

調 查 報 告

壹、案由：據審計部 101 年度中央政府總決算審核報告，我國精神健康資源配置及支付誘因制度欠合宜，不無資源錯置疑慮，有待通盤檢討，以增進財務效能等情乙案。

貳、調查意見：

據審計部民國（下同）101 年度中央政府總決算審核報告，我國精神健康資源配置及支付誘因制度欠合宜，不無資源錯置疑慮，有待通盤檢討，以增進財務效能等情。案經向衛生福利部（下稱衛福部）【原行政院衛生署（下稱原衛生署）於 102 年 7 月 23 日改制】、審計部調閱相關卷證資料，並約詢衛福部相關主管人員，茲已釐清案情竣事，爰臚述調查意見如下：

一、衛福部未能迅確完備「國民心理健康促進計畫」（草案）之陳報行政院核定程序，影響精神疾病防治與心理衛生推展工作預算之爭取及後續相關管考作業至鉅，顯有怠失：

（一）按「國民心理健康促進計畫」（草案）係原衛生署於 101 年 3 月間為因應社會變遷與國人對心理衛生的重視，及配合行政院組織再造，衛福部「心理及口腔健康司」之成立，並接續「新世代健康領航計畫」（醫療網第六期計畫）、「全國自殺防治策略行動方案第二期計畫」及「鴉片類藥癮病人治療計畫」（該三計畫業於 101 年 12 月 31 日執行完畢），所研擬具前瞻性、趨勢發展性之新興中長程計畫（規劃執行期程為 102 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日，為期 4 年），內容包括推動「促進全民心理健康」、「落實精神疾病防治與照護服務」、「強化成癮防治服務」、「加強特殊族群服務」及「整合及加強

心理健康基礎建設」等5大面向工作。此乃推展精神醫療及心理健康業務之施政張本，其重要性自不待言，合先敘明。

(二)查「國民心理健康促進計畫」(草案)臚列下列八項計畫目標：

- 1、成立「心理健康網」，建構具備三段五級、多元化及跨專業領域之心理健康服務體系，強化初段、次段及末段心理健康促進。
- 2、規劃能符合不同性別(含性別少數)者在各年齡層、城鄉地域及特殊族群等，對象包括一般健康民眾、罹病者、失能者、康復病友及健康照護者等所需求及期待之國家心理衛生政策及服務措施。
- 3、強化地方政府心理衛生工作及人力之質與量，以個案為中心，提供全人心理衛生照護與服務。
- 4、提升全民(含性別)心理健康知能，營造正面思考能量及幸福感，並給予照顧者、倡導者、心理健康促進或精神醫療服務者適當的訓練與支持。
- 5、強化心理衛生服務品質與效益以切合民眾需求，並建立讓民眾參與相關決策之機制。
- 6、擬定以實證為依據、符合成本效益之心理衛生政策及策略。
- 7、讓有心理健康問題之民眾享有與一般國民同等之權利，且得以成長並發揮潛能。
- 8、發現高風險群有關心理健康之需求及精神疾病潛在問題，並及時提供協助與照護服務。

(三)第查「國民心理健康促進計畫(草案)」係原衛生署於101年3月30日首度函報行政院鑒核，行政院秘書長旋於101年6月29日函復該署宜在計畫總金額新台幣(下同)22.8億元額度下規劃，且因心理

健康業務涉及相關部會業務，爰請該署再依行政院研究發展考核委員會及相關部會審議意見重新檢討後再報院；嗣原衛生署於101年12月22日再度將修正計畫草案函報行政院鑒核，惟因相關部會仍有不同之再審議意見，乃由行政院秘書長於102年3月11日再次函復該署重行檢討修正計畫內容後再行報院，詎料該署竟因組織變革而延宕第三次陳報行政院之時程，故於102年間本案計畫迄未經行政院正式核定。目前衛福部已針對組織調整重新檢視業務，並聽取專家建議，修正「國民心理健康促進計畫」之內容及經費，預計103年3月底前再函報行政院核定，足見此段陳核過程所虛耗時日業已長達2年，實難辭該計畫因而耽擱延宕之咎。

(四)末查「國民心理健康促進計畫」(草案)乃原衛生署102年列管施政計畫之一，其管制級別屬於「部會管制」，然而該計畫既未經行政院核定，則衛福部之管制考核目標，在預算遭大幅刪減後即失所衡量憑藉，難以覈實據以評估其達成率，將使原先擬定之前揭崇高理想與完美架構，淪為七折八扣、畫餅充飢而無法如期達成。

(五)綜上，衛福部未能迅確完備「國民心理健康促進計畫」(草案)之陳報行政院核定程序，拖延陳核過程致虛耗超過2年猶未定案，影響精神疾病防治與心理衛生推展工作預算之爭取及後續相關管考作業至鉅，顯有怠失。

二、衛福部近年來就精神健康業務之預算編列嚴重不足，僅及全球每人平均費用之半數，又其經費及資源分配側重於罹病後之治療而輕忽事前選擇性、普及性預防工作，洵有未當：

(一)按原衛生署為規劃全國心理健康政策，以促進全民

心理健康及提升民眾幸福感，曾兩度向行政院提報「國民心理健康促進計畫」(草案)，已如前述；又該計畫原提報 4 年所需總經費為 45 億 1,955 萬元(含經常門 43 億 6,395 萬元及資本門 1 億 5,560 萬元)，惟行政院建議額度下修為 22 億 8,000 萬元(含經常門 22 億 5,050 萬元及資本門 2,950 萬元)，可見前揭原需求總經費已遭行政院腰斬近半，亦即平均每年僅可匡列公務預算 5.7 億元，更較其 98~102 年度於精神健康方面所編列之預算數每年約 6.09 億元為少，占整體衛生預算數不到 1%且呈逐年下降趨勢(如附表 1)，彰顯出此計畫之施政優先順位不受行政院重視，而原衛生署亦悶不吭聲，未再據理力爭。

- (二)次據世界衛生組織(WHO)出版之「2011 精神健康地圖集(Mental Health ATLAS 2011)」指出，政府衛生預算用於精神健康上之比率，全球中位數為 2.8%；平均每人在精神健康預算支出之中位數為每年 1.63 美元。惟查原衛生署近 5 年於精神健康方面編列之預算數每年約 6.09 億元，平均每人精神健康預算計 26.51 元(約 0.88 美元)，僅及世界平均水準之半數，更凸顯出原衛生署在精神醫療方面之預算編列嚴重不足。
- (三)復就 103 年度預算之編列而言，固因國家整體財政拮据，公務預算逐年減少，依立法院 103 年 1 月 14 日預算審查結果，衛福部 103 年預算較 102 年預算減少 11.97%，相較該部總預算，103 年度心理健康相關預算僅微幅減少 1.64%。但考量心理健康議題重要性，該部已爭取醫療發展基金 8,600 萬元、科技發展經費 842 萬元及公益彩券 2,337 萬元，挹注於心理健康業務。故 103 年預算比 102 年增加 7,390

餘萬元。又為加強初級預防工作，爰已調整增加 2,646 萬元投入心理健康促進工作，在在顯示先前挹注於此方面經費之短絀與捉襟見肘窘態。

(四)再者，促進心理健康是整體公共衛生的一環，完整的心理健康照護光譜應包含「三段五級」概念¹(如附圖 1)，第一段「初段預防」，指的是健康促進與健康維護的工作；第二段「次段預防」，指的是早期發現、早期治療的工作；第三段「末段預防」，則是持續治療、回歸社區的工作。為建置完善的心理健康服務資源，落實以「人」為中心、「社區」為導向、「康復」為目標的服務概念，當前亟需規劃以全體民眾為對象，並納入「三段五級」概念的心理健康政策，彰然明甚。其架構並應涵括如下：(如附圖 2)

- 1、普及性預防係針對健康人口群。
- 2、選擇性預防係針對兒童、老年人、女性、孕產婦、原住民、外籍配偶、家庭照顧者等。
- 3、指標性預防則係針對精神疾病者、自殺者、物質濫用者、家暴或性侵害及被害人、受刑人、其他。

(五)末查「預防重於治療」乃公共衛生行政之至理名言，惟據審計部查核原衛生署 101 年度精神健康預算實際支用情形顯示，用於預防面向者約 2 億 6,491 萬餘元，用於治療或復健者約 4 億 13 萬餘元，顯示目前我國衛生醫療政策仍重治療而輕預防，亟待檢討調整資源配置重點，加強提升國人精神健康，以節約未來可能更為龐大之醫療費用支出。

(六)質言之，衛福部就精神健康業務之預算編列不足，僅及全球每人平均費用之半數，又側重罹病後之消

¹ 參考資料：Prevention of Mental Disorders: effective, interventions and policy options. (WHO,2004)

極治療而輕忽事前積極預防工作（理應從目前僅針對高危險群之指標性預防，逐漸納入特定族群之選擇性預防，再擴展為全民健康之普及性預防），洵有未當。

三、衛福部罔顧國內慢性精神病床超長住院之異常現象，未能籌謀有效導正策略，又全民健保支付制度設計不當，致其經濟誘因不足，阻礙社區式精神復健服務工作之賡續發展，均有可議：

- (一)按李靜玟、吳肖琪²依據臨床精神醫師專業經驗，以急性精神病患連續住院超過 90 日，慢性精神病患連續住院超過 180 日者定義為超長住院。惟據原衛生署統計，我國急性精神病床近年平均住院日數約 30 餘日，而慢性精神病床近年均逾 200 餘日，100 年更高達 283.9 日，亦較 99 年度增加 19.3 日（成長率約 7.29%）；又陳儷瑩³以 2006 年全民健保申報精神科出院病患為對象，並以美國精神病人住院診斷關聯群（下稱 DRG）平均住院天數為標準，分析我國精神病床利用情形，結果發現，若以美國精神病人同一 DRG 住院天數計算，國內一年急性超長住院達 163 萬餘人日，慢性超長住院達 225 萬餘人日等，均顯示我國慢性精神病人超長住院情形嚴重。
- (二)又據原衛生署指稱，設置慢性精神病床係為提供經適當治療仍未能痊癒且病情呈慢性化之精神病患住院醫療服務，除藥物治療外，尚包括職能治療訓練、獨立生活功能訓練、社交技巧訓練等。惟查慢性精神病床提供之職能治療、社交生活能力等相關訓

² 李靜玟、吳肖琪*：市場競爭及其他因素對精神科急性住院病患醫療利用之影響。台灣衛誌 2005;24(4):296-305。

³ 陳儷瑩(2009)。探討我國精神病床利用情形。國立臺灣大學醫療機構管理研究所未出版碩士論文。台北。

練服務，與精神復健機構功能類似（精神復健機構服務項目包括獨立生活功能訓練、體能活動、工作復健訓練及轉銜服務、生活諮詢及心理輔導、規則就醫及藥物自我管理訓練等），病患長期滯留慢性醫療病床之合理性及必要性，均不無疑義，又因慢性精神病床具健保支付誘因，易肇致醫療資源浪費，亟待查明超長住院情形之合理性，並妥為檢討。

(三)再者，目前全民健保之支付制度，區域級以上醫院慢性精神病床支付點數為每日 816 點，地區醫院及基層院所為每日 714 點，日間型及住宿型（全日）之社區復健機構則分別為每日 480 點及 508 點（如附表 2），慢性精神病床費用支付標準，明顯優於精神復健機構。原衛生署為縮減慢性精神病床與精神復健機構之差異，雖已自 100 年起將日間型及住宿型（全日）之社區復健機構費用支付標準由原分別為 450 點及 378 點，調升為現行點值（調升幅度分別為 6.67% 及 34.39%），惟調升後慢性精神病床之支付標準仍高於復健機構 1.6 至 2 倍（慢性精神病床以 816 點計算），依據吳肖琪⁴「全國精神醫療資源需求調查—兼論未來發展策略」研究報告指出：「當慢性病床支付明顯高於住宿型機構時，將會降低醫療服務提供者發展住宿型機構之誘因」，顯示現有健保支付標準，無法提供設置社區精神復健機構之足夠誘因，恐影響社區式服務之發展，有悖於世界衛生組織(WHO)建議發展以社區為基礎之精神健康照護之理念。

(四)綜言之，衛福部罔顧國內慢性精神病床超長住院情形，虛耗寶貴醫療資源，迄未規劃相關之導正策略

⁴吳肖琪，2010，《全國精神醫療資源需求調查：兼論未來發展策略》，行政院衛生署 97 年度委託科技研究計畫成果報告。台北：衛生署。

；又全民健保支付制度設計不當，無法提供足夠經濟誘因，影響社區式精神復健服務之賡續推展，均有可議。

四、衛福部允宜整合精神疾病照護資訊管理系統、身心障礙手冊(慢性精神障礙者)、全民健康保險重大傷病證明等三大資料庫，透過彼此相互串聯勾稽比對，以提升精神疾患資料之正確性與完整性：

- (一)查精神照護資訊管理系統追蹤照護列管之個案數為 133,811 人，領有身心障礙手冊(慢性精神障礙者)為 120,789 人(含新制 38,582 人、舊制 82,207 人)，領有全民健康保險重大傷病證明者為 204,113 人(如附表 3)，可見政府機關不同部門所納管精神疾患之人數差距頗大。
- (二)頃據衛福部查復本院指出，精神病人依據症狀干擾性、社區生活功能障礙度、家屬照顧能力、醫療問題之差異，而有社區照護、社會福利及醫療不同的需求；且基於三大資料庫的建立目的、請領資格、服務內容及領證有效期間等不同，納管名單自有差異，其間亦必然存在落差。惟因目前三大資料庫資料筆數皆高達 12 萬筆以上，該部業於 103 年 1 月 21 日函文中央健康保險署協助比對三大資料庫之重疊比率。另為使病人可妥善在社區接受照顧與關懷，未來將持續進行資料之勾稽比對，比對後對於未於精神照護資訊管理系統收案之個案，將以密件函請轄區衛生局評估收案。
- (三)揆諸衛福部倘能建置一套完備之精神疾患資訊系統，將可透過相關資訊的整合以達到資源間之有效連結，從而提升不同部門的資訊流通及運用之完整性、正確性、便利性，亦可提高國人接受精神醫療照護服務遞送之時效性，足見整合精神疾病照護資訊

管理系統、身心障礙手冊(慢性精神障礙者)資料庫、全民健康保險重大傷病證明等三大資料庫，確有必要。

(四)綜上所述，有關精神疾病照護資訊管理系統、身心障礙手冊(慢性精神障礙者)資料庫、全民健康保險重大傷病證明等三大資料庫之筆數落差頗大，宜請衛福部勾稽比對現有名單之重疊比率，以縮小其間之差距，俾免遺漏應接受精神醫療照護服務之病患，並做為未來發展各項實證醫學工具及心理健康促進政策調整之重要參考。

五、依各國精神醫療人力配置數比較，我國顯較人口老化趨勢相近之日本遜色很多，隨著高齡社會來臨，衛福部允宜強化精神醫療人力配置之方案，俾順應未來實際需求：

(一)按人口老化是當今世界各先進國家所共同面臨的重要社會變遷課題，國際上通常是以老年人口(65歲以上)從7%增加到14%所需要的時間，象徵社會老化的速度；此歷程在法國經歷115年，瑞典花費85年，美國為73年，而台灣從82年(1993)老年人口比率跨越7%的人口高齡化國家門檻，到推估老年人口將突破14%高齡國家的106年(2017)，卻只需要24年，老化速度與日本相近(如附表4)，先予敘明。

(二)依據衛福部提供本院有關各國精神醫療人力配置數比較(如附表5)，我國精神科醫師、精神科護理人員、臨床心理師、職能治療人員、社會工作人員每十萬人口分別有6.05人、20.55人、2.25人、2.72人、2.09人；而日本則分別有10.1人、102.55人、3.99人、4.85人、6.06人，顯見我國較人口老化趨勢相近之日本遜色很多。

(三)質言之，依各國精神醫療人力配置數比較，我國顯較鄰近日本遜色很多，隨著高齡社會來臨，搭配長期照護保險或長期照護服務網計畫作整體性之規劃，衛福部允宜強化精神醫療人力配置之方案，辦理精神病人長期照護相關資源盤點、需求調查及推估之計畫，積極培訓各類精神照護人力，並檢討精神照護機構之設置標準，以配合推動精神病人長期照護服務措施，俾順應未來實際需求。

六、為促進國民心理健康，預防及治療精神疾病，衛福部允宜擴充精神疾病照護服務範疇與量能、緊密銜接長期照護服務相關措施，並積極培訓臨床及諮商心理師，庶符精神衛生法立法旨意：

(一)按精神衛生法第1條規定：「為促進國民心理健康，預防及治療精神疾病，保障病人權益，支持並協助病人於社區生活，特制定本法。」而同法第3條之本法用詞定義，其中第1款明訂：「精神疾病：指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者。」惟查衛福部目前精神疾病照護服務範疇僅偏重於「器質性精神病（失智症、智障、中風、酒藥癮、自閉症、過動兒）之醫療」部分，對於精神官能症（焦慮症、恐慌症、強迫症、畏懼症、創傷後壓力症候群、失眠……等）、情緒性精神病（躁鬱症、憂鬱症、輕躁症）思考性精神病（精神分裂症、妄想症、短暫精神病）部分，則屬於有待未來積極推展之範疇，俾提升其服務量能。

(二)第查行政院於102年11月26日核定「長期照護服

務網計畫（第一期）－102年至105年」之第二章我國長期照護現況第二節長期照護資源盤點結果內載明「有關精神障礙的服務資源，已納入國民心理健康促進計畫第二章落實精神疾病防治與照護服務整體規劃。」足見提供配套之後續長期照護服務措施，乃落實精神疾病防治工作不可或缺的環節。

(三)再者，當前國內之臨床心理師依法得設立心理治療所，執行臨床心理業務；而諮商心理師依法得設立心理諮商所，執行諮商心理業務。惟查截至101年底我國僅有臨床心理師643人，設立心理治療所63所；另諮商心理師僅有230人，設立之心理諮商所192所，顯無法滿足預防及治療精神疾病之需求。

(四)總而言之，精神衛生法開宗明義便揭槩「為促進國民心理健康，預防及治療精神疾病，保障病人權益，支持並協助病人於社區生活，特制定本法。」，故衛福部允宜擴充精神疾病照護服務範疇與量能、規劃緊密銜接其後續長期照護服務之相關措施，並積極培訓臨床及諮商心理師，俾提供國人更周全之心理治療與諮商服務，庶符立法旨意。

調查委員：趙昌平

李復甸

尹祚芊

中 華 民 國 1 0 3 年 4 月 1 8 日

附表 1 98~102 年度精神健康預算編列情形

單位：新台幣億元、%

年度	精神健康預算數	整體衛生預算數	精神衛生占整體衛生預算百分比
平均	6.09	679.67	0.9
98	6.15	534.33	1.2
99	5.88	610.23	1.0
100	6.61	690.15	1.0
101	6.32	808.05	0.8
102	5.51	755.62	0.7

註：1. 整體衛生預算數係以各該年度衛生署主管之法定預算計算。

2. 資料來源：行政院衛生署。

附表 2 精神醫療健保支付標準比較

醫院層級	急性精神病床(註 1)	慢性精神病床(註 2)	社區復健			精神護理之家
			日間型	住宿型(全日)	住宿型(夜間)	
醫學中心	1,180 點 (含病房費 537 點及護理費 643 點)	816 點	—	—	—	—
區域醫院	1,046 點 (含病房費 478 點及護理費 568 點)	816 點	—	—	—	—
地區醫院	973 點 (含病房費 457 點及護理費 516 點)	714 點	—	—	—	—
基層院所	—	714 點	—	—	—	—
復健機構	—	—	480 點	508 點	126 點	—

註：1. 係以急性精神一般病床(床/天)計算。

2. 係以一般慢性精神病床住院照護費(床/天)計算，不包含精神科日間住院治療費。

3. 精神護理之家無健保給付。

4. 資料來源：中央健康保險局。

附表 3

	精神照護資訊管理系統 追蹤照護個案數	身心障礙手冊 (慢性精神障礙者)	慢性精神病 重大傷病證明
人數	133,811 人	120,789 人 (含新制 38,582 人、舊制 82,207 人)	204,113 人
請領 資格	<ol style="list-style-type: none"> 1.由精神(科)醫療院所轉介門診治療或出院之精神病患。 2.訪視時發現地段有疑似精神疾病患者，或民眾陳請、相關單位通報，將之轉介精神科醫療院所就醫，經確定診斷後收案管理。 3.住院出院後之精神疾病患者。 4.經由社區家屬座談會或其他社會資源通報轉介之精神疾病患者。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.身障鑑定新制~依據身心障礙者權益保障法第 5 條規定，身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身心障礙證明者；包含第一類神經系統構造及精神、心智功能導致身心障礙者。 2.身障鑑定舊制~依據身心障礙者保護法第 3 條規定，個人因生理或心理因素致其參與社會及從事生產活動功能受到限制或無法發揮，經由鑑定符合中央衛生主管機關所定等級之慢性精神病患。 	<p>依據全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法修正條文第 2 條規定，經特約醫院、診所醫師診斷為老年期及初老年期器質性精神病態、亞急性譫妄、其他器質性精神病態、精神分裂症、情感性精神病、妄想狀態、源自兒童期之精神病重大傷病者，檢具特約醫院、診所開立之診斷證明書及病歷摘要或檢查報告等相關佐證資料申請，惟診斷證明書自開立日起三十日內有效，逾期不予受理。</p>

備註：統計資料截至 102 年 9 月精神照護資訊管理系統追蹤照護人數、102 年 6 月領有慢性精神障礙身心障礙手冊、及 102 年 9 月領有慢性精神病重大傷病證明。

附表 4

高齡化及超高齡化所需時間之國際比較

國別	到達65歲以上人口比率之年次					倍化期間(年數)		
	7%	10%	14%	20%	30%	7%→14%	10%→20%	20%→30%
台灣	1993	2005	2017	2025	2040	24	20	15
新加坡	2000	2010	2016	2023	2034	16	13	11
南韓	2000	2007	2017	2026	2040	17	19	14
日本	1970	1985	1994	2005	2024	24	20	19
中國	2001	2016	2026	2036	-	25	20	-
美國	1942	1972	2015	2034	-	73	62	-
德國	1932	1952	1972	2009	2036	40	57	27
英國	1929	1946	1975	2026	-	46	80	-
義大利	1927	1966	1988	2007	2036	61	41	29
瑞典	1887	1948	1972	2015	-	85	67	-
法國	1864	1943	1979	2020	-	115	77	-

資料來源：中華民國臺灣 97 年至 145 年人口推計，行政院經濟建設委員會，97 年 8 月。

附表 5

各國精神醫療人力配置數比較

單位：人/十萬人口

	芬蘭	法國	英國	德國	澳洲	日本	美國	台灣	南韓	香港	新加坡	中國
精神科醫師	28.06	22.35	17.65	15.23	12.76	10.1	7.79	6.05	5.12	4.39	2.81	1.53
精神科護理人員	UN	86.21	83.23	56.06	69.54	102.55	3.07	20.55	21.61	29.15	UN	2.65
臨床心理師	UN	47.9	12.84	UN	62.48	3.99	29.03	2.25	1.12	0.58	UN	0.18
職能治療人員	UN	UN	28.27	UN	UN	4.85	UN	2.72	UN	2.26	UN	UN
社會工作人員	UN	3.83	2.87	UN	UN	6.06	17.93	2.09	6.01	5.9	UN	UN

資料來源：1.Mental Health Atlas, WHO 2011；台灣：衛生福利部2012年衛生統計。

附圖 1

完整的心理健康照護光譜應包含三段五級



附圖 2

以三段五級、特殊族群、健康資源為基礎之三軸線架構

