

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

106 年第 2 次會議紀錄

時間：106 年 5 月 24 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

出席代表：

盧代表瑞芬	盧瑞芬	吳代表文正	吳文正
洪代表子仁	洪子仁	吳代表鏘亮	吳鏘亮
王代表明鉅	請 假	童代表瑞龍	童瑞龍
陳代表亮良	請 假	張代表國寬	張國寬
林代表錫維	林錫維	鄒代表繼群	吳淑芬代
吳代表志雄	陳瑞瑛代	李代表允文	張達人代
郭代表宗正	詹德旺代	趙代表昭欽	趙昭欽
謝代表文輝	林淑霞代	謝代表輝龍	謝輝龍
黃代表遵誠	黃遵誠	羅代表永達	羅永達
陳代表石池	陳石池	張代表克士	張克士
張代表德明	李偉強代	謝代表景祥	謝景祥
施代表壽全	林富滿代	謝代表武吉	謝武吉
鄭代表明輝	潘延健代	林代表慧玲	林慧玲
郭代表守仁	郭守仁	唐代表宏生	唐宏生
邱代表仲慶	請 假	陳代表威仁	蘇美惠代
鍾代表飲文	黃尚志代	劉代表淑芬	劉淑芬
林代表欣榮	請 假	劉代表家正	林恒立
趙代表有誠	請 假	顏代表鴻順	請 假
黃代表忠智	黃忠智	王代表榮濱	林鳳珠代
周代表思源	吳瑞堂代	梁代表淑政	梁淑政
蘇代表主榮	請 假	龐代表一鳴	龐一鳴

列席單位及人員：

衛生福利部社保司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴 邱臻麗
台灣醫院協會	柳汶廷
中華民國醫師公會全國聯合會	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	鄧家佩	
本署北區業務組	謝明珠	孟芸芝	
本署中區業務組	蔡瓊玉		
本署南區業務組	賴阿薪		
本署高屏業務組	彭錦環		
本署東區業務組	李敬慧		
本署醫審及藥材組	黃兆杰	曾玫富	詹淑存
	賴彥壯		
本署資訊組	姜義國		
本署企劃組	柯秉志		
本署財務組	楊小娟		
本署醫務管理組	陳玉敏	張溫溫	劉林義
	谷祖棣	洪于淇	林右鈞
	邵子川	鄭正義	郭育成

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林沁玫

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認。

參、報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：

- 一、序號第一項安全針具教育訓練、第三項安全針具價量調查作業及第四項老舊醫院法規適用疑義持續列管，餘解除列管。
- 二、有關代表對老舊醫院之設置標準無法達到建築及消防相關法規之疑義，請再次將會議紀錄函文予醫事司參考。

三、有關安全針具執行所面臨之問題，請社保司將代表意見(含相關數據)向醫事司和食藥署反應，作為法規執行之參考。

第二案

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

案由：醫院點值檢討報告。

決定：洽悉。

第四案

案由：105年第4季醫院總額點值結算報告。

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表

	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
105Q4	浮動點值	0.8147	0.8828	0.9037	0.8580	0.9086	0.8846	0.8661
	平均點值	0.8983	0.9283	0.9421	0.9198	0.9425	0.9297	0.9208

二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表，置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第五案

案由：106年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式報告。

決定：洽悉，另有關初級照護案件排除次診斷為重大傷病之計算方式，由原排除部分負擔代碼 001，修正為「排除部分負擔代碼為 001 或次診斷符合重大傷病項目之 ICD-10-CM/PCS 碼」。

肆、討論事項

第一案

案由：修訂全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案

決議：本案保留至下次會議討論。

伍、散會：下午5時50分

陸、與會人員發言摘要詳附件1

※與會人員發言摘要

主席

請問各代表對上次會議紀錄有沒有意見，無意見會議記錄就確認，接下來進行報告事項第一案。

報告案第一案：本會歷次會議決定事項辦理情形

主席

歷次決議事項辦理情形，請問各位代表有沒有意見？

謝代表武吉

第一點，第一案安全針具教育訓練教導如何使用，這應該由照護司和醫事司來管，坐在主席隔壁的衛福部代表回去應該向內部報告才是，本項不該解除列管。

第二點，甄審或公開具名，審查成績似乎不是很理想，要等到一段時間後，才能解除列管。

第三點，安全針具的進貨價值和數量在 5 月 18 日藥物共同擬訂會議討論是沒有結論的，所以不能夠解除列管。還有對於老舊醫院的問題，106 年 4 月 14 日函示內容和 104 年的建議都一樣，內容都沒有改，只有日期改，所以還不能夠解除列管。

羅代表永達

5 月 18 日我也有參加藥物共同擬訂會議，在之前相關的共擬會議也提出相關意見，上次會議有幾點比較重要事項，先提出讓各代表也知道。第一個，當時在共擬會議有去調查價量的部分，發現醫院購買安全針具的平均價都比健保價高，所謂的平均價就代表還有更高或更低的意思，假設某廠商售價高於健保給付價時，該廠商的東西，健保局就不再引進，可是當時的辦法只有針對藥品沒有特材，所以後來有決議就是希望修法，希望把特材也納進去，未來廠商售價高於健保價格且屬實，理論上就是一定要把價格壓低在健保署價以下，這件事情正在進行當中。按照法規定，安全針具的實施要在五年之內達到百分之百，但是現在在醫院中，光能不能買的到、能不能用、價錢是怎麼樣，大家都還沒完全解決的情況之下，現在是由各衛生局在做督考的工作，所以各醫院都面臨沒有達到百分之百的情況，在會中有提到行文給醫事司，再行文給衛生局，可以暫緩這項規定，真的沒有辦法達到百分之百的要求，這是我們當時會議的決定。

第三點，像謝理事長有講到比價量是要如何才能訂價，這跟多元藥價一樣，在大型醫院裡，或許是因量的關係可以把價壓下來，可是地區醫院用平均價是買不到的，那我手上有十幾樣東西，平均價事實上都差一點點，類似這樣的情形很多。當初也是這個會議做成的決議，所以在共擬會議才願意啟動，啟動後還是沒有解決，所以第一項和第三項不應該解除列管，希望署裡面可以幫忙，能跟共同擬訂會議一樣，希望醫事司幫忙函文給衛生局，在督考時考量這件事情的始末。

主席

還有沒有代表有意見。

陳代表石池

有關雙審公開具名試辦計畫，記得在試辦方案 105 年 10 月 15 日有會議紀錄，第一，方案試辦期間浮動點值較去年同期變動大於 5%，第二個申報件數及醫療費用較去年同期變動率大於 5%，第三個核減率較去年同期變動大於 4%，105 年第 4 季已經超過，所以應該要啟動調整機制，而非解除列管。

潘代表延健

針對序號第六項初級照護部分，件數不能超過 105 年 90%，上次召開臨時會時達成決議，但在執行面的問題，現在達成的決議是共通性的原則，但計算還會有許多細微的代號要納入或剔除，醫院和各分區業務組互動上都沒辦法抓到最新版本，所以健保署是不是有算各醫院資料，如有應該儘速提供醫院，另是不是有清單讓醫院核對。計算每件平均費用時，慢性病連續處方箋有部分分子是剔除，但慢性病處方箋第二聯、第三聯在領時，假設是到醫院外面去領時，好像被算到平均費用中，醫院和健保署需 double check，建議不要解除追蹤。

謝代表輝龍

針對安全針具部份，地區醫院進價比健保署高，尤其是糖尿病患者使用的針頭，價格差異幾乎一倍以上，對地區醫院是無比的重，不應該解除列管，健保署應督促價格不合理的這種狀況和解決。第二點針對具名審查，從去年具名審查開始後，核刪率整體降低，尤其是本來核刪率較低的醫院反而傷害非常大，對非成長型醫院是一種懲罰，所以還沒解套，不應該解除列管，所以序號 1-3 建議繼續列

管，等有比較公平合理的情形出現後，再解除列管。

主席

針對序號第一、二、三項，請醫審及藥材組回答。

醫審及藥材組黃專委兆杰

針對序號第一項及第三項安全針具部分，安全針具教育訓練部份不是健保署的職責，所以需不需要再做列管，請各位代表再思考看看。至於第三項，在5月18日召開共同擬訂會議，針對安全針具價格部分，健保署有調查各層級醫院的價格，計算平均價格，另針頭部分也諮詢三家廠商的成本，廠商願意售價是多少，健保署也提出了方案，與會的代表針對我們提出的方案沒有共識，最後主席裁決，如羅代表所提，有關修法的部分先處理，提高價錢的部分等法通過後再商量，所以當天不是我們沒有提出數據或方案，我們也很希望在當次的會議中，是不是先提高針頭支付價、糖尿病針頭支付價，但很可惜會議未達成共識。

醫審及藥材組賴彥壯

序號第二項在核減率部分，該試辦方案之所以會執行是因為在去年六月份立法院林委員針對審查過程中是否應該將審查醫師的資訊做公開透明的呈現，才在立法院做一個臨時提案，過程中醫勞盟有拜訪本署，也提出類似建議，所以去年衛福部決議開始試辦該方案。在整個試辦的過程中，目的有兩個：第一、降低個人審查見解差異；第二、核減結果可以有個公開透明的討論機制。在方案執行中，接收到很多外界的關心，例如醫界、衛福部及健保會等給本署很多提醒，因此針對申報件數、申報點數、核減率等有相關調整條件。在106年4月25日邀請23個專科醫學會、醫院總額協會、立法院委員辦公室及醫勞盟針對試辦方案討論，會上大家共同都認為，試辦方案已經試辦兩季後，已經達到減少個人見解差異以及核減結果可以有個公開透明討論的目的。為什麼說有達到減少個人見解差異部分呢？在整體申復件數已經大幅下降，在溝通透明化部分本署VPN溝通平台已在106年3月31日正式上線，目前有陸續收到三件的案件，在平台上做後續的討論。外界關心醫院總額點值變化的部分，在前一次的會議中也有針對這個議題做一個討論，醫管組表示影響醫院總額的因素非常的多，因此在今天的會議上有準備相關的資料，針對可能的影響因素做一個細部的討論，讓大家做研判。

在審查過程中，本署要跟各位代表報告，審查並不是作為點值控管的倚賴工具，審查目的是要讓給付可以合理且有品質，且避免因為審查醫師的個人專業見解造成審查的爭議，所以本署後續有做很多審查改革措施，在4月25日當天也和醫界充分討論，本署會依會議結論進行後續事項，因此建議本報告案解除列管。

主席

安全針具價量調查提共擬會議沒有完整結論，什麼時候會再提會議討論？

醫審及藥材組黃專委兆杰

這部分在會議結論是希望先修過法之後，再提討論。

主席

所以最近不會再提會議？

醫審及藥材組黃專委兆杰

等修法以後提會。

主席

是修藥物給付項目及支付標準嗎？

醫審及藥材組黃專委兆杰

對，按照目前衛福部規定預告及公告的時程，預計需要半年左右的時間。

主席

半年的時間修正辦法，才會再提共擬會議討論，是這樣嗎？

醫審及藥材組黃專委兆杰

如果說一定要修法才能提的話。

主席

一定要修法再提嗎？

醫審及藥材組黃專委兆杰

在當時的會議，本組是希望能夠併行討論。

主席

現在還需要併行嗎？

醫審及藥材組黃專委兆杰

會議中，他們是希望先修法，再討論提高支付價。

主席

有關剛剛序號第一項再洽醫事司，我們主管機關是社保司，請社保司也說明。

梁代表淑政

有關序號第一項轉知醫事司及照護司部分，辦理情形有寫到健保署於106年4月份有函詢各相關公會，如果各公會已有相關意見回覆，請健保署直接將意見函轉給醫事司與照護司研處。在社保司的部分，我們會將5月18日的藥物共擬會議以及今天的會議，代表們對於安全針具管理與採購意見，轉知醫事司和食藥署研處。

主席

序號第一項持續列管，請社保司將代表意見反應給醫事司和食藥署，請他們能作業審酌法令執行的參考。序號第二項具名審查部分，因原來決議是對核減造成的影響儘速評估，醫審組已開過會，所以先解除列管，等會報告點值影響時，大家有意見再提。序號第三項，要先修辦法再提會討論，時間會比較久，所以持續列管。序號第四項的部分，原來建議是請將會議記錄副知醫事司參考，那確實已做到，所以解除列管。再來，序號第八項部分請醫管組說明。

醫務管理組劉科長林義

有關潘代表提到初級照護計算邏輯，在報告案第五案，在資料第111頁對醫院醫療給付總額結算的邏輯報告，其中初級照護部分在第125頁。

主席

原來決議要通過原則，事實上已通過，未來執行部分有需要列管，再重新列管。所以序號第一項、第三項持續列管，其他解除列管。

謝代表武吉

序號第二項和第四項還是要列管，第14頁，第一項辦理情形，105年Q3整體初核減率季降低77.78%，Q4降低47.83%，好像沒有具體的說法和想法，試辦計畫還有一段時間，建議繼續監控。序號第四項會議決議要副知醫事司，醫事司有轉知內政部營建署和消防署的文，答案和104年內容一樣，都沒有改過。

主席

但這不是健保署的權責。

謝代表武吉

我的意思是，拜託健保署幫忙，醫院因老舊建築物問題，造成無法繼續營業，以高雄氣爆時為例，二聖醫院位在氣爆區，第一時間收治許多患者，對氣爆救護很有貢獻，所以我認為這種醫院如果繼續關下去，是非常可惜的，希望再行文給醫事司，請醫事司更具體回答，我們希望既往不究。

主席

因不是健保署的權責，只能收集意見和反應，代表如覺得回復內容與過去一樣，不是很滿意，健保署可以再次反應，下次如答案不如預期，就解除列管，好不好？

謝代表武吉

好。

林代表錫維

謝代表談到有關序號第四項的問題，在這裡也呼籲一下，資料第 63 頁，地區醫院逐年來減少，被保險人看病沒有人要跑得很遠去看病，所以減少三十幾家，醫學中心增加三家，為什麼讓地區醫院一直再減少？醫學中心在增加？我們現在又要推行轉診制度，希望大病去大醫院，小病去小醫院，那小醫院一直關掉，這樣下去又要推轉診制度，則會更加困難，是否有必要做一個專案，如何幫忙地區醫院家數不要再減少，讓被保險人有更好的轉診制度。

序號第四項老舊醫院適用建築法規相關問題，有沒有必要探討和分析如何幫忙地區醫院如何能生存，也呼籲謝院長的看法，地區醫院應要發揚光大，而不是一直再減少。

主席

序號第四項持續列管，第二項部分，於報告第三案醫院總額點值檢討報告，如有建議再另案追蹤辦理，所以序號第一項、第三項及第四項持續列管，其他解除列管。

林代表慧玲

醫學中心不是增加，是馬偕淡水和臺北馬偕算兩家，奇美醫院也有兩家。

主席

接下來報告案第二案。

報告案第二案:醫院總額執行概況報告

主席

醫院總額執行概況，請問各位代表有沒有意見？

謝代表武吉

醫療品質及可近性民意調查有效樣本為 2010 人，這只是一小部分。第 9 張投影片對醫院治療效果的滿意度，105 年不滿意 4.5%，非常不滿意 0.2%，不知道或拒答的 5%，不滿意增加，以上 105 年比例都比 104 年多，應有探討；看病的時間，資料沒有辦法看出地區醫院、區域醫院和醫學中心是多少分鐘，104 年平均 44.5 分鐘、中位數 30 分鐘，105 年平均是 45.5 分鐘、中位數 30 分鐘，各層級都一起算，看不出來民眾最需要是在哪個地方；醫師看病及治療時間也沒有分層級別，104 年平均 15.87 分鐘、中位數是 10 分鐘，105 年平均 12.02 分鐘，好像是有進步。以上問題沒對應層級，看不出實際狀況，據我所知，到醫學中心看病都等比較久，且郭守仁院長(醫學中心)自己也說看門診會看到院內感染!這個問題很多，對於這個滿意度不知道是做真的還是做假的？

住院病床的等待和期望，為什麼 105 年度容易等到病床的變成 69.4% 呢？應該改善，因現在有跨層級醫療照護計畫，醫學中心、區域醫院和地區醫院要互相結合，才不會讓患者等待和期望之間有差異；待床時間當天 72%、第 1-3 天 16%，29 天以上 4.1%，表示醫療品質在下降；對於掛號費和部分負擔外，是否自付其他費用，我要跟主席報告，有醫院開刀開到一半，就叫人家要繳錢，這要處理，這就是沒有落實第四十三條分級醫療轉診制度，落實的話，這都會減輕很多。第 26 張投影片，高雄減少四家醫院，這四間我都很清楚，有一間是沒錢倒掉，第二間和第四間是因為建築法規的關係，最後這間是在高雄氣爆時，第一線救了很多患者，但是現在沒有辦法變成醫院，非常可惜。

第 35 張投影片，我在健保會也提過，醫學中心、區域醫院和地區醫

院，交付給交付機構，如果到交付機構拿藥，我們沒辦法控制，額度要如何管控？扣的藥物及藥事服務費，都扣在醫院，所以交付機構的問題，應該在委託研究案時，去問交付機構費用部分，不要再扣到醫院這邊。

第 37 張投影片，件數成長率 0.5%，費用成長率是 7.8%，健保署有每一季歸戶的量的增加，醫院有、診所就沒有，所以診所的量會一直往下降，醫院的量會一直往上衝，這應要改善。

第 42 張投影片，藥費占增加點數的占率 47.6%，在健保會，甚至在藥品的共擬會議中，曾要求醫審組，47.6%有多少是用在一般的用藥、多少比例是罕見疾病、愛滋病或癌症患者，這裡沒有呈現。

第 44 張投影片，件數和日數負成長，但點數正成長，是不是日數或 DRG 的關係？件數的減少到底是甚麼原因？

安全針具執行率 51.29%，基層只有 0.97%，今年是規定 100% 要使用安全針具，如衛生局隨時要查核醫院或診所，該怎麼辦？健保署應讓醫事司行文給衛生局，所以安全針具，目前價量都沒辦法穩定的處理，先暫緩來處理。最後，希望未來民意調查委託案，要有層級別的差異性，不要全部混在一起，這樣是不公平的。

李代表偉強

第一點，關於滿意度調查，因樣本數不夠多，無法做太細的分層分析，如要繼續往下分析，樣本數可能需要再更多一點，才能達到謝代表往下分析的目的。第二點，滿意度調查目的？舉例而言，如服務態度滿意度達到多少才是對的呢？有沒有一個標準，還是要達到 100 分才是對的呢？如待床時間，等候、看診時間，多少是我們可以接受的呢？如要繼續做，樣本數要更多，要知道哪些與後面決策相關的，要不然數字公開後，大家解讀不同。

潘代表延健

第一點，針對滿意度調查的部分，整體滿意度結果比 104 年降低 1.8%，但後面各項目滿意度都分別有增加，所以子項目是增加的，總體滿意度是下降的，明年要再做調查時還要再做探討，避免這情況出現。第二點，補充資料第 1 頁，專款項目的執行率，C 型肝炎用藥，1-3 月預估執行率 15%，因第一季整體作業或民眾認知上，需要一段時

間熟悉，所以後續費用應該會再成長，另 5 月份放寬適用對象，所以要更嚴密監控費用，超過的話，是不是要啟動其他的項目來支應。

主席

先請醫管組回應。

醫務管理組劉科長林義

回應謝代表提到投影片第 39 頁，有關藥費的部份，剛剛謝委員講是不是可以再細分重大傷病和一般，重大傷病在第 50 張投影片，有門住診重大傷病的資料，門診重大傷病藥費是 95 億。

龐代表一鳴

今天是醫院總額的報告，題目沒有分醫學中心、區域醫院、地區醫院，先跟大家說明，基層部份會在基層總額報告。另大部份題目是延續性的，我們同仁呈現方式不是很好，資料只呈現兩年差異，未來可以改善。民調的重點，當然有不同的解讀方式，有人解讀時間長期趨勢，有人解讀片段資料，不建議只看這一次的資料，應該看趨勢性的資料，趨勢性的資料我們會做改善。

主席

有關民意調查的目的，是長期在監控，並作為總額評核參考。因 sample size 不夠多，分層後可能會影響數據的誤差。潘代表提到整體滿意度和其他子項滿意度略有差異，是因不同面向的題目，不是加總的。謝代表提到第一季門診費用申報點數和平均每件點數都成長的部份，下一案報告點值影響分析時一併討論；另投影片第 57 張安全針具預算執行率，醫院執行率 51.29%，謝代表希望健保署向醫事司、TFDA 轉達，希望能暫緩執行法令這部份，請社保司一併把數據提供他們參考，至於他們要如何執行不是我們能夠決定的。大家還有沒有問題？

張代表國寬

初級照護的部份，從第一季的結果，醫學中心核扣點數約 0.54 億點，區域醫院核扣點數是醫學中心的 3 倍，核扣點數約 1.7 億點，這在上上次開會時，我們提到區域醫院整體均質性比較差，有一些區域醫院是接近地區醫院，醫院初級照護率就比較高，若用同樣的標準處理，對區域醫院某些醫院壓力會蠻大的，不曉得署裡面有沒有其他的因應。

陳代表瑞瑛

不知道該不該在這裡問，補充資料第 1 頁，最近健保署找藥界來談，到底還要不要做 DET(藥品目標總額)，做不做跟醫院是有關的，尤其是今年新增後天免疫缺乏病毒治療藥費 35 億，C 型肝炎用藥 20 幾億，如果做藥費目標總額，這兩項到底有沒有算在裡面？看起來後天免疫缺乏病毒治療藥費，因 2 月才開始，所以看不出執行率；C 型肝炎的新藥執行率看起來不太好，所以在 4 月份的藥品共擬會議，由醫學會和健保署提出要放寬使用的規定，那個時候我和謝武吉代表，都提到因為才第一季，還不知道問題在哪裡，不要那麼快放寬，可是後來健保署和學會都認為是專款專用，所以用不完的話就要收回，所以就放寬。放寬後，5 月初看到媒體報導 C 型肝炎口服新藥，有 5 個人吃這個藥物死亡，結果我們又放寬，以後會不會有更多人出現狀況，還有藥費對點值影響是有關係的，所以特別提出來。

主席

有關 C 型肝炎用藥和 DET 部分，請醫審組說明。

醫審及藥材組黃專委兆杰

有關 C 型肝炎藥品的安全問題，我們也一直在關注當中，如果肝硬化情況是比較嚴重的病人，比較容易有嚴重副作用的產生，針對這部份的話，在訂定給付規定時，已有限制嚴重肝硬化的部份是不予給付的，但臨床判斷上有一些接近比較嚴重部份，學會建議，像這一類的病人，應提高回診的頻率，每個禮拜回診一次，這部份我們會持續觀察，但對一般較不嚴重病人，目前在安全疑慮上面沒有太多的報導。

至於有關專款費用的部份，C 型肝炎因為是用登錄的方式來控制，取得號碼才能開藥，所以不會有人數超出的情形，一定會控制在我們所編列的費用之內。

另外有關 DET 的部份，目前已有草擬方案，正在跟衛福部溝通中，若衛福部有指示，我們會在適當的時間和藥界或醫界溝通。

主席

初級醫療的部份，醫管組還有沒有要補充？

醫務管理組劉科長林義

針對有關初級醫療的部份，簡報上已列整體數據外，補充資料第 3 頁開始，有把醫學中心和區域醫院每一家核扣情形，供各位代表參

考。

主席

有關執行情形報告，大家還有沒有意見？

謝代表輝龍

第一季初級照護的部份醫學中心和區域醫院約核扣 2.26 億元，4 季約核扣 9 億，而挹注 60 億急重症，是不是一個合理的核扣？不知道健保署是不是有既定的核扣點數，繼續玩下去的話，最後犧牲的還是社區醫院，給 60 億，只有扣 9 億，是公平合理的嗎？

主席

初級照護扣錢不是我們的本意，是希望醫學中心和區域醫院的初級照護病人和件數減少，希望大醫院看急重症病人，輕症病人下放到地區醫院或基層。

謝代表武吉

可能我年紀比較大，對數據比較記不清楚，106 年第一季門診藥費大約 280 多億，住診約 63 億，這樣的呈現會把問題稀釋，建議要列出用藥類別。

主席

可是沒有細分。

謝代表武吉

整個藥費被稀釋，我在藥品共擬會議的時候有提出來。

主席

謝代表想要知道門診、住診的藥品費用在哪些疾病，下一次執行情形報告時再加這張投影片。

童代表瑞龍

醫學中心和區域醫院初級照護管控項目的初估版，區域醫院核扣 1.72 億元，區域醫院大的很大，小的很小，另外區域醫院附近只有診所，沒有地區醫院，當地的醫療分佈情形，也要加入參數，不然要把病人請到哪邊去看？我們往上就是中榮、中國醫院，往下就是診所，中間就沒有地區醫院了，諸如此類的各鄉鎮的分佈情形，你們可以 survey 看看，對我們這些人要如何來減輕，不然，這是懲罰醫院也是懲罰病人。

謝代表武吉

之前討論初級照護時提到編碼問題，要妥善處理。

主席

有關區域醫院跟醫學中心的初級醫療件數要減 10% 案之執行，是依據健保會決議，如果當地沒有地區醫院，希望病人可以至診所，我們還是得照健保會決議執行，如果代表覺得有不妥，可以在今年總額協商反映，我們期待落實分級醫療，希望初級醫療可以由基層或地區醫院來承接。

童代表瑞龍

區域醫院核扣比例最高，1.72 億是醫學中心的 3 倍多，一個支付要做，應該先試算，受傷的都是我們，要想辦法彌補，也要訂定核扣的上限，做適度的調整。

主席

目前初算的數據，我們請各分區業務組再重新確認，看是不是有誤差。

盧代表瑞芬

補充資料第 3 頁，醫學中心序號 15，該醫院總件數只有 4583 件，醫學中心的件數怎麼會這麼少？

主席

醫院單獨申報。

主席

大家沒有意見，接下來下一個報告案。

報告案第三案:醫院總額點值檢討報告

主席

這報告是本會代表要求本署對於醫院總額的點值提出檢討報告，有沒有意見。

張代表克士

剛剛林錫維代表講出很多民眾的心聲，我非常佩服，雖然健保署並沒有回應。其實民眾要的是可近性，所以地區醫院的存在很重要，但現在公布的有些數據是會讓人誤導，因為很多成長貢獻度、占率、醫師數的成長…等，在地區醫院顯示的都不是實際的狀況，有很多

都是體系、財團、宗教或醫學中心經營的地區醫院，比如在中區，亞大醫院就是中國附醫體系，而員林基督教醫院是彰基體系，員林基督教醫院一個月的申報約 2 億，亞大醫院約 1 億，彰基體系還有鹿基、二基、鹿東…等大約十家醫院，很多營業規模都已經遠遠超過地區醫院，甚至達到區域醫院的規模。另外，過去的安南醫院和雙和醫院，這些也都是體系經營的大型醫院，但前幾年他們剛開院時，也是用地區醫院申請，所以會讓地區醫院的家數跟佔率出現假象，讓全國地區醫院在數字上大概還有 16-17% 的佔率，但如果把體系所經營的地區醫院拿掉後，地區醫院這 20 年來是大量且嚴重萎縮的，也就是真正倒的都是原來私人經營的地區醫院，讓很多的地方沒有醫院而造成民眾不便，我們試想，如果最後只剩下大型財團或宗教體系的醫院，而其他私人經營的地區醫院都倒了，難道這是我們要的結果嗎？

另外，在此也建議，當健保署每年在做民眾的滿意度調查時，是不是也可以同時做醫療提供者的滿意度調查，目前我們看的都是需求端的也就是一般民眾的滿意度調查，可是都不知道或不在意醫療提供者到底滿不滿意？如果制度是長期壓縮醫療提供者的滿意度來滿足民眾的需求，供需雙方如果無法平衡，我覺得這個制度是無法永續的。

洪代表子仁

有關 Provider 端的問題，整體而言，從 1988 年開始台灣醫院家數有 982 家，從 1988 年以後就一路往下降，2016 年 484 家，1988 年那一年的全台灣的診所是 1 萬 1 千多家，但兩年前台灣地區的診所 2 萬 2 千家，剛好是 double，整體趨勢從供給端來看，如果健保制度是目前的型態時，會再往兩端化現象發生，預測 5 到 10 年醫院家數可能會下降至 400 家以下。健保的制度對民眾來講是社會保險制度，對供給者來說，本質是「市場競爭」的，所謂「市場競爭」的架構就是大者恆大，規模大的會愈來愈大，所以醫院家數減少，可是醫院規模是擴大的，這所反應是制度所產生出的現象，這制度下，規模一定要不斷的擴大，才有辦法在藥品或特材的議價能力等各方面才會增強，所以回應到分級醫療的概念，目前整體醫療供給端方向，不會很 match，以後可能會形成幾位代表提到，就是診所，再來就是大型醫院，中間的機構面臨挑戰和生存的壓力比較大，這是整體制度帶來的現象。

主席

還有沒有建議？

李代表偉強

我們為什麼討論醫院總額點值的檢討報告，是因總額預算下的結果，如果沒有總額支付制度，怎麼會有總額的問題呢？剛剛洪子仁代表講得很清楚，以後醫療機構走向兩端，因為是高度競爭，大家搶一塊固定的餅，在固定的餅下，競爭優於品質，可是成本更重要。如何控制成本，剛剛提到地區醫院，很難找到適當的醫生，在大型醫院可以降低成本，這是購買力的問題。現在還有床位數在 99 床以下的地區醫院，早就已經轉型。

我們應好好檢討總額預算支付制度是否要延續的問題，如果總額預算一直做下去，分級醫療會愈走愈遠，中間層級會不見，會往兩邊跑，我擔心小型區域醫院會慢慢的愈來愈困難，地區醫院就更困難了，我本來想在健保會提的，我們應該好好研擬總額預算制度該如何走下去，並不是要馬上結束，應有系統性的退場機制，我們的國民才能得到最好的醫療，目的不是一定要維持多少家醫院，目的是要民眾有好的分級醫療制度。現在討論點值，大家看到這報告，好像看到病人的檢驗報告單，卻沒有藥一樣，沒有看到任何改變的趨勢，應該共同思考如何解決，可以成立專案小組。

潘代表延健

這個報告是 5 年的趨勢，用年度來做切點，所以分析是價量之間的關係，但價量裡面有一個重要的因素是每年調整單價，所以應剔除掉該因素後，再去看價的成長。另具名審查是去年第三季後開始，從浮動點值的趨勢來看，臺北區下降特別大，因為其他分區大部份有做個別醫院總額，所以點值幅度不大；而臺北區因沒有個別醫院總額，所以點值就下降，很明顯具名審查帶來的殺傷力是非常大。有一些是找不到醫師願意具名審查，這一部份除要全盤檢討外，應要有積極的對策，我記得醫院協會也有提出，假設在具名審查精神下，是不是所有參與審查醫師共同公佈，不針對個案做具名，這也是一個很好的解套方式，點值這麼大的影響，不希望再遞延到今年，所以歷次會議追蹤序號第二項，建議持續追蹤。

謝代表武吉

參加醫院總額研商議事會議很久，本次報告由蔡副署長領導，做的

很好!! 但報告說地區醫院的成長率和區域醫院和醫學中心大部份都相似，這種想法以後希望能夠修正一下，剛剛張院長有提到醫院財團化、醫院大型化，這在台灣每年都在發生，現在診所規定，社團法人醫院不得設有診所，但是整體財團化，雖然有歸戶的問題，這個是非常重要的，所以健保署也要提出真正我們可以做，財團的醫院在那個地方，就歸納財團醫院來處理，這是第一點。

第二點就是說，病床數我們總共有 13.1 萬床，地區醫院是 3.2 萬床，3.2 萬床，占床率多少？所以，我一開始就有講到應該有跨層級醫療整合照護計劃，三個層級應該要互相地結合，把醫中、區域的住院等待率，轉到地區醫院來，我們也能做這規範，醫中自然就會轉到地區醫院來，如果我們永遠不做這規範，地區醫院一定會有被消滅的一天，這是指日可待的。

第三點，投影片第 35 張，固定每點 1 元項目占率，藥品最高，因此方才要求應列出藥品類別，依健保法只有藥品是 1 點 1 元，建議藥費由健保法修改變成浮動點值；至於藥事服務費、急救責任醫院、門診手術費、手術費、麻醉等是不是點值是固定，這值得去探討及改善；還有這裡沒有看到院內感染率，院內感染率是浪費健保費用的一個原因；南區是成長率最高的，南區的醫院是不是有一些新設立的醫院或有不當招攬的行為？不當招攬雖然不是我們健保署可以去處理的，但是我們可以行文給該縣市的衛生局來處理不當招攬的事項，是我們應研議的方案；地區醫院在整個醫院總額要有改變，在民國 90 年到 91 年裡面有 19 個月 17 次的研議方案裡面寫的清清楚楚，如果地區醫院沒有保障固定點值是會非常淒慘的，地區醫院到現在面臨被消滅，對我們的老百姓是正確的嗎？是方便的嗎？我們要去思考；最後一點，我在這裡建議，因為我們這裡也有健保會委員，因為我們有西醫基層總額、牙醫總額、中醫總額，再多一個地區醫院總額，不要讓地區醫院被消滅掉，給它有生存的空間。

羅代表永達

第一點，可不可以於會後寄今日會議版的點值檢討報告彩色版資料參考。第二在預估點值及實際點值差距很大，醫院供給端承擔的是壓力很大。第三，第 41 張簡報各層級每位醫師申報點數，操作型定

義有沒有含住院醫師?我們認知應該不只這樣。第四，藥價對地區醫院影響很大，我想保障地區醫院一點一元很難，但我們也提出多元藥價，不要讓我們明顯吃虧，多元藥價至少可以彌補，李副署長也說過，署也有這樣的方案，只是要不要做而已，是不是重啟多元藥價的討論。

另不只市場決定一切，制度給我們打擊太大了，既然有總額，地區醫院也提出很多方法，可以落實的不多，很多是人為和制度殺了地區醫院，而非市場機制的影響。

謝代表輝龍

南投縣醫院，除埔基醫院是區域醫院外，其餘為地區醫院，去年新增亞洲大學醫院，很多醫院都在凋零，醫院難經營。目前管控制度中，門診每件醫療點數和每日醫療點數都在成長，在中區有單價管控，對地區醫院超過就斷頭，合理嗎?偏鄉地區老年人越來越多，年輕人口外流，就醫次數和費用增加，但因單價管控超過就要斷頭，對地區醫院在單價管控，呼籲地區醫院單價管控應該要合理。

藥費的成長很可觀，藥費成長也是要斷頭的，對地區醫院非常大的負擔，另慢性連續處方箋一直在成長，在偏鄉地區病人會到藥局拿，藥的價差是給藥局賺，但總額是算在醫院總額內，我們要負擔藥的費用，這部分是不是要考慮偏鄉地區，為什麼不能讓醫院開立2個月藥給病人，因偏鄉交通不方便，老人家要花很多時間到醫院拿藥，稍微解套，讓地區醫院有喘息的機會，大家不重視的話，看不到台灣的地區醫院。

林代表慧玲

大家一直把目標放在藥價上，很多醫療院所靠藥生存，但總是以藥價為箭靶。健保署對於藥費支出可以做更多的分析，門診支出占健保給付的65%，有多少是輕症?有多少是不必要的用藥?藥價雖是固定點值，但藥價逐年被砍，下降的程度遠高於浮動點值的下降。

藥品有多少比例是被浪費掉?根據國外統計，約有50-60%是病人並沒有遵照醫囑服藥。健保雖不斷的砍藥價，但醫療院所開出更多的藥品，使整體費用上升。

以美國為例有3.7%住院病人發生醫療傷害，20%是藥品造成的，藥品不是用越多越好。藥師不應只得到藥事服務費，未來包括重症給付部分，可以將臨床藥事照護費列入。以臺大醫院經驗，2012年統計，因為藥師介入而改變處方1年達11萬筆。健保給付藥物治療應

不要只看服務量，而應依照 performance、安全性和品質給付。健保應思考如何減少不必要的用藥及傷害；因在醫院評鑑有要求要有臨床藥師，希望能利用藥師來評估用藥情形；這部分健保可以利用藥師臨床照護費來減少用藥的浪費。如沒有品質控管，浪費與藥害會造成更多的藥費。

洪代表子仁

在整個制度架構下，我們都在看提供者部分，總額制度下約束醫療提供者要滿足需求，以下提到對民眾端，可能比較不愛聽，第 1 點，要節制民眾的醫療行為，才有可能讓健保資源可以被妥善的運用，藥浪費的問題，前幾天電視台也提到台灣一年藥物回收桶有百億的藥，藥被丟掉不是民眾的錯，是制度造成的，因為藥費不用錢或僅要付很少的部分負擔。很多人認為高價藥藥給付，在藥物回收桶也出現高價的癌症的藥，如果要讓民眾行為受到節制，非醫療提供者承擔，在給付項目不變下，提高民眾一部分財務負擔，是否可以適度地調整，才會珍惜藥物的使用，避免浪費。第 2，不提高財務負擔下，部分給付範圍項目做適度的減縮，如輕症有關的藥費，逐漸排除健保給付，民眾才可以注意是否有需求。第 3，醫療提供者部分，基本醫療保障外，未來可考慮民眾有多元選擇的方案，將來健保重點中除考慮醫療端外，如何對民眾端行為可以透過制度調整下讓民眾行為改變，讓健保永續。以上給大家參考。

林代表錫維

洪代表提到，用藥浪費問題，要如何規劃，22 年來整個健保制度發現用藥比率的成長，有必要做專案研究如何做改善，藥是醫師開立的，是否要吃這麼多，不是病人可以決定的，要提高費用，不是老人家或沒有賺錢的人，要提高費用不太可能。

另請教議程第 72 頁，急診品質提升方案執行率 60%及鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)未執行，可能過去已有相關解釋了，想了解原因，因很快要到總額協商了。

謝代表武吉

感謝林錫維委員稱讚，先知者是非常寂寞的!!回應藥師全聯會代表所提到一句話，醫界以藥養醫，不是這樣的，我們有時候是虧錢買藥，不要用這心態看醫界，我們是很有尊嚴的醫界，藥廠賣給供應商的價格是多少?那個才是藥價黑洞，為什麼不攤出來呢?國外的代

理商賣給醫院，健保署有藥價調查，前端健保署無法調查，檢察官有權利可以調查，藥價黑洞是在前端，不是後端，應該去查藥廠賣給供應商這段的價格。

主席

大家提供非常多意見，認為總額需要檢討，署長對於目前醫療費用成長，單價中可能衍生的浪費也很重視，今天所有意見會記錄下來，下次全面檢討時，大家意見一併提出來討論，包含地區醫院提出的經營困難、地區醫院總額、地區醫院固定點值、民眾端藥品部分負擔或給付項目的減縮、藥品浮動點值、總額制度要不要存在、地區醫院多元藥價、慢箋要不要算在總額內、分區單價管控、藥品多用的傷害、臨床藥事照護費，謝謝大家很重視今天的報告。

謝代表武吉

還有不當招攬部分。

主席

不當招攬非本署權責，如有具體的個案，可以協助轉知醫事司、衛生局。

報告案第四案 105 年第 4 季醫院總額點值結算報告

主席

大家有沒有意見。

謝代表武吉

以後可以增加固定點值的占率。

主席

結算報告時附表可以呈現出來。

謝代表武吉

浮動點值和固定點值的差異性，因藥品的占率很高，以後增加三層級浮動點值、固定點值、平均點值(註:會後已向謝代表說明，有關分區各層級之點值資料，每季已提供於健保會本署業務報告中)。另臺北分局平均點值0.89，請說明原因，我記得以前東區點值在0.90以下，我也曾經提過要東區代表來這裡報告，點值和核減率也有關係。

吳代表淑芬

在臺北業務組，105年第4季浮動點值0.8147，衝擊最大就是地區醫院，包含婦產科醫院、呼吸照護醫院，約拿到0.81，平均點值0.89是看的到吃不到，難道要給醫院同仁打8折的薪水嗎？臺北業務組地區醫院遇到很嚴重的困境，輔大醫院要開了，不要讓我們互相廝殺，可以提出明確的方法，地區醫院生存的方法，如地區醫院總額或地區醫院保障一點一元，我們經營非常的辛苦，請務必幫助地區醫院。

李代表偉強

看起來具名審查和雙審效應，臺北區最嚴重，臺北沒有做個別醫院管控，這情況下是內傷。另要確認一下，在某次會議對7個專科朝整體公開具名，另外16專科維持不公開，因沒有收到健保署的正式的行文，分區業務組表示等健保署公告後follow，但專業審查是委託醫院協會，會要求分區要這樣執行，所以透過這會議確認一下。

主席

臺北業務組稍後回應點值較低部分；醫審組回應具名審查目前進度、決定及時程，另謝代表要補充資料，會後請醫管組與謝代表了解一下需要補充的部分。先請醫審及藥材組回答。

醫審及藥材組黃專委兆杰

在第14頁，已經說明在4月25日邀集多方代表來參加具名審查的會議，會議決議有關公開具名7科的部分，如果公告願意公開具名審查的專家數不足的科別與分區，就有可能停止公開具名。非具名科別部分，我們會去調查公開的意願，於完成相關姓名公開意願徵詢及行政作業程序後辦理，細節的部分等會請審查科的同仁再補充。

主席

7個具名的科別，如果審查醫師不足，就開始停止個案的雙審具名，改以整體具名來替代；但非7科別部分，還是要問一下審查醫師要不要集體具名，是目前大致的共識，這個會議什麼時候會發出去給大家知道，議程第14頁也有會議紀錄摘要，但有沒有正式的通知，等會請審查科向大家說明。

接下來臺北業務組105年第四季浮動點值逼進0.81，是歷來很少看到這麼低的，除非有重大事件，請臺北業務組說明。

臺北業務組許寶華

如主席所謂的重大事件，我想還是具名雙審的影響非常的大，因為就成長率來看，我們排名以往在各個業務組第4名到第5名，成長率

其實都在4.5%到5%間，但是具名雙審於105年第三季實施後，105年第二季的費用成長率大概在4點多%，第三季和第四季馬上躍升將近7%，也是說，預算分配成長率是平穩的，具名雙審後，核減率持續下降，105年第二季核減率大約1.51%，第三季下降到0.51%，也就是在這氛圍之下，雖然有人說具名雙審就是核減率對點值的貢獻是不大的，但是在我們看起來，是因為核減率下降，大家費用上升，也就是說費用的成長率是造成我們點值下降很重要的因素，相較其他各個業務組，臺北業務組費用持續成長中，所以我們在3月29日共管會議上也達成共識，未來在針對費用成長貢獻高或是費用占率高的醫院，必須要負擔一點責任，我們會在106年第二季開始實施。

主席

第二季是處理今年的第一季是不是？

臺北業務組許寶華

今年第二季費用才開始。

主席

費用年月第二季，所以第一季還是這樣的結果。

臺北業務組許寶華

105年第四季費用成長6.9%，106年第一季成長6%，稍微下降，我們期待核減率可以稍微可以提升一點。

主席

所以今年第一季浮動點值還是會偏低。

詹代表德旺

因為剛剛主席也提到現在醫院協會承攬貴署的審查，關於這個具名，剛剛提到，我問一個問題，從剛剛坐下來到現在，其實我們署裡面幾個單位意見不是很一致，有的解釋點值下降，這跟具名審查沒有什麼關聯，沒有辦法證明他們之間的關係，這都沒有什麼關係，但是不是問題，大家有一個共識，這是一個問題，所以我是比較這樣建議，我只是不瞭解我們署裡為什麼這麼堅持這個事情，到底要試到什麼時候，是不是因為立法院也有要求，我們就一定要硬幹到底，我們自己想想看，要是適合的話，這個問題趕快給解決，我們也不是一定要要求一定要怎麼辦，但是針對這個問題趕快想個辦法來把它解決，面對這個問題比較重要。

謝代表武吉

請教臺北業務組，具名雙審下降的原因，是人、事、物三項中的哪一項？

主席

先請審查科回答具名雙審現在已決議，還沒讓外界知道嗎？大家好像沒有收到正式的會議紀錄。

醫審及藥材組賴彥壯

跟各位代表報告，4月25日的會議紀錄，在5月9日已函知醫院協會、23個專科醫學會、立委各委員辦公室。至於代表提到，試辦方案是不是造成點值下降的原因，向各位代表報告，試辦方案在105年第三季的執行方式，是有核減案件都要進入雙審程序，而雙審程序在有限的審查醫師人力和有限經費的運作下，勢必在案件的審查件數上，就要做到減量，因為審查案件數的減少，及兩位審查醫師對於核減均要有共識才可確認的情況下，因此在核減點數上會產生下降的情形。也有些醫界代表曾經質疑，是以往的核減率才是真值，還是試辦方案執行後的核減率才是真值，因為試辦方案的實施期程僅2季，因此目前還看不出結果，另外本署有利用106年3月的審畢評量結果進行評估，針對具名科跟非具名科的審畢與評量意見一致的案件占率來看，兩者之間的，沒有統計上的顯著關係，因此需要更多數據來證明。

主席

具名雙審，大家質疑核減率有下降，但下降的幅度抵不過因具名雙審申報數的成長，這兩個如果一個下降，一個上升，以造成整個差距就拉大了，點數就是大增，署長認為點數的增加，特別是診療費和藥費的大幅增加，事實上隱含不必要的浪費在裡面，可能要請署長下次針對這件事情，再營造醫界的共識，不能因為審查的方式改變，而開始浮濫。

除臺北還有輔大外，還有很多醫院在籌辦，如果大家都認為可以一直報一直報，用什麼方法都沒有辦法，增加部分負擔也一樣，藥品的浪費等等，大家的建議，請醫管組整理，署長回國後跟他報告。

謝代表武吉

第1點具名雙審核審率的原因是人、事、物，剛剛講了差不多都知道了，第2點我要瞭解，7大科在具名雙審，他們的分母數是不是增加

很多。

主席

上次會議都有分析過，差別不大，不是審查制度的改變所造成的，而是制度造成大家行為做了很大的改變，大概只有1.5%核減率的差距，但現在衍生出來是5%、6%的差距，所以後遺症是在這個地方。

陳代表石池

具名雙審就是以前沒有具名，所以醫師可以利用他的專業來審查當然每個專業可能有點不太一樣，所以還是有一點小爭議，但現在具名雙審，挑戰就會很大，很多人不願意這樣去跟他人爭議，所以他核刪的話，一定要非常明確認為有問題，才敢核刪，大家都知道核刪會變少，所以大家就盡量申報，所以是制度造成的，我覺得這是制度造成的改變，以前申報比較嚴苛，就不會隨便申報，所以還是要檢討這制度到底好不好。

主席

具名的審查已經大幅修正，就是要改成團體具名，因為審查醫師不足，現在雙審具名實施的已經不多區了，所以都陸續改成個案不具名。

李代表偉強

從去年10月好像也在這個場合，我提出3道關卡，是不是有修正，因為這是挑戰人性的作法，3道關卡破了，過去都過去了，我們看前面，剛剛地區醫院反映，不管內傷、外傷，這個制度建議健保署真的把當成一個危機來處理，因為點值一直往下降，臺北分局的點值0.81，我相信署長、副署長都很清楚，署長回來後，趕快有一個具體方案，因為這個風氣造成，要扭回來，也不是說一道命令下來就全部都改過來，也要一段時間才改得回來，第二季又過了，會看到今年一整年，我們內部折讓一直再調整，這樣的風氣我們要調整到多少程度，建議要當做一個緊急性來處理，如何能夠讓醫界遵照，後面還涉及到專業審查，過兩天在臺北業務組討論，專業審查這道已經失靈，現在變成靠行政審查，行政審查就是單價管控，最後一刀來砍，我知道這是沒辦法的，不然點值如何控制，可是這一刀砍下去後，到底是那個層級受傷多還不知道，可是我相信大家都會受傷，建議當成全國性問題，不只臺北區外傷看得到的流血，其他分區是裡面受傷。另會議紀錄不能當正式公文，還是正式的函，讓我們好憑辦，

要不然會議紀錄，搞不好還會改，建議趕快來正式的函。

主席

醫審組同仁，代表建議希望有正式的公文。署長也很在意這件事，今天大家的建議，等署長下周回國，我們會跟他報告，下一步請署長來看看如何調整。

謝代表武吉

請臺北區向我們報告一下，每一區都有辦個別醫院總額，為什麼臺北區沒有辦？

主席

請臺北業務組說明。

臺北業務組許寶華

我們嘗試談了很多年，希望能夠扣的有憑有據，單價管理已經做蠻久，是允許病人數的增加，但在單價部分是希望儘量管控，我們也有做藥費、非藥費有條件的單價核減，這個做起來也還不錯，其實臺北業務組的點值雖然不是很高，但是相當的平穩，真的只有在具名雙審後那條線就急速的往下降，就像剛剛主席所說的，這效果是在於費用大幅的成長所造成的，預算是平穩的，所以變成我們的尚方寶劍不見了，稍微有一點點嚇阻效果不見了，變成大家一直在衝量，不過我們已經下了對策，期待在第二季之後會有比較好的表現。

謝代表武吉

第一點為什麼容許大醫院一直衝量，第二點，為什麼臺北區地區醫院的核減率特別高，有沒有要求今年的醫院審查是外包給醫院協會，有沒有要求臺北區醫院總額的主任委員處理？

主席

臺北區的問題剛剛都已經自我診斷了，核減率下降不如整個費用的成長高，對於費用高應該要有對策，要即時的處理。

謝代表武吉

我很稱讚東區，以前點值0.87、0.88、0.89，當時要求當時的經理要來報告，所以東區就改變方式了，臺北區為什麼沒有辦法像東區這樣來處理呢？現在審查已由臺灣醫院協會來做，有沒有要求主任委員要如何管理。

主席

專審有沒有跟醫院協會的窗口溝通？

臺北業務組許寶華

李偉強主任是我們分會主任委員的秘書。

主席

那請李代表說明。

李代表偉強

今年4月1日開始來審查，第一件事情就是找審查委員，光審查都很難產，三層級代表有一定的比例，最缺的是地區醫院，這就回到我剛剛講的風氣，我們知道要具名被公告出來，就不要來當，不管哪個層級都不會想當，所以我們到處拜託，很多7個專科更是找不到人，只好減審，減審的結果產生大家會有投機心態。剛剛簡報提到105年第四季三層級核減率，醫學中心0.73%、區醫域醫院1.38%、地區醫院2.05%，如果有機會下次是不是分六個分區三個層級。現在臺北分區已經有一套做法了，單價管控，因為專業審核部分沒有人如何審查，單價管控部份回臺北分局討論。

謝代表武吉

如果地區醫院的審查醫師比較難找，可以放下身段來要求，地區醫院醫師，都是兢兢業業守著地區醫院的守護神，地區醫院的醫師多數是受過醫學中心訓練，所以他所做的方式都應該符合醫學中心的程度，全國地區醫院的核減率是最高，表示整個地區醫院的核減有意見，應該要改善怎麼降低地區醫院核減率。

李代表偉強

我們帶回分區討論。

主席

回到點值結算，通過點值結算，有沒有意見。

李代表偉強

可不可以有但書的部分，就是提一個解決方案，我們要面對這個問題，我們應該要正視第四季點值，各個分區其實都受到很大的影響。

主席

第四季的點值通過，接下來下一案。

報告案第五案:106年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式報

告

醫務管理組劉科長林義

簡單說明今年度的結算邏輯的方式，如屬金額或者成長率修正就不再說明，第 113 頁有關初級照護在附表 5-1，那待會有些細的邏輯會跟大家說明，第 114 頁，風險調整基金是今年新增，由北區移撥給東區 0.45 億元(全年)，在第 115 頁有關專款的部分，今年新增 C 肝，C 肝結算邏輯在第 115 頁，原則依藥品醫令做結算，就是比照血友病的方式，第 116 頁愛滋病的結算方式也是比照血友病，用藥品醫令結算，第 118 頁，去年新增角膜處理費 800 萬，是今年 1 月 1 日開始公告實施，第 119 頁，今年有新增 COPD 改善方案，第 121 頁，去年修正醫療資源不足地區的提升計畫，修正改為浮動，因為計畫已經修正，所以結算邏輯一併修正，第 125 頁初級照護的整個邏輯，我們總共開了四次的會議，簡單說明一下，代辦和其他部門案件、轉代檢是排除的，本來就不在醫院總額的部分我們就排除，在初級照護率的計算方式，分母件數部分，只要有重複計算也會排除，例如 08 案件、診察費為 0 的，或補報原因是 2，2 就是補報部分醫令，因前面已經有件數了，所以這個也排除；分子部分，包括急診、E1 案件、轉診、次診斷是重大傷病、出院回診，C1 案件、門診手術、IDS 或醫不足區域等，在分子部分排除。

因為今年是第一次執行，各醫院詳細的資料我們會放在 VPN，我們先跟各分區確認，跟各分區確認 OK 後，就會放在 VPN，各醫院就可以去下載細部的資料，那如果有任何問題都可以跟我們各分區來做反應。

主席

大家有沒有意見？

林代表富滿

附表 5-2 初級照護的計算公式，在 126 頁的分子排除案件第 4 點，次診斷為重大傷病(部分負擔代碼為 001)。就申報規則，主診斷是初級照護，次診斷是重大傷病，原則上部分負擔代碼不應該是 001。另在補充資料第 3 頁，有醫院每件初級照護點數是 3500 多點，跟預期的不太一樣，因初級照護案件已經排除了急診、門診手術，理論上不應該每件初級照護的點數還會到 3000 多點，是否計算基礎不同；因核扣點數是總局計算的，分區業務組也不知道總局的計算邏輯，

請再確認比較細部資料，提供計算邏輯給醫院及分區業務組瞭解。

陳代表石池

醫學中心核扣 0.54 億點，核扣的錢要如何應用。是不是醫學中心就放在醫學中心呢？

主席

放在醫院總額中。

陳代表石池

初級照護是病人自己來的，醫院是否在達到 90% 案件後可以拒絕病人？因為超過 90% 案件看了就被核扣，是病人的問題，所以不能處罰醫院，這樣不合理。

謝代表景祥

60 億調急重症是以醫學中心和區域醫院為主，初級照護應要下放，當時構想的是這樣的，但從幾個月前了解初級照護定義時，發現是打假球計畫，用 ICD-10 碼，第一季為什麼有醫院扣到這麼多錢，因沒有人知道初級照護定義，第二季後沒有什麼醫院會被扣到錢，有兩種解釋，1. 初級照護真的減少了。2. 編碼行為改變了。另外醫學中心初級照護每件平均點數有 3000 多點，兩種可能 1. 初級照護小病大醫，2. 編碼亂 coding。有數據之後往下分析下去，到最後理論上初級照護要研究真的是初級照護少還是編碼改變。還有另一個猜測為什麼醫學中心核扣點數比區域醫院少，當時在定義初級照護找醫專家很多是醫學中心，早知道一些訊息。

謝代表輝龍

考慮到公平原則，60 億給醫學中心和區域醫院，每一季扣 2 億多，用占率去算，地區醫院 16 點多，這樣下去地區醫院占率會越來越低。初級照護要回歸轉診做準備，假設分級轉診還沒實施以前，所有地區醫院都倒光了，這不是健保署院願意見到的，為了讓醫學中心回歸重症，有沒有考慮這政策下去對地區醫院是利還是弊，應要思考。

主席

請醫管組回應。

龐代表一鳴

大家很多建議，這案子是點值結算方式，就技術細節上林代表富滿提到 126 頁，癌症的人看感冒，主診斷為初級照護，次診斷為癌症，

按健保規定如為重大傷病，免部份負擔，所以這建議是對的。
另大家關心初級照護各醫院核扣的點數部分，會先請各業務組核對資料無誤後，才會核扣。健保會的決議初級照護件數要下降的前提，是醫療資源或利用過度集中的問題，健保會的代表認為較容易解決的是初級化要回歸社區照顧。

李代表偉強

第 1 季件數成長率不高，但點數是增加，看感冒或腹瀉等單價很難上升，人次增加少，點數增加的多，表示每件點數是增加的。急診人數是明顯減少，受天氣影響也有關係，這制度現在才開始，要有多大效益，需要時間。相關數據成長率趨緩，人次減少，表示制度達到初步效益。

龐代表一鳴

資料分析很複雜，我們沒有扣除支付標準調整因素，分析會持續改善，不要太在意第 1 季的改變，人數減少是因去年第 1 季流感因素，做同期比較時比較不精準，如果作疾病別人數比較時效果或許不同。

潘代表延健

初級照護試算資料什麼時候會到各醫院呢？

龐代表一鳴

會先請各分區業務組先與醫院核對。

潘代表延健

預計時程？

醫務管理組張專委溫溫

因剛剛林代表富滿所提的議程第 126 頁建議，因需要修正程式邏輯，做好後會請分區核對，會在結算第一季點值前完成。因已對分區業務組做教育訓練，如核對過程有問題可以向分區反映。另會給各醫院明細資料並放在 VPN 下載。

主席

如有醫院已規避，第一步就要處理要釐清，分區業務組要釐清，這制度希望配合分級醫療。初級醫療每件點數差異很大，成為進一步要釐清的重點，除 126 頁重大傷病外，結算邏輯就確認，接下來討論案。

討論案:修訂全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案

醫務管理組劉科長林義

第 148 頁，修正總額支付制度確保方案，請翻到第 157 頁附表，保險對象就醫調查，目前實務作業做一次滿意度調查，另做滿意度調查前也會問醫院協會意見，因本案額外再列門診、急診及住院之病人品質滿意度，與滿意度調查項目重複，建議刪除。保險對象申訴及檢舉案件數，原為每半年，但實務上是每年在評核會報告，故建議改為每年。另主辦單位一併修正為受託單位，醫療服務品質指標部分由醫審組補充說明。

醫審及藥材組曾科長玫富

有關醫院總額支付制度品質確保方案之專業醫療品質指標已在 106 年 1 月 25 日公告修訂，但後續仍有醫學中心建議及經檢視相關規定修正後需一併補正部分，第 158 頁，「門診注射劑使用率」把藥品給付規定通則和 TPN 代碼補正，補正代碼在第 173-177 頁。「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」，操作型定義，將「人次」修改為「人數」。用藥日數重疊率，降血糖藥物定義 ATC 前 5 碼新增 A10BJ 代碼；抗憂鬱症的抗憂鬱症藥物 ATC 前 5 碼，「N06A」漏植，補遺修正為「N06AG」。第 160 頁新增降血糖藥物定義 ATC 前 5 碼 A10BJ 代碼。第 162 頁急性病床住院案件住院日數超過三十日比率，醫院建議排除新增呼吸衰竭 P28.5，第 163 頁非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率，建議排除某些計畫性再住院案件，這部分也請教過台灣病歷管理學會意見。第 166 頁剖腹產率初次具適應症，有醫院建議本項指標與其他剖腹產率指標分母定義不同，應予統一，故這次同步修正與其他剖腹產率分母定義一樣。第 167 頁住院案件出院後三日以內急診率新增排除條件。「糖尿病病人糖化血紅素 (HbA1c) 執行率」，分母之糖尿病用藥定義修正依 ATC 前 3 碼為 A10。

今天補充資料第 35 頁，因醫院協會後來有回覆意見，故以補充資料說明，門診上呼吸道感染病人就診後未滿 7 日因同疾病再次就診率，醫院協會建議因初級照護已設限醫學中心及區域醫院的件數，所以這兩層級不應該再重複納入本指標監控。確實有部分診斷與初級照護項目是重複的，統計該指標全區為 8.44%，仍超過參考值 7.98%，整體還是高的，且初級照護政策影響無法估計，且該指標是處理 7

日內再次就診率的概念與初級照護案件要下降之管理目標不同。剖腹產率-初次具適應症，分母文字要增加醫院文字，配合修正。住院案件出院後3日內急診率和非計畫性住院案件出院後14日以內再住院率，目前操作型定義是跨院，醫院協會建議以同院來管控，評估過14日再住院已經排除計畫性再住院案件後才統計，且健保雲端醫療系統已提供11大類病人跨院就醫資訊，如出院病摘、檢查檢驗紀錄及結果、用藥、手術紀錄等讓醫師查詢，病人在他院住院情形及在自家醫院出院後的變化，醫院應該是可以掌握病人在他院的就醫情形，建議兩項指標維持跨院計算。

醫務管理組劉科長林義

第153頁，點值得容許範圍修正為正負10%，比照其他總額部門。另第155頁，五、醫院醫療服務品質監控與輔導(二)，因目前實務上沒有報告卡，故建議刪除。第六項獎懲部份，有關調整支付標準、品質保證保留款分配成長率屬健保會權責，非為保險人和受託單位權責，故建議刪除。

主席

修正意見有沒有意見。

謝代表景祥

有關初級照護排除軍人及軍眷上次有獲共識嗎？

主席

有共識。

謝代表景祥

耳鼻喉科醫學會項目排除的意見？

主席

授權給專科醫學會，結論請醫管組說明。

醫務管理組劉科長林義

耳鼻喉科醫學會回復H60和H66意見在第139頁。

謝代表景祥

很多可以在診所處理的。

主席

今年第一年先這樣，上次會議決議已授權給專科醫學會確認，不再

更動。

潘代表延健

指標部份，還有值得深入討論，因時間很晚了建議保留。

主席

討論案保留，今日會議到這裡，謝謝大家。