

東 海 大 學
工業工程與經營資訊研究所
醫務工程與管理碩士班

碩士論文

兩岸醫療制度分析與醫院護理人力
之探討

—以大陸某大型醫院及台灣某醫學中心為例—

研 究 生：陳燕雪

指 導 教 授：陳 潭 教授

中 華 民 國 九 十 六 年 六 月

**A Study of Medical System and Hospital Nursing
Human Resource in China and Taiwan
--Comparison of Two Medical Centers**

By

Yen-Hsueh Chen

Advisor: Dr. Tam Chan

A Thesis

Submitted to Tunghai University

in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Business Administration

June 2007

Taichung, Taiwan

兩岸醫療制度分析與醫院護理人力之探討

— 以大陸某大型醫院及台灣某醫學中心為例 —

研究生：陳燕雪

指導教授：陳潭 博士

東海大學工業工程與經營資訊研究所

摘 要

2000 年大陸醫療產業市場為 3510 億元，到 2005 年醫療產業總市場額為 6400 億元，5 年內增長 1500 億元成長 42%，而醫療消費每人每年只有 31 美元，佔國民生產總值 4% 以下，與美國相比較，美國醫療消費每人每年為 4090 美元是大陸的 130 倍，佔美國國民生產總值的 14%，可見中國大陸醫療市場的需求及發展空間之大。

臺灣健保總額之後，各私立產業競相至對岸設立醫院外，台灣醫生也在無利可圖下紛紛出走，各醫療院所以人事緊縮來因應越來越嚴重的財務危機，此舉作法不僅影響醫療品質，更危害到病患之安全，本研究針對醫事人力資源之運用，探討兩岸醫療院所的人力運用情形。所以本文的研究目的：

1. 探討兩岸醫療環境、醫療保險制度之差異。
2. 探討兩岸醫院人力運用之差異。
3. 探討兩岸醫療制度下對護理教育、醫院護理人力運用的影響。

結果發現台灣醫療環境擁有較高的民眾滿意度、較多的政府投入、及較佳的公共衛生成效之優勢，但相對的因經濟成長緩慢、醫療資源控管不良、及在總額下醫療院所間造成的激烈競爭之劣勢，並且處於大陸經濟成長快速、醫療需求量較大的威脅中。在護理人力資源上，大陸因護理教育停頓 30 年，造成護士普遍教育程度較低，社會地位低落，而台灣在學制改制下，學歷已漸漸提昇，但也因為如此，依目前的畢業人數看，將供過於求，僅約 1/3 畢業生得以順利就業。

兩岸的醫事人員一樣的面對複雜的照護環境，病人病情複雜度增高、民眾對醫療品質的需求增加、工作負荷量增加等因素，雖然兩岸政府皆有立法護理人員數比，但因大陸護士管理非完全由護理部門管理、在成本考量下緊縮人員，造成護理人員數比，遠不及公訂之比例，而台灣也因總額預算問題，緊縮護理人力、及人員培育上供過於求、離職率激增，一樣造成人力資源的不足。同時在國際各國醫事人員數比較上，可以見到兩岸護理人員數比，皆遠不如歐美其他先進國家。所以為提升醫療品質應有以下之改變。

所以筆者建議：1. 政府應體驗醫療環境有越來越複雜趨勢，為避免醫療傷害、增加病患之安全，應立法增加護理人員數比。2. 調整、控管各層級護理學校之招生，避免供過於求，影響護理人員之待遇及福利。3. 鼓勵並增加在職進修，擬定完善的進修管道及環境，以提升護理素質。4. 增加正職人員之聘用，避免以約聘方式進用，而增加離職率，造成年資偏低、臨床工作效益低。

關鍵字詞：醫療環境、醫療環境指標、醫療制度、人力資源、護理人力運用

A Study of Medical System and Hospital Nursing

Human Resource in China and Taiwan

-- Comparison of Two Medical Centers

Student: Yen-Hsueh Chen

Advisor: Dr. Tam Chan

Department of Industrial Engineering and Enterprise Information
Tunghai University

ABSTRACT

From 2000 to 2005, the expense of medical care market in China had an increase of 42%, however, the total value was only 4% of its GDP, far lower than that of the USA (14%). Therefore, there is a great potential for the future development of medical business in China.

On the other hand, many medical institutes and physicians in Taiwan went to China to search for further development because of the deteriorated financial situation, which occurred since the Bureau of National Health Insurance introduced a package compensation system. To cope with such stringent environment many hospitals in Taiwan were forced to decrease their staffs to save the management cost. However, such policy caused shortage of human resource in medical care and it would not only sacrifice the medical care quality but also affect patient safety.

The current study is to investigate the problems of human resource in cross-strait hospitals. We try to delve into the following topics:

1. The cross-strait difference in medical environment and medical insurance system.
2. The cross-strait difference in hospital human resource employment.
3. The influence of cross-strait medical systems on the nursing education and nursing human resource.

We found that people satisfaction to medical environment in Taiwan is higher than that in China. More government involvement and better public health care are also seen in Taiwan. However, stagnant economic growth, poor medical resource control, and keen competition in the medical care market are the problems. In addition, Taiwan is facing the rapid growth of economy and medical care market in China. As far as the nursing system is concerned, the quality of nursing education is inferior in China. On the other hand, the number of nurses in Taiwan will outstrip that in need. It is estimated that only about one-third of nurses who just graduate from school can find job.

Both cross-strait medical personnel are confronted with the same problems in health care, such as more and more complicated medical environment, higher quality requirement in patient care, and over work loading. Imbalance in supplement and need of nursing staffs is seen in both cross-strait hospitals although the causes are different.

At present, the nurse/patient ratio in cross-strait hospitals is far lower than that of the developed countries.

We thus make the following suggestions: 1. Government should set a law to define a standard nurse/patient ratio. 2. The number of nursing student should be controlled and adjusted appropriately to avoid imbalance between supplement and need. 3. Provide suitable education opportunity for nursing staffs to promote nursing quality. 4. Increase formal positions for nursing staffs instead of short-term employment.

Key words: medical environment, medical environment target, medical system, human resource, nursing resource employment

誌謝

踏入在職專班研究所，在忙碌與緊張情況下，很快的 2 年時間匆匆過去，研究所的生活竟也到達尾聲了，真不知該歡喜或驚嘆時光的流逝。在這 2 年時光中老師亦師亦友的教導，同學的互相扶持，這段經驗、回憶值得我回味一輩子。

論文的完成首先感謝陳潭教授孜孜不倦的教導，犧牲自己的休假並以比研究生更急的精神督促我們，在我們因工作與課業無法兼顧時，體恤我們，隨時協助資料之蒐尋及討論，其學術涵養、學有專精及教學精神，真是讓人佩服。另感謝黃欽印老師，不管何時何地見面皆以鼓勵的口氣，給我們信心及支持。

論文口試期間，感謝藍忠亮副院長、黃欽印老師在百忙中抽空參與審查，並給與寶貴意見，讓我受益良多。

在學習過程中因健康因素，數度有放棄的想法，承蒙同學間的互相打氣及家人的鼓勵支持，讓我無後顧之憂，得以完成研究所的學業，讓我衷心感謝。在未來的人生歲月中，不管是否繼續職場生涯?或選擇退休?我將秉持所學及一貫的初衷繼續努力，以回報社會培育之恩。

陳燕雪 謹致於

東海大學工業工程與經營資訊研究所

中華民國 96 年 6 月

目 錄

摘要.....	I
ABSTRACT	II
致謝	IV
目錄.....	V
表目次	VIII
圖目次	IX
附錄目次.....	X
第一章 緒論.....	1
1.1 研究動機及背景.....	1
1.2 研究之重要性.....	5
1.3 研究目的.....	6
1.4 研究方法.....	7
1.5 研究限制與研究假設.....	11
第二章 文獻探討	12
2.1 醫療環境.....	12
2.1.1 醫療服務未來發展趨勢.....	13
2.1.2 醫療環境指標.....	15
2.2 醫療保險制度.....	16
2.2.1 新普遍主義.....	16

2.2.2 醫療保險類型	17
2.2.3 醫療政策改革原因	21
2.3 人力資源及管理	22
2.3.1 人力資源之招募-選人	22
2.3.2 人力資源之遴選與配置-用人	23
2.3.3 人力資源之訓練-育人	24
2.3.4 人力資源之薪資及晉升-留人	25
2.3.5 人力資源在醫院管理的角色	25
2.3.6 影響護理人力運用之因素	26
第三章 兩岸醫療環境與醫療保險制度分析	28
3.1 兩岸醫療環境指標	28
3.1.1 兩岸醫療服務需求面	31
3.1.2 兩岸醫療服務供給面	38
3.2 醫療政策及保險制度	45
3.2.1 台灣醫療政策及保險制度	45
3.2.2 中國大陸醫療政策及保險制度	49
3.3 以SWOT分析台灣與大陸醫療環境及制度的優劣點	53
第四章 兩岸醫院護理人力資源之探討	56
4.1 個案研究-以大陸某三級醫院及台灣某醫學中心為例	57
4.2 兩岸醫院人力之運用	59

4.3 兩岸護理人力資源之運用	62
4.3.1 護理人力資源:選人-招募	62
4.3.2 護理人力資源:用人-配置、管理	63
4.3.3 護理人力資源:育人-訓練	64
4.3.3.1 中國大陸護理養成教育	64
4.3.3.2 台灣護理養成教育	66
4.3.3.3 護理人員素質	68
4.3.3.4 護理人員繼續教育	69
4.3.4 護理人力資源:留人-晉昇、薪資	71
4.4 護理人力供需情形	73
4.5 護理人力運用之困境	74
4.6 護理人力運用之建議	77
第五章 討論與結論	79
5.1 兩岸醫療環境與醫療保險制度討論與結論	79
5.2 兩岸醫院護理人力資源之討論與結論	84
5.3 對醫院管理者未來研究之建議	87
參考文獻	89

表目次

表 1.1 兩岸研究論文範圍	6
表 2.1 醫療制度之類型	18
表 3.1 兩岸醫療環境比較表	30
表 3.2 2005 年台灣十大死因	33
表 3.3 2005 年大陸部份市、縣前十位疾病死亡率及死亡原因	34
表 3.4 中國全國甲、乙類法定報告傳染病發病及死亡率	35
表 3.5 歷年每人門診次數一覽表	39
表 3.6 全民健保支出統計	47
表 3.7 醫療保險佔生產毛額之比例	48
表 3.8 台灣與中國大陸醫療保險比較表	52
表 3.9 台灣醫療市場競爭力分析	55
表 4.1 大陸某三級醫院及台灣某醫學中心護理人力相關資料比較	58
表 4.2 兩岸醫院分級之比較	60
表 4.3 近 3 年全國護理執業人數	74
表 5.1 兩岸醫療環境指標及醫療資源比較表	80
表 5.2 兩岸醫療制度及保險制度之比較表歐	82
表 5.3 兩岸案例醫院實際人力比較表	85

圖目次

圖 1.1 台灣中國大陸經濟成長曲線圖.....	2
圖 1.2 研究程序.....	9
圖 1.3 研究架構	10
圖 3.1 歷年台灣與中國大陸平均壽命曲線圖	31
圖 3.2 歷年台灣老人人口占總人口比率	36
圖 3.3 歷年醫院門、急診人次	39
圖 3.4 歷年台灣占床率及住院日數曲線圖	41
圖 3.5 歷年醫院診所家數	42
圖 3.6 台灣與主要國家執業醫事人員數比較圖	44
圖 3.7 歷年維持健保財務收支平衡	46
圖 4.1 中國大陸護理教育學制	66
圖 4.2 台灣護理教育學制	67
圖 4.3 護士培養訓練路徑	70
圖 4.4 台灣某醫學中心晉昇制度	72
圖 4.5 台灣某區域醫院晉昇制度	73

附錄目次

附錄表 1 台商登陸投資醫療市場表	93
附錄表 2 歷年主要國家經濟成長率	94
附錄表 3 歷年主要國家平均每人國內生產毛額	95
附錄表 4 中國大陸全國衛生總費用預算表	96
附錄表 5 台灣與主要國家執業醫事人員數比較表	97
附錄表 6 歷年主要國家之平均壽命	98
附錄表 7 主要國家扶養比及老化指數比較表	99
附錄表 8 近年我國老年人口數一覽表	100
附錄表 9 中國人口老齡化趨勢	101
附錄表 10 歷年台灣經濟成長率及每人國內生產毛額	102
附錄表 11 台閩地區十五歲以上人口戶籍註記教育程度	103
附錄表 12 台灣醫院一般病床服務量統計	104
附錄表 13 全中國醫療機構業務工作量級病床使用情形	105
附錄表 14 全國衛生機構及床位數	106
附錄表 15 台灣醫事機構執業醫事人員數	107
附錄表 16 中國大陸全國衛生人員數	108
附錄表 17 醫療院所平均每萬人口病床數	109
附錄表 18 中央健康保險局六分局轄區醫療資源密度	110
附錄表 19 主要國家每人平均 NHE 比較	111

第一章 緒論

1.1 研究動機及背景

「台資醫院前仆後繼、登陸搶市」，自 2000 年中共官方開放外資投資，宣佈可以以合資方式在大陸設置醫院，又於 2006 年四月兩岸經貿論壇上，宣佈多項優惠政策後，不少台灣企業相繼前往大陸投資設置醫院，如有旺旺公司、台塑集團、六和集團、寶成集團等，其中旺旺集團投資的「湖南旺旺醫院」於 2005 年底已正式開張，而台塑集團也於 2006 年 5 月正式宣佈，廈門長庚醫院工程預計 10 月完工，2006 年底啟用，台資醫院相繼開幕，這是台商及其眷屬所殷殷期盼的。(見附錄表 1、台商登陸投資醫療市場表)

台灣與中國大陸基於同文、同種、語言相通的關係，自 80 年開放以來，海峽兩岸的交流就日益增加，不僅經貿、文化教育，各種產業「大舉西進」畏為一種趨勢外，連醫療產業也因大陸醫療市場之前景誘人下前往大陸發展，資料顯示，2000 年大陸醫療產業市場為 3510 億元，到 2005 年醫療產業總市場額為 6400 億元，5 年內增長 1500 億元成長 42%，而醫療消費每人每年只有 31 美元，佔國民生產總值 4% 以下，與美國相比較，美國醫療消費每人每年為 4090 美元是大陸的 130 倍，佔美國國民生產總值的 14%，可見中國大陸醫療市場的需求及發展空間之大。且因台灣在醫院大型化、醫療成本增加，及健保總額給付制度、台灣市場過度飽和及相互激烈競爭

下，造成台商企業才競相至對岸設置醫院，擴展醫療事業版圖。

一個國家的醫療需求與其社會經濟背景成正比，中國大陸地廣人多，醫療保健需求一向十分殷切。中國自執政者改革開放後，積極的經濟建設與發展，使得其經濟成長率有驚人的成長，近 10 年來每年以 8%-10% 的成長率成長（見附錄表 2、歷年主要國家經濟成長率），隨著經濟的發展，民眾的財富增加，平均每人國內生產毛額近 8 年來成長近 2 倍，1997 年中國大陸平均每人國內生產毛額是臺灣的 1/20，2005 年是臺灣的 1/12，成長 58.6%（見附錄表 3、歷年主要國家平均每人國內生產毛額），也因消費能力增加，使得大陸民眾對生活及醫療服務的需求，不論在品質及數量上都與日俱增。（徐永芳，2003）。

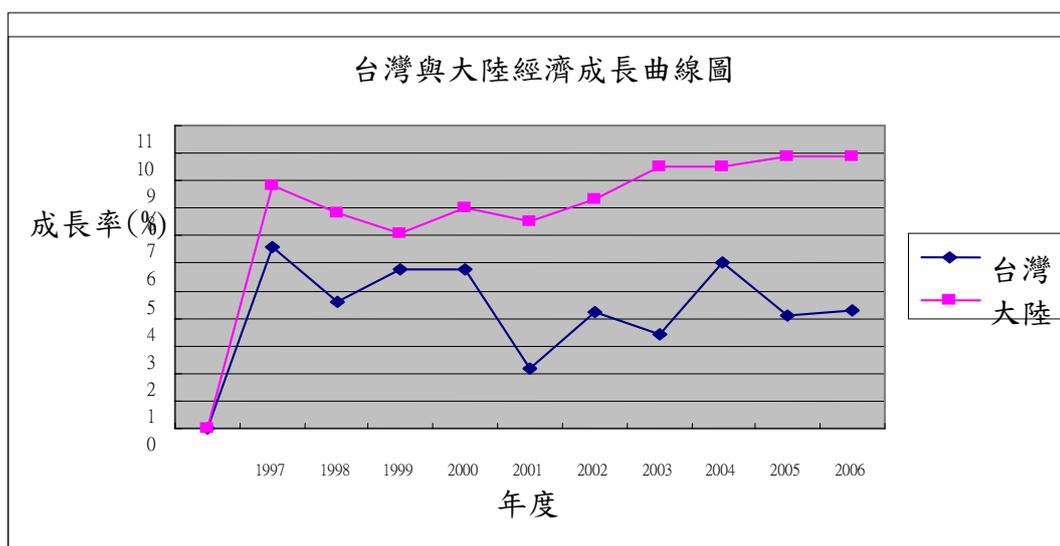


圖 1.1、台灣與中國大陸經濟成長曲線圖

醫療服務市場發展快慢，取決於社會保險制度的建立，1992 年中共十四大會議中，明確的把社會保險制度改革作為經濟改革的四大重點之一，

1997 年中共十五大會議中將社會保險制度明訂出三大方針，其中又以醫療保險內容最為繁複，且與人民健康生活品質息息相關。更於 2000 年 7 月 1 日頒布「中外合資、合作醫療機構管理暫行辦法」以吸引外資投入醫療服務市場。(王俊文、周思源，2005)

大陸醫院都是單一的公立性質，私營診所很少，過去的醫療保險由國家包攬，由於缺乏成本概念，及管理制度不健全，費用支出龐大造成許多浪費。「中國健康保險論壇」指出，中國大陸民眾 2002 年負擔醫療費用近三千億人民幣，其中九成由個人支付，只有百分之三由醫療保險給付。由「中國大陸全國衛生總費用預算表」(見附錄表 4)可見 2004 年中國衛生費用的支出，其中政府支出 17%，社會衛生支出 29.3%，個人支出 53.6%。

為了讓醫務制度更有效化，中國大陸於 2000 年聚集各地衛生廳局負責人、國務院體改委、國家計委、和社會保障部門負責人開會，進行廣泛交流及深入探討。他們認為醫藥衛生體制改革的核心是要引入競爭機制，醫療保險制度改革的核心是需要分擔機制，改革的目標是以低廉價格獲取較優質的服務，醫療保險制度將實現三個轉變，由福利型轉為保險型、包攬型轉為分擔型、自保型轉為互濟型，醫療保險將由單位和個人雙方負擔，保險基金由個人帳戶和統籌基金組成，分開管理，封頂以上費用通過商業保險或建立大額醫療費用基金等途徑解決。

大陸在其改革的同時會面臨許多的瓶頸，其中可以見到台灣全民健康

保險的蹤影存在。台灣全民健保因資源有限，實施總額制度下，壓縮醫院的獲利空間，使得醫院將佔醫院成本比例最高的「人事成本」縮減，作為主要目標。目前醫事人員遇缺不補，或以一年一聘的約聘人員來代替，造成流動性大、人員短缺情形，但醫事人力供需不平衡可能會衝擊醫療照護的成本、效率及品質，不適當的醫事人力配置與日益增加的醫療糾紛有密不可分的關係（張媚、余玉眉、陳月枝、田聖芳，2005）。國內護理人力的配置落後先進國家許多，如美國每千人口護士 9.37 人，日本為 7.79 人，台灣則只有 4.6 人（見附錄表 5、台灣與主要國家執業醫事人員數比較表），且近年來護理工作環境更形惡化，美國為因應人口老化，護理人力短缺，正積極以高薪來台招攬護理人員，以彌補護理人力缺口。美國加州一項大型研究中發現，護理人員最理想的照護病人數為 4 人，若增加為 6 人，病人入院 30 天內死亡的機率比照護 4 人的機率大 14%，如增至 8 人，則病人入院 30 天內死亡的機率為照護 4 人的機率高出 31%（Aiken LH,Clarke SP,Sloane DM,Sochalski J,Silber JH，2002），Needleman 等人於 2002 年研究證實，護理人力除與急救失敗有關外，與病患住院天數、死亡率、及感染也有關係。另有許多相關研究顯示，護理人力不足會導致相關之合併症，如尿路感染、肺炎、給藥錯誤、傷口感染等，醫院如多提供一小時的護理時數，則可減少 10%發生尿道感染，減少 8%的肺炎發生（Kovner & Gergen，1998。Canadian Federation of Nurses Unions，2005）。美國加州於 2005 年元月立法規範護理人力標準，不論白天、夜晚每位護理人員照護 4

位病人，若不合規定不得開放病房(林雅萍，2006)，所以如果要護理品質繼續維持，避免病患之死亡，護理人力的減少是應避免的。

1.2 研究之重要性

自 80 年代大陸開放以來，探討大陸的醫療服務市場、醫療環境的分析、醫院設立的評估、乃至於台商利用大陸醫療服務情形的探討相關研究很多（見表 1.1、兩岸研究論文範圍），但對於醫療產業中人力的需求面與供給面以及佔醫療團隊中大多數的護理人員，護理人力的運用情形鮮少有相關的探討研究，尤其臺灣在總額預算後醫院人力常遇缺不補，以契約人員進用，造成人員流動率大、調動頻繁，醫療品質日漸低落。所以筆者針對以上之重要性，探討兩岸的醫療環境、醫療保險制度、護理教育制度、及醫院護理人力之運用等，提供有興趣之醫療人員的參考。

表 1.1、兩岸研究論文範圍

年代	作者	論文文章	研究範圍
2000 年	吳啟誠	大陸醫療服務市場之研究	醫療產業定義及服務範圍、醫療環境之分析、評估經營風險
2001 年	李嬌瑩	中國大陸社會保障體制下的醫療改革	社會保險、醫療改革
2001 年	黃梁榮	影響國內私立醫療機構赴大陸投資意願之因素探討	探討赴大陸投資意願之影響因素及對政府、醫療機構之建議
2003 年	徐永芳	我國醫療事業前進大陸設立醫院策略之研究	應用各種理論鑽石模型理論、價值鏈分析、競爭策略等分析大陸醫療市場
2003 年	李文浩	醫療事業進入新市場領域之研究評估-以在中國大陸設置大型醫院為例	透過統計數據描述大陸醫療服務市場現況，提出一個籌備大型醫院之虛擬企劃案，分析其風險以供同好參考
2004 年	邱宇蒂	大陸台商之醫療服務利用情形	台商之醫療服務利用情形及影響因素
2004 年	李小雯	台灣企業進入中國大陸醫療市場成功關鍵因素之研究-從 ESSP 觀點分析	中國大陸醫療市場、環境-策略-結構-績效理論分析
2004 年	張照敏	全民健保對大陸就醫給付研究	國人赴海外就醫醫療費用的申請，依醫學中心平均費用點值給付，其醫療服務利用情形及合理性

1.3 研究目的

海峽兩岸分隔 50 年，雖然在社會、政治、及制度上差異許多，但也因為血濃於水的關係，使兩岸交流頻繁，許多產業相繼赴大陸發展同時，醫療產業也不落人後開始評估前進大陸的可行性。近幾年來由於醫院的大型化、醫藥科技發達，加上醫療政策上的需要，使得醫院管理愈來愈複雜，

也因為醫療保健服務與其他產業不同，它是一種「人服務人」的產業，它有它的獨特性如：疾病發生及治療效果的不確定性、「第三付費者制度」醫療保險的介入、與消費者間資訊的不對稱、政府的干預、及非營利性廠商等（盧瑞芬、謝啟瑞，2000），造成經營的困難度相對增加許多。也因為醫療大環境的變化，更深深影響醫療產業的經營及人力資源的運用。

所以本文的研究目的：

1. 探討兩岸醫療環境、醫療保險制度之差異
2. 探討兩岸醫院人力運用之差異
3. 探討兩岸醫療制度下對護理教育、醫院護理人力運用的影響。

1.4 研究方法

本論文的研究方法是以個案為主探究事實，加上文獻探討為輔，著重在資料的特殊性與意義，加以統計資料的分析。資料來源主要為2006年7月，親自參加大陸醫療參訪團，參訪上海二、三級醫院及其舉辦的研習會以及講義，並收集大陸地區官方出版的統計公報及網路資料，以及發表在國內、外期刊之文獻、報紙，和指導教授不吝提供之專業書刊及咨詢等。而呈現方式則以比較及敘述性來表現研究結果的內涵與意義。

隨著資訊技術及交通工具、傳播工具的發達，全世界就像一個地球村，地球似乎變得越來越小，鄰近國家所發生的事，在耳濡目染下互相也會有影響，因此各國醫療政策的制定與推動，都會受到它國的經驗與成果有所

影響。

本研究範圍內容有：兩岸醫療環境之分析，包括醫療供給面、需求面的質與量指標（錢慶文，2005），兩岸醫療保險制度及改革介紹、及以相同等級之兩家醫院為例，探討人力規劃與配置，及探討護理人力之運用，包括學制、需求量、供給量、困境等。

所以本論文的研究程序及架構：

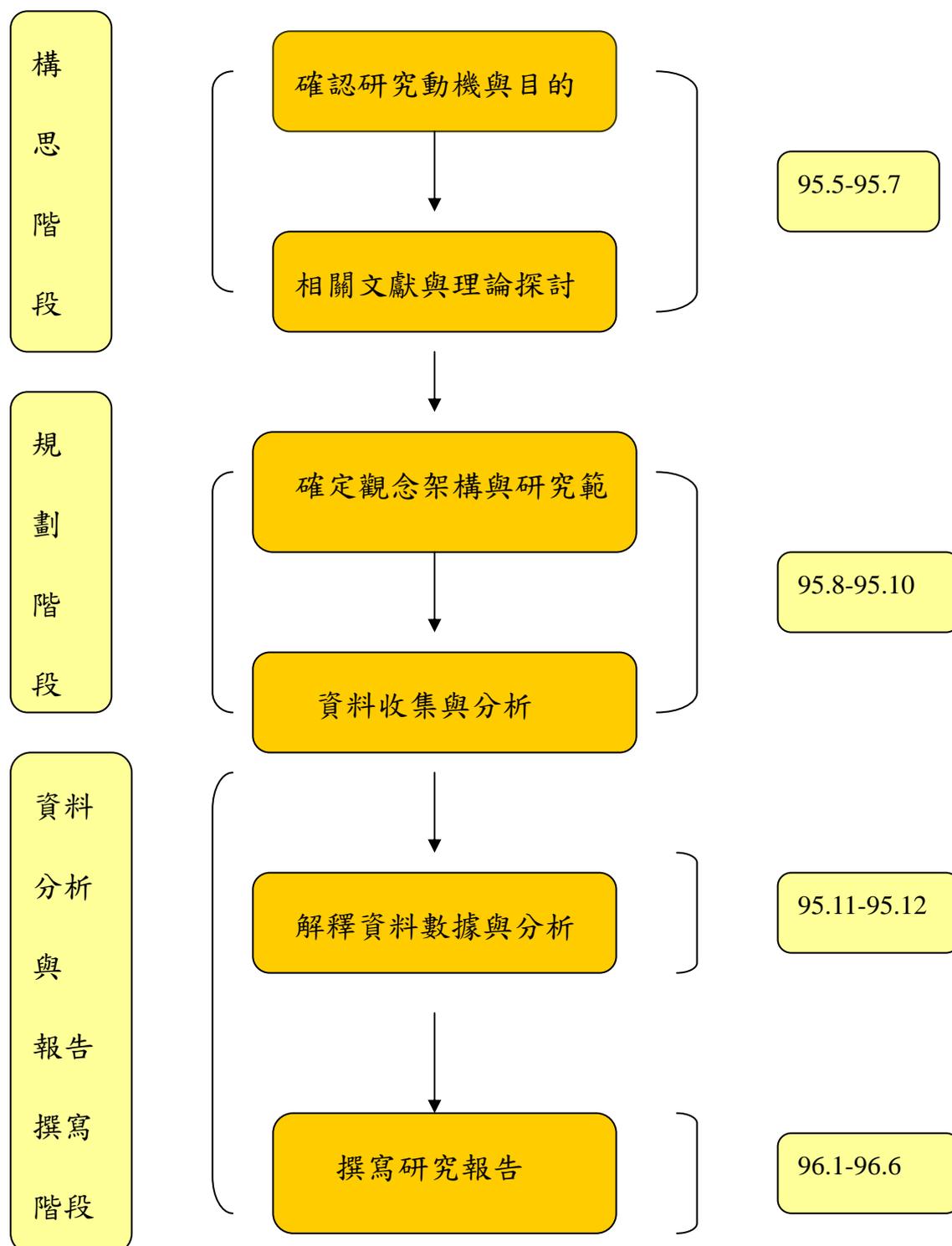


圖 1.2 研究程序

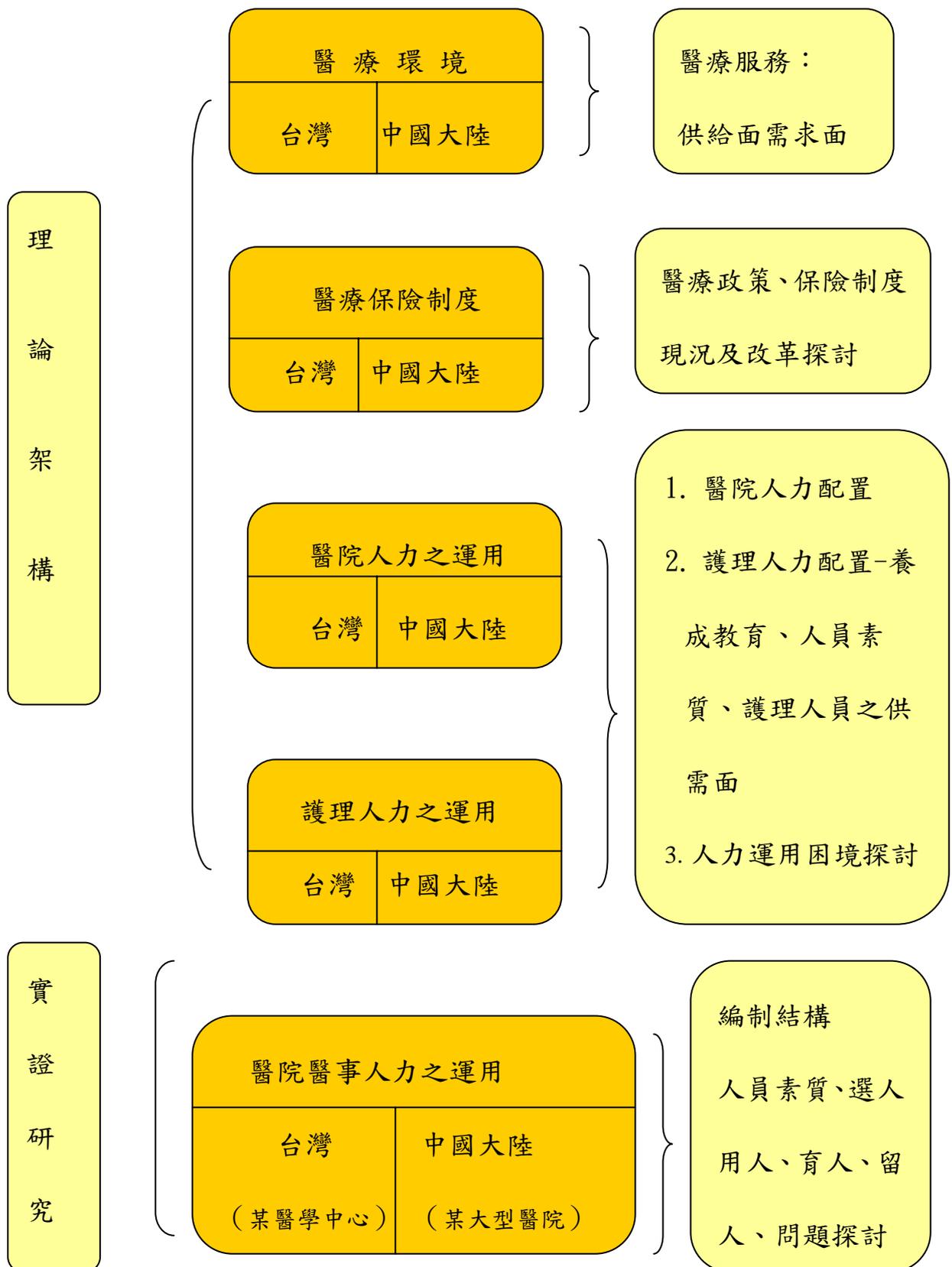


圖 1.3、研究架構

1.5 研究限制與研究假設

大陸相關之醫療保險制度及政策，一直在持續不斷的改變，且各省、縣、市實施方法均無法統一，更因生活經驗及文化之差異，造成相關資料的搜尋與判讀上較困難。筆者在論文寫作時面對以上之困擾，為避免閉門造車的錯誤，筆者採取下列方法，祈求突破實際狀況及文化差異之隔閡。

1. 參加醫療參訪團親赴大陸，實地觀摩當地二、三級醫院，並參加研習會與之雙向交流。
2. 運用網際網路之方便，上網搜尋相關官方發布之法律規章。
3. 經由大陸親友協助上網查詢當地的期刊資料，再回傳回台。
4. 與當地的相關人員對談，以確定所收集的資料內容正確性。
5. 向指導教授尋求專業領域的諮商與資訊的提供。

雖經以上之方法，也因閱讀及理解度有限，統計資料內涵仍須一再推磋商，才可定論，且友人非醫療本科人員，所要搜查的資料友人未必全了解，另大陸相關統計網站不易上線，造成收集上的困擾。所以內文中兩家醫院之資料背景（大陸某一大型醫院與台灣某一醫學中心），假設與該地區同等級醫院是一致的。

第二章 文獻探討

本章依據研究目的，針對台灣及大陸醫療人力資源管理情況與醫療環境及保險政策之相關分析，彙整為以下三節：第一節探討醫療環境指標及相關文獻，第二節敘述醫療保險制度之由來及類別、重要性及改革之原因，第三節探討人力資源管理，收集醫院醫事人員、護理人力之配置並作說明。而於第三章則針對文獻中的各節，將台灣與大陸之近期醫療環境相關事實資料呈現出來，如國民平均健康水準、公共衛生成效、人口特質、都市化程度、醫療服務及衛生資源等，依 SWOT 分析理論有系統的呈現出來。醫療政策方面則將台灣與大陸醫療政策之內涵、醫療改革原因及前後之差異、保險制度之區別等作一比較。並將兩岸醫院的醫事人員等級、種類、素質及護士養成教育、醫院護理人力之選人、用人、育人、晉昇，還有社會對專業護理人力之供給、需求情形，及目前人力運用之困境一一作探討分析。

2.1 醫療環境

自工業改革後因生育率降低、國民平均餘命的延長，大幅改變人口的結構，使各國面臨許多社會及經濟問題，如經濟提升後，一般消費者對醫療保健的需求自然增加。而人口結構老化所產生的長期照護問題，更加重各國醫療支出上漲的壓力。所以延至二十一世紀的來臨，更加改變了醫療環境，同時也改變民眾對於醫療服務的需求，更因為隨著經濟收入之提昇

及生活品質的改善而有增無減。也因人口的逐漸老化，老人人口比率超過7%，進入高齡化國家，所以長期照護需求也持續的增加（莊逸洲、黃崇哲，2002）。

如何構建和諧的醫療環境？2007年1月25日無錫日報戴鴻峰先生提出：必須政府主導加強公立醫院的公益性，與引入市場相結合，堅持醫療衛生服務，而醫院從業人員需加強醫德與醫風的建設、提高服務的質量、醫療保險制度應降低醫療價格、醫藥產銷制度應同步改革，並確實加強公共衛生體系的建設，健全城鄉醫療衛生服務體系，及完善公共財政體制。

2.1.1 醫療服務未來發展趨勢

二十一世紀醫療服務未來的發展趨勢有以下幾個議題：(1). 持續增加的醫療服務需求，因經濟的快速成長，人民所得增加，全世界都面臨相同的問題，即人民所要的生活不是只滿足基本需求而已，而是生活品質的提升，及完善的醫療保健服務。(2). 逐漸老化的人口，造成快速高齡化，長期照護需求增加。(3). 門診化趨勢，在資源有限的環境下，隨著醫療技術的進步，疾病治療逐漸由住院醫療服務移轉至門診醫療服務。(4). 管理性醫療趨勢，由於醫療資源有限，如何將資源有效運用，同時提高醫療水準，是醫療界非常重視的主流。(5). 醫療科技浪潮，一個醫療機構必須具有醫療科技創新的能力，若無此創新能力則應引進高層次的醫療科技，以提供病患所需的醫療服務(6). 區域醫療網路發達，使得醫療機構間的策略聯盟越來越普遍，合縱與連橫加速進行（莊逸洲、黃崇哲，2002）。

而針對大陸醫療市場的現狀和未來的發展，孫敏（2004）於兩岸醫療網提出，有關專家預見幾年內將會出現的大變革：(1)、醫療競爭將比想像的來得還要快，一直被排斥在主流醫療市場以外的民營醫院和外資醫院，將從服務理念入手，搶佔醫療市場。(2)、醫療市場會成為國外資本覬覦之對象，因大陸人口眾多，醫療市場潛力巨大。據資料表示，目前人均衛生消費僅為 30 美元，不僅低於世界衛生組織(WHO)要求的 5%的最低限，而且明顯低於世界平均水平的 8%的比例；同時家庭醫療的市場，約有 800 億元人民幣左右的空間。因此，面對如此大的市場，外來資本及本土競爭將變的更加激烈。(3)、醫院院長由職業經理人出任，隨著醫改制度的深入進行，憑經驗管理醫院的模式將被市場經濟所摒棄，如何實現醫院管理人職業化將成為醫療改革的核心問題。(4)、衛生機構將出現倒閉現象。由於激烈的競爭，一些技術上、醫療品質、服務品質跟不上民眾要求的醫院，將會被病患無情地淘汰。(5)、醫療管理集團將持續成長，新的醫院管理集團將出現。(6)、將盛行醫療行業的職業培訓，醫院的職業化管理將成為必修之課，所以醫院職業化管理高級培訓班也因此而受到了各大醫院和衛生單位的歡迎。醫療資訊諮詢企業也會適時介入，給國內的醫療機構帶來了相關的培訓觀念。(7)、醫療保險和健康保險介入醫療市場，由於醫療保險和健康保險的介入，病人平均住院日數將縮短，醫院將會把從單純的治療延伸到民眾的預防醫學上。

2.1.2 醫療環境指標

醫療院所的競爭程度取決於供給者的內在環境，也要觀察需求者（一般民眾）的內在環境。如果需求的環境極佳，即使醫療環境競爭激烈，醫療機構要生存應不成問題。而需求環境好與壞有一些指標，常見測量「量」的指標有每十萬人口病床數比、依賴人口比、成年婦女人口數和總人數比、老人與總人口數比。而測量「質」的指標有居民的年平均收入、教育指數、都市化程度等（錢慶文，2005）。

盧瑞芬、謝啟瑞（2000）提出，醫療保健的服務需求是消費者對健康需求的引伸需求，強調醫療保健服務是消費者用於生產健康的投入要素，在醫療經濟文獻中，衡量一個國家整體國民平均健康水準指標，主要有三個：國民平均壽命、粗死亡率、嬰兒死亡率。

陳建仁（1994）提出，一般民眾健康狀況指標包括：平均壽命、十大死因、傳染病發生率、醫療費用佔所得比例等。

本文中所言「醫療環境」以探討民眾對醫療服務需求及政府提供的醫療資源為主，所謂醫療服務需求包括一般民眾的健康狀況及經濟條件二項資料。

2.2 醫療保險制度

世界衛生組織 WHO 各會員國於 1946 年通過的憲章中，已經明示「享受可獲得的最高健康標準，是每一個人的基本人權之一，不因種族、宗教、政治信仰、經濟與社會地位而有所區別。」而經過幾十年後觀念的發展，認為健康權已經為人類與生俱來的人權，對於促進國民之健康或提供醫療服務成為政府無可旁貸的責任。

各國的醫療保險制度，深受該國的文化背景、社會環境、政治制度與經濟發展階段的影響。而醫療產業的特質也就受醫療政策的影響很大，醫療機構的經營成功與否？與其能否有效因應外在環境的變化及因應醫療政策的改變，是非常重要的關鍵因素（莊逸洲等，2002）。

社會保險是經國家立法，針對勞動者因年老、患病、傷殘、失業等，影響家庭收入時，給予各類補助或服務。社會保險包括養老、醫療、生育、及失業等各方面，同時具有強制性、保障性、福利性和普遍性（李嬌瑩，2001）。

2.2.1 新普遍主義

醫療衛生產業與其他商業部門不同，單靠政府的介入或市場機制，都無法有效解決醫療保險及服務的所有問題，必須同時適度的引進市場機制和政府干預，才能發揮照護國民健康與福祉之最大效用。

過去福利國家認為健康權為人民的基本權，政府需負擔人民所有的醫

療服務，也就是「古典普遍主義」，但因沒有體認「資源的限制」與「政府的限制」，不知在有限資源下，永遠不能滿足人民無窮的期望，造成醫療資源浪費及無法滿足民眾的需求，所以於 1999 年由 WHO 倡導「新普遍主義」，主張政府必須領導國家衛生醫療服務體系，讓醫療體系作多方面發展，同時也認為醫療服務的提供必須有競爭性，除了政府的力量外，私人醫療的提供在醫療服務方面也是很重要（莊逸洲等，2002）。所以新普遍主義的基本理念為，所有人民都有接受醫療服務的資格，但並非每一種醫療服務都在保障範圍內，民眾使用醫療服務時，不應由病患負擔所發生的全部醫療費用，而且醫療服務可由各種類型的提供者提供。

而醫療服務費用之提供，會影響醫療服務的效率與品質，以論量計酬之支付制度會產生「過度支出」與「不適切醫療服務」的誘因，而前瞻性的支付制度則將提供醫療服務的財務風險，由病患或醫療服務保險機構轉嫁到醫療服務提供者身上，也就是將病患自付費用之「第一者付費制度」演變至由保險機構承擔風險的「第三者付費制度」，慢慢演變到由醫療提供者負擔醫療照護財務風險的「第二者付費制度」，其目的是期望自我控制，促使改變醫療服務行為，來控制醫療費用之支出，此支付制度正是目前先進國家及台灣保險改革的重點。

2.2.2 醫療保險類型

世界各國的醫療保險制度可分為四類型：即強制性社會保險制度、全民健康保險制度、公醫制度、私有市場。不同國家的醫療照護體系存在「差

異性」也存在「共通性」，第一共通性為：不同國家的保險制度都是經歷長時間的發展而成，而其制度特性深受各國歷史文化背景，社會人口結構與政治制度的影響。第二共通性是不同國家健保制度各自面臨不同的問題與挑戰，各自都面臨健保制度改革的壓力（盧瑞芬等，2000）。

以財源籌措及醫療提供來分醫療制度有以下各種類型：

表 2.1、醫療制度之類型

機 制		財 源 籌 措	
		政 府	民 間
醫療 提供	政府	國家健康照護制 NHS（英國、瑞典）	過渡制（東歐及部份中、低收入所得國家）
	民間	全民健保至 NHI（加拿大、日本、台灣）	市場主導制、商業保險（美國）

資料來源：蔡淑鈴（2006）

綜合以上研究資料，目前在國際上，主要有下列數種不同的醫療體制及醫療保險的典型，它們各有其優缺點。

市場主導型(美國為代表)

美國是以市場為主導，實施商業醫療保險的典型。美國的醫療機構又分為三種類型：(1)非營利性醫院(社區或教會組織開辦)；(2)營利性醫院

(亦可稱私立醫院，私人企業或組織開辦)；(3)公立醫院(聯邦政府或州政府開辦)。1995年，非營利性醫院已經占到美國醫院總數的56%，公立醫院占19%，營利性醫院占25%。

醫療服務的提供主要是以市場為主，政府不作為主要的醫療服務提供者，而是作為監管者。政府的責任主要是保證老人、窮人、少數民族和一部分弱勢群體的醫療衛生需求，在醫療衛生領域的責任主要是體現一種救助、托底的特徵。但是從成本效益來分析，美國的醫療提供效率並不盡如人意。2001年，美國衛生保健費用占GDP的比重為13.9%，聯邦在醫療保健方面的支出占GDP的比重就達到6.2%。可是在如此高的費用下，還有大約15%的人口沒有醫療保險。

國家福利型(英國、加拿大為代表)

英國衛生服務的特點是國家推行福利政策，實行國家衛生服務制度(NHS)，衛生經費主要來源于稅收和社會慈善經費，居民享受近乎免費的醫療服務。衛生費用年度成長率在3%左右。2000年，衛生總費用約占GDP的7.3%，政府籌資占衛生總費用的81.0%，私人籌資占19.0%(包括支付保險費和自費支出)。

1948年英國對醫療機構實行國有化，規定醫療機構的醫護人員屬於國家衛生從業人員。初級衛生保健服務主要由全科醫生(GP)和開業護士提供，超過99%的居民都擁有GP。GP提供24小時預防、診斷和初步治療保

健服務。GP 承擔了“看門人”的職責,除急診以外,一般的專科治療均需透過 GP 轉診。公立醫院提供二級醫療保健,慢性病在公立醫院的等候時間較長。為了減少排隊等候的時間和方便病患,滿足醫療服務的不同需求和增加服務供給,英國修改了有關法律和措施,發展了一些私立醫院,主要提供專科醫療服務,具有較好的醫療設施、技術和環境,但收費昂貴。

公共合約型(德國為代表)

德國醫院也可分為公立醫院、私立非營利性醫院、私立營利性醫院。公立醫院的比例小於英國,但是遠遠大於美國。德國衛生體系中提供者和購買者的分離比較清晰,兩者是合約關係。同時,德國醫院的所有權也比較清晰。德國模式的一個重要特徵是醫院服務和門診服務的分離,開業醫生和僅限於提供住院服務的醫院間存在明顯的區隔,甚至後兩者間的區隔比任何國家都嚴格。德國醫院補償機制主要採用“雙重補償”的方法,即醫院的投入成本和營運成本各有其補償來源。德國的公平性很好,但是費用比較高。

公私功能互補型(新加坡為代表)

新加坡的衛生服務體系由公立和私立雙重系統組成。公立系統由公立醫院和聯合診所組成,私立系統由私立醫院和開業醫師(私立診所)組成。分工比較明確,初級衛生保健主要由私立醫院、開業醫師、公立醫院及聯合診所提供,而住院服務則主要由公立醫院提供。

新加坡政府相信，私營機構在初級保健服務方面費用較低，而且由於市場力量的競爭，一般都能有效地將初級保健服務的價格維持在低水準。同時，政府也認識到醫療市場具有局限性，尤其在提供高度專業化的醫院服務時，政府必須進行調控，其手段是一方面仍以公立醫院作為住院服務的主要提供者，這使政府能控制醫院的床位數和利用率，還可以控制費用增長；另一方面政府為私營醫療機構規定收費標準和專業技術標準。

2.2.3 醫療政策改革原因

各國實施醫療改革的原因可分為以下幾項：(1)、醫療費用的上漲(2)、醫療等待時間太長，行政費用支出太高，效率不彰(3)、醫療資源利用不平等，集中在少數人口等（盧瑞芬等，2000）。

中國大陸醫療服務面臨的問題有三方面：(1)、衛生資源配置不均、政府投入不足、重治療輕預防、利用效率不高。(2)、醫療服務未分層，高收入及低收入人群都得不到滿足。(3)、醫療機構對資源利用不合理，「以藥養醫」「以高科技檢查養醫」，造成很大浪費。因此在醫療市場應引進競爭機制，利用多元化的辦醫形式，來滿足不同層級的醫療需求。且政府職能應管辦分離，政府應由衛生服務提供者轉變為衛生籌資者和衛生服務購買者，最後成為衛生服務規劃者。據資料顯示，中國國家衛生部未來將可能參照以英國、加拿大為代表的國家福利型的模式來改革、構建適合中國國情的醫療體制。用一位專家通俗的話說，即是：體系學英國，運作學美國。

而台灣健康保險改革最主要的原因為(1)、財務問題：醫療支出大於

保費收入、調整保費缺乏整體共識、保費負擔不公平，(2)、醫療制度問題：如醫療產業大型化、醫療利用快速增加、轉診無法落實等，(3)、醫療品質問題：如醫病之間存在資訊不對稱，民眾對所接受的服務，無法判斷優劣，醫療品質資訊缺乏或不易解讀、無確保醫療品質機制等。

2.3 人力資源及管理

現代產業的發展與成長，主要看資源條件是否充沛及能否有效運用與調配。而資源包括人力資源、自然資源和資金資源（黃英忠，1997）。

「人」是公司最大的資產，與人相關的活動包括人才招募、教育、留置、福利等。管理者若能知道自己所擁有的人力資源，並善加管理，使人力資源的成就達到極致，則能使組織的效率及效能得以充分發揮，而人力資源除了要能在人力「質」競爭，也要能在人力「量」上來比較。

Mondy & Noe (1990) 認為人力資源管理就是使用人力去完成組織目標，人力資源管理可以說是為了達到組織目標，將人力資源有效運用的管理方式。Dessler (1997) 則認為管理工作不外是規劃、組織、用人、領導與控制五項。

2.3.1 人力資源之招募-選人

招募是一系列活動，用以獲取具備資格的職位申請者，而這一系列活動包括搜尋與取得足夠數目的申請者，以使組織遴選最適合的人選來填補其職位需求。

其招募來源有內部來源，如：升遷、調動、輪調，外部來源如：自行應徵、學校推薦、員工推薦等，而其招募方法有：網路、報紙、獵人頭公司等（陳潭，2006）。

而招募多少人？安插在何處？必須要有規劃，所以人力資源規劃必須有前瞻性，來預測人力的數量，包括人力的數量、素質、類別，完成各項業務所需的各類人力的評估，並且注重品質的引入、維持與開發、還有人力品質的移轉（黃錫經，2002；錢慶文，2005）。

劉信宏（2000）以筆記型電腦產業為例，研究指出人力資源管理中有四大方向：其重要性依序為代表人力資源取得的招募及派職活動，其次為代表人力資源報酬的薪資福利活動，再其次是代表人力資源發展的訓練與發展活動，最後代表人力資源維持的員工保健。四大方向下有十二子項，其重要性前三項分別為薪資、工作分析與設計、員工安全與健康。可見人力資源的招募是最重要的。

2.3.2 人力資源之遴選與配置-用人

招募申請者後，人才之遴選與配置與其能否發揮其專長有密切之關係，所謂遴選是搜集應徵者在與工作有關之各項資訊，以為決定長期或短期雇用之過程。而配置是依據員工個人的技能、知識、能力、興趣、人格等特質，以用在最適當職位上，使得以人盡其才，確保在員工的投資上是值回票價（陳潭，2006）。

所以人力資源管理的出發點是從人力規劃開始，以科學的方法，使企

業之人與事作最適切的配合，發揮最有效的人力運用，促進企業的發展。簡單的說，即是「人與事配合，事得其人，人盡其才」。如此才能避免不必要的人力浪費，使人力資源獲得充分的利用（黃英忠，1997）。

經由人力規劃除了可以節省人力之浪費外，更能預估人力需求建構一標準模式，以迅速求出最佳配置量。所以張緯杰（2001）的研究中，依據人力資源及人力配置理論，來直接觀察護理活動實際需求工時及各項護理活動其標準程序工時之差異，來評估機構現行人力配置是否合理？

而黃錫鏗（2002）的研究，則是將高雄捷運公司的人力規劃、營運指標、營運方式等，建構人力配置概念及建立人力的配置模式，這種模式可以迅速求得司機人員的人力配置需求。

2.3.3 人力資源之訓練-育人

訓練之目的是增進員工知識、技術和能力，以改變員工之態度和信念，學習目前工作與當前所需之工作技能，及未來工作上所需的技能，進而提升員工之績效。

而訓練的內容包括知識性：如公司政策、統計過程、基本之知識，技術性的如：溝通、人際關係、績效評估等，情感性如：動機、態度之調查。訓練種類有新進人員訓練、職內訓練、職外訓練（陳潭，2006）。

所以員工經由訓練可以提升員工及公司的績效，在 Schultz 著作的「人力資本論」中指出，人力素質能經由正規教育、在職訓練、健康等的改善

而提昇，並指出美國國民生產量快速增加，不只靠資本，同時人力的投入也是主要原因（簡建忠，1997）。

在陳俊樺（2005）的研究中，則以電子化資訊系統來處理組織發展的「人力資源」，使得公司員工績效提昇，進而提升公司利益。

2.3.4 人力資源之薪資及晉昇-留人

員工經由訓練後須評估其績效，以做為薪資及晉升之依據，所以績效管理是一策略性及整合性措施，經由發展個別員工及團體的能力，改善人員的工作績效，來促進組織的成功。而評值績效的方式有（1）金錢：如收入、支出、報酬率（2）時間：有工作進度表、反應速度（3）效果：如標準的達成、行為的改變（4）反應：有同儕評核、內外客戶之評核及抱怨等。

經由效能之評估決定予什麼的薪資？什麼報償？其獎勵之理論依據有增強理論、期望理論及代理理論。而其工作評價要素為工作複雜度、工作環境、經驗、教育程度、責任等。

2.3.5 人力資源在醫院管理的角色

企業的競爭策略決定企業人力資源之管理策略，並透過人力資源之管理作業，塑造企業獨特的文化，來達到競爭策略的目標，創造醫療院所的競爭優勢（錢慶文，2005）。

醫療院所可否永續經營的關鍵在於能否掌握競爭優勢？而競爭優勢取

決於外部個體環境之競爭程度及醫療院所本身之優缺點。

人力資源在醫院管理的角色有幾個層次：(1) 作業層次：即傳統的人事管理作業，包括人力規劃、工作分析、績效管理、員工教育訓練等工作。

(2) 管理層次：強調如何將人力資源整合進醫院其他管理機能中，可與制度面相結合，但無法從實質的作為看出來其工作表現。(3) 策略層次：其根本目的是建立醫院文化和確保醫院永續經營。當人力資源在策略層次上無法滿足需要時，容易造成醫院經營毫無方向，而在多變的醫療環境中被淘汰。所以人力資源在醫院管理上扮演的角色非常重要，除非醫院各項工作能和人力資源管理相配合，否則將難以發揮醫院的整合力量。

醫療是人力密集的產業，一般醫院人力成本約佔醫院成本 45%-60%，在日益嚴苛的醫療環境中，醫院對人員數的控管將對醫院的競爭力具有更重要的影響因素。醫療的人力除了醫院設置標準及評鑑標準依據病床數來規範專業執照人力要求，在其餘人力的設置上並無規定。因此目前在醫務管理上對於人力的配置並無客觀的管理方式，如何合理控管醫院人力及各類職稱配置數，是人力資源管理單位面臨的重要挑戰之一。

2.3.6 影響護理人力運用之因素

護理人員佔醫院醫事人力一半左右，其運用得當與否？影響到醫院經營管理及醫療品質。卓秀霞（2004）的研究顯示，以評鑑標準考量人力負荷情況時，就只有急診護理人員未達評鑑標準，也是極需要作改善調整的地方。而只看床數反應人力負擔將無法得到真正的負擔值，所以同級醫院

人力調查在只考量人力數、院內年資及年齡等條件下所作的各項業務量負荷，研究結果得知該院全院整體人力數並非不足，只有單位間人員數調配不當及年資較輕等問題而已。

蔡淑鳳、王秀紅（2007）的研究指出，影響護理人力供需因素包括，工作負荷量、工作環境、病人病情複雜度、護理人員照護層次、護理人力組合等。

張媚等（2005）研究有關台灣未來十年護理人力之供需，發現會增加護理人力需求因素有：人口老化、民眾對醫療品質要求增加、住院日數減少、社區照護需求增加、部份醫師工作由專科護理師分擔等。

第三章 兩岸醫療環境與醫療保險制度分析

3.1 兩岸醫療環境指標

近幾年來台灣醫療環境因配合醫療政策上的需要，造成醫療越來越高度資訊化，醫院管理愈專業化的趨勢，而台灣醫療環境近年來有幾個重要改變，(1)、由於工商業發達，人口往都會區遷移，形成城鄉人口分佈不均。都會區醫院大型化，而鄉村仍舊為小型診所，拉大城鄉間醫療質與量的差異。(2)、消費者意識提高，對醫療服務品質要求增加，愈來愈多醫療糾紛不斷產生。(3)、我國人口逐漸高齡化，對於慢性醫療、安養、居家照護需求大增。(4)、全民健康保險開辦，介入醫療行為程度增加，相對降低醫療專業的自主性。(5)、醫療逐漸專科化，醫療支出迅速增加和專業間敵對日益加深。(6)、醫學科技的進步使得醫療專業人員對醫療科技的依賴愈來愈高（錢慶文，2005）。

而中國大陸在 80 年代領導人改革開放同時，才對醫療市場的控制做少量、逐步的放鬆，也隨著世界潮流的全球化、自由化，讓中國大陸經濟起飛，民眾收入增加，在這同時人民對醫療服務的需求，不論在品質或數量上，均呈快速的成長。

中國人口多，隨著人口的老化及健康意識的提昇，潛在的醫療需求旺盛，中國大陸每人的醫療支出雖持續增加，但提供的服務品質及管理制度，卻無法與醫療支出同步進展（徐永芳，2004）。且大陸每人的醫療支出雖持

續增加，但遠不及國民生產毛額成長率，目前醫療服務支出佔國內生產毛額 5.55% 與開發中國家相對的減少許多（如美國 14%）。

以下介紹兩岸的醫療服務需求面、供給面分析。並以 SWOT 分析兩岸的優劣勢，以供同好者參考。

表 3.1 兩岸醫療環境指標比較表

	探討項目	台 灣	中 國 大 陸
國民平均健康 水準	平均壽命 (2005)	男性 73.7 歲 女性 79.8 歲	男性 70 歲 女性 74 歲
	粗死亡率 (2005)	6.15 千分比	6.51 千分比
	嬰兒死亡率 (2004)	5.3 千分比	25.5 千分比
公共衛生	十大死因占死亡人數比	75.2%	92%
	傳染病發病率	149.07/10 萬	268.31/10 萬
	傳染病病死率	0.83%	2.8%
人口特質	老化指數 (2005)	52.05%	36.36%
	老人人口佔總人口比 (2000)	8.62% (65 歲)	7.13% (65 歲)
	老人人口佔總人口比 (預估 2020)	14% (65 歲)	11.83% (65 歲)
	扶養比 (2005 年底)	扶養比為 39.74%	NA
都市化程度	平均收入 (2004)	14271 美元	1273 美元
	教育程度：文盲 (2005)	2.67%	6.7%
	高等教育以上學歷 (2004)	5.9%	1.49%
兩岸醫療服務 供給面： 醫療服務量	門診人次	0.95 億次	23.05 億次
	每人/一年平均就診次	14.94 次 (2004)	1.8 次 (2005)
	住院人次 (2005)	255 萬人次	7184 萬人次
	每萬人口住院人數 (2005)	1125 人	561 人
	佔床率 (2005)	69.15%	62.9%
	平均住院天數 (2005)	9.48 日	9.2 日
兩岸醫療服務 供給面： 醫療資源	全國醫療院所數量	19433 所	298997 所
	每萬人口病床數	64.3 床 (2005) 56.31 (2003)	24.5 床 (2005) 23.4 床 (2003)
	每千人口醫事人員數	8.72 人 (2005)	3.48 人 (2005)
	每千人口醫師數	1.7 人 (2005)	1.51 人 (2005)
	每千人口護理人員數	4.6 人 (2005)	1.05 人 (2005)

(本研究，2007)

3.1.1 兩岸醫療服務需求面：

1. 國民平均健康水準指標：

(1) 國民平均壽命

1996 年台灣男性平均壽命 71.9 歲，女性平均壽命 77.8 歲，大陸男性平均壽命 68 歲女性 72 歲。

至 2005 年台灣男性平均壽命 73.7 歲，女性則為 79.8 歲，而中國大陸男性平均壽命 70 歲，女性 74 歲。近十年來幅度未改變，大陸皆比台灣短 3-6 歲。(見附錄表 6、歷年主要國家之平均壽命)

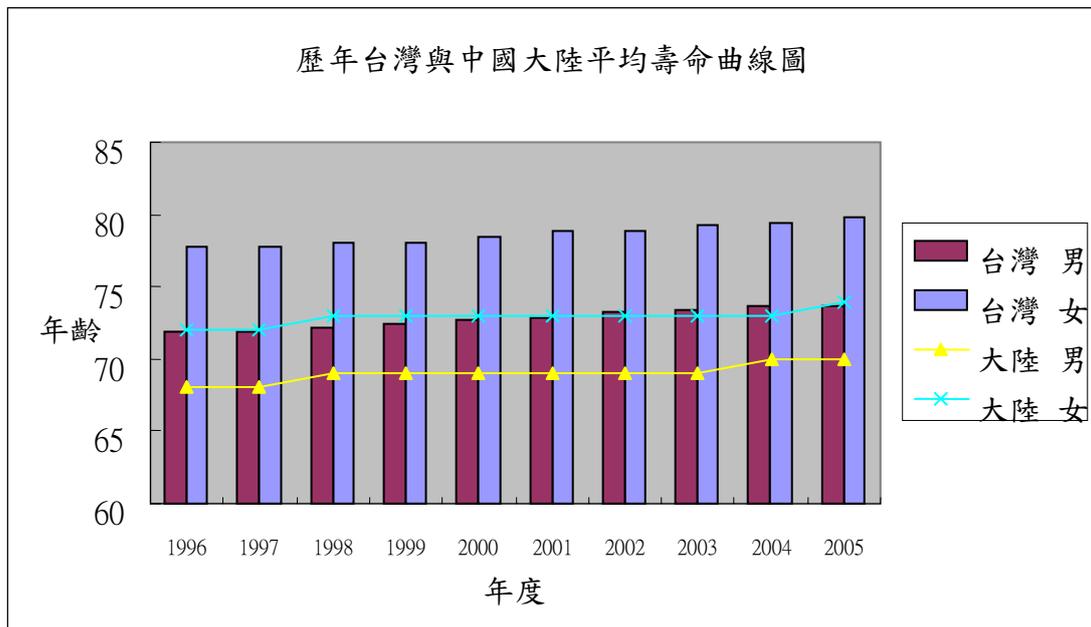


圖 3.1 歷年台灣與中國大陸平均壽命曲線圖

(2) 粗死亡率

2003 年全民健康保險統計動向中指出：台灣粗死亡率千分之 5.8，2004

年衛生統計重要指標：指出粗死亡率千分之 5.97 至 2005 年台灣粗死亡率千分之 6.15，而大陸國家統計局年度統計公報指出，2004 年死亡人口為千分之 6.42，2005 年為千分之 6.51，2006 年則增加至千分之 6.81。

(3) 嬰兒死亡率

2003 年全民健康保險統計動向中指出台灣嬰兒死亡率：千分之 4.86，孕婦死亡率 6.61（每十萬）。

2004 年衛生統計重要指標：嬰兒死亡率：千分之 5.3，孕婦死亡率 5.54（每十萬）

而大陸根據 2004 年中國衛生事業發展情況統計公報，中國嬰兒死亡率為千分之 25.5，為台灣的 5 倍，至 2005 年中國衛生事業發展情況統計公報，中國嬰兒死亡率降為千分之 21.5，孕產婦死亡率 48.3/10 萬，約為台灣的 8 倍（城市為 26.1/10 萬，農村為 63.0/10 萬）。

2. 公共衛生指標：

(1) 主要死亡原因：

依據行政院衛生署統計，2005 年台灣地區死因統計摘要，國人死亡人數共 138957 人，0~64 歲者占總死亡人數 33.8%；65~79 歲者占 36.3%；80 歲以上者占 29.9%。如與 1995 年（0~64 歲者占 39.6%；65~79 歲者占 39.0%；80 歲以上者占 21.4%）相較；80 歲以上高齡死亡人數比率明顯增加，顯示人口年齡結構老化為國人死亡人數增加之主因。

而前十大死因，依序為惡性腫瘤；腦血管疾病；心臟疾病；糖尿病；事故傷害；肺炎；慢性肝病及肝硬化；腎炎、腎徵症候群及腎性病變；自殺；高血壓性疾病。十大死因死亡人數合計占總死亡人數的 75.2%，其中以惡性腫瘤占 26.8%最多；腦血管疾病與心臟疾病分別占 9.5%與 9.3%。（見表 3.2、2005 年台灣十大死因）

表 3.2 2005 年台灣十大死因

順位	死亡原因	死亡數 (人)	占死亡總人 數之百分比	死亡百分比比較 上年增減數
1	惡性腫瘤	37,222	26.8	-0.4
2	腦血管疾病	13,139	9.5	0.3
3	心臟疾病	12,970	9.3	-0.3
4	糖尿病	10,501	7.6	0.7
5	事故傷害	8,365	6.0	-0.3
6	肺炎	5,687	4.1	0.0
7	慢性肝病及肝硬化	5,621	4.0	0.0
8	腎炎、腎徵候群及腎性病變	4,822	3.5	0.0
9	自殺	4,282	3.1	0.5
10	高血壓性疾病	1,891	1.4	0.0

而中國大陸 2005 年城鄉居民前十大死因為：惡性腫瘤、腦血管病、心臟病、呼吸系統疾病、損傷及中毒、消化系統、內分泌及代謝疾病、泌尿生殖、精神障礙、神經系病。

而農村居民前十大死因為：呼吸系統疾病、腦血管病、惡性腫瘤、心臟病、損傷及中毒、消化系統、泌尿生殖、內分泌及代謝疾病、肺結核、精神障礙。而十大死因佔總死亡人數的 92%（見表 3.3、2005 年部份市、

縣前十位疾病死亡率及死亡原因)。

表 3.3、2005 年部份市、縣前十位疾病死亡率及死亡原因構成

城市居民	十大死因	死亡率 (1/10 萬)	佔死亡人 數百分比	農村居民	十大死因	死亡率 (1/10 萬)	佔死亡人 數百分比
順 序				順 序			
1	惡性腫瘤	126.0	22.9	1	呼吸系統 疾病	123.8	23.5
2	腦血管病	116.6	21.2	2	腦血管病	111.7	21.2
3	心臟病	98.2	17.9	3	惡性腫瘤	107.1	20.3
4	呼吸系 統疾病	69.0	12.6	4	心臟病	62.1	11.8
5	損傷及 中毒	45.3	8.3	5	損傷及 中毒	44.7	8.5
6	消化系統	18.1	3.3	6	消化系統	17.1	3.2
7	內分泌及 代謝疾病	13.8	2.5	7	泌尿生殖	7.0	1.3
8	泌尿生殖	8.6	1.6	8	內分泌及 代謝疾病	6.2	1.2
9	精神障礙	5.2	1.0	9	肺結核	2.9	0.6
10	神經系病	4.6	0.8	10	精神障礙	2.3	0.4
總 計			92.0				91.9

(2) 法定傳染病發生率：

衛生署疾病管制局 2006 年 9 月之資料顯示，台灣於 8 月發病或診斷之法定傳染病確定病例有 2386 例，該年確定病例平均約 28632 例，總發病率 126.13/10 萬，直接死因為法定傳染病之病例數共 58 例，佔 2.43%（其中 52 例結核病及 6 例 AIDS 相關死亡）。2005 年該年之確定病例共 33840 例，

總發病率為 149.07/10 萬，死亡病例共 97 例，佔 3.43%（其中 84 例結核病、12 例 AIDS 相關死亡、1 例恙蟲病）。

2006 年 8 月 2386 例確定病例中，無第一類傳染病；第二類傳染病 406 例，占確定病例總數 17.0%，前三位依序為 235 例 HIV/AIDS、110 例登革熱，桿菌性痢疾及急性病毒性 A 型肝炎並列第三位各 15 例；第三類傳染病 1980 例，占確定病例總數 83.0%，前三位依序為 1066 例結核病、638 例梅毒、137 例淋病。

經由表 3.2 計算出 2005 年總死亡人數為 138957 人，而因傳染病死亡人數為 1164 人，佔死亡人數的 0.83%。

據 2005 年中國衛生事業發展情況統計公報，中國大陸法定傳染病總發病率 268.31/10 萬，死亡率 0.76/10 萬，病死率 0.28 千分比。與 2004 年比較發病率上升 9.7%，死亡率上升 38.2%，病死率上升 0.06 百分點。

發病率前五名依序：肺結核病、病毒性肝炎、痢疾、淋病、梅毒，病死率前五名依序：狂犬病、禽流感、鼠疫、愛滋病、新生兒破傷風。（見表

3.4、歷年大陸全國甲、乙類法定報告傳染病發病及死亡率）

表 3.4 全國甲、乙類法定報告傳染病發病及死亡率

	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年
發病率 (1/10 萬)	188.62/10 萬	180.14/10 萬	192.18	244.66/10 萬	268.31/10 萬
死亡率 (1/10 萬)	0.29/10 萬	0.35/10 萬	0.48/10 萬	0.55/10 萬	0.76/10 萬
病死率 (千分比)	0.15 千分比	0.20 千分比	0.25	0.22 千分比	0.28 千分比

3. 人口特質：

(1) 扶養比：為依賴人口（14 歲以下及 65 歲以上的人數）對工作人口（14-65 歲人數）之比，至 2005 年底扶養比為 39.74%，比國際平均 56.25% 為低，老化指數卻比國際平均為高，可見我國 0-14 歲人口相較於國際成長較少。（見附錄表 7、主要國家扶養比及老化指數比較表）

(2) 老人人口與總人口比：台灣 65 歲人口佔總人口比，自 2001 年底的 8.81% 至 2006 年 6 月的 9.86%，有逐年上升的趨勢。老化指數也是逐年上升之趨勢（見附錄表 8、近來我國老年人口數一覽表），預定至西元 2019 年老人人口數將達總人口數的 14%，而至 2027 年將達總人口數的 20%。

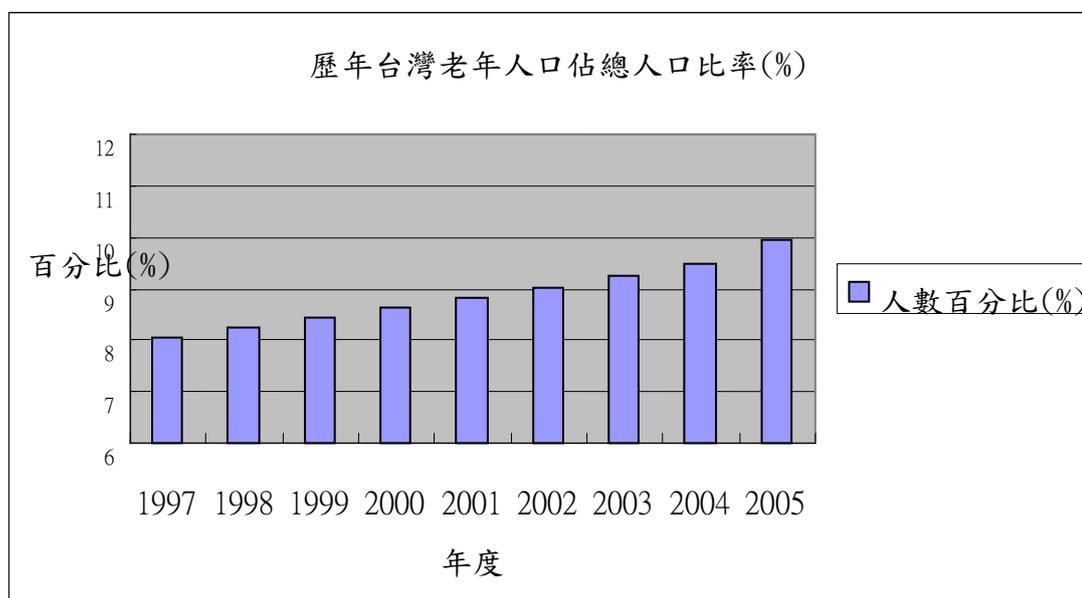


圖 3.2 歷年台灣老人人口佔總人口比率

依據大陸老齡工作委員會辦公室常務副主任李本公表示，目前中國大陸六十歲以上老人人口已達一億四千三百萬人，佔總人口的 11%，預計到

2020 年，大陸六十歲以上老人人口將佔總人口的 17.2%，2050 年更將佔總人口的 31%。

而依據 1999 年中國人口老齡化趨勢資料顯示，65 歲以上老人人口至 2020 年將佔 11.83%，至 2050 年將達 21.81%（見附錄表 9、中國人口老齡化趨勢）

4. 都市化程度

（1）平均收入：

自 1996 年至 2006 年十年間，台灣國民之 GDP 成長介於-2.17%至 6.59%之間，（見附錄表 10、歷年台灣經濟成長率及每人國內生產毛額）而中國卻介於 8-10%成長，中國國內每人生產毛額於 2002 年為美元 992 元，2003 年為 1101 元，2004 年為 1273 元，有逐年上升趨勢。（見附錄表 3、歷年主要國家平均每人國內生產毛額），而台灣每人之生產毛額雖比大陸高許多，且經濟雖有成長但與中國大陸每年以 8-10%的成長率相較成長緩慢。

（2）教育程度：

自 2002 年統計台灣識字人口有逐年增加趨勢，研究所人口自 2002 年佔 15 歲以上總人口的 1.83%增至 2005 年的 3.1%，而大專院校學生數自 2002 年佔 15 歲以上總人口的 11.23%增至 2005 年的 15.26%，可見教育程度逐年提升。（見附錄表 11、台閩地區十五歲以上人口戶籍註記教育程度）

大陸教育部統計指標中之國際比較：各主要國家高等教育學生占年中人口數之百分比率，2003年台灣佔5.85%，中國大陸佔1.16%，2004年台灣佔5.9%而中國大陸佔1.49%。

而大陸在「2005年中國衛生統計年鑑中」指出，中國大陸每十萬人口中大專以上學歷者佔3611人（佔3.6%），高中或中專程度者佔11146人（佔11.6%）。文盲率6.7%，比1990年文盲率15.9%進步許多。

3.1.2 兩岸醫療服務供給面：

1. 醫療服務量：

(1) 門診人次、每人一年平均就診次數：

2005年臺灣醫院門診人次達95,577,813人次，較2004年減少6.0%。其中公立醫院佔27.5%，較上年減少6.1%；私立醫院佔72.5%，較上年減少6.0%（見圖3.3、歷年醫院門、急診人次）。而自1996至2004年9年來國人平均門診次數為13.8次，65歲以上老人平均每年門診次數達26.4次，成長率增加34.4%增幅最大，45歲至64歲為16.2次，成長率增加17.1%，增幅最小（見表3.5、歷年每人門診次數一覽表）。

歷年醫院門、急診人次

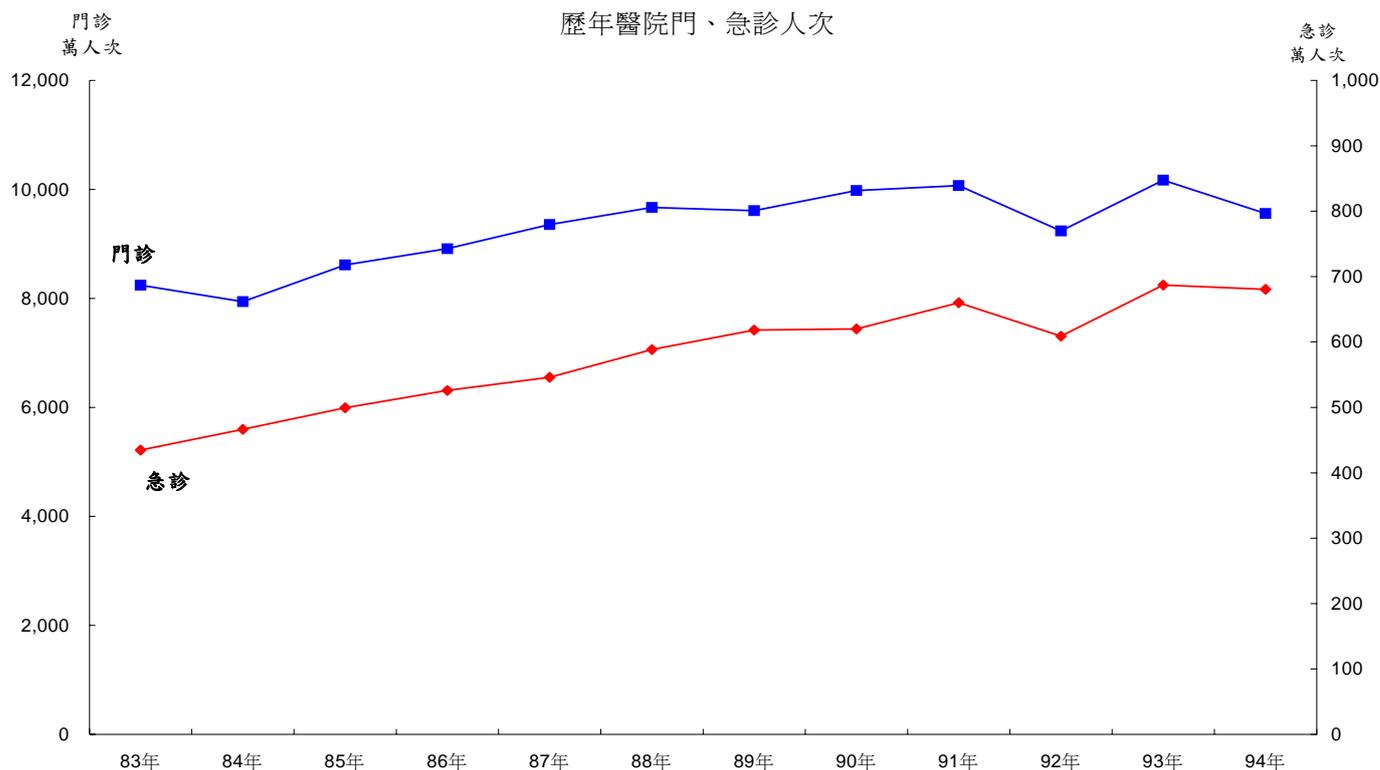


圖 3.3 歷年醫院門、急診人次

表 3.5 歷年每人門診次數一覽表

平均每人門診次數—按年齡別分

單位：次數

	總平均	0~14歲	15~44歲	45~64歲	65歲以上
85年	11.82	12.97	8.94	14.40	22.14
86年	13.15	14.99	9.96	15.69	23.17
87年	14.16	15.55	10.41	17.49	26.94
88年	14.55	16.18	10.66	17.62	27.57
89年	14.11	16.17	10.36	16.44	26.25
90年	13.93	15.43	10.24	16.13	26.75
91年	14.00	15.55	10.18	15.92	27.44
92年	13.76	14.90	9.96	15.49	27.61
93年	14.94	16.08	10.73	16.86	29.76
85~93年平均	13.83	15.32	10.16	16.23	26.40

註：平均每人門診次數=門診次數/年中人口數

1.6%；特殊病床為 4,441,658 人日，較 2004 年增加 6.8%。較 1995 年增加 13.3%，更較 2000 年增加 15.3%。

2005 年醫院一般病床住院人次達 2,550,661 人次，每萬人口住院 1125 人，較 2004 年減少 1.9%；特殊病床為 416,308 人次，較 2004 年增加 2.2%。而比 1995 年增加 23.7%，2000 年增加 5.4%，與 10 年前相較，住院人次增幅大於住院人日；但與 5 年前相較，則住院人日增幅較住院人次為大，表示住院日數的延長。

2005 年醫院一般病床占床率為 69.15%，較 2004 年減少 2.8%；較 2000 年增加 8.0%；惟較 1995 年減少 0.8%。（見附錄表 12、臺灣醫院一般病床服務量統計）

而中國大陸 2005 年全國醫療機構入院人數 7184 萬人，其中醫院 5108 萬人佔 71.1%，三級甲等醫院入院人數 1066 萬人，佔醫院入院人數 20.9%，2005 年全國居民每萬人口住院 561 人，病床使用率 62.9%。（見附錄表 13、全中國醫療機構業務工作量及病床使用情形）

（3）平均住院天數：

2005 年台灣醫院一般病床平均住院日數為 9.48 日，較 2004 年 9.45 日增加 0.3%；亦較 2000 年的 8.66 日增 9.4%；惟較 1995 年 10.35 日減少 8.4%（見附錄表 12、台灣醫院一般病床服務量統計）。醫院一般病床占床率與平均住院日數變動趨勢一致，主要與一般病床數成長幅度有關。

而中國大陸 2005 年平均住院天數為 9.2 天，與台灣相比較較短，且其佔床率也較低。(見附錄表 13、全中國醫療機構業務工作量及病床使用情形)

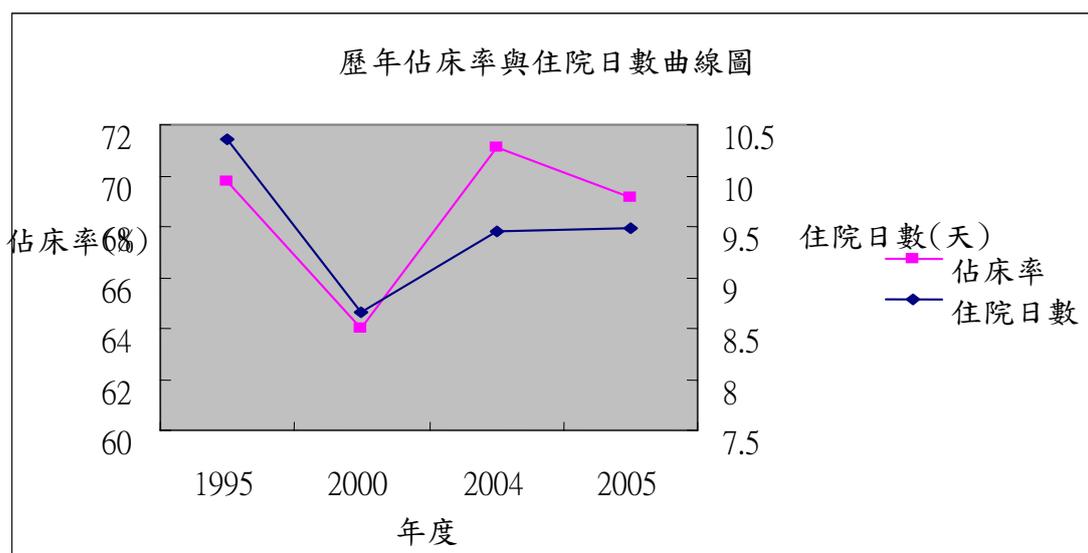


圖 3.4 歷年台灣佔床率及住院日數曲線圖

2. 醫療資源：

(1) 醫療院所數量：

2005 年台灣醫療院所數共 19,433 家，較 2004 年增加 193 家(增 1.0%)；其中醫院為 556 家，較 2004 年減少 34 家(減少 5.8%)

醫療院所為全民健保特約者共有 17,931 家，特約比率為 92.3%；其中醫院特約率為 98.7%，診所特約率為 92.1%；診所特約率又以牙醫診所之 96.7%最高；西醫診所 90.2%次之；中醫診所則為 88.7%。

歷年醫院診所家數

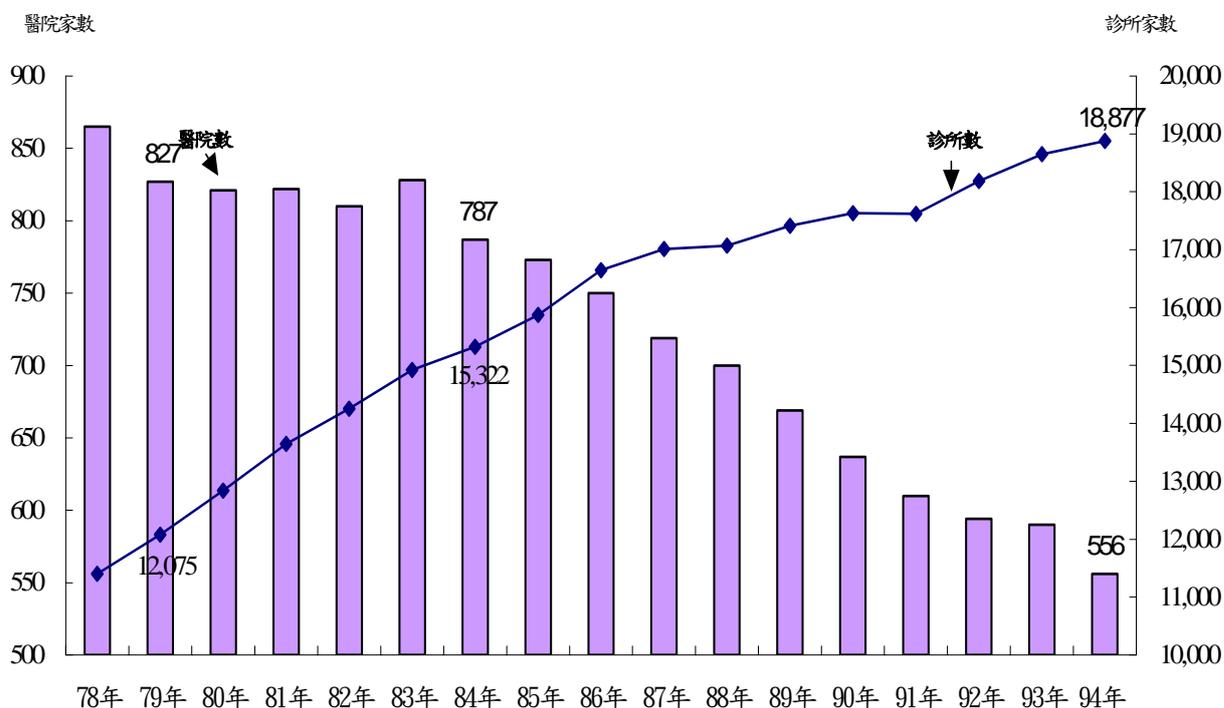


圖 3.5、歷年醫院診所家數

中國大陸在 2004 年登記註冊醫療機構有 28.8 萬個，非營利性醫療機構 13.4 萬個，營利性醫療機構 15.2 萬個。

至 2005 年統計中國衛生機構醫院總數有逐年增加，醫院按等級分，三級醫院 946 個，二級醫院 5156 個，一級醫院 2714 個，未評定等級醫院 9887 個。(見附錄表 14、全國衛生機構及床位數)

(2) 執業醫事人員數：

林義鈺 (2006) 台灣健康照護體系的過去、現在與未來議題中提到：台灣自 1994 年至 2000 年人口成長 5.2%，但醫療專業人員數成長 33.5% 明顯供過於求，病床也增加了 32.3%。

2005 年底醫事機構執業醫事人員數共 198,534 人，其中醫師（含西、中、牙醫）共 48,848 人，占 24.6%；藥事人員共 25,574 人，占 12.9%；護產人員共 105,160 人，占 53.0%；醫事放射及醫事檢驗人員共 11,198 人，占 5.6%。

近 10 年來，醫事機構執業醫事人員數增加 67.9%，其中藥事人員成長 33.0%最低；醫師成長 41.5%次之，其餘分別為醫事放射及醫事檢驗人員增加 71.9%；護理人員增加 82.6%。（見附錄表 15、醫事機構執業醫事人員數）

我國 2005 年底每千人口執業醫事人員數 8.72 人，較 2004 年增加 0.23 人，與主要國家相比較，我國每千人口醫師數 1.7 人，分別較美國、日本的 2.56 及 1.98 人為低，但與鄰近南韓、新加坡及中國大陸高出 0.1-0.6 人，另我國每千人口護士及護理師為 4.6 人，低於美國 9.37 人，日本 7.79 人，高於新加坡 4.24 人，南韓的 1.75 人，中國大陸的 1.05 人。（見附錄表 5、台灣與主要國家執業醫事人員數比較表）

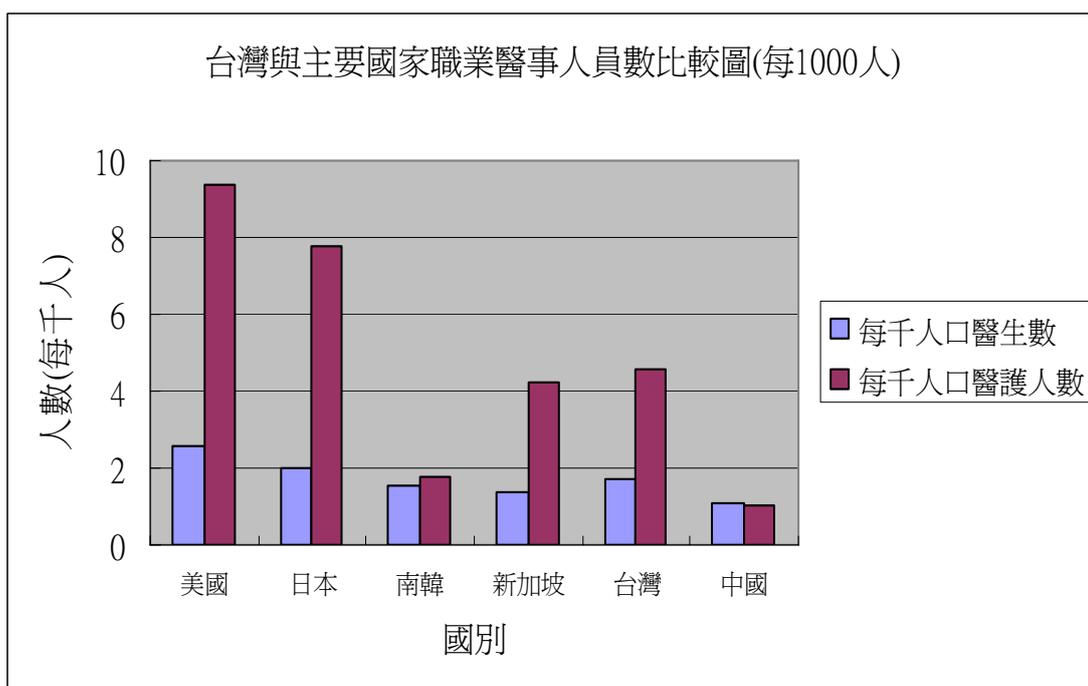


圖 3.6 台灣與主要國家執業醫事人員數比較圖

大陸 2005 年全國醫療機構衛生人員數 542.7 萬人，其中衛生技術人員 446.0 萬人，在醫療機構中有 422.1 萬人，執業醫師及助理醫師有 181.0 萬人，註冊護士 133.1 萬人，至 2005 年末，每千人口執業醫師 1.51 人，註冊護士 1.05 人。(見附錄表 16、中國大陸全國衛生人員數)

(3) 每萬人口病床數：

2005 年底醫療院所每萬人口病床數達 64.3 床，較 1995 年底之 52.8 床增加 21.8%；其中醫院每萬人口一般病床增 7.1%。(見附錄表 17、醫療院所平均每萬人口病床數) 及 (附錄表 18、中央健康保險局六分局轄區醫療資源密度)

依表 3-14：2005 年大陸每千人口醫院衛生院床位數為 2.45 張，即每萬人口床位數為 24.5 張。

3.2 醫療政策及保險制度

醫療產業最大的特色之一是，從單純的醫病關係到保險機構的介入，尤其是單一的保險人的全民健保時代，受到醫療政策或保險政策的影響很大。所以一個醫療機構能否獲永續經營的重要因素為是否了解國家醫療保險政策趨勢與走向？

3.2.1 台灣醫療政策及保險制度

台灣舊社會保險制度有公保及勞、農保兩大體系，公保、勞保、農保各於 1958 年、1950 年、1989 年開辦。在舊的醫療保險體制下發現有明顯缺失 (1)、缺少「部分負擔」的設計，使被保險人缺乏成本意識，造成整個健保體系的醫療使用率偏高 (2)、舊健保「就醫憑證」制度，易造成醫師與病患勾結舞弊 (3)、病患享有就醫自由，且同病不同酬的支付制度，導致病患湧向大醫院的趨勢，影響醫療體系的均衡發展 (4)、「福利」與「保險」混淆不清，保費偏低，影響健保體系財務結構。(5)、舊保險體制已納入大部分青壯人口 (57%)，但不包括老弱病殘等需要醫療保險的人口，也就是有 43% 未就業人口無保險的情形，所以於 1988 年著手規劃全民健保，於 1994 年立法通過正式啟用 (盧瑞芬等，2000)。

全民健保採公辦公營方式，透過全民強制納保，一方面達風險分擔，另一方面有助發揮社會同舟共濟的精神，至 2004 年納保人數佔台灣地區總人口數的 97.55% (中央健保局 2004 年)。財務的籌集以薪資稅為主，依薪資的多少依一定的費率扣繳。而承保內容包括門診、住院、藥品、中西

醫及牙科等，與舊制比較更廣泛。醫療費用之支付採部分負擔制，依就診的醫療院所等級不同而有不同，為減輕部份負擔對低所得的影響，全民健保制度也有部份負擔上限與免除部份負擔條款。醫療服務的提供是透過「特約」方式，由醫療市場的公民營醫療院所提供（盧瑞芬等，2000）。截至2005年特約醫療院所共有17,931家，特約比率為92.3%，其中醫院特約率98.7%。

全民健保至今十年來，因受到人口老化、重大傷病患者的增加、醫療科技進步的影響，「醫療費用」與「保費收入」的年成長率存在著二個百分點的落差，造成財物的缺口。

尤其於1998-1999年健保財務收入及支出比率為4:10，造成嚴重的財務缺口。(見圖3.7)



維持健保財務收支平衡

截至94年12月底，安全準備餘額共計14.23億元

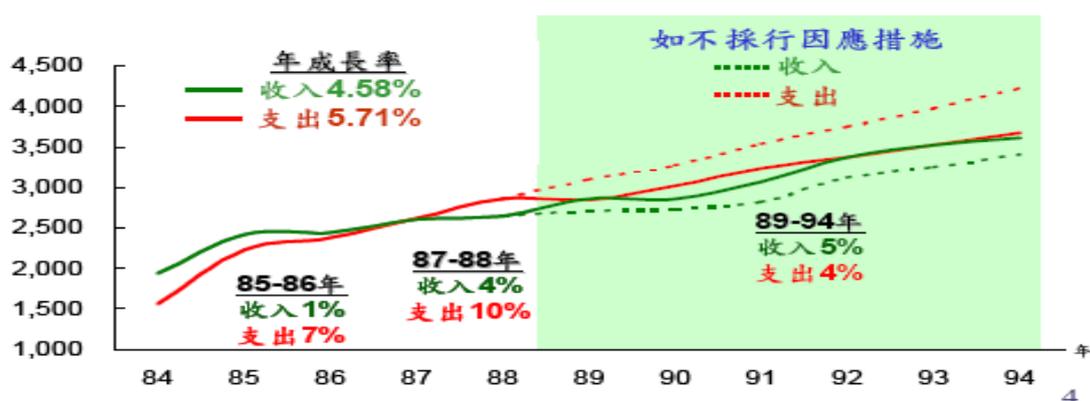


圖 3.7 歷年維持健保財務收支平衡

所以全民健康保險面臨三大議題：

1. 組織體制及財務：面臨低經濟成長率、高失業率與人口年齡結構老化。
2. 資源配置：面臨政治、社會、環境多元化, 低經濟成長率及高失業率情勢。
3. 政策評估：面臨政治、社會、環境多元化。

歷年來醫療保健支出（NHE）及全民健保醫療核付費用（NHIE）之成長率皆高於 GDP 之成長率，二者佔 GDP 比例呈微幅增加趨勢。（見表 3.6、全民健保支出統計）（表 3.7、醫療保險佔生產毛額之比例）而與其他國家醫療保健支出比較，則呈現較低之現象（見附錄表 19、主要國家每人平均 NHE 比較）。

表 3.6 全民健保支出統計

億元、%

年 /項目	GDP		NHE		NHIE		NHE /GDP	NHIE /GDP
	億元	成長率	億元	成長率	億元	成長率		
84	70179	8.58	3698	15.99	1939		5.27	
85	76781	9.41	4061	9.82	2248	15.94	5.29	2.93
86	83053	8.17	4388	8.05	2449	8.94	5.28	2.95
87	88993	7.15	4765	8.59	2731	11.51	5.35	3.07
88	92444	3.88	5069	6.38	2921	6.96	5.48	3.16
89	96125	3.98	5252	3.61	3008	2.98	5.46	3.13
90	94476	-1.72	5610	6.82	3214	6.85	5.94	3.40
91	97354	3.05	5881	4.83	3390	5.48	6.04	3.48
92	98442	1.12	6173	4.97	3537	4.34	6.27	3.59

表 3.7 醫療保險佔生產毛額之比例

年別	總人口數 千人	15歲 以下 人口 %	15-64 歲人 口 %	65歲 以上 人口 %	依賴 人口 指數 %	粗死 亡率 0/00	粗出 生率 0/00	平均 每人 GDP 美元	國民醫療保 健支出占國 內生產毛額 比率%
1999	22092	21.47	70.13	8.44	42.6	12.89	5.73	13609	5.48
2000	22277	21.11	70.26	8.62	42.32	13.76	5.68	14519	5.67
2001	22406	20.81	70.39	8.81	42.07	11.65	5.71	13097	5.67
2002	22521	20.42	70.56	9.02	41.72	11.02	5.73	13163	5.97
2003	22605	19.83	70.84	9.24	40.97	10.06	5.8	13327	6.00
2004	22689	19.34	71.19	9.48	40.48	9.56	5.97	14271	6.20
2005	22770	18.70	71.56	9.74	39.74	9.06	6.15	15271	6.17

(本研究，2007：依據 94 年衛生統計重要指標)

為因應健保財務危機，以保障民眾醫療權益，政府已採行節流作法，抑制醫療浪費措施及多元微調方案，但為長遠之計，必須推動全民健康保險制度結構化之改革，以治本之作法，謀永續之經營，為實現這方面之理想，行政院早經由二代健保規劃小組機制，歷經數年研議，就建構權責相符之健保組織體制、健保財源籌措之公平性、健保醫療品質之確保及擴大社會多元參與等層面，進行全面性之檢討與前瞻性之改革，並且提出可行建議，期能建立財務收支連動機制，提升醫療服務品質。

3.2.2 中國大陸醫療政策及保險制度

大陸的醫療服務市場普遍存在有城市、鄉村衛生資源配置不合理，政府衛生投入不足，醫療投入重治療輕預防，重城市輕農村，衛生服務沒有合理的分層、三級醫療服務體系無法形成合理有效的轉診制度等問題。且商業醫療保險市場小，對醫院的控制成本及提升品質的監督力不足，造成以葯養醫、以高科技檢查養醫，民眾看病難、看病貴的問題。所以中國大陸醫改的原因有以下幾方面(1)、醫療費用快速成長，超過國家及單位的負荷(宋曉梧，2000)，據統計1998年，中國大陸職工醫療費用支出高達900億人民幣，比1978年增加40倍，每年增幅20%以上，超過同期經濟成長率，又如2002年衛生總費用佔GDP 5.42%，但2003年診療人數卻減少5000萬次，全國醫療機構平均病床使用率僅59%，人均門急診醫療費用繼續成長，年增長率8.7%。(2)、醫療費用嚴重浪費，因不必負擔財務責任造成道德危機，以藥養醫這種醫藥資源嚴重扭曲與浪費。(3)、保險涵蓋不足及壟斷性，資源分享不公，機構和個人繳費的基本保險只覆蓋了城鎮人口的25%，缺乏對低收入高風險人群的醫療救助計劃。(4)、大數法則效應低，風險無法被分擔，企業自我保險互助互濟功能不足。(5)、醫療服務品質低下，過度的需求誘導和服務不足同時存在，導致嚴重的醫病糾紛(徐永芳，2004、康程醫院管理，2005)。

1980年大陸領導人即意識到醫療保險制度改革的必要性，1997年「十五大」會議上，提出中國大陸邁向二十一世紀社會體制，提出「糧食流通」

「投資融資」「住房改革」「醫療改革」「財政稅收」五大改革方針（李嬌瑩，2001）。1998 年根據國務院頒布「關於建立城鎮職工基本醫療保險制度決定」，自 1999 年在大陸各城鎮啟動「城鎮職工基本醫療保險制度」，2001 年全國正式實施新制醫療保險制度，提供基本醫療保障。大陸醫改的主要內容，有以下四方向：（1）低水平：考量財政、企業及勞工實際負擔能力，為職工提供基本醫療需求的保障（2）廣覆蓋：將全大陸境內所有用人單位及其職工納入基本醫療保險實施範圍（3）雙方負擔：由用人單位及職工共同繳納，職工退休後不再繳納基本醫療保險費（4）統帳結合：這是職工基本醫療保險制度核心，將基本醫療保險制度實施社會統籌與個人帳號相結合（吳啟誠，2000）。

依據「城鎮職工基本醫療保險辦法」，所謂基本醫療保險基金由統籌基金和個人醫療帳戶構成，在職職工繳納之費用全部計入個人醫療帳戶，而用人單位繳納之醫療費用按照比例納入職工帳戶及統籌基金中。在職職工急、門診費用由個人帳戶支付，不足部分由附加基金支付 50-70%，其餘職工自付。而住院所發生的費用由統籌基金支付，其支付的醫療費用，設起付標準，起付線為平均工資 10%，而統籌基金支付限額，為平均薪資的 4 倍。

據統計中國衛生總費用有逐年增加，2004 年醫療總費用達 7590.3 億元，比 2003 年增加 1006.2 億元，其中政府預算衛生支出佔 17%，社會衛生支出佔 29.3%，個人支出佔 53.6%。而城市費用支出佔總醫療費用 65.1

%，農村佔 34.9%，可見個人支出佔醫療費用的大部份，而城市得到的醫療資源比農村多，人均衛生費用城市為鄉村的 4.2 倍。(見附錄表 4、全國衛生總費用預算數)

醫療費用佔生產毛額之比例，以 2004 年為例，衛生總費用佔 GDP 5.55%，比 2003 年 (5.62%) 下降，因 GDP 每年以 8-10% 的成長率成長，故衛生總費用雖然每年增加，佔 GDP 的比率卻不增反降。

中國大陸國民生產毛額 71237 億美金 (GDP)，平均國民所得 1273 美元，而台灣國民生產毛額 5762 億美金 (GDP)，平均國民所得 14770 美元。

2005 年中國衛生部門統計，綜合醫院門、急診病人人均醫療費用比 2004 年增加 7.5%，其中門診檢查治療費用漲幅高達 10 個百分點，而住院醫療費用比 2004 年增加 8.8%，可見醫藥費用上漲過快問題已相當突出，且醫院級別越高，病人醫療費用越高。

經由以上兩岸之醫療制度，歸納出以下之比較表，如表 3.8

表 3.8 台灣與中國大陸醫療保險（社會保險）的比較

比較項目	台灣	中國大陸
保險人數	全民健保納保人數佔總人口 97.55%	公費醫療及勞保醫療共佔總人口 不到 25%，大部份農工人口未納 保
財務籌措制度	個人依薪資的收入分六類繳納 及用人單位、政府部門三方面	個人薪資負擔 2%，用人單位負擔 6%作為個人帳戶及醫療保險統籌 基金
給付內容	包括門診、住院、藥品、中西 醫及牙科	由個人帳戶支付基本醫療（用藥、 診療、服務）， 醫療保險統籌基金支付住院、手術 費、基本檢查費等大額醫療費用
支付制度	部分負擔制，依就醫之醫療院 所不同等級而有所不同，論量 計酬、總額預算	小額醫療費用支出由個人帳戶扣 繳，大額醫療費用支出自統籌基金 支出，但有基本起付線及最高封頂 線。
個人負擔	自付額為醫療費用的 10%	2004 年衛生部統計醫療費用個人 支出佔 53.6%
醫療服務的提供	全面性醫療保障及高水準醫療 服務，包括住院、緊急醫療、 檢查、處方用藥等	盡量涵蓋所有職工，提供低水準的 基本醫療
民眾滿意程度	2003 年 65%民眾滿意度 2004 年 76%民眾滿意度	看病難、看病貴、醫病關係緊張， 紅包文化
衛生費用佔 GDP 比例	衛生總費用 2003 年佔 GDP 6.0% 2004 年佔 GDP 6.20%	衛生總費用 2003 年佔 GDP 5.62% 2004 年佔 GDP 5.55%，不增反降

（本研究 2007）

3.3 以 SWOT 分析臺灣與大陸醫療環境及制度的優劣點：

SWOT 指的是優勢 (Strength)、弱勢 (Weakness)、機會 (Opportunities)、威脅 (Threats) 的英文字母的縮寫。企業界強調策略管理，而策略金三角是目標、環境、資源。策略是內部核心，外部環境主導機會和威脅，內部資源主導優勢和弱勢。機會是指對組織在達成目標上，有助力及有幫助的環境因素，而威脅是指對組織在達成目標上，有阻力及有妨害的環境因素；內部資源則是指組織的內部能有相當大的掌控能力的因素，如組織的人力、財務或技術等。組織的資源依其在追求目標與因應競爭的過程中，相對上較為有利的條件，我們稱為優勢 (Strength)，而相對上較為不利的條件，則稱為弱勢 (Weakness)。這種針對環境與資源的分析就是內外部分析，也就是 SWOT 的分析。

策略管理程序分五部份，分別為企業使命與主要目標、分析外部環境以找出機會 (Opportunities) 與威脅 (Threats)、分析內部運作環境找出優勢 (Strengths) 與弱勢 (Weaknesses)、策略選擇、策略執行 (Mintzberg, 1991)。而企業在決策過程中，必須對內、外部環境的資訊加以整合分析，以發現策略因素。SWOT 分析是一個關鍵工作，企業根據外部環境的 OT (機會、威脅) 與內部環境的 SW (優勢、弱勢) 產生策略的配合。

優勢、弱勢經常涵蓋客觀與主觀面，在企業的 SWOT 分析中，下列事項是優勢與弱勢常見的範圍：如資源類 (財務、專家、在地資源)、客戶服務、效率、競爭優勢、基礎設施、質量、職員、管理、價格等。而可能的機會

與威脅範圍：如競爭者的行動、社會產業的經濟情況、貸款利率或匯率、市場成長並趨向飽和、法律或章程的更改與變化。

經由以上兩岸之醫療環境及政策現況，了解到對醫療機構有助力及阻力的環境因素如下：

1. 台灣的國民平均健康水準高於大陸：平均壽命高於大陸而嬰兒死亡率低於大陸。
2. 公共衛生之推展成效大於大陸：因傳染病的控制得當使其死亡率相對減少。
3. 台灣人口老化較大陸嚴重，老人人口比例及扶養比高於大陸，但與歐美已開發國家相比，則呈現較低之比例。
4. 台灣都市化程度高於大陸：目前國民之平均收入及教育程度高於大陸。
5. 在醫療可近性上台灣優於大陸：以國民每年就診次數來看，台灣一年平均 14.94 次，大陸平均 1.8 次。
6. 醫療服務之提供、衛生資源上台灣仍居於優勢：不論在醫療人員數目、病床數及政府投入上，大陸都不如台灣，人民擁有健康的權力優於大陸。
7. 擁有全民健保，保險覆蓋率高於大陸，人民免於健康的威脅，而大陸醫療體系缺乏整合，納保人數偏低，無法為全民提供健康及財務風險保障。
8. 擁有較優良的醫療技術，引進高科技產品及儀器。
9. 大陸醫生在診金的限制，導致醫療人員工資低、服務態度差，病患滿

意度低，收取紅包蔚成風氣。

10. 台灣基於總額預算之限制，醫療市場的開放性遠不如大陸，故造成醫療產業之西進。

11. 兩岸的醫療費用皆節節高漲，未來必須研議醫療費用上升的原因及研擬因應之道，以控制及合理的利用醫療資源。

12. 台灣全民健保的實施，醫療資源控管不良，造成許多浪費。

13. 中國大陸人口眾多，且經濟快速起飛，醫療保健的需求及消費程次不斷提昇，相對於台灣因健保總額的限制，同業間激烈的競爭，利潤及糾紛層出不窮，醫療產業面臨衰退情勢。

表 3.9 台灣醫療市場競爭力分析：

Strength：優勢	Weakness：劣勢
1. 國民平均健康水準高 2. 都市化程度高 3. 醫療人才豐富 4. 提供醫療服務廣 5. 保險覆蓋率高，人民擁有健康權力 6. 醫病關係好，民眾滿意度高 7. 政府投入高 8. 台灣醫院管理經驗豐富	1. 總額預算之限制 2. 經濟成長緩慢、醫療收入低於支出 3. 醫療資源控制不良，平均就診次數多，形成醫療浪費 4. 醫事人力供過於求，人才外移 5. 醫療院所家數趨於飽合，競爭激烈
Opportunity：機會	Threat：威脅
1. 大陸職工服務態度差，病患滿意度低 2. 中國政府公共衛生投入較少 3. 看病難、看病貴、醫病關係緊張，紅包文化	1. 兩岸同時面對人口老化，長期照護需求增加 2. 大陸經濟快速成長，醫療服務需求增加 3. 資金及人才大量外移 4. 中國政府已正視問題，正大力推展改革開放

第四章 兩岸醫院護理人力資源之探討

醫療院所能否掌握競爭優勢是永續經營的關鍵，而競爭優勢決定於院外個體環境的競爭程序及醫療院所本身的優缺點。企業的競爭策略決定人力資源的管理策略，並且透過人力資源的管理作業，可塑造企業獨特的企業文化，來達到競爭策略的目標，創造醫療院所的競爭優勢。

從人力資源管理的角度來看，愈是競爭的環境，人力資源除了要能在人力的「質」競爭，也要能在「量」上比較。所以通常醫療機構都希望能夠用較客觀的指標來衡量在醫療市場競爭的程度，另一種競爭的方法，是由供給者數目的多少來決定，所以可以從醫事人力來推論市場競爭程度。例如：醫師人數比、每萬人口診所數、其他醫事人數的人口比（錢慶文，2005）。

醫院管理是保證醫院有效運行所不可少的條件，而護理管理是醫院管理的重要組成，護理管理體制的好壞直接影響護理品質的高低。護理管理體制必須是一個獨立系統，有職責、權力及上下級關係簡單明確的組織結構（吳欣娟、馬麗莉、應嵐，2005）。

4.1 個案研究--以大陸某三級醫院及台灣某醫學中心為例

本研究資料為筆者於 2006 年 7 月參加大陸醫療參訪團，實地參訪上海二、三級醫院，及其他自營的診所，參與其舉辦之研討會，並與當地之醫療產業進行雙向交流，探討醫療產業之發展、市場機制、醫療水平、保險給付等。且研究者本身從事護理工作已 20 幾年，其間皆在醫學中心服務，所以本文之資料，台灣方面以研究者所服務之醫院為主，參考其他醫院為輔，大陸方面以實際參訪之三級醫院為主，輔以查詢之二手資料為輔。

本研究大陸醫院個案為上海市「瑞金醫院」。瑞金醫院原名廣慈醫院，創建於 1907 年，是隸屬於上海交通大學醫學院的綜合性教學醫院，占地面積 12 萬平方米，建築面積 15 萬多平方米，綠化面積占總面積近 30%。開放床位 1774 張，職工 3300 多名，其中高級職稱者 507 人。醫院設有 34 個臨床科室、7 個醫技科室；9 個研究所；11 個實驗室。

瑞金醫院於 50 年代對於大面積燒傷治療領有世界先進水準；70 年代在國內率先發展了心臟和肝臟的移植手術；90 年代在白血病分子生物學研究和臨床醫療領域取得了重大進展；至 21 世紀器官移植即日臻完善。

瑞金醫院是上海交通大學醫學院最大的臨床教學醫院，醫院等級為三級甲等，組織類型為綜合醫院，與本研究台灣醫院個案台灣某一醫學中心，同屬大型臨床教學醫院，極具比較分析價值，茲將大陸某一三級醫院「瑞金醫院」及台灣某一醫學中心相關資料比較分析，探討如下。

表 4.1 大陸某一三級醫院及台灣某一醫學中心護理人力相關資料比較

比較分析項目		台 灣	大 陸
醫院理念及宗旨		醫療服務健康促進、醫事人才教育訓練、醫學研究發展應用	以病人為中心”、品質建院、人才立院、科技興院”的辦院宗旨
醫院之目標		優質的整合醫療、完善的人才培育、卓越的研究發展、有效的經營管理、無間的團隊合作、奉獻的組織文化。	“一流質量、一流服務、一流環境和一流管理”與國際接軌的目標。
組織架構		為全國 19 家醫學中心之一，設有醫療技術一二級單位 92 個，行政單位一二級共 39 個單位	為全中國規模較大之綜合性教學醫院，設有碩、博士專業受點 45 個，擁有衛生部重點實驗室 2 個，國家重點實驗室 1 個。醫院設有 34 個臨床科室、7 個醫技科室；9 個研究所；11 個實驗室
服務量		2005 年門急診服務量達 144.7 萬，住院人次 4.74 萬人次，平均住院天數為 7.77 天	2005 年門、急診人次達 171.73 萬，住院病人 4.68 萬人次，平均住院天數為 11.41 天。
員工學歷		2005 年碩博士 251 人	2005 年碩博士 231 人
經營策略		依據健保需求與上下游醫院建立一轉診制度，以提昇品質、服務大眾為優先，	1999 年 8 月 4 日，為了實現“以比較低廉的價格提供比較優質服務”的宗旨，該醫院率先與部分醫療機構實行資產重組，建立了上海某醫院集團，實現了跨地區、跨行業、跨級別、跨部門醫療資源的重組。
人力資源運用		經由網路及報紙刊登進用，經遴選後試用三個月	為國營機構，人員有編制，離職率不高所以進用少，當有需求時仍會上網徵求人才，但還是有憑關係進用
選 人	招募		
用 人	護理管理體制	分四級管理：主任、副主任、督導、護理長	分三級管理體制：主任導師、副主任導師、護理長
	護士管理	由護理部統一管理	護理部、科主任共同負責制
	護理人力調配	由護理部統一調派	由護理部及人事部門共同調配

育 人	護理養成教育	分別安排在高等教育體系和技職教育體系 * 技職教育體系：收職校、五專、二專、二技、四技、和研究所 * 高等教育體系招生護理系和研究所學生外，也招收二技學生。	中國正規教育有四層次，即中專、大專、本科、碩士
	護理人員素質	大學佔 53% 專科佔 43.%，碩士 4%	中專學歷約佔 74% 大專約佔 24.3% 本科約佔 1.9%以上
	醫院護理人員繼續教育	依照培訓階段，規定與護理相關之上課時數，一年 30 小時	規劃市級及國家級繼續教育內容，及相應之學分數，作為職場培訓之教育依據
	醫院護理人員培訓制度	分四層級 N1、N2、N3、N4 每年得進升一級，但升級需經臨床能力核定及專業考試	依年資及考試逐步進昇
留 人	晉昇制度	進昇制度公開，第四級後依個人興趣，分為護理行政及專科護理師，護理行政依副護理長、護理長、督導等職務晉升，專科護理師則經專科訓練後成為學有專精之專科護理人員。	以年資、學歷、考試及工作表現進昇
	薪資福利	薪資穩定、年終獎金、門診優惠、績效分享	薪資穩定、享有年終、績效等優惠

(本研究，2007)

4.2. 兩岸醫院人力之運用

大陸醫院分三級十等：為一級、二級、三級，其中三級特等目前沒有，三級醫院類似台灣之醫學中心，但因為大陸很多專科醫院，有些專科的三級醫院規模不大，每個省都有三級甲等醫院，規模也不一定像台灣醫學中

心之規模，而其級等之界定是於 1999 年衛生部做過一次評審時所定，而其條件則依床位數、科別之研究成果、及專科醫師數量而定。臺灣醫院也分三類為地區醫院、區域醫院、還有醫學中心，其分類細項如下表：

表 4.2 兩岸醫院分級之比較：

	臺 灣	大 陸
醫院分級	分地區醫院、區域醫院、醫學中心，且各再分甲類教學醫院、乙類教學醫院及非教學類醫院，目前全台有醫學中心 19 家	分三級十等，三級特等缺，故實際目前有三級九等。
服務對象及內容	接受全台民眾就醫，但須經轉診程序，各不同層級醫院除負責醫療服務外，仍須負責教學、研究之發展	一級醫院：只向一定人口的社區提供預防、醫療、保健、康復服務的醫院、衛生院 二級醫院： 對多個社區縱合醫療、衛生服務，和承擔一定教學、科部研究任務的地區性醫院 三級醫院： 服務範圍加大到幾個地區，提供高水準專科性醫療、衛生服務，和執行高等教學、科室研究之任務的區域性以上的醫院 【醫院分級管理辦法】
分級評比機構	自 1978 年開始醫院評鑑，至 1999 年由財團法人醫院評鑑暨醫療品質促進會辦理（每 3 年一評）	1999 年衛生部之評審決定至今
依據標準	床位數、醫院各層級人員素質、評鑑表內容之級數	床位數、專科醫師數、教學研究博士、碩士、專業受點數

（本研究，2007）

以兩岸相同等級醫院來比較醫院醫護人力及醫療服務量，以醫學中心

等級來看如：大陸某一三級醫院，總床數共 1774 床，員工數 3432 名，醫生 925 人、護士 1304 人。2005 年門、急診人數達 1717300 人，住院病人 46800 人次，平均住院天數為 11.41 天。而台灣某一醫學中心，總床數共 1515 床，員工數 2899 名，醫生 554 人、護士 1272 人。2005 年門、急診人數：1447104 人 住院人數：47406 人次，平均每日住院人數：1,026 人，平均住院日：7.77 日。

其比較表如下：

項 目	台灣 某醫學中心	大陸 某三級醫院
床位數	1515 床	1774 床
員工數	2899 人	3432 人
醫師數	554 人	925 人
每位醫師照護床位數	2.73 床	1.92 床
護理人員數	1272 人	1304 人
每位護理人員照護床位數	1.20 床	1.36 床
門、急診數	1447104 人次	1717300 人次
每位醫師照護門、急診人數	2612 人次	1856 人次
入、出院人數	47406 人	46800 人
每位醫師照護住院人數	85.5 人	50.6 人
醫護比	1 : 2.29	1 : 1.4
平均每日住院人數	1026 人	1463 人
平均住院天數	7.77	11.41

(本研究，2007)

由上表分析相同等級之醫院其床位數及服務量相差不多，但大陸的醫師人數遠高於台灣，所以台灣醫師之照護床位數及門、急診照護人數高於大陸，而護理人員數及每位護理人員照護床位數差別較不大，但醫護比台灣高於大陸，病患之平均住院天數低於大陸，顯示醫療成效較佳。

4.3 兩岸護理人力資源之運用

隨著社會之進步，人民對健康之需求不斷增長，護理服務理念及模式也在不斷的發生變化，尤其人民需求增加、消費意識之抬頭，護理工作不斷的延伸、內容不斷的細分，但護理人數卻不因需求增加而增加人數，故影響護理工作之質與量，直接的影響護理品質及病患之權益。

醫療人力供需不平衡可能衝擊到醫療照護之成本、效率及品質，不適當的人員配置與日益增加的醫療糾紛有不可分割的關係，各種資料顯示，為因應醫療成本的增加，而進行一連串降低醫療照護成本時，若以刪減醫護成本為手段，將危害病人之安全，影響醫療品質（張媚等，2005）。

4.3.1 護理人力資源：選人-招募

護理人員接受正規之護理教育後，須接受資格考試，也就是執行護理工作的職照考試，通過資格考試後才有資格參加醫院的招募考。

中國大陸自 1995 年開始執行護士執照考試，於 1996 年統計參考人員，其中非正規衛（護）校畢業生佔 55.7%，正規衛（護）校畢業生佔 44.3%，且經由分數統計，正規衛（護）校畢業生平均分數遠遠高於非正規衛

(護)校畢業生。所以根據「中華人民共和國護士管理辦法」的規定，自實施執業考試制度後入學的非正規衛(護)校畢業生不得參加執業考試，此規定讓大陸之護理教育得以健康發展。也因此規定考生通過畢業證書後，要經過一年的臨床實驗，且通過護士執業考試才能成為正式護士(張立新，1998)。而招募多少人才合乎醫院之需求？以中國大陸1978年衛生部制定的「綜合醫院組織編制原則試行草案」中規定床位與護理人員比例應由1:0.4改為1:0.6。

而台灣護士執照考試自1967年開始正式建立護理人員執業證照考，且沿用護士及護理師之頭銜(蔡淑鳳、吳濟華，2006)。而台灣醫院相關招募條件有：(1)學歷：專科或大學護理系以上畢業(2)職照證件：具護士或護理師證書。若需特殊之護理人員則需除護理師證書外，增加其相關證書，如感染管制師、麻醉訓練結業書、洗腎室證書等。招募之方法仍以網上刊登、報紙廣告為主。

而中國大陸之醫院則因公立醫院居多，裡面之職工都有編制的，人力之進用以憑關係居多，因有國家保障，所以離職率偏低，較少有人力資源管理之問題，但相對的工作效益較差。

4.3.2 護理人力資源：用人-配置、管理

醫院管理是保證醫院有效運行不可少的條件，而護理管理是醫院管理重要的組成部分，護理管理體制的好壞，直接影響護理品質之高低。護理部是一單獨之部門，人事之運用應由部裡統一調度，包括人員之進用、配

置、及晉昇等。

大陸之護理管理在吳欣娟等(2005)之研究，以北京市 50 所醫院為例，發現其護理管理體制，採護理部-科護士長-護士長三級管理體制者佔 48%，採護理部-護士長二級管理體制者佔 52%。而護士的管理採護理部、科主任共同負責制，佔 68%最多，護理部負責制佔 14%，科主任負責制佔 10%，其他形式管理護士佔 8%。護士的調配權在護理部佔 40%，在護理部及人事部門共同調配佔 42%。仍然顯示許多醫院存在科主任在護理管理中權力過大，科主任可以調配護士，不利護士素質的增強和護理服務品質的提昇，影響到護理職能的發揮。

侯淑肖等(2005)對於社區護理現況調查發現，其護理管理體制僅 30%由專門護士長負責，卻有 60.8%由主任或站長負責。

台灣之護理部門之管理大部分由護理部負責，其管理體制分部主任-副主任-督導長-護理長四級管理體制，護士之調配權在護理部居多，人事部門只扮演規劃及協同之功能。

4.3.3 護理人力資源：育人-訓練

4.3.3.1 中國大陸護理養成教育

中國大陸學制分學前教育、初等教育、中等教育、高等教育，中等教育(3-4年)畢業後可進入普通高級中學及職業中專學校，高等教育即大學、學院，包含本科(4-5年)及短期(2-3年)的專科，只設專

科的稱專科學校，近年來又設置職業技術學院。除了以上之正規教育外，還有成人教育，教學內容從識字開始至大學課程教育訓練。

陶紅苗（2004）提到，中國護理教育重專業輕人文社會科學的培養。中國正規教育有四層次，即中專、大專、本科、碩士。護士中受過本科教育寥寥無幾。所以蔣曉蓮等（2001）提出應逐步取消中專教育，形成以專科、本科為主體的護理教育體系，同時應大力發展碩士、博士教育。

沈寧（2001）提到，中國高等護理教育始於1920年，是世界最早發展本科護理的國家之一，但中間因某些因素造成有30年的停頓。到1983年才開始恢復高等護理教育。1983-1997年發展護理本科教育學校有18所，1999年達47所，2001年接近70所。1992年開始護理碩士教育，至2001年已有11所學校招收護理碩士生。顯示中國近幾年來大力的推動護理從中專向大學專科水平的動機。

下圖為大陸護理教育學制：

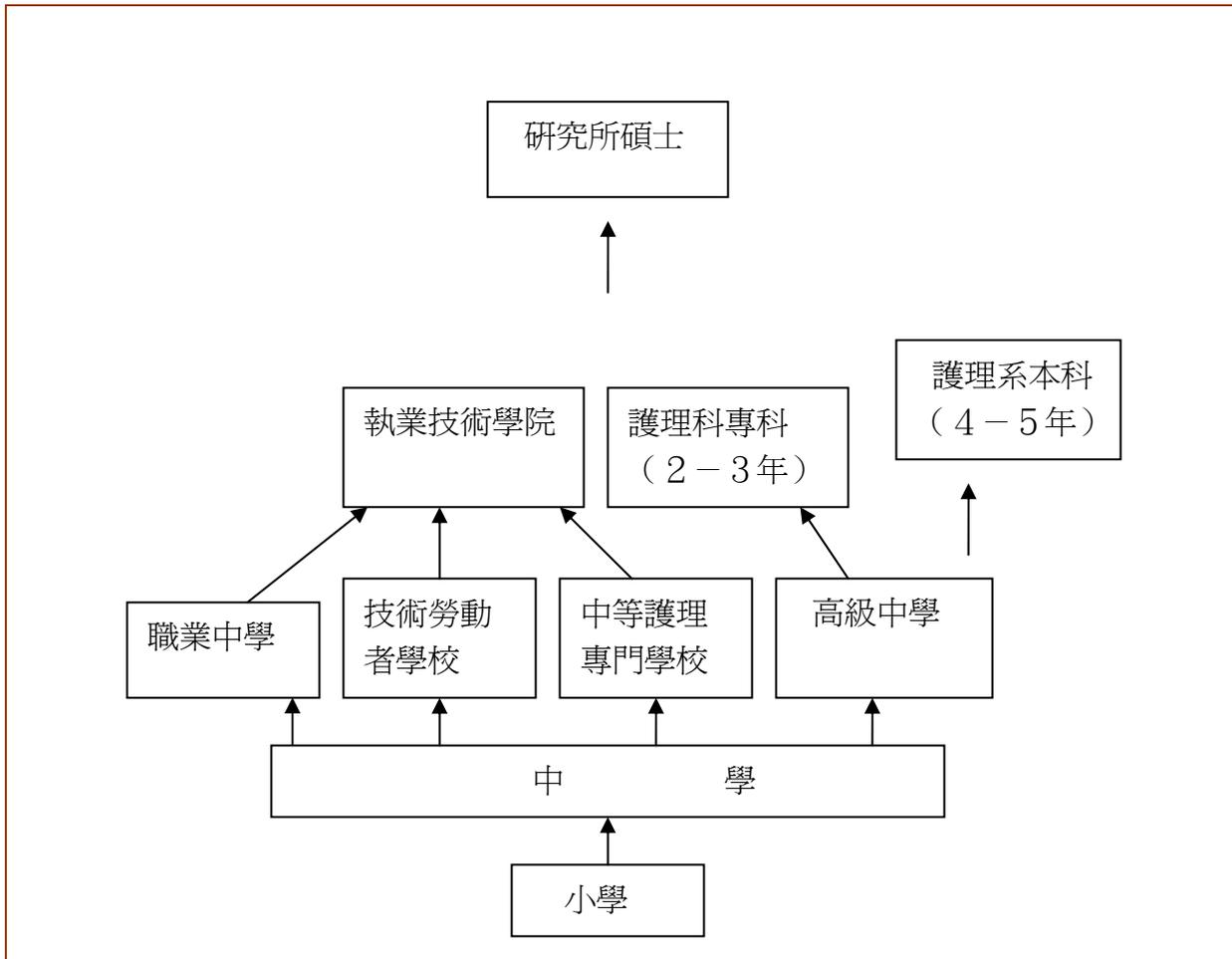


圖 4.1 中國大陸護理教育學制

4.3.3.2 台灣護理養成教育

台灣於 1945 年創辦第一所職業學校，1947 年台灣護理教育正式納入教育系統，1979 年成立第一所護理研究所，1997 年首創台灣護理博士班研究所。

台灣護理教育學制複雜，分別安排在高等教育體系和技職教育體系中，技職教育體系招收職校、五專、二專、二技、四技、和研究所，而高等教育體系除招生護理系和研究所學生外，也招收二技學生。

以下為台灣護理教育學制：

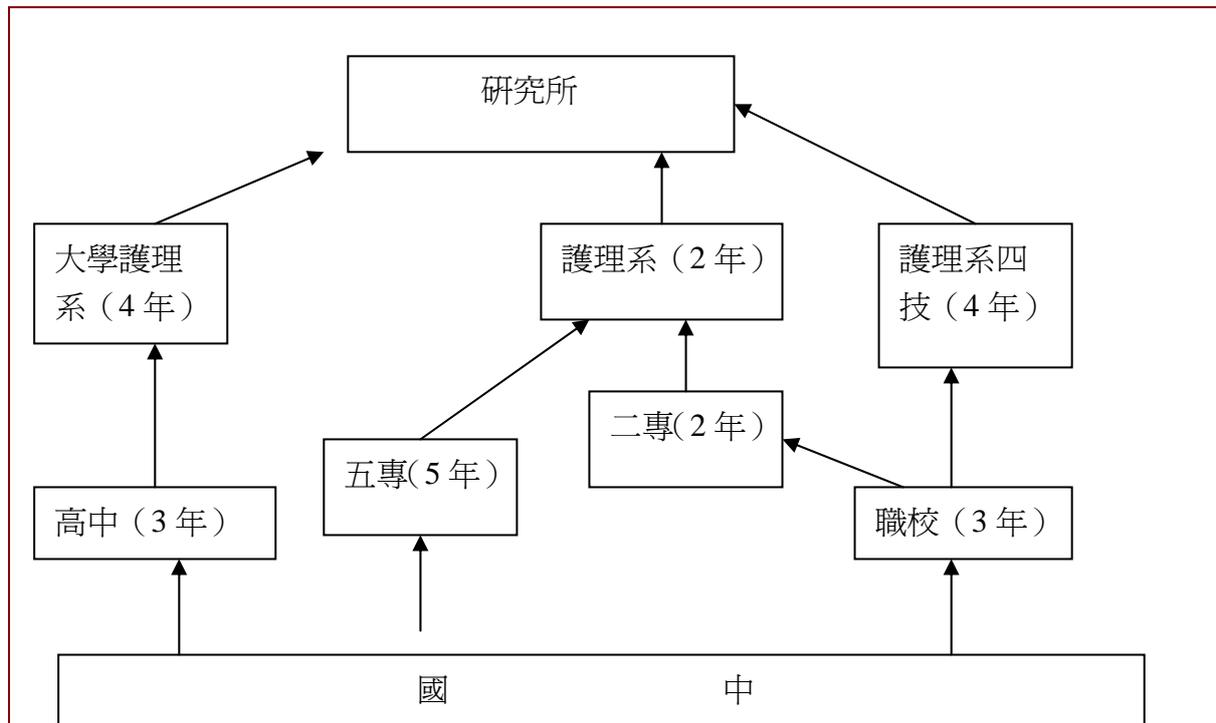


圖 4.2 台灣護理教育學制

依教育部統計處（2004，5月8日）公佈，高等教育大學層級有護理系 14 所，技術學院護理系 9 所，專科 15 所，職校 5 所。為提升護理素質教育部已決定 2005 年停止招生職校學生。除了停辦職校外，也應停辦二專，保留五專、四技與二技。

依據余玉眉（2002）「護理人力評估報告」，認為應調整各層級學校招生人數，減少五專招生人數，增加大學護理學系及技職體系四技與二技的招生人數，期望 2012 年護理職業市場大學學位占 25%，專科層級降為 50%，職校降至 25% 或更低。

4.3.3.3 護理人員素質

醫療科學的急速發展，人們對健康的需求也起了很大的變化，為了提升護理專業，護理教育的提升勢在必行。正如 WHO 提出「合格的護理人員必須在大學培養」的觀念（沈寧，2001）。但至目前為止，大陸之教育水準仍普遍不高，仍有多數中專學歷護理人員。

如江曉濱等（2002）調查中報告，美國的護士中佔 50% 以上人員具有大學護理系或護理學碩士研究生教育，有 5% 具有護理學博士學位，泰國護理人員最低學歷為大學本科，韓國為大專學歷，而中國大陸因護理教育學歷未提昇，所以臨床的護理人員普遍學歷偏低。

以上海市二三級醫院護理人員學歷水平調查（2002 年）為例，中專學歷（職校）84.32%，大專（五專）佔 14.85%，本科（大學）佔 0.83%，碩士 0%。

另以某市郊六所二級甲醫院之調查發現，中專學歷佔 60.8%，大專佔 37.3%，本科學歷佔 1.9%。

侯淑肖等（2005）對於社區護理現況調查發現，社區護理人員職稱及學歷較低，大部份為初級及中級職稱、中專學歷。

而以中專班及高職班之畢業生就業到各級醫院比例來看，高職班畢業生至三級醫院就業人數佔 54.5%，二級醫院就業人數佔 43.9%，一級醫院就業人數佔 1.5%，而中專班則各為 25.5%、64.7%、5.8%，可見

級別越高之醫院護理人員之教育程度越高。

台灣的學歷分佈：

根據技術及職業教育雙月刊（編輯室，2004）資料顯示，至 2002 年大學畢業生只佔 25%，碩士畢業生成長不大，而國內博士班只有三所，招生不多。可見目前台灣對護理人才的培育也是當務之急。

台灣某一醫學中心之調查，護理人員的教育程度以大學佔多數有 53%、而專科約 43.%、碩士佔 4%。

4.3.3.4 護理人員繼續教育

護理人員接受養成教育後，職場上工作人員為求提升學歷及單位之進升，紛紛參與成人教育體系（如業餘學校、夜間大學、空中大學或單位舉辦之在職教育）。王仙园、任輝、蔡紹麗（1993）研究中提到大陸培訓教育分職前及在職教育，職前教育包括醫院簡介、醫院行政管理、道德規範、職責、技能訓練等。而在職培訓主要包括心理學、醫學倫理、感控、研究等，同期也安排技能之培訓。這種不同層次之繼續教育具有較高水準、多層次、及速成性之特性。

而台灣的繼續教育培訓計劃，在各醫院之進階制度是一致的，唯訓練內容各自規劃，所以台灣護理學會針對護士能力進階制度，分 N1-N4 四級，醫學中心間互相承認，以下為台灣某一醫學中心的培訓計劃。

護士培養訓練內容

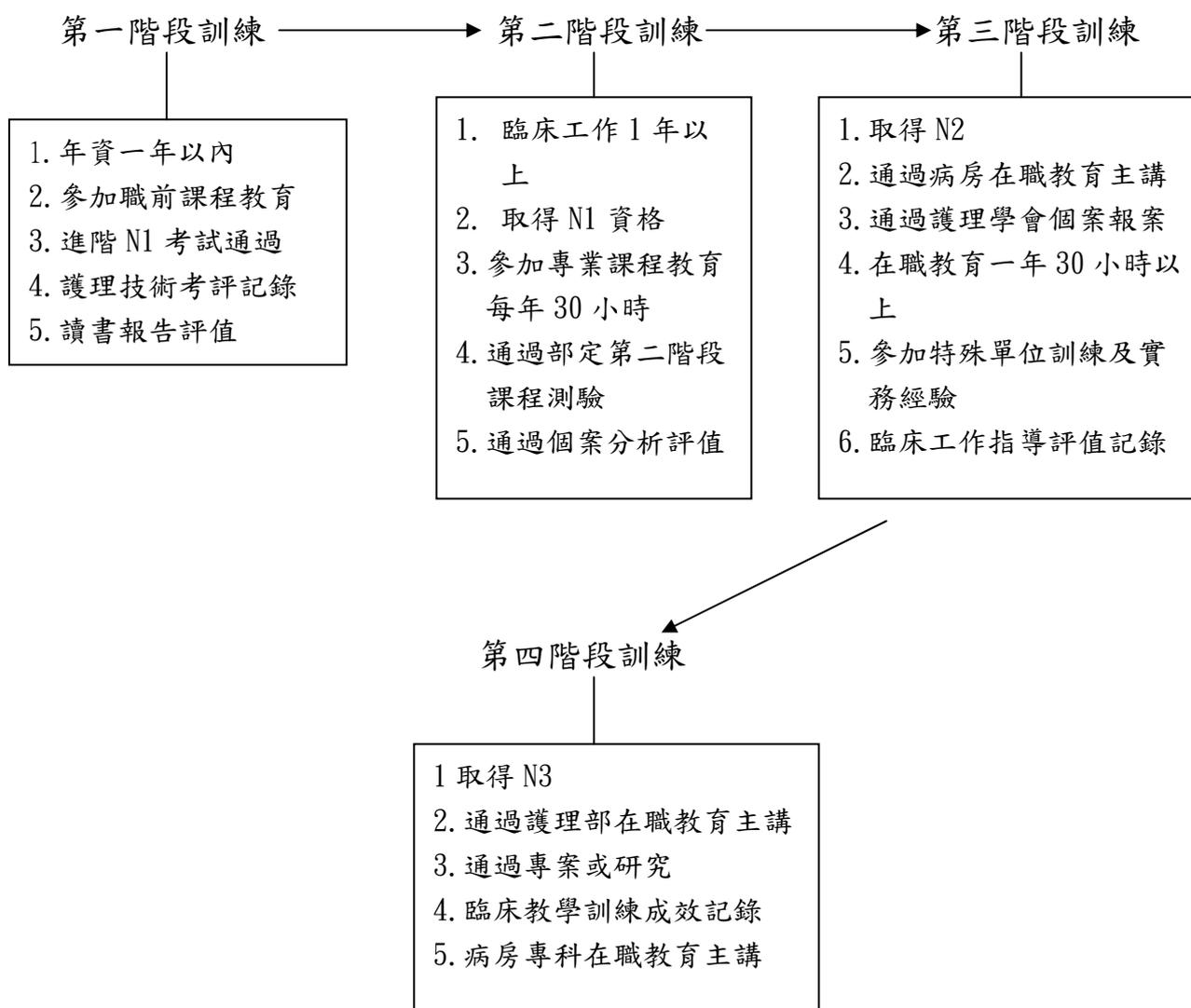


圖 4.3 護士培養訓練路徑

在人事晉昇上須通過 N3 後才可參加公務人員護理師職缺甄選及行政主管副護理長職位以上的晉昇。

4.3.4 護理人力資源：留人-晉昇、薪資

一個組織的發展如何，須看單位人力之運用，如優秀人員的留任與否、工作人員能否發揮其潛能及效率等，但要如何才能達到留住優秀人才、激勵人員自我學習發展呢？必須使晉升管道暢通，適時儲備人才，才能達到留才及激勵之目的。

田麗華（2003）的研究，針對護理人員教育需求提出建議，其中將職稱及晉升制度掛勾，在職稱評定時將學歷、在職年資、專科研究成果、發表論文級別、及各種獎勵分數相加，以表現高學歷的優勢。並實施依職位定學歷、定薪籌等激勵措施，以提高護理人員參加學歷教育的激勵性。

護理人員晉升，各醫院有不同之規定及制度，如某一醫院規定，專科畢業生工作七年可取得升護理長之資格，大學畢業生只需五年。另一醫學中心則發展出一套護理升級制度，將護士分成四級，每年得進升一級，但升級需經臨床能力核定及專業考試。到了第四級後依興趣分為護理行政及專科護理師，護理行政依副護理長、護理長、督導等職務晉升，專科護理師則經專科訓練後成為學有專精之專科護理人員，除更具專業性外，亦扮演教導臨床護士之角色。這套層級分明的升遷制度讓護士有明確的目標，頗受醫界及護理人員的肯定。

以下介紹台灣某醫學中心之進昇制度，配合年資、專業研究成果、及在職教育時數等。

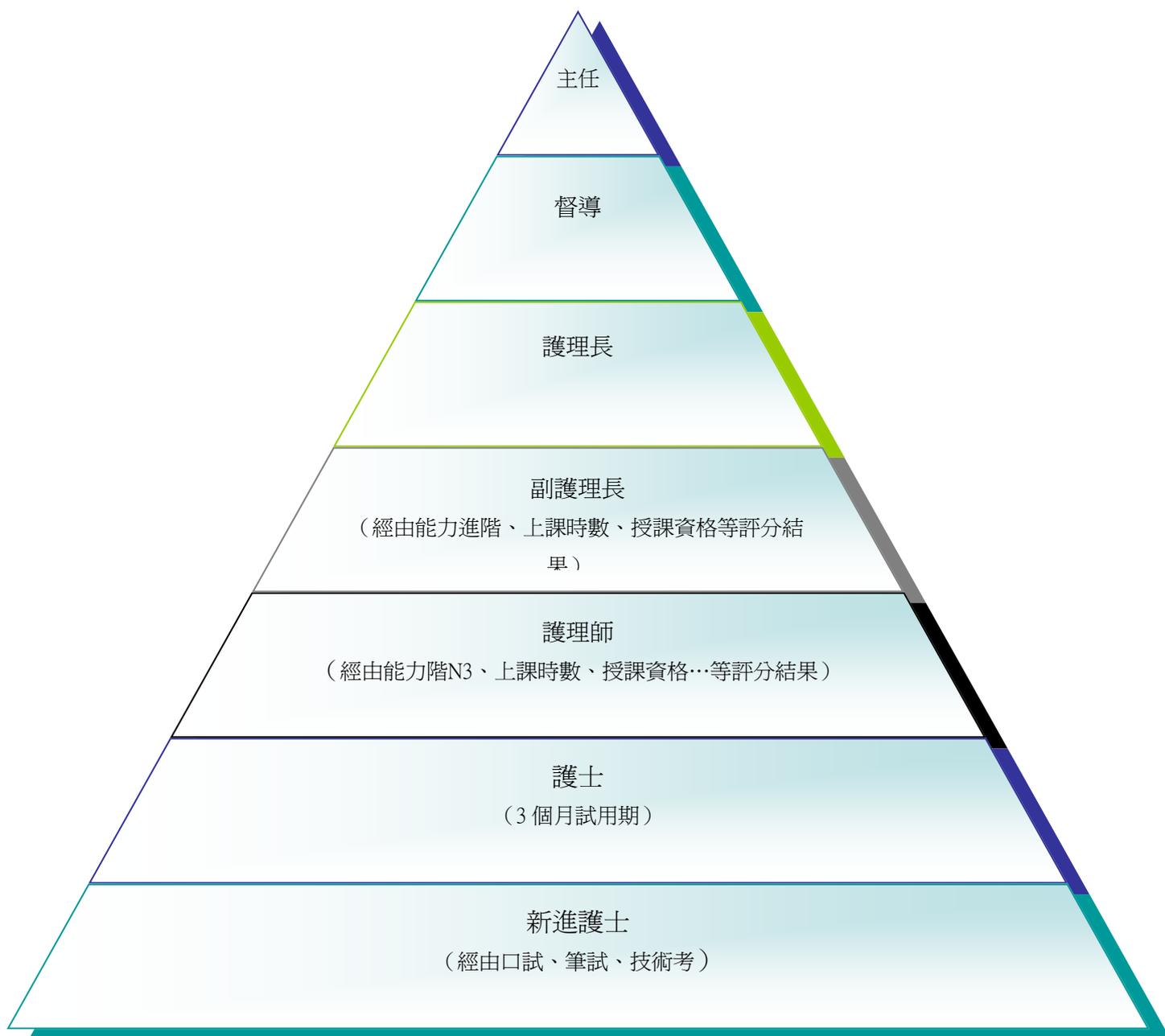


圖 4.4 某醫學中心晉昇制度

以下為台灣某醫院晉昇制度：

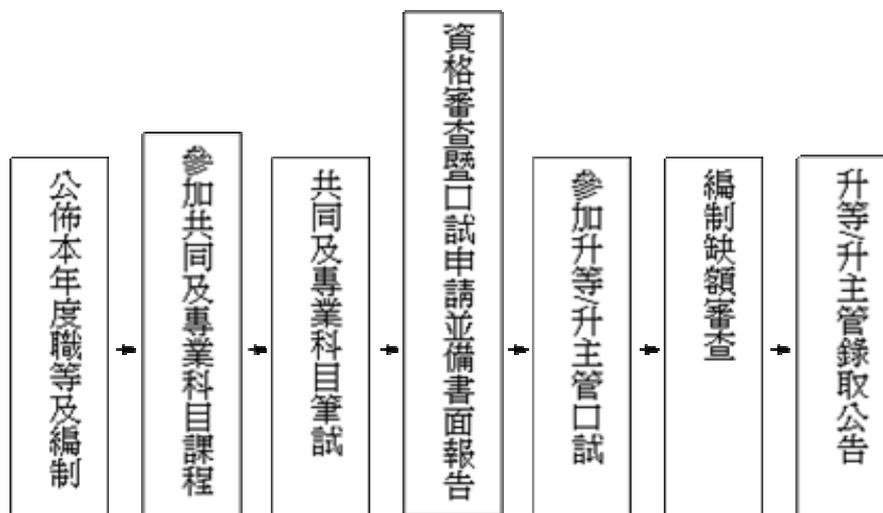


圖 4.5 台灣某區域醫院晉昇制度

4.4 護理人力供需情形：

金安娜等（2005）研究中提及，從國際及國內的社會需求看，護理專業人才短缺將越來越大，專家統計 10 年內僅美國、英國、加拿大護士短缺就達 15 萬人。

又說醫師與護士的比例應為 1:2，某些特殊科室醫護比例應達 1:4，但中國醫護比僅為 1.48:1。而依據江浙基本現代化醫院的標準，二三級醫院的病床數與護士數比應達 1:0.6，而現況為 1:0.47，因此護理畢業生就業率高。

而台灣之護理人力供需情形，在盧美秀（2004）於「我國護理教育的現況與展望」中提到，近三年全國執業總人數變化如下：

表 4.3 近 3 年全國護理執業人數

年度	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年
執業總人數	87229 人	92670 人	97879 人	103454 人
與前一年人數之增減		+ 5441 人	+5209 人	+5575 人
每年畢業生	約 13000 人/年			

以上表統計，臺灣之護理人員供需之落差將更嚴重，將供過於需求，也會影響護理人員待遇及福利。尤其全民健保總額給付下，醫療人力需求緊縮，就業環境多以約聘方式任用，僅約三分之一畢業生順利就業（李選、盧瑛琪、顏文娟、林淑琴，2004）。

4.5 護理人力運用之困境

國際護理學會於 2001 年調查全球 121 個會員國其護理人力供需現況，結果顯示 52% 會員國護理人力有短缺問題。於 2006 年指出影響護理人力供需因素有，工作負荷量、工作環境、病人病情複雜度、護理人力照護層次、人力組合、成本效益及效果等。

在中國大陸護理人力資源運用之困境有以下情況：

1. 護士數量不足：江曉濱等（2002）提出，目前護士以編制床位計算缺編率為 5.05%，若以實際床位計算缺編率更達 10.56%。所以若能將病床數與護士之比例達到現代醫院的標準 1：0.6，而現況只為 1：0.47 或以

與黑龍江省齊齊哈爾市第一醫院為例，床位與護理人員比為 1：0.39 來看，護士畢業就業率會提高（金安娜，2005）。

2. 教育程度低落：WHO 提出「合格的護理人員必須在大學培養」的觀念，出現許多護士有提昇學歷的需求，有 73.45%的人，曾參加或正參加提昇學歷的學習。但有 16.5%放棄自學考試，其主要原因為學習時間太少、自考太難、年齡大記憶力差、自學考試費用高等。另一研究發現影響參加再教育的因素有：沒有時間（55.5%）年齡大記憶力差（24%）。
3. 人員緊縮，因多數醫院護理人員缺編嚴重、工作緊張而忙碌，護理人員又要做好自己的本職工作，又要兼顧家庭，很難有時間學習，所以考試通過率偏低。
4. 護士的職稱結構不合理：因護士待遇低、社會地位低、缺少學習和提高的機會，大部門有改行的願望。
5. 護理團隊不夠穩定：也因待遇低，大部份護士有改行的意願。
6. 護士管理體制不是一個獨立部門，受科主任調派，而科主任為提升經濟效益而影響護士人力的編制。
7. 護理服務範圍擴大，且增加許多非護理性工作，如病患送檢、各類物品領用、儀器維修等，皆減少護理人員實際照護病患的時間。

所以王仙园（1992）建議，因護理人員受傳統觀念及人才管理體制影響，對知識的增進意願較淡漠，加上編制緊張工作忙碌，學習主動性不高，

所以應立法，以強迫性管理來推行繼續教育，達到事半功倍的管理效果。

侯淑肖等也建議：完善的社區護士培訓應規定在職社區護士每 2-3 年到三級醫院進修 3-6 個月，將社區護理培訓納入護士繼續教育學分中。

而台灣方面，教育部委託護理人力十年規劃評估，若以護理人力現況推估，採低標時目前供需平衡，但護理師護士公會調查每年易動人數為執業人數之三分之一，顯示各單位有三分之一是新進人員，試用三個月期間離職率達 32-70%，一年離職率為 57.7%，各層級醫院平均離職率從 2001 年的 22.2% 提升到 2004 年的 28.02%。

所以台灣護理人力資源運用之困境有以下情況：

1. 目前培育護理人力供過於需求，且各層級學校招生未控管，影響到就業率及薪資福利。
2. 醫院編制與實際臨床護理人員數仍比歐美國家短缺許多，影響護理照護及醫療品質。
3. 醫療環境日趨複雜、工作負荷量增加，病人病情複雜，影響留任意願，造成離職率增加，工作單位隨時需舉行新進人員訓練，不僅費時又費人力、物力。

4.6 護理人力運用之建議

近年來由於國際經營環境日趨激烈，企業為求生存，紛紛進行組織重整、人事精簡等變革，外包已成為企業界的重要潮流。而醫院在健保局各項制度實施及醫療環境的改變下，醫療成本不斷增加，整體經營環境面臨困難且多變，因此，對人力密集的醫療產業而言，如何彈性運用人力資源，成為醫院管理者面臨的重要課題。

鄭玉玲（2003）的研究中表示：為達成本控制及人力彈性運用，護理照護人力是否會採取外包？獲得以下結論：

1. 醫院護理照護人力以正職員工為主。
2. 護理照護人力彈性運用策略以相互調度支援優先，輔以增加部分工時人力。
3. 護理照護人力依執照別薪資不同，非正式員工依工作性質、班別調整薪資或安排工作在較簡單的單位。
4. 在醫院中，外包的單位多為清潔、洗衣房及太平間，而科別以洗腎室、呼吸治療科為主，護理照護人力中僅護佐採外包。

而卓秀霞（2004）在醫院人力配置上提出建議：立即進行調整內部人員分配不當情況，思考專業人員聘用比率及工作內容，提供改善年資偏低具體做法如多提供教育訓練、聘用部份約聘人員。

在護理人力之供需上，張媚等（2005）認為，若教育體制維持現況，十年後供給之護理人力較維持現狀需求人力為高，為提升護理人員之教育程度，應縮減職校及二專招生人數，適當增加大學護理系招生名額，以在2012年有25%以上具有大學學歷。

第五章 討論與結論

5.1 兩岸醫療環境與醫療保險制度討論與結論

中國大陸因政治因素封閉四、五十年，各種產業包括醫療產業停頓不前，人民健康福祉受到剝削，連最基本的醫療需求也未受到重視，尤其低收入高風險的人群。也因政府未加以重視，使之一般國民的健康水準、及公共衛生成效皆不如台灣，如嬰幼兒死亡率及傳染病之控管等。

以過去或現在的角度來看兩岸，大陸的醫療環境確實不如台灣，但未來環境變化如何？到對岸尋求、擴展事業版圖是否真的有利可圖？將待時間去應證，但可以肯定的是 一個國家的醫療需求與社會經濟成長成正比，大陸經濟成長率 2001-2004 年間，皆以 9.5% 成長，反觀台灣只有 3-6% 成長，可見大陸的醫療服務需求及醫療市場大於台灣。

現以兩岸目前醫療環境指標及政府提供之醫療服務資源相比較，見下表，表 5.1 兩岸醫療環境指標及醫療資源比較表

表 5.1 兩岸醫療環境指標及醫療資源比較表

比較項目		台灣	中國大陸	討 論	
醫 療 環 境 指 標	國民 平均 健康 水準	平均壽命	男 73.7 歲 女 79.8 歲	男 70 歲 女 74 歲	無論男女台灣皆比大陸壽命長 3-5 歲，且每年度依一定比例成長
		嬰兒死亡率	5.3 千分比	25.5 千分比	嬰兒死亡率為台灣之 5 倍，可見其婦幼衛生落後台灣
	公 共 衛 生	十大死因佔死亡人數比	75.2%	92%	台灣之死亡原因以人口年齡結構老化為主因，80 歲以上佔 29.9%，故十大死因之比例較低
		傳染病發生率	149/10 萬	268/10 萬	大陸傳染病發生率約為台灣之 2 倍，但因此死亡卻為台灣之 3.5 倍，可見大陸公共衛生成效不足台灣
		傳染病死亡率	0.83%	2.8%	
	人 口 特 質	老人人口佔總人口比	8.62% (2000) 至 2006 年 6 月為 9.86%	7.13% (2000)	兩岸同時面對年齡老化之威脅，此為世界之趨勢，因台灣公共衛生成效比大陸好，老人壽命延長，所以老人人口佔總人口比相對增高
	都 市 化 程 度	教育程度:文盲	2.67%	6.7%	台灣平均收入及生活水準較高，普遍接受國民基本教育，文盲率低於大陸
		高等以上教育	5.9%	1.49%	
	醫 療 服 務	每萬人口病床數	64.3 床	24.5 床	台灣人民擁有病床數為大陸 2.6 倍，政府提供之醫療資源較大陸多
		每千人口醫事人員數	8.72 人	3.48 人	台灣人民擁有醫事人員數為大陸 2.5 倍，尤其近 10 年來執業之醫事人員成長 67.9%
每千人口醫師數		1.7 人	1.51 人	兩岸相差不多，台灣只多於大陸 0.19 人/千人口，但因每萬人口床位數台灣比大陸多，故每千人口醫師數較多是可理解的，但與其他先進國家相比，兩岸皆呈不足。	
每千人口護理人員數		4.6 人	1.05 人	台灣人民擁有護理人員數為大陸的 4.3 倍，但與國際開發國家相較兩岸皆呈現不足。	

資 源	每人平均一年就診 數	14.94 次	1.8 次	人民就診次數為大陸 8 倍，也因醫 療之可近性，資源之運用率高，但 是否表示醫療資源浪費？
	每萬人口住院人數	1125 人	561 人	因每萬人口擁有的病床數臺灣為 大陸 2.6 倍，以兩岸的佔床率相當 的情況下，每萬人口能住院人數也 為大陸的二倍以上。

(本研究, 2007)

由上表可以看到，台灣的醫療環境及政府提供之醫療服務資源遠遠超過大陸，人民可以得到的醫療服務是大陸人民的 2.5 倍以上，尤其使用的就診次數，更是大陸的 8 倍，台灣人民享有的醫療服務、醫療的便利性可見一般。

而以兩岸之醫療制度來看，與世界各國一樣，深受兩岸歷史文化、人口結構、政治制度的影響，都面對不同之問題與挑戰，台灣雖面對組織體制及財政、資源配置、政治和社會環境多元化的政策評估之影響，經政府各項的改革，至今才有二代健保的規劃，但在健保的執行期間，人民享受到的醫療服務之福利是世界上數一數二的國家，以最少的醫療支出享受到多方面的醫療服務，怪不得民眾滿意度節節升高。

反觀中國大陸的醫療產業因：(1) 大陸醫院都是單一的公立性質醫院，私營診所很少，由於國家預算投入不足，迫使醫療機構依賴“以藥養醫”的生存機制。(2) 醫療機構存在布局不合理，社區基本醫療嚴重缺乏，在三級的醫療服務體系中，缺少有效合理的轉診制度，三級醫療機構過度利用，一二級醫療卻利用不足。(3) 國家沒有投入，卻擁有基本醫療的壟斷

管理權，造成權責不分、無法有效的監控醫療價格、服務效率低等問題。(4)

由於醫護人員收入低，醫院藥品收入實際成為彌補醫療機構成本的手段，

所以缺乏有效的費用控管機制。(5) 服務體系覆蓋率低，缺乏對低收入高

風險的人群的救助計畫等特徵。同時違反社會保險應具有強制性、保障性、

福利性和普遍性的特性，所以造成醫療服務品質低下，醫療糾紛四起。

以目前兩岸醫療制度、及保險制度之比較，見下表：

表 5.2 兩岸醫療制度、及保險制度之比較表

比較項目		臺灣	中國大陸	討論
政	醫院分級	分醫學中心、區域醫院及地區醫院	分三級十等，三級特等缺，實際分三級九等	台灣以醫學中心、區域醫院、地區醫院依序分大小及等級。而大陸則以三級二級及一級依序分等級
	醫院性質	私立醫院較公立多（2002年仍有四分之三為私立醫院），具有競爭機制，能尋求醫療品質之改善	大部份為國有醫院，工作人員有吃大鍋飯心態，服務品質不良	由於稅制落後及政事不分，大陸開放民間醫療機構的設立，設立很高的門檻，但於近幾年大陸已大力鼓勵國內外資金的投入，加速公立醫院體制的改革。
策	面臨之問題	醫療費用成長 5.71%與保費收入成長 4.58%不成比例	1. 醫療費用門、急診年增 7.5%，住院費用年增 8.8%超過經濟成長率。 2. 以藥養醫浪費資源。 3. 醫療品質低下，過度需求及服務不足同時存在。	兩岸同時面臨醫療費用之高漲，但台灣納保人數佔 87.5%，大部分人民享受醫療資源之便利性，而大陸醫療資源只浪費在不到 25%的人身上。
面				

	衛生費用佔 GDP 的比例	2004 年佔 GDP 的 6.2%	2004 年佔 GDP 的 5.55%	衛生預算比台灣低，更比歐美國家低許多，美國佔 GDP 的 14%，尤其大陸經濟成長率高於台灣，更顯現出衛生費用支出不足台灣
實	保險人數	納保人數為 97.5%	公費醫療及勞保醫療佔不到總人口 25%	台灣秉持風險分擔，發揮社會同舟共濟的精神，納保人數遠遠超過大陸，而大陸未保險之 75% 人民，更是老弱婦孺、無工作急需協助之民眾。
	給付內容	包括門診、住院、藥品、中西醫及牙醫	由個人帳號支付用藥、診療，由統籌基金支付住院、手術	在職職工急、門診費用由個人帳號支付，不足之處 50-70% 由附加基金支付，其餘職工自付。而住院費用由統籌基金支付，但有上限，平均為薪資之 4 倍。
面	個人負擔	自付額為醫療費用 10%	醫藥費用個人支出 53.6%	大陸納保覆蓋率低且保險服務保障少，城鎮與鄉村的醫療資源分配不平均。
	民眾滿意度	76% 滿意	看病難、看病貴，醫病關係緊張	大陸政府對公立醫院訂價及激勵機制的控制，影響醫院之服務品質，且醫療人員工資低、工作量大，直接影響服務態度，病患滿意度低。

(本研究，2007)

中國政府有鑑於醫療管理之弊端、及醫療制度改革的必要，於近年大力鼓勵國內、外民間投資，開放外資投資醫院，希望加快國立醫療機構的產權和結構之改革，引進國外先進的醫療技術、醫療設備和醫療管理經驗，

只保留部分完全公益性醫療機構，以提供救助服務。而經改革之醫療機構，由醫院董事會行使醫院管理權，降低行政成本及增加行政效率。希望能引進競爭機制、化解權責不分的情形，解決看病難、看病貴的長久問題。

5.2 兩岸醫院護理人力資源之討論與結論

醫療人力供需不平衡，可能衝擊醫療照護成本，各種文獻顯示，病人之死亡率、住院天數，與照護之護理人員數有直接關係。2001年國際護理學會統計，全球121會員國中有52%會員國顯示護理人力有短缺現象，如何解決護理人員短缺問題？正是各國尋求突破的。以世界各國醫事人數比，兩岸護理人力皆比其他國家不足，而不足之原因雖不盡相同，但不管是因護理管理體制因素，讓非護理部門單位管理護理部門，或因養成教育造成醫事人員數快速成長，造成供過於求，或因薪資低造成流動率高、因教育程度低下造成護理品質低落，因醫療環境之日趨複雜，醫療服務需求增加等原因，都是造成兩岸護理人員數不足之原因。

現以兩岸個案醫院實際人力相比較並說明如下表：

表 5.3 兩岸案例醫院實際人力比較表

比較項目	台灣	大陸	討 論
組織架構	為全國 19 家醫學中心之一，設有醫療技術一二級單位 92 個，行政單位一二級共 39 個單位	為全中國規模較大之綜合性教學醫院，醫院設有 34 個臨床科室、7 個醫技科室；9 個研究所；11 個實驗室	皆為當地最高之醫療機構，但大陸有些專科三級醫院規模不大，每個省都有三級甲醫院，但不一定像台灣醫學中心之規模。
服務量	2005 年門、急診服務量達 144.7 萬，住院人次 4.74 萬人次	2005 年門、急診人次達 171.73 萬，住院病人 4.68 萬人次	因兩家都地處交通發達地區，也因口碑良好，醫療服務量兩岸相當。
床位數	1515 床	1774 床	皆為規模 1500 床以上之大醫院
平均每日住院人數	1026 人	1463 人	
平均住院天數	7.77 天	11.41 天	兩家醫院的住院天數比較，台灣平均住院天數較大陸低許多。
員工數	2899 人	3432 人	與床位數相比，台灣醫院人力與大陸相當，台灣床位與員工數比為 1:1.91，而大陸則為 1:1.93。
醫師數	554 人	925 人	與床位數相比，台灣醫師人力低於大陸許多，其照護病人數及照護門、急診病人數比大陸多，平均為 1.42 倍，但也因大陸醫院設有碩博士專業受點，故醫師數增加，但與歐美相比較兩岸皆差距許多。
每位醫師照護床位數	2.73 床	1.92 床	
每位醫師照護門、急診病人數	2612 人	1856 人	

護理人員數	1272 人	1304 人	與床位數相比，台灣之護理人員數較高於大陸，照護病人數比大陸低，平均為大陸的 0.9 倍，因每千人口護理人員數臺灣是大陸的 4.3 倍，但擁有的病床數台灣較高。
每位護理人員照護床位數 (P/N)	1.20 床	1.36 床	
每床病人與護理人員比 (N/P)	1:0.83	1:0.73	與文獻相比較，實際醫院人力配置顯示較高比例，但因未分出個案醫院加護單位的人員配置，故無法比較。
醫護比	1 : 2.29	1 : 1.4	醫師與護理人員比，台灣之個案醫院比例能符合標準 1:2，但兩岸中不管醫師護士的人數，都顯示不如其他歐美先進國家。

(本研究，2007)

兩岸之醫事人員數比歐美國家低許多，而實際之人數更比國家公訂之護理人員數更低，其中每床病患與護理人員比，以台灣一般病床評鑑標準為例：為 1 : 0.5，而大陸在「綜合醫院組織編制原則試行草案」中明定，將床位與護理人員比由 1 : 0.4 增加至 1 : 0.6。雖然上表之兩岸個案醫院人員比較呈現高於公訂人員數，是因未與加護中心的 1 : 2.5 人分開考量，經由（江曉濱等，2002。王琳等，2005。金安娜，2005）等研究發現，現行之床位與護理人員比只有 1:0.39，甚至只有 1:0.325，確實比公訂之人數比低。

而以醫護比來看，金安娜（2005）研究提到醫護比應為 1 : 2，有些特殊科別應達 1 : 4，依實際個案，台灣可達 1 : 2 以上，但中國大陸仍未達 1 : 2，可見中國大陸醫事人員的限制，尤其護理人員數之控管比台灣更大。

而針對護理人力不足如何改善？專家學者有許多建議：鄭玉玲（2003）建議醫院護理照護人力應以正職為主，且依執照別使薪資有所不同，非正職員工應安排在較簡單的單位，護理人力外包部分應僅以護佐採外包。

卓秀霞（2004）在醫院人力配置上建議：應立即進行內部員工分配不均、及改善員工年資偏低的問題，如提供教育訓練以增強臨床能力。

張媚等（2005）認為提升護理教育程度，縮減職校招生，以減輕護理人力培育過剩的問題。

所以筆者建議 1. 政府應體驗醫療環境有越來越複雜趨勢，為避免醫療傷害、增加病患之安全，應立法增加護理人員數比。2. 調整、控管各層級護理學校之招生，避免供過於求，而影響護理人員之待遇及福利。3. 鼓勵並增加在職進修，擬定完善的進修管道，以提升護理素質。4. 增加正職人員之聘用，避免以約聘方式進用，而增加離職率，造成年資偏低、臨床工作效益低。

5.3 對醫院管理者未來研究之建議：

目前兩岸議題不斷的延燒，研究兩岸相關議題許多，醫療產業也已跨足對岸，除了研究醫療環境的優缺點及醫療政策之變化外，如何經營醫院？讓醫院處於不敗的地位，是投資者所關切的問題。

醫院管理是保證醫院有效運行不可少的條件，是醫院充分發揮其職能的保障，若政府過度干預醫院之經營和管理，會使醫院體制僵化、機制不

靈活、人的機動性無法調動起來，而護理管理是醫院管理的重要組成，護理管理體制的優劣直接影響護理品質的高低，進而影響醫院的經營。

所以為求深入了解兩岸的醫療產業之發展，建議未來有興趣之同好，針對醫院之管理及護理體制之不同尋求探討，1. 探討兩岸醫院管理制度之不同及其影響，2. 在不同的醫院管理體制下，護理管理體制的不同及其影響。

參考文獻

- [1] 上海市城鎮職工基本醫療保險辦法(2000)。
- [2] 王琳，王冬梅，張吉霞(2005)。我院護理人力資源現況分析與對策。中國醫院，9(12)，66-67。
- [3] 王仙園，任輝，蔡紹麗(1993)。實施多層次的繼續教育提升護理隊伍的整體素質。實用護理雜誌，9(2)，24-25。
- [4] 王仙園(1992)。護理人員畢業後繼續教育模式的初步探討。實用護理雜誌，8(4)，47。
- [5] 中國衛生事業發展情況統計公報(2004)--衛生部統計訊息中心。
- [6] 中國衛生事業發展情況統計公報(2005)--衛生部統計訊息中心。
- [7] 王俊文，周思源(2005)。中國大陸醫療服務產業現況與投資策略之探討。澄清醫護管理雜誌，1(1)，5-10。
- [8] 中國衛生統計年鑑(2005)。
- [9] 中國工業工程與醫院管理創新論壇(2006)，天津。
- [10] 中國醫院院長論壇舉辦(2000)-人民網 www.people.com.cn
- [11] 台中榮總網站 www.vghtc.gov.tw
- [12] 台灣醫之旅-推動兩岸醫療產業交流合作-創造全新醫療市場新經濟，上海康程醫院管理諮詢有限公司。www.417taiwan.com
- [13] 田麗華(2003)。護理人員學歷教育現況及需求調查。護理研究，17(7) 上半月版，761-762。
- [14] 江曉濱，陽華，駱敏華，溫世浩(2002)。上海市二三級醫院護理人員學歷水平調查。中國醫院管理，22(12)，50-51。
- [15] 沈寧(2001)。中國高等護理教育現況及發展趨勢。護理管理雜誌，1(1)，40-42。
- [16] 李嬌瑩(2001)。中國大陸社會保障體制下的醫療保險改革。國立政治大學行政管理碩士論文。
- [17] 余玉眉(2002)。護理人力規劃評估報告。台北教育部。
- [18] 李選，盧瑛琪，顏文娟，林淑琴(2004)。由邁入全球化談台灣護理教育之衝擊與未來發展。護理雜誌，51(4)，27-31。

- [19] 宋曉梧(2000)。建立城鎮職工基本醫療保險制度推進醫藥衛生體制改革。中國醫院，4(5)，34-38。
- [20] 林義鉉(2006)。中國工業工程與醫院管理創新論壇：醫院門診藥局之流程再造，天津。
- [21] 吳欣娟，馬麗莉，應嵐(2005)。護理管理體制現狀調查分析。中國護理管理，5(3)，30-32。
- [22] 吳啟誠(2000)。大陸醫療服務市場之研究。國立台灣大學商學研究所碩士論文。
- [23] 金安娜，王寧，吳旭東，林琳(2005)。護理專業畢業生就業趨勢比較研究與對策。現代護理，11(22)，1867-1869。
- [24] 卓秀霞(2004)。個案研究-中型醫院人力配置評估。長庚大學醫務管理學研究所碩士論文。
- [25] 侯淑肖，尚少梅，么莉，包家明，岳鵬，趙紅(2005)。社區護理現狀調查與分析。社區護理，15(5)，26-30。
- [26] 林雅萍(2006)。當護士是一種驕傲的選擇-談護理人力與病患安全。志為護理，5(4)，16-17。
- [27] 陶紅苗(2004)。國內外高等護理教育的比較及啟示。浙江中醫學院學報，28(2)，62。
- [28] 徐永芳(2004)。我國醫療事業前進大陸設立醫院策略之研究。元智大學管理研究所碩士論文。
- [29] 孫敏(2004)。大陸醫療市場十大變革—醫療服務市場未來發展趨勢。聯新醫管雜誌，49，15-18。
- [30] 陳潭(2006)。人力資源管理。東海大學工業工程及經營資訊研究所。
- [31] 陳俊樺(2005)。元件式企業人力資源管理資訊系統之研究與開發。中原大學應用數學系碩士論文。
- [32] 莊逸洲，黃崇哲(2002)。醫務管理學系列組織經營，台北：華杏出版社。
- [33] 陳建仁(1994)。流行病學，台北：夥伴。
- [34] 黃英忠(1997)。現代人力資源管理，台北：華泰書局。
- [35] 黃錫鏗(2002)。捷運系統人力配置模式之研究—以高雄捷運公司司機員為例。國立中山大學人力資源管理研究所碩士論文。
- [36] 張媚，余玉眉，陳月枝，田聖芳(2005)。台灣護理人力規劃研究。台灣醫學，

- 9(2), 149-155。
- [37] 張立新(1998)。護士執業考試對護理教育發展的作用。中華護理雜誌, 33(10), 616-617。
- [38] 劉信宏(2000)。以 AHP 模式進行人力資源管理項目之評估—以筆記型電腦業為例。中原大學工業工程學系碩士論文。
- [39] 蔣曉蓮, 殷磊, 李曉玲(2001)。21 世紀護理教育展望。護士進修雜誌, 16(6), 457-459。
- [40] 蔡淑鈴(2006)。醫療制度之分類與比較。東海大學工業工程及經營資訊研究所。
- [41] 蔡淑鳳, 王秀紅(2007)。台灣護理教育之自省與前瞻—護理人力政策面。護理雜誌, 54(1), 5-9。
- [42] 蔡淑鳳, 吳濟華(2006)。從護理史探討台灣的護理發展脈絡。台灣醫學人文學刊, 98-99。
- [43] 鄭玉玲(2003)。從管理階層的觀點探討護理照護人力外包。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文。
- [44] 盧美秀(2004)。我國護理教育的現況與展望。護理雜誌, 51(4), 11-15。
- [45] 盧瑞芬, 謝啟瑞(2000)。醫療經濟學, 台北: 學富文化事業有限公司。
- [46] 錢慶文(2005)。醫療人力資源管理, 台北: 雙葉書廊。
- [47] 簡建忠(1997)。正視人力資源的意義與價值。人力發展月刊, 39, 20-25。
- [48] Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993。
- [49] Canadian Federation of Nurses Unions. Enhancement of Patient Safety through Formal Nurse-Patient Ratios: A Discussion Paper. *Research Reports*. Retrieved December 12, 2006 from <http://www.nursesunions.ca/cms/index.php/Research/215> · 2005。
- [50] Dessler, Gary. (1997). *Human Resource Management*, Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall。
- [51] <http://www.stat.gov.tw>
- [52] Kovner, C., & Gergen, P.J. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321。

- [53] Mondy, R., and Robert, M. Neo. (1990). *Human Resource Management*, Boston: Allyn and Bacon .
- [54] Henry Mintzberg. (1991). *The strategic process: concept, contexts, cases* (with James B, Quinn), 2nd Edition, Prentice-Hall Englewood Cliffs NJ .
- [55] Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals • *New England Journal of Medicine*, 346 (22) , 1715-1722 .

附錄表 1、 台商登陸投資醫療市場表（以開幕先後為主）

台商企業	醫院名稱	預計規模	預計期程	附設相關學校
潤泰集團	上海東方肝膽外科醫院	未定	2000 年獲得投資許可	無
旺旺集團	湖南長沙旺旺醫院	1000 床	2005 年底已開幕	預計興建護理學校
	南京投資醫院	未定	逐年增設	
	四川投資醫院	未定	逐年增設	
台塑集團	廈門長庚醫院	3000 床	2007 年 5 月開幕	另設醫療器械設備廠
	洛陽長庚醫院	800 床	逐年興建	
	鄭州長庚醫院	未定	逐年興建	
	上海長庚醫院	3000 床	逐年興建	
福特六合集團	昆山宗仁卿紀念醫院	初期 200 床 未來 500 床	2003 年 10 月動工	另設護理學校
明基電通	南京（江寧區）明基醫院	初期 1500 床，未來 3000 床	2004 年 9 月動工，預計 2008 年開幕	無
	蘇州明基醫院	1000 床	逐年興建	
臺一國際	浦東華山醫院	300 床	2001 年 10 月獲許興建	無
寶成工業	廣東東莞裕元紀念醫院	500 床	未定	無
日月光	上海景康華山醫院	未定	未定	無
華泰電子	預計成立	未定	未定	無

（本研究，2007）

附錄表 2、歷年主要國家經濟成長率

最近更新日期：2006/05/23

季節調整；年率：%

年(季)別	中華民國	美國	日本	德國	法國	英國	義大利	南韓	新加坡	香港	中國大陸
1997 年	6.59	4.5	1.4	1.8	2.4	3.2	2.0	4.7	8.6	5.1	8.8
1998 年	4.55	4.2	1.8	2.0	3.6	3.2	1.7	- 6.9	- 0.8	- 5.5	7.8
1999 年	5.75	4.5	0.2	2.0	3.3	3.0	1.7	9.5	6.8	4.0	7.1
2000 年	5.77	3.7	2.9	3.2	4.1	4.0	3.2	8.5	9.6	10.0	8.0
2001 年	- 2.17	0.8	0.4	1.2	2.1	2.2	1.7	3.8	- 2.0	0.6	7.5
2002 年	4.25	1.6	0.1	0.1	1.2	2.0	0.4	7.0	3.2	1.8	8.3
2003 年	3.43	2.7	1.8	- 0.2	0.8	2.5	0.4	3.1	1.4	3.1	9.5
2004 年	6.07	4.2	2.3	1.6	2.3	3.2	1.0	4.6	8.4	8.2	9.5
2005 年	4.09	3.5	2.7	0.9	1.4	1.8	...	4.0	6.4	7.3	9.9
2006(f)	4.3	3.3	3.2	...	...	...	...	5.7	5.3	...	9.9

資料來源：國際金融統計（國際貨幣基金）年報，主要經濟指標（韓國銀行），主要經濟指標（OECD），金融經濟統計月報（日本），新加坡統計月報，香港統計月刊，中國統計年鑑，各官方網站。

說明：1. 中華民國國民所得資料按 93SNA 編製。
2. 中華民國、日本、韓國、新加坡、香港與中國大陸資料係未經季節調整，美國、德國、法國、英國及日本(1994 年以後)採鏈指數計算實質 GDP。

附錄表 3、 歷年主要國家平均每人國內生產毛額

最近更新日期：2006/5/23

單位：美元

年別	中華民國	美國	日本	德國	法國	英國	義大利	南韓	新加坡	香港	中國大陸
86年 1997	13 904	30 985	33 586	26 362	24 350	22 497	20 286	11 237	25 143	27 170	730
87年 1998	12 679	32 360	30 397	26 667	25 253	24 061	20 777	7 477	20 922	25 507	729
88年 1999	13 609	33 989	34 333	26 156	24 868	24 625	20 466	9 549	20 891	24 716	791
89年 2000	14 519	35 664	36 656	23 191	22 616	24 192	18 621	10 888	23 043	25 319	856
90年 2001	13 093	35 562	32 154	22 981	22 654	24 018	18 813	10 178	20 775	24 765	924
91年 2002	13 163	36 306	30 650	24 560	24 591	26 642	20 640	11 485	21 206	24 121	992
92年 2003	13 327	37 729	33 148	29 646	29 806	30 490	26 705	12 707	22 070	23 278	1 101
93年 2004	14 271	39 959	35 902	33 390	33 884	35 846	28 870	14 144	25 191	24 082	1 273
94年 2005	15 271	42 085		33 923	...	...	...	...	26 833	25 623	...
95年 2006(f)	15 969	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

資料來源：國際金融統計（國際貨幣基金）年報，主要經濟指標（韓國銀行），主要經濟指標（OECD），金融經濟統計月報（日本），新加坡統計月報，香港統計月刊，中國統計年鑑，各官方網站。

說明：1. 中華民國國民所得資料按 93 SNA 編製。

2. 平均每人國內生產毛額=GDP / 年中人口數，折成美金

附錄表 4、中國大陸全國衛生總費用測算表

全國衛生總費用測算數(當年價格)

	2000	2001	2002	2003	2004
衛生總費用(億元)	4586.6	5025.9	5790.0	6584.1	7590.3
政府衛生支出	709.5	800.6	908.5	1116.9	1293.6
社會衛生支出	1171.9	1211.4	1539.4	1788.5	2225.4
個人衛生支出	2705.2	3013.9	3342.1	3678.7	4071.4
衛生總費用構成 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
政府衛生支出	15.5	15.9	15.7	17.0	17.0
社會衛生支出	25.6	24.1	26.6	27.2	29.3
個人衛生支出	59.0	60.0	57.7	55.9	53.6
城鄉衛生費用(億元)					
城市	2621.7	2793.0	3448.2	4150.3	4939.2
農村	1964.9	2233.0	2341.8	2433.8	2651.1
城鄉衛生費用比例 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
城市	57.2	55.6	59.6	63.0	65.1
農村	42.8	44.4	40.4	37.0	34.9
人均衛生費用(元)	361.9	393.8	450.7	509.5	583.9
城市	812.9	841.2	987.1	1108.9	1261.9
農村	214.9	244.8	259.3	274.7	301.6
城市/農村(倍)	3.8	3.4	3.8	4.0	4.2
衛生總費用占 GDP%	5.13	5.16	5.51	5.62	5.55

附錄表 5、台灣與主要國家執業醫事人員數比較表

項目	時間	統計數	說明
醫療院所數	2005 年底	19,433 家	較 93 年底 +193 家
診所	2005 年底	18,877 家	較 93 年底 +227 家
醫院①	2005 年底	556 家	較 93 年底 - 34 家
每一醫療院所服務人口	2005 年底	1,172 人	較 93 年底 -7 人
每千人口執業醫事人員數	2005 年底	8.72 人	較 93 年底 +0.23 人
醫師	2005 年底	1.70 人	較 93 年底 +0.03 人
牙醫師	2005 年底	0.45 人	較 93 年底 +0.01 人
藥師及藥劑生	2005 年底	1.12 人	較 93 年底 -0.03 人
護士及護理師	2005 年底	4.60 人	較 93 年底 +0.13 人
主要國家每千人口醫師數	美國	2000 年	2.56 人 較我國 2005 年+0.86 人
	日本	2002 年	1.98 人 較我國 2005 年+0.28 人
	南韓	2003 年	1.57 人 較我國 2005 年-0.13 人
	新加坡	2001 年	1.40 人 較我國 2005 年-0.30 人
	中國大陸	2001 年	1.06 人 較我國 2005 年-0.64 人
主要國家每千人口護士及護理師數	美國	2000 年	9.37 人 較我國 2005 年+4.77 人
	日本	2002 年	7.79 人 較我國 2005 年+3.19 人
	新加坡	2001 年	4.24 人 較我國 2005 年-0.36 人
	南韓	2003 年	1.75 人 較我國 2005 年-2.85 人
	中國大陸	2001 年	1.05 人 較我國 2005 年-3.55 人

資料來源：行政院衛生署、世界衛生組織（WHO）。

附註：①台北市 9 家市立醫院及 1 家市立性病防治所於 94 年合併改制為台北市立聯合醫院。

說明：本通報每週一至週五發行，並透過網際網路系統同步發送，本處網址：www.stat.gov.tw。

附錄表 6、歷年主要國家之平均壽命

最近更新日期：2006/09/12

單位：歲

年別	中華民國		美國		日本		德國		英國		南韓		新加坡		法國		香港		中國大陸	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
1996 年	71.9	77.8	72	79	77	83	72	79	74	79	68	76	74	79	74	82	76	82	68	72
1997 年	71.9	77.8	73	79	77	83	73	80	74	79	69	77	74	79	74	82	76	82	68	72
1998 年	72.2	78.0	73	79	77	84	73	80	74	80	70	77	74	80	74	82	76	82	69	73
1999 年	72.5	8.1	74	79	77	84	73	80	74	80	70	77	75	79	74	82	77	82	69	73
2000 年	72.7	78.4	74	79	77	84	74	80	74	80	71	78	76	80	75	82	77	82	69	73
2001 年	72.9	78.8	74	80	77	84	74	81	75	80	71	78	76	80	75	83	77	82	69	73
2002 年	3.2	8.9	74	80	78	85	75	81	75	80	72	80	76	80	76	83	77	82	69	73
2003 年	73.4	79.3	74	80	78	85	75	81	75	80	72	80	77	81	76	83	78	85	69	73
2004 年	73.6	79.4	75	80	78	85	75	81	76	80	73	80	77	81	76	83	79	84	70	73
2005 年	73.7	79.8	75	80	78	85	76	81	76	81	73	80	77	81	77	84	79	85	70	74

資料來源 美國人口資料局「世界人口估計要覽表」、內政部統計處。

- 說明：
1. 我國自 1993 年起為臺閩地區資料。
 2. 1990 年僅為西德資料。

附錄表 7、主要國家扶養比及老化指數比較表

國 家	扶養比	老化指數	國 家	扶養比	老化指數
國際平均	56.25%	24.14%	臺灣	39.74%	52.05%
美國	49.25%	57.14%	菲律賓	63.93%	11.43%
加拿大	44.93%	72.22%	澳洲	49.25%	65%
英國	51.52%	88.89%	紐西蘭	51.52%	54.55%
法國	53.85%	84.21%	馬來西亞	61.29%	15.15%
德國	49.25%	120%	南韓	38.89%	47.37%
日本	51.52%	142.86%	新加坡	38.89%	40%
			大陸		36.36%

(內政部戶政司 2006 年第二週內政部統計通報-2005 年底我國戶籍登記現住人口結構分析)

附錄表 8 、近年我國老年人口數一覽表

年度	總人口數	65 歲以上 總人口數	成長比%	老年人口 占總人口%	老化指 數%	老年人口 依賴比%	扶養比%
1997 年底	21,742,815	1,752,056	3.57	8.06	35.65	11.62	44.22
1998 年底	21,928,591	1,810,231	3.32	8.26	37.59	11.83	43.30
1999 年底	22,092,387	1,865,472	3.05	8.44	39.40	12.04	42.60
2000 年底	22,276,672	1,921,308	2.99	8.62	40.85	12.27	42.32
2001 年底	22,405,568	1,973,357	2.71	8.81	42.33	12.51	42.07
2002 年底	22,520,776	2,031,300	2.94	9.02	44.17	12.78	41.72
2003 年底	22,604,550	2,087,734	2.78	9.24	46.58	13.02	40.97
2004 年底	22,689,122	2,150,475	3.01	9.48	49.02	13.31	40.48
2005 年底	22,770,383	2,216,804	3.08	9.74	52.05	13.60	39.74
2006 年 1 月	22,778,581	2,226,018	0.42	9.77	52.39	13.65	39.71
2006 年 2 月	22,784,720	2,232,443	0.29	9.80	52.64	13.69	39.69
2006 年 3 月	22,791,052	2,237,449	0.22	9.82	52.85	13.71	39.65
2006 年 4 月	22,797,314	2,242,113	0.21	9.83	53.08	13.73	39.59
2006 年 5 月	22,805,647	2,245,673	0.16	9.85	53.26	13.74	39.54
2006 年 6 月	22,814,636	2,248,913	0.14	9.86	53.34	13.75	39.52

說明：

1. 資料來源：本部戶政司。
2. 老化指數 = 65 歲以上人口 ÷ 0-14 歲人口 × 100。
3. 老年人口依賴比 = 65 歲以上人口 ÷ 15-64 歲人口 × 100。
4. 扶養比 = (0-14 歲人口 + 65 歲以上人口) ÷ 15-64 歲人口 × 100。

資料來源：內政部戶政司 資料更新日期：2006.7.11

附錄表 9、中國人口老齡化趨勢

中國人口老齡化趨勢							
年	總人口 (億)	60 歲以上		65 歲以上		80 歲以上	
		人口	占總人口比 例	人口	占總人口比 例	人口	占總人口比 例
		億	%	億	%	億	%
2000	12.70	1.31	10.34	0.91	7.13	0.14	10.44
2010	13.76	1.73	12.54	1.15	8.38	0.21	12.23
2020	14.72	2.45	16.61	1.74	11.83	0.30	12.07
2030	15.24	3.55	23.30	2.44	15.98	0.43	12.07
2040	15.43	4.09	26.52	3.24	20.98	0.64	15.64
2050	15.21	4.38	28.76	3.32	21.81	1.00	22.91

資料來源：<http://www.cpirc.org.cn/1999pop.htm>

附錄表 10、歷年台灣經濟成長率及每人國內生產毛額

年度	期中人口	經濟成長	國內生產毛額 (百萬美元)	平均每人 GDP (美元)
1996	21,387,815	6.30	289,315	13,527
1997	21,577,382	6.59	300,005	13,904
1998	21,777,096	4.55	276,105	12,679
1999	21,952,486	5.75	298,757	13,609
2000	22,125,102	5.77	321,230	14,519
2001	22,277,933	-2.17	291,694	13,093
2002	22,396,420	4.25	294,803	13,163
2003	22,493,921	3.43	299,785	13,327
2004	22,575,034	6.07	322,179	14,271
2005	22,652,541	4.09	345,862	15,271
2006	22,747,626	4.31	363,284	15,969

相關網址：請逕至中華民國統計資訊網 (www.stat.gov.tw)，選取「國民所得及經濟成長」之「統計表」項下之「國民所得常用資料」。

附註：(p)為初步統計數；(f)為預測數。 參考節錄製表：陳雅玫之資料 2006/5/18

附錄表 11、 台閩地區十五歲以上人口戶籍註記教育程度

中華民國 91 年底至 94 底 End of 2002-2005

單位：人 Unit : Persons

年 底 別	15 歲 以上 人口 總計	識 字 率 (%)	不 識 字 率 (%)	研 究 所	大 學 院 校	專 科	高 中、 高 職	國 中、 國 小	不 識 字
2002	17921884	96.03	3.97	329373	2013973	2262718	5686464	6806322	711178
2003	18122930	96.97	3.03	456830	2431324	2553239	5994250	6043279	548566
2004	18302040	97.16	2.84	511596	2627796	2553647	6031024	5965275	520589
2005	18511334	97.33	2.67	574967	2825573	2545631	6104381	5876968	494383

附錄表 12、台灣醫院一般病床服務量統計

年底別	住院人日 (人日)	住院人次 (人次)	佔床率 (%)	平均住院 日數 (日)
2005 年	24180939	2550661	69.15	9.48
2004 年	24575940	2600700	71.13	9.45
2000 年	20971530	2420577	64.01	8.66
1995 年	21340928	206273	69.72	10.33
2005&2004 年 比較增減%	-1.6%	-1.9%	-2.8%	0.3%
2005&2000 年 比較增減%	15.3%	5.4%	8.0%	9.4%
2005&1995 年 比較增減%	13.3%	23.7%	-0.8%	-8.4%

附錄表 13、全中國醫療機構業務工作量及病床使用情形

年度	2001	2002	2003	2004	2005
總診療人次 (億次)	20.87	21.45	20.96	22.03	23.00
其中：醫院	12.10	12.43	12.13	13.05	13.87
衛生院	8.37	7.30	7.10	7.03	6.99
入院人數(萬 人)	5464	5991	6092	6676	7184
其中：醫院	3625	3997	4159	4673	5108
衛生院	1705	1654	1626	1621	1641
病床使用率 (%)	53.5	57.4	58.7	61.4	62.9
其中：醫院	61.1	64.6	65.3	68.4	70.3
衛生院	31.3	34.8	36.2	37.2	37.8
出院者平均住 院日	9.5	8.7	9.0	9.1	9.2
其中：醫院	11.8	10.9	11.0	10.8	10.9
衛生院	4.5	4.0	4.2	4.5	4.7
醫生人均每天 擔負診療人次	4.6	5.2	5.0	4.8	5.3
醫生人均每天 擔負住院床日	1.4	1.4	1.5	1.5	1.7

註：①診療人次總數不含診所(衛生所、醫務室)、社區衛生服務站和村衛生室數字；②醫生人均每天擔負診療人次和住院床日係衛生部門綜合醫院數字。

附錄表 14、全國衛生機構及床位數

	2001	2002	2003	2004	2005
衛生機構總數(個)	330348	306038	291323	297540	298997
內:醫院小計	16781	17844	17764	18393	18703
#衛生部門醫院	7676	8940	9126	9146	9139
衛生院	48643	46014	45204	42471	41694
#農村鄉鎮衛生院	48090	44992	44279	41626	40907
門診部	3716	7019	6152	6148	5895
診所、醫務室、衛生所	244345	212888	198316	202646	201509
#私人辦診所	136561	131817	127072	132162	133132
療養院	461	365	305	292	274
社區衛生服務中心(站)	...	8211	10101	14153	17129
婦幼保健院(所、站)	2548	3067	3033	2998	3021
專科防治院(所、站)	1783	1839	1749	1583	1502
疾病預防控制中心	3813	3580	3584	3588	3585
衛生監督所	...	571	838	1284	1702
醫學科研機構	397	298	284	276	263
醫療機構床位数(張)	3155558	113165	3144235	3250938	3350810
其中:醫院	2229601	2221753	2269505	2363464	2445012
衛生院	746499	685400	685655	682383	689918
每千人口醫院衛生院床位(張)	2.39	2.32	2.34	2.40	2.45

附錄表 15、台灣醫事機構執業醫事人員數 單位：人

年底別	合計	醫師	藥事人員	護產人員	醫事放射及醫事 檢驗人員
84 年	118248	34521	19224	57585	6515
89 年	159212	41915	24404	79734	8991
93 年	192611	47816	26079	101924	10826
94 年	198534	48848	25574	105160	11198
94 年及 93 年增減%	3.1%	2.2%	-1.9%	3.2%	3.4%
94 年與 89 年增減%	24.7%	16.5%	4.8%	31.9%	24.5%
94 年與 84 年增減%	67.9%	41.5%	33.0%	82.6%	71.9%
備註：合計含其他執業醫事人員數					

附錄表 16、中國大陸全國衛生人員數

	2001	2002	2003	2004	2005
衛生人員數	5583932	5238079	5274786	5356589	5426851
衛生技術人員	4507700	4269779	4306471	4392908	4460187
執業(助理)醫生	2099658	1843995	1867957	1906382	1938272
內：執業醫師	1637337	1463573	1486029	1522378	1555658
註冊護士	1286938	1246545	1265959	1308433	1349589
藥劑人員	359290	357659	357378	355451	349533
檢驗人員	189243	209144	209616	211553	211495
其他	572571	612436	605561	611089	611298
其他技術人員	157961	179962	199331	209422	225697
管理人員	412757	332628	318692	315595	312826
工勤人員	505514	455710	450292	438664	428141
每千人口醫生	1.69	1.47	1.48	1.50	1.51
每千人口護理師、 護士	1.03	1.00	1.00	1.03	1.05

注：1. 衛生人員數不含鄉村醫生和衛生員數；2. 從 2002 年起，衛生人員數不再包括藥檢所、國境衛生檢疫所、計畫生育指導站和高中等醫藥院校人員；3. 從 2002 年起按取得執業資格的醫師和護士數統計；4. 2005 年人口系推算數。

附錄表 17、醫療院所平均每萬人口病床數

西元 2005 年底

一般病床							診所			
合計	急性病床		慢性病床				合計	觀察床	嬰兒床	洗腎治療床
	急性一般病床	急性精神病床	慢性一般病床	慢性精神病床	慢性結核病床	癩病病床				
42.08	31.80	2.64	1.94	5.51	0.02	0.17	7.39	4.08	0.69	1.91

特殊病床											
合計	加護病床	燒傷病床	嬰兒病床	急診觀察床	安寧療護病床	呼吸照護病床	急性結核病床	手術恢復床	嬰兒床	洗腎治療床	其他
14.82	3.07	0.16	0.78	1.86	0.16	2.73	0.06	0.55	1.82	3.26	0.37

附錄表 18、中央健康保險局六分局轄區醫療資源密度

單位：家、床、人

轄區	年	每萬人口醫療院所	每萬人口病床數	每萬人口醫事人員數
全體	90	8.98	53.08	74.24
	91	9.35	55.08	78.10
	92	9.57	56.31	81.15
台北分局	90	8.78	49.50	76.31
	91	9.23	50.41	80.13
	92	9.30	50.56	82.66
北區分局	90	7.85	57.12	71.28
	91	8.30	59.19	75.43
	92	8.36	62.04	78.29
中區分局	90	10.40	51.29	75.37
	91	10.64	54.16	79.70
	92	10.92	55.54	83.28
南區分局	90	8.74	51.21	66.62
	91	9.13	53.10	69.35
	92	9.66	52.66	73.33
高屏分局	90	9.05	54.98	77.76
	91	9.31	58.11	81.92
	92	9.52	60.72	84.01
東區分局	90	8.04	86.42	78.27
	91	8.36	88.64	82.59
	92	9.13	93.91	89.67

資料來源：內政部「內政統計月報」、行政院衛生署「醫療機構現況及醫院醫療服務量統計摘要表」、中央健康保險局「全民健康保險統計」。

附錄表 19、主要國家每人平均 NHE 比較

單位：美元、%

國別	每人平均 NHE(2002)	NHE/GDP
美國	5267	14.6
瑞士	4219	11.2
冰島	2921	9.9
丹麥	2835	8.8
德國	2631	10.9
瑞典	2494	9.2
荷蘭	2369	9.1
法國	2348	9.7
愛爾蘭	2255	7.3
加拿大	2222	9.6
比利時	2159	9.1
英國	2031	7.7
奧地利	1969	7.7
芬蘭	1852	7.3
義大利	1737	8.5
紐西蘭	1255	8.5
希臘	1198	9.5
西班牙	1196	7.6
南韓	586	5.1
捷克	504	7.4
日本	2558	7.8
中華民國	795	6.3



