

102年度西醫基層總額 協商因素及專款項目

1

中華民國醫師公會全國聯合會

張孟源副秘書長

101年8月10日

協商因素成長率項目大綱

2

協商因素成長率

支付項目的改變	支付標準調整	1. 艱困科別--內科 2. 調整處置項目點數：12項 3. 新增跨表項目-處置類：9項
	新醫療科技（包括藥品、特材及新增項目）	
其他醫療服務及密集度的改變	<ol style="list-style-type: none">1. 其他預期之法令或政策改變2. 提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展3. 「因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響（提升慢性病照護品質）」	
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（減項）	

努力方向一：

配合經建會通過「102年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」之附帶決議

3

- 秉持分配正義之精神，合理調整急重難科別之支付標準，包括手術費與處置費，並落實提升護理人員之待遇福利，以確保醫療體系之健全發展與健保之永續經營。
- 面對人口高齡化，針對老人健康之維護、醫療資訊之取得以及就醫方式之改進等加強宣導，並結合相關社區預防保健之資源及各項活動，以減少不必要之醫療浪費。
- 強化對民眾正確使用醫療資源觀念之宣導。
- 資料來源：<http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0017085>

努力方向二：

「整合性照護」與二代健保「家庭責任醫師」 制度順利接軌

4

- 二代健保明訂家庭責任醫師，係扮演健康守門員的關鍵角色。
 - 世界衛生組織（WHO）實證研究，預期可降低民眾罹病率與疾病死亡率，減少醫療費用；家庭責任醫師有助台灣醫療體系之整體健全發展。
- 全人觀念
 - 全科與分科。
- 人（民眾）為中心（ people-centered ）
 - Biopsychosocial prosepctives
- 字義解釋
 - 責任：份內應盡之義務。
 - 家庭意涵：同一住所生活之人群，社區組成單位。
 - 醫師：醫乃仁者；師乃表率。
 - 制度：體系(制)；照護（度乃渡也）。



資料來源：

臺灣家庭醫學醫學會

臺灣大學醫學院三全計畫執行辦公室

中央健保局101年2月3日全民健康保險家庭責任醫師制度座談會會議資料

費協會第185次委員會會議資料

弱勢診所生存不易

5

- 弱勢科別醫師(診所)生存更為不易：弱勢診所平均每月申請診察費為**44,789**點。
 - 2010年申報診察費點數最低20%的醫師，其診察費每年為537,477點，(平均每月為44,789點)。
 - 診察費包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、汙水及廢棄物處理及其他執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。

弱勢點值

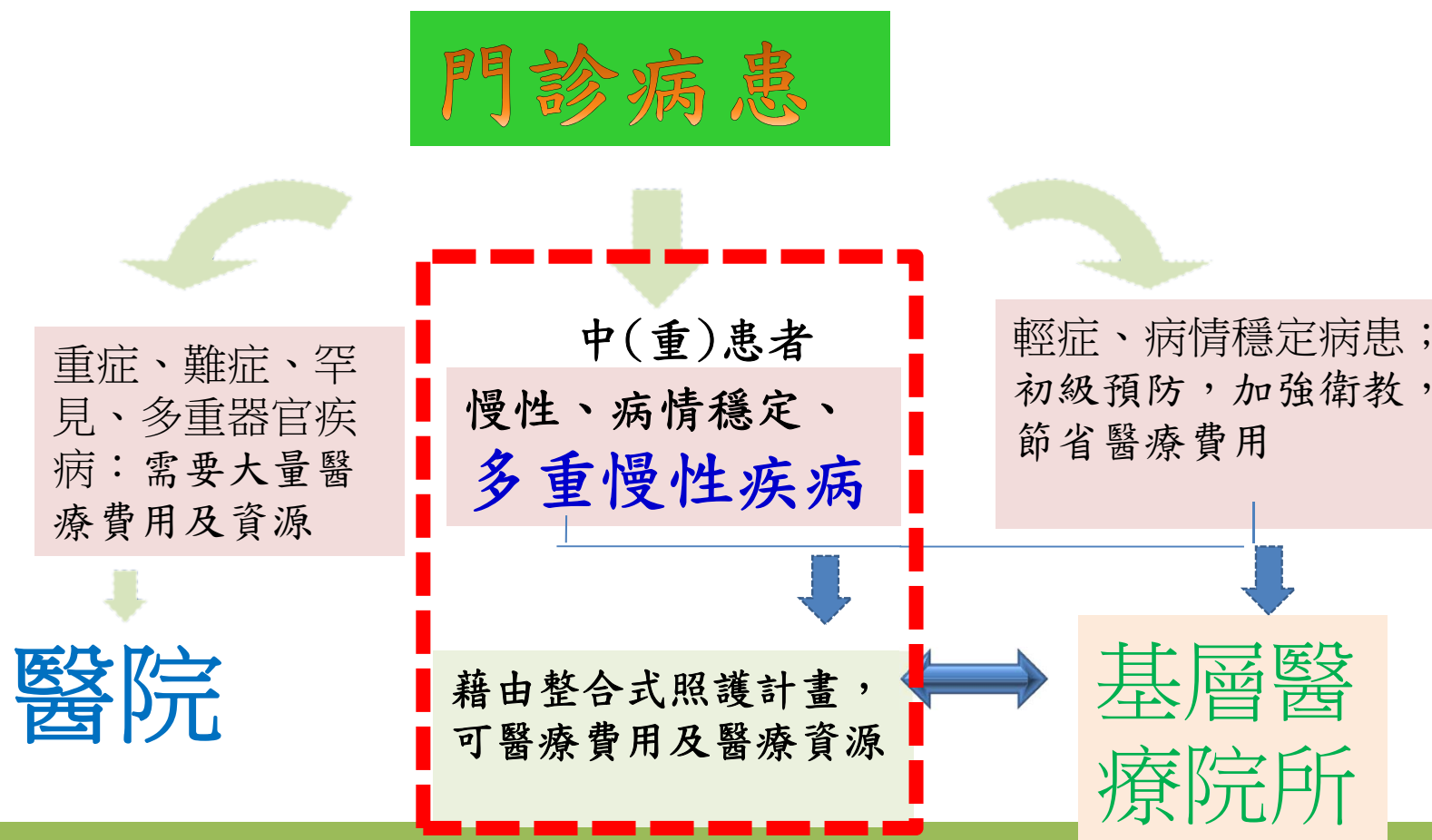
6

- 7月31日費協會評核會議健保局報告指出：點值長期低於0.9對醫療院所來說財務風險過大，對於健保制度及醫療院所之長遠經營或維持醫療品質均屬不易。
- 查101年第1季預估全區浮動點值0.91，其中，最低台北區為0.8814。
- 101年4-5月全區預估浮動點值僅有0.8838，其中有4區均低於0.9(台北區0.8547、北區0.8662、中區0.8827、高屏區0.8976)。

老年及內科門診醫療體系整合模式

7

目標：整合照護，避免不當、重複醫療造成危害



艱困科別-內科（推動整合性照護）



- 政策面：
 - 依據經建會委員會議審議「**102**年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」之附帶決議之一表示：「...秉持分配正義之精神，合理調整急重難科別之支付標準，...」。
- 依據監察委員黃煌雄「全民健保總體檢」：經約詢教育部，表示略以：
 - ..健保支付制度促使醫院政策及臨床醫師以增加門診與住院病人數量、高科技檢查，來輔助付費的不足，以致部分科系可花很短的時間看診，造就高收入且優質生活品質，以致醫學生選擇科系偏重醫療風險較低、值班較少、工時較短、生活品質較佳之科別，造成醫療主力內、外、婦、兒科淪為『四大皆空』的醫療窘境。

艱困科別-內科(推動整合性照護)

- 實務面：
 - 醫院與基層結構不同，**基層院所(尤其是艱困科別之一的內科)**，在現行健保支付制度下，**無法反映高風險及高心力之實際投入成本。**
 - 統計基層內科醫師人力逐年下降
 - ✦ 依全聯會執業醫師科別登記資料顯示，**95-99年**基層醫師登記內科占整體基層醫師，亦逐年下降（從**16.4%**下降至**13.9%**）。難以發揮基層內科全人照護功能。
 - 基層院所於該等計畫之**整體參與率尚未達40%以上**，爰該等計畫之**管理與獎勵經費**，尚無法落實扶助艱困的內科科別。
 - ✦ 雖現行健保有多項醫療服務改善計畫等，健保局均有額外支付管理照護費暨品質獎勵經費，在推動以病人為中心之全人醫療照護上，確有政策宣導效益，本會深表認同。

艱困科別-內科(推動整合性照護)

- 內科是臨床醫學的基礎：
 - 高血壓、高血脂、糖尿病之盛行狀況接隨著年齡上升，亦發嚴重。
 - 多需整合性照護診察，屬全人醫療範疇，醫師診療時間本來較長，加上台灣高齡人口逐年攀升，對基層內科醫療需求日增，多重器官疾病者眾，加上病情複雜，內科醫師需加強與高齡病患之溝通，臨床診療投入心力與時間更加倍。
- 強化基層內科醫師提供全人照護之醫療，可節省重複之醫療費用支出
 - 例如高齡或多重疾病病患即無需在各大醫院各科門診間連續(重覆)就醫。

調整門診診察費（一）

艱困科別-內科(推動整合性照護)

11

● 個案：

- 李女士患有糖尿病七八年，腎臟功能在最近數月的檢查中越來愈差，但是她感覺不到有任何異常，平常也沒有特別注意，究竟他該注意些什麼呢？
 - ✦ 目前糖尿病腎臟病變，在國內已成為造成尿毒症的最主要原因，尿毒症病人中約有**50%**為糖尿病病人。
 - 查全國尿毒症每年所需醫療費用約**320**億，換算糖尿病病人每年所需醫療費用約**160**億。**若提早介入並提供整合照護門整，預估可節省80億醫療費用。**
 - 考量病人健康及節省健保資源下，**與調整內科診察費約9億較為值得。**
- 病人共病多、疾病嚴重度高→醫療風險高、醫療糾紛多。



The number of people receiving dialysis or transplant increased by 29 per cent between 2002 and 2008

調整門診診察費（一）

艱困科別-內科(推動整合性照護)

12

- 為鼓勵醫師有更大之願意投入內科，接受完整的內科學基礎訓練，以保障民眾就醫醫療品質，落實扶助艱困內科，本項成長率係針對內科專科醫師申報第一段門診量內全部科別案件門診診察費加成17%，並排除內科部分次專科。
 - (1)「內科專科醫師」定義：依衛生署內科專科醫師定義，但排除神經內科、精神科、家醫科及有洗腎業務的內科專科醫師。
 - (2)預估費用：請中央健保局協助試算。{註：依100年度資料試算，「就醫科別」為內科（含腸胃內科等次專科），其中申報第一段門診量內案件門診診察費為5,540百萬，若加成17%，預估費用增加941.8百萬，成長率1.005%。}

調整門診診察費（一）
艱困科別--內科(推動整合性照護)

醫療服務內容

13

評估病情及執行：
JUST DO IT！

- 個案**個別化**評估（ **Individualization** ） 。
 - 對高發生率、高醫療耗用的慢性疾病（多重疾病、多重就醫）、用藥評估等進行瞭解及評估，期了解健康狀況與疾病照顧需求。
- 跨科別**資源整合**（包括護理師、營養師、社工及其他醫事人員） 。
 - 提供多項專業性整合治療及多重藥物整合。
- 擬定整合性治療計畫並持續記錄**追蹤**病人的情況。
- 專業合理的平行（診所間）或垂直（診所醫院）轉診。

調整門診診察費（一）

艱困科別--內科(推動整合性照護)

預期效益

14



- 提升及尊重醫師專業
 - 整合照護醫療
 - 避免重複用藥、檢驗
 - 建立醫病關係
- 盡責促進民眾健康及提供優質衛教服務
 - 疾病負荷度減輕、節省醫療費用、使民眾越活越健康。
 - 強化對民眾正確使用醫療資源觀念之宣導。
 - 減少病人、社會未來的負擔。

監理會會議抨擊

檢驗費年年攀升 佔健保支出近百億

15

- 衛生署健保監理會今天(27日)召開例行會議，健保局在會中提出「醫療服務利用分析」報告。報告指出，在去年健保各項給付中，檢驗、檢查費用大幅成長，每項檢查都比前一年成長6%，合計共支付將近新台幣100億元。監理會委員呼籲健保局應全盤檢討。
- 健保近年花在檢驗、檢查的費用節節成長，包括電腦斷層、磁振造影等項目，每項檢查都比前一年成長6%以上，去年健保共給付將近100億元。



資料來源：7月27日「檢驗費年年攀升 佔健保支出近百億」

(<http://tw.news.yahoo.com/%E6%AA%A2%E9%A9%97%E8%B2%BB%E5%B9%B4%E5%B9%B4%E6%94%80%E5%8D%87-%E4%BD%94%E5%81%A5%E4%BF%9D%E6%94%AF%E5%87%BA%E8%BF%91%E7%99%BE%E5%84%84-090600315.html>)

支付標準調整

調整處置項目點數



16

- 調整處置項目點數，加成**20%**，共計**12項**。

編號	醫令代碼	建議修改項目	102年基層預估 增加費用
1	64090C	肌腱修補術－單腱	433,352
2	48006C	深部複雜創傷處理－傷口長10公分以上者	223,608
3	48034C	深部複雜臉部創傷處理－中5公分至10公分	41,126
4	64027C	斷端成形術－指、趾	40,026
5	64087C	腱鞘囊摘出術、液囊腫瘤摘出術	969,901
6	48005C	深部複雜創傷處理－傷口長5-10公分者	927,993
7	48033C	深部複雜臉部創傷處理－小5公分以內	296,993
8	48004C	深部複雜創傷處理－傷口長5公分以下者	8,289,193
9	62011C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術－中2公分至4公分	1,089,394
10	62010C	脸部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術－小小於2公分	10,401,700
11	44011C	中度Moderate：指治療項目2~3項，合計治療時間超過30分鐘至50分鐘以內之中度治療。	8,017,469
12	44012C	複雜Complicated：指治療項目3項以上，合計治療時間超過50分鐘以上之複雜治療。	15,773,475
總計			46,504,229 成長率0.050%

支付標準調整

新增跨表項目-處置類



17

- 新增跨表項目，共計**9**項：

編號	醫令代碼	診療項目名稱	支付 點數	102年西醫基 層門住診預 估申報醫令 件數*10%	102年開放跨表 後西醫基層預估 增加點數
1	65019B	鼻中膈鼻道成形術－雙側	8,911	916.9	8,170,496
2	81032B	骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除－中 度：子宮內膜異位症分級指數6至40分。	6,737	14.8	99,708
3	81023B	子宮內膜電燒及切除術	4,750	12.6	59,850
4	81014B	骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除－輕 度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5 分。	4,495	27.4	123,163
5	80001B	陰道切開探查術或骨盆腔膿腫引流	2,253	11.6	26,135
6	69021B	其他小靜脈曲張之縫合，結紮或剝除	3,371	289.9	977,253
7	62013B	交指皮瓣移植術	5,751	29.8	171,380
8	47074B	上消化道內視鏡息肉切除術	3,690	327.8	1,209,582
9	62062B	腫瘤組織檢查切片術,部位未明示	1,180	112.8	133,104
總計					10,970,670 (成長率0.012%)

新醫療科技（包括藥品、特材及新增項目）

18

- 醫療科技影響醫療費用
 - 原有科技/藥品使用密度的提高
 - 新科技/新藥的引進
 - 科技/藥品適用範圍的擴大
- 依中央健保局評估目前廠商申請引進新藥，預估102年西醫基層總額預估淨增加新藥支出為0.38億元。
- 歷年新藥引進，除第一年外，皆以倍數成長，且會影響醫師用藥行為的改變（如：組合量及價的變化）等，皆會造成費用的成長，爰為**避免新藥引進造成基層財務衝擊過大**，建議以1.5倍預估，增加費用57百萬。
- **預估費用增加57百萬，成長率0.061%。**



醫療服務利用及密集度的改變-1

其他預期之法令或政策改變

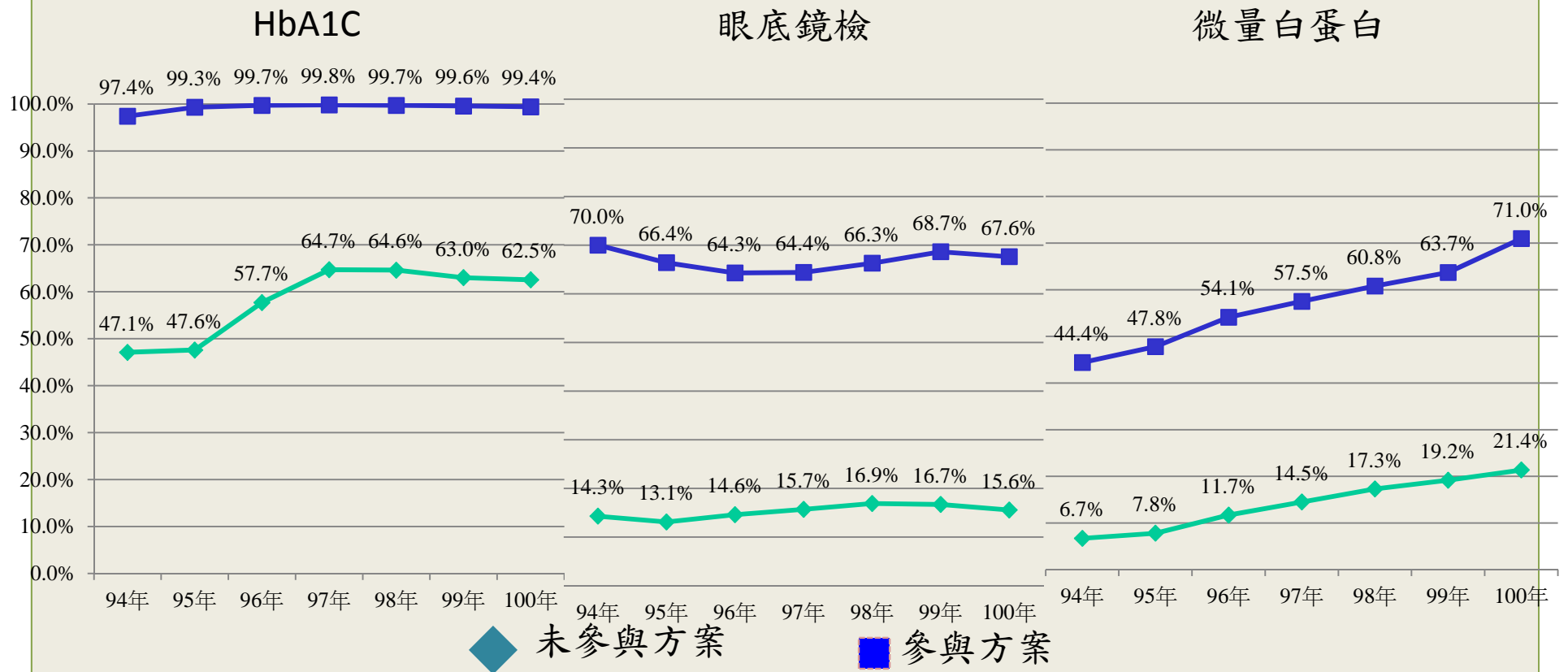


19

- 預期政策推動如下：
 - 包含安全針具推廣：
 - 因應醫療法第56條，5年內按比例完成全面提供安全針具；預估5年約需增加1885萬元，每年編列380萬。
 - 糖尿病給付改善方案導入支付標準：
 - 6月20日中央健保局醫療給付協議會議通過，本方案導入支付標準。
- 【註1：管理照護費：初診支付400點、複診支付200點、年度評估支付800點；96年起依品質指標評核給予品質加成鼓勵。(診察費及檢驗檢查項目另得核實申報)。
- 註2：健保局放寬收案條件，由「最近90天內曾在該院所同醫師診斷為糖尿病至少就醫達2次(含)以上者」修改為「最近90天內曾在該院所診斷為糖尿病至少同院所就醫達2次(含)以上者」。
- 註3：放寬基層診所團隊醫師人員資格：照護團隊人員可為醫師加另一專業執行(可包含護理師、營養師、藥師)，惟該照護團隊人員仍需依本方案之原規定，取得護理衛教及營養衛教資格。】

執行成果-糖尿病方案(1/4)

參與方案之個案 其²⁰治療指引遵循率較高



資料來源：7月30-31
日評核會資料

執行成果-糖尿病方案(2/4)

21

追蹤94-99年新收案HBA1C > 9.5%個案**66%改善**

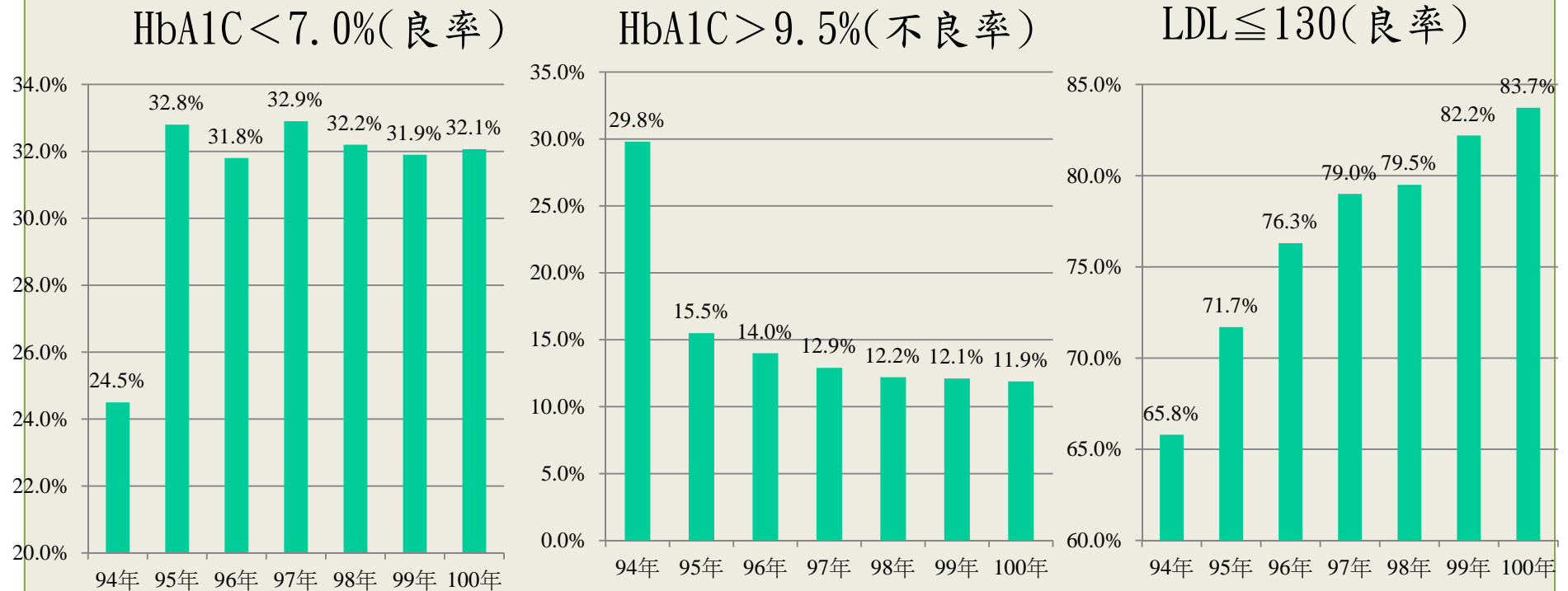
初診 HBA1C > 9.5%人數	1年後HBA1C 值	人數	比率
53,911	<7% 良	9,451	17.5%
	7%~9.5%	26,304	48.8%
	>9.5% 不良	18,156	33.7%

資料來源：7月30-31日全民健康保險各部門總額執行成果

執行成果-糖尿病方案(3/4)

22

連續追蹤94年新參與方案者95-100年成效



註：94年新參加個案6.8萬人於該年度年度檢查值

執行成果-糖尿病方案(4/4)

23

追蹤七年糖尿病人洗腎發生率，減少六倍。
由此推估，因糖尿病造成的洗腎費用**180**億計，預估節省六分之五(**150**億)。

94-100年	糖尿病人數	新增洗腎人數	洗腎發生率
皆參加方案	48,796	295	0.60%
皆未參加方案	402,295	17,339	4.31%
曾經參加但未連續參加	208,186	7,455	3.58%
合計	659,277	25,089	3.81%

註：追蹤94年至100年符合收案條件之糖尿病人(排除案件分類08，90天內2次以上主診斷250之就醫)，比對94~100年重大傷病檔新增領證ID，主診斷慢性腎衰竭(尿毒症)，585、40301、40311、40391、40402、40403、40412、40413、40492、40493。

醫療服務利用及密集度的改變-1

其他預期之法令或政策改變

24

- 糖尿病給付改善方案導入支付標準：
 - 依據健保局7月30-31日評核會報告資料顯示，參與糖尿病論質計酬方案者，其HbA1C、眼底鏡檢、微量白蛋白之治療指引遵循率高、新收案之HbA1C改善率達7成、參加方案後之洗腎發生率較未參加者低等，都實在顯示病患接受完整且連續醫療照護，皆可提升民眾健康。
 - 預估每人每年執行HbA1C*3+眼底鏡檢*2+微量白蛋白*2+LDL*2，估計約需增加1,774點，其餘檢查項目及藥費尚未列入計算。爰若以照護45萬人計，預估至少增加8億。
 - 統計尿毒症病人中約有50%為糖尿病病人。查全國尿毒症每年所需醫療費用約320億，換算糖尿病病人每年所需醫療費用約160億。以全國糖尿病病人約180萬人，基層照護增加為45萬人計，若依前揭費用基礎換算約需40億；本項擬導入支付標準，以論質方式提升照護品質，僅需約5.4億，且可達到發揮糖尿病治療之成效。

醫療服務利用及密集度的改變-1

其他預期之法令或政策改變

25

- 配合推動癌篩（大腸癌、乳癌、子宮頸癌、口腔癌）之檢驗項目所衍生醫療費用：
 - 查國健局98年度報告顯示，大腸癌、乳癌、子宮頸癌、口腔癌症發生人數較台灣其他十大癌症發生率高。
 - 早期發現早期治療，存活率高。
- 推動二代健保之政策：如推動轉診制度後醫療資源使用轉移等。
- 本項之預算編列暫計**7億**（成長率**0.747%**），尚不確定，併建請預算協商保留彈性，以保障被保險人權益。

癌症發生率高居不下

26

2009年與2008年男性10大癌症發生率比較

發生序位	死亡序位 (2010年)	原發部位	2009年			2008年		2009年與 2008年發生 率增減值
			個案數	標準化 發生率	年齡 中位數	個案數	標準化 發生率	
1	1	肝及肝內膽管	7,747	53.6	62	7,401	52.6	1.0
2	3	大腸	7,151	48.7	68	6,277	43.9	↑ 4.8
3	2	肺、支氣管及氣管	6,737	45.1	72	6,194	42.6	2.5
4	4	口腔、口咽及下咽	5,927	40.8	52	5,349	37.6	↑ 3.2
5	7	攝護腺	4,013	26.9	74	3,603	24.6	2.3
6	5	胃	2,404	15.9	72	2,303	15.5	0.4
7	6	食道	1,898	13.0	57	1,849	12.9	0.1
8	18	皮膚	1,589	10.7	71	1,380	9.4	1.3
9	12	膀胱	1,419	9.4	72	1,476	10.3	↓ -0.9
10	10	非何杰金氏淋巴瘤	1,205	8.5	62	1,127	8.1	0.4
12	11	鼻咽	1,162	8.2	49	1,162	8.3	↓ -0.1
		全癌症	49,022	336.3	65	45,171	317.3	↑ 19.0

註：1.序位係以標準化發生率（每10萬人口）排序。
2.年齡標準化發生率，係以西元2000年世界標準人口為標準人口計算。
3.2009年與2008年發生率增減值：2009年年齡標準化發生率-2008年年齡標準化發生率。



2009年與2008年女性10大癌症發生率比較

發生序位	死亡序位 (2010年)	原發部位	2009年			2008年		2009年與 2008年發生 率增減值
			個案數	標準化 發生率	年齡 中位數	個案數	標準化 發生率	
1	4	女性乳房	8,926	59.9	52	8,136	56.1	↑ 3.8
2	3	大腸	5,337	34.5	67	4,727	31.5	↑ 3.0
3	1	肺、支氣管及氣管	3,906	25.2	67	3,322	22.3	2.9
4	2	肝及肝內膽管	3,333	21.7	70	3,164	21.6	0.1
5	21	甲狀腺	1,846	13.2	47	1,561	11.4	1.8
6	6	子宮頸	1,797	11.9	55	1,725	11.8	0.1
7	15	子宮體	1,496	9.9	53	1,424	9.8	0.1
8	5	胃	1,444	9.2	68	1,275	8.5	0.7
9	20	皮膚	1,339	8.4	74	1,205	7.9	0.5
10	8	卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,113	7.7	51	1,110	7.8	↓ -0.1
		全癌症	38,167	253.5	60	34,647	237.8	↑ 15.7

註：1.序位係以標準化發生率（每10萬人口）排序。
2.年齡標準化發生率，係以西元2000年世界標準人口為標準人口計算。
3.2009年與2008年發生率增減值：2009年年齡標準化發生率-2008年年齡標準化發生率。



存活率高

(27)

2005-2009年新診斷4種癌症5年期別存活率

期別	乳癌	大腸癌	口腔癌(含口咽 下咽)	子宮頸癌
第0期	97.3	85.4	76.5	96.4
第1期	95.5	81.5	77.8	84.0
第2期	89.1	71.8	68.2	62.2
第3期	70.6	56.6	51.4	39.0
第4期	25.2	10.1	32.8	17.6

備註：分析2005-2009年醫院申報4種癌症期別之5年存活率資料(追蹤至2010年)

■ 七成存活率



醫療服務利用及密集度的改變-2

提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展

28

- 合理調整兒科、內科及家醫科執行耳鼻喉門診局部處置之申報率。
 - 兒科、家醫科及內科醫學會反應，耳鼻喉是呼吸道感染的重要部分，該科患者常見此類疾病，**本處置尤其適用不擅擤鼻涕之呼吸道感染患者及兒童，有助促進疾病治療及癒後品質**，爰有需求及必要性，且該科醫師也都依病患病情提供本項服務。
- 醫療服務內容：耳鼻喉局部治療-計**4**項。
 - 膿或痂皮之取出或抽吸（**54019C**）
 - 傷口處置及換藥（**54027C**）
 - 耳部雙側膿或痂皮之取出或抽吸（**54037C**）
 - 耳部雙側傷口處置及換藥（**54038C**）

醫療服務利用及密集度的改變-2

提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展

29

- 預期效益：
 - 為確保民眾就醫權益、基層醫療照護服務多元暨平衡科別發展之合理給付
 - 落實以人為本，以問題為導向的全人照顧醫療服務目標。
 - 提升社區民眾應有的可近性、可用性醫療服務品質。
 - 節省民眾非必要之多科診療費用與時間精力耗損。
- 費用預估基礎：
 - 本項支付標準為120點/件及180點/件。依中央健保局6月5日健保醫字第1010075395號函試算資料，**預估增加費用5.4億，成長率0.576%**。

醫療體系對高齡者的挑戰

30



醫療服務利用及密集度的改變-3

「因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響（提升慢性病照護品質）」

- 依據健保局100年第4季醫院與西醫基層財務風險監控報告顯示：
 - 99年-100年第4季西醫基層慢性病人數成長率平均約5.5%，其件數成長率平均約6%，然醫療費用成長率平均約5.7%。慢性病醫療費用占整體西醫基層費用約20%，顯示慢性病人的確為西醫基層主要照護族群。而慢性病治療又以藥費為大宗，其醫療費用之成長，對基層總額有重大影響。

醫療服務利用及密集度的改變-3

「因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響（提升慢性病照護品質）」

32

- 維持自我照顧的能力，才是關懷高齡長者最優先的課題：
 - 商業周刊 第1206期(2011-01-03)報導，芬蘭經驗顯示，長期照顧的資源有限，有越多健康的高齡者，才能集中資源，協助需要護理的長者；因此，芬蘭9成老人能自理，臨終前2週才躺在床上。而且，**提升老人健康的所需花費，遠比照顧臥床老人省得多**。因此芬蘭政府訂定的目標，二〇一二年以前，逾九成七十五歲以上長者，能在自己家中獨立生活；只有五%到六%的長者須住進養老機構，三%須仰賴長期照顧。換言之，該國致力讓九七%的老人都能夠照料自己。目前該國數字已經非常接近上述目標。
- 因應暨提升慢性病疾病照護，維持高齡長者自我照顧能力，的確較照護臥床高齡長者之費用節約。我國同樣面臨高齡化社會的來臨，醫療資源有限的情形下，更應將資源使用在刀口上。

「因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響（提升慢性病照護品質）」

33

- 健保局曾多次表示本項費用可能部分反映於人口結構調整等項目中，但新藥新科技引進、老人人口成長暨藥費等多重影響下，其醫療費用成長亦呈現快速成長，恐非人口結構、人口成長及新科技能完全反映。
- 依據健保局100年第4季醫院與西醫基層財務風險監控報告顯示，99年-100年第4季西醫基層慢性病人數成長率平均約5.5%，其件數成長率平均約6%，然醫療費用成長率平均約5.7%。
- 慢性病醫療費用占整體西醫基層費用約20%，換算成長率約1.14%；考量業於反映於「人口結構改變率」，醫療費用成長率1.14%扣減0.762%，爰編列成長率0.378%。

其他議定項目

34

- 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（減項）
 - 費協會第182次委員會會議資料。
- 西醫基層違約扣款非總額舉發費用為-53.1百萬點，**成長率為-0.057%**。



專款計畫

35

- **醫療資源不足地區改善方案**
 - 比照本方案護理人員報酬，支付「藥事人員」巡迴醫療報酬為「論次計酬，每次為3小時，一般日每次支付1200點，假日每次支付1700點。」
 - 弱勢族群及偏遠地區醫療照護提升：以點值保障及最低下限補助30萬元予該等區域開業之基層院所，以提高其繼續留在該區開業意願。
 - 新增「門診診察費加成17%」，以落實扶助醫療資源不足地區醫療服務。
 - 本項之預算編列是否充足，尚不確定，併請中央健保局試算精算費用。
- **新增「平衡城鄉發展醫療資源計畫」**
- **「醫療給付改善方案」：建議編列7億。**
 - 目前我國糖尿病病人約180萬人，以99年為例，照護人數僅6.7萬人，費用0.8億，執行率不高，主因為制度規定院所參與門檻高；本項擬導入支付標準，放寬基層診所團隊醫師人員資格，將擴大基層院所參與及照護人數，**照護糖尿病病人數增加為45萬人計，預估管理照護費用約5.4億。**
- 「慢性B、C型肝炎治療計畫」、「家醫整合性照護計畫」、及「診所所以病人為中心整合照護計畫」：
 - 若計畫內容沒有改變，至少比照101年預算編列。

專款項目-醫療資源不足地區改善方案

藥事人員

36

- 比照本方案護理人員報酬，支付「藥事人員」巡迴醫療報酬為「論次計酬，每次為3小時，一般日每次支付**1200**點，假日每次支付**1700**點。」

弱勢族群及偏遠地區醫療照護提升

37

- 基層門診費用較醫院門診便宜，以101年Q1為例，平均每件門診費用便宜約**1300**點。
 - 對象：於西醫基層醫療醫源不足地區開業之診所。
 - 門診服務時數：比照西醫基層醫療醫源不足地區改善方案之新開業規定。(每周至少提供**5**天門診服務，並包含**3**次夜診，每診次至少**2**小時以上，夜診時間應介於每日**18**時至**22**時；且前開所提供醫療服務診療時間總時數每周不得少於**24**小時)
 - 補助浮動點值**1點1元**計；考量規模不經濟，惟每家開業診所每月最低下限補助**30**萬元。
- 請中央健保局協助精算本項費用。

勢弱專款項目-醫療資源不足地區改善方案

為落實扶助醫療資源不足地區醫療服務，門診診察費加成**17%**

38

- 身處醫療資源豐富地區者，就醫處所之選擇具有多重性；惟身處於醫療資源不足地區之居民，其多屬年長者、行動不便者、小孩兒童，甚或經濟較為弱勢者，往往因不便就醫而延誤病情，就醫權益顯遭剝削。
- 為減少基層醫療資源不足地區民眾就醫奔波之苦，及時提供偏遠地區民眾在地的基層醫療服務（如：初級門、急診照護等），除原專款計畫提供該區域新開業基層院所第一年點值保障外，建議門診診察費加成**17%**予該等區域開業之基層院所，以提高其繼續留在該區開業意願，確保當地民眾就醫可近性。

專款項目-醫療資源不足地區改善方案 弱勢族群及偏遠地區醫療照護提升

39



新增專款項目

平衡城鄉發展醫療資源計畫

40

- 台灣地區城鄉醫療差異大，且醫療資源分布極為不均。
 - 臺北市每位醫師服務人數約422人，台東縣1,569人，兩者相差高達4倍。
- 許多城鄉交通不便、耗時，使深受病痛折磨的民眾需耗費更多時間，舟車勞頓，才能到基層醫療院所就醫。
 - 以平均每間健保特約醫事機構服務範圍（km²/家），台北市0.08、花蓮12.28、台東縣17.49，其顯示民眾就醫便利性，相差更為驟大。
- 為確保民眾就醫權益及公平性，及鼓勵基層醫療院所提供多元醫療服務，爰建議：
 - （1）補助「每位醫師服務人數」超過**1,500**人之縣市（如：台東縣、屏東縣等）。
 - （2）補助項目為該地區醫師申報第一段門診量之門診診察費加成**17%**。
- 請中央健保局協助試算費用。

結論

41

- 以民眾的健康促進及就醫需要為依歸
 - 資訊的需求（衛教、資訊對等及民眾取的正確就醫資訊等）
 - 就醫文化與習俗（方便及持續的就醫及就醫公平性）
 - 未雨綢繆高齡化社會的新需求
 - 在人口負成長的趨勢下及嬰幼兒保健的需求、因應多元人口結構改變
- 瞭解醫療供給者的需要及行為
 - 瞭解醫療市場動態（人力、科別發展：四、五、六大皆空）
 - 瞭解醫療供給者需要（合理給付、醫療行為除罪化）
 - 協助社會需要的弱勢供給者
- 隨時準備因應新科技、新的健康挑戰、新的社會經濟生態所需的新服務方式

感謝聆聽 敬請指教

42

