

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議
108年第2次會議紀錄

時間：108年5月22日(三)下午2時

地點：中央健康保險署18樓禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

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	張國寬代表	張國寬
朱益宏代表	謝孝佳(代)	張德明代表	李偉強(代)
吳志雄代表	請假	梁淑政代表	梁淑政
吳淑芬代表	吳淑芬	郭守仁代表	請假
吳鏘亮代表	吳鏘亮	郭宗正代表	詹德旺(代)
李允文代表	李允文	陳石池代表	黃雪玲(代)
李純馥代表	李純馥	陳振文代表	陳振文
周思源代表	周思源	程文俊代表	廖振成(代)
孟令妤代表	孟令妤	童瑞龍代表	童瑞龍
林芳郁代表	林靜梅(代)	黃遵誠代表	黃遵誠
林欣榮代表	請假	劉淑芬代表	劉淑芬
林恒立代表	請假	劉碧珠代表	劉碧珠
林鳳珠代表	林鳳珠	謝文輝代表	謝文輝
林慧玲代表	請假	謝武吉代表	謝武吉
林錫維代表	林錫維	謝景祥代表	謝景祥
邱仲慶代表	王敏容(代)	謝輝龍代表	謝輝龍
邱寶安代表	邱寶安	顏鴻順代表	請假
侯明鋒代表	請假	羅永達代表	羅永達
施壽全代表	林富滿(代)	嚴玉華代表	陳明晃(代)
唐宏生代表	請假	蘇主榮代表	蘇主榮
張克士代表	張克士	蘇東茂代表	請假

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	盧胤雯、周雯雯
衛生福利部長照司	葉青宜
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、盛培珠
臺灣醫院協會	林佩菽、何佳儒、吳亞筑
中華民國醫師公會全國聯合會	林筱庭、黃幼薰
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、張念賓
本署北區業務組	劉孟芸芝、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	請假
本署東區業務組	王素惠
本署醫審及藥材組	曾玟富、詹淑存
本署企劃組	陳真慧、卓均彥
本署資訊組	李冠毅
本署財務組	楊小娟
本署醫務管理組	劉林義、洪于淇、林右鈞、 歐舒欣、林蘭、鄭正義、楊淑美
臺大 MPH 實習	蔡怡琳

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：洽悉；序號 1 及序號 2 解除列管，序號 3 有關區域級以上醫院門診減量措施提報全民健康保險會之後續，持續列管。

第二案

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案

案由：107年第4季醫院總額點值結算報告

決定：

- 一、依全民健康保險法第62條規定辦理一般服務部門點值結算，點值確認如下表：

年	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
107Q4	浮動點值	0.8470	0.8943	0.8745	0.8571	0.9017	0.8643	0.8705
	平均點值	0.9137	0.9339	0.9275	0.9207	0.9390	0.9200	0.9239

- 二、結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：108年醫院醫療給付費用總額分配之點值結算方式報告

決定：洽悉，108年點值結算方式如附件1。

第五案

案由：108年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式

決定：

- 一、洽悉，108年度區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式計算邏輯如附件2。
- 二、有關警察消防海巡空勤及國軍人員照護實施方案之案件是否排除於門診減量範圍，將分析該方案對門診減量之影響，於下次會議再議。

肆、討論事項

第一案

案由：增修「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之2.專業醫療服務品質指標一項「失智者使用安寧緩和服務病房使用率」

決議：

- 一、本指標原則同意新增，但分子除安寧病房外，居家安寧案件亦需列入計算。
- 二、因分子新納入居家安寧案件，不僅限於醫院總額品質確保方案，請本署醫審及藥材組研議該指標最適合置放處，於下次會議報告。

散會：下午4時10分

與會人員發言摘要詳附件3。

108 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式

一、108 年醫院醫療給付費用總額及分配之重點摘要（依衛生福利部 107 年 12 月 5 日衛部健字第 1073360174 號公告）。

(一)醫院醫療給付費用總成長率 4.200%，其中一般服務成長率 4.080%，專款項目全年預算為 29,161.7 百萬元，門診透析服務成長率 1.839%。

(二)總額設定公式：

■ 108 年度醫院醫療給付費用 = 校正後 107 年度醫院一般服務醫療給付費用 × (1 + 108 年度一般服務成長率) + 108 年度專款項目預算 + 108 年度醫院門診透析服務費用。

■ 108 年度醫院門診透析服務費用 = 107 年度醫院門診透析服務費用 × (1 + 108 年度門診透析服務成長率)。

註：校正後 107 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 107 年第 5 次委員會議(107.6.22)決議，校正「投保人口預估成長率」差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

(三)一般服務(上限制)

地區預算：以六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

分配方式：

於扣除品質保證保留款後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(1)門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款)：

預算 50%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，50%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(2)住診服務(不含品質保證保留款)：

預算 45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

各地區門、住診服務預算，經依(1)、(2)計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

二、107 年新特材未於時程內導入，預算 1.55 億元，於 108 年一般服務基期預算，每季扣減 38.75 百萬元(1.55 億元/4)。

三、108 年其他醫療服務利用及密集度之改變(預算 0.42 億元)：

(一)本項於 107 年未支用之 2.32 億元，不自 108 年一般服務預算基期中扣除，並與本項預算合併運用。

- (二)前開預算用於「斗六慈濟診所」併入醫院總額，及「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」回歸原醫院，預算分配於所在分區(南區)一般服務結算。
- (三)107年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診部回歸)編列於一般服務之預算為4億元，「臺北、高屏及東區」回歸費用為1.68億元。「南區」台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部107年12月1日回歸原醫院，回歸費用為3.7百萬元。
- (四)「南區」斗六慈濟診所於108年1月1日併入醫院總額。
- (五)108年醫院附設門診部回歸醫院之預算(4億元×(1+4.080%)+0.42億元=4.58億元)，須依所回歸之分區予以分配，爰先自一般服務預算予以扣除，其中1.75億元(1.68億元×(1+4.080%))依107年門診部回歸之分區占率分配予「臺北、高屏及東區」，其餘2.83億元預算則分配予「南區」。

四、108年風險調整移撥款(全年1.5億)：

四季均分(1.5億元/4)，先自一般服務預算按季扣除，再依據台灣醫院協會提供之「醫院總額風險調整移撥款」各分區分配預算金額，採四季均分，併入108年各季各分區醫院總額一般服務費用，按季結算。(住診移撥款=該季移撥款×55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

[註]:108年風險調整移撥款，依據108年3月6日醫院總額108年度第1次研商議事會議討論事項決議辦理。

五、108年各季醫院醫療給付費用總額結算說明

(一) 一般服務醫療給付費用總額預算

1、108年度各季醫院一般服務醫療給付費用總額

=【107年各季醫院一般服務醫療給付費用總額+106年各季校正投保人口預估成長率差值+加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(33百萬元/4)-107年新特材未導入預算(1.55億元/4)】×(1+4.080%) - 106年各季編列之品質保證保留款預算(全年計3.887億元) - 108年其他醫療服務利用密集度之改變預算(4.58億/4) - 108年風險調整移撥款(1.5億/4)。

2、106年度醫院各季投保人口預估成長率差值金額：

第1季	第2季	第3季	第4季
218,990,692	293,091,879	150,867,011	331,034,344

※校正後107年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會107年第5

次委員會議(107.6.22)決議，校正「投保人口預估成長率」差值。

(二)品質保證保留款(107年起品質保證保留款移列專款)

- 1、108年品質保證保留款預算 = 原106年編列於一般服務之品質保證保留款預算(388.7百萬元)，與108年編列之品質保證保留款專款預算(406.5百萬元)合併運用(計795.2百萬元)。
- 2、106年編列之品質保證保留款預算(388.7百萬元) = (105年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 104年各季校正投保人口預估成長率差值) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

(三)一般服務醫療給付費用預算四季重分配(不含門診透析服務、品質保證保留款)：

- 1、108年醫院總額一般服務預算四季重分配採近3年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第1季23.786178%、第2季24.973738%、第3季25.364080%、第4季25.876004%。

※依據107年11月21日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」107年第4次會議決定，108年醫院總額一般服務預算四季重分配採近3年每季醫療申報點數的占率平均分配。

- 2、108年調整後各季預算 = 108年醫院總額一般服務醫療給付費用總額預算(不含門診透析服務、品質保證保留款) × 各季新占率。
- 3、各分區第1-3季調整後預算：以前述調整後季預算數乘各區當季人口風險因子(R)、費用占率(S)。
- 4、各分區第4季調整後預算：為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數。

(四)108年醫院總額門診透析服務預算

= 107年醫院總額門診透析服務預算 × (1 + 1.839%)

(五)108年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之預算為868百萬元，依實際導入實施之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(六)一般服務部門分配至各分區總預算

- 1、醫院調整後住診一般服務費用總額

= (108年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款) + 門診透析服務費用) × 55% + (108年鼓勵繼續推動DRGs/4)。

- 2、醫院調整後門診一般服務費用總額

= (108年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款) + 門診透析服務費用) + (108年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)/4) - 醫院調整後住診一般服務費用總額 - 門診透析服務費用。

六、地區預算分配計算方式

(一) 分區調整後門診一般服務費用總額

= [全區調整後門診一般服務預算總額×該分區人口風險因子及轉診型態權重×人口風險因子及轉診型態校正比例(R)] + [全區調整後門診一般服務預算總額×該分區費用占率權重×醫院門診開辦前一年(91年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)] + 各分區密集度改變預算 + 各分區風險調整移撥款

(二) 分區調整後住診一般服務費用總額

= [全區調整後住診一般服務預算總額×該分區人口風險因子權重×人口風險因子校正比例] + [全區調整後住診一般服務預算總額×該分區費用占率權重×醫院住診開辦前一年(91年)各季投保分區申報醫療費用占率(加總後四捨五入至整數位)] + 各分區風險調整移撥款

七、108年各季醫院總額點值結算說明

(一) 結算時間

各季	費用年月	核付區間(財務傳票日期)
第1季	107年12月(含)之前	108年4月1日~108年6月30日
	108年1~3月	108年1月1日~108年6月30日
第2季	108年3月(含)之前	108年7月1日~108年9月30日
	108年4~6月	108年4月1日~108年9月30日
第3季	108年6月(含)之前	108年10月1日~108年12月31日
	108年7~9月	108年7月1日~108年12月31日
第4季	108年9月(含)之前	109年1月1日~109年3月31日
	108年10~12月	108年10月1日~109年3月31日

(二) 108年醫院總額保障項目(非浮動點數): 如附表。

(三) 非偏遠地區浮動點值、平均點值之計算

1、門住診一般服務分區浮動點值

= [調整後分區門診一般服務預算總額 + 調整後分區住診一般服務預算總額 - 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨

區就醫核定浮動點數×前季全區浮動點值)－(加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)－藥品價量協議金額)－加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數×前季就醫分區平均點值)－加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)－加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

／加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)

2、門住診一般服務分區平均點值

＝[調整後分區門診一般服務預算總額＋調整後分區住診一般服務預算總額]／[加總(門住診一般服務核定浮動點數)
＋加總(門住診投保該分區核定非浮動點數－藥品價量協議金額)
＋加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

3、門住診一般服務全區浮動點值

＝[調整後門診一般服務預算總額＋調整後住診一般服務預算總額
－加總(門住診核定非浮動點數－藥品價量協議金額)－加總(門住診自墊核退點數)]／加總(門住診一般服務浮動核定點數)。

八、專款專用結算說明

(一) C 型肝炎藥費：

1、全年預算：4,760.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費(預算 1,370 百萬元)」支應。

2、既有 C 型肝炎(HCV)藥品：

(1)門診點數清單明細檔：案件分類：E1 (支付制度試辦計畫) 且特定治療項目代號(一)~(四)H1 (肝炎試辦計畫)。

(2)住院點數清單明細檔：案件分類：4 (支付制度試辦計畫) 且給付類別 M (肝炎試辦計畫)。

(3)為加強 BC 肝炎治療計畫登錄系統屬治療 C 型肝炎者，且藥品醫令代號：ATC 藥理分類碼為 J05AP01、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11 醫令點數(醫令類別 1 或 Z)。

(4)且保險對象(身分證字號)須於該費用年月(門診/住診以費用年月；交付機構以就醫日期之年月串檔)有使用 ATC 藥理分類碼為 J05AP01 之醫令代碼(醫令類別 1 或 Z)。

3、全口服 C 肝新藥：

- (1)門診點數清單明細檔及住院點數清單明細檔：以藥品醫令代號。
- (2)藥品醫令代號：前六碼為「HCVDA」者之醫令點數(醫令類別 1 或 Z)加總。

4、藥局調劑案件要列入計算。

5、矯正機關收容對象列入計算：門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

(二) 罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

1、全年預算為 15,234.4 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 百萬元)」支應。

2、罕見疾病藥費：費用年月 94 年 1 月(含)以後部分負擔代碼=001 且任一主、次診斷亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件且領有重大傷病卡者之「藥費」小計。

3、血友病藥費：

(1)先天性凝血因子異常(ICD-10-CM：D66、D67、D68.1、D68.2)：費用年月 94 年 1 月(含)以後部分負擔代碼=001 且主、次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)任一亦符合血友病診斷碼之所有案件，且領有重大傷病卡者且使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)。

(2)99 年增列後天性凝血因子缺損(ICD-10-CM：D6832、D684)、103 年增列類血友病(ICD-10-CM：D68.0)：主、次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)任一符合之案件，使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)(此等診斷不卡部分負擔代碼且不管是否領有重大傷病卡)。

(3)凝血因子藥品之醫令代碼：自結算年 103 年起，係指 ATC 碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)前五碼為 B02BD 之藥品醫令代碼。

4、藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數、血友病藥品醫令點數要列入計算。

5、後天免疫缺乏病毒治療藥費：

- (1)費用年月 106 年 2 月以後，門診就醫日期為 2 月 4 日(含)以後之案件分類「E2」或「E3」；住診案件住院日為 2 月 4 日(含)以後，案件分類「7」之後天免疫缺乏病毒治療藥品(醫令類別 1、X、Z)之醫令點數加總。
 - (2)後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼詳本署全球資訊網/首頁/藥材專區/藥品/《用藥品項》7.本署代辦衛生福利部疾病管制署後天免疫缺乏症候群治療藥品)。
 - (3)藥局接受前述交付調劑之案件，後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼點數要列入計算。
 - (4)矯正機關收容對象列入計算:門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。
- 6、罕見疾病特材(本項自 104 年新增):符合前開罕見疾病條件且費用年月 104 年 1 月起醫令代碼 FBN07321004P(醫令類別 3、Z)之醫令點數加總。

(三) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- 1、全年預算 4,712.8 百萬元，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 百萬元)」支應。
- 2、器官移植手術個案之當次住診費用：移植手術個案係指當次手術包含下列任一項醫令—心臟移植(68035B)、肺臟移植(68037B-單側)、肺臟移植(68047B-雙側)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、胰臟移植(75418B)、骨髓移植(94201B、94202B、94204B、94206B、94207B)、腸移植(73049B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)。
- 3、器官移植捐贈手術個案之當次住診費用：捐贈手術個案係指與受贈者分開申報之當次手術包含下列任一醫令—心臟摘取(68034B)、肺臟摘取(68038B)、屍體肝臟摘取(75021B)、活體肝臟摘取(75022B)、屍體腎臟摘取(76018B)、活體腎臟摘取(76019B)、屍體胰臟摘取(75419B)、骨髓移植-抽髓(94205B)、腸摘取(73050B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)。該住診案件如同時申報器官移植手術個案醫令及器官移植捐贈手術個案醫令，僅計算 1 次。
- 4、移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費：門住診申報案件應符合下列主次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可

納入)及抗排斥藥按主成分名稱對應之藥品醫令代碼(門診醫令類別「1」;住診醫令類別「1」或「Z」)。(該案件如屬前開住院案件,因當次住院已包括藥費計入,不再重複計算抗排斥藥費)。

- 5、前開主次診斷:腎臟移植術後(ICD-10-CM:Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM:Z941、Z943)、肺臟移植術後 ICD-10-CM:Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM:Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM:Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM:Z9481、Z9484)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM:T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM:T864)、心臟移植併發症(ICD-10-CM:T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM:T863、T8681)、胰臟移植併發症(ICD-10-CM:T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM:T860)、腸移植術後(ICD-10-CM:Z9482)、腸移植併發症(ICD-10-CM:T86850-T86859)

6、門、住診、藥局之抗排斥藥費皆要計算。

7、抗排斥用藥醫令代碼:

(1)ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)為 L04AD01(原為 L04AA01,結算端自 104 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AD01)、L04AA03、L04AA04、L04AD02、L04AA06、L04AA10、L04AA18 之藥品醫令代碼。

(2)HBIG 免疫球蛋白 ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)為 J06BB04 之藥品醫令代碼。限定肝臟移植病人(主次診斷 ICD-10-CM:Z944、T864)之術後使用。

8、角膜處理費:醫令代碼 53034B(醫令類別 2、Z、X)之醫令點數加總。

(四) 醫療給付改善方案:全年預算為 1,187 百萬元

項目	擷取條件
乳癌	追扣補付帳務管理子系統(RPG) 追扣補付原因別:239/139 乳癌獎勵金之追扣補付。
氣喘	1. 自費用年月 96 年 1 月起,醫令代碼 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者) 2. 追扣補付原因別 183/283 醫療給付改善方案試辦計畫之氣喘疾病管理照護費追扣補付。1H1/2H1 氣喘醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付
糖尿病	1. 醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。

項目	擷取條件
	2. 追扣補付原因別 181/281 醫療給付改善方案試辦計畫之糖尿病疾病管理照護費追扣補付；189/289 糖尿病方案品質獎勵金之專款項目費用追扣補付。
思覺失調症	追扣補付原因別:1A3 /2A3 思覺失調症方案-基本承作及發現費追扣補付、1A4/2A4 思覺失調症方案-品質獎勵追扣補付。
B、C 肝個案追蹤方案	1. 門診案件。 2. 醫令代碼:「P4201C、P4202C、P4203C、P4204C、P4205C」之醫令點數加總(醫令類別=2者)。 3. 追扣補付原因別:1B1/2B1 B、C 肝醫療給付改善方案-基本承作及發現費追扣補付、1B2/2B2 B、C 肝醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。
孕產婦給付方案	1. 費用年月 104 年 1 月起 P3903C、P3904C、P3905C(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總(須扣除 REA 核減金額)。 2. 追扣補付原因別:1J5/2J5 孕產婦全程照護費追扣補付、1J6/2J6 孕產婦品質提升費追扣補付；1J7/2J7 孕產婦照護計畫全年結算追扣補付。
早期療育方案	1. 費用年月 104 年 8 月起 案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且 特定治療項目代號(一)「ED(早期療育門診醫療給付改善方案計畫)」且醫令代碼「P5301C」(醫令類別=2者)之醫令點數加總。 2. 追扣補付原因別:1K3/2K3 早期療育計畫-整合照護費、1K4/2K4 早期療育計畫-品質獎勵金追扣補付。
慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案	1. 費用年月 106 年 4 月起案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且特定治療項目代號(一)「HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)」且醫令代碼「P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C」(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總(須扣除 REA 核減金額)。 2. 追扣補付原因別:1L4/2L4 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-管理照護費追扣補付；1L5/2L5 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-品質獎勵金追扣補付。

項目	擷取條件
提升醫院	依方案內容辦理結算。
用藥安全	
與品質	

(五) 急診品質提升方案：全年預算:160 百萬元。

1、急診重大疾病照護品質：

- (1) 門住診醫令代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」、P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」、P4612B「重大外傷照護獎勵 2 小時內」、P4613B「重大外傷照護獎勵 4 小時內」、P4614B「OHCA 照護獎勵 清醒出院」、P4615B「OHCA 照護獎勵 存活出院」、P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」、P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵 清醒出院」及 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵 存活出院」，除 P4616B 醫令類別為 G 且為每季另行結算補付外，其餘醫令類別為 2、X 或 Z。
- (2) 追扣補付原因別：1E1/2E1 急診品質提升方案-急診重大疾病照護品質追扣補付。

2、轉診品質獎勵：

- (1) 上轉個案：門住診醫令代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」、P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」，醫令類別為 2、X 或 Z。
- (2) 下轉個案：門住診醫令代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」、P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」、P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」、P4609B-P4610B「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」（區域醫院每人每日支付 171 點，地區醫院每人每日 290 點），醫令類別為 2、X 或 Z。
- (3) 平轉個案：門住診醫令代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」、P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」，醫令類別為 2、X 或 Z。
- (4) 追扣補付原因別：1E2/2E2 急診品質提升方案-轉診品質追扣補付。

3、急診處置效率品質獎勵：

追扣補付原因別 1E3 /2E3 急診品質提升方案-處置效率追扣補付。

4、補助急診專科醫師人力：

- (1) 補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。
- (2) 補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

追扣補付原因別：1J9 /2J9 急診品質提升方案-補助急診專科醫師人力追扣補付。

5、各項獎勵以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

(六) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年預算 868 百萬元。

導入第 3-5 階段 DRGs 項目，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(七) 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

1、全年預算 80 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

2、診察費加成：診察費按申報點數加計 2 成支付；每點金額以 1 元計。其申報方式，醫院每月自行申報。

3、下列案件之醫療費用（申請費用＋部分負擔）：

(1)門診案件分類為「D4」（西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案)，特定治療項目代號(一)「巡迴醫療：G5」案件。

(2)門診案件分類為「E1」（支付制度試辦計畫）且特定治療項目代號(二)「G5」案件。

(3)門診案件分類為「08」（慢性病連續處方調劑）且特定治療項目代號(一)為「G5」案件。

4、藥費、藥事服務費、診察費加成為非浮動點數；餘為浮動點數。

5、巡迴醫療服務醫師之報酬，以「論次計酬」支付，支付標準代碼為「P2005C」~「P2014C」。

6、本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。若當季經費超出預算時，先扣除診察費加成、藥費、藥事服務費後，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(八) 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

1、全年預算為 950 百萬元。

2、依據本計畫第柒條第一項規定，符合第肆條第一至第三項且經審查通過之醫院：

(1) 該等醫院，一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮

動點值每點支付金額最高補至 1 元。

- (2) 提供 24 小時急診服務者：每家醫院全年最高以 1,500 萬元為上限，最低補助 900 萬元，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少 100 萬元)。
- (3) 未提供 24 小時急診服務者：選擇四科以下科別提供醫療服務者，每家醫院每科全年最高以 100 萬元為補助上限。
- (4) 相關給付規定：
 - A. 呼吸器係指申報給付類別「9」(呼吸照護)之案件；精神科案件係指就醫科別「13」之案件。
 - B. 提供 24 小時急診服務者：每季結算時，執行科別：「4」科每月最高 125 萬，最低 75 萬元；「3」科每月最高 125 萬，最低 66 萬元；「2」科每月最高 125 萬，最低 58 萬元。
 - C. 未提供 24 小時急診服務者：每季結算時，執行科別「4」每月補助最高以 32 萬元為上限；「3」科每月補助最高以 24 萬元為上限；「2」科每月補助最高以 16 萬元為上限。
 - D. 提供 24 小時急診服務者：每月分區業務組得依醫院執行內、外、婦、兒合計科別數之最低補助金額，先行支付補助款(補付原因別「2E6」偏遠醫院點值保障最低額度補付)。

3、依據本計畫第柒條第二項規定，符合第肆條第四項且經審查通過之醫院：

- (1) 經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元，每家醫院全年補助以 500 萬元為上限。
- (2) 為配合計算急診檢傷分類轉當次住院之前 10 天(含)內保障點值，相關醫院應配合將住院日起 10 天內醫令與超過 10 天醫令切開申報，並分別填報執行時間起迄日(住院之醫令清單段「執行時間迄日」 \leq 「入院年月日」+10 日之醫令點數納入保障)。未依前述規定申報，則不予保障。
- (3) 本項因無最低補助金額，故分區業務組無須先行支付補助款。
- (4) 每季結算時，依該院保障起始月別，每月補助以 40 萬元為上限。(例如：若醫院自 105 年 2 月起納入保障，第 1 季結算補助上限 $40 \text{ 萬} * 2 (\text{參與月數}) = 80 \text{ 萬}$ ，全年結算補助上限 $500 \text{ 萬} * 11 (\text{參與月數}) / 12$)。

4、院所如同時符合「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」

醫院 (HMAI2130 醫事機構試辦計畫維護：A9 偏遠地區醫院認定原則醫院名單)，相關點值保障措施，應優先適用本方案。

- 5、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。即全年結算時重新結算各院所補助款，提供 24 小時急診服務者：全年最高(1,500 萬元/12)×實施月數，最低「4」科(900 萬元/12)×實施月數；「3」科(800 萬元/12)×實施月數；「2」科(700 萬元/12)×實施月數。未提供 24 小時急診服務者：「4」科全年最高(400 萬元/12)×實施月數；「3」科(300 萬元/12)×實施月數；「2」科(200 萬元/12)×實施月數；經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件者，(500 萬元/12)×實施月數。
- 6、全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/∑各院補助金額)。

(九) 鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- 1、全年預算為 **689** 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- 2、追扣補付檔原因別「104/204 轉診獎勵金追扣補付」：
費用年月 107 年 7 月起門住診醫令代碼為 01034B-01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」、01036C-01037C「辦理轉診費_上轉」、01038C「接受轉診門診診察費加算」之醫令點數，因有就醫事實者才列入計算，院所申報點數為 0，後續勾稽病患實際就醫情形後每季統一補付轉診費用。
- 3、本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點 1 元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(13.46 億元)按季支應，每季最多支應 3.365 億元(13.46/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

(十) 品質保證保留款：原 106 年編列於一般服務之品質保證保留款預算(388.7 百萬元)，與 108 年編列之品質保證保留款預算(406.5 百萬元)合併運用(計 795.2 百萬元)。

(十一)若病患同時符合多項專款先取「急診品質提升方案」醫令代碼，次取「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-器官移植手術個案之當次住診費用、再取「器官移植捐贈手術個案之當次住診費用」、「早期療育

門診醫療給付改善方案」，再取「罕見疾病費用」，再依醫令代碼分別計算「血友病」、「罕見疾病特材」、「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費、「醫療給付改善方案」、再取「西醫醫療資源不足地區改善方案」、「後天免疫缺乏病毒治療藥費」、「C型肝炎用藥」。

(十二)網路頻寬補助費用(108年新增)：

全年預算為 114.0 百萬元，108 年由其他預算移列，用於補助醫院提升網路頻寬之固接網路及行動網路月租費。

※醫事機構權屬別(醫事機構代碼前 2 碼)為 01、02、04、05、06、07、09、10、11、12、13、14、15。

108年醫院總額醫療給付費用一般服務之保障項目擷取順序及條件

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點1元	前1季各區 門住診平均點值
一	門診、住診之藥事 服務費	區分	門診、住院醫療服務點數清單段 之藥事服務費乙欄	藥事服務費	
二	門診手術	區分	1. 門診案件分類=03(西醫門診 手術) 2. 門診案件分類=C1(論病例計 酬案件, 不含體外電震波腎 臟碎石術)	申請費用+ 部分負擔	
三	急救責任醫院之 急診醫療服務點 數	區分	1. 主管機關公告之緊急醫療資 源不足地區急救責任醫院 2. 門診案件分類=02(西醫急診)	申請費用+ 部分負擔	
四	住診手術費	區分	住院醫療服務點數清單段之手 術費乙欄	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院醫療服務點數清單段之麻 醉費乙欄	麻醉費	
六	輸血費	區分	門診、住院醫療服務醫令清單段 之醫令碼為 93001C~93023C	醫令點數	
七	地區醫院急診診 察費	區分	門診與住院醫療服務醫令清單 段之醫令碼為 01015C、00201B、 00202B、00203B、00204B、 00225B、01021C	醫令點數	
八	經主管機關核定 ，保險人公告之分 區偏遠認定原則 醫院	區分	經主管機關核備，保險人公告之 「醫院總額結算執行架構之偏 遠地區醫院認定原則」(簡稱分 區偏遠認定原則)所列醫院之核 定醫療服務點數		申請費用+部分負擔， 惟結算後如前一季該 分區門住診平均點值 小於當季浮動點值，該 分區該季偏遠地區醫 院之浮動點數以當季 浮動點值核付。

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

108 年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%，即不得超過 106 年之 96.04%(98%×98%)，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配之計算邏輯

修訂依據:108 年第 1 次醫院門診總額研商議事會議決議

一、申請件數及點數計算方式：

(一) 透析、代辦、轉代檢及以下其他部門，其件數及點數排除，定義如下：

1. 代辦案件：

(1) 門診案件分類：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA、DF。

(2) 多氯聯苯中毒之油症患者：部分負擔代碼為 901。

2. 其他部門：

(1) 居家與精神疾病社區復健：門診案件分類為 A1、A2、A5、A6、A7。

(2) 居家醫療照護整合：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 EC。

(3) 提供保險對象收容於矯正機關者之醫療服務計畫：特定治療項目代號(一)~(四)為 JA、JB。

(4) 末期腎臟病前期(Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 K1。

(5) 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)為 EB。

3. 轉代檢：

(1) 轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN_ID_MARK)為 5、6(費用年月 107 年 12 月 31 日(含)以前)。

(2) 醫令清單段醫令調劑方式欄位代碼為 3(接受其他院所委託轉檢)、5(接受其他院所委託代檢)(費用年月 108 年 1 月 1 日(含)以後)。

(二) 非屬醫院申報者不計：交付機構(如特約藥局、物理治療所、病理中心、檢驗所等)申報之案件，其件數及點數一律不計。

(三) 下列案件之件數及點數均排除不計：

1. 重大傷病(含罕病)案件：部分負擔代碼為 001。
2. 轉診案件：
 - (1) 轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件：部分負擔代碼為 A30、B30。
 - (2) 轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1。
 - (3) 經離島醫院診所轉診至台灣本島門診及急診就醫者：部分負擔代碼為 008。
3. 視同轉診案件：部分負擔代碼為 A31、A40、B31、B40。
4. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)：特定治療項目代號(一)~(二)為 G9 案件。
5. 西醫醫療資源不足地區改善方案-醫院部門：特定治療項目代號(一)~(二)為 G5 案件。
6. 論病例計酬案件：門診案件分類為 C1。
7. 愛滋病案件：門診案件分類為 E2、E3。
8. C 肝案件：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 H1 或 HE。
9. 論質計畫且慢性病未穩定案件：門診案件分類為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份小於 3 個月(<84 日)。
10. 主診斷為類流感案件：依疾管署定義 ICD-10-CM 代碼前三碼為 J12、J13、J14、J15、J16、B25、A37、A22、B44、J17、J18、J09、J10、J11。
11. 急診案件：門診案件分類為 02。
12. 門診手術案件：門診案件分類為 03。
13. 轉出(實際下轉成功)案件：醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」(01034B、01035B)診療項目案件且勾稽到轉入院所申報對應之 01038C「接受轉診診察費加算」者。

(四) 慢性病連續處方箋調劑(案件分類為 08)、診察費為 0 案件、補報原因註記為 2(補報部分醫令或醫令差額)之件數不計。

二、核減方式：按季結算，並自 108 年第 1 季執行。

(一) 基期期間：106 年。

(二) 不予核扣：

1. 106 年該院符合納入計算範圍之門診件數占該層級件數小於等於 0.50% 者(以小數點第五位四捨五入計算)，不予核扣。

2. 該院 108 年當季未超出 106 年當季門診件數之 96.04% 者，不予核扣。

(三) 該院 108 年當季超出 106 年當季門診件數之 96.04% 者，核減方式如下：

1. 該院 108 年當季門診每人次平均點數 \times (該院 108 年當季門診件數 - 該院 106 年當季門診件數之 96.04%)。

2. 該院 108 年當季門診每人次平均點數 = 該院列入計算之當季醫療點數(申請點數 + 部分負擔點數) / 列入計算之件數。

備註：

1. 本案所指主診斷係指門診醫療服務點數清單段「國際疾病分類碼(一)」。

2. 類流感案件依疾病管制署公告，路徑：統計資料\傳染病統計資料查詢系統\常見問題\健保次級統計資料使用疾病別 ICD 代碼對照表。

3. 視同轉診案件依全民健康保險轉診實施辦法規定。

4. 每季月末之次月底前受理案件，納入當季統計(如費用年月為 107 年 7-9 月，於 107 年 10 月 31 日前受理者納入第 3 季)，未於前開期間受理者，則依受理日納入所屬季別計算。

※全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議 108 年第 2 次會議與會人員發言摘要

主席

今天召開今年第 2 次醫院總額研商會議，謝謝大家撥冗參加。先向大家介紹 2 位健保會代表，第一位是邱寶安代表，邱代表是代表中華民國職業總公會，第二位是林錫維代表，林代表是代表全國勞工聯合總公會，歡迎二位代表。

本會上次會議紀錄確認

主席

請代表參閱前次會議紀錄，從第 4 頁到第 9 頁的部分，如果沒意見，就確認前次會議紀錄。今天議程有報告事項 5 項，討論事項 1 項。首先進入報告事項第一案。

報告事項第一案：本會歷次會議決定事項辦理情形(略)

主席

好，一共有 3 項，前 2 項是解除列管，第 3 項繼續列管，請問大家有沒意見？如果沒有意見就進到報告事項第二案。

報告事項第二案：醫院總額執行概況報告(略)

主席

好，謝謝，這次的執行概況報告非常的詳細，過去委員一直希望我們備註欄裡面增加的數據，這次都有很努力把它補齊，讓大家不用一一詢問，包括醫師數、床數，還有院所數通通有標註，還有大家認為地區醫院可不可以分出社團法人、財團法人、公立跟一般，這次也都分出來，希望委員能夠更理解各個面向的資訊。另點數的成長率，門住診是地區醫院成長率高非常多，醫學中心跟區域已經持平，還有藥品跟特材費用貢獻度較高，最主要是新藥跟新特材越來越多，確實會造成這種影響，住診的占床率也沒有再成長，也有趨緩，不過我們新床還在不斷的增加，新醫院越來越多，這一季中區還增加 641 床，這都是新醫院的貢獻，台北區也有 389 床，多數是新醫院增床，還有原來的醫院也有擴床，好，請問大家有沒意見？蘇代表再來謝代表。

蘇主榮代表

最後 1 張簡報門診件數在這次的門診減量部分，看到醫學中心跟區域醫院的貢獻度是負的，我們希望從這裡看到這些病人往那裡去，可否能夠補充減量的病人是否往基層、地區醫院移動，這個部分的成長的情形是怎麼樣，可以嗎？

主席

謝謝，接下來，請謝代表。

謝武吉代表

PowerPoint 第 17，門診費用的成長率解構，每次就醫費用成長 5%，到底是什麼原因之下會成長那麼高，給我們了解一下，還有就是愛滋病，林委員和邱委員 2 位是健保會的委員，對於愛滋病的費用一定會特別注重，我們的成長率 14.4%，雖然剛剛說只有九百萬而已，這個錢我們還是一定要瞭解，到底健保署出這錢有意義嗎？可以說出一個定論嗎？希望健保署可以研究一下，愛滋病再這樣搞下去，10 年後 1 個月預計要多出多少錢？我們是非常注重的；還有 PowerPoint 第 31，對於 C 肝的用藥，才 3 個月我們的執行率就已經達到 60.3%，這樣成效已經是太高了，是不是我們把他的規範的太鬆，這不曉得有沒有關係，在醫療上我是希望每季等量增加，不要一下衝到 60.3%，下個月 C 肝的人還要等，在管理上是不合邏輯，這一點在這裡建議一下，謝謝。

主席

謝謝謝代表，請劉代表。

劉碧珠代表

主席，各位委員好，我接續蘇委員的問題，請教簡報第 37 頁門診減量的件數，看起來區域醫院大概有五分之一之醫院有 14 家是沒有達標的，在今年第一季這 14 家沒有達標的醫院不知道區域的分布是在那些地區，這 14 家醫院一共被核扣多少費用，這些醫院所核扣下來的費用對點值的貢獻度有多少，這個數字可以不用呈現醫院名字，他們對點值的貢獻度應該占了不少功勞，這些被核扣的醫院個別醫院的點值變化又是如何，以上這些資料可能要請署裡面協助提供，當然可以不用提供醫院名字，以上。

主席

謝謝劉代表，請李代表，再來林代表。

李偉強代表(張德明代表代理人)

碧珠提的問題看起來其實一邊減量，另外一邊增加很多，點值已經告訴我們第一季點值不好，臺北業務組原始點值 0.79 多，浮動跌破 0.8，顯然看起來配合政策某些達標了，但點值方面還是有很大的問題，各區都一樣，臺北業務組看起來更慘，更何況剛剛主席補充台北跟中區的病床數增加很多，病床數的增加勢必會產生另外一些後續效應，而且餅又沒有變大，所以今年後半年會很辛苦，以上。

主席

謝謝，再來請林代表。

林錫維代表

主席，在座各位午安，有關剛才謝代表談到健保會對於愛滋病整個費用憂心忡忡，看到愛滋病費用一直在增加，甚至現在同婚的可以登記為夫妻，也通過了，對於愛滋病是否會有增加的趨勢，既然愛滋病一直增加，國健署也不納入相關費用來補助健保費，疾管署我們也應該向他反應，要有相關的措施，或者應該修法，不要一直再用健保資源，我也希望健保署這邊能夠再深入跟醫院結合來探討是否會再增加多少費用，應該要提前來做預防措施，讓整個社會了解愛滋病整個對醫療費用的提高，甚至影響健保費率跟部分負擔的問題，我希望這邊能重視，來研究定位要明確，不能一直放在健保費來支付，這是第 1 點，以後有其他的問題再請教，謝謝。

主席

謝謝林代表，請李代表。

李偉強代表(張德明代表代理人)

請教一個問題，看整個第一季數字，整體成長大概 3 點多%的成長率，每年健保會討論隔年預算時，差不多每一年費用成長接近在 4% 左右，第 1 季成長率沒有超過當初健保整體成長率，照理說點值應該不會變差才對，因為沒有超過，可是現在預算有這麼多成長率也抑制下來，為什麼我們的點值一直往下掉呢？到底是第一季分配的錢稍微不是那麼多，還是怎麼樣？我想了解大體的數字，為什麼第一季數字那麼難看，我記得以前曾經講過點值掉到某個標準以下，要啟動特別的機制，現在各分區攤扣攤的很凶，這個數字看起來比較接近真實的情況，真實的情況是很多醫院受浮動點值影響比較大，對小醫院比較大，其實第一季是很難過的情況，我是請教第一個原因，第二個如何避免第二季再發生類似的情況，謝謝。

主席

謝謝李代表，再來謝代表。

謝武吉代表

不好意思我補充一下，PowerPoint 第 22 頁，整體藥費應該包括剛剛林委員錫維講的，包含 C 肝及愛滋等藥費在裡面，才變成 63.7%，這裡要請醫審要幫忙醫管這邊，醫審在共同擬定會議特材和藥品費用，我們現在要求 3 到 5 年，因為第 1 年費用會比教少，第 2 第 3 第 4 年差不多不到第 5 年，以後是不是拜託醫審提送資料，成長率為何成長那麼高，其實醫審那邊也要補充資料給我們醫管這邊，到底藥品及特材費用如何成長，不要醫管全部承擔這些的責任，背負跟被罵的責任，

建議要求醫管，要求蔡副署長這邊要求那邊（醫審）提供資料，謝謝。

主席

好，謝謝，還有謝代表，然後申代表，謝謝。

謝輝龍代表

感謝醫學中心和區域醫院確實門診件數有降下來，我們很好奇減少件數病人到底到那裡去，到目前為止所有社區醫院沒有感受到轉診對社區醫院帶來增加病人的好處，這個統計起來，社區醫院的成長率只有十幾趴，事實上我們很清楚，社區醫院有些是龐然大物，龐然大物對社區醫院的成長是不可諱言，這是第一點；第二點請教第 8 頁，雖然地區醫院家數有增加，但有些是區域醫院因為 2% 減少下來以後，他們降下來當地區醫院，區域醫院老大哥降下來當地區醫院，未來會有更多區域醫院降下來，這個前提之下我不知道對整個未來健保的衝擊到底有多大，這一點署裡面也應該要去面對區域醫院未來降級到地區醫院後，對整個臺灣醫療分布、對健保整個費用衝擊到底會有多大，這一塊是不是應該有一些因應措施，讓我們事先去防範，不然減 2% 的部分再繼續下去，區域醫院受不了就往地區醫院降級，降下來部分不知道對地區醫院的衝擊有多大，以上，謝謝。

主席

好，謝謝謝代表，再來申代表，再來林代表。

申斯靜代表

主席，代表區域醫院針對於簡報第 37 頁我想要確定一下 106 年這個數字是不是有誤植，應該是 107 年，還是 106 年，我想基期的計算過程是不是可以再加註，門診減量其實是從去年 7 月 1 日才開始，我們在評比的時候一直在跟 106 年比感覺好像是很有成效，實際上各層級在做減量過程其實也是從去年 7 月分才開始，如果我們去評比 106 年的話，這樣成長率是不是能夠很客觀代表說我們的成效很好，是不是註記上可以增加這樣說明，以上。

主席

謝謝，林代表第二次發言。

林錫維代表

第二次發言，有關第 10 頁病床的增加，增加對被保險人是好事，不管什麼病都能夠找到病床，常常有人請我們幫忙找病床，為什麼病床一直在增加，一般健保病床還是很少，現在增加的這些到底是屬於那一種病床，這些病床是否符合現在一般健保病床，或是其他特種的我們不知道，我們希望增加的病床是否符合社會需要的病床，是否能更明確的說明是增加那些疾病用的病床，是否能夠讓我們進

一步了解，請主席裁決或做個說明，謝謝。

主席

好，謝謝林代表，其他還有沒有人有意見？張代表。

張克士代表

首先，我要跟付費者及邱代表跟林代表說明一下，我們現在資料看到地區醫院病床數及家數仍在增加，會誤以為地區醫院很好經營、還在成長，其實不是。這些大部分都是財團、體系或者醫學中心的分院，不是真正傳統的地區醫院，例如，這次公佈資料增加的有台大、中國附醫、彰基、慈濟等這幾家醫學中心的分院，還有區域醫院轉成地區醫院。在落實分級醫療壯大社區的政策目標下，我們希望讓真正的社區醫院能夠壯大以方便民眾，而現在萎縮倒閉的還是真正的地區醫院，這也可以看出，地區醫院仍面臨經營上的困難需要政策上予以幫忙，這點我要跟兩位付費者代表報告，讓您們對目前的實際狀況能夠瞭解。

第二點，李偉強代表剛剛提到的台北分區原始點值是 0.7954，其實中區更差，只有 0.7882，這裡也要跟兩位付費者代表報告，其實我們現在資料看到的預估點值，大約就是實際的點值狀況，因為點值很差，所以會透過各種方式，雖然這也是必要的措施，例如各項核減與攤扣等，去調整與改善點值，最後才會讓中區浮動點值提升到大約 0.85-0.86，平均點值大約 0.92，可是中區原始點值大約 0.78，台北大約 0.79，就是現在資料看到的這個預估點值，其實就是最原始且實際的點值狀況，也就是說，實際上點值真的非常差，只好再這邊扣一點、那邊扣一點，才能勉強拉到最後公布的浮動點值 0.85 多、平均點值 0.9 多，但是實際狀況是很嚴重的，所以我同意李代表所說的，台北區、中區需要再想想有沒有其他的措施能夠改善，我相信，其實台北區與中區業務組已經很努力想要維持點值的穩定，但結果就是如此，所以點值的問題需要我們共同去重視而設法加以改善。另外，以目前平均點值大約 0.9 多，其實，地區醫院一定比這個更差，因為平均點值是把這些浮動的去乘以佔率，再加上保 1 的，保 1 的醫學中心佔率比較高，所以地區醫院的點值會比真正公布的還要更低，以台北分區來講，浮動點值是 0.8 多，這讓很多地區醫院都很難存活，中區其實也差不多。再次強調，其實健保署在台北區與中區都已經很努力，但是結果還是不如人意，這是我們必須共同面對與解決的問題，我想讓兩位付費者代表能夠瞭解，尤其地區醫院的生存真的很不容易。

謝文輝代表

如果在 84 年開辦的時候開始-2%政策，其實那時候病態已經出來了，病人不分大

小病都往大醫院，如果那時候就有執行，今天如果控制成長率的話，健保會給的成長率差不多，大家的點值可以在1點1元，浮濫的醫療行為也會少，社區醫療也比較可以壯大。好可惜，我們慢了20幾年，表面上看成長率也已經只有3.6%，那為什麼中區和北區點值還是這樣差，就是因為這20幾年轉眼變成這樣，現在已經快來不及。

劉碧珠代表

費用成長裡面，主要是在特材貢獻度，而且是連續好幾季都這樣，我們都沒辦法看出特材的成長貢獻度，是量的成長還是價的成長。在健保給付條件及項目放寬下，我們也都知道署有努力，但是由自費改為健保後，價格就是壓不下來，可能廠商利潤好，但相對於特材的利用與貢獻度，相較於其他診療費、診察費的貢獻度，兩者的差距，對醫療從業人員相當不公平，健保資源耗用，到底是誰拿走了那塊餅，請署提供特材到底成長在那？那一類特材在增加？還有量的增加？可能過去只占費用的10幾億，可事實上連續一兩年成長下來，會壓縮到我們醫療專業從業人員。

謝孝佳代表(朱益宏代表代理人)

第37張投影片，門診件數變化，件數欄位我覺得可以增加人數，因為件數降，可能是改慢箋2個月、3個月，如果實際人數降的話，就像區域醫院代表提出來，想要看到降了之後人跑到那裡？可以再做追蹤。

吳淑芬代表

第31張投影片，針對專款列管費用，有罕病、血友病、HIV部分，有關這一個項目，因為同婚專法通過了，剛剛付費者代表也有提到，我們也非常憂心，是否可以列管這個費用，這些個案會不會造成健保非常大的負擔，這個金額大約是152億，可否再稍微明確一點，因為整個費用還包含罕病、血友病，實際上看不出愛滋病的費用，可否在每次開會，顯示愛滋病的費用是否有明顯成長？

申斯靜代表

投影片第37張投影片，我們可以證明門診減量這個政策實施算達標還是沒有達標？因為我們還是要去檢討，如果成長率有下降，但費用無法控制，政策是否要去修正。一年以後是不是有達標？5年要降10%，我們第一年就降5%，平均5.1%，是不是到10%以後就要停止？從長官這邊做一個結論會比較適當。

謝孝佳代表(朱益宏代表代理人)

地區醫院是否有成長？實際人數要下降到地區醫院，如果只是用件數來看的話，大家只是表面上連續做五年。實際人數沒有下轉到地區的時候，做10年也沒有

達標。所以要實際人數要下降到地區醫院才算有達標。

主席

請醫管組回應。

醫務管理組劉林義專門委員

- 一、 投影片的 37 頁門診減量的部分，我們呈現件數統計，是因為依據健保會協定內容，區域級以上醫院門診減量措施，自 107 年起以 5 年降低 10% 為目標值，108 年「門診件數」應持續降低 2%，決議並未要求降低「人數」，且人數可能會跨層級，在歸戶的時候會較難，可能一件在醫學中心，下一件在區域醫院。
- 二、 目前成效是看整體分級醫療成果，尚未單獨對於門診減量做更細部的追蹤，代表所提的減量後的流向可以於下次會議上再報告。
- 三、 至於未達標與達標家數為估算值，正確數據需等到正確結算值出來，再跟大家確認，目前依據申報資料來看，第 1 季醫學中心 19 家都有達標，區域醫院 69 家有 55 家達標，另外 14 家未達標，初估 14 家醫院，總計約核扣 1.16 億，最多的第一名核扣約 6 千萬。

醫務管理組李純馥組長

- 一、 大家對於愛滋的部分非常重視，在報告事項第 3 案，會議資料頁次報 3-2，有呈現愛滋等分項費用，請大家參考。104 年修法過後是 2 年後持續服藥病人，才會由健保支付，106 年 2 月起愛滋確診服藥後滿 2 年的案件，由健保專款項目支付，106 年有申報的人數約 19000 人、107 年約 22000 人，有一定程度的增加。這部分會再跟疾管署溝通看如何減少，不過依疾管署說明，如果這些人持續服藥將不具傳染力，可以控制疾病散播。
- 二、 李偉強代表提到點值很低，請翻到第 5 張預估點值，今年第 1 季整體浮動點值 0.82，去年 0.80，其實是有成長的；今年第 1 季整體平均點值是 0.89，去年同期是 0.886，整體因為預算跟費用成長比較趨緩，點值也是有上漲。
- 三、 另外，林錫維代表所提很多人找不到健保床，健保法有規定公立醫院健保床占率要有 75%、私立醫院要有 60%，至於這些病床是那些病床，要下次分析，病床也與目前十大死因相關，像癌症等對於占床都有影響，但目前癌症病人治療也趨向於門診治療，所以占床率的部分多少也跟科技的發展有很大的關係。
- 四、 另外 C 肝部分謝委員提到是否為 indication 太鬆，有實證顯示如果可以及早服藥，不要等肝臟病變才開始服藥，對病人預後比較好，新藥開發服藥

人數增加，可以讓更多病人受惠。

- 五、另外，有代表反映地區醫院個案數流向沒有大幅成長，但我們在分級醫療成效的數據，可以看出在地區醫院跟基層診所的就醫占率是上升的，醫學中心跟區域醫院是下降，我們沒有在研商會議上呈現，但每次健保會報告都會報告這些數據。下次可以放在研商會議的簡報當中。
- 六、另外，很多人問到每件費用成長很高，每件費用成長 5.1%，因支付標準調整、醫療服務密集度、新藥新科技都會影響，我們會持續監控。

主席

- 一、愛滋病或是新藥、新特材費用貢獻度高，但都有新醫療科技預算來源，新的預算列為專款，不夠就不夠，有上限額度。剛才謝武吉委員有提到，新醫療新科技預算均追蹤 5 年，看實際申報數跟原來預算數的差別，同意謝代表所說，以後把 5 年的追蹤也納入本報告呈現。本報告所有數據均以申報數呈現，這些貢獻度高所增加的預算，是有額外預算來源，並不會排擠其他服務之費用。
- 二、第二點，愛滋病成長，愛滋病條例修改為確診後服藥滿 2 年以後的費用納入健保，這也是在健保會上討論過的，目前愛滋病人數每年有 10% 成長，每年新病人雖有下降，但累積人數仍上升。人數由疾管署管控，藥品單價可否減價，我們最近有討論，看可否減少整體藥品負擔，不過這部分預算仍是屬於專款。
- 三、第三點 C 肝部分，請看到第 31 張投影片，確實第 1 季執行率達到 6 成，今年預算有 65 億，預計可能會在 9 月份全部用完，但我們希望 C 肝病人可以在 2025 年 80% 病人可以得到治療，所以現在正在研議 9 月之後，C 肝病人要怎麼處理。
- 四、再來門診減量 2%，在健保會報告中有病人流向報告，下次會議我們會把相關數據重點放入投影片，門診病人減量有些是整合醫療、有些是直接減診，目前總人次是持平，也代表過去我們的病人看太多了。門診減量 -2% 代表區域醫院跟醫學中心減量，到地區醫院的病人也不少，不過有些代表說有些地區醫院的增加是因為區域醫院轉為地區醫院的貢獻，原有的地區醫院是否有接到病人，當然也有。今年的門診減量目標值要 -3.96%，理論上還要下轉到基層，所以基層也占一部分，雖然大家達標，但病人的流動確沒有顯著，基層院所也有反應，基層院所 11000 家，所以有很多診所反應沒有接到下轉病人，地區醫院有很多醫學中心跟區域醫院的醫師到地區醫院支

援，支援的診次也貢獻到地區醫院，這是很複雜的流動，一部分是病人的流動，一部分是醫師的流動帶動病人的流動。不能很狹隘的看-2%的病人到那裡，它不是唯一，有非常多管道引導病人達到分級醫療效果。

五、最後是106年基期值，以今年來看是108年對106年，連續兩個-2%，也就是-3.96%，必須到第5年-10%，概念還是一樣，與106年(基期年)做比較。點值部分，整體成長率沒有很高，且與總預算成長率相當，點值應該差不多，事實上看備註2，點值是差不多的，如果再經過核減、-2%等管理措施，才是真正公布的點值。

謝武吉代表

我建議下一次可以增列一個代位求償的項目，把勞保職災還有車禍，每次車禍求償都被保險公司拿走，健保署只拿到一點點，很無理。或是像高雄氣爆、火災發生爆炸，像這種代位求償下次可不可以呈現？下一次啦，這一次是沒有辦法。

主席

謝謝代表建議，不過本會為醫院總額研商會議，代位求償業務非本會權責，代位求償在健保會討論較為恰當。

謝武吉代表

可以啊，再拜託兩位付費者代表。

主席

那就在健保會做追蹤管考。

林錫維代表

健保會負責提案。

主席

謝謝。

醫務管理組李純馥組長

補充說明，剛才14家的分布，是區域醫院未達標，台北有4家、北區6家、中區2家、南區2家。

主席

與會代表還有意見嗎。

張國寬代表

補充說明，C肝的第1季雖然用6成費用，但是5月以後新個案成長已經緩和下來，看到新藥治癒率這麼好，根除率達97-98%。所以當病人還沒到肝硬化以前治療好，是可以根治的，對於未來節省下來的醫療費用是很可觀的，尤其是肝硬化、

肝癌等等。

劉碧珠代表

我想在確認一下，臺北區是 4 家、北區 6 家、南區 2 家、中區 2 家嗎？我們想瞭解各分區核扣點值，跟剛才講到因為核減對點值的貢獻度，還有醫院自己因為核扣，各家的點值影響變化有多大，這部分請署再補充。剛才提到第 1 名的醫院扣了 6 千萬，6 千萬對一家醫院來說，這樣的數字，影響很大，對整體總額可能影響不大，對點值的貢獻度相當高，它自己實際的醫院點值如何？這個數據請再補充給我們。

申斯靜代表

我想再確認第 37 頁的文字，符合-2%的範圍的件數，108 年 Q1 較去年同期下降，所以是跟 106 年基期比？還是跟去年同期？

主席

投影片 37 張的同期寫錯了，更正為 106 年(基期年)。

申斯靜代表

第二點我想確認我們一直強調門住醫療費用成長中，藥費貢獻度這麼高的情況下，藥費目標制的成長，對醫界在經營管理裡頭另一個很大的傷害，我不曉得藥費的貢獻度，有沒有造成藥費目標制超過過去的情況，是否可以補充？

主席

謝謝兩位，其他資料會後補充。申代表有關 DET 的部分那是另外一個制度，扣除專款的藥費、但是很多新藥在 DET，但是 DET 超過的部分，依現行規則去做藥價調降，但它的效果第一年還是由醫療費用處理，隔年才調降藥價。

主席

剛剛劉代表提到北區有一間醫院扣得特別多，資料會後再補充；另外申代表所提的藥費目標制，那是另外一個制度，是扣除一些專款的藥費，但很多新藥是在 DET 裡面，但超過 DET 之後的核扣就是另外一部份，要去做藥價調降，所以當然會影響，但就是第 1 年是由醫療費用處理，隔年才會調降藥價。好，大家還有沒有問題？來，謝代表。

謝輝龍代表

我剛剛提問的還沒有回答，就是區域醫院降級成地區醫院，對整個台灣健保及醫院的衝擊，我想大家回答不出來，但是署裡要去做評估，要給我們一個比較明確的答案，要想辦法讓每家醫院都可以維持原本的等級，這是健保要去做，但是在環境面每個醫院都很難經營的情況下，這樣的生態一直在改變，大家要去評估。

另外一個，剛剛也是一直在強調的，減 2% 之後，這些病人有轉到基層診所或地區醫院，也有統計資料，但我們是希望看到統計裡面，是不是所有的降級醫院有轉診，但是轉到自己的體系裏面，還是轉到那裡？是不是署裡面下次將這些統計資料讓大家知道？我們自己就感受到，轉出去的是多，但轉回來的就沒有，我們也感受到很多醫院不斷擴增，像是中國現在有新竹分院，雖然我們跟他們是夥伴醫院，我們轉出去的越來越多，但今年確實轉回來的越來越少，是不是真的是因為所有的都轉到自己的體系裏面？那署裡面就要去檢討這樣的政策是不是對的，應該是要把病人就近照顧，這觀念一定要落實，如果我們轉出去的病人之後都沒有回來，我想這不是好的醫療生態。

主席

好，很多代表都有提到區域醫院降級成地區醫院的問題，的確去年有 2 家，這也是錯綜複雜，區域醫院-2% 大家覺得有壓力，地區醫院的待遇也比以前好，這幾年因為地區醫院的訴求，有很多支付的誘因，區域醫院就會在這裡兩相比較，我們也不樂見這些區域醫院降為地區醫院，但有時候是現實考量。依據部長指示醫事司，250 床以上的醫院是區域級，在評鑑的時候應該有所考慮，這是醫事司的權責，健保是接受端，不是決定端，如果各位代表有參加醫事司評鑑相關的會議，可以在那些會議上表達，會比較有效果。這個報告就到這裡，相關會後補充的資料請再補充，相關會議議程要再增補的，我們記錄下來。

報告事項第三案：醫院總額 107 年第 4 季點值結算報告

主席

第 3 案是有關去年第 4 季的點值結算報告及專款執行情形，大家有沒有意見？

謝武吉代表

這裡要拜託林委員及邱委員，107 年第 4 季被核扣 1.55 億，這不是我們不努力做，這是因為第 1 季通過的事情，可能第 3、4 季醫院才有辦法開始執行，可是健保會委員都說這些錢要扣掉，這對醫界很不公平，很沒道理，不應該扣掉。為什麼剛開始我就說要有 3-5 年的數據，因為這樣我們才不會在這中間吃虧。這個 1.55 億今天就這樣確定，就不用再說了，但明年以後拜託不要再來這套了，留給我們一點生路。

主席

謝謝，大家還有沒有意見？我補充一下，去年 107 年特材沒有導入，1.55 億要扣除這件事情，沒有不合理，原因是 107 年爭取預算時的確有爭取新特材的專款預

算，那這個預算因為 107 年特材共擬會議開的不是很順利，很多新特材都沒有通過，沒有通過就沒有支用，所以會有這樣的狀況。今年以來會議比較順利。再來，新特材的導入基本上就是 A 特材進來，那今年增加多少個案是用最大值把預算保留下來，並不是用實際支用人數的預算，所以會發生第 1 年可能只用了 10% 預算，但是剩下的 90% 依然是放進去總額了，將來要追蹤特材 5 年預算使用情形，1.55 億是沒有用完的預算才收回，並沒有不合理的地方。今年的特材共擬會議已經比較順利，所以編的預算執行率也會慢慢拉高。還有沒有其他意見？沒有的話，第 3 案報告案就確認點值，接下來第 4 案。

報告事項第四案：108 年醫院醫療給付費用總額分配之點值結算方式報告

主席

今年結算有些複雜，請醫管組說明。

醫務管理組李純馥組長

今年比較特別的是，除了剛剛大家討論的 107 年特材導入後沒有實施要扣回 1.55 億，今年會以四季攤扣的方式，在每季基期做扣減，108 年結算最主要不一樣的是在第 4 點，過去北區調了 R 值之後，造成東區的衝擊，所以 108 年經過醫院協會內部多次討論後，有個風險調整的移撥款 1.5 億，是採四季均分的概念，原則上也會有公式去做分配；另外比較不一樣的是今年有一個頻寬補助的專款項目，這裡面也會做標註，那醫療利用及密集度改變的 0.42 億元，是分級醫療的醫院附設門診部原在基層申報，要回歸原在醫院申報，所以有擴編預算調控，南區則是斗六慈濟診所變成醫院，也有在擴編預算裡，108 年主要是以上這些項目。

主席

今年相對比較複雜，經過說明之後，各位代表應該還記憶猶新，都是大家經歷過的過程。特別是有些診所回歸醫院，相關預算都是回歸到該分區預算，有些-2% 的結算也都是回歸到該分區。還有頻寬補助的部分，確實是直接支用掉了，一定會用完，超過也不會再撥用，不會排擠到其他費用。好，有沒有意見？如果沒有意見，報告案第 5 案就確認。

報告事項第五案：108 年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式

主席

有關第 5 案提到的是警消、海巡、空勤人員，可以看報告 5-3 頁的函釋，沒有打

算擴大，至少這新的方案，可以到榮民醫院、軍醫院、部立醫院、台大雲林、縣立連江這幾個醫院就醫是免部分負擔的，事實上這些人到醫院免部分負擔，原醫院還是要吸收掛號費，這是國家政策，比照軍人待遇，已經由行政院函復，至於公立醫院協會有提出來這些人不要算在-2%裡面，這部分因為本方案自5月1日才開始，究竟衝擊有多大，我們也要等數據出來再說，大家有沒有意見？來，謝代表。

謝文輝代表

這個議案讓人非常不齒，其實私立醫療院所協會沒有盡責，是他們敦促李彥秀委員召開協調會，協調的內容沒有像這個寫的這麼不清楚，因為也不敢寫清楚啦，行政院長官說的很明，這就是要買票，他沒說，這是我講的，大家聽了就覺得是買票，他說其實他們有調查，所以他們知道，知道才可惡，不知道我們就說他是傻。要照顧警消，有些警消在山邊、在海邊，看病都是就近就醫，部份負擔是要節制健保浪費，該看的才看，這個方案是有抵觸健保法的精神，行政院的想法是因為他們認為年金改革得罪到這些人，在選舉前應該要做些補貼，補貼的結果，他們算了算，是有算計的，全部警消就近就醫，也很符合分級醫療，但這些費用算起來，大概會增加至4-5倍，因此本來只打算比照軍人，但國民黨立委提出全國有很多地方沒有軍醫院、榮民醫院，所以當時才把部立醫院放進去，這樣算起來只要2億左右，這樣是真的有心照顧警消？原本就近、方便，就這樣看醫生，因需要經費高達8-10億，所以這個政府是無錢假大扮、真的是虛情假意，只是為了討好民眾，說要照顧，其實根本就沒真正籌足錢處理問題。這裡有私協名譽理事長，謝武吉理事長，要回去叫現在的理事長站出來，要看看有沒有公道，因為警消看病就跟一例一休一樣，本來沒有大家就照常態看醫生，現在有了就會多利用，你覺得原本在山上，會為了部分負擔跑來山下台中看？沒有，所以本來不怨嘆，現在全部都怨嘆，警消們都在罵，所以這真的是很落漆的，這個政府實在是沒事找事，私協也是沒路用，所以請名譽理事長要回去跟現任理事長說要有氣魄，要把真相給這些全台灣警消看看。

主席

請問還有代表有意見？

謝武吉代表

這裡有2個名譽理事長，都姓謝，還有一位是私協名譽理事長的太太在這裡。其實私協有這個氣魄去跟李彥秀委員講這件事情，我就很佩服朱益宏（私協理事長）了，我真的覺得我們政府很不要臉，你有能力做就全部都做嘛！為什麼排除私立

醫療院所，不能來服務這些警消呢？這有圖利之嫌，圖利公立醫療機構，所以不要排除私人院所，應該要全部都來照顧，包括退輔會、診所、地區醫院、區域醫院，不是公立的都能來看醫生，為什麼要獨獨控制這些警消海巡人員？這是限制他們的自由權，自由就醫權，所以應該要嚴厲譴責他們！提這個案子實在是很不要臉，那蘇主榮委員也可以回去告訴先生啦。

主席

請張代表。

張克士代表

雖然前面 2 位私協名譽理事長都說了，但我還是覺得不吐不快！選舉到了，各種荒謬的政策就會出來，據瞭解，優惠對象大約 30 幾萬人，不能說影響不大。前面提到一個重點，病人看病最好要有可近性，如果他已經在某個醫院看得很好，這個政策是要他換醫院看嗎？優惠對象既然是病人，那為什麼要限制去那家醫院，這實在沒有道理。否則，政府如果可以下一個命令去限制病患就醫的地方，那假設政府規定病人只能到公立醫院，全台的私人醫院不就全倒了，這是一個資本主義、民主制度的社會嗎？當然，這不是健保署的政策，健保署是非戰之罪，不能怪健保署。另外，我們也要想想，會不會有不當的誘因去刺激消費的問題，因為不用部分負擔的費用，可能就會造成一些病人不必要的就醫，這是大家不樂見的。

主席

好，還有其他意見嗎？

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

報告 5-8 頁，轉出的排除條件，前次會議有決議體系互轉不給轉診費，但體系轉出也很努力，因為有些病人忠誠度高，在轉出過程中他還是比較相信自己體系的，因為個案不多大部分還是轉地區或診所，這個部分既然不給轉診費，那是不是轉出案能夠排除？因為門診減量對我們而言，多一個 CASE 就要減 2-3 千多元。另今年多了一個整合模式，要求醫學中心每天開 2 診，因為這是新的診也會創造需求，這個診的病人是不是也能排除？另外我們有轉出的個案很多是滿穩定(例如：B 肝個案)，因為現在很多地區醫院、診所也有超音波，我們也願意轉出，可是轉出過程中因為他需要 6 個月追蹤 1 次，診所他們接到這個 CASE 也不能申報，像這類病人署內是否可以特別考量，例如 B 肝個案 6 個月才追蹤一次，可以特別放寬轉診單期限，因為轉診單超過 90 天就失效，無法配對成功。

主席

謝謝，廖代表

廖振成代表(程文俊代表代理人)

請教報告 5-7 頁，轉代檢定義因申報格式在今年有變更過，大家可以看 3(1)調劑案件註記 5、6 算法，今年應該用 3(2)算法，清單醫令改成 3、5。我們院內有試算，好像第 1 季沒有用新的定義去計算，這部分再請署本部協助確認各分區給醫院的數字，是否已用新公式計算？

主席

好，沒有其他意見，請醫管組先回應。

醫務管理組劉林義專門委員

因轉代檢計算方式有改變，第一季我們是從寬認定，2 種都認定，只要有申報第 1 或第 2 種，我們都予排除，這是沒有問題。第二有關整合門診，我們的用意是希望醫院把多重慢性病人整合成一個診次，病人應該還是你原有病人，雖然開設整合門診但重點應該在院內忠誠、多重慢性病人，例如他原本看 6 次，現在整合成 1 次，應該是門診診次會下降。我們所說的區域級以上門診減量，可以採用二種方式，一種是用下傳，一種是整合門診方式。

另外有關實際下轉成功案件，我們的確是用醫令勾稽，為非同體系醫院，我們是依循共擬會議決議，因為當初考量同體系可能有轉來轉去問題。

主席

轉診單期限呢？

醫務管理組李純馥組長

這要再研議，因為轉診應該是病情需要，如果半年後才要就醫，這個轉診概念就沒有那麼強，這是訂在轉診辦法，若要改變會涉及修法，這部分要再跟上級長官社保司溝通。

主席

好，謝謝，謝代表。

謝武吉代表

我們年輕時就知道，多氯聯苯中毒之油症患者(報 5-7 頁)，現在叫做米糠油，請說明到底我們現在米糠油的患者有多少？我是聽說大部分在中部發生，患者大部分都是在中部，我們有沒有去要求代位求償？雖然我們沒有權利，是不是順便建議 2 位委員把米糠油列進代位求償的案子，聽說他們子孫現在都還吃香喝辣，是不是順帶建議。

主席

好，謝謝！

羅永達代表

這個案子在談門診減量那些案件要排除，實際上我們當初已經把合理門診量 7.8 億先暫緩實施，這個問題就如同健保署的擬辦，未來可能會有很多例外，這些例子如果沒有數據就無法談，如果有其他建議，希望署方先把數字拿出來，看看有無必要性，否則例外的比例內的多，可能會與原始政策不同，當時原政策是希望每年減 2%，事實上現在全部加起來才 1% 多，因為很多案件後來一直排除，當時的規劃在暫緩合理門診量，當時已經減掉 7.8 億，搞不好那些加起來都不到這個數字。我算過這次門診減量的數字是減掉 53 萬件。剛有提到每件大約 2,500 元，事實上並沒有那麼高，很多病人轉到我們醫院都是來換藥的，他持有轉診單，但一般門診手術病人，會讓醫學中心或區域醫院單價變高的那些病人，他們都不會轉下來，事實上轉到地區醫院的單價並沒有那麼高，最後二者相加減後是多少錢，是否以後談到類似狀況時，請署先提供數據給我們做參考。

主席

謝謝羅代表，還有嗎？

劉碧珠代表

我反而期望是剛剛署方可以針對羅委員剛剛對付費者發言做回應，如果沒有說明，那請解釋一下。剛剛說轉下轉案件 53 萬件，平均核扣費用並不是羅代表所說轉下去都是輕症或扣幾百塊，我們核扣費用是用醫院的平均單價在扣，我覺得要釐清，說明上有各自立場，這樣的核扣對區域醫院來講是重的，例如我都不算慢箋病人，事實上我不用扣那麼高點值，我覺得署方應該幫醫院作補充說明。

主席

來，蘇代表

蘇主榮代表

這個議題是在說核扣減量的看法，區協該反映的也說明了，剛剛議題提到軍公教要去那裡看診問題，2 位謝委員抱怨這荒謬政策，我想現在政府荒謬政策不只一件，包括 2% 減量 5 年要 10% 的決策是否正確，可能也是荒謬的，我們希望病人清楚小病在小醫院看，大病在大醫院看，但每一個患者都把它生命當成最寶貴，不可能擋下每一個人的腳，今天他想多花一點錢去看病，你拿他是沒辦法，反過來叫醫院不要幫我看診這是不可能的事，你這個政策的荒謬性就在這，我們也沒有辦法訴求區域醫院甚麼，因為我一直在強調有些地方是沒有地區醫院而只有基層診所，你叫病人往那裡去看診，他會留在醫院是因為醫院有設備、檢查，診所

是沒有這些設備，他沒有地區醫院選擇，那你要叫這幾家區域醫院怎麼辦，我們區域醫院已經反映過，也是沒用，這個政府我們還要信任甚麼東西。

主席

好，謝謝。

謝文輝代表

我認同碧珠委員所說，因為我們現在核扣是超過的案件以門診平均點值來核扣，不是用實際數，我想醫院除非你很大牌你就不想甩這個政策，不然醫院會把它超過部分用排序，低的會自動斷頭，應該一般醫院是這樣操作。不然就像剛剛長官說的，他原本看很多科就把它整合，這樣也可以減量。第二，有些換藥費用都很低，掛號櫃台會註明這比健保部分負擔還低，你就直接掛自費，案件數就會減少。另外一個，費用真的超過，就用剛剛提到把排序最低的案件去斷頭，不會讓他用平均點值去扣，現在醫院能做的就這些，相信長官也很清楚。其實我們現在談的重點是，當時部長所談的政策(每年要降 2%)定義是全部都要算，是大醫院你的門診原本是 100 件，現在要降到 98 件，其實我們執行政策已經很照顧我們醫院這些兄弟，稍微給他打折，就是把應該在大醫院看的都把它排除，剩下的來減 2%，所以大家應該要偷笑了，大家要體認長官的照顧，這個政策依蘇執行長是說荒謬，我也尊重，因為各自立場不同，但我是覺得不荒謬，可惜沒有達成 100%執行率，醫院協會大小都很和諧，基本上不要再去挑戰這個政策，說降 2%其實不到 1%，不要讓大家都下不了台，見好就收，我的建議是這樣。

主席

好，羅代表。

羅永達代表

剛我所說的邏輯應該也沒有錯，第一，區域醫院以上減少件數，我當然了解現在健保署是按照沒有達標醫院的平均費用部份去計算，可是現在各院減少的數量單價有沒有那麼高，這是二回事，就像很多醫學中心病人轉到我們醫院這邊換藥，單價絕對不會是 2000 多元，如果他沒有轉下來被核扣就是 2000 多元，這是不一樣的概念。目前減掉的是件數不是金額，件數減下來相對單價是比較低，我們剛剛有提到減 2%政策前已經把合理門診量 7.8 億暫緩實施，以後我們做一些事情時候應該要把它納入統計，讓在座委員瞭解這與 7.8 億對醫學中心或區域醫院影響有多大，我只是要澄清我剛剛所說的，以上。

主席

謝謝，還有嗎？我先說明原案是警察、消防、海巡、空勤，目前行政院方案是限

於榮民醫院、軍醫院、部立醫院、縣立連江，但這些義警消是分布在全國各地，如果這些人還是維持其原有就醫模式，小病就在附近看，自己是要付部分負擔，但有大病或轉診至指定醫院才能免部分負擔。這個方案會不會某種程度讓原本就近看病的人還要跑到公立醫院那邊去看，這是未知的，因為病人也有一定的時間、交通成本，也沒有那麼方便，所以我們才會說5月1日生效，現在我們公立醫院協會訴求把減2%排除，還要觀察實際數據後再處理，以上補充說明。

另外，剛剛提到減2%，其實每個人都說的對，通通加起來就是現行的政策，原本政策是區域級以上醫院門診人次減2%，確實是整體門診人次，但是要減的很多可能有些減不了，所以我們就會有一些排除項目，所以已經把減2%打折，這也是事實，又要減量的2個層級也很不舒服，所以訴求門診合理量暫緩實施，所以也實施了，接下來減2%要如何扣，因為是人次減2%，所以要減的是點數所以要有單價，因為單價不知如何計算，大家協議用平均費用，大家也同意用這樣操作，像剛剛羅代表說沒有錯，但是扣下來的錢還是留在該區的總額做重分配，所以大家不要覺得是誰吃虧或占便宜，只是重分配，各位代表回去算算大家的現金流量即可了解，因為醫院總額這幾年成長率的確是高的，所以一來一往對大家的營運是沒有很顯著差別，確實我們希望大醫院可以減少負荷、醫護不要過勞，多點心力去照顧重症患者，這是最大的目的，小醫院藉由病人的流動，經營上比較餘裕，這讓大家都可以共存共榮，體系才會達到平衡。

最後區域醫院一直在訴求，某些特定區域醫院一定要持續減2%這件事，今年大概會這樣持續執行1年，部長也有交代去思考區域級以上醫院減2%衝擊，我們的支付標準調整應該要多元兼顧，所以不久的共擬會議會請教各位今年的非協商因素，有關支付標準調整要如何調整，會安排會前會討論方案內容，大概有40幾億非協商因素款項，希望能夠再做重分配，對於大家不足部分及支付標準項目調整，請大家一起集思廣益，這個案子討論到這裡，原來訴求的內容都有回應，大家有沒有其他意見。

謝武吉代表

米糠油的人數。

醫務管理組李純馥組長

剛剛有洽國健署，這是代辦，目前1,895人，因為他除了第一代之外，他會遺傳到第二代。去年下半年門診人次為10,957人次，費用大約136萬，其實費用並不多。

主席

謝謝，如果依謝代表所言要代位求償，營業單位都沒了就沒對象，很難去追溯，好，接下來是今天討論事項。

討論事項第一案：增修「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2. 專業醫療服務品質指標一項「失智者使用安寧緩和服務病房使用率」

主席

好，請政富專委補充。

醫審及藥材組曾政富專門委員

請看討 1-2 頁表格，這項指標是配合衛福部長期照護司失智症防治照護政策綱領暨行動方案裡面的工作項目而提案列入醫院總額品保方案指標，操作型定義日前有詢問台灣精神醫學會，該學會建議原列診斷碼 F01-F05 修改為 F01-F04，經比對確實 F05 也不是失智症，而是生理引起的瞻妄，原則我們尊重精神醫學會的專業，修正為 F01-F04。另外，依此定義初步估算指標比率為 0.65%，分母失智症病人大約是 19 萬 9 千多人，107 年一年內有住進安寧病房病人大約 1,288 人，還是有一定人數在利用安寧病房，以上說明，謝謝。

主席

謝謝政富專委說明。先補充一下這是監控指標，考量現在在推行 ACP 與安寧，這些病人也希望他們好好走完一生，雖然醫院協會表達不同意增列，我們還是提到這邊來集思廣益一下。分母是這些失智症病人，約 19 萬 9 千人，已經利用安寧的約有 1,288 人，請問大家有沒有意見？

廖振成代表(程文俊代表代理人)

這項指標其實失智症病人使用安寧緩和病房才 1 千多人，也集中在大型醫院，或性質上比較特殊，有特別提供照護的醫院，不是每個醫院都有提供相對應的服務；再說如果放到整體監控指標裡，變成用部分醫院的表現解讀所有醫院，覺得並不是很適用；是否要限定於失智症族群使用安寧緩和病房可能也要再思考，在分子定義以及適用醫院代表性上都還要商確，希望署本部再多思考。

林代表錫維

以被保險人立場來說我是支持的，做事起頭難，還是要有個開始。剛剛講到不只有失智症才適用安寧病房，如果有進一步分析還是可以納入，沒有開始監測就不會有檢視的機會；雖然癌末病人同屬安寧適用範圍，但是失智末期可能非常嚴重也很可憐，希望做了以後再檢討指標(定義)或是再做分級，謝謝。

謝代表輝龍

剛剛想到社區醫院幾乎都沒有安寧緩和病房，如果把這一項列為院所指標，社區醫院應該都拿不到。要照顧失智病人還是要大家一起來做，只侷限在安寧緩和病房使用上好像有點小，應該要擴大到居家安寧等等都可以包括在內，這個定義上可能還要再做適當定義。

醫審及藥材組曾致富專門委員

今天長照司有派人列席，請問主席是否要請他們發言說明？

衛生福利部長期照顧司葉青宜

說明失智政策綱領 2.0 之研擬過程，係參酌 WHO 公布之「2017-2025 年全球失智症行動計畫」內容，於 107 年初邀集行政院 8 個部會，及本部相關司署召開兩次跨部會會議討論，並經公文往訪收集相關意見後，於 107 年 6 月公布，並同步發函失智政策綱領之辦理單位。

今日討論之工作項目 4.1.5C，是屬衡量指標「4.1-5 失智症病人接受失智症安寧緩和服務的人數」的參考工作項目，健保署為該指標的協辦單位，主要就提升晚期失智症之臨終照護品質，所以有這個工作項目，並排入今天的會議討論。

主席

謝謝說明，請問大家還有意見嗎？

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

醫院協會已經討論過失智病人不一定要使用安寧病房，這個指標可不可以暫緩一下？

主席

今天討論的是品質確保方案，無關錢的分配，大家可以不要擔心；再來是品保方案反映的是總額內的品質因素，失智綱領關心的是失智病人，想要在品質確保方案找到一個可以呈現失智症照護的指標，考量品質確保方案已經有非常多指標，這次雖然只提議要新增一個指標，但綜整各位代表的意見包括分子定義要再修正，只有安寧緩和病房太狹隘了，我們真正推廣的居家安寧反而不在裡面；考量失智症綱領是部裡交辦下來的，讓我們再研議一下指標要怎麼訂，分子是否應該要包含居家安寧，修訂分子定義後可能不適合放在醫院品質確保方案，我們會等定義修訂後，另外找適合的地方新增本指標，這樣可以嗎？今天就開到這裡。謝謝大家。