

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

103 年第 1 次會議紀錄

時間：103 年 2 月 26 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：蔡副署長魯

紀錄：張桂津

出席代表：

吳代表玉琴	吳玉琴	童代表瑞龍	童瑞龍
陳代表幸敏	陳幸敏	洪代表冠予	請假
吳代表志雄	陳振文代	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	謝文輝	翁代表文能	翁文能
黃代表遵誠	黃遵誠	郭代表守仁	郭守仁
朱代表益宏	請假	邱代表仲慶	邱仲慶
游代表漢欽	游漢欽	賴代表文德	賴文德
洪代表政武	請假	高代表瑞和	高瑞和
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	郭義松
謝代表景祥	謝景祥	陳代表威仁	請假
蕭代表志文	蕭志文	張代表澤芸	張澤芸
謝代表武吉	謝武吉	蔡代表明忠	請假
趙代表有誠	趙有誠	陳代表宗獻	請假
張代表煥禎	張煥禎	蔡代表魯	蔡魯
周代表思源	周思源	林代表阿明	林阿明
吳代表文正	吳文正	梁代表淑政	梁淑政
陳代表誠仁	陳誠仁	謝代表天仁	謝天仁
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	黃立民
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

周雯雯

魏璽倫

何宛青

張櫻淳

林聖捷

黃瑞美

	王秀貞		
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺		
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	請假		
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	請假		
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	陳尚斌	蔡文全	
本署資訊組	姜義國		
本署企劃組	詹孟樵		
本署醫務管理組	李純馥	陳真慧	王淑華
	甯素珠	洪于淇	張益誠
	李健誠	鄭正義	

一、主席致詞：(略)。

二、確認「本會 102 年第 4 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 4 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. 急性後期照護試辦品質計畫，實施 3 個月後進行檢討；另計畫之職能治療師得否以支援方式辦理，請相關單位將意見帶回，一併於檢討時納入考量。
2. 餘洽悉。

(三)案由：102 年第 3 季醫院總額點值結算報告案。

決定：醫院總額 102 年第 3 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
102Q3	浮動點值	0.8470	0.9215	0.9035	0.8302	0.9222	0.8770	0.8851
	平均點值	0.9213	0.9495	0.9445	0.9129	0.9508	0.9309	0.9327

(四)案由：103 年「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」報告案。

決定：本認定原則修訂草案如附件 1，將依行政程序，報衛生福利部核備後公告實施。

(五)案由：103 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配案。

決定：

1. 103 年醫院總額一般服務部門預算重分配案，依慣例延續辦理，未來不需再例行提報本會。
2. 103 年各季假日、非假日日數調整日產能後之新占率，第一季 23.636245%、第二季 25.465873%、第三季 25.270226%、第四季 25.627656%。

(六)案由：103 年醫院醫療給付費用總額地區預算分配及點值結算方式報告案。

決定：103 年醫院醫療給付費用總額地區預算分配及點值結算方式詳如附件 2，修訂重點說明如下：

1. 103 年一服務修訂重點：

- (1). 跨區之浮動點數改採前季全區浮動點值計算。
- (2). 新增診療項目預算 12.31 億元，分 4 季予以保留，再配合公告實施之季別納入結算。
2. 103 年專款項目修訂重點：
 - (1). 類血友病者之抗凝血藥費納入專款範圍。
 - (2). 103 年 HBIG 免疫球蛋白藥費限定肝臟移植病人之術後使用才由專款支應，改以主成分所對應之藥品醫令碼，並以仿單適應症說明可用於「HBsAg 陽性的病人接受肝臟移植後，其移植體再度感染之預防」之藥品。
3. 餘洽悉。

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. 103 年醫院總額一般服務之保障措施重點如下，詳如附件 3：
 - (1). 本署公告之「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」，其浮動點數以較高之點值核付。
 - (2). 藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，門住診之藥事服務費、門診手術、衛生福利部公告之偏遠地區急救責任醫院提供之急診醫療服務點數、住院之手術費與麻醉費、門住診之血品處理費保障每點一元。
2. 將依行政程序，報衛生福利部核備。

五、與會人員與議題相關之發言摘要，如附件 4。

六、散會(下午 4 時 25 分)。

一、報告事項第一案「本會 102 年第 4 次委員會議結論事項辦理情形」 與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本會 102 年第 4 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」與會人員與議題相關 之發言摘要

主席

有關醫院總額 102 年第 4 季執行報告，請各位代表表達意見。

羅代表永達

有關提升急性後期照護品質試辦計畫，地區醫院無法參與，第一、現行計畫門檻與設置標準過高，第二、給付過低。依署提供資料，參加的地區醫院只有 78 家，以 39 個團隊來看，平均每個團隊才兩家地區醫院，地區醫院參加比例過低，因為參與的醫院要設置有語言、職能和復建治療師，人力成本過高，給付才 2,000 多點，依健保署的財務評估，是直接計算節省的费用，並沒有額外再補預算，建議提早進行計畫檢討，放寬門檻與設置標準，以利推展本計畫，105 年才能與長期照護保險銜接。

謝代表景祥

1. 呼應羅院長的想法，看這個計畫財務評估的計算過程，實在是看不瞭解，個人不太同意這個計畫對健保點值有所提升，如果沒有這個計畫，病人可能半年就走了，如果參加這個計畫，品質提升多活了兩年，這是不能算金錢的成本效益，這是健康生命的效益。病人生命增加，就醫的醫療費用一定增加，不可能

不影響點值。

2. 這個計畫，應該是希望病人可以在地接受醫療，不用奔波到遠地的醫院，因此，在地的地區醫院應該是最適合執行的醫院，目前無法參加的原因多卡在語言治療師，建議未來可以放寬本項，讓多一點的地區醫院可以參加。

謝代表武吉

1. 復健治療原本是開放復健科與其他五科醫師可以開立處方，但是不知道什麼時候職能治療的處方醫師科別，被修訂了，這是什麼時候調整的，我都不曉得呀!!
如果是屬於骨科的人工關節置換術術後照護，是不需要語言治療師或職能治療師，還有許多腦中風病人，在復健的中後期也是不需要語言治療、職能治療的，因此建議健保署應該也還要放寬職能治療人員的規定，讓更多地區醫院可以參加；
對於早期不正確的政策，也應該有改善的機會。
2. 近 10 年化藥年平均成長 19%，101 年為 153 億，在藥費的成長算是大的，健保署未來如何管控？建議健保署應該要好好了解，也有健保會委員說若使用只能增加 2 天或 2 個月的情况，就也可以不用。
3. 第 43 張投影片，102 年全年重大傷病統計部分，重大傷病分為很多種，如果車禍變成不能動了，變成重大傷病，那有沒有把代位求償這部分把它分出來？

郭代表守仁

對於急性後期的照護，應該回歸在地醫療，醫療應該就在附近，近期我正好去考察日本最近的趨勢，日本現在連癌症治療、放射線治療都到鄉鎮去，所以有設 Radio-Clinic，台灣都集中在大型的醫學中心與區域醫院，這很浪費資源，偏遠地區的民眾要到大都市來，中間的成本相當高，而且現在少子化，年輕人沒辦法照顧年長或重病者，所以，提供給署一個思考模式，讓在地醫療能發揮功效。現在醫療專業化，實際上不必全然專任，有需要時，可以從區域醫院聘兼任專業醫療人員，就是病人不必走，專業人員走到偏遠的地方提供服務，這樣可以減少一些醫療資源的浪費，增加民眾就醫的便利。

謝代表文輝

郭院長所說的，真的是以病人為主體來考量，對於急性後期

的照護，署希望團隊照護的功能可以往下移到社區最好，健保會的委員也有人認為就由社區醫院來做最好，我們看參與的家數，區域醫院參加的有 51 家，以區域醫院總數 80 多家來看，參與率是 6 成，地區醫院參加的只有 78 家，只有 2 成，這與原本的政策相距甚遠。去年開會的時候，林阿明組長也發覺大家的建議有道理，但是計畫已經公告了，允諾執行 6 個月，將再檢討修訂。希望署真的能夠把這個計畫當成重要的事情，好好檢討，好好修正。

張代表克士

急性後期，從定義來說就不是急性，所以病人在醫學中心就醫的需求就相對較低，可以下轉。而這個計畫的目的，就是在黃金時期提供一個正確、可恢復的治療，能夠解決病人的問題。剛剛郭院長講了一個很重要的原則，就是在地化醫療，地區醫院空床很多，應該可以好好利用，反之醫學中心一床難求，醫學中心有很多急重難的病人要照顧，如果是腦中風後的病人住在醫學中心，有些病人可能就要住到一個月，影響醫學中心的床位利用，並排擠急重難症病患的使用需求。因此，若能善用地區醫院的床位資源，部分專業人員可以採兼任，地區醫院可以共同來參與照護，也可能解決部分醫學中心壅塞的問題。

謝代表武吉

1. 對於急性後期的照護，應該叫急性中期。希望署對本協會的公文，可以善意回應，讓更多地區醫院可以參加這個計畫。
2. 這個計畫 103 年編列在其他部門，健保會吳委員有建議要延伸到護理之家，但是目前計畫並沒有這部分，如果到時候無法動用這筆預算時，要怎麼辦？我是替主席做的努力感到擔憂。

主席

有關急性後期的照護部分，先請王專門委員淑華回應；另外有關重大傷病車禍的代位求償、藥物成長部分，再請相關行政部門回應說明。

王專門委員淑華

1. 有關急性後期的照護門檻太高，設置專任職能治療師部分，以前是規定在全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法中（以下稱特管辦法），本次修正特管辦法時，相關規定已回歸「醫

療機構設置標準」中，依「醫療機構設置標準」規定，醫院若
要提供復健治療服務(含物理治療、職能治療及語言治療)，皆需
要有相關專業人員，因此，本計畫即遵循「醫療機構設置標準」
規定辦理。

2. 部分專家學者認為腦中風後之病人，並非所有人皆需語言治療，
因此本計畫放寬語言治療師採兼任即可；而專家建議腦中風初
期之病人皆需要物理治療、職能治療，因此這兩項仍需列入必
要條件。
3. 本計畫剛開始執行，預定執行 6 個月會檢討修訂。
4. 重大傷病部分，會使用 ISS 計分，16 分以上才能算重大傷病，
若車禍受傷分數又達到 16 分，是可以領到重大傷病證明，但是
首發有效時間是 1 年，續發是 3 年，如果是植物人，就不能再
以 ISS 計分續發重大傷病證明。

李副組長純馥

本署所提供重大傷病統計，是使用申報資料進行分析，代位求
償，多於事後，本署與金管會依代位求償之定義，事後進行財務
求償，因此，申報資料確實是包含代位求償的部分。

陳專門委員尚斌

近 20 年來對腫瘤治療有重大的突破，尤其新藥的引進，讓癌
症病人有了一線希望，本署持續進行新醫療科技的評估，並針對所
導入之癌症用藥持續評估對醫療財務的影響，謝代表亦為「全民健
康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」(以下稱擬訂會議)
之代表，並多次於會上提供寶貴意見；當然，新藥引進時，對新藥
的財務評估要非常重要，擬訂會議的代表，亦針對癌症治療的藥物，
對生命週期延長的效益，是否足以支撐藥品的價值，本議題亦曾提
健保會討論。本署將依照各界之建議，持續瞭解癌症用藥的成長與
變化趨勢。

謝代表天仁

急性後期照護是 2 年試辦計畫，要等 6 個月才去調整，速度
會不會慢一點？既然是試辦，能動的能不能早一點調？早一點調
整，早一點達到預期的目的，也可以紓解醫學中心壅塞的問題，
充份利用醫療資源。

林代表阿明

委員的意見會納入修訂；另本計畫研擬時即邀請相關學者專家提供意見，目前剛完成教育訓練，計畫預定在 3 月開始啟動實施，計畫要實做之後才能知道問題點，建議執行後由本署定期檢討，收集意見後一併修訂，免得計畫短期間變動過快，影響計畫執行。

盧代表瑞芬

有關第 86 張投影片，門診全時等值病人，我不太瞭解健保署計算這個公式的目的在那裡，以公式而言，分子算出來即是一個醫院與基層門診的就醫比例，為何需要再除以歸戶人數？比例除以人數很難解釋它的意義。

醫務管理組張桂津小姐

本公式的精神，在將一個人的門診就醫情形，分為在西醫基層與醫院就醫的比例，以其變動之趨勢，分析民眾選擇在西醫基層與醫院就醫行為的改變，來觀察二個總額提供服務比例的平衡。分母要除以該季門診就醫歸戶人數，是因為分子是當季所有就醫者占率之加總，所以必需除以總人數後，才能讓二個總額的占率和等於 100%。

林代表阿明

本公式是因西醫總額分為醫院與基層，為了要看病人在兩者之間流動的情形，最早是由陳宗獻醫師提出，本署定期每季進行監測，如果變動大，可能就會在健保會協商總額時進行調控。

吳代表進興

急性後期照護計畫，建議試辦初期某些條件可以放鬆，讓多一點的醫院可以參與，有需要的民眾也比較可以方便參加計畫。

謝代表武吉

依「醫療機構設置標準」規定，若要實施物理治療，設物理治療師即可，並沒有規定要設置職能治療師，這是你們硬么的。我在這裡強烈要求，職能治療師用支援的就可以。就如謝天仁代表說的，已經知道要改就早點改，另一位吳進興代表也說，既然是試辦計畫，就讓多一點地區醫院可以參加，建議能儘早修訂。

陳代表雪芬

這個試辦計畫當時醫界跟健保署討論時，意見就有很大的分歧，在條件上面，就幫幫地區醫院，既然他們願意做，而且這有它的必要性；當然有很多人期待這個計畫執行後，醫學中心床位的問題可以完全解決，我想是可以減少一部分，建議這個計畫 6 個月內就要儘早檢討，希望這個計畫剛開始時參與的醫院可以多一點，比較容易成功。

主席

針對急性後期照護試辦計畫，多位代表都建議要儘早 3~6 個月內就進行檢討，現行規定有需要調整的可以儘早修正。

謝代表天仁

目前醫學中心壅塞情形嚴重，建議下次會議就可以儘早進行檢討修訂。

主席

1. 有關急性後期照護試辦計畫，就依大家的意見，3 個月後進行檢討。
2. 另謝武吉代表所提有關職能治療師是否用支援的方式，請相關單位將意見帶回，一併於 6 月檢討時納入考量。

三、報告事項第三案「102 年第 3 季醫院總額點值結算報告」與會人員與議題相關之發言摘要

主席

今年第 3 季醫院總額點值結算，有關支付標準調整 50.5 億元部分，會併 102 年第 4 季進行結算，請各位代表表達意見。

羅代表永達

南區的浮動點值 0.83，平均點值 0.9，差 0.08，地區醫院拿到

的每點 1 元部分是相對變少，地區醫院大概拿到保障點值的部分的只有占 25%到 30%，待會討論案會討論保障點值，我要先提醒各位代表，待會大家討論時，要記得點值差 0.08 這個數值。

陳代表雪芬

1. 第 63 頁「急診品質提升方案」當季未支用數少 500 萬，建議修正。
2. 醫療給付改善方案執行率偏低，請說明。

謝代表武吉

上次在健保會開會時，我有提出來要知道各層級固定點值的比率，為什麼今天沒有看到固定點值的資料？我那時候有要求要各分區的；南區浮動點值 0.83，平均點值 0.9，差 0.08，地區醫院是沒辦法生存的；還有台北也是一樣，差了 0.08，東區差了 0.06，高屏差了 0.02，中區差了 0.04，南區地區醫院拿到的平均點值可能只有 0.87，所以，全國的醫院要公平合理對待。

主席

本案為第 3 季醫院總額點值結算，若有額外需要保障，建議應提案討論。

陳代表雪芬

1. 點值結算，需考慮核減率部分，我們看南區門住診的核減率，算是低的，如果把專款保障的幾十億都算進去，算起來就只有百分之 3 點多，看起來就很低，如果專款沒有放進去，只有放分區一般服務的額度，核減數值就會變高。
2. 浮動點值與平均點值計算，帳務是切很多層處理的，沒辦法就浮動點值與平均點值的差值來檢討，建議健保署可以考量我們的訴求，想一下可以用怎麼樣的方式來討論這個問題。

主席

各分區有總額共管或聯繫會議，南區出現這樣的情形，除了醫療資源的投入，還有新醫院的加入，也會造成申報的件數與點數增加，與 93 年義大醫院新成立時之狀況雷同，請南區業務組李科長補充說明。

南區業務組李科長建漳

南區本季點值偏低，可能跟新增醫院有關，近期新增安南醫院、大安婦幼醫院 2 家地區醫院，因此醫療費用成長較快；另外看醫師數部分，以南區成長 8.8% 最高，病人數也以南區成長 3.7% 最高；另外，B、C 型肝炎治療計畫去年在專款項目，102 年改移列一般服務，因此類病人南區占全區之 2 成，而醫療費用南區占率僅 13-14%，因此也影響了南區的點值。

主席

若各位代表沒有其他意見，102 年第 3 季點值確認，依全民健康保險法第 62 條規定一併辦理點值公布、結算事宜

四、報告事項第四案『103 年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」報告』與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案為 103 年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」，第 103 頁說明三「臺北鳳林分院」請修正為「臺北榮總鳳林分院」；若各位代表沒有意見，本修正草案將報請衛生福利部核備後公告實施。

五、報告事項第五案『103 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配案』與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案為「103 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配案」，請各位代表表達意見。

陳代表雪芬

請問一下，一定要每年提會報告嗎？因為從 99 年就這樣做，今年確定後，建議以後不需特別提報，反正全年度預算相同，沒有差別。

主席

就依照陳代表的意見，醫院總額一般服務部門預算四季重分配，以後不需再提會報告。

六、報告事項第六案『103 年醫院醫療給付費用總額地區預算分配及點值結算方式報告案』與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案為 103 年醫院醫療給付費用總額地區預算分配及點值結算方式報告，請各位代表表達意見。

謝代表武吉

請問，其他部門的結算是否也要報告一下？

林代表阿明

本案為醫院總額部門的結算方式；其他部門的報告，會在評核會時進行報告。

主席

若各位代表沒有意見，本案依健保署所提結算方式執行。

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』與會人員與議題相關之發言摘要

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』，與 102 年不一樣的部分，是說明三之(三)，上次召開會議討論導入第二、三階段 Tw-DRGs 時，有委員認為要推 Tw-DRGs 可是沒有保障點值，在總額之下對醫療提供者是不公平的，所以本署建議 103 年採保障固定點值 0.95，請各代表表達意見。

陳代表雪芬

是誰說不公平的？本來在總額制度下實施 Tw-DRGs 就很奇怪，有人認為可以，我們醫界也都吞下來了，Tw-DRGs 保障 0.95，如果未來情況顛倒怎麼辦？保障了 Tw-DRGs，會不會有些重症不在 Tw-DRGs 內，反而拿到較低的點值？到時又會有人說不公平。

張代表克士

我們看到前面的浮動點值已經很心痛了，點值這麼差，有些規模經濟較小的地區醫院，其實已經面臨生存困難，net profit 都被拿走了，可是更差的是，保障項目我們是看得到吃不到，因為公布的平均點值，地區醫院不是這樣子的，地區醫院拿到保障項目的點數占率相對較低，所以地區醫院的平均點值比公佈的更低。對現行保障項目內容，我們沒有意見，醫學中心做急重症給予保障，我也贊成，包括門住診手術跟麻醉等等。醫學中心的任務是做急重症，在這個部分拿到比較高的點值我認為合理，但是地區醫院也有他的任務，是不是可以除了維持原有保障項目外，考量地區醫院的困境，讓地區醫院的某些服務項目，也依據它的任務

特性給予適當的保障，讓各層級的平均點值算起來相當，這樣也會比較公平一點。

謝代表天仁

藥費與藥服費列在保障項目前二項，所謂需另行保障，就表示依法沒有給予保障，如果把它排除，就表示不需保障每點一元，我們在健保會亦主張，藥費應該跟著浮動才合理，專業的要尊重，機器大量生產的東西沒什麼好特別去尊重的，反而它要去保障一點一元，不可思議，支出目標定了之後，對醫療給付更不合理，超過支出目標只是做為隔年調降藥價的依據，所以，保障第一個就要刪除藥費。

主席

有關藥費保障，全民健康保險法有相關規定，請衛生福利部社會保險司梁代表表示意見。

梁代表淑政

藥費這部分是依照全民健康保險法來處理，第 62 條略以：「保險醫事服務機構應依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，向保險人申報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用...」。

謝代表天仁

如果法沒有規定有保障，才需要透過會議決議給它保障每點一元，如果法已經有規定，那就不用列在這裡，給它刪掉。

梁代表淑政

健保會公告年度總額分配時，原本都是寫藥品依藥價基準核算，現已回歸全民健康保險法，因此此部分文字未列在公告上；

另本表所列保障項目，是從過去就全部列在一起，並沒有分為是依全民健康保險法保障還是經會議決議增列之保障項目，若謝代表認為依法保障的項目不需列入是可以，但是執行時還是每點一元。

謝代表天仁

藥費是否每點一元，是解釋的問題，本案為一般服務的保障項目，先把藥費拿掉，至於藥費是否每點一元，之後開會再議。

主席

本表先將藥費項目刪除，至於藥費保障每點一元還是採浮動，牽涉到修訂全民健康保險法，是另一個議題。

陳代表雪芬

1. 實務面，我們希望知道總額結算實際算法是怎麼算，所以把保障的項目也列進來，這些項目都是保障每點一元，我們對健保署的結算也沒什麼信心，所以希望可以白紙黑字寫下來，萬萬不可以把藥費項目拿掉。
2. 現行的保障項目，已經讓點值不好看了，而且總額結算很複雜，若再新增 Tw-DRGs 保障，真的不知道要怎麼算。

羅代表永達

以前覺得某些項目要保障，但是現在回過頭發現，這些保障反而傷害了地區醫院，第 61 頁平均點值與浮動點值的差，除了分配的問題，再來就是保障項目點數的問題，地區醫院浮動點值占 30%~40% 之間，區域醫院占 40%~50% 之間，醫學中心占 60% 左右，以南區來看，浮動點值 0.86 地區醫院一定不會活，保障點值是針對所有醫院，沒有考慮地區醫院的任務，地區醫院才會一間一間關掉，是否可以針對地區醫院的使命或責任，新增保障，讓地區醫院可以獲得一定比例的保障點數。

謝代表天仁

本案說明就說，總額下需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，意思是說，本來不是每點一元的，為了要鼓勵或保障，把它變成 1，所以，藥費應該要刪除，不然就矛盾了。

林代表阿明

因中醫、牙醫、西醫基層總額前已將保障項目報健保會核備，都有把藥費放進去，為了各部門總額一致，是否可以 103 年度仍將藥費放入？

謝代表天仁

既然有錯就要改，建議不要再將錯就錯。

陳代表雪芬

建議如果以後保障項目沒有更改，不需再提會討論，看到了各層級都傷心，傷心的地方不一樣。

林代表阿明

1. 本署配合健保會總額公告，總額下需保障或鼓勵之醫療服務，如仍有部分服務需採點值保障，由本署會同醫院總額相關團體議定後，送健保會備查，因此，還是要提會討論才行。
2. 另有關地區醫院的困境，本署另有「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」額外補助偏遠地區的醫院，其醫療服務保障每點 1 元，102 年 6.7 億元，103 年 8 億元，102 年參與的 66 家醫院，其中有 62 家為地區醫院，其浮動點值補到每點一元；另本署公告之「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」醫院，多屬偏遠的醫院，經營比較有困境，計

有 34 家，浮動點值本署給予保障以較高的平均點值核付，本署針對較偏遠地區的地區醫院，已有特別考量其困境。

謝代表文輝

醫院總額的保障項目，採齊頭式，大、中、小型醫院都適用，可是各層級醫院的功能不同，因此就會有弊病；保障項目會依社會氛圍而納入鼓勵，之前因外科、麻醉科辛苦，因此把手術費與麻醉費納入保障，但是，應該要有一個回顧的機制去補充，我們要承認，地區醫院也有它不可替代的功能存在，因此，保障的內容應該依層級別分門別類，醫學中心那些項目保障每點一元，地區醫院那些項目保障每點一元，不能齊頭式的用同一個項目。建議新增第 9 項，地區醫院門住診診察保障每點一元。另外林組長說明偏遠保障，那個是特殊狀況，要分開來看，搞不好你給它 2 元他也活不下去。而且這樣的說法是吃地區醫院的豆腐，這些補貼與絕大多數(>80%)的地區醫院根本沒有關係，而且混淆視聽，表面上加了 5 億 6 億、甚至今年的 8 億，但如果看到事實真貌，也許其中 5、6 億是只補到立足點的公平，實際算得上真的金額補貼也許只有 1、2 億，竟然讓偏遠的地區救不起來。

主席

謝文輝代表所提要保障地區醫院門住診診察每點一元部分，需要預算 7 億元，目前醫院總額無本項預算。

謝代表天仁

1. 其實這都涉及醫療費用給付分配的問題，費協會只管錢不管監理，全部交給健保署於協商議事會討論後報健保會，我認為健保會可以直接來處理，總額分配是健保會的權責，只是我們尊重署報上來的，沒有意見，很長時間都按照這樣的模式來運作，既然已經兩會合一，應該把細的東西也

拿到健保會討論，在這邊討論，三個層級都各有意見。

2. 有關其他部門總額保障項目已報健保會部分，再行文去就好。

張代表煥禎

1. 我是區域醫院代表，醫院總額點值保障項目，地區醫院要一點一元，醫學中心也要一點一元，請不要忘記區域醫院，不要其他層級的醫院有，區域醫院沒有；在健保會我是醫院代表，如果拉到健保會討論，我就不好幫區域醫院講話；請健保署於協商過程，需考量各層級的平衡，醫學中心 1，地區醫院 1，也給我們個 0.8、0.9。
2. 偏遠地區醫院保障是合理的，如果是在都會區，不管是什麼層級的醫院，條件應該相同，立足點要公平，如果真的經營有問題，體質不好的醫院，還是要讓它退場，如果是好的醫院，做好的事情，條件比較困難，但是該地只有它在做，應該給予保障。

主席

1. 有關各層級之固定點值比例部分，涉及各層級預算分配，非本會可以決定，建議在健保會處理。
2. 另有關醫院總額藥費保障部分是依健保法不必列入報告項目。
3. 另 Tw_DRGs 保障 0.95 部分，若各位代表認為不宜納入，那 103 年度醫院總額保障項目就維持附件 6 的第二項~第八項。

謝代表武吉

1. 有關建立南迴醫院乙事，請問林組長阿明是否確有其事？**好幾年前，當時我還是祕書長**就呼籲要保護那家地區醫院，結果它變成一家診所，病房變成護理之家，這就是地區醫院的悲哀。
2. 另外，促進供血機制合理運作，上次我有意見，但是你還是放

進來，建議本案全部保留到下次會議，俟提到健保會討論後再議。

謝代表景祥

固定點值，是要保護某些服務項目，早年浮動點值 0.9，但是現在浮動點值 0.80，藥費保障 1 元，大型醫院藥價差比較多，小型醫院就沒辦法；就如謝天仁代表說的，通通拿掉，既然有支付標準，依各個服務的相對值給付，可是又有固定點值，和浮動點值差距 2 成，對地區醫院來講，不是一個立足點的公平；就如謝文輝代表說的，保障項目，應該要跟著鼓勵的目的走。鼓勵民眾吃藥合不合理？合理就支持，不合理的，法有規定，那就修法，才是負責任。每個固定點值，對地區醫院都是不公平，如果覺得重要，應該就去修支付標準表才對。剛謝文輝代表有提地區醫院門住診診察費保障每點一元，這是可以討論的。有關 Tw-DRGs 保障 0.95，請問是怎麼算出來的？

主席

1. Tw_DRGs 保障 0.95 部分不納入，103 年度醫院總額保障項目就維持附件 6 的第二項~第八項。
2. 有關各層級之固定點值比例部分，仍建議在健保會討論為宜。
3. 另有關新增地區醫院門住診診察費保障部分，總額預算有限，且 103 年醫院總額預算衛生福利部已公告，目前無額外之預算可以支應，而且此項會影響各層級間門住診診察費的平衡，此非本會可以決定的，請各位代表先針對附件 6 的第二項~第八項進行討論。
4. Tw-DRGs 部分，若各位代表仍有意見，下次召開 Tw-DRGs 時可以再討論。

謝代表武吉

1. 謝文輝代表所提的意見，以前在這個會就可以提案決定的事

情。

2. 有關促進供血機制合理運作，怎麼還是列每點一元？上次我就說他們是無本生意了，還對我們耀武揚威，他們成本效益的計算公式有問題，建議第 7 項拿掉。

游代表漢欽

建議依謝代表意見，為求公平正義，全案保留，如果有無法結算的情形，健保署應該要有配套方法去解決。

謝代表文輝

謝天仁代表的意見很好，我們也會責成理事長，到健保會去提案，也請健保署估計，若保障地區醫院的門住診診察費每點一元，財務影響有多少？對 6 分區地區醫院的差距有多大？制度本來就在變，或許以後藥費下降，反而變成醫學中心的點值最差，屆時我們當然也同樣需予以檢視提出補救辦法。而且，偏遠計畫補助的資源都會區的地區醫院一毛也拿不到，估計時要把這個部分排除，讓健保會委員看到真相。

主席

血品部分，請衛生福利部梁代表說明。

梁代表淑政

血品部分，在 97 年報行政院大總額範圍時，是屬於政策部分，經過協商同意納入基期，是有額外增加預算。

謝代表景祥

之前請血液基金會提供成本效益分析，但始終拿不到，之前要使用 PCR 檢驗 AIDS 時，一年就多花幾億，可只少 2 個人得 AIDS，我們就會質疑錢是不是用在刀口上，生命是無價的，但是

維持生命是有價的。在看不到血液基金會的實際運作情形時，我們就會覺得沒有道理。

蕭代表志文

這幾個保障項目，都還有討論空間，各層級也都還有意見，建議本案還是暫緩，有必要時可以召開臨時會。

主席

目前有代表贊成通過，有代表建議保留，建議本案兩案併陳報健保會，本署再依健保會決議辦理。

陳代表雪芬

這些保障項目，都有一些歷史的背景才放進來保障的，例如血品，當時已經放進去基期裡，而地區醫院的問題，我們也都瞭解，在目前的結算方式，真的有一些問題，是否可以在其他預算幫他們多考慮一點，比較可以解決地區醫院長期的問題。建議本案 Tw-DRGs 不要納入，其他就依 102 年保障內容通過。

吳代表玉琴

如果把案子保留，等於今天大家白開會了，這些項目是以前大家都有共識的項目，雖然有一些恩怨，但也執行多年，血液的部分，主要是給處理費，也跟成本無關，因此，建議第 2 項至第 8 項就照案通過；另有關各層級的公平性部分，就提到健保會討論；建議依會議層次處理為宜。

主席

本案照案通過，Tw_DRGs 予以保留不納入，若沒有其他臨時提案，本次會議結束，感謝各位代表與會。