

# 「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 2 次會議紀錄

時間：103 年 5 月 28 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	請假	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	潘延健代
黃代表遵誠	黃遵誠	郭代表守仁	請假
朱代表益宏	請假	邱代表仲慶	王敏容代
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	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	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	請假
趙代表有誠	趙有誠	陳代表宗獻	陳宗獻
張代表煥禎	劉碧珠代	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	請假	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

黃瑞美

張櫻淳

林聖捷

王秀貞

	林佩菽	董家琪	吳心華
	楊智涵		
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		
本署臺北業務組	蔡翠珍	許寶華	
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	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	陳真慧	張溫溫	甯素珠
	李待弟	洪于淇	李健誠
	楊秀文	陳逸嫻	鄭正義

一、主席致詞：(略)。

二、確認「本會 103 年第 1 次委員會議」會議紀錄

決定：確定。

三、報告事項

(一)案由：本會 103 年第 1 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：洽悉。

(三)案由：102 年第 4 季醫院總額點值結算報告案。

決定：醫院總額 102 年第 4 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	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
102Q4	浮動點值	0.8447	0.9054	0.9053	0.8318	0.9298	0.8777	0.8784
	平均點值	0.9195	0.9384	0.9441	0.9133	0.9539	0.9287	0.9310

#### 四、討論事項

案由：醫院總額一般服務之平均每點支付金額改變率變動檢討案。

結論：將彙整會上各代表之意見後，提供健保署與社會保險司針對「醫院總額一般服務之平均每點支付金額改變率變動」這個議題進行檢討後，提出要討論的重點或議案後再議。

五、與會人員與議題相關之發言摘要，如附件。

六、散會(下午 4 時 15 分整)。

## 一、報告事項第一案「本會103年第1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103年第1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103年第1季執行報告，包括醫療供給與利用，還有民眾滿意度調查結果，請各位代表表達意見。

陳代表雪芬

第33張投影片有關初核核減率部分，請說明為什麼初核核減率都臺北分區最高、北區最低的原因。就個人十多年觀察，南區之前是最高，但是現在已下降，希望健保署可以好好檢討，讓各分區的核減率不要差太多，以臺北分區來看，點數成長不高，但是核減高，點值也沒有比較好看，請說明原因。

主席

各分區業務組皆與轄區內之醫院定期召開共同管理或連繫會議，對醫院總額之管控措施與策略有一些大同小異，稍候會請各分區業務組提出說明，請問，其他委員是否還有意見？

謝代表武吉

1. 103年起跨區浮動點值改採全區浮動點值，有關初核核減率的問題，健保署應立即改善，如果等到半年來處理就太晚了。
2. 第37張投影片特殊材料針具部分，103年1月支出4千多萬，

當初協商時醫院協會預估所需預算是 2 億，但是健保會委員認為 1 億就夠了，那多出來的費用應該由誰來負擔？

3. 有關對醫師看診及治療時間的滿意度 67.8%，在三個層級中，是那一個層級的醫院滿意度差，才知道是那個層級的醫院需要改善。
4. 目前部分針具是包含在治療或檢查內，不能另外申報，因此安全針具特材數量有低估的情形，建議健保署應該反應給健保會委員知道，幫醫院解套。
5. 102 年第 4 季地區醫院初核核減率最高，是否與地區醫院層級審查醫師比較少有關，這樣就不公平了，請健保署說明。

主席

謝代表武吉提到有關安全針具、跨區醫療、核減率與審查醫師的分佈不均部分，稍候請醫審及藥材組重點回應。

羅代表永達

大家看簡報資料，安全空針的使用較一般針具少，第一是供應的問題，第二是使用的方法，第三是目前衛生局去督考醫院時，今年都要求要達到 60%，因此所有的廠商都漲價，目前藥品有進行藥價調查，因此價格較合理，但是特材並沒有進行價格調查，導致特材價格偏高，目前有辦法以量制價的大概只有健保署，不然目前各醫院都是賠錢在做。之前協商時就有跟健保會委員反應要加價，可是沒有被接受，我們醫院的困境要讓付費者代表知道，要求醫界使用安全針具，可是沒有提供充份的資源；也希望健保署可以幫忙約束一下廠商，針對安全針具給予一點關心。

謝代表天仁

1. 簡報有提供各分區核減率，但是看不出來各層級在各分區初核核減率的情況，無法看出特殊狀況，建議未來再更細分一點，大家可能看得會更清楚。
2. 醫院病床數統計，103 年 3 月減少 375 床，請問各層級病床數的減少數，以便讓我們可以監督，是否一直在關床，是否有多給錢。

謝代表文輝

1. 目前醫院因配合評鑑，一定要採用安全針具，但是目前廠商的價格都很硬，甚至提高價格，由健保署統一採購在現行是不可能，建議可否醫院下單給健保署，再由健保署轉給廠商統一下

- 單，以確實處理醫院採購安全針具的問題。
2. 有關初核核減率的高低，這幾年觀察下來可以發現有一個趨勢，分區預算財務愈差者，核減率就會比較高，例如臺北。
  3. 回應謝天仁代表對初核核減率的疑問，因為地區醫院層級審查醫師占的比率最低，所以審查時被核減的情形也比較高。
  4. 在醫院總額支付制度下，採單一藥價，但是我們知道，大型醫院採購量大，能拿到比較低的藥價，地區醫院小，相對的會拿到比較高的藥價，這樣讓地區醫院經營更困難，所以，我建議應該多元藥價，各層級醫院的藥價應該有差別價格；支付標準也應該依各層級的核心服務的差異去調整。
  5. 針對偏鄉地區醫院，應該持續給予補助，且因為偏鄉的醫療服務量會偏低，不只點值保障每點一元，還要針對基本營運的成本給予補助。

### 張代表克士

一年來地區醫院減少 11 家，而新增地區醫院有些是區域醫院降級下來，或者有些大型醫院開始設立時是申請地區醫院，其實規模是區域級以上，所以地區醫院增加的家數有部分假象，事實上是快速減少的，且多半是歇業。地區醫院在一個社區可提供民眾可近性及緊急的需求，若歇業勢必造成當地民眾的不便。健保署的職責不只是統計及公告，應該更進一步探究原因，是否有系統性的問題需要輔導與協助，並且提出積極、有建設性的方法來處理，才能真正解決問題。

### 謝代表景祥

1. 地區醫院減少可能因為降級為診所或歇業，主要是因為營運成本高，採購規模小，藥價採購單價偏高，甚至買不到，且以現行點值這麼低，對小型地區醫院來講經營更是困難。
2. 建議應該適度增加地區醫院的審查醫師，本院的糖尿病照護照著 GUIDELINE 做的案件初審沒有過，主要是 HbA1C 檢查，寫了很多申復，到了爭議過了，可是就浪費了很多時間。

### 主席

有關地區醫院經營的困境，本署已於 5 月 23 日健保會進行專案報告，請各位代表就報告案第 2 案內容進行提問。

### 童代表瑞龍

地區醫院減少 11 家，有降級和歇業，是不是可以說明一下？

主席

有關初核核減率、審查醫師各層級占率等，先請醫審及藥材組回應。

醫審及藥材組蔡專門委員文全

1. 有關安全針具，目前大概分為 3 類，包括安全空針、安全型胰島素空針與安全型靜脈留置針，與去年同期相比，安全型胰島素空針與安全型靜脈留置針已有增加的趨勢，比較沒有問題，大家比較在意的應該是安全空針，占率比較低。
2. 醫療法第 56 條通過後，要求各醫療院所分五年要須全面提供安全針具，從去年開始，大家都有反應廠商有提高價格，造成醫療院所買不到安全空針，使用比率偏低的問題；另一方面，也有醫護人員反應安全空針使用不便利，表示它的設計還有待改善的空間，我們也要求廠商要加強對醫護人員使用安全針具的教育訓練與宣導。
3. 有關價格買不到部分，本署近二年觀察，價量調查降價後，它的申報數量有增加，但是醫療法第 56 條公布後申報數量卻下降，值得我們去探討。本署亦曾提至衛生福利部安全針具推動專案小組進行討論，部也非常重要這個問題。2 個禮拜前本署有找相關廠商來署討論，為瞭解廠商安全空針之實際售價，已請廠商提供成本分析，本署會再進一步分析。
4. 有關安全型採血針，在醫療服務給付項目及支付標準檢驗檢查章節之通則已明訂檢驗檢查費已包含採取檢體之費用（含抽血材料）在內，所以現在沒有收載為特材，至於是否另計，建議可以通盤檢討檢驗檢查支付標準，再行考量是否修改檢驗檢查章節之通則。
5. 另目前安全針具供應廠商逐漸增加，醫療院所採購價格應該會回穩，希望未來使用數量可以再增加。
6. 核減率部分，請臺北業務組同仁回應。

主席

- 1、請醫審及藥材組提供審查醫師各層級人數占率，供地區醫院代表參考。
- 2、請臺北業務組說明核減率高的原因。

臺北業務組蔡科長翠珍

1. 初核核減率部分，其它業務組在點值結算前的攤扣，或是品質的折付是沒有算進來的，如果都算進來，各分區的核減率應該差不多。
2. 會影響核減率高低，主要是醫療行為的問題和專業審查的標準，而審查尺度的一致性是臺北業務組努力的方向，所以觀察臺北業務組 101 年、102 年的核減率，相對是平穩的。

#### 謝代表武吉

1. 健保署未來如何幫忙地區醫院繼續生存，包括都會和偏鄉地區醫院都很重要，1 年就減少 11 家是很危險的。
2. 建議健保署要確實估計 1 年安全針具實際支出情形，讓健保會委員與付費者代表瞭解，才能達到健保會的最高目標和理想。
3. 健保法中沒有「部分負擔」的文字，為什麼第 45 張投影片有「部分負擔」的文字？
4. 請問，目前部分負擔的平均數和中位數，是否有達到健保法規定自行負擔的百分比？
5. 應依健保法第 43 條規定，落實垂直整合與分級醫療。
6. 高屏區減床最多，主要是因為國仁醫院升級為區域醫院，南山醫院降級，大千、新安、優生美地醫院歇業。

#### 陳代表雪芬

1. 在分區共管會議，無法去訂核減率要高還是要低，我們絕對沒有壓力給健保署。
2. 常態來看，臺北業務組的初核核減率最高，我們也知道攤扣和折付，但是針對初核，其實醫院動員很多人力在辦理申復，做得很辛苦，但是申復成功不過 2~3 成，所以，扣掉攤扣和折付，臺北業務組的初核核減率還是算高的。如果有統一的審查規範，各分區初核核減率應該差不多，不會有的分區很高，有的分區很低。

#### 盧代表瑞芬

有關掛號費與部分負擔支付情形，其實部分負擔健保署是有數字的，建議健保署可從申報資料，呈現健保署實際的數值，只要是調查，就會有 recall bias (回憶誤差) 及取樣誤差，比較滿意度調查結果歷年數字，部分年度有很大的落差。建議只要是健保署有的數據資料，都可以拿來進行比對，健保署的數字會較準確。

#### 主席



針對謝代表天仁所提病床減少，盧代表瑞芬所提以健保署現有資料就部分負擔與滿意度調查資料等進行比較，請醫務管理組回應。

醫務管理組張科長溫溫

1. 謝謝盧老師的建議，我們會再依老師建議進行，比較是否有差異性。
2. 有關病床數減少部分，103年3月是與102年3月進行比較，主要是因醫院病房整修、醫院降級或歇業等原因致病床數減少，本署皆有定期追蹤。

林代表阿明

1. 臺北急性病床減少200床，主要是臺北市立聯合醫院整修病床，它的占床率目前約5~6成，應不影響病患就醫權益。
2. 地區醫院有5家歇業，有2家為負責人死亡後無人承接，有1家轉型為基層診所，有1家因違反特管辦理停約而歇業，有1家因租約到期，屋主收回並出售，無法持續營業辦理歇業。

主席

請問各位代表，還有沒有要針對本報告案提出意見？如果沒有，請醫審及藥材組與醫務管理組，針對各代表所提意見妥善處理。

### 三、報告事項第三案「102年第4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

本案為102年第4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. 請提供浮動點數占率與固定點數占率。
2. 南區業務組點值最低，高屏區業務組點值最高，以前中區點值低，經過管理後，現在點值不錯。跨區就醫採全區平均浮動點值，建議點值後半段 3 名南區、臺北和東區今天說明一下管理策略，怎麼會讓點值那麼低。

#### 主席

1. 謝代表武吉所提點值看起來以高屏 0.95 最高，但是臺北、南區與東區 3 區點值比較低，請臺北、南區與東區 3 個分區業務組出席科長說明回應。
2. 有關跨區就醫之浮動點值，自 103 年起才由該區前一季浮動點值改為全區浮動點值，102 年尚未改變，所以，謝武吉代表希望各分區業務組可以一起努力，才不會讓跨區點值過低。

#### 南區業務組李科長建漳

南區點值低主要是因為有一些新設立醫院；另外有一些醫院有不當申報情形，本區已進行拜訪與溝通，另外，也會針對那些醫院進行專案審查。

#### 臺北業務組許小姐寶華

主要的影響臺北分區點值，有預算、服務量與核減率等情形，本組的點數成長率是倒數第 2，初核核減率是第 1 名，但是點值是倒數第 2，因此點值偏低主要還是預算的因素。

#### 賴代表振榕

有關受刑人醫療利用，是否包含藥服費？受刑人的給藥模式與醫院藥事服務有很大的不同，都需要給餐包，而且看診次數等都有限制。餐包的包材費在藥服費用的佔率偏高，承做的醫院都是虧本，建議健保署應該增加這部分的費用或是請矯正署編列補助承做醫

院藥服費的包材費用。

林代表阿明

103 年計畫已將藥服費額外加 2 成給付。

陳代表雪芬

1. 臺北分區面臨預算數不高，點數成長率也不高，雖然核減率很高，但真的無法將點值拉高。
2. 102 年「急診品質提升方案」預算執行率只有 15%，請說明。

主席

有關「急診品質提升方案」102 年預算執行率偏低與未來的改善措施，請醫務管理組回應。

林代表阿明

「急診品質提升方案」自 101 年 5 月公告實施，也邀請很多學者專家開會討論，雖然執行率不高，但是方向是正確的，「急診品質提升方案」之前提到「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論修訂，會議決議，再與醫界與學者專家進行討論後再來修訂，希望可以符合大家的期望，相關內容本署亦會在評核會進行報告。

童代表瑞龍

南區大安婦幼醫院，近期就有 2 篇醫療不當的報導，聽說這一家生產數都比別家高，南區業務組可能要去瞭解一下它的醫療人員配制是否足夠。

主席

有關這家新增的婦幼醫院，請南區回應說明。

南區業務組李科長建漳

本區業務組在報載隔天，就有到現場去進行瞭解，在設備與人力部分，大致上都符合，有一些小問題後續我們也會處理。

謝代表景祥

南區在共管會議討論要提高點值，設定目標點數時，成大醫院會跳出來反對，希望目標點數要增加，其它的醫院也都沒有意見，因此南區的點數成長一直很高；不當申報只是少數，影響點值不大；其實，在安南醫院成立前，點值即有降低的情形。最近南區針對無效醫療有提出管控措施，希望未來這部份有具體成效後，真的可以提升點值。

羅代表永達

1. 「急診品質提升方案」執行率過低，是因為這個方案設計時是希望可以把處理重大疾病的能力提高，當初的學者專家都在AMI、重大疾病給錢，鼓勵大型醫院下轉病人給小型醫院，可是事實上，大型醫院下轉病人給小型醫院是很難的。
2. 上次會前會與給付協議會議時，我們就有提出，希望未來修訂時，可以另外找多一點專家，需要跳脫大型醫院的觀點，讓地區醫院可以分擔輕中症病人，可是在會上都沒有得到認同，如果還是用原來的方式，可以預期103年執行率會更低。
3. 中區針對點值穩定一向有共識，除了自斷尾巴，當初針對RCW跟RT，就制定很嚴格的審核規定，是六區中最早做的，所以它的量很穩定地下降，點值就能維持穩定。

主席

1. 若各位代表對102年第4季點值結算報告沒有其他意見，醫院總額102年第4季點值確認，並依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。
2. 有關各分區業務組之點值管控部分，請將會上各代表意見帶

回，互相觀摩與參考。

#### 四、討論事項『醫院總額一般服務之平均每點支付金額改變率變動檢討案』與會人員與議題相關之發言摘要

主席

先請醫務管理組張溫溫科長重點補充說明。

醫務管理組張科長溫溫

本案為台灣醫院協會建議依「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」建立醫療服務風險監控機制規定，醫院總額點值浮動大過5%進行全面性檢討；本署定期皆於總額研商議事會議，針對醫療供給、醫療利用、點值預估等進行檢討與分析，希望能維持點值穩定。觀察歷年醫院總額之平均點值，大多界於0.9~0.95之間，與品質確保方案所定之5%差異甚大，因此，本署建議修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」，將合理範圍跟西醫基層、中醫與牙醫一樣，浮動範圍訂於10%較符合實況。

謝代表景祥

保障一點一元最大的部分是藥費，每兩年調整藥價，但是藥價差還是醫院的主要收入之一，雖然它不斷地在壓縮，其實我們主要是要檢討浮動點值，西醫基層和牙醫，藥費占率，與醫院藥費占率相去甚遠。

陳代表宗獻

請問，浮動點值占多少%？

謝代表武吉

1. 在 102 年 4 月 26 日，某位謝委員在健保會提案，醫院總額點值正負 5%就要檢討改善，檢討改善的機制也寫得很清楚，我們可以在這個會這樣改嗎？
2. 在 102 年 4 月 26 日全民健康保險會第 1 屆 102 年第 4 次委員會議決議，除了這個是不能調整以外，還有一點你們也沒有檢討，當時的決議，「有關門診透析服務點值偏低乙節，請中央健康保險局進行檢討分析後提會報告，若有本會權責需討論解決的問題，再請提出相關方案到會討論」，這裡為什麼沒有透析，這樣才公正公平合理合法。

#### 謝代表文輝

我們希望醫院總額平均點值低於 0.95 時要進行檢討，其實各分區業務組都有用一些行政措施來管理分區點值，另外消費者代表質疑，還有一些醫院有不當申報等，都會影響分區點值，所以，我們希望針對不當使用進行分析、檢討與改善，如果除了不當使用，還有一些其他的原因來造成點值過低，就要來檢討管理，這個議題從來沒有被認真討論執行過，因此現在也不用改 0.90，建議還是維持原規定，但未來要明確認真的來檢討執行。

#### 陳代表宗獻

請查一下一點一元跟非一點一元之比率。我認為重大傷病沒有什麼問題，都是用在最需要的地方，民國 90 年重大傷病的費用只有 669 億，到民國 100 年變成 1,504 億，成長了 125%，醫院總額成長率多少？這 10 年漲了多少？要有這些東西才能討論，我覺得資料不夠，無法討論。

#### 謝代表天仁

很少有議案是這樣描述的，意見應該是要寫在本文裡，不應放在附件中，本案無相關分析資料與其他主管機關意見，無法討論。

主席

針對陳宗獻代表的問題，請醫務管理組回應說明。

醫務管理組張科長溫溫

有關固定點值占率，以層級來看，醫學中心約占 48%、區域醫院約占 42%、地區醫院約占 34%，其中，最大宗的藥費約占 71%，扣除藥費後，各層級的固定點值占率皆約 12.8%。

劉代表碧珠

簡報資料對於核心醫療服務每點給予一元保障，其中急診並沒有全部保障每點一元，建議修改文字。

謝代表文輝

有關報告中所謂的核心醫療保障點值每點一元，可是事實上並不是，像藥費每點一元，是因為健保法規定，而且大醫院的核心價值跟小醫院的核心價值不一樣，這樣的文字述敘不是很理想精準應改進。

主席

醫務管理組是依台灣醫院協會建議與衛生福利部函文內容，提出本案進行討論，小結的部分建議將容許變動範圍由 5%修改為 10%，顯然大家也沒有共識，本署將彙整各代表意見後再議。現在，請衛生福利部社會保險司代表說明一下初步意見，供大家參考。

梁代表淑政

這個議案，前於健保會亦曾討論過，健保署今天的報告已將影響點值的相關因素都有談到，只是未再提供深入的資料，滿足各代表的看法。回歸到原先規劃的精神，當初研議醫院總額部門

點值的容許變動範圍，是否皆訂為百分之十時，除希望制度能正向發展，點值變動不宜過大外，尚考量醫院部門 Base 比較大，其絕對金額的差異亦較高，因此醫院總額點值的容許變動範圍才會訂為上下百分之五。但是醫院總額已實施十多年，應該要跟現況接近比較好，再者，影響點值的原因很多，我們可以一層一層來看，那些部分是不能歸責於醫院跟健保署的，可以把它拿出來討論。

### 潘代表延健

1. 我們應該先來看，原本法條的精神在那裡，當初訂定上下限，是為了要避免波動，影響醫院永續經營，如果要配合現況，就來改上下限，那跟法就違背了，應該從實際的原因去探討。
2. 目前看到的點值是經過管理後的結果，若真的要討論點值，應將醫院自我斷頭的部分也算進來。
3. 第 84 頁是從 96 年看到 102 年的差距，但是 96 年起跑點就在 0.95，也應該考慮之前的差異，也就是說，之前的大餅就是不夠，也應該放進來做整體考量。

### 謝代表天仁

1. 沒有所謂在品質確保方案監控值以外，就是違法，健保法沒有這個規定，品質確保方案只是希望品質怎麼做提升與管控。
2. 上星期在健保會也有報告，藥費佔 71%，代表這個東西已經扭曲了，不解決的話，以浮動點值去看就不合理了，很多錢就透過藥費這個方式，移轉給大醫院，怎麼會合理公平呢？但這個部分牽涉到健保法的解釋，怎麼樣去調一個合理的機制，社保司應該花點心思，讓各層級平衡一點。

### 謝代表景祥

據我的觀察，三高和癌症的用藥成長最高，三高藥要不要用呢？癌症之前是絕症，1~2 年內就過世了，現在癌症變成慢性病，



吃藥可能就吃個十年，三高現在控制得很好，用個案管理的方式，服藥遵從率從3成變6~7成，做得愈好，藥費成長愈高。浮動點值愈低，也就是醫界做得愈好，民眾健康更好，點值就愈差。

主席

各代表已充份表示意見，尚無特別共識，本案將再彙整各代表之意見後，提供健保署與社會保險司針對「醫院總額一般服務之平均每點支付金額改變率變動」這個議題進行檢討後，提出要討論的重點或議案後再議。若沒有臨時提案，本次會議結束，感謝各位代表與會。