

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議 109年第3次會議紀錄

時間：109年8月26日(三)下午2時

地點：中央健康保險署18樓禮堂

主席：李純馥組長

紀錄：劉勁梅

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
申斯靜代表	申斯靜	郭守仁代表	郭守仁
朱文洋代表	朱文洋	郭宗正代表	請假
朱益宏代表	朱益宏	郭錫卿代表	郭錫卿
吳志雄代表	請假	陳石池代表	黃雪玲(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	陳振文代表	陳振文
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳智芳代表	請假
周思源代表	周思源	程文俊代表	游進邦(代)
孟令好代表	孟令好	童瑞龍代表	童瑞龍
林欣榮代表	請假	黃遵誠代表	黃遵誠
林芳郁代表	林靜梅(代)	劉建良代表	李妮真(代)
林恒立代表	林恒立	劉淑芬代表	洪世欣(代)
林鳳珠代表	吳明訓(代)	劉碧珠代表	劉碧珠
林錫維代表	林錫維	蔡淑鈴代表	請假
邱仲慶代表	邱仲慶	謝文輝代表	謝文輝
邱寶安代表	邱寶安	謝景祥代表	謝景祥
侯明鋒代表	請假	謝輝龍代表	謝輝龍
唐宏生代表	唐宏生	顏鴻順代表	顏鴻順
張克士代表	張克士	羅永達代表	陳志強(代)
張國寬代表	張國寬	嚴玉華代表	嚴玉華
張德明代表	李偉強(代)	蘇主榮代表	蘇主榮
梁淑政代表	梁淑政	蘇東茂代表	蘇美惠(代)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、盛培珠
台灣醫院協會	顏正婷、曹祐豪、蔡蕙如、吳亞筑 吳心華、許雅淇
中華民國醫師公會全國聯合會	潘仁修、林筱庭
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國物理治療師全國聯合會	陳奕穎
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	宋佳玲
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
本署臺北業務組	許寶華、周珈卉
本署北區業務組	吳秋芬
本署中區業務組	楊惠真
本署南區業務組	郭俊麟
本署高屏業務組	黃梅珍
本署東區業務組	王素惠、詹蕙嘉
本署醫審及藥材組	曾玫富、連恆榮、郭乃文、詹淑存 張荃惠、陳永田、張惠萍
本署企劃組	陳泰諭
本署資訊組	李冠毅
本署財務組	請假
本署醫務管理組	吳科屏、劉林義、洪于淇、陳俐欣 陳世卿、王靜雲、鄭正義、楊淑美

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形

決定：洽悉；序號5（109年第1季醫令自動化審查檢核結果異常情形偏高，請院所依醫療服務給付項目及支付標準相關規範辦理核備及

正確申報作業) 持續列管，其餘序號1、2、3、4、6解除列管。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109年第1季醫院總額點值計算結果

決定：經計算各區浮動、平均點值如下，本季點值供參，不辦理結算事宜。

年季	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
109Q1	浮動點值	0.9121	0.9381	0.9268	0.9669	0.9748	0.9382	0.9273
	平均點值	0.9466	0.9543	0.9551	0.9729	0.9788	0.9572	0.9581

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式報告

決定：醫院總額 109 年採全年結算案，醫界代表基於資金運用及稅務考量仍反對全年結算，建議 109 年上半年採「半年結算」，下半年維持「按季結算」一節，後續由本署向衛生福利部轉達醫界代表意見。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果

決定：洽悉。

肆、討論事項(無)

散會：下午4時35分

與會人員發言實錄詳附件。

全民健康保險醫療給付費用醫院總額 109 年第 3 次研商議事會議 與會人員發言實錄

本會上次會議紀錄確認

主席

各位醫界先進大家午安，這次醫院總額研商議事會議，因為蔡副家裡有事所以由我擔任代理主席，今天的議程已先行提供給各位代表參閱，請確認上次會議紀錄，在議程的第 5 頁開始，請問各位委員有沒有要指正的部分？好，請申代表。

申斯靜代表

主席還有各位先進好，因為剛剛參加過藥品共擬會，在第 10 案的地方有講到藥品短缺的情形會列入藥品共擬會，因為這次的藥品共擬會沒有看到，不曉得我們在會議的串連這樣的訊息應該會過去吧，這是我要提問的地方，謝謝。

主席

請連科長說明一下。

醫審及藥材組連恆榮科長

補充說明一下，在共擬會議我們會有提高藥價建議的事項，會進行討論，所以在上次的會議裡面直接有調高藥價的議案，代表們對這個議案在當下是沒有提出特別的意見，在這邊我也補充說明，讓代表們了解我們針對特殊跟不可替代特殊藥品統計的結果；我們分析 107 年跟 108 年調高藥價的品項，107 年總共有 19 個品項，108 年有 7 個品項，財務衝擊我們現在算起來 107 年是 3,622 萬，108 年是 3,571 萬，所以財務衝擊相對上是比較小，另外，這些藥價的調高都是因為成本提高所造成，所以我們都是用成本價來做計算，這個部分我們會以非協商因素的預算部分來做因應，有關藥價提高的部分可以在共同擬訂會議再更進一步做細部討論，以上報告。

主席

我們有把會議資料轉知給藥材，因為有時候議程比較急，缺藥這件事情其實因素很多，除了這個部分其他有沒有要再指正的部分？如果沒有請進行報告事項第一案。

報告事項第一案：本會歷次會議決定事項辦理情形

主席

好，這個報告事項第一案是歷次會議決議決定事項的辦理情形，原則上如果有解

除可是有另案再報告的話就會在那一案做決定以後再繼續追辦，大家對於我們的辦理情形有沒有要指正的？請雪玲代表。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

第五案其實是針對一些審查資格的報表，雖然署裡有給我們 74 項的專家學者對照的檔案，在我們醫中協會內部還有很多東西我們其實有具文給健保署這邊，可是那些都還沒有得到署裡的答案，所以建議 10 月 1 日要上線能不能延緩，像有些次專科學會，兼任醫師的那些資格，我們有聘兼任醫師資格其實我們都查不到，這些東西我們無法完備前是不是可以請署裡可否提供資料給各院到底欠什麼？我們大家先把他補齊，我想署裡做這件事情是好事，並不是想要處分各醫院，我們希望是說你們如果稽核到回饋給各醫院，大家一起來改善，而不是拿他當做要核刪各家醫院，該有的資格把他建齊，以後可以遵循，10 月 1 日上線這個日期可不可以延後？讓大家準備齊全以後再上線。

主席

還有沒有其他？游代表。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

我呼應雪玲代表的提議，這個東西要給醫院做一些準備，回饋的資訊目前為止還算是少的，我認為在 10 月 1 日實施的話對很多醫院都會有很大的衝擊，這個範圍非常的廣泛，事實上我們動員整個體系的力量在清查這件事情，對於一般醫院來講負擔會很大，我們還是建議各分區回饋一些異常狀況，針對不足的部分再做改善，我想這個長期是對的也是好的，事情就讓他做完整一點完美一點對大家比較好，第 3 個有關於點值結算的方式，我們建議在報告事項裡頭有在講，我認為等確定有一定的結論之後再把他解除列管，這部分等後面討論結果再決定是否解除列管，以上。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

請問第 1 項的結果，因為有些人可能都沒有參加藥品共擬會議，是不是第 1 項可不可以也暫時不要解除列管，1、3、5 可不可以都暫時不要解除列管，等有結果再告訴我們。

主席

就第 5 點雪玲跟進邦講的建議，請醫審及藥材組玫富專委說明。

醫審及藥材組曾玫富專門委員

醫審組說明，上次的決定事項是因為本署要檢核這 74 項醫令，故請本組檢送這

74 項醫令明細表給醫院協會轉知各醫院，這項其實是列管我們有沒有做這件事，事實上我們已經做了，後來醫學中心協會確實有來函，我們都有在處理，並不是沒有處理，而且是很慎重的在處理，我們最近有統計 109 年第 2 季，預定要檢核的 74 項醫令醫師資格報備的情形，目前大概只剩下 164 位醫生沒有完成報備，大概只占需要檢核量的 1% 而已，從上次會議 5 月到現在已經 3 個月了，其實我們每個月都一直在檢送還沒有完成報備的醫師名單給各分區，請各分區促請相關的醫院完成報備的動作，也一直都在改善，所以到現在只剩下 1% 左右，164 位醫生還沒有完成核備的動作，講 10 月 1 日開始檢核是指費用年月，所以真正檢核是 11 月費用報進來時檢核，離現在還有 2 個多月，希望最後這 1% 能儘快完成核備，我們最近也已再提供這一批名單給分區。醫學中心協會來函反映的都是前端 VPN 報備資訊系統，或是報備行政作業面的問題，最後也有建議是不是能夠延緩啟動自動化審查檢核，我們會綜整後簽辦，目前只剩下 1%，164 個醫生還沒完成核備的動作，至於其他還有 17 項年代久遠的醫師資格規範的部分，已請各專科醫學會檢視要不要修正特殊資格限制的支付標準規定，那部分暫時不會列入檢核，已經預計要列入檢核的 74 項醫令目前只差 164 位醫生(占整體 1%)，所以希望各醫院再努力一下，因為如果都報備完成就算啟動檢核也不會有問題，以上說明，謝謝。

主席

對於第 1、3、5 要變成繼續列管，醫管組有沒有意見？第 1 個的部分連科長要不要稍微回應一下？

醫審及藥材組連恆榮科長

有關於第 1 個的部分，為什麼會建議解除列管？因為 DET 的執行其實是一個年度的情況，今年是比较特殊，因為因應疫情，所以在調整藥價之後因為合約的關係可能會跟藥商有重新議價的作業程序，所以考量整個疫情延後到 10 月 1 日。以明年來看還是希望從 4 月 1 日進行調整，DET 的目的為了要控管藥費的成長，其實 DET 以往的執行方式不是在總額裡面做減項的作業程序來做控管，這個部分我們已經做完評估，這塊不應該在增項減項做考量，如果有預算上的爭取，是不是在總額協商裡面再進行討論，這是我們整個評估的結果，以上說明。

主席

好。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

那總額協商不就今天這個會。

主席

明年的總額協商，這裡沒有在總額協商，燕鈴。

全民健康保險會陳燕鈴組長

目前本會進行的總額協商是在協定「110年度總額」，所有各部門的協商草案都已送到健保會了，目前討論的這個案子因為不是110年度總額，所以不應該列入110年度的總額協商，這是第1點。第2點就是109年度總額已經衛福部公告實施，年度總額已定無法做增減，而且這個案子源於DET的藥價調整，屬於醫院總額內部的預算調整，就總額的觀念來講，總額所有的預算都已經核定，也給醫院部門了，對健保會來講總額沒有少給，所以這個部分是屬於內部的調整，可能不適合總額協商，最主要是109年的總額經過衛福部公告了，健保會也無權更改，以上說明。

主席

請林代表，再來是謝代表。

林錫維代表

有關第一案，剛才也有幾位談到跟總額協商應該沒有什麼關係，剛才陳組長也談到110年度的總額協商也都排定了，我是認為健保署應該去爭取其他的紓困預算來做補助比較適當，謝謝。

主席

謝代表。

謝文輝代表

我想這案提出來是社協朱益宏最早提出來，這個和總額協商是沒有關係，因為協商大概已經談好就是那個數目，現在社協代表朱代表他異議的地方是說本來我們每年應該定期去做藥費調整，因為這次疫情所以沒做，現在是藥價總額，本來你做完了以後每年都超過總額，做完以後有個機制，超過多少藥價要砍，要砍大概一半左右，因為超過藥價總額都是拿到一般總額去抵帳，就是用醫院的其他部分去抵帳，每年應該做這個，當時算起來大概有10幾億20億的差距，有做這個動作，今天如果不是疫情有做這個動作，那麼我們其他的總額少拿10幾億20億，補這個洞，這是因為疫情你們沒有做，我也很贊成剛剛消費者代表林代表的意見，本來就是疫情衝擊造成的，這是要申請疫情的紓困來解決，因為這是疫情衝擊造成的，和總額本身沒有關係，大家把道理說清楚，當然有沒有辦法爭取紓困，拜託長官們，吃頭路，你們是老闆，我們確實有冤屈，不要拿1、20億來補，所以的

確是有冤屈，當然要申請這個要寫理由，有效無效心中要有一個公道，這次疫情醫界吃虧，因為我們沒有做這件事，這項如果有照實程做，那他們就不要拿 1、20 億出來補，我是覺得事情要講清楚，道理是在這裡，和總額本身是沒有關係，這個大家講清楚，當然盡量幫我們爭取，如果沒辦法，醫院這次很委屈，以後想辦法明年總額稍微彌補一下給他好一些些，像林代表要替你們講幾句話也稍微能講，去年他們也吃虧，不要講說這個跟這個都沒有關係，這都沒有都不用說，我覺得大家心裡就會覺得委屈，謝謝。

主席

請連科長。

醫審及藥材組連恆榮科長

我說明一下，因為 DET 是 1 年 1 年調整，所以今年度的調整其實是因為去年超過目標值而調整，明年 4 月 1 日要做的是針對今年整個的藥費超過目標值會去做，所以他的反映會是包括今年的藥費沒有調整到的部分，今年的藥費沒有調整，其實會反映到明年 4 月 1 日要調的時候可能超過的目標值，會在隔年做 DET 藥價調整的時候會適度反映到那個時間去，所以也讓各位代表了解今年往後延，他的結果會在明年做 DET 會出現高於目標值，跟各位代表說明一下，因為他每年都在做 DET，所以會有這個情況，所以明年在調的時候可能超過標準更多，會砍的更多這樣子，以上說明。

主席

朱代表。

朱益宏代表

科長講的不對啊，每年 4 月 DET，都會因為 DET 調整藥價，我問你那今年呢？今年超過藥費怎麼辦？超過目標的錢從那裡來？連科長是不是要說明一下今年因為延後還沒有實施，今年已經超過去年 DET，超過的錢從那裡來？說明一下，明明這超過的錢就是我們錢去墊，怎麼會這樣。

謝文輝代表

我補充一下，因為算明年的時候的確量比較多，反映明年那個多，本來就應該給的，所以今年的確沒有，說這樣就不夠厚道，今年人家有吃虧我們就承認，因為我們少做一個動作，就承認嘛，本來就是應該這樣嘛，就幫我們爭取，爭取完如果沒有我們也不會埋怨，健保署長官有跟我們體諒，就是這樣而已，不要說都沒影響，每年都不用做了，這樣 20 年以後再一次做，沒有這個道理，每年預算就是

那些錢，今年就少了 1、20 億就是這個道理。

主席

你們的建議我們會收納，爭取紓困預算這塊我們是真的不餘於力，各部會在爭取上面到主計總處有不同的思考跟排序，我們也只能尊重主計總處，確實這個部分當時做了這樣的決定，以後雖然說藥價沒有按照去年藥價整體去反應，可能對總額會有衝擊，不過等一下在做 1、2 季試算大概就會看到衝擊的狀況，可以一併來考量，另外就是剛剛有提到第 5 點的部分，其實很謝謝各個醫院的代表，因為我們資料給大家以後，大家都有回饋可以修正的部分，裡面有一部分是針對 VPN 做資格核備的部分，也顯然我們目前是一筆一筆做，讓大家覺得很痛苦，因為我們資訊真的非常忙，所以系統呈現上變得開另外一條路，你們給我們檔案我們分區同仁可以幫忙批次上傳，讓大家核備的動作可以快一點，這部分其實已經在做了，而且我們也已經發文請分區去配合，至於剛剛提到說要不要再做後續的調校，包括項目本身，還有啟動的時間本身，我們剛剛主辦的專委已經有承諾他們會綜簽來做，而且會把各位的意見在我們簽呈裡面去充分表達，如果你們決定還是要持續列管我們還是持續列管，下次會議再報告整體的狀況，可是第 3 點的部分，我建議是我們會在第四案會去做討論，是不是在第四案去做決議以後持續列管，這裡先給他解除列管，這是第 3 點的部分，點值結算到時候我們在報告第四案會做討論，那時候就會有相關的決議做持續列管的動作，是不是可以允許我做這樣子的決定，我們就到下一案，是，朱代表。

朱益宏代表

我想請問還是第 1 題第 1 個項目，因為健保署是建議說列入總額協商討論，所以我不知道你們的案子會幫我們增加這部分嗎？因為原來健保署跟醫界協商的也沒有這一條，現在是誰要去提明年度總額協商把這一題加進去，因為你們的建議可以列入總額協商討論，所以健保署是不是會列入總額協商去討論？這是第 1 點，是不是等一下說明一下？或是請健保署說明一下，不然第 1 項的第 2 點是什麼意思？第 2 個是因為 108 年的特材要扣減大概 3 億多，我覺得特材科要做一個說明，為什麼我們用不完？為什麼跟去年預估的有差距，到底是那些項目？是因為廠商的原因？因為什麼原因？因為在總額協商的時候當初 108 年總額協商的時候就有說健保署應該在 108 年 12 月就是要把預備擬定的項目跟金額要做列表，然後要列管，然後沒有導入才要扣減，所以應該在這邊做一個回饋說當初在列管列的項目是怎麼樣？執行中間碰到什麼困難？所以沒有導入，沒有導入的話才可能扣減，說扣減我們就摸摸鼻子扣減，應該要去檢討為什麼跟 108 年底列的項目不一樣是

什麼原因？是廠商的原因？是醫院的原因？還是因為在共擬會議碰到什麼困難？還是專家那邊的原因？導致沒有辦法按照時程導入，後續策略上應該做怎麼的調整？才不會發生，因為 109 年也有同樣的問題，今年 109 年的總額也是在年底如果沒有執行完畢一樣會列入減項，所以我覺得這個應該要有一個專案報告讓大家知道一下，以上。

主席

我先說明序號 1，因為既然上次的決議是去爭取紓困，我想第 2 點的部分是我們在討論整體總額或許可以考量今年沒有把藥價扣回的部分，可是實際上如果就主題來講是紓困，這部分我們是支持，第 2 點你剛提到特材部分，乃文你要不要稍微回應一下，我記得上次有報告了，上次有在會議整個整體報告裡面去說明有 2.76 億要被扣減，然後今(109)年不扣總額，只扣去(108)年的總額。

醫審及藥材組郭乃文

有關朱代表剛剛所提的特材部分，會在下一案的簡報中呈現及說明，其實 108 年預算總共 5.85 億，去年的進度上在共擬會議總共通過了 15 類 86 個品項，總共過了 3.09 億，當中還差了 2.76 億是沒有導入預算，那時候的考量因為有些品項還在討論中，為了讓一些品項後續可以順利進來，所以把預算保留，意思是說差額的 2.76 億其實只有去年 108 年扣除，基期的部分並沒有扣除，今年其實還是有那 2.76 億，以利後續一些特材進行納入，是不是等特材部分報告的時候我再說明一下。

朱益宏代表

可以啊，當然在後面要有詳細說明，因為 108 年底總額就是有說明健保署在執行前就要先列項，然後金額然後預估的進度，如果你沒有按照計畫實施才會有扣減，現在不是只有告訴我們說導入多少沒有導入多少，這樣簡單的幾句話，應該是說當初核定的是怎麼樣？有那些項目？金額是多少？現在那些已經執行完畢？那些正在協商中？或是那些共擬會議已經通過了？那些東西共擬會議不接受？你們用什麼其他項目替補上來，我覺得應該要做比較詳細的說明，如果等一下後面有這個報告當然留到後面去報告，如果沒有這麼詳細是不是另外找時間報告，我不知道在座其他委員是不是有時間，如果沒有時間，後續請醫審提供相關的資料，謝謝。

主席

本案就洽悉，下一案報告事項內會說明代表所關切特材預算的部分，再次重申 108 年未導入特材的 2.76 億預算今(109)年總額基期不扣，去年因議價等原因有保留預算到 109 年來實施，只扣去年的總額。

報告事項第二案：醫院總額執行概況報告(略)

主席

謝謝乃文，投影片 53 頁下方有註明近 6 年累計執行率 28.89%，請醫審及藥材組補充說明執行率的計算方式。

醫審及藥材組郭乃文

近 6 年執行率 28.89% 的計算方式是以 104-109 年實際申報數(扣減替代品項後之申報點數)9.28 億元除以 104-109 年總預算數 32.14 億，執行率為 28.89%。

主席

謝謝，請問大家對於簡報有沒有提問？

謝輝龍代表

從簡報中可以看到門住診病人數及件數下降的很明顯，但每件單價卻是成長，希望能將其中異常的部分做分析列管，以免少數醫院在猛衝點數，造成其他守法醫院受影響。

主席

您說的應該是 17 張投影片的部分，其實單價的上升的原因可以參看第 19 張投影片，慢性病點數的成長率最高，因為疫情期間看診次數減少，所以開藥天數拉長，這也是單價成長的原因，另外在投影片 23 及 30 張的貢獻度，可以看到門住診的藥費點數都是增加的。至於謝代表所提到異常申報的部分，本署不會寬待，這也是署長的立場。醫審及藥材組曾專委在審查端有沒有要補充的？

醫審及藥材組曾玫富專門委員

今年醫院醫療服務審查勞務委託是委託給醫院協會辦理，並透過各分區共管機制管理，有關每人或每件平均醫療費用成長率，是很基本的管控指標，過去各分區共管會議均有列入控管及進行篩異，另外本署也發展很多篩異指標在執行，代表的建議可請與會的各分區及業務組代表在分區共管會議列入處理。

主席

請游代表。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

單價提升的原因，其實可以統計今年及去年各疾病別門住診的件數及點數互做比較，再列出因疫情增影響而增加的疾病別，看看是否有案件呈突出的成長或異常，如果沒有特別異常，那就可能是組長剛剛說明的原因，因為疫情期間，輕病件數減少，嚴重的還是會來，當輕病的件數稀釋減少後，平均單價就會拉高，這應該

是正常現象，用統計資料來說明會較有說服力。

主席

在投影片第 23 張的門診解構也有說明，備註 1 門診平均每件給藥天數增加，去年 23 天，今年是 24.6 天，整體成長 7.2%，這對門診每件點數成長有貢獻。至於住診平均點數的部分，我補充說明，去年因為非協商因素調整支付標準在今年生效，調整了住院診察費、病房費及護理費，所以件數雖然減少，但單價會成長。我們各分區在管理上都會做分析，謝謝代表的建議。這次因為疫情，上呼吸道感染等輕症就醫件數減少，但較嚴重或單價較高的案件沒有減少，整體單價確實會拉高。好，還有沒有代表要提問？

謝文輝代表

我想單價增加應該是剛剛代表及主席所說明的原因，因為疫情突然爆發，院所都及因應，應該不會有院所還有心思預先準備好要衡量，其次是在總額之下，如果大家件數都下降，反而不緊張，如果大家沒有減少只有自己減少才是要擔心，所以應該沒有醫院這麼惡劣，雖然不敢保證一定沒有，但各分區業務組有餘力可以分析注意看看，若未來有疫情，也可以提供給醫院做準備或參考。醫院協會承辦總額後很努力，才知道健保署分析資料很辛苦，醫院協會也很想建立數據分析，但目前能力還不足，總有一天我們可以分擔健保署的分析，請大家多幫忙，我們會儘量努力。

主席

謝代表。

謝景祥代表

單價在我們南區有討論過，南區業務組告訴我們南區的單價沒有特別高，所以大家比較安心，但今天看到各分區的單價成長率其實有差異，像南區是 0.6%，北區是 6%、中區是 7%，臺北是 8%，這差異就真大，如果中區成長 7%，那大家成長 5-6%，應該還可以接受，但如果有分區成長到 10%，異常差異時就應該說明。若有少數醫院單價成長率超乎尋常，就應該說明，如果合理我們就接受，不合理就應該改善。

主席

請謝院長。

謝輝龍代表

現在的暫付款如果未來被追扣，對醫院會有很大的壓力，如果分析後的單價成長

合理，是因為病人疾病嚴重度增加或輕病件數漸少造成，那後續追扣還可以接受，但如果是少數醫院成長太多，那追扣對守法醫院是不合理的。

主席

請申代表。

申斯靜代表

我想補充說明有些醫院應該不是報復性成長，因為有些醫院收治 COVID-19 病人，經過民眾口耳相傳，病人不去這些醫院，而轉往其他醫院就診，所以這可能是個別醫院成長較高的原因，而有收治 COVID-19 病人的醫院，服務量就會下降。

主席

請朱代表。

朱益宏代表

有 2 個問題要請問，投影片 35 張，為何北區的核減率特別低，再來是藥品及特材的報告，請不要加上替代率，就如實呈現申報量就好，因為替代率一直是個有爭議的東西，還要放進去，易引起爭議，建議以後不要再放進去。還有投影片第 53 頁，為什麼特材也有替代率 60%，是怎麼算出來的，既然有列出各項特材，為何不直接還原各項特材的替代率，而是都扣除 60% 替代率後，再計算出實際申報數，這是不是要讓預算數好看？表示沒有超過預算數，108 年看起來申報數超過預算，那為何還要扣回未執行的預算。

主席

請醫審及藥材組乃文說明一下。

醫審及藥材組郭乃文

申報數是原始申報數量，實際申報數是扣除被替代品項後的申報數量，投影片備註 3 有說明替代率計算方式，104-105 年收載之新特材，如屬於創新功能，則無替代率，如屬於功能改善品項，則替代率為 60%。106 年起收載新特材，如有明確替代品項，則按其替代情形計算。當時在研議新特材時，是依品項逐一計算其取代品項後計算替代率，所以 106 年以後收載的新特材的每個品項是精準計算的。

朱益宏代表

這也不是精準計算，我們在特材開會時使用的替代是預估值，其實你可以比較新品項及被替代品項的申報數，這才是真的數據，才能算出實際替代率。而非用當時預估替代數來計算替代率，因為新品項跟被替代品項說不定都有成長，這樣就不是替代，簡報這種呈現方式會有問題，拿有問題的東西來這裡跟大家講，是呼

攏大家。

謝文輝代表

這個應該可以算出來，因為申報資料可以去勾稽。

主席

醫審及藥材組是如實呈現資料，沒有必要隱藏數據，不然就不會呈現原始申報量給各位代表看，為什麼要先算替代率，因為往例在進行專家會議討論時，都要先做財務估算，把被替代品項先做財務扣減，之後新品項真的執行後，品項的衝擊當然要比照當時做財物衝擊估算的概念，去統計實際的申報數。

投影片 A2 有呈現原始申報數，代表可以從這個數據瞭解新特材未扣除替代率前的執行情形。醫院協會已經承接專業委託，如果願意幫我們做更精準的分析及數據，我們很歡迎。替代率的計算有其複雜度，目前還沒有共識，需要大家集思廣義。

謝文輝代表

主席，我是覺得開會本來就是要精進，既然要報告這個，那就讓它更準確，所以現在朱代表所說的是，如果你的評估照你講的，你去扣除本來預估的東西，那它就不會準，事實上你現在已經有資料，現在實際上 A 是取代 B 的，B 現在實際執行上，你有實際資料可以把它調出來比，是不是真的有取代這麼多，本來 B 沒有 A 進來的時候，一年用 100 個，那 A 進來之後，A 用 50 個，B 也是用了 90 個，那就沒有取代那麼多，照理說，本來用 100 個，A 進來取代之後，做了 50 個，那這邊也應該剩 50 個，所以這個樣子比對下，就可以比對出本來的預估，因為廠商拿那個去預估說可以取代什麼或是做評估，那我們把實際的數據拿出來，就給預估的單位比較能夠去改進、進步，其實今天這樣子提出來是很好的、很正面的，就是說我們用實際的數據提供 A 可以取代 B，那 B 實際與前一年沒有 A 進來的時候的變化，我們來比較幾年，我是覺得既然要做，那就要精準，那現在朱代表提出這個，我是覺得可以參考，是不是可以調 A 可以取代 B，那 B 前一年沒有 A 進來的時候，是用多少？現在 A 有進來了，A 用多少？那 B 變成多少？你做個 2~3 年，就很清楚了，那這個資料一拿出來，就很妥當了，做一個很精準的分析，未來你也可以用這個去給預估單位一個警惕，不會隨便說都沒有影響，對財務都沒有影響，說不定影響很大也不一定，所以我是認為說這個很好，像今天朱代表提出這個其實我們這樣做，應該是沒問題，要不然長官也會花很多時間去核對預估多少要去計算，如果要算就算一個比較精確的，我是覺得這應該做得到。

主席

乃文，可以修改嗎？還是要回去再研究一下？

醫審及藥材組郭乃文

要回去研究一下。

主席

可能真的要研究一下。

謝文輝代表

如果要我們提供實務的意見，我們很樂意跟醫院協會一起來。

主席

好，那你們再跟醫院協會一起，看怎麼呈現，不過剛剛乃文有講到一個很重要的，就是說在 106 年開始就會逐項(剛您提的)，那因為今天報表是從 104 年開始，所以 106 年以後的是比較精準的，那累計 106、107、108、109 到明年，那就會有 5 年比較完整各項的狀況，今天這個案子還有沒有要提案的？就是說這整個報告案，大家辛苦了，那北區要不要說明一下？

北區業務組吳秋芬

因為疫情的關係，我們轄區 68 家醫院在 109Q1 總共有 53 家實施包裹給付，所以核扣點數不會呈現在初核核減率，是採另行追扣的，如果把 53 家核扣點數都算進來的話，我們轄區的核減率大約在 0.23%，以上報告。

主席

她剛剛有講，因為他們是用包裹，他們有去談在一定額度內就不用這樣子抽審。

朱益宏代表

剛剛藥品跟特材替代，如果真的有需要，特材組那邊可以找醫院協會，至於我這邊也願意幫忙。但是確實就是因為如果有爭議的東西，拿到這邊做報告，雖然這是署方的資料，但是因為署方也是官方，也不像我們是民間團體，它是政府的代表，所以做一個報告其實要有公信力，有一定它的公信力，那我們醫院協會拿的報告，搞不好人家有很多質疑，那健保署的報告，大家都不太會質疑，除了像我們開會的幾個代表就會質疑，例如：我就會質疑以外，其他大概都不太會質疑，所以我說它是有公信力的，但是明明知道有爭議的東西，就要謹慎，特別藥材這個已經爭議很久很久東西，所以不要再提了，你可以說實際執行率(未扣除替代率)，那也是可行的，大家就知道替代率未被扣除，那替代率多少確實有爭議，但是你拿一個 100%、90% 的替代率去算，預算執行率非常好，大家也都不會服氣，當然我們希望特材那邊確實已經有實際執行的資料，包括藥品也是，醫院協會有成立一個藥品小組，我們也接了署裡面的一個計畫，去計算替代率，如果那個資

料署方也有，那你們要用 90%、100% 的替代率的資料，下次也把醫院協會算的替代率也一併呈現，可能很低，那我們希望署把藥品跟特材算清楚，特材其實更容易算，因為它的替代相對會比較清楚，不像藥品比較模糊，所以希望不是當初談的預估值，預估替代品項百分之多少去計算，而是實際發生的狀況去做替代的評估，這樣才會準，以上。

主席

那陳院長是要講相同的事嗎？

陳志強代表(羅永達代表代理人)

有關剛剛北區業務組的說明，我建議專業核減率的部分，我們知道在疫情中間各分區都會儘量減少抽審的比率，所以其實他還是有核減，所以我覺得大家在討論的基礎上呈現，就不用再做事後的說明了，不然會變得很突兀，所以各分區是不是可以麻煩重新統一下，在其他分區還是會有初核減、申復、初核率或是爭議，那是按照歷史資料去做比例計算，那在呈現的方式都是用同一個標準去呈現，就不會讓大家提出這個問題了。

主席

因為這是用系統直接跑的，如果要再做調校，可能要再跟北區做一點討論，因為有些數字，在我們要跑資料的那個時間點，可能還沒有出來，謝謝院長的建議，還有沒有要提問的？好，請進行報告事項第三案。

報告事項第三案：109 年第 1 季醫院總額點值計算結果

主席

報 3-2 頁的附表，除了 C 肝用藥比較高，不過因為不足可以用其他部門支應，所以若超過還 OK，如果再把其他部門再加進來，大概也是差不多 1/4(25%)，其他專款大概都未超過預定執行率，這裡大家有沒有要提問的，這個統計是依照程序，最後我們會有一個結算的點值，可是會不會按照季結，這件案子會在後面第四案報告。

朱益宏代表

專款的報 3-2 頁，專款的有些項目沒有出來，包括罕病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費沒有數字，是沒有申報還是什麼原因。

主席

它是共用預算，我們有分項列出申報數，累計執行率則是各分項的總計，呈現在最上面那一欄。

朱益宏代表

沒有辦法區分出來嗎？

主席

已經分開表列出來了，請代表看中間那一欄，就是罕病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費等分項的申報數。

朱益宏代表

謝謝。

主席

如果沒有意見，請接第四案。

報告事項第四案：109 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式

主席

林義專委要不要再說明一下後面附表的部分？

醫務管理組劉林義專門委員

上次的會議，為了決定要不要採全年結算，各位代表說希望再多看一季，所以這次我們把第 1、2 季的統計資料呈現在附表 1 到附表 3，附表 1 是各層級第 1~2 季件數、費用；附表 2 各分區及各層級的情形，附表 3 是各醫院正負成長的情形，大家如果對那一張表有問題，我們會補充說明，以上。

主席

附表 4 是我們在這次疫情開始以後有提高補付，一暫之後又有提高補付，我們把各總額提高補付的金額跟補付的家數，放在議程資料中給大家參考，到目前為止，我們是提高撥付的金額，除了一暫之外到核定中間會再多一筆提高的部分，當然這個就是現在要做的決定，因為健保署的一暫有點值跟暫付成數的折，所以我們的補付是用今年的一暫跟去年的核定金額去做比較，所以當然會比較高，補付金額在結算之後不一定都會扣回，因為要看實際的點值，因為我們核定金額的點值是用去年第 4 季，跟今年第 1、2 季整體比較起來會比較低，所以每一家都不一樣，而且每一家醫院的固定點值占率不一樣，所以大家看到這個數字後，要回去試算自己醫院，才知道到底落差有多少。所以當我們提高補付金額的時候，我們也留容一部分讓醫院自行決定要不要提高，因為結算之後是要做追扣還是做補付？沒有人知道，都是未來的事情。

附表 4 是我請同仁針對上半年申報比較完整的部分先做統計，當然每個月在簽是否要提高撥付的金額，我們都會提供包括 IC 卡上傳的件數等資料，給長官做參

考、決定，到目前為止，我們還沒有要停止這個動作，如果個別醫院要喊停，我們也會同意的，不會強迫多付給各位，但這中間就要承擔部分風險，而我們也有風險，分區也會給我壓力，說組長您一直提高，到時追不回來怎麼辦？他們也會擔心，我們彼此都有不同的想法，先說明到這裡，這個案子就開放代表提意見。

周思源代表

謝謝健保署針對資料，提供進一步寶貴的意見，也謝謝因為當時的暫付款，大家共渡難關。但是從整個數字看來，尤其第 1 季的結算金額，事實上各分區總額執行狀況，還有實際上各分區的醫學中心、區域醫院、地區醫院三個層級的比例：還有不同的時段、月份，疫情對該分區的衝擊，其實已反應的蠻明顯。各分區在共管會議上，針對疫情就剛剛講的 3 個層面，已經做微調了。想到上次為了年度結算與否，真的討論有夠久的，在討論要季結還是要年結，有上述這個背景，加上資訊作業系統還有財務、會計週期的試算校正作業，行之多年了，為什麼要從署裡或是部裡介入這個事情？因為疫情的衝擊，我們可以想像點值一定會有上上下下，衝擊大的人一定希望季結，那衝擊小的人希望年結，那當然是一個概論的考量，乾脆交給各分區共管會議。我們剛剛已經看到，北區、東區、南區醫療院所都有一些結論出來了，這都會影響該分區裡面不同層級醫院的運作模式，所以個人的看法是說可否把這個全年結還是季結的問題，微調的實際作業就交給各分區就可以了。

主席

我釐清一下周院長您提的是說，還是走我們原來法規面上各季結算，您提的是說未來若有什麼情況，因為我們部長所擔心的事情，這些事情等到發生的時候分區再去做調整嗎，可是也是要有錢 where is the money？

周思源代表

就依照原來的數字下去做，「由各分區業務組自己去做」，我們分成六個分區，自己做自己的。

謝文輝代表

「全國六分區自己去做決定」，總共就是那些額度。

主席

很有創意的想法。

謝文輝代表

總額是不會變的，分區總共一年就是多少錢。

主席

這個創意對署本部來說是小的，但是對分區來說壓力就大了，而且會變成說同體系醫院在不同分區，會計帳會不一樣。

謝文輝代表

其實這個問題，之前一開始全國六分區業務組就有召開共管會議，所有的醫院代表一起參加，每個分區大概都有自己的主流意見，大家都覺得要怎麼樣，剛剛周院長所講的意思就是說各分區自己都講好了，就像北區剛剛講的，前面幾季要怎麼樣，後面幾季要怎麼樣，因為總署分給六分區是照分配的，會分配到多少額度是固定的，就是允許在疫情期間，各分區有各自的主張，照這個樣子執行就好了，也不用介入，所以也沒有討不回來的情形，像中區每年有 600 億，這 600 億是要年結還是季結，就是各分區共管會議自行決定就好了，因為每個地方情形不同，醫院的代表在共管會議自己承擔責任就好了，周理事長您的意思是這樣子嗎？

周思源代表

更接地氣。

謝文輝代表

你也不會給我們更多的錢，600 億就是 600 億，一年就是這個樣子，你也不會多給，因為你現在叫我們多花，到時候你還是會要回來嘛，對不對？如果一開始少花，他每季結，那他們就自己負責，就是如此，所以他講的意思就是說不用介入，就是部或是總署不必介入說要如何分錢，像我有參加中區，中區就說要照原來的的方式，按季結算。

主席

劉代表先，再來是李代表。

劉碧珠代表

主席、各位委員，大家午安，剛剛我們周代表已經代表區域醫院協會做整體意見的表達，還是要再呼應一下，其實分區是採共管的精神，不管是點值還是點數，建議還是回歸到各分區，因為在總額前提下，各分區已經花了很多的精神，各醫院代表跟各分區業務組已經非常充份的討論，並做了各種的調校及監控，所以是否容許不要轉成全年結算，剛剛理事長也講到，各醫院的財務或是整體規劃，有一定的時程，所以硬要轉成年度結算，對很多醫院營運上會有不確定性的因素在影響，所以還是希望維持原來總額採「季結」的方式。

主席

謝謝，請李代表。

李偉強代表(張德明代表代理人)

這個案子已經在會議討論好幾次了，我想請教到底政府的想法、健保署的想法，是不是我們沒有辦法體會的苦心，大家出發點都是為我們好，還是命令已出，所以駟馬難追，不能再改了？那就沒什麼好討論了，因為是命令。所以這個案子到底是不是可以討論？是不是可以改？如果不能改，就沒有什麼好討論了，也不要為難健保署，因為是你們上面長官的 order，還是說這是一個選項，大家可以再討論、可以改變原來的決定？這一點應該要先確認，可是沒有最好的選擇也沒有最壞的選擇，因各有好壞，那為什麼每次都要拿出來討論？我想請教一下。

主席

朱代表您要先，還是我先回應這個問題？

朱益宏代表

其實我的意見跟偉強的類似，因為你們報告這個案子說明欄第一欄就已經說，你們已經報部核定了，那報部核定的時候，我們也不知道，我們一直懷有希望說還可以再觀察一下再決定，結果你們告訴我說已經報部核定了，那我其實是想要詢問一下，第一個就是已經報部核定了能不能改？這樣大家才有討論的意思。第二個就是想要請問程序上，為什麼報部核定的時候，我們都不知道？為什麼沒有經過我們這些委員大家同意，先同意採全年結算，你們依程序報部核定，然後我們現在又反悔，這樣當然我們講話聲音就要小聲一點，但是我的印象中好像沒有經過委員會大家討論說要全年結算，然後署方就直接報部，還不是部長直接核定，還是署方報部核定的，這邊寫的「業報衛生福利部核定」，就是署方簽給部長核定，部長只是簽一個「如擬」，意思是這個樣子，那我只是想知道程序上為什麼署方在報部核定之前沒有在醫院總額這邊，大家先交換一下意見，為什麼沒有經過這個程序？以上。

主席

請謝代表。

謝文輝代表

照我們的理解是這樣，部長照顧醫院，怕大家發生財務問題，這都是美意、善意，那全年結算這樣的美意有沒有空間，像中區要季結，如果這樣沒有問題，就全年結算的錢，我不也不會介意你們每季要如何分，我就把你每季分的當成虛擬，最後總結也是這 600 億，這樣也不會抵觸部長，這樣各分組就有空間，而不是絕對

不可以。

其實季結、半年結、全年結這是一個彈性，這樣就還是有空間，還是都不可以一定要全年結算，這樣就沒有空間就不用討論。等一下各分區也有他的辦法，每一季也虛擬，最後我們全年才報一次最後結果給總署，我是覺得也沒有甚麼困難，前面只是大家有共識先虛擬分一分，到最後再年結，長官上意我們也有彈性作法。

主席

請謝代表。

謝輝龍代表

年度結算到底是衛福部要給醫院好處還是要修理醫院，我想站在部長的立場，精神應該是幫助醫院，傾聽醫院所有層級的聲音，在所有層級及分區應該還是希望採取過去季結算的方式，因為對所有醫院方便，這是第一點。

在總額的狀況下，你前面給多一點，後面還是要扣回去，第3、4季如果衝的太高還是會扣回去，所以醫院也不會因為這樣而拿得更多，所以在總額精神下，季結算至少給我們醫院會比較安心。

另外一個如果真的用年度結算的話，假如你現在給我暫付的話，我明年度要去報稅，表面上看起來比去年盈餘來的多，但稅完結算你開始把我扣回去的話，那我們醫院繳的稅到時候有辦法要得回來嗎？我本來是盈餘1,000萬，那健保署扣回去盈餘剩500萬，那多繳的500萬稅額要扣回來給我們，這樣有可能嗎？這樣會增加作業上的困難。

上次是說部長裁定採年結算，我們才會說多觀察一季，我想還是拜託一下是不是「季結算」，但對健保署來講，是沒有影響，因為是在總額下運作而已，若採季結算，我們先拿到會比較安心，後面兩季若是報復性成長造成給付額度下降，醫院也只能坦然面對。

主席

請林義專委就大家剛剛的疑問釐清，再請淑政長官給大家指示。

醫務管理組劉林義專門委員

關於我們接到衛福部指示採全年結算，上次會議是列為報告案，這次也是報告案，因為大家也都知道這是交辦的政策，因為上次報告時醫界代表有很多意見，主席也說尊重醫界的意見，所以這次再報告一次，如果大家還是有意見，我們會綜整大家的意見在會議紀錄給部長知道，其實這部分在各總額會議也都有提，大家的意見我們都會如實跟部長報告。至於政策會不會轉圜，就是取決於部長的決定。至於剛剛大家所提可不可以交給各分區去做的事情，因為醫院總額結算是相當複

雜，裡面還牽涉到跨區的部分，因為有些分區用季結，有些分區用年結，這部分就沒辦法去算，我們是建議結算部分還是全國統一，當然分區還是可以做微調動作，如果大家還是覺得按季結算，我們就會跟部長講，因為牙醫、中醫也都有做醫界的徵詢，最後讓部長做統一的裁示。

主席

請長官指示。

梁淑政代表

稍微說明，如同林義專委所講，我們一直觀察 109 年各部門總額執行的狀況，所以署裡面在 4 月時也有請示部長，今年結算應採用何種方式適合。大家也很清楚過去在 93 年也有經歷 SARS 後的反彈，醫療服務遽增，我們也很擔心有這樣的情形再現，雖然現在好像影響沒有很大，但不知道後面的影響會是如何。在上次會議結論，要再繼續觀察第 2 季的部分，如果這次會議各總額部門都有充分討論且具體方向，健保署也可以再簽給部長，看後續如何處理，以上說明。

主席

請游代表。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

剛剛聽衛福部的長官說明，這個案子是有轉圜餘地，今天大家假如有共識是半年結算或季結算，健保署就可以重新再簽，我對這個是採正向看法，就是說我蠻同意區協代表意見，依各分區業務組情況，去決定季結算、半年結算，還是年結算，剛剛專委提到結算是很複雜，我倒是有一個折衷方式，因為總額最困難就是個業務組跨區部分，「跨區部分就按季結算」，把各分區的額度算出來，「算完後分區要季結或半年結，就授權給各分區決定」，甚至有人要全年結我們也沒有意見，我們覺得還是要尊重醫界的意見，如果本來是要讓醫界好，結果大家都不滿意，這就不是一個好政策，以上。

主席

請陳代表。

陳振文代表

我現在是北區的會長，確實是全國要一致的確是不容易，坦白講我們北區是受疫情最嚴重的，2 季合起來的話都比別人損傷程度還嚴重，在這部分我比較尊重各分區，因為在各分區至少都討論上 10 次以上的會議，大家雖然都不滿意，但至少都還能接受。

至於跨區問題，剛剛游代表也有講過，其實應該是「季結算」會比較單純，跨區也沒有這麼難，都可以保留虛擬一下，其實各分區共管都做得很好，我比較贊成讓部長知道各區都有盤算在，我想部長最很擔心是像 SARS 年底時，整個第 4 季以後大家業務都很好，醫界又要跟我要錢，前面我都補付款給你了，我想各區就要自己承擔這樣的結果，你不能說到第 4 季業務好到不行，點值降到 0.8 幾，你說你無法過，我想部長應該最擔心這樣的事情，我想我們醫界彼此也都要有風險的承擔，假如我們醫界可以答應這件事情，大家也都認同的話，大概部長也不會堅持，我是這樣認為，以上。

主席

游代表講的方法，理論上可行，可是實務上很複雜，所以我們分區沒有辦法結算，結算都在署本部，他其實就是按照我們直接去做核付，那是系統在處理，我們不可能讓他用人工去處理，今天補付用人工處理已經造成分區很大負擔，也可以請分區分享，其實大家都在罵我，說李組長你害我們很忙，還要去算他去年和今年核付的差距，還要看它醫師數是不是少很多，藥費是不是沒有用那麼多，像有些藥局去年有用 C 肝用藥今年沒有，害我還要用今年補，問題是真的很複雜，理論上是可行，但實務上很容易出錯，只要出錯，那位數都是上億，分區會處理不完，所以風險是在這裡。

當然剛剛專委也有說明，部長是以指揮官的角度，為了保全醫界所以做這樣的處理，當然從 1 月到現在，他一定會有不一樣的想法，我們也聽到醫界、分區的反應，我們也會把大家的意見綜整，剛剛淑政長官也有提到，到了部長那裡，部長說不定會有不一樣的權衡或考量，我想應該也不是都不能動，這是第一個。

第二，結算本來就是我們的工作，所以不管季結、半年結、年結，在我們系統操作上都沒有問題，甚至我認為按照原本的季結會比較單純，因為流程都一樣，這樣是比較不易出錯，可是我們面對長官的要求及指示，我們也是要遵辦，就像當時口罩系統當時也是要求 3 天要完成上線，讓藥局插卡賣口罩。

概念上是大家都可以表達意見，剛剛有聽到醫中、區域、地區都是希望走原有的概念，包括會計帳上有很多考量我也可以理解，這部分我們在給長官的公文會把它敘明更清楚，也不是我說了之後大家就不能再說話，如果大家還有意見的話，我們會收納，謝謝。

蘇主榮代表

我想區協的想法是各分區帶回去，因為各分區狀況都不一樣，有些分區其實在衝擊中並沒有衰退，他也有成長，這個成長額度占多少都要思考一下，問題就像剛

剛理事長所講，如果受到衝擊少的人，當然是希望季結，衝擊大的人，當然是希望年結。

如果總署這邊可以允許這樣做，是不是可以授權「各分區去處理」，我們的想法是這樣。

主席

請游代表。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

假如像主席所講，我是怕是簽給部長到最後還是年結，我認為季結、半年結、年結，各分區只有北區的結論是半年結，我認為不然就統一是「半年結」，大家都是趕快拿到錢，各退一步，部長也比較好簽，醫界也比較能有共識，不然回去各分區討論半天都沒結論，變成年結就不是大家要的東西。

主席

請嚴代表，再來李代表

嚴玉華代表

南區業務組在上半年幾乎每個月都在開會滾動式調整目標點值，這是署本部不能體會的，南區的每家醫院為這件事也討論很久。我們的方案是全台灣最複雜的方案，裡面有 A 組 B 組，有攤扣有折付，目標點值設定下沒達到的還要再折付，以業務組立場考量這件事，他們是非常辛苦，在這段期間為整個南區的醫院努力很多，所以若要再採半年結，實際上這個滾動式調整就沒有存在意義，所以我建議採「季結」。

主席

果然像台灣，有多元意見。

張國寬代表

其實各區的狀況不一樣，有沒有可能「署本部採季結」，「各分區再討論要季結或半年結」？這樣技術上會不會比較簡單一點。

謝文輝代表

這樣可能喔，就是署裡用季結，結出來的錢就送到分區，分區要如何分配是分區的事情。

主席

這個像西班牙首都自己要獨立，國中還有國的感覺。看起來代表的意見有要季結、半年結與年結。剛才張代表所提到的方式，署本部總額結算這邊是否有可能採季

結，到各分區再做調校？

醫務管理組劉林義專門委員

我們結算之後，接著後面就是財務系統運作，這樣會亂掉，因財務系統沒有第二套作業方式，只有一套。

主席

這個會連結到主計會計，其實很複雜。因為現在你們把分區變大，署本部變小，所以要請問分區要不要變大？臺北業務組先說。

臺北業務組許寶華

我們尊重署本部一致性決定，都會遵辦。

北區業務組吳秋芬

北區共管已經討論過多次，轄區醫院共識就是至少半年結。

主席

我的意思不是要你們回答怎麼結？而是他們要你們決定，這裡不能決定了。他們的意思是各分區各自回去決定。

中區業務組楊惠真

因為所有的結算都是署本部同一套作業原則，所以我們希望全署是統一的步驟。但轄區共管會議所有的醫院還是支持能夠「季結算」，這樣比較好操作費用的核付。

南區業務組郭俊麟

基本上也是同意中區說的，全署一致，包括後續報表的數據等，所以我們當然是以決議，剛才主席提到的對署本部與分區最小影響的就是「季結算」。

高屏業務組黃梅珍

也是與中區南區一樣，也是維持與署本部一致，像結算報表格都是要有一致性。不管最後決定為何，還是要有一致的做法。後續作業高屏就尊重各委員決定。

東區業務組王素惠

這個議題東區醫院已經討論過多次，一開始希望就是「季結」。後來署本部奉指示年結，大家也都考慮過，年結也能配合，但還是希望是季結。

主席

我們公務員都依長官指示辦理。因長官指示年結，各位考量醫院後續的帳務、稅務，期待還是季結。唯一不一樣是北區希望半年結。

北區業務組吳秋芬

北區也是希望照署的決議，若是季結，是不是能統一 109 年第 1 季財務傳票日期能夠延後，才能處理攤扣或斷頭。

主席

請謝院長。

謝景祥代表

我想各分區三個層級都討論 N 次了，結論其實很簡單，不要講太複雜，第 1 個我們希望「季結、季結、季結」。「半年結」是大家最低能夠接受的底線，絕對不接受年結。就是這麼簡單，當然不是這個會議可以決定，這要請署裡向部長報告，如果不行，理事長說會去找部長報告。我覺得部長在幾個月前做年結的指示是一番好意，只是不曉得實際上疫情到現在，大家弄清楚全貌，還有結算的各種細節，部長可能當時沒有考慮到。今天的會議希望署裡向部長報告各分區所有層級醫院的共識就是「季結」，請部長重新考慮。

醫務管理組劉林義專門委員

大家的意見接受季結，不接受年結，現在已經 8 月底，第 1 季其實已經結算完。還是我們提個方案，建議部長說大家的共識就是上半年結，第 3 季第 4 季再改季結。

朱益宏代表

不接受。

醫務管理組劉林義專門委員

因為要兼顧北區，北區還有很多問題要處理。

朱益宏代表

北區可以調整。

醫務管理組劉林義專門委員

若北區調整，表示大家結算的報表數字都要跟著變動。

朱益宏代表

北區現在問他們要不要季結？他們同意就可以都季結。

醫務管理組劉林義專門委員

萬一部長同意季結，我們就照報告第三案 109 年第 1 季結算點值就等於是確認。

朱益宏代表

就確認。

醫務管理組劉林義專門委員

這樣北區有問題嗎？

北區業務組吳秋芬

北區還是希望能夠延後 109 年第 1 季的財務傳票日期。

謝景祥代表

為什麼要延後 109 年第 1 季的傳票日期，這有什麼意義？

北區業務組吳秋芬

因為目前規劃採半年結，是用上半年統一點值考慮北區的攤扣或是超出目標的斷頭。若採季結勢必要兩季合併扣的要分攤到第 1 季，所以才必須延後傳票日期，讓核扣金額回歸到第 1 季。

謝景祥代表

只有北區業務組，你們就委屈一下吧。拜託!拜託!

陳振文代表

主席，所以可以看出這次疫情北區受傷最嚴重。北區某家醫院我們都認同他們的苦處。所以在北區這塊大家也要考慮，我們討論可能是嚴加一致。所以在北區這塊容許北區回考量看看，假如真的要配合季結，不是我們在這裡講了就算數，是不是要看部長的意思。

北區有受傷的、又有成長很高的，北區有他們作業的困難度，遠大於其他 5 個分區，大家能夠體諒北區的苦楚。

謝景祥代表

我們其他區「可以接受半年結」，北區半年結可以嗎？

陳振文代表

北區現在規劃就是半年結。

謝景祥代表

「是不是前面半年結，第 3 季第 4 季就季結」，這樣可以嗎？

主席

南區不要？

嚴玉華代表

南區 A 組、B 組、該折付的、該攤扣的已處理完，第 1 季與第 2 季的目標點值不同，在南區管理方案內容中 8-1、8-2 也是不一樣的作法。

主席

因為南區的做法是沒有 follow 部長的指示，部長他沒要你做季結處理，你們就先以季結處理，現在回頭要逼著季結，表示你們比部長大。當時在 5 月研商議事會議做政策討論，之前已通知南區，所以不應拿這理由綁住大家。現在討論大家都希望是季結，如果是季結就符合南區作法。如果是季結，我們就照報告第三案 109 年第 1 季結算點值就做確認。

北區沒說不行，但要給他們時間去做調整，通常點值確認後就開始結算，就開始啟動系統，他確實有傳票的時間，要做核定點數的調校，只要結算完就不能再作業，要算到下一季，下一季會攤更多，所以他們的考量是這樣，所以才說可不可以延後。這部分會後再與北區討論。因為大家期待季結，若真的不行，再採用半年結。我一定要先講，季結還是會有追扣回來的。我們就會啟動追扣，但現在還在疫情。若有人說疫情期間還扣錢，這要怎麼辦？

是不是犧牲李純馥就可平息眾怒？

謝景祥代表

這個我們考慮過了，南區開會時有討論過希望季結，分區也先試算看看，並沒有一定要反對部長的意思。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

我懂大家的考慮點，我還是認為「半年結」比較好；對大家也保險，產生追扣的狀況跟季結比起來也會小很多。

主席

半年結算的話點值會在 11 月跟大家作確認，可以接受嗎？

陳振文代表

北區最困難的一點是醫院間變異很大，受傷慘重跟高成長的醫院都有；「北區採季結算真的有困難」，「半年結」對傷重的醫院跟高成長醫院都比較能接受。整個疫情對北區醫院影響很大，希望大家能體認到這個事實，回去都商量一下，各醫院回去考量自身規模跟攤扣情形財務上都算算看，這麼大的事今天先不要驟然決定，給署長一些空間之外，也再了解一下部長的想法。

謝景祥代表

如果可以的話，「希望今天就決定 1-6 月採半年結，第 3、第 4 季採季結」，這已經是各區各層級比較能接受的狀態了；回去再討論後也不會有結論，今天定案在多數人有共識的狀態下，也比較好跟部長報告；不然一一跟部長反映可能講不完；假如今天大家覺得還可以，是否可以這樣定案。

李偉強代表(張德明代表代理人)

我試圖歸納一下，原來的作法是怕點值浮動太大，拉成全年是為了求平穩，避免犯 SARS 時同樣的錯誤；2 月在疫情未明時訂下這個全年結算的政策，並且每個月都先給我們足夠的現金流周轉，以後都要還健保局的；現在看到前半年的狀況，疫情控制還不錯，要感謝部長；第 2 季、7-8 月申報量雖有小跌還算平穩；不能算暴起暴落；如果未來 4 個月還是維持差不多的狀態，應該不會造成太大的問題；在這個前提下，「可以上半年已經知道申報概況的採半年結，之後採季結」，當然採季結時分區醫院間相互制約、分工的部分也會更加強，避免點值暴起暴落。

主席

這邊跟南區的申代表與嚴代表澄清，雖然現在不是季結，但概念上還是有截長補短；對醫院來說半年結比季結算風險更小，健保署的立場也是偏向半年結；第 1 季結算風險不大，第二季尤其是 4 月發生了敦睦艦隊跟清明連假影響，除了繼續聽取大家的看法外，「是不是大家都同意謝代表所提 1-6 月採半年結，第 1、第 2 季互為充抵，下半年再回歸季結的概念」，期待部長可以同意。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

我有參與門診透析會議要全年結，不知道牙醫跟中醫總額是不是都要採全年結？

主席

考量疫情對各總額部門衝擊不一，我們尊重各總額會議共識；疫情對透析影響很小，是透析會上代表願意年結，其實差別真的不大。

申斯靜代表

還是想確定以半年結的狀況下，Q1 要用那個點值呢？

主席

我們會 1-6 月一起重新算一個點值，在 11 月的會議呈現；考慮到疫情對第 2 季衝擊更甚，應該會比單結第一季的點值高。

醫務管理組劉林義專門委員

簡報第 5 張有提到第 2 季預估點值，跟報告第三案的第 1 季結算點值可以互為參考。

主席

如果大家已經達成共識，是不是就照各位代表建議，上半年採半年結，下半年採季結，結算時一併做追扣補付，醫院是否有先拿暫付款、浮動點數與非浮動點數占率都會有影響，是不是先這樣。到時後是不是要提報至健保會？

全民健康保險會陳燕鈴組長

結算部分跟總額沒有直接關係，行政程序上不用到健保會來。

主席

好，請接第五案。

報告事項第五案：108 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果

主席

相關分析請參考後面的附表，依照慣例，我們會在 109 年中撥付品保款，在這邊報告核發結果。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

想請問說明二部分有講到核發占率看申報點數，108 年之前是看核定點數，我有回去翻從核定改為申報是因為健保會要求發放品保款提前，事實上核發日期反而由 7 月上旬改為下旬，考量分區內討論目標點值多用核定點數，相對申報點數來的較為精準，以後是不是可以恢復為核定點數？

主席

其實有好有壞，加上分區管理後用核定點數不一定有利，用目標點數管控後有些可能就沒有申報出來，大家可能要再思考看看。醫管組可以再補充說明嗎？

醫務管理組劉林義專門委員

從核定點數改為申報點數計算，我們當時改過公式；如果要改回來，可以提案在 11 月的會議上討論後議定。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

請問當時變更是因為要提早發放品保款嗎？如果時間上差別不大，是不是用核定點數較為適宜？

醫務管理組劉勁梅

補充說明，有些指標計算上有時間的限制，例如報 5-11 頁第 3 支指標(代碼 724)呼吸器依賴病人數使用呼吸器大於 64 日期間迴轉 ICU 比率，指標計算時要從 108 年最末日往後算 64 日(3 個費用年月)，故指標擷取日需往後遞延 3 個費用年月。

醫務管理組劉林義專門委員

申報點數改回核付點數對發放時間影響不大，除非修改指標往後追的時間，否則品保款核發時間很難提前。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

健保會提出健保署難以達到的標準。

主席

改回核定點數有好有壞，108 年度才剛改為申報點數，要再改回去嗎？有些指標運算上需要從最後一天再加上指標定義上所需的天數，確實有其限制。謝謝雪玲的建議，這個案子我們先洽悉，請問有臨時動議嗎？

朱益宏代表

提出來大家思考，台北區新成立了一家牙科醫院，聽說這家牙科醫院最近想聘請西醫師設立西醫住院，同時因為西醫住院也要伴隨設立西醫門診，這個很奇怪，既為牙科醫院卻設立西醫住院跟西醫門診，牙科醫院跟西醫醫院設置標準完全不一樣，我想評鑑標準也不會一樣，真的有問題；不知道署方有沒有辦法在總額切割上牙科醫院的住院歸到牙醫總額，例如身心障礙牙科常要全身麻醉，或是有內科疾病患者的牙科治療，原來可在牙醫門診處理的在牙科醫院設立後全數轉移到西醫住院作處置，這樣醫院總額會有莫大的困擾。容易造成輕病住院，就算審查後改為門診申報，還是會造成應該申報牙醫總額的部分變成申報醫院總額，日後會變成總額切割的漏洞；考量之前有院前診所歸併的先例，是不是可以把牙科住院歸併為牙醫總額，這樣處理會不會好一點。

今天既然沒有臨時動議，我想先拋出這個議題，包括社保司也先想一想；聽說最後還是要社保司決議，牙醫總額不能不處理這一段。

主席

牙科醫院這件事明天醫事司會召開會議，最近有預告設置基準，各界都有意見，會議上會做討論。涉及總額分配的部分，牙醫總額只有針對門診，如果醫院的牙科醫師口腔外科相關住院手術案件目前報在醫院總額，朱代表提到牙科醫院現在還沒跟健保署特約，之後會不會聘西醫師或增列住診服務也還不一定，評鑑標準這邊心口司會作處理；部裡現在分工也還不明確，我們會視衛福部決定再做後續處理。

朱益宏代表

補充一下，明天會議就是為了要開放牙醫醫院可以看西醫門診，因為現在設置標準的草案中，牙科醫院不能設西醫門診；聽說明天要放寬讓他們可以看西醫門診也可以有西醫住院的量身訂做會議，如果政策上要鼓勵牙科醫院也可以，但是不要用西醫總額費用，設置標準的規定跟總額管理上應該一致，申報費用上不應該變成破口。所以我才想可以比照院前診所歸入醫院總額的方式處理，而且聽說牙

科醫院樓上就是牙科聯合診所，跟牙科診所的門前醫院很像，大概是這樣的情形。這邊也拜託社保司想想，能不能讓牙科醫院回歸到牙醫總額，對日後的發展比較正向，也避免日後醫院部門的困擾，有沒有可能我們在下次會議好好討論，有個結論之後提到社保司，這樣也比較有依據，以上。

主席

謝謝理事長，希望您可以在明天的會議上充分反映。設置基準預告後的會議決議會影響後續，原來的預告草案中是講到西醫師不能設置門診，只能照顧住院的病人；總額切割部分考量到跨總額別，必須跟牙醫師一起討論，牙醫部門也有他們的擔心。

朱益宏代表

操作上健保署有先例也有經驗，比如說院前診所切到醫院總額，一定有個程序可以依循，我們是不是可以考量比照辦理。除了找牙醫一起討論以外，更重要的是社保司的態度；畢竟事關總額切割，社保司又管政策；這邊先丟出議題，希望社保司可以考量複雜性審慎評估，以免造成醫院協會跟牙醫師全聯會之間很大的矛盾，署裡管裡也會有困難。

主席

我們理解也很緊張，分區已經來詢問特約相關的問題了。今天會議就到這裡，謝謝大家。

散會：下午 4 時 35 分