

「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 3 次會議紀錄

時間：103 年 8 月 20 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	王聖賢代
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	潘延健代
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	王敏容代
游代表漢欽	游漢欽	賴代表文德	萬盈容代
洪代表政武	洪政武	高代表瑞和	陳星助代
張代表克士	張克士	林代表慧玲	林慧玲
羅代表永達	羅永達	黃代表啟宗	黃啟宗
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	黃東波代	蔡代表魯	蔡魯
周代表思源	李佳珂代	林代表阿明	林阿明
吳代表文正	請假	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	呂振富代		

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

邱臻麗

王秀貞

	林佩菽	董家琪	吳心華
	楊智涵	陳俞文	何宛青
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	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	彭錦環		
本署東區業務組	羅亦珍		
本署醫審及藥材組	蔡文全	王本仁	
本署資訊組	姜義國		
本署企劃組	詹孟樵		
本署醫務管理組	張溫溫	劉林義	甯素珠
	洪于淇	歐舒欣	劉立麗
	楊秀文	邵子川	鄭正義

一、主席致詞：(略)。

二、確認「本會 103 年第 2 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 2 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：報告案第 2 案之辦理情形，請醫審及藥材組，把審查醫師

層級占率、科別屬性占率等資料分析清楚，正式函復社區醫院協會，本案列入繼續追蹤。

(二)案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

(三)案由：103 年第 1 季醫院總額點值結算報告案。

決定：醫院總額 103 年第 1 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
103Q1	浮動點值	0.8379	0.9160	0.8790	0.8264	0.9242	0.9063	0.8718
	平均點值	0.9120	0.9437	0.9307	0.9071	0.9513	0.9417	0.9255

四、與會人員與議題相關之發言摘要，如附件。

五、散會(下午 4 時整)。

一、報告事項第一案「本會103年第2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2次委員會議結論事項辦理情形，有關報告案第1案的辦理情形，請問各位代表是否有意見？

謝代表武吉

雖然醫審及藥材組有提供地區醫院的審查醫師占率為14%，但是地區醫院的服務量占18%，為什麼地區醫院的審查醫師占率只有14%？

醫審及藥材組蔡專門委員文全

社區醫院協會對各層級醫院的審查醫師占率非常關心，近期亦來函洽詢，本組函復貴會時已詳細說明，審查醫師數，乃依各層級醫院申報醫療費用點數、事前審查案件、開具重大傷病證明診斷案件及其他需專業認定案件之需求來聘用，請委員參考。

謝代表武吉

對醫審及藥材組的函復內容和回答，我不滿意，應該要怎麼改善？這樣是圖利財團醫院。健保已經施行近二十年，地區醫院也忍了很久，還要繼續忍聲吞氣嗎？

看我們好欺負嗎?!我們也不是一定要18%，若審查醫師比例有17%或16%，沒有與費用佔率差到4%這樣大，我們還可接受，至少地區醫院的案件應該有地區醫院審查醫師自己審查!!對於醫審組同仁的說明，我不能接受，請醫審不要如此這樣，否則我一定會窮追不捨。

主席

本署立場中立，並沒有圖利任何層級、社團醫院或財團醫院；據本人瞭解，各分區業務組聘任審查醫師的原則，一是考慮經驗傳承，會留任 1/2 前任審查醫師，二是要考慮各縣市或各專科學會審查的量，實際上沒有辦法像謝委員建議，地區醫院審查醫師的人數占率可以剛剛好達到地區醫院服務量占率 18%，請委員可以瞭解，未來本署再整體研議，儘量將地區醫院的審查醫師占率逐年往上調升。

張代表克士

在實務上時常發生的狀況是，同一位醫師對一樣的病人處置及病歷記錄，在醫學中心申報可以，到了地區醫院就被核刪，很多年來都是這樣子，這是什麼意思？同樣的狀況，在地區醫院就不能做這樣的檢查、申報嗎？地區醫院長期就是這樣被欺負、被歧視，非常不合理。依佔率，地區醫院約佔 17-18%，醫審醫師亦應比照該層級佔率，地區醫院只是要求一個合理的占率而已。

謝代表武吉

就剛才健保署審查組的說明，就表示你們是有圖利財團!!重點是盡快將地區醫院審查醫師占率補到 17-18%。

其實醫院協會在推派審查醫師名單時即有考慮各層級的占率，是醫審及藥材組聘用審查醫師時自作主張更動，造成地區醫院占率偏低，主席說逐年改善，請問那一年要改？要給一個明確的回復，不能再等了，今年重新推派。

主席

後年才會重新遴聘審查醫師，目前地區醫院審查醫師占率為 14%，請醫審及藥材組將意見帶回，逐步調升地區醫院審查醫師占率。

醫審及藥材組蔡專門委員文全

聘任審查醫師，有一定的流程，無法今年重新聘任。本組在聘任審查醫師數，亦需考慮各分區的科別，建議由本組將意見帶回研議，逐步提升地區醫院審查醫師占率。

謝代表武吉

為何還要逐步才調整?!台灣醫院協會推派審查醫師作業，我全程都參與，我所提出都是有根據及道理的，健保署這樣的處理，明顯是圖利財團醫院，還挑撥醫院三層級，請問現在財團醫院的審查醫師占率是多少?!健保署應說明。

本會正式函給健保署，健保署也要正式函復給我們，我要明確知道各財團醫院、各公立醫院與各科別的審查醫師人數，我們才心服口服。

北區業務組許科長菁菁

分享遴聘審查醫師之實務經驗供參考，基本上以業務運作為考量原則，依各專科送審案件量與目前各科遴聘審查醫師數量為評估因素，如有不足優先考慮增聘或調整各專科審查醫師的人數，最近幾年因為重大傷病與事前審查案件成長量大，部分屬於次專科，如血液腫瘤科或風濕免疫科等，次專科於醫學中心與區域醫院是有較多醫師資源，可能形成層級別占率差異的原因。

謝代表武吉

我並未於健保署任職，也未擔任審查醫師，但我曾經擔任四任審查委員會委員，而健保局於改制健保署後取消審查委員會。

之前有審查委員會時會注意到各層級審查醫師的百分比，而且審查醫師都要經過審查委員會通過才能聘任，但自從健保署成立把審查委員會刪掉後，你們要怎麼聘就怎麼聘，擴權太大，不能夠再這樣。以前有審查委員會來監督，現在沒有審查委員會來

監督，請健保署務必把我們想要的資料仔細函復，讓我們瞭解一下，不然我們還要提案。

主席

目前在聘任審查醫師時，原則上會依各專科送審案件的量與各專科學會推薦的審查醫師進行遴聘，也會考慮各分區與各科別審查的作業量需求等，請專科醫學會、醫事團體推薦一定比例之所需員額，健保署也只有有一定比例的推薦權，並不是全部都由健保署自行決定

謝代表武吉

主席說明沒有錯，但此段主要差別是在於過去有審查委員會把關，而現在沒有。

因此，請將剛才所提出之審查醫師數據(各層級、各科別及各醫院屬性之分布比例)等相關資料，以公文回復台灣社區醫院協會，我們將會進行分析。。

醫審及藥材組王科長本仁

針對是否有因層級不同而審查結果不同部分，醫事機構如對核定結果有異議，可提出申復、爭議等救濟程序，各醫院之權益均受保障。

張代表克士

一、再次強調地區醫院只是要一個合理的占率(約 18%)而已。
二、醫院申報若被核刪，申復也需要成本，在核刪的當時傷害即已造成，不應該讓地區醫院承擔這樣不公平的待遇。三、健保署醫審組的同仁一再強調是因為科別或重大傷病等理由，但是，不管各層級提供哪些不同科別或服務對象的差異，依據統計的基本概念，其結果就是目前佔率的分佈，所以依據各層級佔率分配醫審醫師才合理。

謝代表武吉

這樣的說明根本聽不下去，那以後地區醫院都不要申復，直接告健保署好不好？健保署似乎愈來愈過分，不該偷懶，且剛才都已經說好以公文回復相關數據資料。

另，有關次專科，前衛生署陳再晉副署長曾表示，部定專科只有23科，沒有再有什麼其他次專科，請健保署於公文中說明審查醫師於不同醫院屬性(財團、公立、一般私人)所佔比率，及各層級中各醫院屬性所佔比率。

主席

本報告案的辦理情形，請醫審及藥材組，把審查醫師層級占率、科別屬性占率等資料分析清楚，正式函復社區醫院協會，本案列入繼續追蹤。

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2季執行報告，包括醫療供給與利用，還有初核核減率、安全針具申報情形，請各位代表提問。

謝代表武吉

1. 第6張投影片，地區醫院減少4家，對於地區醫院家數減少很傷感，由健保署報告及說明對地區醫院沒有輔導的機制，就直接處理掉地區醫院，健保署等於是砍殺地區醫院來養財團醫院!! 健保署也有派人去日本考察，日本是老人國，每個鄉鎮都有地區醫院，2016年台灣也會變成49%要養51%的老人，針對地區醫院萎縮，你們有什麼辦法來處理？為什麼不執行垂直整合？這是一種幫助地區醫院的方法，為何只要對地區醫院有幫助的健保署就都不做呢?!
2. 健保法第43條也又不做，健保已實施快20年，依法有據的都

- 沒做!!前幾日開會已經說，健保會只要有委員沒有提到健保法第43條的，都可以提出告訴，是否這些健保預算都捧去給財團了!!
3. 此項問題或許健保會謝天仁委員也會提問，護理專款預算已給了很多年，為什麼偏鄉地區的護理人員還是缺？該筆專款簡直可以不要了，因於無效。
 4. 第15張投影片，北區的件數-1.0%，平均每件點數成長5.8%，是否有灌水?!
 - 第16張投影片，北區一般案件-99.6%，請說明。
 5. 第19張投影片，藥費占率45%，成長貢獻度42.69%，請說明。
 6. 第20張投影片，DRGs執行後每區住院都減少，為什麼北區每人住院次數成長0.03%，醫療費用成長8.3%，每次住院日數成長1.4%，這是什麼原因?!什麼理由?!請說明。
 7. 第26張投影片，病床費占22.6%，於急診品質提升方案會議中曾有某醫學中心急診醫師自己表示該院急診病床衛生局核定只有66床，他自己開放到111床，請問健保署有沒有去依醫院申請床數去管控？有人去急診6小時，就可以申請費用，健保署對這種情況有沒有好好去處理呢？健保署此作法是否有放任醫學中心吃健保呢?!因於曾有同仁出車禍送往醫學中心急診，這是親眼所見的情況!!
 8. 第30張投影片，有關核減率，請增加核減率點數及核減哪些項目等數據，如此也才知道如何改善。

北區業務組許科長菁菁

有關門住診價量變化，本區去年針對門住診的占率，經多次於分區討論後，認為住診服務應加強鼓勵，因此，今年針對門住診服務設有目標管理，故住診成長高於門診成長；針對一般案件(01案件)成長率-99.6%部分，此類案件為轉、代檢案件，非醫院主要服務項目，且基期數量本來就少，因此量稍微下降成長率就變化大。

醫務管理組張專門委員溫溫

1. 特約類別4的醫院，主要是未通過評鑑，因此特約類別3降為4，只能辦理門診業務，醫院評鑑目前由醫策會辦理，也會進行相關的輔導。
2. 有關垂直整合，社區醫院協會有提出方案，讓大醫院去支援小醫

- 院，給予相關補助費用，但提案討論時未獲共識，因此沒有執行。
3. 有關落實健保法第 43 條，去年本署有提健保會，希望部分負擔要進行整體調整，但未獲支持，本星期五亦將於健保會會議進行相關報告。
 4. 有關護理人力，執行護理方案後，確實偏鄉護理人力的增加不如預期，今年的方案有移撥 5 千萬，針對偏鄉醫院有增加護理人力給予獎勵。
 5. 第 19 張投影片，有關藥費占率 45%，本署近年觀察醫院部門之門診藥費占率大約都是維持這個數值，整體加上住院大概是 30%。
 6. 有關病床費，如果急診與住診合併申報，才會併入病房費計算，如果沒有與住診合併申報，會在門診申報，不納入住院病房費計算。
 7. 第 30 張投影片，本署依委員意見，下次增加核減率點數欄位。

童代表瑞龍

1. 第 15 張投影片，北區的件數-1.0%，平均每件點數成長 5.8%，請再詳細說明。
2. 第 34 張投影片，區域醫院初核核減率 3.65% 最高，請醫審及藥材組關心一下如何協助降低區域醫院初核核減率，區域醫院是最難經營的層級，有些區域醫院都要降級為地區醫院，請體諒我們一下。

郭代表守仁

最近我們到北歐和日本考察，這兩個地方老年人口急速增加，台灣的老年人口也是急速增加，請健保署要留意一下，鄉鎮的醫院，尤其是地區醫院，要怎麼去輔導，讓他們可以永續經營，不然一間一間萎縮，地區的老人家無法在地就醫獲得醫療，會造成社會問題。以放射線治療來說，很多人都必須遠到大醫院去做，做完才回到很遠的家，日本則是在地就可以接受放射線治療，有的診所也有，很溫馨，有的病人開刀在帝大醫院，可是放射線治療可以在地治療，病人也比較滿意，我們台灣應該要加速往這個方向改進。偏鄉的醫院，一定要給它輔導，讓他們可以永續經營，對當地的民眾才有最大的好處。

主席

童委員提問的部分，請北區業務組回應，郭委員提問的部分，

請醫務管理組回應，核減率部分，請醫審及藥材組回應。

北區業務組許科長菁菁

門診部分，請看第 15 張投影片，北區件數負成長 1%，單價呈現正成長 5.8%，惟以北區單價 1,893 點來看，較全區單價 1,978 點；仍低於全國平均單價。

醫審及藥材組王科長本仁

這個初核核減率是整體醫院的結果，針對個別醫院，若醫院對核定結果有異議，都可以提出申復、爭議等救濟程序，本署及各分區業務組亦會協助，各醫院之權益均受保障。

醫務管理組張專門委員溫溫

1. 有關偏鄉醫院，本署持續推動「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」，101 年至 103 年每年均編列 5~8 億預算，對於山地離島地區或偏遠地區主要急性醫療照護功能之醫院，承諾強化提供 24 小時急診或內科、外科、婦產科、小兒科四大科之門住診醫療服務者，給予一點一元保障，以使其具備較佳醫療提供之能力，每家醫院最高可補助 1,500 萬，103 年有 74 家醫院參與本計畫，此外，亦有 15 家醫院符合醫院總額「偏遠地區醫院認定原則」，浮動點值以較高之平均點值給予核付，希望偏鄉醫院可以持續提供偏鄉民眾良好的醫療服務。
2. 有關放射線治療部分，目前健保提供單一支付標準支付相關費用。

張代表克士

感謝彰基郭院長站在醫學中心的角度還能體諒地區醫院的難處。地區醫院的萎縮，我們看了感同身受，覺得很難過也很遺憾。現在看到公布地區醫院的增減數其實有部分是假象，減少的是真的，增加的有些是區域醫院降級下來的，或者，有些大型醫院，如雙和、安南與慈濟醫院，剛開始都是先申請地區醫院，因此，我們看到增加的部分有很多只是假象。地區醫院如果消失，對當地民眾的就醫可近性是不利的，對緊急搶救也會影響生命安全，但是目前有些制度對地區醫院不利，例如藥價只有單一基準，沒有配合醫院層級價量連動，這是齊頭式的平等，是一種假的平等，

讓地區醫院的藥價成本偏高，這是不公平也不合理的。另外，沒有落實健保法第 43 條的分級轉診制度，在規模上處於劣勢的地區醫院就難以生存，並且造成小病大醫，浪費健保資源，民眾是需要被教育的，但是主管機關卻很少去教育民眾。對於地區醫院的減少，健保署不是只有公告而已，應該要檢討原因並加以輔導，一定要有所作為，避免地區醫院一家一家的倒下，否則未來可能只剩下財團醫院跟公立醫院了。

游代表漢欽

北區件數減少，點數增加等，與北區今年要求調整門住診比例有很大的關係，這樣的調整對地區醫院是不利的，因為地區醫院的門診占率較多，會影響地區醫院的生存，請北區業務組考量各層級醫院有門住診占率的差異。

謝代表武吉

1. 北區業務組同仁的說明，我不能接受，居然說「-99.6%」(PPT16)是正常，負成長這麼多，難道是我們規定不能代檢轉檢嗎?!
現在健保實行有轉診、轉檢的制度與方案，北區刪除此項是有浪費健保之嫌，有問題!!
每件平均費用卻又增加，你們是否有灌水?!如同新聞媒體報導，牛隻宰殺前都要先灌水一樣嗎?!既然出席會議，北區業務組人員就應該有所準備，我在醫界已經幾十年，內情如何怎麼處理，我太清楚!!
2. 感謝醫學中心屬於財團醫院的代表(郭守仁院長)提到日本偏鄉地區醫院對癌症病患提供放射治療的情形，不知道健保署有無將此意見聽進去，放射治療屬於高貴儀器，這段是屬於衛福部業務，醫事司有規定，地區醫院不能使用高昂貴特材，這是要打破的。
3. 何謂偏鄉與都會？地區醫院已經沒有偏鄉與都會的區分，地區醫院是屬於社區醫療的照護，都會與鄉鎮型的地區醫院都應該受到照顧。
4. 地區醫院降級是有原因的，例如有家醫院病床 30 床，可是門診每天只有 6 位病人，卻被要求聘用 2 位藥師，這是有問題的，醫院要經營會有困難。
5. 醫院垂直整合方案的討論，我有出席，當時會議醫院代表並無反對，是健保署反對，103 年度也編列有預算，但到現在健保署召開會議了嗎?!

6. 有關健保法第 43 條，健保署表示是因於健保會委員反對，健保法第 43 條是依法有據的，主管官署不該含糊矇混，你們沒執行就是違法。
7. 藥費占率 45%，建議費用應該分別列出各層級的藥費、占率與其成長率，也可以分析財團佔率是否還更高，健保署應該可以算的更清楚。
8. 醫審與藥材小組，都是以醫學中心的藥品價格來核價，這很明顯就是圖利醫學中心、圖利財團，造成社區的社區醫院和基層醫師都買不到藥，藥價應該依醫學中心、區域醫院、地區醫院層級分別核價，實施多重藥價基準。
9. 衛生局才核定該家醫學中心急診留觀床 66 床，卻使用到 111 床，1 樓不夠用，開 2 樓，還開 3 樓、4 樓，健保署什麼都不做，明顯是幫他們在拿急診留觀費(500-600 元)，這段健保署有處理嗎?! 究竟急診留觀床超收的醫院有哪幾家?! 超收的病床又有幾張床?! 健保署有管理、有數據嗎?!

醫務管理組張專門委員溫溫

1. 醫院總額因為資料多，因此部分較細分各分區與各層級的資料，都公告在本署全球資訊網，有需要的委員可上網下載。
2. 山地是沒有醫院，因此，偏鄉主要是鄰近山地或離島的區域，讓山地離島的民眾，就近有醫院可以就醫，本署再針對那些醫院給予保障。
3. 另針對所有地區醫院是否全部給予保障，因預算有限，故目前亦只針對偏鄉的地區醫院給予保障。

主席

有關健保法第 43 條自行負擔的調整，本署均依健保會決議辦理，去年本署亦曾提健保會討論，惟未獲會議同意。

蔡明代明忠

區域醫院降級為地區醫院，亦會影響當地基層診所的經營，因為，既然目前有四個層級，應該每個層級都要照顧好，不要讓層級變動過大。

主席

請問，各專家學者或付費者代表有沒有想要回應的？如果沒有，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，本報告案洽悉。

三、報告事項第三案「103 年第 1 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 103 年第 1 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. 前次會議主席答應提供各層級浮動點數、固定點數及其占率等數據，但報告內容未呈現，若提報上述資料，請排除偏遠地區醫院保障之點數，才可讓資料較為準確。
2. 過去召開偏遠地區保障方案會議時，健保署對衛福部長官們進行本案討論似乎有不以為然的意味，其實偏鄉地區醫院於經營上根本都是倒貼，醫師聘用也非常不容易，多數是賠錢的。
3. 103 年跨區就醫點值採前季全區浮動點值，上次健保會決議 6 個月要檢討，現在已經是 8 月了，為什麼沒有檢討？本會存有相關會議的錄音及紀錄，本次會議未檢討，那再開一次會議來檢討。SARS 的時候，為什麼不採用平均點值為跨區點值計算呢?!這對高屏區明顯不合理!!
且，跨區點值採平均點值計算，是健保會某委員於報告案時提出，主席也沒有執行附議徵詢的議事程序，此決議可說是無效的
4. 急診品質提升方案應由健保署提出，我們再來改，為何我們要提給你們改，當時該方案的設定，我們就有表示意見，是你們某位小姐強行運作堅持己見，當然此段與林組長無關，對林組長我會有所留情。。

羅代表永達

「急診品質提升方案」，當時是要減少醫學中心急診滯留，但是方案設計時是針對 CVA、AMI 要品質提升，是無法改善醫學中心急診滯留情形，我們也一再提醒，今天看到預算 3.2 億，第 1 季只有執行 8 百萬，執行率只有 2.5%，我們地區醫院也有提一個方案，當初承諾會併案討論，現在已經是 8 月中旬，也還沒有檢討，已經可以預估本方案今年執行顯然會不好，建議參納我們的建議。

醫務管理組張專門委員溫溫

1. 有關固定點值，是上次健保會開會報告時，有討論各層級固定與浮動點值比例，就健保署立場，這些都包含在醫院總額範圍內，計算時全部納入，並沒有另行區分。
2. 103 年跨區就醫點值採前季全區浮動點值，執行 6 個月要檢討，但目前只結算到第 1 季，俟下次結算至第 2 季點值時再議。

林代表阿明

1. 有關羅委員所提「急診品質提升方案」之意見，協助醫學中心轉診與提升急診品質均是其目的之一，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，近期亦將召開相關會議進行討論。
2. 有關謝委員所提偏鄉點值保障，前已於健保會進行專題報告。
3. 有關 103 年跨區就醫點值採前季全區浮動點值，本署依健保會決議辦理。

主席

1. 有關 103 年跨區就醫點值採前季全區浮動點值，本署依健保會決議辦理，本會議無權限更改該會決議。針對謝委員想瞭解跨區就醫點值採前季全區浮動點值對各分區之影響，請醫務管理

組於下次會議時提供分析資料。

2. 若各位代表對 103 年第 1 季點值結算報告沒有其他意見，醫院總額 103 年第 1 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。

四、報告事項『102 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』與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案為 102 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，請各位代表達意見，若無特別意見，本案就依健保署意見，原核定不核發醫院，嗣後經申復、爭議等救濟程序，審定應予核發者，依本方案規定，其核發金額自結算當季之醫院總額一般服務項目預算中支應。若沒有臨時提案，本次會議結束，感謝各位代表與會。