

「醫院總額支付委員會」99年第3次會議紀錄

時間：99年8月26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	吳亞璇(代)
方委員深毅	謝景祥(代)	郭委員宗正	郭宗正
石委員明煌	(請假)	陳委員宗獻	陳宗獻
石委員賢彥	石賢彥	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	請假	楊委員漢淥	請假
林委員芳郁	陳雪芬(代)	梁委員淑政	梁淑政
林委員昭吟	請假	廖委員學志	陳志忠(代)
邱委員仲慶	鄭煥生(代)	劉委員榮宏	請假
洪委員政武	洪政武	劉委員啟田	請假
高委員雅慧	曾中龍(代)	蔡委員正河	林富滿(代)
張委員宗泓	請假	蔡委員登順	蔡登順
張委員來發	請假	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
張委員冠宇	張冠宇	盧委員瑞芬	盧瑞芬
張委員煥禎	請假	蕭委員志文	張克士(代)
張委員澤芸	呂月榮(代)	謝委員武吉	謝武吉
許委員玫玲	許玫玲	羅委員永達	羅永達
許委員勝雄	請假	蘇委員清泉	請假

列席單位及人員：

行政院衛生署
全民健康保險醫療費用協定
委員會

周雯雯
張櫻淳

台灣醫院協會	陳俞文	鄂盈玆	董家琪
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	請假		
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		
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	李宣鋒		
本局南區業務組	李建漳		
本局高屏業務組	方秀嫻		
本局東區業務組	羅亦珍		
本局醫審及藥材組	沈茂庭	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	(請假)		
本局醫務管理組	林阿明	李純馥	張溫溫
	歐舒欣	張桂津	楊耿如
	曾淑汝	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、醫院總額跨區以就醫分區前季浮動點值支付，惟若以全局平均點值支付，須獲得醫界共識，建議醫界可重新思考與凝聚共識，亦可於 100 年提案至本委員會討論。

三、下次會議亦請本局提供各分區基層與醫院間之病人流向 (shifting)。

第三案

報告單位：本局醫務管理組

案由：99 年第 1 季醫院總額點值結算報告案。

決定：

一、確認 99 年第 1 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
99Q1	浮動點值	0.8729	0.9599	0.8883	0.9419	0.9727	0.8542	0.9111
	平均點值	0.9323	0.9577	0.9338	0.9597	0.9778	0.9166	0.9463

二、偏遠地區之浮動點數原按前一季平均點值計算核付，惟查本季

點值經確認後，北區及高屏分區前一季平均點值小於本季浮動點值。是以，按本委員會第 31 次委員會議決議，本季北區及高屏分區偏遠地區醫院以 99 年第 1 季浮動點值核付。

- 三、有關 99 年第 1 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、醫界代表建議刪除醫院總額一般服務部門以 45%及 55%分配門住診預算方式，屬行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員權責。另建議以各分區呈現專款費用乙事，請本局業務單位儘量配合。

第四案

報告單位：本局醫務管理組

案由：「醫院總額支付委員會」會議紀錄發言摘要確認作業方式案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、本案所稱三日，係指三個工作日。

備註：會中陳委員瑞瑛個人強烈表達，對於本日早上醫療給付協議會議，其會議發言重點在未經發言委員確認前，已有人將會議中個人發言內容傳出，並對本人做出未符實際之陳述，對此表達非常遺憾。本人主張委員應有發言權，委員會議不應存在白色恐怖事件，故撤銷本人早上會議之發言，並要求做成紀錄。

肆、討論事項

第一案

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-「各區住院案件出院後十四日再住院率」等3項指標再修訂案。

結論：

- 一、同意「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之原「各區住院案件出院後十四日再住院率」項目名稱，修正為「各區非計畫性住院案件出院後十四日再住院率」；另修訂「排除計畫性再住院案件」及「初次非自願剖腹產率」之操作型定義。
- 二、「清淨手術抗生素3日使用率」之指標定義修訂部分，請本局再洽請相關醫學會提供專業意見。

第二案

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中，05219B 放射線藥品及05221A 化學腫瘤藥品之藥事服務費項目增列申請條件案。

結論：同意05219B 放射線藥品及05221A 化學腫瘤藥品之藥事服務費診療項目，增訂相關申請條件之備註，又配合核子醫學檢查一、「造影」項目之新增需要，原列(26001~26074)之內容予以刪除；另通則三內容配合簡化。

伍、臨時提案

提案單位：羅委員永達等12人

案由：建議西醫基層每日日劑藥費簡表支付，應開放跨表予醫院層級適用。

結論：

- 一、醫界代表堅持醫院應可比照基層申報簡表，方符支付政策之一致性、公平與合理性。
- 二、本局表達該重大決策案件，應給予付費者等代表較充裕時間瞭解，並由本局模擬試算相關統計資料，於下次會議以正式討論案提出，較為周延，惟未獲醫界代表共識。
- 三、本案將如實以醫界臨時提案內容，與付費者代表及本局會議上之相關說明，併同陳報行政院衛生署參考。

陸、散會(下午三時三十分)。

參考資料

壹、討論事項第一案『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-「各區住院案件出院後十四日再住院率」等3項指標再修訂案』與會人員發言摘要

王科長本仁

本次指標之修訂，多數依照台灣醫院學會建議內容，惟因考量實際情形，未能全數參採之重點，說明如下：

- 一、原「各區住院案件出院後十四日再住院率」，同意修訂為「非計畫性住院案件出院十四日再住院率」，惟醫院學會建議本項計算公式參考TQIP及THIS，本局仍須瞭解TQIP及THIS與申報面等內容是否一致，建議先予保留。另建議本項指標排除所有經衛生署公告之罕見疾病，而非僅限黏多醣症；本局考量罕見疾病名稱很多，但人數不多，且衛生署公告項目異動頻繁，為免影響本局資訊機時，故學會建議先予保留。
- 二、關於「清淨手術抗生素3日使用率」，本項指標醫院學會建議改以「清淨手術抗生素術前60分鐘內抗生素使用率」、「清淨手術抗生素術中超過4小時抗生素使用率」、「清淨手術抗生素術後1天內抗生素使用率」等三項指標，本局考量清淨手術於術前或術後特定時間內之抗生素使用率，因目前健保申報資料可否真實呈現「注射抗生素之時、分」資料尚待評估，建議維持原監測定義。

羅委員永達

目前臨床外科、骨科及婦產科等文獻上對於清淨手術抗生素的使用，是傾向在手術前給予抗生素，可以節省或降低手術後使用抗生素的量。故健保局建議「清淨手術抗生素3日使用率」做為指標，若不以術前及術後的使用時間做為區分，在指標數值上究是使用較高好？還是使用較低好？如術前使用，是依循規範在給予；術後使用過多，反而是使用浮濫。由於醫院協會所建議之指標與健保局所訂指標間，在臨床意義上並不相同，建議本項指標之操作型定義，應先徵詢外科醫學會等專業團體意見，否則，本項指標與醫師臨床使用規範，會產生混亂的現象。

陳委員瑞瑛

國外指標多指手術前，但是部分大手術(如：骨科)，在手術後也會使用數天。

沈主任茂庭

目前以健保的申報資料，無法進一步判斷抗生素是術前或術後使用。

王科長本仁

進行指標計算的資料，還是要以健保能收集的申報資料為主；此外，本項指標若超出監測值，仍須透過查證的過程以瞭解醫療院所執行的好壞。不過我們同意本項指標會再請專業醫療團體表達意見。

主席

「清淨手術抗生素 3 日使用率」請再徵詢專業團體意見；至於其他二項指標，同意依照台灣醫院協會多數建議及本局部分酌修意見辦理。

貳、討論事項第二案有關「全民健康保險醫療費用支付標準中，05219B 放射線藥品及 05221A 化學腫瘤藥品之藥事服務費項目增列申請條件案」與會人員發言摘要

主席

如果大家沒意見，就按本討論案之說明四(本局擬辦)意見通過。

參、臨時提案有關羅委員永達等 12 人「建議西醫基層每日日劑藥費簡表支付，應開放跨表予醫院層級適用」與會人員發言摘要

主席

本案是否有人附議？

但提案人不能附議。

有林委員富滿附議。

請宣讀提案；並請提案人予以說明。

羅委員永達

歷來基層總額對外報告簡表申報有許多優點，包含簡化行政人力與物力作業、醫師可進行專業考量....等，既然本項政策有這麼多的優點，而且醫院和基層在醫療科別上是很類似的(如：耳鼻喉科、內科及小兒科...等)，簡表的實施對醫界是正向的話，醫院部門就應該跟進學習。本方案原提送早上的協議會議討論，但是主席裁示要先提醫院總額支付委員會討論，故提至下午會議討論，期望大家支持。

主席

其他提案人是否須要說明？若沒有其他說明，各位委員是否有意見。

曾委員中龍

如果因為簡表制度，醫師才能有專業上的考量，其實是一件不可思議的事情。理論上，醫師是以病人為主進行專業判斷，應該不會因為實施簡表與否來決定專業的考量，簡表作業確實可以節省人力物力的行政作業，不過，醫院要推動適用簡表，應該要謹慎考慮民眾對於簡表的觀感，否則早上會議，陳委員就不會有所反彈。至於西醫基層簡表使用已久有其時空背景，醫院想適用該制度，應慎重考量。

石委員賢彥

健保開辦時，因基層診所看病相對簡單，經過一段期間的評估與統計，才訂出類似以藥品定額支付概念的制度，但是，醫院比基層就

醫型式複雜，單次平均醫療費用也較基層高很多。未來，是否應走向以同病同酬的支付概念，再依疾病嚴重度區分支付點數，方能顧及各層級疾病型態不同之需。

另外，基層在申報簡表時，常有部分藥品金額由診所自行吸收，並未申報，致使大家誤會簡表有過多的藥品利潤，實際上診所與醫院開藥的型態是差不多的。而且醫院有檢驗設備，但診所病人若須使用抗生素，常因無檢驗結果而被核刪，因此，診所醫師往往就不申報了。建議日後基層診所也可以核實申報一段期間，再來評估使用簡表與核實申報間藥費的差異，以化解各界的誤解。

羅委員永達

不管是醫院或基層，在適用支付政策上應有一致、公平與合理性的考量。以診察費支付點數為例，醫院始終低於基層診所，所以我們極力爭取公平支付醫院診察費，這也是醫院代表間的共識。至於，醫院適用簡表制度，是因為我們期望在支付政策上有其一致性與公平性；換句話說，如果西醫基層持續使用簡表申報，而且衛生主管機關又不反對，表示該政策有其延續的必要，醫院有何理由不能適用。此外，部分委員及衛生署關切的問題，如申報簡表須有詳細的藥袋標示、優先採購標準包裝..等，醫院早就實施了。所以，醫院適用簡表是沒有實務執行的問題，醫院適用該制度反而能印證與基層同工同酬的價值。

許委員玫玲

是否可以說明醫院適用簡表的好處為何？據瞭解，基層診所申報簡表比例已經逐年在降低中，目前簡表申報是否須核實申報藥品醫令？或者只是申報該項目之定額費用？如果是後者，可能會影響申報品項的完整性。醫院適用簡表的好處，是簡化申報、審查....，還是有其他原因？這部分可能需要再次說明。

張委員克士

衛生主管機關及健保局對於基層診所申報簡表延續迄今的理由，應

該是可以簡化申報作業，另外，該制度幾乎不用專業審查，可以節省審查人力。西醫基層實施簡表就類似醫院實施 DRG 制度一樣，醫院欲適用本項支付政策，最大著眼點在於支付的一致性、公平性與合理性。醫院在歷次藥價調查後，在藥品申報價格上已經大幅調降，但是簡表定額支付點數並未因此而調整，而且基層診所前段診察費已經多數高於醫院，再加上簡表的保護，對醫院來說，實在違反公平正義的原則。此外，衛生署核定西醫基層簡表僅調降 3 元，雖然同步要求須藥袋標示.....，但前述這些規定醫院早就做了。同時，醫院和基層一樣，很多項目也多由醫院自行吸收，所以，目前委員提到西醫基層實施簡表的很多理由，醫院多已在執行了，可見醫院與基層在支付政策公平性上的確有所差異。

蘇委員美惠

站在產業的立場，我是贊成醫院適用該制度，但是要注意資訊的透明性(醫令仍要申報)，也可以簡化審查作業。

梁委員淑政

西醫基層適用簡表有其歷史背景，在勞保時代就是屬於免審的範圍，健保開辦後，逐步形成一種支付方式。早上在醫療給付協議會議，陳委員景煌已經表達簡表是否延續，仍存有若干疑慮。目前醫院是否適用簡表申報，由於付費者對簡表仍有疑慮，需要有更完整的說明與討論空間。健保的支付向來是朝包裹支付方式在努力，由於簡表在設計上類似將藥品定額包裹支付的概念，如果醫院部門也想推動類似方案，未來，大家可以進一步探討及研議符合公平性的門診包裹支付方式，這也是衛生主管機關所期待的。建議未來可朝向門診包裹支付的方式來考量。

謝委員武吉

我對於梁委員的講法並不認同，現在的會議是醫院部門的支付委員會，並不是中西醫的連繫會議。衛生署違法的事情太多了，例如：什麼是部分負擔及自行負擔？衛生署有依照健保法的規定在做嗎！

醫院適用簡表是期待與基層診所有一致性、公平性及合理性的支付政策，西醫基層能做的，醫院沒有理由不能做，我們也做得到簡表制度下申報醫令項目，衛生署為何反對呢？我看不要反對啦！

梁委員淑政

我並沒有反對，我的意思是，如果可以朝向更細緻的包裹支付方式來設計是更好。

謝委員武吉

基層簡表難道不細緻嗎？

蔡委員登順

基層簡表係階段性作法。

日劑藥費調降 3 元，也是階段性措施，未來仍應朝向核實申報為宜，不應有價差。醫院一直都是核實，不應開倒車，也不應再增加付費者負擔或稀釋點值。

羅委員永達

付費者及與會委員的意見我們都聽進去了。但是，我要再次強調醫院適用簡表，是基於與基層診所適用一致性、公平性及合理性的支付政策，基層做得到，我們絕對做得到，即使更細緻的支付，我們也可以認同。不過，首要就是公平性，如果西醫基層可以在費協會通過，我們也沒有理由不通過，希望大家能支持；反之，如果西醫基層是有條件性或階段性的實施，那麼醫院在基於整體政策的一致性上，就有討論空間考慮是否適用簡表。此外，為什麼醫院所提出的任何方案為什麼會比基層難通過呢？難道我們是地位比較低嗎？這是我們百思不得其解的！所以，這個案子如果西醫基層可以在費協會通過且公告實施，我們就要求比照辦理。

盧委員瑞芬

政策的一致性為行政者應有的責任。衛生署如果覺得簡表有問題，不適合擴大實施的話，就應該有個時程表來處理，如此醫院代表會比較信服；如果簡表制度是對的政策，基層及醫院就應該有一致性的做法。衛生署過去是否評估過簡表的政策？如果認為是對的政策，那就沒有問題，反之就應該有時程表來檢討。

主席

還有委員有意見嗎？如果沒有，我建議幾項結論，看大家是否能接受？

- 一、基本上，醫院要適用簡表是一件重大政策，除了醫界瞭解方案內涵以外，也要考量付費者代表須要一些時間才能瞭解方案內容。所以，應以正式提案較臨時提案的方式來處理較為合適。
- 二、此外，本方案須要更多數據來支持進一步的討論，如：推估層級別、科別等施行的比率與影響層面…等。在總額下，健保局並未預設立場，但本案宜由本局就方案內容先行模擬相關數據，並以正式提案來討論，比較容易凝聚不同團體間的意見。

羅委員永達

我還是要做進一步的說明，因為本會議三個月才召開一次，我們也是在早上才得到部分訊息，在昨天基層總額支付委員會倉促地討論且未達共識。但是，早上在協議會議，卻看到衛生署的核定而且列為一個報告案。會議上付費者代表也一直詢問，若費協會代表不贊成時會是什麼結果？所以我們才緊急提出此案。我們要適用簡表，就是要求政策的一致性，如果基層取消實施簡表，我們才會撤案。所以，在主席的結論裡，我們要求加上「醫院要求的是與基層有一致性、公平性與合理性的支付政策」，請本次會議詳實紀錄，這是我們提出本案的一個關鍵。此外，模擬數據是需要假設的，如：是以減去3元後或原來的支付點數去估算...，所涵蓋的範圍並不相同，所以，大家要形成有共識的假設狀況，再去模擬相關數據，才是一個比較周延的方法。

主席：

我尊重羅委員的意見，那我撤回原來的建議。本案結論處理如下：

甲案：

醫院代表建議「西醫基層每日日劑藥費簡表支付應跨表開放醫院層級案」(含提案內容說明)。

乙案：

費協會代表反對意見及健保局二點意見，二案一併陳報行政院衛生署裁核。

羅委員永達

報署時要強調醫院是基於支付政策的一致性，如果政策是好的，醫院要求比照，如果政策是階段性的，請告訴我們階段的時間性..等理由。

主席

我們會將醫院代表今日的臨時提案如實呈給衛生署。本案就依照以上結論處理。