

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 次會議紀錄

時間：110 年 3 月 3 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	陳文琴
朱益宏代表	陳志強(代)	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	彭桂秋(代)	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	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
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	鍾飲文代表	請假
施壽全代表	施壽全	顏鴻順代表	黃振國(代)
張克士代表	張克士	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	蘇東茂

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	陳淑華、周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、盛培珠
台灣醫院協會	吳亞筑、曹祐豪、顏正婷、 許雅淇、林佩菽、董家琪
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜
中華民國護理師護士公會全國 聯合會	梁淑媛
中華民國物理治療師公會全國 聯合會	陳奕穎
中華民國醫事檢驗師公會全國 聯合會	宋佳玲
中華民國藥師公會全國聯合會	歐陽正霆
臺灣醫療暨生技器材工業同業 公會	
本署臺北業務組	許寶華、周珈卉、葉佳妍
本署北區業務組	林俊仰
本署中區業務組	楊惠真
本署南區業務組	郭俊麟
本署高屏業務組	黃梅珍
本署東區業務組	詹蕙嘉、林祉萱
本署醫審及藥材組	曾玟富、連恆榮、涂奇君、 詹淑存、羅惠文
本署企劃組	李忠懿、陳泰諭
本署資訊組	吳少庠
本署財務組	高承駿
本署醫務管理組	吳科屏、游慧真、劉林義、 蔡翠珍、洪于淇、陳依婕、 黃瑜盈、楊瑜真、魏長麒

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認

參、報告事項：

第一案 報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額研商議事會議開會規則。

決定：洽悉。

第二案 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；全數解除列管。

第三案 報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第四案 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：109年第3季醫院總額點值，俟臺北業務組自主管理分攤點數再行研議定案後，另召開臨時會確認；專款執行情形洽悉。

第五案 報告單位：本署醫務管理組

案由：110年醫院總額風險調整移撥款預算分配案。

決定：洽悉。六分區分配金額整理如下：

分區	110年金額
臺北	17,347,046 元
北區	13,596,878 元
中區	16,695,991 元

分區	110 年金額
南區	17,566,705 元
高屏	42,577,353 元
東區	92,216,027 元
合計	200,000,000 元

肆、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：本案緩議，請本署分析相關數據及結算方式於臨時會再議。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 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)，提請討論。

決議：

一、本案通過，修訂重點如下：

- (一) 配合公告之「110 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域修正三、(一)設立於保險人公告之 110 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，刪除屏東縣新園鄉，新增新竹縣新埔鎮及屏東縣竹田鄉。
- (二) 分區增列認定原則醫院名單：因 109 年「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施鄉鎮(市/區)未含桃園市，爰刪除衛生福利部桃園醫院新屋分院。

二、有關是否由臺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)取代臺北榮民總醫院蘇澳分院案，俟本署臺北業務組於分區共管會議討論定案後，再行追認。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案，提請討論。

決議：

一、本案通過，修訂重點如下：

(一) 增修「檢驗檢查即時上傳率」作為本計畫觀察指標，醫院應加強即時上傳醫療資訊。

(二) 申請醫院資格須符合「基本要件」及「須提供下列醫療服務」，附件文字將配合一併修正。

(三) 本計畫醫院名單：

1、 配合前開修訂，刪除台安醫院、宜蘭普門醫療財團法人員山馬偕醫院、培靈醫療社團法人關西醫院、清海醫院、財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設精神療養院、樂安醫院、屏安醫療社團法人屏安醫院、佑青醫療財團法人佑青醫院、迦樂醫療財團法人迦樂醫院、衛生福利部玉里醫院、臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院等 11 家精神專科醫院。

2、 衛生福利部南投醫院，因 109 年起升為區域醫院不符原肆、申請資格(三)申請要件規定，同時彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院(南基醫院)亦不符合本項規定，爰予以刪除。

3、 新泰宜婦幼醫院、長佑醫院、聖恩內科醫院均歇業，爰予以刪除。

4、 杏和醫院、溫有諒醫院變更院所名稱或代號，另台大竹東分院因併新竹台大分院生醫醫院，將僅限竹東院區符合本計畫。

(四) 增列下列說明文字：「本表醫院如因評鑑等級變更導致不符或符合本計畫規定資格，應另行向本署提出本計畫之變更；本保險相關支付標準與上述資格扣連者，同步自核定日起更改適用。」

二、有關「檢驗(查)結果即時上傳率」上傳率偏低部分，請台灣醫院協會、台灣社區醫院協會積極輔導所屬會員，將檢驗(查)結果即時上傳。

三、偏鄉醫院護理費加成規定，請本署另案檢討。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)之門診診察費內含護理費案。

決議：本案通過，修訂支付規範文字如下：

- 一、急診診察費修訂為「內含護理費比率為百分之八點八至十四點零」。
- 二、高危險早產兒特別門診診察費修訂為「內含護理費比率為百分之十一點五至十五點三」。
- 三、精神科門診診察費修訂為「內含護理費比率為百分之八點七至十一點五」。

伍、散會：下午 4 時 45 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 1 次研商議事會議 與會人員發言實錄

本會上次會議紀錄確認

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，今天我們要開的是醫院總額 110 年第 1 次總額研商議事會議，現在會議正式開始，翻開上次的會議紀錄，從第 5 頁到第 11 頁的部分，各位代表看看上次的會議紀錄有沒有什麼問題？好，如果沒有問題的話，我們會議紀錄就確認，現在開始報告事項第一案。

報告事項第一案：醫院總額研商議事會議開會規則

主席

雖然報告第一案最主要是講給新委員聽的，舊委員大概都已了解，請新委員務必填寫利益揭露聲明書，大家有沒有意見？好，如果沒有意見我們就確定，再來第二案。

報告事項第二案：本會歷次會議決定事項辦理情形

主席

這個部分大家有沒有意見？好，沒有意見我們就下一案。

報告事項第三案：醫院總額執行概況報告

主席

這裡有幾個重點，今年的總額一共加起來 5,176 億，光是 110 年就增加了 229.4 億，成長率是 4.497%，另外 109 年的供給面繼續在增加，需求面因為 COVID-19 影響下降，所以其實第 1、2 季點值 0.97~0.98，第 3、4 季需求漸恢復了，所以點值恢復將近 0.9，這是總額固定下供需結果。專款項目執行率因為去年 COVID-19 執行率也不好，就連 C 肝執行率也沒有達成。至於新科技的部分，當年

及 5 年的預算執行情形，新的醫療給付項目跟特材其實估計支出都非常保守，5 年內預算預留很多；藥品的部分現在仍有替代率的問題還在討論當中，基本上本署都是很保守的估計預算，免造成總額的衝擊，以上這個報告大家有沒有意見？好，請羅院長。

羅永達代表

109 年第 4 季一般服務點數的預估，預估只是比較貼近事實，很少這麼低這是預期，可是醫界本身受疫情影響很大，我們在之前總額裡面大家共識裡面就是讓上半年先結算，第 3、4 季再逐季結算，當時突顯這件事情就是疫情慢慢趨緩的時候有很多東西報復性的回溫也好，本身就恢復正常的當量也好，總歸一句話就是現在各醫院光預估值還沒有攤扣浮動點值就 0.82，其實不管那個層級裡面都是不可承受的重，今天社保司也在這邊，當時部長說假設醫界有受到疫情影響，他會另外想辦法幫我們做補助，當我們預估的點值小於 0.9，浮動點值到 0.82 的時候，不曉得署裡跟部裡有沒有什麼補救的救濟措施？以上。

主席

其他還有沒有要提出來的？請游代表。

游進邦代表（程文俊代表代理人）

剛剛講的新醫療科技藥品跟材料，其實今年有編了預算大概參考廠商提供的資料在新藥品的財務預估，這個我要肯定健保署比以前有納入這樣的考量，事實上我認為還是要以實際成長的做一些替代率的推估，我想未來會比較準確一點，這部分應該還有努力的空間。另外藥材擴增適應症從 2019 年大概有編列預算，這也是給健保署肯定，只是說明年假如編列預算，我還是覺得實際發生的申報量，要用這個部分當基礎去推估說明年整個要編列多少預算，這樣會比較精準一點，以上。

主席

謝謝游代表，再來還有沒有那一位要提出問題？好，請吳代表？

吳淑芬代表

誠如剛剛羅院長所說的，請大家看報告 3-9 的這張投影片，事實上

其實臺北區的浮動點值已經界臨到 0.77 的水位，在 2 年前同樣的 108 年第 1 次的研商議事會議其實我就有提出來，也非常感謝主席有責成臺北業務組這邊共管會議的時候提出一項決議，就是當平均點值未達 0.92 會啟動攤扣的機制，現在因為浮動點值真的已經下修到 0.77，未來到 110 年這個浮動點值絕對會更加嚴峻，這個真的已經衝擊到醫院端的經營，不曉得署裡或部裡是否有專款可補助，以上。

主席

謝謝吳代表，其他還有沒有要對這個報告提出問題？請張代表。

張克士代表

回應及接續一下地區醫院吳代表的發言，看到 109 年第 4 季臺北區的預估浮動點值剩下 0.77，雖然我的醫院在中區，還是要幫臺北區爭取一下。首先，在這裡跟各位代表說明一下，預估點值代表的大概就是實際的狀況，最後確認的點值會提高一點，是因為經過專業核減、藥費及非藥費基準或額度的超出攤扣等一連串的扣減措施，這還是扣到所有醫院的費用，相信臺北區所有的醫院不分層級都是一片哀嚎，但各層級的負荷能力不同，實際上對地區醫院影響最大，若這樣下去可能會造成一些地區醫院無法生存，雖然在臺北地區大型醫院很多，醫療供給不虞匱乏，但有許多守住前線的地區醫院及醫護人員，在過去幾十年來對台灣民眾提供優質且可近性的的醫療貢獻是不可磨滅的。

既然臺北區已經在共管會議有共識要維持平均點值不低於 0.92，因此建議依照這個遊戲規則落實去做，這可能要靠攤扣機制來處理。

109 年第 3、4 季的點值很差其實也是疫情造成的衝擊，因為遞延就醫造成類似報復性消費的結果。而第 1、2 季因疫情造成服務量下降，但點值提升並沒有預期的好，這些都跟疫情有關，對醫界衝擊甚鉅，醫界站在第一線守住疫情，對於這樣的衝擊，政府是否也能設法予以協助。

主席

謝謝張院長，其他還有沒有？請雪玲代表。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

5年藥品預估的部分，雖然沒有錯，有替代率的問題，可不可以在簡報上呈現還是呈現那一年編的預算，剛才看的簡報都沒有提，像前面幾頁的支付標準有提到預算和實際花費，可以做個對照，當然藥品有替代率的問題，但是至少還是給我們一下，5年編的預算有多少？實際發生是多少？是不是把預算數字先放進去。

主席

請謝院長。

謝文輝代表

這個其實醫院的代表已經拜託長官很久了，這個是能理解的，因為那個數字看起來一定很難看，就是說實際發生藥品的費用一定很大，原編預算是沒有辦法彌補，但是裡面有一個灰色地帶也是所謂替代率的，這個數據再怎麼呈現在替代率沒有達成共識前，這個議題就沒有意義，我想長官呈現了也沒有什麼用，以前其實我們自己算過這差很多，現在最主要的問題是說我們有沒有決心要解決這個問題，有決心就是要解決替代率的爭議，替代率的問題以前我們算過，我舉個例子，通常新藥品第1年大概用不完預算，因為有時到10月份才通過，所以預算一定用不完，那一年如果編20億也許只用7億8億也不一定，但是第2年第3年以後慘了，到第4年第5年不知道幾倍，差距有試算過一次段落就是5年，差2、3百億，編的預算和實際的裡面就卡在有人說替代率很高，我們覺得沒有這麼高，所以他就是無解，我是覺得如果要解決這問題，就是我們大家要很誠心的很坦誠的就是解決替代率爭議，找到一個替代率的算法讓大家能夠接受然後坦誠面對新藥成熟使用後，原編預算的差距，合理予以補足，不然每次這樣報告其實意義不大。

第二個每次都報告特材，編的預算看起來比實際用的多，藥品解決比較重要因為差距很大，其實今天開會跟長官講沒有用，你看每個區點值落差很大，醫院一直蓋一直衝，只要一家衝，全部都要衝，因為不衝你就穩死，大家全部衝，你剛好而已，如果大家都沒衝只有你衝最好，你不衝大家都衝你穩死，事實上決策單位衛福部我沒

有看過那個縣市要蓋大醫院沒有通過的，都通過，所有政治人物覺得蓋醫院都是德政，反正健保就是無底深淵，當然就產生剛剛張院長講的舊醫院一定被新醫院取代，因為新的越蓋越漂亮，小間的會被大間的取代，所以可近性一定越來越低，我們都知道這違背原則，我們就是沒有一個控制資源的設置，因為大家承認多一個病床每增加 100 個病床會製造多少服務量出來，我們也不能否認品質有比較好，我們付這樣的健保，健保署一年給醫院 5 千多億，我們能支撐多大的量體，事實上政策不負責任，現在給的總額是大鍋飯，國外所有做總額的都是會下到個別醫院總額，我們的就是沒有，所以一鍋飯下去就是沒有節制的開支票，所以今天越講越難過一定的，無解，現在看所有在座醫院的耐受度，到什麼時候大家都撐不住了，那時候就是要翻桌了，我想大概這樣，大家沒有見到棺材很難掉淚，主席也無解，大家都無解，沒人覺得這要緊，痛到都活不下去了那個時候才能解決，所以大家只能咬緊牙關。當然如果我們夠聰明，等一下會後所有坐在這邊的醫院代表應該集合起來在外面開個會，如果沒有全程提出，你就等著一家一家關門或縮編從舊的小的開始一直死，大概是這樣，除非我們有決心，就能夠及早脫離水深火熱的狀況，謝謝。

主席

好，還有嗎？請謝院長。

謝輝龍代表

實際上我們面臨的問題是醫院越蓋越多的前提下，確實會壓縮到社區醫院生存，尤其是偏鄉醫療會有很大的問題，因為醫院越蓋越多，醫療人才需求越來越多，偏鄉醫療人才的招募會越來越困難，最近過完農曆年以後，我們又面臨了嚴重人才流失問題，包括藥師、護理人員、語言治療師，為了要留住人才，醫院只好被迫提高薪資，但偏遠地區的醫院，在現有的健保制度給付之下，想要把薪資調高，難度很高，實際上我們會面臨大概是無兵可用的情況，所以它只有越來越嚴重，平均點值如果像北區這樣低的情況下，所有社區醫院很難生存。當然中區點值管控不遑多讓，我們也有 3&7 攤扣的問題，實際上中區點值也是很低。

未來中區裡面還有一家是由台中市政府要蓋的醫院，3-5年後開始營運後，會讓中區規模小的醫院，但卻是社區非常重要的醫院，面臨生存危機，如果政府任它不斷地這樣擴建，我想到最後所有的偏遠鄉鎮裡的醫院有可能真的會垮掉，這絕對不是台灣之福，我們應該要痛定思痛，在最短時間裡面把整個醫療政策做一個很大的改變。這樣的話，我想台灣醫療才有希望，尤其偏鄉的老人家愈來愈多，如果醫院一家一家偏鄉醫院垮掉，偏鄉老人家真的到處都沒有人照顧的窘境，台灣的整個醫療體系會崩潰。

主席

好，謝謝，那其他還有嗎？大家對於報告有蠻多擔憂，首先健保還是最下游的，上游決定了很多事情，我們下游在這邊用總額支付制度要來去 cover 到大家高興滿意，它有一定程度的困難，健保也沒有辦法自己把餅擴大，完全都透過總額協商，協商也不是健保在決定的，所以真的層層有困難。

不過綜整大家的問題大概分三類，依序可能請主辦的同仁回應一下，首先是大家都看到第4季的預估點值，大家覺得預估點值裡面的浮動點值，臺北區很低0.77，但是因為後續還會有一些機制去做最後點值的確認，等會兒我優先請臺北業務組的寶華視察來回應這件事情。第二類的問題就是對於藥品的部分，藥品的預算跟實際的支用中間有替代率，這個地方有些數據沒有呈現，這部分請恆榮科長來回應。再來第三類就是疫情的補救，是不是還有其他的補救，這邊請醫管組這邊來回應。以上我們就先請同仁先回應，社保司就補救請補充，最後我會邀請今天三位專家學者給我們建議，我們先優先邀請寶華視察。

臺北業務組 許寶華視察

主席、各位醫界的先進、各位院長，大家好，就是其實臺北也陷入一個很大的困境，我們從最近4年來增加了4家的醫院，現在的費用占率已經達到3.6%。也就是說其他條件不變之下，假設有部分的替代，我們的點值基本上會下降3%左右。我剛剛有初步估了一下，如果這幾家醫院我們扣掉，假設如果沒有，這幾家醫院不存在的話，我們點值可能預估點值就可以達到0.89以上，那我們在107

年其實就已經有決議，就是說我們有自主管理方案，那也是我們也是憂慮到說，地區醫院可能在浮動點值很低，生存會有點困難。所以我們也有一些攤扣的機制或單價管理的機制，那個也從目標點值原來設定在 0.905，在共管會議的共識之下，已經提升到 0.92，所以基本上我們都會依據這樣的預估的點值，然後在後面再一段機制來處理。基本上我們點值會拉到我們的目標點值，以上做說明。

主席

好，請恆榮科長。

醫審及藥材組 連恆榮科長

有關藥品的部分，藥品支付科這邊來做一個說明，就是剛才也感謝游代表這邊的支持。我們在去年的 9 月份已經建立了我們的前瞻性的新藥預估的這樣的平台，已經請廠商這邊就是提供他們預計在 110 年到 111 年要收載的品項。這資料已經蒐集完成，這個資料收集之後，他們也會給我們相關的財務衝擊的資料。那我們預計在下個禮拜，我們會有一個小組會來進行新藥預估模式的討論。當然剛才就是代表們有提到一個替代率的這樣子的一個就是數字的部分，是不是在未來在執行率的部分要繼續沿用，還是有沒有其他的方式來繼續執行，那所以這個會在下禮拜的部份來進行討論，我們預計其實不是應該一次就會結束，應該還會有再第 2 次的討論，希望就預算部分跟執行率的這個部分都做一個比較詳細的一個作業。有關就是第二件事情，就是在資料本呈現，其實在去年第 1 季跟第 2 季會這我們有呈現，只是在會上剛才代表有提到，就是說因為替代率這個部分是相當有爭議的，還沒有很明確的情況之下，這相關的資料就不呈現，就單獨只呈現我們的目前的就是申報費用，那如果我們會議召開之後，如果有個明確的一個預算編列方式跟執行率的計算方式比較明確之後，那後續我們就會把相關資料提報這個會議當中，以上說明。

主席

好，再來醫管組。

醫務管理組 劉林義專門委員

針對疫情的部分，其實我們的第1季跟第2季的平均點值其實相較於歷年的平均點值是有較高，那當然就是第3季、第4季就會往下降就會比較低，這些其實都可以預期，所以當初我們才會拋出說那是不是要全年結算這個問題，這是第一個說明。第二個就是說，其實部這邊也很了解，醫院這邊的一些辛苦，所以其實我們最近有一些政策，譬如像PVA、MEA的回歸總額，那假如這一塊的話，剛剛的報告也可以看得出來，就是在109年大概有26億，這也不無小補。第二塊是說，在110年的總額的這個部分，其實部長核定的金額，其實也已經比付費者要高很多，比如說他也有針對分級醫療給5億，然後區域醫院保障的部分給10億，所以這個地方都可以看得出來說，其實我們也是站在醫院這一邊，以上說明。

主席

好，那以公務預算補貼的那一塊。

醫務管理組 劉林義專門委員

因為部長也很care說假如受到疫情影響，導致大家收入有遽減的這個部分，所以在目前有設定一個政策，假如不到去年的八成會補到八成，醫院的部分大概會有4家會被補到這塊，這塊就會用疫情基金的錢來補，以上。

主席

好，請社保司。

梁淑政代表

補充說明，有關109年點值浮動的變化與就醫量有關係，疫情剛開始時，部裡就覺得應該要全年結算，但後來因為疫情有點穩定了，應醫院部門的要求，就改為上半年結算及下半年按季結算。但醫療服務量還是有遞延效果而產生第3季及第4季點值的下降，至於這二季的點值是否應該由公務預算來補助？就上半年因疫情因素而產生服務量的下降，並未調整一般服務總額，亦不會因服務量遞延至下半年而增加預算；但就公務預算的補助，是針對個別醫療院所，因為疫情的關係而產生的營運困難，目前有用公務預算來做處理。

主席

我們這次專家學者三位都是新加入的，請教他們的看法，那一位要先？侯院長先，好，謝謝。

侯明鋒代表

其實我也不是算新加入，以前也是代表坐在對面，只是身分不同，事實上剛剛大家講的，醫院的代表講的都是實際的問題而已，我也聽了好久，那從公文決行，不是我們這個委員能夠做決定，當然大家講的一點很重要，地區醫院比較基層這些是我們應該更加重視的，到底這塊要怎麼解決，也是整個部裡面要去討論。

另外還有一點就是說，也許我們在現階段的建言就可以解決，就是說像剛剛講的藥品的替代率這個，為什麼不能精準，可能是不是譬如說這裡啟動一個機制，找一些真正的專家，由實務經驗的，還有包括在座的代表，就派一個小組好好去檢討這個，因為這裡面有一定的數據，可以去統計一下，不是只看到這樣的數據，真的好去探討裡面到底是問題在那裡？為什麼預測起來沒有人說準，有的人說這邊比較準，有人說那邊比較準，這個是不是一個小組好去討論？我想這是重要的，那這一點，除了各區的變動為什麼會差這麼多是怎麼樣的問題？其實這也是可以好好去研究的，那這樣的話？來這裡的代表一起討論的話，才能夠精準，來讓我們的方向，尤其在預測方面，我看每一次都談到預測，但是每一次都好像都不是很準，又回來再檢討說，其實那都已經過去了，也許剛剛講的五大重點，也許過去了，可能有幾家醫院又倒了，我想就是對我們這些醫院經營者來講也是相當的困難，需要注意的啦，我想大概是這兩點。至於 COVID 的問題，我相信在座也沒有人能夠預測說，這疫情未來要怎麼走向，但是我們是希望說這一次的 COVID，可能我們要是好好去深究，甚至在影響我們的這些點值方面，它到底有那些因素，去收集起來，也許今年或者未來可以去做一個討論預測，這可能還需要一些專家去加入，然後去討論，我想這是我的建議，謝謝。

主席

好，謝謝侯院長，再來請楊院長。

楊俊佑代表

主席、各位代表大家好，我個人覺得，如果這個醫院的收入是因為

疫情造成經營困難的話，而且因為疫情的部分實際上投注造成的困難，不然可以考慮由公務預算來支出，要不然的話，整個服務的遞延造成前面第1季、第2季連到第3季、第4季，其實可以考慮用全年總額的方式去考慮，我想基本上這個動產不動產的基本上的設施在這一年內的改變不大，那人員因為這樣而增加或減少的比例也沒有很多，在這基本的架構上，其實用全年的方式去看，那因為疫情而特別的支出，我想這部分其實應該可以考慮由公務預算來支出，這是我的一點淺見。

主席

好，謝謝楊院長，再來請施院長。

施壽全代表

的確是非常難回答的問題，首先就是藥品預算與實際申報之間的落差，因為不好評估，所以剛剛提到替代率，的確就像侯院長講的，應該要找一個機制來確認，預算跟實際申報如何能有一個比較適當的呈現。第二點就是說關於點值，因為如果我們整個總額有限，要維持一定的點值例如0.92以上，除了攤扣，我個人也想不出什麼太好的辦法。我們有時看到報導說，醫療支出佔GDP多少，有許多先進國家有到十幾%，而我們大概只有六點多%，所以第二就是說，因為這並不是健保署能夠解決，需要國家更高的層級，讓整個總額預算提高，才能有效解決問題。現在點值這麼低，剛剛誠如謝院長講的，總額有限，你如果不拼，就會被人家拿走，不拚也不行，有一種很不好的循環在裡面，是不是應該把這個餅做得更大。再來，我個人也非常關心地區醫院，因為不是只有醫學中心，很多地區醫院在地方上的老弱病人的服務非常重要，我們好像已有一些特別的預算是在鼓勵地區醫院，我認為這方面可以考慮再加強，這是我的一些意見。

主席

好，謝謝3位專家學者也對剛剛大家的意見做回應，其實替代率的檢討已在進行中，要組一個小組了，那個小組的成員是誰？

醫審及藥材組 連恆榮科長

我們是有專家學者之外，我們還有邀請共擬的代表，有醫師公會全聯會、醫院協會、醫學中心都有推派代表，下禮拜就會開會，就針對這個部分會進行討論。

主席

好，所以事實上是有邀請專家還有不同層級代表參加，希望會議討論可以有一點進展。

另外一個就是大家在講的點值，原來是全年結算，後來改成上半年結算、下半年按季結算，有一個很大的因素是稅的問題，否則全年結算所得都會集中到明年去，所以大家後來就是希望半年結算，那當然半年結算就會變成一高一低啦，如果全年結可能就不會看到 0.77，當然這個就是半年結算就凸顯了 0.77，那 0.77 會不會是第 1 季、第 2 季溢下來的？造成第 3 季尤其是第 4 季影響這麼大，不過也許我們也可以請總額科這邊試算一下全年結算，只是試算而已，就是模擬一下全年結算跟半年結算的點值，雖然我們實際上是半年結算，然後以後是按季結算，但是如果我們模擬全年結算的點值的話那會是怎麼樣，但這可以給大家參考。

另外就是剛剛楊院長講的疫情因素，因疫情因素這都是 CDC 在補貼，本署係針對停診的補貼，實際上比較大筆的應該是 CDC 跟醫事司那邊的補貼會比較多，這邊的應該是醫院個別的狀況才有得到補貼。

最後就是說，你要擴到這個大餅也是要透過總額協商，那也要有保費，要不然餅也做不大，現在也有財務的困境，那也要保費還要再提高，如果你要讓 NHE 跟 GDP 的對比 6 提到 7，那同樣那個餅可能要 Double 以上，所以那個可能又是另外一個更高層可以才能解決的問題，好，請謝院長。

謝文輝代表

因為剛剛講到防疫，因為最近我舉個實例，當然也是今天在這個會，我們的層次沒有辦法解決，但是其實是大家要關心啦，前陣子部桃發生疫情以後，疫情有擴展到另一家，現在因為成功阻止擴散了，講當然沒有關係，就碧珠他們家，我們大家都很關心，因為它是一個私人醫院，公立醫院基本上大家大概不會操心，因為後面就

有政府站在後面，那因為是一個私人醫院，關心以後張總院長，就跟我講，因為他那時候剛開始剛爆發時他很煩惱，他算一算如果疫情沒有控制住繼續下去，他大概一兩個月薪水就發不出來了，他會掛掉，壟新醫院坦白講在我們私人醫院裡面算是優等生，經營的非常優秀很有效率的醫院，一兩個月耶，所以我想如果同樣是私人醫院，在我們現在健保的這種超限提款的這個制度底下，都很緊繃，你知道嗎？事實上只要是私人醫院，大概三個月以後，沒有一間發的出薪水來，除了我們長庚以外，因為它有富爸爸，其他都沒有，所以事實上我是覺得我們要很嚴肅的面對，為什麼？今天台灣是一種防疫奇蹟，就是民眾是非常爆表的支持防疫，各種動作掛口罩、洗手，大家都認真配合。我們指揮中心也很優秀都超前部署，所以今天疫情控制到剩一點點，所以今天沒有問題，但是現在3、5年就一次大疫情，這個已經會變成未來生活的常態，這我想大家都認為是未來的常態，只要有一天我們沒控制到這麼好，像是說過年前壟新那個如沒有控制好繼續下去出去的話，我們醫院裡面70%是私人醫院，你的戰艦裡面有百分之70，不要3個月自己就先垮啦，不用說防疫了！你自己的財務都先垮掉啦，這樣能戰下去嗎？這樣我們會穩死的。所以我是覺得，其實所有的長官，所有的各界都要關心，未來防疫絕對沒有公私之分啦！疫情不會選擇，就只攻擊公家醫院就好，私人的這比較撐不住，要多點同情心我不攻擊它，這不可能的嘛！事實上一定要超前部署想出一套辦法，就是說所有醫院因為面對疫情，所有醫院都願意配合政府的防疫指揮中心的動作，說分艙分流，我就分艙分流，那一層關起來，門診不要看就不要看，但是只要接受指揮中心，所有他的財務馬上就應該政府有一個防疫基金來接手，我就進去處理，因為你配合我嘛！我叫你關就關起來、做什麼，再來你的財務就是政府這個基金就進去，我就進去我處理，處理到這個疫情完畢以後，我再交還給你，那疫情完了以後，我們從第一次的SARS就知道有幾家公立醫院。但是經過幾年你知道嗎？那我們在可能的年限裡面也許訂一個3年或是多久，這3年內因為你疫情以後留下來產生的財務衝擊，我還是有後續支撐計畫，這個才叫真的超前部署，這個計畫起來以後，那全台灣百分之70的私人醫院也都會和公立醫院一樣，全心真心的投入這個

疫情大戰，台灣的防疫系統才真的完善。不然現在說個比較坦白的，在座的私人醫院，大家都知道指揮中心說什麼，表面上都說要支持，但是大家怕得要死就是，很希望所有的患者都不要來我們醫院最好，最好都去別間，像這樣的心態是沒有辦法防疫的，未來遇到真正大的疫情，兩三個月就都不用防疫了，不用說到疫情你自己就先倒了，所以我是覺得其實這個是給我們一個很大的一個啟示喔，這個其實大家都應該關心這個議題，我想年後我們也會督促私立醫療院所協會，因為這是私立醫院，績極跟我們部裡或高層，甚至包括總統去反應整個實況，為了台灣未來新常態的這種疫情，全面衝擊的新常態生活，這個才叫說真的超前部署，好，謝謝。

主席

好，謝謝，壙新醫院已經改名了，國際聯新，請劉代表。

劉碧珠代表

我們叫聯新國際，不是國際聯新。謝謝執行長的關心，因為謝執行長提了，我必須要正名一下就是我們叫聯新國際醫院，不是那間醫院，我不知道那間醫院是那裡。今天既然被點名了，也有這麼多的醫界前輩大老在，給我三分鐘稍微說明一下情況，第一，我們聯新國際醫院在整個部桃事件發生，我們是第一時間就配合轄區聯防站出來全力支援部桃。事件初期部桃出來的這個個案裡面，因為它是從部桃被認定為安全的綠區移出來的個案，當時並沒有被註記匡列。但因為我們的醫療的不管分艙分流或是整個作業上，我們自己有嚴謹的作業標準，所以我們醫師警覺度高才篩檢出來這個個案。如果當時我們沒有把這個個案送去篩檢，而且轉送過程全程防護落實，有效的防堵該名個案的社區移動，那段期間國內疫情的擴散可能不是只有今天這個樣子，大家能不能好好過年都還不知道。所以我認為聯新國際醫院在這個事件上，我們防堵的非常好。可是後續的這些狀況的發展，媒體對一家醫院的渲染的影響力，這個真的非常的嚴重，我必須要講我們這個事件一發生之後，整體的業績真的是掉到就是真的是慘不忍睹。但我們全院同仁也很努力，在整個的國家有難的過程當中，我們是只能靠自己一直慢慢把它復原回來，到目前為止看起來是還好有慢慢回來，但是跟過去比較起來，當然

還有段落差。這件事我必須再強調，我們不是那間醫院，媒體說的所謂的院內感染這件事情根本不存在，我們聯新國際醫院裡面沒有一個人、沒有一個同仁，因為這件事情有院內感染的情況發生，所以我們必須要強調這件事情，這個是以上我在這邊做補充。其他的我認為政府的公務預算該怎麼合理公平的去挹注這些受創的醫院，這個是國家應該去正視的問題，以上。

主席

好，謝謝聯新國際醫院的劉代表的說明，讓大家更了解，其實台灣醫院的韌性都很強，你看部桃很快就起來，聯新國際醫院也很快就起來，所以非常感恩大家第一線的努力，所以台灣能夠安全地度過，好像國際上是說我們是平行時空，台灣跟別人就是不一樣的狀態，確實每天看到新聞，其他國家真的是蠻慘的。好，這個報告到這裡告一段落，今天大家所關心、所提的問題，還有專家學者所提的想法跟建議，我們都會納入參考。臺北區點值的這一塊，就有勞臺北業務組這邊共管會議再好好研議一下。

至於說供給面，說實在的我們真的也沒辦法，那個醫院要設，那個醫院要擴床，這些都不是我們能夠決定的，我們的報告都有跟大家交代，那些醫院又進來了，增加多少床，有那些醫院退場了，都有在這邊跟大家交代，代表資訊的透明，但是這些進進出出，確實我們沒有辦法去決定，那如果要擴大大餅，那可能牽涉又更多，最後羅院長還有意見。

羅永達代表

因為剛是屬於整體上執行概況報告，等一下第四案報告第 3 季的點值，我們會再提，因為臺北區的點值，我們不能這樣就算數了。

主席

好，我們就報告第四案的時候再討論，這個案子大家還有沒有其他意見，沒有的話，這個報告案就到這裡，接下來第四案。

報告事項第四案：109 年第 3 季醫院總額點值結算報告。

主席

這個案子講的是去年的第 3 季，因為去年最後大家決定，第 1、2 季要一併結算，第 3、第 4 季就是按季結算，所以今天要跟大家確定的是第 3 季的點值確認，那剛剛在報告中是第 4 季的點值預估。這個案子在第 3 季結算，我們有一個風險款會先扣掉，剩下再來結算，現在看起來第 3 季的平均點值是 0.9263，羅院長要先說明。

羅永達代表

大家可以看到 109 年的第 3 季，臺北區的浮動點值才 0.8，我相信有很多沒有固定點值的醫院，像 RCW，他的整個收入就是用 0.8 來算，也就是說我們剛剛講的因為疫情的關係，我們要補到 0.80，他又差一點點他補不到，在這個情況下我們後來去了解，為什麼臺北區的點值會到 0.80，因為署裡面今天的報告有準備臺北區點值是怎麼算的，據我所知是上次的會議裡面，在提到 109 年第 3 季的預估點值的時候，我們高估了，然後這個值用到臺北區的共管會議的時候，臺北組的同仁在估算這些東西的時候，他們沒有啟動所謂的攤扣機制，因為他們當時攤扣機制有兩樣東西，就是當我點值低於 0.92 的時候，他們就會啟動攤扣機制，另外一個東西就是說，當他低於 0.92 的時候，超過的負責百分比他們設是 28，這兩個機制在同一個時間沒有啟動，才會造成現在的浮動點值只有 0.8，這個東西對很多地區醫院是不可承受的重，他不知道怎麼辦，所以如果今天我們讓它過去以後，這些醫院的薪水不知道能不能發了出來，因為當時我們的預撥款是 0.88，他們要吐出 0.08 % 的錢出來，再加上 109 年的第 4 季目前是不知道的，也就是說 109 年也好不到那裡去，所以在這個案子我們強力的主張，臺北區是不是要重算，或是把相關的數字裡面重新攤扣，或什麼其他方式來補救，否則的話這個只要一公告下去，臺北區就我所知恐怕有 5 家地區醫院要倒閉，所以我們目前很嚴重的提出這樣的呼籲，以上。

主席

謝謝羅院長，其他還有沒有人要對這個案子有指教。

吳淑芬代表

主席、各位先進大家午安，淑芬第二次發言，因為淑芬是臺北業務組共管會議地區醫院的唯一一個代表，所以一定要在這個部分再跟各

位代表做一個說明，因為在 108 年的 3 月 12 日以及 4 月 26 日的共管會議都有決議，平均點值沒有到 0.92，就要進行攤扣的機制，我不理解為什麼醫管組這邊在整個進行攤扣之後的作業，~~是~~沒有達到 0.92，而是 0.9038，這個部分如果是真的，是不是攤扣的數值是不正確的，那就應該回到臺北業務組這邊來做一下確認，而不能說今天就這樣子通過決議，這個部分真的是對於整個臺北業務組的地區醫院衝擊非常大，所以請主席還有醫管組是否可以簡單地說明，假設真的是 0.9038，是不是再調校回去到 0.92 的平均點值才符合，我們這邊手上都有帶會議紀錄決議，以上。

主席

好，這個議題都是跟臺北業務組有關，臺北業務組的 109 年第 3 季浮動點值也是各區最低，相較於其他都差距很大，這裡有兩個說明，一個是署本部醫管組的預估點值，其次是臺北業務組的寶華視察要說明是不是沒有進行原來共識的攤扣，請醫管組的林義專委這邊說明，當時的預估是怎麼樣。

醫務管理組 劉林義專門委員

109 年第 3 季其實我們的預估都一樣，因為他是預估，所以就導致很多的參數其實我們是參考去年同期。我來唸一下上次研商議事會議，我們有報告第 3 季點值的預估，臺北的預估浮動點值是 0.7946，平均點值是 0.8821，那現在第 3 季結算出來的結果，臺北的浮動點值是 0.8054，平均點值是 0.9038，是有比我們當初預估的高一點點，假如要講說整個點值預估的方式，點值預估就兩塊，一塊是預算的預估，一塊是點數的預估，預算的預估因為我們每個月都會做，所以預算那邊要做一個月份占率，第二個是分下去的話，會有一個分區的 RS 值，因為我們的點數預估，整體是很準，可是下到各分區，就會受到各分區當地的一些狀況，所以的確下到各分區的時候就有點不準，比如說像我們的 RS 值，在當季結算的時候，就會用當季的 RS 值，可是我現在預估，就只能用去年同期的 RS 值，所以這些參數當中都有些誤差，又比如說我要考慮跨區的占率，跨區的占率我又只能有去年的同期值，第三個還要考慮到送核補報點數的部分，所以等於這些參數我都只能用去年同期，所以預估一定是不準，我們只能說盡量去趨近

於結算的結果，不過醫院這一塊還有涉及到自主管理的這一塊，所以醫院的部分本來就會有一點差距，不過如果是中醫、牙醫，那部分都會非常接近我們結算的部分，預估點值的邏輯我們也改過很多次，除非大家還想再去改，要不然我們以後還是照這樣的方式預估下去，那當然我剛講的預估全局的時候會比較準，那下到各分區，各分區會有些因地制宜的做法，所以各分區那邊本來也應該做一些調校，以上說明。

主席

好，請臺北區寶華視察。

臺北業務組 許寶華視察

與會臺北區的委員或者是剛羅代表，可能有些誤會，其實臺北有做攤扣，因為你看我們上次的預估點值是 0.8821，我們就依照這個預估數去估算，我們其實扣了將近 20 億，單價核減跟攤扣大概是扣 20 億左右，如果依照 0.8821 下去再扣 20 億，其實我們應該是達到 0.92，我只能這麼說，就是我們用這樣的參數下去預估，那當然這次產生這樣的誤差，我在想是不是回到我們共管會議來討論，是不是應該再回溯處理，或者是還有什麼樣的機制什麼樣的辦法來解決到共管會議再來決定，還有跟主席報告，我們當初在決定攤扣的時候，其實有一個但書，就是因為所有參數可能不是那麼樣的準，但是當時已經有一個決議就是說，結算出來跟我們的目標點值有差距，我們並不回溯去處理的，已經在分區初步達成這樣的共識，那是 107 年第 3 次的會議記錄，我相信淑芬委員可以回去看一下那一次的會議記錄，那一次的會議您也有參加，至於到底要不要回溯去處理，就是這一季已經結算了，要不要第 4 季再來處理，我覺得是不是應該回到共管會議去討論會比較恰當，以上。

吳淑芬代表

主席，不好意思，我想再請教一下醫管組的部分，因為我們共管會議的決議就是平均點值 0.92，那麼今天沒有 0.92 的時候，是不是這個數值就要回過頭來在攤扣的部分要很確實的執行，今天不可以，拜託大家各位委員，真的要列入會議紀錄的，真的不能夠這樣執行第 3 季的點值結算，這對我們的衝擊真的很大，以上。

主席

好，請謝院長，然後雪玲代表。

謝文輝代表

基本上如果像剛剛林義專委講的預估值，其實大家不會 care，只是讓大家先知道大約的狀況，但是結算值為什麼大家那麼 care，結算值就是確定了嘛，我是覺得當然臺北區，不可能有其他區願意撥錢給過去，它總共就那些錢，但是我們也尊重他們裡面的共識，就是要讓他們的平均點值到 0.92，所以我是覺得這個是已經畫靶了，不可能說結算出來的值低於 0.92，這個不可能，你已經畫一個靶了，就應該照這個靶把它回歸，結算至少你的平均點值就是要 0.92，怎麼會算出 0.9038，那這樣他們共管會議的共識就沒有意義。

主席

好，請雪玲代表。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我要提一下，其實當初這個攤扣本來就很不合理，為了區域均衡我們也勉強同意，像臺北業務組他們本來就很辛苦，因為他們要預估這本來就沒有基礎，不是實際的東西，臺北業務組也是參考總署的來估計，這個估計本來就有可能不是那麼精準，只是這次的落差差得大，只是大家可以看到 108 年第 3 季的時候，如果你說是 0.92，那結算出來的平均點值是 0.9278，那多出來的 0.0078 是不是也要還回來，那我這樣永遠算不完，這估計本來就是有可能高有可能低，那這一次是真的比較多，那我們可能回去在臺北共管會議這邊再來討論一下，大家怎麼把這個數字再精準一點，我是覺得說這個已經是結算了，像過去超估，我們也沒有去追認把多攤扣的吐回來，因為這可能總署給的數字就是這樣，那分區照以前歷史推估出來也是這樣，大家雖然不希望是這樣的事實，其實 0.8 對我們醫中也是影響很大，大家看到這個數字也是很 shock，因為我們已經被攤扣很多，怎麼還是這樣的數字，問題是結算就是這樣，我們也只能尊重它，至於說臺北業務組怎麼讓它精準，可能再回去共管會議再討論，可能是這樣，不然以前超估的是不是把它吐回來，如果這次要吐回去，那高估的是不是要還回來。

主席

這樣子好不好，臺北區的點值有問題，其他區也不可能挹注，還是得他們自己處理。過去沒有發生過點值確定不通過的，至少我的印象沒有，這是第一次，因為也有跨區要算的問題，所以也沒辦法分區公告點值，於是我現在要問總額科就是說，如果臺北區有機會加開共管會議再討論一下大家的共識，需要再處理一下，我們允許可以有多少時間，讓他們做完之後，大家再來做點值的結算？總額科這邊大概多久。

醫務管理組 劉林義專門委員

假如晚確認，當然就是晚追扣補付，就再往後遞延，不曉得在這個月內有沒有可能趕快開共管會議。

主席

但是現在有一個問題，因為我們的共管會議要來決定點值，所以如果臺北區最終有一個新的結算出來的話，我們還是要透過這個會議再確認，所以有可能要加開臨時會議，這一點大家可以接受嗎？但是只是臺北區的問題。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

我剛跟臺北區確認，3月18日本來臺北區就有一個共管會議，最快臺北區就那個時間點，只是我不知道那個會議開完之後，會不會影響這個會議的時間。

主席

我們下一次開會是5月，如果5月再來確認第3季可以嗎，不行，所以一定要加開，本會要為了這件事情去加開，那臺北區要為了這件事情，18號要趕快討論，然後重算，這是有可能發生的，就是大家再考慮一下，請羅院長。

羅永達代表

主席，我想這因為事關很多醫院的生存，至少我們很多地區醫院的代表都同意加開，因為這件事情對他們來講影響很大，0.8真的差很多，而且也不希望遞延到第4季去，所以我們希望第3季重算，也希望所有代表能支持。

主席

大概也沒有其他的方法，請秋燭代表。

廖秋燭代表(侯勝茂代表代理人)

我覺得老實講因為預估本來就沒辦法非常準確，真的為難寶華他們，那已經結算出來，好吧如果重新結算，攤扣也有一個基準在，重新算成平均點值是 0.92，然後再大家一起攤，那不要攤完之後，有些人只是看表面數字，好像我重新攤，對某些醫院比較好，不見得，不要到時候又來這裡說，我要回到過去，我覺得人不要這樣。

主席

攤扣的邏輯，理論上對小醫院是比較好的。

廖秋燭代表(侯勝茂代表代理人)

不一定喔。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

各個區的攤扣標準一定都不一樣，像臺北有兩個，一個是基本的占率，一個是成長率，成長率占八成，占率占兩成，可是我看到報表裡面，三個層級就以成長率來看，地區醫院比較大。

主席

可是地區醫院可能都是新醫院拉起來的。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

所以我的意思是臺北區其實是這樣。

主席

可是你看那個成長率，新醫院的成長率不能概括到舊醫院。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

對，當然不會。

主席

現在攤扣會得到好處的應該是舊醫院。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

個別醫院他是一個一個算的。

主席
是。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

其實我知道就醫中來看，全年的成長率有限，有是正的，可是也有負的，所以我的意思看起來是 0.90 不到原來的 0.92，反正 3 月 18 日本來就要開會，我們就回去好好重新試算。

主席

因為現在覺得有危機的，如新設的土城醫院成長率超高，因為他是剛開始，現存的醫院可能本來就沒有什麼成長，他是需要被補貼的，真的反校正了對不對，所以我們就這樣好了，也不要花太多的時間，就是請臺北區回去共管會議討論第 3 季點值的處理，18 號開完會如果處理完，盡量於 3 月份以前把結果回給署本部醫管組，然後我們再伺機看其他的提案來加開臨時會來做確認，這樣可以嗎？

黃雪玲代表(吳明賢代表代理人)

我要補充一下，要請地區醫院層級回去通知，因為他們代表只有 8 席，他們醫院很多，如果回去要重算，大家都會多一筆追扣，要先跟他們講，因為攤扣是全區都會攤。

主席

沒關係，這個就是共管會議要去討論的事情，不管結果如何，總之再開一次會確認，到這裡就不要有意見，這樣好嗎，臺北區的醫院好嗎，就多一次溝通就對了，好，就麻煩寶華把這件事情帶回去準備，本案今天的結算報告，有關一般預算點值就緩議。專款結算數大家有沒有意見，專款結算這裡其實有些執行率都是不好的，因為可能受到疫情的影響，但是也得結算，這些沒有用完的就收回，好，如果沒有意見，至少我們後半段是確認的，前半段就是暫保留，好，下一案。

報告事項第五案：110 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案。

主席

這個是今年醫院總額的風險移撥款，一共是 2 億，各區的分配列在這裡，這個是醫院協會的意見，大家有沒有意見，沒有意見我們就通

過，接下來討論事項第一案。

討論事項第一案：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，其結算方式案。

主席

這是 110 年協商有結果的項目，大家有沒有意見，這有兩個部分，一個是地區醫院的假日夜間採固定點值，這個用 108 年估，試算出來是 4.8 億，預算是 5 億，所以是夠用，這一塊大家有沒有意見，好，沒有意見。

第二個部分是重症照護費費用，有關區域級以上醫院加護病床的住院診察費、護理費跟病房費，要固定 1 點 1 元，我們的預算是 10 億，可是如果大家都 1 點 1 元，要 18 億，所以是不夠的，所以沒有辦法 1 點 1 元，就只能 0.945，超過一點點，0.94 是 9.26 億，這一塊大家有沒有意見，區域級以上醫院，請秋燭代表。

廖秋燭代表(侯勝茂代表代理人)

我想請教一下這個 10 億，因為你們看用 108 年如果 1 點 1 元就已經需要 19 億，可是 3 月 1 日又調高診察費跟護理費，事實上點數一定又比這個更高。

主席

這個用什麼東西算的，單價是用什麼算的，請支付標準科說明如何估計的。

醫務管理組 陳依婕科長

我們這邊的估計方式，當時是用 108 年的申報資料，然後有校正 109 年 1 月 1 日生效的支付標準，不過確實當時在估算的時候，因為 3 月 1 日的還沒有公告，所以沒有算進來。

主席

那這樣子還要算 3 月 1 日，能不能現在趕快去算一下。因為這樣子的話，它可以增加的還要更少。

廖秋燭代表(侯勝茂代表代理人)

所以其實再加上來，是不只 18.88 億。

主席

應該是說基期往上墊，單價變高了，保障 1 點 1 元的錢要更高，所以要 1 點 1 元的錢要更多，但是現在的錢只有 10 億，所以事實上 1 點 1 元是做不到的，請支付科先去試算那我們這個案子，這應該不會太難。

廖秋錫代表(侯勝茂代表代理人)

假設用這 0.945，因為不夠，你是要把這 10 億拿出來獨立結算，還是會放到各個分區。

主席

直接用固定點值去算，但不會是 1 元。

廖秋錫代表(侯勝茂代表代理人)

文字上寫另結算後如固定點值低於當季該分區浮動點值，建議當季固定點值以當季該分區浮動點值核付，且增加之費用於次季該分區一般服務預算中支應，這是指把下季的錢拿過來前季用嗎？下一季再還？有錢還嗎？

主席

這個可能不要移到次季，當季就要解決，所以當季就由用一般服務預算支應，其實這 10 億也進到一般服務預算。請于淇科長。

醫務管理組 洪于淇科長

請各位代表看討 1-3 頁，表 3、108 年 109 年各分區點值如下表，我們的意思是說，如果今天大家討論的結果點值要用 0.945，但是 109 年第 1-2 季以高屏來說點值為 0.9889，他的點值比較高，我結算的時候只先用低的 0.945 先給他。

主席

有這麼麻煩嗎？不要弄到點值可以嗎？

醫務管理組 洪于淇科長

我們這件事就是在講點值。

主席

不是，只有這幾個項目要固定點值。

醫務管理組 洪于淇科長

我知道，但是當下我們點值結算的時候會用到 0.945 補給他，但事實上剛剛高屏那季的點值是 0.98，在下一季再把 0.98 和 0.945 的 gap 補給他。

廖秋燭代表(侯勝茂代表代理人)

下一季才還？所以會動到下一季的錢囉？

醫務管理組 劉林義專門委員

我在算浮動點值的時候，必須要先扣掉固定點值的錢，所以今天算出來的浮動點值是 0.95，我只把他帶 0.945，如果我只給 0.945 這就不叫保障嘛！所以我是用高的浮動點值給你，可是要給你的錢要從哪裡來，如果從當季來，那我浮動點值已經算好了。

主席

可是林義專委，我們能不能這樣想一下，現在你想的固定點值都是在講藥品 1 點 1 元的概念，優先扣除，這樣以後藥品 1 點 1 元再加上今天的這兩案，都是優先扣除的項目啊！所以你就把它優先扣除，剩下就浮動，就不會有次季問題。

醫務管理組 洪于淇科長

這邊是浮動高於固定的時候，因為環環相扣。

主席

OK，請羅院長。

羅永達代表

談到區域醫院的分配，本來我們地區醫院不講話，但是有兩個概念，這筆錢是進到一般預算還是特別拿出來算？

主席

進到一般。

羅永達代表

如果是一般預算將來一定會超過這個值。現在是估 5、10 億，將來一定會超過更多，從另一觀點來說 10 億是不夠的，只能把 10 億重新拿出來，那按照六區不管是用什麼方式攤扣、共管，最後浮動點值、平均點值都不一樣，那最後你不能因為別人斷頭的關係，臺北區可能攤扣比較少，這樣去影響想你的分配，這樣各區會各自操作，就像當年跨區結算情形一定會再重演。這不關我們地區醫院的事，我是建議 10 億當中應該依照醫令按照各區占率分到各區，由各區想辦法去解決，在共管會議自己決定錢怎麼用，否則各區從現在開始想點值不要太高，攤扣不要太多，這樣我才補的到錢，這個如果是進到一般預算的想法的話，這件事情會沒有辦法解決，以上。

謝文輝代表

這個其實很單純，我們現在試算和未來實際執行不會一樣，就常態而言，未來地區醫院可能這部分會超過 5 億，大醫院也會超過 10 億，所以剛開始就推估的來源，這個推估來源就是 108 年的資料，10 億元分配就依據來源資料 6 分區的比例，比如說臺北區占 1/5，中區 1/4，各區就不會想說要從別的地方去挖錢，4.8 億元也是，如果用 RS 值分配下去，這樣就沒完沒了。第 2 點未來有可能各區成長不同，由各區承擔。所以分配錢就按照依據的基準點做分配，再來就不要管他，進入一般預算後他也是會逐年隨成長率異動。

主席

請游代表。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

針對 2 位的建議我蠻贊同的，因為各區的點值不一樣，如果是齊平式補助到 0.9 幾，事實上對於點值高的分區是不公平的，所以大家都會想去操作這塊，這樣對未來醫界點值的提升是沒有幫助的，所以我建議按照六區的比例，這個分配到底要用 6 分區的比例還是 ICU 的占率，反正先分成六塊，分成六塊後再依照各分區 ICU 申報的比重，把這錢分配下去，這才會公平，我想用這樣的分配才不會有爭議，大家也比較認同。

主席

先請碧珠代表、再請雪玲代表。

劉碧珠代表

我想剛剛討論重點是，如果以浮動點值的保障去處理的話，我想還是要還原到我們當時提出這項保障急重症的醫療服務，保障點值 1 點 1 元這件事情，當時我們試算出來是要 20 億，當時我們在健保會提出今年要補的金額是要 20 億的，可是部核下後剩 10 億，如果是這樣的情形下，理論上對於保障急重症的醫療服務，保障點值 1 點 1 元這件事情應該不能被蓋掉，我們是希望未來五年分年逐步編列這項預算去保障急重症項目，所以第一年我們編了 20 億但只給 10 億，所以項目上這三項包括診察費、護理費及病房費，每個 item 裡面我們今年在 10 億的範圍內可以先保障哪幾個項目 1 點 1 元，不足的明年再陸續編進來，用這種保障 0.94、0.95 的操作太複雜了，是不是從項目部份去做取捨，當然保障 1 點 1 元不可能 10 億能滿足所有項目，但總會有優先順序，所以我想我們還是還原到原本我們在健保會爭取預算時的精神，是講保障急重症，而且是優先保障 1 點 1 元，可是我當初的 20 億現在被砍到只剩 10 億，所以原本的三項是不是應該逐步調降，這樣的精神會比較容易操作，以上。

主席

這也是另一個選擇，雪玲代表。

黃雪玲代表(吳明賢代表代理人)

我是贊成碧珠代表的想法，先決定項目，不用把錢先用那麼多，弄得好像都沒有保障。但是我還是會想到，就算是減項，不管是醫學中心、區域醫院這條 ICU 的保障，還是地區的 5 億都有可能會搶，特別是剛剛臺北業務組的這個，我們也都講過，因為臺北現在第 3 季浮動點值 0.80，剛剛講說假設地區醫院補到 1 元，健保署用差額 0.11 來估，如果臺北業務組要補到 1 元就要補 0.2，我不知道這種預算回到各分區的時候，我很擔心如果你是這樣的分配，到時候臺北區點值也可能很恐怖，因為如果分配不夠，到時候又要一般預算拿來分配會更低，我會希望這一塊第 1 年做還不是很清楚，能不能先把這兩塊當成專款，10 億就是在那裡，所有申報數出來後，大家再照假設，如果估 5 億，最後是不是有超額，超額就大家認賠浮動點值，大家自己

去控制 ICU 的錢，要不然臺北區有 8 家醫學中心也很高，如果照 R、S 值分配，也不知道預算分到臺北夠不夠，其他業務組也可能有這樣的情形，因為這個結構跟六區分配的結構可能不是那麼的一致，所以是不是用專款概念來看這兩項，既然我們以前有一個約束費，那時候編的錢不夠，大家把他單獨計算到 0.6，所以我建議第一次做我們不可以先當作專款執行卡住，年底結算再看看結構跟占率來做為來年分配基準，不然這樣也不知道預計會成長多少，有點擔心其他各區的一般服務預算會被這一筆錢吃掉，各區浮動點值相對會更低，所以是不是可以先定義這些事情。

主席

約束費跟專款沒有關係，約束費也是支付標準調整的部分，但是因為約束費實際申報數跟當時預估差很多，所以後來才被處理。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

現在有 3 個項目(住院診察費、病床費和護理費)，剛剛加起來 0.94 和各分區平均點值差不多，表示浮動點值已經很接近了，如果按照剛剛的建議，我們先試算看看住院診察費保障 1 點 1 元，第 1 年先這樣做，預估看看會多少錢，其他 2 項 0.94 也是差不多這些錢，明年開始 10 億顯然還不夠，舉例第 2 年加上病床費、第 3 年加上護理費，慢慢把錢墊高，應該可以看出最接近的項目。

主席

請楊院長。

楊俊佑代表

剛剛碧珠代表提的是個蠻好的思考模式，剛剛偉強代表講的也在討 1-3 頁有寫到，住院診察費 3.8 億、病房費 4.7 億、住院護理費 7.5 億，那我們這 10 億診察費要放在哪裡？如果之後在爭取到經費要怎麼補？把診察費和病房費加起來大概是 8 億。

主席

因為這個概念是補到 1 點 1 元，各區的浮動點值都不一樣，所以 gap 都不一樣，光看醫令數還是有差距，所以試算金額還要再校正，接下來請謝院長、社保司發言。

謝文輝代表

我覺得剛剛碧珠代表講的方式就是單純化，因為我們現在就有保障 1 點 1 元，就是在保障 1 點 1 元裡多增加這幾個項目，這是非常簡單，我個人也覺得這是非常好的方法。

第 2 個，為什麼剛剛講不要把他單獨拿出來 1 點 1 塊，這劃下去 6 分區就會有手段出來了，有遊戲規則出來，至少 108 年沒有這個制度，是現實的狀況所試算出來的比較公平，算出來的錢也不用害怕，因為算出來 6 分區的錢不是以 RS 值，是依現在抓的資料，地區醫院算起來是 4.8 億，一定是 6 分區的錢加起來 4.8 億，地區醫院在這 4.8 億，六個分區就依照其中的占率分配，所以每個分區就很公平的拿到現行狀況的錢回去，回去各分區再自我管控，因為每個分區的地區醫院可能為了這 4.8 億拼命，這樣的話你就各個分區自己去管控，基礎分的錢都很公平，臺北是大醫院比較多，所以你 ICU 也比較多，你這個比例本來就很好高，也許你占的不是 1/6，或許是 1/3 比例，一開始他是很公平的分給你，大家都沒有耍手段的現行狀況，所以我是覺得雪玲代表你不要煩惱這些，一開始拿回來都是公平的，都是按照比例，那個分區醫學中心、區域醫院的 ICU 比例比較多，他一定拿比較多錢，比例比較少的像臺東他一定拿得比較少，他沒有照 RS 值也不是照 1/6，他是按照你實際的狀況，拿回去就是你各分區的責任，你說大家可能會衝這個，那你就要想辦法合理的成長，但如果要衝你就要管控，反正基礎分的錢這是公平的，我是覺得 1 點 1 元是好的，這樣整個制度就回歸多增加幾個項目是 1 點 1 元。

主席

請雪玲代表。

黃雪玲代表(吳明賢代表代理人)

這樣子到各分區的話，像你要補到 1 點 1 元，署全區是用 0.88，我們臺北業務組也許是 0.80，那回到我們這區的時候會用 0.2 還是用 0.11 來算？

主席

因為現在各區浮動點值差異太大了，gap 都不一樣，像臺北區量多 gap 又大，分的錢就很多，但是這個浮動點值你又不知道要用哪個時間點

的浮動點值，因為他都不一樣。

謝文輝代表

用現行的點數占率，不要用點值。

主席

點數占率和補到 1 點 1 元是不一樣的。

謝文輝代表

我是覺得分這項錢的時候先以申報點數占率比例分配到各分區。

主席

現在還沒決定要不要分錢的方式，因為有些代表建議用項目去拆分，我們現在請社保司說明，因為大家有個迷思說 20 億元變成 10 億元之後逐年編列，當時社保司在核定總額預算的時候有什麼想法。

梁淑政代表

基本上，部裡在核定 110 年這項目時，除了考量之前區域級以上醫院實施合理門診量的影響，為了平衡門住診費用結構才投入 10 億元，用於住院費用，而欲採固定點值的這幾個項目，也是依據醫界提出來的項目。這過程中，部裡也曾想過是要用點值加成還是固定點值來計算，但因為考量結算作業的簡單化及行政效率的情況下，所以用固定點值的概念。

今天大家提到 10 億元要不要先分區再各自處理，但如果按照固定點值的概念，這不是去補差額，而是有點類似偏遠地區點值的概念，有一固定的點值去做結算。如果為了 10 億元而去拆解這麼多的計算過程，這樣太辛苦了，基於行政效率的考量，看能不能有一個大家可以接受的固定點值或採計方式來做計算。至於 111 年是否仍繼續增加預算，讓這三個項目達每點一元，這部分還是要經過健保會的協商，非本部 110 年總額之決定。

主席

我只是要社保司做確認，因為本項在協商時就是寫區域級(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，預算 10 億元，並沒有寫 1 點 1 元。而大家的預期心理有兩種，一個是錢的分

配以及第二個項目的取捨，3項取1項後，之後再逐年增項，但是我提的是這是大家現在想的，但是健保會已經通過這3項是固定點值，您說明年再提說「我去年只調住院診察費，我111年要調護理費及病房費固定點值」，那是協商項目重複了！因為這裡協商的決議並沒有說分幾年達成多少錢，例如5年達到50億，沒有這樣的但書，所以請大家再想清楚！請碧珠代表。

劉碧珠代表

其實在健保會協商的時候醫院部門提出預算要把一些急重症補到合理固定點值1點1元最少要70億到80億，但因為每年預算成長率都是在4-5%，不可能有這麼多預算，所以我們下的但書是這70億到80億，我們分5年慢慢調整，我很清楚我們談預算時這樣談的，那時候付費者代表也認為說不可能1年有這麼多補助，他也認為分年去補助急重症1點1元是合理可執行的方向，所以今年就先編20億，後來我們也妥協了，但最後因整體預算考量上部長裁示下來為10億，所以當時是說先從急重症項目來做調整，我們是有分階段式調整。所以照剛剛的說法，如果今天調了ICU的診察費或病房費，明年調護理費，這是不同項目，如果預算不足的情況下調整項目，分階段處理這項比較單純，也能逐步朝目標邁進，我覺得這樣執行應該沒問題。

主席

健保會委員每年都不同會換屆，因為這樣項目是重疊的，好沒關係，未來還有協商，但我們還是要先解決今天的事情，剛剛幾個想法，一個是照108年第4季的浮動點值補到1點1元，各區數量占率*單價gap各區都不同，可以算出10億元各分區分配，由各分區自行分配至3項費用，這樣的作法各區都會不同操作，這是剛剛謝院長提的；另一種做法是10億但這3項不足以補到1點1元，但是協商是固定點值，真的也沒講1點1元，所以看固定點值設定多少，因為沒有辦法一次到位，所以大家想想是否先單項達成，這是第2種，大家想想單項調整是要固定點值還是調整單價？固定點值是比較麻煩的，直接反映單價是最容易的，但是反映單價的缺點是有人永遠都在講說達不到1點1元，但是如果每次都要呼應1點1元，每次算都不一

樣，各區的排擠效應不同，未來的發展也許臺北區有更多的醫院更多的 ICU，那你們的保障 1 點 1 元，你們的錢不影響別人，也許 0.70 也是有可能的，變成這樣好不好？現在是都沒有完美答案喔！看大家決定怎麼樣，我想讓區域級以上醫院表達意見。

黃雪玲代表(吳明賢代表代理人)

我是說他們 5 億保障假日，還是有可能超額。

主席

所以一併處理。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

主席已經釐清兩個方案，我相信各有優缺點，因為現在有 3 項，如果只挑其中 1-2 項，可以會有爭議，第 1 個住院診察費和醫師相關、病床費和醫院相關、護理費和護理相關，拿掉其中一個都會有不同的聲音，有保障到的是 1 點 1 元，沒有保障到的就是浮動，今天全部算起來點值是 0.94 多，已經跟現在點值很接近了，意思就是固定點值幾乎等於現在保障點值，所以有保障和沒保障很像，就像剛剛碧珠代表講得有點失去當初和健保會討論的意義，我相信拿到錢的這 3 個單位沒有 1 個會高興的，因為沒有差很多，因為當初在健保會提出這三個要保障，今天最後採用這個方案，但我必須要拿掉一個，我們今天能夠做這個決定嗎？

主席

今天你決定要調整什麼，不調整什麼，這個項目至少你未來不能再提，因為我錢已經給你，本來給 3 項，今天只反應 1 項，是我們決定的，決定之後不能再說另外 2 項沒錢，還要再來要錢，那個就會變成這樣。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

各單位當時在健保會都有參與協商。

主席

在健保會協商是一回事，到部裡還有另外裁量，政策考量、預算限制等等，最後有這個結果。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

原來希望 20 億能滿足這 3 項，後來被砍一半剩 10 億，我們也是勉強接受。今年假設只有拿到病房費及住院護理費，拿不到住院診察費。在今年在健保會協商討論就說其實因為去年執行項目當中，因預算不足，拿不到住院診察費，每年其實應持續向上編預算，去年編今年 10 億，明年顯然要編 20 億，因為不夠，才有理由往上加，搞不好還有其他的，這是回歸它原來目的。社保司這邊有可能這樣嗎？

梁淑政代表

因為按目前健保會公告事項的部分，這三項採固定點值的計算方式，因為沒說是保障固定點值每點 1 元，所以今天為了要保障點值每點 1 元而取捨某些項目，可能會與公告有所出入。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

當初我們講說採用固定點值，心目中難道會想用 0.8 嗎？這不可能嘛。固定點值目的應該要有保障才對。

主席

至少要比浮動點值優惠。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

對啊，今天固定點值是 0.94，這也不是當初我們想要的。

主席

差距不大，跟浮動點值差不多。但是這有公平性的問題，如果一律保障到固定點值，因為各區的浮動點值還是有差異，大家盡量將浮動點值弄低一點，補貼就多一點，類似這樣重分配就大一點，只是 10 億，我們的餅有 5 千億。

黃雪玲代表(吳明賢代表代理人)

有沒有另一種想法，譬如說住院診察費與病房費是保障每點 1 元，護理費就讓它 0.93 這樣。

主席

這裡有三種人都在，護理人員、醫師、經營者。

謝文輝代表

我建議先將 10 億、5 億放在公平的基礎分到 6 個分區業務組，請 6 個分區業務組各自去執行固定點值。

主席

這已經講過了，第一案也要這樣。

謝文輝代表

對，就按照一個基礎，請各分區業務組各自去執行，因地區醫院本質試算起來是，當然我們給個建議用每點 1 元試算，以目前的基礎計算約不超過 5 億。

主席

大家同不同意？

謝文輝代表

先把錢分了，公平分到各分區業務組，各分區業務組想辦法達到所謂固定點值，看你們要怎麼訂？它會以預計的基礎結算出結果，各分區業務組參考。反正錢已經拿到，看到底要怎麼分？這樣才有辦法解決，各分區業務組其實差異性不大。

主席

這樣的結果就是大家對於這項的點值都不一樣。

謝文輝代表

這樣的好處是不抵觸衛福部的公告固定點值，只要各分區業務組達到固定點值，你要分區業務組訂 0.95，那是你家的事情，若試算平均假設是 0.93，你要讓它 0.93、0.94、0.95，所有錢由你自己分配，我覺得這樣才有辦法解決這種問題。

主席

這是 110 年頭一次是這樣，111 年這 10 億、5 億變成什麼？

謝文輝代表

他就在基期裡頭。

童瑞龍代表

報告主席，現在你決定的方案要健保會能夠同意喔，不然在這講得很高興，到時健保會不同意這 10 億、5 億的作法。

主席

健保會不會管很細，基本上只管住院診察費、病房費及護理費採固定點值，預算 10 億，基本上是這樣。至於住院診察費、病房費及護理費採固定點值是多少沒講。其實現在變得很複雜，因各區有不同的固定點值，會有差異，最後操作一定會變這樣。還有個問題，分下去之後，以後滾到分區總額內，隨著分區總額的成長而成長，每年就不只是 10 億、5 億。各分區供給面會變動，每年分配的結果會不同，說不定每季都不同，會很複雜，為了這 15 億要這樣嗎？

劉碧珠代表

我覺得這件事情我們盡量讓它單純化，剛才偉強主任有講其實當時編這預算的重點是要保障急重症的每點 1 元這件事，我們既然講固定點值，就算沒講每點 1 元，後來你們把每點 1 元拿掉，我們也認為是每點 1 元。事實上今天分到 6 個分區，因為看這保障項目，要不就是假日要開診、ICU 加護病房能夠衡量嗎？這是不太能操作的部分。假設各分區因此操控點值，坦白說這 10 億就算所有醫院 ICU，這影響應該是非常少，我們一定要把它弄到複雜化嗎？就算它是用每點 1 元的方式處理，講像主席剛講如果用 0.945，處理到每點 1 元是永遠不可能。可是這三項目的其中兩項在 10 億範圍內先做，就有機會。急重症保障每點 1 元這件事，不是大家都認為應該要做的事情嗎？

主席

你說那一項要先談。

劉碧珠代表

可能要順勢，我們手邊數字試算。

主席

看起來只能是護理費，看起來機會大一點，就吃掉這 10 億，剩下兩項以後，看來有醫院、醫師會不高興。

童瑞龍代表

不高興連 1 季都沒談，這個要符合健保會的規則。

主席

健保會的規則在這裡。請健保會代表發表意見。

全民健康保險會 陳燕鈴組長

還原一下當時協商的情況，健保會的法定任務是總額預算分配，當時在分配本年度醫院總額時，付費者與醫界代表並沒有共識。這個項目是由醫界提出，但付費者並未給予預算，所以兩案併陳。目前討論的項目是衛福部核定的結果。所以回歸到健保會的法定任務，並沒有這個權責。

主席

健保會的付費者沒有支持這兩項，這是部核定的。

童瑞龍代表

我建議時間拖這麼久，就由你召集 6 分區業務組組長、醫學中心李偉強秘書長、區域的劉碧珠秘書長，你們去協商，這樣就好了，我們不要再講話了，再講 1 小時也是沒辦法解決。

謝文輝代表

要在這個法定會議做決議。

主席

可是我們一定要讓它通過會議同意。

童瑞龍代表

這個會議可以授權幾個人。

主席

只有您授權，其他的人沒授權。

童瑞龍代表

大家看啊，不同意的請舉手，同意的請舉手，這樣就解決了，不然討論到 5 點還沒結論。

主席

請羅院長。

羅永達代表

我附議黃代表意見，我們月底還有個案子要開臨時會，加上這個就 2 案。假設真有可行方式，覺得在下一次臨時會討論會比較周延。

主席

這樣子就暫緩，會議就沒有過。先往下走。

童瑞龍代表

不要說沒過，延期討論。

主席

本案今天緩議，待收集更多資料於下次會議再討論。

劉碧珠代表

主席，就這個議題來講的話，基本上還是需要請署試算一些數字，所以數字是算出來後請提供我們 2 個層級協會。

主席

我們也會想想有什麼好方法。

討論事項第二案：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)

主席

這就是醫院的浮動點數，以前一季的平均點值來看，就是優於浮動點值，好，那這個部分大家有沒有意見，一共是刪除屏東新園鄉，新增新竹新埔鎮、屏東竹田鄉，然後還有一個是刪除部立桃園醫院新屋分院，大家有沒有意見，請李代表。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

這邊有個 2-3 頁附件資料，他這邊有個紅色的字寫臺北榮民總醫院蘇澳分院，它在偏遠地區，我記得他每一年都是在臺北業務組討論的時候，都是以員山分院為代表，因員山分院比蘇澳分院更偏僻，所以員山分院為代表，他們有份正式的提案單，可是我不知道他們是提到對面還是臺北業務組，這邊看到這個紅字應該是員山，是在

這邊確定還是在臺北業務組確定。

主席

公文是臺北業務收的，請寶華視察說明。

臺北業務組 許寶華視察

我們是依照我們所訂的認定原則計算出來的結果，所以提報這幾家醫院，往年是因為都是榮總蘇澳分院是符合的，但是當時在共管會議上都有說，讓員山榮民醫院來取代蘇澳分院，但是今年沒有做這樣的決議，所以我們就按照我們的計算的那個公式算出來，其實就是我們報署的這樣的一個結果。

李偉強代表(許惠恒代表代理人)

因為他們應該在3月，我記得是在3月18號臺北共管會議提出來的，他們希望員山分院來替代蘇澳分院，其實員山分院、蘇澳分院是同一家醫院，可是他們確實兩個醫事機構代號，當時是為了員山分院的關係，他比蘇澳分院更偏僻，所以過去幾年都是以員山分院來替代蘇澳分院，那這次的會議他們是在3月18號在臺北共管會來討論這個事情。

主席

臺北是不是還沒有通過？3月18號還沒到，請寶華視察。

臺北業務組 許寶華視察

目前還沒有收到他們的提案，如果有收到提案，我們會在共管會議上面做討論。

主席

這個以員山分院來替代蘇澳分院，這件事情暫保留，其他的先通過，如果3月18號有新的決議，在我們下一次的臨時會的時候再追認。這樣分開處理，其他大家有沒有意見，請淑政代表。

梁淑政代表

那個案子會報部嗎？

主席

會，等到他們確定之後再一起報部。

討論事項第三案：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案

主席

這是我們南區業務組建議說醫療資源不足地區醫療服務提升計畫，就是 500~1,500 萬的這個計畫，他要把檢驗檢查即時上傳率當成是一個 90%的門檻才可以來領，我們這邊的意見請大家參考之後表示意見，請羅院長。

羅永達代表

我想地區醫院裡面有很多是限於他本身資訊的能力，像 HIS 系統，或者像他很多的檢驗，其實它需要很多東西，有那個 reset 它直接貼上去，才有辦法叫做即時，因為它在 24 小時之內一定要上傳，遇到週六、週日或者相關的假日，它就不一定能夠達到，但是我想達到一個百分比應該是可行的，根據我們現在目前的數字裏面，我們地區醫院能達到 80%，一下子就把它提高到 90%，說出來是一個很大的一個逾距，我認為做這件事情是不是可以不要跳那麼高，我們地區醫院協會本身也會努力做這樣的輔導，但是有很多醫療資源不足的地區都是很多的地區醫院或者是比較偏鄉的地區醫院，它本來的資訊的能力跟相關添購設備的能力，實際就會受影響，他才需要補助，你現在把它訂到 90%，依現在目前的這個數字它根本做不到，這樣是不是有失當時補助這些醫療資源不足地區的意義，所以是不是不要追求 90%這麼高啊？

主席

這邊的建議是說如果檢驗檢查即時上傳率低於 90%的即終止保障，等到你拿到之後再恢復，因為現在的保障按月撥付嗎？請謝代表。

謝文輝代表

因為這個族群你會去保障他，他就是弱勢中的弱勢嘛，絕大多數都是地區醫院，而且是在比較弱勢的地區醫院，你用 90%，就對這個業界一級貧戶下重手，那有這樣的，不知道誰想的。我是覺得如果我們要設一個標準可以鼓勵他，那就拜託社區醫院協會，因為他是地區醫院的主要代表協會，去調查這個 group 的族群，他們現在的

平均的申報率差多少，我們訂一個可能達到的，如果現在他們只有40%，我們是不是訂45%，是要這樣子，你怎麼用一個平均值，平均值在地區醫院裡面差距也很大。至少就是我們有要求，我們認為一級貧戶只能做這樣了，所以我覺得這個案子應該請社區醫院協會去調查，屬於這個 group 的目前他的上傳率比例是多少，然後我們訂一個可以給它進步，像增加5%，這樣才合情合理。

羅永達代表

目前現在署裡面並沒有強制要求，目前這是提案，我看本署意見裏面本身並沒有修改這個數字，但是希望照這個數字去做，我們社區醫院協會也同意，我們回去的時候會盡量往這方面去做輔導。

主席

討3-4頁有個表，請林義專委跟大家說明。

醫務管理組 劉林義專門委員

目前參與本計畫的一些數字，請大家翻到討3-4頁，表1的部分，就是所有醫院的一個即時上傳的情形，表2就是有參加這個計畫的醫院，大家可以看到有分成兩個層級，區域醫院與地區醫院，目前參加了94家，其中區域醫院有12家，地區醫院有82家，上傳率就從0%，就是一件都沒有的，一直到最高有到98%，我們要去看他的平均值約75%，那中位數在83%。

整個區域醫院與地區醫院的平均要84%，表3就是說上傳率在六成以下的，區域醫院是0家，地區醫院有12家，因為他的上傳率都在六成以下的，在85%以下的就是六成到85%之間，區域醫院有2家，地區醫院有33家，這是表3的說明。

主席

好，請謝院長。

謝文輝代表

我覺得是這樣，不要用平均值，因為地區醫院在每個地區差異性很大，為什麼它是零？我是覺得要去了解，他們會符合這個，因為他需要在那邊做了急診服務或其他科別的服務，都有它的必要性，我覺得社區醫院協會要積極點，分類去看，裡面5-6家他為什麼會

零，我是覺得這個要從長計議，不要去弄一個標準，就平均起來大概有 75%，這樣最弱勢的族群他就完了，我們這個題目還是去努力讓他可以上傳，但是不要去訂這個，這個訂下去的話，一定會傷到弱勢的族群，這個就完全失去你訂這個補助計畫的用意。

主席

大家有沒有意見，請蘇代表。

蘇主榮代表

因為我們高屏區其實也是很狹長的，我們當時用醫療資源不足也是希望投入的醫院能夠在這些醫療資源不足的地方貢獻他們的醫療，在高屏區這麼狹長的地方，我們會看到很多地區醫院在貢獻這樣的服務，我們剛剛也從統計表裡面看到這個平均數的這個概念，其實地區醫院三百多家裏面，事實上我們看到，因為它有一個最大值及一個最小值，他平均值只有 58%，所以如果你用一個平均值的概念，你先不要看中位數，因為平均值只有 58%，你要求他們一下子跳到 90%，就是要讓他們活不下去，所以我覺得有失當時我們設立這一個計畫案的精神，所以我呼應羅院長與謝院長他們的說法，把這個標準往下調。

主席

好，那還有嗎？大家有沒有意見，請淑政代表。

梁淑政代表

這次修訂有刪除未同意提供醫療服務 24 小時相關科別的醫院，目前符合基本資格醫院與承諾能提供 24 小時服務科別醫院名單會有落差，這次修正把目前沒有承諾要提供的醫院刪掉，但這個計畫是針對這些醫院符合資格的，可以來申請，而不是說現在因為沒提供 24 小時服務的科別而從名單刪除，如果 110 年期間，這個醫院轉型而願意提供 24 小時的科別服務，還需要到這研商會議來討論才能夠執行，建議這名單是否還是呈現符合基本資格的醫院，至於沒有提供 24 小時部分科別服務的醫院，在執行上就不在補助的名單。

主席

這個跟我們現在執行的意思是一樣的，當時這個計畫本身精神就是

在處理規模不經濟情況之下要來補助，總是要有理由，至少他在當下能夠提供基本的醫療服務，還有急診嘛，所以如果不這樣承諾的話，要拿這個錢很難跟社會交代，我們就是額外1年補500~1,500萬，剛剛淑政講的都是OK的，但是還是得承諾做這件事情才可以拿這個錢。

另外就是檢驗檢查即時上傳率確實差距很大，現在要統一訂個閾值真的不困難，就有可能是最辛苦的那些就是現在至少做不到，就拿不到補助，以這個指標要讓這個計畫終止，好像是不符比例原則，我們南區有沒有要補充說明，為什麼提這個建議。

南區業務組 郭俊麟視察

當時就是因為我們希望多數醫院就是能夠即時上傳這個報告，所以組內長官希望針對這一塊也能夠加入這個符合雲端有即時的這個概念、精神在裡面。

主席

那是不是我們能夠轉個圈，這個指標當然也是署裡非常重要的政策，但是跟終止保障綁在一起，又要統一閾值，又是不符合比例原則，但是我們有沒有可能把它當成這個計畫的觀察指標，既然有得到我們這麼多額外的補貼，你應該自己也投資一些資訊設備，我們觀察幾年再說，就是當成觀察指標，但是不跟終止保障直接牽成關係，還是繼續保障，我們期待列為觀察指標的用意是，既然得到這個補助，你的資訊設備如果有差，或是資訊需要某些人的幫忙，你就應該朝這個方面去努力，至少拿到這個預算，這樣子才能夠相輔相成，這樣可以嗎？

羅永達代表

我們也承諾回去會加強跟我們的會員宣導。

主席

對。這樣各位代表可以嗎，請施院長。

施壽全代表

我覺得檢驗檢查即時上傳率，這個是牽涉到國家電信線路的問題。

主席

基地台嗎？

施壽全代表

對。

主席

現在中華電信現在應該很普及，在偏鄉也很普及。

施壽全代表

署方的立場可能是覺得你的即時上傳率，是不是沒有用心即時上傳。

主席

他只要資訊系統設定就可以了。

施壽全代表

對，但那是有線和沒線的，像我們使用手機有時候他就是訊號不好，基地台有些沒有那麼好，我是說我們要確認某些地方沒有辦法即時，是不是有些困難，如果是沒有困難的話，那就是他沒有列投資資訊設備，這就是要檢討。

主席

謝謝，施院長是說也要考慮到當地網路頻寬、通訊等基礎設備是不是完備，不過我相信也是會有城鄉落差，沒關係，我們先列觀察指標就好了，至少拜託社協這邊一定要回去宣導，讓我們會員不管是硬體設備要加強還是軟體的系統更改、程式修正，這個部分就是要去面對，這樣突顯我們的補助還是有配合政策，這樣可以嗎。可以，那我們就這樣通過。其他代表還有沒有意見，請蘇代表。

蘇主榮代表

有關觀察指標這個數值要放多少，還是。

主席

沒有，只是觀察指標，就不訂，但是我們要拿出來看，以後這個指標我們要去 references，至少一年 500 萬到 1,500 萬的醫院，至少把一部分的錢拿來做資訊的投資，配合政策把資訊上傳這也應該，

這項是不是大家就同意了，好，那其他的修正是不是就照修正，大家有沒有意見，請林義專委。

醫務管理組 劉林義專門委員

我們本來在討 3-8 頁有增列一項，假如有醫院可以授權給分區業務組認定，不過也有分區業務組表示他那邊會很複雜，就先修第二段，所以如果要修的話，我們就是先把承諾的部分放進資格，其他的都不修。

主席

好，就先這樣不要製造太多困擾，大家有沒有意見，沒有意見的話我們這個案子就討論到這裡，最後一案討論事項第四案。

討論事項第四案：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之門診診察費內含護理費案。

主席

是在標註我們門急診的診察費，內含護理費的點數，這個也是護理界希望我們能夠標注，因為確實是內含，以後這些項目都會更動，為了怕麻煩就用比例來呈現，那就不用每次都改，大家有沒有意見。

劉淑芬代表

首先全聯會謝謝署裡提出這個案子，主動幫我們護理費的貢獻做個比例上的說明，我覺得這個非常好，只是有點小小的遺憾就是事先沒有讓我們知道，讓我們有這個小確幸，全聯會這邊是贊成的。但是我要另外補充一件事情，剛剛主席在裁示討論案一的時候，有說要收納醫學中心跟區域醫院的意見，裡面有個項目是加護病房的護理費，麻煩主席在收錄意見的時候也要把全聯會意見放進去。

主席

好的，我們永遠都會記得護理人員。

劉淑芬代表

在病房實際照顧的是護理師。

主席

這次修正是我們同仁很細心自己發現到漏掉，因為這個不牽涉到點數，只是修改支付的內容，另外我想要請教一下要用國字寫或阿拉伯數字寫，國字，好那就是國字，那這樣寫以後就不再動了，有百分之11到15是屬於護理費，醫院的經營者要切記，要想到護理人員在這邊的貢獻，好，那這個案子就簡單，有沒有意見，沒有意見的話，我們這個案子就通過，我們今天準備的都討論完了，但是討論事項第一案跟報告事項第四項，有意見，就是緩議，那臨時會就是希望能夠再跟大家來討論，那大家有沒有臨時動議案，如果沒有的話我們今天會議就開到這裡，非常謝謝大家。