



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 1 次臨時會議資料

107 年 1 月 24 日 (星期三)  
本署 18 樓禮堂

107 年「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」  
第 1 次臨時會議議程

壹、主席致詞

貳、討論事項

|   |        |
|---|--------|
| 一、107 年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年之 98%，超過部分，按該院門診每人平均點數，不予分配之執行方式 | 第 1 頁  |
| 二、地區醫院訴求設立地區醫院總額  | 第 15 頁 |

參、臨時動議

肆、散會

## 討論案第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關衛生福利部核定 107 年醫院總額事項「107 年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年之 98%，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配」之執行方式，提請討論。

### 說明：

- 一、依據衛生福利部 106 年 12 月 28 日衛部健字第 1063360185 號公告，為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，107 年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年之 98%，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。以五年降低 10% 為目標值，並定期檢討。
- 二、推動分級醫療為衛生福利部既定政策，其中「調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務」為策略之一，爰於 106 年總額中，協定醫學中心及區域醫院初級照護服務量不得超過 105 年之 90%，復於 107 年總額中，指示醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%，以推動區域級(含)以上醫院門診減量。
- 三、本案依部指示方式，擬定相關執行方式如下，提請討論：

#### 甲、件數及點數計算方式：

(一) 不屬醫院總額內之案件，其件數及點數一律排除：如透析、代辦、其他部門及轉代檢，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) 醫事服務類別 50 (檢驗所)且「案件分類」欄位為「2」(成人預防保健第一階段)、醫事服務類別 30 (藥局)且「案件分類」欄位為「5」(協助辦理門診戒菸計畫)。

## 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(一)~(四)為 EC。

(3) 矯正機關：特定治療項目(一)~(四)為 JA、JB。

(4) 末期腎臟病前期(Pre-ESRD)：門診案件分類為 E1 且特定治療項目(一)~(四)為 K1。

3. 轉代檢：轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN\_ID\_MARK)為 5、6。

(二) 交付機構及病理中心案件，其件數及點數一律排除。

(三) 另慢性病連續處方箋調劑(案件分類為 08、E3)、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。

(四) 其他排除項目之件數及點數均不計：

1. 重大傷病(含罕病)案件：部分負擔代碼為 001。

註：有關重大傷病編碼方式，依本署 106 年 10 月 6 日發布之「全民健康保險門診醫療費用申報診斷碼編碼指引」辦理(附件 1-1)，其主、次診斷皆不符合重大傷病證明所載之疾病或提供與該疾病相關治療，不能申報部分負擔代碼 001，如經查核確有不符部分負擔申報情形，將依相關規定論處。

2. 轉診案件：轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件(部分負擔代碼為 A30、A31、B30、B31 或轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN\_ID\_MARK)為 1)。

3. 視同轉診案件：部分負擔代碼為 A40、B40。

4. 山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS 計畫)：特定治療項目(一)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(一)

G5 案件。

**乙、核減方式：**

- (一) 基期期間:以 106 年 1 月至 12 月為基期。
- (二) 核減方式:按季結算，以該院當季超出基期 98%之件數乘上該院當季門診每人次平均點數。
- (三) 該院當季門診每人次平均點數，以該院當季醫療點數(申請點數+部分負擔點數)/上述件數計算之。

**丙、個別醫院部分：**

- (一) 考量有些醫院門診件數已不高，建議該院排除不屬醫院總額及說明三、(二)(三)(四)之門診件數占該層級件數小於一定比率，則不予核扣。
- (二) 以 105 年資料分析，小於等於 0.50%(以小數點第三位四捨五入計算)符合醫院共 15 家(醫中 1 家、區域 14 家)，其中區域醫院全年門診件數低於 16.2 萬件，平均每日門診量約 520 件(全年以 365 天-52 天星期日=313 天)，不予核扣。

四、試算資料如附件 1-2，另檢附醫界相關建議如附件 1-3。

**決議：**



## 討論案第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：地區醫院訴求設立地區醫院總額，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險會 106 年 6 月 23 日召開第 3 屆 106 年第 5 次委員會議，由謝委員武吉基於分級醫療政策推動等，建議研擬設立地區醫院總額(附件 2)，該會決議為由本署召開會議研議可行性。
- 二、本署業於 106 年 7 月 19 日邀集專家學者、台灣醫院協會、各層級協會、醫師公會全國聯合會及付費者代表召開會議，與會代表已充分表達意見，其中各層級保險醫事服務提供者表達兼顧各層級重要性、專家學者及付費者表達關心整體醫療制度及資源分配等看法，對於是否設立地區醫院總額無一致共識。
- 三、本案經向健保會報告結果，因代表要求應再多溝通並蒐集意見，爰再於本會提案，請代表對設立地區醫院總額之可行性表示意見。
- 四、彙整 7 月 19 日會議代表意見摘要如下：
  - (一)地區醫院家數日漸減少，建議應以保障點值或獨立總額方式予以保障。
  - (二)各層級間關係為分級還是合作體系?該分幾個層級?各層級又該如何運作?
  - (三)各層級醫院提供之醫療服務重疊性高，切割不易，如將地區醫院獨立總額，其醫療服務與預算如何切分。
  - (四)配合分級醫療，可考慮地區醫院與基層合併總額之可行性。
  - (五)當總額越設越多時，應整體考量對健保之影響。
- 五、依本次會議結果彙整意見後，提供健保會參考。

決議：