

監察院糾正案件結案情形一覽表

98 年 2 月

案號	被糾正機關改善情形	結案情形
94 財 正 4	<p>設施改善情形：</p> <p>一、全民健康保險給付範圍增刪之研議情形：</p> <p>(一) 衛生署自 95 年起，陸續公告 3 項部分給付項目：塗藥血管支架、特殊材質人工髖關節、特殊功能人工水晶體，並由健保局公告「全民健康保險醫事服務機構提供部分給付項目之作業原則」。</p> <p>(二) 近年歷次全民健康保險法修正草案均已列入差額負擔之法源。</p> <p>二、落實轉診制度之具體措施及量化成效：</p> <p>(一) 新制醫院評鑑制度：於 508 項新制醫院評鑑基準中，與轉診、轉檢或轉介之適當性等相關者，計有 8 項，藉此強化醫院辦理轉診作業。</p> <p>(二) 輔導醫療區域推動雙向轉診制度：分別於全民健保六大醫療照護區域，實施醫療區域輔導計畫，設置區域管理委員會，並由衛生局與責任醫院共同辦理，藉以加強區域內醫療機構交流合作與推動轉診工作。</p> <p>三、價差之金額及對於縮小藥價差之改善措施及具體成效：</p> <p>為使健保藥品支付價格更合理，健保局除依法繼續辦理藥品價量調查外，並著手進行全民健康保險藥價基準研修作業，於去(97)年分別與藥界及醫界研商「藥價基準」實質內容之議題，藥界部分，經召開 3 次討論會議，已獲得初步結論；醫界部分，已召開第 1 次討論會議，將俟完成與醫界之討論會議後，依據醫界與藥界之建議，研修本保險藥價基準，朝向研訂快速調價機制及機動性調查機制改進。</p> <p>四、總額預算制度對於重大傷病、罕見疾病、偏遠地區之醫療照護之衝擊評估及採行之相關配套措施與成效：</p> <p>(一) 有關重大傷病等急重症治療部分：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 由於 93 年重大傷病患者於醫院就醫之醫療點數成長 17%，94 年亦成長 12%，為保障並適度反映前述醫療利用率之改變，95 年度醫院總額協商因素編列「加強急重症照護」成長率 0.799% (約 19 億點)，並逐年列入基期計算。 2. 醫院總額部門對藥費、手術、麻醉……屬於急重症患 	<p>財政及經濟委員會 98、2、17 第 4 屆第 18 次會議決議：糾正案結案存查。</p>

案號	被糾正機關改善情形	結案情形
	<p>者常使用之醫療項目，保障每點 1 元。</p> <p>3. 97 年醫院總額編列「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」之專款 23.373 億元，用以移植病患之手術及後續追蹤照護，採專款專用、點值每點 1 元等保障措施，解除推廣器官移植之經濟障礙。</p> <p>4. 為鼓勵器官移植，將腎臟、心臟、肺臟及肝臟移植等手術技術費用支付點數一併調高，腎臟移植提高至 3 倍，另心、肺及肝臟移植等手術之支付點數，調高 2 倍支付，並自 97 年 1 月 1 日起實施。</p> <p>5. 95 年至 97 年第二季，門診重大傷病醫療點數占率分別為 18.6%、19.3%、20.1%，住診重大傷病醫療點數占率分別為 39.6%、39.9%、40.6%，門住診占率均逐年提升中，重大傷病患者之醫療利用已有適度保障。</p> <p>(二) 有關罕見疾病醫療照護部分：</p> <p>為保障罕見疾病患者之就醫權益，94 年醫院總額編列「罕見疾病」之專款預算 5.72 億元，95 年起，除罕見疾病外，更增加保障血友病患者專款預算迄今，95 年專款預算為 26.595 億元、96 年為 30 億元、97 年為 36 億元，除採專款專用、點值每點 1 元等保障措施，且 99% 之專款預算均執行完畢，已可有效保障罕見疾病與血友病患者之就醫權益。</p> <p>(三) 有關偏遠地區之醫療照護部分：</p> <p>1. 山地離島地區之醫院門診診察費，未實施門診合理量制度，無一般地區超過門診合理量時，診察費須折付之規定。</p> <p>2. 94 年迄今，山地離島及符合衛生署公告之偏遠地區急救責任醫院，急診診察費加成 30% 至 50%，且急診醫療服務之點值每點 1 元，97 年共計 41 家，每年額外獎勵約 1 億元。</p> <p>3. 95 年起，健保局依「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」，若有符合認定原則之偏遠地區醫院浮動點值採前季平均點值核付，97 年共 20 家，每年額外獎勵約 8 千萬元。對於偏遠地區醫院已較一般醫院之點值從優保障。</p> <p>五、醫療浪費之態樣、範圍及金額與遏止醫療浪費之具體措施及成效：</p> <p>(一) 保險醫事服務機構方面：加強保險醫事服務機構之違規查</p>	

案號	被糾正機關改善情形	結案情形
	<p>核、實施藥價監控及強化保險醫事服務機構申報醫療費用之審查。</p> <p>(二)保險對象方面：實施部分負擔及高利用保險對象之輔導與指定就醫地點。</p> <p>六、總額支付制度有關同儕制約機制之建置情形及成效：</p> <p>(一)總額支付制度實施後，各年度醫療費用總額與分配架構即需透過付費者與醫界各層級代表等所組成之費協會預先取得共識與協定，並就醫療資源配置之合理性等議題定期召開會議討論；而醫事服務提供者，則依據前述預先公告之預算架構調整服務型態，提昇醫院經營效率節制醫療浪費，以獲致合理報酬。</p> <p>(二)為落實共同管理機制與凝聚醫界共識，94年起，健保局固定每2至3個月召開由醫界代表、專家學者、衛生署與費協會等組成之「醫院總額支付委員會」，共同監控醫療利用與點值等相關議題，並就執行層面提供規劃與建議事宜。</p> <p>(三)醫療服務之適切性，健保局原則尊重醫師專業臨床判斷，並透過行政及專業審查機制，對於不當使用之醫療費用予以核減，另為保障醫療服務品質，醫院總額實施前已會同專家學者、付費者及醫療服務提供者代表，共同訂定各部門總額品質確保方案，以確保總額支付制度實施後之醫療品質。</p> <p>(四)每點點值已明顯提昇並符醫界期待：94年醫院平均點值為0.90，95年起明顯回升，95年醫院平均點值介於0.9281-0.9414之間，96年平均點值介於0.9424-0.9564，97年截至第2季止為0.9432-0.9552。</p> <p>七、全民健保制度改革之研議及辦理進度：</p> <p>全民健康保險法修正草案業經行政院97年2月13日第3079次會議決議：「通過，送請立法院審議。」，並經立法院97年2月29日第7屆第1會期第2次會議完成一讀程序，交付衛生環境及勞工委員會審查。</p>	

資料來源：各常設委員會
編製單位：綜合規劃室