

## 醫院醫療補助與社會工作實務

陳武宗·劉珮均·陳冠含·陳錦雯

### 壹、論述的背景與主題

Anderson & Gevitz 在兩人合著的「綜合醫院：社會與歷史的觀點」一文中，對醫院存在的本質與功能，有一清楚的描繪：

「現代醫院展現了病患照護、醫學教育及臨床研究等三種相互關聯的社會性功能，而從西方醫院的誕生與演變的歷史，它曾是旅者的駐足地，是社會邊緣人與身心失能者的隔離所。醫院特定的目的也反映了整體社會的主流價值。」順著作者們的思路與陳述，可進一步的去思索觀察醫院在現代化的演變歷程，其與社會與經濟弱勢就醫者的關係有何變化？甚至如何理解醫院在組織規模擴大、績效主義抬頭與強化其在醫學科學至上的成就時，為何仍需維持對社會弱勢者提供所需的醫療補助服務與照顧。而醫療補助的工作又如何延續著醫院歷史發展的精神，和整體社會所共同認定其須展現的價值與功能？

從英美發展的經驗，英醫務社會工作者的前身阿摩那(Almoner)所擔負的任務、美國麻州綜合醫院卡伯教授倡議成立

社工部門聘用社會工作者的主張背後（註1），仍延續著醫院如何回應社會或經濟弱勢求醫者的需求和權益。臺灣延續著大陸時期社會救濟法的精神，在1950年就有公布貧困者就醫義診的辦法，而有關的醫療救助法規，也由臺灣省政府公布（孫健忠，2011）。但貧困病人的問題，仍對醫院管理與財務產生雙重的衝擊。由1975年中華民國醫院行政協會（臺灣醫院協會的前身）特別針對此問題在澎湖所召開的一場研討會，可見貧困弱勢者的就醫過程，對醫院經營管理的影響程度（陳武宗，1992；中華民國醫院行政協會，1975）。

醫療補助為社會救助體系的一部分，也是醫療服務不可或缺的業務之一，當然其發展演變和運作的過程，與社會工作也形成一種密不可分的關係。雖然當前經濟弱勢者的就醫權益保障制度，隨著全民健康保險與社會福利制度的變革，已日趨多元與完備。但就此議題的發展背景與演變加以檢視，除可掌握醫療補助此概念內涵與運作方式的差異，也可明白醫院社會工作在醫療補助的實踐經驗與制度建構的介

入方式，而此作法具有雙重的意涵：1.記錄保存醫院醫療補助制度的建構與演變歷程；2.回顧與省思社會工作在此議題所展現的專業價值與貢獻。

故本文藉由文獻的回顧與作者經驗的重整，論述的主題有：1.醫院醫療補助相關概念的界定與價值；2.經濟弱勢者就醫保障制度的發展與建構；3.醫療補助與社會工作實務。

## 貳、醫院醫療補助相關概念的界定與價值

### 一、醫療補助相關概念界定

依現行我國社會救助法第2條規定內容（2010年12月29日新修正），醫療救助為社會救助的一部分，並訂頒有縣市醫療補助辦法，明定補助對象、標準、給付項目及方式，在晚近通過的社會福利法規中，也針對各種福利人口群有醫療補助相關的規範與作法。衛政體系中醫療法第46、53條規定，法人性質的醫療機構須提撥年度醫療收入結餘的固定比例，從事醫療救濟相關工作；中央健保局的補助經濟弱勢者自付保險費的幾項措施，如補助民眾自付保險費用、補助健保費欠費及補助部分負擔費用等；高雄市政府衛生局近日申請公彩回饋金所執行的「高雄市醫療機構協助弱勢個案就醫補助方案」，期待能藉此方案，落實公彩作業要點第4點中「協助弱勢族群排除就醫障礙，以維繫弱勢族群健康」理念。各法規與方案中醫療補助的名稱雖有差異，但關注經濟弱勢者的就

醫權益與排除求醫障礙的用心，則是一致的。

但何謂「醫療補助」呢？醫療補助早期稱為貧民施醫（註2），此概念與「醫療救助」、「經濟補助」的用法被視作同義辭（陳琇惠，2000；莫藜藜，2002）。從政府社會救助的角度，此概念係指：「政府為免除低所得者就醫之經濟障礙，所提供的救助措施，目的在減低貧困人民傷病之困擾與痛苦，早日恢復健康和自主生活」；而從醫院社會工作實務運作的角度，此概念則指：「採救助方式，對非保險人口中罹患傷病之中低所得民眾，經家庭經濟評估與調查核定程序，所提供之免費或部分補助之醫療服務」。

從subsidy、aid、assistance三個英文的字義，也可更加理解補助的意涵：subsidy較強調是政府給的補助款，aid泛指任何型式的協助與支助，assistance也泛指任何型式的協助，但比較常用來講「幫助的動作」（<http://www.thefreedictionary.com/assistance>）。社會救助法中所提供的醫療補助，較符合subsidy的原意，而醫院的醫療補助已不僅是一項按程序申請審查補助的作業程序，而已納入社會工作許多的協助方式和行動，故較適用aid、assistance兩字。

上述所引用的定義，隨著全民健保的實施與各項社會福利立法的通過，醫療補助的範圍、對象與方式等，皆已有所轉變和擴充。如被保險人口中無力繳納保險者、無能力負擔保險自費者、重症及特殊疾患所需的自費醫療器材與昂貴藥品、復健療養所需的輔具租借費用、短期機構安

置、偏遠地區就醫者交通費及僱用看護人力的支出等等，皆已超出以往僅藉由資產調查後，提供醫療費用減免的作法。從服務對象及補助標準與項目，已呈現多樣的趨勢。此對醫院醫療補助制度與社會工作實務，皆將面臨新的挑戰。

故綜合上述，以下針對本文幾個概念界定說明如下：

### (一) 醫院或醫療機構

「是指以我國醫療法、醫院評鑑所規範與界定的為依據，且依論述的重點，較偏向區域醫院以上層級的公益法人型態的醫院組織，並設有社會工作部門者。」

### (二) 醫院醫療補助

「醫療機構基於使命、社會責任或法定的規範，對社會或經濟的弱勢求醫者，經資產調查或其身分審定後，以機構本身的基金或結合社會資源的方式，對其醫療、復健、生活照顧及短期安置等費用，所提供免費或部分補助的社會服務方案，以協助受助對象，獲得其必要和適當的醫療服務與照顧為目的。」此界定已有別於政府部門社會救助行政中，單純以醫藥費用補助的認知。

### (三) 社會或經濟弱勢就醫者

「是指社會福利與衛生法規和各項服務方案中所範定，符合其醫療補助條件與標準者，或個人因社會性與經濟性的因素，阻礙其取得所需的醫療服務與照顧，且影響其健康和醫療權益，需要被協助

者。」

## 二、醫院醫療補助的理念與價值

「一人生病、拖垮全家」，皆反應現代社會疾病風險對個人及家庭的嚴重威脅和衝擊，當然也顯示如何建構一套完整的醫療保障與社會福利制度，以減低國民遭遇此生活困境的障礙和風險，除是現代化國家重要的治理任務，也是考驗公私部門同心協力的課題。「減低經濟與非經濟因素對病人醫療過程的干擾」是醫院社會工作的主要任務之一（陳武宗，1999），特別是經濟性或財務性的因素所形成的求醫障礙，一直是國內外醫務社會工作發展以來，持續不斷須優先介入的實務課題，其介入對象與方式，雖因各國醫療與社會福利制度的差異而有不同，但從政策法令、醫院管理及社會工作實務各層面，如何確保弱勢者的就醫權益與公平性，應是此議題背後最基本與共通的精神理念。

現代化醫院的經營管理，雖著重管理成效與講究績效，但對維護醫院存在所需承擔救人生命的天職與使命，仍不餘遺力的加以捍衛。國家除藉由法令加以規範，醫院組織也有其自律公約，規範其成員，如臺灣醫院協會會員公約第6條：「配合有關單位推行全國醫療福利」、第10條：「不因貧窮、種族、職位及宗教而對患者有差別待遇」及第11條：「對急症患者，不得以費用等理由，延誤治療」等（臺灣醫院協會網頁 [hatw.clweb.com.tw/mode02.asp?m=201004281558484&t=sub](http://hatw.clweb.com.tw/mode02.asp?m=201004281558484&t=sub)）。

醫療補助，雖僅是醫院的業務或服務

之一小部分，但其永遠抓緊著醫院存在的本質與意義的歷史課題不放，現代化的醫院組織，雖日益凸顯成本與管理效能的市場法則，不斷強調其在醫療科學知識上的日新月異，和強化其無所不能的社會意象。但從醫院誕生與歷史演變的歷程，對社會弱勢者的伸出援手和展現公義，是醫院存在的使命與天職。當醫院的經營管理在市場與公義間失去平衡，漠視了社會弱勢者的生命價值與基本權益，醫院除難以維繫其正向的社會公益形象，當弱勢者就醫權益受損後的社會總動員與大反撲，特別是在強勢媒體鏡頭下的檢驗（另一種形式的醫院評鑑），是十分徹底且嚴厲地。一攤血的故事、邱小妹事件皆可為例證（註3、4）。因此當前的醫院經營發展，雖十分重視醫療尖端科技、知識與管理效能，但誰能輕忽社會弱勢者就醫過程的權益維護所需付出的代價呢！這就是醫院醫療補助業務持續不斷，最核心的價值。

### 參、經濟弱勢者就醫保障制度的發展與建構

延續日據時期已建立的社會法治基礎與服務措施，臺灣醫院醫療補助的活動，從清末日據時期西式醫院設立後就已展開，而整個醫院醫療補助制度的發展與演變，可從醫療與社會福利立法、醫院管理制度變革、社會工作專業在醫院的發展及社會資源的多元發展加以觀察與認識，此內外部醫療與社會環境的改變，當然直接影響著醫院社會工作者在介入醫療補助的

角色與方式，故從此縱向的歷史發展演變，可讓社會工作者認識此醫院醫療補助的演變歷程，與在不同發展時期和工作情境下，能掌握社會工作專業介入的分寸、理念及其內涵。

### 一、醫院與貧民施醫

國內醫院對貧民施醫問題處理經驗，是經濟弱勢者就醫保障制度的發展與建構的起步，但從以往對就醫者收取住院保證金的作法或配合政府施行的貧民暨貧困證屬施醫優待的負面經驗，顯示醫院在面對自身經營發展、經濟弱勢患者權益及政府的行政命令的要求時，又在缺乏主客觀的配套與成熟的條件下，對貧民施醫者所提供的醫療優待，確實存在著許多的困難，難以實行。姚卓英(1973)從縱向、橫向面對由省政府在 1952 年結合醫院所推行的「貧民施醫制度」，有十分完整真實的描述與分析，同時依據其二十年的親身參與經驗，除點出此制度的象徵性特質和須改正的五項病症：無固定財源、預算不切合實際需要、施醫證發放無確實的調查依據、缺乏社工專業人才及醫療設備不足且不均等之外，並開出四項對症的處方：確立貧民施醫的預算、推行家庭醫學制度、靈活運用醫事專業人才與設備及多方引用醫務社會工作人力等。在那醫療資源不足又不均，且社會福利尚未起步的年代，加上醫院的經營管理尚未受到重視的時空背景下，以少數醫院在貧民施醫制度實行過程，發現的問題和累積的實務經驗，也為後續的改革埋下了動力，特別是醫院社會

工作與貧民施醫的不可分的關係（姚卓英，1973）。

陳武宗(1992)從政府部門、醫院及社會資源三者交互關係，對影響或促成國內醫院醫療補助業務的制度化和專業度的問題，曾加以整理探討，並指出各級醫院爲了有效克服過去零散式醫療補助工作的困擾，及解決貧困病人就醫的問題，逐漸以醫療法與醫院評鑑的規範，建立起以各自機構社會工作部門爲中心的一套需求評估與社會資源轉介系統。此系統包含機構內的照會制度和機構外的轉介制度，前者即是需求回應與評估的作業程序，後者則是內外資源輸送轉介的運作程序。其指出，這系統與程序的確立，是醫療救助工作制度化很重要的一步。而能夠達成此目標，與社會工作人力的僱用與專業表現有密切的關係，當然也回應了姚卓英早期對「象徵性的貧民施醫」缺失的補正。

1990年6月內政部訂頒「低收入戶健康保險暫行辦法」，並在同年7月1日起正式開辦，該法適用的對象是未納入其他社會保險體系之低收入戶成員，保費由政府全額補助，當被保險人有生育、傷害、疾病等事故時，提供生育與醫療給付。另對保險不給付的項目也輔以醫療補助，確保低收入戶者得到完善的醫療照顧。孫健忠(2011)對此貧民施醫方式由慈善施醫轉而成爲健康保險，給予下列的評價：「不僅排除了附著於救助的恥辱意涵，更確保低收入者的尊嚴與醫療權」，但此段路走了近40年。1984年全民健康保險的實施，讓無論稱呼爲貧民、低收入戶者或被保險人的

就醫權益保障，進入另一層次。而醫院與貧民的互動關係也有較良性與正面的轉化開展，醫療補助的工作也邁入新的旅程。

## 二、醫院社會工作部門與醫療補助的制度化

八零年代醫院評鑑制度啓動後，國內大中型醫院社工部門相繼擴展，也成爲在衛生與社會福利行政分立下，能基於病患及家屬需求和權益保障，進行衛生和福利資源整合與轉介的窗口（莫藜藜，2002）。當然其在醫院醫療補助的制度化過程，對內對外也發揮了社工專業在協調整合與資源結合的功能，讓醫院醫療補助業務在制度建構過程，注入社工專業的理念與做法，提升了此工作的專業度，也讓資源運用的合理性、透明度與公平性，逐步被彰顯與確立，擺脫過去義診券式零散、消極的作法。同時也有效導引、整合了豐沛的社區資源進入醫院醫療補助的系統，這也是社工專業的貢獻之一。此部分的分析，陳武宗在1982年所寫的「醫院醫療補助運用社會資源的分析」、2009年「醫院社會工作部門社會資源運用與倡導經驗回顧」兩篇文章中，有完整的陳述與經驗整理。

## 三、經濟弱勢者就醫保障制度的後續發展

延續醫院貧民施醫與社會工作部門已累積的經驗之外，而下列的因素或條件，也是觀察上述姚卓英所開出四項針對貧民施醫制度的病症改善情形的重點，和影響醫院醫療補助持續與健全發展的因素：

### (一)醫療法的立法規範

該法第 46 條：「醫療財團法人應提撥年度醫療收入結餘之百分之十以上，辦理有關研究發展、人才培訓、健康教育；百分之十以上辦理醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項；辦理績效卓著者，由中央主管機關獎勵之。」、第 53 條：「醫療社團法人結餘之分配，應提撥百分之十以上，辦理研究發展、人才培訓、健康教育、醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項基金；並應提撥百分之二十以上作為營運基金。」此法令並與醫院評鑑制度相結合，從法令與評鑑的規範，將醫院醫療救濟的工作制度化，特別是在法定的預算財源的規範部分。

### (二)社會福利立法的增加

從 1980 年的福利三法立法至今，國內應運社會的快速變遷與各類福利人口群的需求，除採社會保險的方式所進行的保障外，社會救助法與各項社會福利如特殊境遇家庭扶助條例、老人福利法、兒童少年福利法、身心障礙者權益保障法、家庭暴力防治法、性侵害犯罪防治法及精神衛生法等立法、修法，皆快速加以回應和調整，而醫療補助的給付項目、方式及標準，當然也隨著修正擴充，不再僅限於傷病醫藥費用的補助，納入保險費用、輔助器具費用及健檢與特別門診等（黃碧霞等，2011）。另也有針對性侵害被害人提供心理復健費用（高雄市政府社會局，2011）。

### (三)全民健康保險的施行

減低國民就醫過程的財務障礙，確保人民就醫的權益，是國內全民健康保險制度實行，最主要的目標之一，也藉由社會保險的精神，改善與解決「一人生病、拖垮全家」的社會問題，當然也減低了醫院醫療補助的範圍，但隨著經濟條件的改變，無法納保或繳納保險費用的弱勢經濟人口群，又成為新的關注對象，甚至是保險單位須提供協助的服務人口群（中央健康保險局高屏分局，2010）。

### (四)醫院評鑑推展社會工作專業的擴展

醫院評鑑除規範醫院須依醫療法提撥一定比例的結餘進行醫療救助之外，對於醫院設置社會工作部門與聘用一定比例的社會工作人力也有清楚的規定，而此對醫院醫療補助工作質量的發展與制度化，有立即與直接的影響。

### (五)豐沛多元的社會資源

解嚴後國內社會力多元與蓬勃的發展趨勢，也藉由醫院醫療補助的議題，部分社會慈善資源被有系統的引進，除可解決經濟弱勢者的醫藥費用問題，當然對建立一套社會資源合理與有效的轉介運用機制，也有其貢獻。

故對社會或經濟弱勢者的就醫權益保障，涉及政府部門、醫院組織及社會資源體系等，而全民健康保險則是一項全面性的變革，在此基礎之上，從醫療與各項社會立法的完成與實行，醫院評鑑制度的推行，皆有助於改善在貧民施醫制度下所產生的問題，促進醫院醫療補助的制度化，

並確保經濟弱勢者就醫保障制度的往健全的方向發展。

## 肆、醫療補助與社會工作實務議題

從上述的衛生與社會福利政策法規與制度面的變革，除已逐步建構起經濟弱勢人口群的制度性保障就醫權益保障之外，同時對醫療補助的內涵充實與制度建構，所需的穩定基金與社工專業人力，也帶來實質的影響。至於落實在實務操作層面，社會工作在不同組織情境所遭遇的實務議題，也須加以搜集整理和重視。以下僅就筆者們曾面對或思考的有關社會工作介入在醫療補助的實務運作議題，加以陳述。至於此等議題如何有效與適當的回應，應涉及其組織管理與文化和社工部門在組織層級、歷史發展與功能定位等差異性，故在選擇最適合與明確的因應方式過程，當然需綜合考量上述的差異性因素：

### 一、醫療補助是業務或服務？

事例：「醫療補助已有清楚的補助辦法與作業程序，醫療業務單位也可承接此工作，為什麼一定要社會服務室負責。」

從業務的角度，面對醫療補助講究的是規則與程序，依循既定的補助辦法、標準及作業程序，按表操作，能夠符合一致、公平及時效。相對的從服務的面向切入，則須重視與看見服務對象個別性的需求，並針對此需求提出專業性的回應。又專業的判斷與作為，則須回歸服務提供者對自

身工作的認知與勝任度，當然組織的文化與部門的專業認同和自我期許，也會影響服務提供者的認知與行動的抉擇和偏好。而在面對來自醫院經營者、醫管專家、醫護團隊成員類似事例的提問時，更須從組織、部門、社工專業及案主權益等角度加以思維論述，提出適切回應方案。

### 二、法定基金與資源運用的優先次序？

事例：「會計主管報告請社會服務室同仁多簽經濟補助，讓年度編列的社會服務基金能夠提高使用比例。」

公益法人醫療機構須依法提撥一定比例結餘從事醫療救濟工作，機構內編列的法定社會服務基金，除配合機構政策補助高齡求醫長者和身心障礙者的掛號費用、特殊病人醫藥或器材費用及社區醫療服務方案等，針對門急住院患者的醫藥相關費用補助，此基金也是社會工作者可善加運用的資源之一，至於以轉介社區慈善資源為先，或使用院內基金，社會工作者對資源的認知、熟悉及便利性，是衡量的基礎。

### 三、資源結合 VS 諮詢轉介－社會工作者在醫療補助角色的改變

事例：「我們醫師只負責照顧病人的疾病，您們（社會工作者）是照顧病人全家的需要，面對需要幫助的人，您們好像土地公一樣，有求必應。」

減低或排除人民求醫過程的障礙，使其能儘速獲得適當與有效的醫療服務，恢復健康或減少傷害，已成為現代政府重要

的施政目標之一，而提供醫療補助或減低就醫過程的財務障礙，對於經濟弱勢者就醫權益的確保與實踐，則是必要採取的措施。國內隨著政府社會救助法制與措施的日漸充實完備，全民健康保險制度的推動開辦，醫療補助的內涵與做法雖有所調整，但其仍是社會救助體系的一部分，也是醫院社會工作發展以來最初始的任務，社會工作者在此業務的角色功能與工作方法，雖有些許的變異，大致此角色仍是醫院社會工作者被認知和期待優先去執行的工作。早期資源匱乏與法令制度不全，社會工作者須扮演著較強的需求評估與資源連結角色，當公私部門社會福利與資源轉介制度日漸漸構起來，提供求助者諮詢與轉介的功能則十分明顯。此也顯示醫院社會工作者在醫療補助實務的角色與任務，會隨著外部環境制度的變遷與建構而調整回應。

#### 四、同情的心 VS 冷靜的頭腦－醫護團隊成員對經濟弱勢病患的認知與行動？

事例：「加護病房主治醫師，對中風的高齡患者妻子，每次探病時的情緒反應與生活困境，表達了高度的同情，並主動安排了一家電子媒體進行專訪，此報導播出後，造成假日加護病房詢問與捐款電話不斷，常規醫療作業突因此新聞事件受到嚴重干擾，也超出主治醫師原先的認知與想法。」

早期以經濟弱勢病患的實例藉由媒體公開報導為其募款的作法，現已少見。理

由是媒體動員的行政管理成本高、不確定性也高，經濟弱勢病患的團隊責任分工，也已較以往明確且資源更多樣和完整。當醫院內部對經濟弱勢患者的團隊照顧分工，已有較穩定成熟的運作機制，藉由一張照會單或電腦照會系統的管道，就能導入經濟弱勢病患所需的需求評估和資源系統。然醫護團隊成員對其所照護的所謂「經濟弱勢病患」的認知與採取的行動，仍有其差異。從醫藥費用、住院看護費用、輔具租借費用、高貴藥劑與器材等，此等項目同時也顯示醫護人員對經濟弱勢患者的主客觀觀察與評估，但也隱含其未言明的需求反映。如病患住院看護費用除可滿足缺乏家庭照顧人力的需求，當然看護人員的僱用也可減低第一線醫護人員的照顧負擔與壓力。

#### 五、補助的額度與標準如何喬？

事例：「護理長抱怨某社工員的經濟個案補助太嚴苛，並指名說另一位社工員補助案比較容易通過。」

針對經濟弱勢病患問題類型與需求，醫院社會工作部門所建立的需求評估、補助標準及資源轉介系統，當然是第一線社工者進行經濟個案處理的作業標準規範，但在實際實務操作過程與經驗，又會出現如事例的狀況，因此在部門的管理規範、社工者的專業自主與裁量、資源合理公平運用及團隊成員的合理認知等因素考量下，部門社工員間對經濟個案的補助尺度如何調節？是補助公式計算最符合公平原則？或是尊重社工者的專業自主？前者好



管理且很公平，後者社工者須承擔專業說服的壓力，為經濟個案爭取所需的補助額度。故在管理規則與專業自主之間，如何取得平衡，也是社工部門處理經濟個案一直存在的挑戰。能發展出具有專業共識的補助認定指標或評估工具，也是努力的方向。

## 六、不補助等於不救命－新醫藥與材料補助與否？

事例：「巴金森氏症患者長期服用左多巴藥物，近幾年藥效減退，開始出現不自主顫抖，心情沮喪、自卑，有輕生念頭，直到接受深層腦部刺激手術，才恢復正常生活。但此手術目前健保無給付，所需費用九十萬元，則透過申請長庚社福補助計畫才完成（自由時報 2011/8/7 AA1）。」

隨著醫藥科技的推陳出新，新藥物材料治療技術不斷出現，當醫師面對新舊醫療資訊與病患最佳利益時，要不要告知此最新醫療資訊？又健保無法給付需病家自費時，身為醫者要不要告知此資訊？告知了，但病家無力支付費用，院方基於病患醫療所需，能夠提供醫療補助嗎？當社會工作者評估案家經濟條件不符此類型醫藥補助的標準，當事病家的情緒反彈可理解，但當團隊成員一句不友善的話語：「是社工不補助，不是我不救！」也隱含著醫病之間、團隊互動微妙的權力關係。這是醫療補助新的內涵與課題，也是醫院管理階層、社工部門未來要有效與合理公平面對地。

姚卓英所陳述貧民施醫的社會時空環

境下，醫院社會工作者所處的艱困（辛）局面，已隨著醫療與社會福利制度的變遷與進步，以大大改善，但全球化經濟衰退與國內產業結構的遽變，不斷新增的經濟弱勢者，對醫院醫療服務與補助工作也帶來嶄新的挑戰，加上醫藥科技的日新月異、人口快速老化長期照顧人口增加及醫院經營的市場與績效化導向等，對社會工作者在介入醫療補助工作過程，需面對的新實務議題，有必要從過往所累積的實務經驗與智慧裡，尋求新思維與對策。

## 伍、結語與建議

### 一、結語

國內醫院對貧民施醫問題處理經驗，是經濟弱勢者就醫保障制度的發展與建構的起步，但在無固定財源、預算不切合實際需要、施醫證發放無確實的調查依據、缺乏社工專業人才及醫療設備不足且不均等因素下，成為「象徵性的貧民施醫」，而對貧民施醫者的實質協助責任，就落在醫院及其社會服務部門的肩上。而以少數醫院在貧民施醫制度實行過程，所發現的問題和累積的實務經驗，也為後續的改革埋下了動力，特別是醫院社會工作與貧民施醫的不可分的關係。故重視和看重前人累積下來的實務經驗與智慧，並且從歷史發展的縱向觀看思維，除可拉開看待問題的視野，更應有助對當下處境所遭遇難題的澄清與化解。

### 二、建議

綜合上述主題論述的基礎，茲提出以下建議謹供參考並賜教：

### **(一) 看見與重視醫院醫療補助的核心價值**

從醫院誕生與歷史演變的歷程，對社會弱勢者的伸出援手和展現公義，是醫院存在的使命與天職，醫療補助雖僅是醫院的業務或服務之一小部分，但其永遠抓緊著醫院存在的本質與意義的歷史課題不放，因此當前的醫院組織規模不斷擴大，且經營發展也雖十分重視醫療尖端科技、知識與管理效能，但誰能輕忽社會弱勢者求醫過程的權益維護所需付出的代價呢！這就是醫院醫療補助業務持續不斷，最核心的價值所在。故建議醫療決策者、經營者及醫療團隊成員等，面對經濟弱勢就醫者，皆須在市場與公義、科技與人文、法規與倫理等面向，尋求最適切的對待與回應方式。

### **(二) 掌握最新衛生與福利資訊 調整工作思維與方法**

醫療救助為社會救助的一部分，但隨著全民健保的實施與各項社會福利立法的通過，醫療補助概念內涵、補助的範圍、對象與方式等皆已有轉變擴充，已超出以往僅藉由資產調查提供對醫療費用的減免的作法，從服務對象及補助標準與項目，已呈現多樣的趨勢，此對醫院醫療補助制度與社會工作實務，皆面臨新的挑戰。因此，掌握住新衛生與社會福利法令變動的資訊，調整醫療補助與社會工作實務的思維和作法，才能跟上變遷的步伐。

### **(三) 整理與傳承醫療補助的社工專業經驗**

醫院醫療補助的制度化過程，社工專業在對內對外已發揮了在調整合與資源結合的功能，讓醫院醫療補助業務在制度建構過程，注入社工專業的理念與做法，提升了此工作的專業度，也讓資源運用的合理性、透明度與公平性，逐步被彰顯與確立，擺脫過去義診券式零散、消極的作法。同時也有效導引、整合了豐沛的社區資源進入醫院醫療補助的系統，這也是社工專業的貢獻之一。故此社會工作專業介入後的成果與貢獻，建議應有更多的整理發表、對話傳承。

### **(四) 持續發揮社工在醫療補助政策與制度建構的倡導角色**

全民健康保險制度，對社會或經濟弱勢者的就醫權益保障，是一項全面性的變革，在此基礎之上，從醫療與各項社會立法的完成與實行，醫院評鑑制度的推行，皆大大有助於改善在貧民施醫制度下所產生的問題，促進醫院醫療補助的制度化，並確保國內經濟弱勢者就醫保障制度往健全的方向發展。故醫院社會工作者對社會或經濟弱勢者的就醫權益保障的議題，仍需持續在政策面、管理面及實務層面，給予高度的關注與倡議。

### **(五) 加強院際交流 深化專業內涵**

醫療補助是業務或服務？法定基金與資源運用的優先次序？補助的額度與標準如何喬？不補助等於不救命—新醫藥與材料補助與否？等等社會工作介入在醫療補

助的實務運作議題，也須加以重視和討論。同時隨著醫療補助內涵的擴充與對象與補助項助的多樣性，醫院社會工作者的角色不在僅是需求評估與資源轉介者，諮詢的功能日益凸顯。故能就社會工作介入在醫療補助的實務運作議題進行研討，除有助於院際間的交流互動，也可搜集與整理在不同醫院組織情境下實踐經驗與方法的異同，深化實務經驗的專業內涵與價值定向。

#### (六) 對衛生福利部在醫療補助制度改革的建言

國內醫療補助目前分屬社政與衛政體系，在法令的依據、補助對象、方式、作法及標準等各有運作的經驗與差異性，基於政策與行政運作的一致性和有效性，確實須加速整合的步伐；而公益法人性質的醫療機構在執行對經濟弱勢者就醫權益保障的現行法令依據有否須調整？未來是否

要擔負起更積極與全面性的角色？故建議衛生福利部的成立後，能針對目前社會救助法、醫療法、全民健康保險及醫院評鑑等有關醫療補助的法令規範與運作現況進行研究，並以經濟弱勢者就醫權益保障的精神與理念為核心，思考如何有效的整合醫療補助的相關資源，重新整合與建構一套較積極與正向的醫療補助制度，協助減低或排除新興經濟弱勢人口群所遭遇的就醫障礙，並獲得適當醫療服務與維護其健康權益。

（本文作者：陳武宗現為高雄醫學大學健康科學院醫學社會學與社會工作學系副教授、高雄醫學大學附設中和紀念醫院社會服務室社會工作師；劉嫻均現為高雄醫學大學附設中和紀念醫院社會服務室社會工作師兼主任；陳冠含現為高雄醫學大學附設中和紀念醫院社會服務室社會工作師；陳錦雯現為高雄醫學大學附設中和紀念醫院社會服務室社會工作員）

#### 註釋

註 1：法英兩個國家阿摩那(Almoner)的執掌與任務，及美國卡伯教授的生平背景和倡議成立醫院社會服務部門的主張，有興趣者可參閱陳武宗 2011 年發表於社區發展季刊第 133 期的「社會工作與醫院的歷史連結－臺灣經驗」一文。

註 2：貧民施醫：1952 年臺灣省政府午江府純三字第 7898 號貧民施醫的政令，指定公私立醫院，撥出百分之五的床位，舉辦貧民暨征屬施醫優待，憑施醫證就醫之貧苦病人，其醫藥費用，由所屬縣市政府負擔百分之七十，醫院負擔百分之三十，姚卓英女士對臺灣省政府的此措施，從救濟事業與社會福利發展的角度，表示都是新的里程碑，對醫務社會工作的發展，更有不可分性。但在缺乏穩定財源、專業人才及客觀公正的調查評估等配套下，此政令成為姚卓英所形容的「象徵性的貧民施醫」，而對貧民施醫者的實質協助責任，就落在部分醫院及其社會服務部門的

肩上。此部分的討論，請再詳閱姚卓英 1973 年所出版「醫務社會工作」一書第四章。

註 3：一攤血的故事：此發生在 1966 年花蓮縣鳳林鎮，因一位原住民懷孕婦女無法繳納保證金，無法順利就醫的事件，反應出經濟弱勢者在求醫過程，因醫療院所的繳納保證金制度，難以即時獲的其所需必要的醫療服務造成生命喪失。此故事後續雖促成慈濟功德會的設立，甚至演變法律訴訟事件，但弱勢者的就醫權益的維護，仍是其核心的問題。

註 4：邱小妹事件：2005 年元月 10 日深夜四歲的邱小妹被父親暴力傷害後陷入昏迷，經緊急送醫後，被醫院以無加護病房的理由一再轉院，最後轉到中部 200 公里海線的醫院，雖經醫院收治，但仍於元月 23 日不幸死亡。此事件反應出一床難求、急重症病床調度及醫者對弱勢求醫者輕忽怠慢等醫療服務的問題，也引發了整體社會與媒體對醫界和醫療服務體制的嚴苛批判，社會弱勢者就醫的權利維護，也是此事件最值得醫院經營者關注與謀求對策的嚴肅課題。

## 參考文獻

- 莫藜藜(2002)。醫療福利，臺北市：亞太圖書。
- 中央健康保險局高屏分局(2010)。中央健康保險局高屏分局補助經濟弱勢者自付保險費政策宣導手冊。
- 高雄市政府衛生局(2011)。高雄市醫療機構協助弱勢個案就醫補助方案計畫書。
- 陳武宗(1992)。醫院醫療補助運用社會資源的分析，中華民國醫務社會工作學刊，2：17-23。
- 陳琇惠(2000)。醫療補助，引自社會工作辭典，臺北市：社區發展研究訓練中心印行。
- 莫藜藜(1999)。全民健保與醫院社會工作，臺北市：雙葉書廊。
- 李雲裳(2005)。臺灣地區醫務社會工作之發展，社區發展季刊第一零九期，頁 165-170。
- 廖榮利(1991)。醫療社會工作，臺北：巨流。
- 姚卓英(1978)。醫務社會工作，臺北市：正中書局。
- 莫藜藜(1992)。醫務社會工作在臺灣的現況與發展，社區發展季刊 60 期，頁 3-12。
- 方志賢(2011)。深腦刺激有效緩解巴金森氏症，自由時報 2011/8/7AA1。
- 陳武宗(1999)。社會工作在健康照護領域內之發展任務與倫理議題，社區發展季刊，86，頁 109-115。
- 陳武宗(2009)。醫院社會工作部門社會資源運用與倡導經驗回顧，社區發展季刊，第 126 期，頁 20-33。
- 黃碧霞、張秀鴛、簡慧娟(2011)。邁入 21 世紀的社會福利業務重要記事，社區發展季刊，

133 期，頁 23-40。

孫健忠(2011)。建國百年社會救助發展重要紀事，社區發展季刊，133 期，177-185。

陳武宗(2011)。社會工作與醫院的歷史連結—臺灣經驗，社區發展季刊，133 期，頁 479-499。

高雄市政府社會局(2011)。高雄市性侵害被害人補助辦法，2011/01/31 高市府四維社工婦保字第 1000010979 號。

Anderson & Gevitz (1983). The General Hospital: A Social and Historical Perspective, See David Mechanic (ed.). Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions, N.Y.: The Free Press.