

「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 3 次會議紀錄

時間：102 年 8 月 28 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：蔡副署長魯

紀錄：張桂津

出席代表：

吳代表玉琴	吳玉琴	童代表瑞龍	童瑞龍
陳代表幸敏	陳幸敏	陳代表明豐	黃雪玲代
吳代表志雄	陳瑞瑛代	林代表芳郁	陳雪芬代
孫代表光煥	林聖捷代	楊代表育正	林富滿代
謝代表文輝	請假	翁代表文能	潘延健代
黃代表遵誠	吳明彥代	郭代表守仁	莊春珍代
朱代表益宏	朱益宏	邱代表仲慶	鄭煥生代
游代表漢欽	請假	賴代表文德	陳建立代
洪代表政武	請假	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	郭義松
謝代表景祥	謝景祥	陳代表威仁	蘇美惠代
蕭代表志文	請假	張代表澤芸	張澤芸
謝代表武吉	謝武吉	蔡代表明忠	請假
趙代表有誠	黃瑞美代	陳代表宗獻	請假
張代表煥禎	黃東波代	蔡代表魯	蔡魯
周代表思源	李佳珂代	蔡代表淑鈴	請假
吳代表文正	請假	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	請假	盧代表瑞芬	盧瑞芬
吳代表鏘亮	葉憶萱	黃代表立民	請假

列席單位及人員：

衛生福利部

衛生福利部全民健康保險會

台灣醫院協會

周雯雯

張櫻淳

何宛青

吳心華

林佩菽

	楊智涵	陳俞文	王秀貞
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	梁淑媛	
中華民國物理治療師全國聯合會	請假		
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	吳進興	郭明坤	范紀鎮
中華民國藥師公會全國聯合會	請假		
台灣移植醫學學會	李明哲		
中華民國免疫學會	請假		
本署台北業務組	李如芳	許寶華	
本署北區業務組	許菁菁		
本署中區業務組	陳雪姝		
本署南區業務組	李建漳		
本署高屏業務組	許碧升		
本署東區業務組	李名玉		
本署醫審及藥材組	陳尚斌	蔡佳倫	
本署企劃組	詹孟樵		
本署資訊組	姜義國		
本署醫務管理組	林阿明	李純馥	張溫溫
	林淑範	甯素珠	李健誠
	廖子涵	歐舒欣	洪于淇
	張淑雅	鄭正義	

一、主席致詞：(略)。

二、確認「本會 102 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 102 年第 2 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

(二)案由：醫院總額執行概況報告。

決定：

1. 安全針具部分，衛生福利部已在研討中，俟部最後的政策出來再議；藥費部分，請醫審及藥材組於「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」時另案討論。
2. 餘洽悉。

(三)案由：102 年第 1 季醫院總額點值結算報告案。

決定：醫院總額 102 年第 1 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。

年季	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
102Q1	浮動點值	0.8396	0.9312	0.8865	0.8620	0.9302	0.8566	0.8782
	平均點值	0.9134	0.9452	0.9327	0.9230	0.9531	0.9158	0.9286

(四)案由：提高本署全球資訊網「看診時段」資訊正確性報告案。

決定：洽悉。

(五)案由：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標報告案。

決定：原則配合衛生福利部公告項目與內容，惟新增、刪除指標與參考值範圍部分，請台灣醫院協會帶回研議，於 1 個月內提供修訂意見後再議；另開藥品項超過即抽審部分，會再請醫審及藥材組提醒各分區業務組妥善處理。

(六)案由：102年1月~5月全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「身體約束之護理監測照護費」醫療費用申報情形報告案

決定：洽悉。

#### 四、討論事項

(一)案由：修訂「102年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」之額外獎勵指標「各區同院所門診同一處方使用2種以上制酸劑比率」指標定義案。

結論：

1. 原列「醫令代碼為A001046100及A023521100：適應症為『軟便』」不列入指標計算，修正為「排除ATC 7碼為A02AA02（成分Magnesium oxide，MgO）」不列入指標計算。
2. 本指標(代碼1148.01)修訂後，102年目標值更改如下：
  - (1). 醫學中心：原0.99% 修改為0.174%。
  - (2). 區域醫院：原1.45% 修改為0.638%。
  - (3). 地區醫院：原2.22% 修改為1.655%。

(二)案由：同意器官移植後病人於門住診使用非屬專款支應之免疫球蛋白藥費，由一般服務移撥至「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款案。

結論：同意肝臟移植病人之術後使用之免疫球蛋白藥費，納入專款支應，其他移植病人若使用免疫球蛋白用藥，則於一般服務支應，相關預算併103年總額協商。102年預算則不移列。

(三)案由：「醫院總額研商議事會議」之代表員額，增加「中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會」代表乙名案。

結論：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」，將「中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會」納入員額。

(四)案由：修訂103年度「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)」案。

結論：103年「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」一致性原則之「偏遠地區」定義，改採本署102年公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」。

五、與會人員發言摘要，如附件2。

六、散會(下午4時50分)。

## 一、報告事項第一案「本會 102 年第 2 次委員會議結論事項辦理情形」 與會人員發言摘要

主席

本案為「本會 102 年第 2 次委員會議結論事項辦理情形」，請各位代表表達意見，若沒有意見，本案洽悉。

## 二、報告事項第二案「醫院總額執行概況報告」與會人員發言摘要

主席

本案為「醫院總額執行概況報告」，請各位代表表達意見。

陳代表雪芬(林代表芳郁代理人)

- 1.第 35 與 36 張投影片有關初核核減率，無論是門診或住院，台北的值都是最高的，而北區亦都是最低的，台北的點值卻也是最差的，核減率差距這麼大是否公平？建議要檢討各區核減率的標準。
- 2.第 11 張投影片有關病床數減少，健保局說原因主要為整修病房、護理人力減少和軍方減床，但是大家要注意，住院申報點數才成長 1.8%，因為評鑑新制與護理人力調高，醫院真的開不滿床，請各位代表要多對醫院住院部份給予關心。

朱代表益宏

- 1.請健保署就以下提問做說明
- 2.第 4 張投影片有關 102 年 4~6 月點值預估，部分分區浮動點值低於 0.9，健保會明確規定點值容許異動是±5%，若超出就應該檢討，某區已經連續 2 季低於容許異動範圍，請健保署提出說明，並予以改善。

- 3.之前提出，新醫療科技每半年應該報告1次，上次有提請署每半年針對新增藥療科技進行報告，印象中從去年只聽到乙次，本次會議也沒有看到資料，建議還是要報告。
- 4.第19張投影片門診藥費成長10.5%，成長很高，今年開始執行「藥品費用分配比率目標制」，請問署針對藥費成長高，是否有因應措施或者就要讓超出於一般預算扣減?!
- 5.補充資料第43張投影片，「急診品質提升方案」今年1至6月沒有數值，請說明。是為零或者沒有執行，若有執行，目前執行狀況是如何?!
- 6.安全針具使用量低的原因，是因宣導不夠，還是健保不給付，請說明。

### 謝代表武吉

- 1.南區成長率最高，是否因為新設醫院造成的。
- 2.第28張投影片，藥費貢獻度31%，但是沒有看到住院護理費，護理人員勞苦功高，應該把護理費也列入，並且呈現點數、佔率、成長率，這樣我們都被罵血汗醫院，以後再不列出來，健保署也會被罵血汗健保署，是否待會可以報告一下醫療點數佔率與成長率。
- 3.朱益宏代表已經說很多，我少說一些，安全針具是評鑑重點，我不相信預算執行只有850萬，是否為DRG內含未計入？或是內含的項目未計入？目前安全針具賣得比健保定價貴，買不到針具的問題，我們已經行文給衛生福利部TFDA，建議他們採購大量的安全針具供院所使用，我們才能用合理的價格買到。  
另外，同一部位如果使用多次，也不能申報，是否應該把使用報廢的數量也納入申報。

### 林代表富滿(楊代表育正代理人)

健保署雖有提供安全針具廠商名單，目前靜脈留置針採購較沒問題，但空針類的安全空針都買不到，目前唯一買得到的那一家品項健保不給付，這就是為什麼無申報資料的原因。因評鑑規定要用安全針具，醫院只好自行吸收，建請健保署提供多一點廠商，待供貨穩定再要求醫院使用。

賴代表振榕

執行受刑人醫療服務的醫院，藥服費實際上是 negative，光包藥紙耗材是 0.4 毛，如果 28 天吃 3 次的話，藥服費是不敷成本的，建議將藥服費餐包的部分也納入獎勵，不然醫院虧很大。

謝代表天仁

請署說明減床的情形，醫學中心減了 500 多床，區域醫院減了 1209 床，地區醫院減了 851 床，而且住診病床費也降下來，如果從總額角度來看，總額比例也應該縮減。

主席

先請醫審及藥材組回應，接下來由醫務管理組回應。

醫審及藥材組陳專委尚斌

1. 有關安全空針部分，衛生福利部已召開相關之討論會議，責成食品藥物管理署及醫事司去瞭解，並請食品藥物管理署調查瞭解相關的廠商安全針具的製造、庫存與出貨情形，並要求要資訊公開與透明，衛生福利部也會持續追蹤。另外，醫事司也會收集評鑑時，各醫院在購買安全針具遭遇的困難，並提報至部進行研議與處理。本署亦積極協調廠商供貨給醫院，至於價格部分，本署亦調查中。
2. 有關藥費成長之因應，價格端，有「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」積極處理之外，對於量的部分，本署與各分區業務組共同合作，進行相關的管理措施、審核與核刪等；另外，本署目前在推動「雲端藥歷檔」，瞭解病人是否有合理用藥，亦希望各代表可以回去加強宣導，共同注意民眾用藥量。

醫務管理組張科長溫溫

1. 預估點值部分，觀察近幾年的點值，大概都在 0.9 上下，當預算



成長率與點數成長率有差距時，點值差距大概在這個範圍中。

2. 「新增藥療科技」已於上次會議簡報中報告，會後再將相關投影片提供朱代表參考。
3. 受刑人診察費加成與論次費用，是由其他部門之預算支應，代表所提藥事服務之餐包，目前不在獎勵項目中。
4. 有關「急診品質提升方案」102年第1季執行情形，請見第48頁，目前執行約740萬元。因尚未進行分區分析，故第43張投影片未特別呈現，請見諒。
5. 病床減少部分，主要原因是病房整修、醫院因利用率低被衛生局減少床數、配合評鑑新制規定護理人力配置比例與軍方精實專案調降人力造成。

#### 醫務管理組李專委純馥

1. 「急診品質提升方案」，獎勵的部分年終才能結算，執行結果有效益的才能得到獎勵，各季結算的部分只有重大疾病與轉診部分，所以執行率較低。
2. 目前住院護理費是含於病房費中，若需分列，未來修訂17項費用項目時再考量。
3. DRG 雖然是包裹給付，但還是要求院所要申報各項醫令，才能忠實反應醫療情形。

#### 羅代表永達

安寧療護是推展重點，但是呈現負成長，不知道署有沒有進行檢討。

#### 朱代表益宏

1. 對於健保署的說明不滿意，健保會設定點值異動容許範圍是 $\pm 5\%$ ，健保署的說明似乎認為以前就是如此，健保署不該如此理所當然，應該做相關檢討，至少應該提出檢討報告；
2. 有關藥品支付目標制，照健保署說法有另外的管理機制，健保署中有另外的委員會在討論藥品的適應症，若放寬適應症則藥費就會增加，此段涉及醫院總額，這不是我們可以控制，但不該他們請客，我們卻只能買單，為何不是我們請客他們買單呢?!

- 3.有關安全針具，健保署剛才說明沒有提到有無內含卻不給付的，如果有就應該要檢討支付標準，再者安全針具有兩種問題，第一是買不到，第二是買到但是健保不給付，就連 DRG 也沒有給付安全針具，應該給予給付。

陳代表瑞瑛(吳代表志雄代理人)

藥費成長高，102 年第 1 季時門住診合計的成長率是 7% 多，第 2 季成長率增為 9% 多，就可以看到，沈組長都說這是慣例，因為藥價調整是前年，去年跟前年比是負成長，今年跟去年比就成長高，這樣明年藥價的調整就會很高，影響醫院總額的點值。

黃代表瑞美(趙代表有誠代理人)

- 1.目前的趨勢，是門診成長高，住診則萎縮，而且住診 80% 是浮動，102 年第 1 季的浮動點值只有 0.87，宏觀來看，未來醫院經營住院更困難。
- 2.點值 0.95 就要檢討，現在是 0.87，應該要來面對問題。

潘代表延健(翁代表文能代理人)

- 1.第 28 張投影片，住診特材成長率增高很多，應該有特別的原因，請署再提供進一步的資料，供未來因應參考。
- 2.有關安全針具部分，目前健保署核的價是 3.1 元，但目前買的到是 8.7 元，胰島素空針則是完全沒有給付的廠商，醫院購買有困難，建議本項政策俟供應面供足後再推行為宜。

謝代表武吉

- 1.我不是在找健保署的麻煩，建議有關費用貢獻率的報告資料可以再細分為各層級，這樣就可以看的更清楚
- 2.今天沈茂庭組長未出席，之前談到安全針具，沈茂庭組長說沒有

問題，但是現在大家卻都在唉，應該要參考世界各國安全針具的實施狀況，避免落勢「圖」什麼東西，我講的不是姓氏呀！安全針具全面提供是經過立法院通過的法案，但我們也應該要正面回饋給大家知道，使用率究台大與榮總來說，恐怕就不只 8500 萬；

3. 有關藥費管控的情況，我們在藥物共同擬訂會議中就曾討論，且健保署對我的出席狀況特別關心，每次會議都還特別打聽，我與謝文輝名譽理事長會否出席，建議醫院協會大家都要特別注意；
4. 另，藥物共同擬訂會議中已經通過要研擬多元藥價基準，請問什麼時候要作業？！

吳代表明彥(黃代表遵誠代理人)

1. 健保已實施十多年，支付標準是影響醫療行為的最重要因素，請問署有沒有針對總額制度實施之後的 waiting list 進行研究，是否有變長還是變低？膝關節置換術是比較不危急的，waiting list 可以長一點，就可以把資源優先用在危急的醫療上。
2. 建議住院與選擇性開刀的點值，如腹腔鏡手術等，應該保障點值每點一元。

謝代表天仁

1. 實施藥費支出目標制後，看到藥費支出成長增高，去年本案提費協會 3 次，建議達成共識後再通過，但是衛生署還是強勢公告實施，看起來還是沒有準備好。專業的部分採浮動，藥費卻保障一元，為什麼不能浮動？如果有目標，為何要保障一元？藥費比例已經超過 25%，應該重新檢討。
2. 門住診比例為 45 比 55，但目前門診點數占率約 53%，住診約占 46%，已經失去平衡，應該重新檢討。

盧代表瑞芬

第 11 張投影片的床位，是指健保床還是所有的床？這個減床呈

現的是暫時性的還是永久性的？即減床是否需報衛生福利部？如是設立規模的縮減，是相當嚴重的情形，需深入瞭解成因。請再多一點說明的資訊。

陳代表雪芬(林代表芳郁代理人)

第 13 張投影片，核定點數是申報點數扣除核減點數，這兩條線的差距是很大的，醫院部門來看就是差 340 多億，這要讓各位代表瞭解，有的代表認為已經給醫院太多了，實際上如此之下醫院經營是有困難的；如果加上洗腎，其實是預算是 55% 在門診，45% 在住院，因此，減床可以減低昂貴的住院成本，降低醫院的壓力。目前護理人力缺乏與薪資調漲，造成住院營運成本增高，大家一定要正視這個問題。

黃代表瑞美(趙代表有誠代理人)

第 23 張投影片，由住院日數下降，即可說明病床數減少的原因。

賴代表振榕

建議藥服務給予保障，因為執行受刑人醫療的醫院，都要再買包藥機，一台都 3~500 萬元，或是拿回醫院承作再送回收容所，成本高。

醫審及藥材組陳專委尚斌

1. 本署對藥價之管控，整體是透過 2 年 1 次的藥價調查，自 84 年至今，藥費占率大多維持  $25\% \pm 0.5$ ，100 年進行第 7 次藥價調查，因此 101 年為負成長；102 年則採用藥費支出目標制，若藥費超過一定額度，則會在藥價調整時進行調控。
2. 針對藥費支出目標制之實施，本署前已辦理說明會進行宣導，未來也會續依藥費支出目標制辦理。

## 醫務管理組張科長溫溫

- 1.下次會議將針對點值之變化進行報告。
- 2.謝代表武吉所提資料分層級，目前都有將相關資料放置至全球資料網供參，會後請承辦人員寄給代表參考。
- 3.有關 waiting list，依本署 101 年民眾滿意度調查，詢問民眾住院的容易度，有 7 成的民眾容易排到病床，其中有 88.4% 待床時間約為 1~3 天，顯示只有少數民眾有等床困難，本署將持續監測民眾待床情形。
- 4.門住診預算之分配，本署皆依費協會(目前為健保會)之決議辦理，目前執行是先將預算依 45 與 55 比例分成門住診，分配至各分區後，合併計算分區點值，若代表對醫院總額門住診之比例有意見，再請健保會於討論 103 年預算分配時納入考量。

## 健保會張技正櫻淳

會上有許多代表都曾參與總額協商多年，對門、住診預算比例之訂定過程應該也有所瞭解。醫院總額實施初期，門、住診預算分別訂定占率，並分開結算點值，93 年之後，遵循衛生署後 SARS 台灣重建計畫目標，門、住診預算比為 45：55，但因各層級門住診服務量之比率不同，大醫院住診較高，地區醫院住診較低，因此各醫院拿到的點值也有不同。總額執行多年，配合新醫療科技與支付標準之調整，門住診服務量之比率也可能隨之變動，因此，門、住診預算的「合理」占率也難有定論，但如果各位代表對門住診預算之比例有不同意見，未來協商時也可再提出討論。

## 黃代表瑞美(陳代表明豐代理人)

門診藥費占 45%，住診藥費占 13.7%，藥費 1 點 1 元，材料與住院護理人力卻採浮點動值，浮動點值只有 0.87，這樣是不公平的，建議門住診點值要分開計算。

## 謝代表武吉

1. 我的提問醫審組在閃避，醫審組東閃西閃，讓人感覺有圖利之

- 嫌，我會窮追不捨
2. 有關安全針具，應該要提出世界各國的作法，對於內含的部份，也應該要有所處理。
  3. 多重藥價基準一定要實施，請說明。

## 主席

1. 安全針具已經立法院作成附帶決議，由健保署協商，5 年內逐步完成全面提供，每年編列預算 1 億元執行；至於國際使用情形，目前無資料供參；本案衛生福利部已召集相關單位開會研討中，各代表之意見將於開會時代為轉達。
2. 醫院總額門住診比例部分與預算分配之方式，建議在健保會討論後，本署再配合辦理。
3. 藥費保障每點一元部分，本署依健保法與健保會決議執行，未來若有修訂，本署亦配合辦理。

## 謝代表天仁

1. 門住診比例 45 比 55，去年費協會有決議，逐年微調。
2. 現行法律規定藥費每點一元，但是法律上看不出來，總額執行這麼久，藥反而去保障，保障愈來愈多，藥費給付就不可能降，應該要檢討整體醫療過程，藥費保障，但醫療專業卻打折。
3. 總額協商時，門住診比例可以提案到健保會來討論。

## 謝代表景祥

1. 將門住診切割，讓住診成長，在實務上是不對的。楊前署長在報章文章說到，死前 3 個月要花 1500 億元，這是因為我們沒有系統性地去推 DNR，應該像國健署推 4 癌一樣，整體性地去推廣，那住院就可以降。
2. 藥費增加 10%，是增加在那裡？個人觀察，應該是三高用藥與癌症用藥。
3. 上次聽到健保署慢性病處方箋要收部分負擔，個人覺得很好，三高的藥很貴，1 個月可能就要 3000 元，只收 200 元部分負擔應該合理，但是後來就沒了。付費者與消費者應該要支持收部

分負擔。

朱代表益宏

- 1.針對點值低於 0.95，下次會議提出檢討報告部分，建議還要提出解決因應的辦法，並列入下個月醫院總額協商討論。
- 2.藥費部分，是否可以做個決議，移至「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論，新藥之引進與適應症之放寬要從嚴管制，才能妥善管理藥費成長。
- 3.有關安全針具部分，支付標準內含部分建議要放寬，建議移至「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。
- 4.點值低的問題，健保署建議可以於總額協商中反應，是否請健保署提供更為具體的數據資料。

童代表瑞龍

國健署進行癌篩後，癌症用藥增加，癌症標靶藥物也一再放寬，而且有些化療改由門診治療，把內診藥費占率拉高，建議署要把化療的藥分列出來，讓各代表瞭解高價藥品的比例。

主席

大家提供了很多寶貴的意見，署可以執行的，會配合辦理，安全針具部分，衛生福利部已在研討中，俟部最後的政策出來再議；藥費部分，請醫審及藥材組於「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」時另案討論。

### 三、報告事項第三案「102 年第 1 季醫院總額點值結算報告」與會人員發言摘要

主席

本案為「102年第1季醫院總額點值結算報告」，請各位代表表達意見。

主席

如果大家沒有其它問題，「102年第1季醫院總額點值結算報告」確認並依規定辦理結算。

#### 四、報告事項第四案『提高本署全球資訊網「看診時段」資訊正確性』 與會人員發言摘要

主席

本案為為提高本署全球資訊網「看診時段」資訊正確性，請醫院協會與各分區代表回去後，針對醫院看診時段資訊的正確性，要確實更新維護，方便民眾查詢使用。請各位代表表達意見。

謝代表景祥

- 1.在各醫院的網站目前都有相關的資訊，而且都有定期維護網站，民眾就診時應該是到要就診的醫院查詢，也不會到健保署網站查詢。
- 2.若健保署有建置需求，建議健保署直接超連結到醫院網站即可。不然，若遇到特殊情形，例如颱風天或醫師請假，更動是很頻繁的。

陳代表瑞瑛(吳代表志雄代理人)



颱風天都是臨時放假，大部分是透過媒體發布消息，醫院會來不及改 VPN。

主席

本案是保險人提供被保險人一項醫療資訊的管道，是為民服務的項目，主要是針對例行性看診資訊，不含特殊情形如颱風請假等，還是拜託大家配合宣導，至於是否使用超連結，本署再與資訊單位討論。

謝代表武吉

所以只要一般例行性的，但如果有颱風、醫師請假等特殊情形都不用更改，應該予以免除此規範。

黃代表雪玲(陳代表明豐代理人)

- 1.請署的資訊人員統計看診時段的查詢量，可能使用率不是很高。
- 2.這個看診資訊，醫院網站更新會比健保署快，是否署的網站要加個備註：「以各醫院網站公告的為主」。

朱代表益宏

主席是拜託大家宣導，大家可以接受，但是說明四的文字「倘經本署查明或接獲民眾反映特約醫療院所看診時段資訊不正確，分區業務組將輔導限期改善」，這樣寫就不是拜託，這

樣醫院做不到啦!現在是限期改善，下一步不就違約記點？

主席

剛剛代表所提的超連結與加註「以各醫院網站公告的為主」文字，會納入考量，另外朱代表提的「限期改善」文字會拿掉，請各分區業務組加以輔導即可。

## 五、報告事項第五案『修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標』與會人員發言摘要

主席

本案為『修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標』，先請醫審及藥材組說明。

醫審及藥材組陳科長玉敏

- 1.請大家看第 75 頁，衛福部公布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」，說明二指示，參據辦法第二條附表一整體性之醫療品質資訊為基準，修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標，請看 79 頁，醫院總額部分計有 17 項。
- 2.修改差異部分，請見補充資料第 10 頁說明，第 1~4、6~17 為原有指標，修訂名稱及參考值(操作型定義不變)，新增「5.平均每張處方箋開藥品項數」與「13. 剖腹產率-自行要求、具適應症」指標，刪除：「各區同院所急診抗生素使用率」、「各區同院所門診同一處方使用 2 種以上制酸劑比率」、「健保申報職災之服務點數比率」指標。
- 3.另指標統計為每季與每年，維度還是有全區與分區值。

4.原來的參考值部分，有些指標沒有訂定，有些指標為定值，有些指標以最近3年全國平均值  $x(1\pm 10\%)$ 作為參考值，此次修訂則統一以最近3年全國平均值  $x(1\pm 10\%)$ 作為參考值。

主席

配合衛福部公布，名稱部分不宜更動，今天討論重點在新增與刪減指標及其參考值部分，請大家提供意見。

朱代表益宏

請教其他總額對本案之決議為何？

醫審及藥材組陳科長玉敏

牙醫總額的指標名稱與品項修訂為相同，部分參考值牙醫界認為不宜以全國平均值  $x(1\pm 10\%)$ 作為參考值，故請牙醫全聯會帶回研議。西醫基層總額則對新增項目有一些意見，併同參考值部分帶回研議。

主席

指標的名稱與品項衛福部已公布，不宜改變，主要是參考值部分，醫界認為部分指標不宜以全國平均值  $x(1\pm 10\%)$ 作為參考值，牙醫全聯會與醫師全聯會已將修訂意見帶回研議，並於1個月內回復本署，有需要的話，會另外再邀請相關單位(健保會、學者專家與醫界等)開會討論。

朱代表益宏

可否比照其他總額，讓醫院協會帶回討論後再議？

醫審及藥材組陳科長玉敏

可以先就指標名稱與品項先確認嗎？

黃代表雪玲(陳代表明豐代理人)

有關新增「平均每張處方箋開藥品項數」指標，因為目前如果醫院有參加醫院門診整合照護試辦計畫，平均每張處方箋開藥品項數高不代表不好，為什麼要新項這樣的指標？

主席

新增與刪除指標的名稱及所有指標參考值部分，請醫院協會帶回研議，並於1個月內一併回復本署。

謝代表武吉

各分區業務組已通知醫院，如果開藥品項數超過5項，就會抽審，這樣以後整合門診就退掉，不要參加了。既然鼓勵整合門診卻又處罰醫院，這樣不對吧，建議分區的相關作法應該要先停止。

主席

本案就依前述結論辦理；另謝代表所提開藥品項超過即抽審部分，會再請醫審及藥材組提醒各分區業務組妥善處理。

謝代表武吉

本月份健保會是謝文輝名譽理事長代理我出席，健保署廢掉醫審會，有關審查作業沒有醫院的共同參與，乾脆健保署醫審及藥材組也廢。掉算了

#### 六、報告事項第六案『102年1月～5月全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「身體約束之護理監測照護費」醫療費用申報情形』與會人員發言摘要

主席

本案為『102年1月～5月全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「身體約束之護理監測照護費」醫療費用申報情形』報告，因為新增項目，原推估102年支出0.058億元，目前預估則高達5億元，故提會報告，本案亦將提至「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，請各位代表表達意見。

童代表瑞龍

程序問題，未來是否將重要的提案先行討論？報告時間占太久，都沒有時間討論重點的提案。請健保署要衡量報告案與討論案的比重，大家代表都遠從各地來，而且有些縣市已發布颱風警報

## 朱代表益宏

- 1.第 37 頁健保署說明有關支應財源之說明，將 101 年與 102 年加總為 6.17 億，說足以支應本項 5.6 億，但是 101 年新醫療科技的錢滾到 102 年，還要加上成長率，這樣直接推估是不合理的，有問題，此項費用之預算嚴重低估，不該以 101 年及 102 年新增診療項目的預算去填補，認為應該要明確顯示預算編列不足，否則移動新增診療項目的預算給本案，那麼其他新增診療項目都不用做了嗎?!再者，預算是可以流用的嗎?!。
- 2.本項低估情形非常嚴重，我也同意本案應在「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，但是本項費用超支太多，當初編的預算明顯不夠用，現在應該進行補救，對於編列不足的部份應該要說明清楚，不該事後擦脂抹粉掩蓋事實，這樣會愈抹愈難看。
- 3.不夠的部分，是否在健保會協商時納入考量，這是另一個議題。

## 陳代表瑞瑛(吳代表志雄代理人)

- 1.依健保署第 36 頁的說明，「加護病房不得申報」，請問原因？  
加護病房有很多被約束的病人，身上有很多管子，雖然護理人員多在床旁，但如果管子被病人拔掉了，這是很重要的事情。
- 2.如果要下修點數，因為大部分約束時間多超過兩小時，是否支付標準可以修訂以 6 小時以內或以上來算，或許可以降低申報點數。
- 3.新增支付標準項目時，都要預估影響，請問本案是由誰提供估算資料呢？

## 陳代表雪芬(林代表芳郁代理人)

- 1.第 37 頁健保署說明有關支應財源預算之說明，我也不能接受。

- 2.費用增加 100 倍這麼多，建議是否由護理師護士公會全聯會帶回討論，研擬處理方式。

黃代表雪玲(陳代表明豐代理人)

- 1.請問 35 頁所估申報醫令 2.24 億點，是否包含急診申報數？
- 2.曾入住 ICU 者就被歸到 ICU，所以占率高達 64%，這樣的歸類顯有不公，可能只住 1 天也被歸到此類，造成高估，建議再精算。

張代表澤芸

- 1.本會當初提供的資料，以人次預估，但是後來通過的版本，分為約束時間小於 2 小時以人次計，與大於 6 小時以人日計算，已與本會原方案不同，本會並無能力預估出 500 萬之預算，在此先做澄清。
- 2.署所提之方案，或許可以解決供應誘導需求的問題，但是看到署資料分析中，理由是「避免本項不當使用與申報」我有點難過；由署的資料分析可以看到，申報的對象都是病情嚴重需要約束的，大部份病人都有三管以上，並沒有無適應症就將病人約束的，在評估的過程，認為此時予以約束對病人是利多於弊。而且，進行約束處置時，是需要醫師、護理人員與家屬共同審慎討論，並簽署同意書後才進行約束，護理人員也必須在約束期間，每一個小時至少探視 1 次，二個小時要解開約束 1 次，以緩解循環，不致對病人產生傷害。
- 3.本會針對費用超過這麼多，也同意應該進行討論。在 6 月 27 日署召開之會議時，署提到加護病房不得申報，但本會評估認為 ICU 確有其需要，不同意修訂；但考量不對醫院總額產生衝擊，同意可以調整支付方式。

## 朱代表益宏

- 1.6月24日會議中，大家一致同意，對於不當的部分要加強專業審核，當時護理全聯會代表也同意，本案發展至此非大家願意也不是大家都很浮濫，可是護理師護士公會全聯會則表示支付標準的金額與支付項目都不能改，對於費用超過部分亦無法提出因應辦法；醫院協會的代表則同意健保署的意見，因為大部分的約束都在ICU，而ICU的病房費是比較高的，若沒有其他財源，同意降低給付。
- 2.下個月即進行103年總額協商，若大家認為本項是必要的，而且不想修訂支付標準，就可以納入協商項目，但若沒有其他財源，我個人支持上次醫院協會的意見，建議調整支付標準。

## 謝代表武吉

- 1.原本預估本案是500多萬，現在實施卻變成5億多，應該了解費用增加的原因，後序才可以進行討論。
- 2.說明三之(二)，目前署定專科中沒有胸腔內科與神經外科，是否本案對某次專科特別偏愛，之前某位副署長說過絕不承認署定專科外的。
- 3.說明五，要將支付點數調降為372點，身體約束是綁手綁腳，感覺是很快可以處理的，給付點數卻還給372點?!另外，要設定每人每次住院申報天數上限為8天，如果病人連續約束8天，這樣病人會否有褥瘡?!與其他支付相較，認為給付100點就差不多。

## 主席



各位代表的意見，將提供明天「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」討論參考，若各位代表沒有其他意見，本案洽悉。

七、討論事項第一案『修訂「102 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」之額外獎勵指標「各區同院所門診同一處方使用 2 種以上制酸劑比率」指標定義』與會人員發言摘要

主席

本案為『修訂「102 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」之額外獎勵指標「各區同院所門診同一處方使用 2 種以上制酸劑比率」指標定義』，請各代表表達意見。

陳代表雪芬(林代表芳郁代理人)

同意，但可能改了之後，醫院都拿不到本項指標。

主席

請問各位代表還有沒有意見？如果沒有，就依健保署建議，修訂「102 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」之額外獎勵指標「各區同院所門診同一處方使用 2 種以上制酸劑比率」指標定義，原列「醫令代碼為 A001046100 及 A023521100：適應症為『軟便』」不列入指標計算，修正為「排除 ATC 7 碼為 A02AA02 (成分 Magnesium oxide, MgO)」不列入指標計算；原指標目標值配合一併修訂。

## 八、討論事項第二案『器官移植後病人於門住診使用非屬專款支應之免疫球蛋白藥費，由一般服務移撥至「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款』與會人員發言摘要

主席

本案為『器官移植後病人於門住診使用非屬專款支應之免疫球蛋白藥費，由一般服務移撥至「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款』，針對本案，先請台灣移植醫學學會李醫師，針對提案表示看法。

台灣移植醫學學會李醫師明哲

1. 依目前台灣器官捐贈分配的原則，B 型肝炎帶原者的器官只會分配給 B 型肝炎帶原者或曾經得過 B 型肝炎但已有抗體之病患，是不會捐贈給未曾得過 B 型肝炎者，所以不會有引起感染的疑慮。
2. 若以肝臟器官移植與非肝臟器官移植的處置來看，非肝臟器官移植者若接受 B 型肝炎帶原者的器官，會使用抗病毒藥物治療，不會使用免疫球蛋白，所以臨床上會使用免疫球蛋白治療的，只有 B 型肝炎帶原者移植肝臟，因為病人在肝臟移植前，要把肝臟整個摘除掉，同時要給予大量的免疫球蛋白，來抑制 B 型肝炎復發，術後亦需長期監測病毒量與抗體濃度，且抗體需維持一定濃度，才能長期抑制 B 型肝炎病毒。

主席

謝謝李醫師的說明，現在請各代表針對本議題表達意見。

童代表瑞龍

尊重專家意見。

張科長溫溫

依台灣移植醫學學會意見，建議 B 型肝炎帶原者進行肝臟移植之術後，使用之免疫球蛋白用藥，才納入專款，其他則仍於一般服務支應。

台灣移植醫學學會李醫師明哲

目前器官移植分為屍體與活體，屍體是由登錄中心管制，不會有意外出現，活體部分則由各個醫院的專家去執行，有時候可能會使用一些高風險的 B 型肝炎帶原者的肝臟進行移植，例如 HBcAb 陽性的個案，這類病人我們不全然認為是帶原者，但是為了預防還是會使用免疫球蛋白，但這種情形是比較少見。

陳代表瑞瑛(吳代表志雄代理人)

是否可以從申報資料判別是專款支應還是一般服務支應？是哪一種移植？

張科長溫溫

可以從主次診斷與移植醫令判別。

朱代表益宏

1. 首先，先確認不屬於專案範圍者能否以專款預算支付，若專款不

可使用，是否就會於一般預算支付?!

2. 第二，如果一般服務可以支應，為什麼要移到專款？
3. 若同意原一般服務支應項目利到專款，考量之前之移撥，健保署會高估費用，但移到專款若預算沒用完就沒了，反對費用由一般服務移撥至專款。因此不同意高估費用後移到專款，這樣會變成專款有剩餘但一般預算又不夠。
4. 目 前  
預估 1~6 月器官移植專款之預算執行率為 39%，其餘額應足以支應本項藥費，不可由一般支付。

張科長溫溫

1. 專 款  
原本只用於當次手術與術後抗排斥用藥，並未支應免疫球蛋白用藥，99 年第 1 次醫院支付委員會議時，台灣醫學中心協會函建議，HBIG 免疫球蛋白(健保藥碼：K000452221)因屬移植後病人必使用藥品，提會討論，本署當時表示不適宜，但該案獲委員同意通過後，該項藥碼納入專款支應範圍至今。
2. 本 案  
是因當時只同意天行公司的 HBIG 免疫球蛋白納入專款(健保藥碼：K000452221)，但近期另一家藥廠禾利行來函要求比照，在上次會議時，謝天仁代表等建議屬必要者才要納入專款，因此建議另洽台灣移植醫學學會與中華民國免疫學會提供專業意見後再議。
3. 依 台  
灣移植醫學學會提供資料，B 型肝炎帶原者進行肝臟移植之術後，免疫球蛋白為術後必要用藥，建議 B 型肝炎帶原者進行肝

臟移植之術後，使用之免疫球蛋白用藥，才納入專款，其他則仍於一般服務支應。

謝代表天仁

器官移植專款應該用在必要的治療上，既然專家認為 B 型肝炎帶原者進行肝臟移植之術後，免疫球蛋白用藥是必要的，那我同意由專款支應，其他的移植者若需要使用免疫球蛋白，那就由一般服務支應。

謝代表武吉

請看 103 頁，為什麼天行公司 5ML 單價 23,782 元，與禾利行的 10ML 單價 18,594 元？原本以為濃度高費用就高，但以健保署資料看來卻不是如此，建議先處理費用問題之後再來討論。

醫審及藥材組陳專委尚斌

兩者產品因其藥劑成份濃度不同，國際價格亦不相同，本署藥品之定價，皆參考國際藥價核定。

謝代表武吉

但都是同一功能的使用，為什麼目標相同但是價格卻不同，還落差這麼多，本案不能這樣處理，健保署這樣凹蠻不好。

台灣移植醫學學會李醫師明哲

免疫球蛋白之針劑，有分靜脈注射與肌肉注射兩大類，臨床使用都是以藥品單位去計算，例如處方為 2000U，即會先看劑型中每

cc 中有幾單位，再去計算打多少 cc，因此，藥劑因分份比例與使用方式不同，藥價可能不同。另外，臨床上，有時是以靜脈注射給藥，有時是以肌肉注射給藥。

陳代表雪芬(林代表芳郁代理人)

針劑之產品本來有就不同，臨床醫師選擇時，一定都有其專業上的考量，實際差異並不是很大，建議尊重專業。

主席

如果各位代表沒有其他意見，本案依張溫溫科長的意見，肝臟移植病人術後使用之免疫球蛋白藥費，納入專款支應，其他移植病人若使用免疫球蛋白用藥，則於一般服務預算支應。

九、討論事項第三案『「醫院總額研商議事會議」之代表員額，增加「中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會」代表乙名』與會人員發言摘要

主席

本案為「醫院總額研商議事會議」之代表員額，增加「中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會」代表乙名，請各位代表或專家學者表達意見。

謝代表天仁

本案若為健保署權責，由 貴署自行決定即可，不需再討論。

主席

若各位代表沒有意見，本案依健保署意見，修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」，將「中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會」納入代表員額。

## 十、討論事項第四案『修訂 103 年度「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)」案』與會人員發言摘要

主席

本案為『修訂 103 年度「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)」案』，請各位代表或專家學者表達意見。

張科長溫溫

本方案認定原則有3項，第一是主管機關公告之山地離島地區，第二是一致性「偏遠地區」，原採91年行政院研考會認定之高偏遠地區，因年代久遠，建議改採用本署102年公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」，第三則仍由各分區與轄區內醫院進行通盤檢討後認定。

謝代表天仁

這是 103 年的計畫，為何不能等到 11 月再提？

張科長溫溫

依慣例，因配合 103 年協商後相關計畫之修訂，11 月的提案會較多，且本方案一致性「偏遠地區」先行確認後，各分區與轄區內

醫院進行通盤考量時，才能針對有變動部分進行配套處理。

主席

若各位代表無其他意見，本案依健保署意見修訂，一致性「偏遠地區」，改採用本署 102 年公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」。

主席

若無其他提案，本次會議結束，謝謝大家。