

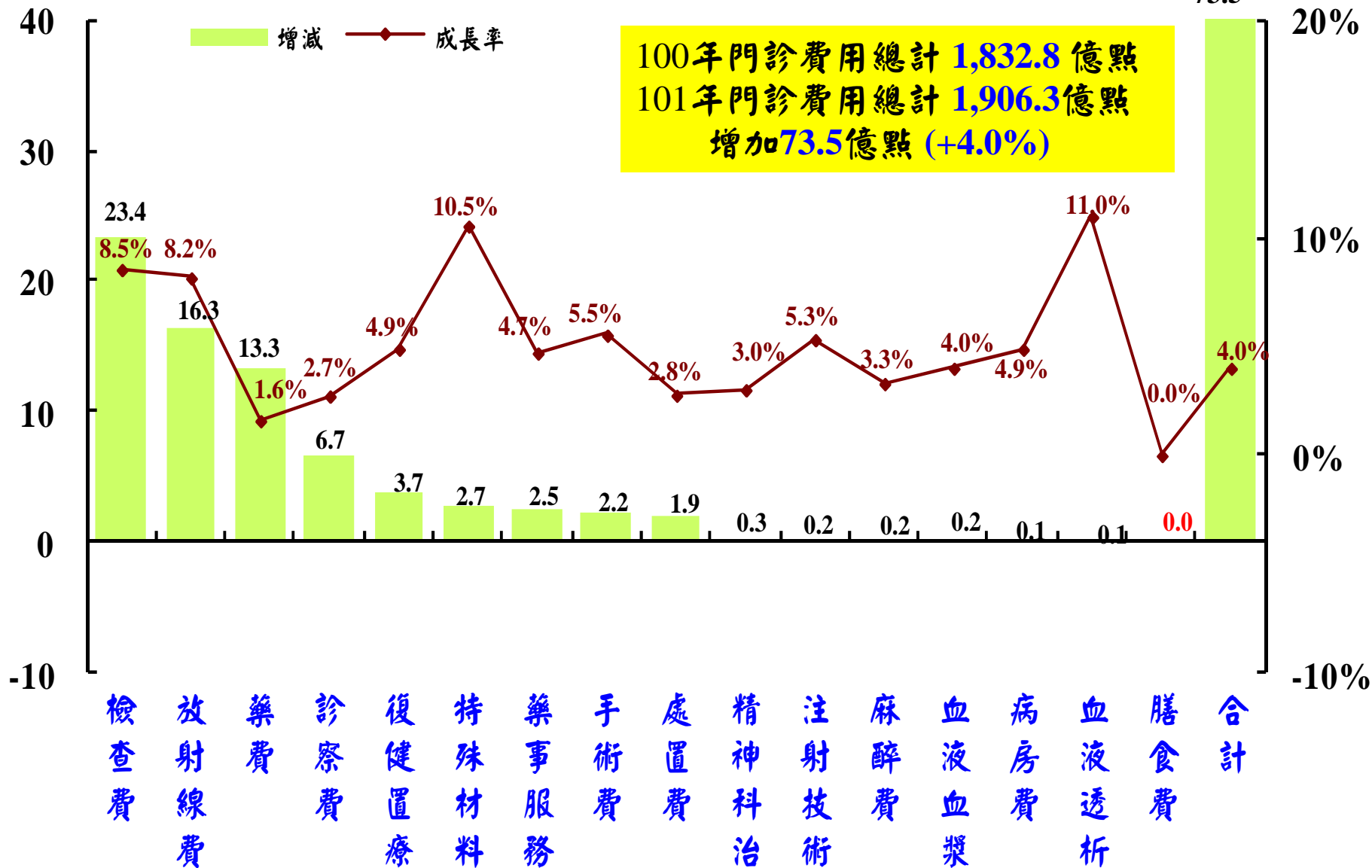
103年醫院總額預算成長率報告

台灣醫院協會
報告人：陳雪芬
102年8月23日

項目		99年		100年		101年		102年					
		金額(億)	成長率	金額(億)	成長率	金額(億)	成長率	金額(億)	成長率				
非 協 商	投保人口數年增率		10.177	0.349%	10.115	0.336%	5.900	0.190%	5.261	0.163%			
	人口結構改變率		49.543	1.699%	62.341	2.064%	62.630	2.017%	63.548	1.969%			
	醫療服務成本指數改變率		7.494	0.257%	-10.662	-0.353%	24.561	0.791%	31.984	0.991%			
	小計		67.418	2.312%	61.801	2.053%	93.246	3.003%	100.953	3.128%			
協 商 因 素	品質保證保留款	品質保證保留款				1.505	0.050%	3.105	0.100%	3.227	0.100%		
		新醫療科技	新增項目				3.000	0.100%	3.000	0.097%	3.720	0.115%	
			藥品				6.080	0.202%	6.134	0.197%	9.771	0.303%	
			特材				0.218	0.007%	0.747	0.024%			
	小計		14.055	0.482%	9.302	0.309%	9.874	0.318%	13.491	0.418%			
	非 專 款 項 目	支付項目的改變		配合新制醫院評鑑		2.012	0.069%	2.258	0.075%				
				提昇嬰幼兒照護品質		0.991	0.034%	1.957	0.065%				
				提昇急診照護品質		5.016	0.172%						
				推動安寧醫療服務				0.361	0.012%				
				99年推動DRG方案回饋				3.000	0.100%				
				診察費調整(101年:調整支付標準)				14.780	0.491%	12.389	0.399%		
				確保血品安全與品質						1.987	0.064%		
				支付標準調整								50.554	1.566%
				配合安全針具推動政策								1.000	0.031%
				B、C肝試辦計畫								20.220	0.627%
	小計		8.019	0.275%	22.356	0.743%	14.376	0.463%	71.774	2.224%			
	醫療服務與密集度		國健局預防保健				1.305	0.043%					
其他預期之法令或政策改變						1.987	0.064%						
減項		違反健保醫事服務機構持約及管理辦法扣款		-0.512	-0.018%	-0.817	-0.027%	-0.594	-0.019%	-0.305	-0.009%		
小計		21.549	0.739%	33.651	1.118%	28.753	0.926%	88.205	2.733%				
一般服務成長率及增加預算(非協商+協商小計)		88.967	3.051%	95.452	3.171%	122.000	3.929%	189.158	5.861%				
一般服務預算		3,004.973	3.051%	3,105.733	3.171%	3,227.106	3.929%	3,416.561	5.861%				
專 款 預 算 金 額 (億)	B、C肝試辦計畫		6.220	-58.1%	12.820	106.1%	19.220	49.9%	-19.22	-100%			
	罕見疾病、血友病藥費		47.820	0.0%	47.820	0.0%	56.490	18.1%	68.640	21.5%			
	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質		28.817	23.3%	28.817	0.0%	34.847	20.9%	36.720	5.4%			
	擴大推動醫療給付改善方案		5.873	104.4%	4.873	-17.0%	4.998	2.6%	4.998	0.0%			
	提升住院護理照護品質		8.325	0.0%	10.000	20.1%	20.000	100.0%	25.000	25%			
	推動DRGs之調整與鼓勵		3.000	0.0%	3.000	0.0%	3.870	29.0%	3.870	0.0%			
	醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區				0.500	100.0%	0.500	0.0%	0.500	0.0%			
	急診品質提升方案						3.200	100.0%	3.200	0.0%			
	受刑人之醫療服務費用								9.037	100.0%			
	專款項目增減金額與預算小計		100.055	-0.2%	107.830	7.8%	143.125	32.7%	151.965	6.2%			
一般服務+專款成長率及增加預算		88.791	2.944%	103.227	3.319%	157.295	4.896%	197.998	5.874%				
一般服務+專款預算		3,105.028	2.944%	3,213.563	3.319%	3,370.231	4.896%	3,568.526	5.874%				
門診透析預算成長率(含品質改善計畫)		-1.112	-0.582%	-3.995	-2.102%	-0.651	-0.350%	0.349	0.188%				
總成長率及增加預算(98年扣97年原編列2.641專業自主委託)		87.679	2.734%	99.233	3.007%	156.643	4.609%	198.347	5.578%				
醫院總額預算合計		3,295.063	2.734%	3,399.604	3.007%	3,555.621	4.609%	3,754.266	5.578%				
較前一年醫院總額實際預算成長率		3,295.063	3.256%	3,399.604	3.173%	3,555.621	4.683%	3,754.266	5.587%				

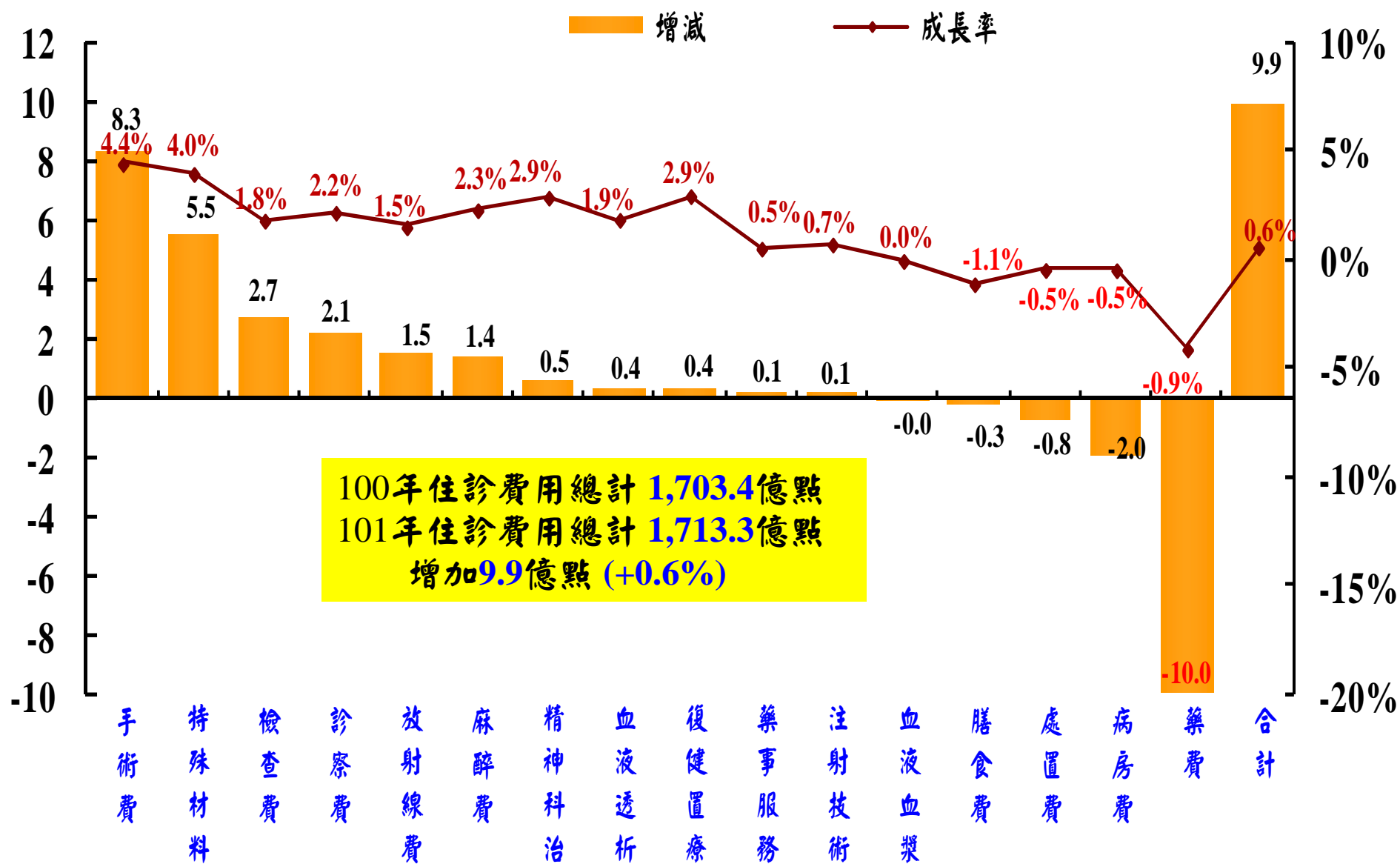
101全年門診點數增減比較-費用類別

(億點)



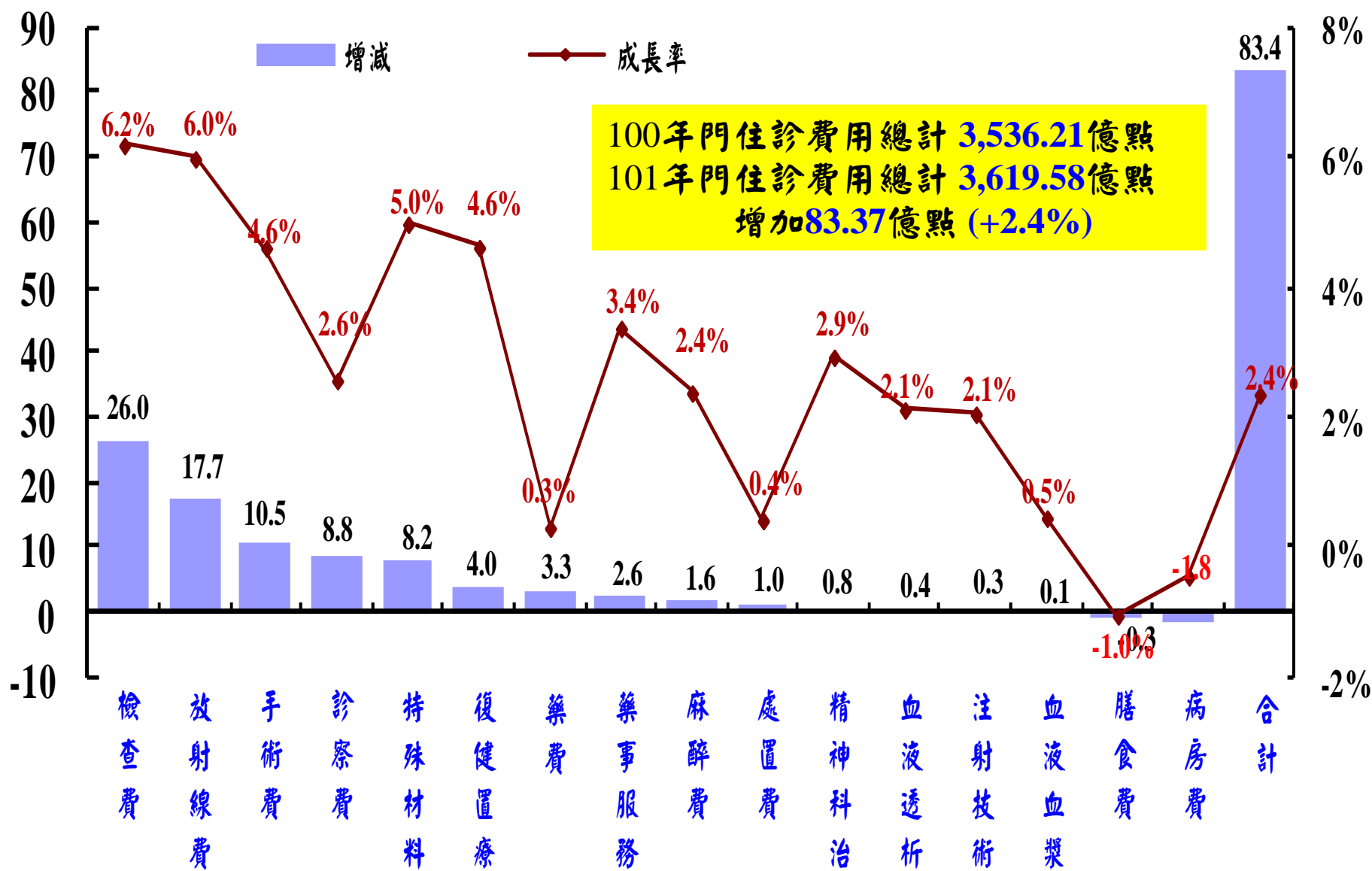
101全年住診點數增減比較-費用類別

(億點)



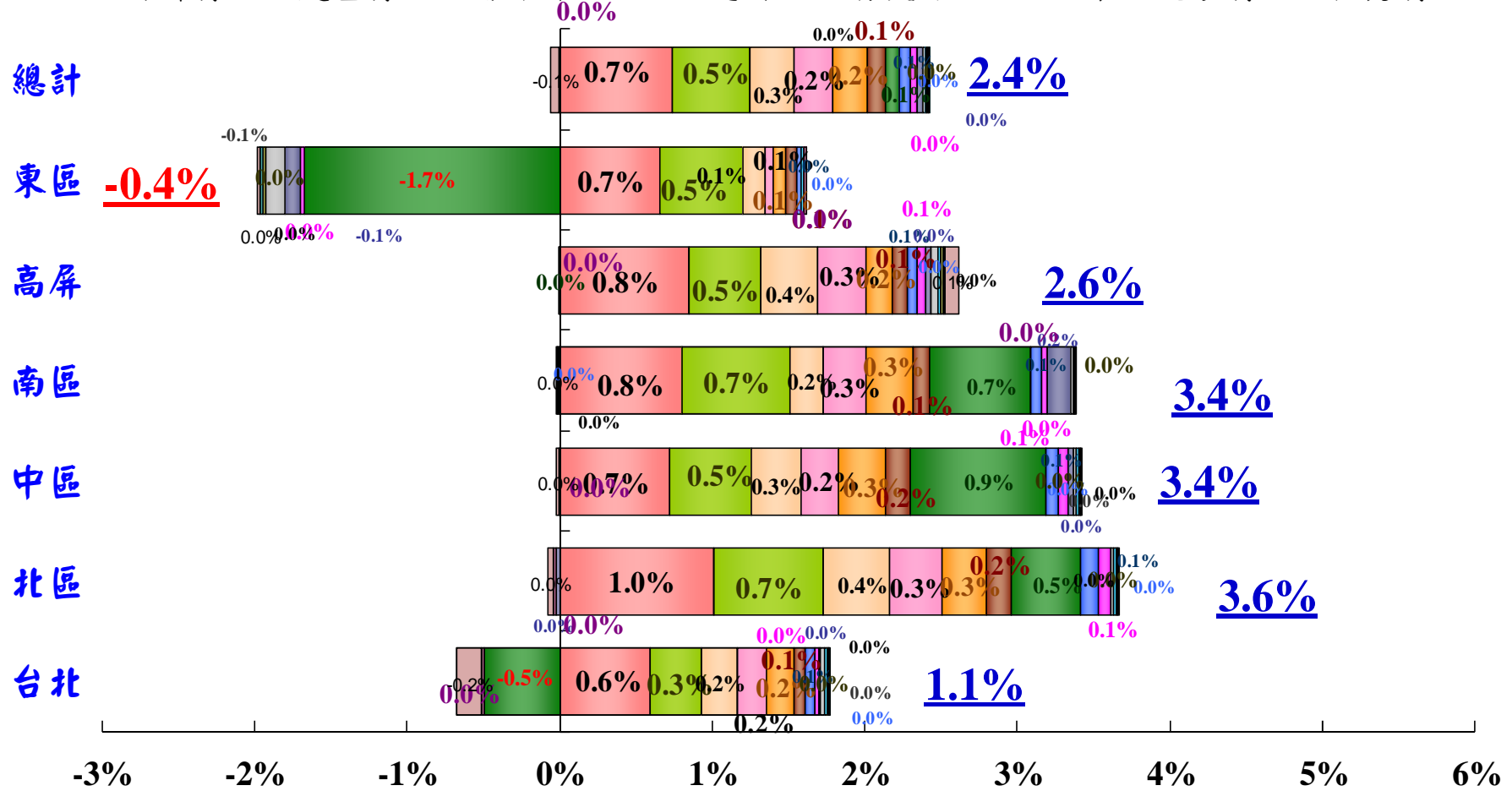
(億點)

101全年門住診點數增減比較-費用類別



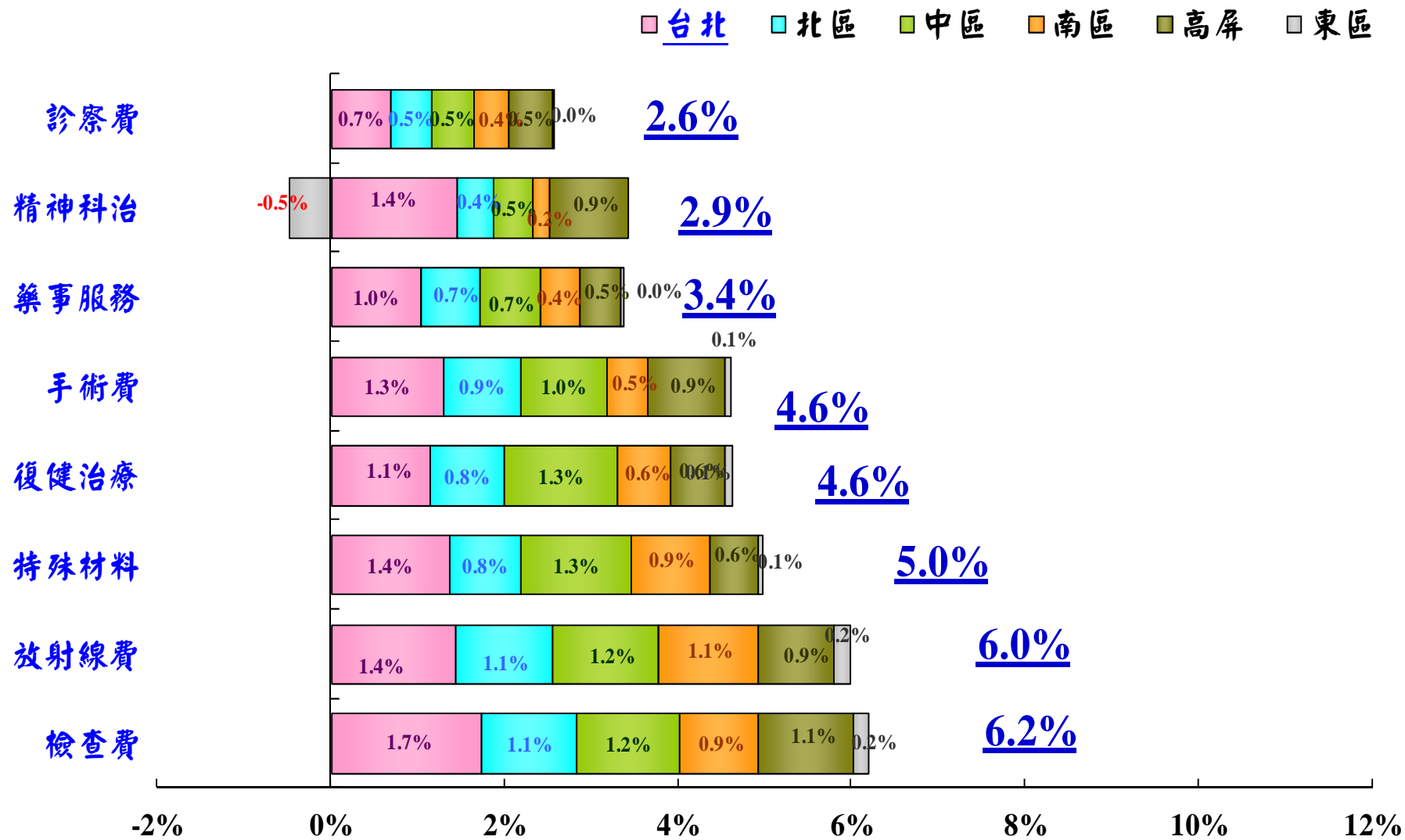
101全年門住診費用類別點數 成長貢獻度比較-各分局

- 檢查費
- 放射線費
- 手術費
- 診察費
- 特殊材料
- 復健治療
- 藥費
- 藥事服務
- 麻醉費
- 處置費
- 精神科治
- 血液透析
- 注射技術
- 血液血漿
- 膳食費
- 病房費



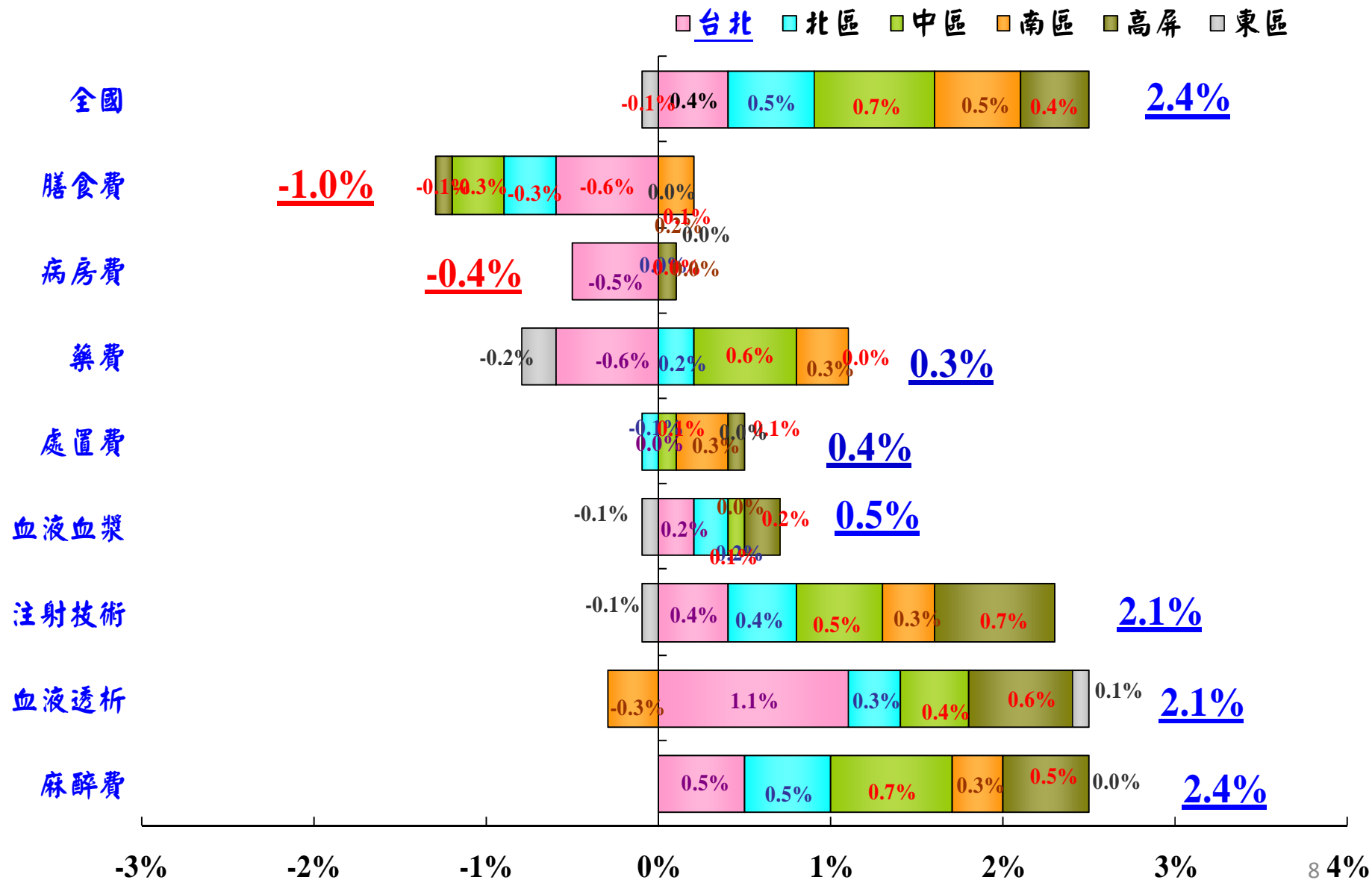
101全年門住診費用類別點數

成長貢獻度比較-各分局占全國各類費用總計(1)



101全年門住診費用類別點數

成長貢獻度比較-各分局占全國各類費用總計(2)



101年點值結算

101全年 就醫分局	一般門診									
	醫療服務(億)	核定點數(億)	核減金額(億)		院所收入(億)	點值結算(億)		總扣減(億)		
台北	699.1	644.8	-54.3	-7.8%	595.6	-49.2	-7.0%	-103.5	-14.8%	
北區	249.1	232.7	-16.4	-6.6%	222.1	-10.5	-4.2%	-26.9	-10.8%	
中區	377.4	341.1	-36.4	-9.6%	321.1	-20.0	-5.3%	-56.3	-14.9%	
南區	257.7	244.0	-13.7	-5.3%	231.4	-12.6	-4.9%	-26.3	-10.2%	
高屏	277.8	253.5	-24.3	-8.8%	243.3	-10.2	-3.7%	-34.5	-12.4%	
東區	48.8	44.2	-4.6	-9.4%	41.4	-2.8	-5.6%	-7.3	-15.0%	
合計	1,909.9	1,760.2	-149.6	-7.8%	1,655.0	-105.2	-5.5%	-254.9	-13.3%	
101全年 就醫分局	一般住院									
	醫療服務(億)	核定點數(億)	核減金額(億)		院所收入(億)	點值結算(億)		總扣減(億)		
台北	577.6	559.0	-18.6	-3.2%	500.7	-58.3	-10.1%	-76.9	-13.3%	
北區	230.2	224.9	-5.3	-2.3%	211.7	-13.1	-5.7%	-18.5	-8.0%	
中區	339.6	324.4	-15.3	-4.5%	298.5	-25.9	-7.6%	-41.1	-12.1%	
南區	247.8	242.9	-4.6	-2.0%	224.4	-18.5	-7.5%	-23.3	-9.4%	
高屏	291.2	281.9	-9.3	-3.2%	267.2	-14.7	-5.0%	-23.9	-8.2%	
東區	57.3	55.0	-2.2	-3.9%	50.1	-4.9	-8.5%	-7.1	-12.5%	
合計	1,743.7	1,688.1	-55.6	-3.2%	1,552.7	-135.3	-7.8%	-190.9	-10.9%	
101全年 就醫分局	一般門住診總計									
	醫療服務(億)	核定點數(億)	核減金額(億)		院所收入(億)	點值結算(億)		總扣減(億)		
台北	1,276.8	1,203.8	-72.9	-5.7%	1,096.3	-107.5	-8.4%	-180.4	-14.1%	
北區	479.2	457.5	-21.7	-4.5%	433.8	-23.7	-4.9%	-45.4	-9.5%	
中區	717.0	665.4	-51.6	-7.2%	619.6	-45.8	-6.4%	-97.5	-13.6%	
南區	505.5	486.9	-18.6	-3.7%	455.9	-31.1	-6.1%	-49.6	-9.8%	
高屏	568.9	535.4	-33.6	-5.9%	510.5	-24.8	-4.4%	-58.4	-10.3%	
東區	106.0	99.2	-6.8	-6.4%	91.6	-7.6	-7.2%	-14.5	-13.6%	
合計	3,653.5	3,448.3	-205.2	-5.6%	3,207.7	-240.6	-6.6%	-445.8	-12.2%	

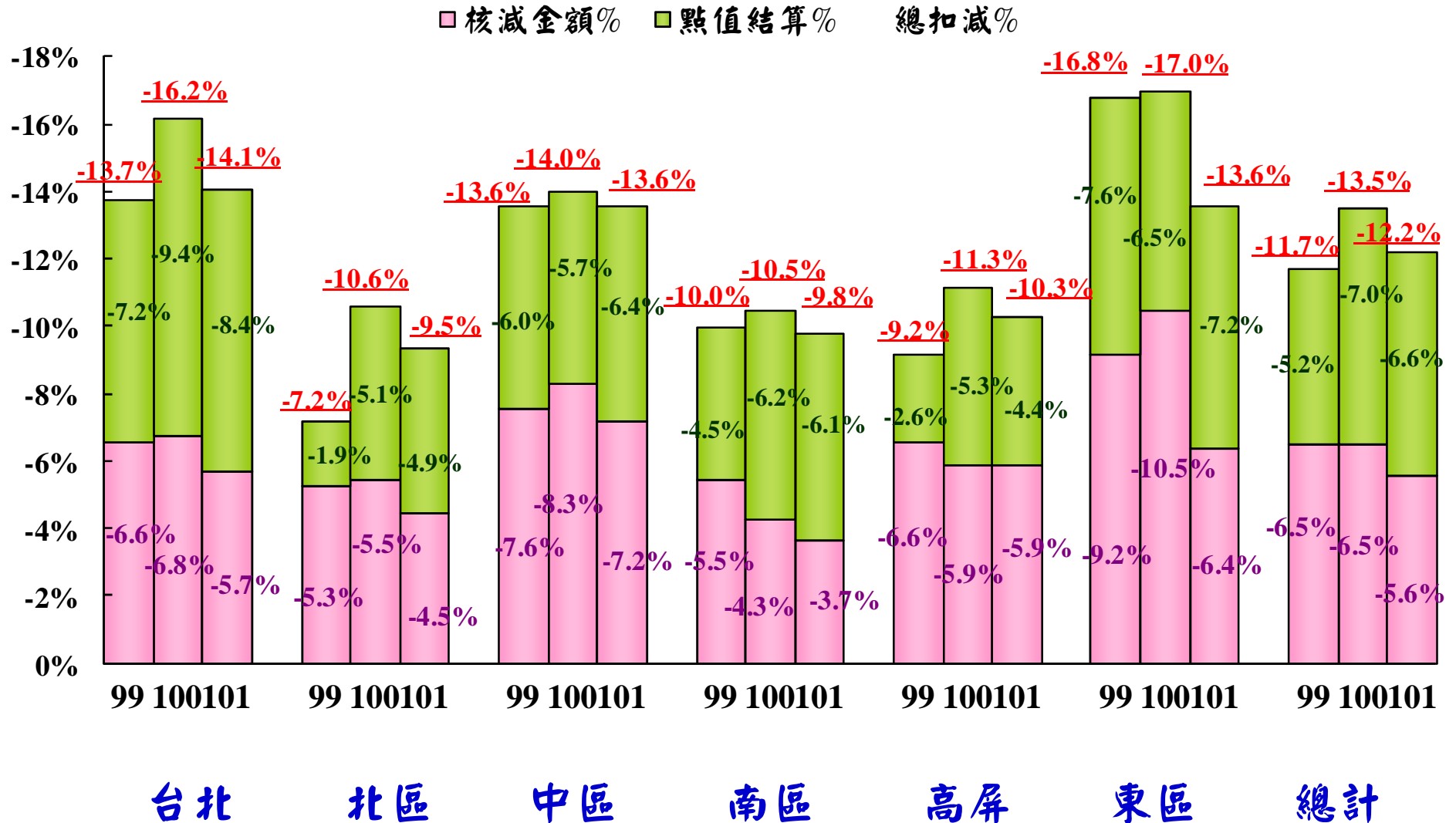
99至101年點值結算

99全年 就醫分局	一般門住診總計								
	醫療服務(億)	核定點數(億)	核減金額(億)		院所收入(億)	點值結算(億)		總扣減(億)	
台北	1,185.7	1,108.0	-77.7	-6.6%	1,022.8	-85.2	-7.2%	-162.9	-13.7%
北區	439.6	416.3	-23.3	-5.3%	407.8	-8.5	-1.9%	-31.8	-7.2%
中區	659.5	609.3	-50.3	-7.6%	569.6	-39.7	-6.0%	-90.0	-13.6%
南區	468.9	443.0	-25.8	-5.5%	422.1	-20.9	-4.5%	-46.7	-10.0%
高屏	523.4	488.8	-34.6	-6.6%	475.3	-13.6	-2.6%	-48.2	-9.2%
東區	102.8	93.4	-9.5	-9.2%	85.6	-7.8	-7.6%	-17.3	-16.8%
合計	3,380.0	3,158.8	-221.1	-6.5%	2,983.1	-175.7	-5.2%	-396.9	-11.7%
100全年 就醫分局	一般門住診總計								
	醫療服務(億)	核定點數(億)	核減金額(億)		院所收入(億)	點值結算(億)		總扣減(億)	
台北	1,262.3	1,176.8	-85.5	-6.8%	1,058.1	-118.7	-9.4%	-204.2	-16.2%
北區	464.2	438.6	-25.6	-5.5%	414.8	-23.8	-5.1%	-49.4	-10.6%
中區	692.2	635.0	-57.2	-8.3%	595.2	-39.8	-5.7%	-97.0	-14.0%
南區	488.2	467.2	-21.0	-4.3%	436.9	-30.4	-6.2%	-51.3	-10.5%
高屏	552.9	520.1	-32.8	-5.9%	490.7	-29.4	-5.3%	-62.2	-11.3%
東區	106.2	95.1	-11.1	-10.5%	88.1	-7.0	-6.5%	-18.1	-17.0%
合計	3,565.9	3,332.7	-233.2	-6.5%	3,083.7	-249.0	-7.0%	-482.2	-13.5%
101全年 就醫分局	一般門住診總計								
	醫療服務(億)	核定點數(億)	核減金額(億)		院所收入(億)	點值結算(億)		總扣減(億)	
台北	1,276.8	1,203.8	-72.9	-5.7%	1,096.3	-107.5	-8.4%	-180.4	-14.1%
北區	479.2	457.5	-21.7	-4.5%	433.8	-23.7	-4.9%	-45.4	-9.5%
中區	717.0	665.4	-51.6	-7.2%	619.6	-45.8	-6.4%	-97.5	-13.6%
南區	505.5	486.9	-18.6	-3.7%	455.9	-31.1	-6.1%	-49.6	-9.8%
高屏	568.9	535.4	-33.6	-5.9%	510.5	-24.8	-4.4%	-58.4	-10.3%
東區	106.0	99.2	-6.8	-6.4%	91.6	-7.6	-7.2%	-14.5	-13.6%
合計	3,653.5	3,448.3	-205.2	-5.6%	3,207.7	-240.6	-6.6%	-445.8	-12.2%

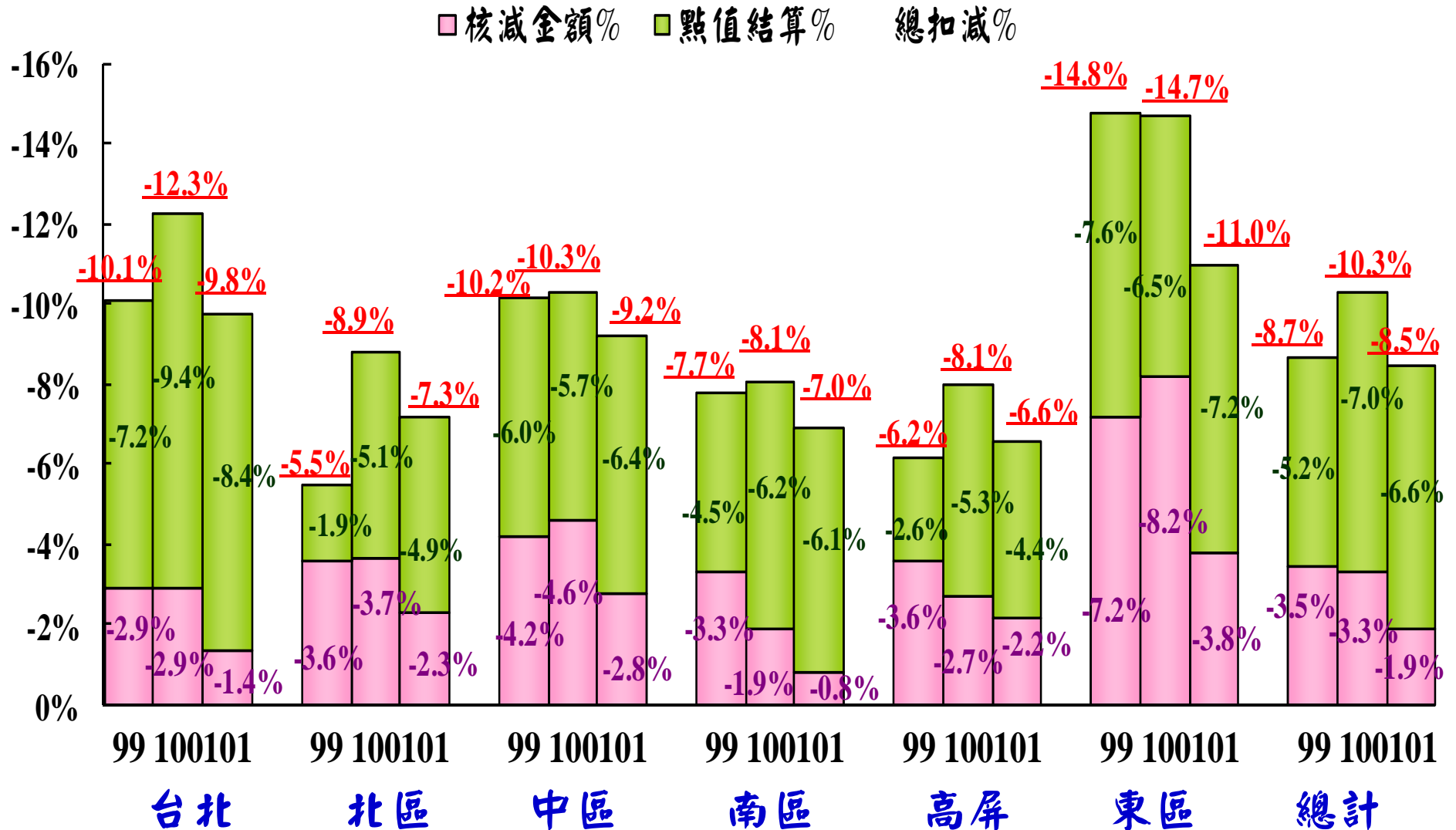
101年點值結算

101全年 就醫分局	一般門住診總計									
	醫療服務(億)	核定點數(億)	核減金額(億)		院所收入(億)	點值結算(億)		總扣減(億)		
台北	1,276.8	1,203.8	-72.9	-5.7%	1,096.3	-107.5	-8.4%	-180.4	-14.1%	
北區	479.2	457.5	-21.7	-4.5%	433.8	-23.7	-4.9%	-45.4	-9.5%	
中區	717.0	665.4	-51.6	-7.2%	619.6	-45.8	-6.4%	-97.5	-13.6%	
南區	505.5	486.9	-18.6	-3.7%	455.9	-31.1	-6.1%	-49.6	-9.8%	
高屏	568.9	535.4	-33.6	-5.9%	510.5	-24.8	-4.4%	-58.4	-10.3%	
東區	106.0	99.2	-6.8	-6.4%	91.6	-7.6	-7.2%	-14.5	-13.6%	
合計	3,653.5	3,448.3	-205.2	-5.6%	3,207.7	-240.6	-6.6%	-445.8	-12.2%	
101年 就醫分局	專款專用									
	醫療服務(億)	核定點數(億)	核減金額(億)		院所收入(億)	點值結算(億)		總扣減(億)		
台北		55.3			55.3					
北區		10.5			10.5					
中區		31.3			31.3					
南區		14.3			14.3					
高屏		20.8			20.8					
東區		2.8			2.8					
合計		135.1			135.1					
101年 就醫分局	門住診總計									
	醫療服務(億)	核定點數(億)	核減金額(億)		院所收入(億)	點值結算(億)		總扣減(億)		
台北	1,276.8	1,259.2	-17.6	-1.4%	1,151.7	-107.5	-8.4%	-125.1	-9.8%	
北區	479.2	468.0	-11.2	-2.3%	444.4	-23.7	-4.9%	-34.9	-7.3%	
中區	717.0	696.7	-20.3	-2.8%	650.9	-45.8	-6.4%	-66.1	-9.2%	
南區	505.5	501.2	-4.3	-0.8%	470.2	-31.1	-6.1%	-35.3	-7.0%	
高屏	568.9	556.2	-12.8	-2.2%	531.3	-24.8	-4.4%	-37.6	-6.6%	
東區	106.0	102.1	-3.9	-3.8%	94.4	-7.6	-7.2%	-11.6	-11.0%	
合計	3,653.5	3,583.4	-70.1	-1.9%	3,342.9	-240.6	-6.6%	-310.7	-8.5%	
加上	專款未分區	0.2			0.2					
	3,653.5	3,583.7	-69.9	-1.9%	3,343.1	-240.6	-6.6%	-310.4	-8.5%	
加上洗腎	217.7	217.7			185.4	-32.3	-14.8%	-32.3	-14.8%	
	3,871.3	3,801.4	-69.9	-1.8%	3,528.5	-272.9	-7.0%	-342.8	-8.9%	

99年~101年各分局門住診(不含洗腎)(不含專款)點數核減、結算比較



99年~101年各分局門住診(不含洗腎)點數核減、結算比較



醫院部門歷年醫療服務與總額預算差距(含洗腎)

年度	預算金額 (億元)	服務點數 (億點)	差距 (億)	差距%	回推 月數	點值
91年	2,334.9	2,470.8	-135.9	-5.5%	-0.7個月	0.945
92年	2,438.9	2,543.3	-104.5	-4.1%	-0.5個月	0.959
93年	2,549.1	2,926.7	-377.6	-12.9%	-1.6個月	0.871
94年	2,644.1	2,994.7	-350.6	-11.7%	-1.4個月	0.883
95年	2,762.2	3,014.7	-252.5	-8.4%	-1.0個月	0.916
96年	2,907.5	3,152.0	-244.4	-7.8%	-0.9個月	0.922
97年	3,027.9	3,326.1	-298.2	-9.0%	-1.1個月	0.910
98年	3,174.5	3,481.2	-306.6	-8.8%	-1.1個月	0.912
99年	3,286.0	3,591.2	-305.2	-8.5%	-1.0個月	0.915
100年	3,394.2	3,782.3	-388.1	-10.3%	-1.2個月	0.897
101年	3,528.5	3,871.3	-342.8	-8.9%	-1.1個月	0.911

- 附註: 1. 93年預算已加上95年定案的溢注款
 2. 以上預算與醫療服務皆含洗腎與B、C肝與罕見疾病與疾病管理等已支用專款
 3. 96年B、C肝未支用289,713,642血友及罕病未支用3,159,100已自預算扣除
 4. 97年B、C肝未支用563,193,319血友及罕病24,152,937未支用與器官移植
 302,837,328未支用及醫療給付改善方案未支用300,141,645已自預算扣除
 5. 98年B、C肝未支用389,617,908血友及罕病未支用969,803,124與器官移植
 未支用113,489,891及醫療給付改善方案未支用93,568,552已自預算扣除

醫院部門歷年醫療服務與總額預算差距(洗腎預算以實際計)

年度	預算金額 (億元)	服務點數 (億點)	差距 (億)	差距%	回推 月數	點值
91年	2,334.9	2,470.8	-135.9	-5.5%	-0.7個月	0.945
92年	2,433.4	2,543.3	-109.9	-4.3%	-0.5個月	0.957
93年	2,538.4	2,926.7	-388.3	-13.3%	-1.6個月	0.867
94年	2,633.6	2,994.7	-361.1	-12.1%	-1.5個月	0.879
95年	2,750.6	3,014.7	-264.2	-8.8%	-1.1個月	0.912
96年	2,898.0	3,152.0	-253.9	-8.1%	-1.0個月	0.919
97年	3,020.5	3,326.1	-305.7	-9.2%	-1.1個月	0.908
98年	3,168.2	3,481.2	-313.0	-9.0%	-1.1個月	0.910
99年	3,280.7	3,591.2	-310.5	-8.6%	-1.0個月	0.914
100年	3,390.3	3,782.3	-392.0	-10.4%	-1.2個月	0.896
101年	3,523.8	3,871.3	-347.4	-9.0%	-1.1個月	0.910

附註: 1. 93年預算已加上95年定案的溢注款

2. 以上預算與醫療服務皆含洗腎與B、C肝與罕見疾病與疾病管理等已支用專款

3. 96年B、C肝未支用289,713,642血友及罕病未支用3,159,100已自預算扣除

4. 97年B、C肝未支用563,193,319血友及罕病24,152,937未支用與器官移植

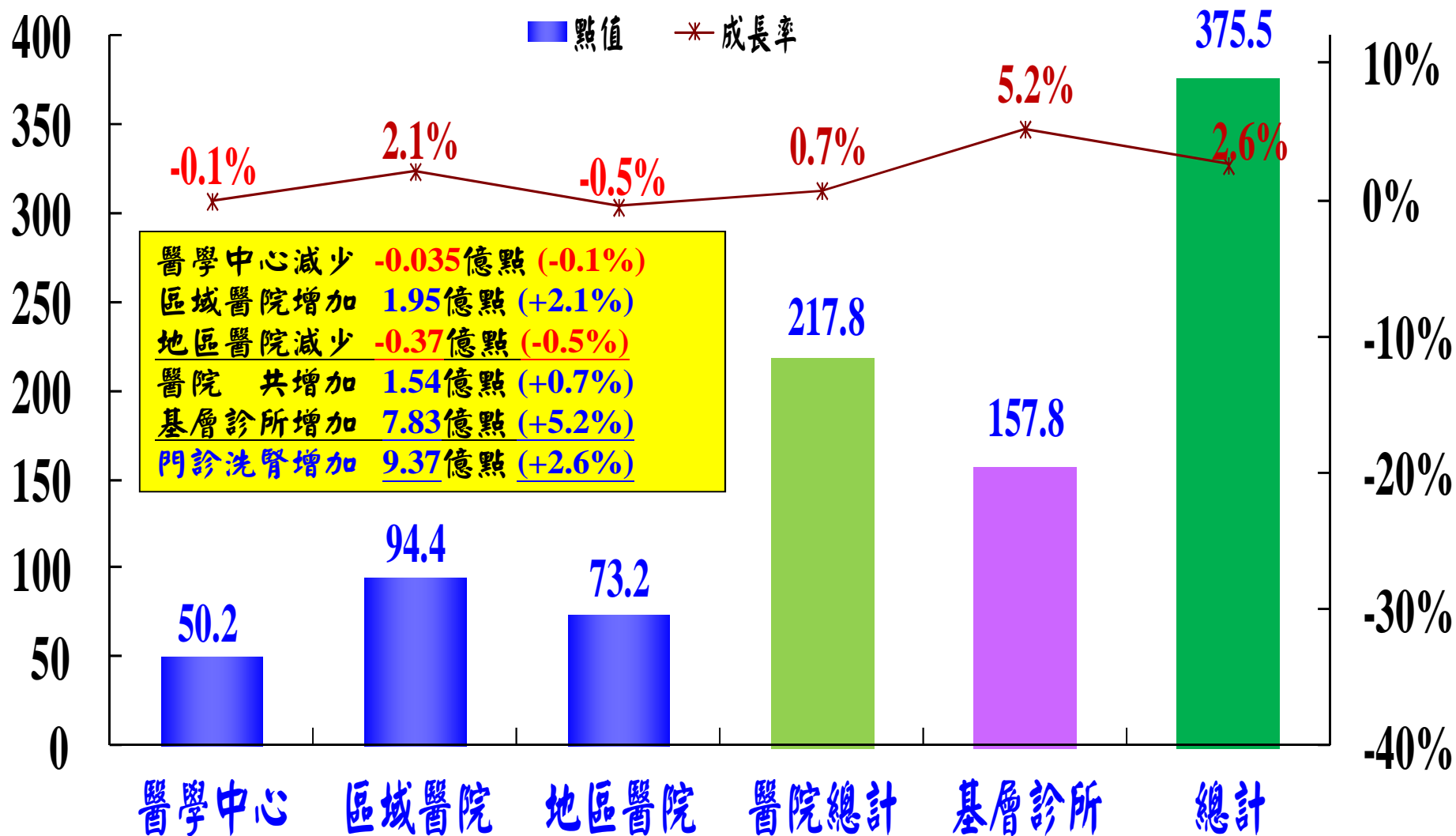
302,837,328未支用及醫療給付改善方案未支用300,141,645已自預算扣除

5. 98年B、C肝未支用389,617,908血友及罕病未支用969,803,124與器官移植

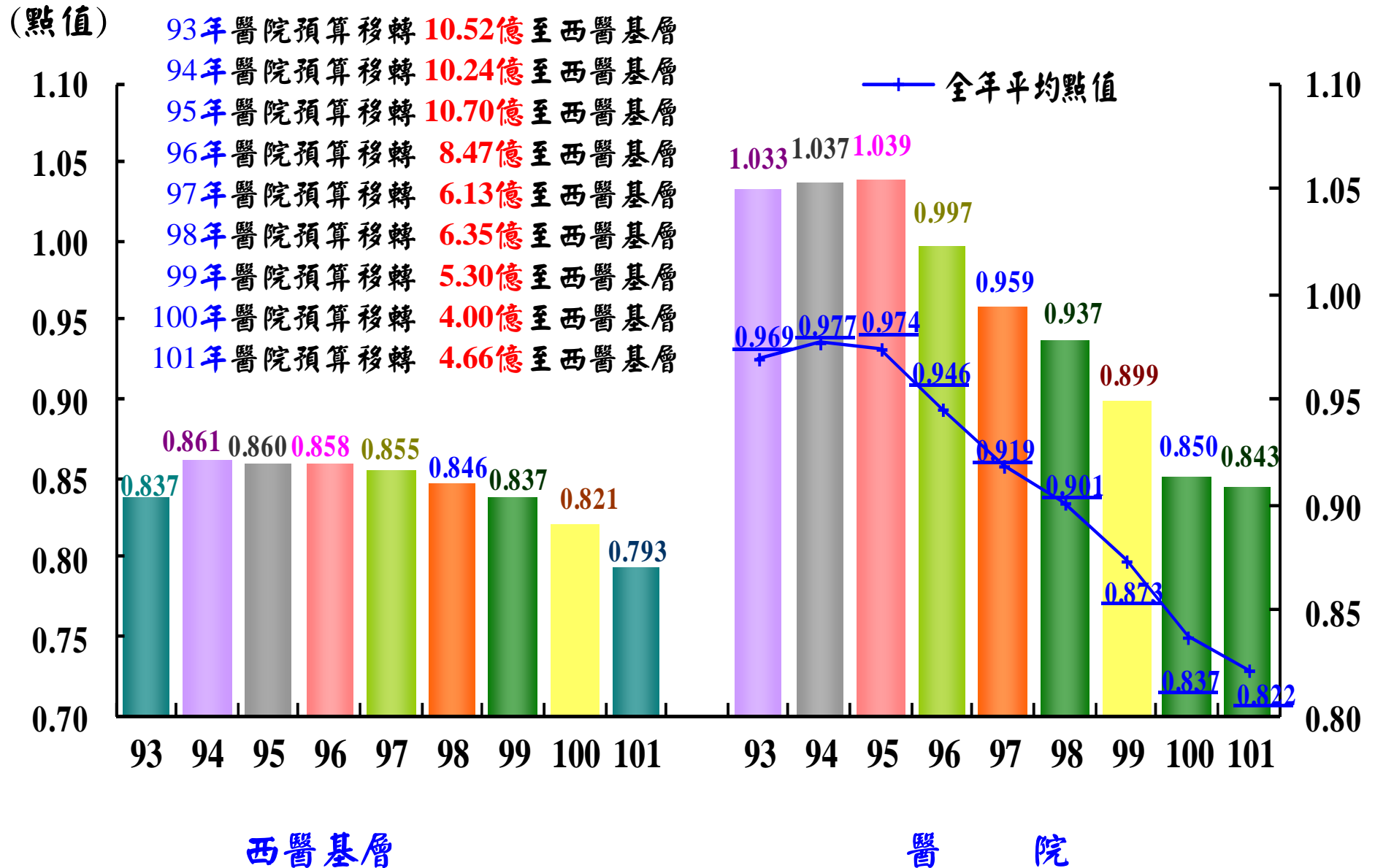
未支用113,489,891及醫療給付改善方案未支用93,568,552已自預算扣除

101全年各層級洗腎醫療費用點數比較-全國

(億點)



93年~101年西醫基層與醫院門診洗腎點值比較



103年度醫院總額醫療給付費用成長-非協商+協商因素(醫院協會建議)

項目		103年醫界建議案	
		成長率	增加金額 (百萬元)
非協商因素成長率		1.909%	6,542.4
投保人口數年增率		0.205%	702.6
人口結構改變率		1.895%	6,494.4
醫療服務成本指數改變率		-0.194%	-665.9
協商因素成長率		4.416%	15,134.2
保險給付範圍或支付項目的改變	品質保證保留款	0.000%	0.0
	<u>新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)</u>	0.312%	1,069.0
	<u>調整支付標準</u>	1.459%	5,000.0
	<u>確保護理品質</u>	0.729%	2,500.0
	<u>安全針具推動政策</u>	0.058%	200.0
	<u>慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫</u>	0.613%	2,100.0
	<u>特殊材料一點一元回補</u>	0.627%	2,150.0
<u>其他醫療服務利用及密集度改變</u>		0.632%	2,165.9
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-10.9
	<u>類血友病藥費</u>	-0.011%	-36.0
一般服務成長率及增加金額(協商+非協商)		6.325%	21,676.6
一般服務預算合計		6.325%	364,390.3

103年度醫院總額醫療給付費用範圍-專款+門診透析(醫院協會建議)

專款項目	金額(百萬)	增加額度(百萬)	備註
<u>鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質</u>	3,896.0	224.0	不足部分由其他預算支應
<u>罕見疾病、血友病藥費</u>	7,779.0	915.0	
<u>醫療給付改善方案</u>	628.3	128.5	
<u>推動施行急診品質提升方案</u>	320.0	0.0	
<u>提升住院護理照護品質</u>	0.0	-2,500.0	本會建議103年回歸於一般服務計列成長率
<u>推動DRGs之調整與鼓勵</u>	0.0	-387.0	
<u>醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區</u>	60.0	10.0	配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
<u>受刑人納保預算</u>	0.0	0.0	
專款項目金額合計	12,683.3	-1,609.5	
一般服務+專款項目成長率及增加預算	5.621%	20,067.1	
一般服務+專款預算合計	5.621%	377,073.6	
<u>門診透析預算成長率(含品質保證保留款)</u>	2.816%	523.0	103年總成長率以4%計並採102Q1申報費用點數占率分攤預算，醫院及基層之預算占率分別為57.74%及42.26%
總成長率預估值及增加預算	5.482%	20,590.2	
預算總計預估值(含一般服務+專款+門診透析)	5.482%	396,169.6	

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(1/16)

--新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)：10.69億元
、成長率為0.312%

•同意健保署建議之額度編列

1.新藥：6.86億

以新藥替代率80%估算103年新增預算合計7.34億元，醫院新增6.86億。

2.新特材：0.83億

3.新增給付項目：3億

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(2/16)

--調整支付標準：50億元、成長率為1.459%

1. 自100年起，為因應五大皆空問題及均衡各層級發展，在有限預算下，編列經費調整支付標準。
2. 為研議103年支付標準調整方向，本會邀請內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科醫學會提供希望優先調整之手術、處置項目，並於相關會議中了解，各醫學會對於過去支付標準表之修正的感受
 - 會中五大科醫學會均給予正面回應，未來仍希望共同朝向修正支付標準努力。
 - 過去所投入之預算對醫學會仍有正面鼓舞的意涵，並非如外界所說全然“無感”
3. 爰此，參據與各醫學會研商的歷程，研議103年支付標準調整方向，在可著墨的範圍內，調整基本診療項目

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(3/16)

1.調整門診診療費：共計約25.48億元

- 1) 門診診察費：採定額調增30點。
- 2) 維持外、婦、兒科加成17%
- 3) 4歲以下兒童加成20%。

2.調整住院診察費：共計約25.566億元

- 1) 住院診察費：採定額調增100點。

序號	編號	診療項目	101年申報量	現行 支付點數	模擬：定額增加100點	
			合計		支付點數	影響點數
1	02006K	一般病床住院診察費 (天)	8,519,836	353	453	861,143,465
2	02007A		10,750,073	333	433	1,087,817,755
3	02008B		6,051,020	300	400	607,621,086
					小計	2,556,582,306

3.前2項之調整約需51.043億元，唯納入點值結算之影響因素，前2項預算擬編列50億元。

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(4/16)

--確保護理品質：25億元、成長率為0.729%

•同意健保署建議之額度編列

建議將102年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」25億元，於103年回歸一般部門，用以調高住院護理支付標準。

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(5/16)

--配合安全針具推動政策：2億元、成長率為0.058%

1.本項係依據醫療法第56條規定辦理：

醫療機構對於所屬醫事人員執行直接接觸病人體液或血液之醫療處置時，應自中華民國一百零一年起，五年內按比例逐步完成全面提供安全針具。

2.健保署推估之5年5億之預算編列失真：

據健保署對於每年編列1億元預算支應安全針具導入之試算基礎，主要是以現行醫院有申報空針之數量估算之，但不包括「包裹給付」之數量，此明顯嚴重低估安全針具之需求量。

3.安全針具市場供需失衡：

因安全針具的導入已列入醫療法規定，目前確實已有供應商調高售價的狀況產生，而健保所編列每年增加1億的預算，實不敷需求。

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(6/16)

-- 「慢性B型及C型肝炎治療計畫」：21億元、成長率為0.613%

1.適應症及用藥條件的大幅放寬，致使醫療費用大幅增加

99年實際使用預算約28.17億元，預算只編列6.22億元，100年使用了32.30億，預算僅編列了12.82億，101年使用了31.98億，預算只編19.22億元，其餘不足數由一般預算中支應，已造成一般醫療預算間嚴重的排擠效應。

2.藥價調查節餘款實為顯示藥價調整後可能產生的未來藥費支出節約的推估，非為有其實際金額存在。

回顧往年慢性B型及C型肝炎治療計畫中，預算從99年起一直都沒有編足，其理由一直是套用一般預算中有藥價調查節餘款15.78億存在其中，但實際上，我國健保藥費一直都幾近恆定於總醫療支出之25~26%，藥品隨新舊藥品交替更動，而費用雖會隨著舊藥退出而有減少的情形，但新藥的納入也增加了費用的支出，如此一減一增，何來的藥價節餘。

藥價節餘實為顯示因為藥價調查，而產生的藥品價格更動，在未來可能可以產生的藥價節約，這是虛擬的概念，並非真的有節餘，其費用已在當年就使用完畢。

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(7/16)

3.歷年醫療資料呈現，慢性B型及C型肝炎治療計畫的費用仍是逐年成長

102年預期實際耗用量為35億元，參據往年成長情形推估103年需要40億，因本項係為國家衛生政策，應足額編列預算，扣除去年已回歸之19億，尚有21億（即5億新增+15.78億缺額）的需求。

項目		93	94	95	96	97	98	99	100年	101年
B、C型 肝炎治療 計畫	預算數 (百萬元)	1,990.8	1,500.0	700.0	1,115.0	1,437.0	1,484.0	622.0	1,282.0	1,922.0
	預算執行數 (百萬)	658.0	666.0	637.7	825.3	873.6	1,094.4	2,816.9	3,230.1	3,197.7
	預算-預算執行數	1,332.8	834.0	62.3	289.7	563.4	389.6	-2,194.9	-1,948.1	-1,275.7
	預算執行率 (%)	33.05%	44.40%	91.10%	74.0%	60.8%	73.7%	452.8%	251.9%	166.4%

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(8/16)

--特殊材料一點一元回補：21.5億元、成長率為0.627%

1.本項係依據全民健康保險法第62條第1項規定辦理：

1).保險醫事服務機構應依據醫療服務給付項目及支付標準，向保險人申報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用。

註：藥物費用含「藥品費用」及「特殊材料費用」

2).惟就現行全民健康保險支付標準表有關材料費之部份仍維持以「點數」計算，顯與母法規範不符。為配合全民健康保險法之修正，有關特材品項之支付應以費用支付而非以點數計算。

2.健保署推估，特殊材料若採每點一元計價，估計一年資源重新分配影響金額為21.5億元。

3.配合全民健康保險法修正，特材應改以費用支付，爰103年擬編列預算21.5億元

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(9/16)

--類血友病藥費：-0.36億元、成長率為-0.011%

•同意健保署建議之額度編列

- 1.類血友病亦屬先天性出血性疾病，嚴重型類血友病症狀與血友病類似，治療時需要使用含有VW因子(Von-Willebrand因子)及第八凝固因子的藥物，依102年5月醫院總額研商議事會議決議，同意將類血友病患者之抗凝血藥費由一般服務移撥至專款。
- 2.以101年醫院門住診一般服務部門申報主或次診斷為286.4安件計算，符合血友病專款40種醫令之藥費約0.23億元，另考量100年-101年成長率24%，預估103年需移撥0.36億元。

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(10/16)

--其他醫療服務利用密集度改變：21.659億元、成長率為0.632%

1.非協商因素之計算公式有待討論：

- 1).醫療服務成本指數，醫院及西醫基層皆為負成長，主要因素在於藥價調查。
- 2).醫療服務成長指數的參考數據實不符醫療業現況，也不應僅就藥物費用為基數。
- 3).近年因應醫護人員及社會強烈需求醫院已全面調高人事薪資成本，光是護理人力費用支出全國調增30%，但未在醫療服務成本指數中反應，且尚未含其他其他醫事人員費用及配合勞基法要求之項目。
- 4).爰建議應回補醫療服務成本指數負值之額度665.9百萬元。

2.為維持醫療服務品質不變，應適度調整以維持醫療服務正常運作：

- 1).過去醫院部門之預算支出與實務支出年年都有300億元的落差，其因不單是外界質疑之醫院過度供給所致，而季節性流感、突增之醫療給付亦是造成因素之一
- 2).為避免點值浮動過大，應適度調整以維持醫療服務之正常運作，回補因支付條件改變、突發事件，非為協商當時可以預期因素所造成點值浮動的校正條件(300億缺口 \times 0.05=15億)

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(11/16)

--鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：38.96億元

•同意健保署建議之額度編列

1. 103年預算建議為38.96億元(含器官移植手術當次住院費用及術後門住診抗排斥與免疫球蛋白用藥)，較102年增加2.24億元。
2. 專款不足部分由其他部門支應。

--罕見疾病、血友病藥費：77.79億元

•同意健保署建議之額度編列

1. 103年預算建議為77.79億元，較102年增加9.15億元，其中包括103年需自一般服務移撥0.36億元之類血友病藥費。
2. 專款不足部分由其他部門支應。

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(12/16)

--醫療給付改善方案：6.283億元

•同意健保署建議之額度編列

- 1.糖尿病、氣喘、BC肝炎帶原者、乳癌、精神分裂症等醫療給付改善方案：依101年第1-4季點值結算金額，費用為3.89億，依相較於100年之成長率，推估103年預算約5.003億。
- 2.新增早期療育方案：103年預算係參照糖尿病方案之新收案管理照護費、追蹤管理照護費及年度評估管理照護費乘以100年早期療育醫院治療人數36,967人，估算得0.67億。
- 3.新增孕產婦方案，103年預算係依據101年執行點數0.606億點，預估為0.61億點。

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(13/16)

--推動施行急診品質提升方案：3.2億元

- 同意健保署建議之額度編列

比照102年預算編列。

--提升住院護理照護品質：0億元

- 同意健保署建議之額度編列

將102年核定護理品質提升方案預算25億元，用於調增住院護理費用支付標準，並由專款回歸一般服務。

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(14/16)

--推動DRGs之調整與鼓勵：0億元

1.特殊材料費用計算方式有待討論：

自費特材之使用，實質上仍存有相當多的問題，又Tw-DRGs第2階段導入項目中以骨科為主要科別，其特材問題影響甚鉅，在特材使用未有完善配套情況下，實不宜冒然導入。

2.健保署規劃將於2015年(民國104年)全面轉換為ICD-10-CM/PCS：

- 1).DRG的分組源自ICD，而ICD-10-CM/PCS實際可改變或解決DRG分組現況或問題，美國正依ICD-10的上線進行觀察對於DRG項目給付的影響，尤其CC與MCC重要分組的要素也在調整中；爰對於TW-DRG現存部份CC必要性與MCC要素加入考量都應隨著ICD-10的應用後進行修改，方為有系統的建置TW-DRG架構模式。
- 2).台灣病歷資訊管理學會正進行相關計畫，含台灣與美國CC比較、TW-DRG附表轉譯及MCC的驗證等，因DRG分組與ICD息息相關，建議應待前述計畫完成後，可納入爾後研議之參考依據。
- 3).為避免醫院系統不斷變更，造成醫療作業的負擔及無謂的行政成本的浪費，在現行已知上述議題皆為以104年台灣導入ICD-10-CM/PCS與建置TW-DRG必要過程，爰本會建議應待該計畫案完成後再討論DRG實施問題。

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(15/16)

--醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區：0.6億元

•同意健保署建議之額度編列

102年本項計編列5千萬，建議103年編列6千萬預算，較102年增列1千萬預算。

--受刑人納保預算：0億元

•同意健保署建議之額度編列

將本計畫每期3年，第1期承作院所恂為地區級以上醫院，其他參與提供服務之院所亦多為醫院層級，且受刑人之就醫場所就限，爰103年預算建議改列於其他預算項目項下。

--全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫：0億元

•鑑於本項實為國家衛生應扶植之事項，建議仍應於其他部門中繼續編列

103年度醫院總額醫療給付費用成長率項目說明(16/16)

--門診透析預算增加：5.23億元、成長率為2.816%

•103年度門診透析預算總成長率以4%計算：約330.72億元

•醫院部門--門診透析分配預算之計算方式：

依102年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配

醫院占率：57.743%

西醫基層占率：42.257%

103年度因屬政策要求項目，建議於其他部門編列說明(1/2)

1. 延續並擴大挹注「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」

醫療不足地區之所以為不足，正因為不足地區存有其原生困窘，需要給予更多的關注及扶助，預算與資源如能持續挹注，將可使其在地醫療有良善發展的契機，經過101與102年的經驗，目前編列之額度實有不足，且補助之地區範圍如能擴大將可造福更多地方民眾，希望103年可增加預算或提供一個具有中長期的預算編列方案。

2. 獨立編列「醫院垂直整合方案」

以獨立預算編列彰顯政策決心與政府對國民就醫的關懷，藉此方案將機構整合起來、將各級醫師整合起來、將醫療照護也整合起來，是可有助提升全體國民醫療照護品質與就醫公平性，架構良好的就醫環境，「雙向轉診」與「分級醫療」亦可順利推展，當民眾願意改變就醫行為、個人就醫負擔可減輕，初次級病患擠爆大醫院的情況也可減緩，醫療資源合理使用，人人就醫更受保障，健保支出也可避免不當利用的浪費，也是為未來論人計酬支付制度的實施鋪路。

103年度因屬政策要求項目，建議於其他部門編列說明(2/2)

3. 設定有利實施推動「分級醫療」與「雙向轉診」的成長率

現今頭重腳輕倒金字塔型的醫療生態，所有大、小病都往大醫院擠的就醫形態，其實在實施總額支付制度後的逐年限縮下已經走到盡頭，不僅小醫院有困難，連市場上最有競爭力的大型醫院也面臨愈來愈大的營運壓力，其實現在是一個改變的好時機，而健保支付是改變工程中極其重要的工具，也是最能啟動全面重整的工具，為以營造「大病大醫院、小病小醫院」的就醫環境，建議編列：

- 1) 鼓勵大型醫院支援社區地區醫院門診、手術，編列相關支付獎勵
- 2) 鼓勵大型醫院符合分級醫療的醫療作為 - 大型醫院診療重症給予支付加成，同時對診療初次級則給予折付
- 3) 依「醫院總額支付制度研議方案」之規劃給予社區地區醫院點值從優支付(每點點值不小於1元)

103年度醫院總額醫療給付費用成長率-醫院團體與健保署差異處

項目		醫界草案 102.08.23		健保署草案 102.08.12	
		成長率	增加金額 (百萬元)	成長率	增加金額 (百萬元)
協商因素					
	調整支付標準	1.459%	5,000.0	0.584%	2,000.0
	安全針具	0.058%	200.0	0.029%	100.0
	慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫	0.613%	2,100.0	0%	0.0
	特殊材料一點一元回補	0.627%	2,150.0		
	其他醫療服務利用及密集度改變	0.632%	2,165.9		
	合理調高藥事服務費			0.090%	310.0
	痰塗片陽性個案之門診醫療費用			0.007%	24.2
專款項目					
	推動DRGs之調整與鼓勵	0.0	-387.0	387.0	0.0
	全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫	0.0	0.0	700.0	200.0

以上報告!謝謝!!

