

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議
111 年第 1 次會議紀錄

時間：111 年 3 月 2 日(三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：李署長伯璋

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）（*為線上與會人員名單）：

| 代表姓名 | 出席代表 | 代表姓名 | 出席代表 |
|-------|--------|-------|---------|
| 申斯靜代表 | 申斯靜* | 陳文琴代表 | 陳文琴 |
| 朱文洋代表 | 朱文洋 | 陳志強代表 | 陳志強 |
| 朱益宏代表 | 朱益宏 | 陳威明代表 | 李偉強*(代) |
| 何國梁代表 | 何國梁 | 陳智芳代表 | 陳智芳 |
| 吳明賢代表 | 黃雪玲(代) | 程文俊代表 | 游進邦(代) |
| 吳淑芬代表 | 吳淑芬 | 童瑞龍代表 | 童瑞龍 |
| 吳鏘亮代表 | 吳鏘亮* | 黃遵誠代表 | 黃遵誠* |
| 周思源代表 | 周思源 | 楊俊佑代表 | 楊俊佑* |
| 孟令妤代表 | 孟令妤* | 廖振成代表 | 廖振成* |
| 林恩豪代表 | 林恩豪 | 劉建良代表 | 林富滿(代) |
| 林鳳珠代表 | 李承光(代) | 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 | 林應然* | 蔡淑鈴代表 | 蔡淑鈴 |
| 邱仲慶代表 | 邱仲慶* | 謝文輝代表 | 謝文輝 |
| 侯明鋒代表 | 侯明鋒* | 謝景祥代表 | 謝景祥 |
| 侯俊良代表 | 侯俊良* | 謝輝龍代表 | 謝輝龍 |
| 侯勝茂代表 | 廖秋燭(代) | 鍾飲文代表 | 鍾飲文 |
| 施壽全代表 | (請假) | 顏鴻順代表 | 黃振國*(代) |
| 張克士代表 | 張克士 | 嚴玉華代表 | 嚴玉華* |
| 張禹斌代表 | 張禹斌 | 蘇主榮代表 | 蘇主榮* |
| 梁淑政代表 | 梁淑政 | 蘇東茂代表 | 蘇東茂* |
| 郭錫卿代表 | 郭錫卿 | | |

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

衛生福利部全民健康保險會

衛生福利部護理及健康照護司

衛生福利部醫事司

台灣醫院協會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

中華民國物理治療師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

侯俊良代表幕僚

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

本署署長室

本署醫審及藥材組

陳淑華、周雯雯

陳燕鈴、盛培珠

顏忠漢、何秀美、李雅琳

李中月、李冠吟

林佩菘、董家淇、許雅淇、

王秀貞*、王斯弘*、顏正婷*

潘仁修、黃瑋絜

梁淑媛

陳奕穎*

宋佳玲*

黃羽婕

王英倩*

潘尹婷、周珈卉、林辰

張溫溫*、楊秀文*、林巽音*、

劉孟芸芝*、江謝佩妘*、林俊

仰*、吳秋芬*

李純馥*、林興裕*、蔡瓊玉*、

楊惠真*、謝秋萍*、謝明珠*、

何容甄*、李秀霞*

林純美*、李建漳*、黃紫雲*、

郭俊麟*、張智傑*、吳佩寧*、

許寶茹*、楊顯賓*、曾荃璞*

林淑華*、許碧升*、黃梅珍*、

張曉玲*、郭怡妘*、邱佩穎*

李名玉*、羅亦珍*、王素惠*、

林祉萱*、詹蕙嘉*

黃珮珊、洪佳蘭

黃育文、連恆榮、林其昌、

本署企劃組

本署資訊組

本署財務組

本署違規查處室

本署醫務管理組

詹淑存、陳盈如

王宗曦、李忠懿*、陳泰諭、
吳箴

吳少庠

李佩耿

董玉芸、白姍綺

黃兆杰、游慧真、張作貞、

劉林義、韓佩軒、林右鈞、

洪于淇、陳依婕、鍾欣穎、

呂姿曄、王智廣、許博淇、

劉立麗、吳秀蘭、蔡金玲、

邵子川、蔡松蒲、鄭正義、

楊淑美

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）

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 7【醫院總額保險對象跨區就醫浮動點值計算案，案內與會代表相關建議，請衛生福利部社會保險司(下稱社保司)研究】及序號 10【111 年醫院總額新藥預算分配方式案，與會代表對於醫院總額新醫療科技預算採 R(人口風險因子及轉診型態)、S(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)值分配之相關建議，請社保司研究】持續列管，餘解除列管。

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：醫院總額 110 年第 3 季點值結算報告。

決定：

一、洽悉。

二、110 年第 3 季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，本署業已於 111 年 1 月 13 日以健保醫字第 1110771800 號函知各代表及相關單位確認再案，惟案內 C 型肝炎藥費專款 110 年第 3 季結算數，因支應西醫基層總額同項專款不足款，配合修正。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關 110 年 3 月醫院總額及同年 7 月牙醫門診總額調整支付標準之財務評估案。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：台灣醫院協會

案由：111 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案。

決定：

一、洽悉。

二、同意台灣醫院協會建議，111 年風險調整移撥款各區預算採二項計算方式之合計，一為續維持 110 年風險調整計算六因素及權重計算分配 2 億元，另餘額 4 億元採 107 年至 109 年地區預算 R 值 S 值平均占率計算。

三、依前開方式計算六分區分配金額如下：

| 項目 分區 | 原六因素及 權重計算公式 | 107-109 年 RS 值平均占率 | 111 年合計 金額 |
|----------|-----------------|-----------------------|---------------|
| 臺北 | 17,247,080 | 142,897,852 | 160,144,932 |
| 北區 | 13,777,801 | 54,950,888 | 68,728,689 |
| 中區 | 16,857,635 | 72,104,768 | 88,962,403 |
| 南區 | 17,534,358 | 57,777,236 | 75,311,594 |
| 高屏 | 42,366,658 | 61,169,012 | 103,535,670 |
| 東區 | 92,216,468 | 11,100,244 | 103,316,712 |
| 合計 | 200,000,000 | 400,000,000 | 600,000,000 |

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「醫院總額品質保證保留款實施方案」（下稱品保款方案）修訂案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、醫學中心指標達成項數增加：最高以 10 項計算。
- 二、區域醫院之指標獎勵(85%)配分，修正如下：
 - (一) 公式 1：指標達成項數最高以 9 項計算(55%)。
 - (二) 公式 2：指標達成項數最高以 10 項計算(30%)。
- 三、地區醫院之品保款分配方式：保留受 COVID-19 疫情影響等文字(比照 110 年，111 年基本獎勵維持 60%，品質精進獎勵則不計分(0%))。
- 四、依 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式公告，本項預算優先支應醫院總額「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增項目)」專款項目不足款。

五、參與核發之醫院資格：

- (一) 違規情事之院所名單皆以該總額範圍違規認定。
- (二) 新增違反特管辦法第 44 條及第 45 條規定之違規情事者，不得參加獎勵金分配之規定。

六、本方案之指標達成項數以各項指標之健保(DA)年指標計算，同意刪除本方案之健保(月/季)指標代碼。

七、同意 111 年保留「同院所門診同一處方制酸劑重複使用率」指標，惟因「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」已公告刪除本指標，明(112)年本方案核算方式，請台灣醫院協會儘早研議。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：111 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)修訂案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、配合公告之「111 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 111 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，施行地區新增嘉義縣鹿草鄉、臺南市大內區、屏東縣枋山鄉。
- 二、分區增列認定原則醫院名單：東區業務組之增列認定原則為「轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數在 5 人以下者」，另臺北榮民總醫院鳳林分院雖不符合前述規定，惟該院仍符合保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」，爰仍列入名單。
- 三、竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院：修正醫院代號及醫院名稱。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂 76020B「腎臟移植」支付點數案。

決議：同意修訂 76020B「腎臟移植」支付點數案，表定點數由 106,128 點調至 212,256 點，加計一般材料費及器官保存液 81%後，支付點數由 192,092 點調至 384,183 點。

第四案

提案單位：台灣醫院協會

案由：關於新設醫院或新增床數對於醫院點值造成影響案。

決議：

- 一、有關與會代表建議「全體醫院代表同意，各分區業務組針對新設醫院之年度總額，應以不超過各業務組年度總額成長率(成長額度)之 10%為其上限，以維持各區原有醫院體系之財務穩定性。」以及新設醫院列入醫院總額協商因素案，請本署轉衛生福利部參處。
- 二、有關衛生福利部召開新設醫院或新增病床等相關會議，與會代表建議邀請台灣醫院協會與會一節，請衛生福利部醫事司卓參。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）同一療程疾病門診診察費修訂暨首日住院護理費調升案。

決議：

- 一、同意修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九，同一療程疾病門診診察費規定：
 - (一)「癌症放射線治療」每 14 日得申報 1 次。
 - (二)「高壓氧治療」每 10 次得申報 1 次
 - (三)「減敏治療」每次得申報。

- 二、同意新增及修訂各類病床「護理費（第一天）」計 32 項診療項目(新增 30 項，修訂 2 項)各類病床「護理費（第一天）」調升支付點數 30%。
- 三、111 年前述修訂同一療程疾病門診診察費規定及新增/修訂各類病床「護理費（第一天）」之預算來源：
 - (一) 其他醫療服務利用及密集度之改變項下「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」編列經費 1,000 百萬元，支應地區醫院之費用。
 - (二) 其他醫療服務利用及密集度之改變項下「提升重症照護費用，促進區域級含以上醫院門住診結構改變」編列經費 2,000 百萬元，支應醫學中心及區域醫院之費用。

第六案

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。

決議：

- 一、符合本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(一)及(二)目與第二款醫院計畫名單：
 - (一) 新增臺灣礦工醫院：該院屬醫缺地區之鄰近鄉鎮，同意納入。
 - (二) 佑昇醫院歇業，爰予以刪除。
 - (三) 東華醫院及竹山秀傳醫院變更院所名稱或代號。
- 二、有關「檢驗(查)結果即時上傳率」上傳率偏低部分，請台灣醫院協會積極輔導所屬會員，將檢驗(查)結果即時上傳。

第七案

提案單位：衛生福利部護理及健康照護司

案由：111 年醫院醫療給付費用總額新增項目：「住院整合照護服務試辦計畫」。

決議：同意「住院整合照護服務試辦計畫」推動方向，請衛生福利部護理及健康照護司參考本次會議委員所提修正計畫並與台灣醫院協會取得共識後，提本署共擬會議討論。

第八案

提案單位：張克士代表、謝景祥代表

案由：為了全民健保的永續經營和醫療體系的健全發展，這幾年政策宣示要壯大社區推動分級醫療，年年都編列預算來扶助現行保險制度下最弱勢的地區醫院，但因條件之設定有許多漏洞，造成許多投機取巧行為，因此提案討論。

決議：有關壯大社區相關之支付加成及點值保障方案適用條件之修訂，請社區醫院協會召集各類相關地區醫院研議並擬訂修正方案。

伍、散會：下午 5 時

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 111 年第 1 次研商議事會議-與會人員發言實錄

壹、主席致詞

主席

各位委員，大家午安！線上的代表大家午安！我想很高興今天我們要醫院總額的研商議事會議，各位最近的時候其實也跟相關的團體都有針對我們的一些使用者付費的部分負擔已經做了非常大的一個突破，今天我們開這樣的一個會議。我想各位也沒關係，就是說我們同仁都有準備一些資料，那各位也可以充分發言，有一些東西面對一些改革的話，我想說有它的一個背景。今天基層的話他們也是有再度表示他們對於使用者付費的部分負擔他們也有他們的看法，所以今天在座都是醫院的人，我想基層也有基層的打算，其實每一個人都有他的一個背景，都不同的情況都要考慮，沒關係，這個東西部長也都充分了然於心，那我個人針對這種事情也都跟部長保持聯絡，那我們今天會議就正式開始，好嗎？那我們的醫院代表裡面，我們本來是醫院協會醫學中心的部分是請陳威明院長當代表，可是陳院長今天沒來，拜託我們的李偉強副院長，那是第一順位，我們就做一個說明。

貳、本會上次會議紀錄確認

醫務管理組劉林義專門委員

請各位代表翻開會議資料的從第 6 頁到第 13 頁，就是前次的會議紀錄，不曉得各位委員有沒有什麼意見？

主席

各位委員有沒有什麼意見？針對那個會議紀錄。我看今天不一樣，健保會開會的時候，一翻開，還沒進入議程就開始討論了，醫院協會今天比較古意，假如沒有的話，我們就繼續，好不好？大家針對等一下的重點提出來討論。

醫務管理組劉林義專門委員

好，接著進入報告事項第一案。

參、報告事項

報告事項第一案：

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形
(業務單位報告)

主席

好，以上的報告事項各位有沒有什麼問題？請。

黃雪玲代表(吳明賢代表代理人)

有關序號七跟序號十，跨區總額跟新藥的分配案，雖然這邊辦理情形有寫請社保司研究，是否可以建議等到社保司有新的研究結果才解除列管，是不是可以這樣？

主席

其實這個地方跨區的部份的話，事實上這個也牽涉到我們藥品的一些部分。我跟各位委員報告，事實上這個部分，我是專門請醫審整理好，必須要跟那個部長這整個藥費的部分做一個檢討。因為畢竟現在就是說我們的一些跨區的用藥的確各個區它的同仁的想法都不太一樣。這一點的話我想這是大概我們最近就是說等到疫情比較穩定的時候再跟部長報告。這個事情的話假如說各位覺得有意見的話，我們還是可以保留，沒關係，好不好？先保留起來，跟部長討論完再來報告，好不好？因為我覺得那個藥的部分是一個很現實的問題，因為畢竟有一些大醫院的話，尤其像臺大醫院你用很多，這個就是藥品的成本也很高。好，報告事項的第一案有沒有問題？好，沒有，我們繼續好不好？第二案。

報告事項第二案：

案由：醫院總額執行概況報告

(業務單位報告)

主席

好，OK。當然很不好意思，就是說我們同仁針對這個藥品，還有特材都這樣做流水式的報告。理論上就是說這個當然是要報告給各位聽，不過各位也是會覺得說好像在那邊報一些帳，你們自己有問題你們可以提出來，我是不會逃避問題的。不過我要各位報告一點就是說，整個醫療服務裡面，我還是必須跟各位分享，其實譬如說我們就醫人數減少，可是我們每個件數的費用是成長的，所以最後整個大家在怪點值不好的時候，這都是必須要大家共同承擔這樣一個方向。那至於就是說我想那個醫院的家數或者是一些相關的一些病床數，坦白講你們也知道說這不是我們健保署能夠去掌控的。那這個東西變成一個很自然的生態在進行，這個未來的話我們當然希望說能夠跟部裡面做最好的溝通。你看像最近一些大學裡面設醫學系，這也不是我們能夠控制的，不過我想這個對未來的醫療生態都會有很大的影響。那在這個裡面剛剛報告的情況，我覺得門診的部分大概是我們以後在管理的一個重點。住院的部分說實在的，我個人的感覺，其實病人是不得不住院，因為住院對病人來講是非常困難的，當然有一些是浮報、虛報住院那是另外一個故事，所以說這個住院的費用大概都是可能在整個醫院醫療體系裡面，除了就是說不應該做的事情被健保署發現的話，否則我們事實上都可能依照醫療專業的一個概念去執行這樣的一個觀念。那至於裡面提到一些報告的內容，我不知道各位委員有沒有什麼意見可以提出來，看有沒有什麼要去檢討的，因為這個東西有時候是很細，那今天各位委員針對大的方向，看健保署應該怎麼去改善，這個比較重要。請。

朱益宏代表

謝謝主席。我覺得這一次報告有比較詳細的資料，也有回應健保會的一些建議事項，我們非常謝謝健保署。我現在有兩個小問題。第一個就是在第 19 頁這邊下面附註，就是合併申報，有一些醫學中心它都醫院合併申報，那這個合併申報它是什麼樣的條件，然後經

過什麼樣的程序可以合併申報，這是第一點。第二點因為我知道今年的新藥預算，健保署用一個新的預算評估的方式，是不是有機會在我們這邊做一些比較完整的報告，它到底怎麼樣評估然後怎麼樣預算，特別如果可以的話，譬如說用今年的新藥有二十幾億的預算，那是怎麼來的？那實際上怎麼操作，是不是讓我們了解一下這個預算編列的現況，以上，謝謝！

主席

好。謝謝，我想這是針對第 19 頁的那個部分委員在問的先回答一下。至於那個藥品的部分的話，我想就是說我剛剛跟各位講，其實對於我們這個一直在做 DET 的一些概念的話，其實我覺得是那麼久以來，都是在奮戰，所以我拜託醫審特別整理一些內容的話，我們要跟部長做整個一個考慮，否則的話都是頭痛醫頭腳痛醫腳，是沒有辦法解決問題。我希望盡快把那個跟部長報告以後跟各位委員做回報，請。

醫務管理組劉林義專門委員

請委員看到簡報第 19 張，第 19 張上面列的家數是我們用機構的代號來算，所以醫學中心有 25 家，25 家裡面就有含一些是屬於新進成立的兒童醫院，那兒童醫院的話，後來就決定說兒童醫院就跟它原來的本院就可以合併申報，譬如說像備註有寫臺大兒醫就併臺大醫院。

朱益宏代表

我是說有規定就兒童醫院跟本院是可以合併申報的是嗎？

醫務管理組劉林義專門委員

對，可以的。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我解釋一下好了，當初其實我們沒有兒童醫院，那本來在一起申報。為了配合衛福部的政策說希望兒童有獨立的醫院，我就把它切割出來，另外申請一個新的機構代碼，其實我們費用本來就在一起，過去就一直在一起，為了獨立兒童醫院就另外幫它申請一個機

構碼，就這樣子。

吳淑芬代表

主席冒昧確認一下那臺大癌醫是不是也是比照辦理的？

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

不是，它是獨立的。

主席

好。其實我之前的時候臺大癌醫在放質子治療那個時候，我去參觀的時候，我坦白講我說這家醫院怎麼活？沒幾個病患，那時候我真的替它很擔心，那個 COVID-19 的時候那個臺大醫院把病人轉到臺大癌醫，所以那天我看到那個楊志新院長，我說你不簡單，整個醫院就翻轉呢，知不知道？不過也是另外一個故事。

朱益宏代表

左手轉右手。

主席

其實是臺大醫院本身那麼多病人，剛好就有一些病人在那邊看好不好？好，假如沒有問題的話，我們進入報告三好不好？請。

謝輝龍代表

36、37 頁，在疫情期間，我們看初核核檢率，像中區核檢率幾乎等於零，雖然是疫情關係，但是實際上我們知道審查最大的目的是取締非法保障合法，防微杜漸。這麼低的核檢率，對於真的守法的醫院來講反而是一個傷害。謝執行長在這裡，一直在鼓勵一定要加強審查，但是實際上的結果還是不如人意，所以未來是不是應有好的政策可以讓真的合法的醫院確實保障，對於造假或者違反的，可以藉由專家的審查，把初核核檢率稍微提高一點，這樣對於合法醫院反而是一種保障，謝謝！

主席

好，謝謝！這邊我還是要拜託各位委員，因為我事實上跟我各分區的組長拜託他們，在那個各個審查的那個辦公室裡面，一定請他們貼一下，就是請各位審查委員覺得哪一些態樣是不對的，就要主動

跟我們署本部講必須要做專案的調查。的確像有的組長假如說他自己本身來說對於這個問題沒有很重視，就像剛剛謝委員講得一樣，事實上問題很多，這的確就是一些人就不實申報一堆，那不過真的就是像有一些區它追得很緊。那坦白講一直也覺得說他們真的做得很認真啦，那即使當時的時候有一些診所協會的理事長在跟總統見面的時候，也跟總統在 complain 說我們健保署盯得很緊，不過還好那時候部長的態度是這樣，部長就說你們應該去找不守法的醫師要提醒他們不能這樣不實申報，你怎麼會叫健保署的同仁，公務員沒有依法行政知道了又不管，那才是問題。所以我自己也是以這個態度，我覺得剛剛謝委員提的東西，我們會再更進一步。像我們的區有的真的是管得很緊，時常當地的醫生會投訴，認為說我們那個同仁管得太緊了。不過我是覺得說假如說是沒有做過分的，應該做的事，我還是很支持我們同仁這樣務實去管理。請。

謝文輝代表

我跟謝輝龍謝院長報告一下，其實因為去年第二季第三季我們基本是沒有照原來常規的審查，大概很少部分，所以才會有這個現象。那其實從第四季以後包括今年的第一季，我們大概會比本來所有的審查的費用留下來很多，所以各位院長希望回去跟所有的同仁警惕一下，所有的錢都會花在最後這兩季，所以不用擔心，絕對審到大家脫皮。所以要按照應該怎麼做就怎麼做，希望以後不要投機取巧。這兩季，今年第一季和去年的第四季，那個費用大概比平常多兩倍以上，兩三倍，所以大家等著好了。

主席

我這邊再跟各位委員報告一下，同仁在跟我做報告的時候，就說我們前一陣疫情的時候，我們有一些沒有事前審查，各位你們知道說其實在我們的藥物裡面 Tagrisso 是花了很多很多的錢，我們知道 Tagrisso EGFR 要 Positive 我們才給，可是就是有的大學醫院裡面它甚至連做都沒有做就把我們開單子你知不知道？我同仁還想說要輔導，我講說根本不用輔導，就直接把它核刪，知不知道？而且我

還回過來檢討是說，假如說你在 Tagrisso 的話跟你自己在上網去登錄的時候，你 negative 把它打成 Positive 的話，你看起來我們也覺得這個很好，每一個都是良性的，每一個都可以給啊，對不對？可是我叫它去 Review 一下說在臺灣 lung cancer 的病人，你那個做 EGFR 的那個陽性到底比例多少？跟國外比起來是怎樣？因為你假如說對陽性的該給的給它，可是講陰性你又把它講說把它死馬當作活馬醫，你還是把它 Key 上去的時候，那就是違法偽造文書。所以我覺得說我跟各位委員報告，我現在就是說我本來以前是在負責醫管的部分，那我最近要轉過來要專門負責醫審，好不好？所以大家記得一點，因為健保的錢就是那麼多，假如大家都做不實的一些應用的時候，健保再多錢也不夠，大家都只會喊我們的 GDP 不夠，我們需要再加碼，那個費率要再拉高，我跟各位講那個是政治議題，連部長都說也不是他一個人說了就算，好不好？假如報告二沒有問題的話，我們進入報告三，好不好？

報告事項第三案：

案由：110 年第 3 季醫院總額點值結算報告
(業務單位報告)

主席

好。這個報告各位有沒有問題？線上的委員有沒有問題？假如沒有，我們進入報告四，好不好？

報告事項第四案：

案由：有關 110 年 3 月醫院總額及同年 7 月牙醫門診總額調整支付標準之財務評估案
(業務單位報告)

主席

這個牙醫住院到底要算醫院總額還是牙醫總額，你們上次討論過了，還有沒有什麼問題啊？所以他們結論是怎麼樣？那一次他們的

結論是怎麼樣？

醫務管理組陳依婕科長

那一次的結論原本是說到時候會來算一下實際的財務影響，看看對於彼此之間總額的影響是多大。所以我們在這次會議上有報告我們統計出來的實際申報情形。醫院總額調的支付標準對於牙醫的影響是 73.4 萬點。反過來牙醫總額調的支付標準對於醫院的總額影響是 81.1 萬點，所以兩個之間沒有差異太大。另外在 111 年總額公告裡面，醫院總額有編列預算，用來支應因為牙醫調整支付點數對於醫院總額造成的財務影響，以上。

主席

所以上次他跟我講，一個 120 萬，一個 210 萬，就是說原則問題，就先這樣啦好不好？這個原則問題就用原則來處理。請。

朱益宏代表

這個我是想確認一下，因為今年醫院總額有編列一部分預算，那其實當初編列的時候是要補 110 年的，所以我想說既然是這個樣子的話，它就是補 110 年的總額，所以今年的話就不應該因為有這一筆預算，所以牙科又去調整相關的支付標準，這個我想要在這邊先確定，因為當初編列的時候就是 110 年的已經發生了去撥補，那當然牙科它在總額談判的時候，他們也編了相對的預算，只是後來他們自己放棄說不要，那是他們的問題。但是我只是要確認說這一筆 111 年的時候不能因為有這個預算，所以那邊又新增了項目，這個我要在這邊確認，謝謝！

蔡淑鈴副署長

這個項目去年醫院與牙醫總額間有爭執，現在 111 年的預算醫院總額有兩百多萬是新增的，是放在 111 年的基期裡面，當然 110 年之預算就灌到 111 年。事實上 110 年的影響也不到 200 萬，只有 81 萬。所以我想這件事情其實對醫院總額來講是已有預算來源，但是對牙醫總額來講則沒有預算來源，它也只能用現有總額去吸收，所以這個案子應該就是就此打住。昨天牙醫總額在開會的時候，我有

留下一個但書，就是從今年開始，如果各總額要調整支付標準的話，就要去留意有沒有跨總額的問題，以上。

主席

好，謝謝！先這樣，好不好？好，進入報告案第五項。

報告事項第五案：

案由：111 年醫院總額風險調整移撥款預算分配案

（業務單位報告）

主席

好，這個有沒有意見？我們都沒有意見，因為都沒動，所以都沒有意見，不過就是說我跟部長說這個東西真的要好好來研究一下，上一次我還拜託謝文輝代表來講 R 值、S 值，你這個到最後還是要面對這個東西，我們就進入那個討論事項好不好？各位有問題隨時可以提出來，我們進入討論事項第一案。

肆、討論事項

討論事項第一案：

案由：「醫院總額品質保證保留款實施方案」修訂案

（業務單位報告）

主席

好，謝謝！各位有沒有什麼問題要說明的？我個人跟各位報告，我在這個職務裡面，我發現大家都已經有很多指標了知不知道？其實你們當醫療人員你們可以說，其實那個做醫療的工作事實上是倫理的問題，自己怎麼樣讓病人最好最重要。那我記得我們健保一個盲點就是我們的支付標準做得不好，我們的支付應該有時候要合理的給我們的醫療人員合理的一個給付，結果我們不是，我們一天到晚到要顧指標，錢又到那裡去，我們最近也是在研究一個上下轉，那時

候我就覺得說，答應分級醫療上轉要給錢對不對？我的意思說其實上轉吞不下就要轉，你下轉有道理，因為分級醫療你就是把病人轉下來，就是這樣，問題就是這樣，最後最後總統跟我說，不要最後大家在打乒乓球，把病人轉來轉去，所以當時候他們診所還在講說同層級在那邊轉來轉去，也要拿那個轉診費，所以我是覺得是這個樣子，關於這個部分還有沒有什麼問題？講一講都沒問題了。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我想剛才署裡這邊有提說制酸劑那個指標要在今年把它刪除，可是當初給我們拿回去協會討論的時候，並沒有說要把這個指標刪除，今年醫學中心又把達成項數往上調高變嚴了，那少了一項指標，相對可能有些醫院的權重或許會被改變。我們是不是可以說今年先保留，那來年我們把它拿掉，我剛才也去查過，你們說品質確保方案已拿掉，確實已拿掉。可是當初給我們的資料沒有說要把這一項拿掉。所以我們那時候在跟我們會員醫院協商的時候，都沒有說要這一項拿掉。可能在計算權重的時候部分醫院的權益會受影響，所以我們建議這項指標先保留。

主席

好。請我們同仁就這一部分回應。

醫務管理組劉林義專門委員

是。本來我們品保就是照品質確保方案的指標訂定，假如說醫學中心這邊覺得有困難的話，我們還是可以去再繼續保留一年。

主席

明年要提醒，不要有的東西一大堆指標，我說實在的這些指標，可能有時候你們開會知道，但是你回去問你的醫生都不曉得。好，假如這個討論一沒有問題，我們就進入討論二好不好？請。

討論事項第二案：

案由：111年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)修訂案

(業務單位報告)

主席

好，謝謝！其實那個偏遠地區的確也是我們醫療上的重點，我們這些他們羅列的偏遠地區的醫院，的確有時候上一次他們在提到那個誰？南投有一個長條形的，南投有幾個地方，南投市，還是草屯，沒有，南投沒有兩麼偏僻，有一個地方我們看起來也是一個很有名的城市，可是它很長，所以另外一邊就等於沒有醫生，這也是一個，上一次不是加進來了嗎？不過我是覺得說你們看看這個有沒有問題？這個偏遠地區，謝輝龍代表你最偏遠，草屯。

謝輝龍代表

我竹山。

朱益宏代表

草屯是謝文輝代表。

主席

竹山那麼遠的地方也很偏遠，還有沒有要補充的這個？好，沒事就過。好，進入討論三。

討論事項第三案：

案由：修訂 76020B「腎臟移植」支付點數案

(業務單位報告)

主席

謝謝！關於這一部分的話，我跟你們講一下背景，這不是為了我自己。我跟健保署第一次結緣，就是那時候我在當醫生的時候來跟健保署溝通，我問你不能不面對這個臺灣的洗腎的一個狀況，沒想到那麼多年我來當署長的時候，你們假如不面對這個問題的話，到時候臺灣，八千億一千億在那邊付給那個洗腎的，那變成一個企業。以前的時候還好，因為我們一年大概有五百例的人是在大陸換腎的，所以換一換，我們不用做什麼工作，其實這個都是其實我跟部長在報告這個醫院總額的時候，說你糖尿病你一定要去用 SGLT2 或

什麼東西去治療這些糖尿病的病人，要讓他不要變成洗腎。洗腎的時候就是不得已，就是一定要洗腎啊，可是問題是你換腎的時候，臺灣就沒有人要換啊，每個醫生，就是你要去 promote 器官捐贈也沒有人要去做，我當董事長的時候，已經在前年的時候造成臺灣最多人到四百多個人捐贈，去年因為疫情的關係我沒做，降到兩百多個，就是這樣。所以部長說為什麼人數掉那麼多，因為沒人推動的時候，根本沒人要捐，當然可以說是自然的一個生態，但是問題就是說換腎的部分，你看這個 Data，活體沒有人要做，那 cadaver 又沒有了，大陸又沒有啊，說實在的，那洗腎的醫師也不是他的錯，就是病人就是留下來洗腎。所以我覺得這個真的是要去務實面對，不做，以後誰當署長都一樣，面對都是一樣，就是那個洗腎的費用，你看那個洗腎的團體它每一年也是要成長率，病人越來越多，你這個洗腎的錢是換腎的錢的兩倍，那存活率又差那麼多啊，所以從這個案子給各位知道這個背景，好不好？但是我覺得說要看遠，短短的看起來，部長自己就覺得說為什麼越來越多人在洗腎，沒辦法，就是這樣，我也有糖尿病，我早晚也要洗腎，只是說以後難免可能會遇到，好不好？不知道這個討論三各位有沒有意見？請說。

謝景祥代表

報告署長，我覺得說這個案子很好，因為我是骨科醫師，我也是外科醫師，這真的是外科系統，現在沒什麼人在做，所以必須要有這個鼓勵，這些立意都非常好。但是我有一點感覺，就是說你要成為一個腎臟移植醫師之前，你要成為一個外科專科醫師，這些外科的就很難招人，為什麼很難招人？還有一個外科所有的手術點數從健保元年到現在 26 年了一毛錢都沒調過，一毛錢都沒調過。我最近跟一些朋友講，很多人匪夷所思。有一個手術費用，它是勞務費用，26 年沒有調整。假如說是這個東西還是放著不管的時候，那也是一樣，根本沒有新進的住院醫師，那哪來新的外科專科醫師，那來的腎臟移植的醫師？所以不過我基本上很贊成這一點，但是這總是一個起步，但是光做這個還是不太夠，我們真的希望以後能夠檢

討一下外科系統的手術費，以上報告，謝謝！

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我不是來反對，我只是要問一個原則性的問題。就是這裡的預算來源是專款。我想問一下就是說結算的時候是不是依專款的方式，誰做得回到那個分區，而不是照本部 RS 值來分配，否則有多做得都要被懲罰，甚或可能被攤扣，結算是會用專款的方式？

醫務管理組劉林義專門委員

專款的部分就是由我們署本部統一，有做的才有，跟 RS 沒有關係，那 RS 只有在一般服務的計算。

朱益宏代表

主席，這個案子基本上我是同意，因為之前署長也有找過大家來談，基本我是支持，確實這個有鼓勵的作用。但是我只是要提醒署本部，就是說因為這是專款，當然對於一般總額沒有影響，但是這邊調上去以後，其它的移植會不會一看你調那麼高，我也要調我也要調，這個我覺得署本部可能要考慮。因為像譬如說心臟移植才 32 萬點，那你現在一顆腎臟移植變成 38 萬點，他會不會就有不同意見？那肺單邊才 35，所以我是覺得這個後續的這些效應可能署方要考慮。不然的話那個加上，所有的總額都放在這個移植費用，我是覺得這樣會造成科一些問題。

主席

這個當時在考慮就是說這個東西你做一個的時候，就省一個人，也就是那個洗腎病人的費用減少，這個東西你看為什麼那個數字，為什麼活體肝那麼多，就是不換就會死，結果最近很多 VIP 都要換。

朱文洋代表

署長，我真的很贊成這個換腎的這個，因為我是腎臟科醫師啦，我也知道，如果換一個腎可以 Double 的話，如果一年 350 例的話，增加 6,720 萬，但是洗腎的費用相對可以減少一倍，就是 1 億 2,670 萬，所以事實上它是划得來的。當然以腎臟科的立場來講，我們的病人就會越來越少。但是同樣來講，以病人的 outcome 還有

整個來講，它應該是可以推動的。但是我比較好奇的就是說我們臺灣事實上是 donate 的問題，不管是 cadaver 還是 living donate 都是有問題的，因為在健保實施以後，大部分的人都不太願意捐器官來做移植了。

主席

不過我這邊跟各位報告，其實我們那天跟部長討論的時候，我們說常常講 share decision making，就是說我們在洗腎的時候，就是說要問誰的意見？去問腎臟科醫師的意見嗎？腎臟科醫師會說換腎不錯，不過有風險，洗腎沒風險，因為不會有立即的危險。所以有時候就是在那種言語之間的話就要暗示。通常就是因為換腎不換的話還可以洗，所以沒差。我的意思說換肝換心你沒換就死掉的話，就是家人沒辦法做活體心臟捐贈對不對？活體肝臟就可以捐，所以說這個是一個很大的一個問題。另外一個就是說這個東西事實上是這樣，說實在對腎臟科醫師來說很無奈，所以未來就是說部長是有強調說可能將來就是說你一個病人要開始洗腎的時候，就要照會一下腎臟科醫師有沒有意見，跟前一陣子我們討論支架，支架都是心臟內科在用支架，心臟內科用支架用得好好的，心臟外科都沒患者開刀，兩方就會吵，我說你們兩方一定要討論一個結果，就看什麼樣的病人是需要照會外科看，外科會覺得每次都沒用，放得沒用，其實心臟內科做得很好，所以這個是一個問題。來，請說。

李偉強代表（陳威明代表代理人）

第一個我支持調漲，不過我們可以把這一年當做是一個調漲之後，到底會不會讓我們這個移植的數量會再突破，我們可以來觀察。如果是因為調漲而突破，我覺得也蠻奇怪的，我相信主要問題卡在器官捐贈數量不足，不過我們看這個圖，其實真的很讓人害怕，我剛剛仔細看了一下，我們每一年，過去的十年那每一年洗腎的人數增加兩千人，每一年的費用大概增加 30 億，幾乎是直線的，還好不是拋物線。這樣算起來的話，我們十年後我們洗腎的費用是一千億，對吧？這是很簡單的數學，我剛剛這樣算一算十年後我們就一

千億了，那時候的洗腎的人數一定會突破 10 萬，所以這是一個很大的問題，對我們總額來說其實殺傷力是最大的，因為它這個費用幾乎是固定的，它的成長速度一定是大於我們總額成長速度的。所以這個地方可能，當然這個我知道這不是健保署的問題，是很多的問題。其實我覺得很奇怪，在臨床上面我們的病人都很害怕洗腎，因為他們都知道洗腎對於生活品質影響有多大。可是這個數字看起來，我們這麼多年做了多少的努力，國健署做了很多的努力，不過它的趨勢幾乎沒有改變。其實醫界也做了很多的努力啊，像這個 CKD 的 Program 等等評鑑都放在裡面，可是這個圖告訴我們說其實，當然我可以講說如果不努力的話，搞不好會更嚴重，可以倒過來講。可是經過這些努力之後，是把這個線維持的斜率沒有變成拋物線，這個我覺得其實可能在另外一個場合變成很重要的一個議題，不然對於我們健保總額這個議題來看，其實是一個目前刹不住這個車，如果說今天這個策略下去之後，能夠真的改變一點的話，我覺得這是一個很大的幫忙。而且這個幫忙的效益會越來越大也希望說我覺得這個價錢，我請教一下，我們這個錢調整是對於器官移植的團隊，那摘取的支付費用會調漲嗎？一個是摘取一個是接受者，如果是單邊的話，其實那邊也很辛苦，我只是提出一個，如果要我建議的話，應該都要增加。

主席

其實那個 team 的運作，我常常在想，其實作移植的 team，假如說那個 team leader 是院長或者是主任的話，這個 team 要運作就比較順利。如果這個 team 的 leader 是一個主治醫師的時候，我跟你講，他沒有人手可以幫忙，所以說這個是很現實的問題啊，大家也會知道說，像我以前在做一般外科的時候，我就開 Hemorrhoids 開三個就換一個腎的錢啊，你知道嗎？所以這確實是一個很現實的問題。不過剛剛謝院長也講了，這個就是說那個支付的部分的話，其實也都是我一直念茲在茲的，我是覺得不必要的費用要盡量少掉，那這個該給人家的合理的給付是一定要的，不過，住院醫師就是這

樣，我當年在當外科主任的時候，當的那一年我是 8 月 1 號接，我們就收到兩個住院醫師，外科只有兩個啦，兩個怎麼玩？對不對？這麼大的一個科，那時候我們就找了 NP 專科護理師協助，第二年的時候我就收了 18 個住院醫師啊，那時候他們就說外科的春天來了，可是春天就只有在成大春天知不知道，別的地方還是沒有春天。但是第二年的時候就變成 15 個，可是你這樣連續兩年下來，後面的人很好做，我意思其實有時候就是要自己去克服，我是覺得不是每一個都像你們那麼喜歡念書的，其實有時候有一些也是沒什麼讀書，像我去當外科，對不對？外科這個東西就是有很多的細節，來，執行長。

童瑞龍代表

我想我同意這個案子，剛剛地區醫院講的，像朱益宏代表今天太客氣了，他本身麻醉沒有幫麻醉醫師爭取，器官移植的麻醉科醫師是夠辛苦，他也是幕後功臣，那你有調腎臟團隊，你這個麻醉也應該要調整。所以我想剛才地區醫院代表有說外科體系的這一些給付要重新檢討，因為不是下任的署長都是外科醫師，你要幫你的外科醫師好好的審慎的檢討，在你的任內如果沒有辦法調高的話，我看以後也是困難。剛才有人講啊，心臟只有 32 萬而已，對不對？我想健保署應該一併檢討一下，有一些低的也應該主動調整，不要說每次都跟我們講才要調整，你們都有大數據，我們沒有。如果你今天沒有弄出來給我們看，我們也不曉得。所以我想其實你們要主動出擊，要把這些低的費用怎麼樣調高起來，難度高的要怎麼樣多一點，重症才有用啊，不然都講要鼓勵重症，從何鼓勵起，我覺得這樣子。所以李署長，你記得你以前寫信給陳水扁總統跟侯勝茂署長，那時候這個腎臟是我幫你調的，那時候我跟地區醫院謝文輝代表他們講不要反對，那個案子才通過。

主席

來的是時候，不然歷史會重演。請依婕科長說明。

醫務管理組陳依婕科長

回應剛剛院長的提問，就是有關於這一次調整的支付標準是只有針對腎臟移植，就是植入的那一個支付標準，摘取沒有在這一次調整的範圍，那當然也是因為有一些預算的考量，所以如果日後預算充足的話，我們就可以想辦法調一些其它的項目，也包含像剛剛提到的像麻醉這樣的項目，以上。

童瑞龍代表

署長，我再發言一下。這個是專款專用，八十幾億應該夠，如果不夠，還有部長的一些總額沒有分配的，這樣弄到這個臟器移植來，對不對？你的成長率還可以那個，所以我想既然要做重症要救人，就應該要有不同的做法。李伯璋署長現在被人家稱作有魄力，那你要改革。

主席

魄力死得更快我跟你講。我們進入討論四，好不好？來，討論事項第四案。

討論事項第四案：

案由：關於新設醫院或新增床數對於醫院點值造成影響案
(業務單位報告)

主席

好，請醫事司做回應好不好？

衛生福利部醫事司李中月簡任技正

好，謝謝署長。大家午安，醫事司這邊說明。謝謝醫院協會所提的這個提案，這個的確是一個很重要的議題，本部受理醫院設立或擴充的申請案，都是依劃分的醫療區域來審酌其資源的多寡及分布情況，並提送到醫審會進行審議。因考量關於醫院病床的增設，與健保財務分配具有相關性。本部召開審議會時，也都有邀請健保署及社保司列席。因此，建議健保署或者是社保司未來參與審查會議時，或可適時提供涉及健保財務的衝擊影響評估，供審議時參考以利周延與完整，以上說明。

主席

好，請謝文輝代表。

謝文輝代表

長官、首長好！今天這個台灣醫院協會的案是在理監事會通過，為什麼大家這麼在乎這個事情？就是我是覺得像現在的衛福部醫事司處理這個就是射後不理，為什麼？就是你通過了以後，我想我們在座蔡副署長是很資深的健保署的長官，醫院總額剛開始的時候醫療密集度是列為協商因素，就是說你如果增加醫院增加病床什麼這些，因為這個都是在所有大家的認知，專家、學者、老師、外國的研究報告都很清楚，你增加這個地區增加一個病床它大概會增加多少醫療費用，甚至增加醫師，它也會增加費用。這些本來在總額開始都是列為協商因素，沒幾年就不見了，為什麼不見了？就是賴皮、不負責任。從我參與我們醫療這些，大概在座我最老最久，三十幾年了。就我所知從來沒有一家醫院要蓋說不會通過，都通過。因為現在我們的政治人物都覺得蓋醫院是德政，每個地方那縣長市長加上立法委員來就壓著衛福部的長官，所以我們也替醫事司的長官我們也很同情。所以我們要用這個制度來保護，也保護長官，也要保護政策，不要再賴皮，大家都很清楚。最好當然可以再放回協商因素，本來這個就是應該要先讓人家知道說，如果你要多幾床，你就要準備增加多少財源，這個才公平，那我建議這個案不要只署裡長官這個意見，這樣的話我是覺得這個看起來心裡就有一點冷冷的。我是建議，所以我們本來的想法我提供給署長跟在座的各位，後期我們要支持這個要把它再納為協商因素，醫療密集，因為這是你決定不是我們決定，今天如果是醫院的代表來決定說要蓋這個醫院，那我們總額我們負責嘛，對不對？今天是你部裡醫事司審議決定的，所以這個就部裡要來承擔責任，說這個應該在總額裡面我們要追求一起努力來放到協商因素裡頭，恢復原來的。第二點現在如果沒有辦法，至少要有讓醫事司有一點顧慮啊，所以我們其實是建議在六個分區，我們每年的成長率，我們在這裡醫院協會的這個代

表，大家有一個共識，原來主體的醫療，每年成長率像今年只有 3% 多，在一般預算裡面搞不好只有接近 3% 而已還不到 3%，那我們都訂一個標準，讓各個分局不會困難，就是說新醫院只能在年度的成長裡面占多少比例，看裡面的 10% 屬於給新醫院的，那這樣的話也有間接的制衡效果，就是說要新設醫院去看說，中區還是臺北區每年成長 10%，差不多 1 億多，那我還要不要再去蓋醫院？或者是我蓋了以後我的財務規劃就要因應這個財務變化，也許我要分 10 年逐步開放，不要一下子就衝擊。因為這個一下子衝擊它還會連帶讓那個地區的醫務人員穩定度就產生很大的衝擊。所以我是覺得的確設立醫院不是署裡長官能夠決定的，但是剛剛醫事司的長官已經講了說以後會尊重我們，我們就送財務給他看嘛，說你這個一床大概增加多少財務，所以我是建議啦，我們今天如果能夠做成一個原來的醫院像無論中區 100 出頭家的醫院，只有接近 3% 的成長率，那到底留多少給新設醫院？留 10% 我是覺得就已經很沉重了。如果能做成決議說建議六分區新設醫院每年在那個額度裡面建立以 10% 為準則，這樣各分區就用這個下去，新設醫院在設的時候，它對財務的規劃，醫務人員的招聘或者是要不要設他就會審慎考慮。

主席

我想的沒有錯。

童瑞龍代表

謝文輝代表，你說 10%，分母是什麼你要先講。

謝文輝代表

分母就是成長率。

童瑞龍代表

不然 10% 很多，中區 10% 就不得了。

謝文輝代表

我剛剛講得很清楚。成長率 10% 嘛，建議啦。

主席

基本上我的觀察是這樣，第一個當然這也不是醫事司他能夠做決定

的，那的確就是說蓋醫院事實上不是那麼難，硬體花錢下去。但是就是說你到最後有病人的時候就有一個問題，那我說實在的，我們現在一直跟部長在溝通使用者付費的部分分擔，到時候病人要看病，他會自己去考量，所以當那個蓋醫院就是希望說越多的病人就做越多檢查，這是它的一個目標。可是我們不需要做得這麼辛苦，所以我覺得說你看那個就是各個分區共管會議的時候，你發現說新設醫院就會要求有成長率，就一直在找立法委員在施壓，我們就它施壓我，我就施壓誰，施壓我們的組長，所以組長就衰。

謝文輝代表

所以組長的壓力我們要替他疏解。如果今天我們會議，我建議我們通過，就是醫院幾百家，一家新的來，不可能說全部都被你接，而且後面還有立委委員的惡勢力，那我們是不是大家通過說原則上新設立醫院…。

主席

謝謝，還有其他代表要發言。

謝文輝代表

我先建議讓大家參考，我們在每年的成長率你成長3%或2%，10%建立作為新設醫院的額度，給六分區做準則。那六分區就可以拿著這個不是我有辦法，我頂多10%，我是覺得才能抵擋那個地方的勢力。

游進邦代表（程文俊代表代理人）

我呼應謝委員講的10%，總額成長的10%。我要講的是說因為其實剛剛醫事司的回答跟署裡書面的回答，我覺得對這樣感覺蠻失望的。就是兩個單位在互踢皮球，一個說我只管開床，只管醫療資源夠不夠，那我要講說地方衛生局在講醫療資源的時候，它說不足，它怎麼劃都可以劃出不足來。像我們桃園那個整個桃園市醫療，它還有一個分成南桃園跟北桃園來做，長庚醫院切開之後，統統變成醫療資源不足地區。我說怎麼算它都有道理可以算得出來，所以這個數字基本上不相信，假如說縣市政府要蓋醫院，它怎麼樣都可以

弄成醫療資源不足的地方。像明年高屏地區大概就很擔心，是因為義大跟那個高雄榮總在那邊分院要成立。

主席

在哪裡成立？

遊進邦代表（程文俊代表代理人）

在屏東。我要講的就是當初會蓋這兩家醫院，也是說屏東醫療資源不足。我要講一個數字，屏東今年的人口是80萬，你知道20年前屏東縣的人口是多少？九十幾萬，所以整個屏東是少了十幾萬的人口，結果還在這個少十幾萬的時候還是醫療資源不足，還要蓋兩家超大型的醫院。那你說這個醫院蓋完之後，那病人要從哪裡來？當然就是會稀釋原來在地的一些醫療院所。所以說其實你說這個對本地方的醫療資源有什麼幫助嗎？我認為沒有什麼幫助啦。其實當初假如有評估的時候，因為屏東的主要人口是在屏東市，它根本就不會讓兩家同時蓋。所以這一部分我認為說這個應該是未來你要蓋醫院的時候，就是要有財源，沒有財源，沒有國家特別財源，就是總額裡面就是總額的成長10%作為整個新設醫院或者是新開病床的依據。我想這一部分應該是要把它明文把它訂在裡頭，這樣未來大家要開這一些醫院的時候才有所謂的財源跟依據，也不會侵蝕到既有醫院的一些權益。我想我也是支持剛才謝文輝委員的意見，以上。

主席

好，謝謝！來，簡單扼要好不好？

朱益宏代表

很簡單。第一點支持醫院協會的意見，我是覺得這個事情這個案子健保署是可以處理的。雖然新設醫院這件事情非署方權責，但是新設以後在總額裡面會怎麼分配，這件事情是署方可以處理的。所以我是覺得健保署這邊，也拜託署長真的慎重考慮，如果在座醫院這邊都同意，而且這是醫院協會經過理監事會的決議，希望署方支持啦，這是第一點。第二點我是建議就是說剛剛醫事司講的相關的這些東西，是不是署方也正式函文，今天會議如果有這樣的結論，也

正式函文給醫事司，希望新設醫院的時候，要邀請醫院協會也參與，不然事後醫院協會完全都不知道，結果設立以後結果才發現，那又多這麼多(床)，譬如說你說新竹最近這兩三年成立的大概兩三千床，都在竹北密集的要死，我們臺北、新北市那邊說土城醫療資源缺乏，要成立一個 800 多張床的醫院，土城到臺北市多近？所以我是覺得說正式函文給醫事司，用這個今天會議的結論說希望未來考慮的時候，醫事司那邊核定的時候，一定要考慮總額相關問題，並請會議中應該邀請醫院協會也列席陳述意見。

主席

好，謝謝。請。

謝景祥代表

我是覺得說這邊講得沒有錯，這個醫院的成立都是政治決定不是專業決定，所以健保署也沒什麼辦法，醫事司也沒什麼辦法。但是有一件事情是健保署這邊非常重要的因素，就是總額的協商因素，白紙黑字就寫在那裡，就是醫療服務的利用與密集度的轉變，所以以後每年在協商的時候，醫院的代表、健保署還有付費者代表、專家學者等等每年在協商的時候，我們是不是醫院協會就是要根據這個東西提出來，健保署也幫我們試算一下，然後當醫院這一邊跟健保署這一邊把這個協商的因素的立場一致的話，就比較容易說服消費者那邊接受。那無法說服消費者那邊接受的時候，就要拜託部長來裁了。

主席

OK。我想是這樣，我說實在的假如說以我這一段時間接觸的，應該是醫院協會應該出函文給衛福部，就提醒說這個東西，我們健保署事實上我是支持你們的想法，這個東西可能是醫院協會，畢竟是部裡面的一個單位，部裡面有部的政策。我相信大家都懂這個東西。我可以跟各位講說其實我覺得，就像剛才有人跟我講說李伯璋蓋醫院很好賺，但是我說以後做了部分負擔之後，他要維持醫院營運可能有壓力的時候，那維持有壓力的時候它又要怪我們說，我們為什

麼沒有它還在成長，你應該要給它更好的 extra 的那個錢，我想這是兩回事，好不好？

謝文輝代表

署長，我是感覺你可以徵詢一下，如果醫院大、中、小型的代表都認為贊成新設醫院建立的原則，就是它的成長是每年你成長率的10%作為新設醫院的額度，我是覺得我們來承擔。

主席

我們會列入會議紀錄。

謝文輝代表

要通過才有效。

主席

但是通過要列入會議紀錄，代表大家有共識。

謝文輝代表

就是說今天討論的決議就是…。

朱益宏代表

大家有共識。

謝文輝代表

大家有共識，就是建議六分區…。

主席

請念一次。

謝文輝代表

好。今天決議就是全體醫院代表一致同意，同意全國六分區的新設醫院每年給它的額度目標應訂為各分區成長額度部份的10%為上限。

主席

你寫好給我們。

謝文輝代表

好。

主席

請侯委員。

侯俊良代表

署長還有各位代表，我想了解一下那例如說剛剛有這樣的一個共識，這個東西是不是需要到健保會這邊再去做處理，還是說這邊的會議就處理？這是我的疑問，以上。

謝文輝代表

這是總額的內部管理和健保會沒關係。

主席

我看你公文先寫給部比較實在。

謝文輝代表

我會寫。

主席

但是你用的在我們會議裡面，會有這樣提出一個方案。

謝文輝代表

是會議的決議，大家同意。

主席

大家是有這樣的一個方案。

朱益宏代表

大家有共識。

主席

有這樣的一個共識，提供給部長那邊他們再做政策的考量，好不好？侯委員，這件事還很長，我再看怎麼處理，好不好？來，假如沒有的話，我們進入討論五，好不好？來，討論五。

討論事項第五案：

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準同一療程疾病門診診察費修訂暨首日住院護理費調升案

（業務單位報告）

主席

好，謝謝！各位委員有沒有意見？這個已經討論過了。

朱益宏代表

是部長裁定的。

主席

OK，好。假如沒問題，我們就進入到討論六，好不好？

討論事項第六案：

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

（業務單位報告）

主席

謝謝！各位委員有沒有什麼意見？

朱益宏代表

同意。

主席

同意是一回事，我要跟各位拜託，就是我們目前在推那個不申報不上傳，就不能申報，你們務必要注意，現在已經快要處理，因為我們一年有兩百多億的申報的費用，那個資料都不在我們上傳裡面，你不曉得他有沒有做，要怎麼查？所以我拜託各位委員，回去一定要加強這個東西，那個錢都是大家的錢，就是你不管的話其實也不是辦法，拜託各位留意好不好？好，那我們進入討論七。

討論事項第七案：

案由：111年醫院醫療給付費用總額新增項目：「住院整合照護服務試辦計畫」

（業務單位報告）

主席

對於這個照護司要講之前，請劉林義專門委員先跟各位委員做一個補充一下好不好？

醫務管理組劉林義專門委員

先跟各位委員報告，其實這一項是屬於本署的一個重大的政策，這一項的來源就是來自於去年在爭取今年的整個總額預算的時候，其實是有國發會是同意說假如有新增這一項計畫的話，所以才會給我們一個比較高的一個總額的成長率。所以假如這一項假如沒有做好的話，因為我們現在又要開始爭取明年總額的預算，就是怕說會被國發會質疑，就是說拿了錢回去沒有做。所以這一點的話就是希望大家能夠同意。再來就是說因為我們現在也卡到一個費率 6% 的上限，假如這一項做得好的話，其實對於我們以後爭取突破這個 6% 的上限比較好跟付費者來做一個交代。以上先做簡單的補充說明。

主席

好。請照護司做報告。

衛生福利部護理及健康照護司李雅琳技正

好。照護司這邊報告兩項。一個就是針對我們今年的試辦服務計畫的草案以及我們這個計畫所訂定的執行目標跟預期效益的評估指標來做說明。首先針對我們這個試辦計畫的徵求方式，我們是以今年會至少 4 家醫院來推動，當然經過審查遴選之後來擇優增加醫院辦理。各個醫院就會依照核定的一個試辦金額為它的上限來做一個處理。申請醫院的條件，目前是除了說特約醫院之外，醫院可以評估他們所在的形態規模跟一些地區跟人力不同的條件，依照他們全院病房的應用情形，提出適合這家醫院的一個試辦模式跟管理機制的計畫，所以原來的 50% 開放條件，我們現在也會請醫院提出適合他們醫院的模式來申請試辦。那當然就是醫院也要針對它每天住院整合照護所估計的使用人數跟相關管理的方式，在申請的時候也必須要來做說明。請看下一頁。針對這樣子的一個住院整合照護辦理的方式，基本上還是一樣是採 skill-mix model 的方式，就是用團隊分工的方式來照顧，當然醫院這樣子的病床也可以依照它病床的應用或者是說病患的需求來提供不同形式的住院照顧的人力安排。等於是說這樣的一個病床之外，除了說可以提供家屬的選擇的條件，

譬如家屬不參與的條件之外，當然醫院也可以依照這個病患的嚴重程度跟病患的需求來提供一對一照顧服務員的安排服務，這個是跟之前不一樣的地方。其它的話針對人力來源的部分，如果說醫院是採委外或者是特約方式的人力來源的話，在提報執行計畫的時候，也應該要有相關的一些管理規則說明。請看下一頁，針對這樣輔助人員的業務範圍跟品質管理，醫院可以參照我們現在醫院照顧服務員的管理要點來做一個訂定，提供一個補強的進階訓練。請看下一頁，在這樣的一個試辦計畫裡面的輔助人員薪資條件，還是由醫院它依照人力的來源、人力的配置及營運成本，來訂定具人員投入誘因的薪資福利。這案在健保的給付項目跟支付標準的部分，原本我們這邊是有寫說住院整合照顧服務的一個承作費用，這個名稱當然是可以再做一個研議跟調整，目前是以 750 點/人/日，就是說每床每日的點數來做申報。醫院可以考量它的各項成本就全民健保不給付的範圍的費用，參考本部訂定的一個收費的項目跟範圍來報機關所在地的衛生局來備查。在這個部分的話，所謂的本部訂定的收費項目及範圍，大概就是我們會比照之前掛號費方式，就是訂定相關的一個照護輔助人員的一個收費的範圍，讓醫院來依據它的成本來做一個收費跟備查。本案專款會以核定各醫院計畫的一個經費額度來進行前端的控管。專款的計畫的話，會採每個月按月來支付。如果經過前端管控經費之後還是有發生專案經費不足的情形的話，就是採採浮動點值的一個方式來計算或者是說報健保會爭取費用，這是部裡面的相關的討論。另外的話在針對品質監控指標，在結構過程跟結果指標總共有 11 項，請各位委員參閱。以目前來講，就是健保署在系統裡面目前可以來做一個自動產出，大概有現在這幾項，就是住院照護的一個涵蓋率，還有就是病床的使用率以及病患的一個平均住院天數這樣。接下來的話就是針對我們這個計畫的執行目標跟預期效益的評估指標來做說明。這個案子目前提出來的執行目標，是以 111 年至少 4 家醫院來參與服務，以這樣子的一個今年的 3 億元的一個費用來估算，以七成來估算的話，這樣的一個目

標大概可以服務住院病患大概 28 萬的人/日，這個是在針對這個案子訂定的兩個執行目標。那這個執行目標在之前的相關會議我們也有提出來。接下來針對預期效益的評估指標部分，目前就是只有針對我們今年 111 年訂定的目標值是 2.8%，2.8%是以現行 3 億元的經費狀況之下，如果說醫院它一定的規模來提出，就是說醫院各種不同規模而提出的話，大概是 2,150 床。以全國急性一般病床的開放床數這樣算下來是 2.8%，以這樣的方式來做一個我們的目標的訂定。以上說明，報告完畢。

主席

好，謝謝，謝謝照護司。我想這個案子是這樣的，就是原則是這樣，因為這個案子你們知道這個 skill-mix 就是說它的計畫很大，對我們大家也都是有一些意見，所以我們就變成把它縮小變成這樣，不過事實上部裡面的政策當時我們的醫院代表跟部裡面妥協就是說先做試辦，當然這個試辦的話，他們那天在跟我講，總是要有一些醫院做，做出來的結果怎麼樣我們再來檢討好不好？所以我想這個案子它的概念是這個樣子，這個東西其實也不是健保署的，人家會覺得健保署來處理這些事情，我覺得都碰上了，只好認了。請依婕科長做個補充一下。各位看一下那個表格。

醫務管理組陳依婕科長

我們再補充說明一下。我們有在今天的會有發一份補充資料，討論事項第七案的補充資料，這一份補充資料的討 7-21 頁，我們有放一個 A3 大小的一個對照表格。裡面的內容是我們健保署有參考其它專款的方式有修正一些相關的文字，這邊跟代表做說明。首先是第一個依據的部分，我們就依照其它方案的寫法就是寫健保會議協定的相關總額事項來辦理，預算來源也是用其它方案的寫法。其中在預算來源的第二點有提到這個預算是按均季均分及結算，每一點支付金額不高於 1 元。依據剛剛跟照護司簡報裡面有說明到，其實這個方案我們會做事前的審核跟管控，所以會在事前的審核就先把關好這個相關的預算，不要超出這個專款的額度，希望可以讓醫

院有做這一項服務都可以支付每點 1 元這樣子，以上做補充。再來是在第五點實施方法及進行步驟的部分，我們除了文字酌修以後，我們另外在二申請醫院應符合下列資格條件的地方有新增了 (3) 到 (5)，這幾個其實是在執行面上把申請醫院送件的截止日還有召開審查會議，以及從什麼時候開始支付這個費用的起始日期把它明確的寫出來，請大家翻到討 7-22 頁，這邊有提到 (4)，就是醫院照顧輔助人員管理及業務的範圍，這邊是做文字的酌修。

接著是到討 7-23 頁，這邊在講第六大點醫療費用支付的地方，第二給付項目及支付標準，我們就用平常我們健保這邊熟悉的這個框框，支付標準的框框呈現在這邊在計畫之中給承作的醫院做參考。剛才提到說我們這邊的費用會建議名稱改為住院整合照護的個案管理費，每日 750 點，我們這邊也有給它一個醫令的編號，未來就是由醫院按照有提供服務的日子，然後申報這個醫令的編號。另外第三個我們有增加了醫療費用點數的申報格式，原則上它就依照原本的住院案件分類來做申報，因為它是核實支付的項目，所以我們在 DRG 這邊有另外做考量，其它的項目的話就是論量來做申報。另外病床號這邊還有執行醫事人員的代號我們希望是必填。另外還有就是 (4) 是我們平常就是要依照我們的支付標準還有藥物相關的支付標準等相關的規定來做申報審查跟核付。

另外剛剛在第七大點品質監控指標這邊有提到，現在目前健保署有辦法從申報資料算到的，就是如最右邊健保署說明的這 1、2、3 項，其它的項目沒有辦法算的話，可能到時需要由承作醫院來提供相關的資料給我們做計算。另外請大家翻到討 7-24 頁，這邊我們就是把第 10 點方案修訂的程序還有第 11 點醫院考量各項成本就健保不給付的範圍的費用參考福利部訂定收費項目及範圍，報機構所在地的衛生局核定等文字把它做一些修正。接著是討 7-25 頁，在附件一的地方，我們會請申請的院所在送件來申請的時候，就要先詳述他們規劃的整合照護病房的科別還有病床號以及照護服務人力的名單，那這樣子是為了我們費用勾稽的時候會用到。在下方的申

請醫院審查作業及標準，我們健保署這邊會召開一個審查小組，會邀集專家學者還有部裡面的相關單位代表一起共同組成，所以針對這個部分有做文字的修訂。以上是健保署的補充。

主席

好，謝謝！在座有興趣的請舉手。

謝文輝代表

沒半個，不用討論。我跟署長報告，在座沒有人有興趣，其實就我們知道所有的人都沒有興趣，因為沒有人力，所以到時候一定是公立醫院會被押著去做。

朱益宏代表

沒有，萬芳要做。

謝文輝代表

萬芳要做？沒有啦。

主席

你不要這樣，人家要做你說沒有，請朱益宏代表。

朱益宏代表

我覺得這裡面，因為這個其實照護司跟醫院協會開過兩次會，在這兩次會議其實大家提了很多意見，然後照護司事實上包括現在出來的案子對有一些意見還沒有做回覆。其實我覺得這個案子提出來，今天如果要通過，確實太匆促了。我舉個例子來講，上一次開會，第二次開會我就有提，你說 750 點寫到支付標準裡面，錢不夠，1 點變 0.5 的時候，醫院要吸收，還是允許我再跟病人收自費？因為你寫到支付標準表裡面，健保有給付的，依照你的特管辦法是不能收自費，你這個就是叫醫院要吞下去，對不對？這個醫院怎麼吞得下去？照護司當初說這個會跟健保署再來協商，協商之後就沒了，就變成點數，所以我覺得這個案子其實還有很多未解決的事情，我是覺得照護司應該多花一點時間多跟醫院再溝通，不是只有開兩次會議，然後大家丟一堆意見，說我們回去再考慮一下，然後一個案子就出來了。我是覺得這個案子真的是有一點太匆促了。

主席

請謝代表。

謝景祥代表

跟照護司兩次會議我都有參加，不過也謝謝照護司真的是我們很多意見已經改了，但是在今天之前我們也不知道到底你那一些改了，那一些不改，為什麼不改，我也不曉得。這是一個試辦的計畫，第一年我們也知道這個叫做箭在弦上不得不發，那不得不發的時候按我們就是要把它弄好，真正要做就要把它做好，不然的話做得零零落落就會很糟糕。當然你後面說你用什麼方式來管控，希望點值能夠1點1元。但是這個東西點值沒有1點1元的時候，在這邊還是寫一個點，大家看了心裡就怕，其實我們當初我在開會的時候，我就有提說一開始說兩家醫學中心一家區域、一家地區，當你一個試辦計畫你一開始你要試辦這種設計就是錯的，你為什麼要設4家？你真的當是一個試辦計畫的時候你應該譬如說弄個40家，但是每一家的總額都是給它限制，不管大、中、小型醫院可能就是你就每一家醫院你給它最多50張床最多100張床，不要說一家醫學中心2,000床，它就報一個1,000床出來要試辦，這個東西我上次我在開會的時候我也有提過，說你要讓比較多家來參加，很多家裡面，這樣子的時候就比較不會出錯，因為每一家床位都少少的就不會出錯，而且第一年的時候真的做了以後，我們就可以累積很多經驗來做第二年第三年的修正。所以我是覺得說今天看到這個草案有一些我們當初提的已經改了，但是我覺得整個的架構搞這4家整個架構都是不對的，所以我覺得說這個照護司在這方面應該要再跟醫院協會我們再多開幾次會，把它修到這個草案至少說我們醫院協會覺得說可行了以後再提出來，不要趕著一個月、兩個月要立刻馬上開始，我們把事情做好比較重要。

遊進邦代表（程文俊代表代理人）

我的看法剛好不太一樣，因為我覺得4家剛好，因為這個東西錢真的不多，你讓太多家，每個都試一點點，那個經驗沒辦法真的把問

題找出來。我相信 4 家不見得找得齊，你 40 家更不好去找，到時候健保署各業務組的壓力就是強迫醫院去參加這個試辦計畫，反而是不好的事情。

朱益宏代表

對啊，業務組會強迫。

遊進邦代表（程文俊代表代理人）

所以我覺得還是維持 4 家，讓有意願的好好把這件事情做好比較重要。我對於那個結果指標那邊有二個，一個是護理人員的離職率跟照護輔助人員的離職率，這件事情其實跟這兩個離職率跟這個完全沒有關係的，我不認為說要把這個離職率架在這邊，等於說強迫你這個醫院說你做了這個試辦計畫，你的護理人員離職率不能更高，更高就是你做得不好，我認為是風馬牛不相干的東西，不要把這個指標硬加在這個試辦計畫，以上。

主席

好，請侯委員。

侯俊良代表

署長，我這邊幾個意見，一個我們 9 月份就要開始進行總額協商，這個部分到時候可能各項的監控指標都會被檢討，所以我覺得時間可能要盡速，可能要趕快有一個決定，第二個聽起來醫院方有蠻多的意見，我覺得這邊也應該要接納醫院方的意見趕快盡速來解決。第三個我有一個建議，就是審查小組的成員裡面，因為後續這一個照護的一個計畫，其實有關病人或家屬的一個組織管理，他們的意見也蠻重要的，是不是有可能把病人或家屬組織代表，也納入這個審查小組裡面，我相信他們也可以提供一些更好的意見。以上，謝謝！

主席

好。謝謝！我想請照護司先回應一下這個問題，然後再請朱益宏代表。

朱益宏代表

主席，我先講他再順便回應。只有一點，剛剛劉委員其實也有提到，包括那個離職率，其實我們兩次會議都有跟照護司建議，這個是沒有道理，完全不相關，所以今天還是列出來，還是放在這邊。所以我是覺得這個中間的溝通，確實不是只有開幾次會然後去收音，這個照護司也可以回應一下，已經提了，連護理師公會全聯會都表示說這個指標不適合，你也放在這裡，然後大家認為這個指標太多了，監視的這個 monitor 指標太多了，醫院要花很多時間去填這些東西，那今天出來也是很多。

主席

來，請照護司回應。

衛生福利部護理及健康照護司顏忠漢專門委員

謝謝主席，謝謝各位委員的建議。我回應一下，2月11號召開會議由司長主持的會議裡面，大家提了很多的建議，我們都有做一些修正，就是如同剛剛各位代表所提到的做一些調整，有關於指標的部分，譬如說剛剛提到朱委員有提到說全聯會有提供一些意見，我們有經過說明後，全聯會是可以接受。所以指標的部分，當然我們還是可以修正，如果各位委員對於我們某些指標覺得在這個地方是不需要的，我們可以把它刪掉。

朱益宏代表

主席，全聯會代表在這邊。

主席

等一下再請朱代表發言。

衛生福利部護理及健康照護司顏忠漢專門委員

然後再來就是當天主要針對指標，希望能夠用資訊化的方式處理就用資訊化的方式處理。所以這邊有三個指標是可以電子化，健保署這邊可以統計提供資料。當然第二個部分是四家，我們是以四家，是希望至少要有四家。當然這個部分依照我們過去在試算按照50%的病床數去試算，大概3億可以做到四家的規模。如果現在大家所提出來的這個計畫可能不會是50%，當然會擇優再去看家數的

調整。第三個就是有關於點值的部分，當天的討論確實有提到說點值如果不足的話會怎麼辦，部裡面也有針對這個部分跟健保署及社保司做過討論。依照目前的規定，就是用這種方式在前端控管，或者事後還是不足的話，用浮動點值或者是到報健保會的部分來調整，大概是以上做這樣的說明，謝謝！

主席

謝謝。淑芬代表。

劉淑芬代表

大家好！護理師公會代表第一次發言，首先我還是要非常謝謝照護司，其實這個計畫當初照護司的一個用心是的確看到在 COVID 之後，護理人員真的是必須照顧病人的日常生活，那本來就不在健保署的支付範圍，是 ADL 的照護，因為花了很多的時間做了這些相關的照護，然後本來應該做的專業性的照護其實相對也會剝奪掉，所以說我覺得司裡面當初起這個案子是為了降低我們護理人員工作負擔，我覺得是非常好的，對於全聯會來講，我們是全力認為照護司這樣的起意用心是非常非常的值得我們配合。只是說在這個計畫當中還是有一些的部分可能要做一部分的調整，會讓整個工作的推動上面會更加的順暢。首先我們就講指標的部分，其實指標的部分真的是比較多了一些，有一些真的是比較沒有關聯性的，是不是還要蒐集到這麼多？除了剛剛離職率之外，包括住院病人整合各病房輔助人員跟護理人員的比例。因為我們這個案子是選擇性，就是說病人入院之後，家屬或者病人有選擇參加或者不參加，所以一個病房裡面的話，輔助人力會因著參加人數的多寡，而有所差異。但是我們把指標要求在說輔助人員跟護理人員的比例，這樣的設計其實我不太清楚這個比例高低有什麼樣的意義，因為病人家屬搞不好我們這個病房雖然是整合照護病房，可是很多的家屬都要一對一，他可能就沒有參加了。沒有參加，比例就整個減少了，這個意義在哪裡？我只是舉個例子類似像這樣的指標。當然剛才我們很多先進有提到了離職率這個部分，的確這個離職率跟這個病房有什麼樣的關

聯性呢？諸如此類的。怎麼樣可以簡化指標把這件事情做得更好，是我們覺得後續可以再討論的。照護司裡一向都非常的正向回應我們很多的問題，這個部分我覺得我們可以再做一部分的調整。第二部分就提到 copay 的問題，copay 的問題在於這個計畫裡面，照護司有提到它會訂定收費的項目跟範圍，我們是覺得這個計畫公告的同時，這個範圍就要很明確，否則的話，讓各家醫院跟縣市政府之間可能會有很多的爭議，包括在提計畫的時候都不知道要怎麼寫才好。第三個部分是在這一次資料裡面，健保署要求登記整個輔助人力的 ID，因為他不是醫事人員，他不會有醫事人員的卡，輔助人力的這一部分，有可能是特約，有可能是院聘，那是很浮動的，他們跟護理師又不太一樣，所以我覺得這個在技術上面怎樣克服，這可能後續還要再討論，否則的話，我覺得大家報了一些人力在上面，不見得是提供照護的人，因為這裡面的變動性太大。另外的部分，就是剛剛拿到的健保署資料所提到了費用的問題，每季結算，然後每季結算的話超過的部分就用浮動點值，那沒有超過得部分的話，就留用到下一季。那我剛剛算了一下，總額 3 億我們分成四季，每一季差不多 7,500 萬點左右，這樣子的話，我第一季如果做了八千萬點，第一季就超出了，我就變成浮動點值了。第二季我做了六千萬點，就可以流用到下一季去，但是一點不超過 1 塊錢。因此我這樣算一算，一年下來剛剛好只剩下什麼呢？2 億 600 萬點，反而是把原來用的 3 億都沒有用完，所以也會有問題，有可能不見得這麼多病人都在用，所以我覺得這個支付這個條件，可能麻煩署裡面還要再想一下，超過的時候浮動點值，然後不超過的時候要流用。

主席

請依婕科長回應。這個本來是照護司的事情，怎麼搞到最後變成是健保署的事情。

醫務管理組陳依婕科長

好，回應有關於預算這邊我們的結算方式。結算的時候我們會每季

先結算一下那個點數，如果超過的話，那個點數會浮動。另外我們全年會再重新結算一次，所以不會有剛剛說的那個問題說每季不一樣的狀況，因為這個專款，所以它會全年再重新結算，等到第四季過完以後會全年結算。

劉淑芬代表

會全年結算這樣。謝謝！

主席

我想這一件各位都知道，其實從一開始做中長期計畫就一直討論到現在，部長他們已經就是配合我們醫院協會的要求，就把它變成用試辦計畫，這個我想這是需要走的路。至於說細節的話，照護司拜託你們，最快的速度再跟相關的醫院協會再談，不要說你們沒講，你看我們在開會的時候，我們健保署都要面對很多醫界的問題都要回應，所以你們也是要做功課，看這東西怎麼執行，你們沒那麼多工作，我們健保忙得要死了，每次都在扛別人的工作，這樣好不好？一定要答應我們，自己要趕快跟人家對話，你沒有對話就沒有結論，人家也知道這個東西，譬如說你要四家怎樣的，你一定要做出效率，不要搞一搞，換健保署做事。我告訴你們一點，我坦白講，那一天那個部長就跟我們有一個機會碰面的時候，部長跟我講的第一句話就說我們健保署事實上做了很多跨司署的事情，你知道嗎？今年考績，我們去年有一些案子，像是特材有的沒的，搞到我健保，部長給我的甲等考績 11 個，真的很無奈，我真的不知道，可是今年的話部長給我們 73 個，你知道嗎？所以我說部長這個人真的是性情中人，知道什麼事要做，去年這件事我不知道，搞到我要背那個責任，所以今天這件事，也就是說我們就是這樣，好不好？拜託各位就是這個東西沒辦法打折，我們試辦就給他過，然後問題是細節的話，就拜託照護司，趕快聽一聽大家的意見趕快去做處理好不好？好，沒有的話，我們就進入討論八好不好？請張克士代表報告。

討論事項第八案：

案由：為了全民健保的永續經營和醫療體系的健全發展，這幾年政策宣示要壯大社區推動分級醫療，年年都編列預算來扶助現行保險制度下最弱勢的地區醫院，但因條件之設定有許多漏洞，造成許多投機取巧行為。

張克士代表

主席、各位先進，本案說明欄的文字敘述請大家參閱，我就用口頭來說明。我先簡單講一下源起，其實我長期關注地區醫院的發展，看到也體會到地區醫院的經營困境，這些年來地區醫院逐漸凋零與萎縮，但是我們在帳面的數字上卻看不出來，因為所有的新設醫院不論大小幾乎都申請地區醫院，而且很多都是極大體系的分院或者是大學的附設醫院，這很容易造成混淆。我常常在跟付費者代表說明我們地區醫院的萎縮情形，但付費者代表(在場也有付費者代表)常會搞不清楚為什麼從表面數字看起來，地區醫院的申報點數以及家數好像還在不斷成長，其實這可以說是大型醫院的變相成長，算是吃地區醫院的豆腐也是占地區醫院的便宜。

我跟各位報告，現在我們地區醫院的占率看起來好像有 16%到 17%，但如果扣掉這些體系的醫院，實際上真正傳統的地區醫院大概占率只有 10%左右，這是非常非常嚴重也非常危險的狀況，如果用保育動物來比喻，地區醫院是瀕危也就是瀕臨危險的保育動物，需要保護、需要拯救，甚至需要急救。這樣的結果我覺得會影響幾百個鄉鎮居民的就醫權益，就像彰化縣有 26 個鄉鎮，其實只有 11 個鄉鎮有醫院，有 15 個鄉鎮是無醫鄉，而南投縣 13 個鄉鎮，幾乎都集中在 4 個鄉鎮，其它的鄉鎮基本上都沒有醫院。對這些無醫鄉鎮的居民來講，已經影響到他們的醫療人權，或者說是就醫正義。

這幾年來我很感謝衛福部及健保署在壯大社區醫療的努力與支持，也要感謝醫學中心及區域醫院這幾年的照顧與成全，能夠有一塊非協商因素的加成與點值保障挹注到社區醫院，而且這個部分還

超出地區醫院原有的占率。在此，我要特別說明，為什麼要超出原來的占率？因為就是要扭轉劣勢、照顧弱勢的地區醫院，所以要設法改變占率，才能翻轉未來。但是現在有很多地區醫院的營業規模已經超過區域醫院，因此原本要壯大社區的預算，在多數的地區醫院都尚未有感的時候錢就不夠用了，所以才在上次會議中有委員提到超出 5 億不足部分要如何處理等問題。其實我們應該照顧的是真正弱勢的地區醫院，我們要雪中送炭不用錦上添花。重點是照顧真正弱勢的地區醫院，等同於保障弱勢鄉親的就醫權益。

既然我們要壯大社區主要是要扶助這些弱勢的醫院，那什麼叫弱勢的醫院？我想多數人都同意這跟規模有關，也跟立足點是否公平有關。這就牽涉到服務量的產值、床位，以及是不是體系的醫院。以下我從這三個面向做一下說明，從產值來講，就醫院服務的健保申報而言，我們看 108 年的資料，健保申報每年超過 20 億的產值，剛好落在區域醫院的一半，82 家裡面有 41 家。所以如果一個地區醫院申報的點數超過 20 億，已經超過一半的區域醫院，就壯大社區的預算而言，扶助一個比很多區域醫院都還要大的地區醫院，我在此也要幫區域醫院講一下，他們會覺得很不公平。所以以產值來講，如果超出區域醫院 50 百分位的話，也就是年申報點數超過 20 億，這個產值已經很高，應該很難說是所謂的弱勢。另外就床位規模來講，要做出定義跟區隔其實是很掙扎也很為難，因為手心手背都是肉，很多都是我們協會的會員夥伴，怎麼切割都會有人覺得無辜與委屈。但是我們還是要找出一個合理、公平以及公認可以放諸四海皆準的一條線，以床位來說，大家都知道急性一般病床，要強調這邊講的是急性一般病床，排除精神科，床位大於 250 床是申請區域醫院評鑑最低門檻，所以我想這個應該就是本來的這一條線。否則有一些大型醫院開設 4、500 床都還叫地區醫院實在說不過去，也應該藉此機會鼓勵與誘導這樣的醫院回歸區域醫院層級，才能落實分級醫療。最後就是體系的部分，我在此講的體系是指大的體系，因為還是有一些小的體系，可能整個體系的年營業規

模不過幾億或者不到 10 億，這個就要排除。我覺得因為大體系在我們現行制度的單一藥價基準架構下擁有採購的優勢，也就是規模的優勢。在這裡我們可以討論總體系的服務規模達到某一種程度就是一個大的體系，例如我們剛剛說地區醫院的年產值若大於 20 億，可能就不在我們要扶助的弱勢地區醫院的範圍內，假設我們把它乘以 3 倍，也就是整個體系年營業規模超過 60 億，這個就應該算是所謂的大體系醫院，因為這個規模已經有很大的優勢，似乎不應該去占用本來要壯大社區的有限資源，以上這些是我們初步想到的，也都可以再討論。但是有一個很重要的重點是，有一些狀況要排除適用，因為有一些偏鄉醫療資源不足的地區，我在此也要幫臺大與長庚等醫院講話，像臺大的金山分院，這是大家公認的偏鄉，長庚的麥寮也是，像這樣其實都要排除，因為這都是賠錢在做。若有人願意去那裡做，不管是誰我想全體醫界都非常樂見，而民眾也會非常歡迎。所以我們可以把一些條件討論後設定好，也要有一些排除適用的對象。結論就是，我們要照顧弱勢的地區醫院以壯大社區醫療，其實重點就是照顧社區的鄉親，主軸就是聚焦弱勢、壯大社區，照顧真正需要拯救的地區醫院，這才有意義，以上，謝謝！

主席

好，謝謝！我想就是這個議題其實說實在我們已經討論很久了，就是說這一次也跟部長再提到，就是說偽地區醫院，或者說是地區醫院等於是社區型區域醫院，所以這個東西有一個灰色的地帶，我想這個就是說在做這樣的一個處理的時候，的確我們本來就有注意到這個。就是說這個在做處理的階段的時候，其實說實在於法無據的時候，你也很難說目前他們醫事司在規劃醫學中心、區域醫院、地區醫院人家本來就是這個樣子，像我在臺南的話我那個郭綜合醫院，但是因為那時候我在臺南醫院當院長當得還不錯的時候，他發現不能做區域醫院，自己降級地區醫院，可是它還是很大啊，好不好？我想請問一下那個醫學中心，他現在講的意思，你覺得怎樣？來，游代表。

游進邦代表（程文俊代表代理人）

我想剛才講它講的弱勢，比如是說區域醫院的評鑑指標是 250 床起跳，當然是有一些醫院大概規模遠超過地區醫院，這我想大概也是很正常，因為現在地區醫院的業務比區域醫院跟醫學中心好太多了，這個就好像我最近發現說金門的人口比 20 年前多了 6 萬，現在已經 14 萬多了，為什麼會呢？因為金門是偏遠地區，為什麼人口會增加那麼多。因為金門的福利很好，所以人大概都會往比較好的地方去，所以這個也難怪，當然會侵蝕到原來舊有的地區醫院的地域，我建議說這個標準要怎麼訂？應該回歸到社區醫院協會去檢討，看要怎麼樣去做一些排除，這樣會比較有標準。因為其實我們都不是社區醫院，我們幫它訂什麼標準都要排除那一些，我認為這個應該是讓家務事就讓他們去討論。以上。

主席

謝謝！請臺大醫院代表。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我跟那個游進邦代表的想法是一樣，什麼叫弱勢的地區醫院，可能真的要請他們來定義一下什麼叫弱勢的醫院。

主席

你們平常有的議題很團結，某些議題都有自己的…。

謝文輝代表

沒人要當壞人。

主席

請偉強代表。

李偉強代表（陳威明代表代理人）

其實各位又是跟我們剛剛一開始討論另外一個議題一樣，也不是健保署單一可以解決的問題，因為我們現在看到的都是果，今天會產生的情況就回到剛剛一開始提到的新成立這麼多醫院，現在會新成立，地區醫院確實是小規模，在過去的二十幾年來真的是減少或者是被合併、或者是自然減少。另外一方面的話，很多大型的醫院其

實也在增加，或是變成大醫院體系的一部分，這也是事實。這些情況或許是一個自然的發展，但是現在的意思是說我們如何把這個還原，其實在幾年前我在當醫策會執行長的時候討論過這個問題，那時候健保改過，蔡副署長也很清楚，過去曾說你健保給付要跟地區的醫學中心做一個脫鉤，所以那時候還有換了好多新名詞，結果後來涉及到法令的問題，健保法跟相關的法令，如果現在要動的話，要好好把現在的相關法令先拿出來盤點一下，哪些給付哪些什麼東西也是跟法令跟三個層級相關的，現在就評鑑來看，醫學中心、區域、地區三個層級，其實已經打破了床位限制等等這些東西了，確實已經打破了，所以才會有 1,000 床規模的大型地區醫院。剛剛其實地區醫院代表提出用這個所謂的支付，其實另外一個考量確實可以考量，我建議健保署可以先來試算一下，現在這個議題太大了，不可能在我們今天這個場合做一個太深入的討論。所以我覺得既然要拋出這個議題，我們就不妨來看一看，也請地區醫院這邊或許也可以思考一下，因為我知道它們內部共識可能比我們這邊取得共識更困難，誰是弱勢？如何認定？今天我們討論二還是討論三，討論偏鄉離島地區。就是過去 20 年，不管是衛福部的醫事司或健保署，在這個地方也投入蠻多保障點值是保障 IDS 等等之類做很多，還有醫學中心也是支援的，這些地方我覺得或許我們應該把這個議題很正視這個問題，不是一個 OK 繃說把這邊貼一貼那邊貼一貼，或許真的是要把這個問題好好正視一下，我們這些錢也做了這麼多年了，可是感覺起來被接受所謂的保障，好像他沒有感受到真正的感受到，是不是我們過去的方法已經不合時宜的，需要有其它方法，我們真的應該好好討論一下。但不是健保署單一可以討論的，必須跟照護司還有我們醫事司等等的一起來討論一下，先盤點，錢就這麼多，大家都重複投入。不要重複，可是真的要照顧到真的該保護的人，另外還有討論的議題，是在別的場合討論，我們醫院現在還維持三個層級還是要改編成兩個層級或者是等等，這些都沒有討論過，這也跟我們健保署相關，我也很怕那邊改了之後這邊突然

沒有改，那就大亂，所以我覺得這些相關的議題都很重要，其實就公家醫院來講，像榮總有 12 個分院，都是在真的是最弱勢的地方，大部分公立醫院其實真的是在相對弱勢，其實有一些也都在剛剛討論的那些範圍裡面，也很難來經營或者是離島地區，我覺得說還是回到剛剛跟第二個議題一起討論，就是新成立醫院的一些相關的規範以及對於現在真正弱勢的醫院如何能夠真的把這個重點照顧到他們，我覺得這個是一個好好可以思考的議題，謝謝！

主席

好，請新光醫院。

廖秋燭代表（侯勝茂代表代理人）

剛才提到的那個問題，說真的很難，現在因為層級是跟評鑑掛勾，沒有辦法，只要是新成立醫院一定是從地區醫院開始。所以如果要改變的話，難不成要用收入來切割嗎？更難嘛，對不對？所以我覺得這個當然要回到法規上再重新檢討，對。而且現在有很多的區域醫院大過醫學中心非常多，對。是不是？大家都知道。

主席

好。請。

林富滿代表（劉建良代表代理人）

其實這個我個人沒什麼太大的意見，可是剛剛提的這些譬如說它本來應該可以到區域或是到醫學中心，為什麼會這樣選擇？就是市場的機制造成的。如果我今天是老闆，我也會選擇在地區醫院，因為它的要求不同，給付又比另外兩個層級高，聰明的人都會這樣選擇。所以因為這個就是支付造成的現在這個情況，我們現在又回過頭來來質疑說他們這樣的行為不 OK，所以我沒有什麼特別大的意見。

朱益宏代表

剛剛醫學中心一直講說這個是市場，大家認為有利可圖都要到地區醫院。這個就突顯你健保實施 25 年來對於地區醫院的不公平，越來越萎縮，最近這是從 106 年陳時中陳部長，小英總統上來以後重

視到這個問題，所以在政策上給它說我要去調整這樣子畸形的政策，這個紅酒杯的這個醫療體系這是有問題的嘛，你調整了以後當然希望透過政策引導讓地區醫院家數慢慢增加，理所當然是應該增加，這不是叫有利可圖。為什麼健保實施 25 年來地區醫院越來越萎縮？就是因為以政策引導它做大醫院，所有的項目支付東西都比較好，他當然要去，還有什麼準醫學中心，大家都拼命要去做醫學中心，你現在政策這幾年，主席，給我多一點時間，因為我是社區醫院協會理事長，給我多一點時間。我覺得現在政策引導這個是正確的方向，大家不要去扭曲這種政策的方向，認為這是不對的啦，本來就是應該去壯大社區，這個我要先講第一點。第二點剛剛因為醫學中心有一些代表講到這個法令相關的問題，我覺得這個其實沒有大問題。因為為什麼會有這樣子的議題？其實是在我們在上一次的這個會議醫院總額，我記得是雪玲醫學中心代表提出來認為我們去年的 5 億那個保障那個壯大社區的 5 億，我們結果成長太高，成長超過了 5 億的預算，當然這個為什麼會超過有很多原因，我不去贅述，但是事實上確實是超過了當年的預算，所以我們協會就拿回來檢討說那這個超過，這個是要處理的。所以原來我們在討論這個其實案子我們社區醫院我們理監事會內部有討論過，內部有討論相關議題，意見其實是大部分是一致的，當然少部分有一點分歧確實。但是我們討論其實想要處理的就是去年的 5 億，跟今年 111 年我們還有壯大社區還有 10 億，那個其實不牽涉到法令的規定。至於法令規定確實所謂的地區醫院、區域醫院、醫學中心這件事情，當然醫事司那邊會去做評估。但是部長也確實在支付標準這一次這個部分負擔調整，部長也認為說在部分負擔調整的時候也要考慮到這種所謂的大型的區域醫院、大型的地區醫院這件事情。至於部長的層次考慮，我想醫事司後面的配套就要去處理，其它相關的司署就要去處理，那個不是我們社協考慮的範圍憑良心講，只是我們丟出來這個議題，純粹現在是希望解決 5 億跟 10 億，那個完全不牽涉到法令，這是我補充的第二點。第三點我們社協在討論這裡面

的時候，我把社協我們理監事會議的意見跟大家報告。第一個對於這個所謂的假的地區醫院，或是從 106 年小英政府上臺以來去推動的這個分級醫療，看到很多比較大的原來是可以做區域醫院它都不上去了，或者是原來很多新設醫院它本來應該要上去的，結果也都不上去了，我們也認為這樣子是鑽政策的漏洞，所以在社協理監事會議都認為這是不應該，應該要去處理。所以這個是高度的共識。但是怎麼處理，是用床數、用金額或者甚至是用建立的時間，其實大家會有一些意見。但是我原則上我作為理事長，因為在那個會上沒有特別決議，所以我是尊重在這邊大家如果有共同的決議，我也會回去跟我們的理監事會做報告，基本上是尊重大會的決議，但是要處理這件事情，大家是有共識啦。但是我剛剛我其實真的說憋不住的是因為不能扭曲這些我剛剛講的一些事實，那你現在覺得稍微好一點，覺得這樣子大家都牟利，那個我覺得也不能這樣講，以上補充。

主席

來，請。

謝景祥代表

跟大家報告一下，我們今天把 Focus 完完全全就放在壯大社區這一塊的預算要怎麼用的問題。這個其實法源一點問題都沒有，而且事實上是已經做得太慢了，大家看我們後面的附件，在這個 8-2 頁、8-3 頁這邊的時候，這個民國 91 年其實醫院總額開始之前，它的研議方案就寫得很清楚了。當時就知道預知今天的這些後果，所以它在這邊我就念一下，照念。為降低地區醫院風險，考量地區醫院層級承擔風險之能力相對較低，可採從優支付及 1 點 1 元，民國 91 年到現在都沒有實施，91 年到現在都沒有，還好這是小英總統上來以後部長的支持、署長的支持，終於也有醫學中心還有區域醫院的夥伴的支持，所以才有了壯大社區的這個預算。但是壯大社區預算一開始當然是前面開始實施，沒有想到說怎麼會有這個漏洞出現，因為我們現在就接到區域醫院層級的朋友的抱怨，說你那一家那麼

大，怎麼什麼責任都沒有負，還要來多領錢。這個會讓我們區域醫院，現在已經有好幾家跑到地區醫院去了，聽說還有 7、8 家也打算要改，所以我們就覺得說，對，這個有道理，部長也說這個東西需要去處理，所以我們當然就是說我們有擬了一個腹案，但是這個腹案的時候就是說這是可以討論的，我們既然完全 Focus 在壯大社區這個預算的使用，我們會建議說僅適用於急性一般病床 250 床以下，而且它的年度它的西醫健保的申報總額度在 20 億/年以下，為什麼訂這個 250 張床？因為 250 張床是區域醫院的標準嘛之前。那為什麼訂 20 億？20 億是我們現在有 82 家的區域醫院以 108 年的申報點值，只有 41 家超過 20 億，表示有 41 家是在 20 億的下面，你這家地區醫院已經超過一半的區域醫院了，還要再接受這個壯大社區的預算就覺得沒有什麼道理。第二點它這裡又寫說承擔風險能力相對較低，這個東西的話有一些就大型的體系，因為大型的體系你採購都是在一起，所以它承擔的它絕對不是說承擔風險能力相對較低的醫院，所以大型的體系的醫院也應該要排除。這個體系多大的醫院要排除，當然是可以討論。我們提出的附案是想說用 60 億，體系是 60 億，60 億就是 20 億的 3 倍，最小的一家醫學中心大概是四十幾億一年，所以我們提出 60 億，但是 60 億是不是要 60 億，這個也是可以討論的。最後還有一點，就算它是大體系的醫院，還有一些是位在醫療資源不足地區的，這個就需要保護啊，你臺大到金山區開，你長庚到麥寮去開，這個醫院當然是需要保護，而且這個醫療資源不足的醫院現在有七十幾家，這個都是健保署裡面有名冊的，就按照這個名冊來講，所以我們以上提供這些意見可以來提供討論，謝謝！

主席

請謝代表，等一下我請那個朱理事長來說明。

謝文輝代表

我是覺得今天這個議題其實是非常非常重要的議題，即使花一天到明天也值得，因為這個其實為什麼？現在健保的經營，我想在座所

有的醫院代表都很清楚，越來越辛苦。因為長官都很能幹，很厲害，現在部分分擔又增加了。所以事實上大家經營越辛苦的時候，像這種這一次提出來有一些鑽漏洞的醫院要比較好的那個不應該拿的東西，那個不平就會變成一個很嚴重的火藥庫，錢已經夠少了，還有人鑽漏洞。所以我是覺得替醫學中心跟區域醫院是很抱屈，我是覺得他們有的因為大家都朋友，也很不好意思講這些話，但這個一定要處理，不然它會變成持續不斷。今天我是覺得我也很高興，覺得地區醫院也很有責任，因為上一次我們開醫院總額的時候有說本來大家好意給你5億，結果你超過5億，用了5、6億，人家給我們10億，我們才用9億多，說變成超過是大醫院來承擔，大醫院為什麼會給你5億我們才拿10億，你的占率只有十幾%呢，這個就是大家也有提，因為大家都是內行，知道實實在在的地區醫院很辛苦，從健保開始34%到現在剩10%，所以人家的好意，我是覺得地區醫院這個也算有責任要來處理。我相信如果把這個處理完，那個絕對不會超過5億，搞不好還不夠5億，它還可以提一些那些項目來增加，幫忙更弱勢的這個越多，我是覺得大家都高興。所以我是覺得今天應該要好好的討論。當然今天我們會議的定位不太一樣，我們定位是總額的研議會議，實際要做修改那是在支付標準共擬會議，但是我們今天的責任就是要把它結構邏輯訂好方向，大家要形成一個共識以後，才有辦法在支付標準訂。而且訂因為這事關重大，要訂之前一定要經過禹斌組長或者是林義專委有數據下去算剛好適合影響的衝擊，但是今天如果我們在這裡沒有做形成一個結構性的共識，支付標準會沒有辦法做。所以今天花再多的時間都應該來討論這個問題。剛剛我來稍微解讀一下，剛剛地區醫院講的它的這個邏輯，它其實就是針對區域醫院一直講的大家鑽漏洞，其實在疫情前，年減2%門診就很多跑到地區醫院來了，其實所有的守規矩的醫學中心、區域醫院大家是恨得牙癢癢，這次我們又加大部分負擔的級距，差距更大，這個人家怎麼可以忍耐，所以我是覺得這個要把它當作最緊急的狀況處理，這大家受不了，以前2%你閃掉

了，現在級距加大你又把跑到地區醫院，然後又拿我們好意要幫助弱勢的，你也好意思拿。所以我是覺得基本上在法律上我覺得主席不用擔心，為什麼？250床是我們現有評鑑，你250床以下就是地區醫院，所以第一個他們當然提的我覺得有道理，現在壯大社區，至少你要符合地區醫院的標準就是250床以下，第二個就是它講的額度，因為前天和部長他們談那個部分負擔的時候，區域醫院的代表有提出來，有些額度地區醫院做得比區域醫院大，為什麼還算要排除，所以提那個20億大家可以參考看看，因為是用中位數。我們希望建立一個制度可長可久，就是說這個制度下來就是鼓勵所有的人你應該去做區域醫院你就去做區域醫院，其實你很小的，以前有很多很小的像額度只有不到10億的，那它為什麼申請區域醫院？因為以前的支付區域醫院的病房費、病房診察費什麼都比較高，所以它去申請，而且名聲比較好，所以現在我是覺得應該讓那些，如果你有一個20億的那個標準，他就會想說，那我乾脆回來，比較小的我就回來地區醫院，大家都各得其所。

主席

好，我懂，我會聽。

謝文輝代表

我講給大家聽。

主席

我知道，有一些東西不是說我們自己講我們自己的。

謝文輝代表

對。所以我們今天就是說如果能把這個結構丟出來，大家針對這個結構覺得合理的話，我們定一個方向，下一步才有辦法在支付標準決定。

主席

我知道，請周院長。

周思源代表

今天我代表區協，協助偏遠弱勢的醫院，造福社區民眾是需要的，

我們都認同。我有兩個想法，很簡單。第一個：刻意降級的醫療機構要先處理，刻意降低層級，操作健保支付，用總床數和申報金額，是看得出來。第二個：當地的民眾可近性或急迫性需求的，我們可以專科特性或服務的特性判定；不能用急重症費用占率。這兩點就可以判斷出需要不需要幫忙。以上。

主席

好，謝謝！其實對於整個醫療體系分級醫療，從我開始當署長的時候我就認真在做，你看很多東西在弄的時候，其實我腦海裡面我不認為醫學中心大小病都要看，但是醫學中心有醫學中心，他怕一些藥價差價，調劑費什麼的，所以以後要是醫藥分業凍住，現在幸好整個有在框架在走，對不對？其實說實在的，我從來沒有說地區醫院說怎麼樣，該給你的你要用，這是大家的共識，但是現實面就是每一個人是在醫院的經營就不太一樣。所以那時候我們在考慮的時候，你看我跟你們講說偽地區醫院，社區型區域醫院，事實上都有講到這些問題。只是說法令上面怎麼去尊重每一個人他的背景，不是我們用喊的，你今天講的幾家大型醫院，你有去找他們來談嗎？我要調整你，因為以本位主義來講它一定會不願意，占盡地區醫院的好處嘛。所以我們不是不懂，我們只是說要怎麼去面對這些問題。事實上偏鄉離島居家醫療一直是我認為在整個健保改革裡面很重要的一點，剩下的，說實在，大家都有醫院可以看，另外一個就是說你知道診所的階級的人，要求你們地區醫院的比例，就是說一定要符合健保法，30、40、50 要拉高，拉高的時候患者一定不去對不對？我們為什麼部長刻意把地區醫院跟診所綁在一起？其實也不是沒有那個想法，讓你減少民眾對於地區醫院有一些聯合診所的概念，可以 survive，你們有一些東西剛剛那個誰？游代表講得沒錯，其實有的東西社區醫院協會自己要好好講一下，這個東西我會跟部長，我們會專案在高階會議跟部長報告你們的期待是怎麼樣，這個東西不是健保署問題，其實醫事司也需要負一些責任，剛剛講的都一樣的道理，你們講的我都聽得懂，不用你們講，我本來就知

道的東西。另外一點，強調一個重點，真的，我們現在推部分負擔，我們並不是要靠收那個部分負擔的錢，你知道嗎？我們是要改變民眾就醫的行為才是我們的重點，可是問題是改變民眾就醫的行為，你看很多醫院在講五四三，好像病人看病會延誤病情有的沒的，我告訴你，說實在的，臺灣這個時代你生病會不會到醫院去啊？對不對？會怎麼延誤呢？而且我們也沒有說對重大傷病我們也沒有增加它部分負擔嘛，所以每一個人的解讀都是拿一部分在解讀，只是說今天我在這個職務裡面，我跟各位告訴你都是我內心裡面真正的感受，我真的是期待把那個病人的不必要的醫療行為把它減少，大家的總額就是這樣，你不可能能多拿多少錢，只是你不必做那麼累，你也可以拿到應該得到的，這是很簡單的道理，問題就是說地區醫院當然有不同的表現，那可能也是要靠自己的能力，像張克士代表我就注意看你的員榮醫院營業額多少，謝景祥代表我就看你的，對不對？你們兩個都做得很好，只是你們做得很好的時候，你們沒有超過你講的那些大間的，所以我們說實在，你們已經很不簡單了啦，我看你員榮醫院的通訊、catheter 什麼都有，我當然一定會知道一個值，只是說我們不會說故意這樣不好，但是這個東西今天都是多講的，都一樣，但是我告訴你，我是會把這個東西跟部長好好的去討論這個東西，看怎麼面對整個醫療體系，你知道嗎？請區協的碧珠代表。

劉碧珠代表

好，謝謝署長。基本上我代表區域醫院協會做一些意見的說明。我覺得今天討論這個所謂的分級醫療這件事情，在很多政策上其實區域醫院都願意配合，不管講什麼偽地區或者是什麼，可是我必須說現在情況就是最危急的最可憐的其實就是區域醫院。為什麼？因為我們看的疾病嚴重度，為什麼現在很多區域醫院要往地區醫院走？那是不得不走的方式，可是為什麼沒有人想到說應該合理去調整區域醫院的給付問題呢？因為它所肩負的照顧病人嚴重度遠高於地區醫院，可是現在要講政策規範的時候，把我們綁得跟醫學中心一樣

的標準。要講給付的時候，就是完全又比我們撇除在一邊跟地區醫院是放一樣的標準，地區醫院所有的加成我們完全沒有，這個問題應該要先正視。但是所有政策，我相信區域醫院都願意去配合跟執行。可是在很多的公平原則上，我相信部長或者是署長應該有看到。可是現階段要去做這件事情的相關配套，是不是要給它先做一部分的補助？比方說在這個給付上合理的調整給這個區域醫院相對合理的給付，你不能現在所有的給付都是把我們的這個區域醫院訴求放在一邊，我想這是我們多數區域醫院的心聲。因為如果我沒有那個必要，我何必去降級呢？很多區域醫院千辛萬苦地去做了這個區域醫院的評鑑，它為什麼去降級？如果不是因為沒辦法生存，它一定不會願意做這樣的事情，我想這幾個也提出來，以上。

主席

好，請。

謝文輝代表

我是覺得今天剛剛地區醫院講的，就先把它講的這個結構我們一層一層來討論，事情才能解決。第一個如果大家同意說 250 床和 20 億是上限會多少，我們就會有一個基礎架構了，在這個底下就是用這個，這個其實不難，蔡副署長也在做長期支付標準的會議，其實就是在支付的總則加注而已。當然會不會抵觸？也不會。因為它是地區醫院沒有錯，如果它是 250 床以上，但它是 20 億以上，理論上它還是地區醫院，你不能說它是區域醫院，它在現在的部分負擔它可能就會適用地區醫院。但是壯大社區這個加成，只要我們在那裡加註就沒有問題，我們也不必強迫它，但是它自己就要選擇，就是說我在這裡，但是因為規模比較大，其實我是偷偷跑下來的，跟區域醫院一樣大了，人家不給我便宜占了，我不能拿到壯大社區的錢，但是我還有一個好處就是我部分負擔還是維持地區醫院，另外一個就是我升級回去原來的 Level 區域，但是我可以拿到那個急重症調整，像今年 20 億，但是我相對就是部分負擔要稍微提高，這個大家去選擇，這個也不會有違法論，所以我是覺得先一步一步這

個架構好不好？我是覺得要進入討論它才會有一個結論，那個結論當然不是定案，結論完一定是要署內的長官試算，覺得你可不可以再到支付標準去實際訂定，這樣事情才能解決。今天因為這個是一定要有一個方向，先把那個主結構定義。

主席

我跟你講，這個事情我的看法，應該是先在社區醫院協會要將所有人召集討論，你這個有不同的背景的時候，根本就是不可能那個。我基本上我是支持你們的想法，可是問題說程序上你還是要把大家召集公開來討論一下，如果我們要做這樣的話，我這一邊的話我會跟部長那邊安排時間，跟他報告一下整個狀況，我們試算以後給他，你要雙管齊下，你不可能在這裡講，今天我當主席，我跟你說，我跟你討論來做這個決議，我覺得以後一定會被打死，根本人家沒有做違法的事，你要讓人家分，不讓人家分，不是我們說了算。所以沒關係，你們社區醫院討論一下。

朱益宏代表

報告署長，因為署長剛剛也講很多希望地區醫院協會，因為署長剛剛也表明說支持這個方向嘛，希望地區醫院協會，臺灣社區醫院協會內部要有共識，所以我想說這個我可以做，我是理事長，我也答應署長，我們近期會先召開一個臨時的理監事會議，就這個方案來做討論。但是我也拜託就是這個署方醫管組這邊，就我們提出來的這個草案，是不是先幫我們做一些試算，先了解一下狀況比較不會變調，因為我們沒有看到這些數字，哪些醫院或者是怎麼樣會不會受到什麼樣的影響。所以也幫我們做一個評估。我們在理監事會討論的時候，這些評估的資料，也可以拿來做一些修正。如果確實這個提案有一些變調，歪掉，我們在內部討論也可以去做一些修正。我覺得這樣會比較圓滿，那我也承諾署長，就是說如果我們把這個草案，初步我們的想法包括什麼 20 億剛剛他們提的或者是多少錢這個所謂的體系多大或者怎麼樣排除，我們把詳細的一些定義跟這個署方再報告一下，然後請署方也給我們一些建議，就你們政府機

關的立場來看這件事情，然後當然這個資料我們內部這個協會到時候如果有一些定案出來，我們也會正式跟署方來呈報，跟健保署這邊來做呈報。我覺得這樣子，到時候署長再去跟部長再去呈報也有一些依據。但是我要再一次強調，其實我們從來一開始就沒有說想到是部分負擔是怎麼處理，因為部分負擔其實這個實行比較短，但是因為部長他有裁示說部分負擔確實有一些大的地區醫院要處理，所以我們這個案子如果出來了，署長跟部長報告討論的時候，如果認為說部分負擔中間採用的方案，但是做某些程度的修正，我們也是樂觀其成，我覺得這樣才有進展。

主席

OK。就是說大概我告訴你，今天他們在開會的時候他們就有說 250 床的那個地區醫院有 11 家，然後就是說表示那個申報點數大於 20 億的有 10 家，另外就是申報點數大於 20 億點，然後或者那個病床大約 100 床有 50 家，所以我說你們兩個跟謝文輝代表都有在要裡面，小家一點的都不用講，不過我告訴各位，其實剛剛各位講的是有道理的，其實你們自己討論，我們這邊的話我們跟部長討論，其實說實在的，因為為什麼我告訴各位有一些東西在做政策的時候，不是我們說了就算，對不對？像今天部長你看看我們在說那一天你們不是跟部長在討論部分負擔的事情嗎？你看部長他也不做立刻決定，他也是要跟付費者代表要跟學者再做一下溝通，因為你必須要有一個溝通，大家有一個默契的時候，那個預告公告，就會出一些事情，這個東西我們大概討論到這邊。我告訴各位，我一定會跟部長，我剛剛跟各位報告，其實 DET 的部分就是藥價的一個調整的時候，我才沒有，我每次說 DET 是一個很糟糕的一個案子，調到一些藥的價錢都很低，讓那些大的藥廠那些新藥都占了很多的藥費，所以這個都是要整體去考慮，不能說老是在那邊坐以待斃你知道嗎？地區醫院你想想看從我開始做以後，那個時候對於地區醫院不送審，對不對？你們那時候也在嗆聲要街頭抗議嚇我，我說不用嚇我，來的話我馬上不幹了，誰做我不管。

朱益宏代表

我沒有嚇你，不是我。

主席

當然我意思是說你現在可以講，我們互相可以看怎麼認真做，真的不要怕。今天我告訴各位，我們在部分負擔踏出去之後才是真正的，根本不需要那麼多病人對不對？所以診所他們希望是說多少點數以下都不要錢，你知道嗎？我事實坦白講，點值上不來，大家一直看病人，申報點數，接下來安養中心患者可以申報點數，對不對？再多點數也不夠他用，所以我是覺得說我是針對問題的沉痾，就是要做的事情，好不好？

吳淑芬代表

各位先進，大家午安！我最後講兩分鐘，我跟大家報告一下，我是社區醫院代表，也是臺北業務組共管會議地區醫院的代表。我現在非常難過的表示，政策真的很重要，在去年110年的時候，5億分到臺北業務組的部分其實是不夠用的，所以主席今天這個部分很重要，如果一但你還是決定說壯大社區的10億還是用這樣的方式，我保證，臺北分區點值會很慘，因為110年第四季已經看到了，我們臺北業務組現在的浮動點值，請大家可以看到PPT的第16頁，我們0.7863，這個部分就算攤扣下去，其實我們在有一次攤扣的時候非常感謝蔡副署長，因為後來有請臺北業務組回去重新試算之後，有進行了一次攤扣。那時候地區醫院真的才勉強拉回一些浮動點值。但是我們看到這個點值，就算我現在再進行攤扣，我們地區醫院真的拿到只有0.82，那個已經沒有辦法符合一個地區醫院能夠生存下去的一個臨界點，所以主席您剛剛講到說您很照顧地區醫院，可是我現在的浮動點值是歷年來最低的，我從0.8已經降到0.78，就算再怎麼攤扣也是0.82，這個部分真的請主席要幫忙。我從110年抓臺北業務組的資料，健保年申報20億到35億以上的有這3家地區醫院，會不會因為這樣的一個政策，在第四季時，去成長所謂的假日門診、夜間門診等等，這我不知道，這也要臺北業務

組撈資料才知道。但是對於我來講，我今天會這麼沉痛的講這兩分鐘，就是因為我的點值已經低到一個我沒辦法再承受了。

主席

我告訴你，什麼叫點值？就是說我們意思說點值就是點數多嘛，你懂嗎？所以就是說我告訴各位，我為什麼一直在跟各位報告說我們不是在這個點值的問題，點值都是假的，問題是我們點數是一直在成長，為什麼會有點數？就是大家一直在做醫療服務，對不對？

吳淑芬代表

所以主席，如果說今天這個部分不做，今年年底會後悔，明年會更慘。

主席

我告訴你，今年我們在推部分負擔的時候，我們就是要降低那個我們醫療行為的點數。所以說這個問題我自己在看的時候，你重點要抓住，你知道，那麼多錢對不對？你說我點值下降，點值為何下降？點數就上了啊，你懂嗎？所以說你不用怕，那個也不是誰的錯，那是我們一個大環境的錯，我們在做醫療行為這樣。所以就變成說我今天你說假如說我今天要大醫院攤扣對不對？你說他們已經付出了一些醫療行為的話，他們都有成本，對。可是那個是為了保持那個點值的時候，人家就必須要斷頭，這個都不是長長久久的，今天我為什麼在這個？因為大家都不敢去做這個事情對不對？你假如說在推什麼部分負擔的話，就是下一個署長，離開一個署長離開一個部長，問題是有些事情大家不敢做，做了以後會出問題，所以大家都一直在維持這個現狀一直在往前走，當然就有完沒完，你今天你的難過也是我的難過，對不對？人家會覺得說這個署長在幹什麼東西？越做點值越低，我的錯嗎？事實上大家自己造出來的囚犯理論大家都在衡量，你看在去年的第三季第二季的時候，我們就規定大家不到九成補到九成對不對？大家不是做得很好嗎？你不必再多做，多做我也是一樣的錢，國家有沒有倒？沒倒啊。可是到第四季的時候大家不是還一套，就說大家都不願意大家都開始衡量，衝

了之後大家就一起死，所以我就跟醫院協會講，你不要傻傻的，就是你唯一的辦法就是你自己要去控制自己的量，你知道嗎？問題是大家都想要去衡量，好不好？

朱益宏代表

最後兩點。就是第一個我還是希望就是說是不是拜託署長可以答應我們會後跟禹斌組長這邊我們就那些資料協助我們做一些試算，這是第一個。第二點忘記了。

主席

好，沒關係，我想大家都知道了，事實上這個東西就是我覺得說的確我想這個東西我們怎麼做會好一點，一定要朝那個方向去做。

朱益宏代表

想到了。再給我幾秒鐘就好。第二點就是因為我剛剛講我們這個方案是為了解決去年的那個5億經費不足，在這個案子沒有定案之前，是不是那5億就暫時先放，不要到時候醫學中心又說你5億超過什麼什麼，因為我們想要解決，但是看起來這個中間是有一些還要協調還要報部或者是怎麼樣，所以我想說是不是這個也要允許，不然這個案子大的架構沒有去決定，結果跟我們說地區醫院你的預算超太多，你不能這樣保障，你要減，我覺得這樣對我們是不公平，我們想要解決這個案子，但是它是要一套完整的解決方案。所以在這個案子沒有定案之前，不要替地區醫院說，你預算太多，你這不夠，你要扣錢，這個我要拜託署長，以上。

主席

好，你要開理監事會，一定要把那幾家你們稱的偽地區醫院找來，聽他們的意見，一定要面對它們。

謝文輝代表

裡面有理監事。

朱益宏代表

我們理監事就有那個偽地區醫院，之前我們開理監事會議的時候，他們也有支持。

主席

大家都要號召來參加，要聽一下他們的聲音。

朱益宏代表

有，跟署長報告，我們在之前前一次開理監事會議的時候，這裡面有比較大型的地區醫院，確實它也是我們理監事，他也有參加，不是所有的理監事都小小間的，我們地區醫院其實是非常開放的。

主席

你們地區醫院當然是有不一樣，但是我坦白講區域醫院對於這些公家的區域醫院在偏鄉做的很辛苦，雖然是區域但沒有那個量。

朱益宏代表

偏鄉這次排除，所以要試算。

主席

好不好？來。

醫務管理組劉林義專門委員

就是有關於前面第七案的一個決議，我先念一下，看一下大家有沒有什麼問題。就是原則同意本計畫的推動方向，請照護司參考本次會議委員所提的問題修正後在醫院協會溝通然後再提本署，那我們就逕提共擬會議。

主席

這個可以吧？

朱益宏代表

主席，這個我覺得那要照護司，不要到時候談了又沒有共識，它那邊提，你們就逕提共擬會議，我覺得這個前提是它要跟醫院協會取得共識，這件事情是非常重要的。不然到時候醫院協會提了一些案件，照護司也不採納，然後又告訴你們又提一個案子上來，你們提共擬會議，到時候共擬會議又吵成一團啊。所以我覺得剛剛的結論，請照護司跟醫院協會取得共識後提到你們這邊，然後你們再逕提共識會議。

主席

照護司有聽到代表的意見嗎？

衛生福利部護理及健康照護司顏忠漢專門委員專委

有，收到。

主席

說實在我自己的心態是這樣，整個醫療體系要順利的話，其實一定要 provider 工作順利開開心心，因為我們畢竟來自醫界，知道應該怎麼做事情才會好，有的細節做得到就趕快做，有些做不到一定需要時間，這樣好不好？

劉淑芬代表

署長，不好意思，除了跟醫院協會協商，我希望護理師護士公會全聯會應該也要共同參與。

朱益宏代表

一起。

劉淑芬代表

對，一定要一起，因為這個主要的工作者是我們，謝謝。

主席

OK，謝謝！本來不是我的事，變成現在我在弄。

劉淑芬代表

署長辛苦了。

醫務管理組劉林義專門委員

不好意思，因為健保會有要求每個計畫要先提執行目標，那就照 skill-mix 這一塊，假如我們先提就照照護司這個規劃的，第一個是 111 年至少 4 家醫院參與服務，第二個是 111 年服務住院的病患總人數是 28 萬人次，這兩個應該沒有問題。28 萬人次其實它的算法，它是總共費用 3 億，它是先用 70% 就是 2.1 億，因為我們每一個人/日是 750 點，所以這樣算起來是 28 萬人/日，所以這樣大概只有花 2.1 億。

朱益宏代表

我是覺得那個搞不好還太高了。因為你現在 750 點，到時候真

的…。

主席

執行目標自己討論談好，那個你們自己再討論一下執行目標好不好，就是說這個要做出一個結論出來，不要講了半天出來也不能做一個 reference，好不好？我們今天會議到這邊為止好不好？來。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

我再反應一下，其實之前有講過就是那個單次使用醫材重消的事情，之前上報過，衛福部有訂出從今年 1 月 1 號開始如果重消的醫材沒有向衛福部申請獲同意重消使用，就不可以再重消，若再重消就要罰 5 萬到 50 萬。本院有去申請核備，但審查委員認為，只要健保有給付的或者是健保內含的，它都一律不審，然後要求不得重消，但是有一些內含的醫材，其實它是手術或處置過程面要用的醫材，所以當初訂定的價格其實就是以重消幾次的成本來估價，譬如說以鼻淚管淚道氣球擴張術為例，支付標準給付 6500 點，我們當初報來的成本分析也是重消過的成本，一支擴張器進價是一萬五，重消 5 次，健保給付 6500 點，現在一支成本就要一萬五，根本不敷成本。

主席

醫事司要回應還是依婕科長說明。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

依醫療法規定，111 年 1 月 1 日起「使用非經中央主管機關審查核准，或未依醫療器材管理法規取得查驗登記之重處理單次使用醫療器材」會有罰則，我做一支等於是虧七、八千，這樣我們醫師來問我們說到底可不可以做，到底可不可以重消？重消我們才符合成本，但重消我們就違法，今年也沒有支付標準可以調整，我們醫師現在就卡住。他如果重消使用就是違法要罰 5 萬到 50 萬，，如果不重消我們就是要虧本，這沒有辦法執行。可能要署裡這邊來回答一下。

主席

請依婕科長說明。

醫務管理組陳依婕科長

是。因為目前醫事司訂的醫療器材重處理的這個原則，有定調說是自付就是自費那邊的醫療器材才可以重處理，所以這樣子就代表健保有給付的品項，無論是特材或者是內含在診療項目過程裡面醫療器材是不可以重處理的。因為這樣子定調下，因為雪玲組長有事前有先跟我們反應一下有這樣子的問題，所以也許我們會後也拜託醫院這邊如果可以先盤點目前有影響到那些項目，讓我們先預做一些準備，一則是我們也許可以跟醫事司溝通一下看看有什麼後續的配套處理方案，第二個也許因為要調整支付標準這件事情，一定要有預算來源，也許我們需要通盤的去審視一下現在影響到的支付標準有哪些，以上。

黃雪玲代表（吳明賢代表代理人）

因為現在那個醫事司的公告已經箭在弦上，已經實施了，我們現在真的是很難處理。

主席

我們只能照醫事司，我也有看報紙，醫事司就這樣講，請問現場醫事司代表，請問你們在裡面上班有聽到嗎？

衛生福利部醫事司李中月簡任技正

沒有。不是啦，沒有這樣的一個，在做協商會議的時候沒有提出這樣的一個部分。

主席

今天已經開始了，你還在等會議，依婕科長你趕快跟醫事司那邊再確認一下這個東西，跟雪玲代表再回應一下好不好？今天會就開到這裡，辛苦大家了，謝謝！