

壹、案由：據審計部103年度中央政府總決算審核報告，為提升我國兒童醫療品質與就醫可近性，衛生福利部雖已推動各項兒童醫療相關政策，惟我國兒童死亡率仍較其他先進國家為高，亟待研謀改善等情乙案。

貳、調查意見

聯合國大會於西元1989年11月20日決議通過「兒童權利公約」，且於西元1990年9月2日生效。嗣後我國於民國（下同）103年6月4日公布兒童權利公約施行法，該施行法第2條規定：「公約所揭示保障及促進兒童及少年權利之規定，具有國內法律之效力」，故「兒童權利公約」之規定，我國自當遵守。「兒童權利公約」第24條規定：「締約國確認兒童有權享有最高可達水準之健康與促進疾病治療以及恢復健康之權利。締約國應努力確保所有兒童享有健康照護服務之權利不遭受剝奪。締約國應致力於充分執行此權利，並應特別針對下列事項採取適當之措施：(a) 降低嬰幼兒之死亡率；(b) 確保提供所有兒童必須之醫療協助及健康照顧，並強調基礎健康照顧之發展……。」是以，我國政府應讓兒童享有最高可達水準之健康與促進疾病治療以及恢復健康之權利，並應降低嬰幼兒之死亡率，先予敘明。

行政院於103年12月27日修正核定「中華民國人口政策綱領」之政策內涵亦揭櫫：「推動兒童及少年照顧與保護責任，營造健全生養環境；提升生育保健服務，預防遺傳性與傳染性疾病，並加強身心障礙者之服務，以促進國民健康及家庭幸福；建立健康導向之衛生及醫療體系，善用醫療保健資源，落實健康平等，提升醫療保健服務品質，完善全民健康保險，延長國民健康餘命。」爰我國兒童之醫療品質，應善用醫療保健資源，建立健康導向之醫療體系，提供兒童健康協助。惟據審計部103年度中央政府總決算審核報告指出：我國兒童死亡率較其他先進國家為高、醫院兒科專科醫師人力不足、緊急醫療照護網絡建置未臻完備、兒童近視比率居高不下……等意見，因我國正面

臨少子化危機，兒童健康及醫療問題更顯重要，爰本院立案調查。另有關審計部函報本院關於我國兒童近視問題乙節，於本案調查過程中發現衛生福利部(下稱衛福部)及教育部雖已推動兒童視力保健相關計畫，惟計畫成效仍有限，且跨部會橫向聯繫不足，國內兒童近視問題嚴重，而後續影響相當深遠，復兒童視力保健與本案兒童醫療所涉及層面與性質明顯不同，爰已另立新案調查。

本案經向衛福部及審計部調閱相關卷證，復於105年3月4日辦理專家諮詢會議，邀請兒童醫學專家林奏延教授(現任衛福部部長，105年5月20日就職)、財團法人瑞信兒童醫療基金會呂立執行長、社團法人臺灣兒科醫學會(下稱兒科醫學會)謝凱生理事及吳昌騰醫師、財團法人國家衛生研究院(下稱國衛院)「兒童醫學及健康研究中心」熊昭所長等專家學者到院提供專業意見；再於105年3月23日詢問衛福部石崇良主任秘書、醫事司商東福副司長、國民健康署陳潤秋副署長及中央健康保險署(下稱健保署)蔡淑鈴副署長暨相關主管人員；且為瞭解兒童醫療相關資源及實際運作情形，於105年5月23日赴具兒童醫院規模但未申請設立兒童醫院之長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院，於105年5月26日赴期待有醫學中心支援以提供24小時急診服務之大千綜合醫院，接續於同年5月26日、7月22日分赴中國醫藥大學兒童醫院及國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院履勘並座談，經上開調查作為及綜析相關機關查復資料¹，業調查竣事，茲陳列調查意見如后：

1 本院所引機關查復資料為：衛福部 104 年 12 月 28 日衛部醫字第 1041669825 號函、105 年 3 月 21 日衛部醫字第 1051661815 號函、105 年 3 月 22 日衛部醫字第 1051662106 號函、105 年 4 月 21 日衛部醫字第 1051662769 號函、105 年 6 月 30 日衛部醫字第 1051664260 號函及 105 年 8 月 26 日衛部醫字第 1051665720 號函。審計部 104 年 11 月 19 日台審部三字第 1043001702 號函。

一、兒童為國家未來發展之主人翁，其健康攸關國家生存發展與競爭力，尤其我國刻正面臨少子化危機，兒童的健康福祉最應重視，衛福部近年雖已推行兒童醫療相關措施，惟我國兒童的「健康與安全」面向指標與23個OECD國家相較，總排名墊後，為第22名；針對近年我國嬰幼兒之主要死因，包括：先天性畸形、變形及染色體異常、事故傷害、惡性腫瘤、心臟病等，衛福部必須正視並確實檢討改進。

(一)按「兒童權利公約」第24條規定：「締約國確認兒童有權享有最高可達水準之健康與促進疾病治療以及恢復健康之權利。締約國應努力確保所有兒童享有健康照護服務之權利不遭受剝奪。締約國應致力於充分執行此權利，並應特別針對下列事項採取適當之措施：(a)降低嬰幼兒之死亡率；(b)確保提供所有兒童必須之醫療協助及健康照顧，並強調基礎健康照顧之發展……。」我國於103年6月4日公布兒童權利公約施行法，該施行法第2條規定：「公約所揭示保障及促進兒童及少年權利之規定，具有國內法律之效力。」爰此，我國政府應讓兒童享有最高可達水準之健康與促進疾病治療以及恢復健康之權利，並應努力降低嬰幼兒死亡率。

(二)查我國近10年總人口數從95年到104年之間，由22,876,527人逐年增加到23,492,074人，但未滿12歲兒童人口數則由3,176,997人逐年下降至2,457,079人，占率亦從13.89%逐年下降至10.46%，詳如表1。足見，我國刻正面臨少子化危機。

表1、近10年我國兒童人口數

單位：人、%

年別	總人口數	未滿12歲兒童	
		人口數	占率
95年	22,876,527	3,176,997	13.89
96年	22,958,360	3,058,061	13.32
97年	23,037,031	2,936,650	12.75
98年	23,119,772	2,808,328	12.15
99年	23,162,123	2,711,482	11.71
100年	23,224,912	2,628,612	11.32
101年	23,315,822	2,555,512	10.96
102年	23,373,517	2,500,859	10.70
103年	23,433,753	2,468,063	10.53
104年	23,492,074	2,457,079	10.46

資料來源：依內政部戶政司統計資料彙整製作。

(三)惟觀諸我國近10年未滿12歲兒童之死亡人數及粗死亡率，其中以101年的粗死亡率最高，每10萬人口49.4人；近3年粗死亡率逐年升高，分別為10萬人口45.1人、46.1人及48.9人，詳如表2，此無異使得少子化問題雪上加霜。

表2、近10年未滿12歲兒童之死亡人數及粗死亡率

單位：人、每十萬人口、%

年別	全體		男		女		男性死亡人數占率	女性死亡人數占率
	人數	粗死亡率	人數	粗死亡率	人數	粗死亡率		
95年	1,560	48.2	900	53.3	660	42.6	57.7	42.3
96年	1,510	48.4	868	53.4	642	43.1	57.5	42.5
97年	1,466	48.9	818	52.3	648	45.2	55.8	44.2
98年	1,346	46.9	749	49.9	597	43.5	55.6	44.4
99年	1,131	41.1	647	45.2	484	36.7	57.2	42.8
100年	1,262	47.3	702	50.4	560	43.9	55.6	44.4
101年	1,281	49.4	713	52.7	568	45.8	55.7	44.3
102年	1,140	45.1	625	47.4	515	42.6	54.8	45.2

年別	全體		男		女		男性死亡人數 占率	女性死亡人數 占率
	人數	粗死亡率	人數	粗死亡率	人數	粗死亡率		
103年	1,145	46.1	661	51.1	484	40.7	57.7	42.3
104年	1,204	48.9	687	53.6	517	43.8	57.1	42.9

資料來源：衛福部。

(四)進一步分析死亡原因得知，102年至104年未滿1歲嬰兒之前3大死因相同，第1大死因皆為先天性畸形、變形及染色體異常，第2大死因為源於周產期的呼吸性疾患，第3大則為與妊娠長短及胎兒生長有關的疾患和事故傷害；102年至104年各年度1至5歲兒童前3大死因皆相同，分別為：事故傷害、惡性腫瘤及先天性畸形、變形和染色體異常；102年至104年各年度6至11歲兒童之前2大死因為惡性腫瘤和事故傷害，第3大為先天性畸形、變形及染色體異常和心臟病。綜上，國內嬰兒主要死因為先天性畸形變形及染色體異常、源於周產期的呼吸性疾患等；兒童的主要死因為惡性腫瘤、先天性畸形變形及染色體異常、心臟病等，另因事故傷害致死者亦為數不少，詳如下表3、表4。

表3、我國近10年1至5歲兒童之前5大死因及粗死亡率

單位：每十萬人口

	所有死亡原因	(第1大死因)	(第2大死因)	(第3大死因)	(第4大死因)	(第5大死因)
95年	所有死亡原因 28.5	事故傷害 9.3	先天性畸形 4.3	惡性腫瘤 3.8	心臟疾病 1.0	肺炎 1.0
96年	所有死亡原因 27.0	事故傷害 8.5	先天性畸形 5.0	惡性腫瘤 2.3	心臟疾病 1.1	肺炎/他殺 0.9
97年	所有死亡原因 31.9	事故傷害 7.8	先天性畸形變形及 染色體異常 3.5	惡性腫瘤 3.4	加害(他殺) 1.2	心臟疾病/肺炎 1.1
98年	所有死亡原因 28.0	事故傷害 7.6	先天性畸形變形及 染色體異常 3.1	惡性腫瘤 2.9	心臟疾病 1.6	肺炎 0.9
99年	所有死亡原因 21.9	事故傷害 5.2	惡性腫瘤 3.3	先天性畸形變形及 染色體異常 2.6	肺炎 1.1	心臟疾病 0.7
100年	所有死亡原因 25.3	事故傷害 5.2	惡性腫瘤 2.7	先天性畸形變形及 染色體異常 2.7	肺炎 1.4	心臟疾病 0.9
101年	所有死亡原因 25.4	事故傷害 5.2	惡性腫瘤 3.4	先天性畸形變形及 染色體異常 3.1	加害(他殺) 1.3	肺炎 1.1
102年	所有死亡原因 19.6	事故傷害 4.1	惡性腫瘤 3.3	先天性畸形變形及 染色體異常 2.3	心臟疾病 1.1	加害(他殺) 0.7
103年	所有死亡原因 20.4	事故傷害 4.2	惡性腫瘤 3.9	先天性畸形變形及 染色體異常 2.8	心臟疾病 1.3	加害(他殺) 0.6
104年	所有死亡原因 20.1	事故傷害 4.2	惡性腫瘤 2.6	先天性畸形變形及 染色體異常 2.6	加害(他殺) 1.4	肺炎 0.8

註：97年以前死因分類為ICD-9(國際疾病傷害及死因分類標準第9版)，97年以後為ICD-10。

資料來源：衛福部。

表4、我國近10年6至11歲兒童之前5大死因及粗死亡率

單位：每十萬人口

	所有死亡原因	(第1大死因)	(第2大死因)	(第3大死因)	(第4大死因)	(第5大死因)
95年	所有死亡原因 14.9	事故傷害 4.8	惡性腫瘤 3.1	他殺 0.7	肺炎 0.4	先天性畸形 0.4
96年	所有死亡原因 13.7	事故傷害 3.6	惡性腫瘤 2.4	先天性畸形 1.1	心臟疾病 0.4	肺炎/腦血管疾病/腎炎、腎病症候群及腎病變 0.2
97年	所有死亡原因 12.9	事故傷害 3.2	惡性腫瘤 2.4	先天性畸形變形及染色體異常 0.6	心臟疾病 0.5	骨骼肌肉系統及結締組織之疾病/加害(他殺) 0.3
98年	所有死亡原因 16.7	事故傷害 6.1	惡性腫瘤 3.3	先天性畸形變形及染色體異常 0.6	心臟疾病 0.4	腦血管疾病 0.4
99年	所有死亡原因 12.9	事故傷害 3.1	惡性腫瘤 3.0	先天性畸形變形及染色體異常 0.8	心臟疾病 0.6	敗血症/腦血管疾病 0.3
100年	所有死亡原因 11.9	惡性腫瘤 2.7	事故傷害 2.1	心臟疾病 0.6	先天性畸形變形及染色體異常 0.5	原位與良性腫瘤/流行性感 冒 0.3
101年	所有死亡原因 12.3	惡性腫瘤 2.9	事故傷害 2.2	先天性畸形變形及染色體異常 0.7	心臟疾病 0.6	加害(他殺) 0.3
102年	所有死亡原因 13.4	惡性腫瘤 3.6	事故傷害 2.5	先天性畸形變形及染色體異常 0.8	心臟疾病 0.7	腦血管疾病 0.5
103年	所有死亡原因 13.8	事故傷害 3.5	惡性腫瘤 3.0	心臟疾病 0.9	先天性畸形變形及染色體異常 0.6	原位與良性腫瘤 0.3
104年	所有死亡原因 9.6	惡性腫瘤 2.1	事故傷害 1.0	心臟疾病 0.9	先天性畸形變形及染色體異常 0.9	加害(他殺) 0.6

註：97年以前死因分類為ICD-9(國際疾病傷害及死因分類標準第9版)，97年以後為ICD-10。

資料來源：衛福部提供。

(五)據衛福部表示，針對未滿1歲嬰兒先天性畸形、變形及染色體異常之死因，所採行之因應措施包括：自74年即開始推動產前遺傳診斷費用補助，並於103年11月3日公告調高產前遺傳診斷補助費用，目前針對高危險群孕婦²補助羊膜穿刺檢驗費用，每案最高達新臺幣(下同)5,000元，另對低收入戶、居住優

² 指34歲以上孕婦、本人或配偶罹患或家族有遺傳性疾病、曾生育過異常兒、孕婦血清篩檢疑似染色體異常之危險機率大於1/270者、經超音波篩檢胎兒可能有異常者、胎兒疑似基因疾病等者。

生保健措施醫療資源不足地區等，補助採檢費3,500元，最高每案補助可達8,500元；且針對可能罹患遺傳性疾病個案及其家屬，以及疑有遺傳性疾病者，提供遺傳性疾病檢查，包括：染色體檢查、基因檢查及生化遺傳檢查……等。復對於兒童重難症醫療，近年分別有辦理「提昇（婦）產科、兒科醫療品質及資源整合計畫」、將「高危險妊娠產婦及新生兒(含早產兒)照護品質」納入中度級急救責任醫院必評項目、「兒科重難症醫療照護團隊獎勵方案」、「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區緊急醫療照護服務獎勵計畫」……等；另於104年4月2日揭牌成立國衛院「兒童醫學與健康研究中心」，彙集國內外專家的兒童醫學與健康議題進行整合性的研究，並將建立兒科重難症醫療照護整合平台，以期促進兒童健康。

- (六)衛福部近年雖已推行上開措施，但據審計部表示，依據聯合國於西元2000年發表的千年發展目標，有關降低兒童死亡率乙項，目標為西元1990年至2015年間，要將5歲以下兒童及嬰兒（未滿1歲）死亡率降低三分之二。經查我國嬰兒（未滿1歲）死亡率自79年度（西元1990年）之5.91%，至103年度（西元2014年）雖下降至4.01%（降幅為32.15%），但距聯合國所訂降低三分之二之目標尚遠。復據國衛院提供的「兒童醫學及健康研究中心申請計畫書」說明，中華民國兒童健康聯盟於西元2014年出版之「臺灣兒童健康幸福指數」一書，指出我國兒童健康福祉之「健康與安全」面向與23個經濟合作與發展組織(Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD)國家相比，總排名為第22名，其中各年齡層的死亡率排名如下：1歲以下排名17、

1至4歲排名24、5至9歲排名24、10至14歲排名19、15至19歲排名15。國衛院在該計畫書中進一步說明，我國兒童健康福祉指標之比較排名，其中以「健康與安全」和「主觀幸福感」兩個面向最差，尤其1至4歲及5至9歲年齡群的死亡率，排名最後，顯見我國兒童健康安全較先進國家落後甚多，政府應積極改進此一劣勢。

(七)綜上，兒童為國家未來發展之主人翁，其健康攸關國家生存發展與競爭力，尤其我國刻正面臨少子化危機，兒童的健康福祉最應重視，衛福部近年雖已推行兒童醫療相關措施，惟我國兒童的「健康與安全」面向指標與23個OECD國家相較，總排名墊後，為第22名；針對近年我國嬰幼兒之主要死因，包括：先天性畸形、變形及染色體異常、事故傷害、惡性腫瘤、心臟病等，衛福部必須正視並確實檢討改進。

二、國內醫院的兒科醫療因壓力大、醫療糾紛風險高及醫護人力不足等問題，衛福部雖已提出相關措施，在「醫院」執業之兒科專科醫師人力仍然低於四成，難以因應兒童之急診與重難症醫療需求，亟待檢討改進。

(一)據審計部103年度中央政府總決算審核報告指出，調查國內75家公立醫院兒童急診情形，發現101至103年各年度兒童急診醫療人次分別為34萬餘人次、31萬餘人次及31萬餘人次，但其中由兒科專科醫師看診人次分別僅有19萬餘人次(57.75%)、18萬餘人次(58.50%)及18萬餘人次(57.12%)，換言之，非由兒科專科醫師看診的比率超過四成；又這3年來，各年度兒童急診病患接受兒科專科醫師看診比率不及五成者分別計有45家、44家及46家；另各年度分別有17家、14家、17家公立醫院，其兒童急診病患未接受兒科專科醫師看診者，分別計1萬

8,297人次、1萬2,202人次及2萬7,417人次。

- (二)復據兒科醫學會於本院諮詢時表示，該醫學會104年10月8日公布調查指出，近3年來，在醫學中心小兒科執業的醫師人數下降，從763人降為552人，反而在基層診所的人數增加，從1,597人增為1,974人；且兒科急診資源艱困的地區增加，全國有一半以上縣(市)被列入兒科急診資源艱困地區，估計每年約有4萬5千名兒童前往急診，卻沒兒科專科醫師看診。綜析專家學者的諮詢意見，造成此一現象之原因包括：醫院兒科醫療壓力大、醫療糾紛風險高及醫護人力不足，雖然國內生育率低，但兒童醫療資源利用率上升，兒科的醫療需求量不減反增，故人力不足情形亦形嚴重；本院履勘時即實地發現，高雄市38個行政區中，就有13個行政區無兒科醫師及相關病床。復本院於105年3月4日諮詢會議中，林奏廷教授指出，全民健康保險在102年雖調整了兒科醫療給付，但因健保署簽約的對象是醫院，增加的經費給的是醫院，並非直接加給兒童專科醫師。
- (三)另有關兒童重難症的定義，據國衛院表示³，兒童重症之定義為：危及生命、及後遺症發生率或死亡率高之兒科疾病；兒童難症之定義為：病情複雜，診斷或治療困難的兒童疾病。本案的諮詢專家學者表示，94年兒科醫學會授予兒童重症醫學與急診醫學之次專科證書約有500張，至今約僅200多人仍在急重症領域執業，大部分人力已流失。
- (四)衛福部表示，為提升兒科專科醫師人力，已於102年9月1日增加兒科住院醫師津貼並已充實兒科醫

³ 國衛院於本院105年7月22日赴國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院履勘時提供之資料。

療輔助人力及推動醫療過失刑責合理化，復已調整全民健保給付，對於6歲以下兒童的急診、住院診察費及護理費、部分檢查及處置、手術及麻醉費等項目點數加成了20%至100%……等。該部復說明⁴，100年至104年兒科專科醫師執業人數由3,604人增加至3,967人(成長約10%)，在「醫院」執業之兒科專科醫師人數由1,367人增加至1,444人(成長約6%)，此外，99年至104年兒科住院醫師招收人數分別為126人、70人、67人、142人、145人及143人，此數據說明了近3年兒科住院醫師人力呈現穩定趨勢。

(五)惟查102年至104年國內領有兒科專科醫師證書在「診所」執業人數及占總執業人數比，分別為2,350人(62%)、2,454人(63%)及2,473人(62%)；但是於「醫院」執業人數分別為1,440人(38%)、1,441人(37%)及1,494人(38%)；換言之，102年至104年領有兒科專科醫師證書在「醫院」執業之人數不超過四成，詳如下表5。復查原行政院衛生署(下稱原衛生署)⁵於102年起將醫師訓練員額總數自2,143名調降為1,670名，103年再調整至1,550名，使貼近畢業生人數以提高兒科住院醫師招生率；換言之，該部稱近3年兒科住院醫師招收人數呈穩定趨勢，乃因新的畢業生一畢業就投入醫院當住院醫師之故，而非原訓練期滿的住院醫師留任於醫院所致。所以，如何將訓練期滿且取得兒科專科醫師也能留任於醫院，才是該部應重視的問題。

⁴ 衛福部於105年5月26日本案履勘大千綜合醫院時之簡報內容。

⁵ 行政院衛生署於102年7月23日正式改制成立衛福部，下同。

表5、102年至104年領有兒科專科醫師證書者於診所或醫院之執業情形

單位：人、%

項目	102年	103年	104年
於診所執業人數	2,350	2,454	2,473
占比	62	63	62
於醫院執業人數	1,440	1,441	1,494
占比	38	37	38
合計	3,790	3,895	3,967

資料來源：依衛福部提供資料彙整製作。

(六)綜上，國內醫院的兒科醫療因壓力大、醫療糾紛風險高及醫護人力不足等問題，衛福部雖已提出相關措施，在「醫院」執業之兒科專科醫師人力仍然低於四成，難以因應兒童之急診與重難症醫療需求，亟待檢討改進。

三、衛福部為強化醫院的兒童緊急醫療照護能力及品質，推動「提昇(婦)產科、兒科醫療品質及資源整合計畫」和「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區緊急醫療照護服務獎勵計畫」，惟因計畫短暫且效果不彰，對增進兒科專科醫師的人力及提升醫療照護的品質成效有限；此外，規定自104年度起申請中度級急救責任醫院者須評核通過「高危險妊娠產婦及新生兒(含早產兒)照護品質」，結果仍有多達半數以上醫院尚未通過；以上計畫及評核均無法達標的原因，亟待檢討改進。

(一)近年來國內婦產科與兒科面臨專科醫師執業年齡老化及人力養成趨緩之現象，許多中小型醫院難以維持產科及兒科24小時之運作，甚至部分偏遠地區夜間及假日沒有兒科專科醫師看診之窘況。為提供孕產婦及兒童24小時之(緊急)醫療照顧，以及偏遠地區民眾之就醫可近性與品質，原衛生署於101

年及102年辦理「提昇（婦）產科、兒科醫療品質及資源整合計畫」。

- (二)據審計部103年度中央政府總決算審核報告指出，原衛生署101及102年度上開計畫之辦理結果，在兒科部分，共有13家醫院參與，但無一達成衛福部訂定之指標，103年未再續辦。至於未達成指標的原因，據衛福部表示，兒科專科醫師多不願意擔任醫院之專任醫師，因此醫院招募不易，以致無法達成該計畫之全部指標項目⁶。
- (三)查衛福部因上開計畫績效不彰，不再續辦，為補強產婦及新生兒緊急醫療照護之需求，於104年度起改將「高危險妊娠產婦及新生兒(含早產兒)照護品質」納入中度級急救責任醫院必評項目；105年擴大辦理自102年起所辦理之「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區緊急醫療照護服務獎勵計畫」，責成27家醫學中心或重度級急救責任醫院支援醫師人力予25家緊急、重症醫療資源不足及離島地區之醫院。
- (四)惟查截至105年1月5日止，國內82家中度級急救責任醫院當中，尚未通過「高危險妊娠產婦及新生兒(含早產兒)照護品質」評核者，高達51家(62%)，且苗栗縣及南投縣沒有任何一家醫院通過該項評核，故高危險妊娠產婦及新生兒所需要的相關醫療照護明顯不足；本院所諮詢之專家學者表示，多數醫院未通過「高危險妊娠產婦及新生兒(含早產兒)照護品質」評核之原因，係因醫師工作壓力大且工時長，影響在醫院服務之意願，如此長期惡性循環，致兒童重難症醫師人力不足。衛福部對此問題

⁶ 依衛福部「提升（婦）產科、兒科醫療品質及資源整合計畫」，若未達全部規範之指標，該獎勵費用將不予給付。

的說明是：苗栗縣轄內聘有3位以上兒科專科醫師的急救責任醫院計有3家，南投縣也有3家云云。惟本院赴苗栗縣大千綜合醫院實地履勘暨座談得知，該醫院的4位兒科專科醫師，平均服務年資長達24年，年齡不輕，平均為60歲，仍須負責吃重的兒科門急住診之服務，人力相當吃緊，且該院明確提出極願意加入兒童急重難症的醫療，但需要中央協助逐年完成新生兒及兒童重症醫師人力羅致計畫。顯見相對偏遠及醫療資源不足地區之醫院，其兒科醫師人力及相關醫療照護資源確實不足。

(五)綜上，衛福部為強化國內醫院的兒童緊急醫療照護能力及品質，推動「提昇(婦)產科、兒科醫療品質及資源整合計畫」和「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區緊急醫療照護服務獎勵計畫」，惟因計畫短暫且效果不彰，對增進兒科專科醫師的人力及提升醫療照護的品質成效有限；此外，規定自104年度起申請中度級急救責任醫院者須評核通過「高危險妊娠產婦及新生兒(含早產兒)照護品質」，結果仍有多達半數以上醫院尚未通過評核；以上計畫與評核均無法達標的原因，亟待檢討改進。

四、為兼顧兒童醫院的永續發展及兒童醫療權益的維護，衛福部允應正視國內兒童醫院面臨的經營困境，如評鑑基準是否偏高、全民健保給付是否偏低、對外募款的限制規範，以及東部偏遠地區相對缺乏兒童急重難症醫療資源等相關問題，並審慎分析加以因應。

(一)立法院社會福利及衛生環境委員會於101年5月30日第8屆第1會期於25次全體委員會所通過之臨時提案⁷略以：請衛生署於全國各區域(級)設置6至8家兒童醫

⁷ 資料來源：立法院公報第101卷第46期。

- 院，並應研議在沒有兒童醫院之縣(市)區域優先設置。
- (二)原衛生署於101年6月25日成立「兒童醫院設置規劃專案小組」，分別於101年8月23日、9月14日及10月31日召開3次專案小組會議，101年11月23日邀集各醫學中心代表召開研商會議，初步擬定兒童醫院之設置標準及評鑑方式，嗣後再於102年3月27日公告修正「醫療機構設置標準」，並同時公告「兒童醫院評核作業程序」及「兒童醫院評核標準」。103年3月20日改制後的衛福部召開審查會議，終於通過成立4家兒童醫院，分由以下4家醫學中心設置：國立臺灣大學醫學院附設醫院、臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院及彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院，且於103年10月1日前完成開業，並經衛福部評定為「兒童醫院評核合格(醫學中心)」。惟未完全達成立法院上開之要求。
- (三)本院為實地瞭解國內北、中、南部兒童醫療狀況，特於105年5月23日、5月26日及7月22日分別赴長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院、中國醫藥大學兒童醫院及國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院履勘並座談，發現各醫院的兒童醫療發展各有特色，服務包括：兒科24小時急診照護、兒童葉克膜照護、兒童神經重症照護、兒童腦傷照護、兒童癌症全人全程照護、兒童腸胃道異物處理……等，且皆能提供鄰近區域內兒童急重難症醫療需求。但其中長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院雖有相當完整且具特色的兒童醫療體系，但未在衛福部規劃設置兒童醫院時提出申請。本次履勘時，該醫院說明略以：兒童醫院之全民健保給付係比照醫學中心，而該院本身已是醫學中心，全民健保給付並無

增加，而且兒童醫院的評鑑基準要求之人力及硬體設備，成本所費不貲；雖未申請成立兒童醫院，卻相當重視兒童醫療等語。該院所言凸顯兒童醫院的評鑑基準對於經營管理有一定的門檻及負荷。

- (四)另前揭醫院尚提出其他經營困境之處，例如：全民健保雖對兒童門診診察費提高了加成，且放寬年齡至4歲，但兒童醫院對於急重難症需投入相當資源，給付應相對提高、為避免受限於全民健保資源分配，應以專款編列兒童健康福利預算、為使兒童醫院營運順利，應允許兒童醫院主動募款……等，該等意見主要都與財政困難有關；履勘座談時，兒童醫院均表示其營運一直呈現虧損狀態，必須藉由總院支援始能運作，例如：中國醫藥大學兒童醫院一開院時，就向總院借支2億元，不然無法運作；國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院表示該院大部分的人員、設備與行政支援需由總院協助，即使如此，該院104年全年度財務虧損仍約3,100萬元。中國醫藥大學兒童醫院並表示，日本政府撥給兒童醫療保健之資源較老人醫療多，且在全民健保的給付方面，兒童醫療是成人的2至6倍。本院所諮詢之專家學者也表示，我國的全民健保給付相對不合理，例如：目前對於兒童住院病房費、尿液、糞便、血液、免疫、細菌、病毒、嬰兒腦部超音波等項目之給付均無加成；且林奏延教授於本院諮詢會議中也提出，全民健保對於成人的骨髓移植是有給付的，但對於兒童卻沒有，許多藥物及醫材也沒有給付。
- (五)衛福部針對前揭問題表示，105年所訂定的兒童醫院評鑑基準，係以試評方式在105年至106年辦理，近期將持續收集意見，配合評鑑改革進行檢討，並納入日後修訂正式評鑑基準之參考；另有關全民健

保給付，健保署前於104年7月29日邀集臺灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會及4家兒童醫院召開會議，研議兒童醫院急診診察費加成方式，會議決議以專科醫師及照護對象為基礎，規劃研訂加成方式，後於105年4月1日公告提高未滿6個月兒童急診診察費之加成，由60%提高至100%。有關兒童醫院對外募款之問題，衛福部表示，按公益勸募條例第2條第1款規定：「公益：指不特定多數人的利益。」同條例第3條規定：「基於公益目的，募集財物或接受捐贈之勸募行為及其管理，依本條例之規定……。」及同條例第5條第1項及第2項規定：「本條例所稱勸募團體如下：一、公立學校，二、行政法人，三、公益性社團法人，四、財團法人。各級政府機關(構)得基於公益目的接受所屬人員或外界主動捐贈，不得發起勸募，但遇重大災害或國際救援時，不在此限。」因此，國內之醫療院所若符合公益勸募條例有關勸募團體之資格，自可依該條例相關規定申請勸募許可，但如係屬政府機關(構)者，依該條例規定，除遇重大災害或國際救援外，不得發起公益性目的之勸募等語。惟本院所諮詢之專家學者表示略以：全世界兒童醫院的經營多需依靠對外募款，既然政府經費有限，何不開放民間資源挹注；少子化已是國安問題，政府應該投入更多的兒童醫療資源。此外，聯合國在西元1989年11月20日通過兒童權利公約，醫療健康為兒童基本權益，我國政府為鼓勵兒童醫療優質發展，追求卓越，以及提升兒童急重難症醫療品質，曾於82年由教育部編列預算，規劃於國立臺灣大學醫學院設置兒童醫院，興建計畫於91年完成，92年開始動工，97年「國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫療大樓」完

工，之後原衛生署於101年再度著手規劃設置兒童醫院，103年終於成立了4家兒童醫院，為期永續發展，衛福部自應重視其經營困境，研議相關解決對策。

(六)另有關偏遠地區缺乏兒童重難症醫療資源問題，本院所諮詢的專家學者表示，以東部地區為例，東部不一定要以醫學中心的規模設立，但需要有能力處理兒童重難症的區域級兒童醫院。且林奏延教授亦表示，兒童急診醫療資源，可分幾個層次來解決，第一，兒童醫院應由兒童專科醫師看急診；第二，醫學中心或區域醫院，政府應儘量鼓勵其發展；第三，其他則應協助於各縣(市)先設立至少1家可提供24小時兒科急診服務之醫院，過渡期間，可由急診專科醫師協助。

(七)綜上，為兼顧兒童醫院的永續發展及兒童醫療權益的維護，衛福部允應正視國內兒童醫院面臨的經營困境，如評鑑基準是否偏高、全民健保給付是否偏低、對外募款的限制規範，以及東部偏遠地區相對缺乏兒童急重難症醫療資源等相關問題，並審慎分析加以因應。

五、衛福部挹注經費在國衛院成立「兒童醫學及健康研究中心」，賦予任務為進行兒童健康及醫療之整合性研究以供政府機關研訂政策之參考。由於該中心之角色功能僅限於政策研究，有關兒童之臨床醫療、健康研究及政策研擬等，如何獲得更有效的整合及應用，以能在未來確實建置一個國家級的兒童醫院，衛福部應妥謀因應之道。

(一)衛福部為強化兒童醫療照護，運用醫療發展基金於104年度挹注國衛院成立「兒童醫學及健康中心」，該中心主要任務為進行國內外各專家在兒童醫學與健康議題方面之整合性研究，同時配合衛福部建立兒科重難症醫療照護整合平台，未來將依據研究成

果作為實證基礎，進行政策轉譯。衛福部於104年10月補助該中心執行兒童醫學及健康研究相關計畫。

(二)據立法院社會福利及衛生環境委員會於101年5月30日第8屆第1會期於第25次全體委員會會議，要求原衛生署於全國各區域（級）設置6至8家兒童醫院，且多次之立法院專案報告、預算審查及書面質詢等，亦要求該署設立國家級兒童醫學中心。

(三)查日本有6間國家級醫學中心，成育醫療中心（National Center for Child Health and Development, NCCHD）為其中1間，是日本第1間兒童醫院，也是唯一的國家級兒童醫院，成立於西元1965年；該中心以生命週期之概念，從懷孕期、新生兒期、嬰幼兒期、幼童期、學齡前期、學齡期、青春期、成人期等，提供完整醫療照護，並進行相關研究⁸；換言之，該中心為推動成育醫療的國家級兒童醫院，除從胎兒到成人健康發展的跟蹤治療，並提供全方位的團隊醫療服務，同時亦負責兒童健康的研究及政策，係集醫療、研究、政策整合及應用的機構。另加拿大多倫多病童醫院是加拿大6大兒童醫院之一，成立於西元1875年，院內的9大醫療中心為：骨骼健康中心、腦健康和行為中心、腫瘤中心、囊性纖維化中心、心臟中心、疼痛中心、圖像引導中心、醫學遺傳學中心及移植中心，該院是集合9大中心的臨床治療、健康研究及醫學教育為一體的兒童醫院，尤其病童研究院是加拿大最大的兒童健康研究中心⁹。相較於我國「兒童醫學與健康研究

⁸ 參考日本成育醫療中心網址：<http://www.ncchd.go.jp/hospital.php>，檢視日期：西元2015年10月25日；衛福部「赴日考察母子保健法、兒童健康業務及高齡少子化議題案」出國報告。

⁹ The Hospital for Sick Children (SickKids). 網址：<http://www.sickkids.ca/>，檢視日期：西元2016年10月3日。

中心」的任務較為限縮，旨在推動兒童醫療服務、健康促進研究及相關政策研析，以「健康監測」、「健康行為發展與健康教育」、「安全環境與事故傷害」、「心理健康發展」、「醫療照護」、「臨床醫學研究」等為6大研究主軸，進行長期、前瞻及整合性的研究，供政府機關研訂政策之參考，但日本成育醫療中心及加拿大多倫多病童醫院之角色、功能較完整實際。我國已為先進國家，應將建置國家級的兒童醫院視為重要政策。如同國衛院熊昭所長之建議：在成立國家級兒童醫院之前，先由國衛院所成立之「兒童醫學及健康研究中心」扮演催生角色，經由統整醫療與公衛各方資訊，逐步研擬相關政策，以促成未來我國成立類似上開國家的兒童醫院。

(四)衛福部就此問題表示，國衛院「兒童醫學及健康研究中心」雖非醫療單位，但可積極與醫療體系合作交流，合作對象包括：國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院、臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院兒童醫院、中國醫藥大學兒童醫院及彰化基督教醫療財團法人彰化基督教兒童醫院，及各醫院兒童醫療部門、政府單位及非政府組織等，使國家整體資源得以做最有效的運用；尤其在兒科重難症方面，該中心將建立兒童重難症之醫療合作平台，並敬邀相關醫師、專家及健保署等，一同進行研究計畫之合作，促進國內兒童醫療研究相關資源分享，建立研究合作機制等語。

(五)綜上，衛福部挹注經費在國衛院成立「兒童醫學及健康研究中心」，賦予任務為進行兒童健康及醫療之整合性研究以供政府機關研訂政策之參考。由於該中心之角色功能僅限於政策研究，有關兒童之臨床醫療、健康研究及政策研擬等，如何獲得更有效的

整合及應用，以能在未來確實建置一個國家級的兒童醫院，衛福部應妥謀因應之道。

六、衛福部既已規劃建置兒童重難症就醫友善網絡，自應落實執行，以名符其實地為重難症兒童提供適切的相關醫療照護資訊。

(一)查100年至104年各年度我國領有重大傷病卡之兒童分別計23,011人、21,452人、20,522人、19,451人及18,810人，人數雖呈逐年下降趨勢，但平均仍有2萬人左右；復查102年至104年未滿1歲嬰兒之前3大死因相同，第1大死因皆為先天性畸形、變形及染色體異常，第2大死因為源於周產期的呼吸性疾患，第3大則為與妊娠長短及胎兒生長有關的疾患和事故傷害；102年至104年各年度1至5歲兒童前3大死因皆相同，分別為：事故傷害、惡性腫瘤及先天性畸形、變形和染色體異常；102年至104年各年度6至11歲兒童之前2大死因為惡性腫瘤和事故傷害，第3大為先天性畸形、變形及染色體異常和心臟病。因此，為照顧這2萬領有重大傷病卡兒童，其醫療品質及健康福祉應受重視；而導致兒童死亡的惡性腫瘤、先天性畸形、變形及染色體異常、心臟病等，均與醫療照護有關，對此，政府責無旁貸。

(二)據衛福部103年7月21日發布新聞指出¹⁰，為使重難症兒童照顧者能即時獲得國內具兒科特色的優質醫療資源，便於民眾就醫利用，將規劃建置兒童重難症就醫友善網絡，初期將優先針對兒童癌症、兒童外科、兒童加護病房、新生兒加護病房、兒童心臟及遺傳疾病等6項醫療服務建構「兒童友善就醫地圖」。

(三)有關上述兒童重難症就醫友善網絡及「兒童友善就醫

¹⁰ 衛福部官網：衛生福利部首頁>焦點新聞>103年衛生福利部新聞>7月新聞；網址：<http://www.mohw.gov.tw/news/497845783>，檢視日期：105年3月16日。

地圖」之建置情形，衛福部表示，104年已在該部官網「醫院資訊公開專區」設置「機構公開資訊查詢」，以便民眾瀏覽查閱，每日約有100多人次瀏覽；智慧型手機亦可下載健保署建置之「健保快易通」，民眾可查詢全民健保特約兒科醫療服務相關機構，以便就近選擇就醫云云。惟查該「機構公開資訊查詢」系統係針對一般民眾為就醫所提供之基本資料查詢，難謂「兒童友善就醫地圖」，例如：縣市別、科別、醫院類別(醫學中心、區域醫院、地區醫院)……等，尤其科別部分，主要呈現的是大科系別，例如：內科、外科、兒科、婦產科、骨科……等，並非針對兒童急重難症方便查詢的醫療資源。復有關「健保快易通」系統，亦屬提供一般民眾就近就醫之指南，完全與該部所稱兒童重難症就醫友善網絡不同。

(四)綜上，衛福部既已規劃建置兒童重難症就醫友善網絡，自應落實執行，以名符其實地為重難症兒童提供適切的相關醫療照護資訊。

七、衛福部針對逐年暴增的兒少保護案件，於103年及104年辦理整合醫療、社政及警政司法三方專業的「醫療機構建立兒少保護醫療服務模式計畫」，成效不錯值得肯定，惟因經費問題，105年未能賡續辦理；為落實兒少保護最佳利益，允宜積極研議解決對策。

(一)查衛福部所辦理之「醫療機構建立兒少保護醫療服務模式計畫」目標為發展整合性兒少保護醫療服務，以兒少為中心，提供身、心、靈全方位的高品質醫療；強化兒少保護醫療團隊與社政、警政系統的溝通連結機制，架構起緊密的兒少保護醫療網絡；從傷害的治療到預防發生，由臨床醫療到教育推廣，兒少保護醫療團隊將化被動為主動，全面提升我國兒保醫療的品質與對兒童權益之重視。

- (二)我國兒少虐待的問題日趨嚴重，據衛福部「醫療機構建立兒少保護醫療服務模式計畫」內容說明，兒少保護案件自88年起，每年都超過6,000件案例，104年更高達42,822件，平均每12分鐘，就有1個兒童或青少年被通報受虐，4萬多件估計只是較嚴重的冰山一角，未被通報的案例甚至可能超過這個數量，社區中存在許多未被發現並妥善處理的個案，他們可能仍在暴力的陰霾下，甚至面臨生命危險。衛福部鑑於國內兒少保護服務輸送體系內，較欠缺與醫療體系之橫向連結及提供完整之身心治療等專業服務，為協助兒少身心健康發展，藉由該計畫提升醫事人員敏感度及整合醫院內部跨專科或專業團隊人員共同診察，俾強化受虐辨識及提供後續身心治療。
- (三)「醫療機構建立兒少保護醫療服務模式計畫」的期程係103年9月至104年12月，衛福部補助國立臺灣大學醫學院附設醫院、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院、財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院、屏基醫療財團法人屏東基督教醫院及佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院等6家醫院試辦之。本院於105年7月22日實地赴國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院履勘瞭解執行狀況，該院表示透過該計畫，可達到醫療、社政、警政司法三方合作之效益，且透過跨專業、跨團隊、跨體系，可給予個案從辨識評估、治療、家庭支持到預防的完整醫療保護之成效；例如：該院在104年度於急診部門所通報遭到不當對待的兒少案件數計有43件、該院門診部門通報的計7件，社會局轉介的計12件，其他(學校、警政司法體系)通報的有8件，總共計有70件通報案例，此70件個案已獲得該院兒少保護醫療中心團隊介入

評估及治療，且後續轉入社政系統追蹤者達43位，由此充分顯示跨團隊、跨專業合作之效益。此外，關於兒少保護醫療服務示範中心，本院諮詢專家學者亦稱：「兒少保護常常被當作社工的事，其實這是不對的，兒少保護應該是以團隊模式進行的，如衛政、社政及警政等」等語。是以，「醫療機構建立兒少保護醫療服務模式計畫」透過跨專業及跨團隊之合作，對於維護兒少保護之權益，確實助益甚多。

- (四) 衛福部於本院履勘國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院時表示，103年及104年「醫療機構建立兒少保護醫療服務模式計畫」之補助預算約為2,000萬元，礙於經費預算有限，105年及106年僅能籌措500萬元經費，用於鼓勵各縣市政府衛生局，輔導地方設置兒少保護醫療服務示範中心等語。復據本院諮詢專家學者表示，之前衛福部有兒少保護醫療服務示範中心，就稍具有醫療網之概念，後因為經費不足，而未持續運作……很可惜！今年(指105年)因為衛福部不再執行兒少保護醫療服務示範中心，少了兒少保護醫療中心的協助，例如兒童心理師對兒童遭受性侵或是攜子自殺事件的及時介入等，已使社政負擔過重，平均1位社工需要負責200個至300個高風險家庭。顯見該計畫頗為重要，但誠如前述，105年衛福部礙於經費預算有限，計畫未能持續，當初6家醫院辦理的成效，未能普及於各縣市以致功虧一簣，殊為可惜。對此，衛福部表示，目前兒少保護醫療示範服務中心係透過衛政及社政合作，兒少遭受虐待之傷勢，是需要衛政進行判斷及協助，透過此團隊運作模式，前幾天已召開兒少保護會議，該會對此模式，表示認同及肯定。兒少保護醫療示範

服務中心是否存續，後續會再進行討論及研議等語。

(五)綜上，衛福部為強化兒少保護之功能、提升醫事人員敏感度及整合醫院內部跨專科團隊人員之共同診察，於103年及104年提供經費補助6家醫院執行「醫療機構建立兒少保護醫療服務模式計畫」，藉以強化兒少受虐原因之辨識、提供後續身心治療，並降低兒少虐待事件之發生，其成效值得肯定，惟因經費問題，105年未能賡續辦理。為落實兒少保護最佳利益，該部允宜積極研議解決對策。

調查委員：江綺雯