

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

105 年第 2 次會議紀錄

時間：105 年 5 月 25 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

出席代表：

侯代表彩鳳	陳順來代	童代表瑞龍	童瑞龍
陳代表幸敏	陳幸敏	陳代表石池	請假
吳代表志雄	陳瑞瑛代	張代表德明	請假
郭代表宗正	詹德旺代	施代表壽全	林富滿代
謝代表文輝	請假	翁代表文能	翁文能
黃代表遵誠	黃遵誠	郭代表守仁	請假
鄒代表繼群	請假	邱代表仲慶	王敏容代
李代表允文	張達人代	鍾代表飲文	黃尚志
洪代表政武	洪政武	高代表瑞和	高瑞和
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	唐宏生代
謝代表景祥	謝景祥	陳代表威仁	蘇美惠代
龍代表應達	請假	劉代表淑芬	陳秀枝代
謝代表武吉	王秀貞代	張代表嘉訓	請假
趙代表有誠	趙有誠	陳代表宗獻	請假
黃代表忠智	黃忠智	龐代表一鳴	龐一鳴
周代表思源	廖茂宏代	梁代表淑政	梁淑政
吳代表文正	吳文正	謝代表天仁	謝天仁
陳代表誠仁	請假	林代表昭吟	林昭吟
張代表國寬	張國寬	吳代表肖琪	請假
吳代表鏘亮	吳鏘亮	王代表榮濱	王榮濱

列席單位及人員：

衛生福利部	周雯雯	
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	邱臻麗
台灣醫院協會	林佩菽	董家琪
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	梁淑媛	

聯合會

中華民國物理治療師全國聯合會 楊博凱

中華民國醫事檢驗師全國聯合會 宋佳玲

中華民國藥師公會全國聯合會 洪鈺婷

本署臺北業務組 許寶華

本署北區業務組 謝明珠

本署中區業務組 蔡瓊玉

本署南區業務組 賴阿薪

本署高屏業務組 黃梅珍

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 何恭政

本署醫務管理組 陳真慧

劉林義

楊秀文

林蘭

林淑範

洪于淇

李宜珊

邵子川

谷祖棣

林右鈞

黃曼青

鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林沁玫

列席指導：李署長伯璋

壹、主席致詞：(略)

貳、本會上次會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）。

參、報告事項：

第一案

案由：本會上次決定事項辦理情形。

決定：有關安全針具功能相關建議案，請依 105 年 5 月 12 日本署醫審及藥材組召開會議之重要結論持續列管，餘洽悉。

第二案

案由：醫院執行概況報告案。

決定：洽悉。

第三案

案由：104年第4季醫院總額點值結算報告。

決定：醫院總額104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。

	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
104Q4	浮動點值	0.8451	0.8893	0.9053	0.8725	0.9158	0.8833	0.8830
	平均點值	0.9161	0.9356	0.9448	0.9301	0.9478	0.9323	0.9312

第四案

案由：105年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式報告。

決定：罕見疾病藥費結算方式維持與104年相同(部分負擔代碼為001且主、次診斷任一亦完全符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼之所有案件且領有重大傷病卡者之藥費)，其餘修訂如附件1。

肆、散會：下午4時20整

伍、與會人員發言摘要詳附件2

※與會人員發言摘要

主席

今天新任署長到場指導，請署長跟大家講講話。

李署長伯璋

在座前輩大家好，很高興有機會擔任這份工作，於醫學生涯很久，台灣醫療生態的確面臨很大的變化，今天有機會和同仁一起努力。稍早和副署長拜訪立法委員，健保資源屬全民所有，讓人民感受台灣健保的好，也讓台灣醫界醫師、牙醫師及護理師等工作也可以快快樂樂。今天在座很多都是我的前輩，各位將來對健保可以改善部分就不要客氣，大家對實務很了解。健保的餅就是這麼大塊，大家不是互相搶來搶去，而該減少不必要的浪費，今日與委員見面也強調民眾的教育和醫界的教育，我們一起努力。會議有什麼問題就不要客氣，蔡副署長與龐組長都有很經驗，他們有時候站在健保立場想，不要怪他們，健保同仁學經歷很好，未來會更彈性及實務來面對問題，謝謝。

主席

謝謝署長。

一、本會上次會議紀錄確認

主席

上次會議紀錄請委員確認，若無問題，上一次會議紀錄確認。

二、報告案第一案：本會上次會議決定事項辦理情形

主席

有關第二案請醫審及藥材組補充說明。

醫審及藥材組蔡副組長文全

大家都很關心安全針具相關問題，本署於 105 年 5 月 12 日邀集廠商(供應商有 18 家，當日出席有 13 家)、各層級醫院協會代表、醫師公會全聯會、護理師護士公會全聯會、TFDA 及醫事司等單位共同討論。討論主題共兩項，第一項為針對醫界及護理師公會反映，安全針具功能有待改善問題，目前健保給付的廠牌很多，產地包括美國、

日本、大陸和台灣等，各廠牌安全針具的設計原理及概念不同，使用者無法熟悉每種設計，醫護人員在使用不同品牌及操作方式，更需要適應期，因此在會中建議廠商能充分給予醫療院所教育訓練。另外醫界及護理師公會反映，部分安全針具有安全裝置失效或護蓋滑脫等不安全情形，建議應該訂定安全針具規格，嗣經 TFDA 代表說明，因 TFDA 核發安全針具醫療器材許可證係依產品安全性及有效性驗證，如安全設計確定可預防針扎也符安全針具定義者，則列入安全針具範圍，未強制規定各廠牌規格，故無法統一訂定安全針具規格。至於如有安全裝置失效或護蓋滑脫等不良反應，為上市後之監測，使用者或醫療院所可透過 TFDA 全國藥物不良反應通報系統通報，TFDA 會做後續處理。

另外當天代表反映希望健保署在呈現安全針具統計資料時，不要出現安全針具使用率高或低等判斷性文字，而僅以占率呈現。

第二項是部分廠商反映健保給付安全空針價格偏低，且部分醫院亦反映無法以健保支付點數採購，致使安全空針的使用率較難達到目標，因此為瞭解各廠商現行販售安全空針價格情形，已請廠商於 105 年 6 月 1 日前提供進口成本和銷售利潤分析表，供本署提至藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論，再研議調整價格之可行性。

另當天有代表提到包裹給付(如洗腎)，因使用安全針具所增加費用應該調高包裹給付支付點數，將轉請本署相關單位研議。

羅代表永達

基於本會議決議希望辦理會議討論，上次問題尚未解決，如解除列管後續就沒有追蹤法源，當日討論非常熱烈，包含品質、價格、操作性等，建議繼續列管，並將上次會議結論具體列出，看哪些需要繼續追蹤。

醫審及藥材組蔡副組長文全

本案於上週 5 月 19 日藥物共擬會議也做了相同的報告並已列入繼續追蹤，因此建議本會議不須再針對本案做繼續追蹤。

羅代表永達

上次會議我也有參加，列管是對價格列管，內容與本會議所要求似乎不同，這邊包含預算、操作方便性。醫院代表所要求的是，被要

求百分之百實施之下應達到方便性，兩個會議討論是不一樣的，不能把本會議列管放在另一個會列管。

主席

安全針具相關建議案持續列管。

羅代表永達

建議請醫審組就會議決議內容具體列出。

主席

列管內容請醫審及藥材組就上次會議紀錄摘述重點，大家如無意見，第一案確定。

三、報告案第二案：醫院執行概況報告案

主席

以上報告各位代表有沒有意見。

林代表昭吟

待床時間定義為何，是有推床或可以住到病床的待床時間；另住院等四天以上有原因分析，但住院等 24 小時、48 小時已經很長了，也應該要有待床原因分析；若只問待床四天以上者，則導致樣本數很少。104 年只有 10 位等了四天以上，所以一般等兩天者也應該可以問原因。另如從等超過四天以上者在急診觀察等床比例為 5.7%，看起來蠻嚴重的問題，請說明。

主席

這不是急診的待床，是一般的待床，劉科長說明問卷問法。

醫務管理組劉科長林義

題目是打電話問民眾最近三個月內是否有到醫院看病，再根據待床時間，問住院容易排到病床嗎？排到的病房種類與您希望的是否相符？大約等多久才排到病床？如住院等到 4 天以上，會再詢問主要原因。

醫務管理組龐組長一鳴

第 50 張投影片，在急診觀察室等床是指 10 人的 5.7%。

林代表昭吟

以後問卷對等床兩天以上者，也可以問待床原因。

主席

納入問卷參考。

張代表國寬

實務上這樣問會有困難，門診基本上是排程住院，與病人約好可能是一個禮拜後或 10 天後住院，可能落到 4 天以上，與主治醫師約好時間，問卷設計應該要釐清，否則結果讓人模稜兩可

謝代表天仁

樣本數少了一點，可否稍微多一點，記得消基會召開記者會都不低於 1000 以下。健保資料庫很完整是一般單位比不上的，分析時應有更多資料支持，樣本數應檢討。另認同張代表提到問法需要調整，該急的沒有床給人家，這才是我們關切的，如果不急等 3-5 天，是小事，有朋友跟我反映大腸癌 3 期，等不到床位或許有些時候比較急。在問法可以調整，該急的時候去講待床時間是有意義的，不急的講待床時間價值可能不高，希望健保署再檢討。

主席

謝謝代表。針對謝代表提到資料庫部分，因健保資料庫沒有這些資料，所以才做民意調查，每年民調人數 1000-3000 人之間，今年是 2000 人，民調調查之人數與預算有關係，雖每年都有編列預算，但有時候會有經費拮据。

李署長伯璋

謝謝代表建議，請劉科長下次問卷請相關人員提供建議，如問法與實務有落差時要注意。

醫務管理組龐組長一鳴

問卷有當年及長期資料，今天報告部分資料有趨勢性的，每年都有徵詢大家意見，也召開專家會議討論，要兼具修改及跨年度比較不能差異性太大，故有實務操作困難，請大家諒解，大家所提意見會參採以利後續討論。

高代表瑞和

第 45 張投影片，醫師看診及治療時間可否分為初診及複診，可更清楚分類，因初診需要花較多時間，分在一起會稀釋掉。

主席

大家意見都收錄下來。

醫務管理組龐組長一鳴

問卷有些問題有 OECD 標準問法，如看診時間與等候時間，為與國際比較會使用，OECD 沒有使用的 term 我們就沒有使用。

林代表昭吟

原始問卷可以提供嗎。

主席

原始問卷會後提供老師或有需要的代表，大家對於報告有沒有意見，如無意見報告確認。

四、報告案第三案：104 年第 4 季醫院總額點值結算報告

林代表昭吟

急診品質提升方案執行率 60%，因前陣子大家對急診品質都很關心，請說明。

醫務管理組陳專門委員真慧

歷年來急診品質提升方案，有關預算成效不是很好，方案內容已有設立品質指標，103 年預算 3.2 億因執行率不佳，於 104 年預算修正為 1.6 億元，104 年預算執行率較 103 年高，未來會持續強化方案內容。今年度方案增列符合下轉病人，鼓勵醫師下轉有訪視費用及地區醫院聘用急診專科醫師獎勵，希望藉此強化執行情形。

謝代表天仁

請教如何下轉，104 年執行率較 103 年高，如把母數還原應差不多。

醫務管理組陳專門委員真慧

執行金額有比較高，103 年花 4 千多萬，104 年 7-8 千萬，至於代表所提如何下轉，為鼓勵大醫院找到區域或地區醫院願意接收病人，並增加病人對轉院的信心及增加轉診意願，醫師到下轉醫院訪視給予訪視費用 1000 點獎勵。

謝代表天仁

急診病人症狀比較急，要較急的病人轉下去，還是其他病人轉下去。

醫務管理組陳專門委員真慧

經過醫師判斷需要住院，原來醫院沒有床而聯繫合作醫院有床，可

以鼓勵病人轉到有床的醫院。至於急迫性與否在醫療專業認定需要住院的病人。

謝代表天仁

在健保會提到去急診的人對自己比較沒有信心，要病人下轉當然比較擔心，為什麼不檢討醫學中心病情穩定病人可以轉下去，亦可用該方案費用，是紓解問題，心理上要急診病人下轉當然沒信心。部分獎勵的錢亦可分給願意轉的病人，可以解決很多問題，錢都是花出去，但沒有效果，表示沒有符合需求，因沒有解決，應整體檢討。

羅代表永達

急診品質提升方案已多年，早期是醫學中心很壅塞，當時預算 3.2 億因執行率低，病人已到醫學中心要下轉很困難；去年增加地區醫院急診室能量、增加民眾對地區急診室信心，社區增加急診室或增聘醫師，致整體執行率提高，原本由上下轉執行率差。

這整件癥結所在分為幾個部分，為什麼大家往醫學中心，謝代表有提到到底要嚴重還是不嚴重的病往下轉，醫學中心約有 25-45% 是檢傷分級 3、4、5 級的，但病人可能也不知道自己是 3、4、5 級。統計去年地區醫院有設置急診的量有增加，有沒有影響醫學中心急診室成長不要這麼高，目前執行部分時間還很短而無法達到目標。剛代表提到到底用哪些方式，目前是限某些疾病別下轉才有錢並非所有疾病都有錢，可預期執行率也不高，很多概念要重新思考。

童代表瑞龍

衛福部針對 PAC 在醫學中心、區域醫院及地區醫院間可以互轉，美意很好，但 PAC 病床不足。於醫學中心病情穩定時應該可以優先往下轉，家屬意願比醫師意願高，另保險因素勢必在醫院住到一定程度。再來急診健保署政策要重新檢討，出院 14 日內再入院閾值，醫院也會傷害到，當病情到一定程度轉出去而 14 日再入院，健保署也會檢討醫院住院病人照顧不當，這些問題多開座談會討論，這問題也不是幾位代表在這可以解決，寄望新任署長魄力與各醫院分區座談，針對壅塞率高醫院提出計畫，衛福部或健保署政策支持。也感謝天仁代表很關心民眾，偶爾也要關心醫師的立場，有時候太早出院，病人回家途中發生意外，醫師又要賠錢，醫師很難做，要 adjustment 很難，期待林教授也要多關心醫界，醫界現在已經夠努力，

多給醫界掌聲，大家一起把醫療制度建立好。

翁代表文能

我們是病人最多的醫院但不是最壅塞的，其實病患意願是關鍵，我每天會去急診 1-2 次，很多病人需要檢傷分類後治療一段時間再談轉院，1%以下有意願要轉院，為 1%花很多時間溝通，這對於醫學中心第一線人員非常辛苦。

署長從醫院出來應該好好想一下，不只要醫院努力，病患教育也要努力，我們的制度有點鄉愿，應該是使用者付費才合理，以前曾提到醫學中心急診室是不是要提高部分負擔，消費者代表反對，應該要從新思考，比較貧窮的人需要社會救濟與健保無關，如果健保只讓病人付固定的錢一定會相對浪費，這是人性，如果按照分級有不同之部分負擔，病人就會小心，先從地區醫院看，如不行再上轉，另外給付端也要調整，因輕症看急診要更高的部分負擔，病人會再考慮，但掛急診醫院急診同仁就依檢傷分類流程再討論轉診。

本院雖在高速公路交流道旁，但是位置在不方便地方，要病人下轉，他已經自行開車或搭計程車過來(不可能搭公車來林口急診，從公車站到急診要走 10 分鐘)，要病人轉診，對第一線人員非常難過，所以轉診由行政人員負責，切結書病人大都不願意填，對病患可能是一種侮辱，我們都希望可以解決問題，但是急診壅塞對醫院是很大的壓力。

如這次流感，我到急診每次護理同仁跟我求救，如果病患超過 2 成即使動員也沒用，因為急診和病房護理人員工作節奏完全不同，如外科病房護理人員來支援，護理人員壓力也很大，因為幫不了什麼忙，按勞基法人力是夠了，但實際上的幫忙還是不夠，只好喊院長救命，我也只能盡力。這是季節性問題，還無所謂，但是日常性的政策要改，且病人隨意就醫的習慣也要教育。

李署長伯璋

謝代表要不要再補充。

謝代表天仁

我必須澄清付費者反對是因急診壅塞只用增加部分負擔來解決，我們認為這樣無法解決，要有其他配套措施。

翁代表文能

我也承認這是其中一個方法，只是機制之一，但必須要整體考量，若不把部分負擔調高，包括門診及藥費也一樣，這要重新討論。健保實施 20 年健保好處已達到了，健保每年經費是無底洞，必須要再檢討相關機制。您說的我同意。討論機制和辦病患公聽會，讓各層級都可以達到功效，像地區醫院沒有功效對整體健保毫無幫助，地區醫院是最接近民眾的。我們健保已是準公醫制度，就與英國一樣，大部分經費應該放在基層，但不是講就可以做到的。因為病患都覺得醫學中心最安全，這是迷思，但大家認為醫學中心資源多，英國經費 30% 在醫院，70% 經費在基層及社區醫療，而給付制度會影響行為，行為定型就很難改變。像 PGY 在台灣沒有用，因為台灣 70% 是專科醫師，您說的我完全同意，但是很重要是相關配合機制。

謝代表天仁

我們站在普羅大眾角度觀察事情，舉一個例子，我們今年度醫療服務指數成本成長，我們在健保會在講門住診差距很大，門診占 53%、住診 47%，就說住診跑去門診手術這沒問題，把部分還原來看，因這樣下去不得了，沒有做門診好像會死掉的感覺，預算去調整住診的支付標準，結果我看醫界寄送的雜誌提到調整問題，門診調的比率比住診還高，很多人跟我抱怨 ICU 都虧錢，合理嗎，所以在健保會極盡所能想辦法，去年終於註記在上面，只是不了解多少住診項目有調整，看了很失望，這不是我們要的狀況，大家要深思做檢討，假使沒有分級醫療會更嚴重，大家共同努力，翁院長說的部分有效但部分確實沒有效果，都會型醫學中心調部分負擔效果有限，柿子只挑軟的吃，所以付費者才會反對，健保會開會中印象中是我提出以前為什麼用定額，有檢討過定率嗎，隔了一段時間健保署做出來才發現落差這麼大，我們也希望要合理，很多東西就會慢慢歸位。

翁代表文能

都會型醫院部分是有效，在英國、德國大部分醫院都在都會型，部分負擔是有效的，以我們醫院來說並非都會型醫院，林口長庚是一個平民化醫院。健保是準公醫制度，我也跟學生說，未來我們這一代醫師跟英國一樣是拿政府的薪水，因 90% 以上都是健保。我同意僅部分負擔不能解決問題，因制度沒有改、心態沒有改，繳健保費

最好用在自己身上，包括材料的部分負擔要開放，如歐洲荷蘭是已經實施的國家，部分負擔應該要透明化

另外，因為住院病房費虧本，不靠門診收入，醫院無法打平，護理人員一個月薪水含年終獎金已超過 6 萬元，病房費(含護理費)不夠，要從其他費用支應，大家都很努力，我們應努力逐步調整。

童代表瑞龍

補充翁院長的話，護理費要獨立不能涵蓋在病房費中，護士都找不到，護病比要降低，護理費不提高，護病比如何降低，這是相扣連的，署長您從南部來的，要招聘護理人員多麼困難，護病比到大小夜班最忙的時後有的結婚要白班，這都是健保署未來支付標準調整時要考量大小夜護理費，護病比不把護理費和病房費獨立，讓醫院正當管理、營運正常化，這制度一直在改變，連掛號費、部分負擔應整體通盤檢討，到地區醫院應該要便宜，要有誘因才可以。

林代表昭吟

從民眾角度來看急診壅塞，前陣子急診已超過醫院能量，而平時急診人數亦眾多。換言之，急診平時的運作已接近戰時，若一旦發生重大疫情或醫療事件，則將不知急診如何因應。

為什麼會有急診壅塞問題，民眾會往大醫院跑可能是醫療品質考量，若區域及地區醫院醫療品質讓民眾有信心，則可由上游開始疏散而不用在大醫院由病房管理員忙著找下轉醫院。若分級醫療建立好，讓民眾對分級醫療品質有信心，則可能可以減少民眾往大醫院跑的情形，在急診品質提升這部份有垂直整合的必要性。目前健保有醫院和基層總額的切割，醫院到基層會吃到基層總額；基層把病人推到醫院又會稀釋到醫院總額點數。因此，在急診部份可考慮讓此急診品質提升保留款可以在基層與醫院總額間流用，如偏遠地區的品質保留款一樣。

李署長伯璋

謝謝翁院長、童院長及林代表。台灣整個醫療制度沒有做很大的突破很難，未來討論細節如何改善，不能只有健保署自己的想法，醫界投入醫療工作時不會沒有 sense 而是病人多，我自己心裡面要做務實的改善，做要作好，這部分先討論到這。

醫務管理組龐組長一鳴

謝代表提到支付標準調整，上次支付標準調整 91.6 億，一部分復健治療，各層級支付點數相同。基本診療章 85 億，醫院部門門診占 38%，住院占 62%。另謝代表看到的刊物，報導可能較偏重基層醫療，基層醫療是西醫基層門診，所以顯現門診費用，而醫院住診是調整較高。

謝代表天仁

門診占比是指 85 億的 38%，健保會聽起來無法瞭解，應說明每項平均調整比例多少，如給付項目門住診平均值調整多少。

李署長伯璋

我也很注意不是用數字呈現，要看結果。我們制度面不改善的，大家一直在衡量點值就下降，病人跑到醫學中心造成血汗醫院、五大皆空，我們會好好針對這方面改善。

張代表克士

感謝謝代表、翁代表及童代表，很高興付費者及各層級代表都贊成分級醫療。健保開辦 20 多年來造成一個結果，就是我常說的：大醫院人滿為患，小醫院倒一半！先看大醫院的部分，醫學中心應該是處理急重難症，但是現況是很多輕症病人排擠了重症病人的醫療照護，當然這也不能怪醫學中心，醫學中心本身也沒辦法，因為一方面我們沒有教育民眾，任由患者四處就醫，醫院無法拒絕病人；另一方面，健保在急重症的支付太低無法支撐醫院的成本，如果醫學中心沒有看一般門診或輕症病人可能就難以為繼。然而，醫學中心除 service 外，還有 teaching 和 research 的功能，但現在正如署長所說，門診已經讓很多醫師看到癱瘓大部分的時間，我知道有醫生從早上看到隔天早上，這樣要他如何研究與教學呢？其結果就是阻礙了醫學的進步，也造成了血汗醫護。我們再看看另一個面向，就是小醫院倒一半，以南彰化為例，很多地區醫院倒了，除員林以外，已經幾乎沒有急診服務，只有田中和北斗兩家急診室是靠政府補助勉強撐持，但都無法提供完整服務，病人也大多再轉送出去，50-60 萬人口生命安全沒有保障，這對於偏鄉的鄉親是不公平的，之前在台北開會時，有健保署代表說台灣交通方便，所以病人就醫沒有問題，我說你是天龍國的人嗎？你以為全台灣都像台北有捷運，在台北，一條

捷運線就有幾家醫學中心，而在彰化，從溪洲到員林開車就至少要40分鐘，而且很多老人家並不會開車。鄉下病人有三大特性，就是老化更嚴重(年輕人外移)、醫療需求更高(共病、慢性病)、且多半是經濟上相對弱勢者，繳一樣的健保費為什麼要這樣被對待，非常不公平。

地區醫院有兩個難以取代的功能就是可近性及急迫性。可近性就是就醫的便利性，而急迫性是會危及生命安全的，如風災時高屏大橋斷橋、921地震埔里對外聯繫中斷，當時就僅能靠在地社區醫院擔負緊急搶救的任務，然而現在地區醫院卻大量萎縮。以上結果歸究起來有兩個主要原因，就是資源配置不合理以及餅太小，餅太小所以單價太低，結果是心臟按摩不如腳底按摩、插氣管不如通水管，醫師不如理髮師，台灣醫療費用占GDP 6.6%，每人每年平均看15點多次的門診、美國醫療費用占GDP 17%-18%，每人平均每年看3-4次門診，OECD國家醫療費用大約佔GDP的9-10%，相較之下台灣確實太低。之前有個老外朋友告訴我說他前不久在美國做CABG，換算台幣約800多萬，另一個例子是在美國因胃痛掛急診，候診等了6小時才做檢查，檢查內容與台灣大同小異，結果帳單金額約合台幣60萬元，所以她一再呼籲大家要珍惜台灣健保資源，醫療資源是相當可貴的但卻被濫用，因為我們從不教育民眾，這點健保署需要負起責任。另外，給付制度及病人付費條件要改變：在需求端，如何讓使用者付費有合理差異，但前提要先把弱勢照顧好；在供應端，可以在大型醫院的急重症方面給予加成，但是初級照護在醫學中心超過一定比率就給予折付，不要像現在連指標性醫院也門診收入大於住院，相對地，也要保護地區醫院，讓他能夠存活，這對社區民眾有利，地區醫院以初級照護為主可以再多推動預防保健的工作，讓民眾顧好健康不要生病，這樣能省下生了大病後消耗的巨額花費，例如沒有預防三高或加以有效控制，最後造成洗腎，不但病患痛苦，而且也會花費更多錢。所以地區醫院的角色很重要，要努力為社區民眾的健康把關。

主席

謝謝大家，引起大家熱烈討論係因急診品質方案執行率較低，大家意見都有努力在做，方案精神是獎勵效率提升及重症照顧品質，因

提升效率有限，所以執行率不高，是錯綜複雜的結果，署長也提到要如何進行分區座談並通盤檢討，後續依署長指示辦理。點值確認，請下一案。

五、報告案第四案：105 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式報告

主席

今年總額分配和點值結算的方式，大家有沒有意見。

童代表瑞龍

第 77 頁地區預算門住診費用比為 45:55，當發生逆轉的時候，如現在醫院的住診如果沒有達到 55%，有沒有什麼機制來校正。

主席

請結算的同仁或劉科長說明，大家有沒有其他意見，等下一併回答。

羅代表永達

第 82 頁罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病的特材，其中罕見疾病的藥費，我記得當時是主次診斷都包括，主診斷雖然是比較輕的疾病，但列在次診斷的藥費是高的，或者會比主診斷的藥費高，所以我記得當時在協商的時候是說主次診斷都包括。今天的補充資料第 2 頁，第一季預估的執行率只有 20%，也就是說它明顯比去年同期低，是不是因為主次診斷的關係。

主席

還有沒有其他代表對這一題有意見。

醫審及藥材組蔡副組長文全

第 83 頁第 5 項罕見疾病特材之定義部份，這是 104 年新增項目，目前只有一項罕病玻璃娃娃所使用的伸縮式髓內釘（特材代碼：FBN07321004P），以後可能會再增加其他的，因此建議修改成比較有彈性的定義，亦即除 FBN07321004P 外，尚包括 105 年 1 月起納入的罕病特材，這樣會比較完整。

主席

同意加入 105 年 1 月起納入罕見疾病特材文字。

醫務管理組龐組長一鳴

蔡副組長提的問題，會依本案說明四辦理。羅代表提的問題，罕見疾病病人也會感冒，感冒時又開罕見疾病的藥，平常罕病的藥是依他主要疾病所開的。

陳代表瑞瑛

主診斷一定是罕病才能開嗎。

醫務管理組龐組長一鳴

罕病病人感冒開罕病的藥，這樣也很奇怪。

陳代表瑞瑛

這跟我們重大傷病卡是一樣的，如果這次來看門診不是因為重大傷病卡的主診斷，不能用免部分負擔，罕病也是一樣，這次來看病，原則上在罕病，他們開其他藥很少很少，大部份醫師會寫主診斷是罕病，次診斷是感冒，不一定這次會開罕病的藥，只開感冒的藥也是有可能的，像這種因為他們進出都不方便，所以大部份醫師是他們主次診斷都會寫，我是同意主診斷是罕病。

主席

罕病也會開刀，如髖關節手術，主手術就是髖關節置換，費用可能也有藥費之類的，但是這項目費用由其他項目來支應，如是罕病的藥費，開這麼昂貴的藥費，你主診斷不寫罕病嗎，就不合理，所以我們這拉出來的專款，還是主診斷係罕病為主。

謝代表景祥

在臨床上主診斷是一次要來做什麼事情，這病人可能是來換關節，所以換關節是主診斷，他的次診斷是血友病，但他換關節的費用很少，但他住院期間打很多第8因子。

醫務管理組龐組長一鳴

第82頁血友病有含次診斷。

林代表富滿

剛剛代表所提是指可能罕病病人不是因為罕病住院，但住院期間可能開到罕病的藥，其費用很高，建議比照血友病納入主、次診斷。

陳代表瑞瑛

不過我認為醫師要開藥不論是門診或住院，他要開罕病的藥，他的診斷一定要是罕病，主診斷主要是要來開刀來換關節，次診斷為罕病。

林代表富滿

依陳代表所提，若不含次診斷，上述案件就不會被列入專款，所以，建議還是要把次診斷放進去。

醫務管理組龐組長一鳴

其基本上這個遊戲規則是用很久規則，剛剛講的都是假設，如果各位容許的話，是不是先保留這樣，實務上我們會去瞭解。這種情形要強調，這不是健保沒有付，是預算部門配置會不同，如果會占到其他部門，有人會在意會不會影響到點值的問題，我們會去研判是事實還是猜想。

羅代表永達

各分區不知道有沒有這樣的案子，我想清查一次，假設這個東西不影響，這個我們在實務上假設是有可能的，如果實務上都沒有這樣，我想就沒有問題。

童代表瑞龍

從你們的資料去分析，然後在下次會議再報告，今天已經超過時間，請儘速進行。

主席

罕病的藥費要診斷來看還是用藥品罕藥來看，這都沒有辦法完美，下一次再提出分析結果給大家，那如果分析的結果有什麼異動要來更改，我們再來討論。

醫務管理組劉科長林義

有關 45、55 門住比例部分是健保會規定的，資料第 58 頁，算全區預算時依 45、55 去拆，倒數第 2 欄住院服務的佔率 55，所以這邊是乘 55、門診是乘 45，但不要有 1 元差，所以減 55 方式計算，這會反應在分區預算的分配，第 61 頁住診是 D1、門診是 D2，D1 和 D2 會分別乘該分區所佔 R、S 的比率。所以如果住診是 56%，D1 的佔率就比較多，該分區的佔率就會比較高，就是會反應在這，分配到各分區的時候，因為各分區 R、S 佔率都不一樣。

童代表瑞龍

如果門診超過 55，門診給付是不是要減少，這樣才是預算的平衡，這樣沒有達到健保的分配，健保會變成讓你們有藉口。我是要你答給我們，預算是 45、55，如果是逆向，門診變成 55 甚至超過，住院變成 45，反而更低的時候，錢要怎麼平衡。

謝代表天仁

在健保會已經問過健保署很多次，就是照實際門診錢就分出去了，只是拆分最後面不分，各分區不分門住診，不管申請多少就給多少，就是沒有落實。

陳代表瑞琪

當時醫院總額在 92 年開始做的時候，在費協會就決定把費用分門診 45、住院 55，我記得 92、93 年時候，因為這樣一刀切下來，他們那時候確實依門診 45、住院 55 去算點值，結果地區醫院點值剩 0.7、0.8，當然整個跳起來，所以吵到最後，在費協會變這個樣子，45、55 是先把它切開，然後去分，最後申報點值的時候又把它合起來，所以才會變成今天門診可能 53、住院 47，因一刀切下來，確實會讓以門診為主的醫院錢很少，另外的因素是大醫院門診很多，所以最後不得已變這樣，那時候醫學中心也抗議住院最花勞務，像是開刀的，所以最後沒辦法，又把手術保障點值 1 點 1 元，可是這也不是好的方式，歷史是這樣。

童代表瑞龍

以前就用這樣，我現在請教但最後也不了了之。

謝代表天仁

我跟他們講說，門診住診比率要調整，他們不敢做，說醫學中心會倒，某個角度來說這個是扭曲的根源，為什產生這樣的問題，醫學中心跟別人搶門診，初期照護砍掉或逐年降低比率，初期照護只能給你多少錢，逐年減低，讓你有個適應期去調，健保署的官員做不出來。

翁代表文能

那這樣醫學中心會逐年倒，目前醫學中心重症病人住院是虧本，健保給付不足。

謝代表天仁

翁院長，我們已經逐步在調整住診的支付標準，又說門診有 85 億的 38% 調門診，如果衡量之後怎麼會只有 38%，勝負已知，會愈來愈嚴重，所以我們健保會的委員，我們怕影響過大，我們逐年調住診的支付標準，把誘因拉回來。

童代表瑞龍

地區醫院過去在講分級，如果從預算去堅持，健保署沒有這樣去執行，大家衝門診，地區是要看門診，預算如何分配，那 55、45 如果不行就要改。

謝代表天仁

健保署應該要慢慢微調，慢慢做做看，不然永遠調不回來。

主席

我跟大家報告一下，45、55 也不知道從那裡來的，但 45、55 當時應該有一個背景，就是希望把預算留多一點給住院，門診的誘因少一點，但沒想到這個比例要套用到現在三個層級的生態差別這麼大之醫院，原來的想法，門診一個點值，住院一個點值，因三個層級醫院門住院占率差這麼大情況之下，共用一個門診的點值，地區醫院就沒有辦法適應，初衷是當門診的點值過低時，醫院才會努力去做住院，不要去拼門診，但沒想第一年就沒辦法。健保會堅持 45、55，後來只好技術上先將預算 45、55 作分配，再分至 6 分區，最後門住再合起來，只有一個點值，事實上是計算過程，到現在我們也認為這是徒增計算的複雜而已。

謝委員一直認為我們應從調整支付標準進行，今年的非協商因素之預算係尊重醫師公會全聯會和醫院協會協商的結論，他們認為基本診療章很久沒有調，所以我們今年尊重他們的意見，但我們也有一個建議，住院的基本診療要調的比門診高一點。門住診調整的成長率已提供謝委員參考，基本診療章，如醫師診察費、住院費、護理費、藥師服務費和病房費等，龐組長報告這一次調整 38% 預算是調在門診，62% 預算是調在住院。最近 5 年，包括護理費、急重難調整的幅度非常的多，一直到今年才調基本診療章，希望先讓謝委員瞭解。今年之調整也針對地區醫院誘因的提高，即復健治療費調高，因復健是地區醫院很重要的一個服務項目，基於生態平衡調整，未

來支付標準調整仍會繼續，在有預算之前提下逐步調整。至於今天大家在看總額分配跟點值結算，是有一些歷史的過程，那今天還要堅持 45、55，就要回到它的初衷，不知道健保會有沒有要補充。

全民健康保險會陳組長燕鈴

本會在每年 9 月協定年度總額後，通常於 10 月份會議會討論地區預算分配方式，其中包含醫院總額用於校正地區預算人口風險因子「計算」之用的門住診比例。因為各區醫療需求不同，相關參數(如標準化死亡比)統計結果也有差異，門住診比重不同的話，當然各區費用會有差異。剛才童代表詢問，未來若發生門、住診型態大幅改變如何因應？屆時可以根據實際情形再來討論。針對 45%：55% 比例問題，本會曾邀請專家學者召開一系列座談會，經過檢視相關資料後，最後討論結果是難以訂定最適之門、住診費用比，考量實務運作，這幾年均依循此比例分配。

主席

當時會訂 45、55 的時候，應該當時門住診比率在 55 波的時候，但這幾年科技進步或是手術的改良等，很多住院改成門診，或者需要開刀改成口服藥，如癌症化療改到門診，或部分手術改成門診手術，原來初衷是要門診減少變門診增加，但卻是替代住院的好方法，這占率就沒有辦法說什麼叫做合理了，在不同醫院、不同層級又不一樣，所以這個爭議最後還是回到健保會歷年要討論時再去討論。

謝代表天仁

如果量多點數就多，例如現在去調門診平均調幅是 9%，住診平均調幅是 11%，那現在是拿以前的資料來試算，算出來 80 幾，但你放在今年算，如果把門診的量衝出來的話，9% 可能會蓋過原來的 11%，我要講的是這個，所以你沒有去注意到，要去注意我們本來就認為要去調給付不合理的部分，共擬會議在法規性質上只是諮商的性質，其他要諮商健保會，你們都沒有做，這時候又在意醫院協會說要調門診，反而健保會委員要你們調整的，你們反而退縮。我認為不合理的就應該儘量調回來讓它合理，既然醫學中心本身的住診支付標準扭曲、不合理，就應該去改，改了以後門住診比率就不會那麼扭曲，現在可以多列從住診轉門診去做手術有多少，要想辦法慢慢去做，不能醫院協會吵門診都沒有調就要調一點。

醫務管理組龐組長一鳴

這都有數字，只是表達方式不太一樣，投影片第 14 張第一季門住診申報情形，門診總點數 56,012 百萬點，成長率 5.3%，住院 47,615 百萬點，成長率 5.1%，確實是門診占率較高。第 15 張投影片成長因素解構，門診病人成長 4.1%，就醫次數成長 0.3%、就醫費用成長 0.8%；住院解構投影片第 21 張，病人數成長 4.0%、住院次數成長 -1%、每日住院費用成長 3.3%，住院日數是減少的，部分是醫療科技進步。門診及住診病人數成長情形差不多，可是看單價成長，門診每次就醫費用成長和每日住院費用成長，所以支付標準的調整會反應在單價成長上，我們過去努力是有逐步反應在每日費用單價成長上，這只是以第一季為例，只是今天資料沒有辦法完全呈現，大家的努力是有改善的，住院次數和天數減少，是我們樂於看到的，單價確實是有增加。至於門診手術不可能增加，第 17 張投影片西醫門診手術成長比較高，第 24 張投影片開始住院各種費用，病床費、檢查費成長比較高，再強調我們傳統的表達方式可能沒辦法反應這樣的問題，可是仔細去看比較清楚瞭解。

主席

事實上這些數字反應今年以前急重難症支付標準的調整。門診、住院這麼兩切，不是那麼簡單的事情，會隨科技進步或可用醫療方法出現而改變，這部分大家可以來參考。

羅代表永達

剛剛很多先進提到地區醫院，我想澄清事實，45、55 受害最大的不是地區醫院，第 18 張投影片藥費近 260 億點，藥費在所有門診比率占率約 46%，大家回想 45、55 在切的時候，台北區因為藥費當時 1 點 1 元，前面的門診又變少，結果台北浮動點值只有 0.2，大家回想當時，因為一刀切在前面，應該是後面的點數，後面去調點數不會造成這個現象，但在前面一刀切，後面所發生的事情完全都沒辦法解決，剛講藥費佔 46%，門診已經切 45%，這 45% 當中又有 46% 要 1 塊錢，剩下浮動點值都不用看，檢查費那些都不知道該怎麼辦。

現在地區醫院，因 variation 很高，我們有精神科門診的收入，占總收入的 90%，也有住院 RCW 占總收入 90%，所以造成任何一切，我們回去都不知道怎麼說，因為既得利益者當然很好，另外那個財

務的差別可以差到 30~40%，那間一定會倒。事實上對基層醫療院所影響非常大，剛剛很多委員說這是個簡單的問題，但有複雜的答案，複雜的答案用一刀切在那麼前面的地方，顯然是不合理的。剛主席也提到，當時 94 年我們做卓越計畫的時候，就問為什麼是 45 比 55，大家都在問同樣的問題，這是從那裡來的，那台灣裡每一個地區，每一個醫院層級規模都不一樣，為什麼有 45 比 55，所以是很顯然的錯誤，但現在也沒改，說實在話，今天會議沒辦法決定，但今天在座很多人都是健保會的委員，是不是應該重新去思索，是不是還是 45 比 55，現在有點像藥費本來是 1 點 1 元，包在總額裡，不管你怎麼 1 點 1 元，反正個別醫院都是一個總額，用這來稀釋各醫院對藥費所造成的影響，目前很多操作也是不得已的，只要門診多，住院就倒，所以這不是地區醫院層級的問題，當時實驗結果很明顯看得出來。

謝代表天仁

是不是可以請教一下，龐組長提到這幾個頁次，點數是用新調整的支付標準去計算，還是調整前。

醫務管理組龐組長一鳴

所講的 90 幾億是 4 月才開始，所以會反應在第二季。

謝代表天仁

你們沒有溯及嗎。

醫務管理組龐組長一鳴

現在儘量不要溯及。

謝代表天仁

所以還沒有調，現在占比差不多，第一季門住診的占比，住診占全部醫療點數約 46%，比去年度更嚴重。

主席

說這嚴重，其實背後答案非常複雜，不是一句話可以講得清楚，我想今年健保會是不是要討論門住診費用比，可以集思廣益，現在所提 45、55 是計算過程的意義。

醫務管理組劉科長林義

因下一次會議已結算第 1 季，故無法保留，罕見疾病比照 104 年，

回到主次診斷，下次會議也同時提出數據供大家參考，看 106 年如何結算。

陳代表瑞瑛

第 82 頁(2)，如果選主次診斷符合衛生福利公告罕見疾病診斷碼，次診斷不一定是罕病。

王代表秀貞

維持去年結算方式嗎，如果是就無爭議了。

陳代表瑞瑛

所以是主次診斷都要放進度嗎。

主席

劉科長補充說明。

醫務管理組劉科長林義

今年提出是因為罕見疾病成長率高達 19%，經分析原因罕見疾病藥費是用整體藥費算進來，所以如為主次診斷會包含太多非罕病藥費都報進來，因此今年是不是應改為主診斷，可以截長補短。

醫務管理組龐組長一鳴

罕見疾病的特色是罕藥的費用較高，當以主次診斷則其他藥物都算進來。

羅代表永達

100 元含 1 元和 1 元含 100 元是不一樣的，罕見疾病藥費是普通藥費的幾十倍，假設 600 元藥費包感冒藥報進來；可是 20-30 元含了幾百塊的藥費卻含不進去，是影響很大。

主席

大家是同意維持去年依主、次診斷都算。罕病藥費在健保會協商一直有很大批評，因為成長率太高，如各代表覺得先維持去年方式，如要改變下次再跟大報告。

陳代表瑞瑛

藥費要報在罕病的藥費，因為藥會有代碼。

醫務管理組龐組長一鳴

從前是孤兒藥，現在沒有分法了。

林代表慧玲

是否可以用藥碼區分是否屬罕病，例如血友病使用 factor8 和 factor9 等

醫務管理組龐組長一鳴

現在指的是罕病，例如有的病人使用肉毒桿菌也不是罕藥，是適應症關係也要用。

主席

不是只有孤兒藥是罕病在用，如果只用主次診斷是寬的，非罕見藥物都會進來，所以成長率高致無法解釋，如何去控制。

林代表慧玲

如果是限主診斷可以避免一些不屬於罕病須使用的藥品。

主席

是，但也有人認為次診斷那一次也有用到罕藥，再研究如何計算較精準，因下次開會前已結算第一季，先維持 104 年主次診斷，這部分是專款項目，大家不影響。明年修訂時請弄清楚並與大家討論，大家有沒有其他意見，本案修正通過。大家有沒有臨時動議。

謝代表天仁

有一個意見，希望大家可以檢討保障點值問題，是否調整支付標準直接反應支付標準，就調整 1 點 1 元保障點值項目，直接反應在支付標準，不要變成保障點值，本來違章建築的東西，都沒有動其他東西才用保障點值方式，是暫時因應，為何要保障表示支付偏低，看要調整多少，如點值 0.93 就調整 7%，大家無問題就反映。住診都在調支付標準但還在保障點值，為什麼不一起反映處理讓點值合理。

翁代表文能

實務上一次調足費用，是很大筆的數目，因為總額有限，調不夠的只能先用保障。

謝代表天仁

為什麼不把當年要調整的直接調上去並加上保障點值反映出來。不足部分逐年再調整。

醫務管理組龐組長一鳴

保障點值在這場合已討論過，我們朝這方向努力，保守的是至少現在沒有新增保障項目，舊有的保障項目得要花時間去解決。目前保障項目除藥費、門住手術、急救責任醫院及血品費等，有調整支付標準的是手術，單價過去手術有調整過，是否調足有認定問題。

主席

保障點值每年例行 review 一次，謝代表與翁代表所說的意思不同，謝代表指的是就現有預算去重分配。

翁代表文能

那就是要切割到別的部份的錢。

主席

他的意思直接反映在支付標準的點數，不要做保障。

翁代表文能

對，沒有增加健保總額，但就只能從別的地方的經費割過去。

主席

保障點值時也一樣。

翁代表文能

我也同意謝代表說法是最理想的做法。以醫院立場因為保障不夠，所以從門診、藥的利潤來平衡住院健保收入的不足，但謝代表所提一次調足，如果健保總額不增加，一定是要從別的地方的經費割過來。我們要合理的給付，健保的點值一定要調整到跟 OECD 一樣的 GDP 占率。

主席

謝代表的意思是在支付標準表反映 1 點 1 元時的點數，在互不影響下調整，不要再去做 1 點 1 元的保障，那翁院長是說現在調到 1 點 1 元點數也是不夠，謝代表的意思是先調，不夠再爭取預算調整，大家講的都對，操作過程面複雜，希望健保會以後改善，看得懂的很少，徒增困擾，在健保會很短時間很難去解釋。如果大家沒有其他意見，今日會議到這裡，謝謝大家。