

## 目 錄

壹、 調查緣起：	1
貳、 調查對象：	1
參、 案 由：	1
肆、 調查依據：	1
伍、 調查重點：	1
陸、 調查事實：	1
一、「三多」問題之執行情況及檢討。	7
(一)現狀與問題分析	8
(二)前衛生署歷年改善措施	25
(三)藥事居家照護試辦計畫	51
(四)長庚紀念醫院推動實施之「整合用藥資訊提升門診 病人多重用藥安全」	57
二、「重大傷病」之執行情況及檢討。	61
(一)現狀與問題分析	61
(二)前衛生署歷年改善措施	87
(三)國防部役男體檢機制	92
三、「無效醫療」之執行情況及檢討	93
(一)第三波健保改革系列研討會	93
(二)臺北榮總對疾病嚴重程度的評估工具	96
(三)前衛生署對於無效醫療的後續改善情形	104
四、「醫療體系整合」之執行情況及檢討。	106
(一)醫療體系概述	106
(二)醫療體系之整合	106
五、「論人計酬」之執行情況及檢討	131
六、前衛生署推動臺灣「NICE」之進度	151
七、626跨部會約詢：	153
八、實地訪查意見摘錄：	160
柒、 調查意見：	205

- 一、鑑於每年國人平均就醫次數持續攀升，從86年之13.76次，增加至101年之15.12次，且每年超過平均就醫次數之人數，亦從86年之757萬人，增加至101年之837萬人，不僅影響醫療有限資源的有效使用，更可能影響健保的永續經營；因此，衛生福利部允應積極研議採取有效對策及相關配套，俾妥適處理保險對象「看病多」之問題。..... 206
- 二、每年健保門診藥費持續攀升，從90年之688.9億元，增加至101年之1,185.6億元，約占健保支出4分之1，其中近五成藥費係流向門診慢性病；加以每年慢性病連續處方箋開立件數從87年之9萬4千件，增加至101年之1,971萬5千件，其藥費從87年之0.88億元，增加至101年之176.34億元，不僅影響醫療有限資源的有效使用，更可能衍生變相鼓勵醫療有限資源的不當濫用；因此，為避免醫療資源浪費，並保障病患用藥安全，衛生福利部允應積極研議採取有效對策及相關配套，俾妥適處理保險對象「拿藥多」之問題。..... 214
- 三、前衛生署健保局自99年推動「高診次民眾就醫行為改善方案－藥事照護試辦計畫」迄今，在中華民國藥師公會全國聯合會及藥師人員積極配合努力之下，成效顯著，應予肯認；衛生福利部允宜在維持並精進服務品質前提下，研議擴大實施辦理。..... 219
- 四、長庚紀念醫院推動實施之「整合用藥資訊提升門診病人多重用藥安全」，確可減少病患重複用藥之問題，衛生福利部允宜參酌研擬擴大推廣辦理，以有效節省用藥浪費，並提升多重疾病患者之用藥安全。..... 223
- 五、健保實施後，民眾使用特定昂貴醫療儀器檢查逐

- 年明顯增加，從電腦斷層掃描儀（CT）到磁振共振斷層掃描儀（MRI）及正子斷層掃描儀（PET），均有「檢查多」之情形，前衛生署雖已進行相關監測並推動特定檢查資源共享試辦計畫，惟成效仍然不彰，衛生福利部允應積極研議有效對策。 224
- 六、基於目前改善「三多」問題之相關措施能否發揮效果，多涉及醫療資訊系統之技術成熟與否，故行政院允應全力支持衛生福利部及健保署之「臺灣健康雲計畫」推動與執行，俾利建立醫療網路的高速公路，有效減少醫療浪費之問題。 . . . . . 227
- 七、衛生福利部應持續向民眾加強宣導「全民健保、人人有責」，珍惜有限健保資源的觀念，並教育民眾正確醫療保健知識，俾妥善處理保險對象「三多」問題。 . . . . . 230
- 八、長期以來，前衛生署未能積極檢討重大傷病範圍項目的界定，致使健保實施迄今，列入重大傷病範圍之疾病項目只增不減，從16項增加為30項，每年領證數逐年增加，從84年開辦時之21萬7,960張，增加至101年之96萬1,265張，領證人數為89萬8,975人，占該年納保人口之3.86%；所使用的醫療費用亦從86年之415.95億元，增加至101年之1,558.43億元，占健保支出之27.56%，已為健保財務帶來沉重之壓力，甚至可能動搖健保永續經營的基礎，顯有怠失。 . . . . . 231
- 九、前衛生署為加強管理，雖已強化重大傷病證明之審查及核發程序，並訂定各項疾病證明之有效期限，惟重大傷病領證人數仍然持續快速增加，爰衛生福利部允宜參酌目前役男體位區分標準之跨部會研商機制，積極檢討改善以周延重大傷病之核證機制。 . . . . . 246

- 十、為有效規範全民健康保險法有關重大傷病免自行負擔費用之範圍，衛生福利部允宜正視並妥善解決醫療院所難以遽下認定重大傷病患者每次就醫係與該傷病相關之困境。..... 250
- 十一、鑑於重大傷病患者屬外國籍身分者，從95年之1,580人，至101年為1,870人，顯有逐年增加之趨勢，行政院在面對我國已逐漸轉型為多元文化之移民社會，亟需採取更多元包容政策之際，也有必要採取預防作為，而責成相關機關落實把關對外國人申請居留之審查作業，俾杜絕不法居留，保障合法居留，以維護健保之永續經營。..... 251
- 十二、臺北榮民總醫院重症醫學部所發展之疾病嚴重程度評估工具對於無效醫療相關議題之處理，可謂踏出關鍵性的一大步，本院爰於101年7月提出「健保資源、分配正義、醫學倫理、無效醫療及臨終關懷之相關課題及其檢討案」調查報告，要求行政院督促前衛生署積極整合建立無效醫療的明確定義及評估標準，惟該署竟迄無任何推展之作為，且回應消極，實有怠失。..... 254
- 十三、鑑於加護病房內仍不斷地上演著末期或瀕死之病人仍然接受抽血、化療、洗腎或心肺復甦術等折磨及痛苦，衛生福利部允應參酌臺北榮民總醫院重症醫學部於加護病房內推動終止無效醫療之實務經驗及相關建議，積極營造安寧緩和醫療的有利環境及必備基礎。..... 256
- 十四、為妥善因應處理重大傷病患者之無效醫療問題，衛生福利部仍應積極克服法律上之障礙，以維護末期病人之生命品質及健保的永續經營。.. 264
- 十五、面對有限的醫療資源、無窮的醫療需求及臨終的生命品質，將無效醫療轉移銜接到安寧緩和醫

- 療，乃是重大的選擇工程，惟其需要制度之引導及資源之挹注，始能鼓勵更多醫院投入安寧療護工作；是以，衛生福利部除應儘速研議規劃，戮力促成安寧療護社區化之推動與落實外，亦應以「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」實施經驗為借鏡，準備周妥的配套措施，俾避免引發任何不可預期的後遺症。..... 265
- 十六、國防部於持續提供原有醫療照護服務及保留戰時動員母體前提下，大規模簡併國軍醫院，對於續存醫院又進一步進行垂直整合，不斷精進以有效利用資源及提升醫療品質，尤開創「獎金合併計算」政策，實質激勵分院醫師士氣及提升總院級醫院之領導意願，殊值肯定。..... 267
- 十七、國內各公立醫療體系為因應醫療環境之重大改變，各自發展不同屬性醫療體系整合模式，各有其特色，各體系間允應互相學習以吸取寶貴經驗，衛生福利部更應積極參考各體系整合成功之關鍵因素，確立署立醫院之定位與功能，繼續共同造福國人健康。..... 269
- 十八、前衛生署勇於突破現行「論量計酬」之支付模式框架，將預防醫學及健康促進之概念導入支付標準，施行「全民健康保險論人計酬試辦計畫」，促使醫療資源有效利用及促進國人健康，允宜肯認。..... 272
- 十九、前衛生署健保局藉由「全民健康保險論人計酬試辦計畫」，強調預防醫學、健康促進、全人照護及醫療品質等之重要性，確有其正面意義；惟嗣後健保署仍應正視試辦團體所提之建議，適時滾動修正，以求精進。..... 273
- 二十、前衛生署已成立國家醫療科技評估中心(NIHTA)

之籌備辦公室，踏出臺灣NICE的第一步，惟其目前定位、組織及功能等與英國NICE仍有很大落差，爰行政院允宜責成衛生福利部結合各種專家與專業性團體，以及原屬國家衛生研究院之衛生政策研究發展中心，儘速立法成立具有臺灣特色的獨立機構，俾為健康促進、疾病預防及治療相關的準則發展，提供客觀、獨立又具代表性與公信力的諮詢建議。 . . . . .	276
捌、處理辦法： . . . . .	279
<b>附件 1</b> . . . . .	280
第三波健保改革研討會-醫療資源分配正義的探討	280
<b>附件 2</b> . . . . .	284
第三波健保改革研討會-從三個「經典案例」談醫療資源分配正義議程 . . . . .	284
「九四共識」 . . . . .	286
<b>附件 3</b> . . . . .	287
第三波健保改革研討會-醫療資源分配正義機制之建立研討會議程 . . . . .	287
「三三宣言」 . . . . .	290

## 調 查 報 告

壹、調查緣起：本案係委員自動調查。

貳、調查對象：行政院、衛生福利部、衛生福利部中央健康保險署、國防部、行政院退除役官兵輔導委員會、教育部暨所屬國立臺灣大學醫學院附設醫院、成功大學醫學院附設醫院、臺北市政府、高雄市政府。

參、案由：為延續對全民健康保險總體檢重大課題之監督，包括：「三多問題」、「重大傷病」（特別係與無效醫療之關連）、「醫療體系整合」、「論人計酬」及臺灣「NICE」等，究相關主管機關能否在醫療資源有限之情況下，依循「分配正義」原則，有效規範、檢討或推動？是否涉有違失？均有深入瞭解之必要乙案。

肆、調查依據：本院 101 年 7 月 31 日（101）院台調壹字第 1010800272 號函，並派調查官○○○、調查專員○○○協助調查。

伍、調查重點：

- 一、「三多問題」之執行情況及檢討。
- 二、「重大傷病」之執行情況及檢討。
- 三、「無效醫療」之執行情況及檢討。
- 四、「醫療體系整合」之執行情況及檢討。
- 五、「論人計酬」之執行情況及檢討。
- 六、臺灣「NICE」之執行情況及檢討。

陸、調查事實：

全民健保實施以來，民眾獲得的醫療品質及就醫可近性，均大幅提昇，此係由醫療機構及醫事人員努力提供各項醫療服務所共同達成。然醫療服務的提供及醫療

品質的提昇，均需投入相當之成本，但健保實施總額預算制度後，醫療服務量成長所應增加之醫療成本，多年來卻未能實際反應於每年度之總額協商成長率中。在醫療預算增加不易、醫療需求持續成長之現實困境下，除需積極開拓健保財源，抑制不當醫療需求外，當務之急，更需將有限之醫療資源，以公平、有效之方式進行適當分配，始能避免因健保預算分配嚴重失衡及排擠效應，造成醫療生態扭曲，甚至動搖全民健保基石。然而，長期以來健保財務問題嚴峻，行政院、前行政院衛生署<sup>1</sup>及前行政院衛生署中央健康保險局<sup>2</sup>雖均投注大量時間及人力進行處理，並研擬各項改革方案，但相對而言，對於涉及醫療核心問題之健保「分配面」議題，卻幾乎未曾認真對待，因此，健保資源分配問題鮮少被討論，遑論有系統地進行處理。本院於4年前進行「我國全民健康保險總體檢」調查案（下稱「全民健保總體檢案」，A案）調查案期間，即將健保資源分配問題聚焦於「四大科」、「社區醫院」之困境，並就「洗腎」、「呼吸器治療」之支出問題進行探討，發現全民健保實施後，代表臺灣百年來醫學主流的內、外、婦、兒科四大科已有走向「四大皆空」的隱憂；且地區醫院家數急遽萎縮，更危及當地民眾基本健康照護與緊急醫療照護的權益與需求；又呼吸器及洗腎人口合計占人口總數之0.33%，竟使用約12%的健保預算，分配呈現失衡現象。爰針對上開問題，提出分配正義的主張，其中有三大訴求，包括：「重振四大科」、「守護社區醫院」與無效醫療的shift

---

<sup>1</sup> 行政院衛生署已於102年7月23日改制為衛生福利部，惟本案調查期間，該署尚未完成改制，皆以行政院衛生署函覆相關資料，且本案相關問題及行政作為均發生於前衛生署時期，故本案仍以改制前之名稱表述，並簡稱前衛生署。

<sup>2</sup> 行政院衛生署中央健康保險局已於102年7月23日改制為衛生福利部中央健康保險署，惟本案調查期間，該局尚未完成改制，且本案相關問題及行政作為均發生於前健保局時期，故本案仍以改制前之名稱表述，並簡稱前健保局。

」等對於資源分配結構調整理論與實際的調查意見，期導正已嚴重受到扭曲的現行支付制度，俾全民健保得以永續經營

嗣行政院對於本院「全民健保總體檢」案（下稱A案）所提調查意見，業責成前衛生署、前健保局及相關機關進行檢討改進，然針對有關「醫療資源分配正義」的回應，無論在力度、深度及持續性，似均尚有不足。又健保資源分配問題，並非僅係單純之費用分配作業之處理，其本質已觸動醫學倫理、無效醫療及臨終關懷等人性及生命價值議題，茲事體大，唯有相關機關在「關懷生命品質」、「尊重醫療專業」及「健保永續經營」之原則下，參考社會價值、凝聚社會共識，並破釜沉舟，下定決心，始能有所作為。為延續對於「全民健保總體檢」案的監督，本院復於100年7月間就「重振四大科」、「守護社區醫院」、無效醫療、安寧緩和醫療、醫療糾紛、醫院評鑑等重大議題，立案進行調查，並於101年7月間提出調查報告（以下簡稱「健保資源、分配正義、醫學倫理、無效醫療及臨終關懷之相關課題及其檢討案」，B案）。

前揭兩案完成後，前衛生署已吸納本院的調查報告，將「重振四大科」及「守護社區醫院」成為具體的政策，進而納入預算，並付諸執行中：

第一，在重振四大科方面，自100年對醫院外、婦、兒科診察費進行17%的加成，且直接於支付標準做調整，此調整為全面性、通案性，因反映於支付標準中，可謂具備延續性之政策。101年度加成醫院及西醫診所內外婦兒四大科之診察費，預算金額約為21億元，此為健保實施17年以來，首次連續兩年對四大科之診察費進行加成。102年度醫院醫療給付費用，其中一般服務項下「支付標準調整」的成長率為1.566%，預估增加約50.55億元

，用於合理調整急重難科別手術費、procedure、麻醉費之支付標準。102年度西醫基層醫療給付費用，一般服務項下「支付標準調整」的成長率為0.237%，預估增加約2.22億元，用於內科支付標準、外科手術及處置項目支付標準的調整。此外，前健保局為回應內、外、婦、兒四大科健保給付偏低之訴求，已自100年起啟動支付標準全面評量作業，檢討相關之手術費及處置費，促進專科之間支付的公平性。

第二，在守護社區醫院方面，前衛生署於100年時已新增計畫，推動以離島地區或肩負鄰近山地鄉民眾的主要就醫醫院，若具備重要急性醫療照護功能，且距離醫學中心較遠，其重要性無可取代者，給予每點1元的保障，全年預算2億元。復於101及102年度全民健保醫療給付費用總額之「其他預算」項下均編列6.7億元用於「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」，對離島醫院及偏遠地區民眾於該地區或鄰近地區主要急性就醫醫院，與偏遠地區急性醫療主責醫院所提供的健保醫療服務，給予點值保障。

本院為再延續對於「全民健保總體檢」重大課題之監督，包括：「三多問題」、「重大傷病」（特別係與無效醫療之關連）、「醫療體系整合」、「論人計酬」及臺灣「NICE」等，究相關主管機關能否在醫療資源有限之情況下，依循「分配正義」原則，有效規範、檢討或推動？是否涉有違失？爰立本案進行調查。案經向前衛生署調閱相關卷證資料，並舉辦9場諮詢會議，更於102年4月至5月間至前健保局各區業務組進行實地訪查，並舉辦座談會，邀集第一線醫師、醫事人員、醫院管理者、各縣市衛生局長、醫師公會理事長或指派代表，聽取第一線相關人員之建言；並實地訪查7家論人計酬之試辦團隊。訪查期間，本院辦理17場之座談會，參與400人次

以上之醫師及醫療工作者，對於「三多問題」、「重大傷病」、「醫療體系整合」、「論人計酬」等四大項議題，提出頗多具體之意見及醫療現場之實際狀況。

前揭實地訪查及座談會於102年4月間開始，至5月31日結束，約2個月期間，承前健保局及各分區業務組對於訪查行程做了非常用心的安排，使得訪查期間得以汲取第一線醫療工作者之建言。茲將走訪醫療機構之地點及行程，依序彙表如下：

時間	承辦機關	訪查機構 及參與座談之醫療機構
102年2月21日	前健保局臺北業務組	臺灣大學醫學院附設醫院金山分院
102年4月17日 下午	前健保局高屏業務組	高雄市、屏東縣基層診所
102年4月18日 上午		高雄市、屏東縣醫院
102年4月18日 下午		屏東基督教醫院
102年4月19日 上午		高雄市、屏東縣各層級醫療院所
102年4月23日 上午	前健保局北區業務組	桃園縣、新竹縣、新竹市、苗栗縣醫院
102年4月23日 下午		桃園縣、新竹縣、新竹市、苗栗縣基層診所
102年4月24日 上午	前健保局中區業務組	臺中市、彰化縣、南投縣醫院
102年4月24日 下午		臺中市、彰化縣、南投縣基層診所
102年4月25日 上午		臺中市、彰化縣、南投縣各層級醫療院所
102年4月25日		澄清醫院平等院區

時間	承辦機關	訪查機構 及參與座談之醫療機構
下午		
102年4月26日 上午		彰濱秀傳醫院
102年4月26日 下午		彰化基督教醫院
102年5月20日 下午	前健保局南區業務 組	雲林縣、嘉義縣、嘉義市、臺 南市基層診所
102年5月21日 上午		雲林縣、嘉義縣、嘉義市、臺 南市醫院
102年5月21日 下午		雲林縣、嘉義縣、嘉義市、臺 南市各層級醫療院所
102年5月22日 上午	前健保局北區業務 組	桃園縣、新竹縣、新竹市、苗 栗縣各層級醫療院所
102年5月23日 上午	前健保局臺北業務 組	臺北市、新北市醫院
102年5月23日 下午		臺北市、新北市基層診所
102年5月28日 上午		耕莘醫院
102年5月28日 下午		臺北樂樹醫療群
102年5月29日 下午		臺北市、新北市各層級醫療院 所
102年5月30日	前健保局東區業務	臺東縣各層級醫療院所
102年5月31日	組	花蓮縣各層級醫療院所

除前揭訪查行程外，另為瞭解相關醫療體系之整合情形，本案於102年4月29日及5月2日分別赴三軍總醫院、臺北榮民總醫院及臺北市立聯合醫院和平院區，實地瞭解國防部、行政院國軍退除役官兵輔導委員會（以下

簡稱退輔會)及臺北市政府執行所屬醫療機構整合(併)之情形。再於102年5月9日及10日實地訪視中華民國藥師公會全國聯合會(以下稱藥師公會全聯會)執行「全民健康保險高診次保險對象藥事居家照護」試辦計畫(以下簡稱藥事居家照護計畫)之實際情形。

在完成一系列的實地訪查，本案獲得諸多寶貴之意見；最後，在著手進行調查報告撰寫前，舉辦一場跨部會之約詢，時間為102年6月26日，參加人員包括：行政院毛副院長治國、前衛生署邱署長文達(現任衛生福利部部長)、退輔會曾前主任委員金陵、國防部高前副部長廣圻(現任國防部參謀總長)、教育部陳常務次長德華、臺北市政府陳副市長雄文、高雄市政府李副市長永得、國立臺灣大學醫學院附設醫院陳前院長明豐、國立成功大學醫學院附設醫院楊院長俊佑等相關主管人員。茲綜整調卷、座談、諮詢、實地訪查及約詢資料，將調查事實整理如后：

#### 一、「三多」問題之執行情況及檢討。

本院前進行全民健保總體檢案時(A案)，在實地訪查時，不論是在正式座談或私下互動場合，大家都有一個共同的感受，那就是伴隨著健保的實施，確實產生不少的醫療浪費，特別是民間所形容的「三多」更受到詬病，這「三多」即「看病多、拿藥多、檢查多」。A案並提出調查意見略以：前衛生署應加強向民眾宣導珍惜有限健保資源的觀念，教育民眾正確醫療保健知識，更應審慎研議有效對策，妥適處理保險對象「三多」問題。

惟鑑於醫療院所或保險對象對於醫療之供給或需求遠超過實際之需要而發生醫療浪費情事，將排擠健保預算之使用，影響確有需求者之醫療需要，而危及全民健保之公益性質。為延續A案之監督，本案爰就「

三多」問題進行更深入之調查及釐清，茲將「三多」問題之實際現狀及歷年前衛生署採取之改進措施分述如下：

### (一)現狀與問題分析

#### 1、看病多

##### (1)從醫療院所平均每日門診量分析

<1>從86年至101年<sup>3</sup>整體醫療院所平均每日門診量觀之，年平均成長率為1.45%。前健保局認為每日門診量增加之主要原因，與人口老化及重大傷病病患逐年增加有關。

<2>再從各層級醫療院所每日門診量觀之，國人門診就醫主要仍集中在基層院所，以100年為例，基層診所（含西、中、牙）每日看診件數為715,978件，占總每日件數988,507之72.4%，亦即有7成2之民眾習慣於基層就醫。

<3>86年至101年每年醫療院所平均每日門診量及其成長情形，詳見下表1。

##### (2)從國人平均每人每年門診就醫次數分析

<1>86年至101年國人平均每人每年門診就醫次數有逐年增加之趨勢，從86年之13.76次，增加至101年之15.12次。每年超過全國平均門診就醫次數之人數，亦從86年之757萬人，增加至101年之837萬人。

<2>再以年齡分布觀之，以101年為例，該年超過每人平均門診次數（15.12次）者有837萬人，其平均就醫次數為30.79次，占全國35.1%，其中未滿18歲為148萬人，平均次數

---

<sup>3</sup> 由於健保開辦初期資料未臻完備，爰衛生署健保局僅能自86年起提供相關資料。

為27.83次，占全國同年齡34.3%；18歲至44歲為224萬人，平均次數26.94次，占全國同年齡24.1%；45歲至64歲為263萬人，平均次數為31.37次，占全國同年齡42.8%；65歲以上為173萬人，平均次數37.44次，占全國同年齡66.1%。

<3>86年至101年每年全國平均每人門診就醫次數及其成長情形，詳見下表2。

表1、86-101年各層級門診相關案件申報統計

年度	各層級院所平均每日申報件數												總 計	
	醫學中心		區域醫院		地區醫院		西醫診所		中醫診所		牙醫診所			
	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)
86年	54,565		60,730		107,771		466,536		58,307		53,986		801,894	
87年	61,079	11.94%	65,352	7.61%	113,356	5.18%	491,866	5.43%	62,835	7.77%	57,625	6.74%	852,113	6.26%
88年	66,973	9.65%	72,788	11.38%	114,630	1.12%	501,907	2.04%	66,284	5.49%	59,028	2.44%	881,611	3.46%
89年	73,177	9.26%	81,946	12.58%	98,653	-13.94%	479,956	-4.37%	64,486	-2.71%	59,664	1.08%	857,882	-2.69%
90年	80,459	9.95%	85,106	3.86%	97,193	-1.48%	464,130	-3.30%	66,548	3.20%	62,212	4.27%	855,647	-0.26%
91年	81,061	0.75%	95,953	12.75%	92,573	-4.75%	461,502	-0.57%	68,658	3.17%	63,077	1.39%	862,823	0.84%
92年	68,601	-15.37%	86,415	-9.94%	88,841	-4.03%	468,022	1.41%	76,153	10.92%	64,166	1.73%	852,198	-1.23%
93年	74,429	8.50%	94,917	9.84%	94,810	6.72%	503,148	7.51%	83,813	10.06%	70,400	9.72%	921,518	8.13%
94年	67,038	-9.93%	91,173	-3.94%	92,002	-2.96%	522,435	3.83%	83,515	-0.35%	71,019	0.88%	927,183	0.61%
95年	69,542	3.74%	81,795	-10.29%	86,961	-5.48%	488,720	-6.45%	81,473	-2.45%	71,849	1.17%	880,341	-5.05%
96年	71,839	3.30%	87,063	6.44%	85,472	-1.71%	490,545	0.37%	86,161	5.75%	73,832	2.76%	894,912	1.66%
97年	72,661	1.14%	94,336	8.35%	80,283	-6.07%	485,297	-1.07%	89,997	4.45%	75,786	2.65%	898,360	0.39%
98年	76,604	5.43%	102,061	8.19%	82,093	2.25%	507,243	4.52%	96,366	7.08%	77,885	2.77%	942,253	4.89%
99年	79,259	3.47%	106,364	4.22%	80,020	-2.53%	516,136	1.75%	92,482	-4.03%	78,206	0.41%	952,468	1.08%
100年	81,601	2.95%	113,038	6.28%	77,890	-2.66%	542,039	5.02%	95,811	3.60%	78,128	-0.10%	988,507	3.78%
101年	86,425	5.91%	117,835	4.24%	79,372	1.90%	532,666	-1.73%	99,018	3.35%	80,250	2.27%	995,556	0.71%

年度	各層級院所平均每日申報件數												總計	
	醫學中心		區域醫院		地區醫院		西醫診所		中醫診所		牙醫診所			
	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)
平均年成長率														
86-101年 (總計)		3.11%		4.52%		-2.02%		0.89%		3.59%		2.68%		1.45%
86-91年 (總額前)		8.24%		9.58%		-2.99%		-0.22%		3.32%		3.16%		1.48%
92-101年 (總額後)		2.60%		3.51%		-1.24%		1.45%		2.96%		2.52%		1.74%

備註：

- 1、資料來源為中央健康保險局二代倉儲86-101年門診點數明細清單檔。
- 2、有關特約層級之認定採各年度年底最新之特約狀態認定之。
- 3、特約層級屬基層診所以下切分如下，權屬37為牙醫診所、權屬38為中醫診所、其餘屬西醫診所(含衛生所等)。
- 4、件數計算不含慢性病連續處方案件、醫令差額補報及相關轉代檢案件。
- 5、92年因SARS事件，故相關門診利用情形有件數少，然單價高的趨勢。

資料來源：前衛生署

表2、86~101年每保險對象平均門診就醫次數統計表

單位：次/人、萬人、%

年別	全國	全國	年度門診就醫次數超越全國平均每人門診就醫次數者(依年齡層分層)														
			總計			未滿18歲			18歲-44歲			45歲-64歲			65歲以上		
	平均 次數	經年齡 校正	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率
	(次/人)	(次/人)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)
86年	13.76	13.73	757	28.42	36.3	229	26.65	39.6	254	25.13	28.8	165	30.61	47.1	110	36.40	62.7
87年	14.44	14.38	745	29.73	35.3	214	27.68	34.6	246	26.37	25.8	170	31.80	42.9	115	37.67	53.4
88年	14.72	14.61	785	29.42	36.7	220	27.78	37.0	258	25.89	26.8	183	31.06	44.9	124	37.27	60.0
89年	14.09	13.98	785	28.11	36.1	220	27.14	38.0	254	24.74	26.4	185	29.08	44.4	126	35.16	61.1
90年	13.64	13.53	839	26.72	37.6	223	25.56	39.7	277	23.32	28.1	203	27.60	47.0	136	34.22	64.8
91年	13.62	13.48	840	26.72	37.4	222	25.54	40.3	272	23.19	27.6	205	27.34	46.1	141	34.52	65.5
92年	13.40	13.24	809	27.18	35.9	208	25.37	38.7	260	23.97	26.4	201	28.08	43.9	140	34.53	64.2
93年	14.61	14.39	821	29.45	36.4	203	27.40	39.0	261	25.91	27.1	212	30.41	44.9	146	37.24	66.3
94年	14.70	14.48	822	29.37	36.6	205	27.40	40.2	252	25.74	26.5	215	30.21	44.2	149	36.97	66.7
95年	14.03	13.74	769	29.09	34.5	180	26.72	36.8	227	25.49	24.3	211	29.76	42.5	151	36.38	65.8
96年	14.04	13.74	778	29.05	34.6	175	26.64	36.5	230	25.52	24.8	220	29.75	42.8	153	36.06	65.4
97年	14.00	13.61	781	29.19	34.5	165	26.63	35.7	228	25.60	24.8	230	29.83	43.2	158	36.11	65.8
98年	14.44	14.00	815	29.28	35.8	169	26.36	37.1	238	25.70	25.9	243	30.01	44.1	164	36.42	66.7
99年	14.59	14.17	829	29.38	36.3	168	27.02	37.9	239	25.63	25.9	254	29.94	44.3	168	36.21	67.4
100年	15.07	14.60	806	30.54	35.1	160	27.94	36.5	227	26.79	24.4	254	31.17	42.6	166	37.18	65.6
101年	15.12	14.47	837	30.79	35.1	148	27.83	34.3	224	26.94	24.1	263	31.37	42.8	173	37.44	66.1

年別	全國	全國	年度門診就醫次數超越全國平均每人門診就醫次數者(依年齡層分層)														
			總計			未滿18歲			18歲-44歲			45歲-64歲			65歲以上		
	平均 次數	經年齡 校正	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率
(次/人)	(次/人)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)	
平均年成長率																	
86-101年 (總計)	0.63%	0.35%	0.67%	0.54%	-	-2.85%	0.29%	-	-0.82%	0.46%	-	3.14%	0.17%	-	3.05%	0.19%	-
86-91年 (總額前)	-0.21%	-0.37%	2.08%	-1.22%	-	-0.61%	-0.85%	-	1.41%	-1.59%	-	4.44%	-2.23%	-	5.02%	-1.06%	-
92-101年 (總額後)	1.35%	0.99%	0.37%	1.39%	-	-3.71%	1.03	-	-1.62%	1.31%	-	3.00%	1.24%	-	2.36%	0.90%	-

備註：

- 1、資料來源為中央健康保險局二代倉儲系統門診明細檔及保險對象資訊檔。
- 2、門診件數不含「轉、代檢」、「慢連箋領藥」、「代辦」、「居家照護及社區精神照護」及「補報醫令金額」案件。
- 3、平均門診次數之分母為各年季中(2、5、8、11月)在保人數取平均。
- 4、年齡校正係以1996年十歲年齡層人口結構為基期進行各年平均門診次數之調整。
- 5、全國占率係指針對各年度該年齡層族群高於全國平均就醫次數之人數占全國該年齡層族群總人數之占率。

資料來源：前衛生署

## 2、拿藥多

(1) 根據前衛生署提供之統計資料顯示，歷年醫療院所門診藥費申報<sup>4</sup>呈現逐年成長之趨勢，從90年之688.9億元，增加至101年之1,185.6億元，其中醫學中心門診藥費所占比率為最高（詳如下表3）。

表3、90至101年門診藥費統計

單位：億

年度	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所	門診透析	牙醫	中醫
90	<b>688.9</b>	211.4	143.0	90.8	206.1	-	1.1	36.5
91	<b>728.8</b>	239.4	168.0	96.0	187.6	-	1.1	36.7
92	<b>768.5</b>	247.7	167.6	97.6	199.6	8.8	2.1	45.1
93	<b>881.2</b>	279.2	200.4	108.8	230.2	9.9	2.5	50.1
94	<b>895.4</b>	271.4	204.4	104.2	251.4	11.1	2.7	50.3
95	<b>910.9</b>	284.7	219.0	102.3	239.8	12.7	2.5	50.0
96	<b>940.2</b>	303.9	230.3	102.8	231.6	15.3	2.5	53.7
97	<b>1,008.6</b>	335.6	254.8	105.3	235.3	17.6	2.7	57.3
98	<b>1,069.3</b>	355.7	272.6	108.2	247.2	19.6	3.0	63.1
99	<b>1,086.9</b>	367.8	281.7	106.1	244.0	20.9	3.1	63.4
100	<b>1,180.3</b>	406.2	310.9	113.2	258.7	20.6	3.0	67.7
101	<b>1,185.6</b>	419.5	313.7	110.3	246.7	20.4	3.1	71.9

備註：

- 1、資料來源：前健保局業務執行報告。
- 2、本表統計範圍含醫院總額、西醫基層總額、門診透析、中醫及牙醫之門診藥費。
- 3、西醫基層與醫院總額支付制度分別自90、91年開始實施，故自90年開始統計。
- 4、91年以前門診透析包含於醫院與基層院所內，自92年起方獨立計算。
- 5、93年以前資料含代辦案件藥費，94年以後資料則不含。

資料來源：前衛生署

(2) 90年至101年平均每張門診處方用藥品項數，

<sup>4</sup> 前衛生署表示，西醫基層與醫院總額支付制度分別自90、91年開始實施，故自90年開始統計。

無論是西醫基層或醫院多維持在3項左右，且呈現逐年減少之趨勢統計（詳見下表4）。

表4、90年至101年門診處方每張用藥品項數

年 度	西醫基層門診	醫院門診
90	4.11	3.54
91	3.96	3.58
92	3.86	3.64
93	3.71	3.58
94	3.50	3.47
95	3.20	3.35
96	3.17	3.36
97	3.15	3.34
98	3.12	3.29
99	3.18	3.33
100	3.26	3.33
101	3.22	3.29

備註：前表資料來自102年6月11日醫療服務指標系統。

資料來源：前衛生署

- (3) 由於人口老化迅速、平均餘命增加、疾病型態逐漸由急性感染症轉為慢性疾病，造成慢性病患者及罹患癌症等重大傷病之人口逐漸增加，加上新藥研發改變治療型態，許多疾病由高風險手術治療轉為使用新的藥品治療，使得藥品費用組成隨之產生重大變化。每年重大傷病及門診慢性病藥費占率均呈現逐年成長之趨勢，重大傷病藥費占率從86年之12.2%，增加至101年之30.7%；門診慢性病藥費占率則從86年之37.7%，增加至101年最高峰之48.0%。尤其近幾年慢性病及重大傷病人數均呈大幅度之增加，近八成藥費流向慢性病及重大傷病(98年占率約為76.4%、99年占率為77.2%、100年占率為78.0%、101年占率

為78.7%)。顯然藥費成長因素，主要來自慢性病及重大傷病。至於健保藥費流向重大傷病、門診慢性病及其他之情形，詳見下表5。

表5、健保藥費流向分析(依疾病類別-重大傷病、門診慢性病、其他分類)

單位：億元；%

年 別	重大傷病		門診慢性病		其他		合計	
	藥費	占率	藥費	占率	藥費	占率	藥費	占率
86	78	12.2	241	37.7	322	50.2	641	100.0
87	93	12.9	286	39.6	342	47.4	722	100.0
88	110	13.7	334	41.6	358	44.7	803	100.0
89	126	15.3	353	42.6	349	42.1	828	100.0
90	138	16.3	376	44.4	333	39.3	848	100.0
91	167	18.5	427	47.2	310	34.3	903	100.0
92	191	20.3	452	48.0	298	31.7	941	100.0
93	231	21.2	529	45.6	328	30.2	1,089	100.0
94	250	22.4	535	47.9	331	29.7	1,116	100.0
95	274	24.2	553	48.9	304	26.9	1,131	100.0
96	293	25.3	564	48.8	299	25.8	1,156	100.0
97	330	26.7	606	49.1	299	24.2	1,235	100.0
98	354	27.2	640	49.2	307	23.6	1,301	100.0
99	374	28.5	639	48.7	300	22.8	1,313	100.0
100	411	28.8	701	49.2	312	21.9	1,424	100.0
101	435	30.7	681	48.0	304	21.4	1,420	100.0

備註：

- 1、製表時間為102年7月1日。
- 2、資料來源：二代倉儲系統及檔案分析
- 3、前健保局倉儲資料收載最早年份為86年起之申報資料，故提供自86年起之資料。
- 4、本表統計範圍為排除代辦案件之門、住診資料(含西醫、牙醫、中醫)。
- 5、成長貢獻度=(當年之藥費-基期年之藥費)/(當年合計藥費-基期年全年藥費)。
- 6、98年10月進行第6次藥價調整；100年12月進行第七次藥價調整。

資料來源：前衛生署

(4)87至101年門診藥品處方箋相關統計如表6：

表 6、87 至 101 年門診藥品處方箋相關統計

年度別	醫院				基層院所				合計			
	一般處方箋		慢性病連續處方箋		一般處方箋		慢性病連續處方箋		一般處方箋		慢性病連續處方箋	
	開立件數 (千)	藥費 (百萬)										
87	72,689	34,145	65	65	194,436	24,526	28	23	267,125	58,671	94	88
88	76,076	39,293	279	311	196,862	25,439	98	67	272,938	64,732	377	378
89	74,620	41,293	680	767	187,799	24,838	132	83	262,420	66,131	813	850
90	75,915	43,512	1,045	1,142	181,205	24,229	182	101	257,120	67,741	1,227	1,242
91	76,095	48,261	1,652	1,964	179,310	22,222	486	247	255,405	70,483	2,138	2,211
92	66,789	46,564	3,129	5,651	182,737	23,676	903	543	249,526	70,239	4,032	6,194
93	71,044	54,481	3,881	5,425	197,353	27,089	1,283	654	268,397	81,571	5,164	6,079
94	64,817	52,910	5,101	6,808	202,648	29,000	1,660	850	267,465	81,910	6,761	7,658
95	58,705	53,883	6,477	8,652	189,053	27,171	2,261	1,402	247,759	81,054	8,738	10,055
96	57,948	55,702	7,973	10,216	190,443	26,478	2,912	1,641	248,391	82,180	10,885	11,857
97	56,355	59,710	9,518	12,369	189,573	26,759	3,512	2,075	245,928	86,469	13,031	14,444
98	56,981	62,270	10,889	14,183	195,890	28,022	4,153	2,516	252,871	90,292	15,042	16,699
99	56,361	64,369	11,838	14,100	199,563	27,705	4,735	2,550	255,924	92,074	16,572	16,650
100	56,419	70,265	12,942	15,743	209,701	29,226	5,260	2,918	266,119	99,491	18,201	18,661
101	56,687	72,367	13,925	15,049	206,398	28,731	5,790	2,585	263,095	101,097	19,715	17,634

備註：

- 1、資料來源：中央健康保險局二代倉儲系統門診及藥局明細檔。
  - 2、本表相關案件定義自 87 年始才有明確定義，故資料自 87 年始提供。
  - 3、慢性病連續處方箋開立件數認定為案件類別 04、06 及符合開立慢性連續處方箋之診察費代號。
  - 4、門診藥品處方箋開立件數範圍認定為藥費不為 0 或給藥天數不為 0。
  - 5、本表統計範圍不包含代辦案件。
  - 6、一般處方箋件數不含交付機構案件數並排除「轉、代檢案件」、「08 與 28 案件之慢箋案件數」及「補報醫令金額案件」。
- 資料來源：前衛生署

(5) 目前國人重複用藥情形，前衛生署說明如下：

<1> 世界衛生組織(WHO)對「重複用藥」區分為「相同用藥」(double medication)及「類同用藥」(pseudo-double medication)。前者係指同時使用完全相同藥品(identical drugs)；後者係指同時使用類似藥效(similar pharmacodynamic properties)但不同化學物質(chemically different substances)之藥品。

<2> 全民健保處方用藥有下列情況者，視為重複用藥，經專業審查後，予以核減：

- 為達相同之治療目的，使用兩種以上同一治療類別（或作用機轉）之藥品，視為重複用藥。
- 為達相同之治療目的，使用兩種以上不同治療類別（或作用機轉）之藥品，且未能增加療效；或其併用不符合一般醫學學理，且無文獻佐證者。

<3> 惟下列情形除外：

- 長短效的藥品搭配使用或不同劑型配合使用，且其使用方法符合各項藥品藥動學或藥理性質之特色者。
- 緊急傷病情況下之合併使用者，且其併用符合一般醫學學理。
- 「全民健康保險藥品給付規定」有特別規定者。

<4> 監控及篩選指標：

- 依ATC分類，進行監控指標設定與篩檢：藥品品項繁多，世界衛生組織對藥品的官方分類系統為解剖學治療學及化學分類系統(Anatomical Therapeutic Chemical, 簡稱ATC)

，ATC系統將藥品分為五級，並以7位英文字母與數字組成之代碼予以分類。ATC代碼第一級為1位字母，表示解剖學上的分類(anatomical main group)；第二級為2位數字，表示治療學上的分類(therapeutic subgroup)；第三級為1位字母，表示藥理學上的分類(pharmacological subgroup)；第四級為1位字母，表示化學上的分類(chemical subgroup)；第五級為2位數字，表示化合物上的分類(chemical substance)。世界衛生組織對「重複用藥」，建議可利用ATC系統之第五級代碼(ATC 5th level codes)作監測，但監測級別仍需視ATC分類之特性而定(資料來源：Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2012, P. 15、P. 36。)

- 依同類用藥，定義重複處方：前健保局採取比世界衛生組織更嚴格之定義，經病人歸戶，對其不同處方箋中之藥品，比對計算ATC前5碼(相當於ATC第四級)或前3碼(相當於ATC第二級)是否相同，然後計算相同ATC大類下之用藥日數重疊率。
- 選六大類為用藥重疊監測指標：前健保局目前篩選「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」及「精神疾病用藥(包括精神分裂、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」等6大類藥品，利用健保醫療費用申報資料，發展同院所與跨院所之同一病患不同處方開立同ATC大類藥品用藥日數重疊率監測指標，該指標分子定義為：同一病患不同處方，但同ATC大類藥品

之開始用藥日期與結束用藥日期間，有重疊之給藥日數，分母定義為：各大類案件之「給藥日數」總和。

- 前述6大類藥物之「同ATC大類」定義，依下列ATC藥理分類方式處理：
  - ◇降血壓藥物(口服)：ATC前三碼為C07或ATC前五碼為C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA。
  - ◇降血脂藥物(口服)：ATC前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX。
  - ◇降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX
  - ◇精神分裂藥物：ATC前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、A05AX。
  - ◇憂鬱症藥物：ATC前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。
  - ◇安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：前五碼為N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。
- 至於國人重複用藥每年所浪費金額之問題，由於臨床上醫師對病人病情適當評估後，是有可能對同類藥物給予不同劑量或不同化合物處方，或因病人提前返診或主訴藥物遺失或外出旅遊漏帶藥等而再處方給藥。加以，由於健保醫療費用申報資料無法反映完整醫療過程，因此，醫療的適當性須有專業

醫師就個案整體病情作判斷，難以僅由健保申報資料判斷重複用藥所造成浪費之金額。

(6) 另有關國人取得藥品後有未服用之情形

<1> 前衛生署曾於93年至94年推動「社區認養藥事服務」居家訪視，結果發現民眾普遍具有儲存剩餘藥品的習慣。

<2> 又據藥師公會全聯會於95年8月至96年6月，透過全國社區藥局回收的藥品約3,000公斤，處方藥占51.6%，非處方藥及不明商品占48.1%，依此調查結果可知，將近有一半的藥品，係無須醫師處方，民眾至藥局自行購買即可取得，也非全民健保給付之藥品。

<3> 另據前衛生署表示，前揭回收資料係以重量計算，且其中包括非健保給付的藥品或營養補充品，較難推算民眾領取藥品未服用之情形，對於如何完整計算民眾取得藥品後有未服用之情形，仍是一個相當困難之議題。

### 3、檢查多

(1) 根據前衛生署提供之統計資料顯示，每年國人使用特定昂貴醫療儀器檢查之人數，無論電腦斷層攝影掃描儀（以下簡稱CT）、核磁共振斷層攝影掃描儀（以下簡稱MRT），或正子斷層掃描儀（以下簡稱PET）均呈現逐年成長之趨勢：

<1> CT檢查人次從88年之67.5萬人次，增加至101年之154.5萬人次，申報費用亦從30.41億元，增加至70.59億元。

<2> MRT檢查人次從88年之16.0萬人次，增加至

101年之56.1萬人次，申報費用亦從13.18億元，增加至45.64億元。

<3>PET檢查人次從93年之2千人次，增加至101年之2.3萬人次，申報費用亦從0.64億元，增加至8.08億元。

(2)每年前揭醫療檢查儀器之台數，亦呈現逐年成長之趨勢：

<1>CT從88年之227台，增加至101年之400台。

<2>MRI從88年之50台，增加至101年之183台。

<3>PET從93年之10台，增加至101年之40台。

(3)88至101年每年國人接受醫療相關檢查之統計資料，詳見下表7。

表7、88至101年國人使用特定昂貴醫療儀器檢查之情形  
單位：台、千人次、百萬點

年度	CT			MRI			PET		
	台數	檢查人次	申報費用	台數	檢查人次	申報費用	台數	檢查人次	申報費用
88	227	675	3,041	50	160	1,318	-	-	-
89	264	673	3,083	66	171	1,459	-	-	-
90	288	680	3,092	75	189	1,586	-	-	-
91	300	766	3,494	88	238	1,979	-	-	-
92	312	813	3,707	95	273	2,268	-	-	-
93	307	943	4,328	107	317	2,650	10	2	64
94	315	931	4,323	114	301	2,599	17	7	248
95	323	968	4,493	126	322	2,761	23	9	329
96	336	1,072	4,971	135	368	3,121	28	11	390
97	355	1,176	5,459	149	411	3,440	32	14	498
98	387	1,265	5,849	161	443	3,674	35	15	530
99	393	1,352	6,196	170	480	3,957	37	14	490
100	398	1,438	6,587	175	515	4,239	40	14	478
101	400	1,545	7,059	183	561	4,564	40	23	808

資料來源：前衛生署

(4)國人重複檢查之情形

- <1>前衛生署表示，病人身心情況與病情，可能隨不同時點而有所不同，另因醫療具有「不確定性」(uncertainty)之特質，致使尋求第二意見(2nd opinion)成為民眾習慣；重複檢查與重複用藥有相類似之定義，為相同鑑別目的所作之相同檢查項目，為狹義之重複檢查；另有因檢查時間、組合及疾病鑑別，而有相同檢查項目之重複。惟對重複接受相同檢查(驗)之情形是否適當，需由專業醫師就個案整體病情作認定。
- <2>依前健保局101年上半年統計，對醫院與西醫基層診所抽調病歷之樣本案件中，含有檢查(驗)項目者合計約39.5萬件，經專業醫師審查後，對於檢查、檢驗項目醫療點數之初核核減率估計約2%，惟該統計並無法單獨計算非必要重複檢查/驗之核減點數(註：除重複期間與醫令組合難以定義外，核減原因係由審查醫師依個案診斷條件認定，以綜判之方式書寫或輸入，故難以由行政人員或核減代碼判斷)。
- <3>檢查(驗)是提供醫師診斷病情的重要工具，且項目繁多，前健保局針對電腦斷層(CT)與磁振造影(MRI)等兩項，利用健保醫療費用申報資料監測90日內再次執行比率。然健保醫療費用申報資料並無法反應完整之病人病情與醫療過程，且各醫院收治病人之病情程度不一，97-98年電腦斷層(CT)、磁振造影(MRI)90日內重複執行率之統計係為整體監測結果；另，為釐清是否為不同部位之執行數，前健保局99年已要

求醫院應依CT、MRI檢查之部位別進行申報。但臨床上仍有如疾病的定期追蹤、手術後的評估、病情變化時再檢查、進行相關手術處置時必須再檢查進行定位、不明原因的病變僅由單次檢查檢驗難以確診……等合理原因，再次執行同部位之檢查，因此，醫療的適當性須有專業醫師就個案整體病情作認定，難以直接由申報資料認定為重複檢查。

〈4〉根據前衛生署提供之統計資料顯示，前健保局針對CT及MRI，利用健保醫療費用申報資料監測90日再次執行之比率，每年係呈現下降之趨勢，MRI檢查後90天內再執行CT及MRI檢查之比率從97年之12.60%，降低至101年之6.14%；CT檢查後90天內再執行CT及MRI檢查之比率從97年之17.90%降低至101年之10.52%（詳見下表8）。

表8、前健保局監測90日內再執行CT及MRI檢查之比率  
單位：%

指標項目	97年	98年	99年	100年	101年
MRI 檢查後90天內再執行CT及MRI檢查之比率	12.60%	12.74%	6.11%	6.27%	6.14%
CT檢查後90天內再執行CT及MRI檢查之比率	17.90%	17.86%	10.55%	10.81%	10.52%

備註：

- 1、資料來源：前健保局檔案分析系統。
- 2、分子：以分母之案件ID追蹤90天內所有執行CT或MRI的筆數(跨院所)。
- 3、分母：門、住執行CT/MRI之案件數。
- 4、97-98年之統計未區分檢查部位，99年以後依部分別統計

重複率(99年方要求醫院申報部位別欄位)。  
資料來源：前衛生署

4、門諾醫院暨相關事業機構黃總執行長勝雄針對國人的「三多」問題，於本院實地訪查時提出以下看法略以：

- (1)華人的醫師看病做身體檢查等，都不付代價，看完病不給處方或拿藥，病人認為沒有看病。
- (2)健保給醫院住院病人的給付，並沒有按照前衛生署醫院評鑑規範的樓地板面積、所用的電及空調，尤其是人力要求等值給付給醫院，故各大醫院就要靠人力成本較低的門診收入來補貼住院的虧損，因而產生醫院門診開藥多、看病多。
- (3)健保制度要求慢性病長期處方最多開3個月（比美國多4倍）。
- (4)不限每診的人數（多看多賺），有時病人還嫌醫師看病太慢。
- (5)臺灣的病人去醫院是去拿藥（不要錢），也不限每診的人數（多看多賺）。
- (6)在都會區，有些病人會要求做掃瞄或磁震造影等特別檢查。
- (7)醫師沒有在第一時間診斷出來而被告的案例時有所聞，使醫師儘量做檢查來保護自己，第1次頭痛的病人還沒量血壓，就要送去做頭部的CT或MRI，這是防禦性的醫療，是資源的浪費。

## (二)前衛生署歷年改善措施

1、看病多：

- (1)針對高診次病患進行輔導改善

- <1>前衛生署健保局自90年起推動「門診高利用保險對象輔導專案計畫」迄今，透過各種輔導方式與管道進行輔導，期導正及輔導其就醫觀念或行為，進而達成提升就醫安全及醫療利用效率之目標。前揭專案計畫前為配合前衛生署95年8月發布修正全民健康保險醫療辦法第42條之規定，復於96年4月10日修正「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」略以：以前一年門診申報就醫次數超過一定次數、當年前一季門診申報就醫次數超過一定次數及當年每月健保IC卡門診上傳就醫次數超過一定次數之個案為輔導對象迄今，而前開之一定次數，則視外界對前健保局之期待及該局各分區業務組之輔導人力而調整之。
- <2>前健保局自90年起執行前揭輔導專案時，發現輔導對象多為背景複雜，並非單純提供醫療服務即可以解決其問題，而是需要更多元性及相關性的各類社福單位共同輔導或轉介，始能真正幫助輔導對象。因此，該局在其承辦人員皆非專業輔導人員之考量下，先逐年協請各類社會福利、衛生局公共衛生護士、民政體系（村里幹事、村里長）、病人團體、志工、實習生、各類團體或行政院退除役官兵輔導委員會等單位，共同加入輔導團隊；且經前健保局各分區業務組承辦人員將累積之輔導經驗不斷交流分享後，始得建置目前較為完整醫療服務團隊，才能逐年分階段擴大輔導範圍，無法一蹴即成。前健保局為提供輔導對

象更適切之輔導方式，每年篩選輔導之標準及人數簡述如下：

- 第一階段：90至96年，係以前1年門診就醫次數 $\geq 200$ 次者為輔導對象，每年約500人納入輔導。
- 第二階段：97至98年，係以前1年門診就醫次數 $\geq 150$ 次者為輔導對象，每年約4,500餘人納入輔導。
- 第三階段：99年至101年，以前1年門診就醫次數 $\geq 100$ 次者為輔導對象，每年輔導人數增為3萬餘人。
- 自102年起，再擴大以前1年門診就醫次數 $\geq 90$ 次(原係 $\geq 100$ 次)為輔導對象，每年輔導人數增為6萬餘人。
- 為管控及監測保險對象符合全年門診就醫次數 $\geq 100$ 次之高診次標準之輔導對象，該局已固定針對每季達門診就醫次數 $\geq 50$ 次者，主動寄發關懷函，隨函並註有該局分區業務組承辦人聯繫電話，隨時提供保險對象正確就醫或藥品安全指導。復自102年起，將每季達門診就醫次數 $\geq 50$ 次者，擴大為 $\geq 40$ 次者。

### <3>輔導方式（以100年輔導資料為主）

- 郵寄關懷函：對門診高利用者，表達本保險對於其身心之關懷，並告知保險對象與負責輔導人員之聯繫方式，主動關心保險對象是否有就醫或相關醫療諮詢之需求(100年寄出33,468封關懷函)。
- 電訪或親訪：對接受關懷函後，就醫行為仍未改善者，透過電訪或親訪以瞭解保險對象經常就醫之原因，表達前健保局的關切，視

需要說明健保相關規定，適時衛教，導正就醫觀念(100年2,619通電訪)。

- 結合多元社會資源訪視輔導與轉介機制：為因應個案就診問題之複雜性，運用各相關機構資源，提供個案完整性之協助，並建立多方的轉介連繫網絡，視需要尋求地方政府社會局、衛生局公共衛生護士、民政體系（村里幹事、村里長）、病人團體、志工、實習生等協助進行輔導（100年計有350人）。
- 與醫界合作建立責任分工：函請個案最常就診之醫療院所協助個案輔導，以瞭解保險對象病症所需，給予適當治療，並轉介至適當院所及科別進行就醫（100年5,599件）。
- 定期將具榮民(眷)身分之高利用保險對象資料，提供退輔會，俾利該會協助進行輔導工作（100年有4,948人）。
- 將專業藥事人員納入輔導團隊：對於保險對象當中需輔導建立正確服用藥物觀念及協助整理藥品者，進行居家訪視，避免藥物重複使用，提升用藥安全（即藥事居家照護訪視試辦方案，詳如後述）。
- 指定之保險醫事服務機構就醫：依據對象確有重複就醫或浪費醫療資源情形，經輔導後，並得依其病情指定其至特定之保險醫事服務機構接受診療服務。未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫者，除情況緊急時，不予給付(98年有8位，指定期間為100年11月30日至101年2月29日；99年有16位，指定期間為101年4月1日至101年6月30日，皆因已達就醫次數或醫療費用下降10%之目標，已解除列管)。

- 推動整合性照護計畫：另前健保局為多重疾病者或經常需要掛號不同科別就醫者，已推動各項試辦計畫，如「全民健康保險家庭醫師整合性照護試辦計畫」、「西醫基層診所以病人為中心整合照護試辦計畫」、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」、「全民健康保險論人計酬試辦計畫」等，希民眾常因多科別疾病需就醫不同門診的保險對象，可以依目前就醫習慣參加該局開辦之各項試辦計畫，逐步養成就醫於固定的院所及醫師，進一步節制醫療費用。前揭計畫（「全民健康保險論人計酬試辦計畫」於後有專節詳述）執行成效如下：

◇「全民健康保險家庭醫師整合性照護試辦計畫」：以5家以上診所組成社區醫療群，提供有別於一般基層醫療的特色服務如個案健康管理、預防保健及衛教宣導，提供24小時諮詢專線，建立診所與醫院之合作轉診、繼續教育、個案研討、共同照護門診，辦理社區衛教宣導等。101年收案211.1萬會員，經醫療群照顧，收案會員101年與100年度醫療利用情形，門診人次由4626.9萬次減少至4379.4萬次，減少247.5萬人次，減少5.35%。另收案會員之急診率、住院率減少，急診率由28.91%減少至28.24%；住院率由9.64%減少至9.41%。

◇「西醫基層以病人為中心之整合照護計畫」：照護對象多為固定於診所就醫的高醫療利用之病人，期透過診所醫師對病人

進行診療，並瞭解用藥習慣、生活習慣、飲食習慣、壓力、運動及體重控制情形，並視病人個別需求加強衛教指導，鼓勵病人養成健康習慣及正確就醫行為，以促進病人健康，進而減少就醫次數。100年照護人數達92,000人，每人平均門診就醫次數與去年同期比較下降13.3%。101年照護人數達216,404人，每人平均門診就醫次數與去年同期比較下降5%。

◇「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」

：本計畫實施已屆滿3年，目的為提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置。執行成效，3年來門診就醫次數下降幅度分別為13.4%、12.5%及3.2%（三年都將降低每人每月平均門診就醫次數列入計畫成效評量指標，第一、二年僅評估病患於收案醫院內之就醫情形，自第三年則將病患於院外之就醫亦列入評量，故第三年下降幅度較小）。

- 加強宣導珍惜醫療資源：未來將繼續加強宣導民眾珍惜醫療資源的觀念；另前衛生署出版之健康達人125手冊，提供民眾作為自我照護手冊，書中共提出125個健康問題，由家庭醫師解答，保險對象可從前揭書中學到許多自我照護的方法，並可自我評估是否必須就醫，以延續醫療資源之使用期限。

<4>前健保局為即時輔導門診高利用之保險對象，自102年5月起已建立前端管控機制，自102年5月1日起，凡全年門診就醫達20次

以上者，藉由健保卡讀取卡號時出現即時警訊，請醫療院所協助提醒及輔導保險對象，警訊內容為「當年度就醫次數已達X次，請協助瞭解原因及輔導民眾正確就醫。」希望藉由民眾持健保卡就醫時，即時訊息提醒，並請診治醫師協助瞭解原因及輔導，藉由醫師的協助，加強民眾健保就醫認知、確保正確及有效的使用醫療資源。

(2)有關針對就醫超過一定次數之被保險人，增加部分負擔，或部分負擔採定率方式收取：

<1>本案進行實地訪查沿路所及，醫療院所代表對於「看病多」問題之改善，皆主張「增加部分負擔」，特別是針對就醫超過一定次數之被保險人，增加其部分負擔，以抑制不必要之就醫行為；並迭建議由現行之定額方式回歸全民健康保險法（以下簡健保法）第43條第1項所定之比率收取。

<2>前衛生署對於前揭建議之回應如下：

- 全民健保實施旨在增進民眾就醫之可近性，減少就醫障礙，增進國民健康，在目前自由就醫情形下，雖希藉由部分負擔規定協助落實分級醫療之目的，惟探究其本質，仍屬健保體系內用以節制資源過度使用之配套措施，故其實施，應考量民眾接受度、醫療環境之配合及是否可能造成民眾過重之經濟負擔，宜以漸進式方式推動。
- 有關就醫超過一定次數之保險對象，增加其部分負擔乙節，依健保法第43條規定，保險對象應自行負擔門診或急診費用之20%，惟現行部分負擔為醫療費用之11%，是以，外

界迭有建議應逐步調整達到法定部分負擔之比率；另基於醫療資源有限及落實受益者付費原則，確有必要針對現行部分負擔制度，加以檢討。

- 部分負擔檢討案，經前健保局於102年5月8日邀集專家學者、醫界代表、付費者代表及政府機關代表等單位討論，高診次者增加部分負擔已列為檢討方向之一，目前尚未定案。惟研議檢討部分負擔以來，部分民眾以電話、電子郵件即不斷反映表示，現在時機不宜增加民眾就醫負擔。前健保局將審慎評估，並收集相關單位意見，提「全民健康保險會」報告討論，俟取得各界共識後，再提報主管機關核定實施。
- 另全民健保實施初期，基於簡化作業與民眾就醫便利性之考量，門診部分負擔均以定額方式收取，以拉大醫療機構層級間差距。部分負擔如採定率方式收取，除部分負擔計算方式較為麻煩外，就保險對象之衝擊如下：
  - ◇法定應自行負擔之費用與現況差異過大：  
以101年門診費用申報資料，醫學中心平均每件申請費用約2,193點，區域醫院平均每件申請費用約1,640點，地區醫院平均每件申請費用約1,227點，如自行負擔費用回歸以定率20%-50%方式收取，則保險對象應自行負擔之費用則約為245元至1,097元不等，較現行自行負擔約50-360元大幅增加，恐引起民眾反彈。
  - ◇民眾無法預期每次就醫費用：每次就診收費金額都不同，民眾無法預期每次就醫需

支付之金額，恐招致民怨。

- 此外，對改善保險對象之「三多」問題，自行負擔之費用回歸以定率方式收取，其正面及負面之影響如下：

◇正面影響：①於受益者付費原則，對使用者而言，短期確會減少其就醫次數。②具有完備的配套與充足的理由，如健保財務吃緊、國民所得增加、醫療資源使用之公平性等原因，在不影響弱勢族群情形下，應可實行。

◇負面影響：①依照調整部分負擔經驗，對抑制醫療浪費的成效只有短期有效，約只有1至2年。長期而言，因人口老化、平均餘命延長等因素，對抑制醫療浪費不易見其成效，故部分負擔由現行定額改為定率方式，非為抑制醫療浪費之主要措施。②法定保險對象應自行負擔之費用與現況差異過大，部分弱勢邊緣民眾恐因自行負擔費用過高而拒絕就醫或小病不就診，若成大病再去就醫，屆時反增加整體的醫療費用。③恐增加部分民眾小病越級就醫情形：因小病醫療費用少，即使收取20-50%之部分負擔，因金額低，恐怕會出現部分民眾連小病也到大醫院就診的情形。

### (3) 執行成效

#### <1> 從節省費用分析

前健保局輔導門診高利用就醫者之成效，以96年醫療費用節省約0.5億元進行估算，90至96年約節省3.5億元（輔導前1年門診就醫次數 $\geq$ 200次者，每年輔導約500人）

，97至98年約3.5億（輔導前1年門診就醫次數 $\geq 150$ 次者，每年輔導約4,500餘人），99年至101年約19.64億元（輔導前1年門診就醫次數 $\geq 100$ 次者，每年輔導約3萬餘人），故90年至101年節省之醫療費用總計約26.64億元，詳見下列各表所示：

● 96年度

95年門診申報就醫次數 $\geq 200$ 次者(468人)	96年(輔導後)全年就醫次數(A)	輔導前總就醫次數95全年就醫次數(B)	輔導後就醫下降次數(C)=(B)-(A)	96年全年節省金額約(D)=(C)*922元
	59,405	113,009	53,604	49,422,888

備註：以96年節省0.5億元計算，90-96年節省約為3.5億元。  
資料來源：前衛生署

● 97年度

96年門診申報就醫次數 $\geq 150$ 次者(4,594人)	97年(輔導後)全年就醫總次數(A)	96年(輔導前)就醫總次數(B)	輔導後就醫下降次數(C)=(B)-(A)	97年全年節省金額約(D)=(C)*922元
	666,601	828,320	161,719	149,104,918

備註：上開資料以99年12月「中華民國台灣地區全民健康保險重要統計資料」之門診平均每件申請費用922元推估。  
資料來源：前衛生署

● 98年度

97年門診申報就醫次數 $\geq 150$ 次者(4,547人)	98年(輔導後)全年就醫總次數(A)	97年(輔導前)就醫總次數(B)	輔導後就醫下降次數(C)=(B)-(A)	98年全年節省金額約(D)=(C)*922元
	644,207	809,239	165,032	152,159,504

備註：上開資料以99年12月「中華民國台灣地區全民健康保險重要統計資料」之門診平均每件申請費用922元推估。  
資料來源：前衛生署

● 99年度

99年輔導98年全年度門診就醫次數 $\geq 100$ 次	98年1-12月(輔導前)(A)	99年1-12月(輔導後)(B)	輔導後下降率(B-A)/A
就醫次數	3,993,660	3,161,087	19%
總醫療費用(點)	2,970,767,122	2,455,389,101	16% (節省約5.15億元)

備註：98年門診就醫次數 $\geq 100$ 次者人數為32,951人。  
資料來源：前衛生署

• 100年度

100年輔導 99年全年度 門診就醫次 數≥100次	99年1-12月 (輔導前) (A)	100年1-12月 (輔導後) (B)	輔導後下降率 (B-A)/A
就醫次數	3,997,926	3,144,366	17%
總醫療費用 (點)	3,177,763,993	2,557,165,008	16% (節省約6.2億元)

備註：99年門診就醫次數≥100次者人數為33,468人。

資料來源：前衛生署

• 101年度

101年輔導 100年全年度 門診就醫次 數≥100次	100年1-12月 (輔導前) (A)	101年1-12月 (輔導後) (B)	輔導後下降率 (B-A)/A
就醫次數	3,974,434	3,025,811	24%
總醫療費用 (億元)	3,211,485,833	2,382,125,743	26% (節省約8.29億元)

備註：100年門診就醫次數≥100次者人數為33,183人。

資料來源：前衛生署

<2>從降低就醫次數分析

- 以98年-100年申報門診次數≥100次之保險對象輔導後個別就醫次數下降情形來看，99年高診次者之33,468人中，屬98年者有14,827人(占率44%)；另100年高診次者之33,138人中屬99年者有13,938人(占率42%)。
- 再分析98年與99年皆屬高診次者之14,827人，其99年較98年就醫次數仍有下降或持平者計8,235人，而就醫次數未下降者計6,592人，進一步分析6,592人就醫次數未下降原因，可能如下：
  - ◇疾病因素：6,592人中有1,745人曾於精神科就醫，該等保險對象輔導較困難，故其就醫次數仍無法下降。
  - ◇年齡因素：6,592人中屬≥65歲者計3,890

人，渠等平均75歲，老年人因器官老化或  
多重慢性病，故醫療需求高，就醫次數較  
多，導致經輔導後就醫次數無法下降，99  
年及100年皆屬高診次者皆與前開有相同  
之情形。

#### (4) 遭遇之困難

- <1> 民眾認知落差：前健保局於99年11月22日  
至26日對於20歲以上民眾進行電話民意調  
查，70%民眾認為一般民眾看病吃藥有時或  
經常浪費醫療資源的情形。但僅16%民眾認  
為自己或家人看病吃藥有時或經常浪費醫  
療資源的情形，以此看來，民眾對於醫療  
高利用者有認知上之落差，認為是別人浪  
費醫療資源，但自身就醫則屬需要，故在  
輔導過程中，常需接受民眾不諒解的情緒  
，如反映確有醫療需求為何不能就醫、有  
繳健保費為何不能看病、限制就醫不符憲  
法等，或因其本身已有家庭或經濟因素之  
壓力而引發其極端情緒反應，甚或以自殘  
相脅，面對民眾普遍負面情緒反應為本案  
推動最大之困難。鑑於輔導實屬長期努力  
始能見效之作業，未來將持續推動，提供  
以輔導為主，以病人為中心之醫療服務，  
並以就醫安全為前提，以提升醫療服務品  
質及確保醫療資源有效運用，非不得已，  
不會輕易執行指定就醫之措施。
- <2> 執行人力有限：鑑於輔導保險對象行為改  
變之過程極為困難，需要長期建立良好信  
任關係或視個案情形需要轉介其他相關單  
位共同輔導，才能逐步導正其就醫行為，

輔導過程極為耗時耗力，雖在人力有限下（該局目前六個分區業務組各僅1位主要承辦人員，加上局本部人員共計7位人員），前健保局仍將繼續戮力執行。

〈3〉個案背景複雜：對於極少數不當浪費醫療資源者，經前健保局各分區業務組輔導後，發現多併有身體殘疾、經濟弱勢、家庭系統支持不良或麻醉藥品成癮等，有多重複雜之社會問題，亟需社會各類資源介入輔導，已非單純之醫療服務可解決，故未來除仍輔導高診次病患外，並將持續結合多元性及相關性之各類社福單位。

## 2、拿藥多

(1)對於重複用藥問題之改善措施：

〈1〉該局針對重複用藥問題，除設定前開監測指標進行監測外，亦持續進行下列監控管理措施：

- 回饋醫療院所自我管理改善與醫療費用抽審參考，並對整體監測結果列入醫療費用總額協商參考。
- 鼓勵醫藥界開辦整合門診、居家藥事訪視、家庭醫師整合計畫等多樣照護模式。
- 宣導民眾正確用藥知識，如攜帶目前服用藥品的藥袋或藥歷卡，讓醫師看診開藥時參考，提醒醫師登錄或查閱健保IC卡內的用藥醫令，幫忙解決重複用藥問題。

〈2〉執行成效

前健保局經過多年與多方管控努力下，不同處方同ATC大類用藥日數重疊率，均呈現下降之趨勢。

指標項目	97年	98年	99年	100年
跨院所降血壓藥物(口服)不同處方用藥日數重疊率	3.98%	3.77%	2.06%	1.97%
跨院所降血脂藥物(口服)不同處方用藥日數重疊率	1.01%	0.93%	0.68%	0.67%
跨院所降血糖藥物(口服及注射)不同處方用藥日數重疊率	2.01%	1.87%	1.29%	1.19%
跨院所抗精神分裂藥物不同處方用藥日數重疊率	3.16%	3.09%	1.89%	1.89%
跨院所抗憂鬱症藥物不同處方用藥日數重疊率	3.58%	3.57%	2.41%	2.35%
跨院所安眠鎮靜藥物不同處方用藥日數重疊率	7.67%	7.33%	7.75%	7.65%

備註：

- 1、資料來源：前健保局檔案分析系統，定義：參考WHO: Quasi double medication。
- 2、各項目分子：係為各項目不同處方間同類用藥重疊日數(例如：跨院所降血壓藥物(口服)不同處方用藥日數重疊率之分子，係按病人歸戶後統計該病患不同次就醫間，醫師開立同類口服降血壓藥物日期重疊部分之日數總和。
- 3、分母：各項目總給藥日數(例如：跨院所降血壓藥物(口服)不同處方用藥日數重疊率之分母，係病患就醫醫師開立口服降血壓藥物處方日數之總和)。
4. 97-98年給藥日數係以該次就醫所有藥物中的最長給藥日數為代表，99年以後改用各項藥物醫令的給藥日數統計(98年第4季方新增每項藥物醫令給藥日數之申報欄位)並參採台灣醫院協會建議修改各項藥物分類ATC碼定義至5碼或3碼，及將慢性病連續處方箋可提前7日領藥之規定納入統計扣除條件。

資料來源：前衛生署

## (2)對於取得藥品後未服用或未服用完之改善措施：

- <1>前衛生署於93至94年推動「社區認養藥事服務」執行居家訪視結果發現，民眾普遍具有儲存剩餘藥品的習慣，該署並呼籲民眾於就醫後所攜回的藥物，必須遵照醫師指示按時服用，以確保藥到病除；若不遵照醫師指示服用，除無法達到藥療效果外，更易造成家

中藥物囤積、造成藥物及健保資源之浪費。家中如有過期或變質之藥品，除社區藥局及原就診之醫院藥局可進行廢棄藥品之處理外，民眾亦可依一般廢棄物處理方式予以處理。

<2>為降低民眾之家庭用藥風險，有效提升民眾用藥安全，已分別於全省373家社區藥局設立「家庭用藥總檢查站」，亦結合當地相關資源，於民眾聚會活動時（如村里民會議）進行藥品檢查及用藥安全宣導，並協助民眾處理家中過期或變質之藥品。

<3>前健保局已與中華民國藥師公會全國聯合會合作，針對高診次且高領藥之病人，進行藥事居家照護（後有專節概述），協助整理藥盒，避免病人因重複用藥及藥品交互作用所造成之傷害，遇有保險對象取得藥品後未服用之情形，亦提供衛教。

<4>另，造成民眾多領藥浪費可能成因除包括醫師多處方藥品，也可能是患者重複就診拿藥。因此，前健保局已採取以下多方措施，藉以降低不當處方之數量，並監控藥品處方之合理性：

- 訂定「不予支付指標」。設定指標數值或比率上限值，超過部分就不予支付。

利用醫療院所向前健保局申報醫療費用的檔案資料進行分析，對於偏離醫療常規的部分，訂定「不予支付指標」之指標數值或比率的上限值，超過部分就不予支付，以進行醫療使用異常及不當的管控。例如：

◇西醫基層同診所同病患同藥品1個月申報

超過38天部分不予支付費用。

- ◇糖尿病用藥新一代藥品(Sulfonylureas 類型與Meglitinides類型)同時使用比率過高則不予支付費用
- ◇西醫門診上呼吸道感染抗生素使用率過高者不予支付費用。
- ◇門住診初次開立ticlopidine或clopidogrel等抗血小板凝集藥物前，未使用aspirin藥物之比率過高者不予支付費用。
- ◇2歲以下幼兒就醫使用Codeine製劑比率過高者不予支付費用。
- 管控慢性病用藥：針對高血壓、高血糖及高血脂等三高用藥，加強管理其同成分藥品之高使用量患者、同疾病就醫累計開藥日數偏高的病人，及醫療院所的審查。
- 加強輔導與管理管制藥品zolpidem之高使用量保險對象。
- 將癌症標靶藥物處方日數偏高之病患列入審查輔導管理。
- 加強審查西醫門診處方用藥之品項數：針對西醫門診醫事服務機構申報單次處方藥品大於10項以上之案件，採取立意抽樣審查；對院所別平均每張處方藥品大於5項者，納入隨機抽樣審查；由審查醫藥專家就用藥之適當性進行專業審查。

### (3) 對於藥費多流向慢性病之改善措施

- <1>前健保局經由統計各分區門診慢性病用藥案件數、領藥日數及藥費成長率，請成長率偏高之分區業務組加強管控，落實藥品費用之管理。

<2>目前門診慢性病藥費約佔健保總藥費近五成，其中高血壓、高血糖及高血脂用藥又占門診慢性病藥費約五成，故前健保局對於高血壓、高血糖、高血脂用藥部分，加強審查。

(4)有關取消慢性病連續處方箋免收藥品部分負擔

<1>本院實地訪查沿路所及，大部分醫療院所代表建議取消慢性病連續處方箋之藥費上限，以解決「拿藥多」所造成之浪費問題。

<2>前健保局為推廣醫師開立慢性病連續處方箋，除了給醫師較高診察費，亦給民眾免收藥品部分負擔之誘因。由於慢性病連續處方箋最多可分三次領取 28 天用藥，平均每次藥費約為 870 元，較一般藥品處方為高，現行慢性病連續處方箋不需額外繳交藥品部分負擔，與一般藥品處方需要繳交藥品部分負擔不同，故前健保局已研議是否取消持慢性病連續處方箋免收藥品部分負擔，以符合及落實受益者付費原則。

<3>由於減免持慢箋調劑(開藥28天以上)者藥品部分負擔，係依據前衛生署94年6月公告之「全民健康保險保險對象應自行負擔門診費用」，以行政命令所減免之部分負擔，故前健保局如取消慢性病連續處方箋免收藥品部分負擔，尚無法律層面之障礙。

<4>為落實受益者付費及避免濫用醫療資源等目的，爰取消慢性病連續處方箋免收藥品部分負擔之作法尚無不可；惟前健保局考慮對於弱勢民眾之就醫權益之保障，亦即凡領有重大傷病證明患者因其相關傷病就

醫、於山地離島就醫民眾及分娩者，仍免收部分負擔；榮民、低收入戶、3歲以下兒童、登記列管結核病患於指定醫院就醫、多氯聯苯中毒患者及職災患者的就醫部分負擔，仍由相關單位支付，使其權益不受影響。

### 3、檢查多

- (1) 目前前健保局針對電腦斷層(CT)與磁共振造影(MRI)等兩項，利用健保醫療費用申報資料監測90日內再次執行比率。然健保醫療費用申報資料並無法反應完整之病人病情與醫療過程，且各醫院收治病人之病情程度不一，97至98年電腦斷層(CT)、磁共振造影(MRI)90日內重複執行率之統計係為整體監測結果。另前健保局為釐清是否為不同部位之執行數，已於99年要求醫院應依CT、MRI檢查之部位別進行申報。但臨床上仍有如疾病的定期追蹤、手術後的評估、病情變化時再檢查、進行相關手術處置時必須再檢查進行定位、不明原因的病變僅由單次檢查檢驗難以確診等合理原因，再次執行同部位之檢查。因此，醫療的適當性須有專業醫師就個案整體病情作認定，難以直接由申報資料認定為重複檢查。
- (2) 現行健保IC卡藉由卡片有限之儲存空間，於健保資料專區及醫療專區，設計儲存最近6次就醫資料(包括就醫日期、就診院所及疾病代碼等)、60組之處方資料(包括處置、用藥及檢驗檢查等)，以及藥物過敏紀錄，循環使用，並未有檢驗檢查結果資料，僅供醫師處方參考。另前健保局配合以現有健保IC卡就醫

上傳之電腦斷層造影(CT)、磁振造影(MRI)及正子造影(PET)資料，即時提供該署醫院管理委員會影像交換中心(IEC)製作索引檔，醫院可透過此索引檔，洽相關醫院進行影像或報告交換事宜，以減少不必要之檢查。

- (3) 健保卡存放功能須登載重要醫令如電腦斷層造影及磁振造影之檢查項目，並需於實施後24小時內登載上傳前健保局。
- (4) 針對院所全體病人90日內同部位檢查再執行率超過閾值以上者，超過部分不予支付。
- (5) 「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」

<1> 為鼓勵醫療資源共享，避免患者重複受檢之困擾，以減少醫療資源浪費，前健保局已研訂「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」，並於93年7月1日公告實施，期望藉由試辦方式，建立資源共享模式，為以後推廣實施奠定基礎。參與資源共享鼓勵措施如下：

- 醫師診治因病情需要向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像及報告，則給予一定金額之獎勵費。
- 提供特殊造影檢查影像及報告，以供第二次處方醫院診治醫師參考，則亦給予一定金額之獎勵費。
- 另為鼓勵資源共享，病患自行攜帶複製片，經第二次處方醫院使用並作成診斷報告，亦給予獎勵費。

<2> 101年共有226家特約院所參加該試辦計畫，共享相關檢查之影像資料達6萬2,043件

。推估101年節省費用1.63億點。另100年以減少檢查次數推估節省費用，約1.45億點。

(6)前健保局各分區業務組依據轄區院所的醫療行為，採行不同策略之專業審查：

<1>同日、30日內、90日內重複執行案件抽審。

<2>門診價量成長審查。

<3>件數或醫令執行率高之醫院審查。

<4>申報成長率高或專審核減率偏高之醫師標註審查。

<5>分級管理：申報正成長者回饋醫院說明及提改善計畫、高於同儕值者，加強抽審。

(7)實地查核院所之設備、機型、出廠年限、操作人員，是否符合報備規定。

(8)對於醫師為進行防衛性之檢查，是否符合臨床需求，前健保局已訂有審查原則，如個案除非必要，不可實施同部位之CT及MRI檢查，如有同時實施、重複率高情事，該局會加強審查。但臨床上仍有如疾病的診斷、定期追蹤、手術後的評估、病情變化時再檢查、進行相關手術處置時必須再檢查進行定位、不明原因的病變僅由單次檢查檢驗難以確診等合理原因，再次執行同部位之檢查，因此，醫療的適當性須有專業醫師就個案整體病情作認定，難以直接由申報資料認定為重複檢查。

4、從醫療院所端所採取之引導及改善措施

(1)法規面：

<1>依全民健康保險醫療辦法第11條第1項及第

13條規定：保險醫事服務機構於提供門診、急診或住院之診療服務或補驗保險憑證時，應於保險憑證登錄就醫紀錄，及於保險憑證上登錄後，應於24小時內，將之上傳予保險人備查。

<2>依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第12條規定：本保險給付之項目，服務機構不得囑保險對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象之請，提供非醫療必要之服務及申報費用。

(2) 支付制度：

<1> 持續推動診斷關聯群(DRG)支付制度：

- 目的：透過支付基準的微觀改革，給予醫療院所更大誘因，提高醫療服務效率，讓總額下之醫療資源分配更公平合理，改善病人照護品質與療效。

- 執行情形：

- ◇ 臺灣版DRGs(Tw-DRGs)自99年1月導入，計畫以5階段逐步導入完成，第1階段優先導入已實施論病例計酬之項目，目前已完成導入項目計164項，迄今二年餘。依據100年1月至12月醫院申報資料統計，實施前後醫療利用之影響為：平均每件住院天數，由原來(98年)4.39天，下降為4.17天，整體下降5.01%；平均每件實際醫療費用，由原來(98年)4萬5,511點，減少為4萬5,366點，每件減少145點，下降0.32%。顯示在這一種制度之下，因醫院比較會盡力照護，可以提升醫療服務效率，減少

不必要之手術、用藥及檢查等，在不影響醫療品質的前提下，減少醫療成本。

- ◇有關醫界團體關切之特殊材料自費議題及DRG分類項目再細分類等事宜，前衛生署健保局自100年起共召開5次討論會議並達成共識，近期將再次邀請醫界團體討論第2階段導入項目再分類事宜，並於102年擇期導入第2階段項目。

## <2>持續推動論質計酬方案：

- 前健保局於90年起，以疾病管理進行論質計酬方案，主要針對醫療費用大、罹病人數多、照護模式有改善空間之疾病為優先，透過調整支付的方式，提供適當誘因，引導醫療服務提供者提供符合治療指引的照護，並以醫療品質及效果作為支付費用的依據。90年起陸續試辦糖尿病、氣喘、高血壓、乳癌、精神分裂症、B型與C型肝炎帶原者、初期慢性腎臟病等7項論質計酬方案，由相關總額部門之專款項目「醫療給付改善方案」預算項目及其它部門(初期慢性腎臟病)協定預算金額，101年編列預算為基層部門2.12億、醫院部門4.998億、其它部門4.04億(初期慢性腎臟病與「Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」合併預算)。經評估，參加方案者成效優於未參加者，病人治療指引遵循率，參與方案者顯著高於未參與方案者。
- 推動之收案人數及院所家數如下：
  - ◇糖尿病：由92年7.9萬人，312家院所，增至100年28.4萬人，640家院所。
  - ◇氣喘：由92年3.1萬人，320家院所，增至

100年11.5萬人，794家院所。

◇乳癌：由92年0.2萬人，4家院所，增至100年1.1萬人，6家院所。

◇精神分裂症(99年新增)：引導病患規律就醫，控制病情，減少高風險行為，100年收案數4.3萬人，90家院所。

◇B型及C型肝炎(99年新增)：100年收案數9.1萬人，300家院所。

◇初期慢性腎臟病(100年新增)：減少洗腎發生率，100年收案數7.8萬人，677家院所。

◇高血壓方案：由96年12.3萬人，877家院所，至100年6.6萬人，600家院所，已自100年1月1日起停止新收個案。

<3>推動整合性照護計畫：鑑於多重疾病者或是經常需要掛號不同科別就醫者，前健保局已推動各項試辦計畫，如「全民健康保險家庭醫師整合性照護試辦計畫」、「西醫基層診所以病人為中心整合照護試辦計畫」、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」、「全民健康保險論人計酬試辦計畫」等，以進一步節制醫療費用。

<4>推動論人計酬支付制度(後有專節概述)。

(3)執行面：

<1>現行健保IC卡藉由卡片有限之儲存空間，於健保資料專區及醫療專區，設計儲存最近6次就醫資料(包括就醫日期、就診院所及疾病代碼等)、60組之處方資料(包括處置、用藥及檢驗檢查等)，以及藥物過敏紀錄，循環使用，供醫師處方時參考，俾減少重複用藥及檢驗檢查等費用。

<2>另前健保局配合以現有健保IC卡就醫上傳之電腦斷層造影(CT)、磁振造影(MRI)及正子造影(PET)資料，即時提供前衛生署醫院管理委員會影像交換中心(IEC)製作索引檔，醫院可透過此索引檔，洽相關醫院進行影像或報告交換事宜，俾減少不必要之檢查。

<3>又就醫療服務審查作業，前健保局已依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第15條規定，對於保險醫事服務機構經審查，有非必要之連續就診、非必要之檢查或檢驗、非必要之住院或住院日數不適當、用藥種類與病情不符或有重複、用藥份量與病情不符等情形之一者，皆已依規定不予支付。

## 5、從民眾端所採取之引導及改善措施

(1)法規面：依全民健康保險醫療辦法第22條第3款、第42條規定：保險對象至保險醫事服務機構就醫時，不得任意要求檢查(驗)、處方用藥或住院；保險對象有重複就醫或其他浪費醫療資源情形時，保險人應予輔導，並得依其病情指定其至特定之保險醫事服務機構接受診療服務。未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫者，除情況緊急外，不予給付。

(2)制度面：依全民健康保險法第33條、36條規定，規範保險對象部分負擔之目的，即為強化被保險人的個人責任，降低道德危害，減少醫療資源不當使用，同時，藉此建立民眾選擇適當之就醫層級，逐步落實醫療分級轉

診制度，進而促使醫療院所發揮應有之醫療服務功能。

(3) 執行面：

<1>對於高就診病患，已採取之具體措施包括：郵寄關懷函、電訪或親訪、結合多元社會資源訪視輔導與轉介、與醫界合作建立責任分工、定期將榮民(眷)身分之高利用保險對象資料提供退輔會、將專業藥事人員納入輔導團隊、指定保險醫事服務機構就醫。

<2>推動整合性照護計畫：多重疾病者或是經常需要掛號不同科別就醫者，前健保局已推動各項試辦計畫，如「全民健康保險家庭醫師整合性照護試辦計畫」、「西醫基層診所以病人為中心整合照護試辦計畫」、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」、「全民健康保險論人計酬試辦計畫」等，以進一步節制醫療費用。

<3>加強宣導珍惜醫療資源：前衛生署已加強教育民眾正確就醫、合理使用醫療服務，推動小病至診所或小醫院、大病至大醫院就診等多元措施。

6、從資訊系統改善「三多」問題

前衛生署於臺灣健康醫療雲子計畫中規劃2個子項－「電子病歷雲端服務」及「醫療雲端服務環境」，其主要內容如下：

(1) 電子病歷雲端服務

<1>建置營運「雲端電子病歷索引中心」與「電子病歷雲端閘道器服務中心」，以發展電子病歷雲端交換互通平台模式，支援國內醫療

院所電子病歷儲存、交換互通之雲端服務環境，藉此鼓勵國內醫療院所推動電子病歷之意願。

<2>於105年前協助300家衛生所及5,000家診所與電子病歷雲端閘道器服務中心連結，並可調閱醫療院所電子病歷功能。

<3>持續維運電子病歷資訊安全相關作業。

(2) 醫療雲端服務環境：

<1>發展雲端醫療服務，縮短城鄉醫療數位落差，支援偏遠、山地、離島、衛生所醫療服務，提升醫療品質。

<2>建構署立醫院新世代資料中心，以雲端計算為服務基礎，兼具彈性、擴充性，達節能減碳、高效能、隨需供應的自助醫療資訊服務，提升醫院服務品質。

<3>提供以病患為中心的資訊服務及醫護人員行動護理服務，提升醫療照護服務品質。

<4>推動前衛生署所屬醫院為磁吸醫院，因應磁吸醫院資訊需求及環境建置，藉由護理作業資訊化，提升工作品質。

<5>雲端醫療分析，支援臨床醫師診療服務，提升診療決策品質，強化專業服務範圍與品質深度。

<6>為提供安全就醫及個資保障，建立支援醫院安全醫療資訊環境。

(3) 辦理情形：前衛生署「台灣健康雲計畫」於101年10月報行政院審核，嗣經102年1月29日獲該院函復有關機關意見，並囑該署修正計畫後再行報院，目前該計畫已完成修正，並再行報院審核中。

### (三) 藥事居家照護試辦計畫

為使醫療資源的合理使用，針對門診高利用之保險對象中需輔導建立正確服用藥物觀念者，進行居家訪視，以避免藥物重複使用，揭示用藥安全，間接減少醫療資源之浪費，前健保局自99年起實施「高診次民眾就醫行為改善方案-藥事照護試辦計畫」(以下簡稱藥事居家照護計畫)，由藥師公會全聯會協助辦理迄今，針對前一年就醫超過一定次數以上的高就診民眾，進行藥事居家照護服務。茲將該計畫執行情形及具體成效概述如下：

#### 1、執行情形

- (1) 由前健保局各分區業務組將輔導對象名單提供藥師公會全聯會後，再由各縣市藥師公會協調培訓合格之健保特約藥局藥事人員進行居家藥事服務。居家照護藥事人員對照護之輔導對象的病情與用藥，給予評估，並擬定及執行照顧計畫，且追蹤療效、確實記錄與檢討，以輔導對象為中心提升用藥安全，達到更健康，因而得到健保支付該專業服務。
- (2) 另藥師公會全聯會建立「藥事照護發展中心」，其任務包括：聘請專任全職專家擬定此計畫之標準作業程序，建立藥事人員培訓過程，發展照顧模式；定期舉行個案討論及工作檢討會，以管控藥事照護品質；安排學術支援藥事人員，適時支援居家照護藥事人員；規劃與醫師溝通之模式，發展電腦化記錄模式；計畫期中及期末提報執行成果送前健保局，並配合費協會或監委會之相關會議時程提報執行情形。
- (3) 參與計畫之特約藥局及藥事人員，須服務於

有2人(含)以上藥事人員的健保特約藥局執業者，且於3年內未違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法暨相關法令規定，並經由藥師公會全聯會培訓合格後，即可申請參加藥事居家照護服務。嗣經前健保局業務組審核並完成附約之簽訂後，由藥師公會全聯會發給訪視的識別證並分配輔導對象，以及由業務組通知保險對象後，即可開始進行居家藥事照護。

(4) 藥事居家照護標準作業程序：

<1> 藥事人員培訓過程：

- 通過32小時培訓、筆試、實習及口試及格後，由藥師公會全聯會發給合格證明。
- 藥事人員於執行居家照護時，需常與學術支援藥事人員討論案情，並參與每個月的個案討論及工作檢討會，以確保藥事照護之執行能力及專業判斷之正確性與可行性。

<2> 輔導過程：

- 藥事人員於前健保局發出關懷函1星期內以電話聯繫輔導對象，取得其同意並約定訪視的時間與地點，同時提醒其準備所有目前服用處方藥、成藥及中藥的藥袋、處方箋、保健食品及相關檢驗報告(如果有資料)等。
- 訪視時藥師需穿著正式並著白色藥師服，同時需戴有訪視的識別證以便輔導對象分辨，並攜帶名片以便留給輔導對象聯絡。
- 每次訪視時應攜帶「訪視紀錄表」，以便紀錄所收集的資料。前4個月，每個月訪視1次；後8個月，每2個月訪視1次，1年內原則輔導8次。若輔導對象疾病控制未達目標或

用藥問題仍嚴重，可視需要並經前健保局分區業務組同意後，增加訪視次數。

- 每次訪視結束後，須將紀錄表上的資訊整理至「高診次藥事居家照護報告書」，並以郵寄方式寄送前健保局各分區業務組，電子檔資料由藥師全聯會處理及備查。
- 藥事人員訪視時，建議能與輔導對象的居家護理師、個案管理師或信任之社區藥事人員或里長陪同訪視，如居家護理師、個案管理師無法陪同，藥事人員也可先經由前揭人員得知該輔導對象相關資訊，較能先與輔導對象建立信任的關係，亦能確保藥事人員及民眾的安全。
- 藥事人員初次訪視時，應先以瞭解輔導對象之疾病狀況及其服用之藥物，並協助輔導對象整理藥物的角度，嘗試建立信任關係。

<3>與醫師協調之注意事項：若藥事人員於輔導過程中，發現輔導對象有藥物治療問題須與醫師溝通時，宜將民眾之完整藥歷及問題，以「藥事人員居家訪視用藥建議書」回饋相關醫師或單位予以解決。若遭遇雙方皆無法解決之問題，則請前健保局分區業務組作為協調溝通的平台，以共同處理問題。

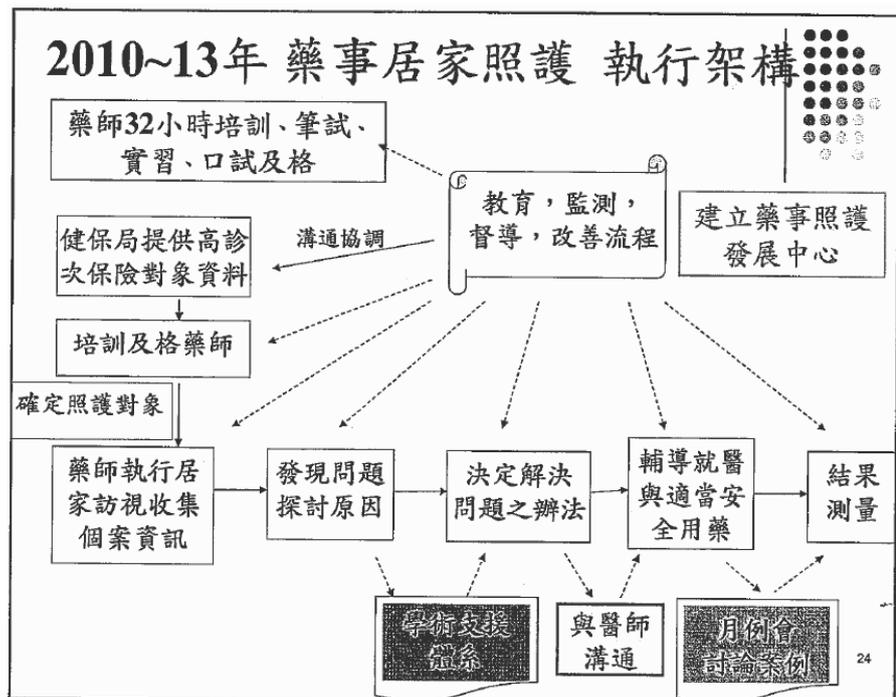
<4>學術支援藥事人員及藥事照護再訓練：各縣市藥師公會將邀請有照顧病人經驗的醫院藥師擔任學術支援，供居家照護藥事人員提出諮詢，共同討論發現與解決藥物治療問題的方案。此外，各縣市藥師公會於每個月舉行個案討論及工作檢討會，參與

者包括居家照護藥事人員及學術支援藥事人員，並不定時邀請醫師參與。藥事人員須輪流報告輔導對象之情形、照護狀況及計畫，並和與會人士進行討論。

<5>申報與支付：依「特約藥局醫療服務點數清單媒體申報」格式向前健保局業務組申報，每次訪視支付1,000點，每點1元。1年原則上給付上限為8次，申報費用時，應檢送「高診次藥事居家照護報告書」等書面資料。

<6>執行報告：藥師公會全聯會於期中及期末，將執行成果提報前健保局及其分局業務組，並配合費協會或監委會之相關會議時程提報執行情形。執行報告內容應包含：基本架構與實施方式、輔導資料、輔導對象性別年齡分布及輔導後影響分析、效益評估、輔導困難及解決對策、檢討與建議、結論及未來改善計畫等。

(5)99至102年藥事居家照護執行架構如下：



## 2、執行成效

(1) 99年(第1年)係針對1年就醫200次或1季就醫50次的高就診民眾由培訓及格的藥師執行藥事居家照護。在臺北分區23位藥師及高屏分區19位藥師，對8個縣市民眾成功訪視分別為351、457人，共計808位個案。經由一年的照護，其中甘苦真是冷暖自知(被當詐騙集團、前健保局派來抓人的；假地址/電話而到處找個案)。99年照顧808位個案的總結果(詳見下表)，當年照顧個案的期間與個案在98年同期間的數據比較，在門診就醫總次數上平均每個案下降27次，降低29%；在門診醫療總花費上，平均每位個案下降15,669元，降低20%，若乘以808人，總共下降1,266萬元之門診醫療總花費；而在門診藥品費用上，平均每個案下降5,777元，降低19%，總共降低467萬元藥費。當年度給付藥師的藥事照護費用約385萬元，若以門診醫療費用的節省當作利益，則藥師提供藥事居家照護之成本利益比為1：3.3。

(2) 由於藥師在經濟上的成果讓前健保局節省許多門診醫療花費，因此，在100年提高4倍的預算，請藥師繼續照顧1年就診100次以上且用藥較多的個案，同時擴展照顧全臺灣24個縣市4,300位個案。該年執行結果共有101位藥師照顧4,032位個案，共節省健保門診醫療花費2,444萬元，當年度給付藥師的藥事照護費用約2,442萬元，因此，藥師提供藥事居家照護之成本利益比為1：1，但保護該群體的用藥安全，改善就醫行為。

(3) 101年維持前一年的預算與照顧條件，惟在執行上改變三個方式：輔導成效只看門診醫療費用，而目標訂在下降12%；獎勵制度改為獎勵個別表現好的藥師，而不是看整體表現有無達到目標；照顧偏遠地區個案可增加服務費1,200元。該年執行結果，計有4,966位個案接受135位藥師照顧，平均每個案下降門診就醫次數達17%；下降門診醫療總花費14%，若乘以4,966人，則總共下降4,253萬元的門診醫療總花費；平均下降門診藥品費用11%。此外，135位藥師中有61位藥師獲得前健保局給予獎勵金，因為渠等照顧的個案在門診醫療費用方面下降超過15%。第三年的藥事居家照護仍得到淨利益約1,235萬元，而成本利益比為1：1.4。

表9、藥事居家照護門診表現總成績(經濟上成果指標)

指標項目	99年 (N=808個案,42 位藥師)	100年 (N=4,032個案 ,101位藥師)	101年 (N=4,966個案 ,135位藥師)
門診就醫 次數	前93.2±1.3 後66.2±1.3 改變率：-29%	前80.90±0.41 後66.93±0.46 改變率：-17%	前63.56±0.33 後52.99±0.34 改變率：-17%
門診醫療 總花費 (元)	前77,256±5,759 後61,587±3,221 改變率：-20% -\$12,660,552	前60,395±552 後54,333±627 改變率：-10% -\$24,441,274	前61,512±483 後52,948±508 改變率：-14% -\$42,528,824
門診藥品 費用	前30,847±5,498 後25,069±2,749 改變率：-19%	前20,723±308 後18,614±298 改變率：-10%	前16,198±244 後14,435±251 改變率：-11%
成本利益 比(藥師申 請藥事照 護費用:門診醫 療費用節省)	3,850,000 : 12,660,552 =1 : 3.3	24,420,000 : 24,441,274 =1 : 1	30,182,200 : 42,528,824 =1 : 1.4

資料來源：藥師公會全聯會

- (4)此外，前衛生署從藥師公會全聯會訂定之高診次居家照護藥師培訓課程舉辦辦法、高診次居家照護藥師培訓課程筆試規則、中華民國藥師公會全國聯合會藥事居家照護輔導訪視辦法等，已詳細訂定參加藥師須通過相關訓練及考試後，始得勝任，並有輔導訪視辦法抽選保險對象訪查確保照護品質之措施等，認為藥師公會全聯會所建立教育、監測、督導及改善流程之執行架構，以確保藥事居家照護品質，尚屬周延。另前健保局以101年之執行成效為例，亦認為藥師公會執行成果已達該計畫預定之目標(101年輔導後，醫療費用下降率為13.92%)，已達相當之經濟效益。
- (5)至於該計畫擴大辦理之可行性及配套措施，前健保局考量藥師居家服務之支付高，若擴大辦理恐影響健保財源，故在確定藥事居家服務確有成效之後，未來若要擴大辦理需朝向改變醫療服務提供之模式，如改由保險對象至特約藥局接受服務，以降低成本，始能擴大實施範圍。
- (6)另本案實地訪查中，調查委員亦與輔導個案面對面進行互動，深入瞭解此項計畫之執行成效及輔導對象的親身感受，這些民眾及其家屬在經過藥師的輔導訪視後，對於藥師的付出(不僅提供藥事照護，尚包括心理關懷、協助就醫等額外的服務內容)，均給予肯定與感謝，藥師的角色儼然成為輔導對象的家人。

#### (四)長庚紀念醫院推動實施之「整合用藥資訊提升門診

## 病人多重用藥安全」

### 1、執行情形

#### (1)背景說明

- <1>藥物事件為病人安全事件通報之首位。
- <2>多重用藥導致非預期的用藥問題，如增加藥物不良反應事件、增加藥物交互作用的機會、病人服藥的配合度下降。

#### (2)跨科別多重及高用藥整合專案

- <1>專案召集人為黃璟隆副院長，並由各部科別醫師、藥劑部、品管中心、資管部及經管部組成。
- <2>專案目的：整合用藥品項、減少藥物顆粒總數、降低西藥門診藥品顆粒總數 $\geq 900$ 顆/用藥之個案數。

#### <3>問題確立：

- 病人因素，包括：看診多科別（2科28%、3科24%、4科28%）、跨院區看診（2院區20%、3院區1%）。
- 醫師因素，包括：各科醫師依病人主訴開立處方未整合；同一治療目的開立相似藥物；症狀已緩解，仍持續開方。
- 藥師因素，包括：未能即時審查重複用藥、事後回饋監測及檢討。
- 管理因素，包括：無即時整合多重用藥提示系統，供參考及提醒；部分品項無高劑量規格；無整合管理機制。

#### <4>對策與措施

- 建置即時用藥安全管控機制：建置全院性相同藥理、重複用藥、交互作用之提示。
- 建構即時高用藥量諮詢提示機制：

- ◇門診看診清單自動註記「高用藥量，現狀門診用藥超過800」。
- ◇醫師門診醫囑系統選取病患時，即呈現提示視窗。
- ◇醫師開立醫囑前呈現「現狀用藥彙整」(看診當日前28天所有已開立之藥物明細；病人之「現狀用藥彙整」遇有相同藥理或重複用藥，以顏色作區隔提醒【黃色為相同藥理；紅色為重複用藥】)之提示。
- 依專科需求增設高劑量規格供使用：
  - ◇前十大專科高劑量規格品項需求調查。
  - ◇藥劑部統計單次開立藥方 $\geq 2$ 顆以上之藥品品項，回饋專科確認需求。
  - ◇依院內訂定流程，提案申請新增→財管部評估→聯絡藥廠開發→依院內流程增加高劑量規格品項。
- 提升醫師開立行為自主管理：
  - ◇藥劑部每月將大於800顆病人之相關資訊，提供專科及醫師(含每月差異比較)。
  - ◇針對改善成效良好之專科及醫師，予以表揚及獎勵。
- 持續定期回饋監測及檢討機制：分析監測數據趨勢，並定期召開會議進行檢討。
- 高用藥量個案內部自審加強管理：針對藥品顆粒總數 $\geq 900$ 顆/月之個案加強管理，99年第3季執行抽樣(以每季第1個月為樣本月，藥品月使用量 $\geq 900$ 顆，篩選出藥品使用量前10名之個案)自審(由院內審查小組醫師進行審查及提報；若確屬不合理案件，依藥品10%之費用，扣回PF)。

- 多重用藥病人用藥監測與關懷：成立「多重用藥關懷小組」，從醫師端，針對多重用藥且處方有疑義之個案，以業務接洽便函提供各專科，請相關主治醫師審慎評估臨床狀況修改處方；從病人端，在門診處方單註記「多重用藥關懷」個案，後續於門診藥物諮詢室，進行關懷及協助指導。
- 多重用藥個案門診整合。
  - ◇ 調查連續3個月「西醫門診藥品顆粒數 $\geq$ 800顆」個案之相關專科醫師，擔任整合開立藥方之意願。
  - ◇ 未能協調整合之個案，透過討論優先考慮轉由家醫科、老年醫學科或相關專科教學門診進行整合。
  - ◇ 為提升相關專科醫師擔任整合開立藥方的意願，討論提供部分獎勵方案(如PF)。

## 2、執行成效

- (1) 該醫院利用SAS EG針對門診病人（102年1月及102年4月），於其就診日前1日計算28天內以開立之藥品顆粒總數 $\geq$ 800顆之個案數，從506人降低500人。

分析期間	個案數
102年1月	506人
102年4月	500人

資料來源：長庚醫院

## (2) 該醫院之建議事項

- <1> 建議制度上能同意醫療院所可以運用醫療機構卡片來讀取健保卡藥歷內容，以利醫院導入病人e化報到服務，即可事先將病人健保卡格、藥歷資料讀取預置於醫院HIS系

統，減少在診間看診讀卡時間。

<2>考量處方時效性，建議開方醫師可直接寫入IC卡內，宜紀錄慢性連續處方箋自開立起推算2~3個月內用藥。

<3>建議可同步有網絡查詢（前提是網絡不能塞車）及提供資料方式。

<4>對於病人過敏紀錄，目前各醫療院所均有建置資料庫，建議允許醫師將此紀錄上傳至健保卡晶片或資料庫。

3、長庚醫院上開執行情形及成效，前衛生署表示：對於長庚醫院推動實施之「整合用藥資訊提升門診病人多重用藥安全」，其目的就是利用同一機構資訊系統的整合，藉由資訊系統提醒處方醫師用藥之相關訊息，提高處方藥物的安全及減少重複用藥，尤其所提供的資訊顯示成效頗佳。據瞭解，臺灣多數中大型醫院均有類似的系統設計，用來提高用藥安全，並減少藥物浪費。目前，該署正利用雲端科技，發展藥歷檔資料雲，整合不同機構同一病人之用藥，未來技術成熟後，則可推廣使用。

## 二、「重大傷病」之執行情況及檢討。

### （一）現狀與問題分析

#### 1、重大傷病證明之審查及核發程序

（1）依據健保法第48條第2項規定，免自行負擔費用範圍及重大傷病之項目等事項，由主管機關訂定之。據前衛生署表示：重大傷病項目係以需長期持續治療且其總醫療費用高之傷病為納入的原則，現行全民健保重大傷病範圍所列項目，係邀集各醫學專科醫學會、醫療團體代表等討論研議定案後，再由該署公告。

（2）又健保法第48條第2項所規定重大傷病免自行

負擔費用之範圍如下：

- <1>重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。
  - <2>因重大傷病門診，當次由同一醫師併行其他治療。
  - <3>因重大傷病住院須併行他科治療，或住院期間依病情需要，併行重大傷病之診療。
  - <4>保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。
  - <5>前項住院免自行負擔之期間，以自當次住院的第一日起算，至其重大傷病證明有效期間屆滿；同一疾病係由急診轉住院者，以急診第一日起算。
- (3) 重大傷病證明之審查及核發，係依據「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」規定，保險對象經特約醫院、診所醫師診斷為重大傷病者，得檢具相關文件，由本人或委託他人、醫院、診所為代理人，向前健保局申請重大傷病證明，經審查後核發重大傷病證明。前健保局為加強審查，如洗腎、呼吸器、慢性精神病、罕見疾病、重大創傷等傷病，除行政審查外需送專業審查，認定後核發重大傷病證明，已有複審機制（相關核發程序詳如下圖1）。

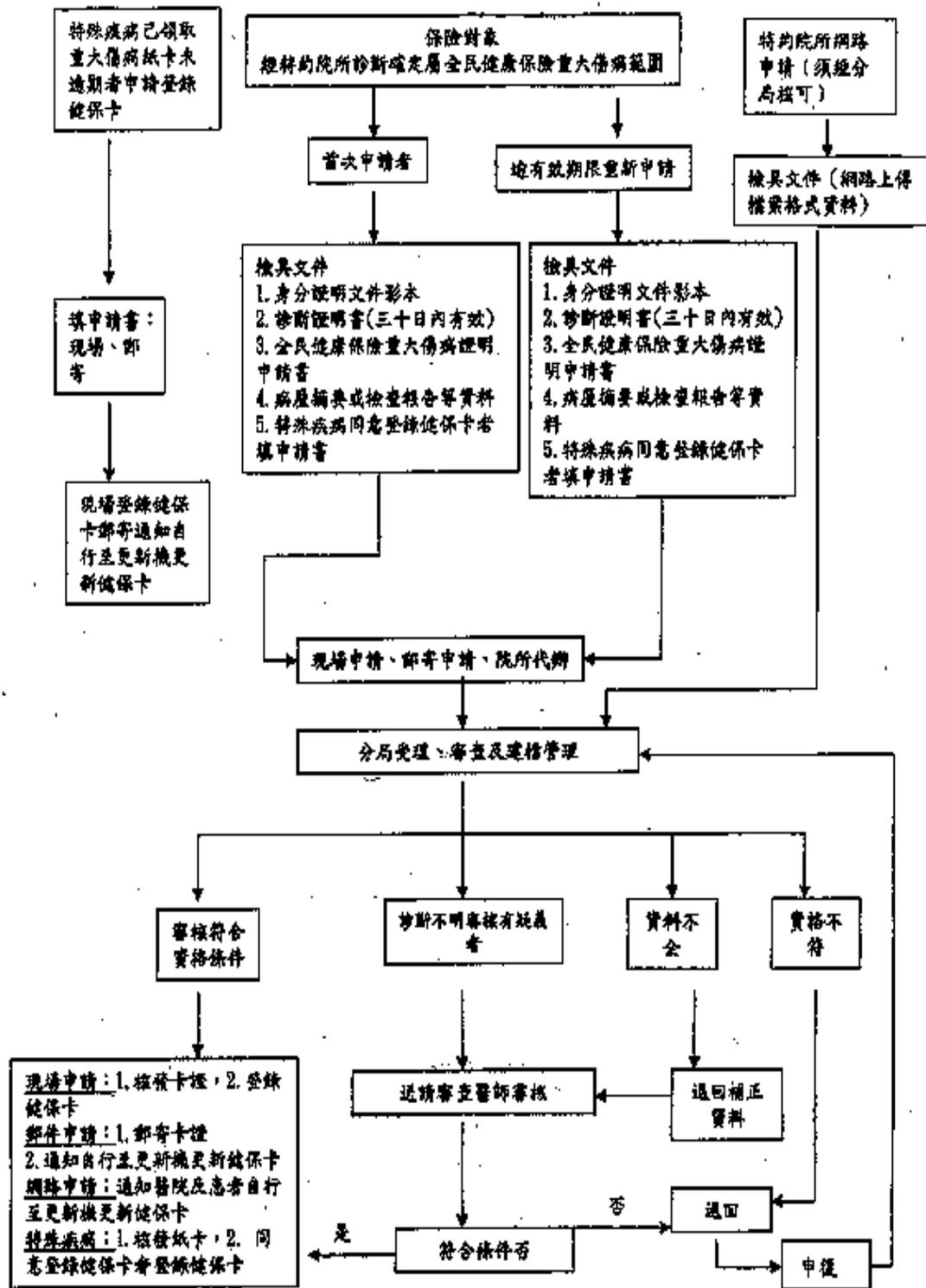


圖 1、重大傷病申請核發流程圖(含註記健保卡)

#### (4) 對於重大傷病證明效期之研議與檢討

- <1> 健保開辦初期，重大傷病證明未訂有效日期。嗣前衛生署為加強管理，於87年研議訂定領證3年後應重新評估疾病現況，逾期須重新申請，審查符合資格後換發。
- <2> 鑑於部分疾病經治療後有痊癒或減輕症狀之可能，前健保局爰於91年蒐集、參據各專科醫療專業意見研議後，訂定各項疾病不同之有效期限陳報前衛生署，於91年8月30日公告執行，有效期限屆滿後須再評估疾病現況重新申請，以把關重大傷病卡之核發作業。
- <3> 99年時前健保局參據各分區業務組醫療專業審查醫師意見暨相關醫學會專業意見，建議修正重大傷病範圍第6項慢性精神疾病及第13項呼吸衰竭需長期使用呼吸器者之規定內容及有效期限，經陳報前衛生署後，於99年6月28日公告實施，加強審查及管控重大傷病證明之審查與核發。

#### 2、重大傷病範圍之修訂情形

- (1) 健保開辦時公告之重大傷病範圍僅16項疾病(84年1月25日衛署健保字第83078497號公告)，開辦後陸續增列，84年增列10項、85年增列2項、87年增列3項、91年時將「其他經保險人認定後，由主管機關公告之傷病」修正為「經本署公告之罕見疾病，但已列屬前三十類者除外」(歷年增修訂內容詳見下表10)，嗣後即未再增加，惟於94年刪除愛滋病項目<sup>5</sup>，99

<sup>5</sup> 衛生署前依行政院94年2月18日召開「研商健保財務改革措施會議」決議：「同意公共衛生支出之法定傳染病、預防保健及教學成本等經費，逐年回歸公務預算編列」，爰此，該署配

年公告修訂限縮呼吸器及慢性精神疾病之申請條件及有效期限，健保實施迄今計有30項傷病列入範圍。

- (2) 復據前衛生署表示：重大傷病範圍經該署公告後，罹病者其就醫時，門診或住院均可免除其自行負擔費用，因此，醫界或病友團體爭相為病患爭取納入，甚或利用政治力量介入，以致實務上很難將一些疾病於重新檢討後，從重大傷病範圍中排除。

表10、全民健保重大傷病範圍歷次增修訂內容

公告日期	增定項次	增訂疾病內容	修訂項次
84年1月25日公告	16大項	1癌症-16經保險人公告	2項
84年4月27日公告增修	4項 (備註)	1、重症肌無力症 2、先天性免疫不全症 3、脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者(其殘障等級在中度以上者)。 4、職業病	3項
84年6月20日公告增修，並於84年7月1日起實施	5項	1、急性腦血管疾病(限急性發作後1個月內) 2、多發性硬化症 3、先天性肌肉萎縮症 4、先天性魚鱗癬樣紅皮症(穿山甲症) 5、多發性肌炎 6、皮肌炎 7、血管炎 8、天皰瘡	3項

合於94年12月21日公告全民健保重大傷病範圍刪除愛滋病項目。

公告日期	增定項次	增訂疾病內容	修訂項次
		9、乾燥症 10、癲癇病	
84年10月5日公告增修，並於同日起實施	1項	肝硬化，併有下列情形之一者：腹水無法控制、食道或胃靜脈曲張出血、肝昏迷或肝代償不全	4項
85年4月23日公告增修，並於同日起實施	1項	早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。 早產兒出生後3個月內因神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟（含支氣管）等之併發症。 早產兒出生滿3個月後，經殘障等級評鑑為中度以上，領有社政單位核發之殘障手冊者。	2項
85年7月6日公告增訂，並於同日起實施	1項	烏腳病	
87年1月14日公告增修，並追溯87年1月1日起實施	1項	後天免疫缺乏症候群（指感染人類免疫缺乏病毒者）	
87年1月21日公告增訂，並於同日起實施	1項	運動神經元疾病其殘障等級在中度以上或須使用呼吸器者。	
87年5月20日公告增修，並於同日起實施		1、庫賈氏病 2、克隆氏症 3、慢性潰瘍性結腸炎	4項
87年5月20日		1、器官或組織之移植手術後	

公告日期	增定項次	增訂疾病內容	修訂項次
公告增修，並於同日起實施		，肺臟。 2、器官或組織之移植手術後，肝臟。 3、肝臟移植併發症 4、肺臟移植併發症	
88年4月22日公告修正，並於同日起實施			1項
91年8月30日公告修正	1項	31、經該署公告之罕見疾病，但已列屬前30類者除外。	
94年12月21日公告修正，並自95年1月1日起實施		刪除第28類「後天免疫缺乏症候群」	
98年2月18日公告修正，並自98年2月18日起實施		將原第24類「癲癇病」，中文疾病名稱修正為「漢生病」(英文名稱亦修正之)。 第30類「經本署公告之罕見疾病，但已列屬前30類者除外。」修正為「經本署公告之罕見疾病，但已列屬前29類者除外。」	
99年6月28日公告修正		1、第6類慢性精神疾病修訂有效期間。 2、增列胰臟儀手術職後。 3、第13類呼吸衰竭使用呼吸器，修正發卡條件及有效期間。	
100年3月25日公告		配合二代健保法第48條規定，公告「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」修正第2條條文，並同步廢止「全民健康保險重大傷病範圍」。	

備註：「脊髓損傷或病變」單獨列為第十八項，故原第十一

項配合修正，將「脊柱骨折，伴有脊髓病兆」及「無明顯脊髓損傷之脊髓傷害」兩細項一併移列於第十八項下。

資料來源：前衛生署

### 3、歷年核發張數及醫療資源使用情形

- (1) 自健保開辦以來，重大傷病證明核發總數從84年之21萬7,906張(占該年納保人口數之比率為1.14%)，逐年增加迄101年底為96萬1,265張，納保人數為89萬8,975人，占該年納保人口數之比率為3.86%。
- (2) 再從每年新申請核發證數以觀，近3年(99至101年)來均以「需積極或長期治療的癌症」、「慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者」及「因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者」為最多，以101年為例，前揭3項重大傷病之新申請核發證數計有118,743張，占該年新申請核發總證數之比率為81.98%。
- (3) 重大傷病所使用之醫療資源，86年的門住診醫療點數為415.95億點，迄101年的門住診醫療點數，已達1,558.43億元；且占門住診醫療總點數之比率，亦從86年之17.22%，迄101年已增加為27.56%，亦即3.86%之納保人口使用超過四分之一以上的醫療資源。
- (4) 自健保開辦以來，重大傷病證明核發張數最多前10名的排名，均未曾變動，以「需積極或長期治療的癌症」始終高居第1位，其排名第2位為「慢性精神疾病」，前兩者合計核發張數，迄101年為672,028張，占總核發張數近70%。此外，「需積極或長期治療的癌症」、「慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者」及「因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者」等3項重大

傷病，合計核發張數迄101年達547,140張，占核發總張數之56.92%；其門住診醫療點數合計1,199.74億點，占門住診醫療總點數之比率已達76.98%。

- (5) 重大傷病減免就醫之部分負擔機制，雖可讓患者無後顧之憂地接受治療，減輕家庭經濟的負擔，使民眾不因重病導致貧窮，確實達到全民健保照顧保險對象之目的及精神。惟因重大傷病領證人數快速累計增加，使醫療費用逐年成長，此對有限成長的健保資源，卻也造成不可言喻的沉重壓力。
- (6) 根據前衛生署提供之統計資料顯示，近5年來每年重大傷病申請換卡經核定不同意之件數僅約2千餘件左右，占總換卡數(每年約有5萬餘件)之比率不超過5%，亦即每年重大傷病屆期申請換卡重新評估疾病現況後，而未符資格遭剔除之件數相當少。
- (7) 歷年重大傷病實際領證人數、醫療費用使用情形，以及每年申請換卡案件詳見下表11至15及圖2、3。

表11、84至101年重大傷病領證數統計

單位：張、人、%

核發證數 排序	重大傷病種類	84	85	86	87	88	89	90	91	92
1	需積極或長期治療之癌症	86,411	124,603	160,014	150,258	171,112	203,038	208,589	247,158	280,005
2	慢性精神病	60,713	70,142	78,165	71,879	83,855	96,082	101,865	118,945	139,107
3	需終身治療之全身性自體免疫症候群	13,008	16,386	19,349	20,263	23,671	28,002	29,956	34,862	39,532
4	慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者	20,528	23,168	28,049	27,300	31,405	36,984	38,465	44,916	49,824
5	心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸型及染色體異常	13,294	19,683	25,722	27,350	29,166	32,269	29,800	32,514	34,267
6	先天性新陳代謝疾病	2,799	3,474	4,116	4,331	4,814	5,608	6,015	6,849	7,619
7	小兒麻痺、腦性麻痺、早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者(其殘障等級在中度以上者)	5,897	7,043	7,980	7,004	7,334	7,992	7,545	8,454	9,268
8	因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者	1,505	3,287	5,158	4,965	6,583	9,423	11,758	19,462	28,802
9	肝硬化症	665	3,406	5,640	6,299	7,660	9,378	10,275	12,849	15,177
10	接受心臟、腎臟及骨髓移植後之追蹤治療	1,156	1,194	1,330	1,481	1,746	2,097	2,428	3,111	3,742
11	脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及胃腸等之併發症者(其殘障等級在中度以上者)	1,950	2,961	3,549	3,890	4,401	4,966	4,848	5,478	5,995
12	重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數16分以上者	2,672	6,104	9,107	10,302	10,347	10,959	9,820	10,753	12,239
13	職業病	2,220	5,773	6,048	4,357	10,108	9,889	9,953	9,649	9,558
14	罕見疾病								367	880
15	重症肌無力症	748	1,031	1,317	1,480	1,713	2,045	2,113	2,370	2,626
16	嚴重溶血性及再生不良性貧血	1,298	1,515	1,721	1,455	1,584	1,748	1,600	1,790	1,958

核發證數 排序	重大傷病種類	84	85	86	87	88	89	90	91	92
17	先天性凝血因子異常(血友病)	735	727	781	762	905	940	925	865	898
18	多發性硬化症	59	111	167	254	268	327	372	429	491
19	先天性肌肉萎縮症	82	169	242	348	400	491	486	570	603
20	運動神經元疾病使用呼吸器或殘障中度	-	-	-	65	208	306	379	464	527
21	燒燙傷面積大於全身20%以上;顏面燒燙傷合併五官功能障礙者	1,222	2,030	2,810	2,862	2,777	2,832	2,136	2,062	1,860
22	先天性免疫不全症	99	183	249	260	270	319	315	311	270
23	先天性水泡性表皮鬆解症(穿山甲症)	9	21	29	33	37	39	56	80	91
24	漢生病	557	565	568	557	495	482	417	421	425
25	烏腳病	0	71	172	163	207	217	216	217	239
26	因腸道大量切除或失去功能,或其他慢性疾病引起嚴重營養不良者,給予全靜脈營養已超過30天,口攝飲食仍無法提供足量營養	199	368	504	518	569	628	612	588	551
27	庫賈氏病	-	-	-	6	8	10	9	17	32
28	早產兒出生3個月後評定為中度以上殘障	0	19	67	66	88	101	92	75	59
29	因潛水、或減壓不當引起之嚴重型減壓病或空氣栓塞症,伴有呼吸、循環或神經系統之併發症且需長期治療者	80	58	71	42	29	19	11	14	13
合計		217,906	294,092	362,925	349,349	402,992	469,103	483,191	568,383	649,983
領證人數		-	-	-	-	-	-	-	-	-
保險人口數		19,123,278	20,041,488	20,492,317	20,757,185	21,089,859	21,400,826	21,653,555	21,869,478	21,984,415
重大傷病占率		1.14	1.47	1.77	1.68	1.91	2.19	2.23	2.60	2.96

核發證數 排序	重大傷病種類	93	94	95	96	97	98	99	100	101
1	需積極或長期治療之癌症	203,162	278,735	305,791	335,826	350,863	372,154	397,403	432,344	463,703
2	慢性精神病	152,310	163,546	176,691	187,875	196,331	204,079	207,667	208,432	208,325
3	需終身治療之全身性自體免疫症候群	42,769	47,104	52,714	58,135	63,457	68,916	74,344	79,672	85,473
4	慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者	48,200	50,022	52,081	56,090	58,726	62,282	65,883	68,536	71,468
5	心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸型及染色體異常	34,966	36,183	37,577	37,705	36,892	36,319	35,468	35,878	36,375
6	先天性新陳代謝疾病	8,224	8,850	9,648	10,346	11,076	11,797	12,630	13,381	14,054
7	小兒麻痺、腦性麻痺、早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者(其殘障等級在中度以上者)	9,885	10,252	11,045	11,569	11,929	12,232	12,548	12,726	12,857
8	因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者	10,551	10,283	9,357	10,215	10,339	10,890	11,657	11,573	11,969
9	肝硬化症	10,641	11,437	11,367	11,730	11,438	11,215	11,000	10,869	10,673
10	接受心臟、腎臟及骨髓移植後之追蹤治療	4,015	4,740	5,316	6,135	6,913	7,665	8,466	9,349	10,043
11	脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及胃腸等之併發症者(其殘障等級在中度以上者)	6,069	6,487	6,991	7,336	7,631	7,899	8,080	8,206	8,277
12	重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數16分以上者	4,882	5,440	5,214	5,193	5,306	5,591	6,365	7,403	7,376
13	職業病	8,381	6,936	6,744	6,482	6,077	5,748	5,389	5,062	4,749
14	罕見疾病	1,357	1,973	2,335	2,806	3,214	3,573	3,741	3,994	4,303
15	重症肌無力症	2,769	2,934	3,107	3,321	3,492	3,668	3,809	4,068	4,206
16	嚴重溶血性及再生不良性貧血	1,756	1,856	1,950	1,955	1,911	1,829	1,815	1,852	1,880
17	先天性凝血因子異常(血友病)	908	931	1,003	1,062	1,116	1,161	1,198	1,231	1,263
18	多發性硬化症	544	604	697	781	868	930	976	1,063	1,143

核發證數 排序	重大傷病種類	93	94	95	96	97	98	99	100	101
19	先天性肌肉萎縮症	627	681	730	791	816	860	894	898	931
20	運動神經元疾病使用呼吸器或殘障中度	471	494	540	603	626	670	682	688	699
21	燒燙傷面積大於全身20%以上;顏面燒燙傷合併五官功能障礙者	1,067	729	606	530	539	492	405	443	447
22	先天性免疫不全症	230	229	256	263	247	237	226	229	253
23	先天性水泡性表皮鬆解症(穿山甲症)	97	126	143	152	175	188	213	227	240
24	漢生病	354	346	329	316	296	283	262	249	236
25	烏腳病	249	241	235	222	217	214	200	184	168
26	因腸道大量切除或失去功能,或其他慢性疾病引起嚴重營養不良者,給予全靜脈營養已超過30天,口攝飲食仍無法提供足量營養	107	87	82	64	67	75	70	82	84
27	庫賈氏病	19	19	21	18	16	28	30	37	31
28	早產兒出生3個月後評定為中度以上殘障	36	33	39	39	32	25	23	31	25
29	因潛水、或減壓不當引起之嚴重型減壓病或空氣栓塞症,伴有呼吸、循環或神經系統之併發症且需長期治療者	11	8	9	11	11	13	13	13	14
合計		558,681	656,345	702,618	757,571	790,621	831,033	871,457	918,720	961,265
領證人數		-	602,214	668,832	714,870	748,777	783,121	820,505	861,826	898,975
保險人口數		22,134,270	22,314,647	22,442,947	22,622,297	22,921,974	23,025,773	23,074,487	23,198,664	23,280,949
重大傷病占率		2.52	2.70	2.98	3.16	3.27	3.40	3.56	3.71	3.86

備註：

1、重大傷病建檔統計：84-86年係以個人電腦建檔，86-93年轉為健保第一代醫療系統。93年8月24日開始改為健保第二代醫療資訊系統，統計格式、內容及計算方式變更，93年8月起統計報表以月報方式呈現。

2、前衛生署說明：前健保局重大傷病證明之有效期限於87年1月1日修正為3年，統計程式係以卡證有效日期3年期間計算，前

衛生署再於91年8月30日公告各類疾病不同之有效期限，如洗腎初次、使用呼吸器及靜脈營養三項，有效期限修正為3個月，燒燙傷及重大創傷修正為1年，因原統計程式以卡證有效日期3年期間為計算基礎時，無法排除逾期未換卡數（約有7萬4千餘筆），而93年8月24日之二代系統程式，已予修正，故該等類別之93年8月數據呈現負成長。

3、保險人口數：監委會會議業務報告承保統計資料（100年為200次12月底資料、101年為205次6月底資料）。

4、重大傷病占率：84至93年因無領證人數之統計資料，故以重大傷病領證張數/保險人口數；94至101年則以重大傷病領證人數/保險人口數。

5、急性腦血管疾病限於急性發作後1個月內由醫師逕行認定，免申請證明，故本表無該類疾病之領證統計數。

6、製表日期為102年6月11日。

資料來源：前衛生署。

表12、94至101年重大傷病新申請核發證數

單位：張

重大傷病種類	94	95	96	97	98	99	100	101
需積極或長期治療之癌症	73,504	71,601	79,715	91,225	99,415	94,847	93,997	96,136
因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者	13,318	12,462	14,447	13,848	15,071	15,100	14,752	14,384
慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者	9,125	8,273	8,829	8,765	8,881	8,668	8,098	8,223
需終身治療之全身性自體免疫症候群	7,048	6,127	6,091	6,254	6,208	6,210	6,194	6,630
重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數16分以上者	4,333	4,241	4,216	4,346	4,190	4,689	5,069	5,062
慢性精神病	21,800	17,650	15,246	14,119	12,983	8,243	5,422	4,898
心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸型及染色體異常	5,237	4,641	5,092	4,278	4,306	3,786	3,368	3,254
肝硬化症	3,989	3,617	3,597	3,542	3,587	3,328	2,972	2,771
接受心臟、腎臟及骨髓移植後之追蹤治療	884	767	1,033	1,029	1,011	1,082	1,169	1,021
重症肌無力症	477	556	743	642	634	649	631	537
先天性新陳代謝疾病	891	698	595	563	550	525	488	420
燒燙傷面積大於全身20%以上；顏面燒燙傷合併五官功能障礙者	454	390	379	382	323	268	249	284
罕見疾病	476	344	411	402	348	204	190	251
小兒麻痺、腦性麻痺、早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者(其殘障等級在中度以上者)	1,050	743	544	466	429	376	271	220
脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及胃腸等之併發症者(其殘障等級在中度以上者)	727	557	435	418	389	324	266	216
嚴重溶血性及再生不良性貧血	268	225	193	273	314	206	158	168
職業病	406	168	145	125	88	60	49	90
多發性硬化症	93	110	109	156	164	68	65	63

重大傷病種類	94	95	96	97	98	99	100	101
運動神經元疾病使用呼吸器或殘障中度	121	124	108	96	117	62	54	57
因腸道大量切除或失去功能，或其他慢性疾病引起嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過30天，口攝飲食仍無法提供足量營養	100	106	83	86	81	53	56	45
先天性免疫不全症	41	30	23	24	27	26	14	32
先天性肌肉萎縮症	94	48	64	54	64	40	29	32
先天性凝血因子異常(血友病)	65	62	49	55	45	38	31	27
庫賈氏病	8	9	6	4	12	13	8	8
先天性水泡性表皮鬆懈症(穿山甲症)	30	11	7	21	14	11	9	7
因潛水、或減壓不當引起之嚴重型減壓病或空氣栓塞症，伴有呼吸、循環或神經系統之併發症且需長期治療者	1	2	1	0	1	0	0	2
漢生病	4	1	1	3	6	2	2	1
早產兒出生3個月後評定為中度以上殘障	4	11	9	2	4	3	6	1
烏腳病	34	15	11	6	7	4	6	1
合計	145,803	134,700	142,182	139,077	155,837	148,885	143,623	144,841

備註：新申請案件係第二代系統新增程式，自94年開始統計。

資料來源：前衛生署

表13、86至101年重大傷病醫療費用統計（醫療費用）

單位：億點；%

年度	門診			住院			門住診合計		
	重大傷病 (1)	總門診 (2)	重大傷病所占 比率(1/2)	重大傷病 (3)	總門診 (4)	重大傷病所占 比率(3/4)	重大傷病 (5)	總門診 (6)	重大傷病所占 比率(5/6)
86年	188.77	1,635.39	11.54%	227.18	779.44	29.15%	415.95	2,414.83	17.22%
87年	218.07	2,002.20	10.89%	263.25	904.83	29.09%	481.32	2,907.05	16.56%
成長率	15.52%	22.43%	-5.64%	15.88%	16.09%	-0.18%	15.72%	20.38%	-3.88%
88年	250.82	2,184.21	11.48%	292.41	986.37	29.65%	543.23	3,170.58	17.13%
成長率	15.02%	9.09%	5.43%	11.08%	9.01%	1.89%	12.86%	9.07%	3.48%
89年	285.40	2,223.13	12.84%	312.79	1033.41	30.27%	598.19	3,256.54	18.37%
成長率	13.79%	1.78%	11.79%	6.97%	4.77%	2.10%	10.12%	2.71%	7.21%
90年	318.39	2,315.84	13.75%	351.28	1102.06	31.87%	669.67	3,417.90	19.59%
成長率	11.56%	4.17%	7.09%	12.31%	6.64%	5.31%	11.95%	4.95%	6.66%
91年	364.61	2,496.36	14.61%	405.38	1,210.34	33.49%	769.99	3,706.70	20.77%
成長率	14.52%	7.80%	6.24%	15.40%	9.83%	5.08%	14.98%	8.45%	6.02%
92年	415.08	2,594.51	16.00%	444.54	1,238.05	35.91%	859.63	3,832.56	22.43%
成長率	13.84%	3.93%	9.54%	9.66%	2.29%	7.21%	11.64%	3.40%	7.98%
93年	446.88	2,912.33	15.34%	584.97	,475.38	39.65%	1,051.85	4,387.71	23.97%
成長率	7.66%	12.25%	-4.09%	31.59%	19.17%	10.42%	22.36%	14.49%	6.88%
94年	511.37	2,994.51	17.08%	597.72	1,530.46	39.05%	1,109.09	4,524.97	24.51%
成長率	14.43%	2.82%	11.29%	2.18%	3.73%	-1.50%	5.44%	3.13%	2.24%
95年	552.18	3,038.37	18.17%	596.01	1,526.25	39.05%	1,148.19	4,564.62	25.15%

年度	門診			住院			門住診合計		
	重大傷病 (1)	總門診 (2)	重大傷病所占 比率 (1/2)	重大傷病 (3)	總門診 (4)	重大傷病所占 比率 (3/4)	重大傷病 (5)	總門診 (6)	重大傷病所占 比率 (5/6)
成長率	7.98%	1.46%	6.42%	-0.29%	-0.28%	-0.01%	3.53%	0.88%	2.63%
96年	593.75	3,163.02	18.77%	614.55	1,575.29	39.01%	1,208.30	4,738.31	25.50%
成長率	7.53%	4.10%	3.29%	3.11%	3.21%	-0.10%	5.24%	3.81%	1.38%
97年	651.42	3,335.06	19.53%	651.68	1,638.17	39.78%	1,303.10	4,973.23	26.20%
成長率	9.71%	5.44%	4.05%	6.04%	3.99%	1.97%	7.85%	4.96%	2.75%
98年	695.60	3,534.86	19.68%	682.49	1,686.19	40.48%	1,378.09	5,221.05	26.39%
成長率	6.78%	5.99%	0.75%	4.73%	2.93%	1.75%	5.75%	4.98%	0.74%
99年	745.01	3,637.39	20.48%	681.99	1,714.94	39.77%	1,426.99	5,352.33	26.66%
成長率	7.10%	2.90%	4.08%	-0.07%	1.71%	-1.75%	3.55%	2.51%	1.01%
100年	799.76	3,769.73	21.22%	704.23	1,751.15	40.22%	1,503.99	5,520.88	27.24%
成長率	7.35%	3.64%	3.58%	3.26%	2.11%	1.13%	5.40%	3.15%	2.18%
101年	850.71	3,888.86	21.88%	707.72	1,765.91	40.08%	1,558.43	5,654.79	27.56%
成長率	6.37%	3.16%	3.11%	0.50%	0.84%	-0.34%	3.62%	2.43%	1.1%

備註：

1、資料來源：重大傷病費用為倉儲門診、處方釋出及住診明細清單；總費用為年報資料之醫療費用（申請費用＋部分負擔）。

2、成長率係與前一年同期比較。

3、84至85年時健保剛開辦，重大傷病項目陸續增列且相關申報資料尚未穩定，故提供自86年起之統計資料。

4、製表日期：102年5月15日。

資料來源：前衛生署

表14、92至101年重大傷病各年疾病別醫療費用（門住診合計）統計

單位：百萬點

類別/年度	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101
01 癌症	25,420.9	31,405.2	34,030.8	36,954.4	39,746.0	44,580.1	48,135.2	51,576.4	55,361.1	58,764.2
02 凝血因子異常	977.3	1,120.1	1,416.4	1,621.5	1,926.7	2,254.1	2,303.1	2,557.1	2,876.2	3,140.3
03 溶血症	283.9	290.8	323.6	310.4	325.3	432.0	485.6	497.9	499.9	404.9
04 洗腎	26,574.8	28,920.1	30,666.0	32,701.4	34,754.5	37,097.0	39,239.5	41,440.4	43,167.5	44,329.3
05 自體性免疫疾病	1,611.8	2,127.0	2,364.0	2,509.6	2,597.7	3,026.1	3,505.9	3,773.3	3,983.1	4,235.7
06 慢性精神病	9,079.9	11,109.2	12,001.9	12,540.4	12,660.1	13,068.6	13,439.3	13,427.6	13,536.1	13,053.6
07 新陳代謝異常	407.1	484.0	563.5	787.4	1,072.4	1,221.4	1,336.1	1,610.8	1,989.4	515.5
08 先天性畸形	1,254.2	1,390.9	1,376.9	1,250.1	1,221.3	1,221.8	1,266.0	1,240.7	1,287.1	1,274.1
09 燒傷	299.8	327.4	324.1	283.2	230.1	259.5	191.7	199.5	185.2	197.6
10 器官移植	845.1	1,058.4	1,233.6	1,380.4	1,472.2	1,670.8	1,821.1	1,992.3	2,214.0	2,477.1
11 小兒麻痺	494.5	519.9	532.3	525.7	509.9	507.2	503.2	488.9	467.1	424.1
12 重大創傷	881.9	1,050.4	816.5	990.2	1,015.1	1,108.8	1,131.4	1,228.6	1,365.3	1,669.1
13 呼吸器	9,117.9	15,469.1	14,320.1	13,307.0	14,086.3	14,186.0	14,613.1	15,057.9	15,878.5	16,880.8
14 營養不良	56.1	98.4	64.7	55.8	39.4	50.4	48.5	33.3	42.9	70.5
15 潛水伏症	0.8	0.4	0.9	1.6	0.5	0.2	0.2	0.1	0.1	0.5
16 重症肌無力症	96.4	102.8	114.7	121.5	125.7	132.1	128.4	125.9	135.2	115.7

類別/年度	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101
17 先天免疫不全	33.8	33.2	44.4	46.8	42.5	40.8	43.9	48.7	52.3	51.8
18 脊髓損傷	485.0	598.5	551.8	525.0	516.0	560.5	565.2	577.5	533.7	475.3
19 職業病	489.3	394.1	429.7	334.2	230.2	205.5	209.5	192.6	199.3	147.2
20 急性腦血管疾病	4,469.0	5,444.3	6,126.7	5,740.0	5,528.4	5,817.8	5,905.9	3,667.1	3,740.8	3,380.5
21 多發性硬化症	69.1	91.9	107.2	120.5	148.0	172.4	192.9	203.1	204.7	216.4
22 先天性肌肉萎縮	34.7	35.5	31.1	24.7	31.6	38.4	26.6	33.9	32.2	20.3
23 外皮之先天畸形	2.6	4.7	3.6	4.4	9.3	3.3	4.8	4.4	4.9	3.4
24 漢生病	7.6	3.3	2.8	13.5	13.7	14.6	17.5	17.8	18.2	15.9
25 肝硬化症	1,662.5	1,963.4	1,928.8	1,917.1	1,897.2	1,924.8	1,928.9	1,930.4	1,882.6	1,605.9
26 早產兒併發症	213.4	214.4	56.5	110.4	55.3	63.4	84.3	60.1	22.2	21.7
27 烏腳病	8.9	12.9	18.4	11.7	7.4	6.1	5.3	5.0	4.8	4.3
28 愛滋病	511.8	601.6	683.1	-	-	-	-	-	-	-
28 運動神經元疾病	83.2	96.6	98.2	101.4	110.6	129.4	136.8	131.0	118.7	28.5
29 庫賈氏症	6.1	6.3	4.4	6.3	3.9	8.3	8.5	9.5	7.0	8.5
30 罕病	42.9	108.0	195.1	235.5	274.6	329.2	366.2	388.8	413.8	2,298.0
其他	440.7	102.8	477.7	287.1	177.8	179.0	164.0	178.7	175.1	12.6
合計	85,962.7	105,185.3	110,909.2	114,819.3	120,830.7	130,309.8	137,808.5	142,699.3	150,399.0	155,843.0

備註：

- 1、資料來源：資料倉儲門診、處方釋出及住診明細清單，重大傷病領證檔。
- 2、同時擁有二類以上重大傷病者，其醫療點數係依各重大傷病類別申報之醫療點數比率分攤計算。
- 3、重大傷病類別【其他】係指病患以重大傷病身分就醫，但其疾病診斷非屬重大傷病範圍（如就醫相關治療）。
- 4、部分重大傷病範圍類別疾病代碼前衛生署係於91年8月30日公告，92年起各類別疾病代碼較明確完整，故提供92年以後之疾病別統計資料。
- 5、第28類愛滋病於95年起回歸公務預算支付，並排除重大傷病範圍。

資料來源：前衛生署

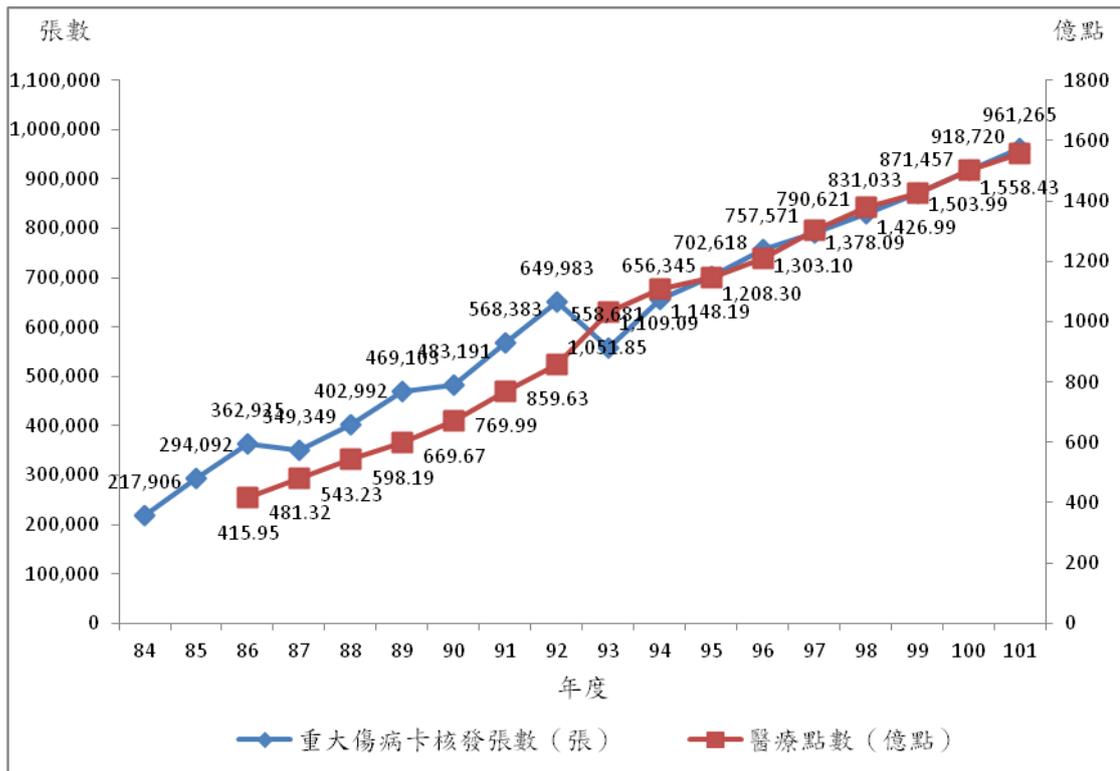


圖2：重大傷病持卡人數及其所使用醫療資源點數

資料來源：依據前表製作。

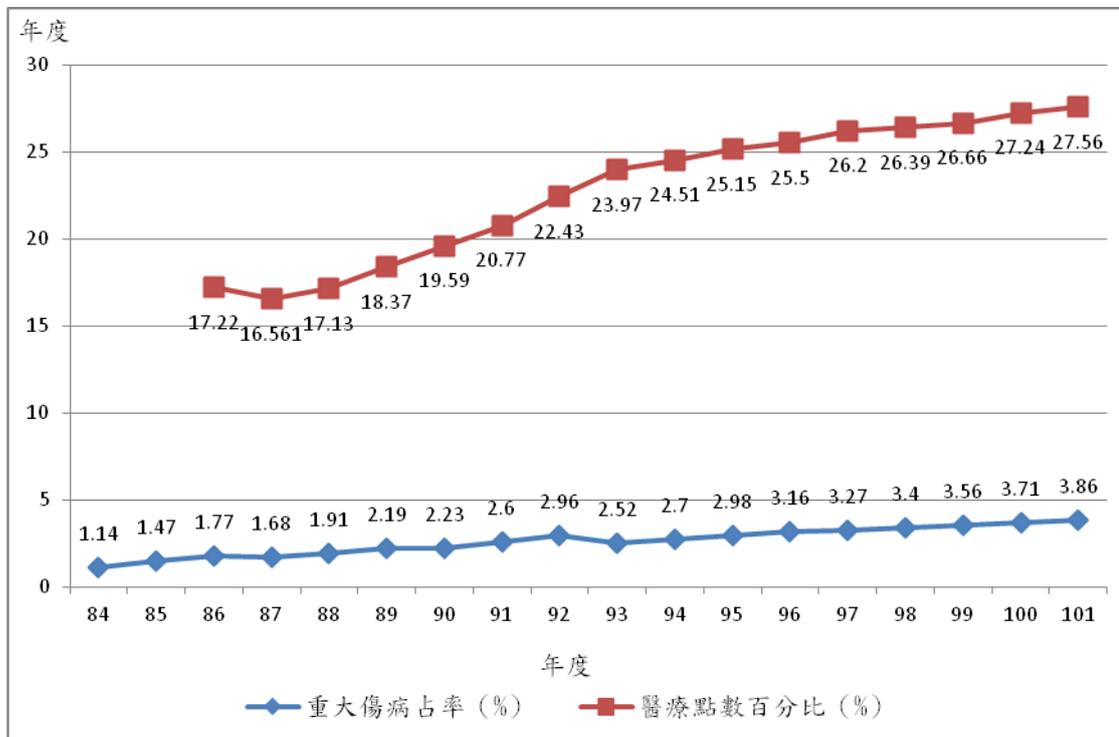


圖3、重大傷病占率及醫療費用占率

資料來源：依據前表製作

表15、近5年重大傷病申請換卡案核定不同意案件統計

年度	97年			98年			99年			100年			101年		
	總換卡數	不同意件數	不同意占率												
癌症	24,099	198	0.82%	36,753	699	1.90%	32,841	919	2.80%	23,688	587	2.48%	28,420	666	2.34%
洗腎	3,962	103	2.60%	4,394	159	3.62%	5,384	296	5.50%	6,516	240	3.68%	6,833	213	3.12%
先天性畸形	4,530	461	10.18%	4,070	469	11.52%	4,676	514	10.99%	4,629	402	8.68%	4,462	359	8.05%
呼吸器	10,346	265	2.56%	10,611	331	3.12%	12,696	388	3.06%	15,201	501	3.30%	15,559	393	2.53%
重症肌無力症	539	6	1.11%	560	10	1.79%	787	13	1.65%	773	14	1.81%	806	5	0.62%
其他	1,948	174	8.93%	2,090	210	10.05%	1,699	247	14.54%	1,576	296	18.78%	2,045	383	18.73%
總計	45,424	1,207	2.66%	58,478	1,878	3.21%	58,083	2,377	4.09%	52,383	2,040	3.89%	58,125	2,019	3.47%

備註：93年底健保醫療資訊系統改為二代系統，惟因系統轉換初期資料較不完備，加以94至96年重大傷病申辦系統係行政作業系統，並非主要的費用申報系統，故94至96年資料不穩定，原因也不可考，落差很大；97年以後之數據較為穩定，故前健保局提供97年後之統計資料。

資料來源：前衛生署

4、重大傷病患者逐年增加之原因，前衛生署說明如下：

- (1) 健保重大傷病範圍，主要係以費用高且須長期持續治療之疾病為主，由於國人年齡逐漸老化以及飲食習慣西式化、生活環境品質不佳等因素，造成重大傷病患者逐年不斷增加。
- (2) 依前行政院衛生署國民健康局<sup>6</sup>98年癌症統計，全癌症個案數為87,189人，較97年之81,211人增加5,978人，增加率為7.36%。又癌症新藥及新療法不斷研發，患者持續接受醫療延長生命，致重大傷病癌症領證人數約占重大傷病總人數之47%，並持續成長。
- (3) 慢性腎衰竭患者，亦因持續接受長期透析治療，患者得以維持生活品質及延長生命，其領證人數亦呈逐年成長。
- (4) 又醫療科技進步，醫療器材創新研發，積極介入呼吸重症者之醫療，使呼吸衰竭之患者得以恢復健康或持續延長生命，亦使呼吸衰竭須使用呼吸器者人數持續增加。又，「呼吸衰竭須使用呼吸器者」每月新申請數僅次於癌症，係因該項重大傷病有效期限分別為首次42日、續發3個月及第3次以後1年（癌症之有效期限為5年），故呼吸衰竭須使用呼吸器者如經嘗試無法脫離呼吸器，每年均需換領重大傷病證明，致每月新申請領證數偏高，惟以100年及101年相較，該類重大傷病，已呈現負成長。

5、門諾醫院暨相關事業機構黃勝雄總執行長認為

---

<sup>6</sup> 行政院衛生署國民健康局已於102年7月23日改制為衛生福利部國民健康署，惟本案調查時，該局尚未完成改制，故本案仍以國民健康局表述，以下並簡稱前國建局。

重大傷病領證人數遽增之原因如下：

- (1) 當它是一種社會福利，每個人都要 (entitlement)。
- (2) 用病理報告有癌症，就是重大傷病。其實，很多癌症不等於重大傷病，
- (3) 在美國絕對沒有用重大傷病就可免除部分負擔的社會福利。
- (4) 臺灣社會的平均餘命愈長，人活得愈老，癌症自然愈多，但我們的健保是保險，不是社會福利，不應該讓大多數投保人又負擔少數人的福利。
- (5) 在醫療上，若要有福利或減免部分負擔的話，最公義的做法是國家另編預算，而不是由少數幾個人去決定，而使大部分不發聲的投保人吃虧。
- (6) 外傷性的重大傷病在時效上定義要清楚，讓醫師有依據。

## 6、目前重大傷病患者屬外國人身分之情形

(1) 外國人可參加健保之法令依據：

<1> 依據健保法第9條規定，在台領有居留證明，並符合在台居留滿6個月或有一定雇主之受僱者，應參加全民健保為保險對象。又依據健保法第48條所定，保險對象如有重大傷病則免應自行負擔費用。爰此，外國人如符合前述規定，則可參加健保及申請重大傷病證明。

<2> 另101年12月31日前，外籍人士參加健保係依據全民健康保險法第10條第2項、第11條之1及其施行細則第16條第2項。

(2) 前健保局於受理符合參加健保資格之外國人投保時，並未註記其是否為本國人之配偶或是外籍勞工。復前健保局申報資料，僅有個

人ID資料，故無法區隔該重大傷病患者之身分係為本國人之配偶或外籍勞工。

(3)有關95年至101年重大傷病患者屬外國籍身分之相關統計如表16。95年人數為1,580人，占率0.22%、費用占率0.18%；迄101年人數為1,870人，人數占率0.21%、費用占率0.19%。

表16、95至101年重大傷病就醫(門住診合計)-按國籍身分別區分

年別/國籍別		人數		醫療點數	
		值 (千人)	占率 (%)	值 (百萬點)	占率 (%)
95	本國籍	704.45	99.78	114,686.99	99.82
	外國籍	1.58	0.22	201.17	0.18
	合計	706.03	100.00	114,888.16	100.00
96	本國籍	717.16	99.86	120,670.36	99.87
	外國籍	0.98	0.14	160.38	0.13
	合計	718.14	100.00	120,830.73	100.00
97	本國籍	783.63	99.84	137,611.24	99.86
	外國籍	1.26	0.16	197.30	0.14
	合計	784.88	100.00	137,808.54	100.00
98	本國籍	783.63	99.84	137,611.24	99.86
	外國籍	1.26	0.16	197.30	0.14
	合計	784.63	100.00	137,808.54	100.00
99	本國籍	803.03	99.82	142,459.63	99.83
	外國籍	1.42	0.18	239.64	0.17
	合計	804.44	100.00	142,699.27	100.00
100	本國籍	837.61	99.81	150,121.67	99.82
	外國籍	839.23	0.19	278.15	0.18
	合計	1.62	100.00	150,399.82	100.00
101	本國籍	874.35	99.79	155,544.18	99.81
	外國籍	1.87	0.21	298.87	0.19
	合計	876.22	100.00	155,843.05	100.00

備註：

- 1、資料來源：資料倉儲門診、處方釋出及住診明細清單，重大傷病領証檔(2013年5月10日擷取)。

2、人數為實際領證者（含無需領證者），其就醫申報部分負擔代碼001之案件，以ID、BIRTHDAY歸戶後計數。

3、身分註記（ID\_MARK\_BASINS）=F(外國人)、T(大陸、港、澳居留)者，註記為外國籍。

4、醫療點數=申請金額+部分負擔。

5、件數不含交付機構。

資料來源：前衛生署

## (二)前衛生署歷年改善措施

### 1、重大傷病範圍項目有效期限檢討修正：

(1)為加強管理，且鑑於部分疾病經治療後有痊癒或減輕症狀之可能，前衛生署前於87年、91年及99年間訂定及修正各項疾病之有效期限（詳細情形已如前述）。

(2)前健保局將就重大傷病範圍、效期、免部分負擔範圍進行檢討，並將配合前衛生署103年科技計畫研究成果，進行相關議題之檢討。

(3)遭遇困難：

<1>因重大傷病為一醫學專業之概念，在執行上較難歸納出明確、可供操作、定性或定量之指標，造成執行作業之認定上發生一致性、適當性及公平性爭議，於87年辦理重大傷病研討會—會議結論研議應朝制度面改革。

<2>88年研提制度檢討修法，建議將重大傷病由「傷病類別」修正為以「醫療支出」為基準，「對重大傷病定義可研議朝單一疾病就醫累積金額多寡為標準」，提案監理委員會會議討論，決議因影響人民權益，建議仍保留現行制度暫不修正。

### 2、重大傷病核發及事後查證作業管理：

(1)為避免保險對象持偽造、變造之診斷證明書

或醫療院所開具不實診斷之診斷書，向前健保局各分區業務組申請發給重大傷病證明，特加強對重大傷病證明核發依據之診斷證明書內容作複查與確認，加強把關受理申請案之審查與核發。

- (2) 每年定期辦理「全民健康保險重大傷病證明核發事後查證機制作業」，由前健保局各分區業務組針對案件數多或依往例有疑義個案，事後再次抽樣審查其適當性，以101年為例，該年查證6,849件，查證結果為異常案件有121件，占該年申請案件之比率為0.08%（詳見下表17）。

表17、全民健保重大傷病證明核發事後查證情形

年度	申請案件	查證案件	異常案件	異常案件占總申請案件之占率
94年	145,803	4,526	128	0.09%
95年	133,589	4,950	81	0.06%
96年	142,182	7,893	218	0.15%
97年	151,184	1,373	65	0.04%
98年	159,269	3,511	85	0.05%
99年	148,885	4,257	180	0.12%
100年	143,623	5,463	96	0.07%
101年	144,841	6,849	121	0.08%

備註：前健保局於94年之前，雖有辦理該項業務，惟因無相關例行統計資料，故僅能提供自94年後之統計資料。

資料來源：前衛生署

- 3、除以上針對重大傷病作業執行上加強檢討外，前衛生署亦推動下列計畫：

- (1) 加強進行癌症疾病之篩檢，期能早期發現早期治療，如前國健局辦理之癌症篩檢，包括乳癌、子宮頸癌、口腔癌及大腸癌等。

- (2) 對於末期的臨終病人而言，生活的品質可能優於生命的延長，但部分醫護人員仍就職責，對於末期的臨終病人全力救治，常發生違反當事人意願仍予插管或施行心肺復甦術等急救處置事件，前健保局積極推動安寧緩和醫療照護，對於重症末期為維護病人就醫權益，實施住院安寧療護、安寧居家療護及一般病床之安寧共同照護給付三項，由病人依其意願作選擇，期盼醫療院所全院之醫護人員逐步具備安寧緩和醫療之認知，在病患重症末期，藉由與病患及家屬之充分溝通，協助病患善終。
- (3) 前健保局自95年11月起，推動「全民健康保險Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」，針對慢性腎臟病第3b、4、5期之高危險病患，提供個案管理與加強式衛教計畫，透過衛教與個案管理後，經腎臟醫學會實證證明，可有效延緩腎功能惡化速度，期能降低末期腎病之發生。為全面推動慢性腎臟病照護及病人衛教計畫，使慢性腎臟病照護網絡更加完整周延，前健保局自100年起，擴大照護對象，對初期慢性腎臟病患者（Early-CKD第1、2、3a期）進行疾病管理，經由醫療團隊提供完整且正確的照護，監測腎功能，提供治療及衛教措施。期藉由預防、降低或延緩腎功能惡化策略，進而提升慢性腎臟病患的照護與生活品質，減輕健保醫療負擔。
- 4、前衛生署於本院提出A案後對於重大傷病範圍及證明效期之檢討，所做過之努力：
- (1) 二代健保法第72條為減少無效醫療等不當耗

用保險醫療資源，前健保局依第三波健保改革研討會「九四共識」，對「無效醫療」定義，刻正辦理委託研究計畫。

- (2) 前健保局為因應二代健保修法，配合研擬「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」修正草案，於100年9月陳報前衛生署，其中內容即含重症末期病人如未接受安寧緩和醫療應自負部分負擔相關條文；惟經前衛生署於100年12月22日及101年4月24日召開研商會議，獲致結論略以：「考量恐涉違母法之重大傷病免部分負擔之規定，且尚無明確定義及可執行之方式，決議刪除。」故終未予以修正。
- (3) 現行重大傷病範圍納入之原則以須積極、長期醫療，且無濫用及費用高之疾病，惟現行並無明確法規條文加以規範。基於疾病認定，在本質上即存有受質疑與爭議之公平性問題，前衛生署未來將配合慢性長期醫療資源耗用（如洗腎、呼吸器使用）研討結果，逐步檢討重大傷病之範圍及有效期限，並將針對證明之審查核發與效期管理方向，進行研議，包含研議針對特定重大傷病疾病類別取消免部分負擔措施之可行性。

#### 5、從「九四共識」得到的參考

- (1) 為使重症及長期呼吸器使用患者能得到妥適的醫療照護，並使醫療資源的配置更趨公平，本署已請國家衛生研究院成立「長期使用呼吸器病人之臨床照護共識」論壇，邀請國內胸腔暨重症相關專家就呼吸器依賴照護之發生、癒後、倫理困境、成本效果及預防發生等議題進行深度探討，並將如何適時導入安寧

緩和醫療，以提升病患生命品質等方面納入研議，本論壇已於101年7月6日辦理第1次研討會，前健保局將持續追蹤後續辦理情形及結果，並評估納入後續政策推動之可行性，後續將蒐集相關實證基礎之資料，作為相關支付訂定之依據。

- (2)另為使現行住院重症病危之病患，且已進入末期狀態者，提供緩和醫療照護，前健保局已於101年9月通過「緩和醫療家庭諮詢費」支付點數1,500點，鼓勵醫師對末期病患積極推動安寧緩和醫療，減少臨終前之無效醫療，並協助病人善終。

#### 6、配合二代健保擬定之配套措施

- (1)前健保局為因應二代健保修法，配合研擬「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」修正草案，於100年9月30日陳報前衛生署，內容含重症末期病人如未接受安寧緩和醫療應自負部分負擔相關條文，該署於100年12月22日及101年4月24日分別召開研商會議，獲得如下結論：「考量恐涉違母法之重大傷病免部分負擔規定，且尚無明確定義及可執行之方式，決議刪除」。
- (2)鑑於二代健保法第72條規定，保險人每年應為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源有所作為，前健保局已研擬可推動方案如下：
- <1>減少無效醫療資源耗用：積極推動安寧療護，節省臨終前之不當醫療利用。
  - <2>高耗用醫療項目管控：建立高耗用醫療項目監控模式，並對高耗用醫療項目進行檔案分析，確認監控目標與管控模式。

- 〈3〉多重慢性病整合醫療之推動：提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置。
- 〈4〉高診次就醫輔導：導正就醫觀念及行為、整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，進而提升其醫療利用之效率。
- 〈5〉加強重複醫療查核機制：提升IC卡登錄及上傳資料之完整性，以避免重複提供醫療服務。

### (三)國防部役男體檢機制

- 1、兵役法第4條：具有下列情形之一者，免服兵役，稱為免役：
  - (1)身心障礙或有痼疾，達不堪服役標準。
  - (2)身高、體重或體格指標過高或過低，達不適服役標準，例如：依「體位區分標準」身高、體重或體格指標之免役體位：
    - 〈1〉身高 $>195\text{cm}$ 或身高 $<158\text{cm}$ 。
    - 〈2〉BMI $>31.5$ 或BMI $<16.5$ 。
- 2、兵役法第33條：經徵兵檢查之男子，應區分為常備役、替代役、免役體位。…體位得區分等級，其體位區分標準，由國防部會同內政部定之。
  - (1)「體位區分標準」制訂及修正目的在區隔何種體位適合服何種役別。
  - (2)自63年6月19日訂定發布至今，歷經15次修正，修正過程：由國防部會同內政部邀集法務部、各專科醫學會、用人單位及行政機關等相關單位召開跨部會研討。
- 3、兵役法第30條：兵役行政有關兵額、教育、訓練及召集事項，由國防部主管；有關兵源、徵集及替代役事項，由內政部主管。

(1)免役體位判定機制及流程，由各地方政府兵役單位，依內政部會銜國防部令頒之「徵兵規則」執行。

(2)流程：兵籍調查→徵兵體(複)檢→地方政府徵兵檢查會依體位區分標準核定體位。

### 三、「無效醫療」之執行情況及檢討

#### (一)第三波健保改革系列研討會

##### 1、「第三波健保改革－醫療資源分配正義的探討」研討會

臺灣研究基金會與臺灣大學公共衛生學院於100年4月16日舉辦第一場「第三波健保改革－醫療資源分配正義的探討」研討會(如附件1)，會中針對無效醫療課題進行研討，希釐清何謂無效醫療？無效醫療的現況如何？無效醫療與醫療科技的關係如何？面對有限的醫療資源，為了全民健保的永續經營，我們應如何對待無效醫療？嗣後前衛生署參酌本院A案調查報告及該次研討會之共識，修正了101年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍，其中6/21版本與無效醫療有關之增訂內容為：「對於無效醫療部分，將全面推廣臨終病人之安寧照護、推動放棄急救同意書(DNR)之簽署等，外界關注呼吸器及血液透析健保資源之使用，除透過各項衛教、Pre-ESRD減少醫療需求外，前健保局已針對血液透析相關之藥品、特材進行價量調查後，檢討透析之成本結構，從而消弭器材商不當利潤，進而調整支付標準表。另呼吸治療，除從全民健保支付制度的設計外，將加強行政面作為，由各相關單位本於業務權責，透過宣導或個案管理，提供並勸導病人或家屬，在不同階段可有多元的治療及照護方式

的選擇。未來將依健保法修正案第72條，逐年檢討無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，並由前健保局每年度訂定抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定後，加強抑制無效醫療情形。」

## 2、第三波健保改革系列研討會與九四共識

臺灣研究基金會與臺大公共衛生學院於100年9月4日召開第二場「第三波健保改革—從三個經典案例談醫療資源分配正義」（如附件2），針對洗腎、呼吸器治療及葉克膜等三項重要醫療科技，深入分析健保給付大幅增加的成因與現象，問題與對策，並且在關懷生命品質、尊重醫療專業及健保永續經營三大原則下，提出「九四共識」，其內容如次：

- (1) 針對重症病患末期無效醫療，建立評估及照護標準：應建立標準評估流程，健保提供免除部分負擔之安寧及緩和照護，或由病人家屬選擇自行負擔部分繼續使用維生醫療之費用。
- (2) 對於長期同時使用呼吸器及透析治療的病人，仍呈無意識狀態或生理功能極差者：健保提供免除部分負擔之安寧及緩和照護，或由病人家屬選擇自行負擔部分繼續使用維生醫療之費用。
- (3) 對於使用呼吸器治療之急性病人：應建立以醫療品質為依據之評鑑及支付制度，鼓勵醫院積極尋找呼吸器使用之真正原因，幫助病人成功脫離呼吸器。
- (4) 重要配套措施：
  - <1> 鼓勵各醫院及各醫療科別提供安寧緩和醫

療，配置必要之相關人力，以提升照護品質。

<2>針對長期透析病人，應建立適當機制，鼓勵親屬捐贈移植。

<3>應積極推動「預立醫療意願書」及「預立醫療委任代理人」，建立相關倫理機制，協助並保障醫師執行中止無效醫療之專業行為」。

### 3、第三波健保改革系列研討會與三三宣言

臺灣研究基金會與臺大公共衛生學院為落實醫療資源分配正義，於101年3月3日舉辦第三場「第三波健保改革－醫療資源分配正義機制之建立」研討會（如附件3），深入分析資源分配正義理論和歐美及亞太各國作法。其中，英國於1999年成立之國家健康及臨床卓越研究院，因成果顯著，許多國家紛紛效尤，臺灣是否也應參考以及如何參考英國經驗，冀望在此次會議中，大家能集思廣義，提出具台灣特色的醫療資源分配正義機制，並於會後發表「三三宣言」，其內容如次：

- (1)重申正義為全民健保的核心價值：任何醫療資源的分配必須以正義為依歸，尊重科學證據，符合民主程序。
- (2)應建立具有台灣特色之醫療資源分配機制：此分配機制之運作應釐清政策目標與價值，分析整合科學證據，並多元參與、平等對待；程序透明化；維護弱勢族群的基本尊嚴。
- (3)成立獨立組織：為協助醫療資源分配機制之運作，應參酌世界經驗及英國國家健康及臨床卓越研究院，儘速立法成立獨立機構，其

治理及職掌建議如下：

- <1>接受衛生署監督，以反映國家政策目標。
- <2>負責對藥品、器材、治療及公共衛生服務等，進行給付及利用之專業評估。
- <3>持續收集，分析與醫療資源分配相關之重要民意，供決策參考。
- <4>獨立機構之董事會或理事會組成，應符合公平正義原則，並不得涉及利益衝突。

## (二) 臺北榮總對疾病嚴重程度的評估工具

本院前調查B案進行實地訪查時，發現臺北榮民總醫院重症醫學部已經發展出疾病嚴重程度之評估工具，並已運用在臨床上。嗣後本院實地訪視各醫療院所，針對區域層級以上之醫院提供上開評估工具參考，並鼓勵各醫院選擇本身熟習之疾病發展出類似之評估工具，俾利醫護人員在臨床上進行評估判斷，並可憑此客觀之數據及證據，與病患及其家屬進行溝通。復於B案調查報告提出意見略以：為創造推動安寧緩和醫療的有利環境及必備基礎，行政院允應督促所屬建立重症病患生命末期無效醫療的評估標準及流程，並輔以臨床照護指引，俾作為第一線醫護人員與病人及家屬進行溝通的客觀依據。

本案為再深入瞭解臺北榮總於加護病房推動終止無效醫療的後續發展情形及成效，於102年5月2日再次進行實地訪查。茲將臺北榮總推動情形及成效概述如下：

- 1、臺北榮總重症醫學部如何使用SAPS II<sup>7</sup>判定無效醫療：

---

<sup>7</sup> SAPS II 係美國重症學會於 1993 年發展的住院死亡預測方法。

- (1) 從急診轉入加護病房多器官衰竭病人，24小時內判收科主治醫師使用SAPS II判定是否為無效醫療。
  - (2) 從病房轉入加護病房病人，重症專責主治醫師使用SAPS II及臨床狀況，判定是否為無效醫療。
  - (3) 住加護病房6天以上病人，每週跨領域團隊檢討使用SAPS II及臨床狀況，判定是否為無效醫療。
  - (4) 每週一由該部周主任，主持跨領域團隊檢討入住6天以上病人，計量連續3天的SAPS II若>80%死亡率，則共同討論。
  - (5) 在用SAPS II判定病人是否為無效醫療之際，仍加入臨床狀況之考量，如生命中樞已衰竭，癌症多處轉移，呼吸窘迫無進步，末期心、腎衰竭依賴ECMO、CVVH，重度昏迷（GCS<3），類腦痲呆症長期臥床無生活品質，加護病房>21日，拒絕診療等，多面項考量。
- 2、判定無效醫療後，臺北榮總重症醫學部如何作為：
- (1) 重症醫學部主任每週主持跨領域團隊討論決定後，立即將無效醫療之判定告知原科主治醫師，請取得家屬同意終止無效醫療。
  - (2) 第一線當班醫師、護理人員利用家屬探視病患時，宣導安寧緩和醫療條例。
  - (3) 每季在ICU管理委員會，由各CU主任報告檢討無效醫療案例久置ICU依賴維生之適當性。
  - (4) 當遇有拒絕DNR之無效醫療案例時，則請業管副院長召集原科部、科主任及主治醫師共同召開檢討會議，強制將生命跡象相對穩定、病情膠著狀態之病人，轉至一般病房由家屬

分攤照護工作且禁止再轉入ICU。

### 3、執行結果

#### (1) 經判定無效醫療之病人基本特徵

基本特徵	99年	100年	101年
人數(人)	30	46	75
年齡(歲)	71.5±16.6	69.6±16.9	71.0±15.5
男性(人)及比率	20 (66.7%)	32 (69.6%)	53 (70.7%)
內科病人(人)及比率	26 (86.7%)	34 (73.9%)	49 (65.3%)
癌症(人)及比率	11 (36.7%)	25 (54.3%)	40 (53.3%)
原先臥床(人)及比率	4 (13.3%)	4 (8.7%)	7 (9.3%)
SAPS II 死亡率>80%者	-	74.10%	69.00%
SAPS II 死亡率>90%者	-	48.10%	47.90%

備註：99至101年總住院人數為5,123人，死亡率為14.5%。無效醫療判定人數為151人；於加護病房死亡者為79人，於普通病房死亡者為56人，共死亡135人，其死亡率89.4%。

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

#### (2) 判定無效醫療後，有無DNR之住院死亡率並無統計上之差別。

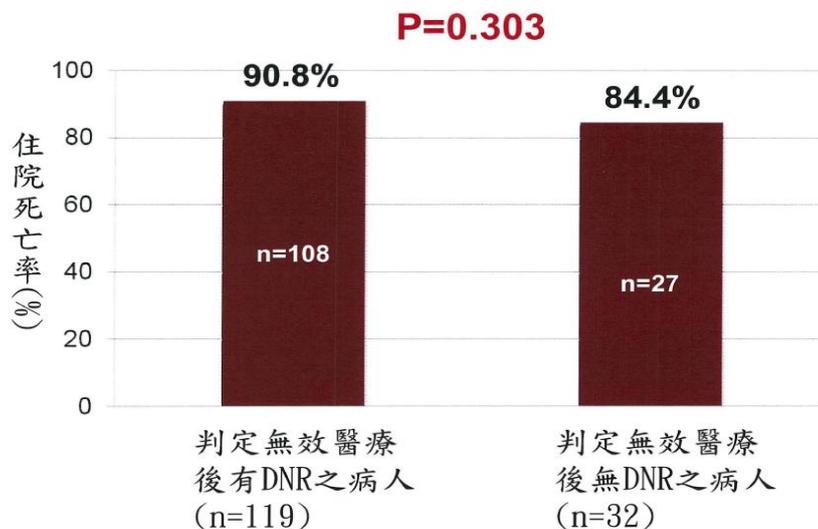


圖4、判定無效醫療後，有無簽署DNR之住院死亡率  
資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

(3) 平均住院天數逐漸下降：從99年之7.24天，降至100年之7.06天，101年之6.8天。

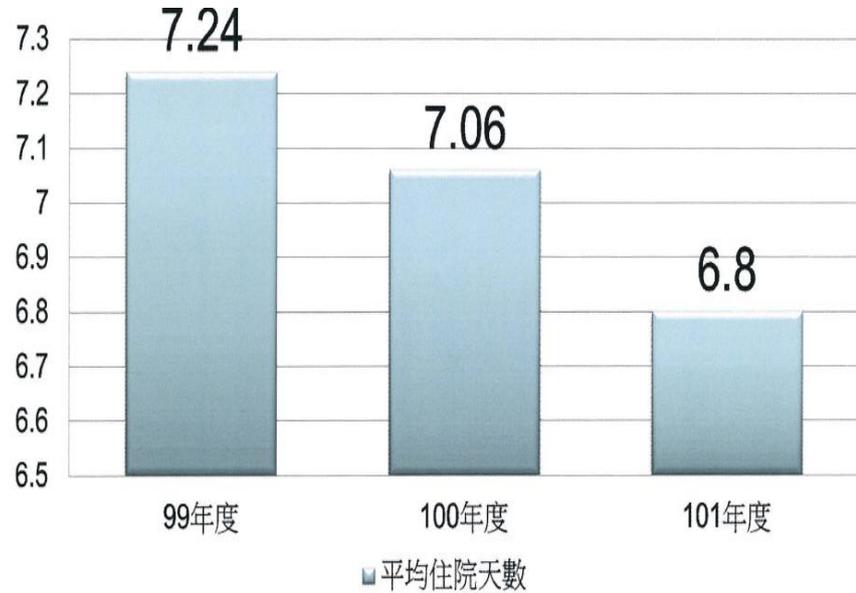


圖5、99至101年平均住院天數

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

(4) 平均死亡率逐漸下降：從99年之15.53%，降至100年之14.03%，101年之13.83%。

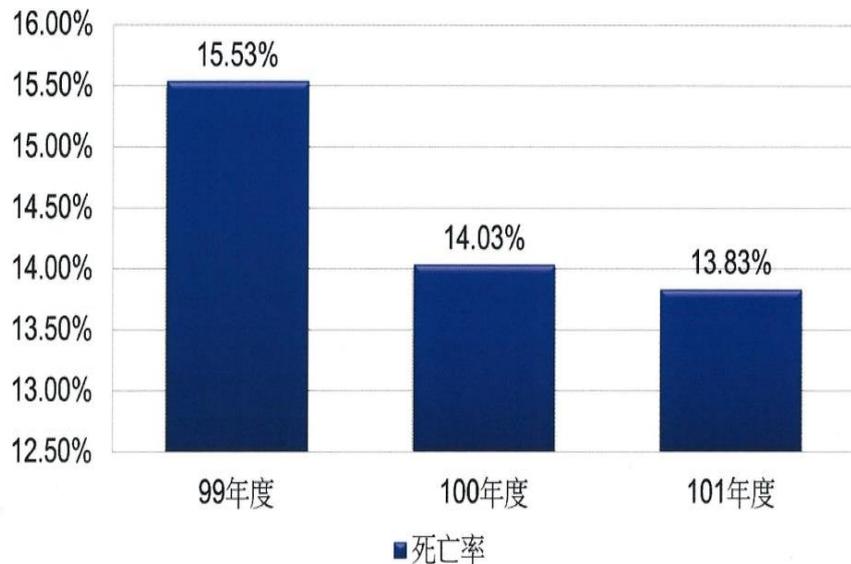


圖6、99至101年平均死亡率

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

(5) 無效醫療判定對ICU住院天數之影響：

<1> 無效醫療判定後7天內有DNR者，其ICU住院天數為4.9天。

<2> 無效醫療判定後第7天未有DNR者，其ICU住院天數為10.9天。

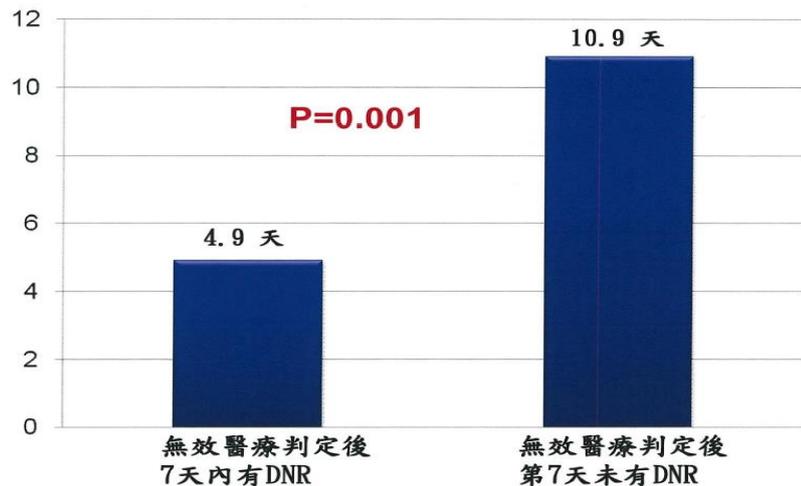


圖7、無效醫療判定後ICU住院天數

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

(6) 無效醫療判定後7天日，病患家屬簽署DNR之比率，從99年之17.4%，增至100年之31.4%，101年之60.5%。至於無效醫療判定後之病患續住加護病房之天數，呈現逐年下降之趨勢，99年為6.5天，100年為6.1天，101年為5.5天。

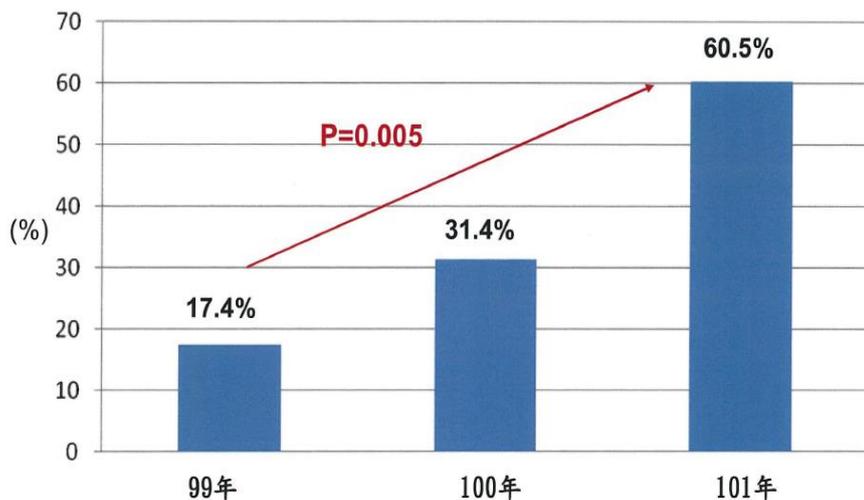


圖8、無效醫療判定後7天內病家簽署DNR的比率

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

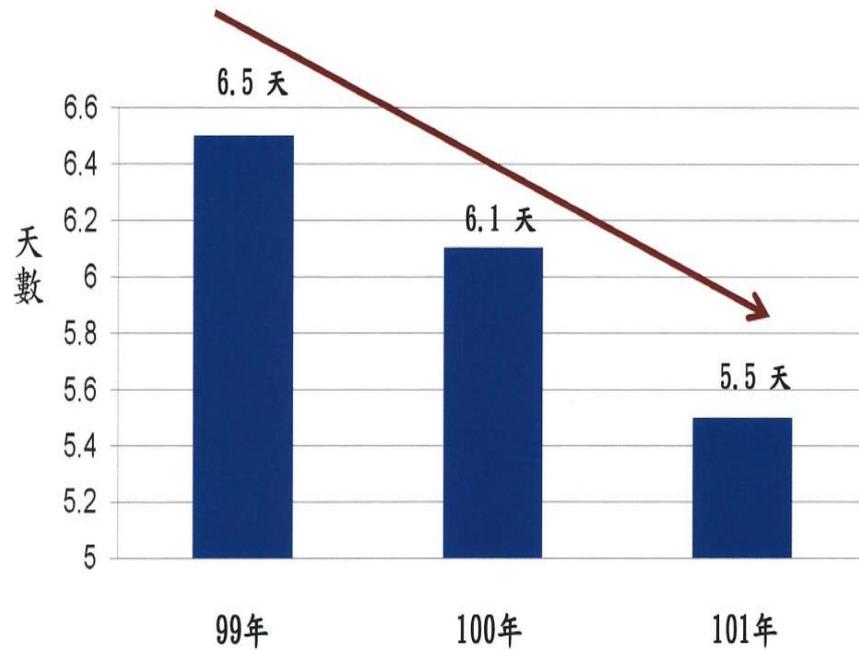


圖9、無效醫療判定後續住加護病房天數

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

(7) 經判定無效醫療後，高達47.7%會以有呼吸器狀態轉至普通病房；若短期內未死亡，則轉至普通病房高達79.5%。

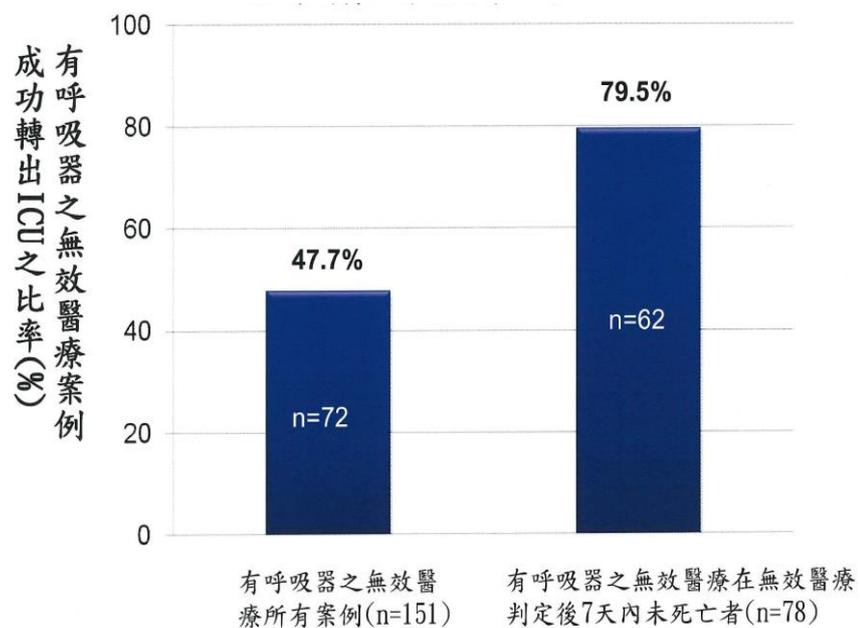


圖10、有呼吸器之無效醫療案例轉出ICU之比率

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

- (8) 經無效醫療判定後最終死亡病人之住院天數
- <1> 經無效醫療判定後於加護病房死亡病人之住院天數為4.4天。
  - <2> 經無效醫療判定後於普通病房死亡病人之住院天數為27.4天。

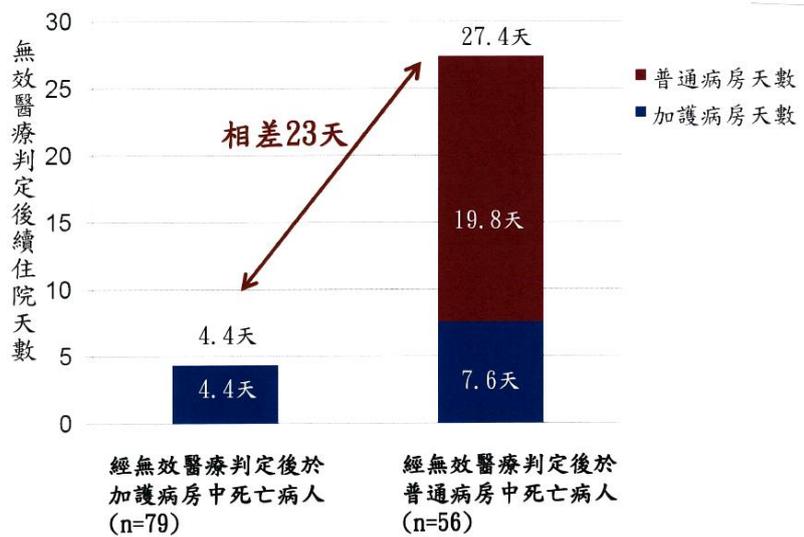


圖11、經無效醫療判定後最死亡病人之住院天數

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

- (9) 有效控管加護病房住院人日數，無效醫療日數不超過5%閾值。

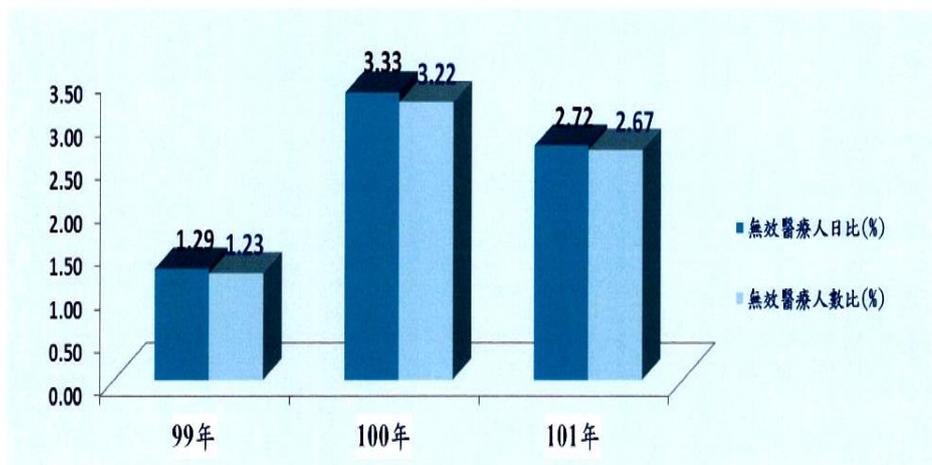


圖12、99至101年無效醫療統計

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

(10)節省資源：

<1>判定無效醫療病人中，79人於加護病房死亡，56人於普通病房死亡，共在普通病房住院1,108日，可以此作為節省之加護病房日數，以該部42床放大推估，若該院228張加護病床均推動無效醫療，99至101年約可減少共1,108日/42床(每床節省之加護病房日數)\*228床=6,015日之加護病房住院日數，換算成每年約減少不必要共2,005日之加護病房住院日數，可減少資源浪費，將資源留給更需要之病人。該院每年加護病房約可因此多收治300人。

<2>以重症醫學部42床放大推估，若全國7,203張加護病房推動中止無效醫療，每年可減少至少1,108日/42床/3年(每床每年節省之加護病房日數)\*7,203床=63,341日之加護病房住院日數，若以每日3萬元(包含呼吸器、洗腎及高貴抗生素等)之加護病房費用計算，每年至少減少19億元之加護病房支出。

4、建議事項

(1)重症專責主治醫師須長期專責(1年以上)於ICU，負責急迫的加強照護醫療，才能有效控制無效醫療及合理運用昂貴醫療資源。

(2)無效醫療案例之控管，須列入前衛生署及前健保局的醫院急重症緊急能力分級評鑑內的第六章加護病物品質之必要通過指標。

(3)經判定無效醫療案例，病家若2次協調會溝通後，仍然拒絕配合者，則報請健保分局審定

以行政命令強制家屬自費支付維生設備之相關花費。

(4)前衛生署執行急重症醫院能力分級評鑑工作，5年來已見加護病房醫療品質提升，但因而增加的重症專責主治醫師須長期專責的人力成本，應增加重症醫師診療費的健保給付。

(5)前衛生署須訂定重症醫療的人才培育內容與計畫，並列為署定專科醫師認證，並請前健保局用無效醫療方案提高重症醫療費給付（而非DNR給付而已）。

### (三)前衛生署對於無效醫療的後續改善情形

- 1、由於病患疾病複雜度與不確定等因素，且醫院間照護病患的專科別不同，若僅利用單一醫院發展的疾病嚴重度發展工具作為推廣全國適用之工具，可能引起醫療提供者的反彈，認為行政干涉專業之情形。
- 2、前健保局為回應推動此一議題，於101年新增「緩和醫療家庭諮詢費」1,500點，鼓勵醫療團隊將治療進度及病況進行溝通。
- 3、另102年1月9日安寧緩和醫療條例再次修正，放寬撤除心肺復甦術和維生醫療的門檻，該署為因應上揭條文修正案，102年度已委託臺灣安寧照顧協會辦理「醫療機構施行安寧緩和醫療作業案例集計畫」，將收集國內醫療機構施行安寧緩和醫療作業之案例資料至少12篇以上，內容呈現包含案例、委員意見、解決方案、法源依據、實務探討等層面，針對病患、家屬、醫護人員產生的倫理困境進行分析。另將「撤除或終止維生醫療作業參考指引計畫」放入安寧緩和醫療意願諮詢資源手冊，並分別建立適用於一般民眾與適用於醫療人員

的兩個版本，列於網路資源，讓民眾與醫療人員自行上網查詢。

4、惟該署針對臺北榮總重症醫學部所提出之前揭建議事項，於本院約詢後提出以下補充說明：

- (1) 為營造推動安寧緩和醫療的有利環境及必備基礎，倘各醫院就其本身之醫療專業領域，均能夠發展出類似臺北榮民總醫院重症醫學部之評估工具，並輔以撤除或終止維生醫療作業的臨床照護，對於推動安寧緩和醫療，定能有所助益，爰該署已預訂於102年7月下旬邀集相關醫學會進行研商。
- (2) 另關於經判定無效醫療案例，病家若2次協調會溝通後，仍然拒絕配合者，報請健保分局審定以行政命令強制家屬自費支付維生設備之相關花費乙節，目前國內對於判定無效醫療尚未達成共識，因本議題事涉生命倫理議題，建議應有實證依據並有國內醫療專家達成共識，另關於以行政命令強制家屬自費支付維生設備，因目前本保險法無相關的規範，如確有實施之必要，仍須要修訂相關法令，始有法令依據可循。
- (3) 對於增加重症醫師診療費的健保給付乙節，本項需考量健保診療項目間支付點數的衡平性，並以相對點數反應困難度、耗用時間、壓力大小，另支付標準調整增加之經費需經健保會年度協商編置。
- (4) 另請前健保局用無效醫療方案提高重症醫療費給付乙節，因考量無效醫療並無明顯可操作之定義，且醫院總額預算有限，故本項尚無執行之空間。

#### 四、「醫療體系整合」之執行情況及檢討

##### (一)醫療體系概述

醫療機構主要分為醫院及診所，其中醫院部分，依管轄權可區分為公立醫院及非公立醫院；又依體系區分，公立醫院可歸納包括：隸屬於前衛生署之前衛生署所屬醫院、隸屬於教育部之國立大學醫學院附設醫院、隸屬於國軍退除役官兵輔導委員會之榮民醫院、隸屬於國防部之國軍醫院及隸屬於各縣市政府之縣市立醫院；非公立醫院則包括：宗教醫院、財團法人、社團法人或個人所設立之私立醫院。

政府自38年播遷來臺後，為配合人口分布及均衡醫療資源，開始廣設公立醫院，且各行政部門基於所掌之權責與為照顧不同身分之民眾，紛紛建立不同體系之醫院，包括榮民醫院系統、國軍醫院系統、國立大學醫學院附設醫院系統、省立醫院系統、地方政府醫院系統及公營事業機構附設醫院等；臺灣早期民眾公共衛生及醫療服務，均有賴上開公立醫院。

自60年代起，大型民間醫院逐漸興起，包括臺塑集團在臺北及林口設立長庚醫院、霖園集團之國泰綜合醫院、遠東集團之亞東紀念醫院、奇美集團之奇美醫療財團法人醫院、新光集團之新光醫療財團法人醫院等，另宗教醫院有馬偕醫院系統及慈濟醫院系統；該等財團法人醫院規模日益龐大，紛紛擴建其分院，公立醫院之角色及功能則相對逐漸式微。

##### (二)醫療體系之整合

按醫療法第88條規定，中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及

人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫；據此，前衛生署乃訂定醫療網計畫，將臺灣地區劃分成17個醫療區域，以區域為單位規劃醫療人力與設施，並於各醫療區域成立「區域醫療網協調委員會」，以協調各該區域之醫療保健業務，分析各醫療區域之醫療需求及可運用之醫療資源，並輔導各醫療區域健全區域醫療體系。

醫療整合之目的為有效因應醫療市場之競爭，並且藉由資源共享、技術交流等不同之合作方式，擴大規模經濟，及發展各自醫療特色及文化，以提升醫院服務層級與營運之效率，同時降低經營管理成本與改變醫院之形象，提高其競爭力。前衛生署於後SARS時期進行醫療體系改造，推動「全人健康照護計畫」，發展以病人為中心、社區醫療為導向之健康照護模式，落實醫療院所間垂直分工與水平合作機制，期有效連結基層醫療、預防保健、急性醫療、復健服務及長期照護等體系。該署又按行政院於97年12月2日核定之「新世代健康領航計畫」，賡續推動辦理「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」，以鼓勵醫療機構及民間團體，配合前衛生署健康政策之推動，自主性發展各醫療區域之特色、激發地方創新之活力及整合政府部門相關資源；復逐步推動「建構整合性社區健康照護網絡」計畫，建構以衛生所為中心的社區健康網絡，落實醫療機構之分工與整合，加強區域內社區基層醫療、公共衛生及防疫保健等功能。

至於健保相關政策則係92年開始實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，加強社區醫療群、合作醫院間之垂直合作，提供共同照護門診、個案研討等提升基層品質服務，並提供24小時電話

諮詢服務，協助病人正確就醫。另前健保局於98年12月起實施「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，期藉由該計畫，避免院內各專科重複用藥或處置，同時促成醫院各專科醫療之整合，並逐步推動與院外結合，達成由上而下的醫療體系整合，建構完善醫療體系。復於100年起試辦「全民健康保險論人計酬試辦計畫」，提供院所對保險對象健康促進之誘因，使民眾健康與團隊所獲報酬連動，除提供現有疾病治療服務外，另加強提供預防保健、衛生教育與個案管理等更完整之照護，使醫療團隊以全人照護為導向，促進區域體系整合。

#### 1、私立醫療體系：

為求醫療資源共享及增加市場競爭力，國內私立醫療院所分別建立有不同整合及合作模式，包括本身體系內之垂直或水平整合，及與其他醫院或診所共同經營合作之整合，茲略述如下：

##### (1)長庚醫療體系：

臺塑集團創辦人王永慶先生於65年創設長庚紀念醫院，目前該醫療體系共有6院區，分別位於基隆、臺北、桃園、雲林、嘉義及高雄，其中桃園及高雄院區另設有兒童醫院。除自身醫療體系外，於89年3月1日正式接管鳳山醫院，並於同年6月5日以高雄市立鳳山醫院（委託長庚醫療財團法人經營）的名稱正式營運。

##### (2)馬偕醫療體系：

馬偕紀念醫院於民國1年12月26日落成，期間因世界第一次大戰影響，停辦約6年時間，嗣於14年重新開設馬偕紀念醫院，並陸續於61年、76年及91年成立淡水、臺東及新竹分院。

(3) 慈濟醫療體系：

慈濟醫院自75年8月17日於花蓮地區正式啟業，目前國內慈濟醫療體系醫院包括：花蓮慈濟醫學中心、玉里慈濟醫院、關山慈濟醫院、臺北慈濟醫院、臺中慈濟醫院、斗六門診中心及大林慈濟醫院等。

(4) 國泰醫療體系：

霖園集團國泰人壽公司於66年創辦國泰醫療財團法人國泰綜合醫院，並陸續成立內湖分院(97年改由內湖診所繼續提供服務)、新竹分院與汐止分院、內湖國泰診所，屬於兼具醫學中心、區域醫院、地區醫院與診所等四個等級之國泰醫療網。

(5) 中國醫藥大學體系：

中國醫藥大學附設醫院自69年創立，該校於88年接管北港朝天宮籌資興建但未完工之媽祖醫院為中國醫藥大學第2附屬醫院，稱為北港附設醫院；其他所屬或經營之醫院包括：91年經營豐原市英醫院(98年2月1日更名為中國醫藥大學附設醫院豐原分院)、93年開辦及經營全家醫院(97年9月5日更名為中國醫藥大學附設醫院臺中東區分院)、96年經營位於南投縣草屯鎮的新惠和醫院(98年6月1日更名為中國醫藥大學附設醫院草屯分院)、97年臺北分院成立及99年榮獲臺南市立安南醫院BOT案最優申請人，並於102年2月2日以中國醫藥大學臺南市立安南醫院之名正式開幕。

(6) 高雄醫學大學附設中和紀念醫院：

高雄醫學大學附設中和紀念醫院(前身「高雄醫學院附設醫院」)設立於46年，為配合高

雄市政府之醫療保健政策，該院於87年與高雄市政府簽訂小港醫院委託經營，並於同年起陸續與高雄市立民生醫院、大同醫院、婦幼醫院、市立衛生所、前行政院衛生署屏東醫院<sup>8</sup>、旗山醫院等等96家公私立醫療院所進行策略聯盟，其中包括13家醫療院所之專任支援、49家醫療院所之門診手術、3家醫療院所之急診支援、山地偏遠地區支援、社區醫療群...等；另於99年1月1日承接高雄市立大同醫院之委託經營。

(7) 奇美醫療體系：

財團法人奇美醫院前身為57年成立之財團法人逢甲醫院，74年逢甲醫院營運困難尋求奇美公司合作，76年開始參與奇美醫院的經營，該醫療體系目前包括：奇美醫院、柳營奇美醫院、佳里奇美醫院及奇美醫院臺南分院等。

(8) 臺北醫學大學體系：

臺北醫學大學附設醫院創立於68年，為臺北醫學大學第1所附屬醫院；另臺北市萬芳醫院及前行政院衛生署雙和醫院<sup>9</sup>均委託臺北醫學大學辦理，經教育部認定，於委託期間，視同臺北醫學大學附屬醫院。

(9) 秀傳醫療體系：

秀傳紀念醫院於69年成立，目前從北到南計有7家醫院，包括臺北秀傳醫院、彰化秀傳醫院、彰濱秀傳紀念醫院、竹山秀傳醫院、公辦民營先驅的臺南市立醫院、全國第一家

---

<sup>8</sup> 已於102年7月23日改制為衛生福利部屏東醫院。

<sup>9</sup> 已於102年7月23日改制為衛生福利部雙和醫院。

縣立公辦民營之岡山秀傳及彰化田中仁和醫院。

(10) 耕莘醫療體系：

天主教耕莘醫院新店總院於57年創設，復於72年成立永和分院，並預計於102年下半年啟用安康院區；新竹之天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院（前「天主教耕莘醫院仁慈分院」）於90年曾隸屬於耕莘醫療體系，嗣97年回歸新竹教區。

(11) 聯新醫療體系：

聯新國際醫療集團創立於80年，盟院組成包括壠新醫院、板新醫院、桃新醫院、台新醫院、營新醫院、高新醫院及健新醫院等7家。

2、公立醫療體系：

(1) 前衛生署所屬醫院：

<1> 沿革：

日本統治時期，日本政府於公元 1897年起在基隆、臺北、新竹、臺中、嘉義、臺南、高雄、屏東、宜蘭、花蓮、臺東、澎湖等地共設立 12 家醫院，隸屬於總督府，二次大戰之後，國民政府來臺，將原有的總督府醫院改成省立醫院，另為讓民眾就近得到適切醫療照護，自 59 年實施「十年農村醫療保健計畫」，於各縣市設立 1 所省立綜合醫院；精省後，全省公立醫院改隸為前衛生署所屬醫院，當時署立醫院計有 39 家，其中 22 家綜合醫院、5 家精神療養院、1 家慢性病防治局、3 家慢性病防治院、1 家樂生療養院及 7 家分院。

<2> 組織及任務：

署立醫院之功能角色，從過去到現在，已今非昔比，隨著時代之變遷，當前署立醫院之組織架構及任務，摘述如下：

- 組織架構：

前衛生署設有醫院管理委員會（下稱醫管會），主要負責署立醫院體制改革及經營方針之規劃、推動...等事項，目前共有26家署立醫院，包括：19家綜合醫院、5家精神病專科醫（療養）院及樂生療養院與胸腔病院，另雙合醫院委託臺北醫學大學投資興建經營，各署立醫院名稱詳如下表：

項次	醫院名稱
1	基隆醫院
2	台北醫院
3	桃園醫院
4	苗栗醫院
5	豐原醫院
6	台中醫院
7	彰化醫院
8	南投醫院
9	嘉義醫院
10	朴子醫院
11	新營醫院
12	台南醫院
13	旗山醫院
14	屏東醫院
15	恆春旅遊醫院
16	花蓮醫院
17	台東醫院
18	澎湖醫院
19	金門醫院
20	八里療養院
21	桃園療養院

項次	醫院名稱
22	草屯療養院
23	嘉南療養院
24	玉里醫院
25	樂生療養院
26	胸腔病院

• 任務：

署立醫院之任務主要係配合前衛生署重大公共衛生政策，例如：

◇ 偏遠離島地區之醫療及公共政策之執行：

26家署立醫院中，有三分之二位於偏遠離島地區(13家)，或具特殊功能任務(7家)。

◇ 為我國精神醫療之重鎮：

有5家大型精神專科醫院，床位數約占全國34%，並提供公費養護床1,943床。

◇ 協助法務部全力投入戒毒、反毒工作及前往監獄看診支援：

共有24家署立醫院協助法務部辦理相關業務，且自95年3月起開辦美沙冬替代療法服務，截至101年底止，共計服藥495萬4,593人次(約佔全國90%)。

◇ 傳染病之防治：

共有13家署立醫院(全國共22家)被前衛生署疾病管制局指定為傳染病應變醫院，總床數占全國61%。

◇ 配合政策，開立特別門診：

包括H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>、H<sub>7</sub>N<sub>9</sub>、塑化劑健康諮詢門診、類流感、順丁烯二酸諮詢門診等。

◇ 關懷弱勢族群之醫療照顧：

101年於臺中及臺南醫院成立漸凍人照護病房(全國僅3家醫院提供)。102年8月起，計23家署立醫院開辦失智失能社區照護。

◇急性後期(中期照護)之醫療照護：

102年8月起，計18家署立醫院開辦急性後期(中期照護)之醫療照護。

◇特殊疾病之醫療照護：

全國唯一漢生病照護醫院(樂生療養院)。

◇醫療影像判讀中心(IRC)：

由7家署立醫院之18位放射科專科醫師協助國內山地離島19家衛生所及14家地區型醫院判讀影像。

◇中低收入戶民眾健康管理計畫：

101年臺中、旗山醫院先行試辦，102年則計有18家醫院開辦。

<3>署立醫院之定位及功能：

101年7月前衛生署考量各醫院地理位置、規模、評鑑結果與地方民眾需求等，將醫院區分為區域型醫院、地區型醫院、特殊專科型醫院及離島型醫院，並賦予各類醫院不同之定位及任務：

類型	醫院	定位及功能
區域型醫院	基隆、臺北、桃園、豐原、台中、彰化、臺南	以急重症為主，老人及長照為輔
地區型醫院	苗栗、南投、嘉義、朴子、新營、屏東、恆春旅遊、花蓮、台東	以老人長照為主，急重症為輔
離島型醫院	金門、澎湖	發展急重症、在地醫療服務

類型	醫院	定位及功能
特殊專科型醫院	精神療養院、樂生療養院、胸腔病院	依各專科規劃發展各自之特色

資料來源：前衛生署

#### <4>整合

- 署立醫院分布區域廣，各有其對地方之醫療及執行公共政策之責任，尤其是肩負感染症應變醫院之職責，仍需保留其急性醫療之功能，無法轉型為長照機構或予裁撤，整合規劃重點如下：

- ◇強化自我經營管理能力。
- ◇委託公立醫學中心或法人醫院經營。
- ◇垂直整合：與公私立醫學中心，或大型法人醫院(具醫學中心規模)合作經營。
- ◇水平整合：署立醫院間互相支援合作。
- ◇設立種子醫院，與鄰近署立醫院間形成醫療合作網絡。

- 進度：

- ◇與醫學中心結盟合作：

目前共有15家署立醫院與醫學中心合作，分別於醫療發展基金補助計畫及醫管會經費補助下，由醫學中心支援署立醫院所需之專科醫師人力，詳如下表：

項次	醫學中心或醫學大學(支援者)	署立醫院(受支援者)	備註
醫療發展基金補助計畫：建立醫學中心支援偏遠離島地區醫療機制(102年開始)			
1	臺北榮民總醫院、林口長庚紀念醫院	金門醫院	院長由臺北榮民總醫院急診內科主任擔任，已通過中度急救責任醫院
2	高雄長庚紀念醫院、奇美醫院	澎湖醫院	已通過中度急救責任醫院
3	高雄醫學大學	恆春醫院、旗	

項次	醫學中心或醫學大學(支援者)	署立醫院(受支援者)	備註
		山醫院	
醫管會經費補助計畫：建立署立醫院與其他體系醫學中心之實質合作(100年開始)			
4	陽明大學	臺北醫院	教學合作
5	中山醫學大學	臺中醫院、豐原醫院	臺中醫院院長由中山醫學大學醫學院院長擔任
6	成功大學	臺南醫院、新化醫院	臺南醫院院長由成大醫院外科部主任擔任、副院長由成大醫院急診科醫師擔任
7	高雄醫學大學	屏東醫院、旗山醫院、恆春醫院	屏東醫院院長由高雄醫學大學附設醫院外科部主任擔任
8	台中榮民總醫院	南投醫院	
9	義大醫院	旗山醫院	
10	嘉義基督教醫院	嘉義醫院	
11	臺大醫院	苗栗醫院	
12	雙和醫院	台東醫院	

資料來源：前衛生署

◇區域內署立醫院間相互醫療合作：

前衛生署 100 年起執行區域內署立醫院之間相互醫療合作計畫，專科醫師互相支援，包括：

- ◎臺北醫院、基隆醫院之專科醫師互相支援計畫。
- ◎臺中醫院、豐原醫院之專科醫師互相支援計畫。
- ◎彰化醫院、南投醫院之醫師互相支援計畫。
- ◎彰化醫院、朴子醫院之醫師互相支援計畫。
- ◎嘉義醫院、朴子醫院之醫師互相支援計畫。
- ◎精神專科醫院支援綜合醫院計畫。

• 參考借鏡公立及民間醫療體系整合之可行性：

前衛生署表示，民間醫療體系之整合，例如，中國醫學大學體系及彰化基督教醫院體系，均由醫學中心層級之總院主導，整合所屬之地區級醫院；另童綜合醫院及澄清綜合醫院體系，其總院雖未通過醫學中心評鑑，但規模均已達醫學中心標準；故以上體系均由醫學中心層級主導為主，完成包括醫學中心、區域醫院及地區醫院等三級整合照護體系，可善用充足人力、資源及專科醫師訓練資格，培育、代訓地區型醫院，是為優勢性之整合。然該署所屬醫院均為區域級或地區級醫院，無醫學中心層級醫院，未能垂直整合形成三級醫療體制，提供整合性醫療照護。惟透過推動署立醫院之間水平整合，採功能性資源整合以降低營運成本，以增加醫院管理效能；又該署所屬醫院分布於全國各地，三分之二屬偏遠離島及特殊功能醫院，肩負醫療服務及公共衛生任務，無法裁撤或轉型為長照機構。

前衛生署目前借重公私立醫學中心合作之醫療人力來整合該署醫院，以充實醫療功能。目前已有15家署立醫院與醫學中心建立合作機會，包括部分偏遠離島，由該署醫療發展基金補助醫學中心支援金門、澎湖、旗山及恆春，建立醫療合作關係，如前所述；另該署醫管會以經費補助，由醫學中心支援非醫療發展基金補助對象之醫院；該署刻正與部分公私立醫學中心

及醫學院進行合作研議，包括由該醫學中心指派院長、副院長或全部委託經營之可行性。

• 待解決之問題：

- ◇ 署立醫院尚無醫學中心層級之醫院，不易成為垂直整合鄰近署立醫院之種子醫院，目前仍要靠其他體系之醫學中心協助。
- ◇ 有關署立醫院之間相互支援，因公費醫師受支援時段之限制（每星期2時段），往往無法充分發揮其功能，前衛生署將再研議是否給予公立醫院之公費醫師支援時段之鬆綁。
- ◇ 目前署立醫院與醫學中心之整合模式包括：由醫學中心指派其同仁擔任署立醫院之院長、副院長及指派專科醫師支援等；若私立醫學中心欲與署立醫院合作，亦可循該模式，惟私立醫學中心之薪資結構與署立醫院不同，其支援之費用仍待協調。
- ◇ 因三分之二之署立醫院位於偏遠離島或具特殊功能，對當地醫療需求極為重要，因此在整合上需特別考量，前衛生署刻正努力，希望藉由提升自身體系區域級醫院（例如桃園醫院、雙和醫院、臺北醫院、臺中醫院及豐原醫院等）之營運績效，以成為垂直整合署立醫院之種子醫院。
- ◇ 前衛生署亦考量將署立醫院委託公私立醫學中心經營之可行性，但最重要的關鍵是委託經營後，經營者是否仍能全力配合執行該署公共政策，以及現有人員之安置問題。

(2) 教育部所屬醫院：

<1> 國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）：

臺大醫院醫療體系目前包括：金山分院、北護分院、新竹分院、竹東分院及雲林分院，該等醫院整併過程，分述如下：

• 雲林分院(前行政院衛生署雲林醫院)：

雲林縣政府前邀請臺灣大學及臺大醫院於高鐵雲林車站特定區附近(虎尾)，設立臺灣大學雲林分部及臺大醫院雲林分院，此規劃經雲林縣議會第14屆第2次定期大會決議通過，行政院並於89年7月正式通過臺大雲林分部計畫，前衛生署於90年6月通過臺大醫院雲林分院(虎尾)計畫。

當時位於斗六市的前行政院衛生署雲林醫院，因全民健康保險之實施後，經營日漸困難，且雲林縣政府希望臺大醫療團隊早日進駐雲林，因此臺大醫院於90年7月起即積極派遣醫師支援前行政院衛生署雲林醫院，後適逢行政院為提升各地區公立醫院服務效能，推動公立醫院多元化經營方案，因此92年1月底前衛生署提出雲林醫院改制為臺大醫院雲林分院之建議。考量原已於90年通過於虎尾地區新建臺大醫院雲林分院計畫，兩所醫院相距車程約半小時，因此規劃朝「一個醫院兩個院區」方式營運，兩院統稱臺大醫院雲林分院，行政總部設於斗六的雲林醫院，稱為「臺大醫院雲林分院斗六院區」，虎尾新建的醫院則稱為「臺大醫院雲林分院虎尾院區」。

為穩定改制後之醫院財務，在與前衛生署簽訂之改制協議書中，除詳列雲林醫院建築基地、建築物、設施等公有財產，皆於改制基準日起無償轉移至臺大醫院接管，並取得前衛生署同意，於改制五年內持續維持原有給予署立醫院之人事費補助。

改制計畫於93年3月24日經行政院函復原則同意，前行政院衛生署雲林醫院於93年4月1日正式改制為臺大醫院雲林分院。

- 北護分院(前身為國立臺北護理學院附設醫院)：

國立臺北護理學院附設醫院(以下簡稱北護醫院)成立於38年，因附近陸續成立多家醫療院所，經營日漸吃力，後又因921地震發生，使主要之醫療大樓受損，致該院面臨經營無以為繼之危機；臺大醫院與北護醫院同屬教育部管轄之醫療機構，早於60年代臺大醫院即派有教授醫師至該院駐診，90年3月兩院也締結策略聯盟關係，惟因大環境之改變，使小型醫院難有生存空間，因此即使是與該院締結策略聯盟，因經營成本偏高，該院依然無法維持財務上的平衡。91年10月8日教育部召開「研商國立臺北護理學院附設醫院未來經營方向及財務規劃」會議，該會議決議「有關國立臺北護理學院附設醫院與台大醫院整併案，請兩院儘速研提計畫俾轉行政院核定」。

北護醫院整併為臺大醫院分院後，除期待可改善其困窘的財務外，也期待可運用該院既有之長期照護優勢，結合總院資源，

規劃設置門診中心、亞急性暨慢性醫院、洗腎中心、護理之家、居家護理等一系列與老人醫學與長期照護有關之設施，成為「老人醫學暨長期照護醫療中心」，為急性醫療與慢性照護整合的最佳模式。

行政院於93年4月19日函復原則同意北護醫院與臺大醫院整併計畫書一案，北護醫院於93年8月1日正式整併為臺大醫院院北護分院。

- 金山分院（前財團法人北海岸金山醫院）：

財團法人北海岸金山醫院（以下簡稱金山醫院）於94年10月15日開幕啟用，惟虧損連連，經營面臨困境；另原預估可開辦之臺灣電力公司核一、二廠員工體檢也因未達「辦理勞工體格及健康檢查指定醫療機構辦法」所規範之具100床以上規模，暫無法辦理。金山醫院肩負北海岸急診醫療及前衛生署全人計畫之緊急救護及觀光旅遊地區緊急救護責任，爰96年1月11日行政院公共工程委員會召開「研商財團法人北海岸金山醫院後續營運事宜協調會」後，復於同年12月兩度召開金山醫院擬改制為公立醫院協調會，行政院並居中協調原臺北縣政府、前衛生署及台電公司，結果原則同意改制為臺大醫院分院，由前衛生署、台電、前臺北縣政府協助補助承接金山醫院前5年可能之營運虧損1.9億元，以提供高品質醫療服務，落實對核電廠及附近居民之健康照護。臺大醫院於97年4月提出承接金山醫院計畫書，後循行政程序提報相關會議及主管機關審議

，行政院於97年9月1日原則同意金山醫院改制為臺大醫院金山分院，99年10月1日正式改制。

為使位處偏鄉的金山分院永續經營，經行政院核定，新北市政府(前臺北縣政府)從97年1月起每年補助金山分院1,000萬元之急救醫療補助，共補助15年(至111年為止)、臺灣電力公司5年總計補助9,000萬元(至103年為止)、前衛生署依緊急醫療網提昇偏遠地區緊急醫療資源缺乏區域計畫，每年補助最高1,000萬元(至國103年為止)。

- 新竹分院(前行政院衛生署新竹醫院)及竹東分院(前行政院衛生署竹東醫院)：

89年11月，前衛生署核定臺大醫院竹北分院(擬設於臺灣大學竹北校區內)為500床之綜合醫院，惟之後因故於98年11月取消；99年4月6日及28日新竹生物醫學園區指導小組99年度第1次及第2次會議決議：「為回應地方醫療需求及提供急重症醫療服務，請前衛生署積極提升新竹醫院成為具醫學中心等級服務水準之醫療機構，並整合周邊相關醫療院所(包括前行政院衛生署竹東醫院)，提供地方高品質醫療服務及急重症醫療之能量。」爰臺大醫院配合前衛生署調派醫師前往該2醫院協助，並於99年5月提出兩家醫院改制為臺大醫院新竹分院及竹東分院之計畫書。行政院於100年1月14日函復原則同意，100年7月1日2院正式改制為臺大醫院新竹分院與竹東分院。

另為穩定2分院改制後之財務問題，在

與前衛生署簽訂2院改制協議書中，除詳列2院建築基地、建築物、設施等公有財產，皆於改制基準日起無償轉移至臺大醫院接管，並取得前衛生署同意，於改制5年內持續維持原有給予署立醫院之人事費補助。

<2>國立成功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫院）：

- 成大醫院於94年7月1日正式整併國軍斗六醫院，其緣由為政府為推動國軍精實案，93年起陸續裁撤及縮編國軍醫院，93年9月27日由行政院組成之「公立醫院多元化經營專案小組」相關會議決議：國軍斗六醫院精實後由成大接管及營運，執行過程如下：
  - ◇94年03月28日行政院正式核定成大醫院承接原國軍斗六醫院，改制為「成大醫院斗六分院」
  - ◇94年04月起，開始研議醫院組織章程、概算籌編、申請設立、現職人員留任、土地建物移交等事宜。
  - ◇94年07月01日正式營運。
- 預期提升雲林地區之醫療服務能量及拓展、培育專科醫師醫學教育與研究之發展空間。整併相關配套措施為：
  - ◇不增加員額及經費。
  - ◇保障現有病人之就醫之可近性。
  - ◇延續國軍斗六醫院之角色及任務。
  - ◇彌補雲林縣醫療之不足。
  - ◇與臺大醫院雲林分院建立合作互助關係。
  - ◇提供現職人員就業機會。
- 成大醫院之整併，並無政府公務預算補助，

有別於臺大醫院整併署立雲林醫院、新竹醫院、竹東醫院及陽明大學整併宜蘭醫院之補助模式；另尚面臨現有建築及醫療儀器設備老舊、推動醫事人員在地化不易、體制轉換等困境。

(3) 退輔會所屬醫院：

<1> 緣由：

退輔會所屬榮民醫院多處偏鄉，因醫師人才招募困難，教學訓練及研究人才欠缺，部分科別服務能量不足，且在健保總額制度框限及浮動點值所造成之營運困難情勢下，該會爰擬定「醫療機構經營整合計畫」，並於99年7月14日奉行政院核准執行，由各榮民總醫院整合北、中、南3區榮民醫院成為榮總分院，依計畫期程分階段逐步完成整合。

<2> 策略及結果：

- 榮民醫療體系整合策略以功能整合為先，實質整合則分區、分階段推動，截至102年1月1日止，已完成9所榮院整合，包括：

◇ 臺北榮民總醫院垂直整合新竹榮院、桃園榮院、員山榮院及蘇澳榮院。

◇ 臺中榮民總醫院垂直整合埔里榮院、灣橋榮院及嘉義榮院。

◇ 高雄榮民總醫院垂直整合屏東榮院及臺南榮院。

另於103年1月1日完成玉里、鳳林及臺東榮院整合為臺北榮總分院作業後，該整合計畫則全案完竣。

- 醫療體系整合後，總醫院互補互利帶領榮（

分)院成長，包括提升醫療品質、改善門診及住診服務能量、精進儀器設備使用率及強化資訊連結效能。

### <3>困境

- 內部環境：

- ◇ 榮(分)院分布幅員廣且機構數目多，人員及資源調度不易。

- ◇ 總院與榮(分)院營運績效不同，薪酬差異較大，影響總院醫師下鄉支援之意願。

- ◇ 總院與榮(分)院規模及性質差異，資訊系統不同，若要統一，投資金額龐大且短期不易達成。

- 外部環境則面臨成本增加、政策配合及營收減少等之困境。

### (4)國防部所屬醫院：

#### <1>簡併、裁撤及垂直整合：

國防部為精簡組織及人力，節省國軍人事成本，於86年起執行國軍人力精簡政策，陸續包括86至90年之精實案、92年至95年之精進案第1階段、95年至99年精進案第2階段及100年至103年之精粹案。

- 簡併及裁撤：

透過精實案及精進案，將國軍醫院自29家減為9家，執行策略包括：

- ◇ 國軍總醫院級醫院以民診基金採自負盈虧方式承接：

承接對象包括原國軍基隆醫院、國軍澎湖醫院、國軍新竹醫院、國軍臺中總醫院中清院區及國軍高雄總醫院屏東分院。

- ◇ 前衛生署承接：

- ◎國軍臺南醫院由前衛生署疾病管制局成立感染症防治中心。
- ◎國軍金門醫院由前衛生署臺北醫院承接。
- ◇其他公立醫院承接：
  - ◎國軍 817 醫院由臺大醫院承接。
  - ◎國軍斗六醫院由成大醫院承接。
- ◇成立野戰醫院：國軍馬祖醫院成立為聯勤馬祖野戰醫院。
- ◇直接裁撤：國軍高雄總醫院臺南分院、國軍臺中總醫院東勢分院、國軍桃園總醫院宜蘭分院及國軍花蓮總醫院臺東分院等4家分院直接裁撤。
- 垂直整合：
  - ◇為精實國防組織，國防部自100年起執行精粹案，依事權統一及專業分工之精神，組建能滿足未來戰爭需求之國防組織，其中包括國軍醫療體系之垂直整合，主要對於續存醫院持續朝向落實資源共享及提升醫療服務品質之方向進行，102年1月1日以區域性醫療資源整合為主軸，包括：
    - ◎三軍總醫院垂直整合國軍松山總醫院及國軍北投醫院。
    - ◎國軍高雄總醫院垂直整合左營總醫院及國軍岡山醫院
  - ◇國軍醫療體系垂直整合以5大構面為執行目標，包括：
    - ◎專科認養，互通有無。
    - ◎專業指導，平衡歷練。
    - ◎資源共享，中心整合。

◎獎金合併，激勵績效。

◎組織調整，人力精簡。

- ◇其中獎金合併部分，係指醫師基本獎助金合併計算，以三軍總醫院某分院102年1月之醫師基本獎助金為例，合併計算後之獎助金由原5萬9,000元提升至6萬7,000元，此政策有助提振醫師士氣、平衡科室發展、有效成本管控及強化領導統御。

## <2>利弊或衝擊

### • 簡併及裁撤：

對國內醫療體系而言，因國軍醫院多位於偏遠地區，裁撤後若無其他醫療體系承接，將肇使當地醫療資源相對減少；另裁撤後若由公立醫院承接，僅為當地醫療提供者轉換，是否減少國內總體醫療資源，則尚待評估。

### • 垂直整合：

#### ◇對國軍醫療體系：

◎分院可獲得總院之人力、財力、資訊及管理各項資源，對營運發展有其正向助益。

◎總院的管理幅度擴增，可獲得更多實務管理經驗。

◎善用總院及分院強項，截長補短，帶動體系正向發展。

◎整合教學研究能量，提升教學研究水準。

◎整合藥材、衛材之品項及名稱，促進民眾用藥安全，提升管理效能。

◎傳承及移植管理經驗，提升行政效率及服務品質。

◇對國內總醫療體系：

- ◎透過垂直整合，可健全中小型醫院之經營體質。
- ◎對醫療資源較貧乏之區域，可穩定提供相當水準之醫療服務。
- ◎可使該體系兼具不同層級醫院特色及功能，對配合救災、防疫、離島醫療、社區健康營造等國家級公共衛生政策將更有助益。

(5)臺北市立聯合醫院：

<1>緣由：

臺北市於42年成立第一家「臺北市立醫院」(原址位於昆明街100號)，49年遷至仁愛路4段10號現址，臺北市升格為直轄市後，57年更名為「臺北市立仁愛醫院」，負責掌理市民疾病診療及衛生指導，醫護人員訓練等事項。臺北市升格為直轄市後，部分省立醫院或精神養護所歸屬臺北市政府衛生局管轄，於是中興醫院、和平醫院、陽明醫院、性病防治所、療養院陸續成立，其後設立結核病防治院、婦幼醫院。另為提升臺北市醫療水準，於65年擬定「建立臺北市醫療服務網十年計畫」，有計畫於64至69年間擴建市立醫院，增加病床，包括仁愛醫院改建為14層大樓，成為具現代化之綜合醫院；陽明醫院遷建士林現址，並擴大為綜合醫院；和平醫院完成急診大樓及興建忠孝醫院等。後因市府財政日益困難、醫事人才來源受限、擴建及新建財團法人醫院之競爭、公務醫療體系紛紛進行整合作業、公共衛生體系式微及健保制

度之衝擊等6大緣由，市府於92年7月開始進行所屬醫療院所組織規程規劃。

- 歷程：

北市府於92年7月開始進行「臺北市政府衛生局暨所屬醫療院所組織規程暨編制表修正」規劃案，同年9月成立「臺北市立醫院聯合營運行政中心」，設立醫療整合、行政整合、醫療品質、資訊整合、物流整合、社區行銷、教學研究、國際合作等8個工作小組，進行相關業務之規劃暨執行工作；93年3月成立「臺北市立聯合醫院籌備處」，同年7月北市議會三讀通過「臺北市立聯合醫院組織修編案」，94年1月1日「臺北市立聯合醫院」揭牌成立。

- 結果：

- ◇臺北市立聯合醫院計有8院區，包括中興院區、仁愛院區、和平婦幼院區、陽明院區、忠孝院區、松德院區、林森中醫院區及昆明院區，其中後三者屬於專科院區，餘屬綜合院區；上述院區所屬機構尚包含5家居家護理所、4家產後護理之家、4家職能工作坊、1家庇護工場、1家早療中心、1家六合學苑及16家院外門診部等。

- ◇財務狀況：

- ◎93年之賸餘約計2.6億元，94年因整合初期人員流失，該年年度賸餘呈現衰退現象，餘95年至99年各年度之賸餘均有成長趨勢，另101年賸餘約計5.28億元，約為整合前之2倍。

- ◎93年醫療收入約計93.25億元，94及95

年略為衰退，96至101年則逐年成長，101年醫療收入約計101.96億元，較93年成長約9.34%。

◇人員分布：

93年醫師、護理人員、醫技人員及行政人員分別計901人、2,673人、728人及1,869人，合計6,171人，101年上開醫事人員人數分別計878人、2,502人、923人及1,574人，合計約5,877人，醫事人力顯較為精簡。

(6) 高雄市立聯合醫院：

<1> 緣由：

公立醫院需肩負社會責任，具不可抹滅的存在價值，故於全民健保制度的影響及政府財政短絀衍生公務預算補助大幅減縮的衝擊下，必須積極思考各種強化經營策略之試行方案。高雄市各市立醫院不能自外於醫療生態改變的洪流，為順應潮流所趨，並考量民眾就醫服務需求及品質，衛生局就市立醫院各經營策略進行盤點與調整，於87年及89年分別將市立小港與旗津醫院公辦民營外，另於91年7月經高雄市議會決議通過將同質性高之原市立大同醫院及市立婦幼綜合醫院合併，並於92年1月1日正式成立。

<2> 整併結果：

• 人力配置：

合併前後共精減101人員工（91年合併前醫院編制內員工462人，92年合併後至95年共精減79人，僅剩383人；另駐衛警、駕駛、技工、工友合併前計113人，合併後至

95年精減22人為91人)。

• 營運績效：

◇門診績效：美術館院區、大同院區門診人次數92年較91年同期分別減少6,432人次(-21.63%)及10,663人次(-36.02%)，至96年間兩院區年度門診人次數為404,320人次，尚較整併時92年門診人次數532,291人次，減少127,971人次(-31.65%)。

◇住院績效：美術館院區、大同院區住院人日數92年較91年同期分別減少286人日(-8.62%)及2,037人日(-47.76%)，至96年間兩院區年度住院人日數為181,538，尚較整併時92年住院人日數84,000，增加97,538(+53.72%)。

• 檢討改進：

整併後之市立聯合醫院營運績效不若預期，除合併自實施近一年以來，巧遇到SARS疫情衝擊、健保總額給付之實施，帶給醫院諸多負面效應，院內員工在工作態度方面可能是對合併不安定而產生之工作不安全感、未來不確定性、因合併減少主管職位而影響升遷、醫院可能公辦民營或法人化等耳語，讓員工在工作滿足、組織承諾、工作投入與離職傾向之認知上產生負面情況。該院於92年9月辦理「主管策略共識營」已檢討並提出數項醫院未來發展及經營策略。

## 五、「論人計酬」之執行情況及檢討

### (一)辦理緣由：

全民健康保險法第42條第1項規定：「醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應

各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。」復該法第44條第1項及第2項分別規定：「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。」、「前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。」故全民健康保險論人計酬試辦計畫（下稱論人計酬計畫）之施行有其法源依據，前衛生署爰於上開條文正式施行前，先行小規模試辦。

(二)目的：

- 1、使民眾獲得更完整的照護：加強提供預防保健、衛生教育與個案管理服務，以促進民眾健康。
- 2、使醫療團隊發揮照護能量：以全人照護為導向，促進區域醫療體系整合，包括基層院所與醫院之整合。
- 3、促進民眾健康、減少醫療浪費。

(三)內容：

1、試辦原則：

- (1)為免增加額外行政作業，團隊之費用申報及審查作業不變；另尊重保險對象就醫習慣，民眾不需登記，自由就醫。
- (2)費用涵蓋範圍包含：全民健康保險西醫基層、醫院總額門(急)診、住診及門診透析給付項目，僅排除器官移植、牙醫及中醫給付項目
- (3)照護對象不得重複參與前健保局其他整合計畫。

2、前健保局於100年2月23日公告論人計酬計畫，並

於100年10月28日公告修訂，試辦過程中，102年3月22日再次修訂，茲將該計畫之主要內容暨相關修訂結果，表述如下：

版本 項目	100年10月28日公告修訂版	102年3月22日公告修訂版
依據	前行政院衛生署100年2月8日衛署健保字第1000002884號函及100年10月21日衛署健保字第1000023330號函	<u>各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。</u>
計畫期間	以3年為原則，社區醫療群模式與醫院忠誠病人模式自100年7月1日至103年6月30日止，區域整合模式自101年1月1日至103年12月31日止。	<u>計畫期間為100年至104年。參加本計畫執行期間為3年，100年申請參加之7家團隊自101年1月1日開始試辦。</u>
試辦模式	<p>一、區域整合模式(由上往下整合)：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 以行政區域(最小單位為鄉或鎮或市或區)的戶籍人口民眾為照護對象。</li> <li>2. 戶籍人口係指該地區本計畫公告前一年12月(100年為99年12月、101年為100年12月、102年為101年12月)設籍於該區域且在保之所有戶籍人口或合理現住人口。</li> <li>3. 以選定區域之醫院及診所組成院所團隊提供整合性照護。</li> </ol> <p>二、社區醫療群模式(由下往上整合)：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 參與「全民健保家庭醫師整合性照護計畫」之社區醫療群承辦，擴展至合作醫院為院所團隊提供整合服務，並擴大範圍含住院服務。</li> <li>2. 照護對象：除由院所團隊自行納入該團隊之忠誠病人外</li> </ol>	<p>一、區域整合模式(由上往下整合)：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 以行政區域(最小單位為鄉或鎮或市或區)的戶籍人口民眾為照護對象。</li> <li>2. 戶籍人口係指該地區本計畫公告前一年12月(100年為99年12月、101年為100年12月、102年為101年12月)設籍於該區域且在保之所有戶籍人口或合理現住人口。</li> <li>3. 以選定區域之醫院及診所組成院所團隊提供整合性照護。</li> </ol> <p>二、社區醫療群模式(由下往上整合)：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 參與「全民健保家庭醫師整合性照護計畫」之社區醫療群承辦，擴展至合作醫院為院所團隊提供整合服務，並擴大範圍含住院服務。</li> <li>2. 照護對象：除由院所團隊自行納入該團隊之忠誠病人外</li> </ol>

版本 項目	100 年 10 月 28 日公告修訂版	102 年 3 月 22 日公告修訂版
	<p>，並由保險人提供服務區域內應照護對象名單。</p> <p>三、醫院忠誠病人模式(由上往下整合)：</p> <p>1. 參與「<u>建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫</u>」所收之忠誠病人為對象，並擴大含住院服務。</p> <p>2. 照護對象:除由醫院自行納入忠誠病人外，並由保險人提供服務區域內應照護對象名單。</p>	<p>，並由保險人提供服務區域內應照護對象名單。</p> <p>三、醫院忠誠病人模式(由上往下整合)：</p> <p>1. 參與「<u>醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫</u>」所收之忠誠病人為對象，並擴大含住院服務。</p> <p>2. 照護對象:除由醫院自行納入忠誠病人外，並由保險人提供服務區域內應照護對象名單。</p>
試辦模式之規定	<p>一、參加本計畫之照護對象，以不重複參與其他「<u>全民健保家庭醫師整合性照護計畫</u>」、「<u>建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫</u>」與「<u>西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫</u>」計畫。</p> <p>二、該計畫為3年計畫，參與醫院或院所團隊選定試辦模式後，不可再變動試辦模式。</p> <p>三、當年度之照護對象經確認後，該年度不再變動。</p>	<p>一、參加本計畫之照護對象，以不重複參與其他「<u>全民健保家庭醫師整合性照護計畫</u>」、「<u>醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫</u>」與「<u>西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫</u>」計畫。</p> <p>二、該計畫以<u>三年為執行期間</u>，參與之醫院或院所團隊選定試辦模式後，不可再變動試辦模式。</p> <p>三、當年度之照護對象經確認後，該年度不再變動。</p>
費用申報及支付方式	<p>一、參與計畫之院所團隊（醫院）提供之醫療服務，依現行全民健保醫療費用支付標準、全民健保醫療服務審查辦法等規定申報及審查。</p> <p>二、照護對象之醫療費用，仍依現行各總額部門規定辦理結算及核付。</p> <p>三、該計畫之回饋金，由保險</p>	<p>一、參與計畫之院所團隊（醫院），依現行全民健保醫療服務給付項目及支付標準、<u>全民健保藥物給付項目及支付標準</u>、全民健保醫療費用申報與核付及服務審查辦法等規定申報費用及辦理審查作業。</p> <p>二、照護對象之醫療費用，仍</p>

版本 項目	100 年 10 月 28 日公告修訂版	102 年 3 月 22 日公告修訂版
	<p>人撥付予試辦醫院或院所團隊之主責院所。</p> <p>四、該計畫採一年半結算方式辦理。</p> <p>五、虛擬總額、回饋金及財務風險之計算方式：</p> <p>1. 擬總額點數： 以該計畫試辦前一年所涵蓋範圍之醫療點數為基準，經性別、年齡進行校正，並考慮當年費協會協定之性別年齡以外的西醫部門成長率，計算照護對象年醫療點數，加總照護對象之年醫療點數之總合，即為該醫院或院所團隊之虛擬總額點數。</p> <p>2. 提供試辦院所團隊（醫院）的回饋金： 虛擬總額之醫療點數高於試辦對象實際使用之醫療點數，兩者之差額為「結餘點數」，依下列方式計算回饋金： (1) 基本回饋金：回饋60%結餘點數。 回饋金=(結餘點數)×60%×每點1元 (2) 醫療品質回饋金：回饋40%結餘點數，符合該計畫第十項規定之評核指標，才可獲得該項回饋金。 醫療品質回饋金=(結餘點數)×40%×符合品質指標占率×每點一元</p> <p>3. 試辦院所團隊（醫院）應自行負擔財務風險費用：</p>	<p>依現行各總額部門規定辦理結算及核付。</p> <p>三、該計畫之回饋金，由保險人撥付予試辦醫院或院所團隊之主責院所。</p> <p>四、該計畫採每1年半辦理一次結算，第一次結算如有短絀，可選擇3年期滿再辦理總結算。</p> <p>五、虛擬總額、回饋金及財務風險之計算方式：</p> <p>1. 擬總額點數： 以該計畫試辦前一年所涵蓋範圍之醫療點數為基準，經性別、年齡進行校正，並考慮當年全民健康保險醫療給付費用總額協議結果之性別年齡以外的西醫部門成長率，計算照護對象年醫療點數，加總照護對象之年醫療點數之總合，即為該醫院或院所團隊之虛擬總額點數。</p> <p>2. 提供試辦院所團隊（醫院）的回饋金： 虛擬總額之醫療點數高於試辦對象實際使用之醫療點數，兩者之差額為「結餘點數」。依下列方式計算回饋金： (1) 基本回饋金：回饋60%結餘點數。 基本回饋金=(結餘點數)×60%×每點1元 (2) 醫療品質回饋金：回饋40%結餘點數，符合該計畫第十項規定之評核指標，才可獲</p>

版本 項目	100年10月28日公告修訂版	102年3月22日公告修訂版
	<p>虛擬總額之醫療點數低於試辦對象實際使用之醫療點數，兩者之差額為「風險點數」，財務風險費用之計算依下列方式計算財務風險：            負擔財務風險=(風險點數)×(1-Σ符合品質指標占率)×50%×每點1元。</p>	<p>得該項回饋金。            醫療品質回饋金=(結餘點數)×40%×Σ符合品質指標占率×每點一元</p> <p>3. 試辦院所團隊(醫院)應自行負擔財務風險費用：            虛擬總額之醫療點數低於試辦對象實際使用之醫療點數時，兩者之差額為「風險點數」，財務風險費用之計算依下列方式計算財務風險費用：            自行負擔財務風險=(風險點數)×(1-Σ符合品質指標占率)×50%×每點1元。</p>

資料來源：根據前衛生署提供之資料彙整製作

#### (四) 實際執行情形：

參加論人計酬計畫之試辦團隊共計7家，分別為臺大醫院金山分院、澄清綜合醫院、彰濱秀傳紀念醫院、天主教耕莘醫院、彰化基督教醫院、屏東基督教醫院及樂樹醫療群，其試辦模式、照護對象及人數，詳如下表：

項次	照護團隊	試辦模式	照護對象	照護人數
1	臺灣大學醫學院附設醫院金山分院	區域整合	新北市金山區合理現住人口	15,614
2	澄清綜合醫院及5家區內衛生所及診所	區域整合	臺中市東區戶籍人口	61,923
3	彰濱秀傳紀念醫院及7家區內衛生所及診所	區域整合	彰化縣線西鄉戶籍人口	14,799
4	天主教耕莘醫院	醫院忠誠病人	醫院忠誠病人	20,094
5	彰化基督教醫院	醫院忠誠病人	醫院忠誠病人	30,014
6	屏東基督教醫院	醫院忠誠病人	醫院忠誠病人	8,664

7	樂樹醫療群(芝山診所及5家合作診所)	社區醫療群	團隊忠誠病人	5,976
---	--------------------	-------	--------	-------

1、臺大醫院金山分院：

- (1) 試辦模式屬於區域整合模式，照護對象為新北市金山區合理現住人口，人數計15,614人；該院執行論人計酬計畫主要策略為成立「金健康北海岸俱樂部」，深入社區，推動社區健康營造，促進民眾健康，內容包括預防保健、高醫療資源使用者個案管理及生命末期照護品質。
- (2) 該院在居民常活動或聚集之地點成立健康小站，例如聖德宮、三和國小、社區活動中心...等，然後計畫安排至各小站或利用社區活動機會，辦理健康促進活動，並以家庭訪視方式關懷及照顧區民之健康，辦理預防保健及高醫療資源使用者個案管理；另生命末期照護品質部分，跳脫安寧病房之思維模式，該院推動社區安寧之新思維-「完成阿公阿嬤在地老化，在地凋零之願望」，該院並積極向社區區民推廣預立DNR，自101年第1季開始，該區簽約率高於全國且逐季增加，至該年第3季已達8.8%，復該院院長於本院約詢時表示，一年半以來，住院死亡之病患計50位，沒有任何一位進行插管處置。
- (3) 有關健保費用情形，該院101年上半年門診次數及住診次數均較100年上半年減少，另101年上半年健保申報點數計162,434,246點，論人計酬之虛擬總額計173,739,162點，結餘計1,130萬4,9162點；惟家庭訪視及社區健康促進活動所投入成本高，以101年2月18日至12

月31日所進行之活動為例，該時段家庭訪視及社區活動之成本，分別計243萬元及1,301萬元，復社區安寧之成本約計300萬元，故總成本約計1,844萬元；該院並於本院訪查及約詢時表示，承辦論人計酬計畫之有形及無形成本高，財務實際上是虧損的，端賴總院之支持...等語。

(4) 困境及建議：

<1> 員工下班後，要投入社區健康促進活動，惟囿於勞動基準法之規定，無法給予實際投入時間之加班費，爰僅能改以志工身分工作，故此隱形付出之成本應該要計入。

<2> 前健保局應積極及有效提供照護對象醫療利用相關資料，以利承辦團體即時監測及檢討。

2、澄清綜合醫院：

(1) 試辦模式屬於區域整合模式，照護對象為臺中市東區戶籍人口，人數計61,923人，該院為92年全國第一個社區醫療群，基於健康管理、深耕社區、醫療保險發展趨勢及參與二代健保政策等之緣由，承辦論人計酬計畫。

(2) 以網路建構、健康管理及疾病管理為主要策略，有別於傳統醫療管理型態，實際辦理內容及建立項目，略述如下：

<1> 網路建構：

- 健康照護推展中心。
- 24小時健康諮詢專線。
- 醫療雲遠距醫療照護。
- 整合式社區健康平台。

<2> 健康管理：

- 健康生活型態建立。
- 自我健康管理手冊。
- 家戶健康管理檔案。
- 社區生活環境。
- 基層診所資源整合。

<3>疾病管理：

- 疾病預防篩檢早期診斷治療。
- 慢性疾病衛教管理。
- 高資源耗用輔導。
- 高風險疾病管理。
- 高齡友善關懷。

(3) 該院與臺中市衛生局東區衛生所、鄰里辦公室、基層醫療診所、當地學校及研究機構、當地社團組織及宗教團體等，建立整合式健康平台，以深入社區，推廣健康促進；以101年至102年3月所推廣項目及辦理活動為例，「24小時健康諮詢專線」使用人次計104次、衛生教育宣導活動計辦理121場次、高資源耗用民眾之輔導計127人次...等；復試辦初步成果為照護對象之門診及住院內平均每人醫療費用確實逐漸降低。

(4) 困境及建議：

<1>困境：

- 耗用之人力及物力成本龐大。
- 未能限制民眾就醫行為。
- 民眾就醫無財會責任。
- 無法於短期內呈現健康促進之成效。

<2>建議：

- 有關計畫內容部分：
  - ◇ 計畫內容應有鼓勵民眾加入之誘因。

- ◇依社區型態訂定適合之監測閾值。
- ◇依計畫執行階段推廣不同之鼓勵項目。
- 有關擴大辦理部分：
  - ◇於促進民眾健康之立意下，個人資料保護法應從寬解讀。
  - ◇對於善盡執行計畫之責任機構，應取消罰扣機制。
  - ◇提供行政處理經費，以利管理照護規劃。
  - ◇賦予社區民眾節省健保資源之財會責任。

### 3、彰濱秀傳紀念醫院：

(1) 試辦模式屬於區域整合模式，照護對象為彰化縣線西鄉戶籍人口，人數計14,799人，該鄉係彰化縣面積最小、人口最少之鄉鎮，且轄內並無醫院，僅2家西醫診所及衛生所。

(2) 彰濱秀傳紀念醫院以7大行動方案，執行線西鄉民眾之健康促進及醫療服務，略述如下：

#### <1> 縣府聯繫會：

每月與前健保局中區業務組、彰化縣政府及衛生局召開聯繫會議，截至102年4月3日止，已召開12次會議。

#### <2> 八村九站全面服務：

於線西老人會設立健康促進服務中心（總站），另於德興村、頂庄村、溫仔村、下犁村、頂犁村、寓埔村、溝內村及線西村之活動中心或宮廟設立健康站，村民得於各站獲得血壓、身高、體重測量、減重活動及諮詢等服務項目。

#### <3> 深耕社區：

- 經營社區衛教活動。
- 成立登山社團。

- 成立糖尿病之友會。
- 執行老人居家環境安全評估及改善。
- 輔導店家熱量標示，宣導健康飲食觀念。

<4>貼心關懷服務：

- 關懷鄉民住院情形
- 高醫療費耗用關懷
- 電訪提醒回診時間及四癌篩檢宣導。

<5>每週例行會議檢討：

檢討項目包括：門診及急診人次、新住院人次、糖尿病照護指標執行率、出院民眾電訪率、四癌篩檢完成率及異常率…等。

<6>強化資料庫：

於醫院看診系統建立TW-HMO健康經紀人，註記線西鄉民門診、住院、急診就診動態、醫療小組召開數、醫療金額耗用即時統計…等。

<7>垂直整合資源共享：

建立與秀傳體系醫院、道周醫療社團法人道周醫院、彰化縣線西鄉衛生所、德茂診所、謝立偉診所及蔡嘉宏耳鼻喉科診所資源共享系統。

(3)執行成果：

<1>101年度計畫評核指標包括組織指標、臨床指標、其他政策鼓勵...等，其中糖尿病品質指標、65歲以上老人流行性感疫苗注射率、子宮頸抹片檢查率...等之達成率，皆高於目標值。

<2>101年度虛擬總額約3.3億，結餘計2,321萬1,355點。

(4)困境及建議：

<1>困境：

- 於老人化社區不易進行健康宣導，大多有強烈防衛心。
- 基本人力付出之成本難以估計。
- 地區垂直及水平之醫療資源整合不易。
- 民眾於他院之醫療行為應受控制。
- 個人資料保護法限制下，病人就診資料之取得困難。
- 現行健保總額制度下，推行論人計酬試辦計畫，實屬一國兩制。

<2>建議：

- 應有鼓勵民眾主動參與該計畫之政策。
- 難以估算所支出之無形成本，建議有其他鼓勵方案。

4、天主教耕莘醫院：

(1) 該院醫療服務係秉持全人、全程、全家及全隊之四全照護理念，且重視醫療無縫接軌之完整醫療與照顧服務，已建構全方位之醫療及長期照護體系；該院所選擇論人計酬計畫之模式為醫院忠誠病人，前健保局提供99年7至12月及100年1至6月門診就醫次數50%以上於該院就醫之病患，作為參與計畫之對象，共計20,094人。

(2) 該院推動論人計酬計畫之策略與原秉持之健康照護理念相同，分為三個階段：

<1>第一階段（健康促進，特殊保護）：

- 社區健康促進：

推動社區健康活動，如減重、戒菸、戒檳榔、體適能、心靈諮詢；另尚包括營造健康支持環境及營造健康職場。

- 預防保健：

包括社區整合式健康篩檢、癌症篩檢及預防注射等。

<2>第二階段（早期診斷及適當治療）：

急慢性醫療範圍包括健康促進、急性醫療、復健醫療、老人醫療及安寧醫療，相關配合策略為整合式照護門診、住院整合照護（含安寧共照、老人共照、跨科共同照護）及住院身心靈關懷等。

<3>第三階段（限制殘障及復健）：

- 長期照護機構：

已建構完整長期照護體系，包括安養、養護及護理之家之床位數分別計617床、715床及59床。

- 社區居家式長期照護：

居家部分包括居家服務、居家餐飲、居家護理及居家心理衛生服務等；社區則設置有老人服務中心、北區老人諮詢專線及北區老人服務據點等。

(3)自100年7月1日至101年年底止，虛擬額度為453,425,499點，實際醫療費用計1,415,487,992點，即執行論人計酬計畫1.5年之結餘為虧損15,575,951點；惟若以102年3月22日公告修訂之計畫期間自101年1月1日開始，則該院之結餘點數轉為正值，計24,976,279點。

(4)困境及建議：

<1>困境：

- 制度背景差異：

美國採多元保險人模式，與我國現行醫

療資源密集及採單一保險人制度大不同，故論人計酬計畫是否適合我國，有待考驗。

- 固定就診率之合理性：

於未限制病患就醫之情形下推行論人計酬計畫，對於「固定就診率」之成長率不應低於-5%之要求，顯不合理。

- 不應限制整合門診與論人計酬計畫僅能擇一參加。

- 老年人醫療費用控制不易：

我國目前人口逐漸老化，醫療費用增加是必然現象，惟此族群醫療耗用控制不易；以該院為例，計畫範圍內之照護對象中51歲以上之長者占37%以上，醫療費用占率達84.8%以上。

- 論人計酬及論量計酬併行之矛盾：

在總額預算下施行論人計酬計畫，導致其他未參與該計畫之醫院，仍依論量計酬模式申報費用，造成該院忠誠病人就醫次數及醫療費用減少。

- 忠誠病患之整體就醫資訊取得困難：

在個人資料保護法規範下，縱使試辦團隊已與前健保局簽訂保密協定，然該局卻常以個人資料保護法為由而拒絕提供資料，或是僅提供去個資之連結資料，使得試辦團隊耗費更多時間於資料比對。

- 前健保局提供資料之問題：

前健保局未能定時提供照護個案醫療利用情形相關報表，或每次提供報表之格式及內容未具一致性，亦或提供之內容未符合試辦團隊之需求等。

- 無基本承作費：

試辦團隊為論人計酬計畫需投入資訊軟硬體費用、增加個管師費用、行政作業費用…等，惟前健保局未提供基本承作費用，還要團隊自行承擔財務風險。

## <2>建議：

- 預防保健需要長期推動始可顯現出健康效益，建議前健保局合理延長試辦時間。
- 品質指標之目標值應下修或調整定義：

◇前健保局指定之指標目標值皆為「高於全國平均值」，但對於醫院自選指標，前健保局卻要求目標值為「全國平均值的75百分位」。

◇前健保局對於選定「忠誠病人」之定義為基期年來院看門診次數占全部看診次數的50%以上者，並未考量門診次數太少或是否有住院等情形。

- 前健保局應加強協助政策宣導：

目前並未徵求民眾是否加入論人計酬計畫，而係由試辦團隊與前健保局協商照護對象，大部分被照護者並不知情，建議該局落實宣導工作，以免照護團隊在執行相關業務時被民眾曲解，誤認為係詐騙集團。

## 5、彰化基督教醫院：

(1)該院基於100年度「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」及「住院全人整合收案」之成效，並針對承接論人計酬計畫進行SWOT分析後，決定承接計畫，該院所選擇之模式為醫院忠誠病人模式，前健保局提供醫院忠誠名單計13,216人，該院自選16,798人，照護

對象人數共計30,014人。

(2) 為使民眾獲得更完整之照護及醫療團隊發揮照護能量，該院執行論人計酬計畫之方案如下：

<1> 貼心服務，提高固定就診意願：

- 設立健康管理VIP卡。
- 建立顧客分流機制。
- 輪椅東借西還政策。

<2> 整合醫療，減少浪費：

- 整合同日及同科就診之醫療服務。
- 整合多重藥物。

<3> 前瞻思考，強化健康促進與疾病預防：

- 執行住院病人之全方位評估。
- 老人周全性評估。
- 跌倒評估。
- 住院高血壓管控。
- 社區健康促進。
- 配合地方主管機關之健康促進計畫。

<4> 接受評鑑，促進品質改善：

積極參與及接受各項評鑑，包括榮獲健康促進典範獎、高齡友善健康照護機構典範獎、戒菸、戒檳金牌獎，及通過國際醫院評鑑、臨床照護計畫認證、國家品質標章…等。

<5> 結合科技，提升照護能量：

與財團法人工業技術研究院合作，成立遠距照護發展聯盟，建構遠距照護平台及網路。

(3) 計畫執行結果發現，該院執行困難之指標包括固定就診率、3日急診返診率及大腸癌篩檢

率；另財務方面，前健保局擬定該院100下半年及101年上半年之虛擬總額成長率計2.25%及3.75%，惟99年第3季至101年第2季，照護對象實際醫療費用之成長率高達5.98%，遠高於前健保局所擬訂之虛擬總額。該院於計畫執行期間，曾正式函文前健保局，表示其退出論人計酬計畫之決定。

(4)彰化基督教醫院分析虧損原因包括：

<1>難以掌控照護對象之院外醫療花費。

<2>照護對象年齡偏高：

- 該院照護對象為50歲以上者占60%，且以慢性病多，惟前健保局僅以年齡、性別及西醫成長率較正成長率，無法客觀評估其醫療費用成長率。
- 該院截至101年9月，照護對象死亡人數計669位，以101年6月死亡者為例，101第2季每人平均醫療費用計20萬2,829元，故死亡前3個月之月平均花費計6萬7,610元，遠高於前健保局每人年虛擬總額5萬4,397元；該院表示，以目前虛擬總額之計算方式，對該院造成之財務風險極高。
- 該院於參加試辦計畫之前，即發現虛擬總額嚴重不足，於100年8月24日曾函文前健保局提出建議。

<3>須考量新增重大傷病者之潛在花費：

該院照護對象計畫實施一年內（自100年第3季至101年第2季），轉為重大傷病者較基期增加367位，成長17.52%。

(5)有關固定就診率問題，該院建議將該指標列為試行指標，不予罰扣，或取消該指標；另

重大傷病患者部分，建議排除該患者或試辦論人計酬計畫後才成為重大傷病者，抑或加入重大傷病之校正數據。

#### 6、屏東基督教醫院：

(1) 該院服務之對象為涵蓋萬丹鄉以北15個鄉鎮市之「屏北」為主，秉持應加強民眾健康促進、強化民眾預防保健、建立整合照護模式以降低醫療資源耗用及推動個案管理以增進醫療照護品質之觀念，參加論人計酬計畫，所選擇之試辦模式為醫院忠誠病人模式。

(2) 為執行論人計酬計畫，該院建立健康管理中心資通訊平台，以居家、門診、急診、住診及長期照護為主要服務方向，各面向提供之服務項目如下：

##### <1>居家：

- 忘診提醒服務。
- 預防保健訊息。
- 24小時諮詢服務。
- 多媒體衛教。
- 個人健康資料庫管理。

##### <2>門診：

- 醫療服務與轉介。
- 整合照護服務。
- 預防保健轉介。
- 疾病衛教與就醫安排。
- 自我照護技能訓練。

##### <3>急診：

- 疾病關懷與衛教。
- 就醫安排與轉介。

##### <4>住診：

- 疾病關懷與衛教。
- 出院準備服務。
- 轉介服務。
- 公私立機構資源。

<5>長期照護：

- 居家護理服務。
- 居家/社區照顧服務。
- 機構照護服務。

(3) 該院執行結果之評核指標未達目標值之項目計有固定就診率、糖尿病病患醣化血色素檢查執行率、尿液微量白蛋白檢查率、成人預防保健檢查率等；財務方面，100下半年虧損20,163,254點，101年度結餘則計有19,327,863點。

(4) 困境及建議：

<1>困境：

- 虛擬總額風險校正計算條件過於簡化，未能適當處理可預期及非醫院能掌握之項目，例如洗腎個案人數占率不高，卻占門診總額近5成之醫療費用。
- 未能規範民眾就醫行為，承辦計畫醫院無法改變照護對象於院外就醫之醫療費用。
- 囿於個人資料保護法之規定，承辦醫院主動聯繫及關心民眾健康，反遭誤會。

<2>建議：

- 對於承辦醫院所投入之人力、物力，應給予獎勵。
- 依承辦醫院所在地之地理、文化、醫療資源分布…等，應有不同之評比方式。
- 對於特殊族群，例如器官移植、癌症、洗腎

、呼吸器依賴患者…等，應有不同之虛擬點數計算方式。

- 對於固定時間內未使用健保醫療資源者，應給予獎勵。
- 確切落實分級醫療、轉診制度及垂直整合，促進醫療院所間互補互助合作。

#### 7、樂樹醫療群：

- (1) 樂樹醫療群由芝山診所及5家合作診所組成，該醫療群認同家庭責任醫師制度，爰成立「三協生活有限公司」，參考國外社會企業與生活實驗模式長期經營社區，自99年7月開始募資，同年9月12日「芝山生活家」開幕營運，該醫療群於99年9月23日得知前衛生署將試辦論人計酬計畫，爰決定參與該計畫，參與模式為社區醫療群，照護對象計5,976人。
- (2) 該醫療群藉由與醫院合作及結合社區發展或社區營造等策略執行論人計酬計畫，並對8個生活圈之社區民眾進行健康調查，以瞭解門診及住院十大原因、慢性病盛行率、就醫狀況、健康篩檢比率…等，以進行健康照護。
- (3) 樂樹醫療群於本院訪查時，表明要退出試辦計畫，其執行困境及建議包括：
  - <1> 照護對象就醫方式與現行醫療模式相同，並無限制就醫範圍。
  - <2> 缺乏家庭責任醫師制度之宣導。
  - <3> 前衛生署國民健康局及臺北市政府衛生局未能共同參與。
  - <4> 應明確定義「家庭責任醫師」，並重新檢視「家庭責任醫師」與「論人計酬」之關係。
  - <5> 民眾參加「家庭責任醫師論人計酬」一定要

簽署同意參與健康促進計畫。

## 六、前衛生署推動臺灣「NICE」之進度

(一)1990年代的末期，英國National Health Service面臨沒有品質標準、缺乏專業指引、經常有無法解釋之區域性差異及新治療方法使用率低等問題，因此該國政府於1997年的白皮書中預告，將成立一個全新的國家級機構，以凸顯臨床療效及成本效益兩方面的資訊，該機構委員將由醫療專家、NHS、學術界、健康經濟學家以及病人團體等構成。故英國政府於1999年4月1日成立NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)。

(二)英國NICE成立迄今僅10多年，卻能將其成果輸出至60多個國家，主要特點如下：

- 1、英國政府經由立法成立獨立專責之評估機構，投入大量的人力與經費給予該機構強力的資源支持。NICE創建初期，其預算約為1,000萬英鎊，2007年預算擴升至約6,100萬英鎊，2010/2011年之預算更高達7,400萬英鎊，約新台幣36億，由於政府對公家機構人員招募的管制漸趨嚴格，因此實際支出大約為6,000萬英鎊。目前共有約451名工作人員，其中88%為永久僱員，另有將近2,000名專家，包含醫師、護理人員、健康經濟學家、臨床流行病學家、統計學家及一般民眾；復前述預算僅供NICE本身的運作，並不包括委託七所大學執行醫療科技評估(Health Technology Assessment, HTA)的部分。
- 2、英國NICE已建立一完整的評估制度，包括一系列程序及機制，其運用所有可取得的最佳證據，來評估醫療服務所需相關藥品、醫療器材、診斷技術、醫療程序等的安全性、效果、成本效益，以

確保NHS給付的新科技確具有臨床及成本效益，並符合社會的價值判斷，且每個作業階段皆非常透明、可預測。其係由學術機構(大學之研究中心)作科技評估(Assessment)，由獨立機構做決策(Appraisal)，以保持獨立客觀。

3、在NICE成立前，英國學術機構已擁有良好的實證醫學及成本效益分析的能力。

(三)前衛生署於102年1月16日委託財團法人醫藥品查驗中心(Center for Drug Evaluation CDE)協助成立「國家醫療科技評估中心-National Institute for Health Technology Assessment, Taiwan (NIHTA)」籌備辦公室，該籌備處目前處於試營運階段，主要工作及進度為：

1、組成諮詢委員會，擘劃未來藍圖：

目前暫由CDE承辦NIHTA籌備辦公室，未來逐步以成為獨立組織為目標；另經由敦聘外部專家組成諮詢委員會，期能藉由諮詢委員的指導，以對NIHTA未來業務範圍、組織人員及願景方向等有更合適且完善之定位。

2、爭取NIHTA籌辦經費：

經費的籌措是現階段重大挑戰之一，目前積極投入爭取國科會之首長雄才大略計畫經費。

3、擴充醫療科技評估範疇：

CDE的醫藥科技評估組過去即主要負責進行前健保局新藥品收載之醫療科技評估，目前NIHTA籌備辦公室除繼續承襲過去CDE醫藥科技評估組之經驗外，進一步將醫療服務及醫療器材等健保給付項目納入評估範疇。

4、協助發展多元參與決策之機制：

前健保局與NIHTA籌備中心緊密合作，參酌

國外經驗與考量我國民情，研擬公眾參與及病友團體參與決策之機制。

#### 七、626 跨部會約詢：

本案為促使行政院正視健保相關問題，於102年6月26日請行政院毛副院長治國率同相關部會首長到院接受約詢，出席之部會正副首長包括：前衛生署邱署長文達（現任衛生福利部部長）率前健保局黃局長三桂（現任中央健康保險署署長）等人、國防部高副部長廣圻（現任國防部參謀總長）率軍醫局張局長德明等人、退輔會曾前主任委員金陵率臺北榮民總醫院林院長芳郁等人、教育部陳常務次長德華、臺大醫院陳前院長明豐、成大醫院楊院長俊佑、臺北市政府陳副市長雄文率臺北市政府衛生局林局長奇宏、臺北市立聯合醫院張總院長聖原等人、高雄市政府李副市長永得率高雄市政府衛生局何局長啟功、高雄市立民生醫院林院長盟喬等人。此次約詢，先請上開部會簡報說明所屬醫療機構整合之緣由、政策依據、預期效益、相關計畫、配套措施、整合方式、執行過程、所遭遇的困難及最終整合結果，以供部會間互相參酌；另逐一就本案調查重點「三多問題」、「重大傷病」、「醫療體系整合」、「論人計酬」及臺灣「NICE」等進行詢問，主要詢答內容摘錄如下：

##### （一）「三多」問題及重大傷病：

- 1、黃委員煌雄指出，本案特別提出重大傷病的問題，邱署長就任署長迄今，不知花了多少時間思考此項問題？也不知邱署長曾幾次要要求健保局局長對此項問題，提出有系統的因應對策，並下定決心處理此項問題？根據相關統計顯示，不到4%的人口使用了27%的醫療費用，如不加以遏止，醫療費用將會持續擴大，此如同本院進行A案及B

案時，0.3%的洗腎及呼吸器人口，使用12%的醫療費用，現在是維持1年600億元的預算，如未加以阻止，未來10年將超過6千億元的預算，比國防部購買二代戰機的預算還多。本案實地訪查時，一位教授提到我國重大傷病制度係學習法國而來，但法國重大傷病範圍剛開始是12項，到現在仍然持續12項；反觀我國，健保開辦時是16項，到現在則是30項，只有增加，沒有減少。換言之，前衛生署處理此項問題的力度與決心，從來未曾表現過。

- 2、前健保局黃局長三桂回應：誠如黃委員所說，重大傷病患者占率約為3%，卻使用27%的醫療費用，但重大傷病患者免部分負擔係健保法所明文規定，若要調整，必須修法。但免部分負擔，產生道德危機，造成管理上的問題，如重大傷病患者就醫次數高，多超過20次（全國平均約為15次），也造成用藥的品項及費用高，倘未從源頭加以處理控管，將難以解決；但從源頭端進行管制，又涉及到法律、倫理及社會氛圍，只好先從技術實務層面上予以處理，例如：血液透析病人，由原先只需要1位醫師診斷，現在則需要另1位醫師double check；原位癌經過治癒後，即不再核證；只允許與重大傷病有關的治療，才能免部分負擔。
- 3、黃委員再表示：我與健保同行的1千多個日子裡，發現當聖誕老公公很容易，但要收回來，卻是非常不容易，也很辛苦，而且要由誰收回來。此即是推動成立臺灣NICE的重要原因，由這個專業單位來決定哪些可以開放，並且必須經得起政治上的檢驗，即可讓衛生署、健保局免於在第一線

承受及面對政治上的極大壓力；現在重大傷病的審核流程及機制，確實相當不足，也因為不足，所以放了之後，收不回來，而且後果由大家共同來承擔，因此我特別將重大傷病列為本案重要的議題。

- 4、前衛生署邱署長文達回應，再次感謝黃委員，這兩年以來的健保方向，都是根據黃委員的調查報告，思考融入在相關政策之中；重大傷病問題，該署一直有在檢討，但列為重大傷病範圍後，再予以取消，有其困難，故未來重大傷病之範圍及給付，考量在國家醫療科技評估中心的人力及技術成熟後，由該中心進行整體的檢討及評估。
- 5、毛副院長表示：有關黃委員提及不到4%的重大傷病患者使用了27%的醫療費用，此項問題確實嚴重，這在資源配置上，亟需加以關注；此應從建立嚴謹的把關機制，並進一步檢討重大傷病範圍的界定，將可產生10%的效果，該院將持續注意後續改善情形。

## (二)無效醫療問題

- 1、黃委員明確指出，本院進行B案時，經取得臺北榮民總醫院林院長的同意後，將該醫院重症醫學部所發展出疾病嚴重程度的評估工具帶著走，沿途提供區域層級以上的醫院參考，其目的即希望這些醫院就自己熟習的疾病也能夠發展出類似的評估工具，再經由前衛生署加以整合，成為無效醫療的評估標準，此可謂臺灣健保的重大成就及醫療水準；況且從臺北榮民總醫院所提出的相關數據證明，經執行上開評估工具後，病患住院天數減少，醫療費用也降低了。但本院提出B案調查報告到現在，該項工作並未做好，目前安寧

緩和醫療條例已經做了重大的修正，民眾簽署DNR的風氣也大開，且社會上對於無效醫療問題的輿論及氛圍，亦日趨成熟及共識，故衛生署應該積極鼓勵各醫院發展類似臺北榮民總醫院的評估工具，並加以整合，將有助於第一線醫師在臨床上進行評估判斷，並可憑此客觀的數據及證據，與病患及其家屬進行溝通；如再加上該署委託趙可式教授所完成撤除或終止維生醫療作業的臨床照護指引，對於無效醫療或生命末期照護的相關議題，一定有實質的幫助。但兩年下來，衛生署對於醫院發展評估工作的推動，卻交了白卷，且衛生署的答覆內容，態度也不夠積極。

- 2、前衛生署醫事處李處長偉強回應，有關疾病嚴重程度的評估工具，目前係臺北榮民總醫院在大ICU執行，且執行對象主要為內科疾病患者，至於要推廣至區域層級以上醫院，以及是否可全面適用，需要進一步研議檢討，該署研議後，明年再向委員報告處理結果。

### (三)醫療體系整合及論人計酬：

- 1、黃委員表示，本案調查期間，已親自赴三軍總醫院、臺北榮民總醫院及臺北市立聯合醫院實地瞭解醫療體系整合之經過及結果，各公立醫療體系之整合各有其背景緣由及特色，本案於約詢時再請6機關簡報說明，主要目的係希望各相關部會藉此機會能夠互相交流及參酌，瞭解各體系主要成功關鍵因素及可參考借鏡之處。另為瞭解論人計酬計畫試辦情形，於調查期間亦逐一實地訪查7家試辦團體。
- 2、毛副院長表示：有關各醫療體系於醫療整合所遭遇的問題，行政院將儘量協助解決之。

- 3、前衛生署邱署長文達回應，署立醫院有其公共衛生責任，且有一定社會責任，故目前投入長期照護工作，積極建立中長期照護網；另署立醫院目前也努力與其他醫學中心結盟合作，且區域內署立醫院間也有建立相互醫療合作模式。有關論人計酬計畫，邱署長於參與本院訪查臺大醫院金山分院試辦情形之行程時表示，會持續推動此楊前署長志良任內所推行之計畫，惟有關論人計酬計畫之名稱及試辦團體所提出之困境，可進一步檢討。
- 4、教育部陳次長表示：有關北護分院土地問題，今年7月就會明確解決；獎勵金提撥比例之上限，該部已提報行政院研議中；支援醫院的獎金分配問題，該部亦已研議中；臺大醫院雲林分院增加公職人員員額的問題，政府在財政有限之下，確有困難，可以作業基金遴聘醫事人員；臨床教學醫院的補助經費，1年約9億多元；惟因分院擔任教學醫院的角色及實質內容，仍與總院不同，爰補助經費有其困難。
- 5、臺北榮總醫院林院長芳郁說明，醫療體系之整合，無論失敗或成功，均可成為教案，供各醫療體系互相學習，例如，署立醫院發展中長期照護、退輔會發展三層級整合……等，惟目前無法以一套整合機制，套用於各體系醫院，建議政府應挹注經費補助進行整合之醫院，且各體系之整合經驗及結果應整理成教案供參考。
- 6、國防部軍醫局張局長表示，國防部雖號稱有9家軍醫院，但是另外還有5個院區，屬於地區性的醫院，所以基本上目前有14家軍醫院，而醫療體系整合乃是趨勢，有助於服務績效的提升，對於小醫院而言，也是自救的方法；103年實施募兵

制後，國防部將面對到的許多挑戰，故三軍總醫院等醫院需要擴充；此外，醫療體系的整合係提高互補性，也產生品牌的重要性；另整合過程中，採取基本獎金相同的策略（如松山分院及北投分院可增加約7千元左右），同薪才會同心。

- 7、臺大醫院陳院長表示針對醫療體系的整合提出以下意見：(1)臺大醫院與雲林分院進行整合，冒了很大的風險，大小醫院規模落差甚大，但確有品牌效應，雲林分院原本體質不佳，整合之後，一下子增加許多病人。(2)同一體系較容易整合，不同體系的整合（涉及組織文化的不同）卻相當困難，如臺大醫院與新竹分院的整合。(3)論人計酬導致社會福利增加，醫護人員白天在醫院上班，晚上在社區加班，耗費甚多人力。(4)透過跨體系的整合（如臺大醫院與臺北市立聯合醫院），可以紓解急診病患的壅塞情形，但仍有細部問題待解決處理。(5)政府允宜以更高的眼光及更具彈性的作為，看待及面對醫療體系的整合。
- 8、成大醫院楊院長表示：該醫院僅整合一家醫院，較為單純，所遭遇之困難如同簡報內容所述，期待與署立臺南醫院合作經營，可以有更實質的合作。
- 9、臺北市政府衛生局林局長表示：私立醫院一直再擴充，公立醫院存在的價值及利基點，需要再重新思考，或可著重預防醫學的業務、運動傷害的管理等等；另以民眾端的立場，建議修正「轉診」及「論人計酬」等名詞。
- 10、臺北市立聯合醫院張總院長表示：今天與會者均是公立醫院，並無私立醫院參與，甚為可惜，因為目前狀況是私立醫院愈來愈多，公立

醫院愈來愈少，明顯不對等；另臺北市立聯合醫院是行政法人的白老鼠，願意嘗試看看。

- 1 1、高雄市立民生醫院林院長表示：公立醫院經營非常痛苦；且公立醫院的公務人員究竟應該多還是少，人事政策不斷改變。

(四)臺灣「NICE」：

- 1、本案黃委員煌雄指出，在「全民健保總體檢」案及「健保資源、分配正義、醫學倫理、無效醫療及臨終關懷之相關課題及其檢討」案及「第三波健保改革－醫療資源分配正義機制之建立研討會」之「三三宣言」內容，均提出行政院允宜督促前衛生署儘快成立獨立超然類似英國NICE的專責組織，該署按本院上開調查意見，終於102年1月16日委託財團法人醫藥品查驗中心協助成立國家醫療科技評估中心籌備辦公室，可謂踏出臺灣NICE的第一步，惟依該中心目前之定位、組織及功能與英國NICE仍有落差。
- 2、邱署長文達回應，HTA目前須負責新藥、新醫材、新治療方式及相關政策之評估，尚需各醫院及大學之協助，另目前積極籌措經費中。
- 3、國家醫療科技評估中心蒲組長表示：該署已在1月份成立國家醫療科技評估中心(NIHTA)籌備辦公室，由財團法人醫藥品查驗中心(CDE)承辦，在過去的幾個月中，該籌備辦公室目前處於試營運期，目前主要的工作與進度為：組成諮詢委員會、爭取NIHTA籌辦經費、擴充醫療科技評估範疇、協助發展多元參與決策機制及決策公開透明等。另該署規劃分階段逐步整合衛生政策、醫療服務、資源合理配置等科技評估項目，由該署財團法人單位執行。雖然未來4至5年內NIHTA

預期能爭取到的經費，勢無法達到英國NICE的規模，但以NIHTA目前架構及對未來的規劃而言，應大致能符合三三宣言中對協助醫療資源分配機制運作的獨立組織之治理與職掌的建議。

#### 八、實地訪查意見摘錄：

時間	紀錄摘要
102年4月17日下午	<p>主題：保險對象「三多」及重大傷病問題            地點：前健保局高屏業務組11樓第二會議室            主要與會者：高屏區基層醫療院所</p> <p><b>【「三多」議題】</b></p> <p>○○協會理事長：            前健保局之行政預算有限，故可從國健局推動加強民眾衛教，從民眾開始推動，因為醫師不可能拒絕民眾就醫，且如未進行相關檢查，亦無法診斷其病況。</p> <p>○○醫療群執行長：            從健保卡六次使用紀錄，來確實發現重複用藥及檢查之問題。</p> <p>○○醫師公會理事長：            1、民眾意識高漲，導致醫師必須進行防禦性檢查。            2、要加強民眾教育醫療資源合理使用之重要性。            3、落實轉診，可使民眾不至於集中至某些醫療體系就診。            4、部分負擔，可使民眾節制就醫行為。</p> <p>○○醫師公會理事長：            1、看診多問題，反向思考，若與美國相較確實較多，但我國平均餘命較美國少一歲，美國醫療支出卻高出我國許多，我國就診次數較多，乃是就醫方便，可及早就醫及早治療，而美國看診費用高，致民眾拖到最後才就醫，為時已晚，醫療費用就會高。            2、目前慢性處方箋並無排富條款，但許多持慢性處方箋之民眾並非貧窮，故應有部分負擔之設計，讓使用者付費，避免有些民眾拿了三個月的藥卻都不吃。至於無法支付部分負擔之低收</p>

時間	紀錄摘要
	<p>入戶，政府則應以社會福利措施予以協助。</p> <p>3、壓制醫療費用，導致四大皆空之問題，如再繼續壓縮醫療費用，四大真的要皆空了。所幸黃委員之努力，讓四大科費用持續調整三年；但前健保局決定今年針對醫療費用之成長率部分，不再分科進行討論。以現在之給付水準，本人認為應該要持續七年，才能讓四大科之支付，與其他科別如眼科、皮膚科相提並論。</p> <p><b>○○醫師公會常務理事：</b></p> <p>我認為不是「三多」，而是四多問題，現在醫師係聽命行事，健保讓民眾太方便，對於醫師予取予求，例如會指示如何開立處方箋，如不依其要求開立處方，即向前健保局投訴。爰希望對於民眾加強衛教，不要逛醫院，也不要出國時向醫師要些藥品，如此可節省部分醫療費用。</p> <p><b>○○醫師公會理事：</b></p> <p>1、我服務過許多醫療機構，了解「三多」問題，也曾向前健保局提出建議，但未獲採用。</p> <p>2、由於現在未落實轉診，造成每家醫院開始進行軍備競賽，目前屏東有三台CT，但實際根本不需要這麼多台，醫院為賺回錢，產生更多之醫療，且民眾看完這一家，又跑到高雄看另一家醫院，不斷轉院看醫師，當然就造成浪費。</p> <p>3、醫院每科都看，未進行整合，造成「急診等死人、門診急死人」現象。</p> <p>4、民眾持A醫院檢驗檔案進行轉診時，B家醫院恐因無法讀取，且不信任別家醫院所做之檢查，故B家醫院從頭又再做一次檢查，造成醫療浪費。</p> <p><b>○○醫療群執行長：</b></p> <p>1、我國面臨高齡化之問題，應該考慮落實轉診制度及部分負擔。</p> <p>2、有關「三多」問題中之檢查多，實際上診所是做太少之檢查，因常遭刪減，故不敢做檢查；應落實轉診制度，讓診所做一些檢查，且費用</p>

時間	紀錄摘要
	<p>也會較低。</p> <p>3、黃委員雖對四大皆空問題進行許多努力，但是內科部分，還是希望黃委員持續幫忙，詳如書面資料。</p> <p>○○醫師公會常務理事長：</p> <p>檢查多主要是大醫院問題；看病多問題，部分負擔應提高，其配套為一個月超過2,000元就改為自付，應重視民眾衛教；不應全面自醫師方面限制。</p> <p>○○公會全聯會藥師：</p> <p>1、病患之用藥應該要有衛教把關，藥師必須在醫師與病人間擔任衛教的角色。</p> <p>2、本會自99年承接前健保局藥事照護管理計畫，針對高診次病人進行家訪，相關績效詳書面資料。</p> <p>○○醫療群執行長：</p> <p>「三多」問題大家都是共犯，現在的機制就是共犯結構。應落實轉診及部分負擔規定，應面對問題，提出配套措施。</p> <p>○○醫師公會監事：</p> <p>1、用藥多問題，藥費應有更細的區分(加強費用結構之分析)，例如基層總額藥費大約占280億，醫院則約占900多億，應再區分疾病別，以了解是必要還是非必要；否則一味限制病患或醫師，會導致「抱怨多」。</p> <p>2、落實家醫制度，例如規範大醫院開放一固定名額給轉診病人。</p> <p>3、檢查多問題，應克服檢查資料讀取之限制。</p> <p>○○團體代表(全民健保高診次保險對象藥師居家照護試辦計畫)：</p> <p>1、健保IC卡有6次病歷紀錄，但部分醫師並無記載用藥情形，另有關藥品名稱問題，或使用學名，或使用商品名，使用名稱用不同，常導致藥師輔導病患用藥上之困境。</p> <p>2、前健保局及國健局對於相關文宣品之宣導較被動，但收取相關費用則顯為主動。</p>

時間	紀錄摘要
	<p>○○醫療群執行長： 建議建立多重疾病整合性照護制度，並增加該項給付。</p> <p>【重大傷病議題】</p> <p>○○協會理事長： 1、加強安寧照顧及器官捐贈之教育。 2、有關呼吸器問題，建議比照血液透析，建立小總額。</p> <p>○○醫師公會理事長： 1、訂定無效醫療評估標準。 2、推廣安寧緩和醫療。 3、涉及社會福利部分，應另編列預算予以補助。 4、對於績效不彰之地區醫院，可轉型為重大傷病或呼吸照護中心之社福機構。 5、將重大傷病、癌症等列入總額成長指標之一。 以上有書面資料供參考。</p> <p>○○醫師公會理事： 1、應分階段逐漸加重部分負擔。 2、規範家屬必須於固定時間探視病患。 3、病患不能一直占據醫學中心床位，公權力應該介入。</p> <p>○○醫療群執行長： 1、有關部分負擔的調整，建議可訪查參考日本或韓國之制度與做法，且國情相同，具參考價值。 2、應研議重大傷病之排富問題。</p> <p>○○公會全聯會藥師： 有關緩和醫療的建立，應強化民眾教育及醫療人員之保護，要有法源依據。</p> <p>○○醫師公會理事： 許多民眾想進駐安寧病房，卻苦等不到。</p> <p>○○公會全聯會藥師： 葬儀社在醫院跑跑走，非常不妥，觀感不佳，此狀況會更讓人覺得安寧病房是在等死，其實病患是希望回到家往生。</p>

時間	紀錄摘要
	<p>○○藥師公會常務理事： 「三多」問題應採取疏導方式予以因應解決，至於如何疏導，提出以下兩點意見： 1、我國對於處方藥之管制比國外還嚴格，倘民眾看到要收錢，就不願就醫，就會轉至藥局買藥，且有藥師提供諮詢，即毋需到醫院就醫，此可節省健保資源。 2、臺灣醫藥分業制度在國際上實屬未開發國家，係醫藥分業雙軌制，因為醫師仍可僱用藥師，在此情形之下，民眾要如何知悉處方藥之內容？希望處方箋能夠透明化。</p> <p>○○醫師公會理事長： 九四共識有無包含消費者(民眾)之共識？倘消費者並無共識，只有醫界及前健保局之共識，則無法順利推動立法。</p> <p>○○醫療群執行長： 為何只有黃委員關心此案，未有其他立法委員及監察委員一同參與，所以還要再持續努力，希望讓更多人士關心這些重大議題。</p> <p>○○醫療群執行長： 過去曾參與多項照護計畫，確實可以解決「三多」問題，但只有一人之力，乃是不夠，需要擴大實施，增加誘因。</p> <p>○○公會全聯會藥師： 要降低「三多」、無效醫療等問題，確實需要政府、藥師及醫師共同努力，藥師是協助醫師教導民眾遵從醫囑及使用藥品，醫師可將衛教工作，交由藥師協助執行。</p>
102年4月18日上午	<p>主題：保險對象「三多」及重大傷病問題 地點：前健保局高屏業務組11樓第二會議室 主要與會者：高屏區醫院代表</p> <p>【「三多」議題】</p> <p>○○醫院副執行長： 現行很多診療於門診時就可以處理，故前健保局</p>

時間	紀錄摘要
	<p>對醫院額度管控上應有所因應調整。</p> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提綱是有矛盾的；要降低看病次數，就要管控 CMI；軍備競賽是醫界要檢討的事項。</li> <li>2. 前衛生署對醫事人員的管理蠻苛扣的，而前健保局則是對民眾較好，本人認為健保制度應也要對民眾多所規範(例如，民眾故意不帶健保卡，醫師則無法查閱前6次就醫紀錄，就會導致重複給藥)。</li> <li>3. 應每五年檢視重大傷病之資格。</li> <li>4. TFDA對於上市後癌症藥物之療效、經濟效益等應負有評估、追蹤職責。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 人口結構已改變，故健保政策應考量人口老化問題。</li> <li>2. 醫學技術進步，故用藥費用本就會成長。</li> </ol> <p>○○醫院副院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 鄰近國家之部分負擔是我國的若干倍，故支持使用者付費之觀念。</li> <li>2. 照顧弱勢應由政府另編列預算支應。</li> <li>3. 高貴藥物的給付應要求作第四期臨床藥物評估，以作為是否繼續給付之依據，讓錢花在刀口上。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 部分醫院刻意不進用高額的標靶藥物，病患就轉至其他醫院就醫取藥，醫院、病人都沒有錯，此是制度造成的，建議藥費某個額度以上應有一定自費額度。</li> <li>2. 檢查多問題，建議應比較其他國家之檢查費用；另檢查多最主要是因必須採取防衛性醫療。</li> </ol>

時間	紀錄摘要
	<p>○○醫院副院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 健保應該保大病不保小病。</li> <li>2. 有關重大傷病費用，建議健保與商業保險建立合作機制。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 抗癌藥物的給付沒有一定標準。</li> <li>2. 為避免醫療糾紛，部分檢查是非不得已的，故前健保局應稍放寬審核標準。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <p>要維護社會保險的精神，並非社會福利，非無上限給付民眾，故應建立co-payment的完整機制。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>恆春六萬人口，三家醫院，就算增加健保給付，收入仍相當有限，政府應更重視偏遠地區醫療，否則依現行支付制度，經營是相當困難。</p> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 對於全民健保總體檢報告之地區醫院點值保障1點1元，應付諸施行。</li> <li>2. 有關標靶藥品，建議亞洲國家有使用後，本國再考慮納入健保給付。餘詳書面資料。</li> </ol> <p><b>【重大傷病議題】</b></p> <p>○○醫院院長：</p> <p>對於無效醫療，應由使用者付費。餘詳書面資料。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>對於無效醫療，首重加強相關教育。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <p>作一科虧一科，建議無效醫療可否脫離總額規範。</p> <p>○○醫院院長：</p>

時間	紀錄摘要
	<p>建議癌末病人送至住家附近之地區醫院，可減輕醫療費用問題。</p> <p>○○醫院主任：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 重大傷病使用者不用付費，不合理。</li> <li>2. 健保總額是有限的，但開放愈多醫療給付項目，費用都被稀釋了，應整體評估後再施行。</li> <li>3. 學校學生健檢後並無人追蹤管理健康情形，故健檢與醫療應該上下游整合。</li> <li>4. 建請法界人士也要參與委員所召開之會議。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <p>有關無效醫療，第一線醫師最擔憂的是醫療糾紛問題。分以下兩部分說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 癌症末期病患的相關診治，建議授權給醫院成立相關小組決定，當病人控告時，可以小組決定依據來解除該等控訴。</li> <li>2. 至於呼吸器依賴患者，停止治療應由家屬一人決定即可，而誰是家屬代表、停止時間點…等均須建立機制，此相關醫學會可以扮演制定機制的角色。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <p>有感受到RCW的病患減少；另若癌末病患若要移至地區醫院，相關設置標準、評鑑基準…等均須建置完整。</p>
102年4月19日上午	<p>主題：醫療體系整合及論人計酬 地點：前健保局高屏業務組11樓大禮堂 主要與會者：高屏區各層級醫療院所代表</p> <p>○○醫院總顧問：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、愛仁醫院只是30床的地區醫院，若只是派駐醫師，無法建立很好的醫病關係，且要一段時間才可獲得當地之信任關係，故此整合模式並不佳。</li> <li>2、除政府的政策，大醫院的全力支持外，小醫院</li> </ol>

時間	紀錄摘要
	<p>本身也要努力，包括：投資設備、改善醫療環境等。</p> <p>○○政府衛生局局長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、目前賦予醫學中心的任務太多，健檢及癌症篩檢等預防保健，應由地區醫院負責。</li> <li>2、政府應有偏遠醫療服務基金，補助基層提供之服務。</li> </ol> <p>○○政府衛生局局長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、醫學中心接辦公辦民營的醫院，就是一種垂直整合。</li> <li>2、應重視預防保健。</li> <li>3、急診的輕症比率若偏高，表示沒有垂直整合，醫學中心應不要再看門診了。</li> </ol> <p>○○政府衛生局局長：</p> <p>澎湖地區實際上已有論人計酬之概念，若要在澎湖地區執行，應該不困難，因為兩家公立醫院各有不同發展的重點，再搭配衛生局之功能，應是可行。</p> <p>○○療群執行長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、基層沒有檢驗多的問題。</li> <li>2、以現行家醫制度為模式，進行推廣垂直整合，有疑義。</li> <li>3、社區醫療群是由基層主導，區域醫院、醫學中心應是擔任協助角色，要考慮大醫院接受轉診病患的容量；若進行醫療整合，憂慮主導權會移至大醫院。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <p>應該要落實分級醫療，跨級就醫應增加部分負擔。</p> <p>○○○醫療群執行長：</p> <p>本醫療群部分，榮總有給2個轉診名額，故有大醫院的支持很重要，因要讓病患相信到醫院後，可獲得醫療診治。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、地區醫院要網羅高醫、長庚及高榮之醫師，目</li> </ol>

時間	紀錄摘要
	<p>前骨科外科手術有成長。</p> <p>2、恆春水平整合曾經失敗，醫學中心的大力支持是垂整成功與否的重要關鍵。</p> <p>○○協會理事長： 垂直整合應由下向上報備，另也要加強民眾教育，詳書面資料。</p> <p>○○醫院董事長： 1、論人計酬之缺點為自負盈虧 2、應要推廣醫療在地化，且支付標準不能因醫院層級不同而異。</p> <p>○○醫院副院長： 門診整合及預防保健等政策，可使醫療總費用下降；另有關DNR部分，詳書面資料。</p> <p>○○醫院主任： 1、本院需要被支援，但也可支援他院。 2、愛仁醫院的整合是成功的，但也是少見的。支援的話，急診部分比較容易成功。 3、疾病程度四、五級者赴急診應加重其部分負擔，但執行上衝突點會在第一線執行醫師，故需要法令的配合。 4、觀望論人計酬計畫的成功機會，應要有配套措施，例如要先有跨體系的整合；另目前病患可自由就醫，執行上會很困難。</p> <p>○○醫院主任： 1、依署立屏東醫院與高醫的合作經驗，須突破法令限制，經營理念需一致，彼此要有信任關係，且還要有互惠的誘因；另最重要的，健保資源必須釋出，總額必須擴大。 2、應該需要健康促進的預算，建立以健康為導向之制度，目前保費收取之依據係依薪資所得，不是以健康依據。 3、區域性整合很少見，有地區醫院與醫學中心彼此的支援，但很少論及到診所，所以整合的廣度跟深度都不夠。 4、台灣沒有守門員制度。</p>

時間	紀錄摘要
	<p>○○醫院組長：</p> <p>1、目前擔任區域內婦產科診所及小醫院有之產後大出血病患及新生兒急重症之後送醫院。</p> <p>2、本院配合支援偏遠離島地區及衛生局所，但健保費用留於原醫院。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1、地區醫院也是要付高額酬勞給醫中，要四、五級疾病之病患到地區醫院，其意願也不高，垂直之醫療體系很難整合。</p> <p>2、署屏可從3,000多萬上升至8,000多萬，其實付出很多成本，要全部整合的話，經營權都給高醫，才有可能。</p> <p>○○醫院主任：</p> <p>政府單位如認地區醫院有存在的必要，應大力扶持，應額外給誘因。</p> <p>○○醫療群執行長：</p> <p>1. 論人計酬制度要執行，要先完備下列三項客觀條件：</p> <p>(1) 總額制度及額度應該要改變，因為基礎已變更為健康條件。</p> <p>(2) 醫療垂直整合體系必須周延。</p> <p>(3) 家醫體系必須要完備。</p> <p>2. 不能併吞診所。</p> <p>○○醫療群執行長：</p> <p>論人計酬應從診所做起。</p> <p>○○醫療群醫師：</p> <p>有關垂直整合，診所與大醫院的關係就像臺灣與中國大陸，診所很怕也很容易就會被大醫院併吞掉。</p>
102年4月23日上午	<p>主題：保險對象「三多」及重大傷病問題</p> <p>地點：前健保局北區業務組8樓大禮堂</p> <p>主要與會者：北區各醫院代表</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1. 醫院評鑑要求愈來愈多，但健保給付卻沒有因</p>

時間	紀錄摘要
	<p>而增加。</p> <p>2. 「三多」問題，如果醫師只進行衛教，沒有開藥，則容易被前健保局核刪，看病多不是醫師可以限制的，拿藥多及檢查多問題，可藉由增加部分負擔來解決。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1. 看病次數多或少必須要有評估依據，才可下定論。</p> <p>2. 衛教所需時間最少為20分鐘，如此診療病人數就會減少，以現行PPF制度，明顯影響醫師收入，且健保並無支付衛教費用。</p> <p>3. 檢查多可藉由健保卡來做資訊的聯通；檢查多是「三多」問題可立刻改善且看見效果的。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <p>人口老化問題，很難不有「三多」問題；拿藥多可藉由增加部分負擔改善；資訊的共享則可解決檢查多問題；但讓醫師少看病不容易，因醫師人口逐漸增加，且於現行PPF制度下，很難避免。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1. 看病多問題主要是因為政府對於病患照護措施完善，例如有巡迴車服務接送病患就診。</p> <p>2. 拿藥多問題，前健保局對於慢性病病患重複領藥問題已有採行相關防治措施。</p> <p>3. 檢查多問題，可藉由資訊共享問題解決。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <p>醫師的醫療行為去刑化問題已談論很久，但始終未果，此與檢查多問題有關。</p> <p>1. 民眾對於健保非常有感，前健保局幾乎都會受理病患的投訴，過度便民且對於醫療院所過多限制，導致現今「三多」問題。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>有關檢查多，一定要讓民眾有感，也就是增加其部分負擔，才可遏止濫用資源。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1. 「三多」問題，為什麼都只教育醫師，最需要</p>

時間	紀錄摘要
	<p>教育的是民眾。</p> <p>2. 美國不是看病少，是因為費用高而不敢看病。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>有關無效醫療，目前共識有了，法律有了，卻欠缺積極推動，此部分花費比「三多」問題的花費多多了。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <p>1. 決定權在病患及家屬，絕大多數都是第一次遇到這樣的問題，都會有不捨的情懷，故需要宣導強行治療後的結果。</p> <p>2. 有關去刑化問題，病患及醫院對於風險高醫療行為可進行保險，藉由保險制度來支付。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>方便製造出太多需求，誰來限制需求才是重點。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <p>1. 健保制度的設計是違反人性的，為什麼慢性病連續處方箋就可以不用部分負擔？為什麼重大傷病為什麼也可以免部分負擔，應用社會救濟去負擔。</p> <p>2. 無效醫療問題，建議醫界定出無效醫療的範圍，然後明定此部分健保不給付。</p> <p>3. 「三多」及重大傷病問題，應檢討的不是醫界，是行政機關。</p> <p>○○醫院處長：</p> <p>1. 李述德部長：下面的人要幫上面的人擋子彈，後面的人要幫前面的人擋炸彈；若醫師不進行積極治療，誰幫醫師擋子彈，希望有人可以幫我們擋炸彈。</p> <p>2. 若對於病患投訴之內容，發現很明顯是病患的錯誤，前健保局應該直接回覆民眾，不用再行文醫院等行政流程。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <p>1. 對於就診次數多病患，醫師也不能拒絕收治，不能把責任推給醫師。</p> <p>2. 拿藥多問題，拿藥不用部分負擔制度導致；病</p>

時間	紀錄摘要
	<p>患甚會主導醫師開立慢性處方箋。</p> <p>3. 若醫療法第82條不修正，急診科醫師一定會先進行防禦性醫療。</p> <p>○○醫院：</p> <p>1. 前健保局想要照顧醫療經濟弱勢者，但反而造成浪費，應適度開放自費範圍。</p> <p>2. 政府資源分配問題，例如前國民健康局癌症篩檢費用應挪於健保醫療費用，因為有限經費自當用於最急迫處。</p> <p>○○醫院：</p> <p>民眾教育係根本解決之道。</p> <p>○○醫院醫務秘書：</p> <p>1. 民眾的滿意度是建立在醫護人員的血汗上；現行抽審制度，顯見前健保局都把醫師當成賊。</p> <p>2. 增加部分負擔在現行氛圍下是很難執行的。</p> <p>3. 無效醫療應著重於民眾教育。</p> <p>4. 本院本月被前健保局抽審案件計7000多件。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>現行健保制度無助於民眾對於自我健康之管理。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1. 醫界、健保其實都很努力了，臺灣民眾應該感謝醫界、前健保局。</p> <p>2. 政府應營造學生立志當醫師的環境。</p> <p>○○醫師公會常務理事：</p> <p>給民眾方便的門開啟後，很難再關閉。</p>
102年4月23日下午	<p>主題：保險對象「三多」及重大傷病問題</p> <p>地點：前健保局北區業務組8樓大禮堂</p> <p>主要與會者：北區基層醫療院所代表</p> <p>【「三多」議題】</p> <p>○○診所：</p> <p>1. 人口老化、防禦性醫療及逐漸擴大的服務範圍等因素，造成現今之「三多」問題，應該讓有浪費的人付出代價，對醫師來說，已經有審查制度，對民眾來說則應該提高自負額。</p>

時間	紀錄摘要
	<p>2. 有沒有浪費，病患就是最好的監督者，應妥善運用，所以須提高自費額。</p> <p>○○診所：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 慢性病用藥的成長是醫界無法承擔的痛，對西醫基層來說，這不是醫師創造出來的量。</li> <li>2. 部分負擔可以遏止重複醫療問題，目前藥拿的多的人不用付費，藥拿的少的人卻要付費，未盡符合公平正義。</li> <li>3. 北區人口成長最高，但總額卻沒增加，北區抽審比率是全國最高的，且每年費協會協商時，都沒有辦法得到公平的待遇，導致北區每季要拿出8,000萬到1億給別區。</li> <li>4. 應對無效醫療明確定義及制定規則，讓醫界遵循。</li> </ol> <p>○○診所：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 總額制度會造成過多檢查及開藥問題。</li> <li>2. 應提高部分負擔。</li> </ol> <p>○○耳鼻喉科：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 醫師人數增加，當然也會創造出需求；另慢性病一直在成長，在有總額限制下，對西醫基層產生很大的壓力。</li> <li>2. 建議對於慢性病患提高部分負擔。</li> </ol> <p>○○皮膚專科診所：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 建議對於超過某一診次之病患，提高部分負擔。</li> <li>2. 藥費及檢查費之部分負擔都應增加。</li> </ol> <p>○○醫師公會理事長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 前健保局、醫界及民眾應共同管理「三多」問題，政府及醫界對於民眾應好好進行衛教。</li> <li>2. 對於增加部分負擔問題，應採取漸進及配套方式。</li> </ol> <p>○○醫師公會常務理事：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 同意採用提高部分負擔措施。</li> <li>2. 民眾教育問題，應採用整體力量推行，不應將責任都歸於醫師身上。</li> </ol> <p>○○衛生所：</p> <p>建議同一種病只能給同一個醫師診療，不要讓民眾</p>

時間	紀錄摘要
	<p>逛醫院。</p> <p>○○小兒科診所：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 落實家庭醫師制度，可減少醫療資源浪費；同意秋醫師之建議，規定某些疾病只能在固定醫院或診所診療。</li> <li>2. 應落實急診之檢傷分類。</li> <li>3. 部分醫院將急診人力轉去夜間門診，造成人力吃緊。</li> </ol> <p>【重大傷病議題】</p> <p>○○耳鼻喉科：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有關重大傷病患者之部分負擔問題，應要先跟消基會溝通。</li> <li>2. 建請試辦一般感冒疾病之自費診療計畫，應可看出藥品之減少現象。</li> </ol> <p>○○診所：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 九四共識可以確實執行的時間？</li> <li>2. 要各醫學會來訂定無效醫療的範圍之可行性？建議健保可先行對給付訂出規範，這比較可行且較快可看到效果。</li> <li>3. 洗腎及呼吸器是社區醫院的命脈，若此二部分又訂出給付的GUIDLINE，那社區醫院往後的經營方向？</li> <li>4. 醫學中心反而很積極在爭取癌症篩檢業務，顯見分級醫療制度完全沒有落實。</li> <li>5. 健保支付標準中明列各項診療項目，醫學中心幾乎都可以執行，雖然醫中有能力做，但其實沒有必要做，故應明確規範各醫療層級之任務內容。</li> </ol>
102年4月24日上午	<p>主題：保險對象「三多」及重大傷病問題</p> <p>地點：前健保局中區業務組第一會議室</p> <p>主要與會者：中區各醫院代表</p> <p>【「三多」議題】</p> <p>○○醫院副董事長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 檢查多問題，肇因於醫療糾紛，醫療行為去刑化問題應先解決。</li> <li>2. 拿藥多問題，應要有部分負擔，尤對於領取慢性</li> </ol>

時間	紀錄摘要
	<p>處方箋者，應免除連續處方簽免部分負擔之措施。</p> <p>3. 看病多問題，同意整合門診醫療之作法。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1. 看病多的數據，應作人口結構的校正；另大多醫院都請病患再次掛號來看檢驗結果，導致有檢查多的現象，故數據應再校正。</p> <p>2. 應教育民眾，不是教育醫師。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1. 部分負擔已於健保法明確規範，但卻沒有確實執行；健保施行到現在，對於醫院、醫師的改革與管理已經都作了，現在已經到改革民眾的時候。</p> <p>2. 澄清四大科費用增加17%，系僅指診察費部分。</p> <p>3. 無效醫療不等於洗腎、呼吸器依賴患者。</p> <p>○○醫院處長：</p> <p>1. 看病多問題，應該從保險人及被保險人之關係去釐清。</p> <p>2. 藥費問題，連續處方箋釋出肇致社區藥局積極爭取調劑，此也會刺激用藥需求量。</p> <p>3. 檢查多問題，真的就是為了避免醫療糾紛。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1. 建議加強民眾教育。</p> <p>2. 用藥部分，建議可自健保IC卡可清楚得知，目前係以代號計載。</p> <p>3. 檢查多問題，目前雖有施行資源共享計畫，但僅局限於CT及MRI，建議可擴大範圍。</p> <p>○○醫院醫事部主任：</p> <p>若前健保局可以將民眾就診資訊充分回饋予醫院，並建立資訊平台以利管控。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <p>有關門診整合，部分家屬、病人不願意配合，應加強對於民眾的教育。</p> <p>○○公會理事長：</p> <p>1. 若前健保局能把藥物費用獨立出來，就可以有效</p>

時間	紀錄摘要
	<p>管理藥物消耗量。</p> <p>2. 同意增加部分負擔。</p> <p>○○醫院副院長： 建議新藥的費用，讓民眾自行負擔。</p> <p>○○藥師公會： 1. 建議綜合感冒劑、維他命…等比照制酸劑，不納入健保給付範圍。 2. 同意使用者付費</p> <p>○○醫院院長： 醫界同仁告知，非健保業務收入若沒有超過10%，會有虧損問題，建議要有使用者付費之政策</p> <p>○○醫院院長： 1. 前健保局對於醫師用藥多與否的審查評估依據？ 2. 藥品回收再使用之可行性？</p> <p>○○醫院副院長： 1. 在醫院管理方面，醫師利益掛帥，前健保局單價管控的立意很好，但導致醫師衝門診數量。 2. 本院對於就診次數超過20次者，會提醒醫師，但管理成效似乎不大。 3. 整合門診實際執行上有其困難處，例如，民眾不喜歡、醫師時間難配合…等 4. 建議領取慢箋者須付部分負擔。 5. 有關檢查多問題，建議前健保局提出促使醫院避免再次掛號看報告之鼓勵政策。</p> <p>○○醫院董事長： 問題很多也很明確，但政府要有擔當，痛定思痛以確實解決問題。</p> <p>○○醫院： 應自行負擔。</p> <p><b>【重大傷病議題】</b></p> <p>○○醫院院長： 1. 重大傷病範圍應該要重新檢討及定義，這樣探討相關議題才有意義。 2. 近年癌症病患增加且治療率也高，所以花費高就</p>

時間	紀錄摘要
	<p>代表有問題嗎，數據的解讀有重新檢討的必要。</p> <p>○○醫院董事長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 重大傷病可免除部分負擔的規定牴觸健保法。</li> <li>2. 建議對於重大傷病的給付應有排富條款。</li> </ol> <p>○○醫院副院長：</p> <p>前健保局應該對於部分社區藥局接收COPY的處方箋進行調劑之行為，進行查核及管理。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 教育民眾已不太可行，還是要從健保的制度面及結構面來改變。</li> <li>2. 為什麼前健保局都會因醫改會提出相關意見後，而改變原政策？</li> </ol> <p>○○醫院副院長：</p> <p>當初應該先推行Capation，再執行總額管理，比較不會有現今的諸多問題。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <p>建議建立整體照護品質管理監測指標，避免後期重症之醫療資源耗用。</p> <p>○○藥師公會理事長：</p> <p>對民眾來說，連續處方箋釋出政策是德政。</p> <p>○○藥師公會理事長：</p> <p>教育民眾不要偏信醫中及名醫。</p> <p>○○藥師公會理事長：</p> <p>為降低藥費，建議採用部分負擔方案。</p> <p>○○醫院副董事長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 衛福部即將成立，對於經濟弱勢族群者，應回歸社會福利層面解決。</li> <li>2. 不推行部分負擔，健保一定會垮，應要努力向立法院協調溝通。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. IC卡註記DNR的時間及程序可否再縮短。</li> <li>2. 目前呼吸器依賴達21天以上，即屬重大傷病，建議重新檢討。</li> <li>3. 有關重大傷病之部分負擔問題，建議對於重大傷</li> </ol>

時間	紀錄摘要
	病再細分嚴重程度，再據此訂定不同額度之部分負擔。
102年4月24日下午	<p>主題：保險對象「三多」及重大傷病問題  地點：前健保局中區業務組第一會議室  主要與會者：中區各基層診所代表  【「三多」議題】</p> <p>○○醫師公會理事長：  1. 若可落實分級醫療、雙向轉診，現今很多問題都可以解決。  2. 應將衛生教育落實於國民教育。</p> <p>○○診所協會：  1、應建立雙向轉診。  2、提振基層醫療功能。  3、大醫院應專責於急重症治療。  4、目前論人計酬計畫權責不均分，例如醫師有照顧病人的責任，可病人卻可以到處去就醫。  5、中區有採行分科管理制，但僅是齊頭性的平等。</p> <p>○○醫師公會理事長：  1. 「三多」問題主要是健保制度造成的，現卻要檢討及限制醫師，實在很不公平。  2. 藥費由病人自費負擔。</p> <p>○○醫師公會榮譽理事長：  詳簡報資料，共18頁。</p> <p>○○醫師公會理事長：  1. 健保施行18年，民眾已經被寵壞，民意高漲導致很多健保政策無法落實。  2. 對於高診次病患，建議前健保局將資料分析後，由當地衛生局及醫師公會進行個案輔導，並非把資料移給醫院後，就要醫院自行解決。</p> <p>○○醫師公會顧問：  健保是國家安定的基礎，建議從基礎教育開始進行衛教宣導。</p> <p>○○醫師公會理事：  希望前健保局對於高診次病患指定其就醫院所。</p>

時間	紀錄摘要
	<p>○○診所協會：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 供給比支付的還多，很多費用都沒向前健保局申報而自行吸收。</li> <li>2. 考量加大部分負擔之級距。</li> <li>3. 用藥品項不可超過5項之限制，對於醫師實際執行上造成困擾。</li> </ol> <p>○○藥師公會常務理事：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 落實家庭醫師制度，讓病患選擇信任的家醫，以解決跨醫及重複就診問題。</li> <li>2. 健保不應給付指示用藥，但現在還是有給付。</li> <li>3. 可否讓藥費有獨立總額，讓醫師可發揮專業。</li> <li>4. 若上網可看到三個月以內的藥歷，可減少重複用藥情形。</li> </ol> <p>審查執行會中區分會顧問：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 建請前衛生署或前健保局成立國民病歷中心，並建立網路看診系統。</li> <li>2. 建請全面訂定雙檢實施標準或臨床指引。</li> <li>3. 建請將基層院所診療費中的雙檢費用另立專項統計，以利自律及共管。</li> <li>4. 建請建立「處方無藥無檢加成」，以免重複或不必要的雙檢和用藥。</li> <li>5. 建請將現行「就醫次數」量的管理，改成「日差件數」日的管理。以上詳書面資料。</li> </ol> <p>○○藥師公會理事：</p> <p>目前醫療辦法規定，開藥以7日為原則，與委員關切「三多」問題相違背。</p> <p>○○藥師公會：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 建議漸進性提高部分負擔。</li> <li>2. 本人曾觀察到小醫院急診只有2位病患，同時醫學中心卻有400位病患。</li> </ol> <p>○○診所協會秘書長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 醫院愈來愈財團化，且小病大看、專車接送，應該還是要落實醫療分級。</li> <li>2. 社會福利應回歸社會救濟層面。</li> <li>3. 生產不應納入健保，應由國健局另外編預算支付。</li> </ol>

時間	紀錄摘要
	<p><b>審查執行會中區分會委員：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 建議前健保局加強宣導促使醫師願意花時間讀取病患之病歷及藥歷，避免重複用藥。</li> <li>2. 落實家庭醫師整合醫療制度。</li> </ol> <p>○○醫師公會榮譽理事長： 分級醫療、轉診制度及家醫制度等問題，都已被充分討論，本人想法亦同。</p> <p>○○藥師公會理事長： 同意應加強民眾教育。</p> <p>○○藥師公會理事長： 用藥多與少，主權在醫師，在衝量的狀況下，當然藥費會增加。</p> <p><b>審查執行會中區分會委員：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 健保開辦時，轉診制度及指示用藥不應給付之政策被凍結，此為現行之困境，現在是在補破網。</li> <li>2. 四大科以外的科別，是否會變質，例如，現在很多醫師選擇精神科，但並非真的有興趣。</li> </ol>
102年4月25日上午	<p>主題：醫療體系整合及論人計酬制度 地點：前健保局中區業務組第一會議室 主要與會者：中區各層級醫療院所代表</p> <p>○○醫院董事長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 台灣沒有施行論人計酬的條件，因為沒有分級醫療的基礎，應檢討現行醫療環境。</li> <li>2. 要先建立基本結構資源分配，然後才可執行相關政策。</li> <li>3. 目前採行單一藥價基準，表面公平，實際上僅是齊頭式平等，失去立足點的平等，且健保法沒有規定要施行單一要價基準。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本院有設置心導管室，但心臟外科醫師數不足，垂直整合則可請大醫院醫師協助，此為本院垂直整合優點經驗分享之其中一案例。</li> <li>2. 急重難症之支付制度誘因太少，下轉也應設計誘因。</li> </ol>

時間	紀錄摘要
	<p>3. 民眾是要受教育的 且要有契約約定 例如確實落實部分負擔。</p> <p>4. 施行醫療垂直整合時，要避免造成托拉斯之結果。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1. 現在我們是穿著衣服來改衣服，如何面對既得利益的民眾，是第一個問題，第二是要檢討現行醫療機構之服務質量。</p> <p>2. 有關健保的改革，建議上端要用共產制度，也就是落實執行健保法相關規定，下端則採用民主式的漸進性改革。</p> <p>3. 垂直整合是一項政治事件。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>民眾自由就醫是論人計酬最大的挑戰，又區域垂直整合中區域的定義？論人計酬及區域性垂整的定義必須明確。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <p>1. 垂直整合問題，醫療機構間的信任很重要，信任度很高才會成功。</p> <p>2. 對於達到前健保局所定品質指標之醫院，給予鼓勵及誘因，讓這些醫院執行論人計酬。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <p>建議採取漸進式措施來執行論人計酬制度。</p> <p>○○醫院處長：</p> <p>1. 有關垂整，分為戰略及戰術，基本上對於戰略都同意，但對戰術持反對意見。</p> <p>2. 民眾利益調整及資源重分配，是垂整首要面對之問題。</p> <p>3. 現很多問題都沒有解決，要再推行論人計酬是值得思考的。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>垂直整合應該到診所端；有關健保的改革，還是要樂觀面對。</p> <p>○○醫師公會理事長：</p> <p>1. 基層的地位及角色？基層希望由下而上整合，醫</p>

時間	紀錄摘要
	<p>院則是希望由上而下，由上而下則很容易造成托拉斯效應。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 前健保局有建立向上轉診之制度，但卻沒有建立由醫中向下轉至診所的機制。</li> <li>3. 有關論人計酬制度，建議不能將省下來的錢當作下次執行的基礎。</li> <li>4. 對於民眾端的教育，需委員多費心力。</li> <li>5. 嚴正呼籲各項制度的推動，不能僅考量醫院。</li> </ol> <p>○○醫師公會理事長： 中區很踴躍參與家醫群，有助於論人計酬的施行，但民眾就醫自由，需要適當配套措施。</p> <p>○○醫院副院長： 1. 垂整及論人計酬制度可行性不高，不宜全面施行，同樣建議採取漸進性方式。 2. 垂整問題，院與院間的信任很重要。</p> <p>○○醫院院長： 1. 有關垂整及論人計酬制度，前途是光明的，但道路是崎嶇的，前健保局應先加強執行全人整合及門診整合計畫，自己醫院的門診都不能有效整合，如何有條件與其他醫療機構談整合。 2. 目前公立醫院的人事費已剩最後一口氣，不能再刪減了，因為畢竟還是扮演及執行公立醫院的腳色及業務。 3. 垂整的三步驟，第一，醫院自己本身先進行全人及門診整合，此也可解決「三多」及無效醫療問題；第二，鼓勵中型醫院走出去與其他醫院、診所合作，另建議醫療群範圍應擴大；第三，醫中擔任診療急重難症的角色，對於跨級醫療的民眾，應規定自行負擔部分費用。</p> <p>○○醫院課長： 建議先聚焦在一、兩項政策或措施，以一次解決一個問題為目標。</p>
102年5月20日下午	<p>主題：保險對象「三多」及重大傷病問題 地點：前健保局南區業務組第一會議室 主要與會者：南區各基層醫療院所代表</p>

時間	紀錄摘要
	<p>○○診所：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 看病多、檢查多問題對病人及醫師也有好處，應盡量將好處擴大，降低其所產生的壞處。</li> <li>2. 基層比較沒有檢查多的問題，另尚有多數檢查是免費提供的，並沒有向前健保局申報。</li> <li>3. 還是回到最基本的問題，健保是社會保險還是社會福利，建議還是要回歸為社會保險，使用者應付費。</li> <li>4. 有財源再來討論社會福利的部分。</li> <li>5. 總而言之，應該要建立使用者付費的制度並付諸施行。</li> </ol> <p>○○診所協會理事長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 強烈建議使用者付費，應嚴格執行部分負擔。</li> <li>2. 應全面及定期性檢討重大傷病之資格，例如有些憂鬱症患者，其病情已好轉，惟重大傷病卡卻是永久持有。</li> </ol> <p>○○醫師公會執委：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 大家都覺得醫療服務是應得的，醫療並不是社會福利。</li> <li>2. 應建立完善制度。</li> </ol> <p>○○診所：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可藉由病患病歷資訊化減少「三多」問題，但醫師必須花很多時間讀病歷，故建議先解決資訊問題。</li> <li>2. 贊成執行部分負擔。</li> <li>3. 建議內分泌或腎臟病相關醫學會研擬降低腎病變之方法，以減少健保洗腎費用。</li> </ol> <p>○○醫師公會執委：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 健保政策都在限制醫療服務提供者，病人看病增加，結果卻由診所或醫院承擔。</li> <li>2. 復健科看1次病，可做6次復健，其實復健時病患也有向醫師諮詢，卻都不算門診，建議病患應該為自己看病行為負責。</li> </ol> <p>○○小兒科診所：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 審查費用折為3折，審查幾乎都變成義務的了。</li> </ol>

時間	紀錄摘要
	<p>2. 應加強民眾正確就醫、用藥。</p> <p>3. 現行制度下，醫師要自行花很多時間做健保的 PAPER WORK。</p> <p>○○診所： 健保制度的制定，應邀請相關醫師公會共同討論，免得總是等到有問題了，才來找我們來解決問題。</p> <p>○○醫師公會監事： 應加強病人教育。</p> <p>○○醫師公會總幹事： 應特別編列預算來支應重大傷病者之醫療費用。</p> <p>○○診所： 因為不用錢，所以病人常要求開立連續處方箋，建議民眾應部分負擔。</p> <p>○○小兒科診所： 1. 建議超過某一就診次數，下年度就增加健保費。 2. 應將病人的需求納入總額成長的範圍。</p> <p>○○診所： 1. 檢查多很難定義好或不好，曾有半年內已做過3次胃鏡的病患，到第4次胃鏡檢查才發現食道癌問題。 2. 在鄉下，浪費的問題較為嚴重。</p> <p>○○眼科診所： 建議基層可否不要開放開立比較貴的藥物。</p> <p>○○眼科診所： 落實使用者付費制度。</p> <p>○○診所： 增加自付額，才符合公平正義。</p> <p>○○皮膚科診所： 1. 建議前健保局提出由家醫科醫師或衛生所主任擔任藥事或醫療整合式居家照護之試辦計畫。 2. 贊同使用者付費。</p>
102年5月21日上午	<p>主題：保險對象「三多」及重大傷病問題</p> <p>地點：前健保局南區業務組第一會議室</p> <p>主要與會者：南區各醫院代表</p>

時間	紀錄摘要
	<p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 民眾就醫方便導致「三多」問題；健保所推行之門診整合，有所成效，但影響層面有限，以奇美為例，大約是5,000位，另整合門診醫師花的時間較多，但給付一樣，醫師反應診察費應調高。</li> <li>2. 應加重部分負擔</li> <li>3. 醫師很難拒絕病患要求的檢查，建議較貴的檢查採取部分負擔。</li> <li>4. 有關重大傷病的範圍及期限，目前重新檢視的條件太過寬鬆，例如，外傷要超過16分很簡單，但一個月後此類病患大多可以自行行動；例如，惡性腦瘤二級以上可申請重大傷病卡，而通常病患存活率達50%以上，可以長達10年左右，故應建立重新檢視的機制。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 台大及成大應推行腎臟移植。</li> <li>2. 本人認為不要太苛責重大傷病病患，對於一般病患可加重部分負擔，但還是要照顧罕見或重大生病患者。</li> <li>3. 九四共識所提洗腎病患人數0.3%，醫療點數占總健保給付6.7%，此部分僅有門診，不包含住院的部分。</li> <li>4. 如何減少洗腎病患？洗腎病床還是在擴增。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 慢箋核減審查風險由原開立醫院承擔，會阻礙醫院釋出慢箋的意願。</li> <li>2. 加護病房醫師診察費600多點，開業醫只要看2個病患就可以有相同的點數了，目前要駐診的科別都很難招募到醫師。</li> <li>3. 有關重大傷病的定義，可由醫界提供技術專業，但應該由前衛生署或前健保局出面推廣。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 健保的費用要用在預防醫學、急重難症或是長期照顧？政策的走向要明確。</li> <li>2. 最近本院10位骨科住院醫師，沒有任何一個人留下來，全部都要自行開業。</li> </ol>

時間	紀錄摘要
	<p>3. 所提重大傷病定義專業技術要feedback給前健保局，但要先有機制。</p> <p>○○醫院院長： 經建會決定下一年度醫療費用的上限、下限，並不透明，建議讓醫界參與，列席也可以。</p> <p>○○醫院院長： 1. 重新審視重大傷病的範圍。 2. 台灣沒有強而有力的衛生行政單位，導致各醫院各自行政；政府單位應該鼓勵以病人為中心的醫療措施或政策，也就是相關給付應提高。 3. 以目前健保制度，台灣一般醫院的利潤約為5%，但此利潤是醫師超時、過勞…的結果，很吃緊也很辛苦。</p> <p>○○醫院院長： 1. 醫療費用占GDP6.5%應確實提升至8.5%。 2. 雖少子化，但婦幼的醫療照顧並沒有成倍數減少，現卻將婦幼醫療的給付移挪至其他科別，有失公平。 3. 整合照護計畫，應要尊重臨床藥師的專業，應由藥師整合病人的用藥，但藥師通常都不被醫師尊重，故健保給付相關政策應該也要重視藥師、營養師…等。 4. 慢箋推廣期過了，應該要恢復收取部分負擔。 5. 經濟弱勢者，不應用醫療費用保險來貼補，政府應該要編列福利預算。</p> <p>○○醫院院長： 有關重大傷病的補助，其期限應以需要積極治療的時間為基準，對於病情相對穩定後，則不需再補助。</p> <p>○○醫院院長： 對病人應該要講真話，社會風氣應該要改變。</p> <p>○○醫院院長： 1. 部分負擔的設計很重要，診所及醫院應該是要不同。 2. 重大傷病卡的核發應該要有複審的機制，另可設計不同金額級距的部分負擔。</p> <p>○○醫院院長：</p>

時間	紀錄摘要
	<p>1. 衛生或健保政策，應該也要讓中間的執行機關或員工知悉，可避免中堅人才的流失。</p> <p>2. 區域的整合，可減少四大皆空問題；醫院經營者(院長)大約都花2/3的任期時間在找醫師來任職。</p> <p>3. 29號公報；執行公務的費用，可否免攤提折舊，署立澎湖醫院就有因此發不出薪水之案例。</p> <p>4. 建議開放自費保險。</p> <p>○○院副院長：</p> <p>1. 應該也要從診所端進行精神科的論人計酬，以避免人球問題。</p> <p>2. 民眾若能配合醫療及照顧健康，應該要減少其部分負擔，即要有鼓勵措施。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1. 若不算醫學中心及總院的協助，近2年自己只招募到1位醫師。</p> <p>2. 對於民眾錯誤的就醫觀念，前健保局應有衛生教育相關措施或政策。</p> <p>3. 應建立鼓勵民眾正確就醫及自我健康照護之誘因，例如，免部分負擔。</p> <p>4. 為了健保永續發展，開放民間商業保險加入，或許是一個方法。</p> <p>○○醫院特助：</p> <p>很多臨床營養師，對於病人的衛教，並沒有適當的給付。</p> <p>○○醫院特助：</p> <p>有關重大傷病，可建立自費機制，例如，肝硬化病患須住院的話，可先檢測其血液酒精濃度，若有酒精含量，該次就應該自行負擔費用。</p> <p>○○醫院主秘：</p> <p>1. 檢驗資源可共享；防禦性醫療導致看病多及檢查多問題。</p> <p>2. 專業回歸專業，藥物物流可回歸前健保局處理。</p>
102年5月21日下午	<p>主題：醫療體系整合及論人計酬制度</p> <p>地點：前健保局南區業務組第一會議室</p> <p>主要與會者：南區各層級醫療院所代表</p> <p>○○診所：</p>

時間	紀錄摘要
	<p>不應讓民眾感覺論人計酬的目的是為了節省費用，而是讓病患有更完善、周全的醫療照護。若要推行醫療體系垂直整合，則相關的制度、法規應一併配合調整。例如，若醫師出國、參加研討會…等，則合理門診量問題應如何因應？</p> <p>○○內科診所：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 垂直整合對診所的好處就是有後送醫院，但通常過去後，就都會改至大醫院就診。</li> <li>2. 大醫院及診所間應建立互相轉診的制度，不是僅有診所轉至醫院。</li> </ol> <p>○○內科診所：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 論人計酬應避免人球問題。</li> <li>2. 應落實醫療分級制度。</li> </ol> <p>○○醫院專員：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 使用者應付費。</li> <li>2. 若推行垂直整合，各區域的給付要作調整。</li> <li>3. 論人計酬制度推行成功之要素，第一，民眾就醫行為要有明文規範，第二，醫院及診所的醫療費用應分開計算。</li> </ol> <p>○○醫院副院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 急診是社區醫院的「山海關」，沒有急診，整個ICU、病房就會萎縮，但急診的醫師招募及運作不容易。</li> <li>2. 希望政府對於社區醫院能多些補助。</li> </ol> <p>○○醫院：</p> <p>本院和台大雲林分院(區域醫院)協議好每年輪流擔任急救責任醫院，而上星期剛申請偏遠醫療的補助計畫，該計畫條件之一為必須擔任該區的急救責任醫院，導致無法持續申請以獲補助。</p> <p>○○醫療群醫師：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 強化IC卡的功能，避免重複醫療的浪費。</li> <li>2. 有關論人計酬制度，應要讓民眾知道自己可使用的醫療費用額度。</li> <li>3. 是否可讓診所也加入安寧照護的行列。</li> <li>4. 行政程序是否可簡化。</li> </ol> <p>○○衛生所主任：</p>

時間	紀錄摘要
	<p>鄉下年長者之就醫行為及觀念很難改變。</p> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、對於高診次就醫患者，應採行部分負擔。</li> <li>2、重大傷病的定義範圍及期限應重新且嚴格審視。</li> </ol>
<p>102年5月 22日上午</p>	<p>主題：醫療體系整合及論人計酬制度 地點：林口長庚醫院 主要與會者：北區各層級醫療院所代表</p> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 長庚很早就整合多重用藥問題。</li> <li>2. 長庚的服務對象較多元、開放，退輔會服務的對象較為固定。</li> </ol> <p>○○診所：</p> <p>區域內不同等級醫院的整合很重要，本人係以家庭醫師照護網醫師的身分來參加，今天的議題重點是醫療分級制度要能確實落實。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <p>跨科醫師的整合，要花很多的時間與各科醫師協調，醫師的整合是成敗的因素。</p> <p>○○診所：</p> <p>垂整的意義是不要一直做重複的事，各層級要有明確的分工，醫學中心不應一直做輕症醫療。</p> <p>○○醫師公會理事長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 要限制民眾就醫的自由度，也要向民眾宣導分級醫療的必要性。</li> <li>2. 論人計酬由洗腎著手，是很好建立架構的方法。</li> </ol> <p>○○診所：</p> <p>大醫院只看急重症，是否可生存？健保給付應改變。</p> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本身為地區醫院，贊成垂直整合，</li> </ol>

時間	紀錄摘要
	<p>2. 重視地區醫院的角色，前衛生署應要有完善的制度及措施。</p> <p>○○醫師公會理事長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 引導民眾使用商業保險，讓健保醫療費用給付恢復為一點一元。</li> <li>2. 誰來教育民眾醫療是有專業、風險？醫療不僅是要分流，還要減流，這必須教育民眾。</li> <li>3. 要全面施行垂直整合，財務問題要先解決，健保費用目前政府僅負擔30幾%，應該要增加，韓國政府負擔50%左右。</li> <li>4. 總額就有很多切割了，怎麼要求要垂直整合。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 退輔會所屬醫院之垂直整合，發現投入資源，可是礙於區域總額的限制，導致財務上還是會有困難。</li> <li>2. 總醫院公務預算約5%，榮分院公務預算大約20%，公立醫院健保床要75%，公立醫院存在的價值及走向？</li> </ol> <p>○○醫師公會理事長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 建議地區醫院轉型為開放醫院，有利於醫療體系的垂直整合。</li> <li>2. 落實家庭醫學制度。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <p>自己體系內已在進行垂直整合，在新竹縣市衛生局指導下，也努力進行區域性垂直整合，建議長庚也可以進行</p>
102年5月23日上午	<p>主題：保險對象「三多」及重大傷病問題 地點：前健保局台北業務組壽德大樓 主要與會者：台北區各醫院代表</p> <p>○○醫院副院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、在高齡化之下，老年病人急欲來愈多。「三多」問題根源於部分負擔之問題，現在皆為定額</li> </ol>

時間	紀錄摘要
	<p>部分負擔，造成便宜又大碗，爰建議部分負擔採定率方式予以解決。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2、臺灣分級醫療制度尚未建立，此須從政策宣示外，亦須透過健保資源的改變，始能落實執行。</li> <li>3、領藥多的問題，最大關鍵在於慢性病連續處方箋，醫界已大力呼籲政府應就此問題加以解決，惟迄無解決之道。</li> <li>4、參與安寧醫療之醫院家數寥寥無幾，係因參與安寧療護之門檻過高，包括入門的訓練時數、後續繼續教育時數等等。建議降低參與安寧醫療之門檻，以促成安寧社區化。</li> <li>5、重大傷病免部分負擔，不應由前健保局支付，而應由前衛生署編列其他預算予以支應，始能審慎把關重大傷病的核發。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、如能落實轉診制度，即能有效解決「三多」問題。感冒病人如到醫學中心就診，即做了許多檢查，致花費許多健保資源。</li> <li>2、地區醫院做RCW，乃是不得以，因為許多盲腸開刀等等手術，都跑到大醫院。</li> <li>3、慢性呼吸器依賴之費用只有62億元，則再如何節省，僅能節省健保總額預算中的1%，值得深思。</li> <li>4、醫院總額4千多億元中，醫院即占了3千多億元，倘無法好好加以管控，既使在1%之中節省(RCW)，有何實益。只要稍加管控，即可節省相關費用，但一旦不管控時，費用又提升上來。明明前健保局可做管控，卻不做管控。</li> <li>5、現場提供一份書面資料供參考。</li> </ol> <p>○○醫院副院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、四級醫療中，本院即占了三級(醫學中心【總院】、地區及診所)，但制度充滿了道德危機。如學名藥及原廠藥之問題，造成費用大量增加，而遭到核刪。為避免遭到核刪，遂改開臺廠藥，或轉給其他醫院，但卻又遭到民眾的檢舉。</li> <li>2、醫師在使用藥品的選擇上，充滿道德危機，對誰給予原廠藥，對誰給予台廠藥，則能否提高部</li> </ol>

時間	紀錄摘要
	<p>分負擔，或以自費方式(民眾貼補差價)解決之。</p> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、「三多」問題是結果，其原因是健保給付低，讓醫院、醫師飽受政府的壓榨。</li> <li>2、政府未對民眾就醫行為進行管制，造成目前的問題。</li> </ol> <p>○○醫師公會常務理事：</p> <p>建議重大傷病可比照最近身心障礙者手冊核發的程序，原本為永久有效者，可改為定期review，例如乳癌患者，雖已獲發重大傷病，控制良好者，於三年後仍重新review，決定能否繼續持有重大傷病。</p> <p>○○衛生局局長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、無效醫療的定義應明確及細緻，需有相關客觀數據做支撐。</li> <li>2、前健保局是否應該提出一些數據，說明長期呼吸器依賴患者的各種狀況，不能一概而論為無效醫療。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、疾病就是看病、檢查及拿藥，「三多」問題是醫療問題，看病多是在哪個地區？是看哪個疾病？但如以區域來說，實際上臺北的醫院卻是看了許多中南部的民眾。</li> <li>2、解決「三多」問題，建議可增加部分負擔並加強審查。</li> </ol> <p>○○醫院副院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、民眾用腳決定哪個醫院好，民眾的就醫行為其實是醫療界的苦，故可從民眾層面加以解決，例如增加部分負擔。</li> <li>2、安寧療護的問題在於是要堅持「質」或解決「量」。</li> </ol> <p>○○醫院：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、台灣許多資訊發展快速，健保資料庫相當龐大，但醫院卻無法知悉民眾就醫情形，雖可從IC卡讀取資料，但仍有限制(如超過6次)，倘如能了</li> </ol>

時間	紀錄摘要
	<p>解民眾的就醫情形，醫院即可進行宣導或採取行動，引導民眾就醫的行為。</p> <p>2、近來無效醫療的推動成效良好，在積極推動之下，簽署DNR的比率愈來愈高(在4、5個月內，簽署的比率從5%，提高到60、70%)。</p> <p>○○醫師公會理事長：</p> <p>1、醫療行為會被醫療政策所制約，倘醫療政策妥當，即能制約醫療行為。依據健保法，家庭醫師、部分負擔費用、轉診制度、分級醫療、論人計酬等，已有明確的規範，卻未能落實執行，致無法管控民眾就醫的行為。</p> <p>2、點值已降到0.7元，政府對於醫療應給予合理的醫療資源，乃是相當必要。高品質的醫療服務，卻未能獲得合理的醫療資源。</p> <p>3、獲核重大傷病，並非代表永久取得，應有定期review的機制，疾病痊癒後，即不能再有卡。</p> <p>○○醫師公會常務理事：</p> <p>1、「三多」係因未能落實轉診制度。</p> <p>2、黃委員提出無效醫療後，醫界開始省思並對待無效醫療。</p> <p>3、民眾的觀念、醫師PF制度等，多是「三多」問題的根源因素。</p> <p>○○醫院主任：</p> <p>1、民眾持重大傷病卡免部分負擔，恐造成醫院就診。</p> <p>2、應透過部分負擔抑制醫療行為，但對弱勢者可給予補助，而非一視同仁對待，每個人無論有錢、沒錢，都可免部分負擔。</p> <p>3、多為民眾選擇到醫院專科就診，透過轉診到醫院專科就醫僅5%。</p> <p>4、人口老化，慢性病人愈來愈多，但慢性連續處方箋卻有檢討之必要，建議回歸健保法以定率方式收取部分負擔費用。</p> <p>○○醫院課長：</p> <p>1、民眾也有就醫不確定性，故建議應加強教育，強</p>

時間	紀錄摘要
	<p>化觀念、認知。</p> <p>2、有關以定率方式收部分負擔一節，此將對弱勢民眾造成影響及衝擊，故應審慎考量研議，避免影響其就醫權益。</p> <p>○○醫院高專： 目前卻欠缺評定高就診的標準及定義，如某個疾病應該看幾次門診，始稱為合理就診次數，可近性及醫療浪費，本是衝突矛盾。</p> <p>○○醫院院長： 1、健保法已明定轉診制度，如能落實，應可解決部分的「三多」問題。 2、建議採取定率的部分負擔，而弱勢民眾如無法支付定率的部分負擔，則可透過相關機制(如到公立醫院就醫)加以協助解決。</p> <p>○○衛生局副局長： 1、經與本市醫院及診所討論後，大家的共識皆認為「三多」問題是結果面，而僅要透過依法行政，加強民眾教育宣導，即可逐步解決「三多」問題。 2、在各界已有共識及氛圍之下，近年本局到社區推廣安寧療護，較為容易，且收到效果。</p> <p>○○衛生局副局長： 目前本局將對醫院及診所，建立資訊分享的機制，使民眾能就近在診所及能看到在醫院所做檢查的結果。</p> <p>○○衛生局副局長： 1、為創造民眾、醫界及健保三贏局面，建議前健保局與各縣市衛生局密切聯繫溝通，各縣市衛生局多能願意配合，結合相關計畫及施政作為，協助宣導及解決「三多」問題。 2、建議前健保局加強基本工程(如IC卡、資訊建置工程)。 3、建議前健保局可將相關措施執行情形，納入地方政府相關考核措施的指標中。</p> <p>○○衛生局局長：</p>

時間	紀錄摘要
	<p>1、現在之所以無法落實轉診制度及部分負擔，係因遭到民眾反彈。我是相當悲觀，民眾要用腳決定到哪家醫院就醫，我們是要如何阻擋。</p> <p>2、政策的形成，應有相關客觀數據的，前健保局可否提供相關數據，讓我們參考。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1、政府沒有政績，唯一政績是醫療，但卻讓醫療人員付出辛勞，受到壓榨。</p> <p>2、民眾不僅要受到教育，也要受到管制，醫療困境在於民眾是最大，醫療未受到尊重。</p> <p>3、目前醫療制度是共產主義。牙醫植一顆牙的自費費用可讓精神科住院半年，難道不要讓民眾自行負擔其過度的醫療行為。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <p>1、國外之所以不會有「三多」、住院壅塞問題，乃係因必須透過家庭醫師轉診，才能到醫院就醫，故政策要引導民眾就醫行為，不能放任民眾用腳走到醫院就醫。</p> <p>2、醫療資源(包括設備及人力)大多集中在大型醫院，故垂直整合過程必須將醫療資源下放到基層醫療，現在被支援的醫院及診所，除需付醫院5千多元外，還須負擔醫師的車馬費，總共1萬多元，大型醫院壟斷醫療資源，卻還抽人頭稅。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>實施轉診制度即可解決部分的「三多」問題，醫界都準備好要如何做，也討論過那些病應到診所就醫、那些病應到醫院就醫，就看政府願不願意實施。</p>
102年5月29日下午	<p>主題：醫療體系整合及論人計酬制度</p> <p>地點：前健保局台北業務組壽德大樓</p> <p>主要與會者：台北區各醫療院所代表</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1、臺灣論人計酬如同四不像，21~23%之病患在本院就診，其餘均自由就醫。</p> <p>2、本院若需將病患送至臺大總院，不需在急診室候診，即可直接送至總院病房，此乃是陳</p>

時間	紀錄摘要
	<p>院長與各科主任努力協調的結果。</p> <p>3、醫療體系除垂直整合外，水平整合也很重要。</p> <p>○○醫療群醫師：</p> <p>需要醫療時，卻無後送醫院，陽明及新光醫院係本醫療群的合作醫院，但本診所病患大多至臺北榮總振興醫院就醫；本醫療群仍將持續與陽明及新光醫院合作，但必須要更努力。</p> <p>○○醫院：</p> <p>1、是否可結合南區的醫療體系（包括診所、醫院及護理之家）。</p> <p>2、各層級的部分負擔差距不大；落實轉診才成功推動capitation。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>今天剛加入capitation，也是屬於區域型的模式在地人口數約5萬人，其中有87%者會在本院就醫，但費用約只有50%在前署立金門醫院，其餘50%費用在臺北榮總，由於本院不知道轉出的病人數，尤其門診部分，故無法主導該50%的就醫行為，相關訊息不夠明確。</p> <p>西醫基層總額代表：</p> <p>1、在民眾自由就醫之下，無法實施capitation。</p> <p>2、虛擬總額，自平均總額加上風險校正，每個個體是不同，雖結餘的60%回饋給醫院，但卻易導致人球問題。</p> <p>3、50%的財務風險是如何計算得之？</p> <p>4、行政作業已經夠多了，風險卻還要由承辦單位來承擔，不甚公平。</p> <p>○○○醫師：</p> <p>1、醫療政策、給付政策要明確。</p> <p>2、民眾就醫太自由，自付額太低了，建議研議分級保險。</p> <p>3、家庭醫師責任制度應予更加推廣。</p> <p>○○醫院：</p> <p>1、雖有些病患從他院到北榮就診，但北榮本身有12家榮（分）院要進行整合，尤其花東地區，人力資源的投入相當困難。</p>

時間	紀錄摘要
	<p>2、本院有參與門診整合計畫，付出許多的成本，但給付卻是不夠。</p> <p>3、要推行capitation，要有完整的配套。</p> <p>○○醫院執行長：</p> <p>宜蘭縣有3家區域醫院，性質相近，競爭大於合作。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <p>1、本院有6個醫療基層醫療群，以及與醫中合作，本身也有重整系統。</p> <p>2、部分負擔制度及良好配套的轉診制度，乃是推行capitation的條件，目前是好時機，因總額的壓力及醫院護理人力不足。</p> <p>○○醫院副院長：</p> <p>1、民眾就醫沒有限制，無法推行capitation。</p> <p>2、對民眾的要求太少，如癌症篩檢，只會要求醫療院所的達成率。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>醫師留任相當重要，地方政府是否也可以參與風險負擔。</p> <p>○○醫師公會理事長：</p> <p>1、民眾就醫太自由。</p> <p>2、缺乏受益者付費的機制，如慢箋的部分負擔，此項措施雖無法源基礎，但要取消卻是相當困難。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1、近1年半以來，本院有46位病患過世，並無任何病患接受插管、CPR，但也無醫療糾紛的問題，所以對於生命末期的階段，是值得努力。</p> <p>2、推行社區醫療群，與衛生所的水平整合，金山分院簽署DNR的比率已超過1%，小醫院可以做，但要有大醫院的後送支持，故要有明確的轉診制度。</p> <p>○○醫院：</p> <p>1、當初沒有想到capitation。</p> <p>2、本來不看好、也不樂意執行capitation，因病人就醫自由，且健保局給的資料不夠。</p>

時間	紀錄摘要
	<p>3、我們究竟是做保險，還是社會福利，是否應提供其他的獎勵。此外，要有健全的制度，以金山分院的目前作法，勞動檢查一定不會通過。</p> <p>○○醫師公會理事長：</p> <p>1、capitation的時機還不成熟，臺大金山分院會成功，除了臺大醫院的金字招牌外，還有黃院長的特質及犧牲奉獻的精神。</p> <p>2、目前病患的思維及醫病關係等等因素，都不適合推行capitation。</p> <p>○○醫師公會理事長：</p> <p>對於願意分向醫療資源的醫院，應建立醫院與診所的合作橋樑。</p> <p>○○醫師公會常務理事：</p> <p>1、垂直整合一定要有三級轉診。</p> <p>2、垂直整合做好了，才有辦法推行capitation。</p>
102年5月30日下午	<p>主題：保險對象「三多」、重大傷病、醫療體系整合及論人計酬制度</p> <p>地點：臺東聖母醫院</p> <p>主要與會者：臺東各層級醫療機構代表</p> <p>○○醫師公會理事長：</p> <p>1、無法禁止病患就醫，常有一小病卻2天內看3個科別以上；建議對於小病且就診次數高者，提高其部分負擔。</p> <p>2、對於慢性病藥品，藥價差存在多年；但有些藥品價格，前健保局的核價又過低。</p> <p>3、檳榔引發口腔癌，一年健保耗費300至400億，應檢討農業政策、衛生教育、課徵檳榔稅等問題。</p> <p>○○內科診所：</p> <p>1、糖尿病患者通常合併有高血壓，所以一個處方開7-8種藥是很平常的，以防止三高的傷害及預防洗腎，所以用藥多的問題要全方位的評估。</p> <p>2、看病多問題，和區域有關，例如原住民很喜歡打針。</p> <p>3、檢查多則和醫院的經營型態有關。</p>

時間	紀錄摘要
	<p>4、政府及民眾都把健保當作福利，應該是要保大不保小。</p> <p>○○診所：</p> <p>1、檢查多問題，因未落實轉診制度，就會有重複檢查的問題。</p> <p>2、癌症篩檢、糖尿病共同照護、B、C肝等也增加了很多的檢查，所以很多是政府政策造成的。</p> <p>3、拿14天的藥要付錢，30天的慢性處方箋藥卻不用付錢，應要收取部分負擔。</p> <p>○○醫師公會理事長：</p> <p>1、看病多問題，前衛生署及前健保局應加強民眾衛教。</p> <p>2、有關醫師繼續教育問題，目前離島才有教育學分加倍計算之規定，但花東地區因醫師少且交通不便，教育學分之計算方式應比照離島地區。</p> <p>3、政府對於在花東地區執業的醫師另有所補助。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1、健保是資本主義的給付，但收入是社會主義，所以制度本身是衝突的，才會導致「三多」問題。</p> <p>2、要民眾增加部分負擔。</p> <p>3、護理人員、藥師及醫技人員陸續爭取權益，等到醫師也要爭取權益時，健保就要垮了。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1、健保是保險還是福利，要明確。</p> <p>2、健保給付太低，醫院及醫師都在夾縫中求生存。</p> <p>○○藥師公會理事長：</p> <p>1、公、勞、漁保時就有藥價差，健保雖有藥價調查，但還是存有很大空間。</p> <p>2、拿7天的藥要付錢，拿3個月的藥就不用，所以部分醫師會改開立慢箋，然後民眾沒吃完的藥就會丟掉。</p> <p>○○眼科診所：</p> <p>應加強民眾醫療有限之衛生教育。</p> <p>○○醫院院長：</p>

時間	紀錄摘要
	<p>1、福保的病人太多。</p> <p>2、有關無效醫療，雖有榮總的疾病嚴重程度評估指標，但最需要的還是更堅固的法源依據。</p> <p>3、目前眼科、牙科及耳鼻喉科沒有急診醫師，而本院本年7月1日後也不能確定是否還有偏遠地區醫師人力支援相關計畫之補助。</p> <p>○○醫院院長： 應鼓勵及補助醫療品質好的醫院。</p> <p>○○醫師公會理事：</p> <p>1、醫師人數每年愈來愈多，「三多」問題若解決，以後醫院如何經營，所以部分負擔應回饋給醫師。</p> <p>2、臺東老年人口多且行動不便，故洗腎通常會提供交通接送，但支付點數卻與西部相同，建議應增加給付。</p> <p>○○衛生局局長：</p> <p>1、健保的給付應該也要讓醫師人力可以永續。</p> <p>2、健保審核造成醫療院所的行政作業過多。</p> <p>3、綠島 102 年 6 月 1 日起就沒有醫師了，還好目前有位公費生願意支援，但之後仍是問題。</p>
102 年 5 月 31 日下午	<p>主題：保險對象「三多」、重大傷病、醫療體系整合及論人計酬制度</p> <p>地點：前健保局東區業務組</p> <p>主要與會者：東區各層級醫療機構代表</p> <p>○○醫院總執行長：</p> <p>1、我在美國給病人的慢性病長期處方是R*一次六個月或12個月&lt;但在美國保險不給付門診的藥費，由病人自費並到藥局買藥，故美國病人不要醫師多開藥，要自己對要用負責任，醫師開立處方時，會詳細對病人說明藥物的副作用，病人到藥局買藥時，藥師會詳細說明如何服藥及注意事項。</p> <p>2、華人的醫師看病、做身心檢查、把脈等等，都不必付出代價。</p> <p>3、健保給醫院住院病人的給付並沒有按照前衛生署評鑑所規範之人力，予以給付，故醫院投入</p>

時間	紀錄摘要
	<p>人力成本較低之門診。</p> <p>4、不限每診的人數(多看多賺)，有時病人還嫌醫師看病太慢(醫師沒有時間詳細問診，診間有時連診察床都沒有，照理來說，詳細的問診和身體檢查，80%就可以有正確的診斷)。</p> <p>5、在都會區，有些病人會要求做掃描或磁振造影等特別檢查。</p> <p>6、重大傷病領證人數遽增之理由：當她是一種社會福利，每個人都要entitlement。用病理報告有癌症，就是重大疾病，其實，很多癌症不等於重大傷病。在美國絕對沒有重大傷病可免部分負擔的社會福利。</p> <p>7、用呼吸器的病人增多的理由：因為有不公義的人，開始濫用呼吸器。呼吸器整合計畫本來是一個政策的良善美意，導致今日沒有人敢拔管或不去用。</p> <p>其他詳書面資料。</p> <p>○○醫師公會理事長：</p> <p>1、醫療資源及健保給付，應照顧偏遠地區，給付不要只考慮人口數，亦把面積及民眾經濟水準，考量進去。花東地區資源水準較差，到臺北開會，交通時間及成本比西部地區還要多，同樣護理人員薪資1個月3萬5千元，都沒有人願意到此服務。</p> <p>2、偏遠地區的兒童人數少，但仍要考量其教育資源，既使只有15個學童，仍要設置一所小學，有一名校長及六名老師。</p> <p>○○診所：</p> <p>大病到大醫院、小病到小醫院，迄今都無法落實。理論來說，門診應由診所來看，但實際上，60%的門診都到醫院。</p> <p>○○眼科：</p> <p>商業保險及勞保局是否應該退些錢給前健保局。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1、本院住門診是55:45，係屬正常，但應該要更高。</p>

時間	紀錄摘要
	<p>2、住院給付偏低，致使醫院不得不靠門診，也產生「三多」問題。</p> <p>3、醫院的職責在於教學、研究、服務，但為了讓醫院生存下去，只好靠門診，無法做好教學及研究。故建議提高住院的給付，或許可以解決「三多」的問題。</p> <p>○○醫院院長：薪水提高，也招不到人，馬上就要進行醫院評鑑了。</p> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、醫療糾紛責任明確化，可以改善醫病關係的氛圍，進而改善防衛性的檢查。</li> <li>2、健保不能給付個人保健的部分。</li> <li>3、教育民眾，減少「三多」，即可讓醫護人員可以為病人仔細做檢查。</li> <li>4、贊成落實轉診制度，但給付要讓醫院能夠生存下去。</li> </ol> <p>○○診所：</p> <p>醫師怕被告，故我建議要求病人多負擔一些費用。</p> <p>○○診所：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、要落實部分負擔的精神，前健保局要堅持，不要因為輿論而放棄堅持的立場。</li> <li>2、重大傷病掛號及住院免部分負擔，造成誘因，民眾即會要求醫師開立重大傷病證明。當初此政策係為避免民眾會因為此重大疾病而拖垮家庭經濟，倘該疾病不會這樣，就不應該給他重大傷病。</li> <li>3、洗腎利潤高。</li> </ol> <p>○○醫院院長：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、國人每年就診次數15次，是國外的2至3倍。</li> <li>2、前健保局要負起「三多」問題，要加強對民眾的教育。</li> <li>3、前健保局未提供足夠的轉診誘因，致轉診成效不佳。</li> <li>4、有三成的支出係在病人往生前的費用，我們很難抵擋病人家屬的壓力，故應加強對社會大眾的教育，不使只有醫師的責任，應有更全面的</li> </ol>

時間	紀錄摘要
	<p>教育。我國接受安寧的比率僅有4成，與國外7、8成相較，仍屬偏低。</p> <p>5、建議對每個人成立醫療帳目。</p> <p>○○醫院院長：</p> <p>1、許多好的想法，遇到政治就會轉彎，故應先釐清健保是社會福利或是社會保險。</p> <p>2、現在醫院經營相當困難，尤其東區醫院面臨的挑戰更大，個人認為應先釐清大的問題(健保是社會福利或社會保險)。</p> <p>○○診所：</p> <p>1、剛剛雖建議小醫院看小病，但也不能讓診所看太多病人，故建議教導病人看病是要付費，但現在部分負擔太少，讓民眾認為看病不要錢。</p> <p>2、本人的姪女遇到車禍，要被救護車送急診，但要支付2千元，所以她就說不用了，要自己解決。</p> <p>○○藥師公會常務理事：</p> <p>1、3天調劑費僅45元，尚需要審查藥品，不敷成本。</p> <p>2、偏遠地區不易聘請藥師，薪資較高。</p>

## 柒、調查意見：

為深入瞭解相關主管機關在醫療費用急速成長之過程中，如何處理「三多問題」、「重大傷病」（特別係與無效醫療之關連）、「醫療體系整合」、「論人計酬」及臺灣「NICE」等問題，本院乃向前行政院衛生署<sup>10</sup>調閱相關卷證資料，並實地訪查與醫療機構代表進行座談，聽取第一線醫師、醫事人員及醫院管理者之建言。訪查期間，參與的400位以上醫師及醫療工作者，提出頗多的建言，也對「三多」問題及重大傷病所造成之醫療資源分配錯置，提出看法及解決之道。其中沿途我們聽到兩項最聚焦的建議，一個是取消慢性處方箋藥費上限，另一個是針對每年就醫超過一定次數之病患，提高其部分負擔，以節制其不當之就醫行為。

本案於2月17日開始實地訪查，至5月30日結束，大約3個月期間，承前行政院衛生署中央健康保險局<sup>11</sup>及其各分區業務組對於訪查行程做了非常用心的安排，使得訪查期間得以汲取第一線醫療工作者的心聲。另為瞭解相關醫療體系之整合情形，本案於102年4月29日及5月2日分別赴三軍總醫院、臺北榮民總醫院及臺北市立聯合醫院和平院區，實地瞭解國防部、行政院國軍退除役官兵輔導委員會（以下簡稱退輔會）及臺北市政府執行所屬醫療機構整合（併）之情形。再於102年5月9日及10日實地訪視中華民國藥師公會全國聯合會（以下稱藥師公會全聯會）執行「全民健康保險高診次保險對象藥事居家照護」試辦計畫（以下簡稱藥事居家照護計畫）之實際情形。

---

<sup>10</sup> 行政院衛生署已於102年7月23日改制為衛生福利部，惟本案調查期間，該署尚未完成改制，皆以行政院衛生署函覆相關資料，且本案相關問題及行政作為均發生於前衛生署時期，故本案仍以改制前之名稱表述，並簡稱前衛生署。

<sup>11</sup> 行政院衛生署中央健康保險局已於102年7月23日改制為衛生福利部中央健康保險署，惟本案調查期間，該局尚未完成改制，且本案相關問題及行政作為均發生於前健保局時期，故本案仍以改制前之名稱表述，並簡稱前健保局。

在一系列的實地訪查後，本案獲得了許多寶貴的意見，經彙整後乃臚列需釐清的問題，於102年6月26日舉辦一場跨部會之約詢，參加人員包括：行政院毛副院長治國、前衛生署邱署長文達（現任衛生福利部部長）、退輔會曾前主任委員金陵、國防部高前副部長廣圻（現任國防部參謀總長）、教育部陳常務次長德華、臺北市政府陳副市長雄文、高雄市政府李副市長永得、國立臺灣大學醫學院附設醫院陳前院長明豐、國立成功大學醫學院附設醫院楊院長俊佑等相關主管人員。茲綜整文獻蒐集、調卷、座談、諮詢、實地訪查及約詢資料，將調查意見整理如后：

- 一、鑑於每年國人平均就醫次數持續攀升，從86年之13.76次，增加至101年之15.12次，且每年超過平均就醫次數之人數，亦從86年之757萬人，增加至101年之837萬人，不僅影響醫療有限資源的有效使用，更可能影響健保的永續經營；因此，衛生福利部允應積極研議採取有效對策及相關配套，俾妥適處理保險對象「看病多」之問題。
  - (一)根據前衛生署提供之統計資料顯示，86年至101年國人平均每人每年門診就醫次數有逐年增加之趨勢，從86年之13.76次，增加至101年之15.12次。每年超過全國平均門診就醫次數之人數，亦從86年之757萬人，增加至101年之837萬人（詳見表1）。
  - (二)又，整體醫療院所平均每日門診量之年平均成長率為1.45%（詳見表2），惟92年實施總額後迄101年，各層級院所平均每日申報件數（除中醫及牙醫診所外），以醫學中心及區域醫院之成長率為最高，分別為2.60%及3.51%，西醫診所為1.45%，地區醫院則呈現負成長，為-1.24%。
  - (三)再以年齡分布觀之，以101年為例，該年超過每人平

均門診次數(15.12次)者有837萬人，其平均就醫次數為30.79次，占全國35.1%，其中未滿18歲為148萬人，平均次數為27.83次，占全國同年齡34.3%；18歲至44歲為224萬人，平均次數26.94次，占全國同年齡24.1%；45歲至64歲為263萬人，平均次數為31.37次，占全國同年齡42.8%；65歲以上為173萬人，平均次數37.44次，占全國同年齡66.1%(同表1)。

表1、86~101年每保險對象平均門診就醫次數統計表

單位：次/人、萬人、%

年別	全國	全國	年度門診就醫次數超越全國平均每人門診就醫次數者(依年齡層分層)														
			總計			未滿18歲			18歲-44歲			45歲-64歲			65歲以上		
	平均 次數	經年齡 校正	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率
	(次/人)	(次/人)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)
86年	13.76	13.73	757	28.42	36.3	229	26.65	39.6	254	25.13	28.8	165	30.61	47.1	110	36.40	62.7
87年	14.44	14.38	745	29.73	35.3	214	27.68	34.6	246	26.37	25.8	170	31.80	42.9	115	37.67	53.4
88年	14.72	14.61	785	29.42	36.7	220	27.78	37.0	258	25.89	26.8	183	31.06	44.9	124	37.27	60.0
89年	14.09	13.98	785	28.11	36.1	220	27.14	38.0	254	24.74	26.4	185	29.08	44.4	126	35.16	61.1
90年	13.64	13.53	839	26.72	37.6	223	25.56	39.7	277	23.32	28.1	203	27.60	47.0	136	34.22	64.8
91年	13.62	13.48	840	26.72	37.4	222	25.54	40.3	272	23.19	27.6	205	27.34	46.1	141	34.52	65.5
92年	13.40	13.24	809	27.18	35.9	208	25.37	38.7	260	23.97	26.4	201	28.08	43.9	140	34.53	64.2
93年	14.61	14.39	821	29.45	36.4	203	27.40	39.0	261	25.91	27.1	212	30.41	44.9	146	37.24	66.3
94年	14.70	14.48	822	29.37	36.6	205	27.40	40.2	252	25.74	26.5	215	30.21	44.2	149	36.97	66.7
95年	14.03	13.74	769	29.09	34.5	180	26.72	36.8	227	25.49	24.3	211	29.76	42.5	151	36.38	65.8
96年	14.04	13.74	778	29.05	34.6	175	26.64	36.5	230	25.52	24.8	220	29.75	42.8	153	36.06	65.4
97年	14.00	13.61	781	29.19	34.5	165	26.63	35.7	228	25.60	24.8	230	29.83	43.2	158	36.11	65.8
98年	14.44	14.00	815	29.28	35.8	169	26.36	37.1	238	25.70	25.9	243	30.01	44.1	164	36.42	66.7
99年	14.59	14.17	829	29.38	36.3	168	27.02	37.9	239	25.63	25.9	254	29.94	44.3	168	36.21	67.4
100年	15.07	14.60	806	30.54	35.1	160	27.94	36.5	227	26.79	24.4	254	31.17	42.6	166	37.18	65.6
101年	15.12	14.47	837	30.79	35.1	148	27.83	34.3	224	26.94	24.1	263	31.37	42.8	173	37.44	66.1

年別	全國	全國	年度門診就醫次數超越全國平均每人門診就醫次數者(依年齡層分層)														
			總計			未滿18歲			18歲-44歲			45歲-64歲			65歲以上		
	平均 次數	經年齡 校正	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率	人數 合計	平均 次數	全國 占率
(次/人)	(次/人)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)	(萬人)	(次/人)	(%)	
平均年成長率																	
86-101年 (總計)	0.63%	0.35%	0.67%	0.54%	-	-2.85%	0.29%	-	-0.82%	0.46%	-	3.14%	0.17%	-	3.05%	0.19%	-
86-91年 (總額前)	-0.21%	-0.37%	2.08%	-1.22%	-	-0.61%	-0.85%	-	1.41%	-1.59%	-	4.44%	-2.23%	-	5.02%	-1.06%	-
92-101年 (總額後)	1.35%	0.99%	0.37%	1.39%	-	-3.71%	1.03	-	-1.62%	1.31%	-	3.00%	1.24%	-	2.36%	0.90%	-

備註：

- 1、資料來源為前健保局二代倉儲系統門診明細檔及保險對象資訊檔。
- 2、門診件數不含「轉、代檢」、「慢連箋領藥」、「代辦」、「居家照護及社區精神照護」及「補報醫令金額」案件。
- 3、平均門診次數之分母為各年季中(2、5、8、11月)在保人數取平均。
- 4、年齡校正係以1996年十歲年齡層人口結構為基期進行各年平均門診次數之調整。
- 5、全國占率係指針對各年度該年齡層族群高於全國平均就醫次數之人數占全國該年齡層族群總人數之占率。

資料來源：前衛生署

表2、86-101年各層級門診相關案件申報統計

年度	各層級院所平均每日申報件數												總計	
	醫學中心		區域醫院		地區醫院		西醫診所		中醫診所		牙醫診所			
	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)
86年	54,565		60,730		107,771		466,536		58,307		53,986		801,894	
87年	61,079	11.94%	65,352	7.61%	113,356	5.18%	491,866	5.43%	62,835	7.77%	57,625	6.74%	852,113	6.26%
88年	66,973	9.65%	72,788	11.38%	114,630	1.12%	501,907	2.04%	66,284	5.49%	59,028	2.44%	881,611	3.46%
89年	73,177	9.26%	81,946	12.58%	98,653	-13.94%	479,956	-4.37%	64,486	-2.71%	59,664	1.08%	857,882	-2.69%
90年	80,459	9.95%	85,106	3.86%	97,193	-1.48%	464,130	-3.30%	66,548	3.20%	62,212	4.27%	855,647	-0.26%
91年	81,061	0.75%	95,953	12.75%	92,573	-4.75%	461,502	-0.57%	68,658	3.17%	63,077	1.39%	862,823	0.84%
92年	68,601	-15.37%	86,415	-9.94%	88,841	-4.03%	468,022	1.41%	76,153	10.92%	64,166	1.73%	852,198	-1.23%
93年	74,429	8.50%	94,917	9.84%	94,810	6.72%	503,148	7.51%	83,813	10.06%	70,400	9.72%	921,518	8.13%
94年	67,038	-9.93%	91,173	-3.94%	92,002	-2.96%	522,435	3.83%	83,515	-0.35%	71,019	0.88%	927,183	0.61%
95年	69,542	3.74%	81,795	-10.29%	86,961	-5.48%	488,720	-6.45%	81,473	-2.45%	71,849	1.17%	880,341	-5.05%
96年	71,839	3.30%	87,063	6.44%	85,472	-1.71%	490,545	0.37%	86,161	5.75%	73,832	2.76%	894,912	1.66%
97年	72,661	1.14%	94,336	8.35%	80,283	-6.07%	485,297	-1.07%	89,997	4.45%	75,786	2.65%	898,360	0.39%
98年	76,604	5.43%	102,061	8.19%	82,093	2.25%	507,243	4.52%	96,366	7.08%	77,885	2.77%	942,253	4.89%
99年	79,259	3.47%	106,364	4.22%	80,020	-2.53%	516,136	1.75%	92,482	-4.03%	78,206	0.41%	952,468	1.08%
100年	81,601	2.95%	113,038	6.28%	77,890	-2.66%	542,039	5.02%	95,811	3.60%	78,128	-0.10%	988,507	3.78%
101年	86,425	5.91%	117,835	4.24%	79,372	1.90%	532,666	-1.73%	99,018	3.35%	80,250	2.27%	995,556	0.71%

年度	各層級院所平均每日申報件數												總計	
	醫學中心		區域醫院		地區醫院		西醫診所		中醫診所		牙醫診所			
	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)	每日件數 (件)	成長率 (%)
平均年成長率														
86-101年 (總計)		3.11%		4.52%		-2.02%		0.89%		3.59%		2.68%		1.45%
86-91年 (總額前)		8.24%		9.58%		-2.99%		-0.22%		3.32%		3.16%		1.48%
92-101年 (總額後)		2.60%		3.51%		-1.24%		1.45%		2.96%		2.52%		1.74%

備註：

- 1、資料來源為中央健康保險局二代倉儲86-101年門診點數明細清單檔。
- 2、有關特約層級之認定採各年度年底最新之特約狀態認定之。
- 3、特約層級屬基層診所以下切分如下，權屬37為牙醫診所、權屬38為中醫診所、其餘屬西醫診所(含衛生所等)。
- 4、件數計算不含慢性病連續處方案件、醫令差額補報及相關轉代檢案件。
- 5、92年因SARS事件，故相關門診利用情形有件數少，然單價高的趨勢。

資料來源：衛生署

(四) 民眾「看病多」原因之一，即為「醫療資源可近性高」，由於醫療院所普及，且甚多醫療機構從早上開始看診至夜間始結束，因此民眾就醫便利，且可隨時就診；加以醫療機構求診之機會成本不高，使得國人看病次數多。原因之二，即為「醫療服務範圍廣」，因為不僅西醫納入健保，包括中醫、牙醫也均納入，範圍之廣，恐舉世無出其右。原因之三，即「人口老化」，我國老年人口逐年增加，伴隨而來即是容易引發多重慢性病，老年病患常應不同科別之門診，所以常須多次掛號或多次就診，看病次數因此增加，此從健保實施迄今，65歲以上老人每年平均看診次數均超過30次，且年度門診就醫次數超過全國平均每人就醫次數之人數，占全國同年齡者之比率均逾六成等情（同表1），可見一斑。原因之四即「文化因素」，部分民眾不經轉診，逕自前往醫學中心就醫，使國人在大醫院門診就醫之情形多，分級轉診形同虛設，這些因素造成國人平均門診就醫次數居高不下。

(五) 前健保局為改善國人看病多之問題，自90年起推動「門診高利用保險對象輔導專案計畫」迄今，透過各種輔導方式與管道進行輔導，以導正及輔導其就醫觀念或行為，進而達成提升就醫安全及醫療利用效率之目標，每年篩選輔導對象之標準及人數如下：

- 1、第一階段：90至96年，係以前1年門診就醫次數 $\geq 200$ 次者為輔導對象，每年約500人納入輔導。
- 2、第二階段：97至98年，係以前1年門診就醫次數 $\geq 150$ 次者為輔導對象，每年約4,500餘人納入輔導。
- 3、第三階段：99年至101年，係以前1年門診就醫次數 $\geq 100$ 次者為輔導對象，每年輔導人數增為3萬餘人。

4、自102年起，再擴大以前1年門診就醫次數 $\geq 90$ 次者為輔導對象，每年輔導人數增為6萬餘人。

(六)惟上開前健保局輔導門診高利用就醫者之成效，以96年醫療費用節省約0.5億元進行估算，90至96年約節省3.5億元(輔導前1年門診就醫次數 $\geq 200$ 次者，每年約輔導500人)，97至98年約3.5億(輔導前1年門診就醫次數 $\geq 150$ 次者，每年約輔導4,500餘人)，99年至101年約19.64億元(輔導前1年門診就醫次數 $\geq 100$ 次者，每年約輔導3萬餘人)，故90年至101年節省之醫療費用總計僅26.64億元，相較於每年所成長之就醫次數及醫療費用，顯然仍不足以有效改善國人「看病多」之趨向及根本問題。

(七)本案此次進行實地訪查，沿路醫療院所代表對於「看病多」之問題，皆主張「增加部分負擔」，特別是針對就醫超過一定次數之民眾，增加其部分負擔，以抑制不必要之就醫行為，減少醫療浪費。而前衛生署基於醫療資源有限及落實受益者付費原則，雖亦認為確有必要針對現行部分負擔制度，加以檢討，並經前健保局於102年5月8日邀集專家學者、醫界代表、付費者代表及政府機關代表等單位討論，已將高診次者增加部分負擔，列為檢討方向之一，但似乎力有未逮。此種情況如繼續惡化，不僅將會動搖健保的永續經營，更會產生「世代正義」的嚴肅課題。

(八)綜上，鑑於每年國人平均就醫次數持續攀升，從86年之13.76次，增加至101年之15.12次，且每年超過平均就醫次數之人數，亦從86年之757萬人，增加至101年之837萬人，不僅影響醫療有限資源的有效使用，更可能影響健保的永續經營；因此，衛生福利部允應積極研議採取有效對策及相關配套，俾妥適

處理保險對象「看病多」之問題。

二、每年健保門診藥費持續攀升，從90年之688.9億元，增加至101年之1,185.6億元，約占健保支出4分之1，其中近五成藥費係流向門診慢性病；加以每年慢性病連續處方箋開立件數從87年之9萬4千件，增加至101年之1,971萬5千件，其藥費從87年之0.88億元，增加至101年之176.34億元，不僅影響醫療有限資源的有效使用，更可能衍生變相鼓勵醫療有限資源的不當濫用；因此，為避免醫療資源浪費，並保障病患用藥安全，衛生福利部允應積極研議採取有效對策及相關配套，俾妥適處理保險對象「拿藥多」之問題。

(一)根據前衛生署提供之統計資料顯示，歷年醫療院所門診藥費申報<sup>12</sup>呈現逐年成長之趨勢，從90年之688.9億元，增加至101年之1,185.6億元，約占健保支出4分之1，其中以醫學中心門診藥費所占比率為最高（詳如下表3）。

表3、90至101年門診藥費統計

單位：億

年度	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所	門診透析	牙醫	中醫
90	<b>688.9</b>	211.4	143.0	90.8	206.1	-	1.1	36.5
91	<b>728.8</b>	239.4	168.0	96.0	187.6	-	1.1	36.7
92	<b>768.5</b>	247.7	167.6	97.6	199.6	8.8	2.1	45.1
93	<b>881.2</b>	279.2	200.4	108.8	230.2	9.9	2.5	50.1
94	<b>895.4</b>	271.4	204.4	104.2	251.4	11.1	2.7	50.3
95	<b>910.9</b>	284.7	219.0	102.3	239.8	12.7	2.5	50.0
96	<b>940.2</b>	303.9	230.3	102.8	231.6	15.3	2.5	53.7
97	<b>1,008.6</b>	335.6	254.8	105.3	235.3	17.6	2.7	57.3
98	<b>1,069.3</b>	355.7	272.6	108.2	247.2	19.6	3.0	63.1
99	<b>1,086.9</b>	367.8	281.7	106.1	244.0	20.9	3.1	63.4
100	<b>1,180.3</b>	406.2	310.9	113.2	258.7	20.6	3.0	67.7
101	<b>1,185.6</b>	419.5	313.7	110.3	246.7	20.4	3.1	71.9

<sup>12</sup> 前衛生署表示，西醫基層與醫院總額支付制度分別自90、91年開始實施，故自90年開始統計。

備註：

- 1、資料來源：前健保局業務執行報告。
- 2、本表統計範圍含醫院總額、西醫基層總額、門診透析、中醫及牙醫之門診藥費。
- 3、西醫基層與醫院總額支付制度分別自90、91年開始實施，故自90年開始統計。
- 4、91年以前門診透析包含於醫院與基層院所內，自92年起方獨立計算。
- 5、93年以前資料含代辦案件藥費，94年以後資料則不含。

資料來源：前衛生署

(二)又，由於人口老化迅速、平均餘命增加、疾病型態逐漸由急性感染症轉為慢性疾病，造成慢性病患者及罹患癌症等重大傷病之人口逐漸增加，加上新藥研發改變治療型態，許多疾病由高風險手術治療轉為使用新的藥品治療，使得藥品費用結構隨之產生重大變化。每年重大傷病及門診慢性病藥費占率均呈現逐年成長之趨勢（詳見表4），重大傷病藥費占率從86年之12.2%，增加至101年之30.7%；門診慢性病藥費占率則從86年之37.7%，增加至101年之48.0%，占健保藥費將近一半。尤其近幾年慢性病及重大傷病人數大幅度增加，導致近八成藥費流向慢性病及重大傷病，且有逐年成長之趨勢，98年兩者藥費占率約為76.4%，99年占率為77.2%、100年占率為78.0%、101年占率為78.7%，顯然藥費快速成長，主要來自慢性病及重大傷病。

表4、健保藥費流向分析(依疾病類別-重大傷病、門診慢性病、其他分類)

單位：億元；%

年別	重大傷病		門診慢性病		其他		合計	
	藥費	占率	藥費	占率	藥費	占率	藥費	占率
86	78	12.2	241	37.7	322	50.2	641	100.0
87	93	12.9	286	39.6	342	47.4	722	100.0
88	110	13.7	334	41.6	358	44.7	803	100.0

年別	重大傷病		門診慢性病		其他		合計	
	藥費	占率	藥費	占率	藥費	占率	藥費	占率
89	126	15.3	353	42.6	349	42.1	828	100.0
90	138	16.3	376	44.4	333	39.3	848	100.0
91	167	18.5	427	47.2	310	34.3	903	100.0
92	191	20.3	452	48.0	298	31.7	941	100.0
93	231	21.2	529	45.6	328	30.2	1,089	100.0
94	250	22.4	535	47.9	331	29.7	1,116	100.0
95	274	24.2	553	48.9	304	26.9	1,131	100.0
96	293	25.3	564	48.8	299	25.8	1,156	100.0
97	330	26.7	606	49.1	299	24.2	1,235	100.0
98	354	27.2	640	49.2	307	23.6	1,301	100.0
99	374	28.5	639	48.7	300	22.8	1,313	100.0
100	411	28.8	701	49.2	312	21.9	1,424	100.0
101	435	30.7	681	48.0	304	21.4	1,420	100.0

備註：

- 1、製表時間為102年7月1日。
- 2、資料來源：二代倉儲系統及檔案分析
- 3、前健保局倉儲資料收載最早年份為86年起之申報資料，故提供自86年起之資料。
- 4、本表統計範圍為排除代辦案件之門、住診資料(含西醫、牙醫、中醫)。
- 5、成長貢獻度= (當年之藥費-基期年之藥費)/(當年合計藥費-基期年全年藥費)。

資料來源：前衛生署

(三)再從87至101年門診藥品處方箋相關統計觀之(詳見表5)，每年慢性病連續處方箋開立件數從87年之9萬4千件，快速增加至101年之1,971萬5千件，藥費從87年之0.88億元，快速增加至101年之176.34億元。本案實地訪查，醫療院所代表共同主張取消慢性病連續處方箋免收藥品部分負擔，以解決「拿藥多」所造成之浪費問題，抑制不必要之就醫行為。而前衛生署基於現行慢性病連續處方箋不需額外繳交藥品部分負擔，與一般藥品處方需要繳交藥品部分

負擔不同，而為落實受益者付費及避免濫用醫療資源等目的，亦認為取消慢性病連續處方箋免收藥品部分負擔之作法尚無不可，亦已由前健保局研議是否取消持慢性病連續處方箋免收藥品部分負擔。前衛生署並認為減免持慢性病連續處方箋調劑(開藥28天以上)者藥品部分負擔，係依該署94年6月公告之「全民健康保險保險對象應自行負擔門診費用」，以行政命令所減免之部分負擔，故該局如取消慢性病連續處方箋免收藥品部分負擔，尚無法律層面之障礙。

表 5、87 至 101 年門診藥品處方箋相關統計

年度別	醫院				基層院所				合計			
	一般處方箋		慢性病連續處方箋		一般處方箋		慢性病連續處方箋		一般處方箋		慢性病連續處方箋	
	開立件數 (千)	藥費 (百萬)										
87	72,689	34,145	65	65	194,436	24,526	28	23	267,125	58,671	94	88
88	76,076	39,293	279	311	196,862	25,439	98	67	272,938	64,732	377	378
89	74,620	41,293	680	767	187,799	24,838	132	83	262,420	66,131	813	850
90	75,915	43,512	1,045	1,142	181,205	24,229	182	101	257,120	67,741	1,227	1,242
91	76,095	48,261	1,652	1,964	179,310	22,222	486	247	255,405	70,483	2,138	2,211
92	66,789	46,564	3,129	5,651	182,737	23,676	903	543	249,526	70,239	4,032	6,194
93	71,044	54,481	3,881	5,425	197,353	27,089	1,283	654	268,397	81,571	5,164	6,079
94	64,817	52,910	5,101	6,808	202,648	29,000	1,660	850	267,465	81,910	6,761	7,658
95	58,705	53,883	6,477	8,652	189,053	27,171	2,261	1,402	247,759	81,054	8,738	10,055
96	57,948	55,702	7,973	10,216	190,443	26,478	2,912	1,641	248,391	82,180	10,885	11,857
97	56,355	59,710	9,518	12,369	189,573	26,759	3,512	2,075	245,928	86,469	13,031	14,444
98	56,981	62,270	10,889	14,183	195,890	28,022	4,153	2,516	252,871	90,292	15,042	16,699
99	56,361	64,369	11,838	14,100	199,563	27,705	4,735	2,550	255,924	92,074	16,572	16,650
100	56,419	70,265	12,942	15,743	209,701	29,226	5,260	2,918	266,119	99,491	18,201	18,661
101	56,687	72,367	13,925	15,049	206,398	28,731	5,790	2,585	263,095	101,097	19,715	17,634

備註：

- 1、資料來源：中央健康保險局二代倉儲系統門診及藥局明細。
- 2、本表相關案件定義自87年始才有明確定義，故資料自87年始提供。
- 3、慢性病連續處方箋開立件數認定為案件類別04、06及符合開立慢性病連續處方箋之診察費代號。
- 4、門診藥品處方箋開立件數範圍認定為藥費不為0或給藥天數不為0。
- 5、本表統計範圍不包含代辦案件。
- 6、一般處方箋件數不含交付機構案件數並排除「轉、代檢案件」、「08與28案件之慢箋案件數」及「補報醫令或部分醫令金額案件」。

資料來源：前衛生署

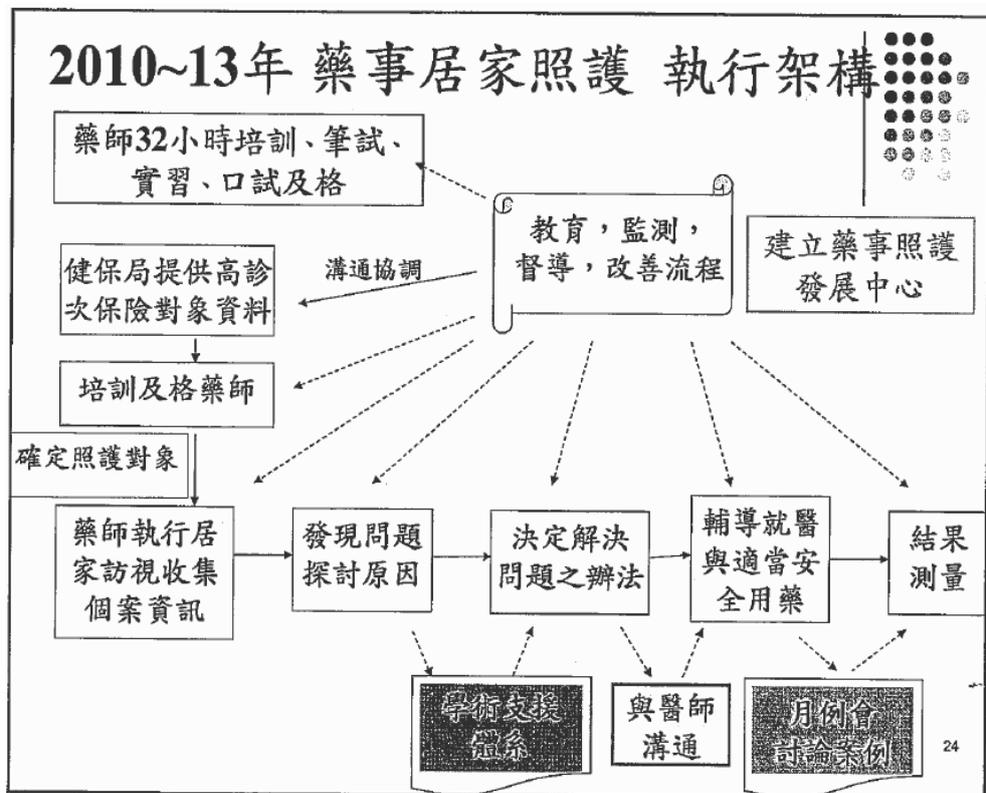
(四)綜上，每年健保門診藥費持續攀升，從90年之688.9億元，增加至101年之1,185.6億元，占健保支出4分之1。加以健保實施迄今，重大傷病藥費占率從86年之12.2%，增加至101年之30.7%；門診慢性病藥費占率則從86年之37.7%，增加至101年之48.0%，尤其近年來慢性病及重大傷病人數大幅度之增加，導致近八成藥費流向慢性病及重大傷病。加以本案實地訪查，沿途醫療院所代表均提出慢性病用藥逐年成長之問題，爰主張取消慢性病連續處方箋免收藥品部分負擔，以解決「拿藥多」所造成之浪費問題。是以，為避免醫療資源浪費，並保障病患用藥安全，衛生福利部允應積極研議採取有效對策及相關配套措施，俾妥適處理保險對象「拿藥多」之問題，並兼顧弱勢民眾之就醫權益。

三、前衛生署健保局自99年推動「高診次民眾就醫行為改善方案－藥事照護試辦計畫」迄今，在中華民國藥師公會全國聯合會及藥師人員積極配合努力之下，成效顯著，應予肯認；衛生福利部允宜在維持並精進服務品質前提下，研議擴大實施辦理。

(一)為使醫療資源的合理使用，針對門診高利用之保險對象中需輔導建立正確服用藥物觀念者，進行居家訪視，以避免藥物重複使用，揭示用藥安全，間接減少醫療資源之浪費，前健保局自99年起推動實施「高診次民眾就醫行為改善方案－藥事照護試辦計畫」(以下簡稱藥事居家照護計畫)，由中華民國藥師公會全國聯合會(以下簡稱藥師公會全聯會)協助執行，針對前一年就醫超過一定次數以上的高就診民眾，進行藥事居家照護服務。

(二)藥師公會全聯會為執行上揭計畫，建立「藥事照護發展中心」，其任務包括：聘請專任全職專家擬定

此計畫之標準作業程序，建立藥事人員培訓過程，發展照顧模式；定期舉行個案討論及工作檢討會，以管控藥事照護品質；安排學術支援藥事人員，適時支援居家照護藥事人員；規劃與醫師溝通之模式，發展電腦化記錄模式；計畫期中及期末提報執行成果送前健保局，並配合全民健康保險醫療費用協定委員會或監理委員會之相關會議時程提報執行情形。此外，藥師公會全聯會為能妥善執行該項計畫，已研定藥事居家照護標準作業程序，包括：藥事人員培訓過程（參與此項計畫之藥師必須通過32小時培訓、筆試、實習及口試及格後，由藥師公會全聯會發給合格證明）、執行輔導過程、與醫師協調之注意事項、學術支援藥事人員及藥事照護再訓練等程序（99至102年藥事居家照護執行架構，詳見下圖），俾提供具有品質之藥事照護服務。



(三)99至101年藥事居家照護計畫之成效(詳見表6)：

- 1、99年照顧808位個案，在門診就醫總次數上平均每位個案下降27次，降低29%；在門診醫療總花費上，平均每位個案下降15,669元，降低20%，總共下降1,266萬元；而在門診藥品費用上，平均每位個案下降5,777元，降低19%。當年度給付藥師的藥事照護費用約385萬元，若以門診醫療費用的節省當作利益，則藥師提供藥事居家照護之成本利益比為1：3.3。
- 2、100年照顧4,032位個案，在門診就醫總次數上平均每位個案下降13.97次，降低17%；在門診醫療總花費上，平均每位個案下降6,062元，降低10%，總共下降2,444萬元；而在門診藥品費用上，平均每位個案下降2,109元，降低10%。當年度給付藥師的藥事照護費用約2,442萬元，因此，藥師提供藥事居家照護之成本利益比為1：1，惟保護該群體的用藥安全，改善就醫行為。
- 3、101年照顧4,966位個案，在門診就醫總次數上平均每位個案下降10.57次，降低17%；在門診醫療總花費上，平均每位個案下降8,564元，降低14%，總共下降4,252萬元；而在門診藥品費用上，平均每位個案下降1,763元，降低11%。當年度給付藥師的藥事照護費用約3,018萬元，若以門診醫療費用的節省當作利益，則藥師提供藥事居家照護之成本利益比為1：1.4
- 4、由上開數據可見，該項計畫確能發揮維護民眾用藥之安全，並減少醫療資源浪費之成效。

表6、藥事居家照護門診表現總成績(經濟上成果指標)

指標項目	99年 (N=808個案, 42 位藥師)	100年 (N=4,032個案 , 101位藥師)	101年 (N=4,966個案 , 135位藥師)
門診就醫 次數	前93.2±1.3 後66.2±1.3 改變率：-29%	前80.90±0.41 後66.93±0.46 改變率：-17%	前63.56±0.33 後52.99±0.34 改變率：-17%
門診醫療 總花費 (元)	前77,256±5,759 後61,587±3,221 改變率：-20% -\$12,660,552	前60,395±552 後54,333±627 改變率：-10% -\$24,441,274	前61,512±483 後52,948±508 改變率：-14% -\$42,528,824
門診藥品 費用(元)	前30,847±5,498 後25,069±2,749 改變率：-19%	前20,723±308 後18,614±298 改變率：-10%	前16,198±244 後14,435±251 改變率：-11%
成本利益 比(藥師申請 藥事照護費用 ：門診醫療費 用節省)	3,850,000： 12,660,552 =1：3.3	24,420,000： 24,441,274 =1：1	30,182,200： 42,528,824 =1：1.4

資料來源：藥師公會全聯會

- (四)此外，本案實地訪查過程中，調查委員亦深入社區及家庭中與接受藥事照護的個案面對面進行互動，以瞭解此項計畫之執行成效及輔導對象的親身感受，這些民眾及其家屬在經過藥師的訪視輔導及協助之後，對於藥師的付出（不僅僅提供藥事方面的照護，尚包括心理關懷、協助就醫等額外的協助），均給予高度肯定並由衷感謝，藥師的角色如同家人，甚至比家人還要親近；甚有部分個案原本深受頭痛之困擾而無法就業，但經過藥師之居家藥事照護後，疾病獲得改善，因而能夠重新回到職場工作。且前衛生署從藥師公會全聯會所訂之高診次居家照護藥師培訓課程舉辦辦法、高診次居家照護藥師培訓課程筆試規則、中華民國藥師公會全國聯合會藥事居家照護輔導訪視辦法等，已詳細訂定參加藥師須通過相關訓練及考試後，始得勝任，並有輔導

訪視辦法抽選保險對象訪查以確保照護品質之措施等事項，認為藥師公會全聯會建立教育、監測、督導及改善流程之執行架構，以確保藥事居家照護品質，尚屬周延。另前健保局以101年之執行成效為例，亦認為藥師公會執行成果已達該計畫預定之目標(101年輔導後，醫療費用下降率為13.92%)，具有相當之經濟效益。

(五)綜上，前健保局自99年推動藥事居家照護試辦計畫迄今，在藥師公會全聯會及藥師人員積極配合努力之下，成效顯著，應予肯認。衛生福利部允宜在維持並精進該計畫既有之教育、監測、督導及改善流程之執行架構及服務品質前提下，研議賡續推動並擴大實施辦理，以保障民眾之用藥安全，進而減少醫療資源之浪費。

**四、長庚紀念醫院推動實施之「整合用藥資訊提升門診病人多重用藥安全」，確可減少病患重複用藥之問題，衛生福利部允宜參酌研擬擴大推廣辦理，以有效節省用藥浪費，並提升多重疾病患者之用藥安全。**

(一)長庚醫院基於藥物事件為病人安全事件通報之首位，以及多重用藥導致非預期的用藥問題(如增加藥物不良反應事件、增加藥物交互作用的機會、病人服藥的配合度下降)，爰推動實施「整合用藥資訊提升門診病人多重用藥安全」(跨科別多重及高用藥整合專案)，利用院內資訊系統之整合，採取8項對策，包括：建置即時用藥安全管控機制、建構即時高用藥量諮詢提示機制、依專科需求增設高劑量規格供使用、提升醫師開立行為自主管理、持續定期回饋監測及檢討機制、高用藥量個案內部自審加強管理、多重用藥病人用藥監測與關懷多重用藥個案門診整合等措施，以減少患者不必要的用藥，

降低非預期的用藥問題，並有效管控藥費，避免醫療資源浪費。經執行後，該醫院針對門診病人（102年1月及102年4月），於其就診日前1日計算28天內以開立之藥品顆粒總數 $\geq 800$ 顆之個案數，已從506人降低500人，確有初步成效。

分析期間	個案數
102年1月	506人
102年4月	500人

資料來源：長庚醫院

(二)前衛生署對於長庚醫院上開執行情形，亦表示：對於長庚醫院推動實施之「整合用藥資訊提升門診病人多重用藥安全」，其目的就是利用同一機構資訊系統的整合，藉由資訊系統提醒處方醫師用藥之相關訊息，提高處方藥物的安全及減少重複用藥，尤其所提供的資訊顯示成效頗佳。目前該署正利用雲端科技，發展藥歷檔資料雲，整合不同機構同1名病人之用藥，俟未來技術成熟後，即可推廣使用。

(三)綜上，從長庚紀念醫院推動實施之「整合用藥資訊提升門診病人多重用藥安全」成效顯示，確可減少病患重複用藥之問題，衛生福利部允宜參酌研擬擴大推廣至各醫療院所，甚至能夠跨院所整合同1名病人之用藥情形，以維護多重疾病患者之用藥安全，並有效節省用藥浪費之問題。

五、健保實施後，民眾使用特定昂貴醫療儀器檢查逐年明顯增加，從電腦斷層掃描儀（CT）到磁振共振斷層掃描儀（MRI）及正子斷層掃描儀（PET），均有「檢查多」之情形，前衛生署雖已進行相關監測並推動特定檢查資源共享試辦計畫，惟成效仍然不彰，衛生福利部允應積極研議有效對策。

(一)健保實施後，國人使用特定醫療儀器檢查之人次大

為增加，以使用人次較高之電腦斷層掃描儀（CT）為例，88年有67.5萬人次，101年即達154.5萬人次，增加2.28倍，申報費用亦從30.41億元，增加至70.59億元，台數亦從88年之227台，增加至101年之400台。另磁振共振斷層掃描儀（MRI），由88年之16.0萬人次成長至101年之56.1萬人次，增加3.5倍；申報費用亦從13.18億元，增加至45.64億元，台數亦從88年之50台，增加至101年之183台。至於正子斷層掃描儀（PET），從93年之2千人次，增加至101年之2.3萬人，增加11.5倍；申報費用亦從0.64億元，增加至8.08億元，台數亦從93年之10台，增加至101年之40台（詳見表7）。顯見健保實施後，民眾使用特定昂貴醫療儀器檢查逐年明顯增加，而有「檢查多」之情形。

表7、88年至101年國人使用特定昂貴醫療儀器檢查之情形

單位：台、千人次、百萬點

年度	CT			MRI			PET		
	台數	檢查人次	申報費用	台數	檢查人次	申報費用	台數	檢查人次	申報費用
88	227	675	3,041	50	160	1,318	-	-	-
89	264	673	3,083	66	171	1,459	-	-	-
90	288	680	3,092	75	189	1,586	-	-	-
91	300	766	3,494	88	238	1,979	-	-	-
92	312	813	3,707	95	273	2,268	-	-	-
93	307	943	4,328	107	317	2,650	10	2	64
94	315	931	4,323	114	301	2,599	17	7	248
95	323	968	4,493	126	322	2,761	23	9	329
96	336	1,072	4,971	135	368	3,121	28	11	390
97	355	1,176	5,459	149	411	3,440	32	14	498
98	387	1,265	5,849	161	443	3,674	35	15	530
99	393	1,352	6,196	170	480	3,957	37	14	490
100	398	1,438	6,587	175	515	4,239	40	14	478
101	400	1,545	7,059	183	561	4,564	40	23	808

資料來源：前衛生署

(二)前健保局為能監控重複檢查之情形，利用健保醫療費用申報資料，監測MRI及CT檢查後90日內再次執行之比率，雖每年有呈現下降之趨勢，從97年之12.60%及17.90%，降低至101年之6.14%及10.52%（詳見表8）。惟每年下降的幅度，相較於每年MRI及CT增加之檢查人次及醫療費用，力道仍有不足。

表8、健保局監測90日內再執行CT及MRI檢查之比率

指標項目	97年	98年	99年	100年	101年
MRI檢查後90天內再執行CT及MRI檢查之比率	12.60%	12.74%	6.11%	6.27%	6.14%
CT檢查後90天內再執行CT及MRI檢查之比率	17.90%	17.86%	10.55%	10.81%	10.52%

備註：

- 1、資料來源：健保局檔案分析系統。
- 2、分子：以分母之案件ID追蹤90天內所有執行CT或MRI的筆數(跨院所)。
- 3、分母：門、住執行CT/MRI之案件數。
- 4、97-98年之統計未區分檢查部位，99年以後依部分別統計重複率(99年方要求醫院申報部位別欄位)。

資料來源：前衛生署

(三)又前健保局為鼓勵醫療資源共享，避免患者重複受檢之困擾，以減少醫療資源浪費，已研訂「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」，並於93年7月1日公告實施，期望藉由此試辦方式，建立資源共享模式，立意良好。惟101年僅有226家特約院所參加該試辦計畫，且推估100年節省費用約1.45億點，101年則為1.63億點，對照每年持續成長之檢查人次及申報醫療費用，成效仍有待提升。

(四)此外，本案實地訪查時，不少醫療院所代表表示，

由於醫師為避免醫療糾紛，故進行防衛性之檢查，因而產生「檢查多」之問題。如同門諾醫院暨相關事業機構黃勝雄總執行長於本院實地訪查時表示：「醫師沒有在第一時間診斷出來而被告的案例時有所聞，使醫師儘量做檢查來保護自己，第1次頭痛的病人還沒量血壓，就要送去做頭部的CT或MRI，這是防禦性的醫療，是資源的浪費。」前衛生署雖已提出醫療法第82-1條修正案、醫療糾紛處理及醫療事故補償法，惟迄今尚未完成修法及立法程序，致醫療現場仍對醫療糾紛憂心忡忡。

(五)綜上，健保實施後，民眾使用特定昂貴醫療儀器檢查逐年明顯增加，從CT到MRI及PET，均有「檢查多」之情形，前衛生署雖已進行相關監測並推動特定檢查資源共享試辦計畫，惟成效仍然不彰，衛生福利部允應積極面對並儘速研議有效對策。

**六、基於目前改善「三多」問題之相關措施能否發揮效果，多涉及醫療資訊系統之技術成熟與否，故行政院允應全力支持衛生福利部及健保署之「臺灣健康雲計畫」推動與執行，俾利建立醫療網路的高速公路，有效減少醫療浪費之問題。**

(一)查前衛生署於臺灣健康醫療雲子計畫中規劃2個子項—「電子病歷雲端服務」及「醫療雲端服務環境」，其主要內容如下：

1、電子病歷雲端服務

(1)建置營運「雲端電子病歷索引中心」與「電子病歷雲端閘道器服務中心」，以發展電子病歷雲端交換互通平台模式，支援國內醫療院所電子病歷儲存、交換互通之雲端服務環境，藉此鼓勵國內醫療院所推動電子病歷之意願。

(2)於105年前協助300家衛生所及5,000家診所與

電子病歷雲端閘道器服務中心連結，並可調閱醫療院所電子病歷功能。

(3) 持續維運電子病歷資訊安全相關作業。

## 2、醫療雲端服務環境：

(1) 發展雲端醫療服務，縮短城鄉醫療數位落差，支援偏遠、山地、離島、衛生所醫療服務，提升醫療品質。

(2) 建構署立醫院新世代資料中心，以雲端計算為服務基礎，兼具彈性、擴充性，達節能減碳、高效能、隨需供應的自助醫療資訊服務，提升醫院服務品質。

(3) 提供以病患為中心的資訊服務及醫護人員行動護理服務，提升醫療照護服務品質。

(4) 推動前衛生署所屬醫院為磁吸醫院，因應磁吸醫院資訊需求及環境建置，藉由護理作業資訊化，提升工作品質。

(5) 雲端醫療分析，支援臨床醫師診療服務，提升診療決策品質，強化專業服務範圍與品質深度。

(6) 為提供安全就醫及個資保障，建立支援醫院安全醫療資訊環境。

(二) 前衛生署所提上開「臺灣健康雲計畫」前於101年10月間函報行政院審核，嗣經該院於102年1月29日函復有關機關之意見，目前該署已據以完成修正該計畫，並再陳報行政院審核中。

(三) 由於前揭計畫係利用雲端科技，建置及整合醫療院所的醫療資訊環境，此將有助於醫療院所及第一線醫師透過資訊系統快速取得並掌握病患相關就醫資訊，進而減少醫療浪費。況且前健保局對於「三多」問題，所採取之相關改善作為，亦多涉及資訊系統之運用，例如：健保卡登錄及上傳，以提供醫

師診療跨院所就醫病人完整醫療資訊；健保卡儲存最近6次就醫資料、60組處方資料及過敏藥物紀錄等，以提供醫師透過醫師卡讀取其內容，避免重複用藥或重複檢查；推動實施「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享計畫」，透過前衛生署之影像交換中心，取得病患已經完成之檢查影像及相關報告，以利資源共享，減少醫療浪費；針對全民門診達20次以上者，藉由健保卡讀取卡號時出現及時警訊，由診治醫師協助瞭解原因及輔導等等。惟本院實地訪查時，第一線醫師卻多反映健保卡相關就醫資訊之讀取速度過慢，影響診察的進行及效率；第一線醫師亦表示：健保資料庫相當龐大，但醫院卻無法知悉民眾就醫情形，雖可從健保卡讀取相關資料，但仍有限制(如超過6次)，倘如能瞭解民眾的就醫情形，醫院即可進行宣導或採取行動，引導民眾就醫的行為。

(四)此外，長庚紀念醫院已推動實施「整合用藥資訊提升門診病人多重用藥安全」，其目的即是運用同一醫療機構資訊系統之整合，藉由資訊系統提醒處方醫師用藥之相關資訊，以提高處方藥物之安全及減少重複用藥。倘前揭方式能夠擴大推廣至各醫療院所，甚至跨院所整合同1名病人之用藥情形，確能維護多重疾病患者之用藥安全，並可有效減少用藥浪費，惟此亟需精進強化相關資訊技術。前衛生署雖已著手利用雲端科技，發展藥歷檔資料雲，以整合不同機構同一病人之用藥，惟仍須俟技術成熟後始可推廣使用。

(五)綜上，由於目前改善「三多」問題之相關措施能否發揮效果，多涉及醫療資訊系統之技術成熟與否，凸顯醫療資訊網路之重要性及必要性，故行政院允

應全力支持「臺灣健康雲計畫」之推動與執行，俾利建立醫療網路的高速公路，有效減少醫療浪費之問題。

七、衛生福利部應持續向民眾加強宣導「全民健保、人人有責」，珍惜有限健保資源的觀念，並教育民眾正確醫療保健知識，俾妥善處理保險對象「三多」問題。

全民健保之被保險人有繳交健保費之義務，其獲得醫療給付之權益亦將受到保障，保險特約醫事服務機構有提供保險對象醫療服務之義務，因而獲得對價之醫療費用支付，惟一旦醫療院所或保險對象對於醫療之供給或需求遠超過實際之需要而發生醫療浪費情事，將排擠健保預算之使用，影響確有需求者之醫療需要，而危及全民健保之公益性質，因此民眾醫療權益之保障並非等同於毫無節制地使用醫療資源，再由全體被保險人共同買單。

健保實施迄今，國人享受健保照護之同時，確已發生「看病多、拿藥多、檢查多」之「三多」問題，前衛生署及前健保局目前對於醫療費用之控制，多是對提供醫療服務之醫療院所進行管控，然而，部分「三多」問題之發生，亦與民眾指導醫師之醫療行為或民眾缺乏醫療衛生常識有關，部分民眾亦欠缺健保資源有限，應予珍惜之觀念。本院實地訪查，沿途醫療機構代表幾乎一致建議不能僅對醫療院所進行管控，更應對民眾強化衛教，不斷強調「全民健保、人人有責」、「永續健保、人人有責」之觀念，始能釜底抽薪，有效改善「三多」問題。顯然對於民眾「三多」問題之處理，雖仍需仰賴醫界於病患看診時適時進行衛教，惟衛生福利部亦應加強向民眾宣導珍惜有限健保資源的觀念，並教育民眾正確醫療保健知識，更應積極研議有效對策，在保險對象至醫療院所重複醫

療或取藥時，即能立刻查覺，並加以妥適處理，以有效管控「三多」問題。

八、長期以來，前衛生署未能積極檢討重大傷病範圍項目的界定，致使健保實施迄今，列入重大傷病範圍之疾病項目只增不減，從16項增加為30項，每年領證數逐年增加，從84年開辦時之21萬7,960張，增加至101年之96萬1,265張，領證人數為89萬8,975人，占該年納保人口之3.86%；所使用的醫療費用亦從86年之415.95億元，增加至101年之1,558.43億元，占健保支出之27.56%，已為健保財務帶來沉重之壓力，甚至可能動搖健保永續經營的基礎，顯有怠失。

(一)依據全民健康保險法第48條第2項之規定，重大傷病免自行負擔費用範圍、重大傷病之項目、申請重大傷病證明之程序及其他相關事項，由主管機關定之。

(二)前衛生署雖稱重大傷病項目係以需長期持續治療且其總醫療費用高之傷病為納入的原則，惟查健保於84年開辦時，前衛生署所公告之重大傷病範圍僅有16項疾病，嗣後陸續再增列，84年增列10項、85年增列2項、87年增列3項、91年時將「其他經保險人認定後，由主管機關公告之傷病」修正為「經本署公告之罕見疾病，但已列屬前三十類者除外」，僅於94年時因愛滋病項目回歸公務預算支應<sup>13</sup>，而篩除該傷病(歷年增修訂內容詳見表9)，致健保開辦迄今計有30項疾病列入重大傷病範圍。顯見該署未曾隨著新科技及新藥品之發展，適時重新檢討重大傷病範圍之各項疾病是否仍然符合需要長期持

---

<sup>13</sup> 衛生署前依行政院94年2月18日召開「研商健保財務改革措施會議」決議：「同意公共衛生支出之法定傳染病、預防保健及教學成本等經費，逐年回歸公務預算編列」，爰此，該署配合於94年12月21日公告全民健保重大傷病範圍刪除愛滋病項目。

續治療且其總醫療費用高之原則，致使重大傷病範圍的項目逐漸擴增，引發浮濫之爭議。

表9、全民健保重大傷病範圍歷次增修訂內容

公告日期	增定項次	增訂疾病內容	修訂項次
84年1月25日公告	16大項	1癌症-16經保險人公告	2項
84年4月27日公告增修	4項 (備註)	1、重症肌無力症。2、先天性免疫不全症。3、脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者(其殘障等級在中度以上者)。4、職業病	3項
84年6月20日公告增修，並於84年7月1日起實施	5項	急性腦血管疾病(限急性發作後1個月內)、多發性硬化症、先天性肌肉萎縮症、先天性魚鱗癬樣紅皮症(穿山甲症)、多發性肌炎、皮肌炎、血管炎、天皰瘡、乾燥症、癲癇病	3項
84年10月5日公告增修，並於同日起實施	1項	肝硬化，併有下列情形之一者：腹水無法控制、食道或胃靜脈曲張出血、肝昏迷或肝代償不全	4項
85年4月23日公告增修，並於同日起實施	1項	早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。 早產兒出生後3個月內因神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟(含支氣管)等之併發症。 早產兒出生滿3個月後，經殘障等級評鑑為中度以上，領有社政單位核發之殘障手冊者。	2項
85年7月6日公告增訂，並於同日起實施	1項	烏腳病	
87年1月14日公告增修，並追溯87年1月1日起實施	1項	後天免疫缺乏症候群(指感染人類免疫缺乏病毒者)	
87年1月21日公告增訂，並於同日起實施	1項	運動神經元疾病其殘障等級在中度以上或須使用呼吸器者。	
87年5月20日公告增修，並於同日起實施		庫賈氏病、克隆氏症、慢性潰瘍性結腸炎	4項
87年5月20日公告增修並實施		1、器官或組織之移植手術後，肺臟。2、器官或組織之移植手術後	

公告日期	增定項次	增訂疾病內容	修訂項次
		，肝臟。3、肝臟移植併發症。4、肺臟移植併發症。	
88年4月22日公告修正並實施			1項
91年8月30日公告修正	1項	31、經該署公告之罕見疾病，但已列屬前30類者除外。	
94年12月21日公告修正，並自95年1月1日起實施		刪除第28類「後天免疫缺乏症候群」	
98年2月18日公告修正，並自98年2月18日起實施		將原第24類「癲癇病」，中文疾病名稱修正為「漢生病」（英文名稱亦修正之）。 第30類「經本署公告之罕見疾病，但已列屬前30類者除外。」修正為「經本署公告之罕見疾病，但已列屬前29類者除外。」	
99年6月28日公告修正		1、第6類慢性精神疾病修訂有效期間。2、增列胰臟儀手術職後。3、第13類呼吸衰竭使用呼吸器，修正發卡條件及有效期間。	
100年3月25日公告		配合二代健保法第48條規定，公告「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」修正第2條條文，並同步廢止「全民健康保險重大傷病範圍」。	

備註：「脊髓損傷或病變」單獨列為第十八項，故原第十一項配合修正，將「脊柱骨折，伴有脊髓病兆」及「無明顯脊髓損傷之脊髓傷害」兩細項一併移列於第十八項下。

資料來源：前衛生署

(三)由於納入重大傷病範圍之疾病項目只增不減，致使每年領證人數逐年增加。健保開辦後，重大傷病領證總數從84年之21萬7,906張(占該年納保人口數之比率為1.14%)，逐年增加迄101年底為96萬1,265張，18年間增加約4.4倍；且101年領證人數為89萬8,975人，占該年納保人口數之比率為3.86%(詳見表10)。再從每年新申請核發證數以觀，近3年(99至101年)均以「需積極或長期治療的癌症」、「慢

性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者」及「因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者」為最多，以101年為例，前揭3項重大傷病之新申請核發證數計有118,743張，占該年新申請核發總證數之比率為81.98%（詳見表11）。

(四)又，隨著重大傷病領證人數逐漸增加，重大傷病所使用之醫療資源亦隨之成長，86年的門住診醫療點數為415.95億點，迄101年的門住診醫療點數，已達1,558.43億元；且占門住診醫療總點數之比率，亦從86年之17.22%，迄101年已增加為27.56%（詳見表12），亦即3.86%之納保人口使用超過四分之一以上的醫療資源(詳見圖1、及圖2)。加上每年重大傷病藥費占率呈現逐年快速成長之趨勢，從86年之12.2%，迄101年已達30.7%（同表4），可見重大傷病已為有限的健保資源，帶來不可言喻之沉重壓力，本院進行實地訪查，不少醫療院所代表紛紛主張重大傷病範圍應該要重新檢討及定義。

(五)此外，自健保開辦以來，重大傷病證明核發張數最多前10名的排名，均未曾變動，以「需積極或長期治療的癌症」始終高居第1位，排名第2位為「慢性精神疾病」，前兩者合計核發張數，迄101年為672,028張，占總核發張數近70%。又，「需積極或長期治療的癌症」、「慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者」及「因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者」等3項重大傷病，合計核發張數迄101年達547,140張，占核發總張數之56.92%，且此3項重大傷病之門住診醫療點數合計1,199.74億點，占重大傷病門住診醫療總點數之比率高達76.98%（詳見表13），凸顯前揭3項重大傷病患者每年所使用之醫療資源，確實相當驚人。

表10、84至101年重大傷病領證數統計

單位：張、人、%

核發證數 排序	重大傷病種類	84	85	86	87	88	89	90	91	92
1	需積極或長期治療之癌症	86,411	124,603	160,014	150,258	171,112	203,038	208,589	247,158	280,005
2	慢性精神病	60,713	70,142	78,165	71,879	83,855	96,082	101,865	118,945	139,107
3	需終身治療之全身性自體免疫症候群	13,008	16,386	19,349	20,263	23,671	28,002	29,956	34,862	39,532
4	慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者	20,528	23,168	28,049	27,300	31,405	36,984	38,465	44,916	49,824
5	心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸型及染色體異常	13,294	19,683	25,722	27,350	29,166	32,269	29,800	32,514	34,267
6	先天性新陳代謝疾病	2,799	3,474	4,116	4,331	4,814	5,608	6,015	6,849	7,619
7	小兒麻痺、腦性麻痺、早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者(其殘障等級在中度以上者)	5,897	7,043	7,980	7,004	7,334	7,992	7,545	8,454	9,268
8	因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者	1,505	3,287	5,158	4,965	6,583	9,423	11,758	19,462	28,802
9	肝硬化症	665	3,406	5,640	6,299	7,660	9,378	10,275	12,849	15,177
10	接受心臟、腎臟及骨髓移植後之追蹤治療	1,156	1,194	1,330	1,481	1,746	2,097	2,428	3,111	3,742
11	脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及胃腸等之併發症者(其殘障等級在中度以上者)	1,950	2,961	3,549	3,890	4,401	4,966	4,848	5,478	5,995
12	重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數16分以上者	2,672	6,104	9,107	10,302	10,347	10,959	9,820	10,753	12,239
13	職業病	2,220	5,773	6,048	4,357	10,108	9,889	9,953	9,649	9,558
14	罕見疾病								367	880
15	重症肌無力症	748	1,031	1,317	1,480	1,713	2,045	2,113	2,370	2,626
16	嚴重溶血性及再生不良性貧血	1,298	1,515	1,721	1,455	1,584	1,748	1,600	1,790	1,958

核發證數 排序	重大傷病種類	84	85	86	87	88	89	90	91	92
17	先天性凝血因子異常(血友病)	735	727	781	762	905	940	925	865	898
18	多發性硬化症	59	111	167	254	268	327	372	429	491
19	先天性肌肉萎縮症	82	169	242	348	400	491	486	570	603
20	運動神經元疾病使用呼吸器或殘障中度	-	-	-	65	208	306	379	464	527
21	燒燙傷面積大於全身20%以上;顏面燒燙傷合併五官功能障礙者	1,222	2,030	2,810	2,862	2,777	2,832	2,136	2,062	1,860
22	先天性免疫不全症	99	183	249	260	270	319	315	311	270
23	先天性水泡性表皮鬆解症(穿山甲症)	9	21	29	33	37	39	56	80	91
24	漢生病	557	565	568	557	495	482	417	421	425
25	烏腳病	0	71	172	163	207	217	216	217	239
26	因腸道大量切除或失去功能,或其他慢性疾病引起嚴重營養不良者,給予全靜脈營養已超過30天,口攝飲食仍無法提供足量營養	199	368	504	518	569	628	612	588	551
27	庫賈氏病	-	-	-	6	8	10	9	17	32
28	早產兒出生3個月後評定為中度以上殘障	0	19	67	66	88	101	92	75	59
29	因潛水、或減壓不當引起之嚴重型減壓病或空氣栓塞症,伴有呼吸、循環或神經系統之併發症且需長期治療者	80	58	71	42	29	19	11	14	13
合計		217,906	294,092	362,925	349,349	402,992	469,103	483,191	568,383	649,983
領證人數		-	-	-	-	-	-	-	-	-
保險人口數		19,123,278	20,041,488	20,492,317	20,757,185	21,089,859	21,400,826	21,653,555	21,869,478	21,984,415
重大傷病占率		1.14	1.47	1.77	1.68	1.91	2.19	2.23	2.60	2.96

核發證數 排序	重大傷病種類	93	94	95	96	97	98	99	100	101
1	需積極或長期治療之癌症	203,162	278,735	305,791	335,826	350,863	372,154	397,403	432,344	463,703
2	慢性精神病	152,310	163,546	176,691	187,875	196,331	204,079	207,667	208,432	208,325
3	需終身治療之全身性自體免疫症候群	42,769	47,104	52,714	58,135	63,457	68,916	74,344	79,672	85,473
4	慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者	48,200	50,022	52,081	56,090	58,726	62,282	65,883	68,536	71,468
5	心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常	34,966	36,183	37,577	37,705	36,892	36,319	35,468	35,878	36,375
6	先天性新陳代謝疾病	8,224	8,850	9,648	10,346	11,076	11,797	12,630	13,381	14,054
7	小兒麻痺、腦性麻痺、早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者(其殘障等級在中度以上者)	9,885	10,252	11,045	11,569	11,929	12,232	12,548	12,726	12,857
8	因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者	10,551	10,283	9,357	10,215	10,339	10,890	11,657	11,573	11,969
9	肝硬化症	10,641	11,437	11,367	11,730	11,438	11,215	11,000	10,869	10,673
10	接受心臟、腎臟及骨髓移植後之追蹤治療	4,015	4,740	5,316	6,135	6,913	7,665	8,466	9,349	10,043
11	脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及胃腸等之併發症者(其殘障等級在中度以上者)	6,069	6,487	6,991	7,336	7,631	7,899	8,080	8,206	8,277
12	重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數16分以上者	4,882	5,440	5,214	5,193	5,306	5,591	6,365	7,403	7,376
13	職業病	8,381	6,936	6,744	6,482	6,077	5,748	5,389	5,062	4,749
14	罕見疾病	1,357	1,973	2,335	2,806	3,214	3,573	3,741	3,994	4,303
15	重症肌無力症	2,769	2,934	3,107	3,321	3,492	3,668	3,809	4,068	4,206
16	嚴重溶血性及再生不良性貧血	1,756	1,856	1,950	1,955	1,911	1,829	1,815	1,852	1,880
17	先天性凝血因子異常(血友病)	908	931	1,003	1,062	1,116	1,161	1,198	1,231	1,263
18	多發性硬化症	544	604	697	781	868	930	976	1,063	1,143

核發證數 排序	重大傷病種類	93	94	95	96	97	98	99	100	101
19	先天性肌肉萎縮症	627	681	730	791	816	860	894	898	931
20	運動神經元疾病使用呼吸器或殘障中度	471	494	540	603	626	670	682	688	699
21	燒燙傷面積大於全身20%以上;顏面燒燙傷合併五官功能障礙者	1,067	729	606	530	539	492	405	443	447
22	先天性免疫不全症	230	229	256	263	247	237	226	229	253
23	先天性水泡性表皮鬆解症(穿山甲症)	97	126	143	152	175	188	213	227	240
24	漢生病	354	346	329	316	296	283	262	249	236
25	烏腳病	249	241	235	222	217	214	200	184	168
26	因腸道大量切除或失去功能，或其他慢性疾病引起嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過30天，口攝飲食仍無法提供足量營養	107	87	82	64	67	75	70	82	84
27	庫賈氏病	19	19	21	18	16	28	30	37	31
28	早產兒出生3個月後評定為中度以上殘障	36	33	39	39	32	25	23	31	25
29	因潛水、或減壓不當引起之嚴重型減壓病或空氣栓塞症，伴有呼吸、循環或神經系統之併發症且需長期治療者	11	8	9	11	11	13	13	13	14
合計		558,681	656,345	702,618	757,571	790,621	831,033	871,457	918,720	961,265
領證人數		-	602,214	668,832	714,870	748,777	783,121	820,505	861,826	898,975
保險人口數		22,134,270	22,314,647	22,442,947	22,622,297	22,921,974	23,025,773	23,074,487	23,198,664	23,280,949
重大傷病占率		2.52	2.70	2.98	3.16	3.27	3.40	3.56	3.71	3.86

備註：

1、重大傷病建檔統計：84-86年係以個人電腦建檔，86-93年轉為健保第一代醫療系統。93年8月24日開始改為健保第二代醫療資訊系統，統計格式、內容及計算方式變更，93年8月起統計報表以月報方式呈現。

2、前衛生署說明：前健保局重大傷病證明之有效期限於87年1月1日修正為3年，統計程式係以卡證有效日期3年期間計算，前

衛生署再於91年8月30日公告各類疾病不同之有效期限，如洗腎初次、使用呼吸器及靜脈營養三項，有效期限修正為3個月，燒燙傷及重大創傷修正為1年，因原統計程式以卡證有效日期3年期間為計算基礎時，無法排除逾期末換卡數（約有7萬4千餘筆），而93年8月24日之二代系統程式，已予修正，故該等類別之93年8月數據呈現負成長。

3、保險人口數：監委會會議業務報告承保統計資料（100年為200次12月底資料、101年為205次6月底資料）。

4、重大傷病占率：84至93年因無領證人數之統計資料，故以重大傷病領證張數/保險人口數；94至101年則以重大傷病領證人數/保險人口數。

5、急性腦血管疾病限於急性發作後1個月內由醫師逕行認定，免申請證明，故本表無該類疾病之領證統計數。

6、製表日期為102年6月11日。

資料來源：前衛生署。

表11、94至101年重大傷病新申請核發證數

單位：張

重大傷病種類	94	95	96	97	98	99	100	101
需積極或長期治療之癌症	73,504	71,601	79,715	91,225	99,415	94,847	93,997	96,136
因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者	13,318	12,462	14,447	13,848	15,071	15,100	14,752	14,384
慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者	9,125	8,273	8,829	8,765	8,881	8,668	8,098	8,223
需終身治療之全身性自體免疫症候群	7,048	6,127	6,091	6,254	6,208	6,210	6,194	6,630
重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數16分以上者	4,333	4,241	4,216	4,346	4,190	4,689	5,069	5,062
慢性精神病	21,800	17,650	15,246	14,119	12,983	8,243	5,422	4,898
心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸型及染色體異常	5,237	4,641	5,092	4,278	4,306	3,786	3,368	3,254
肝硬化症	3,989	3,617	3,597	3,542	3,587	3,328	2,972	2,771
接受心臟、腎臟及骨髓移植後之追蹤治療	884	767	1,033	1,029	1,011	1,082	1,169	1,021
重症肌無力症	477	556	743	642	634	649	631	537
先天性新陳代謝疾病	891	698	595	563	550	525	488	420

重大傷病種類	94	95	96	97	98	99	100	101
燒燙傷面積大於全身20%以上；顏面燒燙傷合併五官功能障礙者	454	390	379	382	323	268	249	284
罕見疾病	476	344	411	402	348	204	190	251
小兒麻痺、腦性麻痺、早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者(其殘障等級在中度以上者)	1,050	743	544	466	429	376	271	220
脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及胃腸等之併發症者(其殘障等級在中度以上者)	727	557	435	418	389	324	266	216
嚴重溶血性及再生不良性貧血	268	225	193	273	314	206	158	168
職業病	406	168	145	125	88	60	49	90
多發性硬化症	93	110	109	156	164	68	65	63
運動神經元疾病使用呼吸器或殘障中度	121	124	108	96	117	62	54	57
因腸道大量切除或失去功能，或其他慢性疾病引起嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過30天，口攝飲食仍無法提供足量營養	100	106	83	86	81	53	56	45
先天性免疫不全症	41	30	23	24	27	26	14	32
先天性肌肉萎縮症	94	48	64	54	64	40	29	32
先天性凝血因子異常(血友病)	65	62	49	55	45	38	31	27
庫賈氏病	8	9	6	4	12	13	8	8
先天性水泡性表皮鬆懈症(穿山甲症)	30	11	7	21	14	11	9	7
因潛水、或減壓不當引起之嚴重型減壓病或空氣栓塞症，伴有呼吸、循環或神經系統之併發症且需長期治療者	1	2	1	0	1	0	0	2
漢生病	4	1	1	3	6	2	2	1
早產兒出生3個月後評定為中度以上殘障	4	11	9	2	4	3	6	1
烏腳病	34	15	11	6	7	4	6	1
合計	145,803	134,700	142,182	139,077	155,837	148,885	143,623	144,841

備註：新申請案件係第二代系統新增程式，自94年開始統計。

資料來源：前衛生署

表12、86至101年重大傷病醫療費用統計（醫療費用）

單位：億點；%

年度	門診			住院			門住診合計		
	重大傷病 (1)	總門診 (2)	重大傷病所占 比率(1/2)	重大傷病 (3)	總門診 (4)	重大傷病所 占比率(3/4)	重大傷病 (5)	總門診 (6)	重大傷病所占 比率(5/6)
86年	188.77	1,635.39	11.54%	227.18	779.44	29.15%	415.95	2,414.83	17.22%
87年	218.07	2,002.20	10.89%	263.25	904.83	29.09%	481.32	2,907.05	16.56%
成長率	15.52%	22.43%	-5.64%	15.88%	16.09%	-0.18%	15.72%	20.38%	-3.88%
88年	250.82	2,184.21	11.48%	292.41	986.37	29.65%	543.23	3,170.58	17.13%
成長率	15.02%	9.09%	5.43%	11.08%	9.01%	1.89%	12.86%	9.07%	3.48%
89年	285.40	2,223.13	12.84%	312.79	1033.41	30.27%	598.19	3,256.54	18.37%
成長率	13.79%	1.78%	11.79%	6.97%	4.77%	2.10%	10.12%	2.71%	7.21%
90年	318.39	2,315.84	13.75%	351.28	1102.06	31.87%	669.67	3,417.90	19.59%
成長率	11.56%	4.17%	7.09%	12.31%	6.64%	5.31%	11.95%	4.95%	6.66%
91年	364.61	2,496.36	14.61%	405.38	1,210.34	33.49%	769.99	3,706.70	20.77%
成長率	14.52%	7.80%	6.24%	15.40%	9.83%	5.08%	14.98%	8.45%	6.02%
92年	415.08	2,594.51	16.00%	444.54	1,238.05	35.91%	859.63	3,832.56	22.43%
成長率	13.84%	3.93%	9.54%	9.66%	2.29%	7.21%	11.64%	3.40%	7.98%
93年	446.88	2,912.33	15.34%	584.97	,475.38	39.65%	1,051.85	4,387.71	23.97%
成長率	7.66%	12.25%	-4.09%	31.59%	19.17%	10.42%	22.36%	14.49%	6.88%
94年	511.37	2,994.51	17.08%	597.72	1,530.46	39.05%	1,109.09	4,524.97	24.51%

年度	門診			住院			門住診合計		
	重大傷病 (1)	總門診 (2)	重大傷病所占 比率(1/2)	重大傷病 (3)	總門診 (4)	重大傷病所 占比率(3/4)	重大傷病 (5)	總門診 (6)	重大傷病所占 比率(5/6)
成長率	14.43%	2.82%	11.29%	2.18%	3.73%	-1.50%	5.44%	3.13%	2.24%
95年	552.18	3,038.37	18.17%	596.01	1,526.25	39.05%	1,148.19	4,564.62	25.15%
成長率	7.98%	1.46%	6.42%	-0.29%	-0.28%	-0.01%	3.53%	0.88%	2.63%
96年	593.75	3,163.02	18.77%	614.55	1,575.29	39.01%	1,208.30	4,738.31	25.50%
成長率	7.53%	4.10%	3.29%	3.11%	3.21%	-0.10%	5.24%	3.81%	1.38%
97年	651.42	3,335.06	19.53%	651.68	1,638.17	39.78%	1,303.10	4,973.23	26.20%
成長率	9.71%	5.44%	4.05%	6.04%	3.99%	1.97%	7.85%	4.96%	2.75%
98年	695.60	3,534.86	19.68%	682.49	1,686.19	40.48%	1,378.09	5,221.05	26.39%
成長率	6.78%	5.99%	0.75%	4.73%	2.93%	1.75%	5.75%	4.98%	0.74%
99年	745.01	3,637.39	20.48%	681.99	1,714.94	39.77%	1,426.99	5,352.33	26.66%
成長率	7.10%	2.90%	4.08%	-0.07%	1.71%	-1.75%	3.55%	2.51%	1.01%
100年	799.76	3,769.73	21.22%	704.23	1,751.15	40.22%	1,503.99	5,520.88	27.24%
成長率	7.35%	3.64%	3.58%	3.26%	2.11%	1.13%	5.40%	3.15%	2.18%
101年	850.71	3,888.86	21.88%	707.72	1,765.91	40.08%	1,558.43	5,654.79	27.56%
成長率	6.37%	3.16%	3.11%	0.50%	0.84%	-0.34%	3.62%	2.43%	1.1%

備註：

1、資料來源：重大傷病費用為倉儲門診、處方釋出及住診明細清單；總費用為年報資料之醫療費用（申請費用＋部分負擔）。

2、成長率係與前一年同期比較。

3、84至85年時健保剛開辦，重大傷病項目陸續增列且相關申報資料尚未穩定，故提供自86年起之統計資料。

4、製表日期：102年5月15日。

資料來源：前衛生署

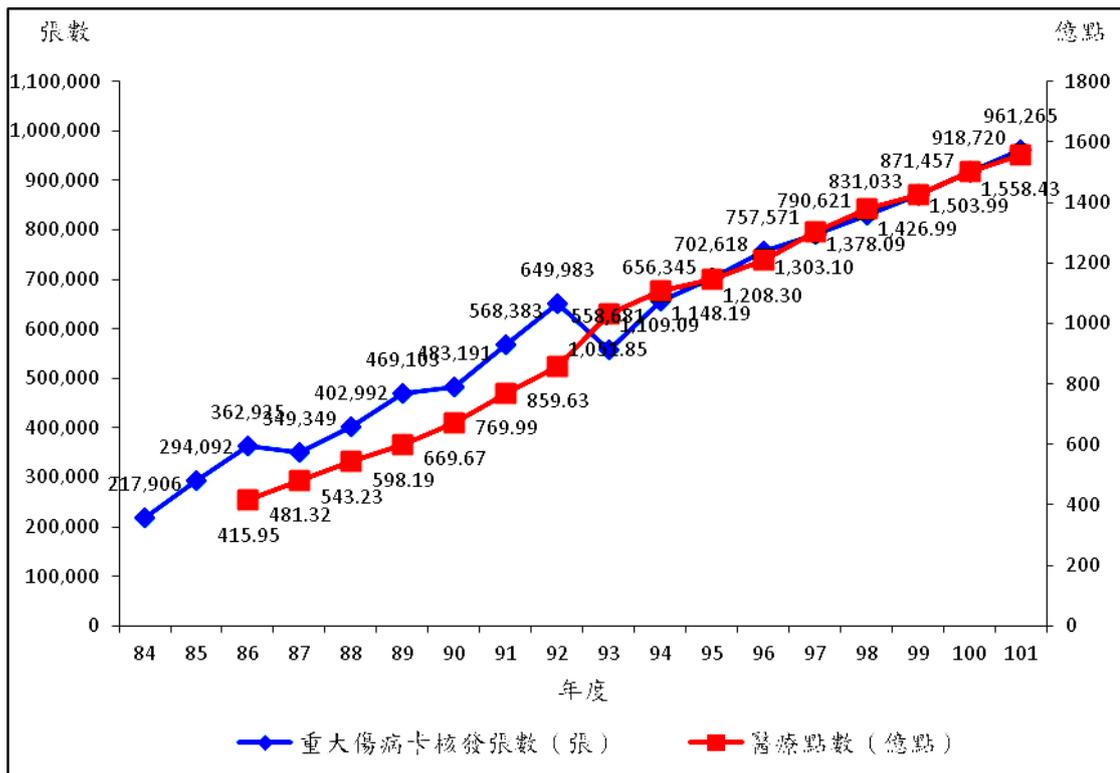


圖1：重大傷病持卡人數及其所使用醫療資源點數

資料來源：依據前表製作。

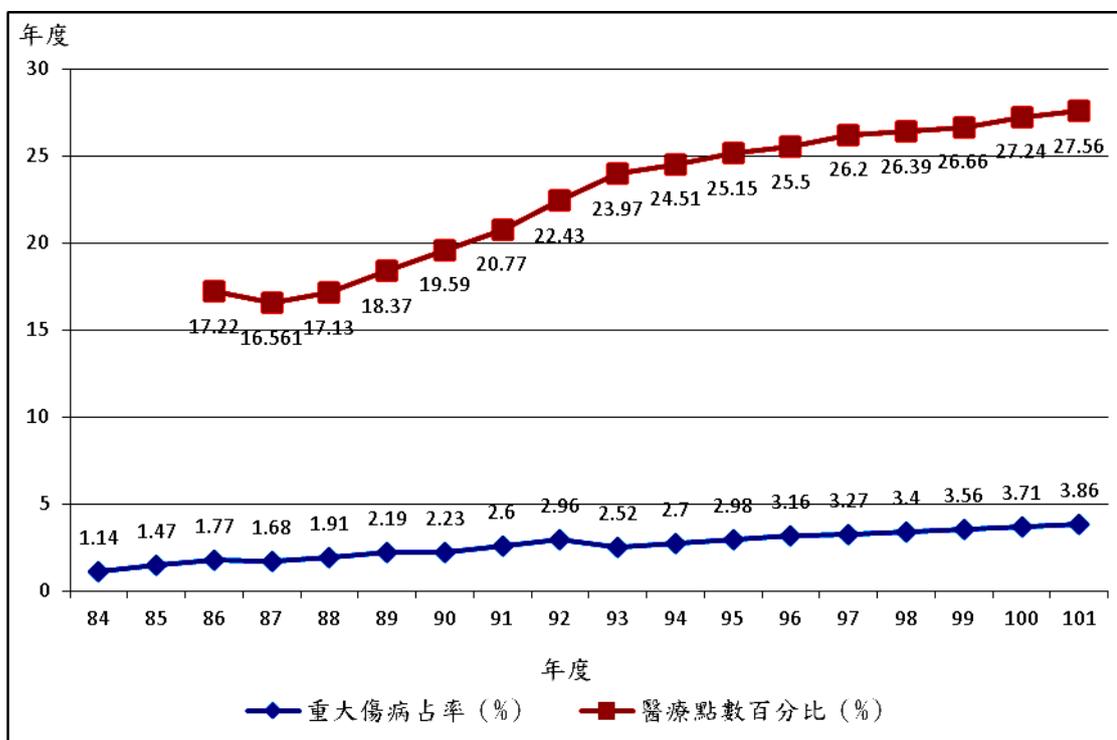


圖2、重大傷病占率及醫療費用占率

資料來源：依據前表製作

表13、92至101年重大傷病各年疾病別醫療費用（門住診合計）統計

單位：百萬點

類別/年度	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101
01 癌症	25,420.9	31,405.2	34,030.8	36,954.4	39,746.0	44,580.1	48,135.2	51,576.4	55,361.1	58,764.2
02 凝血因子異常	977.3	1,120.1	1,416.4	1,621.5	1,926.7	2,254.1	2,303.1	2,557.1	2,876.2	3,140.3
03 溶血症	283.9	290.8	323.6	310.4	325.3	432.0	485.6	497.9	499.9	404.9
04 洗腎	26,574.8	28,920.1	30,666.0	32,701.4	34,754.5	37,097.0	39,239.5	41,440.4	43,167.5	44,329.3
05 自體性免疫疾病	1,611.8	2,127.0	2,364.0	2,509.6	2,597.7	3,026.1	3,505.9	3,773.3	3,983.1	4,235.7
06 慢性精神病	9,079.9	11,109.2	12,001.9	12,540.4	12,660.1	13,068.6	13,439.3	13,427.6	13,536.1	13,053.6
07 新陳代謝異常	407.1	484.0	563.5	787.4	1,072.4	1,221.4	1,336.1	1,610.8	1,989.4	515.5
08 先天性畸形	1,254.2	1,390.9	1,376.9	1,250.1	1,221.3	1,221.8	1,266.0	1,240.7	1,287.1	1,274.1
09 燒傷	299.8	327.4	324.1	283.2	230.1	259.5	191.7	199.5	185.2	197.6
10 器官移植	845.1	1,058.4	1,233.6	1,380.4	1,472.2	1,670.8	1,821.1	1,992.3	2,214.0	2,477.1
11 小兒麻痺	494.5	519.9	532.3	525.7	509.9	507.2	503.2	488.9	467.1	424.1
12 重大創傷	881.9	1,050.4	816.5	990.2	1,015.1	1,108.8	1,131.4	1,228.6	1,365.3	1,669.1
13 呼吸器	9,117.9	15,469.1	14,320.1	13,307.0	14,086.3	14,186.0	14,613.1	15,057.9	15,878.5	16,880.8
14 營養不良	56.1	98.4	64.7	55.8	39.4	50.4	48.5	33.3	42.9	70.5
15 潛水伏症	0.8	0.4	0.9	1.6	0.5	0.2	0.2	0.1	0.1	0.5
16 重症肌無力症	96.4	102.8	114.7	121.5	125.7	132.1	128.4	125.9	135.2	115.7
17 先天免疫不全	33.8	33.2	44.4	46.8	42.5	40.8	43.9	48.7	52.3	51.8
18 脊髓損傷	485.0	598.5	551.8	525.0	516.0	560.5	565.2	577.5	533.7	475.3
19 職業病	489.3	394.1	429.7	334.2	230.2	205.5	209.5	192.6	199.3	147.2

類別/年度	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101
20 急性腦血管疾病	4,469.0	5,444.3	6,126.7	5,740.0	5,528.4	5,817.8	5,905.9	3,667.1	3,740.8	3,380.5
21 多發性硬化症	69.1	91.9	107.2	120.5	148.0	172.4	192.9	203.1	204.7	216.4
22 先天性肌肉萎縮	34.7	35.5	31.1	24.7	31.6	38.4	26.6	33.9	32.2	20.3
23 外皮之先天畸形	2.6	4.7	3.6	4.4	9.3	3.3	4.8	4.4	4.9	3.4
24 漢生病	7.6	3.3	2.8	13.5	13.7	14.6	17.5	17.8	18.2	15.9
25 肝硬化症	1,662.5	1,963.4	1,928.8	1,917.1	1,897.2	1,924.8	1,928.9	1,930.4	1,882.6	1,605.9
26 早產兒併發症	213.4	214.4	56.5	110.4	55.3	63.4	84.3	60.1	22.2	21.7
27 烏腳病	8.9	12.9	18.4	11.7	7.4	6.1	5.3	5.0	4.8	4.3
28 愛滋病	511.8	601.6	683.1	-	-	-	-	-	-	-
28 運動神經元疾病	83.2	96.6	98.2	101.4	110.6	129.4	136.8	131.0	118.7	28.5
29 庫賈氏症	6.1	6.3	4.4	6.3	3.9	8.3	8.5	9.5	7.0	8.5
30 罕病	42.9	108.0	195.1	235.5	274.6	329.2	366.2	388.8	413.8	2,298.0
其他	440.7	102.8	477.7	287.1	177.8	179.0	164.0	178.7	175.1	12.6
合計	85,962.7	105,185.3	110,909.2	114,819.3	120,830.7	130,309.8	137,808.5	142,699.3	150,399.0	155,843.0

備註：

- 1、資料來源：資料倉儲門診、處方釋出及住診明細清單，重大傷病領證檔。
- 2、同時擁有二類以上重大傷病者，其醫療點數係依各重大傷病類別申報之醫療點數比率分攤計算。
- 3、重大傷病類別【其他】係指病患以重大傷病身分就醫，但其疾病診斷非屬重大傷病範圍（如就醫相關治療）。
- 4、部分重大傷病範圍類別疾病代碼，前衛生署係於91年8月30日公告，92年起各類別疾病代碼較明確完整，故提供92年以後之疾病別統計資料。
- 5、第28類愛滋病於95年起回歸公務預算支付，並排除重大傷病範圍。

資料來源：前衛生署

(六)綜上，重大傷病減免就醫之部分負擔機制，雖立意良善，可減輕患者家庭經濟的負擔。然而，長期實施以來，前衛生署對於重大傷病範圍項目的界定，迄未隨著新科技及新藥品之發展，適時重新檢討調整，致使健保實施迄今，列入重大傷病範圍之疾病項目，從開辦時之16項，迄今增加為30項，每年領證數從84年開辦時之21萬7,960張，增加至101年為96萬1,265張，領證人數為89萬8,975人，占該年納保人口之3.86%；醫療費用也從86年之415.95億元，增加至101年之1,558.43億元，占健保支出之27.56%；亦即3.86%納保人口使用了四分之一以上的醫療資源，已為健保財務帶來沉重之壓力，甚至可能動搖健保永續經營之基礎，核有怠失。

九、前衛生署為加強管理，雖已強化重大傷病證明之審查及核發程序，並訂定各項疾病證明之有效期限，惟重大傷病領證人數仍然持續快速增加，爰衛生福利部允宜參酌目前役男體位區分標準之跨部會研商機制，積極檢討改善以周延重大傷病之核證機制。

(一)查健保開辦初期，重大傷病證明未訂有效期限，前衛生署為加強管理，於87年研訂領證3年後應重新評估疾病現況，逾期須重新申請，審查符合資格後換發證明。嗣前健保局鑑於部分疾病經治療後有痊癒或減輕症狀之可能，爰於91年蒐集、參據各專科醫療專業意見研議後，訂定各項疾病不同之有效期限陳報前衛生署，於91年8月30日公告執行，效期屆滿後須再評估疾病現況重新申請，以把關重大傷病卡之核發作業。惟上開公告執行迄今已逾10年之久，期間前衛生署未曾再重新檢討修訂各項疾病證明之效期。且據前衛生署提供之統計資料顯示，近5年來每年重大傷病申請換卡經核定不同意之案件

數僅約2千餘件左右，占每年申請換卡案件總數(每年約5萬餘件)之比率不超過5% (詳見表14)，亦即每年重大傷病患者申請換卡時，經重新評估疾病現況後而未符資格遭剔除之件數相當少，致使重大傷病領證人數不斷累積而快速增加。

- (二)復查，前健保局為加強審查，針對如洗腎、呼吸器、慢性精神病、罕見疾病、重大創傷等傷病，除行政審查外，尚需送專業審查，認定後始核發重大傷病證明，惟每年洗腎、呼吸器領證人數依舊持續增加。又，前健保局每年雖定期辦理「全民健康保險重大傷病證明核發事後查證機制作業」，由該局各分區業務組針對案件數多或依往例有疑義之個案，事後再次抽樣審查其適當性。惟每年查證之案件數量相當有限，且經查證後為異常案件之比率偏低，未曾超過1% (詳見表15)，相較於每年動輒有14萬餘件之申請案件，前揭事後查證機制顯難以有效處理每年重大傷病領證人數持續增加所帶來醫療費用快速成長之問題。

表14、近5年重大傷病申請換卡案核定不同意案件統計

年度	97年			98年			99年			100年			101年		
	總換卡數	不同意件數	不同意占率												
癌症	24,099	198	0.82%	36,753	699	1.90%	32,841	919	2.80%	23,688	587	2.48%	28,420	666	2.34%
洗腎	3,962	103	2.60%	4,394	159	3.62%	5,384	296	5.50%	6,516	240	3.68%	6,833	213	3.12%
先天性畸形	4,530	461	10.18%	4,070	469	11.52%	4,676	514	10.99%	4,629	402	8.68%	4,462	359	8.05%
呼吸器	10,346	265	2.56%	10,611	331	3.12%	12,696	388	3.06%	15,201	501	3.30%	15,559	393	2.53%
重症肌無力症	539	6	1.11%	560	10	1.79%	787	13	1.65%	773	14	1.81%	806	5	0.62%
其他	1,948	174	8.93%	2,090	210	10.05%	1,699	247	14.54%	1,576	296	18.78%	2,045	383	18.73%
總計	45,424	1,207	2.66%	58,478	1,878	3.21%	58,083	2,377	4.09%	52,383	2,040	3.89%	58,125	2,019	3.47%

備註：93年底健保醫療資訊系統改為二代系統，惟因系統轉換初期資料較不完備，加以94至96年重大傷病申辦系統係行政作業系統，並非主要的費用申報系統，故94至96年資料不穩定，原因也不可考，落差很大；97年以後之數據較為穩定，故前健保局提供97年後之統計資料。

資料來源：前衛生署

表15、全民健保重大傷病證明核發事後查證情形

年度	申請案件	查證案件	異常案件	異常案件占總申請案件之占率
94年	145,803	4,526	128	0.09%
95年	133,589	4,950	81	0.06%
96年	142,182	7,893	218	0.15%
97年	151,184	1,373	65	0.04%
98年	159,269	3,511	85	0.05%
99年	148,885	4,257	180	0.12%
100年	143,623	5,463	96	0.07%
101年	144,841	6,849	121	0.08%

備註：前健保局於94年之前，雖有辦理該項業務，惟因無相關例行統計資料，故僅能提供自94年以後之統計資料。

資料來源：衛生署

- (三)此外，本院實地訪查時，醫療院所代表對於重大傷病之問題，多主張應全面及定期檢討重大傷病範圍界定及重症證明效期，並舉出實例加以說明：有些憂鬱症患者，其病情狀況明已好轉，惟重大傷病卡之效期卻是永久；目前重大傷病重新檢視的條件過於寬鬆，如外傷要超過16分很簡單，但於1個月後此類病患大多可以自行活動；惡性腦瘤二級以上可申請重大傷病證明，惟此類病患通常存活率可達50%以上，長達10年左右。然因前衛生署欠缺客觀而嚴謹之審核機制，致無法因應外界為病患爭取納入重大傷病之壓力，亦難以將部分疾病於重新檢討後，從重大傷病範圍中排除。
- (四)查兵役法第4條：具有下列情形之一者，免服兵役，稱為免役：1、身心障礙或有痼疾，達不堪服役標準。2、身高、體重或體格指標過高或過低，達不適服役標準。同法第33條復規定，經徵兵檢查之男子，應區分為常備役、替代役、免役體位，其體

位區分標準，由國防部會同內政部定之。前揭「體位區分標準」之制訂及修正目的，係在區隔何種體位適合服何種役別，而該標準自63年6月19日訂定發布迄今，歷經15次修正，歷次修正係由國防部會同內政部邀集法務部、各專科醫學會、用人單位及行政機關等相關單位，召開跨部會研討。顯見役男體位之區分標準，係透過跨部會之研商機制，務實檢討改善，且平均2至5年即進行檢討1次，其做法甚值衛生福利部加以借鏡參考，務實檢討改善目前重大傷病範圍界定及相關審核機制。

(五)綜上，前衛生署為加強管理，雖已強化重大傷病證明之審查及核發程序，惟重大傷病領證人數仍然持續快速增加。又，該署鑑於部分疾病經治療後有痊癒或減輕症狀之可能，爰於91年間訂定各項疾病不同之有效期限，效期屆滿後須再評估疾病現況重新申請證明，以把關重大傷病卡之核發作業，惟前揭效期修正迄今，已逾10年之久，該署卻未再持續檢討修正；加上每年重大傷病申請換卡經核定不同意之案件數(2千餘件左右)占申請案件總數(5萬餘件左右)之比率不到5%，此均凸顯該署無法透過現行核證審查程序及重新評估機制，有效控管重大傷病的核證人數。是以，衛生福利部允宜借鏡參酌役男體位區分標準之跨部會研商機制，採取客觀而嚴謹之方法，重新檢討改善重大傷病範圍項目界定及重症證明效期，俾將有限的醫療資源使用在最需要之重症病患身上。

十、為有效規範全民健康保險法有關重大傷病免自行負擔費用之範圍，衛生福利部允宜正視並妥善解決醫療院所難以遽下認定重大傷病患者每次就醫係與該傷病相關之困境。

- (一)按全民健康保險法第48條第2項規定，重大傷病免自行負擔費用之主要範圍如下：1、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。2、因重大傷病門診，當次由同一醫師併行其他治療。3、因重大傷病住院須併行他科治療，或住院期間依病情需要，併行重大傷病之診療。顯然重大傷病患者免自行負擔之醫療範圍，應以該重大傷病相關之治療為限。
- (二)惟據本院實地訪查結果，部分醫療院所反映：雖全民健康保險法已規定重大傷病免自行負擔費用之範圍，應與該傷病之治療有關，惟實務上如何認定此次治療係與該重大傷病相關，卻缺乏明確之認定標準，致每當病患持重大傷病證明就醫時，醫療院所無法拒絕僅能均免除其自行負擔費用。況且重大傷病無論疾病嚴重之程度及醫療費用之高低，均可免除自行負擔費用，顯過於寬鬆，建議應適度取消部分負擔，並輔以相關配套措施。
- (三)綜上，全民健康保險法雖已明定重大傷病免自行負擔費用之醫療範圍，應以該重大傷病相關之治療為限；惟實務上醫療院所多面臨無法遽以認定重大傷病患者每次就醫係與該傷病有關之困境，衛生福利部允宜正視並妥為處理，俾落實全民健康保險法免除重大傷病自行負擔費用之立法目的。
- 十一、鑑於重大傷病患者屬外國籍身分者，從95年之1,580人，至101年為1,870人，顯有逐年增加之趨勢，行政院在面對我國已逐漸轉型為多元文化之移民社會，亟需採取更多元包容政策之際，也有必要採取預防作為，而責成相關機關落實把關對外國人申請居留之審查作業，俾杜絕不法居留，保障合法居留，以維護健保之永續經營。

- (一)按全民健康保險法第9條規定，在台領有居留證明，並符合在台居留滿6個月或有一定雇主之受僱者，應參加全民健保為保險對象。同法第48條規定，保險對象如有重大傷病，則免應自行負擔費用。爰此，外國人如符合前述規定，即可參加健保及申請重大傷病證明。
- (二)惟據前衛生署提供之統計資料顯示，重大傷病患者屬外國籍身分者，從95年之1,580人，增加至101年之1,870人，顯有逐年增加之趨勢（詳見表16）。本院實地訪查時，亦有第一線醫師反映實務上遇到許多外國人持重大傷病證明就醫之情形，擔憂此將影響健保有有效資源之使用。

表16、95至101年重大傷病就醫（門住診合計）-按國籍身分別區分

年別/國籍別		人數		醫療點數	
		值 (千人)	占率 (%)	值 (百萬點)	占率 (%)
95	本國籍	704.45	99.78	114,686.99	99.82
	外國籍	1.58	0.22	201.17	0.18
	合計	706.03	100.00	114,888.16	100.00
96	本國籍	717.16	99.86	120,670.36	99.87
	外國籍	0.98	0.14	160.38	0.13
	合計	718.14	100.00	120,830.73	100.00
97	本國籍	783.63	99.84	137,611.24	99.86
	外國籍	1.26	0.16	197.30	0.14
	合計	784.88	100.00	137,808.54	100.00
98	本國籍	783.63	99.84	137,611.24	99.86
	外國籍	1.26	0.16	197.30	0.14
	合計	784.63	100.00	137,808.54	100.00
99	本國籍	803.03	99.82	142,459.63	99.83
	外國籍	1.42	0.18	239.64	0.17
	合計	804.44	100.00	142,699.27	100.00

年別/國籍別		人數		醫療點數	
		值 (千人)	占率 (%)	值 (百萬點)	占率 (%)
100	本國籍	837.61	99.81	150,121.67	99.82
	外國籍	1.62	0.19	278.15	0.18
	合計	839.23	100.00	150,399.82	100.00
101	本國籍	874.35	99.79	155,544.18	99.81
	外國籍	1.87	0.21	298.87	0.19
	合計	876.22	100.00	155,843.05	100.00

備註：

- 1、資料來源：資料倉儲門診、處方釋出及住診明細清單，重大傷病領証檔（2013年5月10日擷取）。
- 2、人數為實際領證者（含無需領證者），其就醫申報部分負擔代碼001之案件，以ID、BIRTHDAY歸戶後計數。
- 3、身分註記（ID\_MARK\_BASINS）=F（外國人）、T（大陸、港、澳居留）者，註記為外國籍。
- 4、醫療點數=申請金額+部分負擔。
- 5、件數不含交付機構。
- 6、前健保局於受理符合參加健保資格之外國人投保時，並未註記其是否為本國人之配偶或是外籍勞工，且申報資料僅有個人ID資料，故無法區隔該外國籍重大傷病患者之身分係為本國人之配偶或外籍勞工。

資料來源：前衛生署

(三)綜上，依據全民健康保險法第9條及第48條規定，外國人在符合相關要件之下，雖可參加健保及申請重大傷病證明，惟重大傷病患者屬外國籍身分者卻有逐年增加之趨勢，值得加以重視及因應。隨著外籍勞工、外籍與大陸配偶人數逐年成長之下，我國已漸漸轉型為多元文化之移民社會，亟需採取更多元包容之政策，妥善規劃建立完整的移民管理及輔導政策，但卻也必須面對跨國人口遷移可能帶來之負面效應，在非法入境、人口販運犯罪及國境安全維護之挑戰，亦有必要採取預防作為。故基於健保之永續經營，行政院允應責成相關機關落實把關對外國人申請居留之審查作業，俾有效將外國人不法

居留情事杜絕於境外。

十二、臺北榮民總醫院重症醫學部所發展之疾病嚴重程度評估工具對於無效醫療相關議題之處理，可謂踏出關鍵性的一大步，本院爰於101年7月提出「健保資源、分配正義、醫學倫理、無效醫療及臨終關懷之相關課題及其檢討案」調查報告，要求行政院督促前衛生署積極整合建立無效醫療的明確定義及評估標準，惟該署竟迄無任何推展之作為，且回應消極，實有怠失。

- (一)由於國內至今對於重症病患生命末期的無效醫療，尚乏明確之共識及定義，亦無評估標準，致使第一線醫護人員當面臨到末期病人的死亡已無可避免之際，往往仍必須全力救治拼到底，遑論能夠適時終止或撤除維生醫療，以避免末期病患受盡無效醫療之折磨與痛苦。面對有限的醫療資源，黃委員煌雄所創辦之臺灣研究基金會及臺灣大學公共衛生學院曾於100年9月4日舉辦之「第三波健保改革研討會」中，在關懷生命品質、尊重醫療專業及健保永續經營三大原則之下，對於洗腎、呼吸器治療及葉克膜等醫療科技之適當使用，達成四點重要共識（稱做「九四共識」），其中一項即呼籲針對重症病患末期無效醫療，應建立標準評估流程，健保提供免除部分負擔之安寧及緩和照護，或由病人家屬選擇自行負擔部分繼續使用維生醫療之費用。
- (二)有鑑於國內至今對於重症病患生命末期的無效醫療，欠缺明確之共識及定義，亦無評估標準，本院前立案調查「健保資源、分配正義、醫學倫理、無效醫療及臨終關懷之相關課題及其檢討案」（以下簡稱B案），於實地訪視臺北榮民總醫院時，發現該醫院重症醫學部已經發展出疾病嚴重程度之評估

工具，並已運用在臨床上，此對無效醫療相關議題之處理及解決，可謂踏出關鍵性的一大步。嗣後本院實地訪視各醫療院所，針對區域層級以上之醫院皆提供上開評估工具參考，且鼓勵各醫院發展出類似之評估工具，俾利醫護人員在臨床上進行評估判斷，並可憑此客觀之數據及證據，與病患及其家屬進行溝通。

(三) 臺北榮民總醫院重症醫學部根據上開評估工具之執行結果，推估如該醫院228張加護病床均推動無效醫療，99至101年約可減少共6,015日之加護病房住院日數，平均1年約減少2,005日之不必要加護病房住院日數，因而可多收治300位重症病患。又如全國7,203張加護病房均推動終止無效醫療，每年可減少至少63,341日之加護病房住院日數，若以每日3萬元之加護病房費用，每年至少減少19億元之加護病房支出，更可減少末期病人接受不必要的痛苦醫療措施。顯然該醫院重症醫學部所發展出疾病嚴重程度之評估工具，確實符合「九四共識」所提出「關懷生命品質」、「尊重醫療專業」及「健保永續經營」之三大原則，將重症病患末期無效醫療，妥善轉銜至安寧及緩和照護。

(四) 嗣本院於B案調查報告中，提出調查意見略以：為營造推動安寧緩和醫療的有利環境及必備基礎，倘各醫院就其本身之醫療專業領域，均能夠發展出類似上開臺北榮民總醫院之評估工具，經由衛生署加以整合建立無效醫療的明確定義及評估標準，並輔以撤除或終止維生醫療作業的臨床照護指引，對於無效醫療相關議題之解決，定能有所助益，行政院允應督促所屬檢討改進在案。

(五) 惟本院於101年7月提出上開調查意見之後，前衛生

署非但未能積極採取具體措施以鼓勵區域層級以上之各醫院發展出類似之評估工具，竟於本院約詢前提出書面說明略以：由於病患疾病複雜度與不確定等因素，且醫院間照護病患的專科別不同，若僅利用單一醫院發展的疾病嚴重度發展工具作為推廣全國適用之工具，可能引起醫療提供者的反彈，認為行政干涉專業之情形云云，益見該署回應消極。幸賴該署於本院約詢時經本案調查委員慎重提出無效醫療之現狀及問題後，當場允諾將立即進行研議並於明年提出具體的處理結果，事後亦補充書面表示：為營造推動安寧緩和醫療的有利環境及必備基礎，倘各醫院就其本身之醫療專業領域，均能夠發展出類似臺北榮民總醫院重症醫學部之評估工具，並輔以撤除或終止維生醫療作業的臨床照護，對於推動安寧緩和醫療，定能有所助益，爰該署已預訂於102年7月下旬邀集相關醫學會進行研商。

(六)綜上，臺北榮民總醫院重症醫學部所發展之疾病嚴重程度評估工具對於無效醫療相關議題之處理，可謂踏出關鍵性的一大步，爰本院於B案實地訪視各醫療院所時，針對區域層級以上之醫院皆提供上開評估工具參考，且鼓勵各醫院發展出類似之評估工具，俾利醫護人員在臨床上進行評估判斷，並可憑此客觀之數據及證據，與病患及其家屬進行溝通。嗣本院於101年7月提出B案之調查報告，要求行政院督促前衛生署積極整合建立無效醫療的明確定義及評估標準。惟該署竟迄無任何積極推展之作為，且回應消極，實有怠失。

十三、鑑於加護病房內仍不斷地上演著末期或瀕死之病人仍然接受抽血、化療、洗腎或心肺復甦術等折磨及痛苦，衛生福利部允應參酌臺北榮民總醫院重症

醫學部於加護病房內推動終止無效醫療之實務經驗及相關建議，積極營造安寧緩和醫療的有利環境及必備基礎。

(一)本院為再深入瞭解臺北榮民總醫院重症醫學部於加護病房推動終止無效醫療的後續發展及執行情形，於102年5月2日再次進行實地訪查該醫院重症醫學部，目前執行概況如下：

1、使用SAPS II<sup>14</sup>判定無效醫療：

- (1)從急診轉入加護病房的多器官衰竭病人，於24小時內由判收科主治醫師使用SAPS II判定是否為無效醫療。
- (2)從病房轉入加護病房病人，重症專責主治醫師使用SAPS II及臨床狀況，判定是否為無效醫療。
- (3)住加護病房6天以上病人，每週跨領域團隊檢討使用SAPS II及臨床狀況，判定是否為無效醫療。
- (4)每週一由重症醫學部主任主持跨領域團隊檢討入住6天以上病人，計量連續3天的SAPS II若>80%死亡率，則共同討論。
- (5)在用SAPS II判定病人是否為無效醫療之際，仍加入臨床狀況之考量，如生命中樞已衰竭，癌症多處轉移，呼吸窘迫無進步，末期心、腎衰竭依賴ECMO、CVVH，重度昏迷(GCS<3)，類腦痲呆症長期臥床無生活品質，加護病房>21日，拒絕診療等，多面項考量。

2、經判定無效醫療之後續作為：

- (1)重症醫學部主任每週主持跨領域團隊討論決

---

<sup>14</sup> SAPS II係美國重症學會於1993年發展的住院死亡預測方法。

定後，立即將無效醫療之判定告知原科主治醫師，請取得家屬同意終止無效醫療。

- (2) 第一線當班醫師、護理人員利用家屬探視病患時，宣導安寧緩和醫療。
- (3) 每季在ICU管理委員會，由各CU主任報告檢討無效醫療案例久置ICU依賴維生之適當性。
- (4) 當遇有拒絕DNR之無效醫療案例時，則請業管副院長召集原科部、科主任及主治醫師共同召開檢討會議，強制將生命跡象相對穩定、病情膠著狀態之病人，轉至一般病房由家屬分攤照護工作且禁止再轉入ICU。

### 3、99至101年的執行結果

- (1) 平均住院天數逐漸下降：從99年之7.24天，降至100年之7.06天，101年之6.8天。

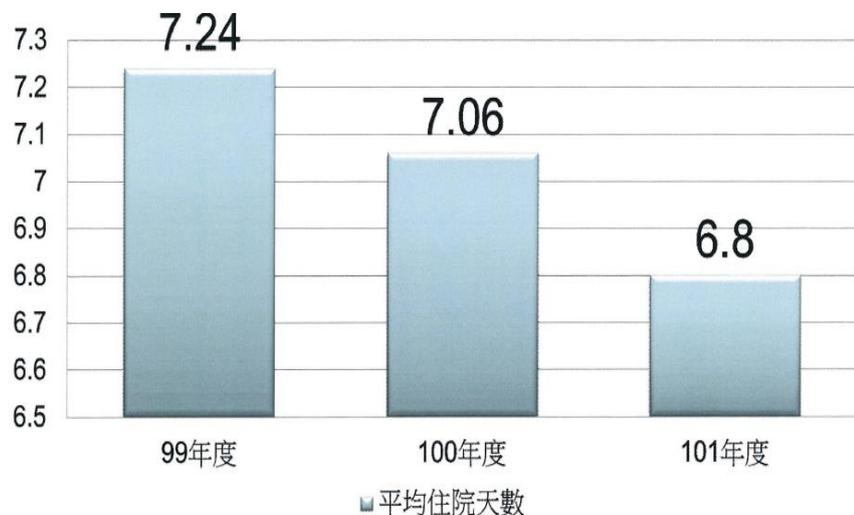


圖3、99至101年平均住院天數

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

- (2) 平均死亡率逐漸下降：從99年之15.53%，降至100年之14.03%，101年之13.83%。

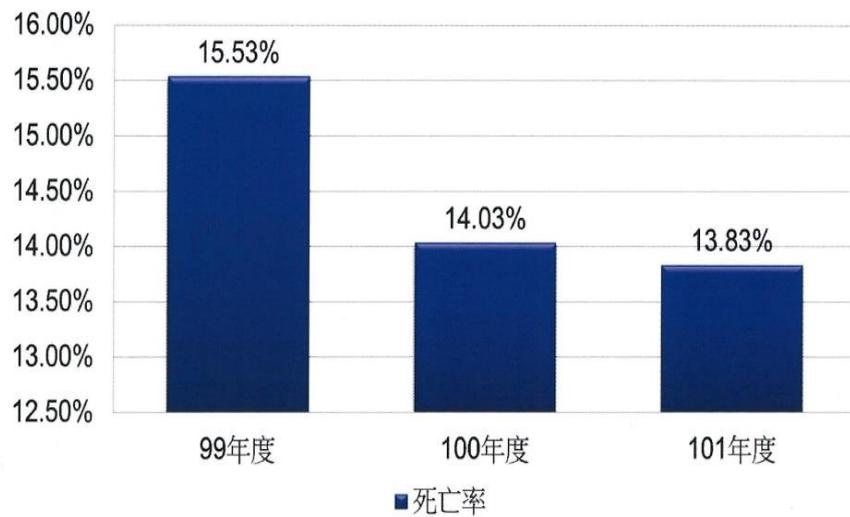


圖4、99至101年平均死亡率

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

(3) 無效醫療判定對ICU住院天數之影響：

<1> 無效醫療判定後7天內有DNR者，其ICU住院天數為4.9天。

<2> 無效醫療判定後第7天未有DNR者，其ICU住院天數為10.9天。

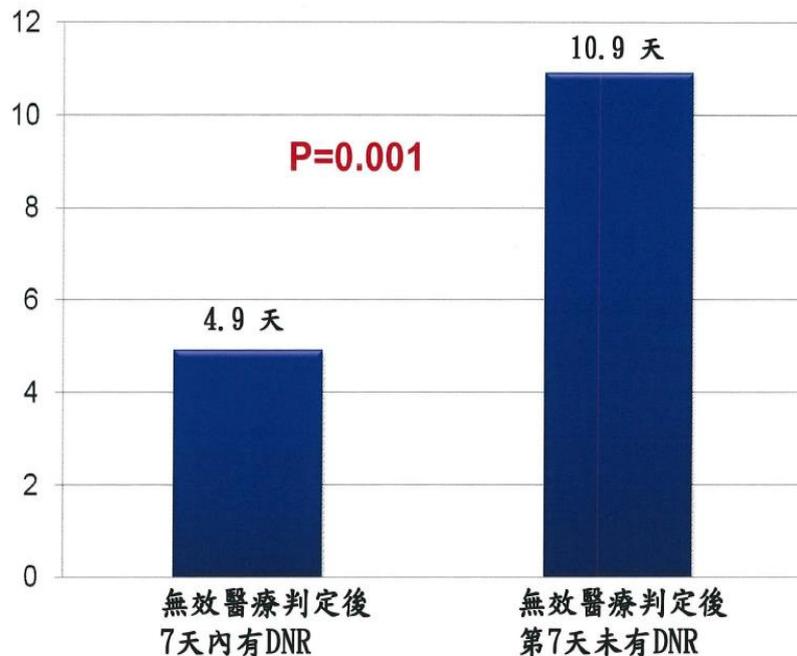


圖5、無效醫療判定後ICU住院天數

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

(4)無效醫療判定後7天日，病患家屬簽署DNR之比率，從99年之17.4%，增至100年之31.4%，101年之60.5%。至於無效醫療判定後之病患續住加護病房之天數，呈現逐年下降之趨勢，99年為6.5天，100年為6.1天，101年為5.5天。

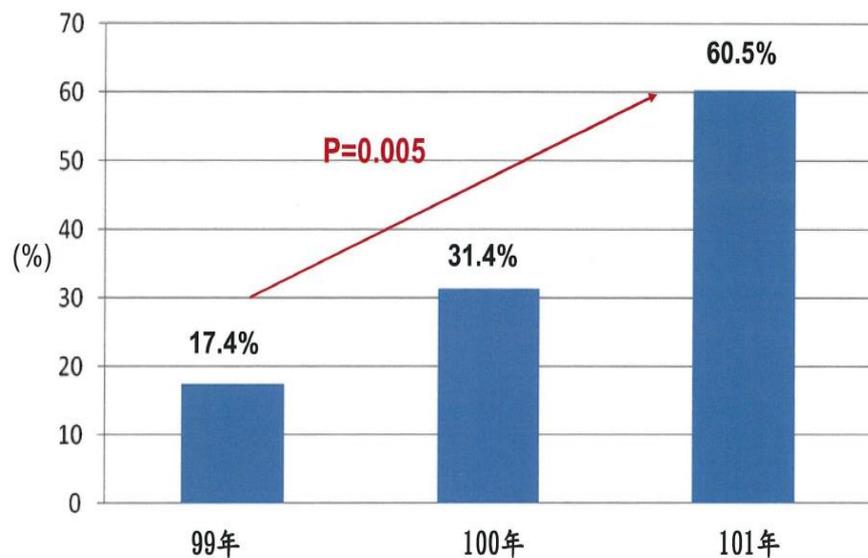


圖6、無效醫療判定後7天內病家簽署DNR的比率

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

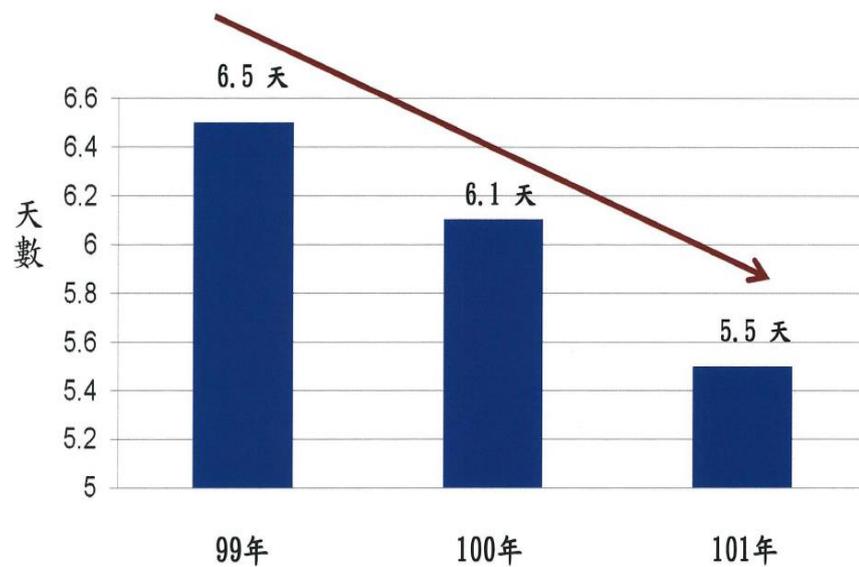


圖7、無效醫療判定後續住加護病房天數

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

(5) 經判定無效醫療後，高達47.7%會以有呼吸器狀態轉至普通病房；若短期內未死亡，則轉至普通病房高達79.5%。

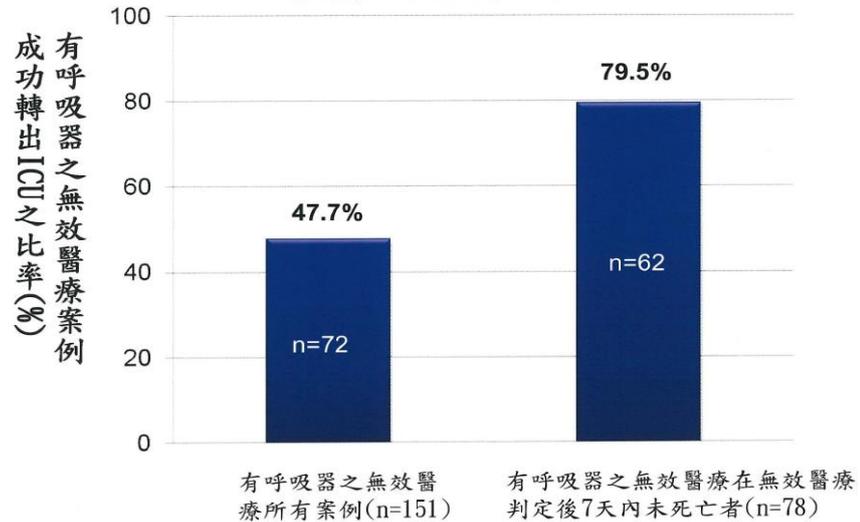


圖8、有呼吸器之無效醫療案例轉出ICU之比率

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

(6) 經無效醫療判定後最終死亡病人之住院天數：

<1> 經無效醫療判定後於加護病房死亡病人之住院天數為4.4天。

<2> 經無效醫療判定後於普通病房死亡病人之住院天數為27.4天。

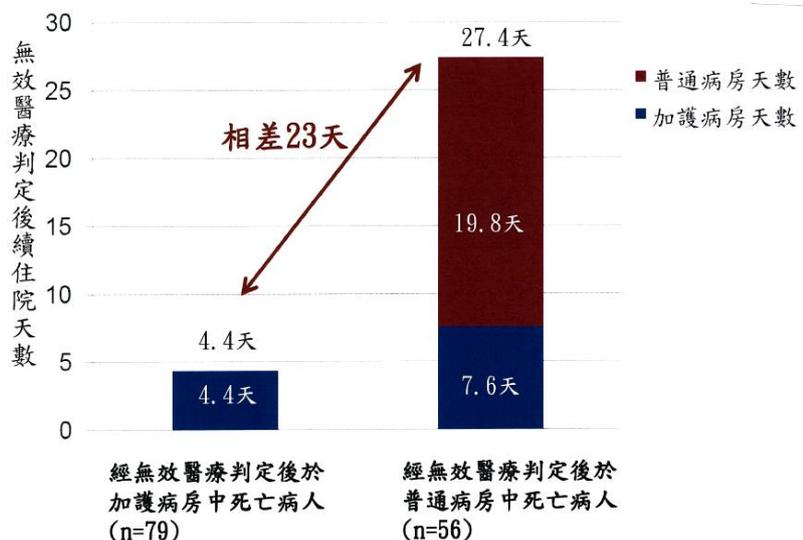


圖9、經無效醫療判定後最死亡病人之住院天數

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

(7)有效控管加護病房住院人日數，無效醫療日數不超過5%閾值。

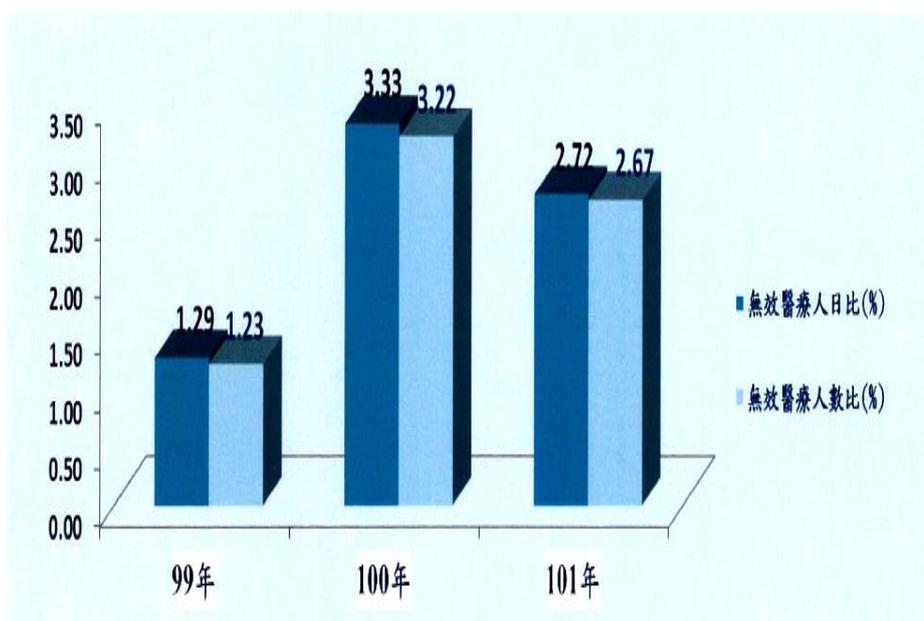


圖10、99至101年無效醫療統計

資料來源：臺北榮民總醫院重症醫學部

(二)臺北榮民總醫院重症醫學部根據上開執行結果，推估如該醫院228張加護病床均推動無效醫療，99至101年約可減少共6,015日之加護病房住院日數(1,108日/42床【每床節省之加護病房日數】\*228床)，平均1年約減少2,005日之不必要加護病房住院日數，可避免資源浪費，將資源留給更需要之病人，每年該醫院加護病房約可多收治300位重症病患。又如全國7,203張加護病房均推動終止無效醫療，每年可減少至少63,341日之加護病房住院日數(1,108日/42床/3年【每床每年節省之加護病房日數】\*7,203床)，若以每日3萬元(包含呼吸器、洗腎及高貴抗生素等)之加護病房費用，每年至少減少19億元之加護病房支出，更可減少末期病人接受不必要的痛苦

醫療措施。顯然臺北榮民總醫院重症醫學部所發展出疾病嚴重程度之評估工具及經判定無效醫療後之處理流程機制，對於醫護人員在臨床上進行評估判斷與相關後續處理，確有助益。

(三)此外，臺北榮民總醫院亦從其推動經驗，提出下列具體之建議，以為在加護病房終止無效醫療之相關配套措施：

- 1、重症專責主治醫師須長期專責（1年以上）於ICU，負責急迫的加強照護醫療，才能有效控制無效醫療及合理運用昂貴醫療資源。
- 2、無效醫療案例之控管，須列入衛生署及健保局的醫院急重症緊急能力分級評鑑內的第六章加護病房品質之必要通過指標。
- 3、經判定無效醫療案例，病家若2次協調會溝通後，仍然拒絕配合者，則報請健保分局審定以行政命令強制家屬自費支付維生設備之相關花費。
- 4、衛生署執行急重症醫院能力分級評鑑工作，5年來已見加護病房醫療品質提升，但因而增加的重症專責主治醫師須長期專責的人力成本，應增加重症醫師診療費的健保給付。
- 5、衛生署須訂定重症醫療的人才培育內容與計畫，並列為署定專科醫師認證，並請健保局以無效醫療方案提高重症醫療費給付，而非僅DNR之給付。

(四)綜上，隨著醫療科技不斷進步，急重症加護技術之發展，使得愈來愈多重症病人於生命末期階段進入加護病房接受照護。加上國人平均壽命大幅延長，人口老化趨勢、科技進步所帶來的文明病等，不管是洗腎、呼吸器、意外傷害、重症病患末期醫療等所衍生之醫療耗用，勢必持續成長。加上末期病患接受過侵襲性之治療後，病情仍不能控制時，如仍

繼續施以非緩和性之治療，將使病患及其家屬承受無效醫療的折騰。是以，衛生福利部允應參酌臺北榮民總醫院重症醫學部於加護病房內推動終止無效醫療之實務經驗及相關建議，積極營造安寧緩和醫療的有利環境及必備基礎。

十四、為妥善因應處理重大傷病患者之無效醫療問題，衛生福利部仍應積極克服法律上之障礙，以維護末期病人之生命品質及健保的永續經營。

(一)有關臺灣研究基金會與臺大公共衛生學院於100年9月4日舉辦之「第三波健保改革研討會」中，在關懷生命品質、尊重醫療專業及健保永續經營三大原則之下，對於洗腎、呼吸器治療及葉克膜等醫療科技之適當使用，達成九四共識，已如前述。四點共識之其中一項，即呼籲針對重症病患末期無效醫療，應建立標準評估流程，由健保提供免除部分負擔之安寧及緩和照護，或由病人家屬選擇自行負擔部分繼續使用維生醫療之費用。

(二)嗣前健保局參考前揭九四共識內容，以及因應二代健保修法，爰研擬「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」修正草案，於100年9月陳報前衛生署，其中內容包含重症末期病人如未接受安寧緩和醫療應自負部分負擔相關條文。惟經該署於100年12月22日及101年4月24日召開研商會議，獲致結論略以：「考量恐涉違母法之重大傷病免部分負擔之規定，且尚無明確定義及可執行之方式，決議刪除。」故終未予以修正，前衛生署亦表示：現行全民健康保險法明定重大傷病免部分負擔，如對無效醫療之重大傷病病人收取部分負擔，應先修法。

(三)綜上，前衛生署曾試圖從「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」，增加重症末期病人如未接

受安寧緩和醫療應自負部分負擔之相關條文，卻因恐違反母法全民健康保險法而未果。惟為能妥適引導重大傷病患者於生命末期接受安寧及緩和照護，避免繼續遭受無效醫療之折磨，衛生福利部仍應積極透過修法途徑以克服法律上之障礙，俾維護末期病人之善終權利及全民健保的永續經營。

十五、面對有限的醫療資源、無窮的醫療需求及臨終的生命品質，將無效醫療轉移銜接到安寧緩和醫療，乃是重大的選擇工程，惟其需要制度之引導及資源之挹注，始能鼓勵更多醫院投入安寧療護工作；是以，衛生福利部除應儘速研議規劃，戮力促成安寧療護社區化之推動與落實外，亦應以「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」實施經驗為借鏡，準備周妥的配套措施，俾避免引發任何不可預期的後遺症。

(一)根據前衛生署統計資料顯示，隨著人口老化，死亡人數中老年人口占率逐年增加，70年死亡人口中65歲以上者占46.9%，85年占率更增加至61.0%，至101年時為68.8%。再者，101年國人死亡總人數為153,823人，而十大主要死因死亡人數即占總死亡人數的76.7%，扣除事故傷害，其餘死因為癌症及慢性疾病，其中又仍以惡性腫瘤占28.4%最多，顯見101年十大主要死因仍以癌症及慢性疾病為主，此類病患均將面臨到生命末期的臨終照護及無效醫療問題。

(二)近年來各界對於「無效醫療」議題，從原本質疑、挑戰的態度，已逐漸轉為持正面的立場，且各醫院對「九四共識」均表贊同，前健保局也欲從「全民健康保險對象免除自行負擔費用辦法修正草案」，增修重症末期病人如未接受安寧緩和醫療則應自

負部分負擔之內容，雖然最後修法未果，但卻見到各界對重症病患末期無效醫療的討論與省思，已跨出重大一步，而有助於未來的繼續推動。

- (三)其次，無效醫療在法律上的障礙一再鬆綁，102年1月9日安寧緩和醫療條例再次修正，放寬撤除心肺復甦術和維生醫療的門檻，僅須經2名專科醫師認定為末期病人，病人意識昏迷或無法清楚表達意願或無意願書時，只需1名病人家屬，且毋須再經醫院醫學倫理委員會審議，此可說是安寧緩和醫療在法制上又再跨一大步。復以臺北榮民總醫院重症醫學部已經發展出疾病嚴重程度的評估工具，並已運用在臨床上，以利醫護人員在臨床上進行判斷，並可憑此客觀的數據及證據，與病患及其家屬進行溝通，倘各醫院均能發展出類似的評估工具，經由衛生福利部加以整合建立無效醫療的明確定義及評估標準，對於無效醫療相關議題的解決，定能有所助益。
- (四)又，前衛生署為使醫療機構執行撤除或終止心肺復甦術作業更加完備，並因應前揭安寧緩和醫療條例之修法，除已委託臺灣安寧緩和護理學會於101年2月間完成「撤除或終止維生醫療作業參考指引」外，再於102年委託臺灣安寧照顧協會辦理「醫療機構施行安寧緩和醫療作業案例集計畫」，俾完備臨床指引流程以供醫療人員參考運用。另該署已於102年1月16日籌備成立「國家醫療科技評估中心」，提供前健保局相關建議，輔助決策是否納入健保給付，期建立具有臺灣特色、兼顧科學與正義的醫療資源分配機制。
- (五)綜上，面對有限的醫療資源、無窮的醫療需求及臨終的生命品質，將無效醫療轉移銜接到安寧緩和醫

療，乃是重大的選擇工程，也是大勢所趨。是以，衛生福利部允應創造推動安寧緩和醫療的有利環境及必備基礎，包括：評估工具、臨床指引、法律支撐系統，並從政策層面提供獎勵機制，同時建立相關監督之機制，確保安寧療護之良好品質及核心價值，戮力促成安寧療護社區化之推動與落實。惟該部於規畫過程中，應以「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」實施經驗為借鏡，準備周妥的配套措施，俾避免引發任何不可預期的後遺症。

十六、國防部於持續提供原有醫療照護服務及保留戰時動員母體前提下，大規模簡併國軍醫院，對於續存醫院又進一步進行垂直整合，不斷精進以有效利用資源及提升醫療品質，尤開創「獎金合併計算」政策，實質激勵分院醫師士氣及提升總院級醫院之領導意願，殊值肯定。

(一)國防部為求人力及組織精簡，節省國軍人事成本，於86年起陸續執行國軍人力精簡政策，包括86年至90年之精實案、92年至95年之精進案第1階段、95年至99年精進案第2階段及100年至103年之精粹案，其預期效益除降低人事預算外，尚包括強化精神、燒燙傷、航空醫學及潛水醫學等軍陣醫學，及建立「地區醫療責任制度」以肩負作戰區之醫勤任務。

(二)87至95年間，國軍醫院大規模簡併及裁撤，其中國軍高雄總醫院臺南分院、國軍臺中總醫院東勢分院、國軍桃園總醫院宜蘭分院及國軍花蓮總醫院臺東分院等4家醫院直接裁撤；另原國軍基隆醫院、國軍澎湖醫院、國軍新竹醫院、國軍臺中總醫院中清院區及國軍高雄總醫院屏東分院等5家醫院，由國軍總醫院級醫院以民診基金採自負盈虧方式承接

；國軍臺南醫院及國軍金門醫院則分別由衛生署疾病管制局及衛生署臺北醫院承接；國軍817醫院及國軍斗六醫院由教育部體系之臺大醫院及成大醫院承接；國軍馬祖醫院則成立為聯勤馬祖野戰醫院。簡併及裁撤過程，國防部暨所屬軍醫局面對居民陳情抗議、現員疏處問題、勞資對立衝突、民意代表關切…等龐大壓力，惟軍方秉持貫徹執行任務之使命，持續藉由溝通、協調並採取適當配套措施，終達成精簡目標，將軍醫院由23家簡併為9家。

- (三)國軍醫院經大規模精簡達階段性目標後，國防部希望續存醫院持續朝向落實資源共享及提升醫療服務品質之方向努力，爰自100年起又執行精粹案政策，促使國軍醫療體系之垂直整合；102年1月1日以區域性醫療資源整合為主軸，包括三軍總醫院垂直整合國軍松山總醫院及國軍北投醫院，國軍高雄總醫院垂直整合左營總醫院及國軍岡山醫院等。該部執行國軍醫療體系之垂直整合以5大構面為執行目標，其中屬實質激勵政策者為「獎金合併計算」，即醫師基本獎助金及成本攤提合併計算，以三軍總醫院某分院102年1月之醫師基本獎助金為例，合併計算後之獎助金由原5萬9,000元提升至6萬7,000元，此政策有助提升分院醫師士氣，並激發總院級醫院之領導意願，使總院級醫院以「母雞帶小雞」方式逐漸扶植分院成長茁壯，此政策顯為國軍醫療體系得以整合成功之關鍵因素，深值其他醫療體系參考。
- (四)綜上，國防部為精簡組織及人力，在持續提供原有醫療照護服務及保留戰時動員母體前提下，將軍醫院自23家簡併為9家，精簡成效相當顯著，對於續存醫院又進一步進行垂直整合，不斷精進以有效利

用資源及提升醫療品質，尤開創「獎金合併計算」政策，實質激勵分院醫師士氣及提升總院級醫院之領導意願，殊值肯定。

十七、國內各公立醫療體系為因應醫療環境之重大改變，各自發展不同屬性醫療體系整合模式，各有其特色，各體系間允應互相學習以吸取寶貴經驗，衛生福利部更應積極參考各體系整合成功之關鍵因素，確立署立醫院之定位與功能，繼續共同造福國人健康。

(一)國防部自86年執行「國軍人力精簡政策」，陸續經由精實案、精進案及精粹案等政策，精簡國軍醫院之組織及人力，並於100年起進行區域性垂直整合，其中精簡方式包括由總院級醫院以民診基金採自負盈虧方式辦理、其他公立醫院承接、直接裁撤…等；另垂直整合部分則以區域性醫療資源整為主軸，包括總院級之松山總醫院及左營總醫院，分別併入三軍總醫院及國軍高雄總醫院成為其分院，以有效利用醫療資源及落實轉診制度。故國防部以明確且堅定之政策目標，輔以彈性及創新之配套措施，加上軍方貫徹命令之執行力，國軍醫療體系始得以順利整合。

(二)退輔會鑒於所屬榮民醫院多處偏鄉，因醫師人才招募困難，教學訓練及研究人才欠缺，復部分科別服務能量不足，該會爰於99年7月14日奉行政院核准相關整合計畫後，逐步由各榮民總醫院整合北、中、南3區榮院成為榮總分院；截至102年1月1日止，已完成9所榮院整合，預計於103年1月1日整合玉里、鳳林及臺東榮院為臺北榮總分院後，全案整合完竣；醫療體系整合後，由水平組織體系之臺北、臺中及高雄總院互補互利帶領榮(分)院成長，包括

提升醫療品質、改善門診及住診服務能量、精進儀器設備使用率及強化資訊連結效能等。榮民醫療體系之整合模式係屬於體系內之垂直整合，雖榮（分）院分布幅員廣，跨區整合所需調度之人員及資源不易，惟憑藉著相同體系之文化及觀念、長官全力支持、充分人事授權及實質配套作業等因素，終排除困境而得以順利推動。

(三)臺大醫院自93年4月1日起，陸續整併前衛生署雲林醫院、前國立臺北護理學院附設醫院、前財團法人北海岸金山醫院、前衛生署新竹醫院及前衛生署竹東醫院為其分院，因該5家分院原屬之機關性質及醫院經營背景不同，且多數醫院處於財務窘困時期，再者整併範圍係屬於跨體系及跨區域之模式，故臺大醫院整併上開醫院之過程，面臨層層問題及挑戰，例如：土地建物分配、醫院改制、人才留任、法令限制……等問題；惟該院積極與被改制整併前之醫院同仁進行溝通，並保障前醫院員工之就業權益，再善用總院原有之人才培育、教學研究、醫療品質等優勢條件，終順利完成整併作業。

(四)93年以前，臺北市立醫療院所計有10家，包括5家綜合醫院及5家專科醫療院所，後因市府財政日益困難、醫事人才來源受限、擴建及新建財團法人醫院之競爭、公務醫療體系紛紛進行整合作業、公共衛生體系式微及健保制度之衝擊等6大緣由，市府爰於92年7月開始進行所屬醫療院所組織規程規劃，於財務上以醫療整合達開源之目的，行政整合達節流之目標，並期待公共衛生與醫療並重，以醫療整合創造競爭優勢，成為守護市民健康之社區型醫學中心，終於94年1月1日「臺北市立聯合醫院」揭牌成立，所屬計有8院區包括：中興院區、仁愛院

區、和平婦幼院區、陽明院區、忠孝院區、松德院區、林森中醫院區及昆明院區，其中後3者屬於專科院區，餘屬綜合院區。市府聯合醫院之整合模式係屬水平整合，各院區營運績效由院區院長負責，且各區需維持區域教學院之醫療水準，並以社區民眾需求發展院區醫療特色。

(五)前衛生署所屬醫院係由早期公立醫院改制而成立，當時署立醫院於公共衛生及傳染病防治等領域，成功扮演重要角色，惟隨著私立財團法人醫院陸續崛起且蓬勃發展，署立醫院不得不重新定位新的角色及任務；101年7月前衛生署考量各醫院地理位置、規模、評鑑結果與地方民眾需求等，將醫院區分為區域型醫院、地區型醫院、特殊專科型醫院及離島型醫院，並分別賦予急重症醫療、長期照護、在地醫療及專長特色醫療等任務；復為維持一定醫療水準及服務品質，署立醫院間分別建立區域內相互合作醫療計畫，並積極與醫學中心結盟合作，顯見前衛生署現已起步著手署立醫院間之整合作業。故嗣後衛生福利部可參考同屬公立醫療機構之退輔會、國防部、教育部及臺北市政府等之所屬醫療體系，所各自發展不同整合模式之過程及經驗，以期確保所屬醫院之功能與價值。

(六)國防部、退輔會、教育部、臺北市政府及前衛生署等所屬醫療機構，為因應政府財務及整體醫療環境之變化，各自發展醫療體系整合模式，例如，國防部之簡併及區域性之垂直整合，退輔會屬體系內之跨區域垂直整合，臺大醫院屬跨體系及跨區域之整併，臺北市政府及衛生署則屬體系內之水平整合等，各有其發展特色，故各體系間允宜互相學習，吸取寶貴經驗，以共同面對國內整體醫療環境之變遷

；衛生福利部更應積極參考各體系整合成功之關鍵因素，確立角色定位、目標及功能，以繼續造福國人健康。

十八、前衛生署勇於突破現行「論量計酬」之支付模式框架，將預防醫學及健康促進之概念導入支付標準，施行「全民健康保險論人計酬試辦計畫」，促使醫療資源有效利用及促進國人健康，允宜肯認。

(一)全民健康保險法第42條第1項規定：「醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。」同法第44條規定：「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。第一項家庭責任醫師制度之實施辦法及時程，由主管機關定之。」據此，前衛生署於上開條文正式施行前，於100年7月起先行推行「全民健康保險論人計酬試辦計畫」（下稱論人計酬計畫）。

(二)全民健保自84年施行以來，「論量計酬」制度一直為主要之支付方式，致使醫療院所大多積極於服務量之提供，造成醫療之濫用及浪費，復「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」之設計亦係以各疾病治療相關之服務項目來訂定支付點數，導致現行醫療院所多只重視末端疾病治療，「預防保健」、「健康促進」及「全人照護」等觀念逐漸弱化，顯見目前制度明顯欠缺促使醫療提供者對民眾有健康促進之誘因，難以確實促進國人健康。

(三)基於上開因素，前衛生署健保局於100年2月23日公

告論人計酬計畫，該計畫內容為由保險人與醫療服務提供者先行議定每人每年之虛擬醫療費用點數，由醫院或診所結合組成之團隊，選定地區保險對象申請承辦，辦理模式計有區域整合、社區醫療及醫院忠誠病人等3種模式，服務內容除提供疾病醫療外，尚包括預防保健、健康促進、衛生教育…等項目，簡言之，民眾愈健康，醫療提供者所獲得之報酬愈高。顯然前衛生署勇於突破現行「論量計酬」之支付模式框架，並將預防醫學及健康促進之概念導入支付標準，施行論人計酬計畫，促使醫療團隊發揮照護能量，民眾獲得更完整之照護及醫療資源有效利用，允宜肯認。

十九、前衛生署健保局藉由「全民健康保險論人計酬試辦計畫」，強調預防醫學、健康促進、全人照護及醫療品質等之重要性，確有其正面意義；惟嗣後健保署仍應正視試辦團體所提之建議，適時滾動修正，以求精進。

- (一)前衛生署健保局於100年2月23日公告論人計酬計畫，計畫期間為3年，參加該計畫之試辦團隊共計7家，分別為臺大醫院金山分院、澄清綜合醫院、彰濱秀傳紀念醫院、樂樹醫療群、天主教耕莘醫院、彰化基督教醫院及屏東基督教醫院等，其中辦理模式為社區醫療群及醫院忠誠病人者，自100年7月1日起試辦，區域整合型模式則自101年1月1日起試辦，該等團隊之試辦模式、照護對象及人數分別為：
- 1、臺大醫院金山分院：屬區域整合模式，照護對象為新北市金山區合理現住人口，人數計15,614人。
  - 2、澄清綜合醫院：屬區域整合模式，照護對象為臺中市東區戶籍人口，人數計61,923人。
  - 3、彰濱秀傳紀念醫院：屬區域整合模式，照護對象

為彰化縣線西鄉戶籍人口，人數計14,799人。

- 4、天主教耕莘醫院：屬醫院忠誠病人模式，照護對象計20,094人。
- 5、彰化基督教醫院：屬醫院忠誠病人模式，照護對象計30,014人。
- 6、屏東基督教醫院：屬醫院忠誠病人模式，照護對象計8,664人。
- 7、樂樹醫療群：屬社區醫療群模式，照護對象計5,976人。

(二)本院逐一訪查7家試辦團體，並實地赴社區健康促進站或里民活動中心與民眾互動，以實際瞭解論人計酬計畫推動及辦理情形，發現民眾樂於接受及配合試辦團隊所提供之醫療照護服務，並對於醫師能下鄉甚至到家中服務，滿心感念及感激，顯見民眾對此照護模式之滿意度甚高，惟試辦團對於執行該計畫過程中，仍面臨諸多問題，所提主要困境及建議如下：

- 1、論人計酬係屬費用支付方式之一，以「論人計酬」為名，實不利向民眾有效宣導及教育，應檢討及更改。
- 2、重大傷病患者之醫療費用高，照護對象應排除該類患者或試辦論人計酬計畫後才成為重大傷病者，抑或加入重大傷病之校正數據。
- 3、未能規範民眾就醫行為，試辦團體難以承擔照護對象於區外就醫之費用，故應重新檢視固定就診率之合理性。
- 4、未徵求或告知民眾是否加入論人計酬計畫，致使大部分照護對象並不知情，應落實該計畫之宣導工作，以免照護團隊在執行相關業務時被誤認為係詐騙集團，且計畫內容應有鼓勵民眾加入之誘因。

- 5、前健保局指定之指標目標值皆為「高於全國平均值」，但對於醫院自選指標，卻要求目標值為「全國平均值的75百分位」，標準不同，應重新檢視調整。
- 6、前健保局對於選定「忠誠病人」之定義為基期年來院看門診次數占全部看診次數的50%以上者，卻未考量門診次數太少或是否有住院等情形之忠誠病患。
- 7、預防保健及健康促進，需要長期推動始可顯現出健康效益，建議應合理延長試辦時間。
- 8、該計畫所需耗用之人力及物力成本龐大，應有其他鼓勵配套方案。
- 9、囿於個人資料保護法之限制，健保局提供資料有限，惟基於促進民眾健康，應積極研議解決對策，以加強資訊回饋。
- 10、未能定時提供照護個案醫療利用情形相關報表，或每次提供報表之格式及內容未具一致性，亦或提供之內容未符合試辦團隊之需求等。
- 11、對於善盡執行計畫之試辦團體，應取消罰扣機制。

(三)查前健保局於101年已召開數次論人計酬計畫之相關檢討會議，並於101年11月30日與試辦團隊達成數項共識，包括「試辦團隊得申請增加合作院所」及「部分指標業務面操作型定義之修正」等，另涉及計畫內容部分，業於102年3月22日修訂，修訂重點如下：

- 1、醫院忠誠病人模式之試辦期間延後半年，該計畫之期間改為100年至104年，參加該計畫執行期間為3年，即100年申請參加之7家團隊均自101年1月1日開始試辦。

2、有關費用申報及支付方式部分，採每1年半辦理一次結算，第一次結算如有短絀，可選擇3年期滿再辦理總結算。

(四)前健保局藉由論人計酬計畫，強調預防醫學、健康促進、全人照護及醫療品質等之重要性，實有其正面意義，惟於執行過程上充滿挑戰，也呈現不少實務問題，該局雖已召開相關檢討會議並修正計畫內容，但後續健保署仍應持續正視試辦團體所提之執行困境及建議，適時進行滾動修正，以求精進。

二十、前衛生署已成立國家醫療科技評估中心(NIHTA)之籌備辦公室，踏出臺灣 NICE 的第一步，惟其目前定位、組織及功能等與英國 NICE 仍有很大落差，爰行政院允宜責成衛生福利部結合各種專家與專業性團體，以及原屬國家衛生研究院之衛生政策研究發展中心，儘速立法成立具有臺灣特色的獨立機構，俾為健康促進、疾病預防及治療相關的準則發展，提供客觀、獨立又具代表性與公信力的諮詢建議。

(一)本院「全民健保總體檢」案之調查意見指出：「行政院允宜責成衛生署，參考英國 NICE 的定位與功能，結合各種專家與專業性團體，以及原屬國家衛生研究院之衛生政策研究發展中心人員，成立類似財團法人台灣健保研究院之機構，俾為健康促進、疾病預防及治療相關的準則發展，提供客觀、獨立又具代表性與公信力的諮詢建議。」

(二)復「第三波健保改革－醫療資源分配正義機制之建立研討會」所提之「三三宣言」內容，略以：「...三、成立獨立組織：為協助醫療資源分配機制之運作，應參酌世界經驗及英國國家健康及臨床卓越研究院，儘速立法成立獨立機構，其治理及職掌建議如下：1、接受衛生署監督，以反映國家政策目標

。2、負責對藥品、器材、治療及公共衛生服務等，進行給付及利用之專業評估。3、持續收集，分析與醫療資源分配相關之重要民意，供決策參考。4、獨立機構之董事會或理事會組成應符合公平正義原則，並不得涉及利益衝突。」

(三)本院再於B案之調查意見提出：「為了健保的永續經營，以及有限醫療資源的『分配正義』與『程序正義』，行政院允應督促所屬，儘速籌備規劃成立獨立超然類似英國NICE的專責組織。」

(四)前衛生署按本院上開調查意見，終於102年1月16日委託財團法人醫藥品查驗中心(Center for Drug Evaluation CDE)協助成立「國家醫療科技評估中心-National Institute for Health Technology Assessment, Taiwan (NIHTA)」籌備辦公室，目前進度為：

1、組成諮詢委員會，擘劃未來藍圖：

目前暫由CDE承辦NIHTA籌備辦公室，未來逐步以成為獨立組織為目標；另經由敦聘外部專家組成諮詢委員會，期能藉由諮詢委員的指導，以對NIHTA未來業務範圍、組織人員及願景方向等有更合適且完善之定位。

2、爭取NIHTA籌辦經費：

經費的籌措是現階段重大挑戰之一，目前積極投入爭取國科會之首長雄才大略計畫經費。

3、擴充醫療科技評估範疇：

CDE的醫藥科技評估組過去即主要負責進行前健保局新藥品收載之醫療科技評估，目前NIHTA籌備辦公室除繼續承襲過去CDE醫藥科技評估組之經驗外，進一步將醫療服務及醫療器材等健保給付項目納入評估範疇。

(五)雖然前衛生署對於推動成立類似英國 NICE 的專責機構，已踏出有意義的第一步，惟目前 NIHTA 之組織定位未明確，經費籌措困難，人力規模有限，評估範圍僅限於新藥等現況，均與英國 NICE 落差甚大。行政院允宜責成衛生福利部結合各種專家與專業性團體，以及原屬國家衛生研究院之衛生政策研究發展中心，參酌世界經驗及英國 NICE 之例，並以國家衛生研究院發展經驗為鑑，儘速立法成立具有臺灣特色的獨立機構，俾為健康促進、疾病預防及治療相關的準則發展，提供客觀、獨立又具代表性與公信力的諮詢建議。

捌、處理辦法：

- 一、調查意見一至二十，函請行政院轉飭所屬確實檢討改進及參處見復。
- 二、檢附派查函及相關附件，送請財政及經濟委員會、國防及情報委員會、教育及文化委員會聯席會議處理。

調查委員：黃煌雄

中 華 民 國 102 年 8 月 28 日  
附件：本院 101 年 7 月 31 日(101)院台調壹字第 1010800272  
號派查函暨相關案卷。

附件 1

第三波健保改革研討會-醫療資源分配正義的探討

議程

100年4月16日

09:00-09:30 開幕致詞

江東亮 (第一期全民健保規劃者／臺大公共衛生學院院長)

黃煌雄 (監察委員)

陳 冲 (行政院副院長)

09:30-10:50 醫療體系的失衡

近一、二十年來，許多社區醫療機構的經營日益艱難，而醫學中心與區域醫院卻不斷增加，造成醫療體系頭重腳輕，缺乏垂直整合的局面，因此健全醫療體系的發展，是未來健保改革必須考量的重點。

主持人：葉金川 (前衛生署長／前健保局總經理)

劉興善 (監察委員)

引言人：盧瑞芬 (長庚大學管理學院教授兼院長)

與談人：李建廷 (署立屏東醫院院長)

洪德仁 (診所醫師兼北投文化基金會董事長)

郭守仁 (彰化基督教醫院院長)

謝文輝 (臺灣社區醫院協會名譽理事長)

10:50-11:10 中場休息

11:10-12:30 醫療四大科的萎縮

目前臺灣內、外、婦、兒四大科，已面臨不易招到住院醫師的命運，

而皮膚、眼、耳鼻喉及整形外科卻沒有缺住院醫師的難題，對此不同醫療專科別配置的展望，是我們必須共同面對的嚴肅議題。

**主持人：**林芳郁（前衛生署長／現臺北榮民總醫院院長）

沈美真（監察委員）

**引言人：**黃達夫（和信治癌中心醫院院長）

**與談人：**林其和（成功大學醫學院院長）

陳明豐（臺大醫院院長）

張美惠（臺灣兒科醫學會理事長）

謝卿宏（臺灣婦產科醫學會理事長）

12:30-13:30

午餐

13:30-14:50

**不適當醫療的浮濫：「三多」問題**

許多人對國內醫療浪費的共同感受是「三多」，即「看病多、拿藥多、檢查多」。面對三多等不適當醫療浮濫的問題，未來健保改革究竟該如何因應？

**主持人：**李明亮（前衛生署長）

江東亮（第一期全民健保規劃者／臺大公共衛生學院院長）

**引言人：**李玉春（陽明大學衛生福利研究所教授）

**與談人：**李蜀平（中華民國藥師公會全聯會理事長）

陳宗獻（中華民國醫師公會全聯會常務理事）

劉淑瓊（臺灣醫療改革基金會執行長／臺大社工系副教授）

鄭守夏（前健保局局長／臺大健康政策與管理研究所所長）

14:50-16:10

### 無效醫療

何謂無效醫療？無效醫療的現況如何？無效醫療與醫療科技的關係如何？面對有限的醫療資源，為了全民健保的永續經營，我們應如何對待無效醫療？

**主持人：**陳建仁（前衛生署長／中研院院士）

吳凱勳（第一期全民健保規劃者／亞洲大學榮譽教授）

**引言人：**李卓倫（國立臺中護理專科學校副教授）

**與談人：**柯文哲（臺大醫院創傷醫學部主任）

陳麗光（國家衛生研究院副研究員）

溫啟邦（國家衛生研究院客座教授）

蔡正河（馬偕醫院院長）

16:10-16:30

中場休息

16:30-18:10

### 探索醫療資源分配正義

由於醫療資源有限，加上人口急速老化，以及醫療科技不斷推陳出新，為了健保永續經營，是將分配正義列入第三波健保改革議程的時候了。

**主持人：**楊志良（前衛生署長／亞洲大學講座教授）

黃煌雄（監察委員）

**引言人：**賴美淑（前健保局總經理／臺大流行病學與預防醫學研究

所教授)

**與談人：**吳德朗 (臺灣醫院協會理事長)

陳宏一 (前國防部軍醫局局長)

黃達夫 (和信治癌中心醫院院長)

黃勝雄 (門諾醫院總執行長)

張鴻仁 (前健保局總經理)

張煥禎 (壠新醫院院長)

張荳雲 (臺灣醫療改革基金會董事長/中研院研究員)

楊泮池(臺大醫學院院長)

**18:10-18:15**

**會議摘要**

**報告人：**周穎政 (陽明大學公共衛生學研究所教授)

**18:15-18:30**

**閉幕致詞**

張博雅 (前衛生署長／中央選舉委員會主任委員)

邱文達 (衛生署長)

黃煌雄 (監察委員)

附件 2

第三波健保改革研討會-  
從三個「經典案例」談醫療資源分配正義

議程

100年9月4日

- 09:00-09:10 開幕致詞**
- 陳為堅 (臺大公共衛生學院院長)  
黃煌雄 (監察委員)
- 09:10-09:40 洗腎、呼吸器治療及葉克膜健保給付之綜合說明**
- 主持人:江東亮 (臺大健康政策與管理研究所教授)  
報告人:蔡淑鈴 (健保局醫管組組長)
- 09:40-10:40 葉克膜：成因與現象、問題與對策**
- 主持人:戴桂英 (衛生署中央健保局局長)  
引言人:柯文哲 (臺大醫院創傷醫學部主任)  
與談人:黃勝堅 (臺大醫院金山分院院長)  
蔡甫昌 (臺大醫學院社會醫學科主任)
- 10:40-11:00 中場休息**
- 11:00-12:20 呼吸器治療：成因與現象、問題與對策**
- 主持人:賴美淑 (臺大流行病學與預防醫學研究所教授)  
引言人:王家弘 (臺北榮民總醫院呼吸治療科主任)  
與談人:吳清平 (櫛新醫院副院長)  
陳秀丹 (陽明大學附設醫院內科加護病房主任)
- 12:20-13:30 午餐**
- 13:30-15:10 洗腎：成因與現象、問題與對策**
- 主持人:鄭守夏 (臺大健康政策與管理研究所所長)  
引言人:吳寬墩 (臺大醫院腎臟科主任/台大醫學院內科教授)  
黃秋錦 (中國醫藥大學附設醫院副院長兼教授)  
與談人:吳麥斯 (基隆長庚內科部暨腎臟科主任)  
陳永銘 (臺大醫院腎臟科醫師)

黃尚志 (高醫內科血液透析室主任/高醫腎臟照護學系教授)

15:10-15:30 中場休息

15:30-17:30 綜合座談

主持人:邱文達 (衛生署長)

黃煌雄 (監察委員)

與談人:王家弘 (臺北榮民總醫院呼吸治療科主任)

林俊龍 (慈濟醫療志業執行長)

柯文哲 (臺大醫院創傷醫學部主任)

黃俊雄 (馬偕醫學院董事長)

黃秋錦 (中國醫藥大學附設醫院副院長兼教授)

趙可式 (成大護理學系教授/臺灣安寧緩和護理學會榮譽  
理事長)

溫啟邦 (國家衛生研究院客座教授)

楊秀儀 (陽明大學公共衛生學科暨研究所副教授)

蔡熒煌 (嘉義長庚醫院院長/臺灣胸腔暨重症加護醫學會  
理事長)

謝博生 (臺大醫院內科名譽教授)

17:30-17:40 閉幕致詞

邱文達 (衛生署長)

黃煌雄 (監察委員)

## 第三波健保改革-從三個經典案例談醫療資源分配正義研討會

### 九四共識

100年9月4日

**全**民健康保險實施十五年以來，不僅國人滿意度極高，更享譽國際。然而，在成就的背後，健保永續經營的挑戰越來越大，我們特別在今(2011)年四月十六日，舉辦第一次「第三波健保改革研討會」，全面檢討臺灣醫療資源分配正義問題，獲得廣大社會的正面迴響。其中，有關洗腎、呼吸器治療及葉克膜等三項重要醫療科技的適當使用議題，尤其受到重視。

根據中央健康保險局提供資料，2010年全國共有2,288萬投保人口，洗腎、呼吸器治療及葉克膜的使用人數雖然只分別占0.30%(68,962名)、0.13%(30,271名)及0.004%(1,019名)，但其總醫療點數卻占總健保給付的6.71%、5.09%及0.04%。若以人均醫療點數計算，則高達為一般人口的22倍、38倍及9倍。更嚴重的是，這三項醫療科技使用人數都急速上升；近五年來，健保洗腎人口年增為5.6%，呼吸照護病房人口年增率為3.8%，而葉克膜納入健保之後，雖然時間不長，但使用人數增加更快。

因此，面對有限的醫療資源，我們冀望在關懷生命品質、尊重醫療專業以及健保永續經營三大原則之下，對於洗腎、呼吸器治療及葉克膜等醫療科技的適當使用達成以下四點共識：

- 一、針對重症病患末期無效醫療，建立評估及照護標準：應建立標準評估流程，健保提供免除部分負擔之安寧及緩和照護，或由病人家屬選擇自行負擔部分繼續使用維生醫療之費用。
- 二、對於長期同時使用呼吸器及透析治療的病人，仍呈無意識狀態或生理功能極差者：健保提供免除部分負擔之安寧及緩和照護，或由病人家屬選擇自行負擔部分繼續使用維生醫療之費用。
- 三、對於使用呼吸器治療之急性病人：應建立以醫療品質為依據之評鑑及支付制度，鼓勵醫院積極尋找呼吸器使用之真正原因，幫助病人成功脫離呼吸器。
- 四、重要配套措施：
  1. 鼓勵各醫院及各醫療科別提供安寧緩和醫療，配置必要之相關人力，以提升照護品質。
  2. 針對長期透析病人，應建立適當機制，鼓勵親屬捐贈移植。
  3. 應積極推動「預立醫療意願書」及「預立醫療委任代理人」，建立相關倫理機制，協助並保障醫師執行中止無效醫療之專業行為。

附件 3

第三波健保改革研討會-  
醫療資源分配正義機制之建立研討會

議程

101年3月3日

09:00-09:15

**開幕致詞**

陳為堅 (臺大公共衛生學院院長)

黃煌雄 (監察委員)

江宜樺 (行政院副院長)

09:15-10:30

**資源分配正義理論**

從政治哲學觀點, 分析建立臺灣醫療資源分配機制之理論基礎。

主持人: 江宜樺 (行政院副院長)

江東亮 (臺大健康政策與管理研究所教授)

引言人: 葉浩 (政治大學政治學系助理教授)

與談人: 梁文韜 (成功大學政治學系教授)

謝世民 (中正大學哲學系教授)

10:30-10:50

**中場休息**

10:50-12:10

**醫療資源分配機制：世界經驗**

了解世界主要國家醫療資源分配機制的發展趨勢及作法, 做為臺灣之借鏡。

主持人: 楊志良 (前衛生署署長/亞洲大學講座教授)

石曜堂 (臺灣醫務管理學會理事長)

引言人: 李玉春 (陽明大學衛生福利研究所教授)-世界概觀

李卓倫 (國立臺中科技大學副教授) – 歐洲

黃心苑 (陽明大學醫務管理研究所教授) – 美洲

**12:10-13:20** 午餐

**13:20-15:00** 英國國家健康及臨床卓越研究院(NICE)

英國之國家健康及臨床卓越研究院, 各國紛紛效尤, 其任務、範圍、屬性及治理, 值得深入探討。

主持人: 陳建仁 (前衛生署署長/中研院副院長)

賴美淑 (前健保局總經理/臺大流行病學與預防醫學研究所教授)

引言人: 陳麗光 (國家衛生研究院副研究員)

蔡甫昌 (臺大醫學院社會醫學科主任)

與談人: 沈茂庭 (健保局醫審及藥材組組長)

許銘能 (衛生署企劃處處長)

**15:00-15:20** 中場休息

**15:20-17:20** 如何建立臺灣醫療資源分配正義機制

具體討論未來臺灣醫療資源分配機制之任務、範圍、屬性及治理, 以利健保永續經營。

主持人: 邱文達 (衛生署長)

黃煌雄 (監察委員)

引言人:藍忠孚 (陽明大學衛生福利研究所教授)

與談人:李明濱 (中華民國醫師公會全國聯合會理事長)

李應元 (立法委員)

陳明豐 (臺大醫院院長)

黃達夫 (和信醫院院長)

黃文鴻 (陽明大學衛生福利研究所教授)

楊秀儀 (陽明大學公共衛生學科暨研究所副教授)

劉梅君 (醫改會董事長/政治大學勞工研究所教授)

謝文輝 (臺灣社區醫院協會名譽理事長)

蘇錦霞 (消基會董事長)

蘇清泉 (台灣私立醫院醫療院所協會理事長/立法委員)

**17:20-17:30 閉幕致詞**

邱文達 (衛生署長)

黃煌雄 (監察委員)

## 第三波健保改革-醫療資源分配正義機制之建立研討會

### 三三宣言

101年3月3日

全民健康保險實施十七年以來，不僅國人滿意度極高，更享譽國際。然而，在成就的背後，健保永續經營的挑戰越來越大，我們特別在去(2011)年四月十六日，舉辦第一次「第三波健保改革研討會」，全面檢討臺灣醫療資源分配正義問題，獲得廣大社會的正面迴響。同年九月四日，我們進一步舉辦第二次「第三波健保改革研討會」，以洗腎、呼吸器治療及葉克膜等三項重要醫療科技的適當使用為例，深入討論如何面對醫療資源有限的議題，最後達成共識：應在關懷生命品質，尊重醫療專業，以及健保永續經營三大原則下，落實醫療資源分配正義。

全民健保，係根據社群主義的精神，以健康為人民的基本權利，我們社會所共同努力建立的制度。今天，我們在這裡結合了政治哲學家、不同醫藥衛生領域學者專家、業界及民眾，深入探討如何以適當的程序及合理的安排，來實踐正義。我們深入探討了正義的理念以及國際上醫療資源分配機制的發展經驗，在體認台灣社會文化及現況之下，達成以下建議：

- 一、重申正義為全民健保的核心價值：任何醫療資源的分配必須以正義為依歸，尊重科學證據，符合民主程序。
- 二、應建立具有台灣特色之醫療資源分配機制：此分配機制之運作應釐清政策目標與價值，分析整合科學證據，並多元參與、平等對待；程序透明化；維護弱勢族群的基本尊嚴。
- 三、成立獨立組織：為協助醫療資源分配機制之運作，應參酌世界經驗及英國國家健康及臨床卓越研究院，儘速立法成立獨立機構，其治理及職掌建議如下：
  1. 接受衛生署監督，以反映國家政策目標。
  2. 負責對藥品、器材、治療及公共衛生服務等，進行給付及利用之專業評估。
  3. 持續收集，分析與醫療資源分配相關之重要民意，供決策參考。
  4. 獨立機構之董事會或理事會組成應符合公平正義原則，並不得涉及利益衝突。