

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

102 年第 1 次會議紀錄

時間：102 年 3 月 6 日下午 2 時

地點：中央健康保險局 18 樓禮堂

出席代表：

吳代表玉琴	吳玉琴	童代表瑞龍	童瑞龍
鍾代表美娟	鍾美娟	陳代表明豐	黃雪玲代
吳代表志雄	陳振文代	林代表芳郁	陳雪芬代
孫代表光煥	孫光煥	楊代表育正	請假
謝代表文輝	謝文輝	翁代表文能	郭正全代
黃代表遵誠	黃遵誠	郭代表守仁	郭守仁
朱代表益宏	請假	邱代表仲慶	邱仲慶
游代表漢欽	游漢欽	賴代表文德	陳建立代
洪代表政武	洪政武	高代表瑞和	高瑞和
張代表克士	張克士	賴代表振榕	賴振榕
羅代表永達	羅永達	郭代表義松	洪盛隆代
謝代表景祥	謝景祥	陳代表威仁	陳威仁
蕭代表志文	請假	楊代表麗珠	楊麗珠
謝代表武吉	謝武吉	張代表孟源	張孟源
趙代表有誠	趙有誠	陳代表宗獻	陳宗獻
張代表煥禎	張煥禎	蔡代表魯	蔡魯
周代表思源	周思源	蔡代表淑鈴	請假
吳代表文正	吳文正	梁代表淑政	梁淑政
陳代表誠仁	陳誠仁	謝代表天仁	謝天仁
蘇代表清泉	蘇清泉	盧代表瑞芬	盧瑞芬
吳代表鏘亮	吳鏘亮	黃代表立民	黃立民

列席單位及人員：

行政院衛生署
全民健康保險會
台灣醫院協會

周雯雯
林宜靜
王秀貞
楊智涵
張櫻淳
嚴玉華
林佩菽

中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺		
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	王榮濱		
中華民國藥師公會全國聯合會	林家瑜		
本局台北業務組	許寶華		
本局北區業務組	林麗雪		
本局中區業務組	李哲瑋		
本局南區業務組	李建漳		
本局高屏業務組	林立人	許碧升	
本局東區業務組	羅亦珍		
本局醫審及藥材組	曾玫富		
本局企劃組	詹孟樵		
本局資訊組	姜義國		
本局醫務管理組	林阿明	張溫溫	林寶鳳
	林淑範	劉軒秀	楊耿如
	王金桂	廖子涵	張淑雅
	洪于淇	劉立麗	歐舒欣
	鄭正義		

主席：蔡召集人魯

紀錄：張桂津

一、主席致詞：(略)。

二、確認「本會 101 年第 4 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 4 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

(二)案由：醫院總額執行概況報告。

決定：

1. 下次會議請健保局報告近三年醫院總額協商項目「新醫療科技(包含藥品、特材、新增項目等)之成長率與實際支用情形。
2. 餘洽悉。

(三)案由：101 年第 3 季醫院總額點值結算報告案。

決定：

	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
101Q3	浮動點值	0.8548	0.8849	0.8839	0.8937	0.9168	0.8497	0.8850
	平均點值	0.9217	0.9285	0.9316	0.9377	0.9467	0.9137	0.9303

1. 洽悉。
2. 醫院總額 101 年第 3 季點值確認如下表，並依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

(四)案由：102 年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」報告。

決定：依各分區所提 102 年偏遠地區認定原則與醫院名單，報請衛生署核備後公告實施，內容詳附件 1。

(五)案由：102 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配。

決定：

1. 102 年「支付標準調整」成長率 1.566%，預算 50.5 億元，未實施公告之季別，各該季預算先行保留至本年度實施之季別。
2. 102 年醫院總額一般服務部門預算重分配，經考量 102 年各季假日、非假日日數調整日產能後之新占率計算，102 年調整後之各季預算新占率為第一季 23.63%、第二季 25.47%、第三季 25.27%、第四季 25.63%。

(六) 案由：102 年醫院醫療給付費用總額地區預算分配及點值結算方式報告。

決定：洽悉。

四、討論事項

(一) 案由：102 年度受刑人之門診透析服務，每點支付金額。

結論：受刑人使用門診透析服務，由提供服務之部門別專款優先支應，每點支付金額以兩部門透析合併獨立預算之前一季點值支付。

(二) 案由：有關 102 年醫院總額血友病及罕見疾病專款，擬增加類血友病藥費。

結論：因涉及專款支用之範圍，將提至「全民健康保險會」報告，依健保會決議辦理。

五、臨時提案

案由：修訂有關 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」申請規範。

結論：修訂 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」申請規範，不限定要求每一個案諮詢時間至少 1 小時乙節，將由健保局洽詢相關學會與學者專家意見後，再提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。

六、檢送與會人員發言摘要，如附件 2。

七、散會(下午 3 時 50 分)。

一、討論事項第一案「102 年度受刑人之門診透析服務，每點支付金額案」與會人員發言摘要

主席

本案為「102 年度受刑人之門診透析服務，每點支付金額」討論案，針對健保局所提，每點支付金額以兩部門透析合併獨立預算之前一季點值支付，請各位代表表達意見。若無意見，本案依健保局意見通過。

二、討論事項第二案「102 年醫院總額血友病及罕見疾病專款，擬增加類血友病藥費」與會人員發言摘要

主席

本案為「102 年醫院總額血友病及罕見疾病專款，擬增加類血友病藥費」，請各位代表表達意見進行討論。

黃代表雪玲(陳代表明豐代理人)

1. 醫學中心台大代表說明，286.4(類血友病)患者之藥費，目前未納入專款範圍內，由一般服務總額預算支應，分區業務組多採立意抽審逐案審查，而這類的病人，一般醫院多不看，多到大醫院就醫，因此每個月醫師要花很多時間寫申復爭議，增加業務負擔，因此，請各位代表支持本案。
2. DRG 會排除血友病與罕見疾病，請問 286.4(類血友病)是否也可以排除？

郭代表守仁

類血友病的病人數不多，為照顧弱勢團體，同意通過本案。

主席

請付費者代表或學者專家提供意見。

謝代表天仁

針對調整部分，請做進一步補充說明。

張科長溫溫

目前血友病藥費為專款支應，類血友病藥費則由一般服務預算支應，因此分區在進行總額預算管控時，若金額過高，可能比較容易被抽審或核刪，而必須寫很多申復爭議。依本局分析，屬類血友病者約有 40 多人，其使用之藥品亦為血友病用藥，可考量納入專款支用範圍。

主席

請各位代表參考說明三，類血友病主或次診斷為 286.4，非屬重大傷病卡定義先天性血友病之範圍目前由一般服務預算支應，採事前審查的方式申請。

謝代表天仁

所協定專款範圍只限定血友病來支用，類血友病不是血友病，原本由一般服務預算支應，若要調整專款的適用範圍，應非本研商會議可以決定，建議報全民健康保險會通過再議。

郭代表守仁

依台灣血栓暨止血學會函說明四，類血友病屬先天性疾病且許多疾病特性跟血友病非常接近，使用 Haemateo P 等製劑，費用昂貴，而且它的治療與血友病的治療是一致的，研議血友病時未將此類病人納入，考量此類病人不多，且多由大醫院收治，建議此類弱勢邊緣病人應納入專款支應範圍，較符合社會公平原則。

主席

請問其他代表還有沒有意見？如果沒有，本案涉及專款支應範圍，依謝代表意見，由本局提報全民健康保險會通過後，再據以辦理。

三、臨時提案『修訂有關 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」申請規範』 與會人員發言摘要

主席

1. 本案為謝代表景祥所提臨時提案修訂有關 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」申請規範，依會議規定，須經出席代表附議或連署，於會議討論事項研議完竣，始得提出討論。請問各代表是否有附議者？有代表附議，請進行討論。
2. 請謝代表(景祥)補充說明。

謝代表景祥

推動 DNR，是目前衛生署的重點政策，對臨終家屬的關懷與節省健保支出，都有重要的意義。本院從 3 年前即積極推動安寧療護，針對長期接受呼吸治療、長期安養且有認知不清、長期臥床的病人，在住院第一天即主動去瞭解。依我們的經驗，進行緩和醫療家庭諮詢，如果長期臥床又意識不清的，經過幾次溝通，諮詢時間是不用到 1 小時的；如果是臨時意識改變的，當然要花比較多的時間，但是也不是一次 1 個小時就可以完成，而是要多次去溝通與諮詢。因此，重點應該是完成溝通與諮詢，而不是 1 個小時的規定，建議修訂。

主席

本案為修訂 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」支付標準之文字，依規定，支付標準之修訂需提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」(以下稱給付會議)討論通過後，才能公告實施。請業務單位說明。

林視察淑範

1. 「緩和醫療家庭諮詢」，主要是提供病人與家屬，進一步瞭解疾病現況、疾病後續發展、緩和醫療的相關資源與協助，簽 DNR 只是結果之一，當初在給付協議會議討論時，專家學者認為緩和醫療家庭諮詢應有足夠的時間，原規定為 2 小時，後來決議至少為 1 小時，且為累計而不是單次。

2. 有關修訂 1 小時乙節，本局擬洽詢相關學會與學者專家意見後，再提至「給付會議」討論。

謝代表天仁

同意主席意見，有關支付標準之修訂，不宜於本總額研商會議中討論，應於「給付會議」討論為宜。

羅代表永達

1. 依之前之慣例，針對支付標準修訂，若本研商會議有共識，亦可以本會議決議提「給付會議」。
2. 同意謝景祥代表意見，做為第一線醫護人員，有些經驗不是學者專家可以瞭解的，有時諮詢時間不用到 1 小時，家屬就同意 DNR，未來是否可以考慮若未達 1 小時，讓家屬簽切結書也可以？
3. 大家就是希望可以守法，才提出修訂，希望規定可以與實際情形相符。

吳代表玉琴

依醫師的角度，好像很快就可以簽 DNR，但是諮詢是為了讓病人及家屬瞭解疾病現況、疾病後續發展與社會福利資源，所以是需要社工師或心理師一起來幫忙，應該不是只有醫師的角色，所以應該不是只有 1 小時而已，該應將心比心，站在家屬的立場，要簽訂 DNR 內心會很掙扎，多給家屬一點思考的時間，及陪伴家屬的時間，我不同意只以 DNR 當成一個結果。

張代表煥禎

諮詢 1 個小時可能不夠，但不是絕對不夠，時間不是重點，諮詢內容才是重點。

謝代表文輝

1. 民眾對緩和醫療愈有概念，諮詢時間就會比較少，因此，時

間不是重點，諮詢的項目和內容才是重點，規定的項目和內容院所都有達成，這才是重點。

2. 建議本案依規定，提到「給付會議」討論。

主席

1. 修訂 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」申請規範，不限定要求每一個案諮詢時間至少 1 小時乙節，將由健保局洽詢相關學會與學者專家意見後，再提至「給付會議」討論。
2. 本會代表之寶貴意見，一併納入本局研擬參考。

盧代表瑞芬

討論案第二案與臨時提案，似乎非本會權責，本會之決議是否有其效力？若無效力，非本會權責可決之提案不宜提至本會討論。

主席

本會代表交換之意見，可提供提案至相關會議討論。

謝代表武吉

上次討論此案時已經聽過許多意見，究竟是要哪些師來說明比較好?!我認為應由牧師或者和尚、尼姑或師父比較好，否則每個團體都只為自身的醫事團體爭權利，而各個專業人員角度不同，做法也不同，我認為如要向病患說明醫療的決定，應該還是由醫師來做，是較合適的，否則現在已經沒有教宗，不該以個別醫事團體因於爭取工作權限而認定。

主席

若無其他提案，本次會議結束，謝謝大家。