

## 調 查 報 告

壹、案由：據民眾陳情，前健保局高雄聯合門診中心已於 102 年 1 月關閉，而臺北聯合門診中心亦已於 104 年 7 月結束營運，造成仰賴就診之廣大老年及慢性病患就醫不便，不僅剝奪民眾就診權利，更與健保「轉診制度」建立之基本原則相悖，恐導致大型醫院醫療資源浪費，亦有圖利周邊大小醫療機構之嫌等情案。

貳、調查意見：

據知，深受廣大老年及慢性病患者仰賴就診的高雄聯合門診中心已於民國（下同）102 年 1 月 1 日結束營運，而臺北聯合門診中心亦已提前於 104 年 7 月結束營運，此改變造成習慣於該門診中心就診之老年及慢性病患極大恐慌與就醫之不便，更悖離健保最基本原則～轉診制度的建立，亦可能造成大型醫院醫療資源的浪費等問題。對於臺北聯合門診中心結束營運情事，中華電視公司接獲民眾投訴並先於 103 年 11 月 27 日以獨家報導揭露多達 1,500 位/天行動不便老人將面臨就醫困境，迄至 104 年 11 月間，各大電視及平面媒體陸續報導臺北聯合門診中心結束營運年老、弱勢病患為此抱怨、跪求及不捨之新聞；另經調閱統計單僅 103 年下半年衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）及本院收受民眾陳情信函，亦高達約 50 件次，尚不包括民眾口頭及電話陳訴件數。本案陳情民眾認為，臺北聯合門診中心結束營運，不僅剝奪渠在該中心就診之權利，更有圖利其他大小醫療機構之嫌，為確保民眾就醫權益並維護健保轉診政策，爰立案調查。案經詢問健保署臺北聯合門診中心（公園路院區）前專門委員吳○○、健保署副組長施○○

及行政院前副秘書長徐○○率人事行政總處副人事長張○○等相關主管人員、國家發展委員會副主任委員高○○率相關主管人員、衛生福利部（下稱衛福部）前次長林○○率健保署前署長黃○○、副署長蔡○○、醫事司前代理副司長黃○○及附屬醫療及社會福利機構管理會簡任技正楊○○等相關主管人員，並調閱卷證資料；另擇日拜會衛福部前次長林○○、前部長蔣○○、行政院前副秘書長徐○○、前院長毛○○後，綜整詢問、調卷及拜會資料，業已調查竣事。調查意見如下：

一、健保署自 94 年實施以分級收費推動轉診制度落實之措施失當，成效不彰；而聯合門診中心因有方便就醫及對慢性病、復健及老年病患具密集回診之特性；又其在基層醫療所提供之服務量，有助紓解周邊醫學中心門診初級照護人數，然健保署竟以節省租金及行政人員集中辦公為由，躁進行事，將臺北聯合門診中心公園路門診及早結束營運，並擅權剝奪長期就醫民眾權益，顯與轉診分級醫療制度不符。行政院允應督飭所屬重視聯合門診中心對分級醫療及轉診制度之貢獻，積極謀求其存續營運之對策

(一)全民健康保險法第 43 條規定：「保險對象應自行負擔門診或急診費用之 20%，居家照護醫療費用之 5%。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其 30%、40%及 50%。……第 1 項之轉診實施辦法及第 2 項醫療資源缺乏地區之條件，由主管機關定之。」醫療法第 88 條第 1 項規定：「中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。」明定以醫療網計畫推動分級醫療。

(二)醫療網計畫自 74 年至 89 年分 3 階段推展，對醫療

體系規劃採分級醫療，即各社區診所提供一級（初級）醫療，由地區醫院及區域醫院提供二級（次級）醫療，由醫學中心提供三級（最高級）醫療。為落實醫療網計畫，84年實施全民健保亦以基層醫療下之家庭醫學發展為藍圖及核心，鼓勵分級轉診醫療體系的發展。換言之，前行政院衛生署（下稱前衛生署）規劃轉診之目的，是為使各醫療機構分工，發揮醫學中心及區域醫院教學、研究、訓練之功能，讓民眾可在不同層級醫療院所接受適當醫療照護，減少醫療浪費，進而使保險單位免於虧損<sup>1</sup>。

(三)惟據研究指出，至醫學中心及區域醫院就診的病患中，有半數以上疾病在地區醫院及基層診所診治即可，病患選擇至大醫院的就醫現象，已造成「輕症排擠重症的醫療資源」及「小病佔據專家的寶貴時間」之嚴重問題，亦凸顯須儘速導正醫療體系不正常發展及落實轉診制度的必要性<sup>2</sup>。故健保署自94年7月15日起實施依轉診及逕赴醫院分別計收不同部分負擔，亦即逕至醫學中心需負擔新臺幣（下同）360元（尚不包含掛號費及藥品等費用），其部分負擔金額較基層診所50元高7.2倍；另自102年1月1日起發布實施「全民健康保險轉診實施辦法」，明定特約醫院、診所應設轉診櫃檯，為轉診病人提供適當就醫安排<sup>3</sup>。

(四)又查相關統計，醫學中心門診初級照護率（小病看大醫院指標），102年已降至14.24%。又依102年健保統計，近8成民眾門診選擇地區醫院及基層診

---

<sup>1</sup> 資料來源：<http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/094/SS-B-094-021.htm>；調高部分負擔是否真能落實轉診制度？，94年8月23日，財團法人國家政策研究基金會。

<sup>2</sup> 資料來源：<http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/094/SS-B-094-021.htm>；調高部分負擔是否真能落實轉診制度？94年8月23日，財團法人國家政策研究基金會。

<sup>3</sup> 健保署104年3月12日答復本院詢問書面資料。

所，而至區域醫院門診件數占 12.0%、醫學中心占 8.8%<sup>4</sup>。惟查健保署 102 年醫事服務機構門診費用申報狀況健保統計及該年特約醫事服務機構家數統計資料，1 家醫學中心平均 1 年門診量 1,392 千件（30,611 千件門診費用申報/22 家），區域醫院平均為 499 千件（40,885 千件門診費用申報/82 家），地區醫院平均 75 千件（27,549 千件門診費用申報/370 家）而基層診所則為 13 千件（252,165 千件門診費用申報/19,832 家），可知，雖民眾選擇至區域及醫學中心門診就醫件數占約 2 成，然醫學中心門診量仍居高不下，與基層診所之差距高達 107 倍之多，大型醫院門診人滿為患之現象依然存在，是以，健保自 94 年迄今，以分級收費推動轉診制度落實之措施失當，成效極為有限且不彰。

(五)另健保署 104 年 2 月 10 日函<sup>5</sup>行政院申復臺北聯合門診中心存續期限案，其理由略以：「三、1、…聯合門診中心具有多項科別、方便就醫，以慢性病、復健患者及老年病患居多、具密集性回診特性，病患對聯合門診中心之依賴度高；……103 年 1 月至 11 月就診量，看診數近 42 萬人次，每日平均就診數約 1,443 人次，為臺北市基層診所每日看診數平均 58.6 人次之 25 倍，……。2、……為保障原有聯合門診中心病患就醫權益，年約 45 萬人次之病患轉診事宜，須有充分配套作業時間，……。」次查臺北聯合門診中心公園路及信義路院區附近地區以上層級醫院計有 8 家。健保署 104 年 3 月 12 日答復本院詢問書面資料說明，聯合門診中心在紓

---

<sup>4</sup> 轉診制度與論人計酬制度之概況及未來政策方向，p.23，Vol.57，No.12，2014，台灣醫界。

<sup>5</sup> 衛福部 104 年 2 月 10 日部投保字第 1040000430 號函。

解大型醫院門診人數及轉診制度上自有其功能。因此，藉由臺北聯合門診中心具有多項科別、方便就醫，及對慢性病、復健患者及老年病患具密集性回診之特性，及其在基層醫療所提供之服務量，將有助持續紓解周邊醫學中心門診初級照護服務人數及推動轉診制度落實。

(六)本院 104 年 7 月 1 日詢問健保前署長黃○○，有關臺北聯合門診中心何以提前至 104 年 7 月結束營運乙節，渠表示：臺北聯合門診中心公園路門診若能於 7 月結束營運，將能節省目前壽德辦公大樓租金約 700 萬元；又適逢預算編列並預期信義路院區可能延長營運，故及早作出於 7 月結束營運，順利預算編列及人員調配。然身為掌理全國健保千億預算及轉診政策推動之行政首長，竟為節省百萬租金及行政人員集中辦公之私心，將公園路門診及早結束營運，躁進行事，處理失當，並擅用職權剝奪民眾就醫權，顯與轉診分級醫療制度不符。是以，健保署不僅不應剝奪病患就醫權益，更應為維護臺灣最佳落實健保轉診制度之模範單位—臺北聯合門診中心積極說明其價值，爭取以任何方式保存，頃全力研議讓其永續經營之對策，方為正辦。

(七)綜上，健保署自 94 年起，多年來欲以分級收費來推動轉診制度落實之措施失當，成效並不彰顯；而聯合門診中心因有方便就醫及對慢性病、復健及老年病患具密集回診之特性；又其在基層醫療所提供之服務量，有助紓解周邊醫學中心門診初級照護人數，然健保署竟以節省租金及行政人員集中辦公為由，將臺北聯合門診中心公園路門診及早結束營運，躁進行事，處理失當，並擅用職權剝奪許多長期就醫民眾權益，顯與轉診分級醫療制度不符。行政院

允應督飭所屬重視聯合門診中心對分級醫療及轉診制度之貢獻，積極研議其存續營運之對策。

二、聯合門診中心存續歷經多年討論及修法，因外界認為交由前衛生署健保局作為附設單位有角色混淆之疑慮，然該局卻未能顧及民眾就醫之需求及健保政策之推動而據理力爭致遭裁撤，並經行政院指示其存續年限及研商委由相關醫院承接之決議。然在高雄聯合門診中心即將委由高雄榮民總醫院承接之際，前衛生署健保局基於醫事團體壓力，無視當地民眾就醫之需求及確保該中心員工工作之權益，亦罔顧行政院指示，逕以結束高雄聯合門診中心營運方式辦理，核其便宜行事，非以醫療服務及專業考量之政策推動，洵有未當

(一)「全民健康保險法」<sup>6</sup>（83年8月9日公布）第56條規定，現有之公保聯合門診中心，不得再增加，以與一般門診醫院同病同酬，並自負盈虧為原則，並應於全民健康保險開辦一年半後重新評估。另前衛生署（現為衛福部）依據前開全民健康保險法第6條規定授權，於83年12月30日制定公布「中央健康保險局組織條例」，並依前開條例第26條第2項，於84年8月30日訂定發布「中央健康保險局聯合門診中心組織規程」。

(二)前中央健康保險局（下稱前健保局）於99年1月1日改制行政機關前為事業機構，因財務、員工績效獎金等問題，引發組織改制聲浪，又立法院曾多次決議要求改制，故前健保局分別於95年6月及9月研議改制時，將2家聯合門診中心之設置，於「中央健康保險局組織條例」草案第5條中訂定設置法

---

<sup>6</sup> 83年8月9日總統（83）華總（一）義字第4705號令公布；並由行政院發布自84年3月1日施行。

源，嗣經前衛生署及前行政院研究發展考核委員會（下稱前研考會；現為國家發展委員會）召開多次會議討論，於 95 年 11 月 23 日「研商行政院衛生署中央健康保險局組織法草案」會議決議略：「基於門診中心性質係屬全民健康保險中與保險人特約之保險特約醫事服務機構，如由為保險人負責掌理醫療服務審查業務之健保局附設，將有角色混淆問題，且全民健康保險法第 56 條業規定門診中心應於全民健康保險開辦一年半後需重新評估，故新行政機關健保局不宜再設門診中心。」爰建議刪除該組織條例草案第 5 條門診中心設立法源，該組織條例草案並於 97 年 1 月 30 日行政院第 3078 次會議決議通過修正；另因前健保局所屬聯合門診中心將予裁撤，故配合刪除該草案第 26 條有關聯合門診中心員額及組織編制規定。嗣立法院於 98 年 1 月 13 日三讀通過<sup>7</sup>「行政院衛生署中央健康保險局組織法」修正案<sup>8</sup>，98 年 1 月 23 日公布施行。自此聯合門診中心設立法源業經刪除，該中心將無法繼續附設於改制為行政機關之前行政院衛生署中央健康保險局轄下。據上，前衛生署對於聯合門診中心之存續政策，既無擔當更藐視民眾就醫權利，完全不顧民眾需求以及健保政策的順利推展，對於前研考會之建議亦未見積極論辯，政策執行尚難謂切近民眾實際醫療需求。

(三)前衛生署曾於 98 年 6 月 26 日函文<sup>9</sup>針對前健保局現

---

<sup>7</sup> 立法院公報 98 卷 5 期 3691 號二冊 228-229 頁。

<sup>8</sup> 98 年 1 月 23 日總統華總一義字第 09800019301 號令修正公布；本法施行日期，由行政院以命令定之（原名稱：中央健康保險局組織條例）。98 年 11 月 10 日行政院授研綜字第 0982261513 號令發布定自 99 年 1 月 1 日施行。

<sup>9</sup> 該函文係有關前衛生署於 98 年 6 月 26 日函報「行政院衛生署中央健康保險局處務規程」及「行政院衛生署中央健康保險局原額編制表」草案，建議「行政院衛生署

有臺北及高雄兩家聯合門診中心之醫療業務，請行政院准予漸進方式逐年縮整，分別繼續營運 6 年及 3 年，其理由略以：依 97 年門診服務量統計，65 歲以上年長者約占 48.63%，且持續就診比率高達 9 成以上，顯見許多年長民眾（尤其軍公教退休人員）均已習慣長期至門診中心看診，對門診中心已建立長期就醫信賴，為免造成就醫衝擊，須逐步調適。案經前研考會 98 年 7 月 29 日召開「研商行政院衛生署中央健康保險局處務規程及編制表草案會議」決議略：「（一）衛生署中央健康保險局現有臺北及高雄二家聯合門診中心組織定位一節：……2、臺北及高雄 2 中心之存續年限究否分別為 6 年或 3 年，將簽陳本院（行政院）政策決定。請衛生署朝縮短年限方式，儘快處理。3、為澈底解決外界對 2 中心營運有球員兼裁判之疑慮及確保對民眾服務無縫接軌，建議衛生署儘速接洽委由相關醫院承接之可行性。」前研考會依上開決議簽報行政院，並於 98 年 10 月核定；於 98 年 11 月 10 日函<sup>10</sup>知前衛生署，前健保局現有臺北及高雄 2 家聯合門診中心，其存續年限最多分為 6 年及 3 年，並請儘速研商委由相關醫院承接，縮短存續年限。

（四）前行政院衛生署中央健康保險局（99 年 1 月 1 日後改制為行政機關，下稱前衛生署健保局）為研議臺北及高雄聯合門診中心組織清理存續事宜，於 99

---

中央健康保險局組織法」自 99 年 1 月 1 日施行。

<sup>10</sup> 行政院 98 年 11 月 10 日以院授研綜字第 09822615137 號函復前衛生署，有關「行政院衛生署中央健康保險局處務規程」及「行政院衛生署中央健康保險局原額編制表」草案略以：請於發布時併同廢止「中央健康保險局聯合門診中心組織規程」……。中央健康保險局現有臺北及高雄 2 家聯合門診中心，其存續年限最多分為 6 年及 3 年，並請儘速研商委由相關醫院承接，縮短存續年限。



年6月21日成立專案小組<sup>11</sup>。同年9月9日高雄榮民總醫院（下稱高榮）院長黃○○及相關人員至前衛生署健保局研商高雄聯合門診中心由高榮承接業務之可行性，並召開多次協商會議，其中99年10月11日「研商健保局高雄聯合門診中心轉型事宜」會議結論略：「……高榮與本局（前衛生署健保局）雙方均為公務機構，只要循行政程序處理，承接問題不大，……惟承接最大問題應是高雄市醫師公會反彈，如何減少外界質疑與抗爭，需雙方共同努力，與醫師公會溝通。」高榮並於99年12月3日函<sup>12</sup>送「申請接管高雄聯合門診中心計畫書」，前衛生署健保局100年1月14日函復略：「……三、該院擬以西醫基層門診申報健保費用乙節，由於可能衝擊該區醫院總額或西醫基層總額之點值，為避免當地醫院或開業醫師有所異議，甚而引發民意機關質疑，建議該院與高雄市醫師公會及相關醫事團體妥為溝通，取得諒解與合作。」100年1月25日前衛生署健保局「研商高雄聯合門診中心改隸移轉計畫書」會議，高雄聯合門診中心林副主任表示略：「……本案退輔會原則上已同意高榮承接本中心，……。」會議結論略以：「（一）目前為止，其他醫院承接時間點並未確定，最後決定仍要陳報衛生署。」100年2月17日高榮再函<sup>13</sup>前衛生署健保局，儘速安排協商接管相關細節事宜，並說明在未獲明確同意由該院接管前，逕與高雄市醫事

---

<sup>11</sup> 由時任健保局長鄭守夏批示黃副局長三桂（現任該署署長）擔任召集人，該署人事室、會計室、秘書室、企劃組、臺北聯合門診中心、高雄聯合門診中心派員組成專案小組。

<sup>12</sup> 99年12月3日高總管字第0990019441號函。

<sup>13</sup> 行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院100年2月17日高總管字第1000002426號函。

團體溝通似有不妥，若獲同意接管該院當全力溝通。惟前衛生署健保局對於由高榮有意承接高雄聯合門診中心即將談妥之事，不僅未盡協調前開醫事團體反對意見，已屬不當，竟仍一昧考量該醫事團體非專業之反對意見，並於100年3月11日函<sup>14</sup>復高榮，有關該局高雄聯合門診中心未來之營運，經審慎研議評估結果，目前暫無移轉計畫。基上所述，前衛生署健保局研商高雄聯合門診中心存續營運事宜，既不顧即將談妥委由高榮承接營運之規劃，僅顧醫事團體非專業之反彈，不思溝通化解歧見，而倉促取消即將完成之營運委託情事，毫不顧民眾就醫權利、健保政策之推展。核其便宜行事，非以醫療服務及專業考量之政策推動，殊屬可議。

(五)經查前衛生署健保局企劃組曾於100年5月20日簽以：「一、有關本局（前健保局）高雄聯合門診中心之後續處理，經鈞長（時任局長戴○○）於100年3月3日向江副署長（時任前衛生署副署長江○○）面報，獲致裁示：『朝結束營業之方式處理』」惟該簽呈並未核定。案經前衛生署健保局企劃組100年6月8日再簽，同年月16日經時任局長戴○○核定<sup>15</sup>，於同年月17日以健保企字第1000077520號函陳報前衛生署略：「……二、高雄榮民總醫院前曾表達承接本局高雄聯合門診中心之意願，經審慎評估，如由其他醫院承接高雄聯合門診中心，雖可維護現有病患就醫權益，且該中心不願移轉本局之員工亦有機會轉至承接醫院工作，惟高榮欲承接高雄聯合門診中心之消息，已造成當地醫界反彈，本局爰於100年3月11日函復高榮，高雄聯合門診

<sup>14</sup> 前衛生署健保局100年3月11日健保企字第1000077002號函。

<sup>15</sup> 前衛生署健保局100年6月17日健保企字第1000077520號函(稿)。

中心目前暫無移轉計畫。」並於 100 年 8 月 3 日獲前衛生署函復同意。101 年 12 月 31 日高雄聯合門診中心結束營運。據上顯示，前衛生署健保局於辦理高雄聯合門診中心營運轉型事宜，竟以醫界反對壓力，罔顧行政院 98 年 11 月 10 日函文，研商委由相關醫院承接之指示，亦未維護高雄當地病患就醫之需要及確保該中心員工有機會轉至承接醫院工作之權益，逕自以結束高雄聯合門診中心營運方式辦理，洵有未當。

(六)綜上，聯合門診中心存續歷經多年多次討論及修法定位，因外界認為交由改制為行政機關之前衛生署健保局作為附設單位將有角色混淆之疑慮，然該局卻未能顧及民眾就醫之需求及健保政策之推動而據理力爭，致遭修法裁撤，並經行政院指示其存續年限及儘速研商委由相關醫院承接；惟前衛生署健保局罔顧行政院前開指示，除未積極協調高雄聯合門診中心營運轉型委由高榮承接外，亦無視高雄當地病患就醫之需要及確保該中心員工有機會轉至承接醫院工作之權益，一味以醫界反對壓力為由，逕自採取結束高雄聯合門診中心營運之方式辦理，核其便宜行事，非以醫療服務及專業考量之政策推動，洵有未當。

三、臺北聯合門診中心之營運轉型，行政院早於 98 年即指示儘速研商委由相關醫院承接，並有多家醫院表達意願，惟健保署對辦理相關醫院承接營運事宜，敷衍應對，絲毫未見相關積極作為，並以醫院總額利益分配為主要考量，仍對行政院指示恣置未理，逕採結束臺北聯合門診中心之營運方式辦理，核有因循敷衍，執行不力之咎；另聯合門診中心的服務性質與聯合診所

相仿，由相關醫院承接營運將與原醫療服務性質不同，此亦請行政院轉飭所屬一併納入考量研議

- (一)依行政院 98 年 11 月 10 日院授研綜字第 09822615137 號函略：「本院衛生署中央健康保險局現有臺北及高雄 2 家聯合門診中心，其存續年限最多分為 6 年及 3 年，並請儘速研商委由相關醫院承接，縮短存續年限。」可知，自 98 年起，臺北聯合門診中心有 6 年營運期限至 104 年底。次依醫療法第 13 條規定：「二家以上診所得於同一場所設置為聯合診所，使用共同設施，分別執行門診業務；其管理辦法，由中央衛生主管機關定之。」說明我國法規允許聯合診所之設立，並有聯合診所管理辦法進行規範及管理。
- (二)99 年 8 月 12 日臺北市政府衛生局局長邱○○、臺北市立聯合醫院總院長張○○等相關人員曾至前衛生署健保局，研商臺北聯合門診中心由臺北市立聯合醫院承接業務之可行性。另 99 年 8 月 23 日國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）院長陳○○、副院長王○○等相關人員亦前往前衛生署健保局，研商臺北聯合門診中心由臺大醫院承接業務之可行性。又 99 年 10 月 7 日臺北榮民總醫院（下稱北榮）函請前衛生署健保局同意該院承接所屬臺北聯合門診中心業務；嗣經該局於同年 10 月 28 日函復北榮略：「臺北聯合門診中心之存續年限最多為 6 年，該中心目前暫無轉型迫切性，惟未來如尋找相關醫院承接，將邀請該院共同研商。」健保署 104 年 3 月 12 日答復本院詢問書面說明，前衛生署健保局當時基於上開因素，認為臺北聯合門診中心尚有 6 年營運期限無轉型之迫切性，暫緩處理委由其他醫院承接事宜。

- (三)103年8月12日衛福部函報行政院，有關健保署<sup>16</sup>臺北聯合門診中心存續期限暨其人員安置處理原則略以：「……二、邇來外界及部分立法委員就臺北聯合門診中心未來結束營運，原有病患就醫權益如何處理，多所關切。為回應外界反映，避免同一時間同時關閉公園路及信義路門診，造成民眾衝擊。經分析兩處門診營運情形，信義路門診略優於公園路門診；另，公園路門診緊鄰臺大醫院，民眾就醫便利及可近性高，如期結束營運，不致產生重大影響。三、建議臺北聯合門診中心公園路門診維持行政院98年11月10函示，於104年底結束營運；惟信義路門診考量民眾就醫習慣，建議延後至105年底。」據上可知，健保署於99年10月底函復北榮，臺北聯合門診中心暫無轉型之迫切性後，迨至103年8月函報行政院有關臺北聯合門診中心之處理原則期間，健保署並未依行政院前開指示，洽詢其他醫院承接臺北聯合門診中心轉型營運，足見該署對政院指示事項延宕應對，絲毫未見相關積極作為。
- (四)據健保署說明<sup>17</sup>：醫師公會全聯會對本案態度，因涉總額分配利益，按過去高雄聯合門診中心結束營運，高榮曾有意接辦，但遭當地醫界極力反彈之處理經驗，考量由其他醫院承接，恐將衝擊該區醫院總額或西醫基層總額點值，引發其他院所反彈。是以，臺北聯合門診中心營運之存續，健保署係以醫院總額利益分配為主要考量，循高雄聯合門診中心之處理模式，對行政院98年11月10日函文，儘速研商委由相關醫院承接縮短該中心存續年限之指示，恣置未理，核有執行不力之咎。

<sup>16</sup> 前行政院中央健康保險局102年6月19日改制健保署。

<sup>17</sup> 健保署104年3月12日答復本院書面詢問資料。

(五)健保署於 104 年 3 月於本院詢問說明<sup>18</sup>：臺北聯合門診中心之縮診，嚴重虧損是最大原因（102 年逾 5,000 萬元），故於 103 年進行人員移撥及減診更改經營方式，103 年帳目已下降虧損至 1,000 餘萬元，然此乃導果為因之實證。查健保署 98 年 6 月 26 日衛署健保字第 0982660068 號函說明略以：「……四、……（一）依 97 年門診服務量統計，門診中心平均每日就診病患約 3,600 人次，全年看診人次共約 105 萬人，盈餘共達 7 千多萬元；……」，又該署 99 年 7 月 1 日召開「臺北聯合門診中心營運規劃專案小組」第 1 次會議略以：在 6 年存續期內，門診中心營運要上軌道，希望在目前臺北聯合門診中心尚有盈餘下，找到好的合作對象。再查臺北聯合門診中心 98 年至 103 年歷年門診量發現，98 年公園路及信義路門診量分別為 358,598 及 312,681 人次，至 103 年止分別降為 235,790 及 211,459 人次，公園路及信義路分別減少 122,808 及 101,222 人次，且呈逐年遞減之情形。顯示，臺北聯合門診中心在短短 4、5 年間，可從每年 7,000 多萬之盈餘，以縮減門診次之方式使門診量減少高達 22 萬人次之多，導致由盈轉虧達 5,000 萬元以上之虧損，健保署是否為結束機構營運而製造聯合門診虧損之假象，實有可議。

(六)綜上，行政院早於 98 年即裁示臺北聯合門診中心存續年限，並指示儘速研商委由相關醫院承接。99 年間並有臺北市立聯合醫院、臺大醫院及北榮等醫院有意承接臺北聯合門診中心之醫療服務營運存續業務，惟健保署迄至 103 年 8 月函報行政院該中心存

---

<sup>18</sup> 健保署 104 年 3 月 12 日答復本院書面詢問資料。

續期限處理原則期間，對洽詢其他醫院研商該中心承接轉型營運事宜，延宕應對，絲毫未見相關積極作為，並以醫院總額利益分配為主要考量，仍對行政院 98 年 11 月 10 日函文指示，儘速研商委由相關醫院承接縮短該中心存續年限，恣置未理，逕以結束臺北聯合門診中心之營運方式辦理，核有因循敷衍，執行不力之咎。另針對行政院 98 年有關聯合門診中心委由相關醫院承接營運之指示部分，按現行聯合門診中心服務性質與聯合診所相仿，若委由相關醫院承接營運，將與聯合門診中心原醫療服務性質不同，此值臺北聯合門診中心（信義路院區）研商後續營運規劃之際，亦請行政院轉飭所屬一併納入考量研議。

調查委員：尹祚芊

江綺雯