

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

106 年第 3 次會議紀錄

時間：106 年 8 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：

盧代表瑞芬	盧瑞芬	吳代表文正	吳文正
洪代表子仁	請 假	吳代表鏘亮	吳鏘亮
王代表明鉅	王明鉅	童代表瑞龍	童瑞龍
陳代表亮良	請 假	張代表國寬	張國寬
林代表錫維	林錫維	鄒代表繼群	鄒繼群
吳代表志雄	陳瑞瑛代	李代表允文	李允文
郭代表宗正	郭宗正	趙代表昭欽	趙昭欽
謝代表文輝	請 假	謝代表輝龍	謝輝龍
黃代表遵誠	黃遵誠	羅代表永達	羅永達
陳代表石池	黃雪玲代	張代表克士	張克士
張代表德明	廖秋鐳代	謝代表景祥	朱益宏代
施代表壽全	林富滿代	謝代表武吉	謝武吉
程代表文俊	請 假	林代表慧玲	王春玉代
郭代表守仁	請 假	唐代表宏生	請 假
邱代表仲慶	邱仲慶	陳代表威仁	陳威仁
鍾代表飲文	鍾飲文	劉代表淑芬	劉淑芬
林代表欣榮	陳星助代	林代表恒立	請 假
趙代表有誠	請 假	顏代表鴻順	請 假
黃代表忠智	黃忠智	王代表榮濱	王榮濱
周代表思源	周思源	梁代表淑政	梁淑政
蘇代表主榮	蘇主榮	龐代表一鳴	龐一鳴

列席單位及人員：

衛生福利部社保司	周雯雯	孫嘉敏
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	
台灣醫院協會	何宛青	劉秀芬 洪毓婷
	鄭禮育	
中華民國醫師公會全國聯合會	林筱庭	
中華民國護理師護士公會全國	梁淑媛	

聯合會

中華民國物理治療師全國聯合會 陳奕穎

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 秦語謙

本署臺北業務組

林麗瑾 郭垂文 蔡翠珍

許寶華

本署北區業務組

謝明珠 孟芸芝

本署中區業務組

蔡瓊玉

本署南區業務組

賴阿薪

本署高屏業務組

黃梅珍 郭怡妘

本署東區業務組

李敬慧

本署醫審及藥材組

黃兆杰 曾玟富 詹淑存

本署資訊組

姜義國

本署企劃組

柯秉志

本署醫務管理組

張溫溫 劉林義 谷祖棣

洪于淇 陳依婕 林右鈞

邵子川 張毓芬 郭育成

主席：蔡副署長淑鈴

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：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：

一、序號第一項安全針具功能建議案、第二項安全針具支付點數調整及第五項 106 年初級照護案執行方式持續列管，餘解除列管。

二、有關門診診斷編碼指引，請專家審閱後另函文予台灣醫院協

會協助檢視，如無意見本署將函文予各醫院依指引辦理。

第二案

案由：醫院總額執行概況報告(含臺北業務組醫院管理方案報告)。

決定：洽悉。

第三案

案由：106年第1季醫院總額點值結算報告。

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表

	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
106Q1	浮動點值	0.8704	0.9075	0.8990	0.8514	0.9348	0.9218	0.8861
	平均點值	0.9246	0.9378	0.9397	0.9166	0.9562	0.9470	0.9333

二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表，置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：105年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案核發結果報告。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

案由：修訂全民健康保險107年醫院總額品質保證保留款實施方案。

決議：本案修正通過，醫學中心指標獎勵由原85%提升至90%，基本獎勵由原15%降為10%；區域醫院指標獎勵由原80%提升至85%，基本獎勵由原20%降為15%；地區醫院維持106年方案。

第二案

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：

一、本案修正通過，惟「門診注射劑使用率」、「用藥日數重疊率」及「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」，請醫審及藥材組下次會議提供細部資料，如特約類別、矯正機關

等，作為日後修訂方案參考。

二、修正重點摘要如下：

(一) 配合保險對象就醫權益調查，酌修滿意度調查相關內容。

(二) 刪除方案獎懲條文。

(三) 專業醫療服務品質指標：

1. 排除條件修訂

「門診注射劑使用率」增補藥品給付規定之攜回藥品品項；「同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖」ATC 分類增列 A10BJ；「急性病床住院案件住院日數超過三十日比率」增加「新生兒呼吸衰竭」；「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」之化療及放療部分擴增為「癌症、性態未明腫瘤」，另瓣膜置換術部分，增列「肺動脈瓣置換術與三尖瓣置換術」；「住院案件出院後三日以內急診率」增列「來院接受抗腫瘤免疫療法」。

2. 文字修正

「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」修正分子、分母之計算說明文字，「人次」改為「人數」；「糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）執行率」用藥計算以 ATC 前 3 碼 A10。

3. 「剖腹產率-初次具適應症」，修訂分母計算定義；分子刪除醫令代碼 81005C、81029C。

第三案

案由：增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第六節調劑支付標準案。

決議：

一、新增 05235B 「特殊輸注液處方藥事服務費（天）」，論日支付 225 點，加註文字如下：

(一) 非重新組合之 TPN 混合注射劑僅添加少量微量元素或維生素者得申報本項。

(二) 須於無菌環境中調配。

(三) 本項適應症如下：限水病患、透析病患、新生兒及小兒血液腫瘤科病患或其他經專業認定須自行調配特殊輸注液之個案，且無市售品項可供使用。

二、修正 05220A 「全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費 (TPN)」，加註文字如下：

(一) 需為 TPN 處方，指含有胺基酸、碳水化合物、維生素及微量元素之重新混合注射劑，並於無菌環境中依無菌調配操作標準調配。

(二) 屬三合一營養注射劑之處方組合品項不得申報本項。

伍、散會：下午4時30分

陸、與會人員發言摘要詳附件

※與會人員發言摘要

主席

各代表對第二次會議紀錄及第二次臨時會紀錄有沒有意見，如沒有意見會議記錄確認，接下來報告事項第一案。

報告案第一案：本會歷次會議決定事項辦理情形

主席

歷次決議事項辦理情形，各位代表有沒有意見？

朱代表益宏

第9頁序號1辦理情形，健保署6月函文給衛生福利部督察時要慎重考慮，衛福部是否有回函？

主席

請醫審組說明。

醫審及藥材組黃專委兆杰

衛福部有回復，但回復內容不是很明確，待會請同仁把相關文件提供給各代表參考。

主席

資料等一下提供各代表參考。

朱代表益宏

第一點，如回復內容不清楚，健保署要問清楚。第二點，第10頁序號5，106年初級照護案，因第一季併第二季結算，希望勸導醫療機構要確實申報，第二季再看看結果，建議持續列管。

主席

初級照護案，依上次會議代表建議訂定門診編碼原則，本署已請台灣病歷資訊管理學會協助擬定草案，並請專家審閱中，後續將行文予台灣醫院協會再檢視，如同意編碼原則，本署將行文給各醫院按照原則辦理，不要主診斷改到次診斷，要有一致的編碼規則，日後健保資料才會趨於正常。序號第5項持續列管，大家還有沒有意見？

羅代表永達

第9頁序號第二項，今天特別把安全針具帶過來，現在真正做安全針具的廠商是國外進口廠商，廠商寧可不要台灣市場，因為他不要台灣的價錢，這如何解決？否則未來醫院拿到可以打開的安全針具和國

內賣不能打開的安全針具是不一樣，現在核價是用一樣的方式，這問題不是在這裡討論，是因有持續列管的壓力，所以才有辦法往前走，不然一直都無法解決。

主席

各代表還有沒有意見？如果沒有意見，先保留序號第一案，請醫審及藥材組提供醫事司函復公文，再決定要不要解除列管，接下來報告案第二案。

報告案第二案:醫院總額執行概況報告(含臺北業務組醫院管理方案報告)

主席

兩個報告，一個是全署第二季執行情形；另一個是臺北業務組的報告，105年第四季臺北分區醫院總額點值偏低，健保會委員提出希望了解臺北業務組醫院總額運作情形，本署建議回到醫院總額研商議事會議報告，所以今天特別請本署臺北業務組向大家報告共管執行情形。議程第43頁臺北區105年第4季浮動點值偏低，但106年第1季已回穩了，各位代表有沒有意見？

謝代表武吉

議程第21頁第14張簡報，交付機構在西醫基層也有，醫院交付機構成長率是5.4%，交付機構的錢是扣醫院，你們要醫院開慢性病連續處方箋釋出給藥局，交付機構的成長率對醫院的威脅性也很大，要如何來處理？

不曉得在101年5月、102年1月臺北區就有攤扣，在第43頁，105年第四季臺北區平均點值降到0.89，我被地區醫院會員罵死，甚至覺得我沒有在做事情。很感謝林組長，今年第1季點值有回升，現在平均點值已達0.9246，比南區高，我對林組長和郭專委是感到非常敬佩，還有蔡副署長的領導和龐組長的指導，謝謝你們。

主席

今年第一季臺北區的浮動點值和平均點值都有改善，各位代表還有沒有其他的意見？

朱代表益宏

我是臺北業務組的共管委員，議程第42頁投影片第19張，從101年開始，臺北分區在共管會議地區醫院代表一再呼籲，如剛剛專委報告

的，大家是用共識決，所以醫學中心、區域醫院、地區醫院之間要有共識是相當困難的，臺北分區管控的力道非常弱，只有靠專業審查。

議程第36頁投影片第8張，門住診合計一直到第106年第2季，醫學中心和區域醫院成長率6%，地區醫院只有1%，106年總額整體成長率約只有4點多，分到各分區的成長率也大概只有4點多，臺北分區因醫學中心和區域醫院佔大多數，90%是大型醫院，當沒有一個很好的管控措施，造成大型醫院快速成長。議程第37頁，投影片第9張，區域醫院門診成長率高達8%，醫學中心門診高達7%，還有一個資料沒有拿出來，臺北分區有八家醫學中心中有一半以上醫院門住診佔率超過55%，加上透析超過60%，健保開辦時希望門住診比例是45:55，現在看起來好像不是。投影片第11張，醫學中心住診成長率約5%，總額成長率只有四點多，門診成長率超過6%，住診4-5%的成長率，所以點值不好，但臺北沒有很好的方式抑制成長，在投影片第48頁提到困境，大醫院認為是民眾的習慣使然，如果是這樣要怎麼辦？就像現在的初級醫療，署本部應該也碰到同樣的問題，如果是這樣的話，要政策幹麻，就讓民眾自由就醫愛來就來，健保署就只管付錢，要有政策引導，但臺北分區沒有。

臺北分區換了歷任的組長都沒辦法，我知道他們的困難，因為龍頭醫院都在臺北分區，大型的醫學中心共八家，每一個都說病人自己要來一點辦法都沒有，所以門診成長7%-8%，署本部應該重視，要有政策的作為，不光管控點值，現在的管控是用攤扣，超過就扣錢，但醫療點數照樣成長，這樣下去，是不是所有大型醫院都改成社區醫院，因為以門診為主，收入都靠門診，今天臺北分區做的報告我很感謝，把資料凸顯出來，期待健保署要有具體作為，不是只有靠健保會的決議來做，而健保會沒有決議就是專業審查。

106年第2季全署各層級核減率地區醫院最高1.9%，地區醫院的訴求郭垂文專委有提到，在分級醫療下，病人本來就應該在社區醫院住院、安養院，和長照2.0接軌時，由社區醫院就社區中心和安養中心接軌，難道因為這樣子就高的核減率嗎？醫學中心專家都是看大病、重病，他們眼中看起來這是輕病住院就給核減，但很多疾病在社區醫院是必要的，臺北分區一再要求是不是能讓社區醫院的醫師來審查社區醫院案件，但臺北分區回應署本部不答應，因為電腦抽樣是署本部控制，然後表達臺北分區的社區醫師不足，也沒有告訴哪些不足、差幾個，也沒有告訴承辦台灣醫院協會臺北社區醫院哪

些科別要補多少人，社區醫院如何補足人力呢？再次呼籲希望署本部和臺北業務組正視社區醫院存在的必要性，希望署本部能有一套方法抑制大型醫院門診成長。

羅代表永達

第一，議程第17頁第6張投影片，新醫院家數增加時，大型醫院新設時稱為地區醫院，建議署本部以後醫院大於二百床或二百五十床時特別註明，讓我們知道說現在增加的並不是真的地區醫院，是屬於未來的大型醫院，因這邊的資料會被外面引用，希望註釋。

第二，議程第21頁第13張投影片，中區門住診成長率是16%，亞大等醫院是三百床以上，也算地區醫院的成長，但可能明年下半年就會轉為區域醫院，建議地區醫院能不能把兩年內超過兩百床的數字先扣掉，這些顯然將來不會在地區醫院。

第三，臺北的報告第5張投影片，每個分區共管許多屬性都不太一樣，中區預估點值約0.84，平均點值約0.90，可是中區非常和諧，最後平均點值可以到0.94多，我們醫學中心和區域醫院都可以共體一件事情，醫院要生存，對於成長型的醫院需要抑制。簡報第42張臺北區點值配套措施，最後如何達到目標，我們中區認為既有的要扣比較少，也就是申報占率要扣比較少，成長要扣比較多，所以我們既有的是40%、成長的要佔60%，如果總成長率大於8%時，既有的扣30%、成長的扣70%，對於每一個想衡量或不管他基於甚麼樣的心態，至少應付出代價，按部就班好好地做的，按照那個乘數所扣得比較少，這是對於臺北區的建議。

主席

大家還有沒有意見，若無意見請醫管組先回應交付機構處方箋的問題。

龐代表一鳴

請大家看到議程第21頁第14張投影片，謝院長提到交付機構成長5.4%，交付機構主要是藥局，所以交付機構的成長連帶藥費的成長來看才合理，請看議程第25頁第21張投影片，門診費用分布，檢查費成長1.6%、藥費成長為11.5%、藥事服務費3.3%，所以整體門診費用成長率8.2%，比較交付機構成長率是5.4%，所以交付機構的成長相對於藥費的成長是低的，藥費的成長才是重大的挑戰。

主席

請臺北業務說明審查醫師部分。

臺北業務組林組長麗瑾

謝謝羅代表的指教，臺北區攤扣部分，醫療點數的成長和佔率的百分比，在討論時是用50:50，後來區域醫院大力支持，變成3:7的結果。再來謝謝朱代表的指教，提到費用的管理上面只有專業審查沒有其他的管理，請代表參考議程第44頁，投影片第23、24張，第23張抽樣的件數中，沒有小醫院抽的比較多，那是抽樣案件的佔率。另外核減部分，除一般的專業審查外，還有立意審查和精準審查，精準審查執結果在議程第44頁第24張投影片，各層級醫院透過三十幾項專案審查，以106年第1季為例，醫學中心專案審查共28項、區域醫院審31項、地區醫院審20項。在單價的核刪部分，請參考議程第45頁第25張投影片，經單價核刪，106年第1季共核刪5.5億點，醫學中心2億點、區域醫院3.3億點，這也不是經專業審查，點數的貢獻率約0.015。第26張投影片是藥費核減，核減約2.5億，區域醫院核減1.4億。這些對點值的挹注是非常明顯的。

另朱代表提到臺北共管會議的主導性，不論醫院的大小，都有反應的管道，在會議上如太強烈主導，未來後面的處理或釐清上會花費很多行政資源處理，這也是在歷次共管會議的共識，除共管會議的執行是平衡性外，各層級意見都予以尊重，再次感謝代表的指導，臺北區會繼續和醫界共同來努力。

朱代表益宏

林組長所提我有不同的看法，議程第45頁單價和藥費的核減，核減率部分地區醫院是增加的，剛剛我提醒106年第二季醫學中心和區域醫院的門診、住診成長率都遠高於總額的成長率，但是你看剛剛講的精準審查這部分，臺北執行的單價核減和藥費核減，佔率106年第1季和105年第1季，整體的金額是增加的，地區醫院的貢獻率是增加的，而且增加的幅度還滿大的。當大型醫院的門住診都大幅成長時，在核減的狀況下反應出來的，結果成長幅度比較低的核減率反而比較高。單價核減、藥費核減，地區醫院占率與去年同期是增加的，表示並不是很有效的管理，我同意臺北業務組林組長費了很多心力，包括和大醫院溝通，也有一定的難度，不能在法沒有規定下做一些斷然的處理，我覺得除臺北業務組以外，署本部要給組長強力的支持，如不支持，讓臺北業務組依法做這些，依臺現況不可能，從101年到現在大醫院都不願意減量，該如何處理呢？

林代表錫維

議程第48頁困境與展望，在困境方面應要有突破，民眾就醫習慣無法取得共識叫做困境，有沒有其他解決方法呢？我們也一直在宣導大病看大醫院、小病看小醫院，分級醫療的措施沒有辦法讓小病看小醫院、大病看大醫院，一直強調可不可以提高掛號費。民眾對什麼是大病及小病可能不知道，感冒是大病還是小病？感冒發生各種因素而死亡也有。臺北很多醫學中心是大醫院，為什麼大家都去大醫院？因為大家都怕死，所以先去大醫院。社區型、區域型的家庭醫師是不是可以解決一部份？是否透過家庭醫師專業判定引導民眾就醫。未來展望部分，加強社區型的家醫師或輔導民眾看病和就醫建議。

林代表富滿

有代表提到臺北分區沒有在管控，三層級各有不同的看法，每個層級都覺得自己受委曲，議程第35頁，五年平均成長率，臺北分區在六個分區中倒數第二名，成長率已經很低，結果點值還是最低，可能是分配公式對臺北分區不公平。另朱代表提到單價核減部份地區醫院成長，在議程第37頁地區醫院106年第1季件數負成長，每件醫療點數成長率是8.58%最高，所以地區醫院單價核減成長率當然高。

主席

有關臺北業務組轄區內管理細節問題，請到臺北業務共管會議研討，另議程第22頁第15、16張投影片，6個分區的門診單價都在成長，門診病人數成長1.5%，每人就醫次數成長0.9%，每次就醫費用成長率更高，以致門診費用大幅成長，署本部檔案分析，相關檢查的貢獻度較高，所以署長要求針對雲端醫療系統的重覆檢驗檢查及用藥部分，是未來管控重點。

今年的第2季整體醫療費用的成長，臺北業務組不是最高的，6分區普遍都成長，各分區共管方案均有結算前攤扣部分，各分區業務組有不同的共識、比例不同和原則不同。如不想用攤扣，前提減少不必要的檢查和用藥，因為資源有限，要在有限的資源提供服務。今年4月15日調整部分負擔後，對整體就醫次數，已沒有大幅的上升，所以有穩定的作用，但是單價卻大幅成長，最近署長也寫一封信給醫院院長，提到單價的問題，希望各位院長能協助自我管理。

陳代表瑞瑛

議程第30頁簡報第31張各專款專用執行情形，C型肝炎用藥全年預算26.55億，1月到6月臺北區是2.3億，大概僅次南區3.26億，簡報第29張重大傷病中，門住診重大傷病藥費臺北是49.38億，占率臺北最高，不知道統計點數、件數是不是都含專款，如果是，對臺北區醫學中心是不公平的，記得臺北區曾經統計過，全國癌症用藥，在臺北區占全國非常大的比例，主要醫學中心較多，所以在癌症化療和標靶治療費用較高，所以對臺北區醫院有很大的影響，所以請健保署再考慮，不能因為大醫院在臺北，件數多和藥費多就是他們的罪過，第31張投影片，罕病、血友病和HIV等，預算124.5億，1月至6月全區用52億多，臺北區用了23.77億，是全國最高，所以要歸究醫學中心的點數增加，除非要把些排除後再看一般案件，這樣比較公平。

主席

剛剛特別請大家看第15張投影片，不是只有臺北區醫療費用成長，是6個分區門診醫療費用都成長，單價部分除東區稍微和緩，其他區成長率皆為5%至6%，也非只有臺北區。另外醫療費用成長高於預算的成長率，點值會受影響，而審查經費也不是足夠，全部都靠審查亦力有未逮，如何系統性解決問題，請各院長幫忙，希望大家能夠放在心裡，透過雲端系統檢驗檢查的分享等，協助第一線醫師第一時間辨別病人有沒有必要再做相關檢查等，特別是高單價CT MRE成長也很驚人。

謝代表武吉

第一點，交付機構的問題，交付機構是一般門診處方箋和慢性病連續處方箋，藥局已經變成連鎖藥局了，健保署有沒有什麼辦法，交付機構成長5.4%，與連鎖藥局有連帶關係，這些錢扣醫院的錢，讓藥局賺了，醫院還要吃虧，建議要有管理交付機構的機制。

第二點，簡報第15頁-21頁希望有分層級的成長率，簡報第29頁重大傷病也分層級別。另外有醫學中心醫師跟我說，他開C肝藥物，因填錯健保序號，醫院要整筆由醫師來負擔，變成承辦同仁也要負擔該筆費用，最後健保署也有改善，用公文解釋，建議不用繁瑣程序，用電話處理即可。

主席

有關資料要補充部分請醫管組說明。

龐代表一鳴

醫療利用情形的報告已經很多，羅代表希望再分層級，技術上不是問題。

羅代表永達

只要附註就可以了。

龐代表一鳴

如分層級，東區再分層級如是醫學中心就知道是哪家醫院，很多資料已經公開在網站，如各醫院明細，報告部份是不是朝精簡方式處理，因整個報告的書面量太大，這部份徵求大家諒解，需要個別資料，如果各代表不熟悉本署資料公開部份，再向代表說明。

主席

有關C肝用藥部份，個案已解除爭議。相關資料考慮資安，本署會一併考量，謝謝大家建議，也謝謝臺北業務組的報告，林組長也回應大家的意見，接下來進入第三案。

報告案第三案：106年第1季醫院總額點值結算報告。

主席

今年第一季點值結算及專款執行情形，大家有沒有意見？

廖代表秋燭

今年60億調重症支付標準，因第一季還沒調整支付標準，已經反映在這裡？另北區提撥風險基金給東區的預算也有放進來嗎？

主席

對。非協商89億確定後，如果是今年第4季調整支付標準，第4季點值會有變化，目前第一季已把89億分配第1季之經費納入一般總額一併結算，如果沒有其他意見，第一季的點值就確認，接下來下一案。

報告案第四案：105年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案核發結果報告。

主席

105年品保款核發結果，大家有沒有意見？105年品保款金額為7.2億，依核發獎勵家數結果，醫學中心100%、區域醫院98%、地區醫院約65%，如果沒有意見就確認，接下來討論案。

討論案第一案:修訂全民健康保險 107 年醫院總額品質保證保留款實施方案

主席

請醫管組補充說明。

醫務管理組劉科長林義

健保會希望品保款要繼續朝增加品質指標的比率來前進，所以建議107年指標獎勵各層級前進5%；另外地區醫院分為兩組，第一組是診療科別為五科(含)以上且病床數達200床(含)以上(不含急診觀察床、血液透析床、嬰兒床)，建議把床數下修為100床(含)。

黃代表雪玲

第99頁說明三(一)，107年品質保證保留款，本來在一般預算現在挪到專款，2.如有提申復要由醫院總額一般預算支應，這不太合理，如沒有編預算，健保署應預估申復大約多少錢，假設107年沒有編列這項專款，但是知道前年要申復，是不是先編一些預算，不應由總額一般服務項目支應。

羅代表永達

第一點，未來會不會有這特別預算，我想是沒有，變成是醫院總額協商分配的問題，而不是用我們的土塗我們的牆，然後告訴我們要往更深入去做。第二點，105年保留款鑑別度不夠高嗎？那到底要多少鑑別？議程第96頁，地區醫院只有拿到5成-6成，為什麼還要往前？地區醫院variation很大，分成很多組時，如果再往前一進，有些醫院是都做不到的，所以不贊成指標獎勵往前進。第三點，第96頁第一組就有39家，10%是屬於競爭力比較高的，如果往下修，家數可能變成一半一半，事實上這樣不對，很多差異性很大專科、偏遠地區等，希望維持106年方案。

主席

這是地區醫院的意見，醫學中心和區域醫院的意見如何？因醫學中心和區域醫院，看起來比較沒有鑑別度，請醫學中心和區域醫院提出意見。另如有申復後同意列入核發品保款者，自一般服務項目預算中支應部分，請醫管組說明。

醫務管理組張專委温温

品保款核發是比較落後，如現在核發105年品保款，有可能核發後發

生申復，因為預算已經用完，所以必須要有另一筆預算支應。這部分只是做預備，依目前申復做法也是這樣，由總額一般預算支應。

黃代表雪玲

建議先保留一部份預算。

醫務管理組張專委溫溫

先保留那筆錢就花不出去，以前就曾經保留5%或10%的預算，反而造成困擾，預算應該要花掉，沒有用完預算還要再分配一次。

黃代表雪玲

不應由總額一般服務項目支應。

主席

品保款不併一般服務項目，直接放到專款，品保款長率是每年總額協商依評核結果，核發時應呼應品質的優劣，要有鑑別度，所以建議醫學中心修正指標獎勵85%提升到90%；區域醫院指標獎勵80%提升到85%，有沒有意見？

邱代表仲慶

醫學中心因為20家都通過，所以沒有意見。

主席

20家都通過，表示沒有鑑別度。

邱代表仲慶

同意提高。

主席

區域醫院指標獎勵從80%提升到85%，可以嗎？區域代表表示同意。

主席

地區醫院指標獎勵由40%提升到45%，地區醫院表示目前已有鑑別度，醫管組有沒有什麼看法？

醫務管理組劉科長林義

議程第96頁，地區醫院分為兩組，診療科別為五科(含)以上且病床數達200床(含)以上(不含急診觀察床、血液透析床、嬰兒床)，是第一組，共39家，拿到基本獎勵款參與學會品質計畫有36家；參與地區醫院品質學分獎勵款37家。第二組347家，總核發342家，其中參與學會215家，地區品質獎勵有191家。

羅代表永達

第一組增加是把成績拉高，但考試標準是一樣，把第二組拉到第一組去競爭，有什麼意義呢？

主席

醫管組有沒有要補充說明？

醫務管理組張專委溫溫

105年核發情形，基本獎勵參與學會品質計畫，第二組347家，核發家數有342家，所以基本獎勵相對容易拿到，另健保會希望指標獎勵占率往前進方向努力，所以建議指標獎勵占率提高。

主席

指標獎勵由原40%提升45%。

羅代表永達

為什麼會有基本獎勵，因地區醫院很多是20床、30床，員工才多少人，要求至少要有36個學分以上且一天不能超過6個學分，課程在臺北，臺中就要坐高鐵或台鐵，這些錢就是補助醫院，希望地區醫院能自我成長、自我學習。中小型50床以下的醫院已經是勉為其難，至少150家~200家間，51~99床大約100家，所以再三強調一定要有基本獎勵，否則醫院就放棄不做了，不做不是消費者代表所期待的，我們有一點點錢，雖然達不到很多高標，但有自我學習的能力，這是我們的期待的。

主席

其他代表還有沒有意見？如果沒有意見本案修正就是醫學中心和區域醫院指標獎勵前進5%、地區醫院維持106年方案，接下來第二案。

討論案第二案:修訂全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案

醫務管理組劉科長林義

請大家翻到第123頁修訂草案，第一點有關滿意度調查部份，建議只留滿意度調查，以後可能改為就醫經驗調查，所以預留彈性。保險對象就醫權益的確保，建議改為保險對象就醫的調查，預留滿意度調查跟就醫經驗調查兩者間的彈性。

另保險人本來是每半年統計分析申訴跟檢舉的變化情形，不過實際在評核會上報告，評核會是每年一次，所以每半年修正為一年；受託單位應於三個月內建立保險對象諮詢，建議時間刪除；分區保險

對象就醫調查，因為預留就醫經驗調查彈性，所以品質滿意意見刪除。

有關獎懲的部份，涉及到品保款的部份，因品保款金額是依評核結果於健保會討論，不是這方案規定，建議刪除，接下來專業醫療服務品質的部份，請醫審組補充。

醫審及藥材組曾專委致富

議程資料第130頁，主要修訂的部分，「門診注射劑使用率」，排除攜回藥注射品項，目前藥品給付規定，有新增項目，所以增補更新。第二個是130頁「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診」，分子、分母人次計算改為人數，另醫院協會意見，106年醫學中心和區域醫院初級照護件數要下降，建議指標值排除兩層級，本項指標重點是上呼吸道感染，7日內再次就診情形，指標目的和初級照護案件管理有差異，且105年全區統計值仍高於參考值，故建議持續監測。第131頁，用藥日數重疊率，降血糖藥物定義ATC前5碼新增A10BJ代碼；第132頁，抗憂鬱症的抗憂鬱症藥物ATC前5碼，「N06A」漏植，補遺修正為「N06AG」。第136頁「急性病床住院案件住院日數超過三十日比率」，醫院建議排除新增呼吸衰竭P28.5；第137頁「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」，醫院建議排除非計畫性再住院案件，增加癌症，我們也請教台灣病歷管理學會疾病分類癌症的ICD-10碼，另排除瓣膜處置換術處置代碼，針對這項指標，醫院協會兩次來文表示意見，第一次是5月5號，表示這項跨院指標管控困難，建議以同院資料為管控指標，本署意見是目前本署建立健保雲端醫療系統有完整病人過去就醫資訊，包括出院病摘及各項就醫紀錄等，醫院掌握病人於自家醫院出院時病況，或於他院就醫的情形應無問題，指標建議還是用跨院指標管理，醫院協會5月24號再次來函，建議非計畫性涉及專業複雜性，且ICD-10編碼仍未周全，建議改成整體性監測，即住院案件出院後十四日以內再住院率，就不排除非計畫性再住院部分，本項建議尊重本次會議決議；第144頁，「剖腹產率初次具適應症」，醫院建議本項指標與其他剖腹產率指標分母定義不同，應予統一，故這次同步修正與其他剖腹產率分母定義一樣；第145頁，「住院案件出院後3日內急診率」，醫院建議新增排除條件，排除來醫院接受抗腫瘤免疫療法。

主席

各位代表對修正草案有沒有意見？

羅代表永達

第一點，第137頁非計畫性住院案件出院後14日內再住院率，病人 A 醫院住完又到另醫院，才能從雲端查詢，但我們不可以拒絕，病人出院後到哪裡住，我們沒辦法掌握，不是像剛剛說明因有雲端醫療系統，所以可以掌握出院病人到哪裡，這有誤會。

第二點，很多安養病人已經慢慢形成人球，因為實施醫院再住院指標，很多病人不會好，像COPD慢性阻塞性肺炎有很多共病，如高血壓、糖尿病，只要有急性發作時，到醫院14天再住院，很多醫院不敢收，安養機構的病人要找醫療機構就醫，所以會再找另外一家醫院住院，這種情況一再發生，所以14日再住院對整體醫療的影響，健保署應要重新評估。現在的醫療生態或社會型態有不同的意義，所以這指標從長計議考量必要，建議是不是暫時確定，或再思考以後再納進去，至於是不是要整體來看，是數目的百分比而已。

主席

大家還有沒有意見？

黃代表雪玲

第139頁，醫院協會建議不分計畫或非計畫，個人建議應以非計畫才列計，這指標以前開始就不分，後來才會演變成今日所見，需將計畫性再入院的個案排除，較能衡量出該指標的實質意義，故建議維持原來，將計畫性再入院的個案排除。

謝代表武吉

第130頁，門診注射劑使用率，有些疾病必要時需要打一針，如跌倒或被狗咬到，注射一支針，這樣要算在門診注射率？如肌腱炎，只打一針0.5c.c.的KENACORT，要不要算注射率？如果只打一針，且沒有拿什麼藥，如果算注射率，對一些地區醫院非常不公平。

吳代表鏘亮

第131頁，用藥日數重疊率部分，建議排除矯正機關收容對象，因矯正機關服務較特殊，門診時間和門診個案都是由矯正機關決定，不是醫院決定，所以開藥部分，我們也不知道下一次開藥是什麼時候。

主席

先請醫審組說明。

醫審及藥材組曾專委玫富

謝代表提到被狗咬注射部分，在議程第162頁已排除條件E外傷緊處

置使用之破傷風類毒素注射劑，另於門診肌腱炎注射部分，應列入門診注射劑使用率計算，如排除太多，本項指標還有什麼意義？如是依規定帶回家注射者可以排除，就不列入該指標統計，但如代表所提是在門診注射，則應要列入計算。至於14日再住院部分，一些計畫性再入院的情形是醫療上需要，如說癌症病人短期內可能會再需要住院，建議修正並繼續控管，這項指標一直都是用跨院在計算及監控，醫院建議增加排除癌症和瓣膜置換術，本署已增列排除。矯正機構用藥都是健保給付的，用藥重不重複是病人用藥安全的問題，不管是矯正機關或非矯正機關的病人都要重視，故建議仍維持納入計算不排除。

吳代表鏘亮

矯正機關門診安排和個案安排都不是醫院決定的，所以醫師到矯正機關裡看診，也沒有辦法決定還有藥不開給你，下次什麼時候開也不知道，所以必須要拿藥，這部分是不是能排除？收容的服務對象及看診安排，醫療機構沒有自主性，不能歸咎於醫院重複開藥。

謝代表武吉

感覺醫審組好像食古不化，剛已經向你們說明了，結果還硬要拗，肌腱炎只注射一支0.5c.c.的KENACORT，沒有拿其他的藥品，還要算注射率，在地區醫院常發生這事情，所以我才很堅持，如果是注射KENACORT併拿止痛劑，要算注射率我認為可以。

主席

請醫審組說明品質確保方案是監測個別醫院或整體？

醫審及藥材組曾專委玫富

整體。

主席

既然是監測整體的，前後標準要一致，以利監測趨勢。部分代表對部分指標有意見，包括注射劑使用率、用藥重疊率排除矯正機關及非計畫性14日內再入院率，指標留著，但請醫審組了解14日內再入院率是哪些狀況，請細部分析；用藥重疊率矯正機關扮演的角色；注射劑使用率，地區醫院扮演的角色及使用量狀況，用數據向各代表說明，日後再看如何修正，各代表還有沒有意見？若無意見下一案。

討論案第三案：增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第六節調劑支付標準案

醫務管理組谷科長祖棣

補充資料第7頁，有關新增藥事服務費05235B「特殊輸注液處方藥事服務費（天）」，本案緣由是醫審組提出的，99年開始醫院有自行調劑，同意比照TPN製劑核價及申報藥事服務費，101年起已收載市售製劑品項，於106年取消類藥品之給付，惟醫審組反映部分醫院因臨床病人特殊需要由醫院自行調劑，建議新增一項支付標準，讓醫院申報TPN藥事服務費，另因調劑方式雖在無菌室下調配但調配沒有TPN處方複雜，因此支付點數參考「放射性藥品處方之藥事服務費（天）」，論日支付225點，並加註1. 非重新組合之TPN混合注射劑僅添加少量微量元素或維生素者得申報本項。2. 須於無菌環境中調配。3. 本項適應症如下：限水病患、透析病患、新生兒及小兒血液腫瘤科病患或其他經專業認定須自行調配特殊輸注液之個案，且無市售品項可供使用。

另配合新增05235B，同時修正05220A「全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費（TPN）」之文字，讓申報一致以避免混淆，加註1. 需為TPN處方，指含有蛋白質、碳水化合物、維他命及微量元素之重新混合注射劑，並於無菌環境中依無菌調配操作標準調配。2. 屬三合一營養注射劑之處方組合品項不得申報本項。因原比照TPN藥事服務費申報（論日支付365點），全年申報件數8.1萬件，改採本案新增之「特殊輸注液處方藥事服務費」（論日支付225點），推估支出減少1,139萬點；另TPN藥事服務費係配合藥品核價方式調整，修訂支付標準備註文字，不影響財務。

主席

補充資料第11頁05220A支付點數365點，加備註文字；另新增05235B「特殊輸注液處方藥事服務費（天）」支付點數225點及備註文字，大家有沒有意見。

王代表春玉

新增05235B備註文字3. 其他經專業認定須自行調配特殊輸注液之個案，請問專業認定如何認定，另附件1公文是106年2月13日發文，說明三提到目前已同意比照TPN製劑申報...，請貴院於受文後二週內回復說明，專案經認定無誤後方得保留，不曉得當初故事是什麼？未來依公文針對過去有使用申報紀錄者，多久內申復？經健保署核准才能使用？以前沒有用過的醫院，未來都不能用了嗎？未來用於特殊病人沒有商業配方KCL要多久前申請？要事前專案嗎？另補充資料

第8頁，本署醫審及藥材組為檢討TPN品項藥價核價作業，擬修正TPN處方組合不須經由本署核算支付價格，後來的故事又是怎樣？以目前的作法是所有TPN處方是事前送健保署，未來TPN處方要如何認定及核定？這部分健保署擬修訂的後來沒有提到是不修訂還是維持現狀，TPN處方要事前核定事先的支付價格，若是今天只討論TPN藥事服務費就沒有問題。

王代表明鉅

補充資料第11頁，05220A寫維他命；05235B寫維生素，建議改成一致維生素。

醫審及藥材組黃專委兆杰

公文提到TPN部分，是因為目前有愈來愈多醫療院所，為了申報TPN調劑費用，向本署申請TPN品項的核價，但是提出的品項大部分是市售三合一製劑再外加少量的微量元素或維他命，這樣的調劑其實不用TPN調劑室調配就可以做了，只為了有TPN品項代碼以便申報TPN調劑費用，所以來申請，這樣的方式會造成困擾。目前並沒有取消TPN品項，只是先從配套措施支付標準先處理，接下來再處理目前已有的品項。

另有關各個藥品的申報，在國外不會另外列TPN的品項，而是以使用什麼藥品，使用多少量來計算，現在部分化療藥品也不是用整支申報，如以1/2支或1/3支申報，以後TPN所需要的用量和品項，傾向以各品項的用量x單價方式計算，這部分可以再研議。

主席

今天是討論藥事服務費和修正備註文字。

王代表春玉

專業認定如何認定？

醫務管理組谷科長祖棣

因考量臨床上可能其他病患會需要，所以該部分建議由專業來認定。

龐代表一鳴

補充說明，先讀一下文字，限水病患、透析病患、新生兒及小兒血液腫瘤科病患，過去如只寫這些項目就是這些才可以申報，考量臨床有狀況，過去寫等字，等字就是由各醫院醫療人員，這不是事前審查，由醫院專業來認定，權力回歸醫療院所。

王代表春玉

我的認知也是這樣，回歸專業，醫師判斷病人需要時就可以使用，後面有事後審查，如有浮濫就可以有核減機制。另有些醫院用三合一市售配方加其他東西來申報TPN，基本上可以核退不予給付就好了！在國外CC數給付，牽涉醫院病人數，用了幾CC，如一天兩位TPN病人，500CC中一天僅用100CC，丟掉400CC誰來付錢？回歸現在管理機制，過去計算過核TPN處方是用CC數計算，醫院是虧本的，所以不鼓勵用TPN。

龐代表一鳴

藥品核銷問題另一場合討論，今天是討論調整藥事服務費。

主席

有關申報量部分請醫審組另找時間討論。另文字修正的部分維他命改為維生素。

黃代表雪玲

建議蛋白質改為胺基酸。

主席

好，如沒有意見的，配合文字修正，另增列05235B 支付標準點數225點。

主席

最後有關報告案第一案歷次會議決定事項辦理情形序號第一項，請醫審組說明醫事司回復的公文。

醫審及藥材組黃專委兆杰

請大家看公文第一點，說明二到數第三行部分，「依此醫療機構自106年起因即應依前開規定，對於所屬醫事人員執行直接接觸病人體液或血液之醫療處置時，全面提供安全針具違者，將得以同法101條罰則論處」，回復的意思就是法規已規定，應要按照這方式處理。第二點，說明三健保署106年第1季安全針具品項清單計106項，納入健保給付項目僅57項，這部分醫事司誤會了，已向該司說明，因為有些是過程面屬於內含品項並非沒有給付，他們把所有品項都灌進來，卻說只有57項給付，這部分我們調查的結果，應該是106項中有61項已納入健保給付，有6項是廠商尚未來建議，另含於醫療服務診療項目共有39項。最後醫事司的意見，「請本署仍宜就公告品項建立合理健保給付品項」，即建議本署調整安全針具支付價，該司並沒有依

本署建議反映予衛生機關，本署已預訂將提9月共擬會議，討論是否提高安全針具支付點數。

主席

後續還有辦理事項，本項持續列管，今日會議到這裡，謝謝大家。