



# 全民健康保險DRGs、 RBRVS之推動情形對總額 之影響及未來方向

衛生福利部  
中央健康保險署  
102年8月23日

# 簡報大綱

- DRG之推動情形
- 第一階段導入DRG之執行情形及未來方向
- RBRVS評量之執行情形及未來方向

# TW-DRGs逐步導入項目與實施時程

導入項目為原論病例計酬49個項目的相關群組

100.01.01再分類後計164項

時程	DRG項目或MDC	占DRG範圍之點數%	累計導入之DRG占DRG範圍之%	占全部住院費用之點數%
第1階段	98.12.17公告之155項DRG (涵蓋11個MDC)	28.60%	28.60%	17.36%
第2階段 (暫定)	MDC 5、8、12、13、14 (循環、骨骼肌肉、妊娠生產、男性及女性生殖)	18.00%	46.60%	10.97%
第3階段 (暫定)	MDC 2、3、6、7、9、10 (眼、耳鼻喉、消化、肝膽胰臟、骨骼肌肉、內分泌)	14.30%	60.90%	10.26%
第4階段 (暫定)	MDC PRE、4、11、17、23、24呼吸系統、腎尿道、骨髓、影響健康狀態、多重外傷及PRE MDC)	21.40%	82.30%	12.97%
第5階段 (暫定)	MDC 1、15、16、18、21、22(神經、新生兒、血液、傳染疾病寄生蟲病、損傷中毒、燒傷)	17.70%	100.00%	9.16%
合計	1017項DRG 100.01.01起1,029項	100.00%		60.72%

目前導入第一階段

# 藉由總額協商機制提供推動TW-DRGs誘因

年度	項目	預算別	成長率(%)	億元	說明
93	改善支付制度、加強急重症醫療照護（包括推動台灣版RBRVS、DRG）	一般服務	2.83%	70	
94	支付標準調整對醫療費用之影響（包括繼續推動台灣版RBRVS、DRG等）	一般服務	1.70%	40	
95	支付標準調整對醫療費用之影響（包括繼續推動台灣版RBRVS、DRG等）	一般服務	0.80%	21	
97	支付標準調整，包括： <b>推動DRGs之調整保障誘因</b> 、2歲以下兒童門診診察費加成20%及骨盆腔檢查支付點數調整	一般服務	0.12%	3.2	「推動DRGs之調整保障誘因」乙項，若97年12月底前仍未實施，則自97年第4季一般服務預算扣減本項預算額度（成長率為0.076%）。
98	<b>推動DRGs之調整與鼓勵</b>	專款項目		3	依實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務預算結算。
99	繼續推動DRGs之調整與鼓勵	專款項目		3	
100	繼續推動DRGs之調整與鼓勵	專款項目		3	依第二階段實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務費用結算，未施行，費用扣除
101	繼續推動DRGs之調整與鼓勵	專款項目		3.87	依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算，未施行，費用扣除
102	繼續推動DRGs之調整與鼓勵	專款項目		3.87	依實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務預算結算。

- 93、94、95年各年均於一般部門之協商因素編列預算推動TW-DRGs，因列入一般部門故歷年均列入總額基期計算。
- 100年起繼續推動TW-DRGs，依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算，未施行則自各季預算中扣除。

# 第一階段導入DRG之執行情形 及未來方向

# DRG案件之件數及申報點數占率

單位：次、%

年	全部住院案件				已實施DRG案件					
	人次	成長率	申報點數 (百萬點)	成長率	人次	占率	成長率	DRG點數 (百萬點)	占率	成長率
2009 (實施前1年)	2,748,414	-	166,818	-	480,682	17.49%	-	25,056	15.02%	-
2010	2,810,785	2.27%	169,960	1.88%	459,302	-4.45%	-4.45%	25,543	15.03%	1.94%
2011	2,876,139	2.33%	175,230	3.10%	475,276	3.48%	3.48%	25,966	14.82%	1.66%
2012	2,876,152	0.00%	176,216	0.56%	502,302	17.46%	5.69%	27,101	15.38%	4.37%
2012年相較於實施前1年		4.65%	9,399	5.63%	21,620		4.50%	2,045		8.16%

- ◆ DRG申報件數2012年較實施前成長4.50%，增加約2.1萬件。
- ◆ DRG點數成長8.16%，點數成長率高於全部住院案件點數的5.63%，

# 平均每次住院天數

單位：天/次  
%

年	合計	成長率	醫學中心	成長率	區域醫院	成長率	地區醫院	成長率
2009 (實施前1年)	4.39	--	4.46	--	4.41	--	4.27	--
2010	4.19	-4.61%	4.22	-5.55%	4.19	-5.04%	4.17	-2.42%
2011	4.17	-0.39%	4.22	0.21%	4.17	-0.45%	4.09	-1.86%
2012	4.13	-1.02%	4.22	-0.10%	4.14	-0.78%	3.97	-2.83%
2012年相較於實施前1年	-0.26	-5.95%	-0.24	-5.45%	-0.27	-6.21%	-0.30	-6.94%

- ◆ DRG案件之平均每次住院天數：2012年整體為4.13天，較實施前的4.39天，減少0.26天，下降5.95%。
- ◆ 各層級住院天數均較實施前下降，其中地區醫院下降6.94%最多；醫學中心下降5.45%最少。

# 平均每件實際醫療點數

單位：點/次、%

年	合計	成長率	醫學中心	成長率	區域醫院	成長率	地區醫院	成長率
2009 (實施前1年)	45,511	--	55,241	--	42,665	--	35,388	--
2010	45,796	0.63%	55,743	0.91%	42,396	-0.63%	35,900	1.45%
2011	45,367	-0.94%	55,554	-0.34%	42,256	-0.33%	34,901	-2.78%
2012	45,320	-0.10%	56,229	1.21%	42,169	-0.21%	34,587	-0.90%
2012相較於實施前1年	-191	-0.42%	988	1.79%	-496	-1.16%	-801	-2.26%

- ◆ 平均每件實際醫療點數：由實施前的45,511至2012年下降為45,320點，較實施前減少191點，下降0.42%。
- ◆ 各層級中以地區醫院下降2.26%最多，區域醫院下降1.16%次之，醫學中心則增加1.79%。

# DRG平均每件申報點數

單位：點/次、%

年	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院
2009 (實施前1年)	52,126	61,888	48,910	42,617
2010	55,612	66,425	51,516	45,612
2011	54,635	65,557	50,750	44,517
2012	53,953	65,328	50,086	43,885
2012相較於實施前1年	1,827	3,440	1,176	1,268

- ◆ 平均每件申報點數：2012年整體為53,953點，較實施前增加1,827點。
- ◆ 各層級中以醫學中心增加3340點最高，次為地區醫院增加1268點，及區域醫院增加1176點。

# DRG支付點數與實際申報點數比值

單位：點/次、%

年	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院
2009 (實施前1年)	1.1453	1.1203	1.1464	1.2043
2010	1.2144	1.1916	1.2151	1.2705
2011	1.2043	1.1801	1.2010	1.2755
2012	1.1905	1.1618	1.1878	1.2688
2012年相較於實施前1年	0.0452	0.0415	0.0414	0.0645

- ◆ DRG支付點數與實際申報點數比值：2012年整體為1.1905，較實施前1.1453高出0.0452，即健保以DRG支付之醫療點數高於醫院以論量計酬申報之點數，且較實施前增加。
- ◆ 各層級中以地區醫院1.2688最高，次為區域醫院1.1878，及醫學中心1.1618。

# DRG住院案件轉出率

單位：%，件

年	合計			
	轉出率	成長率	轉出件數	成長率
2009 (實施前1年)	0.32%	--	1,560	
2010	0.32%	0.0%	1,489	-4.6%
2011	0.26%	-18.8%	1,256	-15.6%
2012	0.23%	-11.5%	1,146	-8.8%
2012年相較於實施前1年	-0.09%	-28.1%	-414	-26.5%

單位：%，件

年	醫學中心				區域醫院				地區醫院			
	轉出率	成長率	轉出件數	成長率	轉出率	成長率	轉出件數	成長率	轉出率	成長率	轉出件數	成長率
2009 (實施前1年)	0.30%	--	511		0.33%	--	665		0.35%	--	352	
2010	0.29%	-3.3%	475	-7.0%	0.32%	-3.0%	622	-6.5%	0.39%	11.4%	370	5.1%
2011	0.17%	-41.4%	286	-39.8%	0.30%	-6.3%	612	-1.6%	0.35%	-10.3%	358	-3.2%
2012	0.15%	-11.8%	265	-7.3%	0.24%	-20.0%	530	-13.4%	0.31%	-11.4%	351	-2.0%
2012年相較於實施前1年	-0.15%	-50.0%	-246	-48.1%	-0.09%	-27.3%	-135	-20.3%	-0.04%	-11.4%	-1	-0.3%

註：轉出率=出院後同日轉至其他醫院住院之案件數/分母為DRG總件數。

- ◆ DRG住院案件轉出率：2012年整體轉出率0.23%，較實施前減少28.1%，件數減少414件。
- ◆ 各層級以醫學中心轉出率(轉出件數)降幅50%(-48.1%)為最多，次為區域醫院下降20.3%(-20.3%)，及地區醫院下降11.4%(-0.3%)。

# 3日內再急診率

單位:%

年	合計			
	再急診率	成長率	再急診件數	成長率
2009 (實施前1年)	1.60%	-	7,673	-
2010	1.70%	6.3%	7,795	1.6%
2011	1.58%	-7.1%	7,501	-3.8%
2012	1.57%	-0.6%	7,888	5.2%
2012相較於實施前1年	-0.03%	-1.9%	215	2.8%

單位:%

年	醫學中心				區域醫院				地區醫院			
	再急診率	成長率	再急診件數	成長率	再急診率	成長率	再急診件數	成長率	再急診率	成長率	再急診件數	成長率
2009 (實施前1年)	1.7%	-	2,875	-	1.8%	-	3,537	-	1.2%	-	1,159	-
2010	1.8%	4.2%	2,870	-0.2%	1.8%	3.4%	3,549	0.3%	1.4%	17.4%	1,284	10.8%
2011	1.7%	-5.1%	2,778	-3.2%	1.6%	-9.9%	3,374	-4.9%	1.3%	-2.2%	1,349	5.1%
2012	1.7%	1.8%	2,929	5.4%	1.7%	0.6%	3,580	6.1%	1.2%	-6.8%	1,379	2.2%
2012相較於實施前1年	0.0%	0.6%	54	1.9%	-0.1%	-6.3%	43	1.2%	0.1%	7.0%	220	19.0%

## ◆ 3日內再急診率：

- 2012年整體為1.57%，較實施前下降1.9%，但件數較實施前增加215件。
- 各層級中以區域醫院(-6.3%)降幅最大，惟醫學中心成長率0.6%，及地區醫院7%。
- 醫學中心、區域醫院及地區醫院再急診件數各增加54、43及220件。

# 14日內再住院率

單位：%，件

年	合計			
	再住院率	成長率	再住院件數	成長率
2009 (實施前1年)	2.3%	-	11,184	-
2010	2.6%	12.4%	12,030	7.6%
2011	2.3%	-13.4%	10,784	-10.4%
2012	2.0%	-10.1%	10,259	-4.9%
2012年相較於實施前1年	-0.3%	-12.4%	-925	-8.3%

單位：%，件

年	醫學中心				區域醫院				地區醫院			
	再住院率	成長率	再住院件數	成長率	再住院率	成長率	再住院件數	成長率	再住院率	成長率	再住院件數	成長率
2009 (實施前1年)	2.2%	-	3,822	-	2.6%	-	5,181	-	2.0%	-	2,011	-
2010	2.6%	14.7%	4,225	10.5%	2.9%	11.5%	5,608	8.2%	2.1%	8.6%	2,061	2.5%
2011	2.1%	-17.5%	3,559	-15.8%	2.6%	-9.7%	5,360	-4.4%	1.8%	-15.4%	1,865	-9.5%
2012	1.9%	-11.3%	3,256	-8.5%	2.4%	-9.2%	5,123	-4.4%	1.7%	-8.3%	1,880	0.8%
2012年相較於實施前1年	-0.36%	-16.1%	-566	-14.8%	-0.2%	-8.5%	-58	-1.1%	-0.3%	-15.7%	-131	-6.5%

- ◆ 14日內再住院率：2012年整體為2.04%，較實施前降低12.4%，件數減少925件。
- ◆ 各層級以醫學中心減少16.1%幅度最大，件數減少566件，次為地區醫院降幅-15.7%（件數減少131件）及區域醫院-8.5%（件數減少58件）。

# 小 結

- ◆ 符合實施Tw-DRGs--提昇醫療服務效率及品質的目的。
  - ✓ 101年平均每次住院天數較實施前整體下降5.95%。
  - ✓ 101年平均每件實際醫療點數較實施前整體下降0.42%。
  - ✓ 101年3日內再急診率較實施前整體下降1.9%。
  - ✓ 101年14日內再住院率較實施前整體下降12.4%。
- ◆ DRG點數與實際點數比值：2012年(1.1905)較實施前(1.1453)高出0.0452。

# 未來方向

- ◆ 持續推動5階段DRG導入事項，102年預計導入第2階段TW-DRGs，共254項。
- ◆ 第二階段項目主要以心律調節器裝置（置換）、高血壓、脊椎融合術、關節炎、扭傷及脫臼、男性生殖系統炎、女性生殖系統炎及子宮外孕等循環系統、骨骼肌肉系統、男性及女性生殖系統及妊娠等系統為主。
- ◆ 有關第二階段導入項目，本署分別於101年11月18日、102年5月17日邀請台灣醫院協會及各層級協會共同研議分類表修訂及導入時程。
- ◆ 本案業於102年7月10日簽奉部長指示應加速推動並按支付標準修正程序辦理。

# 醫師資源耗用相對值(RBRVS)評 量與102年支付標準調整之執行 情形

# 背景

- 99年監察院黃煌雄委員主持「我國全民健康保險總體檢」的調查結果指出，醫療四大科萎縮原因之一為健保支付標準未能確實反映醫療之急、重、難，於102年醫院總額編列50.55億元，用於合理調整急重難科別之支付標準，並兼顧各層級醫院之發展。

# 102年支付標準調整預算

- 預算編列情形

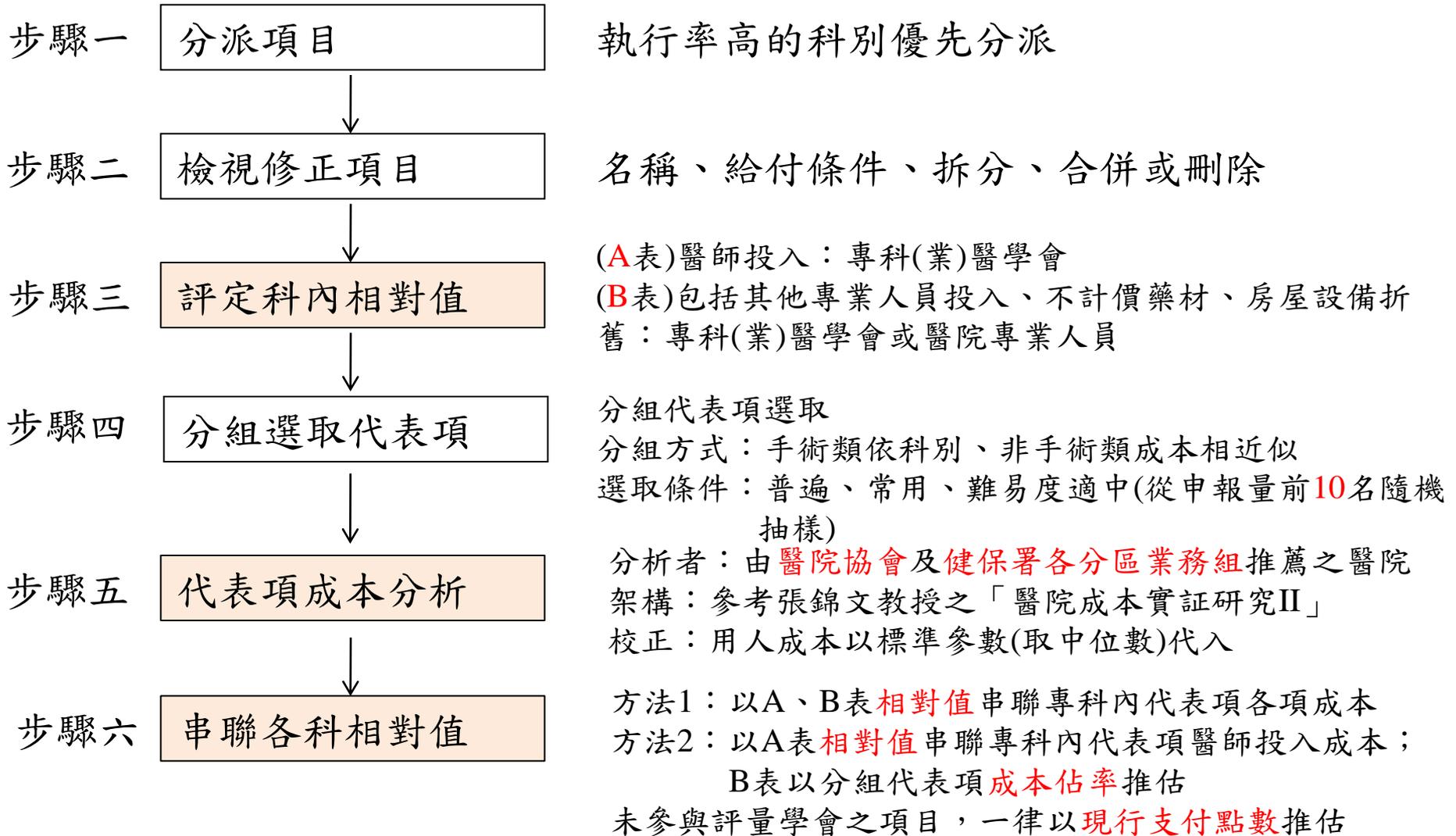
- 醫院醫療給付費用總額：50.55億元

- 用於「合理調整急重難科別之支付標準，並兼顧各層級醫院之發展」

- 西醫基層醫療給付費用總額：0.22億元

- 外科手術及處置項目支付標準調整

# RBRVS 串聯步驟



# 相對值評量\_分派項目

- 分配原則：
  - 以97-99年間該支付項目申報量最大之專科為主
  - 以函文請各學會確認分配項目之適當性，並依學會建議重新分配
- 分配結果

學會名稱	評量 項數	專家 人數	評量日 期	學會名稱	評量 項數	專家 人數	評量日 期	學會名稱	評量 項數	專家 人數	評量日 期
台灣內科醫學會	14		不參與	台灣神經外科醫學會	101	15	9月7日	台灣放射腫瘤學會	37		不參與
台灣外科醫學會	與消化系外科學會共同評量			台灣胸腔暨重症加護醫學會	44	17	9月7日	中華民國核醫學學會	152	13	9月8日
中華民國大腸直腸外科醫學會	87	13	9月7日	中華民國骨科醫學會	286	11	9月7日	台灣病理學會	21	12	9月8日
台灣小兒外科醫學會	44		不參與	台灣婦產科醫學會	189	15	9月7日	台灣神經學學會	74	12	9月6日
臺灣皮膚科醫學會	37	9	9月8日	中華民國眼科醫學會	285	11	9月21日	台灣胸腔及心臟血管外科學會	199	15	9月8日
台灣耳鼻喉科醫學會	294	16	9月7日	台灣麻醉醫學會	23	14	9月7日	台灣消化系外科醫學會	284	12	9月7日
台灣兒科醫學會	89	14	9月7日	台灣復健醫學會	78	15	9月6日	台灣聽力語言學會	50	13	9月6日
中華民國放射線醫學會	123	15	9月7日	台灣腎臟醫學會	20	11	9月7日	中華民國護理師護士公會全國聯合會	42	15	9月7日
台灣泌尿科醫學會	248	13	9月6日	台灣精神醫學會	38	15	9月6日	中華民國物理治療學會	18	14	9月8日
台灣急診醫學會	38	15	9月7日	台灣消化系醫學會	39	10	9月6日	臺灣職能治療學會	41	14	9月6日
台灣整形外科醫學會	140	16	9月6日	中華民國內分泌學會	26	10	9月7日	台灣醫事檢驗學會	676	13	9月8日
中華民國免疫學會	46	6	9月6日	中華民國心臟學會	40	14	9月6日				
中華民國風濕病醫學會	50	8	9月6日	中華民國血液病學會	47	15	9月8日				

# 評量科內相對值\_各專科醫學會參與情況

- 評量專科學會：共37個專科學會
  - 3個學會未參與評量：內科、小兒外科、放射腫瘤科
  - 3個學會B表未填完整：急診、整形外科、精神科
  - 31個學會完整完成A及B表之相對值填列：
    - 外科與消化系外科共同評量
    - 免疫與風濕病學會共同評量
- 評量期間：100年9月6日至9月21日
- 相對值評量蒐集資料：
  - 醫師投入相對點數
  - 醫師投入起迄平均花費時間（分鐘）
  - 其他專業人員投入之相對點數
  - 不計價藥材成本相對點數
  - 設備成本相對點數

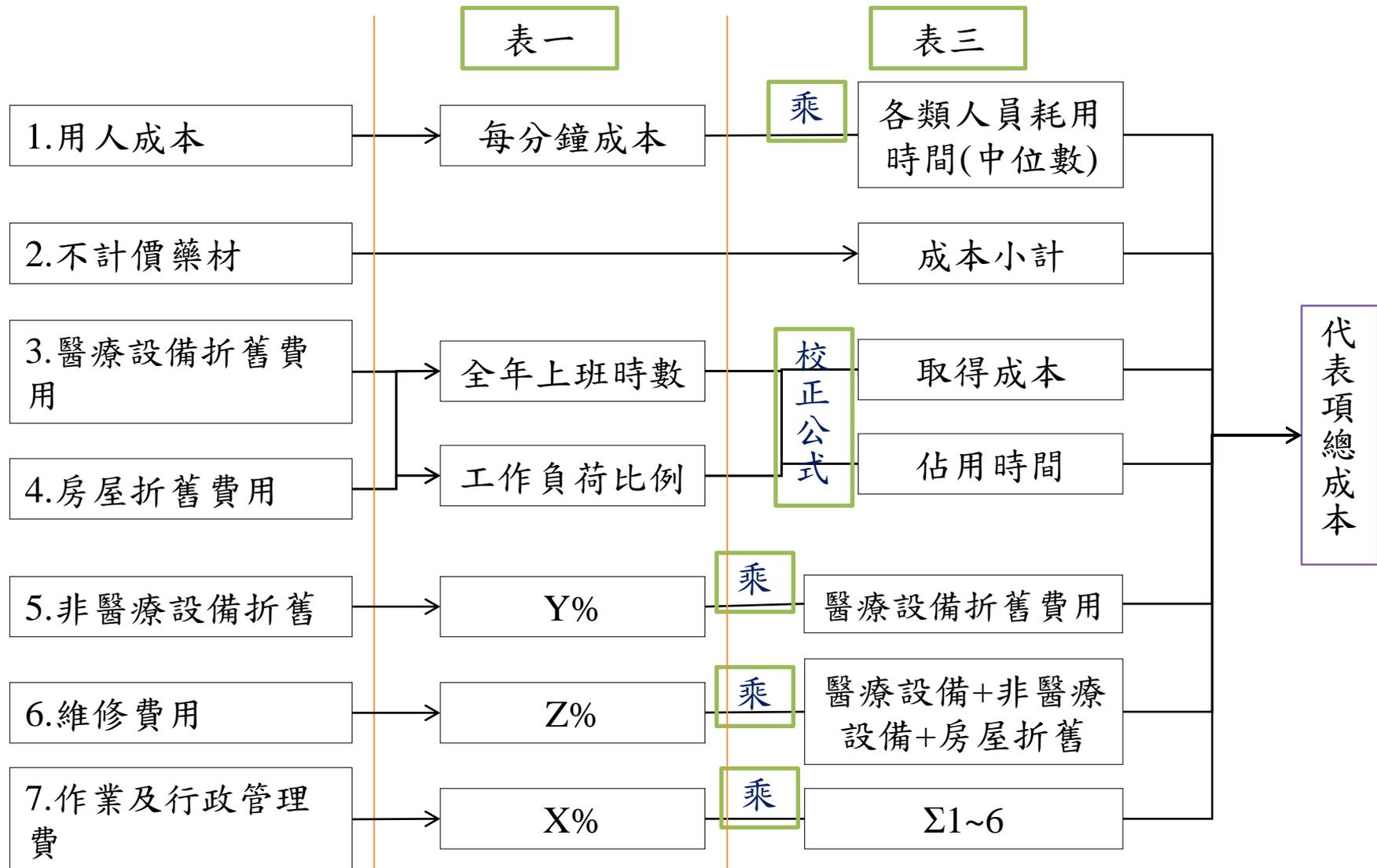
# 醫院成本分析\_分組代表項選取

- 選定各專科之代表項目：
  - 將支付項目分非手術類與手術類
    - 非手術類項目：依成本相似性分組予以分組
    - 手術類：依科別分組
  - 代表項目選取條件：普遍、常用、難易度適中(以申報量前10名隨機抽樣)
  - 代表項數：總計116項

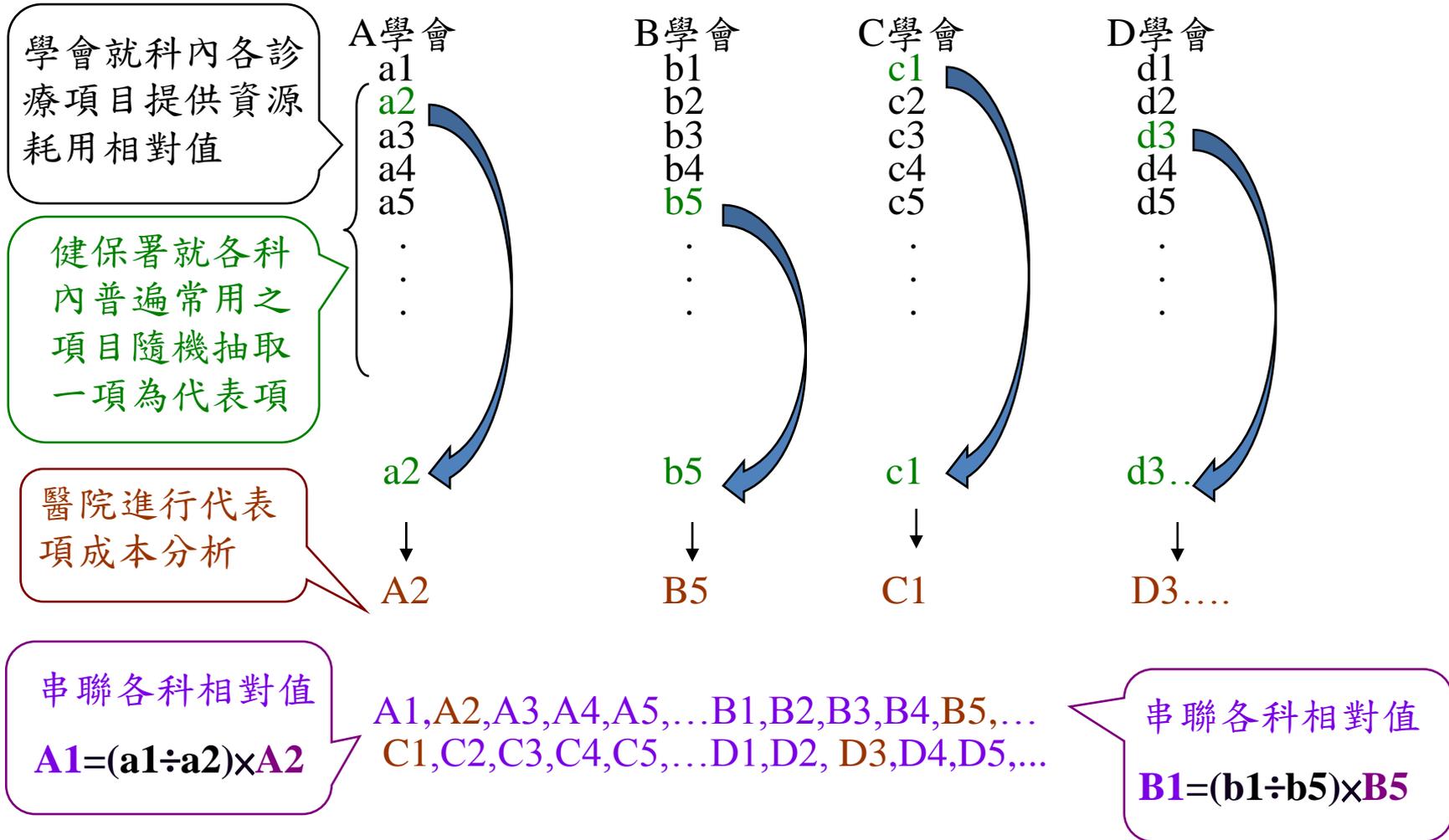
# 醫院成本分析\_蒐集資料

- 張錦文教授等「醫院成本實證研究（I）」  
--行政院衛生署八十三年度委託研究計畫
- 單項成本分析：**不包括教學研究費用**
  - 直接成本：
    - 用人成本（含醫師及其他專業人員）
    - 不計價藥材成本
    - 房屋設備折舊及維修費用
  - 間接成本：作業及行政管理費

# 醫院成本分析\_資料處理原則



# 相對值與成本分析串聯方法



# 成立全民健保支付標準諮詢小組及 討論過程

- 依部長指示成立「102年全民健保支付標準諮詢小組」，於102年4月18日、4月29日、5月20日及7月3日共召開4次會議。
- 討論過程：參考RBRVS評量結果及臨床實際需要提出調整草案。
- 於102年6月19日邀請醫界團體召開溝通會議，7月3日諮詢小組就醫界團體意見逐項討論適當性。

# 調整方案(草案)--費用預估

- 依據諮詢小組討論之調整方案，共計51.06億點（醫院50.55億、基層0.51億、其他單位57萬點）。
  - 急重難之處置、手術及麻醉項目
    - 調升治療處置、手術及麻醉等診療項目：共516項，包括處置56項、手術454項（包括神經外科17項、一般及消化外科97項、大腸直腸外科40項、心胸外科144項、小兒外科42項及婦產科114項等）、全身麻醉6項，調幅1~197%，影響點數約33.03億點/年。
  - 急重難之基本診療項目
    - 調升檢傷分類第一、二及三級之急診診察費，9.65億點/年。
    - 調升新生兒中重度、加護病房住院診察費，3.23億點/年。
    - 新增4項住院診察費之兒童專科醫師加成，4.01億點/年。
    - 調整燒傷病房住院診察費之兒童加成比率，96萬點/年。
  - 調整150項急重難項目之兒童加成率，0.51億點/年。
  - 支付標準第二部第二章第一節檢查項目合併累計至一定項次數之支付方式，地區醫院比照區域醫院及醫學中心，0.62億點/年。

# 調整方案(草案)--各診療項目調幅分布

調幅	基本診療		治療處置		手術		麻醉		總計	
	項數	百分比	項數	百分比	項數	百分比	項數	百分比	項數	百分比
0-10%			10	17.9%	145	31.9%	6	100%	161	30.5%
10-20%	4	44.4%	5	8.9%	167	36.8%			176	33.6%
20-30%			3	5.4%	15	3.3%			18	3.4%
30-40%	1	11.1%	3	5.4%	2	0.4%			6	1.1%
40-50%	1	11.1%	3	5.4%	69	15.2%			73	13.9%
50-60%	2	22.2%			7	1.5%			9	1.7%
60-70%			4	7.1%	5	1.1%			9	1.7%
70-80%			2	3.6%	12	2.6%			14	2.7%
80-90%			2	3.6%	5	1.1%			7	1.3%
90-100%	1	11.1%	4	7.1%	7	1.5%			12	2.3%
>100%			20	35.7%	20	4.4%			40	7.6%
<b>總計</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>	<b>454</b>	<b>100.0%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>525</b>	<b>100%</b>

# 調整方案(草案)——

## 評量科別及申報科別之影響點數交叉分析表

影響點數單位：百萬點

申報科別 評量科別		內科		外科		婦產科		兒科		急診		小計
		影響點數	(%)	影響點數	(%)	影響點數	(%)	影響點數	(%)	影響點數	(%)	影響點數
特定 診療 項目	內科	448.8	61%	205.6	28%	5.0	1%	6.8	1%	70.0	9%	<b>736.2</b>
	外科	101.0	9%	1,034.9	89%	8.0	1%	17.1	1%	6.2	0%	<b>1,167.2</b>
	婦產科	3.9	1%	22.3	2%	968.8	97%	1.2	0%	0.7	0%	<b>996.9</b>
	兒科	2.6	1%	33.1	13%	17.8	7%	158.4	65%	33.2	14%	<b>245.1</b>
	小計	<b>556.3</b>		<b>1,295.9</b>		<b>999.6</b>		<b>183.5</b>		<b>110.1</b>		<b>3,145.4</b>
基本 診療 項目	內科	157.3	65%	64.6	27%	0.3	0%	19.9	8%	0.3	0%	<b>242.4</b>
	外科	0.01	1%	0.99	99%	-	-	-	-	-	-	<b>1.0</b>
	兒科	-	-	-	-	-	-	482.4	100%	-	-	<b>482.4</b>
	急診科	-	-	-	-	-	-	-	-	964.8	100%	<b>964.8</b>
	小計	<b>157.3</b>		<b>65.6</b>		<b>0.3</b>		<b>502.3</b>		<b>965.1</b>		<b>1,690.6</b>
麻醉科		4.8	4%	92.4	85%	9.6	9%	1.0	1%	0.6	1%	<b>108.4</b>
全聯會建議		14.8	15%	70.5	70%	0.8	1%	0.2	0%	13.8	14%	<b>100.1</b>
檢查												<b>62.0</b>
總計		<b>733.2</b>		<b>1,524.4</b>		<b>1,010.3</b>		<b>687.0</b>		<b>1,089.6</b>		<b>5,106.5</b>

# 調整方案(草案)——

## 評量科別與醫院層級別之影響點數交叉分析表

影響點數單位：百萬點

層級別 評量科別		醫學中心		區域醫院		地區醫院		醫院 小計	基層		其他單位	
		影響點 數	(%)	影響點 數	(%)	影響點 數	(%)		影響點 數	(%)	影響點 數	(%)
特定 診療 項目	內科	362.1	49%	328.0	45%	45.8	6%	735.9	0.5	0%	-	-
	外科	604.3	52%	476.3	41%	80.8	7%	1,161.4	5.9	1%	-	-
	婦產科	489.2	49%	376.2	38%	102.4	10%	967.8	29.1	3%	-	-
	兒科	131.4	54%	96.2	39%	17.0	7%	244.6	0.4	0%	-	-
	小計	<b>1,587.0</b>		<b>1,276.7</b>		<b>246.0</b>		<b>3,109.7</b>	<b>35.9</b>		-	-
基本 診療 項目	內科	104.0	43%	110.4	46%	28.0	12%	242.4	-	-	-	-
	外科	0.7	71%	0.3	29%	-	-	1.0	-	-	-	-
	兒科	233.0	48%	208.4	43%	41.0	8%	482.4	-	-	-	-
	急診科	333.1	35%	499.9	52%	131.8	14%	964.8	-	-	-	-
	小計	<b>670.8</b>		<b>819.0</b>		<b>200.8</b>		<b>1,690.6</b>	-	-	-	-
麻醉科		58.7	54%	42.4	39%	7.1	7%	108.2	0.1	0%	-	-
全聯會建議		23.5	23%	36.2	36%	25.0	25%	84.7	14.7	15%	0.6	1%
檢查						62.0	100%	62.0				
總計		<b>2,340.0</b>	<b>46.3</b>	<b>2,174.3</b>	<b>42.6</b>	<b>540.9</b>	<b>10.6</b>	<b>5,055.2</b>	<b>50.7</b>		<b>0.6</b>	

# 方案執行進度

- 已提報102年8月2日之醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，惟因議程時間不夠，故會議決議：
  - 因本案涉及50.55億元預算分配，需耗費相當的時間討論，以取得共識。故請3層級醫院團體提供一項整合方案，於8月底前再召開臨時會議研商。
- 預定提報8月底之臨時會議討論，並於會議通過後，追溯至102年1月1日起實施。

# 台灣醫院協會對102年支付標準調整之意見

- 依據該會102年8月13日函送之102年支付標準調整預算50.55億之建議方案，重點如下：
  - 依據101年醫療費用申報點數(含洗腎)，各層級占率分別為醫學中心41.32%，區域醫院40.36%，地區醫院18.32%，依此占率地區醫院調整預算為9.26億。
  - 地區醫院調整項目：
    - 無檢傷分類之急診診察費(01015C)及檢傷分類第四級及第五級之急診診察費(00204B、00225B)調整19%。
    - 其餘預算用於地區醫院門診診察費加成。
  - 地區醫院調升項目所需額度，調醫學中心及區醫院占率按此比例調降。

# 結 語

- 102年支付標準調整共編列50.55億元，用於回應醫療四大科萎縮問題，因醫療急重難醫療項目之判斷及調整幅度均涉及醫療專業，故協商調整方案耗時較久，協商難度高。
- 本調整方案奉核定後追溯至102年1月1日實施，不影響各調整項目之支付權益。