

## 糾 正 案 文

壹、被糾正機關：中央健康保險局。

貳、案由：為中央健康保險局執行醫院總額支付制度，制度設計未盡周詳，未建立完善節制醫療費用之健保給付範圍、支付標準、藥價基準、分級醫療、醫療費用審查之實證醫學指引及醫療品質資訊之透明化及重大傷病、罕見疾病、偏遠地區之醫療照護等相關配套措施，復未能採行有效遏止醫療浪費之方法，影響地區醫院生存及民眾獲得社區醫療之可近性；執行九十三年門、住診費用比例為四十五：五十五之目標，未針對不同經營型態之醫院分階段調整，亦未制定配套誘因，均有未當，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

為調查「全民健康保險醫院總額支付制度」及「醫院卓越計畫」對於地區醫院經營管理之衝擊乙案，本院爰召開二場諮詢會議，分別諮詢財團法人辜公亮基金會和信癌症治療中心醫院黃院長達夫、全民健康保險醫療費用協定委員會（下稱健保費協會）前主任委員吳教授凱勳、中央研究院謝研究員啟瑞、台北醫學大學醫務管理學系郭教授乃文、財團法人消費者文教基金會李董事長鳳翹、台灣醫療改革基金會張董事長苙雲、台灣地區醫院協會謝理事長文輝、國立台灣大學附設醫院林院長芳郁、中華民國醫師公會全國聯合

會吳理事長南河、該聯合會全民健保對策委員會召集人邱立法委員永仁、全民健康保險醫院總額執行委員會吳主任明彥等專家學者，並二次約詢行政院衛生署（下稱衛生署）陳署長建仁、中央健康保險局（下稱健保局）劉總經理見祥及衛生署醫政處薛處長瑞元、藥政處王處長惠珀等相關主管人員，業經調查竣事，發現確有疏失：

- 一、健保局執行醫院總額支付制度，制度設計未盡周詳，未建立完善節制醫療費用之健保給付範圍、支付標準、藥價基準、分級醫療、醫療費用審查之實證醫學指引及醫療品質資訊之透明化及重大傷病、罕見疾病、偏遠地區之醫療照護等相關配套措施，復未能採行有效遏止醫療浪費之方法，影響地區醫院生存及民眾獲得社區醫療之可近性，核有欠當。

(一)依據健保局九十三年結算資料：

- 1、九十一年第三季地區醫院包含洗腎之門診平均點值為〇·九六二一元，係醫學中心之九九·〇八%、區域醫院之九九·五二%；九十一年第四季，包含門診洗腎，門診平均點值為〇·九四一六元，係醫學中心之九七·六三%、區域醫院之九八·六二%，且每點點值較九十一年第三季下降二·一三%。
- 2、九十二年醫院總額各分局及層級門診平均點值(不含洗腎)，地區醫院門診平均點值為〇·八六四五元，係醫學中心之九二·五八%、區域醫院之九五·〇五%。
- 3、九十一年第三季，地區醫院住診平均點值為〇·九五二八元，係醫學中心之九九·

- 六四%、區域醫院之九九·八二%。
- 4、九十一年第四季，地區醫院住診平均點值為〇·九四八〇元，係醫學中心之九九·六四%、區域醫院一〇〇·二三%，較九十一年第三季下降〇·五〇%。
  - 5、九十二年不分季，地區醫院住診平均點值為〇·九九六八元，係醫學中心之九九·五一%、區域醫院之九九·八四%。
  - 6、九十三年七月或七至九月，台北、北區、中區、南區、高屏及東區等健保分局所轄之卓越計畫地區醫院之平均點值，分別為〇·八九二五元、〇·九六四三元、〇·八八八六元、〇·八四元、〇·九一元及〇·八四八八元，至於非卓越計畫之地區醫院之平均點值則分別為〇·八五三九元、〇·六六七八元、〇·八二四八元、〇·七七元、〇·八〇元及〇·七三九一元。

(二)詢據健保局表示，總額支付制度對於偏遠地區醫療之保障措施，包括：

1、醫院總額：

- (1)調高急診醫療支付標準：自九十三年六月起，偏遠地區醫院之急診醫療，其點數加三成給付之。(即每次急診診查費可申報四四六點至九四八點)。
- (2)急救責任醫院認定：衛生署認定之偏遠地區急救責任醫院，可享有加成，預估全年急診增加費用約一·三五億元。
- (3)健保費協會協商九十四年醫院總額時，已特別為罕見疾病、血友病及愛滋病患

者之用藥，保留二二·三億元預算，專款專用，該專款之額度如有不足，亦將由健保局其他部門編列預算另行支付。

- 2、西醫、牙醫及中醫門診總額：自九十一年起，訂有專款專用額度，供推動基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵措施實施方案、執行無牙(中)醫鄉執業(巡迴)計畫或醫療缺乏地區服務獎勵試辦計畫。以九十二年為例，為獎勵牙醫師前往二十四個無牙醫鄉執業，約支付四、五一九萬元，另獎勵牙醫師、中醫師及西醫基層實施巡迴醫療，約支付九、七五三萬元，使保險對象均能獲得適當醫療服務。

- (三)總額支付制度之最後目的，並不在於醫療費用之控制，而應回歸至醫療及實施健保制度之本質，即醫療品質之保障及醫療可近性之維持。詢據健保局表示，實施總額支付制度之配套措施，包括：支付制度之改革、提升效率誘因、修改支付標準、藥價基準，以建立公平合理之分配工具，減少浮濫使用之誘因，惟查前開配套措施，健保局目前尚在建置中，短期間內勢難達成醫療資源公平合理配置之目的。透過總額支付制度，可暫時控制醫療費用之成長，然將所有醫院置於同一總額下競爭，對財務、人力、地理位置等條件均不如大型醫院之地區醫院而言，可能係首先被淘汰之醫院。健保局對於山地離島或偏遠地區之醫療院所，雖已調高急診醫療支付標準，並有專款專用額度以推動基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵措施實施方

案、執行無牙(中)醫鄉執業(巡迴)計畫或醫療缺乏地區服務獎勵試辦計畫，惟對於遍布全台各鄉鎮，以社區醫院為經營模式之地區醫院卻無任何之保障措施。另依據九十一年第三季、第四季及九十二年度之醫院點值結算，地區醫院之門診點值已明顯不如醫學中心及區域醫院，九十三年第四季，門診點值較前季下降二·三%、住院點值下降〇·五〇%。至於九十三年度預估之門住診點值，參加卓越計畫之地區醫院尚可維持在〇·八四元以上，惟較九十二年度之點值呈繼續衰退趨勢，與九十一年第三、四季相較，點值稀釋更為嚴重。至於非卓越計畫之地區醫院，台北、中區及高屏健保分局勉強維持在每點值〇·八〇元以上，但南區及東區健保分局已小於〇·八〇元，北區健保分局之地區醫院更小於〇·七〇元，故以門診為發展重心之地區醫院，其經營危機勢將浮現。

(四)綜上，健保局執行醫院總額支付制度，制度設計未盡周詳，未建立完善節制醫療費用之健保給付範圍、支付標準、藥價基準、分級醫療、醫療費用審查之實證醫學指引及醫療品質資訊之透明化及重大傷病、罕見疾病、偏遠地區之醫療照護等相關配套措施，復未能採行有效遏止醫療浪費之方法，影響地區醫院生存及民眾獲得社區醫療之可近性，核有欠當。

二、健保局執行九十三年門、住診費用比例為四十五：五十五之目標，未針對不同經營型態之醫院分階段調整，亦未制定配套誘因，顯有未當。

- (一) 國內於九十二年間發生嚴重嚴重急性呼吸道症候群疫情（下稱 SARS）後，衛生署爰擬訂「後 SARS 台灣重建計畫 | 醫療及公共衛生改造計畫」以重建醫療體系。該計畫包括四部分：公共衛生體系改造、用藥安全與飲食文化改善、健保體系改造及醫療體系改造等，後二者與全民健保相關，計畫目的係使醫院朝急、重症醫療發展，與基層診所作適當分工，因此訂定九十三年門、住診費用比例為四十五：五十五之目標。健保費協會於九十二年十一月十四日第八十二次委員會議決議：「九十三年度醫院醫療給付費用總額之門診及住診服務預算比例，於扣除特別預算項下之品質保證保留款後，依四五%及五五%分配。」惟該協會第八十八次委員會議另決議：「九十三年醫院總額門、住診預算比率係為全體醫院之目標，各健保分局在執行醫院卓越計畫或自主管理計畫時，應依醫院層級、類別訂定不同目標。」依上開決議，門住診費用比例並非大小醫院一體適用。
- (二) 台灣醫院協會前於九十三年七月八日向健保費協會提出九十三年醫院總額門住診四十五：五十五比例變更結算作業之意見，除健保費協會已正式函復意見外，健保局亦於九十三年七月二十日接獲台灣醫學中心協會來函，表示台灣醫院協會所提之配套方案與會議記錄不符，聲明仍希望依照原先公布之操作模式辦理，健保局爰與台灣醫院協會展開討論，並協助模擬試算以供決策參考；該局復於九十三年八月十七日、十月四日以正式

公函催請台灣醫院協會就所提方案提出具體操作方式，確認實際執行意見，以便洽辦後續事宜，惟迄今尚未獲得正式回應。

(三)依據健保局提供之資料，九十二年全年之門診占率占五十%至六十%間之醫院有一一八家，六十%至七十%間者七十六家、七十%至八十%間者五十七家、八十%至九十%間者五十六家、九十%以上者有八十九家，分別占醫院總家數之十九·四%、十二·五%、九·四%、九·二%及十四·六%，即有三九六家醫院，占有醫院之六五·一%，其門診占率超過五十%，若無配套措施，強行將門、住診預算整體目標訂為四十五：五十五，並一體適用於大小醫院，醫院之門診點值勢必大幅縮水，影響部分醫院之生存。另詢據衛生署陳署長建仁表示，依據各層級醫院門、住診申報之點值結構，醫學中心較易達成該目標，然區域醫院即可能發生困難，至於部分地區醫院以發展門診為主，實難達成該目標，故應有配套措施以避免對醫界及民眾之巨大衝擊。

(四)經詢據健保局表示，針對九十三年醫院門、住診比率調整之執行配套措施，包括：分區（分層級）目標之訂定及落實、推動醫院卓越計畫，降低個別醫院風險、修訂醫院門診合理量，推動分級診療、減少大醫院輕病門診，降低對地區醫院衝擊、降低對急診之衝擊、利用健保 IC 卡減少重複用藥檢查等措施、鼓勵慢性病處方，減少重複就醫及考慮將未通過評鑑或門診為主之醫院併入基層總

額。惟本院多次詢問該局對前開配套措施之具體執行方案，該局迄仍未能提出，顯見健保局對上開配套措施，迄未有具體執行方案。

(五)綜上，衛生署擬訂之「後 SARS 台灣重建計畫—醫療及公共衛生改造計畫」，將九十三年門、住診費用比例為四十五：五十五之目標，該目標亦經健保費協會通過，惟健保局目前尚無配套之具體執行措施。至於國內有三九六家醫院，占有醫院之六五·一%，其門診占率超過五十%，若無配套措施，強行將門、住診預算以四十五：五十五分配，並一體適用於大小醫院，將使以發展門診業務為主之醫院，難以生存。為使醫院朝向急、重症醫療發展，並與基層診所作適當分工，該目標或有執行之必要，惟健保局執行九十三年門、住診費用比例為四十五：五十五之目標，未針對不同經營型態之醫院分階段調整，亦未制定配套誘因，影響醫院生存權益，顯有未當。

綜上論結，為中央健康保險局執行醫院總額支付制度，制度設計未盡周詳，未建立完善節制醫療費用之健保給付範圍、支付標準、藥價基準、分級醫療、醫療費用審查之實證醫學指引及醫療品質資訊之透明化及重大傷病、罕見疾病、偏遠地區之醫療照護等相關配套措施，復未能採行有效遏止醫療浪費之方法，影響地區醫院生存及民眾獲得社區醫療之可近性；執行九十三年門、住診費用比例為四十五：五十五之目標，未針對不同經營型態之醫院分階段調整，亦未制定配套誘因，均有未當，爰依監察法第二十四條提案糾正，



送請行政院轉飭所屬確實檢討並依法妥處見復。