



# 醫院總額門住診費用分配合理性 及對社區醫院經營與民眾就醫權益 之影響

衛生福利部中央健康保險署

103年5月23日



# 大綱

- 緣起
- 台灣社區醫院協會意見摘要
- 醫院總額門住診費用結構變化趨勢
- 醫院總額醫療供給結構變化趨勢
- 對社區醫院經營之影響
- 對民眾就醫權益之影響
- 對社區醫院協會意見之回應
- 總結



## 緣起

- 健保會102年12月27日第6次委員會議結論略以：「…有關門、住診費用分配的合理性，及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響，先諮詢專家學者(含台灣社區醫院協會)意見後，請中央健康保險署據以分析現況及研提具體策略，於本會進行專題報告」。



# 台灣社區醫院協會意見

- 健保給付的影響：
  - 健保給付新增、點數調整、加成、保障點數項目多以急重症為重點，相對地區醫院不利。
  - 地區醫院平均點值為三層級中最低的。
  - 藥品給付均一價格，地區醫院規模小、採購量小，採購價偏高。
- 分區管控的影響：各醫院總服務點數之基期，對弱勢且逐年萎縮的醫院再次減損。
- 全民健保是重要且有限的資源，沒提供民眾明確的就醫使用需知。
- 現行自行負擔的金額，是討好民眾卻也是傷害民眾的設定。
- 醫院總額實施未依「醫院總額支付制度研議方案」的規劃落實各層級醫院之平衡發展。



# 醫院總額門住診費用 結構變化趨勢



# 醫院總額歷年門住診比率

1. 因應92年SARS，93年起費協會(現為健保會)設定門、住診預算占率45:55，獨立結算(門住診不同點值)；各醫院門、住診結構差異大，如全院費用申報相同，但因住診占率高(93年門診平均點值0.8003，住診平均點值0.9859)之醫院，則收入明顯高。
2. 經費協會(現為健保會)多次討論，自94年起，設定門、住診預算占率45:55，但合併結算(門住同一點值)，即各分區其門診及住診之浮動點值相同。

	年度	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年
門診服務		未分門住診	43%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%
住診服務			50.28%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
門診透析			6.664%	註	註	註	註	註	註	註	註	註	註
新增支付項目及藥材保留款			0.05%										
備註				門診45% 含透析與 專款	門診45% 含透析	門診45% 含透析	門診45% 含透析	門診45% 含透析	門診45% 含透析	門診45% 含透析	門診45% 含透析	門診45% 含透析	門診45% 含透析



# 醫院總額歷年一般服務保障項目

- 自91年執行總額制度後，經醫院總額支委會(現為醫院總額研商議事會)各委員共識，歷年醫院總額一般服務保障項目如下表。

	年度91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年
1. 門住藥品及藥服費		V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
2. 門診手術				V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
3. 住診手術				V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
4. 住診麻醉費				V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
5. 偏遠急救責任醫院之急診案件				V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
6. 結算架構偏遠地區醫院認定原則(保障平均點值)				V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
7. 門住診血品							V	V	V	V	V	V	V

註：醫院總額門診透析一般服務保障項目，為藥費、藥服費與腹膜透析追蹤處置費。



## 醫院總額門住診費用變化趨勢\_整體

整體費用 (102年 VS 89年)

— 點數變化：2,104億增為4,042億，成長92.1%

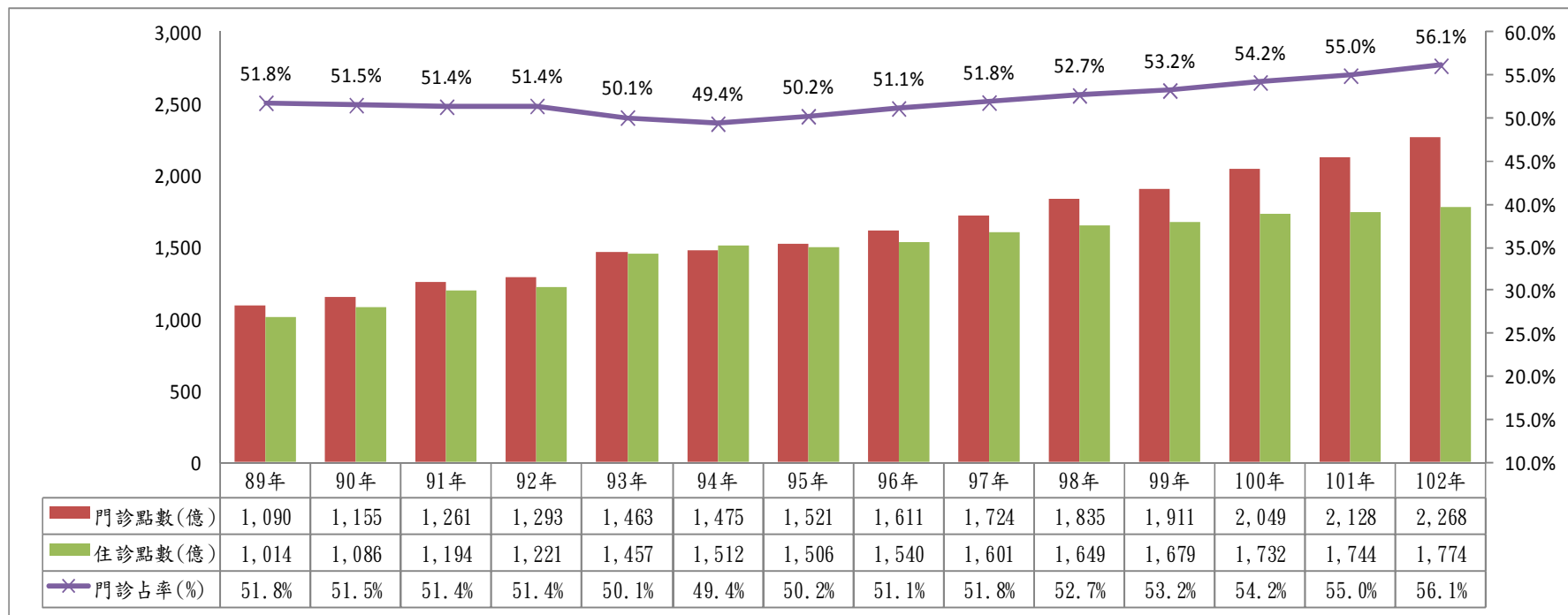
- 整體門診費用 (102年 VS 89年)

— 點數變化：1,090億增為2,268億，成長108.1%。

— 占率變化：89年為51.8%，94年降為49.4%後，逐年上升，至102年增為56.1%。

- 整體住診費用 (102年 VS 89年)

— 點數變化：1,014億增為1,774億，成長74.9%。



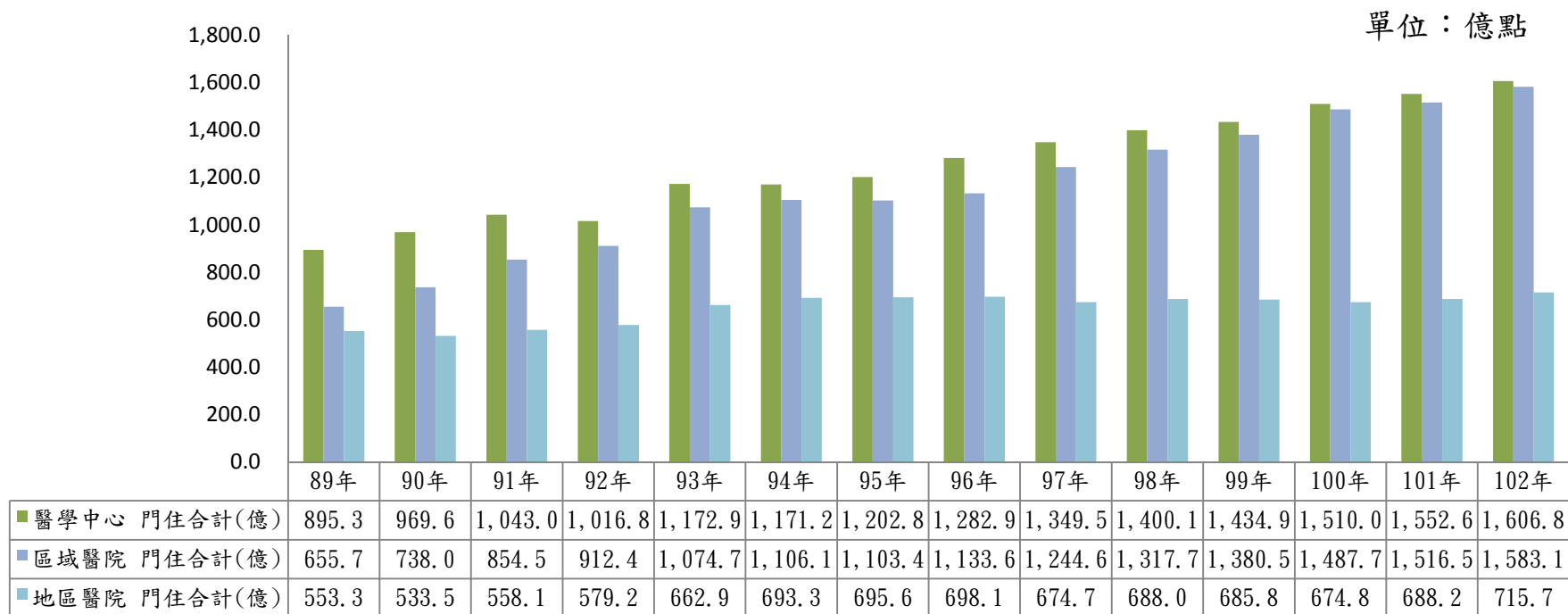
註：醫院總額費用範圍，包含門診、住診、門診透析與交付機構；點數為申報點數+部分負擔。





## 醫院總額門住診費用變化趨勢\_各層級點數

- 各層級門住診費用，以醫學中心最高、地區醫院最低，區域醫院則成長最快（102年 VS 89年）
  - 醫學中心：89年895.3億點，至102年增為1,606.8億點，成長79.5%，平均每年成長6%。
  - 區域醫院：89年655.7億點，至102年增為1,583.1億點，成長141.4%，平均每年成長11%。
  - 地區醫院：89年553.3億點，至102年增為715.7億點，成長29.3%，平均每年成長2.3%。



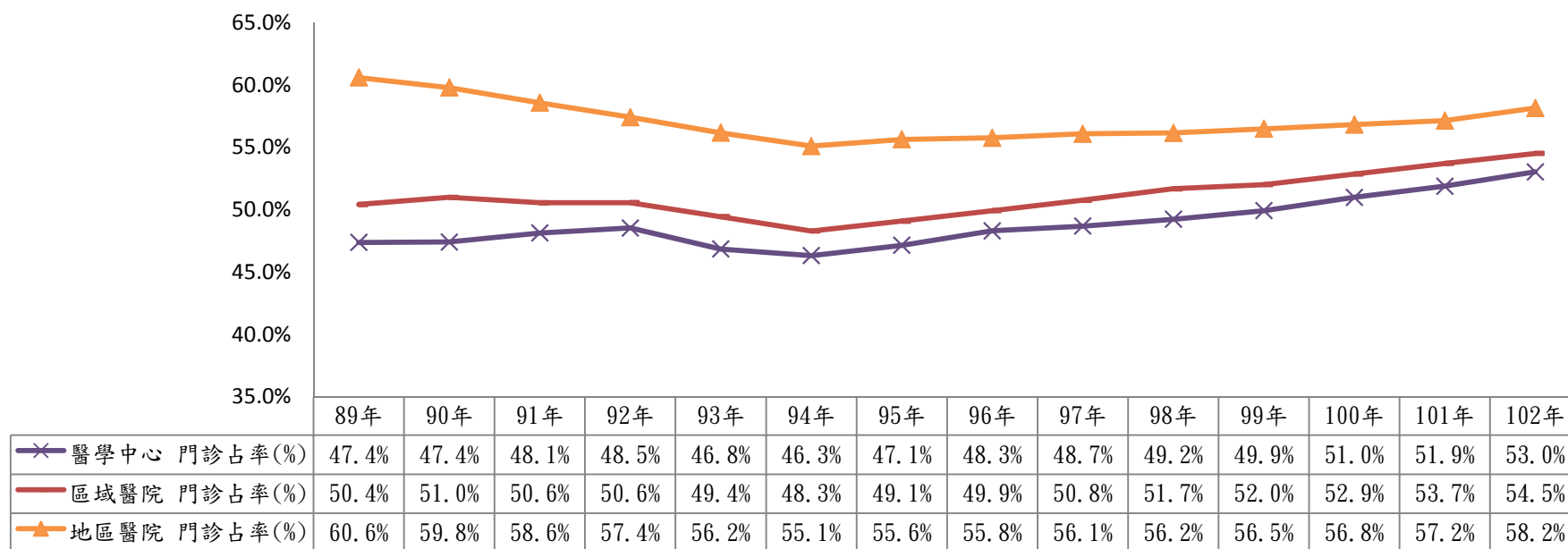
註：醫院總額費用範圍，包含門診、住診、門診透析與交付機構；點數為申報點數+部分負擔。



## 醫院總額門住診費用變化趨勢\_各層級門診占率

- 各層級門診占率，89年至94年為逐年下降，95年至102年為逐年上升的趨勢（102年 VS 89年）
  - 醫學中心：89年47.7%，至102年增為53.0%。
  - 區域醫院：89年50.4%，至102年增為54.5%。
  - 地區醫院：89年60.6%，至102年減為58.2%。

單位：%



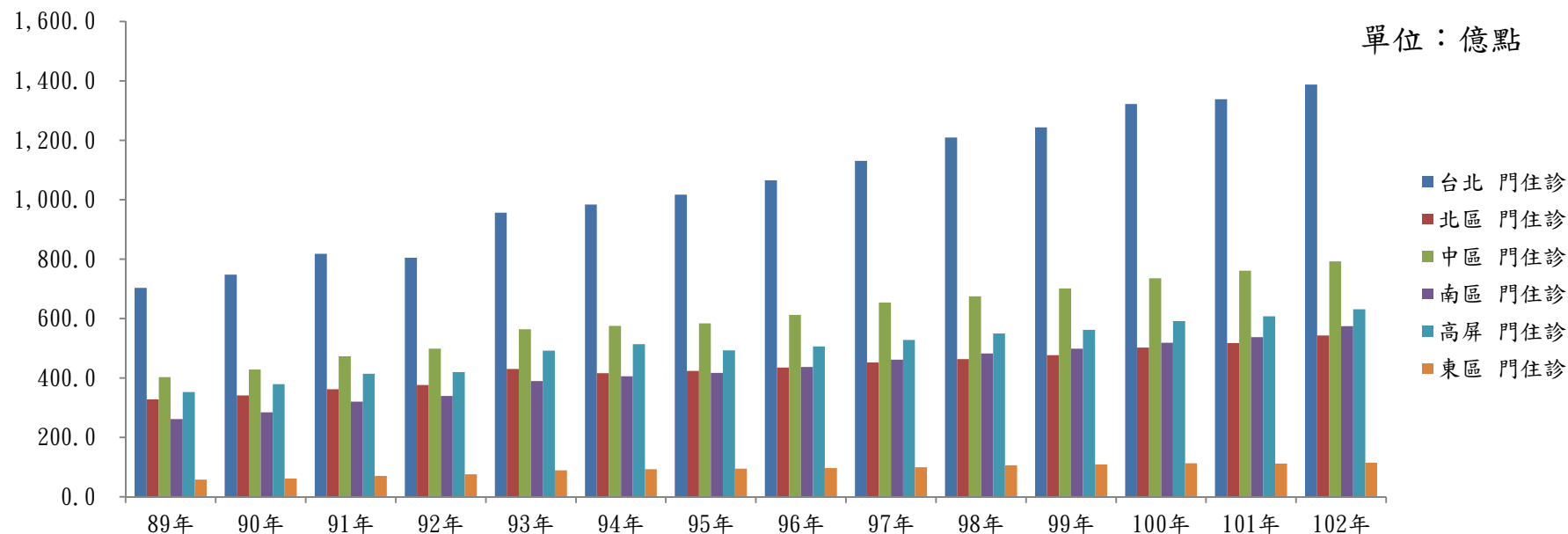
註：醫院總額費用範圍，包含門診、住診、門診透析與交付機構；點數為申報點數+部分負擔。



## 醫院總額門住診費用變化趨勢\_各分區點數

各分區門住診費用，皆為正成長（102年 VS 89年）

- 台北：89年702.6億點，至102年增為1,387.3億點，成長97.5%，平均每年成長7.5%。
- 北區：89年327.6億點，至102年增為542.8億點，成長65.7%，平均每年成長5%。
- 中區：89年402.9億點，至102年增為792.3億點，成長96.6%，平均每年成長7.4%。
- 南區：89年261.4億點，至102年增為573.7億點，成長119.5%，平均每年成長9.2%。
- 高屏：89年352億點，至102年增為631.4億點，成長79.4%，平均每年成長6.1%。
- 東區：89年57.8億點，至102年增為114.4億點，成長97.9%，平均每年成長7.5%。



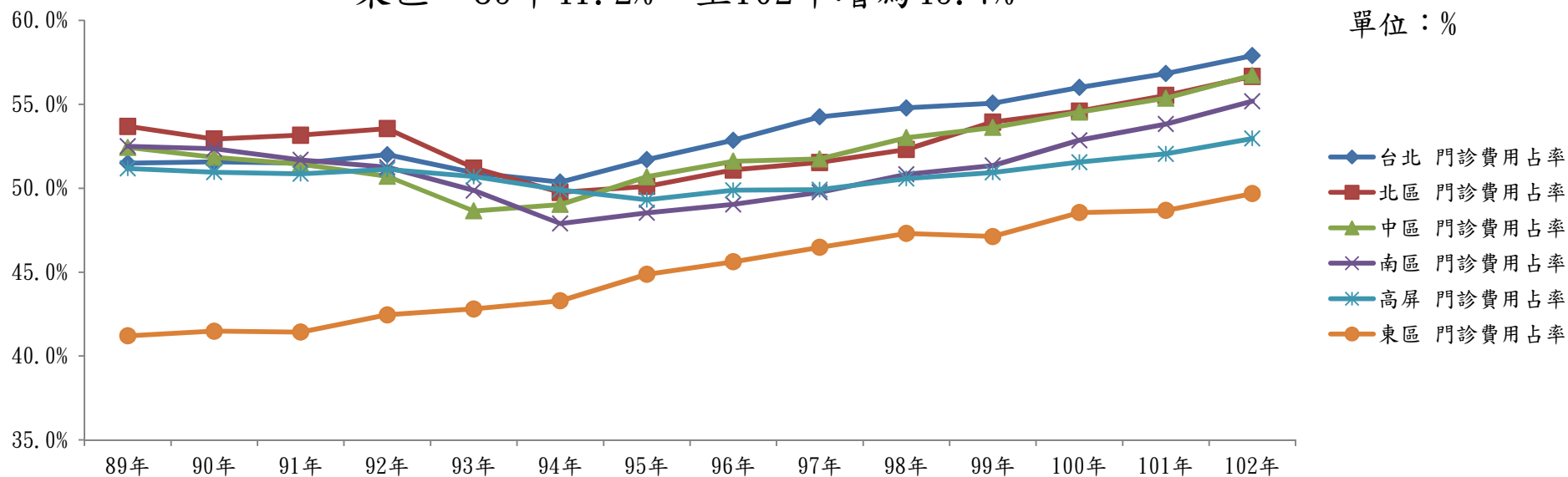
註：醫院總額費用範圍，包含門診、住診、門診透析與交付機構；點數為申報點數+部分負擔。



## 醫院總額門住診費用變化趨勢\_各分區門診占率

● 各分區門診占率，皆呈現正成長的趨勢（102年 VS 89年）

- 台北：89年51.5%，至102年增為57.9%。
- 北區：89年53.7%，至102年增為56.7%。
- 中區：89年52.4%，至102年增為56.7%。
- 南區：89年52.5%，至102年增為55.2%。
- 高屏：89年51.2%，至102年增為53%。
- 東區：89年41.2%，至102年增為49.7%。

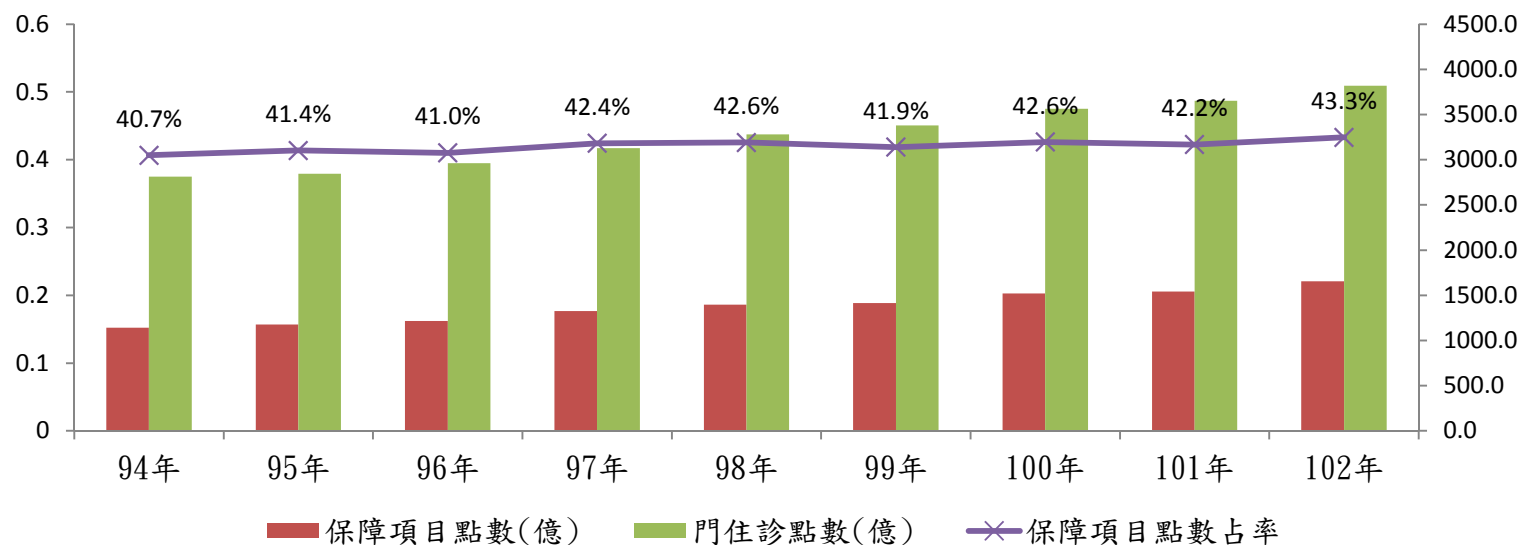


註：醫院總額費用範圍，包含門診、住診、門診透析與交付機構；點數為申報點數+部分負擔。



## 固定每點1元項目點數之占率

- 醫院總額固定每點1元項目之點數占率，94年為40.7%，102年微幅上升至43.3%。



註1：醫院總額自91年下半年開始實施，且92年、93年因SARS及卓越計畫原因，故89年至93年不列入分析。

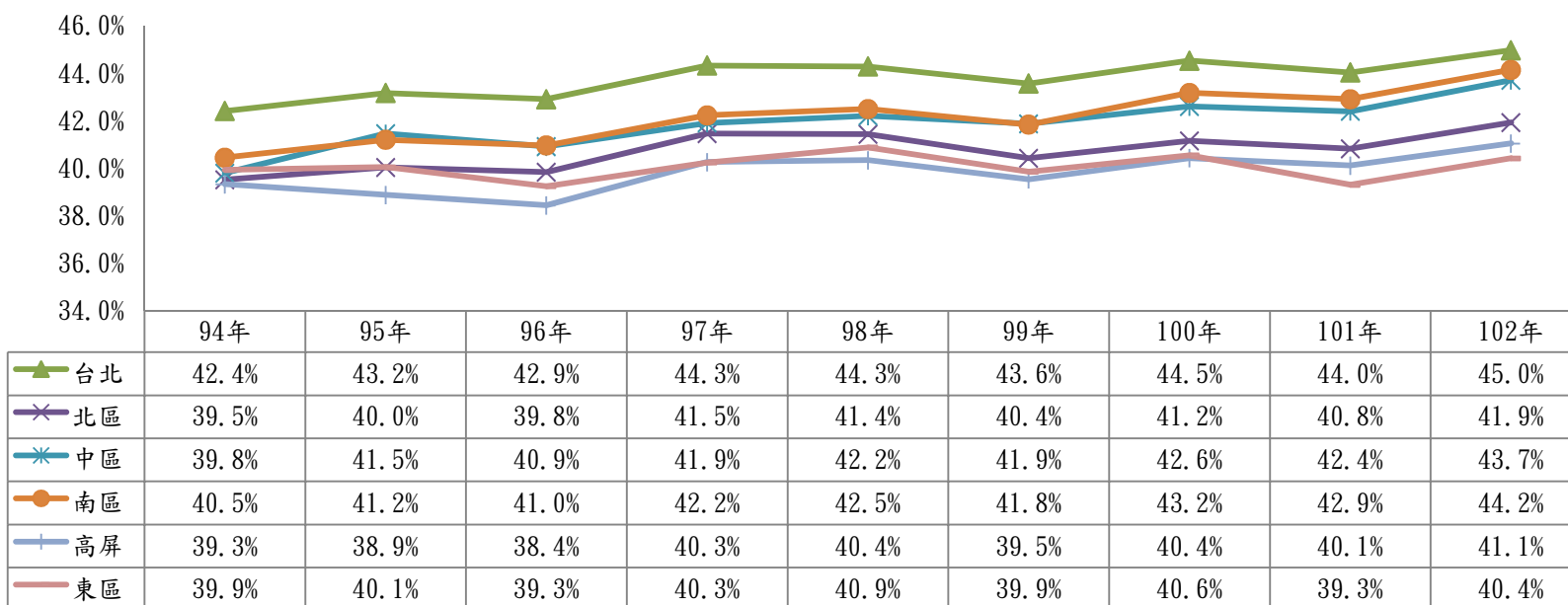
註2：列入本表醫院總額一般服務保障每點1元項目：門住診藥費、門住診藥服費、門診手術案件、門診偏遠急救責任醫院之急診案件、住診手術費、住診麻醉費、血品。分區偏遠認定原則，因只補至較高之平均點值，未列入本表；醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫屬其他部門，亦未列入本表。

註3：列入本表之門住診點數，含交付機構，不含門診透析與代辦。



## 各分區固定每點1元點數之占率

- 以台北較高(42.4%~45%)，高屏(39.3%~41.1%)、東區(39.9%~40.9%)較低。



註1：醫院總額自91年下半年開始實施，且92年、93年因SARS及卓越計畫原因，故89年至93年不列入分析。

註2：列入本表醫院總額一般服務保障每點1元項目：門住診藥費、門住診藥服費、門診手術案件、門診偏遠急救責任醫院之急診案件、住診手術費、住診麻醉費、血品。分區偏遠認定原則，因只補至較高之平均點值，未列入本表；醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫屬其他部門，亦未列入本表。

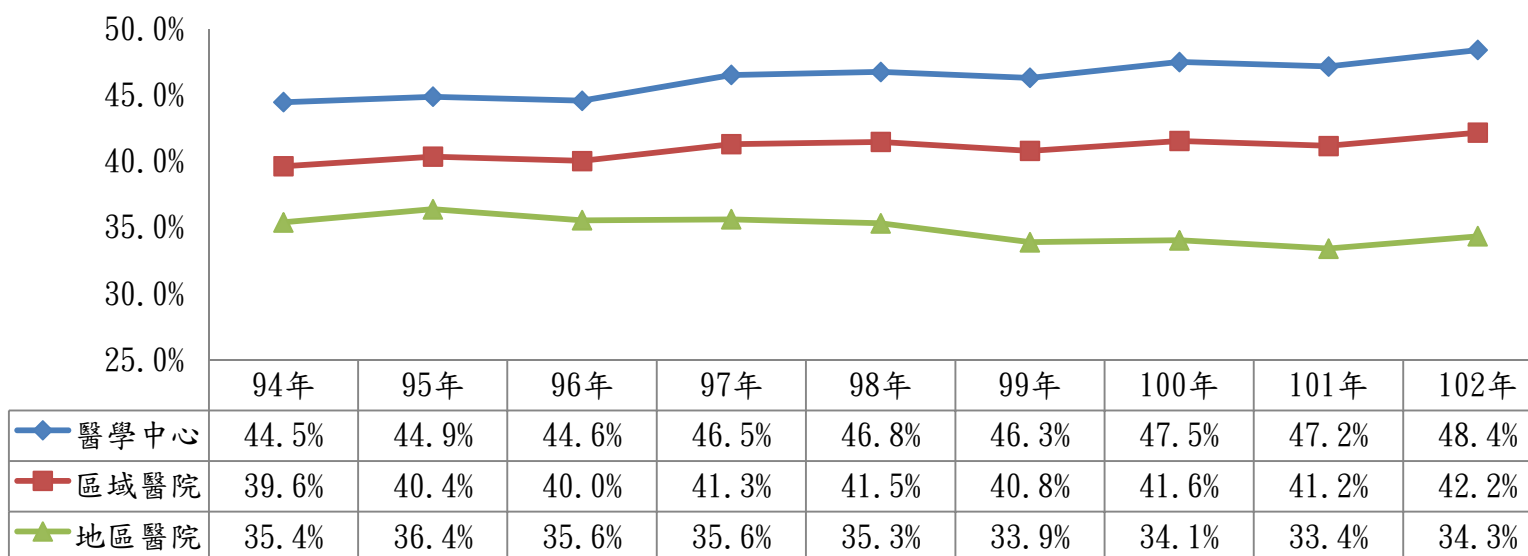
註3：列入本表之門住診點數，含交付機構，不含門診透析與代辦。

註4：占率=固定每點1元點數/門住診點數



## 各層級固定每點1元點數之占率

- 以醫學中心較高(44.5%~48.4%)，區域醫院次之(39.6%~42.2%)，地區醫院較低(33.9%~36.4%)。



註1：醫院總額自91年下半年開始實施，且92年、93年因SARS及卓越計畫原因，故89年至93年不列入分析。

註2：列入本表醫院總額一般服務保障每點1元項目：門住診藥費、門住診藥服費、門診手術案件、門診偏遠急救責任醫院之急診案件、住診手術費、住診麻醉費、血品。分區偏遠認定原則，因只補至較高之平均點值，未列入本表；醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫屬其他部門，亦未列入本表。

註3：列入本表之門住診點數，含交付機構，不含門診透析與代辦。

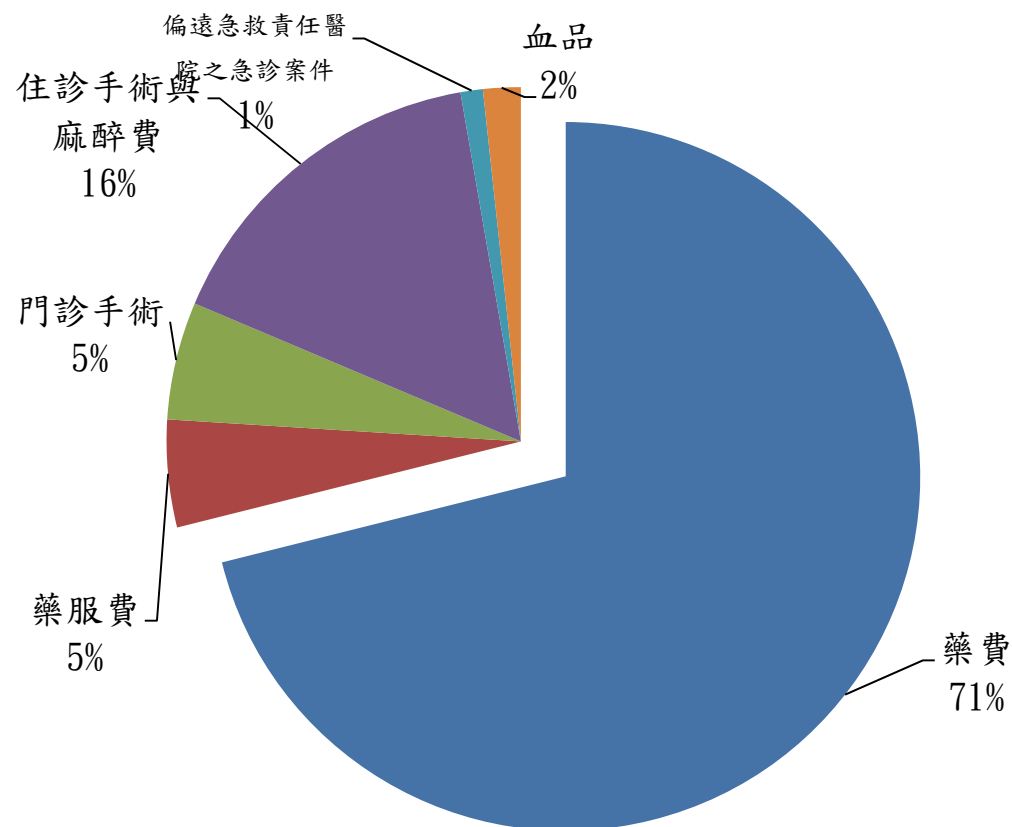
註4：占率=固定每點1元點數/門住診點數



## 固定每點1元項目點數之占率

- 以102年為例：

- 藥費占門住診總保障項目點數之71%最高。
- 住院手術與麻醉費占門住診總保障項目點數之16%次之。



註1：列入本表醫院總額一般服務保障每點1元項目：門住診藥費、門住診藥服費、門診手術案件、門診偏遠急救責任醫院之急診案件、住診手術費、住診麻醉費、血品。分區偏遠認定原則，因只補至較高之平均點值，未列入本表；醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫屬其他部門，亦未列入本表。

註2：列入本表之門住診點數，含交付機構，不含門診透析與代辦。





## 各層級固定每點1元點數(不含藥費) 之占率

- 扣除藥費後，各層級其它固定每點1元點數之占率，醫學中心為12.1%~13.2%，區域醫院為12.4%~13.8%，地區醫院為11.5%~12.2%。

層級	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年
醫學中心	12.5%	12.3%	12.1%	13.2%	13.2%	13.0%	13.0%	13.0%	12.8%
區域醫院	12.4%	12.7%	12.9%	13.6%	13.8%	13.7%	13.5%	13.8%	13.5%
地區醫院	11.5%	12.1%	11.8%	12.0%	12.2%	11.8%	11.5%	12.1%	12.0%
整體	12.3%	12.4%	12.3%	13.1%	13.2%	13.1%	12.8%	13.0%	12.8%

註1：醫院總額自91年下半年開始實施，且92年、93年因SARS及卓越計畫原因，故89年至93年不列入分析。

註2：列入本表醫院總額一般服務保障每點1元項目(不含門住診藥費)：門住診藥服費、門診手術案件、門診偏遠急救責任醫院之急診案件、住診手術費、住診麻醉費、血品。分區偏遠認定原則，因只補至較高之平均點值，未列入本表；醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫屬其他部門，亦未列入本表。

註3：列入本表之門住診點數，不含交付機構、門診透析與代辦。

註4：占率=固定每點1元點數/門住診點數



## 門住診醫療支出比例變動原因

近年門診治療比例急遽上升(101年 vs 92年增加763.8億)

1. 癌症化放療治療，增加70.9億。
2. 血液及造血器官系統用藥，增加55.3億。
3. 抗腫瘤及免疫系統用藥，增加66.8億。
4. 門診手術，增加40.6億。
5. 慢性病，增加297.8億。
6. 前述5項增加531億，占總增加數約70%。

	門診手術 (億)	癌症化放療 (億)	血液及造血器 官系統用藥 (億)	抗腫瘤及免疫系 統用藥 (億)	門診慢性病 (億)	醫院合計 (億)	門住診占率 比
門診							
92年	75.82	42.88	42.3	8.7	640.1	1145.7	48.6%
101年	116.45	113.74	97.61	75.5	937.9	1909.5	52.3%
增加點數	40.63	70.86	55.31	66.8	297.8	763.8	
總成長	53.58%	165.23%	130.77%	767.31%	46.52%	66.66%	
平均年成長	4.88%	11.45%	9.74%	27.13%	4.34%	5.84%	
住院							
92年		73.1	25.26	0.345		1212.86	51.4%
101年		155.6	24.75	3.264		1744.21	47.7%
增加點數		82.5	-0.5	2.9		531.4	
總成長		112.89%	-1.99%	844.75%		43.81%	
平均年成長		8.76%	-0.22%	28.34%		4.12%	

註：本表資料不含透析，含交付機構。



## 各層級核付比例

- 整體之核付比例，有下降之趨勢。
- 比較各層級之核付比例，醫學中心最高，區域醫院次之，地區醫院再次之。(核付金額/核定點數)

年度	醫學中心	區域醫院	地區醫院	整體
96年	94.90%	94.76%	94.64%	94.80%
97年	94.20%	94.04%	93.92%	94.30%
98年	94.05%	93.81%	93.53%	94.17%
99年	94.32%	93.91%	93.31%	94.43%
100年	92.39%	91.82%	91.13%	92.52%
101年	92.84%	92.16%	91.40%	93.10%
102年(截至Q2)	93.45%	92.62%	91.80%	93.68%

註1：資料來源為醫院總額各案件核定醫療費用分攤明細(PHFB\_DECIDE\_DIST)

註2：本表僅含當年核定之送核、補報資料，不含申復、爭議審議等之核定醫療點數及費用，不含代辦、專款、總額外及自墊核退之項目；層級別以「同院所」結算當季最新層級歸類，不含處方釋出之醫療費用點數。



## 小結

- 無門、住診最適比率數據
  - 以目前醫療科技之發展，部分傳統住診之開刀手術由門診內視鏡手術、非侵入性治療(放射線)、藥物…等所取代、住院化療服務也漸由門診化療服務所取代，門、住診醫療費用最適比率，因應醫療科技發展，尚無合理之比率數據。
  - 門診服務對民眾就醫之便利性較高，亦較節省醫療費用。
- 醫院每點1元點數之比例，地區醫院之比例最低，主要差異因素為藥費項目。

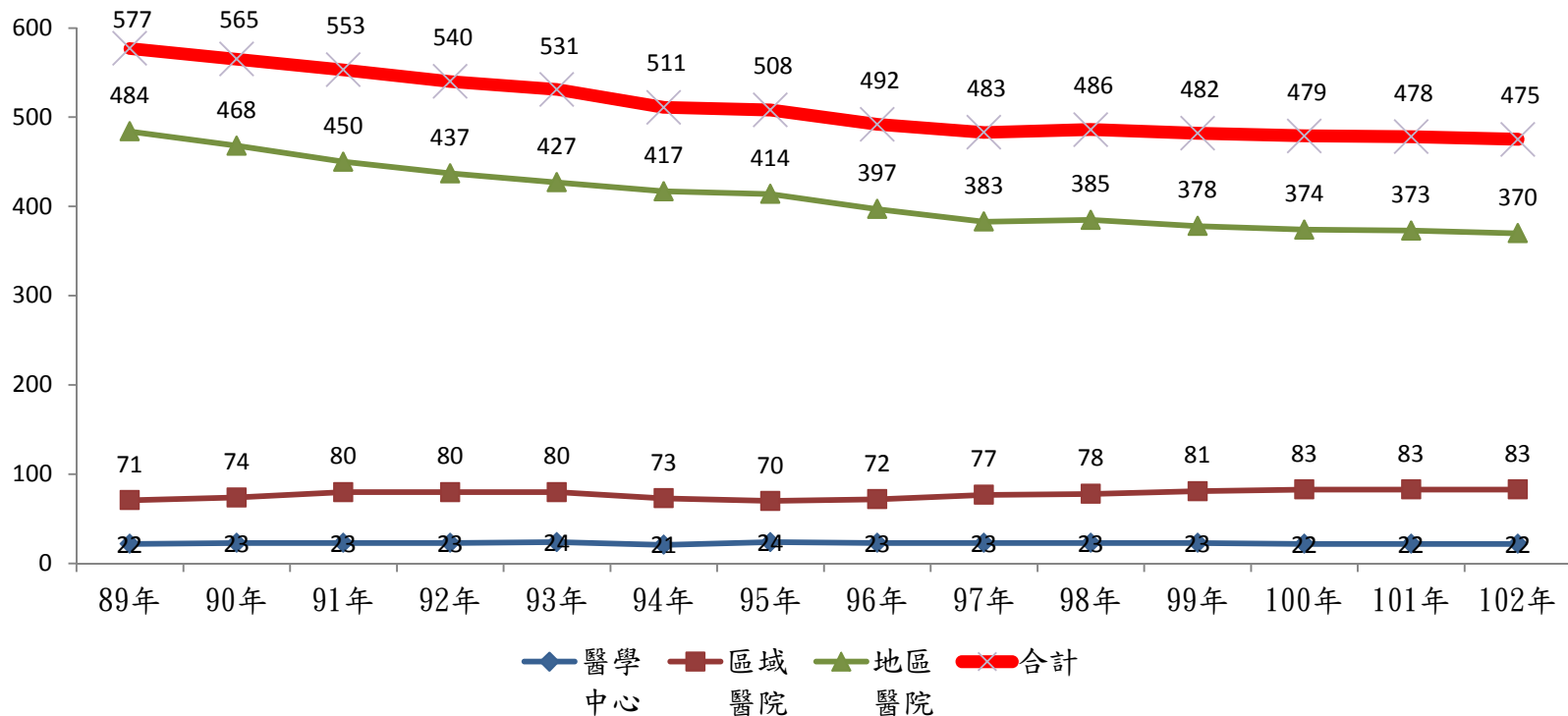


# 醫院總額醫療供給 結構變化趨勢



# 醫療供給\_醫院家數

- 比較89年與102年：
  - 整體醫院家數，由577家降為475家；醫學中心維持22家；區域醫院由71家增為83家；地區醫院由484家降為370家。





## 各層級醫院家數增減概況

- 比較89年與102年醫院增減情形，整體減少102家。
- 各層級醫院家數之增減，主要為新設立醫院、醫院歇業、轉型診所、層級異動或整併等影響。

年度	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
89年	22	71	484	577
102年	22	83	370	475
增減家數	0	12	-114	-102



## 地區醫院家數減少之分析

- **地區醫院經營形態依地區需求進行轉型：**隨著近年台灣醫療市場供需變化，在醫療資源充足區，地區醫院朝向專科化發展，如轉型為洗腎、長期呼吸治療或精神專科醫院；而在醫療資源不足區，則朝向綜合型醫院發展，成為該地區輕症及緊急醫療照護之第一線醫院。
- **部分地區醫院為提升照護量能，積極提升照護品質，轉型為區域醫院。**
- **地區醫院在市場競爭機制下逐漸減少：**急性醫療功能逐漸由大型醫院所取代、病人就醫的選擇…等，進而使得地區醫院增加經營策略與經營規模(轉為區域醫院)，或轉型為診所。

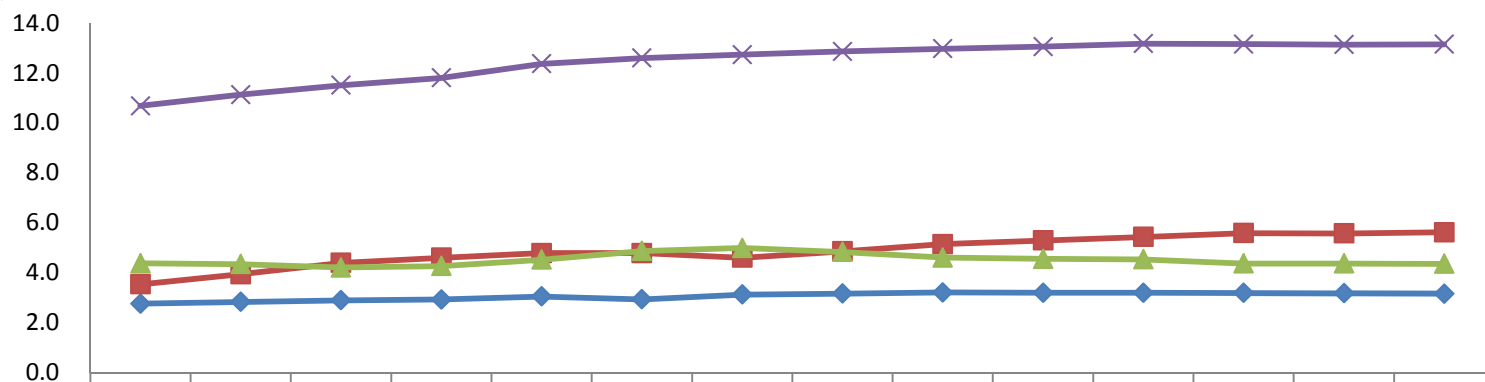




# 醫療供給\_病床數

- 比較89年至102年之病床數變化：
  - 總床數由10.7萬床增為13.1萬床(成長率23%)；醫學中心由2.8萬床增為3.2萬床(成長14%)，區域醫院由3.5萬床增為5.6萬床(成長率59%)，地區醫院則維持4.4萬床(成長率-0.3%)。

單位：萬床

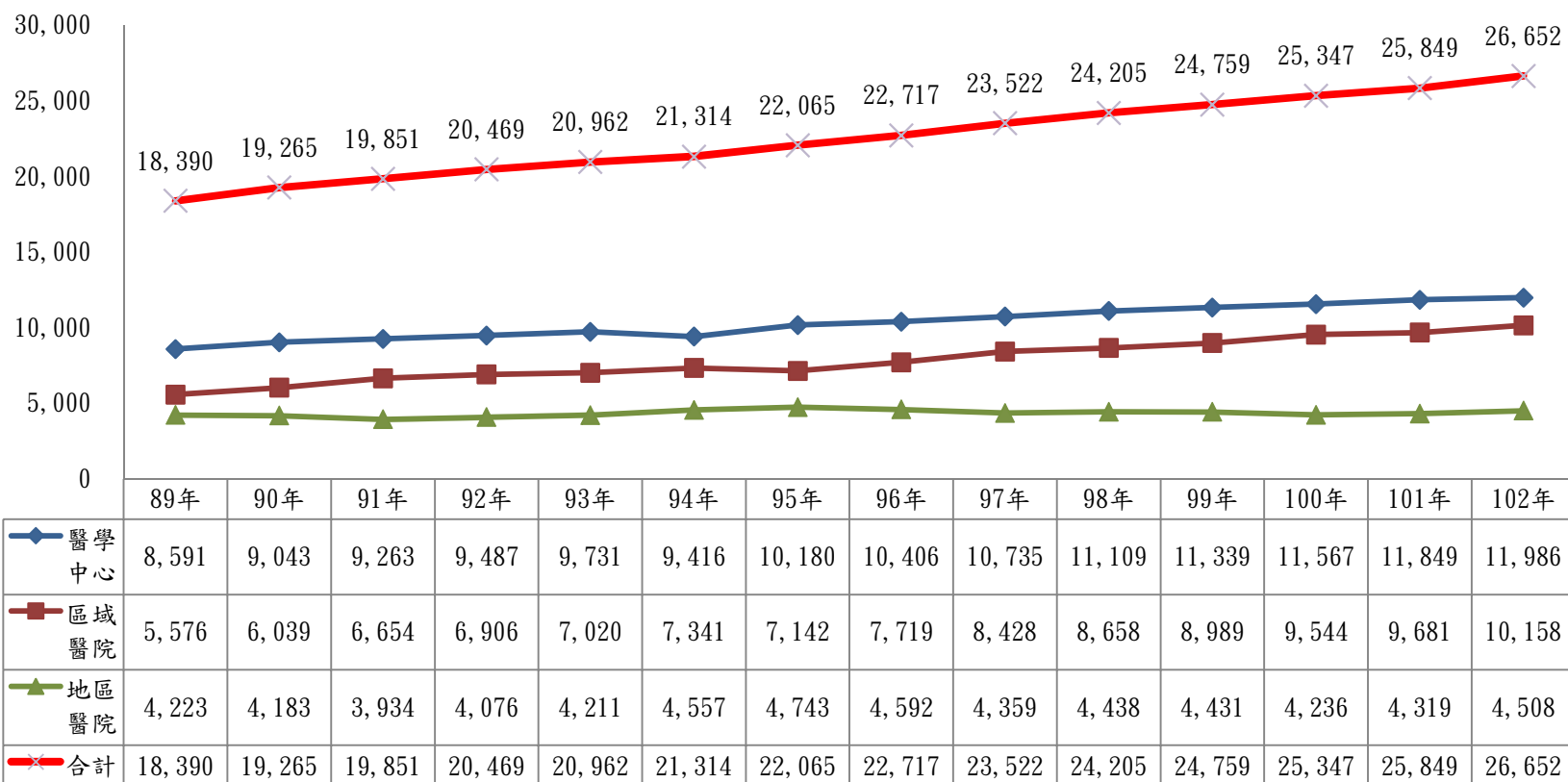


	89年	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年
◆ 醫學中心	2.8	2.8	2.9	2.9	3.1	2.9	3.1	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
■ 區域醫院	3.5	3.9	4.4	4.6	4.8	4.8	4.6	4.9	5.1	5.3	5.4	5.6	5.6	5.6
▲ 地區醫院	4.4	4.3	4.2	4.3	4.5	4.9	5.0	4.8	4.6	4.6	4.5	4.4	4.4	4.4
× 合計	10.7	11.1	11.5	11.8	12.4	12.6	12.7	12.9	13.0	13.1	13.2	13.2	13.1	13.1



# 醫療供給\_醫院醫師數

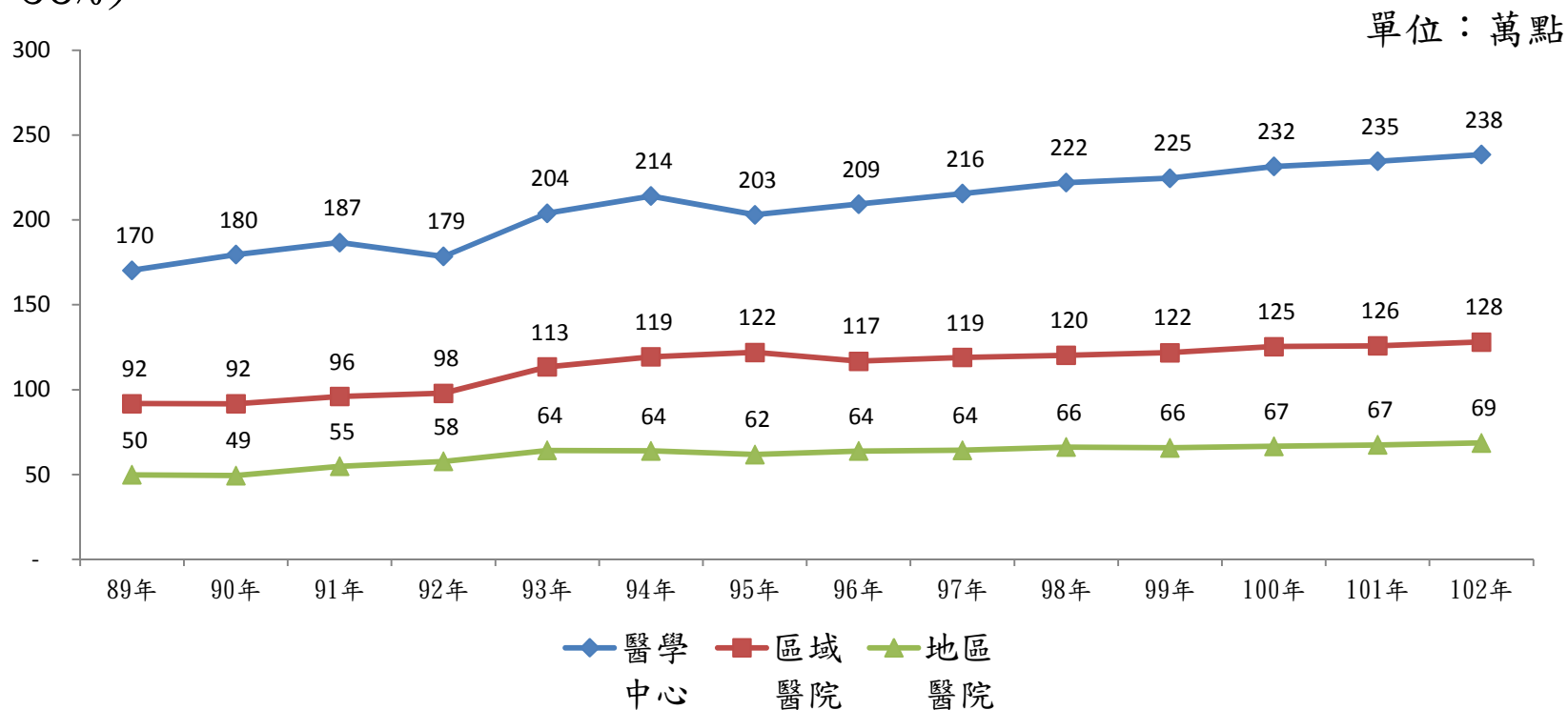
- 89年醫師數18,390人，102年增為26,652人，計增加8,262人；各層級醫師人數皆為增加趨勢，以區域醫院增加4,582人最多。





## 歷年各層級醫院平均每床年費用

- 比較89年與102年之平均每床年費用，醫學中心由每床170萬點增為238萬點(成長率40%)，區域醫院由每床92萬點增為128萬點(成長率40%)，地區醫院由每床50萬點增為69萬點(成長率38%)。



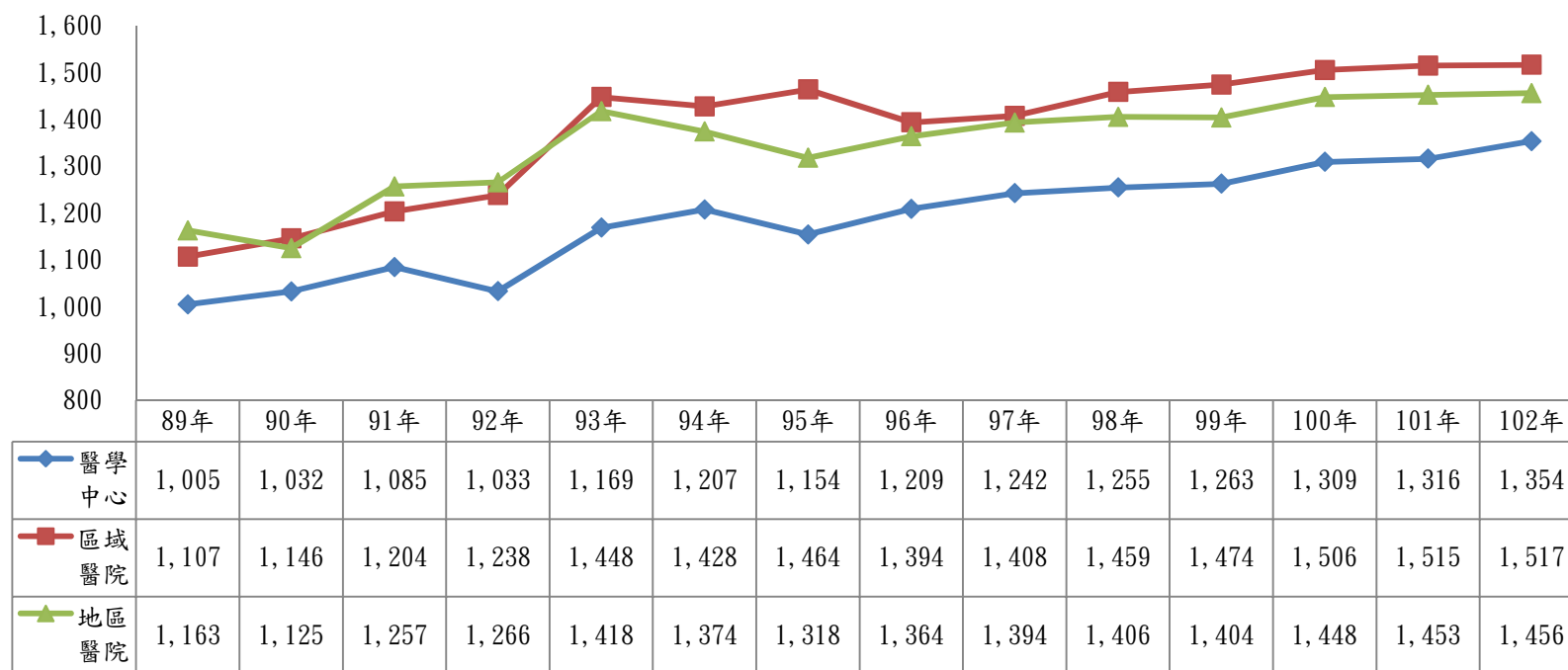
註：平均每床年費用=年住診費用點數/床數，本表未依占床率校正平均每床年費用。



## 歷年各層級醫院平均每位醫師年費用

- 比較89年與102年之平均每位醫師年費用，醫學中心每位醫師費用點數由1,005萬點增為1,354萬點(成長率35%)，區域醫院每位醫師費用點數由1,107萬點增為1,517萬點(成長率37%)，地區醫院每位醫師費用點數由1,163萬點增為1,456萬點(成長率25%)。

單位：萬點



註：平均每位醫師年費用=門住診年費用點數(含交付機構不含門診透析) / 醫師數



## 歷年每千人急性病床數之國際比較

- 台灣每千人急性病床數，84年為3.0張，93年至100年皆維持於3.2張左右，醫療供給尚穩定。

(一) 每千人急性病床數

國家	西元年																
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
澳大利亞	4.1	3.9	3.8	3.7	3.7	3.6	3.5	3.5	3.5	3.6	3.5	3.5	...	3.4	3.4	3.4	...
加拿大	3.9	3.8	3.8	3.6	3.3	3.2	3.1	3.1	2.9	2.9	2.5	1.8	1.8	1.8	1.7	1.7	...
德國	6.6	6.4	6.3	6.2	6.1	6.1	6.0	5.9	5.8	5.7	5.6	5.4	5.4	5.4	5.4	5.3	5.3
法國	...	...	4.4	4.3	4.2	4.1	4.0	3.9	3.8	3.7	3.7	3.6	3.6	3.5	3.5	3.5	3.4
荷蘭	3.3	3.3	3.3	3.2	3.2	3.1	2.9	3.0	2.9	2.9	2.9	3.2	3.2	3.1	3.1	3.3	3.3
挪威	3.3	3.3	3.3	3.2	3.2	3.1	3.1	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9	2.7	2.5	2.4	2.4	2.4
瑞典	3.0	2.8	2.7	2.6	2.5	2.5	2.3	2.3	2.2	2.2	2.2	2.1	2.1	2.1	2.0	2.0	2.0
美國	3.4	3.3	3.2	3.1	3.0	3.0	2.9	2.9	2.8	2.8	2.7	2.7	2.7	2.6	2.6	2.6	...
日本	12.0	11.8	11.5	11.1	10.3	9.6	9.3	9.0	8.5	8.4	8.2	8.2	8.2	8.2	8.1	8.0	8.0
韓國	3.0	3.1	3.3	3.5	3.6	3.9	3.8	4.2	4.2	4.4	4.6	4.8	5.1	5.3	5.5	5.5	5.9
台灣	3.0	3.1	3.0	3.1	3.1	3.1	3.0	3.1	3.1	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2

註：台灣為急性一般病床數



## 近年各層級醫院之占床率

- 98年至102年整體占床率為68.99%~70.7%。
- 各層級醫院占床率：醫學中心最高(78.8%~82.4%)，區域醫院次之(67.4%~69.1%)，地區醫院最低(63.7%~64.7%)。

年度別	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院
98年	68.99%	78.83%	67.45%	63.74%
99年	70.13%	80.57%	68.43%	64.74%
100年	70.73%	82.43%	69.11%	64.28%
101年	69.79%	81.37%	67.39%	64.32%
102年	69.69%	80.55%	67.97%	63.82%

註：

◎資料來源：中央健康保險署二代倉儲醫事機構病床明細檔、住院醫令檔、醫事機構對照檔、醫事機構資訊檔。

◎資料擷取日期：103.03.07。

◎本表病床類別排除嬰兒床、洗腎床、急診暫留床(11F、11E、11C)及腹膜透析床(225)。

◎占床率係依日曆天之各種病床申報占床日數/加總(醫院申報病床占床之日曆天數\*當月病床數)



## 近5年各層級醫院四類病床占床率

病床類別/年度別	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院
<b>急性一般病床</b>				
98年	65.95%	80.27%	65.91%	50.21%
99年	67.18%	81.76%	67.33%	50.49%
100年	68.33%	83.68%	68.53%	49.97%
101年	67.17%	82.16%	66.56%	50.20%
102年	66.94%	81.76%	66.73%	49.51%
<b>急性精神病床</b>				
98年	81.20%	74.89%	81.14%	84.35%
99年	82.84%	77.89%	82.68%	85.29%
100年	82.09%	82.88%	80.93%	83.71%
101年	81.14%	78.56%	80.88%	82.67%
102年	80.84%	75.59%	80.97%	82.89%
<b>慢性一般病床</b>				
98年	47.66%	80.39%	44.50%	39.05%
99年	48.81%	84.39%	47.35%	38.20%
100年	44.95%	84.49%	41.27%	33.98%
101年	39.93%	83.80%	29.19%	32.79%
102年	39.92%	79.53%	29.38%	33.50%
<b>慢性精神病床</b>				
98年	87.57%	83.13%	84.00%	89.52%
99年	88.06%	85.70%	84.44%	90.02%
100年	87.69%	87.41%	85.51%	88.82%
101年	87.65%	82.67%	85.75%	88.62%
102年	88.88%	83.36%	88.45%	89.09%

註：

◎資料來源：中央健康保險署二代倉儲醫事機構病床明細檔、住院醫令檔、醫事機構對照檔、醫事機構資訊檔。

◎資料擷取日期：103.03.07。

◎本表病床類別排除嬰兒床、洗腎床、急診暫留床(11F、11E、11C)及腹膜透析床(225)。

◎占床率係依日曆天之各種病床申報占床日數/加總(醫院申報病床占床之日曆天數\*當月病床數)。

◎病床類別111、112、211為急性一般病床；病床類別117、118、212為急性精神病床；

病床類別121、221為慢性一般病床；病床類別122、222為慢性精神病床。



## 小結

- 比較89年至102年，醫院總家數雖有下降，但總床數上升、提供服務之醫師數上升，**整體之醫療供給應足夠。**
- 比較89年至102年，平均每床年費用、平均每位醫師年費用均為成長趨勢，顯示病床產能與醫師產能皆有提升，應有利於醫院經營。





# 對社區醫院經營之影響



## 健保對社區醫院經營之改善措施

- 偏遠地區醫院保障方案
- 健全急、重症醫療照護網路
- 醫療資源與體系整合
- 支付標準等之調整



## 偏遠地區醫院保障措施\_1/2

- 醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則
  - － 獎勵內容：94年起依本署公告之偏遠醫院名單，門住診服務之浮動點數，以較高之平均點值核付。
  - － 執行情形：；每年約公告34家偏遠地區的醫院，其中32家為地區醫院，每年約支應1億元。
- 增進全民健康保險醫療資源不足地區之醫院點值保障方案
  - － 獎勵內容：100年針對離島地區或肩負鄰近山地鄉民眾之主要就醫醫院，具備重要急性醫療照護功能且距離醫學中心較遠者，浮動點數給予每點1元保障，
  - － 執行情形：100年16家醫院中，15家為地區醫院，100年約支應2.4億元。



## 偏遠地區醫院保障措施\_2/2

- 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫
  - 保障項目：101年起，為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳之急診與醫療提供之能力，醫院如承諾提供24小時急診或內外婦兒科門住診服務，給予1點1元之保障(排除呼吸器及精神科)，每家醫院保障金額上限1,500萬元；
  - 執行情形：
    - ✓ 101年79家醫院符合資格，50家參與，其中46家為地區醫院；102年101家醫院符合資格，66家參與，其中62家為地區醫院；本計畫每年約支應5.5億元。
    - ✓ 103年持續辦理，並新增主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院可參與新增補助，經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，保障每點一元，每家醫院補助以500萬元為上限。

註：102年12月共計370家地區醫院，即16.7%地區醫院接受本計畫補助。



## 健全急、重症醫療照護網路

### ● 「全民健康保險急診品質提升方案」

- 保障項目：每年編列3.2億元預算，針對急診重大疾病照護品質、轉診品質及急診處置效率提供獎勵，並於急診處置效率之獎勵項目中，另針對地區醫院以檢傷分類等級申報急診人次，如較上年度增加，每增加1人次另外支給500點獎勵。
- 執行情形：101-102年針對地區醫院之額外獎勵費3,608萬元。

### ● 「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」

- 保障項目：93年起依衛生福利部公告之醫院名單，急診診察費加成3成，急診案件每點一元保障。
- 執行情形：每年約公告42家，其中約30家為地區醫院，每年約額外支應1億元。



## 醫療資源與體系整合

- 全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫
  - 獎勵內容：鼓勵醫院組成39個團隊建立急性後期之垂直整合轉銜系統，承作醫院限區域及地區醫院，提供醫學中心及區域醫院下轉評估2000點，住院採論日支付，增進社區醫院發展及病床使用效率
  - 執行情形：103年承作醫院中，區域醫院53家，地區醫院78家。



## 支付標準等之調整

### ● 調整地區醫院之支付標準

- 99年~100年配合醫院評鑑各層級醫院病房規模及人力設置標準改變，編列4.2億調增地區醫院病房費、護理費。
- 102年增編50億經費解決五大科困境，考量層級衡平性，地區醫院分配占率18.4%。

### ● 社區安寧療護

- 自103年1月1日起實施「社區安寧療護」，新增醫事人員訪視費用(次) 797點~1155點，提供支付誘因，讓地區醫院可深入社區提供在地安寧療護，讓末期病人能夠返家善終，在地老化。

### ● 其他方案或計畫獎勵措施

- 全民健康保險提升住院護理品質方案
  - 通過醫院評鑑獎勵金之預算，採層級醫療費用占率分配，另補助新增護理人數。
  - 地區醫院增加人員每位保障點值補助36萬元，區域醫院以上則補助25萬點。



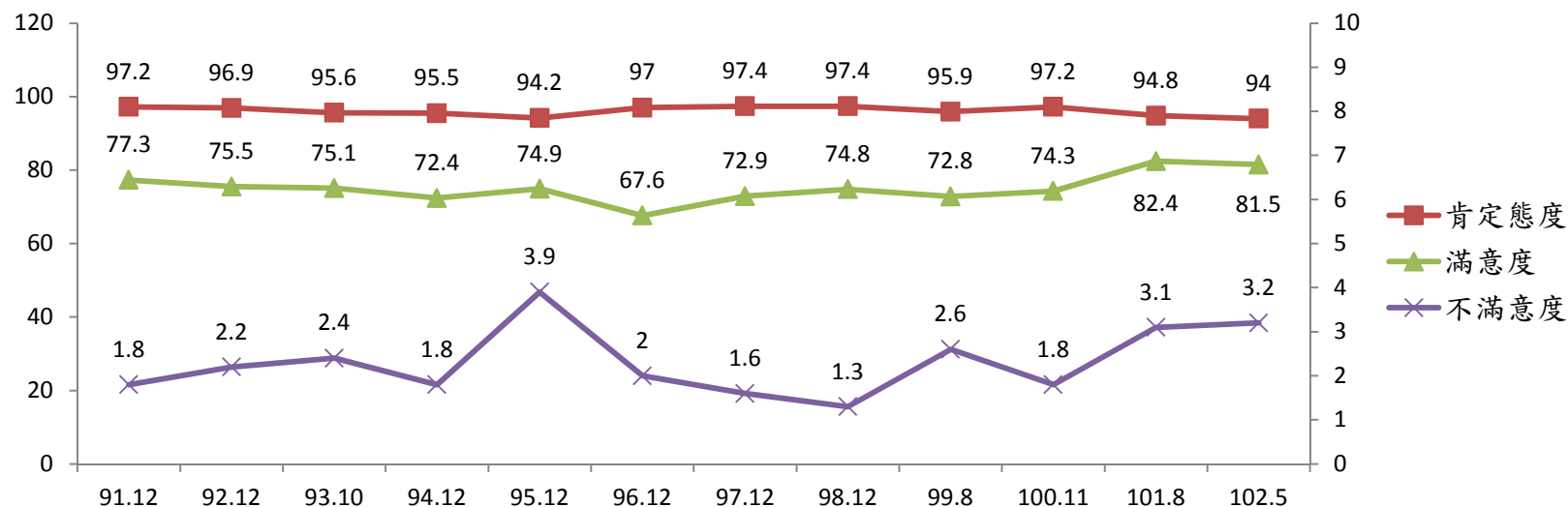
# 對民眾就醫權益之影響





## 歷年醫院總額民眾門診滿意度調查

- 為維護民眾權益，本署每年皆委託民意調查機構，以電腦輔助電話訪問方式進行民眾滿意度調查，調查樣本近3年為2千多人。
- 對醫院整體醫療品質之肯定態度，可達9成以上；近2年之滿意度皆達8成以上，不滿意度每年皆低於4%。
- 在醫院總額之下，民眾權益仍然獲得相當的保障。



註：肯定態度，包含非常滿意、滿意與普通；滿意度，包含非常滿意、滿意；不滿意度，包含非常不滿意、不滿意。



# 對社區醫院協會意見 之回應



# 醫院總額三個層級藥價

- 層級藥價

- 前全民健康保險醫療費用協定委員會曾於101年4月13日第181次委員會議，曾討論醫院三個層級之藥價問題，各層級醫院藥價差比率均有20%以上，層級差異並不大。

- 本署辦理原則

- 為保障病患就醫權益及臨床醫師之治療用藥選擇，倘醫院因藥品購買量少致價格偏高，本署均協調廠商降價。
- 或廠商認為個別藥品之健保價不敷成本，本署亦有適當之藥價調升處理機制。



# 現行各層級自行負擔金額規範

- 門診自行負擔

- 為落實分級醫療精神，現行保險門診自行負擔設計，主要係拉大不同層級醫療院所之門診自行負擔金額差距，以引導民眾依病情輕重，選擇適當層級之醫療院所就醫。

- 目前自行負擔分級化：

- 地區醫院享有價格競爭優勢：未經轉診，地區醫院收80元，區域醫院240元、醫學中心360元。

- 現行自行負擔占醫療費用比率平均為11%，相較於健保法第43條所定下限20%，確屬偏低，為落實受益者付費及逐步回歸法定比率，本署曾於102年上半年研擬「調整保險對象應自行負擔費用案」，提本會第1屆102年第1次委員會會議討論，決議緩議。未來將繼續蒐集各界意見，重新進行評估。



## 分區管控之影響

- 現行各分區於有限醫療資源限制下，為穩定當區之點值，每年均與醫療界共同研商達成共識後，擬具管控方案據以執行。
- 未來將就地區醫院之訴求，轉知各分區併案研議考量。



## 加強資源不當耗用之管控

- 依健保法第72條規定，為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案。
- 本署102年及103年「抑制資源不當耗用改善方案」重點：
  1. 加強健保教育宣導：建立民眾珍惜健保資源，減少醫療浪費的觀念。
  2. 持續支付制度改革：持續推動DRG、論質及論人支付制度。
  3. 減少無效醫療耗用：積極推動安寧療護，節省臨終前之不當醫療利用。
  4. 高耗用醫療項目管控：降低高科技檢查項目、高單價診療項目及復健治療等不必要之醫療使用。
  5. 多重疾病整合醫療之推動：持續推動醫院以病人為中心門診整合照護計畫、家醫整合照護計畫。
  6. 提供即時資訊避免重複醫療：利用健保卡取號即時提醒及輔導。
  7. 高診次就醫輔導：持續加強推動高診次就醫輔導方案。
  8. 藥費管制措施：藉由建置「健保雲端藥歷系統」，確保病患用藥品質。
  9. 強化違規查處機制：加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。



## 應否落實「醫院總額支付制度研議方案」

- 現行因總額預算有限，係採優先保障偏鄉地區醫院之點值措施。
- 查至103年2月底止，地區醫院計有367家，其中96家符合本署「醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」或「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」，保障率為26.2%。
- 未來是否全面給予保障，宜取得健保會委員共識後，再行辦理。



# 總結





## 總結

- 一. 社區醫院因含不同形態醫院，如精神科醫院、呼吸治療醫院、透析為主醫院，或一般綜合型醫院，故門住診比例部分，不建議設定一固定比率。
- 二. 未來將持續保障偏遠地區醫院提高醫療品質。



敬請指教！