

「醫院總額支付委員會」101年第1次會議紀錄

時間：101年02月23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	陳宗獻
朱委員益宏	(請假)	陳委員明豐	(請假)
李委員壽東	李壽東	陳委員智義	黃鈺生(代)
吳委員俊仁	陳建立(代)	陳委員振文	陳振文
吳委員首宝	(請假)	黃委員柏熊	蘇美惠
吳委員志雄	吳志雄	黃委員偉堯	黃偉堯
吳委員鏘亮	郭武憲	梁委員淑政	梁淑政
周委員思源	周思源	廖委員學志	廖學志
林委員芳郁	陳雪芬(代)	楊委員育正	林富滿(代)
林委員俊龍	(請假)	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
邱委員仲慶	鄭煥生	蔡委員登順	(請假)
洪委員政武	洪政武	游委員漢欽	游漢欽
張委員克士	郭錫卿(代)	劉委員景寬	余廣亮
張委員宗泓	(請假)	盧委員世乾	王榮濱(代)
張委員煥禎	陳志忠(代)	盧委員瑞芬	盧瑞芬
張委員澤芸	張澤芸	蕭委員志文	蕭志文
莊委員維周	(請假)	謝委員天仁	(請假)
郭委員守仁	陳秀珠(代)	謝委員景祥	謝景祥
郭委員宗正	郭宗正	謝委員武吉	謝文輝
郭委員義松	(請假)	羅委員永達	林淑霞(代)
賴委員振榕	賴振榕	蘇委員清泉	(請假)

列席單位及人員：

行政院衛生署

周雯雯

全民健康保險醫療費用協定 委員會	林宜靜	張櫻淳	
台灣醫院協會	黃瑞美	王維蓮	何宛青
	陳俞文	黃雪玲	董家琪
	邱聖豪		
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			
中華民國藥師公會全國聯合會	陳合成	陳宛伶	
台灣急診醫學會	蔡維謀		
台灣急診管理學會	陳日昌		
本局台北業務組	吳霓仁	李如芳	許寶華
本局北區業務組	高責莉		
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	王本仁	劉家慧
本局企劃組	劉欣萍		
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	張溫溫	歐舒欣
	楊耿如	李健誠	張桂津
	吳明純	廖子涵	鄭正義
	孫嘉敏		

主席：黃召集人三桂

紀錄：劉立麗

一、主席致詞：(略)。

二、確認「本會 100 年第次委員會議」會議紀錄

決定：確定。

三、報告事項

(一)案由：本會 100 年第 4 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

(二)案由：醫院總額支付制度執行概況。

決定：

1. 洽悉。

2. 另與會委員反映預算不足，導致醫院總額部門之點值較其他總額為低乙事，建議透過費協會之醫界代表，於該會議適時表達與爭取。

(三)案由：100 年第 3 季醫院總額點值結算報告案。

決定：

1. 洽悉。

2. 醫院總額 100 年第 3 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 3 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
100Q3	浮動點值	0.7934	0.8937	0.8940	0.8795	0.9316	0.8619	0.8677
	平均點值	0.8919	0.9326	0.9366	0.9309	0.9557	0.9203	0.9214

(四)案由：101 年醫院醫療給付費用一般服務之保障措施案。

決定：

1. 洽悉。

2. 101 年醫院總額醫療給付費用一般服務之保障措施項目，其中血品處理費比照 100 年辦理，採每點 1 元支付，故全部保障項目同 100 年項目。

(五)案由：101 年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」報告案。

決定：

1. 洽悉。
2. 依本草案原則，101 年共計符合之醫院家數為 33 家(台北 6 家、北區 1 家、中區 10 家、南區 1 家、高屏 11 家及東區 4 家)，與 100 年相同，本局將報請衛生署核備後公告實施。

(六)案由：有關 100 年年初類流感病患遽增，造成醫院及西醫基層兩部門總額點值過度稀釋，公務預算未能補助案。

決定：

1. 洽悉。
2. 100 年類流感病患遽增，醫療費用補貼無法由疾病管制局以公務預算補助。101 年以後將依費協會協定「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費項目之適用範圍與動支程序」之機制處理。

四、討論事項

(一)案由：研訂 101 年「醫院總額品質保證保留款實施方案」(草案)。

結論：本方案(草案)之醫學中心及區域醫院，依台灣醫院協會建議，均沿用 100 年之方案辦理；另地區醫院部分，同意基本獎勵及額外獎勵占率之調整，且額外獎勵須以量化醫療品質指標作為計算依據，前述方案內容，俟台灣社區醫院協會回復後，如相關內容無執行疑義，將依規定陳報行政院衛生署。

(二)案由：研訂 101 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」(草案)。

結論：同意通過 101 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」(草案)，並依程序提報全民健康保險醫療給付協議會議報告。

(三)案由：研訂 101 年「全民健康保險急診品質提升方案」(草案)。

結論：同意通過 101 年「全民健康保險急診品質提升方案」(草案)，並依程序提報全民健康保險醫療給付協議會議報告。

(四)案由：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」(簡稱品保方案)之專業醫療服務品質指標，及 101 年醫院總額醫院別醫療品質資訊公開項目案。

結論：同意依本案之擬辦意見辦理。

1.修正現行品質確保方案之各項專業醫療服務品質指標：

(1).「各區同院所慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」乙項指標，仍繼續保留。

(2).刪除「各區同院所(慢性病床)三十日以上住院率」指標。

(3).「清淨手術抗生素大於等於 3 日以上(含)使用率」指標名稱修正為「清淨手術抗生素大於 3 日以上使用率」(刪除「等於」、「(含)」文字)；相關定義如需再修正，請台灣醫院協會另提供修正意見。

(4).「各區同院所使用 ESWL 人口平均利用人次」指標名稱修正為「各區同院所使用 ESWL 病人平均利用人次」。

(5).其餘品保方案指標仍予保留。

2.新增品質確保方案之專業醫療服務品質指標：

(1).新增「健保申報職災之服務點數比率」乙項指標，惟需洽行政院勞工委員會勞工保險局意見。

(2).新增「子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院

率」、「人工膝關節置換手術置換物感染_深部感染率」、「西醫同院同日重複就診率」、「18歲以下氣喘急診率」、「糖尿病病患糖化血色素（HbA1c）執行率」等5項指標。

3.101年醫院總額院所別醫療品質資訊公開項目：

- (1).刪除「藥袋標示藥品名稱及使用說明」乙項指標。
- (2).新增「西醫同院同日重複就診率」、「AMI案件出院後3日內因主診斷為AMI或相關病情之非計畫性急診返診比率」、「AMI案件出院後14日內因主診斷為AMI或相關病情之非計畫性再住院比率」3項指標。

五、臨時動議

案由：研訂101年「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升方案」（草案）。

結論：同意通過101年「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升方案」；但本方案(草案)因可能超過預算5億元而用到其他預算，將報請費協會討論後，再報行政院衛生署核定。

六、檢送與會人員發言摘要，如附件

七、散會(下午四時十分)。

一、討論事項第一案『研訂 101 年「醫院總額品質保證保留款實施方案」(草案)』與會人員發言摘要

主席

本案是討論 101 年「醫院總額品質保證保留款實施方案」，依據日前召開的會前會醫學中心及區域醫院已有共識沿用 100 年方案內容，地區醫院部分，請該醫院層級代表說明相關意見！

蕭委員志文

本會於數日前之理監事會，已就本案進行討論。由於地區醫院經營屬性差異極大，我們會儘量在二週內提出，並就不同經營屬性適用之指標項目，再來討論。

謝委員文輝

我再補充一下！地區醫院經營屬性差異極大，所以我們可能考慮選取多項指標(如：12 項…)，儘可能涵蓋不同經營屬性的地區醫院，並由醫院選定不同之適用指標(如：RCW 或精神科選定數個指標)，俟本會有結論後，將儘快提供健保局參酌。

主席

依二位委員的說明，本案今日是否無法就方案內容有所結論

謝委員文輝

因為健保局於上週四召開討論會，本會旋即於理監事會上討論，並凝聚會員共識，未來將依健保局會議結論，於二週內提供本會之建議內容。

蔡組長淑鈴

本案係就 101 年「醫院總額品質保證保留款實施方案」進行討論，該案本局業於日前召開會前會，其結論為：醫學中心及區域醫院部分，本局尊重台灣醫院協會建議，沿用 100 年方案內容；至於地區醫院部分，本局亦參採台灣社區醫院協會建議，就基本獎勵之分配占率，由原方案 40%調高至 80%，另就額外獎勵之分配占率，由原方案 60%調降至 20%，且須以量化醫療品質指標作為計

算依據。由於該地區醫院層級分配占率，已獲共識，故未來該會提供分配與指標等操作細節，如無執行面之疑義，本局是否可陳報行政院衛生署？或須俟完整操作內容均確定後，再提本會討論？請各位委員表示意見。

郭委員正全

同意 101 年醫學中心部分，沿用 100 年之方案內容。

吳委員志雄

本案業經會前會討論，醫學中心及區域醫院均沿用 100 年方案，地區醫院分配占率亦經該層級與會代表共識，原則上應無問題。

主席

如果委員沒有意見的話，我們就依擬辦意見辦理。俟台灣社區醫院協會回復後，如相關內容無執行疑義，將依規定陳報行政院衛生署。。

貳、討論事項第二案『研訂 101 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」(草案)』與會人員發言摘要

主席

本草案本局已於 100 年 10 月及 101 年 2 月邀集台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全聯會，召開 2 多次會議進行溝通討論，與會委員如有要徵詢或、說明或表示意見，亦可提出併同討論。

李委員壽東

由於護理人員考取證照之通過率很低，致多數醫院處於請不到護理人員之情況，故護理師護士公會全聯會應留意該情況，並應向相關考試單位建議，其通過率應予提高；另外，護理人員主要從事的是以病人為主的臨床護理工作，不是以文書、研究工作、電腦為主。此外，本草案於會前會討論時，已同意將實習護士納入護理人力的計算，如本方案公告實施後，醫院會儘量配合招聘護理人員。

吳委員志雄

因為我本人是考試院的考試委員，據我瞭解，有連續二年第二次護理人員考取證照的通過率，是在 10% 以下，所以一年若有一萬人報考證照，只有一千多人通過，形同將九千人趕至非護理專業領域，對護理人力的發展，未見有利。雖然我是醫師組的考試委員，我也曾建議護理的命題委員考量試題的難易度，目前考試院應已注意到該等情形，未來可能會有所改善。

另外，本草案已納入護理應屆畢業四年內之實習護士，前述人員在護理工作上，仍須受其他已取得執照護理同仁之指導，間接造成該等護理同仁之壓力，故本草案是否有考量對該等人員之其他配套措施？

謝委員文輝

101 年本方案之預算有 20 億元，其中費協會協定 101 年要增加 3000 名護理人力，惟目前護理界一年約增加 1500 名護理人力，

與費協會協定人數差距甚遠，而且 1500 名是以動態方式進入護理職場，並不是年度開始就到位，通常要等到 7-8 月以後，醫院才招得到新的護理畢業生，故即使已編列 20 億元的預算，以目前草案，逐月計算護理人力之情形，醫院也不見得全數能拿到(我推估約在 3-6 億元間)，似有違費協會編列預算之美意，我建議護理團體應該要重視這件事。

此外，因為 100 年該方案之 10 億元預算，係編列在專款，換句話說，101 年預算編列之 20 億元，係包含 100 年專款 10 億元，再加上 101 年協定增加之 10 億元，故增加之護理人力計算，亦應包含 100 年增加之 1500 名(因為 100 年已聘人力，不可能於 101 年解聘後再重新招聘)，再加上 101 年預計增加之 1500 名人力，二者合計 3000 名，方為合理。因此，目前費協會協定 101 年要增加 3000 名護理人力，如未含括 100 年已增加之護理人力，就是非常是不合理的事。

另外，本草案對於護理應屆畢業四年內之實習護士之定義，建議醫政單位對於護理人力之計算，或可比照該定義，惟醫院在考量護理風險，還是要以有執照者為優先考量。

郭委員宗正

議程資料第 114 頁附件 7-3，對於人力標準計算公式係區分 A、B、C 三類，並給予不同之加成比率，其中 C、B 級，分別給予 6-7% 住院護理費之加成比率，惟 A 級卻給予至 9% 之原因為何？與 C、B 級相較，似有不公平之現象。

吳委員志雄

郭委員的疑義，我跟各位委員補充說明。台灣醫院協會與護理師護士公會全聯會開會時，護理界原建議地區醫院至醫學中心之住院護理費加成為 1:2:3，但本會當時認為醫院三層級間之加成級距過大，建議各層級仍按人力標準區分 A、B、C 大類，三大類間之加成比率差距不宜過大，惟對於 A 類具備較充足護理人員之醫院，給予較高之加成，以為鼓勵。

主席

請問其他委員是否要表示意見？如無意見，謝謝台灣醫院協會與護理師護士公會全聯會的努力，本案依所擬之草案通過。

謝委員文輝

由於本方案的名稱是以「提升護理照護品質」，故對於招聘護理人數較為不足之地區醫院，似應考量納入本方案，給予若干獎勵，讓這些醫院也能有機會做得更好，且考量各層級預算已依費用占率分開計算，故我建議地區醫院部分，在不影響其他二層級之預算下，是否可增訂D級，給予該等醫院適度之獎勵。

張委員澤芸

謝謝費協會、健保局及醫界團體們，自98年以來，對於「護理人力」這項議題的關注與支持，這三年來，護理人力藉由此方案的執行，雖尚未獲得完全的改善，但可以確定的是若無此方案，護理人力短缺的問題，想必將更加嚴重。

對於委員提及是否應將人力列為D級之醫院，亦納入獎勵金分配之列，本會看法是101年之草案係以醫院評鑑條文1.3.7所含之護理人力並依不同等級之醫院設定不同之C、B、A標準，以醫學中心及區域醫院為例，護理人力計算之C級標準，是高於醫院設置標準，但以地區醫院護理人力計算之C級標準，則就是醫院設置標準的規定。換句話說，如某家地區醫院護理人力未達C級者（即列為D級時），意謂該家醫院護理人力配置是不符合醫院設置標準，恐應列入轄區衛生局加強輔導及改善。對於此類人力未符基本設置標準之醫院，如再給予獎勵，恐不合宜。另為考量地區醫院及偏遠醫院護理人員招聘較為不易，本草案中已將此因素納入給予較優厚的獎勵。

另外，藉此機會再澄清另一種疑慮，即於草案制定討論中，也有與會代表提及，未通過醫院評鑑人力要求者，怎麼還可以另給獎勵？由於醫院評鑑是以年的人力資料，作為認定的標準，全年之護理人力，在截長補短下，較易符合標準，但本草案之護理人力計算，採逐月認定，在每月異動頻繁、變動波動大的護理人力上，當採各月獨立判定時，就不一定都會符合C的標準。

主席

請問其他委員是否要表示意見？如無意見，本案就按相關團體協商出來(擬辦意見)之草案通過。

參、討論事項第三案『研訂 101 年「全民健康保險急診品質提升方案」
(草案)』與會人員發言摘要

主席

本草案前已召開多次會議進行討論，今日邀請急診醫學會蔡理事長及急診管理學會陳理事長與會，請問各位委員對本草案是否有意見？

吳委員志雄

台灣醫院協會對於本案已於 101 年 2 月 21 日發函建議，惟未列入本次會議議程之中，是否可以由台灣醫院協會同仁現場分送各委員，併本案討論！

主席

請同仁將台灣醫院協會來函建議分送與會委員。台灣醫院協會該來函主要是建議本案須進一步協商後定案？請台灣醫院協會說明。

吳委員志雄

請秘書長報告！

林秘書長佩菽

有關本次所提提升急診品質方案，台灣醫院協會於 101 年 2 月 16 日召開內部全民健康保險委員會進行討論，並有委員再次提出對於配套方案的建議，對於本草案中之部分措施，因相關配套並未完備，其實無法解決醫學中心急診病人壅塞的問題，且對於鼓勵轉診部份尚有疑慮，故建議本方案是否可以再重新討論。

主席

以議程資料第 149 頁及第 151 頁的會議紀錄來看，100 年 8 月 30 日及 101 年 1 月 31 日，除有多個專業醫療團體(如：急診醫學會、急診管理學會……)與會外；台灣醫院協會也有推派各層級醫院代表參與討論，而 101 年 2 月 21 日台灣醫院協會所發的函

文，并未針對草案內容具體說明窒礙難行之條文或數據，只建議進一步協商，如此一來，日前召開之協商會前會所達成的共識就未具任何意義？

吳委員志雄

健保局召開之會前會，本人曾代表台灣醫院協會與會討論，當日會議亦有所共識；惟本次台灣醫院協會函文之建議，係反映本會會員對於該草案內容之若干疑慮之建議。不過，我認同主席的意見，在會前會協商後，本會再提出重新協商之建議，於時序上未見妥善，我們會將本會意見，再提供台灣醫院協會之會員參考。

主席

台灣醫院協會向為本局極為尊重的協商對口單位，許多會議都會邀請台灣醫院協會參加及表達意見，所以貴會宜儘量凝聚共識，於會議中才能有效討論，否則，會造成會議反覆召開，會前會也就失去討論的意義，健保局向來尊重會前會的結論，如果會後又要求重新協商，將會阻礙會議效率與方案之推動。

陳委員雪芬

應該沒這麼嚴重啦！其實很多方案，我們也都是這樣慢慢討論出來的，這次台灣醫院協會只是表達會員心中的疑慮，因為本草案的鼓勵方式，確實無法解決目前醫學中心急診壅塞的問題，當然，我們也有委員是贊成等實施後，再來檢討與修訂的。

蔡組長淑鈴

這二次的會前會，本人有參與。會中大家對於方案條文，都是經過逐條冗長的討論，並一一徵詢與會代表意見，取得共識後修訂之草案。台灣醫院協會對於草案之重大建議，應可於會前會提出併同討論，當時如未能及時提出，本次會議當可就不合適之條文內容，提出具體建議之修訂方向，較為適當，也有助於雙方聚焦實質討論。此外，本方案為「急診品質提升方案」，著重在急診品質的提升，而紓解醫學中心急診病人壅塞之問題，是需要其他方案互相搭配，多管其下才能處理的。

謝委員文輝

本案是 101 年的方案，目前都已 2 月底了，而且本方案已討論超過半年了，各醫院層級及專家們都參與這個方案的討論，也在想辦法解決急診的相關問題，當然，以專業角度或醫院管理角度來處理這個問題，會呈現不同的切入點，差距很大，要產生共識並不容易，而且馬上又要討論明年的案子，我建議可能只能按今日的草案通過。

但是我要補充說明的是，今日醫學中心急診最大的問題是「爆量」，大醫院急診要提升品質，應把如何減少超量作業列為首要目標，目前大醫院急診已經是忙翻了，本草案對他們來說，是要增加不少行政作業，對急診如何減少病人於事無補。以健保開辦前為例，大醫院並無急診壅塞之問題，是因為基層院所及地區醫院都具備急診的功能。所以，我建議未來應使社區醫院發揮急診功能，讓較不嚴重的 25% 急診病人回歸社區醫院，由社區醫院先行救治，健全前端的急診體系後，才能有效解決大醫院急診壅塞之問題。

郭委員正全

因為本案已討論很長一段時間，建議是可依草案來做做看。目前國內急診最擁擠的數家大醫院中，長庚醫院即有 2 家，在目前醫院總額制度且分區推動醫院目標管理下，醫院對於急診病人態度，是「能推即推」，後線之醫學中心，往往只能照單全收(不能拒收病人)，並非醫學中心想要收治這麼多的病人；本方案對於提升急診品質之規劃內容，醫界並非全部滿意，坦白說，我們也並不滿意，但是總要有一個方法試試看，未來再視執行情形適度修訂。

陳理事長日昌

這個案子，我們與健保局已討論將近一年。我們認為現行給予急診分類之支付點數不足，急診的其他問題已有許多委員分別說明，然急診的問題就是醫院的問題，急診壅塞就是醫院壅塞，建議台灣醫院協會應積極協助醫院解決這個問題。本草案也參酌國

外的作法，以提升急診品質為目標(即 pay for performance)，初步規劃即針對部分急診病人，須依據準則提供進一步的急診措施，惟醫院若要達成前述品質，會增加其醫療成本，所以，合理支付點數的調整，應適度反映醫療品質的提升及成本的增加。另醫院協會建議更廣泛實施，本會立場，是認為在預算有限情形下，初期可就部分基本項目先行辦理，如成效良好，才能再推動其他項目，亦有利來年協商預算之增加。此外，轉診向來是複雜的社會議題，實在難以在本方案中涵括說明，未來，如有可能落實轉診制度的方案，本會亦表認同。本會感謝委員並支持本草案之內容，建議可先實施後，再可視情形適度修訂與調整。

蔡組長淑鈴

本局 101 年召開會前會之草案版本與今日版本唯一不同處，如本案議程說明三.(二)第 148 頁所述，即 101 年 1 月 31 日會前會後，台灣社區醫院協會來文建議，本局又邀集該會洽商討論，增列「地區醫院急診病人增加」之效率指標乙項，對於地區醫申報急診檢傷分類等級，較去年每增加 1 人次，支給 500 點之獎勵，希望地區醫院重建急診機制，收治適當之急診病患，進而紓解大醫院急診壅塞之情形；今年健保許多新方案待執行，包括待會要討論的臨時動議案，都是希望地區醫院能收治適當的急診病人，使這些病人在地醫療，進而減輕大醫院的急診負荷。故本草案增訂地區醫院效率指標是有別於會前會之方案內容，特此說明。

主席

謝謝與會委員的意見，也謝謝急診醫學會等相關專業團體協助擬訂本草案，我們就並依與會委員意見，通過議程資料第 154 頁之全民健康保險急診品質提升方案草案。。

肆、討論事項第四案『修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」(簡稱品保方案)之專業醫療服務品質指標，及 101 年醫院總額醫院別醫療品質資訊公開項目案』與會人員發言摘要

主席

本案是討論 101 年醫院總額支付制度品質確保方案及醫院總額醫院別醫療品質資訊公開項目等指標內容，本局醫審及藥材組已整理出相關意見及擬辦內容，請各位委員表示意見。

郭委員正全

有關醫院總額醫院別醫療品質資訊公開項目，新增「西醫院同院同日重複就診率」，由於大型之綜合醫院設科較為完備，病人當日就診為完全不相關之科別機率相當高(如：眼科及皮膚科)，雖然健保局已推動醫院整合式照護計畫，但是醫院並非所有科別都涵括在內，我想瞭解本項指標對醫院及民眾訂定之意義？

王科長本仁

請委員翻到議程資料第 132 頁，對於「西醫院同院同日重複就診率」之操作型定義，係指同一人於同一天、同一疾病(主診斷前三碼相同)、同一分區且為同一院所，就診 2 次(含)以上者，已相當嚴謹，應無郭委員擔心的問題。

蔡組長淑鈴(代主席)

該項操作型定義，係為同一疾病，應較同一科別更為嚴謹，應無委員擔心的問題。委員是否有其他意見？如無其他意見，本案即依擬辦意見通過。

臨時動議『研訂 101 年「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升方案」(草案)』與會人員發言摘要

主席

本案今早甫由台灣醫院協會於衛生署召開共識會議，本局亦參與討論。由於本日下午召開醫院總額支付委員會，故本局一併提出本方案(草案)進行討論，請各位委員表示意見。

游委員漢欽

謝謝各界對於偏遠地區醫院提升醫療服務之協助，本案業經台灣醫院協會召開會前會進行討論，惟我個人對於議程資料第 4 頁保障措施，其中對於每家醫院點值保障以全年最高 1500 萬元為上限乙事，考慮偏遠地區醫院，因規模較小且申報醫療費用不高之情況下，額外給予點值保障所增加之預算應不多，站在鼓勵偏遠地區醫院之立場，建議應刪除上限額度之限制；另對於評估指標之「受保障醫院提升預防保健服務量，應較 100 年成長 10%」，考量若該區域預防保健已做得很好，其成長率是有限的，故應以覆蓋率計算，而非成長率，建議刪除該項指標；此外，對於民眾滿意度部分，只要整體滿意度提升即可，不須細分至各科別，至於成案數部分，其定義須先予釐清，否則將失去監測效果。以上均建議於草案條文內容，再予修正與釐清。

主席

謝謝竹東榮民醫院游院長詳細的建議內容。請問其他委員是否還有意見？

陳委員雪芬

符合本計畫之醫院，與「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之醫院，兩者擇一保障，不得重複？

謝委員文輝

游委員所提到預防保健成長 10%之問題，如醫院原本執行預防保健項目不多，要成長是非常簡單，但是對於已執行很多預防保健

保健之醫院來說，要成長 10%就不是那麼容易。以慢性病連續處方箋為例，已經做很多的醫院，要成長是不容易的，各分區各醫院差異亦大，故本項其實有點困難，須要健保局再詳細評估及研究可行性。另外，現在消費者意識很高，本方案(草案)對於成案數部分，是否要將申訴案按嚴重程度予以區分？一般較小或不太嚴重的申訴案件不予列入計算。此外，明年度本方案建議不要再以「提升」之名義來做，因為偏遠地區醫院這些醫院要存活且撐撐住現有規模都不容易了，要再經營 24 小時急診及內外婦兒等科別，是更困難且沈重，所以明年建議本案要以「補助現行狀況」為出發點，而非以「提升」醫療服務為目標。

主席

請問委員是否有其他意見？

謝委員文輝

游院長所提的問題，是屬於操作技術面的事情，要請健保局及分區業務組多予考量。

蔡組長淑鈴

游委員建議刪除保障措施上限金額乙事，因考量本方案預算仍屬有限，且本年度欲擴大協助醫療資源不足地區之醫院，若不設上限，則部分大型醫院恐怕會支用較多預算，對於我們想要擴大協助地區醫院之精神，亦可能無法達到，因此設定上限金額，期使更多醫院獲得協助；另本方案與「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之醫院，應擇一保障，故符合二方案之醫院，須自行評估考量及選擇，何種方案對醫院較為有利；此外，本方案係採申請制，故符合醫院資格且承諾提供相關醫療服務，都須事先申請並經本局各分區業務組實地審核，其中若有醫院現行已執行 24 小時急診及內外婦兒等醫療服務者，亦須敘明如何加強現有之醫療服務。

另關於委員對於評估指標之建議，因目前草案規劃之指標，僅做為年度預期效益之評估，並未做為醫院分配預算之依據；而預防保健成長 10%，係以所有受保障醫院整體面作為評估基準，非以個別醫院之成長進行評估；至於滿意度部分，未來是以整體滿意

度為基礎，個別滿意度於問項中才會呈現；成案數之認定，當然是病患申訴案件且查證確為醫院違反相關法規者，方納入計算。本局期待透過本方案之評估指標，未來能向費協會委員說明方案推動之成效，進而爭取來年經費可以持續編列，故本局期待與所有醫院共同努力，以爭取 102 年之預算。

游委員漢欽

謝謝蔡組長之說明，惟我個人還是認為今年既已爭取較多預算，且地區醫院應不致有太大規模，刪除全年最高 1500 萬元為上限，才能達到鼓勵的效果。故之前我也向黃監察委員於新竹地區座談會中建議，提供之誘因愈強，則醫院之動機愈強，離目標達成日則愈短，提供健保局參酌。

蔡組長淑鈴

100 年增進全民健保醫療資源不足地區之醫院點值保障方案，編列預算 2 億元，約有 15 家醫院納入保障；101 年本方案編列預算 5 億元(較 100 年增加 3 億元)，推估符合申請醫院資格者，約 80 餘家，是 100 年醫院家數之四倍，且已訂定上限金額之限制下，推估預算約 8 億元以上，實已超出費協會原協定額度，須報請費協會同意動支其他總額相關項目之預算，故假設如游委員建議取消上限額度，則支出將遠高於 8 億元以上，另鑑於台灣社區醫院協會及黃監察委員，歷來均極為關切地區醫院萎縮情形，因此，我們期待透過本方案之實施，能擴大協助偏遠之地區醫院多數都能受惠，

主席

依與會委員意見，本草案通過，並依規定報請費協會討論。