

「醫院總額支付委員會」99年第2次會議紀錄

時間：99年5月27日下午2時

地點：中央健康保險局18樓禮堂

出席委員：

王委員正儀	郭正全(代)	郭委員守仁	陳秀珠(代)
方委員深毅	方深毅	郭委員宗正	郭宗正
石委員明煌	(請假)	陳委員宗獻	(請假)
石委員賢彥	(請假)	陳委員明豐	陳瑞瑛(代)
何委員博基	何博基	陳委員潤秋	陳潤秋
吳委員德朗	(請假)	陳委員濱	(請假)
李委員允文	李允文	黃委員柏熊	蘇美惠(代)
周委員思源	周思源	楊委員漢淥	林佩菽(代)
林委員芳郁	陳雪芬(代)	梁委員淑政	梁淑政
林委員昭吟	林昭吟	廖委員學志	(請假)
邱委員仲慶	鄭煥生(代)	劉委員榮宏	林淑霞(代)
洪委員政武	鐘瑞嶂(代)	劉委員啟田	劉啟田
孫委員卓卿	(請假)	蔡委員正河	林富滿(代)
高委員雅慧	高雅慧	蔡委員登順	蔡登順
張委員來發	張來發	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
張委員冠宇	(請假)	盧委員瑞芬	(請假)
張委員煥禎	張煥禎	蕭委員志文	張克士(代)
張委員澤芸	張澤芸	謝委員武吉	謝武吉
許委員玫玲	(請假)	羅委員永達	陳志強(代)
許委員勝雄	蔡金漢(代)	蘇委員清泉	蘇清泉

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	林宜靜	張櫻淳	
台灣醫院協會	黃瑞美	陳雅華	董家琪
	蔣政廷		
中華民國醫師公會全國聯合會	劉俊宏		
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	陳宛伶		
本局台北業務組	吳寬仁	許寶華	
本局北區業務組	許菁菁		
本局中區業務組	田麗雲		
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	羅亦珍		
本局醫審及藥材組	施如亮	王本仁	
本局企劃組	(請假)		
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	周士恒	張溫溫
	李純馥	張桂津	楊耿如
	王玲玲	孫嘉敏	林子秦
	鄭正義		

主席：黃召集人三桂

紀錄：劉立麗

壹、主席致詞：(略)。

貳、確認「醫院總額支付委員會 99 年第 1 次會議」會議紀錄

決定：確定。

參、報告事項

第一案

報告單位：本局醫務管理組

案由：本會 99 年第 1 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本局醫務管理組

案由：醫院總額支付制度執行概況。

決定：

一、洽悉。

二、東區點值似較其他分局為差，請於下次會議加強說明該區之醫療利用情形。

第三案

報告單位：本局醫務管理組

案由：98 年第 4 季醫院總額點值結算報告案。

決定：

一、確認 98 年第 4 季醫院總額門住診一般服務浮動及平均每點支付金額如下：

	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
98Q4	浮動點值	0.8359	0.9688	0.8803	0.9267	0.9482	0.8979	0.8915
	平均點值	0.9102	0.9579	0.9278	0.9500	0.9627	0.9344	0.9341

二、各分區偏遠地區之浮動點值均未高於前一季平均點值，故本季

各分區偏遠地區按前一季平均點值計算核付。

- 三、有關 98 年第 4 季醫院總額結算作業，將依行政程序，按全民健康保險法第 50 條規定，辦理點值結算後之補付(追扣)醫療費用作業。
- 四、由於現行專款預算未支用金額不能流用至一般服務部門，對醫院點值有所影響，故醫界代表建議於 100 年協定編列醫院總額部門之各項專款預算不宜過高。該項建議，本局於預算協商機制中再予適當轉達。

第四案

報告單位：本局醫務管理組

案由：「99 年醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」修訂報告案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、同意臺北業務組修訂個別認定原則，符合前述個別認定原則之醫院為杏和醫院（1534050015）、員山榮民醫院（0634070018）及金山醫院（1131270517）等三家。
- 三、依本草案原則 99 年共計符合之醫院家數為 24 家(台北 5 家、北區 1 家、中區 9 家、南區 2 家、高屏 3 家及東區 4 家)，較 98 年增加 2 家(杏和醫院及金山醫院)

第五案

報告單位：本局醫務管理組

案由：財團法人台灣醫療改革基金會建議本局所屬相關委員會之組成與紀錄公開事宜案。

決定：

- 一、為應醫改會建議會議紀錄公開事宜，自 99 年 5 月起將增加委員發言摘要並與會議記錄，一併在本局全球資訊網公開。
- 二、由於本屆委員任期於年底即將屆滿，有關本委員會之組成成員及比率等事宜，將於下次委員會議討論。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本局醫審及藥材組

案由：有關「醫院總額部門」為加強醫療品質資訊公開作業，於 99 年度建議公開指標項目案。

結論：同意 99 年度「醫院總額部門」為加強醫療品質資訊公開作業，新增公開指標項目為：同日急診返診比率、保險病床比率、同院住院案件出院後 3 日內再急診率。

第二案

提案單位：本局醫審及藥材組

案由：有關「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質指標檢討修訂案。

結論：

- 一、刪除「手術病理檢查陽性率」及「CT/MRI 檢查陽性率」2 項指標。
- 二、「各區住院案件出院後十四日再住院率」、「初次非自願剖腹產率」、「清淨手術抗生素 3 日使用率」：本項指標監測範圍之 DRG 代碼（case payment 代碼）配合修訂為該 DRG 代碼對應之主診斷碼或主手術（或處置）碼之適當性，醫界代表若有疑義，請於一週內與本局醫審及藥材組聯繫修訂。
- 三、各區同院所門診抗生素使用率，原合併計算改區分為門診與急

診二項。

第三案

提案單位：本局醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」支付標準修訂案。

結論：

一、同意「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」之修訂方案如下。

(一) 原檢查醫院提供特殊造影檢查複製片及報告費新增正子造影 PET-全身(P2105C)比照 MRI 點數為 2,445 點，正子造影 PET-局部(P2106C)比照 CT 點數為 1,340 點。

(二) 第二次處方醫院申請特殊造影檢查複製片及報告費新增正子造影 PET-全身(P2107C)比照 MRI 點數為 2,445 點，正子造影 PET-局部(P2108C)比照 CT 點數為 1,340 點。

(三) 本案將依規定提報醫療給付協議會議討論。

二、至於本計畫中各項目之支付點數是否調整，將請相關學會提供專業意見，並俟「全國影像交換中心」正式成立後，再就支付點數調整進行討論。

陸、散會(下午三時四十五分)。

參考資料

壹、討論事項第一案「有關『醫院總額部門』為加強醫療品質資訊公開作業，於99年度建議公開指標項目的案」與會人員發言摘要

張委員克士

- 一、臨床上，民眾最常問的問題及想要得到的資訊，首先是我的疾病症狀要看什麼科？主管機關或健保局或許可以透過學會等醫療專業團協助，適時在網站提供類似以問題(或症狀)為導向的就醫指引(POMR)，例如：血尿要看泌尿科、胸痛要看胸腔科或心臟科…等；其次則為到那裡看？在社區的醫院有那些科別可以就近去看，個別醫院自己的網站都有看診科別的資訊，但是，如果主管機關或健保局的網站可以有全國院所的資料，對病人資訊的獲得會更完整。目前社區醫院的醫師都是醫院的主治醫師，手術等都是親自執行，不會由實習醫師或住院醫師來執行，病人的安全性相對較高。第三為醫院和醫師如何被 qualify？主管機關可以公告被 qualify 的醫院與醫師，這些醫院及醫師也沒有被健保局停約或處罰，這些都是可以優先公開的資訊。
- 二、接下來，才是今日談到公開的品質指標項目，要考慮民眾要什麼？看得懂什麼？例如本次會議呼吸器的這個指標，民眾會了解是什麼嗎？比率要低或高才好呢？指標內容上網公告前是要消化處理的，否則不僅民眾無法解讀，無管理經驗的醫師恐怕也難以理解，適當指標的選取是非常重要的，否則反而造成錯誤的判斷。此外，指標是要可以同儕比較的，社區醫院做最好的和醫學中心如何比較呢？而且政府應該趁此機會鼓勵病人回歸社區醫療。

主席

謝謝張委員的意見，講得很有道理，一般人確實是難以解讀，尤其是第一項，簡單說該項指標只是呼吸器病人脫離呼吸器的比率。請醫審及醫管表示意見。

王科長本仁

選定指標未來放在本局全球資訊網公開時，會以民眾容易理解的語言說明該指標的相關內容。另外，本提案會議資料說明一(p67 頁)段係誤植，與本提案無關請刪除。

林委員佩菽

本案的這五個指標是否都要選？或是選擇其中之一、二項即可。台灣醫院協會健保委員會已針對這五個指標討論過了，我們比較有共識的二項是指標二及指標三，這二個指標對消費者比較具有意義，至於其他指標仍有疑慮。我們從來不反對指標的公開，但是醫院最大的憂慮是指標公開後會不會造成錯誤的解釋，錯誤的解釋反而造成醫院困擾，建議本次指標選取以指標二及三為主。

主席

拜託大家在指標三要多加強，我們為了醫院健保病床的問題，要赴監察院說明。指標五與指標二是同一性質，建議一併納入。

王科長本仁

指標二及指標五類似，都是在談「再急診」，只是區分同院所或跨院所的衡量，建議一起處理

郭委員正全

指標二及指標五應該是不同的，醫審及藥材組訂二項指標有其意義，外行人可能就看不太懂。如：A 醫院住院，若做不好，應該不會再回 A 醫院，會去 B 醫院。如果要看醫院權責，是應該以同院所為主，但是指標五原來的意義是出院後再回來，不論同院或不同院的都要計算。

陳主任雪芬

指標五有醫師做過同樣是醫學中心，病人出院後到其他醫學中心急

診的情形，確實可以看得出一些模式，醫界內部或許可以合理解讀，但是公開給民眾，不管同院或不同院，民眾會如何解讀？到底真正的意義是什麼？恐怕要請相關單位幫忙解釋。

王科長本仁

是想呈現若醫院將病人照護的很好，病人出院後短時間內再返回原醫院或其他醫院的機率比較小，若提供長期趨勢的話，民眾可以做為選擇醫院就醫的參考。但是病人出院後的自我照護好壞也可能會影響該指標數值，所以未來指標公開後，我們會在網站說明指標意涵與解讀時應注意事項。

林委員昭吟

順便請教指標四慢箋院外調劑比率，其原意為何？本項指標應該是相對單純較易公開的指標。

王科長本仁

之前因醫院對慢箋返回調劑收掛號費引起外界質疑，但目前因為許多醫院對於病人持慢箋返回醫院調劑，已有不收掛號費等措施，指標四的監控背景目前已多有改善，建議可以指標二、三及五為主。

郭正全

指標四無特別意義，所以我持反對意見。就醫民眾拿到慢性病連續處方箋後係自由選擇調劑場所。醫院之前對於慢性病連續處方箋調劑要收取掛號費，目前醫院多不收取了，該項指標確實是不太合適。新的二代健保法好像將得交付處方修改為應交付處方，該項指標之適當性問題就更不存在。

蘇委員清泉

指標三及四是涉及錢的問題，保險病床與非保險病床差別只有在自

費的部分，二張床只要不收自費差額也是保險病床，健保局只要將病房不足之差額費用列為處罰金額，問題就可以解決了。

蔡委員淑鈴

依照健保法，本局對於醫院設置健保病床不足的罰則只有 20,000-40,000 元，罰則相對較輕，無法如蘇委員所講，差額多少就罰多少。

謝委員武吉

指標一有許多人看不懂又聽不懂。指標二還看的懂，指標三如蘇委員所說，有公立醫院可以二張床不收費，或是二間病室互相打通成 4 人房，就是保險病床，其中定義仍有疑義。指標四則於昨日在西醫基層總支付委員會已經討論刪除，今天會議不應該再來討論了，指標 5 二代健保法規就有規定了。所以，建議主席是否討論指標二與指標五。

高委員雅慧

關於指標四，大家都擔心民眾看不懂，但是如果指標相對易懂是否也可以公開；另外，也有委員提到二代修法慢箋的問題，但是我們並不肯定修法何時會三讀通過，而本項指標並不只有是否付費的問題，民眾對於處方箋調劑也有自主性，所以本指標應該可以反映醫院尊重病人的意願。至於 2 月 8 日醫改會與消基會建議公開該項指標，我們不宜以民眾看不懂予以反對。贊成按照 2 月 8 日的決議將該項指標予以公開。

主席

2 月 8 日是有這五項沒錯，但並不是五項全選，而是每年就其中優先的二至三項予以公開。醫界並非反對該五項指標，而是建議就其中指標二、三及五優先公開的意思，

高委員雅慧

可是 69 頁寫的是共識這五項。

主席

67 頁說明二敘明是每年擇二至三項予以公開辦理。

高委員雅慧

意思是今年不公開，下年就公開嗎？

謝委員武吉

昨天在西醫基層支付委員會就將本項指標刪除了。全數藥局是否都可以用 IC 卡上傳，如果全數以 IC 卡上傳，我才贊成。

主席：

整理一下看大家同意與否。今年優先公開指標二、三及五，惟指標五限定同一院所。大家有無意見？如無意見就照以上處理。

貳、討論事項第二案有關「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質指標檢討修訂案」與會人員發言摘要

王科長本仁

擬辦(一)第 77 頁手術病理檢查陽性率及 CT/MRI 檢查陽性率，目前並無申報資料可資統計，建議刪除。另擬辦第(二)、(三)及(四)項因應 99 年實施 TW-DRG，原指標中依論病例計酬 DRG 碼或 9xxxK 碼而定義之部分，須配合修訂。將改成原論病例計酬支付標準對應之 ICD_9_CM 主診斷或主處置手術碼或論量計酬時健保處置手術支付碼來定義，以避免受 TW-DRG GROUPING 的影響。因為前述代碼較為細節，委員可於一週內提出疑義供本局修訂參考。

陳委員瑞瑛

72 頁擬辦第(二)項，以骨科 MDC8 為例，因涉及多處骨折即有多項處置，其操作型定義應以何為主？

王科長本仁

清淨手術的部分，將再搭配 ICD_9_CM 診斷碼作定義。

主席：

擬辦第(二)、(三)及(四)項涉及 ICD_9_CM 主診斷或主手術碼等內容細節，尚須仔細研商，各醫院代表會後如有疑義，請再與本局醫審及藥材組連繫。

林委員昭吟

第 78 頁各院所三十日以上住院率，應該是要監控論量計酬的相關監控指標，目前在實施 DRG 後，住院三十日以上是否很少？現行制度對該指標是否有影響？

蔡委員淑鈴

住院三十日以上之案件，不在 DRG 範圍。

王科長本仁

第 83 頁各區同院所門診抗生素使用率，本來是門、急診一起算，亞東醫院建議區分門診及急診。

主席

同意擬辦(一)刪除手術病理檢本陽性率及 CT/MRI 檢查陽性率兩項指標，擬辦(二)、(三)及(四)醫界代表如對細節有所疑義，請與本局醫審及藥材組連繫，擬辦(五)同意修訂區分門診及急診。本案增修結果仍需報署核定。

參、討論事項第三案有關「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查
資源共享試辦計畫」支付標準修訂案與會人員發言摘要

李科長純馥

衛生署已設立全國影像交換中心，部分試辦院所已透過該中心上傳相關影像，健保因預算有限，本計畫之修訂僅再加入價格高昂的 PET 項目；另外本計畫規定對於只要有交換事實的 CT、MRI 及 PET 複製片及報告，係屬給付範圍，並不只有透過影像交換中心的部分，且原檢查醫院應該要獲悉該院片子被何家醫院使用，至於病人同意書部分，則維持原狀並未修訂。

郭委員正全

衛生署全國影像交換中心是建有 Sever 儲存影像，不必病人再回院拿片子，而本計畫是要拿到片子，二者似不相同，建議透過全國影像交換中心取得影像應明訂支付項目，支付點數不見得要跟原計畫相同，可能比現行低即可。

李科長純馥

考量目前非全數院所都參與試辦上傳影像，如果支付點數比現行低，主管機關可能會擔心不僅不具誘因，反而鼓勵大家不要去參與。所以目前本計畫支付點數，不管是否透過影像交換中心處理，暫先維持相同點數。

謝委員武吉

對衛生署全國影像交換中心持存疑態度，今年預算 7 億，原預訂 4 月公告已延遲迄今，該中心的運作是否會因預算延遲有所影響，值得注意。這是未來趨勢，醫界並不是不做，而是該中心確實有些預算運作疑義仍待解決，所以如果要做電子交換中心的話，建議這部分要找徐參事協商，不要健保局自己承擔這個壓力。

主席

- 一、衛生署推動電子病歷有四個項目，其中之一即為全國影像交換中心，該項目也是最大的。誠如謝委員所說全國影像交換中心99年編列7億，100年原編列46億多，惟因經融風暴，目前只有1億多，實非得已，惟全國影像交換中心還是要繼續推動。
- 二、本局本次提出的計畫非常簡單，即原計畫繼續推動，僅新增PET部分。
- 三、至於全國影像交換中心預算公告時程如獲確定，屆時再予考量支付點數的適當性。

陳委員瑞瑛

- 一、醫院是會支持本計畫。但核醫學會建議支付點數應高於CT、MRI，而且PET是3D的影像不同於CT及MRI。另各分區都已表示，不同機器在交換中心的上傳格式也有問題，是否請核醫學會再提供執行及支付點數的專業意見。
- 二、目前多數病患是自行帶複製片來院，並未透過任何交換機制，也未申報任何費用，局內並無任何統計資料。

李科長純馥

陳委員建議PET上傳全國影像交換中心格式的問題，會轉請衛生署參考。

謝委員武吉

本計畫建議二條線併行，即醫院若未透過影像交換中心的，以現行模式處理亦可。本案建議先通過。

主席

除之前結論外，再請核醫學會提供意見，做為未來修訂參考。