

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

102 年第 4 次會議紀錄

時間：102 年 11 月 20 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：蔡主任秘書淑鈴

紀錄：張桂津

出席代表：

吳代表玉琴	請假	童代表瑞龍	童瑞龍
陳代表幸敏	陳幸敏	洪代表冠予	洪冠予
吳代表志雄	陳瑞瑛代	林代表芳郁	陳雪芬代
孫代表光煥	請假	楊代表育正	林富滿代
謝代表文輝	請假	翁代表文能	郭正全代
黃代表遵誠	黃遵誠	郭代表守仁	莊春珍代
朱代表益宏	請假	邱代表仲慶	邱仲慶
游代表漢欽	請假	賴代表文德	陳建立代
洪代表政武	洪政武	高代表瑞和	請假
張代表克士	張克士	賴代表振榕	賴振榕
羅代表永達	羅永達	郭代表義松	請假
謝代表景祥	謝景祥	陳代表威仁	蘇美惠代
蕭代表志文	請假	張代表澤芸	張澤芸
謝代表武吉	謝武吉	蔡代表明忠	蔡明忠
趙代表有誠	趙有誠	陳代表宗獻	請假
張代表煥禎	劉碧珠代	蔡代表魯	請假
周代表思源	周思源	蔡代表淑鈴	蔡淑鈴
吳代表文正	吳文正	梁代表淑政	梁淑政
陳代表誠仁	請假	謝代表天仁	請假
蘇代表清泉	蘇清泉	盧代表瑞芬	盧瑞芬
吳代表鏘亮	吳鏘亮	黃代表立民	請假
吳代表進興	吳進興		

列席單位及人員：

衛生福利部

衛生福利部全民健康保險會

台灣醫院協會

劉玉娟

魏璽倫

何宛青

周雯雯

張櫻淳

吳心華

林聖捷

	許嘉惠	王秀貞	
中華民國醫師公會全國聯合會	陳思綺		
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	曹昭懿		
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	請假		
中華民國藥師公會全國聯合會	王韻婷		
本署台北業務組	許寶華	蔡翠珍	
本署北區業務組	許菁菁		
本署中區業務組	陳雪姝		
本署南區業務組	李建漳		
本署高屏業務組	許碧升		
本署東區業務組	羅亦珍		
本署醫審及藥材組	郭垂文		
本署資訊組	姜義國		
本署醫務管理組	林阿明	李純馥	張溫溫
	王淑華	黃信忠	甯素珠
	廖子涵	楊耿如	洪于淇
	李健誠	鄭正義	

一、主席致詞：(略)。

二、確認「本會 102 年第 3 次委員會議」會議紀錄

決定：確定。

三、報告事項

(一)案由：本會 102 年第 3 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

(二)案由：醫院總額執行概況報告。

決定：

1. 有關醫院與基層成長率互有消長部分，下次會議時將醫院與基層就醫人數與件數之風險變動納入報告內。
2. 餘洽悉。

(三)案由：102 年第 2 季醫院總額點值結算報告案。

決定：醫院總額 102 年第 2 季點值確認如下表，並依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

年季	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
102Q2	浮動點值	0.8916	0.9631	0.9311	0.8750	0.9313	0.8472	0.9062
	平均點值	0.9393	0.9588	0.9557	0.9296	0.9537	0.9113	0.9447

(四)案由：訂定 103 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議之時程案。

決定：103 年會議時程為 2 月 26 日、5 月 28 日、8 月 20 日、11 月 19 日與 12 月 3 日(臨時會)，請各代表預留時間。

(五)案由：101 年「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果報告案。

決定：洽悉。

(六)案由：修訂「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」報告案。

決定：洽悉。

四、討論事項

(一)案由：103 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施案。

結論：

1. 俟衛生福利部公告 103 年醫院總額協商成長率後，提下次會議討論。

2. 其中偏遠地區醫院認定原則第三點分區認定原則乙項，因涉及各分區管理，將請各分區考量轄區預算及特性，於103年1月底前提供修正意見及符合認定原則之醫院名單，由本署彙整103年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」(草案)，提本會議103年第1次會議報告後，報請衛生福利部核備後公告實施。

(二) 案由：研訂103年「醫院總額品質保證保留款實施方案」案。

結論：同意依102年計畫內容，修改年度與部分文字說明後，103年持續辦理，詳附件1；並依行政程序辦理相關公告事宜。

(三) 案由：修訂「103年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(草案)」案。

結論：

1. 將西醫基層與醫院兩部門之方案合併為同一方案，除修改年度、項次、加強或合併兩方案文字說明外，修訂重點摘要如下，詳附件2：
 - (1). 103年度預定公告之施行區域，醫院33個。
 - (2). 巡迴區域修訂為於同一分區業務組內得跨鄉鎮(市/區)、跨縣市，不得跨健保分區。
 - (3). 每診次平均就醫人次與處置之規定，原執行本方案滿3個月，巡迴點每診次平均就醫低於8人次(不含)，暫停該巡迴點服務，修正為低於5人次(不含)。
2. 依行政程序辦理相關公告事宜。

(四) 案由：有關於本署網頁定期公開醫學中心各醫院之相關急診品管指標案。

結論：為有效紓解急診壅塞情形，本署配合衛生福利部之政策方向，於每季結束2個月內將各醫學中心急診轉住院暫留急診48小時以上案件比率結果，公布於本署全球資訊網；俟本次統計資料完成，先函送醫學中心協會，確認數據沒有問題後，再公告於本署網站。

五、與會人員發言摘要，如附件3。

六、散會(下午4時30分)。

一、報告事項第一案「本會 102 年第 3 次委員會議結論事項辦理情形」 與會人員發言摘要

主席

本案為「本會 102 年第 3 次委員會議結論事項辦理情形」，請各位代表表達意見，若沒有意見，本案洽悉。

二、報告事項第二案「醫院總額執行概況報告」與會人員發言摘要

主席

本案為醫院總額 102 年第 3 季執行報告，請各位代表表達意見。

郭代表正全

1. 門診藥費成長 11.1%，成長貢獻度 64.8%，可能跟慢箋量多有關，健保署也有進行管控，上次醫界也有提出調整慢箋的部分負擔，但是消費者反對；雖然有進行藥價調降來控制藥費，但以長庚體系來看，癌症用藥第 1 年增加 11%，第 2 年增加 16%，因此門診藥費一直增加；藥費增加不全是醫界的問題，跟健保署醫審及藥材組藥品開放程度也有關。
2. 住診特材費用成長 6.8%，成長貢獻度 22.1%，如果全部的特材都要納入健保給付，難怪住診特材費用節節升高。
3. 另有關替代率，健保署之前都說 8 成，是否有實證資料？101 年新增支付標準預算約 3 億元，101 年支出 0.13 億，102 年上半年即支出 3.3 億元，這樣算替代率就是 50%？
4. 往年談完協商，協商與非協商因素成長率談定無法改變，但是看 102 年第 3 季的預估平均點值為 0.90，很可能會再往下，希望未來協商時，除了考慮協商與非協商因素，應該把點值校正一併納入考量。
5. 當時李玉春老師進行總額規劃時，即有訂定當總額點值浮動超過上下 10% 時，即要檢討，或許是調降支付標準；總額制度，本來就有檢討的機制，之前亦曾經檢討過。

羅代表永達

1. 請問 102 年支付標準調整預算 50.5 億元，在預估點值時是否納入？
2. 第 3 季中區預估浮動點值是 0.81，但看中區醫療服務成長也沒有太高，表現還不錯，之前還可以維持 0.83，可是第 3 季變低了，變成是六區倒數第 2，請說明。

謝代表景祥

1. 有關血友病的醫療利用，有 56 個人平均每人每年要 2,000 多萬，生命是無價的，但維持生命是有價的，死亡率降低，當然大家高興，但是另一方面，健保與醫界做得愈好，財務負擔也就愈重；近期觀察，慢性病部分(三高與糖尿病等)亦有雷同情形，本院成立糖尿病照護網，病人規則服藥率由 3 成提高至 7 成，也使用療效較好的藥，因此藥費增加了，品質愈好，卻造成健保財務負擔加重。這樣的議題，應該讓民眾多瞭解，要花多少錢買服務；這群人藥費這麼高，協商時也要讓委員知道。
2. 一年 2,000 多萬，也就是 3 個月要花 500 萬，聽說台大請病人心臟 pump 自費也要 500 多萬，何種給付應該納入健保範圍，似乎值得討論。
3. 上次新聞報導，慢性病要開始收部分負擔，但是健保會沒有通過，有點可惜；目前點值已經降到 0.81，如果再下降，中小型的醫院經營會更困難。

陳代表雪芬

1. 102 年成長率為 5.861%，是包含支付標準調整的成長率，請說明結算時如何處理。
2. 第 3 季預估門住診浮動點值約 0.8，如果把門住分開，住院浮動點值應該只剩約 0.7 吧，請以後將門診與住診分開計算後呈現。現在住診的點值都比門診低，一定要好好思考這個問題。有些人認為維持 45、55 比例有辦法來可以處理這個問題，但是這幾年看下來，門住診一起結算，造成實際拿到的預算收入結構，今年上半年已經是門診 57%，再下去，可能不用到兩年就會變成 60% 門診，40% 住診。當初有說會利用支付標準校正門住診，看來並沒有這樣的情形，我建議要有改變，不然醫院住院的成本負擔會愈來愈重。上上次也有提供點值增減超過 10% 就要啟動檢討，但是也沒看到什麼行動。

陳代表瑞瑛

1. 罕病藥費 20 多億，上次開會提到要決定健保的費率時，有提到罕病的藥費從菸酒捐來，好像有 200 多億元，那如果扣掉這 20 多億元，剩下的錢是做什麼，請說明。
2. 協商 103 年總額時，醫界都沒有自尊，而健保署代表都沒有說一句話，連健保署的意見都被拿掉，如果當初健保署有提供這樣的資料，醫界就可以據理力爭。

謝代表武吉

感謝健保署提供這麼多資料，有進步，所以說我們醫界對健保署的苛責也是必要的，這樣健保署才會進步，不過這些資料應該是在總額協商之前就提供才對；

1. 102 年 7 月至 9 月醫院件數成長率是 3.4%，基層是 -1.9%，是否有管控？是醫院愛看病嗎?! 可以讓我們休息嗎?! 老是說我們是血汗醫院，那可以讓我們休息嗎?! 假日、夜間與颱風天休診?!
2. 藥費成長率為 11.1%，貢獻度為 64.8%；但是看 99 年新特材新增 11 項，99 年 2.5 億，101 年為 3.9 億；100 年新特材，增加了 4 億多；99 年新藥，由 99 年 11 億，101 年增為 20 億，100 年由 4 億到 14 億；不只新藥，每年藥費都在成長，應該要 5 年報告乙次，97 年度就應該要提供，但現在才給，而且健保署還說用藥品項沒有減，難道這些藥，都是醫院吃掉的嗎?! 有關資料，應該忠實呈現給付費者知道；藥費成長高，應該要好好檢討一下。特材問題，郭正全委員已經提了，我就不重複。
3. 有關初核核減率，門診區域醫院 3.24%，地區醫院 3.16%，住診區域醫院 3.25%，地區醫院 3%，我不太相信，之前在健保會也曾提過，健保署就連「審查會」都可以刪掉了，叫我們如何相信，審查醫師的個性不一定，也要檢討，還把審查委員會刪掉，這是不對的。
4. 有關新醫療科技，包括藥品、特材、新增項目預算，100 年 9.3 億，101 年 9.9 億，102 年 13.49 億，合起來 32.09 億，你們給我們的成長率真的有這麼多嗎? 不能只有算 1 年，要算好幾年，100 年新增的項目，其預算有考慮到 101 年、102 年等之後的成長嗎?!

- 5.我們對罕病與血友病的發言，並非是苛責這些患者1年藥費使用27億元費用，這項於103年總額協商付費者與醫界是有共識的，但健保署提供的數據正確嗎?!健保署在103年醫院總額協商時都沒說一句話，請問健保署是抱著怎麼樣的心態?!應該要向全體醫院部門總額的委員報告才對。

謝代表文輝

有關新醫療科技，包括藥品、特材、新增項目預算，100年9.3億，101年9.9億，102年13.49億，後面也有表說明近三年這些項目的支出情形，請問，呈現這些表的用意是什麼？是看有沒有達到預算嗎？預算編得夠不夠嗎？而且沒有計算替代率，是讓醫界知道沒有吃虧嗎？

主席

各位代表的提問很多，先請醫審及藥材組邱科長垂文就藥品部分先行說明。

醫審及藥材組邱科長垂文

1. 有關新藥新特材部分，歷年協商時所提預算成長，都是以過去5年已經收為新藥的統計，回推協商當年度的預算，替代率亦皆以之前在費協會已決議的數值沿用至今。
2. 本報告內容，乃依本會代表上次會議提議，希望本署細列近三年新藥新特材的新增項目與支用情形，因此本次會議提供相關資料，供各位代表參考。

謝代表文輝

先澄清一下，這些表確認都沒有扣除替代率？那我們100年、101年所編的預算與實際支出情形，是超過還是沒超過？

醫審及藥材組郭科長垂文

以100年來看，新藥預算6.08億元，申報實際值為4.58億。

謝代表文輝

1. 編了6億多，實際只有用了4億多，這樣在法上面有瑕疵。每

年談新醫療科技，都是空白授權，不可能編一個預算裡面沒有內容，惟一沒有內容的是準備金，但是年度結束還是要很清楚交代，這樣是明顯圖利醫療院所，這樣是違法的。現在是醫療院所佔便宜，以後可能就吃虧，這都不是一個永續經營負責的方法；而且這還沒有計算替代率，替代率再算下去，是嚴重圖利醫療院所。

2. 103 年醫院總額協商付費者和醫院的版本一併報部，還沒有核定，應該要據理力爭；新醫療科技未來不知道結果會如何，造成協商時的爭議，大家都各說各話，因此，為了制度的長治久安，為了二代健保的收支連動，收跟支都要確定，像 BC 肝計畫，實際花了 30 多億，預算只有十幾億，這樣的收支連動完全沒有意義，所以，新醫療科技的項目，應該編在其他部門，實支實付，醫院也才不會擔心做的超過預算；要收支連動，就是消費者要用什麼，實實在在去付那些錢；像 Stadins 低密度脂肪由 130 降為 100，說不會增加錢，鬼也不相信，算起來是要二、三十億。所以，新增項目，先放在其他部門，等成熟後再進來，可能是五到六年，這樣才能解決長期違法的狀況。

謝代表武吉

健保署醫審及藥材小組的說明是打馬虎眼，呼攏委員，請問補充報告 PPT9「降血壓新複方」藥費於 99 年 4800 多萬，100 年 1.77 億元，101 年 1.25 億元，這樣的變化是什麼原因?!補充報告 PPT10「早產兒呼吸到融合病毒新成分用藥」藥費於 99 年 200 多萬，100 年 8300 多萬，101 年 1.06 億元，「新成份氣喘吸入劑」由 99 年 590 多萬於 101 年成長為 3.09 億元，「糖尿病新成分新藥」由 99 年 300 多萬於 101 年成長為 3.35 億元，這些成長原因是什麼，要說給我們大家知道呀!!。

劉代表碧珠

100 年預算 6.08 億，如果看 100 年發生，只有 4.58 億，但是它是持續發生，101 年是 14 億，應該是兩個要一起講。

謝代表文輝

這樣不老實啦，都沒有講清楚，這應該在健保會協商時講清楚，讓付費者代表瞭解費用沒辦法預估，預估跟預算差那麼多，應該有一個妥善合理的辦法，這樣對醫療院所很不公平。

主席

科長是否還要再補充說明？

醫審及藥材組郭科長垂文

1. 剛已有說明，報告的表是呈現實際數據，並沒有對數值進行判斷。
2. 表上所列藥品皆為當年度的新藥品，99 年收載降血壓新複方，為降血壓藥加上利尿劑的新複方，99 年上市後申報金額為 0.48 億，隨著年度增加，100 年為 1.77 億，101 年為 1.25 億，臨床醫師都會依相關規定開立處方，本署亦都有定期進行常態分析與合理審查。其它藥品，亦是相同的處理方式。

醫務管理組張科長温温

1. 有關郭代表所提，協商是否另有校正機制部分，本署之職責為依健保會協商結果執行總額之計算與結算作業，建議校正機制部分仍需回到健保會討論為宜。
2. 有關藥費之替代率，目前皆以 80% 計算。
3. 有關慢箋收取部分負擔乙節，前已提健保會討論，惟未獲同意。
4. 預估點值之計算，其預算已先行扣除 102 年支付標準調整的 50 億；以第 2 季結算資料為例，已先扣除 12.5 億元，俟正式公告後，會在該季將預算歸回進行補付與結算。
5. 有關門、住診點值分開計算乙節，本署已例行在每季點值結算時，重新估算門、住診點值，供各位代表參考。
6. 罕病藥費，101 年費用 26 億多元；另有關重大傷病的醫療利用，本署亦定期納入醫院總額研商議事會與本署年報統計內，供各界參考。

陳代表瑞瑛

有關菸酒捐 200 多億元，用於罕病藥費部分請說明。

醫務管理組張科長温温

菸酒捐主要是挹注到安全準備基金內。

陳代表瑞瑛

那天二代健保收支連動開會，你們財務組資料說菸酒捐 200

多億元，用於罕病藥費，那這樣寫得不清不楚。你們補充保費多收了很多錢，對未來是很樂觀，不論消費者或醫界版本，都認為不會超過；可是你看醫界的點值這麼低，這是我那天聽的感想。

主席

請淑華科長說明一下菸捐挹注部分。

醫務管理組王科長淑華

菸酒捐 200 多億元，依法規定，其中 70% 挹注到安全準備基金；5% 是由國民健康署使用，支應未納入健保給付範圍之罕病藥費與相關維生設備、營養品等，大概 1.5 億。

主席

請純馥專委補充說明一下。

醫務管理組李專委純馥

目前罕病藥費，皆由健保基金支應，健保有部分經費是從菸捐的 70% 提撥來的，這個關係是建立在這點上，因此，國健署會認為錢是使用在罕病上；另外的 30%，若有罕病檢驗或藥品健保還沒列入給付，也會從這部分支應，但不會算進健保基金罕病專款的支出，兩者帳目是分開計算的。

謝代表武吉

1. 那天開會，我當場就指出錯誤，可是你們財務組說資料正確，我問是不是一部分，你們說全部，國健署到底拿多少費用？你們也搞不清楚，財務組也沒有說得很清楚。
2. 張溫溫科長的說明是閃躲我的提問，愈是閃躲，我追問就愈緊，究竟基層與醫院的就醫次數、醫師數成長情況是怎樣?! 有關診所與醫院的成長率，診所-1.9%，醫院 3.4%，你們也要報告一下。
3. 對於核減率，我們有所懷疑，健保署該如何讓委員信服?! 要具體且提出實証，這樣也才符合特管辦法的公平與對等!!
4. 本案一開始，我誇獎健保署提供這麼多資料，是講好聽話，如果這樣的資料是我們辦公室提出的，就會被我罵；

新醫療科技費用，就如同謝文輝委員所言，健保署要答覆，但答覆的內容仍舊是呼攏委員，既然要提5年數據，那麼作業就應該要確實。

主席

核減率部分，請醫審及藥材組回應一下。

醫審及藥材組郭科長垂文

謝代表意見，本人帶回瞭解後，再向謝代表說明。

主席

請問，健保會或部的代表，是否有要回應說明。如果沒有，是否有其他代表要再提問？

劉代表碧珠

剛剛溫溫科長有報告50億的部分有先保留下來，請問，保留下來的預算，是否最後會在第4季一起結算？還是最後才回去調整總額？

醫務管理組張科長溫溫

50億部分，目前結算是已先扣減，依照去年的作業模式，101年9月公告後，回溯計算到1月，1至3季之預算於第3季時併計，整體點數一併於第3季時進行補付與結算作業；而該項預算之成長率，則於次(102)年回歸每季一般服務內。

陳代表瑞瑛

是否包括DRGs的醫令也一起調整？

醫務管理組張科長溫溫

上次是依點數的醫令差額進行調整，今年應該也是循此模式調整。

羅代表永達

1. 安全針具 1 至 7 月已經 8 千多萬點，這次總額協商時，醫界方案希望能增為 2 億元，付費者代表只願意維持 1 億元，報告顯示目前預算是足夠的，希望健保署應該幫醫院部門說話，健保署這樣的數字應該提供給消費者，希望明年能調到 2 億。
2. 另急診品質提升方案，預算是 3.2 億元，各季申報點數呈現是「0」，但報告事項第三案點值結算附件卻又是支用，請說明。

主席

先請醫審及藥材組說明安全針具部分。

醫審及藥材組郭科長垂文

之前協商時，本組已提供相關資料，供各代表參考。

醫務管理組張科長溫溫

1. 急診品質提升方案 102 年至第 2 季共計結算 1,456 萬元，剛口頭已有補充說明。
2. 安全針具部分，這是實際申請數，並沒有計算一般針具轉安全針具的替代情形，因此 8 千多萬看起來比較高。當時配合政策推估是 5 年導入，1 年 1 億元預算。
3. 謝代表武吉所提，有關醫院與基層成長率互有消長部分，下次會議本署再將醫院與基層就醫人數與件數成長之風險變動情形，進行報告。

謝代表武吉

因於每月參與藥材共同擬定會議，似乎對醫審及藥材小組已經有感情，請問健保署都有對藥品進行藥價調查，是否對安全針具也有進行調查？究竟醫院現在購買價格是多少，健保署知道嗎？！

醫審及藥材組郭科長垂文

本組特材組會進行相關調查，但是跟藥品調查不同，藥品是所有項目都調查，特材則是每年針對四分之一類別進行調查，

4 年之後整體類別都會調查到，最近調查是否包含空針，我會回去瞭解後，再向謝代表報告。

謝代表武吉

我去評鑑時，有些山區醫院安全靜脈導管買到 27 元和 22 元，算是便宜的，這是元，不是點，你們給我們的是點，我們買的是元；大甲的醫院買到的是 17 元，比較都市的醫院買到 12 元，你們的平均是怎麼計算？要評鑑時，廠商賣的東西都變貴，你們應該要報告這些，可是你們都不報告。太沒道理，欺負醫界也不是這樣欺負的，請問健保署究竟是怎麼算的!!

醫審及藥材組郭科長垂文

有關市場平均價，跟藥品算法相同，各家醫院同一類的東西買的數量不同，買價也有不同，我們會計算調查時間內，各醫院使用數量、購買單價與交易總金額等，再去進行加權平均，當然數量會影響到加權平均，最後會算出一個市場均價，再依調整原則進行支付調整，特材價錢調整的大原則亦是雷同。

謝代表武吉

健保署採用加權平均就是一貫以來的錯誤，每家醫院的縣市位置、採購量，影響其採購價格，應該要多元支付，醫院光是買這個就會倒不能單一價支付。

主席

大家針對執行報告提供了很多寶貴的意見，會請相關單位配合研議。

三、報告事項第三案「102 年第 2 季醫院總額點值結算報告」與會人員發言摘要

主席

對今年第 2 季醫院總額點值結算報告，請各位代表表達意見。

謝代表武吉

1. 浮動點值與平均點值中間，少了固定點值。你們計算的沒有錯誤，但是你們應該去瞭解其中的差異性，瞭解層級差異，給予公平性的補助方式，健保署應該去研究這一套。健保會也要求你們計算每兩個月各區的平均點值和浮動點值，層級間的點值一定會有差異，這樣報告出來的點值比較好看好聽，但事實並不是如此。
2. 在 92、93 年時，有發生一些抗爭行為，所以點值有再補回來，地區醫院點值補到 0.83。記得大約是 93、94 年，我與謝文輝名譽理事長及莊逸洲執行長，一同拜訪當時健保局的劉見祥副總經理，當時我們剛好有上街頭抗爭，所以地區醫院點值就補到平均點值 0.83，之後 2 年做點值結算、追扣，就對醫院收利息。
3. 牙醫總額我有提，也感謝上次溫溫科長有提供資料給我，但是裡面也沒有講到你們有權利可以扣我們利息，裡面都沒提到「利息」，但健保署卻對醫院計收利息，那麼當然醫院也應該向健保署討利息，地區醫院金額小，影響不那麼大，但應該幫大醫院追討、要求。
4. 主席！點值落差要有所處理！此案不是對我交代，我沒有這麼大，而利息計算，是要幫忙醫學中心這些老大哥、老大姐爭取。
5. 現場有好幾位當時也都有在場，那時候結算點值拖了兩年，還對我們扣這 2 年的利息，這些利息應該要討回來。
6. 第 2 季是到 6 月，現在已經是 11 月，等錢撥下來已經是 6 個月，你們當初有扣利息，這 6 個月也是健保署對醫療費用的分期攤還，難道不用算利息嗎？！

主席

如果大家沒有其它問題，「102 年第 2 季醫院總額點值結算報告」確認，並依規定辦理結算。有關謝代表所提，請相關同仁於會後補充，讓謝代表瞭解。

謝代表武吉

1. 請說明固定點值與浮動點值的差異性，你們要怎麼樣讓它比較公平？
2. 關於利息的問題，請說明。

主席

有關層級別固定點值的比例的資料，署應該可以提供給各代表參考；利息的部分，請醫務管理組再說明一下。

醫務管理組張科長溫溫

醫院申報醫療費用至本署，依規定先給予暫付，核定後會再核付，最後結算時，會以結算與核付的點值差異進行追扣補付，有關暫付與核付，前已跟醫界有共識，儘量是採補付方式，不要前面付比較多後面再追扣，會造成比較大的困擾，93 年即因有追扣情形，開會決議採比較保守的方式處理，暫付時以最近一季結算點值的 9 成進行暫付，或以不高於 0.9 進行暫付，據我所知，本署並沒有因此要求醫院要給利息。

醫務管理組林副組長阿明

1. 有關利息，是因為當初某些醫院追扣金額過高，一時無法交回追扣款，因此與本署協商採分期償還，才有分期的利息，目前一般的追扣與補付，是沒有計算利息的。
2. 如果大家認為追扣補付時利息應該計入，應該也要有法源依據，本署才能執行。

四、報告事項第四案『訂定 103 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議之時程案』與會人員發言摘要

主席

103 年會議時程為 2 月 26 日、5 月 28 日、8 月 20 日、11 月

19日與12月3日(臨時會)，請各代表預留時間，若各位代表沒有意見，本案洽悉。

五、報告事項第五案『101年「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果報告案」與會人員發言摘要

主席

101年醫院總額品質保證保留款4.6億元，已於102年10月底核發完畢，若各位代表沒有意見，本案洽悉。

六、報告事項第六案『修訂「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」報告案」與會人員發言摘要

主席

IDS計畫已修訂公告，102年12月底屆期者，辦理公開徵求，各醫院若有興趣，可以洽詢本署各分區業務組，若各位代表沒有意見，本案洽悉。

七、討論事項第一案『103年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施案』與會人員發言摘要

主席

本案為『103年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施案』，請各代表表達意見。

郭代表正全

103年醫院總額協商結果到目前尚未核定，有關藥品與特材

是否保障每點一元，目前尚未決定，是否等核定後再議。

謝代表武吉

血品處理費每點一元，請問在健保法那一條有規定？

醫務管理組張科長溫溫

之前某一年的總額協商，為了保障血品，已經將血品保障每點一元的差額預算滾入總額基期，因此，目前血品皆保障每點一元。

主席

請問，部的代表是否要補充說明一下？

梁代表淑政

之前在那一年費協會協商時，已經包含這部分差額的預算，也逐年都在實施血品保障每點一元。

謝代表武吉

你們是台北看天下，我們是坐井觀天，我有血品單位的朋友，層級不是太高，但也透露一些消息，血品單位的福利是很好的，我在這邊給你們一點提示，提出是不希望又被詬病!!

主席

請問，其他代表還有沒有要表達意見？

陳代表瑞瑛

103年總額還沒有核定，目前依法規定的，醫材是費用，不是點數，所以藥費保障一點一元，那藥事服務費為什麼可以保障

點值我們不知道；另外，醫材如果是費用，應該也要納入保障，醫界建議編列 20 多億元，建議把它納進來，保障一點一元，所以今年大概都不能確定。

主席

請問，其他代表還有沒有要表達意見？原則上，現在列的五項是確定的，但是特材不確定，另藥事服務費部分，請問其他代表是否要表達意見？

醫務管理組張科長溫溫

藥事服務費從以前就有共識，保障每點一元。

賴代表振榕

藥費跟藥事服務費並沒有掛鉤在一起，藥事服務費是以處方張數來算，藥是以品項數來算，藥用多用少對藥事服務費都沒有影響，之前的會議大家有共識將藥事服務費保障每點一元，這項應該是可以確定的。

。

陳代表瑞瑛

法上有規定的一定要給予保障，法上沒有規定的，就要協商。醫材本來就應該每點一元，因為沒有編預算，又吃掉我們 20 幾億元。現在是我們要編預算，可是消費者又不同意，健保署又不講話。藥事服務費沒有法源依據的，這個要協商，醫事服務費是用勞力的，那醫師的診察費是不是也要保障每點一元？現在是 200 多點，如果浮動 0.82 的話，只有 100 多點。

醫務管理組林副組長阿明

藥事服務費在醫院部門保障每點一元，當時是因為藥師大部

分在醫院部門，基層部門的藥事服務費是採浮動，在醫院部門也經過好幾次的討論，才決議藥事服務費保障每點一元，如果沒有很大的變動，建議藥事服務費維持保障每點一元。

郭代表正全

對的事情還是要堅持，藥事服務費維持保障每點一元是合理的，醫師診察費保障每點一元也是合理，但是目前沒有的情況下，不能把合理的事情再拉回來。醫界目前的目標是特材，這要等衛福部核定下來。

賴代表振榕

我記得也是 101 年的這場會議也是談到藥事服務費要採浮動，剛剛郭代表講的沒有錯，專業服務不應該打折扣，診察費也應該要保障每點一元。如果真的藥事服務費要改浮動，那建議健保署要重新衡量，調劑費要怎麼算，如果浮動的話還要逐項算加護病房、出院準備等藥師臨床服務費用，那算出來就不只每點一元。

謝代表文輝

1. 浮動點值不合理，像醫師的診察費，是專業的服務，醫界應該爭取全部都固定點值，醫療服務怎麼可以打折，每一個都要成本。醫院每年 300 多億點，是做沒有錢的。
2. 三個層級的醫院，都有它的必要性和功能，目前固定點值都是用齊頭式的，這是不公平的，在地區醫院，看中小病是天經地義，區域醫院和醫學中心，也有它的功能；理論上，我認為應該追求一個，固定點值比率，應該大家都一致，就是立足點的公平；目前固定點值的比率，地區醫院都比醫學中心、區域醫院差，做一樣的工作，可是地區醫拿的錢比較少，主秘是管理的專家，應該替我們想一想，那些是區域醫院應該做的，給它加一些固定點值，那些是地區醫院應該做的，

給它加一些固定點值，讓大家的固定點值都到 40%，讓所有的層級都在同一個立足點。

醫務管理組張科長溫溫

目前大家看到的是一般服務裡的保障項目，但還有其他保障措施，例如「醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」，103 年編列了 8 億元，主要是用在鼓勵偏遠地區醫院，101 家裡面大部分都是地區醫院，102 年參與的 66 家醫院裡，就有 62 家地區醫院，點值都給予保障每點一元，但是在醫院總額一般部門裡可能看不到，可是實際上是拿到每點一元。

主席

本案因涉及特材每點一元是否要納入保障，俟衛生福利部公告 103 年醫院總額協商成長率後，提下次會議討論。

八、討論事項第二案『研訂 103 年「醫院總額品質保證保留款實施方案」案』與會人員發言摘要

主席

103 年醫院總額品質保證保留款實施方案預算 3.2 億元，原則是參採台灣醫院協會的建議比照 102 年計畫內容辦理，所有指標不變，只有修改年度，另外配合健保 IC 卡安寧註記更改，修改「接受安寧緩和醫療意願」指標，分子文字有部分修正，請問各位代表有沒有意見？如果沒有，本案通過。

九、討論事項第三案『修訂「103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(草案)」案』與會人員發言摘要

主席

本案為醫缺改善方案，將西醫基層與醫院兩部門之方案合併

為同一方案，計畫也有提供給台灣醫院協會等相關單位參考，各單位也有提出一些小建議，彙整後修改本計畫，請問，各位代表有沒有意見？

醫務管理組王科長淑華

這個計畫是將西醫基層與醫院兩部門之方案合併為同一方案，醫院部分只有 3 個修訂，其它都跟 102 年計畫內容相同。

1. 施行區域，醫院明年增加 1 個鄉鎮。
2. 103 年預算由 5 千萬增為 6 千萬。
3. 每診次平均就醫人次與處置之規定，原執行本方案滿 3 個月，巡迴點每診次平均就醫低於 8 人次(不含)，暫停該巡迴點服務，修正為低於 5 人次(不含)

郭代表正全

這麼大的案子，應該讓我們先看到，當天才看到，如剛剛的新藥報告，讓代表無法充份瞭解。如果只有改 3 個小地方，為什麼不前一個禮拜給我們？

主席

這個計畫，因為西醫基層改得比較多，所以有召開會前會，醫院部分改得比較少，這個計畫基層部分已經同意了，請問還有沒有代表要表示意見的？如果沒有，本案通過。

十、討論事項第四案『有關於本署網頁定期公開醫學中心各醫院之相關急診品管指標案』與會人員發言摘要

主席

本案是醫事司指定本署要執行，本署建議要先提本會議討論，

先請醫事司說明後，再請各位代表表達意見。

衛生福利部醫事司劉科長玉娟

1. 本案在部務會議討論多次，在立法院也有很多衛環委員提到希望醫學中心有特定指標，可以放在網站上公告，因此在 9 月 23 日部開會決議，請健保署每季結束 1 個月內，提供上一季的各醫學中心檢傷五級急診轉住院暫留急診 48 小時以上滯留率，這邊看到是結束後 2 個月，我們再確認一下資料。
2. 另外，請問「急診後同院住院件數」的定義是什麼？建議於備註中補充說明。

主席

請業務單位先說明一個月、二個月和「急診後同院住院件數」的定義。

醫務管理組李專委純馥

1. 目前申報資料是次月的 20 號以前，因此，如果要每季結束 1 個月內提供，就只有前 10 日的資料，而且本署認為資料應該需要再確認再提供，會比較合適，本署也有跟醫事司反應，建議每季結束 2 個月內提供資料。本資料之前亦已提供醫事司參考。
2. 有關「急診後同院住院件數」的定義，請見後面附件之定義。我們會以住院的病人，回看是否在急診有停留超過 48 小時，而不是用急診病人往後追，用同院急診後住院的概念，這樣是比較準，因為有些人在急診暫留，但是不會在該院住院，這樣的定義對醫院而言，也是比較妥適，醫院也比較能改善。

陳代表雪芬

如果這個指標完全沒辦法改善，那還要做嗎？

陳代表瑞瑛

這個指標的意義在那裡？如果不能改善，請部幫我們改善嗎？

衛生福利部醫事司劉科長玉娟

這已經是立法院這一期的決議，要各醫學中心的品質資料要做公告。依照署的格式，如果有一些訊息有疑慮或不需要的話，也可以拿掉，直接公告占率即可。另外，如果資料沒辦法 1 個月給，改為 2 個月，建議應寫出理並列入會議紀錄。

謝代表景祥

提這些指標，就是要改善，如果不能改善，那要公告這些做什麼？台大醫院急診擠成這樣子，是台大醫院的錯嗎？不是嘛！但是你公布出來，大家一看，說台大怎麼這麼糟糕，就給民眾一個錯誤的印象，這樣對台大多麼不公平。你既然要公布，應該後面要有一個方案，如何教育民眾，不要讓輕病的病人都擠到台大去，不然，公布出來，讓台大、長庚被罵，例行性病床維修也要被罵，如果沒有處理的配套方案，不公布也罷。

郭代表正全

既然民眾那麼關心，公布無妨，重點在檢傷分類一、二級，要讓它在 48 小時內轉入病房，至於檢傷分類四、五級，輕症本來就不要看急診，公告沒有特別意義，也會造成困擾，建議初步先公布檢傷分類一、二級。

醫務管理組林副組長阿明

立法院當初的決議，是因為很多病人都塞在醫學中心，往台大、榮總那邊跑，把資料公布，是希望讓民眾知道台大、榮總已經塞了，不要再往那邊跑。

衛生福利部醫事司劉科長玉娟

立法院的決議，本部還是要配合執行，公布後可以讓大家瞭解各醫學中心目前現況是如何，每個醫學中心都有不同的樣態，建議應公開該揭資料數據，對民眾、立法委員有個交代。

主席

公布檢傷分類 4、5 級也有其意義，這樣公布，也告訴民眾，這裡已經塞車了，不要再來了，檢傷分類 1、2 級部分，醫院有責任不要讓病人滯留那麼久，建議我們先試著照立法院的決議辦理公布，看看後效如何，再來逐步檢討。

陳代表瑞瑛

因為只有公告醫學中心，建議資料先讓我們看看，確認後再公布。

主席

本案為立法院決議，也是部的指示，因此是需要執行的項目，為緩解大家對資料的疑慮，俟統計資料完成，先函送醫學中心協會，確認數據沒有問題後，再公告於本署網站。

主席

若無其他提案，本次會議結束，謝謝大家。