

「醫院總額支付委員會」101年第3次會議紀錄

時間：101年08月23日下午2時

地點：中央健康保險局18樓禮堂

出席委員：

朱委員益宏	朱益宏	陳委員宗獻	(請假)
李委員壽東	(請假)	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)	陳委員振文	陳振文
吳委員志雄	(請假)	黃委員柏熊	蘇美惠(代)
吳委員鏘亮	吳鏘亮	黃委員偉堯	黃偉堯
周委員思源	(請假)	梁委員淑政	梁淑政
林委員芳郁	陳雪芬(代)	廖委員學志	(請假)
林委員俊龍	(請假)	楊委員育正	林富滿(代)
邱委員仲慶	鄭煥生(代)	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
洪委員政武	洪政武	蔡委員登順	(請假)
翁委員文能	劉炎秋(代)	游委員漢欽	游漢欽
張委員克士	(請假)	劉委員景寬	余廣亮
張委員煥禎	張煥禎	盧委員世乾	王榮濱(代)
張委員澤芸	張澤芸	盧委員瑞芬	盧瑞芬
莊委員維周	(請假)	蕭委員志文	(請假)
郭委員守仁	(請假)	謝委員天仁	謝天仁
郭委員宗正	(請假)	謝委員景祥	謝景祥
郭委員義松	(請假)	謝委員武吉	謝文輝(代)
賴委員振榕	賴振榕	羅委員永達	羅永達
		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 委員會	林宜靜	張櫻淳	
台灣醫院協會	陳俞文	楊智涵	何宛青
	王淑貞	黃盈瑄	董家琪
中華民國醫師公會全國聯合會	劉俊宏	陳哲維	
中華民國物理治療師公會全國 聯合會			
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	林家瑜		
台灣區醫療暨生技器材工業同業 公會	林欣怡		
本局台北業務組	吳霓仁	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	吳錦松		
本局東區業務組			
本局醫審及藥材組	陳玉敏		
本局企劃組	詹孟樵		
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	王淑華
	楊耿如	張益誠	廖子涵
	王金桂	鄭正義	
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 2 次委員會議」會議紀錄

決定：確定。

三、報告事項

(一)案由：本會 101 年第 2 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. 委員建議基層與醫院預算間，應建立風險校正因素，以適時反映二部門之醫療利用消長乙事，因涉及跨部門預算之分配，本局仍須依費協會協定事項辦理。

(三)案由：100 年第 4 季醫院總額點值結算報告案。

決定：

1. 洽悉。
2. 醫院總額 101 年第 1 季點值確認如下表，並依全民健康保險法第 50 條規定辦理 101 年第 1 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
101Q1	浮動點值	0.8305	0.9202	0.8751	0.8875	0.9334	0.9166	0.8806
	平均點值	0.9097	0.9391	0.9255	0.9334	0.9549	0.9432	0.9278

(四)案由：100 年『全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案』結算情形報告案。

決定：

1. 洽悉。
2. 100 年『全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案』

符合本預算分配之醫院及分配金額，須經本局各分區業務組確認後，始辦理撥付事宜。

(五)案由：本局 ICD-10-CM/PCS 國際研討會辦理情形報告。

決定：

1. 洽悉。
2. 請本局業務單位洽請台灣病歷資訊管理學會評估現行疾病分類人員、醫師及相關醫事人員之受訓時數，是否足以訓練嫻熟等實務問題，並應鼓勵醫院管理階層參與，以協助醫院儘早適應相關作業之變更；此外，對於由 ICD-9-CM 轉換至 ICD-10-CM 之對照檔，再到 DRGs 費用校正等問題，十分專業且複雜，應及早因應。

(六)案由：有關 101 年 7 月 1 日(費用年月)起，醫療費用申報格式變更為 XML 檔案格式之申報作業上線情形報告。

決定：

1. 洽悉。
2. 請業務單位再深入瞭解藥師公會全聯會代表反映藥局慢性病連續處方箋調劑申報(XML 檔案格式之原處方醫事機構序號之欄位)之相關問題。

(七)案由：配合二代健保實施，研擬「全民健康保險醫療給付費用總額研商及推動作業要點(草案)」。

決定：

1. 洽悉。
2. 西醫基層總額支付委員代表增加藥品提供者及台灣醫院協會代表各乙名。

四、討論事項

案由：新北市政府衛生局辦理「101 年度新北市偏遠地區巡迴醫療服務計畫」，(以下簡稱新北市巡迴計畫) 建請本局同意支付診察費加成及醫院部分依西醫基層診所收取部分負擔乙案。

結論：有關新北市政府衛生局辦理「101 年度新北市偏遠地區巡迴醫療服務計畫」相關經費由醫缺專案支應乙案，由於 101 年 8 月 22 日召開之西醫基層總額支付委員會第 3 次會議，未獲同意；故本提案予以撤案。

五、臨時動議

案由：研訂 101 年「新增之醫院垂直整合方案」。

結論：有關本會蕭志文等 8 位委員提出研訂 101 年「新增之醫院垂直整合方案」，考量本項預算支用須配合衛生署鼓勵醫學中心認養偏遠地區醫院之政策要求，及健保預算與醫療發展基金不應重複之原則，加上須審慎評估都會區及偏遠地區醫院之差異，故本次提案不通過。

六、檢送與會人員發言摘要，如附件

七、散會(下午四時三十分)。

一、臨時動議『研訂 101 年「新增之醫院垂直整合方案」』與會人員發言摘要

主席

本案是由蕭志文等委員所提出的臨時動議案，請宣讀。

謝委員文輝

衛生署近年來是鼓勵醫院垂直整合，進而發揮上、下游整合之綜效。總額制度下，各層級醫院在經營上都倍感辛苦，健保局對醫療利用的控管也是非常嚴密，不過結果就是如此！目前雖朝論人計酬在試辦，醫院及基層也各自推動門診整合照護計畫，惟均只著重在院內個別範圍內之管理，院外就醫仍無法管理，故仍難達到醫院垂直整合及分級醫療之目的，所以我們不應好高騖遠，應先務實回歸基本面，今年既已與偏遠地區預算分開且獨立編列個別預算，故本項預算就應先著重於建立上、下游醫院合作的關係，鼓勵醫學中心及區域醫院支援地區醫院，方案規劃應以低門檻且所有地區醫院均可參與(含偏遠地區醫院)，並不違背衛生署的加強偏遠地區醫院的政策，且各社區醫院加強服務之後，社區民眾自然不須跨縣市到遠處就醫，他們才會是最大的受益者，對大小醫院的經營也會有所幫助，如此，才有助於未來垂直整合政策及全面論人計酬制度的推動。

所以，健保局於本會上的說明，我認為本預算與偏遠地區之預算既然是分開獨立，就不應侷限於偏遠地區之醫院參加，而應鼓勵醫學中心及區域醫院參與支援所有地區醫院，才能產生質變的現象；此外，支付點數建議每次 4000 點，一年大約 50 診次。由於今年將屆，且申請醫院仍要額外投資設備及金額，才能吸引大醫院的醫師來支援，故會來申請者，應不如外界預期的多，所以今年預算應足以支應，如果不足，就請費協會委員幫忙，是否可以援用政策因素的預算，不然也可以明定至預算支用完畢就不再辦理！

羅委員永達

之前衛生署召開高峰會議時，醫界已有提到目前除了偏遠地區

外，部分非偏遠地區醫院如果倒閉或關門，該地區就會是下一個醫療資源缺乏區。大家都期待地區醫院要承擔部分急診分流的責任，所以地區醫院藉由支援醫師的開診（例：腸胃科醫師做的胃鏡、神經內科醫師對於中風病人的會診、身心科醫師的諮商、新陳代謝科醫師治療糖尿病…等），是可以有效分流大醫院的負荷度，對於社區民眾醫療服務也有很大的提升，並且也促進醫師走入社區；另外，如果一診次 4000 元，以 400 家地區來計算的話，一年大概要 1 億多元，以這樣的錢，創造好的開始並提升醫療品質，應該是值得的，故請各位委員多予支持。

張委員煥禎

委員版的方案，是希望醫學中心及區域醫院支援地區醫院，而健保局說明僅提到醫學中心支援地區醫院，我不清楚是健保局遺漏了，還是未將區域醫院規劃在內！不知道健保局想法如何？

朱委員益宏

目前某些地區最大的醫療提供者就是區域醫院，因此，部分地區醫院當然就要靠區域醫院，所以我支持醫學中心及區域醫院來支援地區醫院。另外，偏遠地區醫療是一個大問題，但是大醫院急診及住院病患過多甚或塞爆的問題，如果不藉由垂直整合來分流都會區醫院病患就醫問題，是無法解決的！而都會區大醫院的病患是不可能被偏遠地區醫院所分流的，而是在大醫院周邊就近的社區醫院來解決。

剛剛羅委員提到的數據（一個月 50 診次，每診次 4000 元，一年 12 個月，全部 372 家的地區醫院都參與），大約一年 8.9 億，如果能達成垂直整合的策略，相對來說，花小錢做大事，應該還是值得。如果健保局考量的是經費有限，則每診次的支付點數可以討論，而參與家數也不可能所有地區醫院都加入，故本提案應該是可行的。

謝委員文輝

我再回應張委員的意見。由於衛生署日前才邀集醫學中心討論支援偏遠醫院之相關事宜，故健保局因而表達要支持署裡的政策，

僅列入醫學中心支援地區醫院的看法。但我之前發言，就已表達二者預算是獨立分開的，而且醫院門診整合照護計畫也是由所有有意願的醫院申請加入，因此，委員提的方案，就是希望所有地區醫院都來參加，才有較好的效果！

此外，就如同朱委員講的，部分地區之區域醫院是最大醫療提供者，所以支援體系，當然要涵蓋醫學中心及區域醫院才合理！至於預算的問題，我們也可以一起到費協會去爭取，來規劃較細緻且明確之分級醫療垂直整合方案，只要花8-9億來做垂直整合，是可以提供醫院在健保體系轉型新的生路，最大受益的還是社區的民眾啊！因此，我建議要低門檻，每診次4000點，一年50診次，預算若真的不足，就支用完畢明年再重新啟動。

陳委員瑞瑛

28日不是要討論這個案子嗎？

蘇委員清泉

我是贊成這個案子。我講一個例子：高雄榮總的小兒心臟科醫師支援東港安泰醫院，每週有一診次，由東港安泰醫院派車載他，診察費約一診次8000元，再加500元誤餐費，做3-6個小兒心臟科檢查，所以醫院要付給醫師的成本是很高的，不過確實可以使東港的心臟病兒的家庭，不用舟車勞頓至高雄就醫，所以是有意義的。現在我們有自己的小兒心臟科醫師，其實成本是更高的；目前我們支援恒春地區醫院，一診次約6000元，所以現在一診次規劃4000元是不夠的，何況是稀有科別的支援，對偏遠地區有極大助益，所以我認為這件事是有意義的！

主席

由於該筆預算是編列在其他部門，其他部門的預算向來係配合衛生署政策辦理；另外，健保局在各相關會議所獲得的訊息，都是優先以偏遠地區醫院為主，故若要支用本預算，健保局應配合署的政策方向來處理！此外，編列之預算經費，均來自於保險對象之保費，由於醫療資源有限應適當且擷節使用。以醫院總額來說，該部門的預算於年度約全數支用，若再加上其他部門的預

算，已遠遠超過當年度總額成長率的上限。而本次社區醫院的提案，其支付合理性仍待加強與說明，例如：都會區及偏遠地區之地區醫院，均支付同一點數是否合理仍待釐清，另醫院家數及診次亦難以推估及掌控，所以方案內容應更務實規劃較為合宜；此外，對於醫學中心支援地區醫院之費用，以健保保費支用而非以醫療發展基金支用之合理性恐有疑慮。前述疑問若無充分論述來支持，即使提到費協會討論，亦難說服付費者代表。雖然我們可以瞭解地區醫院經營的困難，但是在預算有限的情形下，我們還是應配合衛生署政策以醫學中心支援偏遠地區醫院為優先考量。

謝委員天仁

本案健保局及提案委員可能還是要完整地分析利弊得失(含各層級醫院部分負擔的影響)及其效度，以供大家做比較好的判斷。因醫學中心人力也很吃緊，是否有可能向地區醫院挖角，再由醫學中心派至地區醫院支援，反而二邊都支用費用，當然這是一個極端的想法，不過，好的方案就是要多方蒐集及評估分析，才有說服力。我相信醫界提出這個方案，其出發點是希望推動好的分級醫療及轉診制度，但方案內容似未臻成熟(如醫院間醫事人力的合作，為何要由健保費來支應)且其說服力不足，仍有進一步討論的空間。

謝委員文輝

剛剛蘇委員也講過了，目前如果有醫學中心或區域醫院來援地區醫院，其費用是遠大於我們提案的 4000 點，而希望轉型的地區醫院，在做這件事的同時，也要再從口袋拿錢出來，醫院當然可以選擇不做啊！不做的結果就如同蘇委員說的，沒有小兒心臟科醫師，苦的還是當地民眾。

羅委員永達

地區醫院因規模的關係，無法聘用一些特殊科別的醫師。例如：醫院要設置心導管室，才有機會聘到心臟科醫師，所以現在地區醫院心臟科醫師老化後，往往沒有年輕新血加入；泌尿科醫師也是要醫院有震波碎石機，才願意留下來。因此，與醫學中心或區

域醫院合作支援，才有辦法提供特殊科別的服務，現在我們不僅要付給支援醫院及醫師的費用(含所得稅...)。所以，我們現在如果不朝支援的方式，未來，地區醫院面臨醫師老化及科別萎縮的問題會更為嚴重。至於，這種支援的成本究竟應由誰支付？如果不是醫院、健保局負擔，那就是病人自己及整體社會成本來負擔，如果連醫院都負擔不起的時候，最大受害的還是社區民眾。所以，花一點錢，可以節省許多社會成本，應該是一件有意義的事。

洪委員政武，

我覺得主席不太贊成這個提案，其實現在地區醫院已經是自己掏腰包在做了，只是現在建議由健保略為協助，幫助醫院經營而已，已經有很多醫院退出分級審查 A 級方案，傳聞有北區醫學中心要退出醫院總額，因為病人太多了，不知總局這兒要如何處理？所以如果啟動這個方案，也可以加速大醫院病人回流至地區醫院，並無不好。

謝委員景祥

之前委員推估要 8-9 億元，是最高值，實際支用一定不會這麼多，可能一半不到，如果健保局對預算支用有疑慮，每診次支付點數及支援診次等，都是可以商量的。由於地區醫院規模差異極大，對於規模較小的，可能只要一、二位醫師就夠了，不需要每種科別的醫師都去支援；至於較大規模的地區醫院，因科別比較充足，需要的可能只是少數特殊科別。所以，這個方案對於民眾還是有幫助的！

盧委員瑞芬

本案內容看起來是架構在分級醫療之下，但是都會區及非都會區在分級醫療的議題上，是截然二種不同的問題。在都會區民眾就醫是追求名牌，非都會區則是面臨醫療資源不足的問題。聽起來，衛生署針對在醫療資源不足區，由醫學中心支援地區醫院的做法已有定見，因此，這個提案似乎不須在本會繼續討論。另外，因都會區及非都會區在分級醫療架構下，是完全不同的問題，以

相同方案來處理，無法解決相關問題。

主席

我還是要再次強調，健保局應遵衛生署指示辦理，也就是將支援偏遠地區之醫院，列入方案優先考量範圍。請參考健保局今日會上的說明文件，其中健保支應之費用及衛生署醫療發展基金之補助，應以不重複支付為原則。地區醫院先進提出的意見，我個人雖不反對，但對於預算來源由健保支應而不是由醫療發展基金支應可能產生之疑慮，及都會區及偏遠地區醫院應如何區隔其差異，亦待釐清，故本次提案不通過。請提案委員或社區醫院協會一併參採上述意見，強化方案內容與說明，及更為精確之預算金額估列，於日後適當時機再提出更週延務實的計畫方案。