

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議
111 年第 2 次會議紀錄

時間：111 年 5 月 25 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）(*為線上與會人員名單)：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
申斯靜代表	申斯靜*	郭錫卿代表	郭錫卿*
朱文洋代表	朱文洋*	陳文琴代表	陳文琴*
朱益宏代表	朱益宏*	陳志強代表	陳志強*
何國梁代表	何國梁*	陳威明代表	邱琦皓*(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*	程文俊代表	游進邦*(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮*	童瑞龍代表	童瑞龍*
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	楊俊佑*
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	張必正*(代)	蔡淑鈴代表	蔡淑鈴*
邱仲慶代表	邱仲慶*	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	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*
張禹斌代表	張禹斌*	蘇東茂代表	蘇東茂*
梁淑政代表	梁淑政*		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司
衛生福利部全民健康保險會
台灣醫院協會

中華民國醫師公會全國聯合會
中華民國護理師護士公會全國聯合會

中華民國物理治療師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

侯俊良代表幕僚

台灣外科醫學會

臺灣兒科醫學會

台灣腎臟醫學會

財團法人器官捐贈移植登錄及
病人自主推廣中心

台灣麻醉醫學會

台灣泌尿科醫學會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

陳淑華*、周雯雯*

陳燕鈴*、盛培珠*

林佩菽*、董家淇*、許雅淇*、

吳昱嫻*、周國旭*、王秀貞*、

吳亞筑*、顏正婷*

潘仁修*、黃瑋絜*

梁淑媛*

陳奕穎*

宋佳玲*

黃羽婕*

王英倩*

林有德*

彭純芝*、林清淵*、王馨慧*

田亞中*、張靜宜*

劉嘉琪*、洪長發*

鄒美勇*、陳坤堡*

陳彥達*、王敘涵*

潘尹婷*、許寶華*、周珈卉*、

林辰*

楊秀文*、林巽音*、劉孟芸芝*、

林俊仰*

李純馥*、林興裕*、蔡瓊玉*、

楊惠真*、謝明珠*、李秀霞*

林純美*、李建漳*、郭俊麟*、

張智傑*、吳佩寧*、許寶茹*、

曾荃璞*、陳雅惠*、楊庭瑜*、

阮麗玲*

本署高屏業務組

林淑華*、許碧升*、黃梅珍*、
張曉玲*、郭怡妤*、邱佩穎*

本署東區業務組

李名玉*、羅亦珍*、林社萱*、
詹蕙嘉*

本署署長室

黃珮珊

本署醫審及藥材組

黃育文、連恆榮、陳綉琴、
黃瓊萱、黃詔威、簡淑蓮、
詹淑存、羅惠文、鄭碧恩

本署企劃組

吳箴*

本署資訊組

吳少庚*

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

黃兆杰、游慧真、劉林義、
韓佩軒、洪于淇、陳依婕、
劉立麗、吳秀蘭、陳玫吟、
賴昱廷、楊庭嫣

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：修正 111 年第 1 次會議紀錄討論事項第一案，決議事項第一點「醫學中心指標達成項數增加：最高以 10 項計算」修正為「醫學中心指標達成項數增加：最高以 11 項計算」。

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：洽悉，序號 2、3、4、6、7、9 解除列管，餘(如下)繼續列管：

(一) 序號 1【醫院總額之保險對象浮動點值跨區點值計算案及新藥預算分配方式案】。

(二) 序號 5【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(下稱醫事司)表示相關建議已納參一節，與會代表建議請醫事司具體說明參採之作為，爰持續列管】。

(三) 序號 8【住院整合照護服務試辦計畫】。

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 110 年第 4 季點值結算報告。

決定：

- 一、依 110 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配核定事項，新醫療科技若未依時程導入者，則扣減其預算編列額度，其中 110 年新特材項目未導入之預算有 0.63 億元，111 年基期費用不扣減，用以收載或調整新功能特材品項。前開扣減金額，納入本季結算扣減。

- 二、決定：110 年第 4 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	0.92861678	0.95535244
北區	0.95772525	0.96449907
中區	0.89408995	0.94085756
南區	1.01852562	0.99735778
高屏	0.93959207	0.96240293
東區	0.91962868	0.95105187
全區	0.92986983	0.96069898

三、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

四、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2. 專業醫療服務品質指標「門診用藥日數重疊率」等 6 項指標案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、「門診用藥日數重疊率」指標：修訂同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症之藥物 ATC 前 5 碼範圍增列 N05AC、N05AG。

二、「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」及「住院案件出院後三日以內急診率」指標：

(一) 修訂排除條件之早產安胎個案定義：「主診斷碼 ICD_10_CM：前五碼 04291 及全碼 04410~04413、04690~04693、04702~04703、06002、06003」。

(二) 血管支架特材代碼依核價類別變更修訂特材代碼更新為「CBP02A1、CBP06A1、CBP06A2、CBP06A3」。

三、「失智者使用安寧緩和服務使用率」指標：修訂失智症病人之主、次診斷碼前 3 碼刪除 G91 水腦症、F04 失憶症。

四、「門診注射劑使用率」指標：更新分子排除條件 A「因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品」部分，增修訂該等項目之定義摘要如下：

(一) 新增 Fondaparinux (如 Arixtra) 項目，用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE) (111/3/1)，依

藥品給付規定 2.1.4.1. 之 3. 每日一劑，最多 5 週。
定義為「ATC 碼：B01AX05 且處方前 5 週有申報人工
髖或膝關節置換術或再置換術（醫令代碼 64162B 、
64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、
64258B）」。

(二) 靜脈營養輸液(TPN)項目：新增「或不需調配之靜脈
營養輸液(111/1/1)」文字。

(三) 抗精神病長效針劑項目：原定義「ATC 前 4 碼為
N05A」更新為「N05AD01 HALOPERIDOL，且成分含量
為 50mg/mL；N05AB02 FLUPHENAZINE；N05AF01
FLUPENTIXOL；N05AX08 RISPERIDONE；N05AX13
PALIPERIDONE；N05AX12 ARIPIIPRAZOLE」。

(四) 慢性病毒性 B、C 型肝炎所使用之長效型或短效型干
擾素項目：增列且符合主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為
B16.0-B16.9, B18.0-B18.1, B19.10-B19.11,
Z22.51 (B 型肝炎)、B17.10-B17.11, B18.2,
B19.20-B19.21, Z22.52 (C 型肝炎)」或「同筆清單
有 C 型肝炎用藥 ribavirin 醫令(ATC 碼為 J05AP01 且
核價劑型代碼為 11)」。

五、「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」指標：增列
排除代辦案件：門診案件分類「C5」（法定傳染病通報且隔
離案件）。

第二案

提案單位：台灣醫院協會

案由：全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案之「同院所
門診同一處方制酸劑重複使用率」指標定義修訂案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、同意台灣醫院協會排除條件新增急診案件。

二、考量 Magnesium oxide(MgO)雖為制酸劑，惟臨床實務其適

應症包括「軟便」，同意與會代表建議，暫不修訂。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：111 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。

決議：

- 一、「罕見疾病藥費」結算邏輯自 111 年起修正為「國健署重大傷病罕病通報紀錄檔」審核通過之名單，取代原「重大傷病卡」之罕病註記。112 年並依新邏輯爭取預算。
- 二、有關「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算 10 億)」及「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)」2 項目之預算保留至實施之季別。惟有關各分區之預算分配，請台灣醫院協會協助整合，本署將依醫界共識據以辦理。
- 三、111 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式如附件 1。

第四案

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。

第五案

提案單位：台灣麻醉醫學會

案由：有關台灣麻醉醫學會建議增列移植手術之麻醉費加計 200% 案。

決議：

- 一、通過比照現行心臟手術、腦部手術、休克或急診而須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計 20%。
- 二、預算來源為 111 年度醫院醫療給付費用總額之專款項目「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」。
- 三、考量相關手術執行麻醉之衡平性，有關台灣麻醉醫學會建

議加計 200%部分，請該會提報成本分析表後再議。

伍、臨時動議

第一案

提案單位：台灣醫院協會

案由：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。

決議：

一、本項專款執行重點如下：

(一) 符合獎勵條件者，給付 100 點/日/人。

(二) 獎勵條件(RCC 或 RCW 病人)：已簽署 DNR 者，自簽署日起予以獎勵 100 點/日/人；給付實施前已簽署者，自給付實施日起予以獎勵 100 點/日/人。

(三) 以健保卡有 DNR 註記或院所有申報虛擬醫令代碼「DNR」之案件計算。

二、本項專款來源為「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」，全年預算以 3 億元為上限，若有超支，以浮動點值計算。

三、本案依程序提至全民健康保險醫療服務項目及支付標準共同擬訂會議報告。

陸、散會：下午 4 時 27 分

柒、與會人員發言實錄詳附件 2。

111 年醫院醫療給付費用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」。

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 $\times$ 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。

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)】 $\times$ (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)-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

※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。

(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)]+各分區風險調整移撥款

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：

110 年(含)：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。

111 年起：費用年月 111 年 1 月(含)起，國健署

DWM_HV_HPAHVRS(重大傷病罕病通報紀錄檔)之保險對象

【NOTIFY_STATUS(通報狀態)=2(審核通過)】，其任一主、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「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)。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 111 年 2 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. 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。

項目	擷取條件
思覺失調症	追扣補付原因別:1A3 /2A3 思覺失調症方案-基本承作及發現費追扣補付、1A4/2A4 思覺失調症方案-品質獎勵追扣補付。
B、C 肝個案追蹤方案	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。
孕產婦給付方案	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。
早期療育方案	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。
慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案	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」，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」，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，地區醫院每人每日 290 點，109 年 1 月起支付 287 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」，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 萬元/12)×實施月數，最低「4」科(900 萬元/12)×實施月數；「3」科(800 萬元/12)×實施月數；「2」科(700 萬元/12)×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)×實施月數；「3」科(300 萬元/12)×實施月數；「2」科(200 萬元/12)×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/Σ 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。

(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. 住診醫令代碼 P7201B「住院整合照護管理費(每日)」，醫令類別 2 或 X 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 藥品特殊品項註記標記為「F」品項之醫令點數(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」、「早期療育門診醫療給付改善方案」，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」、「C 型肝炎用藥」、「鼓勵院所建立轉診之合作機制費用」。

(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)、獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」(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保障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 季各區 門住診平均點值
一	門診、住診之藥 事服務費	區分	門診、住院醫療服務點數清單 段之藥事服務費乙欄	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	住院醫療服務點數清單段之手 術費乙欄	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院醫療服務點數清單段之麻 醉費乙欄	麻醉費	
六	血品費	區分	門診、住院醫療服務醫令清單 段之醫令碼為 93001C~93023C	醫令點數	
七	地區醫院急診診 察費	區分	門診與住院醫療服務醫令清單 段之醫令碼為 01015C、 00201B、00202B、00203B、 00204B、00225B、01021C	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 分區門住診平均點值 小於當季浮動點值， 該分區該季偏遠地區 醫院之浮動點數以當 季浮動點值核付。

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季各區 門住診平均點值
九	地區假日及夜間 案件(不含藥費) (註 2)	區分	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)	申請費用+ 部分負擔- 藥費	
十	加護病床之住院 護理費(註 2)	區分	醫令代碼 03047E、03048F、 03049G、03037A、03041A(醫令 類別 2、X 及 Z)。	加護病床之 住院護理費	

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。

附件、地區假日及夜間案件(不含藥費)及加護病床之住院護理費之操作型定義

(一) 地區醫院假日、夜間門診案件(不含藥費):每點支付金額 1 元

1. 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)。
2. 假日、夜間門診案件之定義如下：

(1) 假日：

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「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式」點數清單段：「診察費點數」欄位之點數。

(2) 夜間：

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: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)。

3. 藥費：係指「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式」點數清單段：「用藥明細點數小計」欄位之點數

(二) 區域級以上醫院加護病床之住院護理費:每點支付金額 1 元

1. 區域級以上醫院係指特約類別為醫學中心及區域醫院者。
2. 加護病床之住院護理費醫令代碼 03047E、03048F、03049G、03037A、03041A 之醫令點數(醫令類別 2、X 及 Z)加總。

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
111 年第 2 次研商議事會議-與會人員發言實錄

壹、主席致詞

主席：

各位委員大家好，我們人數剛剛林義專委說已經有過半了，就開始今天的開會。各位都有聽到我的聲音吧？有，今天開會之前的話，我們先介紹新的代表，首先是我們的護理師護士公會全國聯合會的洪世欣代表，請問洪世欣代表在不在？有，也跟大家現場 say hello。

洪世欣代表：

署長好，各位現場代表好。

主席：

好，謝謝。另外一位就是醫事檢驗師公會全國聯合會的李承光代表，請問李承光代表在不在？

李承光代表：

署長好，各位現場代表好。

主席：

好，OK。我們就開始今天的開會，因為現在畢竟疫情也是比較複雜，大家都要自己要小心。什麼時候會得到感染的話，都很難講，

不過就是與病毒共存大概是目前的一個情況。各位也知道說其實最近的時候，我想政府那邊的話，對於相關的就是我們在做 PCR 檢驗的話，明天開始會用快篩來取代確診，就是將來的一個方向，不過我想各個醫院不管醫學中心，區域醫院，地區醫院的話，就是大家也還很辛苦，不過再撐一下，看看整個的一個疫情會不會比較穩定好不好？好，那我們就開始今天的研商會議，請林義專委開始報告。

貳、本會上次會議紀錄確認

醫務管理組劉林義專門委員：

好，請各位代表翻開手上的研商會議的資料，首先是上次會議紀錄的確認，請各位代表看到第 5 頁到第 13 頁的部分，看有沒有問題？我們在這裡要先更正一下，大家看到討論事項的第一案，就是前次會議紀錄的討論事項第一案就是第 9 頁的部分，有個數字要更正，就是醫學中心的指標達成項數，上一次誤植為 10 項，請修正為 11 項，以上。

主席：

好，這一部分各位委員有什麼意見有沒有？好，沒有，我們繼續。

醫務管理組劉林義專門委員：

好，接下來是報告事項第一案。

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。

(業務單位報告)

主席：

好，謝謝。各位代表，請問一下對於報告一有沒有什麼意見？沒

有，我們進入報告二，朱理事長請說。

朱益宏代表：

好，謝謝主席。就是剛剛追蹤事項 4 是建議解除列管，但是我的書面資料，我這邊看到的是持續列管，是誤植是嗎還是？

醫務管理組劉林義專門委員：

對，就是追蹤事項的第 4 項，然後還有追蹤事項的第 6 項，本來都是因為還在報部中，不過部已經核定 6 月 1 號生效，所以我們就是第 4 項跟第 6 項就同時解除列管，以上說明。

朱益宏代表：

好，另外就是對於第 5 項，就是新設醫院這一部分，這個醫事司的回復說已經納參了，那不曉得這一部分納參結果到底是怎麼樣？他們內部討論的狀況是有什麼建議，是不是讓我們知道一下？不然解

除列管就是衛福部那邊討論的情形，我們就完全都不知道，又斷了線。

主席：

醫事司今天有出席嗎？沒有，好，那我們再去了解一下情況，這個就是繼續列管好不好？我們有消息再跟各位報告好不好？

朱益宏代表：

好，謝謝署長。

主席：

好，假如沒有，我們進入報告二。

報告事項第二案：

案由：醫院總額執行概況報告。

（業務單位報告）

主席：

好，謝謝，請問各位代表對於剛剛的報告，有沒有什麼要補充的？

請朱益宏代表。

朱益宏代表：

好，謝謝主席，我有三個問題。第一個就是在 29 頁這邊提到的說，愛滋病確診服藥滿 2 年後的案件成長率，我不知道怎麼有那麼大的差距，有些區就一百多%，有些區就減一百多%，而且這裡面的變動其實還蠻大的，這個是因為它案件太少，所以每一區稍微有變

動，這個百分比就很大，是這個原因嗎？這是第一點。

第二點就是在 51 頁，投影片 51 頁有提到 PVA/MEA 還款，原來廠商還款是每一年還一次，我不知道現在是按季還（還是年還），因為在藥品共擬會議是希望健保署以後還款按季還，所以這個 111 年的 1 到 3 月就是按季還，還是說這個數字還是廠商一年還一次？這是第二個問題。

第三個問題就是 52 頁，52 頁我們藥品給付規定改變的有 111 年的預算是 6.22 億，但是在一到三月申報的項目中已經是 53 億，那個健保署（簡報資料）上面那個一是用億，然後這邊是用百萬，所以我還把它換算一下是 53 億，這個是為什麼差距那麼多？是不是要說明一下？這三點，謝謝。

主席：

好，請說明的 29 頁。

醫務管理組劉林義專門委員：

就有關剛剛朱代表提的第 29 頁簡報，就是愛滋病確診服藥滿 2 年以後的案件，這邊呈現的是有關費用的部分，大家可以看到其實去年同期是大概 6 百萬，今年同期是大概 7.4 百萬，所以假如就整體來講的話，其實成長大概是 18%，去年相較於前年是負 9% 多，所以整體來看是還好。不過當然我們把這個數目分到各分區的時候，就

會因為就像剛剛朱代表講的，因為它金額比較小，所以可能有一二十萬的那個變動，成長率的幅度部分就會變得比較大，應該是這個原因。

主席：

好，第 51 頁，請醫審組說明。

醫審及藥材組黃育文副組長：

好，醫審這邊補充，對，投影片第 51 頁那個還款，現在目前就是按季還，以前是年，那現在都改成按季。然後另外第 52 張投影片的部分，就是 6.22 億是指今年要新收載品項的預算，然後下面那個 1 到 3 月的申報數量是沒有扣掉替代率，全部就是收進來的新藥所有的申報的點數。以上說明，謝謝。

主席：

好，各位代表還有沒有什麼那個意見？

朱益宏代表：

主席，再詢問一下。就是第 52 頁這邊是說這 53 億是沒有扣掉替代率，那扣掉替代率是怎樣呢？到底預算執行的狀況，因為我們這邊其實主要是要控制預算，醫審這邊是不是告訴我們它如果扣掉替代率的話，是怎麼樣一個情形？

醫審及藥材組黃育文副組長：

好，跟朱代表說明，我剛剛有口誤，這個不是新藥，是給付規定改變的部分，所以第一項 6.22 億就是新增藥品的給付規定改變的部分，也就是只有新增給付規定，而申報是指全部，因為有時候一些藥它的給付就是一個適應症、兩個適應症一直在增加，我們沒有特別再去把它算是哪一個適應症的申報，或每一個給付的範圍扣掉多少替代。所以就沒有呈現朱代表所說的那個扣掉替代率的部分，謝謝。

朱益宏代表：

所以這個意思就是它其實它不是新藥，它沒有替代，它是增加給付規定，就是原來這個藥是給付，只有給付 A，現在給付 A+B。

醫審及藥材組黃育文副組長：

對，是申報 A+B。

朱益宏代表：

所以多的 B 它其實是沒有替代，它完全就是新藥。

醫審及藥材組黃育文副組長：

對，是申報 A+B。

朱益宏代表：

那我們的預算是 6.22 億，但是已經用了 53 億，報告署長，這個就是我們點值很差的原因啊。

醫審及藥材組黃育文副組長：

等一下，朱代表跟您說明，那個 53 億是全部，就是您剛剛講得沒有錯，申報 A+B 的部分。但給付規定改變只有 B，是在 6.22 億裡面。譬如說原來只有給付 A，現在變成 A+B，那個 6.22 億會是放在 B 的部分，可是現在這裡 53 點多億，它講的是 A+B 全部。

朱益宏代表：

不是，報告署長，因為這個我覺得這個數字其實預算差太多，當然細節我覺得這邊是討論不完，是不是拜託署長內部也可以去了解一下醫審這邊？因為如果你說預算 6 點多億，變成 7、8 億，我覺得大家或許還可以接受，但是變成 53 億，這個實在差太多。因為你新藥給付規定改變以後，如果不控制的話，事實上就是點值變得很差，然後就是每一家醫院就要來攤扣，這個我覺得對於整個總額的點值穩定是非常有影響的，以上，謝謝。

醫審及藥材組黃育文副組長：

朱代表，它不是 6.22 億然後變成 53 點多億，不是這樣子。就是我剛剛有說明的部分，6.22 億是新增給付的範圍的預算，但是申報我們是指全部，就是包括舊適應症的申報，我們沒有去把新跟舊的原來的那個給付範圍去做切割，因為如果要這樣做切割，會變得非常複雜，因為每一個藥它的給付規定都非常地多，所以我們這邊呈現

就是我剛舉例說明。它原來已經有的給付規定也都包含在這個 53 億的申報裡面了，但是今年 6.22 億只是給它新增加的那一個部分，是這樣子，所以不是說 6.3 就變成 53 點多，不是這樣子，跟您報告一下。

謝文輝代表：

那你舊有原來共多少，也應該要呈現，才知道新增範圍增加這 6 億多夠不夠對不對？理論上是要這樣啊，不然你講這樣的數字，根本就沒有參考意義了。

主席：

請藥品科的連恆榮科長說明。

醫審及藥材組連恆榮科長：

這邊跟代表們報告，在藥品給付規定範圍改變的這一塊執行率計算，因為常常會涉及到在適應症或是它擴增的那個範圍，沒辦法去做一個就是預算執行上的一個釐清，所以在之前我在總額部門的報告，都是用全部的申報說明，就是這個章節如果有調整過的話，那我們就用這個章節的申報點數來做一個報告。未來我們在 111 年的預算，已經用一個 HS 作業模式來做預估了，未來在整個預算的控制掌握部分呢，我們會來調整。以後在報告的時候，我們會報告的一個內容就會是比較接近在預算編列的那個額度裡面來去做一個處

理。111 年的這一個預算，有關給付規定修訂生效的這個章節，上次在我們的總額預算的研究小組有先討論了一下，未來對這一個執行率的這部分，我們會再做一個調整，用生效給付範圍，把實際申報的點數做一個調整後進行報告，以上說明。

主席：

基本上是這樣，我想這個藥品的部分是一個很大的一個議題，也是我最近一直要跟他們在做討論的。我想這一部分的話，我們再整理，再寄給各個代表做一個了解說，他現在講的東西，因為我一直跟他們講說不要說，有些東西不要變得很濃縮版，濃縮版的事實上大家都不容易了解我們每一個，我們自己健保署的一個思考邏輯，今天就這樣的一個報告好不好？各位還有沒有什麼意見？沒有的話，我想拜託禹斌組長，因為各位知道說，其實在整個剛剛提到的幾個那個這些點數，一些各個醫院問題的時候，當然我自己是知道這個有時候是一個自然的過程，因為每一個醫院它自己的申報的量，它的服務量，到最後就是說我們的那個量就那麼大，我們總額的情況下，它點值就是一個變化。當然這個東西最後變成到最後就很多的議題就跑出來了，當然你們也知道說，那個醫管組現在跟醫審組都是也一個叫 BI 的概念在管理，那禹斌組長你要不要跟大家講一下說你對於這個 BI 的一些，我們有請各個分區針對我們假如

預設點值多少的時候，我們會很多的資訊會出來，會拜託我們各個分區的組長會主動跟各個醫院做這樣的一個對話。

醫務管理組張禹斌組長：

好，謝謝署長。跟各位代表報告，其實我們今年的管理工具大概是透過 BI 的方式去做管理，但平常可能各位有聽過署長的演講，大概都有講到幾條線，我們已經把它資訊化了。昨天是有跟署長報告，最近各醫療院所因為疫情的關係它的成長情形，然後我們裡面有設計一個就是目標點值，現在各分區是會有自己訂目標點值，當我們把目標點值設在 1 點 1 元的時候，確實每家醫院都還是超過量，這是從六個分區來看，大概都是這個情形。那以臺北來說，它的目標點值設在 0.9 幾，我不要講多少，很多的醫院還是超過，大概有一兩家是沒有。另外，舉中區來講，中區不管是設 1 或者是設零點幾，幾乎全部都超過了。現在是跟各位代表報告是說，這整個系統的設計已經變成越來越彈性了，我們已經把這個工具也提給六個分區去做管理，各分區的組長以後可能每個月必須要跟各位代表的所轄的醫院再溝通一下，是不是在下個月的醫療行為是不是要做一些修正？如果每個月這樣分別的管理，我相信以後那個點值或者是數量，應該可以達到比較合理的地方？至少也有在攤扣，或者是說你們自己醫院斷頭會比較少看見，這部分我會再跟各分區的組長

再做一個報告，以上。

主席：

好，謝謝禹斌組長。也請各位代表了解，因為總額就是這個樣子，那後面的第三個報告也是在講那個預估的點值那個東西，事實上我一直覺得就是說在整個一個健保管理的話，的確，也不只有醫院跟醫師的管理，其實民眾的管理也很重要。當然就是我們每個民眾看病的就醫的可近性是很方便，是沒錯，那的確就是為什麼就是我們一直在認為分級醫療很重要，我們認為部分負擔是一個考量的一個因素，其實不是沒有原因的。各位看了那麼多一些 PowerPoint 在那邊講講講，其實就是每個病人來，你就是要給病人治療，所以治療那個部分的話，就是費用一定是不是我們健保署能夠控制的，我想就是大家必須要有這樣一個概念好不好？好，我們進入報告三好不好？來請。

報告事項第三案：

案由：110 年第 4 季醫院總額點值結算報告。

（業務單位報告）

主席：

好，謝謝。各位代表對這個浮動點值、平均點值就是有沒有什麼特別的好的方法啊？因為說實在地，這個不是一家醫院的問題，這個是臺灣所有醫療體系的問題，所以，反正我會盡力，這個也是我自

己的一個目標，因為我一直跟各位報告說，我覺得點值不是說我們的一個點值，根本就是我們醫療體系都是被動的，病人來不來的時候，事實上會影響很大的一個因素，但是我們就是說至少，我們希望就是說有一些部會，像最近的時候，你看 COVID-19 的時候，其實就是我們一些付出的代價，那就是變成說，特別預算要給我們這樣一個支持的時候，我們就比較好做。假如說是純粹都要從健保裡面的話，可能就是說還是大家做更累，也是更辛苦。所以我是覺得說，這個可能是我自己的一個心得，就是說大家不必做得那麼累，我們的總額能夠做有效的利用，這個比較實在好不好？如果報告上沒有什麼問題的話，進入討論事項好不好？來，討論一。

肆、報告事項

討論事項第一案：

案由：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2. 專業醫療服務品質指標「門診用藥日數重疊率」等 6 項指標案。

主席：

好，謝謝，關於這些指標的部分的話，各位代表有沒有什麼要補充的？

朱益宏代表：

同意修正。

主席：

好，不過我是覺得有一些東西，可能各位代表也稍微留意一下，像抗精神病長效針劑，各位看起來就是我們當然就說要有專款，然後也希望醫院跟診所都能夠用，最近就是有診所的醫師是跟那個報社在講說，其實他們覺得說對這個東西在用的時候，他們就是很不以為然，他們就覺得說其實就怕增加他們被核刪，可是因為這個長效針劑部長已經都核定用專款，又有獎勵的事項了，理論上應該是最沒有壓力的。可是我覺得說，當然有時候每一個醫療體系對病人就是真的用心，這很重要，其實這個長效針劑到目前看起來用的時候都還是在醫院在用，在那個診所用的量也不多，的確就是當然精神科醫學會它們本身來講，有一派就是認為說這個長效針劑，事實上是對病人是有幫忙的，所以有一派認為說這些病人是很難救，所以說我們覺得各位醫療人員可能就大家要認定一下好不好？好，假如沒有意見的話，討論一就這樣。好，那我們進入討論二。

討論事項第二案：

案由：全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案之「同院所門診同一處方制酸劑重複使用率」指標定義修訂案。

（業務單位報告）

主席：

好，各位代表有沒有什麼意見？其實我跟各位代表報告，其實那一天他們在跟我報告這個案子的時候，這個 MgO 一顆才兩毛錢你知不知道？那兩毛錢也再列入一些什麼管理的指標，我認為這個實在是有一點實在是大材小用，不知道這個要不要再說明清楚一點？看看各位代表有沒有什麼意見，一個兩毛錢的藥，也在管理認證。

醫務管理組劉林義專門委員：

好，這個第二案講的主要是我們品保款裡面有一項指標就是制酸劑的部分，這項指標是台灣醫院協會有來函說有關於這個指標定義的部分，他們希望在排除條件能夠新增把急診也一起排掉，急診就不要計算在裡面了，這部分我們是同意，不過當我們在檢視這個自酸劑的指標的時候，我們同時也發現就是像我們剛剛署長講的，有個 MgO 的就是 A02AA02 這一項的藥品，那其實它的性質也應該是屬於制酸劑，不過原來在計算的時候，是有把它排除，那因為它的性質也還是制酸劑，所以我們是建議說那就是再把它納入，然後再來就是看各位代表有沒有其它的意見這樣子。好，原則上醫院協會是建議把這一項排除，這一項我們是同意這樣子，以上。

主席：

好，各位代表有沒有什麼要補充的？請朱益宏代表。

朱益宏代表：

我同意健保署的意見，只是署長剛剛提到的 MgO 才兩毛錢，確實也不需要花時間去管控，但是我不知道剛剛林義專委講的說再把它拿回來是怎樣，是署長說不用管，那林義專委說要再把它納進來還是怎樣，我是覺得其實不用啦，MgO 這個其實很普通，而且真的用的這個……。

主席：

這兩天拜登講要保護臺灣，明天又要講另一套，所以我不知道怎麼講。

謝文輝代表：

MgO 有的時候也是做軟便劑用的。

朱益宏代表：

有啦，我是覺得就把它排除，那個沒有影響多少。

主席：

好，就這樣，因為我想這個多討論也沒有用，各位代表應該沒有意見吧，這兩角不是兩元，兩毛錢，還管得那麼認真。主要是我是覺得健保署要管的東西，事實上是要有重點，就是有一些東西看起來很認真，一些指標一大堆，其實大家都累得要死，就像最近你們不是看到居家照護嗎？很多指標，我是看來看去這個是申請 5 百塊錢，那個申請是 2 千塊，這個多少，那麼多指標，其實我是覺得大

家看了，當醫生當得那麼辛苦也是很累，到最後變成說在那邊搞定指標，我是覺得可能大家可能要稍微用點腦袋。

謝文輝代表：

我是覺得醫院協會提的那個急診排除是有它的必要性，那林義長官也說那個可以排除，那就不需要再另外再把 MgO 拿進來了，就原來的再新增一個排除急診案件這樣就可以了。

主席：

好，就這樣了，好不好？

謝文輝代表：

看林義專委有沒有什麼特別的意見。

主席：

林義專委有沒有什麼特別的意見？來，沒有，沒有我們就第二案就先這樣好不好？我們進入討論三。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）：

主席，我可不可以確認一下那個 MgO 是排除對不對？因為我記得以前 MgO 會把它拉掉，因為是它有時候是拿來做軟便劑使用，而不是就拿來做制酸劑，所以以前是把它拿掉，現在又把它加進來，我們是建議它還是拿掉？

謝文輝代表：

不要再加進來了，維持原狀，不要再加進來了。

醫務管理組劉林義專門委員：

就我們剛剛署長已經做了裁示了，就是 MgO 的這個部分，還是一樣從這個指標的定義中排除，以上。

謝文輝代表：

謝謝。

主席：

好，就進入討論三好不好？來。

討論事項第三案：

案由：111 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。
(業務單位報告)

醫務管理組劉林義專門委員：

好，討論事項第三案，是有關 111 年整個醫院的總額分配，跟點值的結算方式。劃線的部分就是我們這一次修正的一些重點。第一個首先是有關一般服務部門結算的重點，就是討 3-1 頁的第二點這個部分。括號一是有關於 110 年新特材沒有用掉的部分預算 0.6 億元，這部分是在 110 年的預算有扣除，可是在 111 年的基期我們是沒有扣減。

有關第三點的第二項，就是在 111 年，也就是在今年裡面我們有兩項預算，一項是社區醫院的 10 億，另外一項是區域以上的 20 億，

這兩項的用途，就是依照部核定的內容，社區醫院是要用於地區醫院假日或夜間門診案件採固定點值以及提升首日護理費的三成的部分。那翻過來在區域級以上醫院的 20 億，其中有 10 億的用於加護病床的住院診察費、病房費可以採固定點值這一塊。另外還有一塊也是屬於首日護理費的部分。當然我們上次的會議還有一些同一療程的部分，也是用這些費用來支應，這個是屬於 111 年核定的內容。

台灣醫院協會在 5 月 23 號針對這項有來函建議，他的建議總共有三點，那第一點就是有關區域級以上醫院，20 億用的一個部分，區域級以上醫院是暫無反對的意見。然後第二個是有關社區的部分，社區醫院協會就是今年度新增的額度項目其實也還沒有決定。第三個是裡面有提到一個就是說，醫院協會這邊是希望說能夠追溯到 1 月 1 號實施的這一塊，這一塊因為我們剛剛在追蹤事項也有報告，就是衛福部核定這些支付標準，有核定生效日是要從今年的 6 月 1 號起生效。所以假如這樣的話，就變成就沒辦法追溯到 1 月 1 號。而且也因為社區醫院協會要保障的部分的項目也還沒有決定，所以我們是建議說為了讓各層級一致，所以建議本項是不是就比照去年？因為 110 年我們這一項的預算也有地區有 5 億，然後區域有 10 億，我們在那個時候也是把這個預算保留到實施的季別，假如社區

醫院協會那邊保障項目確定的話，應該可以在第 2 季實施。所以這 30 億元就會保留到實施的季別來實施。

現在就是第六點的部分，預算要怎麼分配到各分區的部分，因為去年這一項我們是用 108 年的實際使用值來分配到各分區，然後次年再回到 RS 來分配。可是去年這樣分配的結果，就有些分區，因為我們是用 108 年，所以它在 108 年、109 年、110 年，假如有些新設醫院的話，其實就不會被算在裡面，可是假如我們用最近，譬如說用 109 年，或用 110 年，那又會受到疫情的影響。所以我們是綜合考量，我們就把這兩件因素綜合考量，就是疫情的影響跟新醫院設立的因素都把它綜合考量的話，所以我們是建議這 30 億，假如保留到第 2 季，然後之後要劃分到各分區的時候，我們是不是就用近 3 年，也就是 108 到 110 年，這 3 年申報點數來平均的占率來分配，就是今年用實際值，可是實際值我用的是最近 3 年，就是 108 到 110 年，有關於這三項實際的點數的占率，各分區的占率來分配。那當然還是一樣，112 年起這 30 億還是要回歸由一般服務預算的地區來分配，就是回歸 RS 的機制。我們是不是先就這一項來做討論？以上。

主席：

好，請各位代表發表看法，請。

朱益宏代表：

剛剛林義專委講說，社區醫院協會這個案子我們還沒有訂，其實我們內部在3月份開臨時的理監事會議的時候已經討論過了，也已經定案了。那我們也透過醫院協會正式函文給健保署，就是希望地區醫院今年的10億用在住院的這一部分的保障，那主要用在住院的一般，急性一般病床、急性精神病床還有急性的經濟一般病床，急性的經濟精神病床的病房費、診察費跟護理費這些項目。當然這裡面我們是希望健保署幫忙試算一下，因為去年的預算是5億，但是我們有超支，所以在剛剛前面的這個追蹤事項裡面，已經有講了，那我們協會也很負責地，我們把試用的條件去做了一些限縮，那這些項目呢，我們在限縮條件的狀況之下，應該是不會超支，那可能還會有剩餘，如果有剩餘的話，我們希望就是剩餘款看看剩多少，如果還有餘裕的話，我們希望在加護病房的診察費、護理費跟整個病房費這邊，看看剩多少，我們再來做部分的保障。以上補充。那這一個方案我們是已經定了，剩下來大概就是健保署這邊幫忙試算一下，如果沒有超額的話，應該就可以定案了，以上。

主席：

好，謝謝，林義專委要不要回應一下？

醫務管理組劉林義專門委員：

好，假如社協這邊有需要我們提供數據的部分，沒有問題，我們都會提供，以上。

主席：

好，還有沒有代表有意見？

醫務管理組劉林義專門委員：

不曉得各位代表對我剛剛講的，就是說第一個，這 30 億的預算就保留到第 2 季再來實施，這是第一點。然後第二點是那假如要分配的話，要分配到各分區的話，就用近 3 年這些項目的申報點數，各分區的平均占率來分配，不曉得對這兩點有沒有什麼樣的意見？

主席：

請游進邦代表。

游進邦代表（程文俊代表代理人）：

主席，因為那個基期用近三年 108 年到 110 年，108 年是一個最正常的一年，大概各區大概都意見不大，比較大的是 109 年、110 年，109 年大概是北區，臺北區大概影響比較大，那去年 110 年大概也是北部的醫院影響比較大。那新設醫院的部分的話，這 3 年來大概我看臺北區大概就是輔大、土城醫院還有臺大癌醫，所以這三家也是新設，那北區的部分是中國醫大，還有臺大新竹生醫，那我不知道這樣的一個加總起來，這 3 年加總起來是不是有把這樣子的

一些因素都把它沖淡？感覺上以北區或者是臺北區會覺得說，我受疫情影響比較大，怕會吃虧，對南區來講，我都沒有新設醫院，你把新設醫院加進來的這兩個年度是不是他們也吃虧，這個有沒有辦法有一個比較明確的一個定義？我想大家應該是希望說，就比較一個公平的機制，大概也不會想說彼此去吃到各分區的一個額度，以上。

醫務管理組劉林義專門委員：

對，就是誠如游執行長剛剛講的，就是因為我們去年在分那個 15 億，就是區域保障 10 億，然後地區保障 5 億的時候，我們用的只有用 108 年，因為那時候就有委員說 109 年以後就受到疫情的影響，所以會比較不準。可是問題是也有一些新的醫院就在這個時候成立，所以呢，我們就想說那是不是綜合考量這兩個因素，那用最近 3 年，是不是剛好這兩個因素就可以互相地沖抵過去，能夠比較穩定這樣子。所以我們才提說那是不是今年的這 30 億要不要照 108 到 110 年的平均的一個占率來分？那就是看各位委員，因為就像游執行長講的，我們會這樣考量，就是想兼顧這兩種因素，就是疫情影響跟新醫院的設立這兩種因素，以上。

謝文輝代表：

應該可以。

主席：

好，我們繼續。

醫務管理組劉林義專門委員：

好，就是這一次修訂的重點是有關這 30 億的部分。下面還有一個修訂的重點，就大家看到專款的部分，專款的括號二的這個部分，就是有關罕病藥費專款的結算邏輯，今年也打算做一個修正，會這樣修正的原因就是說，因為以前我們是把罕病視為是重大傷病的一種，所以它的結算邏輯事實上都是比照重大傷病，也就是說我們是用這個病人有沒有去領到這個罕病的重大傷病卡來認定，假如他有領到這個重大傷病卡，然後他當次就醫也是罕病相關的，我們才會歸到這個罕病的專款。假如當然是沒有被歸到這個專款就可能到一般服務去，我們最近有去檢視有關國健署的罕病檔，它在 111 年罕病病患的就醫大概有 1.4 萬人，但是當中具有罕病的重大傷病卡其實大概只有 1 萬人，也就是說，其中大概有 3 千多人是沒有拿到這個罕病的重大傷病卡，可是因為他沒有拿到罕病的重大傷病卡，所以它的就醫就可能會被我們歸到一般服務。這樣子可能相對地就會對醫院這邊就比較不公平。當然我們去了解說，民眾他為什麼不去申請這個罕病的重大傷病卡，其實原因也很多。有部分原因可能是因為他自己的個人隱私，因為有些罕病它可能也是屬於遺傳性的

疾病，也有可能因為這個人他已經有其它的重大傷病卡，也就是他不止罕病，他可能還有其它的重大傷病，他已經去領了其它的重大傷病卡，所以對他的就醫權益其實沒有影響。可是這些因為他沒有去領重大傷病卡，就造成這個費用就沒辦法報到專款，我們也覺得這個可能也不是很公平。所以我們在今年才會去修正這個邏輯，也就是說我們現行罕病的結算邏輯，大家可以看到討 3-3 頁括號二的第一點，現行的結算邏輯就是部分負擔的代碼必須要是 001，001 的表示就是說當時是用罕病來就醫，而且任一處置診斷也要符合罕病診斷碼的案子。而且最重要是要他領有罕病的重大傷病卡，會把它藥費加起來，就是由這個罕病的專款來支出。當然我們內部經過檢討之後，認為說不應該因為這個人有沒有領到罕病的重大傷病卡，而影響到醫院的結算的一個部分。所以會把它修正說，就不要以領有罕病重大傷病卡，就把它往前修正，就把它修正為是由國健署這邊只要它通過了，它是屬於罕病通報紀錄檔，審核通過得名單就可以。事實上就是只要是國健署通過得，其實到我們這邊都可以領一個罕病的重大傷病卡，關鍵只在於這個人要不要去領這樣而已。所以我們把它導到這邊來之後呢，大家翻到討 3-4 頁，預估整個費用大概增加 8 億元。當然罕病的部分，我們也有注意到新的罕藥也不能被影響，所以我們這邊有去估算說 111 年，就是今年預計

要導入的罕病新藥大概是多少錢。我們一年導入大概是 7.68 億，不過因為它是陸陸續續導入，它也不是都是在 1 月 1 號，所以我們用生效時間計算到今年年底的話，這個費用大概是 1.5 億，也就是說這個費用大概會增加 9.5 億。111 年其實有考量這個部分的因素，所以我們編的專款有比較寬估，也感謝健保會委員的支持。這部分專款總共有 87 億，假如我們改用剛剛那個部分加起來的話，大概是 83.5 億。所以還在預算額度內，所以我們建議說 111 年罕病的專款是不是就配合修正邏輯，當然 112 年我們就會再用新的邏輯去估算預算，然後再跟健保會這邊來持續地爭取預算，以上說明。

主席：

好，謝謝。剛剛那個林義專委講的邏輯是各位有，請林恩豪委員先發言好不好？恩豪在不在？沒有，我們請雪玲代表發言。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）：

我是臺大雪玲，我要反應一下就是剛才講的就是罕病這一件認定我們是非常贊同，因為我們真的很多罕病的兒童，他們家屬就不去申請重卡，很謝謝署裡的幫忙。我想要反應就是前面那一項，就是 10 億跟 20 億那個分配，我們覺得其實剛剛游執行長也有講說，就是對於臺北區跟北區，因為我們受疫情影響最大，即使用最近這兩年

來做分配，對我們這兩區還是有很嚴重的影響，我們是不是可以建議這兩項預算可不可以用保留，然後照全區照申報的占率是做分配，而不要照什麼前3年的這樣子來看，可不可以提這樣子的意見？我們會建議就是今年，剛才講說是6月就要開始實施，那是不是看最後面這2季各分區這幾項申報的總點數去做分配，而不要用歷史，因為歷史真的不準，可不可以用申報數，然後照分配到各區去？

主席：

請林義專委回應。

醫務管理組劉林義專門委員：

要跟雪玲代表說明，就是我們預算分配其實是要先分配，沒辦法說等到作完再分，因為就是要結算，就要知道有多少點數有多少錢，這樣才能夠下去結算。那你的意思說等到申報完之後，我再根據你的點數再去分配，這樣就比較晚了，所以我們是建議說，現在也是照你的實際的點數，只是譬如說照110年，照109年還是照108年，或者是就乾脆把它算一個平均數這樣子，就是到底要怎麼個分配？這個分配一定要先講清楚，要不然你說等到後面再來分配，那大家就衝了，越衝越多，不是錢越多嗎？這樣也不大合理，以上。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）：

可是你在結算的時候，其實已經有申報數了，這樣是比較準的，因為你用 109 年、110 年，我們都是這兩區都在疫情中，我們根本申報數很低啊，這樣的分配是不合理。

主席：

好，雪玲代表的意見也是蠻務實的，因為畢竟就是說在這一次的時候，他們在報告這個罕病的用藥，很多都是 off-label use，你知不知道？那 off-label use 它又不是按照剛剛林義專委講的就是說按照罕病的給付，而是從醫院的總額裡面，就各個醫院裡面申報一般的費用，所以就是我們必須要去面對這個問題，至於你剛剛提的東西，我們會提出來再討論一下好不好？請恩豪委員，請說。

林恩豪代表：

是，有關修正這個罕病的醫藥費結算邏輯，我有問題想請問，剛剛劉專委有提到，是因為有些人沒有去申請重大傷病卡，怕影響這些人的就醫權益，所以健保署就修正這個邏輯，大概是比現行多了 3 千人左右。請問一下，差這 3 千人，他的醫藥費就差 8 億多，這個差異是怎麼產出的啊？到底是差在哪裡啊？改變結算邏輯對這些人的權益有什麼改變？另外一個想問的是，如果現在健保署主動把這些人列入改由罕病專款支付，我聽起來是這樣，如果我講得不對，可以再說明。我們主動把沒有申請重大傷病卡的這些人列入，讓這

些人變得跟有領重大傷病卡的人員一樣符合要件，所以這些人跟有領重大傷病卡的人一樣，會收到一些補助，是這樣嗎？如果是的話，這些人沒有重大傷病卡，但是又給他補助(例如免部分負擔)，請問有法源依據嗎？最後一個問題想問，剛剛專委有提到，目前有領重大傷病卡的病人，與罕病相關處置的藥費會歸到罕病專款，沒有申請重大傷病卡的罕病病人，這些人的費用就會由一般服務預算支應，現在健保署發現了這個問題，希望這些人的費用改用這個專款支應。那這樣的話，也 OK，如果都回歸專款，這樣是不是也應該要從一般服務這邊移列一些費用過來專款？不然這樣兩邊都有預算，應該會有重複的部分嘛，如果都沒有從一般服務費用移列預算來專款的話，這樣是不是有重複編預算、重複給付的問題？以上是我有幾個問題想要請教，謝謝。

主席：

請回答。

醫務管理組劉林義專門委員：

好，有關林委員的問題，第一個是有關病人權益的部分，因為要不要去領這個罕病重大傷病卡，因為我們知道重大傷病卡是用申請制，所以就看這個人他有沒有需要，我剛剛也講說，側面了解就是有些人其實他是不願意去申請這個罕病重大傷病卡，因為他可能有

些隱私的問題。他假如沒有去領這個重大傷病卡，在他就醫的時候，假如他就醫的診斷是屬於這個罕病的診斷的話，因為我們的規定裡面是講說，你就醫的當次必須要是跟這個重大傷病卡所列的疾病有相關的，才可以免部分負擔。所以他假如沒有拿到這個罕病的重大傷病卡，其實他的就醫其實就是跟我們這個案子沒有關係，就是他原來沒有拿到重大傷病卡，他該部分負擔的還是該部分負擔，跟我們這個案子其實是無關。這個案子跟什麼有關？這個案子其實只是醫院裡面的費用的一個分列而已，就是說在以前我們是認為說罕病它也是重大傷病的一種，所以他假如有去領到重大傷病卡，他這個費用才可以被歸到專款裡面，這個是我們本來的邏輯在計算的規定。現在只是說因為就像剛剛那個緣由，不應該因為民眾他有沒有去領重大傷病卡，而影響到醫院的費用的一個分配，我們是這樣的一個概念。剛剛恩豪委員講說，大概罕病花多少錢，罕病的就醫大概 1 萬人，其實就花掉 74 億，因為罕藥其實就是很貴的一個東西，所以你說大概差 3 千多人，可是他假如就醫都是去領這個罕藥的話，其實費用也是相當貴，所以我們才會計算的結果，就是我們用 111 年國健署罕病檔裡面，已經有列為註記罕病的人，然後去跑它 110 年整個的就醫的狀況，去估計它的費用，大概會增加大概 8 億左右。這是剛剛講的一個數字的部分，以上。

主席：

恩豪代表這樣可以嗎？好，請施壽全院長。

施壽全代表：

是，我請教的是，各分區的預算分配，現在我們是採取綜合考量疫情與新醫院的因素來設定，所以用 3 年的平均，不過畢竟舊醫院數量比新醫院多很多，所以在疫情的影響的權重考量上，要不要有點不一樣？全部用平均，會不會對舊醫院有不是非常公平？這是我的問題。謝謝。

主席：

好，謝謝，回應一下。

醫務管理組劉林義專門委員：

因為現在只是說先提出我們的 proposal，因為照去年的經驗，就是大家又說又要排除掉疫情的影響，然後也要排掉新醫院的影響，所以我們就想說乾脆 3 年，還是這邊提議說因為，反正現在預算都第 1 季先不分配，就保留到第 2 季，還是我們請醫院協會這邊可以去綜整各層級的意見，看看這 30 億到底要怎麼分，因為下次會議我們就結算第 1 季，第 2 季是還有一點時間，就是看醫院協會這邊可不可以來盡速地有一個共識，看看這 30 億怎麼分，然後再跟我們講這樣子，以上。

主席：

好，謝謝，請恩豪代表。

林恩豪代表：

了解。剛剛劉專委的回覆，有一部分專委還是沒有講到，就是如果費用轉由專款支付，那跟一般服務預算一定是有重複的地方，費用應該有一些要從一般服務移列才合理，我知道也許這個問題現在問比較急，但我還是想知道這個邏輯改變以後，它的前後差異到底是在哪裡？希望健保署給我們一些比較詳細的統計及說明，如果真的來不及的話，也許我會另外在健保會提一個案，到時候再說明就好了。

主席：

謝謝，請謝文輝代表。

謝文輝代表：

主席，剛剛林委員提的那個，我想我們可以釐清一個觀念，本來你罕見疾病就是用一個專款給你，專款就是專款使用，它沒有用完就不會提到一般，那現在剛剛來講，如果林委員講的公平，就是以前沒有拿罕見疾病的，因為我們抓的條件就沒有把它抓來，其實那3、4千人沒有拿重大傷病的，他用的藥就是到醫院一般預算去拿了，所以是應該要補還給這個醫院的一般總額。所以現在如果用這

個你實際是符合罕病的，然後你用這個罕見疾病的藥，他就會都來使用專款，因為我們本來罕見疾病就是要用專款，這樣才不會去吃掉這個醫院一般總額，因為一般總額它不負擔這個罕見疾病的，所以林委員很有正義感，說你們有沒有吃到？我說有吃到，照以前可以算的，算一算，醫院的一般總額要還，因為沒有算在專款，那就是用一般預算，所以這個我的理解應該是這樣，所以林委員提這個很好，我想現在是在健保委員會要提說這幾年算一算要還醫院，這樣醫院吃虧。

第二個關於結算的那個基期，其實因為你很難去量化，到底新設醫院占的衝擊的比重是多少，疫情比重是多少，所以老實講選那一個基期都有人會有意見，那也都不見得公平。那當然大概就是用一年，像我們去年是用 108 年做基礎，那大家有意見，那 108 年就是說沒有疫情衝擊的，但大家有意見，那麼今年我想署裡還想說不然用 3 年。那我是覺得去年如果覺得 108 年是吃虧的，那今年就是用 3 年平均的應該就覺得比用 108 年好也是，但是終究沒有關係，明年以後它就回歸正常還是 RS 分配了，那其實我是覺得沒有一個方案，大家都會滿意的，因為其實我們都沒有非常精準地說，新設醫院它的衝擊比例是多少，疫情的衝擊比例，各分區的衝擊比例又是多少，我們事實上沒有辦法去做那個推估。所以我是建議，那個也

是用一年而已，去年也是用 108 年，那今年就是用今年，那用 3 年以後，明年它就回歸正常 RS 值分配。我是覺得不需要在這個問題大家再回醫院協會開會，謝謝。

主席：

好，謝謝，因為罕病跟別的病不太一樣，因為罕病它病人不太會不見，他基本上到最後會繼續治療，我想這個也是另外一個議題。來，請富滿代表。

林富滿代表（劉建良代表代理人）：

我的意見跟剛剛謝文輝理事長講的是一樣的，就是有關罕病的部分，是過去在計算方式的時候比較嚴格，其實現在只是回歸本來醫院在規範的，就是罕病的部分要到專款去，現在只是回歸說，所以我要跟林委員報告，其實我們這樣的計算方式只是回歸本來的規定，跟病人的權益其實沒有太大的影響，而且也不會有重複的問題，以上。

主席：

林委員想的跟你有一點不太一樣，他會想說這個一般的總額是不是要再減少一點。好，請雪玲代表。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）：

不好意思，我就是還是要反應一下，就是可能還是要考量，因為最

近兩年因為被疫情影響，我們根本就被要求降載，這樣分配是不合理的。那剛才林義專委有講到說，怕人家衡量，衡量這件事情其實是各分區是可以監控的，我們會建議說是不是依實際數來做分配是比較合理的。因為我們去年、前年都是被要求降載，包括今年也是，然後說之後滾入 RS 值，那今年的分配就少，那滾入 RS 也相對少，這對我們這兩個分區長期就是會陷入不公平，我還是想請署裡這邊還是要參考一下，我們這兩區的情況。

主席：

好，謝謝。這個議題就差不多了，我想就是說……。

謝文輝代表：

我想 108 年大家都沒有衝擊疫情，也可以考慮。

主席：

好，我想討論三我們大概就是有一個共識，就是醫院協會大概也可以給一些意見，我想重要的是林義專委你趕快整理一個資料給大家再參考一下看大家怎麼做一個決定好不好？

醫務管理組劉林義專門委員：

那這個就請醫院協會整合？

主席：

好，我們會跟各位再做那個，不過剛剛林義專委提醒我，那個 3-3

裡面第六項那個預算的那部分的話，請醫院協會代表幫我們再做一個意見的一個回饋好不好？好，那我們進入討論四好不好？來。

討論事項第四案：

案由：新增「腎臟移植諮詢費」診療項目案。

（業務單位報告）

主席：

好，請各位代表提出意見，請腎臟醫學會。

臺灣腎臟醫學會田亞中醫師（林口長庚紀念醫院/腎臟科主任）：

署長、各位代表，謝謝讓我們有這次參加的機會。這項我想也是很好，我是林口長庚腎臟科系主任田亞中醫師，代表腎臟醫學會來這邊有些意見代表提出來。第一件事就是說我們現在移植第一個執行規範裡面是講說，諮詢參與人員包括移植團隊的外科等等，那實際上我們很多醫院的移植團隊是包括腎臟科，為什麼這樣講？因為很多的一開始的諮詢是在腎臟科，所以我們是建議把這個諮詢參加人員把腎臟科醫師，尤其是這個移植團隊的腎臟科醫師要加入。

第二點就是說這個移植諮詢的這樣的，我想執行面來講，大家可以看看就是說每年有一萬個新的病人，那要諮詢 15 分鐘，我剛剛算了一下，以 30 家移植醫院，有移植醫院來講的話，每週，52 週來講，每週要有 3 個這樣的門診，4 個小時都一直在做這個諮詢才可以完成。那我想說會不會對其它的不管是移植團隊來講等等的話，

這個光是這個諮詢時間加上門診是 1 個禮拜要 3 個諮詢的門診在做。好，那這是第一點。

第二點大概就是說這個規章是不是要排除 60 或 65 歲以上，為什麼？因為我們登錄的病人呢，基本上很多醫院大概實質面來講，65 歲以上的大概很少會來做這樣的諮詢，因為你看很多在 60、70 歲以上的病人，有時候這樣的諮詢，有時候對他來講可能意義不大，因為你登錄中心雖然說不能排除，但是有些 65 歲以上我們會道德勸退，這樣的諮詢是不是要這樣年齡的限制？然後再過來是講到這一個透析要進入這個移植諮詢才不給付，重大傷病要這樣才能開出來永久。第一個問題大概就是我們很多重大傷病是中小醫院甚至門診在開的，醫師在開，那不是每一家醫院都有像大醫院一樣有移植的門診，所以這一類的病人呢，尤其在 3 個月內他才剛洗腎，有些都還不在，我們是擔心要提供這樣的諮詢，但是把它放在這個重大傷病的給付標準，對一個診所、小醫院或者中型醫院，大概他沒有這樣的移植門診，勢必要往外去找移植醫院來諮詢。另外來講就是說很多在開重大傷病的時候，甚至他是一些在醫院已經因為其它疾病進入洗腎，那我們開給他這個重大傷病來講，有些這些病人都還是在住院期間，所以等等都會影響到這樣的問題。不知道這樣的方式有沒有辦法可以稍微再跟大家討論一下？以上，那我想陳彥達醫

師也在上面，他應該也知道如果要諮詢的時間的長短這些等等的問題，以上。

主席：

好，請依婕科長回應。

醫務管理組陳依婕科長：

是，謝謝田醫師的意見說明。第一個是有關這個移植團隊要不要納入腎臟科醫師，我們這邊的考量是因為我們在 Pre-ESRD 方案裡面，現在已經訂有活體腎臟移植者的照護獎勵費，這個費用其實主要是給予那個照顧透析病人那個醫生，那如同我們說明三這邊提到的，其實多數是由腎臟內科醫師在提供這樣子的照護。所以這裡獎勵的款項，其實多數也都是由腎臟內科醫師在領取，所以基於這樣子的考量下，我們當時在規劃這個支付項目的時候，我們是優先考慮外科系的醫師來做這個項目的執行團隊。這是第一個的回應。

另外的話，剛剛因為醫師有算到這個如果 1 萬人，然後 15 分鐘這樣算的話，也許會後我們再就教一下這個相關的計算方式，因為這個我初步算一下，好像不用花就是每週開到 3 診，不過這個我們可以會後再討論一下。那另外是不是排除 60 到 65 歲以上的病人的話，這也許等一下我們可以聽聽外科系醫師的看法，因為這一塊的話，如果對於 60 到 65 歲以上效益不高的話，那也許我們在第一個

階段可以思考是不是我們優先先針對譬如說年齡，就是潛力比較大的病人來優先做支付。

那另外第四點，因為剛剛醫師有提到說，不是每個小醫院或者是診所都有辦法可以有這種移植門診相關可以提供諮詢，那也是因為這個原因，所以我們在支付規範裡面有提到說這個諮詢是可以報轉診相關的獎勵、轉診相關的支付標準，因為我們也知道不是所有的診所或小醫院都有能力，所以可能會需要透過轉診這樣子的程序，所以在轉診就是往上轉會有一個上轉的獎勵，然後接受轉診的醫院也會有一個接受轉診相關的那個門診診察費加計，所以這個是可以再另外報的。好，那以上回應。

主席：

好，謝謝，請恩豪代表。

林恩豪代表：

好，那個基本上我是支持可以盡量來推展這個腎臟移植，那減少透析的人，減少健保的支出。但是我們現在新增的這個諮詢費，我想問一下，因為我們在 Pre-ESRD 裡面的衛教計畫裡面，就有腎臟移植的衛教，這兩個有什麼差異？那這兩個有沒有重複給付的問題？我就是這兩個問題，謝謝。

主席：

好，請依婕科長回應。

醫務管理組陳依婕科長：

好，因為在 Pre-ESRD 計畫裡面呢，其實多數是由腎臟內科的醫師在提供這樣子的諮詢，或者是這樣子的衛教照護。所以如果要這樣切分的話，大概它的背後的那個原則大概是 Pre-ESRD 這邊多數是由腎臟內科醫師在做申報，我們這個項目主要是鼓勵腎臟外科或者是外科系相關的醫師來做申報，所以應該不會有就是代表這邊提到的重複獎勵的問題。以上。

主席：

好，請建佑醫院朱醫師。

朱文洋代表：

我是社協代表建佑醫院的朱文洋醫師。我對這個討論案有兩點的意見，在第四案第六條的 1-2 的支付規範裡面，它其中有提到初次洗腎的病人在 3 個月內必須經過腎臟移植的諮詢，才會發給重大傷病證明。第二個就是在沒有重大傷病證明發給以後，第 4 個月以後他的洗腎就不予支付，這個是非常嚴重的條款。我們曉得我們門診現況裡面，臺灣有 9.4 萬個洗腎病人，根據你們的統計，110 年核發的洗腎重大傷病證明，永久證明的病人數是 10,933 人，根據 107 年腎臟移植的人數是 344 人，大概占了 0.3%，那等待換腎的病人是

7,460 人，是小於 10%。所以我覺得在這麼龐大的初次洗腎病人的面前，你要叫他在 3 個月之內經過腎臟移植諮詢，就有一點類似要雙北地區排隊做 PCR 這種情況一樣，會造成大塞車，而且不符合比例的原則。

第二個，署長也是腎臟移植的專家，譬如說有些免疫疾病像 SLE，都是要經過一段時間的洗腎，一至兩年的洗腎，讓這個免疫調控，也就是說他免疫 burn out 以後，他再做腎臟移植，就比較不會復發。在這種情況之下，有些人在 3 個月之內事實上是不適合做腎臟移植的諮詢，或者是換腎手術的，這種情況事實上是很多的。另外有些老年人他事實上他可能年紀太大或者年紀太輕，有些臥床，有些在 ICU，有些是感染，有些是癌症，有些是重度心肺疾病躺在 RCW 裡面，這些人呢，都要經過這個腎臟移植的諮詢紀錄的這個流程才能夠發重大傷病，若否在第 4 個月就不予給付。這個事實上在學理上面是說不過去的。所以我的建議有兩點，第一點，臺灣並不是每個洗腎患者都適合腎臟移植的手術，應不要強制性的立法，不一定要經過腎臟移植諮詢以後才能夠得到重大傷病卡。第二點臺灣目前是移植器官短缺的環境，所以過度地設限並不是很合理，可能造成醫療行為的扭曲，尤其是對病人的不便和傷害是非常大的，以上建議。

主席：

好，謝謝。請長庚泌尿科陳彥達醫師。

臺灣泌尿科醫學會陳彥達醫師（高雄長庚泌尿科）：

署長以及各位先進大家好，我是高雄長庚醫院泌尿科陳彥達醫師，我目前也是泌尿科醫學會腎臟移植委員會的主委。很感謝大家對腎臟移植的重視，那也很感謝在外科這個參與的這個角色上面，給予外科醫師一些實質上面的鼓勵。其實不管有沒有拿到這個諮詢費，其實所有的外科醫師，然後經過了合理的訓練，拿到了這個腎臟移植的這個資格以後，大家都很兢兢業業在做這個腎臟移植的評估以及衛教的這個工作。說實在話，15 分鐘的時間對外科醫師來跟病人移植溝通這個移植的事情，常常是稍有不足，說老實話，一個初診的病人要來安排腎臟移植，如果好好地溝通，大概最少要半個鐘頭。我當然知道在這個健保經費有限的一個過程裡面，我們外科醫師的奉獻並不是在看重這個 15 分鐘諮詢的 1 千塊，那也感謝署長，也感謝各位先進給這個外科界的這個支持。我們希望說，這個諮詢它只是一個拋磚引玉的開始，然後讓學界然後跟社會先進來注意這個腎臟移植大家的付出。至於說是不是應該要諮詢過後才能開以重大傷病卡，我想在實際的狀況裡面，可能會引起很多爭議跟討論，這個可能要參酌腎臟科的專家，還有各個醫院的經驗，然後大

家共同來商討。那至於說這個諮詢是不是，如果是真的要實行腎臟移植，其實我們在做 interview 最少大概都要有兩次，第一次是跟病人之間的衛教，第二次跟提供病患一些生活照顧的家屬也要做一個衛教。所以我們大概最少都會做到兩次，每次大概最少也大概都有半個鐘頭的時間。當然這個諮詢費 15 分鐘 1 千塊，看起來是比一般的門診的諮詢費用來得高，不過外科醫師還是在犧牲奉獻，並不是在看重這 1 千塊。以上報告。

主席：

好，謝謝，請謝輝龍院長。

謝輝龍代表：

因為我們知道洗腎要考慮就近性、方便性，我建議應該是到所有的洗腎醫院或診所都可以去做諮詢才對。要把它限定一定要到移植團隊做諮詢，事實上會增加移植團隊的負擔，我想當然沒有那個必要性。第二，我們應該要替病人著想，讓他們可以就近去做諮詢，這樣的話，對病人未來要洗腎或是換腎，方便性較高。所以應該是要由移植協會訂定要做諮詢的所有準則，這些的話，再辦教育訓練，讓所有的有意願做諮詢的洗腎醫師，在經過教育訓練完以後，他有完整的諮詢能力，就可以把諮詢下放到有意願的醫院或診所去執行。這樣的好處，第一個可以減少移植團隊的負擔，第二讓民眾的

洗腎是方便性就、近性性的，第三當然讓未來換腎的機會可以提升，這應該是訂定換腎諮詢最大的目的。我還是建議，要把諮詢條件要放寬，不要限定一定要移植團隊，以上。

主席：

好，謝謝。請侯俊良委員。

侯俊良代表：

好，謝謝署長。這個案子我是支持，但是同樣地，這個是鼓勵我們腎臟的一個醫師去給病人這樣的一個諮詢，但是不應該去限定他有沒有做過諮詢，然後就核發那個重大傷病卡以及做後續的一個醫療的一個行為，所以前端我是支持這個諮詢費的一個給付，但是後續要不要用這個，有沒有用諮詢來發重大傷病卡後續的一個在醫療的一個行為，我覺得這個都是需要考量，謝謝。

主席：

好，謝謝，請朱益宏代表。

朱益宏代表：

好，謝謝署長。那我想我的意見跟大部分人的意思都一樣，我是覺得這一部分，這個案子是不是真的請健保署要再從長計議一下？那因為你現在是，如果沒有經過諮詢，到後面就是所有的洗腎是不予支付，那這裡面如果真的要走到這一條所謂不予支付的話，那就要

考慮所謂的不予支付是不是民眾就走自費？那我覺得民眾有沒有接受到諮詢的這些責任不應該全部加給醫療服務提供，那因為也有民眾他不願意接受諮詢，這是有可能的；或者是他有其它的因素，他也不想接受諮詢，他也不想接受換腎。但是如果說有這樣子的規定，就會變成民眾的這個意願也把它加到醫療機構身上，變成說如果他沒有接受諮詢，就不予支付，那不予支付（結果）有兩個，依照現在健保法的規定，當然是有可能就是說他要醫療機構吸收，但是我相信這個也不是署長的本意。那醫療機構也不可能去吸收，因為他是要終身洗腎，那個費用我想醫療機構，沒有一家醫療機構他能夠負擔得了民眾這樣子洗腎的狀況。但是你要民眾自己負擔的話，那他就 200% 會因為洗腎而導致他貧窮，因病致貧，所以這個我覺得政策在執行的時候，是不是也拜託署長真的要再思考一下，這個案子我覺得是不成熟，是不是要能夠再多凝聚一下共識？那也請移植協會先把你所謂諮詢的範本，有哪些項目，是不是先提出來，然後如果真的擴大適用，讓所有的腎臟內科甚至洗腎診所，他在民眾就診的時候都可以給病人做一些諮詢，這樣子才有執行的可能，不然的話，如果規定透過轉診到所謂的諮詢團隊，三十幾家醫院的話，我覺得這個真的是會引起民怨，而且會造成非常大的副作用，謝謝。

主席：

好，我想我們這個案子就先暫時保留再討論更清楚，因為我也是跟各位報告，其實在臺灣來講，從我開始學習腎臟移植的時候，那時候李登輝當總統，跟你們講過，那時候是 2.3 萬人在洗腎，那現在已經到 9.3 萬人了，所以你們也知道，所以說健保會的那個，你們不要以為你們 1 年只有 6、7 百億的一個費用，其實現在在一些問題的時候，其實我們大概 1/10 的費用在治療洗腎的病人。當然在臺灣來講，我們活體腎也做得很少，就是大家也知道說，這個就是推動器官捐贈還是很大的一個挑戰，問題是說，這個是誰的責任，我想各位必須也是要注意，因為畢竟等於是將來，像過去來講的話，我們臺灣那麼長的一段時間，為什麼我們腎臟移植都做不起來，其實就是說我們很多病人都被安排到中國大陸去做移植。所以就變成說在健保署的人是覺得好像沒事啊，等到現在中國大陸的那個死刑犯捐贈沒有的時候，就發現所有的病人都在臺灣都一直在成長。如果洗得越多的時候，其實這個案子事實上部長已經看到很大的一個危機。因為就是我們的捐贈人數，從我們那時候在做，前年的時候，400 多個人捐贈，到去年變成又降回 200 多個人，所以事實上就是當我們沒有主動去做得時候，我想這個部長有發現說，其實我們洗腎的費用一直很高。所以為什麼部長在對糖尿病的治

療，他願意花比較多的專款在治療這個病人，讓他不曾那麼快去洗腎，要不然否則的時候，就未來我們臺灣的病人，假如說現在是 9 萬多個人，越多的時候，假如到時候我們是 1 千億在洗腎的話，大概可能也是很麻煩。不過因為畢竟臺灣在洗腎的時候，都是我們健保在支付，所以這個我想各位委員可能就各位代表也知道，當然等於一個部長指示就是 share decision making，這個為什麼就是為了讓那個外科醫師在考慮的時候，事實上就是現實的人生面。其實臺灣在洗腎已經算是一個產業，你知道，對很多人來講是需要靠我們健保署去照顧所有的病人跟所有的這些團隊。

還有一個問題是說，其實每一次就是為什麼我們說在對於外科醫師來講的話，其實有時候就是等於一個病人至少要有知的權利，因為假如說對於一個病人來講說，開刀換腎很好，但不過很危險，那其實每個病人都是不一樣的。所以你看為什麼我們臺灣活體肝做得那麼好，因為沒有做就死掉。所以我們只是把我們的問題一直往後面延，因為我署長不可能做一輩子，不過我是覺得你們各位可能就是自己要注意到一點，可能未來的話，臺灣假如說當你們發現洗腎的費用破千億的時候，到時候就是很現實、很殘酷的問題。在國外裡面，都是很重視器官捐贈跟器官移植的 program，所以你看美國的或者是怎麼樣。所以就是因為臺灣畢竟還說實在地，其實真正

地，我假如問你們說，你知道臺灣是誰在做腎臟移植，你們有沒有辦法念個5個、10個，我就覺得很厲害了，事實上因為基本上是沒有，因為很不容易培養出來一個人。因為大家說實在地，像陳彥達醫師他開泌尿科，他今天來講話，所以我想他大概在做別的那個手術都比這個做腎臟移植好賺，對不對？事實上，當然我看到邱仲慶院長，其實當年我在成大醫院的時候，其實邱院長他一直是神經外科，他很支持，所以那時候在幫我在推動器官捐贈，很認真在做，所以我在臺南才有可能做出一片天地出來。所以我覺得有時候這是一個團隊的一個運作，假如那個主持人不是院長，或者是主任的話，或者是教授的話，其實都很難做。

不過我們只是在這整個一個邏輯，當然是說你們剛剛提到的多數就是說病人年齡幾歲才不適合洗腎，這都是可以討論的，那你說其實病人當他腎臟不好，也不是說突然不好，他會一直慢慢往上去的時候，這時候就應該給病人一個知的權利，所以你知道嗎？現實在臺灣很多病人去洗腎的時候，他根本都不知道為什麼，什麼叫換腎，那為什麼他要去洗腎，這個事實上有時候就是要翻開醫界的另外一面來看的話，我想每個醫生對這個的價值觀不見得都一樣。不過我是覺得這個議題可以先保留好不好？我們下一次請醫管組再研究清楚以後，再跟那個部長報告以後再做決定。不過是基本上是這樣，

政策有時候是一個方向，我們在對臺灣的健保，你們看到現在大家剛剛在講說什麼一些健保的給付不好，其實我就說這個 25 年、27 年來，其實臺灣健保根本就沒有在管那個換腎的事情，都只有在管洗腎，所以你看那個洗腎的那個費用是不是還可以繼續再成長，你們自己也要考慮。我想每一年也是這樣成長率，有時候到最後整個臺灣的健保費用都在洗腎，那我想這是不得了的一個事情。以上，那我們進入討論五。

討論事項第五案：

案由：有關台灣麻醉醫學會建議增列移植手術之麻醉費加計 200% 案。

（業務單位報告）

主席：

好，各位有沒有什麼意見？有誰要發言嗎？

臺灣麻醉醫學會鄒美勇理事長：

請我們麻醉醫學會理事，陳坤堡理事先發言，謝謝。

臺灣麻醉醫學會陳坤堡理事：

署長還有各位代表大家午安，我是陳坤堡醫師，那現在是中國醫藥大學附設醫院的麻醉部主任。誠如署長剛剛說到的，我們應該很重視移植的工作，其實移植在臺灣的醫界是一個領導的角色，我們一直也沒有把它做得很理想。這次要感謝健保署在鼓勵器官移植，並

確保術後追蹤照護品質的預算裡面，所以列入麻醉醫學會的提案，我們麻醉醫界有機會共同在鼓勵器官移植，並確保品質這上面貢獻心力。

我們知道其實器官移植的成功與否跟手術醫師、麻醉醫師、術後照顧都有很重要的關聯，我們每一次的移植手術，其實麻醉要動用的人力跟物力大概是一般麻醉的三到四倍，而且大部分這些病人，全部這些病人都是器官末期的病人，在麻醉當中血液動力學變化很快，我們承受的壓力非常非常大。過去都沒有加成給付，這次我們加成 200%，雖然大家一看到 200%，好像加成了很多，但是因為需要器官移植的人數比較少，而且麻醉的給付本來就不多，所以署裡規定估算大概是 6,220 萬，那占這次調整預算的不到 1.2%。我覺得在，我們也沒有在排擠到其它科的預算，還可以支付麻醉的支付點數，所以懇請署裡跟代表可以支持。

另外署裡這方面的考量是說是不是會影響這個衡平性，其實這一次的調整方案，我們是經過麻醉醫學會充分的討論的共識，考量病人的嚴重度，麻醉團隊付出的心力跟風險，如果只加成 20%，其實反而失去這一次機會可以矯正跟其它手術麻醉費的一些差異性的機會。所以我們拜託再兼顧預算，還有病人差異性跟衡平性的考量之下，拜託就是長官跟代表可以支持麻醉醫學會的提案，就是可以移

植手術麻醉費的麻醉費加成 200%，懇請大家支持。謝謝。

主席：

鄒理事長請說。

臺灣麻醉醫學會鄒美勇理事長：

好，謝謝。署長、各位代表，大家午安。非常感謝有這個機會讓麻醉醫學會來發表一下意見，也謝謝大家的支持。剛才我們陳坤堡理事，也是中國醫藥大學的麻醉部主任已經講了充分的說明了一些理由，我個人也是做移植麻醉做了很久，尤其是肝臟移植的麻醉。那誠如剛才我們陳坤堡理事講的，他真的是花了很多的心，花了很多的人力，至少三四倍以上，這個我們這個給付呢，也是一個專案，根據很多的專家算過，精算了這個成本才有這個財務的支出。事實上是不会影響到其它專業同道的這個點值，在這個專案裡面，事實上是錢是夠的。我覺得這個如果我們沒有給予一些鼓勵，事實上是會大大地影響麻醉的年輕人踏入這個移植麻醉的領域，事實上這個是非常辛苦，這個也是非常重要。如果麻醉沒有做好，其實這個很多的病人的會影響到他手術的結果，我想各位外科醫師都能夠非常地理解。這個移植手術在這個腎臟移植手術的費用，其實方才這個署長有講，其實也是很久沒有調整，但是最近才調整，那麻醉，移植麻醉費其實都沒有調整過。在整個麻醉的費用的給付，其實是長

期被忽視，而且是不是很公平，大家可以，我想這不是我隨便講的，這是有數字可以看得到的。

主席：

請楊俊佑院長。

楊俊佑代表：

主席，我想在座的麻醉醫師還有外科醫師、內科醫師，我想我個人認為要鼓勵移植，這聲音有聽到，要鼓勵移植的時候，應該認真地就把事情做下去，我想我個人還是贊成提高 200%，因為你 6 千萬其實說多也不多，說少好像很少，但是你如果只增加 20%跟一般的急診室沒有什麼差別，我個人覺得這移植團隊不止麻醉，不止他們準備事先，這些事情都要事先去做，我想既然腎臟移植的手術費用提高了，我個人覺得把麻醉費用同時提高到 200%，我個人是贊成的，以上。

主席：

好，謝謝楊院長。請游進邦游執行長。

游進邦代表（程文俊代表代理人）：

主席、各位先進大家好。針對那個器官移植麻醉微調那個加成的部分，原則上我是同意的，因為基本上器官移植的麻醉費，麻醉事實上是相當要付出多的，那個技術是很高。就是我個人的看法是說，

因為其實在做這些器官移植的麻醉，它其實是有團隊的，它不是每個麻醉科醫師都會去參與這個東西，當然調越高越好，但是也請你們要注意說你們科內的整個生態的平衡，因為其實要去做這樣的工作，也不是每個人都能夠做得。我認為說健保署的加成 20%，我認為少了一點，但是要加到 200%，我覺得恐怕會扭曲整個生態，我覺得說這一部分是不是比 20%再多一倍，就加成 40%，這樣會比較合理一點。因為你 200%之後，其實以後大家也可以用其它地說，什麼樣的手術，重大手術，所以也是很辛勞，那每個都要加成 200%，我們的健保的錢要從哪裡來？我想都還是要去考慮一下啦，以上。

主席：

好，謝謝，這個就跟補充一下，前幾天的時候，剛好在討論那個小兒的加護病房，因為最近我們 COVID-19，很多小孩子都比較麻煩，所以變成加護病房的給付要拉高，那等一下那個也有人想說，可是那個成年人也是加護病房的給付也是不夠，那到最後那個誰？那個張上淳副校長就說，可是老人家的那個加護病房的給付也不太夠啊，所以說來說去，大家的給付都不夠。不過像今天我們的討論議題，很多是有在討論到點值的問題，這個就是說這個醫療服務的量的話，到一個程度的時候，就是變成說大家點值的這個平衡性。我想請那個依婕科長，剛剛那個游進邦代表講的 40%，你的 20%好像

大家都覺得太少了，那個楊俊佑院長也是說 200%，到時候你試算的時候，可以考慮。

醫務管理組陳依婕科長：

好，跟各位代表報告，因為綜合一下剛剛各位前輩的反映，因為現在大家是反映說麻醉相關的手術，其實麻醉團隊要投入的心力跟相對要承擔的壓力還有風險都比較高，所以希望調整這一次的支付標準。站在我們署這邊的立場，其實會比較傾向希望說能夠提出一些實證的數據，譬如說如果麻醉這個項目可以提供給我們成本分析相關的資料的話，也許就更有依據來說要怎麼樣調整比較好，這一次呢，因為我們現在手上沒有類似像成本分析相關的數據，所以我們現在想說既然通則上有一個通則六，有一些相關的手術，比較危急或重大的手術，它現在是有一些 20% 的加成，所以我們才初步想說那是不是移植手術先初步比照這些手術，先加成 20%。

我想也許可不可以跟麻醉醫學會討論一下，是不是有機會會後再送給我們更完整的資料？譬如說成本分析的資料，來看看當做移植的時候，所投入的成本、人力、物力等等的資訊，這些資訊給我們，來讓我們訂出更適合的給付。我們這邊其實有試算，如果是調到 40%，那花費大概是 1,200 多萬。但因為這個就等於，好，就是因為不知道這個依據在哪裡，所以其實我們這邊也有些為難，好，以

上說明。

主席：

好，謝謝，請鄒理事長跟陳坤堡理事，我想你們就稍微再整理一下資料好不好？因為我想這個案子可能就是我們再整理資料以後，再做一個比較具體的一個討論，因為說實在地，有一些東西的時候，我自己也知道就是說假如什麼東西，我們都說 yes 的時候，點數就不得了，那什麼東西都說 no 的時候，其實對很多病人是不公平的。因為我想做肝、心、肺的話，其實對病人來講都是生命的一個再造，那也是謝謝麻醉科醫學會這方面的努力。可是像在做腎臟移植的時候，其實對一個病人來講的話，其實大家都也不願意去面對說腎臟移植的存活率遠遠大於洗腎的存活率，腎臟移植就是因為他做完了以後，他每一年所用的醫療費用遠遠少於洗腎的費用，那可是這個東西就是說我們就是為什麼部長這一次會那麼支持這樣的一個考量，就是說你每做一個腎臟移植，相對來講就讓健保的費用就少掉一半的一個開銷。所以就是可是對於肝、心、肺的話，就是做了以後，我想病人就是可以活下來，這是不太一樣的。所以鄒理事長沒關係，我想這個跟那個朱益宏代表，我想這個案子就是先暫時談到這邊為止，那你們就回去的時候，就是再整理一下好不好？

朱益宏代表：

主席，我補充一下，我第一次發言，能夠容許我第一次發言嗎？那我想因為，我想我下面的發言我並不是代表社區醫院協會，因為我本身也是麻醉醫師，我覺得這個事情我要替麻醉醫學會也要講一下。因為這個案子其實是在上一次我們共擬會議的時候，腎臟移植被加成 100%，加成 100% 的時候，那個時候我記得是童瑞龍委員，童委員應該也在場，童瑞龍委員在現場就有提說，那麻醉費是不是也應該要加成？而且在當場有指明說希望我回去跟麻醉醫學會反應，所以我在上一次會後，我就把這個訊息帶給麻醉醫學會。據我的了解，麻醉醫學會收到這個訊息以後，就在內部的理監事會還有各個相關的委員會，大家去凝聚共識。那凝聚共識以後，得到這樣子的結論，我覺得這個案子，其實並不是預算多少的問題，它預算是來自專款，今年度如果不調整的話，事實上專款也就沒有，它並不是一般預算，而且今年的專款大概還剩下 1 億多，其實是足以支應的。我覺得這個 200%，雖然 200% 看起來這個數字很驚人，但是你真正用金額去算的話，每一次的麻醉費大概才增加 1 萬多塊，1 萬多 2 萬，其實那個跟移植費用比起來還是九牛一毛。但是整個移植要成功，除了外科醫師的團隊、護理的團隊、術後的照顧，麻醉的團隊是在移植成功裡面扮演非常非常非常非常重要的角色。所以我覺得說在預算沒有排擠的效益，而且今天也有餘裕的狀況之下，

我是建議這個案子不要再拖了。所有的狀況都可行的前提之下，是不是拜託署長能夠再多爭取一下與會委員的意見，如果大家都同意的話，是不是讓這個案子就能夠通過？謝謝。

主席：

好，謝謝，請鄒理事長。

臺灣麻醉醫學會鄒美勇理事長：

署長，剛才依婕科長說可不可以請我們做一些財務的試算，事實上在我們的附件裡面，我們之前就已經試算過了，不是沒有試算過，我們是經過財務的試算，非常地客觀和精準地去算過，供大家做參考，非常感謝大家的支持，謝謝。

主席：

好，謝謝。請楊俊佑院長。

楊俊佑代表：

報告署長，我想如果是專款專用的話，我想何不考慮就試行一次，然後再來檢討以後的影響，我想如果他們都已經算過得話，我個人覺得並沒有什麼大礙。

主席：

好，謝謝。請依婕科長試算一下剛剛有提到那個麻醉的這個情況。

醫務管理組陳依婕科長：

好，因為剛剛署長有請我試算，如果一臺手術 10 個小時，按照現在我們麻醉費相關的支付標準的話，可以獲得多少支付。我這邊粗算了一下，因為還有再加上麻醉材料費還有藥劑費的加成 50%，這樣加計起來的話，應該會接近到 3 萬點，就是單純只看麻醉費的話，這是我這邊的試算。剛剛鄒理事長其實有回應說，有提供到相關的財務試算的資料在這次的議程的討 5-4 頁，那我剛剛的意思是說，我們在平常要調升支付標準的點數的時候，其實會請所有的醫學會或是提案單位要送一張成本分析表，那個成本分析表的內容呢，會包含有投入的醫事人員有哪些職類，然後他們投入的時間，然後還有成本，那此外除了人員以外，還有包含不計價的藥材，還有防護設備等等相關的一些的數字，然後讓我們試算出這一個診療項目要付多少錢比較合理，我指的是那一張成本分析表，以上的補充。

主席：

好，還有沒有其它代表有沒有什麼意見？

朱益宏代表：

主席，第二次發言。依婕科長希望麻醉醫學會附成本分析表，當然我覺得所有的支付標準調整的時候，確實是有經過這樣子的程序。但是因為我剛剛強調這個案子的起源，就是因為上次腎臟移植調整

的那個案子，然後童瑞龍童委員他提出來的，但是在腎臟移植的時候，他提升 100%，好像也沒有看到成本分析。當然腎臟移植以後，它會降低洗腎費用，這個會有政策的引導跟政策的指示，這個是確實。但是在一個成功的腎臟移植，麻醉也應該是相關的配套。所以我覺得說，如果僅就這一項，而且所有的移植項目，包括心臟移植，包括其它的移植，當初在討論的時候，我的印象中好像也沒有叫相關的醫學會提出成本分析，所以我認為說，這個移植項目如果是在專款，又要求麻醉醫學會提出成本分析，我個人覺得可能對麻醉醫學會的要求也太嚴苛，謝謝。

主席：

好，請謝文輝理事長。

謝文輝代表：

我覺得這個當然關於移植，我們政策上希望它能夠大力推廣，也的確很辛苦。但是這個其實剛剛署長也講了，其實大概所有我們現在現行健保的支付那個項目，大家都覺得很辛苦，都是不夠的。其實都調了兩倍、三倍，大家覺得都應該，像我們現在的每一個項目都這樣，但是這個也是茲事體大。那我是覺得其實都還是要回歸正常，就總額的整體管理來講，還是要有一個原則，基本上包括像這次的腎臟移植，那麼成本分析，我是覺得這個腎臟科醫學會提出

200%，基本上它就是看嘛，就是說你腎臟移植的部分，大概費用就是增加 200%，我們就跟著 200%。我是覺得這個未來要改進，就是腎臟移植的話，那個成本也應該都要提，因為我們現在其實要調整支付標準，都要提成本分析。我是覺得這個原則不要破壞掉。

其實腎臟移植，你如果好好的成本做分析，絕對不止現在費用的 2 倍，那個實質你好好地算的話，所以以後還是應該這個，我是覺得現在這個還是要從，因為這個下去以後就沒完沒了了，以後每一項政策都還要這樣，我們就加成 200%或者是多少，這個未來是沒有辦法做支付標準的調整，還是要回歸原來，我們是建議。署裡關於腎臟移植的部分，還是要後續要補一個成本分析，那我是覺得好好地做成本分析，200%是一定做得到。

第二，腎臟科醫學會，麻醉科醫學會提的這個也要有成本分析，暫時目前如果短期間這個成本分析還沒拿出來之前，我是覺得最少你先比照我們可以下一次的支付標準就先比照像心臟手術，你就心臟手術的移植團隊來講，也會覺得說我幹嘛這麼辛苦，根本都不夠成本，所以我是先比照現有的，大家都已經加 20%，然後好好去做成本分析，然後下一次大家來整體討論。也許像不止腎臟移植，肝臟移植辛不辛苦？也很辛苦啊，心臟移植也很辛苦，這個都要一併討論，不然沒完沒了。我是建議先我們從最快的研究，至少它一定可

以比照現在的加成，就加成 20%，那大概隔一個禮拜支付標準共擬會議，那麼就先修訂，然後由麻醉科醫學會去做成本分析，按照正常的這個調整的這個程序來。以後我是覺得要調整，都要有成本分析，不能有哪一些說沒有成本分析就調整，這個未來一定會產生很大的後遺症。那我們也期待腎臟……。

主席：

好，來，請童瑞龍院長。

童瑞龍代表：

謝謝，我想這個腎臟移植的麻醉，其實都在深夜，加一點錢呢，是從這個實質面，這個病人救好了，不要再從這邊去算，如果要以哪一個人做什麼事呢，當然要按照我們這個健保提的支付標準來加成來算，我想這個麻醉學會的理事長，今天如果不能夠解，你們是不是準備更好、更充足的資料再來跟署長講？如果我有參加開會，我一定舉雙手來贊成你們的提案，謝謝。

主席：

你現在不是有參加開會了？你只是人沒有在現場而已，而且也不只有你，每個人都沒有在現場。好，那所以這個事實上是兩難，因為我覺得說，我在這個位置的時候，其實你看剛剛他們在討論那個換腎的那個諮詢費的時候，其實我也沒有硬推，因為其實有時候就是

多溝通，雖然我知道說其實每一個人的立場不一樣，每一個人想的都不一樣，今天我當健保署署長的時候，我看的是整個臺灣醫療的一個發展。所以變成說我是覺得有些東西今天在面臨到說這個當你要 200%的話，我當然也不是說不好，可是問題就是說你的確到最後不是只有一個移植手術的麻醉費，其實每一個麻醉都很辛苦，那就像最近就是有一個朋友，他就是到林口長庚去看急診，就是他沒有健保，就是這樣花了錢就幾千塊而已，他說叫救護車也不必錢，然後呢，去的話在美國到急診的時候，一個晚上一律是兩千塊美金以上，所以在臺灣只有幾千塊就看完病了，所以我覺得說其實我知道臺灣的醫師事實上是很辛苦。不過我也是覺得說在最近的時候，我們當然是希望整個一個醫療行為的點數能夠稍微有一個管控。鄒理事長我是想這樣，因為這個案子都是隨時滾動式在檢討，今天健保署事實上就是說針對這一部分的話，是有 20%的一個增加，這是第一個可以，馬上可以做到的。再來就是說你再算成本再弄出來的時候，我們下一次再繼續再檢討一下怎麼一個考慮的一個情況，這樣會不會好一點？鄒理事長，我想就是我們跟您就是做這樣的一個回應。

臺灣麻醉醫學會陳坤堡理事：

謝謝，謝謝署長還有各位委員的支持。不過我要稍微澄清一下，第

一點事實上我們是有做成本分析的，第一點。第二點我們講的是不止限於腎臟移植，包括肝臟移植，所有的移植的麻醉費，我們是做過估算的，跟各位報告，不是只有腎臟移植而已。所以整個的費用，其實是不多的，是在這個預算之內的，也是有符合就是說我們有提供一些支付試算的成本的分析的。謝謝。

主席：

其實這個是一個急重難罕的一個重點，也就是我覺得說像做移植的時候，你都會在很多大醫院都會做這個事情，所以我是覺得，假如我自己內心的話，我是覺得我支持這樣的一個調整，只是說各位委員，你們有什麼特別的那個就是意見，因為 200%的話，就是兩倍的話也不是不好，只是說會不會就是像喊價給得很快，就 200%的話，事實上對別的那個醫療體系的人，我是覺得有時候我還是必須要考慮到現實面。請陳坤堡理事你簡單講一下就好了，來。

臺灣麻醉醫學會陳坤堡理事：

我簡單講一下，我覺得我的估算跟署裡面好像有點落差，因為我估算大概 3 千多萬，後來剛剛聽署裡面的說明，好像是把 donor 捐贈者也把它列入，其實我在估算的時候，是沒有把捐贈者列入，所以是不是如果捐贈，就是捐贈者視同一般人，但是接受，因為接受的人他是，你知道重病 donor 那我們這一次先不調整，但是捐贈就是

我們這一次調整，照麻醉醫學會的建議，那這樣其實它的費用大概只有 3 千多萬，不知道署長覺得這樣如何這樣？

主席：

不過我跟你講，其實在實務上，我坦白講，對於捐贈者的手術我覺得壓力比對於受贈者更大，說實在健康的人在做捐贈的時候他沒有理由，就捐贈了器官了以後，他造成任何的 contraindication，所以我是覺得說，有時候這個是一個整個在整個醫療體系裡面的一個了解。依婕科長，剛剛他們提的這個，你要不要回應一下，我們趕快做一個結論好不好？

醫務管理組陳依婕科長：

好，討 5-4 的地方，請大家翻到議程討 5-4 的地方，那這一張是原本麻醉醫學會送來的成本估算，那因為裡面有最後一句，最下面這一行就是這個字比較小，它是寫器官捐贈者之手術，所以我們也才有把這個捐贈者相關的麻醉費也一起算進來，所以當時學會提來的時候是有包含這一塊的。這一題的決議是不是就參照剛剛主席所指示的，我們先這樣初步做調整，那我們會後會積極地跟麻醉醫學會溝通，把相關的資料準備好以後，我們再來看日後的麻醉費要怎麼做調整，以上。

主席：

好，那我想我們這個案子就這樣了好不好？。

謝文輝代表：

好。

主席：

我想就是說我們這個案子先這樣好了，就是我請依婕科長再跟你們再對話一下，那再整理一下，反正事緩則圓，總是把它弄得比較大家整個一個比較一致性會比較好一點那樣好不好？我們這個案子就先這樣了好不好？那我們進入，有一個臨時討論案，不知道各位，應該都有拿到了那個資料，請說。

伍、臨時動議

討論事項第一案：

案由：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。

（業務單位報告）

主席：

好，各位代表，有沒有什麼要補充的？好，請陳志強醫師。

陳志強代表：

主席，我是社區醫院協會的代表，代表社區醫院的呼吸照護病房相關的醫院來發言。謝謝部裡面跟署裡面在去年，我們去拜訪部長跟

署長的時候有提出這個，就是說這些使用長期使用呼吸器的病人，他其實是廣義的安寧，希望病人在人生的最後這一段能夠平平和和地過世，然後減少家屬的因為家人過世的創傷。那所以，但是我們找到一個可以有根據的一個切入點，所以後來選擇這個 DNR，那這是醫院協會經過我們好幾次的開會所訂出來的。我先說明一下，我也非常贊成用虛擬碼來抓人員比較適合，用那個 IC 卡註記的確是會嚴重低估。第二個就是說，這個 DNR 簽署以後，醫院跟醫師們並不是就把病人放在那邊不管，因為呢，對所有的病人家屬來講，他們其實心裡面的煎熬是不捨家人的離開跟不捨家人受苦的煎熬，所以病人的家屬會非常非常地反覆。那所以從他進到醫院的那一剎那，長期依賴呼吸器的那一剎那，醫院的所有醫療團隊就不斷地在跟病人的家屬溝通這種他們反覆的心情，因為他每一個選擇都是對的，因為都是出於他對家人的愛。所以我還是建議，我們這個每天多少點並不是說我做一件事情，就每天都可以拿到錢，至於說這個點怎麼分配呢，我的建議是這樣，因為當初署裡面有分配的，有爭取到一個預算是 3 億點，我們要負責地來處理不要做超出預算，雖然原來署裡的配置說不夠的費用會從品質保證保留款那邊來預支，所以不管我們的每日是 350 點，或者是每日是 100 點，我們都沒有意見。我覺得是用一個方法會更好，不管訂的每日多少點都沒關

係，但是我們公布的是浮動點值，到時候申報多的話，點值就降低。所以呢，假設你給 350 點，也許我拿到的只有 50 元或者是 100 元，你申報 100 點，我最後拿到的可能是 70 元、80 元或多少，我們不會每點超過一元。所以我還是希望署裡面能夠相信我們簽了 DNR 的這個動作不是只停留在這裡。那如果用署裡面設計的用一次的 5,000 點這個，我覺得這個還有很多配套措施要研議，但是因為今年就要實施，因為有一個專款在這一邊，所以我會建議 111 年還是用每天多少點，然後浮動點值來設計，然後用那個虛擬碼來抓資料，我覺得這個是短時間就是務實可行，而且真的能夠讓醫院在協助病人還有家屬安寧的部分能夠有所作為，謝謝。

主席：

好，謝謝，依婕科長來回應一下。

醫務管理組陳依婕科長：

是，謝謝代表的發言。我們這邊也有考量到的一件事情是因為在原先，因為協會這邊提來的方案內容是只有獎勵簽署 DNR 這件事，但其實看我們專款名稱其實還有一段是提到，就是有接受到安寧療護的這一段，所以我們當時在想說，這個獎勵的設計應該是就是一次性的獎勵，然後我們也有參考其它我們健保有相關的計畫的這些獎勵費用的額度、幅度，所以我們設計了一次 5,000 點這樣子的想

法。因為我們也是要感謝醫療團隊，其實在這段時間有說服到病人去簽署 DNR，或者是說服病人去投入做，投入願意接受到安寧療護相關的服務，所以我們會覺得說不定一次性的獎勵會比較符合這樣子的這個專款當時爭取來的想法，以上。

主席：

好，請朱益宏代表。

朱益宏代表：

主席，我想這個專款是台灣社區醫院協會去面見部長的時候，特別爭取到這一部分的專款。那其實在爭取之前，為什麼會有三億這個數字，當初就是用每日加成的概念去跟醫管組這邊先做的討論。所以這一部分，其實是在爭取預算之前，其實有跟署方稍微討論過，這是我要先講明的第一點，這個是預算爭取的過程。第二個就是說，如果說照依婕科長的意見，署方的意見，用簽署日給一次 5,000 點的話，第一個，當然你這個預算會用不完，專款的預算就會用不完，其實是非常可惜的。第二個這些病人呢，他可能，因為我印象中健保署大概有一個數字，裡面 RCC 跟 RCW 大概占到一半一半，或者是說 RCC 稍微少一點點，但是也接近到一半，RCW 比較多一點。如果是這樣子的話，就會變成說那在 RCW 這邊，其實它的鼓勵的那個，因為你只有給 5,000 點，那事實上在簽署的過程中間，

要花費很多的心力。而且在照顧的過程中間，家屬事實上剛剛陳志強陳院長所表示過，因為他們是實際上在照顧 RCW 病人的這個臨床醫師，其實是非常清楚，病人家屬有的時候會反反覆覆，如果說要用簽署的這個來做切的話，就必須要有一個在病人臨終的時候，你也要給一部分的獎勵。也就是說病人簽署以後到臨終的時候，他不是真的有去做所謂的譬如說他沒有做 CPR，沒有申報 CPR，或者是沒有申報什麼樣的點數，因為照科長講的簽署的時候給一點，然後另外他有接受安寧住院服務的再切一點，其實這個獎勵，那地區醫院就完全得不到獎勵，因為安寧病房地區醫院事實上幾乎是沒有，都在比較大型的醫院才有設立安寧病房，而且安寧病房事實上它的標準又拉得非常高，所以我覺得這一部分，是不可行，是完全不可行。那至於如果說用這個每天加成點數的話，照健保署的估算 350 點大概需要十億，確實是太多啦，那我個人是同意說用 100 點，然後用浮動點值的方式，因為執行以後，有可能地區醫院這邊或者是 RCC 這邊，因為有一部分的獎勵，他們就再鼓勵病人，所以這個量有可能再增加。這個我覺得也達到我們的目的，但是因為預算已經跟緊繃，所以我們用浮動點值的方式來處理，那也不會超過預算，也不會用那個品質保證保留款來補這個預算不足這一部分。以上。

主席：

好，我想依婕科長，因為這個案子是當時部長有答應給他們一個另外一個補助，當然就是說說實在地，朱益宏代表，我坦白講，這個在我們的爭取專款，我也不是說有意見，不過這個 RCC、RCW 你脫離呼吸器，還有簽署那個 DNR 的那個安寧照護的話，說實在地，我是覺得我們當醫療人員要真的真的有用心在朝這個方面去做，就是說不要說只有說了，因為事實上我在臨床實務裡面，我們看到很多人就是有病人在那邊，從裡面去做一種申報，然後這也是現實面就是這個樣子。不過我是覺得，要不然就這樣，這個案子我們就照社區協會他們當時就是跟部長爭取的那一筆專款的概念去操作好了，這樣好不好？各位代表有沒有意見？來，請文輝代表。

謝文輝代表：

謝謝署長的裁定，我是覺得剛剛朱益宏理事長講的也有道理，就是一，署裡長官算的要改成 100 點，這樣那就是用那個虛擬的報的就可以，那這樣的話，預算應該可以控制在，而且用那個浮動點值，那就絕對不會超過，我是覺得社區醫院要有責任，控制預算不要超過那個 3 億。第二個長官講的那個和署長講的那個，我是覺得可以研究，就是簽的時候一筆款，然後我們後面他臨終的時候，我們再監看，簽歸簽，有沒有實實在在照著做，到時候做 CPR、急救，如

果都符合，都沒有做這些，那前面有簽，後面有達到的我們再給他一筆，其實這是一個好的方向，這樣會鼓勵你真的有約定走，我是覺得這個可以留下來研究，也許明年、後年我們要改進讓他說這不是吹牛，前面只叫患者簽，後面根本沒做，這個未來是可以改進的方向，我們滾動，但是今年應該，已經馬上到了要使用，就是用朱益宏朱理事長講的在案。

主席：

請依婕科長回應。

醫務管理組陳依婕科長：

是，謝謝各位代表的發言，因為剛剛就如同我們的議程裡面有寫到的，這個專款原先在決定事項裡面有提到說，如果預算不足會有品質保證保留款來支應，那這邊是不是我們在這個會議上有個共識是，我們這個獎勵就是以這個專款的3億元為上限，然後就是像原本，因為協會講的就是採浮動點值的方式來執行，而不會到時候如果預算不足，還說要由品質保證保留款這邊來支應，這是第一個要確認的地方。剛剛其實謝文輝執行長其實有提到說，這個款項的設計，其實也可以，譬如說一開始的這個譬如說簽署DNR或安寧的這個獎勵，後續看看成果如何，再給一個獎勵。也許是以後可以思考的方向，以上補充。

主席：

謝謝，請陳志強代表。

陳志強代表：

報告署長，我講 30 秒就好了。謝謝署長的裁定，署長現在對 RCW 讓你覺得不忍心的那個結果的印象，我們社區醫院的全體照顧 RCW 的醫療人員，我們會努力，希望改變社會跟署長對我們這一種的印象，我們會努力好好地照顧病人跟病人的家屬，謝謝。

主席：

好，謝謝。來，請依婕科長。

醫務管理組陳依婕科長：

我跟各位代表確認，所以我們這次的設計是每人每日 100 點，這個我可能要確認一下，是 100 點，然後就是已簽署 DNR，我們 DNR 的認定會以健保卡有 DNR 的註記或者是院所有申報虛擬醫令 DNR 這個來做認定，以上。

主席：

OK，我想我們今天的會議也過了蠻久的，2 個半小時，那也很可惜，沒有辦法看到各位，不過也希望各位就自己要小心，因為現在 COVID-19 的時候，衛福部裡面有很多長官都是一個一個去確診，那的確也很麻煩，不知道怎麼去預防。不過希望各位身體健康，萬事

如意，好，那我們今天的會議到這邊為止，謝謝各位。