

# 中華民國醫師公會全國聯合會

## 建 言

99.7.16

### 一、建議總統府顧問納入醫界代表

為使政府隨時掌握及深入瞭解醫療環境之變遷及對全民健康之影響，建議總統府顧問群中應有醫界代表，以協助為台灣 2,300 萬人口打造更優質之醫療健康照護。(詳見建言說明第 4 頁至第 6 頁)

### 二、落實「馬蕭新世紀健康政策」

落實 2008 年 3 月馬總統「馬蕭新世紀健康政策-增加健康投資，穩固醫療基業，創造醫病雙贏」允諾。(詳見建言說明第 7 頁至第 32 頁)

### 三、加速制定醫事爭議處理相關法案及法律責任明確化

鑑於醫療行為之不確定性及高風險性，醫病紛爭易造成醫病關係緊張及防禦性醫療，為增進醫病和諧及減少防禦性醫療，建議政府加速推動醫事爭議處理相關法案之制定或增列醫療刑事法律責任明確化條文。(詳見建言說明第 33 頁至第 34 頁)

### 四、二代健保修法建議

1. 健保費率精算應以「現有實際服務點數」為計算基礎。
  2. 為健全收支連動目標，架構對等重於組織合併；進行總額費用協商時，應落實對等協商原則。
  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. 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。
  5. 正視藥品支出目標制可能衍生的問題。
  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。
  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。
- (詳見建言說明第 35 頁至第 53 頁)

## 五、推動病歷書寫中文化應有妥善之配套措施

推動病歷書寫中文化，宜兼顧醫療院所實務需求，為避免國際接軌之落差及影響醫療產業朝國際化發展之目標，在相關配套措施未完成前，不宜貿然修法推動。(詳見建言說明第 54 頁至第 55 頁)

## 六、增加醫師於長期照護制度與服務提供之參與

為強化持續性的全人照護，長期照護與醫療照護息息相關，建議於長照制度規劃、服務輸送或法案訂定，應加強醫師與醫療院所角色之參與。(詳見建言說明第 56 頁)

## 七、加強偏遠及離島地區之醫療品質

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。

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。

(詳見建言說明第 57 頁至第 59 頁)

## 八、強化社區醫療體系，以面對人口老化

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。

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。

(詳見建言說明第 60 頁至第 61 頁)

# 建言說明

一、建議總統府顧問納入醫界代表-----	4
二、落實「馬蕭新世紀健康政策」-----	7
三、加速制定醫事爭議處理相關法案及法律責任明確化-----	33
四、二代健保修法建議-----	35
1.健保費率精算應以「現有實際服務點數」為計算基礎-----	35
2.為健全收支連動目標，架構對等重於組織合併；進行總額費用協商時，應落實對等協商原則-----	37
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-----	37
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-----	38
5.正視藥品支出目標制可能衍生的問題-----	38
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-----	38
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-----	39
五、推動病歷書寫中文化應有妥善之配套措施-----	54
六、增加醫師於長期照護制度與服務提供之參與-----	56
七、加強偏遠及離島地區之醫療品質-----	57
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	57
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-----	59
八、強化社區醫療體系，以面對人口老化-----	60
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-----	60
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-----	61

## 建議總統府顧問納入醫界代表

建議：為使政府隨時掌握及深入瞭解醫療環境之變遷及對全民健康之影響，建議總統府顧問群中應有醫界代表，以協助為台灣 2,300 萬人口打造更優質之醫療健康照護。

說明：

- (一) 三年來，醫師公會全聯會領導者秉持著數據、尊重與公平正義三大原則，勇於面對問題，以溝通解決歧見。以單一窗口和諧團結凝聚醫界向心力，重塑醫界新文化；以拓展視野，主動積極爭取與連結外部資源，創造新契機。
- (二) 台灣自實施健保總額預算以來，為醫界帶來重大衝擊，即使在每年總額缺口高達 500 億至 600 億新台幣之際（第 5 頁至第 6 頁），全體醫界同仁仍在全聯會的帶領下以全民健康為第一考量，全力配合政府政策，秉持犧牲奉獻精神全力以赴。台灣實施健保制度滿意度達 70%，獲經濟學者克魯曼博士等專家、學者對台灣健保制度之執行成果表示肯定與讚賞，使台灣之健保制度儼然已成為各國爭相參考之指標。
- (三) 保障全民健康福祉是醫界同仁共同努力的目標，爭取政府、民眾、醫界三贏的局面是醫界所努力的。醫師公會全聯會領導者一向秉持積極樂觀的態度、資訊透明化的精神，衷心期盼能與社會各界同心協力，協助政府共同為照護民眾健康、推動醫療品質及健保永續經營而努力，以謀整體地球村之健康福祉。

# 西醫基層部門歷年醫療 申報點數與總額預算差距

99.3製表

年度	預算金額*1 (億元)	醫療申報點數*2 (億點)	差距(億)	差距%
92年	749.8	764.1	-14.3	-1.9%
93年	767.5	855.1	-87.6	-11.4%
94年	779	910.3	-131.3	-16.9%
95年	793.5	887.6	-94.1	-11.9%
96年	833	883	-50	-6.0%
97年	846	901	-55	-6.5%
98年	878.9	946.7	-67.8	-7.7%

註1：資料來源「全民健康保險西醫基層總額支付委員會」。

註2：1.資料來源全民健康保險醫療費用協定委員會第157次會議「中央健保局醫療費用支出情形報告」P17 99.3.19。。

2.藥局申報之案件數以0計，金額列入計算。

3.醫療申報點數=申請點數+部分負擔。

# 醫院部門歷年醫療 申報點數與總額預算差距

99.3

年度*1	預算金額 (億元)	醫療申報點數 (億點)	差距 (億)	差距%
91年	2,334.9	2,470.8	-135.9	-5.5%
92年	2,440.2	2,543.3	-103.1	-4.1%
93年	2,549.1*2	2,926.7	-377.6	-12.9%
94年	2,650.9	2,994.7	-343.7	-11.5%
95年	2,767.1	2,858.0*4	-90.9	-3.2%
96年	2,703*3	2,992.2*4	-289.2	-10.7%
97年	2,851*3	3163.8*4	-312.8	-11.0%
98年	3,000*3	3321.7*4	-321.7	-10.7%

註1：91~95年度資料來源：「醫院部門總額支付制度」；台北榮民總醫院醫務企管部績效企劃組 陳雪芬；96.5.30。

註2：93年預算已加上95年定案的溢注款。

註3：資料來源：全民健保醫療費用監理委員會第156次、167次、173次會議「全民健康保險醫療支出專題報告」投影片資料。

註4：全民健康保險醫療費用協定委員會第157次會議「中央健保局醫療費用支出情形報告」；P.16：99.3.19。

註5：醫療申報點數＝申請點數+部分負擔。

## 落實「馬蕭新世紀健康政策」

建議：落實 2008 年 3 月馬總統「馬蕭新世紀健康政策-增加健康投資，穩固醫療基業，創造醫病雙贏」允諾。

說明：

(一) 相較於 OECD 國家，我國健康投資有略顯不足的現象。全民健保提供全體國民優質且方便的醫療服務，但醫療費用相對於世界其他主要國家十分低廉，平均每人醫療費用每年花費 982 美元(第 9 頁)，僅有美國的 15%，日本的 33%。以醫療費用占國內生產毛額計算，我國只有 6.13%(第 10 頁)，醫療費用成長率偏低僅 5.1%(第 11 頁)為已開發國家中最低。全民健保醫療費用占國內生產毛額僅 3.7%(第 12 頁)，且全民健保醫療費用成長率 3.3%(99 年)(第 13 頁)，皆為已開發國家中最低。本會呼籲唯有合理的醫療投資，才能讓醫療服務體系合理發展，並提供有品質的服務。故穩定健保財務，加強對弱勢民眾的照顧，合理調整支付標準及充足資源投入，才是民眾之福。

(二) 我國的全民健保是「大小都保」，與世界主要國家相較，我國醫療服務之費用相對低廉。以個別醫療項目之費用比較，我國冠狀動脈繞道手術費用（包括檢查費、手術費、醫師診察費等項目合計）約為美國的 12%~23%、韓國的 50%、新加坡的 83%，其他如膝關節置換、前列腺手術、胃繞道手術等，其費用亦僅為美國的 11%~29%(第 14 頁)。在相對低廉之費用下，我國全民健保仍提供合理的醫療品質。例如，國人平均餘命高於美國、英國，嬰兒死亡率則低於美、英(第 15 頁)；大腸癌、肺癌、乳癌之五年存活率，亦接近美國、澳洲等先進國家；器官移植存活率方面，如腎臟移植、肝臟

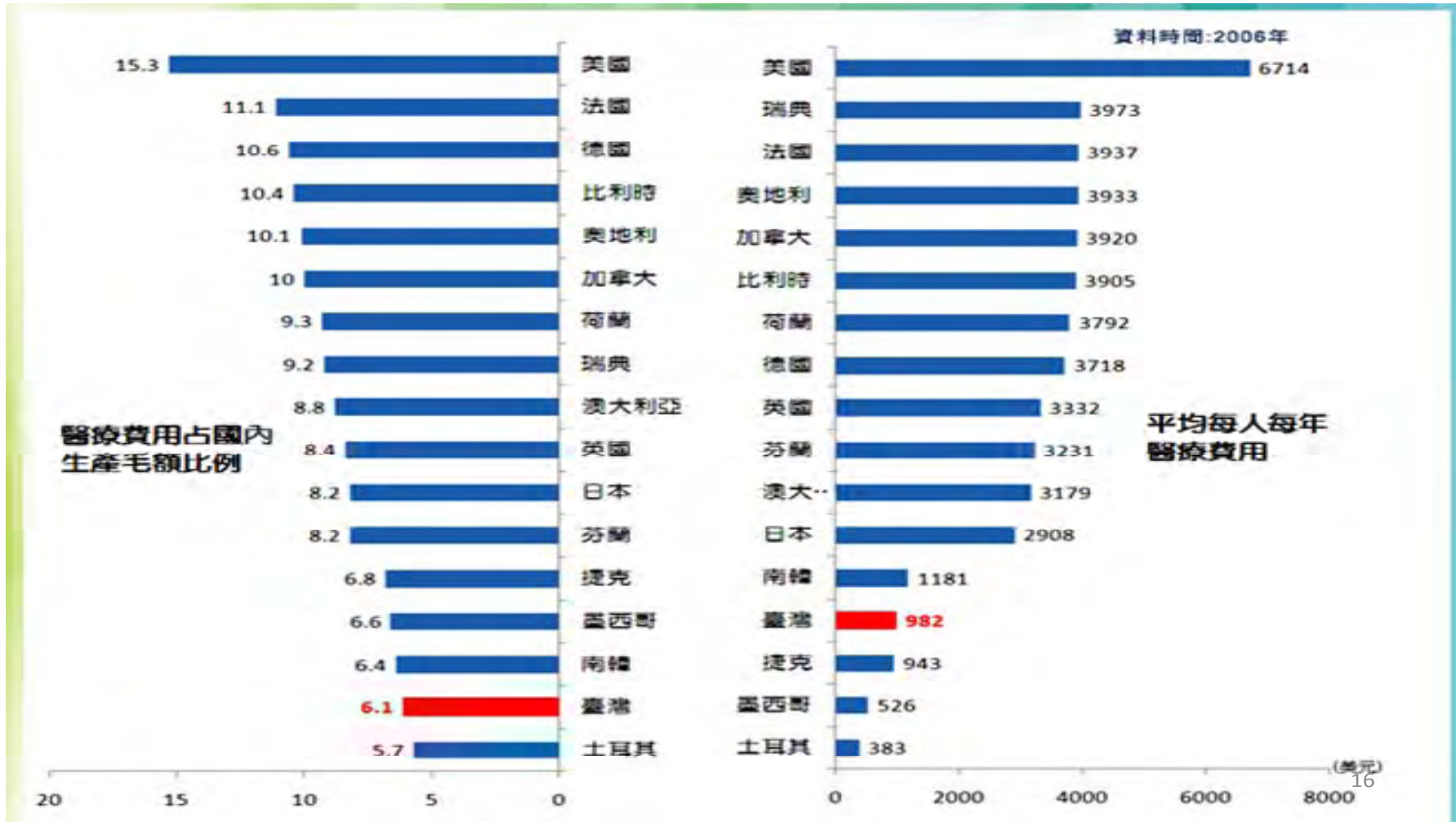
移植之三年存活百分率，與美國相較毫不遜色(第 16 頁)。

- (三) 分析我國健保總醫療費用逐年增加主要原因為**重大傷病人數不斷攀升、人口老化及新增藥品與醫療科技**(第 17 頁至第 32 頁)。84 年健保開辦當時有 22 萬人領有重大傷病證明，至 99 年 1 月為止，有 839546 人，平均每年增加 4 萬人，成長率達 6.2%，其中又以癌症 37 萬 6 仟 9 佰 40 件最高(健保開辦初期約占總人口的 1.5%，現在已經高達 3.1%)。據健保局數據顯示，89 年重大傷病患者醫療費用 536 億元，97 年則升至 1303 億元，較 96 年成長 7.85%，占健保總醫療費用 26.20%；同時，**台灣人口結構快速老化**，84 年大於 65 歲老年人口佔 7.6%，但至 97 年大於 65 歲老年人口升至 10.43%。據統計，一個老人所耗需之醫療費用為一般人之 3.3 倍。人口老化導致慢性病患人數增加，同時也增加了治療高血壓、糖尿病及高血脂等藥品費用。97 年全民健保藥費支出達 1250 億，較去年成長 6.9%，西醫核實申報之藥費為 1081 億，其中心血管用藥達 263 億，占 24%，成長率為 7.8%；抗癌及免疫系統用藥 97 年度藥費為 133 億，較去年成長 17.9%，除癌症病人人數增加外，近 5 年健保收載 31 種抗癌新藥，來提升病患存活率，亦為成長之主因。

- (四) 馬總統 2008 年 3 月文中允諾「增加國家健康投資，促進照護體系健全發展」，將醫藥衛生支出由目前 GDP 的 6.2%**逐漸增加至 7.5%**，特別加強預防保健、慢性病與傳染病防治、醫療品質、健保及弱勢團體照顧，以進一步提升全民健康。並同時強調「健保費用支付合理化」，**醫療費用未達 GDP7.5%前**，總額預算上限制宜改為總額預算目標制，並由政府負社會保障最後一道防線責任，以政府力量平衡財務缺口。



# 醫療費用尚低



# 台灣國民醫療保健支出占GDP6.13 % 為已開發國家最低（8.91-16%）

(二) 國民醫療保健支出占GDP比率

單位: %

西元年 國家	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
澳大利亞	7.21	7.30	7.35	7.37	7.41	7.59	7.65	7.82	7.99	8.29	8.44	8.65	8.54	8.79	8.73	8.74	...
加 拿 大	9.56	9.84	9.72	9.37	9.03	8.82	8.79	9.04	8.90	8.84	9.32	9.62	9.81	9.81	9.90	10.02	10.12
德 國	...	9.57	9.58	9.79	10.09	10.39	10.23	10.24	10.30	10.30	10.44	10.64	10.80	10.56	10.67	10.55	10.43
法 國	8.62	8.87	9.33	9.28	10.37	10.37	10.23	10.13	10.15	10.07	10.20	10.52	10.89	11.01	11.10	11.02	11.02
荷 蘭	8.17	8.36	8.47	8.33	8.33	8.21	7.95	8.06	8.09	7.96	8.30	8.87	9.77	9.97	9.83	9.73	9.78
挪 威	8.00	8.09	7.94	7.85	7.88	7.83	8.40	9.25	9.33	8.42	8.80	9.79	10.01	9.65	9.09	8.65	8.91
瑞 典	8.03	8.20	8.43	8.02	7.96	8.21	8.05	8.17	8.25	8.24	8.97	9.30	9.41	9.20	9.16	9.07	9.07
美 國	12.91	13.27	13.57	13.46	13.59	13.54	13.40	13.44	13.47	13.60	14.30	15.07	15.58	15.61	15.69	15.79	16.00
日 本	6.00	6.25	6.52	6.79	6.88	7.04	6.99	7.29	7.54	7.69	7.95	7.97	8.09	8.04	8.16	8.08	...
韓 國	4.20	4.41	4.27	4.24	4.10	4.28	4.27	4.34	4.58	4.92	5.48	5.34	5.61	5.65	6.07	6.46	6.81
台 灣	4.47	4.70	4.79	4.87	5.29	5.39	5.40	5.48	5.67	5.67	5.97	5.95	6.09	6.04	6.01	6.13	6.13

資料來源：1. 各國：OECD Health Data 2009, June 09。

2. 台灣：行政院衛生署民國96年國民醫療保健支出統計。

註：1. ... = not available。

2. OECD國家：國民醫療保健支出採 Total exp. on Health；

# 醫療費用成長率偏低

醫療支出年平均成長率（1997-2006）



\* 99年總額成長率為3.3%

17

# 台灣全民健保醫療費用占GDP3.7 % 為已開發國家最低 (4.2-11.5%)

(三) 醫療費用占GDP比率

單位: %

西元年 國家	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
澳大利亞	5.3	5.5	5.6	5.5	5.4	5.5	5.6	5.6	5.6	5.7	5.8	6.0	6.1	6.1	6.3	6.3	6.4	...
加拿大	6.7	7.3	7.4	7.2	6.9	6.5	6.3	6.3	6.3	6.1	6.0	6.2	6.3	6.3	6.3	6.4	6.4	6.5
德國	5.5	...	6.5	6.6	6.9	7.0	7.2	7.1	7.1	7.1	7.1	7.2	7.3	7.3	7.3	7.2	7.2	7.1
法國	6.1	6.3	6.4	6.7	6.7	7.2	7.2	7.1	7.0	6.9	6.8	6.8	7.1	7.3	7.4	7.5	7.5	7.5
荷蘭	6.0	6.1	6.2	6.3	6.1	6.0	5.9	5.8	5.4	5.4	5.3	5.5	6.0	6.4	6.6	6.5	6.5	6.5
挪威	6.2	6.4	6.5	6.3	6.2	6.2	6.1	6.5	7.1	7.1	6.4	6.7	7.5	7.7	7.4	7.0	6.8	7.0
瑞典	...	...	...	6.9	6.5	6.4	6.5	6.4	6.5	6.4	6.5	6.5	6.8	7.0	6.8	6.8	6.7	6.7
美國	9.2	9.8	10.1	10.3	10.2	10.3	10.2	10.1	10.0	9.8	9.8	10.3	10.8	11.1	11.1	11.2	11.3	11.5
日本	...	...	...	...	...	4.5	4.7	4.8	5.1	5.4	5.5	5.7	5.9	5.9	5.9	5.9	5.8	...
韓國	2.6	2.5	2.6	2.5	2.4	2.3	2.4	2.4	2.6	2.8	3.0	3.4	3.3	3.4	3.5	3.7	4.0	4.2
台灣 (全民健保)	...	...	...	...	...	...	2.9	3.1	3.2	3.1	3.4	3.5	3.6	3.5	3.6	3.6	3.5	3.7

※2009年台灣(全民健保)醫療費用占GDP比率預估為4.0%。

資料來源：1. 各國：OECD HEALTH DATA 2009, June 09。

2. 台灣：(1) 醫療費用- 行政院衛生署報行政院99年全民健康保險醫療給付費用總額資料。

(2) GDP- 行政院主計處國內生產毛額 [93SNA]，按當期價格計算。

註：1. ... = not available。

2. OECD國家：醫療費用採 Total exp. on medical services；



台灣(全民健保)醫療費用年平均**成長率3.9 %**  
為已開發國家最低 (**4.8-12.4%**)

(一) 醫療費用成長率

國家	西元年	單位: %																	
		1990- 1991	1991- 1992	1992- 1993	1993- 1994	1994- 1995	1995- 1996	1996- 1997	1997- 1998	1998- 1999	1999- 2000	2000- 2001	2001- 2002	2002- 2003	2003- 2004	2004- 2005	2005- 2006	2006- 2007	2007- 2008
澳大利亞		5.6	6.0	4.1	3.7	7.5	8.0	5.3	5.2	8.9	8.2	10.1	9.5	7.1	9.8	7.9	9.1	---	---
加拿大		9.1	4.3	1.1	0.6	-0.4	0.4	4.2	5.1	2.8	7.5	6.5	6.8	5.0	6.9	6.4	6.8	6.6	6.6
德國		---	---	4.7	8.5	6.6	4.1	0.9	2.3	2.6	2.4	2.9	2.9	2.1	1.6	0.7	3.2	2.8	---
法國		5.5	6.6	5.3	2.9	11.2	2.9	1.5	2.7	2.4	3.6	4.6	7.3	6.3	5.2	4.9	4.6	4.7	---
荷蘭		8.3	6.1	3.4	2.9	3.1	3.5	4.5	-1.8	6.4	6.0	12.9	12.5	9.6	5.3	3.9	4.2	5.6	---
挪威		8.3	4.7	2.2	3.3	6.3	7.6	16.0	11.0	9.0	8.1	8.5	11.3	7.1	5.1	6.0	6.6	9.4	8.4
瑞典		---	---	---	-0.01	5.9	4.0	3.4	4.7	5.1	6.7	4.5	7.4	7.1	1.7	3.9	5.5	4.8	---
美國		10.5	9.0	6.6	5.2	5.6	4.8	4.8	4.6	4.6	6.0	8.4	7.8	7.7	7.2	7.0	7.0	6.7	---
日本		---	---	---	---	---	7.0	3.0	5.0	4.2	3.1	2.6	1.2	-0.1	2.2	1.3	-0.6	---	---
韓國		13.7	18.5	8.5	11.2	16.4	16.4	9.4	5.3	17.2	17.8	22.8	5.9	11.2	8.7	11.6	11.6	12.4	---
台灣 (全民健保)		---	---	---	---	---	---	---	11.6	8.1	2.6	7.0	7.4	4.4	4.2	4.1	3.8	4.2	4.2

※2008-2009年台灣(全民健保)醫療費用年平均成長率預估為3.9%。

## 價廉的醫療費用與高品質醫療服務

	台 灣	美 國	南 韓	新加坡	中 國
冠狀動脈繞道手術	\$15,918	\$70,000-133,000	\$31,750	\$19,246	\$2,860-5,720
膝關節置換	\$5,623	\$30,000-53,000	\$11,800	\$9,600	\$3,000-6,000
前列腺手術	\$1,694	\$10,000-16,000	\$3,150	\$5,300	\$1,500-3,000
胃繞道手術	\$10,200	\$35,000-52,000	\$9,300	\$16,500	\$5,850-7,350

註1.以上為套裝費用，包括檢查費、手術費、醫師診療費等項目，不含特殊醫材

註2.資料來源：醫療服務國際化專案管理中心整理

70

# 國人健康與國際相近

## 平均餘命與嬰兒死亡率

	平均餘命		嬰兒死亡率 (每千名活產數)
	女性	男性	
台灣	81.7	75.5	5.0
美國	80.4*	75.2*	6.9*
德國	82.4	77.2	3.8
日本	85.8	79.0	2.6
瑞士	84.0*	78.7*	4.4
英國	81.1*	77.1*	5.0

資料來源：OECD health data 2008

\* 2005

62

# 適切的醫療品質

癌症5年存活率

單位：%

	大腸癌		肺癌		乳癌
	male	female	male	female	female
台灣(2002-2006)	58	59	11	15	84
美國(1996-2004)	65	64	13	18	89
澳洲(1998-2004)	61	62	11	14	88

器官移植存活百分率（2001-2004）

	個案數	3個月存活百分率			1年存活百分率			3年存活百分率		
		台灣	美國		台灣	美國		台灣	美國	
			屍體	活體		屍體	活體		屍體	活體
單獨腎臟移植	686	98	97	99	96	95	98	92	88	94
單獨肝臟移植	402	91	92	93	88	87	87	84	79	78
單獨心臟移植	212	87		91	79		86	66		79
單獨肺臟移植	45	58		90	40		80	19		62
腎臟及心臟移植	7	71		98	71		92	71		78

68 68



## 經濟不景氣 醫療費用卻上升之原因分析

- ◆人口老化
- ◆重大傷病及罕見疾病人口增加
- ◆新增藥品與醫療科技

## 1999-2008年 健保醫療費用成長主因 1

- 人口老化：

台灣地區最近十年以來，65歲以上老年人口，增加近50萬人（成長率38%），醫療費用增加788億元；這些保險對象每人每年平均醫療費用，約為其他人的4.6倍

雖然生育率逐年下降，但每年人口仍增加5-7萬，每年增加約需近20-30億

# 健保醫療費用成長主要原因

過去10年內(1999~2008)，健保醫療費用成長主要原因如下：

- ❖ 65歲以上老年人口增加近**50萬人**，醫療費用增加788億元。
- ❖ 重大傷病人數增加約**1倍**，已達79萬人，醫療費用增加760億元，例如97年洗腎病人花掉約370 億元。
- ❖ 新藥引進及支付標準調整，已超過**600億元**，而CT、MRI等已成常規性檢查項目。

健保醫療費用成長主要原因	過去10年增加金額
65歲以上老年人口快速增加	788億元
重大傷病範圍擴大及人數增加	760億元
高科技醫療之導入	600億元

附表4-2 臺灣地區人口三階段年齡結構、扶養比及人口老化指數——中推計（政策目標）

年別		0-14歲 (年底) (千人)	15-64歲 (年底) (千人)	65歲以上 (年底) (千人)	0-14歲 占總人口 (%)	15-64歲 占總人口 (%)	65歲以上 占總人口 (%)	扶養比		人口 老化 指數
西元	民國							0-14歲 (%)	65歲以上 (%)	
2008	97	3,921	16,725	2,408	17.0	72.6	10.5	23.4	14.4	61.4
2009	98	3,804	16,864	2,468	16.4	72.9	10.7	22.6	14.6	64.9
2010	99	3,686	17,029	2,502	15.9	73.4	10.8	21.7	14.7	67.9
2011	100	3,570	17,176	2,548	15.3	73.7	10.9	20.8	14.8	71.4
2012	101	3,453	17,291	2,625	14.8	74.0	11.2	20.0	15.2	76.0
2013	102	3,391	17,327	2,723	14.5	73.9	11.6	19.6	15.7	80.3
2014	103	3,313	17,351	2,844	14.1	73.8	12.1	19.1	16.4	85.9
2015	104	3,211	17,381	2,980	13.6	73.7	12.6	18.5	17.1	92.8
2016	105	3,157	17,319	3,157	13.4	73.3	13.4	18.2	18.2	100.0
2017	106	3,112	17,250	3,325	13.1	72.8	14.0	18.0	19.3	106.9
2018	107	3,083	17,157	3,496	13.0	72.3	14.7	18.0	20.4	113.4
2019	108	3,062	17,045	3,673	12.9	71.7	15.5	18.0	21.6	120.0
2020	109	3,049	16,907	3,862	12.8	71.0	16.2	18.0	22.9	126.7
2021	110	3,037	16,759	4,055	12.7	70.3	17.0	18.1	24.2	133.5
2022	111	3,026	16,621	4,233	12.7	69.6	17.7	18.2	25.5	139.9
2023	112	3,013	16,466	4,422	12.6	68.9	18.5	18.3	26.9	146.8
2024	113	2,996	16,303	4,618	12.5	68.2	19.3	18.4	28.3	154.2
2025	114	2,976	16,139	4,811	12.4	67.5	20.1	18.4	29.8	161.7
2026	115	2,955	15,970	5,003	12.4	66.7	20.9	18.5	31.3	169.3
2027	116	2,934	15,797	5,194	12.3	66.0	21.7	18.6	32.9	177.0
2028	117	2,911	15,620	5,384	12.2	65.3	22.5	18.6	34.5	185.0
2029	118	2,884	15,447	5,564	12.1	64.6	23.3	18.7	36.0	192.9
2030	119	2,856	15,279	5,732	12.0	64.0	24.0	18.7	37.5	200.7
2031	120	2,825	15,107	5,898	11.9	63.4	24.8	18.7	39.0	208.8
2032	121	2,793	14,956	6,035	11.7	62.9	25.4	18.7	40.4	216.0
2033	122	2,760	14,788	6,181	11.6	62.3	26.1	18.7	41.8	224.0
2034	123	2,725	14,618	6,321	11.5	61.8	26.7	18.6	43.2	232.0
2035	124	2,687	14,448	6,453	11.4	61.3	27.4	18.6	44.7	240.1
2036	125	2,646	14,286	6,568	11.3	60.8	28.0	18.5	46.0	248.2
2037	126	2,604	14,133	6,667	11.1	60.4	28.5	18.4	47.2	256.1
2038	127	2,560	13,978	6,760	11.0	60.0	29.0	18.3	48.4	264.0
2039	128	2,517	13,821	6,845	10.9	59.6	29.5	18.2	49.5	271.9
2040	129	2,474	13,656	6,929	10.7	59.2	30.1	18.1	50.7	280.1
2041	130	2,430	13,440	7,057	10.6	58.6	30.8	18.1	52.5	290.4
2042	131	2,387	13,254	7,148	10.5	58.2	31.4	18.0	53.9	299.5
2043	132	2,346	13,047	7,250	10.4	57.6	32.0	18.0	55.6	309.1
2044	133	2,307	12,828	7,356	10.3	57.0	32.7	18.0	57.3	318.8
2045	134	2,272	12,615	7,448	10.2	56.5	33.4	18.0	59.0	327.8
2046	135	2,239	12,395	7,539	10.1	55.9	34.0	18.1	60.8	336.6
2047	136	2,210	12,181	7,615	10.0	55.4	34.6	18.2	62.5	344.5
2048	137	2,185	11,984	7,668	10.0	54.9	35.1	18.2	64.0	351.0
2049	138	2,162	11,794	7,707	10.0	54.4	35.6	18.3	65.3	356.5
2050	139	2,142	11,625	7,719	10.0	54.1	35.9	18.4	66.4	360.3
2051	140	2,126	11,485	7,695	10.0	53.9	36.1	18.5	67.0	361.9
2052	141	2,112	11,334	7,676	10.0	53.7	36.3	18.6	67.7	363.4
2053	142	2,100	11,151	7,685	10.0	53.3	36.7	18.8	68.9	365.9
2054	143	2,089	10,995	7,664	10.1	53.0	36.9	19.0	69.7	366.9
2055	144	2,078	10,815	7,663	10.1	52.6	37.3	19.2	70.9	368.7
2056	145	2,068	10,647	7,645	10.2	52.3	37.6	19.4	71.8	369.7

資料來源：「中華民國臺灣97年至145年人口推計」表17-3，行政院經濟建設委員會，97年8月。

# 人口急速老化，財務壓力遽增

	≥65歲	<65歲以下	合計
每年增加人數(90~97年平均)	6萬人	12萬人	18萬人
人數成長率(90~97年平均)	2.84%	0.60%	0.81%
97年平均每人費用(點)	71,810	15,643	21,412

$$\frac{\text{老人 } 71,810}{\text{年輕人 } 15,643} = 4.6 \text{ 倍}$$

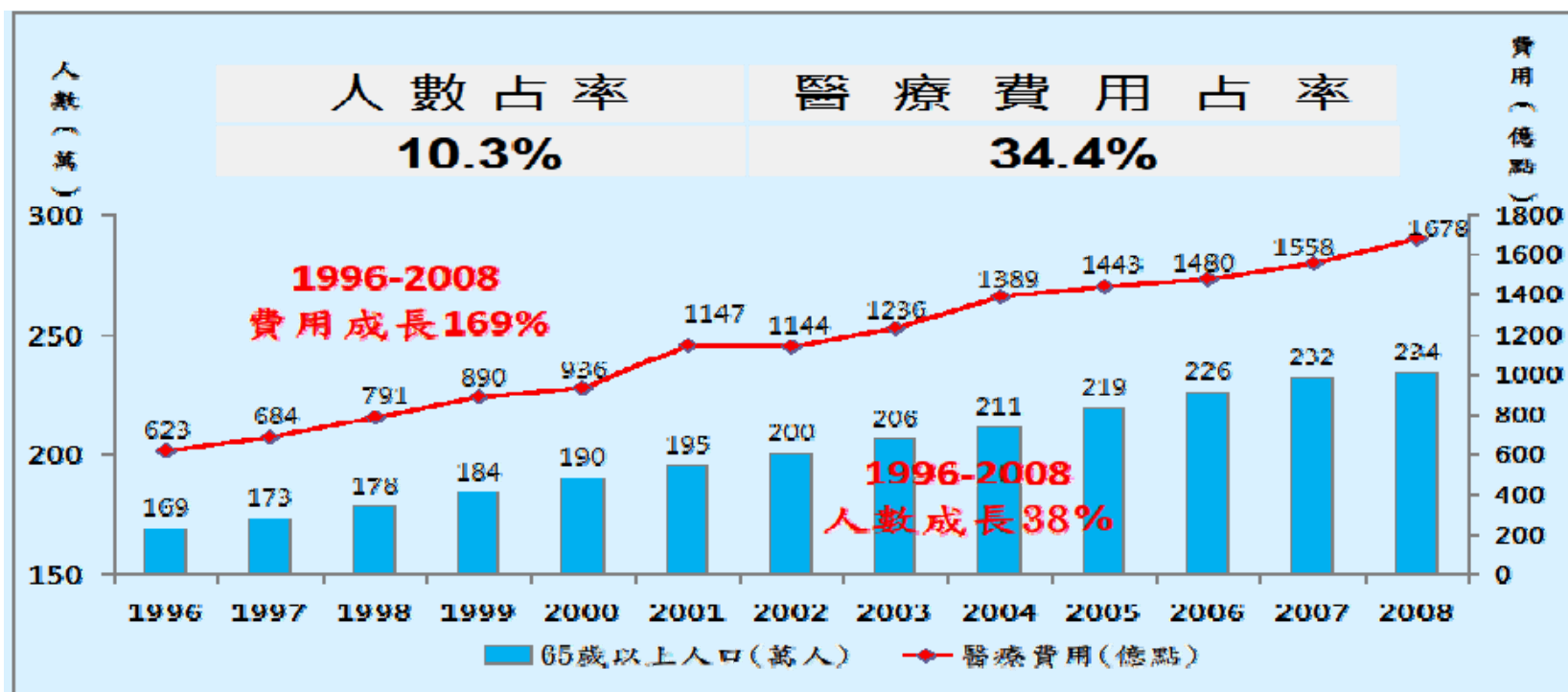
●10年內人口將急遽老化，  
解決健保財務刻不容緩

年度	≥65歲人口
98	10.60%
103	12.09%
108	15.44%

28

28

# 經濟不景氣 醫療費用反而上升— 人口老化--65歲以上人數及費用占率



## 1999-2008年 健保醫療費用成長主因 2

- 重大傷病及罕見疾病人口增加
- 重大傷病領證數成長119%，人數從35萬人增加至79萬人（約1倍）。
- 醫療費用增加760億元，成長200%以上。
- 醫療費用占率為26.2 %。
- 重大傷病患者醫療費用為一般疾病患者的8-10倍。

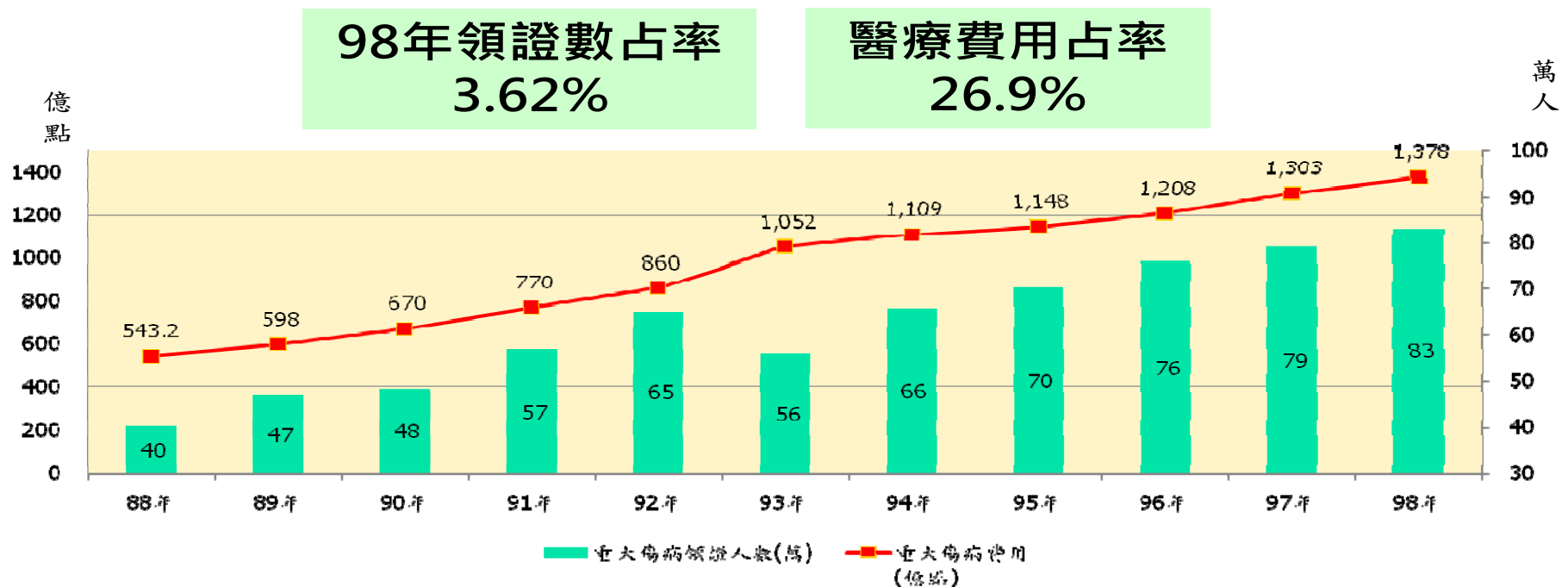
# 98年重大傷病證明統計

重大傷病種類		88年	98年	成長率 (98V.S 88)
合 計(所有重大傷病)		402,992	831,033	106%
前10大小計		370,001	797,783	116%
排序	前10大占率	91.8%	96.0%	
1	需積極或長期治療之癌症	171,112	372,154	117%
2	慢性精神病	83,855	204,079	143%
3	需終身治療之全身性自體免疫症候群	23,671	68,916	191%
4	慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者	31,405	62,282	98%
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	29,166	36,319	25%
6	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	7,334	12,232	67%
7	先天性新陳代謝疾病	4,814	11,797	145%
8	肝硬化症	7,660	11,215	46%
9	因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者	6,583	10,890	65%
10	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	4,401	7,899	79%

- 截至98年底止，實際有效領證數共 83萬件，較88年成長106%。
- 其中以癌症37萬餘件最多，其次為慢性精神病20萬餘件，全身性自體免疫症群6萬餘件，透析病患6萬餘件，合計四項重大傷病即占85%。



# 醫療費用成長原因-重大傷病



- 健保開辦的時重大傷病人數占總人口的1.5%，現已達3.6%，醫療費用達26.9%。
- 重大傷病者健康的保障，所需醫療花費非一般人所能負擔，例如：癌症病人每人年的醫療費用大約是全人口平均的6.4倍、洗腎為29.4倍、呼吸器依賴者為37.6倍、血友病患者為94.6倍。

32

32

# 經濟不景氣 醫療費用反而上升—

## 97年重大傷病醫療費用前八大疾病

名次	病名	就醫人數 (人)	平均醫療 費用(元)	使用多少人 保險費支應(人)
1	血友病	909	247,9743	148
2	呼吸器依賴	1,9246	73,7090	44
3	洗腎	6,1866	59,9635	36
4	腸道切除給予 全靜脈營養	93	54,2322	32
5	燒傷	583	44,5050	27
6	癌症	33,0774	13,4775	8
7	急性腦血管疾病	5,3595	10,8551	7
8	慢性精神病	16,0971	8,1186	5

# 醫療費用支出\_重大傷病疾病別

98年門住診醫療費用

類別簡稱	人數	藥品點數 (百萬)	醫療點數 (百萬)	醫療點數占率 (%)
合計 (全部重大傷病總計)	784,053	35,540.6	137,780.4	100%
癌症	354,962	17,405.7	48,127.9	35%
洗腎	65,126	2,991.6	39,238.1	28%
呼吸器	19,804	1,434.1	14,608.8	11%
慢性精神病	164,745	3,886.9	13,427.1	10%
急性腦血管疾病	54,135	767.9	5,894.0	4%
自體性免疫疾病	58,884	2,193.9	3,505.8	3%
凝血因子異常	925	2,289.8	2,313.6	2%
肝硬化症	12,466	598.2	1,928.8	1%
器官移植	6,527	1,305.2	1,821.1	1%
新陳代謝異常	10,707	1,132.5	1,336.1	1%
其他重大傷病	35,772	1,534.7	5,579.0	4%

註：

◎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

◎人數為實際領証(含無需領証者)就醫申報部分負擔代碼001之人數，以ID數計算之

◎同時擁有二類以上重大傷病者，就醫資料依主、次診斷順序判別疾病是否落入某領証類別，無法歸入之數依比率分攤

◎無領証者依主、次診斷順序判別疾病有無落入某重大傷病類別，若有以醫療點數最高之類別為個案類別，若無列為其他

◎重大傷病類別【不詳】係指該病患無領証資料且就醫所有資料之診斷均非重大傷病之診斷者

344

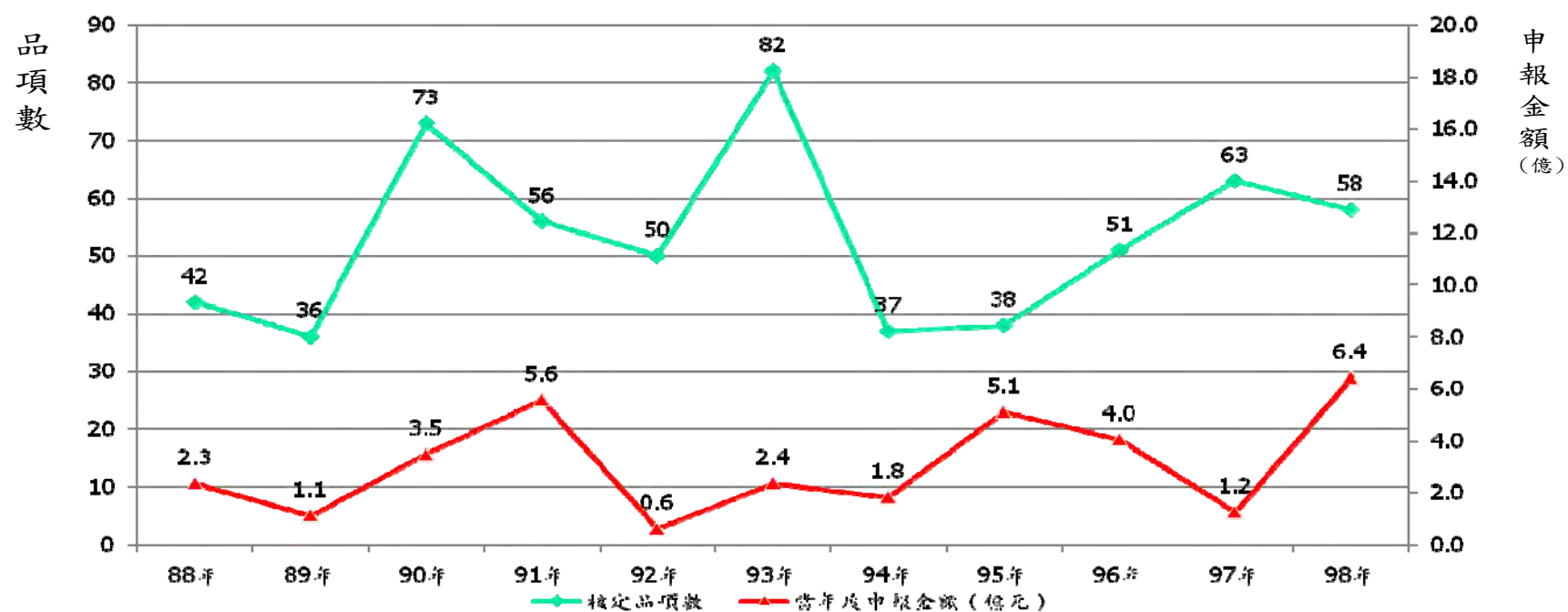
## 1999-2008年 健保醫療費用成長主因 3

### ◆新增藥品與醫療科技

- 新藥引進及支付標準調整已超過600億元
- 各界強烈要求提供昂貴藥物（治療BC型肝炎、標靶藥物治療癌症等），藥費每年支出高達362億元。

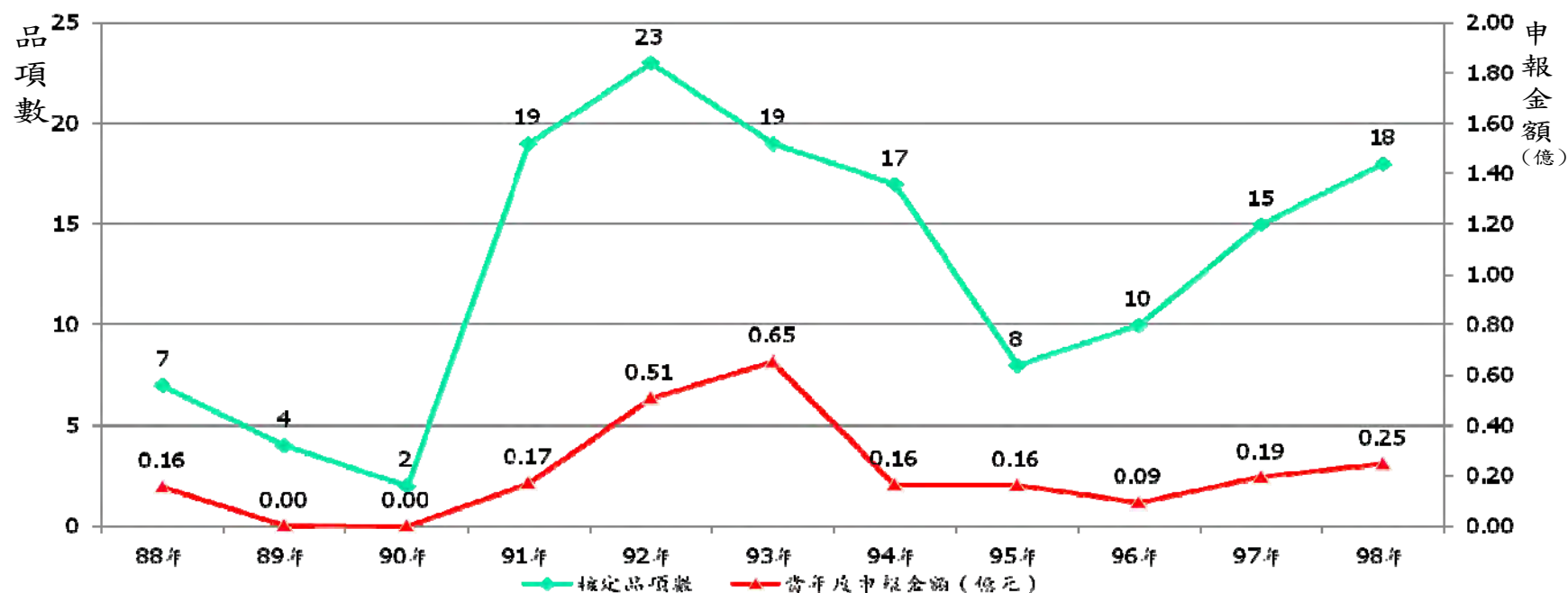
# 新藥納入健保給付情形

- 88年至98年年間共586品項新藥納入健保給付。



# 新特材納入健保給付情形

- 88年至98年年間共142品項新特材納入健保給付。



# 健保支付標準新增情形

為配合醫療科技的進步，主要新增之支付標準項目含括住院急重症醫療、外科、婦產科、小兒科等之新醫療科技項目，以確保民眾所接受之醫療照護符合實際臨床需要。

年度	新增重點	增加點數（億）
92年	新增癌症治療規劃諮詢、極低出生體重早產兒心智發展檢查項目等	0.2
93年	新增約50項支付標準，如3D電腦斷層模擬攝影、肝腫瘤無線頻率電熱療法等	1.52
94年	光動力雷射治療、退伍軍人症尿抗原試驗等	0.09
95年	體外循環維生系統管線更換等	0.01
96年	新增33項胸腹腔鏡手術	3.02
97年	腸骨動脈血管支架置放術、心房切割隔間之不整脈手術、腹腔鏡子宮肌瘤切除術等	0.54
98年	新增屍體胰臟器官移植與摘取術等16項	3.77
合計		9.15

註：本表納入者為新增支付標準部分，修訂者未納入本表。

38

38

## 經濟不景氣 醫療費用反而上升 新醫療科技、新藥

- ◆ 人口老化導致慢性病患人數增加，同時也增加了治療高血壓、糖尿病及高血脂等藥品費用
- 97年內政部人口年齡分配統計，同年度60歲以上的人口佔全人口數之14%，亦較前1年增加了3.34%
- 97年全民健康保險藥費支出達1250億，較去年成長6.9%，排除西醫基層日劑藥費、牙醫及中醫藥費後，西醫核實申報之藥費為1081億，其中心血管用藥達263億，占了24%，成長率為7.8%
- 抗癌及免疫系統用藥97年度藥費為133億，較去年成長了17.9%，除癌症病人數增加外，近5年健保收載了31種抗癌新藥，來提昇病患之存活率，亦為成長之主因

資料來源：健保局新聞 發布日期：098.03.20



## 加速制定醫事爭議處理相關法案及法律責任明確化

建議：鑑於醫療行為之不確定性及高風險性，醫病紛爭易造成醫病關係緊張及防禦性醫療，為增進醫病和諧及減少防禦性醫療，建議政府加速推動醫事爭議處理相關法案之制定或增列醫療刑事法律責任明確化條文。

說明：

- (一) 長久以來醫病雙方基於良好之信賴關係，惟近十幾年來醫療糾紛案件有日益增加之趨勢，依衛生署醫事鑑定小組受委託之件數由 85 年之 230 件至 98 年已增加到 550 件，成長 2.39 倍，而未搬上檯面案件更多。一旦發生醫療訴訟，在訴訟期間雙方當事人均必須付出龐大的精神、勞力、時間及費用，對病患、家屬、醫事人員及醫療機構來說，都是苦不堪言的折磨；對法界而言，審理醫療糾紛案件，也是沈重的負擔。另醫師必須蒐證防禦，無法安心工作，對病人之救治必無法積極，醫師如為避免醫療糾紛採取保守性治療或防衛性醫療，對病人未必有利且造成醫療成本之增加。在醫療糾紛民事賠償及司法刑責之陰影下，已導致許多優秀醫師不願從事高風險科別之醫療工作。
- (二) 爰建議衛生主管機關應加速腳步，儘速提出醫療爭議處理之相關法案，以建立醫療爭議處理機制，快速解決醫療紛爭，並建立訴訟前置主義，民眾於訴訟前先行強制調解，以紓減訟源，減少司法資源之浪費。
- (三) 以醫療之特性而言，醫療產生故意傷害較不可能，除了重大過失外，刑事處罰之減免是合理的，並得以解除醫病關係之緊張，且是世界各國之趨勢。以美國而言，醫療疏失課以刑責，必須已經達到重大過失或屬於偏離一般醫療常規所應有

之注意程度；反之，我國則相對的採取嚴厲之刑法處罰方式，過失不分輕重皆以業務過失或業務過失致死論處。

- (四) 為將醫療紛爭導引合理解決方向，並建議增修醫療爭議法律責任明確化條文，透過整體訴訟制度的改革，以民事責任取代刑事處罰，讓民眾信賴民事求償之公正性，捨棄過去「以刑逼民」的做法，避免斲傷醫療專業人才之服務熱忱。
- (五) 本會於 98 年 12 月邀請法界學者共同研討如何推動醫療爭議法律責任明確化案，獲得共識為建議修正醫療法第 82 條第 2 項為「醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人者，以故意或過失為限，負損害賠償責任。醫事人員執行業務，致病人死傷者，以故意或重大過失為限，負刑事上責任」，倘能獲得立法修正通過，必能有效化解醫療紛爭，增進醫病關係和諧。

## 二代健保修法建議－1

建議：二代健保費率精算應以「現有實際服務點數」為計算基礎。

說明：

- (一) 中央健保局 98 年全民健康保險費率精算報告顯示，係依據總額制度，打折給付後之額度推估。
- (二) 健保費率模型公式中，「保險成本」推估方法係將保險醫事服務機構申報的醫療費用（包括部分負擔），依據實際應由保險人支付之項目來計算調整。
- (三) 承上，保險成本包括保險給付及其他保險成本兩項，保險給付為保險成本中最主要的支出項目，其計算方式係以全民健康保險特約醫事服務機構所申報的醫療費用（包括申請醫療費用及部分負擔），且各項費用均在 1 點 1 元的假設基礎上，以「元」為計算單位，再分別以保險給付加減項目，扣除總額預算點值調整金額及其他政策實施後所影響之金額予以調整後計算。
- (四) 政府刻正研修二代健保改革方案，新的開始應依據「現有實際服務點數」精算健保費率，健保元年，政府不應再有打折給付的立場。

### 健保費率模型公式

$$P_t(r) = B_t + \Delta S_t \quad (t = 1, 2, \dots, n)$$

$$S_t = \Delta S_t + S_{t-1}$$

其中  $S_t$  之法定範圍為：

$$(1/12) \times B_t < S_t < (3/12) \times B_t$$

符號說明：

$P_t$ ：第  $t$  年之保險收入，為當年平衡費率之函數

$t$ ：推估年數

$r$ ：第  $t$  年之平衡費率

$B_t$ ：第  $t$  年之「保險成本」

$\Delta S_t$ ：第  $t$  年之安全準備提撥金額

$S_t$ ：第  $t$  年底之安全準備餘額

#### 「保險成本」推估方法

保險成本包括保險給付及其他保險成本，保險給付用以支付健保法規定給付範圍內之醫療費用，而其他保險成本項目則為保險費小額短繳數等其他成本。

保險給付推估方式，係將保險醫事服務機構申報的醫療費用（包括部分負擔），依據實際應由保險人支付之項目來計算調整，而保險醫事服務機構申報的醫療費用，考量各服務類別特性不同，將其依西醫門診、牙醫門診、中醫門診及西醫住院四項服務類別分別推估，並參考美國聯邦醫療保險服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS）之醫療費用推估模型，將各服務類別醫療費用依人口數、人口性別年齡結構、人口性別年齡結構以外因素、醫療利用、醫療價格、醫療服務強度等因素進行拆解。各年院所申報之醫療費用，則以檢視各年各項影響因素之變動率方式來推估。

保險成本包括保險給付及其他保險成本兩項，保險給付為保險成本中最主要的支出項目，其計算方式係以全民健康保險特約醫事服務機構所申報的醫療費用（包括申請醫療費用及部分負擔），且各項費用均在 1 點 1 元的假設基礎上，以「元」為計算單位，再分別以保險給付加減項目，扣除總額預算點值調整金額及其他政策實施後所影響之金額予以調整後計算。

※資料來源：中央健保局 98 年全民健康保險費率精算報告

## 二代健保修法建議－2

建議：立法院刻正討論全民健康保險法修正草案，本次重大修正，層面涉及組織改制、保費費基、總額預算支付制度...等，攸關民眾、特約醫事服務機構權益甚鉅，應審慎研議、通盤考量、達成社會共識後訂定。

說明：

### (一) 立法院審查會第 5 條（行政院版本第 4 條）（保留）

1. 為健全達成收支連動的目標，將費協會與監理會職掌合併。
2. 為全民健保之健全運作，對等架構重於組織合併。進行總額費用協商時，應落實對等協商原則，由醫事服務提供者代表及付費者代表對等協商。

### (二) 立法院審查會第 45 條（行政院版本第 43 條）（保留）

1. 新科技、高價藥品及特材之價格昂貴，惟健保資源有限，保險人無法適時予以收載。
2. 因現行並無差額負擔之法源依據，實務上常發生病患要求使用尚未納入給付之品項時仍須全額負擔，並不合理，有訂定差額負擔法源依據之必要。
3. 為避免藥價調查爭議，藥價調降應集中於逾專利期藥品五年內之藥品，並逐年調降至一定原支付價成數，以符合健保財務與市場合理價格。
4. 6 月 2 日國民黨黨政平台會議，通過行政院修正版本第 4 項但書規定「但同有效成分之藥品已屬本保險給付項目時，不得為實施差額負擔之藥品品項」，恐會影響被保險人負擔差額，選用原屬健保給付之較高價同有效成分藥品的權利。

**(三) 立法院審查會第 61 條 (行政院版本第 58 條) (通過)**

**立法院審查會第 62 條 (行政院版本第 59 條) (保留)**

1. 現行總額實施制度：

- (1) 未依修正條文第 58 條第 2 項(現行條文第 49 條)明訂「得分地區訂定門診及住院費用之分配比例」。
- (2) 未依修正條文第 58 條第 3 項(現行條文第 49 條)實施「門診藥品費用總額」。
- (3) 目前藥費占率達 25%，現行總額制度已完全失真扭曲(先進國家藥費占率為 10-15%)。

2. 建議配合已實施 9 年總額現行制度，以符現況：

- (1) 修正草案第 58 條第 2 項：……得分地區訂定醫院、基層診所之門診及住院費用之分配比率。
- (2) 刪除修正草案第 59 條第 4 項之藥品總額。
- (3) 刪除修正草案第 59 條第 5 項之扣除比率協議訂定等相關規定。

**(四) 立法院審查會第 72 條 (行政院版本第 68 條) (通過)**

1. 建議維持行政院提案條文。

2. 立法院審查會通過條文，於醫療實務面恐衍生困擾：

(1) 修正草案第一項：

本修正草案未排除醫療緊急急迫情況，恐有醫療實務上之困擾。

明定保險醫事服務機構「應」交付處方予被保險人，於服務機構調劑、檢驗、檢查或處置；惟實務上，於急診或門診進行之檢驗（查）（如胃鏡、喉鏡...）時，發現有異狀時應即時處置（如：切除胃部息肉、取出咽喉異物...），但卻要求醫師先開處置單予病人，反增添病人就醫不便及醫療過程之非必要手續。對住院病人亦會造成不便。

(2)修正草案第二項：

現行健保 IC 卡設計，其容量僅 32K，基本軟體運用程式即占去 20K，剩餘容量已經滿載，無法再增加存放內容。且讀卡機速度過慢，新增本項條文除實際操作上有困難，更因 IC 卡寫入時間耗時，將導致病人完診後等候時間加長，徒增民怨。

# 中華民國醫師公會全國聯合會

## 全民健康保險法修正草案條文對照表

99.7.16

※衛環委員會審查結果以立法院公報為準※

衛環委員會 審查結果	全聯會版	全聯會說明	行政院 99.4.8 版 (節錄)	行政院說明	現行條文
<p>第五條 (保留)</p> <p>※行政院 99.5.20 提案條文(參考):</p> <p>本保險下列事項由全民健康保險監理會(以下稱監理會)辦理:</p> <p>一、保險費率之審議。</p> <p>二、保險給付範圍之審議。</p> <p>三、保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配。</p> <p>四、保險政策、法規之研究及諮詢。</p> <p>五、其他有關保險業務之監理事項。</p> <p>監理會為前項之審議或協議訂定,有減少保險收入或增加</p>	<p>第四條 本保險下列事項由全民健康保險監理會(以下稱監理會)辦理:</p> <p>一、保險費率之審議。</p> <p>二、保險給付範圍之審議。</p> <p>三、保險醫療給付費用總額之協議。</p> <p>四、保險政策、法規之研究及諮詢。</p> <p>五、其他有關保險業務之監理事項。</p> <p><u>前項監理會由下列人員各占三分之一組成;其組織規程,由主管機關擬訂,報請行政院</u></p>	<p>一、酌修修正草案第一項第三款文字暨增訂第三項。</p> <p>二、鑑於保險醫療給付費用總額(俗稱大總額)之協議已由監理會各方代表協議辦理後,再配合修正草案第五十七條,由主管機關報行政院核定。爰涉及大總額下之各部門總額(俗稱小總額)之訂定及分配,宜由保險醫事服務提供者代表與保險付費者代表對等協商。</p>	<p>第四條 本保險下列事項由全民健康保險監理會(以下稱監理會)辦理:</p> <p>一、保險費率之審議。</p> <p>二、保險給付範圍之審議。</p> <p>三、保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配。</p> <p>四、保險政策、法規之研究及諮詢。</p> <p>五、其他有關保險業務之監理事項。</p> <p><u>監理會為前項之審議或協議訂定,有減少保險</u></p>	<p>一、將現行「全民健康保險監理委員會」和「全民健康保險醫療費用協定委員會」功能職掌合併,並擴大功能,審議保險費率及保險給付範圍,爰修正列為第一項各款。其中有關保險醫療給付費用之協議訂定及分配,未來將落實由保險醫事服務提供者代表與付費者代表協商之精神。</p> <p>二、依中央行政機關組織基準法</p>	<p>第四條 <u>為監理本保險業務,並提供保險政策、法規之研究及諮詢事宜,應設全民健康保險監理委員會。</u></p> <p><u>前項委員會,由有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務機構等代表及專家組成之;其組織規程,由主管機關擬訂,報請行政院核定後發布之。</u></p>



衛環委員會 審查結果	全聯會版	全聯會說明	行政院 99.4.8 版 (節錄)	行政院說明	現行條文
<p>保險支出之情事時，應請保險人同時提出財務平衡方案，併案審議或協議訂定。</p> <p>監理會於審議或協議本保險有關事項，應於會議七日前公開議程，並於會議後十日內公開會議實錄，於審議或協議重要事項前，應先蒐集民意；必要時，並得辦理相關之公民參與活動。</p> <p>監理會之委員由保險付費者、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及政府機關代表組成之，其中保險付費者及保險醫事服務提供者之代表應各有不少於三分之一之相同名額。</p> <p>前項代表之名額產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項之辦法，由主管機關定之。</p>	<p><b>核定後發布之：</b></p> <p><b>一、保險醫事服務提供者代表。</b></p> <p><b>二、保險付費者代表及專家學者。</b></p> <p><b>三、相關主管機關代表。</b></p> <p><b>總額費用協議應由保險醫事服務提供者代表及保險付費者代表對等協商。</b></p> <p>監理會為前項之審議或協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出財務平衡方案，併案審議或協議訂定。</p> <p>監理會於審議或協議訂定本保險重要事項；必要時，得辦理相關之公民參與活動。</p>	<p>三、本會建議明訂全民健康保險監理會組織成員，應由「保險醫事服務提供者代表」、「保險付費者代表及專家學者」、「相關主管機關代表」各占 1/3 組成。</p> <p>四、保險給付範圍之審議及保險醫療給付費用總額之協議等款項事涉醫事服務機構權益；監理會組成應符合公平參與原則，惟進行總額費用協商時，則應落實對等協商原則，由醫事服務提供者代表及付費者代表對等協商。</p>	<p>收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出財務平衡方案，併案審議或協議訂定。</p> <p>監理會於審議或協議訂定本保險重要事項；必要時，得辦理相關之公民參與活動。</p>	<p>第五條第三項規定，作用法不得規定機關組織，同法第六條第一項第三款則規定委員會之名稱用於二級機關或獨立機關，爰配合酌修第一項序文，將合併後之組織改稱為全民健康保險監理會，並刪除現行條文第二項有關其組織規定。</p> <p>三、監理會為第一項之審議或協定時，若主張減少保險收入或增加保險支出之情事時，需請保險人同時提出財務平衡方案，併案審議或協議訂定。</p> <p>四、為擴大公民瞭解及參與討</p>	

衛環委員會 審查結果	全聯會版	全聯會說明	行政院 99.4.8 版 (節錄)	行政院說明	現行條文
<p>監理會審議或協議訂定之事項，應由主管機關核定或轉報行政院核定。</p>				<p>論，監理會必要時針對全民健保重要政策議題，透過民眾參與，收集更多社會具體意見，以為健保政策制訂之重要參考。</p> <p>五、監理會為審議中央健康保險局所提有關給付內容修正方案，設資源配置小組，並以醫療科技評估為基礎，就保險給付內容定期檢討。</p> <p>六、該健保資源配置小組於審查新科技、新藥品、特材與新醫療技術是否納入給付範圍或檢討不合時宜之給付時，除應委由專業機構進行「醫療科技評估」、擴大民眾參與機會外，必</p>	

衛環委員會 審查結果	全聯會版	全聯會說明	行政院 99.4.8 版 (節錄)	行政院說明	現行條文
				須充分考量健保收支連動之影響。	
<p>(保留，送院會二讀前黨團協商)</p> <p>行政院 99.5.20 提案條文(參考)：</p> <p>保險醫事服務機構提供給被保險人之藥物，屬於同品質、同有效成分之藥品或同功能類別之特材，保險人得支付同一價格。</p> <p>前項藥物屬逾專利期之藥物，保險人應於藥物逾專利期第一年起至五年內，依市場交易情形每年調降至合理價格；無藥物專利期及逾專利期五年後之藥物，依市場交易情形每二年調整一次，相關價格調查調降辦法由主管機關定之。</p> <p>保險人得訂定給付上限及保險醫事服</p>	<p>第四十三條</p> <p>保險醫事服務機構提供給被保險人之藥物，屬於同品質、同有效成分之藥品或同功能類別之特材，保險人得支付同一價格。</p> <p>前項藥物屬逾專利期之藥物，保險人應於藥物逾專利期第一年起至五年內，依市場交易情形每年調降至合理價格；無藥物專利期及逾專利期五年後之藥物，依市場交易情形每二年調整一次，相關價格調查調降辦法由主管機關定之。</p> <p>保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構收取差額之上限。</p> <p>第一項及前項藥物、被保險人得以經</p>	<p>一、支持行政院 99.5.20 提案精神(條文)。</p> <p>二、新科技、高價藥品及特材之價格昂貴，惟健保資源有限，保險人無法適時予以收載。</p> <p>三、因現行並無差額負擔之法源依據，實務上常發生病患要求使用尚未納入給付之品項時仍須全額負擔，並不合理，有訂定差額負擔法源依據之必要。</p> <p>四、為避免藥價調查爭議，藥價調降應集中逾專利期藥品五年內之藥品，並逐年調降</p>	<p>第四十三條 同有效成分或同功能類別之藥物，保險人得以同一價格支付；新增列之藥物，保險人得訂定給付上限。</p> <p>前項藥物，被保險人得選用高於保險人支付之同一價格或給付上限者，並自付其差額。</p> <p>前項負擔差額之品項及實施日期，由保險人送監理會討論後，報主管機關核定公告。</p>	<p>一、本條新增。</p> <p>二、鑑於新科技、高價藥品及特材不斷引進，惟因價格昂貴，在全民健康保險醫療資源有限之情況下，保險人無法適時予以收載。另因現行並無差額負擔之法源依據，被保險人要求使用尚未納入給付之品項時仍須全額負擔，亦未盡合理，爰有訂定差額負擔法源之必要。</p> <p>三、查現有加拿大、德國、澳洲、瑞典及荷蘭等國家對於藥物給付，屬於同有效成分或同功能類別者，訂定上限價</p>	

衛環委員會 審查結果	全聯會版	全聯會說明	行政院 99.4.8 版 (節錄)	行政院說明	現行條文
<p>務機構收取差額之上限。</p> <p>第一項及前項藥物、被保險人得以經保險醫事服務機構之醫師認定屬於醫療需要時，選用高於保險人支付之同一價格或給付上限者，並自負其差額。</p> <p>前項負擔差額之品質，應經該藥物許可證持有者向保險人申請，經保險人同意後，併同該差額負擔品項之實施日期，送監理會討論，報主管機關核定公告。</p> <p>.....</p> <p>第四十三條（6月2日國民黨黨政平台會議通過行政院修正版本）</p> <p><u>本保險給付之藥物，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限；屬於同品質、</u></p>	<p>保險醫事服務機構之醫師認定屬於醫療需要時，選用高於保險人支付之同一價格或給付上限者，並自負其差額。</p> <p>前項負擔差額之品質，應經該藥物許可證持有者向保險人申請，經保險人同意後，併同該差額負擔品項之實施日期，送監理會討論，報主管機關核定公告。</p>	<p>至一定原支付價成數，以符合健保財務與市場合理價格。</p> <p>五、建議保險人訂定給付上限應邀請保險醫事服務提供者代表共同參與之。</p>		<p>格，以做為被保險人負擔差額之依據。爰參考該等制度，規定保險人得針對同有效成分之藥品或同功能類別之特材，訂定同一價格。又關於新增列之藥物，因無同有效成分或同功能類別者可資參照，爰對該新增列者規定得訂定給付上限。</p> <p>四、保險人雖得針對同有效成分之藥品、同功能類別之特材及新增列之藥物，分別支付同一價格或訂定給付上限，惟被保險人亦得選用高於同一價格或給付上限之藥物，但應自行負擔其差額。</p> <p>五、為使差額負擔之</p>	

衛環委員會 審查結果	全聯會版	全聯會說明	行政院 99.4.8 版 (節錄)	行政院說明	現行條文
<p>同有效成分之藥品或同功能類別之特材，保險人得支付同一價格。</p> <p><u>保險人應依市場交易情形合理調整藥物之價格，其調整之作業程序及有關事項之辦法，由主管機關定之。</u></p> <p>被保險人得於<u>經保險醫事服務機構之醫師認定有醫療上需要時</u>，選用保險人<u>定有</u>給付上限之藥物，並自付其差額。</p> <p>前項自付差額之藥物品項，<u>應由該藥物許可證持有者向保險人申請，經保險人同意後，併同其實施日期</u>，提監理會討</p>				<p>實施時間及品項能與各界有充分之溝通，爰規定其須送請監理會討論後，報主管機關核定公告。</p>	

衛環委員會 審查結果	全聯會版	全聯會說明	行政院 99.4.8 版 (節錄)	行政院說明	現行條文
論，報主管機關核定公告。 <u>但同有效成分之藥品已屬本保險給付項目時，不得為實施差額負擔之藥品品項。</u>					
<p>(修正通過)</p> <p>第六十一條 監理會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。</p> <p>前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。</p> <p>前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事</p>	<p>第五十八條 保險醫事服務提供者代表及保險人應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。</p> <p>前項醫療給付費用總額，得分地區訂定醫院、基層診所之門診及住院費用之分配比率。</p> <p>前項門診醫療給付費用總額，得</p>	<p>一、配合本會建議修正草案第四條，本條酌修第一項文字，明定由保險醫事服務提供者代表及保險人協議訂定小總額及分配方式。</p> <p>二、目前總額點值計算方式有二，一般醫療服務以浮動點值計算，藥品則固定以一點一元計算，爰若第三十九條通過行政院版本，將醫療服務與藥物給付項目及支付</p>	<p>第五十八條 監理會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。</p> <p>前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。</p> <p>前項門診醫療給付費用總</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、配合全民健康保險監理委員會與醫療費用協定委員會之合併與修正條文第四條有關監理會之職掌，及相關條文條次變更酌修第一項。另為建立收支連動機制，監理會有關協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式時，當得併同考量保險給付範圍，並落實由保險醫</p>	<p>第四十九條 醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條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，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。</p> <p>前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。</p>

衛環委員會 審查結果	全聯會版	全聯會說明	行政院 99.4.8 版 (節錄)	行政院說明	現行條文
<p>人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。</p> <p>第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。</p> <p>前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。</p> <p>第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報請主管機關核定發布。</p>	<p>依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。</p> <p>第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表及保險醫事服務機構代表，研商及推動總額支付制度。</p> <p>第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報請主管機關核定發布。</p>	<p>標準分開協商，則本會建議配合修正本條第三項，刪除「藥品及其他計價藥物依成本給付」等文字，使藥品費用點值與醫療服務點值相同以浮動點值計算。</p> <p>三、為配合已實施 9 年之總額現行制度，建議修正第二項，以符現況。</p> <p>四、減緩因藥品點值保障，成長率過度膨脹，導致排擠以浮動點值計算之一般醫療服務之成長，有違公平正義原則。</p>	<p>額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。藥品及其他計價藥物依成本給付。</p> <p><u>第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表及保險醫事服務機構代表，研商及推動總額支付制度。</u></p> <p>第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報請主管機關核定發布。</p>	<p>事服務提供者代表與付費者代表協商之精神。</p> <p>三、第二項及第三項酌作文字修正。</p> <p>四、為周延現行總額執行之協商機制及利於各地區保險醫事服務機構辦理醫療給付費用總額之協定事項，增列第四項。</p> <p>五、原第四項移列為第五項，並酌作修正。</p>	<p>前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制度。藥品及計價藥材依成本給付。</p> <p>第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之。</p>
<p>(保留，送院會二讀前黨團協商)</p> <p>第六十二條</p>	<p>第五十九條 保險醫事服務機構應依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標</p>	<p>一、建議酌修修正草案第二項文字暨刪除第四項及第五項。</p> <p>二、依據民法第一百</p>	<p>第五十九條 保險醫事服務機構應依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、配合修正條文第三十八條規定，修正現行第一項所引法規</p>	<p>第五十條 保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報</p>



衛環委員會 審查結果	全聯會版	全聯會說明	行政院 99.4.8 版 (節錄)	行政院說明	現行條文
	<p>準，向保險人申報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用。</p> <p>前項費用之申報，應自保險醫事服務機構提供醫療服務之次月一日起<u>二年</u>內為之。但有不可抗力因素時，得於事實消滅後六個月內為之。</p> <p>保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。</p> <p>.....</p> <p><b>第五十九條（6月1日廖國棟委員討論會本會意見）</b></p> <p>保險醫事服務機構應依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付</p>	<p>二十七條第四款規定，醫師之診費請求權時效為二年。爰配合修訂第二項醫療費用之申報期限。</p> <p>三、若通過行政院版，醫療費用請求權以六個月為之，本會建議「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第十條第一項有關保險人受理醫療服務案件之核定期限，未能於六十日內核定者，除應先行全額暫付，同時亦應規定核定作業於六個月內完成，方符公平對等原則。</p> <p>四、為符合總額支付制度精神，由各總額部門承擔各部門總額財務風險，專業自主管</p>	<p>及支付標準，向保險人申報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用。</p> <p><u>前項費用之申報，應自保險醫事服務機構提供醫療服務之次月一日起六個月內為之。但有不可抗力因素時，得於事實消滅後六個月內為之。</u></p> <p>保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。</p> <p>門診藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構；其支付之費用，超出前條預先設定之藥</p>	<p>命令名稱，並將第三項遞移為第四項。</p> <p>三、依司法院釋字第五三三號解釋，保險人與保險醫事服務機構間簽訂之合約具有行政契約性質，則保險醫事服務機構對保險人之醫療費用請求權，應屬公法上之請求權，依行政程序法第一百三十一條規定，除法律有特別規定外，因五年間不行使而消滅。準此，如本法未有特別規定，醫療費用請求權時效即為五年。惟全民健康保險全面實施總額預算，請求時效過長，將導致結算</p>	<p>其所提供醫療服務之點數及藥品費用。</p> <p>保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。</p> <p>門診藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構；其支付之費用，超出前條預先設定之藥品費用總額時，其超出部分之一定比例應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除，並於下年度調整藥價基準。</p> <p>前項扣除比例，由醫療費用協定委員會定之；醫</p>



衛環委員會 審查結果	全聯會版	全聯會說明	行政院 99.4.8 版 (節錄)	行政院說明	現行條文
	<p>標準，向保險人申報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用。</p> <p>前項費用之申報，應自保險醫事服務機構提供醫療服務之次月一日起六個月內為之。但有不可抗力因素時，得於事實消滅後六個月內為之。</p> <p>保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。</p> <p>門診藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構並依支出目標調整；其支付之費用，超出前條預先設定之藥品費用支出目標時，其超出部分之一定比率應自當季之門診醫療給付費用總額中扣</p>	<p>理，爰建議刪除第四項及第五項之藥品支出上限相關規定。</p>	<p>品費用總額時，其超出部分之一定比率應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除，並於<u>次一年度修正藥物給付項目及支付標準</u>。</p> <p>前項扣除比率，由<u>監理會協議定之</u>；<u>不能於期限內協議訂定時</u>，由主管機關決定。</p>	<p>之困難，爰增訂第二項以為特別規定。</p> <p>四、現行條文第二項遞移為第三項，並補列漏字。</p> <p>五、現行條文第四項遞移為第五項，並配合全民健康保險監理委員會與醫療費用協定委員會之合併及修正條文第四條有關監理會之職掌，酌作修正。</p>	<p>療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。</p>

衛環委員會 審查結果	全聯會版	全聯會說明	行政院 99.4.8 版 (節錄)	行政院說明	現行條文
	<p>除，其超出支出目標之額度，保險人應得於次一年度修正藥物給付項目及支付標準。</p> <p><u>前項保險人審查藥品費用時，應分類分組，並依據藥品實際交易價格、藥品或藥材保險人給付之價格與保險醫事服務機構採購實際交易價格間之一定比例價差、醫事服務機構藥品或藥材必要管理費用之總和核付各保險醫事服務機構。(無共識，待討論)</u></p> <p><u>第四項所稱之支出目標金額與一定扣除比率，及第五項之分類分組原則、一定比例價差(無共識，待討論)</u>由監理會協議定之；不能於期限內協議訂定時，應由主管機關決定。(註：本會代表建議應以主決議規範藥品費用支</p>				

衛環委員會 審查結果	全聯會版	全聯會說明	行政院 99.4.8 版 (節錄)	行政院說明	現行條文
	<b>出目標成長率不應超過當年度全民健保醫療費用成長率。)</b>				
<p>第七十二條 (通過)</p> <p>保險醫事服務機構於診療被保險人後，<u>應</u>交付處方予被保險人，於符合規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置。</p> <p>被保險人門診診療之藥品處方及重大檢驗項目，應存放於健保卡內。</p>	<p>第七十二條 保險醫事服務機構於診療被保險人後，<u>得</u>交付處方予被保險人，於符合規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置。</p>	<p>一、建議維持行政院提案條文，理由與行政院提案修正說明二同。</p> <p>二、醫事服務機構於診療被保險人後，「<u>得</u>」交付處方予被保險人即已考慮及授權保險醫事服務機構，基於尊重被保險人於病情穩定時可自由選擇調劑之處所。</p> <p>三、惟，條文內尚包含有<u>檢驗、檢查及處置</u>之處方強制交付。倘若被保險人經醫師診察後，醫師本可立即<u>檢驗、檢查及處置</u>，反而將處方交付予被保險</p>	<p>第六十八條 保險醫事服務機構於診療被保險人後，得交付處方予被保險人，於符合規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置。</p>	<p>一、本條新增。</p> <p>二、本條移列自現行條文第三十一條第一項後段，惟有關交付處方箋調劑規定僅規範醫藥分業，無法涵蓋醫事檢驗等其他專業分工，且相關醫事法律除藥事法外，其餘如醫事檢驗師法、物理治療師法等多未就交付處方有所規定，為配合醫療之專業分工及醫事檢驗機構與物理治療所等醫事服務機構之特約，爰修正之。</p>	<p>第三十一條 (第一項後段)</p> <p>…醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。</p>

衛環委員會 審查結果	全聯會版	全聯會說明	行政院 99.4.8 版 (節錄)	行政院說明	現行條文
		<p>人，於符合規定之保險醫事服務機構為之，豈不是將現代醫療之<u>整體全人之照護</u>淪為古人之鋸箭療法。</p> <p>四、醫療實務面恐衍生之疑慮：</p> <p>實務上，急診或可於門診進行之檢驗（查）（如：胃鏡、喉鏡…）時，發現有異狀時應即時處置（如：切除胃部息肉、取出咽喉異物…），但卻要求醫師先開處置單予病人，反增添病人就醫不便及醫療過程之非必要手續。對住院病人來說亦造成不便。</p> <p>五、現行 IC 卡因設計上容量有</p>			

衛環委員會 審查結果	全聯會版	全聯會說明	行政院 99.4.8 版 (節錄)	行政院說明	現行條文
		限，若增加第二項「門診診療之藥品處方及重大檢驗項目，應存放於健保卡內」，除實際操作上有困難，更因 IC 卡寫入時間耗時，將導致病人完診後等候時間加長，徒增民怨。			

## 推動病歷書寫中文化應有妥善之配套措施

建議：推動病歷書寫中文化，宜兼顧醫療院所實務需求，為避免國際接軌之落差及影響醫療產業朝國際化發展之目標，在相關配套措施未完成前，不宜貿然修法推動。

說明：

- (一)為維護病人資訊權，立委連署修正醫師法、醫療法，推動製作中文病歷。
- (二)惟查關於病人知的權益，依醫師法及醫療法規定，醫師有告知病人病情、治療方針、處置、用藥之義務；病人簽署麻醉同意書、手術同意書有說明義務，病人若有診療之問題，可向醫師提出，病人之資訊權受法律充分保障。醫療具高度專業性及有風險性質，即使以中文書寫病歷，病人仍須透過醫師之解釋與說明才能瞭解。
- (三)另查衛生署業於 98 年 11 月 3 日以衛署醫字第 0980216326 號函請各縣市衛生局輔導所轄醫療機構有關提供病人病歷資訊部分以中文書寫為原則。衛生署已推動病人依需要可申請中文病歷摘要及診斷書等病人資訊相關文書，已考慮病人之需求。至於病歷書寫方式應考慮臨床實務需要，暨醫事人員作業方便及相互間之溝通。
- (四)醫療機構為朝醫療國際化發展，成立「國際醫療服務中心」，接待外籍人士來台觀光，同時接受醫療服務。觀光醫療（包括健檢、整型等）是我國亟欲開拓的領域，書寫中文病歷，將不利於觀光醫療之發展。
- (五)病歷中文化，須從醫學教育著手，且牽涉病名、診斷及用藥，官方統一譯名需要投注時間及人力。在中文醫學專有名詞的中文譯名尚未統一及醫學教育養成尚未配合修正前，若貿然

立法要求病歷中文化，勢將影響整體醫學教育品質及造成與國際接軌之落差。

- (六)爰建議推動病歷書寫中文化，不宜驟然實施及貿然修法，並應兼顧醫療院所實務需求及考量如何避免與國際接軌之落差，應有階段性及相關配套措施，宜從醫學專有名詞的中文譯名統一化及醫學教育養成先行著手。

## 增加醫師於長期照護制度與服務提供之參與

建議：為強化持續性的全人照護，長期照護與醫療照護息息相關，建議於長照制度規劃、服務輸送或法案之訂定，應加強醫師與醫療院所角色之參與。

說明：

- (一) 隨著經濟蓬勃發展及醫藥衛生的進步，台灣已邁入高齡化社會，未來十五年間台灣的老年人口比例將倍增至 20%，人口高齡化意味著更多慢性疾病的盛行，導致民眾身心功能喪失，極需要投注大量的醫療資源、人力及照護機構處理，更需要醫事人員與照護體系的協助，與醫療照護息息相關。
- (二) 政府著手規劃長期照護保險，此重要制度涉及全國民眾，關係未來人民之健康福祉，對國內醫藥衛生政策具有絕對重要性且影響深遠，為強化持續性之全人照護，長期照護團隊中不能缺少醫師的參與，醫界願積極配合政府施政，就長期照護相關內容提出醫療專業建議，以建構完善之長期照護制度，爰建議長期照護制度規劃、服務輸送及法案之制定，應加強醫師與醫療院所角色之參與，並與醫界溝通協商及達成共識為前提。



## 加強偏遠及離島地區之醫療品質－1

建議：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。

說明：

- (一) 台東地理位置偏遠，新知的傳遞較大都市慢，甚或缺乏，教育環境更顯城鄉差異大，以致造成許多優秀的醫師前來台東服務的意願微薄。
- (二) 台東目前無醫學中心，醫療後送最鄰近的往北(花蓮)和往南(高雄市)皆需單趟車程 3.5 小時以上。
- (三) 台東縣醫療資源相當缺乏。
  - 1.依 97 年衛生署統計公布縣市醫療資源比較表資料之每萬人口醫師數：台東縣 16.1，台北市 29.96，相差 1.87 倍。
  - 2.依 98 年全聯會統計各縣市執業醫師服務人口數：台東縣為 937.49，台北市 319.69，相差近 3 倍。
  - 3.依 98 年全聯會統計各縣市每平方公里服務醫師數：台東縣為 0.07，台北市 30.01，相差 428 倍。
- (四) 有關馬偕紀念醫院台東分院已提送本縣衛生局轉呈衛生署之『99 年度獎勵醫院辦理提升醫療資源缺乏地區醫療服務品質計畫(特殊急重症照護中心之成立及運作計畫)』，依該計畫書內容統計台東縣轉診後送資料表，98 年之轉出後送數高達 713 件。其中民眾所耗費的交通問題，陪同照顧家屬在外的食宿成本皆造成經濟壓力外，更多的精神損耗和身處異鄉必須面對的徬徨無助，搶救生命與黃金時間的拔河，這些負擔無法估計。
- (五) 依該計畫書內容統計之 97 年腦血管疾病就醫統計表，台東縣每十萬人口就診率 3033，高於全國 2439、花蓮縣 2831。

辦法：

建請政府應審酌偏遠地區及離島地區之對外交通不便及教育環境城鄉差距兩大問題，請相關單位提出近期解決因應之道，並規劃、執行中長期方案。且為急迫照顧偏遠及離島地區人民生命健康之需求，請積極主動協助提昇因環境造成的醫療品質困境，促進特殊急重症照護能力。

## 加強偏遠地區之醫療品質－2

建議：請政府協助建構偏遠地區發展遲緩兒童的早期治療環境。

說明：

- (一) 99 年 7 月 4 日馬總統親至台東陪同社福團體及台東自閉兒家屬觀賞描述自閉症孩子的紀錄片「一閃一閃亮晶晶」，為馬總統對於台東偏遠地區發展遲緩照顧問題的關心重視，台東各界皆表肯定。
- (二) 寫信給馬總統夫人的孫爸爸信中也提及：因為台東的醫療資源缺乏，只得帶著小孩到外縣市就醫。他就為了 2 名自閉症小孩必須到高雄就醫，前段時間還得留職停薪，現在則每星期到高雄回診 1 次。孫爸爸迫於台東醫療資源不足的無助及對外交通必須耗費相當時間的無奈，正是台東人對特殊醫療及急重症救護的共同心聲。
- (三) 根據聯合國世界衛生組織 WHO 統計，發展遲緩兒童盛行率約為 6~8%。以 2008 年底台東縣出生人數統計推估，每年至少應有 904~1,207 名處於黃金治療期（0~6 歲）的發展遲緩兒童。
- (四) 發展遲緩的兒童，若能及時接受發展評估鑑定及早期療育，尤其是在三歲之前介入，則往往能有效的提升其神經智能發展，發揮每個兒童之潛能，減少未來對特殊教育與社會福利的需求。
- (五) 因為台東對外的交通不便及教育環境等因素，間接導致醫療專業人才極為短缺，就發展遲緩兒童早期治療而言是一大困境。

辦法：

- (一) 建請政府透過公立醫院系統，協助相關醫療專業人員前來台東支援服務。
- (二) 請提供相關計畫經費補助申請，以建構更完備的發展遲緩兒童早期治療環境。

## 強化社區醫療體系，以面對人口老化—1

建議：為落實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。

說明：

- (一) 依據自民國 89 年起歷經 19 個月 17 次會議才完成的「醫院總額支付制度研議方案」，其第六章第一節平衡各層級醫院發展配套措施之二明訂：為降低社區醫院風險，考量社區醫院層級承擔風險之能力相對較低，可採從優支付方式，以降低總額支付制度實施對社區醫院造成之衝擊，並保障地區醫院生存空間。
- (二) 從優支付方式之意涵：點值超過 1 元時，以該點值支付，點值低於 1 元時，則以每點 1 元支付。
- (三) 以 98 年度之申報點數為例：透過點值的調整，使地區醫院獲得最基本的保障，僅須提撥參拾伍億陸仟陸佰萬元(詳參，附表一)，即可補至一點一元。
- (四) 附表：98 年度健保醫療費用預估：

98 年度				
醫院層級	總申報點數(點)	以 1 點 1 元計算(元)	以平均點值【0.9468】計算(元)	落差金額(元)
地區醫院	67,022,000,000	67,022,000,000	63,456,429,600	-3,565,570,400
上列資料來源：行政院衛生署中央健康保險局網站，網址： <a href="http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_9464_1_健保-陸 9903.xls">http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_9464_1_健保-陸 9903.xls</a> <a href="http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_9463_1_健保-伍 9903.xls">http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_9463_1_健保-伍 9903.xls</a>				

## 強化社區醫療體系，以面對人口老化—2

建議：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。

說明：

- (一) 台灣已邁入高齡化社會，人口老化速度推估高居世界第一，尤其是各偏遠鄉鎮社區，兩老相依為命或孤獨無依狀況時有所聞，因就醫困難或照護困境造成病情惡化再緊急送醫治療為時已晚，時常讓醫療人員不勝唏噓，如何讓老年人在社區活得健康、快樂、有尊嚴，是每位國民應深思的問題。
- (二) 不患寡，患不均，是現今台灣醫療界的病態，政府針對鼓勵醫事人員至偏遠社區服務策略不清，造成醫療品質的城鄉差距日益擴大，讓廣大的鄉鎮民眾淪為健康照護的弱勢族群，對維持社會公平正義產生負面影響。
- (三) 轉診制度未能落實，不僅浪費醫療資源，且造成醫學中心一床難求，擠壓重症病人就醫住院的空間。然而，社區醫院是當初政府鼓勵興建的醫療院所，目前卻面臨生存的困境，若再任其惡化，社區民眾健康維護將出現重大缺口。
- (四) 健保制度針對疾病照護使用高額費用，對於人口老化所造成的相關老人照護困境卻無法克服，世界先進國家無不針對高齡民眾提供友善的就醫與照護環境，但目前政策未能訂定明確政策支持社區醫療體系提供涵蓋預防保健、疾病照護、功能復健與末期照護的持續性健康照護服務體系。

辦法：

- (一) 遠距醫療的推廣與落實，不僅時時關心老年的健康狀況，且搶救生命於即時。因此應鼓勵社區醫療體系積極投入遠距醫療，用最小的經費，讓政府與民眾與社區醫療體系創造出三

贏的契機。

- (二) 提昇鄉鎮社區醫療水準，是社區醫療體系與政府責無旁貸的重責大任，因此應將醫學中心輔導社區醫院列為評鑑的必要項目，鼓勵醫學中心主動尋找社區醫院垂直整合，讓社區醫院的醫療品質可以充分提昇。
- (三) 落實轉診制度，醫學中心本應從事急重症醫療與醫學研究，欲達成此目標，應修正健保給付方向，鼓勵民眾輕病在社區醫院就醫，或是增加民眾輕病至醫學中心就醫之自付額，以提昇社區醫療體系的服務與醫療品質。
- (四) 調整健保給付方式，讓老年人口比例較高的鄉鎮，能在社區醫療體系提供持續性全人照護的服務之下落實在地安老的目標，只要社區醫療體系能讓老人健康、快樂的生活，就應給予合理健康維護報酬。
- (五) 建立以社區醫院為主體的「中期照護服務體系」，以提供跨專業的全人照護服務為主體，協助高齡病患自急性疾病治療後回復完全健康的狀態，減少家庭與社會的照顧負擔。該項服務需求至為殷切且國內試辦成效卓著，應儘速推動辦理。
- (六) 建立依病患年齡、失能狀況與疾病狀況調整的「診斷關聯群」的支付標準，高齡病患具有較嚴重病況與複雜照護需求，健保局規劃的齊頭式平等之「診斷關聯群」支付方式，將間接造成醫療人球，使照顧這群病況複雜高齡病患的醫療院所擔負財務的窘境，應參酌英國支付方式建立支付調整制度。