

調查報告

壹、調查緣起：本案係由本院財政及經濟委員會決議派查。

貳、調查對象：行政院衛生署。

參、案由：

一、行政院衛生署第三期醫療網計畫，執行措施及目標釐訂有欠縝密，造成資源浪費，財務效能不彰，涉有違失等情乙案。

二、行政院衛生署第一、二、三期醫療網計畫，未能配合其他醫療政策之實施，適時修訂執行措施，整體效益欠佳，涉有違失等情乙案。

肆、調查依據：

一、本院九十二年十月二十七日（九二）院台調壹字第〇九二〇八〇〇八五五號函。

二、本院九十二年十月二十七日（九二）院台調壹字第〇九二〇八〇〇八五七號函。

伍、調查重點：

一、審計部就衛生署執行第一、二、三期醫療網計畫之審核意見。

二、行政院衛生署就審計部上開審核意見之聲復理由或辦理情形。

三、本案涉及之相關醫療法令。

四、本院調查發現行政院衛生署執行第一、二、三期醫療網計畫之問題。

五、行政院衛生署函復本院詢問有關醫療網第一、二、三期計畫之執行情形。

六、專家學者之諮詢意見。

陸、調查事實：

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

本院財政及經濟委員會於審核審計部上開查核「衛生署執行醫療網第一、二、三期績效報告」時發現「衛生署第三期醫療網計畫，執行措施及目標釐訂有欠縝密，造成資源浪費，財務效能不彰」、「衛生署第一、二、三期醫療網計畫，未能配合其他醫療政策之實施，適時修訂執行措施，整體效益欠佳」均涉有違失等情，爰決議派查；案經向衛生署、審計部調閱相關卷證資料，約詢該署相關主管人員到院說明，並諮詢醫療及公共衛生專家學者以釐清案情，茲將調查事實臚列如次：

一、審計部就衛生署執行第一、二、三期醫療網計畫之審核意見：

（一）醫療網計畫之提出、核定與實際執行進度未能適切配合：

1、醫療網計畫共分三期：

(1)第一期：自七十四年七月至七十九年六月。(執行率：九〇·六八%)

(2)第二期：自八十年一月至八十五年十二月。(執行率：九二·三一%)

(3)第三期：自八十六年一月至八十九年十二月。(執行率：七三·八八%)

(4)前揭三期醫療網計畫計編列預算八一·九億餘元，實際執行數為六八·八億餘元。

2、本案第一、二期計畫奉行政院核定之時間，則分別延宕至七十五年四月二十六日、八十二年九月十五日(按：第三期計畫奉行政院核定之時間為八十五年十二月)，且未依行政院函示修正計畫內容，顯見相關計畫作業欠周延，難以發揮計畫導引預算及執行之功能。

3、證諸審計部歷年(七十六至八十二，八十四、八十七、八十九)就地查核屢發現各醫療區域年度輔導計畫等各項醫療網補助經費，該署多於年度過半始予核定，未考核下級政府實際執行進度，即逕予核給後續補助經費，且多於年度將屆始大量撥付補助款，不僅影響年度計畫執行進度，並肇致大量經費滯存下級政府，亦徒增渠等須辦理追加預算或申請經費保留繁雜手續等執行困擾，多年來屢經通知，惟仍未能有效改善，相關行政作業實值檢討。

4、每鄉鎮每三千人醫師數(計畫一名，實際如台北縣計有九個無醫鄉)。

5、審計部查核醫療網第一、二、三期計畫目標醫師數及病床數之達成情形：

| 期別 | 計畫項目 | 目標數 | 達成數 | 差異數 |
|----|------|-----|-----|-----|
|----|------|-----|-----|-----|

| 期別 | 計畫項目 | 目標數 | 達成數 | 差異數 |
|-----|---|--|---|--|
| 第一期 | 自民國七十四年七月至七十九年六月： 擴充精神醫療設施，增加精神科病床。 | 3,000 床 | 1,211 床 | -1789 |
| 第二期 | 自民國八十年一月至八十五年十二月： (一)醫師：每一醫師服務人口數。 每一萬人口醫師數。 (二)急性病床：每萬人口病床數。 一般病床：每萬人口病床數。 (三)精神病床：每萬人口床數。 (四)慢性病床：每萬人口床數。 (五)基層開業醫師占執業醫師總數之比率。 | 860 人 11.6 人 37 床 32 床 9 床 3.5 床 40% | 868 人 11.52 人 33.67 床 30.61 床 6.18 床 2.18 床 41% | 8 -0.08 -3.33 -1.39 -2.82 -1.32 1% |
| 第三期 | 自民國八十六年一月至八十九年十二月： (一)醫師：每一萬人口醫師數。 (二)急性病床：每萬人口病床數。 (三)精神病床：每萬人口床數。 (四)護理之家：每萬人口床數。 每萬老人人口床數。 (五)基層開業醫師占執業醫師總數之比率。 | 13.3 人 40 床 10 床 3.0 床 35.2 床 40% | 13.28 人 33.28 床 6.63 床 3.49 床 40.49 床 37.13% | -0.02 -6.78 -3.37 0.49 5.29 -2.87% |

(二) 醫療網計畫所定醫療資源目標，部分定義不清且未能如期有效達成：

各期醫療網計畫計提出增設群體醫療執業中心及基層保健服務中心、改善或增設公立醫院房舍、擴充精神醫療設施暨醫師、急性病床、精神病床、慢性病床等數量化之醫療資源目標，惟十五年執行結果，各期均有部分尚未完成處，如平均每萬人口醫師數（計畫13.3名，實際13.28名）、每萬人口急性病床數（計畫40床，實際33.28床）、每萬人口精神病床（計畫10床，實際9.93床）等，顯示整體醫療資源雖較計畫執行前豐沛，惟部分仍未達目標數，且分配不均現象及偏遠地區醫療資源缺乏情形，仍待研謀改善。又所定醫療資源目標，如醫師數、基層開業醫師、一般病床數、慢性病床數等，因未明確定義其內涵（如醫師數究係單指西醫數，或含中醫師、牙醫師），不僅造成事後評估考核之困難，甚且易因認知不同，不利於計畫執行結果之考核獎懲及後續計畫之回饋修正，相關計畫之擬定及修正作業，亟待檢討研謀改善。

(三) 部分計畫執行措施及目標之釐定，與計畫提出之背景暨目的缺乏適當關聯性：

1、按醫療網三期計畫書內載之計畫提出背景及目的，主要係為解決醫療資源分配不均及浪費之問題，惟同時提出之計畫目標及執行措施，卻以鼓勵增設公、私立醫療單位及擴充病床數暨提昇醫師數量為主軸，對醫療資源之充實雖有助益，惟對資源分配不均及重複投資所產生之浪費等問題之解決，尚乏適當關聯性，且所訂醫療資源目標，除精神病床數係依據流行病學調查結果提出者外，其餘每萬人口醫師數及病床數，據該署委託國立陽明大學公共衛生研究所所作「評估台灣醫療

網計劃實施後醫療資源變化趨勢」報告顯示並無實證研究基礎。

2、其中大量增設醫院病床數部分，實際執行結果，據該署衛生統計資料顯示，截至民國八十九年底台灣地區已完工並獲許可或實際開放之各類公、私立醫療院所病床，整體占床率僅六二·三八%，另如署立醫院已完工尚未開放之床位數即達三、七〇九床，顯已肇致大量醫療資源閒置浪費，相關計畫之研擬作業，顯欠縝密。

(四)部分醫療資源未能發揮效果，造成嚴重資源浪費且財務效能不彰：

1、各期醫療網計畫訂有各類醫師數及病床數等醫療資源目標，十五年執行成果，每萬人口醫師數雖已達成目標，病床數亦有大幅成長，惟據該署委託國家衛生研究院所作「我國醫事人力規劃政策建言書」內引據該署專科醫師統計資料顯示，全國執業醫師中，粗估約有三八%的現行執業醫師（包含住院醫師）未具任何專科醫師資格，而各執業科別仍有許多醫師並未具備相對之專科醫師資格，顯示我國醫師人力總量雖已大幅成長，惟實際人力素質仍待提昇。本項醫療資源目標，係根據全國人口總數而釐定，顯難因應人口組成之改變、新的文明病、醫療科技的發展、分科化的醫學教育以及健保實施後醫療生態的改變。

2、三期醫療網計畫中，整體耗費資源最龐鉅者，為增設或改善公立醫療院所房舍，據該署署立醫院及各縣市衛生局填報資料顯示，署立醫院之重、擴、興、遷建暨基層衛生局所室重擴建計畫執行結果，已有相當數量房舍使用率偏低或供他單位使用情形，財務效能顯屬欠彰。

- (1) 經審計部設計調查表函請該部所屬各審計處室轉各縣市衛生局填報其使用情形，回收問卷結果（五個縣市填無），興整擴建之衛生局、所、室房舍計二六九案，耗資三十四億餘元。其中有供其他單位使用或使用率偏低者，計有五十三案（耗資約五．一億餘元，占十五％）。
- (2) 醫療網計畫期間，衛生署及所屬中部辦公室為達成預定目標之病床數，編列預算補助各省、市立醫院、榮民醫院新、整、擴建房舍（署立醫院部分約一五七億餘元）。據各署立醫院填報結果，房舍部分原預計完成一六、一二五床，實際完成一四、二八六床（完成率八八．六％）。署立醫院屬於公立醫療機構之一部分，醫療網第一、二、三期計畫興（整）建省立醫院硬體設施，規劃設置六、二〇〇床，因占床率不高，醫師匱乏（部分專科仰賴其他醫院支援醫師），故已完工尚未開放之床位數即達三、七〇九床。
- (3) 列為群醫中心之衛生所，不論是否需要，台灣省衛生處即補助醫療設備一批，但民眾對於群醫型衛生所的利用率僅約二〇至三〇％，因此，現階段繼續經營群醫中心之必要性亟待檢討。又衛生署補助台中縣大甲鎮衛生所之耳鼻喉科治療台、石岡鄉衛生所牙科治療椅、烏日鄉衛生所血球計數器於八十八年均閒置未用。

3、醫療網計畫期間，衛生署及所屬中部辦公室編列預算補助各署立醫院部分約二十五億元採購各項儀器設備。經審計部調查四〇家署立醫院（含計畫興建實際未辦

理部分)運用醫療網經費採購一百萬元以上貴重儀器設備之使用情形，發現有二
○家醫院三十九項設備(總值約二億元)使用率偏低。

4、核有該署耗資新、整、擴建之房舍，因醫護人力無法配合或病患數未如預期有大量閒置未開放使用情形。又整體計畫執行進度嚴重落後，部分計畫延宕至三期醫療網已屆期卻仍未辦理發包作業(台北醫院城區分院等五家醫院或分院)。且經營型態及方式未定，另採購之儀器及設備閒置或使用率偏低情形非屬少數特例。

(五)機關內部與其他相關機關間溝通協調欠佳，且檔案管理不善，整體計畫進度管制作業及內部管理控制待加強：

1、本醫療網各期計畫之管考層級：

(1)七十五年至八十五年度為行政院列管。

(2)八十六年度為自行列管計畫，該署管制考核單位為企劃處。

(3)八十七年度以後為非列管計畫。

2、由三期計畫書內載之管制、考核及評估方式，除籌建醫療網計畫(第一期)並未敘明整體計畫進度之管制方式外，其餘二期計畫，實質係由該署負責整體計畫之執行進度及經費運用情形之管制及考核。

3、衛生署因聘用人員異動頻繁且內部溝通協調欠佳，有關整體計畫執行進度之管制與考核作業，內部單位互相推諉，無法提出整體計畫進度管制考核資料，致該署及所屬與地方衛生單位間提供資料數據常常有所矛盾。

4、該署內部各單位管制考核尺度不一，地方政府無法明晰醫療網計畫全貌。又該署與其他機關溝通協調欠佳，部分分支計畫執行情形未能切實管考等情形，造成整體計畫進度管制作業形同虛設。

5、本項計畫之管考層級，先後由行政院列管計畫、自行列管計畫逐步降低為非列管計畫，且執行及管考單位，涵蓋三級政府衛生、醫藥、消防、環保業務及相關行政支援單位，又計畫時程綿長，且人員異動頻繁並缺乏妥適溝通協調機制，若干資料之取得及提供，不僅曠日費時，甚或表示難以取得，且已提供資料亦有與現況不符或各單位間及同單位填報時間不同，造成勾稽困難。

(六)制定醫療網計畫之各項執行措施有欠周延，影響計畫效益：

1、醫療網計畫為整體醫療體系及資源之綜合發展計畫，計畫內容涵蓋醫事人力、醫療品質保證、醫療資源之充實、公共衛生及預防保健等多重層面之執行措施。實際執行時，該署並未切實考量計畫外之其他重要配合措施—如全民健保實施之影響，致本項計畫雖有建立分級醫療、實施轉診制度、均衡醫療資源、提昇醫療品質等諸多制度規劃，卻因全民健保之給付制度，採以量計酬，且分級部分負擔措施差距過小，於各級醫療院所競相逐利、民眾觀念及就醫習慣不易調整下，肇致整體醫療生態大受影響，不僅分級醫療、轉診制度未能落實，各大型醫院未能依其功能定位專注於困難疾病之醫療及臨床教學研究，反競相擴大門診、住院營業規模，小型醫院難以生存（據該署衛生統計全民健保實施後，台灣地區中西醫醫

院家數均減少至少一成，同時間西醫病床數卻增加一成餘），醫師平均看診時間未達三分鐘形成常態，醫療網計畫所提整合各系統公私立醫院以避免醫療資源重複浪費，提昇醫療品質，形同空談。

2、又審計部及所屬審計處、室查核發現署立醫院及地方衛生所室若干資源重複投資或閒置浪費，皆肇因於專業人力及需求評估未盡確實，整體計畫作業殊值加強。

(七)計畫執行成果之檢討作業，未盡覈實，部分計畫執行進度嚴重落後，未能忠實呈現：

1、各期醫療網計畫執行結果，該署於新一期之計畫書中均列有執行情形之檢討一章（如第三期計畫執行結果，於新世紀醫療網計畫中列有執行情形之檢討），另該署並於八十八年度委託國立陽明大學公共衛生研究所辦理「評估台灣醫療網計畫實施後醫療資源變化趨勢」計畫。

2、查該署之各項檢討作業，並未逐期依所訂醫療資源目標及各項重要執行措施之落實情形暨其成效切實檢討，致若干醫療資源目標未能如期達成，該署卻僅針對精神病病床未達目標部分及醫師數暨病床數成長情形作檢討，又本項計畫據該署對預算編列及實際執行率檢討結果，二期醫療網整體執行數分別為90.68%、92.21%、73.88%，惟查部分補助地方政府經費未完成（如補助署立醫院興建或改善房舍計畫，多項計畫未辦理或未完成），卻因以撥款數作正列支未切實辦理經費保留，致整體預算執行比例有高估情形。

3、另委託研究報告雖有針對醫療資源目標達成情形作全面性檢討，惟卻僅依民國八

十七年底之資料作檢討，且未依第三期醫療網計畫書內載之計畫管制考核及評估方式，委託專家學者對整體計畫之執行作績效評估，並據以對下一個十年之醫療資源指標進行推估，相關計畫成果檢討作業顯欠覈實，不利於未來之策進及改善。

(八) 醫療統計資訊之蒐集建置，未與相關政策之推動密切配合：

- 1、提供充分適足且符合需求之統計資訊，係汲取過去經驗、強化決策品質與檢視施政成果及責任之基石。
- 2、查該署雖年編有衛生統計等各類統計資料，惟與相關政策之推動並未能密切配合，就醫療網計畫之推展而言，包含醫療資源之充實、醫療品質保證制度之實施、公共衛生及預防保健等計畫之規劃推動，該署所編衛生統計並未提供適足攸關之實證統計資訊，如建立醫療品質保證制度計畫，列有院內醫療品質保證及院內感染控制二項子計畫，惟攸關二項計畫執行結果及醫院醫療品質之各醫院院內感染率、重大疾病之再住院率、癌症之五年存活率等統計資訊，至三期醫療網計畫結束並未蒐集建置，致本項計畫之各項執行決策依據難明，亦不利於施政成果及責任之檢討。

(九) 署立醫院定位待檢討，考核方式亦值斟酌，以維護政府投資效益：

- 1、就財務面而言，各署立醫院之投資效益，實屬欠佳且前景堪慮，而該署對署立醫院經營績效之考核，亦以其營運收支為憑，肇致各醫院莫不競相投入於收入之提昇，而若干營運狀況欠佳之醫院亦承受龐大之民營化壓力，惟查署立醫院存在之

價值為何？其功能及定位，究係基於均衡醫療資源考量？配合相關政府醫療保健政策之執行以補私立醫院之不足？抑或純屬政府基於財務考量而投資之單位？允應切實檢討。

2、現行署立醫院經營績效之考評制度，勢已影響署立醫院於公共衛生及其他配合政策執行之功能及效益，且因各醫院主要收入來源為全民健保之給付收入，故各醫院努力追求業績之結果，亦為健保支出增加之源，收支消長間並已肇致若干醫療及行政資源之浪費，亟待該署就署立醫院之設置、數量及功能定位，妥為深思籌謀，並研究將其所負政策任務之達成情形等研究建立多面向之績效考評制度，以維護政府過去投資之效益，並避免未來不經濟之投資支出。

(十) 相關提昇醫療品質制度，仍未臻周全，全民接受醫療照護品質，未與國家發展現況及國民經濟能力相稱：

1、各期醫療網計畫之提出，係為提昇國人接受醫療照護之量與質，第一期之籌建醫療網計畫著重量（包含醫師、病床、醫療儀器）之提昇外，就質之方面已初步有分級醫療、建立區域及特殊醫療網、建立轉診制度、辦理醫院評鑑、建立專科醫師制度等規劃，至第二期計畫更進而提出「建立醫療品質管制制度」，分辦理醫院評鑑及教學醫院評鑑、醫療技術及儀器審查評估、供輸血醫療品質保證、院內醫療品質保證、院內感染控制等5項，建立我國醫療品質管制制度，並延續至第三期醫療網計畫繼續推動。

2、經查核結果，核有醫院評鑑項目及時間暨結果處理方式欠周、效益不足；醫療技術及儀器審查評估側重於避免已採購設備浪費、閒置或提昇設備品質；院內醫療品質保證未考量財務誘因難具實效；院內感染控制尚未建立有效監督管理機制；醫療資源目標未與國家發展現況及國民經濟能力相稱等缺失。

(十一)組織人力方面：人力資源規劃未能有效落實，檔案資料及經驗傳承不易：

- 1、按本項計畫自第二期醫療網計畫起，即於計畫書內建立區域醫療體系分支計畫訂有衛生署為推動及執行本計畫各分支計畫，暨輔導各相關機關及各區域落實本計畫之執行，應指定專責人員負責各項工作，並得增置必要員額從事有關工作，另退輔會、省市政府、縣市政府衛生處、局亦應指定專責人員並增置必要員額等。
- 2、然而本項計畫執行近十年後，該署雖有專責單位醫政處辦理區域醫療網之推動工作，惟地方政府卻因經費無著專職人員缺乏，乃長期由該署負擔臨時人員經費辦理本項計畫，致因人員流動頻繁，經驗傳承不易及檔案資料交代不清、難以銜接，審計部調查地方政府之醫療資源數據，部分未能提供，或提供資料與該署所編衛生統計有所出入。

(十二)衛生所救護車使用管理之缺失：

- 1、緊急醫療救護資訊設備之使用維護，未能達成無線電救護網建置之主要目的。
- 2、救護車未達緊急醫療救護法所規定之標準。
- 3、部分救護車僅用於巡迴醫療服務，或配合地方型活動救護站、或當公務車使用，

與原用途目的不合。

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

二、衛生署就審計部上開審核意見之聲復理由或辦理情形：

(一)醫療網計畫之提出、核定與實際執行進度未能適切配合：

1、醫療網第二期計畫原奉行政院七十九年三月十四日台七十九衛〇四七五〇號函核定，實施期間為自七十九年七月至八十四年六月底止，計五年；復配合國家建設六年計畫之實施，爰修訂計畫，並於八十二年六月二十日經行政院台八十二衛一八九五九號函核定，原計畫期程則修訂為自八十年一月一日至八十五年十二月底止。

2、有關『補助經費多於年度過半始予核定，且屆年度終了始大量撥付補助款，不僅影響計畫執行進度，亦致大量經費滯存下級政府』乙節，本醫療網計畫歷年補助經費之部分款項撥付時間較慢，係受下列諸多因素影響：

(1)配合預算審查之程序：

△1△本計畫編列年度預算需送請立法院審查，為尊重立法院及預算法規定，該署需俟年度法定預算公布後方據以辦理撥款事宜。

△2△目前地方補助款尚必須待行政院核定之「行政院衛生署對地方政府補助處理原則」及地方配合將其納入年度預算，方可進行經費之撥付。

(2) 規劃及審核計畫之程序：

- ∧ 1 ∨ 擬定或檢討各計畫之年度作業要點或補助原則。
- ∧ 2 ∨ 各級地方政府或衛生機關研提計畫並送該署。
- ∧ 3 ∨ 開會審查或送請專家審查相關計畫。
- ∧ 4 ∨ 目前尚須有分期撥款程序。

(3) 資本門經費支用程序繁複，以衛生所室重擴建為例，計畫本身涉及衛生所重擴建及空間規劃之流程，包括五個步驟：

- ∧ 1 ∨ 衛生局評估實際需要及完成土地取得。
- ∧ 2 ∨ 該署會同專家實地勘查及核定補助。
- ∧ 3 ∨ 衛生局公開徵求建築設計草圖。
- ∧ 4 ∨ 該署召開會議審查建築設計圖及修改後複審。
- ∧ 5 ∨ 衛生局辦理細部規劃及發包。

(4) 綜上諸多因素致使於計畫執行過程中，部分計畫之核定，或稍許有所延遲，惟計畫之推動與執行，卻仍積極持續進行。

3、該署改進措施：提前召開各項會議研商年度作業要點，請各受補助單位研提計畫書送署審查，進行計畫審查流程，待法定預算公布，即可進行撥款程序。

4、有關『籌建醫療網計畫內擴建新竹醫院及新竹縣境內新建一所地區醫院未依行政院指示，須依主計處意見另案再加研究』乙節：

查七十七年一月十日台灣省政府第八三〇次首長會談討論「擬選定竹東鎮做為在新竹縣境籌建省立醫院院址」，為縮短城鄉差距，達到每一縣市均有一所地區醫院級以上之醫院，遂新建竹東醫院以照顧地方民眾醫療身心健康。

(二)醫療網計畫所定醫療資源目標，部分定義不清且未能如期有效達成：

1、有關『平均每萬人口醫師數計畫目標一三·三員，實際一三·二八員，鄉鎮每三千人醫師數計畫目標一員，實際如台北縣計有九個鄉無醫師。又所定醫療資源目標，因未明確定義其內涵，造成事後評估考核困難』乙節：

(1)醫療網第一期至第三期計畫中，每萬人口醫師數計畫目標之訂定，皆以西醫師數為標準，第四期醫療網計畫中，為免造成定義上之模糊，更明確敘明為「每萬人口西醫師數」，故其目標之定義，自醫療網第一期計畫至第四期計畫，皆屬一致。

(2)醫師人力在十五年醫療網計畫推動以來，都會區醫師之成長已穩定，各地區醫師人力則大幅成長，城鄉之間差距並已逐漸縮短。醫師人口比例最高（台北醫療區：一六·一七）與最低區域（雲林醫療區：七·〇八）差距比，由七十三年底之二·九一倍縮減為二·二九倍。

(3)由於醫療資源（醫事人力）目標值之規劃，須考量社經環境及政策變化等因素，故醫療網計畫規劃之原則，自第一期以增加醫事人力量的成長，逐期再配合檢討、調整，並於人力達醫療網計畫預估目標後，除兼顧人力發展外，並朝向品

質提升方向改進，故各期醫療網目標值之設定，實已考量醫療環境變化之趨勢。

2、有關『每萬人口急性病床數計畫目標四十床，實際三十三·二八床，顯示醫療資源未達目標數』乙節：查依該署衛生統計資料，截至八十九年底人口數：二二、二七六、六七二人，並以醫療網第三期計畫中所稱「急性病床」之意涵，為急性一般病床加上特殊病床計算（即八十九年底急性一般病床數六九、一二四床加上特殊病床二四、四二三床合計九三、五四七床除以二二、二七六、六七二人），得出每萬人口急性病床已達四一·九九床，亦即該指標應已達到醫療網第三期之計畫目標值。

3、有關『每萬人口精神病床計畫目標十床，實際僅六·六三床』乙節：

（1）精神醫療方式應包括門診、急診、全日住院、日間或夜間住院、社區復健及居家治療，其目標即在建立精神醫療、精神復健與心理衛生保健三者並重之整體性、連續性之精神醫療服務網絡。

（2）是以，所提每萬人口精神病床計畫目標為十床，實際僅六·六三床部分，並未將養護床四、一三六床納入統計資料中，致數值偏低。養護床功能主要收治無家屬、無謀生能力、病患子女未成年及父母年逾六〇歲以上，重度身心障礙之慢性精神病患。目前在醫療資源規劃目標，仍屬慢性精神病床部分。

（3）醫療網前三期計畫對擴充精神醫療設施部分：自七十五年度起，即已開始推動精神疾病防治工作計畫，每年編列預算充實。前述各項服務措施，並設置有醫

療發展基金，鼓勵民間於醫療資源缺乏地區開設精神科醫院，提高民眾就醫之可近性。

(4) 目前現有精神醫療機構二一五家，全日住院病床一八、五六六床，另尚有將近一萬床正在許可興建中，俟其全面登記開放，未來將可達到醫療網規劃之目標。

(5) 尚興建中之醫院，因辦理土地變更或環境影響評估時間冗長，導致興建進度延緩，目前刻正全面清查各醫院興建進度，以達成醫療網規劃目標。

(三) 醫療網計畫之部分執行措施及其目標之釐定，與該計畫提出之背景暨目的間缺乏適當關聯性：

1、有關『興設醫院，致分配不均及重複投資之虞』乙節：

(1) 該署依據醫療法第六十三條規定，為促進醫療資源均衡，實施醫療網計畫，籌組設立醫事審議委員會，並依照醫療區域劃分方式，加強醫院新、擴建案之審議。

(2) 另該署業於九十年五月三日、九十一年四月三日，分別公告「衛生署受理醫院設立或擴充案件審查原則一覽表」、「衛生署受理醫院精神科病床設立或擴充案件審查原則」，加強對醫療設施過賡區域限制醫院之設立或擴充。

(3) 此外，對醫療資源缺乏地區，該署亦持續以醫療發展基金獎勵醫院興設，爰此，上述措施均係為促進醫療設施均衡之積極作為。

2、有關『所訂急性一般病床之醫療資源規劃目標無實證研究基礎』乙節：

(1) 查該署前曾於七十八及七十九年度，委託藍忠孚教授辦理「籌建台灣地區醫療網實施績效之評估研究」，其中即含括其他先進國家之區域醫療發展經驗及所需病床規模計畫目標，可供參酌訂定本國病床資源目標。

(2) 又醫療網釐定之病床計畫目標，除由該署初擬後，亦業經提報「台灣地區醫療網推動委員會」暨「醫事審議委員會」聯席會議審決後定案實施，故病床資源目標之擬定過程，尚屬慎重。

3、有關『署立醫院已完工尚未開放之病床顯已肇致大量醫療資源閒置浪費』乙節：

(1) 原省立醫院之房舍老舊，經由醫療網三期計畫之重新規劃，使醫院病房設施符合現代化及人性化，民眾就醫流程更順暢。

(2) 醫院改擴建期間業務深受影響，造成病人流失，又省立醫院醫師獎勵金之發給，較私人醫院無彈性，導致醫師隨之流失。醫院改擴建完成後需有一段緩衝期，醫師逐漸回流始能將業務逐漸提升。

(3) 因應精省原省立醫院改隸該署後，在該署中部辦公室積極導入民營化、企業化經營之理念及研議法規鬆綁，讓該署所屬醫院營運績效大幅提升醫師亦逐漸回流，各項設施亦積極研議各種方式以提高使用率。

(四) 部分醫療資源未能發揮效果，造成嚴重資源浪費且財務效能不彰：

1、有關『每萬人口醫師數係根據全國人口總數釐定，顯難因應人口組成之改變、新的文明病、醫療科技的發展、分科化的醫學教育以及健保實施後醫療生態的改變』

乙節：該署為因應醫療生態、人口結構、疾病變化之趨勢及均衡各專科別醫師人力發展，將積極實施「專科醫師容額管制計畫」，並邀請專家學者研訂未來須加強培育之專科醫師人力。

2、有關『署立醫院之重建、擴建、興建及遷建及基層衛生局所室重擴建計劃之執行結果已有相當數量房舍使用率偏低或供他單位使用情形』乙節：

(1)查該署所屬醫院房舍並未提供其他單位使用之情形。

(2)對於占床率較低之所屬醫院，考量當地長期照護之需求，輔導其設置相關長期照護病床，截至九十一年五月止，成果如下：

〈1〉護理之家：計二十家，提供一五五一床服務，另立案申請中有一七一床。

〈2〉日間照護中心：計七家，提供二二五床服務。

〈3〉呼吸照護病房：計十三家，提供三七九床服務。

〈4〉安寧照護：計四家，提供六四床之服務。

〈5〉居家護理：計二十二家醫院提供此服務。

(3)另宜蘭醫院於九十年十一月一日起委託台北榮民總醫院經營，其服務水平與台北榮總相同，深受宜蘭地區民眾信賴，目前營運績效約為委託前五倍。

(4)關於花蓮縣、雲林縣、苗栗縣及高雄縣衛生所之部分面積與他人共用，係地方政府基於行政區域集中之考量，且上述縣市政府亦提供衛生局之重建補助經費。衛生室部分自八十五年起，該署已經不再補助其重擴建及空間規劃經費。

(五)機關內部與其他相關機關間溝通協調欠佳，且檔案管理不善，整體計畫進度管制作業及內部管理控制待加強：

1、該署企劃處依規定提報先期作業計畫送行政院經濟建設委員會及研究發展考核委員會，有關管制考核作業，亦由該署企劃處負責彙整相關單位資料函報行政院研考會，並配合辦理實地查證。

2、有關醫療網計畫歷年之考評結果，曾獲行政院核定為優等，並多次評定為甲等。

3、有關與其他機關溝通協調部分：區域輔導模式由早期指定醫學中心輔導，以提升區域醫療水準，逐漸轉為由區域內區域醫院主導，甚至轉由衛生局負責辦理，期由各區域考量實際需求，利用地方上的資源，解決地方的醫療保健問題。至八十九年度，十七個醫療區域已均由地方衛生局負責輔導，以期更有效落實區域規劃功能，推動醫療網計畫。另並於每一區域設置區域輔導委員會，依循區域醫療網協調委員會設置要點運作，成員為區域內縣市衛生局首長、各級醫療機構代表、醫師公會代表、地方人士、民意代表等；定期召開協調會議，其任務為區域內醫療資源規劃、各級醫療機構交流合作、醫事人員繼續教育、醫療品質提升、特殊醫療問題協調，以及配合該署推動相關醫療衛生政策等。

(六)制定各項計畫執行措施有欠周延，影響計畫效益：

1、有關『未能落實分級醫療、轉診制度』乙節，究其原因如下：

(1)醫療法雖對轉診有明文之規定，但僅能規範醫院，無法有效限制民眾就醫行為。

又即使能依法要求醫院，卻因轉診之適當性等行為難以認定等問題，以致不易強制執行。

(2) 基層醫療單位的醫療服務品質，在該署積極強化設施與人才培育之努力下，雖已獲得相當改善；惟開業醫師通常會擔心病人一旦轉出後，立即影響醫療業務收入，因此不願將病人轉出，又接受轉診之醫師有時甚至抱怨原轉診醫師處理不當，影響民眾對原診治醫療單位之信心，亦破壞醫療院所間之和諧關係，及降低原轉診醫療單位之配合意願。

(3) 民眾求醫行為不易改變，對基層醫療單位的診療能力仍未具信心，迷信名醫，小病看大醫院之情形亦所在多見。因此，對於越級就診加重部分負擔之制度，大部分民眾仍無法接受。

(4) 為此，該署於醫療網第四期計畫內，業已規劃整合運用健保相關資源，除持續提升基層醫療服務品質，增進民眾基層就醫之信心及加強民眾教育宣導外，並企圖藉由健保支付制度之改革，導正民眾正確之就醫模式，進而落實分級醫療、轉診制度。

2、有關『醫療發展基金獎勵醫療資源缺乏區域設置民間基層醫療單位之效果未如預期』乙節：

(1) 醫療發展基金自八十一年度起至八十九年度止，共計核定獎勵醫院二〇一家、診所一〇五家，其中一三四家撤銷獎勵之原因，多數因其建院地點非屬醫療用

地，須辦理土地用途變更後，再申請建照執照、辦理開工事宜，惟土地用途變更所需時間較長，如無法於期限內完成，為免影響占有資源配額而無實際投資興建，影響當地醫療資源之充實，除經該署同意展延外，則撤銷獎勵。查一三四家撤銷獎勵者，因無法於期限內申請貸款補助或放棄興建者，共計一一〇家，其他已補助貸款利息者，係因辦理歇業、變更負責醫師或未依原核定用途使用等，撤銷獎勵。

(2) 醫療發展基金之獎勵，係每年度清查各醫療（次）區域之醫療資源情形，並公告獎勵之醫療資源缺乏區域，故可即時依各區域醫療資源變化狀況，予以獎勵。

(3) 藉由醫療發展基金之獎勵措施，至八十九年度止，全國醫療資源缺乏地區，在一般病床方面，已由獎勵前之三十七個醫療次區域，縮減至〇個；在精神科病床方面，由獎勵前之十七個區域，縮減至九個（不含金馬地區）；護理之家病床方面，由獎勵前之十七個區域，縮減至五個（不含金馬地區），雖部分醫療機構因變更土地、資金籌措等因素，無法達成於醫療資源缺乏區提供醫療服務之目的，惟仍有多數之醫療機構藉由醫療發展基金之獎勵開業服務，並使醫療資源缺乏區數目下降。

(4) 未來，該署將委由專家學者進行醫療發展基金績效評估研究，以了解其執行之成效，及對當地醫療服務提供之影響，並檢討未來修正方向。

3、有關⁵地方衛生所室若干資源投資或閒置浪費肇因於專業人力或需求評估未盡確

實(部分衛生所室擴建頻繁且標準不一)」乙節：

- (1) 部分衛生所室於保健醫療業務擴增，原有之建築物不敷使用卻又未達到報廢年限，無法重建之情況下，只得採擴建或空間規劃之策略，以達該階段性之需求，俟原建築物達報廢年限且該衛生所確實有其需要，才予以補助重建。
- (2) 為防患上述情形，該署所定「行政院衛生署加速辦理縣市衛生局所重擴建及空間規劃計畫補助原則」明示：已獲該署補助之衛生所空間規劃案自第一次撥款之年度起十年內，該署不再補助重建計畫。

(七) 計畫執行成果之檢討作業，未盡覈實，部分計畫執行進度嚴重落後，未能忠實呈現：

1、有關「各期醫療網計畫執行結果之各項檢討作業並未逐期檢討」乙節：

- (1) 本計畫每年度由各衛生局輪流辦理醫療網年終檢討會，會中除由衛生局代表發表區域輔導辦理成果外，並邀請公衛、醫管學者專家發表計畫研究成果，提供政策規劃參考，該署相關主管亦與各衛生局代表進行面對面溝通。
- (2) 為期對於前三期醫療網執行情形進行檢討與評核，該署業於九十年年度即委託國立陽明大學衛生福利研究所辦理「醫療網過去十五年計畫執行成效評估與展望」之研究計畫，盼藉由該研究計畫，鑑往知來，可提供該署未來規劃及實施醫療網計畫之政策參考。

2、有關「補助署立醫院興建或改善房舍計畫未辦理完成」乙節：

- (1) 自醫療網計畫實施以來，該署中部辦公室(原省政府衛生處)即積極推動、參

與有關協調、規劃、調查、執行及評估工作，已充分發揮該署所屬各醫療院所之功能，提供國民就近方便之健康服務，均勻分布醫療資源，提昇醫療保健服務品質，節約醫療資源利用，提供完整而持續性之服務。

(2) 為建立結構完整、均勻分布之醫療保健服務網，利用醫療資源，提昇醫療保健服務品質，確保民眾健康予提高生活品質，乃於第一期醫療網計畫興建台北醫院急診門診及手術大樓、雲林醫院急診大樓、嘉義醫院病理檢驗及醫護宿舍大樓、屏東醫院醫療大樓、花蓮醫院急診大樓、澎湖醫院病房大樓、中興醫院病房大樓、豐原醫院復健大樓、基隆醫院病房大樓及籌建竹東醫院。第二期計畫中並輔導加強公立醫院管理及提昇營運績效，充實公立醫院醫療設施及院舍，藉以提昇醫療服務品質，計有署立桃園、新竹、苗栗、雲林、台中醫院完工，另並積極規劃設計、招標。惟因用地取得（彰化、嘉義、雲林）困難，且招標項次及次數較多，各院在第二期期間內無完工工程，故而彰化醫院遷建、嘉義醫院遷建、雲林醫院擴建工程，延長列入醫療網第三期計畫。

(3) 目前每一縣市均設有公立醫院一所，形成台灣地區醫療網架構中最重要部分，有助於促進醫療資源之均衡；另為促使院際間資源共享、促進病患就醫可近性，更積極設法改善資訊設備環境，大幅提高醫療服務品質。

(八) 醫療統計資訊之蒐集建置，未與相關政策之推動密切配合：

1、有關醫療網計畫應蒐集建置院內感染率、重大疾病再住院率等資料之建議，查該

署業已委託中華民國醫務管理學會執行「台灣醫療品質指標系統之建立」計畫。

- 2、補助財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會進行「台灣醫療品質指標計畫資料分析及研究計畫」，上開醫療品質指標包括：院內感染率、再住院率等統計資訊，且為考量醫療院所層級、性質之不同，影響其病患疾病組合之差異，透過本土化醫療品質指標之建置及分析，可提供國內醫療院所具參考價值之臨床實證統計資訊，以作為品質改善之依據。

(九)署立醫院定位待檢討，考核方式亦值斟酌，以維護政府投資效益：

- 1、有關『對署立醫院經營績效之考核，以其營運收支為憑』乙節：

- (1)醫療網計畫之考核，係依據省府經建會七十五年八月十九日府經建一四一五三四號函頒訂十四項重要建設計畫「台灣省政府主管部分業務督導及管制考核要點」辦理。

- (2)至八十六年改為「行政院列管及台灣省政府列管計畫管制考核要點」，由五人小組（人事、主計、財政、經建、研考等單位）每年乙次實地考核，屬全面性的考核並未偏重在財務層面的考核。

- 2、有關『署立醫院存在之價值、功能及定位』乙節：

- (1)健保開辦之初，由於當時之省立醫院積極配合實施，讓健保順利推動。

- (2)所屬醫院（原省立醫院）早期是地方民眾獲得醫療服務的重要來源，惟近年來，企業化模式經營之私立財團法人醫院陸續成立，兼以全民健康保險之開

辦，形成醫療市場集中於大型醫院，使介於其間之署立醫院，在經營上面臨困難。經檢討評估，所屬醫院在經營上雖面臨困境，惟就總體醫療市場而言，在精神疾病防治、慢性病防治及公共衛生政策推動上，仍是國內重要的照護資源及衛生保健主要推手。

(3) 自精省後，該署中部辦公室對所屬醫院之輔導即引進民間企業經營理念與活力，例如策略聯盟、提高經營成效、提昇服務品質，並逐年降低公務預算補助。然該署醫院約五成位於經營艱困之偏遠地區，提供當地民眾醫療服務，並肩負癩病、精神病及結核病等公共衛生之重任。

(4) 一般醫療服務之外，目前該署所屬醫院尚辦理下列服務：

- ∧1∨衛教門診：自九十年一月一日各醫院開辦衛教門診，反應良好，持續推動中。
- ∧2∨戒菸門診：自九十年九月一日該署醫院陸續開辦戒菸門診。
- ∧3∨開辦體適能門診：該署各院已完成體適能檢測環境建置（以身體組成、柔軟度、肌力與肌耐力、心肺耐力為主要項目），並自九十一年四月一日起逐步對外提供服務及開辦體適能門診。
- ∧4∨戒癮門診：截至九十一年六月份，計有十七家署立醫院開辦戒酒及戒藥物門診。
- ∧5∨社區醫療保健業務：該署醫院自九十一年一月辦理役男體檢、軍校體檢、民眾健康檢查、社區醫療保健講座、醫院院內衛生教育、社區民眾健康篩檢、

巡迴醫療及設立機動性社區健康服務站。

〈6〉建置「台灣 e 院—醫療諮詢服務」網站：為加強為民服務，於八十九年八月十五日建置「台灣 e 院醫療諮詢服務網站」，由該署所屬三十一家醫院二百六十二位主治級以上醫師及十一位營養師組成醫療諮詢服務團隊，提供民眾上網，免費獲得專業醫療諮詢服務。

3、有關就『署立醫院之設置、數量及功能定位，妥為深思籌謀』乙節：

(1) 為改善現行經營績效，該署積極引進民間企業化經營之活力及理念，並考量各醫院績效、條件、地點、功能差異性，規劃所屬醫院多元化經營方案，協助所屬醫院提升服務品質、提高效率及減少對公務預算之依賴，期能達到自給自足之目標。並使醫院業務彈性發展，增加其自主性及提昇病人之滿意度，以組織再造之精神，推動醫療管理業務，並以「品質、效率、親鄉」為各醫院經營管理努力之目標。

(2) 將所屬醫院視為一個醫院體系加以經營，以組織再造與企業化的精神加強輔導、經營管理及監督，朝多元化經營策略規劃，並逐年降低各醫院公務經費之補助，在配合地方需求及保障民眾就醫權益的前提下，引入民間企業化經營之活力及理念，以提升服務品質與績效。

(3) 目前推動所屬醫院多元化經營方式如下：

〈1〉BOT 模式：適用於籌劃中之新擴建之醫院。

〈2〉委託經營：適用於已完工之新擴建醫院。

〈3〉合作經營：醫師羅致困難及現有員工不易資遣之醫院。

〈4〉組織合併：適用於功能、組織及所在地相近之醫院。

〈5〉策略聯盟：該署醫院區域聯盟或與醫學院建教合作（台北、北、中、南四區），中心醫院（總院）制，聯合管理中心。

〈6〉多角化經營：實施市場區隔，提昇人員設備產能，避免資源浪費。

〈7〉開放式經營模式：部分業務外包或開放自行開業醫師參與醫院診療。

〈8〉推動所屬醫院改制財團法人醫院。

（十）相關提升醫療品質制度，仍未臻周全，全民接受醫療照護品質，未與國家發展狀況及國民經濟能力相稱：

1、有關『醫院評鑑項目及時間暨結果處理方式欠周效益不足』乙節：

（1）其中「就醫療院所之評鑑而言，僅辦理醫院及教學醫院，基層醫療單位未納入評鑑」部分：目前醫院評鑑係針對急性一般病床二〇床以上之醫院，有關基層醫療機構之管理，地方衛生主管機關可依醫療法、醫療法施行細則及醫療機構設置標準，予以定期監督及輔導。

（2）其中「評鑑項目仍側重各層級醫院之結構面」部分：該署已著手進行醫院評鑑改革，以病人為焦點作為改革理念，逐漸減少「結構面」，增加「過程面」及「結果面」標準。

(3) 該署自八十九年度，為加強輔導地區醫院改善醫療品質，仍辦理地區醫院複評制度。

(4) 評鑑結果除供保險機構及相關單位參考外，並公布於該署網站供民眾查詢。

2、有關『醫療院所院內醫療品質保證應考量財務誘因』乙節：查該署為有效督促醫療院所推動醫療品質管制制度，業已將醫療品質審查列為醫院評鑑重點之一，又中央健康保險局依據醫院評鑑結果核付醫療費用，透過給付制度之控管，落實醫院評鑑標準所規範之目的。

3、有關『尚未對醫院外之醫事檢驗機構建立相關品管及監督機制』乙節：

(1) 為確保國內醫事檢驗服務品質，八十九年三月三日制定公布醫事檢驗師法，該署並於九十年發布醫事檢驗所設置標準。

(2) 自八十五年起即辦理醫事檢驗機構訪查工作，並公告合格名單，提供健保局參考。

(3) 另該署醫療機構設置標準，亦函括醫事檢驗部分，同時列為評鑑範圍。

(4) 另九十一年度已委託台灣臨床病理醫學會辦理「藥品非臨床試驗優良操作規範及檢驗臨床實驗室作業標準」計畫。

4、有關『所稱每萬人口醫師數與世界各國比較屬中低收入國家水準，未與我國國家發展現況及國民經濟能力相稱』乙節：

(1) 該署訂定之每萬人口醫師數目標，係考量我國之地理環境，醫療生態及民情，

依據我國現實狀況所訂定，台灣地狹人稠，與歐美國家相比，民眾就醫所需之交通時間較歐美國家短，接受醫療照護相當方便，實無須過高之醫師數，已可提供國民完善之醫療照護。

(2)另依據行政院經建會人力規劃處九十年一月對於各國醫事人力供需推估之研究報告，其中一九九八年各國醫事人力服務人口數國際比較表中，我國醫事服務人口數，係與香港、英國及日本等國相近，故其目標數訂定與國家發展及經濟能力相比，應屬合宜。

5、為提升醫療品質，該署業分別於九十年度及九十一年度補助醫策會辦理「台灣醫療品質指標計畫資料分析及研究計畫」及「台灣醫療品質指標計畫資料探討及運用計畫」，其研究發現及相關建議事項，包括：小兒急診病患之系統性護理指導、外科手術預防性抗生素用藥模式、自動出院病人原因探討、中心導管併發血流感染等相關建議事項。該署除業已轉請台灣護理學會、中華民國感染症醫學會、中華民國醫院感染管制學會、中華民國急診醫學會、中華民國重症醫學會、中央健康保險局、該署國民健康局等相關單位參考外，另該指標計畫，目前計已有七十一家醫療機構參加，指標項目分為一般醫療、精神醫療、長期照護等三大類，共計四六〇項指標。又為有效輔導醫療機構提升醫療品質，已由醫策會出版「二〇〇二年台灣醫療品質指標計畫—急性照護指標統計年報」以及「二〇〇二年台灣醫療品質指標計畫—精神及長期照護指標統計年報」，藉以提供品質指標分析結果

及比較資料，以作為醫療機構內部品質改善之參考。

(十一) 組織人力方面，人力資源規劃未能有效落實，經驗傳承不易及檔案資料管理不善：

1、為執行本醫療網計畫，該署奉行政院核定聘用約聘人員，每一年度可約聘人員約計五名。惟由於醫療網各相關子計畫及業務工作繁多，包括區域輔導計畫（醫政處）、緊急醫療救護計畫（醫政處）、精神醫療網計畫（醫政處）、長期照護計畫（醫政處）、醫事人力規劃工作（醫政處）、加強山地離島及原住民醫療保健服務（醫政處）、加強基層醫療保健服務工作（保健處）、提昇醫療品質及院內感染控制計畫（醫政處、疾病管制局）和提升公立醫療機構營運效率工作（該署中部辦公室）等，且分散於該署各相關單位辦理。爰此，依五名醫療網計畫聘用之人力，根本不足負擔辦理上述各項子計畫之工作任務，故人力不足部分，皆由該署其他編制內或聘用人力辦理。

2、另有關與地方政府為執行本計畫之溝通協調，該署為使十七個醫療區之區域輔導能夠進行經驗交流與成果分享，並與該署進行相關政策溝通，每年度輪流由各衛生局辦理醫療網年終檢討會，會中除由衛生局代表發表區域輔導辦理成果外，並邀請公衛、醫管學者專家發表計畫研究成果，提供政策規劃參考，該署醫政主管亦與各衛生局代表進行面對面溝通、瞭解各醫療區之區域輔導執行過程所需支援等；另各縣市衛生局亦指定專責人員與該署負責進行區域輔導計畫與執行過程中之推動與協調事宜。

- 3、該署中部辦公室與該署所屬各醫療院，以分層負責方式推動及執行醫療網計畫。各項工程在政府人力精簡，組織簡併壓力下，該署中部辦公室仍竭盡所能，依據相關規定積極督導、協調及管制工程之施工進度。
- 4、醫療網相關檔案管理均依照相關規定辦理，並由承辦人視需要影印存參，又為落實該署醫療政策及業務之推動，該署已針對各衛生局、所、室之建築，進行調查及資料之彙整，九十二年度業將建築相關資訊結集成冊，以作為資料傳承之依據。
- 5、另該署為加強規範案件歸檔及檢調作業，以提升檔案管理效能，特訂定「行政院衛生署案件歸檔及檢調作業注意事項」，以供各單位統一遵循，俾利檔案有效管理。
- 6、有關工作經驗之傳承方面，除於人員異動時，相互間辦理業務交接及所需檔案文件移交外，並與前任工作人員保持密切聯繫，不斷請益，以利業務推動之連續性及完整性。

(十二)有關衛生所救護車之使用管理情形：

- 1、有關衛生所救護車之管理，該署於九十三年三月二十二日發函調查八十年至八十九年期間，各縣市配置救護車之衛生所有九十六家。
- 2、各縣市衛生局提供轄區衛生所之救護車管理情形資料，主要情形如下：
 - (1)各衛生局表示其轄區衛生所救護車皆依規定，定期消毒與定期檢查（主要指救護車醫療裝備檢查及車輛保養檢查）。
 - (2)衛生所救護車之主要使用用途：

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

∧2∨運送病人（病患轉院或協助精神病患轉院、低收入戶轉診或就醫）。

∧3∨防疫及緊急醫療器材運送（疫苗）。

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

3、八十年至八十九年期間，並無衛生所救護車有不法情事，接受論處情況發生。

三、本案涉及之相關醫療法令：

（一）醫療法：

1、第五十條：「醫院、診所因限於設備及專長，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第四十三條第一項規定，先作適當之急救處置，始可轉診。前項轉診，應填具轉診病歷摘要，交予病人，不得無故拖延或拒絕。」

2、第七十六條：「有下列情形之一者，處二千元以上一萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰：（一）違反：第五十條、第五十一條、第五十二條第一項、第五十四條或第五十七條之一第二項規定。：」

（二）全民健康保險法第三十三條規定：「保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診

者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。」

(三) 緊急醫療救護法：

1、第十六條規定：救護車之用途，以下列為限：

(1) 救護緊急傷病患。

(2) 運送病人。

(3) 實施防疫措施及緊急運送醫療救護器材、藥品、血液或器官。

2、第二十一條規定：「直轄市或縣(市)衛生主管機關對所轄救護車之人員配置、設備及救護業務，應每年定期檢查；必要時，得不定期為之。設置救護車機構對前項檢查，不得規避、妨礙或拒絕」。

3、第四十一條第一項規定：「設置救護車機構違反第十六條、第十七條第二項、第二十一條第二項、第三十三條、第三十四條第二項或違反依第二十條第二項所定標準超額收費者，處新台幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰。」

四、本院調查發現衛生署執行第一、二、三期醫療網計畫之問題：

(一) 衛生署未達成總統指示「規劃建立台灣地區醫療網，並整合各類醫療機構，使成為一個全國性的完整醫療體系」之任務：

1、總統於七十三年八月一日指示衛生署：「規劃建立台灣地區醫療網，並整合各類醫療機構，使成為一個全國性的完整醫療體系」。

2、衛生署對於各類型醫療體系之劃分：

(1)醫療網之區域劃分法：

〈1〉醫療網第一期計畫所採區域劃分法，乃依據行政院經濟建設委員會『台灣地區綜合開發計畫』中依人口、地理、交通、經濟、社會活動等因素將台灣劃分為十八個生活圈（嗣因新營生活圈醫療資源不足，須台南支援，將之合併成為十七個醫療區域）。

〈2〉醫療網第二期計畫並以地區醫院及診所為均衡醫療資源地理分布之主軸，再依據人口數、交通狀況、地理環境、醫療機構分布等因素再將台灣地區細分為六十三個次區域。

〈3〉十五年來，原先所規劃之生活圈歷經社會經濟變遷、逐漸便捷的交通運輸系統、全民健康保險開辦所致醫療生態衝擊等因素影響之下，亟需重新思考區域規劃方式。故第四期醫療網中則依該署中央健康保險局現有分局（台北、高屏、北區、中區、南區、東區等六個分局）所搭配之行政區域劃分成六大醫療區域，利用健康保險之民眾醫療服務利用資料庫進行醫師檔、病人檔之分析，並搭配全民健康保險支付制度之改革，逐漸達成各區域醫療資源整合。

(2)精神醫療體系：在健全精神醫療服務網絡時，將台灣地區依地理環境、人口及

資源分布情形，劃分為七個責任區，指定核心醫院，建立區域性精神醫療網。

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

(4) 在發展全國緊急醫療資訊管理系統、推動到院前緊急醫療救護雙軌制度、試辦救護車導航及派遣支援作業系統時，係在臺灣地區補助成立十四個救護指揮中心。

(5) 在規劃將各署立醫院成立策略聯盟（聯合管理中心）以提昇競爭力時，又擬議將台灣地區各署立醫院劃分為台北區、北區、中區、南區等四個區域醫院策略聯盟，建構為中心醫院（總院）制。

(6) 院內感染控制之組織及運作：地方衛生單位結合各區教學醫院院內感染控制小組，依據醫療網之十七個醫療區域，組成北、中、南、東四個輔導小組，加強各級醫院感染控制技術交流及協助群突發疫情之控制。

3、台大醫院、榮民總醫院、軍方醫院、署立醫院、縣市立醫院分屬不同之行政體系，各主管機關所屬醫院之規模層級與任務特性亦不盡相同。

(二) 醫療網第三期計畫實施期間計畫與實際不符：

1、計畫之實際實施期間：自八十六年一月至八十九年十二月止，為期四年。

2、原核定計畫之實施期間：自八十六年一月一日至八十九年六月三十日止，計三年半。

(三)醫療資源未達規劃目標(至八十九年六月完成後可達到下列目標)：

1、每鄉鎮以平均每三千人有一位醫師為原則，惟至八十九年底仍有未達每鄉鎮每三千人有一位醫師目標之鄉鎮：

(1)台北縣：五股鄉、石門鄉、林口鄉、三芝鄉、雙溪鄉、坪林鄉、石碇鄉等。

(2)花蓮縣：秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉、富里鄉、豐濱鄉。

(3)南投縣：中寮鄉、集集镇。

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

(四)醫療網原訂計畫不符需求而由衛生署另行訂定新計畫部分：

1、醫療網計畫原規劃長期照護體系之建構、相關資源及人力的成長速度，無法因應社會之殷切期待，該署爰於八十七年另行提出「老人長期照護三年計畫」(實施期程自八十七年七月一日起至九十年六月三十日止)，專案全力推動長期照護相關業務，著重居家照護，維護家庭功能，使無自顧能力的老人，能於其熟悉的家中及

社區中，得到適當的醫療及生活照護，並於必要時提供機構式照護服務，以滿足家庭或社區無法提供之服務。

- 2、醫療網第三期計畫加強基層醫療保健服務項下，列有加強基層衛生教育工作，普遍提升民眾預防保健醫療衛生知識；為呼應世界衛生組織健康城市理念及為更有效推動我國國民保健工作，該署爰於八十八年另行訂定「推動社區健康營造三年計畫」（實施期程自八十八年一月一日起至九十年十二月三十一日止），期整合公私部門資源，結合不同專業力量，激發民眾參與，共同營造社區健康氣氛，引導民眾確實執行健康生活，惟上開計畫相關經費仍於醫療網項下支應。

（五）衛生署未能落實分級醫療、轉診制度：

- 1、衛生署所提供之全國醫療院所門、急診醫療服務量統計資料顯示：門、急診病人之轉診率由八十五年之0.22%略增至八十九年度之0.45%。
- 2、衛生署在研擬門診部分負擔調整方案時，並未切實依據全民健康保險法第三十三條執行。

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

- 1、各執行機構主管研考之單位或主辦研考之人員負責該機構主辦項目之管制、考核工作。
- 2、各執行機構應配合本計畫實施期程訂定整體計畫，於擬編各年度之概算前，依「政府重要經建投資計畫先期作業實施要點」之規定辦理先期作業，並依先期作業核

定結果訂定各年度作業計畫，各類計畫書應送由行政院衛生署彙整並加具審核意見。

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

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

(七)衛生署關於每萬人口精神病床數統計數據呈現情形：

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

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

3、衛生署編印之中華民國九十年公共衛生年報：八十九年底每萬人口精神病床數實

際情況為七·五四床。

(八) 檔案管理情形：

- 1、本院曾多次向衛生署調閱醫療網第一、二、三期計畫相關卷證資料，該署輒以「所需資料因年度久遠且事涉較多單位，資料刻正積極蒐集彙辦中」、「因逾原始憑證保管年限且該署並未控管留存相關數據資料」為由回應。
- 2、續詢之該署秘書室文書科長以相關檔案資料超過保存年限者，並無銷毀紀錄，但各該檔案資料卻遍尋不著。
- 3、台灣省政府編列預算或執行部分，歷經九二一大地震衛生署中部辦公室（原省衛生處）部分辦公廳舍倒塌，致部分資料散失。

(九) 醫療網計畫質量指標尚未納入衛生統計之項目：

- 1、提昇醫療品質制度之衡量指標迄未能周延界定，納入衛生統計之範疇。
- 2、開辦一七四所群體醫療執業中心對基層醫療之貢獻度有多少？
- 3、衛生署大量擴建病床、添購貴重醫療儀器之成本效益為何？
- 4、推動醫療網分級醫療、轉診制度有何成效？

(十) 醫療網計畫之管制考核辦理情形：

- 1、本項計畫係由衛生署提出，分由衛生署及行政院國軍退除役官兵輔導委員會（下稱退輔會）暨各省市、縣市地方政府等單位分別設置專人或兼辦業務方式執行，並由該署負責本項計畫之溝通及協調作業。

2、依據醫療網第二及三期計畫書內載本項計畫之整體管制考核及評估作業，實質係由該署設置各項專責人員辦理，該署相關之業務單位主要包括醫政處、企劃處、防疫處（現改制為疾病管制局）、藥政處、保健處（現改制為國民健康局）、會計室等單位。

五、衛生署函復本院詢問有關醫療網第一、二、三期計畫之執行情形：

（一）醫療網計畫所定各細項醫療資源目標量化指標之達成情形：

- 1、每萬人口精神病床數：醫療網第一、二、三期計畫，每萬人口精神病床數之目標值分別為七·五床、九床及十床，而於醫療網第三期計畫結束時（民國八十九年），每萬人口精神病床數為八·七床，尚未達醫療網第三期計畫目標。
- 2、依七十四年之精神疾病流行病學調查，精神分裂症及其他精神病盛行率為全國人口數之千分之三，故衛生署醫療網第一、二、三期計畫，每萬人口精神病床數之目標值分別為七·五床、九床及十床。
- 3、精神醫療方式應包括門診、急診、全日住院、日間或夜間住院、社區復健及居家治療，其目標即在建立精神醫療、精神復健與心理衛生保健三者並重之整體性、連續性之精神醫療服務網絡。
- 4、審計部所提每萬人口精神病床計畫目標為十床，實際僅六·六三床部分，並未將養護床四、一三六床納入統計資料中，致數值偏低。養護床功能主要收治無家屬、無謀生能力、病患子女未成年及父母年逾六〇歲以上，重度身心障礙之慢性精神

病患。目前在醫療資源規劃目標，仍屬慢性精神病床部分。

5、九十二年底之精神病床數為二〇、一九三床，每萬人口約有八·九七床。

6、衛生署醫療網第四期計畫精神病床數至九十三年底之目標值為十床。

(二)部分重擴建之署立醫院房舍使用率偏低原因及其具體改進措施：

1、有關署立醫院（原省立醫院）已完工而尚未開放病床之情形：

(1)截至八十九年底台灣地區已完工並獲許可或實際開放之各類公、私立醫療院所病床，整體占床率為六四·〇一%。而台灣地區三十五家署立醫院，開放之床位數為一一、一三三床，整體占床率為六二·三八%。

(2)署立醫院未來擬將已完工尚未開放之一般急、慢性病床位，協調所在地衛生局醫事審議委員會同意先針對該縣市缺乏之精神、傳染病（如結核病）、長期照護資源分別同意於民間資源未投入前先暫轉作該等特殊用途，並對占床率較低之醫院，考量當地長期照護之需求，輔導其設置相關長期照護病床（護理之家、日間照護中心、呼吸照護病房、安寧照護、居家護理）。

(3)原省立醫院之房舍老舊，經由醫療網三期計畫之重新規劃，使醫院病房設施符合現代化及人性化，民眾就醫流程更順暢。

(4)醫院改擴建期間業務深受影響，病人流失，改擴建完成後需有一段緩衝期，醫療業務量始能逐漸提升。

2、署立醫院之儀器設備使用率偏低原因：

(1) 於規劃購置、編列預算及至採購完成，耗費時日。

(2) 署立醫院醫師待遇普遍偏低，羅致醫師人才不易且流動性大。

(3) 醫師請購使用儀器設備又常因個別訓練背景專長不同而有所差異，致部分儀器設備因等待期間醫療技術變化、儀器更新及其後人員異動等致使用率低。

3、因應精省原省立醫院改隸該署後，為提升署立醫院經營績效，積極導入民間機構企業化經營之理念及研議法規鬆綁，讓該署所屬醫院營運績效大幅提升，醫師亦逐漸回流，各項設施亦積極研議各種方式以提高使用率。

(三) 部分重擴建之衛生局所室房舍使用率偏低原因及其具體改進措施：

1、在第一、二、三期醫療網計畫期間，衛生署（主辦單位為保健處，嗣改制為國民健康局）及所屬中部辦公室（原台灣省政府衛生處）為改善地方衛生行政單位辦公空間、普及醫療資源，編列預算（整體數額不明，據該署所提供資料八十五至八十九年度補助經費計九．一五億餘元）補助台灣地區衛生局、所、室整改擴增建辦公房舍及設備。

2、有關部分衛生所擴建頻繁之情形：

(1) 部分衛生所室於保健醫療業務擴增，原有之建築物不敷使用卻又未達到報廢年限，無法重建之情況下，只得採擴建或空間規劃之策略，以達該階段性之需求，俟原建築物達報廢年限且該衛生所確實有其需要，才予以補助重建。

(2) 高雄縣燕巢鄉衛生所、嘉義縣東石鄉、義竹鄉、大埔鄉、梅山鄉、水上鄉、大

林鎮、鹿草鄉、太保市衛生所等九所衛生所擴建頻繁，且補助標準不一。

3、台中縣境衛生所之醫療儀器閒置情形：

(1) 台中縣大甲鎮衛生所之耳鼻喉科治療台於八十四年八月七日衛生處補助，因適逢大甲李綜合醫院及光田醫院先後成立導致門診患者銳減，以致治療台之使用率無法提昇爾後無耳鼻喉科專科醫師接任，加上大甲鎮醫療資源豐富造成使用率偏低，經多方努力始終無法提昇耳鼻喉方面之門診量，故於九十年八月移撥至沙鹿衛生所使用，沙鹿衛生所因目前空間規劃搬遷，無空間使用，俟衛生所規劃完成時將再行使用。

(2) 台中縣石岡鄉衛生所牙科治療椅於八十六年八月十一日獲補助，牙醫門診自八十九年九月起迄九十二年九月均有使用，因九十二年九月衛生所重建搬遷，因無空間放置，暫停牙醫門診暫停使用，俟衛生所重建完成時再行使用。

(3) 台中縣烏日鄉衛生所血球計數器於八十五年十一月十一日由衛生處補助，當時由於門診量少，開機較少、成本高〈清潔液消耗大〉，故障率高〈已無法修護目前辦理報廢中〉該所生化檢驗為考量成本效益已採委外作業。

4、群體醫療執業中心之開辦情形：

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

計畫「至八十年擴大辦理期間，分年成立多所群醫中心。

(2) 所謂群醫中心係指：

- ∧1∨初期乃邀請國內大型教學醫院支援醫師人力，利用衛生所之房舍與設備，以自行開業方式，集體提供門診醫療服務。
- ∧2∨各群醫中心大多具備內科、外科、小兒科、婦產科、眼科、耳鼻喉科、牙科及X光室、一般檢驗室、心電圖、超音波偵測儀、胃鏡等一應俱全。
- ∧3∨群醫中心之報酬分配採自給自足式，以醫療收入的淨益來補貼醫師薪金，希望在增加政府財政負擔下，有助於醫師的羅致。
- ∧4∨有關群醫中心之醫師人力除由國內大型教學醫院支援外，亦將受過正式醫學教育之衛生所醫師，以及受完兩年住院醫師訓練的公費醫師納入參與。

(3) 至八十三年共計完成一七四所群醫中心，每所群醫中心由衛生署補助一五〇萬元，作為開辦及增購必要儀器之用，另補助三〇萬元藥材週轉金，亦即該署共補助三·一三二億元。

(四) 醫療儀器設備未使用之原因分析：

1、沒有開辦相關門診業務：

- (1) 由衛生署撥交雲林縣斗六市衛生所之耳鼻喉科治療台、生化測定分析儀等，於八十四至八十八年度均未使用。
- (2) 阿里山鄉衛生所超音波掃描儀：目前因使用個案人數少，若發現異常個案均轉

介至醫院進一步檢查診斷。

(3) 嘉義縣溪口鄉、布袋鎮、義竹鄉及東石鄉衛生所醫療器材二〇%閒置，甚有購置後未使用即被新機器或新方法所取代。

2、沒有合格醫師或專業技術人員無法使用，設備經常故障維修不易或不準確：

(1) 衛生署於八十年發函調查，發現衛生所一般用X光機因缺乏合格操作人員而導致X光機器閒置者占六十二%。故為加強X光機器使用率，該署於八十一年聯合行政院原子能委員會辦理『醫用游離防護講習課程』，共計培訓衛生所二四三名主任及牙醫師，以提供整體之基層醫療服務。

(2) 嘉義縣番路鄉衛生所X光機(七十五年起因乏專業人員操作閒置至八十三年)。

3、另嘉義縣衛生局分析原因尚有醫療儀器調撥制度尚未妥善建立。(嘉義縣衛生局已訂立醫療儀器設備使用辦法，建立管理調撥制度，對各項設備加強管理及每月設備維護紀錄卡之登錄，以落實妥善運用與管理，避免閒置狀況。)

4、台南縣各衛生所之儀器設備多由衛生局或上級政府配發，因採購時未調查各衛生所之需求及專業醫師情形，配發之儀器設備因不符合需要，無專業科別醫師無法使用而閒置。

(五) 關於衛生所室房舍使用率偏低及提供其他單位使用之原因：

1、為協助縮小城鄉醫療資源之差距，以使偏遠地區民眾得有適當的照護，醫療網於第一、二期計畫內補助衛生所重擴建，提高醫療服務品質。

2、有關衛生所重擴建及空間規劃，地方基於便民，或鄉鎮公所提供土地或合資興建聯合行政辦公廳舍或活動中心，是以有其他單位共同使用，如潮州衛生所辦公廳舍總樓地板面積三九七坪，原鄉公所使用二〇八坪作兵役體檢中心，目前隨著體檢工作委託醫院辦理，該場所現作為衛生所辦理衛教活動之用；六甲鄉衛生所總樓地板五二一坪，提供鄉公所使用一三〇坪。

3、屏東縣高樹鄉衛生所重建時，因當時預定作為地區醫學教學中心，建築面積為一、二四六坪，而後當該功能萎縮時，衛生局為增進該空間之使用效率，即提供七二八坪面積租給民間護理之家使用。

4、隨著社會變遷人口外移及偏遠地區交通改善，衛生室使用率雖有逐漸減少，但為確保偏遠地區民眾之就醫基本權益，仍維持至少每週一次預防接種、巡迴醫療等健康服務，經調查其中二所衛生室停用係因該衛生室為私人捐獻之土地，土地所有權仍屬私人所有，當土地所有者回收該土地時，衛生室即被迫停用。

(六)有關衛生室之使用房舍提供其他單位使用及使用率偏低之原因：

1、宜蘭縣頭城鎮頂埔衛生室係鄉公所提供土地，因此雙方協調建築物共用。

2、宜蘭縣大同鄉樂水衛生室等因中央健康保險局於偏遠地區進行整合性照護服務計畫，由羅東聖母醫院負責，並協調上述衛生室提供場所供醫師診療，對於當地之民眾醫療照護之提供助益良多。

3、台南縣新市鄉潭頂衛生室，土地歸村廟地所有，係基於當時偏遠地區之醫療需求，

且當地民眾願意提供土地供衛生室用。

4、關於衛生室一週僅有派員駐守一至四次，使用率低之問題，實際上除了每週定期派員駐守該衛生室外，衛生室每個月尚有衛教宣導、社區健康營造及巡診等活動，因此，實際使用率比審計部所提供之資料高，此外，因交通日漸便利，民眾使用衛生室之頻率降低，加上衛生所人員不足，是以衛生室未能每日有人駐守。

5、關於衛生局所室房舍使用率偏低之原因：

(1)部分衛生室目前已停用，係因該衛生室為私人捐獻之土地，土地所有權仍屬私人所有，當土地所有者回收該土地時，衛生室即被迫停用。

(2)部分衛生所建物興建時，因當時實際需求之考量，面積較大(例如：屏東縣高樹鄉衛生所為醫學訓練中心)，而後，當該功能萎縮時，原有空間即過大，因此，衛生局為增進該空間之使用效率，即提供部分面積供其他單位使用。

6、關於衛生局所室房舍使用率偏低之具體改進措施：該署國民健康局於新建衛生所之審圖會議，已強調衛生所空間應符合衛生所功能，避免建置過大空間，並將於九十三年度透過計畫，提高衛生所之使用率。

(七)衛生署未能落實分級醫療、轉診制度之原因與對策：

1、醫療網計畫策略之一為實施分級醫療制度，本計畫自實施以來，已致力於區域輔導工作中加強醫療機構之合作及推動雙向轉診制度。又全民健保開辦初期雖有分級部分負擔措施，惟由於過去台灣地區醫療院所均各自發展，加上民眾之就醫習

- 慣不易調整，致使基層醫療單位成長緩慢，轉診制度不易落實。
- 2、醫療法雖對轉診制度有明文之規定，但僅能規範醫院、診所，無法有效限制民眾就醫行為。又即使能依法要求醫療院所，卻因轉診之適當性等行為難以認定等問題，以致不易強制執行。
 - 3、衛生署在研擬門診部分負擔調整方案時，曾規劃逐步回歸母法（全民健康保險法第三十三條）之精神，提出以百分之二十定率計算部分負擔之調整方案，惟方案提出後，輿論（特別是消費者團體）認為對醫療費用較高之重症病患影響較大，醫界亦反映醫院配合作業繁雜。該署幾經思考後乃決定暫不實施定率部分負擔，僅拉大各層級醫療機構間基本部分負擔之差距，另增加檢驗、檢查部分負擔，以費用之百分之二十計算，並轉為定額方式收取，以避免醫院作業上之困難。
 - 4、基層醫療單位的醫療服務品質，在該署積極強化設施與人才培育之努力下，雖已獲相當改善，惟私人開業醫師擔心病人一旦轉出後，恐影響收入，不願將病人轉出，又接受轉診病人之醫師有時甚至抱怨原轉診醫師處理不當，影響民眾對原診治醫院之信心，亦破壞醫療院所間之和諧關係，及降低原轉診醫療單位之配合意願。
 - 5、基於轉診制度之施行，須考量醫療服務體系、醫療資源之整合與雙向轉診作業之機制及民眾得自由選擇就醫處所等因素，該署爰於現階段以宣導、循序漸進方式推動，並結合健保政策，研提有助於施行轉診制度之門診部分負擔機制、就醫作

業、支付改革方案及加強民眾正確就醫宣導等措施。

(八)有關醫療網計畫人力資源規劃、檔案資料管理及經驗傳承問題：

1、有關與其他機關溝通協調部分：

(1)區域輔導模式由早期指定醫學中心輔導，以提升區域醫療水準，逐漸轉為由區域內區域醫院主導，甚至轉由衛生局負責辦理，期由各區域考量實際需求，利用地方上的資源，解決地方的醫療保健問題。

(2)至八十九年度，十七個醫療區域已均由地方衛生局負責輔導，以期更有效落實區域規劃功能，推動醫療網計畫。另並於每一區域設置區域輔導委員會，依循區域醫療網協調委員會設置要點運作，成員為區域內縣市衛生局首長、各級醫療機構代表、醫師公會代表、地方人士、民意代表等；定期召開協調會議，其任務為區域內醫療資源規劃、各級醫療機構交流合作、醫事人員繼續教育、醫療品質提升、特殊醫療問題協調，以及配合該署推動相關醫療衛生政策等。

2、目前十七個醫療區域輔導工作雖已移轉至地方衛生機關負責辦理，然因面臨下述

人力不足與專業訓練素質因素，致使多項應由地方辦理之輔導工作難以落實：

(1)醫療網非地方衛生機關之常態性業務。

(2)辦理醫療網業務之人力專業訓練素質亦未予以規範。

(3)各地方執行單位在缺乏專任人員情形下，多約僱臨時人員或由現職人員兼辦。

3、為執行本醫療網計畫，該署奉行政院核定聘用約聘人員，每一年度可約聘人員約

計五名。惟由於醫療網各相關子計畫及業務工作繁多，包括區域輔導計畫（醫政處）、緊急醫療救護計畫（醫政處）、精神醫療網計畫（醫政處）、長期照護計畫（醫政處）、醫事人力規劃工作（醫政處）、加強山地離島及原住民醫療保健服務（醫政處）、加強基層醫療保健服務工作（保健處）、提昇醫療品質及院內感染控制計畫（醫政處、疾病管制局）和提升公立醫療機構營運效率工作（該署中部辦公室）等，且分散於該署各相關單位辦理。爰此，依五名醫療網計畫聘用之人力，根本不足負擔辦理上述各項子計畫之工作任務，故人力不足部分，皆由該署其他編制內或聘用人力辦理。

4、另有關與地方政府為執行本計畫之溝通協調，該署為使十七個醫療區之區域輔導能夠進行經驗交流與成果分享，並與該署進行相關政策溝通，每年度輪流由各衛生局辦理醫療網年終檢討會，會中除由衛生局代表發表區域輔導辦理成果外，並邀請公衛、醫管學者專家發表計畫研究成果，提供政策規劃參考，該署醫政主管亦與各衛生局代表進行面對面溝通、瞭解各區域區域輔導執行過程所需支援等；另各縣市衛生局亦指定專責人員與該署負責進行區域輔導計畫與執行過程中之推動與協調事宜。

5、工作經驗之傳承情形：

- (1) 衛生署函復本院陳稱：「醫療網計畫相關檔案係由承辦人視需要自行影印存參」。
- (2) 衛生署聘用人員或地方衛生局臨時人員異動頻繁，相互間辦理工作交接及所需

檔案文件移交作業，將與前任工作人員保持密切聯繫，不斷請益，以推動業務之連續性及完整性。

六、專家學者之諮詢意見：

(一)署立醫院之問題：

- 1、當初在興建或整修公、私立醫療院所或衛生所時，地方民代、派系及廠商的介入嚴重，對土地及各種硬體之採購產生許多困擾，而延誤推展計畫之時程。
- 2、公家醫院雖有許多不如私立醫院之處，但其在目前尚有存在之必要，故應該加強品質管制，若該署立醫院在當地績效良好就應該保留，而績效不良的醫院考慮以他種方式如BOT等加以解決，並非一條鞭的處理，而應係分別情形為之，以美國州立醫院為例，若績效不良即予以轉型，若私立醫院不願意做的領域例如智能障礙或精神病患，由州立醫院來做，所以我國公立醫院在面對目前之環境下，必須加以轉型始符實際需求。
- 3、署立醫院有必要予以轉型，若績效良好的就繼續支持，而相對的若功能不彰的醫院，應該考慮從事他種服務，例如改為監獄醫院、精神病院或智能障礙的特別收容所，始符合社會的需要。
- 4、偏遠地區的署立醫院通常均是由地方民代或地方政府所極力爭取的，然而申請的同時卻因政府行政效率的問題，導致地方等不及而自行設立財團法人醫院，以致於署立醫院與私立醫院同時成立之窘境，產生大量病床閒置的問題發生。

5、因私立醫院接近民眾，較能體會民眾之需要，私立醫院的院長因其有權力相對的亦有相當重的責任，所以應鬆綁人事權以及會計權給公立醫院的院長，使其權責相符，對於醫院經營的成敗負完全的責任。

(二)因健保之實施，醫師就業選擇增加，醫療網原先規劃署立醫院所需之醫護人力無法配合，造成醫師人力不足，且因政府預算之審查速度緩慢，導致許多設備於添購之時已無適當人力可操作，而將之堆放倉庫者比比皆是。這是當初未將健保提前實施考慮在內的結果，反而是健保取代了醫療網的作用。

(三)病床的硬體造價問題：

1、一床之造價大約在新台幣三百至五百萬元之間，若花如此高的經費卻未發揮其應有之功能，有浪費國家資源之虞。

2、病床造價方面，第一、必須視其所在位置而有差異，第二、儀器的添購亦有影響。空床的造價為兩百五十萬至三百萬元間，而每坪的造價約八十萬元。但因地區、公私立醫院、設備等因素造成該造價無法有統一的計算標準。

3、公立醫院之興建均以公開招標的方式進行，所以其價格相差不遠，若以每坪平均八十萬計算再乘上病床數，還必須乘上折舊年限以及計算其效能，但限於已登記之床位，例如苗栗醫院尚未開放，但其將頂樓租給社會局成立安養中心，雖有使用但效能如何必須再評估。

(四)衛生所之轉型：

- 1、衛生所目前面臨轉型的階段，因其醫療的功能漸漸式微，以台北市為例，其工作應從事公衛工作即可，當初衛生所從事醫療工作係考量整體環境的因素，在目前有許多的醫師投入執業，所以群醫中心的階段性任務至此應該做一通盤之檢討。
- 2、針對衛生所醫療空洞化的問題，必須視其所在位置而定，若位於偏遠地區的衛生所是有從事醫療服務必要性，但回歸其原始功能，是在於公共衛生而非群體醫療，目前是已經被扭曲了，尤其是加入全民健保後更是嚴重，所以該題在於不同地區會有不同的狀況以及解答。

(五) 群體醫療執業中心之問題：

- 1、衛生署對群體醫療執業中心 (group practice) 有所誤解，真意應該是聯合門診，例如長庚及書田醫院，所以應由大都市做起，定義為多數不同專科之醫師一起開業有如聯合律師事務所般，共享設備以降低成本。
- 2、當初推動一百七十四個群醫中心造就許多無醫師村首度有醫師進駐，這是值得給予鼓勵的。但群醫中心的問題必須做全盤的檢討，有些已經不符實際需求的就應該關閉。
- 3、衛生所的醫療利用率若低於百分之三十以下就應該要關閉，必須建立一項評估的指標，針對各地區分級評估，始能充分發揮衛生所醫療或公衛的功能。
- 4、衛生署於二十年前所開辦的群體醫療中心其目的在解決當時醫療資源極缺乏的地區，改善當地衛生所的設備，由區域醫院以上的大型醫院支援支援醫事人力，當

時地方民代及民眾極力爭取。

5、隨著時空遷移，群體醫療中心未有評估的機制，導致許多醫療資源的重疊，如龍潭鄉的群體醫療中心在目前有敏盛醫院的情形下，應該評估其存在的必要，且因為衛生所執行醫療作業，造成其本務公共衛生保健的工作相形式微，時至健保開辦，基層醫療診所日益發達，衛生所的醫療作業也就漸漸被取而代之，而應回歸其公衛功能的常軌。

(六) 人才培育方面：

1、各類醫事人員的培訓計畫方面，因先前之出國進修計畫未明定服務之年限，以至於許多醫師集中都市之公立醫院或服務中途離職轉任他職等，所以應修訂該辦法強制醫師必須前往醫療資源貧瘠之地區服務，以落實該計畫之成效。

2、先前衛生署企劃處有公共衛生人員研修中心，後來國民健康局由保健處獨立出來後，由公共衛生研究所取代，再加上省訓團也裁撤，導致新進的衛生人員，沒有受訓吸收新知的地方，對於往後衛生業務的推動將造成極大的困難。

(七) 醫療網的分區，當初劃分是以經建會的生活圈為標準，但該計畫係長達十五年，若交通改善後生活圈的觀念應重新定義。過去醫療區域的劃分太細，多達十七個分區，而目前各地區交通網連結便利，應該減少分區將各區域擴大，建議以六個健保分區為基準，此較為合理。

(八) 在評估醫療網計畫成效指標時，不宜以鄉鎮小區域來計算醫療資源，應考慮實際上

之生活圈為標準，例如林口鄉就在桃園縣龜山鄉的長庚醫院隔壁（隔高速公路），因此很少有醫師想要在林口鄉開業，但因健保局即將實施總額支付制度，此項政策改變將會誘導醫師在林口鄉開業。

（九）整體而言，醫療網計畫規劃之初，立意良善，只是在第一期計畫執行後，應加以檢討再進入第二、三期計畫；又醫療網的階段性功能已達成，接替的方案如何催生是目前衛生署的當務之急，但就現況而言，衛生署的人力嚴重不足，計畫人才亦缺，所以若欲檢討亦有心有餘而力不足之憾。

（十）對於衛生署的定位問題，若不提升其在政府組織中的權限，而要達到跨部會的協調功能，恐心有餘而力不足，所以有必要再加速其組織再造，提升衛生署位階為「部會」層級（例如：衛生福利部或厚生部），以利跨部會的溝通協調。

柒、調查意見：

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

本院財政及經濟委員會於審核審計部上開查核「衛生署執行醫療網第一、二、三期績效報告」時發現「衛生署第三期醫療網計畫，執行措施及目標釐訂有欠縝密，造成資源浪費，財務效能不彰」、「衛生署第一、二、三期醫療網計畫，未能配合其他醫療政策之實施，適時修訂執行措施，整體效益欠佳」均涉有違失等情，爰決議派查；案經向衛生署、審計部調閱相關卷證資料，約詢該署相關主管人員到院說明，並諮詢醫療及公共衛生專家學者以釐清案情，茲將調查意見臚列如次：

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

（一）原訂計畫不符需求，需另立新計畫瓜代：

1、衛生署所規劃之醫療網第二、三期計畫書內容即列有「加強復健醫療及長期照護

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

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

（二）精神病床數未達計畫目標：

1、依七十四年之精神疾病流行病學調查，精神分裂症及其他精神病盛行率為全國人口數之千分之三，故衛生署醫療網第一、二、三期計畫，每萬人口精神病床數之目標值分別為七·五床、九床及十床；然查醫療網第三期計畫結束時（八十九年），每萬人口精神病床數僅為八·七床，尚未達計畫既定目標。

2、次查九十二年底之精神病床數為二〇、一九三床，每萬人口約有八·九七床，仍

未達全國醫療網規劃精神病床為每萬人口十床之目標。

3、未查衛生署醫療網第四期計畫精神病床數至九十三年底之目標值仍為十床，顯見

醫療網第三期計畫目標釐訂過度樂觀、高估，有欠縝密，不切實際。

(三)至八十九年底仍有未達每鄉鎮每三千人有一位醫師目標之鄉鎮：

1、台北縣：五股鄉、石門鄉、林口鄉、三芝鄉、雙溪鄉、坪林鄉、石碇鄉等。

2、花蓮縣：秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉、富里鄉、豐濱鄉。

3、南投縣：中寮鄉、集集镇。

(四)衛生署所屬醫院(下稱署立醫院)新建病床部分原預計完成一六、一二五床，實際完成一四、二八六床(完成率八八·六%)。其中大量增設醫院病床數部分，實際執行結果，據該署衛生統計資料顯示，截至八十九年底台灣地區醫療院所病床整體占床率為六四·〇一%。但署立醫院之整體占床率僅六二·三八%，另如署立醫院已完工尚未開放之床位數即達三、七〇九床(占其完工病床二十六%)，足見相關計畫之研擬作業失諸草率，顯未周延評估考量國內醫療市場之實際需求量。

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

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

(一)有關衛生署對於醫療網第三期計畫之規劃不周，致需另立「老人長期照護三年計畫」、「推動社區健康營造三年計畫」瓜代，已如前述。

(二)查醫療網第三期計畫原核定計畫之實施期間，自八十六年一月一日至八十九年六月三十日止，為期三年半；惟其實際實施期程自八十六年一月一日至八十九年十二月三十一日，計四年，核已較原核定計畫期程延長半年，但原定計畫目標數，卻未配套予以修訂，各項計畫執行措施難免無法契合，致計畫目標是否達成（醫療網第三期計畫結束之時點，究竟採八十九年六月三十日或同年十二月三十一日，認知不同、各自表述），莫衷一是，影響計畫評估作業至鉅，抑且無從發揮計畫導引預算及執行之功能。

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

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

(一)署立醫院閒置大量病床，核有嚴重浪費醫療資源之情事：

- 1、按醫院之設立或擴充應符合當地之實際需要，避免重複投資，且應事先擬妥計畫，除房舍建築及設備儀器等硬體建設外，有關醫事人力之配置、進用及營運、管理之軟體措施需一併規劃，並應有完善可行之財務計畫，以保證建院計畫得以順利完成並順利營運，發揮應有之功能，不致造成投資浪費。
- 2、基於充實及均衡醫療資源考量，政府在第一、二、三期醫療網計畫中，計投入約一五七億餘元（占總預算之二二·八%）之經費於署立醫院房舍之增改遷擴建工程（已興建或完工部分，且不含台北醫院及部分計畫已核定未興建部分），堪稱整體耗費醫療網計畫資源最為龐鉅者。
- 3、署立醫院（原省立醫院）屬於公立醫療機構之一部分，醫療網第一、二、三期計畫興（整）建省立醫院硬體設施，規劃增設六、二〇〇床，惟截至八十九年底三十五家署立醫院，開放之床位數為一一、一三三床，但因房舍設備閒置情形普遍、醫師匱乏（部分專科仰賴其他醫院支援醫師），故整體占床率僅六二·三八%。又據該署衛生統計資料顯示，斯時台灣地區已完工並獲許可或實際開放之各類公、私立醫療院所病床，整體占床率亦僅六四·〇一%，換言之，國內一般急、慢性病床位處於供過於求之狀態；造成斯時署立醫院已完工而尚未開放之床位數即高達三、七〇九床，若以每床硬體建築造價平均約新台幣八〇萬元計算，亦即政府虛耗二九·六七億元（占硬體投資一八·九%），卻完全形成「呆床」，故增建病床之目標數表面雖已達成八八·六%，惟實質大多係「呆床」而未能發揮預期醫

療照護效果，顯已肇致大量醫療資源閒置浪費，相關計畫之研擬作業顯欠縝密。

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

（二）儀器設備部分：

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

（三）綜上，在醫療網第一、二、三期計畫中，衛生署耗費一五七億餘元新、整、擴建署立醫院之房舍，因醫護人力無法配合或病患數未如預期而有大量閒置已完工卻未開放使用病床之情形；另耗費二十五億元所採購之儀器及設備，亦有三十九項設備（總

值約二億元）是屬於閒置或使用率偏低情形；足見衛生署耗費鉅資補助署立醫院新建病床與購置醫療儀器設備，卻未加以妥善使用，核有「呆床」、「呆器」等浪費資源之情事，凸顯其整體財務效能欠佳，確有可議。

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

（一）在第一、二、三期醫療網計畫期間，衛生署（主辦單位為保健處，嗣改制為國民健康局）及所屬中部辦公室（原台灣省政府衛生處）為改善地方衛生行政單位辦公空間、普及醫療資源，編列預算（據該署僅可提供資料八十五至八十九年度補助經費計九・一五億餘元，而七十四至八十四年度補助經費資料付之闕如）補助台灣地區衛生局、所、室增改擴建辦公房舍及設備；然查該署迄今對上開增建、改建、擴建辦公房舍之檔卷不齊全、補助款明細帳冊亦散亂而且數字兜不攏，致勾稽困難；又缺乏衛生所、室之醫療保健設備最低標準配備規範，造成各衛生所、室之醫療保健設備仍有缺漏，無法滿足國民基層醫療保健需求，足見該署對於台灣地區衛生局、所、室之辦公房舍及醫療保健設備現況資訊掌握與其標準配備規範之釐訂確有不足，亟待補正。

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

1、地方衛生所室若干資源重複投資或閒置浪費：

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

(2) 部分衛生所擴建頻繁且補助標準不一：

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

△2△經查高雄縣燕巢鄉衛生所、嘉義縣東石鄉、義竹鄉、大埔鄉、梅山鄉、水上鄉、大林鎮、鹿草鄉、太保市衛生所等九所衛生所擴建頻繁，且補助標準不一，核該署之補助措施，實有欠當。

2、基層醫療網（衛生所、室）之部分醫療設備使用率偏低：

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

(2) 嘉義縣溪口鄉、布袋鎮、義竹鄉及東石鄉衛生所醫療器材有二〇％閒置；又嘉義縣番路鄉衛生所X光機（七十五年起因乏專業人員操作閒置至八十三年）。另補助嘉義縣阿里山鄉衛生所超音波掃描儀、台中縣大甲鎮衛生所之耳鼻喉科

治療台、石岡鄉衛生所牙科治療椅、烏日鄉衛生所血球計數器等，於八十八年均閒置未用。

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

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

(三) 基層衛生所重擴建房舍面積過大，未能切合實際需求：

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

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

(四) 開辦群體醫療執業中心曇花一現，如今規模業已名不副實：

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

至八十年擴大辦理期間，分年成立多所群醫中心。

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

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

（五）由上可知，衛生署未確切評估衛生所、室實際需求即率爾補助經費，對其增改擴建辦公房舍、基本醫療保健設施等現況資訊掌握不足，相關補助標準、醫療配備規範亦付諸闕如；又開辦之群體醫療執業中心曇花一現，如今名不副實，洵有未洽，允當檢討。

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

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

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

(三)惟據審計部查核發現：

1、緊急醫療救護資訊設備之使用維護，未能達成無線電救護網建置之主要目的。

2、救護車未達緊急醫療救護法所規定之標準。

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

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

(四)有關衛生所救護車之管理，該署於九十三年三月二十二日函，調查八十年至八十九年期間，各縣市衛生所之救護車管理情形。各縣市衛生局提供資料，主要情形如下：

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

2、衛生所救護車之主要使用用途：

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

(2)運送病人（病患轉院或協助精神病患轉院、低收入戶轉診或就醫）。

(3) 防疫及緊急醫療器材運送（疫苗）。

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

3、八十年至八十九年期間，並無衛生所救護車有不法情事，接受論處情況發生。

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

六、衛生署執行三期醫療網計畫共十五年後，對於各類型醫療體系之劃分依然迥異、核其迄未整合各類醫療機構、醫療體系，肇致各自為政、各行其是，顯有違失。

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

(二) 惟查該署對於各類型醫療體系之劃分：

1、一般急慢性醫療體系：在架構區域醫療體系時，係將台灣地區劃分為十七個醫療

區域（再細分為六十三個次區域）。嗣鑑於全民健康保險支付制度對醫療體系之影響甚鉅，乃於醫療網第四期計畫規劃時，即朝結合健保資訊與資源方向努力，如配合中央健康保險現有分局（台北、高屏、北區、中區、南區、東區等六個分局）所搭配之行政區域劃分成六大醫療區域。

- 2、精神醫療體系：在健全精神醫療服務網絡時，將台灣地區依地理環境、人口及資源分布情形，劃分為七個責任區，指定核心醫院，建立區域性精神醫療網。
- 3、山地離島醫療體系劃分：將全國山地離島地區分成台北區（台北縣、宜蘭縣、金馬地區）、北區（桃園縣、新竹縣、苗栗縣）、中區（台中縣、南投縣、嘉義縣）、高澎區（高雄縣、澎湖縣）、屏東區（屏東縣）、東區（花蓮縣、台東縣）六區及十五個次區域（山地離島鄉之縣市），指定一至二家區域級以上醫院，責成其整合區域內之醫療資源及支援協調推展各項醫療保健業務。
- 4、在發展全國緊急醫療資訊管理系統、推動到院前緊急醫療救護雙軌制度、試辦救護車導航及派遣支援作業系統時，係在台灣地區補助成立十四個救護指揮中心。
- 5、在規劃將各署立醫院成立策略聯盟（聯合管理中心）以提昇競爭力時，又擬議將台灣地區各署立醫院劃分為台北區、北區、中區、南區等四個區域醫院策略聯盟，建構為中心醫院（總院）制。
- 6、院內感染控制之組織及運作：地方衛生單位結合各區教學醫院院內感染控制小組，依據醫療網之十七個醫療區域，組成北、中、南、東四個輔導小組，加強各

級醫院感染控制技術交流及協助群突發疫情之控制。

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

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

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

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

(二) 惟查衛生署每年所彙編衛生統計並未提供下列資訊：

- 1、提昇醫療品質制度之衡量指標迄未能周延界定，納入衛生統計之範疇。
- 2、開辦一七四所群體醫療執業中心對基層醫療之貢獻度有多少？
- 3、衛生署大量擴建病床、添購貴重醫療儀器之成本效益為何？
- 4、推動醫療網分級醫療、轉診制度有何成效？
- 5、衛生署所提出之各醫院院內感染率（僅醫學中心及區域醫院八十八—九十一年）、重大疾病之再住院率（九十一年）等統計資料，其他年代之統計資料付諸闕如，至第三期醫療網計畫結束（八十九年）並未蒐集建置，足見其蒐集建置進度嚴重落後。

（三）綜上，就醫療網計畫之推展而言，包含醫療資源之充實、醫療品質保證制度之實施、公共衛生及預防保健等計畫之規劃推動；然而該署雖每年編有衛生統計等各類統計資料並未提供適足且攸關之實證統計資訊，核其蒐集建置進度嚴重落後，輕忽品質之衡量指標，未能與醫療網計畫既定政策之推動密切配合，致本項計畫之各項執行決策依據難明，亦不利於施政成果及責任之檢討，顯有欠當。

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

（一）按推動醫療網分級醫療、建立轉診制度乃衛生署欲「健全區域醫療體系」之一貫重要策略，此揆諸醫療網第一、二、三期計畫書均有「專節」論述，足資明證。又轉診之推動涉及整體醫療制度及民眾就醫行為的改變，部分負擔的推動有利民眾就醫

行為之改變，並可間接促進轉診；可見實施部分負擔亦為促進轉診制度所應採行之必要措施。

(二)查醫療法第五十條規定：「醫院、診所因限於設備及專長，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第四十三條第一項規定，先作適當之急救處置，始可轉診。前項轉診，應填具轉診病歷摘要，交予病人，不得無故拖延或拒絕。」同法第七十六條規定：「有下列情形之一者，處二千元以上一萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期末改善者，按次連續處罰：(一)違反：第五十條、第五十一條、第五十二條第一項、第五十四條或第五十七條之一第二項規定。：」全民健康保險法第三十三條亦規定：「保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。」

(三)次查醫療法自七十五年十一月二十四日公布施行以來，地方衛生主管機關鮮少引據醫療法第七十六條之規定處罰醫院、診所應轉診而未轉診之醫療行為(違反醫療法第五十條規定)，此由衛生署所提供之全國醫療院所門、急診醫療服務量統計資料顯示：門、急診病人之轉診率由八十五年之0.22%略增至八十九年度之0.4

五%，轉診比率之成長幅度堪稱相當緩慢；足見醫療法雖對轉診制度有明文之規定，並有罰則可資規範醫療院所，但衛生署卻未嚴格督飭地方衛生主管機關依法要求各醫療院所確實遵行，致上開條文流於宣示作用，形同具文，而使「落實轉診制度」云云，徒託空言。

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

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

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

(一) 各期醫療網計畫所定部分醫療資源目標，如基層開業醫師、一般病床數、精神病床

數等，因未明確定義其內涵（如一般病床數究係單指急性病床數，抑或尚含特殊病床數；精神病床數，包不包含養護病床數？）言人人殊，衍生諸多認知差異之無謂困擾。

（二）茲以衛生署在同一時點之每萬人口精神病床數統計數據互異為例，可見一斑：

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

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

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

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

（三）據上，僅以衛生署在同一時點之每萬人口精神病床數統計數據為例，就可發現該署不同業務單位、不同的人員解讀與提供數據互異，究竟該以何者為準？令人莫衷一是；

而上開醫師數、一般病床數之統計數據亦有類似不一致之情事。因此，該署亟應清楚界定醫療網計畫所定醫療資源目標之意涵，並統整各項醫療資源目標之定義，以避免外界混淆與誤解。又上述醫療資源目標含糊不清，不僅造成事後評估考核之困難，而且易因認知不同，不利於計畫執行結果之考核獎懲及後續計畫之回饋修正，甚至影響整體「衛生統計」呈現及進行國際資料比較之正確性，洵應檢討改善。

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

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

- 1、各執行機構主管研考之單位或主辦研考之人員負責該機構主辦項目之管制、考核工作。
- 2、各執行機構應配合本計畫實施期程訂定整體計畫，於擬編各年度之概算前，依「政府重要經建投資計畫先期作業實施要點」之規定辦理先期作業，並依先期作業核定結果訂定各年度作業計畫，各類計畫書應送由行政院衛生署彙整並加具審核意見。
- 3、各執行機構之執行進度與經費運用情形，應按管考週期填報「執行進度報告表」及「財務資料報告表」送行政院衛生署彙整。
- 4、本計畫對民眾、醫療機構、醫事人員與執行機構之影響，以及其他實施績效由行政院衛生署及其他執行機關訂定計畫評估之，必要時得委託學術機關辦理。各區

域亦應就其發展計畫訂定具體目標及工作進度，定期評估辦理情形及執行績效。

又本計畫應委託專家學者對整體計畫之執行績效作評估，並據以對下一個十年之醫療資源指標進行推估。

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

- (三)又據審計部及所屬審計處室對於醫療網計畫之查核報告指摘衛生署之相關缺失為：
- 1、衛生署因聘用人員異動頻繁且內部溝通協調欠佳，有關整體計畫執行進度之管制與考核作業，內部單位互相推諉，無法提出整體計畫進度管制考核資料，致該署及所屬與地方衛生單位間提供資料數據常常有所矛盾。
 - 2、該署內部各單位管制考核尺度不一，地方政府無法明晰醫療網計畫全貌。又該署與其他機關溝通協調欠佳，部分分支計畫執行情形未能切實管考等情形，造成整體計畫進度管制作業形同虛設。

3、本項計畫之管考層級，先後由行政院列管計畫、自行列管計畫逐步降低為非列管計畫，且執行及管考單位，涵蓋三級政府衛生、醫藥、消防、環保業務及相關行政支援單位，又計畫時程綿長，且人員異動頻繁並缺乏妥適溝通協調機制，若干資料之取得及提供，不僅曠日費時，甚或表示難以取得，且已提供資料亦有與現況不符或各單位間及同單位填報時間不同，造成勾稽困難。

(四)據上，衛生署未依醫療網計畫書之規定進行管考評估作業，甚且擅自免除列管，致使該項考評機制形同虛設，顯有疏失。

十一、衛生署對於醫療網人力資源規劃欠周，形成人力短缺、異動頻繁，致機關單位間溝通協調欠佳，又檔案管理不善，凸顯其工作聯繫、業務銜接與人員經驗傳承，均有缺失。

(一)衛生署與其他機關單位間溝通協調功能不佳：

1、醫療網計畫係由衛生署提出，分由該署及行政院國軍退除役官兵輔導委員會（下稱退輔會）暨各省市、縣市地方政府等單位分別執行，並由該署負責本項計畫之溝通及協調作業。又本項計畫自第二期醫療網計畫起，即於計畫書內建立區域醫療體系分支計畫訂有衛生署為推動及執行本計畫各分支計畫，暨輔導各相關機關及各區域落實本計畫之執行，應指定專責人員負責各項工作，並得增置必要員額從事有關工作，另退輔會、省市政府、縣市政府衛生處、局亦應指定專責人員並增置必要員額等。為執行本醫療網計畫，衛生署奉行政院核定聘用約聘人員，每年度可約聘人員約計五名；而醫療網各相關子計畫及業務工作繁多，且分散於該

署各相關單位辦理，主要包括醫政處、企劃處、防疫處（現改制為疾病管制局）、藥政處、保健處（現改制為國民健康局）、會計室等單位，因此以五名醫療網計畫聘用之人力，根本不足以負擔辦理各項子計畫之工作任務。爰此，人力不足部分，皆由該署其他編制內人力兼辦之。

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

（1）醫療網非地方衛生機關之常態性業務。

（2）辦理醫療網業務之人力素質亦未予以規範。

（3）各地方執行單位在缺乏專任人員情形下，多約僱臨時人員或由現職人員兼辦。

3、另查地方政府常因經費無著專職人員缺乏，乃長期由衛生署負擔臨時人員經費辦理本項計畫，致因人員流動頻繁，檔案資料及經驗傳承不易，審計部調查地方政府之醫療資源數據，部分未能提供，或提供資料與該署所編衛生統計有所出入。

4、準此，衛生署因醫療網計畫聘用人员之職位低，毫無領導統馭職能，又異動頻繁，致內部單位間之溝通協調不良，遑論該署與其他相關機關間溝通協調，更是力有未逮；而嗣後該署將十七個醫療區域交由地方衛生局負責輔導，以約僱臨時人員

或由現職人員兼辦本項計畫，其溝通協調能力更不如該署；具見衛生署、地方衛生局與其他機關單位間溝通協調功能不佳，實導因於該署對於醫療網人力資源規劃不夠周延，以致事倍而功半。

(二) 檔案管理不善：

- 1、查本院曾多次向衛生署調閱醫療網第一、二、三期計畫相關卷證資料，該署輒以「所需資料因年度久遠且事涉較多單位，資料刻正積極蒐集彙辦中」、「因逾原始憑證保管年限且該署並未控管留存相關數據資料」為託辭回應，續詢之該署秘書室文書科長以相關檔案資料超過保存年限者，並無銷毀紀錄，但各該檔案資料卻遍尋不著；可見相關人員承辦公文交待不清、離職手續失諸草率，並未依該署所訂內規妥善保存檔案資料。
- 2、次查台灣省政府編列預算或執行部分，更歷經九二一大地震衛生署中部辦公室(原省衛生處)部分辦公廳舍倒塌，致部分資料散失等因素影響，故不明其整體實際編列預算及執行數。
- 3、據上，本項計畫執行時間雖長達十五年，但醫療網第一、二、三期計畫有關衛生署部分，既係全部存放在該署檔案室，是以該署允應配合國家檔案法之施行重整檔案資料，中部辦公室因地震損毀之資料亦應配合進行檔案之重整，俾保存完整書面紀錄，澈底釐清攸關人民接受醫療照顧之品質，且耗資六八八億餘元，各期醫療網計畫執行之績效暨其經費支用帳目。

(三)工作經驗未能有效傳承：

- 1、衛生署函復本院陳稱：「醫療網計畫相關檔案係由承辦人視需要自行影印存參」，足見工作人員經驗傳承顯非制度化作為。
- 2、復以衛生署聘用人員或地方衛生局臨時人員異動頻繁，相互間辦理工作交接及所需檔案文件移交作業草率，除非與前任工作人員保持密切聯繫，不斷請益，否則無以推動業務之連續性及完整性。

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

捌、處理辦法：

- 一、本案調查意見所列行政院衛生署涉及各項疏失部分擬提案糾正。
- 二、抄調查意見函請行政院衛生署議處相關失職人員見復。
- 三、抄糾正案文函送審計部參考。
- 四、抄調查報告送請本院人權委員會參考。
- 五、送請財政及經濟委員會處理。

調查委員：

中華民國九十三年七月二十一日
附件：本院民國九十二年十月二十七日（九二）院台調壹字第〇九二〇八〇〇八五五、〇九二〇八〇〇八五七號函暨其附件。