

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
111 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 8 月 24 日(三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：李署長伯璋

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	陳文琴代表	陳文琴
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	邱琦皓(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)	陳智芳代表	陳智芳
吳淑芬代表	吳淑芬	童瑞龍代表	童瑞龍
吳鏘亮代表	吳鏘亮	黃兆杰代表	(請假)
李承光代表	李承光	黃遵誠代表	黃遵誠
周思源代表	周思源	楊俊佑代表	(請假)
孟令妤代表	孟令妤	廖振成代表	廖振成
林恩豪代表	賴元暉(代)	劉建良代表	林富滿(代)
林慶雄代表	林慶雄	劉碧珠代表	劉碧珠
林應然代表	(請假)	蔡淑鈴代表	蔡淑鈴
邱仲慶代表	王敏容(代)	謝文輝代表	(請假)
侯明鋒代表	(請假)	謝景祥代表	謝景祥
侯俊良代表	侯俊良	謝輝龍代表	謝輝龍
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	鍾飲文代表	鍾飲文
施壽全代表	施壽全	顏鴻順代表	顏鴻順
洪世欣代表	洪世欣	嚴玉華代表	嚴玉華
張克士代表	張克士	蘇主榮代表	蘇主榮
梁淑政代表	梁淑政	蘇東茂代表	蘇美惠(代)
郭錫卿代表	周國旭(代)		

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、周雯雯
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	(請假)
台灣醫院協會	林佩菡、董家淇、顏正婷、 吳昱嫻、許雅淇
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	林士峰
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
台灣外科醫學會	蔡嘉軒
臺灣兒科醫學會	邱益煊
台灣腎臟醫學會	張宏榮
財團法人器官捐贈移植登錄及 病人自主推廣中心	洪長發
台灣泌尿科醫學會	林國仁
台灣移植醫學學會	林國仁、李明哲
本署臺北業務組	潘尹婷*、許寶華*、周珈卉*、 劉孟芸芝*
本署北區業務組	李純馥*、林興裕*、蔡瓊玉*、 楊惠真*、謝秋萍*、謝明珠*、 李秀霞*、何容甄*
本署中區業務組	林純美*、郭俊麟*、吳佩寧*、 張智傑*、曾荃璞*
本署南區業務組	黃梅珍*、張曉玲*、郭怡妤*、 邱珮穎*、辛佩旻*、柯昭英*、 許寧恩*、梁家瑋*
本署高屏業務組	李名玉*、羅亦珍*、王素惠*、
本署東區業務組	

本署署長室
本署主任祕書室
本署醫審及藥材組

本署企劃組
本署資訊組
本署財務組
本署違規查處室
本署醫務管理組

詹蕙嘉*、黃寶萱*

黃珮珊
張禹斌
戴雪詠、連恆榮、黃滢云、
詹淑存、陳盈如、羅惠文、
鄭碧恩
王宗曦、吳箴
吳少庾
(請假)
白姍綺、朱文玥
游慧真、劉林義、韓佩軒、
張作貞、陳依婕、洪于淇、
劉立麗、許博淇、吳佳頻、
黃千華、蔡金玲、賴昱廷

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

決定：

一、修正 111 年第 2 次會議紀錄討論事項第三案，決議事項第二點「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變(預算 20 億)」修正為「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(預算 20 億)」。

二、請本署醫務管理組補充說明腎臟移植費之成本分析。

參、報告事項

第一案

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、序號 1、4、5、6、7、8、9、10、11 解除列管，餘(如下)繼續列管：

(一) 序號 2【關於新設醫院或新設病床數對於醫院點值造成影響案，有關衛生福利部醫事司表示後續有申請新設或擴充病床規模達 250 床以上之案件得邀請台灣醫院協會列席一節，與會代表建議病床規模達 100 床以上邀請台灣醫院協會列席】。

(二) 序號 3【111 年醫院醫療給付費用總額新增項目：「住院整合照護服務試辦計畫」】：有關與會代表建議本計畫申請展延一節，俟主責單位衛生福利部護理及健康照護司回復意見後再議；另本案辦理情形，列為醫院總額執行概況報告。

(三) 序號 12【111 年「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」專款預算執行建議】。

三、111 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式如附件 1。

第二案

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。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 111 年第 1 季點值結算報告。

決定：

一、111 年第 1 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	0.87238264	0.93520119
北區	0.95038871	0.96891560

區/項目	浮動點值	平均點值
中區	0.89701829	0.94471785
南區	1.01366266	0.99954622
高屏	0.96001937	0.97548097
東區	0.89133361	0.94181187
全區	0.92238560	0.95668723

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。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「腎臟移植諮詢費」診療項目案。

決議：考量與會代表對適應症及支付配套措施未獲共識，本案暫保留。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 3 時 15 分。

柒、與會人員發言實錄詳附件 2。

111 年醫療給付費用醫院總額之點值結算方式

一、111 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 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號公告）。

- (一)醫院醫療給付費用總成長率 3.569%(註)，其中一般服務成長率 3.049%，專款項目全年預算為 34,538.7 百萬元，門診透析服務成長率 2.015%。

註：醫院醫療給付費用總成長率 3.569%(一般服務+專款)，如含門診透析為 3.504%（一般服務+專款+門診透析）。

(二)總額設定公式：

- 111 年度醫院醫療給付費用＝校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用(註)×(1+111 年度一般服務成長率)+111 年度專款項目預算+111 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＝110 年度醫院門診透析服務費用×(1+111 年度醫院門診透析服務成長率)。

註 1：校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正「投保人口預估成長率差值」及加回前 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。

(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 51%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，49%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、110 年新特材未於時程內導入之預算共 0.6 億元，於 111 年一般服務基期費用不扣減。

三、111 年其他醫療服務利用及密集度之改變：

- (一)110 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(4.83 億元 $\times$ (1+5.047%)=5.08 億元)，須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 1.94 億元(1.84 億元 $\times$ (1+5.047%))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 3.14 億元預算則按季分配予南區。
- (二)111 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.08 億元 $\times$ (1+3.049%)=5.23 億元)，須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 $\times$ (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。
- (三)111 年「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」之預算 10 億元，四季均分先從一般服務預算予以扣除，自 111 年第 2 季起再依其執行項目各就醫分區 108 年至 110 年申報點數平均占率回歸各分區預算，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除。

[註 1]:111 年「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」，依據衛生福利部 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號公告 111 年度醫院醫療給付費用總額及其分配、111 年 3 月 2 日醫院總額 111 年第 1 次會議、111 年 5 月 25 日醫院總額 111 年度第 2 次會議、111 年 7 月 12 日醫院總額 111 年第 1 次臨時研商議事會議決議辦理。

[註 2]:執行項目包括住院首日護理費支付點數加成 30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、地區醫院住院病房費點值 1 點 1 元、地區醫院一般病床住院診察費點值 1 點 1 元、地區醫院住院護理費點值 1 點 1 元。

[註 3]:各分區占率如下：

臺北分區 0.17996814、北區分區 0.17470562、中區分區 0.25210712、南區分區 0.13154863、高屏分區 0.20726595、東區分區 0.05440454。

- (四)111 年「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」之預算 20 億元，四季均分先從一般服務預算予以扣除，自 111 年第 2 季起再依其執行項目各就醫分區 108 年申報點數及加計 108 年至 110 年新設醫院之 110 年申報點數占率回歸各分區預算，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除。

[註 1]:111 年「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(預算 20 億)」，依據衛生福利部 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號公告 111 年度醫院醫療給付費用總額及其分配、111 年 3 月 2 日醫院總額 111 年

第 1 次會議、111 年 5 月 25 日醫院總額 111 年第 2 次會議、111 年 7 月 12 日醫院總額 111 年第 1 次臨時研商議事會議決議辦理。

[註 2]:執行項目包括住院首日護理費支付點數加成 30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、加護病床之住院診察費及病房費點值 1 點 1 元。

[註 3]:各分區占率如下：

臺北分區 0.32381111、北區分區 0.12809394、中區分區 0.20616224、南區分區 0.14947129、高屏分區 0.16622271、東區分區 0.02623871。

四、111 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]:111 年風險調整移撥款，依據 111 年 3 月 2 日醫院總額 111 年度第 1 次研商議事會議報告事項第五案決定辦理。

(一)111 年風險調整移撥款各區預算採 2 項計算方式之合計，一為續維持 110 年風險調整計算六因素及權重計算分配 2 億，餘額(4 億)以 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 160,144,932、北區 68,728,689、中區 88,962,403、南區 75,311,594、高屏 103,535,670、東區 103,316,712。

五、111 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、111 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

=【110 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額+109 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(13.7 百萬元/4)】×(1+3.049%)—106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)—111 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(5.23 億元/4)、「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」預算(10 億元/4)及「提升重症照護費用，促進區域

級(含)以上醫院門住診費用結構改變」預算(20 億元/4)】－111 年風險調整移撥款(6 億/4)。

2、109 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
-93, 595, 109	-194, 526, 324	-226, 343, 758	-461, 600, 182

(二)品質保證保留款(107 年起品質保證保留款移列專款)

- 1、111 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 111 年品質保證保留款專款(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 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)111 年醫院總額門診透析服務預算

＝(110 年醫院總額門診透析服務預算－移列腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金之預算)×(1+2.015%)

※門診透析自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。

(四)111 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)111 年腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金之預算為 15 百萬元，於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

(六)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

＝(111 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)＋門診透析服務費用)× 55%＋(111 年鼓勵繼續推動 DRGs/4) ＋(111 年腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金/4)

2、醫院調整後門診一般服務費用總額

＝(111 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)+門診透析服務費用)+(111年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)/4)+(111年腹膜透析追蹤處置費及APD租金/4)-醫院調整後住診一般服務費用總額-門診透析服務費用

※腹膜透析追蹤處置費及APD租金於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

六、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)] + 各分區密集度改變預算(「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」^註) + 各分區風險調整移撥款

[註]：各分區密集度改變預算(「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」)自111年第2季加回。

七、111年各季醫院總額點值結算說明

(一) 111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)

八、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 1,900.0 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、血友病及罕見疾病特材：

- 1、全年預算 12,807.0 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：

費用年月 94 年 1 月(含)以後部分負擔代碼=001 且任一主、次診斷亦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之「藥費」小計。

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)。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。
- 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。

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 1,495.1 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。
糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案	一、糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)： 1. 醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2. 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。 2. 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。 3. 糖尿病人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。 二、糖尿病合併初期慢性腎臟病： 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、

項目	擷取條件
	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。 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。 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。
思覺失調症	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)。 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。
B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者	1. 門診案件。 2. 醫令代碼：「P4201C、P4202C、P4203C、P4204C、P4205C」之醫令點數加總(醫令類別=2 者)。 3. 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。
孕產婦全程照護	1. 費用年月 104 年 1 月起 P3903C、P3904C、P3905C(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。 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。

項目	擷取條件
早期療育	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。 2. 追扣補付原因別:1K3/2K3 早期療育計畫-整合照護費、1K4/2K4 早期療育計畫-品質獎勵金追扣補付。
慢性阻塞性肺病	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。 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。
提升醫院用藥安全與品質	追扣補付原因別: 106/206: 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。

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 或 Z。
- (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。
- (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 或 Z。
- (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。

導入第 3 階段 DRGs 項目，本項經費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 $40 \text{ 萬} \times 2 (\text{參與月數}) = 80 \text{ 萬}$ ，全年結算補助上限 $500 \text{ 萬} \times 11 (\text{參與月數}) / 12$)。

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 $(1,500 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ，最低「4」科 $(900 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「3」科 $(800 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「2」科 $(700 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ 。未提供 24 小時急診服務者：「4」科全年最高 $(400 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「3」科 $(300 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「2」科 $(200 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；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)×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)。

(十) 鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- 1、全年預算為 227.4 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) 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 (其中由醫院門診透析費用移列 4.04 百萬元，西醫基層門診透析費用移列 0.04 百萬元，合計 4.08 百萬元)。

※本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

※腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂自 111 年 6 月 1 日生效。

(十二) 住院整合照護服務試辦計畫(111 年新增)

全年經費 300 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。

(十三)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。預算如有不足，由品質保證留款支應。

(十四)精神科長效針劑藥費(111 年新增)

全年預算 2,664 百萬元，其中 1,241 百萬元由一般服務費用移列。

1、本項經費得與醫院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。

(十五)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 111 年編列之品質保證保留款預算(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。

※鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：全年經費 300 百萬元。預算如有不足，由品質保證留款支應。

(十六)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」。

(十七)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(111 年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(1,500.0 百萬元)支應。

2、追扣補付原因別：

1J3/2 J3 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。

111 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	1. 門診「案件分類」=03(西醫門診手術) 2. 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	1. 主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院 2. 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	1. 操作型定義詳附件。 2. 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	1. 操作型定義詳附件。 2. 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	1. 操作型定義詳附件。 2. 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	1. 操作型定義詳附件。 2. 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)。	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」。 二、夜間門診案件： 該案件門診診察費之醫令「執行時間-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)。 ※門診診察費「醫令代碼」包括 00101B、00131B、00102B、00132B、00105B、00135B、00106B、00136B、00107B、00137B、00108B、00138B、01018B、00178B、01019B、00179B、00186C、00187C、00188C、00189C、01023C、00172B、00173B、00174B、00175B、00176B、00177B、00180B、00181B、00190C、00191C(醫令類別為 0)。 藥費：係指點數清單段之「用藥明細點數小計」。
(二)住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費	
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)。	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。
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。	加護病床之住院護理費係指「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。

執行項目	定義
(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。
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)。

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
111 年第 3 次研商議事會議-與會人員發言實錄

壹、主席致詞

主席

各位委員，各位院長大家午安，我們現在人數過半就開始今天的開會，這一段時間我跟部長到六個分區跟各個院長碰面，六個分區的院長都是很積極參加，也跟部長很多的反應，很多事情在薛部長做事態度會很積極面對問題，我想今天他也是在討論一些事情，就是說大家都有一些意見，他都會去分析該怎麼做，請大家放心，很多事情會愈來愈快。今天這個會議，我想各位是這樣，就是因為畢竟說實在因為接下來等到總額協商要確定情況，各位可能也需要有一個了解，其實在薛部長態度裡面他有一些中長期計畫也是需要面對的問題。當然我也是很清楚，大家很多東西的時候會考慮說現在健保給付的話，對各位醫療院所的話，覺得能夠支付的標準不是很滿意，大家都覺得不划算，我想這個也是我們自己的一個歷史共業，我為什麼會這樣講，其實我在這個位置現在已經六年多，說實在我覺得很多東西是真的要改，你不改的話，沒有辦法面對這個問題，我舉幾個重點，其實分級醫療一定要做，然後部分負擔沒有做的話，醫療浪費是一個很嚴重的問題，其實最近我們對一些藥品的 DET，那些東西的法條都沒有做

很好修改的時候，其實這些藥品的價格都是超乎我們付出的，對於真正要給民眾的用藥，我們沒有辦法給民眾，我們就在調整藥品價格的時候，把一些藥品價格調的不是很合理，這些都是必須要面對的。

像昨天我們看到說一些罕病民眾透過立法委員在開一些公聽會，其實說實在我自己憑良心講，我就跟我同事說，那都沒有什麼好怕，沒錢就是沒錢，每個人都弄一些新藥、新科技，每個都要放進來的時候就是沒有錢，把所有的錢都用進來買藥的時候，其實說實在的那也沒有關係，只是說你的藥品用藥已經到 28.9%，假如說更高的時候，說實在你們就每一個人的醫療服務點值都給你下降 0.5，到時候就抓狂，對不對？所以我覺得說這個也沒有什麼好怕的，所以說昨天雖然那個我也不是說不考慮到病人的時候，就是我在強調就是把不必要的浪費省下來的時候，才可以幫那些新藥、新科技有這樣的一個空間。

其實我也一再講，大家也不必再告訴我說這是國家的資源不夠，這些都是政治議題，可以爭取我一定會盡量爭取。那就是說還沒有爭取到的時候，我們要很務實把我們可以做到的就做到。所以我講這些就是跟各位互相勉勵。當然有些東西每一個人的背景不一樣，每一個人的見解不一樣，這我覺得都尊重，不過我覺得就

是需要朝向最正向發展我們的一個流程，我們今天的會議開始。

貳、上次會議紀錄確認

醫務管理組劉林義副組長：

好，各位委員，現在就開始我們醫院總額 111 年第 3 次的研商會議。首先是確認上次的會議紀錄，上次會議紀錄分為兩份，一份是 111 年第 2 次的會議紀錄是從第 5 頁到第 12 頁。然後第二份是 111 年第 1 次的臨時會議的會議紀錄，從第 13 頁到第 17 頁，總共有兩份，請大家看一下有沒有問題。

主席：

好，各位委員有什麼問題？朱益宏代表，有沒有問題？不要客氣，講一下。

朱益宏代表：

主席點名我。

主席：

有沒有問題先講一下。

朱益宏代表：

我就先提一下，有一點小小的，在我們上次開會的時候有提到麻醉科的支付，就是移植費用的支付。那個時候有提到說希望要做成本分析，我記得再上一次開會的時候也有提到，對於已經調整

的腎臟移植費的成本分析，健保署說要後補。那我不知道這個後補是什麼時候，因為我一直沒有看到資料，這一次也沒有資料出來。

主席：

請依婕專委說明。

醫務管理組陳依婕專門委員：

在會上有提到腎臟移植是不是也要做成本分析？因為那次那個會議決議沒有落文字，不過我們後續可以再補這個部分的成本分析，以上。

主席：

請看這張表，這是健保在花錢最多的兩個部分。一個是洗腎，一個是在癌症的病人。這上去就是一個 scope 一直上去，這個東西就是為什麼我在講說，其實健保沒有真的去務實面對我們臺灣換腎的問題，因為我不可能一直在這個位置你知道嗎？但是你們現在還很年輕還沒退休，我告訴你，到最後發現整個臺灣都在洗腎你知道嗎？就是到最後那個費用根本就差很多。所以這個是一定要去注意到的問題，癌症是不得已，因為畢竟癌症病人變多了，我們需要面對這種病人，生命不能重來。所以我跟我同事講說，那個有一個影星的孩子大腸癌在榮總治療，到最後就真的離開

了。但是我是說其實事實上就是醫藥是不可能救活一個人的命，假如說那個有一個藥物，假如真的好到說能夠把一個病人完全治好，它是一顆仙丹的時候，我想就買那一味就好了你知道嗎？那是不可能的事情。但是問題說你看，真正我們一直在推什麼安寧，推什麼一大堆的情況下，該講話的時候，這個是最好的 timing，有時候我就在看媒體都沒有人講半句話。可是問題就是我告訴各位，其實我一直想說我以前在當醫生的時候，我當器官移植登錄中心董事長的時候，其實那個時候你看臺大醫院以前那個女醫師車禍的時候，到最後她器官捐贈，對不對？那時候我就碰到柯文哲市長，說你要把握這個機會，這個是你醫生的背景，他也是懂得什麼叫做器官捐贈，你就選擇捐，捐的時候就媒體就會報導。所以很多事情就是我們自己在這個領域裡面，我們做事要務實要面對問題的核心。所以你說叫他們算成本，沒關係我們都可以補給你，這是沒有什麼問題的，好不好？我們今天有新的代表，他好像沒來，我剛剛看了一下，游進邦代表代替我們的陳建宗院長出席。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）：

之前我們的院長是程文俊院長，從今年 7 月開始換陳建宗院長。

主席：

我一直都是看到你，所以，OK，本來林口長庚院長換成陳建宗院長，拜託我們游進邦代表代理，那繼續。

參、報告事項

報告事項第一案：

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

同仁宣讀

主席：

好，關於這個案子各位代表有沒有任何意見？來，請游進邦代表。

游進邦代表（陳建宗代表代理人）：

案由二就是關於新設醫院或新設病床醫院點值影響那一案，醫事司回復，未來新增超過 250 床以上，才會邀請台灣醫院協會列席參加，250 床據我的經驗大概是新增一家區域醫院的規模，其實以前在早期的話大概是 100 床以下是地區衛生局可以決定，100 床以上是衛福部要做決定。其實通常對醫療比較有影響，超過 100 床以上影響就很大，所以有沒有辦法，跟醫事司再反應就是說，250 床從以前到現在沒有幾個案子是可以邀請台灣醫院協會列席，我認為應該是要修正為超過 100 床以上就要邀請台灣醫院協會列席來參與討論，以上。

主席：

好，謝謝，我想是這樣，因為部長這一次在幾個地方的話，包括像我們臺北區、高屏區，其實很多地方出現新的一些醫院。現在最大的一個盲點，大家都知道其實每一個立法委員，每一個縣市長都希望它裡面需要設立醫學中心，或者是大的醫院，我想就是在座的一些院長也大概都知道自己都是有自己的，也是在各個地方廣設醫院，在高屏的時候我就講，蓋醫院簡單，但是維持醫院的時候也是不容易。也不要說期待說健保是有那麼多錢去 maintain 那麼多病人要用，到最後你必然要 maintain 不是那麼容易的，所以沒關係，我想這個東西大家聲音都有出來，過去就是因為發現蓋醫院健保署不知道，不是說不知道，知道了也沒有什麼力道可以回應的。那個醫事司他們也都這樣，就是大家整個人都在不同的那個軌道在運作，事實上是有大的問題，不過大家要團結，我想這個東西也是現實，就是說到最後我是覺得說像你看每一個人，我是聽說高屏那邊有一個財團也跟我講說，蓋醫院不錯，我就想說你不要到時候知道蓋醫院蓋完，以後跟開飯店不一樣，我想這個就是也只能就靠這樣，而且說，說實在的，我也不知道臺灣的病人是不是要越來越多，還是那個，那和別的東西不一樣，我的目標就是希望民眾會自我健康照護，病人越少越

好，所以這個就是一個 gap，好不好？所以游進邦代表你這個想法，我想我們還是會跟部做個回應，好不好？還有沒有？來，請說。

朱益宏代表：

我接續剛剛游代表講的，在上次醫審會的決議是說，有三個決議，第一個就是請健保署在提到新病床影響的討論的時候，希望健保署要提供相關的總額影響的資料，這第一個。第二個就是地方審議的部分得邀請地方的健保署參與說明。第三個就是 250 床以上，因為一定要送到中央審議，得邀請醫院協會參與。所以我是想說既然第一個它並不是說得請健保署提供相關的資料，就是說不管你床數多少，希望健保署都能提供它對於總額的影響。我想健保署未來如果提供給衛福部的時候，副本能不能也讓醫院協會知道一下，那這樣子有必要醫院協會去列席的時候，或是也可以知道目前的狀況跟財務的影響，就大家一起來努力做這件事情，不知道這樣可不可行，以上。

主席：

對，可行是可行，但是我跟你講，因為我們自己實際在執行醫療的人，跟地方的有利人士，事實上是想法脫節的，他這個時間點，他不會挺我們的，他只是說就是好像人家覺得說好像有建

樹，這是很現實的，不過就是在我看 1 之 13 頁，也就是「得」邀請台灣醫院協會列席，對不對？你其實應該加上「應」是不是？

「應」才有力，你可以多講話多講人家會聽，好不好？不過重點是這樣，我想薛部長應該是可以跟他多溝通，因為這個東西其實都在長官的一念之間，長官假如覺得說這個東西不太適合，他可能就會去面對這個問題，不過是說因為每一個人並不一樣，想法都不太一樣。好不好？這一點我想我覺得也是該面對的。像鍾飲文院長你們高屏這邊，其實不是你自己的醫院而已，別人也在蓋，你自己也是都會有壓力在，好不好？好，來，還有沒有要提出問題？

謝輝龍代表：

主席，序號三，住院整合照護服務試辦計畫，大概幾個問題，第一個我想現在已經 50 幾家醫院提出申請，但是確實我想大概還有很多醫院，尤其地區醫院他們不知道這個申請，所以大概有 lose 掉，想再提出申請。

第二點，這個我想大概目前我是幾家後來的審查結果怎麼樣，到目前為止，我想大家都還在作業當中，所以是不是這一個要結束列管，應該是還是要持續列管。好，我想大家應該是更透明的讓大家知道，那我想大家這樣的話對於還在想申請的醫院或許還有

機會。

第二點，上一次部長開會的時候也同意，要參加的人先弄好，但是我想大家就未來，因為第一年的試辦計畫三億，那諸位我想大概如果去審查，目前為止我想大概也不知道，雖然成立一個委員會，但是這個委員會到目前為止也都還沒有開始運作，所以是不是這一個應該是持續列管？另外一個那個序號 8，那個是不是筆誤？那個地區醫院夜間及假日開診率不得低於 110 年，應該不是 109 年。

醫務管理組洪于淇專委：

健保會改的。

朱益宏代表：

健保會改的。

謝輝龍代表：

健保會改的，好。

主席：

好，OK，所以序號 3，請說。

醫務管理組陳依婕專門委員：

謝謝謝代表的提問，有關住院整合照護服務試辦計畫，就如同謝代表所講的，目前有收到 51 家醫院提出申請。因為我們有收到社

區醫院協會來函希望可以延長那個申請的時間，這部分的話，因為主責單位是照護司，所以我們有先徵詢他們的意見，但是因為我們還沒接獲他們的看法，所以這個我們會接獲他們的看法以後再來綜合處理。這個計畫其實是有明定，就是公告日開始的 15 個工作天要完成送件，這是現在計畫裡面已經有的文字。

剛剛謝代表提到說這個審查作業是否還在持續進行，沒錯。因為我們現在有請在計畫裡面提到的醫院協會跟護理師公會全聯會這邊幫忙提供審查專家的名單，但是因為我們這邊還沒有接獲那個名單，所以這個審查小組還沒有成立。後續成立了以後，就會依照計畫上面所稱的審查委員會的機制來做相關的審查。那審查的時候也會依據我們之前跟醫界討論的原則，就是今年的預算是 3 億，那我們就是希望這 3 億元就是不要 over 了，所以初步審查大概會以七成左右的這個標準來做審查。今年審查的就是今年要執行的醫院，那明年，因為明年的預算現在也還在討論，明年預算抵定了以後，今年也應該會再重啟一次相關的申請作業，以上補充。

主席：

這個案子其實就是說你們要有一個概念，其實事實上就是說現在 51 家，其中裡面又有 5 家是醫學中心，包括我們的臺大醫院，還

有高雄醫學院。我想一個好的政策到最後一定大家有覺得這是該走的路，因為牽涉到最後就是錢從那邊來，這是大家最會計較的東西，但是沒有辦法，但是就是事實上，我們也是希望應該錢應該更多進來，不要擠壓到我們的總額，這是會追求的目標，目前試辦計畫有這樣的一個空間在。

另外一個就是說，我通常會要求我們六個分區的組長一定有一些資訊要給各個醫院的院長知道，所以在你們自己的群組內都有，很多東西來說就是出去的時候，就是會盡量溝通讓大家知道，不要說什麼時間來不及，明年請早，不可能等，要等到什麼時候，沒這種事，像那天開健保會，他們說「就醫識別碼」我今天才第一天聽到…你知道嗎？很多東西事實上就是說我們要做的東西絕對不會是在那邊亂搞，我講實在話，健保怎麼做事，其實對健保的同事薪水沒有增加半毛錢，我常常在想，你們每一個人薪水都比我更高，不是這樣嗎？問題我們做事是心甘情願，所以說我覺得這個東西實際上就各位拜託一下好不好？就是說回去的時候，假如說是大家在講公告以後 15 天的話，過了沒關係，就明年了，51 家已經很多家了。

朱益宏代表：

這個我補充一下，因為雖然時間過了，但是在部長在高雄的時候

我們有會員直接跟他反應，部長也說那可以再延長，就是說讓多一點人進來。為什麼大家希望進來？因為這個計畫明年部長已經說明年會有 60 億，雖然還沒有協商，但是部長今天報紙上說會有 60 億，那大家就會變成今年進來的，明年他就免審就一定會持續做，所以這一部分大家很緊張。

那另外就是說剛剛依婕專委講的，是照護司主責，但是我問過照護司蔡司長，蔡司長的講法是說這個是健保署公告的，他們不知道。所以，我們才會行文給健保署希望延長。所以既然照護司他有跟我回答說是健保署的職掌，那就健保署認為可以延，那當然就希望延期，讓多一點人進來一起去評選，這是第一個。

第二個就是剛剛提到的說，延長這件事希望能夠持續追蹤。因為確實這個案子還沒做，到底成果怎麼樣？那是不是希望也能夠在這個案子裡面能夠持續追蹤。

第三點就是對於這個案子也拜託署長真的有機會要幫我們反應一下，因為很多醫院在準備要進來的時候，就發現真的照顧的人力是不夠的，照護服務員的人力真的差非常多，署長不知道知不知道？現在照護服務員的薪水大概 5 萬到 6 萬，比護理師還要高，還找不到人，我們有好幾個委員他們醫院本來就有照護服務員，都被挖角到比較大型的醫院去了。所以這個照顧服務員的人力其

實是非常大的一個門檻，一個瓶頸在那邊。但是照護司一直在講說人力沒問題，沒問題，但是實際上在我們地區醫院感受到，人力是有相當大的問題，所以這一部分，署長有機會是不是也跟部裡面或者是照護司反應一下？但是我覺得主責單位是照護司，照護司又說他不是主責單位，這個我要先跟依婕專委講，既然照護司說不是他們主管，那署長同意就 OK。

主席：

請依婕專委回應一下，不過我說實在的，因為為什麼？國健署也是說健保署，CDC 也說問健保署，照護司也說問健保署，每一樣都說是我們的事，其實我們都沒有辦法作主，請依婕專委回應一下。

醫務管理組陳依婕專門委員：

有關那個繼續追蹤的部分，這個沒有問題，我們會把它列到我們的業務執行報告，以後每一季都可以看到相關的成果。剛剛講說那個主責這件事情，因為主要撰寫計畫是照護司，所以我們還是尊重他們的意見，有先去問他們看法，所以這一塊的話，我會再等他們的意見回來以後再決定。

朱益宏代表：

如果是你們負責。

主席：

請依婕專委跟照護司再跟他強調一下說很多醫院都想要再繼續參加，今天就跟他聯絡，好不好？另外朱益宏代表也提到說他支持 60 億那個…

朱益宏代表：

報告署長，我沒有說支持，我只是說報紙上今天部長講 60 億，我沒有說支持，我尊重協商的結果。

主席：

來，繼續。

報告事項第二案：

案由：醫院總額執行概況報告。

同仁宣讀

主席：

好，謝謝，請問一下各位委員對這些報告還有沒有問題？好，請。

朱益宏代表：

關於藥費，就是我想請教投影片第 51 頁，有一些新的藥費納進來以後，看到它還是還節省費用，這個我們覺得還蠻奇怪的。就是 2B 幾個新進來的藥物，1 到 6 月進來，然後替代的反而替代得更

多，但是我印象中好像在過往會議的時候很少看到這樣的情形，是不是可以說明一下到底是新進來都會省錢？還是說它是什麼樣的狀況？這是第一個。

第二個其實看到就是說，尤其是在投影片 53 頁，新藥它改變規定以後，今年度的預算是 5.6 億，但是如果說你那個藥價調整前已經用掉了 4 億，但是這一部分事實上我們在共擬會議開會的時候，這些資料大家都不知道，署長上一次還有親自去主持藥品共擬會議。結果改這些給付規定的時候就一直過過過，遇到最後過到大家頭都昏掉了，也不知道花了多少錢，然後給我們的訊息都是預算還夠，所以我不知道這個中間的落差，這一部分到底要怎麼解讀？到底是已經用掉了只有 0.545 億，今年還有 5 點多億可以用？還是已經用掉了 4 億，今年已經沒有什麼預算了？這個讓我們就很糊塗，以上，謝謝。

主席：

請恆榮科長，回應一下。

醫審及藥材組連恆榮科長：

好，謝謝朱代表的提問，有關第一個部分，就是財務衝擊的這一個部分，是負的，這個在我們共同擬訂會議裡面我們都會把它列到我們的報告案件。會發生這樣的情況主要都是它現在新收載的

這個藥品比現在在醫療上面在使用的藥品的價格是比較低的。所以只要用了新的藥物之後，因為價格低，相對起來就是把比較貴的這個藥給取代掉，所以就會發生，就會出現財務衝擊部分是負的這個情況。這個在我們的共同擬訂會議，其實有很多都是屬於這樣子，在報告事項裡面。

有關朱代表所提到的，簡報資料就是我們做藥價調整之後的一個試算結果，這個部分是因為我們每次在計算我們的申報藥費都以當時的健保支付價在做計算。我們現在以實際申報的金額來計算的話，其實是像剛才代表所提到的第 53 張投影片的部分，我們算起來是只有 0.45 億，這個部分只是呈現讓大家知道，在整個藥價調整之後，在整個的藥品的費用又往下調整了，做這樣的補充說明，謝謝。

主席：

我跟你們講，說實在的是我自己的感觸，其實這個藥價說實在也不用一直再說，藥是患者在吃的，所以說那個源頭假如不去控制不必要藥費的話，這個是一個 natural 自然的一個變化。你們每次在說，我想說好，不然朱代表這個藥要怎麼減？說實在，都是醫生開的藥，問題是我們開，要叫誰…，所以病人拿藥，假如是說，這個東西我是覺得平常心，因為我們部分負擔沒有做，而且

那天我們在開共擬會議的時候，其實我之前也跟部長講，很多那個好藥沒有進來，你們不要讓它進來，外面就砲轟我們，為什麼這些藥不能進來，變成人命都不值錢，他也不知道要問那一個代表，為什麼不讓他進來？那時候我就跟部長說，我的態度是這樣，以後有這種東西的時候呢，就是這些藥這個樣子排出來，就是到時候這個你要排 priority，1、2、3、4、5，然後你們既然你們都沒有辦法有一個共識說，我就兩案併呈給部長，部長就笑，我說沒關係，我說你就是你要做決定，有些東西本來部長就有權責嘛，對不對？我記得每一次健保署都被人家罵，對不對？你看罵我罵得很順，就是說我們錢都不用，全民健保就是要保護所有的全民，對不對？我們難道不懂嗎？不是不懂，就是說沒錢就是這個現實面就這個樣子，好不好？所以你們問，我們還是會給一些數字，數字是不能解決實際的問題的，請說，簡單扼要。

朱益宏代表：

這個我想就是 echo 剛剛署長講的，以這一張投影片，那你今年的改變規定 5.6 億，如果說現在我扣掉了藥價調漲以後，那個額度出來了，所以我讓新的適應症再進來，那跟署長報告，你的 28.9% 永遠不會下降。

所以應該是說如果是 5.6 億的話，那現在用掉 4 億，我就讓新的

適應症這個要做一些調整，真正該進來再進來，如果說因為藥價調整以後，空間出來了就說讓更多的藥進來，那你永遠不會達到 28.9%降成 25%這個目的。

主席：

所以這就是我們的一個盲點，因為藥是病人在吃，醫療服務給病人，這個東西在醫界跟藥界兩個就是一定要取得一個平衡點，對不對？所以我的意思就是說，我們現在目前講，就是我們唯一能夠做的，盡量不要讓藥價一直往上衝，可是問題說不能往上衝，就是我們努力就是至少這個關鍵時刻要搞定，不過未來假如說真的是部分負擔再做下去的時候，很多不要拿的藥，因為每個藥都要錢的，假設這些都能省下來的話，這個自然 28.9%會往下拉下來的時候，到最後你們就不會說在開共擬會議，所以，你們會說這個藥品的適應症要擴充，或者是一些新的藥進來，它會繼續衝到 29、30%，那你就壓力不一樣，那時候思考邏輯就會改變。因為我告訴你，就是說我為什麼上次講說我們不要讓那個醫審的同仁就很衰，我現在都在盯醫審，你知道？因為醫管大概都是已經定案，醫審就是我說那你藥一直上去，就是讓一些藥一直進來進來，到最後就變成說醫療院所的服務就是受了影響。這一點我想我們會留意，你放心，這兩三個月看能不能搞定，好不好？好，

這個部分假如沒有問題，我們就繼續下一個報告案，好不好？這個部分就是自然的生態，臺灣就是這個樣子，所以說那天我今天早上還跟他們在報告那個誰，就是說我們在急診，那天不是我們在討論到急診的醫療品質，有住院率，有出院率對不對？那朱代表你腦袋比較好，他們說為什麼？就是三四五級，四五級出院率也變得比以前不好。地區醫院的話都是有改善，一二三級，都一直有改善，四五級也是有改善，就是說出院率都有做這個進步，因為有獎勵，可是在醫學中心的話呢，那個四五級的出院率就下降了，你知道為什麼？你覺得呢？

朱益宏代表：

我不知道，主席要考我，要給我一點時間思考，這種即席問答。

主席：

鍾院長，為什麼醫學中心你們的出院率，四、五級，掉下來，因為一直都有在越來越好了。

朱益宏代表：

分母分子。

主席：

只能看自然生態就是說看到病人就是這樣，說實在原因多樣化，對不對？這個在醫學中心就出現這個樣子，所以說你說健保會委

員在盯我們，我怎麼管？患者在你們各個醫學中心，那個四五級的出院率就是變成在退步，請說。

鍾飲文代表：

我不太確定署長所言，急診出院率中分子和分母的個操作型定義，不過如果照署長所言，應該是指留置率和留觀率是這樣的意思嗎？

主席：

對。

鍾飲文代表：

我目前因為沒有看到實際數據，所以詳細情形還不了解。不過我猜想應該是受到疫情的影響。一個原因是因為防疫專責病房床數的匡列，排擠到可使用的一般病床，導致需要住院的一、二、三級急診病患在急診待床和留觀的時間延長，間接地影響到四、五級病患在急診接受處置和留置的時間；此外，疫情期間，有大量的採檢業務和防疫門急診，影響人力的運用，也會導致四、五級病患在急診處理和留置的時間延長；再者，四、五級的病患亦可能有一部分是來接受新冠肺炎的篩檢，必須要等待 PCR 或抗原篩檢的結果，才算處置完成，這些原因都會造成急診滯留的時間會比較久。

主席：

床數的限制應該是一二三級上不去，而且……。

鍾飲文代表：

一二三級上不去，會造成急診的壅塞，留置在急診需要照顧的病患增加，也可能影響人力的運用，導致處理四五級的時間拉長，所以急診留觀時間變久。

主席：

好，OK，我們下一個討論，報告三。

報告事項第三案：

案由：醫院總額 111 年第 1 季點值結算報告。

同仁宣讀

主席：

好，謝謝，這個點值就是這樣，各位有沒有什麼意見？我跟各位委員報告，因為部長到六個分區去的時候，每個分區都很介意 R、S 值，每一個分區提出來，因為每個都不太滿意，都會找出一個理由說用什麼樣的值去用，所以我們就請劉林義副組長，預計在 9 月 8 號早上 8 點，我們都有讀書會，做一個特別整理六個分區討論結果，部長會到現場來聽課，各位只要有興趣的話就跟各個分區來講，可以連線可以聽，看看他怎麼去討論這個 R、S 值的

一個問題，那也多多提出一些問題來，因為部長自己頭都暈了，因為每個分區講的做的都不太一樣，好不好？不過這個我想接下來對不起你們，因為你們看到的點值都是不是太滿意，對不對？那就是說我們健保的策略就是把你們斷頭，把你們攤扣，那你們都受到很多委屈，每次都說我們欠你們 500 億，我是沒錢還你們，不過我是覺得整個管理的時候，我們一定會盡量把那個不必要的點數把它控制下來，讓你們至少所做的東西不會說倒貼，我想這是一個重點，所以我說實在，因為我們已經裁撤我們的點值預估小組，那根本沒用，怎麼預估？你們一直衝量，斷頭比較多。對不對？大概是這樣的背景，假如沒有問題的話，我們進入報告四，好不好？

報告事項第四案：

案由：110 年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果。

同仁宣讀

主席：

好，有沒有人有問題？有受到委屈的嗎？童院長，有沒有什麼？

童瑞龍代表：

再多也分不夠。

主席：

這個也是謝謝各位的幫忙，不過這個品質就是只有靠自己，我相信每一個人也不是說靠這個品保款活下來，只是說有這樣的一個表現，有得到這樣的一個資源，好不好？好，我們繼續。會不會太快？不會，好，謝謝，討論一。

肆、討論事項

討論事項第一案：

案由：新增「腎臟移植諮詢費」診療項目案。

同仁宣讀

主席：

好，謝謝，請腎臟醫學會張宏榮醫師先表達意見。

台灣腎臟醫學會張宏榮理事(中山醫學大學醫學系教授)：

署長，各位委員午安，腎臟醫學會報告，關於推動本案，外科醫師，移植外科，或者是泌尿科醫師還有移植醫學會的會員大家一起來參與移植手術的衛教的話，個人認為是很好的做法。至於外科醫師、泌尿科醫師的門診是否可以完整來消化這一群病患來質詢，每個人至少 15 分鐘的話，這個部分可能還要請外科醫師發表意見。

第二點關於新訂的支付規範，原則上是以鼓勵臨床執行為主，並沒有其它的約束，關於這個鼓勵 1,000 點，我想各醫院都會，只

要有這些病人的醫院，都會努力去爭取，就好像是 CKD 的照護獎勵。至於爭取給付獎勵之後，是否可以達到提升移植的成效，其實腎臟科醫師也很想知道。建議如果這個做法實施時，是不是有一個成效的追蹤指標？或者是定期的來檢討跟公佈？如果真的有進步的話，腎臟科醫師也可以藉由這個措施得到一個學習的機會；如果成效是跟原來一樣的話，可能也要還腎臟科醫師一個公道。其實我們也沒有做得不好。

第三點的話，我們比較擔心的是併同修訂相關規範的部分，因為那部分是要促使透析診所來配合，讓診所病人來醫院接受衛教。但是在透析院所，可能要考量一些老弱的病人，一些截肢的病人，癌症的病人，臥床的病人，沒有家屬的病人，以及有的家屬不願意配合的病人。如果一定要檢附紀錄才可以核發永久重大，或者說沒有紀錄，第 13 個月就不給付的話，可能在基層會產生衝突。

主席：

謝謝張宏榮醫師，這個重點是這樣，就是說其實病人要長期洗腎，至少他應該要有一個機會知道腎臟移植，就是你只有問腎臟科醫師是不夠，只是說那個背景不一樣，只是思考邏輯也不太一樣，其實也沒有說一定是讓那個腎臟科醫師委屈，只是說至少

病人去，等一下我請泌尿科醫師、外科醫師再做補充，就是說事實上我相信他們也不會為了這 1,000 點在乎，就是說不拿錢也沒關係，就是病人去讓他看一下，就是說什麼是腎臟移植。其實在健保本來就是有付診察費，也不是說多沒錢，只是說他多看一個病人，至少多做一個解釋，我想這是對病人比較公平，至於你說有一些病人你認為他不適合做腎臟移植或者你們認為本來就是可以排除…，依婕專委以後我們有一個但書，那一種病人你覺得他，一定要有理由說他不適合做腎臟移植，就把他排除。但是你要記得，就是他失去機會，那對病人是不公平的。有時候我覺得去限縮幾歲就不能換腎，其實我以前的一個病人，那時候是 70 幾歲吧，從玉井都坐車到台南醫院洗腎，結果有機會換腎，當時他說那時候很苦，可是最後他換了以後多活了 10 幾年，活到 80 幾歲才往生。說實在，有時候我們說這麼老了不用換沒錯，可是對他們每一個家屬來講，他們的意義都不太一樣，所以說每一個人的價值不太一樣。好了，請泌尿科醫師林國仁醫師補充一下。

台灣泌尿科醫學會/台灣移植醫學學會 林國仁醫師（林口長庚醫院）：

這個量是蠻大沒錯，不過我想應該是還好，因為我們移植醫師算是夠多可以消化得掉，應該是消化得掉，那再來就是說我們評估

這些病人，其實我們也會看說他適不適合，那如果真的不適合，我們也是跟他說明清楚這樣而已，對。

主席：

好，請李明哲醫師。

台灣移植醫學學會李明哲醫師（萬芳醫院副院長）：

署長、各位委員大家好，我僅代表外科移植醫學會發表我個人的看法。當然這個立意良善，也就是說讓民眾他有知這個權利，對於自己就醫的一個治療的方法。那我相信這個也是部裡面，還有署裡面一直積極在推動的一個項目，我想立意雖然是好，但是一定要能夠執行，它才能夠真正成為一個事實。在執行面上的話，如果是考量到說，讓所有的民眾就我們移植醫師的立場來講說，我們會不會增加我們的臨床上的負擔？答案應該是不會，因為事實上我們原先的工作就是在做這些事情。我們會擔心的只有一個問題就是說並不是每一個區域他的移植醫師的分布是平均的。但是呢，我們很可能每個區域裡面都有為數不等的尿毒症的病人他是需要做諮詢的。這樣子他們很可能必須要舟車勞頓到有這一個諮詢窗口的醫院去做諮詢。那這一個問題或許必須要透過部裡面，或者說署裡面有沒有什麼樣的解套方式來協助這一群的病人。

第二個的話呢，是不是讓所有的病人都一定要來諮詢完之後才能夠做登錄？我個人認為立意是良善是沒有錯，讓他們有知的權利。然而呢，的確就誠如剛才腎臟醫學會的專家們所提出來的，有些病人他其實就是不願意到這些諮詢門診，他認為說他就沒有意願了，我就是不想聽了。如果在這樣子的一個原則之下的話，是不是我們可以用這樣的公權力要求他們說你一定要到門診來看完之後，我才給你這個重大傷病卡，這一點的話大概必須可能要就法的部分來做探討。

總而言之的話，從臨床的立場上面來講，如果病人有意願的話呢，以我們的服務的量能來講，還有我們的能力，我們的確是有能力來負擔這些醫療業務，以上。

主席：

好，謝謝，不過是這樣，因為就是說第一個因為說實在的，因為你們一定要把握一點，就是病人根本有時候可能就不知道什麼腎臟移植，你要了解，從他要開始洗腎，一直到……，還沒有開始洗，在看病一直到洗，有時候有一些人根本他的教育背景就不知道什麼叫腎臟移植，就這是一個很大的一個問題，其實我們做這個動作就是說，當然也兩難，其實說實在人家說讓你看，你也沒有辦法提供那個機會，你看到我們的器官捐贈的人數從 400 多個

一下就降到 200 多個。說實在大家都找了一大堆理由說 COVID-19 有的沒的，我說那不要緊，可是問題是要不要做的問題，剛剛給你們看了一張表，你看那張表，一直在增加增加的時候，你看增加到這個上去的時候，到底要多少錢，對不對？我們不是說只有這個，你看那個 total 的費用已經 700 多億，癌症病人 1,000 多億，一年 8,000 億而已，那麼多錢在那邊，可是問題是說你們也是沒有賺到很多。其實腎臟科醫師也是很多病人，變成不得不洗，不得不幫他洗腎。所以說這個東西一個很現實的問題，做移植的醫生也是一樣，說實在大家都是這樣，有就加減做，聽懂嗎？因為不可能光做腎臟移植能過活，因為臺灣的量根本就不到那個量。捐贈者也不到那個數字，這個說實在人才培養也是很難，所以這個也是，所以說我告訴你假如說真的是這樣，他那天在提這個東西，支付點數 1,000 點對不對？假如說不要拿錢，看病就好了，就是要求病人，病人假如將來要做移植，登錄之後登記的時候，他一定要看過那個腎臟科，有看過那個移植那個門診的時候，才可以去登記要做腎臟移植。這樣大家就沒話講對不對？當然說你登記了那麼多人，其實大部分人都沒有機會。大部分人都沒有機會到最後都放棄，所以說臺灣要等換腎，很難等就是這個樣子，大家都會說怪說捐贈的風氣，說實在也不是我們單

一個機構能夠去改變的，所以我覺得這個案子，當然我本來是想，那時候想說給腎臟科醫師一個壓力，可能至少要給民眾這個機會，可是你說民眾怎麼樣，我說想一想其實有時候真的也不容易。就是你假如說有一些要排除對不對？排除就排除，不可能已經 93,000 人在洗腎了，我當住院醫師第一年的時候也是 23,000 人洗腎，現在是 93,000 人，多了 70,000 個人。這個沒有辦法避免，所以說要怎麼去改變這個民眾，要換你們也沒腎臟可換，不是嗎？所以這個案子有時候想起來其實也是臺灣的悲哀。請說。

台灣移植醫學學會李明哲醫師（萬芳醫院副院長）：

我可能要 echo 一下主席的意見，就是說事實上讓民眾到達一個真正可以替他執行手術的外科醫生的門診是很重要的，因為移植醫生能夠提供的不是只有所謂屍體的器官來源而已，我們可以依據國家的法令規定，我們還是可以提供所謂的活體器官移植的選項。我們在臺灣當中有很多的民眾他事實上是不知道這件事情，這是第一點。

第二點即便知道的時候他都不知道是誰可以捐給他，他們都會認為只有年輕力壯的人可以捐贈。第三個最重要的是他們通常之所以不願意家屬們來做器官捐贈的最大的理由都是因為害怕傷害到家屬。

所以說呢，在這樣子一個原則之下的話呢，就有必要去釐清這件事情，我覺得民眾知的權利很重要，但如果以我們的角度來看這件事情的話，這件事情就是完全是誤解的。也就是說呢，經過了很慎重諮詢的過程，我覺得就決大部分的民眾會改變他們對於活體器官捐贈這件事情的看法。但是能不能提升他器官捐贈的意願那是兩件事情，但是我相信看法要改變。而不是讓他們去覺得說做活體捐贈的話，一定會傷身體，這樣子的事情是不應該被鼓勵，這是錯誤的一個觀念。

所以我覺得就此的話，我們應該是要鼓勵民眾，如果要做登記的時候，他事實上應該要到專門移植的諮詢的門診當中去就診過，就誠如現在他們會拿一張單子來到移植醫生的門診，去給移植醫生簽署之後，回到醫療基層醫療院所洗腎中心去，那表示說他們曾經去登記過這件事情。但是現在的話，據我所知是這個僅止於統計說他有去登記過，那他到底有沒有真正的進入到這一個所謂的登錄中心系統裡面？不知道。第二個呢，進入登錄系統當中的民眾是不是每一個一定都有到這一個移植的門診來做諮詢？這個事實上的確也不知道，以上。

主席：

張宏榮醫師，你覺得怎麼樣？

台灣腎臟醫學會張宏榮理事(中山醫學大學醫學系教授)：

在我們的實務上，所有登記要準備要接受腎臟移植的病人，通通有去外科醫師的門診，我覺得這個很好，可以讓外科醫師 screen 一下，你是可不可以接受手術？然後把一些不適合的病人可以排除，大概實務上其實我們都已經有做了，所以有沒有想要移植沒有去跟移植醫師見面的，我覺得好像沒有。

主席：

有時候我們都說大家都在自己的世界看天下，因為張宏榮醫師你自己是移植醫學會的會員，自己有在照顧移植的病人，你的部分是這樣。可是上一次我就有統計過腎臟科醫師有加入移植醫學會做會員，當年我去統計只有 7%而已。所以大部分腎臟科醫師專門 focus 洗腎的部分跟看腎臟病，不是每個腎臟科醫師都是 involve 在做所謂的器官移植的部分。所以現在就是說另外那一群醫師，是不是因為他們講的他也幫他登錄了，登錄就是用他的角度去告訴民眾說可以登記換腎臟對不對？問題就是說剛剛那個李明哲醫師講的，就是說其實事實上有時候講的方式都不太一樣，包括活體移植的概念，但每次都說活體移植不錯但有風險，一句話說完後，大家就躲起來，不是這樣嗎？

台灣腎臟醫學會張宏榮理事(中山醫學大學醫學系教授)：

報告署長，我剛剛的發言並沒有反對，我只是說那個促使透析診所要配合的那個地方可能通常規定得太死，因為有一些無法來，或者是不願意來，或者是癌症的病人你鼓勵他來移植門診那個就怪怪的。

主席：

好不好？這個案子朱益宏代表有沒有補充？

朱益宏代表：

我要補充，因為其實這個案子它立意良善，但是後面的那個後坐力太大，因為你主要是不給付這件事情，不發永久的重大傷病卡跟不給付這件事那個後坐力其實非常大。病人他說我洗腎我透析，你為什麼健保不給付，依照健保法你要給我給付，對不對？所以我覺得你只是說因為他沒有去諮詢我就不給付，我覺得這個事情真的署長這邊可能真的要慎思，這個後座力太大，而且這邊你又規定說某些醫師才能夠開那個證明，那我就要想要請問台灣移植醫學會又不是部定的專科醫師，這個我覺得影響太大，更何況洗腎現在大部分都是在基層診所，基層診所你就要他到某些醫院去諮詢，諮詢完了以後搞不好病人就再見了，拜拜了，不來了，就到那個醫院，醫院跟他說順便我們這邊什麼時候可以幫你處理，就沒有了。

所以我覺得這個事情真的拜託署長慎思，因為上一次開會的時
候，大家就提了很多意見，特別是反對不給付這件事情，但是看
到這一次那個醫管組做出來的案子還是一樣，然後上一次有要求
說是不是擴大腎臟科醫師，或者是所有的醫師經過受訓以後，就
可以來執行，然後也沒有，然後只是放寬了移植醫學會，所以我
覺得這個案子真的是要重新考量，謝謝。

主席：

這個案子先撤回再研究一下再決定好不好？我是覺得說，就是當
年我第一次參加跟健保接觸就是為了這個臺灣洗腎的風險，那時
候我在成大的時候，我說這個東西不解決這個早晚臺灣的健保會
有問題的。我來了以後就發現真的有問題，問題是說過去的署長
不是醫生，根本不可能了解實務面怎麼樣，其實我跟你們在對話
的時候，你們也知道說其實這點點滴滴我都很清楚，對不對？當
年多少患者跑到中國大陸換腎臟，當時我就講有危險，去大陸換
腎的時候，我們覺得健保沒事，對不對，換一換回來拿藥，可是
我自己講，本土沒有建立我們的一個 program 的話，你沒有很紮
實的基礎建設沒有做好，到時候你就完蛋了，現在大陸沒辦法去
嘛，對不對？你說你去第三世界的國家也不容易去，因為臺灣的
捐贈數大幅度減少，目前到最後就整個國家就這個樣子，大家都

是在做假的，一直再弄弄弄，這個是有風險的。所以這個案子我們先保留，再請依婕專委再研究一下，不過這個大概可能各個學會都有知道大概這就是一個觀念一個態度了，好不好？這個沒關係，好不好？好，還有沒有要討論的？

謝輝龍代表：

我大概表達一下，因為我本身也是泌尿科醫師，第一個我要讓署長知道，我們過去我講到我們醫院有一些病人，就是面臨死亡的時候，我們其實 report 好幾個病人去做換腎，所以實際上我講到的換腎是非常重要的。所以署長的立意我想大概是非常好，但是問題現在是要求那個可以去做諮詢的資格，我想署長把它設限的話，反而是那個會更困難。反而應該要 open，如果是結合腎臟科醫師，每個地方的腎臟科醫師，洗腎的醫師，他在這一方面，專業的知識還不足的話，應該透過教育訓練，讓他可以去了解洗腎的，換腎的重要性。這樣的話我想可以落實在所有的小醫院，或者是在診所裡面，他有辦法就是要接受這個病人一定要接受這個諮詢。那他取得那個證明以後，可以拜託那個腎臟移植協會裡面去做一些教育訓練，甚至於考試以後取得資格以後，他其實可以在當地就可以針對有需要的病人就可以去做諮詢的那個訓練。包括諮詢，我想大概讓民眾非常清楚哪些是洗腎，換腎是非常重要的

的。那這樣的話，我想大概會意義更大。那你因為設限一定要到那個有換腎的醫院去做諮詢的話，反而你會限制那個換腎的那個醫院。

主席：

我知道，這個說實在是很現實，只要你在這領域做的話，你就知道如果沒有奉獻的精神做這些工作是不容易，而且做移植的醫生培養很難，我說實在有時候在半夜開刀或是有的沒的，都會碰到，這也不能怪別人，假如說真的隨便問你，你知道在臺灣那一個是做腎臟移植的，你能夠點出名字來的話，真的是區區可數。

朱益宏代表：

署長有做。

主席：

沒有，你不能說我，真的是很可憐，因為沒人要做，本來做的量也不夠，根本沒有人要去做這個，在國外來講這是每個已開發國家，或開發中，這個要一定要推，你不推的時候，美國、歐洲有那麼笨嗎？因為你不做的話，到最後就整個醫療資源就會放到那邊去，那個病也不是沒有得救，因為還得靠洗腎，所以說到最後花了錢，臺灣是單一保險人制度，我們是全民健保，那個錢一定要做妥善的運用，當然我們是有公權力在做，就像捐贈人數從 400

多個掉到 200 多個，其實以前是從 200 多個爬到 400 多個，事實上捐贈人數從各個醫院幫忙是不容易，一點一滴，那有時候真的不容易，大的醫院是還好。不是說每個醫院都要做，我是覺得事實上碰到很多的困難點，不過沒關係，就是說這個是一個方向而已，好不好？來，請說。

朱文洋代表：

腎臟科醫師稍微表達一下意見，那個事實上，我們因為有消費者代表，所以我們也曉得，事實上洗腎的費用呢不是說無限制的在成長，因為洗腎是一個總額，我們剛才發了一張表就是說透析病人費用成長率呢是 3.2%，他總額的成長率呢是 4.7%，所以事實上呢他的透析的這個成長率呢，事實上比總額成長率還低了。那同時他那個表 2021 年洗腎的費用是 677 億元，他比 2021 年還減少了 20 億元，2020 年是 697 億元。所以事實上不是說費用一直在成長，甚至在近一年內還有下降 20 億。

第二個就是說，因為它是總額，所以總額已經被框住了，所以你成長的越多，點值就越低，所以我們要請消費者一定要稍微了解一下，這個是因為總額的關係，所以它不會無限制的成長，這是第一點。

第二點就是說，在整個這個腎臟移植的諮詢裡面，事實上就是我

覺得設了太多的框框來框我們這個洗腎單位。事實上就是說，因為他不能發永久的重大傷病卡，而且在第 13 個月就不予給付。

主席：

這個案子就先保留，已經不討論這個東西，這個細節就不必再談，好不好？

朱文洋代表：

OK。

主席：

因為本來當時在提的時候就有這樣考量，不過目前這個案子會回來再檢討，好不好？

朱文洋代表：

好。

主席：

因為不管發不發重大傷病卡，那時候陳時中部長在的時候，本來就朝向這方面要怎麼去取得一個讓腎臟醫師有發展的空間，其實不是為了腎臟移植的醫生有什麼太多的好處，只是說你在整體加起來對病人是好，對整個健保是好的方向在考量。

朱文洋代表：

是，另外一個就是像我們一般來講，洗腎病人他要進入到洗腎的

時候呢，我們都要做很多的解釋，我們甚至要花大概平均一兩個鐘頭來解釋。我不相信說腎臟移植呢他花 15 分鐘就可以把……。

主席：

那個沒有，只是說要讓他知道什麼是腎臟移植，所以說實在就不是在跟你辯這個東西，只是要讓病人知道還有這樣的一條路，為什麼肝臟移植，你知道臺灣做最多是什麼肝？就活體肝，為什麼？因為你不做就死掉了。所以每個人他都知道，家人都是要捐，不捐就死掉了，問題說你洗腎是可以洗，所以不一定要換，那就只是說你登記一下就好，登記就是有就有，沒有就沒有。所以就是對於那個誰，那個大部分的醫生來講的話，你要做活體的腎臟移植，他的壓力是跟做活體肝臟移植是不一樣的，你如果活體腎臟移植在做的時候捐的人他是健康的人捐，你絕對不能出問題。對不對？那個病人就是給他一個機會，所以說大體捐贈腎臟移植你沒有壓力的，一般是找機會。這個活體肝病人本來肝臟在做，手術也比較困難，對不對？那加上病人不做會死掉，就給他一個機會，那個很多東西都是可以考慮的因素很多，不是只有錢的問題，不過沒關係，我們就大概知道這樣一個議題，這個議題就先暫停，那就回來再檢討以後再說吧，好不好？因為也不急，這個東西其實說實在，我講的登錄中心現在捐的人越來越少，每

年還掉下來。OK，好，還有沒有什麼問題？如果沒有問題的話，我們今天會議就到這邊為止，謝謝。