

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議  
108 年第 1 次會議紀錄

時間：108 年 3 月 6 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	周雯雯(代)
朱益宏代表	朱益宏	郭守仁代表	林慶雄(代)
吳志雄代表	請假	郭宗正代表	請假
吳淑芬代表	吳淑芬	陳石池代表	陳石池
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳振文代表	陳振文
李允文代表	李允文	程文俊代表	潘延健(代)
李純馥代表	李純馥	童瑞龍代表	童瑞龍
周思源代表	周思源	黃遵誠代表	黃遵誠
孟令妤代表	孟令妤	劉淑芬代表	劉淑芬
林芳郁代表	林芳郁	劉碧珠代表	劉碧珠
林欣榮代表	林欣榮	謝文輝代表	謝文輝
林恒立代表	林恒立	謝武吉代表	謝武吉
林鳳珠代表	林鳳珠	謝景祥代表	謝景祥
林慧玲代表	請假	謝輝龍代表	謝輝龍
邱仲慶代表	邱仲慶	顏鴻順代表	顏鴻順
侯明鋒代表	吳登強(代)	羅永達代表	羅永達
施壽全代表	施壽全	嚴玉華代表	嚴玉華
唐宏生代表	何國樑(代)	蘇主榮代表	請假
張克士代表	張克士	蘇東茂代表	蘇美惠(代)
張國寬代表	張國寬		
張德明代表	李偉強(代)		

列席單位及人員：

衛生福利部社保司	盧胤雯
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、盛培珠
臺灣醫院協會	林佩菽、董家琪、王秀貞、 鄭禮育
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	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
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	郭俊麟
本署高屏業務組	曾慧玲
本署東區業務組	梁燕芳
本署醫審及藥材組	黃育文、詹淑存
本署資訊組	請假
本署財務組	楊小娟
本署企劃組	李佳芬
本署醫務管理組	劉林義、洪于淇、林右鈞、 歐舒欣、林蘭、鄭正義、楊淑美
臺大醫院	黃雪玲

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：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明

決定：洽悉。

第二案

**案由：本會歷次會議決定事項辦理情形**

**決定：洽悉；序號 1 至序號 4 皆解除列管。**

### **第三案**

**案由：醫院總額執行概況報告**

**決定：洽悉。**

### **第四案**

**案由：107 年第 3 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	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
107Q3	浮動點值	0.8195	0.9010	0.8905	0.8792	0.9298	0.8899	0.8731
	平均點值	0.9007	0.9370	0.9354	0.9306	0.9539	0.9328	0.9249

二、結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

### **第五案**

**案由：108 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案補充報告案**

**決定：洽悉。**

### **第六案**

**案由：醫院部門醫院總額風險調整移撥款**

**決定：洽悉，醫院部門醫院總額風險調整移撥款 1.5 億元分配方案，本署將依醫院協會所提供之各分區分配預算金額，採四季均分，併入 108 年各季各分區醫院總額一般服務費用，按季結算。**

### **第七案**

**案由：臺中榮民總醫院嘉義分院附設門診部(下稱中榮嘉義分院門診部)107 年 12 月 1 日回歸醫院總額費用說明。**

**決定：洽悉，中榮嘉義分院門診部 107 年 12 月 1 日回歸原醫院，經統計其一個月醫療費用(以 1 點 1 元計)約 3.7 百萬元，爰以此金額納入 107 年第 4 季南區一般服務預算結算。**

## 肆、討論事項

### 第一案

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

決議：

- 一、本案通過修訂，修訂重點如下：
  - (一)醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至四十條所列違規情事，且保險人第一次處分函所載終止特約日起或停止特約日起至停止特約之三倍期間，不得提出申請(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。
  - (二)本計畫補助係以特約醫事服務機構全院為標的，計畫期間「任一科別」如有前開違規情事則取消保障。
  - (三)依計畫玖、退場機制退場者，重新申請經審查通過者，得自申請當月(費用年月)一日起列入保障範圍。
- 二、後續依行政程序，送全民健康保險會備查並報請衛生福利部核定後公告。

### 第二案

案由：「108年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」

決議：通過「108年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」，修訂重點如下：

- 一、修訂二之(二)補助之「排除條件」，醫院如有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至第四十條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載終止特約日起或停止特約日起至停止特約之三倍期間不予列入(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。
- 二、配合衛生福利部公告，修訂三、(一)一致性原則 2. 之「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」。
- 三、修訂三、(二)分區增列認定原則及四、各分區符合上述認定原則之醫院名單。
- 四、後續依行政程序，送全民健康保險會備查並報請衛生福利部核定後公告。

### 第三案

案由：108年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式

決議：

- 一、同意排除「轉出」(實際下轉成功)之案件。
- 二、各分區自主管理與門診減量2%政策核扣，108年分別進行核扣。
- 三、另108年度執行期間自108年7月1日起算及區域醫院與醫學中心不應採相同標準逐年下降2%一節，與108年全民健康保險會總額協定公告內容不符，若需修正，請醫界依行政程序，提案至全民健康保險會再議。
- 四、有關財團法人台灣醫療改革基金會及中華民國醫師公會全國聯合會建議於本署全球資訊網公布各醫學中心上轉、下轉及回轉案件數(占率)及全國區域級以上各醫院轉診相關數據(含人數、件數及費用)一節，經與會共識暫不公布個別醫院資料。

散會：下午5時20分

與會人員發言摘要詳附件2。

## ※全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議 108 年第 1 次會議與會人員發言摘要

主席

今天召開今年第 1 次醫院總額研商會議，謝謝大家撥冗參加。依照往例介紹本屆(108~109 年)新任的代表，有 3 位專家學者代表，陳振文院長、張國寬院長，林欣榮院長。另外介紹製藥同業公會蘇東茂代表、恩樺醫院吳淑芬代表、中山醫院朱益宏代表、亞東醫院林芳郁代表。

### 本會上次會議紀錄確認

主席

請代表看會議紀錄第 6 頁-第 10 頁，如果沒意見，就確認前次會議紀錄。今天議程有報告事項 7 項，討論事項 3 項。

### 報告事項第一案：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明(略)

主席

這次是本屆第 1 次會議，因為有新代表加入，所以說明總額研商議事作業要點。本次付費者代表未出席，係因健保會尚未完成推薦，時間稍有遞延，下次會議就會有付費者代表。會議討論的議題，在座的委員或代表團體，都可以提案，請事先行文知會我們，以利納入會議討論。各位代表有無意見，如無意見，進行第 2 案。

### 報告事項第二案：本會歷次會議決定事項辦理情形(略)

主席

報告第二案，大家有沒意見。

申斯靜代表

區域醫院協會，對於序號 1 的安全針具，有許可證的廠商有 33 家，目前有回復 24 家廠商當中，目前回復的均有提供教育訓練的次數。對於有許可證又不配合提供回復意見，到底這樣的廠商責任在哪？這個案子雖然呈現已經辦過許多教育訓練而建議解除列管，但應該要有但書，對於沒有配合教育訓練、有販售卻沒有回復的廠商，應有何種管理要求機制？建議健保署要有明確說明。

**主席**

33 家之中有 24 家回復，9 家沒回復，是這樣嗎？

**醫審及藥材組黃育文專門委員**

這邊補充，33 家廠商中有 24 家回復，18 家廠商有教育訓練，其中 6 家無販售，所以不需做教育訓練。另有 9 家廠商已發函，但未回復，我們已經以電話跟催，持續有機制在 follow up，這是目前辦理情形。其實從醫學中心到基層診所已都被教育訓練超過 100 次以上，所以教育訓練部分建議先解除列管。

**主席**

有沒有那些廠商有賣安全針具，但沒提供教育訓練？醫院協會可否有窗口蒐集：會員有買安全針具，但廠商完全沒提供教育訓練，請告訴我們，這樣會不會更容易一點。就麻煩醫院協會幫忙做這樣的調查。如果有，當然後續要做追蹤；如果沒有，表示大家都有教育訓練，這樣好嗎。

**謝武吉代表**

剛才申代表已經說了，24 家有回復，其中 6 家是沒有販售，表示 18 家有販售，但是對教育訓練方面，醫學中心是 14 家 108 次，區域醫院是 15 家 368 次，地區醫院是 12 家 572 次，基層診所是 12 家 436 次，是否這 18 家裏面有故意不賣給地區醫院或基層診所，而上述販售廠商是否全部都有提供教育指導？又是何種原因不願去教導？要去瞭解。

**主席**

每家醫院要買那家廠牌的安全針具，健保署沒必要去過問。你們買了，它們沒提供教育訓練，在議約時就可要求。如果還不行，也可以藉由我們幫忙。概念上只有這樣，但是誰願意賣給誰，與我們無涉。如果有院所想買卻買不到，也許有努力空間。如果可以買到，就由醫院決定要買廠商 A、B、C。是不是這樣處理比較合理。

**謝武吉代表**

壞的廠商能否控制？

**主席**

沒辦法，這是大家各自的採購行為，如果大家沒意見，有關安全針具目前已導入 5.59 億的費用在醫院總額，目前安全針具的執行率達 42.9%，雖然解除列管，嗣後這是依照醫療法規定使用安全針具，若將來違反醫療法，由主管醫療法的主管機關處理。

**陳石池代表**

對於序號 2，有關「長效型心室輔助系統」，當時健保給付 374 萬餘點，市面能買到的最低價格是 330 萬元，但是我們買不到 330 萬元而是 370 萬元，是否請健保署去調查醫院買到的價格，以此為基準計算會比較好。因為現在事實上是虧錢。

**主席**

上次本署有針對「長效型心室輔助系統」主動提案要保障點值到 1 點 1 元，但因未獲共識，故未通過，所以本特材案的程序已走完，特材的核價也已公告，公告價格 374 萬，如果醫院有什麼困難，請行文給我們，我們再行提案研議。大家有沒意見，如果沒有，報告案到這裡。接下來報告事項第三案。

### **報告事項第三案：醫院總額執行概況報告(略)**

**主席**

有關執行概況報告，請大家表示意見。

**朱益宏代表**

請問 108 年度醫院總額基期年這部分，部長有核定藥品價量協議要回歸總額，我印象中每年有 10 幾億。

**主席**

那是 PVA。

**朱益宏代表**

請問這個數據是在 108 年還是 107 年呈現？

**主席**

等一下請醫管組說明。

**朱益宏代表**

簡報區域級醫院以上醫院門診減量 2% 的達標家數有呈現醫院名稱，但未達標者都沒有醫院名稱，記得之前副署長受記者採訪時，有提供未達標院所名單，既然可以提供給記者，為何委員正式開會反而不公布，我建議讓委員們知道未達標醫院名單。

**謝輝龍代表**

第 1 點、網路頻寬問題，我們這星期看門診，查雲端藥歷一到 9 點，速度特別慢，署裡有派人處理，但好像沒有改善，9 點到 10 點半之間完全卡死。請署裡協助，不然會影響病人就醫情況。第 2 點、第 13 頁預估浮動點值部分和結算的點值還是有一段落差，但是這個預估的浮動點值會影響我們暫付款(註)，例如：第 3 季中區只有 0.85，最後結算 0.89，對有些現金流有問題的醫院，還蠻大的壓力，

所以署裡是否有辦法幫忙偏鄉醫院。

[健保署註]:依據 96 年 8 月 7 日本署健保醫字 0960052622 號公告，醫院總額部門醫療服務點數每點暫付金額以「最近一季結算平均點值」計算，並以不高於 0.9 元為限。其餘總額部門則以「最近一季結算平均點值 9 成」計算，並以不高於 0.9 元為限。

### 謝武吉代表

對醫院總額很關心，所以發言直接，過去醫院部門曾發生新醫療科技未執行被扣款的經驗，108 年 DRGs 導入編列 8.68 億，去年說內容還要再研究，今年難再以同樣理由不做，建議思考如何執行不要再發生扣款，被扣款很不值。

拜託健保署，明年可否編列相關預算，增加 C 肝相關檢驗、檢查費用及新增藥品等，不讓費用繼續於總額中內化。

### 謝輝龍代表

剛剛我們談到的新藥新科技當年如果沒有執行達到預算，會被扣款，但根據我們長期觀察，第 1 年通常都用不到，等到 11-12 月就被扣，檢討一年就被扣了，但其實那都是你的基期，2-3 年不只預算編的不夠，你還會賠本，我建議改成五年調整，第 1 年編 20 億用 10 億被扣 10 億，我想醫院團體也沒有意見，但 2 年可能變成 25 億，那就應改補回來第 3 年也許 30 億，第 2-3 超過反而不補，改為五年調整比較符合實際情況，預算沒有用到扣合理，但是 2-3 年後還是要看，前一陣子我們有追蹤，大概 5 年趨勢，這樣大家都不吃虧，因為吃虧的結果就是其他部門服務預算被排擠，謝謝。

### 主席

那大家還沒有問題，先請醫管組回應。

### 醫務管理組李純馥組長

有關 PVA 數字，請參考 4-33 頁報表，已先把價量協議的金額當做點數的減項，並在總額裡面做調整計算，讓大家的浮動及平均點值拉上來，107 第 3 季為 3.59 億點，若委員有需要我再與您說明。另外，關於沒有達標的院所名單，我們是一視同仁，對媒體記者也只有提供達標院所名單，但記者們會自行推算未達標醫院是那 3 家。謝院長提到 DRG 部分，前陣子我們都在收集各醫學會的意見，剛好遇到他們幕僚更替，回復的比較慢，最近我們彙整各醫學會意見之後，會啟動相關草案研擬，會在下次研商會議提案。至於扣款事情每年協商都有在提，我們也理解這件事，所以每年在健保會協商的時候，我們也會去報告 5 年使用狀況，前幾次報告有多有少，但我們是依據健保會的協定事項辦理，沒有執行的就要扣回，

至於未來要如何操作，可以再思考看看。

另外，竹山秀傳院長提到網路速度問題，是因為資訊剛好在進行主機更換，因當時有一臺主機沒有 ON 上，才會讓速度變慢，我們資訊團隊也是儘速在處理，更換中間會有磨合期，我們會把各位院長的意見帶回給資訊組做處理，造成大家作業困擾，我們感到抱歉。

### **謝文輝代表**

健保署承辦健保，我們承辦醫療，手上有 5 年變化，我們就可以很合理的讓醫院不吃虧，不夠就要補，真的沒用到就扣回來，既然已經有數據庫，就不要便宜行事，希望下次健保會可以提出來討論，我們可以把預算非常精準的，不讓醫院吃虧，五年調整預算，第 2-3 年比較高就補，第 1 年真的沒用到就扣，建議署幫我們爭取。

### **朱益宏代表**

剛剛詢問公告未達標醫院的部分，你若不公告，記者還是可以查，去那裡查的也不知道，既然這樣，是不是都公告，讓資訊透明。而且這個政策連續執行 5 年，每次都會檢討相關數據，是否請署考慮每一季都公告名單。第 2 點請問，2% 都達標有 8 家，2 季都未達標 3 家，但署內公布的醫療資訊公開有一家機構點數跟數量，好像跟這邊的數字不太符合，107 年醫院門診服務量增加 5-6%，但是這邊整體成長率只有 1%，是不是單價有問題，還是呈現扣款的時候，有些排除，或是排除案件有出現異常，導致整體的成長比總額成長還高，但是看到服務量，年減 2%，好像 80% 都已經達成了，顯然數據不太合。

### **謝武吉代表**

拜託健保署，明年可否編列相關預算，增加 C 肝相關檢驗、檢查費用及新增藥品等。

### **主席**

有關未達標醫院名單，稍後可以發給大家，請同仁等一下補充第 3-4 季未達標院所名單。第二有關網路問題，本署主機平常中區跟臺北雙主機運作，那一次正好中區不斷電設備在更新，本來更新當日應該還要把主機啟動，可是更新到太晚，所以他們想隔天一早再啟動，結果早上啟動，發現有一處有問題，造成 9:00-10:30 之間連線有問題，也因此上報，我們真的很抱歉。我們的預算有限，更換不斷電設備的錢好不容易今年有編列預算，才做替換，不得已發生這樣的事情。另外，謝院長提的有關新藥新特材執行不足會被扣款，我們是用預估的金額計算，對醫界來說我們只有寬估沒有少給，我們還追蹤 5 年，因為每個項目都是估計，不會

100%精準，但是前面都是多給的，我們是用預估金額當支用金額，所以這一點您放心，但是預算已編列，共擬會議卻一直無法通過，就表示連用都沒用，這種就會扣，過去有一段時間藥品跟特材的共擬會議，有一度效率比較差，都通不過，連預估金額也進不來，到年底的時候才會被扣款。另外，朱副院長所提以網站上資訊公開的各院所申報件數點數來計算-2%，會有很大的誤差，因為還要計算排除項目，你看到的是總件數，但是有些項目不含在須-2%案件，達標與否是計算符合門診減量範圍內的案件，但總件數還是成長蠻多，我們希望醫院真正去降低符合 2%定義範圍內的門診件數，而不是 Shift 到其他排除案件。最後謝院長講的檢驗檢查費用，過去很難一一編列，都匡列到服務密集度專款，每年協商都會有費用編列，將來密集度沒有辦法解釋的部分，我們可以稍微寬估一點。

**謝文輝代表**

網路的部分這個星期一 9:00-10:30 還是有問題。

**主席**

我們再跟資訊組反應。

**李允文代表**

謝院長所提網路問題，中華電信給我們的頻寬，請教各院的資訊是否真正查過有沒達到這個頻寬？

**主席**

如果你們自行檢測的結果，不是當時中華電信承諾的頻寬，請檢具給本署。

**謝文輝代表**

署編列預算比較寬鬆，我可以理解，就是一整年的都給了，其他沒有通過，假設 10 億只有 4 億沒有通過，那 6 億裡面實際只使用 2-3 月。

**主席**

有兩個誤差，一個是導入月份不滿 1 年，另外，導入預估金額，第 1 年也不會達到。但是我們用預估金額直接當做用量。

**謝文輝代表**

我們有追蹤，在這個預算以前是沒有扣的，以前是編 20 億，不管你用多少都是編 20 億，沒有扣的還是都給，5 年每年預算還是 20 億，和實際現在發生的金額實際差了 200 多億，我們有算過。長官當然也會講說不能這樣算，還要計算替代率，這個爭議就很大，大家都提不出大家都同意的替代率公式來。但是那差距非常大，第 2-3 年幾倍的成長，最近也有請醫院學會算替代率，但是我想健保署要好好考量，這 5 年來新藥加起來，跟 5 年編的預算差距如何鉅大？差距這麼大就

不能只第1年沒完就扣回去，要看個5年，第3年如果不夠再補正，不能第1年扣，第2年第3年不夠不補，這可以來好好檢討。

**主席**

目前只剩下新藥有問題，特材跟醫療服務沒有問題。原因是我們定時會在共擬會議做5年追蹤，而且是用預估預算導入，不滿一年當一年，新藥預算目前爭議就是替代率，今年醫院協會接受本署委託，如果有比現在比較好的方法，可以提出來討論，不然先等研究結果出來再說。

**謝文輝代表**

至少也應該研究還沒有定論之前就不應扣，以前就沒有。

**主席**

以前確實沒有扣，因為會議順利，但有一陣子就會議杯葛未過，大家都認為反正預算會導入，但為了落實藥款專用，才會決議這樣處理，是不是總額協定預算的部分今天不要討論，因為後面還有討論案。

**朱益宏代表**

以後這個報告是不是每一季都會報告2%成效，建議是否就公布名單，剛剛主席講有3家，我們是想看到全部名單，公布未達標的醫院讓他們有同儕壓力。

**主席**

面對媒體時，我們是優先把優等生的醫院告訴媒體。但是媒體會追問我們未達標的醫院，名單剛剛已經發給大家參考，有關-2%是重大醫療政策，所以每次都會報告。至於以後要不要公開未達標醫院，需徵求各位的意見，請問大家是否同意。

**劉碧珠代表**

區域醫院協會這邊基本持保留。

**主席**

請表示同意或不同意。

**劉碧珠代表**

因為還沒徵詢所有會員同意。

**主席**

有代表持保留，表示還沒有共識，我們就還是只公布表現好的醫院，讓大家學習，沒有達標的醫院，請多做標竿學習。

**朱益宏代表**

報告主席，我還沒問完，107年第4季醫學中心門診點數成長5%，區域醫院成長4.7%，但剛才2%報告當中第4季件數都是負的，但點數是成長4-5%，是否在下

次檢討時一併做點數跟件數分析，就是排除項目跟非排除項目的部分。

**主席**

今天沒有準備這樣的資料，是否下次執行概況報告再提供減量範圍跟非減量範圍的件數跟點數。

**朱益宏代表**

還有單價。

**主席**

我知道，下次例行的執行概況報告會再補充。

**朱益宏代表**

謝謝主席。

**主席**

大家還有意見嗎？

**謝武吉代表**

有達標的有公告，沒有達標的沒有公告，一邊有鼓勵，一邊都沒有，不要說是懲處，是沒有提示。

**主席**

未達標的當事人知道。

**謝武吉代表**

不是，應該要提示他的，應該最後 5 家、10 家要公告出來。原則上我再講一下，像我們高雄，你看我們高雄 3 家醫學中心都達標，多好。

**主席**

所以高屏的點值很高。這一次有提供給媒體的資料已經補發給大家參考，至於下次是否要公布沒有達標的醫院名單，經由大家的討論，因為還是有人持保留，所以我們就不強迫，但是，沒有達標的醫院自己知道，我們總是希望達標者的可以幫助沒有達標者，這是我們剛剛的共識，就不再改變。大家還有沒有其他意見？如果沒有，這個報告案就到這裡，非常謝謝大家，接下來第 4 案。

## **報告事項第四案：醫院總額 107 年第 3 季點值結算報告**

**主席**

好，第 3 季的點值跟專款的結算大家有沒有意見？

**謝輝龍代表**

這就我剛剛講的，預估點值先給我們 0.85，但實際上結算的浮動點值是 0.875，這樣會造成醫院的現金流有問題，我不知道為什麼暫估點值會用 0.85，以我們醫院來講，實際上對我們來講是滿沉重的，當然這個部分以後會補付，但對我的現金流會造成很大的影響，以上。

**主席**

因為醫院總額中間還有一個各分區的共管方案，所以結算點值其實是共管方案二度處理之後的結果，但是也只有處理完了之後，才有真正的浮動跟平均點值出現，至於有沒有可能在申報的暫付款成數上，能夠處理到這一部分，我認為我們要跟分區再討論看看，好嗎？我們就暫保留，把這個問題留下來再做做檢討，還有其他意見嗎？

**謝武吉代表**

很感謝健保署也是很認真在管控，但我感覺臺北區比去年降了很多，如果這一季是降了 0.0008 的話，就變成 0.89，上一次我們就曾經邀請臺北區要好好地管控，現在為什麼臺北區還是一樣地掌控不好，現在你看大家每一季都在競爭啊，東區以前是最差的啊，現在也變成 0.93，南區也 0.93，中區也 0.93，北區也 0.93，就臺北區 0.90007，這到底是甚麼原因？是不是可以叫臺北區來說明一下？

**主席**

現在好像是高屏區在幫臺北區請命，我想臺北區的委員都在這裡，共管會議的委員那一位可以跟高屏區的人說明一下你們發生什麼狀況？現在共管會議的主席是臺大陳院長嗎？還是北榮張院長？是張院長，那李主任您要不要代表院長跟大家說明一下臺北區的狀況，現在高屏區的謝院長在關心你們。

**朱益宏代表**

在我們偉強主任說明之前，我可不可以先補充一下。

**主席**

簡短一點。

**朱益宏代表**

我也是要講臺北區的問題，雖然臺北區的平均點值也是 0.90，但是它的浮動點值只有 0.81，浮動點值低其實對於很多地區醫院是非常地辛苦，因為有些地區醫院它沒有靠藥品、沒有賣很多藥，像是婦產科醫院、復健科醫院等等，其實它的平均點值是接近浮動點值的，六個分區裡面只有臺北區是低於 0.85，我覺得臺北區的管控是有問題的，這個部分等一下李主任可以說明，但我覺得最重要的執行還是在臺北業務組，我覺得臺北業務組或許真的需要來這裡報告，說他們怎麼做，

因為現行的辦法看起來是有問題的，你看 106 年就是 0.82，過了 1 年以後，106 年的第 3 季也只有 0.82，過了一年以後變成 0.83，更差，所以顯然臺北區在目前的管控制度是有疑問的，雖然它用一些其他的方式把平均點值拉起來，但是浮動點值是非常非常的低，那個對地區醫院其實非常不利，我覺得這一部分臺北分區要呈現出來，到底對於地區醫院的影響力是怎麼樣，該怎麼處理，謝謝。

**主席**

好，那我們請李偉強主任跟大家報告一下。

**李偉強代表(張德明代表代理人)**

這個可以講 1 個小時，也可以講 1 分鐘。

**主席**

盡量簡短。

**李偉強代表(張德明代表代理人)**

基本上這個 ratio 就是不外乎分子跟分母，你的總額預算下面，一個是錢不夠多，一個是服務量太大，對不對？那我每一個都可以講一堆東西，可是我認為說我是沒有資格講這個事情，為什麼？因為這個結果坦白說，我又不是臺北分局業務組的組長，對不對？所以我沒有資格來講這件事情，我們頂多是一家醫院而已，我也只能把我們自己醫院做好，就整體來說，如果它是 1 年的情況，可是看起來是長期情況，那我可以預期，在 108、109 年搞不好會更瘋狂，因為臺北區的床位增加了、新醫院增加了，預算的成長一定不會趕上新醫院增加的速度，所以你可以預期未來這 2、3 年也不會好到那裡去。結論是這樣，坦白說也很容易，你看到中區，剛剛前面的報告裡面有提到，有些區的醫院成長有比較多的，自然而然相對起來，它的點值就會遇到很大的挑戰，其實在座都是內行人都知道，各個分區的控管方式不一樣，有的分區它內部就直接就斷掉，其實你看到的數字，是經過一些操作後的結果，光從數字來看，其實很難看到真正的實況，我相信在座都知道，可能另外要有一個專門的會議，把那個真實的原始 data 揭露出來，才能真實反應，以上。

**主席**

謝謝，請臺北區代表。

**吳淑芬代表**

主席、各位先進，大家午安，因為我也是臺北區共管會議的委員，下個禮拜我們也即將要開會，我們臺北點數這麼低的原因是因為幾個部分，門診減量該降的醫院有一些沒有降，這是第 1 點；第 2 點，我們有新的醫院出來，大家都知道是那

一家，這家醫院在 107 年的醫療貢獻度總共有 14 億點，這些提供給主席做一個參考，這個部分對我們臺北業務組真的是很大的一個負擔，再來跟各位先進報告一下，我手邊有下個禮拜開會的資料，我們臺北的浮動點值只剩下 0.8，0.8 後面沒有什麼 81、82、83，就 0.8，所以我必須很鄭重地、嚴肅地提出來臺北業務組的點數、點值真的是非常非常的嚴峻，希望各位先進能夠也幫我們臺北業務組想想辦法，以上。

## 主席

請謝代表，一樣的問題就請不要重複。

## 謝文輝代表

因為不同樣問題，其實預估點值是比較準啦，預估點值其實比較接近事實，那後面這個我們常說我們期待、拜託臺北區的委員，很多大老都在這裡，就是說中區的預估浮動點值 0.8，但是後來經過操作就 0.89，那我們非常感謝中區的許多委員，區域醫院、醫學中心的大老，大家都幫忙弱勢的醫院，所以就很多管理及操作，砍掉、砍掉一直砍，也是實際，臺北是因為大家比較尊重，就是沒有動那個手腳，所以不是說他們比較差，是沒有動那個手腳，但是其他 5 個分局都有動這個手腳，那唯一這個呢，這個其實是真的幫小醫院，像地區醫院有些它專門只做 RCW，RCW 是當時署裡、部裡鼓勵地區醫院做的，因為地區醫院沒有患者，不然你接 RCW，接大醫院裡面 ICU、呼吸器轉下來的患者，結果它全部都浮動，所以中區、後續有很多分局也都是看到這一點，因為結構性的不一樣，地區醫院的結構性差異非常大嘛，有些像藥物有用很少的，像婦幼，這類藥物用很少的那他很慘嘛，所以大家就把這個點值拉高，讓地區醫院活的下去，所以我們要很誠懇地拜託，像我們臺北分區委員今天列席很多，都是尊敬的大老級院長，希望臺北分區，能夠比照其他 5 個分區，也幫幫地區醫院，把點值管控讓它高起來，大家都知道其實那點值是假的，那這個點值是假的，但是因為大家的善意讓地區醫院比較有辦法支撐，這個當然整體點值假的我們要繼續跟副座、跟署長要爭取，為什麼？下個月 40、50 億的藥費又要砍掉了，也許我們在座裡面我最厲害，勞保到後來的健保我從頭參與到尾，其實現在這樣做是不對的，以前我們剛開始，因為隔 1 個禮拜第 2 天，下個禮拜一就要施行健保，所以當時我們勞保單都看健保，在大家相忍為國的情形下，當時第 1 任的葉金川也都還活著啊，下任的劉見祥人都可以去吵，當時大家怎麼得到協議？因為當時健保的所有支付都沒有成本分析嘛，都是沿用勞保的，所以大家就講為了國家、為了整個社會相忍為國，有些像藥真的是有利潤，但是現在技術費用這些，真的是偏離成本，那兩個合在一起大家就

要忍耐啦，也有承諾說下次高的就把它降下來，想說藥的降下來後全部再去調支付標準，用預算中平的概念，現在做過就知道，後來4年後，85年就降那個洗腎，4,500降到4,100點，那個洗腎再另外撥新的預算不知道10幾億還是20幾億，合起來去調支付標準，但是現在沒有啊，現在過幾年就忘記了，人去政息，現在健保降的費用就不見了，就沒有回來，高的砍下來，不合理的沒有回去啊，以前是承諾要回去的啊，這個要幫我們爭取，也許長官會講說：有啊，每年都給你調整支付標準。抱歉，支付標準是用非協商因素，那就是我們本來的錢，那是你落後2年調整我們的人事費用、薪水，包含掃地人員的薪水，應該還的、要補給我們的，那個沒有加錢，那個就是讓你補齊同樣的那些人的人事薪資，拿那個來加到我們的支付標準，那是我們自己的錢，那沒有真正的調整，那怎麼樣叫做結構的再分配，這個也有道理，不然結構不合理，但是不應該這樣，藥費降下來要照過去開始做的承諾，也可以去請教我們葉金川第1任總經理跟第2任的劉見祥，看當時有沒有這樣承諾，張鴻仁是比較後來的，前面這兩位就是這樣做，這個我想副座也很早就進來健保，應該也了解這個，應該幫我們爭取啊，署裡是站在中間的位置嘛，替我們做到頭破血流讓大家都很血汗，大家講個公道話，過去承諾的事實上是這樣的共識啊，現在去做我們二話不講，長官這樣講，好，相忍為國對不對，就是這樣，但是承諾的不應該，才會大家你看實際上點值如果不操作的時候能看嗎？這其實是一種危機啦，這樣下去的話去怕醫療院所撐不住的，拜託長官，謝謝。

**主席**

好，謝謝，現在討論的是點值，大家想要了解臺北區點值低落的原因，它的浮動點值往下降，所以可以理解若是固定點值占率不高的醫院，影響會更大，我們後續會進了解臺北的狀況。但本案是在結算去年第3季點值，是不是這個報告案就先洽悉。來，請謝院長。

**謝武吉代表**

這個火好像是我點的，我是認為說要臺北的這些大老來回答好像於心不忍，我們不能這樣做，我是希望現在臺北區的組長、或是今天參與的人，要對我們有所承諾，說你們要怎麼來改善，這是非常重要的。

**主席**

好，我們科長是來了，科長要說明嗎？

**徐麗滿科長**

我想分區的點值，當然臺北業務組的努力很重要，但更重要的是我們各個醫院的

共識，點值這麼低落，顯然我們臺北區應該可以做的更多，那我們期待在下禮拜二3月12號的總額共管會議裡面，我們可以跟大家取得共識，我相信這個點值應該是有所改善，以上說明。

**主席**

好，先拉回共管會議再去討論，下個禮拜就要開會了。

**謝武吉代表**

如果是這樣，臺北區太沒有擔當了，應該是如果下一次再沒有提升的話，臺北區的主管來這裡報告。

**主席**

好，我們先期待我們下禮拜的共管會議，能夠跟臺北區的醫院再度地做討論，再麻煩我們科長回去跟組長報告。

**吳淑芬代表**

不好意思，我再第2次發言，是這樣，因為第4季的浮動點值比較低落，現在討論的是第3季，因為我們下禮拜共管會議要開嘛，我跟各位先進報備一下就是在去年10月21號，也就是在所謂的第4季為什麼浮動點值會這麼低落，有可能的部分就是因為普悠瑪出軌的案件，它其實很多都是落在我臺北業務組的地方，因為他是在宜蘭發生的。

**主席**

那個才幾百萬，這個在求償了。

**吳淑芬代表**

那如果可以的話希望主席能把這個所謂的醫療點數，能夠譬如說有什麼例外、專款專用的部分在這個臺北業務組的部分，這是我們希望能夠多多少少都能夠幫助我們的一些浮動點值，以上。

**主席**

謝謝，大家的意見我們都聽到了，那我們還是回到下禮拜臺北區的共管會議再去討論，我們也會追蹤臺北業務組下禮拜開會狀況，麻煩回報給我們，那如果有需要署本部這邊協助的，麻煩告知我們。謝謝科長，那本案107年第3季的結算報告就洽悉，接下來下一案。

## **報告事項第五案：108年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案**

### **補充報告**

**主席**

這個方案的內容文字有修正，還有地區有修正，大家有沒有意見？如果沒有意見，我們就洽悉，接下來下一案。

### **報告事項第六案：108 年醫院總額風險調整移撥款(草案)**

**主席**

這個報告案大家有沒有意見？這個因為也是共識了，所以是列報告案，本案就通過，洽悉，再來第 7 案。

### **報告事項第七案：臺中榮民總醫院嘉義分院附設門診部 107 年 12 月 1 日回歸醫院總額費用說明**

**主席**

大家有沒有意見？這個都會按照門診部回歸醫院的時程，預算就直接導入那個分區，如果沒有意見，本案就洽悉，接下來討論事項第 1 案。

### **討論事項第一案：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案**

**主席**

這個計畫本身是針對偏鄉醫院的額外保障，每年最多 1,500 萬的挹注，對於這些違規的院所，我們不予保障，有一些要增進公平性的部分，請李組長再補充說明。

**醫務管理組李純馥組長**

這個計畫是我們醫院總額的專款，一年 9.5 億，就如主席所講，這是額外給的點值保障方案，保障偏鄉醫院因為點值浮動所造成經營上的困難，這次我們要修訂的原因是因為有醫院被處分某個科別違約後，因為這個方案不能夠再給他全院的保障，所以他提出申訴，覺得只有一個科別違約，為什整個醫院都會影響到，這是第一個；我們覺得需要提出來來做討論，雖然我們覺得很公平，因為這本來就是額外的保障，醫院行為要比較端正才應該給予保障，如果他有虛浮報違約的問題，我們就要停止這個保障，這是第一個；第二個是如果他停約後開始取消保障，會出現我什麼時候做停約，他的保障會因為他發生停約的起始月份不一樣，得到不一樣的結果，比如說這家醫院在 1 月被停約，跟他 10 月被停約，他被取消保障的月份會有不衡平的問題，所以我們想在這裡做一點修正跟調整，也希望聽聽各位委員的意見，以上。

**主席**

有不公平，如果醫院 1 月份起被停約三個月，那 1 月份起整整一年都拿不到這個保障，但是如果是 11 月份起被停約，醫院再停也不過是處分兩個月沒有保障，原計畫有不公平，因為過去沒發生案例也就沒注意到，現在發生了，就有人提出了這個公平性的問題，所以我們現在建議，醫院停約的 3 倍期間都是我們不予補助的範圍，這樣子拉到公平，違規越嚴重，3 倍的期間就會就更長，如果輕微的違規，當然 3 倍的時間就比較短，這樣子的修正大家有沒有意見？這個對於醫學中心跟區域醫院影響非常少，最主要是偏鄉的地區醫院，大家有沒有意見？如果沒有意見就謝謝大家，就通過修正，接下來第二案。

### **討論事項第二案：「108 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)」**

**主席**

這個案子大家有沒有意見？分區通通跟大家討論過了，在這邊只是一個程序的過程，大家沒有意見我們就是通過了，接下來第三案。

### **討論事項第三案：108 年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式**

**主席**

好，這個案子是有關門診減量的執行方式，是區域級以上的醫院之意見，各位有沒有意見？特別是附件 4 大家看一下，附件 4 是在 3-12 頁，綜整各界的意見，大概建議的方案有四項，分別是醫學中心及區域醫院協會建議的，中間是健保會的意見，再來是社區醫院的意見跟醫師公會全聯會的意見，大致上整理在這一張，如果有什麼不一致的部分再請大家指正，好，大家的意見是怎麼樣？我們就提出討論，請謝院長。

**謝武吉代表**

主席，台灣社區醫院協會對本案意見已正式發文回復，這裡好像沒有寫到我們社區醫院協會在 1 月 18 日來的公文，似乎無本會存在，但是在這裡我們要先唸我們的公文。

**朱益宏代表**

後面附件有，但是你們說明欄都沒有寫。

**醫務管理組李純馥組長**

有寫，在附件 4 第三欄。

## 謝武吉代表

我們說明二裡面，剛才主席也有看到，我們社區醫院協會有來開會前會，我當理事長的也不得不講一些心聲的話，我們大家的共同意見就是說 108 年度醫療給付費用總額及其分配公告，為落實分級醫療及以轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診量門診減量措施，自 107 年起五年降低 10% 為目標，以 106 年為基期。這特別講的，以 106 年為基期，並定期檢討，108 年醫學中心、區域醫院門診的件數降低 2%，即不得超過 106 年的 96.04%，等於是 98% 乘以 98%，超過部分應該以門診的人次平均點數不予分配，這個是經過健保會的同意的委員的通過，那這個我要特別在這裡講的，那個委員現在也還是在那邊當委員，而且是一個很公平、公正的一個委員，他是很堅持，而且那一次主持會議的委員這次又抽中了，他也一定會很堅持的，我是建議今天不要討論這件事情，討論會沒完沒了，因為我一開始就跟主席報告了，我已經有說了，我做理事長我一定要講的，剛剛朱益宏講的那個件數減少但是費用增加很多，我們也都有去算，所以說這一條不要再討論了，到那邊去可能還是會 K 得滿頭包，我是建議這樣。

## 主席

請潘副主任。

## 潘延健代表(程文俊代表代理人)

我是代表我們程文俊代表，我先發表一點自己的看法，那待會我們的同儕如果有各種不同的意見，我們也歡迎，那我們回顧一下就是說，在分級醫療開始要做的時候，其實我們的目標不是為了要考績，我們是希望能夠改變病人就醫的習慣，以及慢慢把這個醫療的結構趨於我們希望導引的方向，這個計畫五年，一個五年的計畫，他絕對是在一個長遠的目標，既然訂了這個五年的計畫，希望做的就是漸進式，所以他每一年有一個既定的目標，去年我們是 7 月份的時候開始，所以如果 7 月份開始推算的話，照理說我們應該是做滿一整年度再往下一年度，在這整個政策的導引上面會比較不會那麼急促，因為這個政策其實他影響的不是只有醫院會不會扣錢，更大的影響是病人的權益，就是病人的習慣能不能那麼快的扭轉過來，這個也必須要考慮到，在上一次在討論這個議題的時候，當時有一些消費者代表也提出類似的看法，我覺得這個部分也必須予以尊重，因為他們是接近消費者的心聲，他們也感覺到病人好像這端也有點壓力了，這是第一個我要提出來的；第二個，我看到附件裡面，健保署也非常負責任地詢問了健保會的意見，那健保會的意見在這邊也提出來，我唸一下，就是說實施期程與基期已於 108 年度公告敘明，均以年度為基礎，一個年，要做滿一個年，執行期間、門診減量採

用標準等涉及實際執行面，建議本署納為檢討參考依據，這個是可以值得大家來做一個檢討，那事實上我們在第一線，醫院實質在執行病人下轉，輔導病人往不同的層級來就診，我們在執行這樣的工作時其實碰到一定的難度，所以當你這樣壓力下來的時候，如果醫院硬是這樣做下去，這個壓力絕對會傳達到病人民眾身上，所以我覺得在整個執行的時間上，我還是要重新再呼籲，是不是能夠從今年的7月份開始，讓這個減2%做滿一年，然後再從7月份開始再往下，依次這樣，然後往下就是五年，這個是我的意見，以上。

**主席**

謝謝潘副主任，還有沒有？請嚴代表。

**嚴玉華代表**

我是代表區域醫院協會，這裡有幾個問題必須要再提出來說明一下，第一就是今天提供的有達標醫院跟沒有達標的醫院，我們有先行檢視到底是那些醫院沒有達標，很明顯的發現，我們的區域層級裡面有一半以上是公立醫院沒有達標，可能署裡要認真的好好想想為什麼公立醫院沒辦法達標；第二個要提出來的是實際上每個層級都有他層級背負的責任跟壓力，我們協會會員大會跟理監事會議也決議，希望能夠在針對本層級的門診減量措施能有一些不一樣的處理方式，所以協會在第一次發文的時候，希望能夠停止實施門診減量措施，後來因為署裡面又有第二次的來文，所以我們也提出了一些看法跟不一樣的作業方針，我們希望有機會能夠再度提出來討論，而不是變成在這裡就不做討論了，這個就是本層級的意見，我必須要再做說明，謝謝。

**主席**

謝謝，大家還有沒有其他意見？陳院長。

**陳石池代表**

主席、各位委員大家午安，我想這個政策是上面傳下來的嘛，但是我想瞭解一些事情，這個門診減量從107年Q3開始之後跟之前Q1、Q2，全國門診就醫的人次有沒有變化？假設都是一樣的，表示這個政策是沒有成功的，就是說在玩這個數字遊戲而已，所以我們想知道一下，因為我們知道衛福部的善意是希望民眾能夠從基層開始就醫，但是事實上醫學中心在推行這些時面臨一些困難，比如說我們要轉病人，但病人不願意轉，結果只處罰醫院，事實上病人不會得到任何處罰，所以這個不太公平，因為要轉病人但病人不願意轉，我們叫病人不要來看，他仍要來看，可是衛福部又不讓我們拒絕病人，那叫我們怎麼做？所以我希望健保署或衛福部對這個部分要跟民眾說明，我們跟民眾講民眾不聽，他要來我又不能拒

絕他，那我到底要怎麼跟民眾說明，我要強硬不讓他就診，他會覺得你態度不好，他要投訴，所以我們在經營上面臨有很大的困難，所以我建議說你們是不是先把就診人次有沒有變化幅度先拿出來看，假設人次都一樣，那就政策錯誤，如果錯誤就不要繼續做了，好不好，請您稍微再考慮一下，謝謝。

**主席**

好，還有一位。

**李偉強代表(張德明代表代理人)**

第一個，附件 3-13 頁，我建議以後數字可以做日數的校正，我們知道這個第四季的每一季日數會不一樣，我們今年的過年放假天數比以前多，這個時候看病次數相對就會少，其實你如果做一個簡單的校正，搞不好你成績會更好一點，我是做一個數字上的建議，第二個就是當然我自己所服務的醫院，基本上這次是列在名單上沒有達標的名單，我們應該先自我檢討，不過同時我又在很多場合被健保署邀請去介紹我們做上下轉，我終於瞭解我們那裡做不好，就是我們的方向都會拼命做上轉跟下轉，可是上轉跟下轉這樣趕不上 2%、4% 的這個量，所以門診減量跟落實上下轉其實中間是有一個很大的 gap，這我比較笨拙，比較後面才體會到這一點，也就是今天如果我去看一個榮總的上下轉量其實是很不錯的，很不錯的，我才去立法院報告過，立法委員找我報告過，我們有很多方法，可是這個每年 1%、2%、4%，量是非常大的，所以你要達到那個門診減量跟我做好上下轉其實是不完全一致的；第二個，在兩個禮拜前，臺北業務組有開一個會議，科長也在現場，也是立法委員在現場，我在會上說我每下轉 100 個病人，只有 16 個病人會真正會去診所看診，我們真的轉出去的喔！那上轉大概是差不多六成到七成，就診所開了 100 張轉診單，當然包括地區醫院，轉上來的病人大概有 60~70% 會來看診，這是健保公告的數字，當然這是臺北業務組，不等於其他的分區的情況，意思就代表說，我很努力做上下轉，分級醫療裡面下轉最重要了，可是大概也只有 16% 會去看診，當然中間還有一些時間差，搞不好三個月才去看等等，我們姑且不論，其實醫學中心及我們在座很多都很願意做，不過這跟我們要達到所謂的減量看起來還是兩回事，當然我也學到很多，因為我們自己沒做好，所以應該要標竿學習，知道別人怎麼樣達到減量的，所以我必須先講說，榮總我們 4 月份開始要門診週末要開始減診了，因為這是不得不做的事情，對不對？如果不減診我就是離目標更遠，不過我要拜託一件事，就是我們在努力的時候，你不要再加給我新的任務，大家看報紙就知道了，就是軍、警消、海軍人員他們也要開始納入，變成是專門交給三總體系跟我們榮總體系的來看診，那其實免掛號費，

免這些一大堆部分負擔等等，這個無形中又會給我們產生一個量，這個是國家任務，我們就是要去做，所以跟在座所有委員報告說，公家醫院要承受很多國家交付的任務，剛剛區協代表也有提到，那些東西是否可以考慮適當的排除，因為我一講排除大家覺得說這個、那個找理由，我意思是說我們很努力，也快達到那個標準，可是一下突然掉下一個東西給我們做的時候，我們這個需求還是要去勇於承擔這些事情，這是畢竟是照顧民眾的事情，而且很多人很關心，我雖然已經準備好等政府給我一份公文我就開始落實，搞不好明天或下禮拜開始，那這個情況我是覺得已經發生的事情我很難去討論，因為我相信其實大家有一些想法，不過還沒有發生的事情，這些新加進來的任務可不可以在這個任務產生的時候也能夠請健保署提供一點意見給這些長官，其實這個跟我們現在大方向是背道而馳的，今天在座好像沒有三總體系的，在公家機關就要配合國家政策來做事情，我們什麼都是配合國家政策，可是我們坐在這邊也要配合國家的健保署要我們門診減量政策，可是每個政策都配合的時候，這些政策跟政策之間的矛盾點我們也要請大家幫忙我們解決，其他的我們會努力。

### 主席

朱院長，然後再來是第二位，這位是吳代表，謝謝。

### 朱益宏代表

主席我對於2%，就是部裡面，在很多場合再三的宣示，那所以這2%今天大家在這邊也沒有辦法討論這個政策對或是錯，就是這樣了，而且已經公告了，所以我覺得說再討論說這個東西要做或不做，已經是多說無益，但是剛剛區域醫院嚴代表特別提到，部長的政策，結果你看部桃、部立豐原醫院都不支持，而且聽說部桃成長率好像還很高，再加上醫學中心，三總、北榮跟成大都是公立醫院，反而是私立醫院看到是很努力的在做達標，我作為一個臺灣私立醫院協會理事長，我也要抗議一下，私立醫院包括我們醫學中心都很努力的在做這件事，為什麼公家醫院反而做不到，這是我表達的，那當然剛剛偉強主任也講說他們後續可能會有一些檢討措施或是去標竿學習，我們也很樂見這樣，那這是我表達的第一點；那第二點就是，我覺得就是既然部長已經宣示，而且是連續五年，現在不管是醫學中心或是區域醫院他還是有未達標的時候，雖然我們現在扣款，但是扣款其實你看這扣3億多而已，那醫學中心整體的服務量大概占到我們4,000多億的大概幾乎占到一半，大概占到一半，快到五成，所以他大概有2,000多億的整體的一年的服務量，結果這半年扣掉4億、3億多而已，其實是非常少，那會不會有些醫院就像北榮說的，他們要再改進，但會不會有些醫院覺得我就這樣子，你

要扣就扣，我還是繼續這樣子，會不會有這種可能呢？所以我覺得說其實署裡面要另外檢討一個，就是說如果你連續怎麼樣怎麼樣，那我這個處分是不是夠的，雖然不是以扣錢為目的，但是總是希望他要去達標，但是如果醫院就是不達標，舉例來講就是部立桃園醫院，他就是不達標，不但不達標反而還跟你衝衝衝，那你怎麼辦？我們也不能建議部長把部立桃園醫院換掉，沒有這個權責，對不對？所以這一部分本來署裡面應該是要或許在下次討論的時候，應該要討論，就是說如果某一家醫院連續好幾季都不達標的時候，那我們該要怎麼處理？是不是要加強？就是核扣的比例要加強，類似這樣子，那對於達標的當然，總是他要達標，要讓大家看一下他有努力的，當然今天沒有列討論提案裡面，但是我覺得這個要去要檢討，那第三點我也想順便請教一下，那我們在去年在檢討2%的時候，有一些排除方案，那當初的預估是排除大概占30%左右，我印象中大概是這個數字，然後實際上有70%都會在這個方案裡面，那現在實際執行以後，到底那個比例是多少？也就是說在整體的服務量裡面他排除的占到多少？沒有在裡面的服務量大概占到多少？這數字是不是等一下能夠提供一下，如果說我們排除的都已經40幾、50幾了，那真的是沒有什麼效益，那可能就有些醫院覺得，那你就扣，反正我也扣不到，更何況我們還有說不重複核扣，他說有些醫院可能會覺得我這邊不夠，反正還有別的地方，分局的管控措施也會扣，反正你都要扣，那他就繼續衝，用量去補他被核扣的價，那沒有意義，所以我覺得說這部分可能在執行方面，署裡面要去做一些檢討，不然我會覺得，對於某些醫院他有可能就是連續兩季、連續三季甚至一年就是不達標，那你拿我怎麼辦，那不是打臉署長、打臉部長嗎？謝謝。

**主席**

請吳代表。

**吳登強代表(侯明鋒代表代理人)**

我們高醫體系三家醫院都達標，包含大同跟小港。醫學中心、區域醫院跟地區醫院都有不同的論點，主席您也知道，最大的五年計畫，一年半就要降4%，這樣的強度太強了，這不是醫中的問題，而是民眾就醫權益受損，會反彈，拜託主席兩件事情，第一、這是從去年7月開始，醫院會配合政策，在整個醫療體系中，最乖的就是醫界，最認真。第二件事排除案件中，應考慮申請專案藥物已經事先核定，你要他去其他地方去拿，就有問題，這都沒有在排除的案件，包含TB、COPD的病人等無法輕易下轉。第三件，能不能下轉的個案也排除，目前只有上轉的有排除。

## 羅永達代表

我想已經公告一段時間，大家對部長的要求可能有點誤會，如果你把期程往後延半年，只是往後開始，期程就如同健保會講的，已經公告了，就不能改，如果要改，可能就要回到原本的地方去談。第二件事，大家覺得期程很趕，當時第1-2季署裡已經有公告有很多好學生，當時都已經講說他們已經做到了，如果說去年(107年)第1-2季是成長率最高的那一年，因為大家好像都知道，大家都在衡量，對於沒有這樣做的人不公平。第三、這整件分級醫療，是屬於配套措施比如：跨層級支援，在高榮支援很多地區醫院，派一位醫師去那邊病人才跟著去，不是把病人轉過去，是病人跟著醫師去，很多醫院也是，我們醫院有臺大榮總的醫師直接來看診，在我們那個區的病人就直接過來，病人也願意，這些事情都是配套，對基層跟地區醫院才有壯大效果。如果只把思維放在我的醫院要好，這個地區我都不管，這樣就和分級醫療精神相違背。你看我們高雄代表，有些醫院可能執行的方式真的不太一樣，有些適用支援的方式，星期五衛福部也會談到支援的醫師要不要報備。這是另外一個問題，跨層級合作當中，醫生本來就是公共財，但是很多醫院規定這些醫生不能出去，所以醫師沒有到，光病人過去，一開始會有一些問題，這也是事實。除了地區醫院，基層診所也有一樣的問題。分級醫療本身有很多步驟，包含壯大基層、擴大地區醫院、醫學中心願意做區域整合，醫學中心在急重症能夠做加錢，是整套的東西，不能夠某些東西特別排，例如：T.B. 排除，什麼東西要算、什麼東西不要算，那時在討論的時候，很多很極端案子。T.B. 急性期也許在醫中，但穩後回到地區醫院為什麼不可以，類似這樣的事情當時在討論的時候，儘量從寬，不管是從公告裡面、健保會的要求還是醫界應該去配套，盤整所有問題，我們還有很多可以做，就項跨層級整合、跟別人合作，比較輕症的病人，透過醫師支援，把病人帶到那邊去，相對的我們醫院如果要做Cath的病人，因為醫師來我們這裡，所以直接把病人在那做，因為醫師就在第一線，就在基層裡，病人不用到醫學中心等待，這樣整體的思維才是分級醫療區域整合，醫界的分工，才是醫界之福。如果把思維只放到，我們醫院怎麼樣，就只能為了讓病人出去，這樣會面臨很大的問題跟挑戰。

## 主席

還有意見嗎？謝院長。

## 謝輝龍代表

我們要感謝啦！給醫學中心跟區域醫院很大的壓力，但現實面來看第1季跟第2季成長率成長，但到第3季趨緩下來，達標的臺中榮總跟中國這兩家醫院，是中

區營業額很高的醫院，第3季這兩家成長率只有4點多%，給中區的所有地區醫院總額部分，我想壓力減輕蠻多，這是絕對正面的、還是看的到效益。第二點、臺大雲林醫院沒有達標，但是上次他主動來找我們，談整合工作，我大概一個月前去拜訪臺大雲林分院院長，黃院長也說臺大不只跟附近的醫院合作，互相轉診，還請他的醫師到地區醫院看診，下個月有骨科醫師、外科醫師到秀傳醫院看診，甚至包括值班部分，如果我們那裡有醫師可以處理的話，不用再轉醫學中心或區域醫院，我想這樣可以提升所有地區醫院的服務量能，沒有達標的醫院，可以學一下黃院長的作法，其實可以做區域的聯盟，對整個偏鄉地區醫院，提升水平，人才跟科別不齊全的情況下或設備不齊全要轉，透過聯盟合作，這樣的話大部分的病人就不用再轉出去，2%或許是壓力，但是對臺灣醫療服務型態及量能的改變，我相信有一定的幫助。

#### **申斯靜代表**

討論案3附件5下半年醫學中心跟區域醫院Q3、Q4減量的結果，看不到我們區域醫院與醫中做了這麼多努力，有什麼樣的年度執行成效？數據上都還看不到有完整一整年度的數據與檢討，只單看107Q3Q4這兩季減量的成果，就進入第二年的政策執行，呼應前面醫學中心在講，既然在評估定期檢討的時候，就要有一年的機制，評估有沒有達到我們預期的目標，再來執行第二年度的政策建議，否則只有造成大家現況衝擊過大的困擾。

#### **嚴玉華代表**

不好意思，107年門診減量2%方案有重申參與自主管理醫院不重複核扣，108年各分區在執行這個方案的時候，就感覺方案好像署本部有下達指令，要他們做重複核扣處理這件事，希望今天主席能夠再次說明你們的方向。

#### **童瑞龍代表**

對於我們區協秘書長所提重複核扣的事，請主席能夠做說明。第二點、我們醫學中心跟區域醫院降下來，是不是有回歸到地區醫院跟診所，做一段期間，也應該要檢討一下，不曉得剛才臺大醫院陳院長，這個政策是對或是錯，如果說區域醫院以上下轉的人數都減少，不過他們都沒有增加，就要檢討，未來107年或108年做完一段，第2季做完，是不是也應該檢討。

#### **李偉強代表(張德明代表代理人)**

我相信今天不是刻意往下壓，應該都會成長。第3或4季醫中減少，原來成長3%現在成長1%，也是一種相對減少，我相信地區或診所應該是成長，背景值就是成長，只是不知道是否來自於下轉的病人，這個數字看起來才會比較有意義。我相

信從健保的數字可以看出來，不管是多是少，我覺得都是一個數字，要能提供數字，才能瞭解有沒有達到當初想要的目標，我們的目標應該不只醫中跟區域減少，而是希望病人能夠回到基層。第二、其實有家醫院被罰錢，醫院上面有審計部、立法院，如果錢被減少還要去報告，衛福部也把門診減量列為評鑑標準，所以不只是錢的問題，更何況還會上報紙，大家都會努力達成，我回答記者公立醫院不是故意不配合，但有機會這些沒達標的公立醫院應該聚一聚，一起瞭解有那些問題？我們跟軍方的我比較瞭解，但不知道其他的醫院那些沒有達標。其實現在是多管齊下，但沒有錢是最痛苦的，總是從錯中學，政策做了半年，也該有初步評估，到今年七月，就可以做評估，或者可以找學者專家以第三者角色或病人的部分來客觀評估，我建議在評估時也放入病人的部分。

### 主席

請謝院長，然後潘副主任。

### 謝文輝代表

分級醫療其實是一種革命，把臺灣長期好幾十年的醫療生態做一個改變，是非常不容易，那做這麼大的政策，當然要檢討、精進，本來就是要邊做邊改進，因為以前都沒有這樣做過。那剛剛醫學中心、區域醫院的代表著眼的點跟看法不一樣，也是理所當然，這是改革的兩個面向，一個是被改革，一個是分級醫療中要壯大社區，當然就會有不一樣的看法，地區醫院也很理解區域醫院這些老大哥的痛苦，改革是很痛苦的，我們也非常體諒，但其實現在執行的地方有很多可以檢討的，像第1次跟第2年度的公告都講得非常清楚，就是全部的門診量減2%，沒有那種執行的時候把它排除掉一部分的，都是門診，所謂超過部分不予分配的扣除，也是用該院門診每人次的平均點數，沒有讓你排除之後再處理點數的啦，當然在執行裡面，增列一個沒有公告的排除項目，這可以當成監控指標，我們希望下轉的是中小型地區醫院可以做的案件，或是民眾平常需求比較大的，也許是7-80%常遇到的，那就讓它在社區，這是我們政策的目的，所以你當然可以設立一些排除項目，當作監控的項目，我就只管那些沒有被排除的項目，但是現在第1、2年的做法都是違反公告啊！是要用整體件數，本來是用100件，再來就是98件，是這樣啊，不是要讓你排除，但是地區醫院為什麼不講話？因為老大哥太痛苦，雖然要改革，講坦白的原本醫院三個層級相處很融洽，所以現在我們都不講話，但我們要認清一個事實，我也認同剛剛社協的謝理事長說的，這個暫時就不要討論了，為什麼？因為我們記得第1年要執行這個，光討論就耗費半年才開始，所以要檢討就好好檢討，從頭依法行政，好好來討論這些公告的內容是怎樣，

裡面附件健保會都說明的很清楚，現在雖然有很多意見，但第2點寫得很清楚，實施期程與基期均以年度為基礎，這個就是依據公告內容，但我覺得檢討還是要檢討，剛剛大家先進提出來的，可以看這個效果好不好，不好可以改進啊！所以這個當然可以檢討，假如說這5年不夠，這是制度的大改革，可能比較久，因為國外門診比例都很低，重症、醫學中心的服務量占總醫療服務量不到三分之一，才20幾%，我們現在區域醫院以上是占80幾%，所以這可能是要用10年或15年，才會有機會矯正成先進國家的水準。第二個，公告的2%不是指排除後的2%，扣除的錢也是依據全部門診實際發的，所以我覺得檢討是必然，這是重大政策的改變，大家要精進，提供數據給大家檢討也可以，但是很明確的是，健保會已經講的很清楚，現在若要從7月到明年6月，這個顯然是不符合公告，就沒有依法行政，我是覺得不宜，而且要檢討也不能針對少部分的人，要重新整體檢討，如排除定義要怎樣，排除依公告的目的，不作為排除2%的減項，因為2%是指整個門診的，社協因為瞭解大家的痛苦，所以都沒說話，我是覺得提出來討論檢討是可以，但現在已經3月了，日後若要檢討，署可以召集三層級來檢討那些要改進的，讓分級醫療做的更成功。剛剛黃院長講的，這是一個基礎的改變，現在很多醫學中心、區域醫院都有支援社區，社區最缺的就是人才，現在大醫院來支持，就形塑了社區醫療的形象，如果沒有大家的幫忙，社區醫療是做不起來的，分級醫療是做不起來的，社區醫院沒有強大，分級醫療是很難做起來的，現在是看到曙光，雖然大家現在很痛苦，但是對於未來、臺灣所有的民眾，很多民眾不是住在都會區，是住在偏鄉，以前是自然市場競爭，沒有人想去鄉下醫院，現在這些老大哥都很幫忙，我們期待隨著時間讓社區醫療壯大起來，我想這是大家的共同目的，我期待這樣，但是今年度公告寫的這麼明，健保會也說明的很清楚，我是覺得不要再動它，大家都不要講話，地區醫院也不講話，今年就照著樣做，也習慣了，都做三個月了，臨時又要改變遊戲規則，不要這樣，比較認真的早早就按照遊戲規則做了，結果又不要，要再延半年，每次都懲罰好學生，健保署當然都是尊重大家，但結果都是影響到最有規矩的學生，這樣不好啦，而且事實上要檢討的很多啦，不只現在提出來的這幾點，完全不符合公告的太多了，但我覺得以和為貴啦，就是這樣做啦，才做8個月而已，都還沒有熟悉，先做一年、二年再來檢討改進，有問題的再拿出來討論，再讓健保署去公告，才不會違法，不然現在隨便給你改一下，公告又是那樣，健保會又已經敘明，怎麼可以這樣，在健保會一定也不會通過，這是我的建議，如果大家堅持也沒關係，那就重新檢討，我們剛剛提的也都一起檢討，就整體檢討，所以建議大家相忍為國，謝謝。

**主席**

謝謝，那我們接下來請專家學者，先請張總院長。

**張國寬代表**

這件事情我相信大家都感受的到，其實各家院所都非常努力，過去半年多來，媒體上到處都可以看的到，各大醫療機構都在辦跨層級整合，那剛剛謝院長也有特別提到，幾十年的習慣要在很短時間改變過來，除了醫療院所沒有辦法適應，連民眾恐怕也很難適應，其實區域層級比較麻煩的是均質性比較不一致，有些接近醫學中心，有些接近地區醫院，接近地區醫院的這些院所其實在這件事情的運作上壓力會比較大，所以這個政策擬訂有些先天性的問題，其實事緩則圓啦，給大家多一點適應時間，未來改革應該會朝著成功的路，當然也希望剛剛謝院長強調的革命，但不要把命革掉，應該要往成功的路走，這是我個人一點看法。

**主席**

謝謝，請陳院長。

**陳振文代表**

各位先進大家好，基本上這是個從法下來的政策，健保署也沒辦法逃避，實施上雖然希望事緩則圓，的確在適當時機也需要檢討；至於2%的起算點，可能還是要回歸到法令依據，日後才不會有爭議；當然所有醫院都很痛苦，如同張總院長所提，區域醫院的 spectrum 很大，對於偏鄉醫院例如苗栗地區的醫院壓力非常大。私協朱理事長講到公立醫院部分，其實達標公立醫院也接近1/3，與整個醫療生態差別不大。榮民總醫院有照顧榮民的使命，榮民很難轉走給別人接手照護，加上部分負擔免費讓這個措施更難達到；這次沒達標不代表北榮不努力，這個是要先說明的。這個目標是從法規面規定下來，希望能夠檢討，如果門診量減下來，相對可以從點值上彌補，這樣也很好；也可以解決前面提到臺北分區在點值偏低的困境。

**主席**

請林院長發表意見。

**林欣榮代表**

臺灣醫療真的很方便，民眾習慣想去那裡就去那就醫了；就醫需求可以分兩方面：第一是急重症需求，民眾會想去比較好的醫院，如果是慢性長期就醫需求，又是回到社區就醫對民眾比較方便，高血壓、糖尿病或神經疾患(巴金森症等)診斷之老人也許在大醫院確診，後續勢必要回到社區去就近就醫，這樣對病人會更好，對健保醫療費用也是節省，更長遠的方向是回到預防保健，治病於未病之時，也

可以結合新科技幫忙。像東區有些民眾住在高山上，就醫來回可能要 4、5 小時，可能就要配合醫療科技介入例如定時量血壓上傳等等，對醫院有利可圖，病人也不用為了就醫跑太遠，這些可能是未來健保要發展的方向以及對健保體系的挑戰。

### **主席**

謝謝。分級醫療的改變的確不是一瞬間，是累進的改善；相信我們這幾年也有共識要朝這個目標邁進，醫院也自主推動垂直整合團隊，大家能凝聚共識，非常難得；也感謝大家認同這個長遠努力目標，但是推動進程中各醫院之間步調不一，有醫院提前反映了，有些醫院不及處理；嚴代表提到公立醫院部分，請參考剛剛發的補充資料，榮民體系醫院裡的臺中榮總、高雄榮總都達標了，並不代表榮民體系醫院先天弱勢；部立醫院跟聯合醫院也達標了，公立醫院是否難以達標，其實沒有一定。另外三總、北榮、成大可能啟動時間較晚，效果也會晚一點出來，我們期待大家能往共同方向努力。

另外要澄清的是：部立桃園醫院院長是任期屆滿，請不要以訛傳訛，部桃的院長非常優秀，要特別說明。另外還是請大家看議程 3-12 頁有四項大家的建議，第一項是 108 年門診減量執行起算時點，是否在 107 年 7 月 1 日起做滿一年後再計算 96.04%，在場醫學中心、區域醫院代表多有提到事緩則圓，地區醫院代表則認為健保會已經敘明要用「年」作為結算時點，想問大家的共識要往那個方向走比較好，先請健保會代表是否要補充說明？

### **全民健康保險會陳燕鈴組長**

公告已經清楚敘明了，總額協商以年度(1/1-12/31)為基礎，衛福部 108 年度總額公告指的是一整年，比較基礎是 106 年，數字都在公告裡，以公告內容及總額精神來說恐怕難以改變；但是就未來而言，考慮到這是五年目標，需要執行後做一些檢討，來年如果需要調整，可以提出建議方案在健保會協商，既定的公告內容恐怕難以改變。

### **主席**

再跟您確認一下，108 年是否無法如層級代表的訴求從 108 年 7 月到隔年 6 月，是不是在 108 年行不通？如果要改變，需要在協定 109 年預算時再作討論，是這樣嗎？

### **全民健康保險會陳燕鈴組長**

就公告的字面上的確如此。希望能落實一段時間後再作檢討，真的有問題，可於來年協商總額時提出來協商。過去協商結果公告後沒有改變的前例。

## 主席

確實健保會在協商 108 年總額時有落入文字，文字內容也蠻清楚的，健保會給我們的回應也寫了執行期間、門診減量採用標準等涉及實際執行面，可納為檢討之參據；經過再度解釋確認，如果還有檢討空間，就納入 109 年度納入總額協商時再作協商，如果是這樣，醫學中心與區域醫院代表訴求 107 年執行期間再往後延半年這件事，因為 108 年協商已經過了，無法變動，只能在今年協商 109 年總額時再作處理，請問大家有沒有意見？

## 潘延健代表(程文俊代表代理人)

很多政策執行時，如果發現未來可預見影響時還是會從善如流，不是完全沒有檢討空間的，還是要回到健保會上提案嗎？雖然這是共識決，面對這件事是不可能每個人都滿意，但不能就這樣忽略其他人的意見；另外想拜託一下，大家都是醫界的好夥伴，不要用改革者與被改革者的稱呼，我們的機構在執行上做得很好，可惜這次還是沒達標，希望能在言語上彼此互相尊重。希望這件事情還有另外的管道可以再疏通，不是說在這邊就不能再表達意見。

## 主席

這一題因為醫學中心與區域醫院的一直都有訴求，其道理是事緩則圓，是希望往後延半年而不是不做，如果健保會的解釋是協定已經很清楚了，那就拜託醫院協會或是醫學中心、區域醫院在健保會的代表，可以在本周五或以後的健保委員會提案，看能不能對去年 108 年協商的決議作微調；健保會若有新的決議，我們就遵照辦理。

## 全民健康保險會陳燕鈴組長

補充說明，門診減量措施是部核定公告的內容，就算在健保會通過，還是要經過報部核定的程序，不是說健保會通過就可以執行。

## 主席

是。原來報部的核定是源自健保會的協定結果，現在若回到健保會討論，如果要微調公告內容，程序上還是要經過報部核定；畢竟這比較是重大政策，行政程序可能會久一點。

## 謝武吉代表

門診減量是健保會決議通過，且當時提案委員本次也被抽中，若又至健保會也會被批評及反對，建議本案勿討論，否則沒完沒了。我已經講過了，開會主持醫院總額的委員現在抽籤已經抽到了，是當時寫入落入條款時的那一位公平公正的委員，我覺得現在是要提案過去讓人家打臉還是怎樣，大家真的好好考量一下。

## 主席

健保會委員有醫學中心及區域醫院代表，大家都有提案的權利，可以互相尊重，是不是要提案，可以自行決定。

## 謝文輝代表

主席裁定很公允，健保會成員的確有各層級代表，有主張不同意見就到健保會表達，今天也不要為難長官；因為健保署也不能做違反公告的行政措施，我們在這邊吵真的沒有用，還是依程序提案到健保會修訂後，完成整個程序。

另外潘副主任提到改革者與被改革者的稱呼，我沒有歧視性的意味；改革是往好的方向，我們這次改革方向也是大中小型醫院都支持分級醫療，真的沒有貶低的意思，從以前的狀態做一個大幅度改變叫作改革，希望潘副主任可以諒解。

## 潘延健代表(程文俊代表代理人)

我們也覺得自己是改革者，認同這個理念而全力去做，從去年開始一直努力至今。

## 謝文輝代表

現在的醫療型態是共同要改革的目標，我們都是改革者，也感謝醫學中心、區域醫院支持比較弱勢的社區醫院。

## 主席

分級醫療到現在大家都很認同，本項健保會代表也很明確說明過了，如果要改變是不是就回到健保會，這星期五就開會了。接下來討論第二點，就是與自主管理不重複核扣的部分，回溯去年7月1日執行時，因為各分區自主管理都已經談定了沒辦法改，所以當時談定以不重複核扣為原則；今年重新談自主管理，我們也要求分區業務組在落實門診減量核扣時，應先扣掉-2%之後再回到自主管理方案處理，所以不重複核扣就沒辦法再維持，因為已經重談自主管理，這也是署長的堅持，雖然不涉及健保會，為了落實健保會協定事項，超過的部分還是必須要核扣。好，請劉代表發言。

## 劉碧珠代表

針對第二點以不重複核扣為原則部分，去年會上我們有詢問談定的規則會用到什麼時候，主席也有承諾，如果像社區醫院代表所提不討論不修正也罷，怎麼變成健保署想修的部分就修，不想修就說健保會不同意，怎麼會這樣子呢？這件事對區域醫院層級來說影響真的很大，之前也說決定大原則後先執行，剛剛謝院長也說只做了8個月，不宜任意變動，如果規則要重新調整是不是所有規則都要重新討論，還是分區已經談完自主管理就讓分區重新決定；這樣等於是各個擊破，不公平也不合理。區域醫院協會在內部理監會上很多院長都有強烈的反映，我們也

很快的就發文來表達我們的意見，但是今天看起來好像都沒討論餘地，在座區域醫院代表回去也只能原文轉述，這樣是公平的嗎？

### 主席

謝謝。去年 107 年因為多次討論後下半年才實施，各分區控管都作了，很難中途改變分區共管的規則，也希望分區共管可以平順進行所以定了執行的大原則。今年分區跟大家重新談共管原則了，談完後取得分區共識；會這麼處理也希望大家能真正執行門診減量，醫院若有達到預期目標，這件事情就不會有影響；今天的問題是有院所沒達標，如果連續不達標，這項政策會變成無法推行；現在的執行結果是多數有達標，少數未達標，如果少數沒達標者在經費核扣上仍然不痛不癢，那還做什麼門診減量？這才是我們需要做的部分，不要讓達標院所覺得不公平。

### 嚴玉華代表

南區的共管會議跟院長座談會討論此案時沒有同意重覆核扣這件事。這個方案當初決議是請南區業務組向署裡反映這件事，署裡答覆也是依照原來的政策執行，我必須重申這一點：南區不管共管會議或者是院長座談會，都不同意這件事。

### 主席

好。這邊先跟大家報告，去年第三、第四季都達標的院所其實都沒有實質影響；會有影響的是未達標院所，部分達標或只差一點就達標院所影響也很少；真正影想的是件數正成長很多的院所，就會影響很大。

### 劉碧珠代表

還是代表區域醫院表達一下意見，區域醫院未達標家數從第 3 季 14 家，到第四季變成 27 家，108 年減量幅度從 2% 變成 3.96%，考驗越來越嚴苛，現在時程既然不能緩，專家學者也提到事緩則圓，重複核扣這件事如果是大方向，也希望能跟醫界重新討論，再說才實施半年，很多醫院在準備了，成效也沒有那麼快出來；這也是會員醫院憂心的部分。今天區域醫院層級就三個女生代表區域醫院一直重複的發言，是基於我的職責上必須要講，如果政策真的要做，是不是也應該考量事緩則圓；能達標的區域醫院已經越來越少了，核扣金額即使幾百萬，對區域醫院來說也是龐大的數字；所有的成本都已經投進去了，服務也提供了，收入還要被扣回；有些醫院件數高額成長，背後可能有他們不同的環境要考慮，在總額成長率 4% 的背景下也不可能不成長，大幅成長我們也覺得需要檢討，但是在執行半年後就跳到更高的目標值然後核扣更多的金額，這樣對區域醫院多數會員一定有影響。今天一定要積極幫會員表達意見，署裡面可能覺得部長交代了就這樣執行

下去也沒關係，主席也很難違背長官的意思，但我還是要把立場表達清楚。

**主席**

謝謝。其實異位思考，我也同理各位的心情，尤其是第一項晚半年這點，真的很想同意你們的訴求，但是健保會已經都表達了，也只能提到健保會討論；這星期我們也會參加健保會，大家一起看看這件事情會不會有改變，但是程序還是得走完。至於第二點(不重複核扣訴求)，健保署希望對的事情得到對的結果，如果還是落入不公平的處理方式，政策要往下走還是要有公平的處理方式，也樂見大家往這一點邁進，健保署還是要這樣堅持。第三點各界意見也有分歧，是否今天暫時不討論；第四點是排除轉出案件，第四點是排除「轉出案件」，這個部分在基層總額是贊同的，目前轉出案件的量並不多，推估每季大約1萬件，且轉出案件應該予以鼓勵，請問大家是否同意排除「轉出案件」，大家意見如何？

**謝武吉代表**

如果要排除，我建議應該明年再重新檢討，並且從下半年開始每個月開會一次。

**主席**

謝院長，轉出案件是應該要被鼓勵的，若再不予以鼓勵，就愈不容易轉出。

**謝武吉代表**

以前賴清德院長曾經講過，不要打乒乓球，我認為有些轉出案件是打乒乓球的案件，已經有區域醫院的院長告訴我，有人在打乒乓。

**主席**

我們這裡指的排除轉出案件指的是排除「轉出成功」的案件。

**謝武吉代表**

不，我為什麼會說賴清德院長的話，因為某一市真的有這樣乒乓球的情況，請考量一下。

**主席**

但對真正有在做轉出的醫院要怎麼說，他們真的有轉出。

**吳登強代表(侯明鋒代表代理人)**

我呼應主席的說法，轉出成功的人應該予以鼓勵，謝院長所考量的乒乓案件，請健保署清楚定義成功轉案件後予以扣除，這樣應該可以合理解決。

**主席**

多數的醫院不會乒乓，所以不能因為少數乒乓的人而影響真正有努力配合轉出的醫院。請周院長發言。

**周思源代表**

健保的支付管理模式影響醫療行為、影響醫務管理模式及民眾就醫習慣，就不在今天做深入討論。但分級醫療是對的，既然已經走出這一步，就針對門診轉出病人做排除調整。這樣對某些反對的團體有交代，對部分受傷害的層級醫院也有個交代，呼應部長去臺中宣導時所說的，公開做政策的調整很難，但在不影響分級醫療及鼓勵轉診的政策之下，部分的調整或許可以事緩則圓。

**主席**

部長確實有提到在分級醫療的政策之下，我們目前正朝共同的方向前進，不宜因過度急燥，而讓大家同理前進的方向有所改變，建議大家是否就予以同意排除轉出成功案件。

**朱益宏代表**

我想詢問的是排除與非排除案件的占率是多少，可否提供。

**主席**

大概 30 幾%，但還需要再計算才能確認，下次會議再提供。

**朱益宏代表**

那有沒有預估轉出案件大概多少？

**主席**

數量不多，而且這些數量得來不易，目前的方向是有努力者應該予以肯定，而還沒有達到者應給予一些機會及時間，請社區醫院代表大家易位而想，是否予以同意。

**謝文輝代表**

好，同意接受。

**陳石池代表**

我同意排除轉出成功案件，但有些案件是我們已開立轉診單了，但病人拿了轉診單卻沒有去看病或是去看了卻沒有出具轉診單，這樣的責任要歸屬誰，這種案件健保署是否可以給予病人一些機會教育，不應只鼓勵成功轉診案件，不成功之案件也應該檢討。

**主席**

請最後一位，謝院長發言。

**謝武吉代表**

我還是認為，如果要納入，應該要有排除條款的條件說，就是排除乒乓案件，有某區域醫院院長說 2%對他們沒有影響，因為他們會先轉診到家醫群，再由家醫群轉診回來。

**主席**

我們就先就排除「成功轉診」案件做微幅調整，至於乒乓案件是否屬實，請大家提出具體事證，而非耳聞。

**謝武吉代表**

那我提出的條件說呢，就是那些有疑慮的家醫群。

**主席**

若有具體事證，請告訴我們是那一家醫院，那一個家醫群及診所，不宜因耳聞的訊息而使轉診存在不信任。

**朱益宏代表**

那是不是在下一次的資料，提供有那些是轉診出去看一次之後又轉回原醫院的。

**主席**

也許不排除有少數這樣的案件，但不應為了這些可能發生的少數案件而改變對的政策及方向，我們還是相信各醫院不會這樣做，希望大家同意通過；若真有乒乓的情事，則請提供具體事證予本署。

**謝武吉代表**

不是我們要舉證，是各分區業務組要舉證。

**主席**

大家都有舉證的權力。

**劉碧珠代表**

我們區域醫院協會正式發文所提到的第三點，就是要求區域醫院不應該與醫學中心一樣，採相同標準逐年降 2%。過去我們在談調整支付標準給付時，總是把區域醫院與地區醫院的調幅給付列為同一等級，甚至更低。但是要求門診減量時，卻又把區域醫院跟醫學中心的降幅設的一樣高。很顯然的這是對區域層級極度不公平的地方，所以這一點今天是應該被討論的，但剛剛卻說這一點不討論。

**主席**

因為今天沒有代表特別提出說明。

**劉碧珠代表**

我們怎是沒人提，我們已經是用白紙黑字的正式書面提出，所以非常希望這個部分今天能列入討論。

**主席**

門診減量是健保會協定的結果，協定內容中並沒有提到各層級門診件數可以有不同的標準，因本周五健保會要開委員會，若要改變協定結論，是否由各位醫界代

表依程序提案至健保會，一併討論劉代表提到的這個部分。

**謝文輝代表**

我們非常欣賞區域醫院的四位女將，代表老闆及理事長來說明，但重要攸關案件我們都會自己出席說明。

**主席**

時間已晚，是否今天開到這裡。

**吳鏘亮代表**

有關討論事項第三案說明四提到公開醫院轉診件數的部分，因為上次討論時沒有共識，剛剛報告案提到是否公布連續 2 季都未達標的醫院時，也沒有共識，那這個公開轉診件數的部分是否暫緩。

**主席**

既然沒有共識，那這個部分就先暫緩。大家還有沒有臨時動議，好，今天就開到這裡。謝謝大家。