

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
112 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 3 月 1 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良(李副署長丞華代)

紀錄：張毓芬

出席代表 (依姓氏筆劃排列)：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
申斯靜代表	申斯靜	陳玉瑩代表	郭莉娜(代)
朱文洋代表	朱文洋	陳志強代表	陳志強
朱益宏代表	朱益宏	陳威明代表	李偉強(代)
何國梁代表	何國梁	陳建宗代表	游進邦(代)
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳相國代表	潘仁修(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	陳振文代表	陳振文
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳節如代表	陳節如
李丞華代表	李丞華	陳穆寬代表	陳穆寬
李承光代表	蕭豐益(代)	童瑞龍代表	張碧玉(代)
周思源代表	周思源	黃兆杰代表	黃兆杰
周雯雯代表	周雯雯	黃遵誠代表	黃遵誠
周慶明代表	(請假)	廖振成代表	廖振成
孟令妤代表	孟令妤	劉建良代表	林富滿(代)
林宏榮代表	林宏榮	劉碧珠代表	劉碧珠
林恩豪代表	林恩豪	謝文輝代表	謝文輝
侯勝茂代表	廖秋鐳(代)	謝景祥代表	謝景祥
施壽全代表	施壽全	鍾飲文代表	鍾飲文
洪世欣代表	洪世欣	羅永達代表	羅永達
張克士代表	張克士	嚴玉華代表	嚴玉華
張國寬代表	張國寬	蘇主榮代表	蘇主榮
郭錫卿代表	郭錫卿	蘇東茂代表	蘇東茂
陳文琴代表	陳文琴		

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	陳淑華
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、盛培珠
衛生福利部醫事司	李巧玲
衛生福利部國民健康署	魏璽倫、林莉茹、黃紀諺、 許幼欣
台灣醫院協會	林佩菽、許雅淇、王秀貞、 吳昱嫻
中華民國醫師公會全國聯合會	黃瑋絜
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公會全國 聯合會	歐育志
中華民國醫事檢驗師公會全國 聯合會	宋佳玲
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕
社團法人台灣急診醫學會	王斯弘
陳節如委員幕僚-台灣社會福利 總盟	潘若琳
本署臺北業務組	谷祖棟*、潘尹婷*、許寶華*、 賴宏睿*、周珈卉*、高軒偉*
本署北區業務組	楊秀文*、林巽音*、林俊仰* 游雅淇*、江謝佩妘*、蔡百瑜*
本署中區業務組	李純馥*、楊惠真*、謝秋萍*、 李秀霞*、張傳慧*、何容甄*
本署南區業務組	黃紫雲*、張智傑*、許寶茹*、 曾荃璞*
本署高屏業務組	許碧升*、邱佩穎*、郭怡妘*、 張曉玲*、王麗雪*
本署東區業務組	李名玉*、羅亦珍*、王素惠*、

本署主任秘書室
本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

石惠文*、董村鋒*、詹蕙嘉*、
林祉萱*

張禹斌

戴雪詠、張如薰、許明慈、
涂奇君、林其昌、詹淑存、
羅惠文、薛俊傑

劉林義、張作貞、陳依婕、
洪于淇、朱文玥、王智廣、
葉若涵、許博淇、吳倍儀、
何懿庭

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額研商議事會議開會規則。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、共9項(序號1-9)，解除列管9項。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

附帶事項：

一、修正本案醫院總額執行概況報告之111年醫院總額「藥品給付
規定改變(投影片第55頁)」預算文字(附件1)。

二、經查111年「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR」

專款，須全年結算才有數據，將於下次會議報告。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 111 年第 3 季點值結算報告。

決定：

一、111年第3季各分區一般服務點值確認如下：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.86640724	0.94133885
北區	0.93384092	0.97394785
中區	0.90496662	0.95541535
南區	1.01609234	1.00575332
高屏	1.01702299	1.00723115
東區	1.00577055	1.00195421
全區	0.94048275	0.96868997

二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第五案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：有關預防肝臟移植後 B 型肝炎病毒再感染之新劑型新藥

Zutectra 於醫院總額之專款項目「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」中管理案。

決定：

一、洽悉。

二、於「112年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式」(附件 2)說明，「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」項下，增列「如屬皮下注射劑型之 HBIG (如 Zutectra) 藥品，其使用條件為「於肝臟移植後至少1星期後開始使用，給付最多12個月，且不得與其他 B 型肝炎免疫球蛋白藥品同時併用」文字。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。

決定：

一、洽悉。

二、112年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.23億元 \times (1+3.092%)=5.39億元)，依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中2.06億元(2.00億元 \times (1+3.092%))依107年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季分配予臺北、高屏及東區；其餘3.34億元預算則按季分配予南區。

註：依據本署委託台灣醫院協會之111年度醫院總額地區預算分配方式評估委辦案，計畫結論摘要如下：醫院附設門診部回歸總額預算案經討論，多數分區贊同應設有年限回歸，擬以5年為原則，但考量分區管理因素，暫待地區預算公式定案後再進行最後決定。

三、罕見疾病藥費專款新增結算邏輯：費用年月112年1月(含)起，符合國健署罕病通報紀錄檔註記已審核通過，惟未領有罕病重大傷病卡，其當次就醫使用「符合罕見疾病藥物品項者」。

四、「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」項下，增列「如屬皮下注射劑型之HBIG(如Zutectra)藥品，其使用條件為「於肝臟移植後至少1星期後開始使用，給付最多12個月，且不得與其他B型肝炎免疫球蛋白藥品同時併用」文字。

五、依112總額公告項目之協定事項如敘明「依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算」，如屬涉及支付標準者(如腹膜透析追蹤處置費及APD租金、促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)等)，比照以醫療服務成本指數所增加預算調整支付標準之作法，回歸各分區地區預算分配方式。

六、112年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式同附件2。

附帶事項：112年總額公告所採用110年人口差值計算方式如附件3。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「112 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」修訂案。

決定：

一、洽悉。

二、修訂重點如下：

- (一) 配合公告之「112 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域修正三、(一)設立於保險人公告之 112 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，施行地區減少雲林縣臺西鄉、屏東縣枋山鄉。
- (二) 分區修訂認定原則醫院名單：「彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院」未符合 112 年本署中區業務組增列認定原則資格，爰予以刪除。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案。

決議：

一、本案通過，修訂重點如下：

符合本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(一)及(二)目與第二款醫院計畫名單一節。

- (一) 廣聖醫療社團法人廣聖醫院歇業，爰予以刪除。
 - (二) 屏東榮民總醫院龍泉分院變更院所名稱。
 - (三) 配合公告之 112 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案，新增桃園市觀音區、桃園市大溪區、高雄市旗山區(溪州地區南勝里、中寮里、新光里、南洲里、中洲里、大山里、上洲里及鯤洲里等共計 8 個里)等地區。經盤點增列大園敏盛醫院及衛生福利部桃園醫院新屋分院。
- 二、有關申請及審查程序及退場機制：本署建議修正文字為『醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八至四十條、第四十四條及第四十五條所列違規情事，且保險人第一次處分函所載終止特約日起或停止特約日起至停止

特約之三倍期間，不得提出申請(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者) (如停止特約起日為1月1日至3月31日，則自1月1日至9月30日期間不得提出申請)』，同意與會代表意見，維持原條文『醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八至四十條所列違規情事，且保險人第一次處分函所載終止特約日起或停止特約日起至停止特約之三倍期間，不得提出申請(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)』文字，暫不修訂。

三、有關「檢驗(查)結果即時上傳率」上傳率偏低部分，請台灣醫院協會積極輔導所屬會員，將檢驗(查)結果即時上傳。

四、請本署參考與會代表意見，通盤檢討本計畫。

(一) 對於成長率過高或資源豐沛區之醫院，研議排除點值保障之可行性。

(二) 對於本計畫退場機制規定，院所任一科別違規及停止特約 3 倍期間，不予點值保障，研議僅限西醫科別違規及停止點值保障期間同處分期間。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：112 年度醫院總額新增「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」預算之執行方式。

決議：本案通過，重點如下：

一、本案預算執行方式如下：

(一) 用於支應 LDCT 篩檢計畫之肺癌疑似陽性個案，於確診前以 CT 追蹤之 CT 檢查費用。

(二) 考量本案係支應「疑陽個案」為確認診斷而衍生之 CT 費用，爰若該個案當年度第 2 次(含)以後申報就醫主診斷為肺癌者 (ICD-10 診斷碼：C34)，即不以本項預算支應。

二、請衛生福利部國民健康署每月定期提供 LDCT 篩檢陽性個案族群，本署將以上述說明及本專款支應疑似陽性個案後續為確診而執行 CT 之費用，且依實際執行 CT 之分區別併入一般結算，另將研議配合本案之 CT 可識別方式，以利分區共管據

以處理。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。

決議：修訂通過，惟與會代表表示為免文字誤解，建議本署酌修醫令名稱，重點如下：

一、配合首日住院護理費調升支付點數，新增及修改相關醫令：

(一) 新增對應醫令：

1.P4626B：區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)。

2.P4627B：地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)。

(二) 修改既有醫令名稱，加註「第二天起」：

1.P4609B：區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第二天起)。

2.P4610B：地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第二天起)。

二、為免醫院申報疑義，將於本方案敘明本方案之醫令類別，除有特別說明(P4616B、P4622B)外，屬門診案件者為「2」、屬住診案件者為「K」。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」。

決議：

一、本案通過，112年預算分配方式，區域(含)以上醫院6,300萬元，地區醫院2,700萬元。

二、有關與會代表針對地區醫院建議重點如下，請中華民國藥師公會全國聯合會(下稱藥師公會)再研議。

(一) 請藥師公會增加藥師資格審查頻率。

(二) 地區醫院一般臨床藥事照護對象範圍，新增慢性病床。

三、111年預算分配方式(區域(含)以上醫院5,600萬元，地區醫院2,400萬元)，與會代表建議預算可互相流用，惟會中未獲共

識，請台灣醫院協會攜回與藥師公會研議後函知本署以利後續結算。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：病人出院當日轉分院或轉他院繼續住院申報 02025B「出院準備及追蹤管理費」合宜性案。

決議：除轉至同體系醫院住院不得申報外，其餘仍可申報。

第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關全民健康保險醫療費用審查注意事項(下稱審查注意事項)部分條文移列至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)案。

決議：通過修訂，本案 27 條審查注意事項，共涉及 16 項診療項目及 1 項通則，比照原審查注意事項所訂內容修訂支付規範。

第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：因應長新冠照護衍生費用。

決議：本案通過，重點如下：

- 一、預算優先支應於使用 MIS-C 免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用，全年預算如有剩餘，支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後之獎勵費用(不含開辦整合門住診照護獎勵費 20 萬、整合成效獎勵費)。
- 二、本案預算採全年結算，動支條件及結算方式如附件 4。
- 三、後續將依 112 年本項目協定事項，提報至健保會最近 1 次委員會議確認。

伍、臨時動議：

第一案

提案單位：台灣醫院協會

案由：112 年醫院總額風險調整移撥款預算。

決議：

- 一、112 年風險調整移撥款各區預算採二項計算方式之合計，(一)維持 111 年風險調整計算六因素及權重計算分配 2 億元；(二)餘額 4 億元維持 111 年，採 107 年至 109 年地區預算 R 值 S 值平

均占率計算。

二、依前開方式計算六分區分配金額如下：

項目 分區	原六因素及 權重計算公式	107-109 年 RS 值平均占率	合計
臺北區	17,269,928	142,897,852	160,167,780
北區	13,952,003	54,950,888	68,902,891
中區	16,923,311	72,104,768	89,028,079
南區	17,464,995	57,777,236	75,242,231
高屏區	42,063,891	61,169,012	103,232,903
東區	92,325,872	11,100,244	103,426,116
合計	200,000,000	400,000,000	600,000,000

第二案

提案單位：台灣醫院協會

案由：有關 112 年「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」專款運用方式案。

決議：因涉及相關護理支付標準調整，依中華民國護理師護士公會全國聯合會意見先攜回研議，本案後續再討論。

陸、散會：下午 5 時 03 分。

柒、與會人員發言實錄詳附件 5。

111年醫院總額「藥品給付規定改變」 預算執行情形

- ① 「藥品給付規定改變」項目新增預算為5.60億元。
- ② 111年生效具財務衝擊之給付規定修訂計29項章節，其111年申報費用與110年同期申報費用之差值計7.22億元，整體預算業執行完畢，明細詳如附表。



112年醫院醫療給付費用醫院總額分配及點值結算方式

一、112年醫院醫療給付費用總額及分配之重點摘要（依衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告）。

(一)醫院醫療給付費用總成長率 3.717%(註)，其中一般服務成長率 3.092%，專款項目全年預算為 41,250.5 百萬元，門診透析服務成長率 2.405%。

註：醫院醫療給付費用總成長率 3.717%(一般服務+專款)，如含門診透析為 3.663% (一般服務+專款+門診透析)。

(二)總額設定公式：

■ 112 年度醫院醫療給付費用 = 校正後 111 年度醫院一般服務醫療給付費用(註) × (1 + 112 年度一般服務成長率) + 112 年度專款項目預算 + 112 年度醫院門診透析服務費用。

■ 112 年度醫院門診透析服務費用 = 111 年度醫院門診透析服務費用 × (1 + 112 年度醫院門診透析服務成長率)。

註：校正後 111 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

(三)一般服務(上限制)

1、地區預算：以六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

2、分配方式：

於扣除品質保證保留款後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(1)門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款)：

預算 52% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，48% 依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(2)住診服務(不含品質保證保留款)：

預算 45% 依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55% 依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

各地區門、住診服務預算，經依(1)、(2)計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

二、112年其他醫療服務利用及密集度之改變：

(一)111 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.08 億元 × (1 + 3.049%) = 5.23 億元)，依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中 2.00 億元(1.94 億元 × (1 + 3.049%)) 依 107 年(回歸年)門診部回歸

之分區年度占率，按季分配予臺北、高屏及東區；其餘 3.24 億元預算則按季分配予南區。

- (二) 112 年醫院附設門診部回歸醫院之預算 ($5.23 \text{ 億元} \times (1 + 3.092\%) = 5.39 \text{ 億元}$)，依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中 2.06 億元 ($2.00 \text{ 億元} \times (1 + 3.092\%)$) 依 107 年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季分配予臺北、高屏及東區；其餘 3.34 億元 預算則按季分配予南區。

註：依據本署委託台灣醫院協會之 111 年度醫院總額地區預算分配方式評估委辦案，計畫結論摘要如下：醫院附設門診部回歸總額預算案經討論，多數分區贊同應設有年限回歸，擬以 5 年為原則，但考量分區管理因素，暫待地區預算公式定案後再進行最後決定。

三、112 年風險調整移撥款(全年6億)：

先按季均分(6 億元/4)自一般服務預算予以扣除，再依據台灣醫院協會提供之「醫院總額風險調整移撥款」各分區分配預算，按季均分，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算。(住診移撥款=該季移撥款 ×55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

[註]:112 年風險調整移撥款，依據 112 年 3 月 1 日醫院總額 112 年度第 1 次研商議事會議臨時動議第一案決議辦理。

(一)112 年風險調整移撥款各區預算採 2 項計算方式之合計，(一)維持 111 年風險調整計算六因素及權重計算分配 2 億；(二)餘額(4 億)維持 111 年，採 107 年至 109 年地區預算 R 值 S 值平均占率計算。

(二)各分區風險調整移撥款分別為臺北 160,167,780、北區 68,902,891、中區 89,028,079、南區 75,242,231、高屏 103,232,903、東區 103,426,116。

四、112 年各季醫院醫療給付費用總額結算說明

(一) 一般服務醫療給付費用總額預算

1、112 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

= **【111 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 110 年各季校正投保人口預估成長率差值 + 加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(16.5 百萬元/4)】** × (1 + 3.092%) - 106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元) - 112 年其他醫療服務利用密集度之改變(醫院附設門診部回歸醫院)預算(5.39 億元/4) - 112 年風險調整移撥款(6 億/4)。

2、110 年醫院各季校正投保人口預估成長率差值：

第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季
<u>- 379,520,331</u>	<u>-561,210,606</u>	<u>-583,394,849</u>	<u>-717,637,079</u>

(二) 品質保證保留款 (107 年起品質保證保留款移列專款)

- 1、112 年品質保證保留款預算 = 原 106 年於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 112 年品質保證保留款專款(975.3 百萬元) 合併運用(計 1,364 百萬元)。
- 2、106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元) = (105 年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 104 年各季校正投保人口預估成長率差值) × 106 年品質保證保留款醫療給付費用成長率 (0.1%)。

(三) 112 年醫院總額門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」)

$$= (\text{111 年醫院總額門診透析服務預算}) \times (1 + \text{2.405\%})$$

[註]: 依 112 年總額公告，門診透析服務總費用成長率 3%，其中 1%(約 4.335 億元)

專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約 8.671 億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。

(四) 112 年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之預算為 210 百萬元，依實際導入實施之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(五) 一般服務門住診總預算

1、 醫院調整後住診一般服務費用總額

$$= (\text{112 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106 年品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款)} + \text{門診透析服務費用}) \times 55\% + \text{112 年總額公告專款導入一般服務之預算}^{\text{註}}$$

2、 醫院調整後門診一般服務費用總額

$$= (\text{112 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106 年品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款)} + \text{門診透析服務費用}) + \text{112 年總額公告專款導入一般服務之預算}^{\text{註}} - \text{醫院調整後住診一般服務費用總額} - \text{門診透析服務費用}$$

[註]: 1、依 112 總額公告，下列專款導入一般服務預算

(1) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)經費為 210 百萬元，依實際導入實施之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(2) 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金經費 15 百萬元，本項經費依實際執行情形併

入一般服務結算。

- (3) 因應長新冠照護衍生費用(112年新增項目) 經費40百萬元，以108年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應，本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。
- (4) 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112年新增項目)經費1,000百萬元，本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用，本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。
- (5) 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112年新增項目)經費2,000百萬元，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

[註]:2、將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理112年度總額結算事宜。

五、地區預算分配計算方式

(一) 分區調整後門診一般服務費用總額

= [全區調整後門診一般服務費用總額×該分區人口風險因子及轉診型態權重×人口風險因子及轉診型態校正比例(R)] + [全區調整後門診一般服務費用總額×該分區費用占率權重×醫院門診開辦前一年(91年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)] + 各分區密集度改變預算(醫院附設門診回歸) + 各分區風險調整移撥款

(二) 分區調整後住診一般服務費用總額

= [全區調整後住診一般服務費用總額×該分區人口風險因子權重×人口風險因子校正比例(R)] + [全區調整後住診一般服務費用總額×該分區費用占率權重×醫院住診開辦前一年(91年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)] + 各分區風險調整移撥款

六、112年各季醫院總額點值結算說明

(一) 112年醫院總額點值保障項目(非浮動點數): 如附表。

(二) 非偏遠地區浮動點值、平均點值之計算

1、門住診一般服務分區浮動點值

= [調整後分區門診一般服務預算總額 + 調整後分區住診一般服務預算總額 - 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數×前季全區浮動點值) - [加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數) - 藥品給付協議金額] - 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數×前季就醫分區平均點值) - 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數) - 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

／加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)

2、門住診一般服務分區平均點值

= [調整後分區門診一般服務預算總額 + 調整後分區住診一般服務預算總額]

／ [加總(門住診一般服務核定浮動點數) + 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數 - 藥品給付協議金額) + 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

3、門住診一般服務全區浮動點值

= [調整後門診一般服務預算總額 + 調整後住診一般服務預算總額 - 加總(門住診核定非浮動點數 - 藥品給付協議金額) - 加總(門住診自墊核退點數)]

／加總(門住診一般服務核定浮動點數)

七、專款專用結算說明

(一) C 型肝炎藥費：

1、全年預算 3,428.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費(預算 600.0 百萬元)」支應。

2、既有 C 型肝炎(HCV)藥品：

(1)費用年月 106 年 1 月起

➤ 門診點數清單明細檔：案件分類：E1 (支付制度試辦計畫) 且特定治療項目代號(一)~(四)H1 (肝炎試辦計畫)。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及特定治療項目欄位。

➤ 住院點數清單明細檔：案件分類：4 (支付制度試辦計畫) 且給付類別 M (肝炎試辦計畫)。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及給付類別欄位。

(2)且藥品醫令代號：ATC 藥理分類碼為 J05AP01、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11 醫令點數(醫令類別 1 或 Z)加總。

(3)且保險對象(身分證字號)須於該費用年月(門診/住診以費用年月；交付機構以就醫日期之年月串檔)有使用 ATC 藥理分類碼為 J05AP01 之醫令代碼(醫令類別 1 或 Z)。

3、全口服 C 肝新藥：

(1)門診點數清單明細檔及住院點數清單明細檔：以藥品醫令代號。

(2)藥品醫令代號：前六碼為「HCVDA」者之醫令點數(醫令類別 1 或 Z)

加總。

- (3) 藥局調劑案件要列入計算。
 - (4) 申報本專款之院所，須為 HMAI2130S01_醫事機構試辦計畫維護(代碼：「07：B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」；費用年月 109 年 7 月起改為「78：C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」)之院所名單。
名單勾稽條件：1. 院所代號；2. 有效起迄日。
- 4、矯正機關收容對象列入計算：門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

(二) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- 1、全年預算 13,943.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 百萬元)」支應。
- 2、罕見疾病藥費：
 - (1) 費用年月 94 年 1 月(含)起部分負擔代碼=001(重大傷病)且任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件且領有重大傷病卡者(罕見疾病註記為 Y)之「藥費」小計。
 - (2) 費用年月 112 年 1 月(含)起增列，國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但未領有重大傷病卡(罕見疾病註記為 Y)之保險對象，任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)且申報符合罕見疾病藥物品項之醫令點數加總。
 - (3) 領有重大傷病卡：係指重大傷病檔「罕病註記(RARE_SICK_MARE)」為「Y」且費用年月在重大傷病檔之有效生效起迄年月間(如持卡註記異動日期(CARD_MARK_DATE)有值，以持卡註記異動日期為生效迄日)，另持卡註記(CARD_MARK)為 1(重覆)、5(更正/補發註銷)不計。未領有重大傷病卡係指非屬前開「領有重大傷病卡」者。
 - (4) 國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過：係指重大傷病罕病通報紀錄檔(DWM_HV_HPAHVRDS)，通報狀態(NOTIFY_STATUS)欄位=' 2' (審核通過)者。(罕見疾病經衛生福利部國民健康署審核通過，有效期間為永久。)
 - (5) 符合罕見疾病藥物品項：係指醫令代碼為 DWM_DRUG 藥品主檔中，

DRUG_ORPHAN_MARK 藥品品項註記為「1」之醫令點數(醫令類別 1、X、Z)加總。

*結算端勾稽 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-365-罕見疾病藥物品項。

(6) 交付藥局調劑之罕見疾病藥費比照院所端列入計算。

(7) 追扣補付原因別：184/284 罕見疾病藥費追扣補付。

3、血友病藥費：

(1) 先天性凝血因子異常(ICD-10-CM：D66、D67、D68.1、D68.2)：費用年月 94 年 1 月(含)以後部分負擔代碼=001 且主、次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)任一亦符合血友病診斷碼之所有案件，且領有重大傷病卡者且使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)。

(2) 99 年增列後天性凝血因子缺損(ICD-10-CM：D6832、D684)、103 年增列類血友病(ICD-10-CM：D68.0)：主、次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)任一符合之案件，使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)(此等診斷不卡部分負擔代碼且不管是否領有重大傷病卡)。

(3) 凝血因子藥品之醫令代碼：自結算年 103 年起，係指 ATC 碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)前五碼為「B02BD」或 ATC 碼為「B02BX06」(108 年 11 月新增)之藥品醫令代碼。

4、藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數、血友病藥品醫令點數要列入計算。

5、罕見疾病特材(本項自 104 年新增)：符合前開罕見疾病條件且費用年月 104 年 1 月起醫令代碼 FBN07321004P(醫令類別 3、Z)之醫令點數加總。

(三) 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

1. 全年預算 5,257.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 百萬元)」支應。

2. 費用年月 106 年 2 月以後門診案件分類「E2」或「E3」；住診案件案件分類「7」之後天免疫缺乏病毒治療藥品(醫令類別 1、X、Z)之醫令點

數加總。

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼詳本署全球資訊網/首頁/健保服務/健保藥品與特材/健保藥品/健保藥品品項查詢/健保用藥品項/本署代辦衛生福利部疾病管制署後天免疫缺乏症候群治療藥品。
4. 藥局後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼點數要列入計算。
5. 矯正機關收容對象列入計算:門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

(四) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- 1、全年預算 5,208.06 百萬元，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 百萬元)」支應。
 - 2、器官移植手術個案之當次住診費用：移植手術個案係指當次手術包含下列任一項醫令—心臟移植(68035B)、肺臟移植(68037B-單側)、肺臟移植(68047B-雙側)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、胰臟移植(75418B)、骨髓移植(94201B、94202B、94204B、94206B、94207B)、腸移植(73049B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)。
 - 3、器官移植捐贈手術個案之當次住診費用：捐贈手術個案係指與受贈者分開申報之當次手術包含下列任一醫令—心臟摘取(68034B)、肺臟摘取(68038B)、屍體肝臟摘取(75021B)、活體肝臟摘取(75022B)、屍體腎臟摘取(76018B)、活體腎臟摘取(76019B)、屍體胰臟摘取(75419B)、骨髓移植-抽髓(94205B)、腸摘取(73050B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)、腹腔鏡活體捐肝摘取(75034B)及腹腔鏡活體捐腎切除術(76036B)(自費用年月 110 年 11 月起增列)。該住診案件如同時申報器官移植手術個案醫令及器官移植捐贈手術個案醫令，僅計算 1 次。
- ※ 骨髓移植-抽髓(94205B)：99 年 2 月 11 日醫院總額支付委員會 99 年第 1 次會議報告納入，費用年月 99 年 1 月起增列。腸摘取、腸移植自費用年月 105 年 1 月起增列。腹腔鏡活體捐肝摘取、腹腔鏡活體捐腎切除術自費用年月 110 年 11 月起增列。
- 4、移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費：門住診申報案件應符合下列主次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)及抗排斥藥按主成分名稱對應之藥品醫令代碼(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)。(該案件如屬前開住院案件，因當次住院已包括藥費計入，不再重複計算抗排斥藥費)。

5、前開主次診斷：腎臟移植術後(ICD-10-CM: Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM: Z941、Z943)、肺臟移植術後 ICD-10-CM: Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM: Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM: Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM: Z9481、Z9484)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM: T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM: T864)、心臟移植併發症(ICD-10-CM: T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM: T863、T8681)、胰臟移植併發症(ICD-10-CM: T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM: T860)、腸移植術後(ICD-10-CM: Z9482)、腸移植併發症(ICD-10-CM: T86850-T86859)

6、門、住診、藥局之抗排斥藥費皆要計算。

7、抗排斥用藥醫令代碼：

(1)ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)為 L04AD01(原為 L04AA01，結算端自 104 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AD01)、L04AA03、L04AA04、L04AD02、L04AA06、L04AA10、L04AA18 之藥品醫令代碼。

(2)HBIG 免疫球蛋白 ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)為 J06BB04 之藥品醫令代碼。限定肝臟移植病人(主次診斷 ICD-10-CM: Z944、T864)之術後使用。

※如屬皮下注射劑型之 HBIG (如 Zutectra) 藥品，其使用條件為「於肝臟移植後至少 1 星期後開始使用，給付最多 12 個月，且不得與其他 B 型肝炎免疫球蛋白藥品同時併用」。

8、角膜處理費：醫令代碼 53034B(醫令類別 2、Z、X) 之醫令點數加總。

(五) 醫療給付改善方案：全年預算 1,643.4 百萬元

項目	擷取條件
乳癌	追扣補付帳務管理子系統(RPG) 追扣補付原因別：239/139 乳癌獎勵金之追扣補付。
氣喘	1. 自費用年月 96 年 1 月起，醫令代碼 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2. 追扣補付原因別 183/283 醫療給付改善方案試辦計畫之氣喘疾病管理照護費追扣補付。1H1/2H1 氣喘醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。 註：自 101 年起刪除下列邏輯：：P1601C：疾病管理照護費 500 點；P1602C：疾病管理照護費 200 點；P1603C：疾病管理照護費 900 點，前開醫令(醫令類別=2 或 Z 者)之疾病管理照護費×醫令總量×支付成

項目	擷取條件
	數。
糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案	<p>一、糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 費用年月 95 年 1 月起醫令代碼及疾病管理照護費： <ul style="list-style-type: none"> P1401C：疾病管理照護費 400 點。 P1402C：疾病管理照護費 200 點。 P1403C：疾病管理照護費 800 點。前開醫令之疾病管理照護費*醫令總量*支付成數(不含醫令類別=4 者)。 2. 費用年月 95 年 1 月起，刪除醫令代碼 P1403C (100 年第 2 季起修改)；費用年月 95 年 7 月起，刪除醫令代碼 P1401C、P1402C (100 年第 3 季起修改)。 3. 自費用年月 95 年 8 月起，增列醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 4. 自費用年月 100 年 1 月起，增列醫令代碼 P1410C、P1411C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 5. 費用年月 110 年 1 月起至 110 年 12 月止，同一個案於同院所皆有申報糖尿病方案管理照護費(醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C，醫令類別為 2)及初期慢性腎臟病方案管理照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C (醫令類別為 2)之費用納入本項計算。 6. 追扣補付原因別：181/281 醫療給付改善方案試辦計畫之糖尿病疾病管理照護費追扣補付；189/289 糖尿病方案品質獎勵金之專款項目費用追扣補付。 <p>註：自 101 年起取消下列邏輯：P1401C：疾病管理照護費 400 點；P1402C：疾病管理照護費 200 點；P1403C：疾病管理照護費 800 點，前開醫令(醫令類別=2 或 Z 者)之疾病管理照護費×醫令總量×支付成數。</p> <p>二、糖尿病合併初期慢性腎臟病：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自費用年月 111 年 3 月起，醫令代碼 P7001C、P7002C、P7003C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2. 費用年月 111 年 1 月起，同一個案當年度於同院所皆有申報糖尿病方案管理照護費(醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C，醫令類別為 2)及初期慢性腎臟病方案管理照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C (醫令類別為 2)之費

項目	擷取條件
	<p>用納入本項計算。</p> <p>3. 追扣補付原因別 1T5/2T5 糖尿病合併初期慢性腎臟病—管理照護費追扣補付。1T6/2T6 糖尿病合併初期慢性腎臟病—品質獎勵金追扣補付。</p> <p>三、胰島素注射獎勵措施： 追扣補付原因別：1P1/2P1 糖尿病方案-胰島素注射獎勵費追扣/補付。</p>
思覺失調症	<p>1. 自費用年月 111 年 5 月起，醫令代碼 P7401C、P7402B、P7403B 之醫令點數加總(醫令類別=2)。</p> <p>2. 追扣補付原因別：1A3/2A3 思覺失調症方案-管理照護費、發現費及發現確診費追扣補付、1A4/2A4 思覺失調症方案-獎勵金追扣補付、1S9/2S9 思覺失調症方案-追蹤訪視費追扣補付。</p> <p>3. 醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。</p>
B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者	<p>1. 門診案件。</p> <p>2. 醫令代碼：「P4201C、P4202C、P4203C、P4204C、P4205C」之醫令點數加總(醫令類別=2 者)。</p> <p>3. 醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。</p> <p>4. 追扣補付原因別：1B1/2B1 B、C 肝醫療給付改善方案-基本承作及發現費追扣補付、1B2/2B2 B、C 肝醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。</p>
孕產婦全程照護	<p>1. 費用年月 104 年 1 月起醫令代碼 P3903C、P3904C、P3905C(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。</p> <p>2. 追扣補付原因別：1J5/2J5 孕產婦全程照護費追扣補付、1J6/2J6 孕產婦品質提升費追扣補付；1J7/2J7 孕產婦照護計畫全年結算追扣補付。</p>
早期療育	<p>1. 費用年月 104 年 8 月起 案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且 特定治療項目代號(一)「ED(早期療育門診醫療給付改善方案計畫)」且醫令代碼「P5301C」(醫令類別=2 者)之醫令點數加總。</p> <p>2. 追扣補付原因別：1K3/2K3 早期療育計畫-整合照護費、</p>

項目	擷取條件
	1K4/2K4 早期療育計畫-品質獎勵金追扣補付。
慢性阻塞性肺病	<p>1. 費用年月 106 年 4 月起案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且特定治療項目代號(一)「HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)」且醫令代碼「P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C」(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。</p> <p>2. 追扣補付原因別：1L4/2L4 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-管理照護費追扣補付；1L5/2L5 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-品質獎勵金追扣補付。</p>
提升醫院用藥安全與品質	追扣補付原因別：1O6/2O6：提升醫院用藥安全與品質方案-重症加護臨床藥事照護費追扣/補付；1P8/2P8：提升醫院用藥安全與品質方案-門診臨床藥事照護費追扣/補付。

(六) 急診品質提升方案：全年預算 300 百萬元。

1、急診重大疾病照護品質：

(1)門住診醫令代碼

A、P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」、P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」、P4612B「重大外傷照護獎勵_2小時內」、P4613B「重大外傷照護獎勵_4小時內」，醫令類別為 2、X、Z、K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

B、P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」、P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」、P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」及 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」，醫令類別為 2、X、Z、K。

※自費用年月 108 年 7 月起，新增醫令類別 K。

C、P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」及 P4622B「主動脈剝離轉出院所照護獎勵」，醫令類別為 G，院所申報點數為 0，後續每季統一補付獎勵費用。

(2)追扣補付原因別：1E1/2E1 急診品質提升方案-急診重大疾病照護品質追扣補付。

2、轉診品質獎勵：

(1)上轉個案：門住診醫令代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」、P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」、P4624B「急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」、P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(上轉)」，醫令類別為 2、X、Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(2)下轉個案：門住診醫令代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」、P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」、P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」、P4609B-P4610B「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」(區域醫院每人每日支付 171 點，109 年 1 月起支付 194 點，110 年 3 月起支付 201 點，地區醫院每人每日 290 點，109 年 1 月起支付 287 點，110 年 3 月起支付 299 點)，醫令類別為 2、X 或 Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(3)平轉個案：門住診醫令代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」、P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」、P4625B「急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」、P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(平轉)」，醫令類別為 2、X、Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

(4)追扣補付原因別：1E2/2E2 急診品質提升方案-轉診品質追扣補付。

3、急診處置效率品質獎勵：

追扣補付原因別 1E3 /2E3 急診品質提升方案-處置效率追扣補付。

4、補助急診專科醫師人力：

(1)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。

(2)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

追扣補付原因別：1J9 /2J9 急診品質提升方案-補助急診專科醫師人力追扣補付。

5、各項獎勵以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

(七) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年預算 210 百萬元。

本項經費用於**鼓勵醫院擴大導入 Tw-DRGs**，應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(八) 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

- 1、全年預算100百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
- 2、診察費加成：診察費按申報點數加計2成支付；每點金額以1元計。其申報方式，醫院每月自行申報。
- 3、下列案件之醫療費用（申請費用＋部分負擔）：
 - (1)門診案件分類為「D4」（西醫基層（醫院支援）醫療資源不足地區改善方案），特定治療項目代號（一）「巡迴醫療：G5」案件。
 - (2)門診案件分類為「E1」（支付制度試辦計畫）且特定治療項目代號（二）「G5」案件。
 - (3)門診案件分類為「08」（慢性病連續處方調劑）且特定治療項目代號（一）為「G5」案件。
- 4、藥費、藥事服務費、診察費加成為非浮動點數；餘為浮動點數。
- 5、巡迴醫療服務醫師之報酬，以「論次計酬」支付，支付標準代碼為「P2005C」~「P2014C」。
- 6、本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。若當季經費超出預算時，先扣除診察費加成、藥費、藥事服務費後，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

(九) 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

- 1、全年預算為1,100百萬元。
- 2、符合本計畫第肆點第(一)至(三)目且經審查通過之醫院：
 - (1)該等醫院，一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至1元。
 - (2)提供24小時急診服務者：每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。
 - (3)未提供24小時急診服務者：選擇四科以下科別提供醫療服務者，每家醫院每科全年最高以100萬元為補助上限。
 - (4)相關給付規定：
 - A.呼吸器係指申報給付類別「9」(呼吸照護)之案件；精神科案件係指就醫科別「13」之案件。
 - B.提供24小時急診服務者：每季結算時，執行科別：「4」科每月最

高 125 萬，最低 75 萬元；「3」科每月最高 125 萬，最低 66 萬元；
「2」科每月最高 125 萬，最低 58 萬元。

C. 未提供 24 小時急診服務者：每季結算時，執行科別「4」每月補助最高以 32 萬元為上限；「3」科每月補助最高以 24 萬元為上限；
「2」科每月補助最高以 16 萬元為上限。

D. 提供 24 小時急診服務者：每月分區業務組得依醫院執行內、外、婦、兒合計科別數之最低補助金額，先行支付補助款(補付原因別「2E6」偏遠醫院點值保障最低額度補付)。

3、符合本計畫第肆點第一款第(四)目且經審查通過之醫院：

(1)經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元，每家醫院全年補助以 500 萬元為上限。

(2)為配合計算急診檢傷分類轉當次住院之前 10 天(含)內保障點值，相關醫院應配合將住院日起 10 天內醫令與超過 10 天醫令切開申報，並分別填報執行時間起迄日(住院之醫令清單段「執行時間迄日」 \leq 「入院年月日」+10 日之醫令點數納入保障)。未依前述規定申報，則不予保障。

(3)本項因無最低補助金額，故分區業務組無須先行支付補助款。

(4)每季結算時，依該院保障起始月別，每月補助以 40 萬元為上限。
(例如：若醫院自 105 年 2 月起納入保障，第 1 季結算補助上限 40 萬*2(參與月數)=80 萬，全年結算補助上限 500 萬*11(參與月數)/12)。

4、院所如同時符合「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」醫院(HMAI2130 醫事機構試辦計畫維護：A9 偏遠地區醫院認定原則醫院名單)，相關點值保障措施，應優先適用本方案。

5、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。即全年結算時重新結算各院所補助款，提供 24 小時急診服務者：全年最高(1,500 萬元/12) \times 實施月數，最低「4」科(900 萬元/12) \times 實施月數；「3」科(800 萬元/12) \times 實施月數；「2」科(700 萬元/12) \times 實施月數。未提供 24 小時急診服務者：「4」科全年最高(400 萬元/12) \times 實施月數；「3」科(300 萬元/12) \times 實施月數；「2」科(200 萬元/12) \times 實施月數；經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件者，(500 萬元/12) \times 實施月數。

6、全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算

(折付比例=預算/∑各院補助金額)。

※ 依據 108 年 3 月 4 日健保醫字第 1080002593 號公告「全民健康保險跨層級醫院合作計畫規定略以，該計畫不適用對象為「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之地區醫院。

(十) 鼓勵院所建立轉診合作機制：

- 1、全年預算為 224.7 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用(800.0 百萬元)」支應。
- 2、追扣補付檔原因別「104/204 轉診獎勵金追扣補付」：
費用年月 107 年 7 月起門住診醫令代碼為 01034B-01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」、01036C-01037C「辦理轉診費_上轉」、01038C「接受轉診門診診察費加算」之醫令點數，因有就醫事實者才列入計算，院所申報點數為 0，後續勾稽病患實際就醫情形後每季統一補付轉診費用。
- 3、本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點 1 元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(8 億元)按季支應，每季最多支應 2 億元(8 億元/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

(十一) 網路頻寬補助費用(108 年由其他部門移列，用於補助醫院提升網路頻寬之固接網路及行動網路月租費)：

- 1、全年預算 200.0 百萬元，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(1,636.0 百萬元)支應。
- 2、追扣補付原因別：
1J3/2J3 即時查詢就醫資訊方案-網路費追扣補付
1M3/2M3 即時查詢就醫資訊方案-行動網路月租費追扣補付
102/202 即時查詢就醫資訊方案-固接網路月租費暫付追扣/補付
- 3、醫事機構權屬別(醫事機構代碼前 2 碼)為 01、02、04、05、06、07、09、10、11、12、13、14、15。

(十二) 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(111 年新增)

全年經費 15 百萬元。

※本項經費依實際執行情形併入一般服務結算。

(十三) 住院整合照護服務試辦計畫(111 年新增)

全年經費 560 百萬元。

- 1、費用年月 111 年 7 月起住診醫令代碼 P7201B「住院整合照護管理費(每日)」，醫令類別 2、X 或 Z 之醫令點數加總。
- 2、追扣補付原因別：1T8/2T8 住院整合照護服務試辦計畫追扣補付。
- 3、計畫以每點 1 元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。

(十四) 精神科長效針劑藥費(111 年新增)

全年預算 2,664 百萬元。

- 1、本項經費得與西基基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。
- 2、醫令代碼為 DWM_DRUG 藥品主檔中，DRUG_SPEC_MARK 藥品特殊品項註記為「F」品項之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。
※前開註記「F」品項之醫令代碼係指核價劑型為注射劑(藥品代碼倒數第 3 碼為 2)者，且 ATC 碼及成分含量為 N05AD01、50mg/mL，或 ATC 碼為 N05AB02、N05AF01、N05AX08、N05AX13、N05AX12、N05AH03 之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。
- 3、納入藥局調劑之藥費點數。
- 4、結算端勾稽 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-337-精神科長效針劑藥費醫令代碼。
- 5、追扣補付原因別：1U6/2U6 精神科長效針劑藥費追扣補付。

(十五) 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增)

全年經費 300 百萬元，本獎勵費用採年度結算，分個案獎勵及醫院評比獎勵。

1、個案獎勵

(1)追扣補付原因別：1V8/2V8 呼吸器依賴計畫-個案獎勵追扣補付。

(2)以當年度本專款之三分之一為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

2、醫院評比獎勵

(1)追扣補付原因別：1V9/2V9 呼吸器依賴計畫-評比獎勵追扣補付。

(2)以當年度本專款之三分之二為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(十六) 因應長新冠照護衍生費用(112年新增項目)

1、全年經費40百萬元。

2、以108年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應。

3、本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

(十七) 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112年新增項目)

1、全年經費1,000百萬元，本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。

2、本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

(十八) 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112年新增項目)

1、全年經費2,000百萬元。

2、本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

(十九) 癌症治療品質改善計畫(112年新增項目)

全年經費402百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(二十) 慢性傳染病照護品質計畫(112年新增項目)

全年經費180百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(二十一)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112 年新增項目)

全年經費 500 百萬元，本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

(二十二)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112 年新增項目)

全年經費 1,000 百萬元，本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

(二十三)品質保證保留款：原 106 年編列於一般服務之品質保證保留款預算(388.7 百萬元)，與 112 年編列之品質保證保留款預算(975.3 百萬元)合併運用(計 1,364 百萬元)。

(二十四)若病患同時符合多項專款先取「急診品質提升方案」醫令代碼，次取「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-器官移植手術個案之當次住診費用、再取「器官移植捐贈手術個案之當次住診費用」、再取「罕見疾病費用」，再依醫令代碼分別計算「血友病」、「罕見疾病特材」、「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費、「醫療給付改善方案」、再取「西醫醫療資源不足地區改善方案」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」、「既有 C 型肝炎(HCV)藥品」、「全口服 C 肝新藥」、「精神科長效針劑藥費」、「住院整合照護服務試辦計畫」。

(二十五)醫院專款項目依申報情形辦理結算，不考慮其核減數。如有核減、申復等事宜則在追扣補付檔處理。

112年醫院總額醫療給付費用一般服務之固定點值項目擷取順序及條件

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區 平均點值
一	門診、住診之藥 事服務費	區分	門診、住院點數清單段之「藥 事服務費」點數	藥事服務費	
二	門診手術	區分	門診「案件分類」=03(西醫門 診手術) 門診「案件分類」=C1(論病例 計酬案件, 不含體外電震波腎 臟碎石術)	申請費用+ 部分負擔	
三	急救責任醫院之 急診醫療服務點 數	區分	主管機關公告之緊急醫療資源 不足地區急救責任醫院 門診案件分類=02(西醫急診)	申請費用+ 部分負擔	
四	住診手術費	區分	住院點數清單段之「手術費」 點數	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院點數清單段之「麻醉費」 點數	麻醉費	
六	血品費	區分	門診、住院醫令清單段之「醫 令代碼」為 93001C~93023C	醫令點數	
七	地區醫院急診診 察費	區分	1. 門診與住院醫令清單段之 「醫令代碼」為 01015C、 00201B、00202B、00203B、 00204B、00225B、01021C(醫令 類別 2、Z)之醫令點數。 2. 費用年月 106 年 10 月起新 增。	醫令點數	
八	經主管機關核定 ，保險人公告之 分區偏遠認定原 則醫院	區分	經主管機關核備，保險人公告 之「醫院總額結算執行架構之 偏遠地區醫院認定原則」(簡稱 分區偏遠認定原則)所列醫院之 核定醫療服務點數		申請費用+部分負擔， 惟結算後如前一季該 分區平均點值小於當 季該分區浮動點值， 該季該分區偏遠地區 醫院之浮動點數以當 季該分區浮動點值核 付。

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區 平均點值
九	地區醫院假日及 夜間案件(不含藥 費)	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 110 年 4 月起新增。	申請費用+ 部分負擔- 藥費	
十	區域級(含)以上 醫院加護病床之 住院護理費	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 110 年 4 月起新增。	醫令點數	
十一	區域級(含)以上 醫院加護病床住 院診察費、 區域級(含)以上 醫院加護病床住 院病房費。	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 111 年 4 月起新增。	醫令點數	

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區 平均點值
十二	地區醫院住院病房費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床） 地區醫院一般病床住院診察費。 地區醫院住院護理費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床）。	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 111 年 4 月起新增。	醫令點數	

註 1：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

註 2：操作型定義詳附件。

註 3：點數清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)醫療費用點數申報格式之點數清單段；

醫令清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)之醫令清單段，相關欄位擷自前開申報資料。

附件、地區醫院及區域級(含)以上醫院之固定點值操作型定義

執行項目	定義
一、地區醫院	地區醫院係指非區域級以上醫院(含特約類別 3、4 之地區醫院，即含未經評鑑通過之醫院)。
(一)假日、夜間門診案件(不含藥費)。	<p>一、假日門診案件： 該案件門診診察費>0 且就醫日期屬假日者，假日之規定依行政院人事行政總處公告辦理(各年度政府行政機關辦公日曆表所列之上班日及放假日，其中補行上班日視為上班日，調整放假日則視為國定假日)。 ※門診診察費係指點數清單段之「診察費點數」。</p> <p>二、夜間門診案件： 該案件門診診察費(醫令類別為 0)之醫令「執行時間一起」欄位符合 18:00~23:59 或 00:01~05:59 者(排除當日申報時間為 00:00)。 藥費：係指點數清單段之「用藥明細點數小計」。</p>
(二)住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費	住院病房費係指「醫令代碼」為 03004B、03008B、03057B、03063B (醫令類別為 2、X、Z) 之醫令點數。
1. 住院病房費 (含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。	
2. 一般病床住院診察費。	一般病床住院診察費係指「醫令代碼」為 02008B (醫令類別為 2、X、Z) 之醫令點數。
3. 住院護理費 (含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。	住院護理費係指「醫令代碼」為 03079B、03029B、03082B、03033B、03088B、03060B、03091B、03066B (醫令類別為 2、X、Z) 之醫令點數。
二、區域級(含)以上醫院	區域級以上醫院係指特約類別為醫學中心及區域醫院者。
(一)加護病床住院護理費。	加護病床住院護理費係指「醫令代碼」03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G、03095A、03096B、03037A、03039B、03098A、03041A(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數。
(二)加護病床住院診察費、病房費	
1. 加護病床住院診察費。	加護病床住院診察費係指「醫令代碼」為 02011K、02012A(醫令類別為 2、X、Z) 之醫令點數。

執行項目	定義
2. 加護病床住院病房費。	加護病床住院病房費係指「醫令代碼」為 03010E、03011F、03012G、03014A、03025B、03017A(醫令類別為 2、X、Z 之醫令點數)。

附件 3、112 年總額公告所採用 110 年人口差值計算方式

表 1

一般服務協定成長率	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年
醫院總額	5.001%	4.991%	4.870%	4.222%	3.051%	3.171%	3.929%	5.861%	2.583%	4.343%	5.022%	4.585%	3.576%	4.080%	5.471%	5.047%	3.049%	3.092%
基層總額	3.793%	3.794%	3.328%	3.247%	1.463%	1.197%	2.999%	2.494%	1.634%	2.447%	3.831%	3.963%	2.310%	2.901%	3.685%	3.493%	1.831%	2.172%
牙醫總額	2.510%	2.642%	2.581%	2.513%	1.389%	0.541%	2.254%	0.981%	0.364%	1.319%	3.046%	2.340%	1.706%	8.276%	3.559%	3.054%	1.843%	0.702%
中醫總額	2.300%	2.500%	2.412%	2.543%	1.035%	2.482%	2.249%	2.587%	2.322%	1.662%	3.401%	3.291%	3.000%	3.457%	4.696%	4.260%	4.176%	4.072%
(用於112年)	第一季	第二季	第三季	第四季	全年													
109年季中投保人數	23,782,948	23,743,497	23,733,941	23,747,209	23,751,899													
110年季中投保人數	23,752,650	23,683,206	23,666,673	23,654,410	23,689,235													
增加人數	-30,298	-60,291	-67,268	-92,799	-62,664													
投保人口成長率	-0.127%	-0.254%	-0.283%	-0.391%	-0.264%													
註：(1)110年協商公告之投保人口成長率預估值為0.204%																		
(2)實際投保人數未包含「受刑人」，因受刑人費用於其他預算項下另外編列，不列入非協商因素中。																		

表 2

用於規劃112年總額人口差值估算					單位：百萬元									
110年總額一般預算基期之扣減違規之回歸等(校正111年預算基期)					全年									
總額別	第一季	第二季	第三季	第四季										
醫院總額	3.4	3.4	3.4	3.4	13.7 108年									
基層總額	15.4	15.4	15.4	15.4	61.8									
牙醫總額	17.3	17.3	17.3	17.3	69.4									
中醫總額	6.0	6.0	6.0	6.0	24.0									
111年基期推算					依實際(110年)投保人口成長率推算金額									
總額別	第一季	第二季	第三季	第四季	第一季	第二季	第三季	第四季						
醫院總額	116,746	124,934	122,013	122,999	116,378	124,390	121,447	122,303						
基層總額	30,869	30,938	30,202	32,135	30,770	30,801	30,060	31,951						
牙醫總額	10,833	11,584	12,424	12,074	10,799	11,533	12,365	12,004						
中醫總額	6,722	6,874	6,777	7,187	6,701	6,844	6,746	7,146						
註：111年基期=110年各季一般服務預算+109年各季人口差值(111年協商用)+110年各季違反特管辦法之扣款														
112年投保人口年增率預估與實際落差增補費用					單位：百萬元									
實際協定預算					依實際投保人口成長率推算金額				110年投保人口數實際與預估落差金額					
111年一般部門	第一季	第二季	第三季	第四季	第一季	第二季	第三季	第四季	第一季	第二季	第三季	第四季	全年	
醫院總額	120,306	128,744	125,733	126,749	119,926	128,182	125,150	126,032	-380	-561	-583	-718	-2,242	
基層總額	31,434	31,505	30,755	32,724	31,334	31,365	30,610	32,536	-101	-139	-145	-188	-573	
牙醫總額	11,033	11,798	12,653	12,296	10,998	11,745	12,593	12,225	-35	-52	-60	-71	-218	
中醫總額	7,003	7,161	7,060	7,487	6,981	7,129	7,027	7,444	-22	-31	-33	-43	-129	
合計				704,440				701,278					-3,162	
大總額(健保署所算111年總額，含專款)					809,562				110年差值占111年協定總額成長率					-0.39%
註1：依費協會第114次會議人口基期公式決議辦理。														
註2：														
1.110年度部門別總額=[Σ 109年度部門別每季總額×(1+109年度部門別總額成長率±109年度每季季中預估與實際投保人口成長率差值)]×(1+110年度部門別總額成長率)														
2.110年度每季季中預估與實際投保人口成長率差值=110年度投保人口年增率預估值-[(110年度每季季中投保人數/109年度每季季中投保人數)-1]*100%														

附件 4、因應長新冠照護衍生費用

- 一、預算經費：112 年全年經費 40 百萬元。
- 二、執行目標：妥適照護因 COVID-19 確診所引發 MIS-C 個案及延續 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束。
- 三、預期效應：減緩醫院部門因 COVID-19 照護產生的財務衝擊。
- 四、優先支應使用 MIS-C 免疫球蛋白之當次門住診醫療費用點數，剩餘款則支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫，動支條件及結算方式如下：

(一)使用 MIS-C 免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數。

1. 動支條件：前開醫療費用點數大於 108 年同期。使用 MIS-C 免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用：係指 0-19 歲(就醫日期年—保險對象生日年)保險對象，當次就醫申報診斷碼同時具 ICD-10-CM M35.8 及 U09.9 者，且使用 ATC 代碼 J06BA02 之藥品(醫令類別 1、X、Z)之當次門住診醫療費用(申請費用點數+部分負擔)。
2. 結算方式：採全年結算，依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第 4 季各分區一般服務費用結算。若當年經費不足支應時，則按當年各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第 4 季該分區一般服務費用結算。若全年經費尚有剩餘款則支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後之獎勵費用(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)。

(二)COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫：

1. 動支條件：
 - (1) 全年預算有剩餘且上開計畫無其他公務預算支應時動支。
 - (2) 且支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後^{註 1}之獎勵費用^{註 2}(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費。)較 108 年同期高。
2. 結算方式：依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第 4 季各分區一般服務費用結算。若剩餘款經費不足支應時，

則按當年各分區前開實際執行獎勵費點數之比例分配，併入當年第 4 季該分區一般服務費用結算。

註：

1. 「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」計畫期間：自公告日起至嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心解散日後 6 個月止。
2. COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費之醫令代碼如下：

醫令代碼	醫令名稱	醫令單價
E5102B	個案門診整合獎勵費	1,400
E5103B	初評評估獎勵費	1,400
E5104B	複評評估獎勵費	1,400
E5105B	結案評估獎勵費	1,400
E5106B	精神科評估獎勵費	1,000
E5107B	個別心理諮商及衛教獎勵費(次)	1,200
E5108B	團體心理諮商及衛教獎勵費(人次)	250
E5109B	個案管理獎勵費	1,200
E5110B	營養評估獎勵費	300
E5111B	轉銜長期照顧獎勵費	500
E5112B	社會資源轉介評估獎勵費	500

註:上述醫令代碼、醫令名稱及醫令單價，摘自 110 年 12 月 13 日健保醫字第 1100046233 號公告「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」。

五、由本預算支應之 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用，併同當次門住診醫療費用案件申報，醫令類別請填「4 不計價」，點數請填 0。於年度結算時，點數以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

六、評估指標：

- (一)MIS-C 免疫球蛋白：依 MIS-C 認定原則照護人數大(等)於 108 年度 COVID-19 引起 MIS-C 照護人數為基準。
- (二)COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫收案長新冠人數較 108 年成長。

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

112 年第 1 次研商議事會議-與會人員發言實錄

壹、主席致詞

李丞華副署長

各位代表，大家好。署長待會進來，我們先準時開始。今天非常謝謝各位來參加 112 年醫院總額第 1 次的研商會議。今天有幾位是新的代表，我們特別介紹一下，讓大家能夠認識一下。第一位是陳節如代表，第二位是陳穆寬院長、第三位是林宏榮院長、第四位是羅永達院長、第五位是陳相國醫師，今天是潘仁修醫師代理、周慶明醫師、陳振文醫師，張國寬院長、社保司代表周雯雯女士。再來各位手頭上都有今天會議的資料跟議程，是不是我們先進入上一次會議紀錄的確認。請同仁說明或宣讀一下。

貳、上次會議紀錄確認

醫務管理組劉林義副組長

請各位代表翻到今天的會議資料，先確認上次的會議紀錄。請大家看到第 5 頁到 17 頁，大家有沒有問題？

李丞華副署長

上次是 11 月 23 號的會議，可能大家事先有得到這個資料，那就麻煩各位看一下，看有沒有會議紀錄需要修改的，或者要詢問，或者有做任何修訂。如果沒有的話，我們這案先洽悉，反正在今天會議結束之前，大家如果發現會議紀錄還有什麼需要修改、修訂的話，再可以回頭，那我們進入報告事項。

參、報告事項

報告事項第一案

案由：醫院總額研商議事會議開會規則。

同仁宣讀

李丞華副署長

各位對於這個報告，有沒有什麼要詢問或要建議的？這個會議時間我們

就把它敲定在禮拜三的下午，因為可能大家都非常忙，所以可能變成事先做預約，也不容易去更動說禮拜二、禮拜四，有時候有很多人還有其他的會議，所以就拜託大家能夠在這個時候能夠踴躍來開會。如果不能到的話，也拜託請代表能夠幫忙。好，各位對於這個報告案一，有沒有什麼要詢問或者要建議，或者要修訂？沒有的話，我們就進入報告案二。

報告事項第二案

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

同仁宣讀

李丞華副署長

各位對於這9項的這個會議事項會議決定事項的辦理情形，因為9項都建議解除列管。

羅永達代表

主席、各位先進，大家午安。有關於序號8的部分，雖然上次已經修訂通過了，但是因為在執行上面有很多的問題，可能要請藥師公會全聯會協助。就是有關於地區醫院裡面的藥師，要經過重症或者是一般急性病房住院的那個調劑建議的時候，它需要有經過認證。可是地區醫院協會問過藥師公會全聯會，他們說每一年大概在5月跟11月，他們才有辦這樣的一個審查。也就是說這個經費裡面，5月以後才可以使用，等於甚至6月才可以使用，將來這個經費顯然會用不完，是因為它那個時限的關係。是不是請藥師公會全聯會能夠協助改善這件事情，或者是有附加的決議，否則這個錢，顯然它是全年的費用，但是目前大概算起來，大概只能用到6個月到7個月，以上。

李丞華副署長

今天有沒有藥師公會的代表？

郭莉娜代表（陳玉瑩代表代理人）

大家好。我是藥師公會代表郭莉娜，這個問題其實在一開始，只有醫中跟區域醫院的加護病房，那時候給付的時候，一開始一年只有一次，因

為這個審查需要耗費蠻多藥師的資源來做審查，後來也有考慮到，希望多一點時間讓大家執行，所以已經變一年兩次。如果委員還有其他的意見，我們再帶回全聯會這邊進行討論，謝謝。

李丞華副署長

現在就顯然是時間的部分。

羅永達代表

對。因為這個很顯然是來不及，現在已經3月了，大家如果回去開個會，然後同時再審查，我想到5月搞不好它還不一定能通過。那這個全年的經費，到時候用不完的時候，恐怕我們待會在討論的案子當中，可能要做一點修正，以上。

朱益宏代表

以這個案子，剛剛羅院長提的確實，因為從去年開始，地區醫院的專款的費用，我們做了比較大幅度的修正，就是給付的條件做了一些調整，而且方向也不一樣，所以當然這時候就需要更多的地區醫院的藥師投入。但是如果藥師公會這邊不審查的話，事實上他想投入也沒辦法投入。所以這個就取決於藥師公會那邊審查的速度。因為現在這個案子，整個案子是由藥師公會來主導這個審查，所以我想可能並不是回去討論，應該藥師公會應該是要真的排除萬難去協助，如果真的不行的話，是不是如果藥師公會這邊有困難，是不是地區醫院協會也可以跟健保署一起來執行這個相關的審查方案，這筆錢因為是專款，沒有使用完的話，事實上就浪費掉了，所以我覺得這一部分，請藥師公會這邊再考慮。

最好的話是在3月底，這個3月底就能夠召開一次審查會議。因為下個禮拜好像藥師公會全聯會跟台灣社區醫院協會，我們就共同舉辦了一個研討會，那會後可能就會有一些地區醫院的藥師，想要來執行這個方案。但是你要到5月審查，已經過了太久的時間了，所以我們希望，藥師公會能夠在這個月中或月底，我們就再加開一次，針對地區醫院的需求加開一次專案的審查，以上。

李丞華副署長

好，我想我們就做成會議紀錄，今天會有兩位代表就是高度建議藥師公會能夠對這樣的一個活動，拜託能夠加快加速加多辦理。

郭莉娜代表（陳玉瑩代表代理人）

我這邊要說明一下，因為這個審查裡面牽涉到，藥師要準備過去一年內有6個月的臨床藥師照護，那這些要提出來實際照護病人的案例，所以這個牽涉到藥師的專業，還是由藥師公會全聯會這邊來進行審查。

至於執行的時程，我覺得3月太趕了，可能需要給我們一點時間。加上地區醫院其實藥師……我們可以盡力讓大家先行準備，就是一但我們這邊行政程序準備好，可以讓他們立刻來申請，用最快的速度來審查通過。但目前這個時間，我們可能真的需要回全聯會有一個討論才能告訴大家，謝謝。

李丞華副署長

好。那就拜託就是你能夠充分的了解有兩位代表的意見，帶回全聯會請大家儘量幫忙，謝謝。我們就進入報告案第三案。

朱益宏代表

主席，對於追蹤事項，我這邊還有兩點，就是序號2，就是住院整合照護計畫，因為去年的專款13億，總共有40家醫院參與，今年事實上預算又多了，幾乎多了一倍，差一點點，不到一倍，所以不曉得今年度健保署什麼時候會開放第二波的申請，就是擴大讓醫院參與。那因為去年我知道有一些醫院有提出申請，但是就變成遺珠之憾。今年度因為這個是健保署主辦的業務，雖然是跟照護司有關係，但是我想說是不是今年度看什麼時候，有沒有可能在上半年，或者是在3月或者4月的時候，我們就再加開一次的審查會議，讓更多的，特別是地區醫院能夠參與，以上。這是追蹤事項的一個。

另外還有一個急診的品質提升方案，這個方案，我記得在健保會，上一屆的健保會對於急診品質提升方案有很多討論，也認為這裡面對於舒緩醫學中心急診壅塞的指標是不夠的。這邊我看到說，這邊講到說這個指

標暫不修訂，我不曉得這個意思是怎樣，因為這件事情可能在健保會也非常關切。我記得在健保會討論的時候，也有說要加上對於急診壅塞的指標，但是這邊看到說不修訂，這樣跟之前的討論好像也不太符合。所以這個是不是也請再說明一下，兩點，謝謝。

李丞華副署長

這個不修訂這次會議紀錄的決定，那現在是追蹤。請我們同仁說明。

醫務管理組陳依婕專門委員

跟各位代表說明，首先從序號2開始，序號2的住院整合照護服務試辦計畫，照護司是預計在3月14號，邀醫界還有護理界相關的團體，就今年的方案修訂做一次細部的討論，討論完之後會循程序。只要我們公告以後，就會趕快訂好那個收件的時間，然後讓今年度的有意願醫院可以趕快來送件，趕快完成計畫的遴選。

有關於序號7，急診品質提升方案的這個監測指標這一塊，上一次我們有在會議討論說，5項急診壅塞的監測指標，要不要修改分子分母的操作型定義。上一次在研商議事會議說，這5支指標不要修改定義，所以決議就是持續監測，然後不修改指標定義，然後提到本會議還有共擬會議跟健保會來做報告。後來我們提到健保會去說，這5支指標，我們建議不要修改定義，但是那一次在健保會會有委員對於指標操作型定義，還是建議要修改，所以那一次的決議就變成新的指標、新的操作型定義跟舊的操作型定義都維持，然後我們會每一季都到健保會的委員會會議上面去做報告，除了在健保會以外，我們也會在共擬會議還有本會議做報告，以上。

朱益宏代表

所以它不是指標不修訂，是分子分母其實有修訂，只是新舊你們會……等於是新舊會一起都監控，是嗎？

醫務管理組陳依婕專門委員

是因為我們上一次這個委員會的決議是不要修指標，不過後來我們提到了健保會，健保會還是建議我們新的、舊的指標都呈現出給大家參

考，以上。

朱益宏代表

所以結論應該不是說不修正，這邊應該敘明說，新的舊的會一併作業。

醫務管理組陳依婕專門委員

因為上一次這個會議的決議是說不要修，所以會議紀錄文字這樣落款。然後補充說，後來我們提到健保會，健保會說還是都要呈現。所以我們這個的會議決議，還是照著上一次開會的結論來呈現，以上。

李丞華副署長

好。如果沒有進一步，那我們就進入到報告案第三案。

報告事項第三案

案由：醫院總額執行概況報告。

同仁宣讀

李丞華副署長

各位對於第三個報告案，有沒有要詢問或建議或修正的？

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我想請教一下第9頁跟第10頁的地方，有提到說那個，因為它是專款的費用，可是那邊有寫，如果超過那個動支的時候併入一般，那想問一下這個動支的時候，那個併入一般是怎麼併入？是照那個本來的六區，分配到六區還是依那個實際使用，譬如說像那個 COVID-19 那個，其實它不會是全國都會普及到，因為像過去疫情的時候，其實是臺北跟北區受傷比較嚴重。我想問一下未來這些費用併入一般，是照六個分區原本占率這樣分，還是說依照實際發生費用到各區去？

醫務管理組洪于淇專門委員

這個已列入討論案第七案，等一下會再詳細的討論。

朱益宏代表

主席，關於新藥的那個報告，第一個我記得以前在這個報告裡面提到那個 MEA 或是 PVA 的還款金額，這一次沒有特別提，我不知道什麼原因，這是第一個。

第二個就是有關於藥品的給付規定改變，這邊 55 頁說到總共預算是 5.6 億，然後結論就是預算執行完畢。我不曉得這樣執行完畢的意思是超過，還是剛好就是 5.6 億全部都用完，還是說什麼樣的情形。那這個我覺得這個可能也要把它講清楚。

然後下面後面那個表格就有講說，藥品給付規定是那一個章節，有沒有告訴我們，實際上使用的狀況是怎麼樣。所以這邊是不是能夠補充說明一下，藥品的給付規定的狀況到底是怎麼樣。

第三個，還有一個，在新藥這邊有提到說，計算替代率以後，這邊是否有含替代率所以沒有超出預算，不曉得這個替代率的計算現在是怎麼樣，還是照以前的公式以前的規定去 2B 新藥百分之百替代，然後 2A 新藥是以多少去替代，去算出來沒有超過，還是說這個替代率是用其他的方式來處理的，以上三點，謝謝。

李丞華副署長

羅委員。

羅永達代表

主席，PowerPoint 第 36 張當中其中那個鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR，因為上面寫的是零，我想我大概知道是因為那個要採年度結算，有些東西是後面還要計算的原因，是這個原因嗎？這是第一個。

如果說的是的話，因為今年還有這樣的預算，這個預算，因為現在已經 3 月 1 號了，我想應該有第 4 季的相關，或者是去年的這個數字，我們才有辦法來 follow 說，今年如果在實施的過程當中，待會包括討論案或是未來在執行的部分裡面，才有辦法修正。因為這件事情可能也是攸關地區醫院，跟部分區域醫院裡面的 RCC 相關費用核定的預估值，所以是不是可以補充說明，或者是可不可以再做一個解釋，以上。

李丞華副署長

好，我們同仁有沒有說明？

醫審及藥材組許明慈專門委員

是。有關那個剛剛朱代表這邊所詢問，就是我們現行新藥考慮替代的執行率的算法，111年起計算的方式，並沒有沿用過去以核價類別對應多少的替代率來計算，如過去設定收載後第1-5年間第一類新藥為0%、第2A類60%、70%、80%、90%、90%的替代率來計算。111年起我們計算新藥預算的執行率，其中107年到110年，也就是過去四年生效的新藥項目，是以111年的實際申報藥費，扣掉110年的實際申報藥費，這兩年的申報藥費數對減後，再去乘以CDE的HTA報告裡面預估整個財務的衝擊，去算出各個品項它所謂的財務衝擊，那再把所有品項的財務衝擊加總起來，這樣去計算的。那在111年的新藥，因為它是當年度才生效的品項，沒有完整的兩年資料可以去看它的實際申報藥費，所以我們是以HTA整年度的財務衝擊，來估列它的預算的執行。以上是新藥考慮替代的執行數的算法，簡單來說，就是以CDE的HTA報告的財務衝擊結果為基礎來做計算。

那在給付規定改變這個部分，我們今年的預算5.6億元，目前計算的方式，是以後年減前年，就是用111年的申報費用，去扣掉110年的申報費用，將各品項之章節個別計算再來加總後，那整體來計算的結果是5.6億元是完全執行完畢。以上。

朱益宏代表

所以剛好是5.6億嗎？

醫審及藥材組許明慈專門委員

有超過一些。

朱益宏代表

那你就講超過啊，超過多少？超過多少要讓大家知道。

醫審及藥材組許明慈專門委員

超過的話大概是1.6億元。

朱益宏代表

超過百分之二十幾。5.6億超過1.6億，那不是百分之二十幾。

醫審及藥材組許明慈專門委員

是。

醫審及藥材組戴雪詠參議

跟委員說明一下，在那個報告資料的第 53 頁，在新藥的部分，其實計算出的執行數跟預算有一點差值。那這個部分的話，其實我們考量說後面月份院所還會陸續再補申報，再來一點就是說，它這邊多一點，其實兩邊預算的執行可能差不多剛剛好的概念。

朱益宏代表

主席，我覺得這樣不對，這兩個本來就是分列的，你雖然在一般預算裡它是分列的項目。我覺得健保署應該要明白的交代，如果你剛剛講差一點，差了幾百萬差了一點點，或許大家可以接受。但是今天差了 20% 的預算，然後說是截長補短用新的醫療科技去補那個預算，這個我覺得這樣子有一點太牽強了。我覺得健保署不應該用這種方式，應該是在執行的時候，更準確的來預估，因為這些事情，你差了以後，就是影響到一般服務的預算，這個我要表示抗議，謝謝。

李丞華副署長

其他委員還有沒有發言。

謝文輝代表

主席、各位先進，因為我們都知道現在新的方式是，我們每年編的新藥預算，如果到年度沒有用完，是要扣回去。所以最近我們署長也特別宣示說，他要會把新藥的預算，編的要全部把它用完。我想這個署裡長官就要先作業了，因為我們以前的傳統的作業的方式，都是這邊做了預算開始討論，項目出來大家討論。所以有很多根本它 5 月、6 月才討論完，甚至有的到 10 月才開始執行，所以當然預算就會用不完。所以像我們現在的這一套制度，本來就用不完，預算第 1 年一定用不完，但是我們也知道它第 2 年、第 3 年、第 4 年可能暴漲。但是我們現在這個制度第 3 年、第 4 年暴漲沒有人講，沒有人談的，這個是不對的。所以我們最近在醫院協會也有建議一個是，是不是我們把這個新藥的話，把它先移到專款，5 年後，等到它穩定了再一起討論。那這個長官可以思

考。

第二點如果要達到署長講的說，今年預算今年用，那我們現在明年的藥費，新藥的那個預算要在今年就開始談，先把它大家討論，大概那一些新藥，這一些藥先評估。那談明年預算的時候，就已經有一個把握說，評估起來，我們現在大家有共識大概引進幾項，合起來，大概多少錢還有評估起來，那有這個評估以後，才去列明年的新藥預算。那新藥預算在一開始，大概就1月就可以開始用了，那個預算才不會浪費。不然健保會委員很善意，說我明年要編幾億，結果按照現在的作業根本不可能。

所以我是建議，署裡的長官可能明年的新藥要今年就做作業做討論，大家有共識定案了以後，才來框定明年要多少預算。這樣才不會讓健保會的善意，到時候打折扣，到時候沒有執行完以後扣掉，那因為有的藥也許11月才通過，討論才通過，所以當然是用不完了，是一定的。但是很慘的，你再來的第2年、第3年全部超過全部不談，那第一年沒有用完，砍掉，第2年第3年超過幾億，那全部就是都吃到這個一般預算。所以我覺得這個一定，明年度的新藥一定要在今年就開始，就開始來研擬。

李丞華副署長

好。其他代表還有沒有進一步的建議？請。

醫務管理組洪于淇專門委員

補充說明，剛剛羅代表問的簡報第36頁，有關項次11(鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR)的部分，請大家看備註五的地方，因為它是111年10月才生效，而且結算是採年度來結算。原則上表上數據我們都會先用申報數計算，如果有結算數的時候，我們才用結算數，因為111年第4季是3月底才會結算，所以目前資料是沒有的。以上報告。

羅永達代表

我大概了解，我的意思說，因為今年等一下包括我們討論案裡面，我們現在預估現在目前執行的支付標準數量，那個量跟價，所以我現在就是

說，現在已經3月，就是說已經距離上次公告快要半年的時間，如果有這個數字可以提前提供給我們委員，我們比較能夠估算我們心目中當時3億到底夠不夠，還是會超過，我們到現在都不知道。本來想從這邊稍微了解一下過去的使用，但是現在已經3月，我們還是沒有任何的資料，以上。

醫務管理組洪于淇專門委員

有呈現申報數，那個我們會後可以再給你們(附帶事項：經查該數據須於「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR」結算才有數據，將於下次會議報告)。

羅永達代表

謝謝。

李丞華副署長

好。我想這個報告案三能回答就回答，不能回答就請我們把它紀錄下來，因為我們有實錄，所以後續這個同仁可以按照實錄去做處理。

醫務管理組洪于淇專門委員

好。因為剛剛有委員詢問到PVA的錢，我們在112頁簡報註4的部分有呈現111年藥品給付協議還款的金額，請大家參考。以上。

朱益宏代表

主席，剛剛關於那個藥品給付規定，因為有1點多億，是不是能會後把這個資料能夠做更新？因為在座也有健保會的委員，覺得這個資料應該是要讓大家都知道，藥品給付規定，現在是寫說這個預算全部都用完了，但是我覺得應該要更詳細，就照剛剛講的預算數5.6億，但是實際上超支了1點多億到底多多少，應該讓大家知道。我覺得這個資料後續能夠更新，以上。

李丞華副署長

好，謝謝。因為我們後面還有7個討論案，還有4個報告案，可能如果大家很熱情的話，也許我們要準備晚餐跟宵夜。所以如果沒有，這個就列成會議紀錄，然後我們再看後續怎麼處理。進入報告案四。

報告事項第四案

案由：醫院總額 111 年第 3 季點值結算報告。

同仁宣讀

李丞華副署長

各位對於報告案四有沒有要詢問或建議要修訂的？如果沒有的話，我們就進入報告案五。

報告事項第五案

案由：有關預防肝臟移植後 B 型肝炎病毒再感染之新劑型新藥 Zutectra 於醫院總額之專款項目「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」中管理案。

同仁宣讀

李丞華副署長

各位對於這個報告案，有沒有什麼詢問或建議的？因為臟器移植的個案數是非常非常少，所以應該要從優從寬鼓勵。如果沒有的話，我們就按照擬辦的處理，報告案六。

報告事項第六案

案由：：112 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。

同仁宣讀

李丞華副署長

各位對於這個報告案，有沒有要詢問或建議要修訂的？請。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

想問一下括弧四那個是什麼意思？就是照六分區分配，是這樣嗎？可是我們覺得這樣不合理，我覺得應該要用實際醫療費用做分配才是合實情的。

醫務管理組劉林義副組長

對。剛剛雪玲代表講的，就是長新冠的那一塊，那一塊沒有在裡面，那一塊就是討論事項第七案，然後看怎麼付，怎麼分配，那個在第七案。這邊是講說，假如裡面是涉及到支付標準的調整，像腹膜透析追蹤處置

費及 APD 租金、因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增、促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)等，假如這些最後回歸的都是要調整支付標準的話，就是比照醫療服務成本支出所講的，併入一般服務之後就是用 R 值 S 值分下去，這是我們的建議，待會有幾個案都會討論到這樣的情形，再看看大家對於這個的意見。那剛剛講長心冠就沒有在這裡，到第七案再討論看看如何分配。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

剛剛提到肺癌那個篩檢，應該要視各區的篩檢程度，我覺得陽性個案也許有集中，有些可能是工業區或什麼，我覺得第一個肺癌部分，是不是也應該拿出來考慮一下？

醫務管理組劉林義副組長

好。要拿出來的話就要定義可行，要不然我們待會討論到後面，看看定義的部分可不可以很明顯的把它列出來，然後再看看大家的意見。

李丞華副署長

很多篩檢裡面他自費我們不見得一定清楚，這些人後續出現在急性診療上，怎麼去把它歸在說，他因為篩檢造成的，還是他有其他症狀這個部分，可能技術面上，也許臺大醫院有很多好的建議給我們，我們就可以採納。請。

嚴玉華代表

主席跟各位先進，大家午安。我想要提問的是，有關於報告事項的 6-4 頁，在第四項裡面的第二小點，就是 110 年的各季人口校正預估的差值，在 110 年這一次的校正裡面，已經費用高達了 22.4 億了，是不是可以請署方，能夠提供你們的計算方式，因為去年度採用 109 年的時候才扣 9 點多億，可是到今年度要去核扣 110 年的時候，已經達到 22.4 億，這個費用相當的高，所以希望能夠了解一下計算式。

醫務管理組洪于淇專門委員

參數表本來就有公布在全球資訊網，人口差值的計算方式，我們會後再提供。

李丞華副署長

會後再提供你。

醫務管理組洪于淇專門委員

會連同會議紀錄一起併在裡面。

朱益宏代表

提兩點。第一個就是剛剛台大雪玲代表這邊有提到，就是在結算一些專款的結算方式併入一般，可能我覺得要考慮。因為專款是1點1元，而且它就是專款，理論上它是沒有辦法跟一般預算依照R值S值去分配，因為專款本來就是不分區的統一結算。邏輯上應該是這樣，我要提醒一下。

第二個就是在報6-1頁，關於醫院附設門診部回歸醫院總額這個預算，我記得在去年年底的時候，健保署這邊就有委託醫院協會做了一個研究案，那個研究案有針對這個題目，醫院協會也有一些建議，但是看起來是沒有接受，健保署沒有接受，所以我不曉得這一部分，到底是醫院協會做的建議案是不可行。因為你這邊公告了以後，今年度就會依照這個方式來處理。事實上醫院協會做的那個建議案就沒有意義。覺得這一部分是蠻可惜的，還是署方要做一個說明說，這一部分有沒有可能暫時先做什麼樣的處理，等到那個研議案，就是醫院協會做的建議案，去做某些程度的修正，然後依照新的方式再來辦理，以上。

醫務管理組洪于淇專門委員

醫院協會原則上建議五年回歸，可是目前暫不變動(暫待地區預算公式定案後，再進行最後決定)，維持原案，所以我們維持原計算方式。

朱益宏代表

所以我的意思說，如果是這樣的話，也應該說依照醫院協會的建議案處理，但是因為現在只是第幾年，所以還沒有。

醫務管理組洪于淇專門委員

好，我們再補充說明。

朱益宏代表

不然變成醫院協會不知道我們做的建議案到底有沒有接受，然後每一年都是用舊的方案，我覺得這樣就不好了，以上。

李丞華副署長

如果沒有進一步，我們就進入報告案第七案。

報告事項第七案

案由：「112年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」修訂案。

同仁宣讀

李丞華副署長

各位對這個報告案，有沒有要詢問或者要建議的？請。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

關於這個偏遠地區，通常我的認知說，在偏遠地區應該是營運困難，所以我們在點值上做了一些保障。但是我有發現說有些這些裡面有一些醫院它成長率是相當高的，所以未來要不要針對這種成長率特別高，表示它很容易生存，就不應該去做一些保障。所以要不要針對說它假如成長率高過多少%，就要取消它這樣的一個保障方式，以上。

醫務管理組劉林義副組長

因為這個都是尊重各分區共管所提報的名單，所以我想是這一個案子還是下一個案子？

醫務管理組洪于淇專門委員

應該是下一個案子。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

對。

醫務管理組劉林義副組長

這一案，是尊重各分區共管的決定。

李丞華副署長

好，對於報告案七，如果沒有進一步的要修訂或建議的話，我們就照這個，進入討論案一。

肆、討論事項

討論事項第一案

案由：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案。

同仁宣讀

李丞華副署長

各位對於這個討論案有沒有要提出來的？

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

我剛剛提的那個案子，因為裡面很多醫院大家可以去看，不見得每家醫院都是經營困難的醫院，我相信大部分都是經營困難的醫院，但是有些不是的話，我建議還是要有排外條款，要不然基本上它利用這樣的一個點值的優勢，然後大肆擴張，也不是一個很好的現象，以上。

李丞華副署長

這邊可能可以就是說，這一區域如果有人進去做，然後做得不錯成長不錯，大概有幾年的保護，不能一開始就把它給捏住，那到了什麼程度覺得它可以維持的時候，那時候再把這些保障的條件把它拿掉。所以可能再想想看用什麼方法，基本上游代表的意見我們很清楚就是知道說，如果在那個地方，他做得很好，你還給他保障好像不太對。可能要去看一下說，它去就馬上做很好，還是要幾年的時間，因為我們是鼓勵它去，那它保障兩三年，做得不錯的時候，也許那個地方就不太需要保障了。來。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

通常這些醫院都不是新設的醫院，都是一些已經開設蠻久的醫院了，其實大家假如可以去看他們的各年度的狀況，應該都有很多。我只是覺得說還是要有一個遊戲規則，就是說成長當然要給它成長，但是那種不合理的成長，我們就覺得說，表示那個地區是沒有必要再保障跟鼓勵它去設立的。因為其實市場，從它的申報資料可以很明顯看得出來那個地區到底該不該保障，以上。

李丞華副署長

游代表，就是我們這後面有一個計畫，你就直接建議說那一條怎麼加，修什麼東西，這個可以會後的時候給我們，那我們就把它放進去，如果大家同意的話。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

現在我的建議，就是說假如合理成長，你當年度假如成長率超過10%以上，這應該要取消，那表示非常的好。假如連續三年都超過5%以上，這個也應該是要取消，因為表示它是合理的成長，都比總額的成長都來得高了，那實際上不需要再保障那個點值了，以上。

李丞華副署長

來，請。

謝文輝代表

這個方案的主要內容，當時本來是在鼓勵比較邊緣醫缺地區，就想說讓它開設急診，開設內外婦兒科門診住院，所以當時這個案的規劃我有參與，一開始是這樣。當然我們本來提的建議大概不是這樣，因為我們之前就大家有一個共識，包括黃煌雄監委去做全國健保的總健檢，將近兩年的時間，他就覺得在我們臺灣地區，不全是都會區，有一些很重要的地方型的，好像一個醫療燈塔的觀念，他覺得政府要重視這些醫院，要保護它，不能讓它垮。因為你在都會區大醫院倒一家、兩家根本無所謂，但是那個地方倒一家那種醫院，你可能就臨近10-20公里，內外婦兒一般醫療照護就24小時都開天窗了，連急診都沒有。

所以當時我們本來提的建議是說，那你去評估臺灣有那些那種醫院，你要幫忙它，因為我們現在小醫院，比較在這種地區偏鄉的醫院經營是困難的，現在健保的給付越來越差以外，越來越沒有空間，未來會先倒的就是這些醫院，因為它是做那個緊急，它成本很高，像它維持24小時的急診成本都很高。所以當時的構想是這樣，後來署裡蔡副署長，他就提出這個方案，除了上述類型醫院外他大概就是又在針對醫缺及鄰近地區，就是說你這個醫院，如果本來沒有做急診，你有做急診，24小時

急診，那我願意給你補貼，我記得 800 萬還是 900 萬的這個範圍，因為它的觀念，其實不是在說你看幾個病人，而是在說你要維持一個 24 小時的急診，你要多少醫師團隊，大概是這樣的一種概念。它有要求你一定要給我維持住內外婦兒科的門診住院，讓那個地區的民眾可以去用我就再補助你多少錢，總額上限大概是 1500 萬。

不過當然執行到現在，大家要檢討也可以檢討改進，這些醫院大概都在非都會區，費用一年其實也不多，政策目的是支撐這些偏鄉或資源比較不足地區的醫院，是有其政策的必要性。

像我們現在藥費這樣一直砍，其實藥費是醫院有空間的一個部分，因為你用單一藥價基準，所以事實上只要你買的價錢低，它就有空間，這個大家都了解。但是現在一直砍下去，到越來越沒有空間的時候，所以醫院很慘，所以現在大家去醫院會覺得收很多自費，不收就會倒。所以我是覺得像我們今天也有健保會的委員在座會比較清楚，我是覺得費用要給得合理，那醫院才有合理空間，就不必去想東想西，弄那些有的沒有的，這個對於民眾去就醫並不好，所以我是覺得，像藥費各種這個都要檢討，那在這樣的狀況底下，未來會先垮掉的，大概就是我們現在講的，非都會區的一些這些醫院，尤其是非都會區的主要醫院更要投入資源去支撐，不然它一倒，可能一個地區就沒有急診就沒有內外婦兒的基本醫療照護，所以這個我是覺得如果需要修改，要好好慎重的全面討論，因為已經執行多年要檢討我是覺得可以，也許檢討完了以後，集中重點可以讓覺得重要的醫院，可以有更多的支撐也不一定啦。所以現在就馬上要去修改什麼，大概很難。

朱益宏代表

主席，這個案子，我覺得如果要修改的話，第一個就是剛剛謝委員有特別提到，它其實就是為了偏遠地區，要讓它能夠有 24 小時急診，然後一些基本的科別，內外婦兒科要能夠提供醫療服務。但是這裡面有提到說，萬一有醫療機構，它被受到處分的時候，處分的期限要乘 3 倍，變成 3 倍的，譬如說你停業一個月，變成 3 個月它都不能申請，那申請中

間還有程序。所以事實上那個對於偏遠地區，它其實是影響非常非常大。我覺得這一部分的處分，健保署是不是要去衡酌，如果它是有什麼特殊的狀況，譬如說故意的，我們覺得這個是不需要保障的。但是如果它可能是因為有一些在解釋上，或者是在執行上沒有特別注意的話，那導致一些非故意的這種違法，然後被健保署已經處分過了，然後你這邊還要再乘上3倍，再處罰3倍的時間讓它不能申請。我覺得如果這樣的話，對於醫院是沒有什麼，醫院大不了不做，它還是可以做一般的健保。但是對於那一區的民眾，事實上就會受到很大的影響。尤其這又是偏遠地區，那偏遠地區可能就只有那一家醫院提供24小時急診，然後提供相關的服務。那事實上如果這樣的話，那醫院它也可以說我不做，回歸到一般健保，我就不做這些要保障的科別。那我覺得對於當地民眾就醫是非常非常大的損失。所以我認為說這一部分看看健保署，既然要修訂，這個是不是要去做一個重新的思考。因為這個並不是在醫療資源充足的地方，是在偏遠的地方，醫療資源已經不足了，所以我們才會健保希望，它能夠提供相關的24小時急診跟內外婦兒的一些基本的診療科別，以上。

李丞華副署長

請。

謝文輝代表

主席、各位先進，剛剛朱理事長講的這個，我是覺得有同感。因為這是特殊狀況，那有些它就是擔任那附近唯一的24小時急診，所以我是覺得在處罰，那可能不要比照一般，除非它是惡意的，它是有惡性的，那當然就不須考慮，這種醫院留著是禍害啦。如果不是它有疏失或者什麼，我想可能再考慮一下，考量它在地方上的功能或者是怎麼樣。有的時候我們以前處置比較大的醫院的時候，有很多科也許你就是處置它違規的那個科。但我是覺得這個可以特別考量，因為它有可能你一停，該地區它就沒有急診或者是沒有其他人來服務，這個很明顯。有些醫院那整個區域就是10、20公里，就只有它那一家在做急診，只有那一家在

做 24 小時的內外婦兒的服務，你把它停了，那個地方大概就是熄燈。

李丞華副署長

請。

陳志強代表

有關這個審查條件跟那個退場機制，這個引用的是第 44 條跟 45 條，我們還是比較建議，它是跟著停止特約的時間同步就好了，因為現在是放大 3 倍，原來的 3 倍，但是我剛剛看了一下條文，健保第 45 條之 2，它引用了是第 5 條的第 1 項第 2 款跟第 3 款之 1，大家回來看第 5 條，第 5 條那就真的很嚴重，它在 5 年內重複犯，或者是它被停止以後再犯，那我覺得如果要引用的話，不是引用 44 條跟 45 條兩條，而是用第 5 條這樣比較適合。不然的話這樣加以放大，我覺得已經是一罪兩罰了，這是我的建議，謝謝。

李偉強代表（陳威明代表代理人）

我是建議先維持目前的規定，因為符合這些項目的大概其實都是在比較偏遠的地區醫院，而且比較弱勢的，剛剛長庚醫院游代表所提到的問題，的確偶爾會發生，我想說因為我們現在已經有幾個機制可以預防及處理，第一個就是各區有共管會，各區共管會其實可以針對某些個案，如果真的發現有不正常而且連續性的高成長，那我認為可以在各區共管會可以討論。因為這些醫院，它的營運量及基期大部分都不大，所以 10% 的幅度有時候其實不是太困難的事，暴漲暴跌是蠻可能發生在偏遠地區的小型醫院。另外一方面，如果它們真的有違反什麼明顯的規定的話，其實現在衛生局是有很多機制可以做調查跟懲罰的，中央的衛生福利部醫事司也還有把關機制。第三、健保署跟醫院簽署的合約內容一定有一些規範，如果違反，健保署可依相關的條文再進行了解與處理，應該目前其實應該是完備的。如果純粹只是就財務方面，它的營運真的是暴起太多次的話，我建議可以在共管會提出來，以上。

朱益宏代表

這個我再補充說明一下，因為現在被健保署處分，譬如說停約。那舉例

來講，醫院它可能牙科被停約，但是它如果依照這個條文的話，它就算有設急診，然後 24 小時內外婦兒科，不是停約的科別，一樣不能夠申請相關的這個。我覺得就比較偏頗一點了。醫學中心游進邦委員也有特別提到，對於一些譬如說它成長率非常高的，是不是要代去做一些限制，所以我建議這個案子是不是先暫緩，然後健保署這邊再去做一些考量，對於條文的內容再去做一些修訂，然後我們下一次再來討論，以上。

李丞華副署長

這有沒有時效性？

醫務管理組洪于淇專門委員

有時效性。

李丞華副署長

有時效性就先通過，就是我們先通過它，然後把今天那個幾位委員建議的，包括說有的成長的非常好，要不要保障，然後另外有的是可能無心之過，然後要如何給它這個適當的處理，這個就先通過，然後後續再看看那些條文怎麼把它修進去。請。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

原則上我同意先通過，因為要修改的內容需要慎重。我也建議說，因為我們每年都在討論這個，這個家數，地區跟家數都一直只有增加沒有減少，我們是不是也要統計一下，我們一年因為這樣的金額，這樣的補助大概花了多少錢，可能要給大家很清楚這個數字，這樣才知道說我們這些錢補助下去的話，到底對於這些醫院的經營到底怎麼樣，以上。

醫務管理組劉林義副組長

這一項是列在醫院總額裡面的專款。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

我的意思是說大概補了多少錢，可能要讓大家知道。

醫務管理組劉林義副組長

我們下次我們會把每家醫院它的申報量把它列在旁邊，讓委員再來參

考。

李丞華副署長

就是總體金額。

劉碧珠代表

對不起，就這個案子，我也支持說先通過，但是事實上，如果就是針對所謂的醫療資源不足的地區改善的話，我們就今天這個案子的內容來看的話，因為有些地區它比方說觀音、大溪的確是偏鄉，主要海邊或者山邊的這個區，但是因為它沒有醫院，所以把它獎勵的院所就變成說鄰近的醫院。事實上如果是這樣，我倒建議說，如果這樣看這件事情，應該是看說這樣的獎勵下來，到底這些醫院接受這些原來的偏鄉地區的民眾，就醫的人次或者人數有沒有增加，才是這個專款有沒有實質的補助到該地區民眾的重點。但其實如果就其他鄰近的鄉鎮，搞不好它自己的母院的互轉，就已經成長了10%以上，我們講白一點，就可能這種情形。所以我想這個監測可能落實一點去看，應該是去看說，原來比方說我們先講這個資料裡面看得到的，旗山區、大溪區、觀音區，這些民眾在這些鄰近醫院就醫的人數是不是有增長，而得到說這個專款是不是真的用到該用的地方去，以上。

謝文輝代表

看成長。

李丞華副署長

這就變成說要去看所謂那個病人流向的部分，看他實際到那些醫院去。

謝文輝代表

有沒有效益。

李丞華副署長

就這個技術上稍微要再去分析資料，看一下說你譬如說像南桃園的，他流到哪個地方，那裡是集中在照顧他，我們給他鼓勵的是不是鼓勵到了。好，這個我們基本上就先通過，然後今天大家提的幾個建議，我們列成紀錄，然後再看一下下一版怎麼樣去修訂。

陳志強代表

主席，其實我們剛才講的是兩個面向，先通過一個叫做改變現在的遊戲規則，另外是處罰條款的部分。我們社區醫院代表提的是處罰條款的部分，所以是正列的紅色的討 1-8 頁跟 1 討 1-11 頁的部分，我們建議這個紅色的部分要先拿掉，先通過應該是先通過這個，而不是通過變更的部分，希望主席能夠考量，因為這樣的話太嚴格了，因為放大 3 倍的處罰，我們停約停 3 個月，它這個被放大成 9 個月，我覺得那個紅色的部分拿掉，然後先通過我們就同意，謝謝，希望主席考量。

醫務管理組洪于淇專門委員

把那個拿掉，是不要 3 倍的意思嗎？

陳志強代表

對。

醫務管理組洪于淇專門委員

它只要合約期間就好，不要 3 倍。

醫務管理組劉林義副組長

假如回到以前的話，第一個它的處罰條件是一定要停止特約，所以你假如是那種小的處罰不會進來，一定是大的處罰。第二個是照以前的規定其實更嚴格，它是只要有 1 個月，因為這個是 extra 的補助，它原來的醫療費用都還在，這是 extra 的補助，這個補助是有設一個上限，1,500 萬，這是 extra 的補助，所以以前沒有修定之前，它其實是只要違約 1 個月，當年度就都不能領這個獎勵款，這個是獎勵款。所以以前的那個規定是很嚴格，所以我們才嘗試說要把它稍微放寬一點，因為它有時候只違規 1 個月，只有違規 1 個月，可是它就變成當年它都不能領，這個是以前的規定。

所以我們上次修訂才說，是不是要放寬一點，可是也不能一下放太寬了，所以才說，就是大概取個 3 倍，它假如違約 1 個月，我就只規定它 3 個月不能領就好，就是這樣。

現在代表意思是說，連 3 個月都還有意見的話，我覺得就是併入整個的

檢討好了，因為這個違規，其實好像從我來這裡，好像只有兩件，而且那兩件都是算比較重大，因為他們都被我們處以違約的處分，那個都算比較重大。

然後第二個是我們這邊之所以增列 44 跟 45 條，那是因為那個密醫還有密護，那個是規定在藥事法那些，那些我就算不寫，其實你知道到衛生局，到我這邊一樣是處以停約，所以那個是沒有差，44 跟 45 條是這樣子。

陳志強代表

對，我們先採 44 跟 45 條，如果你們在現行的條文就可以處理，就不要在這次列紅色的進去，紅色的字。

醫務管理組劉林義副組長

你是說…

陳志強代表

因為其實你們在其他的方案裡面也有類似這樣的精神，就是違約 3 個月，但是其他放大成 3 倍這樣的處罰條款。我們希望只要是類似這樣的放大 3 倍這種，不管是任何事件，都希望不要了，因為就不要一罪兩罰，因為它不管任何原因被停業 3 個月或者是 9 個月或者一年，那它所有的福利或者所有的處罰，就在這一個期限內，而不是所有特定的項目被放大 3 倍，我們的希望我們建議是這樣。因為大家才一致，將來所有的處罰才一致。我們並沒有要求要改變，我們只是希望原來新增紅色的字先不要進來，這樣就好了。

醫務管理組洪于淇專門委員

44、45 條，因為我們是比照品保款。

陳志強代表

因為你們在其他的制度上都慢慢採用這個，我們希望不要有任何一條條款是它處罰了一個期限，然後在其他的部分，把它放大到 3 倍，不要有類似這樣的邏輯出來。

醫務管理組洪于淇專門委員

就是不要增列 44、45 就好了，維持原條文。

李丞華副署長

那不增列是不是大家都很高興？

謝文輝代表

照林義副組長所講的。

李丞華副署長

就我們總額來講，有人多有人少，少的人說不能給他少，那其他人就點值稀釋一下。

謝文輝代表

專款不影響。

李丞華副署長

專款不會影響。好，那就維持原條文，然後進入討論案二。

討論事項第二案

案由：112 年度「醫院醫療給付費用總額及其分配」新增因肺癌篩檢疑似陽性個案，後續健保費用擴增。

同仁宣讀

李丞華副署長

今天國健署魏副署長也帶隊來，你們有什麼需要補充的嗎？

國民健康署 魏璽倫副署長

好，謝謝李副署長。現場各位委員，大家好。健康署這邊只是分享一下，從去年 7 月 1 號開辦 Low Dose CT 到現在 2 月底，大概總共 8 個月的時間，那目前全臺灣有 155 家醫院，涵蓋在 22 縣市，都有在提供這樣的服務。那以目前初步 8 個月的資料，大概用了 3 萬人左右，那陽性率大概 9.8%，那確定肺癌診斷的大概是 1.1%，這邊先提供一個數據現況的參考。那的確在去年的時候，可能比現行的估計值稍微高。後續如果這個部分，健康署這邊也能夠再提供健保署這邊相關的篩檢名單跟陽性的部分，以上。

李丞華副署長

這個篩檢到底會增加醫療費用，還是減少醫療費用，這事實上是蠻有趣的議題。像我們子宮頸癌抹片檢查做篩選，可能篩出一堆人，那後續他會治療。如果你不篩的話，他等到症狀出來了再治療，那一個比較省錢？這是一個學術上，而且大家很關心的議題。像這個也就是一個這樣的情況，因為我們 Low Dose CT 去給它篩，篩出來量會多一點，當然裡面會有一些偽陽性的，後來發現沒事。也有可能是他真的陽性，早一點把它治療。本來如果變成擴散出去以後，這個治療就會貴，早一點給他做一個 wedge resection 或者是 lobectomy 說不定省錢。所以這個是一個有趣的一個議題，大家提出來討論，我們的這邊是要跟它做確診，來做 CT 的費用，去做某些專款估列。

李偉強代表（陳威明代表代理人）

首先謝謝國健署從去年推這個案子，可以看到一開始第一波很多人，後來慢慢就趨於平緩。我認為這是一個台灣醫療的重點計畫，全世界大概也沒有幾個國家能像我們這樣子將低劑量電腦斷層當成肺癌的篩檢工具，還好目前限於有肺癌家族史及老菸槍，第一，既然是這麼重大的國家型計畫的話，我們應該有國家型的研究搭配，剛剛主席提到那個成本效益分析，我們講的因為現在肺癌，大部分七成發現時都是晚期，所以如果能夠提早發現，其實有沒有省錢，我不敢講，因為不治療其實可能更省錢，但我們目標應該是能做到早期發現、早期治療，而且還有更重要的是能增進治療後的生活品質，繼續成為社會有用的人，為國家貢獻，因此，我建議國健署及健保署需要做一個長期的追蹤研究，我們現在剛開始嘛，都還不滿一年，我們先趕快搭配一些相關的研究計畫，其實我覺得是將來可以發表，像 B 肝一樣這樣的國家型的成果。

第二個我只是確認一下，我記得當初這筆肺癌篩檢的預算都來自於健保的總額，而不是政府另外編公務預算支付的，對不對？所以某種程度其實左手錢還是右手的錢而已，我不知道我有沒有記錯，我印象我在參加健保會討論時是這樣子，在這邊討論過好幾次，所以這筆錢如何，等於健保的錢當初以前的話是不做預防醫療的，我記得以前在健保的法規，

可是這一塊東西，顯然就已經走到那個灰色地帶，當然我同時也希望說這個將來如果萬一做得越來越多了，其實我們政府或國健署還是有機會編列一筆專款來支應這塊，而不是每次都從健保裡面去挖一塊出來做這個事情，以上。

李丞華副署長

因為總額除了非協商因素是很固定以外，那協商因素就會大家想各種方案放進去，那事實上還延伸蠻多行政作業的，醫療院所跟健保都蠻多行政作業。像這個的話也是我們在處理這個東西，大家想到怎麼樣能夠合理的來面對這樣的一個費用的改變。那我們這個擬辦這邊，大家不知道同仁有沒有什麼要說明的？

醫務管理組陳依婕專門委員

主席，我先說明一下，澄清一下，這一筆 Low Dose CT 篩檢的費用，還是由國健署這邊以其他的預算在支應的。我們現在這個專款談的是，如果他已經做完了 Low Dose CT 篩檢以後，要用 CT 做追蹤確診、他到底有沒有診斷為肺癌的這件事情的這個 CT 費用，由這筆專款支應，所以不是那個 Low Dose CT 的篩檢費用，以上。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

剛才也提到說這個，這個因為是在專款，也有備註說要回到一般，我們還是要問一下，既然這裡有國健署規定及提供誰是篩檢的陽性，那可不可以再在結算的時候，就是依照那一個區有多少陽性去做 CT，這樣回算到各區去，這樣是不是可以？不要依照那個六區分配。

李丞華副署長

就是很多病人實際上是自費，不見得進到國健署的資料，有一段時間很多，譬如有一個醫院，就是去篩一下它的主治醫師 7% 陽性，那個也是全世界少見到的，但是那些事實上不見得在國健署的預算。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

肺癌篩檢過去其實就有自費健檢，但個案不多。但國健署去年起大宗補助免費去做篩檢，才誘發這些個案可能會變很多。過去有錢付得起做健

康檢查的畢竟還是少數。

李丞華副署長

同仁這邊有沒有？請。

朱益宏代表

主席，第一個如果說照剛剛雪玲代表講的話，我覺得這個可能要討論一下，這個是併到總額，然後又 R 值 S 值去分區，還是說要回歸到專款，專款本來就是不分區，一向執行就是不分區，然後用實際的執行量去做，就是雪玲代表剛剛提到的，應該是做的多做得少的，回歸到各個醫療機構去申報。

但是如果這樣子的話，好像跟一開始健保署醫管這邊提的，希望併到六分區的是不一樣，我是覺得這個不妥，還是應該回歸到專款不分區然後 1 點 1 元去結算，這是第一個。

第二個就是，我不曉得這個有沒有可能，譬如說我們在每一季開會的時候，看看是健保署或者是國健署要提供相關的資料，到底這一筆，應該 10 億，其實這個經費還蠻高的一筆預算。到底使用的狀況怎麼樣，使用的狀況。因為它看起來只有疑似的後續再去篩檢。有沒有可能如果他已經確診以後，因為篩檢，因為 Low Dose CT，國健署那邊的四千塊的 Low Dose CT，等於是改變了疾病的這個發生的，就是被發現的機會比較多，當然會影響到醫療費用。如果這筆經費到時候，發現它並沒有如期，那有沒有可能針對國健署篩陽以後後續的追蹤。因為你篩陽以後，你做了處理，做了手術做了處理以後，你後續還是要追蹤，每半年、三個月還是要追蹤，還是會追蹤，那那個追蹤的話，有沒有可能用這筆經費也去做一部分的支應？我覺得就要看你的量了。那你不要到時候，年度結算的時候，發現這個執行率只有 50%、60%，結果變成預算用不完。但是另外一邊篩出來陽性以後，又大筆去增加一般的醫療服務費用，然後讓醫界兩頭空，所以建議說，是不是能夠即時的，譬如說就用申報資料，也不用結算資料。每一季就提出報告，預先追蹤了兩季以後，發現這個預算好像真的還用不完，那我們就是不是擴大一下它使用

辦法，讓它能夠這筆 10 億編在這邊，儘量讓它能夠預算能夠消耗。以上。

李丞華副署長

各位對於這個案有沒有再進一步要詢問或者建議的？同仁說明一下。

醫務管理組劉林義副組長

好。這一項主要是由國健署會提供一個篩檢後疑似陽性的名單給我們，我們就會用那個 ID 去看那個後續。原則上還要以 CT 來確診，所以我們會去看他 CT 的次數，然後假如代表沒有意見的話，我們就照他在那家醫院使用的那個比例，然後就併入那個分區總額來進行結算。代表是用實際就醫地點併進去裡面一起結算？

朱益宏代表

就是 1 點 1 元依照專款的結算方式。專款的結算並不是併到分區去結算，它並不是併到分區的一般預算，然後點值浮動。它專款就是實際上多少就跟分區去申請，然後 1 點 1 元去支應，這個是專款的結算方式。

醫務管理組劉林義副組長

這樣會變成那個 ID 做的 CT 是 1 點 1 元，然後你這個分區，其他的 CT 就變成點值浮動，所以我們才會說就是會併進去。

朱益宏代表

是，專款就是這樣子。

醫務管理組洪于淇專門委員

沒有，因為它的協定文字是要併入一般。

醫務管理組劉林義副組長

就是做 CT，大家的點值是一致的，我們以前都這樣處理的，就是錢灌進去，就是你這個醫院你做多少次 CT 你申報多少 CT，一樣的點值。

朱益宏代表

現在申請的一般，如果做一般 CT 的話，它不是 4,500 點，我記得好像 CT 是 6,000 點。

醫務管理組黃兆杰組長

它有好幾種不一樣。

朱益宏代表

打顯影劑的。

醫務管理組黃兆杰組長

它只是用來計算。

朱益宏代表

你這個是 4,500 點，到時候你浮動點值，像臺北分區預估點值 0.78，第四季預估點值 0.78，你給它打七八折。

醫務管理組黃兆杰組長

申報還是一樣的，只是我們用計算預算的時候，用 4,500 點來做估算而已，所以到申報的時候，還是用原來的申報項目來做申報。

朱益宏代表

主席，我建議依照專款結算的方式，這個不要有例外。因為你這裡有例外以後，專款大家都可以例外，這樣不好。除非這個點數，除非這個申報的量太多，自己專款裡面去做浮動，而不是跟一般的總額去做浮動，以上。

謝文輝代表

還是維持專款。

醫務管理組陳依婕專門委員

主席，我再補充說明。請各位可以看到討 2-1 頁，因為現在目前總額公告的那個文字，可以看到說明二的三，它有寫到本項經費依實際執行情形，併入醫院總額一般服務費用結算。所以我們當時才會說，要併到一般服務裡面去跟其他的項目一起做結算。然後另外我也要補充，這邊說的 4,500 點，確實就像剛剛組長有提到的，其實還是要依照個別 CT 是報無顯影劑，還是有顯影劑等等的來報，大家可以看到討 2-12 頁，我們有把現行的 CT 支付標準呈現在這邊給大家做參考，支付點數是 3,800 點到 5,035 點，以上。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

主席，假如說要併到一般服務，我覺得對於專門做這個後面的追蹤的這個醫院不公平，因為你本來是專款，現在我認為講併進去，我想到時候你這個 10 億一樣不夠，因為全國的 CT 的量絕對遠遠超過這樣的數字，所以到時候可能做完之後，你可能 1 點也是跟浮動點值差不了太多錢。這樣的話其實等於就是說沒有做，因為這 10 億進來有受益，有做了，因為你做到半死，結果因為併到一般預算裡頭，你也不會拿到保障 1 點 1 塊錢，我覺得這個對後續要去推這樣的話，鼓勵性不夠。我認為還是回歸專款專用的一個精神，專款，這筆專用的針對我們後續追蹤，針對那個去做結算會比較好一點。雖然我認為在程序上有一點複雜，但是我覺得精神比較不會變掉。

醫務管理組黃兆杰組長

我可能要先補充說明一下，當初為什麼總額會下這樣的一個決定。因為當初這一個預算，本來大家想的是，不是說要鼓勵做這件事情，而是說怕 Low Dose CT 影響點值，那時候編預算的目的，是怕說做了 Low Dose CT，到時候要追蹤，因為你要用 CT 去做追蹤，那你追蹤的話，就會多了很多次的 CT，這樣做了很多次的 CT 的話，點值就會下降。所以當初為什麼編這樣，是為了補這個部分的影響，所以才編進來的。所以它就會下了剛剛我們依婕專委所做的那個結論，說依實際情形然後併入一般服務點值做結算，就是為了要補這 1 塊錢把它補進去，補進去以後，就不會影響大家的點值，那時候的想法是這樣子。那如果說現在我們要不是這樣做的時候，因為已經是協定裡面寫的文字了，那就要去變更這個文字。

醫務管理組劉林義副組長

所謂的併入一般是說，譬如你今天臺大多做了一筆 CT，你多了 3,800 點，我就從專款相對拿 3,800 元進入你的業務，就是要補這 3,800 點，所以對於臺北業務組來講，你的點值是提升的。

謝文輝代表

這個基本上當然對於分區來講沒有影響，因為它是挹注到你分區裡面去

了。

醫務管理組劉林義副組長

而且還是用1點1元補進去了。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我本來做專款是1點1元，我多做這個，到時候我超過我的目標值被斷頭，所以我覺得這個不合理。

謝文輝代表

但是協議已經這樣子寫了。我講如果要修改，可能明年協議的時候可能要稍微修改。今年大概只能照協議這樣執行了。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

大家都反對，是不是可以提健保會再討論？健保會委員不知道支不支持，我們再把那個…

李丞華副署長

也可以。我想那個就透過醫院協會，去提一個案到健保會這邊好不好？醫院協會如果大家有共識，層級之間或者是六個分區之間沒有特別的衝突，有共識也可以把它提出來，再去修訂這個東西。

謝文輝代表

沒有修訂前，就只能照這個。

李丞華副署長

就那個會提出來，我們到那個源頭去處理。

衛生福利部全民健康保險委員會陳燕鈴組長

主席，這邊是健保會幕僚，本項當時在健保會協商的時候是沒有共識的，所以報部核定。這個程序已經完成，衛福部已經公告了，若要改變，其實它已經超出健保會可以去協商的範圍了，以上報告。所以可能在健保會也無法做翻案。

李丞華副署長

明年請早，好不好？就如果是部去核定的話，可能就拜託大家相忍為國。好，那我們進入討論事項三。

討論事項第三案

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。

同仁宣讀

醫務管理組黃兆杰組長

好，不曉得各位委員有沒有意見要提出來？

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

OK，我想請教這個錢是給醫學中心，還是給區域跟地區醫院的？

醫務管理組陳依婕專門委員

這個錢是給區域醫院或者是地區醫院的。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

假如這樣，為什麼鼓勵醫學中心下轉，不太懂。因為錢又不是給醫學中心，醫學中心並沒有受到鼓勵，應該是鼓勵區域醫院及地區醫院接受醫學中心的下轉，這樣會比較切合實際。

醫務管理組陳依婕專門委員

因為這個方案可以看到討3-3頁，其實針對下轉這件事情，我們也有另外一筆獎勵的款項是鼓勵醫學中心的，只是這一筆，我們現在的提案單上面看到的是，鼓勵區域醫院跟地區醫院去接收醫學中心下轉的病人。我們可以配合修訂一下文字，讓大家更明確，以上。

李丞華副署長

大家對於這個第三案，還有沒有什麼樣的建議或提請修訂的？我們把游委員的那個名詞急診病人那邊修一下好不好？更周全。進入討論案四。

討論事項第四案

案由：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」。

同仁宣讀

李丞華副署長

各位對於這個案有沒有要詢問或建議修訂的？請。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

我想請教，這是專款嗎？專款因為先前是有分醫學中心跟區域醫院跟地

區醫院，那結算的時候怎麼結算？

醫務管理組陳依婕專門委員

也是分兩個層級來結算。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

專款可以分成兩塊結算嗎？不是要一起結算嗎？

醫務管理組陳依婕專門委員

可以，我們實際上可以分層級來做結算，在專款的時候。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

是。

李丞華副署長

開始敘明有兩個不同的款項。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

不是啦，我是想說因為去年已經結算了，大概可以看得出來醫學中心跟區域醫院1點才0.6多，那地區醫院因為特殊原因沒有太多執行，我的建議是說，因為去年的結算是不是可以稍微一起結算補足一下，就先保障地區醫院的1點1塊錢之後，剩下來跟醫學中心跟區域醫院結算，就流用一下，不要說讓整個執行面差那麼多錢，反正這個錢是專款，也不會滾入基期，這是我的建議。

朱益宏代表

剛剛游委員提到就是我們地區醫院很關切的，因為地區醫院，事實上原來的方案對地區醫院是相當的嚴格，藥全會在定的時候，對地區醫院非常非常的嚴格，給付的點數也比較低，所以地區醫院事實上沒有辦法申報，根本沒有量出來。所以在去年，那我們花了很多時間跟藥全會討論去做了一些修訂。但是這些修訂案健保署一直都還沒有公告，所以事實上這個量，我們也出不來。那我記得好像在去年第4季的時候，快要到年底的時候才公告修訂，所以當然在去年就沒有量，你都是依照舊的案子，地區醫院怎麼出得來？就出不來嘛。所以我們才希望剛剛一開始在追蹤事項的時候，就希望健保署這邊就申報案件，那第4季的時候，或

者是今年第 1 季出來以後，甚至逐月就給地區醫院協會，或者是藥全會一些回饋資料，這樣子我們就可以針對地區醫院的案子我們去做即時的修訂。不然原來的案子其實地區醫院就等於是受到歧視。那地區醫院的第一個給付非常低，原來一個案子只有 100 點，然後後來我們爭取才好不容易調到 200 點，然後參與的藥師資格非常非常的嚴格，非常的嚴格，很多地區醫院根本有藥師，也沒有辦法參與，而且第三個就是原來要針對這個慢性病，它還是要醫師確定他有發現有問題的時候，然後醫師也接受了藥師的建議才會去做調整。但是醫學中心、區域醫院不是，它只要藥師去參與加護病房的臨床工作，有寫一些藥師的建議就好了，而且給付的點數每次 250 點，所以這個完全是天壤之別，所以這個事情，我們跟藥全會爭取了非常多的時間，也非常謝謝藥全會跟黃金舜理事長從善如流，所以對地區醫院，我們做了大幅度的修正。但修正完了以後，健保署這邊作業花了一點時間，剛剛有委員提到這件事情，我認為說我們跟藥全會已經有了共識，就是還是依照各有的點數去做結算。但是就是希望健保署趕快提供我們地區醫院這邊新修訂的標準，跟我們實際上申報的量。如果真的還是不足的話，我們趕快去做說明，去做教育訓練，跟藥全會配合去做地區醫院的教育訓練，希望趕快把地區醫院藥師在臨床照護，臨床藥師照護的量能給它提升，以上。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

也怕說朱委員誤會，我沒有要搶你們的額度，額度還是照原來我們協商的。我只是說去年結算的部分，反正錢是專款用不完的時候，是不是可以先這樣做個結算，未來怎麼協商，就按照我們協商的協議去做，不會因為這樣再去講說未來額度怎麼樣。我想說也至少讓我們已經有執行的不要虧那麼多，以上。

謝文輝代表

儘量讓專款全部都用。

羅永達代表

主席、各位先進，因為剛剛已經詢問過我們藥全會，說大概這一塊也是

要5月份的時候，才有可能審查個別醫師。如果這樣的話，今年恐怕也是這個樣子。剛剛精神科的那個代表，因為他今天沒有辦法列席，所以我替他講一下，就是說現在目前精神科，我們目前看的只有急性病房，但是原則上精神科的慢性病房不在這一次的範圍，那大家知道，其實現在目前很在乎那個精神病的用藥，尤其是慢性的或者是長期使用的這個藥物，事實上對於那個病人的安全是很大的影響，我們想說，如果說假設我們地區醫院的那個款項，到5月份的時候才開始以後，可能去增加的時候，有沒有可能請藥全會去評估一下，有關於精神科慢性病房的這個部分，可不可以擴大使用，他們藥師也經過相關的審查，他們應該也可以做這樣的使用，這個因為精神科的那個代表今天沒有列席，大部分精神科很多的慢性病也在地區醫院，所以我們提出這樣的一個要求，以上。

醫務管理組黃兆杰組長

有沒有代表還有沒有要提出意見？是不是承辦單位先說一下，專款部分的使用是不是可以流用。

醫務管理組劉林義副組長

大家可以看到今天的資料，就是研商議事會議的資料，報告案的第4案結算，報4-18頁跟報4-19頁，有關於這個專款的一個結算情形，報4-18頁，第9項專款(提升醫院用藥安全與品質)全年預算是8,000萬，這是111年的，目前是結算到第3季。因為區域跟醫中的預算是5,600萬，所以5,600萬就除以4，所以每一季就大概是1,400萬。的確這邊可以看得出來是第2季跟第3季，其實醫中跟區域醫院支用的點數，其實都超過1,400萬。

醫務管理組洪于淇專門委員

在平板的第46頁。

醫務管理組劉林義副組長

然後來看地區醫院的部分，2,400萬就是一樣是第9項專款的第二個部分，就是地區醫院的2,400萬。支用的部分，第2季只有42萬點，第

3季是26萬點，所以的確未支用金額大概還有兩千多萬。然後回到我們這個計畫裡面所寫的，這個計畫裡面所寫的，在討4-6頁這邊講到這個計畫的預算分配，這邊是只有提到預算分配。討4-8頁就有寫它的結算方式，看起來並沒有說規定兩個預算不能夠流用，所以假如就111年的部分的話，不過當然這個計畫的主要是藥師公會，可能可以請藥師公會這邊表示一下，因為我們看起來是沒有寫說不能流用。

醫務管理組黃兆杰組長

是不是請藥師公會？

郭莉娜代表（陳玉瑩代表代理人）

我先回答剛剛幾位委員的問題，第一個是朱代表的意見，以藥師公會全聯會這邊來說，藥師不管在各級醫院服務我們都是需要照顧的，不會有特別刁難或者是設比較高門檻的狀況。主要地區醫院之前執行的是門診的判斷性服務，區域跟醫中是加護病房的臨床藥事照護，所以以它用藥相關問題的複雜度，跟藥師要寫的SOAP這些內容，其實事實上是不太相同的，所以一開始在之前訂這個點數的時候也不太一樣。但是因為經過這執行多年以來，我們看到藥師也非常努力，也希望不只在醫中跟區域醫院，能夠有這樣好的執行成果以外，地區醫院的藥師也可以同步的，讓大家看到用藥安全提升的一個成果。所以在今年才會特別提出來，在地區醫院，除了門診判斷性服務以外，再把這個急性一般病房跟加護病房的部分一併納入，希望可以增加藥師服務的能見度，這是我們的目的。

但是對於剛剛提到專款流用的部分，因為之前藥師公會全聯會，在跟地區醫院代表討論過程，好像並沒有共識可以兩個經費互相流用，我印象是這樣，對。還是朱代表有沒有要發言？

朱益宏代表

這個我補充一下，確實就如藥全會的代表講的，其實這個案子在大概一兩年前，因為這個專款實施了很久，最早是5,000萬，我印象中好像兩年，然後又8,000萬、9,000萬。所以原來這個案子實施的時候，地區

醫院的量一直拉不上來，我們從開始實施以後拉不上來，就一直跟藥全會反應，但是藥全會有一個委員會工作小組，它其實有一個委員會在討論這個案子，那一直很堅持，所以一直不同意地區醫院的提出，大概兩年前就跟地區醫院要求說，希望地區醫院用不完的全數撥給醫學中心來使用。

但是我們覺得說，如果你不去改這個地區醫院的使用的規則，跟提升地區醫院的藥師，能夠有更多的能見度，更多的使用機會，如果只是想說地區醫院，反正用不完，然後我就把它挪給醫學中心來使用的話，是無助於地區醫院藥師的能力提升。所以在大概兩年前就一直沒有流用。我記得一開始實施的時候，就有這樣子的問題。

所以我們也跟藥全會爭取，爭取最後是透過黃金舜理事長親自下來協調，藥全會的主任委員跟他們一般的委員，大部分都是醫學中心的藥劑部主任，當然這個看法會不太一樣，所以最後大家在黃金舜理事長的協調之下，藥全會的委員會也同意地區醫院，去做了相關的條文的修正。所以我覺得是應該大家努力去處理的，就是今年度讓地區醫院趕快把量能提高。而不是說這邊一直強調地區醫院，因為你用不完，所以就要撥到醫學中心，那這樣子的話它就不會有動力希望鼓勵更多的地區醫院的藥師參與，因為它那個委員會大部分都是醫學中心的藥劑部主任，覺得自己的醫院能夠申請到相關的費用，而且點值不要太低，他們也覺得很滿足。所以我們覺得這一部分建議還是不要，就依照我們跟藥全會的協議的共識分成醫學中心區域醫院一部分，然後地區醫院一部分，然後各自努力，大家一起來讓整個藥師照顧的量能夠提升，以上。

郭莉娜代表（陳玉瑩代表代理人）

不好意思，我補充一下，其實現在藥師公會全聯會醫院的藥師委員會裡面，都有地區醫院的藥劑部主任代表，謝謝。

朱益宏代表

這是最近，也是因為這個案子之後，我們去跟黃金舜理事長，他出來協調以後，所以才增派了地區醫院專門有一個，在那個委員會底下，專門

有一個地區醫院的一個工作小組，專門來討論地區醫院的臨床藥師，提升地區醫院臨床藥師的照顧量能，這個並不是以前就有的，以上。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

我要特別強調，我們那個醫院的藥劑科主任，應該還不至於說為了點值去卡地區醫院，因為其實點值對他們來講是完全是非常陌生的概念。我要講的是說，因為其實我也鼓勵說，藥師公會全聯會趕快把地區醫院的一些問題解決，我想說共同來推動這些東西。我只是要講說去年結算，未來結算怎麼樣，未來這個我們就不談了。我想說已經結束的東西，也不會因為說去年的東西，也不會說我們今天的決議會造成一些行為一些改變，我是覺得專款的東西，你與其放回去給政府，不如說一起努力，就不要讓它1點變0.69，所以這一部分還是請地區醫院高抬貴手，稍微放手一下，以上。

李丞華副署長

藥師公會還有沒有指導？

吳淑芬代表

主席、各位先進，大家午安。地區醫院代表吳淑芬第一次發言。有關藥全會的提升醫院用藥安全與品質方案，我參加過多次的會議，我跟各位代表說明一下，一開始因地區醫院只侷限在門診的業務，所以執行量能較不足。後來，經與藥全會反應，不斷的做了一些調整及改變，才調整為目前的方式；整個申請有它的時間性，包括藥師的資格，一定要經過一些審核條件，藥師符合資格後才能申請這一筆支付點數。

再來就是地區醫院，因為礙於它申報系統（無法申報）。我們收到非常廣大的地區醫院，回饋到社協這邊的意見是，他們藥師有做，但是在申報系統的部分，這個地方又受到一些阻礙，沒有辦法將實際的這個量能，真正的申報出來，實際上又過了時效性，所以也是為什麼在3月底的時候，我們預計要趕快跟藥全會這邊來合辦一個研討會，讓地區醫院的藥師，能夠很順利的執行並且順利的申報，到時候量能才能出來。那再呼應剛剛羅永達代表這邊有說到的，一些精神科、婦產科的醫院，他們還

是有做這些用藥安全及品質方案，請各位代表看到討 4-7 頁的這個部分，是不是可以直接在這個所謂的括弧二的地方，在一般病床臨床藥事照護的部分加一個頓號，把慢性病床也加上，這是社協這邊有很多的地區醫院的藥師代表，是希望能夠加入這個慢性病床這個項目，不管是精神科或一般急性病床、慢性病床的這些廣大的病人，有關用藥安全的品質提升，所以以上做這樣的補充。

李丞華副署長

謝謝。藥師公會的代表。

郭莉娜代表（陳玉瑩代表代理人）

我想先回覆一下慢性病床，因為急性病房跟慢性病床，藥師的 intervention 頻率可能會不太一樣，因為慢性病床病人用藥相對應該穩定。所以如果今天就要我們做出決定，像是急性病床，一般病房臨床藥事照護這邊是在他住院 30 天內，就是每次是申報 1 日，30 天內最多申報 3 次。如果以慢性病床來說，我可能真的需要回去全聯會，我們再來討論他多久申報一次的這個部分，好不好？這個請讓我們有一點時間討論，謝謝。

羅永達代表

主席，我同意藥全會的看法，我想今天是臨時提出來的這個部分，所以我是建議今天先通過，然後希望那個藥全會在下一次醫院總額會議裡面再提出，假設可以修正的話。因為我們當時候沒有想到說，是 5 月份的時候我們才可以實施，所以這整個費用的部分，我們說實在話，我們是很擔心的。所以我在想說下一次會議當中，如果說那個能夠提出相關的數字，然後我們可以做修正的話，也希望到時候所有的先進可以支持，以上。

李丞華副署長

沒有進一步，我們就接受羅代表的意見，就先通過，下一次如果要修我們再來修。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

剛剛提議我們去年的那個整個經費要不要流用結算這件事情，因為不涉及未來。

李丞華副署長

有反對意見嗎？

朱益宏代表

有。主席剛剛您不在的時候，我們已經表達過了，因為這個案子我們跟藥全會，其實是已經有共識了，藥全會最早原來也是希望流用，但是經過我們協會跟藥全會黃金舜理事長協調了以後，最後的結論就是這個草案，並沒有流用這件事情。

李丞華副署長

比較客觀的健保會委員或者專家，有沒有什麼要指點一下，我們陷入膠著，左右為難。這案有時間性嗎？

謝文輝代表

先通過，再討論。

李丞華副署長

先求有再求好。先通過可以算，其實這樣好像…

張國寬代表

我想要請教，那去年度地區的這個剩餘的金額，可以流用到今年度嗎？如果不行的話，是不是可以先流用，就是不影響到，去年你用不完，你也拿不到，還是一樣拿不到。

李丞華副署長

這樣大家了解嗎？好像不能跨年流用，得同一年加減補一補。好，就拜託大家，就是既然不能跨年流用，那同一年加減補一補。

朱益宏代表

主席，我還是要強調，這個是後來這個是我們跟藥全會的共識，不流用是大家的共識。其實地區醫院新的方案，如果依照健保署當初的結算預估的話，大概每1點只有3毛啦，如果是這樣的話，到時候那你醫學中心是不是要流用到地區醫院來？同樣的問題，等到那個時候發生的時

候，醫學中心代表也不同意會流用給我們，因為你們只有6毛、7毛的話，對不對？所以我覺得說既然是這樣，而且這件事情我們跟藥全會討論過非常多次，那最後藥全會的代表也同意，包括他們的主委是蔡主委，以前長庚的主任（蔡春玉）蔡主委，最後都同意雙方同意這樣子的案子沒有流用這件事情。所以我是建議說，還是尊重我們跟藥全會的共識，以上。

李丞華副署長

流不流用不影響到地區醫院，對不對？

朱益宏代表

不是。主席，這個案子您剛剛不在的時候，我就已經表達過了，這個案子在最早實施的時候5,000萬，對於地區醫院的資格訂得非常嚴格。那醫學中心、區域醫院，他們是只要藥師參與臨床藥事服務，就是有去訪視ICU訪視病人，只要寫藥事紀錄，當然藥事紀錄它有一些規定，要寫那些內容就可以拿到兩百塊。那地區醫院它就是第一個，參與的藥師門檻非常高，第二個就是門診的病人要符合很多條件，而且重複用藥，就是10種，我的印象中好像10種用藥以上，然後藥師去審查確實有重複用藥，然後建議醫師，醫師也同意更改處方，才能夠領到100塊。所以這個就導致一開始的設計，地區醫院它就申請得非常少，然後從第一年開始就有發生地區醫院這個經費1,500萬使用不完，然後藥全會的委員會就一直要求說希望能夠流用。然後藥全會的小組，那個時候並沒有考慮去放寬地區醫院的使用量，但是一直希望爭取能夠流用。

我們覺得說，你要流用的話，事實上又不放寬地區的使用量，不去鼓勵地區醫院，事實上那就是流用，全部都鼓勵到醫學中心跟區域醫院，我們覺得這個是不對，而且這一筆費用，會到地區醫院也是給地區醫院的藥師來使用，我覺得藥全會應該要更負責任的去鼓勵地區醫院，提升地區醫院臨床的藥物的臨床藥事服務的品質，所以我們才堅持。後來我剛剛講的，經過黃金舜理事長出來的協調，最後才做了一些妥協跟一些處理，最後的結論就是現在正在進行的結論，那中間也包括並沒有流用這

件事情，以上。

李丞華副署長

可能我聽起來基本上對地區醫院沒有任何負面的影響，那流用對有一些醫院的層級是有好處，所以就整個醫院協會來講，這基本上有讓它流用是對大家是好的，沒有看到壞處，但是流用以後有好處。所以就整體醫院來講，應該是大家互相支持一下，譬如說你支持他，下一次他有別的方案支持你。基本上就是說這個基於整個醫院協會，大家和諧，能夠不犧牲自己，但是能夠成全別人，大家能夠互相幫忙一下，大概是做這樣的建議。不曉得各位有沒有什麼樣不同的意見？

朱益宏代表

報告主席，我要表達的是，這裡面並不是誰卡誰的問題，並不是說今天我故意要去卡醫學中心、區域醫院，所以這件事情，我特別要跟主席澄清一下。因為這裡面來龍去脈，我剛剛講了非常多次，也講得非常清楚，最後是跟藥全會那邊最後大家的共識是這個版本，並沒有說你卡我，我卡你，誰卡誰的問題，以上。

吳淑芬代表

主席，不好意思，我再補充一下。其實當初在有關預算的部分，其實就寫得很明白，醫學中心區域教學是5,600萬，那地區醫院是2,400萬，當時就是因為地區醫院，它被侷限所有能夠收案的條件，導致於他能夠申報的件數是大量下滑，再加上它的點數又特別的low，只有100點，所以我們才在這個申報的點數做一些微調。當時我們在參與這個會議的時候，其實就想要把急性病床跟慢性病床納進去，之所以把慢性病床拿掉的原因，就是因為怕地區醫院爆增，超過使用2,400萬點，今天健保署這邊又撈出資料說，我們申報低，其實因為很多地區醫院的藥師是礙於系統，沒有辦法去申報，所以才會在3月底用在職教育之研討會的方式來告訴各個地區醫院，如何能夠正確的做申報。所以這個是不是可以在剛剛說的那個討4-7頁的地方，是不是可以把一般病床後面加上頓號，加上慢性病床收案的條件，這樣子的話才能夠真正造福廣大的民眾，以

上。

李丞華副署長

又有新的一個議題，本來一個層級之間，另外一個慢性病床。大家還有沒有什麼進一步要表達的？我們還是希望說醫院協會內部大家有共識是比較好處理的，不然的話就順了姑意逆了嫂意，這個乍看之下，基本上是一邊沒有負面，一邊有正面這樣，所以才說拜託大家能夠相忍為醫院協會，這一次你幫他，下一次他有機會幫你，大家互相幫忙。不然的話大家不互相幫忙的時候，事實上好像這個案不互相幫忙，好像也沒有任何人得到好處。

謝文輝代表

主席，我建議這樣，通常我們的會議包括醫院協會裡面大概都是儘量用共識決，因為投票其實很難，包括消費者代表，所有的代表，包括長官，大家代表的比例都不一樣，所以很難說用投票讓任何一方覺得服氣。所以我們長期的大部分都是用共識。今天因為這個它有結案的壓力，因為這個要計算。所以這個目前還沒有共識的話，我們就儘量先讓它通過依原來的，這個議題，我們醫院協會的秘書長也在這裡，我們帶回去醫院協會裡面我們自己協調看看，如果能夠有共識，我們再提供出來。因為這個案子這樣子下去就持續會再做的，未來就會有改善，也不能這樣卡著，讓我們健保署沒有辦法執行，因為這個馬上就要結算了，所以我是覺得如果目前還沒有辦法達到共識，就先依原來就這樣過了可以執行，這個議題我請秘書長帶回去我們醫院協會全民健保會裡面，我們喬喬看，當然也是很高難度，這個關於層級各自也是很高難度，我們會去喬喬看，有辦法喬下來，我們馬上就跟長官報告，謝謝。

李丞華副署長

請問藥師公會的意見？

郭莉娜代表（陳玉瑩代表代理人）

我說明一下，其實經費兩個不流用，大概是在放寬地區醫院，就是增加急性一般病房跟加護病房，以及調高門診慢性服務這些之前，今天當然

有醫中委員建議說要流用，我是覺得也許朱理事長當然擔心的是開了先例，以後可能都會有流用的問題，對。但是也許另外一個想法，是不是僅限 111 年的這個狀況特別處理，以後的話再有一個通則下來，這也許提供大家一個思考方向。藥師公會全聯會這邊還是要重申，我們是照顧各級醫院的藥師，如何能夠讓藥事服務的最大化是我們的目的，所以也是看各位委員跟健保署的意見，再來做最後的決定，謝謝。

李丞華副署長

好，那就拜託大家尊重一下藥師公會的意見，剛剛黃理事長他的代表來，我想就在不影響其他人的情況下，能夠幫助有的層級得到一些好處，我們儘量給它支持好不好？

朱益宏代表

主席，黃理事長的意思是 111 年沒有流用這件事。但是黃理事長他跟我們地區醫院事實上協調過是要這個樣子。

李丞華副署長

好，謝謝。剛剛因為藥師公會的代表講得還夠清楚，所以就拜託大家。

朱益宏代表

主席，這樣子我沒有辦法同意。這件事情你說現在在這個會上要決定流用，這件事情我沒辦法同意。因為這個事情，其實我們已經跟藥師公會協調了非常多次了。當然在現場上那就是三分之二、三分之一，那我地區醫院手腳舉起來，我也舉不過人家嘛，對不對？但是我覺得這樣子是，這樣處理其實是不好。那我同意謝文輝代表剛剛講的，如果 112 年我們帶回去，在醫院協會內部去做協調。但是 111 年這件事情已經跟藥全會做過協調了，協調的結論就是這個草案的內容。這個事情是確定的，今天會上醫學中心說要流用，然後主席就下一個結論要流用，我覺得這樣不好，以上。

李丞華副署長

我剛剛也聽了藥師公會的意見，事實上還蠻清楚。所以基本上在不影響這個有些人的話，對於有些人有好處，我想應該基於共同利益應該支

持，好不好？就沒有人有損失，但是有人有好處，我們就樂觀其成。

朱益宏代表

主席，我覺得你還是要尊重一下地區醫院這邊的立場，謝謝。

李丞華副署長

這個要表決還是我做裁決？基本上我沒有看到地區醫院因為這個損失到，但是某些層級得到好處，我們應該樂觀其成，這樣大家才可以互相幫忙。

朱益宏代表

主席，這個案子地區醫院就是有損失到，因為 111 年照理說 111 年 8,000 萬應該早就通過了，但是健保署到第 4 季才公告，才公告才幾個月，一兩個月，我印象中好像才兩三個月而已，那地區醫院當然就依照整個 110 年執行的方案，就是舊的方案，地區醫院是沒有辦法執行的方案，最後才產生這樣的一個結果，那今天在產生這樣的結果，我覺得應該要回過頭來去檢討說，為什麼已經通過的方案，然後拖了那麼久才去執行，然後執行不了以後，回過頭來說，要地區醫院說，那就大家來流用。

同樣我剛剛說那我就提出來一個，如果明年地區醫院因為放得比較寬，那地區醫院的金額用得比較多的時候，是不是我們也提出來流用這件事情？那個時候醫學中心區域醫院代表你會同意流用嗎？事實上在這兩三年，我們也提出來說，這個 5,600 萬是在年初的時候就已經定的金額，並不是在年底才定。醫學中心也知道他們使用量就是會超標，從一開始今年年初，他們就知道使用量會超標，他們為什麼不去管控它的使用量，為什麼不去做一些點值，不管是點值或者資格的管控？也並沒有看到。事實上年底，去責怪說地區醫院這個用不完，然後經費要流用，我覺得對地區醫院是不公平的。所以這邊我要再一次表達這件事情。那如果主席硬要裁，我要表示抗議。

李丞華副署長

不流用對地區醫院有影響嗎？

羅永達代表

這個其實大家都僵在這個地方，其實地區醫院最擔心的兩件事情，第一件事情就是我們之前所說的不公平，主席一直講說，我們好像沒有受到影響，可是我們非常非常擔心兩件事，一個就是假設我們當時沒有這樣的堅持，那個時候整個藥全會的工作小組，它就不會去改，這是我們一直很 concern 的東西，所以我們一直在堅持。

那也沒有人告訴我們說，好，那假設我們今天同意了之後，後續的東西造成的這個壓力是不是存在？不知道。包括主席也不敢跟我們保證說，如果假設把這個壓力，把它拿掉的時候，那未來是怎麼樣，我們擔心的是這個東西，我想大家都很清楚，不是在這兩三千萬，我們開會今天大家堅持這麼久。事實上是在座的委員都不是藥全會那個工作小組，可是那個工作小組很清楚的知道，如果說假設以現在目前的制度裡面，他們勢必要去，譬如說醫學中心、區域醫院可以去 ICU 可以做 9 次，為什麼？就是因為他們錢夠，那為什麼我們不能做？我們就一直希望說，因為這個東西不能流用，所以才有這樣的壓力，那才能夠去改變這些事實。我們在參加的過程當中，我們都很清楚，所以為什麼我們會那麼堅持，不是這一次能不能過，而是後來沒有人能夠保證這個壓力，以上。

郭莉娜代表（陳玉瑩代表代理人）

主席，藥師公會全聯會請求發言。我想僵在這邊也不好意思浪費大家時間。111 年的這個流用，是不是我們回去再討論清楚，再盡快回覆給健保署這邊，我們再共識好不好？謝謝。

李丞華副署長

大家還有沒有進一步的發言？就是說不同層級之間這樣互相，對自己沒有犧牲，但是別人有好處。我就按照藥師公會的代表的建議，我們進入討論案五。

討論事項第五案

案由：病人出院當日轉分院或轉他院繼續住院申報 02025B「出院準備及追蹤管理費」合宜性案。

同仁宣讀

李丞華副署長

各位對這個案有沒有什麼樣的建議或意見或者修訂？如果沒有進一步修訂，就按照我們說明的部分處理。

醫務管理組黃兆杰組長

這個案件，因為醫學中心、區域醫院跟社區醫院大概都有不同的意見，如果按照健保署當初在審查的時候，其實是認為說這一個項目出院準備，是應該要獎勵那些，就是他真的是出院的病人，所以不曉得說，因為醫學中心認為給付應該是有道理的，但是區域醫院是說，要看實際狀況，那地區醫院是比較支持健保署目前的意見。所以不曉得說，大家最後還是堅持自己的意見，還是說就同意依健保署或者是地區醫院最後所認定的，還是維持我們當初的初衷，認為這個就是真的是出院才申報這個費用？

游進邦代表（陳建宗代表代理人）

主席，我這邊是有一個意見，因為剛剛我們前面在探討到急診醫學中心轉到區域醫院、地區醫院，我們都會給獎勵，這種東西就在講雙方都在獎勵，這個其實剛剛有分析，看起來只有占 0.9%轉到他院去住院，其實這一部分其實對於這些醫院來講，它也未必知道說，這些病人是要到其他醫院去住院，所以說其實他們之前的出院準備，事實上大概也都做了。那我認為說其實它真的比例也不多，我認為說其實我的建議是說可以給付，只是說假如說有立場的話，我覺得還是要去做審查，真的是讓不當去申報這個東西，我們可以做整個醫療的專業審查來處理。我認為說不用太去一定要規範說一定不可以，因為其實不可以，其實對我來講，我有可能我也不知道，他出院之後馬上跑到其他家醫院去了，所以這部分我認為說，還是用比較寬的角度去看待這件事情，以上。

李丞華副署長

出院準備服務，然後跟轉院這個有時候沒有辦法完全切清楚，所以我們做了出院準備，結果後來病人也有各種的自己的處理。那各位對這個還

有沒有進一步要提出的？

劉碧珠代表

主席，就這個案子我們區域醫院協會，其實在上次在討論這個案子的時候，我們也是認為說，其實就護理照護的精神來看，只要是病人出院做的這個出院準備服務，其實護理人員真的花了很多的時間來做這件事情，可是並沒有相對得到合理的這個護理管理的這個費用。所以理論上應該是這個部分，不用去限制說它一定是就是完整出院，因為他只要是離開這個醫院，所有的程序他都要做。我覺得這個醫護人員所做的這些，應該是他自己的勞務費的部分，我覺得這個不應該再這麼苛刻，對這些醫護人員的這個管理費用的這個審查範圍。所以建議這個部分應該是適度的放寬，如果真的覺得說有異常，透過審查的方式，事實上還是可以去做一些管理，這部分是我們區域醫院協會的意見。我覺得你完全限制不可以，其實我覺得這個在我們一直在想說，我們要對我們的醫護，這個部分的勞務要有所給予合理給付的這個條件，其實是有一點相干戈的，以上。

洪世欣代表

主席，護理全聯會洪世欣第一次發言。關於出院準備服務的部分，其實在上一次會議的時候有發言過。如劉碧珠代表代表所提出備服務，護理師在病人入院就在做初步的評估，評估之後按照病人的需要，我們還要找很多跨領域的團隊成員，一起給病人提供出院之後的相關準備，需要三種職類(含)以上的成員共同服務，才能符合出院準備服務申報，出院時可以申報 02025B。

從 186 頁的資料裡面來看，一萬一千多件申報案件，除了轉 PAC 不應該申報的 166 件以外，其他的這幾件事實上在醫院的時候，病人都得到相對的服務，及所有職類的人力投入，還是應該要給付，尤其區域跟地區醫院，其實都有承接上級的醫院轉下來，病人可能需要復健，或是慢性持續照顧的一些需求，這個也是出院準備服務，其實是我們在病人的復原期的時候所做的一個很重要的轉介，所以護理全聯會這邊強烈的建議

還是要持續給付。至於不合理的部分，事實上是可以讓申報機構來提申復的，以上。

李丞華副署長

我想我們就接受護理公會的這個意見，大家有沒有困難？

朱益宏代表

主席，地區醫院的協會這邊寫得很清楚，我本來不太想發言，怕主席又覺得我們有特別異類的，但是我覺得還是要講。因為這裡面其實牽涉到分院的轉介，特別是體系醫院，我們覺得這樣子的話，如果他自己也有體系的話，很多整個體系它醫學中心、區域醫院、地區醫院都有，那左手轉右手，結果左手轉出去的時候還要給一筆這個費用，因為整個體系，事實上它可能在體系內連資訊都是整合的，護理紀錄都是整合的，所有的東西都是整合的，結果出院的時候，還要去對付對於這個沒有整合，如果是沒有整合的其他醫院，那我倒覺得這個還可以考慮。但是如果已經整合了，是自己的體系或者甚至是自己的分院，那這樣子的話，其實就有重複給付的問題，我想這個也是當初原來健保署 concern 的地方啦，所以我們才認為說，如果真的要病人出院，就轉到別的醫院去住院的話，那我覺得也應該要排除，而不是所有都考慮。因為包括分院包括體系的話，那個其實所有的東西都整合在一起了，你再給付它這個一千五百塊，其實是非常奇怪。它搞不好就像你今天從同一家醫院轉到 A 病房、轉到 B 病房，你也沒有說我要在這個轉病房的過程中間，健保還要再額外付一筆費用。當然轉病房這個舉例是有一點，或許不是那麼恰當，但是我覺得它事實上也有一點異曲同工之妙。所以特別是對於分院或者是體系，那我是認為這件事情，真的健保署還是要思考一下，以上。

李丞華副署長

我想這個出院準備，這個基本上是一個值得鼓勵跟正面，像剛剛護理公會護理協會提的。地區醫院的朱代表也提到說，他擔心這個東西。但我們是不是可以就是支持這個東西，把地區醫院提的這個做排除，定期再

來檢討。就是分院或者是同一個體系目前先暫時排除，以後再看再滾動式檢討好不好？

林恩豪代表

謝謝主席。我想再詢問一下健保署這邊，當時這樣核減的疑慮，剛剛也是有提到，就是因為怕有重複給付的狀況嘛。那剛剛主席有說，現在是有什麼措施可以，就是防止這種重複給付的疑慮發生嗎？是不是剛剛主席有講了一個措施。如果真的可以提出這樣的措施的話，當然是鼓勵我們得鼓勵。但如果它這個疑慮一直存在，或者是它還是有一些影響，是不是要考慮一下要怎麼處理，謝謝。

李丞華副署長

因為同體系或者說這些東西，我們在行政上可以有辦法去追蹤，但是就出院準備服務是一個正面值得鼓勵的東西，這個階段先跟它鼓勵，但是也顧慮到地區醫院那樣的一個考慮，我們就排除就是同樣的分院，或者是同一個體系的這個問題。我們就做這樣的一個決議。好，我們就進入討論案六。

討論事項第六案

案由：有關全民健康保險醫療費用審查注意事項部分條文移列至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準案。

同仁宣讀

李丞華副署長

各位對於這個案，因為是基本上是一個程序的東西，各位有沒有什麼樣不同的意見或要修訂？好，我們就按照我們的擬辦處理，我本來想說大家有不同的意見，就兩邊統統列，一年後再把那個審查注意事項取消掉。好，我們就進入討論案七。

討論事項第七案

案由：因應長新冠照護衍生費用。

同仁宣讀

李丞華副署長

各位對於這個有沒有什麼樣的看法？因為就是有三四千萬，但是大家希望可以擴張到七千多萬，這個預算被封頂了，除非我們用浮動點值。

醫務管理組劉林義副組長

我們再補充一下，就是說這個案子，其實醫協提的其實還不錯，就是你們是用 MIS-C，然後再加上 COVID-19 染疫康復者門住院整合醫療計畫部分，只是說因為一個預算用在二個計畫，我們就必須要考量它的時間的前後，因為它大概什麼時候會確定說，它真的是用完 MIS-C 之後會有剩餘款，所以我是覺得可能要考慮一下，因為 MIS-C 剩餘款要到年底才知道，年底就大概是每年 1 月才申報，所以我們大概要到 2、3 月之後才知道。所以假如在那個時候指揮中心就停了，然後這一個門診整合計畫，就照醫院協會這邊講的，就開始要由這個專案計畫，我也不曉得要怎麼結算，因為遇到兩個，所以可能會有這樣的困難。

第二個也要考量說其實疫情，因為我們後面估的是用 111 年，111 年疫情比較嚴重，可是今年我們是覺得 MIS-C 可能用量不會到那麼多，因為今年疫情明顯就和緩了。再來說這個預算有 4,000 萬，我們覺得假如沒有用，還是說你們要不要再考量，有沒有其他的方法把它放出去。

謝文輝代表

因為那個錢很多，就到年底再看要怎麼樣，年度結算。你現在不要急著說怎樣，要年度全部來看再來結。

醫務管理組劉林義副組長

再一起結算。

謝文輝代表

再一起結算，我們不急著現在要這個錢，我們當時討論也有考慮到這個執行上的難度，所以等到年度結算再來結，那情況就很清楚了。

醫務管理組劉林義副組長

意思是兩個計畫併再一起結算嗎？

謝文輝代表

對。

李丞華副署長

行政作業還可以還不及還可以，OK，稍微麻煩一點。

謝文輝代表

這個年度再來結，因為錢也不多，我們上次有討論這個，就是年度來結。

醫務管理組黃兆杰組長

我大概只是提醒一下，就是 MIS-C 大概不可能不提供給病人，但是康復者門診，因為它是獎勵，所以它有很多是多加的錢。這件事情，如果說這時候不去做決定，就是有點承諾說，有辦整合門診的，它就繼續做，可是繼續做以後，到時候錢可能沒有辦法拿到像現在那麼多，因為現在大概都是用 1 點 1 元來算，可是到時候如果這兩個一起算的時候，它如果爆掉，就沒有辦法 1 點 1 元，就是會有這個風險。

李丞華副署長

到時候這些人就會叫說，我們怎麼樣很可憐，拿不到，會不會有這樣的問題。

廖振成代表

我請教一下，因為這個部分是長新冠衍生費用，就是 4,000 萬，對不對？然後 4,000 萬，我們上一次講說是優先用免疫球蛋白，如果還有經費再用到門住診的醫療計畫的獎勵，那門住診整合醫療計畫那個本來就有一筆預算在，本來就有獎勵，我們說專款有餘額的時候，是不是可以再編到裡面。

醫務管理組黃兆杰組長

那個獎勵，我們目前是在疫情指揮中心解散日後 6 個月之內可以申報，是由醫事司那邊的經費支應，對。所以我的意思是說，如果這個獎勵，到時候他們錢停掉了，我們就要用這個預算來支應。可是要用這個來支應的時候，就有可能會衍生我剛剛說的問題，就是沒有錢來支應，或者是錢支應的不夠。這一塊的話，這些醫院就可能要先知道，到時候繼續開這個整合門診，拿到的錢可能不會像原來一樣多。

廖振成代表

我們當然是建議指揮中心結束後半年，應該至少到年底，跟今年的總額預算搭配，對不對？

醫務管理組洪于淇專門委員

不知道什麼時候。

廖振成代表

應該是可以到今年年底，因為現在已經3月了，那說不定它的口罩政策可能4月還會再往後開放。

醫務管理組劉林義副組長

指揮中心假設是7月以後再關的話，其實就用不到這筆錢，因為是關後6個月都還有專款支應，可是它萬一3月就關了呢？

廖振成代表

我們的想法是說，我們不要用超過專款那個預算4,000萬，不要造成醫界多負擔那個。

醫務管理組洪于淇專門委員

問題是院所已經申請進來了。

謝文輝代表

沒關係，因為我們本來大家內部的主要共識，先從剛剛的免疫球蛋白費用比較多去支付，有剩餘才會去考慮說要不要再挪到這邊一點。如果指揮中心宣布說到什麼時候就沒有了，申報就不給了，那就要趕快講讓大家應變，當然你最好是以年度來切，這樣大家比較好作業處理，不然這樣突然宣布下個禮拜這個就沒有了大家也很棘手，我覺得這個署裡也應該考量。

廖振成代表

反正他至多1點1塊，最後超過就浮動點值，比照專款的精神。

李丞華副署長

好，我們就尊重謝委員，今天特別這麼認真的說明。

謝文輝代表

這個是我們裡面有討論過。

李丞華副署長

好。這個案就照這樣做。那各位有沒有臨時動議？還有。

醫務管理組黃兆杰組長

還有兩個臨時提案。

伍、臨時動議

臨時動議第一案

案由：112年醫院總額風險調整移撥款預算分配案。

同仁宣讀

李丞華副署長

這一定有地區贊成，有地區反對。

醫務管理組洪于淇專門委員

有關餘額（4億）按地區預算R值S值平均占率分配一節，請就係按照107到109年3年平均還是108到110年3年平均進行討論。

謝文輝代表

就是我們通過的原則，大概就是比照去年，所以你比照107到109年，現在再來應該就是108到110年，遊戲規則就按照去年。

醫務管理組洪于淇專門委員

好。因為今天時間來不及，所以我們來不及試算108到110年之數據，本次會議資料僅呈現107到109年之數據。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

就是我們有受到疫情影響，我們北區跟臺北都受到疫情影響，用疫情期間我們不太能接受，109年就有疫情了。

李丞華副署長

我想去年就用107到109年，大概也不用到更早了。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

就維持107到109年。

醫務管理組洪于淇專門委員

維持 107 到 109 年，可以嗎？

李丞華副署長

不往前走。

謝文輝代表

好，就維持這樣。

李丞華副署長

不往前走大家有沒有意見？

謝文輝代表

沒有意見。

李丞華副署長

107 到 109 年，好，臨時提案二。

陸、臨時動議

臨時動議第二案

案由：有關 112 年「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」專款運用方式案。

同仁宣讀

醫務管理組陳依婕專門委員

因為最後一版是今天中午收到，我們還來不及試算相關的費用，裡面有一些問題要就教與會的代表，第一個是有關地區醫院的住院護理費部分，大家可以看到臨 2-2 頁，我們有把現行全日平均護病比加成級距呈現出來，因為地區醫院表示他的護病比達到醫學中心或區域醫院的話，希望能有一樣的加成率，可是我們可以看到地區醫院加成的護病比條件是比較鬆一點，比如說加成 20% 這一部分，地區醫院護病比達小於 13，就可以加成 20%，可是醫學中心要小於 7，區域醫院要小於 10 的話，才能加成 20%，所以我們想要建議地區醫院可以給我們更具體，要如何加成，如何比照醫學中心跟區域醫院去做加成，這個具體的方案再送給我們，再做具體的試算。

另外有關區域醫院以上的部分，想要就教的是，我們以臨 2-1 頁加護病床-病房費為例，看起來 03010E、03011F 調整的幅度是不一樣的，我們想確認是用這樣子調整嗎？因為每一個項目都有一樣的問題，原先醫學中心跟區域醫院的差異，現在會改變，想要就以上這二點就教與會的代表。

李丞華副署長

請問護理的代表有沒有意見？

洪世欣代表

護理全聯會第二次發言，關於全日護病比的這個範圍，當時其實在考量，目前的護病比的這個加成給付，事實上是醫中、區域跟地區按照百分比來做這個加成費用的一個分配。所以地區醫院提的這個方案，因為我們今天到現場才看到這個方案，所以我們也還沒辦法試算，事實上地區醫院床位數跟護病比的比例，本來跟區域跟醫中本來就不太一樣，所以這個方案在目前時間有限的情況之下，我們很難在現場就提出說法，如果地區醫院真的做到小於 7.0 的護病比的時候，事實上它本來就已經是 20%加成了，所以不太理解地區醫院的訴求，如何跟醫中的加成一樣？

第二個問題就是剛剛的病房費跟護理費，地區醫院提的加成，我們也是現場才看到資料，所以沒有辦法給非常合適的回答，以上。

李丞華副署長

OK，謝謝。這個資料因為是比較新進來的，所以可能相關的人沒有很充分去完全了解，因為這最後弄到支付標準那邊，所以我們基本上就是給大家帶回去詳細看一下。然後下一次把它當成一個討論案，好不好？然後該走支付標準就直接去走支付標準，這樣有問題嗎？沒問題。那我們今天就散會。

謝文輝代表

等一下，我剛剛在那邊看是在看，我們那個附件三的討論 1-14 頁，全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，這邊公告的計畫裡

面，有一個我們有接到反應的就是，在裡面的申請資格四，四裡面有一個申請資格，基本要件一、二，第二條裡面他有寫，設立於全民健保醫療資源不足地區鄉鎮之醫院，如前述醫院未設立醫院醫院者，則為其臨近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮，我們當然很清楚，就是說醫不足的區域，很多它本身就沒有醫院，所以你鄰近的再來申請。但是鄰近的如果有區域醫院就排除。那我們很清楚，因為你如果有一個區域醫院，它一定有做 24 小時急診，也有內外婦兒科，所以當然不需要你再來申請。但是這個我們雖然很清楚，但是執行面有一點瑕疵，就是我們的區域醫院，不只一般的綜合型的區域醫院，我們還有精神科的，如果要是一個精神科的區域醫院，它也沒有一般的急診，也沒有內外婦兒科。所以我是覺得，可能在六分區在執行這個申請案的時候，因為我們很清楚，我們用意就是說，如果有一個區域醫院有這個，如果它是一個特殊，尤其像在花蓮，在什麼地方，它也有精神科，它都是區域醫院，但其他科沒有，所以我是覺得可能長官醫管方面要提醒六分區，就是說這個就是，所謂的排除的區域醫院，就是指這種綜合型的，它有急診，有內外婦兒科，如果它是特殊的區域醫院，那它還是可以來申請不排除，這一點是這樣。因為我們訂的意思原則是這樣，但是因為你沒有特別的，有些區域醫院，它就是精神科，其他科都沒有看，這也可能有這樣的情況，跟長官反應一下。

李丞華副署長

把那個做紀錄一下，那個確定再請那六個分區。對於一些特殊專科的區域級的醫院，應該做一些排除。

謝文輝代表

醫院這個要排除，不是現在那個排除的醫院。

李丞華副署長

好。如果沒有的話，今天非常謝謝各位。好，我們散會。