

## 調 查 報 告

壹、案由：據訴，102 年醫療費用支付標準點值（RBRVS）調升後，對於所增列之 50 億元預算，其分配是否依規定給付予急重難症醫師？醫院又如何落實？衛生福利部及該部中央健康保險署有無具體之督導計畫？為延續本院對全民健康保險總體檢系列調查案有關「重振五大科」之監督，均有深入瞭解之必要乙案。

貳、調查意見：

本院為延續對「我國全民健康保險總體檢」（下稱健保總體檢案）系列調查案有關「重振五大科」之監督，爰針對民國（下同）102 年醫療費用支付標準點數調升後所增列新臺幣（下同）50.55 億元預算，其分配是否依規定給付予急重難症醫師、醫院如何落實及相關主管機關有無具體之督導計畫，進行調查。經向衛生福利部（係行政院衛生署於 102 年 7 月 23 日所改制成立，以下皆稱衛福部）及教育部調閱相關卷證資料，以及邀集內、外、婦、兒、急診等專科與麻醉醫學會代表舉行座談，並諮詢相關專家學者，以及詢問衛福部邱部長文達、衛生福利部中央健康保險署（係行政院中央健康保險局因應衛福部改組而更名，以下皆稱健保署）黃署長三桂等相關人員，茲綜整調卷、座談、諮詢、約詢之資料，將調查意見臚列如后：

- 一、衛福部於醫院部門 102 年健保總額協商未達共識而逕行核定時，增列「兼顧各層級醫院之發展」項目，已超越全民健康保險會（下稱健保會）協商範圍，並影響新增預算後續分配方式，此一介入總額協商分配之作法，代表一個先例，不僅已損及健保會傳統之自主運作精神與慣例，也可能衍生今後雙方不必經過協商，或協商也不一定要達成共識，而可透過衛福部核定方式以遂行特定目的之作法，實

非正軌，允宜檢討改進：

- (一)按 102 年全民健康保險醫療給付費用總額（下稱 102 年健保總額）協定期間施行之全民健康保險法（下稱健保法）第 47 條規定：「本保險年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。」同法第 49 條第 1 項規定：「醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。」
- (二)衛福部於 101 年 5 月 18 日將 102 年健保總額範圍（草案）函報行政院，該部所報內容係將「強化分配機制，提升資源使用效率」列為政策目標之一，其中與支付標準相關部分，包括其他預期之法令或政策改變之影響，例如：進行支付制度之改革－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，尤其針對內、外、婦、兒四大科，調整支付標準等。
- (三)行政院將衛福部所報草案，送原行政院經濟建設委員會（下稱原經建會）審議後，於 101 年 8 月 1 日以院臺衛字第 1010044532 號函核定，照原經建會審議結論辦理。該會審議結論 3 與支付標準之調整有關，其內容為：「請衛生署持續參酌監察院有關『我國全民健康保險制度總體檢』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，包括手術費與處置費，並落實提升護理人員之待遇福利，以確保我國醫療體系之健全發展與健保之永續經營。」
- (四)原全民健康保險醫療費用協定委員會（102 年 1 月 1 日施行二代健保後，已與原全民健康保險監理委員會整合為全民健康保險會，以下皆稱健保會）於 101 年 9 月

14、15 日召開「102 年度全民健保醫療費用總額協商暨第 186 次委員會議」，進行 102 年健保總額協商事宜，在醫院總額部分，健保會付費者代表建議預算額度成長率為 1.022 %（約 32.98 億元），用於調整急、重、難症之支付項目，含手術、處置等費用，但不含門診診察費；醫院代表則建議預算額度成長率為 1.611%（約 51.99 億元），用於調整內、外、婦、兒、急診及重難症等相關支付項目，且含診察費、手術、處置及麻醉費等，但雙方代表未能達成協商共識。然按協商會議與會人員發言實錄內容可知，雙方除對「一般服務成長率」預算成長率各有堅持外，另醫院代表對於調整門診診察費之主張，尤其不為消費者代表所接受，惟查雙方發言內容，並未有將「兼顧各層級醫院之發展」作為該次支付標準調整之原則。

(五) 健保會將 102 年健保總額協定結果，報請衛福部核定，並將未能達成共識方案，陳請該部裁決。衛福部於 102 年 1 月 8 日以衛署健保字第 1010027970 號函核定健保會所報 102 年健保總額及其分配，同意照辦；另對於醫院部門則裁定：「支付標準調整：為合理調整急重難科別之支付標準，並兼顧各層級醫院之發展，預算為 5,055.4 百萬元。」其中「兼顧各層級醫院之發展」，係健保會協定 102 年健保總額及其分配過程中，並未討論是否作為調整支付標準之原則，而係衛福部於事後核定過程中所增列。

(六) 衛福部邱部長文達於本院約詢時表示，該部於核定健保會所報之年度總額協定結果時，無論是完成協定或協商未果之情況下，基於政策考量，過去均曾增列協定時未列之項目。例如：95 年總額調整門診透析成長率中品質保證保留款之額度；97 年總額增列西醫基層「國民健康改善計畫」專款計畫；98 年總額新增「推動 DRGs

之調整與鼓勵」專款項目；100年總額針對門診透析費用零成長率，責成健保署儘速調整門診透析之支付標準，以及落實門診透析點值監控機制；101年總額調整部分項目之預算，作為配合衛福部「醫療機構設置標準」修正等相關政策所衍生之成本增加等語。惟查前述增列協定時未列之項目，係衛福部交付協商未果之項目，而本案增列之原則，則為協商過程上所未曾提出或討論過，係衛福部於事後核定過程中自行所增列，且超越健保會協商範圍。

- (七)總額支付制度之設計，係透過醫療服務提供者與消費者共同參與年度總額預算協商，配合財務責任制度，解決供需雙方利益的衝突，而健保會則是付費者、醫事服務提供者及政府機關代表協商每年醫療支出之法定平台，各相關事宜都以協商方式運作，多年來之運作模式，乃透過不斷磨合、形成共識，即使歷任委員對於相關議題之看法有所歧異，但於進退之間，終能以民主協商之共識決方式完成費用協定等相關任務。因此，健保年度總額之協商應以儘可能讓雙方達成共識為目標，即使雙方所提方案未能達成協定，衛福部於核定時，也應係就未達成共識部分進行裁決，不宜增列健保會協定過程未曾提出之原則，甚至增列與健保會協商原則有所矛盾之項目，以維護醫療費用對等協商機制之運作。查本院歷次與「重振五大科」有關之調查意見，以及原經建會結論之原則，均提出「合理調整急重難科別之支付標準，包括手術費與處置費」，此一支付標準之調整原則，係將新增預算優先於急重難症及冷門且必要之項目，而非齊頭式分配給各科；惟衛福部卻於醫院總額部門協商未達共識之下逕行核定時，增列「兼顧各層級醫院之發展」項目，顯已超越健保會102年醫院部門健保總額協商之範圍，並影響新增預算後續之分配方式。衛福

部此一介入總額協商分配之作法，代表一個先例，不僅已損及健保會傳統之自主運作精神與慣例，也可能衍生今後雙方不必經過協商，或協商也不一定要達成共識，而可透過衛福部核定方式以遂行特定目的之作法，實非正軌，允宜檢討改進。

二、由於現行健保會協商之政策原則與共同擬訂會議之技術調整，在相關規定上，欠缺有效連結，導致本案共同擬訂會議之決議已溢出健保會付費者代表之主張。爰衛福部允宜強化兩者間之連結，使共同擬訂會議之決議能在健保會協商之原則與範圍內為之，以落實政策目標，並杜絕爭議：

(一)按健保法第 5 條第 1 項第 3 款規定：「本保險下列事項由全民健康保險會（以下稱健保會）辦理：……三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。」同法第 41 條第 1 項規定：「醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。」另按「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法」第 2 條規定：「保險人為辦理醫療服務給付項目及支付標準之擬訂事項，應至少每六個月召開一次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議（下稱共同擬訂會議）」，同辦法第 9 條復規定：「本會議議案未達成共識者，保險人於報主管機關核定時，應一併提出各方代表不同意見、不同方案之優缺點分析及其財務評估等項資料」。

(二)健保會陳報 102 年健保總額及其分配之協商結果，經衛福部核定及裁決未能達成共識方案後，其中有關新增預算如何運用於支付標準之調整，則由健保署成立、專家組成之「102 年全民健保支付標準諮詢小組」（下稱支付標準諮詢小組）研議。該小組先後於 102 年 4 月 18 日、4 月 29 日、5 月 20 日及 7 月 3 日辦理 4 次會議

，參考專科相對值與成本分析資料串聯結果及醫界意見，提出診療項目調整之優先順序，且於預算額度內研議調整方案，由健保署提報至同年 8 月 2 日、8 月 29 日及 10 月 31 日之共同擬訂會議進行協商，但協商過程中臺灣醫院協會另提出建議方案，該方案與健保署所提方案之主要區別在於將部分預算用於地區醫院門診及急診診察費之加成。

(三)查支付標準諮詢小組於第 4 次會議（102 年 7 月 3 日）時，曾針對討論事項四「社區醫院協會建議調升地區醫院門診診察費」，決議：「考量本次調整預算係以調整急重難之支付項目為主，不同意調整地區醫院門診診察費。另建議放寬『全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫』之地區醫院認定條件，協助醫療資源相對不足地區醫院之發展。」另查健保署將 102 年支付標準調整方案報請衛福部核定時，亦說明：「102 年醫院總額預算協商過程中，付費者代表方案為『於調整急、重、難症之支付項目，含手術、處置等費用，但不含門診診察費用』」、「健保署考量醫院提出之調整方案，與健保會付費者代表之決議相悖」。然前述支付標準調整方案在共同擬訂會議協商過程中，與會代表之共識係以臺灣醫院協會所提方案報衛福部核定，嗣經健保署將該署及臺灣醫院協會方案併陳衛福部後，該部核定以臺灣醫院協會建議調整方案辦理預告事宜，主要理由為「該案於 102 年 8 月 29 日及 10 月 29 日之 102 年第 3、4 次共同擬訂會議討論時，與會人員多表示尊重或支持臺灣醫院協會所提方案」。

(四)查健保總額協定及其分配係屬健保會權責辦理事項，該會透過協商過程，對於健保總額及其分配作成政策性、原則性之決議，而共同擬訂會議為健保署下設之組織，召開會議時，由副署長擔任主席，係在技術層面協商

具體之支付標準調整方案，然其決定仍應本於健保會協商過程秉持之精神或原則下為之。若共同擬訂會議之決議溢出健保會協商之原則與範圍，卻經衛福部逕予核定採行，將影響健保會協商結果之公信力，不利於健保會自主協商機制之運作。惟查健保會協商 102 年健保總額及其分配之過程中，在討論調整支付標準之新增預算時，付費者代表所提之方案為「調整急、重、難症之支付項目，含手術、處置等費用，但不含門診診察費用」，且按會議實錄記錄之發言內容，醫院代表雖極力主張調整門診診察費，但付費者代表則堅持不含門（急）診診察費項目，可見健保會未達成將部分預算用於地區醫院門診加成之協定，詎共同擬訂會議之決議卻溢出健保會付費者代表之主張。

(五) 綜上，健保會為年度健保總額及其分配之政策協商平台，共同擬訂會議決議之支付標準方案則係屬技術層面之點數調整，技術層面之決議理應不得超出政策協商之原則與範圍，方能維護健保會自主協商之運作機制及傳統精神。惟現行健保會協商之政策原則與共同擬訂會議之技術調整，在相關規定上，欠缺有效連結，且共同擬訂會議之決議已溢出健保會付費者代表之主張。衛福部允宜強化健保會與共同擬訂會議間之連結，使共同擬訂會議之決議能在健保會協商之原則與範圍內為之，以落實政策目標，並杜絕爭議。

三、健保署允應設定正向管控指標，監測 102 年調整支付標準後，各醫院能否據以改善五大科與急重難症及冷門卻又必要科別醫師待遇問題，以落實重振五大科之政策目標：

(一) 原經建會於 100 年 7 月 11 日審查衛福部於同年 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，於結論四提及請衛福部參酌本院有關「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。當（100）年健保署即對醫院外、婦、兒科診察費進行 17% 加成，預算金額約 14.87 億元；101 年該署又再針對醫院及西醫診所內外婦兒四大科診察費加成，預算金額約為 21 億元。此為全民健保實施 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。但因資源分散而未能集中，致分配到醫師之收入有如杯水車薪，成效有限。

- (二)查 102 年全民健保總額成長範圍，業將五大專科醫師人力不足因素，納入考量，總額成長率之上限，報經行政院核定訂為 6%，創歷年之新高，其中一部分將用以調整急重難科別之支付標準，包括各該科別之手術費、處置費，在醫院總額部門預算金額即達 50.55 億元。上開對於增加調整五大科醫師支付標準之預算得來不易，應予珍惜，俾確實達成預算編列之目的。
- (三)健保會於進行年度總額協定及其分配時，對於新增預算之運用是否確實及能否達成政策目標，常要求相關總額部門設定正向監測指標，透過指標之監測，作為相關政策是否延續或調整之參考，舉例而言，「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」、「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」均訂有監測指標，以評估各項方案實施成效。
- (四)衛福部核定新增 50.55 億元用於 102 年支付標準之調整，其目的並非係為增加醫院收入，而係為提升改善艱困科別醫師之待遇，因此需以五大科與急重難症及冷門卻又必要之科別為優先挹注對象；加以調整支付標準項目，非一次性支付，在政策上已具備延續性，因此在執行面上更應具體落實政策目標，方能使有限健保資源發揮「重振五大科」之最大效益。惟因 102 年是項經費之撥付，係由健保署撥付給醫院，再由醫院依不同提成比率

撥付給醫師，若醫院撥付情形未能具體反映在五大科與急重難症及冷門卻又必要的科別醫師之收入上，藉以延攬人才、充實人力並改善工時，則重振五大科之效果自然受限。

(五)綜上，健保署允應設定正向管控指標，監測 102 年調整支付標準後，各醫院能否據以改善五大科與急重難症及冷門卻又必要科別醫師待遇問題，以落實重振五大科之政策目標。

四、衛福部及健保署應督促醫院確實將增列之 50 億元預算，確實分配給急重難症醫師；另教育部對於所屬大學醫學院附設醫院撥付給執行醫師比率低於其他醫院之問題，允應從法制面予以檢討，研提改善方法，落實提昇急重難症及冷門科別醫師待遇之目的：

(一)按衛福部書面說明表示，健保支付標準係包裹性支付，包含醫師及其他專業人員投入成本、不計價藥材、醫療及房屋設備折舊，以及作業費用與行政管理費用等；爰此，提高診療項目之支付點數應有助於改善醫師收入，惟各醫院營運狀況不同，核發獎金的制度及規定亦不相同，且多數醫院係依據各醫師於調整項目之執行次數按比例核算撥付給醫師之金額，支付標準調整對於不同醫院不同科別醫師收入之改善程度亦不相同，惟各醫院之管理分配機制不同，實難以統一要求各醫院將調增支付點數皆反映於各類醫事人員之薪資。但健保署為瞭解增列之預算是否確實流向五大科之執行醫師，已請各醫院回復「102 年醫院總額支付標準調整專款撥付及轉知調查」問卷，經統計至 103 年 5 月 7 日，問卷回收率達 98%，已回復之醫院中 85% 表示會將款項撥付予執行醫師，其中 5% 醫院表示撥付比率低於 15%，51% 醫院表示撥付比率為 16% 至 70%，30% 醫院表示撥付比率超過 70%。

(二)本案於 103 年 5 月 15 日辦理座談時，相關醫學會代表說明其等所掌握新增 50.55 億元如何分配給醫師之情形，茲摘錄如下：

1、內科：102 年醫療費用支付標準點值調升，內科部分未像外、婦、兒、急診等科大幅調整支付標準，僅對地區醫院內科主治醫師門診診察費加成 8%。經調查臺南市立安南醫院每月約增加 1~2 萬元；衛福部嘉義醫院會將撥付差額之 80% 依醫師績效分配；成大醫院斗六分院、健仁醫院、盧亞人醫院、大安醫院醫師，是從報紙或學會會訊得知 50.55 億元差額撥付的資訊，但尚未得到醫院實際補助。

2、外科：

(1)各醫院均已收到健保署撥付之差額，對於如何撥付給醫師，臺大醫院、成大醫院恐較難處理，另有部分醫院觀望中。

(2)以臺北市立聯合醫院（下稱北市醫）仁愛院區為例，約增加 1 千 2 百萬餘元，每名主治醫師約可分配 10 餘萬元，對北市醫醫師而言，為「有感」。

(3)以馬偕醫院為例，健保署每撥付醫院 100 元，醫師僅獲撥 16 元。

3、婦產科：

(1)大部分醫院醫師獲撥比率為 10%，均非全數撥給醫師。

(2)有的醫師僅獲撥 3 萬餘元，有的獲撥 10 數萬元。

4、兒科：若預算用於調整支付標準，均將列入績效獎金計算，造成公立醫院提撥給醫師比率甚低之問題，無突破點，對公立醫院醫師而言，完全無感。

5、急診：經調查 33 家醫院，有醫院每位醫師增加 10 萬餘元，但亦有醫院醫師僅增加 2 萬餘元，另有 8

家醫院尚未撥付給醫師。

#### 6、麻醉：

(1)不同醫院有不同管理模式，舉例而言，北市醫師獲撥約 60%、臺大醫院約 15%、有些醫院醫師則獲撥 80%。

(2)此次預算調整，全國麻醉醫師均無感。

(3)以北市醫醫師為例，醫師每月約增加 2 千元收入。

(三)另據教育部提供之資料，國立臺灣大學附設醫院按「教育部所屬國立大學校院附設醫院獎勵金實施要點」第 3 點第 2 款規定比率限額，102 年 1 至 8 月績效獎勵金提撥率以 15% 計算，9 至 12 月以 18% 分配，該醫院撥付給醫師之績效獎金計 1,547 萬 0,891 元，分配金額占健保署撥付醫療費用差額之比率為 10.11%；國立成功大學醫學院附設醫院同年 1 至 8 月績效獎勵金提撥率 15%，9 至 12 月為 16%，該醫院撥付給醫師之績效獎金計 807 萬 943 元，分配金額占率為 9.72%；至於國立陽明大學醫學院附設醫院 102 年績效獎勵金提撥率 15%，撥付給醫師之績效獎金計 198 萬 4,794 元，占率為 9.45%，另對於急診、小兒科等人才羅致困難科別，相關醫師已定額保障其總薪資（薪俸金額+基本獎勵金+績效獎勵金），若相關醫師依該醫院獎勵金核發初算之實際獎勵金加上本次撥付 102 年醫療費用差額超過保障部分，則予以補發差額；反之，不予補發。惟按教育部之說明，所屬大學醫學院附設醫院病人病情相對複雜嚴重，且營運績效不亞於其他公立醫院，然而相對於醫師辛勞與貢獻，每位醫師所能獲得之薪資及績效獎勵金總收入在醫療市場中屬於偏低，而獎勵金實施要點係奉行政院核定實施，獎勵金分配比例亦有明文規範，無法任意調整提高分配金額；因支付標準點值調升後之增

列預算，仍屬門診、住院及急診醫療收入，為績效獎勵金之來源，因此補付金額應依獎勵金實施要點提撥發放等語。

(四)按內、外、婦、兒、急五大科及麻醉醫學會代表於本院座談會之說明，可知 102 年支付標準調整，對於內科（地區醫院除外）及麻醉科醫師之收入提昇效果有限，至於對外、婦、兒科及急診醫師待遇之提昇，私立醫院醫師較公立醫院醫師有感，公立醫院又以教育部所屬大學醫學院附設醫院醫師最為無感。輔以健保署統計至 103 年 5 月 7 日之資料顯示，85% 醫院表示會將款項撥付予執行醫師，其中 5% 醫院表示撥付比率低於 15%，51% 醫院表示撥付比率為 16~70%，30% 醫院表示撥付比率超過 70%，可見 102 年支付標準調整能否符合相關科別醫師之期待，醫院提成比率為重要關鍵因素。

(五)綜上，鑑於 102 年支付標準調整後之差額撥付給執行醫師之比率，有 5% 醫院表示撥付比率低於 15%，僅有 30% 醫院超過 70%，衛福部及健保署允應督促醫院確實將增列之 50.55 億元預算，確實分配給急重難症醫師；另教育部對於所屬大學醫學院附設醫院撥付給執行醫師比率低於其他醫院之問題，允應從法制面檢討，研提改善方法，落實提昇急重難症及冷門科別醫師待遇之目的。

五、102 年支付標準之調整項目，對於重振麻醉科之效果有限，健保署允應確實檢討麻醉科等冷門科別之支付標準，俾符合現今醫療服務之相關成本：

(一)查 102 年支付標準調整案計提高 516 項特定診療項目之支付點數，其中含手術 454 項、處置 56 項、麻醉 6 項。按衛福部之說明，以 101 年申報量推估 102 年支付標準調整案執行後，預估內科增加 8.09 億點、外科增加 15.05 億點、兒科增加 6.69 億點、婦產科增加 9.92

億點、急診增加 10.71 億點。其中屬於急、重、難相關專科之麻醉給付，併入外科計算，調整之項目僅於全身麻醉增加 62 點，估計全年增加之分配預算約 1 億元。

(二)按臺灣麻醉醫學會來函說明表示，麻醉科所涵蓋合作科別範圍甚廣，調整給付之類別及分類，多年來未能與時俱進，部分項目支付點數長期以來未予調整，以脊椎麻醉為例，仍維持為健保開辦時之 1,500 點，從未調整；至於硬脊膜外麻醉 2,750 點，亦係於 85 年 10 月 1 日後未再調整，目前麻醉項目支付之點數，實無法符合現今麻醉科醫療之相關成本。

(三)內、外、婦、兒、急五大科之困境，於本院「我國全民健康保險總體檢」調查報告提出後，已逐漸獲得各界重視，然除上開科別外，仍有急、重、難症及冷門卻又必要科別之醫師，執業時間長、風險高，卻未獲得同等之重視。以麻醉科專科醫師為例，目前國內具有麻醉專業的醫師（麻專字號）有 1,136 名，扣除死亡、退休不執業（或具雙專科執業別專科者）、專職醫院行政、居留國外等因素，實際執業人數不足 900 人，每年卻要為近 500 萬人次之住院手術病患進行麻醉，服務量甚大；同一時段裡，1 個麻醉醫師可能需同時照顧 3 台手術以上手術之麻醉，人力亦出現短缺困境。另按目前產險公司辦理非強制納保之「醫師醫療責任保險」，在相同給付條件下，各科別醫師之投保金額不同，麻醉科與婦產科同列保費最高之科別，甚至高於外科，可見麻醉科醫師工作壓力與可能被告之頻繁，已屬高風險之科別。

(四)惟查 102 年支付標準之調整項目，在麻醉部分，僅於全身麻醉增加 62 點，全年增加之分配預算約 1 億元，每名麻醉專科醫師每月增加不到 2 千元收入，對於重振麻醉科之效果有限，爰健保署允應確實檢討麻醉科等冷門科別之支付標準，俾符合現今醫療之相關成本。

六、行政院允宜賡續責成衛福部及健保署持續關注「重振五大科」、「守護社區醫院」及「無效醫療 Shift 至安寧療護」等重大課題，合理調整支付標準及投入有效資源，俾確保全民健保永續經營：

(一)衛福部自本院進行全民健康保險總體檢系列調查案件以來，分別於 100 年至 102 年編列支付標準調整預算；另於 100 年起陸續辦理「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」、「原住民及離島地區醫事人員養成計畫」、「全民健康保險急診品質提升方案」、「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「重點科別住院醫師津貼補助計畫」、「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」與「急診壅塞因應策略」及「強化畢業後全科及五大科訓練」等計畫，前述各項計畫均為延續性計畫，已挹注之經費高達 102.77 億元（如附表 1）。

(二)衛福部業依提高五大科執業意願、降低醫療糾紛風險、充實偏遠醫療服務、解決急診壅塞及安全等 4 大面向，擬定 12 項策略，以「重振五大科」。策略包括：

- 1、提高全民健保五大科別支付標準。
- 2、增加五大科住院醫師津貼。
- 3、合理調整五大科醫師訓練員額。
- 4、充實五大科醫療輔助人力。
- 5、強化畢業後全科及五大科訓練。
- 6、推動生育事故救濟及籌辦醫療事故救濟制度。
- 7、推動醫療過失刑責合理化。
- 8、全民健保醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫。
- 9、偏遠地區公費醫師養成。
- 10、延攬旅外醫師返鄉服務。
- 11、解決急診壅塞之問題。
- 12、強化急診室安全。

- (三)除上開投入預算，挹注資源，以面對「醫療資源分配正義」外，因健保資源分配問題本質，尚觸動醫學倫理、無效醫療及臨終關懷等人性及生命價值議題，行政院歷次函復內容，亦提及對於安寧療護之興革事項，包括：
- 1、為推廣安寧醫療照護政策，以及讓醫療機構於執行撤除或終止心肺復甦術時更加完備，100 年度委託臺灣安寧緩和護理學會完成「撤除或終止維生醫療作業參考指引」。
  - 2、健保署 101 年 9 月通過「緩和醫療家庭諮詢費」支付點數 1,500 點，鼓勵醫療團隊與住院重症末期病患及家屬進行溝通及諮詢，以使病人及家屬瞭解病情預後及臨床可能的選擇，以使現有資源做最佳之利用。
  - 3、103 年 1 月 1 日起將社區安寧療護服務納入健保給付，放寬醫護人員教育訓練課程時數之要求，在安寧療護宗旨下，藉由降低對安寧居家療護服務之門檻，擴大醫事人員對安寧居家療護服務之提供。
- (四)全民健保實施迄今已逾 19 年，惟因行政院未能深刻體認支付制度對於醫療生態及醫師人力之衝擊，又未能及時提供有效之資源予以匡正，更未能正視醫療資源分配正義之問題，導致代表臺灣百年來醫學主流之內、外、婦、兒四大科醫師人力發展令人擔憂，幸而在本院進行健保總體檢案及相關系列調查案件調查以來，健保署於 100 年及 101 年度調整外、婦、兒科診察費加成，100 年投入預算 14.87 億元，101 年投入 21 億元，連續兩年投入預算調整四大科之門診診察費，已創健保實施之先例；102 年更進一步投入預算 50.55 億元調整急、重、難症及冷門卻又必要科別之支付標準，特別是支付標準落差較大之手術費及處置費，這些止血措施與資源挹注，在一定程度上，不僅已遏止「五大皆空」繼續惡化之

趨向，更有宣示政府全力支持五大科之良善美意及決心，也讓醫師些許「有感」。

(五)綜上，自本院健保總體檢案立案調查迄今已逾 5 年，期間本院陸續進行「延續對『重振四大科』、『守護社區醫院』及『無效醫療的『Shift』』調查案」、「醫療糾紛惡化「五大皆空」調查案」、以及「對『三多』、『重大傷病』、『醫療體系整合』、『論人計酬』及臺灣『NICE』調查案」，全力督促相關機關推動「重振五大科」、「守護社區醫院」及將「無效醫療 Shift 至安寧療護」等政策。在本院調查報告提出後，不論是衛生署或改制後之衛福部，亦不論是健保局或改制後之健保署，均能依據本院調查意見，大幅挹注資源，投入心力以進行健保資源的分配正義。因此，部分五大科醫師及社區醫院代表，對於近年支付標準調整已初步「有感」，且國內安寧療護風氣亦漸普及，顯見對健保資源進行分配正義，乃係永續健保之正確方向。爰行政院允宜賡續責成衛福部及健保署，持續關注「重振五大科」、「守護社區醫院」及「無效醫療 Shift 至安寧療護」等重大課題，合理調整支付標準及投入有效資源，俾確保全民健保永續經營。

調查委員：黃煌雄

中 華 民 國 1 0 3 年 7 月 2 2 日

附表 1 「重振五大科」及「守護社區醫院」之政策及計畫

政策/計畫名稱	政策/計畫重點	是否具有延續性	計畫執行年度起迄	歷年投入之預算金額	挹注之預算總金額	執行單位
基本診療項目調整	優先考量外科、婦產科及小兒科診察費之調整，其調整項目及幅度，由中央健康保險局會同醫院總額相關團體議定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。		100 年	100年：14.87億元	14.87 億元	健保署
調整支付標準	應用於調整外科、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。		101 年	101 年：醫院 12.38 億元；西醫基層 9.09 億元	21.92 億元	健保署
支付標準調整	為合理調整內科及急重難科別之支付標準，並兼顧各層級醫院之發展。		102 年	102 年：醫院 50.55 億元；西醫基層 2.22 億元	52.77 億元	健保署
強化畢業後全科及五大科訓練	本計畫自 92 年度起開始實施，醫師畢業後進行 3 個月一般醫學訓練；96 年度起延長為 6 個月；100 年起實施 1 年期醫師畢業後進行一般醫學訓練計畫，以提升新畢業醫師之一般醫學能力，強化其內、外、婦、兒、急診等基礎訓練。	是	92 年迄今	92年：5.46億元 93年：1.84億元 94年：3.96億元 95年：4.03億元 96年：3.95億元 97年：4.10億元 98年：4.10億元 99年：3.19億元 100年：4.05億元	43.99 億元	醫事司

政策/計畫名稱	政策/計畫重點	是否具延續性	計畫執行年度起迄	歷年投入之預算金額	挹注之預算總金額	執行單位
				101年：3.46億元 102年：2.89億元 103年：2.96億元		
鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫	<p>1.醫療糾紛日益增多是世界各國共同面對的問題。造成醫事人員極大困擾，甚至因而離開職場。</p> <p>2.為解決上開問題，行政院已於101年12月18日檢送「醫療法」第82條之1修正草案及其配套法案「醫療糾紛處理及醫療事故補償法（草案）」至立法院審議，在法案完成立法前，本部先由生育事故著手，優先推動「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」，期能改善近年婦產科人力萎縮之情形，並作為未來規劃全面性醫療傷害補償制度之重要先驅計畫。</p>	是	101年～103年	101年：3.10億元 102年：4.13億元 103年：3.12億元	10.35億元	醫事司
原住民及離島地區醫事人員養成計畫	擬培育在地化醫學人才，預計至105年可增加培育5大科公費醫師88名，藉以改善偏遠地區5大科缺乏之醫事人力，均衡醫療人力資源，促進醫療業務推展，並落實醫療在地化。	是	101年～105年	101年：0.56億元 102年：0.60億元(含重振五大科計畫經費0.42億元) 103年：0.65億元(含重振五大科計	1.81億元	護理及健康照護司

政策/計畫名稱	政策/計畫重點	是否具延續性	計畫執行年度起迄	歷年投入之預算金額	挹注之預算總金額	執行單位
				畫經費0.51億元)		
全民健康保險急診品質提升方案	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.提升急診重大疾病照護品質，包含急性腦中風、急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症患。</li> <li>2.加強適當轉診（向上轉診或平行轉診之病人，每個案獎勵 1000 點；符合向下轉診之病人，每個案獎勵 2000 點）。</li> <li>3.提升急診處置效率中，針對病人暫留急診大於 24 小時比率、完成急診重大疾病照護病人進入加護病房&lt; 6 小時之比率、檢傷一、二、三級急診病人轉入病房&lt; 8 小時之比率及檢傷四、五級急診病人離開醫院&lt; 4 小時之比率等進行監測，於效率品質顯有改善者，給予醫院獎勵。</li> </ol>	是	101 年 05 月迄今	101年：3.2億元 102年：3.2億元 103年：3.2億元	9.6 億元	中央健康保險署
「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」	為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，健保署自 101 年 5 月起實施本計畫，對於山地離島地區或偏遠地區主要急性醫療照護功能之醫院，承諾強化提供 24 小時急診或內科、外科、婦產科、小兒科四大科之門住診醫療服務者，給予一點一元保障，以	是	101 年 5 月 28 日迄今	101年：5億元 102年：6.7億元 103年：8億元	19.7 億元	中央健康保險署

政策/計畫名稱	政策/計畫重點	是否具延續性	計畫執行年度起迄	歷年投入之預算金額	挹注之預算總金額	執行單位
	使其具備較佳醫療提供之能力，每家醫院最高可補助 1,500 萬。					
重點科別住院醫師津貼補助計畫	對五大科（內、外、婦產、兒、急診）住院醫師完訓滿一年給予 12 萬元津貼補助，藉由提供誘因吸引醫學生投入五大科訓練與服務，並加強其完成訓練之意願。	是	102 年～104 年	102 年：3.26 億元 103 年：3.26 億元	6.52 億元	醫事司
醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫	由醫學中心支援急診與相關急重症之醫師人力，以協助離島及醫療資源不足地區之醫院達成「醫院緊急醫療能力分級標準」中的「急診」、「加護病房」、「腦中風」、「心血管」、「重大外傷」、「高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）」等章節項目內容。	是	102 年～104 年	102 年：2 億元 103 年：3.5 億元	5.5 億元	醫事司
急診壅塞因應策略	急救責任醫院參與「提升急診暨轉診品質計畫」	是	102 年～103 年	102 年：0.48 億元 103 年：1.21 億元	1.69 億元	醫事司