

調 查 報 告

壹、調查緣起：委員自動調查。

貳、案 由：據悉，衛生福利部近日發布112年醫學中心評鑑結果，臺北區及北區共新增3家醫學中心，疑不當放寬現行醫學中心上限家數，罔顧早已公告的評鑑作業程序。究該評鑑結果有無符合該部所訂定之醫學中心評定原則？新增醫學中心是否造成醫療資源分配不當？有無違背現行醫療政策？臺北區（臺北市、新北市、基隆市、宜蘭市）近6年之總人口數趨減之下，仍增加醫學中心之評鑑標準依據有無失真？均有深入瞭解之必要案。

參、調查意見

據悉，衛生福利部（下稱衛福部）近日發布民國（下同）112年醫學中心評鑑結果，臺北區及北區共新增3家醫學中心，疑不當放寬現行醫學中心上限家數，罔顧早已公告的評鑑作業程序。究該評鑑結果有無符合該部所訂定之醫學中心評定原則？新增醫學中心是否造成醫療資源分配不當？有無違背現行醫療政策？臺北區（臺北市、新北市、基隆市、宜蘭市）近6年之總人口數趨減之下，仍增加醫學中心之評鑑標準依據有無失真？均有深入瞭解之必要案。

案經本院向衛福部調閱相關卷證，並就本案爭點於113年7月8日約詢衛福部相關主管、業管人員，業調查竣事，提出調查意見如次：

- 一、衛福部未經法制作業修正已公告之《112年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序》相關規定，即違反該作業程序規定將臺北區醫學中心家數由8家增加為10家；而該部召開醫學中心評定會議，已確認評鑑委員實地評鑑之評分結果及排序並無疑義，卻捨過往已獲醫院肯認之辦理方

式，未於會議中按作業程序之規定決議醫學中心之家數及名單；復未辦理相關討論會議，逕由衛福部簽核決定增額評定醫學中心。該部增額核定醫院中心家數，已悖離醫學中心評鑑作業程序有關臺北區醫學中心以8家為上限之評定原則。其中，雖部分醫院評鑑分數差距甚微，然分數均未相同，且非此次評鑑獨有之現象；又該部為合理化增額核定所提出之理由，輕忽多年來改革醫院評鑑制度、提升評鑑委員評分之專業性及一致化，強化評鑑結果鑑別度之各項努力，傷害建立不易的醫院評鑑公信力，開啟權力介入的破口，核有違失。

- (一)按《醫療法》第28條規定：「中央主管機關應辦理醫院評鑑。」同法第95條規定：「教學醫院之評鑑，由中央主管機關會商中央教育主管機關定期辦理。」次按《醫療法施行細則》第15條規定：「中央主管機關依本法第28條規定辦理醫院評鑑，應訂定醫院評鑑基準及作業程序，並得邀請有關學者、專家為之。」同施行細則第61條規定：「中央主管機關會商中央教育主管機關依本法第95條第1項規定辦理教學醫院評鑑，應訂定教學醫院評鑑基準及作業程序，並得邀請有關學者、專家為之。」檢視我國辦理醫院評鑑歷程，自67年即開始辦理教學醫院評鑑，77年起辦理全國性醫院評鑑，期透過醫院評鑑提升醫療服務品質。醫院評鑑逾30多年來，並配合社會變遷及時空背景更迭，歷經數次制度改革，強化不同評鑑重點及方法。醫院評鑑初期，不同醫院軟、硬體設施差異性明顯，當時之醫院評鑑重於結構面評量，並以人力、設施及設備為主；在國內醫院人力、硬體、設施大幅改善後，衛福部於92年開始進行醫院評鑑改革，打破病床規模及多元科別設置之迷思，以病人為中心及重視病人安全為目標，評鑑制度以醫療品質及

醫療服務成效為導向。嗣於104年起改革為新版醫院評鑑制度，並於105年實施，導入「以病人為焦點之查證方式 (Patient Focus Method, PFM)」，藉由現場查證病人之照護流程，瞭解基層醫療人員的決策，評核醫院之醫療品質，降低對醫院日常作業之干擾。且衛福部針對評鑑委員制度進行改革，修訂評鑑委員遴聘要點，重新遴選、引進中生代之評鑑委員，加強訓練，強化評鑑方法及技巧，並注重評鑑基準共識之建立¹。又醫學中心除需具備相當之醫學水平外，於該基準中新增「優良」項目，受評醫院在優良項目中必須達到一定比率，始能通過評鑑，據以提升教學醫院評鑑之鑑別度。

(二)衛福部依據《醫療法》相關規定辦理醫院評鑑，及會同教育部辦理教學醫院評鑑，該部針對醫學中心數量限制，相關變革略以：

- 1、衛福部前於94年8月21日召開「教學醫院評鑑改革－醫學中心角色任務會議」，會議結論為「醫學中心應有所限制，並研議相關鼓勵及退場機制，但亦應同時顧及區域、地區醫院追求卓越之動機，提升整體醫療服務品質」。94年至98年評鑑週期施行「新制醫院評鑑及新制教學醫院評鑑作業（下稱新制醫院評鑑作業）」，將評鑑結果分為「新制醫院評鑑特優」、「新制醫院評鑑優等」及「新制醫院評鑑合格」，不核予「地區醫院」、「區域醫院」及「醫學中心」之評鑑結果，為配合健保給付規定，爰於新制醫院評鑑作業訂定《新制醫院評鑑及新制教學醫院評鑑健保給付原則》，規定每年可取得醫學中心給付資格之醫院上限家數，以該年度申請新制醫院評鑑，且其

¹ 衛福部104年7月17日新聞稿「醫院評鑑有其存在之必要與價值」（網址：<https://www.mohw.gov.tw/cp-2646-20321-1.html>）

原健保給付層級為醫學中心之醫院家數為限，以為因應新制醫院評鑑作業之配套措施。

2、衛福部於96年起，定有限制醫學中心上限家數之規定，每年可取得「醫學中心給付」資格之醫院上限家數，以該年度申請新制醫院評鑑，且其原健保給付層級為醫學中心之醫院家數為限；經排序後未取得醫學中心給付資格之醫院，依照申請區域醫院給付原則辦理之²；嗣衛福部99年4月26日公告《醫學中心評鑑作業程序》，該程序第六點將醫學中心合格家數之評定，以下列原則辦理：

- (1) 以各一級醫療區域之每200萬人口數得評定1家合格醫學中心為上限。
- (2) 但如該一級醫療區域現有醫學中心合格之家數高於前開由人口數所估算醫學中心上限家數者，則以現有醫學中心合格家數為該一級醫療區域得評定其醫學中心合格醫院之上限家數；且每年可取得醫學中心合格醫院之上限家數，以該年度該一級醫療區域申請醫學中心評鑑，且其原健保給付層級為醫學中心之家數為限。

(三)112年，衛福部為辦理醫院評鑑及教學醫學評鑑，依據《醫療法施行細則》相關規定，定有《112年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序》(下稱《112年度醫院評鑑作業程序》)，該作業程序之附件五則定有「醫院評鑑及教學醫院評鑑合格基準及成績核算方式」，並於112年3月15日公告在案³。復按該作業程序第9點規定醫學中心評定原則，略以：

1、以每200萬人口數得評定1家醫學中心，估算全國及

² 行政院衛生署(現改制為衛福部)及教育部96年2月14日衛署醫字第0960203720號及台高(二)字第0960022559B號會銜公告《新制醫院評鑑及新制教學醫院評鑑作業程序》。

³ 衛福部112年3月15日衛部醫字第1121660961號公告。

各一級醫療區域醫學中心家數；如現有醫學中心家數高於前述由人口數所估算之家數者，則以現有醫學中心家數為全國及各一級醫療區域得評定之上限家數。另查該作業程序之附件六已列明各一級醫療區域醫學中心上限家數，其中涵括宜蘭縣、基隆市、新北市、臺北市、連江縣及金門縣之「臺北區」之上限家數為「8家」。

- 2、當年度評定家數超過上限家數，則以醫院評鑑成績占40%、教學醫院評鑑成績占20%及醫學中心任務指標審查成績占40%，核算總成績，並依高低排序，擇優評定為「醫學中心」。總成績相同者，優先依醫學中心任務指標審查成績、次依醫院評鑑成績、再次依教學醫院評鑑成績，擇優評定。

(四)又衛福部辦理醫院評鑑，依據《醫療法施行細則》第15條規定得邀請有關學者、專家為之。爰該部依據《醫院評鑑及教學醫院評鑑委員遴聘要點》遴聘評鑑委員。為確保評鑑委員評量一致性，每年於辦理實地評鑑前，均召開行前會議及委員共識會議，使評鑑委員瞭解當年度評鑑作業程序、評鑑基準及評量項目、評鑑作業須知等，以建立標準化作業及審查共識，112年評鑑前，已於同年6月1日召開「醫學中心評鑑委員分領域共識會議」及同年6月2日辦理「評鑑委員及觀察員行前會議」。至於評鑑委員於實地評鑑時，則依據當年度公告之醫院評鑑及教學醫院評鑑基準及評量項目，依醫院急性一般病床數、評鑑類別進行半天至2天半之實地查證，每梯次實地評鑑結束時，各自就其所負責領域之評鑑項目進行評分。實地評鑑於每年3月至11月辦理，112年醫學中心實地評鑑則於同年7月5日至11月18日期間辦理。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會於評鑑當日與評鑑委員確認評分

結果無誤後，始統計醫院各項評鑑總成績，經檢視112年度醫院評鑑之評鑑成績計算方式及各受評醫院之排序，尚符合《112年度醫院評鑑作業程序》規定。

(五)次按《112年度醫院評鑑作業程序》第11點規定：「醫院評鑑及教學醫院評鑑結果，由本部召開評定會議確認成績後公告，並發給合格證明文件」。過往於評鑑委員實地評鑑並予評分後，衛福部將評分結果進行統計，作業完成後即召開評定會議，不僅確認各受評醫院之評分結果，亦於會中決議通過評鑑之家數及名單，雖會後需依行政程序再陳報衛福部核定，但衛福部均尊重評定會議之決議，核定結果與評定會議之決議無異。惟查：

- 1、112年度申請醫院評鑑之醫院計159家，包含申請醫學中心評鑑14家、區域醫院評鑑21家、地區醫院評鑑124家，計召開4次評定會議提案討論醫院評鑑結果。詢據衛福部接受本院詢問之代表稱：「我們的會議就是做成績確認……最後的評定結果還是要由部裡面最後決定。」
- 2、前次臺北區醫學中心評鑑於105年辦理，當年於評定會議中即明確決議「評定為『醫院評鑑優等（醫學中心）及『醫師及醫事人員類教學醫院評鑑合格（醫學中心）』者共計8家……評定為『醫院評鑑優等（區域醫院）』及『醫師及醫事人員教學醫院評鑑合格』且依醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序得加註為『準醫學中心』者共計2家……」。
- 3、112年10月11日之第一次評定會議決議「評定為『醫院評鑑合格（區域醫院）』者計5家；評定為『醫院評鑑合格（地區醫院）』者計47家」及確認評定醫院名單；同年11月20日下午之第三次評定會議決議「評定為『醫院評鑑合格（區域醫院）』者計5家；評定

為『醫院評鑑合格（地區醫院）』者計47家」及確認評定醫院名單；11月29日第四次評定會議決議「評定為『醫院評鑑合格（區域醫院）』者計5家；評定為『醫院評鑑合格（地區醫院）』者計41家」及確認評定醫院名單。

4、衛福部於112年11月20日上午召開之112年度醫院評鑑及教學醫院評鑑第二次評定會議，議程將「臺北區」評定為「醫院評鑑優等（醫學中心）」者8家、評定為「醫院評鑑合格（區域醫院-準醫學中心）」者3家列為會議討論事項，但決議為：「『臺北區』受評醫院計11家，其評鑑成績核算結果，經出席委員檢視尚無疑義。」是該部召開醫學中心評定會議，已確認評鑑委員實地評鑑之評分結果及各受評醫院之排序並無疑義，惟並未如105年醫學中心評定會議即決議通過醫學中心評鑑之家數及醫院名單及112年第一、三、四次評定會議，於會中亦決議通過區域醫院、地區醫院合格之家數及醫院名單。

(六)衛福部於112年11月20日召開112年第二次醫院評鑑評定會議，未依往例決議醫學中心家數，會中並未就增額評定醫學中心家數一事進行討論，會後亦未針對計分結果召開相關會議或徵詢各領域專家學者意見，該部於2個月後，逕簽核決定112年度醫院評鑑結果。經查該簽擬辦載有：「方案一：按作業程序規定，達到醫學中心評鑑合格標準之醫院，成績排序前8名為醫學中心，餘為準醫學中心。」、「方案二：於作業程序所訂上限家數外，增額評訂醫學中心，餘為準醫學中心。」該部核定採取「方案二」，將「臺北區」醫學中心家數自8家增額為10家。

(七)又，醫院評鑑合格效期為4年，103年以前，由各醫院自行依效期截止年度申請醫學中心評鑑；自104年起，

醫學中心評鑑改採分區同年評鑑方式辦理。查衛福部最近年度曾於100、102、105、106及112等5年度辦理醫院評鑑，均有醫院申請醫學中心評鑑家數超過《醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序》所定醫學中心上限家數情形；惟國內醫學中心自95年達19家後，多年來未再有新增醫學中心之情事。復按《112年度醫院評鑑作業程序》規定⁴，當年度評定家數超過規定上限家數，應以醫院評鑑總成績，擇優評定「醫學中心」；總成績相同者，則依序依醫學中心任務指標審查成績、醫院評鑑成績、教學醫院評鑑成績，擇優評定；未能評定為「醫學中心」者，則評定為「區域醫院」，惟得加註為「準醫學中心」，至全民健康保險醫療費用支付範圍，依「區域醫院」等級辦理。然112年醫院評鑑臺北區各醫學中心評鑑成績，排序第7至11名成績核算分別為92.38分、92.24分、92.12分、92.04分、91.92分，總成績已不相同，依《112年度醫院評鑑作業程序》之規定，並毋須進行分項成績擇優評定。而以衛福部前次（即105年度）辦理臺北區醫學中心評定為例，該年度佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院及衛生福利部雙和醫院（委託臺北醫學大學興建經營）等2家醫院，均申請醫學中心評定，且評鑑成績均已符合醫學中心應達標準，惟因「105年醫院評鑑及教學醫院評鑑作業

⁴ 112年度醫院評鑑作業程序第9點規定：

（第1款）以每200萬人口數得評定一家醫學中心，估算全國及各一級醫療區域醫學中心家數；如現有醫學中心家數高於前述由人口數所估算之家數者，則以現有醫學中心家數為全國及各一級醫療區域得評定之上限家數。

（第3款）如當年度評定家數超過第一項規定之上限家數，則以醫院評鑑成績占40%、教學醫院評鑑成績占20%及醫學中心任務指標審查成績占40%，核算總成績，並依高低排序，擇優評定為「醫學中心」。總成績相同者，優先依醫學中心任務指標審查成績、次依醫院評鑑成績、再其次依教學醫院評鑑成績，擇優評定。

（第4款）符合「醫院評鑑優等（申請醫學中心評鑑者適用）」、「教學醫院評鑑合格（申請醫學中心評鑑者適用）」及「醫學中心任務指標審查合格」等合格基準，如依前項規定未能排序評定為「醫學中心」者，或不符合本點第2項第4款規定者，評定為「區域醫院」，惟得加註為「準醫學中心」；至全民健康保險醫療費用支付範圍，依「區域醫院」等級辦理。

程序」定有各一級醫療區醫學中心上限家數為8家⁵之規定，故該2家醫院未能評定為醫學中心，最終評定為「醫院評鑑優等(區域醫院—準醫學中心)」。其中，105年序位第九的醫院與當年度序位第八的醫院分數差距為0.16分，雖略高於112年排序第八及第九之醫院差距0.12分，但低於排序第八與第十之醫院之差距0.2分，即105年未能評定為醫學中心之醫院，其分數差距甚至較112年之差距更小，衛福部113年2月6日新聞稿⁶所稱：「……醫學中心評鑑目的，是為了提升醫學中心服務品質，並使其配合政策發展。……各醫院評鑑成績持續進步，差異逐漸縮小……」云云，藉以分數接近為由增額評定醫學中心，此理由難謂符合行政作業之一致性原則。

(八)另查，衛福部113年2月6日新聞稿⁶，內容略以：「……各醫院接受醫院實地評鑑，由不同委員評量，評分標準難以齊一認定……」云云，惟105年起開始適用之新版醫院評鑑，已針對評鑑委員制度進行改革，修訂評鑑委員遴聘要點，加強委員之訓練，強化評鑑方法及技巧，及注重新版評鑑基準共識之建立。衛福部以不

⁵ 衛福部105年2月4日衛部醫字第1051660996號公告修正《醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序》第13點規定：

(第1款)以每200萬人口數得評定一家醫學中心，估算全國及各一級醫療區域醫學中心家數；如現有醫學中心家數高於前述由人口數所估算之家數者，則以現有醫學中心家數為全國及各一級醫療區域得評定之上限家數；另，105年及106年各一級醫療區域可取得醫學中心之上限家數，以該年度該一級醫療區域申請「醫學中心」評鑑，且其健保給付層級為醫學中心之家數為限。(第2款)符合「醫院評鑑優等【申請醫學中心評鑑者適用】」、「教學醫院評鑑合格【申請醫學中心評鑑者適用】」及「醫學中心任務指標審查合格」等合格基準者，始得進行評定，如當年度欲進行評定家數超過第一款規定之上限家數，則以醫院評鑑成績佔40%、教學醫院評鑑成績佔10%及醫學中心任務指標審查成績佔50%進行核算，按總成績高低排序，擇優評定為「醫學中心」；總成績同分時，評定參酌順序：醫學中心任務指標審查成績、醫院評鑑成績、教學醫院評鑑成績。(第3款)符合「醫院評鑑優等【申請醫學中心評鑑者適用】」、「教學醫院評鑑合格【申請醫學中心評鑑者適用】」及「醫學中心任務指標審查合格」等合格基準，如依第2款規定，未能排序評定為「醫學中心」者，其評定為「區域醫院」，並依區域醫院給付，惟得加註為「準醫學中心」。

⁶ 衛生福利部113年2月6日新聞稿「衛福部發布112年醫學中心評鑑結果，同步啟動醫學中心評鑑改革」(網址：<https://www.mohw.gov.tw/cp-6654-77604-1.html>)

同委員評量，評分標準難以齊一認定為由，增額評定醫學中心，其遴聘委員在先，卻未能尊重評鑑委員醫學背景及醫院管理專業，質疑評鑑分數之認定標準，其說法已將改革醫院評鑑委員制度之成果棄若敝屣，難謂允當。

(九)綜上，112年度醫院評鑑有關醫學中心評定原則將臺北醫療區醫學中心家數上限家數定為8家，並以核算之總成績高低排序，擇優評定，上述評鑑成績評定之程序已列明於《112年度醫院評鑑作業程序》之中，相關規定至為明確，且公告周知，俾申請醫學中心評鑑之醫院有所依循以獲得最佳之評鑑結果；且評鑑委員於實地評鑑前已參加行前會議及共識會議，確保評量之一致性，實地評鑑結束時，各自就其所負責領域之評鑑項目進行評分，衛福部亦於當日確認評分結果無誤。衛福部自辦理醫院評鑑以來，逐年檢討改善醫院評鑑制度，評鑑內涵從結構面轉為加強過程面及結果面之評核，評分重點包含經營管理及醫療照護等多面向的總體查證，且對醫學中心家數上限設限、建立評鑑基準共識、改革評鑑委員制度，強化評鑑結果之鑑別度，且不僅於實地訪查當日查看醫院表現，更追溯至醫院實地受評前4年的臨床服務成果的展現，以盡可能降低醫院作假資料而影響評鑑的有效性與公平性⁷。惟過往衛福部對於醫學中心評定家數超過規定上限家數時，係於評定會議中，按評鑑委員之評分結果排序，以上限家數為醫學中心，序位在上限家數以內之醫院評定為醫學中心，但達醫學中心標準卻序位在後之醫院列為準醫學中心之方式，此評定機制運作多年，縱然未能符合所有受評醫院之期待，但此方法客觀、公正與

⁷ 衛生福利部105年3月23日新聞稿「醫院評鑑制度逐年檢討改進 通過國際評鑑機構認證與肯定」(網址：<https://www.mohw.gov.tw/cp-2625-19306-1.html>)

公開，尚為各級醫院信服。惟衛福部辦理112年醫院評鑑，未經法制作業修正已公告之《112年度醫院評鑑作業程序》相關規定，即違反該作業程序規定將臺北區醫學中心家數由8家增加為10家；而該部召開醫學中心評定會議，已確認評鑑委員實地評鑑之評分結果及排序並無疑義，卻捨過往已獲醫院肯認之辦理方式，未於會議中按作業程序之規定決議醫學中心之家數及名單；復未辦理相關討論會議，逕由衛福部簽核決定增額評定醫學中心。該部增額核定醫院中心家數，已悖離醫學中心評鑑作業程序有關臺北區醫學中心以8家為上限之評定原則。其中，雖部分醫院評鑑分數差距甚微，然分數均未相同，且非此次評鑑獨有之現象；又該部為合理化增額核定所提出之理由，輕忽多年來改革醫院評鑑制度、提升評鑑委員評分之專業性及一致化，強化評鑑結果鑑別度之各項努力，傷害建立不易的醫院評鑑公信力，開啟權力介入的破口，核有違失。

二、衛福部增額評定臺北區2家醫學中心，使得國內醫學中心更集中於雙北地區；且新增醫學中心所屬之醫療次區域，恐發生醫療院所競爭護理人力，致當地小型醫院或基層診所人力招募更形困難；又現行全民健康保險總額預算制度之健保點值浮動，醫學中心家數增加將使健保點數增加，健保點值再遭稀釋，且民眾就醫之負擔恐加重。該部增額評定醫學中心卻未進行完整之評估或提出配套措施，決策品質粗率，應予檢討改進：

(一)按《醫療法》第88條規定，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。同法第89條復規定，醫療區域之劃分，應考慮區域內醫療資源及人口的分布，得超越行政區

域之界限。第一期醫療網計畫（74年7月至79年6月）即以生活圈概念，劃分17個醫療區，醫療區域內之醫療單位依功能分為基層醫療單位、地區醫院、區域醫院及醫學中心。81年再細分成63個次區域，迄100年間，考量交通運輸系統發展、醫療生態改變、新興市鎮發展及縣市合併升格等，並參酌專家研究分析民眾住院流向及考量地方生活圈、民眾就醫之交通時間、人口密度及行政區域等因素，重新劃定次醫療區域。可見，國內醫療網之規劃及各層級醫療資源之配置，非以行政區域為唯一考量。惟據衛福部查復稱，增額評定臺北區2家醫院為醫學中心，係考量原8家醫學中心僅1家位於新北市，增額評定2家位於新北市之醫學中心，有助於均衡新北市醫療資源云云。然以每200萬人口數評定1家醫學中心估算，臺北區醫學中心家數僅需4家(詳下表)，原臺北區得評定為醫學中心之家數上限已達8家，況以新北市與臺北市交通網路連結緊密，共屬大臺北生活圈，雙北地區醫療資源無虞，衛福部增額評定2家位於新北市之醫學中心，其立論已不符合長久以來醫療網以生活圈為概念規劃醫療資源之作法。

表1、以每200萬人口估計各醫療區醫學中心上限家數統計表

單位：家；人

| 醫療區 | 醫學中心 家數 | 人口數 | 醫療區 | 醫學中心 家數 | 人口數 |
|-----|------------|-----------|-----|------------|------------|
| 臺北區 | 4 | 7,523,339 | 南區 | 2 | 3,267,558 |
| 北區 | 2 | 3,897,784 | 高屏區 | 2 | 3,640,677 |
| 中區 | 3 | 4,562,051 | 東區 | 1 | 529,033 |
| 合計 | | | | 14 | 23,420,442 |

備註：人口數參考內政部公告之112年12月底人口統計資料，北區因人口已近400萬人，衛福部於《112年度醫院評鑑作業程序》將北區醫學中心家數上限調整為2家。
資料來源：衛福部。

(二)全民健康保險實施後，國內醫療體系出現醫院私有化、

大型化、集團化之趨勢，規模較大之醫院先在所屬醫療區域擴充床位，再向其他縣市發展，在不斷擴充病床同時，醫院對醫護人力之需求亦大幅增加，使得更多護理人員及各類醫事人員流向大型醫院服務，卻使得偏鄉地區及地區醫院之醫護人員之招募，更形困難⁸。以醫院之護病比為例，因醫學中心收治急、難、罕、重症之住院病人，故對於每名護理人員最多照顧之病人人數有較嚴格之規範，衛福部於113年1月26日公告各層級醫院三班護病比標準，醫學中心為「白班1：6、小夜1：9、大夜1：11」；區域醫院為「白班1：7、小夜1：11、大夜1：13」；地區醫院為「白班1：10、小夜：13、大夜1：15」，故113年增加之3家醫學中心，勢將增聘醫護人員，卻可能使得所屬醫療次區域發生醫療院所競爭醫事人力，致當地小型醫院或基層診所人力招募更形困難。

(三)另據衛福部查復，依據「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，醫學中心與區域醫院僅住院診察費、病房費、護理費及藥事服務費等基本診療費之健保給付點數不同。經健保署估計，臺北區新增2家醫學中心支出約增加1億6千萬點，占該分區總點數之0.09%；北區新增1家醫學中心支出約增加5千萬點，占該分區總點數之0.07%。以臺北區新增2家醫學中心支出為例，縱以健保署估算僅約增加1億6千萬點，但在現行總額預算制度下因健保點值浮動，當2家區域醫院升格為醫學中心，即使服務量未增加，申報之點數仍會增加，勢將使健保點值再遭稀釋。

(四)上開增加健保點數之計算，僅係健保署審查醫療機構

⁸ 參考本院調查報告，案由為：「臺灣地區目前每萬人口病床數係歐美國家2到2.5倍，惟醫院病床數仍持續擴大增加，對於醫療及護理機構床位數之管控，究相關單位是否有所評估及依循標準」（103年2月21日院台調查字第1030800047號派查）

申報醫療服務點數，尚不包含醫療院所自行收取之掛號費用、民眾依全民健康保險法⁹規定須自行負擔之費用等。其中，民眾未經轉診至醫學中心就診，相較至區域醫院就診，門診部分負擔從240元提升至420元，需多負擔180元，增幅達75%，縱經轉診每次門診仍需多付70元；急診部分，至醫學中心之一般民眾相較至區域醫院者，需多支付350元之費用，如持有中低收入或身心障礙證明，則需多付250元之費用。衛福部增額將原屬區域醫院之醫院評定為醫學中心，非但增加健康保險費用支出，亦提高就醫民眾之部分負擔金額，且影響人數甚鉅¹⁰。

表2、民眾至各層級別醫療機構就診自行負擔費用一覽表

單位：元

| 層級別 | 一般門診 | | 急診 | |
|------|------|------|------|-------------|
| | 經轉診 | 未經轉診 | 一般民眾 | 中低收入者及身心障礙者 |
| 醫學中心 | 170 | 420 | 750 | 550 |
| 區域醫院 | 100 | 240 | 400 | 300 |
| 地區醫院 | 50 | 80 | 150 | 150 |
| 診所 | 50 | 50 | 150 | 150 |

備註：凡領有身心障礙手冊者，門診就醫時不論醫院層級，基本部分負擔費用均按診所層級收取50元。持轉診單就醫後1個月內未逾4次之回診、門診手術後、急診手術後或住院患者出院後1個月內之第1次回診，及生產出院後6週內第1次回診，視同轉診，並得由醫院自行開立證明供病患使用，按「經轉診」規定收取部分負擔。

資料來源：健保署¹¹。

⁹ 全民健康保險法第43條：

(第1項) 保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。

¹⁰ 資料來源：衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)新聞稿「【焦點新聞】『校院同航 共創巔峰』雙和醫院16週年慶」/首頁/(網址：

https://shh.tmu.edu.tw/page/NewsDetail.aspx?seq_no=20240701164924906676)

¹¹ 參考健保署網站揭示資料(首頁/健保服務/健保醫療費用/就醫費用與退費/就醫費用項目/

(五)綜上，衛福部對於增額評定臺北區2家醫學中心，使得國內醫學中心更集中於雙北地區及新增醫學中心所屬之醫療次區域，恐發生醫療院所競爭護理人力，致當地小型醫院或基層診所人力招募更形困難之問題；以及現行總額預算制度之健保點值浮動，醫學中心家數增加將使健保點數增加，健保點值再遭稀釋，且民眾就醫之負擔加重等問題，均未進行完整之評估或提出配套措施，決策品質粗率，應予檢討改進。

三、衛福部所稱116年臺北區上限家數仍訂為8家，與國內實際狀況未盡相符，允應及早研議對醫學中心家數限制予以調整之相關影響與配套措施，落實醫學中心之角色，及確保醫療體系各級照護功能：

(一)為健全我國區域醫療體系，醫療網第二期（82年）及第三期計畫（85年）¹²以大範圍之區域做整體考量，以每200萬人口有1家醫學中心為原則規劃之，其肩負任務如下：

- 1、醫學中心應為醫學院主要之教學醫院，負責醫學生之臨床教學，並應與其他公私立醫院建立建教合作之關係，提供適當之實習訓練。
- 2、醫學中心應從事臨床及基礎醫學研究和須精密診斷及高度技術之醫療工作，引進醫療技術，開發新技術，並應協助政府辦理各項醫療品質管制工作。
- 3、醫學中心應輔導指定醫療區域內之醫療機構，支援該區域內之各級醫療單位作業，經常辦理各項長短期專業訓練及醫學研討會等繼續教育活動，

部分負擔及免部分負擔說明，網址：<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5163-9803c-2737-1.html>

¹² 醫療網第二期計畫於82年9月15日核定、醫療網第三期計畫於85年12月5日核定。

以培訓區域內之醫護人員及技術人員。

- (二)我國自77年起開始辦理醫院評鑑，當年評定為醫學中心之醫院包括：國立台灣大學醫學院附設醫院、三軍總醫院附設民眾診療服務處及其汀州院區、臺北榮民總醫院、財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院等4家，嗣後陸續有醫院經評定為醫學中心，截至95年，我國已有19家醫學中心，分布於臺北區8家、北區1家、中區4家、南區2家、高屏區3家及東區1家，然此後醫學中心家數即維持不變，並未增加，迄113年始再增加臺北區2家、北區1家，全國醫學中心合計22家（詳附表）。
- (三)衛福部於94年8月21日召開「醫院評鑑暨教學醫院評鑑改革-醫學中心角色任務」會議，會中針對「醫學中心家數與床數需否作總量管制？」決議以：「為充分發揮醫療體系各級照護功能，建議針對目前總體醫學中心家數及總床數仍應朝設限方向規劃相關政策，惟其執行面請持續研議其可行性及程度。」
- (四)為避免醫學中心數量過多影響健保給付，我國分別於96年及99年針對各醫療區醫療家數設以上限規範；並於104年針對評鑑分數已達醫學中心合格標準，惟未能依排序評定為醫學中心之區域醫院，新增加註為「準醫學中心」之規定，以表示該院醫療品質已達一定水準，然其所獲醫療資源分配，與區域醫院仍無不同。目前經醫院評鑑評定為「區域醫院-準醫學中心」之醫院計有2家，其中臺北醫學大學附設醫院評鑑合格效期為113年1月1日起至116年12月31日，至高屏區之義大醫療財團法人義大醫院之評鑑合格效期迄113年12月31日止，該院已於本（113）年再申請醫學中心評鑑。
- (五)我國醫學中心家數，自95年起至112年衛福部辦理醫院評鑑前，均維持19家不變，且歷年衛福部辦理醫院評

鑑，均未有原為醫學中心之醫院因評鑑成績未達標準，降級為區域醫院之情形。茲以112年醫院評鑑為例，臺北區某醫學中心之評鑑分數落於第九序位，衛福部卻未將其降級為區域醫院，而以增加2家醫學中心因應。然113年即將進行之高屏區及南區醫學中心評鑑，除原有醫學中心外，高屏區義大醫療財團法人義大醫院、南區國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院、佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院均已申請醫學中心評鑑，若4家醫院評鑑分數高於目前醫學中心之分數，國內醫學中心之家數即有再增加之可能。

(六) 衛福部於本院約詢時檢附之書面說明略以：「本部目前無調整醫學中心家數上限之規劃，116年臺北區醫學中心家數上限仍訂為8家。」惟針對本院委員提問：「116年評鑑你們規劃臺北區醫學中心上限家數降回8家，相關制度如何建立？」、「116年如果要降低醫學中心家數，退場機制為何？」該部受詢代表並未答復，僅表示：「部裡面有籌組改革小組……評鑑4年一輪，下一輪我們會針對醫學中心的家數去做深刻的討論，拉開評核的鑑別力，讓醫學中心更有它應該擔負的責任跟角色。」目前臺北區之醫學中心家數為10家，衛福部所稱116年臺北區上限家數仍訂為8家，與國內實際狀況明顯不符。

(七) 衛福部前於94年8月21日召開「教學醫院評鑑改革-醫學中心角色任務會議」，會議結論包括醫學中心應有所限制，並研議相關鼓勵及退場機制。惟國內實施醫院評鑑以來，並無醫學中心退場機制，亦未曾有過降級情事，而全國仍有14縣市尚無有醫學中心，部分縣市首長及民意代表均積極爭取設置醫學中心，實際申請醫學中心評鑑之醫院家數亦持續增加，該部所稱116年臺

北區上限家數仍訂為8家，與國內實際狀況明顯不符，未來恐再生爭議，衛福部允應及早研議對醫學中心家數限制予以調整之相關影響與配套措施，落實醫學中心之角色，及確保醫療體系各級照護功能。

肆、處理辦法：

- 一、調查意見一，提案糾正衛生福利部。
- 二、調查意見二、三，函請衛生福利部確實檢討改進見復。
- 三、調查意見，經委員會討論通過後上網公布。
- 四、檢附派查函及相關附件，送請社會福利及衛生環境委員會處理。

調查委員：林郁容

葉宜津

蕭自佑

中 華 民 國 1 1 3 年 月 日

本案案名：醫學中心評鑑案

本案關鍵字：醫院評鑑、醫學中心