回不了家的病患可以有安置的地方，醫療的補助能相對增加，以提高醫院設立安寧病房及提供安寧療護的誘因，減少醫療資源的浪費。 | |
| ○○醫院 | | | 1、建議放寬安寧緩和醫療設置標準。2、建議增加給付。 | |
| ○○醫院 | | | 遭遇之困難1、法律規定嚴格，實際執行不易：依據安寧緩和醫療條例第7條規定，需要配偶、成年子女、孫子女、父母等人一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術同意書，且倫理委員會不易臨時召集開會，故建議放寬條文細則規定內容。2、同意書內容繁雜，病人簽署意願低：內容包含收費標準、服務內容、支付規定，文字敘述多，且有「末期病人」及「收費」等字樣，建議簡略敘述「提供服務項目」、「無額外收費」即可。3、給付不敷成本：健保申報費用外，該院每月補貼80萬元（薪資成本及相關費用），1年則補貼960萬元，以提供高品質照護。安寧照護給付偏低，以安寧居家為例，每一病人約需花費1小時說明病情及進行相關醫療處置，給付卻與一般居家相同（1,035元）。故建議主管機關另闢財源補貼安寧照護相關費用，以忠實反映醫療所耗費之時間與難度，提升安寧照護品質。 | |
| ○○醫院 | | | 辦理安寧緩和醫療所遭之困難1、民眾對於安寧緩和醫療認知不足。2、面對家屬不同的意見。3、個人道德與文化社會價值影響。 | |
| ○○醫院 | | | 1、高雄縣、市合併後，人口約2,774,831人，但安寧病房總床數只有61床，大部分病人是無法順利入住。2、就地區醫院而言，由於硬體不足或空間不夠、安寧照護醫師欠缺，甚至護理人力不足，增設安寧病房對該院來說，有非常大之困難度。 | |
| ○○醫院 | | | 1、安寧療護之挑戰 （1）轉介資源有限：目前高雄市設置安寧病房之醫院計有4家，近5年內無新設立之安寧病房。 （2）專業人員培訓不易。2、具體建議：宗教師或心理師等必要人員，人才得之不易，故在一般醫院皆無能力設置安寧病房。爰建議：（1）降低安寧病房設置門檻及照護人員門檻。（2）廣設各式專業人員（如醫師、護理師、社工師、心理師、宗教師等人員）進修課程。 | |
| ○○醫院 | | | 該院並無安寧緩和醫療服務，對於個案病情不穩定時期，主治醫師會親自與家屬會談個案病情危險性及可能家屬必須面對之問題，若家屬對個案病情發展採不積極態度時，主治醫師會請家屬簽署DNR同意書。但當面對個案病情不穩定時及家屬無助時期，會有倫理上之考量，並受限文化背景的影響，仍有些病患及家屬未簽署DNR同意書。 | |
| ○○醫院 | | | 推廣之困境：民眾認知與接受不足，雖然安寧療護推行多年，民眾也或多或少聽過「安寧療護」，但在面對癌症末期時，大家依舊不願多談「死亡」話題，一提及安寧便認定是沒救或等死，或安寧病房是可以住院住到往生的地方，致癌症末期病患遲遲無法接受安寧緩和醫療，此也是安寧共照小組仍須努力的地方，期能改善個案及案家對安寧療護的錯誤或不足的認知。 | |
| ○○醫院 | | | | 無法徵聘到專業醫療人員。 |
| ○○醫院 | | | | 對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望1、積極投入資源，培育相關人才：安寧緩和醫療團隊的設立，需要醫師、護理師、社工人員、臨床宗教師、臨床心理師等，目前國內相關人才稀少，且因經費拮据，難以吸引人員投入安寧緩和醫療的服務。若衛生署提供人才資源的整合及健保總額以外的經費補助，相信對於鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療，能有所助益。2、提升安寧緩和醫療教育之普及化：現階段相關訓練課程並不普遍，且未來維持相關資格亦須一定之學分門檻，其對忙碌之的醫護人員而言，是一大負擔。若能將教育訓練普及或融入臨床工作，將有助於其壓力之減輕。 |
| ○○醫院 | | | | 對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望1、是否針對呼吸照護病患末期照護，訂定設立標準規範。2、補助經費對應設立標準結構上，是否能反映投入設備資源及人力成本。 |
| ○○醫院 | | | | 末期病人返家善終比率逐年減少，其原因：1、缺乏安寧療護醫療網整體性規劃（1）缺乏有安寧療護能力的社區型醫院與養護機構。（2）基層醫療單位（包含EMT與各地衛生所）缺乏安寧善終療護認知與技能。2、住院有健保與私人保險給付，但出院後必須自己負擔醫療與人力費用。3、整體社會型態改變，缺乏家庭照護人力。 |
| ○○醫院 | | | | 目前安寧照護的窒礙因素1、病患及家屬對於安寧病房常有恐懼感與排斥感，認為入住安寧病房就是等死，造成病患無意願入住，家屬也不願背負不孝罪名。2、部分病人及家屬或有考量入住安寧病房，但因某些保險公司無理賠，故不願住進安寧病房。3、以安寧共照模式較能解除病患及家屬的憂心，但醫療給付卻較少。 |
| ○○醫院 | | | 安寧緩和醫療服務之困境1、安寧療護專業人力培訓不易：醫護人員從事安寧療護的誘因不足，臨床照顧範圍含括生理、心理社會 、及靈性層面，人員承受臨終照顧壓力大，且須承擔醫護行政工作，工作負荷量重，以致培訓後留人不易。2、安寧醫療專業人員招募不易：安寧療護團隊成員應有各種特殊專才人員，在全國各種人才分布不均下，招募不易。3、健保資源與硬體環境：在健保定額給付下緩和病房照顧費用及醫院經營成本壓力之下，僅能儘量在各種有利於病人的考量下，讓病人接受到最完整之安寧療護。4、社會環境對安寧之誤解，以及民眾之接受度仍低：10餘年來政府推廣安寧療護不遺餘力，但安寧療護仍常被視為「等死」代名詞，近年來院內統計癌症病人接受安寧療護之比率增加，而在非癌症病人之安寧療護仍需要全國一同努力，建議非癌症安寧療護可照護範圍，以民眾易懂之名詞加以推廣。 | |
| ○○醫院 | | | 具體建議1、社區醫院不一定需要安寧病房，但需要熟悉生命末期照護且好的醫療團隊，以發展安寧共同照護與安寧居家為主。2、社區安寧療護應打破醫院界線，與社區診所或衛生所合作為主，且需要更多醫療資源介入。3、生命末期照護需要政策鼓勵與誘導，期待專人、專責。 | |
| ○○醫院 | | | 對於衛生署如何提供誘因鼓勵社區醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：醫糾不斷，又耗人力、成本，更必須有時時面對死亡壓力的工作，對護理人員荒的醫院，真是雪上加霜，故辦理安寧病房必須依設置標準及評鑑要求，持續補助相關軟、硬體設備及人力經費，使醫院能損益兩平。 | |
| ○○醫院 | | | 1、安寧所遭遇之困難（1）在非癌八大末期病患方面：①病患大都在居家或長照體系機構接受照顧，後期因疾病因素反覆住院，期末期的定義界定不易，往往錯過照會安寧緩和醫療時機，且家屬對安寧照顧接受度不高，故能切入的部分有限。②非癌慢性病患目前才是剛開始引入，需要長時間予以關心。（2）診斷為腫瘤病人大都在外院進行治療：①約五成病患屬於治療中，固定於外院門診化學藥物治療或追蹤，急性不舒服，才會請求幫忙。②約三成病患經診斷為腫瘤，因醫療專業及設備上的限制，轉院至外院處理。③約二成病患為末期，無法再到外院做治療，因腫瘤造成不適症狀，入該院治療，即帶有高的期待。（3）安寧居家照護方面：服務對象為大埔里地區國姓鄉、魚池鄉、水里鄉、草屯鄉、仁愛鄉、信義鄉，幅員遼闊，且病患分布非常廣，常常一個下午只能到1家，成本非常高。2、末期病患診療指引是單方面由醫療方面發展出的，但病患是否拔管，係由家屬決定。3、建議事項（1）我國須經三親等內家屬簽署安寧緩和醫療同意書，但該院曾有1名病患，其家屬多移民到美國，使得執行上有困難，爰建議修法，參照國外作法，只要經過醫師診斷認定後，即可予以安寧緩和醫療。（2）加強民眾對安寧療之教育與宣導。（3）設置安寧病房的醫院家數比率偏低，能否降低設置標準。 | |
| ○○醫院 | | | | 緩和服務困難執行面：1、病人與家屬對緩和醫療的正確資訊與疾病治療的認知，仍須要努力。2、安寧共照個案管理師需要較長時間與病人家屬建立醫病關係，讓病人家屬及早面對接受醫療是有其極限與生命已到最後之事實。3、希望各科及早轉介緩和共同照護。 |
| ○○醫院 | | | 1、執行上面臨之困境（1）需要多專科或多團隊介入（如營養師、復健師、神職人員社工師、志工等等），如此龐大的醫療成本根本入不敷出。（2）因醫護人員欲取得安寧療護專業證照，須接受一定時數之教育訓練，且護理照護人力比為1：4，照護安寧病患需要耗費大量人力，（3）民眾觀念及接受度不足，除醫院努力之外，需要政府相關單位再加強宣導。2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：（1）健保給付獨立分配預算。（2）提高安寧病房之給付標準。（3）加強安寧緩和醫療在醫院評鑑分數之權重或明定安寧病房為教學醫院必須設置之單位。 | |
| ○○醫院 | | | 1、遭遇之困難：由於地緣、文化因素與城鄉差距頗大，民眾無法接受，推廣較為困難。2、具體建議：衛生署投入資源加強宣導緩和醫療理念，讓民眾漸漸瞭解並接受。3、對於衛生署提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：（1）大幅增加安寧緩和醫療照護之相關給付標準。（2）若為政府長期政策，應另闢財源，不應使用健保資源，以免排擠健保其他預算。 | |
| ○○醫院 | | | 所遭遇之困難1、缺乏充足人力（1）主治醫師/研究醫師僅1名專職，其餘皆為兼職，長此以往無法長期留任優秀醫師，對專業的持續發展造成相當大的侷限。建議健保局檢討給付過低之前，醫院需要訂定適當的敘薪辦法，鼓勵專職。（2）護理人力不足。護理人員為照顧品質最重要的因素，以16床的設置，應配置16名護理人員，但近年來護理人力在12至14人之間，如勉強12名護理人員三班照顧16床病人，造成照顧品質下降，徒增抱怨。目前護理部同意增加到14名護理人員，惟因目前全國性護理人力流失問題，尚未徵到人員。（3）社工人力不足：以安寧專戶聘任員額外的社工人員，但仍須負責其他科非末期的病人。急重症的病人都是在短時間產生重大的失落，社心需求更大，但急重症單位並未要求較高的社工人力比例。（4）心理師角色未被接納：「醫院設置標準」、「醫院評鑑標準」均未列入諮商心理師，健保亦無給付。臨床心理師設置標準僅見於精神科，給付僅見於精神科與復健科。該院以安寧專戶及癌症診療品質提升計畫共聘用3名諮商心理師，但僅能提供癌政權其及非癌症疾病末期的病人心理諮商服務，尚未能擴展至家人。建議衛生署應修定相關設置標準，將心理師納入非精神科以外的科別亦應有的服務，尤其癌症、重症等單位，健保亦應有給付。2、非癌症/重症的醫師參與不足：目前以癌症治療醫師及家庭醫學科醫師為主的緩和醫療醫師，未能獲得專長於治療「非癌症慢性疾病」及重症病患的醫師充分專業信任。3、健保給付不足：（1）醫師進行會診，評估身心靈各層面需求、或進行治療性會談，時間動輒50至60分鐘以上，卻僅有一般會診費用，召開家庭會議耗時更久，但健保完全不給付。又，共同照護第1週給付1,350點，第2週以後每週1,050點（醫師訪視僅200點，比會診更少），做一次胃鏡、支氣管鏡即超過兩週的共照服務給付。另心理師與末期病人、家人進行會談，皆無健保給付項目。（2）決策單位應正視社會心理層面需求的滿足，是生命末期照顧不被過度醫療的重要正向促成因素，提供好的安寧緩和醫療，必須有足夠的醫護人員，也需要足夠的社工心理人員，列為給付項目，或修改設置標準的人力配置比例，4、中區安寧資源不足且不均（1）中區醫療區域安寧病床與癌症死亡人數比例，高達每床每年90人以上，是全國的1.65倍，是臺北區域的2.25倍。與該區域相鄰的苗栗縣與雲林縣，亦是安寧資源不足的地方。鄰近該院的各醫院積極發展癌症診療，服務相當多的癌症，但僅有光田醫院願意設置安寧病房，其他意願將癌症末期病人轉介至該院，加重該院安寧團隊之負荷。（2）建議衛生署應儘速釐清「安寧資源匱乏地區」的急迫需要，擬定對策，鼓勵醫院發展。 | |
| ○○醫院 | | | 1、遭遇之困難：（1）安寧試辦計畫相關紀錄及表單繁複。（2）臨床照護之倫理衝突：照顧場所、病情告知、治療方向、營養水分、藥物使用、輸血、末期鎮定劑使用、使用偏方。2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望：（1）編列預算教育民眾對安寧緩和醫療的認識與認同度，將生命教育納入國民義務教育課程、大學通識教育及社區教育學習課程；由醫療專業人員教導民眾預立遺囑或生預囑，尊重臨終醫療自主權，並對死亡做好準備。（2）調整給付。 | |
| ○○醫院 | | | 1、所遭遇之困難：中部地區民眾對安寧療護的接受度不如城市地區民眾普及，期衛生署協助製作台語版宣導影片，並廣為宣傳安寧理念，使中部地區民眾對安寧緩和醫療有正確的認識。2、對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望（1）由於①安寧病房給付不敷成本；②健保只給付醫師及護理師訪視費；③急重症病房維生設備給付點數相差懸殊。故建議①實際反映安寧緩和醫療服務成本，提升安寧病房及安寧共照之健保支付點數；②減少共照文書作業；③安寧病房之設置是醫院評鑑的必要條件，應確保各醫療院所的安寧病房必須是持續經營。（2）由於非癌症之慢性病末期預後不確定性，建議①政府推廣ACP及促成ACP簽署單張的合法姓，將ACP納入醫療照護；②各醫學會舉辦安寧療護課程。（3）困難：①居家照顧有困難之個案，容易滯留於醫院，形成出院困難的問題，使安寧居家服務不易介入；②養護機構人員對於安寧療護的觀念不足或錯誤；③長照機構沒有適當的設備，亦無準備好照顧臨終的住民。建議①政府介入規劃建立舉辦社區負衄照顧訓練，提供在地居家服務；②成立日間托老（托病）服務；③政府制定獎勵教育訓練計畫，使養護機構從業人員接受安寧療護之教育訓練；④改進長照機構的臨終照護品質，並預立醫療自主計畫，減少不必要的入院。 | |
| ○○醫院 | | | 對於衛生署如何提供誘因鼓勵醫院辦理安寧緩和醫療之具體希望（1）安寧共照仰賴龐大之團隊運作，醫療院所投入相當多之人力及物力，建請提高國健局安寧共照補助獎勵誘因，並訂定合理給付。（2）建請政策性提供「末期病人於死亡前6個月內轉介安寧服務」之獎勵機制。（3）調整安寧病房設置門檻提高給付點值，放寬設置醫院層級。 | |
| ○○醫院 | | | 1、建議擴大署立醫院開辦安寧緩和病房、共照、居家業務，讓病人有完整醫療資源照護環境。2、建議訂定署立醫院安寧緩和團隊之培訓機制與課程，公立醫院有責任及義務辦理安寧療護。3、建議簡化申報流程，使護理人員可以將時間留給病人。 | |
| ○○醫院 | | | 1、該院計算安寧療護涵蓋率方式與其他醫院統計方法皆相同，以即時瞭解每月之涵蓋率，作為努力及改善的參考依據。但目前國健局僅能將前一年之涵蓋率回饋各醫院，較無法即時瞭解安寧療護執行成效，故建議調整計算方式。2、目前安寧緩和居家健保申報費用僅包含醫師、護理及社工人員之訪視費，未補助訪視交通費，造成病人及家屬的經濟負擔，影響其接受訪視的意願，建議提高訪視費用，以增加病人及家屬接受安寧居家訪視之意願。3、建議增加安寧病房、安寧居家及安寧共照的給付，並按醫院的層級，給予不同的給付條件。4、建議提供誘因增設中級照護病房或慢性病房，讓在安寧病房無法返家的病人，能有一個較長期的照顧地方。 | |

# 資料來源：依據本院實地訪查醫院所提出之意見彙整製作。

1. 「無效」拉丁文為“futilis”，意旨「易漏」，在希臘神話中，丹尼亞斯的49個女兒因集體殺夫，而遭懲罰在冥府以充滿破洞的篩子打水，她們當然是徒勞無功。 [↑](#footnote-ref-1)
2. 澄清基金會（2012），新安寧運動下的倫理思維，醫病雙贏：醫學倫理暨病人安全論壇。 [↑](#footnote-ref-2)
3. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010; 363: 733-42. [↑](#footnote-ref-3)
4. Stephen RC, Bruce P, Kathryn F, Carol S, Kosuke I. Comparing Hospice and Nonhospice Patient Survival Among Patients Who Die Within a Three-Year Window. J Pain Sympt Manage 2007;33(3): 238–246. [↑](#footnote-ref-4)
5. 計畫主持人為趙可式教授，研究人員包括:李彗菁、何8宗憲、周希誠、林明慧、林鵬晨、翁益強、高偉堯、陳秀丹、黃勝堅、楊城萍、蔡宏斌、蔡甫昌、賴維淑、蘇逸玲。 [↑](#footnote-ref-5)