

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 2 次臨時會議(視訊會議)紀錄

時間：110 年 6 月 23 日(三)下午 2 時 45 分

地點：901 會議室/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	周國旭*(代)
朱文洋代表	朱文洋*	陳文琴代表	陳文琴*
朱益宏代表	朱益宏*	陳智芳代表	陳智芳*
何國梁代表	何國梁*	程文俊代表	游進邦*(代)
吳明賢代表	黃雪玲*(代)	童瑞龍代表	童瑞龍*
吳淑芬代表	吳淑芬*	黃遵誠代表	黃遵誠*
吳鏘亮代表	吳鏘亮*	楊俊佑代表	楊俊佑*
周思源代表	周思源*	廖振成代表	廖振成*
孟令妤代表	孟令妤*	劉建良代表	林富滿*(代)
林恩豪代表	林恩豪*	劉淑芬代表	劉淑芬*
林鳳珠代表	李承光*(代)	劉碧珠代表	劉碧珠*
林慶雄代表	林慶雄*	蔡淑鈴代表	蔡淑鈴
林應然代表	請假	謝文輝代表	謝文輝*
邱仲慶代表	邱仲慶*	謝景祥代表	謝景祥*
侯明鋒代表	侯明鋒*	謝輝龍代表	謝輝龍*
侯俊良代表	侯俊良*	鍾飲文代表	鍾飲文*
侯勝茂代表	廖秋燭*(代)	顏鴻順代表	顏鴻順*
施壽全代表	施壽全*	羅永達代表	羅永達*
張克士代表	張克士*	嚴玉華代表	嚴玉華*
張禹斌代表	張禹斌	蘇主榮代表	蘇主榮*
梁淑政代表	梁淑政*	蘇東茂代表	蘇美惠*(代)
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

台灣醫院協會理事長
台灣醫學中心協會理事長
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
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會
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

陳淑華*、周雯雯*
陳燕鈴*、張友珊*、盛培珠*
林佩菽*、王秀貞*、顏正婷*、
何宛青*、曹祐豪*、吳亞筑*、
曹佑豪*、許雅淇*

翁文能
陳石池
黃瑋絜*
梁淑媛*

陳奕穎*、林士峰*

請假

黃羽婕*
請假

劉玉娟、谷祖棣、潘尹婷、
許寶華

張溫溫*、許菁菁*、謝明珠*、
黃毓棠*、李健誠*、曹麗玲*、
吳秋芬*、林俊仰*、江謝佩妘*
李純馥*、楊惠真*、李秀霞*、
林裕能*、戴婷豫*、林興裕*、
蔡瓊玉*、謝秋萍*、何容甄*
林純美*、賴阿薪*、郭俊麟*、
林煒傑*、陳嘉浚*、許寶茹*、
張智傑*、陳雅惠*
林淑華*、許碧升*、黃梅珍*、
邱颯穎*、張曉玲*、郭怡姍*、
王麗雪*、許亦濡*、柯昭英*

本署東區業務組	鍾政光*
	李名玉*、張麗絹*、羅亦珍*、
	王素惠*、詹蕙嘉*、林祉萱*
本署署長室	黃珮珊
本署醫審及藥材組	黃兆杰、曾玫富、張淑雅*、
	涂奇君*、馮文嘉*、詹淑存*
本署企劃組	王宗曦*、陳泰諭*
本署資訊組	龐君豫、吳少庾*
本署財務組	李佩耿*
本署違規查處室	白姍綺
本署醫務管理組	吳科屏、游慧真、劉林義、
	林右鈞、李雨育、洪于淇、
	陳依婕、呂姿曄、劉立麗、
	林沁玫、楊秀文、許博淇、
	林毓芬

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 110 年結算方式，提請討論。

決議：

一、110 年第 1 季按季結算，惟多數醫學中心代表主張 110 年第 1 季及第 2 季採合併結算，以緩和點值高低帳務沖銷之問題，另其他層級代表表示 110 年第 1 季尚未有嚴重疫情爆發，主張建議採分季執行，台灣醫院協會表示尊重衛生福利部及本署決定。

二、同意 110 年第 2 季結算方式如下：

(一) 110 年第 2 季分區預算採近 3 年(107-109 年)第 2 季就醫分區預算占率之平均分配(臺北：0.34001844、北區：0.13682906、中區：0.19517956、南區：0.14334976、高

屏：0.15660888、東區：0.02801430)。

- (二) 110 年第 2 季 4-6 月(費用年月)醫院一般服務以 1 點 1 元計算之收入與納入 108 年結算之 4-6 月(費用年月)比較，未至 108 年同期之 9 成者，保障至 108 年同期之 9 成；超過 108 年同期 9 成者依此金額給付，上限為 108 年同期。
- (三) 保障額度為各醫院 108 年 4-6 月一般服務收入之 9 成，交付機構(1 點 1 元)、專款、其他部門按原方式依 110 年核定醫療點數納入結算，各醫院 110 年 4-6 月(費用年月)事後補報一般服務費用，收入以 0 計。
- (四) 對於新設醫院、108 年基期異常醫院(如基期年休停診、或 110 年醫師人數、病床數等相較基期大幅增減者)、成長型、特殊醫院服務之剛性需求，以及配合防疫需求受影響等醫院，由分區共管會議決議。另涉違規部分不予保障由本署及各分區依法另案處理。
- (五) 各分區預算扣除自墊核退等金額後，經前開分配後如有剩餘，依各分區共管會議再予以分配。
- (六) 本案因涉總額重新分配，後續將依程序於衛生福利部全民健康保險會報告，並報衛生福利部核定後實施。

三、請台灣醫院協會協助於會後一個月內訂出下列相關定義與處理原則，以利本署再交由各分區共管會議處理。

- (一) 一般服務保障 9 成額度下醫療服務量之監控方式。
- (二) 108 年基期異常之處理原則(如基期年休停診、或 110 年醫師人數、病床數等相較基期大幅增減者)。
- (三) 新設醫院、成長型醫院、特殊醫院服務剛性需求之定義。
- (四) 配合防疫需求受影響之醫院。

四、為保障病人就醫權益，請本署各分區業務組加強持續監控醫院是否有不適當轉診(人球)或關診等情事，除依本保險相關

法規處理，必要時得不予保障。

五、110 年新增點值保障 15 億(地區醫院假日或夜間門診案件、區域級以上醫院住院 ICU 護理費)，預算自第 2 季起適用。

六、專款部分，醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，其納入浮動當年結算之浮動點值每點支付金額最高補至 1 元，其中「當年結算之浮動點值」以 110 年第 1 季浮動點值計算。

七、「110 年第 1 季、第 3 季、第 4 季醫院醫療給付費用總額之點值結算方式」如附件 1。

參、散會：下午 4 時 41 分。

附錄：與會人員發言實錄詳附件 2。

110 年第 1、第 3、第 4 季醫院醫療給付費用總額之點值結算方式

一、110 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 110 年 1 月 20 日衛部健字第 1103360014 號公告）。

（一）醫院醫療給付費用總成長率 5.047%，其中一般服務成長率 3.730%，專款項目全年預算為 29,942.4 百萬元，門診透析服務成長率 1.801%。

（二）總額設定公式：

■ 110 年度醫院醫療給付費用＝校正後 109 年度醫院一般服務醫療給付費用_(註)×(1+110 年度一般服務成長率)+110 年度專款項目預算+110 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＝109 年度醫院門診透析服務費用×(1+110 年度醫院門診透析服務成長率)。

註：校正後 109 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 109 年第 3 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 年其他醫療服務利用及密集度之改變：

(一)109 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(4.58 億元×(1+5.471%)=4.83 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 1.84 億元(1.75 億元×(1+5.471%))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

2.99 億元預算則按季分配予「南區」。

- (二)110 年醫院附設門診部回歸醫院之預算($4.83 \text{ 億元} \times (1 + 5.047\%) = 5.08 \text{ 億元}$)，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($1.84 \text{ 億元} \times (1 + 5.047\%)$)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」。
- (三)110 年「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費))」之預算 5 億元，先從一般服務預算予以扣除，再依其保障項目各就醫分區 108 年申報點數占率回歸各分區預算，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除。
- (四)110 年「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」(區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費)之預算 10 億元，先從一般服務預算予以扣除，再依其保障項目各就醫分區 108 年申報點數占率回歸各分區預算，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除。

三、110 年風險調整移撥款(全年 2 億)：

先按季均分($2 \text{ 億元} / 4$)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]：110 年風險調整移撥款，依據 110 年 3 月 3 日醫院總額 110 年度第 1 次研商議事會議報告事項第五案決定辦理。

四、110 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、110 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

=【109 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額+108 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($32.5 \text{ 百萬元} / 4$)】 $\times (1 + 5.047\%)$ - 106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元) - 110 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($5.08 \text{ 億元} / 4$) - 110 年其他醫療服務利用密集度之改變(「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變」)預算($15 \text{ 億元} / 4$) - 110 年風險調整移撥款($2 \text{ 億} / 4$)。

2、108 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
-131,658,298	-180,885,436	-208,899,125	-170,977,810

※校正後 109 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 109 年第 3 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、110 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 110 年品質保證保留款專款(880.4 百萬元)合併運用(計 1,269.1 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)110 年醫院總額門診透析服務預算

＝109 年醫院總額門診透析服務預算×(1+1.801%)

(四)110 年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之預算為 210 百萬元，依實際導入實施之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(五)一般服務門住診總預算

1、醫院調整後住診一般服務費用總額

＝(110 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%＋(110 年鼓勵繼續推動 DRGs/4)

2、醫院調整後門診一般服務費用總額

＝(110 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)＋(110 年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)/4)－醫院調整後住診一般服務費用總額－門診透析服務費用

五、地區預算分配計算方式

(一)分區調整後門診一般服務費用總額

＝[全區調整後門診一般服務費用總額× 該分區人口風險因子及轉診型態權重× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]＋[全區調整後

門診一般服務費用總額×該分區費用占率權重×醫院門診開辦前一年(91年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)]+各分區密集度改變預算(醫院附設門診回歸)+各分區密集度改變預算(「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」^註)+各分區風險調整移撥款

[註]：各分區密集度改變預算(「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」)自110年第2季加回。

(二) 分區調整後住診一般服務費用總額

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

[註]：各分區密集度改變預算(「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」)自110年第2季加回。

六、110年各季醫院總額點值結算說明

(一) 110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) - 藥品價量協議金額 - 緩起訴捐助款] - 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－藥品價量協議金額－緩起訴捐助款)＋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－藥品價量協議金額－緩起訴捐助款)－加總(門住診自墊核退點數)]
／加總(門住診一般服務核定浮動點數)

七、專款專用結算說明

(一) C 型肝炎藥費：

1、全年預算 3,428.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費(預算 2,850 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(110 年本項預算與後天免疫缺乏病毒治療藥費分項編列)：

1、全年預算 11,699.0 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、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 百萬元)」支應。

2、罕見疾病藥費：費用年月 94 年 1 月(含)以後部分負擔代碼=001 且任一主、次診斷亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件且領有重大傷病卡者之「藥費」小計。

3、血友病藥費：

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

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

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

4、藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數、血友病藥品醫令點數要列入計

算。

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

(三) 後天免疫缺乏病毒治療藥費(110 年本項預算與罕見疾病、血友病及罕見疾病特材分項編列)：

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 5,127.0 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 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 1,368 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	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. 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。
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。

項目	擷取條件
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。
110 年新增 DM+CKD 共病	(方案尚未公告)

(六) 急診品質提升方案：全年預算 246 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；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 $(1,500 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ，最低「4」科 $(900 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「3」科 $(800 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「2」科 $(700 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ 。未提供 24 小時急診服務者：「4」科全年最高 $(400 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「3」科 $(300 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「2」科 $(200 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之

前 10 天(含)申報案件者，(500 萬元/12)×實施月數。

6、全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/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 400 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(1,000 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」(10 億元)按季支應，每季最多支應 2.5 億元(10 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)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 110 年編列之品質保證保留款預算(880.4 百萬元)合併運用(計 1,269.1 百萬元)。

(十二)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」。

(十三)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 127.0 百萬元，預算如有不足，由其他預算「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」(980 百萬元)支應。
- 2、追扣補付原因別：
 - 1J3/2J3 即時查詢就醫資訊方案－網路費追扣補付
 - 1M3/2M3 即時查詢就醫資訊方案－行動網路月租費追扣補付
 - 102/202 即時查詢就醫資訊方案－固接網路月租費暫付追扣/補付
- 3、醫事機構權屬別(醫事機構代碼前 2 碼)為 01、02、04、05、06、07、09、10、11、12、13、14、15。

110 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 門診案件(不含 藥費)(註 2)	區分	如附件	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，排 除醫令類別為 Z 及 K(護病比專 用)	醫令點數	

註 1：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

註 2：操作型定義詳附件。

*註：原議程資料(討 1-24 頁)誤植為「門診診察費」，請修正為「申請費用+部分負擔-藥費」。

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

(一) 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)。

(二) 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)。

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)。

3、前開門診診察費係指醫令代碼為 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)者。

4、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

(一) 區域級以上醫院係指特約類別為醫學中心及區域醫院者。

(二) 加護病床之住院護理費醫令代碼 03047E、03048F、03049G、03037A、03041A 之醫令點數加總，排除醫令類別為 Z 及 K(護病比專用)。

三、依 110 年 4 月 14 日醫院總額研商議事會議 110 年第 1 次臨時會議決議，各就醫分區 108 年申報點數占率（*）如下：

分區別 \ 項目	地區醫院假日或夜間門診 案件(不含藥費)	區域級(含)以上醫院 加護病床之護理費
臺北	0.22765538	0.32348997
北區	0.16458169	0.12963039
中區	0.29087513	0.20264629
南區	0.11028691	0.15081546
高屏	0.19906751	0.16707714
東區	0.00753338	0.02634075
合計	1.00000000	1.00000000

*註：原會議紀錄資料(第 4 頁)誤植為「小數位點第 7 位」，修正為「小數位點第 8 位」。

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 2 次臨時會議(視訊會議)與會人員發言實錄

主席致詞

主席

翁理事長、陳理事長、還有在座的健保署同仁、還有在視訊裡面的各位院長及各位委員代表大家午安，因為這次疫情也非常謝謝各位在不同的角度裡面協助整個健保業務的推動，也期待讓民眾的健康照顧不要受到太大的影響，不過相對來講我們也可以看的到說很多醫療院所在經營裡面都有一些困難，今天我們在討論的就是一個醫療給付費用醫院總額研商會議，為什麼這次的會議我會自己親自來主持？因為畢竟在 COVID-19 時，除了健保總額，另外有紓困方案，這二個也跟各位委員報告，我們比較務實面對，因為健保總額部分，去年我們在處理的時候，因為整個流程裡面有一些小當機，各位也知道在醫院的部分是還比較單純，可是在診所部分造成很大的風波，所以說這次我們在整個處理費用我們非常非常的小心，以上先跟各位做這樣子的開場，那我就簡單花個幾分鐘向各位報告一下我對於健保總額的概念(略)。

討論事項第一案：有關 110 年結算方式，提請討論

主席

這段時間因為部長有指示要降載，所以看到很多醫院不管是重度或是中度重症醫院，的確在整個醫療服務的部分是差很多，在一般服務的費用可能是不夠，各位代表也注意到其實部長在整個醫療服務配合 COVID-19 照顧的時候，在特別預算也會做補助，這部分互相的影響，現在請台灣醫院協會的翁文能理事長講幾句話。

台灣醫院協會 翁文能理事長

主席、理事長、蔡副署長、各位健保署的長官，醫學中心的陳理事長、各位醫院的醫界代表、各位先進，謝謝主席給我一個機會跟大家說明，在座很多是醫院協會還有區域醫院、醫學中心，還有地區醫

院的代表，我們在前幾個禮拜，開了一個醫院協會的各六區的健保委員會，就討論這個議題，那時候的共識就是剛剛誠如署裡面長官的摘要，為了要讓所有的醫院在這個疫情當中能夠安定的經營，所以建議由健保署先補足各醫院在疫情期間第2季9成的一般的點值的支出，至於如果超過了，我們共識是說超過部分就到100%以內，就由各區的共管會來討論，因為那是給付到上限是100%，超過100%雖然有些醫院代表認為說超過也是要給，那時候大部分的共識是說先這樣，因為疫情期間大家都降載，先這樣給付，至於區域部分建議是由各區的共管會來討論，包括有些醫院特殊需求，例如RCW，精神科的醫院或者新剛成立的醫院他們特殊的情形，到時候再由各區的共管會來討論，來協調看怎麼樣來運作？這是大部分是這樣，我們後來在開了健保會以後，隔週也開了醫院協會的理監事會，在座很多代表或先進也參加會議，就把上次健保會的部分說明在理監事那裡通過。

另外我們在上禮拜也開了一個會，除了健保總額以外還有紓困基金，紓困基金就牽涉到被衛福部特殊任務的醫院，他的一些經費的爭取，我們在上禮拜也做了一些彙總，彙總的報告大概這一兩天各位可能會收到，彙總以後我們會跟行政院爭取紓困基金。

我這邊特別說明一下，因為健保總額跟紓困基金是兩個不同的經費，應該分別來討論，我們今天是討論總額，至於紓困基金的部分，我已經說明過我們上個禮拜有開過會，明天我們會請幾個理事長再把上個禮拜開會的意見再彙總，到時候會跟行政院提出書面公文去請他們給我們最大的援助，以上是我的說明，謝謝。

主席

我們請陳理事長石池和我們說幾句話。

台灣醫學中心院協會 陳石池理事長

署長、副署長、翁理事長、各位健保署的同仁、醫院協會代表、各位先進大家好，首先非常謝謝署長非常重視，親自來主持，是不是我們先給署長一個掌聲好不好，雖然你們的掌聲也許我們聽

不到；事實上有關現在 COVID-19 疫情，醫院的降載情況確實是非常的嚴重，所以事實上讓署長親自主持這個會議，這意義非常的重大，表示他對醫院這件事情非常的重視；也謝謝翁理事長剛剛有稍為提到，事實上我們醫院中協會也先開過會，針對這個問題，有做一些簡單的共識，事實上對降載的部分，醫學中心是影響比較嚴重，因之前我們開了很多次會，事實上我們這次要開會，他們昨天又開了一次會議，有些意見，所以我想還是要代表醫學中心表示一點意見，有關第 1 季跟第 2 季的結算，我們 19 家醫學中心，有 16 家是贊成第 1 季跟第 2 季一起結算，那有 3 家是贊成第 1 季分開來算，因為是降載的關係，據我所知，他們的醫院住院收入，大概降為原來的 4 分之 1 左右，那門診大概降到了 4 成左右，所以這個影響非常大，所以假設你用現在目前的給付來看的話，假如第 1 季分開來算，那個攤扣整個都是問題。

再來事實上大家知道 108 年的總額大概是 4,600 多億，那 110 年是 5,100 多億，還有 500 億多的差距，那事實上，我們本來是希望能夠百分之百，但是事情上這個方案目前看起來，最後不超過 108 年給付，跟我們當初的意見也沒有很大的差異，所以我們也沒有什麼特別的意見；本來想說不計較，但是我們還是有一些小意見，但是事實上對有降載跟沒有降載的醫院，我覺得應該要有一個程度的差異，不應該全部每個人都是按照這樣 9 成以上，我們醫學中心協會跟區域醫院協會當初在開會的時候，當時翁理事長也在場，我們都有表達這樣的意見；事實上，我們在想假設你沒有參與降載的話，你不應該接受這個原則，照理來講應該有點折扣才是合理的，不然每次都不同工同酬，這樣對我們醫界來講，不是非常好的一個情形，這是有關第 1 季結算的問題。

再來你們分區預算要採用 3 年的平均值，這個我們沒有什麼特別的意見；另外，就是有關事後補報這個事情，我們有點意見，那個不能你們以零來算，事實上，CDC 規定到底要是那種病房，床要不要換，事實上，他會常常改來改去，很有可能它現在規定但後來

沒有，這些會有變化，所以事實上對醫院來講，這也會是醫院損失的一個部分，所以這個我們還是希望按照現行制度 6 個月給付來做，因為 CDC 常常改來改去，那你現在事後補報改成零，有些醫院會受到影響，所以我們建議還是按照現行規定 6 個月。

有關其它的部分，就是超過 9 成的部分，是不是看你們怎麼定義那個部分，看您們要怎麼決定，事實上我剛講的那個降載方案的部分，事實上不應該所有醫院一視同仁，應該是有降載的醫院才接受這個方案；假設二季結算沒有接受的話，那個多於 9 成剩下的部分，要把降載醫院納入，這是比較公平的一件事情。

另外就是有關第 5 點，各分區預算剩餘款，依各醫院核定醫療點數占率予以分配，這個核定醫療點數的定義，目前看起來沒有很清楚，你們講的是那個年度，最後結算不太知道，所以我希望這個署裡面對這個能夠再說明清楚一點；第六點我沒有什麼意見；第七點我也沒有什麼意見，對於署裡面對這次的投入，我個人非常的贊同，那也希望我們一起努力讓醫院能夠度過這次難關，我們醫中協會就暫時報告到這，再次謝謝。

主席

好，謝謝陳理事長，我這邊稍為回應一下，季結或不季結，這個部長也是很掙扎，因為例如第 1 季也就是沒有疫情的時候，本來就會是有一些斷頭攤扣，那事實上現看起覺得就是第 1 季、第 2 季合在一起，那個帳面看起來比較好，那部長是有答應說，假如季結的話，那第 1 季對那個比較大的醫院，對於那個攤扣可以分期，不是在這一季把它處理掉，說坦白的，事實上總額就是一個數字在那，只是挪來挪去的概念，搞不好你們可以討論。

不過第 2 個降載的部分，我們醫管組組長有針對就是重度的醫院，它在做降載時，有些影響很大，但是我們知道有些人性是有辦法逃避，就有些醫院它是掛羊頭賣狗肉，它沒有真的在降載，部長那邊的資訊，所以就是說假設我們今天在做有真正降載的醫院，這時候假設

有收到 COVID-19 病人的時候，其實醫院倒不是降不降載的問題，而是整個醫院營運都會受到影響，當然是考量的角度不太一樣；像那天我去台大醫院看，台大醫院急診室以往都是一堆人，現急診室門口都沒人，假設那是降載的話，那也是執行很徹底降得很厲害。

另外就是事後補報的問題，就是 6 個月，這個部分大家都可以討論，因為畢竟就是說牽涉到人性，有些人會很聰明，他這時候要繼續拿 9 成他就是拿 9 成，可是他完了之後，他後面再補報，這個技術上的問題，等下請林義專委可以做一個回復。

當然剛剛提到 9 成，我們現在先給 9 成，如果還有剩下一些錢，就包括我們 108 年度還有 1 成，109 年、110 年有成長率，所以加起來還是有一大筆錢，你們醫院可以討論，例如有一些表現，那應該怎麼去回應，譬如說到時候我們服務的量或是怎樣，因為假設有一些醫院有一些不好的行為，我們去做一些適當的處理，譬如說包括人球，不看病人的時候，這個對整體醫療來講，它是一個很大的傷害，這都要去處理好不好；其餘請林義專委補充。

醫務管理組 劉林義專門委員

有關剛剛講的原則的第 3 點，有關補報的規定，的確誠如署長所講的，因為我們現在是保障大家 109 年第 2 季到一定額度，不管你的承作量，因此假如有醫院把這段時段的承作量拿來，比如說到第 3 季、第 4 季才拿來補報，因為我們補報是 6 個月的期限，那這個的確會造成有些不公平，因為我們在第 2 季已經有保障您的收入，不過剛剛整體上講的部分，是有關 CDC 的部分，但這塊我們是只針對健保給付的部分；CDC 的部分，那塊是屬於我們代辦的，所以這部分我們是有持續在做，所以假設 CDC 有關 COVID-19 的那個部分，因為它的規定可能會有一些變動，導致可能在第 2 季沒辦法申報，要到第 3 季才能申報，假設有關於這種情形，那代辦的部分，是不在這限制裡面，我們這邊有限制的是有關健保給付的部分，以上說明。

主席

這部分，我再跟陳理事長報告，其實健保署的財務部分，就是想說怎麼樣讓醫療院所能夠有現金流去周轉，像我們 6 月份的錢，現 6 月份還沒過，不過我們醫管組就先撥 8 成來處理；可是我那天有跟部長在報告，其實不管是醫事司對我們醫事人員獎勵的方案，剛剛提到 CDC 該給的費用，我是覺得說他們應該要有效率；其實很多醫院到現在為止，第 1 季都還沒有申請到，其實這對我們的醫療院所會不太放心，這點我們會再加緊去跟部裡面去做溝通。

醫務管理組 劉林義專門委員

假如有代表要發言的話，現在可以按舉手，目前有張克士代表跟林恩豪代表，還有謝文輝代表。

張克士代表

首先感謝李署長親自主持表達關心，以及對醫界長期的相挺與支持。

這次醫院協會提出的版本，健保署大致都採納，大家都希望在疫情衝擊下，盡力維持醫院的正常營運，大方向很好、立意良善。在此必須強調，疫情的影響不是單由健保總額來承擔，應該爭取更多 CDC 的公務預算或特別預算，目前已編到上限 8,400 億，而醫界拿到的都只是杯水車薪。

目前用 108 年 Q2 做基期是 OK(因 109 年 Q2 也有疫情，是異常狀態)，但已過兩年，變化大、樣態多，需考慮差異。

109 年一般服務預算成長率 5.471%，110 年一般服務預算成長率 3.73%，所以依複利率方式計算，110 年較 108 年成長 9.4%，若用 108 年 Q2 的九折就等於是 110 年預算的 82 折，因此還剩 18% 可以分配。先說這 90%，我們假設兩個極端的狀況(實際上應該都有存在):A 醫院 110 年實際服務為 108 年的 100%，但疫情影響下降到 50%，依目前辦法給他補到 90%，這部分我覺得合理，因為服務量下滑是非戰之罪，而且因服務量下滑，成本支出也較低，應該可以存活；另一個 B 醫院 110 年實際服務量為 108 年的 150%，因醫師數、病床數、設備提升、

病人增加等原因，合法合理合情成長，但疫情影響下降為 120%，不過成本已卡在 150%，當服務量掉至 120%其實已經損失慘重，對他來說，唯一的希望是點值會超過 1，在過去健保開辦 26 年來，都是做一塊給九毛，現在終於有機會做九毛給一塊，但依目前的提案，給付不能超過 108 年。衛福部要求降載，降載是跟自己 110 年比，不是跟 108 年比，對 B 醫院來說也已經降載 30%，但服務都已提供，卻被斷頭。希望這兩種極端樣態的醫院都能兼顧，對服務少可以給付多以維持生存，但對服務多不能給付少甚至不給，我們希望的是均富不是均貧，可以設地板保護受衝擊大的醫院，但不應有天花板，讓實際服務多的醫院蒙受損失。而且 110 年 Q2 前半季並無明顯疫情，是正常情況下所提供的服務，對於合乎法、理、情的正常成長，不能剝奪已經提供的服務與支出。最後，再強調，醫護人員要在第一線面對疫情，用生命守護大家，除了辛勞，還有極高的風險！他們應該受到更好的保障與對待。

醫務管理組 劉林義專門委員

請林恩豪代表，謝謝。

林恩豪代表

主席還有各位代表大家好，我想先確認一件事，以現在的執行方式先撥 9 成，這個意思就是撥了以後，保障 9 成的意思是就算以後沒有達到這個服務量，也不會再拿回來了是這樣子嗎？

謝文輝代表

對，沒錯。

林恩豪代表

另外一個就是如果就算醫院超過 108 年這個基準，提供服務的話，它超越的部分也不給它錢對不對，所以現在這樣的方式，不是有點奇怪嗎？這樣第一個它同工但確同酬，另外，那有些人做比較多，服務量超過 100%，像剛剛的代表有講，他可能有成長了多少，但他卻得不到錢，這是我對這件事情有一點疑義。再來這個執行方式跟當初在

健保會討論通過的執行方式已經有點不一樣，我是希望說如果要做這樣子的變化的話，應該是要送回來健保會這裡跟健保委員重新報告討論，這樣子可能比較洽當，以上，謝謝。

醫務管理組 劉林義專門委員

接下來請謝文輝代表，然後接下來是童瑞龍代表。

謝文輝代表

主席、各位長官、各位代表、先進，今天是談總額的在疫情期間的結算，理論上依我們傳染病防治法的規定，疫情和健保總額是沒關係，就是處理疫情的本來就不應該用到健保總額，我想在座也有很多消費者代表一定對這個法律的定義很清楚，那今天會有這個案，其實我是認為並不違反健保總額規定，因為在疫情的衝擊底下，沒有一個特殊的結算方法來支撐醫療體系的話，台灣的醫療體系有很多會崩潰，崩潰的話，健保服務就沒有辦法周全，也沒有辦法持續，雖然現在大家比較不敢到醫院去，也是自然降載，但是還有很多必要的健保醫療服務需維持，各地醫院都不能垮掉。所以今天的這個方案完全不違反法律規定，其實就是健保總額是在支撐健保醫療體系的完整，在這種特殊的狀況，這首先要說一下，所以我認為在這個時候不去講說疫情我做的比較多，所以我應該拿多一點，應該是去跟防疫的特別預算去爭取，因為防疫的部分你只能從特別預算去支出，不能從健保多拿一毛錢，這個大家的法律觀念要先清楚。

今天要支撐醫院其實這個是有待於全體醫院大家的共識體諒，因為疫情的發展，有的地方比較嚴重，像現在雙北比較嚴重，甚至是同一個地區，像中區裡面，那也許台中、彰化比較嚴重，那南投就比較不嚴重，衝擊也都不一樣，所以事實上就是衝擊少的，在這個議案裡面就是衝擊比較小的體諒衝擊比較大的，幫忙他支撐，因為大家也不知道下個月以後疫情怎麼變化，也許你現在衝擊少，下個月你變成你衝擊很大，這就是大家相挺，撐住這個醫院體系，因為醫院體系不能崩盤，在疫情情況裡頭，所以第一，法律你要釐清，不要在這裡再講

說，我疫情裡作了多少所以我要多拿一點，那個是在防疫的特別預算。

第二個，現在是目前衝擊比較小的醫院來大家支撐，所以現在疫情你降載做比較少，也給你保障高也是9成，為什麼會9成，其實這個9成沒有比較多，就剛剛張克士代表講的，這個9成再加上兩年的成長率，其實大概就是82折，醫院協會這個方案，也是有兼顧到社會的觀感，現在我們社會的觀感，企業紓困也是8折左右，所以這個其實選108年那其實也是8折左右，就是110年的預算8折，所以這樣我想醫療院所自己拿起來也覺得比較心安，沒有特別對我們好，如果大家不要用108年，你用110年那事實上你就是8折為基礎，所以你講108年的9折10折，其實沒有，其實就現在預算的8折左右。

另外剛剛講的我們現在希望衝擊比較少的來支撐衝擊比較大的，讓你活得下去，因為下一步，換誰會被衝擊到都不知道，大家買一個保險，那對於現在衝擊比較小，做比較多的，剛剛的方案裡面也有一條路，就是你有差異性，像剛剛張克士代表講的，你的規模改變，醫師的增加，這兩年變化很大的，都提出來，剛剛講，在六分區討論覺得合理他就會給你，所以當然剛剛這個方案，我想等一下林義專委可以再強調一下就說剛剛講的這些特殊差異性的，還有一些剛性的，像RCW，精神科病房，翁文能理事長所講的，這些其實是除外，除外在那個108年的上限，如果你今年你在108年的基期，你精神科醫院，你基期是100床，你現在說120床，那應該說的啊，那這個20床就是我們認為刚性需求，應該給，那當然會超過那個上限，所以可能等一下要請健保署的長官釐清，那些排外的是另外的啦，和前面的通則是另外處理，剛剛張克士代表所講的那些特殊狀況，就是在這一段處理，因為我們和後面，還有剛剛張克士代表講的還有18%在那邊嘛，扣掉這些特殊的醫院，我認為還有10幾%，那個10幾%就是拿來可以當作服務量，服務量多的，多拿一點回去，服務量少的，因為健保服務量多的話，他的藥材、藥品成本會多一點，我們給他貼補，就是衝擊少的，服務量做多的不要吃虧，但是衝擊大的我們大家一起來幫忙

來給他撐住。

這個方案的主要用意就在這裡，對於在這次疫情非常辛苦，專責病房弄很多，像陳理事長講的部分，我們覺得當然我們要努力一起來幫忙爭取，把這些事實呈現在我們的行政院防疫特別預算裡面來給他做補救，我們現在9成，就是其實就是110年的8折左右的，其實為什麼會訂在這裡，最主要就是你的基本費用，基本費用醫院的那個人事費用，你不能因為疫情就要裁員，不會裁員的，那所有的人事薪資大概40%到50幾%，有些地區醫院人事薪資大概最高55%，那一般大型醫院大概40幾%50幾%，再來加上就是你日常常規的水電、營運費用，大概還要10幾%，就60%、70%，再來再加上你實際有做健保的服務的量，他有那個藥品、藥材大概要3成，所以大概要在8成左右，醫院才基本能活，以上，我就我的想法來跟大家講，這是大家互相體諒相挺，誰會遇到衝擊，大家都不曉得，對衝擊小的部分，也不要太吃虧，這個我是覺得相當不錯的方案，希望大家能夠支持。

醫務管理組 劉林義專門委員

請童瑞龍代表。

童瑞龍代表

李署長、各位長官、醫院協會的翁理事長、陳理事長，各位在場的醫界同仁，剛才有好幾個人人都已經發言了，我就不再重複，我是代表醫院協會跟區域醫院協會，我要講的跟剛才李署長也提到這一次重度的責任醫院，這個加護病房也好，急診也好，其實這些都是醫師、護士，還有其他工作人員，不要說，連清潔人員、相關的運送人員都是冒著生命的危險來保障國人，所以這個如果按照一般的這些給付，我認為這段期間，這一些急診、加護病房的給付，應該最少要乘以2，不要說按照原來的給付規定來給付，那其它的像說多出來的給付，應該由這個行政院的特別預算來補這一些樣才對啊，不然的話醫界所爭取的特別預算，都沒有補到我們相關的工作同仁還有醫療機構。

我簡單的講，我們這裡剛好有一個藥局這個確診了，不要說我們自己降載，我們這個鄉下社區民眾就幫你宣傳說，那間不要去，那間有症狀，有病人在那裡治療，你看看，這個怎麼弄，所以我希望署長及各位長官，要體諒醫師、護理工作同仁，在這個 COVID-19 的時候，在面對病人的壓力這個有多大，有一些人根本家裡的人經濟比較好，說不要上班啦請假啦，我們敢這樣做嗎？我們也要鼓勵同仁出來上班啊，所以我認為署長應該藉這個機會，不要動用到總額的預算，總額的預算你就按照你的規則來分配給醫院，應該要多跟 CDC 也好，行政院的特例預算也好，爭取一些錢，來藉機會來補助這些相關的醫院工作同仁這樣才對啊，還有他們的染疫以後的補償辦法，也應該要訂出來，不然的話那個都訂得太低了啦！物價水平一直在漲，那過去的不能以這個 92 年 SARS 那一種待遇，92 年的物價水平跟現在 110 年的物價水平已經差很多，所以我認為這些補償辦法都應該要重新調整，重新來乘以這個基數才對啦！因為我們自己也體認到有 COVID-19 病人到我們醫院來治療，我們的工作人員都是人心惶惶。

我想我簡單的這個也支持張克士代表所講的話，還有我們謝文輝代表，還有剛才陳理事長所講的，我希望李署長不要常常以健保的觀念來給我們，這個給我們是以一般健保的總額，應該要另外的跟行政院爭取這些特別預算來補助這些醫院，不然的話如果病情再擴大，才有人來聽指揮中心，聽這個來大家團結一致，來把病人的健康，把國民健康做好，我想簡單的做以上的發言，就是要爭取特別預算來補足健保所不足的這些規定，謝謝。

醫務管理組 劉林義專門委員

接下來請嚴玉華代表，然後接下來是李偉強代表。

嚴玉華代表

署長還有與會代表大家好，剛才很多先進都談了很多，我這裡大概提幾個技術性的問題想要請教署裡面的長官，第一個問題就是有關於每家醫院每個月都會有很多的追扣補付的部分，署版本裡面所提的

108 年第 2 季醫院一般服務收入，指的是申報月份核定的金額或者是季結算之後核定的金額，因為核定金額不太一樣。

第二個問題，我想要請教是有關於剛才所提剩餘款 10 幾%的部分，剩餘款是不是都移到各分區的共管會去做討論？

第三個問題針對署版本的第五項，第五項裡面所提有關於各分區，依照上面的 2、3、4 分配之後，它還有剩餘款的時候再依照醫療點數占率去分配，那這裡的定義是什麼？指那個月份，那個年度，或指是什麼？希望剛才提的這 3 項問題能夠有一些說明，以上。

醫務管理組 劉林義專門委員

請李偉強代表。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

署長、還有各位代表好，我長話短說，我支持醫院協會所之前的共識版本，昨天與醫中協會有開會，剛剛陳石池理事長提過，特別是再強調一次，就是 Q1 跟 Q2 還是能請健保署能夠稍微試算一下合併來做一個估算，我這邊的理由是這樣子，我們 Q2，大家當然知道我們疫情從五月中旬就變得很嚴重，可是今年從 1 月 1 號到 5 月 14 號這段時間並不是沒有疫情，指揮中心從來沒有降級開設，還是每天都有記者會等等，那是第一點。

第二，就說從去年的經驗看起來，去年其實大概在疫情 4 月多就比較緩和了，可是我記得 5、6 月的時候怎麼醫院的營運還是非常的困難，在座各位應該記憶猶新，意思說有一天疫情真的是到了很穩定的時候，其實病人真的要回來大概都還有 1 季以後的事情，所以今天你看有宣布要到 7 月 12 號以後再來評估是不是解封，所以我預估包括到第 3 季大概都不會恢復，那這個會對什麼影響呢？我想大家在思考，雖然現在先考慮第 2 季，其實我還請健保署試算看看，就是我們如果把第 1 季跟第 2 季都是 1 點 1 塊錢來算，包括第 1 季在內，這個時候的情況是怎麼樣，不妨試算一下看看，因為我們第 2 季現在是不是也是 9 折來支付就是實際的 8 折，不過第 1 季有很大的攤扣等等

的，結果我們第 1 季扣掉很多錢，第 2 季可是有可能多出來，我們待會可能搞不好還會有人提出來這個後續這個將近 18% 的錢要怎麼去分配等等之類，那為什麼不把第 1 季第 2 季一起算，如果都有 1 點 1 塊來看，是不是有機會可以不用攤扣？我並不是要推翻原來的計畫，只是希望能夠再試算一下看看，那一種方案對大家可以更好。

那如果還有多一點錢剩下，我還是建議，呼應我們剛陳理事長提到了，所有這個專責醫院都應該有一個能夠額外的支付，特別是 500 床以上醫院，500 床以上並不限於是醫學中心，為什麼呢？因為政府要求 500 床以上大醫院要提出 10% 的病床作為一個專責病房，我相信對所有大型的區域醫院都是一個很大的壓力，我想這東西如果真的還有多一點錢，我建議是否能夠從那邊去做一個試算。

那最後有剛剛有代表提到說，就是如果是第 2 季 108 年的這個 9 折來給的話，那超過部分怎麼看？我看剛剛健保署最後一張圖右手邊那個圖有講的很清楚，超過部分如果沒有達到 100% 的話還是會給的，只是你如果超過 108 年 100% 更多的部分的話，我不知道是不是有醫院真的會到那種程度，如果有的話我建議到時候分區再去特別考量這樣子一個特殊的情況，這是以上 3 點的建議，謝謝。

醫務管理組 劉林義專門委員

接著請羅院長，之後再請邱院長。

羅永達代表

主席及各位先進大家好，我想大家都很清楚，分配是很複雜的，因為朱理事長還沒有進來，他請我先跟各位報告，首先，社協的立場是支持醫院協會的共識，認為要「季結」，因為每一季的情況都不太一樣，這在協會的共識會已經討論的很清楚了，在此就不再贅述。

第二點是有關「降載」部分，每一間醫院多少都會受到影響，例如南投的彰化醫院，之前有 1 名人員確診，所以清空整個樓層，所有的病人都跑到附近的地區醫院，所以不能說部立的彰化醫院受到影響，其他的醫院就不是降載醫院，同島一命大家都是醫療缺口的填補

者，所以我認為這次不能再說保障的成數應該再做怎樣的區分或是打折。

第3個要提的就是剛性需求，很多先進都有提到說這次的疫情是從5月份開始，在6月3日醫協與健保署已有共識就是說，若超過108年第2季核付的金額就不予給付，所以從那時候開始各醫院就儘可能減少不必要的手術、門診，因為大家都有心裡準備說這筆錢是拿不到的，而在這種情況之下，他還是必須執行的業務，當然就屬於剛性需求，根據我對中區醫院的調查，在6月20日已經很多醫院超過108年第2季的核付值，可是還是繼續做，現在應該很少聽到人球之類的新聞，現在的數值已經就是剛性需求，而不限於剛所提到的RCW、精神科等等，這次的共識裡面也已經考慮的相當周全，我代表朱理事長及社協，支持署裡面的版本。

不過有2件事情要澄清，資料的討1-3頁說到超過100%不予給付，在建議的討1-3頁的2.(2)有說到「超過108年同期不予給付」，應該改為「同期超過部分不予保障」，因為在第5項有提到各分區各醫院將來還會重新分配，而如果某家醫院在108年第2季正好是100%，如再重新分配後補付的話，顯然會超過100%，所以我認為項次內容不應該寫「不予給付」，應改為「同期超過部分不予保障」，這樣的文字敘述應該是比較明確表達，是否可以修改？還是我理解是錯誤的？另外還有一個就是在討1-4頁提到的「核定醫療點數」，這部分再請林義專委說明，因為所謂的「核定醫療點數」是指110年第2季實際上申報點數還是指108年當時的核定點數？因為這2部分所指的核定是不一樣的。因為110年第2季就目前來講，已經沒有所謂的核定點數，所以請林義專委針對這部分做解釋，謝謝。

醫務管理組 劉林義專門委員

接下來請邱院長。

邱仲慶代表

署長及各位代表大家好，我想釐清一下，今天討論的是「總

額」，應該分到各區的總額再分配出去，而就剛剛講到分配辦法第 5 點，就是指經前 2-4 點分配後如有剩餘款，還是會再分出去，所以針對第 2 大點的第 2 小點，剛才張克士院長及羅永達院長都有提出疑義，我建議敘述是不是修改一下？因為醫院一般服務收入超過 108 年同期 9 成者依此金額給付，接下來就是超過 108 年同期不予給付。建議超過同期不予給付的文字敘述更改為上限為 108 年同期，那這樣會變成說這邊都分配完了以後，也就是第一輪都分配完了以後，接著第二輪的分配，進到第 5 點就不會被 108 年同期超過不予給付，這樣會不會比較清楚？如果這樣修改的話，是不是大家的疑義會比較少？謝謝。

醫務管理組 劉林義專門委員

接下來是高醫鍾院長，下一位是朱理事長。

鍾飲文代表

署長及各位代表大家好，在這裡有幾點要先說明，基本上我非常贊成醫院協會的版本，尤其是要幫忙在疫情期間降載不足的部分，不過在這裡也要呼應張克士院長及羅院長有提到的，因各分區受疫情影響不一樣，且每個醫院也有不同的樣態，如有的醫院降載之後影響比較大，當然就要協助補到 9 成，但有些醫院也有一些成長型，就像剛剛張克士院長說明，這個費用算起來是 110 年預算的 82%，所以我認為對不同的分區、不同樣態的醫院應該給予不同的考量，而針對超過 108 年同期不予給付的部分，建議針對不同的分區有不同的考量，因為這邊寫「不予給付」，會有相當程度限制重新分配的彈性，所以第 1 點還是建議，不管是參考羅院長或是奇美醫院邱院長的建議，這部分應如何呈現，應該多考量不同醫院的樣態。

第二部分就是在此呼應醫中陳理事長，剛剛李偉強代表提到的，超過的部分之前已經有保障。但在補報的部分，醫院實際執行的層面，有時候是因為身分的變更，譬如說重大傷病卡或是事後補卡的情況，所以還是建議給予某種程度，也許可以去試看看在下一季第 3 個

月之前完成，希望還是有補報、補付的彈性。

第三點是專責病房部分，贊成謝文輝總院長剛剛的建議，理論上來說是要跟 CDC 爭取更多紓困的預算，但今天談的是「總額」，在紓困預算還不是很確定可以爭取到的情況下，各個醫院也都是配合中央疫情指揮中心的規定，設立專責病房，這部分如爭取紓困預算有困難，在健保的部分應給予各醫院有配合政策的費用考量。最後 1 點就是如同李偉強主任剛剛也有提到的，希望釐清核定醫療點數的定義，以上幾點，謝謝。

醫務管理組 劉林義專門委員

接下來請朱院長，接著是申斯靜代表，結束第一輪發言後給予回應。

朱益宏代表

謝謝各位，因為登入一直有問題現在才登入，所以之前的前輩發言沒有聽到，首先要表達是社區醫院協會是贊成健保署的版本，第二點就是希望這個案子可以儘快通過執行，因為各分區有很多會員跟我反應，在上禮拜各分區已經發 5 月份的暫付款了，而有些分區因受疫情影響，導致服務量下降很多，而如果服務量下降了 5 成、6 成左右，暫付款可能用浮動點值 0.85、0.86、0.87-0.90 不等，很多地區醫院拿到的現金幾乎是 108 年同期的不到 50%或是 50%左右，這樣對社區醫院的財務衝擊非常非常的大，署長在前面已經針對第一階段的醫學中心給予 8 成了，第二階段也是 40 幾家的醫院，可能大部分是區域醫院，也給予 8 成了，所以我想這個案子有一定的急迫性，因為地區醫院馬上在下個月月初就要發薪水，而以現在現金的狀況，薪水發出去都有困難，所以希望這個案子要儘速的通過，接著請分局趕快把現金撥到各醫院，不然等到疫情過了以後，地區醫院就跳票了，員工的薪水發不出來，在疫情的情況下，他們的矛頭不會對到健保署也不會對到政府，就是找醫院的院長、負責人、老闆，那醫院如果月底有一些要付給廠商的票據，如果發不出來的話，馬上就面臨跳票的危

機，不要等到疫情結束，馬上就面臨跳票、雨天收傘的危機，所以現金這部分要拜託署長，大概還有 300 多家醫院，目前只有依照之前暫付方式，醫院拿到的大概是原來 5 成左右，那是無法生存的，這是第二點。

第三點就是剛剛有很多前輩提到的就是在討 1-3 頁及討 1-4 頁的文字敘述順序，可能需要再釐清，而這部分因為有分區反應是說，若是根據討 1-3 頁的 2.(2)來處理的話，以不超過 108 年同期的話，後面討 1-4 頁的第 3、4、5 點，就會通通沒有了，因為討 1-3 頁的第 2 點第 2 小點就是一個很大的帽子，在結算的文字順序，今天也有分區的代表與會，或許待會也可以請分區說明，就這草案來看是不是會有剛剛所講的疑問，如果存在的話，健保署的美意就會全部被打折了，所以針對這部分的文字或是主席在做決議的時候，應該要再說明澄清。

另外在醫院協會內部，也有成立一個要跟政府爭取紓困基金，在開會的時候，一部分的醫學中心及區域醫院的代表也認為說，除了爭取紓困基金以外，健保也要針對有設專責病房收治確診個案給予補助，我個人是認為這個跟使用的目的不太相符，因為關於疫情造成的應該還是要從紓困基金，而紓困基金部分如果醫院協會單獨去爭取的話，力量是有限的，所以是不是請署長今天聽到大家的聲音，透過政府的體系內部向行政院爭取，醫院協會透過外部爭取，因為我知道去年第一波疫情發生時，署本部這邊，包括署長，費了很多的力氣希望幫醫院多爭取到紓困基金，但送到行政院主計總處那邊就全部擋下來了，我認為這個非常的可惜，而這一波疫情影響，可能不像主計總處想的那麼單純，所以請署長透過衛生福利部，向行政院大力的爭取紓困基金。

另外，剛剛好像有聽到健保會付費者代表說這部分還要送到健保會那邊去談，我想有一點意見就是說，健保會的權責並不是在這裡，他的權責在於總額的分配，總額分配在各分區後怎麼執行，應不屬於健保會的權責，一點點建議，補充到這邊，謝謝。

醫務管理組 劉林義專門委員

請申斯靜代表發言。

申斯靜代表

署長、各位醫界先進，大家好。我是區域醫院代表第一次發言，這裡提出的立場說明是疫情確實與當初總額的設想是沒有想到涵蓋的新興疾病範圍，確實在新興疾病的時候，CDC 有設置一些獎勵辦法，但是不可否認，如果沒有這波疫情我相信它不會造成今天需要這樣討論受到總額影響的一些因素，所以我們必須鄭重提出，在今年 5 月份的時候，當時「北病南送」，尤其是醫學中心與區域醫院，必須配合政府設置「專責病房」，即便政府有設置一些獎勵，但是對於各家醫院在收治過程，只要設置「專責病房」，不論是 ICU 或一般病房，我們還要考慮到分艙分流的排班人力及防疫自主管理的人力，要提供住宿。這些許多的成本，其實不是在 CDC 的獎勵當中能夠涵蓋。但是我們這些醫院為了配合政府，在對付「同島一命」這樣的疫情因素之下，我們當然當仁不讓，還是要去設置「專責病房」去收治這些個案，當然就會出現對於民眾就醫降載的因素影響。

所以我第一個提出的訴求就是請健保署試算參加防疫專責的醫療院所，配合政府設置「專責病房」收治了個案，它受到一般降載的影響，我們還無法計算受到影響的嚴重度。但是若能先給予配合政府政策的這些醫院，核予同期 100% 的試算。剛才張克士院長有提到以 108 年度的基期與 110 年度的基期其實是有落差，又不能否認疫情對總額的影響是存在，這些成立專責病房的醫院難道不應該給予核定有 100% 的權利，這是第一個訴求。如果試算這些專責醫院先給予 100% 核定的情況下，我們還有多少的錢，再去做其他 9 成以後的重分配。

第二個對於剩餘款分配，剛才長官們說交由各分區共管會議討論，併同一些新醫院的成長及特殊醫院的剛性需求，在會議中很多先進有做解釋，有了更多理解，是否能寫在白紙黑字上，既然交由分區共管會議討論，應予明列配合防疫政策的因素，也應被考慮剩餘款分

配的因子，以上是我的建議與說明。

主席

我針對大家的報告做個概括性的說明，再請劉林義專門委員對細節回答，請翁理事長對第一階段做結論。

第一個，朱益宏理事長提到暫付款，的確是在第一階段對於重度，第二階段對於中度的重症醫院的部分都有先給付。剛與禹斌組長詢問，第三階段，300 多家醫院今天先填申請書，下週會撥付現金。

第二個，剛才各位院長提到有關彈性的部分，我們再做處理。再請劉林義專門委員補充說明對於超過的部分不予支付，在各分區共管會議討論，各分區業務組的組長都在線上，有聽到各位的聲音，這部分就這樣處理。

第三個童瑞龍院長提到防疫基金的問題，事實上在前幾天蘇院長主持防疫會議快結束時我就主動舉手，因應現在疫情變化，我們需要更多的資源。蘇院長有聽見，交代秘書長與我保持聯繫。

「同島一命」大家都會講，各行百業有些完全沒有業務，事實上要活下去都很困難。其實在政府體系認為有健保總額，是有基本保障，雖然我們覺得不夠，因為病人變少，在很多部分受到影響，我覺得這是很大的難處，今天聽到各位報告，我們可以盡量再努力。其實上面還有很多不同的背景與理論，今天我當署長就盡力幫各位解決問題。

跟各位報告，目前的狀況是醫院、健保署、病人都要負起一些責任，我不會逃避問題，我們共同努力，如果大家都不願意一起面對這些問題的時候，就像去年做照護服務，不到 8 成補到 8 成，那時候診所將紓困與總額混淆，變成錢拿不回來、幫他負擔利息、所得稅申報等情況，本來單純的業務變得複雜。所以拜託各位一定要知道，不是我們做不到，請各位冷靜想想，這些事情都可以好好處理。請劉林義專門委員再補充說明，再請翁理事長跟各位做出小小的建議，這個會議能做出結論，大家有個方向去做。

醫務管理組 劉林義專門委員

跟各位代表報告，張克士代表所提基期年的選擇，選108年或109年？我們在考慮基期年是以109年第2季，那時疫情比較嚴重也是在第2季3、4、5、6月，所以選擇比較好的108年當基期，這是我們考量的方式。

不管是選108年或109年都會有個案的醫院與大家的型態會不一樣，所以這部分在討1-4頁的原則4裡面就做出個案的處理，例如基期異常的處理原則、醫師數與病床數與基期年有大幅增減、剛性需求等定義，希望原則4，台灣醫院協會能有共識，這樣到各分區的共管會議比較好處理，這方面是個案醫院的部分。

林恩豪代表提到沒有服務量也保障到9成，是否有不同工卻同酬？林恩豪代表是以服務量來算，其實健保制度是非常有彈性，有多種支付方式，論量計酬是其中一種，其實還有論日、論病例、論人等計算酬勞的方式。

台灣醫院協會提出要保障9成的方式，就是體現「同島一命」的概念，參與防疫的醫院降載的比率較大，沒有參與防疫的醫院降載的比率較低，我們一律保障到9成，謝文輝代表及其他醫院的代表也有提到，所以是這樣的情形。若討論有共識，循程序會提到健保會報告，這涉及總額分配方式的改變。

嚴玉華代表提到追扣補付計算的期間是以月或季？我們結算方式是以季。剩餘款是否移到各分區共管？原則4剩餘款的處理是先處理個案的部分，還有剩餘原則就依核定的醫療點數的占率來分配。代表們關心何謂「核定的醫療點數」？這裡建議核定的醫療點數是否納入第2季結算，大部分都是4、5、6月的點數，除了少部分需追扣補付的點數以外，這些申報點數扣除申報異常、審核異常的點數就是核定的醫療點數，等於是全部4、5、6月核定的醫療點數。

李偉強代表所提第1季與第2季合併的問題，剛在前面討1-2頁部分已經說明，因110年第1季未受疫情影響，我們建議維持原來的

季結算方式，若醫院有困難，追扣金額是可以分期辦理。

羅永達代表與邱院長提到討 1-3 頁第 2 點 2 項，超過 108 年同期不予給付的方式，邱院長建議改為上限為 108 年同期。第 2 點我再重唸：醫院一般服務收入超過 108 年同期 9 成者依此金額給付，上限為 108 年同期。

鍾院長提到特殊個案補報的問題，原則 3 補報的方式，因為第 2 季已採保障方式，所以院所不應將屬於第 2 季的申報拿到第 3 季甚至是第 4 季申報。除非能舉出很特殊的個案，這是指健保給付的部分。若是代辦，還是照原來各醫院的規定走。

朱益宏代表提到地區醫院暫付款，本週我們已在著手調查第三梯次醫院的名單，若醫院都有填申請單，原則上最晚在下週 7 月 2 日前會撥付出去。

申代表所提參與防疫醫院可以核予的比率高一點，在此強調今天是討論總額，與防疫預算還是要有所區分，總額講的就是保障到 9 成。

剩餘款的分配原則是到各分區共管討論，剩餘款處理個案之後，如果有剩餘原則依核定的醫療點數的占率來分配，但各分區可以酌予考量其他因素。

主席

謝謝林義專委，請翁理事長。

台灣醫院協會 翁文能理事長

主席李署長、蔡副署長、各位健保署的長官，醫學中心陳理事長、各位醫院及醫界代表、各位先進，謝謝主席給我一個機會跟大家說明，在座很多是醫院協會還有區域醫院、醫學中心，還有地區醫院的代表，我們在前幾個禮拜，開了一個醫院協會的各六區的健保委員會，就這個議題討論，那時候的共識就是剛剛誠如署裡長官的摘要，為了要讓所有的醫院在這個疫情當中能夠安定的經營，所以建議由健保署先補足各醫院在疫情期間第 2 季 9 成的一般服務的點值支出，至

於如果超過了，我們共識是說超過部分就支付到 100%以內，其餘就由各區的共管會來討論，那是因為給付上限是 100%，超過 100%雖然有些醫院代表認為說超過也是要給，但是那時候大部分的共識是說先這樣，因為疫情期間大家都降載，先這樣給付，至於各分區部分建議是由各區的共管會來討論，包括有些醫院特殊需求，例如 RCW，精神科的醫院或者新剛成立的醫院他們特殊的情形，到時候再由各區的共管會來討論，來協調看怎麼樣來運作？這大部分的共識是這樣，我們後來在開了健保會以後，隔週也開了醫院協會的理監事會，在座很多代表或先進也參加會議，就把上次健保會的部分說明在理監事會那裡通過。

另外我們在上禮拜也開了一個會，另外專門討論紓困基金，紓困基金就牽涉到被衛福部指派特殊任務的醫院，他們的一些經費的爭取，我們在上禮拜也做了一些彙總，彙總的報告大概這一兩天各位可能會收到，彙總以後我們會跟行政院爭取紓困基金。

我這邊特別說明一下，因為健保總額跟紓困基金是兩個不同的經費，應該分別來討論，我們今天是討論總額，至於紓困基金的部分，我已經說明過我們上個禮拜有開過會，明天我們會請幾個理事長再把上個禮拜開會的意見再彙總，到時候會跟行政院提出書面公文去請他們給我們最大的援助，以上是我的說明，謝謝。

主席

謝謝翁理事長，請謝文輝代表發言。

謝文輝代表

署長、各位先進，我跟大家報告一下，健保法依照健保常態 20 幾年有其常態的結算方法，今天因為疫情要變更結算的方法需要大家有共識，大家有同島一命的共識，大家相挺，所以剛剛所有代表講的，其實與 6 月 3 日醫院協會大家所提的大同小異，大家都已經談過了，所以如果再繼續談也是各持己見，如果大家對於分季結算或是合併結算顯然沒有共識的話，有部分醫學中心希望第 1 季、第 2 季合併結算，

但其他的醫院尤其是社區醫院協會希望分季結算，因為理論上第 1 季並無疫情影響，把第 2 季一起合併結算，這樣疫情期間的錢就被拉下來了，這是不應該的，所以這是沒有共識的，所以本案沒有共識就是不能這樣執行。

依照健保署的規定，今天所討論的很多都涉及法源，而是防疫的特別預算或是由總額支付，這是有法律規定的，這些意見上次 6 月 3 日的會議我們大同小異都已經談過，本來醫院協會也在很多意見的情況下形成共識，就是認同健保署的看法。

現在大家比較有意見的就是針對那個所謂的上限，應該是把後面的些特殊需要的、差異性特別大的醫院，以及一些剛性需求的醫院，到各分區去討論，那些是要除外來討論的，可能有剛性需求會超過 108 年的上限，剛剛也講得很清楚，應該也沒有什麼疑義，如果是這樣，盡速依照健保署的方案就通過，其他意見就保留大家再討論，不然沒有共識的方式很簡單就是按照原本的結算方式結算，如果經營困難的話，就請到行政院去陳情，希望有紓困基金幫助，因為這需要大家基本的共識，醫院協會的結論是基本的共識，開會的結果就是認同，健保署的案子當時也有拿到那邊去討論，大家大致認同，我覺得這個案子就依照健保署的建議通過，將該有的行政步驟都走過，是可行的，所以只要釐清剛剛所講的那些特殊及剛性需求是除外的話，可以超過 108 年上限。所以我是覺得應該就是以這個案子這樣，如果還有其他的意見，我想也不會再有共識，社協基本上就是支持健保署的提案。

主席

謝謝文輝代表，事實上跟各位代表報告，也很難得醫院協會的立場跟本署立場一致，有時候真的相當困難，我講我自己的心聲，在這 5 年多的過程中，醫學中心、區域醫院、地區醫院大家的背景都不太一樣，各方都有各自的一套理念，這次也是很難得各層級的醫院難得有共識，翁理事長也很辛苦帶領大家，往一個一致的方向，至於細節部分，各位代表有些意見，我想我們同仁都會收到並去處理，大家也知道先前部長有指示把醫院協會的意見給其他部門(如西醫基層、中

醫、牙醫)參考，讓他們選擇需要什麼樣的結算方式。

當然就診所方面，因為不同科看病本來就有很大的差異，立場也不一樣也很難談，就會像剛剛謝文輝代表說的，只能放著，也不用太擔心；要得話就是協會內部達成共識之後來跟本署洽談，這樣對大家不見得是很好做的事情，因為目前醫學中心跟大型的區域醫院在這次的抗疫中付出很大的代價，當然剛剛某些人提到說，在地區醫院，病人根本不敢去醫院，也自動被病人降載，所以院所之間的背景差異很大，所以我是跟大家做這樣的報告，也希望大家能夠知道健保也會站在各位的立場去思考，今天本案如果大家仍覺得可以的話，我們才能再去討論。

醫務管理組 劉林義專門委員

我們先請黃雪玲代表，下一位是吳鏘亮代表。

黃雪玲代表(吳明賢代表代理人)

各位委員代表大家好，代表醫學中心第一次發言，首先，署裡面有講到今年的疫情跟去年比較也是發生在第2季，去年可以第1季、第2季合併結算，為何今年不可行?所以我們醫中還是要反映，為何不可以合併結算?

另外是在討1-4頁，有關於補報的部分，因為先在有一些法傳的個案，跟CDC仍有模糊空間，例如疫情爆發時，專責病房已經額滿，只好把這些法傳病人收在一般病房，但CDC說只有專責病房才能夠報CDC的防疫預算，所以這個模糊的部分，我們當然會希望傾向去CDC申報，但如果CDC不補錢給我們的時候，他還是有一些疑似的症狀，我們只好收在普通病房，這時候我們當然是要回來補報在健保署這邊，當然我們也了解署方提案已經補給9成費用，是否如果回來補報還沒超過上限，介在九成到上限之間是否能夠來補發?

再來第5點，各區預算若尚有結餘款時，考量剛性因素等等以外，當然也是希望可以考量專責照護給我們多一些補助，我們也是希望能夠趕快把疫情控制下來，醫院的投入相當多，我們也是希望把這

些列入考量，再來第五點也有提到依各區占率分配的部分，因為第2季很亂，所以是否可以用108年或109年的占率，或是3年平均的占率來做剩餘款的分配，是否可以有這樣的考量？以上報告，謝謝。

醫務管理組 劉林義專門委員

請吳鏘亮代表發言。

吳鏘亮代表

署長、翁理事長好，感謝大家的努力與辛苦，協助醫院的運作與生存，代表區域醫院協會有點意見表達，我們都很清楚健保總額跟防疫基金是不一樣的，在法規上也是不同的，但實際在醫院的運作上醫療與防疫是很難切割的，所以很多醫院在現行的總額制度下，在防疫基金運用很難有所補充的時候，確實是對總額是有一些意見，不過我們尊重醫院協會的之前的協調及建議，但是在署版的討論1-4第5點，在各分區預算有餘額時，依各分區各醫院核定的醫療點數占率來做分配，關於這點有點意見，除了核定點數外也可以考量其他的因素，所以各分區預算有餘額時，在各區的共管會議上，是否可以參考各項因素去做分配，不要在文字上面寫死，如果規定依各醫院核定的醫療點數占率去分配的話，在各分區內就很難去做調整，這部分是否署內可以考量第5點各分區分配時可以做一些調整或較寬的解釋，不要規定寫死按照醫療占率分配，以上報告。

醫務管理組 劉林義專門委員

請朱代表。

朱益宏代表

謝謝署長，第一個，如果說今天署裡版本大家討論有共識的話，變成就是會依照原來結算的方式來辦理，所以我覺得說如果大家對於剛剛翁理事長做的一些建議案或結論，我也支持同意翁理事長做的小結，至少這部份代表社區醫院協會的心聲，如果還有不同意見，如果大家都沒共識，那就回到健保署、健保法的規定，該怎麼結就怎麼結，也沒有什麼保障，大家就依照服務量。那依照服務量，我想社區

醫院我們的會員也不見得會拿得少，我覺得這樣就不是同島一命，因為剛剛後來也有一些代表有不同的意見，所以在這邊我要表達。

第二個是我們社區醫院協會反對第 1 季、第 2 季合併結算，理由剛剛講的很清楚，而且在醫院協會內部談的時候，大部分的意見是要分開結算，只有部分醫學中心有異議，所以剛剛雪玲講的也不是代表所有醫學中心協會的意見，因為醫學中心在醫院協會內部開會的時候就有些表達不贊成要合併結算，所以我認為說那不是大部分的共識。如果說要合併結算這件事也沒有達到共識，那這個案子如果過不了，就是回到第 2 季該怎麼結就怎麼結，依照服務量浮動點值去算，報告完畢。

醫務管理組 劉林義專門委員

請蘇主榮代表。

蘇主榮代表

我 echo 剛剛朱理事長的心聲，同島一命，但是同島一命裡面包括醫學中心、區域醫院跟地區醫院，也不能只站在地區醫院來看這些事情，所以這是我 echo 的，同島一命，我們還是要考量到醫學中心和區域醫院的狀態。如果說在剛剛所有委員跟健保署的回應，說防疫跟總額是兩件事情，但是在醫療處置跟醫療急救上面我們是不可能把這分成兩件事，因為這是在臨床上，我們就是要救命，所以我沒有辦法拆開來，但是健保署如果沒有辦法把這次在討論的總額上面考量到這次我們剛剛很多委員所說的話，就是所謂防疫專責病房 ICU 收治病人因素放進去的話，那我們期待我們李署長這次能夠真正幫我們爭取到防疫物資，挹注給我們醫療院所，如果用去年的經驗值，結果是讓我們失望，這是我以上的 echo。

第二個，就是在第 5 條的地方，我希望那個文字不要寫那麼死，這是 echo 我們剛剛區協理事長的意見，能不能改成由各區共管決定，參考剛性因素或是防疫因素，但是如果照剛剛你們所說的，防疫跟總額是拆開，把防疫因素放在這邊好像沒什麼太大作用，所以以上

我要訴求健保署回應，到分區之後總額能不能去參考防疫的貢獻度或者參與度，然後我們給予分配的調整，這是我以上的問題。

主席

好，謝謝，剛剛提到第 5 點，核定醫療點數時的其他因素，拜託各個分區的組長到時候去溝通，反正這個部分是有需要的。剛剛一開始的時候有提到重點，萬一有人球出來的時候，各位會注意到健保署會大力的去管理這件事，希望不要發生服務量達標就把病人踢出去，如果有這樣的情事，逮到是絕對不會放手，我身為署長是不會客氣的。

第二個我要強調一點，剛剛說的總額，我們所做的醫療行為的點數看到的每一年的話將近有 700 億有做但不給你錢，用點值把你降下來，所以這是我們自己做為管理者需要做的事情，今天我們看到這個疫情的時候，對於抗疫的醫院，像是醫學中心或是重度醫院，健保署醫管組馬上把 5、6 月的錢就先給了，反映出整個醫療體系的重要性，我覺得口號大家都會講，但是也不要說剛剛你們說的，就是要去爭取特別預算，這並不是我們想怎樣就怎麼樣，這是有政府的考量，請大家務必要有這樣的體認。請謝文輝代表。

謝文輝代表

各位先進，我覺得像今天這樣大家意見沒有辦法一致的話，依慣例就是由健保署決定可行的方式，如果健保署無法訂出可行的方式，那就回歸原來的結算方式，都沒有保障啊？也沒有同島一命？各自打算。健保署就按照原健保署的計算方式結算。

今天要趕快有結論，要就按照健保署的案，因為健保署的案是按照醫院協會的共識，是有正式行文給健保署的，那如果通過，其他有意見的就列入會議紀錄做為參考，不然的話也要趕快決定這案不過，各自醫院也要找銀行貸款，我覺得不要再拖了，上次那些理由大家都講了，就依據醫院協會共識的版本給健保署，健保署當天也提案了，大家也都認同。要的話就這樣通過，不要的話就署裡決定，因為沒有

一致的意見，署裡決定可行的方式，如果署裡不決定的話，就宣布恢復原結算方案，各自打算。

台灣醫院協會 翁文能理事長

我想每位代表都要各自的立場和意見，我做一些小結論，再強調一次，有些醫院對於後來分到各分區的經費使用寫得太死板，署長有建議各分區按照彈性，我有提到 4 點，依照各分區特殊醫院的剛性需求，還有新設立醫院的需求，還有成長型醫院特殊考量，以及對疫情有特殊貢獻或特殊傷害的醫院列入考慮，這是我的建議。

我是建議，因為署裡面本來提的是 85%，也接受我們 9 成，所以我是覺得 9 成的保障應該是大家可以接受的共識，如果是 100%，那些剩下的錢就更少，那些彈性醫院的需求、特殊貢獻或特別嚴重的醫院的需求空間更小，所以建議 9 成。

至於 Q1、Q2 的結算，剛剛討論的很多，我建議兩案併陳，讓署和部裡去決定，因為兩邊意見不同，我也不能在這邊做主。至於 9 成也請大家接受，這也是最初的結論，也讓醫院能真正同島一命來運作，謝謝。

主席

謝謝翁理事長及陳理事長，還有在座的委員謝謝你們的意見，我們原則上會跟醫院協會合作，各位委員你們意見有些不同的話，請你們放心，健保署是屬於大家的，針對大家的意見，剛剛理事長忘記提到，那是第 2 季，第 3 季假如需要的時候，就延用。

台灣醫院協會 翁文能理事長

我剛剛有請求署長，因為疫情還沒解決，如果第 3 季疫情沒有降下來是不是可以比照這個原則先核付，讓醫院能安心對抗真正的敵人，新冠病毒，謝謝。

主席

我們原則上會朝這個方向去努力，如果各位代表還有別的意見，請跟本署劉林義專門委員做溝通，今天會議到此結束，謝謝各位。