

「醫院總額支付委員會」99年第1次臨時會議紀錄

時間：99年12月14日上午9時30分

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	(請假)
方委員深毅	(請假)	郭委員宗正	邱榮章(代)
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	(請假)	陳委員潤秋	(請假)
吳委員德朗	童瑞龍(代)	陳委員濱	(請假)
李委員允文	李允文	黃委員柏熊	(請假)
周委員思源	(請假)	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	黃靖媛(代)
邱委員仲慶	鄭煥生(代)	劉委員榮宏	(請假)
洪委員政武	游漢欽(代)	劉委員啟田	劉啟田
高委員雅慧	曾中龍(代)	蔡委員正河	林富滿(代)
張委員宗泓	蔡宗泓	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	吳鏘亮	盧委員瑞芬	(請假)
張委員煥禎	劉碧珠(代)	蕭委員志文	(請假)
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	羅永達
許委員勝雄	(請假)	蘇委員清泉	蘇清泉

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  
林宜靜 張櫻淳

行政院衛生署疾病管制局  
台灣醫院協會

顏哲傑  
黃瑞美  
陳俞文

簡麗容  
王秀貞

蘇秋霞  
董家琪

中華民國醫師公會全國聯合會  
中華民國物理治療師公會全國  
聯合會

劉俊宏  
朱世瑋

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

張秉發

本局台北業務組

許寶華

本局北區業務組

吳科屏

本局中區業務組

請假

本局南區業務組

李建漳

本局高屏業務組

陳明雪

本局東區業務組

羅亦珍

本局醫審及藥材組

王本仁

劉家慧

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

張溫溫

李純馥

李健誠

楊耿如

孫嘉敏

王玲玲

趙英蕙

甯素珠

廖子涵

鄭正義

主席：黃召集人三桂

紀錄：劉立麗

壹、主席致詞：(略)。

貳、報告事項

第三案

報告單位：本局醫務管理組

案由：99年第2季醫院總額點值結算報告案(補確認)。

決定：

一、洽悉。

二、99年第2季醫院總額點值結算，確認依醫院總額支付委員會99年第4次會議報告事項第三案所列相關結算點值辦理。

第七案

報告單位：本局醫務管理組

案由：99年協商因素成長率編列骨骼造影以NaF18取代Mo-99預算，其執行情形報告(補確認)。

決定：依全民健康保險醫療費用協定委員會98年12月31日費協字第0985901649號公告：骨骼造影以NaF18取代Mo-99所增費用(3.9億元)，若99年未發生取代或取代之費用未達八成時，則執行數與協定額度之差額予以扣減。本項差額將於99年第2季與第3季之一般服務部門預算先行扣減1億元，99年第4季以全年實際支出情形計算全年應扣減餘額。99年第1-3季按當季全局浮動點值計算，99年第4季按99年第3季全局浮動點值計算。

## 參、討論事項

### 第二案

提案單位：本局醫務管理組

案由：研訂 100 年「醫院總額品質保證保留款實施方案」乙案，。

結論：

#### 一、醫學中心及區域醫院：

(一) 品質保證保留款的基本獎勵與額外獎勵之占率：各為 40 %與 60%。

(二) 額外獎勵之八項指標：

1. 同院慢性病開立慢性病連續處方箋百分比、住院案件出院後十四日內再住院率、住院案件出院後三日內急診率、同院門診抗生素使用率、同院門診同一處方制酸劑重複使用率、清淨手術抗生素三日使用率，本點各項指標名稱及操作定義應依據 100 年「醫院總額支付制度品質確保方案」辦理。

2. 以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率\_跨院-限導入之 DRG 項目、以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率\_跨院-限導入之 DRG 項目。

3. 本 8 項指標之權重為平均分配(每項各占 12.5%)。

(三) 前述各指標定義係擷取 99 年醫院申報資料，經排序後以較差之第 10 百分位數訂為下限值，凡在所訂下限指標值以上者均可參與分配，以促進醫院向目標值邁進。

#### 二、地區醫院

(一) 品質保證保留款的基本獎勵，列入若醫院參與台灣社區醫院協會發展的 TCHA 亦可進入分配。

(二) 額外品質獎勵之指標部分，由本局再與社區醫院協會討論。

三、行政院衛生署疾病管制局建議於基本獎勵及額外獎勵各增加一項感染管控指標，因該局來文建議時間較晚，未及提至會前會溝通討論，故未獲醫界共識。

### 第三案

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」中屬「專業醫療服務品質」指標檢討修訂案。

結論：同意「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」中「降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率」等6種指標操作型定義之修訂。

### 第四案

提案單位：本局醫務管理組

案由：配合新制醫院評鑑政策，全民健康保險醫療費用支付標準地區醫院住院病房費與護理費比照地區教學醫院支付點數案。

結論：同意全民健康保險醫療費用支付標準地區醫院住院病房費與護理費，比照地區教學醫院支付點數修訂申報。

### 第五案

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隔離病床之住院診察費診療項目增列備註案。

結論：同意全民健康保險醫療費用支付標準隔離病床之住院診察費診療項目增列備註「核醫病床得比照申報」。

#### 第六案

提案單位：本局醫務管理組

案由：建議新增醫療費用支付標準診療項目討論案。

結論：同意 100 年新增診療項目計三項，含血中藥物濃度測定-Everolimus、游離攝護腺特異抗原 Free PSA、多葉型準直儀合金模塊之設計及製作-每一照野，至於人工電子耳暫予保留。

#### 第七案

提案單位：本局醫務管理組

案由：100 年度修訂全民健康保險醫療費用支付標準「使用滲透壓或非離子性含碘對比劑」取消其適應症案。

結論：同意刪除全民健康保險醫療費用支付標準 33090B「使用低滲透壓或非離子性含碘對比劑」之適應症規定，惟相關醫療利用應每季追蹤監控。

#### 第八案

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」新增填報「影像來源」案。

結論：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」新增填報「影像來源」代碼。

## 第九案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關 100 年「提升住院護理照護品質方案」修訂內容案。

結論：

- 一、100 年較 99 年增加之款項經核付後如仍有剩餘款，將優先調整本方案之品質登錄獎勵金。
- 二、有關修訂護理人力排序比率乙項，將本局及醫界建議案共 2 案併同陳報行政院衛生署裁定：
  - (一) 健保局建議方案：修訂為排序前 70% 者申報護理費點數加成 6%，排序後 30% 者不加成。
  - (二) 醫界建議方案：修訂為排序前 80% 者申報護理費點數加成 6%，排序後 20% 者不加成。
- 三、其他本方案內容則依本局擬訂之方案辦理。

## 臨時提案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關 100 年醫院總額基本診療項目支付標準調整案。

結論：同意 100 年醫院基本診療支付項目合理量內一般門診診察費調增 6 點及不分科 4 歲兒童診察費加成 2 成，扣除前述調幅後之預算，調整申報婦、兒、外科就醫科別案件之診察費，並以額外給予加成方式支付，本案將提至醫療給付協議會議報告。

肆、散會(下午十二時三十分)。

# 參考資料





## 壹、討論事項第二案『研訂 100 年「醫院總額品質保證保留款實施方案」』與會人員發言摘要

張科長溫溫

說明本局於本案議程中提供與與台灣醫院代表於 99 年 12 月 7 日進行意見交換之共識重點，並請與會委員參考本次會議議程資料第 33-34 頁，由疾病管制局建議本方案增列醫院加強感染管制二項指標做為核發依據。

顏組長哲傑

SARS 及 H1N1 後感控的重要性大幅提升，近期受極端氣候影響，新型傳染病時有所聞，醫療院所感染控制能力的提升，會確保病患及院內醫事人員的醫療安全，衛生署已透過多種方法來爭取各項資源(例如：手部衛生…)，更希望透過績效的獎勵，來提供管理者落實院內感染控制，進而改變內部文化與習慣。所以，希望藉由「醫院總額品質保證保留款實施方案」內增訂已經有很多醫院都實施的二個項目(參與 TNIS 系統、醫院感染控制查核成績)做為分配指標，共同提升與監測醫院感染控制能力，減少院內感染的發生及節省醫療資源的浪費。

謝委員武吉

健保實施迄今差 76 天即滿 16 年了，我實在不清楚健保究竟是社會福利保險或社會保險？我認為健保是以社會保險來做社會福利的事。疾管局的建議，我是感到敬佩，但是本項仍應由疾管局額外編列預算來鼓勵醫院，而且本會基本上是屬於健保局的單位，並不是疾管局的。所以，我認為該局的建議應自行攜回處理，而不是放在「醫院總額品質保證保留款實施方案」內討論，否則就應該由疾管局提供額外預算挹注本方案。

顏組長哲傑

我還是懷著感恩的心情謝謝院所的配合，感染控制絕對和醫療院所息息相關，國內外實證都已證實，感染控制做得好是可以節省醫療費用。其次，衛生署相關單位都會盡力籌措相關預算來協助

院所的管理，醫療服務品質和感染控制絕對是一體二面，無法切割的，因此，本局是建議從績效的這個層面來進行。

#### 謝委員武吉

聽完顏組長的說明，我覺得昨天醫策會對感染控制的討論是白開了，難道醫院還不夠重視感控嗎？請教健保局與疾管局，目前傳染病到底有那些是由公務預算支應？補助多少錢？我們需要瞭解一下。

#### 羅委員永達

在本案之前，我們討論協定預算和實際支用的差額需要予以扣減，現在則談到醫院要把醫療品質做好，但是額外的成本卻由醫界自行承擔，在座的消費者代表應該可以看到醫界的困境。以醫院評鑑來說，目前是由醫院自己出錢進行評鑑，我們獲得好成績時，大家就認為醫院醫療品質做好是應該的，不應該與健保支付掛鉤；但是今日疾管局的建議不僅要和健保支付掛鉤，而且沒有額外的補助就要醫院多做。雖然政府和消費者都期待醫界要做很多的事情，但是醫院的資源不是取之不竭的，目前醫院真的已經很難經營了，所以拜託相關政府單位，不要一天到晚給我們一堆束縛，卻又要醫界免費提供，實在沒有道理。此外，本案的預算並不多，今日疾管局的建議，以後還不知有多少單位認為與醫療品質有關要醫界比照辦理。所以，我認為除了健保局以外，其他單位希望醫界推動的政策，請另籌財源，屆時醫院會樂意配合辦理。

#### 主席

如果沒有其他的意見，我暫時做個結論。先謝謝醫院協會的代表參與 12 月 7 日的會前會，當日會議醫學中心及區域醫院已達成若干共識，地區醫院額外品質獎勵部分要提出一些指標，俾利本會繼續討論。

#### 羅委員永達

由於地區醫院在選擇指標上會面臨一些問題：首先，地區醫院的差異極大，經排序後的指標值勢必差異極大，統一的指標對各地

區醫院適用上未見公平且失真(例如：精神科、RCW...就不同)。所以，我們認為地區醫院如同區域醫院以上層級 30%以基本獎勵來處理，另外 70%則延續 94 年以教育訓練之學分數 72 小時來計算之方案較為可行，而且學分數的計算是非常嚴謹的，平均醫院一週有三天要派員去接受教育訓練才能達到標準，這些訓練對地區醫院提升過程面的醫療品質是有重大意義的，相較健保局要我們做一個不符實際的指標要有意義多了。

#### 謝委員武吉

張科長在上次會前會有表達：因為 94 年迄今多年，希望地區醫院能從過程面進展至結果面的指標。我要請教健保局對於健保法第 33 條之轉診制度及第 51 條藥品及特材須與醫事機構共同協商等，是否都已落實執行了？健保局從開辦迄今，很多事都沒有做到，更遑論 94 年的醫界方案，醫界自己不能延續實施呢？地區醫院差異太大了，實在不適合用指標來處理。

#### 主席

地區醫院在基本獎勵部分納入 TCHA 是可以的，但是在額外品質獎勵部分，雖然我很瞭解地區醫院的苦衷，但現在討論的是「額外」的品質獎勵，還是應該要有一些結果面的指標較為合宜。

#### 羅委員永達

地區醫院不是拿不出指標，而是經過排序後指標值，是否公平適用每一家地區醫院才是重點，數字本身的意義在於比較，如果指標是地區醫院間無法比較的，又有何意義呢？所以我們建議用嚴謹的教育學分數，做為本項指標。

#### 主席

醫學中心及區域醫院在基本獎勵及額外品質獎勵、地區醫院在基本獎勵均依照會前會的協商共識處理。至於，地區醫院額外品質獎勵部分，受限時間因素，由本局業務單位與社區醫院協會進一步處理。另外，疾病管制局在基本獎勵及額外獎勵各增加一項感染管控指標，雖然立意極佳，惟因該局來文建議時間較晚，未及

提至會前會充分溝通討論，本次臨時會尚難獲醫界支持與共識。且與會代表已充分表達，如能有公務預算額外補助，醫界是不會反對的。由於本案要報署核定實施，衛生署對於疾病管制局的建議如考量整體政策配合事項，本局亦會依核定辦理。

#### 童委員瑞龍

疾病管制局以新型傳染病向立法爭取預算編列是比較可行且較為容易，如果是要放在總額內協商，則須於前一年向費協會提出，故建議該局應該要替醫界大力爭取經費預算，而不是到年底才由醫界買單。

## 貳、討論事項第三案『有關「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」中屬「專業醫療服務品質」指標檢討修訂案』與會人員發言摘要

主席

大家對於本案有何意見？

謝委員武吉

請醫審及藥小組說明。

王科長本仁

98年9月健保已規定醫療院所要申報每一種藥品的開藥天數，開藥天數目前是有比較精確的測量，所以本提案在測量用藥日數的部分，就修訂為以醫令檔每一種藥品的用藥日數進行統計。另外，考量慢性病連續處方箋可能提前領藥，在2次開藥間部分日數重疊尚屬合理範圍，故修訂允許該筆用藥7天內，不計重複日數之分子計算。

謝委員武吉

像老年癡呆症患者遺失藥物或忘記已開藥，或是老人家帶藥的皮包遺失，醫院應如何處理？要病患自費嗎？

王組長本仁

本案應區分為二部分來看，在用藥日數重複率的指標計算部分，如果健保資料庫有比較已足夠提供更精確的測量，我們就盡量修改指標的操作型定義，來達到較精確的統計。至於謝委員提到的情形是另一個議題，與本提案討論分子、分母的指標定義分屬不同的議題範圍。

謝委員武吉

是相關的問題，不然我不會提出來。就是記憶不好的老人會發生啊！

主席

如果其他委員沒有意見，本提案指標部分就按照議程資料第154頁

附件 9 來辦理，至於謝委員提到個案的問題，再來做個案的處理。

## 伍、論事項第六案『建議新增醫療費用支付標準診療項目討論』與會人員發言摘要

主席：大家有什麼意見

林委員富滿

議程第 166 頁關於人工電耳部分，耳鼻喉科醫學會建議支付點數為 65,000 點，健保局建議支付 20,500 點，且說明是依專家建議比照 84034B 顱骨切開術來辦理。但臨床上，顱骨切開術只是人工電子耳手術的第一步驟，人工電子耳手術的時間是顱骨切開術的二至三倍，本院評估也約 6 萬元，與耳鼻喉科醫學會建議的差不多，建議支付價格尊重耳鼻喉科醫學會的建議。

主席：

本案人工電子耳先予保留，是否還有其他意見？

陳委員瑞瑛：

議程第 163 頁提到費協會編列新科技項目 3 億元，本次提案說明表示醫界如果在第三季沒有提出來或新增足夠的項目時，就要予以扣減。目前醫院各層級及費協會代表都在此，這是醫界非常無奈的地方，這樣扣減方式，醫界以後怎麼敢提出新增項目？以人工電子耳為例：醫界建議 65,000 元，但健保局核定為 20500 元，支付點數差異極大。此外，醫界提出來的項目，健保局非常謹慎的審查，並不全然完全同意。而且，多年來費協會協定本項都是以未支用完的預算即予以扣減，這些新增項目都是預估的，醫界如何能精確掌握？但是不管如何，超過預算由醫界在總額內承擔，用不完又要扣減，建議健保局 101 年不要再編新科技醫療的項目，只要非協商因素就好了，否則這樣編列對醫界實在不公平。若確要編列，建議應該要於其他部門編列預算支用。

陳委員雪芬：

健保局對於新科技項目的預算是逐項臚列新增支付標準、藥品及



特材，這樣的編列方式真是把我們害死，因為只要其中任何一樣未達到預算金額，就會予以扣減，這對醫界是不公平的，建議101年時該新科技項目，不要再臚列分項項目與預算。

謝委員武吉

人工電子耳申請單位是耳鼻喉科醫學會，旁邊又有內政部？難道是內政部來插花嗎？所以我覺得健保局改成社會福利保險局好了。

主席：

本案人工電子耳予以保留，其他三項則予通過。

陸、論事項第七案『100 年度修訂全民健康保險醫療費用支付標準「使用滲透壓或非離子性含碘對比劑」取消其適應症案』與會人員發言摘要

陳委員瑞瑛

本案就是 BC 肝的翻版，BC 肝因為 98 年預算沒有用完，所以在 99 年放寬適應症，當年度預算僅編列 6.22 億，其餘不足的藥費由一般服務部門支用。惟截至 99 年第 2 季止，BC 肝用藥已經超出預算約 10 億，本項是因為健保局開放適應症造成預算超支，超支的部分，健保局是否要額外編列還給醫界？塗藥或不塗藥的血管支架也是一樣狀況，健保局常常無法估算自費的個案，致數量或費用的推估是不準的。另外，放寬適應症常是衛生署或健保局的政策，並不是醫界要求的，但是超支部分都要醫界自行承擔。目前每家醫院對病患提供非離子性顯影劑，都是非常審慎的，健保局建議刪除全部的適應症，如果利用率大幅增加且超出預算的範圍，健保局要如何處理？醫界如不同意刪除適應症又要扣減該協定項目之預算，我不知道醫界還有多少預算可以用來扣減？協定的項目預算，醫界要全數承擔所有財務後果，這樣公平嗎？所以，我們強調本提案應維持適應症的訂定範圍，不然健保局就要增訂但書，刪除適應症後超支預算應由健保局來補足，如此醫界對刪除適應症沒有意見。此外，本項適應症才於去年甫修訂完成，現在就要刪除全部適應症，如果要全數刪除，當時就不須修正了，本案請審慎考慮。

陳委員雪芬

我們反對議程第 173 頁費協會對一般服務部門部分項目之預算扣減的協定說明。目前費協會協定事項都是分項預估的，由於是事前預估，在數量及費用的推估往往並不精確，但是費協會協定預算後，超過預算由醫界在總額內承擔，用不足又要扣減(還要

扣基期)，所有財務責任都是醫界承擔，實在並不合理及公平。我認為費協會應該說明！協定是要彼此都做得到，醫界做不到或無法預測的事情，要醫界負財務責任，這算什麼協定。

#### 李科長純馥

本項在數量的估計可參考 171 頁，健保局已將 CT 及血管造影的醫令申報數量全部估算進來，已經是最大值的估算。

#### 陳委員瑞瑛

如果刪除適應症後之醫療費用超支時，健保局要如何處理？健保局要補助醫界超支的金額嗎？這個提案的重點是，健保局估的數量常常並不準確，有些癌症用藥由第三線放寬到第一線，該藥品使用的數量及費用增加相當的驚人！健保局曾經估算過嗎？健保局放寬適應症當好人，大幅增加的醫療費用卻由醫界承擔。爾後請健保局應說明各項目預估量及金額如何計算，否則差太大，會造成預算支用的困擾。

#### 郭委員正全

本次議程多個提案都是類似系統性的問題，雖然費協會有各階層代表，但是對醫界的實際作業可能還有些不清楚。除了靠醫界自行說明外，健保局也要幫忙說明。如以血管支架為例，因政府的德政，該項目由自費改為差額負擔，該制度會使使用數量大幅增加的。然而在總額統包的精神下，盈虧都由醫院自行負責，預算超支則由點值折算，費協會除專款專用可以協定項目及預算，在一般服務部門只要協定那些項目及要增加，但是不應該限定項目若未達成之預算扣減方式。健保局可以在費協會提供重點性的特材或癌症用藥的推估金額與實際金額的差別，這些額外的費用也都是醫界在自行吸收，但是目前的情形是使用未達預算的要扣減，其他超出基期用量的費用卻要醫界承擔，對醫界不盡公平。而本項適應症對醫界來說，是審慎使用醫療利用的基本門檻，如果目前是論量計酬，我們沒有意見，但在總額下是佔醫界的豆腐，實

在不應該。

#### 林委員昭吟

我們都知道供給會創造需求，所以在預估數量的部分，以醫院委員的說明裡，根據以往的經驗，有些項目與健保局的預估值及實際值間是有一些差距，因此，考量需求可能增加，對於預估值可考慮加上一定成數。以本提案項目來說，可以由總額角度及服務量二個層面來看。若以總額固定經費角度來看，本項新增診療項目之實際值與預算額度間之差距，建議可以採逐步放寬適應症來處理，比較容易掌握實際值與預算額度間的差異不致過大。若以實際服務量角度來看，若該協商項目執行率未達預算額度予以扣減，超出額度要醫界自行吸收，確實會使醫界相當為難。因此建議如果新增項目未達預算之額度，則可考慮流用至其他項目。相對而言，若實際服務量超出額度則由醫界自行吸收，也較為公平。

#### 郭委員正全

醫改會代表的說明非常的好，醫療費用的增加不是只有醫界的責任，應該是醫界、消費者及主管機關的責任。醫界目前認為本案的適應症是預防浮濫使用的基本防線，不符適應症的患者應由消費者自行承擔，是非常合理的。我還是要強調在一般服務部門的預算是採截長補短的精神，故一般服務預算因未達預算支用而予扣減的方式是非常不合理的，請健保局可以在費協會說明。

#### 林委員昭吟

以上為個人發言，不代表醫改會立場。

#### 蘇委員清泉

我和謝委員是費協的醫院代表，我還是建議應維持適應症範圍。另外，我要提一個比較專業的問題，目前在使用腦血管支架及心臟血管支架時，使用的是等張滲透壓(屬自費項目)的顯影劑，因為低張性有時會使血管**攣**縮，容易有病患安全性的考量，如果本

項修訂後，在使用等張性滲透壓顯影劑是民眾自費或付差額呢？

謝委員武吉

請教醫審及藥材小組，對於本項適應症刪除後預估非離子性顯影劑的項目要調降多少？

李科長純馥

該項目訂在支付標準上，所以不是醫審及藥材小組的範圍。

謝委員武吉

非離子性顯影劑由 1500 點調降至 920 點的調查，應該是醫審及藥材小組負責的，所以我還是請教醫審及藥材小組。

主席

謝委員所提問題涉及資料的試算，無法於當場說明，由本局相關單位進行較精確之試算後另行說明。

蔡組長淑鈴

本項目前於 99 年 1 月進行適應症的修訂，該項的預算來源是 98 年新增診療項目的剩餘額度，98 年費協會雖協定若未達新增診療項目之預算額度應予扣減，但本局於 98 年並未扣減該款項，改以放寬非離子性顯影劑及調降支付點數做為支用，但實際醫療利用，反而較 98 年減少支出約 0.127 億點，顯示 98 年剩餘額度並未使用。本局以往考量協定額度若與實際支用差距不遠，通常不主張要扣減，如差距過大時，本局會考量目前民眾較常反映自費的項目來處理。由於現行血管造影等技術十分普遍，即使修訂放寬使用非離子性顯影劑之適應症範圍，但民眾申訴自費之爭議仍然不斷，為了保障民眾權益，我們建議新增診療項目的剩餘款，可以用來支用該項目之放寬，以解決民眾端及醫院端自費等相關事項的爭議。當然，如果醫界還有其他迫切調整的項目，亦可提出對案來討論；另外，其他相對較少數的個案，未來可視預算成長率逐步考量；最後，部分委員關心修訂後醫療費用成長的問題，

我們可以定期追蹤。

#### 郭委員正全

我認為不是只有這個項目問題，而是系統性的問題。蔡組長說明的是否代表費協會協定的預算，要不要執行在健保局？以實務執行面來看，我沒有意見。但是以血管支架而言，放寬差額付費之後，塗藥的血管支架應該是成長很大，這是一個系統性的問題。惟對於本提案我不表示意見。

#### 主席

按本提案擬辦一之意見辦理，惟相關醫療利用應每季追蹤監控，若超出時，再討論其他配套措施。

#### 林委員佩菽

新藥新科技歷年一直在醫院總額的一般預算之中，而成長率往往是預估值，但我們都知道新藥新科技一旦開放，民眾的利用率勢必大幅提升，往往已經不是醫院所能控制的問題，是故，原預估的費用變的不足了，其結果變成排擠到其他一般預算的費用，我呼應林教授的想法，新藥新科技的費用預估應加計一定的成數，新藥新科技的使用實務上具有時間的落差，今天費協會及消費者代表在會上，誠摯呼籲明年 101 年總額共識營協訂醫院總額成長率時，新藥新科技是否仍要放在協商因素之中，若 101 年新藥新科技仍放在協商因素之中，其產生的問題也會跟今年一樣，即使追蹤，其費用已經產生，還是會回到一般預算中浮動稀釋，對醫院來說，相同的問題還是恆久存在並沒有處理。

#### 蔡委員登順序

費協會的立場，專款項目是堅持專款專用的，本提案項目是在一般服務部門，我們希望能放寬適應症，嘉惠民眾改善自費情形；如同蔡組長所講，如果該項目使用超過預算，可以進一步檢討；若未超出預算時，我個人是支持該項目未支用之預算可以不扣減。

主席

謝謝費協會蔡委員的說明，本案還是按本提案擬辦一之意見辦理，惟相關醫療利用應每季追蹤監控，若超出時，再討論其他配套措施。

柒、討論事項第八案『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』新增填報「影像來源」與會人員發言摘要

陳委員瑞瑛

本計畫規定接受影像的醫院也要打報告，但是醫師在實務執行上有些許擔心，因為若接受影像的醫院發現比原來醫院更嚴重或不同的診斷…時，會衍生許多不必要的醫療糾紛，這也是許多醫院雖然有接受其他醫院的影像及判讀，但不申報此項目的原因，我們是很鼓勵病患將之前在他院做的相關檢查的資料攜來，避免重複檢查，但是也不希望造成困擾，其實醫師相當為難的，這個問題要如何解決？另外，我們對於他院CT及PET影像系統的不同，考量減少重複檢查及降低病人接受幅射線…等因素，是須要醫院再用電腦予以重整，耗費的成本相當的可觀，也請健保局考量。

主席

原則上本案通過。至於陳委員所提到的二個重要事項，包括報告的法律責任及機型不同須要進行轉換，可以提到影像交換中心的相關會議請教相關委員。



## 捌、討論事項第九案『有關 100 年「提升住院護理照護品質方案」修訂內容案』與會人員發言摘要

### 主席

本案因為要遵照立法院的主決議，所以議程內容有所變更。

### 陳委員瑞瑛

如果依照議程內容說明七去做，還會剩餘 1.893 億元，因為護理師公會多加一項指標，建議酌予調整 pay for reporting。

### 蔡組長淑鈴

護理師護士公會建議增加年資 3 個月以上護理人員離職率與該院 2 年以上年資護理人員比率等二項指標，如果醫院代表覺得醫院報告該二項指標沒有問題的話，我們可以同意剩餘的款項補助在 pay for reporting 的部分。請看臨時會議議程第 47 頁說明五，醫院未來要在計畫結束前將使用款項運用在提升護理人力的獎勵措施(如:增加護理人員數、改善護理人員待遇..等)報到健保局，如果沒有提報或提報不實的話，會給予追扣。

### 張委員澤芸

首先代表 13 萬執業護理人員謝謝社會大眾及在座委員們，長期以來對護理人員的支持。從 98 年起實施此方案以來，護理全聯會即針對實施狀況與成效進行瞭解，目前約有不到 1/3 的醫院將獲得款項，用來改善護理人員的執業環境。剛剛陳委員提到將 100 年之預估可能剩餘款，調整在 pay for reporting 上，本會的立場是贊成的。至於費協會第 164 次會議中決議，應研議更多適用之住院護理品質指標，故本會新增二項結構性指標，因屬醫院評鑑需準備項目之一，故醫院在提供這二項指標應該是沒有問題的。

### 羅委員永達

我們不否認護理人員數目與品質有某種程度的關連，但是醫學中

心有 6 家沒有拿到，地區醫院拿到的僅有 17.4%，沒有拿到的也有 18% 之多，換句話說，地區醫院沒拿到的有 100 多家，其中有很多都是大型的綜合型醫院，因為這些醫院的差異很大；但是精神科只有 7 家沒有拿到，所以本計畫其實是對專科型地區醫院比較有利，故醫院協會當時建議將護理人力排序比率乙項修訂為排序前 80% 者申報護理費點數加成 6%，這是為了反映綜合醫院間存有很大差異，若提高為 80% 時，可以縮小差異所帶來的影響及增進醫院間的公平性。

### 張委員澤芸

雖說提升護理人力不是照護品質唯一的指標，但如果連基本的護理人力都已嚴重不足時，又如何能提升品質？這是值得大家思考的。我認為目前護理人員薪資行情差異極大，陳委員提到公立醫院之公職護理師每月薪資約 6-8 萬，但事實上有些公立醫院聘任公職護理師的比率是不到 30%，許多護理師卻只能以護士職稱聘用，且多數是以約聘護理人員來聘用。我們護理人員也不願意只以薪水或人力，做為評估護理人員存在或貢獻的價值，但是無可否認的，因為護理人員執業工時的不規則、工作負荷大、複雜度高等因素，在長期工作付出與獲得不對等的執業條件下，導致護理人員是所有醫事人力職系中轉任率最高；故如果想要提升護理品質，最基本應該要給予足夠的護理人力及薪資上的回饋等，才能留住優秀的護理人員。此外，我們護理界已就何謂提升護理人力之配置及獎勵措施等具體作法有所共識，那就是以增聘護理人員或輔助人力來緩解臨床護理人力的負擔，至於獎勵措施的部分，以提升薪資或發予獎勵金，都是反映護理人員貢獻的具體作法。護理界認為唯有聘用足夠的護理人力後，才能進一步提升護理照護品質。

### 謝委員武吉

剛剛張委員提到很多，其中地區醫院護理人力狀況如何？

張委員澤芸

我有很多的機會去觀察各醫院的情形，護理人力不足的情形在大型區域醫院以上是比較明顯的，地區醫院因為佔床率偏低的關係，護理人力不足的情形相對較輕。

謝委員武吉

謝謝張委員的說明。由於地區醫院經營非常困難，我懇切地建議健保局應該要尊重醫院協會在地區醫院在護理人力排序比率上，修訂為排序前 80%者，可以申報護理費點數加成 6%之原則。

張委員澤芸

關於醫院協會建議在排序比值上，由現行前 2/3 的醫院，修訂為排序前 80%者予以獎勵一事，本會支持醫院協會的建議。而有關對現行被低估的住院的護理費部份，未來我們將非常樂意與醫院協會共同努力，爭取調整。

謝委員武吉

由於目前診察費是歸入醫師的口袋，我建議護理團體應該去爭取門診 0.5 個人力的護理費。

林委員富滿

議程第 56 頁，現況醫學中心總計為 19 家，奇美醫院被計為二家，其實應該為一家，因為家數的差異會影響本計畫分配，建議更正。

主席

本次臨時會議議程第 36 頁，100 年較 99 年增加之款項經核付後如仍有剩餘款，將優先調整本方案之品質登錄獎勵金。對於護理人力排序比率乙項，將本局及醫界建議案共 2 案併同陳報行政院衛生署裁定，其他則如第 43 頁附件四通過。

## 參、臨時討論案『有關 100 年醫院總額基本診療項目支付標準調整案』與會人員發言摘要

主席

本案依據費協會協定 85%調整婦、兒、外科診察費項目，其他 15%調整前述科別以外的診察費項目。本局業務單位依據台灣醫院協會的建議，試算相關方案如本次之臨時提案資料，請各位參閱再表示意見。

李科長純馥

在合理量調整的診察費項目是 00101B 及 00102B(支付點數 222 點)，金馬地區是 00107B 及 00108B 二項。依照費協會決議有 15%調整該部分，其支付點數調高 8 點；至於 85%則以所有診察費項目(如開立慢性病連續處方箋...)調整至婦兒外，並以加成方式支付，排除之科別可參考本臨時提案註 2 之說明。目前方案內若有排除若干科別之診察費調高 8 點，若未排除部分科別，診察費調高 6 點。

陳委員雪芬

建議診察費的調整不要特別排除部分科別，否則會造成醫院極大的困擾及作業上衝擊。

李科長純馥

由於精神科有獨立的診察費項目，不在本次調整範圍，惟精神科若以一般門診診察費申報時，亦一併申報調整後的支付點數。

主席

先請問費協會，陳委員雪芬建議不要特別排除部分科別，是否有違反費協會的決議？

林組長宜靜

費協會在上週五追蹤 100 年度各總額協定方案執行進度時，剛好有談到基本診療章的調整問題，對此項，費協會的立場是協定一

個大原則，讓整體的分配能順利執行，最後的決議是以婦、兒、外科等為優先，若須調整於內科，則其增加額度以不超過原訂預算的 15% 為原則。至於當日也有部分委員表達若干科別已經很不錯了，不應再予調整之建議，惟並未納入該事項之決議。

主席

診察費的調整要 6 點或 8 點？

陳委員雪芬

費協會委員的理想性我們可以體會，但是也要顧及醫院實務運作層面，如耳鼻喉科也會看癌症的病患，以科別進行排除實在沒有多大意義。

陳委員瑞瑛

科別的定義是什麼？什麼是洗腎科？是衛生核定的科別嗎？

李科長純馥

就是我們申報上的就醫科別。

郭委員正全，

國外是區分醫師費及醫院的費用，國內則是合在一起，其精神是由醫院統籌分配及彈性運用。日前醫院協會邀請署長及局長，會中提及先天疾病的給付並不公平，署長也建議由醫院截長補短進行內部調整，基於上述原則，各醫院都會針對內部收入較差的科別進行內部調整，我實在反對協定某一筆預算針對特定科別予以調整，完全違背目前的精神，而且大幅影響醫院現有的運作方式。所以，我不贊成診察費要排除若干科別進行調整。

主席

都不排除嗎？

蘇委員清泉

我贊成不排除若干科別診察費調高 6 點，婦外兒則以加成支付來處理。

謝委員武吉

婦外兒加成大約幾點？內科是否也有調整？

林科長純馥

婦外兒是一般診察費調整後才再予加成，加成調幅約 18%。

主席

100 年醫院基本診療支付項目合理量內一般門診診察費調增 6 點及不分科 4 歲兒童診察費加成 2 成，扣除前述調幅後之預算，調整申報婦、兒、外科就醫科別案件之診察費，並以額外給予加成方式支付，本案將提至醫療給付協議會議報告。