

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 1 次臨時會議紀錄

時間：110 年 4 月 14 日(三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：蔡淑鈴副署長

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
申斯靜代表	申斯靜	郭錫卿代表	周國旭(代)
朱文洋代表	朱文洋	陳文琴代表	詹德旺(代)
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	李佳珂(代)	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)
林鳳珠代表	林鳳珠	劉淑芬代表	劉淑芬
林慶雄代表	陳美女	劉碧珠代表	劉碧珠
林應然代表	林應然	謝文輝代表	謝文輝
邱仲慶代表	王敏容	謝景祥代表	謝景祥
侯明鋒代表	侯明鋒	謝輝龍代表	謝輝龍
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	鍾飲文代表	請假
施壽全代表	請假	顏鴻順代表	請假
張克士代表	請假	羅永達代表	羅永達
張禹斌代表	張禹斌	嚴玉華代表	嚴玉華
梁淑政代表	梁淑政	蘇主榮代表	蘇主榮
許惠恒代表	李偉強(代)	蘇東茂代表	請假

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
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

本署東區業務組

本署醫審及藥材組

本署企劃組

本署資訊組

本署財務組

本署醫務管理組

陳淑華、周雯雯

陳燕鈴、盛培珠

林佩菽、何宛青、曹祐豪、

吳亞筑、董家琪、吳心華、

許雅淇

吳韻婕

梁淑媛

陳奕穎

宋佳玲

歐陽正霆、黃羽婕

請假

潘尹婷、許寶華、周珈卉

吳秋芬

楊惠真

郭俊麟

黃梅珍

詹蕙嘉、林祉萱

曾玟富、詹淑存

馬炳義、楊先斌

吳少庾

李佩耿

吳科屏、劉林義、蔡翠珍、

洪于淇、陳依婕、楊秀文、

許博淇

壹、主席致詞：(略)

貳、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年第 3 季醫院總額點值結算報告。

決定：

- 一、同意依本署臺北業務組 110 年 3 月 18 日召開「全民健康保險醫院總額臺北分區 110 年第 1 次共管會議」決議之攤扣點數，重新計算 109 年第 3 季點值。

二、109 年第 3 季各分區一般服務點值確認如下：

年季	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
109Q3	浮動點值	0.8419	0.8638	0.8776	0.8925	0.9175	0.8797	0.8862
	平均點值	0.9209	0.9347	0.9339	0.9446	0.9532	0.9371	0.9338

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。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「110 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)」報告。

決議：

- 一、分區認定原則，臺北業務組部同意增列下列原則：

本分區所轄鄉鎮之醫師/平方公里 <0.5 暨其所在縣市的醫師/平方公里 <1 ，另為全面性服務偏遠地區居民，該醫院需符合醫院設置標準之綜合醫院（設置內、外、婦、兒、麻醉及放射科）並提供 24 小時急診服務，排除區域層級以上醫院、精神科醫院、呼吸治療費用合計占各該院

全院費用比率>50%、經停止特約、終止特約處分醫院。

二、同意增列台北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)為本認定原則之醫院。

參、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 110 年度醫院總額新增「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」2 項目，其結算方式，提請討論。

決議：本案通過，重點如下：

- 一、「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」：用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費、護理費及病房費採固定點值一節，同意僅保障區域級(含)以上醫院加護病床之護理費，並奉衛生福利部核定。
- 二、110 年度醫院總額新增「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」2 項目之預算，先從一般服務預算予以扣除，再依其保障項目(操作型定義如附件 1)各就醫分區 108 年申報點數占率(下表)回歸各分區預算，並自 111 年起回歸一般服務地區預算分配。

項目 分區別	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	0.2276554	0.3234900
北區	0.1645817	0.1296304
中區	0.2908751	0.2026463
南區	0.1102869	0.1508155
高屏	0.1990675	0.1670771
東區	0.0075334	0.0263407
合計	1.0000000	1.0000000

三、請本署協助統計本案保障項目之申報情形供與會代表參考。

肆、臨時動議

第一案 提案單位：許惠桓、吳明賢、劉建良、吳淑芬

案由：有關醫院總額保險對象跨區就醫浮動點值核計算一案，提請討論。

決議：本案因未具急迫性，先請台灣醫院協會攜回緩議，提下次會議討論。

伍、散會：下午 3 時 30 分

陸、與會人員發言實錄詳附件 2。

附件 1、操作型定義

一、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：

(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：係指醫令代碼 03047E、03048F、03049G、03037A、03041A，排除醫令類別為 Z 及 K(護病比專用)。

(三)固定點值：每點支付金額 1 元。

二、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）：

(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)假日或夜間門診案件：依現行支付標準相關規定：

1. 假日：該案件門診診察費之就醫日期屬假日者，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」欄位符合當天 18:00~次日凌晨 05:59 者(支付標準申報夜間加成之規定)。

(三)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。

(四)固定點值：每點支付金額 1 元。

全民健康保險醫療給付費用醫院總額 110 年第 1 次臨時研商議事會議 與會人員發言實錄

主席致詞

主席

各位代表，醫管組、分區業務組的同仁，還有各位列席代表大家午安，今天要開今年的第一次臨時會議，議程有兩個報告案及一個討論案，還有一個臨時動議案，現在會議開始。

報告事項第一案：109 年第 3 季醫院總額點值結算報告

主席

上次是因為臺北分區計算的浮動跟平均點值大家有意見，所以又送回臺北業務組共管會議再次開會，他們很快 3 月 18 日開了會議，決議達到原來的共識就是平均點值 0.92，現在已經結算出來。

我們有共識 109 年醫院總額就是上半年結算，第 3、4 季是季結算，這是第 3 季點值結算的結果，請問大家有沒有意見？沒有，上一次反對最多的就是臺北區的地區醫院，附議的都是地區醫院的代表們，所以這次臺北區的浮動點值是 0.8419，大家還可以接受，好，其他代表們有沒有意見？好，沒有意見我們這個報告案就通過。

接下來專款的結算數大家再過目一下，這次有些專款執行不是很好，因為 109 年受 COVID-19 的影響，總額的受託單位這邊在 7 月評核會議的時候，可能要做一些補充報告，因為是歷年來執行狀況最不好的狀況，這個部分再請大家參考，請問大家有沒有意見？來，請羅院長。

羅永達代表

主席，有關專款的部分，醫療資源不足地區醫療服務提升計畫，執行率稍微偏低，其實是因為全部的急診量在下降，事實上每個醫院尤其在醫療資源不足地區的人力成本相對其實並沒有減少，當時是服務點數把他加成，給他補相關的點值，當整個母數變少的時候會有這個的

現象，不曉得假設後來總執行沒有達到 100%，剩下的那些錢有沒有什麼方法可以再付給相關的醫療院所，以上。

主席

請總額科說明專款執行沒有達到的結餘之處理方式？

醫務管理組 劉林義專門委員

有關羅院長提到的醫療資源不足地區的醫療服務提升計畫，這個預算 109 年是 9.5 億，因為這是編列在專款，所以用不完的當然就是直接回歸到基金，110 年還是仍然有編列。

羅永達代表

不會用點值的部分超過一塊錢。

主席

專款不會跑到一般，也不會再重算給大家，就是實際上花多少就支用多少，如果有結餘就回到基金，但是不影響 110 年之總額預算。執行率差的原因受 COVID-19 的影響，可能要說明，因為合理說明有助於 111 年協商的時候預算不會往下調，假定是根本不需要這麼多預算，專款其實不需要編這麼多，好，謝謝，再來朱代表。

朱益宏代表

有關於 C 肝的藥費，因為這是 110 年第 3 季，現在初估是都用的完嗎？

主席

沒有，若加上其他總額編列之預算，109 年執行成果比預期差，COVID-19 可能也有影響。

朱益宏代表

109 年因為他預算執行率 73.4%。

主席

73.4%是一般總額的專款，這個部分是一般總額的專款，事實上執行不好。

朱益宏代表

是，我想因為你們去 monitor，第 4 季他會用的完還是用不完？

主席

一般的可能會用的完，但是其他總額的完全沒用。

朱益宏代表

就是醫院總額應該會用的完，因為我本來想說如果執行率沒有那麼好，用不完有沒有可能對於 C 肝的藥費從中間再移撥一部分，因為這一部分其實是醫院一直在爭取的，如果這個費用又用不完又回到基金其實很可惜。

主席

這個不用完一定回到基金，因為係編在一般總額的專款。

朱益宏代表

我知道剛剛已經解釋過了，我只是說如果 109 年用不完的話，才會有剛剛的建議，如果用的完就沒有意見。

主席

111 年預算編列還是會再下修，因為人數越來越少。

醫務管理組 劉林義專門委員

在上次醫院總額的第 1 次會議裡面，已經有報告 C 型肝炎藥費的整體申報的點數，看起來 7.6 億的話應該是可以用的完，因為執行率是 115%，因為 109 年已經都申報完了，所以會由其他的預算撥補。

主席

就編在醫院的專款是絕對用得完，而且可能是超支，還用到其他總額，但是兩個加起來是沒有用完的，好，其他大家還有沒有什麼問題？好，如果沒有問題的話，各位代表們就是留意一下有很多都是例行的計畫但是執行率有偏低的部分，是不是受 COVID-19 的影響？如果不是，是真正變少，那就會有影響到 111 年總額的編列，好，如果沒有問題的話這個報告案就到這裡，接下來下一案。

報告事項第二案：「110 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認

定原則(草案)」報告

主席

請臺北業務組的尹婷科長說明。

臺北業務組 潘尹婷科長

有關相關的適用原則的部分，因為上一次在研商其實有再確認的部分，我們經過共管大家充分討論之後我們有針對考量就是榮民總的員山分院他有一個醫師數的密度上面的問題，所以我們後來決議說增列第2項的相關的條件，也追認臺北榮民總醫院員山分院來適用這個原則，以上說明。

主席

說明2括弧要不要跟大家說明一下為什麼用這個條件？是為員山分院量身訂做嗎？

臺北業務組 潘尹婷科長

也不是，因為員山分院遇到的一個問題是他的鄉鎮轄區的醫師密度，每平方公里的醫師數、還有所在縣市的每平方公里的醫師數其實都是很低的，而且他其實算是在服務偏遠地區上面，而且提供很完整醫療服務的部分，所以我們在共管會議其實很多醫院其實都有相關的考量，所以就還是同意增列第2項相關的條件。

主席

臺北業務組有沒有去思考你增列這個條件之後，除了員山分院適用以外，有沒有考慮會不會有其他醫院也適用？還是只因為現在是員山分院，就用一個指標讓他可以適用。

臺北業務組 潘尹婷科長

把所有相關指標所符合的醫院在共管會議上面討論，我們後來確定了在括弧2這邊其實就是員山分院的部分。

主席

好，請偉強代表。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

第 4 頁 2-6，總共有 4 家醫院適用，包括台大金山還有蘇澳，員山還有宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院，總共有 4 家醫院。

主席

所以最後符合醫院的有金山分院、蘇澳、員山還有宜蘭員山，現在 4 家全部都進來了。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

有另外 3 家本來就有另外的條件，多的 1 家是員山。

主席

所以另外 3 家原來用別的指標已經進來了，所以現在符合這個指標有 4 家都進來了。

臺北業務組 潘尹婷科長

對，原本前 3 家其實也符合括弧 2 相關的要件。

主席

好，現在就是員山分院只符合括弧 2，另外 3 家符合兩個條件，現在臺北業務組的共識是只要符合任何一項就進來了，好，大家有沒有意見？

孟令妤代表

請教這個追認是從今年 110 年 1 月份開始嗎？還是 109 年？

主席

這個的案由就是 110 年，現在去追認 110 年的 1 月，因為第 1 季還沒有結算，所以還來的及，好，請問大家還有沒有別的意見？好，同意追認，好，這個案子就是同意追認臺北業務組所提的臺北榮總員山分院當成這個計畫認定的醫院，好，沒有，我們的報告案就到這裡，接下來討論事項第一案。

討論事項第一案：110 年度醫院總額新增「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」2 項目，其結算方式案。

主席

本案子說明甲案跟乙案是兩個方法可以來分配，這是我們想出來的，當然搞不好有第3個方法，我們至少先看一下這2個方法，但是甲案RS沒有問題，乙案的部分就是用申報數占率再回推的，是沒有考慮到跨區，因為跨區計算複雜，考慮到跨區當然數字也會不一樣，但是如果計算方便的話，技術上比較容易算的，不然就會相對複雜。

因為今年要討論的就只有地區醫院的假日跟夜間門診的案件要1點1元，及區域級以上醫院的ICU護理費兩項，這是醫院協會之共識。

另外提醒各位的就是當訴求有些項目要從醫院總額裡面拉出來要1點1元之後，接下來大家會看到的是浮動點值的部分，就是沒有1點1元的部分，浮動點值的部分可能會有所變。如果1點1元項目之數量比我們現在的base還高的話，就開始會影響到浮動點值，可是這個也是各位的選擇，將來如果因此而影響到浮動點值的下降，間接又影響到有些醫院的抱怨，這個部分可能不能成為抱怨，請各位先理解。

目前看來短期內應該影響不大，因為都有外加預算，所以理論上浮動點值影響不大，可是未來1年2年累積下來，進來項目如果成長率高，例如現在藥費1點1元，那他拉出去的錢因為他成長高，高單價太多了，間接就會拉低了浮動點值，所以浮動點值有些代表們非常在意，這些都是互為因果，因為總額就一定的。

所以我在想說大家可能點值是一件事情，問題是絕對金額領多少才是關鍵，就像攤扣後來點值提升，其實攤扣也沒那麼多，可是大家只會去講我被攤扣多少，事實上回補的又不講，所以一來一回其實你沒有貢獻很多的話，可是你又會只講到說我原來第一回合被攤扣多少錢，這些都是似事而非，很容易影響外界對於這個結果的解讀，參加開會的代表是最清楚的。

朱益宏代表

主席，確實1個小時之前醫院協會有開會，我就先說明一下。我們是用丙案，原則上就是地區醫院的5億，用健保署試算的基礎，但是不是用1點1元回去是用占率的概念，然後占率再去把這5億分到各分區，然後10億也是同樣用這樣子的架構，就是用占率，所謂占率的基礎就是108年健保署試算出來這個4.91億。

主席

乙案的占率回推回去。

朱益宏代表

但是他是用 5 億跟 10 億百分之百回到各區。

主席

當然，這個會有一個盲點，以今年 110 年計算，今年是不會超過 5 億也不會超過 10 億，可是未來預算滾到一般總額後之發展就待觀察。

謝文輝代表

是不是後續可以幫我們 monitor 一下？

主席

不是，他有可能超過 1 點 1 元，也有可能不到 1 點 1 元，因為係以占率回推，但未來滾入之預算會有自然成長。

謝文輝代表

我們剛剛大家討論結果是希望麻煩一下，這個當然是新增的工作，拜託主席還有署裡長官，因為這是一個例子，就像主席講的未來也許有很多項目，是不是可以幫我們 monitor 一下，這 2 項實際他未來成長的情形，如果他真的產生很大的衝擊，我們自己會想辦法跟長官研究看用什麼樣的方式來做？也許未來就再調整的時候方向會改變，如果今天我們不 monitor 的話，未來老實講我們沒有辦法改進，其實我們以前在這種基期的各種調整，後續都沒有在 monitor，後續產生的影響其實我們不知道，所以如果可以幫我們 monitor 這 2 項，這個 5 億和 10 億來看看以後，也許會改變我們整體未來我們所有醫院團體對調整方向要不要做改變，是不是幫我們 monitor？

主席

現在的概念是我們要用乙案的精神，換算成占率然後把錢分掉，分到各區自行去管理，一旦回到各區自行管理之後，還是這 2 項是 1 點 1 元，如果他的點值超過 1 點 1 元當然剩下就分區自己拿去了。如果他是不足 1 點 1 元，當然那個分區就要把他的一般總額裡面的錢拿出來補，所以這 2 項對外講就是保障 1 點 1 元，至於錢從那裡來？你如果

好好的管控你就會有剩錢，如果不好好的管控他可能就壓縮你原來的總額，就是這個概念，這個是大家的共識吧，效果本署可以 monitor，但是我們不會再做預算調整。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

再補充一下，因為剛剛朱代表講的不是乙案，我講丙案是說他不是校正 1 點 1 塊錢之後的占率，就是說他原來的申報金額乘上浮動點值之後他的總金額再算各分區的占率。

主席

這個是在算 1 點 1 元的，因為你要知道點值低的分區 gap 是大的，點值高的地區 gap 是小的，所以這裡看到的錢其實是 gap 乘上數量。

朱益宏代表

用申報點數的占率。

主席

申報的量乘上各分區的 gap，這個錢是這個概念。

朱益宏代表

我們的決議是因為每個分區 gap 都不一樣，考慮得太細根本就沒有辦法考慮，所以根本不考慮 gap，就是用申報的數量乘上現在的點數，所以他沒有點值的概念，所以會有個占率。

主席

怎麼會沒有 gap，要不然怎麼叫 1 點 1 元，這樣子你已經不是我們想像的乙案的精神，然後用丙案的方式，你可能要再說明清楚你要怎麼算？

黃雪玲代表(吳明賢代表代理人)

就像 1-8 頁，署裡這裡有計算一下像 ICU 這個，有算出 6 個分區 ICU 護理費的申報的總點數，就是用總點數的概念去分配這 10 億。

朱益宏代表

申報點數的占率，所以沒有 gap。

主席

這樣子的話，點值低的比較吃虧一點，因為分的少。

童瑞龍代表

是不是請我們醫院協會的副祕書長佩菽來報告一下最清楚。

主席

丙案那這樣子也不是乙案的精神，請佩菽說明。

台灣醫院協會 林佩菽副祕書長

其實剛剛各委員代表其實講得非常清楚，其實我們就是用該項費用的申報占率分配到各分區之後，然後各分區再去做管控，其實也不大說像是乙案，我的認知是比較像是甲案的變化性。

謝文輝代表

他這是丙案，當然我們剛剛主席提醒回去以後可能就不是基礎那個樣子，未來可能有新的 ICU 出來，地區醫院有些新的假日門診出來，各分區自己好好管控，當然我們也希望剛剛主席也答應說好可以幫忙我們 monitor，monitor 這個以後我們自己再來研究，未來也許下一次要調什麼東西可能就不採取這個，也許他影響得很大，那如果沒有什麼影響，也許我們未來就會採取這類型的方式。

主席

我們要 monitor 這些醫令的數量成長容易，但是比較不容易是還要考慮點值的部分，來，請李代表。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

基本上反正醫院協會剛剛都有共識我們都尊重，我想說實際操作面上第一個是說其實剛剛主席很聰明，可以點到說目前 gap 比較大的，我們現在丙案是不談點值，臺北業務組按照這個算出來公式以後，假設是 100 塊好了，我們能夠 cover 的是因為我們的 gap 大，除起來之後 cover 比預期小。

主席

你對浮動點值的影響就更大。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

我現在只請教 2 個問題，如果臺北業務組分配 100 塊，那我 10 月就用完了，假設啦，那我後面這 2 個月的時候，我還要繼續維持 1 點 1 塊這個 promise 這樣子，還是從其他部分。

主席

不是，如果是真正操作的話，一開始就按季就分下去了，你如果不足的話，每 1 季都不足，就不再給錢，就是吃到該分區的一般總額。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

我現在只想說，我們這個東西其實是不是變成目前是專款？

主席

是協商的一般總額，滾入基期了。

謝文輝代表

每年都有這個錢再加成。

主席

已經滾入基期裡面的，就是表示每年都有，但是如果要有新的項目，就要另外協商。滾到基期會隨著總額成長而成長，但是這個基期滾進去，因為你用申報數的占率，不考慮 GAP，所以對於現在點值低的分區，它其實是會更加的影響它的浮動點值。但是不知道未來的發展，如果你適度的管控，讓他不要成長很多的話，那它的影響就比較小。現在 GAP 比較大的分區，它的浮動點值相對也是低的，也是大家爭議比較大的。

當然如果要維持目標點值，你的攤扣就會多，大家都要有心裡準備，因為我們現在做的每一件事情都是環環相扣的，那目標是什麼呢？目標是大家認為這樣的資源分配比較合理才會這樣訴求。或者是你們為了要爭取預算，總要要想一些名目，這樣看起來正當性是比較足的，然後就去爭取預算，但是這個預算會回到一般，就是一個水庫裡面共用。

譬如臺北區的 ICU 是多的，但是你們地區醫院就少，有些分區地區醫院就多，ICU 相對的就比較沒有那麼多，每個地區的生態都不一樣，

那又回到分區的共管，大家要知道說你們的重點是在那裡，但是這幾個項目理論上進去了之後，雖然可以像謝委員講的去 monitor，但是 monitor 不會成為總額協商再外加預算，它只會成為你們共管會議裡面如何去內部管理的一個依據，其實你們也可以在共管會議自己去追蹤，因為這已經回到分區，所以是分區的共管會議可以去觀察，那分區再去討論說浮動點值時，怎麼樣把這種事情的影響拉得比較小一點，讓大家能夠公平的在分區可以得到合理的資源，那就是在共管會議裡面，可以討論的，我們臺北業務組的潘科長要說明。

臺北業務組 潘尹婷科長

不好意思，臺北業務組基於點值的管理，首先想要提出第一點，因為這個是 5 億的預算，是編在協商因素裡面，它是一筆錢，所以剛剛討論是用申報量的占率，但是因為每一個分區的點值是不一樣的，那這樣滾回到各分區的錢其實是有落差的；所以臺北業務組基於點值的管理，覺得如果還是要用申報的占率，那一定要考慮現在點值上面的差距，不能只有從占率來考量；那對於各分區的管理上面，會是很大的一個問題；第二點，因為它算是混在一般預算裡面，在協商表上面就是 5 億元跟 10 億元的部分，我們還是建議這筆錢本來就是有一個額度的概念，那用完這個額度，是不是應該要有一個風險管理的機制，不是應該一昧的把所有的一般部門的錢，都被相對的壓縮；舉例而言，像是地區醫院的夜間及假日的這個部分，它就是合理看診，考量其實是相對容易的去開相關的診次，充量的情形是我們難以預估的，在預算的基礎之下，這樣的 5 億元或 10 億元它對點值的影響，真得是很難以預估，所以我們覺得是不是一併建立風險管理機制要做附帶條件，以上。

主席

這個都互有利弊，現在沒有完美答案，請謝代表。

謝文輝代表

其實我們長期以來所有用一般總額預算的案子調整項目都一樣，因為以前我們從來沒有後續監測，所以其實我們不知道後面變成怎麼樣，其實大家都不知道，也許有些變化很大；尤其像藥費就很明顯，新藥

進來後，實際發生的數據以後都變了，那個差距，我們算起來是差幾百億。那所以今天說這2個項目會不會有很大變化，我們真的不知道，那剛剛臺北分區的長官講的，有一點不太精確就是一般預算，它本來就沒有辦法像專款的項目，有個別預算去做這樣子的管控，他滾入水庫，那就是滾入水庫，你說要怎麼管控？那個大概就是靠6個分區的共管會議大家有共識，想什麼辦法來儘量節省這種東西，如果我們透過monitor以後，我們也配合各分區，學習逐步管控，對於未來要調整項目的方式，可以學習比較好的方法。其實那一個方案都有它的利弊得失，在你自己管控的精神，我們內部剛有討論說，未來是不是有進入自主管理的部分，包括目前承辦專審我們是尊重6個分區因地制宜，每個地方形態不太一樣，醫院、醫療形態都不一樣，各區做比較合適的管轄，這個就是要學習，所以我是覺得在沒有做以前，看起來每個制度都有很多風險，我是覺得可以試試看。

主席

好，謝謝，朱代表再來廖代表。

朱益宏代表

剛剛臺北分局特別提到地區醫院的假日門診，確實假日門診要開起來確實是比較容易，但是我覺得這一部分，可能我要在這邊跟大家報告一下，因為當初在爭取這筆預算，後來，部長核示的時候，地區醫院的假日門診開診率要增加2%，這個是它的條件，所以勢必跟108年比起來它是不足的，如果至少你要增加2%，所以這是不得已，但是會不會增加到太多，那我覺得真的是靠monitor，如果monitor起來是有異常的，或許這個醫院協會內部也要再討論；但是在2%左右的話，是合理的啦，因為在部長裁示的時候，裡面就有一個附帶決議說預期達到效益就是假日門診開診要增加2%，這是第一個我要補充的。

那第二個就是剛剛主席亦有提到說，有些特別是地區醫院，它可能原來的浮動點值，就是它的平均點值會接近浮動點值，確實，那我覺得這一部分，當有這個調整以後，保障1點1元增加以後，如果它的假日開診增加的話，或許它也會慢慢拉近到平均點值，會把它的平均點值拉高了，所以到底是會有什麼結果，我們預期的結果我覺得還不

定，確實這部分需要 monitor。

另外就是說，剛剛講到 monitor，其實主席亦有提到，最後的結果還是看到那一家醫院拿的錢，因為那個部分我們是看不到的，那我相信署方也不方便把每家的資料拿出來，所以是不是這一部分就要拜託署方要 monitor 這部分，如果真的對於某一些醫院，特別是假設是地區醫院，它的財務結構受到衝擊的影響，抵抗力會比較差；如果真的有這樣的情況，是不是也要提出來示警讓我們知道，說對某一型的地區醫院，就某樣狀況，可以我們 monitor 一陣子以後，它確實有怎麼樣的影響，這個可能要拜託署方，不是只有把申報量提出來大家看看，喔沒有異常，但是對於某些醫院那個浮動點值的影響，造成它個別醫院的狀況，可能這個要拜託署方要稍為注意，以上。

主席

剛剛要說明的就是說浮動點值只是眾多指標之一而已，它不是唯一，可是現在大家會把它當做唯一出來訴求，這是有問題的，原因是因為浮動點值調整之後，它的改變或者是有其它的現金流也回到地區醫院，其實這個多少對每個醫院都是現金流，不要只有拿眾多因素的其中一項出來講，這樣是有失公允。

如果，這個趨勢走下去，浮動點值鐵定更不好，是什麼原因？可是醫院照樣要拿應該拿的錢，現金可能因此而没有減少很多，可是你看到那個眾多指標的那一項。請廖代表。

廖秋燭代表(侯勝茂代表代理人)

我想請教一下，我們現在所討論是針對今年這個預算怎麼分到 6 區，不管是乙案或剛剛所講的丙案；但是明年喔，因為你在做結算的時候，是不是又變成說我的想法是說會不會，除了像這些藥費、藥服費、手術、麻醉、地區醫院的假日夜間門診以及區域以上 ICU 的護理費都是保障點值，然後其它再做浮動點值結算，那這樣子的話等於是在明年的話，事實上一般門住診都是 RS 分出去，然後再合在一起結算，方法是這樣子的，所以我們今天討論只是適用於今年，明年回到甲案去做分配，甲案就看你 RS 怎麼調，健保會怎麼討論的，那水庫基期，那明年就是看你大水庫怎麼算的，回到甲案了，是不是？這邊的是這樣，如果只是適用於今年的。

主席

可是它的差別在於今年這個 5 億跟 10 億怎麼丟回去，雖然以後它還是回到 RS，對不對？但是這次丟回去就已經決定了各區各多多少？雖然它當然影響不是只有一年，它會影響蠻多年的，它的 base 就長成那樣。

我另外再講一下，就是剛剛有代表在提說，地區醫院的假日跟夜間門診如果去充量的話，會如何如何對不對？但是大家要清楚的了解為什麼我們需要去鼓勵地區醫院的假日跟夜間門診，甚至還要給它 1 點 1 元。

我們的目的不是希望他去多看然後去淨增加，目的是想要交換假日跟夜間的急診，它是一種替代的，如果我們的門診可以去取代部分的急診，那就是我們的目的。

我們不是把這個錢投入，然後希望大家再多看一點，不是，是希望因此有些人可以不要去跑假日的急診，因為一旦到急診，我們的耗用資源就會更多，那假定這是對的話，那理論上，他多做，你們整體的該區資源耗用應該要節省才對。請楊代表。

楊俊佑代表

我剛剛聽您說的是對的，您本意是在此的，就是您不要假日去急診到處跑，如果地區醫院有，你就這邊門診看看就好了，其實有些問題，也就近看看就好了，本意如此；所以你剛剛討論的，我說了也不一定大家都喜歡聽，甲案、乙案、丙案是因為我們終局都是靠 RS，我們都看 RS 有沒有公平，我剛剛看到這個的想法，大家都照 RS 走那是最簡單的，因為終局也是用 RS，你現在用個丙案，没用乙案，你分到最後的結果也是 RS，那你那個 RS，你現在高興一下，那最後也跟 RS 一樣，這樣是朝三暮四或朝四暮三，你覺得那款比較高興呢？終局都差不多，醫院拿到的錢都差不多啦。

主席

如果算到醫院大家都差不多，現在單位是區，如果你算到個別醫院，個別醫院以後就拆掉了，所以其實影響沒有很大。請謝代表。

謝文輝代表

其實為什麼大家重視這次的臨時會，就是說假設今天如果不是按照今天這 4.9 幾億與 9 億多的基礎比重去產生那個錢，那它就會產生的現象就是說，那當中的落差就影響到那個區的其它層級，按照它原本的提案占率去給它分下去，這樣分去的錢，本來就夠，它就不會去吃到其他層級的錢。要是用別的因素，到時這個算的基礎，多的它認為是多出來的，那就是吃到他的錢，剛剛我們在討論的時候，大家也都有這個體認，那就各自拿自己的部分，別影響到別人。

那當然我們知道這種一般預算滾入基期，第 2 年會回到 RS，當然有影響，因為就是 basic 的影響，未來 RS 都是依據每年一定的公式，但是你前面這個還是會影響，所以不是說沒有影響，未來當然要依照 RS，分到最後一定會有影響，因為分到六個分區有一定的公式，那現在只是在基期的分配，那個基期主張我們現在先讓它回應現實的狀況，那未來，我們剛剛主席講的，其實我們都考慮到，再來就是 6 分區自己要怎麼管控，那我拜託 monitor，當然我們以後也不會賴皮啦，這是我們的決定，monitor 完後，如果我們覺得衝擊很大，那我們醫院團體自己來想辦法，看是要調整策略或是用什麼方法，我想這邊自己再來研究，總共就是總額的那個錢。

而且像地區醫院，大家也不必太擔心啦，因為這個案子已經 1、2 年了，假日請醫師出來看，並沒有那麼容易啦；因為，因為很多大醫院退休來地區看診的，他們都年紀大了有孫子也都放周末的，朋友也是都約周末，請他們改變生活習慣，根本不可能，是很難的。不然老實說，已經調那麼多了，你看星期天的門診點數加 150 點，星期六加 100 點，其他處置也都加 3 成啦，那有多多少？很困難，我們在推很困難，因為那是改變大家的社會生活型態，其實非常難，對少年醫師更不用說，他們現在休假是最重要的，所以其實很難；所以地區醫院看得到吃不到，大家也是很懊惱，所以大家不用擔心，所以我們未來以 monitor 為主，可能各分局大家合作努力管控，現在我們也是一起承擔這個總額管理專責的人，就知道儘量大家一起努力團結來做管控才有辦法，保持這個總額以下，大家做正確的事，拜託大家。

主席

好，請李代表。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

我想說這邊 2 個，1 個是 ICU 區域醫院，這個我覺得它變動有限，因為醫院要增加 ICU 也不容易，它那個是飽和的，那其實有變動的，大家擔心的其實都還是假日門診的事，我想說那我們就好好來看看後面的發展，因為我們現在看起來好像都是各說各有理，或者是說將來這邊決定以後，接下來的發展，將來也是會在這種地方去討論，因會到 6 個分區，各個共管分區去好好努力，那我們臺北的話，就臺北好好去努力，雖然我已經可以預期到一些事情，將來會增加量大的還不是小的地區醫院，而是大型地區醫院，他們的影響更大，衝擊更大；所以有時候案子提出來的時候，這邊證據很多，可是真正在後面真正獲利的，還不是在我們現場的這些地方，我們可以再看看。

不過我是覺得說，我們現在的錢會引導醫療行為，會影響到醫院，也會影響到民眾，當我們開更多的門診或什麼時候會影響怎麼走，這是我們要的嗎？我看過去一年當中，我們在新冠疫情當中，你看包括基層診所門診量都掉很多。

所以我只是覺得說，將來疫情慢慢過去了，民眾又開始恢復過去行為的時候，我只是建議，跟我們今天在座的沒關係，我們將來在討論增加部分負擔的時候，我們假日看診，他六、日看診，如果跟一到五看診一樣簡單的時候，我個人覺得這其實是很奇怪的事情，在國外若在特別時間看診，理論上你們應該要提高部分負擔才對，因為是需要才要看診，而不是把六、日，我們看門診看了 30 年了，看了門診你給民眾方便，其實他們就會不珍惜；我只是覺得將來有一天，健保署真的要開始調整部分負擔，那怕只是調整象徵性金錢的時候，周末假日或特別時段看診的，應該其實也要調高多一點部分負擔，讓醫院、民眾雙方都有個義務，來控制這個醫療資源的合理使用，這樣我覺得才能達到我們的目的同時減少門診次數，而不是增加門診次數。

不管是門診或急診，我剛會搖頭是說門診病人和急診病人的形態是不一樣的，現在急診有一定的 criteria，理論上也不至於說不限制的增加急診病人，而且急診費用真的比較貴，若它急診部分負擔偏高，那不管它那一個層級都偏高，所以現在的假日門診會變成另外一個方便性，我比較擔心這個，不過再講可能就有一點武斷，我們將來再看一

段時間，到時候懇請 6 個分區，然後 monitor 準備相關的數字，我們就知道，第 1 個醫院端增加了多少的 ICU，增加了多少的門診，民眾的就醫次數有沒有改變或 shift。

在過去，我們的醫院的開假日的，現在都關掉了，以前周六在看門診時候，有的醫生就會自動把病人從一到五，移到星期六來，這個可能性，不過沒關係，這事情現在慢慢過去了，我們再來看未來的變化，現在年輕的醫生，周末看診真的也不容易，以前我們都拜託他來看門診，真的不容易。

那我的意見是說，不妨看一段吧，將來我們來看看後續的變化，看誰的預測會比較接近，這個整個錢相對於全部來說，都不是太大的錢，看是否可以給我們大家是一個共同學習的機會，以上。

主席

好，謝謝，請謝代表。

謝文輝代表

李代表偉強說的我覺得他講到一個關鍵點，現在在我們醫院團體裡面大家內心最不滿意的是說假的地區醫院，假的大型地區醫院，其實它不是地區醫院，所以我是覺得主席應該勇敢一點，一起來努力，看你要訂 250 床，因為現在評鑑區域以上是 250 床，現在已經有開 250 床以上，本來就要排除在地區醫院這些加成，不能讓它像偉強代表講的，未來這個很糟糕。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

這個不歸健保署管的。

謝文輝代表

因為健保署在支付標準的準則中本來就是可以訂的，因為你醫院評鑑就有標準，你已經開了急性一般病床 250 床以上，就不應該再給地區醫院加成。

第 2 個還可以依據的就是 200 床，因為衛福部之前在獎勵醫療資源不足地區蓋地區醫院的時候，它的上限就是 200 床，有法定的依據，從歷史以來就是這 2 個，看你要選那一個，那你現在如果選 200 床，本來獎勵醫療資源不足地區，地區醫院補助的上限是 200 床，現在急性

病床超過 200 床就不准列入申報地區加成，地區醫院很多掛羊頭賣狗肉，許多醫中和區域醫院都覺得很不服氣，我覺得這應該要很勇敢提出來，我們努力來做，我想大家大家都會支持，謝謝。

主席

好，謝謝，請潘科長。

臺北業務組 潘尹婷科長

再補充一點，就是本案試算資料的基期是 108 年，但是我們地區醫院有一家的很大家的土城醫院，它是在 109 年才成立的，所以這試算基礎的占率，可能我們需要提出質疑。

主席

好，這個是我們列席代表臺北區的科長，各位與會代表意見怎麼樣？請侯代表。

侯明鋒代表

我想看了這個表，這個中區的差距，有沒有去檢討原因在那裡，如果針對原因去做一些檢討，未來才可逐漸的發展，這是第 1 個。

第 2 個剛講到的區域醫院，它的規模像地區醫院，或者是社區醫院，有的是相反的；有的是區域醫院，掛的是醫學中心，我想這要去做一個更深的檢討。就像剛謝代表講到的，有的是掛著地區醫院，但卻做的都超過更大的，我想這可能要提出來比較根本的。

主席

好，侯教授提的，他還要回去想想，再提個正式提案，我們期待侯代表想清楚之後再來提案，還有呢？來請富滿代表。

林富滿代表(劉建良代表代理人)

我想剛剛臺北分區的科長已經講得很清楚，雖然剛在醫院協會有說要用丙案，其實那個案子，假設真用占率來看，這對臺北業務組的點值，真得會影響更大，因為我們拿到，沒有考慮點值的分配。

主席

這是你們的共識不是嗎？

林富滿代表(劉建良代表代理人)

剛剛有一點，但是我正在想我們拿到那個，可是我們要補回去的是，比別人更多的差距；那這樣臺北業務組的點值一定會更差，所以假設我們本來的想法是說今年，既然今年只有 5 億跟 10 億的上限，是不是用一個專款的概念，雖然它不是專款，用專款的概念，全部都不要分區，然後先把它補足之後，只要 5 億或 10 億到了，用完就不要再補了，這樣才有鼓勵的意義啊。

主席

這樣就是丁案了。

林富滿代表(劉建良代表代理人)

這是我個別想法；這樣對各整個分區的點值，才不會更雪上加霜，這是第 1 個，假設不行的話，我是覺得健保署的乙案，起碼要維持健保署的乙案有考慮到點值，要不然我們拿到少的錢，又分配更多，這樣臺北業務組的點值真的會更慘。

主席

好，游代表。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

我想剛剛講的是說臺北有新增的地區醫院，其實是北區醫院也有，未來高屏區也會有，中區也有，其實我們第 2 年也就回歸 RS 分配，我認為說今年是第 1 年，去做事前校正其實各區都很難去把它計算清楚，既然大家都有共識，就不要再變了，再變就沒有共識，今天會又要全部開花了啦，可能接下去就要第 2 次臨時會來討論了，我認為說就是依照共識來走啦。那我覺得這樣議題會比較單純一點，其實我認為說真得對整個大總額來說就是差一點點，大家就不要在小數字上再做計較。

謝文輝代表

贊成。

主席

好好，黃代表。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我剛剛其實在那個會上，我就一直表達，這個其實是 5 億跟 10 億，這個覺得真會吃到別家的浮動，本來的浮動已經夠淒慘了。我們講得不只是同區或跨區，我們就是覺得這個 5 億或 10 億有多少錢做多少事，沒有辦法補到 1 點 1 元，如果分給我這個業務組，沒有辦法補到 1 點 1 元，這個業務就是要攤扣嘛，覺得誰造的孽，就自己攤回去；就是假設分給地區的不足，那地區成長很多的夜間或什麼，如果真的是要走這個丙案的話，我會覺得各分區回去就要管控，要不是就照現在 RS 案分回去或是乙案分回去，這樣子才真的補足 1 點 1 元的概念，那如果大家要尊重協會的共識，那就是大家回去，有多少錢做多少事，大家該攤扣就自己攤扣回去，因為錢就那麼多。

主席

好，那我現在講一下，請謝代表舉手比較久，再來童代表，等一下，還有蘇代表，再來才是廖代表，要照順序，因為本會議沒有限制一個人可以發言幾次，以後可以訂規矩，好不好？

謝景祥代表

我覺得因為醫院協會剛剛都已經討論過，剛剛那些問題，剛剛都已經討論過了啦，都沒有答案啦，最後大家說都沒有答案的情況之下，所以就是折衷嘛，既然所以最後謝文輝代表才會提出來說 monitor 一下，只要 monitor 最後的結果，覺得說差不太多，那大家就算了嘛。假如說 monitor，過了 1、2 年結果出來差距很多；那就當然大家會員坐下來，包括醫院協會內部事先就要先坐下來討論出好方法，再跟健保署協商；所以這些東西，剛剛都已經討論過了，所以最後我們本來，我跟羅代表在這邊，我想說不定 14:30 就要結束了；我沒有想到到了 3 點還在開始，連醫院協會的內部代表還會提出不同的意見，我是覺得說儘管醫院協會已經得到共識，那是不是至少我們醫院協會內部的代表就是不要再提，定案就是不要再提腹案出來。

主席

好，童代表。

童瑞龍代表

我要講的跟他要講的意見一樣，既然我們翁理事長都出來主持了，大家都沒有意見了，為什麼還要搞這麼多的小動作？所以我們就按照醫院協會的協議大家就這樣做，做一年看看，但是其中三個月或是半年你要幫我們醫界 monitor，這是我們謝文輝代表在最後建議的，謝文輝代表是我們現在總額的執行長，我們大家都尊重他，所以就這樣來做，不要在那麼多的意見啦，30 分的會可以開完的，每次都是講同樣的話。

主席

再來蘇代表。

蘇代表主榮

我可能要讓剛剛兩位發言的代表有點失望，因為我們剛剛在發言的時候，有一些訊息並不是那麼明確，就是說最後的操作會怎麼操作，所以我們那個時候的決議是有一個方向沒有錯，但是剛剛聽到楊代表的用詞跟健保署的解釋，我們會覺得說因為這筆錢也是從一般總額拉出來，最後還是要回歸一般總額裡面去計算，那你如果各個管控區塊沒有做好，他還是會吃到各個分區總額自己的浮動，會吃到那邊浮動點值的變化，所以我會認為說如果回到再重新討論的話，我還是會覺得就是照我們原來大總額 RS 分配的模式、概念去做分配，這樣子就把這個一般抓出來的這個總額再重新分配，就照這個原則去分配然後去走。當然他們在想的是說，我們用 108 年 ICU 的現況去講，去導到一個 B 案的概念，然後再去 modify 丙案的概念，但是如果又滾到總額了，因為我們當時在討論的時候不知道，它第二年又會變成什麼樣子，這個不確定因素是讓我們在決定的時候有不一樣的想法，但是如果最後還是要滾回總額，明年還是用總額預算，那我覺得不如單純化一點，今年就用 RS 計算，但是這個當時我講這段話，我們在場所有人不會覺得滿意，因為剛剛在開會的時候，大家是在那樣的訊息下面做了一個決定這樣，這是我的表達。

主席

好，謝謝，再來廖代表。

廖振成代表

主席、大家好，我這邊針對剛剛大家的意見提供看法，因為這個不管

是甲乙丙丁案，每個案都有不同的意見，對各區影響也都不一樣，所以剛剛在醫院協會會前會其實也有充分的討論、溝通，我是覺得說如果以 5 億、10 億，這個都是以增加的角度來看，並不是大家都拿得少，是大家都額外增加，只是增加幅度因為案件的計算方式不同，大家可能拿到的會不一樣，所以剛剛才會開醫院協會會前會，希望我們大家有共識，不然今天的會也開不完了，那如果把它想成說 5 億、10 億是增加，對大家都是有好處，是多拿的不是少拿的，而不是大家在爭說我少拿多少。

另外其實以剛剛醫院協會大家的共識，這一案也是符合健保會當時決議的精神，因為我們調整項目是用健保會決議的項目，基層用假日跟夜間門診案件的保障點值，然後區域、醫中是用 ICU 護理費保障點值的方式，我們計算的邏輯還是以它定義的項目的費用占率來做計算，所以這個來講應該也是有符合保障點值的精神，只是各區目前點值不一樣，算到各區不管那個方案，一定都會有變化、會有差異，所以這個案件我是覺得既然醫院協會會前會的所有委員代表也都在，這案是不是大家可以有個共識，不然可能今天會議開不完，是不是還是以我們這次要調整項目的占率來分配到各分區，由各分區來共管，因為各分區共管會還是有它的力量，那怎麼樣透過各分區共管，把這筆錢、預算運用得更好，那就可能要各分區這邊來努力了。

另外剛剛有提到我們還是會 monitor 這一次 base 的調整會影響到什麼程度，這個剛剛有委員也提到再請健保署幫我們 monitor 一下，這個部分只是基期年的調整，那其實明年如果回到 RS，還是回到醫院總額預算的算法去算，其實並沒有大家想的那樣，今年就一定先用 RS 總額來算，總額來算是不管項目的，是全部丟進去的，就有點跟健保會要調的保障項目會有點不符，所以我還是建議是不是大家可以朝會前會的共識來執行，以上。

主席

好，黃代表。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我們是可以尊重剛才的決議，可是因為剛才我們是說要請署裡去算那個占率，那個占率因為有很多我們新設醫院沒有算到那個占率，所以

我們覺得是不是請署裡重算，是不是可以用 110 年實際申報的占率分配到各區去，我會覺得這樣去結算的時候，不要用基期，因為基期都不準，直接用 110 年每季實際申報的費用，攤回去各區就好，這樣是不是可以接受。

主席

好，這樣子看起來我們本來說今天應該很順利很快就要討論臨時動議案，但結果又有一點大家又各持己見，我現在再 repeat 一下你們提的丙案，大家在 make sure 一下，如果大家尊重你們會前會，那會前會的丙案是這樣子的，就是用 108 年申報點數占率，然後直接把 5 億跟 10 億分配回 6 個分區，不考慮點值的差距，分配之後就是由分區共管自行管理，隔年之後就回到總額的 6 區分配方式進行，然後附帶就是追蹤後續這兩項 6 區點數的成長，這是不是大家的共識？

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我們要提一下，因為占率計算有問題啊，因為我們剛剛有講說是依照署裡的占率，因為現在署裡算的這個是不準的啊，因為這個 109 年沒有考慮進來。

主席

現在剛剛那個共識就是 108 年的 base，如果還要去考慮某分區還有新設醫院，那也就是沒完沒了，各區未來都有新醫院，那個影響不大，但是大家依悉看一下，這個差距就是千萬之譜，一個分區是千萬之譜，所以是不是就用這個共識？要通過了，還有沒有其他意見？

劉淑芬代表

主席，可以發言嗎？我是護理師公會代表，非常謝謝台灣醫院協會對我們 ICU 住院護理費的支持，此筆經費預算原來是 3 個項目，今年度首先支持 ICU 住院護理費 1 點 1 元，再次的感謝，那我要再確認一件事情，就是說，不管是怎麼樣分配方式，各位經營者都非常的辛苦，真的是謝謝大家，那分配之後，如果到各區額度超過的話，還是保障 1 點 1 元？謝謝。

主席

當然，這就是共識，所以這就是為甚麼有些區會覺得被壓縮，但是還是 1 點 1 元，就是內部再管理。好，因為我們本會都是共識決，我們不阻擋大家的發言，但是最終還是多數的共識決，來請健保會燕鈴組長。

全民健康保險會 陳燕鈴組長

健保會這邊補充說明一下，請看討 1-4 頁說明六提到本案屬於點值保障項目，要提健保會討論同意後實施。這個部分應該是不用提健保會，因為這是屬於總額核定預算的執行方式，它跟一般的點值保障項目不一樣，建議不需要提健保會討論。健保會在每年 7 月份都會追蹤總額協(核)定事項的執行情形，到時候再請一併提報就好了，本會當然是尊重這裡討論的結果，謝謝。

主席

好，大家都很認真，這一項跟一般的總額點值保障不太一樣，是另外協商出來的，好，大家還有沒有別的意見？好，如果沒有我們這個案子就討論到這裡，下一案臨時動議案。

臨時動議第一案：有關醫院總額保險對象跨區就醫浮動點值核計算一案，提請討論。

主席

本案大家有沒有意見？請李代表。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

簡單說明一下，就是臺北業務組有一個共管會的時候，大家有討論到一些問題，就有委員提出來說，跨區就醫是從健保開辦以來就有的問題，現在又有一個點值金額補貼的一個原則，目前就是用前一季的平均點值來提供，當然是蠻多大公司這些它的總公司設在臺北，可是它的員工是分布在各區 6 區都有，當然它是公司投保在臺北，可是它卻到比方到南區、中區去就業的時候，這時候我們補它的點值目前是用前一季的平均點值來給，那這個時候於是它如果從其他縣市到臺北區來就醫的時候，那也是用平均點值，那現在越來越多的公司投保在這邊，可是我們去其他縣市外面看病的越來越多，所以說臺北區錢是淨

流出，我們以為我們是第一次處理，發覺其他的這個牙醫總額在 87 年的時候就已經調回來了，那怎麼調呢？就是按照它是從那裡投保，就是從投保分區去給付，那西醫基層在 104 年也改過來了，那看起來就是說我們醫院總額這邊，好像都沒有提過這個問題，還是有過？也許我的資歷太淺了，不知道過去有討論過，所以說我們也是該重視這個問題，所以就提了這個案子。

主席

好，謝謝李代表，請朱代表。

朱益宏代表

我補充一下，這幾個提案委員都是臺北分區，我本身是臺北分區醫院協會總額執行會的主任委員，確實這個案子是臺北分區不論層級我們一致的決議，主要剛剛這個偉強代表他有提到這是一個原因，但是最主要的原因還是要回歸到總額的精神，因為總額包括 R 值、S 值的分配每年調整都是用投保分局的概念在做處理，所以為甚麼 R 值每一年要調整，它就是要慢慢回歸到所謂的投保分局這樣子來處理，所以在跨區就醫，最早開始的時候是用就醫分局，後來也產生一些問題，所以後來改成平均點值，但是這個跟 R 值、S 值每一年在健保會討論的時候，付費者都會要求 R 值要成長，就是要逐步逐年要回歸到所謂投保分局的概念，所以我們也希望說浮動點值這件事情，跨區就醫的浮動點值也應該要比照西醫基層跟牙醫總額是用投保分局的點值來支付，這個也是呼應我們整個總額的精神，這個我再提一下，這個是臺北分區所有的委員共同決議，以上補充。

主席

好，謝謝，其他大家有沒有意見？請游代表。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

這個建議其實我們也沒試算過。

主席

不要看試算，看合理性。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

基本上就是合理性的問題，以前我的看法是說，以前在算這些跨區就醫的時候，我們大概因為有個浮動點值，有個標準在那個地方，我們內部在做試算的時候，大概還知道我們算出來跟健保算出來的落差，你要改成這個樣子，用投保身分去做試算，大概無從試算，算對算錯大概只有健保才知道，這個對我們來講會風險比較大，萬一它算錯的時候無從去做一些那個啦。

主席

就相信吧，我們也不會算錯，因為錢就一樣多。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

所以這個我們是要確保說不會算錯。

主席

好，請黃代表，然後再來謝代表。

黃雪玲代表(吳明賢代表代理人)

我們上次有去看一下西醫基層總額的那個會議紀錄，他們當初提出這個案子的時候，一樣也沒有試算直接會議上就通過了，因為試算就會幾家歡樂幾家愁，我覺得是要去想這個到底對不對，合理性比較重要不要去思考結果是什麼，而且你這次高興，你下次未必高興，因為大家那個浮動點值在波動的時候，現在不好，不代表我未來一直都不好，所以我覺得是要看這一個。

主席

要理性看待合理性，而不是看錢多錢少，好，請謝代表。

謝文輝代表

所以這次是我們改第二次了，以前我們改過，我們最早的時候是你用就醫的分局的浮動點值去算，後來改成平均點值，剛剛我們是改成投保分區，我是覺得投保分區講有它的道理啦，因為本來他是你那個分區的投保成員，他這個病應該在你那裡看，那你會花多少錢，現在他跑到別的地方，你也沒損失，你本來該為他花的錢移去給別人，你也沒有增加也沒有減少，所以我是覺得理論上應該 6 個分區在道理上應該可以支持。那第一次我們的那個方案，為什麼那個方案也有道理，

因為你去那個分局看他的點值如果很高，你本來在我這裡同樣的病，我花 100 元就可以，去那邊變 110 元，你叫我去補貼那 10 元很不合理嘛，所以當時我們也支持，不然平均啦，去到那裡都一樣。但是現在事實上大家也可以看的出來，6 個分區的點值差距很大，那既然你是我這個區的承保，我給你照顧這 100 元而已，所以用這個投保分局的，我是覺得這次改是合理有道理的，這是我的看法。

主席

請碧珠代表。

劉碧珠代表

我想這邊提一下比較不同的意見，因為我想這個案子提出來很明顯是臺北分局提出來，當然我們也不希望說看到數字，因為看到數字後通常我們 6 個分區一定吵不完。但事實上要做這樣的修正我覺得這個事關體大，那我相信今天在座各區的代表，你是不是真的就可以決定這樣的改變，所以我建議，我沒有反對，但是各個分區都有所謂的總額共管會議，是不是先回去各分區的總額共管，大家先來討論，下次再來談這個案子，因為這次用臨時提案，大家今天來的時候都沒有一個具體的一些想法，所以我建議這個案還是回去 6 個分區討論完，醫院協會內部再做一個協議後再提出來，以上。

主席

好，因為臨時動議案，我們就再聽聽大家的意見，來請林代表。

林富滿代表(劉建良代表代理人)

剛剛大家有提出來就是說，因為這個其他的總額都已經用投保去支付了，所以這個應該不用，因為你再回去各共管絕對也沒有一個，我們就這個的合理性，其實這個訴求就只是回歸到錢跟著人走，其實沒有什麼，就過去不合理的現在把它回歸合理，不需要再做討論啦，其實我們之前在總額已經實施這幾十年來，在很多的分區已經有受不合理的對待，我覺得這時候回歸到正常，我覺得應該不需要特別再討論，要不然再回去就一定沒有結果。

劉碧珠代表

我再強調一次，我們沒有反對，但是我必須要講說，各區點值的高低其實決定在各區怎麼去操作這個點值，你說牙醫總額或是基層已經是用浮動點值計算，嚴格說起來是合理啦，但是我們也要提出來說 R 值牙醫總額早就不知道幾年前就百分之百了嘛，對不對？那我們就回到都百分之百的時候都用這種模式來處理，當然沒問題啊，可是現在所有基準都不一致，所以我覺得不能用片面的東西來看這個事情啦，我建議還是回到再做一次討論後再來討論這個案子，以上。

主席

牙醫是百分之百，但是它有拿出比較多的風險款再重分配，這是它的配套，西醫基層還沒有百分之百，它也距離還蠻遠的，然後它的風險款也有限，所以並不是百分之百才做這件事情，好，那還有嗎？大家還有不同意見，廖代表然後黃代表。

廖振成代表

我是想請教一下，因為這個有時候就是改來改去，最早健保總額是用就醫分區的前季的浮動點值，後來又討論一次又改成全國的六區平均點值，現在又用投保分區前季浮動點值，如果當然是有道理我們都會支持，只是說這個部分改的過程，就是這幾次改的方向過程都不一樣，那我們要說這幾次改的大家當時的論述是什麼，大家都認為說改的那次是合理，那為甚麼這樣改，我想說這個部分可不可以跟我們說明一下，讓我們說更清楚。

主席

好，請黃代表。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我印象中那時候提的時候，我們也有提要比照牙醫，就是就醫分區我們要改成投保分區，但是沒有共識，所以就是變成平均點值，那現在這一次我們是覺得這件事情其實一直在我們心中，後來基層也改，他們那次也是提臨時動議，也沒有到 6 區去討論，所以我會覺得我們只是比照那個模式，什麼是對的什麼是公平的，應該是思考它的邏輯，比如說臺北區回去你可以看一下你點值，有時候高於平均值有時候低於平均值那都不一定，你每一季回去看一下 108 年好了，先回去看一

下其實你有時候是高於平均值，有時候是低於平均值，那我覺得我們只要去思考，所以我們改了這個案子以後，有時候有利有時候不利，可是我們就要去思考，到底是不是跟著投保分區，因為他錢繳在我這個分區，他本來在我這裡投保，所以應該是我來付他的錢，沒有必要跑去別區，他理論上應該要在我這區看啊，我就付我這區的點值啊，為甚麼他跑去北區，我就要付那個比較高的點值給他，這樣沒有道理，所以我覺得應該要回歸他本來真正的精神，既然我們是錢跟著投保分區走，那就是回到那個浮動點值用投保分區來計算。

主席

好，再來游代表。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

我還是要強調假如這個原則是對的，那錢就是要跟著人走，所以在分隊的 R 值其實就要做校正，這樣才會公平。

主席

你們總額協商的時候連進一步都不肯，這又是自己造成的障礙。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

要一個公平就是你正確的是什麼東西，該跟著人走就跟者人走，假如錢跟著人走這樣分配的話，這種結算我也同意說跟著投保分區去走，因為這樣才會那個投保分區的點值才會正確才不會偏差，用偏差的方式做校正其實反而是不正確的方式，我認為這東西我想說回去大家在討論看看，因為這東西各分區討論完後大家都有個論述，大家再來討論，因為這個案子我覺得沒那麼急，以上。

主席

來李代表。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

其實這涉及到整個健保署總局制度的一個問題，我倒其實很想聽聽看，我們總局的看法，對這種事情的看法是怎麼樣，其實大家在座應該最了解在這邊的制度演變等等，因為其實這個收保費、入保費其實大家都一起來努力，一個 payer 一個 provider，對不對？因為我覺得或許

我也想知道說不管今天會不會有決議，我也覺得大家至少溝通這個問題。

主席

好，還有沒有？本會的設計就是設有專家學者，專家學者的功能就是在非常僵持不下的時候，聽聽中立者的聲音，這個題目我們就來邀請我們的中立者侯院長跟楊院長的意見。

侯明鋒代表

我先表達，其實投保的單位那大概如果用我們高雄的眼光來講，以前這些國營企業都在臺北繳稅，在高雄都是放煙囪放煙啦，這是以前高雄人的想法是這樣子，再來講一講也是另外一個，你如果是這樣算其實今天我也不是說反對或是贊成，因為不曉得你這樣真正出來會影響到那裡，就好像我來臺北坐捷運很高興這樣子就到，在高雄就兩條，我們繳的所得稅是一樣的層級，對不對？

所以我相信這個的話要做，我還比較贊同是不是稍微再去評估一下這個的影響在那裡，因為每一個區確確實實我們看得很清楚，前面那個差距就差這樣，但是我還不知道說原因在那裡，這個原因應該我相信在那個當區的人一定知道，只是有時候不敢講或是不願意講，我想大家也都清楚這樣，所以對這個案我會覺得說你既然是臨時提案，是不是大家還有疑慮的話，是不是讓大家有一點空間，我是會比較建議是說回去大家再看一看，不然的話下一次來還不是又要再吵成一團，謝謝。

主席

好，請楊代表。

楊俊佑代表

我想是不會吵成一團啦，只是大家各抒己見，145 萬都可以講 3 個小時了，剛才 1,000 萬的 1,400 萬的也談那麼多，我想這都可以談兩次會議啦，所以這些東西好好去算出來，看到底差多少，如果是差 100 萬大家就別爭了，如果差一兩千萬我想還是大家出來講，所以我覺得不急啦，臺北的代表不急，算來算去我是最遠的，因為台南的高鐵車次最少，然後到台南站進去還要半個小時，這個跟你們坐捷運來上班是

不一樣的感覺，所以我是覺得臺北人不要急。

主席

看起來兩位專家學者的共識是今天不急，因為今天畢竟是一個臨時動議案，還是建議這個案子回去思考，從論理去想，不要去看結果，看結果你的立場就馬上改變了，本案今天就是暫緩，留供5月26日就是第2季的正式會議的時候我們再提出來討論，那我們下次提出來討論也不會模擬金額給大家看，這樣才不會影響討論，好，臨時動議案也討論完了，大家還有沒有其他的意見？如果沒有，我們今天3點半就結束，謝謝大家。