

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
111 年第 1 次臨時研商議事會議紀錄

時間：111 年 7 月 12 日(二)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(14:35 之後由蔡副署長淑鈴代理) 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	江雪萍(代)	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	張凱(代)	陳智芳代表	陳智芳
吳明賢代表	黃雪玲(代)	程文俊代表	游進邦(代)
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	黃兆杰
李承光代表	林慶元(代)	黃遵誠代表	黃遵誠
周思源代表	李佳珂(代)	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	林恩豪	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	林應然	蔡淑鈴代表	蔡淑鈴
邱仲慶代表	王敏容(代)	謝文輝代表	謝文輝
侯明鋒代表	侯明鋒	謝景祥代表	謝景祥
侯俊良代表	侯俊良	謝輝龍代表	(請假)
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	鍾飲文代表	鍾飲文
施壽全代表	(請假)	顏鴻順代表	(請假)
洪世欣代表	洪世欣	嚴玉華代表	嚴玉華
張克士代表	邵詩媛(代)	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
台灣醫院協會	林佩菽、董家淇、許雅淇、 顏正婷、吳昱嫻、王秀貞
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國物理治療師公會全國聯合會	陳奕穎
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
財團法人罕見疾病基金會	陳莉茵、洪瑜黛
侯俊良代表幕僚	王英倩
本署臺北業務組	潘尹婷*、許寶華*、周珈卉*、 林辰*
本署北區業務組	張溫溫*、楊秀文*、林巽音*、 劉孟芸芝*、林俊仰*、江謝佩妘*
本署中區業務組	李純馥*、林興裕*、蔡瓊玉*、 楊惠真*、謝明珠*、李秀霞*、 何容甄*
本署南區業務組	林純美*、李建漳*、黃紫雲*、 郭俊麟*、張智傑*、吳佩寧*、 許寶茹*、陳雅惠*、曾荃璞*
本署高屏業務組	林淑華*、許碧升*、黃梅珍*、 張曉玲*、郭怡妘*、邱佩穎*、 陳雀美*、許寧恩*
本署東區業務組	李名玉*、張麗絹*、羅亦珍*、 江春桂*、詹蕙嘉*、林祉萱*
本署主任祕書室	張禹斌

本署醫審及藥材組

黃育文、張惠萍、詹淑存、
陳珏如

本署企劃組

王宗曦、趙偉翔、郭建伶

本署資訊組

吳少庾

本署財務組

李佩耿

本署違規查處室

董玉芸、白姍綺

本署醫務管理組

游慧真、劉林義、韓佩軒、
陳依婕、洪于淇、劉立麗

壹、主席致詞：略。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年罕病專款結算邏輯維持原 110 年邏輯。

決定：

一、洽悉。

二、案內有關衛生福利部全民健康保險委員會委員及財團法人
罕見疾病基金會代表對 112 年本項專款預算範圍之建議，
請台灣醫院協會參考。

參、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」111 年保
障項目及評估指標。

決議：本案通過，預算分配方式：

一、本項預算執行項目：

(一) 住院首日護理費支付點數加成 30%。

(二) 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。

(三) 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）點值 1 點 1 元。

(四) 地區醫院一般病床住院診察費點值 1 點 1 元。

(五) 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）點值 1 點 1 元。

二、執行目標：

地區醫院假日或夜間門診案件（不含藥費）採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。

三、預期效益之評估指標：

(一) 地區醫院夜間及假日開診率不低於 110 年。

(二) 醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達 82%。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「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)」及「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」2 項目之預算分配案。

決議：本案通過，本項預算分配方式如下：

一、「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)」：本項預算先從一般服務預算予以扣除，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(下表)回歸各分區預算。

註：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。

二、「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」：本項預算先從一般服務預算予以扣除，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(下表)回歸各分區預算。

註：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。

表、各分區預算分配表

分配方式	區域級(含)以上醫院 20 億分配	地區醫院 10 億分配
	(108 年申報點數+新設醫院 110 年申報點數)占率	108 年至 110 年 申報點數平均占率
臺北	0.32381111	0.17996814
北區	0.12809394	0.17470562
中區	0.20616224	0.25210712
南區	0.14947129	0.13154863
高屏	0.16622271	0.20726595
東區	0.02623871	0.05440454
合計	1.00000000	1.00000000

三、本案預算分配自 111 年第 2 季起實施，並自 112 年起回歸一般服務地區預算分配。

肆、散會：下午 3 時 15 分。

伍、與會人員發言實錄詳附件。

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

111 年第 1 次臨時研商議事會議-與會人員發言實錄

壹、主席致詞

主席

各位委員，各位代表大家午安，很難得，今天就三個案子，我們就把握時間，好不好？那就開始。

貳、報告事項

報告事項第一案：

案由：111 年罕病專款結算邏輯維持原 110 年邏輯。

同仁宣讀

主席

好，謝謝，我想這個案子在醫中來講的話，它用了很多罕病，會有一些壓力，當然我是覺得就是我們的健保會委員有一些他們的看法，那我建議就是請同仁安排這樣的一個報告，讓兩邊能夠稍微對話一下，互相了解，請進邦代表先講。

游進邦代表（程文俊代表代理人）

各位先進大家好，針對這個案子因為原來那個健保委員的看法是說會吃到我們的罕病的那個額度，我從健保的一個邏輯，事實上就用原來的方法，事實上還是有一些本來是罕病的，他因為沒有

去申請那個罕見的重大傷病卡，他真正他沒辦法享受到這個罕病的專款。反而是用一般費用在申報，其實從這個角度來看，其實等於罕病在吃我們一般健保總額的額度。事實上這個對醫療院所講事實上也是不公平的。所以回歸到說它真正屬於罕病就回歸到罕病去做申報的話，會比較正確。我只是說不太了解說，它健保裡面有沒有辦法去區分說他只要不是拿罕病的藥的時候就回歸到一般的總額就好了，假如是罕病的藥就還是罕病的專款專用。這樣大家互相沒有去吃到彼此的總額的話，大概我相信各方面都不會有意見，這是我的想法，以上。

主席

好，謝謝，因為我想今天重點是大概可能就是說因為健保會委員他們也希望知道一些醫界的想法，所以我就拜託各位就是醫中記得要表示意見，讓那個委員能夠知道。今天我們也有要邀請罕病基金會，請謝文輝代表。

謝文輝代表

主席、各位先進，因為這個是民國 90 幾年的時候，才把這個罕病拿出來做專款，十幾年前。現在像我們在座的像林義專委他們，當時可能不是他算的，但是我們很清楚，當時就是本來沒有罕見疾病的這一塊拿出來，是所有的都是一般費用的藥費。那它這樣

拿出來，我們用一個最基本的邏輯想就知道，因為罕見疾病的藥它其實是很特殊的，就那幾種藥是罕藥。所以當時在拿的時候其實很簡單，就是針對藥，假設有 50 種或 40 種是相關罕病的藥，我們現在罕病的藥，那時候醫管組就一定是拿這些藥來做基礎，算一算一整年，假設去年一整年基金多少，當時署裡的想法大概就是用罕見疾病來看那個卡，但是因為我們看為什麼剛剛講說不太分得清楚？就現在用罕見疾病卡的時候看，如果你認定他這次看是以罕見疾病為基礎，那也許他有一些少數一些不是罕見的藥，可能還有感冒等合併在一起，他還是用這個基金。所以當時就是用罕見疾病的藥為基礎，再加上稍微 modify 做那個切出來的一個專款。再來就是用專款吃藥，但是當時的想法沒有想到，現在經過十幾年，因為大家沒有注意，還有其實有部分的人根本沒有去申請這個，他的各種原因沒有去申請這個重症傷病卡，那他就繼續以現在制度就是留在一般預算裡面，即使他用罕見疾病的藥，他還是用一般預算。所以本質上今天想想，就是十幾年來其實是占了這個醫院一般總額藥費的便宜，但是要怎麼算？十幾年了，細帳也無法算，但今天大家來看這個，其實當時就要想到，當時沒想到，所以現在到這裡，明年我是覺得當然應該把就是沒有拿那個卡的，只要有罕見疾病還是要用這個邏輯要拿回來，因

為你當時切割出來的邏輯就是這樣。所以我是覺得當然醫界現在也有醫界想說那這十幾年占的便宜要還，那要怎麼算？大家都算不清楚。就是即早，明年開始就讓它回歸原來的邏輯，這樣最沒有爭議了。

主席

OK，我想這個有一個背景是這樣，因為的確有很多罕病，就是它一些用藥的時候，其實在我們醫界裡面常常有 off-label use，所以說我們在看到國健署的名單，跟我們真正的罕病的名單，事實上有一個落差，用這個藥品的部分。不過我想這個東西，有時候我們講病入膏肓，要處理很難。我想因為要有一個重點，即使罕病雖然有一個預算在那邊，的確說實在罕病的病人，有時候有一些新藥要用的時候，的確就是說的確對健保負擔很重，可是問題是你不給又是病人的命，不好交代。要給的時候一定要讓那個醫界，尤其在醫學中心他們或區域醫院給病人用這個藥的時候，要用得覺得說沒有說有造成一個額外的一個負擔這很重要。來，請罕見疾病基金會陳莉茵創辦人。

罕見疾病基金會陳莉茵創辦人

各位委員好，上一次我就是非常感謝朱益宏委員跟我講了很多就是醫界的看法。那我在這邊要跟各位委員報告，就是說也跟各位

長官報告一下，就是從總額預算開始，應該是 2002 年吧，還是 2003 年，2002 年開始的時候，2003 年開始就是罕見疾病的病患，因為藥價非常貴的問題，所以它是被排除，就是會被拒診，就是各醫院就是把它踢皮球踢走了。那所以我們經過兩年的調查跟遊說，我們有做過 survey，就是說到底這個狀況有多少？因為它就是排擠，因為罕藥賺不到錢，對不對？那罕病病患又看不好，所以它就會排擠得很厲害。所以我們經過調查，然後去費協會，當時是費協會去遊說。那李玉春教授，還有就是醫院那個時候總額，醫院總額的代表是臺大的林芳郁院長，他支持我們就是他認為這個不太合理，就應該割一塊出來做罕見疾病的藥品的專款。就是說剛才那位委員說的是有道理的，就是變成一個罕藥的專款。但是這些專款裡面，就是專款專用是用在治療罕見疾病的這個罕藥。那還有一種是什麼呢？就是有一些病患他沒有藥，譬如說漸凍人，譬如說就是小腦萎縮症，他們可能要開始的時候會有一些症狀治療的時候，減緩他的症狀治療的時候，他會有一些藥，這個藥也放在這個專款裡面也是用這個專款。但是一般的醫療支出，因為重大傷病是怎麼樣呢？重大傷病，那個是 2002 年的時候，是李明亮署長他在任內的時候，就是說罕病就有這個就是有重大傷病，是一個行政命令。但是申請不是，不是他沒申請，

是他申請不過。或者他的症狀比較輕微，他沒有用罕藥，也沒有什麼其它的藥可以幫忙。所以他沒有在通報系統，而且開始的時候，國健署的通報系統是不是那麼完整成熟的，條件也沒有這麼好。所以一直到 2002 年一直到 2018 年的 11 月 15 號，才開始決定說只要是通報的罕見疾病就有重大傷病，才會 match，所以 2002 年到 2018 年的時候就有大約 3000 人的落差。那這個是很抱歉，因為健保署就是一直用重大傷病的人數來做計算。那今年的話也是真的很抱歉，那健保會已經同意了，就是說不要改變這個結算邏輯。

但是，我想明年的話就是罕藥的專款如果支付，譬如說一般的支付譬如說感冒、流鼻涕、拉肚子、外傷、割盲腸、割痔瘡，這個應該都不算，因為我們有重大傷病的時候也不，也不能用這一些的，只能看罕病。那現在如果說你們要改變邏輯，我們覺得沒有問題，上次跟朱委員談過，他也覺得說那個 3,000 人也是你們的人，我說現在應該沒有問題，現在應該是還好，就是他沒有重大傷病，但是已經通報了，這個是沒有問題的。

但是我還是請求各位，就是你們也是照顧我們的醫生，醫院總額就是照顧我們的醫生，基本上是我們沒有血緣關係的親友。所以說，就是一般的醫療支出，譬如說感冒、流鼻涕、外傷手術，割

盲腸、割痔瘡這種，都不應該算。就是罕藥專款專用的精神在這，否則它會排擠得很厲害，剛才署長說的非常的對，就是新藥用的話，我們也是很慚愧了，都要用外國進口的藥，真是太貴了，讓那個健保署簡直巧婦難為無米之炊，那我們也非常非常的難過。那其實我這邊有一張資料，如果各位需要的話，最近從106年到107年，這些年以來其實給付的罕見疾病的藥品，相對非常非常的少。新藥的預算已經都沒有在用了，就是這樣子。當然健保署跟我解釋說有很多的自然成長，譬如說有一些病患還是些微的會增加，那有一些人會因為年紀長大體重增加也會增加。但是我們還是救命的藥還是非常非常的需要，因為也沒有別的路可以走。希望以後有比較好的一些解決方案，譬如說生物相似劑如果可以發展出來。

主席

那個委員，就是長話短說好不好？

罕見疾病基金會陳莉茵創辦人

好，這樣講，就是說我們拜託各位，就是一定要拜託你們，就是一般的醫療支出不要算在裡面，保持那個專款專用的精神。拜託，謝謝。

主席

好，現在請健保會林恩豪委員發言。

林恩豪代表

那個問題應該是上次有討論過了，但是我們這裡希望是這樣子，如同剛剛那個罕病基金會的陳莉茵創辦人講過，就是罕病用藥專款專用當然是沒問題，這一點大家都認同。但是現在這裡有兩個問題我說一下，第一個是，它是罕病專款，而罕病病人的非罕病用藥原本就應該是用一般服務在給付，如果也把非罕病用藥弄進來，使用罕病這個專款那這樣就不對，剛剛那個游進邦代表也有講過。一般服務它本來應該就是給付像這些慢性病，或剛剛陳莉茵創辦人講的那些，他本來應該用在一般服務的，那就讓它留在一般服務，不要再把它撥進去罕病用藥專款裡面去，這是第一個。那第二個就是說，你這個本來已經有用一般服務給付的罕病用藥，你現在要把它專款專用撥回去，那它當然是沒問題。但是你本來在一般服務吃掉它多少錢，你應該是從一般服務這裡移列過去，不要罕病那裡增了，但是一般服務這裡沒有減，這樣是重複。那原則上就是這兩個簡單的說明，謝謝。

主席

好，謝謝，請侯俊良委員。

侯俊良代表

沒有，我已經說完了。

主席

好，請。

朱益宏代表

這個案子因為在健保會其實經過激烈的討論，那我覺得站在醫界這邊，其實我們看到這個附表，健保署這個附表其實寫得很清楚。那有 A 現在就是罕病專款在支付，A 這一部分總共 74.7 億是罕病專款在支付。其實在討論的時候，醫界也從來沒有認為 B 跟 D 要由專款支付。那醫界是認為 C 這一塊它其實是罕病，而且也用了罕藥，只是他並沒有申請重大傷病，但是它其實也是罕藥，因為國健署有登記，而且也使用了罕藥相關的藥物。所以我們認為說當然這一塊應該要放在專款裡面去使用，就像林委員你剛剛講的，這一塊應該也同意。但是在健保會討論的時候，事實上付費者是認為 C 在今年度也不應該放，因為他們認為那個叫做改變計算邏輯。所以這個也就是我跟陳莉茵創辦人在談的時候，認為說既然 C 這一部分它也是罕病，而且也使用了罕藥，當然罕病基金會也應該同意照顧這一類的病人，不是只有憑一個健保卡去照顧。它事實上是罕病，而且也用了罕藥就應該納入這個專款，我覺得這個應該是大家共識，包括林恩豪委員，我覺得應該也是同

意這樣子的講法。既然今年來不及，我覺得明年度是不是應該就是把 C 這一部分也要併到專款去，讓這個預算擴大，這是第一個。

第二個剛剛林委員特別提到說要從一般基期去移列，這個我可能不太同意，因為罕病的這個專款從民國 90 幾年就開始這個專款了以後，那陸陸續續其實進來很多的罕藥，從這個有了專款以後，後面其實陸陸續續進來非常多的罕藥。我覺得健保署應該去統計一下，從專款設立以後陸陸續續再進來的這些罕藥其實吃到一般預算，它等於是沒有編列預算，但是卻用一般預算去支付，等等是吃到一般預算。覺得健保署應該是統計一下就是有了這個罕藥的這個專款以後，後來陸陸續續又進來多少罕藥，這些罕藥總共吃掉了醫界多少預算？這個把帳算清楚。那一部分應該是要還給醫界，而不是再從一般預算再移出去，因為原來就沒有編預算，而且是吃我們的預算，這個我覺得付費者這邊應該也可以接受這樣的想法。

如果說他原來就已經在一般預算了，已經有編列了，那你現在移出去當然就應該從一般預算移出去。但是我剛剛講就是從罕藥這個專款編了以後，事實上就沒有再編任何的罕藥在一般預算裡面。但是事實上十幾年，C 的這一部分它其實吃到一般預算，事

實上一般預算是沒有編列的，所以我覺得這應該把帳算清楚，到底是該怎麼樣還，該補的，那健保會討論的時候，付費者就應該要支持要補。那當然我覺得要還，要移列的，我想醫界也會同意要移列，以上。

主席

朱益宏代表我跟你講，這個重點是這樣，那個恩豪委員你要了解，重點是在，第一，就是現在用藥，為什麼剛剛特別拜託醫學中心講話，因為這個藥是醫學中心在開藥，開完之後，斷頭斷在醫學中心那邊，他有一些部分的問題，現在講沒有用藥的人說的是，怕錢從一般的預算支應，專款沒有用到，那對於醫界來講的話，其實我是一直很在乎病人，有些東西一定要清楚，國健署那邊的那個，就是重大傷病卡，現在很多醫生，就是把一些這些病叫做 off-label use，讓費用有很大改變，我想是不是拜託雪玲代表說完之後，這個案子就結束了，好不好？今天只是做一個報告而已，大家有一個互相了解一下立場，不要一直反對也不知道大家反對什麼，來，請雪玲代表。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

好，跟大家報告一下，我是臺大醫院的代表，其實罕病用藥在我們醫院用的應該算不少，我們也很留意這個用藥，因為它一部分

它其實應該是在專款，那我們其實在做申報的時候，我們都會去稽核。那這個罕病的個案，就會發現明明他就用了罕病用藥，他也有通報，那為什麼我就沒有辦法把他排除？那因為最主要就是這個病人不願意去申請重卡，那我們也會去回饋給醫生，請他幫我們跟病人解說你要申請重卡，病人他們有各種各類的想法，病人他會說，第一個我小孩不想上這個註記，我申請了重卡，這個註記就會留在我的卡裡面，我去那裡醫師就讀出來。那小朋友，特別是3歲以下他根本就有部分負擔優免，他壓根就不想申請。有那個榮民身分的，有低收入的，他根本壓根也不想去弄，因為他本來就有優待。重大傷病對他來講，再辦對他來講他都不影響，所以他不會願意去申請這樣子的一個重卡，那我們醫師通報了以後，但是他不願意去申請重卡，那這個就會卡住。我在我跟臺北業務組也講過很多次，這個我報出去我都在一般預算，到那邊，因為他沒有重卡，就會列入我的一般預算，會被單價核扣，然後再算入超額斷頭或點值攤扣，這些罕病用藥其實如剛才所講應從一般預算搬出去專款支付，卻落在一般裡面，分區點值就變很低，這些用掉的錢理論上應該去專款，卻落在一般稀釋了大家點值，我們也覺得很不好意思。但是民眾不申請重卡就會落入一般預算，有使用的單位，因為罕病用藥很貴，平均每個人次的

單價就很高，因為你相對你就會被臺北業務組說好，那你單價太高，你每個人頭就要扣多少錢，被他扣走，然後在點值再攤扣再扣一次。那其實這些錢雖落入一般預算，其實費用大都由各個醫院都吞下來，做了的醫院只要是個案他沒有重卡，其實那些醫院都會因為高額，超額，超過目標通通被扣掉。我也是覺得這個目前用在一般的不應該再扣減回去，其實過去就不夠了，那其實有一部分是有做得醫院被攤掉，那有一部分其實是各區的點值幫它攤掉，所以我覺得這一塊其實過去是沒有，就像朱委員講的一樣，這個其實本來在過去就沒有在編列預算進來，其實我們是吃到人家的總額，那其實應該是回歸專款要去編列預算，以上。

主席

好，謝謝，這個案子就先大家互相有一個了解，不過就是說我剛剛指出了一些重點，就是說的確就是有一些問題過去沒有去面對，現在要面對的時候，一下子不是那麼好處理。不過我想我們總是把它慢慢釐清了以後，比較有一個方向，好不好？好，那我們進入下一個討論案。

朱益宏代表

那個我能拜託主席，就是請醫審那邊，就這個藥物，實際上到底我剛剛講的那個，是不是給我們一個數字？

主席

好，沒問題，育文組長你再幫忙。

朱益宏代表

因為協商的時候，這些數字我覺得拿出來 evidence，大家來討論。

主席

有一些千萬不要 off-label use，到最後一定就抓出來，請。

朱益宏代表

好，謝謝。

吳淑芬代表

主席，不好意思，我一分鐘就好了，針對這個案子，大家都有看到 C 的專款部分是 2.21 億，有關專款預算及執行情形有做了一個資料，109 年預算是 155 億，執行是 149 億，如果在 110 年的預算是 116 億，執行率沒有到達 100%的狀況下，是不是可以把這個 2.21 億的罕病藥費部分計算回到個分區的總額裡面？因為並沒有執行到 100%的執行率。

主席

再說啦。

吳淑芬代表

對，主席，所以既然可以表達意見，所以我想說是不是這個部分希望能夠列入會議紀錄，因為罕病藥費部分執行率沒有 100%。

主席

好，進入討論案第一案。

參、討論事項

討論事項第一案：

案由：「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」111 年保障項目及評估指標。

同仁宣讀

主席

好，謝謝，請林義專委補充。

醫務管理組劉林義專門委員

有關討論事項第一案的部分，是今年總額協定的時候在區域以上醫院有 20 億，然後地區醫院有 10 億，區域醫院的 20 億是用來保障 ICU 的病房費跟診察費，因為去年是保障了護理費。剩下地區醫院的這 10 億就是還沒有一個項目，我們依據台灣醫院協會 5 月份的函文，就是保障項目如說明二的 1 到 5 點。那我們去算這個 1 到 5 點裡面，我們就是統計，因為它預算只有 10 億，所以我們統計大概就是前五項，就是住院首日手術護理費加成 30%，然後

還有一個同一療程的部分，然後以及一般病房的住院診察費、護理費跟病房費，就是這些項目，大概總預算是 9.28 億，這個就是看大家有沒有什麼意見？然後第二個就是有關健保會要求的，就是每一個項目都要有一個執行目標跟預期效益的評估指標。這一塊當初社協在提到健保會的時候其實健保委員有一些意見，那就是看看這一次看看還有沒有一個新的項目提出來，然後我們再提到健保會再做說明，以上。

主席

好，謝謝，請朱代表。

朱益宏代表

好，這個我補充一下，因為今年度在總額一般預算裡面有一個，有一筆壯大社區的 10 億，然後另外相對有一個加強這個急重症的 20 億。那我們社區醫院我們內部討論希望是，因為往年都是用在門診這一部分，那去年 5 億是用在門診，然後在之前的幾年，在非協商因素有一部分也用在門診。所以住院這邊一直是我們的弱項，那事實上地區醫院在住院本來占率就不高，也就比較低。所以我們希望說這筆預算既然是壯大社區，不是只有壯大門診而已。所以社區醫院的住院也是很重要的，所以我們希望今年預算用在住院，所以我們就提了幾個項目。那這個包括一般的住院的

還有精神科的住院也包括在這裡面。所以精神科這一部分我們有特別注意到。

另外就是在這個預算使用上，在健保會那邊有討論過，健保會的委員認為說那個甲，其實甲就是劉淑瓊委員，乙就是我，那個在健保會討論的時候劉淑瓊委員認為說今年的 10 億，他認為說應該還是要把去年我們的壯大社區裡面用在調整門診的，今年這個指標要持續，也就是說今年還要假日跟開診率還要再提高 2%。那個在健保會我也跟委員承諾，就是說今年如果說預算有放在門診，那當然這 2%我們就保留。但是如果說我們沒有獎勵在門診，那你要他再持續要增加，這個其實也跟邏輯上不太符合，後來劉淑瓊委員也同意這樣子的講法。所以最後主席的結論就是說，如果今年這 10 億有用在門診，這個指標要要保留，就是夜間及假日開診率要提升 2%，今年度還要再持續提升 2%。但是如果今天這個案子過了因為照健保署算起來，其實沒有預算放在門診，如果都是住院的話，那就是應該由之前我們提送的那個評估指標，就是住院的滿意度，大概是這樣，以上補充，謝謝。

主席

好，謝謝，請問健保會的委員有沒有要補充的？有事在這裡講一講，不要都到健保會才再講，這樣都講不完。

林恩豪代表

剛剛那個朱委員也講了，當時有劉委員的意見就寫得很清楚在這裡，那沒有其它的補充。

主席

好，那侯委員呢？請。

林富滿代表（劉建良代表代理人）

請問，這裡面寫的這 10 億是延續之前假日的鼓勵措施，但現在附件算出來沒有包括假日就已經快 10 億了，這樣應該會超出預算。

主席

人家講，你要回應？

朱益宏代表

這個我回應一下我不懂說，因為照健保署現在算出來就是 9.28 億，那事實上是不會超過預算，我不清楚為什麼說這裡會超過預算？那因為今年我們就是純粹放在住院，那算出來估計數值是這個樣子。

林富滿代表（劉建良代表代理人）

但是未來假日鼓勵的部分還是有保障。

朱益宏代表

因為去年那個 5 億，其實跟醫學中心的 10 億一樣，那都是在一般

預算，然後去年的 5 億的話，它就滾入基期，醫學中心跟區域醫院的他就一樣是滾入基期嘛，所以如果說地區醫院這個，因為去年滾入基期以後，今年這個還要再算，那一樣你醫學中心，那你一樣滾入基期。那你也應該要從，一樣要去計算，我覺得這個邏輯應該是一致是非常清楚的。那今年既然滾入基期，我們今年也沒有針對這個項目說這個保障 1 點 1 元以後我們還要再做什麼樣的調整，也沒有說我要再加點數。所以我們就是依照去年的那個，那當然去年滾入基期，今年也沒有再處理，以上。

主席

請雪玲代表。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

就我所知，去年的 5 億應該是不夠的。那不夠，你滾入基期還是不夠，那假設那個夜間的門診繼續夜間或者假日門診繼續成長，那個不夠會更不夠。所以你說今年把那個指標拿掉，但是拿掉也許還是有成長，我們很擔心就是其實去年 5 億就不夠，今年 10 億理論上我們期待是能夠有一些來對去年的做一些補貼。那你今年 10 億又幾乎把它用完，那我也不知道署裡這邊估計說它大概 9.28 億，那這個有沒有估夜間或者假日門診它的成長？如果這個部分，我們這裡有看到你們估了五項，第五項是說如果有剩餘再調

加護病房或者是護理費保障 1 點 1 元。那我們必須說那如果署裡在做結算或是試算的時候不夠的時候是不是要應減項支付？是不是可以做減項？不然這個預算不夠，到最後結算又變成大家要共同去攤這些不夠的，然後吃到別人的點值，這樣其實是不合理。所以我們建議這個 10 億要監控，然後如果不夠，是不是從下面往上減？往上減，如果你不夠那你就是分到那裡就到那裡，如果不夠，不應該再往下分，吃到別人的點值這是不合理的。

主席

來，請文輝代表。

謝文輝代表

我想會這個不夠，大概就是之前大家一直在考慮的就是有一些假性的地區醫院，所以我是覺得那個要處理，那個處理完以後，我想不只會夠，還是還會超過很多。那社協提出來說以下有那些增加的，所以我是覺得我們可能要很認真的這個可能要拜託署裡的長官，我們真的來認真面對那個假性的地區醫院，那個假性的地區醫院，未來如果你從 9 月或者是明年 1 月開始要部分負擔再加上去調整級距的話，那產生的不公平，我想在座的很多區域醫院跟醫學中心都會跳起來。那個其實它本身營業額已經都大型的區域醫院都是前段班，那還是躲在地區醫院。這些如果我是覺得應

該初步應該已經有一些，我是覺得署裡應該很認真的把這個處理完。那今天這些大家的爭議都不會有了，可能就是說不必算了，因為算了可能還不夠，補得還不夠，可能它還可以增加一些項目。像 ICU 那些增加，那我是覺得當然社協也有提出辦法出來。但是我是覺得提出辦法當天開會的時候，上一次支付標準共擬會議沒有辦法得到大家的支持，那我想這個署裡所有的數據都在署裡的手上，署裡應該可以跳進來，認為那些可行，那些不可行。那在下次 8、9 月份的支付標準共擬會議解決，這個都不會變成問題，今天我想大家所提的根本都不必顧慮。這是我的建議。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

好，請朱委員。

朱益宏代表

這個案子如果照醫學中心剛剛雪玲代表講的，大家都可以來講，謝文輝代表醫院協會，如他所說社協在上次醫院總額就有提過，那對於所謂的地區醫院保障的項目要瘦身，那在上次共同擬訂會議的時候沒有通過，那瘦身的话我覺得像臺大他們癌醫也是地區醫院，一季申報 6、7 億現在還在快速成長。那我們當然希望對於這種假性的地區醫院應該要處理，但是上一次開會的時候醫學中心反對說不要處理。然後現在又來質疑說我們這筆預算超過預

算，我覺得這個是矛盾，這是第一個。

第二個往年在支付標準調整的時候，包括從 106 年開始所謂四大皆空，有 50 億加進去。從 102 年就開始有相對的這些，從來沒有說第二年我們來檢討這個預算是不是編列不足，是不是有超支？包括那 50 億什麼四大內外婦兒全部加婦產科加了 8、9 億，然後那一科加了 7、8 億。從來沒有檢討過，從來也沒有，這是第二點。那為什麼針對地區醫院你就說要每一年檢討？那是因為地區醫院加這個有要壯大地區醫院，醫學中心覺得不應該要去壯大地區醫院。這是第二點我質疑。

第三點，如果說以後未來都是這樣，那我是不是要請署方，那你把以前每一年編列的非協商因素編列的這些預算，全部拿出來看一下現在實際上用多少？到底有沒有超支嘛？那超支到底是醫學中心超支？區域醫院超支？還是地區醫院在超支？，大家把它算清楚。

去年醫學中心總共有 10 億去保障所謂的加護病房，那去年跟今年我想這個醫學中心兩位代表不要忘記了，去年、今年都有疫情，你的醫學中心很多都被確診的病人占據了，占到醫學中心。那等到疫情過了明年、後年、大後年疫情都過的時候，是不是這筆預算我們每一年都拿出來檢討一下？看看到底誰超支了，超支的話

是不是就要負責去把它吐出來？如果是這個樣子的話，我覺得就是從把這個帳全部都算清楚，包括從以前所謂的這個四大皆空開始，所有的調整的，全部拿出來我們總檢討，你不能只有針對地區醫院，那這個超過得就要檢討。更何況我們地區醫院這個夜間、假日開診這件事情是配合政策。當初在做分級醫療從一開始做分級醫療，部長、衛福部就非常擔心所謂的人球，這個是非常清楚。所以要求地區醫院假日跟夜間門診的認真要盡量開著，甚至包括基層診所。

那這個成長本來就跟預估，預估你都是用歷史的資料去算。那你現在成長本來也就是天經地義，本來就是應該有成長，為什麼我們在那個健保會承諾說我要成長 2%？那你成長當然金額相對的就會增加，對不對？那你現在說你成長以後要那個要把錢再吐出來，那健保會那邊我們就跟健保委員，就提到健保會去提。那我下次這個我就不要成長了，我也不鼓勵我們社區醫院假日你最好都不要開，對不對？因為我預算已經超支沒有預算了，那大家都不要開嘛。那我覺得這個是政策鼓勵，不是說今天逢地區醫院要在預算調整，地區醫院要調整，然後就逢地區醫院必反，那如果有這樣地區醫院的情節的話，那我覺得臺灣醫界這種所謂倒金字塔醫界，那你那個醫學中心、區域醫院要成長到什麼程度？大

醫院要醫學中心 20 幾家要成長到什麼程度他才那個？以上。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

好，因為署長有事先離開，那我就繼續代署長主持，那就先請游代表。

游進邦代表（程文俊代表代理人）

我針對這件事情我大概請雙方大概冷靜一下，就事論事就好了，因為其實過去怎麼樣那是過去的事，我覺得醫界還是要把立場大家產生一致，因為這樣其實未來爭取總額才有機會，要不然互相砍來砍去，到最後什麼總額都沒有。所以那個意氣用事的話大概也不用講，講了傷和氣對彼此也沒有幫助。那針對今天這個個案，我認為是這樣，今天這個案子是地區醫院調整這個 10 億的那個預算，大概基本上都調整在住院的部分，你知道健保你最不可能成長就是住院，因為它病房數已經被鎖死了，就唯一差別就是在占床率，那占床率在各層級也不會說因為不同年度占床率就突然爆增或者怎麼樣。現在唯一地區醫院比較有優劣的地方就是新設醫院，那新設醫院我們之前也有討論到說，針對新設醫院我們在總額裡頭是要卡，卡它本身的那個，它有總額的時候才能給那個新設醫院，這個也是我們希望說不要因為新設醫院整個破壞什麼醫界的一個和諧。

所以這個部分大概假如說沒有太大的意外，假如說健保署算的數字沒有錯的話，未來這一部分應該差異不大。我認為是說後面每年再去檢討這件事，萬一有多有減，我認為後面那個帳我也不知道怎麼算，因為各層級都有，所以大概這件事情我認為到此為止，以上。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

好，請富滿代表。

林富滿代表（劉建良代表代理人）

其實朱代表反應太過了，我只是問問題。因為資料呈現健保會就寫了這 10 億要優先用在假日的鼓勵，我只是看到資料提問有沒有含進去而已，看起來是沒有；假設相同的邏輯，區域以上的 20 億就不含之前的加護病房護理費，是這個意思嗎？我只是問問題，並不是反對，以上。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

請問雪玲代表還有嗎？

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我想我並沒有針對地區醫院，我們相同的，如果我們區域級以上那個超額我們之前提的提案都是兩造都相同，如果誰超額，誰自己回去把自己那一塊攤平，我們並沒有針對地區醫院，當初我們

提的案子就是這樣，那至於上次講的那個就是，就是新設醫院，那其實你們提出來方案不是針對新設醫院，你們連有設體系醫院全部都要拉下去，那我覺得有一些體系醫院你要考慮其實有一些是政府的政策的問題，，你要考量它是政策任務的，還是他們是去壯大自己的體系的。我們當初有表達這樣的意見，只是沒有被採納而已，以上。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

好，謝謝，還有沒有那一位代表要對這個案子表示意見？如果沒有的話，本案這個預算是編在一般預算裡面，有一個指定用途的編列方式。原來協定的項目有第二項，就是優先用在首日護理費，只是優先，那剩下的就是住院的部分也沒有說不可以。所以現在提出來的大概都是針對住院的部分。但是我想各位代表應該知道，放在一般預算就沒有辦法像專款這樣子一定要每一項都去算。因為基本上它就是截長補短，因為是在大水庫裡面了，大水庫本就有一些是減有一些是增，而且大水庫還有每年的成長率。所以我想應該是不至於要每一項均細算，如果要這樣算沒辦法算，那這個大水庫就沒勻用的餘地了嘛，對不對？所以我想這一項應該是，如果大家沒有反對，付費者的代表這邊如果也沒有反對現在醫院協會所提出來的有關持續推動分級醫療壯大社區醫院

這 10 億的用途的話，那醫學中心這邊如果也支持一下，因為事實上真的有增增減減，就算其中另 20 億用在急重症的這一塊，也有可能增增減減。去年的疫情期間 ICU 有被徵用，所以用得少，那也就是別人用掉了嘛，對不對？所以我想是不應該再去爭論在大水庫中個別項目已增減。至於若編列在專款項目就會去爭論，因為專款用完就沒有錢了，沒有空間，而且它是小水庫。這個是超大的水庫，本來就是隨著醫療生態的改變，它本來就會有增增減減，不是只有調升這幾項會增增減減，是一直都有增增減減。所以有關這個說明的第二項到第三項這裡，是不是我們能夠就來支持通過可以嗎？

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

可不可以請署裡在計算的時候，因為你都是用前年或者去年這樣子的估算，那你可不可以在估的時候都給它一點點成長率？否則這個預算其實是事實上到我們發生年來很容易超出預算，影響點值。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

好，請醫管組說明一下這個所需預算這個是怎麼樣估出來的？
來，請說明。

醫務管理組劉林義專門委員

好，我們在討 1-2 頁這邊看到的預算，我們下面有一個備註，就是說這些項目，我們算法地區醫院跟區域級以上醫院其實都一致，就是都用 110 年的申報點數去乘(1-當季浮動點值)，因為它是保障 1 點 1 元，所以就是 1 跟當季浮動點值之間的差距。當然我們只有去年的資料，所以一定是用去年的來算。那當然我們算完之後也不會讓它剛剛好，譬如說 10 億，然後算出超過 10 億這樣，所以你可以肯定這邊是算出大概 9.28 億，所以事實上是還有一點點的空間，以上。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

110 年的數據如果用在區域跟醫中，說不定還會低估，可是用在地區醫院就不見得有低估，所以這個應該還是可以適用的基礎，以現在這個時點來看，我們在採用的基礎上，應該是還可以接受的，是不是到這裡大家可以接受好嗎？因為這段疫情期間區域跟醫中服務量是有真的比較萎縮，但是地區醫院反而是大家有選擇要去的地方，好。這樣可以嗎？好，到這裡的話，三的部分我們就確定。

四的部分，執行效益指標。這個部分因為地區醫院這邊原來提的就是說住診滿意度達 82%？那我們健保會的委員有提到說希望能夠保留這個夜間跟假日開診率提升 2%的指標，那這一點部分是有

共識。

朱益宏代表

這一點那個我剛剛已經有說明，就是說劉淑瓊委員認為說這一筆預算會用到門診，所以他在健保會開會的時候就說，既然用到門診就應該要保留這個指標。那我也在健保會開會，我也跟他承諾，如果這個預算在今天開會大家有通過你用在門診的話，那當然這個指標就應該保留。但是如果全部用在住院的話，其實就不應該說再要求門診還要再去提高 2%。那這個大概劉淑瓊委員後來有同意，所以大概會做這樣子，所以這部分剛剛恩豪委員也確認了，所以大概是這樣。所以如果依照剛剛大家討論的，事實上是用在全部都是住院的話，其實是，是不是就假日就是用去年的這樣？

蔡淑鈴副署長（代理主席）

好，謝謝朱代表，因為事實上這個項目 10 億，項目標題還是持續推動分級醫療，壯大社區醫院。所以現在地區醫院的疫情期間的成長其實跟你的夜間跟假日開診也說不定有一些關係。好，所以也帶動你的門診的人次，以及住院的病人，這都是互相連帶關係，所以我覺得至少要 maintain 現在的優勢，持續推動，若又退回去的話，那你原來的優勢就會不在。所以其實如果你夠好的話

呢，保留這個指標當成你持續壯大基層的那種動力，其實也沒有不好。

朱益宏代表

是，主席，這個我同意，就是說其實我們社區醫院長期就是配合政策，當然希望鼓勵我們的會員假日跟夜間要盡量開診。那我們其實剛剛還在討論，在 112 年，那是不是我們要鼓勵包括夜間的急診要不要去做一些鼓勵？總是不希望分級醫療政策有人球。所以這個我想我們政策上在協會我們一定會去盡量推。但是去年這個指標它是跟 109 年比，就是說我們希望開診率在 110 年的時候希望要比 109 年再增加 2%。那我們覺得說今年的話就是已經增加 2%當然希望它不要降下來，這個是同意。但是如果照劉淑瓊委員意見就是今年我還要再增加 2%，要再增加 2%，那我覺得說那這一部分，因為沒有鼓勵又要再增加 2%對我們這邊其實是有一點難度。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

那有沒有可能也回應付費者的期待，就是其實付費者的心情他是希望要壯大社區醫院。

朱益宏代表

是。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

他是支持你們的，如果可以讓社區醫院更壯大是支持，所以加碼
希望你們能夠 maintain 的更好。那假定你們覺得這樣至少你要維持
在那裡，不要再退回去。

朱益宏代表

對，維持，OK。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

要不然你可不可以提，就是一個指標就是不低於 110 年。

朱益宏代表

可以。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

這樣會不會也回應醫改會委員的訴求？覺得說你們真的有誠意。

朱益宏代表

可以，這個指標我想主席講的也非常有道理，那我覺得我們也應該鼓勵會員，既然你已經做了就不要因為沒有，已經做了拿到錢了，然後又縮回來了。所以這個我想應該可以，就是說不要再低於 110 年，那這樣可以。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

至少不低於，那高更好，就表示你們願意。

朱益宏代表

我們會持續去鼓勵希望再增加了，但是至少不低於 110 年。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

可不可以來通過就是你們的同意修正一下此指標，就是不低於 110 年。

朱益宏代表

是，如果是這樣照主席的裁示，我們就是兩個。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

對。

朱益宏代表

第一個假日跟夜間開診率不低於 110 年，第二個就是住院的滿意度不低於 82%。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

這樣好不好？

朱益宏代表

好，可以。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

我想這樣應該結果送到健保會的時候大家就會更支持，是不是恩豪代表或者是俊良代表你們有沒有什麼回應？

林恩豪代表

對，剛剛主席講的時候，我本來是要發言說建議還是要保留這個2%的指標。那剛剛有再討論了一下，對，那如果是針對這個標題的話是要持續壯大，當然就是指標保留這樣是比較好。但是如果你說現在是做著一個折衷的辦法，不低於。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

至少不低於。

林恩豪代表

對，至少不低於這樣子，這樣也許其它委員…

蔡淑鈴副署長（代理主席）

還是正面。

林恩豪代表

對，還是正面的，可能比較會接受。但是，如果你說要把這個指標整個刪除掉，那可能他們還是會反彈，好，謝謝。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

好，請俊良代表，然後等一下再請文輝代表。

侯俊良代表

我覺得剛剛那個委員的一個報告，我覺得還蠻合理的，至少不應該再退回去，還是要有一些積極的一個條件。那另外其實在健保

會上面也有提到，因為這一次包括那個護理費加成 30%跟這個一般病床的一個住院護理費，那委員也在關心說這一筆錢下去，大家能不能真的落實是基層這些護理人員可以領到，那有沒有可能在一些指標的部分這個部分可以去做了解？我不知道這個部分，我們這邊醫院協會有沒有辦法在這個部分可以增加一些什麼樣的指標？因為這個是在健保會委員上面大家非常重視這一塊，因為確實有這樣一個經費。那這些經費是不是真的可以到達基層的護理人員？有這樣的一個提議，這個也就教大家，是不是有機會在這個指標的部分做一些什麼樣的增加？以上。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

好，請謝代表。

謝文輝代表

主席、各位先進，聽起來其實可能有一點辛酸，加 30% 其實和實際的成本。其實現在醫院給護理人員的薪資，我們現行健保給的護理費完全不夠，那差距還很大很大。所以說因為這樣調整就能夠提高薪水多少？我想沒有人敢保證。如果你今天給的那個護理費已經達到足夠，好，那你現在再加 10%了，我要求反應 10%，那還比較合理。現在其實實際的成本它現在給的差距非常的大，好，所以這個要求聽起來有一點辛酸，那當然我們會盡量反應，

因為事實上現在一般來講，那個護理人員是醫院裡面醫護人員團隊裡面是數目最大的，而且基本上因為很辛苦，臺灣的健保醫療本質上是血汗醫療。所以其實每年的那個流動性非常大，每年每一家醫院大概都是天天都在招募護理人員。尤其像在地區醫院稍微不是都會區的，那你幾乎天天招募都掛在那裡，而根本都招不到幾個人。

所以你想說讓他薪水弄得不好的話，那更不會找到人。所以為什麼雖然現行給付的不足夠，醫院還是要提到一個一般水平社會水準，那護理人員才願意做，醫院做這麼辛苦的工作，所以其實消費者代表也不用擔心，不然醫院請不到人，請不到護理人員什麼事都不用做了，有醫師也沒有用，所以這個可能要跟委員報告一下。不用怕，事實上在市場上是要護理人員的單位很多，都沒有人來，所以那個薪水就也不是照健保給付給我們的照那個給他，不是這樣，本來就超過很多的給他，還請不到人，所以請消費者也可能體諒，盡量的未來在這一部分人事的費用這一方面盡量的能夠給我們調高在那個總額裡面給我們一些支援，讓我們更有能力給提供給辛苦的那個醫護工作團隊更好的這個薪資條件，謝謝。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

好，謝謝代表。各位代表還有沒有其它意見？沒有，其實我幫林委員還有侯委員來補充一下，社區醫院當然有些是在都會區，可是更多是在我們比較偏遠的地方，那比較偏遠的地方其實要招募這些護理人員薪水都是要多一點。所以要不然他就如同謝代表講的那個是找不到護理人員。

所以，好，這一項如果兩位代表可以同意的話，我們是不是就是這兩項指標？好不好？好，那我也拜託林委員和侯委員，將來本項送到健保會討論的時候可以協助向其他付費者代表來說明，已經有充分討論，好，因為我也真的不希望本署研商程序都走完了，就像上次的幾個案子，我們的程序都走完了，健保委員另在提到健保會再把它整個翻回來，這個都讓我們白白的浪費很多討論的時間，那在這裡就謝謝兩位付費者代表的委員。

好，那這個案子大家就討論到這裡，大家還有沒有其它意見？如沒有我們就確定，再來討論事項第二項。

討論事項第二案：

案由：「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)」及「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」2 項目之預算分配案。

同仁宣讀

蔡淑鈴副署長（代理主席）

好，謝謝，請林義專委。

醫務管理組劉林義專門委員

好，有關討論事項第二案，這部分就是區域級以上醫院 20 億跟剛剛討論的社區醫院的 10 億的預算分配。那當然項目假如前面那一案已經過了，所以我們現在項目都已經確定。我們就可以來討論看這一個案子是要怎麼樣來分配？

其實就是因為上次沒有共識，所以我們就是請台灣醫院協會再去幫我們凝聚共識，台灣醫院協會凝聚回來就是分三個層級，看起來除了地區醫院是同意用 108 到 110 年的申報點數的平均占率來分以外，那醫中跟區域看起來好像沒有共識，不過我們是在看起來沒有共識的情況下我們去找有共識的部分，像醫學中心這邊也寫說，他還是同意說採 108 年的申報點數占率來分。然後區域醫院這邊也是說優先可以用 108 年的申報點數占率來分，但是假如有新設醫院應該另行考量，所以我們就是取這一個共識，當成區域級以上醫院的共識，就是用 108 年的申報點數，加上新設醫院的申報點數。那在這三年新設的醫院其實就只有一家，就是部立南投醫院，升格為區域，那所以大概只有這一家。所以我們就把這一家的預算加回去，就這樣的算法。

那怎麼算呢？大家看到這些率，就是區域級以上醫院那我們就是用你這些 20 億跟地區醫院 10 億分別保障的項目，然後在 108 年申報的總點數全部把它加起來，然後用分區別來看占率，其實算法就是這樣子。譬如說用區域級以上醫院，那區域級以上醫院，也是保障那些項目呢？大家可以看到說明三下面那一行，我們 20 億是保障首日護理費，保障同一療程，還有 ICU 的診察費跟 ICU 的病房費，所以我們用這四項各醫院申報的點數，用分區別來看它的占率把它加回來。所以區域級以上醫院的 20 億的分配，我念前四位，臺北就會是 0.3238，那北區就是 0.1280，中區就是 0.2061，南區就是 0.1494，高屏就是 0.1662，那東區就是 0.026。

地區醫院的 10 億呢分法也是一樣，就是地區醫院的 10 億，照上一案它保障的項目就是首日護理費、同一療程，一般病床的住院診察費跟住院護理費還有住院病房費。所以我們一樣也是用這些的申報點數，用分區的占率來看。所以臺北就是 0.1799，好，北區就是 0.1747，中區就是 0.2521，南區就是 0.1315，高屏就是 0.2072，然後東區就是 0.054。好，大概占率的算法就是這樣子。

然後這個案子，因為我們是第一季還沒有實施，就從第二季開始

實施，錢就會用這個占率就會分下去。當然我們上次的共識是說，那明年開始這些錢還是全部回到一般服務預算回到 RS 來分，所以只有今年的第二季跟第三季、第四季，這三季是用這個占率來分，112 年以後呢就回到 RS 來分，以上說明。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

好，今年是比较特別，而且今年因為只有用三季，把一年的錢用到三季是足足有餘，好不好？好，來，請廖委員。

廖秋鐸代表（侯勝茂代表代理人）

我想請教一下，剛才你們有試算地區醫院提出來的保障，大概是 9 億多，接近 10 億。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

9.28 億。

廖秋鐸代表（侯勝茂代表代理人）

在這個區域以上的這個預算 20 億它的保障項目，請問你們有試算？大約是？

蔡淑鈴副署長（代理主席）

應該有吧？

廖秋鐸代表（侯勝茂代表代理人）

大概是多少？

蔡淑鈴副署長（代理主席）

好，這個已經有算嗎？醫管組那一位要說明？

醫務管理組劉林義專門委員

好，數字我再查一下，那再看還有沒有其它委員有意見？

蔡淑鈴副署長（代理主席）

好，我們再蒐集意見，好，大家有沒有對這個案子有意見？今年因為只有三季，再怎麼分不是很精確，它都是足足有餘，只有多不會少，所以其實也不用太計較。那這個占率呢？大家稍微看一下，也沒有差很多了，跟我們想像的分區分配也是差不多了。所以如果大家還有沒有別的意見？好，那我們醫管組這邊找到了嗎？這個應該要趕快回應一下，20 億應該是有剩吧？對，一定不會超支的吧？因為現在用 108 年，雖然點數跟 110 年是會有差距，但是占率卻是比較正常，好不好？用占率，占率是比較正常，108 年是不受疫情影響的那一年。來，請碧珠代表。

劉碧珠代表

我想這邊，我先就區域醫院的回復意見再做一下補充，區域醫院其實到目前為止初步來看，大家會覺得說很難有共識。不過因為還是要考量到所謂的有新設醫院的這個問題，當然了這個占率算下來也許影響不大，但是事實上我們會覺得說假設這個預算的分

配，是不是用這個 110 年其實各個區都已經有經過各種的校正因素的核定金額，因為是預算，所以你的核定金額，其實各區都有做一些專案，不管是 108 年，或是 109 年、110 年其實都有做方案，然後最終的核定金額才是那個區真正實際上可以運用的預算，以前用申報點數其實各個區的做法不同，用這個其實會有一些偏差。所以我們這邊提出來剛剛會前有一個共識是說，希望用 110 年的最終的核定金額去計算它的占率。因為其實那個才是各個區真正實際上最後一個預算的精神。區域這邊如果是用 108 年的申報點數，還會因為新設醫院在 108 年經過 109 年、110 年，其實他們還是應該有成長率的概念在裡面。所以你光是用 108 年的這個預算申報點數來看的時候，其實是會有讓某些區或者是某些有比較多新設醫院地方，他會他的預算其實會嚴重被侵蝕掉。所以我們是建議應該是回到用核定金額當預算的占率是不是會比較正常公平一點，以上。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

好，謝謝劉代表，好，醫管組這邊有數字了嗎？好，請林義專委說明。

醫務管理組劉林義專門委員

請問這是區域跟醫中的共識嗎？就是剛剛劉委員講，就是把申報

點數，好，因為我們就沒辦法再呈現那些數字，可是算了就是定案，就是…

蔡淑鈴副署長（代理主席）

那等一下，剛剛劉委員的意思是要改兩個東西，是 110 年的？去年最後核定的金額，不是 108 年，是 110 年。

醫務管理組劉林義專門委員

因為各分區受到疫情的關係都不一樣。

劉碧珠代表

不是，我們現在講的是你的占率，那時候最終其實各個區不管是不是有疫情，最終還是把那個預算都分配完。所以你最終的核定的金額各個醫院，就像我們在做點值保障的時候，最終核定的金額還是在那個金額起來做分配，是這樣。因為你不管是不是疫情，其實你最後，不管你做了什麼他最後還是會有一些預算其實還都回到各個區去。

醫務管理組劉林義專門委員

這樣討論起來會沒完沒了，因為當初我們徵求意見的話，醫中跟區域是只有這兩個意見。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

現在又延伸區域的第三個意見。

醫務管理組劉林義專門委員

對，這樣會變成會有第三個意見。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

這樣想一下，申報點數是什麼？核定點數是什麼？我們需要把它講清楚一下，大家比較能夠理解為什麼要用這樣。申報點數就是需求，好不好？核定點數就裡頭隱含的因素就很多了，核定點數有核減，也有你們的目標點數，也有攤扣，也用不同的浮動點值。那這麼多的 components 最後才會有一個核定點數，這個時候把核定點數拿出來，那你就要同意是不是六區各因素都公平？對不對？好，這是第一點。

第二點，新設醫院我同意碧珠代表剛剛講的就是說新設醫院現在只考慮全新的，就是突然之間從地區改到區域的。但是在這一段時間內，那些是成長型的，就是原來的地區醫院是成長型的。可是呢我們現在用 108 年，這一點可以大家再稍微討論一下，因為如果我們大家都同意用申報數這件事情的話，就容易一些。那申報數確定，好，再來決定採那一年，對不對？如果你要去克服那個成長，那就要近一點的，對不對？近一點的年，108 年畢竟是兩三年了嘛，對不對？所以我們是不是開放大家稍微討論一下，可以慢慢聚焦就容易，來，謝代表。

謝文輝代表

我想這個照我們醫協，其實三個層級大家意見很多了。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

對，聚焦討論。

謝文輝代表

所以我是覺得而且這個只是今年的三季而已。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

對。

謝文輝代表

所以拜託大家，因為你選那一年都實質上有一些醫院會比較好，有一些醫院會也許有一點差距，但是都不會差很大。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

好，就是這樣。

謝文輝代表

我是建議，因為請台灣醫院協會調查，那調查的結果這樣，如果要再重新討論，那可能就是這個議題就要下一次再討論了，就是台灣醫院協會再重新再調查，其實只有今年這三季，明年就沒有這個問題。我想這個照我們了解是很多醫院意見都不一樣，要找一個共識是有困難，所以希望大家體諒，是不是就按照上一次大

家也是各個協會三個層級協會提出來的意見，那就不要，因為這個不是下去以後明年都一樣，這個大家比較吃虧，這個其實…

蔡淑鈴副署長（代理主席）

說明一下，在游代表發言之前，講一下時序的問題。目前第二季結算也時間快到了，因此今天才要開臨時會。若到下一季才討論，結算第二季就真的來不及，所以最好今天就決定，這樣我們的程序會比較好，這是今天為什麼要開臨時會的道理，請游代表。

游進邦代表（程文俊代表代理人）

好，主席，我想確定一件事情，因為剛剛我們報告的時候說，這個申報費用是指我們這一次要提升 20 億裡面的項目，包括首日護理費、同一療程、ICU 診察費跟 ICU 病房費，這些各區的申報的點數，對不對？所以說這唯一的差別是在於說你是 108 年還是 110 年。那因為剛剛碧珠代表提到說那個核定的東西是比較，碧珠是講說 110 年各區的核定的總金額的比重去做分配又不一樣，我想說這個問題釐清一下說，是今天的這個占率是依照這次我們這一次要保障點值一塊錢那些項目的申報。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

20 億跟 10 億的。

游進邦代表（程文俊代表代理人）

對，應該是釐清屬項，這樣核定點數就比較難算了。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

當然，那不太容易算，因為那個真的會很難算，請劉代表。

劉碧珠代表

如果就照剛剛這樣子的定義來看的話，那麼在 108 年，其實我們區域的回文裡面其實還有一個，其實有講到說那個成長率的概念，其實不管你什麼時候新設的醫院，那因為它就是在 108 年到 109 年、110 年這中間，這些新醫院它的成長率，如果完全依照 108 年，其它那個真的是會有一些偏差，所以這個部分的因素，如果是要 108 年的申報點數，那個因素這個校正的這個因子要考慮回來，以上。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

沒有錯了，這個是合理，但是我們還是得聚焦討論，現在在算的申報點數不是總申報點數，只有這幾項，那你去想想那些新的醫院，這幾項會不會很快的有很大的改變？顯然是機率沒那麼高，但是他的門診量可能會變比較大。好，對，可是現在講的都不是門診的部分，請謝代表。

謝文輝代表

剛剛不是長官有報告說只有一家？

蔡淑鈴副署長（代理主席）

南投。

謝文輝代表

南投部立醫院。南投其實它還蠻穩定的，因為南投其實它會升為區域醫院是因為內部原因，他本身規模並沒有擴大，只是有一些原因，他不是一個新設醫院，已經很久，60 年。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

它是舊醫院升級。

謝文輝代表

舊醫院它升級，那它整個那個營業量都是維持穩定。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

對，其實它不算是，它是區域的新醫院而已。

謝文輝代表

對，它不是新醫院。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

請林義專委補充。

醫務管理組劉林義專門委員

就是大家看到我們的說明三裡面有寫，說明三裡面我們是經查

108 到 110 年新成立的區域醫院是部立南投醫院，那它是在 109 年的 1 月 1 號生效，那我們把它算進去，我們是用 110 年，就是用最新的一年，最新一年幫他算進去，所以沒有問題。

然後剛剛代表問的是說，那個區域級以上醫院的額度大概是多少錢？大概是 18 億多，那因為我們有看過去三年的數字，那的確 109 年跟 110 年的金額就比較少。

蔡淑鈴副署長（代理主席）

當然，那是一定的，所以用 108 年來反應真正的需求，因為也只用在今年而已，明年又採 RS 值分配，那今年也已經是受疫情影響的很嚴重的一年，所以我覺得是也沒也沒大家想像那麼嚴重，就是如果距離很近，然後大家就會爭執。其實現在距離是很遠的，預算還是充裕的，OK。好，大家是不是我們就今年就和平一點，然後讓它順利通過好不好？好，其它代表大家有沒有其它的意見，好，如果沒有的話，謝謝大家了，那我們這個預算分配就這樣子通過。今天是臨時會，各提案總是因為有急迫性，但是也沒有很多提案，那就是這樣，請問大家有沒有臨時動議？好，如果沒有的話，我們就謝謝大家今天的出席，實體會議有代表遠道而來，非常感謝，我們就開到這裡，謝謝大家，謝謝。