

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

107 年第 2 次會議紀錄

時間：107 年 6 月 27 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

出席代表：

盧代表瑞芬	盧瑞芬	孟代表令妤	孟令妤
洪代表子仁	洪子仁	吳代表鏘亮	吳鏘亮
王代表明鉅	請 假	童代表瑞龍	楊耀山代
陳代表亮良	陳亮良	嚴代表玉華	嚴玉華
林代表錫維	林錫維	鄒代表繼群	鄒繼群
吳代表志雄	請 假	李代表允文	請 假
郭代表宗正	詹德旺代	趙代表昭欽	請 假
謝代表文輝	謝文輝	謝代表輝龍	謝輝龍
黃代表遵誠	黃遵誠	羅代表永達	羅永達
陳代表石池	黃雪玲代	張代表克士	張克士
張代表德明	李偉強代	謝代表景祥	謝景祥
施代表壽全	林富滿代	謝代表武吉	謝武吉
程代表文俊	潘延健代	林代表慧玲	林慧玲
郭代表守仁	郭守仁	唐代表宏生	請 假
邱代表仲慶	邱仲慶	陳代表威仁	蘇美惠代
鍾代表飲文	請 假	劉代表淑芬	劉淑芬
林代表欣榮	林欣榮	林代表恒立	請 假
申代表斯靜	申斯靜	顏代表鴻順	請 假
劉代表碧珠	劉碧珠	王代表榮濱	林鳳珠代
周代表思源	李佳珂代	梁代表淑政	梁淑政
蘇代表主榮	蘇主榮	李代表純馥	李純馥

列席單位及人員：

衛生福利部社保司

周雯雯

衛生福利部醫事司

李中月

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴 盛培珠

衛生福利部疾病管制署

李佳琪 詹佩君

台灣醫院協會

江弘基 張碧玉

王秀貞

鄭禮育

吳心華 洪毓婷

中華民國醫師公會全國聯合會	林筱庭			
中華民國護理師護士公會全國聯合會	陳秀枝	梁淑媛		
中華民國物理治療師全國聯合會	陳奕穎			
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	宋佳玲			
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷			
本署臺北業務組	徐麗滿	許寶華	張念賓	陳雅惠
本署北區業務組	劉孟芸芝			
本署中區業務組	楊惠真			
本署南區業務組	賴阿薪			
本署高屏業務組	曾慧玲			
本署東區業務組	王素惠			
本署醫審及藥材組	王本仁	詹淑存		
本署資訊組	李冠毅			
本署財務組	楊小娟			
本署企劃組	吳千里			
本署醫務管理組	劉玉娟	谷祖棣	劉林義	王玲玲
	林右鈞	洪于淇	陳依婕	鍾欣穎
	劉勁梅	林 蘭	鄭智仁	鄭正義
	蔡孟好			

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林沁玫

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認

參、報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形

決定：序號第 1 項，有關廠商對特約院所辦理安全針具使用之教育訓練，於 107 年 12 月底回復辦理情形；序號第 2 項，醫院初級照護案件之疾病趨勢分析委託研究結果，納入下次會議報告，餘解除列管。

第二案

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案

案由：106 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

	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
106Q4	浮動點值	0.8265	0.8959	0.8853	0.8622	0.9203	0.8789	0.8694
	平均點值	0.9044	0.9340	0.9332	0.9222	0.9488	0.9273	0.9234

- 二、結算說明表，置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：修訂全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案

決定：洽悉，修正重點如下：

- 一、「同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖」指標之降血糖藥物之 ATC 分類範圍：增列降血糖藥物 ATC 分類 A10BK。
- 二、「用藥日數重疊率-同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症」指標之抗思覺失調症藥物之 ATC 分類範圍：排除 Prochlorperazine 成分（ATC Code 為 N05AB04）。

第五案

案由：107 年醫院醫療給付費用總額分配之點值結算方式報告

決定：

- 一、106 年新增特材未於時程內導入，預算共 2.48 億元，於 107 年一般服務基期預算，每季扣減 62 百萬元(2.48 億元/4 季)。
- 二、為配合醫療法修正，依醫事司提供之 29 家應回歸醫院名單計算，於 107 年一般服務醫療服務利用及密集度之改變編列 4 億元。
 - (一)截至 5 月底僅 7 家附設門診部回歸原醫院，醫療費用約 1.68 億元(臺北分區約 1.6 億元、高屏分區約 38 萬元、東

區分區約 7.3 百萬元)，爰以此金額依回歸分區予以分配。

(二) 多編列之 2.32 億元將不予計算，並自 108 年一般服務預算基期中扣除，相關處理方式亦將於全民健康保險會委員會議報告。

三、洽悉，結算方式如附件 1。

肆、討論事項

第一案

案由：107 年區域級(含)以上醫院門診件數降低 2% 案，建議排除結核病案件

決議：本案未通過。

第二案

案由：應用 107 年醫院及西醫基層醫療給付費用總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案。

決議：請台灣醫院協會同三層級協會及護理師護士公會召開會議討論，並於 1 個月內(7 月底)提案。

散會：下午 5 時 45 分

與會人員發言摘要詳附件 2

107 年區域級(含)以上醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年之 98%，超過部分，按該院門診每人平均點數，不予分配之計算邏輯

一、申請件數及點數計算方式：

(一) 透析、代辦、轉代檢及以下其他部門，其件數及點數排除，定義如下：

1. 代辦案件：

(1) 門診案件分類：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA、DF。

(2) 多氯聯苯中毒之油症患者：部分負擔代碼為 901。

2. 其他部門：

(1) 居家與精神疾病社區復健：門診案件分類為 A1、A2、A5、A6、A7。

(2) 居家醫療照護整合：門診案件分類為 E1 且特定治療項目(一)~(四)為 EC。

(3) 提供保險對象收容於矯正機關者之醫療服務計畫：特定治療項目(一)~(四)為 JA、JB。

(4) 末期腎臟病前期(Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫：門診案件分類為 E1 且特定治療項目(一)~(四)為 K1。

(5) 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：門診案件分類為 E1 且特定治療項目(一)為 EB。

3. 轉代檢：轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN_ID_MARK)為 5、6。

(二) 非屬醫院申報者不計：交付機構(如特約藥局、物理治療所、病理中心、檢驗所等)申報之案件，其件數及點數一律不計。

(三) 下列案件之件數及點數均排除不計：

1. 重大傷病(含罕病)案件：部分負擔代碼為 001。

2. 轉診案件：

(1) 轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件：部分負擔代碼為 A30、B30。

(2)轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1。

(3)經離島醫院診所轉診至台灣本島門診及急診就醫者：部分負擔代碼為 008。

3. 視同轉診案件：部分負擔代碼為 A31、A40、B31、B40。

4. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)：特定治療項目(一)~(二)為 G9 案件。

5. 西醫醫療資源不足地區改善方案-醫院部門：特定治療項目(一)~(二)為 G5 案件。

6. 論病例計酬案件：門診案件分類為 C1。

7. 愛滋病案件：門診案件分類為 E2、E3。

8. C 肝案件：門診案件分類為 E1 且特定治療項目(一)~(四)為 H1 或 HE。

9. 論質計畫且慢性病未穩定案件：門診案件分類為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份小於 3 個月(<84 日)。

10. 主診斷為類流感案件：依疾管署定義 ICD-10-CM 代碼前三碼為 J12、J13、J14、J15、J16、B25、A37、A22、B44、J17、J18、J09、J10、J11。

11. 急診案件：門診案件分類為 02。

12. 門診手術案件：門診案件分類為 03。

(四) 慢性病連續處方箋調劑(案件分類為 08)、診察費為 0 案件、補報原因註記為 2(補報部分醫令或醫令差額)之件數不計。

二、核減方式：按季結算，並自 107 年第 3 季執行。

(一) 基期期間：106 年。

(二) 不予核扣：

1. 106 年該院符合納入計算範圍之門診件數占該層級件數小於等於 0.50%者(以小數點第五位四捨五入計算)，不予核扣。

2. 該院 107 年當季未超出 106 年當季門診件數之 98%者，不予核扣。

(三) 該院 107 年當季超出 106 年當季門診件數之 98%者，核減方式如下：

1. 該院 107 年當季門診每人次平均點數 \times (該院 107 年當季門診件數 $-$ 該院 106 年當季門診件數之 98%)。
2. 該院 107 年當季門診每人次平均點數 = 該院列入計算之當季醫療點數 (申請點數 + 部分負擔點數) / 列入計算之件數。

備註:

1. 本案所指主診斷係指門診醫療服務點數清單段「國際疾病分類碼(一)」。
2. 類流感案件依疾病管制署公告，路徑：統計資料\傳染病統計資料查詢系統\常見問題\健保次級統計資料使用疾病別 ICD 代碼對照表。
3. 視同轉診案件依全民健康保險轉診實施辦法規定。
4. 每季月末之次月底前受理案件，納入當季統計(如費用年月為 107 年 7-9 月，於 107 年 10 月 31 日前受理者納入第 3 季)，未於前開期間受理者，則依受理日納入所屬季別計算。

107 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式

一、107 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 106 年 12 月 28 日衛部健字第 1063360185 號公告及 107 年 2 月 13 日衛部健字第 1073360018 號公告）。

(一) 醫院醫療給付費用成長率 4.555%，其中一般服務成長率 3.576%，專款項目全年預算為 27,017.7 百萬元，門診透析服務成長率為 2.622%。

(二) 總額設定公式：

107 年度醫院醫療給付費用＝校正後 106 年度醫院一般服務醫療給付費用 × (1 + 107 年度一般服務成長率) + 107 年度專款項目預算 + 107 年度醫院門診透析服務費用。

107 年度醫院門診透析服務費用＝106 年度醫院門診透析服務費用 × (1 + 成長率)。

註：校正後 106 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 106 年第 4 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

(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 50%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，50%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。

3. 各地區門住診服務，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、106 年新特材未於時程內導入，預算 2.48 億元，於 107 年一般服務基期預算，每季扣減 62 百萬元(2.48 億元/4)。

三、醫院附設門診部回歸原醫院，於 107 年一般服務其他醫療服務利用密集度改變項目編列 4 億元，每季扣減 1 億元(4 億/4)，並依已回歸原醫院申報院所，以每點 1 元估算所需費用，107 年約 1.68 億元。

四、107 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預算

1. 107 年度各季醫院一般服務部門醫療給付費用總額

= 【106 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 105 各季校正投保人口數成長率差值 - 106 年新特材未導入預算(2.48 億元/4)】× (1 + 3.576%) - 其他醫療服務利用密集度改變項目預算(4 億/4)。

2. 107 年度醫院各季投保人口預估成長率差值金額：

第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季
269,239,411	235,257,672	396,749,751	152,251,657

※校正後 106 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 106 年第 4 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

※107 年度以 105 年度每季季中預估與實際投保人口預估成長率差值校正。

(二) 品質保證保留款

107 年品質保證保留款移列專款

106 編列之品質保證保留款預算 = (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成數長率差值) × 106 年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

(三) 一般服務醫療給付費用預算四季重分配(不含門診透析服務、品質保證保留款)：

1. 107 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配採近 3 年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第 1 季 23.884553%、第 2 季 25.104612%、第 3 季 25.245979%、第 4 季 25.764856%。

※依據 106 年 11 月 22 日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」106 年第 4 次會議決定，自 107 年醫院總額一般服務預算四季重分配採近 3 年每季醫療申報點數占率平均分配。

2. 107 年調整後各季預算 = 107 年醫院總額一般部門服務醫療給付費用總額預算(不含門診透析服務、品質保證保留款) × 各季新占率。

3. 各分區第 1-3 季調整後預算：以前述調整後季預算數乘各區當季人口風險因子(R)、費用占率(S)。

4. 各分區第 4 季調整後預算：為各分區原全年預算數扣減前 3 季調整後預算數。

(四) 107 年醫院總額門診透析服務預算

= 106 年醫院總額門診透析服務預算 × (1 + 2.622%)

(五) 107 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵預算為 1,088 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。

(六) 一般服務部門分配至各分區總預算

1. 醫院調整後一般住診服務費用總額

=【107年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、品質保證保留款)+門診透析服務費用】×55%+(107年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)/4)。

2. 醫院調整後一般門診服務費用總額

=107年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、品質保證保留款)+門診透析服務費用)+(107年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)/4)-醫院調整後一般住院服務費用總額-門診透析服務費用。

五、地區預算分配計算方式

(一) 分區門診一般服務預算總額

=全區門診一般服務預算總額×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+全區門診一般服務預算總額×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(加總後四捨五入至整數位)+各分區醫院附設門診部回歸醫院費用。

(二) 分區住診一般服務預算總額

=全區住診一般服務預算總額×該分區人口風險因子權重×人口風險因子校正比例+全區住診一般服務預算總額×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(加總後四捨五入至整數位)。

六、107年各季醫院總額點值結算說明

(一)結算時間

各季	費用年月	核付區間(財務傳票日期)
第1季	106年12月(含)之前	107年4月1日~107年6月30日
	107年1~3月	107年1月1日~107年6月30日
第2季	107年3月(含)之前	107年7月1日~107年9月30日
	107年4~6月	107年4月1日~107年9月30日
第3季	107年6月(含)之前	107年10月1日~107年12月31日
	107年7~9月	107年7月1日~107年12月31日
第4季	107年9月(含)之前	108年1月1日~108年3月31日

各季	費用年月	核付區間(財務傳票日期)
	107年10~12月	107年10月1日~108年3月31日

(二)107年醫院總額保障項目(非浮動點數) 如附表。

(三)浮動點值、平均點值之計算

1. 各分區非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額

= [分區門診一般服務預算總額 + 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) - 加總(門住診偏遠地區當地就醫核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值) - 加總(門住診偏遠地區當地就醫核定非浮動點數) - 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. 全區浮動每點支付金額

= [一般服務門診預算總額 + 一般服務住診預算總額 - 加總(門住診核定非浮動點數) - 加總(門住診自墊核退點數)] / 加總(門住診一般服務浮動核定點數)。

3. 平均點值

= 預算總額費用 / (投保該分區當地就醫浮動核定點數 + 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 + 投保該分區非浮動核定點數 + 當地就醫分區自墊核退點數)。

七、專款專用結算說明

(一) C型肝炎用藥

1. 全年預算：4,528.0 百萬元，107年本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

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 J05AB04、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 J05AB04 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. 全年預算為 13,960.5 百萬元，不足部分由其他預算支應。

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 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/藥材專區/藥品/《用藥品項》7.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 4,399.7 百萬元，不足部分由其他預算支應。
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：全年預算為 1.187 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

項目	擷取條件
	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(須扣除 REA 核減金額)。 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。
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(須扣除 REA 核減金額)。 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。

(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 P4601B 「急性腦中風、心肌梗塞及重大外傷照護獎勵」、P4602B 「嚴重敗血症照護獎勵」，醫令類別為 2、X 或 Z。

(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，地區醫院每人每日 290 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 1,088 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. 全年預算為 80 百萬元，本項預算得與西醫基層總額同項專款可互相流用。
2. 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」（資源缺乏地區鼓勵加成），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(一)為「G5」案件。
3. 藥費、藥事服務費、診察費加成為非浮動點數；餘為浮動點數。
4. 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」。

5. 本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。若當季預算超出預算時，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 $40 \text{ 萬} * 2 (\text{參與月數}) = 80 \text{ 萬}$ ，全年結算補助上限 $500 \text{ 萬} * 11 (\text{參與月數}) / 12$)。

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，全年預算為 258 百萬元。

1. 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」且醫令類別為 0、X 或 Z 者之醫令點數。

2. 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」(13.46 億元)按季支應，每季最多支應 3.365 億元(13.46/4)，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 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 107 年度品質保證保留款(406.5 百萬元)合併運用

計 795.2 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」。

107 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	促進供血機制合理運作	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。

※與會人員發言摘要

主席

今天會議報告案有五案、討論案兩案，上次會議紀錄有沒有意見？如果沒有意見，會議紀錄確認，如會議中大家有覺得有意見請隨時提出討論，接下來報告案第一案。

健保署醫管組劉專門委員林義

為了響應無紙化，大家桌上有一台平板，如有任何問題大家可以舉手，我們同仁會給予協助，另下次會議開始就不寄送紙本資料，大家會收到電子檔。

報告案第一案：本會歷次會議決定事項辦理情形

主席

有關安全針具部分，如何落實執行安全針具法規規定，請醫事司補充說明。

醫事司李科長中月

按照醫療法規定，醫院要在 105 年全面提供安全針具，在前幾年逐步要落實法令規定前，透過 CDC 感控查核及醫院評鑑實地評鑑，都有逐步輔導，希望醫院能配合，目前我們透過考評了解醫院辦理情形，目前應該是沒有什麼特別問題。

主席

目前安全針具執行率約 52%，請醫事司參考。

醫事司李科長中月

好。

主席

請問各位代表有沒有意見？

謝代表武吉

第一項安全針具在 107 年 12 月 31 日要完成教育訓練，還沒有達到目標期限。李科長所提安全針具，我比較不能夠苟同，以實務角度，你們這些當官的，說法和想法都比較不一樣，主席提到 105 年安全針具執行率 52%，這是全國都要執行的，基層診所達到多少目標值？醫美診所所有沒有達到？這要解除列管，我覺得感覺上較不妥。

第二項 106 年區域級初級照護，本案造成某團體某位理事長差點被翻盤，鬧得很大，106 年 11 月到 12 月份，只有 11 家核扣，核扣點

數 1 千 1 百萬而已，這還有問題，應該要繼續追蹤。第三項附設門診部部分，列入本次第五案報告案，有沒有通過這應該是等一下來談的。

第六項門診減量，這案子不能解除列管，7 月 1 日才要開始落實分級醫療轉診制度，現在還沒有看到結果要解除列管，我覺得不妥。

陳代表亮良

本席是付費者健保委員會委員代表，今天會議日期改了三次，下次確定那天要開就決定那天開會，因我是現職公務人員，上禮拜才開健保會，這禮拜開醫院總額，這禮拜才收到正式公文，請假也非常困難，另建議醫院總額會議是不是 14:15 召開，我從雲林趕來最快 14:15 到。有關歷次會議決定事項辦理情形，我和謝武吉委員同樣的道理，我是基層不是當官的，所以安全針具要重視，昨天才發生台大洗腎導管誤接的情形，公部門就這樣，私部門更加需要把關。雖然我是公務人員，但我們代表全國公務人員，大家都有繳錢，對健保問題大家都能重視，尤其是民眾就醫習慣都是會到醫院，像我們雲林偏鄉，去社區藥局買感冒藥水就吃了，直到病情變嚴重才會去大醫院就醫，就醫過程當中希望受到保障，馬斯洛的需求理論，吃得飽、穿得暖，醫療安全是一種社會安全保障。感謝醫療提供者的辛苦付出，創造台灣健保的永續發展，大家都用心努力。

劉代表淑芬

有關安全針具部分，非常謝謝健保署的努力，在 item 中有請我們勾選難用或很難用的原因，第一個部分「蓋子角度不良」、「針頭比較鈍」、「其他建議」，但蓋子角度不良針頭較易脫落，如何用教育訓練來改善？是不是整體的原因別當中，某些可以用教育訓練改善，某些就是產品瑕疵、困難使用，應有比較具體的對應，請提供資料給我們參考。

主席

大家還有沒有其他意見？沒有意見請醫審及藥材組回應西醫基層安全針具執行情形。

健保署醫審及藥材組王專委本仁

西醫基層 106 年的安全針具專款預算執行率約 5.41%。

主席

醫美診所不是健保特約院所，所以沒有資料。請醫管組回應開會時

間部分。

李代表純馥

總額研商議事會議時間在前一年就訂好今年開會時間，這次長官因公出國，所以改時間，另醫院也非常忙碌，要找大家都能到的時間，中間折衷了好幾次，造成代表困擾，在這邊向您抱歉，下次我們會改進，儘早通知，資料也會儘早提供。

主席

剛剛謝代表提到，門診減量 2%未獲共識部分，本署已報請衛福部裁定，所以解除列管。未來分級醫療就推動持續進行。序號第 3 項，附設門診部回歸原醫院列入報告案第五案報告，所以先解除列管，如報告案第五案有新問題，需要列管的再列管。另序號第 1 項持續列管，大家有沒有意見？如果沒有意見，第 1 項持續列管。

劉代表淑芬

是不是可以提供相關資料給我們參考，因為有很多是產品設計上的問題，並非教育訓練就可以解決的，讓我們知道那些廠商產品有瑕疵、不好用。

主席

請醫審及藥材組記下來，如產品有瑕疵，回饋給代表們。

健保署醫審及藥材組王專委本仁

醫療產品瑕疵本來就有院所自己內部或醫材許可證主管機關的通報體系，我們是做整體性的問卷調查，可以提供問卷內容的統計數據。

主席

序號第 1 項、第 2 項持續列管，第 3 項、第 4 項、第 5 項及第 6 項解除列管，報告事項第一案就確認，接下來第二案。

報告案第二案：醫院總額執行概況報告

主席

執行概況報告，大家有沒有意見？

陳代表亮良

議程第 20 頁，健保署是否有政策的改變，有一些兒童醫院都併到本醫院，這些兒童醫院已經沒有它的必要性，才併入醫院？地區醫院減少 7 家，從付費者的角度，真的很擔心台灣健保的走向，台灣醫院財團化，壟斷台灣醫療。雲林診所愈來愈少，老醫師看死掉後就不

看了，年輕醫師沒辦法下鄉，健保署是不是要有一個強而有力的作為，如何抑制這種醫療財團化？不然如何推分級醫療？

上禮拜開健保委員會議，本席也提出第一季門診量竟然是正成長，那門診數要降 2%，怎麼推啊！五年要降 10%，陳時中部長講的，要怎麼下放三級醫療？另第 22 頁，中區急診病床為什麼減少 30 床？南區部份，我成立健保監控的網路聯盟，會員數 2,000 多個，常常跟我抱怨雲林找不到病床，為什麼又減少 30 床？

謝代表武吉

我們自己也有做統計，發現有多家醫院雖然件數下降但平均點數卻呈現成長，且點數成長幅度大於件數下降。簡報第 5 張點值預估，要分成三層級醫院的浮動點值、平均點值，地區醫院拿到的平均點值是最底的，剛陳代表剛提到地區醫院倒 7 家，這不是沒有原因的，這是在不公平的競爭下產生的結果，如何才能達公平的競爭，這是非常重要的，這也是地區醫院家數減少的原因。

羅代表永達

簡報第 13 張，地區醫院占床率達 63.57%，我們很高興，但以往所得到的數字好像有很大的落差，我們之前也做過全國的統計，約 30%~40%，可不可以再給我們正確的數字？

謝代表文輝

簡報第 15、16 張，三個層級醫院都有成長，地區醫院占率 16.4%，地區醫院蠻多是醫學中心附設醫院，尤其是新設立醫院不斷地成長，但資料我們看不出來，是不是可以統計？希望有區別，不然表面上看起來地區醫院在成長，實際上是在萎縮。

門診醫療費用中區成長 9.2%，有一些少數的醫學中心附設醫院裡面是確實成長，但真正一般的醫院不可能有高的成長率，要如何管控，健保署裡應該要有因應措施，不然所有地區醫院未來只要大家一直成長，地區醫院會不斷地萎縮，費用不斷地被刪減，被扣的不斷地增加。

張代表克士

我想前面幾位代表所講的都回到同一個問題，過去我在好幾次會議都提到，請健保署提供資料時能夠更精確一點，目前看到地區醫院占率約 16%多，但其中很多都是大型醫院的分院，傳統的地區醫院真正占率可能只有 10%左右，成長高的很多都是財團的分院、醫學

中心的分院或是體系的分院，不是真正的地區醫院，例如，請問輔大附醫可以算是地區醫院嗎？現在是用地區醫院申報沒錯，但依其床位及規模未來一定不是地區醫院。地區醫院成長絕大部分都是因為類似的醫院，像輔大醫院、雙和醫院、亞大醫院、安南醫院，它們是地區醫院嗎？亞大醫院一個月營業規模大約 2 億，這像地區醫院嗎？它們開始的時候都是用地區醫院做申報，但其實都不是真的地區醫院，這會讓消費者代表誤解地區醫院還在成長，而事實上是萎縮的非常嚴重！羅代表提到地區醫院占床率，我想裡面應該有很多是因前面所說，大型醫院的附設醫院造成的，但數字也可能有錯。目前地區醫院有如此高的比例是財團或大型體系的分院，這是十分嚴重的問題！剛剛陳亮良代表提到雲林的狀況，我相當能夠體會，偏鄉的地區醫院及基層醫療已經萎縮得非常嚴重，衛福部及健保署必須要正視，爾後也請提供較符合實際狀況的資料。另真正關掉的醫院是 8 家不是 7 家。

陳代表亮良

醫療財團化非常地嚴重，簡報第 5 張點值預估，臺北區和中區浮動點值 0.77 多，這可以預期，如同剛剛我講的現象，臺灣醫療財團化非常嚴重，身為人民的公僕，要未雨綢繆，如何防範醫療財團化現象，醫院過度密集，偏遠地區沒有人要設立醫院，因每開就倒閉，沒有民眾，就沒有就醫，我們身為健保委員，也是醫院總額代表，真得要重視這個問題。

在第三屆 107 年第 4 次健保委員會的會議紀錄第 44 頁，我針對三級醫療如何推動？如果無法推動，就要承認無法推動，回歸市場自由機制，古典經濟學長亞當斯密說，要讓市場自由放任讓它自己去平衡，不要過度去干預它，萬一無法達到你預期及目標。第一季成長過高，五年要如何完成門診減少 10% 政策，我請署長說明，署長都不理我，可惜我們都是雲林虎尾人，我的提問為什麼不答覆，三級醫療有沒有問題？

另針對昨天台大洗腎接錯管線事件，我很同情護理人員，我本身是勞工專家，勞資關係我很內行，她有沒有過勞？公部門一直不願意聘任公職護理師，都用約聘僱，約聘僱的彷彿像訓練所，畢業後就做約聘僱，等訓練成熟後，10 年、20 年，到私立醫院待遇較好，造成兩條人命耶，人命關天，我們也不想發生這種情形。

謝代表武吉

希望在以後報告增加件數成長。

主席

門診件數資料在簡報第 17 張。

謝代表武吉

我們在健保會也有說過，要注重大醫院軍備競賽情形，竟然有負成長 3%、8%，但每件點數成長 455 點，也有件數負成長 2.6%，但點數成長 402 點，這不會很過分嗎？還有成長是 0.2%，那只有 1 間而已，但是件數成長 394 點，我們只有看到一小部分。我們希望醫院不要再軍備競賽了，也不要再太過血汗了，應該要趕快下放給地區醫院或診所，大家共同努力合作來分級醫療、轉診制度，這是我們共同的目標和理想，我們希望以後能夠看到那一家費用成長最多，直接點名點出來，不用客氣，如果是我們地區醫院，健保署說你們每件的成長點數很高，那我們嚇都要嚇死了，還怕醫師跑掉，都在想辦法讓醫師怎麼配合才好。為何大醫院如此翻天覆地就都可以呢？

潘代表延健(程代表文俊代理人)

剛才很多代表也提到點值問題，投影片第 5 張全國平均點值是 0.8864，如果照風險監控，低於 0.9 要啟動相關機制，讓點值穩定，當然大家提到成長背後原因很多，包括核減審查，公開具名審查造成的影響，是不是能有一個專案性針對這問題做追蹤。

簡報第 20 頁，費用成長分析，門診藥費成長 12.3%，扣除 C 肝藥費成長是 8.6%，C 肝藥費在全國總藥費比例不是那麼高，但成長率高達 4% 多，整體費用貢獻度，藥費占 57.2%，C 肝藥費成長也在裡面，不知道罕病、血友病的貢獻度如何？另每年度都會有藥費目標連動到藥費的調整，是不是包括 C 肝或罕病藥費的成長也在裡面？如果放在裡面就不合理了，因 C 肝屬政策性，不應該放在連動中。

劉代表碧珠

剛很多先進提到整體費用的成長和點值的連動性，費用結構的成長，不是只有費用類別，真正影響到費用結構，可能是疾病型態、科別，健保署應分析費用成長在那些專科，比方說新陳代謝科，疾病變化下，病人數增加，所以單價也提高，每家醫院科別結構又不同，所以只看費用結構，在整體總額管理效果可能不是那麼大，健保署有完整的資料，在座各醫院可以看到全國各家醫院的費用結構，包括費用、人次及醫師數的成長，這些數字各醫院都可以找的

到，但如果要就科別特性去看的時候，可能是管理上的重點。

李代表偉強(張代表德明代理人)

假設醫院住院、門診人次都沒有成長，費用還是會成長的，因健保署去年10月調高支付標準，如以公家醫院來看，我們門診量沒有增加，可是費用增加，內部分析問題：第1點、C肝費用占蠻高的，一個人費用約25-26萬；第2. 罕病用藥，1個人1年費用可能要3,000萬，基本上罕病病人都會集中在醫學中心，我們只要多照顧幾個病人，費用就會暴漲，所以這些費用的成長，要考慮這些原因；如果不是這些情況，我們要檢討成長的原因。對於新藥新科技的管制，是大家要思考的，現在健保財務有困難，因為署長講了好幾次，所以在委員會上把關要更嚴謹，檢討那層級或那家醫院，這不是我們能夠控制的，因為那些藥很貴，當初讓台灣人得到照顧，這是台灣健保的驕傲，不論是那層級的醫院，大家都是要照顧這些病人。

上次健保會我們也提過，總額做了20年了，我們討論過這個問題，應該健保成立一個專案小組，或者請學者專家、第三方代表，好好討論未來10年要怎麼走，這是一個大方向，醫學中心、區域醫院、地區醫院那個層級，也不是健保署可以決定，是衛福部要做的，如果將來有些醫院規模很大，至少是區域級以上，成立就不要叫地區醫院，因為它的規模就不是地區醫院，這可在衛福部提案，先觀察1年，1年後就申請醫學中心或區域醫院，避免造成現在大型地區醫院的感覺。

陳代表亮良

新醫療新科技，我們一定認同，我們不希望罕病變成人球，很多政策，像C肝，本來是政府的預算，搞到最後變成健保總額，我也擔心，長照是政府的政策，未來也跑到健保總額。現在醫院不蓋病房了，都蓋老人長照的護理之家，他們知道這有市場，我們付費者的心會痛，萬物皆漲薪水卻沒漲，慢箋還要收費兩百元，我們健保會委員一致認為不應該收，所以我覺得政府推動的政策，既然要政策買票，就應該實質的編列預算，所以未來健保的演化，我希望有平衡的現象，不要過度密集，應要普及。

據我了解，台灣健保實施10幾年來，醫院總額協商達成共識只有兩次，問題出在那裡我也不知道，是不是醫院代表和付費者面對面來開會，雙方先溝通，達成雙贏，問題到底出在那裡，我真也不了解，健保署有沒有好的良策啊？

謝代表文輝

大家剛剛看到的數據都是依據我們過去的準備的方式，醫學中心李代表、潘代表所提的，其實和我們七月份要執行的門診件數降低 2%，都是排除項目，所以七月份後看到數就不一樣。另剛李代表建議未來如有新成立醫院，在衛福部申請時，就是要做急重症，做區域醫院或醫學中心，申請健保特約，當然就要用區域級以上，才不會像現在地區醫院看起來成長這麼多，我們張院長說地區醫院占率只約 10%，16%的意義就不大了，所以應該要分開，不然地區醫院成長率最高，和事實有很大的落差。

陳代表亮良

回應李代表，是不是在其他部門增列罕見疾病項目，可以評估看看。

主席

大家都表達了非常多的意見，首先，陳代表對上次的於健保會，署長和您之間的溝通，我們會把您的意見轉給署長。另外醫院代表與付費者代表總額協商溝通時間，健保會會安排。針對代表的提問，先請醫管組說明，接著請醫審及藥材組，最後由醫事司回應新醫院評鑑、申請及醫療財團化的問題。

李代表純馥

第 5 張投影片提到浮動點值的問題，潘代表、謝代表有提到點值低部分，健保署有沒有相關措施，這禮拜署內主管會報已請各分區業務組針對浮動點值下探原因做解構，預估點值是本署還沒啟動自主管理及專業審查的核扣，這是推估值，這部分署長也非常重視，所以希望我們要控制不當的重複用藥或重複檢查。去年 10 月調整支付標準，各層級都有支付點數的成長，推估第 1 季因支付標準的影響約 13 億，第 1 季還有流行性感冒的影響，所以第 1 季就醫的量也比較高。

投影片第 8 張，陳亮良代表提到為什麼兒童醫院要併總院申報，因醫院為方便申報，申報時合併在同一個資訊系統，可是醫院還是各自獨立，醫院屬性，包括機構代碼、院長，都是分開的。投影片第 11 張，陳代表提到南區慢性床減少 30 床，主要是中榮灣橋醫院有一些調整，包括醫師人力的招募、偏鄉人口下降，造成使用率的下降，這部分都有報請各縣市衛生局處理。投影片第 13 張，羅代表提到地區醫院占床率為 63.57%與概念上的不同，在備註第 2 點說明此占床率有排除急性精神病、慢性一般病床、慢性精神病床、嬰兒床、

洗腎床、急診暫留床、其他觀察床、腹膜透析床等，所以可能因為範圍不同。

投影片第 15 張，除流感影響外，還有支付標準調整，對於地區醫院的成長率部分，去年第四季地區醫院支付標準調整 22 億，所以今年第一季對應去年第一季成長是高的。至於分析到各不同背景屬性的院所，我們有授權分工，這部分會到各分區的共管做分析解構。至於劉代表提到因為疾病、科別型態或專科部分要不要再細分，健保署的資料庫雖然很多，看從那個面向來看，有就醫科別、醫師本身的科別，就醫科別病人就醫的屬性和同樣醫師開的診，不一定是同一種科的病人，當然就會有不同就醫科別的呈現，所以如果要做就醫科別，還會再做研究，如果分析科別或院所別，傾向在分區或 CIS 指標分析時管理，但並不代表不改我們的報表，我們也可以思考看看，看看每科別近幾年的占率，不過這個問題很複雜，因為科別可能因為疾病型態的改變、新藥新科技的導入，占率都會變動。

主席

請醫審及藥材組說明。

醫審及藥材組王專門委員本仁

第 1 點，代表關心藥費預算的部分，大家可以看到第 36 頁罕見疾病藥費 57.9 億、血友病 31 億多、HIV 35 億，第 2 點，代表提到 C 肝或罕病藥費是否有排除在藥費目標，我印象中在 106 年是有排除的。專業雙審、具名審查的議題部分，早期剛開始試辦時，雙審確實是要有兩位醫師交集有共識，我們才做核減，但在實務上有困難，所以我們已調整為特殊情形才需要雙審，如 DRG 或核減率變化太大，我們需要另一位審查醫師確認，所以在兩個醫師的雙審情形比較特殊情形才要，大多數情形是不需要的。核減案件公開具名的部分，現在很多科也都退場了，所以還有在試辦的某些區或某些科的比重在下降中。大家關心點值部分，影響點值的因素非常多，這另外探討，另非常感謝台灣醫院協會持續承接醫院總額的醫療服務審查，在醫院體系中有沒有那些是不該用而用的，希望醫協能夠具體提供建議，來減少醫療浪費。

主席

先請醫事司李科長說明。

醫事司李科長中月

關於委員關切醫院財團化大型化的趨勢，先初步回應，第 1 點，醫院設立申請是依照醫療網的規劃，且按照醫療區域劃分，就區域內的病床資源審查，醫院如提出申請要設立或者擴充病床，99 床以下規模，向地方申請核准就可以，100 床以上，則須經地方審查並報到本部審查同意後才可設立，對於醫院申請案的審查，本部訂有醫院設立擴充許可辦法，針對大型化醫院已有相關規範。

第 2 點，依醫院病床歷年統計，均約維持在七萬多床左右，消長不明顯，醫院家數卻有減少，顯示醫院有大型化趨勢。目前本部正在研擬修正醫院設立擴充許可辦法，朝向避免醫院大型化方向修正。

第 3 點，本部去年就台灣地區有關醫院病床如何合理配置已進行委託研究計畫，將於今年底結案，將參考計畫分析的民眾就醫流向，再來看看現在醫療區域劃分的合理性，以及各區域所需要的病床資源怎麼樣算合理，對於有些地區，比如說人口數少，地理環境不佳，醫院不會去興設的地區，資源比較不足的地區，如何運用其它方式補強，來提升就醫平等性。謝謝各位委員，相關意見將帶回做為未來相關政策參考。

主席

謝謝李科長的說明，對於醫療供給面，牽涉醫療法規及評鑑，這不是健保署可以處理的，請醫事司一起面對這些問題。

林代表欣榮

剛剛提到醫院設立，以前臺北看中南部，現在中南部沒什麼問題了。

謝代表武吉

南部一樣也有問題。

林代表欣榮

OK! 我以前也待過北港醫院 7 年，現在在花蓮，花蓮蠻可憐的，都是宗教醫院，要不然就是公立的部立醫院、榮民醫院，都是找不到醫生、護士，東部幅員很廣，醫院效能沒有西部都會區好。醫院設立要特別考量，東區的醫院在地化是最好的。不管專業人員的訓練，要送到西部才能拿到專科醫師，東部醫檢師要到西部來訓練，很不公平，我 2001 年到花東服務，糖尿病衛教師都要送到西部訓練，現在不用了，因花蓮慈濟醫院可以幫忙訓練，東區所有的醫院蠻和諧蠻團結的，一家醫院都不能倒，每家醫院都要把當地居民顧好。人才培養部分，只要地方兩個大學配合培養出來的，有 50% 的人會

留在東區服務，當然我們可以從西部挖人才，但不容易，真的也很困難。人才培育不是只是為慈濟，是為了花東，所以我們很多人才在慈濟訓練差不多就會分布在這些區域，所以要設立醫院，而且 RRC 為了爭取分數，本來就是六個剛剛好的，走掉一個，就不能訓練，我特別拜託部裡面，要為東區，西部太多了，不是東部多，東部不夠，要減是減西部，不要減東部，東部至少要留一個命根子在那裡，能夠為當地人培養專科醫師。當然我們也配合政策，下轉診所，我們成長了 290%，醫師增加 11.5%，所以要幫我們花東多點考量，假如這些醫師來，希望有合理醫師的診間數，而且我們醫院本來就是資優生，門診量占率是 40%多，要把東區特別的情況考量進去。

主席

剛剛林院長這番話是講給醫事司李科長聽的，本案也討論很久，今天還有蠻多提案，大家的意見我們都聽到了，如果還要發言，請簡短好嗎？

謝代表武吉

第 1 點，簡報第 5 張我希望增加各分區各層級的固定點值，浮動點值、平均點值。

第 2 點，還有成長點數，直接點出醫院，為什麼會成長這麼多，開這會的時候來公布，且健保會吳榮達委員已經把原因講得很清楚，不希望又增加分區業務組的壓力。

第 3 點，我要請教醫審組，所謂重複用藥的定義是什麼？如慢性病連續方箋，一支藥膏，用 28 天，但是他可能是 26 天就來拿藥，這屬於重複用藥嗎？但是你們的作法是把人家扣掉，這應該要考量，如果你再給他多掛一次號，是不是要多診察費及藥事服務費，是不是增加醫療服務的浪費。酸痛藥膏才 30 元而已，還要再花 3、4 百元，有必要嗎？我覺得沒這必要。

還有李科長回答非常有誠意，我們也曾經要求你們提出對中央、地方衛生局審查委員，應該公布給全國老百姓曉得，你們都好像是黑箱作業，這樣不對的，應該要公平公正公開合情合理化，才不會造成有官官相護，委託學者是非常好的，但是很多學者他們家後面還有大醫院在，他們作出來的東西很公正嗎？我是質疑，我已把衛福部所有委託研究計畫都全部 screen，台灣社區醫院協會，凡是有謝武吉的協會要去標一個學會一個單位，包括健保署都一樣，就算只有一個合格標也一樣，絕對拿不到標案，這人為操作，這不對的，應

該要改善，不應該什麼東西都是由學者專家研究，雖然我不是學者專家，但是我教博班，我們家博士很多，叫我怎麼信服！衛福部讓我沒有信服感，衛福部該改的就要改。

陳代表亮良

我剛一直強調醫療財團化，以人口數考量資源分配，這不公平，未來立法委員應該要修法，一定要考量土地面積等各種因素，剛才林院長提到東部，慈濟設立醫學院，培養人才，有的社區醫院就沒辦法，社區醫院要花大錢才能請到好醫師，沒請到好醫生又沒生意，就要倒閉，所以立足點不一樣。上次花蓮大地震我們在第一時間提案，我特別提案動用非預期風險因素，但後來調查醫療費約 200 萬而已，所以未達動支標準。

我們非常肯定長庚醫院在雲林設立，當然在比較偏遠，六輕工業區，醫療的設立確實有困難點，政府給他的就是靠近工業區，在地雲林根本沒有辦享用，這問題非常大，所以我一直強調如何來照護社區醫院還有區域醫院，因為我們雲林沒有醫學中心，7、80 萬人口沒有醫學中心，這比例真的差很多，我特別強調，醫療一定要普及，不要說今天來開會，第一句就這樣通過了，錢分一分就算了，我們不希望看到這種現象。106 年初級照護也是這樣就過了，錢都分掉了，裡面出了什麼問題，大家心知肚明，老實一點就有申報，不老實的就沒申報。未來醫療設立，我希望部要重視社區醫院和區域醫院，要怎麼樣去平衡這個醫療市場，所以在這邊特別語重心長，一定要落實照護醫療均衡，真的很重要。

主席

大家都表達非常多的意見，有關 107 年第 1 季的點值，也讓我們有點擔心，但還有分區這一關要處理，等到分區處理後如點值還是不太理想，就啟動相關檢討會議，這部分就討論到這裡，謝謝大家踴躍的表達意見，接下來第三案。

報告案第三案：106 年第 4 季醫院總額點值結算報告

主席

106 年第 4 季有扣除新特材未於時程內導入的預算，所計算出的點值，請問大家有沒有意見？

申代表斯靜

這報告案是點值結算，報告第二案是預估點值，總額支付制度品質

確保方案講到點值容許範圍，範圍應該是以一點一元的正負 5% 為檢討機制，剛主席提到未來再檢討點值的變化，目前點值已經非常低，在此正式提出請按照品保方案說明，在研商會議正式提案，逐步檢討擬定點值的對策來改善現況的各種問題影響。

主席

大家有沒有意見？

謝代表武吉

我補充簡報第 5 張，我還是要要求能在第三案呈現三層級分區點值，因為地區醫院的固定點值很低，所以地區醫院陣亡的原因也是在這裡，希望能公布給我們看。

主席

有關謝院長希望提供三層級點值，請醫管組回應。

李代表純馥

總額是以醫院當作一個大總額，沒有各層級的總額，點值的計算是以總額預算除以點數，如拆成各層級，預估浮動點值還是一樣，所以投影片第 5 頁預估點值，因沒有各層級的預算金額，所以無法計算，結算的部分，我們可以依照委員建議提供各層級點值。

主席

就是結算部分可以呈現，大家對點值還有意見嗎？

陳代表亮良

106 年度第 4 季點值總額結算報告，我想到 107 年有中醫和西醫癌症治療專案，我有提出針對雲林沒有醫院承作，慈濟在雲林有設分院，但不知什麼原因？

主席

這在中醫相關研商會議再提出來，好不好？

陳代表亮良

可是我沒有機會參加中醫會議，在這邊提出來，醫院有設中醫部門才有辦法啊！我的意思是在雲林原先還有中醫，北港那邊好像也有，我記得斗六是慈濟分院，現在改為診所，所以雲林就沒有，請重視一下。

主席

陳代表所提的是中醫專案，請同仁記下來看雲林地區能否提供這服

務，本案還是回到醫院點值，大家還有沒有意見？

邱代表仲慶

106 年度特材預算沒有用完，有沒有滾入 107 年？

主席

請醫管組回應。

醫務管理組劉專門委員林義

新特材在一般服務預算中，如沒有用完當然會從基期扣除。

主席

有沒有其他意見？如果沒有，點值就確認。另申代表所提的沒有錯，最後結算出來的點值確實不好，我們在這會議上提出來檢討，接下來下一案。

報告案第四案：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」

主席

品質確保方案修訂部分大家有沒有意見？沒意見就確認。

報告案第五案：107 年醫院醫療給付費用總額分配之點值結算方式報告

主席

今年第 1 季點值於 7 月結算，相關結算邏輯向各位代表報告，大家有沒有意見？

邱代表仲慶

請問醫院附設門診部回歸醫院總額，將來是否還編列費用？南部還有一間大林慈濟門診部。

主席

請醫事司李科長說明。

醫事司李科長中月

醫院擴充醫療大樓或院外門診相關申請會送到衛福部，目前尚未收到大林慈濟附設門診部相關資料；另外本案在處理的部分是以前醫院擴充門診時以診所登記的案子，若未來醫院有附設醫院門診部，就屬於醫院總額。

主席

去年總額協商時醫事司提出醫院附設門診部應回歸醫院總額，但有些經醫事司認定不需回歸醫院。

申代表斯靜

斗六門診部是慈濟醫療財團法人中唯一的門診部，是獨立登記的西醫基層門診，不是大林慈濟的附設門診。

醫事司李科長中月

本案以診所的方式設立，不是以醫院門診部門設立。

潘代表延健(程代表文俊代理人)

第 83 頁轉診合作機制專款，全年預算 2.58 億也可以從其他部門 13.46 億挪用，若不夠會採浮動點值，第 1 年我覺得不要有預期心理會浮動，就會有無形的限制，不敢盡全力去做，是否有估算過可以支應多少上轉、下轉？如果真的不夠，是否還有其他的錢可以支應？

黃代表雪玲(陳代表石池代理人)

這些回歸醫院部門的附設門診，未來門診減量 2%是合併計算還是分開計算？

主席

併進來計算。

申代表斯靜

跟各位補充報告，慈濟斗六門診部因地方需求已於今年在申請為醫院中，將屬於地區醫院，基層總額是否可移轉到醫院總額？或適用醫院附設門診回歸獎勵結餘款。

主席

醫事司原提供的 29 家名單沒有這家，先請醫管組回應有關轉診型態結算部分。

李代表純馥

當時我們有估算，但沒有估太高，大家會擔心預算是否不足，本預算自下半年開始執行，預期超出的情況仍有待觀察，另 2.58 億先按四季分，若當季未用完流用至下一季，7 月開始申報後會持續監測申報量，併配合雁行計畫、共好等垂直整合相關計畫，以強化醫院合作。

主席

當時估算是以申報量 10 倍來預估，而且預算若不足還有其他部門 13.46 億可以支應，且今年後自下半年開始執行，今年比較不擔心，但明年協商要協商多少，就要用今年數據來評估。另申代表所提診所後來升級為醫院，這沒有在原本醫事司提供的 29 家中，建議列入明年總額協商。

討論案第一案：107 年區域級(含)以上醫院門診件數降低 2%案，建議排除結核病案件

主席

疾管署有要補充說明嗎？

疾病管制署詹簡任技正珮君

臨床上診斷結核病需要 X 光判讀與痰檢體的後送，一般診所不一定都具備這些設施，目前各層級有提供結核病治療與照護，診所 0.8%、地區醫院 47%、區域醫院 93%，而醫學中心則是 100%，現階段即使下放病人到基層，我們也擔心基層無法承接，請各位委員考慮是否能將此案件排除在 2%案，謝謝。

主席

門診件數減量 2%不包含地區醫院，地區醫院可承接這些病人？

謝代表輝龍

大醫院診斷結核病，但後續需考量社區的方便性，民眾方便就好，為什麼一定要到區域醫院或醫學中心，我認為不應該排除。

羅代表永達

區域以上 13.2 萬件，降 2%就是 2,640 件分成 23 的縣市約 100 件，為了 100 件就要修改很多的排外，大家容易誤解，所謂的排外不是指不能看的意思，這是總數的概念，不代表醫學中心以後就不能看結核病病人，若每種案件(例如:癌症)都要排外，就失去的門診減量的意義。

謝代表武吉

之前就曾反對健保支付 TB 費用，疾管署一個公文要我們接受，這會議可以不要開了，疾管署之前狂犬病也要健保支出，國健署也搶健保菸捐，AIDS 藥費又要健保支付，真的是黑卒吃過河，這太過分了！這樣會影響我們的政策執行，我們不答應。

林代表欣榮

東區醫學中心只有一間，區域一間也才幾家，醫學中心有 32 科，而最大區域醫院是門諾醫院有 21 科，病人有時候就直接過來，且花東地區區域狹長，有急重症案件成長，我們已經是優良生門診量在 47%，現在又有 2% 政策，對我們壓力會很大，請給花東多一些考量，謝謝。

主席

有關門診減量執行方式也開了 2 次大會討論，目前均已定案了，但 CDC 來文建議排除結核病，與林院長提到東區不要減量是另一件事情。剛謝輝龍院長、羅永達院長、謝武吉院長都不同意排除結核病。

潘代表延健(程代表文俊代理人)

結核肺屬於高度控管疾病，政策一開始就往大型醫院鎖定，也有設備因素，我們不能忽略民眾就是這樣分布，政策目的應該是藉由轉介讓病人到基層診所或地區醫院。門診減量 7 月份開始實施，未來有 5 年漫漫長路，面對不同屬性病人不同特性，要一步到位，還是循序漸進可以再討論，今年成效可能不好，因為醫院端拼命在動作，但是民眾端動力就小，透過實質運作，真正的壓力是在第 4-5 年，有沒有必要在第一個半年就強制，要不要納入排除結核病案件我沒有意見，只是目前狀況分配及對於病人就醫習慣的實質改變需要納入考量，當然門診降 2% 都會改變病人習慣，提供給大家做參考。

黃代表雪玲(陳代表石池代理人)

第 89 頁排除條件其他部門，我們發現 PAC、狂犬病用藥沒有被排除，是否可以再排除？

謝代表文輝

關於排除項目當初就有爭議，也進行多次溝通，好不容易要執行了，針對結核病要長期監控給藥，過去疾管署偷懶，主力放在請 100 多家大醫院來治療推動比較容易就是錯誤的，如同國健署辦理預防保健，應回歸社區治療，長期就醫服藥應該要選擇厝邊好醫師，原則性來看不應該排除，而不是現在結核病都在大醫院，所以要排除，不然感冒、腹瀉，民眾現狀也都在大醫院看阿！那分級醫療不用推了，這道理講不通，要慢慢讓穩定慢性病下轉。

鄒代表繼群

我代表地區醫院提出抗議，對於結核病人照護，大部分地區醫院沒有問題，連區域醫院驗痰也要送特殊機構，現在講得好像地區醫院

都沒負責任，我不容否認的確有很多結核病人很嚴重，本來就在 98% 的重症裡面，不應該轉出來，這就是大數法則。

謝代表武吉

百分之一萬反對，反對到底，台南就有一家部立胸腔醫院，且是地區醫院，難道地區醫院不會治療嗎？所以我們不同意，本案不要再討論。

主席

疾管署詹簡技還有沒有要說明？

疾病管制署詹簡任技正珮君

目前病人 51% 都是 65 歲以上病人，才會造就大家看到這樣結核病的分布情形，而且全台灣醫院都可以看，我們非常希望地區醫院，也就是厝邊醫院可以幫忙看，因為與社區都治計畫是一樣的想法，我也很高興地區醫院代表都願意幫忙，即使是這麼老的病人，我們只是覺得現行規定會讓區域以上醫院為難，所以才會在今天提出來，地區醫院很有使命感，非常感謝。

主席

向疾管署副組長及簡技說明，事實上沒有要每個案件都減 2%，而是總數減少 2%，如慢性病、輕症多減一點，也不一定減到結核病，地區醫院代表也拍胸脯說可以治療，所以這案子沒通過，下一案。

討論案第二案：應用 107 年醫院及西醫基層醫療給付費用總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案

主席

本次會議前本署行文台灣醫院協會有沒有建議，回文均不具體。本署提出針對偏低的項目及醫院的建議，提出今年非協商因素的調整方案，大家有沒有意見？先從護理費部分開始討論。

劉代表淑芬

我們認為事前都沒有充分討論，不贊成納入討論案，第一部分是權責問題，關於支付標準討論應該屬於共擬會議要討論的案子，怎麼會在醫院總額議事研商會議裡討論？會議提供資料的案由是預算調整支付標準案，支付標準調整應該在共擬會議討論，這會議討論出來的結論是否符合權責？是否具有效力？

主席

支付標準是在共擬會議討論，但有些支付標準會在總額會議先進行討論，有共識後再提到共擬會議，兩個會議的委員組成不一樣，本署對於支付標準調整非常慎重，一直以來會議就是這樣，可能代表先前都忽略了，這會議討論不是錯誤的，我先澄清。

劉代表淑芬

謝謝主席回應，如果在這會議討論沒有權責問題，那剛剛有提到，健保署 1 月 9 號已有發函文至護理師護士全聯會，我們立即研議討論外，並主動聯繫健保署，甚至相關會務人員、主任、秘書長等與健保署有過多次溝通，都沒有得到回應。且 1 月 24 日的時候，就已經回復健保署全聯會的意見，但我們的意見從 1 月 24 日到昨天為止，都沒有得到健保署對我們意見的表達或回應，直到昨天晚上才乍然看到這份補充資料，這叫做驚為天人，和本會的期待落差非常大，按照原本健保法支付標準規定是要共同研議的，結果大家事前都沒有開會過，而且只有一個版本，這些資料都沒有溝通討論就拿來這裡討論，我們全聯會是堅決反對納入討論案來進行討論。

另，衛福部提到會議資料中的標準是「106 年 12 月 18 日公告協定優先用於提升重症護理照護品質以及「持續提升護病比健保支付連動」占 26.98 億，但我們很納悶的是剛剛提出來的案子，甚麼時候病房費變成重症護理費？護理費就是護理費，把病房費又框進去了，第 2 頁資料，就算是計入加護病房護理費也才占 4.36 億，占率只有 16.2%，提升護病比連動支付也才 1.8 億，占 6.6%，這怎麼會叫做優先提升重症護理人員照護品質，並連動照護與工作負荷的反應呢？完全沒有相關，也跟部長當初強調支持護理人員是相違背，甚至護理師護士全聯會 6 月 22 日晉見蔡總統的時候，當場蔡總統也指示陳時中部長繼續推動 104 年實施的護病比連動作業，事實上也有發現這個連動作業是有成效的，推動過程中護病比負荷量持續下降，以醫學中心為例，在大於 9 床的部分，104 年 9% 降到 106 年 0%，區域醫院大於 12 床也從 104 年 5.4% 降至 106 年 1.3%。本案原顯示護病比連動與重症照護費用才是主軸，但健保署今日提案，26.98 億才 22% 用在重症照護護理人員的連動，這和原意有相符嗎？這案應該要有會前會充分討論後再提案。

羅代表永達

呼應劉代表，我們也沒有收到資料，也沒有參與討論，針對幾個原

則我表達個人意見，除護病比外，剛剛提到要合理反映醫師投入與辛勞的公正性，事實上所有醫學會，包括外科醫學會、所有外科系的醫學會，都有提到 48011C 的換藥還是 47 點，已經幾十年沒有變過，為什麼不調整？現在人力多少錢，大家都知道，可是為什麼不挑這些大家一而再、再而三反映的東西，而挑一個 48001 來調整，我不知道是甚麼理由，你去問各學會、各醫院對於換藥這件事情，大家投入這麼大的成本，為什麼始終不願意調整？我覺得連這個原則都有問題。

我要提到的是區域醫院來函這個部分，每次都是在講區域以上醫院占的比例很高，2%到底會減多少，我手上有一份資料，是 107 年 1 月份以中區某醫學中心，確實是減少 3.8%，可是成長點數成長率是 9.2%，也就是說在這次減 2%當中，減少的是件數，金額本身會不會受影響還不知道，我想健保署裡面應該還沒有這個資料，因為會減到那些也沒有人知道，為什麼現在就要把合理門診量取消？即使要取消也要等到門診減量減掉多少金額，因為件數和總額是兩回事，我認為這兩件事情現在討論是不合理的，我也反對這樣的議案。

謝代表輝龍

從資料可以看出來，基本上所有調整都在重症的調整，分配下來，拿到最多的還是區域醫院和醫學中心，地區醫院的占率本來就低了，重分配後可能讓地區醫院占率影響變大，要思考這樣的調整是否適當。台灣醫療給付本來就是非常低的，絕對不是只有重症比較低，任何一項支付標準對於醫療資源來說都是不合理的，那大家是對這些不合理去忍耐、接受，現實面還是要把民眾健康照顧好，所以所有調整都是讓重症的費用不斷增加，是會對於大部分需要治療的民眾不合理的，這個到底對不對，大家要去思考，所以我是覺得在完全沒有共識的前提下要把增加重症支付標準，健保署裡應該要計算這支付對於三層級醫院的差異會有多大，地區醫院能拿到多少費用？假設拿到的費用越來越低、差距越來越大，是不是會加速地區醫院的萎縮？

謝代表文輝

其實政策宣示的很多，像是護理師護士全聯會找總統做政策宣示，新政府剛開始就宣示分級醫療六大策略，其中就有一項重大策略是壯大社區，不然分級醫療社區擔不起來，那我們也很勇敢，去年將非協商因素中成本調整 60 億要先調高重症，這個大家沒有爭議，因

為要叫大醫院釋放輕症，社區醫院都舉雙手贊成，剩下的二十幾億後續就用在壯大社區。今年一樣是非協商因素裡面的錢，26 億多怎麼沒有按照政策宣示的原則，除了調高急重症就應該要有一塊是用來壯大社區，當然我看長官本來規劃是有的，我很感謝 26 億中，有 17 多億調整在重症品質，那剩下的應該就是要用作「壯大社區」。優先護理的部分，我有看到長官執行政策的決心，後面的確有留一定的比例，跟去年比例差不多，去年也是先講重症，大醫院重症減一減，後面再講地區醫院的部分，我是覺得要跟政策宣示一致，外界才不會質疑，不然像是今天代表質疑這麼大聲，證實我們要依照部裡指示優先處理護理部分，如果護理不滿意，應該要先討論，討論好再定案，相關單位才會覺得合情合理，如果護理公會覺得有意見，就該趕快開會，醫院這邊也願意配合，一起來討論如何提升重症護理，很多偏離合理的部分也趕快挑出來處理，談剩下的部分，比如如何壯大社區，我們也會想辦法調整不會像之前那次跟區域醫院有所爭執，完全依照政策宣示，如果護理師護士公會全聯會不滿意，就趕快開會。

謝代表武吉

討論提案第二案，謝文輝院長所講對於地區醫院能加成的不多，幾乎是零，但是地區醫院有行文給醫院協會，不知道醫院協會有沒有回文給健保署，我們是配合政策的需求，以病人為中心的考量，但目前為止跟劉代表一樣，沒有接收到任何邀請，我們支付標準到目前為止，從勞保時代到現在，有多少是非常不合理的？

剛剛羅院長所說的，我講幾百次了，換藥以前是一個棉球沾藥水塗一下這樣，現在不一樣，要用棉棒，有大棉棒、小棉棒，你看一個 48011C 的傷口是 10 公分以下的，才 47 點，48012C 是 20 公分傷口，63 點，48013C 是 20 公分以上，104 點，這是多方面的，有時候擦傷是很多方面的，才這樣的點數，這合理的嗎？可以看一下支付標準裡面 48011C 基層可以加成 40%，48012C 可以加成 20%，今天我們請醫院協會轉達的所有程序問題，是不是有瑕疵？今天討論這個我們要審慎考量。對現行草案，表示反對，26.98 億若照這樣分配，地區醫院根本分不到，希望大家坐下來好好談，不要像去年，三層級大家是兄弟要合作。

謝代表文輝

我做更正，這項預算 26 億中的 17 億多要調整重症，地區醫院表示

尊重，我們不要兩個議題混在一起，因為後面要談的壯大社區，社區醫院要講自己的主張，調高重症我們要尊重大醫院，現在護理師護士全聯會不滿意，就要和大醫院討論，當然要尊重專業人員團體，但最後決定權還是在醫院團體手上，因為這是醫院總額，專業團體、醫院團體的意見也要聽，調高重症護理的部分，地區醫院會尊重大家的意見，不表示意見，未來壯大社區的部分也請大家尊重社區醫院的意見。

劉代表淑芬

謝謝謝院長給我這麼多提點跟指導，主席，我們護理師護士公會再次表達，我們是非常樂意和健保署共同學習跟成長，所以建議 26.98 億的費用是另行會議討論，討論完若還要提到總額協商會議的時候，公會是非常樂意一起討論，所以有關費用分配沒有事先充分溝通，我們再次提出嚴正抗議，建議這案不進入本次討論。

劉代表碧珠

門診合理量這件事情，不能一方面要求醫院減量，又要看重症，每個重症給醫生診察費是 130 點乘以 0.8，像話嗎？今天要把輕症下轉，也要向現實低頭，必須下轉 2%，但問題是留下來的病人，門診合理量公式一開始就提出來，如果要做這事情，政策不能夠一頭牛剝十層皮，還要再剝那頭牛，這個文是要告訴健保署，所有政策都不應該重複再切割，不管是區域醫院、醫學中心，所有給付條件都一樣，區域醫院光門診合理量在三個層級之間影響有多大，如果要下轉初級照護個案、壯大基層，區域醫院現在都在協助健保署推行雁行專案，做得如火如荼，跟上百家基層診所合作，但比如說新陳代謝科留下來看比較複雜、重症的病人，看診的診察費就是 130 點，你知道區域醫院每個月門診合理量要被扣掉的點數是幾百萬點，再加上門診要減 2%，沒有辦法減下來的話，核扣一個月可能是上千萬，可不可以合理、公平的對待區域醫院？

支付制度要先合理化，再來講分級醫療，不是所有事情先懲罰，逼著醫院一定要做，要想想看醫院經營能承受的了嗎？最後是民意反彈，還是醫院反彈？我真的是很希望大家能理智看待這件事情，健保署很多政策，我們這一代最後是要承受的，所以我們接受分級醫療，但是不要讓醫院撐不下去，真的壯大基層了嗎？剛剛我就很想問疾管局有關結核病，可不可以把每家可以接受結核病的醫院名單公告出來？我們回去就要求醫院盡量將結核病病人下轉到基層院

所，慢慢再來合作，在這之前我覺得要先解決不公不義的支付標準制度，這是我們區域醫院協會經過非常多次討論，非常堅持既然門診要減 2%，門診合理量公式就要先取消，這是去年就提出來的訴求，當時副署長也告訴我們會去調整支付標準，我希望能夠說到做到。

羅代表永達

其實減掉門診量跟門診合理量方向是一致的，也就是當門診減 2%，門診合理量就不會同時被扣，當醫院門診件數減少 2% 的時候，門診合理量就不會扣這麼多，所以門診件數本來就不會跟總額完全掛鉤情況下，我們沒有數據可以看影響有多大，希望有數字後再來談這問題，某種程度上這數據是若即若離，並不是絕對的數字。

劉代表碧珠

理論上不會扣到並不代表不是事實，公式就是用前年的量打九折，所以每年都要先被打九折，是絕對會被核減，影響之大。

謝代表文輝

首先，區域醫院的公式我們一開始有參與修訂，不是完全以去年的 90%，如果一直減現在也不用要求區域醫院要再降 2%，這個公式就是期待大醫院門診不要一直成長維持合理品質（因責任在重症），後來因大醫院一直擴充醫師、床數一直增加，合理門診量公式管控下，大醫院門診量還是不斷快速成長，所以合理門診量不是只用去年門診量 90%，這個要講清楚，如果照你說都用去年門診量 90% 為基礎，那現在也不用降 2%，這要講清楚。第二我們要體諒公務機關推動政策，為什麼會降 2%，因為去年加碼初級照護降 10%，希望下降的大醫院申報量都還是上升，加上這公式也行之十多年，有效的話，就不會再叫區域醫院再降了，就是沒效。拿出誠意來，先降 2%，等到做到了 10% 減量，區域醫院才有立場再來討論合理門診量公式，長官要談判的時候也要有東西，何況分級醫療施行十幾年，都沒有達到目的，這可以談，但等到有績效出來再來談。

謝代表輝龍

我們一直在等待有那些醫學中心找地區醫院談 cooperation，我們等了好久，發覺沒有一家醫院找我們，所以我主動找中國、中榮、中山，過去我們要找資源，除醫中計畫規定的急重症醫師外，大概都沒有，如果我們沒有主動，我想中國也不會跟我們談，但是中國找了 270 幾家包括診所、醫院簽約。這次去從院長和 10 幾位主任一

起談，是不是會落實分級轉診，把病人轉診到社區醫院，這還要觀察。降 2%是不是大型醫學中心門診件數會減少，但是費用是成長，這對台灣整個的醫療環境來講，只有會更艱辛。現在醫院間電腦已連線，我們醫院可以掛他們醫院的號，像今天我們收了腦血管瘤的病人，當場就可以掛中國神經外科的醫師，這是非常好，但有沒有落實，有待觀望。我一直強調，合理門診量會很大的衝擊，但去年一個慘痛的經驗，讓地區醫院還是很擔心，不要老是狼來了，這樣地區醫院會受不了，如果大家要讓台灣的醫療環境真正好，我想每一個人應該要努力看待如何壯大社區醫院，很多地區醫院如果真關門，未來台灣的醫療環境只有越來越艱辛。

主席

等等聽聽醫學中心代表的意見。

謝代表武吉

對於急重症、壯大社區醫療我們還要再討論，對於護病比我們一定會再考慮，因為我們地區醫院的經驗就是以病人安全為中心的考量，我們把範圍都拉的很寬，只是都沒有共同討論，這是不對的。但我認為區域醫院遇到合理門診量和門診減量 2%，也造成心理上的創傷，彌補一下他們也應該，但是心理上的創傷到底到什麼程度，也需要再評估。最需要的是不要把最重要的社區醫療忘記，社區醫療這個是很重要的預防，在健保還沒實施以前，所有的醫療都是從地區醫院來做起，我希望分配不均造成地區醫院毀滅，對健保署也不好，剛才陳亮良代表也講了非常多地區醫院的辦法，我們剛沒有反對合理門診量，我希望健保署也能給我們地區醫院妥善審慎處理，不要讓我們活不下去。

劉代表碧珠

有關門診合理量，剛剛謝理事長指導我說，對區域醫院的公式沒有影響，會議資料附件 8，區域醫院一年門診合理量要被扣 5.61 億，醫學中心被扣 2.03 億。區域醫院 83 家，可以算算一家醫院一年要吸收掉多少門診合理量的點數，這公式沒有影響嗎？幾十年來都是這樣，今天只是補到一個正常、合理，你再看看同樣是內科的就醫科別，一年就是 4.48 億，區域醫院以上的內科系醫師的診察費就是差這麼多，數字看下來，如果不處理可以嗎？

謝代表文輝

關於劉代表講的，我提出更正，第一我不是說沒有影響，我只是說不是去年的 90%，他是公式中的一小部分而已，以前總額剛開始，我們要管控醫院門診的一個手段，砍下去顯然無效，所以現在才會有後續加碼初級照護件數降 10%，但又無效，才有門診總件數降 2%，所以每年降 2%、五年降 10% 確定有效了，我們才有立場來看到底那裡不合理。在去年初級照護降低 10% 時，如果依你們的要求，先把合理門診量公式給去除，今日部和健保署的長官都要辭職謝罪，漏氣的要死，不但門診沒減少還大幅成長，如果再加上這合理門診量的 7 億多被 A 回去。所以區域醫院要先展現出誠心，現在大醫院是有誠心。謝輝龍院長到中國洽談分級雙向轉診，聽說很熱誠，希望大家真心的推動分級發展，不要做假的，效果呈現後再談這門診合理量公式，不然成績很差，第一刀砍了 10 幾年也沒效果，第二刀降初級照護，大家也知道沒有成功，這時候談我覺得根本要談排除大醫院合理門診量公式不洽當。資源分配是所有東西的源頭，至少不要讓資源缺乏的社區在源頭又分輸，要壯大就是要加注更多的活水，既然今天無法有共識，重擬時，健保署的長官要掌握政策的宣示資源分配時要有壯大社區的區塊，才有辦法受外界的挑戰。

申代表斯靜

門診件數降 2% 和合理門診量重複計算，是一個存在的事實，對於件數要降 2% 的核減方式，舉例來說 107 年 Q3 件數去減掉 106 年 Q3 件數的 98%，再乘上單價。現在醫中和區域醫院，很多開慢性病連續處方箋，如果開 3 次連續處方箋，人次件數只算 1 次，但費用把第 2、第 3 次算進來，將影響核減門診單價被高估，對醫院核扣 2% 計算不合理。

潘代表延健(程代表文俊代理人)

這案子今天應該沒有共識，醫院協會和三個層級間，大家擬出一個共識，最近這幾年在調整支付標準，一定會想優先調整重症或者做重症的調整，事實上回歸到真正調整的結果，應該還是在三個層級間的占率。過去的協議中，包括醫院協會裡的討論，強調重症部分，這名詞是不是能不要那麼的強調？因最後變成醫學中心就是原罪，好像所有的錢通通被醫學中心分走了，其實不是，還是有占率分配，我也拜託其他先進，分級醫療我們一定配合，但不要說去年、前年重症調多少錢，我們沒有辦法承受的。

在資料第 6 頁，剛提到台灣醫院協會沒有回應，在附件資料有回應，

雖不是很具體，三個層級回去再重新做協議，回歸到分級醫療部分，我記得上次討論時，我曾經有請求雲端資料分享，很多無法批次下載，如果可以批次下載，如影像，這可以起非常大的作用，我問過我們資訊，分享的這段功能好像是還沒有出來，是不是請健保署儘快。

邱代表仲慶

分錢是最困難的，今天大家還沒有達成共識，是不是由健保署先框錢要分在那些地方，先框一個範圍，框護理費多少、病房費多少、診療費多少，這樣大家好做事，不然今天都吵不完。

郭代表守仁

整體系統上要趕快改善，雲端藥歷做得相當好，但影像在整個診間是相當困難，速度也好，或沒有上傳，造成很多的不便和浪費。

劉代表淑芬

剛剛提到非協商因素醫療服務成本指數改變率費用 26.98 億，名稱為優先用於提升重症護理照護品質及持續推動護病比與健保支付連動，健保署提的 3 個案子，護病比費用級距的調整，加上病床費、護理費在重症病床上調整外，也把醫師辛苦的费用和合理門診量回補的費用也放進去，兩個議案和這費用本質不符，未來如何重新分配，應該有另行的會議討論，今天也很困難框列具體的方案出來，因為大家根本沒有試算、也沒有其他的討論案，建議這案子不要再討論，另起會議把相關資料準備好後再討論。

洪代表子仁

今天在醫療提供者端和資源的分配談了很多，但我們都忽略民眾端，我們應該也要有一些提案針對民眾端，如何搭配門診減 2% 政策，像是檢查費部分負擔等配套措施，但今天大家一直在講的都是不同層級醫院間的分配，但因為總額不會增加，大家互相挑戰是沒有幫助的，包含今天一直再提壯大基層，地區醫院今天會面臨的困境，大家都很清楚。健保實施後地區醫院就往這方向走，但是往這方向的過程，我們要有全新的思維，你們與診所間如何聯合來降低成本，還是擴大服務能量等。最近到地區醫院，也為他們覺得可憐，走進醫院發現地區醫院就診病患不多，因為旁邊有幾家大型醫院或診所，所以政府的政策當然一定要幫忙壯大基層，但是基層也要先壯大自己，不然跟醫中距離會越拉越大，因為醫中和區域這幾十年來，

被健保署和衛福部訓練的越來越厲害，像無敵鐵金剛一樣。是不是有對策能提供給健保署，如何提升你們的價值，目前活得比較好的地區醫院，很清楚就是要跳在巨人的肩膀上，這是壯大自己的方式。至於剛講到合理門診量，合理門診量之前實施的政策背景，醫生要控制人數和醫療品質，回到政策源頭思考這事情，現在減 2% 門診量，整體把人次降下來，比合理門診量更強烈的政策手段，所以今天區域醫院提出來，也不能說不合情理。

謝代表文輝

洪代表的指教，我們會虛心受教，但有幾點要更正，首先合理門診量的制度，這帖藥是否有效，應先把結果拿出來看，去年初級照護降 10%，也說很有效，但為什麼結果沒有效果？我們不是反對合理門診量的公式，要先有 2% 減量的成效後再來談，現在大家都憂慮 2% 是真的還是假的，今年年底結果怎樣沒人知道，沒有人敢打包票。第二點地區醫院要壯大社區，當然有自己的想法，只不過長官就不是我們在做，希望依照政策宣示期待，資源的分配首先從源頭，如果想壯大社區，應該每年分給社區的資源應該要越來越多，才會壯大，如果只是喊要壯大社區，結果錢越分越少，要怎麼壯大。

洪代表提到一項我完全沒辦法認同，就是健保實施社區醫院一定會倒，這不是事實，全世界實施健保，也沒有像台灣地區醫院萎縮這麼厲害，我們主要是因健保制度偏頗不公平，現在的制度下，大醫院我們也很同情，現在給付很差，都要靠大的量才能維持低給付，所以真的要全面好好檢討。像調高急重症支付讓其有夠成本，大醫院不用這麼辛苦大小通吃，讓員工血汗做這麼多不需要做的。剛您說為什麼小醫院要站在巨人的肩膀上，因為最大的原因就是經濟規模，同樣採購一顆藥，因為小規模醫院採購的量沒那麼多，價錢和大醫院天差地別，可是健保卻用單一價格來支付，我們是用一個不好、不公平的制度，才造成社區醫院衰微，世界各國在做全民健保，也沒有看到社區如此衰微，人家分級醫療很清楚。但今天可以怪大醫院嗎？不能怪，因為我們今天的制度，就是強迫醫療費用便宜，事實上是我們制度有問題，所以建議今天資源要重分配，一定要考慮資源重分配後的結果，地區醫院是多或少，更多就表示你今天壯大社區是真的，你就要求他的品質。對大醫院要求今年門診降 2%、明年減 4%、五年要降 10%，那麼就要調重症給人家加到足夠。

謝代表武吉

重複的不贅述，我這人講話一向是簡單、明瞭、扼要，最重要的就是健保會裡的協定事項，說的是優先用於。不是剛劉代表所講的26.98億加在護理費，沒說用多少比例，而是優先。

第一點急重症要怎麼來加，我們健保署要有個思考，第二點思考怎樣來壯大社區，第三就是護病比這一塊要增加多少，我們也要去考量。對於區域劉代表，還有邱院長和郭院長剛所講的一席話，他們真的是有幫忙社區醫院在做事情，我也是很感謝。

邱院長和台南吉安醫院，要簽半開放性醫院區域合作計畫方案，相信如果套用在全國，會有很好的效果。

對於本案看是要怎麼讓大家接受，我們可以是含笑接受或者是含淚接受。我在高雄，最早站在巨人的肩膀上，就是我們副署長當時推動的跨層級合作計畫，有沒有成效？有成效，但是開始的時候都會賠，所以時間要長一點，現在我們剛好有門診量降2%，成效可能會很快。我們的目標一定要做到五贏，大醫院贏、地區醫院贏、患者贏、醫生贏、健保署、衛福部贏。

主席

這案交集不多，今天無法通過，但向大家說明，第1點，部長及署長為推動分級醫療下了很大的決心，謝謝大醫院組成垂直團隊，讓資源分配均等及分工合作，這是好的開始，第3季開始會監測病人流向情形。其次，今年在其他部門總額也挹注預算，但如成效不佳，預算也無法動支。

另外郭院長及潘代表提到雲端系統影像的改善和即時資料，請醫審及藥材組帶回研議。

第3點，有關去年協定事項優先用於提升重症護理照護品質及持續推動護病比與健保支付連動，優先兩個字，表示有一定比例調整護理費，但不代表全部，我與謝院長一樣的看法，健保會代表如要補充說明可再補充說明。

第4點，本案後續處裡，今天提出的是本署初步看法，今天三層級及護理師護士公會分別表示立場，今天無法達成結論，建議是否可回到醫院協會討論？整合三個層級意見，大家同不同意？先召開會前會，可不可以在結算第1季前定案，預計7月下旬起開始結算，大家有沒有意見？

劉代表淑芬

有關護病比連動部分，以前是由主席召開會議，回到台灣醫院協的

決議有點奇怪。

主席

不同意在臺灣醫院協會討論護病比案嗎？

劉代表淑芬

希望由主席召開，因我們過去護病比費用都由主席您召開的。

主席

臺灣醫院協會需參與本案的討論，不能只有護理師護士公會，是否可以在醫院協會先討論，如沒有共識再另外開會討論，好嗎？

劉代表淑芬

好。

主席

今天會議臺灣醫院協會的代表，在座最高層級為副理事長，請問可以回到臺灣醫院協會討論嗎？

謝代表武吉

帶回臺灣醫院協會討論，我們會邀請護理師護士公會一起討論，我們也很慎重，我們坐在同一條船上要互相合作。

主席

副理事長同意本案帶回研議，包含護病比部分，兩週後回復。

謝代表武吉

太快了，1個月或一個半月。

主席

好，1個月回復，應在討論明年總額前趕緊處理完。

劉代表淑芬

確認一下，主持的裁示由臺灣醫院協會及護理師護士公會一起討論，如果過程中協議沒有共識，再請主席召開會議討論。

主席

向劉代表重申，優先並不是指全部。

劉代表淑芬

我們會回去討論，做後續處理。

申代表斯靜

剛提到門診件數降低2%公式，有關慢連箋單價計算部分，可以說明

嗎？

李代表純馥

計算公式在議程資料第 89 頁，藥費處方釋出的費用不納入每人次費用中。

申代表斯靜

如醫院開立三次處方箋，件數歸為 1 件，單價是把第 2 次及第 3 次費用算進來，所以核扣單價是過高的。

黃代表雪玲(陳代表石池代理人)

其他部門案件沒有排乾淨的部分？

主席

如果針對計算邏輯有疑問，留下來交換意見。本案副理長同意帶回去研議，並請 1 個月內回復。

邱代表仲慶

針對報告案第 5 案，醫院附設門診部回歸部分，慈濟在斗六設立醫院，是基層總額變醫院總額，預算應保留，因會吃到南區總額。

主席

可以列入明年總額協商。

申代表斯靜

如果醫院是今年下半年成立，基層費用是無法轉移到醫院總額的，醫院總額會受到排擠，目前是在申請衛福部狀態，當時也沒有被列入醫院附設門診部之獎勵對象，建議採用醫院門診部回歸醫院之獎勵款。

主席

這涉及基層總額的移動，今天的基層總額的代表不在。

邱代表仲慶

4 億的部分沒用完，可不可以保留？

主席

我們想想看可不可以這樣做，因這家不在醫事司提供 29 家的名單中。

謝代表文輝

長期和護理單位的協調非常的困難，一個月可能不會有結論，原則

上健保署按結算時程先結算，不要阻礙作業時程。

主席

好，今天會議就到這邊，謝謝大家。