

## 糾 正 案 文

壹、被糾正機關：臺北市政府社會局、衛生局、行政院衛生署。

貳、案由：臺北市政府社會局及衛生局均明知年近80歲之王老太太於97年間罹患巴金森症，曾於99年9月間跌倒受傷骨折，經評估屬嚴重依賴之獨居長者，與80多歲王老先生共同生活，惟歷次訪視關懷卻均流於形式，致無法及時阻止王老先生於99年12月26日將王老太太以起子鑽釘額頭死亡之慘劇發生；又，我國長期仰賴呼吸器病患人數已增加至99年之3萬餘人，每年健保支付費用已超過新台幣200億元，且10年來使用超過1年者中，80歲以上者超過3成；加以我國使用葉克膜居世界之冠，99年健保支出葉克膜醫療費用高達1億6千餘萬元，不當使用呼吸器或葉克膜可能造成病患生活在人間煉獄飽受痛苦；惟衛生署卻未採取有效管控及約制措施，俾能保障末期病人善終之權利，核有疏失。

參、事實與理由：

據報載，民國（下同）99年12月26日臺北市一名八旬王姓老翁，因不忍愛妻飽受病痛折磨，遂弒妻自首之人倫悲劇等情，此凸顯我國在人口高齡化之下，長期照護體系亟待建置及補強，惟政府相關權責單位對於保障老人生活之重要法令制度，有無具體推動落實。案經函請行政院衛生署、勞工委員會（以下簡稱勞委會）、經濟建設委員會（以下簡稱經建會）、內政部、法務部、臺北市政府提供相關卷證，復召開兩次諮詢會議，邀請

相關專家學者提供專業意見，並約詢相關機關主管人員，再參酌相關機關於約詢後補充之書面資料，詳予審閱，業已調查竣事，茲將臺北市政府社會局、衛生局及行政院衛生署所涉違失臚列如次：

- 一、臺北市政府社會局自94年起由社工人員對王老太太提供關懷訪視及電話問安等服務，該府衛生局自95年10月起開始由公共衛生護士對王老太太提供住家訪視服務，該2局均明知年近80歲之王老太太於97年間罹患巴金森症，曾於99年9月間跌倒受傷骨折，在工具性日常生活活動功能已有多項困難之情形，經評估屬嚴重依賴之獨居長者，與80多歲王老先生共同生活，惟其歷次訪視關懷卻均流於形式，既未單獨訪談王老太太，亦未詳加探求其長期照顧之需求及處境，僅憑王老先生強勢拒絕之態度及意見，未對王老太太提供長期照顧居家服務，亦未察覺王老先生自99年9月起已有獨居老人的痛苦惶恐以及公開王老太太必須安樂死的言論與想法，致未能適時提供或轉介相關服務，而無法及時阻止王老先生於99年12月26日將王老太太以起子鑽釘額頭死亡之慘劇發生，均核有違失：

(一)按97年9月19日第4次修訂之「臺北市獨居長者照顧小組局處分工」規定：

- 1、該府社會局主辦該市獨居長者之關懷訪視、失能評估、建構福利服務資源網絡等事項，其處理原則如下：

(1)關懷訪視：整合公部門資源及加強結合民間團體認養獨居長者，提供定期之關懷訪視。

(2)失能評估：與衛生局配合進行獨居長者個案之失能評估，依資源分配，互相轉介、照會，提供個案最佳利益之服務。

(3)建構福利服務資源網絡：建構各區福利服務資

源網絡，隨時提供福利諮詢與相關居家照顧、日間照顧、機構安置、資源轉介服務。

2、該府衛生局主辦列冊輔導管理獨居長者健康，並評估獨居長者失能等級，提供後續專業服務等事項，其處理原則如下：

(1)列冊輔導管理獨居長者健康：列冊輔導管理該市獨居長者，針對慢性病或失能者，由各區健康服務中心提供每2月1次之到府關懷訪視服務，情況特殊個案隨時關懷訪視，對健康之獨居長者每6個月指導訪視1次。

(2)評估獨居長者失能等級，以提供後續專業服務：依獨居長者名冊資料，於1個月內評估獨居長者失能等級，提供或轉介後續專業服務。

3、由上述分工及處理原則可知，該府社會局及衛生局受理獨居長者通報後，應定期提供關懷訪視及衛教指導，並依獨居長者失能等級及實際需求，適時提供或轉介後續專業服務。

(二)本案王老太太之健康狀況及自理生活能力：

1、王老太太出生於20年1月12日，其夫出生於16年3月2日，均為高齡老人。王老太太自94年11月間即為臺北市政府社會局列冊關懷之獨居長者，並經該局轉介該府衛生局所屬之文山區健康管理服務中心後，該中心亦自95年10月7日收案進行王老太太之健康管理，由公衛護士定期至其住家訪視，以瞭解其健康狀況並提供相關衛教指導。依據該中心之訪視紀錄顯示，王老太太於97年3月間經醫院診斷罹患巴金森氏症，復於99年9月間跌倒骨折，自此其工具性日常生活活動功能有多項困難之情形。98年及99年該中心訪視王老太太之健康狀況及自理生活能力如下：

- (1) 98年2月27日訪視時，王老太太罹患之巴金森氏症續於臺大醫院追蹤，走路腳抬不起來，王老先生擔心其跌倒，故較少外出，並已請幫傭協助打掃及陪伴散步。
- (2) 98年9月7日訪視時，王老太太原為健康獨老，改列為失能（高危險性跌倒），其巴金森氏症續於臺大醫院追蹤，走路腳抬不起來，外出會有煮飯阿姨陪同，並持柺杖傘行走。上月曾於洗澡時滑坐於浴缸，呼喚其夫（重聽）很久才協助王老太太起身。
- (3) 99年10月26日訪視時，王老太太因上個月跌倒骨折，住仁愛醫院開刀治療，目前以助行器協助走動，其子由國外返國，約可再照顧1個月。經評估王老太太在輕鬆家事、洗衣服、煮飯、室外走動、上街購物等五項，有困難；僅吃藥、打電話、理財，無困難。且其巴氏量表得分50，屬嚴重依賴。
- (4) 99年12月8日訪視時，王老太太係以助行器協助走動，並由其夫協助照顧。經評估王老太太在輕鬆家事、洗衣服、打電話、煮飯、室外走動、理財及上街購物等七項，有困難；僅吃藥一項，無困難。且其巴氏量表得分25，屬嚴重依賴。
- (5) 99年12月17日訪視時，王老太太係以助行器協助走動，原聘僱之24小時照顧者因使用廚房不慎，已將其辭退，由其夫照顧。經評估王老太太在輕鬆家事、洗衣服、打電話、煮飯、室外走動及上街購物等六項，有困難；僅吃藥及理財二項，無困難。且其巴氏量表得分25，屬嚴重依賴。

2、王老先生於99年11月28日在個人部落格中，曾發表「獨居老人的惶恐」一文，其中敘及王老太太罹患巴金森氏症，巴金森氏症是迄今無從根治的未明病症，醫治僅是減輕並延緩其發展，不予治療、任病況發展，嚴重時四肢至全身會震顫，外加搖頭及言語不清。就因王老太太行動有此不便，月前中秋前日半夜起床時摔了一跤，致左股骨裂斷，在中秋節開刀裝了四支鋼釘，所幸手術成功，今已出院在康復之中等語。

(三)有關王老先生贊成安樂死之相關言論：

王老先生自97年8月23日開闢個人部落格，並發表多篇文章，原先多屬政治性議題，惟自99年9月間王老太太跌倒骨折後至99年12月26日弒妻，期間所發表之文章轉為有關安樂死、老人照顧等議題，茲將其內容摘述如下：

- 1、99年9月19日，發表「Chocola說《成功要找機會、失敗要找理由》」一文，其內容敘及：「因為覺得活夠了應該有死的自由，老頭我主張安樂死合法化。其實這事合不合法不說，自主權總是有的。但是，老妻必得先死；要不，她不得不負擔我先死的麻煩和痛苦，這個不合我意。」
- 2、99年11月1日，發表「智者千慮，總有一失」一文，其內容述及：「心碎了、生不如死，人老了、會受折磨卻不死，行動不便及失憶失智、甚至植物人、自己受罪、全家不安，沒有親身經歷過的當事人和家人怎能知其無奈。」「為何不讓安樂死合法化？為何不讓白首偕老的老夫老妻攜手含笑安樂死？倒要使當事人受盡折磨，被家人弄得有苦難言。」「所以，王老頭我的平生第二願望是宣揚安樂死合法化！假使情況逼迫，王老

頭會捨身以求。」

- 3、99年11月25日，發表「不能動了，和『二十四小時全天候看護工』及非法外勞」一文，其內容敘及：「所以，我主張安樂死，有意識的人主動要求，無表達能力的人被動接受安樂死。其實，在受苦受難的家族親人心裡有說不出的痛苦和矛盾，他們心底裡也期望他死，早點死，馬上死，何必否認呢！」「王老頭佝僂在古稀之年以前有協議：1、老妻務必先死；老妻先死是她的福氣。2、萬一這一半不能動了等等，另一半有責任使他被動安樂死。」
- 4、99年11月26日，發表「你我都會老」一文，其內容述及：「你我都會老；老到自認『活夠了』怎麼辦？等疾病或意外來折磨你到死？等疾病或意外來折磨你到自己想死卻不死？等疾病或意外來折磨你到家族希望你死，而你卻帶病折磨著家人而不自己死掉？等疾病或意外來折磨到全家瀕臨破產、破敗，家族全都希望你死，而你卻帶病繼續不分晝夜折磨著家人而不自己死掉？」
- 5、99年11月28日，發表「獨居老人的惶恐」一文，其內容述及：「王老頭我告訴大家的醫療等有關事項是親身經歷過的，非比一般人僅憑觀察、聽聞、推測、想像。而且，老年人的感受又豈是年尚未老者所能瞭解及表達？」「正常的老人不怕死；他只怕死前的折磨—折磨本人，折磨他家人，他家人因受了折磨而折磨他，他家人僱來照顧他的人折磨他。他怕整日惶惶、長夜漫漫、日以繼夜無休止的受折磨。誰能無疾而終呢？有多少幸運的老人能在平安中不知不覺的死去呢？」「不贊成安樂死合法化的不是人，包括主動安樂

死和被動安樂死。」

- 6、99年12月2日，發表「憂鬱症、焦慮症、毒品」一文，其內容敘及：「宣揚安樂死者對以下這些話題必然有所認知。因為主張安樂死和實行安樂死者都必須是有高度智慧和理性的人。因為主張和實行安樂死者都敢勇於面對人生和現實；他們不是弱者。人選擇安樂死並非逃避現實，他選擇安樂死是為了解決問題。」
- 7、99年12月5日，發表「王老頭夫婦決定要安樂死」，內容敘及：「王老頭夫婦在十來年前就覺得活夠了，他們不要因疾病或意外、在痛苦和無奈中、沒自主權又沒尊嚴，受盡醫療折磨和別人擺佈、自己身受種種痛苦、又拖累家人、大家飽受身心折磨的自然死亡。」「王老頭夫婦在十來年前就討論過老與死的事。王老頭對王老太婆說：『妻在夫前死』是老妻的福氣。王老太婆說：我同感焉，然則何能？王老頭說：必要時我把你殺了就是。如何殺嗎？簡單：他有一枝毛瑟7.65六寸，給吃些安眠藥、對腦袋轟一槍不就行了。可，那枝槍後來叫政府『徵借』去了，直到今天……。她知道被借去了，問：沒槍了，怎辦呢？他答說：萬事難不倒我王老頭，改用電鑽打個洞還不行嗎！」「豈知，王老太婆真的又病、又出了意外：帕金森氏症外加跌斷了左腿股骨。這兩個多月行動困難。夫婦倆，她病倒了，他很困難。」「王老頭夫婦在十來年前就決定要安樂死，主要的原因是：活夠了。王老頭夫婦現在也許真的需要安樂死了。怎麼辦呢？」
- 8、上開部落格內容顯示，王老先生自王老太太於99年9月間跌倒骨折後，即有將其妻予以安樂死之

想法。隨即99年12月26日上午7時30分，王老先生先將6顆憂鬱症藥物給予其妻服用後，9時以起子鑽釘其妻額頭並攪動致其死亡，9時5分其妻又有呼吸及心跳，王老先生再以同樣手法致其死。

(四)關於王老太太是否孤立無援及拒絕臺北市政府關懷訪視問題：

經查臺北市政府雖稱：王姓夫妻二人自94年11月30日起由該府社會局所屬文山老人服務中心受案列冊關懷，並提供關懷訪視及電話問安等服務，惟王老先生一再拒絕關懷訪視，遂改以持續性電話問安。該中心社工員於99年5月24日家庭訪視時，曾主動向王老夫婦介紹長期照顧服務，並主動提供簡介，王老太太較感興趣，惟因王老先生表達無協助需求且較為強勢，該次家訪會談幾乎皆由王老先生發言，王老太太較無機會充分與社工員會談，遂請其有需要時可與中心社工員聯繫，而訪視過程中其夫妻互動良好恩愛並未發現有任何異狀。同年11月16日文山老人服務中心社工員到宅訪視評估時，再次建議申請長期照顧居家服務，惟王老先生表示再看看。另該府衛生局所屬文山區健康服務中心亦自95年10月提供訪視服務及到宅測量王老太太之血壓、血糖，直至98年9月因王老太太有輕度失能狀況，故將其改列失能個案。該中心公衛護士於訪視時，亦曾向王老夫婦宣導有關長期照顧服務，惟王老先生拒絕。王老太太雖輕度失能，惟非孤立無援，除自家聘請彭婉如基金會陪伴員協助備餐、購物及整理環境等家事服務外，在美兒子亦隨時關心，並請在台遠房親戚從旁關懷，99年中秋節前後，王老太太因跌倒，其子亦從美國回台照顧，且王老夫婦與教會均持續保持良好互動關係。該府評估王老先



生對於外來人士進入其家中有較多考慮，故對於已使用之陪伴員較有安全感；另王姓夫婦亦透過教會持續尋求照顧人力，故雖文山老人服務中心社工員及文山區健康服務中心公衛護士已與王姓老夫婦建立初步專業關係，但王老先生仍選擇教會協助，教會牧師亦曾介紹看護，惟因王老先生不滿意而未繼續使用等語。惟查：

- 1、王姓老夫婦雖自費聘請陪伴員提供家事服務，惟該員以協助購物及整理環境為主，且一週僅服務3天。文山區健康服務中心於99年12月間兩次訪視時，王老太太日常生活係由年邁之王老先生協助照顧，並無其他人員提供協助。再從99年12月5日王老先生於部落格所發表之「王老頭夫婦決定要安樂死」內容，其中提到：「豈知，王老太太真的又病了、又出了意外：帕金森氏症外加跌斷了左腿股骨。這兩個多月行動困難。夫婦倆，她病倒了，他很困難」等語，足見王老夫婦之實際處境非如臺北市政府所稱之「並非孤立無援」。然而，99年5月24日文山老人服務中心社工員家庭訪視時，雖評估王老太太有長期照顧需求，並主動向王老夫婦介紹長期照顧服務，王老太太較感興趣，惟因王老先生表達無協助需求且較為強勢，該次家訪會談幾乎皆由王老先生發言，王老太太較無機會充分與社工員會談。99年11月16日文山老人服務中心社工員到宅訪視評估，當時王老太太坐在客廳（因曾跌倒身體顯得較虛弱），社工員即向王老先生建議申請長期照顧居家服務，惟其表示再看看。99年12月17日文山區健康服務中心公衛護士進行訪視時，亦曾提供相關長期照顧服務之資訊參考，惟王老先生拒絕。該府

社會局及衛生局相關主管人員於本院約詢時亦坦承，社工員及公衛護士都是與王老夫婦兩人一起訪談，並未單獨訪談王老太太等語。足見社工員及公衛護士僅憑王老先生強勢拒絕之態度與意見，卻未探尋王老太太之意願，忽略被照顧者（王老太太）之真正需求及處境。

- 2、復據袁牧師於本院諮詢時證稱：98年8、9月間孫女士（即王老太太）曾表示，其恐懼與魔鬼同住，其夫有安樂死之主張與想法，但其卻反對安樂死之想法。王老先生曾患有憂鬱症，個性偏激，不易接受他人之意見，且強勢掌控孫女士之生活安排，孫女士因其夫之個性，將近40年之時間未與娘家連絡等語。惟臺北市政府社會局及衛生局於多年電話問安及到宅訪視過程中，均未察覺其異狀。又，文山老人服務中心及健康服務中心分別自94年11月及95年10月持續提供電話問安及到宅訪視等服務多年，惟王老太太自99年9月間跌倒骨折不良於行至12月26日遭其夫殺害致死之期間，王老先生已於個人部落格中密集發表數篇有關安樂死之想法，並屢屢提及老人照顧之無奈處境，且在此期間，社工員及公衛護士均曾至案家進行數次訪視，卻猶未能察覺王老先生之異狀，亦未單獨訪談王老太太，足見社工員及公衛護士歷次訪視流於形式，以致無法及時察覺王老夫婦所遭遇之困境。

- (五)綜上，本案王老夫婦為獨居之長者，臺北市政府社會局及衛生局分別自94年11月及95年10月收案後，均定期提供電話問安及訪視服務。王老太太於97年3月間經醫院診斷罹患巴金森氏症，復於99年9月間不慎跌倒導致骨折，雖經住院手術治療，惟其行

動不便需要他人協助照顧日常生活，該府衛生局所屬文山區健康服務中心於10月及12月間三度至案家訪視，均評估王老太太之工具性日常生活活動功能有多項困難之情形，並達嚴重依賴程度。當時王老夫婦雖已自費聘請家事服務員提供家事服務，惟以協助購物及整理環境為主，故王老太太日常生活仍由年邁之王老先生獨自承擔照顧。臺北市政府社會局及衛生局於99年10至12月間進行訪視時，明知王老太太在工具性日常生活活動功能已有失能之情形，並由高齡80餘歲之王老先生自行協助照顧，確有長期照顧之需求，理應重視並積極轉介長期照顧服務協助解決其照顧負擔及所遭遇之困難，以保障失能老人生活，惟社工員及公衛護士單憑王老先生專斷拒絕之意見，既未單獨訪談王老太太，亦未詳加探求其長期照顧之需求及處境，僅憑王老先生強勢拒絕之態度及意見，未對王老太太提供長期照顧居家服務，亦未察覺王老先生自99年9月已有獨居老人的痛苦惶恐以及公開王老太太必須安樂死的言論與想法，以致未能適時提供或轉介相關服務，而無法及時阻止王老太太於99年12月26日遭王老先生以起子鑽釘額頭死亡之悲劇發生，顯見該2局多年對於獨居長者之訪視關懷流於形式，均核有違失。

二、我國安寧緩和醫療條例已於89年6月7日公布施行，惟長期仰賴呼吸器病患人數卻逐年增加，99年增至3萬餘人，10年來使用超過1年者計2萬餘人，其中80歲以上者超過3成，每年健保支付費用已超過新台幣200億元<sup>1</sup>；又我國使用葉克膜居世界之冠，99年單純使用葉

---

<sup>1</sup> 衛生署所提供之每年健保支付長期依賴呼吸器病患之費用係以點值作為單位，如以平均點值為新臺幣0.9元予以換算，則每年健保支付長期依賴呼吸器病患之費用260餘億點，經換

克膜病患之人數計有1,126人，由健保支出之葉克膜醫療費用高達新台幣1億6千餘萬元；不當使用呼吸器或葉克膜不僅可能造成無效醫療，而且使病患生活在人間煉獄飽受痛苦；衛生署卻未正視末期病人在醫療上所面臨雙重弱勢之處境，針對醫師面臨末期病人施行氣切插管及葉克膜體外維生系統之情形，研議相關診療指引，並從法令強制力及健保支付制度上，採取有效管控及約制措施，以促使醫師有所遵循並審慎使用該等醫療救治措施，俾能尊重末期病人之醫療意願及保障病患善終之權利，核有疏失：

(一)有關呼吸器依賴照護之問題：

- 1、查衛生署健保局於89年6月開始實施「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付制度」試辦計畫，對於呼吸照護中心及呼吸照護病房階段採定額給付。依健保局所公告之「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式試辦計畫」(以下簡稱試辦計畫)，呼吸照護可分為加護病房(ICU)、呼吸照護中心(RCC)、呼吸照護病房(RCW)和居家照護(Home Care)四個階段，呼吸器依賴病患第一階段在加護病房接受照護最長21天，第二階段依主治醫師須病情判斷下轉呼吸照護中心接受照護最長42天，第三階段依患者病情下轉呼吸照護病房接受照護，第四階段則為居家照護(自98年11月起該試辦計畫將居家照護階段支付範圍由「居住家中」開放至健保特約之一般護理之家)。
- 2、惟據衛生署所提供之統計資料顯示，上開試辦計畫於89年實施，自90年RCC及RCW之床數及長期呼

吸器依賴患者之人數呈現逐年增加之趨勢，而65歲以上老年病患所占比率高達7成，其中更有4成係80歲以上高齡病人，且每年全民健保支付長期依賴呼吸器病患之費用已達2百餘億點，茲分述如下：

(1) RCC及RCW之床數逐年增加：

依據衛生署提供之統計資料顯示，上開計畫於89年實施，隔年RCC及RCW之床數分別為240床及1,046床，迄99年時已分別增加為921床及5,427床，其成長快速可見一斑（詳見表8）。此外，從醫院層級別觀之，以地區醫院RCW之家數及床數為最多（詳見表9）。

表8、90至99年呼吸器照護中心及呼吸器照護病房床數統計

單位：家、床

項目	年	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
	呼吸 照護 中心	家	15	20	27	34	34	44	46	49	53
床		240	284	409	579	652	788	779	806	896	921
呼吸 照護 病房	家	43	70	109	139	144	158	147	153	132	164
	床	1,046	1,869	3,256	4,287	4,553	5,130	4,805	4,943	5,266	5,427

備註：

- 1、整合性照護系統自95年起由分局定期提報，90~94年數據非完整年度資料。
- 2、全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式試辦計畫因自89年7月起實施，尚未滿一年，故89年未有統計資料。又該計畫自97年分階段全面實施，故採鼓勵組成整合性照護系統，不強制組成整合性照護系統。

資料來源：衛生署

表9、89至98年間呼吸器照護中心及呼吸器照護病房床數統計-按醫院層級別區分 單位：家；床

年度別	層級別	呼吸照護中心		呼吸照護病房	
		家數	床數	家數	床數
95	醫學中 心	11	301	1	83
	區域醫 院	31	443	29	955

年度別	層級別	呼吸照護中心		呼吸照護病房	
		家數	床數	家數	床數
	地區醫院	2	44	128	4,092
	合計	44	788	158	5,130
96	醫學中心	11	272	1	83
	區域醫院	33	463	29	913
	地區醫院	2	44	117	3,809
	合計	46	779	147	4,805
97	醫學中心	11	284	1	17
	區域醫院	36	490	32	1,002
	地區醫院	2	32	120	3,924
	合計	49	806	153	4,943
98	醫學中心	13	317	2	57
	區域醫院	39	559	30	988
	地區醫院	1	20	130	4,221
	合計	53	896	162	5,266
99	醫學中心	14	329	2	57
	區域醫院	41	572	29	973
	地區醫院	1	20	133	4,397
	合計	56	921	164	5,427

備註：

1、本表僅能統計參與全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式試辦計畫之呼吸照護中心及呼吸照護病房家數及床數。又該計畫床數係不定期由各分局提供，故統計始點會影響床數多寡

2、自95年始例行按層級別提供資料，故90至94年並無是項數據資料。

資料來源：衛生署

(2)長期依賴呼吸器病患之人數逐年增加，其中以65歲以上老人居多：

<1>近10年長期依賴呼吸器病患人數亦有逐年

增加之趨勢，從90年之18,855人，增加至99年之30,271人，其中以65歲以上老人居多，歷年所占比率均超過70%，99年時80歲以上高齡者所占比率甚至達4成（詳見表10）。

表10、90至99年長期依賴呼吸器病人之人數及其年齡分布情形

單位：人；%

分組	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年
65~69歲	1,825	2,078	2,287	2,562	2,644	2,407	2,475	2,379	2,296	2,252
70~74歲	2,901	3,456	3,813	4,261	4,082	3,754	3,759	3,541	3,403	3,254
75~79歲	3,267	4,109	4,849	5,731	5,871	5,491	5,548	5,337	4,938	4,739
80~84歲	2,759	3,698	4,228	5,131	5,644	5,357	5,715	5,854	5,872	5,898
85~89歲	1,812	2,323	2,784	3,203	3,472	3,490	3,806	4,028	4,085	4,243
90~94歲	619	825	1,058	1,382	1,538	1,436	1,534	1,570	1,591	1,664
95~99歲	137	195	231	252	314	293	339	377	384	424
100歲以上	20	22	26	33	35	36	44	33	42	46
≥65歲合計	13,340	16,706	19,276	22,555	23,600	22,264	23,220	23,119	22,611	22,520
病患總人數	18,855	22,439	25,678	29,859	31,103	29,395	30,724	30,723	30,246	30,271
65歲以上者占總人數之比率	70.75	74.45	75.07	75.54	75.88	75.74	75.58	75.25	74.76	74.39

備註：

- 1、本項資料係依健保資料倉儲申報資料。
  - 2、擷取條件依呼吸器試辦計畫收案條件定義連續使用呼吸器21天（含）以上之患者（除含在RCC病房及RCW病房之人數外，並包含單獨住在ICU或一般病房之呼吸器依賴患者人數）。
  - 3、各年齡層因住院期間跨不同年齡層者以最後一筆年齡計算。
- 資料來源：衛生署

〈2〉又從歷年RCC及RCW病患之年齡分布以觀，長期依賴呼吸器患者以60~69歲、70~79歲及80~89歲等年齡組之人數居多，其中近年來又以80~89歲者為最多（詳見表11及12）。再以99年RCW人數為例，該年RCW人數總計15,373人，其中70歲以上老人多達11,397人，占74.1%，80歲以上高齡者（7,157人）之比率更將近5成。

表11、90至99年RCC人數年齡分布統計表 單位：人

年齡分組	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年
0~9歲	-	-	1	1	-	1	-	-	1	1
10~19歲	5	8	2	14	20	31	27	34	37	44
20~29歲	22	20	55	69	82	94	91	90	87	111
30~39歲	28	59	86	93	108	130	172	171	155	177
40~49歲	80	125	194	245	282	332	361	390	396	401
50~59歲	110	212	392	445	545	643	756	780	839	940
60~69歲	336	481	789	972	1,058	1,110	1,245	1,239	1,235	1,404
70~79歲	634	914	1,725	2,136	2,278	2,420	2,766	2,709	2,746	2,948
80~89歲	455	767	1,375	1,766	1,966	2,348	2,689	3,015	3,078	3,602
90~99歲	86	121	276	382	417	469	551	577	576	729
100歲以上	1	3	3	7	11	8	8	13	19	18
總計	1,757	2,710	4,918	6,130	6,767	7,586	8,666	9,018	9,169	10,375

備註：

1、本項資料係依健保倉儲資料。

2、病患當年度不同次就診之年齡跨不同組別時，以最後一筆案件年齡列計。

資料來源：衛生署

表12、90至99年RCW人數年齡分布統計表 單位：人

年齡分組	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年
0~9歲	2	4	12	13	4	7	8	6	17	31
10~19歲	6	14	20	20	23	30	34	38	33	65
20~29歲	19	38	47	50	64	72	69	75	73	137
30~39歲	26	44	62	92	102	92	99	114	101	202
40~49歲	80	122	168	216	302	290	293	293	334	561
50~59歲	16	236	309	373	534	548	556	615	687	1,148
60~69歲	398	608	750	948	1,054	1,010	1,029	1,132	1,161	1,832
70~79歲	774	1,514	1,919	2,360	2,764	2,665	2,788	2,755	2,783	4,240
80~89歲	599	1,282	1,734	2,192	2,731	2,627	3,006	3,286	3,755	5,850
90~99歲	104	227	322	439	578	528	642	676	808	1,278
100歲以上	1	6	4	11	17	19	14	11	16	29
總計	2,125	4,095	5,347	6,714	8,173	7,888	8,538	9,001	9,768	15,373

備註：

1、本項資料係依健保倉儲資料。

2、病患當年度不同次就診之年齡跨不同組別時，以最後一筆案件年齡列計。

資料來源：衛生署

(3) 每年健保支付費用已高達260多億點：

依據衛生署提供之統計資料顯示，每年健



保支付長期依賴呼吸器病患之費用從90年之146.73億點，快速增加至94年之273.76億點，嗣後每年多維持在260多億點。其中支付在呼吸照護中心由90年3.91億點，至99年21.6億點；支付在呼吸照護病房由90年之9.69億點，快速增加至99年之94.9億點（詳見表13）

表13、90~99年長期呼吸器依賴患者費用統計

單位：百萬點

年度/病床別	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
ICU	3,195	3,764	4,593	5,482	5,535	5,623	6,060	6,245	6,851	7,618
RCC	391	582	1,039	1,296	1,367	1,544	1,807	1,887	1,924	2,160
RCW	969	2,182	3,199	4,277	5,389	5,401	5,692	6,046	6,651	9,493
一般病房	3,120	3,904	4,973	6,450	5,615	4,584	4,422	4,168	3,932	1,667
一般病房+ICU	6,998	7,943	8,125	9,294	9,470	8,466	8,430	8,261	7,038	5,819
合計	14,673	18,376	21,927	26,799	27,376	25,618	26,411	26,607	26,396	26,757

備註：

- 1、呼吸器依賴患者，係指該年度某段申報資料中呼吸器使用天數超過21天者，當年度中之新個案，申報57023B未申報57001B或57002B者不列入。
- 2、點數係指實際醫療費用。
- 3、同一病患在同一天至同一院所住院之各月申報資料皆併入同一件數計算。
- 4、「一般病房」係指病人留住於未參與呼吸器試辦計畫時，醫院申報之病房別；另「一般病房+ICU」係指病患於同一住院期間入住加護病房及一般病房二種病房後才出院，其費用合併申報無法拆分，故歸為一類統計。

資料來源：衛生署

(4)10年來長期呼吸器依賴患者住院超過1年者計有20,472人，其中80歲以上高齡者超過3成：

依據衛生署提供之統計資料顯示，90至99年長期呼吸器依賴患者住院天數在1年內之人數近9成，超過1年者計有20,472人（詳見表14），其中70歲以上老人超過7成，80歲以上高齡者甚至超過3成（詳見表15）。

表14、90~99年長期呼吸器依賴患者住院天數分布統計

住院天數	申報人數	人數占率
1 個月	58,742	31.37%
2-3 個月	39,380	21.03%
4-6 個月	46,011	24.57%
7-12 個月	22,574	12.06%
累計滿 1 年	166,707	89.03%
13-24 個月	11,615	6.20%
25-36 個月	4,188	2.24%
37-48 個月	2,123	1.13%
49-60 個月	1,152	0.62%
61-72 個月	624	0.33%
73-84 個月	391	0.21%
85-96 個月	254	0.14%
97-120 個月	200	0.11%
小計	20,472	10.93%
總和	187,254	100.00%

備註：

- 1、資料期間為90年~99年，共計10年。
- 2、本表係指符合呼吸器使用 $\geq 21$ 天者住院期間留住各類病房之天數，故人數非僅限住RCW病患，尚包括加護病房、呼吸照護中心及一般病房之人數。
- 3、住院天數是以清單檔上之急性病床天數加上慢性病床天數。
- 4、每個月以30天計算。
- 5、呼吸器依賴患者以10年資料範圍重新認定（非各年分別認定）
- 6、不足1個月者，不在此表範圍。又因申報及慢性病床天數錯誤導致住院天數大於120個月者，則併至109-120個月計算。

資料來源：衛生署

表15、長期呼吸器依賴患者住院天數超過1年者之年  
齡分布統計 單位：人；%

年齡分組	人數	占率
0~9 歲	307	1.5%
10~19 歲	107	0.5%
20~29 歲	188	0.9%
30~39 歲	307	1.5%
40~49 歲	783	3.8%
50~59 歲	1,431	7.0%
60~69 歲	2,931	14.3%
70~79 歲	7,105	34.6%
80~89 歲	6,284	30.6%
90~99 歲	1,084	5.3%
100 歲以上	20	0.1%

年齡分組	人數	占率
總計	20,547	100.0%

資料來源：衛生署健保局

- (5) 前揭相關數據呈現我國呼吸器治療之現況，亦凸顯諸多高齡者長期依賴呼吸器之問題。復據本院諮詢之專家學者指出：上開試辦計畫政策用意原為良善，係為解決ICU人多問題，惟乏相關配套措施、生命議題的討論，當醫療機構發現有利可圖時，即以RCW開始賺錢，此可從計畫實施後，RCW人數大幅增加等情可見一斑。換言之，以前這種植物人由家屬自行照顧，容易被放棄，故在短時間內就會往生，但後來健保給付費用，由政府付了大部分費用，家屬付少一點（如尿布、管灌飲食等），造成RCW人數愈來愈多，現在臺灣1年花在呼吸器照護之費用應該超過2百億；其次，三軍總醫院前胸腔內科主任吳清平曾做過研究，其依照三總的RCW去看，發現裡面意識清楚者未及30%，故RCW可稱為植物人，且以人口比例計算，我國現在應是全世界植物人最高的國家。再者，健保一年在洗腎病人花費353億，呼吸器則是267億，兩項合計620億，占醫療費用12.8%，比中醫及牙醫兩個部門費用加起來還多。此外，由於國人平均餘命愈來愈長，老人會愈來愈多，年輕人愈來愈少，換言之，消耗醫療資源者愈多，但要繳納保險費者愈來愈少，政府需要好好考量未來健保將何去何從等語。
- 3、依據衛生署查復表示：上開全民健保呼吸器依賴患者整合性照護試辦計畫規定，全民健保對於呼吸照護中心及呼吸照護病房係採日定額給付，除

特殊項目得另核實申報外，不得申報其他醫療照護費用。又，該署健保局針對RCC及RCW房之照護品質，除要求申報費用外，當病患有轉入、轉出及脫離等改變時，皆要另行登錄管理系統，由該局分析其脫離率、死亡率等品質指標，另於院所申請成立此類病房時，該局皆實地審核其設置基準，亦不定期進行實地訪查，以確保品質。復為管控RCW之病患來源，該計畫並規定非由上游病房（如ICU、RCC）下轉之病患入住RCW，皆須提出事前審查等語。再據該署於本院約詢時表示：健保局對於醫療機構所申報之費用，有審查機制，且今年醫院評鑑新制已將洗腎、呼吸器納入評鑑項目，針對呼吸照護之品質及人力指標，列有評核項目。未來除可依新修定之安寧緩和醫療條例第7條規定及透過宣導，達到降低呼吸照護之醫療支出等語。

- 4、衛生署所定之試辦計畫，雖已採取上開相關查核及品質監控機制，惟該計畫實施迄今，無論國內呼吸照護中心及呼吸照護病房之家數、床數，以及病患人數均呈現逐年增加之趨勢。又，安寧緩和醫療條例雖已於89年間公布施行，惟我國RCC及RCW病患人數不減反增，其中又以高齡病患居多。再從專家學者於本院諮詢會議時所提示之資料顯示，呼吸器照護醫療機構所收容之部分老年病人躺在病床已無意識，長期臥床之下，四肢萎縮捲曲，只能藉由呼吸器賴以生存，顯見衛生署前揭措施無法改善老年病患長期依賴使用呼吸器之處境。此外，安寧緩和醫療條例已於100年1月26日修正通過第7條規定，惟衛生署對於醫師施行插管及撤除程序，迄今仍乏相關規範或指引

，亦未採取具有強制力之防堵措施，僅仰賴民間團體持續進行宣導，仍無法有效約制各醫院審慎施行急救措施，甚至對於醫師違反末期病人意願之急救行為，以及是否有不肖業者為賺取呼吸器之健保給付利益，而不願積極縮短末期病患持續插管之行為，亦未從法令強制力及健保給付條件等方面，積極採取有效防堵機制，以致無從落實尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，造成末期病人之雙重弱勢處境。目前衛生署雖開始將呼吸器納入今年度醫院評鑑項目之中，惟僅針對呼吸照護之品質及人力指標，列有評核項目，其無法發掘末期病人是否遭到不當持續插管或違反其意願之情形，亦乏相關制裁作為，仍難以保障老人之善終權利。

(二)有關我國使用葉克膜之現況：

- 1、依據衛生署查復資料顯示，葉克膜體外維生系統（Extracorporeal Membrane Oxygenation, ECMO）係機械性循環支持（人工心臟）及氣體交換（人工肺臟）之組合，以短暫支持心肺功能，最初主要應用於新生兒肺部疾病（例如：持續性新生兒肺高壓、先天性橫膈疝氣、胎便吸入性肺炎等等），惟經過不斷發展演變，亦已廣泛地應用於各種成人及小孩之急性心肺疾病，包括急性呼吸窘迫症候群、開心手術後心衰竭、急性心肌炎，急性心肌梗塞併心因性休克等疾病，合先敘明。
- 2、查全民健保自91年12月1日開始給付葉克膜診療項目，凡符合健保給付葉克膜適應症者<sup>2</sup>規定者，

---

<sup>2</sup> 依據衛生署提供之資料，葉克膜使用之適應症如下：(1)心因性休克：a. 心臟手術重建後，暫時性心臟功能障礙(Stunned heart)。b. Bridge：為準備心臟手術或心室輔助器或心臟移植，而暫代心臟功能。c. 可回復性的心肌病變。d. 肺栓塞(Pulmonary embolism)。e. 急性

即為健保給付範圍。依據衛生署統計分析，99年我國使用葉克膜之情形如下：

- (1) 99年單純使用葉克膜病患之人數計有1,126人<sup>3</sup>，合計總醫療費用8億9,923萬餘元，其中葉克膜醫療費用達1億6,821餘萬元，推估平均每人使用葉克膜日數為4.5天，平均每人葉克膜醫療費用約15萬元，使用葉克膜相關醫令之區間費用平均為18萬9千餘元，另平均每人總醫療費用為79萬8千餘元（詳見表16）。

表 16、99 年健保支出葉克膜費用之分析

層級別	申報醫院數	人數	葉克膜醫療費用	合計總醫療費用	平均每人				
					推估使用葉克膜天數	總住院天數	葉克膜醫療費用	使用葉克膜相關醫令之區間費用	總醫療費用
醫學中心	19	774	121,183,503	659,899,271.38	4.48	22.95	156,568	173,405	852,583
區域醫院	38	390	44,166,875	228,521,400.98	3.12	18.53	113,248	192,187	585,952
地區醫院	3	23	2,859,972	10,817,136.54	4.57	15.30	124,347	164,606	470,310
總計	60	1,126	168,210,350	899,237,808.90	4.25	22.51	149,388	189,262	798,613

備註：健保醫療費用點數係採浮動點值，99年平均點值為0.9445，故上述金額費用（元）=醫療費用點數\*0.9445計算。

資料來源：衛生署

- (2) 99年使用葉克膜之病患（1,126人）中，66歲

心肌梗塞併心因性休克。f. 其他心因性休克。(2)呼吸性衰竭：a.  $FiO_2: 1.0, PaO_2 < 60\text{mmHg}$ ，已排除可逆轉之原因。b.  $CO_2$  retention，造成血行動力學不穩，已排除可逆轉之原因。c. 過渡至肺臟移植。(3)小兒及新生兒：a. 吸入性胎便肺炎症候群（MAS；Meconium aspiration syndrome）。b. 呼吸窘迫症候群（Hyaline membrane disease）。c. 先天性橫膈膜疝氣（CDH；Congenital diaphragm hernia）。d. 新生兒頑固性肺高壓（PPHN；Persistent pulmonary hypertension of neonate）。e. 上述疾病經傳統治療（含呼吸器），並合乎下列呼吸衰竭指數： $Oxygenation\ Index \geq 40$   $OI = MAP \times FiO_2 \times 100 \div PaO_2 MAP^2$ （Mean Airway Pressure） $AaDO_2 = (Patm - 47) \times FiO_2 - PaO_2 - PaCO_2 > 610$  for 8Hrs  $> 600$  for 12Hrs  $PaO_2 < 40\text{mmHg}$  for 2 Hrs。(4)其他：a. 氣道外傷。b. 極低體溫（核心體溫 $\leq 30^\circ C$ ）。

<sup>3</sup> 依據衛生署表示，98年9月1日以前使用葉克膜項目係以「體外循環系統」項目申報，該「體外循環系統」項目尚包含手術相關適應症，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，至98年9月1日始將手術相關適應症拆分項至68052B「體外心肺循環」，故99年以前之申報資料無法區分手術後或非手術病人，故僅提供99年單純使用葉克膜（非與手術相關）之人數與費用分析。

以上老人計有366人，所占比率為32.5%；76歲以上者計有143人，其所占比率為13.7%（詳見表17）。其次，使用超過30天（含）以上者計有12人，最長使用天數為64天（1人），使用3天（含）以下者計有764人，最短使用天數為1天，計有599人（其中出院時存活着266人，死亡者333人）。再者，使用葉克膜之1,126名病患出院時平均存活率為43%（499人），而出院時為死亡者計有450人，其餘218人為自動出院者；又死亡者中76~80歲者有29人，81~95歲有30人（詳見表18）。

表17、99年使用葉克膜個案之年齡分布

年齡分組	人數	占率
1~20歲	115	10.2%
21~50歲	312	27.7%
51~65歲	333	29.6%
66~70歲	115	10.2%
71~75歲	108	9.6%
76~80歲	68	6.0%
80~95歲	75	6.7%
總計	1,126	100%

資料來源：衛生署

表18、99年使用葉克膜個案出院時為死亡者之年齡分布

年齡分組	人數	占率
1~20歲	53	11.8%
21~50歲	130	28.9%
51~65歲	116	25.8%
66~70歲	47	10.4%
71~75歲	45	10%
76~80歲	29	6.4%
81~95歲	30	6.7%
總計	450	100%

資料來源：衛生署

3、衛生署雖表示：葉克膜使用及撤除之時機，係由

臨床醫師專業判斷，視病患情形及需求予以使用或撤除，如經醫師專業判斷病患臨床需使用葉克膜且符合適應症者，即可使用等語。惟從前揭數據以觀，99年單純使用葉克膜之1,126位病患，耗用總醫療費用高達8億9,923萬餘元，其中葉克膜醫療費用為1億6,821餘萬元，其所耗費之醫療資源相當可觀。再據本院諮詢之專家學者表示：臺灣實施健保以來的結果，葉克膜的使用大概是世界最高。由於臺灣缺乏無效醫療之定義，使得後續改善方案及相關問題就無法再進一步討論及形成共識，而無效醫療之爭議在於病人不裝葉克膜一定會死，但裝了有1%機會存活，以家屬的立場，機會再低，也要試試看等語。此外，本院諮詢之某家醫學中心醫師並指出：簽署DNR將造成雙重弱勢的問題，舉一個真實案例，一位病人要做心肺移植，但其覺得沒有機會，也簽了DNR，一天該名病人病危，其姪子說醫院未為其裝葉克膜要提告，後來那個醫生想想後還是為該名病患裝上葉克膜，曾問該名醫師為何要裝，醫師說：活人才會告我們，死人不會告我們。此凸顯病人既使簽署DNR，但因其是弱勢的一方，無法表達、無法捍衛自己的權利，故處於雙重弱勢之處境。倘檢察官針對病人已經簽署DNR，但醫師卻違反其意願仍予以救治之情況，提起公訴，屆時醫生就不會對已簽署DNR之末期病人施予插管急救。然而，國家公權力卻未對個人盡到保護的責任，使得已簽署DNR之末期病人，卻無人捍衛其醫療意願及權益等語。

- 4、由上可徵，在健保給付葉克膜之情形下，家屬為能爭取末期病人存活之一絲機會，即強烈要求醫



師使用葉克膜，甚至揚言提告，而醫師處於此種情況下，往往未能從末期病人之處境，審慎評估使用葉克膜。且本院諮詢之某醫學中心醫師再舉出實例說明稱：該院對於使用葉克膜的病人，不會進行心肺移植，因其成功率很低，且健保不給付心肺移植費用，惟目前該院ICU內即有一位等待心肺移植患者，醫師卻為該名病患裝上葉克膜，認為反正健保局會給付等語。惟查目前衛生署僅就健保支付範圍，規範使用葉克膜之適應症，卻迄未從末期病人之權益及處境，積極研擬診療指引並採取嚴格管制措施，致使葉克膜在健保有給付之情形下，有時僅係延續病人之末期生命，反造成病人痛苦之根源。

- (三)綜上，衛生署自89年6月開始實施「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付制度試辦計畫」，惟長久以來未能採取嚴格管制措施，以致地區醫院為能維持營運而紛紛轉型設置呼吸照護病房，造成國內醫療機構設置RCW之家數及床數逐年增加，長期依賴呼吸器病患人數亦呈現逐年增加之趨勢，其中以65歲以上老人居多，80歲以上高齡者所占比率甚至已達4成，其生活品質及尊嚴保障令人堪憂，亦衍生無效醫療之爭議。安寧緩和醫療條例雖自89年6月7日公布施行多年，並於100年1月26日再次增修，惟衛生署對於醫師施行插管及撤除之程序，仍乏相關規範或診療指引，亦迄未從源頭（ICU及RCC）採取具有強制力之防堵措施，僅仰賴民間團體持續進行相關宣導，仍無法有效促使醫師審慎施行救治措施；且該署對於醫師違反末期病人醫療意願仍施予心肺復甦術之行為，以及是否有不肖業者為自呼吸器賺取健保給付利益，而不願縮短

末期病患持續插管之行為，亦未從法令及健保支付制度等方面，積極採取有效防堵機制，以捍衛末期病人之醫療意願及權益，以致安寧緩和醫療制度無從落實，亦難以保障老年病患之善終權利。此外，由於醫療科技發展日新月異，對於新式醫療儀器施用於臨床上救治病患之情形愈趨普遍，此從目前各醫院施用葉克膜於臨床救治之情形愈趨增加，可見一斑。惟目前衛生署除規範健保對於使用葉克膜之支付點數及適應症外，對於醫師在臨床上是否合理使用葉克膜救治病患，以及終止或撤除葉克膜之程序等，均未研擬診療指引並採取管制措施，致使醫師在面臨許多急重症家屬抱持一線希望且健保亦有給付之下要求使用葉克膜時，往往未能從病人之權益及處境，審慎評估使用。鑑於我國人口結構日趨高齡化，失能老年人口數亦將快速增加，且社會已逐漸出現無效醫療之省思，同時全民健康保險法業於100年1月26日增修第72條規定，賦予健保局應擬訂抑制資源不當耗用改善方案並報請主管機關核定之權責，衛生署卻未正視末期病人在醫療上所面臨雙重弱勢之處境，針對醫師面臨末期老年病人施行氣切插管及葉克膜體外維生系統之情形，研議相關診療指引，並從法令強制力及健保支付制度上，採取有效管控及約制措施，以促使醫師尊重末期病人之意願及權益，避免呼吸器及葉克膜之使用僅係延續病人之末期生命，俾維護病患善終之權利，核有疏失。

綜上所述，臺北市政府社會局自94年起由社工人員對王老太太提供關懷訪視及電話問安等服務，該府衛生局自95年10月起開始由公共衛生護士對王老太太提供住家訪視服務，該2局均明知年近80歲之王老太太於97年間罹患巴金森症，曾於99年9月間跌倒受傷骨折，在工具性日常生活活動功能已有多項困難之情形，經評估屬嚴重依賴之獨居長者，與80多歲王老先生共同生活，惟其歷次訪視關懷卻均流於形式，既未單獨訪談王老太太，亦未詳加探求其長期照顧之需求及處境，僅憑王老先生強勢拒絕之態度及意見，未對王老太太提供長期照顧居家服務，亦未察覺王老先生自99年9月起已有獨居老人的痛苦惶恐以及公開王老太太必須安樂死的言論與想法，致未能適時提供或轉介相關服務，而無法及時阻止王老先生於99年12月26日將王老太太以起子鑽釘額頭死亡之慘劇發生；我國安寧緩和醫療條例已於89年6月7日公布施行，惟長期仰賴呼吸器病患人數卻逐年增加，99年增至3萬餘人，10年來使用超過1年者計2萬餘人，其中80歲以上者超過3成，每年健保支付費用已超過新台幣200億元<sup>4</sup>；又我國使用葉克膜居世界之冠，99年單純使用葉克膜病患之人數計有1,126人，由健保支出之葉克膜醫療費用高達新台幣1億6千餘萬元；不當使用呼吸器或葉克膜不僅可能造成無效醫療，而且使病患生活在人間煉獄飽受痛苦；衛生署卻未正視末期病人在醫療上所面臨雙重弱勢之處境，針對醫師面臨末期病人施行氣切插管及葉克膜體外維生系統之情形，研議相關診療指引，並從法令強制力及健保支付制度上，採取有效管控及約制措施，以促使醫師有所遵循並審慎使用該等醫療救治措施，俾

---

<sup>4</sup> 衛生署所提供之每年健保支付長期依賴呼吸器病患之費用係以點值作為單位，如以平均點值為新台幣0.9元予以換算，則每年健保支付長期依賴呼吸器病患之費用260餘億點，經換算約達新台幣200餘億元。

能尊重末期病人之醫療意願及保障病患善終之權利，均有疏失，爰依監察法第24條提案糾正，移送行政院轉飭所屬確實檢討改善見復。