

檔 號：

保存年限：

# 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓

承辦人：徐筱瑜

電話：(02)2752-7286#121

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：yuliana@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國99年8月19日

發文字號：全醫聯字第0990001789號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如主旨

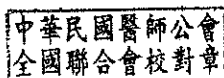
主旨：99年7月16日李理事長明濱率領本會第9屆新任理監事及各縣市醫師公會理事長等共39人晉見 馬英九總統，就國家重大醫療衛生政策議題提出建言，建言事項經總統府公共事務室移請行政院研處，復交由行政院衛生署辦理後答覆本會，詳如附件，請 查照。

說明：

- 一、依據行政院衛生署99年8月12日衛署企字第0990019128號函辦理。
- 二、本函重點刊登台灣醫界雜誌及本會網站。

正本：各縣市醫師公會

副本：



理事長 **李明濱**

上網公告  
鄭華芬  
PP-8.23

收文編號	收文日期	轉機編號
2091	99.8.16	16:00

檔 號：  
保存年限：

## 行政院衛生署 函

機關地址：10341台北市大同區塔城街36號  
傳 真：0285906000  
聯絡人及電話：劉朝嘉(02)85906560  
電子郵件信箱：pl282135@doh.gov.tw



台北市大安區安和路一段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國99年8月12日  
發文字號：衛署企字第0990019128號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：普通  
附件：本署答覆資料1份

主旨：有關 貴會李理事長99年7月16日面呈總統建言冊一案，檢附本署答覆資料1份，請 查照。

說明：依行政院秘書處99年7月28日院臺衛字第0990043488號函轉總統府公共事務室書函辦理。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會  
副本：總統府公共事務室、行政院秘書處

署長 楊志良

本案依分層負責規定授權處室主管決行

劉朝嘉

# 衛生署答覆中華民國醫師公會全國聯合會建言

一、建議總統府顧問納入醫界代表-----	1
二、落實「馬蕭新世紀健康政策」-----	1
三、加速制定醫事爭議處理相關法案及法律責任明確化-----	2
四、二代健保修法建議-----	3
1. 健保費率精算應以「現有實際服務點數」為計算基礎-----	3
2. 為健全收支連動目標，架構對等重於組織合併，不宜將費協會與監理會執掌合併-----	3
3. 建議訂定差額負擔之法源依據及給付上限，同時保險人訂定給付上限應邀集保險醫事服務提供者代表參與-----	4
4. 建議醫療給付費用總額得分地區訂定醫院、基層診所之門診及住院費用分配比率-----	4
5. 正視藥品支出目標制可能衍生的問題-----	5
6. 建議保險醫療機構於診療被保險人後「得」交付處方箋予被保險人，以配合醫療之專業分工-----	5
7. 健保 IC 卡容量與讀卡機速度未改善前，不宜將門診診療之藥品處方及重大檢驗項目寫入健保 IC 卡，避免增加病人就診等候時間-----	5
五、推動病歷書寫中文化應有妥善之配套措施-----	7
六、增加醫師於長期照護制度與服務提供之參與-----	9
七、加強偏遠及離島地區之醫療品質-----	10
1. 請政府加強偏遠地區及離島地區於急重症醫療之救護能力，以提高醫療品質，及增進民眾福祉，懇請多予關注，及促進並支持相關計畫之執行	10
2. 請政府協助建構偏遠地區發展遲緩兒童的早期治療環境-----	10
八、強化社區醫療體系，以面對人口老化-----	11
1. 為落實對社區老年民眾能在所居社區「在地安老」，應善用社區醫療體系，針對社區醫院「每點支付額從優支付」的承諾應充分保障，以強化社區醫療體系，以達成社區高齡民眾「在地安老」的目標-----	11
2. 為落實持續性全人照護以及推動高齡民眾「在地安老」的目標，社區醫院與基層醫療體系願協助政府建構高齡者友善就醫與照護體系-----	18

## 一、建議總統府顧問納入醫界代表

答覆：

對於總統府顧問之遴聘納入醫界代表之建議，衛生署樂觀其成。

## 二、落實「馬蕭新世紀健康政策」

答覆：

(一) 「推動健康台灣，許給全民健康安全的人生」，向為我國衛生政策所追求的目標，為達成該目標，衛生署於民國 98-101 年間將透過「精進醫療照護體系，維護民眾健康」、「落實保健防疫整備，免除疾病威脅」、「創造全民健保價值，保障醫療平等」、「強化民眾全面參與，實踐健康生活」、「加強藥物食品管理，確保衛生安全」、「發展中西醫藥生技，達成科技厚生」、「積極參與國際衛生，促成國際接軌」、「發展衛生人力資源，強化施政效能」等策略，積極推展衛生保健及醫療服務。前開中程計畫將編列相關經費，逐年提升我國國民醫療保健支出占 GDP 比率。

(二) 至於建議將現行總額上限制改為總額支出目標制，依全民健康保險法第 49 條規定：醫療費用協定委員會於行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式。醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。第 50 條規定：保險人應依分配後之醫療給付費用總額經其審查之醫療服務總點數，核算每點費用。依上開條文意涵，說明本保險總額支付制度在實際運作上係採支出上限制，即以協定之預算總額除以實際醫療服務總點數而得之相對點數反映各項服務成本。另在現行總額支付制度中，對於需鼓勵或保障之醫療服務，如需採點值保障，則由健保局會同相

關總額部門團體共同訂定。

- (三) 總額支付制度乃宏觀的健保資源分配機制，在微觀面，仍會持續與醫界團體，本著自主管理精神，促進醫療專業同儕制約，強化共同管理，持續改革健保支付制度，提升服務效率與效益，促進國人健康。

### 三、加速制定醫事爭議處理相關法案及法律責任明確化

答覆：

為營造良好醫療環境，保障民眾就醫應有權益，衛生署刻正推動「醫事爭議處理法」之立法工作，希望藉由該法強化醫療糾紛調解程序，並對不可預期重大醫療傷害建立一套補償機制，藉以調和醫病關係，讓醫師得以專心醫療、民眾得以安心就醫，遇有醫療糾紛，可以有效處理，讓受害之病人及時獲得合理補償。

惟依衛生署 98 年委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之「醫療傷害救濟制度財務規劃及醫療安全宣導計畫」研究報告，國內推動醫療救濟制度（手術、含麻醉及生產）所需金額推估一年約在新台幣 11 億至 45 億之間，因所需之財源龐大，來源應審慎評估。又為臻該制度之完備，有關補償對象、經費來源及精算、救濟流程與現有醫療糾紛問題之處理，須作進一步的研議，衛生署將持續聽取各界意見，並作妥善之修正後報行政院。又醫療刑事法律責任明確乙項，衛生署推動時面對我國司法界理論與實務面之挑戰，盼能與醫界共同努力。

#### 四、二代健保修法建議

答覆：

健保法修正案業於 99 年 4 月 16 日完成一讀程序，交付社會福利及衛生環境委員會審查。並於 5 月 20 日完成二輪逐條審查，目前行政院版全案尚有 26 條條文仍保留中；該會並作成決議，院會討論本案前，需經黨團協商，現待黨團協商中。

有關相關建議之說明如下：

##### (一) 健保費率精算應以「現有實際服務點數」為計算基礎

1. 現行全民健保費率精算報告之基本假設，係依過去歷史資料客觀中立進行推估，推估之基礎皆為歷年實際服務點數，且各項費用亦假設服務點數為 1 點 1 元，惟實施總額支付制度之年度，總醫療成本與該假設之結果有落差，為真實表達保險成本，因此計算費率時必須進行調整，至於未來年度預估，依舊是以 1 點 1 元為基礎，並無任何預設立場。
2. 未來二代健保之保險費率依目前規劃，將由未來的全民健康保險監理會全體委員(委員由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者及有關單位共同組成)共同審議，未來監理會在包含醫界在內之各界代表審議下，必能訂出符合公平正義與社會期待之費率方案。

##### (二) 為健全收支連動目標，架構對等重於組織合併，不宜將費協會與監理會執掌合併。

1. 按現行的健保組織，監理會掌理收入面的監督、費協會負責醫療費用支出之協定與分配，由於二會分立的情況，導致在收入與支出的討論未能同步，致使財務之收支無法連動、財務責任制度未能落實。因此，二代健保規劃小組乃提出建議，應將二會整併，以建立財務收支連動機制，並

建構權責相符的健保組織體制，此為二代健保之重要精神之一，故衛生署於研提二代健保健法草案時，乃參採其建議，將二會予以整併，以統一收支事權並改善目前收入審議與支出協定無法相互配合的情形，此係基於組織設計及財務穩定之考量，與公司理事會與監事會之分別負責決策與監督之性質並不相同。

2. 由於二代健保後之監理會掌理事項與民眾權益息息相關，且其肩負穩定健保財務平衡之任務，職責重大，故於立法院審議健保健法修正草案時，委員已有共識，應於法中明定其委員之組成，及將對等協商協議訂定及分配保險醫療給付費用總額之精神納入法中規定。

(三) 建議訂定差額負擔之法源依據及給付上限，同時保險人訂定給付上限應邀集保險醫事服務提供者代表參與。

1. 貴會建議「訂定差額負擔之法源依據及給付上限」部分，業已列入健保健法修正草案第 43 條中；惟本條文於立法院第 7 屆第 5 會期社會福利及衛生環境委員會審查時，未具共識，將保留送朝野協商審議。

2. 有關建議「保險人訂定給付上限應邀集保險醫事服務提供者代表參與」乙節，經查健保健法修正草案第 39 條(業經立法院前開委員會審查通過)規定，藥物給付項目及支付標準，係由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布；藥物給付項目及支付標準即已包括「給付上限」之訂定。

(四) 建議醫療給付費用總額得分地區訂定醫院、基層診所之門診及住院費用分配比率。

現行健保健法雖明定醫療給付費用總額，「得」分地區訂定門

診及住院費用分配比率，但因屬非強制性規範，又考量目前「西醫基層」與「醫院」兩者的理想角色、收入來源、資源重分配及費用控制的策略大不相同，故西醫總額支付制度推動初期，則採「醫院」與「西醫基層」二部門總額，以建立基層與醫院分工與合作的誘因，促使醫院合理調整其角色，並營造基層與醫院合作的契機。但長久而言，未來的目標，仍應以民眾健康照護為主，即以現行健保法所定之分配方式為之，以達照護之周延性與完整性。

(五) 正視藥品支出目標制可能衍生的問題。

促進醫療費用總額及分配之合理化，乃為實施總額支付制度目的之一，以訂定費用結構改革目標，來調整內部資源之配置，藥品支出目標制即為其中一項措施。透過訂定藥品費用具體目標，藉由支付標準或藥價基準的調整等支付配套措施，促使急重症或專科別支付標準合理化，減少不當用藥或診療誘因，實為健保支付制度改革之道，除有更好的措施得以取代，否則不宜輕易刪除。目前藥品總額衛生署已交議費協會進行協定與分配，有關各界對實施藥費支出目標或藥費總額之運行方式有任何之意見，可提案於費協會討論。

(六) 建議保險醫療機構於診療被保險人後「得」交付處方箋予被保險人，以配合醫療之專業分工。

貴會建議與行政院所送健保法修正草案之修正條文第 68 條相符，惟經立法院第 7 屆第 5 會期社會福利及衛生環境委員會審查，已初步審議通過將「得」改為「應」，貴會如認確有修正之必要，宜請立法院委員支持，提出修正條文送朝野協商討論。

(七) 健保 IC 卡容量與讀卡機速度未改善前，不宜將門診診療之藥品處方及重大檢驗項目寫入健保 IC 卡，避免增加病



人就診等候時間。

貴會建議與行政院所送健保法修正草案之修正條文第 68 條相符，惟經立法院第 7 屆第 5 會期社會福利及衛生環境委員會審查，已初步審議通過將增列此項規範，貴會如認另有修正之必要時，宜請立法院委員支持，提出修正條文送朝野協商討論。

## 五、推動病歷書寫中文化應有妥善之配套措施

答覆：

有關病歷中文化事宜，由於醫事人員書寫病歷，係為其治療及照護病人需求，所留下之紀錄，以使對病人之治療及照護有延續性、整體性。基於目前醫學教材多為英文，許多醫療措施、手術名稱使用醫護人員所熟知的英文簡稱說明，要比中文方便甚多。若翻譯為中文，在專有名詞之定義未統一前，反易造成混淆或誤解，導致醫護人員在彼此接續照護病人時，發生誤解或無法連續。此外，翻譯成中文之醫學專有名詞、病名或藥名等，民眾亦未必可自行判讀或了解。準此，目前病歷之製作與書寫，衛生署仍考量醫療專業人員間之實用性，得以中文或英文書寫。至於病歷全面中文化，尚須審慎研擬教育面和實務面之共同配套措施，循序漸進。

基於上述原因，推動病歷之全面中文化，並非一蹴可幾，宜分階段進行。衛生署業於98年9月2日及7日，二度邀集醫療、病人及消費者代表相關團體，舉行共識會議。另外，亦邀集教育部，及病歷、法律相關專家學者以及消費者代表團體，成立跨部會之「病歷中文化推動小組」，審慎研擬教育面和實務面之配套措施，在兼顧病人權益與醫療安全之情形下，循序漸進推動。

衛生署推動病歷中文化之近程目標，係以直接提供病人病歷資訊部分優先中文化為原則。例如：(1) 病歷摘要。(2) 治療計畫。(3) 診斷證明書。(4) 死亡證明書。(5) 手術說明書。(6) 手術同意書。(7) 麻醉同意書。(8) 藥袋(藥名中英併列)。(9) 檢查報告之結論(例如：胃鏡、超音波、X光、電腦斷層、核磁共振…等)。(10) 疾病衛教單。(11) 疾病飲食衛教單。(12) 「檢驗報告」(中英文併列之方式呈現)。(13) 轉診單(以中文書寫為原則，但為避免與後續診治醫師之溝通發生疑義，其中理學檢查、實驗

室檢查、藥物、診斷、手術名稱，仍暫以現行常規方式處理)。至於僅單純為醫事人員執行醫療業務之紀錄或醫事人員間溝通部分之病歷內容，暫不限以中文或英文書寫。

衛生署並預計於 2 年之內，完成常用醫療專有名詞統一中文譯名，以使相關醫學名詞之中譯文有一致性。而在醫療專有名詞未有統一譯名之前，業於 98 年 12 月 25 日函請各縣市衛生局輔導所轄醫療院所，於書寫中文之病歷時，對醫療專有名詞，得參照「全民健康保險醫療費用支付標準」、「國際疾病分類第 9 版或第 10 版 (ICD-9-CM 或 ICD-10-CM)」、「西藥、醫療器材、含藥化粧品許可證」之中文譯名書寫病歷。衛生署並業於 99 年 3 月 31 日衛署醫字第 0990202996 號公告「中文病歷摘要(住院版)範例」、「中英文併列之檢驗報告範例」，以提供醫院執行病歷中文化之參考。

另為加速推動病歷中文化，維護民眾知的權利，衛生署業於 99 年 3 月 12 日增訂醫療法施行細則第 49 條之 1，規定醫療法第 71 條所稱必要時提供中文病歷摘要，指病人要求提供病歷摘要時，除另有表示者外，應提供中文病歷摘要。明定該法必要時提供本國人民中文病歷摘要之範圍，以使醫療法第 71 條提供病人中文病歷之規定更為周延。

## 六、增加醫師於長期照護制度與服務提供之參與

答覆：

- (一) 為建全長期照護服務體系之發展，確保服務品質，保障接受長期照護者之尊嚴及權益，刻正研擬長期照護服務法(草案)，另為了解相關團體代表對長期照護服務法(草案)之想法與意見，衛生署已於99年4月15日辦理「長期照護服務法(草案)專家與公、協會團體代表溝通座談會」，「中華民國醫師公會全國聯合會」為邀請名單之一，當日亦有代表出席與會。
- (二) 另為強化長期照護專業人員之照護能力，以滿足長期照護需求者動態與多元化的需求本質，已規劃完成「長期照護專業人力培訓計畫」，規劃期間共召開7次「長期照護專業人力培訓規劃會議」，並邀請相關醫事團體代表與會共同研議，「中華民國醫師公會全國聯合會」為與會代表之一，7次會議均派員出席。
- (三) 衛生署前於98年9月16日辦理「長期照護保險規劃溝通座談會」及99年7月7日辦理「長期照護保險制度規劃情形座談會」，邀請學者專家及各相關團體提供意見，作為規劃長期照護保險制度之參考；其中「中華民國醫師公會全國聯合會」皆為邀請名單之一，當日亦有代表出席參與。
- (四) 長期照護保險法草案業於98年12月30日函報行政院，未來在長期照護保險制度規劃上若有借重貴會之處，當邀請參與討論。

## 七、加強偏遠地區之醫療品質—1

答覆：

### (一)加強偏遠地區及離島地區於急重症醫療之救護能力

1. 為充實醫療資源缺乏地區醫療資源、提升醫療服務品質，衛生署已規劃「提升偏遠地區醫療服務品質計畫」，補助醫院發展符合該縣市民眾醫療需求之急重症醫療照護服務中心，並培育在地之急重症照護人力。
2. 申請醫院以成立外傷、心血管、腦中風、周產期、急診、兒童重症等照護中心為重點，每家申請醫院至多選擇二項重點，且每縣市每1種特殊急重症照護中心僅獎勵1家醫院成立。申請醫院依所規劃發展重點，除了充實相關之專科醫師人力、辦理相關醫事人員訓練，與特殊照護中心之設施以外，應與縣內或縣外其他醫療機構建立醫事人員支援合作計畫（包括遠距醫療與影像判讀等），且應簽訂合約，並應有轉診後送協調機制，台東縣是衛生署補助縣市之一，計有馬偕醫院台東分院、台東基督教醫院提出前揭重症等照護中心申請。

### (二)建構偏遠地區發展遲緩兒童的早期治療環境。

1. 依據內政部統計處資料顯示，台東縣98年底的0-4歲兒童人口數共計10,406人，該縣之0-4歲兒童數與其他縣市相比偏少，但衛生署國民健康局考量該縣其交通與就醫不便等因素，積極於當地特委託台東馬偕醫院及台東基督教醫院，成立了2家「兒童發展聯合評估中心」。每家醫院委託經費以新台幣120萬元為上限。
2. 現行該二家醫院兒童發展聯合評估中心之專業團隊成員至少包含：(1)小兒神經科、復健科及兒童青少年精神科專科醫師〈至少有2種以上屬專任醫師〉，(2)臨床心理師、(3)物理治療師、(4)職能治療師、(5)語言治療師、

(6) 社會工作人員，以提供跨專業團隊的評量、後續療育服務工作。

3. 綜上，衛生署將建議既有 2 家「兒童發展聯合評估中心」團隊，能結合地方之教育和社政等人力與經費，共同投入發展遲緩兒童的早期治療環境，如有任何困難，衛生署亦將協助解決。

### 八一1、善用社區醫院功能，以面對人口老化問題

為落實對社區老年民眾能在所居社區「在地安老」，應善用社區醫療體系，針對社區醫院「每點支付額從優支付」的承諾應充分保障，以強化社區醫療體系，以達成社區高齡民眾「在地安老」的目標。

答覆：

(一) 為推動醫院總額支付制度，衛生署自 89 年開始，即已邀請相關團體召開十多次之會議，並將各界的建議彙整為「醫院總額支付制度研議方案」。其中針對地區醫院萎縮問題，業已提出九大策略，並且逐步加以落實。相關執行情形，詳附表。(p. 31-34 之附表)

(二) 地區醫院家數逐年消長，為醫療產業市場競爭機制下之自然現象，實非總額制度實施所造成。

1. 由於地區醫院家數自健保開辦後至醫院總額實施前(84 年至 90 年)，平均每年即呈現負成長 3 個百分比的速度在減少中；然醫院總額制度實施後，地區醫院家數減少速度已趨緩，平均每年負成長已降為 2 個百分比，98 年更呈現微幅正成長，較總額實施前穩定。

2. 地區醫院家數雖然逐漸減少，但全國總病床數卻從 91 年醫院

總額實施後的 42,100 床增加到 95 年 49,950 床，增幅 18%，96-98 年則呈現微幅調整的現象；而總額實施前後，平均每家地區醫院病床數由 90.3 床增加到 118.4 床。

3. 總額支付制度實施後，地區醫院家數雖然逐漸減少，但在健保申報費用，整體地區醫院則從 91 年的 497 億增加至 598 億，增幅達 20%；平均每家地區醫院申報醫療費用，除 95 年微幅成長以外，其餘各年約 5-15% 之間，成長幅度不小。
4. 綜上，由於我國個別醫療院所在現有體制下，仍透過醫療市場之自由競爭定位市場區隔，來達到最大化的服務效率與促進醫療品質。故現存的地區醫院多為體質健全、服務獲得民眾肯定者，也是經營效率較佳者且較具競爭力者。

### (三) 現行醫院總額已就偏遠地區之醫院予以較優點值之保障。

1. 醫院總額未實施前，行政院衛生署在醫院總額支付研議方案—寫有「每點支付額從優支付：為降低地區醫院風險，考量地區醫院層級承擔風險之能力較低，可採從優支付方式」，惟該方案乃當年與會學者及醫界代表對於日後實施總額制度政策建議，實務上總額制度推動後，所有無障點值之規定均依費協會決議辦理。
2. 依費協會年度總額協商公告「需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同醫院總額相關團體議定後，送費協會備查。
  - (1). 自 95 年起，健保局於醫院總額支付委員會討論點值保障項目，取得三層級共識，為避免保障範圍過大而排擠其他支付(如急重症)，對於地區醫院點值之保障，限於

「偏遠地區醫院」。

(2). 98 年偏遠地區醫院共 22 家，其浮動點值不低於平均點值，推估每年額外支出約 1.1 億元。

(四) 健保局已透過多項政策鼓勵，協助偏遠之地區醫院經營發展，包括：

1. 行政院衛生署對於地區醫院經營困難等問題，曾於 98 年 7 月 23 日邀集署內相關單位（含醫事處、照護處、健保局和全民健康保險監理委員會、醫療費用協定委員會）召開會議共同研議，會中決議略以：關於社區醫院經營困難問題，對位於「都會區」之醫院，原則上不特別再行加以處理；對於「非都會區」之醫院，則應以能確保民眾之就醫權益為原則。
2. 保障偏遠地區醫院：凡經本署核定之偏遠地區醫院，其浮動點值以前一季各區門住診平均點值核付費用，每年額外獎勵約 1 億元。
3. 符合本署公告之偏遠地區急救責任醫院，急診診察費按支付點數再加成 30%；如果同時符合夜間、例假日者，依表定點數再加成 50%，且其點值保障 1 點 1 元，其急診之案件預估每年額外獎勵約 2.1 億元。
4. 分級化的部分負擔，地區醫院只收 80 元，相較區域醫院 240 元、醫學中心 360 元，地區醫院享有較大價格競爭優勢。
5. 另外，為了保障偏遠地區民眾就醫權益，每年大約投入 5 億元之經費，用以鼓勵中醫、牙醫、西醫師至醫療資源缺乏地區開業或巡迴醫療等，前述醫療健保均給予較優厚給付，每年約投入 5 億元；並自 98 年起，於總額之其他部門，新增 2 億元之預算，用於提升偏遠地區醫療服務，鼓勵醫院醫師前



往醫療資源缺乏地區提供醫療保健服務。

6. 山地離島地區醫療給付效益提升計畫 (IDS)，每年額外投入 5 億元。

7. 近期支付標準對地區醫院之調整：

(1). 97 年 9 月，因將藥價調整之節餘款用於調整支付標準，地區醫院之住院診察費調增 13.2%，相較醫學中心之調增率 5.8%，高出甚多，且亦高於其他項目調增幅度。

(2). 99 年於協定總額時，編列約 2 億元之預算用之於提高地區醫院一般病床、經濟病床、加護病床及精神科加護病床支付點數，並自 99 年 1 月開始實行，100 年亦增編 2 億元之預算，將地區醫院之支付點數調高，使之能與地區教學醫院相同。

(3). 99 年施行之 DRG 支付制度亦對於地區醫院之申報定額得有基本診療加成 5%。

附表 平衡各層級醫院發展配套措施辦理情形

項目	配套措施	執行情形
一、偏遠地區獎勵方案	1. 山地離島地區實施整合性醫療計畫。	1. 已實施 2. 94 年其他部門總額業含本項之成長額度。
	2. 以特別預算方式，加成支付或改變其支付模式。	1. 牙醫、中醫及西醫基層總額均設有醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案之預算。 2. 醫院部門除原有山地離島地區實施整合性醫療計畫外，自 98 年起亦編列 2 億元預算鼓勵醫院醫師前往醫療資源缺乏地區提供醫療保健服務。
	3. 支付標準或特定項目（如診察費、病房費、急診）加成支付。	1. 查支付標準門診診察費、病房費業已針對山地離島有較高之支付點數。

項目	配套措施	執行情形
	4. 開放診療項目（如手術、檢查、檢驗）適用表別之限制。	2. 偏遠地區急救責任醫院之急診診察費加成 30%且每點保障 1 元。 持續檢討原僅區域級以上醫院得以執行之項目，開放至地區醫院可執行；及原地區級以上之醫院可執行項目開放至基層診所得以執行。
二、每點支付額從優支付	訂定從優支付條件。	1. 依據費協會協定及分配 93 年度醫院部門總額成長率時，針對每點一元支付乙節，作成下列附帶決議：對於須保障或鼓勵之醫療服務，回歸支付標準處理，以提供合理誘因。如仍有部分服務須採預先扣除方式，由醫院總額支付委員會討論通過後，於年度實施前送費協會備查。 2. 目前從優支付項目包括： (1) 每點 1 元部分：偏遠地區急救責任醫院提供之急診醫療服務、門住診藥費、藥事服務費、住院手術費、麻醉費、門診手術。 (2) 保障偏遠地區醫院浮動點值不低於該區前季平均點值（每年約 20 家）。
三、以政策引導區域以上醫院減少初級或次級醫療照護	1. 在協商或分配預算時，藉由訂定區域醫院層級以上初（次）級照護病人占率之目標值，降低醫學中心及區域醫院門診之初（次）級照護病人之比例，其所結餘之金額則用調整急、重症醫療。 2. 發展醫院與診所之雙向轉診與整合機制，並配合對病人施與衛教，及提高到醫院就醫者之部分負擔（或是全自費）的方式，以落實分級醫療制度。	費協會於協定 94 年政策協商，業已配合本署政策目標，請中央健康保險局將會同醫院總額受託單位，依醫院類別，訂定調降醫學中心及區域醫院初級照護門診量比率之目標值。 1. 92 年起推動家庭醫師整合性試辦計畫，截至 97 年底，業有 324 個社區醫療群運作中，計有 1,871 家基層院所、22691 位醫師加入。 2. 94 年 7 月 15 日起調整部分負擔：

項目	配套措施	執行情形
		<p>(1)西醫門診基本應自行負擔之費用，依「轉診就醫」或「逕赴醫院就醫」二類方式計收：味精轉診逕赴醫學中心為360元、區域醫院為240元、地區醫院為80元，基層醫療單位為50元；經轉診就醫者，至醫學中心為210元、區域醫院為140元、地區醫院及基層醫療單位均為50元。</p> <p>(2)急診應自行負擔之費用，醫學中心為450元、區域醫院為300元、地區醫院及基層醫療單位均為150元。</p>
	<p>3. 建立醫院與診所分工合作之目標。</p> <p>4. 醫院初級照護門診及慢性病複診之診察費依超出門診合理量部分打折支付之點數來支付。</p> <p>5. 鼓勵醫院增開慢性病長期處方箋，並交付社區藥局調劑，以有效減少其門診量。</p>	<p>94年總額預算之協定與分配，業於其他預算項下設有西醫門診服務財務風險分攤保留款。後續除依據醫院及診所財務風險分擔機制，按季監測並及時檢討外，另訂定具體執行目標。</p> <p>自91年起，提「醫院門診合理量修訂案」至全民健保醫療給付協議會議研議；經多次會議，醫界均主張在總額支付制度下，除應朝向以品質為支付之方向發展外，並應併入醫院卓越計畫及自主管理辦理，將以共同暨個別醫院門診品質提升指標（如門診抗生素使用率、注射針劑使用率等），列為醫院總額支付制度下門診醫療品質提升之推動重點。</p> <p>自92年3月及4月業分別調高診所及醫院開立慢性病連續處方箋之門診診察費增加200點。</p>
<p>四、支付標準調整</p>	<p>支付標準調整應考量各層級院所需要</p>	<p>1. 查健保局例次調整支付標準，均會預估該次調整對各層級院所之影響。若有爭議時，本署於核定時，平衡考</p>

項目	配套措施	執行情形
		量對各層級院所之影響。 2. 自 99 年起調高地區醫院層級之住院病房費及護理費，共 4 億元，預計分兩年完成。
五、加速推動論病例計酬	對大小醫院皆可提供之服務，朝定訂單一支付價格方向努力，直接縮減大小醫院支付價格之差異，並檢討目前執行項目之合理性，如 minimum requirement。	1. 健保局業自 99 年 1 月 1 日起逐步導入 DRG。 2. 為縮小層級差距，特以 99 年醫院總額經費，調升地區醫院及地區教學醫院層級之基本診療加成率。
六、建立各層級醫院監控指標	相關控管指標，每半年檢討，異常者，提醫院總額支付委員會檢討，並就支付標準、合理門診量及審查標準等層面事實提出因應方案或考慮適度延長從優支付之條件及範圍，以避免特定地區或特定層級醫院過度消長，導致其他醫院經營困難之問題。	除醫院總額支付制度品質確保方案中訂有監測指標外，健保局例行之醫療費用統計資料，亦有類似指標。
七、放寬支付標準表診療項目適用表別之限制		同第一項第 4 點
八、審查標準	1. 業審查由醫院團體負責。 2. 遴聘審查醫師時，可由各層級醫院推選一定比例之代表，以符合專業審查之需要。 3. 審查標準之制度，應對於某些醫療資源地區作除外考量，以符合實際需要。	1. 93 年 4 月 1 日起至 93 年底醫院總額支付制度專業自主項目業委託台灣醫院協會承辦。 2. 其餘各年由健保局依全民健保醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。 3. 由健保局提供審查注意事項予各科醫師執行。
九、前述配套措施未落實前，應依照各層級醫院服務量等因素訂定其合理占率，並隨前述措施之推行進度予以調整	本項於醫院總額支付委員會訂定之。	定期監控各層級院所病人就醫流向及財務風險，並按季於費協會報告。

## 八—2 強化社區醫療體系，以面對人口老化

為落實持續性全人照護以及推動高齡民眾「在地安老」的目標，社區醫院與基層醫療體系願協助政府建構高齡者友善就醫與照護體系。

答覆：

- (一) 本署自 96 年 5 月推動「遠距照護試辦計畫」，建置國內首創的居家/社區式和機構式遠距健康照護服務的系統整合模式，透過資訊服務業、醫療服務業、醫療器材業、電信業、保全業、保健設備業等異業結合，發展創新之科技化照護服務，提供各種模式的健康照護創新應用。此外，亦建置遠距照護資訊共通平台，串連各種照護模式，為民眾提供連續性照護服務。
- (二) 為充實醫療資源缺乏地區醫療資源、提升醫療服務品質，衛生署已規劃「提升偏遠地區醫療服務品質計畫」，補助醫院發展符合該縣市民眾醫療需求之急重症醫療照護服務中心，並培育在地之急重症照護人力。申請醫院除了充實相關之專科醫師人力、辦理相關醫事人員訓練，與特殊照護中心之設施以外，應與縣內或縣外其他醫療機構建立醫事人員支援合作計畫（包括遠距醫療與影像判讀等），且應簽訂合約，並應有轉診後送協調機制。
- (三) 查「醫學中心任務指標基準」業將「帶動並輔導區域內醫院之醫療水準提升，且具有成效」列為醫學中心評鑑的項目之一，評核內容包括：「帶動一級區域（六大區）內醫院之醫療水準提升，並輔導區域內醫院執行山地離島偏遠地區醫療服務」、「與一級區域內之其他醫院有建教合作且成效良好」及「與所輔導醫院之雙向轉診情形良好」。
- (四) 健保基於維護民眾就醫權益，針對非都會區醫院，亦已給予各項協助。例如：

1. 偏遠地區醫院每點支付價格較都會區醫院為高，每年約有 20 餘家受到此種特別保障；
  2. 偏遠地區急救責任醫院，其急診之案件醫療費用加成 30%，而且每點保障 1 元；
  3. 並以公務預算補助醫療資源缺乏區之特殊科別（婦產科、兒科、急重症）資源整合及品質提升等。
- (五) 為促進醫療系統整合，全民健保自 98 年底推動「建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫」，此為中長期計畫，透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於門診就醫病患提供整合式門診照護服務，避免因重複及不當用藥、重複檢驗檢查、處置等，而影響民眾健康並耗用醫療資源。鑑於老年就醫人口多屬多重慢性病患，本計畫將有助於各層級醫院提供老年人口之完整醫療照護。
- (六) 轉診醫療確有其必要，但宜採逐步漸進方式，目前健保實施分級化的部分負擔，透過多項政策鼓勵並協助地區醫院經營發展，讓地區醫院享有較大的價格競爭優勢，未來，衛生署將會與社區醫院合作，加強宣導社區醫院的好處與品質，讓民眾重拾其對社區醫院的信心，讓轉診之制度能自發性落實。