

## 醫改會對衛生署九十二年度總預算評議意見部分摘錄

立法院第五屆第二會期已於民國九十一年九月一日開議，本會期大事之一是審查政府九十二年度總預算。由於全民健康保險亦於九月一日起調漲保險費率與就醫部份負擔，衛生署的預算審查遂成為立委關注之焦點。醫改會以監督政府將「錢用在刀口上」為目的，檢視衛生署九十二年度預算，並將檢視結果彙整寄予立法院全數 225 位立法委員，希望委員們藉以參考，為民衆監督衛生署預算之編列與執行。

這是醫改會成立以來第一次直接探討衛生署預算，我們希望未來將檢視衛政預算變成醫改會固定的工作項目之一，除從民衆立場監督衛生署預算外，也期待提供民間觀點的思考，協助政府「將錢用在刀口上」並「把力氣用在對的地方」。

對衛生署九十二年度總預算有興趣的讀者，可至行政院主計處網站查詢預算詳細內容，網址 <http://www.dqbasey.gov.tw/dqbas01/dqbas01.htm>。以下是醫改會對衛生署九十二年度總預算評議意見部分摘錄，完整評議意見因篇幅較多，故放置於醫改會網站的「知識專區」，網址 <http://www.thrf.org.tw>，歡迎您上網觀看，並以電子郵件或傳真建議醫改會未來如何更深入檢視衛政預算。

### 壹、整體預算見樹不見林

年度施政目標年年相同，看不出年度特定與重要的行政方向，衡量指標多以數目為目標值，不見深度與數目中實質隱含了哪些對民衆與消費者健康安全品質的保障。

### 貳、預算編列行禮如儀，缺乏檢討與前瞻性

九十二年度的預算多半未對九十一年度、九十年度的預算執行成果加以評估，並利用於後續業務的推動，不僅浪費了過去投入的預算，新年度預算編列之效益也不無疑問。尤其是多年編列的預算部分，衛生署沒有詳細公佈執行成果、執行進度、人力成本、設備消耗、培育成員流向、執行工作效益分析等數據與評估報告，完全看不到檢討之後的變革及政府預算編列應具有之前瞻性。

### 參、多項相關支出化整為零編列，不僅缺乏統整，更難以評估績效並釐清責任歸屬

研究計畫、宣導業務、補助獎助、國內組織會費…等支出大量出現於不同單位和附屬機關的預算之中，其中甚至同一局室單位都不乏重複編列者。以研究計畫為例，國家衛生研究

院成立宗旨即包括統籌與協調醫藥衛生研究資源，負責計畫的申請與補助業務。但從預算編列可看到各局、處、室還是努力編列各自的研究計畫經費。看不出衛生署投入大筆預算成立國衛院的績效何在？考量事權統一與提升管理與資源配置效率，應將研究計畫統籌由一專責部門負責。

#### **肆、缺乏針對政策執行的困難點與預算數是否符應政策之推動提出檢討**

若是預算不足以支應政策之推動，則應增加預算編列，並詳列檢討報告。反之，則應減少預算之編列。

## 由健保局總預算談資訊公開化

林昭吟

台北大學社工系助理教授

醫改會全民健保組召集人

立法院第五屆第二會期已於九十一年九月一日開議。這個立法院會期又是立委諸公審查中央政府總預算案的會期，攸關中央政府九十二年度的預算編列，故在媒體上時時可見朝野之間在預算方面的攻防戰。今年夏天健保費率及部份負擔同時大幅上漲，時值立法院休會期間，立法委員得以即時著力之處不多，故在立法院開議之後，健保雙漲案搭配健保局總預算的審查，乃成為立法委員們關注的焦點。

台灣醫療改革基金會日前曾針對相關衛生部門，如衛生署、藥物食品檢驗局、中醫藥委員會、疾病管制局、國民健康局、中央健保局等單位，進行其九十二年度預算報告的檢視，並整理出審議意見，供各界參考。其中有關中央健保局的審議意見，特別受到立委及媒體的關注，茲將醫改會所提有關健保局的審議意見及個人觀點略述如下。

就收入面而言，健保局將今年暑假保費費率由 4.25%調漲至 4.55%迅速反映在預算書上，故九十二年度預估之健保保費收入約為 3,325 億元，較上一年度的 2,967 億元增加 358 億元，成長約 12%。然而其在媒體上信誓旦旦強調的健保節流措施，及因而可以增加多少健保收入的推估，則幾乎未見於預算書上。唯一較為相關的是健保營業外收入的一項——賠款收入。所謂賠償收入指依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十三條所處罰款，全年編列 1,500 萬元。然而事實上，某些大型醫療院所的違規處分及因而節省的醫療費用就不止有 1,500 萬元，因此不禁令人懷疑健保局對於杜絕供給面醫療資源浪費的努力與決心。相較於另一項健保營業外收入——什項收入，主要預計為民眾遺失健保 IC 卡收取之工本費及出售報廢設備及廢紙等，預編收入為 8,840 萬元。由此可見，民眾不但貢獻健保營業內收入（保費收入），還是貢獻健保營業外收入的大戶。

就支出面而言，保險給付（即健保醫療保健費用支出）編列為 3,266 億元，較上一年度的 3,138 億元增加 128 億元，成長約 3%。然而，縱觀實施健保後的醫療保健支出成長趨勢，實不得不令人憂心。根據衛生署出版之衛生統計動向，84 年健保第一年實施的醫療支出約為 1,645 億元，85 年為 2,247 億元，86 年為 2,449 億，87 年為 2,733 億，88 年為 2,919 億，89 年為 2,917 億，而 90 年度的保險給付決算數字是 3,017 億。據此，健保醫療保健支出似乎一直維持上升成長的趨勢，然而這些錢用到那裡？民眾得到的醫療品質是否有改善？民眾的健康情況是否更佳？弔詭的是，若民眾的健康狀況變得更好，為何就醫的次數及金額卻不減反增？當然這其中有許多變數存在，例如人口結構老化、醫療科技進步等等，但供給面與需求面的醫療資源浪費的現象也確實存在，而這正應是衛生署、健保局等單位必須面對及努力的。

此外，健保局有些部份的預算編列有高估之嫌。例如印刷裝訂與廣告費便編列了四億四

千多萬元，做爲一個公辦公營及單一的社會保險機構，是否需要編列如此龐大的廣告宣傳費用，而其內容及效果如何？是否有更有效及節省的宣傳管道？再細察其業務費用說明，這筆錢主要用來宣導 IC 卡實施計劃及其他相關承保、醫療業務，因而多用於單向的政令宣導。但這筆經費若是能用以支持一個公正客觀的民間機構，類似加拿大的健康資訊機構 (Canadian Institute of Health Information, CIHI)，由健保局釋放出相關的承保、財務、醫療等等資訊，而由這類單位定期、持續地進行資料的分析及結果的傳散，相信應更能吸引媒體與民眾的關注，自然可以節省預估的二千四百萬元廣告費用，也可以使民眾更加瞭解健保制度的真象。

中央健保局的預算書應不僅提供給立委，做爲預算審查之用。凡是任何一位被保險人都應有權瞭解健保經費的收支及運用情形。因爲健保的保費收入高達健保預算的 95.2%，而政府補助部份僅佔 1.97%。又由保費收入的分配比例來看，民眾部份佔了 40%，投保單位(雇主)佔 32%，政府補助佔 28%。因此，健保局的預算資料不僅應提供給立委，更應提供給社會大眾檢視，以昭公信。而在提供相關的財務收支說明時，亦應考量資料正確、讀者友善，以及避免誤導。

## 衛生署五大醫療改革承諾執行成果追蹤

衛生署曾於91年8月23日提出對各界健保及醫療改革訴求之五大回應，承諾推動一、醫療資訊透明化；二、醫療作業合理化；三、病患權益周延化；四、醫療浪費極小化；五、申訴管道暢通化。衛生署各項承諾的執行進度與成果為何？醫改會一直持續關心追蹤中。為了讓大家都瞭解目前的改革進度，我們特別請衛生署提供五大醫療改革承諾執行進度表（至91年12月27日止），並整理刊載於下，方便大家參與檢視。如果您對於衛生署所列的辦理進度與內容有任何疑義或建議，歡迎您以電子郵件或傳真將意見傳給醫改會與衛生署。

### 衛生署五大醫療改革承諾執行進度報告

#### 回應一>>>醫療資訊透明化

具體措施		各具體措施衛生署辦理之目前進度
1	一個月內提供支付標準與藥價基準電子檔予醫改及病友團體。	業於91年8月26日以健保醫字第0910014496號函檢送上開資料電子檔案予醫改會。
2	立即要求公立醫院允許病人影印其病歷並合理收費，並於立法院下會期優先修改醫療法，規範所有醫院應依病人要求提供整份病歷與檢驗檢查影（複）本資料。	<p>1. 本署中部辦公室已於88年度通函署立醫院，對於病人影印病歷之相關作業應予配合，並業已明定收費標準。</p> <p>2. 為尊重病人對病情資訊瞭解之權利，並便於病人自行提供其醫療資訊予其他醫療機構作為診療之參考，本署草擬醫療法修正草案，明定病人得申請病歷複製本，該修正草案已於91年4月3日送立法院審議。</p> <p>3. 業以91年9月23日衛署醫字第0910062983號函，請各公立醫院主管機關配合辦理。</p>
3	一個月內與相關團體共同研擬健保違規院所資料公開計畫；三個月內提出健保法修正案，增列違規醫療院所資料公開之法源依據。	<p>1. 目前已按月將「全民健保特約醫事服務機構查處名冊」及「全民健保醫事服務機構查處統計表」函送中華民國中、西、牙、藥師公會全國聯合會、全國性總工會及消費者文教基金會。</p> <p>2. 已於91年10月14日將「全民健康保險特約醫事服務機構查處名冊」及「全民健康保險特約醫事服務機構查處統計表」公布於本局網站。嗣後將每月定期公布。</p> <p>3. 有關增列違規醫療院所資料公開之法源部分，已列入第二階段健保法修正案，並送本署法規會討論。</p>
4	三個月內公開財團法人醫院資產負債表及損益表。	<p>1. 於91年9月23日上午召開『研商財團法人醫療機構財務資訊公開會議』，結論如下。</p> <p>(1) 財務資訊公開之立意應是正確的，不僅符合社會之期望、時代之趨勢、監督之必要，更是法人之責任，故有其必要性。如涉法律層面時本署將配合修正醫療法。</p>

		<p>(2) 現階段於醫療法修正前，如無違法之虞，本署將主動公布財團法人醫院財務資訊；如仍須法律授權時，可依行政資訊公開辦法規定，先徵詢法人同意後公開期財務報表或以『行政指導』方式，請財團法人醫院主動公開其財務報表。</p> <p>(3) 有關財務報表（資產負債表、損益表）公開之格式內容，本署所附範例，原則可行，惟對其會計科目或填列之說明，由本署另擇期開會研議。</p> <p>(4) 至於部份與會者建議健保財務及公立醫院之財務資料，應予公開部份乙節，由本署另案研議。</p> <p>2. 已於91年12月9日函請財團法人醫院簽署「財團法人醫療機構公開財務資訊同意書」，並請各醫院依91年11月20日專家及財團法人醫院所研議之資產負債表、損益表簡表騰列90年度結算資料後送署彙辦。</p> <p>3. 針對各醫院之同意書及填列情形，本署將召開會議，期能進一步達成公開之共識。</p>
5	<p>立即要求健保特約醫院明確標示保險病床三個月內由健保局公佈各特約醫院之保險病床比率，並予定期更新。</p>	<p>1. 已於91年8月23日發函健保局各分局，加強輔導特約醫院提供保險對象優先選擇入住保險病房，並辦理訪查作業，對於違反規定者予以違約記點處分。</p> <p>2. 已自91年9月1日起在健保局網站公布區域級以上醫院保險病床資訊，同時發布健保速訊，供保險對象了解。</p> <p>3. 已於91年10月1日以健保醫字第0910014575號行文各醫院，要求明確標示保險病床資訊與利用情形。</p> <p>4. 行政院衛生署已於91年12月4日公告「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」修正案之預告程序，刻正辦理法規修正發布事宜。</p> <p>5. 健保局各分局業自91年8月23日起，陸續完成轄區特約醫院保險病床標示作業之訪查與輔導作業，目前除少數地區醫院需繼續輔導改善外，各大型醫院均已依規定辦理保險病床標示。</p> <p>6. 已於91年12月進行各特約醫院之保險病床比率資料更新。</p>
6	<p>立即加強院所藥袋標示宣導，半年後督導衛生局嚴格執行。</p>	<p>1. 藥政處業已擬定「小蜜蜂監視系統—稽查藥品包裝容器標示」工作計畫，將與醫政處及台北市政府衛生局溝通協調執行方式後，預訂於91年10月20日開始執行。</p> <p>2. 已於91年8月16日徵求統一藥袋格式，並於藥袋背面提供衛生教育資訊。將徵求約20家有意願參與推廣計畫之醫療院所，由本署印製藥袋，執行期間，約將使用1,260萬只藥袋。</p>

		<p>3. 針對藥袋需標示之十三項必需項目及三項建議項目，製成大型海報，張貼於署立醫院供民眾了解。</p> <p>4. 以補助計畫之方式，請臺大醫院藥劑部彙整國內常用藥品副作用資料，製作成光碟片，提供全國醫療院所作為列印藥袋內容，提供民眾用藥資訊。</p> <p>5. 台北市衛生局已於91年11月30日前完成藥袋標示稽查工作，回報稽查共四百餘件。</p> <p>6. 已於91年12月11日函請其他縣市衛生局於91年12月20日起執行藥袋標示之稽查，於92年1月30日前回報結果。</p> <p>7. 醫師法已規定，醫師對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、執業醫療機構名稱與地點及交付年月日。上開規定業由藥政處加強藥品包裝容器標示之措施，函請地方衛生局加強督導。</p> <p>8. 為加強病人用藥之瞭解，本署草擬醫療法修正草案，明定醫院診所於診治病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、醫療機構名稱與地點及交付年月日。該修正草案已於91年4月3日送立法院審議。</p> <p>9. 健保局已擬妥0800-212369專線擴大諮詢及申訴功能之配套措施，日後將配合藥政處後續宣導計畫辦理。</p>
7	三個月內全面要求健保特約醫療院所，切實遵照規定，開給病患收費明細表及收據。	<p>1. 已於91年8月23日函請健保各分局針對轄區未開立收費明細之醫療院所進行查核，若經查證未主動開立，即予以違約記點，不再函請特約醫療院所改善。</p> <p>2. 已將「就醫索取醫療費用收據及藥品明細」列為91年度重點宣導主題之一，將持續加強宣導，鼓勵民眾申訴。</p> <p>3. 依醫療法規定，醫療機構收取醫療費用，應依病人要求，製給收費明細表及收據，並應備置收費標準明細表供病人查閱。醫療機構若違反上開規定，當依法處理。</p>

## 回應二>>>醫療作業合理化

	具體措施	各具體措施衛生署辦理之目前進度
1	三個月內設定議題，召開全國醫療改革會議。	<p>1. 已於91年9月18日及10月15日分別召開二次籌備會。初步擬定兩大議題：(1)如何建立「以病人為中心」的醫療模式。(2)如何建立多元化的「醫療品質監督機制」。</p> <p>2. 於91年11月27日召開第三次籌備會，確定議題及分工，並決議：(一)討論議題分為兩大主題，每個主題分成三個組</p>

		<p>別。兩大主題為「建立以病人為中心之醫療模式」及「建立多元化的醫療品質監督機制」，建議分別由張苙雲董事長及黃達夫院長擔任主持人。</p> <p>3. 藥政處提出三項議題：(1) 規劃醫院藥事人員門診處方箋合理調劑量，(2) 健保藥價給付新思維及(3) 提高慢性病連續處方箋交付釋出等三案。</p> <p>4. 健保小組建議議題：推動「多元病症，一次看診」服務。</p>
2	三個月內推動糖尿病、心臟病、高血壓、痛風、帕金森症五項慢性病之連續處方箋釋出。	<p>1. 已於91年9月30日健保醫字第0910037467號公告，提高慢性病連續處方箋診察費由原訂263點調高至463點等。</p> <p>2. 調高慢性病連續處方箋診察費—健保局已於91年9月30日以健保醫字第0910037467號公告修訂「全民健康保險醫療費用支付標準」，提高醫院開立慢性病連續處方箋診察費支付點數，依層級及地區分別調整為463點、443點、483點，並自91年10月1日實施。</p> <p>3. 加強對特約醫療院所開立慢性病連續處方箋宣導。</p> <p>4. 預訂91年底調降藥價，縮小藥價差，提高醫療院所釋出處方箋之意願。</p> <p>5. 91年10月11日函請健保各分局與轄區縣市藥事團體聯繫，提供轄區醫療院所慢性病常用藥品品項，以供特約藥局備藥。</p> <p>6. 針對醫療費用較高之慢性病進行資料分析，瞭解各層級特約醫療院所慢性病連續處方箋開立及調劑情形，作為研擬輔導特約醫院開立慢性病連續處方箋之參考。</p> <p>7. 行文各醫療院所，配合推動五項慢性病之連續處方箋釋出。</p> <p>8. 已請藥師、藥劑生公會全聯會配合五項慢性病常用藥品之庫存。</p> <p>9. 於全國醫療改革會議提出提高五項慢性病連續處方箋釋出之議題。</p> <p>10. 以補助計畫方式研議「由慢性病連續處方箋釋出之財務分析研究對執業藥局之影響」。</p> <p>11. 於91年12月25日發文448家醫院，轉知慢性病連續處方箋醫師診察費提高，並鼓勵開立及釋出慢性病連續處方箋。</p>
3	立即推廣醫院實施醫療品質指標計畫，並將結果列為總額支付制度之品質監控。	<p>1. 研擬「醫院總額支付制度醫療服務品質確保方案」(草案)指標項目，明訂品質監控及獎懲辦法，業經健保局醫院</p>



		<p>總額支付委員會討論通過，並於91年10月31日提報全民健康保險醫療費用協定委員會。</p> <p>2. 執行「五大疾病醫療服務改善方案試辦計畫」。</p>
4	<p>半年內促成檢驗資料之院際流通，減少重複檢查。</p>	<p>1. 已完成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（草案），並提案至總額支付委員會討論。</p> <p>2. 依現行醫療法第51條規定，醫院、診所診治病人時，得依需要，並經病人或其配偶、親屬之同意，商洽病人原診治之醫院、診所，提供病歷摘要及各種檢查報告資料。原診治之醫院、診所不得拒絕。同法第76條並明訂相關罰則。</p> <p>3. 已於91年9月18日以請辦單請中部辦公室，督導本署署立醫院確實辦理。</p> <p>4. 於91年9月25日以衛署醫字第0910063270號函請各衛生局，督導所轄醫療院所配合辦理。</p> <p>5. 於91年9月24日以衛署醫字第0910063182號函請中華民國醫院協會及中華民國私立醫療院所協會，加強輔導各醫療院所配合辦理。</p> <p>6. 於91年9月24日以衛署醫字第0910063183號函請教育部、退輔會及國防部軍醫局，督促所屬醫院確實辦理。</p> <p>7. 本署91年9月2日已研擬完成「醫療機構實施電子病歷作業要點」（草案），俟本署法規會審議通過後，即可公布實施，藉以提供各醫療機構實施電子病歷之依循。</p> <p>8. 鼓勵醫院診所確實依醫療法規定提供病歷摘要，以方便民眾就醫。（醫療法第五十二條已明文規定）。</p> <p>9. 本署刻正積極辦理「網路健康服務推動計畫」，其中「建置及營運醫療憑證管理中心」、「推廣病歷電子化」、「推廣醫療資訊標準」等子計畫，即為達成院際間醫療資訊的交換與流通，減少重複檢驗檢查的目的。</p> <p>10. 為加強醫療資訊流通的安全性及私密性，本署目前正積極辦理「建置及營運醫療憑證管理中心」，將建立以公開金鑰（PKI, Public Key Infrastructure）為基礎的醫療電子認證機制，預計本年底完成相關建置作業，92年初開始發放醫事憑證IC卡給醫事機構及人員，並進行醫療資訊電子化之相關應用。</p> <p>11. 另「推廣病歷電子化」計畫，已完成公開徵求八家醫學中心進行病歷電子化試辦計畫，實施時程自91年7月起至92年3月止，其中台中榮總及長庚醫院進行的試辦計畫，即為建置及開發醫療資訊流通的分享模式，病患可透過醫療資</p>

		<p>訊交換機制，從原就醫醫院取得檢驗檢查報告，並轉至新醫院就診，促成檢驗資料之院際流通，減少重複相同的檢查，本計畫擬俟試辦結束後，預定明年開始進行試辦成果之推廣作業。</p> <p>12. 本署「網路健康服務推動計畫」係應用資訊技術，逐年漸次的推廣醫療資訊電子化的普及應用，藉以輔助衛生醫療相關政策之推動與落實。</p>
5	立即加強執行醫師檔案分析及控管。	<p>1. 目前已執行的檔案分析包括：醫療院所分析、醫師分析及病人檔案分析。</p> <p>2. 執行成效：以90年為例，一年之審查效益約可節省180億元。</p> <p>3. 目前已監測之醫療品質指標計有：</p> <p>(1) 藥品使用情形（包括：每處方平均藥品品項數、每處方平均針劑品項數、抗生素執行率、針劑執行率、類固醇執行率及抗感染劑執行率）。</p> <p>(2) 住院清淨手術預防性抗生素使用（包括：單純性疝氣手術、人工髖關節置換術、人工膝關節置換術、甲狀腺切除術）。</p> <p>(3) 14日內再住院率及3日內再急診率。</p> <p>4. 因應總額支付制度之全面實施，透過檔案分析發展異常管理模式，利用DRG相關指標及其他門診費用指標，將醫院分級管理，分為：A級免審、B級異常管理審查（科別、醫師等）、C級隨機抽樣審查（加重抽樣或全審）、輔導或實地審查。本案已於91年10月31日召開「醫院總額支付制度醫療服務審查業務全局共識會議」達成結論後，研擬「總額支付制度下醫療服務審查作業綱領」（草案），並於91年12月5日醫院總額支付委員會第五次委員會議中進行專案報告，本案已納入例行作業進行管控。</p>
6	三個月內依醫療網原則，訂定明確之轉診目標及推動計畫。	<p>1. 為廣徵建言，本署業於91年9月30日下午邀集專家學者、相關醫學（協）會，召開研商「訂定轉診目標及推動計畫」會議，會中達成六項結論。</p> <p>(1) 診宜採漸進、鼓勵方式施行，並妥善運用部份負擔機制，及訂定相關作業規範，以供依循，且基層與醫院應建立良好互動。</p> <p>(2) 醫院可考慮採開放制度，並宜透過健保支付制度等誘因鼓勵，且衡酌是否由公立醫院先行試辦。</p> <p>(3) 轉診及轉檢作業程序宜檢討、簡化（如轉診或轉檢案</p>

	<p>件可否免再重複掛號或重開檢驗單，而由轉診或轉檢窗口直接受理），且如有轉回原醫療機構者，可否考量 repaid 之制度等。</p> <p>(4) 為強化基層醫療作業，有關聯合門診及區域性檢驗中心之設置，宜有支付制度等誘因予以鼓勵。</p> <p>(5) 建議健保醫師品質責任制度 (PQRS)，宜先就區域性試辦計畫方式實施。</p> <p>(6) 五大疾病之論質計酬方案，其所訂門檻是否太嚴，建議考量檢討。</p> <p>2. 於 91 年 11 月 13 日召開「研商家庭醫師制度座談會」，會中結論略以：請台灣家庭醫學醫學會先草擬家庭醫師訓練計畫，提供本署參考，以訂定家庭醫師規範。</p> <p>3. 於 91 年 11 月 28 日召開第二次研商「訂定轉診目標及推動計畫」會議，會中初期擬以二具體方案先行試行。</p>
7	<p>一年內輔導各醫療區域「醫療管理委員會」積極推動雙向轉診及轉檢制度。</p> <p>業將 90 年、91 年度轉診、轉檢現況及成效排入 91 年度全國醫療區域輔導計畫年終檢討會討論。</p>

### 回應三>>>病患權益周延化

	具體措施	各具體措施衛生署辦理之目前進度
1	<p>針對醫療上有需要持續特別照顧（例如罕見疾病），而未減免部份負擔者，專案研擬保障措施。</p>	<p>1. 已於 91 年 9 月 10 日簽辦請國民健康局及罕病基金會協助提供登錄確認個案資料名單，俟取得資料轉送各分局主動發給重大傷病證明。</p> <p>2. 國民健康局已於 91 年 10 月 22 日提供本局已確認診斷之「罕見疾病個案資料檔」，健保局並於 91 年 11 月 8 日以健保醫字第 0910039839 號函請各分局主動發重大傷病卡，以減免患者之部分負擔。</p> <p>3. 國民健康局將於 91 年 12 月提醫療小組討論罕見疾病代碼，健保局將於代碼確定後納入常規作業。</p> <p>4. 於 91 年 8 月 30 日公告修正健保重大傷病範圍，增列經本署公告之罕見疾病，列屬重大傷病。</p> <p>5. 業於 91 年 9 月 16 日以衛署健保字第 0910062545 號函致內政部，請其針對身心障礙者、老人、中低收入者或其他弱勢團體，考量是否比照低收入戶及三歲以下兒童，以社會救助方式酌予補助門診部分負擔。該部於 91 年 10 月 4 日以台內社字第 0910030398 號函復表示，針對上開群體補助恐增加該部籌編預算之困難，且可能因而排擠該部對其他弱勢團體保費補助之經費。</p>

		<p>6. 業於91年9月16日以衛署健保字第0910062554號函致原民會，請其針對原住民有經濟困難者，考量是否比照保險費補助方式，酌予補助門診部分負擔。該會於91年10月17日函復本署，礙於年度預算編列有限，且該會除補助偏遠地區原住民就醫交通費外，每年尚需支付龐大原住民健保補助費，已無多餘之預算可資補助。</p> <p>7. 為提供相關單位補助經費之評估，業於91年9月16日以衛署健保字第0910062555號函請健保局儘速提供前開群體之醫療利用及部分負擔相關統計或估算，以供協調之參考。</p>
--	--	---

回應四>>>醫療浪費極小化

	<b>具體措施</b>	<b>各具體措施衛生署辦理之目前進度</b>
1	<p>一個月內公佈藥價調整方案之具體措施與時間表，半年內完成藥價過高品項清單與新藥價之核定。</p>	<p>1. 於91年5月23日陳報「90年全民健康保險藥品市場實際交易價格調查計畫」業奉核定。</p> <p>2. 於91年6月20日函報「全民健康保險藥品給付制度改善方案」，隨後即依90年全民健保藥品市場實際交易價格調查計畫辦理藥價調整。</p> <p>3. 於91年7月31日公告刪除89年1月至90年9月未申報之藥價調查資料之藥品品項，共計4,919品項。</p> <p>4. 於91年8月30日邀請各公、協會等單位，說明本次藥價調查資料分析結果及調整作業原則。</p> <p>5. 於91年9月16日前藥品經銷商再次確認申報資料（已完成）。</p> <p>6. 於91年9月30日健保醫字第0910014621號公告藥價調查名單。</p> <p>7. 已於91年11月1日至7日公開藥價調查資料，由申報藥價調查資料之藥商閱覽申報資料，俾辦理後續藥價調整。</p> <p>8. 於91年11月已完成藥價調整資料試算作業。</p> <p>9. 藥政處於91年10月17日已召開「研議健保藥價差問題及因應策略」，請健保局研議。</p> <p>10. 藥政處於91年11月7日藥政處與法規會、健保小組溝通「健保藥價新思維」之法制面相關問題。</p> <p>11. 藥政處於91年11月18日與藥業各公協會代表召開「新藥價實施後對藥界的影響」座談會，並將現階段與長期</p>

		<p>之藥價解決方案提供中央健康保險局參考。</p> <p>12. 台北市西藥代理商業同業公會、中華民國西藥代理商業同業公會、中華民國藥品行銷暨管理協會及中華民國開發性製藥研究協會，於91年11月22日連署函藥政處，檢送對「解決藥價黑洞」及「健保局九十年藥價調查及藥價調整」之配套建議。藥政處業將該項建議函轉中央健康保險局、健保小組及醫政處參考。</p> <p>13. 藥政處於91年11月27日藥業公協會代表拜會署長，健保小組、健保局與藥政處陪同參加，期健保局與藥界建立良好共識，兼顧藥物生技產業發展，致力於藥價調整措施。</p> <p>14. 於91年6月13日以衛署健保字第0910014091號函同意備查健保局所報之「90年全民健康保險藥品市場實際交易價格調查計畫」。</p>
2	除全面施行醫療總額支付制度，以控制醫療費用總支出之合理成長外；已提出之本土版DRG，將於二年內全面施行，以保障急重症者住院給付之公平性。	<p>1. 已完成第一階段工作：於91年4月25日公開第一版住院病例組合分類表、相關檔案及網路編審服務系統，並運用於審查參考。</p> <p>2. 自91年10月展開第二階段工作進行情形如下：  (1) 專家小組各分組已分別召開過1至2次會議，預計各組將召開五次會議，就病例組合再分類進行研議。  (2) 支付小組已召開第一次會議，就病例組合支付方式交換意見。</p>
3	九月底前公告門前藥局之相關規範，三個月內協商降低門前藥局支付標準；並於立法院下會期促請委員提案修訂藥事法，明訂藥局設置標準。	<p>1. 「藥局設置作業注意事項」已於91年10月21日完成公告。詳細內容可見 <a href="http://www.doh.gov.tw/ufile/Doc/藥局設置指導附件-911114.doc">http://www.doh.gov.tw/ufile/Doc/藥局設置指導附件-911114.doc</a>。</p> <p>2. 對於已設置之門前藥局，預計92年12月31日完成輔導並予以改善。</p> <p>3. 藥局設置標準之法源條文尋求立委支持（已付委），完成立法程序即可實施。</p> <p>4. 已與藥師、醫師團體協商支付標準修正草案及修正意見。</p>
4	立即推動示範門診支付方式，提供複雜病症之轉診服務，並減少重複掛號及收費。	<p>1. 示範門診試辦計畫自91年1月1日起試辦，目前有19家醫院參與試辦。</p> <p>2. 完成試辦計畫評估，擴大適用對象範圍（如複雜病症病患及具有多種慢性病患者等），並加強示範門診之整合性照護功能（如聯繫會診或追蹤治療）。</p> <p>3. 已補助61家教學醫院辦理教學門診暨教學住診，計有門診：35,185診、教學住診：157,107診。</p>
5	六個月內推動具多種病症患者『一次就醫多科會診』之支付方式，以嘉惠民眾和減少看診科別。	<p>1. 已初步提議列入全國醫療改革會議擬議議題中討論。</p> <p>2. 健保局已發函請醫療院所配合，並藉由審查面之檔案分</p>

	<p>析，加強保險對象非必要之分科或分次就診之審查及輔導。</p> <p>3. 健保局已擷取健保資料，分析多元病症患者之就診型態，統計資料已提供健保小組參考。</p> <p>4. 健保局已完成檢討評估，並提檢討修訂方案於 91 年 12 月 5 日醫院總額支付委員會第五次會議討論，其結論為：併同醫院門診合理量修正案於全民健康保險醫療給付協議會議討論。</p>
--	--

### 回應五>>>申訴管道暢通化

	具體措施	各具體措施衛生署辦理之目前進度
1	立即加強宣導，告知民眾可以多加利用健保局 0800-212-369 免付費電話，申訴健保醫療問題。	<p>1. 自即日起，健保局對外宣導資料已明確標示「健保諮詢及醫療申訴專線：0800-212369」。</p> <p>2. 宣導管道：健保速訊、健保局中、英文網站、IC 卡宣導說明會、申訴專線列為民眾陳情案及電子郵件基本回復內容。</p> <p>3. 已於 91 年 9 月 24 日全國六大報（中國、聯合、自由、民生、中華日報、台灣日報）刊登半版「健康五權」廣告，並主打 0800-212369 專線。</p> <p>4. 已製作 30 秒及 2 分鐘廣播帶各一支，自 91 年 10 月 12 日起於 15 個廣播頻道(全國性 8 個，地區性 7 個)播出。</p> <p>5. 已製作 30 秒電視插播卡，自 91 年 11 月 10 日起於 21 家電視頻道播出。</p> <p>6. 已於 91 年 10 月 21 日製作「減少醫療浪費，大家一起來」摺頁單張 5 萬份，持續於各活動場合分送民眾，日後健保局各款平面文宣均會將 0800-212369 專線明顯標示。</p>
2	立即針對浮濫申報問題，訂定查核計畫，主動查核處分。	<p>1. 自健保開辦迄今，健保局共已規劃辦理洗腎專案等 34 項專案稽核。</p> <p>2. 健保開辦至 91 年 6 月底止，共查核特約醫療院所計 10,813 家。其中違約記點 1,798 家、扣減二倍醫療費用 476 家、停止特約 1 至 3 個月 1,518 家、終止特約 561 家，合計 4,353 家。</p> <p>3. 另經健保局查獲違法案件移送司法單位辦理者 883 件，其中涉密醫者 412 件，涉虛報費用者 471 件。</p> <p>4. 健保局自 91 年 9 月 1 日至 10 月 15 日辦理中醫稽核專案。</p> <p>5. 結合民間相關團體，鼓勵民眾檢舉醫療違規，達到全民監督。</p>

		<p>6. 結合檢調機關共同偵辦重大醫療違規案件。</p> <p>7. 籲請醫界自清自律，共同提昇醫療品質。</p>
3	<p>立即加強查核醫療院所違規行為，例如多蓋健保卡、換物品等。</p>	<p>1. 自健保開辦至 91 年 6 月止，查獲多蓋健保卡虛報費用 329 件（占違規比率 15.82%）、以蓋健保卡換非對症物品虛報費用 144 件（占違規比率 6.93%）、收集或自創健保卡卡號虛報費用計 65 件（占違規比率 3.13%）、容留未具醫師資格人員為保險對象診療或處方 327 件（占違規比率 15.73%）等重大違規項目。</p> <p>2. 查獲重大違法情事移送司法機關辦理，經統計自 84 年 3 月至 91 年 6 月止，共計移送 883 件，其中虛報費用者 471 件、密醫者 412 件。</p>