

## 議題研析

### 一、題目：兒童醫療門診服務保障相關問題研析

### 二、議題所涉法規

兒童及少年福利與權益保障法、醫療法

### 三、背景說明（緣起）

- (一) 根據媒體報導<sup>1</sup>，衛生福利部（下稱衛福部）中央健康保險署（下稱健保署）近期在全臺各分區陸續實施個別醫院總額制，要求各醫院年度健保點數不可超過前一年，超過將打折或不予給付，不過卻傳出中部一家醫學中心兒童醫院，個別醫院總額制新制上路後因門診超量遭到「斷頭」達新臺幣 3 億元，只好拿弱勢的兒科開刀，限制門診人數，把額度轉給成人科，以守住總額上限。
- (二) 對總額制上限規定，包括國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院、中國醫藥大學附設醫院等教學醫院之兒童醫院院長紛紛提出呼籲，學齡前兒童就醫不但時間較長，給付也不好，醫院控管成本下可能容易先犧牲兒科，個別醫院總額應排除兒科，以免越來越多醫院發生類似情況。

### 四、問題爭點

我國去（113）年出生人數為 134,856 人<sup>2</sup>，已連續 10 年下降，與 10 年前相較，年出生數減少 78,742 人，少子化問題嚴重下，政府應建構適合兒童生存與發展之環境，而缺乏適切之醫療服務將影響兒童之就醫權與健康權，爰就此問題提出研析意見。

<sup>1</sup> 鄭郁蕻，健保總額上限新制狀況多 醫院憂給付被斷頭 兒科門診限量，中國時報，114 年 4 月 21 日，第 A4 版。

<sup>2</sup> 我國 113 年出生人數為 134,856 人，104 年出生人數為 213,598 人。見內政部戶政司，戶籍人口統計速報，114 年 3 月，網址：<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>，最後瀏覽日期：114 年 5 月 1 日。

## 五、探討研析

### (一) 健保透過控管醫療費用支出平衡保險財務而影響醫療機構之經營運作，恐犧牲兒科門診

我國實施全民健康保險制度（下稱健保）已 30 年，健保開辦以來，醫療行為由醫、病雙方關係轉變為醫、病及健保的三方關係。健保署透過醫療服務給付項目及支付標準，透過審查制度以達成控制醫療支出、平衡保險財務的永續經營目的，同時約束並規範醫療行為，進而確保醫療品質<sup>3</sup>。不過，健保制度雖嘉惠全民，卻也造成醫療行為及其法律關係改變，醫療專業體系之實務生態皆受到強烈影響。

論者認為，全民健康保險法係屬社會保險法，制度內之法律關係牽涉人民、政府與醫療機構等多方，健保以醫療服務為保險給付方式，醫療給付範圍涉及人民受醫療照顧之基本權利，並發生公權力介入醫療專業之裁量權，而醫療費用支出之控管更影響醫療院所之經營運作，因此應妥慎協調多方權益，限制醫療給付以控制費用支出亦不應恣意為之<sup>4</sup>。健保的設計與實施是以經濟、效率為主要考量，因此若忽略醫療人權之維護與保障，對人民相關權利保障將有所損害<sup>5</sup>。

依醫療法第 1 條規定：「為促進醫療事業之健全發展，合理分布醫療資源，提高醫療品質，保障病人權益，增進國民健康，特制定本法。本法未規定者，適用其他法律規定。」在此法律框架下，醫療機構以醫療事業之方式發展，須兼顧醫療品質與病人權益，執行醫療業務不以營利為最主要目的，但卻必須兼顧機構之財務管理平衡。衛福部在鼓勵醫學中心獨立設立兒童醫院時也表明：有心經營兒童醫院的管理者應該適度的調整醫院的經營策略與資源分配，以維持穩健的財務。確保兒童醫院的永續經營是醫院的責任，也是在申請前應充分評估的重點<sup>6</sup>。

---

<sup>3</sup> 章殷超，全民健康保險醫療服務審查問題之探討，醫療爭議審議報導系列 3，全民健康保險爭議審議會，92 年 3 月，頁 42。

<sup>4</sup> 黃源逸，論全民健康保險制度下兒童醫療給付規範與問題，國立高雄第一科技大學科技法律研究所碩士論文，102 年 6 月，頁 1。

<sup>5</sup> 吳全鋒、黃文鴻，論醫療人權之發展與權利體系，月旦法學雜誌，第 148 期，96 年 9 月，頁 139。

<sup>6</sup> 衛生福利部，設立兒童醫院 衛生福利部嚴格把關，102 年 10 月 8 日，網址：<https://www.mohw.gov.tw/cp-3217-22817-1.html>，最後瀏覽日期：114 年 5 月 2 日。

因此，當健保制度為達永續經營之目的，而透過控管醫療費用支出平衡保險財務，將影響醫療機構之經營運作，對於因少子化而產生門診量減少之影響，從醫療機構控管成本之醫務管理而言，恐先犧牲兒科門診，而此舉將嚴重影響兒童之就醫權與健康權，爰有必要正視相關問題並檢討改善。

## **(二) 現行兒少權法所定優先照顧措施屬宣示規定，其具體內容無明確規定**

我國自 103 年立法施行兒童權利公約施行法，明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。兒童權利公約（Convention on the Rights of the Child, CRC，下稱公約）肯認，兒童有權享有特別照顧及協助；公約第 24 條第 1 項並明定：「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。」同條第 2 項也規定，締約國應致力於充分執行此權利，並應特別針對確保提供所有兒童必須之醫療協助及健康照顧，並對基礎健康照顧之發展事項採取適當之措施。公約第 24 條明確指出兒童享有健康及醫療服務之特別照顧及協助，因此，醫療政策應以兒童健康醫療之促進為首務，不得以成人醫療支出之擴張壓縮兒童醫療<sup>7</sup>。

針對兒童必須之醫療協助及健康照顧，現行兒童及少年福利及權益保障法（下稱兒少權法）亦定有相關規定，如兒少權法第 27 條規定：「政府應規劃實施兒童及少年之醫療照顧措施；必要時，並得視其家庭經濟條件補助其費用（第 1 項）。前項費用之補助對象、項目、金額及其程序等之辦法，由中央主管機關定之（第 2 項）。」及第 33 條第 2 項規定：「交通及醫療等公、民營事業應提供兒童及孕婦優先照顧措施。」，分別要求政府及公、民營醫療事業應提供兒童優先照顧措施。惟前述條文中，對於優先照顧措施並無明確之規定。

現行兒少權法第 27 條於 92 年 5 月 28 日制定公布時，原適用對象為 3 歲以下兒童，後於 97 年修正為未滿 18 歲兒童及少年，並於

---

<sup>7</sup> 見臺灣兒科醫學會，針對無故殺童案件之聲明 兒童具有生存與健康之優先權，105 年 3 月 29 日，網址：[https://www.pediatr.org.tw/people/edu\\_info.asp?id=31](https://www.pediatr.org.tw/people/edu_info.asp?id=31)，最後瀏覽日期：114 年 5 月 5 日。

100年修正為現行條文。依該條第2項規定授權訂定之兒童及少年醫療補助辦法，係以補助全民健康保險法規定應自行負擔之費用及應自付之保險費為主<sup>8</sup>。另現行兒少權法第33條第2項於92年5月28日制定公布之條文，係由82年2月5日全文修正公布之兒童福利法第21條第2項規定移列，原條文內容為：「交通、衛生、醫療等公民營事業應訂定及實施兒童及孕婦優先照顧辦法。」，其理由為宣示兒童及孕婦應優先照顧，及相關事業應訂定並實施照顧辦法之規定，以增進其福利<sup>9</sup>；其目的為宣示兒童及孕婦之優先權，如交通事業單位提供優先登記、保留座位，醫療事業提供優先掛號、看診等服務措施<sup>10</sup>。換言之，本條規定屬宣示規定，對於何謂優先照顧措施，並無明確之規定。因此，針對應優先提供醫療照顧措施的弱勢族群對象應予研議明確規定。

### **(三) 研議明定主管機關應依兒童醫療就醫需求，指定醫療機構保障兒童醫療服務門診**

醫界指出，醫院兒科人力成本高、時間成本高、心思成本高，兒童病患表達不佳、病徵也不明顯，更需要耐心和愛心，加上家長關心程度也高，造成兒科醫師壓力大、診斷、治療難度高，但健保給付之醫師診察費以量計價，對兒科不利；且兒科病人常規檢查少、成長或飲食等相關詢問多延長問診時間，使得投入兒科之醫師日益減少，近年來更因少子化造成病人減少，而成為醫院的賠錢單位和弱勢科別，醫院招不滿醫師乾脆棄守，甚至發生限制兒科門診人數的情況<sup>11</sup>。

論者指出，健保給付政策僵化加上少子化現象，造成兒童醫療費用支付低落，兒童醫療逐漸邊緣化，已影響兒童權益、動搖國家民族未來命脈，建議應妥慎協調多方權益<sup>12</sup>。或建議應比照美國 RBRVS

<sup>8</sup> 兒童及少年醫療補助辦法第2條規定：「本辦法之補助項目如下：一、全民健康保險法第43條及第47條規定應自行負擔之費用。二、全民健康保險法第27條規定，應自付之保險費。」

<sup>9</sup> 立法院公報，第82卷，第4期，院會紀錄，82年1月20日，頁135-136。

<sup>10</sup> 見林志嘉委員發言，立法院公報，第80卷，第91期，委員會紀錄，80年11月13日，頁399-400。見林鈺祥委員發言，立法院公報，第80卷，第99期，委員會紀錄，80年12月11日，頁400-401。

<sup>11</sup> 傅雲慶，兒科醫院篇 兒科困境 一群沒聲音的弱勢，臺中醫林，第88期，104年10月，網址：<http://www.tcm.ed.org.tw/edcontent.php?lang=tw&tb=35&id=53>，最後瀏覽日期：114年5月6日。

<sup>12</sup> 黃源逸，同註4，頁1。

(Resource-Based Relative Value Scale 資源耗用相對值)的概念，使投入心力較多的兒科得到較合理的健保給付。政府及醫院也不應認為因少子化趨勢而可減少兒科醫師數量，反而應編足預算，保障維護醫院提供兒童基本急重症醫療的能力<sup>13</sup>。

依醫療法第 91 條第 2 項及緊急醫療救護法第 56 條第 2 項規定授權訂定之醫療事業發展獎勵辦法第 2 條第 1 項第 3 款及第 3 條規定，針對「婦產科、兒科醫療資源及品質之改善」項目雖訂有相關獎勵措施<sup>14</sup>，惟對於醫療機構因經營考量而限制兒科門診情形則未有任何規範。鑑於少子化趨勢下兒童醫療門診之保障，為兒童福利與權益之重要項目，兒少權法第 5 條第 1 項亦規定<sup>15</sup>，政府及公私立機構、團體處理兒童及少年相關事務，應以兒童及少年之最佳利益為優先考量，按現行兒少權法第 33 條第 2 項規定屬宣示規定，對醫療機構應實施之兒童優先照顧措施尚無明確規定且未定罰則，爰建議參照身心障礙者權益保障法第 24 條規定<sup>16</sup>，研議明定主管機關應依兒童醫療就醫需求，指定醫療機構保障兒童醫療門診服務，以維護兒童醫療服務之基本需求。

**撰稿人：蔡琮浩**

---

<sup>13</sup> 傅雲慶，同註 11。

<sup>14</sup> 醫療法第 91 條規定：「中央主管機關為促進醫療事業發展、提升醫療品質與效率及均衡醫療資源，應採取獎勵措施（第 1 項）。前項獎勵措施之項目、方式及其他配合措施之辦法，由中央主管機關定之（第 2 項）。」；緊急醫療救護法第 56 條規定：「中央衛生主管機關為均衡緊急醫療資源、提升緊急醫療業務品質及效率，對於緊急醫療資源不足地區，應採取獎勵措施（第 1 項）。前項緊急醫療資源不足地區之認定、獎勵措施之項目、方式及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關定之（第 2 項）。」；醫療事業發展獎勵辦法第 3 條規定：「前條獎勵措施之方式如下：一、改善服務人力之人事費用及訓練費用之補助。二、增購或更新相關醫療設備、設施之費用或貸款利息之補助。三、改善、提升醫療照護與疾病防治有關之服務、品質及效率所需費用之獎助。四、改善、提升前條第 1 項第 7 款特殊或策略性醫療產業之人力品質、服務流程及病人安全或臺灣品牌特色形象推廣及行銷，所需費用之獎助。五、改善、提升或推動獎勵措施項目，績效卓著之醫療機構，發給獎牌、獎狀或獎勵金，並得給予公開表揚。」

<sup>15</sup> 兒童及少年福利與權益保障法第 5 條第 1 項規定：「政府及公私立機構、團體處理兒童及少年相關事務時，應以兒童及少年之最佳利益為優先考量，並依其心智成熟程度權衡其意見；有關其保護及救助，並應優先處理。」

<sup>16</sup> 身心障礙者權益保障法第 24 條規定：「直轄市、縣（市）衛生主管機關應依據身心障礙者人口數及就醫需求，指定醫院設立身心障礙者特別門診（第 1 項）。前項設立身心障礙者特別門診之醫院資格條件、診療科別、人員配置、醫療服務設施與督導考核及獎勵辦法，由中央衛生主管機關定之（第 2 項）。」