

健保特約醫事服務機構——結餘來源？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

中央健康保險署（以下簡稱健保署）依照「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法^①」，於今(15)日上網公開113年度領取健保費用2億元以上，經各該主管機關或會計師查核通過之240家院所（醫學中心22家、區域醫院83家、地區醫院130家、基層診所3家及2家醫事檢驗所）財務報告，惟各院所大小及規模不同，本署同時提供「病床數」、「每病床申報點數」及「全日平均護病比」等資料供參考比較。健保署表示，以本次醫務結餘前20家醫院分析，整體醫務結餘金額為**138.82億元^②**，相較該20家醫院於112年結餘總計134.88億元，增加3.94億元。健保署自114年起推動個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫^③，透過事前協定個別醫院前瞻式預算，強化醫院自主管理。同時加大健康投資，114年及115年連二年總額預算成長率均達高推估5.5%，115年在行政院支持下，挹注公務預算199億元，健保總額達1兆82億元，醫院總額一般服務平均點值已見逐年提升趨勢，114年全年平均點值達0.9820，未來將持續擴大健康投資為方向。健保署為**強化醫療韌性**，朝「不同工不同酬^④」調升醫療服務支付，除自114年起挹注42億元調升急診、加護病房及住院護理費相關支付標準，今年4月再調高兒科急重症支付，包含兒科加護病房及一般住院診察費加成、提升小兒外科重大手術及調高小兒精神科日間住院治療等支付，共挹注2.3億元，6月持續調升兒科、產科、神外、整外及精神科等重症處置，共挹注32億元，未來將持續研議調整護理費、醫師

診察費等人力投入為主之診療項目，並將配合衛生福利部各司署，輔導醫療院所提高醫事人員之薪資，反映其專業付出。（「健保署依法公開醫療院所113年度財務報告」焦點新聞，中央健康保險署，民國115年7月15日）

「醫務本業不賺錢，靠股利、停車場、美食街補貼！」乙醫師唸新聞事件。

「誰講的？」丙醫師向來對健保特約醫院的「業外收入」有獨特的見解。

「台灣醫務管理學會理事長洪子仁說的…」乙醫師補充。

「新光醫院行政副院長嗎？」丙醫師問。

「沒錯！非醫師身分！」甲醫師搶先回答。

「新光醫院醫務本業也不賺錢？」丙醫師又問。

「是的！沒排上前20名單內，不知道結餘多少？」乙醫師再補充。

「前幾名有哪些醫院？」甲醫師問。

「第1名中國醫大附設醫院以17.8億醫務結餘榮登寶座，且連續蟬聯11年冠軍，但是比前一年26.99億衰退三分之一；第2名高雄醫學大13.36億，比前一年12.65億微幅成長；第3名台中榮總10.03億，比前一年10.37億微幅衰退；第4名中山附醫9.35億，比前一年8.20億也是微幅成長；第5名高雄長庚7.21億，比前一年5.87億算是中度成長，以上皆是醫學中心等級，台中榮總是唯一上榜的公立醫學中心。」乙醫師接續新聞講。

「區域醫院、地區醫院沒有上榜嗎？」換丙醫師問。

「有上榜：第6名陽明醫院就是地區醫院，醫務結餘6.82億，比前一年6.40億微幅成長，被前一名高雄長庚超越；第7名桃園長庚也是地區醫院，醫務結餘6.79億，比前一年5.21億算是中度成長。第8、9、10名才是區域醫院，分別為嘉基醫院、亞洲大學附醫、新竹馬偕，醫務結餘都剛好超過6億，其中只有新竹馬偕比前一年7.48億衰退1.38億，其他皆微幅成長。這5家皆是私立醫療機構。」乙醫師謹慎比對。

「意思是地區醫院經營績效比區域醫院好、私立的比公立的好？」丙醫師覺得應該如此。

「不見得吧…」乙醫師繼續往下看，接著說：「第11-15名有3家醫學中心、2家區域醫院，我們母校附設醫院屬於區域醫院排第13名，二年結餘分別是5.31億及5.27億，差不多。」

「我怎麼覺得這數字怪怪的…母校委託經營的醫院呢？」丙醫師問乙醫師。

「還真的區域醫院經營績效比醫學中心好！」乙醫師繼續往下看，接著說：「屬於醫學中心等級的雙和醫院排名第17，結餘還比前一年微幅衰退，同屬醫學中心等級的萬芳醫院則未排進前20名。」

「健保署主秘劉林義表示：依醫院層級分析，醫學中心約9成有醫務結餘，共20家、2家

短絀；區域醫院近8成有結餘，共65家、18家短絀；地區醫院近7成有結餘，共89家、41家短絀，顯示層級愈低的醫院，經營壓力相對更大。」甲醫師查到另一則新聞。

「很好奇2家短絀的醫學中心是哪家？醫學中心不是有23家嗎？雙和醫院剛由區域醫院升等醫學中心，可能是部分負擔影響到病人選擇？」丙醫師有疑惑。

「對ㄟ！113年評鑑結果是23家醫學中心。」甲醫師回神回答。

「官方的數據，參考就好。」曾任中級公務人員的丙醫師有些了解。

「怎麼沒有提到醫學中心級的林口長庚？」甲醫師問。

「除醫務收入外，加上絕不虧錢業外收入的整體結餘，第1名就是林口長庚的37.26億，前一年是56.31億元，醫務本業利益僅4.44億排第19名，即便股利縮水近18億，仍蟬聯9年冠軍。第2名高雄長庚整體結餘28.65億元，醫務本業利益7.21億排第5名，也已穩坐整體賺錢榜亞軍至少7年。中國附醫以23.89億整體結餘排第3名，但是醫務結餘17.8億則排名第一…」乙醫師的說明。

「看起來…最好的業外收入是股利，醫務本業第1名的中國附醫，業外收入卻僅約占四分之一；林口長庚約占九成，高雄長庚約占四分之三！在健保制度下，醫療機構僅靠醫務本業…不易生存！」丙醫師對健保制度的意見特別多。

「接下來是台北榮總整體結餘20.40億、台中榮總整體結餘19.01億，台中榮總醫務本業結餘為10.03億，台北榮總則在20名外，意思是不到4億？這不是2位兄長的醫學娘家嗎！」乙醫師對其他2位醫師講。

「所以台北榮總業外收入約占八成、台中榮總約占四成六…台北榮總應該沒有股利的業外收入！」換甲醫師來計算。

「有停車場及美食廣場的業外收入啊！」丙醫師曾於榮總醫法論壇演講提及。

「沒錯！台北榮總停車場常需要排隊等候進場，美食街也總是人潮洶湧。」甲醫師說。

「這也印證多年前台北榮總總務室某長官私下提及：還好有停車場收入及美食廣場外包收入，光靠醫療收入鐵定賠錢。」丙醫師想起擔任住院醫師時，院區內停車皆無收費的自由日子。

「沒錯！健保署說，113年財報中9成醫院有結餘，75%醫院醫療本業也有結餘，強調醫院有提高人事費用，試圖挽回人力流失。意思是仍有25%醫療本業是虧損狀況嗎？」甲醫師問。

「確實如此！健保署資料顯示，相較112年資料，113年各層級都有更多醫院入不敷出：虧錢醫學中心從1家變2家即花蓮慈濟與新竹台大、區域醫院從8家變18家、地區醫院從39家變41家。」乙醫師回答。

「對比台北榮總與台中榮總醫學中心的業外收入即可知：前者約占八成、後者約占四成

六。少了業外收入的區域醫院、地區醫院應該更不好經營？」丙醫師的推測。

「的確如此！113年整體收支短絀前10大醫院依序為：高醫岡山（-6.30億元）、屏東榮總含屏榮龍泉分院（-2.54億元）、大同醫院（-0.81億元）、宏仁醫院、高雄市聯醫、門諾壽豐分院、新泰綜合醫院、大林慈濟醫院、蕭中正醫院、國仁醫院。單計算醫療本業虧錢的醫院，高醫岡山虧損6.76億元居冠，其次則是屏東榮總含龍泉分院虧損3.69億元，健保署解釋，高醫岡山與龍泉分院都是新設醫院，尤其是高醫岡山在113年4月才與健保特約，新蓋好的醫院初期營運成本都會較高。依序接著是台大癌醫虧損3.63億元、義大醫院虧損3.22億元、台大新竹分院併台大生醫虧損3.09億元、大林慈濟醫院虧損2.83億元、基隆長庚則是虧1.96億元、和信治癌中心醫院虧損1.85億元、大同醫院虧損1.49億元、慈濟醫院虧損1.35億元。」乙醫師補充回答。

「哇！滿江紅，醫療本業的支出都到哪裡去？」丙醫師直覺地問。

「其中人事成本佔比中位數反而都下降約1~2%…」乙醫師再補充。

「既然支出沒用在人事費用，其餘自己琢磨…」丙醫師的心裡話。（全文完）

問題①：全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法。

解 答：本辦法依《全民健康保險法》第73條

第二項規定訂定之，所以是授權法規命令，授權主管機關衛生福利部訂定。《全民健康保險法》第73條第一項：「保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之。」第三項：「第一項之財務報告應至少包括下列各項報表：一、資產負債表。二、收支餘絀表。三、淨值變動表。四、現金流量表。五、醫務收入明細表。六、醫務成本明細表。」因為各院所大小及規模不同，健保署同時提供「病床數」、「每病床申報點數」及「全日平均護病比」等資料供參考比較。

《全民健康保險法》第73條第二項：「前項之一定數額、期限、財務報告之提供程序、格式及內容之辦法，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。」《全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法》於民國102年6月7日發布，全文僅有10條，去頭（依據）去尾（施行日）剩8條，其中第7條有6個報表附件，係依母法所設計：…二、收支餘絀表（損益表）。…六、…。（註：損益表是註解？）據此日期，本辦法應在二代健保實施後半年才發布，並自發布日施行。

所謂損益表（Income Statement或Profit and Loss Statement，簡稱P&L）是企業最重要的三大財務報表之一，用來記錄企業在特定一段期間內（如一個月、一季或一年）的收入、成本、費用與最終利潤。它就像是企業

的「經營成績單」，能直接看出公司到底是賺錢還是賠錢。損益表主要計算及顯示公司的盈利狀況。合夥經營和有限公司的損益表中會在計算公司淨盈利後加入分配帳(appropriation account)，以顯示公司如何分發盈利。損益表的項目，按利潤構成和利潤分配分為兩個部分。利潤構成部分先列示銷貨收入，然後減去銷貨成本得出毛利；再減去各種費用後得出營業利益；再加減營業外收入與營業外支出後，即為利潤（虧損）總額（圖一）。需要注意的是，損益表是以應收應付的形式入帳(accrual basis)，甚少機構（如非營利機構）會以實收實付(cash basis)形式入帳。（參考「損益表」，維基百科，網址：<https://zh.wikipedia.org/zh-tw/利潤表>）損益表是企業核心報表之一，和資產負債表、現金流量表並列為3大財



圖一 損益表結構（圖片來源：財報雲2026年3月2日）

務報表。損益表能呈現出一間公司在特定期間內（通常是1個月或1季）的營收、成本、營業費用、稅後淨利等數據，反映出「經營成果」。（參考「損益表是什麼？怎麼製作？9大會計科目、編製步驟及範本分享！」，財報雲BLOG，2026年3月2日，網址：<https://blog.statementscloud.tw/income-statement/>）問題是：醫療機構屬於「營利事業」、還是「**非營利事業**」？餘絀（損益）又與健保署在本焦點新聞所稱「**結餘**」，有何不同？

問題②：醫療法人財務報告編製準則。

解 答：相對於健保署依據《全民健康保險法》授權訂定之《全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法》，衛生署（註：衛生福利部前身）為監督醫療財團法人財務狀況，依據《醫療法》第34條第二項，規定醫療法人應於年度終了5個月內，向中央主管機關申報經董事會通過及監察人承認之年度財務報告。上開財務報告應依衛生署公布之「**醫療法人財務報告編製準則**」訂定之，並由衛生署聘請會計、財務、稅法、醫院管理等相關專家學者及民間團體代表共同組成財報審查小組，秉持公正、客觀之精神進行財報審查。各醫療法人財務報告經財報審查小組審核通過後，本署即據以辦理法人財務報告公開作業，公開內容為法人經會計師簽證之完整財務報告內容。…按《醫療法》第46條規定，醫療財團法人應提撥年度醫療收入**結餘之百分之十以上**辦理醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項等，此項支出

依據「**醫療法人財務報告編製準則**」，應列表說明當年度之金額與支用情形。如該年度該項支用數未達醫療法規定之百分比，本署將函請該法人具體說明緣由另以專案辦理審查。（參考「醫療財團法人財務報告審查原則」焦點新聞，衛生福利部，民國98年2月24日）

所以，「**醫療法人財務報告編製準則**」係依《醫療法》第34條第二項及第三項規定（註：第二項：「醫療法人應於年度終了五個月內，向中央主管機關申報經董事會通過及監察人承認之年度財務報告。」、第三項：「前項財務報告編製準則，由中央主管機關定之。」），醫療法人應於年度終了五個月內，向中央主管機關申報經董事會通過及監察人承認之年度財務報告。前項財務報告編製準則，由中央主管機關定之。因此，衛生福利部（改制前行政院衛生署）於**95年2月27日訂定**發布「**醫療法人財務報告編製準則**」（以下稱本準則），並歷經一次部分條文修正及二次報表編製格式修正。因應《財團法人法》自108年2月1日施行，該法第24條第四項亦明定「主管機關應制定財團法人會計處理準則及財務報告編製準則」，為全面檢討現行本準則內容之適切性，並配合財團法人法內容適度修正。（參考「醫療法人財務報告編製準則修正草案總說明」，行政院公報第025卷第245期，衛生勞動篇，2019年12月26日）

因應「**企業會計準則公報第十五號**」於110年10月27日第二次修訂，並自112年1月1日適用，及考量醫療法人會計實務需要，爰修

正本準則部分條文，其修正重點如下：一、依《醫療法》第35條第一項所定（註：醫療法人不得為公司之無限責任股東或合夥事業之合夥人；如為公司之有限責任股東時，其所有投資總額及對單一公司之投資額或其比例應不得超過一定之限制。）醫療法人投資限制，醫療法人不得投資衍生性金融商品，爰刪除「投資衍生性商品之相關資訊」。（修正條文第七條第25款為「設立或附設機構之財務資訊」）二、參考企業會計準則公報第15號、長期照顧服務機構法人財務報告編製準則第13條及商業會計處理準則第15條規定，修正資產負債表之流動資產項下現金及約當現金、短期性之投資、應收票據、應收帳款、其他應收款及其他流動資產之會計項目內容與表達。（修正條文第12條）三、參考企業會計準則公報第15號及商業會計準則第16條規定，修正長期性投資之會計項目分類。（修正條文第15條）四、配合修正條文第12條及第15條內容，修正相關會計項目。（修正條文第21條、第25條、第26條、第30條、第33條）五、參考商業會計準則第25條第三項及企業會計準則公報第2號第26條規定，彙總規範會計衡量方式，修正會計項目之內容與表達。（修正條文第23條）六、參考長期照顧服務機構法人財務報告編製準則第23條第二款及商業會計處理準則第26條第五款規定，修正長期借款之內容與表達。（修正條文第24條）七、參考企業會計準則及所得稅法規定，修正會計項目分類。（修正條文第27條）（以上參考「醫療法人財務報告編製準則部分

表 1、113 年醫務結餘(醫務利益)前二十大院所

醫院名稱	特約類別	排序	113 年	112 年
			醫務利益 (億元)	醫務利益 (億元)
中國附醫	醫學中心	1	17.80	26.99
高雄醫學大	醫學中心	2	13.36	12.65
臺中榮總	醫學中心	3	10.03	10.37
中山附醫	醫學中心	4	9.35	8.20
高雄長庚	醫學中心	5	7.21	5.87
陽明醫院	地區醫院	6	6.82	6.40
桃園長庚	地區醫院	7	6.79	5.21
嘉基醫院	區域醫院	8	6.61	3.24
亞洲大學附	區域醫院	9	6.52	4.61
新竹馬偕	區域醫院	10	6.10	7.48
亞東醫院	醫學中心	11	5.62	7.08
台北馬偕	醫學中心	12	5.55	2.28
台北醫大	區域醫院	13	5.31	5.27
臺北市聯醫	區域醫院	14	4.94	4.96
彰基	醫學中心	15	4.65	3.99
彰基員林基	地區醫院	16	4.63	3.94
雙和醫院	醫學中心	17	4.55	5.70
市立安南	區域醫院	18	4.45	5.21
林口長庚	醫學中心	19	4.44	2.19
阮綜合醫院	區域醫院	20	4.07	3.22
合計			138.82	134.88

註：

- 資料來源：各院所提報之財務報告。
- 醫務利益：公立醫院為收支餘絀結算表之醫務結餘(結餘)項之數值；私立醫院為收支餘絀表之醫務利益項之數值。
- 本表排序係依 113 年醫務利益金額由高至低進行排序。

圖二 113年醫務結餘（醫務利益）前二十大院所
（圖片來源：健保署115年7月15日）

條文修正總說明」，113.12.20修正）

所以，醫療法人受限不得投資某些金融商品，經營一定規模醫療機構，必須得當成「企業經營」方式編製「財務報告」嗎？健保署表示，以本次醫務結餘前20家醫院分析，整體「醫務結餘」金額為138.82億元。（圖二）健保署自2018年以來公布申報健保超過2億元之醫療院所財報，今7月15日依法公開2024年財報，涵蓋235家醫院、2家醫檢所（品信、登

全）、3家診所（安慎、遠東聯合、書田）。若單看「醫療本業」賺錢榜，健保署主秘劉林義表示，75%醫院（178家，註：25%的「醫療本業」賠錢！）單靠醫療本業就有賺錢。劉林義表示，以醫務結餘前20家醫院分析，整體醫務結餘金額為138.82億元，相較這20家醫院於2023年結餘總計134.88億元，增加了3.94億元。（參考「2024年醫院財報揭密：誰是賺錢榜常勝軍？公立醫院霸主又是誰？人事成本佔比為何不升反降？」文/邱宜君 責任編輯/廖苾君，康健雜誌，2026-07-15）

問題③：個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫。

解答：2025年是健保30週年，健保署於4月推行「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」，也是俗稱的「醫院個別總額制」（圖三），替每家醫院的健保點數設上限，一旦超過額度，健保給付就會打折或不給付。要談這個新政策，要先從整個健保脈絡談起。台灣健保是總額制，所有人分同一塊餅，譬如當家中長輩出現三高問題，每天的醫藥費就是限制100元，不會改變。但問題在於，長輩就是要每天服藥、要定期檢查，加上通貨膨脹，這100塊根本就不夠看病。政府就想出一套絕招，把這個100塊，包給長輩家隔壁的醫院，然後不管長輩怎麼樣來看病，就是給醫院100塊，長輩來看五次也是100、看十次也是100，做多少檢查都是100元。換另一種比喻：就像



一起分這些三明治，但醫院都不知道要做多少分量，拚命做；但現在有醫院個別總額制，就是讓所有醫院清楚自己能做多少的三明治、能接多少客人。（參考「用一塊三明治解釋健保「醫院個別總額制」 會衝垮台灣醫療最後防線？」，張鴻仁，天下雜誌Web only，2025-04-22）個別總額制度對中小型醫院而言，並不會是問題，因為他們很清楚自己的健保額度在哪，也知道自己的能耐到哪，評估如何少收一點門診、或少一點住院病人。但這就會開始出現問題，因為醫學中心並不能拒收病人，最後就是各式各樣的病人擠爆第一線的大醫院。

儘管健保署將加護病房等急重症醫療共22項，列為「保障項目」，醫院執行這些業務導致申報點數成長時，不必被打折給付，但總是存在沒被保障的醫療項目，也會導致中小醫院策略性選擇病人。簡而言之，醫院個別總額制就是讓台灣最大的醫學中心們，去承擔健保總額不夠的問題。未來醫學中心面對龐大的病人來襲，還有個別總額的限制，最後恐怕只得認賠看診？台灣大型醫學中心已是最後的醫療防線，新政策的衝擊方興未艾，還是要步步為營。

中央健康保險署推行「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」，其核心目標在於建立「個別醫院總額」，以改善現行分區總額下，因醫院間競爭與服務量成長導致點值稀釋的問題，並試圖減少對未擴張服務量醫院的變相懲罰。此外，該計畫亦要求醫學中心門診營收占比低於55%，若門診成長率超標，健保

給付將遭扣減。台北區（北北基、宜蘭縣、金門縣、連江縣）於2025年第二季開始實施，而其他分區則從第一季開始上路。健保署指出，各區管理原則一致，但保留各分區共管彈性，如台北區在急症難罕症照護等特定排除列計不設上限，避免急重症患者被排擠。「個別醫院總額」可說是遷就目前健保尚無法擴大財源的現實下，健保署迫於壓力努力將點值維持在醫界期望的「權宜之計」。長期以來，健保署在各分區透過「共同管理」模式進行總額支付調控，形成「攤扣式」（目標點值型）與「斷頭式」（個別總額型）兩種機制。所謂「攤扣式」是結算點值時如整體醫療利用超過目標，則依照各醫院成長費用等比例扣除；由於是事後結算，曾導致醫院工會團體抗議醫院苛扣原預期可拿到的獎勵金。而「斷頭式」是事先設定個別醫院目標點數（即個別醫院總額），除部分例外情況，超過額度一律核減，故院所會選擇不申報超額的部分；此機制雖可確保點值穩定，但可能促使醫院限制服務量，進而影響病患的可近性。類似的「個別醫院總額」概念，早在2004年以「醫院卓越計畫」之名推行，然因部分醫院減少開立藥品種類與數量，並限制門診量，導致民眾申訴「掛不上號」、「醫院減少開藥種類或數量」，甚至有醫學中心因頻繁遭投訴而被中區健保業務組終止合約。此外，由於當時採取自願參與模式，未參加的醫院點值大幅下降，進而影響整體醫療生態，最終導致該計畫終止，並遭監察院糾正。近期，急診醫師與護理人員離職潮再次引

發關注。與過去多將急診壅塞歸因於民眾濫用不同，這次急診醫學界罕見的「砲口向內」，直指醫護離職潮反映的是其他科別不願積極收治急診病患，導致急診醫護負擔加重，更延伸至不同醫療專科間收入與生活品質差異的「相對剝奪感」。一般而言，門診轉住院病患病情較穩定，住院天數易於管理，且較有機會接受自費治療；相較之下，急診轉住院病患病情較重，住院時間較不確定，因此較可能被排擠、甚至被策略性的留在急診治療，導致急診壅塞壓力進一步升高。當「個別醫院總額」普及至全台醫院後，這類急診與非急診專科的衝突，將進一步被放大，畢竟多收治一個急診的患者，即使能有健保加成、或排除於個別總額之外，相比於門診排程的住院病患，哪一種較符合該科部的利益，是非常現實的問題。（參考「個別醫院總額上路，穩定點值外如何避免醫院「選擇病人」？」，郭年真，報導者電子報，2025/3/3）

以中央健康保險署臺北業務組「個別醫院前瞻式預算分區共管方式」為例，試辦計畫目的：一、前瞻式預算，合理自我管控，降低醫院財務衝擊。二、鼓勵醫院積極自主管理，提升醫療服務審查效率。試辦計畫依據：一、全民健康保險法第61條第4項規定，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者、研商及推動總額支付制度。二、「全民健康保險醫療費用申報與給付及醫療服務審查辦法」第22條第4項規定，保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行

分析，依分析結果，得免除、增減抽樣審查或全審。實施對象：臺北區特約醫院（除牙醫醫院外）皆應參與並簽立附約。（註：依據依據115.01.06第四版修訂版）問題是：《全民健康保險法》有授權另訂健保大總額下，可以再另訂其他小總額嗎？2004年「醫院卓越計畫」遭監察院糾正案是「前車之鑑」，應該值得參考！

問題④：強化醫療韌性，朝「不同工不同酬」調升醫療服務支付。

解 答：何謂「醫療韌性(Healthcare Resilience)」(圖四)？指醫療體系在面對突發災難、重大疫情或地緣政治衝突（如戰爭）等極端衝擊時，仍能維持核心功能運作、吸收外部壓力並迅速恢復日常服務的能力。這項概念打破了過去只著重於「災後緊急應變」的思維，強調將抗災與調適能力融入日常的醫療組織文化與資源規劃中。

面對全球安全環境日益複雜與不確定，再加上新興疾病、極端氣候等非傳統安全課題的衝擊，對我國民眾健康與安全構成重大挑戰，發展具備實務運作與整備能力的全面複合式極端災難醫療體系已勢在必行；同時，藥品供應亦因新興傳染病威脅、地緣政治風險及全球供應鏈中斷等因素而面臨嚴峻考驗，強化供應韌性已成為各國關注焦點，為此我國須持續提升醫、藥體系之彈性與韌性，確保藥品穩定供應，全力保障民眾用藥權益與健康安全。鑒



圖四 衛福部韌性醫療計畫（圖片來源：台視新聞製圖2025.01.02）

於全社會災難應變能力尚需加強；民眾、消防人員、急救站人員及醫療人員等，外傷處置能力與合作應變尚需強化；醫療體系血液儲備、維生及水電等設施，尚需強化備援，因此衛生福利部透過「醫療量能整備」、「人員賦能精進」、「設備韌性維護」三面向，以達到「韌性醫院」、「韌性社區」、「韌性救護」、「全民韌性」及「國際合作」之5大目標。韌性國家醫療整備計畫是4年期計畫，各年度目標由基礎建設、制度設計開始，後續逐步實踐、學用合一、厚植量能，到國際接軌、持續精進等。本是一個龐大整合型、跨領域、跨地域、跨機構組織的全面規劃，包含多項子計畫，例如：辦理韌性國家醫療整備管理中心、強化地方衛生局和急救責任醫院緊急應變及管理機制、提升民眾外傷急救知能、補助國內團體辦理醫療團隊外傷照護及重症照護訓練等、補助醫療機構辦理設備韌性維護、維生設備備援及穩定能源系統等。…衛生福利部針對醫療韌性之部分，期望藉由「韌性國家醫療整備計畫」之醫療量能整備、人員賦能精進、設備韌

性維護三面向，提升醫療體系面對大型災難或特殊事件發生時之應變與整備，全方位落實韌性國家之醫療量能並達成國際交流與合作。（參考「臺灣韌性醫藥整備計畫公聽會」書面報告，衛生福利部，立法院第11屆第3會期社會福利及衛生環境委員會，民國114年6月19日）

何謂「不同工不同酬」？《全民健康保險法》第42條第一項：「醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。」意思是「同病、同品質、同酬」所謂三同，並無反面解釋之「不同工、不同酬」。此規定係一代健保法第51條第二項：「前項所稱醫療費用支付標準，應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。」全文修正理由：配合多元支付制度之採行，於第一項規定有關醫療服務給付項目及支付標準中支付標準點數之訂定方式，並將原條文第51條第二項修正移列，併同規範。所以「同病、同酬」是健保給付的終極原則，意思是依照「疾病代碼支付、不論醫術」？這種「一視同價」的法律規定，違法專業、技術有價值差異的基本原則！衛生福利部次長林靜儀近日於台北醫學大學附設醫院宣布，將運用全民健保數據推動疾病治理。糖尿病等慢性病照護採不同工不同酬，依病況（即疾病代碼、非醫術嗎？）給予醫師不同給付點數。…（參考「健保大變革！

慢性病治療將『不同工不同酬』」，張雅淳報導，中天新聞網，2026年8月8日）

中央健康保險署依循「不同工不同酬」精神，於115年6月25日召開「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，通過調升重症手術處置支付點數，健保共投入約11.5億元。健保署署長陳亮妤表示，為回應重症醫療團隊的專業付出，並提升醫療機構重症照護量能，除持續調整兒科支付外，本次續對整形外科、神經外科、骨科、消化系外科及大腸直腸外科等領域，共調整90項手術處置或治療費。…健保署強調，維持重症醫療量能穩定且充足，是健保永續發展及保障民眾健康重要基礎。本次支付標準調整，回應醫療人員投入重症照護之付出，進一步強化醫療體系韌性及照護品質，並兼顧病人就醫權益與醫療人員合理報酬，未來將持續配合「健康台灣」政策方向，依據臨床實務需求，分階段檢討及調整醫療支付標準。（參考「健保署落實不同工不同酬 調升90項外科重症手術支付」焦點新聞，中央健康保險署，民國115年8月8日）結果是：個別醫師的醫術…永遠不會是健保制度下「不同工不同酬」的考慮因素？「醫德」與「醫得」…永遠沾不上邊！🇹🇼

