

衛生醫療

與

福利服務體系

之探討

楊漢泉

壹、前言

憲法第十三章第四節社會安全中，規定我國社會福利包括充分就業、勞工及農民保護、勞資關係、社會保險、社會救濟、婦女兒童福利與衛生保健和醫療共七項。而目前中央政府將各類社會福利支出政事別歸類為七項：1.

社會保險；2. 社會救助（社會救濟與災害救濟）；3. 福利服務（兒童、婦女、老人、殘障、原住民、榮民、軍人、公教人員、勞工、大陸同胞）；4. 國民就業；5. 衛生保健；6. 環境保護；7. 國民住宅。其內容除環境保護與國民住宅，憲法未所提及之外；其餘皆為憲法規定之社會福利項目。

綜觀我國目前福利制度，尚處於發展時期，就現階段的功能與服務範圍，基本上可包括四類：一、社會保險；二、社會救助（含社會救濟、災害救濟、貧民住宅）；三、福利服務（含兒童、婦女、老人、殘障、少數民族、榮民）；四、衛生醫療。此定義乃為福利制度較為狹義的解釋，但卻較能反應當前我國福利的現況。

此四類福利服務，息息相關，彼此相互關連。從生命過程的觀點而言，人類從出生到死亡的各階段，皆需要不同層級與類別的福利服務與衛生醫療保健服務。而兒童、高齡者、殘障者與精神疾病患者從社會福利與醫療保健的觀點而言，較屬於弱勢團體；再者，此類團體所需要的福利服務，其涉及的層面較為多元與複雜。因此，需要有綜合性的福利體系，以滿足其真正的需要。然而，我國衛生保健與社會福利服務隸屬於「衛生」與「社會福利」兩種不同的行政體系，導致服務部門間有協調困難、資源分配不均、法規無法落實、福利服務提供不連續性與分散性、行政效率低落及人力資源不足等現象。

本文將針對現有衛生醫療保健及社會保險、社會救助與福利服務中與衛生醫療工作較為相關之政策、法規、措施、服務體系與財務來源等相關議題作現況分析，並提出當前亟待解決之議題。藉此專文，期能拋磚引玉；同時，利用此次研討會的機會，就教諸位專家學者與從事實務工作人員，共同研商，為我國台灣地區在廿一世紀應做之社會福利工作共繪藍圖。

貳、衛生醫療保健相關政策

我國目前與衛生醫療保健相關的社會福利政策，分由「衛生」與「社會」二大行政體系主管，提供衛生醫療保健、社會保險、社會救助與福利服務四大福利類別，茲將其重要內容說明如下：

一、衛生醫療保健政策

行政院衛生署為建立完善之醫療照護體系，提供高品質之醫療服務，以增進全民之健康福祉，當前重要的衛生醫療保健政策包括：

(一) 加強建立全國醫療網體系：其重要計畫包括均衡醫療資源分布、加強基層保健醫療服務、建立分區分級醫療制度、加強山地離島醫療保健服務、加強精神疾病防治工作、加強緊急醫療救護、加強復健及長期照護服務、提升醫療服務品質。其中與社會福利服務範圍最常接觸者有：

1. 精神疾病防治工作：目前重要工作策略包括研訂精神衛生法相關子法規、建立精神衛生行政體系、增建精神醫療服務設施、推展精神病患社區復健、培訓專業人力、心理衛生教育與宣導、及辦理精神病患醫療費用補助等政策。有關精神疾病的醫療費用補助項目含門診治療、日間住院治療、全日住院治療（僅針對離島及山地鄉之精神病患）、社區復健及居家治療、及強制住院費用。此外，台灣省政府衛生處及高雄市政府衛生局對全日住院治療之病患提供全額補助。

2. 復健及長期照護服務：其主要策略於復健醫療服務方面為建立復健及長期照護體系、辦理醫院復健醫療服務輔導訪查、委託相關學術機關辦理復健醫療研究調查、辦理復健醫療臨床人員在職訓練、改善醫院無障礙就醫環境；於長期照護服務方面為目前正積極研擬之我國長期照護中、長程計畫，期能建立長期照護服務網絡；建立各層級照護機構功能，設置標準與作業規範；充實各層級照護機構服務與設施；建立多層級照護模式；培訓照護人力；研擬長期照護醫療費用給付制度；並辦理相關研

究計畫。

3. 洗腎及血友病患醫療補助：有關醫院指定與醫療品質評估由衛生署負責；有關病患資格與醫療費用支付由內政部負責。

(二) 推行國民保健、健康維護與促進工作：主要依據「國民保健計畫」，加強成年人保健工作、推展兒童與青少年保健工作、積極提供高齡者健康服務、防制菸害、改善國民營養、辦理孕產婦及嬰幼兒保健工作。

(三) 其他相關的衛生醫療政策：在藥政方面，加強藥政管理、防制藥物濫用、健全社區藥局、推動醫藥分業、推動醫藥品與化妝品審查制度、實施優良藥品製造標準制度、建立藥政資訊與電腦化業務；於食品衛生方面，研（修）訂法令、建立基本資料、加強食品及食品業者管理、加強推廣教育宣導；於防疫方面，主要加強傳染病與肝炎防治工作。此外，積極推動衛生資訊系統的建立，期建立正確有效的資訊網絡，達到資源有效利用與政策擬定之重要依據。這些衛生醫療政策乍看之下，雖與社會福利服務毫不相關；但細探其工作內容，與國民生計息息相關。部分工作需藉助社會福利服務體系協助宣導與推廣，而防疫、食品衛生與國民營養及藥物濫用工作管理得當，將可減少社會福利服務的負擔。

二、健康保險政策

我國社會保險中，健康保險部分現行有十三種，可歸納為公務人員保險、勞工保險及農民健康保險三大體系。至民國八十二年六月底，此十三類被保險人數已達一千一百九十一萬人，占總人口數五七·一%；而未納入健康保險之人口中，以兒童及老人等依賴人口居多。

有鑑於健康保險的分歧，並顧及全體國民的健康，民國七十七年由行政院經濟建設委員會設立專責規畫小組進行「全民健康保險」的總體規畫；於民國七十九年由行政院衛生署接辦後續規畫工作。於民國八十二年十二月成

立中央健康保險局籌備處，為民國八十三年底預期開辦的全民健康保險進行業務推展工作。

我國全民健康保險將朝下列幾項重要特性規畫：(一)為社會保險之一種；(二)採單一制度；(三)以保險費為主要財源；(四)建立財務責任制；(五)綜合醫療服務之給付內容；(六)對於醫療服務使用之量與質訂定規範原則；(七)漸進實施總額支付制度；(八)實施病患部分負擔；(九)保險醫事服務機構以特約方式辦理；(十)加強審核與嚴格稽查保險有關業務等。

三、醫療補助政策

社會福利中，涉及醫療補助福利服務的政策計有：社會救助中的醫療補助與社會福利服務的醫療補助。此兩項福利措施的中央主管機關為內政部，其所服務的對象及目的迥然不同，分述於下：

(一)社會救助之醫療補助：由於病殘為致貧的主要原因，因此醫療措施在社會救助中深受重視（范珍輝等，頁四十五）。其給付的方式及標準，目前由省（市）主管機關自訂之。而救助的經費來源，由各級政府自行編列預算，或每年定期聯合各界舉行勸募社會救助金。因此，救助財源需視各縣市之財力狀況，而有不同的給付內容與金額。由於社會救助之預算比例，在法令上並沒有明確規定，導致地方政府視其各別經費充裕情形，及首長對救助工作的重視程度而有不同的經費編列。此外，勸募社會救助金無法專款專用，且捐贈之免稅規定過於嚴苛與繁複，對民間與工商團體缺乏激勵作用（徐震，頁五九—六一）。日後，如何改善社會救助體系之財務結構，當為首要之考量。

(二)福利服務之醫療補助：其福利服務的內涵，依服務對象可區分為老人福利、殘障福利、青少年及兒童福利、失業者福利、婦女福利、勞工福利、低收入福利。其中，與涉及醫療補助或其他與醫療保健相關的福利服務

計畫包括：

1. 兒童、少年、老人醫療補助

此一計畫主要法源依據包括兒童福利法、少年福利法、老人福利法、社會救助法，以及「兒童、少年傷病醫療補助計畫」、「中低收入老人醫療補助計畫」。計畫的主要目的：在全民健康保險實施前，透過該計畫辦理弱勢團體之醫療費用補助，減輕家庭負擔，以落實各類福利宗旨。此計畫於民國八十一年五月修訂；其財務的主要來源，由中央及省政府撥款補助，各縣（市）政府造冊申請補助；此計畫實施期限至實施全民健康保險止。台北市對中低收入兒童、少年、老人、殘障者之醫療亦提出補助計畫，其服務項目包括對貧民及中低收入家庭提供就醫補助，凡登記有案之中低收入戶及公私立仁愛之家及廣慈博愛院、育幼安老院所之院民罹患傷病者皆為補助對象。其補助項目以疾病與傷害之醫療為限，但不包括：義肢、義眼、義齒、配鏡、鑲牙、洗牙、整容、整形、病人運輸、指定醫師、疾病預防及住院時之膳食與看護費。

2. 殘障者的就醫與重建政策

殘障者的就醫與重建政策依據「殘障福利法」，訂定「殘障者醫療復健重建養護及教育補助辦法」，此法對殘障者之各層面需要，如醫療復健、職業重建、生活補助等項目皆有詳盡的規定。台灣省政府社會處於民國七十九年訂定「台灣省殘健計畫——關懷身心障礙國民福利措施」更將殘障福利法加以落實，其措施內容於醫療保健的工作項下，包括推行殘障預防、辦理殘障鑑定及核發殘障手冊、並加強辦理殘障者醫療復健項目。本計畫自民國七十九年度至八十八年度，預計十年。近年內政部對殘障者的福利相當重視，正全面針對各類相關法案，修正其適當性；並提高各類補助金額，擴大補助對象。

3. 精神疾病患者的就養與就醫補助

行政院衛生署對精神疾病患者提供主要之醫療補助；此外，台北市政府社會局對台北市市民患有精神疾病者，均亦提供門診治療、全日住院治療及社區復健治療等醫療補助，其補助金額皆較衛生署之補助金額為高。

4. 高齡者就醫補助與優待

台灣省政府社會處於民國七十七年訂定「台灣省安老計畫—關懷資深國民福利措施」，其中在健康方面的措施包括：辦理免費健康檢查、推行老人病防治、辦理醫療補助、籌設並充實養護設施、辦理居家護理服務、充實老人福利機構醫療復健器材、提供老人生活輔助器材、辦理醫療保健巡迴講座、及推展老人運動。各類措施皆需要衛生單位與社會福利單位共同主辦或協辦；此十年計畫所需經費共計一百三十八億三千六百三十八萬八千元，由台灣省政府社會處及縣（市）政府各籌一半經費。

參、現有衛生醫療保健相關法規與財務來源

一、衛生醫療保健

現行重要的衛生醫療保健法規主要可分為兩大類：

(一) 醫療衛生保健：

醫療法、人體器官移植條例、精神衛生法、優生保健法、藥事法、麻醉藥品管理條例、食品衛生管理法、傳染病防治條例、後天免疫缺乏症候群防治條例、化妝品衛生管理條例、全民健康保險法（草案）、及緊急醫療救護法（草案）。

(二) 醫療專業人員管理：

醫師法、藥師法、助產士法、護理人員法、營養師法、醫事檢驗師

法（草案）、物理治療師（草案）等。

尤其民國七十五年通過之「醫療法」，為我國醫療機構管理的母法，對日後的醫療保健政策有相當深遠的影響。依「醫療法」之規定，籌建全國醫療網計畫，使我國醫療衛生由醫療資源發展期堂堂進入醫療服務整合期。在醫療網計畫中，將醫療與保健政策同時納入工作重點，期能對民眾提供一綜合性與整合性之醫療服務。同時，「精神衛生法」（民七九年）與「護理人員法」（民八〇）相繼訂定，使醫療相關之精神與護理業務及政策，有更加明確的法源依據與政策方針。此外，全民健康保險的推動，將使我國醫療保健與社會福利進一步整合。

二、健康保險

自民國三十九年臺灣省勞工保險辦法及其施行細則迄今，我國的健康保險因應社會及政治等因素，已發展出十三種健康保險。其所依據的法令、主管機關、承保機關、適用對象及給付項目十分分歧及複雜。

目前健康保險的財務危機包括：保險費率偏低，保險人口年齡結構逐漸提高與醫療資源浪費，造成健康保險財務入不敷出的嚴重財務危機；採行綜合費率制度，難以釐清各類保險的虧損責任，以對症下藥；缺乏健全的社會保險財務制度與保險精算財務責任制度；醫療費用支付制度採事後論量計酬，無法妥善控制醫療資源之利用與費用（藍忠孚，頁一七五—一七六）。

三、醫療補助

社會福利依項目而有不同的法源依據。今列舉與醫療保健較為相關的補助項目：

(一) 老人福利及其他福利服務

1. 老人福利法及其施行細則：細則中第十七條規定各省（市）主管機關應

會同當地衛生主管機關，訂定老人傷病醫療費用優待辦法。

2. 台灣省老人傷病醫療費用優待辦法：台灣省政府社會處於民國七十四年規定：公、私立醫療院所對年滿七十歲以上之老人所應提供的醫療費用優待項目。而其費用來源在法案中並無詳細說明，但目前其補助費皆由縣（市）政府吸收。

3. 台灣兒童、少年、老人傷病醫療補助計畫：此計畫的服務對象擴及十八歲以上的兒童及少年。

以上之各類醫療補助經費來源，目前由各縣（市）政府編列預算，不足部分則向內政部申請案補助。

(二) 殘障福利

1. 殘障福利法及其施行細則：殘障福利法第十四條規定省（市）及縣（市）主管機關，對殘障者醫療、復健、重建、養護、教育費用，應視其家庭經濟狀況與殘障等級給予補助。該法第七條規定各級政府應按年編列殘障福利預算，並得動用社會福利基金。然該法並未硬性規定編列的金額多寡或比例，於是各縣市依其實際財務狀況及政策的優先性，給予不同的經費編列。各縣（市）於過去五年內，在殘障福利所花費的經費差異性極大，由平均每人支領三四〇元至二、三、九〇七元不等。有關殘障用具裝備之補助包括盲人安全杖、義肢、支架、助聽器、輪椅、眼鏡及點字書刊用具等，而補助項目以義肢及支架為主，共占補助經費之七五%（吳武典，頁八二—九一）。

2. 殘障者醫療復健重建養護及教育費用補助辦法：依據殘障福利法訂定此辦法，其補助內容包括醫療復健、職業重建、教養及養護、生活補助與教育補助。於就醫服務之醫療補助包括診斷及治療、手術及材料費、藥劑費、住院費、職業重建。其經費的負擔方式，於直轄市部分由市政府全額負擔，台灣省之縣（市）部分，縣（市）政府負擔八五%，省政府

負擔一五%；如省（市）政府財政確實有困難者，則由中央政府直接補助。

目前內政部有關殘障福利之醫療補助部分，大部分採專案專款補助方式處理。

(三) 社會救助

1. 社會救助法及其施行細則：社會救助之範圍包括生活扶助、醫療補助、急難救助及災害救助。醫療補助的對象以低收入患者、救助設施收容之病患、及重大疾病傷害非本人或扶養親屬所能負擔者。其醫療補助給付方式及標準由省（市）主管機關另訂之。

2. 低收入健康保險暫行辦法（民七九年）。

3. 路倒病人收治及醫療費用處理要點（民七五年）。

4. 自費洗腎病患醫療補助要點（民七九年）。

近年來，醫療救助經費成長迅速，往往佔社會救助支出的半數以上。然而由於行政體系人力不足，與醫療費用的稽查困難，此一經費是否合理及有效地被使用，實有待詳加探討與研究。再者，財源結構的不確定性，亦造成經費普遍不足的現象（徐震，頁五九）。

肆、衛生醫療保健相關服務體系

一、衛生醫療

衛生行政組織，在中央為行政院衛生署，內設醫政處、保健處、藥政處、食品衛生處、防疫處、企劃室、中醫藥委員會等業務單位；而與醫療與保健政策最為相關的醫政處與保健處；於省（市）為衛生處（局），於縣市為衛生局，鄉鎮市為衛生所，層級計分四階。

二、社會保險

辦理社會保險相關福利組織，包括考試院銓敘部主管公保、行政院勞委會主管勞保、內政部主管農保等；其辦理承保業務的單位為台灣地區勞工保險局與中央信託局。

三、社會救助與福利服務

社會救助與福利服務的行政服務體系，於中央為內政部，部內設社會司掌理社會福利、社會救助、及社會保險等業務；於省則為社會處，負責社會福利、社會救助與社會保險業務；於院轄市則為市政府社會局；縣市方面，則為當地縣政府社會科、課；在台灣省之鄉鎮市區則為公所民政課，在院轄市之區公所則為社會課執行。

在社會救助的醫療補助工作執行方面，主要由基層單位接受申請，並進行調查；再由縣市政府、院轄市核發醫療補助費。目前醫療補助的業務進行尚稱順利，惟申請案件逐年增加，人力資源不足、救助法令不明確與經費預算不足等因素，將使補助業務日形困難（徐震，頁一一三）。

伍、目前困境

睽諸醫療保健業務與社會福利服務，其工作內容息息相關。舉例言之，衛生署醫政處與保健處所掌理的衛生醫療保健服務，與社會司掌理之社會福利、社會救助及社會保險業務，在工作業務上，有著相當程度之互動、互惠與依存關係；於服務對象上，亦有相當程度的重疊現象。以長期照護或安養為例，政府有職責提供安養與生活照顧；另一方面，醫療與保健之提供，亦不可或缺。另外，為協助精神病患回歸社區，於是鼓勵「去機構化」的照護

政策；其中，除需要醫療照護的長期性與連續性追縱治療與控制外，亦需要專業社會工作服務與社區服務相支持與配合。

行政院研究發展考核委員會於民國七十八年曾對我國福利措施做一評估，舉出下列問題與建言：各項福利項目主管機關甚多，相關法令及行政規定互有重複或不足，宜統一規畫，作適當修訂或增訂；整合現有社會保險制度，配合民間資源與政府財政負擔，以有效推廣全民健康保險制度；重視少數特定弱勢團體之福利服務，加強環境品質及精神生活層次之福利服務。其中與醫療保健較有關係者，略述於下：

一、民衆對醫療資源的不當使用，醫療提供者無成本控制之觀念，形成嚴重醫療資源浪費。

目前醫療費用年年高漲，公、勞、農保虧損嚴重，而造成目前健康保險虧損嚴重與醫療資源普遍浪費的主要原因，包括民衆醫療利用不當、過於集中大醫院就診及醫療提供者無成本控制之觀念，或提供不必要的醫療檢查，或浮報保險單；按量付費之診療報酬制度，成爲增加醫療服務提供的誘因；此外，醫療科技的進步，精密與昂貴儀器使用，直接影響醫療費用的提升。

二、健康保險行政體系與社會救助醫療補助福利服務體系分歧，造成醫療提供者申報程序複雜化

就管理層面而言，健康保險與醫療補助之行政體系分歧，容易造成醫療提供者申報困難；另一方面，政府對於醫療資源的花費亦無所掌控，更容易形成醫療資源重複浪費。通常一所醫院病人的醫療費用來源，除了三大健康保險體系的被保險人外，尚有九種不同類別的病人，需向八種以上不同的單位申報費用，且所使用的申報表格亦各有不同。其所耗用的人力與費用，實

有待評估。另外，如有醫療或福利機構向社政及衛政單位申請醫療補助，更無從查驗，形成行政體系上的漏失。

二、衛生醫療與社會福利服務體系缺乏有效的溝通與協調，產生服務提供不連續與分散的現象

衛政單位與社政單位均有對特殊群體（如精神病患、殘障同胞、需長期照護的患者等），分別提供醫療補助、福利服務或其他支持性的服務。然各類福利服務有不同的法源依據，且不同的行政體系提供服務，往往造成相同的服務群體，不同的待遇，而形成不公平的現象；另一方面，易造成行政管理上的困擾與資源重複浪費。即使同樣是社政單位，各縣市政府所編列之醫療補助經費差距亦甚大，除了不公平外，在實質作業上也增加許多困擾。

以精神病患者而言，目前衛生署正積極推動將其納入殘障福利法適用範圍內，係因精神病患（尤其部分功能障礙嚴重的精神病患）如在衛生醫療體系內就醫就養，即無法得到生活補助費或其他相關的社會福利服務（如在家服務及往返復健機構之交通優待服務）。而目前於醫療機構接受日間照護或復健醫療的長期疾病患者，亦有類似的困擾。如何儘速透過行政協調與立法程序，使同一的服務對象，能接受平等的福利；同時降低行政困擾，增進社會與資源有效利用，提供綜合性、連續性與適當性之福利服務，實為衛生醫療與社會福利單位所應共同努力的方向。

從個案管理與成本控制的觀點而言，分散與多元化的服務體系，對個案本身較無法提供連續性的照護。而服務提供者更無法利用有限的資源，提供完整及連續性的照護；僅能片斷地針對病情做診治，更無法做服務品質的控制與監控。以長期照護病患為例，從醫院接受急性治療後，轉診至長期照護機構；而長期照護機構的服務品質往往非醫院所能掌控。因此，長期照護機構的低照護品質往往影響病人癒後效果，使得大部分的病患必須回醫院重複

就醫。如此，不但造成病人身上的負擔，亦是家屬財務、體力與精神上的折磨；另一方面，更造成醫療資源的浪費與非效率的利用。未來期能建立一完善的轉介與個案管理系統（含醫療與社會兩體系的資源），配合有效的醫療與福利機構評鑑制度，使長期醫療照護體系逐步正規化。

近年隨著社會變遷與人口結構高齡化，目前甚受重視的安養、養護機構的管理與服務品質問題。由於其涉及衛生與社會福利服務兩大行政體系，在短短的一年內，台北市的安養、養護機構接受四次不同單位的訪查；深究其訪查內容，多有雷同之處。而四次人力、資源與金錢的重複浪費，以及對受訪機構所造成的困擾，實有待政府機關與學術團體深思與檢討。而行政協調與資訊分享與共用，該是未來努力之方向。

四、社會福利機構醫師羅致困難，醫事人員缺乏繼續教育機會

社會福利機構內之醫師，因隸屬於不同行政體系，其待遇、福利、進修機會及工作環境往往無法吸引醫師久留一處，導致社會福利機構羅致醫師極為困難。此外，身處於社政福利機構的一般醫療人員缺乏在職訓練的機會，影響醫療服務品質。誠如行政院研考會研究結果顯示：殘障福利專業人員的甄選培訓，如復健師、語言治療師，目前皆以短期培訓的方式擴增人力，而缺乏專業的培訓制度（行政院研考會，頁七）。又，殘障鑑定度內的醫療專業人員流動率高，使鑑定工作難以有效執行。如何增加社政機構內專業人員醫療知識之在職訓練機會，實有待相關機構與行政單位研擬一套合作的模式；利用現有醫療與人力資源，提供彼此所需之專業訓練與服務。

五、各類機構功能與設置標準尚未釐清，病人照護分類混淆，機構管理與品質監控困難

近年來，由於人口高齡化所衍生的問題，漸趨嚴重；而老人醫療與長期照護服務不足，綜合性、連續性與有效性之老人與長期醫療照護體系尚未建立，缺乏適當財務機轉，致使老人及慢性病患者普遍長期佔用急性醫療資源，與老人醫療缺乏制度化的來源等因素，使得老人及慢性病患者雜處於各類社會福利機構、急性醫療機構與坊間未立案之安養與看護機構之中（楊漢源，頁一一—一五）。終究其原因，主要源自於我國目前對此類相關的服務機構，其功能與服務定位尚未明確化，服務對象、照護等級與類別未能釐清，以致於各自發展服務體系，重複提供服務。

陸、結論與建議

綜觀我國社會人口結構與醫療需求的變遷，配合全民健康保險的推廣，我國衛生醫療保健體系將逐步進入醫療社會化年代。其面臨的議題，不僅要面對各組織及服務體系的困境；另一方面，更要對當前社會福利行政組織與結構，進行反思與探討。以下針對目前體系之間整合的議題提出可能解決的方案：

一、藉由全民健康保險制度，降低醫療資源浪費，並確保醫療服務品質

當前醫療資源浪費、分級醫療未能明顯劃分與醫療資源分布不均等現象，期能利用全民健康保險的財務機轉與醫療資源政策的制定，以達到降低醫療資源浪費，並確保醫療服務品質。其可能的策略包括：

- (一)發展單一健康保險制度，降低行政成本，提高管理效率；
- (二)利用部分負擔制度，提高民眾醫療費用之意識；
- (三)落實分級醫療轉診制度，有效利用醫療資源；

- (四)採漸進方式，施行總額支付制度，合理控制醫療費用；
- (五)加強規畫全民健康保險資訊系統，以提高醫事管理效率；
- (六)繼續辦理醫院評鑑及現有醫療品質保證措施，以確保一定品質之醫療服務；擴大實施相關醫療機構與護理機構之評鑑制度，有效提升整體之醫療服務品質。

- (七)藉由健康保險審核制度，維持並提升醫療服務品質；
- (八)建立全民正確健康保險觀念，減少民眾濫用醫療資源。
- (九)輔導地區醫院，提升地區之醫療服務品質；
- (十)利用醫療發展基金，鼓勵醫療缺乏區設置醫療院所；另鼓勵發展聯合診所，及加強基層醫療，以減低醫療資源不均現象，並健全醫療體系。

二、加強各級衛生與社會行政服務體系之整合，以健全完整性之社會福利

我國福利政策的推展，於行政服務體系上，因過於涇渭分明，容易造成政策與服務提供上之分歧化；服務傳送系統多元化，造成服務績效不彰，人力與資源的重複浪費；對被服務者而言，容易形成茫然困惑與救助無門的現象。因此，未來我國規畫社會福利藍圖時，應朝下列幾項方針努力：

- (一)加強服務體系與組織間的行政協調，以利擷節資源、分擔成本、擴大資源範圍、增加服務傳送績效、與提高對民眾的服務內容與品質。
- (二)修改現行相關法規，使之較符合未來福利社會之需求；亦使各類醫療保健與福利服務有法源依據，各類醫療與福利服務機構納入正規化之評估與管理範圍。
- (三)全盤考量醫療補助與福利服務在不同服務體系的適用性與合理性，增加獲得福利的公平性。
- (四)結合基層醫療保健服務與社會福利服務，發展綜合基層醫療保健與社會福

利工作模式，以提供綜合式與連續性之福利服務。

(五) 建立有效的稽查制度，確保服務品質。

三、整合醫療服務與社會福利資源，共同規畫特殊群體之醫療保健與社會福利服務

特殊群體，如精神疾病患者、長期照護患者、及山地離島居民，所需要的醫療保健照護與福利服務皆為多元性，涉及社會、醫療、保健、經濟、教育、就業與住宅等服務體系。而目前國內之服務體系紛雜，且分屬於不同行政體系之下，使被服務者本身必需熟捻各類福利服務之規定，如何尋求適當之補助或福利服務。未來發展方向：

(一) 以個案管理模式，有效整合特殊群體之需求、資訊與服務利用之情形；除可以對特殊群體提供較有效及完整的服務；行政管理者更可以確實掌握資訊，有效評估服務提供的過程與成果，進而研擬未來政策。即各項服務之提供，應以「民衆」之需要為導向。

(二) 整合不同專業之工作人員，組成專業工作小組，共同評估特殊群體之各層面需要，以提供綜合性與連續性的服務計畫。

(三) 加強建立與充實特殊群體之醫療與福利服務、設施與機構；確實評估地方之需求，均發展醫療與福利資源。

(四) 加強各類相關人員之繼續教育，醫療與社會福利相互配合，使參與特殊群體的工作人員，能具備全方位的常識與智能，進而有能力充分利用現有的相關資源。

(五) 鼓勵科技整合式的相關研究，對特殊群體做全面性與綜合性的瞭解。

(六) 資訊的流通與共用，有利政策的共同分析與研擬。

(本文作者現任行政院衛生署醫政處處長)

參考文獻

- 行政院研究發展考核委員會，(民國七十八年)我國社會福利定義與範圍之研究。行政院衛生署(民國八十二年)中華民國公共衛生概況，行政院衛生署編印；(民國八十二年)衛生白皮書，行政院衛生署編印；(民國八十二年)中華民國衛生年鑑，行政院衛生署編印。
- 財團法人厚生基金會(民國八十二年)厚生基金會厚生白皮書——第三輯社會福利篇、第二輯醫療保健篇。
- 吳武典(民國七十九年)我國殘障福利法執行成效之評估，行政院研究發展考核委員會。
- 徐震(民國七十八年)我國社會救助體系整體規劃之研究，行政院研究發展考核委員會。
- 范珍輝、吳景芳(民國七十五年)台灣省有關社會救助法規適用情況調查報告，台灣省政府法規委員會。
- 鄭文輝(民國七十九年)我國社會福利支出之研究，行政院研究發展考核委員會。
- 楊漢源(民國八十三年)台灣老人醫療照顧體系之探討，健康與社會政策研究中心第五次學術研討會論文集(刊印中)。
- 藍忠孚(民國八十二年)我國社會福利行政組織結構及功能之探討，行政院研究發展考核委員會編印，台北。