

「醫院總額支付委員會」101年第4次會議紀錄

時間：101年11月22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	謝文輝(代)	陳委員宗獻	(請假)
李委員壽東	(請假)	陳委員明豐	陳瑞瑛(代)
吳委員文正	柯成國(代)	陳委員智義	陳智義
吳委員俊仁	(請假)	陳委員振文	陳振文
吳委員首宝	(請假)	黃委員柏熊	(請假)
吳委員志雄	童瑞龍(代)	黃委員偉堯	黃偉堯
吳委員鏘亮	吳鏘亮	梁委員淑政	梁淑政
周委員思源	(請假)	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	(請假)
邱委員仲慶	邱仲慶	蔡委員登順	蔡登順
洪委員政武	洪政武	游委員漢欽	游漢欽
翁委員文能	郭正全(代)	盧委員世乾	王榮濱(代)
張委員克士	馬漢光(代)	盧委員瑞芬	(請假)
張委員煥禎	陳志忠(代)	蕭委員志文	蕭志文
張委員澤芸	張澤芸	謝委員天仁	(請假)
莊委員維周	(請假)	謝委員景祥	謝景祥
郭委員守仁	郭守仁	謝委員武吉	謝武吉
郭委員宗正	(請假)	羅委員永達	羅永達
郭委員義松	(請假)	蘇委員清泉	扈克勳(代)
賴委員振榕	曾中龍(代)		

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	張櫻淳		
台灣醫院協會	林淑霞 劉碧珠 董家琪	潘延健 王秀貞 黃雪玲	黃瑞美 何宛青
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺		
中華民國物理治療師公會全國 聯合會	曾昭懿		
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	林家瑜		
本局台北業務組	吳霓仁	許寶華	
本局北區業務組	許菁菁		
本局中區業務組	陳雪株		
本局南區業務組	李建漳		
本局高屏業務組	樊淑娥		
本局東區業務組	羅亦珍		
本局醫審及藥材組	陳玉敏	陳琇琴	
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	李純馥 林淑範 楊耿如 鄭正義	張溫溫 劉軒秀 賴宏睿	王淑華 張桂津 王玲玲

主席：蔡召集人魯

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 3 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：洽悉。

(三)案由：二代健保業務宣導簡介。

決定：

1. 洽悉。
2. 有關基層及醫院總額部門於醫療資源不足地區巡迴醫療之是否須同時具專科醫師乙事，請業務單位於規劃相關方案或計畫時予以評估考量。
3. 對於健保法第 62 條修訂院所應於六個月內申報費用，委員建議應對等就追扣補付相關規定予以修訂為六個月，由本局於適當會議另行就執行面進行討論。
4. 院所仍宜以專業角度並顧及病患用藥安全及病情等，來開立慢性病連續處方箋及其後續調劑等事宜。
5. 有關部分負擔之檢討業已全面啟動，相關建議列入未來修訂考量。

(四)案由：101 年第 2 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 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 101 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
101Q2	浮動點值	0.8723	0.9495	0.8876	0.9181	0.9320	0.8673	0.8980
	平均點值	0.9282	0.9508	0.9314	0.9473	0.9537	0.9201	0.9382

(五)案由：有關醫院及基層總額增修訂外、婦、兒科部分診療項目支付標準，並追溯自 101 年 1 月至 9 月之差額費用，由本局統一辦理核算補付之相關點值計算案。

決定：

101 年醫院總額增修訂外、婦、兒科支付標準部分診療項目，並追溯自 101 年 1 月至 9 月之差額費用，由本局統一辦理核算補付併於 101 年第 3 季結算，預訂自 101 年 11 月起陸續進行補付費用作業，並於 101 年 12 月底前完成費用過帳作業。前述補付費用之點值以下列方式辦理：

1. 以每點 1 元補付者：門診手術（案件分類 03 西醫門診手術、C1 論病例計酬）、符合緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診案件（案件分類 02）、住院手術代碼為 80416B 及 80425C 案件。
2. 餘暫以醫院各該區（院所所在地分區點值）最近一季（101 年第 2 季）浮動點值計算補付；並俟 101 年第 3 季結算，以該季各區之浮動點值計算支付金額，並與前述補付金額計算差值，進行院所追扣補付等相關作業事宜。

(六)案由：訂定 102 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商會議」召開會議之時程案。

決定：

1. 洽悉。
2. 會議時程如下

數	1	2	3	4	5
會議日期	102.03.06 (星期三 下午)	102.05.22 (星期三 下午)	102.08.21 (星期三 下午)	102.11.20 (星期三 下午)	102.12.04 (星期三 下午)
會議稱	102年 第1次	102年 第2次	102年 第3次	102年 第4次	102年 臨時會

#### 四、討論事項

(一)案由：101年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施案。

結論：

1. 102年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施，延續101年之項目辦理。
2. 急診檢傷分類第1及第2級案件，因102年費協會未協定該筆預算，暫緩列入，惟尊重各轄區相關會議對於該項之管理決策共識。
3. 另高雄市衛生局若能提供本局高屏區相關經費，由本局高屏業務組考量辦理。

(二)案由：研訂102年「醫院總額品質保證保留款實施方案(草案)」。

結論：對於102年「醫院總額品質保證保留款實施方案(草案)」，與會委員對於新增指標等內容尚無共識，由各層級醫院協會討論評估指標之優先序列(至少10-15項)，並請台灣醫院協會凝聚前述共識，儘速提供建議方案，由本局於年底前召開討論會議，並依規定陳報衛生署核定。

(三)案由：102年度醫院總額一般服務地區預算之R值分配案。

結論：

1. 依全民健康保險醫療費用協定委員會第188次委員會會議第四案就102年度醫院總額一般服務費用案決議，其地區預算門

診 R 值占率先於本委員會討論，由於維持 45%或調增至 46%，未達共識，由本局試算門診 R 值由 45%~46%各分區預算增減金額，提供給醫院各層級代表參考，並提報費協會參辦。

## 2. 模擬門診 R 值占率至 46%之各分區預算增減如下表

分區	101年預算估計值	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率				
		45% (同101年)		46.0%		推估增減金額
		值	成長率	值	成長率	
台北	49,753	52,283	5.09%	52,270	5.06%	-13.26
北區	17,591	18,486	5.09%	18,503	5.18%	16.66
中區	23,932	25,149	5.09%	25,145	5.07%	-3.74
南區	19,146	20,120	5.09%	20,121	5.09%	1.17
高屏	20,182	21,209	5.09%	21,204	5.07%	-4.26
東區	3,413	3,587	5.09%	3,590	5.19%	3.43
全局	134,016	140,834	5.09%	140,834	5.09%	0.00

(四)案由：研訂 102 年「全民健保醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(草案)」

結論：

修訂 102 年「全民健保醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」(如附件)，重點如下：

1. 申請醫院資格：考量部分地區，非急性醫院仍扮演提供部分科別醫療服務之功能，故刪除原計畫「排除非急性醫院不得申請」之規定。
2. 承諾強化醫療服務：設置 24 小時急診者，仍須符合醫療機構設置標準。
3. 保障措施：增訂未設置急診之醫院，為鼓勵提供在地化之內、外、婦、兒科門診服務，給予點值每點一元，惟每家醫院每科全年最高以 100 萬元為上限(依計畫規定，至少 2 科)，結算後如未達前述金額者，則以實際點值每點一元核實支付。

(五)案由：有關修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫支付標準案。

結論：

1. 因應 102 年 1 月 1 日起施行之「醫療機構設置標準」，刪除「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」對於呼吸照護中心（RCC）及呼吸照護病房（RCW）設置基準，回歸「醫療機構設置標準」之規定辦理。
2. 另關於品質監控指標及檢討整體計畫或回歸支付標準，由本局蒐集相關意見後，另行召開會議討論。
3. 至於各分區業務組對於品質監控指標執行情形，由業務單位蒐集後再行討論執行之適當性。

(六)案由：修訂 102 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(草案)」。

結論：

修訂「102 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」，重點如下(詳如附件)：

1. 『施行區域』新增條件：按每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮(區)及依據各縣市衛生局提供之名單，區域由原 35 個變更為 32 個鄉鎮(區)。
2. 新增『巡迴服務相關規定』：
  - (1). 巡迴點執行本方案滿3個月，每診次平均就醫低於3人次(不含)，暫停該巡迴點服務。
  - (2). 101年巡迴點每診次平均就醫人次低於1人次(不含)，102年不得於該巡迴點申請巡迴服務。
3. 102年執行巡迴點每診次平均就醫人次低於5人次(不含)，103年不得於該巡迴點申請巡迴服務。

五、檢送與會人員發言摘要，如附件

六、散會(下午五時二十分)。

## 一、討論事項第一案『101 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施案』與會人員發言摘要

主席

本案說明三關於急診檢傷分類第 1 及第 2 級案件，是否納入保障措施，是今日討論重點。

羅委員永達

費協會對於 102 年醫院總額預算部門，並未協定新增該筆預算，如果通過，是由各分區預算支應，相對壓縮分區預算及點值，建議由各分區自行討論較為適當。

謝委員武吉

我認為高雄市衛生局的建議並不適當，如果個別衛生局或全國性衛生大會就可以干預及破壞預算協定機制，並不可取。

陳委員瑞瑛

高雄市衛生局的建議是只針對高雄市或全國醫院呢？

張科長溫溫

該建議是針對全國醫院，推估增加支出約 5 億多元。

李專門委員純馥

該建議只估算門診急診檢傷分類第 1 及第 2 級之案件，未包含住院，所以低估增加支出之金額。

謝委員文輝

如果有額外挹注之預算或金額，當然非常好，故我建議健保會協定 103 年預算時，可以列入考慮；102 年因未協定額外預算，建議暫不予考慮。

郭委員正全

我的看法跟大家不同，因為保障重症急診病患之案件，可鼓勵醫院比較有動機收治重症急診病患，進而改善現行急診過度集中少部分醫院的情形，長遠來看，對於紓解急診壅塞，會有所幫助；

但考量 102 年未編列該筆預算，若列入該項保障，會有所爭議，故建議健保會於協定 103 年時，必須考量納入。

陳委員瑞瑛

102 年費協會協定五大科支付標準調整之預算，其中有包含急診項目，未來除調整急診診察費之外，或許可以再思考本項與內外婦兒科別調整項目間預算支用之適當性！

謝委員武吉

委員會可以反向要求高雄市衛生局，既然高雄市衛生局可補助民生醫院有 2 億金額，也可對本項意見編列預算。

主席

102 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施，延續 101 年之項目辦理。至於，急診檢傷分類第 1 及第 2 級案件，因 102 年費協會並未協定該筆預算，爰暫緩列入，惟仍尊重各轄區相關會議對於該項之管理決策。另高雄市衛生局若能提供本局高屏區相關經費，本局高屏業務組或可考量辦理。

## 二、討論事項第二案『研訂 102 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：

本案係討論 102 年品質保證保留款之評核指標，請業務單位說明。

張科長溫溫

本方案重點請看議程資料 100 頁，醫學中心及區域醫院之基本獎勵及額外獎勵各為 40%及 60%，其中額外獎勵指標，保留 101 年執行之 8 項指標，建議增列 9 項指標，包含門診指標 4 項(為抗精神分裂症用藥日數重疊率、氣喘急診率及 CT 與 MRI 檢查 30 日內同部位執行率)及住院指 5 項(呼吸器依賴病人連使用呼吸器  $\geq$  64 日期間住 ICU 人數比率及回轉 ICU 人數比率計 2 項及今日補充資料第 13-14 頁之安寧指標 3 項)。

主席：

請大家就張科長報告醫學中心及區域醫院新增指標項目(第 4、5、7、8、10 及 11 項)先行討論完成後，再討論安寧指標項目。

陳委員瑞瑛

第 4-5 項及第 7-8 項似乎比較可行，惟第 10-11 項呼吸器依賴病人的指標，是指病人使用呼吸器超過 64 天下轉至區域醫院或地區醫院之 RCW，又回轉至 ICU 的人數？是同院或跨院都納入計算嗎？若由地區醫院轉至醫學中心 ICU 者，又如何計算？所以似乎以同院所來計算較為公平。

羅委員永達

地區每年談到同一方案，都要再次表達地區醫院差異性極大的問題，所有項目之立足點必須要平等，才能進行比較。不論原有或新增或指標，很多地區醫院因經營型態不同(如：專科醫院..)，無法納入指標計算，故 101 年建議提高基本獎勵占率至 80%，醫院必須接受嚴謹教育訓練且達到一定學分數。但是我覺得今日的方案內容，已經像另一個醫院評鑑，不僅指標愈來愈複雜，還要將額外獎勵占率提高至 40%，造成地區醫院間無法比較的項目會

愈來愈多；綜合醫院或許可能有 10-15 項指標和大家比，但是也有很多醫院是沒有 CT、MRI、安寧…等指標，即便同意增訂，對沒有設置之醫院也沒有助益啊！未比先輸的項目，對這些醫院怎麼會公平呢？除非地區醫院可以完整分類，否則是不可行。此外，還要自額外指標中，只要達成 5 項的規定，調高成 10 項，反而倒著走，實在未考量地區醫院的差異性。總而言之，我實在不瞭解這次地區醫院修訂方向的立意為何？故無贊成的理由。

#### 林委員富滿

100 頁第 3 項清淨手術應該是住院的指標，非門診指標。另對於補充資料「緩和醫療家庭諮詢」指標，**因該項**不能與安寧療護、安寧共照及安寧居家重複，**對已推動安寧療護醫院無法**達到，建議**考量醫院差異性，容醫院有選擇指標之空間。**

#### 童委員瑞龍

對於議程 95 頁說明一，是要將 101 年及 102 年合併預算，按本草案之指標執行？本草案討論之新增指標會溯及至 101 年執行嗎？另本草案建議新增 CT 及 MRI(同院)二項指標，對於重症醫院是一項懲罰，因為重症病人之病情瞬息萬變，部分個案須要一次以上的 MRI 檢查。以國外棒球球員受傷為例，就是須要做 MRI，難道國內不須要嗎？同一部位，就不能因病情變化重複做嗎？本項如列入指標，是違害病人安全！我認為有時費協會的決議是沒有考量到病人安全的。至於，國內安寧都尚未普及，安寧就要納入指標，並不合理，應該要俟執行安寧照護之醫院達到一定比率，再來討論。

#### 張科長溫溫

依費協會 186 次會議決議，102 年本方案之預算是累計 101 年的預算(即 101 年加上 102 年)，與 101 年方案是獨立的，故新增指標是於 102 年執行。

#### 謝委員文輝

剛剛羅委員已經說明地區醫院經營的特殊性，所以 101 年本方案

將地區醫院獨立執行相關預算(與醫學中心及區域醫院分開辦理)，並將基本獎勵預算占率提高至 80%，地區醫院因醫事人數較少，調度醫事人員持續接受教育訓練，對地區醫院來說人力負擔極大，但是我們還是堅持這麼做。102 年建議還是要維持原來的精神，指標可以增加，但要維持原來 5 項即達標的規定。

主席

由於本案是關於品質保證保留款預算之運用，我們請消費者代表說明對本案之看法。

蔡委員登順

童委員對費協會的協定，可能有些誤會！費協會每年辦理評核會，並依各部門年度表現進行評核等第，作為協定本方案預算成長率之依據，是以提升品質為目標，惟並未協定方案之細節內容，故本草案內容之適當性，還是要以本會決議為主。

黃委員偉堯

剛剛蔡委員已經說明費協會的立場，該保留款係指定用途於「品質提升」。至於詳細指標內容，應該是在本會這個平台上，與醫界代表共同討論。費協會並未協定特定指標項目，因此指標項目若是能達到獎勵醫院提升品質之目的，應可符合該保留款之目的。

陳委員雪芬

所以本次新增指標是健保局建議的嗎？這次方案對於各層級醫院(尤其是地區醫院)之額外獎勵指標確實是太多了，其中有些指標也未考量醫院間差異的問題，因此，我建議由台灣醫院協會於年底前就本草案提供可行方案回復健保局。另外，健保局對於本草案指標是否已分析評估其可行性及「正、負向指標」的適當性..等，會影響我們指標的選擇。當然，如果健保局有其他考量或指示，也可以告知台灣醫院協會併同考量與討論。

謝委員武吉

醫院部門可獲得此預算是緣由的，93 年醫院總額專業委託予台

灣醫院協會承作，94 年費協會協定編列品質保證保留款預算，之後台灣醫院協會想承辦但也未承辦，是由健保局辦理，而原本此預算是需為總額承辦單位，是經過爭取才有，因此能有此筆預算還是要感謝費協會委員及健保局。此方案的修訂，令人難以接受，且報告事項時已經提醒健保局應注意地區醫院家數衰退，並儘快推動分級醫療，因此對於本方案基本與額外獎勵，請維持 80:20，不能再調整；此外，非全部地區醫院都有 CT 及 MRI 或辦理安寧療護，以我的醫院為例，要選擇適用的 5 項指標，都會有困難，故建議指標數目回歸原方案內容，勿修訂為 10 項。

#### 童委員瑞龍

健保局的長官實在非常辛苦，要訂定這麼多複雜的規範，所以，我建議為了你們的健康，要訂一些簡單明瞭易操作及配合，並保護病人安全的指標項目，讓費協會委員能清楚醫院執行的 outcome 就可以，不要太複雜。

#### 謝委員景祥

我對於各層級醫院新增安寧的 3 項指標特別有意見。我們是要大力推動安寧照護，但本次安寧學會建議之指標門檻過高且複雜，反而會阻礙醫院安寧照護的推動，以我醫院 RCW 為例，有 90% 以上的病人都簽了 DNR，但是卻受限門檻的規定，無法通過指標。所以指標應該要簡單且減少，建議延用 101 年指標，台灣醫院協會就不須再開會討論。

#### 陳委員振文

本草案之指標是選取變異性較大者？或變異性較小者？

#### 張科長溫溫

本局選取本草案額外獎勵指標之考量重點，主要是在議程資料第 135 頁，就醫院總額品質確保方案指標各醫院間之差異性分析，並以 CV 值大於 50% 以上之指標(變異性較大)，做為優先考量項目，以縮小各醫院間之執行差異。當然，部分委員建議由台灣醫院協會再行討論回復健保局或由本局再召開討論會，惟皆須於年

底前依規定辦理公告後實施。

### 李專門委員純馥

本局在規劃安寧指標時，即已考量非全部醫院執行安寧療護，故未來將新增「緩和醫療家庭諮詢費」，申報該項的醫師並不須經過安寧的訓練，只要是提供重症病患醫療服務之醫師均可申報。本草案「接受安寧緩和醫療之意願」指標，則是就前述案件中，計算完成 DNR 個案數之比率，來提升醫院推動安寧照護的動機。本草案指標是有時序性的，「指標一」係評估有提供安寧照護醫院之推動成效，針對院內未接受安寧照護病患，提供安寧療護諮詢的介入，進而可以瞭解並接受安寧照護。至於參與「跨院際安寧共同照護資源分享」，則是回應社區醫院的訴求，由符合安寧照護格之醫院，跨院支援及分享安寧照護之經驗，擴大推廣效應，回應監察院黃委員對於減少無效醫療的問題。如果委員認為才實施相關安寧措施，並不適合立刻納入指標，適當的推動時機，我們可以再討論。

### 陳委員瑞瑛

剛剛提到「跨院際安寧共同照護資源分享」指標，我以台大金山醫院為例，該院院長專長為創傷外科，向來積極推動病患接受安寧療護，其所救治的重症病患無一人接受 CPR，但受限健保相關方案之規定，既不能申報也不能推動居家安寧；目前國內安寧緩和學會其實相當保守，訂定過高之門檻，導致所有地區醫院都不能申報相關費用，為使醫學中心順利將重症末期的病人，下轉至離家近的社區醫院接受非積極性的照護，故建議應先將所有的門檻(包括設置標準)移除，對社區醫院推廣或執行安寧療護才有正面幫助。

### 謝委員武吉

有關指標設定地區醫院指標，可以考量社區醫院協會辦理之 TCHA 指標，至於，醫學中心及區域醫院指標，也可以考量醫管學會的指標，但是安寧指標實在不宜列入。。

### 羅委員永達

對於「跨院際安寧共同照護資源分享」指標，社區醫院之前也提出過，但被健保局黃局長以預算來源、資源適當性及指標等問題，加以否決，現在又主動提出該項指標，實在讓人錯亂！地區醫院差異性可由議程資料第 135 頁就可以證實，未來如果將 5 項提供至 10 項時，其獎勵會更集中在部分醫院，並不合適。

主席

大家對於本案已充分討論，惟尚無共識，請各層級醫院協會先行討論評估指標之優先序列(至少 10-15 項)，嗣請台灣醫院協會凝聚前述共識，儘速提供建議方案後，由本局於年底前召開討論會議，並依規定陳報衛生署核定。

### 三、討論事項第三案『102 年度醫院總額一般服務地區預算之 R 值分配案。』與會人員發言摘要

主席

本案在費協會曾有充分的討論，對於門診 R 值占率已獲協定共識，依決議由本會再行討論，請張科長說明決議內容。

張科長溫溫

費協會 188 次會議對於醫院總額部門一般服務分區預算之分配方式如下：

醫院總額於扣除品質保證保留款及專款項目預算後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

1. 門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款、專款項目)之預算分配參數：

人口占率之比率，係維持 45%或調增為 46%，請中央健康保險局會同醫院總額相關團體議定後送本會確認。

2. 住診服務(不含品質保證保留款、專款項目)之預算分配參數：人口占率為 40%。

郭委員正全

本案是很多醫界委員關心的議題，我上次在費協會會議上，因代表醫學中心層級，故無法以個人的意見提出數據，惟本會我可以充分表達個人或分區之意見。我受北區醫院所託，醫院總額一般部門分區預算 R 值占率，自 97 年以來就固定迄今，北區 100 年人口占率為 15.33%，但預算分配占率為 13.26%，落差相當大。有人會提到人口結構及費用差距有其它須考量的問題，健保分區預算亦做跨區的校正，分區預算分配是零和遊戲，本來就很困難決定，我原來的想法是至少先增加 10%，但是今天才知道費協會的決議是 45%-46%，不得已只好尊重該會決議。我依據健保局提供資料試算，門診增加 2.5%，約增加 4 千萬，住診約增加 1 億 1 千萬，實在是不多，其他委員是否要推翻費協會的決議呢？

主席

我們聽聽費協會代表的意見。

蔡委員登順

其實本案不論怎麼做都很困難，有利的分區會贊成，不利的分區會反對。所以費協會在討論時，是希望回歸真實面，以錢跟著人走為前提。不過調增 1%就有委員反對，何況增加 10%！此外，我今日也無法代表費協會全部委員，同意這個決定啊！但我個人認為民眾應獲得公平的醫療照護，故我認為應適度反映分區人口的成長，惟考量變動過大，會衝擊醫院之經營，最終還是要回歸醫界的共識。費協會上次已獲致門診 R 值占率為 45-46%之共識，已具啟動宣示的意義，如果還有其他不同建議，亦可於下年度協定時提出。

陳委員文忠

北區面對門診 R 值占率已經多年，大家心裡都清楚全國人民是平等的，不應因其所在地不同，致醫療資源分配有所差異。100 年全國民眾可分配 1 元時，北區民眾只分配約 0.86 元，有他區委員認為北區點值很好，何必再計較呢？但是，很多委員不知道，北區醫院是做了很多努力且不足為外人道，才能穩定點值，我認為北區民眾有相當大的委屈，因為他們付比較貴的錢，卻獲得較低的醫療給付，同樣的疾病，在不同區的醫學中心，就會受到不同待遇，對北區民眾並不公平。

郭委員正全

費協會當天之建議，應該只是鼓勵啟動原先計畫，而不是決議，最後還是要由本會討論。我個人提 10%，雖然不可能達成共識，但我還是要宣示事情的公平性。本次議程資料提到每增加 2.5%，約增加 1.5 億，而 R 值占率多年未調，今年拜託各委員正視這個不合理的問題，R 值占率往上調，不能繼續停滯不前。

謝委員文輝

本案是歷史共業，錢跟著人走的原則是對的，但現行分配公式不

夠精緻，無法真實反映各區的情形，未免造成醫界更大的衝擊，故自 97 年起維持 R 值占率不變。北區人口雖然成長率較高，但年齡結構組成也較年輕，實際醫療利用也較少，分配公式就應考量前述情形給予精緻的校正，在沒有合理的反映前，實不宜往前調整，否則雖然金額不多，但有些分區就會愈來愈慘。所以，費協會也瞭解醫界困難，將占率協定在 45%-46%之間，交由本會討論，有共識就朝 46%前進，沒有共識就維持 45%。

#### 郭委員正全

雖然只有數千萬，但該講的還是要講，該拿的還是要拿。我個人的建議是費協會既然提出 46%(前進 1%)，門診及住診都至少增加 1%。

#### 主席

關於謝委員提到 R 值應考量年齡及醫療費用結構的校正，現行 R 值已有做分年齡層費用的校正，請張科長說明一下。

#### 張科長溫溫

現行 R 值是依據分區人口之性別、年齡層及費用來校正，即同一年齡層提供相同的醫療服務；而 S 值則是各分區醫院總額開辦前一年實際發生之醫療費用占率，是無法真實反映目前醫療利用的狀況。如 R 值往前走，才會像謝委員提到達到該年齡層所須要的醫療服務，所以 R 值比較符合「錢跟著人走」的意涵。

#### 陳委員瑞瑛

本項之公式在鄭守夏擔任費協會主委時，曾經邀集醫界來討論，因為醫院總額非常複雜，尤以住院為最，再加高鐵通車後跨區就醫更為便利，而跨區就點值計算亦未見公平，對部分分區而言，是雙重傷害。另外，以議程統計資料來看，住院 R 值往前一點點，東區就差很多錢，現在東區之地區醫院都關掉了，只有公立及教會醫院留下來，因為 R 值雖區分門、住診，但結算時卻是門、住診一起結算，故東區點值極低。我們是認為這個公式有問題，但到目前都無解，醫師公會全聯會也曾以研究計畫方式進行

探討，也認為有許多問題。不然牙科 R 值已經 100%了，以牙科同質性如此高的門診部門，為何還要拿一筆錢出來重分配，可見門診是有問題的，更何況複雜度更高的醫院住院部門，而台北區因大型醫學中心或區域醫院林立，是收治很多重症或癌症病人，單單癌症化學治療的藥物，就會影響分區點值，因此，住院 R 值如往前走，恐怕住院會因預算不足，造成重症患者…之排擠。未來，我要建議癌症用藥在分區預算分配前就要先扣除，否則，就是長期壓縮手術..等專技術性服務的點值，對台北分區很不公平。因此，何謂公平呢？到底錢是跟「病人」還是「健康人」走呢？所以這個公式是有問題的！公式又不定律，是可以檢討的。如果 R 值走到 100%，除了北區以外，所有醫院都關掉了。

#### 謝委員文輝

門住診合併結算會涉及很多複雜的問題，因此，若不能整體檢討，重新架構更合理的公式，就應維持現況，以免造成醫界更大的問題。

#### 謝委員武吉

朱益宏於費協會當日講 1%是原則，且是先說不要調整，我是委員，我表達反對，我認為本案要和氣生財，即維持現況 45%，或者把數據資料提供給醫院協會，讓醫院協會內部再溝通討論一下。

#### 郭委員正全

我代表北區的權益，對於門診 R 值如果維持不動，就是持續佔北區便宜。我承認公式沒有百分百的完美，今日如果可以小幅度成長，不僅可以維護分區和諧，也可以解決北區的問題。剛剛科長也說明分區預算是依據人口年齡結構校正費用，北區的人口及預算占率間之差異很大，北區為了和氣，已原地踏步很久了。此外，本案有五分區反對，只有一區贊成，是不能採用表決方式，這種情形，難保那一天就翻盤，每個分區都可能碰上，因此，大家要以較宏觀角度來看待這件事情。而且費協會也贊成小幅度往前走一點，我們北區並沒有要求大幅的成長，只是往前宣示性增加

1%，貼近總額預算的精神。

#### 主席

費協會當日對於門診 R 值 45%-46%，確實是希望往前一點點。

#### 洪委員政武

我是北區的一員，今日北區委員很少，有被壓榨的現象。歷來北區於總統、署長、局長巡視本區時，多反映人口與預算差異的問題，但截至目前為止，仍然沒有結果。我們受傷已久，已無法再承擔，因此，我們認為門診 R 值占率應該要往前走。

#### 蔡委員登順

費協會委員已建議要往前調整 1%，我尊重且支持費協會的共識。另外我在 188 次已經表達，東區屬偏遠地區，中、牙醫都可以對東區保障點值，唯獨醫院做不到保障點值，東區民眾在就醫上受到許多不公平的待遇，因此，我建議跨區就醫民眾之點值計算，應採全局平均點值較為合理。

#### 謝委員文輝

費協會並沒有做成決議，才會交由本會討論。所以本項究要維持 45%或往前至 46%，委員意見差異頗大，故我建議交由台灣醫院協會後續討論，俟有一致結論再送交健保局；此外，若每年 R 值持續往前走至 100%，除北區醫院外，其他區醫院都要倒了，建議要謹慎評估。

#### 陳委員瑞瑛

費協會由 45%前進至 46%，如果調整在跨區之平均點值處理，是比較可以接受的。

#### 謝委員武吉

對於跨區醫療服務採行平均點值計算，過去高屏區也曾經提出，當時高屏區點值非常慘烈，但是大家也都不同意，當時造成損傷約 10 億元，若要改以平均點值計算就先請將這損傷的 10 億元補回來，否則就勿改變。

主席

請張科長再宣讀一下當天費協會的決議。

張科長溫溫

口述會議決議(略)，門診 R 值占率由 45%調整至 46%，約略推估約增加 3 千多萬，即介於議程資料所示 45%~47%間之金額範圍，台北及北區差距較大。

主席

因為高層下鄉至北區時，該區醫院強力表達相關訴求，所以這個議題執政團隊都很關切！如果金額不大，對其他分區影響有限，我們是否可以考慮 46%？

謝委員文輝

我們不是在意調整 1%，而是害怕每年調整會成為趨勢，不然大家寫切結書只調整一年，以後不再考慮，如果無法保證，就不要再談了。

梁委員淑政

近年來衛生署都會收到外界對「錢跟著人走」之意見，衛生署也會針對分區預算公式進行檢討。我們考量若門診占率往前至 46%，有助於紓解外界對該議題之集中程度，相對有助於聚焦整體預算公式之檢討。

陳委員雪芬

我們很遺憾醫界每年都要為這個議題傷感情，總額執行這麼久，衛生署早應該就分區預算分配進行檢討，我是不能認同「如果前進至 46%」的妥協，這樣無助於公式的整體檢討。最近衛生署委託醫院進行或徵詢醫界實務看法，如果決策貼近實務面，我們是可以接受！本議題不要在有問題公式計算下，每年 1%或 2%在微幅調整，應該要討論合理的分區預算公式，包含門、住合併結算，產生住院點值低於門診等問題，醫界的問題才能整體解決。否則，台北分區每年都要吐錢給其他分區，根本沒人幫我們主張或解決這些問題，要講到哀怨史，台北區還有很多啦！

主席

本案各委員未能達成共識，本局會將試算門診 R 值由 45%~46% 各分區預算之增減金額，提供給醫院各層級代表參考，並提報費協會參辦。

陳委員智義

因為委員間確實很難達成共識，所以，我贊成主席的結論，先試算往前 1%各分區之影響，再提報費協會協定。

#### 四、討論事項第四案『研訂 102 年「全民健保醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(草案)」』與會人員發言摘要

主席

本案之前已召開討論會，請大家翻到第 146 頁，本次草案依據討論會決議修正伍.一之文字內容，即由原條文「惟申請醫院所在鄉鎮或鄰近鄉鎮已有提供 24 小時急診服務者，得不予提供上述服務」，增加「由保險人各分區業務組實地審查認定」之文字敘述，其餘文字大致與討論會發送資料相同。

委員

通過。

## 五、討論事項第五案『有關修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫支付標準案』與會人員發言摘要

主席

為配合醫療機構設置標準之修正，本案支付標準對於已核准在案及新申請相關病房之醫院，均須依新制「醫療機構設置標準」重新審定。

羅委員永達

我們沒有參與議程第 177 頁該計畫第七次的修訂會議，該次會議增修訂議程第 182 頁之結構指標 2.「照護小組各類照護人員與病患之比例、從事相關工作之資歷」，其中從事相關工作之資歷，因無清楚定義，致各分區對於 RCC 審核該指標之照護人員與病患比例達 50%以上，要求二年以上資歷，甚至是該院二年以上資歷之規定。由於護理人員流動率很高，該計畫將資歷(非資格)納入審核，並不適合。因為我們可以規定要 RT.. 等資格之護理人員，但當要求「資歷」時，很多醫院是達不到的。我詢問過分區，分區表達係依據試辦計畫規定辦理，我建議刪除「從事相關工作之資歷」之文字，或從寬認定。

另對於結果指標之「平均住院日」及「平均呼吸器使用日」二項指標，本人於上週一參加台北醫學大學召開護理品質研討會議，所有學者都詢問 RCW 內監控該二項指標之意義，在場無人能夠回答，故建議刪除該二項指標。

謝委員武吉

有關「(一)結構指標 2. 照護小組各類照護人員與病患之比例、從事相關工作之資歷」資歷兩個字是否先刪除？

李專門委員純馥

這部分是分區品質管控的措施，建議回歸各分區討論。本案修訂

事項，僅配合新制之醫療機構設置標準相關事項，進行修訂。

#### 陳委員瑞瑛

很多醫院並未加入該計畫，但都要比照該。計畫之相關規定辦理，對未加入之醫院並不公平，否則醫院為何不願設置 RCC，即便連衛生署補助 2000 萬，醫院都無意願，顯示該計畫給付並不合理，實施多年，也僅檢討一次，建議刪除該計畫，回歸支付標準整體檢討。

#### 李專門委員純馥

之前檢討是聚焦在支付標準的增修，整體計畫的檢訂修訂確實距今比較久遠，會後除了委員的意見外，我們會再收集醫院協會及醫院各層級之相關意見，評估整體修訂之可行性。

#### 羅委員永達

我很少看到方案內對醫事人員的資格明訂「資歷」，因為資歷是指工作多少時間，涉及不同醫院間之資歷如何計算，至目前為止，根本毫無共識，又列入計畫條文內，各分區於執行上都產生極大爭議。

#### 主席

鑑於醫療機構設置標準已公告修訂，本提案因係配合前述設置標準進行文字修訂，故應予通過；另陳委員及羅委員提到的品質監控指標、檢討整體計畫及回歸支付標準等意見，由本局蒐集相關意見後，另行召開會議討論。至於各分區業務組對於品質監控指標執行情形，由業務單位蒐集後再行討論執行之適當性。

## 六、討論事項第六案『修訂 102 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(草案)」』與會人員發言摘要

張科長溫溫

因為時間有限，提案內容就不再逐字敘述，簡單報告本案修訂重點，請翻開補充資料第 14 頁。

王科長淑華

本次修訂重點在 19 頁，健保支付巡迴之相關醫事人力費用一次合計約 7000-8000 元，目前巡迴在 1 個人次以下者有六個點，代表有醫師巡迴但無病人，仍領 8000 元，考慮效率層面，巡迴團隊須更換看診地點；醫院總額部門執行之 32 個鄉鎮(補充資料第 29 頁)選取方式，是以醫人比 2600 人以上之鄉鎮視為醫療資源不足地區，醫人比在 2600 人以下者，由衛生局或本局分區業務組予以認定；另議程資料第 30 頁，原以總時數做為計算基準，因為計算不易，修訂為 3000 診次；另議程資料第 31 頁，對於違規院所，原規定扣減十倍不能參加，放寬至只有停約以上者，不能參加；另原巡迴不得跨分區業務組支援，修訂該分區業務組至 102 年 6 月後，如無該分區業務組之醫院支援，則放寬至他區得以跨區支援；另議程資料第 31 頁，對於巡迴團隊執行 3 個月後，如巡迴點就醫人次低於 3 人以下者，並提改善計畫(如換地點或換時間...)。另巡迴團隊之藥師，屬於醫院作業之延伸，是向健保局報備，不須向衛生局報備。議程資料第 39 頁，關於慢箋申報之規定。議程資料第 40 頁，配合 XML 做修正。其餘則為文字修訂。

謝委員武吉

醫院與西醫基層巡迴醫師人員有一致嗎？！醫院巡迴醫事人員要明訂專科醫師嗎？

主席

同意本修訂案；另謝委員提到之問題，請業務單位檢視現行醫院承作巡迴醫療之醫師專科別情形。