

一、 本會 104 年第 3 次會議紀錄確認

主席

有關 104 年第 3 次委員會議紀錄，請委員確認內容，若無問題，上一次會議紀錄確認。

二、 報告案第一案：本會 104 年第 3 次委員會議結論事項辦理情形

主席

品保已列入今日提案，兩項追蹤事項就解除列管。

羅代表永達

我們有討論應該持續列管第二項，我們還是很在乎，因為上次討論結果與我們有很大落差。

主席

今天的提案如果有不同意見，那就列管今日提案。因這次是要請吳教授開會前會，所以這個開完了我們還是解除，謝謝，那接下來第二案。

三、 報告案第二案：醫院總額執行概況報告

主席

南區住院人數上升，登革熱有很大的關係，南區的同仁有沒有在場，請說明一下。

南區業務組朱專員秀芳

第 3 季登革熱疫情的確造成就醫人數增加，整體住院人數增加 4,658 人，其中登革熱佔 2,810 人，佔整體成長人數之 60.33%

主席

登革熱醫療不是很耗費用的，雖然人數成長 5.3%，但是點數只成長 2.4%，投影片第 22 張，在各分區比起來住院點數也沒有明顯特別高，但是人數確實很明顯高很多，請問各代表對報告有無意見。

陳代表瑞瑛

我想應該是誤植，19 張投影片那個費用分類分區別，最下

面一欄前一年同期成長率最後一個是 3564.8%，可能是誤植，確定後再改。

主席

確定是多少再跟委員報告一下，很明顯的錯誤。

潘代表延健

有關安全針具只呈現支付點數，有沒有辦法進一步提供安全針具成本，調查針具可能進價成本是怎樣，市場上情形是怎樣，每一家核可安全針具的廠商大概分別幾家，明年就是全面實施，就是最後一年，明年又碰到北區醫學中心PK，假設說供應量尚不足的話，醫院在執行上就會很大落差。當然成本部分必須要考慮，因略有所聞，進價部分與實際支付價格很接近，甚至在缺貨時有漲價情形。

安全針具執行率不是很高，在使用安全針具作業，已經包裹在其他的支付標準裡面，譬如抽血後一些檢驗費用，若有使用安全針具，在申報上面就沒有辦法呈現出來，在醫院這方面的成本付出沒有辦法用其他申報方式反應出來，當然在實際成果及執行率也會降低、偏低，這樣的情形如何研議配套處理方式，以上。

謝代表武吉

第一項對於檢驗，我希望安全針具能夠計算在裡面，其實檢驗上抽血也都用安全針具。第二點安全針具在抽血的時候，聽護士護理師說非常難抽血，患者很難注射都要用兩副，這兩副要如何申報，希望健保署跟我們幫忙改一改。第 3 項，手術時需要安全針具也能夠包裹在這裡面。

簡報 35 頁核減率，地區醫院 2.88%，是不是和審查醫師心態有問題，其實地區醫院醫師也是從醫學中心出來的，這需要能夠瞭解一下。簡報 26 頁，特殊材料的成長率 5.5% 很高，用在哪幾項，希望健保署也能夠向我們說明一下。簡報 19 頁和 20 頁，罕見疾病藥費共用了 5.678 百萬元，這裡是不是包括罕見疾病、B 肝、C 肝及癌症藥品，希望藥費把它分清楚一點是。簡報 20 頁藥費佔了 44.4%，比一般的比例高很多，說明一下。

簡報第 14 頁住診 7-9 月申報，是不是下一次分 RCC、ICU、插管、RCW，三個層級和住診癌症分類一下，我是一個建議，謝謝。

劉代表淑芬

一開始舉手為了安全針具的事情，非安全針具使用遠遠超過安全空針使用量，我們也想了解為什麼會有這相關問題，如謝代表所提到的一些問題。在使用上，什麼是真正的可使用安全針具的規格並沒有真正的很清楚界定，現在所提供的是一個很re-active安全針具，而不是pro-active的設計概念。安全型靜脈留置針使用為什麼大於一般靜脈留置針，其實因為安全型留置針整個設計已經朝向pro-active，對於同仁操作是便利性，現有一般安全針具空針，不好使用，用量不好，也是因為目前整個健保支付金額關係，其實在使用上面大家能夠買的東西就是非常陽春，甚至，是不是可以稱為安全針具，我都覺得落差很大，現在執行面，雖然健保是有美意推動，且編列預算，執行並不太好，應該探究原因，不是同仁不願意用，有一些號稱是安全針具，卻不符合安全針具規格，請健保署將來進一步的考量。

第二個部分，簡報3頁點值預估假設，謝謝健保署提升住院護理照護品質，終於104年10月開始要申報，我們各醫院還沒收到這筆款項。在104年9月1日電子報，針對費用調整，6%所謂病床費的調整，以及護病比的調整費用，這裡面有一句話非常的好，健保署未來將以適當時機了解各院是否將本次住院護理調整之相關費用運用於護理人員，以符合人民之期待。未來開始申報核付後，是不是跟以前一樣，把所謂的住院病床6%護理費調整所產生費用，還有護病比所產生的費用，會行文給各家醫院，我們會知道實際上，這筆費用支付多少及要怎樣去監控，以上。

洪代表政武

有關安全針具同意理事長謝委員看法，護理人員反映安全針具根本不安全，使用上一不小心操作就有一點問題，不曉得我們的護理人員在這邊訓練不夠還是別人醫院沒有這樣情形。

郭代表守仁

簡報第35頁，我是覺得這個應該要重視，因為現在有很多國家包括對岸很羨慕台灣的醫療環境～即好醫師就在隔壁，就是對於地區醫院的保護。現在資源集中在大型醫院，這對台灣真的不好，也就是說現在的城鄉與貧富差距造成社會不安定，因此我們要重視謝委員所談論的問題。地區醫院家數共377家，在偏遠地區民眾佔絕大多數，病人安排一個刀是很困難的，他現在只有做一些所謂的90%家醫科的醫療，如果刪減太大，他們

沒有辦法繼續生存。我是從醫學中心台北榮總到鄉下，我們每次都是在討論這些事情，再不解決，這個地區醫院真的可能會關門，我曾擔任審查召集人，因為都是用醫學中心的高度去審，當然地區醫院只能會被一直刪減，以致無法生存。

我不只一次的呼籲，尤其看到刪減率差太多，地區醫院真的沒有辦法生存，應該要幫忙他，不要說地區醫院病歷怎樣，他本質就是這樣子，且要聘到醫師也很困難，一條中山北路就4~5家醫學中心，很多寶貴資源都集中在都市，所以我呼應謝委員，也要跟主席報告。

主席

多數代表關心安全針具的部分，請醫審回答。

醫審及藥材組蔡專門委員文全

大家關心安全針具不安全、不好用和訂價這兩個問題。安全針具在去年我們曾經找過醫療器材供應商討論，供應商認為設計上的確還有改善空間。另安全針具是TFDA認定的，每隔1-2個月他們會公布安全針具的清單，健保給付品項也包含在清單內，事實上本署也曾向TFDA反映過安全針具不好用的問題，該項意見再向TFDA反映。目前健保所給付的安全針具有國內及國外廠商，並且經過TFDA查驗登記，應該都符合標準，只是說大家覺得不好用，除了前面所提到設計上還有改善的空間外，另一項是使用習慣的問題，必須透過教育訓練來改變醫護人員的使用習慣。

關於安全空針價格部分，去年與業者討論核價問題，也已把價格調到4.9點，當時調整基礎是用廠商提出的成本去調整，幾位代表提到，可能有人買不到，這是有可能發生的狀況，因為每個醫院採購政策和採購數量不同，所以會影響採購價格，如果確定買不到，可以再和廠商協調。

在檢查檢驗與手術所使用健保給付的一般空針及安全空針，今年9月起已可以申報。另因檢查檢驗所使用的抽血針具是屬於內含項目，所以第37張投影片統計表無法反映。醫審及藥材組曾做過調查，安全型跟一般型的抽血針具，只差1塊多不到2塊錢，這部分給大家做參考。

剛剛有代表提到住診特材成長率為5.5%，據瞭解成長貢獻度最高是骨科和心臟科，例如心臟科PTCA氣球擴張導管、冠狀動脈血管支架以及骨科的Cage等等，都是成長比較高的部分。

再來是核減率問題，基本上審查醫師有一定遴聘規則，不

會因層級別審查醫師人數或比例多寡而影響核減率，且會定期修訂審查注意事項。

劉科長林義

謝代表提到投影片第20張藥費的問題，藥費占率百分之44.4，看起來沒有什麼異常，重大傷病藥費在這裡面花多少錢，可以看到第28張投影片，不管是癌症重大傷病藥費也有做一個統計約為83.91億元。投影片第26頁有提到特殊材料成長率5.5%，去年同期成長5.7%，所以看起來沒有比較異常部分。

醫務管理組李副組長純馥

護理費今年有一部分的點數已經調在支付標準，放在一般部門，在這次協商時承諾護病比資料會公開在網路上。至於錢的部分，因為上次協商並沒有談到這麼細節，可以再另外研議。原則上我們已經公告了，1月到9月我們會用補付方式給大家，護病比的部分還是要各位填完，我們統一計算加成率。有分為兩段，一段是調支付標準和護病比無關，這個直接補付，另外會用你們正在REPORT護病比的資料再去換算每一家醫院護病比加成率，那部分也是一次計算方式整筆給，完整數據到要到明年3月。

陳代表順來

簡報第23頁，安寧療護部分增加很多，請解釋一下。

謝代表天仁

護理費預算今年轉成一般服務，聽報告的模式感覺好像有一半是跨專案論實際上服務去支付，到底是怎樣作業，可能要了解一下。

謝代表武吉

剛剛醫審特材說明，我比較不能接受說安全針具只有差幾塊錢的事情，差額是好幾十元，你買看看就知道，我們也是都在用，為了配合政策在用，應該是要考量屬於檢驗檢查或者是手術麻醉這些方面，你們要考量。

簡報第29頁，罕見疾病和血友病的藥費共5678百萬元，是不是應該要分開看，還有癌症用藥費是多少百分比。

在15、16年前，以前在醫院協會演講時，提出健保局核減四大方向，第一個非必要核減、第二個基督山恩仇的核減、第

三個指示行為的核減、第四個設定目標的核減，設18%，這對地區醫院是很痛苦的回憶。

郭代表守仁

事實上應該以地區醫院的角度去審查，而不是用醫學中心角度審核，第一點：地區醫院面臨浩劫。現在只有靠健保署作最後防線，現在台灣醫療生態已經很困難再扭轉。第二點：我們也親身體驗到如：專科醫師訓練名額的問題，真的很令人痛心，現在專科醫師的訓練名額，均是由各學會控制，這些名額訓練就給特定幾個大都會區，而中南部醫院卻沒有辦法訓練，而目前在中南部的醫師，他們絕大多數都是在台北接受訓練，但若如果不到中南部就職將會造成城鄉差距愈來愈大，很多的病人在鄉下沒有醫師看病，這個結果是我們造成的，為什麼呢？現在專科大部份把特在大型的醫學中心，如果名額是60位，分到最後，下面的醫院都沒分到，尤其是中南部醫院。因此健保署公權力應該要出面幫忙，否則很困難的。我們在鄉下走動，台灣已經面臨這樣，如果不再改變的話，台灣好醫師在隔壁的現象遲早會面臨泡沫化。

張代表克士

關於核減問題，非常感謝也非常佩服郭院長以醫學中心院長的角度願意幫地區醫院說話，他講得非常語重心長，我也要講得非常語重心長，舉個實例給大家聽，我們醫院本來幾乎沒有核減，核減非常低只有百分之零點零幾，最近有醫師異動，有一位神經內科專科醫師從某大醫院出來，他有博士學位，且有助理教授的教職，是資深的大醫院主任級醫師來我們這裡，我相信他在原來醫院是沒有什麼核減的，但我跟各位報告，今年第二季審查該醫師案件，抽了30件核減了27件，住院全刪6件、半刪了13件，這什麼意思啊！謝理事長說核減有好幾種類型，像是基度山恩仇記....，是個人恩怨還是與健保署的恩怨?....，令人無法理解，這個怎麼講都說不過去，他是一個資深專科醫師，願意下鄉到地區醫院服務鄉親實屬難能可貴，這樣無理的核減，把他的所有理想都打亂，相信有一些醫師面臨同樣的問題，同一位醫師一樣這樣做，以前在大醫院一個月可能申請好幾百萬沒事，現在在地區醫院才申請一百多萬，就幾乎都被核減光了，我們希望瞭解原因，希望有合理說明。

另外，我同意郭院長所說，對岸已經在落實分級醫療，地區醫院是下面樁腳要穩固是非常重要的事情，我們台灣現在並

未落實，我們也不能怪大型醫院，他們也很無奈，人滿為患也是不得已，因為政府並未依法管制做好分級醫療。醫學中心醫師也會抱怨，他光處理初級照護的病患已佔去大多數的時間，如何還能做好research或teaching，我覺得政府要好好改革和落實。

謝代表武吉

我剛說的非必要的核減、基督山恩仇的核減、指示行為的核減、第四個設定目標的核減。當時我向莊逸洲先生提出，他已經千古，我當時說給他聽的時候是他當主任，以為我在說笑話。當時林口長庚醫院的核減率很低，女性總經理的時候，某段時間跳起來到9%，莊逸洲就被換下來，他也認同我曾說過醫管人要當抹布或販毒者的論點，因為是實例我才說歷史給你們聽。莊逸洲就跟我說我每次說的都對。

非常感謝郭院長以醫學中心立場來看這樣語重心長向健保署呼籲，希望健保署能夠用最好方式來配合輔導我們社區，讓地區醫院能夠繼續為社區服務，謝謝。

謝代表天仁

長久時間都在談地區醫院的困境，剛剛聽到幾個狀況，看起來是地區醫院每個醫院都有緊箍咒，為了達到設定目標，所以要核減去達到那個目標，這樣管理模式會不會讓地區醫院越來越困難，是不是應該目標彈性做調整，把這些地區醫院當保護動物，稍微保護他，在設定目標上面應該有一點彈性嘛！當你有目標有彈性時，核減上我認為只會傷到皮但也不會傷到肉，現在看起來核心設定目標卡的很緊，卡的很緊又不核減，達不到目標。我認為如果管理改變，應該要稍微做個調整，醫學中心應該是最嚴，區域醫院稍鬆，最後彈性是地區醫院才對，讓醫學中心好的醫師覺得地區醫院不錯，願意到這個地方來，民眾就醫可近性才可以達到應該有的效果，各區應該都好好做檢討，不檢討地區就被大家捏死了，很難生存，醫管某部分要做個檢討。

羅代表永達

剛特材組講到，檢驗是不列入這邊，但我知道，曾經去抽樣了解目前檢驗部分大概是多少比例，數字好像是下面的數字4倍，因當時在設定預算時候，執行率醫院一直不夠。事實上

不是，是因為檢驗這邊沒有申報，據我所知道特材組是有資料，應該把調查的資料或後來申報的資料下一次呈現。

第二個核減部分，簡單講心態看法和個人經驗，每一個審查的醫師看這事情和病歷寫得好不好，現在資訊很發達，在醫學中心或區域只有兩件事情比地區好很多，一個資訊，可以設定開了某種藥或是處置，但在地區醫院90%做不到，依我們的規模做不到，那他自己去寫或order，自然寫不出來，審查時候是根據病歷，紀錄不夠完整所以刪減，好像我們是錯的，事實上，一線單位人力寫病歷還是要照護病人，我們當然了解病歷最好的紀錄，問題是以目前人力和沒有住院醫師充分資源。所以針對醫學中心、區域和地區標準考量上應該是不一樣的。

張代表克士

呼應謝天仁委員說的，在設定額度時中區有虛擬分區審查的標準額度，但是總額成長像非協商因素有成長幾趴，我們都看得到吃不到，沒有分配成長點數給我們，至少我們醫院是沒有因為總額成長而增加點數，而部分醫師又有這麼大量的核減，要地區醫院如何經營？

主席

請醫管先回答安寧緩和護理費專款一般的部分。

醫務管理組張專委温温

104年協定總額時，提到護理費用是要跟護病比作連動，今年5月向健保會報告，依據護病比連動把費用考量放到一般，去做支付標準的調整，經過健保會討論後，他們比較支持護理全聯會的方案。這案子前9個月是我們幫忙算護病比資料再補給費用，10月開始由醫院自己報。因此，這費用在今年是在一般部門，即支付時候已考量護病比項目。

另外補充第19頁成長率3564%資料是誤植，應該是10.1%。安寧療護部份，今年由支付標準作調整30%，我們也在鼓勵醫療院所能夠多做安寧療護，以上說明。

主席

安寧療護增加是減少無效的醫療是現在我們鼓勵的項目，所以成長是樂見。醫審針對有針具質疑的部分再作說明。

醫審及藥材組蔡專門委員文全

安全針具是以列入特材的針具來編列預算，所以目前所統計是以針具類特材來統計。

在審查醫師部分，醫療費用審查有初審、複審及爭審，大家要關注的是如果複審和爭審撤銷率高的話，才表示審查不公平。

剛剛幾位代表提到健保署有設定核減目標，本人從未有此聽聞，有關醫療費用核刪基本上大多涉及個案。健保署對於審查完畢的案件有一套抽審制度，也就是審查醫師審查完畢後，我們會抽審看看審查合不合理，如果不合理，我們會跟審查醫師溝通，另外也會定期檢討修訂審查注意事項。我們是這樣一步一步把審查醫師的共識拉近，我覺得在審查上大家如果有意見的話，可以透過分區業務組共管會議表達意見。

張代表克士

可以把同一個醫師，在大醫院的核減率跟到地區醫院的核減率拿出來比較，看同一位醫師在不同層級的核減狀況。我覺得醫審的說法是避重就輕的。

謝代表天仁

剛住院護理照護品質預算給20億，一部份去調支付標準，一部分是做護病比本身的連動，這護病比連動有訂進去支付標準裡面嗎？

醫務管理組李副組長純馥

對。

謝代表天仁

如果有定在裡面就沒有問題，如果沒有訂標準裡面，你就把像專案本身處理了。

劉代表淑芬

補充一下，安全針具小小意見，最常見1cc、3cc空針，為什麼同仁覺得不好用，也不是原廠一體成形，可能買安全針頭，那也叫安全針具，你要同仁執行業務時，換安全針頭的安全針具，我們是鼓勵大家使用，但整個健保支付，可以去比較看看真正原廠一體成形讓同仁使用，就像安全靜脈針具一樣，方便使用，使用率就會高。

主席

安全針具請醫審組參考代表意見並做為研議參考。按照醫療法，明年開始全面改用安全針具，評鑑如果列入那就由評鑑去複查，如果有不合格就依醫療法去處理，安全針具之所以修法是保護醫護人員，特別是扎針的風險，所以拜託各位院長基於保護你的護理人員的安全，醫院一定要換成比較安全的針具，這個預算都在總額內了。如果未來還有不符合規定就建議醫事司從醫療法去處理。

地區醫院核減部分，郭院長提到非常多的核減上的問題，我們今天都會記下來，到底是個案還是通案，請醫審組、各分區業務組進行了解，特別是中區和高屏區要把意見帶回去。

地區醫院的困境也不是今天才發生，面對困境可能眾多因素造成的，我想健保署對整個醫療體系是追求公平，特別民眾的可近性，不樂見偏鄉醫院的消失，也不樂見地區醫院消失，也有很多補助計畫撐起偏鄉預算，特別地區醫院有一個專款，付費者代表支持一年最多每院1500萬的計畫也在進行，現在對於地區醫院也有一個支援計畫也都在進行，所以這些如果還有其他可以幫助地區醫院的方法，也可以從地區醫院提出來納入總額協商，希望共存共榮。

郭代表守仁

公平但要有正義跟扶植，我們對醫學中心與社區醫院應該一視同仁，我一直在強調，對岸到台灣來最羨慕不是醫學中心，他是羨慕沒有辦法做到~好醫師就在隔壁。

有時候你們不了解醫學中心、地區醫院，醫學中心人數眾多!有很多住院醫師、CR，事實上兩邊就是不公平的，不公平的結果就是要幫忙。審查地區醫院醫師，重點應在於民眾的反應，到底寫病歷還是在照顧人，品質應從哪方面來衡量?大家只有把病歷寫得很好就是領錢，病歷等於錢，我想這概念應該要改正來。

主席

有關核減率意見都錄下來，請醫審組及各分區了解並系統性檢討，特別是對地區醫院審查不要用醫學中心眼光去審。

謝代表武吉

剛才主席點到高屏啦!其實高屏是沒有關係的，我說的是全國，大家共同的問題不只有中區和高屏問題。

主席

好，是大家共同問題，不是只有中區和高屏。報告就洽悉，相關意見請收錄。

四、 報告案第三案：104 年第 2 季醫院總額點值結算報告

主席

各代表對於點值結算有沒有意見，大家沒有意見，第 2 季點值確認。

五、 報告案第四案：105 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措

主席

保障項目大家有沒有意見，明年是不是維持，大家沒有意見就確認。

六、 報告案第五案：105 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商會議」召開會議時程報告

主席

時間安排大家有沒有意見，沒意見就確認。

七、 報告案第六案：本署導入 ICD-10-CM/PCS 準備工作進度報告

主席

有關 ICD-10-CM/PCS 明年元月 1 月 1 號要上路，到目為止各總額部門都表示可以因應，今天討論的是醫院的部分，現在預檢通過率也蠻高的。好，各位代表有沒有什麼意見。

黃代表雪玲

我可不可以請教一下，到明年 1 月 1 號，因為有些 csae 可能是 104 年跨到 105 年，特別是門診有一些排程或是療程的病人，到 105 年是以 104 年的門診就醫日期來申報？現在遇到一個狀況，就是 105 年以後我們所有系統都是 ICD-10 系統，資訊只有一套系統，醫師若是想修正 104 年看療程排程的 case，那時候修正可能就會變成是新的 ICD-10；但台北業務組說不行，看診日落在 104 年的一定都要是 ICD-9，起日落在 104 年以前的

這些 case，在健保署的檢核是不是一定要 ICD-9?可否申報 ICD-9 跟 ICD-10 都可以?105 年才強迫一定都要是 ICD-10，對醫院的檢核系統是不是可以放寬?

醫務管理組張專委溫溫

這個我們來配合調整說明更清楚，然後通知各分區去轉知各醫療院所，謝謝。

主席

對於跨年的 case 這很合理。其他的代表還有沒有什麼意見。

潘代表延健

我可不可以請教一下，因為 IC 卡裡面的碼，現在是 ICD-9，到時候也是會轉成 ICD-10。重大傷病是不是也可以同時解決。

醫務管理組李副組長純馥

因重大傷病有效期，如果是新的，最近有發文給各院所，也請分區轉知，如果效期還在，明年還在就醫的，沒有強制要改成新卡，還是可以用 ICD-9，只是我們檢核，我們會去檢核他原本公告對應的，我們對應的版，就是這個重大傷病是我們 ICD-10 版，ICD-10 版的碼是什麼。在免部分負擔的時候，要用 ICD-10 的編碼進去，那我們在做免部分負擔的檢核才不會出現錯誤。可是他原來卡上面的 ICD-9 的 code 不用改，因為他要重新申請才會去改那個 code，在寫那張處方的時候，要用 ICD-10 的重大傷病屬於這一類的代碼範圍，我們在檢核部分負擔的時候才會通過檢核。

主席

所以如果院所直接讀 IC 卡上面的碼，如果是過去已經取卡的人，就會一直留在 ICD-9 code，這一次要申報他的門住診費用，你要編的是 ICD-10 碼，大家理解了吧!因為我們有 ICD-9 跟 ICD-10 的重大傷病的對照檔，所以應該沒有問題，要借醫院 HIS 系統幫忙。

陳代表瑞瑛

對，這個還不一定是沒有問題。

主席

可以，內部我們有對照。

黃代表雪玲

ICD-9 跟 ICD-10 是有對照，但沒有重大傷病的對照，重大傷病有新版公告，是新的範圍，沒有辦法對照，我們只能要請醫師從 ICD-10 的這群去尋找，就是變成這樣。

醫務管理組李副組長純馥

因為 ICD-9 比較簡單，ICD-10 比較複雜，所以健保署沒辦法幫你挑 ICD-10，幫忙指定是什麼樣的疾病，還是要由醫師診斷之後，知道是那個 ICD-10 代碼。只是我們會以同一個群組，都可檢核通過，因為對應回來的 ICD-9 是原來的重大傷病，就會認定他是合理的，合理的就會檢核通過。

陳代表瑞瑛

效期到的時候會改嗎？

醫務管理組李副組長純馥

105 年以後效期已到期的，要重新申請的時候，再用 ICD-10 的診斷碼做申請，這時候核給就會是一個新的用 ICD-10 的重大傷病的證明給他。

黃代表雪玲

不過有一些病，是永久有效，永遠是 ICD-9。

陳代表瑞瑛

是不是應請病人去署裡面改，去申請變更啊？

主席

這個部分，我想太多事情擠在一起，那些不是非常 urgent。

陳代表瑞瑛

病人只要生病就會到醫院，檢核就會發生問題。

主席

只要你進來是我們重大傷病群之 code，部分負擔的權益暫時不會受損。這個部分應該是可以這樣先處理，至於那些永遠有效，是不是在什麼時間點，我們慢慢的把它換成 ICD-10，我們紀錄下來。能夠在什麼時機轉換，我們紀錄下來在有比較有效率的方法時，我們再跟大家報告。

陳代表瑞瑛

還有一個問題是，這不一定跟 ICD-10 或 ICD-9 有關，精神科的病人，也領有重大傷病卡的人，很多醫院發現原來上面有疾病分類，然後他自己跑到署裡面去取消，然後就變成沒有重

大傷病卡，等於說他之前來看病，因為我們用 IC 卡去刷，他是重大傷病免付部分負擔，可是他不曉得什麼時候就去改了，就變成沒有了，可是申報時候是免部分負擔，這樣醫院都被核減，因為變成錯，所以這個要怎麼樣去防止，可以由病人直接去跟署裡面去申請，取消這個重大傷病卡。

主席

我可以跟委員報告，原來沒有一定強調重大傷病可以取消，今年有病人來要求，因為對病人而言，重大傷病的證明唯一好處就是免部分負擔。有些病人說我不要這個優惠可不可以，經過法律諮詢小組的討論之後，沒有辦法拒絕，他不要這個權益，因為重大傷病申請是被動被申請，他要來申請，所以如果要取消，也要他來申請取消，所以我們是受理他來申請取消，申請就是他不要免部分負擔，即表示他願意付部分負擔，所以如他主動來申請，IC 卡上就會註銷，就是他沒有重大傷病之部分負擔優惠，但他的病還是在的。

陳代表瑞瑛

在法律上或者是人權上，他都有權利說我不要接受照顧，IC 卡不要註記有重大傷病，問題是說，比如說是 11 月 1 號到某一個醫院去看門診，那個時候還有重大傷病，然後免部負擔，因為醫學中心就 360 元，因為醫院是代收代付，可是他在 11 月 5 日去申請，那我們 12 月 15 日才會去申報，那他的註記還是重大傷病，可是在你們那邊檢核的時候，發現他已經失去，那醫院就會被要補繳這個門診費，而且醫院沒有辦法舉證，現在是各分區要醫院去舉證，醫院怎麼去舉證，他什麼去申請我們也不知道，對不對。所以這個是對於醫院來講，是有些問題。

醫務管理組張專委溫溫

我們會從寬處理，病人來申請當月看診因卡片仍有重大傷病註記而免部分負擔，這部分可以用電腦的程式邏輯來處理，我們會看得到他那一天來申請來註銷。

主席

那我們就記下來，確實有這種的問題，謝謝大家提醒。那有關 ICD-10 的部分，大家有沒有意見。

黃代表雪玲

我可不可以提一下，像剛剛這種罕病重卡，實務上有小朋友其實有三歲的免部分負擔優待，他更不想要落下罕病的這種名稱，其實在臨床實務上，有些家長真的不想要申請這種卡，可是你們有一些要算專款專用的，都要綁，都要有重卡註記，可是我們醫院又最多罕病人被算到總額內，其實他們是總額

外，就是會有一些條件被卡住，是不是以後在卡這個重大傷病的時候，可以不要卡這條件。

醫務管理組張專委溫溫

這部分很難去認定他是不是罕病病人所專用。

主席

這問題確實是有可能，現在民眾是多元的，這個意見醫管組把它收錄下。

陳代表瑞瑛

臺大收很多罕病的病人，且大部分都在門診，那能用什麼樣的方式，比如是給一個不要在 IC 卡去建立罕病的疾病，另外給一種像紙本，讓他的家長跟醫院的承辦人知道就好。但可能會拿這個卡去看其他疾病，到別醫院看一般的疾病，可是他這個卡一插下，就看到他有罕病，不知道行不行得通，我大概舉例一下，也許可以跟醫院這邊來討論用怎麼樣的方式，讓這些病人也可以使用到他罕病應該有的各種的，不是福利，就是醫療上我們可以去盡力幫忙的，可能就朝這個方向去看，謝謝。

主席

我們 IC 卡重大傷病註記唯一好處就是免部分負擔，那其他的醫療權益都不受影響，不會因為他有沒有註記而拿不到藥或醫療，有代表說在金額歸類上，我們還是看卡的話，那就會歸錯類，這個意見就收錄。

陳代表瑞瑛

因為藥費很貴，尤其在門診，像臺北區，他有一個總額點值控管的方案是每人次的藥費，跟去年同期比，如果這個卡，或者是藥費爭議，這些人本來在罕病的，可能就不算在這裡面，對於醫院還是會有影響，因在各分區業務組，因為點值控管的方案會影響。

龐代表一鳴

回應一下健保費會決議，點值保障部份要回歸支付標準，盡量少做點值保障的事情，今天會有這個爭議，完全就是跟點值保障或是跟預算別保障有關。過去總額剛開辦時，重大傷病一點一元政策，這些醫院紛紛把榮民改成重大傷病，當時重大傷病大幅成長，當時保障是依據身份保障的，不是依據依嚴重度或實際資源投入來保障的，長期合理的發展還是回歸健保會這個決議來做處理，而不是訴求點值在某個部門，或是預設某個部門的保障，這是大家應該共同的目標和方向。

主席

政策會導引行為的改變，顯有對醫院有利的會反應更快。
第六案就洽悉。

八、報告案第七案：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(簡稱「品保方案專業指標」)乙案。

主席

大部份都是改 ICD-10 碼以及藥品碼，請問各位代表們有沒有意見。

黃代表雪玲

醫院藥師有給我意見，在第 74 頁這個，有關(二)1.(1)，有關降血壓口服藥，後面第一行後面下面 C02KX，01 跟 02，我們藥師的意見是 C02KX 這個應該前五碼就應該涵蓋降血壓藥物，不用再拆細分，建議前五碼就好；第 111 頁，第 19 類的類風溼性關節炎的病患，這有兩個 ATC 碼，這兩個碼在署裡這邊寫是 93 年 8 月 1 號訂的，在 2008 年已經更改了相對應的藥碼，譬如 L04AA11 已經改成 L04AB01，那下面那個是改成 L04AB04，這部分我們不太確定，看署裡要不要再找專家再確認一下。

曾科長玫富

第 111 頁，這 6 類用藥日數重疊率的藥理分類代碼涉及藥學專業實在太細了，可能是最近半年加強這方面管理，像臺北榮總、臺大醫院還有相關的公會等，都有非常多很細項的排除或是增列建議，原則上我們處理這類建議，均會先徵詢臺灣臨床藥學會意見，因這一次修訂最主要係配合明年 ICD-10 推行，所以可能需要在年底前完成公告修正，剛剛講這兩個細的代碼修正，就容我們會後跟臨床藥學會請教，如果 ok 的話，就容我們直接修訂，謝謝。

主席

謝謝，那就吳雪玲代表的意見，其他代表對這個案子有沒有意見。

謝代表武吉

第 82 頁和 83 頁，第 3 點計算公式及說明的第 6 行，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數。跟我們規定的六種雲端藥歷檔核扣的比例不太像。

主席

好，藥品重覆的定義。

曾科長玟富

藥品核扣方案，因為涉及費用核扣，所以主辦單位採行比較嚴格的定義，那種定義算不出比率，只能算用藥重覆日數，品保方案的指標則是分母分子均用同等的日數定義處理，可算出比率，剛謝委員講的大於 21 天，案件允許重疊 10 天不算，是上一次修訂的，因為慢連箋允許提前 10 天領藥，10 天內的用藥日數重覆不計算，當時是依相關團體建議修正慢連箋案件以給藥日數大於等於 21 天定義，是對慢連箋案件比較從寬的定義，品保方案這邊是做整體性的比率監測，與核扣方案那邊的目的不同，核扣方案因為涉及費用核扣，所以主辦單位採行比較嚴格的定義處理。

謝代表武吉

剛剛的解釋好像是放寬，但是對醫院裡面的管理上，有很大的困難。現在醫師寫十天要寫得很清楚，那邊跟我們核扣又不一樣，這樣不一樣，看要怎麼處理，這是一個很大的問題，這真的要謹慎思考，一致性，不然就看要怎麼處理。還有 104 頁計算公式和說明，分子的算法，那個分子較分母案件中，人工膝關節置換手術後 3 個月(90 天)內發生置換物感染之案件，這個 3 個月分成三種，2 月是 28 天時，1 月到 2 月 28 日到 3 月 31 日剛好 90 天，那有的剛好 91 天，有的剛好 92 天，也是 3 個月，分子和分母的 90 天，這個是不是真的 3 個月，可在思考的地方。

主席

這個地方被捉出來了，可見謝代表是看得很精細，謝代表講得確實有道理，如何跟醫生溝通，這兩件事情就不在這裡討論，請醫審組回去自行校正，如果天數是月還是日要寫清楚，不然會發生不同組的月份有不同的結果。

曾科長玟富

我們會再確認指標程式是用月為單位勾稽？還是用日為單位勾稽？就容我們確認後直接修正相關文字，如程式是用日為單位勾稽就是用 90 天，如果用月為單位勾稽就是用 3 個月。

主席

這個就是文字上造成誤解，醫審組自行去修正。是不是各位代表就授權他們自行去修正。如沒有其他意見這個案子就通過。

九、 討論案第一案：人工關節植入物收載欄位建置，擬由申報作業收載

主席

本案的源頭是臺灣關節重建醫學會，今天學會代表古醫師要來跟大家再做說明。

古鳴洲醫師(關節重建醫學會及骨科醫學會)

疾病登錄是從北歐瑞典開始第一個就是膝人工關節，1965年開始到今天，因為疾病登錄制度完善，讓瑞典成為全世界醫療服務最好的國家，他們的人工關節手術失敗率是全世界最低，因為他們做了很好的登錄。英國在2000年開始實施關節登錄，已有十五年經驗，他們建立了全世界最大資料庫，不過也費了億台幣的經費，他們立法同意跟廠商收取費用，一年收取數億台幣的經費，資料庫提供品質監測，提早發現新金屬人工關節材料造成病患重金屬中毒，向全世界發出警示。讓知名的骨材大廠回收金屬人工關節。

台灣人工關節登錄制度有其必要性，過去我們多用歐美產品。但是亞洲人跟歐美人的許多方面長得不一樣，人工關節的設計會有一些不同的需求。國內廠商製造人工關節已有20年了，目前沒有正式的使用報告。大陸也有很多骨科廠商在做。大陸的產物是可能進來臺灣的。我們需要有效的監控系統，來幫民眾的健康把關。骨科與關節重建學會裡的大家都有共識，希望登錄制度能夠執行。我們希望在有限的資源下面來做，最有可能是在健保資料庫裡面。我們可以用最低的經費，來完成這非常重要的疾病登錄。

剛才謝委員也有提到，人工膝關節，我們國內健保署早就已經當作品質指標之一，其實不光是膝關節，還有很多疾病，做外科的也好，骨科的也好，甚至在瑞典已經一百多個疾病在做登錄。如果能夠記在健保登錄作業裡面，給大家一點空間，花大家一點時間。收錄的資料，就可以跟如年齡、性別、職業流行病學資料結合，就可以來做分析應用，造福民眾。透過利用健保資料庫發表的論文應該是世界第一、第二，這些資料庫提供很多民眾有意義的資料，都可以用來造福人類，促進醫學發展。

希望委員們能夠同意，讓各醫院配合提供欄位填寫。目前規劃只要增加五個欄位，就可以完成登錄所需。以上報告。

主席

原來我們申報資料有一部分是有的，現在缺身高、體重、BMI、手術路徑，麻醉分級、手術特材，特別是型號跟批號等。如果那一個廠牌發生問題，可以追蹤到那一個裝了有問題之特材，如果有系統性的問題，可以理解那一個材料出問題，在

健保的支付上也可以做決策參考，現在開放代表來表示意見。

郭代表守仁

quality 跟 supply chain，臺灣過去對這個食安不太注重，所以食安一直發生問題，對於 supply chain，supply 的地方。事實上臺灣的醫療還有植入物，這種 device，問題也很多，雖然是英國或德國、美國的，但是他的 supply chain 可能是在印度，可能是在中美洲、可能在南美或是在其他國家，所以我們對 supply chain 沒有去做管控，所以這個是一個開始，臺灣的電腦及 IC 很厲害，應該怎麼把它結合，我們現在要變成所謂的醫療大國的話，我們應該要花一點時間，且要持續追蹤，否則民眾事實上也不清楚，因為醫生跟病人說你裝德國製造的，但是這個德國的 supply chain 可能是在印度，可能是在其他的國家，這個植到人體，產生的影響可能是慢性、長期的。

謝代表武吉

人工關節植入物的地方，申報下列醫令代碼，第 115 頁這 7 項，是不是都應該要有事前審查。

主席

現在沒有了。

謝代表武吉

以前都要事前審查，現在取消了。第二點人工關節植入物的地方，不增加醫院行政作業的困擾為原則，但在申報上還是行政上有一些問題，以前申報都是一個小姐在專門處理這個工作，現在不是了，現在變成要轉去別人來處理這個工作。我對收載沒有反對的意見，以前已經開完刀的那些人怎麼辦？

主席

那個沒辦法，從現在開始收。

郭代表守仁

謝委員他講的對，一定會增加行政作業困擾，我們應該要怎麼補償，就是要 incentive，這是品質的一部分，事實上對國人是有幫忙，而且可能監控廠商，事實上臺灣現在你六千億，給外國廠商賺了大約一半以上，我們沒有國產，幾乎沒有競爭力。國人所納的錢，都被外國廠商賺走，但外國廠商如果用的是好的材料，我們要感謝，但若品質不好又花費那麼多，是很不值得，所以要如何監控，應請學者或你們來建立一個指標來登錄。

羅代表永達

中華民國骨科醫學會努力很久，講到不增加醫療院所的行

政作業的困難，其實之前他們要求的不只這些，有些東西他們就自己去精簡。

117頁這表，有表以後很多東西就容易做，很明確的做可以依循的依據，我個人是支持，因為他節省了很多事情，且後續的發展是一個很重要的一個登載。希望手術相關資料和手術入路途徑，這兩個東西可不可以再結合一次，麻醉跟麻醉的分級可以聯結，重新設計一張表，我想大家是支持的，以上。

郭代表守仁

事實上應該列入醫學會的一個評鑑或是查核分數，看到各專科醫學會，應該把 quality 指標納入評鑑項目、專科醫師評鑑，請古鳴洲醫師轉達骨科醫學會。

古鳴洲醫師(關節重建醫學會及骨科醫學會)

如果各位委員同意的，我們回去一定會努力推動把品質納入評鑑，我想郭院長高瞻遠矚，臺灣應該往這方面發展，你要講醫院多好，你要講醫師多好，病人數我們趕不上大陸，但品質這部份我們應該努力讓大家看得到，我們的品質真的是值得讓外國人來跟我們學習。

潘代表延健

我這邊有兩個意見，開始申報時間是1月1日，因為可能需要一點時間準備，每個醫院需要的準備時間是不是一樣，建議實施時間應予考量。

特材條碼的輸入方式，是否可允許直接輸入條碼，現在很多特材都是用照相或是用貼。

主席

照相不好處理，應該要用 Bar code 刷到你們的電腦裡面才對。

潘代表延健

有些規定申報時候是一定要把那個貼紙貼在病歷上，現狀很多病歷都無紙化，現在規定只能貼在病歷上，所以這部分若以可刷條碼，是不是其他也考慮適用，因為已經朝向全面無紙化了，況且那些編號就已經包含足夠的資訊了，不一定要看到實體貼紙。

郭代表守仁

潘委員他講得很好，我們都用舊傳統再處理現在的事情，我們電腦，資訊已經進步很多。在世界上人家已經GS1，已經發

明很多Bar code，很多精密裝置裡面都有很多的它的鑲在裡面，我常常在講，整個臺灣都寄望在健保署。你們也有一組人，不是對這個supply chain，事實上人家已經GS1，世界上很多機構每年都在談這些，但是臺灣都號稱世界醫療大國，但很多都跟不上，所以我想今天潘委員有提這個，我想這是一個很好的建議，趕快跟上，那我想醫療院所他是很喜歡，因為我們喜歡變成不是變一小部分是這品質的典範，我們是要全方位是世界的典範。

謝代表武吉

這個我不反對，因為地區醫院要用Bar code來處理的話，以前是用貼的，在病歷上，現在還要用掃，有的醫院還沒有這個設施，那現在1月1號就要實施，地區醫院可能有他的困難點，所以這是第一點。

第二點，如果DRG還有ICD-10都在一起，這個1月1日開始再做，那這些行政院人員乾脆說我不要做了，這是一個很大的困擾，這看是不看變一下，延一季。

林代表慧玲

人工關節植入物的條碼可以提供什麼樣的資料？一維與二維條碼能提供的資料不同，你們希望從條碼得到的是廠牌？還是型號？理論上更好的應該有批號、效期。Barcode可以含很多的資料，可也有很陽春的，所以我很好奇你們要的是什麼information。

古鳴洲醫師(關節重建醫學會及骨科醫學會)

我們學會曾經對這些廠商要了全部的資料，他們都有Batch code，所以可以追溯到那一批的批號。如果這些批號不一定標註國別，健保署可以要求廠商提供正確資訊。有很多產品，他們不見得是在一個國家製造的，一樣的東西也可從好幾個國家製造。病人如果需要翻修的時候，健保署可以提供給醫療院所之前手術使用了什麼材料，這樣醫師在做開刀時，可以有更多的資訊，不用全套置換，省錢省事省時間，提升病人安全。這些都是可以互相合作，讓病人得到更好的照護。

郭代表守仁

剛剛謝委員擔心，因地區醫院人力也不是相當多，執行的時候健保署應該要有不同層次的思考。

黃代表遵誠

對於quality有幫忙的事情，醫療院所大家盡力來配合，我也同意潘委員剛剛所提的問題，因為基本上會跟醫療院所他的骨科的業務量多寡會有差別，第一個建議時間上能夠做一點考

量。

第二個部分，系統假設原來設定是1月1號開始申報，有沒有考量到需要系統先開放測試，讓醫療院所上傳的測試的時間，現在已經11月，假設1月1日執行，這部分能不能一併做考量，以上。

洪代表政武

這個案在全聯會醫療委員做過相當討論，其中提到，因為增加一些行政作業，是否可由骨科跟關節重建學會跟廠商，去要求論件計酬，登記一件給多少給付，在醫院醫療委員會有討論到這一點。

古鳴洲醫師(關節重建醫學會及骨科醫學會)

廠商這一部分，他覺得他們被健保年年砍價，幾乎無利可圖，不過我想還是有一點點空間，我想因為這個是造福全民，能夠從政府經費做推廣，能夠讓有些小醫院跟Bar code系統這一部份，他們確實也不瞭解，我想建置需要一點時間，誠如謝委員講的需要一點輔導推廣建置時間，其實我們都可以接受。不過，怎麼樣輔導讓他們可以上路，這一部分，我覺得政府應該有一點責任，未必是健保署，可能是在衛福部可不可以編專案，讓這件事可以更圓滿，更順利。

郭代表守仁

是有一個折衷，因為剩下一個多月，因為1月16日是選舉，1月1日，大概也差不多50幾天，50幾天要醫療院所，尤其是中型的小型，我覺得他有困難度，所以一個要執行應該要試辦，試辦應該你看要怎麼樣來做，倉促的在1月1號上線，可能會產生反彈，請主席做裁示，應該有一個試辦期，然後讓他慢慢漸入佳境。在骨科醫學會或是關節重建醫學會再做評鑑，或是再做評審的時候，變成他們的一個所謂的credit。

主席

好，謝謝，大概就是討論到這裡，留下幾個問題，一個是距離1月1號很近，要不要有一個測試的時間，有沒有彈性一點。第二個是能不能因為這樣，有關現在貼病歷的那些，尤其是發展電子病歷的醫院，可不可以同步取消。第三個，可不可以給一點incentive。

龐代表一鳴

經過討論第一個原則支持，第二個大家希望保持一點彈性，特別是對於執行的時間，麻煩注意一件事情，原本這件的期望是申報，申報有義務性，原來規劃是事前審查表單就能夠處理，後來藥材做重大的改革，就是免事前審查，其實對醫院行政或

醫療專業人員業務是有減少的，那邊又再要求要增加，所以是有一點來回，折衷的問題，按照剛剛討論下來，我們以下建議，我們用逐步導入式，系統測試好，請醫療院所就可以開始填，我就是先不用申報，可以上傳這資料方式來做處理，我們訂一個時間，請各業務組或是相關的專業團體來鼓勵醫療院所做上傳，這個第一個原則，那因為它是用上傳的方式，我們就不用申報方式，我們現在有醫令檢查等等的申報，所以他是有的incentive，incentive的份量大概是跟病歷摘要差不多，因為它是一個簡單的病歷摘要，我們用病歷摘要的方式，用現在vpn上傳的方式，就可以投入給相當的incentive，雖然不夠多，但也有相當性的意義。那我們系統好的話，我們就盡快跟大家來宣布我們系統已經上線來做測試動作，以上說明。

主席

本案前半年以鼓勵方式，7月1號開始大家就全面申報。

郭代表守仁

這整個有系統上要來處理，一定要讓健保署的同仁跟世界學習，因為GS1每年都有辦這樣的會，對於植入物，它怎麼樣來做監控，怎麼樣變成一個事件，因為我們現在都是從外面，它每件它都有一個很小的碼，我們不要獨立在世界之外，健保署編列預算讓國人去參加，GS1一直都有在舉辦，且裡面的內容都相當好。

主席

我們也把郭院長的建議紀錄下來。好，前半年是鼓勵，7月1號開始大家就全面申報，incentive部分比照我們雲端資料上傳的規格，只要有上傳的就給予一個上傳費，大家得到雙贏。

最後，植入物很重要，現在人體開始有很多植入物，為了改善病人的健康，植入物一放就很久，特別骨頭這種東西在置換率不高情況下，搞不好就跟著你到最後，如果有所閃失，病人也看不到批號，當有一個好的系統，將來產品出問題，可以追蹤的到，可以再置換。所以登錄是第一步，謝謝各醫院代表的支持。

林代表慧玲

在藥的部分有很多強制管理的措施，在醫材的Bar code，是否可以有產地的資訊？是不是可以對廠商有一致性的要求，要求Bar code有比較完整的資訊。

古鳴洲醫師(關節重建醫學會及骨科醫學會)

感謝，這真的是很好的建議，我們有公權力可以要求他們，不然他們做他各個國家，每個Bar code長得不樣子，護理人員

在輸入條碼的時候也會覺得有困擾，我們可以要求這個。

龐代表一鳴

這不是這樣子，對公權力的來源是要在有法律，不要擴張，我們不是警察國家。林代表會有問題，是因為我們這段描述不太清楚，一個藥盒，現在進口藥常常有三個Bar code，確實不知道輸入那一個，依照健保的號碼，已經到廠商型號，現在要補充的是批號，所以這點需要的Bar code條件要說明清楚，是要含什麼的Bar code，這一段我們沒講清楚，請古醫師再把文字修改一下，不是一個Bar code就好，現在有一些產品上面有好幾個Bar code，輸錯Bar code是完全沒用。

古鳴洲醫師(關節重建醫學會及骨科醫學會)
是的。

主席

那就我們要確定輸進去是那一個code，特別批號。

郭代表守仁

剛剛林委員提醒大家，我們要求他是漸進式的，好的廠商他有規範，沒有規範的廠商，我們應要求他要有規範，規範進來的話，我們才好監控，所以我是覺得我們不是說一定強制，但是須要提出要求，以漸進式的，從supply chain做監控。

主席

好，謝謝。

十、 討論案第二案：105 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

主席

各代表有沒有意見。

謝代表武吉

第125頁104年醫缺條件次序(104年特殊)是什麼意思，可以說明一下。

張科長美玲

醫缺條件是依據醫人比4千3，如果超過4千3就屬醫缺地區，有些比較特殊，詢問過各分區業務組及當地衛生局意見以及考量當地民眾就醫情形。

主席

意思是說沒有寫特殊的就是符合醫人比，有寫的是不符合醫人比，但是他情況特殊，所以把它納入醫缺。

謝代表天仁

第120頁調整原則，意思就說假使他平均每診次就醫35人以上，次年度調整級數或者不在提供巡迴醫療，那如果已經到第一級3500點 那怎麼調呢？不在提供巡迴醫療，不提供這些地方可能醫缺，那怎處理？

龐代表一鳴

因會議是另一位專委舉行的，較可能原因我先說明，醫缺地區有個特色，人口不會太密集。像這騎摩車騎很久去換藥膏這種現象，是不是那個理由做調整，這我們會查清楚。

另謝武吉代表提的特殊定義，醫人比1比3千多，有些鄉是1個醫師，可是人口數也才2千多，剛好會差一點點，或是他地方比較大，確實是有地廣人悉的效應。

謝代表天仁

我再提一下，醫缺目的是在補不足，健保強制納保地區民眾沒有醫生沒有幫忙看病，所以才會這些巡迴醫療，設置巡迴點，那巡迴點因他診次太高，太高意思是收入多或有假的，假的你就假的方式處理，不應該因為妨礙其他有需求民眾醫療權利，所以你不提供巡迴醫療，除非地方已經過你的輔導，有其他醫師願意在那生根，不再提供巡迴醫療是沒有問題。或是還是醫缺只是有些地方有問題或是你認為每次最少3500點，已經每診次超過35人以上，認為這樣可能給了太多了，沒關係，第一級可以讓他更低一點，他總是醫缺，角度上應以病人為中心，如果醫療不足不論如何要去做處理，但是不能因一些弊端，讓這些人無法享有醫療是不對的。

龐代表一鳴

剛沒有表達的很清楚，當時討論會原意是人次表示具經濟規模，醫缺西醫基層有兩種，一個是巡迴、一個是鼓勵去定點開業，除了35人次，鼓勵去定點開業，給他開業的獎勵保障，對不起，我們文字沒有表達很清楚。

謝代表天仁

轉換機制上面必須兼顧民眾權益，已經轉換變成有人在服務，當然沒有問題，把它取消不再提供巡迴醫療是好的，只是說如果沒有就不能取消，我講的意思是這樣。

主席

文字寫不清楚讓大家誤解。

羅代表永達

剛在想要不要講，醫缺第一個是我們台中神岡，這屆縣市長改選完後，衛生局長打電話到醫院去，台中市三個地方是醫療比較不足，要求我派車去，我就派車去，去得人不算少數，去那邊我忘記有醫缺專案，如果這樣請醫師過去，既然是有人要去我們就不要派車去，都是賠錢。有很多資源衛生局或是健保署可能要有配套，依台中市來說神岡不算是很偏遠的地方，一個衛生所，也有醫師去做，我假設在做這一塊，我們不介入人家搞不好會達35人，因我們介入使人家達不到35人，這些東西影響因素你們應該一次去考量，如果知道就不要派車去，派醫師去至少還有3500點啊，我是覺得如何以病人角度做比較好，因為他在偏鄉我又不派車去，他要抽血檢查就要自己來醫院，我現在派車去要檢查照x光，我就把他載過來送過去，因這是台中市衛生局拜託的，我的意思說類似醫缺不曉的衛生體系健保署和其他行政體系做過整體概念，否則好像各行其事。

龐代表一鳴

說明一下，衛生局不是在衛生福利部底下，憲法上還是有分開來。各業務組在蒐集這些區域除了有數字計算之外，都有跟地方衛生局做相關聯繫，所以剛講到特殊是來來至衛生局建議。醫療院所為因應地方需要，可能會有剛剛羅委員講的問題，我們建議各醫院遇到這問題時可以跟業務組聯絡。

第二個是這次修改重點是分級，過去的支持是不論他與遠近是一樣的方式，三級是比較偏遠的、二級是相對偏遠、第一級是沒那麼偏遠，常發生做了鼓勵它會選擇去類似神岡這種地方或比較熟像我長大的七堵地方，其實離長庚醫院沒有多遠，可是醫院比也算很很低，我們這次有去做區隔，希望能夠真正偏遠的時候他的固定的支付比較高的，這點差異這這裡做補充說明。

主席

就是把醫缺分級，論次費用改用遞增式的，這樣可以讓真正更偏遠的人有人願意去給予誘因，那其他各位代表有沒有意見。

謝代表武吉

對於申請參與巡迴服務計畫之醫師但不具專科醫師資格者，各分區業務組審查同意，得執行巡迴醫療，我們台灣普通醫生都是專科醫師了啦！既然專科醫師了，這個應該要處理。另同一巡迴地點同一時段，以支付一位醫事人員的費用為原則，統一巡迴地點都有可能兩間診所一起去，不可能啊。

張科長美玲

同一個巡迴地點，同一時段支付一位醫師，可能會帶一位護理人員一位藥師，我們指的是說各類醫事人員各1名，同一個巡迴地點都是同一家醫療院所，不會有重複的。

謝代表天仁

有些地方開車去可能到那個偏遠地區可能要1-2個小時，差距應該要拉開，比較近的地方是容易去的。

主席

您講的是山地離島的。

謝代表天仁

是的。

主席

山地離島有另一個計畫，那個計劃跟這個不一樣，這不是山地離島的，是都會區偏遠地區外圍，所以沒有您想像這麼遠，比較遠的是山地離島，中央山脈上的。

謝代表天仁

我講的不是那個，你到石碇裡面進去一個小時半開不到，有些地方應該要考慮細緻。

主席

委員是說論次的差異還不夠大。

謝代表天仁

我覺得論次和距離要拉大一點比較合理，變成太遠沒人去，診次就是少的，比較近的地方診次可能相對多，人口比較多一點。

主席

今年第一次分級，以前沒有分級，先試試看，一年如果第三級沒人去表示不夠再來調整，其他代表有沒有意見，沒有意見，這案子就修正通過。

謝代表武吉

剛講到申請參與巡迴服務計畫之醫師但不具專科醫師資格者部分，請說明。

主席

如果大部分都有專科醫師資格，請醫管組納為修正。

龐代表一鳴

實務上有1-2位醫師常做很久，各業務不知道有沒有，我所知道宜蘭還有1-2個，南區都清掉都沒有了，北區、高屏沒有，台北好像有1-2個，中區不知道。

主席

大家回去查一下，假設都具備醫師資格，那這項就不需要存在。

十一、臨時提案:105 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」修訂草案

主席

提案大家有沒有意見，這部分呼應健保會的評核委員意見，品質保證保留款不要有太多是平分的，盡量能夠用品質差異去分配。今年醫學中心和區域醫院已經將外獎勵比例由60%提升到70%，已經比去年進步了，地區醫院也有提升10%、基本獎勵是80%降為70%，修正方向個代表有沒有意見。

劉科長林義

第7頁部分，上次在吳老師主持會議，有兩個決議，一個額外獎勵跟基本獎勵部分比率在105年是不是增加10個百分比，第二個各項指標目標值能夠在提升，醫院協會研擬結果，醫學中心同意照吳老師建議，區域醫院還是建議維持現行比率，第2個有關目標值部分105年都沒有提升，第3個本署建議把健康存摺指標納進來，放進去多增加一個選擇性指標。

主席

基本獎勵不變的是區域和地區，指標也不變，唯一改變是醫學中心同意70%調到80%。

劉科長林義

品保款是區域醫院和醫學中心比率是放在一起的，區域醫院可不可以比照醫學中心，一樣再提升百分之10，社區醫院，以去年為例，共377家只有241家拿到基本獎勵，這個地方就可以做分別，可是醫學中心及區域醫院基本獎勵幾乎全拿，所以建議區域額外獎勵同步從70%提升80%。

主席

這部分區域醫院有沒有意見，我們就區域醫院和醫學中心都往上提百分之10，地區醫院就尊重。

吳代表鏘亮

當時是回到區域醫院協會去討論這件事情的。

主席

是醫院協會回來的意見，是區域和社區都要維持比例，今天會上會議上區域比照醫學中心，基本減少，品質獎勵上升，因為主要基本獎勵通通有獎。

吳代表鏘亮

要回去協會討論。

主席

留下來代表麻煩做個決定。

吳代表鏘亮

繼續維持。

主席

維持就違背健保會決議，健保會決議說這個款項概念不是讓你去分錢的，必須去區隔，品質好領這個錢，品質不好就不能這個錢，每個人都一樣就沒有在區隔。醫學中心額外獎勵是提升到80%，你們提升到跟醫學中心一樣。

醫務管理組張專委溫溫

我再說明一下，在資料第11頁基本獎勵部分，原來醫學中心和區域醫院都是30%，前一年基本獎勵部份大家都拿了，分不出來誰好誰壞，那天開會吳肖琪老師是建議提升的，當天會議是同意的，但這次來的資料區域醫院維持，建議區域醫院同時提升，不然在基本獎勵部分區域醫院30%就直接分掉了，沒有看到優劣。

周代表思源

綜合幾個意見，我們當然反對通通有獎，指標看起來也不是具特異性。當天吳肖琪老師主持，請醫院協會（包括區域醫院）發文各醫院，是主張維持舊的。第二次吳肖琪老師主持會議中，代表提出要和醫學中心分開，維持原案。當時就有結論，現在又臨時提出來，依照吳肖琪老師主持的會議是維持原案。

醫務管理組張專委溫溫

那天決議請大家看第5頁 二、(一)醫學中心跟區域醫院額外獎勵同意增加10%，也就是說那天決議70%到80%，是大家都有同意。後來醫院協會來文時，醫學中心維持當天會議決議，可是區域醫院維持原來的。

主席

會前會是同意，會後透過醫院協會又表示不同意，正式會議希望你們同意。會前會決議代表會開會，當場是同意的，佩菽在嗎？

林佩菽(台灣醫院協會)

當天會上，吳肖琪老師非常盡忠職守，那天老師的意思是說額外獎勵以增加百分之十方向去邁進，醫學中心有同意的，區域醫院代表維持一樣，老師是說回去再討論是否再往前邁進

百分之十。所以當天各層級把問題提出來並帶回討論，會後決議由醫院協會彙整大家意見。那天後會區域代表有提到確定基本是30%、額外是70%。

主席

付費者委員、評核委員有沒有建議。

謝代表天仁

應該照評核委員意思。

主席

評核委員希望往前進。

吳代表鏘亮

在醫院立場，我們是希望品質越來越好，區域醫院有些醫院幾乎快要到醫學中心規模，區域醫院也有很多跟地區醫院一樣，像剛提到地區醫院主治醫師從頭到尾做，很多沒有住院醫生沒有支援，理論上來講整個健保支付標準還是醫中區域分開，區域醫院支付上面不能夠醫學中心比，成本甚至高於醫學中心的，醫學中心有他的經濟規模，也確實比區域要優。區域醫院夾在醫學中心和地區醫院中間，有時候常吃悶虧。

主席

區域是區域自己比，並沒有跟醫學中心或地區醫院比，唯一想法是不要把品質保證保留款一定比例去平分，只要品質指標可以評出來的比例變高，並不會危及區域醫院生存。

吳代表鏘亮

贊成醫療品質應該要改善，在區域醫院中有些醫院執行上面還有些困難執行上面還有些困難，我們是贊成慢慢往上調整，步調是不是給我們一些空間。

主席

不然你們進5%好了，就折衷，從30%降到25%。

郭代表守仁

剛主席有這樣的彈性，可以執行一年再來評估，兩方各退一步折衷，應該是最好的辦法。

主席

區域醫院指標獎勵前進 5%，謝謝兩位付費者委員支持，今天會議到這裡，謝謝。