

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

105 年第 4 次會議紀錄

時間：105 年 11 月 23 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

出席代表：

侯代表彩鳳	陳順來代	童代表瑞龍	童瑞龍
陳代表幸敏	陳幸敏	陳代表石池	黃雪玲代
吳代表志雄	請假	張代表德明	李偉強代
郭代表宗正	郭宗正	施代表壽全	林富滿代
謝代表文輝	請假	鄭代表明輝	潘延健代
黃代表遵誠	黃遵誠	郭代表守仁	郭守仁
鄒代表繼群	鄒繼群	邱代表仲慶	邱仲慶
李代表允文	請假	鍾代表飲文	鍾飲文
洪代表政武	請假	林代表欣榮	林欣榮
張代表克士	請假	林代表慧玲	林慧玲
羅代表永達	羅永達	黃代表啟宗	請假
謝代表景祥	謝景祥	陳代表威仁	蘇美惠代
龍代表應達	龍應達	劉代表淑芬	劉淑芬
謝代表武吉	謝武吉	盧代表榮福	請假
趙代表有誠	趙有誠	顏代表鴻順	請假
黃代表忠智	黃忠智	龐代表一鳴	龐一鳴
周代表思源	周思源	梁代表淑政	梁淑政
吳代表文正	吳文正	謝代表天仁	謝天仁
陳代表誠仁	請假	林代表昭吟	請假
張代表國寬	張國寬	吳代表肖琪	請假
吳代表鏘亮	吳鏘亮	王代表榮濱	林鳳珠代

列席單位及人員：

衛生福利部醫事司	黃純英		
衛生福利部社保司	周雯雯		
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	邱臻麗	
台灣醫院協會	何宛青	柳汶廷	王秀貞
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺	林筱庭	

中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛		
中華民國物理治療師全國聯合會	楊博凱		
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	宋佳玲		
中華民國藥師公會全國聯合會	請假		
本署臺北業務組	許寶華	余千子	
本署北區業務組	孟芸芝		
本署中區業務組	蔡瓊玉		
本署南區業務組	朱秀芳		
本署高屏業務組	彭錦環		
本署東區業務組	李敬慧		
本署醫審及藥材組	曾玫富	張如薰	詹素珠
	詹淑存		
本署資訊組	姜義國		
本署企劃組	何恭政		
本署醫務管理組	陳真慧	劉林義	林右鈞
	洪于淇	楊秀文	黃曼青
	林蘭	鄭正義	

主席：龐代表一鳴代

紀錄：林沁玫

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認。

參、報告事項：

第一案

案由：本會歷次決定事項辦理情形。

決定：

- 一、序號第一項安全針具教育訓練及序號第四項具名審查持續列管，餘解除列管。
- 二、有關具名審查對核減率造成之影響，請醫審及藥材組儘速評

估並周知。

## 第二案

案由：醫院執行概況報告案。

決定：安全針具請醫審及藥材組研議調查各醫院採購安全針具數量、進貨價格及使用數量之可行性。

## 第三案

案由：105年第2季醫院總額點值結算報告。

決定：確認如下表，並依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
105Q2	浮動點值	0.8814	0.9221	0.9161	0.8650	0.9147	0.9185	0.8973
	平均點值	0.9315	0.9480	0.9493	0.9247	0.9466	0.9481	0.9387

## 第四案

案由：106年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商會議」召開會議時程報告

決定：洽悉。106年會議時程為2月22日、5月24日、8月23日、11月22日及12月6日。

## 第五案

案由：106年醫院總額一般服務部門預算四季重分配暨一般服務之保障措施報告

決定：

- 一、本項保留於下次會議報告，並提供近三年及近五年申報資料點數占率供參。
- 二、106年比照105年保障項目持續辦理。
  1. 藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。
  2. 門住診之藥事服務費、門診手術、衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院提供之急診醫療服務點數、住院之手術費與麻醉費、門住診之血品處理費保障每點一元。
  3. 本署公告之「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」，其中偏遠地區醫院認定原則第三點分區認定原則乙

項，因涉及各分區管理，請各分區考量轄區預算及特性，於 106 年 1 月底前提供修正意見及符合認定原則之醫院名單。

## 第六案

**案由：修訂 106 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案報告**

**決定：修訂重點如下：**

- 一、施行鄉鎮修正：共計 116 個鄉鎮，較 105 年 118 個施行區域，刪除台中市神岡區(基層)、屏東縣萬巒鄉(醫院)。另台東縣卑南鄉 106 年起由醫院承作。
- 二、巡迴計畫相關規定修正重點：
  - (一) 106 年 6 月底前無院所辦理巡迴鄉鎮，得由保險人開放其他分區或同分區不同承作單位(診所、醫院)申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。
  - (二) 巡迴服務保險人分區業務組核定生效日明訂為經核准發函後始得執行「(發文日)」。
  - (三) 論次醫療費用申報電子化：執行巡迴醫療服務應逐次依據「論次醫療費用申請表」格式，於次月 20 日前申報將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)及郵寄至向保險人分區業務組申報。

## 肆、臨時報告案

**案由：全民健康保險跨層級醫院合作計畫修訂案**

**決定：**

- 一、修訂重點如下：
  - (一) 放寬支援層級限制：本計畫開放基層診所皮膚科、眼科、小兒科、耳鼻喉科等專科醫師，支援地區醫院急診。
  - (二) 調高每診日補助及上限金額：
    1. 調高每診日補助金額由 2,600 點調整為 3,500 點，單一地區醫院每月被支援診日上限 35 診日。
    2. 配合 106 年起本計畫論次醫療費用改由電子化申報，每季支付費用改為每月支付。

(三) 現行本計畫論次醫療費用由院所每月向各分區業務組  
書面申報，106年起以電子化申報方式辦理(VPN)。

二、由本署函請醫事司研議放寬醫師緊急支援之報備方式。

## 伍、討論事項

### 第一案

案由：全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫修訂草案

決議：修正重點如下：

- 一、原浮動點值補足至每點一元支付，改以每點支付金額最高補至1元。
- 二、本計畫全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/∑各院補助金額)。

### 第二案

案由：106年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案修訂草案

決議：依台灣醫院協會提送意見修正，修訂重點如下：

- 一、指標獎勵  
醫學中心品質保證保留款金額由原80%調整至85%；區域醫院品質保證保留款金額由原75%調整至80%。
- 二、地區醫院將原基本獎勵參加品質積分者之名稱，修改為「品質精進獎勵」(參加相關品質研討會、品質競賽者)。

### 第三案

案由：修訂全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案

決議：本案同意修正，如各醫院仍有疾病編碼修訂意見，請於二週內提供修正意見予本署醫審及藥材組確認後，辦理相關行政作業。

陸、散會：下午3時50分

柒、與會人員發言摘要詳附件1

## ※與會人員發言摘要

**龐代主席一鳴**

因主席另有行程，今天會議由我先代理主持。

### 一、本會上次會議紀錄確認

**龐代主席一鳴**

上次會議紀錄不逐一宣讀，各代表對上次會議紀錄有無要補充，或紀錄不詳實部分，若無問題就確認。

### 二、報告案第一案：本會歷次會議決定事項辦理情形

**龐代主席一鳴**

請同仁注意案由應為歷次會議事項辦理情形，非上次會議事項辦理情形。各代表對追蹤辦理事項有無意見。

**羅代表永達**

上週召開特材會議，同樣是上次安全針具部分，上次問題出在教育訓練，後來有副知給護理師公會及相關單位，上周繼續列管原因是因護理師公會表示及相關單位表示尚未收到廠商教育訓練行程或規範，本來要列 schedule，同案子上週是繼續列管，本件尚未完成，是否還要解除列管。

**謝代表武吉**

序號 3，106 年品質保證保留款，請台灣醫院協會儘速辦理，儘速辦理是快馬加鞭辦理，今天要解除列管似有衝突。

**龐代主席一鳴**

序號 3，請台灣醫院協會儘速辦理，該會已經提供修訂意見，等一下會討論品保款方案，若有問題再討論。

**謝代表武吉**

序號 1 不可以解除列管。

**龐代主席一鳴**

序號 1 安全針具相關建議案持續列管，請各分區業務組輔導醫院確實申報不計價部分。羅代表意見因輔導過程中包含教育訓練，教育訓練顯然不夠落實，序號 1 繼續列管。先介紹林欣榮院長，上次是由代理人出席。

### **林代表欣榮**

安全針具離健保署目標還有一段距離，教育訓練大家都會，增減的所在是內含或外加，只要算一算內含或外加多少就解決了，還是要正本清源。

### **龐代主席一鳴**

林院長所提意見，長期參加代表應該都能理解。

### **潘代表延健**

第四案，上次提案專業雙審及公開具名試辦草案要有評量機制，現在把這三點考量進去，條文生成及最後放在哪一項條文應要明確，另監控浮動點值較去年同期變動率大於 5%、申報件數及醫療費用點數較去年同期變動率大於 5%、核減率較去年同期變動率大於 10% 部分，如用全區或全國幅度變動或許看不出來，真正試辦是 6 科，6 科在總額佔率是有限，成長 1-2 倍看不出來，對試辦科別也應有變動幅度 5%、10% 的監控及評估。

另這些所訂 5%、10% 變動參考值，之後假設達到臨界點，接下來是參考還是有什麼機制，如設停損點或全盤檢討，而非做參考。

### **龐代主席一鳴**

請醫審組說明。

### **醫審及藥材組張如薰**

關於試辦方案於 10 月 7 日已公告在網站並同時函文各專科醫學會及總額相關公協會，會上委員所提指標已明定在方案內容第 5 點，針對如浮動點值、申報件數及醫療費用點數較去年同期變動率大於 5%、核減率較去年同期變動率大於 10% 部分，就有調整機制。至於代表提到是否針對 6 個具名之科別，本方案有兩個部分，第一是專業雙審，範圍涉及全科別，第二公開具名則涉及 6 個科別，方案對整體醫院總額都有影響，目前我們用整體性評估作為後續調整參考數據。另如達到臨界點有何作為部分，在方案中有達到評估指標時，會啟動調整方案，視後續變動狀況適當調整專業雙審及公開具名後續作業方式，細節調整方向會依照試辦期間各分區業務組實務面做適度調整。

### **黃代表雪玲**

是否一定要整體性考慮？可否依分區別來區分，因據說台北業務組核減率已經非常低，已影響點值，是否可依分區不做雙審或作調控，

是不是有這樣的考量呢？

### **醫審及藥材組張如薰**

本方案係以全署角度運作，是否採分區方式，近期將針對第 3 季資料進行相關評估，評估後進一步把委員意見納入考量。

### **潘代表延健**

剛提到雙審和公開具名，這兩項影響不太一樣，具名殺傷力會更大，如全部一起看，具名審查的影響分析就看不到，剛雪玲代表也提到依分區別看，因各分區自主管理方式不同，除分區以外，就 6 個試辦科具名審查別也應該分別來看，才可以看出雙審和公開具名審查的影響之下都可以同步探討。

### **龐代主席一鳴**

大家對雙審和公開具名都很關心，監控做得很好，但缺少時間點要向大家說數字，提供資訊的時間點。如透過本會監控的話，是 3 個月開一次會，可能來不及，跟大家報告如果關心健保事務，在健保會每月執行業務報告有最新申報及核減率情形、也含收入支出等相關資料，故請醫審組每個月速報在什麼場合讓大家可以看得到。本案大家很關心，雖本會三個月開一次就繼續列管，起碼三個月一次檢討機會。大家關心的數字請醫審組每個月公告相關數據。

至於潘代表提到變動數字要分科分區，科別很複雜，分區幅度可能更大，有些科非常小，統計數據變動幅度就大，數字計算沒有問題，但一個小科，如潛醫科變化大，數字容易處理但解讀機制比較複雜。原則請醫審組一個月內，研議數字要放在哪裡。

### **醫審及藥材組張如薰**

經簽陳後，評估數字會公開。

### **謝代表武吉**

第一有分三大類，浮動點值較去年同期變動率大於 5%、申報件數及醫療費用點數較去年同期變動率大於 5%、核減率較去年同期變動率大於 10%，對於 6 科監控也要瞭解一下，是不是核減率有低於 1% 或 2% 也要報告或健保署也可以自己訂定。第二健保署在健保會時，是不是可把核減率做一個表格給健保會委員參考。

### **龐代主席一鳴**

公開數據會有各科核減率嗎？

**醫審及藥材組張如薰**

目前公開的核減率有分分區別但沒有分科。

**龐代主席一鳴**

因委員關心是有些是公開科別或沒有公開的科，要不要分。

**醫審及藥材組張如薰**

這要評估。

**龐代主席一鳴**

謝代表這部分讓醫審組先評估處理。對追蹤辦理情形還有沒有意見，若無意見序號 1 和序號 4 繼續列管，餘解除列管。

### **三、報告案第二案：醫院總額執行概況報告**

**龐代主席一鳴**

大家對業務執行報告有沒有意見。

**陳代表順來**

第 22 張投影片平均住院日數東區 14.8，較其他區高，第 24 張投影片診察費成長 12.3% 是不是有調整支付標準嗎。

**龐代主席一鳴**

因東區平均住院日數較高是因精神科因素，另診察費成長較高因有調高支付標準。

**陳代表順來**

急診品質提升方案，沒有做得很好，應加強。

**林代表欣榮**

東區平均住院日數較高，原因很清楚了，應把精神科排除，不要列入統計，就不會每次都問。

**龐代主席一鳴**

說明一下就清楚了。

**潘代表延健**

有三個意見，第 1 點，投影片 17 張、18 張，不是對數字有意見，第一欄一般案件部分，通常第一欄是放最重要的，因一般案件值非常的低，應為其他，這也會牽扯到健保和醫院申報的定義，是否要改其他可以考量，在報表呈現建議可以放在最後面，或下面括弧為

其他，在解讀才不會被誤解。

第2點，第20張影片門診診察費、藥費、藥事服務費、診療小計、特材小計，占率及成長率，請問藥費有包含專款專用罕病藥費，因明年C肝及愛滋病藥費進來，如有包含這數據完全跑掉了，建議拆出來，如原來藥費因外加兩項專款(C肝及愛滋病)的成長。希望有持續監控的效果。

第3投影片37、38張投影片，第37張1-8月安全針具執行，有一般針具及安全針具之比較和占率。假如用占率比較，使用安全針具占約23%，就整體有申報針具用量不到四分之一，但第38張投影片安全針具執行率36.64%，因安全針具已入法，要百分之百執行，大家也都依規定執行的話，這費用是不夠的，這是要提醒大家。另除醫學中心以外，其他層級醫院有聽到安全針具在購買上有很大的障礙，最大部分是進價還是偏高，因安全針具在使用上是立法保障，尤其在評鑑前醫院不得不買，醫院在這壓力下，市場機制就不會發揮出來，有沒有可能透過類似藥價調查，健保署對醫院安全針具的進價調查，定價差異有多少，安全針具使用各醫院付出很多成本，很多是遠大於健保的給付價。

### **林代表欣榮**

正本清源，雙管齊下，健保署要幫醫院的忙，醫院幫健保署的忙，不然真的是不敷使用。

### **龐代主席一鳴**

稍後請醫審組回答有沒有進行價量調查有沒有含安全針具。

### **羅代表永達**

我也是特材會議的代表，上次有講過，因在座各家醫院情形差異性高，建議價量調查全部調查一下，上次是取樣調查，取樣顯現結果與健保署講的一樣，醫院買的價錢比較便宜，健保署給付價格比較多，因抽樣調查準不準不知道，這幾年來一直講同一個問題，建議做大規模清查，讓大家比較放心。

### **林代表欣榮**

醫院有誘因就百分之百，因為沒有誘因所以僵在那裡，醫院為什麼一直講就是這個原因。

### **羅代表永達**

安全針具一直提到教育訓練部分，很多人反映不只用一支，因不好

on，用 2-3 支醫院就虧本，醫院操作上還是很多困難，當時健保署找過 100 家醫院調查過，數值像署講的，沒有支付部分涵蓋多少及價格多少，兩個會議上都有做過澄清。

### **林代表欣榮**

便宜的針具有時候不好打，貴的針具好打，但不敷成本。

### **郭代表守仁**

這議題已討論很久，如林欣榮院長所提的，不好打的通常是便宜的，可能品質是有問題的，現在醫護人員覺得 BD 對病人是有好處的，但 BD 針劑成本比健保高很多。剛潘代表講的也是事實，這個問題要反應讓長官瞭解，現在安全針具已列入評鑑，不得不買，因此建議一定要買品質好的針具，讓護理人員在幫病人打針時是安全且好施打的，只可惜其價格比健保給付高。

### **謝代表武吉**

第 1 安全針具在上週還是這週每家醫院有接到價量調查，為什麼安全針具在這會議和健保會被 K 很多次，為什麼醫審藥材小組還不去調查呢，醫院虧本多少，要互相互惠原則，不然在健保會要繼續建議。

第 2 剛大家有講到一次 on 不上就不能用之比率有多少？因沒有調查所以不知道有多少，建議這也要調查。

第 3 投影片第 35 張核減率，地區醫院醫師也是醫學中心和區域醫院訓練出來專科醫師，地區醫院核減率最高，懷疑因申請醫院時都要先申請地區醫院，是不是新的醫院核減率比較高，請說明。另下一次會議可以看到各分區各層級核減率。

### **龐代主席一鳴**

安全針具資料內容已算可以，潘代表提到一般案件簡報欄位順序我們再調整一下，藥費算法就所有專款藥費都包含，是比較粗的資料，看結算表就可以清楚，以後要分開看或附註請容我們做調整。

核減率資料在健保會每月資料已分區和分層級，因剛同仁報告其實不常參加會議會跟不上了，因跳太快了，且資料很多，有取捨問題，謝代表關心資料已經公開了，是不是這場合維持現在報告方式，需要再互相參考。

### **謝代表武吉**

可以。

### **龐代主席一鳴**

大家希望是對所有醫院安全針具有完整價量調查，是不是可以。先說明一下過去做價量調查，醫院很辛苦，所以反彈，但安全針具很支持為什不做，很奇怪。

### **醫審及藥材組詹素珠**

針對安全針具問題，之前對醫院和廠商已做過價量調查，最大問題是提供給我們的資料是低於健保署給付價格，最近決定低於 10 元安全空針及一般空針就不做價量調查，因會越調越低，後來在 5 月請廠商提供成本價格，105 年 7 月提特材共擬會議時也把詳細資料做出來，想做調整，但會議上沒有交集。

### **龐代主席一鳴**

健保署價量調查後就是調整價格，代表是要先瞭解現況，沒有要求要馬上做調價，建議不要用價量調查名稱，改為對於實際各醫院採購安全針具數量、單價、使用量等作完整分析及瞭解，提供醫院代表瞭解未來發展政策之參考。

### **林代表欣榮**

如果困難就用 100 個病人用掉 300 支或 500 支，大家各退一步，比較簡單。

### **醫審及藥材組詹素珠**

所以要請各醫療院所，包括診所嗎？

### **龐代主席一鳴**

今天都是醫院代表，診所代表未出席，先針對醫院調查。

### **醫審及藥材組詹素珠**

是今年或去年資料

### **龐代主席一鳴**

你們回去研議，大家認為要多久。

### **謝代表武吉**

半年也可以。

### **醫審及藥材組詹素珠**

就 105 年 1 月-6 月資料。

### **龐代主席一鳴**

原則是這樣，屆時醫審組需要再簽辦，另在特材會議場合也應說明。

**謝代表武吉**

特材會議要等到明年了。

**龐代主席一鳴**

執行結果也應在特材會議上說明，執行策略是在本會討論。

**劉代表淑芬**

調查品項是不是包括原來在衛福部公告品項項目？因安全針具種類很多，有很多如賠錢的項目，如 BD 筆針，醫院採購 10 塊，健保署給付 5 塊，每用一次就賠 5 塊。

**醫審及藥材組詹素珠**

是指胰島素注射筆的針嗎？給付價已經很高了。就以現行健保署目前屬安全針具類有特材代碼為原則，部分沒有特材代碼就不在調查範圍內。

**龐代主席一鳴**

對，大家還有沒有問題，若沒有簡單下一個結論，潘代表提到有市場機制，干涉越多市場機制就沒有，這是經濟學基本原理，大家會比較辛苦，大家對報告還有沒有意見，無意見就下一案。

#### **四、報告案第三案：105 年第 2 季醫院總額點值結算報告**

**龐代主席一鳴**

開放討論之前，感謝大家的辛苦，點值較去年同期稍減少，請看議程第 14 頁投影片第 4 張 105 年第 3 季一般服務點值預估，因支付標準調整影響點值下降 0.02。在年初 91 億多調整支付標準，謝天仁代表也很關心。假設行為不變，點值理論減少 0.02，今天點值略少但沒有 0.02 那麼多，表示整個服務量供給是辛苦，謝謝大家。

剛也有代表提到急診品質提升方案執行率較低，跟大家報告今年總額協商決議急診品質提升方案也要改善，過去比較注重特定疾病的照護品質，急診照護案對改善急診壅塞有限，未來和醫界討論未來方案如何修訂，在這裡先跟大家報告，有可能去朝民眾關心急診壅塞問題，第 1 可以迎合民眾需要，第 2 解決本方案執行率偏低情形，那對點值告報案開放意見。

**謝代表武吉**

建議健保署，醫院總額從民國 91 年下半年開始實施，以前 92 年、93 年高屏區浮動點值 0.23，平均點值 0.83，其他總額都有達到 1 點 1 元之情況，為何醫院總額未達 1 點 1 元，希望健保署可以給我們標案對於點值未達 1 點 1 元之研究計畫案。

**龐代主席一鳴**

大家對點值還有沒有意見，沒有意見就洽悉。

#### **五、報告案第四案：106 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商會議」召開會議時程報告**

**龐代主席一鳴**

明年新遴聘新委員，大家不一定會參加明年會議，但例行上要報告，原則 3 個月召開 1 次，預留 1 次臨時會，下一案。

#### **六、報告案第五案：106 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配暨一般服務之保障措施報告**

**龐代主席一鳴**

劉科長有沒有要補充。

**醫務管理組劉科長林義**

依過去以星期日做調整，調整後比率在議程第 76 頁，因上次有委員建議提供 3 年和 5 年平均占率供大家參考，在第 77 頁有三年和 5 年平均占率，在第 78 頁是將占率換算後之各季預算之比較，79 頁是整理過去點值情形供參考。

**龐代主席一鳴**

大家對分配有沒有意見。

**羅代表永達**

請看簡報投影片第 4 頁預估點值，中區預估點值浮動點值 0.81、平均點值 0.89，議程第 33 頁中區浮動點值 0.91、平均點值 0.94，差很多，我的意思是說看的數字是結果，點值是結果的，應該拿原始的數據，才知道要如何分配，各分區遊戲規則都不一樣，中區是先射箭再畫靶，所以點值差不多，只是刪減率不一樣，應該給當時原始資料比較準確，每次看中區點值都這樣，不然會失去各季調整意義。

**潘代表延健**

剛羅代表提到，預估和實際會有落差，申報有很大變數存在，議程

第 79 頁，總結近五年第 2 季點值都是最高的，第 1 季和第 4 季，各有第 4 名，點值最低各 2 次，如果依假日和非假日天數去做分配，沒有辦法貼近實際醫療費用申報，因為醫療行為有些是有季節性、寒暑假等因素，都有影響病人行為，所產生差距，健保署也提出三年及五年平均已反映近幾年病人醫療行為所產生的結果，建議是不是能以三年或五年平均，用哪一個我沒有意見，但應該做適度的調整。

#### **龐代主席一鳴**

回應羅代表，點值是經調整過的，申報是比較原始的，第 77 頁的表是核定的嗎？有沒有申報的占率？這案子要移到下次報告嗎？

#### **羅代表永達**

我沒有很多意見，剛潘代表意見我贊成，第 2 季點值都是比較高的，是不是該季分的錢比較多，常常第一季和第四季出問題，因是核定數就不知道預算數是不是一樣，如有預算數區別，再比照點值波動，就可以決定要用平均值或用貼近值好。

#### **龐代主席一鳴**

預算數是看全年，應該是申報數。因本案準備不夠周全，顯然今天資料不夠，本案就移到下次會議再報告，如果沒有臨時會就是明年，會不會影響到分配。

#### **潘代表延健**

今年年底健保會是不是就是要提了。

#### **龐代主席一鳴**

保障項目要提，那保障項目依 105 年，就確認。四季分配下次提供更多數據後再向大家說明。

#### **潘代表延健**

不知道各分區業務組是否來的及，因通常半年談一次自主管理，是依照分配預算討論。

#### **龐代主席一鳴**

最大 1.5% 的誤差，這案先到這裡，下一案。

### **七、報告案第六案：修訂 106 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案報告**

## 龐代主席一鳴

這案已於11月16日開過會，對於這次報告案，大家有沒有什麼意見。各位在看這個案之前，幾件事情請大家配合，第一點這次立法院質詢，部分醫院去巡迴是用政黨的場所，引發健保署預算很大的麻煩，所以請大家巡迴場地不要用政黨場所。

第二點，請各分區業務組注意，巡迴團隊洽場地有問題請與分區業組聯絡，由分區洽縣(市)政府衛生局或是社會局來協調辦理，假如連當地人都覺得不需要醫療團隊進駐，那就不必進駐，請大家互相幫忙，才能夠成功。對於這報告案大家有沒有意見，沒意見就洽悉。

## 八、臨時報告案：全民健康保險跨層級醫院合作計畫修訂案

### 龐代主席一鳴

跟大家補充說明，第一點於11月15日已經開過溝通會。第二點，請醫事司幫忙，因醫事司黃簡任技正有來，跟大家報告一下，放寬支援層級科別，目前有皮膚科、眼科、耳鼻喉科、小兒科等專科醫師，這個案以後可以到地區醫院支援急診，就我所知道這些科是羅致醫師較困難之科別，有些醫院有開急診的需要，特別是小兒科，如可以找小兒科醫師來幫忙，病人就不用轉診到大醫院，可以就地在社區醫院治療，對大醫院急診壅塞及對基層實力的加強是有幫助的。過去沒有案例，先試辦看看，急診是on call支援的，長期待在那裡成本也很高，那對醫院病人實務上是有幫助。

因為是on call支援，所以報備上比較麻煩，醫事司如果同意，我們是不是可以函文請各區批次報備，即報備整年期間這個醫師，該科別對醫院的支持，我們就避開特殊的逐次報備，行政上會簡便一點。健保署會再函文給醫事司，只是在這場合向黃簡技和大家說明補充。那對於這個報告案，大家有沒有要提出討論。

### 李代表偉強

我個人沒有參加這案會前會，想請教一下，本案目的是要解決地區醫院急診找不到醫師來支援，還是解決急診壅塞，因地區醫院急診壅塞情況並不明顯。

### 龐代主席一鳴

不是解決急診壅塞，對於這些專科，地區醫院比較缺乏，特別是小兒科，小朋友去的時候，急診科醫師認為需要小兒科醫師的支援，原來的作法是轉診至有小兒科醫師的大醫院，對家長而言都會是很

大的困擾，這個計畫，他可以call他合作的小兒科醫師，做適當的處置，病人就不用去轉院，病人可以在基層醫院處理，那這樣對大醫院急診的需求也會相對少一點。

### **童代表瑞龍**

call皮膚科、眼科、小兒科，有沒有時間的限定，如call了多久支援醫師要到，不然家長也是抱著小孩在那等。

### **龐代主席一鳴**

討論時是沒有討論到這細節，地區醫院代表有沒有要回應。

### **羅代表永達**

放寬支援限制層級部份，不是社區醫院協會提的，但有很多地區醫院透過其他方式來表達，很多比較偏遠地區連轉病人都有困難，可是他的設備在當時就可以處理三分之一到一半以上，像皮膚科或眼科病人，那種不小心弄到，只是洗過眼睛就可以了。例如像南投，要病人轉到比較大型的醫院，他其實認為說他那地方有診所，如果診所願意來支援，病人不用長期跋涉到另一個地方，像屏東、臺東也是類似情形，所以就建議健保署，是不是可以和診所合作，這整個計畫裡就是要加強基層工作的能量，所以剛開始就是由上面，跟醫學中心或區域醫院來做合作，但他們覺得，其實在地方，有很多這樣的診所專科醫師是很優秀的，可以跟他們做某種程度的聯繫。剛剛有代表提到幾個小時要過來，段次和時間要怎麼算，這些細部部分，當時健保署裡也是說要做一個嚴格的考量，譬如說，來一次算多少錢，或是來多少時段算多少錢，現在健保署也請醫事司去做調整，到底是批次報備或還是整段報備，還是其他方式，這些細部還是需要跟健保署進一步協商。

### **龐代主席一鳴**

謝謝，大家還有沒有問題要提出來的，那這報告案到這裡，進行下一案。

## **九、討論案第一案：全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫修訂草案**

### **龐代主席一鳴**

醫事司緊急醫療資源不足地區醫院一年就增加26家醫院，原來41家，一次增加三分之一的醫院，預算當然不夠，健保預算不夠就把固定

點值改成浮動點值，所以這個點值原來是固定的，後來就變浮動的，這個背景還是讓大家確定一下。是不是請黃簡技說明。

### **衛生福利部醫事司黃簡任技正純英**

醫事司今年在討論緊急醫療資源不足地區的認定原則，有做一些修正，過去如果一個次區域裡有兩家醫院，那兩家急救責任醫院須位在不同的鄉鎮，才列入名單，否則須由衛生局進行篩選，但考量有些區域例如南投縣、嘉義縣、新竹縣等因幅員非常廣闊且地處偏遠，所以我們取消過去由衛生局協調出一家的限制。另新增納入100床以下且被衛生局指定為一般級急救責任醫院之醫院，主要為鼓勵100床以下之醫院仍願意提供24小時急診服務。

### **龐代主席一鳴**

可不可以建議一下，因為總額協商是9月，可是這次公告，對我們來說預算已經決定後的隔一年才公告，即便健保署努力跟健保會代表來爭取預算，每年協商時候也不知道怎麼樣去爭取，因為你名單還沒公布，那今年就已經爭取預算了，以為是年初執行，結果過了年中才公告，而且公告後還要追溯到年初，我們雙方要合作。

### **衛生福利部醫事司黃簡任技正純英**

好，我們儘量配合將公告作業期程提前辦理。

### **謝代表武吉**

第一點，就是在說明三(一)原浮動點值補足至每點1元支付，改以每點最高到補到1元，意思就是改成浮動點值的意思。第二點，這原罪不是健保署是為衛福部，在總額協商時沒先說，到現在才說出來，希望以後兩個單位要互相配合，互相愛護我們的醫療院所。第三點，明年要增加預算，今年只有8億，可以再補足以後的，說明三(一)是臨時性，以後應該要修正回來。對於符合條件的資格，不止剛剛所提的一些單位，有的像臺南，也有三、四個鄉鎮沒有一家醫院，現在只有一家也不把它列入，對我們內行的來說感到很痛心，拜託大家合作一點。

### **龐代主席一鳴**

申請急救責任醫院還是要申請對不對？

### **衛生福利部醫事司黃簡任技正純英**

一般級急救責任醫院還是需向地方政府衛生局提出申請。

### **龐代主席一鳴**

各醫院注意一下，這個要申請兩次，一是申請急救責任醫院要跟衛生局申請，申請本方案還要向健保署申請，健保署當然也會努力跟明年健保會去爭取，但我們爭取預算理由不能用醫事司增加醫院當理由，以對偏遠地區就醫，到底有什麼實際的成效，要有數據，如果病人還是需要跋涉很遠就醫，那就沒辦法提這個。另剛剛提到，前面一案，有些科不足的部分，可以用其他醫師去支援方式來解決，希望可以對急診量能有所改善。這個案是不是按照健保署建議通過，接下來第二案。

### **十、討論案第二案：106 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案修訂草案**

#### **龐代主席一鳴**

去年年底，今年年初，我們花了很多精神討論105年方案。因健保會提案要有鑑別度，醫院協會提這個案，健保署建議鑑別度再大一點，指標內容延續105年，只是配分方式改變，未來是不是做更有品質效益指標，未來供大家參考討論。所以這個案子，醫院協會提出的案，還有健保署修正案，是不是回到健保署的修正案來做討論。

#### **羅代表永達**

醫院協會就各層級有類似的會議，我們也跟吳老師和消費者代表一直在提，第一，上次給我們數字裡，地區醫院鑑別度已經很夠了，才70%拿到錢，鑑別度怎麼不夠。第二，還是重申地區醫院差異性很高，用一個項次指標判別所有地區醫院的品質到底好不好，本來就是很困難，所以我們才有很多指標，可是這樣也不太公平，因為每個醫院大小不同，有兩、三百床的地區醫院，也只有二十幾床的地區醫院，當時一直鼓勵他們品質提升，就是參加研討會，假設一家醫院只有二、三十床，一個月或一年所申報的金額不到三千萬元，按這樣的比例，要去參加36個小時課程，成本是很高的，例如在中區裡，研討會都在臺北或高雄，交通費等等，他達到36小時成本，搞不好他在這裡拿到的錢，都還不足以付，所以我們當時就鼓勵他，把這個比率調高一點，鼓勵他們至少要參加研討會，所以當時配分，原本上基本鼓勵，為什麼給到60%，其中30%就是要鼓勵他做這一件事，所以參加這些指標，他的母數小，他要做這些事，是需要鼓勵的。我再想鑑別度又夠，原來百分比已經是很合理，我們也請教吳

老師，也跟她討論過，她最後也同意去年已經降過一次，今年應該是可以了，為什麼今年還要再降，是不是可以按照我們醫院協會所提地區醫院就維持去年版本，不要再改了。

### **潘代表延健**

有兩個意見，第一，要如何提高這是我們努力的方向，但反過來講，指標獎勵醫學中心提高到90%，基本獎勵是10%，我是覺得，原罪是在基本獎勵名稱，其實他不是基本獎勵，大家翻到議程第105頁，還有但書條款，必須在醫策會、臺灣醫務管理協會或社區醫院協會參加相關指標計畫，是有監控機制，包括定期提報資料，如果這些東西刪掉，醫院在內部整體醫評指標的管控，比較失去比較的依據，沒有動力讓醫院可以不要去參加像THIS、TCPI，如果醫院沒有參加這些學會，就失去全面性，跟同儕醫院，甚至更高等級的醫院比較的機會。品質保證保留款監控看到好像是十幾支指標，其實參加這些學會，真正比較可能是200-300支，那是全面性的，無法替代的。即使品質保證保留款指標再多，我們也不可能監控那麼多，我是覺得，在基本獎勵比例上給予一個肯定，所以我們也不能去期待基本獎勵最終就是零，我是覺得大家應該要先建立這樣的共識。

第二，品質保證保留款鑑別指標時，期待資料效率能提高，醫院收到核發結果已經是隔年，如果半年、一年後才知道結果，對醫院來說，已經失去後段再去檢討的動力，希望每一支指標能夠隔月就知道醫院間的評比如何，所以能不能建議健保署，針對每一支指標的結果，時效能不能提早，儘可能提到逐月，因為大家都希望拿到保留款，醫院就有動力按照結果去做內部改善，才能真正落實。

### **龐代主席一鳴**

如果是TCIP等指標，當然不在健保署處理，健保署指標是在議程第100頁-104頁，健保署的指標是放在VPN上，請玫富科長跟大家說明時程如何處理。

### **醫審及藥材組曾玫富科長**

這裡表列的DA指標，因為申報費用資料時程是隔月20日以前，會在次次月月初第一次啟動計算，大家就可以透過VPN下載參考，隔月月初再第二次啟動計算後就是比較精確的結果，時程落差就是兩個月，還算蠻即時的。

### **龐代主席一鳴**

品質保證保留款指標是用年指標，所以年指標一定是整年做完，而且要跟大家評比，可是同樣這些指標，有月指標、季指標，請醫院參考月指標、季指標，才能推算年指標如何改善。另剛剛玫富科長已經說明，現在健保是20號以前要申報，所以申報完整就會儘量做第一波的資料，只是跟各位報告，常常第一波資料不是那麼準，因有些不是完整，特別做比較時，這個部分先這樣做說明，至於地區醫院羅代表提的部分，請林義科長說明。

### **醫務管理組劉科長林義**

地區醫院有提將基本獎勵參加品質積分者修正為品質精進獎勵，類似名詞更改，我們會配合去更改。另因健保會每年在協商時，要求品保款如說明一，每年都要訂定比去年再嚴格一點的標準，所以我們是遵照健保會的說明，是不是還是以品質指標為主。

### **羅代表永達**

我們鑑別度已經70%多，再下去就60%，而且一定是某些醫院才拿得到，我們已經比以前更精進，而且更努力，更困難了。

### **龐代主席一鳴**

我再強調指標沒有變，只是配分方式改變而已，所以大家努力的方向還是一樣。

### **黃代表雪玲**

在議程第100頁(三)的指標獎勵2.，是看前一年正向第20百分位數或負向第80百分位數做參考目標值，因為每一年目標值都在提升，所以每年指標都在改善，我們沒有精進嗎？雖然指標是一樣，可是大家每年要比去年進步，不能說我們都沒有再改善。

### **謝代表武吉**

台灣醫院協會的建議也不錯，剛剛科長也說精進，我們已經很精進，叫我們再精進下去，我們變成血汗，我們健保會的委員也不希望我們被講成血汗，雖然裡面我們健保會曾經有個委員說，如果你們再講血汗的話，我們就翻臉，在座的委員就沒有講這種話。希望也尊重我們醫院協會三層級努力研討出來的成果。

### **羅代表永達**

因為在座很多健保會的委員，順便跟大家報告，社區醫院的分配，基本獎勵的鑑別度最高，因為有很多人達不到36小時或72小時，是

鑑別度最高的，相反的，因為我們項目很多，每一種類型的地區醫院能做的不一樣，反而是在指標計畫裡面鑑別度反而會是80幾還不到90%，如果要去區別一個醫院是不是夠精進，應該是去提高基本獎勵的百分比，而不是降低百分比。健保會拿到的資料是不是像我們拿的完整資料，是不是請健保署瞭解所謂的精進和鑑別度意義。我們還是希望依醫院協會當時所提三個層級的版本。

### **龐代主席一鳴**

鑑別度是每年要提供，因有一有筆小總額，多少醫院拿這筆錢，醫院拿多少，有這些資料。健保會是好意，因為品質事情，也不希望大家吃大鍋飯就把它分掉，對真的很努力的人會分到相對少，精神上是這樣。

至於雪玲代表所提百分位數部分，全班50位小朋友，永遠有第20名，那全班都進步，20名當然進步，因為用百分位的精神，不是絕對分數，所以百分位精神確實有推動大家都進步的觀念，但進步比較多者獲利機會比較大，現在大家決定一下，要用醫院協會案還是健保署案，如採醫院協會案，DNR指標(接受安寧緩和醫療之意願指標)繼續做，因為醫院協會案沒有說要撤，我們提出相對的誘因。不過大家記得去年這個會，去年和今天爭議的完全一樣，最後這個會過了，最後被退回來。

### **羅代表永達**

地區醫院裡面，慢慢到一個臨界點的時候，尤其是中小型醫院，以後就不參加，反正他也沒差多少錢，所以我一直認為會逐年一直往減少是不對的，所以去年我們跟吳老師在討論時，去年降的部分已經是我們的極限值，希望不要再降了。

### **郭代表宗正**

我個人是比較希望用台灣醫院協會版本，因其實都有進步，只是希望不要一次差那麼多，區域醫院、醫學中心都增加5%。

### **龐代主席一鳴**

我們用一個折衷，醫學中心和區域醫院進步5%，地區醫院也進步5%，大家都進步5%，公平，然後刪除DNR指標。

### **謝代表武吉**

地區醫院不要動。

**龐代主席一鳴**

謝天仁代表的看法。

**謝代表天仁**

你們先協調看看，因為這是醫院的錢，大家怎麼分的問題，除非很不公平，否則原則上我們不適合介入太多，儘量談。

**龐代主席一鳴**

謝代表對這個案比較中立，那按照台灣醫院協會案，DNR指標繼續做。

### **十一、討論案第三案：修訂全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案**

**龐代主席一鳴**

開放討論之前，為方便後續討論幾件事情先釐清，第一點現在指標系統很多有點複雜，品質確保方案指標是當時做總額支付制度一開始就公告品質確保方案，該方案是希望品質長期監控，當時沒有品質保證保留款方案，理論上國外兩個指標系統應該一樣，當時沒有一樣，因有些指標對醫院有困難，所以沒有一樣，現在品質確保方案指標公布監控指標數值，不涉及費用分配，供大家參考。

第二，當時也沒有監理指標，後來健保會建立監理指標系統，所以會有看似相近指標，但會有重複，未來是否通盤性檢討，剛好有健保會相關代表，在健保會場合是否就指標系統是不是再reform一次，讓指標更貼近實際上使用。這個案已開過專家會議，接下來開放大家討論。

**黃代表雪玲**

附表已請醫院疾病分類人員看過，部分診斷碼有漏列是不是可以考慮補列呢？

**龐代主席一鳴**

可以，再補就好，請以 mail 提供醫審組曾科長。對於這案子有沒有修正，這次修正主要是因 ICD-9 轉 ICD-10 編碼關係，如果有漏列，請各醫院專業人員幫忙，原則按照這樣改，各醫院有意見二週內提供給相關代表，由同仁後續辦理相關行政程序。大家還有沒有要提出討論，沒有問題本案到這裡。大家有沒有臨時提案，如果沒有今天會議結束，謝謝大家。