

# 調 查 報 告

壹、案由：鑑於近年來醫療環境之重大變化，行政院衛生署對於轄屬醫院在醫療區域之定位、醫療資源之分配與整合功能、公共衛生任務之落實、經營管理之成效等事項之管理及監督機制是否健全，均有深入瞭解之必要乙案。

貳、調查意見：

為調查行政院衛生署（下稱衛生署）對於轄屬醫院（以下統稱署立醫院）在醫療區域之定位、醫療資源之分配與整合功能、公共衛生任務之落實、經營管理之成效等事項之管理及監督機制是否健全乙案，經向衛生署調閱相關資料，並實地訪查署立桃園醫院、花蓮醫院、臺東醫院、臺南醫院、嘉義醫院、屏東醫院、旗山醫院、南投醫院、豐原醫院、臺中醫院、臺北醫院、基隆醫院，與諮詢醫院院長及專家學者，以及約詢衛生署林副署長奏廷、醫事處許處長銘能、醫院管理委員會（下稱醫管會）李執行長懋華等相關人員後，調查竣事。茲將調查意見臚列如后：

一、衛生署未建立署立醫院院長任期制，使部分署立醫院院長長期續任，權力過大，得以直接掌控採購案件，且對於署立醫院醫療儀器之採購與委外合作缺乏有效評估及稽核之機制、採購品項金額缺乏同儕醫院比較、採購醫療設備無醫工專才協助審查、採購承辦人員常由同一人辦理、及委外合作拆帳比率低等問題，未能有效監督，致營運成績不佳，虧損連連，甚且發生弊端，核有違失：

（一）100年4、5月間，署立醫院爆發醫療儀器採購及委外合作之弊案（下稱「署醫弊案」），臺灣桃園地方法院檢察署偵查後起訴醫管會前執行長及當時7

名署立醫院院長、1名副院長等人。依據衛生署書面說明分析弊端發生因素，在於「廠商重利引誘」及「院長權力過大，得以直接掌控採購案件」，並表示醫院是一種公共場所，廠商之人員得自由進出其中，進而接觸醫院內部相關業務承辦人員，逐步地「打通關」。依據醫管會李執行長於本院約詢時表示：署醫弊案發生前，署立醫院採購醫療設備超過5千萬元者，始需報請衛生署核定，未超過者，則由各醫院院長核定。另依據「行政院衛生署所屬醫療機構醫事人員兼任院長副院長及各級醫事主管之任期及遴用辦法」之規定，署立醫院院長3年1任，連選得連任1次，然而，署醫弊案涉案之院長，多年來在各家署立醫院間輪調擔任院長職務，又握有核定醫療儀器採購之職權，因而成為廠商重利引誘之對象，一旦與醫療儀器廠商有不當互動，弊端即可能發生。

- (二)衛生署於署醫弊案發生後，立即撤換相關涉案人員、配合檢調單位之各項偵查作業、檢討所屬醫院採購之權限與程序、檢討所屬醫院院長與副院長任期、考評、輪調與遴選之相關規定、進行醫院管理委員會之改組、禁止醫療核心業務外包及強化內部控制作業及監督工作，同時成立「署立醫院總體檢小組」，進行全面性輔導及改革。在採購權限部分，署立醫院採購之儀器超過5百萬元者，應先陳報衛生署並送署外專家、學者3人以上辦理評估；在院長遴聘部分，修正院長任期為3年，期滿得連任1次，服務成績優良者或基於業務特殊需要，於連任期間屆滿後，得再延任1年，即任期最長7年，且期滿需經過2年，始得調任其他署立醫院擔任院長，避免因署立醫院院長任期太長、權力過大而發

生採購弊端。

(三)署立醫院總體檢小組係由衛生署邀集專家學者 50 餘人組成，自 100 年 4 月 28 日起迄 5 月 26 日止，進行 28 家署立醫院（現為 26 家）總體檢，並提出「署立醫院總體檢報告」，對於署立醫院採購流程及委外合作，體檢問題癥結在於：

1、採購與委外缺乏有效評估及稽核之機制：

署立醫院在辦理採購與委外之業務時，缺乏需求評估及內控稽核之機制，採購方面多由醫療科主導，雖部分醫院設有「採購督導小組」，但其中會計、總務及政風等單位均為委員，一旦委員會通過採購案，會計、政風等單位，亦不便再表示意見，無法發揮獨立審查之功能。此外，雖然採購案均依政府採購法作業，但在規格訂定、需求面、效益評估缺乏具專業素養之行政或幕僚單位之協助。行政單位大部分均尊重醫療科提出之意見而不涉入流程與審查，無監督與防弊機制。而委外合作方面，缺乏定期評估外包業務分配利潤比例及回收自營之可行性，致使多家署立醫院之委外業務拆帳比例低且委外合約時間過長。

2、採購品項金額缺乏同儕醫院比較，採購成本偏高：

目前署立醫院唯一有的採購資訊平臺即藥品物料聯合訂購網，衛生署並訂定所屬醫院藥品物料聯合訂購網作業須知，但在儀器、醫衛材等之業務價格、廠商審核、底標及決標價格等資訊，均無資訊平臺可供署立醫院查詢、比價。且重要設備之採購程序，幾乎皆由醫療科主導，在缺乏行政與專業支持下，便可能發生由廠商主導

之現象，表面上是醫療科提出，但事實上所有資料、數據、參數及相關資訊多偏向廠商之利益，容易產生弊端。

3、採購醫療設備無醫工專才協助審查：

醫工人員可協助醫院進行設備、設施效能優劣評估，但署立醫院大多缺乏工程、醫工等專業人才，或未設立醫工單位，故在採購案上缺乏設備購置及管理之工具，因此設備獲得之利弊缺乏管理機制。

4、採購承辦人員常由同一人辦理易生弊端：

部分署立醫院因人力短缺，採購設備從申請、審查、驗收及使用，很可能都由少數人（或1人）負責，且採購及請購由同單位負責，權責未劃分清楚。而部分醫院之採購品項雖由科提出，但許多科均為一人科，雖設有審查委員會，但多可能流於形式。

5、委外合作拆帳比率低：

至少有10家署立醫院之外包業務拆帳比率偏低，如：部分醫院委外合約中提及醫院應得有12%，但實際並未分配到12%、或是某醫院心導管業務之拆帳比為23：77，部分醫院將醫療核心業務委外辦理，而拆帳比率又偏低，易增加醫院品質服務及財務風險。

(四)綜上，衛生署未建立署立醫院院長任期制，使部分署立醫院院長長期續任，權力過大，得以直接掌控採購案件，且對於署立醫院醫療儀器之採購與委外合作缺乏有效評估及稽核之機制、採購品項金額缺乏同儕醫院比較、採購醫療設備無醫工專才協助審查、採購承辦人員常由同一人辦理、及委外合作拆帳比率低等問題，未能有效監督，致營運成績不佳

，虧損連連，甚且發生弊端，核有違失。

二、醫管會應加強對於署立醫院之管理及治理功能，衛生署亦應督導並強化醫管會對於署立醫院內控作業及監督工作：

- (一)衛生署為增進署立醫院之整體綜效，提升醫療服務品質，特設醫院管理委員會。其任務包含署立醫院體制改革及經營方針之規劃、推動，研究發展之相關事項，醫療業務、服務品質及人員教育之督導，醫院藥品、衛材聯合供應及存量管制之督導，重大採購案之評估審議及其他營運管理之督導。此外，為增進署立醫院之營運成效，衛生署再依署立醫院之分區辦理區域聯盟，並為聯盟業務需要，設各區域聯盟管理委員會。其任務包含區域聯盟內各醫院醫療業務、服務品質、營運成效及相關研究發展之策進，人力發展及其統籌調度運用，營繕工程、藥品、衛材、儀器設備等之採購、供應及存量管制之協調、督導，行政支援業務之統籌及協調、督導等。
- (二)按署立醫院總體檢報告指出：從組織架構來看，醫管會為署立醫院之主管單位，而區盟則是醫管會之幕僚單位，但醫管會及區盟之管理權責劃分不明，導致醫院無所適從，在實際作業上，像是二個主管單位在管理署立醫院。負責管理署立醫院的醫管會及北區、中南區區域聯盟，亦無發揮有效的管理及治理功能，才使署立醫院產生如此重大弊案，且醫管會無法事先得知及預防亦是主因。
- (三)另醫管會李執行長於本院約詢時表示：之前區盟之主委對醫院一級主任有人事權，若與醫院院長有不同意見，醫院很難用人，因此，99年12月15日立法院第7屆第6會期社會福利及衛生環境委員會第22次全體委員會議議事錄通過決議，略以「區

域聯盟管理委員會非屬法定組織，其職務屬體制外職務，勿再有類似情形發生」，本（101）年又繼續追蹤此事，故區盟於 101 年 1 月 5 日停止運作。

（四）署醫弊案發生後，衛生署為強化醫管會管理功能，完成「行政院衛生署醫院管理委員會設置要點」之修正及醫管會委員之改組，重新遴聘公共衛生、醫療、管理、護理等領域專家學者及社會賢達等 25 位委員，其任務增列「醫院重大採購案之評估審議事項」，增加開會頻率為每 3 個月 1 次，並增訂開會時得邀請有關單位及學者、專家列席，以周延並強化醫管會功能。

（五）綜上，署醫弊案發生前，醫管會未能發揮有效的管理及治理功能，且無法事先得知及預防，使得署醫弊案如滾球般，發生在多家署立醫院，甚至連醫管會前執行長也涉入弊案，醫管會實應記取教訓，加強對於署立醫院之管理及治理功能，衛生署亦應督導並強化醫管會對於署立醫院內控作業及監督工作。

三、衛生署允應督促及輔導署立醫院，按個別醫院之定位，訂定在所屬醫療區域內之發展計畫，俾集中資源發展特色，確保署立醫院之功能與生存：

（一）查署立醫院之發展，可溯自公元 1897 年日據時代，日本政府於基隆、臺北、新竹、臺中、嘉義、臺南、高雄、屏東、宜蘭、花蓮、臺東、澎湖等地設立醫院；二次世界大戰後，除原有的總督府醫院改成省立醫院，繼續提供各地區的核心醫療外，自民國 59 年實施「十年農村醫療保健計畫」，於各縣市設立一所省立綜合醫院，另設立精神療養院及結核病、漢生病醫院，並於偏遠地區設置分院。嗣依據「臺灣省政府功能業務與組織調整暫行條例」，

88年7月1日起，臺灣省立各醫院改隸為衛生署所屬醫院，改隸當時署立醫院計39家，其中22家綜合醫院、5家精神療養院、1家慢性病防治局、3家慢性病防治院、1家樂生療養院及7家分院，目前則有19家綜合醫院、5家精神專科醫院、1家癩病專科醫院及1家胸腔病院，共計26家。

(二)全民健保實施後，私立醫院蓬勃發展，不論醫院家數或設置病床數均大幅增加，截至100年底，私立醫院家數已有425家，但公立醫院家數由全盛時期百家以上，減少為82家，私立醫院之病床數為89,828床，已大幅超過公立醫院45,603床。至於國內各醫療分區，早期省立醫院都扮演重要角色，但隨著私立醫院規模不斷擴張，目前23家醫學中心中，有6家係公立醫學中心，17家為私立醫院，至於衛生署所屬醫院中，則無評鑑為醫學中心者。在健保實施前，部分縣市之省立醫院為提供當地民眾急重症醫療的核心醫院，其醫療設備因有政府補助亦優於私立醫院，然而，隨著私立醫療體系之興起及規模之擴大，衛生署所屬醫院在各地區之角色已相對逐漸式微。例如，原衛生署雲林醫院已與臺大醫院整合成為臺大醫院雲林分院；又如健保實施前，新竹地區最大之醫院為省立新竹醫院，但在健保實施前後，東元醫院相繼設立，加上國泰醫院及馬偕醫院都在新竹地區設立分院，使衛生署新竹醫院之角色有所變化，更於100年7月1日改制為臺大醫院分院。

(三)在國內醫療院所尚未普及時，省立醫院確實提供社區居民可近的、優質的醫療照護，扮演平衡城鄉健康照護水準的重要角色，並引進適當的醫療科技，吸引各種專科的醫師與醫護相關人員，提供當地民

眾妥適之醫療照護。然而全民健康保險開辦、醫療環境變遷，私立及法人醫院大幅擴張，署立醫院的定位顯得模糊尷尬，究係應與民間醫院進行完全之競爭，抑或應專責於民間尚無意願投注之醫療或公共衛生領域，但衛生署卻未協助署立醫院做長遠的規劃及定位。迄署醫弊案發生後，衛生署已參酌「署立醫院總體檢報告」，就署立醫院地理位置、規模、評鑑結果與地方民眾需求將其屬性區分為「區域型」、「地區型」、「離島型」及「特殊專科型」醫院，並調整發展項目如下：

- 1、區域型醫院以發展急重症為主，老人醫療及長期照護為輔，包括：署立基隆、臺北、桃園、苗栗、豐原、臺中、彰化、臺南及屏東醫院。
- 2、地區型醫院以老人醫療及長期照護為主，急重症為輔，包括：署立南投、嘉義、朴子、新營、旗山、臺東、花蓮及恆春醫院。
- 3、離島型醫院以發展急重症、在地醫療服務為主，包括：署立澎湖、金門醫院。
- 4、特殊專科型醫院依各專科規劃發展各自之特色，包括：署立玉里醫院、桃園療養院、八里療養院、草屯療養院、嘉南療養院、胸腔病院及樂生療養院。

(四)依據衛生署之說明資料表示：前省立醫院設立目的，係為平衡城鄉醫療差距、提供當地民眾初級及中級醫療服務、照顧精神等弱勢族群，並率先遵循中央法令規定，全力配合；改隸衛生署後，除承接前省立醫院設立目的之原有任務外，並增加新興疾病（SARS、H1N1等）防治。目前署立醫院的職責除提供附近居民急性醫療照護外，亦在推動公共衛生政策、防疫上扮演著不可或缺的角色。在競爭激烈



的醫療環境下，衛生署研議所屬醫院做市場區隔，部分醫院轉型提供護理之家、中期、長期照護等服務，並賡續加強對弱勢族群照護，如精神病、漢生病及獨居老人等；至於離島地區則以急重症及弱勢醫療並重，並朝醫療在地化努力，減少病人後送情事。為發揮署立醫院功能，整體規劃朝以下六項目標努力：

- 1、建立公正透明管理體系，定期公開服務績效內容及品質成效。
- 2、與區域內醫學中心結盟合作。
- 3、發展署醫個別醫院特色。
- 4、配合老人照護需求，開發中期照護及其他之長照服務。
- 5、規劃中低收入戶民眾健康管理計畫。
- 6、完成雲端健康個管資訊系統建置。

(五)綜上，全民健保實施後，私立醫院蓬勃發展，署立醫院在早期省立醫院時代在各醫療分區扮演之重要角色，已隨著私立醫院規模不斷擴張而相對逐漸式微。衛生署於署醫弊案發生後，已就署立醫院地理位置、規模、評鑑結果與地方民眾需求將其屬性區分為區域型、地區型、離島型及特殊專科型醫院，故衛生署允應督促及輔導署立醫院，按個別醫院之定位，訂定在所屬醫療區域內之發展計畫，俾集中資源發展特色，確保署立醫院之功能與生存。

四、隨著五都的成立，以及醫療環境的重大改變，衛生署允應思考署立醫院在各縣市或不同之醫療體系中，是否應與其他公立醫院或法人醫院進行垂直或水平整合，或加強與醫學中心之醫療合作，俾成為區域醫療網不可或缺的角色：

(一)按衛生署 74 年核定之第一期醫療網計畫，以「生

活圈」之概念，劃分 17 個醫療區，並以區域為單位規劃醫療人力與設施，當時國內醫療服務之提供，主要仰賴公立醫院，但尚有部分地區之醫療資源有所不足，衛生署所訂醫療網計畫解決此問題之主要措施，係由該署及原臺灣省政府規劃「醫療資源缺乏地區興建地區醫院計畫」，由政府興建或改建醫院。另為建立結構完整、分布均勻之醫療保健服務網，利用醫療資源，提昇醫療保健服務品質，確保民眾健康，與提高生活品質，第一期醫療網計畫乃由衛生署編列預算，補助原臺灣省政府所屬臺北醫院興建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、豐原醫院復建大樓、基隆醫院病房大樓及籌建竹東醫院。第二期計畫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。計有衛生署立桃園、新竹、苗栗、雲林、臺中醫院完工，另彰化、嘉義及雲林醫院用地取得困難，且招標項次數較多，在第二期期間內無法完工，因此，彰化醫院遷建、嘉義醫院遷建、雲林醫院門診新大樓擴建工程，延長列入醫療網第三期計畫。在醫療網第四期計畫 90 年執行時，國內每一縣市均設有衛生署所屬醫院，形成臺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，署立醫院在國內醫療資源尚未普及時期，往往在醫療網計畫中扮演重要角色。

(二)署立醫院早期(省立醫院)在醫療網計畫中，因規劃一縣市一醫院，故全國各縣市均設有署立醫院，隸屬於衛生署。然 99 年 12 月間，原臺北縣升格為

新北市，原臺中縣市合併升格為臺中市、原臺南縣市合併升格為臺南市、原高雄縣市合併升格為高雄市後，位於該等地區之署立醫院與上述直轄市政府有地理上之密切關聯，在直轄市政府推動醫療及衛生政策上，當地署立醫院是否應作為配合所在地直轄市政府推動醫療衛生政策推動之核心醫院，有重新檢討研議之需要。

(三)原衛生署雲林醫院、新竹醫院、竹東醫院改制為臺大醫院分院，原宜蘭醫院改制為國立陽明大學附設醫院，各醫院之經營績效似均有提昇；另委託臺北醫學大學興建經營之雙和醫院，在績效上亦有不錯之發展，而本院在「我國全民健康保險總體檢調查報告」中，曾指出退輔會、國防部已進行所屬醫院之水平及垂直整合，但整體而言，署立醫院之整合，無論速度及廣度，似均不及之，惟目前署立醫院尚無轉型之規劃，亦尚無與法人醫院進行整合之規劃。

(四)署立醫院之規模與國內其他醫院相較，僅屬中等，在分級醫療中屬「地區醫院」或「區域醫院」之一環，無一家達醫學中心規模，衛生署將其功能角色定為「社區醫院」，提供社區民眾醫療及預防保健，但部分具有教學醫院之功能，亦可辦理住院醫師訓練，除精神療養院外，署立醫院於衛生所基層診所及社區醫療群，均建立有合作及轉診的網絡，部分區域級醫院，亦派員支援該鄰近區域之醫院。惟署立基隆、臺北、桃園、豐原、彰化及臺南醫院，均將「急重症醫療」作為主要發展之優先項目，然礙於規模及經費之限制，與其鄰近地區之醫學中心相較，難以作重大醫療設備之投資，宜與醫學中心建立轉診關係，針對重症無法處理者轉送醫學中心

，建立雙向轉診之機制，以取代醫療軍備競賽之重複投資。

(五)署立醫院人事補助之公務預算逐年遞減 10%，加上人力召募、薪資及福利等，受公家機關規定之限制，多數署立醫院面臨部分科別醫師及醫事人員羅致之困難，尤以神經外科、心臟外科、婦產科、小兒科、放射腫瘤科、急診科等醫師召募特別不易，至於位處偏遠及離島地區之署立醫院，包括花蓮、臺東、金門、澎湖、臺南新化分院、旗山、恆春等醫院，各科別專科醫師之人力召募，均甚為困難。目前衛生署正與醫學中心洽商醫療支援種子醫院，由林口長庚醫院支援署立桃園醫院、中山醫學大學附設醫院支援署立臺中及豐原醫院、成大醫院支援署立臺南醫院、高雄醫學大學支援署立屏東醫院、臺北榮總及臺北醫學大學附設醫院支援署立金門醫院、高雄長庚及奇美支援署立澎湖醫院，再由上述種子醫院支援其他醫院。

(六)署立醫院為區域醫療網成員之一，多年來配合醫療網計畫（如：精神醫療網、緊急醫療網、傳染病防治醫療網等）及當地衛生局公共政策之推動，執行公共任務。然五都成立後，部分署立醫院可能改隸為直轄市政府，署立醫院家數將更為減少，在其規模不大、家數減少、經營管理績效尚待加強、其他醫院可取代其成立任務及在醫療網計畫中扮演角色之重要性降低等不利環境下，衛生署允應思考署立醫院在各縣市或不同之醫療體系中，是否應與其他公立醫院或法人醫院進行垂直或水平整合，或加強與醫學中心之醫療合作，俾成為區域醫療網不可或缺的角色。

五、衛生署一面逐年減少對署立醫院補助之經費，一面要

求署立醫院提高經營績效，但同時人事、會計及採購制度上又予署立醫院頗多之限制，針對此現象，衛生署允應研議如何適度鬆綁，俾署立醫院在公平基礎下具備競爭力，以彈性應對競爭愈趨激烈之醫療環境：

- (一) 近年來，民眾對醫療服務品質之需求大幅提高，大型私立醫院及財團法人醫院相繼成立，醫療環境之競爭益趨激烈，署立醫院自當彈性因應，適時執行精進作法，始能有效經營。但署立醫院為隸屬於衛生署之行政組織，在依法行政原則下，人事、會計及採購等，均適用一般行政機關之法令規定，重視防弊，卻因而使得署立醫院在現行法規限制下無法提高經營彈性，在面對快速變遷之醫療環境，難以適時作出因應措施。
- (二) 由於政府財政困難，用以支應署立醫院主要的人事費用大幅減少，且要求組織縮編、人員精簡的壓力持續增強，導致過去多年來署立醫院內的編制人員遇缺不補，改聘約用人員，因編制人員與約用人員薪資福利制度同工不同酬，使得約用人員流動率增加，影響醫院之服務品質；在財務方面，署立醫院醫師之薪資受限於公務人員之薪資規定，在基本薪上較私人醫療機構低，雖能從獎勵金補貼，但其總薪資仍低於行情，故醫師招募不易，難與其它私立醫療機構競爭；在昂貴醫療設備之採購，礙於規模及經費之限制，無法作重大醫療設備之投資，或需於前一年度編列預算，不若非公立醫院能及時因應醫療政策變化，適時購買所需設備；且署立醫院為基金單位，偏遠離島地區醫院，相關醫療儀器設備尚需提列折舊，造成醫院經營更加困難。
- (三) 署立醫院約有三分之二皆位處偏遠、離島地區或特殊醫院，醫師羅致困難，經營較為不易，且肩負許

多社會責任及執行國家政策以照顧民眾健康，其多為高風險、高成本、低收入（回報）之業務，又須承接前省立醫院員工，負擔舊制退休人員退撫費用，整體人事成本相對偏高；然各署立醫院並不因人事補助費逐年遞減，而減少為民眾提供醫療服務或降低服務品質，醫院經營確造成衝擊；另署立澎湖、新化分院、臺南、臺東、花蓮、嘉義、金門、樂生、恆春等 9 家醫院經營困難，醫管會以其他署立醫院獎勵金提撥 3% 作為統籌基金補助作為 9 家醫院之醫師獎勵金及管理發展費用，對其他需面對醫療市場高度競爭之署立醫院而言，亦未盡公允。

（四）綜上，衛生署一面逐年減少對署立醫院補助之經費，一面要求署立醫院提高經營績效，但同時人事、會計及採購制度上又予署立醫院頗多之限制，針對此現象，衛生署允應研議如何適度鬆綁，俾署立醫院在公平基礎下具備競爭力，以彈性應對競爭愈趨激烈之醫療環境。

六、整體而言，署立醫院之經營管理績效已有進步，但部分位處偏遠、離島地區或在大型醫院林立擠壓下之地區型醫院，仍有改善空間，允應強化其經營管理能力：

（一）26 家署立醫院，扣除樂生療養院、胸腔病院、玉里醫院及八里、桃園、草屯、嘉南療養院等 7 家肩負特殊公共任務之專責醫院外，剩餘 19 家綜合醫院中，包括有：金門、澎湖、旗山、恆春、臺東及花蓮等院位處偏遠、離島地區，相較於其他都會型醫院，其醫療資源明顯不足。各院受人口數、就醫量之限制，經營較為不易。

（二）查醫院之當期賸餘愈高者，表示其作業收入及作業外收入較高，亦可能係因業務成本及費用或作業外成本之控制得宜所致，故當期賸餘可實際反映醫院

開源節流之績效。分析署立醫院 100 年度之收支決算，當期賸餘最高者為臺北醫院 97,792 千元，其次為桃園醫院 94,750 千元，原新竹醫院 88,194 千元再次之，但當年度有 5 家醫院之當期賸餘為負數，包括：南投醫院-18,145 千元、朴子醫院-5,550 千元、嘉義醫院-4,842 千元、新營醫院-3,240 千元及原竹東醫院-295 千元。若扣減衛生署對各家署立醫院之政府補助收入金額，全部署立醫院當期賸餘均為負數。

- (三)政府補助收入占作業收入比率愈低，表示醫院之收入來自醫療等業務收入之比率相對愈高，其財務狀況愈佳，反之若比率愈高，則表示營運所得之醫療收入較低。目前需政府較多之財務補助始能維持，在署立醫院中，政府補助收入占作業收入比率最高者為胸腔病院之 39.40%，其次依序為澎湖院 28.00%、花蓮醫院 27.11%、恆春旅遊醫院 25.95%、八里療養院 22.67%、臺東醫院 22.54%、樂生療養院 21.97%、新營醫院 21.41%、嘉義醫院 20.10% 及金門醫院 19.83%，除嘉義醫院之外，均為位處偏遠、離島地區或肩負特殊公共任務之專責醫院。
- (四)政府補助收入占作業收入比率較低者，則依序為豐原醫院 5.47%、彰化醫院 6.15%、桃園醫院 7.65%、原新竹醫院 8.03% 及基隆醫院 8.15%，前述醫院對政府補助之依賴較低；另獎前賸餘（不含獎勵金之作業賸餘）大於政府收入者，則表示即使無政府預算之補助，純靠醫院之收入，該院亦有能力發放員工之獎勵金，包括：基隆、臺北、桃園、原新竹、苗栗、豐原、臺中、彰化、旗山及玉里醫院，與桃園、草屯及嘉南療養院。
- (五)本案實地訪查署立旗山醫院時，發現該院近 2 年採

行多項強化醫院營運之改革作法，包括禮聘醫學中心專任專科醫師、提升醫療專業能力、更新醫療設施、推展長期照護及整修樓層等，因此，自 99 年起之收支情形，經營績效已大幅改善。該院政府補助收入占作業收入之比率，95 年為 22.15%，100 年已減少為 16.65%；但其 95 年至 98 年度之當期賸餘分別為-12,280 千元、-5,872 千元、-3,878 千元及-1,943 千元，99 年度卻成長為 9,505 千元，100 年度為 15,169 千元，署立旗山醫院位屬偏遠地區，但在經營管理上亦能脫胎換骨，殊值嘉許。

(六)署立醫院近年來已逐漸重視醫院經營績效之管理，對於政府部門補助之依賴已大幅減少，且除本業之醫療業務外，需肩負大量政策配合及社會貢獻之責，如：公共衛生推廣、防治、防疫、災難防治、路倒、街友、性侵少女收容、失讀少年觀護近貧病患等任務，在補助人事費用的公務預算逐年遞減的情況下(自 89 年的 58.3 億元，減少至 100 年 27.3 億元)，醫療收入仍能逐年遞增(自 89 年的 132 億元，增加至 99 年的 231.4 億元)，整體而言，其經營管理績效已有進步，區域型之署立醫院已具備接受醫療市場競爭之能力，但地區型之醫院因受限於地處偏遠、離島地區或在大型醫院林立擠壓下，亦有旗山醫院經營績效大幅改善之案例，可見事在人為，尚有改善空間，允應強化其經營管理之能力。

七、衛生署對於署立醫院為配合國家衛生政策及執行公共衛生任務所需之人力及經費面臨逐年遞減之問題，應予正視，並提供必要之資源：

(一)公共衛生任務為署立醫院與其他醫院之主要區隔，早期公共衛生任務多以學校、社區衛生教育為主軸；目前則以新興疾病、防疫、癌症篩檢、戒毒等



為主要任務，其內容如下：

- 1、全力投入戒毒、反毒工作，包括：開辦藥癮與 HIV (+) 替代療法；執行緩起訴毒品病患減害試辦計畫；與法務部合作開辦毒癮戒治社區化；支援法務部看守所視察勒戒治療業務；協助監測新興濫用毒品；每年參與役政署藥物濫用替代役男諮商輔導計畫。上述多項服務，衛生署估計可為國家節省社會成本 1 年約 10 億 1,839 萬元。
- 2、關懷弱勢族群之醫療照顧，包括：配合「身心障礙牙科整體醫療服務試辦計畫」；配合大溫暖紓困計畫；加強原住民之醫療照護，成立第一家原住民醫院；增加精神科養護床，加強重症精神病患安置；設置精神養護病床 1,724 床、漢生病病床 300 床及烏腳病療養床 3 床等 2,027 床養護床。
- 3、傳染病之防治，包括：92 年 SARS 期間，發揮最大防疫功能，收治通報個案 419 例，占臺灣地區總通報病例 3,015 例之 13.8%；推行結核病 10 年減害計畫；全國漢生病防治；傳染病防治網計有 23 家應變醫院，其中有 17 家署立醫院為疾病管制局指定為傳染病之應變醫院，總共設置隔離病床 422 床（占全國隔離病床總床數 607 床之 69.5%）。
- 4、支援偏遠離島地區醫療，並強化地區急診服務，包括：支援連江縣立醫院外科及精神科醫師；金門醫院改隸衛生署後，已減少醫療後送臺灣本島之就醫人數；調派醫師支援臺東成功地區、桃園新屋地區、臺南新化地區，並提供地區 24 小時之急診服務。
- 5、辦理國際醫療之合作及援助：緊急動員醫護人員支援印尼南亞大海嘯、印尼地震救災、所羅門地

震；辦理國際醫療衛生人才培訓；「推動西非地區醫療衛生合作計畫」與西非甘比亞、迦納進行醫療雙邊合作；派遣常駐醫療團至太平洋友邦索羅門群島...等。

- (二)署立醫院公務預算之編列補助，主要為人事補助費及退撫費，並無其他費用之編列，然署立醫院仍持續承接各項公醫任務。分配補助各醫院人事費，係按經衛生署審慎考量後之衡量項目，包括：
- 1、去年人事費補助費額度。
  - 2、醫師及醫事人力數。
  - 3、醫療收入。
  - 4、平衡面—參酌獎勵金調整。
  - 5、政策面—如偏遠、離島地區、特殊療養院等羅致醫師困難、經營不易者遞減以前一年決算為基準從優核給、區域級綜合醫院對偏遠地區醫院支援情形)等原則分配之。

且均依行政程序簽(會)辦，並經奉衛生署長核可後據以轉知各署立醫院依核定數額辦理撥款作業。

- (三)有關以公務預算編列經費補助各署立醫院人事費，係緣自署立醫院改制前(88年)之省立醫院時期，各省立醫院按預算員額全數編列公務預算支應，改制後署立醫院預算制度，將公務、基金二套預算合為一項基金預算；因92年中央政府總預算案朝野協商結論：「對本署醫院之補貼，除偏遠及離島地區、特殊醫院外，逐年遞減百分之十」。署立醫院之人事補助預算由92年之4,502,421仟元，至101年僅剩2,475,730仟元(遞減率45%)，又退撫費預算核定數不敷實需，例如100年之預算數為671,662仟元，實需數為957,582仟元，不足約近3

億元。署立醫院為前省立醫院改制，尚須負擔過去退休員工退撫費用，但因每年核定預算數不足，91年起即須由人事補助費支應。

(四)在政府預算有限，法人或私立醫院之部分功能又與公立醫院重疊之現實情勢下，衛生署近 10 年來已按年遞減對於署立醫院之補助預算，同時要求署立醫院提高管理績效，增加競爭力。然而，署立醫院負擔照護醫療資源不足地區民眾、配合政府衛生醫療政策、提供國內弱勢族群及特殊疾病患者之醫療服務，以及推動健康促進等任務，雖法人或私立醫院亦負擔部分上開任務，但國內目前醫療資源不足地區仍以署立醫院為服務之主要提供者，有些偏遠地區之署立醫院即為該地區最主要之醫療服務提供者，部分科別之設立雖不敷成本，但有必要性；部分署立醫院以收容精神疾患或漢生病患為主，肩負之公共衛生任務亦甚明，前述醫院縱仰賴政府預算挹注甚深，但確有繼續存在之必要性，而配合政府政策之醫事人員基礎訓練、老人健檢、流感疫苗注射、婦癌及腸癌之篩檢、塑化劑門診、美沙冬治療、精神疾患者之照護、亞急性醫療或長期照護，甚至 92 年發生 SARS 疫情之照護或病患之收容，署立醫院之角色及所負責之公共衛生任務，顯非法人或私立醫院可完全取代。

(五)綜上，衛生署對署立醫院所需之人力及經費補助面臨逐年遞減之問題，應予正視，並視其定位與賦予之公共任務，若係為維持醫院基本運作，或配合國家衛生政策及執行公共衛生任務所需之人力及經費，即應予適當之預算員額及公務預算補助，俾符合署立醫院設立目的。

八、本案調查過程中，臺東縣達仁鄉衛生所建議成立南迴

緊急醫療救護中心的構想，衛生署允宜研酌處理，俾提高大武醫療次區域民眾就醫之可近性，並可填補現行醫療網體系下尚存的一個缺口：

- (一) 依據衛生署提供之資料，除離島之澎湖醫療區外，國內之二級醫療區域中，已開放急性一般病床數最少者為臺東醫療區，其急性病床數為 726 床，每萬人口急性病床數為 31.9 床。而臺東縣之醫院又集中在臺東醫療次區域之臺東市區，但由於臺東縣地形南北狹長，對境內其他山地、偏遠及離島鄉鎮的地區民眾而言，大武、成功及關山次醫療區域之民眾若要利用臺東次醫療區的醫療資源，會感到相當的不便；在全臺 50 個醫療次區域中，目前只有臺東大武次區域及成功次區域無地區級以上醫院提供基本醫療服務，但成功次區域已預估設置 52 床之急性一般病床，而大武次區域則未有規劃。
- (二) 在花蓮縣、臺東縣境內，醫院集中設立於花蓮市及臺東市，而臺九線公路沿途之其他鄉鎮，醫療資源則相對匱乏。然花蓮市往南，在鳳林鎮、玉里鎮、關山鎮，目前已有鳳林榮民醫院、慈濟綜合醫院玉里院區、關山分院及玉里榮民醫院，提供鄰近地區民眾之緊急醫療照護。但大武次區域位在臺東縣最南端之南迴地區，緊臨臺九線公路，包含太麻里、金鋒、大武及達仁四鄉鎮，南北路程約 100 公里，總人口數約 2.65 萬人，但醫療資源匱乏，沿途無醫院，除了當地之衛生所外，另在 95 年 3 月啟動大武急救站，借用大武衛生所場地，由臺東基督教醫院承作，但星期一至五的值班時間為下午 7 時至隔日 7 時，與大武衛生所的門診時間無法銜接，形成醫療停擺的空檔，也成為現行醫療網體系下的一個缺口。當地民眾若有急重症時，常需遠赴臺東市區

或至屏東、高雄等地就醫。

- (三)本案前往實地訪查時，達仁鄉衛生所主任徐超彬建議成立南迴緊急醫療救護中心的構想，因達仁衛生所新建大樓於 98 年 2 月落成啟用，內部空間寬敞，但急診室空間略顯不足，若能利用周邊空地進行擴建，同時增添各項緊急醫療設備，吸引急診專科醫師進駐，強化成為南迴線緊急醫療的第一線處理站，將能保障南迴鄉親夜間和假日突發急症病患的生命健康，並能基本解決當地民眾對急性醫療的需求。衛生署針對此一構想，允宜研酌處理，俾提高大武醫療次區域民眾就醫之可近性，並可填補現行醫療網體系下尚存的一個缺口。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一，糾正行政院衛生署。
- 二、調查意見二至八，函請行政院衛生署檢討改進見復。
- 三、調查意見八，函臺東縣達仁鄉衛生所。
- 四、檢附派查函及相關附件，送請財政及經濟委員會處理。

調查委員：黃煌雄