

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議 109 年第 2 次會議紀錄

時間：109 年 5 月 20 日(三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：劉勁梅

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	梁淑政代表	梁淑政
朱文洋代表	朱文洋	郭守仁代表	郭守仁
朱益宏代表	朱益宏	郭宗正代表	郭宗正
吳志雄代表	請假	郭錫卿代表	郭錫卿
吳淑芬代表	吳淑芬	陳石池代表	黃雪玲(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳振文代表	陳振文
李純馥代表	李純馥	陳智芳代表	陳智芳
周思源代表	周思源	程文俊代表	游進邦(代)
孟令妤代表	孟令妤	童瑞龍代表	童瑞龍
林欣榮代表	請假	黃遵誠代表	黃遵誠
林芳郁代表	林靜梅(代)	劉建良代表	林富滿(代)
林恒立代表	請假	劉淑芬代表	洪世欣(代)
林鳳珠代表	林鳳珠	劉碧珠代表	劉碧珠
林錫維代表	林錫維	謝文輝代表	謝文輝
邱仲慶代表	邱仲慶	謝景祥代表	謝景祥
邱寶安代表	邱寶安	謝輝龍代表	謝輝龍
侯明鋒代表	吳登強(代)	顏鴻順代表	請假
唐宏生代表	請假	羅永達代表	陳志強(代)
張克士代表	張克士	嚴玉華代表	嚴玉華
張國寬代表	張國寬	蘇主榮代表	蘇主榮
張德明代表	李偉強(代)	蘇東茂代表	蘇美惠(代)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

周雯雯

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全國聯合會
中華民國醫事檢驗師全國聯合會
中華民國藥師公會全國聯合會
本署臺北業務組

本署北區業務組
本署中區業務組
本署南區業務組
本署高屏業務組
本署東區業務組
本署醫審及藥材組

本署企劃組
本署資訊組
本署財務組
本署醫務管理組

陳燕鈴、方瓊惠
林佩菽、謝孝佳、顏正婷、
曹祐豪、吳亞筑、董家琪
林筱庭
梁淑媛

陳奕穎
宋佳玲
洪鈺婷
徐麗滿、許寶華、張念賓、
周珈卉
劉孟芸芝、吳秋芬
楊惠真
郭俊麟
黃梅珍
王素惠
曾玟富、連恆榮、許明慈、
郭乃文、詹淑存、陳永田、
張荃惠、陳韻卉、劉詩婷
詹孟樵、陳泰諭
李冠毅
請假
吳科屏、劉林義、洪于淇、
歐舒欣、林沁玫、鄭智仁、
鄭正義、楊淑美、陳玟蒨、
陳世卿、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：本會歷次會議決定事項辦理情形

決定：洽悉；序號1-3全數解除列管。另代表所提109年「全民健康藥品費用分配比率目標制試辦方案(DET)」延後生效，是否產生費用彌補問題，請於全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108年第4季醫院總額點值結算報告

決定：

- 一、依全民健康保險法第62條規定辦理一般服務部門點值結算，點值確認如下表：

年季	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
108Q4	浮動點值	0.8528	0.8830	0.8817	0.8860	0.9146	0.8539	0.8794
	平均點值	0.9186	0.9316	0.9316	0.9346	0.9469	0.9182	0.9293

- 二、結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式報告

決定：

- 一、「109年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式」如附件1。
- 二、醫院總額109年採全年結算案，醫界代表基於資金運用及稅務考量反對全年結算，建議維持按季或半年結算，爰決定再觀察一季醫療費用之增減情形於下次會議再行討論，並暫緩提健保會報告。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」109年度之核發條件

決定：洽悉；修訂「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」109 年度之核發條件(如下)，後續依行政程序報請衛福部核定並送健保會備查：

- 一、將地區醫院基本獎勵之(2)品質精進獎勵 30%刪除，分數移至地區醫院參加指標計畫者。
- 二、「建立安寧緩和醫療跨院際合作指標(支援家數、支援次數)」，計算時排除疫情期間。
- 三、另為利年度品保款結算，各項指標增設年指標(含代碼)。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險特約醫事服務機構提供因 COVID-19(武漢肺炎)疫情接受居家隔離或檢疫之保險對象視訊診療作業須知」門診診察費加成獎勵費用之特別預算爭取結果

決定：洽悉。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構申請補償(貼)作業說明」已上網公開，請轉知所屬會員

決定：洽悉。

第八案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：針對「直線加速器放射診療項目」增修特約醫事服務機構醫療費用點數之門、住診申報格式「診療之部位」申報內容，以利精準審查

決定：

- 一、「直線加速器放射診療項目」增修特約醫事服務機構醫療費用點數之門、住診申報格式「診療之部位」申報內容，以利於前端醫療費用申報階段即可據以篩選納入專業審查；增修內容主要為細分緩解治療之等級選項(如下)：

C:積極性放療。

Ph:複雜緩和性放療。

Pm:一般緩和性放療。

Pl:簡單緩和性放療。

二、自 109 年 6 月（費用年月）起適用，考量預留院所端準備及資訊程式修改，本署將自 109 年 9 月列入檢核，不符申報規範予以退件。

第九案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：109 年第 1 季醫令自動化審查檢核結果異常情形偏高，請院所依醫療服務給付項目及支付標準相關規範辦理核備及正確申報作業

決定：洽悉。

第十案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：藥品短缺情形報告

決定：

一、洽悉。

二、因應藥品短缺優先核價所需之預算，請於全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬定會議討論。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2. 專業醫療服務品質指標「門診注射劑使用率」等 5 項指標修正草案

決議：

一、同意修訂「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「門診注射劑使用率」、「就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率」，新增「清淨手術術後傷口感染率」指標。

二、後續依行政程序報請衛福部核定並送健保會備查。

散會：下午4時36分

與會人員發言實錄詳附件2，報告事項第四案會後補充資料(醫院家數消長統計)詳附件3。

109 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式

一、109 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 108 年 12 月 6 日衛部健字第 1083360163 號公告）。

(一) 醫院醫療給付費用總成長率 5.438%，其中一般服務成長率 5.471%，專款項目全年預算為 30,435.4 百萬元，門診透析服務成長率 2.533%。

(二) 總額設定公式：

■109 年度醫院醫療給付費用＝校正後 108 年度醫院一般服務醫療給付費用(註)×(1+109 年度一般服務成長率)+109 年度專款項目預算+109 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＝108 年度醫院門診透析服務費用×(1+109 年度醫院門診透析服務成長率)。

註：校正後 108 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 108 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、108 年新特材未於時程內導入之預算共 2.76 億元，於 109 年一般服務基期費用不扣減。

三、109 年其他醫療服務利用及密集度之改變：

(一) 108 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(4 億元×(1+4.080%)+0.42 億元=4.58 億元)，須依所回歸之分區予以分配，爰先自一般服務預算予以扣

除，其中 1.75 億元(1.68 億元×(1+4.080%))依 107 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 2.83 億元預算則按季分配予「南區」。

- (二) 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」。

四、109 年風險調整移撥款(全年 2 億)：

先按季均分(2 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×55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

[註]:109 年風險調整移撥款，依據 109 年 3 月 4 日醫院總額 109 年度第 1 次研商議事會議報告事項第五案決定辦理。

五、109 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、109 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

=【108 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額+107 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(29.8 百萬元/4)】×(1+5.471%)—106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)—109 年其他醫療服務利用密集度之改變預算(4.83 億元/4)—109 年風險調整移撥款(2 億/4)。

2、107 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
<u>255,416,233</u>	<u>181,040,068</u>	<u>122,254,847</u>	<u>165,013,730</u>

◎校正後 108 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 108 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、109 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 109 年品質保證保留款專款(1,055.4 百萬元)

合併運用(計 1,444.1 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) 109 年醫院總額門診透析服務預算

=108 年醫院總額門診透析服務預算×(1+2.533%)

(四) 109 年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之預算為 868 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

=(109 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%+(109 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

=(109 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)+(109 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

六、地區預算分配計算方式

(一) 分區調整後門診一般服務費用總額

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

(二) 分區調整後住診一般服務費用總額

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

七、109 年各季醫院總額點值結算說明

(一) 109 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)

八、專款專用結算說明

(一) C 型肝炎藥費：

- 1、全年預算 **4,760.0** 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 **3,000** 百萬元)」支應。
- 2、既有 C 型肝炎(HCV)藥品：
 - (1)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）。
 - (2)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）。
 - (3)為加強 BC 肝炎治療計畫登錄系統屬治療 C 型肝炎者，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)。

(4)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。

4、藥局調劑案件要列入計算。

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)」。

(二) 罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

1、全年預算 15,545.0 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、後天免疫缺乏病毒治療藥費：

(1)費用年月 106 年 2 月以後，門診就醫日期為 2 月 4 日(含)以後之案件分類「E2」或「E3」；住診案件住院日為 2 月 4 日(含)以後，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。

(2)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](#)。

(3)藥局接受前述交付調劑之案件，後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼點數要列入計算。

(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)」。

6、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)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

1、全年預算 [5,027.0](#) 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)(自費用年月 105 年 1 月起增列)。該住診案件如同時申報器官移植手術個案醫令及器官移植捐贈手術個案醫令，僅計算 1 次。

- 4、移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費：門住診申報案件應符合下列主次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)及抗排斥藥按主成分名稱對應之藥品醫令代碼(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)。(該案件如屬前開住院案件，因當次住院已包括藥費計入，不再重複計算抗排斥藥費)。
- 5、前開主次診斷：腎臟移植術後(ICD-10-CM：Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM：Z941、Z943)、肺臟移植術後 ICD-10-CM：Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM：Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM：Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM：Z9481、Z9484)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM：T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM：T864)、心臟移植併發症(ICD-10-CM：T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM：T863、T8681)、胰臟移植併發症(ICD-10-CM：T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM：T860)、腸移植術後(ICD-10-CM：Z9482)、腸移植併發症(ICD-10-CM：T86850-T86859)
- 6、門、住診、藥局之抗排斥藥費皆要計算。
- 7、抗排斥用藥醫令代碼：
 - (1)ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)為 L04AD01(原為 L04AA01，結算端自 104 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AD01)、L04AA03、L04AA04、L04AD02、L04AA06、L04AA10、L04AA18 之藥品醫令代碼。
 - (2)HBIG 免疫球蛋白 ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)為 J06BB04 之藥品醫令代碼。限定肝臟移植病人(主次診斷 ICD-10-CM：Z944、T864)之術後使用。
- 8、角膜處理費：醫令代碼 53034B(醫令類別 2、Z、X) 之醫令點數加總。

(四) 醫療給付改善方案：全年預算 1,187 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。
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	<u>追扣補付原因別:106/206:提升醫院用藥安全與品質方案-臨床藥事照護費追扣/補付。</u>
糖尿病人胰島素注射獎勵措施	<u>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。</u>

(五) 急診品質提升方案：全年預算 160 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。

(六) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年預算 868 百萬元。

導入第 3-5 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。

(七) 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

1、全年預算 80 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。

(八)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 **950** 百萬元。

2、依據本計畫第柒條第一項規定，符合第肆條第一至第三項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、依據本計畫第柒條第二項規定，符合第肆條第四項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， $(500 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ 。

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)。

(九)鼓勵院所建立轉診之合作機制：

1、全年預算為 **689** 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) **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 109 年編列之品質保證保留款預算(1,055.4 百萬元)合併運用(計 1,444.1 百萬元)。

(十一)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」。

(十二)**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)：

全年預算 114.0 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」(936 百萬元)支應。

※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。

109 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。

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議

109 年第 2 次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、分區業務組的同仁，署本部、醫管組、醫審的同仁，還有各位列席的代表，大家午安，非常謝謝大家在疫情當中趕來開會，今天因為與會人數很多，沒辦法保持社交距離，所以大家口罩還是要戴著，謝謝大家配合，本來這麼多人的會議在 18 樓都會採用梅花座，今天看起來連梅花座都沒辦法，因為人真的蠻多的，還是謝謝大家的配合，也感謝一線的醫護人員這幾個月辛苦，大家真的辛苦了。今天召開的是醫院總額的研商議事會議今年第 2 次會議，議程當然有一些也是跟疫情有關，相信今天有很多院長們也會有一些想法，等下再一起交換意見。今天共有報告案 10 案，討論案 1 案，報告案是蠻多的，內容也是大家關心的內容，所以我們就一次做說明。首先請各位代表看上次的會議紀錄，上次的會議紀錄是第 1 頁到第 10 頁的部分，請各位代表過目。好，如果沒有問題的話就確認，若有問題可以隨時提出來，接下來報告事項第一案。

報告事項第一案：本會歷次會議決定事項辦理情形

主席

好，謝謝，一共有 3 項辦理情形以及追蹤建議，大家有沒有意見？請朱代表。

朱益宏代表

主席，在上一次會議的時候我特別有請教關於 DET 執行的狀況，醫審這邊我記得科長有回復說因為還在簽核，有消息要跟我們做報告，照理說應該列追蹤事項，今天看到議程沒有列，所以不曉得這個狀況進行的怎麼樣？如果說還是沒有公告，或是沒有準備好，那應該列追蹤事項，因為他確實對總額會有影響。

主席

好，謝謝，有關 DET 的部分，請連科長說明一下。

醫審及藥材組連恆榮科長

有關 DET 的這個部分，跟各位代表補充說明，上次 2 月份的時候有將 DET 的生效時間，簽到部裡核備，核備的結果是預計 10 月 1 日生效，如果以假設是 4 月 1 日就是原來的預定時間生效到 10 月 1 日生效，時間上有半年的延宕時間，我們在算 108 年超出的金額，調整金額是 40.4 億，原來預計是今年 4 月 1 日，我們推估

了一下(因為今年實際發生的醫令量還沒出來)，所以我們現在以 20.2 億的金額來算的話，對醫院層級的影響約在 16.38 億元，這是目前的狀況，是推估的情況，以上補充說明。

主席

好，謝謝，當時 DET 會延後，有一個很大理由是因為疫情期間，DET 一旦啟動的話，就會有非常多的藥品的品項會做價格的調整，因為大家都在忙著疫情，一旦價格調整，就有很多的採購合約會做更動，所以藥廠就會頻繁的進入醫院，因為顧慮到這段時間大家盡量不要進出醫院，若啟動這個程序會增加醫院的負擔(換約的負擔)，所以部長很善意的決定今年大家專心做防疫這件事情，然後把生效的日期往後延，過程面確實有諸多的考慮，所以才會有今天這樣的簽核結果，這是回應朱代表的部分，請問還有沒有其他問題？好，朱代表。

朱益宏代表

這個事情就是因為 DET 往後延，意謂就是說其實一般的醫療服務要去貼，因為 DET 調整以後藥價會調下來，會有一些空間，因為依照健保法本來超過第 2 年就是要調整藥價支付標準，調整下來以後錢回到一般總額去彌補前 1 年一般總額去貼的這個錢，但是現在因為往後延，所以粗估可能有 20 億的經費，意思就是說這一部分的經費就要由一般的服務來貼，概念上是這樣子，所以我覺得既然貼了，部長也核了，那我們在 DET 如果 10 月份開始生效，藥價調整是不是要把這部分要補回來，因為剛剛講到事實上主要顧慮是不要在疫情頻繁進到醫療機構，但是因為現在調整金額跟調整的項目還沒有訂，也沒有公告，所以我認為比較合理的方式是應該是在 10 月份如果實施，應要把這一部分，沒有實施的這部分生效，所以實施的時間會比較短，所以應該要把這部分價格再給他調回來，就是說你可能要加價，就是降價的幅度要增加，讓彌補這段時間的等於一般的醫療服務去貼補藥費這部分的總額，不然的話，因為在 3 月份開會的時候報紙上都已經公告部長 10 月核定，已經見報了說 10 月核定，但是因為在會上我沒有特別去追是也尊重醫審那邊的權責說還沒有核定，我們當然也予以尊重，但是早就知道是 10 月，其實想要知道的是既然部長已經核定，後續對於總額的衝擊，這個事情一定要做一些處理，而不是報告完以後看起來又有總額吸收，第 1 年總額吸收已經吸收了，結果第 2 年還是要由總額吸收，這個我覺得是沒有道理，以上。

主席

好，謝謝，今天朱代表的建議就在追蹤事項列入紀錄，我們再來研議，謝謝，請謝代表。

謝文輝代表

因為前面的藥品大概也都用了，減那邊的錢來補這邊，實質上對醫院沒有太大的意義，如果今天是因應疫情來做這個，那這個就是因為疫情引起的衝擊，讓他多承擔 1、20 億的錢，其實長官可以依據這個跟衛福部爭取紓困，因為這是因疫情引起的，疫情的衝擊，延宕到後面的影響，既然是疫情衝擊，部長做政策的考量作的政策決定，那就應該由疫情的紓困金來因應，主席可以幫我們爭取，這個是因應疫情的決定，紓困金反而用來處理這一塊我覺得比較合理。

主席

謝謝謝代表，其他代表有沒有意見？朱代表跟謝代表的意見我們會紀錄下來，因為是 10 月 1 日才要調整，所以還有一些時間，我們再來研議，這個案子先到這裡大家有沒有意見？

朱益宏代表

主席是不是下一次追蹤一下。

主席

會列入追蹤，再來報告事項第二案。

報告事項第二案：醫院總額執行概況報告(略)

主席

好，謝謝，這次的報告是第 1 季的報告，第 1 季的報告受疫情影響是集中在 3 月份，1、2 月份影響比較小，因為 1、2、3 把他平均下來可以看到的幅度跟大家感受到的會有點落差，其實多數都集中在 3 月份。這裡沒有報告是 4 月的部分，4 月的部分用 IC 卡的上傳資料來看，4 月份門診的人次下降比 3 月份再深一點，3 月跟 4 月加起來是到目前為止受影響比較嚴重的月份，多數都是衝擊在門診，醫院受影響部分不是只有西醫的部分，連中醫、牙醫的醫院部分也都受到影響，中醫的部分是醫院受到衝擊，可是病人都游移到診所去，所以中醫整體需求都有被滿足，牙醫的部分也是醫院影響比較大，診所比較輕一點，但是加起來都是負成長。西醫醫院的部分，住院的占床率略有下降，可是因為元月份調整支付標準，所以整體的單價提高，整體醫療費用算出來並沒有影響非常的大，因為單價有提升，所以醫療總點數就沒有大幅度的負成長。好，請問各位代表有沒有意見？請張代表。

張克士代表

主席、各位先進：首先感謝健保署，上次會議副署長不在，本人曾提出，為因應疫

情衝擊，各醫院服務量下降恐影響現金流量，希望能夠以去年”核定額”作為暫付款，協助醫院應急，感謝健保署從善如流。

看到今年第一季服務點數及預估點值，感到驚訝、失望與擔心，109 年第一季預估：浮動點值 0.9141，平均點值 0.9501，108 年第一季當時預估浮動點值 0.8251，平均點值 0.8979，在浮動部分大約差 9%，平均點值只差大約 6%。在這種世紀疫情衝擊下，據我所知很多醫院服務量都滑落 15%左右，結果點值都無法回到 1.0，點數下滑遠大於點值的回升，雖然各層級醫院都有影響，但中小型醫院恐更面臨困難。尤其下半年如果有類似”報復性消費”的狀況，依十七年前 SARS 的經驗，在後 SARS 時期服務量大增，造成點值大幅滑落，小型醫院將難以承擔，不知健保署有何對策？

希望健保署爭取特別預算協助醫院，政府因疫情編列高達兆元的特別預算，醫療院所跟航空業、旅遊及餐飲業等都算是疫情海嘯的第一排，除了財務衝擊，醫護人員還要面對可能染疫的風險，政府應該適當照顧醫療提供者。

衛福部長聲望高，更能在中央多為醫界爭取，台灣在這次防疫能夠穩住的原因，除了中央指揮中心的處理得宜外，很重要的原因是國人的配合（SARS 的經驗、且過去常因空氣品質不佳讓民眾願意並習慣於戴口罩）以及醫護人員辛苦守住防線，未爆發院內感染，這點應受國人肯定。報載部長欲調高部分負擔，建請健保署整理問題與建議，能夠在此時機努力爭取如何合理對待醫界，謝謝。

主席

謝謝張代表，其他還有沒有？大家對這個報告還有沒有意見？請謝代表。

謝輝龍代表

張院長的意見，我們當然是希望的，因為上次去開中區連繫會，中區有 40 家醫院的總額反而是上升的，這裡面有 24 家是量價背離，所謂量價背離我想大家都很清楚，量是往下掉但是總額是成長的，是不是拜託健保署去分析一下量價背離的這些醫院，因為總額會受影響，某些醫院成長太快的話，會衝擊所有其他醫院，是不是分析一下量價背離的醫院到底是什麼原因造成這些醫院服務量減少但是總額反而成長的非常高，這樣是不是要適當管理，這樣我想才不會衝擊到所有的沒有成長的醫院，量價是往下掉的醫院，我想大部分都在地區醫院，希望健保署能分析這塊，如果真的是不合理成長，應該要有管理的機制，不然最後結算很可能這些量價往下掉的醫院會是最大的受害者，這對健保署的管控應該是不樂見的，以上。

主席

謝謝代表，還有其他委員有別的意見嗎？

張克士代表

在此還是要向邱代表及林代表兩位付費者代表說明一下，剛剛報告的資料提到地區醫院的成長，其實這幾乎都是大型醫院包括像醫學中心、宗教財團或學校的附設醫院，例如輔大、亞大附醫等，這些其實並非真正傳統的地區醫院，原本的地區醫院實際上多半都很辛苦。

另外剛剛看到減少了幾家地區醫院。其實實際上減少的家數更多，因為有一些區域醫院降級為地區醫院，這並非真正增加，實際的地區醫院經營仍很困難。

主席

還有嗎？請劉代表發言。

劉碧珠代表

剛剛大家討論價量的問題，請看投影片第 19 張，我要代表區域醫院說兩句話，在任何措施下，每次受傷最嚴重的都是區域醫院，我們從醫療服務點數來看，門診、住診及門住診合計，在 3 個層級中，門診下降幅度最高-5.7%是區域醫院，整體下降幅度最高的-3%也是區域醫院，但是在這次的防疫裡面，大家都看的到，所有在做疫調、篩檢或是收治病人病房都在區域醫院，我們很多區域醫院都把一整層樓的病房關起來，50 個病床只能收 10 床 COVID-19 病人，所以在這裡看出我們投入很多人力、物力和成本，但事實上我們營收下降的時候，公部門補貼的都是針對醫療人員，但是對醫療機構的補償是微乎其微，但是我們還是堅守第一線，在這情況下，我非常慎重的要幫區域醫院層級提出呼籲，在很多政策執行或補貼的時候，區域醫院雖然是區域醫院，但我們在這個部分卻是非常弱勢，做什麼事情都是區域醫院，但是有任何補償時區域醫院都拿不到，以上。

主席

謝謝劉代表。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

也不要再用這 3 個層級來講這件事情，在整個疫情期間我們各層級醫護人員那一個院所叫醫護人員不要上班，好像沒有，每個醫護人員都是兢兢業業在崗位上工作，醫院在獎勵金部分，一個月就花了 4 千多萬，這都是額外增加的成本，各行業在紓困的時候，醫療業是最被忽略的，因為被認為有全民健保，但事實上全民健保後來是全年度結算，假如下半年疫情回穩產生報復性看診情形，點值會變得非常低，對整個醫院來說衝擊會很大，所以剛剛劉委員說要請政府做紓困我是非常贊同，其實這一場戰，醫療業是第一線在打仗，假如真正打仗的戰士得不到奧援，

那以後還有另一場戰爭的時候，我想這些戰士會相當灰心，這不該分層級，而是各院所程度上的輕重而已。

主席

謝謝游代表，再來請謝代表。

謝文輝代表

其實三個層級都很痛苦，單挑統計數字也沒什麼意義，未來若把張代表說的幾個大型新設的地區醫院分開看，三個層級應該都還是往下降的，都有衝擊，但是地區醫院可能就沒有成長，區域醫院其實也是負的，所以實質上是大家都受衝擊。而且我們看財務報表，醫學中心每年從醫療的直接獲利是非常低的，所以這次疫情本質上從醫療直接的部分是 minus，後面報復性成長也是要由醫界承擔，事實上大家都坐在同一條船上，包括基層衝擊也是很大，如何想辦法讓大家能繼續運作下去，維持醫療網不要垮掉，我想需要大中小型院所大家一條心，請主席幫大家爭取，像剛剛我們講的藥費調整，是因應疫情做政策裁量，那個部分總署可以很大聲地替醫院爭取紓困，現在的紓困是發給醫護同仁，現在每個醫院都針對參加防疫的同仁，這些錢都是往人員去，這樣如果下一波還有疫情的話，才叫的動人，這是部裡和署裡不用擔心的。希望無論消費者代表或署裡能夠盡量爭取，因為後面秋冬也許還會有疫情，謝謝。

李偉強代表(張德明代表代理人)

從臺灣第 1 例到今天正好滿 4 個月，如果今天在這個場合，按照 SARS 經驗後面可能病人會增加，這是媒體關心的問題，如果是真的話，在制度都沒有改變的情況下，這是有可能會發生的，會產生病人量的大幅反彈，因為病人之前的需求沒有被滿足，後面會有遞延性的情況，我們應該跟部長及主計長，反映這件事來爭取紓困，今天本會議能做的事是在總額下去做調整並爭取，我們要爭取的是在未來疫情維持穩定的情況下，我們如何讓點值維持住，現在的點值大家很不滿意，但比我們過去 1、2 年好太多了，民眾就醫回來後點值就會掉下去，這才是我說該好好集思廣益的。目前我覺得有 2 個方法，第 1 個是調整費率，這部分牽涉的範圍很廣，我想在座的很多代表未來會參加相關會議，我們再好好反應這個意見；另一個方法是部分負擔的問題，你看現在外面消費行為，如何刺激消費是透過降價、促銷，但如果醫療去做這種行為會導致點值下降，所以我們操作應該是跟別人相反，也就是部長提的部分負擔的問題，你如果讓不需要的醫療不發生，讓需要的病人來看診，這才是回歸到正常，這才可以讓點值不要一直往下掉而產生 17 年前的事情，所以我覺得健保署現在應該積極地討論，後續如果疫情還是穩定的

情況之下，如何讓點值維持住，甚至能減少不必要醫療行為，像我們去年討論的減 2%、4%，今天不討論是因為我們已經達標，少了 10%了，但是這像的情況醫界什麼事都沒有做，這是因為疫情所以民眾不敢來，如何讓民眾了解這個問題，將來在疫情穩定下減少不必要的醫療需求是一種教育，第 2 個則是財務方面的調整，調整部分負擔在健保會討論了 20 幾年，起碼我們從現在開始檢視這個問題，現在點值並沒有預期來的好，要避免點值再掉回去，這是我們大家不分層級共同努力的目標。

主席

謝謝李代表，請郭代表發言。

郭守仁代表

現在在講的是一個很明顯的現象，也是因為疫情而去影響病人權益，就是癌症，癌症在疫情的時候都不敢到醫院，因為我們宣導最好不要到醫院，所以很多癌症病人應該在原位癌或是 1 期得到治療，但我們發現現在 5 月來的病人都已經拖到第 3 或 4 期，從 0 期變成 3、4 期醫療費用是相差很多的，病人存活率也相差很多，所以疫情我們守得住，但對這些癌症患者受到不好的影響，所以未來 5、6、7 月費用會提高很多，不只是量，價也會提高，但是當時在 2、3 月，我想 3、4 月是最慘的，這是大家防疫第一，但接下來面臨的這些事要去處理，我們業界現在面臨很多困境，以上。

主席

謝謝，請邱院長發言。

邱仲慶代表

請看投影片第 5 頁 109 年第 1 季點值預估，過去都差不多差個 0.03-0.04，這次預估是 0.95，這樣結算時會到 0.98 嗎？

主席

不知道，因為今年變動因素太多，而且核減率也有下降的情形，在疫情期間很多都減審免審，所以我們等會討論全年結算問題，其他委員還有沒有意見，請朱代表發言。

朱益宏代表

看起來疫情最嚴重的時間點是在 3、4 月，但是這一、二個禮拜疫情比較淡了之後應該慢慢又回溫了，所以我覺得說怎麼樣保持病人的的狀況，可能需要政策，我覺得當然從 92 年的 SARS 開始，SARS 的發生讓臺灣醫療界產生很大的變化，算是某些結構改變，第 1 個部分是開始重視院內感染，第 2 個在後 SARS 時期，包

括政府、學者等各專家提出分級醫療的概念，當然我覺得小英政府上任以後，我覺得分級醫療目前看到的政策只有減量，但是其他怎麼樣引導及落實分級醫療是看不到的，我覺得醫學中心及區域醫院被減 2%也減得很辛苦，病人自己跑來醫院該怎麼辦，所以我覺得這一部分，在投影片第 19 頁可以看到醫學中心、區域醫院、地區醫院門診量減少，只有交付機構增加，這代表慢性病拿了醫囑到社區所以反而增加，所以如何用更多政策來引導及落實分級醫療可能署方要多花些力氣，如果有需要也可以跟社區醫院協會一同集思廣益，而不是只有 1 個斷頭減錢的政策而已，應該有更多如何引導民眾真正到社區，像是慢性病或是不是很緊急的疾病病人可以回歸到地區醫院或是基層診所，我覺得這是非常重要的，也可能是署方下半年一項很大的挑戰，這一點我提出來做個說明。

主席

其他委員有沒有什麼意見？

嚴玉華代表

請教一下，投影片第 5 頁預估點值有沒有包含今年度醫療服務成本指數改變率的預算？

主席

謝謝大家對執行概況報告的意見，大家在防疫上非常辛苦，跟大家報告，在第 15 張投影片，可以看到很多單獨隔離區域都是從一般病房或特殊病房改變來的，這個部分三個層級都有配合。這次的疫情國家有編特別預算，而且編列二次，如特別預算 1.0、2.0，名目上為獎勵、補償、紓困、振興等，「獎勵」的部分全部編列在部醫事司，所以醫事司那邊的預算都在做防疫的獎勵，包括病床、收治病人，或是有做防疫的發燒篩檢站、防疫門診，都有給予機構及個人獎勵，最後還有整體獎勵金，每家醫院依貢獻度有 100 萬-1,000 萬不等的獎勵金，這個都已陸續展開，在此做補充。「紓困」的部分，社工司有編列居家隔離或檢疫 14 天者的所得損失給予紓困。健保署被允許編列的部分只有「補償」，補償係對於有收治疑似或確診病人而停診之院所，若造成收入損失，可以依照補償辦法來申請，以上這些都是公務預算，也就是說醫院如果有發生上述這些情形或是防疫做得很好，可以透過特別預算的申請得到的這些金額，無論是個人或是機構，都是總額外的公務預算。

至於健保署的「補償」，現在也有些醫院來申請，部分還在核算當中，診所也陸續申請，這部分有編列 11 億元的補償基金，因為疫情的不確定性也不知道會支出多少，申請時間為發生因受 COVID-19 影響而停診之半年內提出申請，我們陸續聽

到很多醫院提出醫療界實在是盡心盡力，非常非常感謝各位。大家看到醫院的數值跟實際有落差，再次強調3月的影響最大，3月份有1-2成的負成長，特別是門診，而4月份還會再深一點，住診的影響則沒那麼大，我們有分析少掉那部分病人，以上呼吸道感染為最多，所以小兒科、耳鼻喉科、復健科影響是較大的，醫院的中醫和牙醫也受影響，中醫和牙醫會移轉到診所，但是上呼吸道感染不是只有醫院影響，診所也大幅影響，需求也大幅減少，這真正是需求變少。慢性病的部分，我們特別擔心慢性病病人在這段期間會不會不敢去看病，可是我們看到慢性病病人也移到診所去，所以需求還是有滿足，或是移到地區醫院或診所，醫學中心和區域醫院慢性病病人確實會受到影響。醫界知道病人不敢去醫院，所以這一季看到慢箋的開立率是上升的，讓病人更方便，第2、3次儘量請病人到藥局去拿藥。雖然我們在1月份宣布分級-2%政策暫緩實施，但是這段時間因為這個疫情也讓病人自動分流到基層診所及藥局。有些代表也想說點值能不能維持住，我們也在看疫情發展，不過據了解5月份醫院門診會慢慢回來，但是診所的部分科別還不是很好，如果民眾衛生習慣變好，可能醫療需求是會改變。另外還少掉的部分是選擇性手術排程往後，例如骨科手術，需求還在，所以這些必要醫療在未來會再彌補過來，只是延後實施。癌症部分，醫院腫瘤科都是正成長，整體來說是在正常範圍。最後，考慮到SARS經驗，受到衝擊比較大的醫院在一年內可能會有收入上的損失，所以我們2次的預算編列我們都有爭取特別預算，部長都很支持，但是兩次在主計總處沒有被匡列，所以真的非常抱歉，部長、署長都有聽到大家的心聲，也希望大家儘量撐到年底，我們在結算的時候再來看，如果有什麼未結的部分我們再陳報署長或部長，研議有沒有其他辦法來補助，以上跟大家做這樣的說明，不曉得各位委員還有其他建議嗎？疫情目前是趨緩還沒結束，其他國家疫情持續蔓延，請醫界的夥伴們要沉住氣，健保署永遠會幫助大家，謝謝大家。

報告事項第三案：108年第4季醫院總額點值結算報告

主席

這是去年第4季的點值及專款的執行，請問大家有沒有意見？請朱代表發言。

朱益宏代表

主席，在報3-3專款的部分，C肝因為超支不足16.7億元，備註是說由其他預算支應，總共才13.7億元，事實上還是不夠，是嗎。

醫務管理組劉林義專門委員

上次有去健保會，然後健保會有同意說從3個專款去挪用預算，所以是夠的。

主席

總之都是從專款去用，沒有用到一般預算。

醫務管理組劉林義專門委員

對，就是看註 2 的部分。

朱益宏代表

所以就是西醫基層、其他預算這 13.7 億用完，然後再由其他專款再來挪。

主席

是，這是經過健保會同意的。

朱益宏代表

第 2 個問題，我想請教一下在報 3-1 頁，108 年新醫療科技有 2.76 億沒有導入，這個數字是怎麼算出來的，因為假設我們有 4 點多億的專款，只是算當年，然後沒有進來，問題後面 delay 發生的需求，這個費用你怎麼去計算，這部分是不是說明一下。

主席

好，請特材科說明。

醫審及藥材組郭乃文專員

這是新的醫療科技。

主席

對，去年特材的部分，它的支用沒有用完是 2.76 億，是從去年的一般服務是扣掉，但是基期不變，放到今年來，我幫乃文來說明，去年是有扣掉，但是扣掉 2.76 億是挪到今年來用。

朱益宏代表

我知道，但是 2.76 億怎麼知道它不夠，怎麼算出來。

主席

怎麼算出來，我們會後把資料補給你，因為現在乃文可能要回去準備一下，2.76 億怎麼算出來的，好嗎。還有沒有其他意見，沒有的話，第 4 季的點值結算跟專款的執行就確認，接下來第 4 案。

報告事項第四案：109 年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式報告

主席

謝謝，今年因為疫情影響各季服務量，在剛剛執行概況的報告，大家都擔心量會回穩，然後會回衝，所以今年 4 季是不均勻的，不像過去我們只是季節上的變動，

所以署長、部長已經確定政策上要全年結算，全年結算是因為疫情所做的改變，所以我們也會提到健保會去做報告，讓健保會也知道說今年的點值結算會採全年結算，雖然是全年結算，但是我們按季還是會計算，只是不結，是採全年一起結算，以免點值太低讓部分醫院影響營運。另外搭配全年結算的配套就是暫付款，我們也拿出最大的誠意，暫付款在大家最辛苦的時候，反而是付的比較多，假定你的申報量比去年低的，就按去年同期，申報量比去年高的，則是按原來的暫付款公式來計算，用意當然希望大家在現金最困難的時候，我們能夠不影響大家的營運，也希望大家多照顧醫護人員，在這段時間也盡量能夠該給醫護人員的就給，這個暫付款當然就是我們從安全準備金拿出來的，所以我們等於先支現金的概念，是希望幫助醫療的第一線，那其他的部分，大概就是照往常的方式來進行。請問大家對這個案子有沒有意見，請申代表。

申斯靜代表

謝謝副座的說明，其實我們看到這個暫付款用去年同期提供的情況之下，會不會相對的，我們在點值如何可以再穩住，因為如果照去年同期暫付款這樣提供的話，那我們的點值是如何還有空間可以再做調整，是不是可以做個說明，這是我的第一個意見。第二個就是對於我們在 109Q1 的醫療費用上面有看到家數的消長，就是有 171 家的醫院呈現正成長，這樣子的數據是不是可以分區、分層級，後續再補給我們相關的資料來看看不同層級還有各區的變化，以上說明，謝謝。

主席

好，醫管組如果有現成的資料，可以提供的就先提供給代表參考，請謝代表。

謝文輝代表

在醫院內部 3 個層級還有 6 個分區，大家覺得對全年結算其實是相當有疑慮，因為現在每一家醫院都是分季結算，每家醫院分季結算完以後，就已經算薪資給醫護相關人員了，以後採全年結算，結果又不一樣的時候，醫院的作業整個是打亂了，所以在醫院協會內部是希望分季結算。當然今天講起來，也是醫院的代表自己的顧慮引起長官做這樣的因應，大家都怕後面有報復性的影響，署裡的觀念其實就是用現有的總額，怎麼來處理可能波動比較大的情況，大概是用這樣的觀念，但事實上從我們第 1 季的結算看起來也沒多了不起，全國平均才 0.95，防疫期間 0.95，整體上來講點數成長是不明顯，甚至是些微下降，我是覺得對醫院來講，其實本質上還是衝擊，雖然是 0.95，但是其實申報點數還是稍微略低，沒有萎縮很大，所以整體就醫院來講，它的收入其實還是受到衝擊，這樣的話，是不是我們應該換另外一個觀念，就是說如果 4 季都是這樣 0.95，有某一季比如說量大點

值降低，假設有這樣的顧慮時候，是不是應該有其他的方法像爭取疫情紓困金來補貼。因為你前面萎縮的醫院來講，實質上收入還是衝擊的，而且還會造成醫院行政上的困擾，前面照這樣的錢已經發下去了，然後說這是暫時的，怎麼跟人員說這是暫時的，發出去就發出去了，我想這些都是醫院實際工作者，我們大家顧慮的，提出來給主席參考。

主席

謝謝，請朱代表。

朱益宏代表

主席，這件事情我覺得在議程上面就應該標註一下，因為上個星期五翁文能理事長親自帶醫院協會相關的代表，3 個層級都有，在 9 樓，副署長不在，署長親自來面談，在那個會上，醫界強力表達說我們希望按季結算，署長也承諾，因為上星期五還沒到 520，所以署長他說他已經提了辭呈，不知道結果怎麼樣，現在已經 520 過了，所以我覺得說在上星期五的會議上，署長有承諾說如果他續任的話，他會再去跟部長再來反映這個事情，所以我覺得既然署長上星期五跟翁理事長也有這樣的說明，那我覺得這裡面就不應該有這樣的結論，也不會衍生說剛剛主席講的說立刻要報到健保會去，應該是把這 2 個案子再次陳報到部裡面，讓部長充分知道醫院這邊的想法，如果有必要的話，陳報的時候也可以邀請翁理事長一起跟部長去做說明，充分讓翁理事長去表達醫院這邊的立場跟想法，讓部長能夠重新思考他的裁示，我覺得這樣才比較妥適，那這個案子才也比較周延，所以並不是像這個變成一個報告案，變成已經定案的，因為上星期五署長親自講這個案子還有討論的空間，所以我覺得這個案子應該是照剛剛講的方式去處理，這樣子會比較妥適一點，在上星期五開會的時候我們也有提出來，現在雖然是暫付，用暫付的方式，我們也希望在點值結算，不管是按季結算、按半年結算或者是按全年結算，點值結算的時候對於醫院應該是多不退、少要補，因為你現在用這種方式，你給他暫付，等到疫情完了，結算的時候跟醫院講說，我當初給你錢太多，你要吐錢出來，那個感受其實是非常不好，就變成疫情過了以後，秋後算帳要大家來吐錢，當然署裡面有考量，因為沒有額外經費，確實署裡面跟主計總處那邊申請 2 次都沒有額外預算，但是上星期五會議上署長也有承諾會蒐集相關資料等到資料比較完整以後，會再一次跟行政院爭取紓困基金來處理這一塊，所以我覺得既然署長有這樣的講法，應該在這個會議上面如實去呈現，會比較完整，以上。

主席

好，謝謝朱代表，我那天也在場，我知道，等下一起回應，再來請游代表。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

我想這個議題難得 3 個層級的共識是非常一致，其實以醫療院所的角度來看，我們大概非常不贊同全年結算，因為其實我們每個月差不多報表都要出來，事實上沒有點值的部分，到時候整個報表我們是沒有辦法結算，像有些醫院要付薪水要參考點值，它是沒有辦法參考的，這對我們是困難，我們本來覺得說這個東西應該是有一個共識，就是以醫界的最大利益來做考量，後來沒想到說直接公布全年結算，事實上也是蠻傻眼的，我是想說會做成全年結算是不是考量某些醫院因為疫情關係，然後量減太多，希望下半年能夠把它回補回來，但是這只要少數醫院，其實長庚醫院也是很慘，但是我不贊成這樣的作法，因為其實這樣的做法就是代表整個防疫的成本是由全民健保來負擔，而不是說國家應該編列預算來負擔這件事情，其實上半年大家都很慘，但是大家付出的成本並沒有減少，事實上點值 0.95，也不過比平常多 0.01 而已，差不了多少，只是這部分勉強可以彌補一下大家防疫的成本，下半年怎麼樣，其實我認為說假如大家決議下半年大家一起另外再結算，事實上醫界再來想辦法，看是另覓財源還是怎麼樣來處理這一段，不能說為了要去做這件事情，就把它搓成全年度一致，全年度一致還有一個問題有待克服，就是說像我們在跨區結算是用上一季的浮動點值在做結算，那你全年結算就用 108Q4 的浮動點值來結算 109 全年度跨區的浮動點值，以前我們一季結算一次，但是因為那是趨勢，大家還可以吞的下來，這一次整個累積一年，用 108Q4 的浮動點值來算，對大家的影響非常大，這後面大家沒想到每家醫院影響的衝擊非常大，或許有些醫院作跨區的病人多的時候，那個衝擊是相當大，這些東西要幫醫院做這些考量，我認為不應該是全年結算，其實我覺得季結算，最多是半年結算，大概是我們的底線，以上。

主席

謝謝，季結、半年結、年結都有人主張，謝謝游代表，還有其他意見嗎。請謝代表。

謝文輝代表

我再補充一下，剛有代表講說先發給醫院的錢，拿多的不要退，拿少的要補，我想修正一下，其實醫院如果多拿錢都應該退，但是它會產生一個實際的困擾，我們拿了以後，每個月都發給員工，以後醫院要還這筆錢，要怎麼向員工討回，做的這麼辛苦，站在第一線拚生死，到時還要被討回，實質上是沒辦法討回。第二，像剛游代表講的，實際上現在醫院的各種報表作業沒辦法因應這樣的變化，帳都不知道怎麼做，實際上每個月都依結算就發給人家，你現在跟我說，這還不一定，

那我怎麼跟員工講，這是很大的困擾，不是說醫院多拿不應該退，多拿的本來就應該退，但是拿來的錢都發下去了，撥到每個人的戶頭，你是要怎麼跟大家講說，算的太多現在要拿回來，醫院沒辦法做，所以我是覺得這案應該依照上次翁理事長來跟署長講過的重新再思考，謝謝。

主席

好，請朱代表。

朱文洋代表

我覺得全年結算對醫院是蠻大的困擾，除了會計的規劃作業以外，最主要在稅務的作業方面，因為你是全年結算，所以收入可能會到下一年度去，這個情況下以前我們在健保開辦初期就有這樣的情況，就是等於今年的收入增加，但是發票比較少，所以你繳的稅多，明年又再扣回來，你那個稅務的規劃整個都扭曲了，所以造成醫療院所的稅務反而是增加的，最後最大的受惠者是國稅局，不是醫療院所。

謝輝龍代表

我想當然還是要拜託健保署還是要去考慮，實際上我想大概地區醫院成本逐年還是再升，縱使是疫情關係，但是薪水部分大家每年還是在升，因為這裡面包括說比如說基本薪的部分、年資加給，所以實際上我們大家員工的薪水還是在增加，我們真的要感謝，至少今年比照去年的暫付額度先給醫院，但這給我們以後，會造成會計科很大的困擾，所以會計科問我這些錢要用在那裡，是要用在暫付額，還是要用在醫院的收入裡面去，真的帶來很大的困擾，但是如果用季結算的話，我們會很清楚，這個可以用在醫院的給付裡面去，但是若是真的未來會扣回去的話，我們只能用暫付，不敢用在會計年度裡面去，大概 3 層級所有醫院的心聲確實這一塊是不是要用季結算，這樣子我想給醫院才比較安心，每一次我們還是為了這個疫情、為了整個醫療，一直在努力，但是實際上醫院裡面是提心吊膽，因為現在給我們的錢，不見得一年後還能夠拿到，還是會被追討回去，這個我想大家內心都是無比的沉重，所以我想這一點還是要拜託一下，我想 3 個層級大概都是建議要季結算，我想部長或許不知道醫院經營難處，用年結算是很大的困難，不過我想署裡面大概很清楚，用季結算對所有醫院是最合理的而且是最沒有負擔，所以這一塊的部分，我想是不是還是要拜託一下，署裡要極力幫我們爭取一下，雖然部長已經有表達一定要全年結算，不過我想大家還是要考慮到所有層級的部分。第二個我要問一下，(五)的 103 億這裡面有講的增加的預算呢，這裡面涵蓋著包括門診減量的配套措施，支付標準之調整，我想目前第 1 季、第 2 季，

我們應該都知道，門診減量暫緩實施，因為這樣的調整是不是會影響要 103 億的費用，我想署裡面是不是能夠說明一下，以上。

主席

好，還有嗎？請周代表。

周思源代表

剛剛幾位前輩都有提到在現金流、稅務。有一天報紙標題「疫期健保醫院給付比照去年」，大家印象很深刻。認為說你服務量減少但拿到的錢一樣。其實醫療院所和健保局是同舟共濟，醫院跟員工也是同舟共濟，但是這樣造成員工誤解。疫情的發展，大概知道國內各行業的需求，還好醫界有醫院總額，所以大致上總額守住就好了，反正也不會多給你也不會少。那副署長剛剛說年底如果剩下還會再重分配。

主席

沒有重分配啦，不要再誤會拜託拜託。

周思源代表

如果用疫情對醫療界運作的衝擊適當地凸顯也無妨啦，我們知道全民健保醫院總額是用在醫界，而且壹年四季最後會有一個合理共識的總額核算給付。但是凸顯疫情又何妨，為什麼要採取年結把它稀釋，到造成各家醫院在稅務上、財會上、整個常規作業上很大的困擾。

主席

所以周院長您的意思是季結算，那你剛剛的意思是說有多有少，為什麼要按去年同期是不是？

周思源代表

不是，暫付款事實上還是會收回去，是現金流解決了，往後還是要面對結算回收的挑戰，且今年的稅收一定會增加。

主席

好，知道了，謝謝，還有嗎？沒有，那有幾件我們還是要再釐清一下，全年結有幾件事情要先處理，第一個是跨區怎麼算？第二個是稅的部分，其實國稅局也都是我們提供給他院所的收入，這個是用什麼樣的基礎來算？第三個就是 109 年的 103 億在季結跟年結會怎麼處理？大概就這幾項，請醫管組先說明。

醫務管理組劉林義專門委員

首先跟各位委員報告，因為我們在各總額部門也都是一樣的狀況，因為部現在核

定的是全年結，所以我們在會議上跟大家講說全年結的話勢必會遇到有些專款或是像剛剛代表講的跨區結算的部分是用前一季，那這個部分要怎麼處理，所以我們才只能說就是因為目前有的最近一季就是 108 年第 4 季，所以也只能用這個來做取代，當然剛剛大家提到的是不是全年結這件事情，那我們長官會再做一個決定，只是說假如真的是全年結的話，涉及到這個部分也只能這樣算啦，這個是跟大家做一個補充，那剛剛申代表有提到說我們是不是可以給各分區不同層級正負成長的統計，因為我們署本部這邊現期都是全區的還沒有到分區，假如代表需要這個資料，那我們就是會後再併著會議紀錄送給大家。

醫務管理組李純馥組長

確實我們現在依照稅務法是以那一年撥補付的收入就會入到那一年，那確實會如剛剛黃代表講的，可是大家要思考的就是說，現在大家為什麼想季結，因為我們今年已經先給你現金了，所以明年到底是多還是少都不知道，所以不一定會反應到明年，其實因為現在已經先暫付給大家甚至多補付，像第 1 季我們已經整體各總額加起來也是多補付 100 多億，也就是說大家覺得季結重要，季結重點是說你們希望有過去我們都是暫付款都比較低，用 0.9 為上限，所以比較低的暫付款當然希望早點結可以先拿到補付，可是我們現在等於就是先補付了一部分了，透過暫結之後的補付先給大家，所以等於其實也在季結，只是概念上我們希望整年要互相可以流用，這樣才不會大家衝擊很大，不然可能前面很好，後面會有很多衝擊，所以我覺得等於我們目前因為疫情的關係做這樣的調動也在處理，我們過去一季結完可能到 6 月或 7 月才有可能去補第 1 季，那這個時候其實都已經過半年的時間，其實你們現金也比較晚才拿到，那這次是比較早讓大家拿到現金。

表(程文俊代表代理人)

我覺得那拿的是假的錢，到最後是補給你還是扣回去還不知道，其實我剛剛講說你全年結算的時候，你一結下來，假如說你暫付給我的東西我結完後沒那麼多，我可能要吐很多錢回去喔，吐回去之後其實剛剛也有代表講說，你怎麼跟員工講說我發錢多發給你要把它要回來，這件事情是比較嚴重的，其實我們季結算有個好處，雖然用前 1 季做結算遞延幾個月，但是它的 base 小，只有 1 季而已，而且時間上長期運作上是可運作的，所以大概時程上是可以抓得很精準，大概知道季結算跟上一季的浮動點值會差異多少，大概都知道，今天是整年度結算，下半年會怎麼樣沒有人會知道，所以這個風險是相當地高，我相信沒有一家醫院敢去承擔這種風險，我覺得就回歸到原來該季結算就季結算，不應該因為疫情的關係就

改成全年結算，其實整體的風險還是醫院在承擔，這個是我醫院來講，應該聽聽承擔風險的單位的想法，而不是用一個政策來決定我們的命運，以上。

主席

好，謝謝，來請李偉強代表。

李偉強代表(張德明代表代理人)

一開始那個政策它目的應該是好的，因為它希望全國穩定，可是經過這樣討論之後，我相信其實署應該已經收集到更多的資訊，當初在兩三個禮拜前左右訂這個政策的時候可能資訊仍不夠充足，而且我們在座的是醫院總額，另外還有三個總額，已經有在群組上看到了，大家想法也都差不多，包括基層、中醫、牙醫，他們對於全年結算也是有一些不同的建議，不妨請署一起先蒐集意見，如果四個總額大家想法都有類似的共同點的話，也可以把這些蒐集起來再跟部長反應一下討論，可以跟部長想想看，我們下半年會有三種情況，一個是疫情跟上半年差不多，這是一種，另一種是下半年大好，疫情就沒了，就跟 SARS 一樣一下就不見了，還有一種情況是更嚴重，不過各位看不管現在的科學證據，很多人都不敢講下半年疫情會很好喔，預測會再捲土重來的是比較多的，所以我覺得這也是很大的風險，如果下半年很嚴重呢？也許比第一波還嚴重，這時候完全跟我們現在討論的不一樣，所以這時候你把全年一併考慮的時候，搞不好只是把不確定性更大，所以我覺得把這些訊息一起討論看看，我知道現在已經公告出來要怎樣做，你要去把這個改回來可能都要有更強的證據才能夠說服部長去把他已經說出口的東西改回來，不過我覺得去蒐集醫院層級還有另外三個層級共同的一些想法，看起來目前大家都覺得季結算沒有比較不好，我沒有說一定是比較不好，但我想維持現狀讓大家財務的運作跟平常是一樣的，那其他的風險再用其他的方法去控制，因為我剛剛一開始第 1 題的時候討論到，你下半年為了避免這種所謂大量增加或回流的人數成長，不管還有其他的工具可以來用，未必只有扣點值來做，點值是反應你的量，是一個落後指標不是先驅指標，其實看如果還有其他的工具來做，更好的方法的話，或許比點值調整來的更好，以上做個意見。

主席

謝謝李代表，大家還有沒有意見？接下來我們要請社保司梁組長來說明當時核定全年結算時部長的思考。

梁淑政代表

有關是否全年結算這個問題，其實大家都有 SARS 的經驗，SARS 在剛開始的時候也是因為服務量下降，所以最後是用全年結算方式，平衡全年服務量的增減。

本部在研擬 110 年總額範圍草案時，健保會公正人士也曾提出因疫情而導致服務量的下降，在健保總額要怎麼做處理，當時我們說明總額不會因為服務量下降而去做回收的動作，而是會在該總額下用財務管理機制做處理。剛剛大家都有提到不知道下半年的狀況為何，變數很多，基於這樣的考量，如果用全年結算，在處理服務量變化的風險就會比較低一點，當然各位院長們會從醫院的財務管理來思考，但就政策執行面理應還是先以服務量的變動來做考量，又 109 年的 MCPI 預算是一筆大的金額，未來將用於調整支付標準，當下半年或第 4 季價跟量同時上漲，對該季點值之影響更甚，因此全年結算可降低一些財務風險。至於大家所提的醫院管理與財務面的考量，是不是看第 2 季申報情形，再提出是否要修正？不過目前衛福部的政策還是希望用全年結算方式。以上簡單說明。

主席

謝謝，謝代表還有意見。

謝文輝代表

其實我們 SARS 的時候，還是從紓困款裡面有撥相當大筆的金額做健保的 SARS 挹注款，當時還是有 SARS 挹注款，就是因應他的需要性有挹注款，所以現在顯然部裡長官的意思就是用總額應萬變，不管後來變化如何，就是這些總額，我是覺得這樣的觀念可能要隨著情況變化啦，不然這也不是大家期待的，後面如果很大的變化，也許你覺得說現在沒有多少，情況也不像美國幾兆幾兆美金一直挹注，那是依據什麼，就是依據疫情的變化，未來疫情如果是超過預期的很大變化，就不是靠總額有辦法支撐的，我想社會大家都會支持啦，如果是相當穩定的當然我們可以預期，像剛剛代表講的，所有的專家都預期這個疫情可能還要拉很久，也許衝擊跟現在都差不多，細節不會有影響，對醫院的實務操作也不會有影響，如果變化很大當然是政府要想辦法啊，不能靠常態的預算來應付，當然不可以這樣啦，如果很輕微的影響，季結不會有影響，如果有很大的衝擊很大的變化，這我們大家要想辦法，現在蔡英文總統就任要跳出來想辦法，但是你至少知道現在這個情況做下去醫院都不知道怎麼處理，事實上是你改變一下而已，但醫院所有員工薪資都是依據季結算結果下去計算，如果跟員工說下次要追回來，該怎麼做？而且現在站在第一線的醫護人員，要跟他追扣我不知道要怎麼跟他討，你跟我季結算之後我算一算沒事，要多少就多少啊，另外一個要拜託我們淑政代表，醫事司最近公告的那些補貼，就如同我剛剛講的，沒有醫院敢不發給第一線人員啦，否則萬一後面還有疫情，就沒有人要提供服務，第二，可是你強調針對急診部，拜託，大醫院是急診部很大，可能這次篩檢都是急診部來承擔，但小醫院是整間醫院都

要跳下去排班，篩檢問題你不管什麼科的醫師都要下來，你叫急診室下來不用多久他就跟你翻臉，沒有幾個急診醫師嘛，拜託拜託，不要一直講只急診部，小醫院是全院都跳下去啊，大家輪班阿，篩檢站是內外婦兒科都要排下去，不然不夠人去排，沒有幾個醫生阿，所以拜託拜託給醫事司長官轉達，不要只講急診部，醫院很難處理，醫院如果你是叫全院的人動員，只要有站到第一線去做這些事情，我們那個錢都要發，我們都會這樣發，不然以後我們員工一定會說就叫急診去做就好啦，急診沒幾個醫師阿，根本沒辦法，拜託拜託給醫事司轉達。

主席

謝謝，轉達的部分我們會有會議紀錄，謝代表。

謝景祥代表

我們了解說這個一年結算當初部長也是一番好意啦，但是經過三個層級仔細地沙盤推演仔細地考慮真的覺得萬萬不可阿，假如說這件事情翁理事長已經跟署長報告，假如說這是部裡面下來的決策，署裡也改不動的話，那翁理事長就只好去找部長了，所以大概也只能這個樣子啦，但是至少說我們今天的會議紀錄表示三個層級全部認為要季結算，那季結算現在第一季應該也該算該結了啦，不要說再看幾個月，再拖下去一顆心就卡在半空中，不知如何是好，所以這件事情請跟部裡面長官報告一下可能真的是要重新考慮，最後可能翁理事長還是要跟阿中部長報告設法來改，不然這個下去的話，真的是所有醫院抗議都很辛苦了，現在更抱著這個不定時炸彈不知道該怎麼處理，以上謝謝。

主席

謝謝，最後一位，我們也快四點了。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

我想問一下，這個結算的時候還是用 109 年實際申報的數字去結對不對，所以你們在給的那個補付其實是很寬鬆，只有用去年的申報直接減核減，不是去年真正的核定嘛，因為其實我們還要扣攤扣、扣單價、扣什麼的，所以其實你給我們太寬鬆，其實這筆我們看只能看不敢當做真正的收入，因為真的有可能結算要追回，那我們也很希望採季結，因為我們現在都有企業工會，每個工會員工都在看你每個月的績效獎金怎麼發，那個健保折讓就是一個重大議題，每次都要到企業工會那邊報，如果用一年來結的話，最後要跟企業工會說要追繳或是什麼，他們會覺得很可怕，因為我們既然沒有辦法預估折讓，我每個月都要預估折讓會是多少，才能夠發績效獎金給員工，那這個部分如果真的拖到一年後，我們最後要繳回那麼多錢，我們企業員工可能都會跳腳，所以這個部分真的是要拜託署裡可能還是

要用季結會比較好。

主席

謝謝大家今天提供很多的意見，我們都收錄，我還是要請總額科再說明一下，照正常程序第1季的結算是什麼時候？今年的幾月份？

醫務管理組劉林義專門委員

像我們這次結的是108年第4季，所以意思就是說在下一次的會議8月我們就會結第1季，那第1季我們用的是到6月底以前的傳票，然後我們就從7月1日開始結，8月份跟大家報告第1季結算的結果，以上。

主席

首先，如果我們什麼都沒有變還是季結的話，那第1季結算的時間點會在下一次8月開會的時候，大概在7月的時候數字慢慢就清楚了，可不可以我們再觀察一季，因為到8月的時候其實第2季的申報數也出來了，那第2季就是我們疫情影響的3、4月、5月也有一點點影響，未來會怎麼樣我們不知道，可是當到8月的時候我們就更明朗一些了，包括5月份是不是有反彈，6-7月份又是如何，那個時候我們可以再綜整看一下，這樣好嗎？。第二點，我們各總額都是在最近開總額研商會議，那同樣的議題再各總額都有討論，就像李代表講的多蒐集各總額的意見，目前也都是全年結，第三就是稅的部分，再次釐清我們現在稅的部分都是現金基礎，今年我們給醫院多少現金，現在我們給的暫付、補付都是現金，我們稅也就是這個現金，所以如果全年結不知道會扣或者是再回補，現在都不知道，所以它不會集中在隔年，今年的稅務還是平均分配在每個月，當然暫付款剛剛雪玲有講說我們其實用去年的核付，但是今年整體來講大家申報數是有下降，但不是每一家都下降，有的還增加之醫院，有的下降少有的下降多，但是我們都用去年同期代表說有的人多拿得比較多，有人多拿得比較少，有的人甚至沒有多拿，但今年的申報如果比去年多的，按照現在的規則給暫付，它都沒有多拿，甚至還有些醫院在我們決定要這樣暫付的時候，有些醫院決定不要先拿暫付款，即現在不要給我那麼多，它放棄現在要先多拿錢的權利，我們也尊重，就是它願意它申報的比較少就拿比較少，它不要以後有很多的現金來來回回地處理，所以在這樣的局面之下，當然我們一片善意願意多給來穩住大家，但是每個人的想法不一樣，有的人甚至可以多拿也不要，那有的人甚至沒有多拿，是申報數的9成、95成，就是按照現在的規則暫付，有些醫院確實多拿了，所以未來的結算結果是不知道的，我們也在檢討我們的暫付款，暫付款現在會變成用去年同期，但是去年同期如果是個異常的去年同期，這樣的補付或暫付就會扭曲，所以我們4月份的暫付

這種個案的扭曲就需要去校正，譬如說診所去年 5 個醫生今年 2 個醫生，那我們用去年同期是 5 個醫師的營業額，今年只有 2 個醫師，這樣是不是就要校正，有些藥局，譬如說 3 月份，去年正好調劑了癌症的藥品但今年沒有了，整整多了五倍，這要不要調整，當然要調整，所以這個部分我們是採滾動式修正，避免誤差太大，但是還是會留下一個問題就是說，其實你今年同期的業績掉了，有時候藥品也沒有花那麼多錢，材料也沒有花那麼多，因為沒有開刀沒有用到材料，所以這部分去年同期也都事先暫付出去，這些點點滴滴都是我們在思考如何滾動修正。大家期待的多拿的不退，少拿的要補，這樣錢要從那裡來，總額就是固定的，真是難為，還是要謝謝大家給我們那麼多的意見，我們都收錄，剛剛的朱代表有講說，上禮拜翁理事長有來署，這個部分我們也有記下來，翁理事長談的是說要季結，我們也知道，那我們也會藉機在第 2 季的數字出來之後一併跟大家做報告。這個案子到這裡討論告一個段落，接下來下一案。

報告事項第五案：修訂「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」109 年度之核發條件

主席

好，謝謝，這個案子大家有沒有意見？品保款最主要還是上次地區醫院對這部分提出來的修正，請問大家有沒有意見？也是因為疫情期間大家有非常多為難，特別是受訓的部分，所以做疫情期間的調動，疫情恢復我們就再恢復正常，這樣大家有沒有意見？沒有意見我們就通過了，接下來第六案。

報告事項第六案：「全民健康保險特約醫事服務機構提供因 COVID-19(武漢肺炎)疫情接受居家隔離或檢疫之保險對象視訊診療作業須知」門診診察費加成獎勵費用之特別預算爭取結果

主席

好，謝謝，這個案子大家有沒有意見？來請嚴代表。

嚴玉華代表

我請教一下這個預算沒有爭取到，那我想要建議一個案，就是這個案有沒有可能從其他預算『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費 8.22 億』來支應？有沒有可能可做調移？

主席

謝謝，那還有嗎？沒有的話，剛剛嚴代表提的就是調節非預期因素所造成的 8.22

億的用途，請林義這邊跟大家說明一下。

醫務管理組劉林義專門委員

8.22 億是編在其他部門的部分，所以當初在健保會有訂定動支本項的一些條款，那這個部分初步看起來是沒有在那個條款裡面，那假如有需要的話或許可以提到健保會去。

主席

本案建議再看看第 2 季之後的狀況，因為這個 8.22 億專款係有動支的條件，現在的狀況根本沒有一條是符合，要動支是說如果像八仙塵暴，突然間一件事情讓你的費用大漲總額吃不下去，那就需要動支那個，但現在我們是減下來，是相反方向，我們是件數減少的，所以方向正好不一樣，那動支確實是跟當時編這個專款的用意是不同的，但是因為今年很特別，所以到最後會不會有不得已還要去想要動用，是要找出理由或者是改變動支的條件。今天付費者委員也在這裡嘛，也聽到大家的辛苦，所以接下來如果有這需要的話，麻煩林委員還有兩位付費者委員能夠多多幫忙，接下來第七案。

報告事項第七案：「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構申請補償(貼)作業說明」已上網公開，請轉知所屬會員

主席

謝謝，那這個案子第 7 案大家有沒有意見？好，朱代表。

朱益宏代表

我想請問一下因為健保署有編列了 10.8 億的特別預算，如果使用不完的話，可以做其他的挪用嗎？還是要還給行政院？因為剛剛我們講了很多希望特別預算去紓困，好不容易有一個項目是健保署可以管控的預算，所以我想請教一下，因為現在家數不多，當然會不會用完不知道，如果有剩餘的話，署裡面有什麼計畫？

主席

因為這個編在特別預算裡面，特別預算是公務預算，就是有特別的用途，這是第一點，第二點，10.8 億不曉得夠不夠用，我們很擔心不夠，因為現在有幾家超級大型的醫院尚未提出申請，報出來不知道會有多少，而且未來還不知道疫情發展，所以這件事情應該現在暫時不談。

朱益宏代表

那如果有的話，是不是在繳庫之前讓我們知道。

主席

應大家要求我們會報告，那第八案。

報告事項第八案：針對「直線加速器放射診療項目」增修特約醫事服務機構醫療費用點數之門、住診申報格式「診療之部位」申報內容，以利精準審查

主席

謝謝，這是直線加速器的項目，希望大家能夠申報診療的部位，大家有沒有意見？請游代表。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

這個署裡面是3月的公告，第1季是6月份開始做檢核嘛，我們笨鳥先飛啦，5月已經改好了，所以我們5月的時候申報可能會被退件，因為我們改成新格式，但你們檢核程式還是舊的嘛。

主席

是北區業務組退件嗎。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

我們5月還沒申報啦。

主席

沒關係啊，9月才會開始檢核。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

不能到時候說程式不符退件啦。

主席

好，林口長庚游代表有這樣的情況，請北區要留意不要用這個原因退件，其他大家有沒有意見，沒有我們這個案子就通過了，好，第九案。

報告事項第九案：109年第1季醫令自動化審查檢核結果異常情形偏高，請院所依醫療服務給付項目及支付標準相關規範辦理核備及正確申報作業

主席

這個案子大家有沒有意見，醫令自動化審查。

林富滿代表(劉建良代表代理人)

本案第2個理由，有關院所或醫事人員資格，有一個很大的問題就是現況兒童醫院其中許多設備、人力是可以併母院計算，所以當初在兒童醫院成立的時候，沒

有另外針對兒童醫院個別再去個別報備醫師資格或設施設備，現在被勾稽出來造成不合規範。現在我們會配合去報備，但請不要追溯。

主席

好，醫審藥材組這邊有沒有同仁要回應？

醫審及藥材組曾玫富專門委員

醫審說明一下，屬於醫師或院所資格檢核這一塊，目前檢核都是當期檢核，不會往前追溯，這是第一點，第二點，目前報表出來後分區實際上作業應該都會讓院所逐項檢視一遍，如果有補報備完成，目前了解分區就不會做核扣的動作，大概有這樣的作業，謝謝。

主席

好，謝謝專委，來朱代表。

朱益宏代表

主席我想請問一下，目前因為疫情的關係所以只要有下面 3 個條件就不予核扣，所以下半年就會從寬認定嗎？

主席

看疫情狀況。

朱益宏代表

所以還不一定是吧？

醫審及藥材組曾玫富專門委員

對，會評估，因為現在才 5 月，費用會晚一個月申報。

朱益宏代表

所以我是說如果再評估什麼時候會再？

主席

下一次會再提出來。

朱益宏代表

9 月份嗎？

主席

8 月份的會議，大家有沒有其他意見？

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

所以現在是第 1、2 季都一定不會核扣嗎？讓我們先舉證就不核扣。

主席

對，來謝代表。

謝輝龍代表

這個我還是要說明一下，那個醫事人員資格不符，像我們泌尿科最近健保署來給我們業務人說要核扣，最主要原因就是醫師在進行體外震波碎石，因為沒有輻射防護證，已經過期了，後來我們去查，97 年的時候原委會有公告，因為體外震波碎石是屬於登記備查類，事實上證書是永遠有效的，可是這一公告要追扣我們費用，到最後事實上我想所有泌尿科協會大家都雞飛狗跳，因為很多都已經過期了，那 97 年原委會公告的東西其實很多人都已經忘記了，所以這有時候會造成醫療院所、醫師的困擾，希望未來這一塊還是拜託健保署可能要去查清楚，不要見獵心喜，馬上要把所有醫療院所扣錢，所以我想這種舉動給我們的壓力很大，好在我們後來是查出來，97 年原委會就已經行文去給泌尿科，協會裡面是確實登記備查類是只要有使用證書以後是一輩子有效，不需要再去每年度 3 個小時的放射研討會參加拿到證書，我想這點還是提醒健保署。

主席

那個玫富專委再說明一下，這些規則我們是寫在支付標準裡面，確實是需要做檢核，但是疫情期間我們有特殊規定，是不是再跟大家宣布一下。

醫審及藥材組曾玫富專門委員

有關醫師資格有一些必須要有特殊的教育或證明的項目，最近我們有在處理，處理方式第一點，我們有盤點出來有這種情形的支付標準項目大概有 74 項，我們現在內部已經在簽辦處理這些項目核扣的作業，在 9 月之前是不做，保留一段時間讓院所做補正的動作，我們也會函請相關專科醫學會針對原來支付標準訂定的這些資格限制的項目合不合時宜，有沒有需要修訂支付標準，就在這個期間回報給我們，我們會請支付標準規劃單位評估處理，目前規劃至少 9 月之前涉及這 74 項的部分不核扣，另外要說明我們不會見獵心喜，我們只是依照支付標準的規定辦理，以上說明。

主席

依法行政，拜託大家依法行政還是依照支付標準的規定來辦理，那以前沒有納入自動化審查現在把它納入，其實也是回歸依法行政，因為過去大家沒有報也都沒事，那現在要求難免有一些耽擱，所以我們會有一段時間讓大家趕快來補正，剛剛專委有講 9 月以前不會扣，大家有沒有其他意見？

林富滿代表(劉建良代表代理人)

主席，請求剛剛專委提到目前稽核的 74 項，提供給醫院自行檢核管控，可以嗎？

主席

醫審藥材組可以提供 74 項嗎？其實是在支付標準裡面。

醫審及藥材組曾玫富專門委員

我們同仁也是從支付標準裡面，醫師資格限制那個欄位把它檢索出來。

主席

請分享給大家參考。

醫審及藥材組曾玫富專門委員

好，我們提供給醫院協會，請協會指派一個窗口，謝謝。

主席

這個是合理的，請游代表。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

附件裡頭我們醫院大概都名列前茅，我要說明一下。

主席

什麼東西名列前茅？

游進邦代表(程文俊代表代理人)

就是被勾稽核減的那個，那個其實不是異常啦，後來去了解原因是說，因為 XML 本身的申報的時候也沒有規定依法要醫事人員的專科證阿，所以當時我們在申報的時候是用住院的主治醫師當申報，那過程當中你做一些像 X 光，必須要有 X 光的證照，變成說在那個檔案沒有呈現，所以呈現這個是假異常啦，不過後來也溝通這個我們會配合來辦理，沒問題啦，所以也不是說這醫院有被核這麼多錢。

主席

沒關係啦，名列前茅反正沒有扣嘛，只是提醒啦，純粹就是提醒。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

可是是我們違規被核扣。

主席

沒有啦，我們沒有這個意思啦，就是提醒大家，好第 10 案。

報告事項第十案：藥品短缺情形報告

主席

好，謝謝，這個案子大家有沒有意見？來請朱代表。

朱益宏代表

主席，因為我也是藥品共擬會議的委員，那我查了今年 4 月藥品會議怎麼都沒有這個案子說這個費用由藥品支出目標、第二大類藥價調整金額跟總額非協商項下

支應，怎麼查也沒有查到這樣會議紀錄，怎麼會產生這一段，是不是說明一下，還是說把那個會議紀錄給我們看一下，我包括實錄都看了，好像也沒有這樣的文字紀錄。

主席

連科長。

醫審及藥材組連恆榮科長

跟各位代表報告，因為第5點是會議紀錄裡面的內容，那第6點其實是因為大家在會議上也有提到我們這個預算是從那裡來的，那之前有提到說是不是就另行編列預算，但我們去查了一些預算科目來看的話，其實藥品短缺的項目來看，每年其實短缺項目有限，那另外其實我們每年有做DET的調整，對於過專利5年內的藥品也是每年會做調整的作業程序，那當然還有一些總額費協商的因素也有一些預算，只是說因為在藥品的短缺，主要都是因為它們成本的增加所造成的一個結果，所以第6點的部分是我們在這次報告案裡面特別去提出來的內容，跟109年4月份藥品共同擬定會議是沒有相關的，在這邊做一個補充說明。

主席

謝謝，是第5點的文字在共擬會議裡面是有的。

朱益宏代表

如果是這樣提案就不應該用報告案，應該就是討論案，要不要用這邊來支應，怎麼會列報告案，這樣我覺得是有點不好啦，真的是偷渡啦，事實上在藥品共擬會議沒有討論到這個經費從那裡，那如果真的是這樣，應該也要從新藥那邊也有阿，也有擴增適應症，它都有預算，那為什麼不從那邊去勻支，反而要從藥品支出目標制這邊來扣，其實就是扣一般的總額，然後從非協商因素扣也是扣一般總額，意思都是從一般總額來扣不要扣藥費總額，概念上是這個樣子，這樣我覺得是不好啦。

主席

其實金額非常有限。

朱益宏代表 1:47:40

那就藥費自己吸收就好啦。

主席

請連科長這邊說明大概1年會有多少金額。

醫審及藥材組連恆榮科長

這部分我們可能再細算一下，不過之前我們大概查了一下，1年平均的項目大概

都在 6 項左右，不過都會有藥價調整的這些藥品幾乎都是屬於那種低價藥品，就是因為已經收載超過 15 年以上，然後這類藥品很多廠商都不願意再做了，所以它調整的經費有限，也感謝共擬代表們能在今年共同擬訂會議同意如果預算衝擊在 1000 萬以內的能夠讓我們先生效，因為最近有很多臨時缺藥的時候，造成醫界這邊在開藥的時候雞飛狗跳的，當然對病人來講的權益也受損，所以我們才提出這樣的意見，那其實這個經費影響真的是有限，所以我們才會從一般的醫療費用這邊來做思考，就是說這其實是一個成本上的增加，不是藥費預算上的問題，做這樣補充說明。

主席

好，謝謝，既然有一些小小的爭議，那下一次藥品共擬會議就把這個金額粗估一下，然後在那邊再做討論好不好？

朱益宏代表

所以不會從這邊？

主席

因為這個案子大家對第 6 項有疑義，那就移到藥品的共擬會議把金額算出來之後。

朱益宏代表

對，這個我同意，因為這個非總額協商預算整個分配是我們這個委員會權責，所以移到藥品共擬會議，就先從那邊處理嘛。

主席

先就那邊確定之後，再拿來這邊做報告案，這樣好不好？在那邊先討論。

朱益宏代表

我認為說如果是要動支到我們這個委員會，那就不是一個報告案是一個討論案，應該是這樣，就是說不能藥品共擬會議決議，然後由醫療支付標準這邊來買單，這樣是沒有道理啊，所以應該是由那邊討論如果應該要由這邊買單，那這邊列為討論案大家來討論。

主席

好，我們會在藥品共擬會議那邊請連科長先把那個數字估一下讓大家去衡量一下，然後有決議如果要動用到總額非協商再提到這個會議來討論。最後我們進到討論事項第 1 案。

討論事項第一案：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2.專業醫療服務品質指標(下稱「品保方案專業指標」)「門診注

射劑使用率」等 5 項指標修正草案

主席

謝謝，各方對於品質確保方案的五項指標，第一項同意，第二項也是同意照大家的意見修正，那第三項是關節注射劑這部分要等到支付通則改了之後再研議，第四項是依照品質資訊公開辦法的操作型定義來增修，第五項也是新增的，好那大家有沒有意見？

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

可不可以提一下那個第一項處方箋 10 項的計算，今天有提到門診手術中的麻醉用藥把它排除，那萬一可能在手術中可能還要做一些藥，有時候很容易超過 10 項，那可是我們今天只排麻醉，可能我又開了消炎止痛藥，我是建議是不是有可能整個手術案件就排除？一定要列算這個手術案件嗎？其實手術變化很多，所以我們是建議可不可以案件分類 03 手術案件整個排除？

主席

好，雪玲的意見大家有沒有意見？如果大家同意，就照雪玲的意見，就整個手術給藥的部分就不納入 10 項的計算，其他這樣有沒有意見？如果沒有的話，我們就照修正之後通過。

醫審及藥材組詹淑存

主席，因為公會來建議的時候是說門診手術案件、醫令類別 4，是不另計價，醫院協會的來函是這個部分，所以我們排除的時候還是一樣兩個條件，一個就是案件類別 03，醫令類別 4 不列入計算的範圍內。

主席

就把它放寬啦。

醫審及藥材組詹淑存

好，那就看案件類別，以上。

主席

就是從寬，其實我們門診藥品項目大於 10 並沒有想要去卡這些啦，你們現在提的這些都不是我們原先這個指標想要卡的，我們是對於看病看很多，開藥開很多的那些人才要去約束，不是在針對這種，本來就應該給的去約束，不小心卡到就要給它放寬，其他代表沒有意見。這個案子就修正通過，非常謝謝大家，有沒有臨時動議？

朱益宏代表

主席幫我們紓困啦。

主席

一起加油，如果沒有臨時動議的話，非常感謝大家，那下一次開會如果有進一步資料再跟大家分享，也希望大家繼續加油，防疫還是很重要，大家的健康都靠你們了，謝謝大家。

報告事項第四案會後補充資料

109 年 1-3 月各分區、各層級醫療費用成長家數統計

分區別	層級別	正成長	負成長	新設立	總計
1 臺北	醫學中心	1	7	0	8
	區域醫院	3	17	0	20
	地區醫院	36	40	0	76
2 北區	醫學中心	0	1	0	1
	區域醫院	6	7	0	13
	地區醫院	21	32	1	54
3 中區	醫學中心	2	2	0	4
	區域醫院	8	8	0	16
	地區醫院	32	50	1	83
4 南區	醫學中心	1	1	0	2
	區域醫院	3	11	0	14
	地區醫院	19	32	0	51
5 高屏	醫學中心	2	1	0	3
	區域醫院	7	8	0	15
	地區醫院	32	58	2	92
6 東區	醫學中心	1	0	0	1
	區域醫院	2	1	0	3
	地區醫院	9	4	0	13
小計	醫學中心	7	12	0	19
	區域醫院	29	52	0	81
	地區醫院	149	216	4	369
總計		185	280	4	469

1、本表計算成長率之門住診點數不含交付機構。

2、本表以合併申報之家數計算。

3、不含 108 年歇業院所。