

「醫院總額支付委員會」100年第4次會議紀錄

時間：100年11月17日下午2時

地點：中央健康保險局18樓禮堂

出席委員：

王委員正儀	郭正全(代)	陳委員宗獻	(請假)
朱委員益宏	朱益宏	陳委員明豐	陳瑞瑛(代)
吳委員俊仁	陳建立(代)	陳委員智義	陳智義
吳委員首宝	(請假)	陳委員潤秋	陳潤秋
吳委員志雄	(請假)	黃委員柏熊	(請假)
吳委員鏘亮	吳鏘亮	黃委員偉堯	黃偉堯
周委員思源	周思源	梁委員淑政	梁淑政
林委員芳郁	陳雪芬(代)	廖委員學志	陳志忠(代)
林委員俊龍	(請假)	蔡委員正河	林富滿(代)
邱委員仲慶	邱仲慶	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
洪委員政武	洪政武	蔡委員登順	蔡登順
張委員克士	郭錫欽(代)	劉委員榮宏	劉榮宏
張委員宗泓	(請假)	盧委員世乾	王榮濱(代)
張委員煥禎	劉碧珠(代)	盧委員瑞芬	盧瑞芬
張委員澤芸	張澤芸	蕭委員志文	謝文輝(代)
莊委員維周	(請假)	謝委員天仁	謝天仁
郭委員守仁	陳秀珠(代)	謝委員景祥	謝景祥
郭委員宗正	邱榮章(代)	謝委員武吉	謝武吉
郭委員義松	(請假)	羅委員永達	羅永達
賴委員振榕	賴振榕	蘇委員清泉	蘇清泉

列席單位及人員：

行政院衛生署

全民健康保險醫療費用協定

周雯雯

林宜靜

張櫻淳

委員會			
台灣醫院協會	黃瑞美	林玲珠	王秀貞
	陳雅華	何宛青	董家琪
	陳俞文		
中華民國醫師公會全國聯合會	劉俊宏		
中華民國物理治療師公會全國聯合會	曹昭懿		
中華民國護理師護士公會全國聯合會	曾修儀		
中華民國醫事檢驗師全國聯合會			
本局台北業務組	許寶華		
本局北區業務組	吳科屏		
本局中區業務組	詹玉霞		
本局南區業務組	李建漳		
本局高屏業務組	謝明雪		
本局東區業務組	羅亦珍		
本局醫審及藥材組	陳玉敏		
本局企劃組	(請假)		
本局財務組	(請假)		
本局承保組	(請假)		
本局資訊組	姜義國		
本局醫務管理組	林阿明	李純馥	張溫溫
	王淑華	吳慧玲	歐舒欣
	楊耿如	李健誠	張桂津
	張淑雅	廖子涵	鄭正義

主席：黃召集人三桂

紀錄：劉立麗

壹、主席致詞：(略)。

貳、確認「本會 100 年第 3 次委員會會議」會議紀錄

決定：確定。

## 參、報告事項

### 第一案

報告單位：本局醫務管理組

案由：本會 100 年第 3 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

### 第二案

報告單位：本局醫務管理組

案由：醫院總額支付制度執行概況。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、由於核准醫院病床數量增減之權責單位為本署醫事處，另考量各年度醫院總額預算係於前一年協定，故當年度若因政策改變致大幅增加之病床數(如：醫療區域生活圈之改變…)，如何於醫院總額預算之成長率適度反映，本局會將委員意見反映至費協會。
- 三、有關 33090B「使用低透壓或非離子性含碘對比劑」，請業務單位於 101 年持續追蹤與報告。
- 四、各季醫院總額門住診醫療服務利用情形，與會委員可至本局全球資訊網查詢，如需要書面資料，亦可另洽業務單位提供。

### 第三案

報告單位：本局醫務管理組

案由：100 年第 2 季醫院總額點值結算報告案。

決定：

一、洽悉。

二、醫院總額 100 年第 2 季點值確認如下表，並依全民健康保險法第 50 條規定辦理 100 年第 2 季點值公布、結算事宜。

	點值	台北 分區	北區 分區	中區 分區	南區 分區	高屏 分區	東區 分區	全局
100Q2	浮動點值	0.8600	0.9209	0.9065	0.9182	0.9018	0.9047	0.8870
	平均點值	0.9198	0.9365	0.9397	0.9447	0.9362	0.9347	0.9322

#### 第四案

報告單位：本局醫務管理組

案由：訂定 101 年度醫院總額支付委員會召開會議時程案。

決定：

一、洽悉。

二、本委員會 101 年會議時間，擬訂如下表：

數	1	2	3	4	5
會議 日期	101.02.23 (星期四)	101.05.24 (星期四)	101.08.23 (星期四)	101.11.22 (星期四)	101.12.06 (星期四)
會議 名稱	101 年 第 1 次	101 年 第 2 次	101 年 第 3 次	101 年 第 4 次	101 年 臨時會

#### 第五案

報告單位：本局醫務管理組

案由：101 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配案。

決定：

一、101 年「醫院總額預算四季重分配」之各季預算占率分別為第一季 23.61%、第二季 25.47%、第三季 25.28%、第四季 25.64%。

二、101 年各季預算金額，將俟全民健康保險醫療費用協定委員會公告 101 年醫院總額一般服務預算成長率，再重新計算。

## 肆、討論事項

### 第一案

案由：101 年醫療給付費用一般服務之保障措施案。

結論：101 年醫院總額醫療給付費用一般服務之保障措施項目，除血品處理費外，餘比照 100 年項目辦理。至於，委員建議血品處理費以浮動點值支付，醫院應以浮動點值計算後之金額，核付血液基金會各血品之血液處理費之意見，本局將併陳報衛生署及費協會核備。

### 第二案

案由：建議新增醫療費用支付標準診療項目討論案。

結論：101 年新增診療項目計四項，包括人類組織相容複合物 I 類鏈相關基因 A 抗體篩檢、人類白血球群體反應性抗體百分比篩檢試驗、抗環瓜氨酸肽抗體、高頻胸壁振盪模式呼吸道清潔等四項。

### 第三案

案由：有關十大初級照護疾病與支付標準項目相關性事宜。

結論：有關費協會 174 次委員會交議討論醫學中心、區域醫院如申報十大初級照護疾病，本局應予 5 折支付案，未獲與會代表共識，且本案涉及分級轉診等事宜，建議交於費協會指示本

局成立之分級轉診小組，併案整體研議。

#### 臨時動議

案由：有關「101 年全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」(草案)。

結論：「101 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」，原則比照 100 年辦理，其中巡迴服務次數比照西醫基層，由每週最高 2 次，提高為 3 次；另增列巡迴藥師人力，其支付金額比照護理人員辦理。

陸、檢送與會人員發言摘要，如附件

柒、散會(下午四時十分)。

## 壹、討論事項第一案『101年醫療給付費用一般服務之保障措施案』 與會人員發言摘要

陳委員瑞瑛

門診手術保障一點一元，是否包含麻醉費？

張科長溫溫

門診手術是以案件分類(03)做為條件，故包含麻醉費。

朱委員益宏

101年保障措施，藥事服務費非衛生署之既定政策，也有所爭議，建議不應列入保障措施；牙醫總額亦未對該項進行保障，故建議由本委員會於權責範圍，就是否保障藥事服務費進行討論。

陳委員瑞瑛

我記得以前曾經討論過，如藥事服務費列入保障措施，則醫師診察費是否也列入保障措施！惟並未通過。

謝委員天仁

本案是費協會的權責。

郭委員正全

健保法規定藥費及藥事服務費須予保障。

賴委員振榕

考量醫院藥師被賦予愈來愈多的責任，故建議藥事服務費建議維持100年之規定保障固定點值；惟本人並不反對醫師診察費保障點值，但對於委員提出，現因醫師診察費為浮動點值支付，相對要求藥事服務費不予保障之理由，感到不解。

謝委員文輝

本案是否屬費協會權責？亦或本會可以進行討論？建議先予釐清。

謝委員天仁

費協會是授權各總額部門支付委員會，就方案內容進行討論，並提報費協會核備，而非備查，故費協會委員如有不同決議，是可以否決本會結論。

謝委員武吉

我對於血品處理費列入本項保障措施，還是很有意見。怎麼可以因為某前署長的政策指示就列入呢？我反對本項列入保障措施。

謝委員天仁

本項討論 101 年總額時，即曾向衛生署交換意見。基本上，血液基金會利潤太高了，是會影響醫院總額點值，希望能做適度之檢討；本會如進行討論，未來，可再由費協會進行決定。

主席

對於血品處理費保障一點一元，與會委員仍有疑慮，本局將彙總與會委員建議，函請衛生署及費協會重新考量。

郭委員正全

我認為應該是調降血品處理費的支付點數，而不是討論是否給予保障點值或浮動點值；否則對醫學中心而言，我們對血品需求數量極大，若是支付醫院以浮動點值，但醫院卻須付一點一元給捐血中心，其間之差額，醫院要自行吸收，並不合理。所以，建議調降支付點數較為合理。

陳委員瑞瑛

如果健保支付血品處理費是以浮動點值，醫院付給捐血中心之金額，亦應以浮動點值計算，否則，其間之差額，就是醫院自行吸收，貼錢在做。

謝委員武吉

如果我們不先談血品處理費以浮動點值支付，我相信血液基金會不會同意調降支付點數的；不論採何種作法，血液基金會基於公益性質，是不可以不供應醫院。



主席

建議以本會立場函請衛生署，協調該會調降單價，若無法調降，則建議以浮動點值支付。

蔡組長淑鈴

與會委員對血品處理費的爭議，本局亦曾請衛生署釋示，衛生署業於 100 年 1 月 6 日指示：血品處理費應依據 97 年費協會協定事項，以一點一元核算。

謝委員天仁

費協會沒有協定過本項。

林專門委員阿明

費協會確實曾於 97 年一般服務編列「促進供血機制合理運作」之成長率 0.098%，來反映血品點值需每點一元之預算，而且已列入歷年之基期。

謝委員天仁

可以扣除費用基期，再重新檢討。血液基金會雖號稱「公益基金會」，卻以營利為目的，應該要跟消基會一樣，才比較像公益基金會啊！我建議支委會可以提個方案，提報費協會討論，由費協會決議後送到衛生署處理。

謝委員文輝

我認為可以參考謝委員天仁的建議，血品處理費以調降單價或以浮動點值支付，提報至費協會討論。至於藥事服務費是否保障一點一元，仍有醫界代表持不同看法，建議由醫界內部自行協調後再提討論。

郭委員正全

提報費協會之方案，請務必說明，血品處理費若採浮動點值，則醫院亦須以浮動點值計算後之金額，核付血液基金會。

謝委員天仁

健保支付的藥費中，已含有醫院的藥價差額，為何還要支付藥事服務費？如同工程款如已含設計費，設計費就不應該重複支付！

賴委員振榕

藥事服務費如同醫師診察費，是屬於支付專業醫療服務的部分，與藥費並不相同。此外，現在醫院的藥師被賦予很多的專業項目與責任，若須改採浮動點值支付，則藥師服務費應增列細項，逐一支付，給予藥事人員專業藥事服務若干鼓勵，方為合理。

謝委員天仁

藥事服務費是付給醫院，又不是支付給藥師個人，賴委員所爭為何？

賴委員振榕

我們希望藥事服務費保障固定點值能讓醫院有多補充一點藥師人力的空間。

主席

有關委員建議血品處理費，以調降單價或改採浮動點值支付，(如採浮動點值支付，醫院應以浮動點值計算後之金額，核付血液基金會各血品之血液處理費)的意見，本局將函請衛生署(及所轄血液基金會)及費協會；其餘保障一點 1 元項目，則比照 100 年方案辦理。

## 貳、討論事項第二案『建議新增醫療費用支付標準診療項目討論案』 與會人員發言摘要

### 林委員富滿

議程資料第 75 頁第 5 項的人工電子耳，原耳鼻喉科醫學會提出的支付點數是 65,000 點，健保局建議之支付點數為 20,250 點。本議程說明資料提及健保局函請耳鼻喉科醫學會表示意見，惟迄未見復。但因健保局建議之支付點數 20,250 點不敷成本，另目前該項目特材(約 80 萬)亦尚未納入健保給付範圍，故建議本診療項目暫緩納入新增給付，後續由該會另行與健保局溝通，據了解耳鼻喉科醫學會業已發文說明。

### 陳委員瑞瑛

由於是類患者多屬先天性疾病，因該項目都未納入健保給付範圍，目前都是由病患自行負擔全部費用，而這些病患也是有繳交健保費，對這些患者相對並不公平。

據瞭解，人工電子耳的手術非常精細且耗時頗長，健保局校正人口電子耳手術項目之支付點數，與耳鼻喉科醫學會差異甚大，是否應再重新檢視其合理性。

### 李專門委員純馥

耳鼻喉科醫學會原提供之支付點數，包含一些住院項目(如護理費..)，惟現行支付標準對於各技術費項目係採論量計酬，住院病房費、護理費..等有另外項目支付，故人工電子耳經健保局校正後支付點數為 20,250，僅單純為手術技術費；另耳鼻喉科醫學會建議函文，甫到本局，故未及併同議程提供與會委員參考，未來，健保局也會持續與耳鼻喉科醫學會溝通。

此外，誠如陳委員所提，這些須植入人工電子耳的病患，是全部都要自費的！當然也有部分縣市會補助特材費，但不包括住院的其他費用。因此，如果該項技術費納入支付項目，即使特材未納入健保給付，該類患者就可以不必再自費負擔住院的相關費用(如病房費、護理費、藥費...)，大大減輕病患的財務壓力，這也是內政部身障委員會極度關注本案納入健保給付項目之原因。

陳委員振文

我剛剛也與耳鼻喉科醫學會李理事長聯繫，建議該項暫緩納入。

謝委員武吉

議程資料第 73 頁第 1 項健保局說明「無院所採購該試劑，無採購價格」，如無試劑價格，健保局如何訂定支付點數 2,000 點？第 2 項次及第 3 項次，健保局就醫院提出之試劑價格，如何進行校正及訂定支付點數？至於，第 4 項次建議支付點數為 247 點，比醫師診察費還高，是如何訂價？另第 5 項次，建議尊重專科醫學會之建議，暫緩納入。

李專門委員純馥

我們依照之前本會結論，嘗試向醫院蒐集檢驗項目的試劑價格。支付項目的訂價，是以該項目完整流程中，所使用之相關人力(如醫師或醫檢師之採檢、護理人力、…)時間及成本、儀器設備、不計價之材料或藥品、場地之攤提…等。例如：第 1 項次 2000 點中就包含 800 點之用人成本、第 4 項次每次執行要 30 分鐘且須搭配特殊的儀器。健保局對於新增項目會多方蒐集專家及本會委員之意見，例如第 1 及 2 項次屬於器官移植之檢驗項目，本局即依照謝委員建議，向醫院蒐集試劑價格，雖然醫院回復未採購試劑，惟據瞭解，部分醫院是以研究經費支付。所以，我們還是以醫院提出的成本進行校正

黃委員偉堯

第 4 項次，健保局說明第 4 點提及，係以 47045C 體外引流申報 99 年數量之 30%推估。二者若無法同時使用，應考量替代性之問題，所推估之預算，是否已扣除替代性的部分？其餘項目是否已考量類似問題。

謝委員武吉

第 4 項次，使用機器的支付點數訂的比醫師診察費還高？

主席

第 6 項次不同意增列，第 5 項次依部分與會代表意見，暫緩納入；

其餘第 1-4 項次同意新增支付標準項目。

## 參、討論事項第三案『有關十大初級照護疾病與支付標準項目相關性事宜』與會人員發言摘要

陳委員瑞瑛

醫學中心立場如本案說明第4點。但嚴格來說，我們是不會反對！但是，衛生署應明確定義診斷項目及確實落實執行面之宣導工作。以目前病人多以電話預約的方式，醫師要看診後方能確診，這時才能確定該病患之主診斷，是否屬於初級照護疾病。如果是十大初級照護疾病，健保支付醫院係以5折計算，那另5折之費用，醫院要自行吸收或可向病患收費？除非醫院取消所有預約掛號，不然醫師如何事先知道病患的診斷？醫學中心可以拒看病人嗎？衛生署是否可以保證對病患進行足夠的宣導？不然，造成病患及醫院間莫大的困擾。

另外，醫學中心醫學中心門診病人，90%以上具二個以上診斷之疾病，當多重慢性病患者罹患感冒，是否應列為初級照護疾病？因此，若要推動本方案，操作型定義一定要釐清！而且還要公告十大初級照護診斷範圍，使就醫病患都要清楚瞭解，不然涉及5折支付，將會有很大爭議。

未來，如果醫學中心及區域醫院看診十大初級照護疾病，以5折支付；那麼，我們看診其他較嚴重的疾病，則診察費就應該加倍支付，這才公平！

郭委員正全

本案為費協會陳錦煌委員所提，陳委員今日未參與本會議，不然我們是可以跟委員事前溝通。醫療法規定，不論何種疾病，醫院不得拒絕病人。我們原本制度期待是小病到小診所，大病到醫院，但現在很多病患是因為「症狀」到醫院就醫(如胸痛)，造成症狀的病因可能為小病或大病，惟病患若選擇至大醫院就醫，其部分負擔是較高的，對病患來說已是一種財務上的懲罰。即便目前健保法規定了分級轉診的診度，但以現行病患自由就醫的習慣，要有所限制的話，是有些困難。此外，所有制度應有配套措

施，如果初級照護不能到大醫院看，則大醫院照護其他較嚴重疾病的支付點數(如：診察費…等)就應該要調高；故本案建議向費協會委員充分說明。

#### 羅委員永達

醫學中心代表說明的是很有道理，但若以議程資料第 79 頁各層級平均每件金額，會發現愈往醫學中心，其平均每件金額較其他層級都要高，即同樣十大初級照護疾病，則醫學中心約是地區醫院之 1.96 倍。如果我們站在鼓勵分級醫療的立場，這些比較簡單的十大初級診療，提供積極的配套作業，使簡單疾病的病人回歸地區醫院或基層診所就醫。

#### 陳委員瑞瑛

我要強調的是，目前議程所列的十大診斷，都只是症狀而已。醫院為了確診，往往須要做一些檢驗、檢查...等，故不能單以平均每件金額的多寡，就認為醫學中心對於同一初級照護病患，提供過多的醫療服務。以我個人家屬為例：發高燒數天是先在基層診所診療，被診為感冒，惟因持續發燒只好至醫學中心就診，經過檢驗檢查後，已由感冒變為急性腎盂腎炎。但是，醫學中心未確診前，可能只是流感而已，經過許多檢驗檢查後才能確定診斷，如果醫學中心不處理，未來，可能要花費更多的醫療資源。所以，我認為，真的不能只單純討論平均每件金額，而是要思考醫療服務內容的合理性！如果，我們要討論絕對的數值，就應該排除很多影響及干擾的因素。這件事情的處理，是非常複雜，衛生署及健保局對病人要如何宣導呢？

#### 吳委員俊仁

議程第 80-81 頁所提疾病碼，項次 1-8 看起來是小兒科常見的疾病，但若以層級別收治十大照護疾病之件數或費用之占率，醫學中心其實並不高(約 1-3% 以內)。病患會到醫學中心就診，往往是因為症狀沒有改善、惡化等情形，醫學中心為了要鑑別診斷，必須安排進一步的診療服務，故費用相對較高。此外，病人到醫學中心就診，必須負擔較高的部分負擔，病人往往是因為對其病情

不放心，才會選擇至大醫院就診。如果因為病人的選擇，卻相對處罰大醫院，實在說不過去。

#### 謝委員文輝

這是一個值得討論的議題。陳委員說明的是一個特例，否則全國只要有醫學中心就可以了，若有小醫院看不好的病人，是可以透過轉診機制來處理。目前醫院是有分級的，醫學中心若比照國外病患分級轉診制度，現行可能有 7-8 成的患者必須回歸小醫院及基層診所就診。以健保實施論病例計酬項目為例，該制度實施前，醫學中心做相同案件之醫療費用，較地區醫院高很多，實施後，就與其他層級醫院差異不大，醫療照護也沒什麼差異；但是，我們也不認為是醫學中心的問題，因為病人到該層級就醫，醫院也要把他當成嚴重的病人來鑑別。這樣的就醫模式是不好的，所以，在二代健保法，大家的共識是要做分級醫療，至於分級醫療的效果，由論病例酬制度就可以驗證。因此，我們要更宏觀的來檢討及區分各層級醫院的服務內容及結構資源使用的合理性，而不僅限於十大初級照護疾病。

#### 謝委員天仁

本案跟上次在費協會討論「有關分級醫療的再檢討」，我認為本案是其中的一部分，不適宜分割討論，否則陷入「見樹不見林」的困境，並不是一個妥適的方式。另外，費協會長期以來對分級醫療多有意見，我建議本案併入上週費協會對於「分級醫療轉診」相關檢討項目中，一併討論。

#### 謝委員景祥

我個人在醫院的三個層級都待過，如感冒病患經診斷為肺炎，應該是登載肺炎的診斷，本案應該是單純的初級照護疾病。在醫學中心就診的病患，因為有較便利的儀器設備，使得檢驗、檢查較多且藥費高，所以平均每件較高。我 20 年前在醫學中心，還很年輕，如遇到肩痛的病人，可能會排個較複雜的檢查，但隨著經驗的累積，使用理學檢查就多了，檢驗及檢查相對就比較少。此外，愈小的醫院施行愈昂貴的檢查，被核減的機率就愈大。所以，



即使是小病至醫學中心也常做過度的檢查，這是結構性的問題，也涉及分級醫療制度，我們應該要有結構性的思考與解決。

#### 陳委員雪芬

由數字看來，醫學中心提供十大初級照護疾病之案件及醫療費用占率極低，表示初級照護在醫學中心應該不至於太嚴重。但我們比較在意的是，若委員以這種絕對數值，進而陳述「應不應該」，這就是一件危險的事情；如我們陳委員說明個人家屬的就醫情形，就被認為是個案或特例，但以醫學中心常見的暈眩為例，最後往往是要使用到 MRI 才能確診。或許有人會說，因為到醫學中心才會用到這麼多的資源，可是卻沒想到，病人既然要到醫學中心來就診，其實本來就有很大比例是比較嚴重的，所以，本案不應該只是看數值，而是應該想想這些病人為什麼要到醫學中心看診。畢竟健保開辦也 16 年了，不管病患或醫事人員，對醫療行為都越來越瞭解，因此，醫學中心並不反對進行檢討，但絕不能只檢討表面的數值，而忽略數值本身的內涵，故我建議花較多的時間與精神，來討論資源分配的合理性，較為可行。

#### 朱委員益宏

現在讓病人不去醫學中心就診，確實有其難度，但是同樣的疾病別，於醫學中心花費較高，也是不爭的事實。建議本案列入各分區業務組的專業審查之專案，並依規定核減及回推，且將各分區推動成效列入考核指標。如此，醫學中心自然會調整不適當的看診模式。另外，建議健保局再深入分析平均每件用藥天數、使用昂貴檢查的比例...。總之，要再去分辨是否一個單純的初級照護病人，到大醫院就診會使用較多資源，如有異常狀況，健保局仍須進一步處理。

#### 周委員思源

健保開辦當年，如果實施轉診制度及分級醫療，保大病不保小病，嚴格執行使用者付費，應該會節省醫療資源。所以，本案議題實在是一個大問題，須要以較宏觀的視野和完整配套措施來看待。

陳委員志忠

雖然我們期待要分級醫療，但目前病人是自由就醫，並無限制，所以，醫學中心對於初級照護疾病，會耗用較多的醫療資源，其實應該由專業審查面切入，而不是直接將支付以 5 折計算，較為合理。

羅委員永達

我相信醫學中心都是非常優秀的！醫學中心各醫院間其實是有差異的，涉及醫院的心態及制度面等因素，但是本案宜回歸各層級醫院的角色及擔負之社區責任等來探討。故如朱委員所建議，健保局如要進一步分析，同儕的比較恐較層級別具較大意義。

陳委員秀珠

請問本案十大初級照護的統計，是否以主診斷為主？

張科長溫溫

以主診斷為主。

謝委員武吉

我記得約 5 年前，有某一醫學中心院長跟我說，本院若不看較輕的疾病，就會倒閉。其次，健保未落實健保法第 23 條及二代健保法第 43 條，如同周委員講的，這就是原罪，大陸可以做到，為何台灣做不到！大陸的「綠色通道」還是由台灣做官去教的，本項另人覺得十分羞愧，所以，一定要有所改善。另外，我呼應朱委員的建議，健保應針對十大初級照護病疾組成專案審查，以改善相關情形。

主席

感謝各位委員對本案的意見。依據費協會的指示，本案業已邀集會議進行討論，鑑於與會委員之意見，與分級轉診事宜之討論方向，有其一致性，且本局依費協會指示，將明年 3 月前成立分級轉診小組，故宜併案整體研議，較為妥適。

陳委員瑞瑛

門診使用初級照護疾病碼或診斷碼之適當性，應再於該小組討

論。

主席

是否使用十大初級照護等相關事宜，建議於該小組成立後再一併廣泛討論與考量。

朱委員益宏

我認為費協會所提分級轉診的討論，是另外一件事情。目前局內對本案所能做的，是先就單純的疾病，於不同醫院間醫療利用之差異，是否有醫療浪費之虞！應要求各分區先行審查。

主席

朱委員建議，是健保開辦以來，各分區業務組每日都在做的事情。

## 肆、臨時動議『「101 年全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」(草案)』與會人員發言摘要

主席

各位委員對本方案有何意見。

謝委員天仁

因為本案是 101 年的單一計畫，之前並無草案之提出，故不適以修正草案作為案由，故稱「草案」即可；另本案應為臨時動議案。此外，個人支持醫療資源不足地區之醫師支援或巡迴等改善方案。

主席

醫院各層級代表是否有意見？

郭委員正全

本草案之預算來源為醫院總額部門或其他部門？草案中所列巡迴服務次數比照西醫基層，由每週最高 2 次，提高為 3 次，但不是每週固定 3 次。

張科長溫溫

101 年本草案之預算來源，係醫院總額部門專款預算 5,000 萬元。

賴委員振榕

樂見本草案另增列巡迴藥師人力提升照護品質，其支付金額比照護理人員辦理，當然很好。不過，與藥師法「藥師執業一處為限」，有藥師不得報備支援之規定，因此有無砥觸法條？是否會增加醫院藥師原有人力因調度支援之排擠效應或增聘人員成本？如何解決？

陳委員瑞瑛

藥師法規定藥師是不得支援，除非署裡有專案特別核備。因此醫療資源不足地區增列巡迴藥師人力支援，可能要衛生署專案核備。否則，醫院不可能為此草案另聘專任藥師，而該藥師執業處要登記在那裡？

王科長淑華

本草案係考量既有藥師隨同提供巡迴服務，其相關費用應適當支付。另查新北市對於醫療資源不足地區或偏遠地區，得以支援藥師提供巡迴醫療服務，已有同意之案例。

朱委員益宏

請說明 101 年預算及推估之費用。

醫務管理組

費協會對於本項預算，於 101 年比照 100 年協定為 5,000 萬元，另 100 年第二季支用約 900 萬，推估全年約 3.6 億元。

主席

本案謝謝與會委員及各醫院的協助，照本局草案通過。