

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議
110 年第 3 會議紀錄

時間：110 年 12 月 8 日(三)下午 2 時 30 分

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)
林鳳珠代表	林鳳珠	劉淑芬代表	劉淑芬
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	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	(請假)	顏鴻順代表	顏鴻順*
張克士代表	張克士	嚴玉華代表	嚴玉華*
張禹斌代表	張禹斌	蘇主榮代表	蘇主榮*
梁淑政代表	梁淑政	蘇東茂代表	蘇東茂
許惠恒代表	李偉強*(代)		

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
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

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署署長室
本署醫審及藥材組

陳淑華、周雯雯
陳燕鈴、盛培珠
翁文能、林佩菽、董家淇、
許雅淇、周國旭、吳亞筑、
顏正婷*
潘仁修、黃瑋絜
梁淑媛
陳奕穎
宋佳玲*
黃羽婕*
谷祖棣、潘尹婷、許寶華*、
周珈卉、高軒偉*
李健誠*
李純馥*、蔡瓊玉*、楊惠真*、
謝秋萍*、謝明珠*、李秀霞*、
何容甄*
林純美*、李建漳*、賴阿薪*、
郭俊麟*、張智傑*、吳佩寧*、
許寶茹*、陳雅惠*、陳嘉浚*
林淑華*、蔡逸虹*、許碧升*、
黃梅珍*、張曉玲*、邱佩穎*、
郭怡妤*
李名玉*、羅亦珍*、江春桂*、
林祉萱*、詹蕙嘉*
黃珮珊
吳科屏、連恆榮、許明慈、
涂奇君、詹淑存、黃瓊萱、
陳盈如、羅惠文

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

林宇泰
吳少庾
李佩耿
陳怡蓓
黃兆杰、游慧真、劉林義、
韓佩軒、李雨育、張作貞、
林右鈞、洪于淇、陳依婕、
鍾欣穎、方亞芸、米珮菱、
陳玫吟、鄭碧恩、蔡松蒲

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：洽悉；序號 3(醫院總額品質保證保留款實施方案，請台灣醫院協會參採全民健康保險會委員意見，研議更具鑑別度之核發標準案)持續列管，其餘序號 1、2、4、5 解除列管。

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：

一、洽悉。

二、案內代表對於申報格式門診案件分類「01 一般案件」及「09 其他專案」之申報範圍與名稱疑義一節，請本署卓參。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 110 年第 2 季點值結算報告。

決定：洽悉。

第四案

報告單位：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」之專業醫療服務品質指標「門診注射劑使用率」及「人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率」指標案。

決定：本案通過，修訂重點如下：

一、「門診注射劑使用率」指標：分子排除條件表三之排除條件 A 修定事項，說明如下：

(一)第 19 項之資料處理定義，當次就醫診斷代碼增列僵直性脊椎炎等 5 項疾病之 ICD-10-CM Code，說明如下：

1、僵直性脊椎炎：M08.1, M45.0-M45.9。

2、乾癬：K13.29, L40.0-L40.9。

3、乾癬性周邊關節炎：L40.50-L40.59(L40.53 除外)。

4、乾癬性脊椎病變：L40.53。

5、克隆氏症：K50.0-K50.9。

6、另，原「類風濕性關節炎：M05-M06」部分，增加「前 3 碼」文字。

(二)給付規定內容第 9 項補正文字「繞徑治療藥物、第十三凝血因子」與生效日期「109/2/1」及第 15 項之成分商品名（如 Britaject Pen）與每人每月使用量不得超過 15 支部分，補正為「(如 Apo-Go Pen)」與「20」支並增列生效日期「99/11/1」。

二、「人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率」指標：考量與「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」機構別之醫療品質資訊疾病別同指標名稱項目定義之一致性，分母比照增列「半人工膝關節置換術」（醫令代碼 64169B）。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年醫院總額一般服務預算四季重分配。

決定：洽悉，111 年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照 110 年採近 3 年(107-109 年)每季醫療申報點數的占率平均分配，各季預算占率如下：第 1 季 23.927003%、第 2 季 24.609005%、第 3 季 25.611838%、第 4 季 25.852154%。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」召開會議時程報告案。

決定：

一、洽悉。

二、會議時間如下，請各代表預留時間：

會議名稱	會議日期
第 1 次會議	111 年 3 月 2 日(星期三下午)
第 2 次會議	111 年 5 月 25 日(星期三下午)
第 3 次會議	111 年 8 月 24 日(星期三下午)
第 4 次會議	111 年 11 月 23 日(星期三下午)
臨時會	111 年 12 月 7 日(星期三下午)

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫論日計酬支付點數補付案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、由本署醫務管理組統一計算費用年月 110 年 7 月至 11 月申報案件之點數差額後進行補付作業。
- 三、請本署各分區業務組協助通知轄區院所，如已補報差額費用者，本次補付作業將逕行扣抵該費用後計算補付金額，並將申報舊點數之院所資訊轉各分區業務組輔導轄區醫療院所正確申報點數，原則補付費用年月 7 月至 11 月費用，亦持續監測費用年月 110 年 12 月之申報情形，如仍有誤報亦比照辦理補付作業。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：111 年醫院總額一般服務點值保障項目。

決議：

- 一、通過 111 年一般服務保障項目(同 110 年)，如下：
 - (一)門診、住診之藥事服務費（每點 1 元支付）
 - (二)門診手術（每點 1 元支付）
 - (三)住院手術費、麻醉費（每點 1 元支付）
 - (四)血品費（每點 1 元支付）
 - (五)主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數（每點 1 元支付）
 - (六)地區醫院急診診察費（每點 1 元支付）
 - (七)經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院

（註：以前一季該分區平均點值核付費用，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。)

(八) 地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)

(九) 區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費(每點 1 元支付)

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

二、前開項次(八)、(九)照案通過，如欲修訂請台灣醫院協會於實行半年後，取得共識後提案討論。

三、本案報全民健康保險會同意後實施。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關醫院總額部門申報醫療服務點數之每點暫付及核付金額修訂案。

決議：本案不通過，仍維持本署(前為中央健康保險局)96年8月7日健保醫字第0960052622號公告，醫院總額部門醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值計算，並以不高於0.9元為限；每點核定金額以最近一季結算每點支付金額計算，並以不高於0.9元為限；惟若結算時出現追扣情形，本署可逕予追扣。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額保險對象跨區就醫浮動點值計算案。

決議：

一、醫院總額之保險對象跨區就醫之浮動點值，因醫界無共識，爰仍採「前季全區浮動點值」計算。

二、案內與會代表相關建議，請衛生福利部社會保險司研究。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及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診察費修訂案。

決議：

- 一、考量 110 年未編列本案預算，本案緩議，俟衛生福利部公告 111 年度醫院醫療給付費用總額及其分配後再議。
- 二、另與會代表建議將癌症放射線治療由原提案同一療程內每 7 日得申報 1 次門診診察費，調整為每 2 週得申報 1 次，餘高壓氧治療及減敏療法診療項目同提案內容放寬，供本署後續研議參考。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「111 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」。

決議：本案通過，本方案涉及醫院部門修訂重點如下：

- 一、施行鄉鎮修正：111 年共計 125 個鄉鎮區(基層診所 88 個、醫院 37 個)。
 - (一)宜蘭縣礁溪鄉因鄉內醫療資源不均，持續列入 111 年施行區域。
 - (二)刪除地區：苗栗縣三義鄉、雲林縣土庫鎮、屏東縣長治鄉及里港鄉。
 - (三)調整承作單位之地區：苗栗縣卓蘭鎮、屏東縣萬巒鄉、崁頂鄉、麟洛鄉及花蓮縣吉安鄉由基層診所調整為醫院承作。
- 二、有關中華民國醫師公會全國聯合會為使執行巡迴計畫之院所，得同時執行「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(下稱初期慢性腎臟病方案)」並申請費用，建議附件 7 門診醫療費用申報格式欄位-巡迴計畫相關規定新增該方案「EB」代號一事，本署將於 110 年 12 月 23 日西醫基層總額研商議事會議一併提請討論，並依該次會議決議修訂 111 年本方案。

三、本方案其餘條文依修正條文對照表內容修訂。

第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：111 年醫院總額新藥預算分配方式。

決議：

- 一、111 年醫院總額之新藥預算仍依現況採 R、S 值分配至六分區之方式。
- 二、與會代表對於醫院總額新醫療科技預算採 R(人口風險因子及轉診型態)、S(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)值分配之相關建議，請衛生福利部社會保險司研究。

伍、散會：下午 4 時 35 分

陸、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
110 年第 3 次研商議事會議-與會人員發言實錄

主席

醫院總額 110 年度第 3 次研商議事會議議程開始，今天有一個新的委員為張克士院長。請林義專委開始。

壹、 確認本會前次會議紀錄

醫務管理組 劉林義專門委員

首先是確認上次的會議紀錄，請各位代表翻到第 6 頁到第 12 頁，請看一下有沒有什麼問題？

主席

好，沒有問題我們就繼續，好。

貳、 報告事項

報告事項第一案：

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

主席

好，請問各位代表對報告第一案有沒有問題？好，沒有，我們接著第二案。

報告事項第二案：

案由：醫院總額執行概況報告。

主席

好，謝謝，以上報告事項各位代表有沒有甚麼要補充的？好，請。

游進邦代表（程文俊代表代理人）

主席，各位先進大家好，剛剛報告裡頭大概有提到第 3 季的整個服務概況，第 3 季跟第 2 季，大家因為在防疫的過程當中，恢復大概看起來都沒有恢復啦，所以整體來講說整體第 3 季呈現負成長，不過有一項比較特殊是，裡面的公立醫院，反而是逆勢成長 5.1%，我不知道這代表什麼樣的意思？大概公立醫院是沒有在防疫還是說特

殊狀況，我想這部分，要請健保署這邊在可能再去了解說為什麼他可以逆勢成長這麼多，以上。

主席

謝謝，請益宏代表。

朱益宏代表

我有兩個問題，第一個就是投影片第 17 頁，那個一般案件的成長率，我覺得這個數字可能非常奇怪，臺北才 400 萬，一般案件臺北分區第 3 季才 400 萬而已，北區 130 萬點，哪有可能？然後中區成長 246.1%，照理說一般案件是最應該是比較穩定的狀況，成長率哪有可能變動這麼大？所以這個數字看起來我就搞不懂，這到底怎麼回事？而且這還是點數，不是件數，等下是不是請承辦單位再做個說明，是不是資料抓錯，還是我解讀錯誤？這是第一點。

第二點就是剛剛對於新的醫療科技的這個報告，當然都是例行的報告，但是我們都知道新的醫療科技在第一年，比如說 110 年，新的醫療科技我們都（知道）在 110 年用的量一定很少，結果這邊呈現的都是很少的量，然後到第 2 年、第 3 年，我們就看不到了，這些量進來以後，第 2 年、第 3 年、第 4 年膨脹到多少？也不知道，然後像剛剛講的那個藥品改變適應症的，然後告訴我們說，好像才幾億的預算，然後跟我們講說這好幾十類的藥品適應症改變以後，總共花了 600 多億，實際上問你預算增加多少？有超過？沒有超過？也不知道，因為我覺得這個會，其實很重要就是對於執行的狀況跟預算去做管控，他不是只有報告一個數字說我沒有超過、用的很少這樣，你應該告訴我們委員一個 whole picture，到底這些東西我第 2 年變多少？第 3 年變多少？比如說現在是 110 年，那 107 年的現在到多少？那 108 年的用到多少？這個這樣子大家才會有相關的討論，不然這個其實這樣報告完了以後，有報等於沒有報，其實大家也沒有辦法做分析，以上兩點。

主席

好，謝謝，還有沒有？沒有的話，我們回應一下，第一個是公立醫

院逆成長？

主席

好，謝謝，還有沒有？沒有的話，我們回應一下，第一個是公立醫院逆成長？

醫務管理組 劉林義專門委員

各位委員看到簡報的第 11 張，就是有關占床率的部分，的確可以看到比如說像區域醫院的公立醫院，他的占床率其實相對於財團法人或社團法人其實是來的比較高，或許是因為他有些政策的任務在，假如委員需要再深入更細的話，我們就是深入更細，我們下一次再提供委員參考。另外朱委員講到的投影片第 17 張，有關一般案件的成長率的部分，因為大家可以看到備註一的部分，就是所謂的一般案件是指接受他院的轉檢，或者是基層院所申報的簡表的案件，因為這個部分，其實金額都很小，都大概只有幾百萬，所以只要有增加一點，比如說大醫院的轉介的稍微多一點，可能這個成長率就會上來。

朱益宏代表

但是一般門診的一般案件最重要最大塊的，我說最大塊的那個一般案件，這樣就沒有統計了，那個是最大塊的一塊，那個其實我們要看，這個少量的代轉檢，那個太少了嘛。

醫務管理組 洪于淇科長

您講的是其他專案吧？

朱益宏代表

我不知道是你們怎麼分類？就是我們平常看門診啊，你扣掉了急診、門診手術、慢性病這些，連續處方箋啊，一般看門診的傷風感冒這些，這個案件，我的理解那個叫做一般案件。

醫務管理組 洪于淇科長

不是，現在那個申報格式裡面的一般案件就是在基層的話是簡表，那在醫院部門的話就是接受他院轉診，就是我們註一寫的那個才是一般案件。

朱益宏代表

那我剛剛講的那個？

醫務管理組 洪于淇科長

你剛剛講門診手術有門診手術案件分類。

朱益宏代表

不是，不是門診手術，就是正常看傷風感冒案件。

醫務管理組 洪于淇科長

那就是其他專案，那會在其他專案。

朱益宏代表

那叫其他專案？

醫務管理組 洪于淇科長

對。他就不會用案件分類 01。

朱益宏代表

那你應該要反過來吧？那個叫其他專案，然後正常的叫一般案件，理解才是這樣子。

醫務管理組 洪于淇科長

這是從開辦的時候，就是這樣。

朱益宏代表

開辦如果錯，你們可不可以改一下？

醫務管理組 洪于淇科長

讓我們帶回去研議。

主席

還有沒有補充的？

醫務管理組 劉林義專門委員

好，另外就是朱委員提到有關新科技的部分，按季都會在這裡報，其實我們每半年也會做一個總結的報告。

醫療管理組 陳依婕科長

醫療服務這邊先補充一下，因為上一次在 8 月 25 日的這個會議上，其實朱代表也有提出類似的提問，所以我們會在每半年，就是

會在明年第一次的研商跟第 3 次的研商會議來報我們 5 年的新醫療科技服務納入健保以後的變化情形，跟各位委員做報告，以上。

主席

好，就是說有些東西說實在的，你做委員你假如說有發現哪裡有問題要講好不好？因為這個說實在，這個那麼多年來都沒有去動的話，事實上我也很抱歉，不過要記得好不好？各位委員還有沒有什麼問題？沒有的，我要補充一下，第 38 頁的核減率，各位可能要留意，因為我們只寫了第 2、第 3 季，當時為了整個疫情，我們不進行一些審查，不過最近的時候，有請我們各分區的組長跟各醫院的院長提出報告，暫且留意好不好？因為說實在的，我是覺得也有一點重點是說，其實健保署不必要在那邊做不合理的審查，有一些東西也請大家特別留意，可能大家回去要溝通一下。

另外在第 49 頁，我想跟各位報告，在這個藥費部分，藥師公會的大會，特別提到說這個整個台灣的藥費占的比例大概 28%，是比國外來講是 16%或多少，事實上多很多，那結果等於是我們的所有的藥品裡面，就有 6,000 多項，或是價格 1 塊到 5 塊中間，那每一年在調 DET 的時候，就是談了一些東西，可是的確在很多部分的話，我們自己新藥一直引進，其實新藥引進其實也是給病人用，不過我是覺得這樣會造成整個台灣的一個藥業，也是一個很大的問題，我自己是一直有在注意到，就是一些藥品進來是好，可是問題是它的價格實在是太高，我們自己在議價的部分，又沒有辦法做到很完整，說實在會很現實，這是國外的一些日商、歐商、美商通常會給我們一些壓力，而且各個談的時候，的確是有時候我們事實上會有那個壓力在，所以跟各位委員做一個報告，好，這個部分的話，各位線上的委員們，有沒有還要補充的？假如沒有，我們進入報告案第三案。

報告事項第三案：

案由：醫院總額 110 年第 2 季點值結算報告。

主席

好，各位代表有沒有意見？我們醫院的代表一直強調希望整個點值的時候要有一個目標，我想這部分，部長跟總統都有留意到這樣的一個訊息，我們會注意，來，進入報告案第四案。

報告事項第四案：

案由：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標「門診注射劑使用率」及「人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率」指標案。

主席

好，請問一下各位代表有沒有意見？這裡有沒有骨科的？

台灣醫院協會 翁文能理事長

現在是把全人工膝關節跟半人工膝關節合併，但是因為半人工膝關節以前都沒有算過，我是覺得是一開始這兩項都同時都有資料，可以合併做一個資料，但同時分開做資料過幾年，我們才知道這兩項的差別，合併我不反對，但是這兩項分別的項目的資料也要呈現出來會比較好，謝謝。

主席

好，謝謝，謝謝我們翁理事長，明慈科長這樣可以嗎？

醫審及藥材組 許明慈科長

可以。

主席

那就先朝這樣好不好？因為這是數字在算，Data 蒐集後再說，這個報告有沒有問題？沒有，我們進入報告案第五案。

報告事項第五案：

案由：111 年醫院總額一般服務預算四季重分配。

主席

好，這部分，各位代表有沒有意見？

醫務管理組 劉林義專門委員

所以我們就是採 107 年到 109 年？就是不因疫情，仍採 107 年到 109 年。

主席

好，我們就進入報告案第六案。

報告事項第六案：

案由：111 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告。

主席

好，謝謝，請各位代表要記得，我們就進入報告案第七案。

報告事項第七案：

案由：有關「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫論日計酬支付點數補付案。

主席

好，謝謝，請問各位代表有沒有意見？請。

朱益宏代表

主席，這個案子，我覺得第一個當然是要拜託業務組去針對每一家醫院去做提醒，希望他申報正確，但是這裡如果我們大會決定 12 月以後報錯就不補付了，我覺得這個可能不妥，因為依照健保法規定，如果他 2 年之內有問題，他可以扣，但是 2 年之內申報錯誤的，他可以要補付，法定是 2 年的期限，但是我們這邊用會議決議說到今年年底，才 3 個月的時間就不補付了，我覺得這個會有損，特別是地區醫院很多會員，那會有損他們的權益，以上。

主席

好，謝謝，我想可能是好了，因為如果我是覺得說，現在是在有一些我們錯誤的部分，我剛剛在聽他說是有兩個部分要做，一個就說，我想健保署六個分區的一個作業要一致，所以以後像這種東西

的時候，既然有在做這樣的一個調整的時候，醫管一定要特別留意，一定就是要求各個分區要朝這個東西，讓各個有用到的醫療院所一定要知道這個事情，一定要處理好，這個部分不一致也是麻煩。

另外一個補救所以就說，要給人家補正的話，剛朱委員有提到說，這個並不是相約 12 月 1 日，這個有沒有問題啊？當然是說你假如說這個每一家都是 check 一次的話，當然這個也不一定說一定要拖到兩年結束才算告一段落，有對帳過就可以，只是說我們要趕快把對帳程序完成，這樣有沒有問題？那個？

醫務管理組 陳依婕科長

好，ok，因為我們現在補報的期限是半年，我們今天會議完，會請分區一定要提醒還是用舊的點數的院所，要用正確的點數來申報，我們會持續觀察，12 月以後還有沒有人這樣做，如果有的話，那我們還是算，謝謝。

主席

這個就不是壓 12 月，就是照這個程序去走，把他走完。請黃雪玲代表。

黃雪玲代表(吳明賢代表代理人)

我覺得這個是一個德政，我一定要替我們那些做健保申報的同仁反映一下，像這種支付標準每次一調升，特別是一大串修改的時候，那些同仁都很辛苦在加班，而且每次都是即將生效才來文，那半夜就一直一直改，那他們難免都會有漏，那健保署只要是說，假設說 5 塊調降成 4 塊，如果我還報 5 塊，一定來追扣，那如果 5 塊變成 6 塊，我報成 5 塊，不會有人告訴我，健保署可不可以有點德政，既然你可以寫程式，5 塊我已經可以報 6 塊了，我還報 5 塊，可不可以產出這個報表提醒院所？不然其實等我們後面發現的時候，這些做申報的人常常被院長 K，都已經幾月幾號調，你都沒改正，然後要補報也來不及，所以我們是很希望署裡既然你程式能寫，差額你一定來追扣，那我漏報時，可不可以給院所回應一下，然後讓我

們可以趕快來補報，不然我覺得發現最近有一個醫院也是他漏報一大堆，然後就被院長K到爆，所以我們會很希望是說，可不可以有點善意的，差額你來扣，我們覺得合理，那如果漏報，稍微提示一下院所，讓他趕快來做補報這樣。

主席

我想這應該是可以的，這個也沒有什麼違反的事情，那我就拜託醫管這邊做留意，因為我是常常在講，因為院長也不知道發生什麼事情，下面每個科部也不知道發生什麼事情，真正在做的醫師的話，又不知道什麼樣的一個政策，大家都完了以後，最後才出來結果是這個樣子，所以我常常告訴他們有時候一些訊息，院長假如說覺得這個東西很重要，一定要讓下面的科部的主管知道，他一定會發到各科部主管，各科部主管會要求，有時候 VS 看了東西之後自己會簽名，這樣才會大家都搞清楚，好不好？我想剛雪玲代表提的這個東西，我們就照這個方向去走，好不好？不知道各位代表有沒有意見？請。

侯俊良代表

我剛剛聽起來這個應該是一個有在執行的一個層面，是不是哪邊有程序出了問題？這個部分我覺得是不是署應該要去檢討一下？那如果說醫院方可能有一些程序上是會有疏漏的，也點出來讓他們去做一些改善，不要說每次都這樣處理，謝謝。

主席

好，謝謝，還有沒有問題，沒有，我們進入討論事項。

參、 討論事項

討論事項第一案：

案由：111 年醫院總額一般服務點值保障項目案。

主席

好，各位代表有沒有意見？這就正常程序好不好？好，請。

林富滿代表（劉建良代表代理人）

這個是比照 110 年的項目，但 110 年有但書，就是第 8 跟第 9 若超過預算部分應該由分區業務組跟轄區院所共管會議協商，看要怎麼處理，這一段還是要保留，以上。

主席

好，謝謝，醫管組有沒有要補充說明。

醫務管理組 劉林義專門委員

你現在講的是 110 年，因為 110 年已經在做了，不過 110 年的第 2 季、跟第 3 季，我們其實沒有這樣做，是用另外一個分配方法，所以 110 年應該比較沒問題，那 111 年我們會等部預算核定之後，然後再來看看就是後續有關第八項跟第九項要怎麼操作。

主席

都還沒定案，怎處理？

朱益宏代表

主席，我覺得剛剛醫學中心提的這個很奇怪，因為我們從來沒有一個項目，這裡處理以後然後到分區再做調整，如果這樣的話，那事情大條，所有的事情都要重新拿出來檢討，所以我認為這個既然是當初大家在經過我們這個委員會，經過所有的程序，大家都已經保障 1 點 1 元都確定的項目，哪有說回到分區，分區說這樣超過預算，我不給你保障 1 點 1 元，還是說用，我先給你一點，保障帳面上保障 1 點 1 元以後，然後再給你扣回來嗎？這個就很奇怪，這種操作其實是非常奇怪，所以我認為這樣子，這個例子不能開，開了以後，那如果是在這邊同意要開的話，那所有的項目重新拿出來檢討，每一個項目從總額開辦以後，超過預算的全部都拿出來看。

主席

我想在各個層級，大家都是一樣在處理病人的事情，我是覺得說，剛講這個以前也是這樣訂的話，我們今天要改變的話。

林富滿代表（劉建良代表代理人）

主席，我補充一下，這在去年協商的預算，地區醫院是 5 億，加護病房的護理費是 10 億，那時候提及若超出預算，應該要分別限制

在 5 億跟 10 億裡面去做調控，大家已有共識，所以才會把這兩項放進 1 點 1 元的項目範圍，且 110 年已有決議並有會議紀錄，萬一超過要在 5 億跟 10 億裡面去做調控，我現在只是反應，111 年應該要比照 110 年的決議。因為當初這兩個項目是有一個總額的概念，其實跟其他固定一點一元的項目邏輯是不一樣的，以上說明。

謝文輝代表

這個，我想這個講起來事情就非常複雜，要從頭講，我們向來每年都有編預算來調整些東西，像調整急重症、開刀或是什麼，包括或是新藥，我們也有個預算，事實 20 幾年來的這個健保，編完以後就結束了，就沒在管他了，包括現在朱益宏代表一直在說，那新藥編列 5 年後比原本的預算還多很多，因為我們本來的邏輯就沒有人管後面嘛。那當然他現在提出來說，好，我們要追蹤看 5 年，如果真的變化很大，其實我們要重新檢討，說這樣本來預算 20 億，5 年以後變成 150 億，這欠的 100 億，一年成長率只 3%，差好幾十億，這就變成，所有都由以外的部分來貼補很不公平，但是這是一個大原則的改變，也很有理，但從來我們不曾這樣去用。所以剛才朱益宏代表在講，我幫他解釋，就是說，你如果單獨挑這項，這項剛好，初步看起來補 ICU 的部分用不完，補 5 億又超過一些，那如果要這樣，大家就要重新來好好算帳，其實這個算不完啦，如果我們要真的要考慮真正的公平，那是要重新架構一個邏輯以前加的項目都要拿來從新算一算，在這個沒有以前，你檢討這個你會亂掉，所以可能大家要忍耐，現在就是講不清楚，就是由依照這樣編一個預算，後來增加就沒有人去管它，就是這樣啊，你拿不夠，也沒人幫你補，大概是這樣。

主席

請雪玲代表。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我想上次這個 5 億跟 10 億，其實在會議上也討論很久，最後會過其實是，最後決議就是說，因為大家在預期會超額，那超額部分，

大家其實有共識，就是回分區去處理，所以其實在這個共識下，大家才同意讓這個 5 億、10 億過，那今天回到明年，我們會覺得他應該，像今年就已經爆表，明年一定預期要爆表，那剛才講說 ICU 沒爆表，其實也不知道他是不是真的沒爆表，因為今年疫情的關係，我們很多醫學中心的 ICU 其實都被徵召去做照顧 COVID-19 的病人，所以在這邊是沒有爆表，我們覺得這兩項都應該要監控，像我們臺北業務組已經爆表了，如果每季都會爆表，會稀釋到其他的總額，這兩項預算編不夠，然後你讓其他醫師的看診診察費降到很低，點值很低，這其實是很不合理，所以我會覺得我們應該遵照上次的決議，那個東西當然不用在這裡討論，因為上次的決議就是回分區討論，所以不必在這裡討論，要在分區整個處理，你不能讓別人的診察費低到不行，這是不合理的。

朱益宏代表

上次就不是這樣說啊，這個是編在一般總額，一般預算，他也不是專款，也不是非協商因素，他是一般預算，跟新藥、新科技這個預算的來源是一模一樣的嘛，那很多在健保署，第一個地區醫院當初編也是依照署方給的資料啊，編了 5 億啊，署方說是夠啊，對不對？那社區醫院協會在健保會編這個預算，我們還承諾健保委員，我要成長 2%，成長 2%哪來的預算？你編的預算，當初算給我的 5 億，沒有說這裡面執行率只有 80%，我給你 20%的成長？沒有啊，我們還承諾健保會。我們地區醫院為什麼要去成長？因為就是配合分級醫療，醫學中心、區域醫院減量以後，地區醫院他就醫可近性增加嘛，為什麼是在假日跟夜間？因為假日跟夜間，醫學中心、區域醫院希望他不要看嘛，這個是政策引導，那你今天跟我說，不行你成長的太高了，這個要回去打屁股，哪有這些事情啊？那如果這樣子的話，從以前開始急重症你加的錢，那你這給的太高是不是回來打一打屁股，把急重症全部吐出來啊？那沒道理，地區醫院抵死不從。

主席

雪玲代表跟富滿代表，我意思是說其實當時是為了分級醫療，當然是事實上我們都知道說，不管怎樣，其實我們對於這個醫學中心的門診量在減少，就是假日跟晚上的時候，的確我們也就是地區醫院這樣做這樣的服務的時候，我們才會考慮從這一部分強化。

我要另外講的是說，其實最近部長在討論就是說一些相關的給付部分，我是覺得醫學中心的角色，我們自己會把他集中再強化他的一個給付在一些部分，說實在有些患者急重症你要叫他去地區醫院其實不是不能，就是他有他的一個盲點在，其實大家都是截長補短在走，這個你們也不需要擔心的，其實我想我們也不要為了這個東西，卡在那邊說壓力很大，其實他們當時的想法是說，我們就朝這個方向這樣走，好不好？你稍微忍一下，富滿代表。

林富滿代表（劉建良代表代理人）

主席，我還是要表達，這個不是我們在這邊自己說的，依照上次4月14日臨時會第29頁的紀錄就是這樣寫的，我只是回歸事實，大家可以去查該次會議紀錄，上面就是這樣寫的，所以不用抵死不從，如果不合理，抵死不從也沒有用。

朱益宏代表

問題就不合理，你之前要求。

謝文輝代表

我建議一下，這個不要吵，因為這個大概也沒有辦法解決，他這個不會有共識嘛，這個的確現在遊戲規則是這樣，我是覺得可以監看，但各種這種問題，像剛剛益宏代表在講的新藥新科技要監看，這個監看，看到多了以後如果大家覺得受不了啦，就重頭來改，就全部來算，像以前的這個調整的，全部來看嘛，以前調整甚麼，我們20年來調整上百項，都來算帳，算一算一個總帳，那當然是有困難，所以大家試試看，但是如果要處理，那就要公平的處理，就一次性的處理，那監看可以，我是覺得希望監看什麼資料都可以，那到時候社協你也可以提出你希望監看哪幾個項目，不要大家只選自己有利的來監看，別人有利的就不監看。

主席

請問翁理事長的意見？

台灣醫院協會 翁文能理事長

沒有，我現在是這樣想的，聽起來是社區那部分會爆掉，聽他們講會爆嘛，爆多少？如果爆很少，當然大家就相忍，如果爆很多，這個5億可能要調成6億或幾億，這樣會比較好嘛。但因為這個是要部長簽的，是不是請署長跟部長反映，看他怎麼樣，例如是否可以變成5億5,000萬，這樣子比較好，就從上面簽下來，各區就不要自己去吵。但是如果一開始就知道會爆很多，我們將來談這個事就要重新再討論。因為這個是當時就要談好的，所以我的想法是這樣好不好？

主席

我是覺得這樣，我們先做半年，好不好？半年看怎麼樣的話，再跟你們報告，我們都是站在以病人為中心，社區醫院也不可能一直在那邊，我每次去餐廳吃飯，餐廳生意都起來，當然老闆都感到很開心。現在問題就是我們的醫療體系，病人少了很不開心，病人少了，代表病人很好，身體很健康，但是我們邏輯變得不太一樣，所以我覺得說能不能先照這個樣子，假如說我們半年後，就再來報告這樣好不好？雪玲代表好不好？大家互相忍一下。

朱益宏代表

我覺得是這樣，那個這裡面其實還有另外一個議題，就是很多新的醫院，大型的他一開始都到地區醫院，地區醫院那個門診這樣，如果真的這樣就會很大，所以我覺得署方其實對這一部分是不是要另案去處理，這個所謂的地區醫院保障這件事情，那超大的根本是醫學中心等級的，這嘛沒道理。

主席

那天在跟總統說的時候，你看一樣都是地區醫院，大家還有分大間小間，醫院又一直在蓋，問題就說又不是說我們可以去那個的，所以我就是說，這當然每一個事情，都自己知道一些問題在哪裡，好

不好？好，第一案就先這樣講，進入第二案。

討論事項第二案：

案由：有關醫院總額部門申報醫療服務點數之每點暫付及核付金額修訂案。

主席

好，謝謝，各位代表有沒有意見？請？

游進邦代表（程文俊代表代理人）

因為這個案子老實講很複雜，因為我也讀了很久才搞清楚，因為原來的現行的方案其實是這樣，就是看依照各醫院的核減率，訂定不同的補付的乘數，那點值的部分，最高是 0.9，所以我們大概算一下，我們現階段大概真正最圓滿的時候，是拿到 8 成 6，等於 100 元，我先付 100 元，我給人家先暫付 86 塊而已，那你現在如果用方案一的話，剩下 80 塊；方案二，大概只剩 76 塊，其實我要講是說，醫院這個產業也沒那麼好賺，想說做 100 元拿 76 塊，其實我們發的薪水才發 95 塊而已，另外那 20 塊，如果沒錢的醫院還要去跟銀行貸款，我是覺得因為這個案子，大家也知道，真正扣的扣的家數很少，大概平均在扣的大概 4,600 萬左右，但是你這個要補付給醫院要補付 30 億，那我為了這 4,600 萬，為了這幾家醫院說還不出錢來，讓全體醫院通通暫付的錢變少，我覺得這樣對所有醫院，事實上不公平，尤其是中小醫院他的危機更大，因為不見得每家醫院的現金都很充裕說可以撐那麼久，以我們現在來講，我們現在暫付 15 天就暫付，那整個結算完，最長是 60 天，平均是 45 天，就等於說，這些醫院大概要有 30 天的時間，要去跟銀行借這個錢，所以我覺得這個案子，我建議不用討論，還是維持現行的方案，會不會比較好，以上。

主席

好，謝謝，請右鈞專委回應。

醫務管理組 林右鈞專門委員

各位委員，請看一下討 2-4，我們會提出這個案子，其實就是在這個疫情期間，因為點值實在波動過大，那你看到 109 年第 4 季，他在以現行方式，他就會追扣 141 家院所，然後會追扣 1.46 億，當時我們再追扣的時候，因為扣錢的時候可能會再延後個幾個月，可能 6 個月的情形，因為當我們要扣這個錢的時候，是在今年的 5、6 月，當時的疫情更為嚴峻，所以我們當時還把他往後再去做一個往後延的扣款，所以就是擔心未來還是會有這種很大的一個波動情形，所以我們是希望有一個扣留那個前面暫核付的費用，但是我們會做一個保留，就是如果院所如果真的在現金流上面會有問題，就會像今年這個第 4 季的狀況，請跟我們分區業務組來做回報，然後我們做評估之後，會先做一個補付，會有一個這樣子的但書，以上報告。

主席

好，謝謝，我想游進邦代表所提的，事實上也是蠻實在的，因為這些錢都是要給醫界的，我是覺得說就是什麼時候給，當然我們健保署也不是說，都怕要跟你們來追扣，就怕給的過多，到時候要再拿回來的時候，大家不爽，我是覺得告訴各位，有一點麻煩是說，大家都把總額跟那個紓困搞在一起，我們能夠管的就只有總額，就該你們的就是你們的，對不對？所以說，我想是這樣，就是剛剛游委員有提到說是不是不需要去討論，我是覺得沒有意見，假如是這樣的話，就是不討論，可是就說可能未來的話，可能一定要在這一步給各位代表了解，其實未來就是說這一季，假如說他給你的結算對不對？那完了以後，下一季的時候，你要沖帳，假如說多了要沖的時候，就要忍耐一下，如果給的多的話，就不要說在那邊叫，不過我們當然是可以自己內部裡面先預算，大概是今天照這樣的公式給你的時候，就會先給你 warning，提醒你說，下一季的時候，可能一開始，我們要給你的暫付款就先扣，因為這樣的話，會讓他在下一季的時候，他比較有一個警覺性，這個畢竟很現實，其實就是上次賴副總統在問我去年的時候，我們在這個情況的時候，他就

問我，我就說健保就是這樣，不可能多出來的，就是說大家今天在哀，因為每一個人在叫的時候，都只有叫對自己有利的那種聲音，就是整個體系他就不講，你知道嗎？一般人其實也搞不清楚什麼叫總額，這才是麻煩，不過一講就知道，這本來就是這樣一個分配，好不好？右鈞專委，他們表示有這樣的一個反應的話，大概就是代表大家的意見，這個案子就不要去討論了好不好？好，我們進入第三案。

討論事項第三案：

案由：醫院總額保險對象跨區就醫浮動點值計算案。

主席

我想，這個大概是這樣一個邏輯，因為每一個人服務病人的時候，到時候我這個區，我的總額是多少，我服務病人的時候，我應該照著是得到應該得到的，因為這個有不同分區的時候，就變成說，病人從那裡來，我要怎樣去用？說實在的，不同分區有不同的壓力在，我也是希望說，各位委員你等下聽聽臺北區的代表意見，臺北的先講，看看你們自己覺得想法怎麼樣，我是覺得說，我們是整個一體，不是說自己這一區委屈，其實你委屈都站在你過去一個經驗，你就覺得說這樣的話，我們這一區點值會起來，可是當我在當這個位置是覺得說，要讓整個全台灣的點值都是合理的，好不好？好，請富滿代表。

林富滿代表（劉建良代表代理人）

對，我們看牙醫、中醫還是西醫基層，剛開始四個總額全部都是用就醫分區，為什麼它們會改？一定有它的道理，本來就是錢跟著人走，臺北分區長期以來點值一直是最低，他們也很努力在管，不是他們管不好，是因為先天不足，邏輯上就應該要用投保分區，我可以認同醫院協會調查會是這個結果，但還是應該站在比較合理的邏輯來討論，請大家先撇開你是那一區來思考，要不然這個沒辦法有共識。

主席

照你這樣想法，如果你去中區當組長的時候，你想法會不會改變？
林富滿代表（劉建良代表代理人）

不會，我們還是要朝合理的邏輯來思考，用投保分區才是公平合理的，不管是那一區，希望其他區可以體諒。

主席

請朱益宏代表。

朱益宏代表

剛署長請富滿代表去中區做組長，我說富滿代表不會去，我是要跟你回答這句。

朱文洋代表

高屏的委員代表發言，其實我們高屏分局的共管委員都有一致的決議，是認為應該是用就醫分區的浮動點值比較合理，因為 95 年以前，那時候的就醫，就是以就醫分區來算的，但是為了緩和其他分局的意見，所以我們委屈求全來改成全區的平均值來計算，現在反而變越來越強這樣，這樣子不太好，因為我是覺得，譬如說你在香港看病，你一定是用香港的港幣來計算，去美國看病就美元計算，怎麼可能在點值高的地方就用點值低的地方付帳，不可能嘛，所以這個是邏輯上是不合理的。

另外一個就是說因為臺北市是首善之區，所以很多的公司他的投保是在臺北，但是他的員工有些是在中南部就業，所以就等於是臺北收的收入比較高，但是他使用是在中南部使用，所以事實上應該是用就醫分區是比較合理，不能說在臺北的收到的保費就少吐出來，不是很合理。

第三個就是說，基層、中醫和牙醫，基本上都是門診，所以他是以基層的總額為主，那醫院的總額是不一樣的，因為他有住醫院的，有一些大的那個治療的項目，所以我是覺得，還是以就醫分區的浮動點值會比較合理。

主席

好，謝謝，還有沒有那一區要說的？

廖秋燭代表（侯勝茂代表代理人）

我想先補充一下，就是說一開始我們在實施這個總額的時候，他先有總額，然後分到六個分區，分配完之後再做結算，對不對？跨區就醫，投保在我這一區，跨區到那區就醫，我要有錢分給他，對不對？我錢要分給他，所以我們回到原本的精神，錢要跟著人走，那到底是應該要用就醫分區？還是投保分區？因為錢要跟著人走，所以我也是建議說，是不是我們應該回歸到原始總額的精神？回到投保分區來計算。

主席

好，謝謝，請偉強代表。

李偉強代表（許惠恒代表代理人）

好，謝謝，我想這個題目，其實我們看看不管牙醫或者是西醫基層，他們的就醫因為多半以門診為主，他的區域流動性其實相對是小的，那這大概可以有共識，可是醫院的話，他有住院、門診，特別是住院這塊佔的金額蠻大的，他跨區就醫其實是相對更高的，所以理論上，這個題目來說，醫院的總額應該早都比牙醫或是西醫基層更早可以回歸到各分區的點值，就浮動點值這角度來看，那當然為甚麼一直沒有回歸，就剛剛前面高屏代表提到了，因為這東西一旦流動之後就會難免有多有少，從這次的醫院協會調查表就看出所以然出來，看起來臺北跟高屏就是目前這種制度下面的相對的一個比較不利，那另外四個分區，可能多一點點好處，要把這個錢移過來，難免大家都會有壓力，所以這個題目，我個人認為，其實不是應該用大家好像去投票，6票裡面，幾票贊成，幾票反對這種事情來投票，是應該要回歸一個我們的總額預算下面，跨區就醫的時候，應該怎麼樣就回歸原來制度的設計，才是最正確一個方法，所以這個東西，所以我看事前在會議紀錄裡面102年的時候，好像討論過一次，可是那是在健保會討論的，這蠻奇怪的，我覺得應該還是回歸這邊，由署裡面採納大家意願之後，由署長還有相關幕僚你

們確定一下，怎麼樣才是一個回歸制度設計面該做的做法，而不是大家要尋求共識，這個情形不會有共識，我相信今年不會有，10年後也不會有共識的，因為這涉及到錢的分配的問題，以上謝謝。

主席

等一下，偉強代表，所以你只是在跟我們講大原則，你自己的想法？

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

我的想法就是依照投保分區的浮動點值。

主席

好，你還是講出你心裡的想法，請文輝代表。

謝文輝代表

我想偉強代表大概沒有搞清楚那個高屏，他說他們和高屏是比較靠市區可能會比較好，錯啦，高屏方式剛好跟你們相反，高屏是希望用他們的點值來算，臺北是希望用投保的，就是他們這邊跑去別的地方付少一點錢，他們那邊是說，跑來的要多付我一點，其實他們是兩個極端，那這個就是之前為什麼會改成中間？因為六分局各有考量，點值比較好的和點值比較差的，想法就不一樣，後來只好妥協，就用當中，平均嘛，六個分局的平均不要管，因為我們現在大家都知道六分局其實對目標點值都有操作，所以你沒有操作，那也不是原貌，所以大家後來為什麼會接受用平均點值，就是說，不用去爭這些，因為這個不會有共識，所以我們醫院協會翁理事長很有智慧，把我們這幾個意見，都拿出來給大家看，這樣而已，因為這是無法處理的，那你現在又一個，高屏人家點值好，人家很會管，人家用個別醫院總額去扣，自己超過斷頭，我們臺北跟台中區沒有啊，想說攤扣大家一直衝啊，點值不好，所以這個其實是扯不清的，所以只好維持原來，上次改的就是，大家妥協，不要爭說要哪個，就是用平均。

主席

請鍾飲文代表，他特定從高雄上來。

鍾飲文代表

是，雖然我是高屏區，不過我是以醫中代表的身分發言，其實如同剛剛偉強代表跟諸位先進講的一樣，之前各區有不同的邏輯的思考皆有其道理，如果從醫院協會的調查看起來，當然臺北區，真的是浮動點值比較低，不過這一個部分主要是反映各個區管理的一個現況，如果看調查結果，應該北區、中區、南區或高屏，東區應該是比較傾向維持現況，也就是說，像大家講的，維持目前大家已經有一個共識的做法，是不是不要再去變動會比較好，以上，謝謝。

主席

請雪玲代表。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我想這個問題其實存在已久，既得利益者是永遠不會退讓，那我們這個弱小族群永遠就是其實分配就不太夠，然後再加上這些跨區，臺北區，因為真的像剛才講的投保都在我們這，但是病人都不在我們這，所以我還要拿錢去付給人家，我覺得這不合理，除非他們真的來我們這就醫，他就應該是我這裡的點值，他既然在我這裡投保，理論上他應該在我這裡就醫，在我這裡加入健保，所以應該在這個臺北分區來就醫，但民眾也不是故意的，因為他就住在高雄，他就是在高雄看病，但小孩在台北上班就投保在台北，可是這長期就是制度問題造成一種不公平，他在我這裡，如果今天他在我臺北看，他是不是應該跟我臺北的點值是一樣的，那今天他不在我臺北看，我反而用高的點值去補他，這不太合理，今天如果他不跑是不是應該跟我一樣的點值？所以理論上就是應該要用投保分區的點值來做結算，今天是因為他個人的因素在某些地方就醫，可是這樣臺北分區要這樣子付出高的點值來補他，我覺得這真的是不合理，長期就不合理，所以你今天要其他的五個分區，一定是不會讓步，這其實本來就不公平，我們這長期被不公平的對待，我們一定是要發聲，也要請署裡幫忙，因為這個如果你要投票，我們臺北分區，一定是最弱勢，一定是投不贏，所以我覺得這沒有道理，所以我覺得

這個部分應該還是請署裡這邊能夠再去做一個公平的裁量。

游進邦代表（程文俊代表代理人）

我想這個問題大概是六區的利益之爭，其實也沒有什麼好談的，因為其實，剛有人說錢跟著人走，我也同意錢跟著人走，但不要忘記，從一開始分配總額的時候，應該錢就要跟著人走，而不是說就醫之後才浮動點值，再錢再跟著人走，所以我們R值一直都沒有調，對不對？其實應該百分之百用R值，不是用R值S值，那個55跟多少？我講這一部分大概北區這次沒有太講說要用哪一個，就是說你真的要用投保分區的話，那一開始的錢就用投保分區，分配到各個分區去，那這樣從頭到尾才會公平，其實這件事情就是我覺得是利益之爭，大概不會有結論，我建議說維持現狀是最沒有紛爭的。

謝文輝代表

我建議一下，比較有創意的，現在就是因為各自操作遊戲都不同，才會產生這些差異，所以接下來因為署長也有答應總統說接下來要逐步縮減這個不平衡，所以很簡單，六區明年起你就給他訂目標點值都一樣，這樣以後就沒事情啦，大家點值都一樣，明年大家都0.95還是0.96，都一樣，再來就照算。

主席

我早就研究過你那種了，那是用嘴在說的自律。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

那個全部一個總額就好，不要分總額一起結算就好，就一個區就好。

主席

這樣，游進邦代表每次講話都很直接，這個案子不要討論了，這個案子現在目前怎樣，雪玲代表你也不要難過，就是先hold，我會再跟部長再報告一次，然後我們會去分析在去年的時候，這整個一個狀況，到底是怎麼樣，搞不好去年大家都沒在跨區，根本就沒那種差異，我想這個就先這樣子，好不好，講不完。

吳淑芬代表

我是地區醫院社協的代表，因為我是唯一，唯二，因為理事長，他本身是整個全國的地區醫院協會的理事長，所以他比較不方便發言，而我是臺北業務組地區醫院的代表，所以主席，等一下所講的部分拜託幫我列入會議記錄。我還是要捍衛一下臺北業務組，為什麼我們非常強力要來爭取這個部分，這五年來將近這 20 個季別來講，我們臺北業務組的浮動點值，幾乎是有 16 個季都是墊底的，如果說我以一個廖添丁的一個概念，大家應該劫富濟貧嘛？不是，我們是劫貧濟富，也就是說，今天臺北業務組，今天如果我是點值最高的業務組，Ok 沒有問題，大家人飢己溺，人溺己溺，可是今天我們的浮動點值已經非常的難看，要不是拜疫情所賜，臺北業務組從來沒有點值 1 點 1 塊錢的機會過，我們的浮動點值是 0.79，所以這邊我必須要再報告一下，從 105 年我們臺北業務組非常用心，找出來了 105 年第 1 季到 110 年的第 1 季，總共這五年來的部分，我們因為跨區就醫流出了 397 億，如果今天我們把投保分區的浮動點值，改成就是我們投保分區來計算的話，我們就可以彌補 34 億回我們臺北業務組，主席，我要跟您報告是，如果今天我的點值很漂亮，我 Ok 沒有問題，但是我今天真的已經很辛苦、很辛苦、很辛苦，因為很辛苦，所以我講了三次，所以主席這個部分真的拜託拜託，一定幫我們列入會議紀錄，我知道很多代表、各位先進都希望說，這個議案不要提，但是身為我是臺北業務組的一員，我真的不能不提，以上。

主席

我想是這樣，這個本來上次也是再討論，的確大家講的話，都在這個醫院協會其實都有列出來，不是說不能有一個結論，但是就是像謝文輝代表每次都在說，他要把點值預設 1，你現在只用嘴巴講，大家都要 1，所以一定要有一些策略，說實在，部長當然心中也有譜，有一個配套，怎麼去處理，那我們當然就朝這目標在努力，我想說這個案子這樣好不好？今天大家已經都很明確的指示，我想大

概心裡也有譜，在那邊一直硬討論的時候，也沒有辦法結果，不過，我一定會把這個東西再跟部長再報告這個狀況，這個如果有需要，再跟你們再做一次討論，好不好？

朱益宏代表

因為主席剛剛講說，這個案子的層級已經到部長層級，所以我是拜託，因為其實這個案子跟最後一個案子有相關，都是我們總額的架構的問題，總額架構六個分區什麼 R 值、S 值，每一次在健保會吵翻天，那個確實其實看起來這個公式是有問題的，但是社保司那邊一直都不願意去修正，也不啟動檢討，就算薛瑞元次長有承諾說要啟動一個檢討小組來檢討，但是社保司那邊就是不動如山，所以我是覺得如果署長真的有機會跟部長報告這件事情，是不是也能夠建議就是說，這個公式真的是先天有缺陷，你不從根本去檢討這個架構計算的方式，那這個案子，你這次過了兩三年以後，又有不同的案子就會一直出來去挑戰這個分區總額的分配，我是覺得那個只能治標不能治本啊，所以我是建議，部長是不是能夠指示或是要求社保司要趕快啟動，不然的話，社保司不動，全部開會社保司也不在這邊，有在這，真的嗎？社保司開會，結果每次也都沒有結果，對不對？我覺得這根本在社保司，社保司變成旁觀在那邊看，我們在這邊大家很辛苦，然後內部自己分區就擺不平，就自己在吵架，這樣對整個醫院是沒有幫忙的。

主席

其實都有談出來有一個概念，其實你們知道因為那個擺在一些新藥的話，雖然說健保署跟廠商在談 MEA，回來的錢的時候，過去的錢有時就是這樣也就是搞不清，不過現在醫審那邊針對 MEA 的錢，回來會針對各個地區和各個醫院那邊怎樣的量，這樣回饋到那邊去，就至少這樣比較好，像吳明賢院長本來是覺得說他不在乎，不過到最後他發現不能不在乎，因為地區醫院很多扣到他們的錢，所以就變成說我們也會注意到說，這個不是只有虧到分區，而是說有各個醫院用的量多少，回去的時候比較好一點，好不好？這個案子先這

樣，好不好？我們進入第四案。

討論事項第四案：

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及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診察費修訂案。

主席

好，謝謝，各位委員有沒有意見？

廖秋燭代表（侯勝茂代表代理人）

預估醫院費用增加 5,290 萬點，但是總額沒有增加，所以就是稀釋掉就這樣嗎？我要確認是不是這樣。

游進邦代表（程文俊代表代理人）

這個議題事實上看完都是這樣，因為其實當初學會在設各種療法來同一療程的時候，事實上他是同一療程，那 30 日是最長是 30 日，要去申報，所以療程不見得是 30 日，所以他說因為 30 日，所以要把療程變成 7 天可以申報的時候，我認為說，這個東西本來就，你的療程 7 天，你 7 天就可以申報 1 次，怎麼樣不然你學會就來訂一個標準的療程是什麼？我認為說，這樣的療程你又說是 30 天，你又要 7 天看一次，那怎麼會符合療程的一個原則，我認為說這樣的說法，有一點怪怪的，所以我建議還是回歸專業本質去，療程是多少就是多少，因為用療程來看門診才是比較正確的一個作法，以上。

主席

這邊我跟各位補充，這個部分就事實上就是針對他們的醫療，就不同科別的醫療人員，他們的專業有沒有被重視，因為就是變成說，病人來看、今天來看、明天來看，每天醫療人員都付出那個心意在照顧這些患者，你現在門診換藥，三次算一次這樣，其實每次看，每次一定都有花精力在做醫療專業服務，不管所有在基層或者是在那個，像這種這幾個科別的話，他們至少小病也沒有來看的話，他那個服務的點數是沒有變的，只是說他看門診的時候，醫師也是要看，看的時候，你們認為說他的錢，甚至說同一療程這樣，我是覺

得這個事實上，我們希望把我們的資源，盡量回到護理人員他們的專業或是說醫療人員的專業，這點數給他，跟你所說的就是在整個總額裡面稀釋點值，如果錢是真正給人家的醫療人員服務的身上去的時候，當然就說，我們是希望一些不必要的給人家減少，你總額就是這麼多錢，所以這部分他們提出來的概念是這樣子，雪玲代表您一直要搖頭，請問您的意見。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我是覺得沒有預算實在是。我也很贊成支持給他們診察費，但是我覺得是不是明年不知道還來得及嗎？是不是可以跟部長說加編這一塊預算，不然其實又稀釋到別人的診察費，真的越稀釋越少，我覺得還是應該把預算補進來，讓他們醫師拿到他真正的服務點數這樣。

主席

我是覺得不是老是用這說，一直要再加錢，我跟你講，這個總額要多像翁理事長那天去跟總統講的時候，說實在的，總統也不敢隨便答應這個說我這個財務缺口這不平衡要馬上給你增加，因為做總統，他會知道這些錢會從哪裡來，所以我覺得說，我現在也只是說跟你們報告說，他們提了這個案子的時候，主要是說針對人家是真的有在看病的時候，他沒有看病當然就沒有什麼療程不療程，問題是說當我們假如明年的時候，我們一些配套假如有去執行的時候，其實那些患者減少時，沒有這種患者的時候，他的點數就出不來了，這種是真正需要看病的人去，我也不是說只有真的在保護這三科，他這裡有一個高壓氧治療，也不是每個患者都要高壓氧治療，減敏療法這是小兒科的，還有癌症放射線治療，我想可能他們在治病過程會有這樣的需求。

朱益宏代表

我覺得這個案子雖然在醫療上有他的必要性，但是確實是沒有經費，確實總額上是沒有編這一塊預算，這是事實，那你讓它進來後，像其他專科，像我本身是麻醉科，我也可能覺得不夠，像署長

是腎臟科，你可能也會覺得腎臟移植錢不夠，類似像這樣，那各個專科都有專業立場來看他自己費用，都嫌不夠，其實很清楚，我覺得在我們這個會上，有沒有可能收到專科醫學會相關要求後，比如下半年在健保署這邊做個綜整，然後我們9月份會談大總額，然後提早跟醫院協會溝通那些項目要做優先，或是怎樣，然後一起把這個東西放到明年的總額去做一個爭取，如果爭取到就有，爭取不到就沒有，然後有一個這樣的機制，前面先蒐集資料，現在是因為醫學會來申請，然後就提案討論，通過就沒有了。

主席

不是這樣講，這是整個健保給付同一療程的概念，今天假如是基層在給病人換藥的時候，2次算一療程，今天換藥明天換藥才申報一次，病人的傷口就是需要換藥，醫生就是需要幫病人換藥，像大家常常叫病人回來看病，大家對病人都很好，3天回來拿一次藥等，事實上有的真的不是必要，那個消耗門診診察費的費用，比這些真正看病的病人同一療程是不太一樣，像這種病人還是有一定的數字，這種病人是需要看病的，對這幾科醫師提出來的時候，用同一療程的概念的時候，我覺得對他們不是很合理，一個病人來你一定要花時間處理，一個月只能申報一次，他們那時候跟我報告同一療程的概念的時候，對人家的醫療專業，而且這個錢也是回到真正的醫療人員身上去，你現在點數是給醫療人員、護理人員，你不要把錢給到藥費那邊去，藥、檢驗檢查那邊很多都是浪費，醫師就是覺得很委屈，你們自己的思考邏輯也是要稍微想一下。

謝文輝代表

我想現在署長大概也看得出來，就是大小醫院大概長期以來到現在大概有一個心理的關口，就是覺得說，如果你真的要調整，我們如果覺得這個人事真的專業的技術這個偏低，我們要調高，要調高就要有經費，坦白講是這樣，不然對其他的都低，這不公平，有時候大家回去就很難交代。

所以我是覺得當然益宏代表講這個是明年可能要，如果你說今年要

調這個的話，就是要在明年有可能的範圍裡面，假設，好，我們明年有那個壯大社區還有調高急重症有 20 億和 10 億，那來算一算，這些費用的比例，這個分兩塊，一個在社區，一個在大醫院，這兩個比例多少，就各自從那裡撥多少錢。如果這 5,000 萬裡面有 4,000 萬是屬於區域醫院這樣的，1,000 萬是屬於地區醫院，那就各自在自己的 10 億、20 億裡面撥 1,000 萬跟 5,000 萬在這個經費，至少他才有一個來源。

我想是大家希望有一個原則，就是要調大家都知道，但就很不公平，對這真的技術、勞力很不公平，但是這是普遍的現象，不是只有這三科的現象。所以如果這個原則不能謹守的話，所以你看大小醫院其實就是一個要有經費，最好的方式當然像益宏代表講的，如果明年談後年的時候，我們就把這些相關覺得優先要來調的最血汗的我們提出來，經過大家的討論，大家都說好，我們就來編明年的預算。如果是署長覺得說這三個，當然我們不知道署長有沒有壓力，就是說這三個來覺得很可憐，這樣明年我們也要幫他找一個經費，這樣啦，就明年那個 20 億、10 億這些比例算起來。

主席

我跟你講，其實我沒有壓力。我只是說身為健保署長在看這個醫療生態的時候，我覺得你們必須要有良心。我說實在的，你說現在很多病人的治療根本沒那個必要的，一直在那邊衡量，我是看不下去。所以我是覺得像這種人家醫生就有在做的，病人在用的，而且這個 term 同一療程，你現在又去看他的背景，你就覺得那個根本就說不過去，所以我也不是說那一家醫院有這樣，而是說那一些醫師他們也不是靠這個在賺錢的，因為那個給付都不是說高到那麼高，你們現在如果真的說你們不要，我也沒有意見，不過就是你們要背著歷史的責任，我跟你講，這以後真的歷史會留下紀錄。

我一路走來，就跟你們講過，很多東西我都跟你們 open mind 說我的態度是怎麼樣，你們不要以為我慫慫，我不是跟你們在那邊用。我是說你們要注意到人家是同一療程，你有想說一個病人他現在需

要來看，變成你健保才能給付這樣，人家在罵的，就罵說，人家那個醫生大家都在罵健保，為什麼會這樣？就是說這個健保只能規定那樣，像住院只能住 28 天，誰說健保署規定病人只能住 28 天，你們每一個人都只會告訴病人說，這樣 28 天健保署規定的。我就說我們什麼時候有這種規定？沒有啊。

病人就還沒好，現在從 A 醫院轉去 B 醫院，B 醫院住 28 天又轉回去 A 醫院，我看那事實上都很 ridiculous 的事情。等於你們敢不敢面對跟媒體說，這是我的計畫，不是健保的事情。可是每次都是講到這，都是這健保。所以我為什麼一直都不喜歡說我們健保署背那麼多原罪。我們的同仁，我就跟你說，我們一定支持醫療體系，怎樣你們好做事，請鍾院長。

鍾飲文代表

署長講的是回歸醫療專業人員的付出，我想這樣的理念，我覺得應該是大家都贊成，不過因為委員有考量經費預算的關係，我們醫院內部其實就這個議題有先討論過。第一個就癌症放射治療而言，其實大部分現在每一個療程是 30 天，因為一個禮拜是治療禮拜一到禮拜五，要六個禮拜，總劑量是 6,000cGy。如果考量預算的話，其實會建議署裡是不是重新思考，目前六個禮拜為同一個療程，而本案影響財務因素最大的是第一個癌症治療。目前這六個禮拜當作同一個療程，只能申報一次的診察費，是真的比較不合理。因為六個禮拜之中，病人的治療他也許會有變化，不過目前雖然只能夠申報一次，其實各個醫院為了怕影響病人的安全，大部分的現況醫師是 2 個禮拜看診一次。因為 1 個禮拜，也許病人變化沒有那麼明顯，如果用 2 個禮拜看診一次，建議署裡可以再評估一下，目前本案是規劃改成每一個禮拜看診一次，同療程就會從只能申報一次變做六次，如果改作兩個禮拜，其實就少了一半，這個預算 5,200 多萬其實就少了一半左右。

第二個是高壓氧，臨床上確實是 10 天做一個療程，做完之後必須重新評估，看看有沒有必須要做第二個療程的，所以我覺得 10 次

後可再申報看診費用，這個是比較合理的。

第三個兒童減敏，本來我們是一個療程 30 天只能申報一次診察費用，現在如果改做每一天，每一次都可以申報，我覺得這個次數有一點太頻繁了，不過如果去看他的預估點數 1.6 萬點，表示現在其實國內幾乎很少人在做這項，因為這項危險性還是相當高，但預算影響不大。除了早期高醫的劉文章教授或台大謝貴雄教授，之後已經較少醫師去做。但是雖然他的量真影響沒有那麼大，是不是真的需要從一個療程 30 天只能申報一次，變成說每一次，每一天都可以申報一次診察費，還是有檢討的空間。所以財務影響最大的其實是癌症的部分，我覺得如果可以調整做兩個禮拜一次，那也可以大幅減輕我們財務的負擔。以上謝謝。

主席

好，謝謝院長。依婕科長你要不要再補充說明？

醫務管理組 陳依婕科長

好，我們現在先稍微試算，然後等下跟各位報告如果放射治療改成每 14 天一次會增加多少預算。

主席

好，這個案子先保留好不好？這個部分。我們再談下一個。

謝輝龍代表

主席，我還是 echo 鍾院長的意見，我們知道癌症做電療，大部分的病人蠻穩定的，以前列腺癌為例，每次治療大概約 10 分鐘到 15 分鐘就結束了。所以我是贊成鍾院長的意見，就是兩個星期評估一次是合理的。每個星期看診其實沒有那個必要，所以我建議把它修正同一療程改成兩個禮拜一次是蠻合理的。因為沒有編預算，把同一療程改成兩星期一次，要通過的機會會比較大。

主席

好，謝謝，我們算完等一下再跟你們回報好不好。

醫務管理組 陳依婕科長

署長我算完了。

主席

算完了就說明一下。

醫務管理組 陳依婕科長

好，目前初步試算如果變成每兩週報一次診察費的話，大概會下降為增加 2,000 萬。

主席

好，高壓氧治療？

醫務管理組 陳依婕科長

高壓氧我們現在就是用 10 次在算的，所以是 28 萬。那減敏就是一樣是 1.65 萬。

主席

所以減敏的部分，那個增加只是就剛剛鍾院長講事實上病人很少，不太會有影響，只是說前面的地方，癌症的那個放射線治療的話，假如說是兩個禮拜可以申報一次的話…，請朱益宏代表。

朱益宏代表

我覺得是這樣，就是說如果剛剛也有幾位委員說減半，就變成兩個禮拜申報一次，不管怎麼樣它還是會增加預算，我是建議，因為明年部長已經確定，我不知道現在，因為整個案子還沒有裁下來。部長是已經有確定醫學中心有 20 億，地區醫院有 10 億，去壯大社區醫院跟保障急重症這兩個項目。那就是依照這個項目，從這兩個層級裡面看看實際上怎麼分配，然後從這個預算裡面挪資源出來。因為我覺得這個是一個原則，就是說你要有錢，大家去調整，這個比較不會有意見。如果你就是都沒有錢，然後學會也來吵，這個也要吵，這個沒有道理。

所以我是建議如果是這樣子的話，那就是附帶決議，明年 10 億、20 億的時候，地區醫院我就承諾，我這邊有多少錢我要撥一點錢出來，醫學中心、區域醫院你也要承諾，是你們多少錢你要撥錢過來，這樣子才有道理，以上。

謝文輝代表

這樣也符合大家的原則。這樣經費我們已經有，這個就可以通過了。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

主席好，剛剛最後朱委員有一個發言，他看起來他不反對，不過看起來錢要另外有別的財源來溢補。

謝文輝代表

要自己找。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

不過這個涉及到每一個財源當初都有他特定的用途，你要壯大這個或壯大那個，他當初有他指定的一個大概的項目。可是這個東西跟那個應該是兩個不同的事情，這樣子把錢這樣挪過來，這樣適不適合，那再請大家討論一下，以上。

朱益宏代表

主席，照偉強代表講的變成沒有財源我就是硬要加，這個我想沒有道理啊。今天是大家妥協說從各自的財源想辦法把這個錢擠出來給這邊，不然的話最後，你沒有財源過來，最後就是點值浮動，點值越來越差。那點值差，最後誰倒楣？地區醫院最倒楣，地區醫院的平均點值跟1元差很多耶。所以我是覺得講這個話，這個這樣不行。

謝文輝代表

我想不要爭，因為既然其實有經費再來調支付標準，這個其實是大小醫院大家的共識，那我們既然要守這個原則，錢也不多，2,000萬而已，那明年所謂急重症的大醫院和壯大社區這個其實沒有講內容，內容都還沒有討論，那部長是已經口頭有承諾，他說我們就把這個項目放到裡頭，所以今天當然可以通過，那我們只要大家有同意，我們未來明年就放在這裡頭。因為2,000萬嘛，我們自己來調整裡面的，這個也不會抵觸那個預算，那個預算沒有設定說你要調整什麼，這樣這個案子就可以通過，也守住大家的原則，就是有錢才調。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我想請教一下，就是像譬如這個癌症放射治療，地區醫院也會做，所以是要拿那個地區醫院也來攤？

謝文輝代表

對，要分開。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

所以到時候署裡這邊可能要算的，哪些是地區醫院，哪一些是區域醫院、醫學中心，就弄得很複雜。

朱益宏代表

按照比例就攤進來，變成我地區醫院原來是 10 億要壯大社區，原來有一些項目，預計可能 10 億，那現在有這個進來，所以我那些項目要縮減，要把預算勻支出來。那同樣的道理，那就是區域醫院、醫學中心原來 20 億，那也要勻支出來去處裡這一塊。變成這樣子才有預算，不然你預算要從哪裡來？沒有預算怎麼？

主席

等醫院總額核定之後我們再來講好不好？

謝文輝代表

好，原則上就大家同意鍾院長講的。

主席

我們進入討論事項五。

討論事項第五案：

案由：修訂「111年度全民健康保險西醫療資源不足地區改善方案」。

主席

好，請問一下各位代表有沒有什麼意見？請。

朱益宏代表

主席，這個案子針對醫院的部分其實就是刪除的有 5 個鄉鎮，這一部分我比較覺得疑義就是說，到底刪除的標準是什麼？因為在座我們有前宜蘭縣醫師公會理事長，潘理事長在座，他也是我們社區醫

院協會的會員。那他也跟我表示像礁溪那邊，目前只有一家醫院叫杏和醫院，只有一家，20 床，而且那一家醫院本來是要倒，而且在北礁溪，本來要倒的，後來是用醫發基金去給他補助急診，補助 1 個月好幾 10 萬去給他維持在那邊，不然他早就關掉了。所以那個其實整個礁溪看起來，當然你說礁溪鎮那個地方很熱鬧，但其實宜蘭其實是比較長一點，所以這一部分我不曉得他拿掉的原因。另外幾個鄉鎮因為狀況我不是很了解，是不是我可以請就是，那個潘理事長也對礁溪那邊狀況做一個補充說明。

主席

好，請潘理事長。

中華民國醫師公會全國聯合會 潘仁修副秘書長

報告署長，原則是這樣子，宜蘭整個這個幅員，都不要算宜蘭縣，這個宜蘭是整個平原區的人口是，光我們臺北區關渡平原加臺北盆地更大，但是他人口只有整個這個區的 1/20 人口，所以地廣人稀，這是第一點。

第二點，礁溪的特點就是說，他的繁華地區都在北礁溪，包括那個杏和醫院 20 床，快倒了，結果被國家，因為他需要那個點，所以國家支持了。所以他整個的所有的 7、8 家診所都擠在北礁溪，南礁溪有接近 1 萬 8,000 人的人口，還有一個簡再興診所這樣。

礁溪是這樣，礁溪是從那個海邊，就是會積水的地方一直到山邊那個跑馬古道這樣子，所以我們整個礁溪有很多很弱勢的。大家都聽到以為礁溪是很繁華，有溫泉，其實事實上那是在北礁溪。南礁溪的那個地方，就是我們現在鬧得很大，說要四城要開發成高鐵，這是國家想說在那個的地方重新造鎮。

各位可以想想看，那麼多人只有一個診所，那礁溪的山邊那個地方他不是原住民，這些人是最弱勢的，不是原住民的平地人是住在山邊，都沒有醫師。這個礁溪是去年才被納入，他是因為早期有醫院，所以把他佔到了醫師數的比例這樣。事實上他個南礁溪，事實上只有一個醫師，接近 1 萬 8,000 人，所以山邊的那個病人，因為

我是仁愛醫院，我在宜蘭市，我很多的病人是，因為很多的地方都沒有公車，他來回看我一次門診就是坐那個計程車，是要 900 塊錢，1 趟 450 元，這實在很可憐。我常常看患者說，你怎麼 4 天、5 天都沒來看，他說我昨天才領到農保的錢，我才有錢來看病，因為他看病的那個里程是很貴的。

所以說我們偏鄉醫療對他們幫助是非常非常的大，他們是很感激，去年才納入，今年出來又拿掉，我是覺得這個是整個臺北區，臺北偏鄉來講，我們宜蘭縣是唯一的最弱勢族群，是希望說大家能夠體諒，不要把他剷除，不然那些人真的很可憐。

主席

來，請同仁再補充說明。

醫務管理組 李雨育專門委員

是，跟委員報告，請委員參考討 5-5 的部分，因為我們有規定醫人比，因為宜蘭礁溪的醫人比是 2,064，人口密度是每平方公里 346 人。因為我們的規定是要 2,600，或超過 2,600；另這一部分的話我們是不是也可以請臺北業務組說明？

主席

差一點，就把他保留，好不好？有沒有意見，好，就這樣，謝謝潘院長。來，其他部分有沒有問題？沒有，我們進入討論六。

討論事項第六案

案由：111 年醫院總額新藥預算分配方式。

主席

好，請各位代表發表意見。

醫務管理組 劉林義專門委員

有關新藥的部分，因為我們現在並不是百分之百 R、S 值，所以就有關新藥的部分，其實是很多人在講說，因為會用各種新藥的，大部分都是屬於層級比較高的層級，比較高的層級在台灣就是分布會有點不均勻，所以是有在講說那新藥預算的方式不要採 R、

S 值，是不是可以改採說，像我們去年我們也是一樣有保障點值，譬如說像社協就保障假日，像區協就保障 ICU 的那一塊，我們第一年也都是先用實際的使用量來分配，然後第二年之後再滾入 R、S。那是不是說新藥的預算，是不是也可以參採這樣的一個模式？這是提出來跟大家討論。

主席

來，請。

林富滿代表（劉建良代表代理人）

可以先保留預算，待每年結算時候再依照各區實際使用的投保分區占率分配給各分區，可以這樣嗎？就是在結算的時候，去看新藥用的這些人，他的投保分區是哪一區，然後依占率分配回去給該區，可不可以這樣？

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我是想說是不是可以頭 5 年？不要只有 1 年。因為剛才也講過，在報告新藥其實 5 年，其實第一年並不會反應，其實是 5 年後，5 年後我覺得再讓他滾入正常，也就是前 5 年都不採用區域分配，而是以實際使用量分配，在哪一區的投保病人使用回到那一區去。

其實不只藥品，其實我舉一個特材也是有這種問題，之前過了一個 400 萬的心室輔助器，那一樣，假設預算通過 10 個好了，400 萬 10 個就是 4,000 萬，可是依分區占率分台北區就是 35%，分回來我們臺北業務組可能只分 1,400 多萬。可是假設這 10 個，因為醫學中心都大宗都在台北，19 家有 8 家都在這裡，假設這 10 個 400 萬都在臺北做，那這 4,000 萬其實理論上我臺北做完 10 個就是應該給付 4,000 萬，可是台北區確只是分到 1,400 萬。

就是為什麼我們點值會一直低？不是我們不管控，我們管控了，但是因為這些高新藥、新科技或是新醫特材，大宗就會由醫學中心先開始用，慢慢他普遍化，別的區域就會開始做。我們會覺得這個其實長期，為什麼臺北業務組點值會這麼差，其實跟這些新藥、新科技、新技術都有關係。我們會希望說特材、醫令，是不是都能夠比

照這樣子，我們也不佔別人便宜，誰使用，回到那個分區去。不然你看剛才，理論上我花了 4,000 萬，那只有 1,400 萬回到臺北業務組，那有做的這些醫院，在臺北業務組，因為他的費用成長貢獻度太高就會被攤扣，多做這些新特材、新藥及新技術反要被攤扣，那誰要做這些新材、新藥、新技術？這些有做的醫學中心或是區域醫院，大部分就會被攤扣，那攤扣其實這不是我們，我們不是原罪，那我們提供服務結果被攤扣更多，然後點值又更低，這其實是長期的不公平。

我們也非常謝謝就是署裡這邊有看到這樣的問題，其實我們長期一直反映，只是，今天真的是很謝謝署裡真的有看到說這種預算的分配，其實長期造成有一些區域的不公平，謝謝。

主席

好，謝謝。其實說實在，我也是覺得這樣，因為讓你們做了這麼久以後，開始發現很多問題，還是必須要自己跳進來看，要不然就是我說的，就是很多東西在那邊做做做，也沒有務實去面對問題的話，事實上也是很麻煩。各位還有沒有什麼意見？

吳淑芬代表

主席、各位先進大家午安，針對於新藥新科技的部分，這邊也是想要提供一個數據，就是我們臺北業務組這邊真的是用了 48%，可是如果依據 R、S 值的分配之後我們只可以拿到 33%，這中間的價差就又差了 15%，所以這樣也是長期導致我們臺北業務組的浮動點值低下的原因。所以真的很希望主席這邊能夠裁示，還是依據各分區實際使用來進行分配比較公平，以上。

主席

好，謝謝。請朱益宏代表。

朱益宏代表

主席，我覺得這個案子其實情感上當然我覺得臺北分區用那麼多嘛，當然現在依照 R、S 值分配是不太公平，情感上是這樣子，確實是這樣子。但是我覺得這個問題，他是一個結構性的問題，就是

我剛剛其實併到前面那個案子，他是 R 值、S 值分區預算產生的大問題。今天你拿新藥來講好了，那其他咧？

我舉個例子，譬如說，可能高屏地區醫院比較多，可能地區醫院他做 RCW 比較多，那你依照 R、S 值分配以後，結果分配給他比較少，對不對？所以你如果把這個細項拆開，拆到很細的時候，剛剛講的，某一個什麼心室輔助器你拆到個別項目，那當然每一個都不公平。

所以我覺得說這個事其實是看健保，要看你的宏觀角度要多宏觀。那你不能這個項目我用微觀的方式來看，其他的項目又宏觀的方式，那就會產生不公平。

所以我認為說這個案子，我剛剛講情感上我覺得應該支持，但是回到這邊，其實這個案子在之前也有討論過，我回到各分區以後，那某些醫院就來講這個是我用的，所以你應該要回到我，那又切的更細，那又更多不公平。所以我認為這個案子其實很複雜，所以你要看你要切的角度，健保署要切的角度多細，但是我比較不主張只針對這個案子去做這樣子的處理，而是，我還是回到剛剛建議署長的，有機會真的跟部長講，這個 R、S 值分配是大有問題，但是社保司完全不處理，完全就不願意去改。所以我認為說，你越不改，這個問題就越凸顯，剛剛已經有一個案子凸顯這個問題，現在又來一個案子。那你這個案子如果給他過了，那下一次臺北分局是不是也要提，或者其他分局，那我的特材是不是也要一樣啊。那以後你新增支付標準，以後我們只要有新增支付標準，是不是也要比照？那這樣子其實這個會非常困擾，所以我要做補充說明，謝謝。

主席

好，謝謝。

謝文輝代表

剛剛臺北區我們吳代表講的也很有道理，用了這個新藥 48%，拿 33%。

吳淑芬代表

拿到33%。

謝文輝代表

但是我要告訴你，像壯大社區那個裡面也拿 33%，你們地區醫院的比例六區裡面最低的。

吳淑芬代表

可是那只有幾億。

謝文輝代表

你不能這樣算，還有很多東西。

吳淑芬代表

現在不見的是幾 10 億。

謝文輝代表

還有很多東西都是這樣，這個其實是邏輯性的問題，今天你要處理那個，你就不能不處理人家挑戰你的部分，你比較少的部分，你也有拿比較多的。

另外還有一個，這個案如果這樣決議以後下去，臺北區他馬上會遇到一個難題，就是一定，大醫院說人家照我們那個比例，我們用 48%，你拿 33%，好，現在這些 48%給我，這都是我的貢獻。我們這裡當然要遵循這個原則，也要照比例給我，啊那完了！那就完全沒有公平性了，那就你每一項都要算。

所以我是覺得這個其實是大原則的問題，其實有很多項目你給他檢討下去都會覺得，你多那些，都沒有照那個 R、S 的比例那樣分，你都沒有照實際的比例分，你都照 R、S。那既然是這樣，那清一清數百項，你都沒有要檢討，只有選你覺得這一次這個我划算，來算這個，那事實上我想不會得到大家的共識，這個有困難。所以我是覺得這個有爭議、有困難的放著，除非你做一個原則性的，像剛剛講到 R、S 值要怎麼改來搭配這個，或是我們未來要怎麼樣，否則是有辦法 touch 這個問題的。

主席

好，謝謝。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我是覺得是可以訂原則性，像剛才講的說 RCW 不公平，我覺得也可以，假設預算高屏被分配比較少，我覺得也可以，假設新調整或新的，我們都可以先放著，把那筆錢放著，誰使用了誰分回去，我覺得這個就比較符合公平正義。要不然你長期都造成某個分區，就是他其實提供了醫療服務，但是那個錢就沒有到位，那只有長期讓他一直攤扣、一直攤扣，這不是那個區應該承受的原罪。

謝文輝代表

我補充雪玲代表說的這個，我是認為沒有錯，如果大家有這個決心，每一項都要來算，那就算到都算完，大家再同時實行，譬如說好康的先算，以後的慢慢算，算 3 年、5 年，對不對！到時候若換另外一個署長就不認帳了，那就不用算了，只有算前面而已。

朱益宏代表

會啦，部長會認帳。

謝文輝代表

所以我是建議另外一個，其實現在全國點值最差的就是中區和臺北區嘛，難兄難弟，我們兩個都是倒數，那我們自己其實要檢討一下，為什麼其他 4 區人家的管控方案，我們如果學人家，點值就會像人家那樣。所以我想回去檢討這個基本的東西，高屏為什麼會這麼高？北區為什麼會這麼高？所以我們自己也有責任。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我不認為是臺北業務組管控不好，因為其實他是先天就不良，分配的預算就有問題，是制度的問題。臺北區這邊一直斷頭也斷不少錢，像我們醫院一季就攤扣 1 億、2 億，我有犯了什麼錯嗎？我的病歷寫得很好，我們的品質也很好，但是我犯了什麼錯？就是其實是長期分配就不公平，這個制度是需要修正，而不是臺北業務組管得不好，我覺得臺北業務組他們很盡責，也一直要研擬很多方式來做管控，我們也一直都在實施各種管控。不是不盡責，而是先天就不良，分配就不對，這是制度的問題。

主席

好，謝謝。

朱益宏代表

臺北分局剛剛雪玲代表講，這個我也要替健保署講一下，但是我覺得確實臺北分局幾家醫院要檢討，我們臺北分局 8 家醫學中心，在那個自主管理方案，就是每一家目標點值，那都是 C-。C- 的意思就是我給你的目標你都超過，藥費也超過，全部都超過，我們地區醫院是乖寶寶，50% 都是 A，都是沒有超過，結果我們點值分配下來最差，臺北分局的醫學中心 8 家全部 C-，全部都超過啊，所以我是覺得這個事情真的講開，臺北分局其實醫院也要檢討。

主席

話說回來，其實這個臺北醫學中心也是整個國家重要的一個醫學重鎮，其實也不是他們去找病人，其實每個病人都會想要跑到這邊來。講真的，他們也沒辦法。以前我在台南有一個病人要開大腸癌，我就把他都準備好，準備要幫他開，開到前一天他跟我說，拍謝，我們要去台大找你哥哥，我就摸摸鼻子，人家就是台大就是比成大有名氣啊！所以我覺得這有時候是人性。

謝文輝代表

但是署長你的患者跑去讓他開，你們的錢會分給他，不會說沒錢給他。

主席

我知道。請說。

林恩豪代表

主席，我想要發表一下，因為這個分配方式，當時那個健保會不是已經決議好了，就是照這個分配方式。但是現在又提出來又要再另外的分配方式，對，那我是希望這樣子，因為這個 111 年就已經決議了，是不是先按照現在這個方式來做分配，然後，因為大家其實還有一些問題，是不是做了通版的考量以後，下次再來做檢討？或是健保會那邊有什麼說明想講的，也可以請他們發表一下，謝謝。

主席

我想是這樣，因為從我開始做那個北區柯建銘他們一堆人找我去談那個 R、S 值，可是當時的蕭美琴在東區也是一個 R、S 值，錢就那麼多，每個人的 R、S 值都不一樣，調來調去也是不能解決問題。所以我是覺得說，沒關係，署裡面現在會針對這個 R、S 值的部分跟社保司合作，在部長高階會議那邊先報告，這樣的話，我們在討論這個其他後面的問題將來才比較有一個決定性。假如不面對這個問題，大概可能，我看這個案子跟前面那個案子一樣。

朱益宏代表

都一樣。

主席

其實我說實在的，那個也不是什麼意見不意見，你們這三個層級的醫院，其實理論上每個人都要有一個共識，但是我終於慢慢體會到真的不太容易有共識。那天我們健保署獲選去參加那個最後決選的總統創新獎，我當報告人，我報告完人家就在問我說，署長你要帶領 3,000 多個員工，你要怎麼面對這麼多不同 stakeholder？我就說一句話，溝通、溝通，再溝通，但是溝通也很難啦！我想就這樣，這個案子我們就先來保留，好不好？各位還有沒有什麼意見？

朱文洋代表

我還是以高屏分局的立場來講，因為我們這個高屏分局點值的管控，事實上我們有一個機制在管控，那突然之間，外在的環境把這個單項的費用給他做一個調整的話，事實上我們的整個管控就會被扭曲了。所以我是覺得不應該用，因為這個分配已經是分配講好了，所以你中間又把單項拿出來討論，那事實上會造成整個我們管控的扭曲。

主席

我跟你們報告我內心的感受，我說實在的，每次謝文輝代表在說目標點值，我說目標點值我發現都用嘴巴在講，為什麼？因為你們目標點值就是點數的問題，點數你們就說每個人又要衡量，你在怎麼

拚都沒有用，這我是覺得說為什麼，我一直覺得過去壓力放在目標點值這個管控放在醫院，或是在醫師的身上，我覺得那都沒有用，民眾要負責任，民眾現在不負責任，衝那麼多點數出來你們還是一樣。所以我說，你們也不要把他想成到最後我就說，好險您們都是醫院，你現在看基層，基層你要叫他病人少的時候，他在那邊一直未八補八，其實講起來健保其實也沒有欠他，都是一樣那麼多，但問題是他的掛號費會收不到，你知道嗎？掛號費收不到，又跟病人說我沒有跟你收掛號費，每次都變成說，他收掛號費都覺得那是健保收走的，所以最後你問病人，很多病人都不知道掛號費是收給這些診所，他認為看了一次病就是健保就收多少錢，所以我說，你又不能跟他說破啊！

謝文輝代表

說破啦！說那個 150 元掛號費都是診所收的。

主席

講的很好聽，所以說要部分負擔大家都嚇得要死，基層沒有患者的時候，他的掛號費收不到，那是很嚴重，其實我們收部分負擔跟他有什麼關係？他是覺得說這會增加病人負擔，講的很好聽，我就說這人性，碰到別人的利益衝突就不太一樣。好，沒關係，我們今天就會議大概是這個樣子，好不好？今天會議到這邊為止，謝謝各位。