

「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 1 次會議紀錄

時間：107 年 3 月 1 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	孟代表令好	孟令好
洪代表子仁	洪子仁	吳代表鏘亮	吳鏘亮
王代表明鉅	王明鉅	童代表瑞龍	童瑞龍
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	朱益宏代
吳代表志雄	請 假	李代表允文	李允文
郭代表宗正	郭宗正	趙代表昭欽	趙昭欽
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	陳石池(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	王秀貞代
程代表文俊	潘延健代	林代表慧玲	王春玉代
郭代表守仁	郭守仁	唐代表宏生	請 假
邱代表仲慶	王敏容代	陳代表威仁	陳威仁
鍾代表飲文	黃尚志代	劉代表淑芬	劉淑芬
林代表欣榮	請 假	林代表恒立	請 假
申代表斯靜	申斯靜	顏代表鴻順	顏鴻順
劉代表碧珠	劉碧珠	王代表榮濱	王榮濱
周代表思源	周思源	梁代表淑政	周雯雯代
蘇代表主榮	蘇主榮	李代表純馥	請 假

列席單位及人員：

衛生福利部社保司	周雯雯		
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	盛培珠	
台灣醫院協會	林佩菽	洪毓婷	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	請假		

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	陳瑩珊			
本署臺北業務組	徐麗滿	余千子	許寶華	張念賓
本署北區業務組	孟芸芝			
本署中區業務組	蔡瓊玉			
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	羅亦珍	王素惠		
本署醫審及藥材組	王本仁	賴彥壯		
本署資訊組	李冠毅			
本署財務組	楊小娟			
本署企劃組	陳美杏	余佺婕		
本署醫務管理組	劉玉娟	谷祖棣	劉林義	韓佩軒
	林右鈞	洪于淇	劉勁梅	鄭正義

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：

- 一、序號第 1 項安全針具功能建議案及序號第 7 項 106 年區域級(含)以上醫院初級照護件數下降案持續列管，餘解除列管。
- 二、106 年初級照護案件，各分區應就是否符合「門診診斷編碼指引」予以審查，不符合者應依相關規定論處，執行結果將提會報告。

第二案

案由：醫院總額執行概況報告

決定：

- 一、醫院附設門診部回歸醫院，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，將依 106 年各季該醫院所屬轄分區之占率分配，如有餘款則留於一般服務。另涉及各分區醫院自主管理部分，請各分區一併調整。
- 二、地區醫院家數逐年減少之原因是否委託研究，將俟本署預算執行情形另行研議。

第三案

案由：106 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

	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
106Q3	浮動點值	0.8323	0.8780	0.8912	0.8545	0.9086	0.8880	0.8726
	平均點值	0.9086	0.9299	0.9371	0.9202	0.9438	0.9334	0.9243

- 二、各季結算說明表，置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：107 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則

決定：

- 一、洽悉，並依行政程序，報請衛生福利部核備後公告。
- 二、修正重點如下：
 - (一) 全民健康保險醫療資源缺乏地區新增區苗栗縣造橋鄉、台南市龍崎區、臺東縣卑南鄉；刪除新北市雙溪區、宜蘭縣三星鄉、台南市大內區、屏東縣麟洛鄉。
 - (二) 修訂違規排除條件之內容：
醫院如有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至四十條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起於計畫期間不予列入(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處

分者)；倘停止特約或終止特約之期間為跨年度者，則次年度亦不予列入。

第五案

案由：隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明

決定：洽悉，回推倍數上限值(門診 10 倍、住診 3 倍)報請衛生福利部核定後公告。

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%之執行方式

決議：

一、同意排除重大傷病(含罕病)、轉診、視同轉診、山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS 計畫)、西醫醫療資源不足地區改善方案、論病例計酬、愛滋病、C 肝、論質計畫且慢性病未穩定案件及類流感。

二、核減方式

(一)按季結算。

(二)106 年該院符合計算範圍之門診件數占該層級件數小於等於 0.50%者不予核扣。

(三)該院 107 年當季超出基期 98%之件數者，核減方式如下：

1. 該院當季門診每人平均點數 \times (該院當季件數 - 該院基期 98%之件數)。

2. 該院當季門診每人平均點數 = 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。

三、該分區該季核扣之費用留於該區總額預算，即全區核扣總費用無需依地區預算 R、S 占率重新分配。

四、各分區自主管理與本案不重複核扣為原則。

五、部分未獲共識部分項目，報請衛生福利部裁定：

(一)急診及門診手術是否排除。

(二)執行期間自本年第1季或第2季。

(三)地區醫院代表主張因排除項目太多，建議下降比率亦應同步酌增。

(四)醫學中心代表主張106年初級照護件數下降已達政策目標者，本年應予排除。

六、另各分區針對自主管理方案，有關論質計畫及醫院以病人為中心之門診整合照護計畫設有目標值部分，請各分區予以檢討取消。

七、地區醫院代表建議配合本項政策執行，預防保健案件應下轉至地區醫院或診所承作之意見，轉知國民健康署參考。

八、初步討論計算邏輯如附件1。

第二案

案由：地區醫院訴求設立地區醫院總額。

決議：台灣醫院協會表示本案待時機成熟後再議。

散會：下午5時40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(草案)

一、申請件數及點數計算方式：

(一) 不屬醫院總額內之案件，其件數及點數一律排除:如透析、代辦、其他部門及轉代檢，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) 部分負擔代碼為 901(多氣聯苯中毒之油症患者)。

(3) 醫事服務類別 50 (檢驗所)且「案件分類」欄位為「2」(成人預防保健第一階段)、醫事服務類別 30 (藥局)且「案件分類」欄位為「5」(協助辦理門診戒菸計畫)。

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) 矯正機關:特定治療項目(一)~(四)為 JA、JB。

(4) 末期腎臟病前期(Pre-ESRD):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) 交付機構，如特約藥局、物理治療所、病理中心案件，其件數及點數一律排除。

(三) 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。

(四) 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:轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件(部分負擔代碼為 A30、A31、B30、B31);轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN_ID_MARK)為 1;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 A40、B40。
4. 山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS 計畫):特定治療項目(一)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)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 E2、E3。
8. C 肝案件:門診案件分類為 E1 且特定治療項目為 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 代碼前三碼為 J12、J13、J14、J15、J16、B25、A37、A22、B44、J17、J18、J09、J10、J11。

二、核減方式：按季結算

(一) 基期期間:106 年 1 月至 12 月。

(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 年當季未超出基期 98%之件數者,不予核扣。

(三) 該院 107 年當季超出基期 98%之件數者,核減方式如下:

3. 該院當季門診每人次平均點數 \times (該院當季件數 - 該院基期 98%之件數)。
4. 該院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. 視同轉診案件係指全民健康保險轉診實施辦法規定。

※與會人員發言摘要

主席

各位代表、醫管組、分區業務組同仁大家午安，謝謝大家今天參加醫院總額研商議事會議第一次會議，首先請各位代表們看上次會議紀錄及第一次臨時會議紀錄，對於兩次會議紀錄有沒有問題？如沒有會議紀錄確認，接下來報告事項第一案。

報告案第一案：本會歷次會議決定事項辦理情形

主席

除第一項安全針具外，其餘解除列管，序號第 9 項是 107 年門診件數下降 2% 案，上次召開臨時會未達成共識，我們已把各位代表意見提到部長會議反映，部長希望持續溝通，這政策不變，大家再集思廣益，特別是大醫院門診鼓勵下轉，並提供整合醫療和落實家醫制度，所以今天持續和大家討論，大家有沒有意見？

羅代表永達

有關於序號 7，初級照護案件執行期間是 106 年 11 月到 12 月，107 年有繼續執行嗎？

主席

因 106 年 coding 的問題造成大家的困擾，107 年以門診件數下降 2% 案取代，大家有沒有意見？

朱代表益宏

上次會議討論初級照護下降 10% 案，執行期間為 106 年 11 月、12 月，如有違規情形，依相關規定論處，下次會議能不能說明違規情形(如 upcoding)，如有違規各分局處理狀況如何。

主席

大家還有沒有意見？如果沒有意見，下一次會議依朱代表所提意見說明。

朱代表益宏

序號第 9 案、第 10 案有列入今天討論案，是不是持續列管？下次如果有結論再解除列管。

主席

上次決議是於今天會議繼續討論，所以先解除列管，今天決議如果有後續辦理事項，再繼續列管，大家還有沒有其他意見？如果沒有，

我們第一案就洽悉，接下來第二案。

報告案第二案：醫院總額執行概況報告

主席

先就重要部分口頭報告，其他資料參閱，大家有沒有意見？

陳代表亮良

我個人針對付費者角度切入協商重點，議程第 16 頁協商重點 2.「醫院附設門診部回歸醫院，於一般服務其他醫療服務利用密集度改變項目，編列 4 億元」，請問 4 億元三層級或各醫院如何分配？第 3.「為落實分級醫療，107 年區域級(含)以上醫院門診件數下降 2%」，站在付費者角度，就我所在中南部有些門診特殊性，很多都要掛號很久，門診量是非常大，一下要醫院減量，沒有減量又要扣錢，從付費者角度，我們尊重醫界，希望醫界體恤民眾，尤其中南部看診民眾的需求。第 21 頁簡報第 13 張，近 5 年醫院總家數，中區減少 4 家醫院，高屏區減少 3 家，簡報第 14 張地區醫院減少 5 家，簡報第 16 張，南區病床數減少 36 床，但其他區在增加，我想全台灣民眾都繳健保費，這跟政府的財政沒有關聯性的，健保經費是普羅大眾大家繳納的，如果用在所謂的公平正義，這是很重要的。這些數據突顯了越大型的醫院越財團化、越密集，反而越偏鄉醫療是在往下走，普及性在減低，台灣健保制度醫療要永續，不是看到短程，希望健保署能再持續努力，希望醫界盡量想辦法，不要形成我所說的這些現象。

謝代表輝龍

簡報 24 頁 6.急診品質提升方案，執行率偏低是因為最主要值還沒結算出來，因急診薪水水漲船高，對偏鄉地區是一個非常大的 loading，如急診品質提升方案費用還有剩餘，是不是要考慮幫助偏鄉有做急重症的，讓醫院可繼續提供急診服務。

潘代表延健

第一點，107 年總額成長率 4.8%，一般的服務成長率是 3.576%，今年成長有很大部分是專款所貢獻的，約 63%是屬於 C 肝用藥和罕見疾病、血友病藥品所增加，投影片第 38 頁藥費的成長相當驚人，如不細究，好像藥又被大量濫用，所以建議 C 肝藥品拆出來計算，如 C 肝藥品增加所造成的影響比較多。

第二點，投影片第 11 頁，106 年第四季點值預估，全國平均點值

0.8983，105 年 Q4 結算平均點值 0.9208，降低 0.0225，最主要的因素健保署能不能再分析？如果就點值穩定精神來看，當點值低於 0.9，就應啟動機制檢討或防範，當然這是預估值，或許後面點值會再增加，建議要納入監控。

朱代表益宏

議程第 4 頁協商重點摘要，醫院附設門診部回歸醫院，編列 4 億元，大部分附設門診部回歸醫院是地區醫院、區域醫院，這部分健保署要如何處理？是不是應該分開處理？而不是進到大總額，大家又重分配，說不定地區醫院佔的量不少。

主席

大家還有沒有意見？如果沒有意見，針對大家的問題請醫管組先回覆。

李代表純馥

先針對陳亮良代表及朱代表所提一併回答，資料第 16 頁投影片提到醫院附設門診部回歸到醫院編列 4 億元，如何做分配，因為協商結論是一般服務部門密集度，依過去是放到總額，再依各區比例做分配，如同步到各醫院，現行操作有很大的困難。

第 21 頁醫院家數，中區少四家，高屏少三家，如從資料病床數來看，中區和高屏的病床是增加，南區減少 36 床是慢性床。另謝代表提到急診品質方案如有剩餘款，是不是可以補助醫院急診部分，今天討論案已有提偏鄉的方案，已有補助偏鄉地區。

潘代表提到藥費分析，我們納入未來分析參考。至於點值預估，是預估值，各區都有目標點數及品質管控方案，結算的平均點值是管控後的點值，所以去年同期會較高，預估值是讓各分區理解現在的申報狀況，要如何啟動品質調控。

陳代表亮良

對於醫管組的回應說得很好聽，但實質上不然，從付費者角度，從廣大民眾的思維，慢性病床數在中南部非常重要，因為中南部都是老人縣市，年輕人都出外在外縣市打拼。

密集度 4 億元，總額又把它分掉，是不是沒有成效，編再多的錢在總額，偏鄉醫療差距，蕩然無存，這部分我持有意見。第四季點值預估，誠如潘代表所關心的，點值偏低，問題出在哪裡？同時又要落實分級醫療，又要減低門診量，是不是會造成更大影響，對於付

費者受益的角度，我們冷靜地思考。

林代表富滿

有關四億部分，因各分區診所分佈不一樣，不應回歸到總額分配，應依現行各分區診所分佈佔率重分配到各分區預算。

朱代表益宏

我有看過但不曉得對不對，其中最大是台北分區員山榮民醫院，原屬於基層診所，現在回歸到醫院，這部分應妥善處理，如果該區沒有基層但又預算回到醫院總額，點值相對增加，對於地區醫院來說，因為 base 小，門診又回歸，搞不好又佔整體醫療費用很大，現在限制，我覺得不公平的，應該要回歸到分區，然後要求各醫院做各醫院目標點數管理時，要同步考量這樣的衝擊。

主席

有關四億元我同意大家的說法，剛與醫管組確認，技術是可行的，依照之前四億是怎麼算出來的，預算要回歸到原附設門診部所屬的分區，由各分區依現行占率分配，也要告訴分區哪個醫院造成經費的改變，回到醫院目標管理。

陳代表關心病床數的減少，病床數的減少和醫院減少也有密切相關。地區醫院占床率沒有百分之百，所以部分醫院小幅度減床，民眾權益應該沒有受到影響，大家有沒有意見？

謝代表輝龍

中區大家還是要重視，減少四家醫院不可以說因為病床數有增加，這是錯誤的訊息。

主席

減少四家醫院是歇業。

謝代表輝龍

中區地區醫院急性病床增加 160 床，實際增加的病床都是醫學中心附設的地區醫院，扣掉這些，地區醫院的病床是減少的，地區醫院在中區越來越難生存，才會一家關門倒閉。另急診品質方案，假設執行到最後，如執行率偏低，是不是要檢討，是不是應該考慮偏鄉地區的急救責任醫院的急診醫師，適當的把費用提高。

主席

有關急診品質方案還沒有結算完，另有關急診醫師的補助是用醫事

司的醫發基金。

李代表偉強

關於去年總額協商，密集度改變編列四億元，是醫院附設門診回歸醫院所造成的預算嗎？因結論不會動基層總額，公告沒有很明確，我想確認一下，看起來是用比例算的，這比例剛好等於因門診回歸的錢嗎？

主席

門診回歸過去沒有例子，本來希望放在專款，按照實際發生地方回歸，協商結果是放在一般服務密集度，我們會盤點是屬於那個原因就回歸，剩餘之預算就留在密集度，在總額中再分配。

陳代表亮良

在 107 年總額協商，從付費者角度希望得到完善的、公平正義的服務品質，就我瞭解已經好幾年沒辦法和醫院達成共識，我和林錫維委員希望可以搭起橋樑，包括台灣健保政策既然是世界驕傲，為什麼沒辦法達成協商共識。既然醫院附設門診部回歸到醫院這部分的四億，要好好的運用，不要像上次我在健保會憤而離席，因為西醫基層針對密集度的改變的金額。

我來參加醫院總額協商會議，將近快一年多，也聽到各層級醫院的心聲，希望新的年度如何著力的達到共識，不要把我們可以用的權力回歸到衛福部。

張代表克士

呼應陳亮良代表所提，偏鄉民眾就醫不便的主要原因就是地區醫院倒閉。在偏鄉多半是弱勢的鄉親，他們的特色是老化比都會區更嚴重(因年輕人出走)、醫療需求更高、且交通更不方便。上次曾跟健保署及衛福部代表談及有關的話題，官員說因為台灣交通很方便，所以我們不能限制病人，我說你是天龍國，台灣城鄉差距仍大，台北交通方便，一條捷運有好幾家醫學中心，醫療資源豐富，彰化沒有捷運，其他南投的山地鄉更不方便，連彰化的溪州若到員林開車就要至少四十分鐘，但這些老人家不會開車也沒有車子，所以需要更久的時間，然而他們也都繳健保費，可是得到的醫療資源卻非常不公平，這是地區醫院倒掉造成的結果，因為沒有醫學中心要蓋在這些偏鄉的地方，只能靠地區醫院，所以當地區醫院倒了，他們就沒有鄰近的醫院可以就醫。現在彰化縣二十六個鄉鎮大概有十幾個鄉

鎮是完全沒有醫院的，有醫院的也不見得可以提供完整的服務，尤其是急診。

看到資料地區醫院倒掉五家，因為有增加兩家，其實是倒掉七家，而增加的兩家，一家是改法人，另一家是輔大附醫，輔大哪是地區醫院呢？它只是先用地區醫院申報，健保署提供的資料會誤導，先前我已多次發言要求希望可以區隔一下，如果是體系的分院，原則上就不能算是地區醫院，例如彰基體系的地區醫院最多，其中有些申報量都超過區域醫院了，甚至門住診一個月就兩億多，這怎麼能算地區醫院呢？再者，這些體系的地區醫院通常床位數都很多，所以只要開一家就抵銷了很多地區醫院倒掉而減少的床數，變成地區醫院好像床數仍在增加或者看起來沒有減少的假象。

有關預估點值部分，依據所提供的資料，以中區為例，中區點值浮動 0.79 多，平均點值 0.88 多，這是預估的原始點值，也就是實際的狀況點值如此低！經過分級審查核減、檔案分析標準攤扣、專業核減、單價核扣與品質指標...等各種方法的核減後勉強才將點值升到 0.9 多，實際上做一塊給不到 8 毛，這樣地區醫院怎麼活下去呢？從另一個角度看，浮動點值 0.79 多結果平均點值變成 0.88 多，是因為裡面有一些保障點值的部分，可是被保障的佔率地區醫院又相對較低，也就是點值浮動的部分相對於其他層級占的多，而保障的部分相對較少，像是藥費是保障點值，但地區醫院相對的佔率較低，所以對大型醫院保障較多，加上大型醫院採購量大，所以價格低，這樣的不公平競爭條件下，地區醫院實在很難經營，造成剛才陳代表所關心的問題，也就是偏鄉地方醫療資源貧乏，這對鄉親非常不公平。當然我也瞭解在現在的健保制度下大型醫院也許也很難經營，但是，大型醫院可能是活的好或不好的問題，而地區醫院則是能不能活的問題。

陳代表石池

有關 107 年度門診件數減少 2% 案，去年年終前有些醫院知道今年可能要減量，所以醫院都在衝門診量，所以可能有些醫院門診量會增加，有些醫院門診量是沒有增加的，統一要減 2%，是不是再考量，應該有增加就要扣 2%，如已經減量的，不能再減 2%，不能這樣懲罰醫院，因為他門診量沒有在增加。

主席

剛剛張代表提到地區醫院的部分，現在看到的點值是一般總額的點

值，在其他專款針對地區醫院有額外補助，特別偏鄉的地區醫院，如一年九百萬到一千五百萬的補助，這也是總額內的費用，健保的資源雖然有限，但在偏鄉的地區醫院我們長期挹注是沒有斷過的，我們也做了非常多的重分配努力。

張代表克士

從結果來看，事實上就是倒了好多家地區醫院，雖然健保署對少數地區醫院有補助，但是地區醫院總體來講也有幾百億的額度，僅僅補助一、兩千萬是遠遠不足的，當然我贊成繼續補助，不過，應該用更有效的方法讓地區醫院能夠存活，不要一直倒下去。

主席

地區醫院倒閉的原因，社區醫院協會如果可以幫我們研究每個醫院歇業原因，就健保部分，我們確實有挹注，是不是有其他特別的原因，我們沒有辦法每一家都一一去深究，如社區醫院協會知道原因，也可以回饋給我們。

朱代表益宏

我贊同主席所講的，其他部門的專款有部分有挹注到社區醫院，健保署要忠實呈現，因在台北分區，看到一些資料，106年第4季分區的浮動點值是0.81，有地區醫院平均點值是0.82、0.83，非常接近浮動點值，對醫院來講，他不是偏遠醫院，得到補助，也不會這樣呈現他的平均點值。健保署應該瞭解是不是有這樣的狀況，還是今天資料不能反映真實的狀況。大家都知道醫院做一百點，你給他打八折，他就倒了，應該是要針對個別醫院，可以把名字拿掉，台北分區有A、B、C、D、E幾家醫院，他實際上的狀況怎麼樣、分布是在都會還是哪裡等，做系統性的分析，讓所有的委員都知道，到底是政策的問題，還是補助不足。

陳代表亮良

我在雲林偏鄉，尤其是中南部，人口數一直再減少，都會型的醫院人口數一直再增加，我上次在健保會一直反對健保總額分配的意思就是一樣，我為了那案子離席，舉例說在台北開診所，他可能一天的門診量就兩百、五百，但在偏鄉地區，一天看到十個，點值給他一點二、兩倍也彌補不了他在都會型開診所的誘因，那個案我一直在反對補助三億在台北市，補助反而每天門診看不完、錢賺不完，鄉下診所苦哈哈，現在老人幾乎都住在療養院、護理之家，年輕人

在台北奮鬥，沒有辦法在第一時間給他照護或送到醫院，不像在天龍國，一條捷運就好幾家醫院，希望 108 年提出好的方案到總額來，我和跟林錫維委員很願意看到偏鄉地區的勞工朋友醫療普及，不是每次開會來這邊放砲，放砲完就算了，我想真的是要找出實際上真的有辦法挹注、解決，讓台灣的健保永續發展，讓醫療提供者可生存，讓付費者有便利性、普及性的就醫。

童代表瑞龍

剛陳代表講的很有道理，但主席說的更有道理，建議健保署編列預算，地區醫院專家很多，可以分析地區醫院為什麼不能生存，然後領衛福部補助款的醫院，做些什麼工作，也讓付費者瞭解，才能對 108 年總額有所改變，不然大家都高談闊論，把真正要討論的時間浪費，講的內容這幾年來大概相同，世界人口趨勢都是往首都，台灣也一樣，這誰有辦法改變？

提到偏鄉，我在梧棲，每次氣象報導 17 級風，要花多少錢修復，如玻璃強度，鑑定等，我們聘用的醫師、護理人員也要花很多錢，我們的困難更多，大家互相體諒，所以建議健保署以研究專案讓社區醫院研究。

王代表敏容

有關附設醫院門診部回歸醫院編列 4 億元，建議依各診所回歸醫院的占率分配。

主席

4 億要回歸到真正事由的分區，然後下到分區的個別醫院總額，如有餘款則全區再分配。陳副院長提到去年年底，這門診件數下降 2% 有提前見報，有些醫院會衝量，我們已考量過，實際上沒這麼明顯，基期部分還是 106 年 1-12 月。

另地區醫院部分研究案，請醫管組盤點如果有額外經費，我們願意請社區醫院協會了解醫院歇業原因，特別對於健保給的額外補助，醫院是否有善加利用在病人上，也給我們一些分析報告，助於大家更清楚了解。同時本署會分析這幾家歇業的醫院，加上補助款後點值是多少，我相信大家都很不願意看到醫院歇業，特別是偏鄉醫院，是財務挹注不夠，還是其他原因，很難完全歸咎，至於人口流動有諸多原因，特別部長對於分級醫療希望能夠大醫院門診減量，希望病人能重新分流，大家都能照顧到病人。

劉代表碧珠

潘代表有提到門診費用分布藥費成長，是不是可以就藥費部分釐清，區隔B C肝、罕病藥費的貢獻度。

主席

謝謝提醒，有關藥費的成長扣除B C肝、罕病及血友病藥費外，藥費成長是多少，下次會議報告。

羅代表永達

謝謝先進給我們很多的指教，我們願意承擔責任，包括研究計畫，假設健保署委託給我們，我們會盡量做。

主席

要先找到預算，再透過政府採購法程序進行委託研究。接下來第三案。

報告案第三案: 106 年第 3 季醫院總額點值結算報告

主席

106 年第三季點值結算大家有無意見?若沒有意見就確認，接下來第四案。

報告案第四案:107 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則

主席

本案是分區自行認定符合偏遠的地區，由一般總額支應，並保障平均點值，107 年有 34 家醫院，另外在醫院專款也有針對偏鄉的補助計畫，如醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫是補助 900 萬到 1500 萬，大家有沒有意見?

陳代表亮良

第 90 頁主管機關認定所謂的山地離島地區，有涵蓋偏遠地區嗎?如果山地離島鄉才有，對彰化、雲林非常的不公平，我們也有離島工業區。

王代表秀貞

說明三提到 107 年符合家數，高屏區減少六家是因高屏業務組新增排除參與全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫，而被排除嗎?其它分區業務組並無此設(限)定，代表醫院同時符合這兩項計畫，醫院可以自己選擇要參與哪一個，可是高屏區醫院因為新增

這段文字，就會阻絕現行六家的選擇性，這對 6 家醫院究竟有無影響，請說明一下。

主席

請高屏業務組說明。

高屏業務組曾科長慧玲

原則上我們讓醫院擇優，我們有先幫醫院算過，如醫院願意我們就用擇優的方案，這六家都是參加醫療資源不足地區醫療服務提升計畫。

主席

是醫院自己從優，分區也提供資料給醫院了。

李代表偉強

衛福部所屬機關包括健保署、國健署、醫事司，對於山地離島地區都有不同的補助，這次這六家在高屏地區，因為醫院的選擇而被排除掉，但可能有連帶其他補助也會一起被刪除，因很多醫院以為二選一，突然有天說因為放棄這資格，另外資格也被放棄了，可能造成醫院的損失，請高屏業務組幫忙了解。

主席

如果還有其他的損失只有醫院最清楚，我們不一定知道，如大家沒有意見就洽悉。

陳代表亮良

山地離島地區要重視我非常認同，但如果縣市人口老化比例偏高，是不是也要有補貼認定，我們人口因工作需求聚集在都會區。剛張克士代表語重心長強調，農業縣市的醫院經營困難，醫院如果倒了，我們在偏鄉，從雲林虎尾開車到彰化縣的醫院或台中市的醫院，都要開約 1、2 個小時，這是偏遠地區的困難，雲林也沒有山地鄉，但有古坑、有草嶺，人口老化議題值得我們省思。

主席

謝謝陳代表的意見，我們納入參考，都會區的老化也很嚴重，這案沒有意見就洽悉，接下來第五案。

報告案第五案:隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明

主席

這案是報告案，大家有無意見？如果沒有意見，回推倍數上限值，門診 10 倍，住院 3 倍，由衛福部公告後實施，本案洽悉，進入討論第一案。

討論案第一案：107 年區域級(含)以上醫院門診件數降低 2%之執行方式

主席

這案上次臨時會已討論，大家有不同意見，我們提到 2 月 7 日衛福部部長主持會議報告，部長希望持續和大家溝通，大醫院門診還是要減 2%，我們有修正大家多數意見的排除項目及計算方式，另各位代表桌上有一份台灣醫院協會 2 月 26 日的公文，請台灣醫院協會說明。

謝代表文輝

台灣醫院協會對於本案也很重視，在 2 月 22 日內部開的健保委員會討論有共識決議，共有三項意見，另某些排除項目再修正，至於對於今天討論提案第二案，也有提出共識，希望等時機成熟後再議，詳細資料再各位代表的桌上。

進入討論前先釐清，第一點，醫院長期穩定運作，當然希望衝擊層面越小越好，民眾也希望衝擊層面越小越好，所以站在這樣的立場，當然要提越多排除項，只要有理由就要排除，這是人之常情。議程第 16 頁第三點 107 年醫學中心和區域醫院門診件數要降低 2% 是衛福部裁定，這項裁定理論上是整體，不是針對各醫院，但排除項目後剩下多少？如排除項目後僅剩 50% 的件數，那核減依據公告要達到總體標準就要 4%，但如果醫院門住診比例已經很好了或門診已經很少了，可以排除，並沒有抵觸部的裁定內容。

我覺得哪些項目要排除，也沒有抵觸，但假設醫院有 100 家，有 30 家是排除不需要核扣，但其他要核減量是 70 家醫院所要承擔，因依裁定內容是整體的醫學中心和區域醫院的門診總件數，這要先釐清，如沒釐清，大家會搞錯，像醫院協會的公文是依排除項目後，及排除良好醫院後，個別醫院才降 2% 的原則來討論，如果裁定的確定是降總量的 2%，那麼也許大家對要排除那些項目就根本無所謂了。

當然這項裁示目的是為了推動分級醫療，如符合門住診比例或門診量很少要排除還有點道理，再來要排除的項目其實沒有意義，今天

掛號只能到 98 號，後面 99 號、100 號不准掛號，醫院沒辦法這樣管理，患者也搞不清楚，這樣執行下去，患者會繼續大小病都來看就醫習慣不會改變，推動分級醫療不會成功。健保署也講不能拒絕病人，所以完全沒辦法執行，所以最後醫院的處理方式，就是玩玩申報遊戲，換藥或看報告的，自費低於部分負擔，就在前端就請患者改掛自費，後續還有超過的件數，自申報點數最低案件自斷手腳，反正重症有加 60 億，這種自斷無傷大雅。所有的醫療行為都完全沒有改變，這樣就不需要假裝要推行政策，對分級醫療根本沒有改變。但若執行的方案，是要真正推動分級醫療，健保署真的要執行衛福部政策那就要有擔當。

如慢性病連續處方箋，一個月拿一次藥，甚至 3 個月不用看醫生，應公開規範病人到附近的社區醫院或診所看，現在雲端也很便利，全世界上軌道的健保沒有人不去管理患者，因此只要符合這樣的條件，就正式公告不能去大醫院看，大醫院也才能管理。穩定性的長期慢性病都是 65 歲以上比較多，這些人比較需要醫療服務小毛病就需要找醫療，如果回到社區醫療或診所，看習慣後，其他小病他就會習慣回去，這樣才可以成功推動分級醫療的政策。

其他像健保的成人健檢都是簡單的檢查，基層或社區醫療院所都有設備檢查也都能勝任。如果能要求在社區基層提供，地區醫院，診所他就做得得起來，因為有患者。現在有時候雖給小醫院補助，為什麼還做不起來，因為沒患者，所以對社會說哪些疾病就是應該在基層、社區醫院就醫比較合理，要公告限制，大醫院才可理直氣壯地貼公告管理要求這類疾病要到基層或社區醫院看診，慢慢的民眾就會感覺基層的設備也不錯，會逐步改變就醫行為，小病就留在社區。

我們如果要真正推動分級醫療就不要只是應付只是做假的，不然浪費大家的時間和生命。

林代表錫維

今天資料排除項目 12 項，只要醫院同意，我們沒有意見，剛謝代表提到要有效率，甚至執行後要看到成果，我建議再延一年再實施，分級醫療和雲端用藥才剛開始而已，又要馬上實施，效果有限，這案我支持，但要考慮病人的權益，本來固定在大醫院看病，只信任這位醫生，他願意等兩個小時，一下子要他到基層就醫，需要一段的時間，要如何讓這些病人願意到附近基層就醫，然後有大病再轉

診到大醫院，這是非常大的學問。

一下子說政府的政策，一定要做，我們沒有意見，但會馬上影響病人的權益，有的醫院會擔心要病人自費，病人已經沒有收入了，還要自費，這不合理、不合法。這樣排除差不了 1%、2%，我認為一步一步來，也不能說通過就提健保會，然後馬上實施，還是從長計議，一段時間再實施，讓被保險人安心，一下子要很強硬來執行，可能很困難，這是我個人的淺見。

潘代表延健

在進入實質排除項目討論前，我重申我個人的看法，上次開會討論我有提過，在健保裡有三方的權益都要兼顧，最重要是民眾端，再來是醫療提供者，再來是保險人，這次有一些排除項目，也已考慮到民眾的觀點，從公告函內容是為落實分級醫療與轉診制度，扣錢不是目的，我非常贊同林代表的意見，從民眾端思考，如何引導民眾是非常重要的關鍵。

能不能讓我們知道 2%和 10%，是怎麼來的，對我們醫療未來 5 年內的狀況，有沒有實際的數據沙盤推演。上次也提過，門診減 2%，如果從就醫型態，在總額成長的非協商因素，因人口增加和老化因素，民眾就醫需求就會增加，對照 107 年非協商因素，扣掉醫療成本服務指數的增加，大約是 2%，所以再加上減少 2%，事實上是減少 4%，是不是能試算在各分區各縣市，如果減少這些病患，基層所能承接的力度是如何，及假日能夠承擔的因素如何，我們不希望這政策實施反而造成民怨，應審慎評估。另外門診降低 2%的見解，沒有框總門診量，名詞的定義後面再作檢討，當然不在這階段討論，先提出來，但我們要從民眾角度思考這項政策。

羅代表永達

會改革，表示問題很嚴重，以往消費者代表一直談說，消費者有很多權利，應該從消費者端來看，這是事實，可是台灣資源有限，當開始頭重腳輕，需要矯正，才會用這種方式，我們嘗試用比較緩和的方式，例如五年下降 10%，剛開始用初級照護減 10%方式，但後來徒勞無功。

台灣醫院協會正式函文給健保署，但那天召開全民健保委員會時，我們是當天早上才拿到資料，事實上沒有討論，另在 2 月 24 日社區協會理監事會議，激烈的討論，因我們有不同的意見。目前要做分級醫療，推動本來就很困難，我們需要付出的代價也越高，台灣的

資源沒有辦法負擔現行的醫療生態，剛剛謝代表也提到，醫院有很多方式都可能規避，假設今天全部全案通過，第 121 頁資料，醫學中心減掉 1.4%，區域醫院減 1.6%，這樣的方式會造成很大的影響嗎？我是存疑的，太多沒有申報或自費。

部長沒有想到原來還有分門診和總門診量，我們很質疑，他搞不好講 20%、15%，分 3 年，經 modify 的母數和沒有 modify 的母數是不一樣的。看到第 117 頁不屬醫院總額內的案件，包括成人健檢，謝代表有提到成人健檢希望落實到社區跟基層診所。

另慢性連續處方箋，一個可以連續三個月，下次只是領藥，也沒作其他檢查，為什麼這不能下放到基層診所或是社區醫院。門診手術要排除，很顯然門診手術大部分是比較輕的，約 5% 至 10% 的是要在醫學中心，我們可以列舉排除。論質計畫，包括糖尿病計畫，現在很多基層診所已列為重點項目，這是我們認為不應該被排除，再重申一次，任何的改革都會有陣痛，我們也希望消費者代表和各位代表都能共體時艱，因台灣資源的狀況一定要改革。

朱代表益宏

為何本年會有區域醫院減量 2% 的措施？據我瞭解衛福部應該是以去年初級照護(10%)占整體門診量 20%，進而推估本年 2% 之數值，這 2% 並不是亂喊的，衛福部希望初級照護還是要減量，去年要排除很多後才計算這 10%，且等到 11 月才執行，去年的效果是零。今年陳部長核定每年要降 2%，五年要達到 10%，我認為陳部長在推動本項政策時，已經是分年推動。如果大家認為初級照護定義不清楚，那也可由整體門診量降 2%，但遺憾健保署的規劃還是排除很多項目，與衛福部核定是以整個門診量之精神並不一致。

另健保署議程第 20 頁資料似有問題，醫學中心總件數有 2400 萬件、區域醫院有 3500 萬件，與本次會議報告 106 年醫院門診件數(包含交付機構約 1 億件)比較，地區醫院近 4000 萬件？比率應該沒有這麼高，本案提到 12 項共 6 千萬件，應該是排除交付處方等排除案件後之計算數值，我認為資訊應該充分揭露，草案所列排除之各項目均應提供案件數，以免模糊討論焦點。衛福部已指示整體量要減 2%，目標就應該要達到前述數值的絕對量，如果要排除某些項目後計算，那麼減量比率就要增加，而不是減量 2%(數值應該更高)。對於部分門診量占率較大醫院，難道我們減少的幅度也是一樣嗎？一些可以由社區醫院做的也排除、且只減量 2% 並不合理，我認為要回

歸衛福部核定之文字內容，先預估 2%之總量回推計算減少的比率，並考量醫院門診量之規模與占率之差異。

李代表偉強

本案上次會議已有許多討論，本次會議似討論較細節之操作定義。雖然有代表建議全數納入計算，我還是請健保署向大家說明本項政策之目標為何？是以絕對量或減少應下轉件數？以議程第 20 頁排除項目之合理性為例，重大傷病是醫學中心的重要職責，流感是過年期間衛生局拜託醫院開診重點，類流感是以頭痛、發燒等方式來表現，醫學中心不收論質計酬也可以但須主管機關明確公布，急診 1-2 級約占急診病人之 20%，轉診則是政策鼓勵項目。如果上述是醫學中心該做的，排除它是不合理？何況不管怎麼排除計算，醫學中心都還有 74%，再乘上 2%的件數仍然是可觀，付費者代表也關切前述政策影響民眾就醫，如果大家不希望醫學中心做預防保健，請主管機關發公文，這些事情我上次已說明，本次就不再重複。最後，病人來看病時，到底醫學中心可以做什麼？請主管機關趕快訂出來，有明確可以遵循的政策，否則我們真的不知道該怎麼做較好。

謝代表景祥

任何改革不可能百分之百完美，像去年完全失敗的案子，也不常見。去年初級照護推動時，大家鑽漏洞也排除很多項目，結果就是乖學生被扣減，因此，今年才會以整體案件來計算，如果又像去年排除許多項目，是否會重演去年的情況？健保制度是我們大家的責任，能力且權利愈大者責任愈大，去年是積重難返，故今年衛福部提的已經是很溫和，多年來因制度及人性的關係，醫院卻有鼓勵病人持續回診，才造成本國一年平均看診 16 次的世界紀錄，其實醫院只要不鼓勵病人持續回診、看多科給予整合門診，就可以達到下降 2%的目標值，每年再逐步降低，扭轉病人就醫習慣。

有代表建議明年再開始，我認為即便再 10 年也找不到好時機；另外排除項目應該愈少愈好且應有堅強的理由支持，如果我們期待本案要完全沒有問題再來執行，那就不用做了，故我建議仍由今年開始，至於細節可以再做討論。此外，我十分贊成朱代表對於醫學中心及區域醫院減量不應齊頭式平等，前述醫院的規模大小仍有差異，故建議規模愈大其減量比率予加大。

盧代表瑞芬

衛福部已核定本項政策，今年應該要執行，我同意本案於供給面或

需求面都應循序漸進，供給面及需求面均須努力才能做好分級醫療，故我贊成政策交辦、屬民眾自主的醫療使用之服務項目(如：急診)應列於排除項目，否則對於醫院來說即為非戰之罪，並不適當；我贊同謝代表適當限制民眾之就醫自由，亦反映於健保署今年的政策，對於可由基層承接之部分項目(如：預防保健、健檢)，對於民眾應適度限制其就醫層級，本案較務實的做法，我建議還是從排除項目一一檢視與討論，俾於時間內順利完成本項任務。

洪代表子仁

我依循盧教授的看法再補充說明。醫院工作者都可以瞭解透過單一處方解決多種疾病，是很困難的。分級醫療不管從健康照護體制、民眾行為來看都是非常複雜的議題，如果我們認為只是透過減量2%這個措施，就要解決分級醫療的問題，其實是相當困難，但既然分級醫療已經是政府之政策，從實務面來說，我贊同盧老師的建議，惟對於第6項急診檢傷分類1-2級，因大醫院在假日屬急診高峰期，建議健保署應省思假日開診的狀況，除非社區或基層診所願意假日開診，否則急診檢傷1-5級都應列入分級計算的扣減項目。

另本案配套方案(如：藥品、檢查...部分負擔)應併同推動，以期在不限制民眾就醫的情況下，仍可增進民眾分級醫療的意願，並引導其至社區或基層診所就診，另加強推動雲端藥歷、提升社區醫院與診所(醫師)之競爭力及合作方式，吸引病患就診..等，建議分級醫療應仿古代治水採疏導法(而非阻斷法)，以達引導之目的。

謝代表文輝

本案我建議大家再仔細看議程第16頁衛福部的裁示，今年政策指示的原因，如同朱代表跟大家說明，因為去年的困境，今年想要改變，所以訂定門診下降的總體目標應無爭議，對於醫院規模、院內門住診比率等差異性，給予彈性排除亦屬合理，即便議程所列部分排除項目(如：急診)也是合理的，已提供我們執行面上很大的自由，未來我們應對於可下轉門診案件確實執行，而不是像去年在申報面做文章，故我認為應該先確立衛福部核定文字之總體精神，而非執著於個別之排除項目，另我建議署裡未來應嚴密監控區域醫院減少之案件是否在我們期待的範圍。

郭代表宗正

我贊同付費者代表之意見，即本案尚未成熟，不宜全面推動。議程第16頁提到五年10%做為目標值並定期檢討，故是做為目標值。另

我呼應洪代表建議，對於急診檢傷 1-2 級列為排除項目，應擴大至全部檢傷分類均予排除。另就議程 118 頁「各分區自主管理不與本案重複為原則」，對於現行 6-7 成醫院都已加入分區自主管理，已經過三次的核扣(含門診合理量)與斷頭，是否要推動本案？請再予考量。

朱代表益宏

方才有代表提到醫院為達到減量目的而改自費之情形，這部分應該是違反健保法，依健保法 68 條不僅應予退費且要停約，建議健保署應予注意及加強查核。

主席

我先澄清關於議程第 16 頁衛福部核定文字之目的，在於落實分級醫療及轉診，而 2% 係做為引導式之策略，故扣減費用僅做為手段，如果區域醫院、醫學中心努力落實分級醫療及轉診，也就不會被扣減費用，區域級以上醫院的管理及服務是相當優質，透過好的分工合作(如：醫療群轉介、整合服務)，使病人不須頻繁返院就可以獲得適當的醫療服務，同步提升就醫安全與品質。

另考量政策要有開始才有機會前進，因此訂定減少每年 2%，以 10% 做為五年之目標，希望以分階段緩進方式，逐漸引導民眾回流至適當之地點就醫；由於本案是主管機關核定的政策，健保署仍應盡力達成。至於林代表鑑於本署甫推動雲端藥歷，本案推動時機尚未成熟之建議，因本署推動雲端藥歷已有四年，檢驗檢查亦有二年，都已推動一段時間，醫院多已熟稔。另外，本案於執行面並不希望醫院僅做數字遊戲(如：改自費、調整帳目)，而是希望區域醫院及醫學中心透過水平或垂直的分工合作，真正落實分級醫療，減輕醫院內醫事人力負荷，回歸該層級應承擔之醫療任務，請在座醫界代表體諒主管機關之苦心，由本署就執行內容(如：排除項目)之合適性進行討論，今日醫院協會當場提供之函文建議，原則予以尊重，惟其中建議急診案件全數排除(與本署不同)，我先徵詢各位代表是否考量第一年可先予全數排除，未來再行定期檢討？

朱代表益宏

急診檢診分類第 1-2 級已有些爭議，第 3 至 5 級還要排除。

主席

急診排除是台灣醫院協會來函意見。

朱代表益宏

台灣醫院協會開會我有參加，但臨時才拿到資料，所以沒有表達同意與否，回去召開社區醫院理監事會議不同意急診排除。

林代表富滿

台灣醫院協會當天開會，三層級代表都一樣是當天會議才拿到資料。另議程第 16 頁，本案所指就是『門診件數』下降 2%，根本不含急診，所以沒有排不排除急診的問題。

主席

在申報只有分門診和住診，但在健保法部分負擔規定是把急診和門診分開。剛盧老師有建議急診屬民眾自主權事項，建議排除，所以第一年先排除，但不希望急診排除後，醫院不要操弄門診病人轉到急診，健保署會監控醫院急診量，不要像初級醫療逆向操作，急診第一年排除可否接受？

羅代表永達

在健保委員會當天才拿到資料，在 2 月 24 日社區醫院協會理監事會議討論不同意急診排除，我們有函文給健保署和台灣醫院協會，最後由健保署做最後決定。

王代表秀貞

剛才幾位地區醫院代表都已清楚表達反對的意見，在就 2 月 24 日本會(台灣社區醫院協會)理監事會決議進行補充。對於急診排除，與剛幾位專家學者不同看法，急診若是排除反而會造成現行的急診壅塞更嚴重，相信這不是我們希望的，本會也反對!!

請問何謂視同轉診案件，不明確的定義就像初級照護一樣，有爭議的部分不應該排除。

另慢性病連續處方箋部分，所謂慢性病連續處方箋，是屬於穩定病情才可開立，而政策對於穩定病人是鼓勵下轉，但本案又把慢箋排除，明顯違反政策，執行不該背離政策!!我們強烈反對慢性病連續處方箋排除。

主席

第一年先排除急診，並監控各醫院急診，如發現醫院有把門診轉急診情形，將從嚴處理。

朱代表益宏

請問如何監控急診及何謂操弄呢?如今年該月門診急診有 1 千件，變

為 1 千 1 百件叫操弄，還是變 1 千 2 百件呢?應該說明清楚。

主席

朱代表的建議呢?

朱代表益宏

因這是主席提的，我是提醒要如何避免醫院操弄，如急診檢傷分類第 4 至 5 級增加就叫不當嗎?如急診檢傷分類第 4 至 5 級，過去趨勢減少 2% 或 3%，但今年只減少 1%，與趨勢不符，是不是要列入監測，監測後請醫院說明，健保署如何判定醫院說明是不是有道理。

主席

我們會監控數值，但如有民眾反映醫院把門診病人轉急診情形，將依醫事服務機構特約管理辦法辦理，函請醫院改善，再來就違約記點。請問大家對於第一年排除急診有沒有意見?

朱代表益宏

社區醫院協會不贊成。

主席

醫學中心代表贊成排除急診嗎?

(醫學中心代表點頭同意)

主席

區域醫院贊成排除急診嗎?

劉代表碧珠

區域醫院協會立場不變，反對這項政策，之前在醫院協會內部是好不容易三層級已有共識，但看來今天社區醫院協會是整個翻盤了。基本上我們區協認為應該要急診全部排除。

主席

醫學中心、區域醫院協會同意排除；社區醫院協會不同意，最後報衛生福利部，請主管機關裁定。另王代表提到視同轉診案件定義部分，在轉診實施辦理規定有定義。

王代表秀貞

如有法源依據，建議把法源依據寫上。

黃代表雪玲

轉診漏列山地離島 008 代碼。

主席

請醫管組再確認。再來有爭議部分是論質計畫，該計畫大部分都是慢性病人，會與慢性病連續處方箋相關，社區醫院協會代表提到慢連箋，表示穩定論質病人要下轉。論質計畫中穩定慢性病人，即有領慢連箋案件就不列入排除項目，不穩定慢性病人才列入排除項目。

黃代表尚志

總局和分局對各醫院論質計畫設有目標值，兩邊有矛盾、衝突，建議如本案規定要減量，論質計畫應要修正目標值。

主席

同意，我們會處理。論質計畫中病情穩定，領慢箋者，應鼓勵下轉到社區醫院或診所，所以論質計畫中有開立慢箋案件就不列入排除項目，可以嗎？

李代表偉強

指的是論質計畫中有開立慢箋的病人要納入下降 2%。請教這與之前看到穩定病人要下降 2%是一樣的意思嗎？

主席

是一樣的。請問醫學中心同意嗎？

潘代表延健

論質計畫相關規定要重新檢視，另各分區設有目標值也要一併修訂。

主席

各分區針對醫院設有目標值會同步修正，以鼓勵穩定病人下轉。

王代表敏容

第 1 點，論質計畫有很多病人在門診整合照護方案，會影響民眾權益嗎？第 2 點，論質計畫於南區自主管理方案有設指標，建議請各分區一併調整指標。

主席

今天討論是上游，分區回到自主管理會議重新檢討。論質計畫中穩定慢性病，即有開立慢連箋案件要列入門診減 2%，醫學中心同意嗎？

(醫學中心代表點頭同意)

主席

區域醫院同意嗎？

劉代表碧珠

區域醫院同意，但前提請各分區先回應品質指標，在技術上可同步修正嗎？我們要得到承諾。

主席

臺北業務組回到共管會議可重新檢討嗎？

臺北業務組徐科長麗滿

是。

主席

北區可以嗎？

北區業務組孟芸芝

可以回共管會議一起檢討。

主席

中區可以嗎？

中區業務組蔡瓊玉

可以。

主席

南區可以嗎？

南區業務組賴科長阿薪

如果署本部指標目標值可以下降，我們就可以配合。

主席

高屏可以嗎？

高屏業務組曾科長慧玲

可以。

主席

東區可以嗎？

東區業務組羅科長亦珍

東區目前沒有針對個別醫院收案率訂定目標值。

主席

各分區都可以，如目標值為署本部訂定的會修正。本項就決定穩定慢性病(即領慢箋病人)不能排除。再來是討論核扣平均點數要如何計算問題，其中慢連箋費用要扣除計算部分，請醫管組說明。

李代表純馥

沒有問題，如果已在藥局領藥的醫療費用是不列入計算，但如在醫院領藥會列入計算。

主席

台灣醫院協會建議不重複處理原則，確實本案核扣的費用和分區的自主管理方案不重複核扣為原則。

郭代表宗正

有加入分區的自主管理就不扣嗎？

主席

是不重複核扣。

孟代表令好

臺北有風險管理管控計畫設有目標點數，會不會因本案而調整？

李代表偉強

因六分區狀況不太一樣，今天原則決議後，各分區再重新 review，遵守一事不二罰。

主席

各分區回去檢討。

林代表富滿

請問第 119 頁，計算邏輯(二)交付機構件數及點數一律排除。是指在醫院領的第二次、第三次慢箋的醫療費用列入計算，在院外領的不列入計算。另外，重大傷病慢箋案件在院內領慢箋的費用，也是會排除？

主席

會排除，依第 121 頁的順序先排掉了。如為重大傷病且有領慢箋的費用藥會排除。

黃代表雪玲

第 117 頁，件數及點數計算方式，經詢貴署承辦表示係依文中所列順序逐項計算，其中(三)慢性病連續處方箋調劑....件數不計。(四)下列 12 項件數及點數均排除不計。因(三)排序在(四)之前所以，故病人即使符合(四)重大傷病且領慢箋時，其費用就無法被排除，實不合理，故建議應將(四)之順序移至(三)之前。

主席

本項即決定核扣時平均費用之計算方式。

朱代表益宏

有些慢性精神病是重大傷病，如為穩定病人要排除，沒有道理。第一年什麼都排除，就不應該只減少 2%。

主席

台灣醫院協會來函建議核扣的費用應回歸各分區總額，這是確定的，再次重申，核扣費用不是目的。另朱代表提到排除項目後，2%的定義是什麼？

朱代表益宏

門診手術也排除嗎？

主席

接下來討論門診手術列入排除項目，大家有沒有意見。

朱代表益宏

有意見，有些皮膚腫瘤 excision 也是門診手術，另外 D&C(流產手術)也是門診手術。

主席

醫學中心代表有沒有意見？

李代表偉強

門診手術要排除，醫學中心和區域醫院大部分都是教學醫院，一部分是教學目的，另因這裡無法區分門診手術的輕或重，除非健保署有區分門診手術輕重，我建議第一年先排除。

主席

區域醫院代表的建議呢？

嚴代表玉華

建議排除，但門診整合照護計畫沒有列入排除。

主席

整合門診計畫沒有列入排除項目，如果醫院可以提供好的門診整合照護，門診件數就會下降。目前急診案件和門診手術排除與否，是有爭議的，醫學中心和區域醫院代表同意第一年先排除急診案件和門診手術；社區醫院代表不同意排除，將報衛福部裁示。

另社區醫院代表提到，醫學中心和區域醫院的預防保健案件，應到社區醫院，這涉及國民健康署的業務權責，健保署是代辦，這部分

會移請國健署，針對今年區域級以上醫院的預防保健可以下轉到社區醫院和診所來承做。

接下來討論 106 年該院門診件數占該層級小於 0.50% 者，不列入 107 年減少 2%，這些醫院費用占率低的醫院，共有 13 家，大家有沒有意見？

朱代表益宏

這些醫院門診件數大約多少？

主席

每日門診量小於 450 件。

朱代表益宏

應該看各醫院門住診比率。

主席

這些醫院門診量已經很少了，大部分都是精神科醫院。

朱代表益宏

可以提供名單嗎？

李代表純馥

依目前提案所排除項目試算，12 家區域醫院中有衛福部八里、慈惠醫院、三總北投院、嘉南療養院、草屯療養院、市立凱旋醫、桃療、國軍花蓮、大甲李綜合、國仁醫院、和信治癌醫、苗栗醫院，其中 7 家是精神專科醫院。

朱代表益宏

和信醫院門診占醫療費用超過 70%，大部分都是做門診，如果看的是癌症病患，大部分也已經排除了，就不需要再開巧門處理了。

主席

和信醫院大部分看癌症病患，如有重大傷病就會被排除了。

李代表偉強

精神專科醫院應排除，近幾年趨勢門診精神科是增加，住院是減少。對精神專科醫院負有社會責任，政策可考量門診不一定要減少 2%。

朱代表益宏

慢性精神病本來就是重大傷病，如果第一年重大傷病排除，事實上也都排除了，區域級的精神專科醫院有沒有看一般門診？如門診比例低可以考慮排除，但大型的精神專科醫院是否要排除，應該個案討

論。

主席

我們是考量這些醫院雖是區域醫院，但門診量很少，要減量對於門診量很少的醫院減 2% 等於沒減，意義不大。

朱代表益宏

有意見。

主席

和信醫院扣掉重大傷病後門診件數就已經很少了。

主席

不要再苛責門診量少的醫院，應先就大醫院的門診鼓勵下轉。

李代表偉強

精神專科醫院或癌症專科醫院，應該不是這一次要減量的對象，因病人可能與原來的共病症有關。建議寫成符合一定範圍內的醫院就不再減量，可以再逐年檢討。

黃代表尚志

因有提到論質計畫慢箋部分，論質計畫有糖尿病、高血壓、氣喘等計畫，過去幾年好不容易已經建立模式，列入下降 2% 後，論質計畫照護費拿不到，照護體系受影響，所以提醒署本部和分區要有周詳的研議，我是提醒並不是反對。

主席

謝謝提醒，因是門診減少 2%，人數應該很少，論質計畫中穩定病人應該鼓勵下轉。

黃代表尚志

同時也建議社區醫院也要提升團隊照護品質。

主席

本項決定醫院門診件數小於該層級 0.50% 之域值，第一年先不要求減少 2%。

劉代表碧珠

對排除個別醫院，我沒有特別意見，但門診整合照護計畫沒有排除嗎？

主席

沒有排除。

劉代表碧珠

因各分區訂有各醫院整合照護計畫之指標，這項指標要比照論質計畫，請各分區和各醫院重新討論該項指標。

主席

好，列入會議紀錄，還有沒有其他意見。

林代表富滿

上一次會議建議，定義確定後請提供 106 年各季目標值給各醫院，以利醫院管控。

主席

好，資訊回饋。

黃代表雪玲

執行期間會追溯嗎？還是不追溯？

主席

從 1 月開始。

黃代表雪玲

因各季天數有些差異，如去年的中秋節在第 3 季，今年中秋節在第 4 季，差一天對院所就差很多，是不是可以考量季結算後，還有年度結算，就是可以互相流用。

剛我們副院長有提到，去年我們把周六門診關了，我們輕症已經減 1.5%，建議健保署裡可以考量去年已經努力的醫院，今年不應該齊頭式的減 2%，是不是可以提到衛福部討論？

主席

這意見我們也會同步報衛福部，去年初級照護案件已被 upcoding。

黃代表雪玲

依今年的定義算，去年有努力的醫院建議排除，像我們門診真的關了。

主席

現在已經不知道哪一種努力，是把 coding shifting，還是真正努力，

非常的複雜，但這建議會一併提報部，大家還有沒有其他意見？

李代表純馥

回應雪玲組長提到季結算後，再年度結算，在議程第 118 頁(二)「各分區自主管理與本案不重複核扣為原則」，所以是以一季來處理，否則季已經核扣費用，到年度要如何攤回去給醫院，所以我們還是以季處理。

黃代表雪玲

有很多計畫不是都有季結算後，再年結算。

李代表純馥

專款可以，這是一般部門的費用。

主席

第一年先按季做看看。

黃代表雪玲

有時候放一天颱風假，當季可能達標，但下一季病人都回診了。

主席

第一年大家先試著做看看。另社區醫院建議，扣除排除項目後，門診件數還是減 2%，還是扣掉後就不算 2%，這會列入請示的範圍，還有其他意見嗎？

潘代表延健

如果目標是希望落實分級醫療，民眾端宣導也應該一起進來，去年部分負擔調整時，有全面性的宣導，至少應該要有宣導期，我建議說第 2 季開始執行，第 1 季利用 3 月份做宣導。

主席

潘代表希望第 2 季開始執行，其他代表意見呢？

朱代表益宏

從第 1 季開始。

主席

區域醫院主張什麼時候開始執行呢？

劉代表碧珠

都可以。

主席

醫學中心希望第 2 季開始執行，區域醫院和地區醫院可以接受 1 月份開始，我們同步報給部長，大家還有沒有其他意見？

朱代表益宏

各醫院的門診量健保署有公開，是不是併這案子，扣掉排除後在公開資料再加排除項目有多少，不是排除的項目有多少，這樣才能看到哪些醫院有沒有減量，不然有些醫院門診一直衝，署裡可能就要有其他的行政作為來針對一直成長的區域醫院、醫學中心。

主席

我們在總額研商會議時把數據呈現。

朱代表益宏

那個資料每個月上網就有每家醫院門診申報量、門診金額、住院申報量、住院金額，所以只要再加上排除的量有多少就好了，一減出來就知道沒有排除的量。

主席

技術上如果可行就放，讓醫管組研究一下。

王代表敏容

我反對，建議在這會議提供資料，讓委員討論就可以，上網恐浪費人力時間，暫時不需要。

主席

好，我們一併納入，目前初步評估也是蠻困難的，必要時，至少在這會議分享，這樣可以嗎？

劉代表碧珠

排除個別醫院部分，在屏東縣東港方圓 20 幾公里之內，可能都沒有地區醫院。這樣在分級轉診上應該要考量當地的醫療與民眾需求才是。

主席

有基層診所嗎？

劉代表碧珠

可能有基層診所，但沒有地區醫院，所以如果只要有診所就不能排除嗎？

主席

應該要分工，大家還有沒有別的意見？

劉代表碧珠

台灣醫院協會所提，前提要先取消門診合理量，再講後面這些事情，主席沒有提這件事情，我們一直等到現在，我們要確定門診合理量和門診減量不應該同時存在，我還是要提，當初的共識是因當時醫院協會理事長苦口婆心勸我們支持健保署的政策，我們要提我們的訴求，在門診合理量應優先取消後，再講門診減量，而不是不提門診合理量，持續存在不公平的事實。

主席

台灣醫院協會公文訴求合理門診量制度，這列為下一次會議討論，我們盤點後再討論，這樣好嗎？

劉代表碧珠

其實就等於剛剛前面提的重複核扣事實，門診合理量每一年就已經被減 10%，這合理量有一部分是要讓你扣掉，診察費要減半，當然你會說和門診人次沒有關係，但問題是門診量就有一部分要被扣掉了。

主席

不是，如果真正做到病人分流，一點都不會被扣錢。

劉代表碧珠

公式是去年的門診量乘以係數，加上醫師數和病人數打 9 折後，再去折半診察費。

主席

請醫管組回應。

李代表純馥

醫院合理量的算法和基層不一樣，醫院除計算過去門診量外，還依病床數和醫師數計算，所以做了很多的調控。不重複核扣在今天資料第 118 頁乙、(二) 自主管理方案與本案不重複核扣為原則，所以也等同在處理劉代表提到的問題。另劉代表所提門診合理量是扣診察費，但本方案是扣全部，是不一樣的，如果大家要調整門診合理量計算方式，可在支付標準共擬會議討論。

黃代表雪玲

在今天議程第 118 頁說明五、門診診察費合理量適度修正，請醫院協會整合共識後提案，我們也確實有提案。

主席

現在快 5 點半了，連第 2 案都沒辦法討論了，所以另案討論，大家認為門診合理量制度要檢討，我同意，合理門診量是寫在支付標準，列為下次討論案。

李代表偉強

我贊成，因為時間很晚了，健保署一定有數字，也可以算算這兩個制度間的重疊性，有數字後討論會更具體。

主席

好，謝謝。

謝代表文輝

第一點，現行合理門診量的修定不是這個會議的權責，是在支付共擬會議才能討論。第二點，這哪有重複核扣的問題，如果現行合理門診量公式都真能扣下來的話早就高於 2%。根本上都是無效嘛，如果扣下來真正都高過 2%，那還得了，我們看歷史值，大醫院門診從來沒有減少，大醫院一直擴張，病床數和醫師越來越多，現行合理門診量公式是除了去年門診的 90% 外另外醫師人數及病床數的加成，不是你講的以去年門診的 90% 去砍你們，每一年都砍到前一年的 90%，那麼第二年就剩 0.81，再來就只剩 0.72，現在就根本不必再推出減少 2% 的案了。

所以今天這個案討論後，健保署要有監控機制，除件數外，如大醫院門住診比例越來越惡化，門診一直成長，申報點數較去年高，要想辦法控制，這樣才可以達到政策目的，不然到年底就會看到門診的申報量越來越高，門住診比例繼續惡化。

主席

下一次會議把資料分享。

朱代表益宏

下一次會議是不是先就 106 年醫學中心跟區域醫院排除件數有多少，然後沒有排除的有多少，才知道哪家醫院是守規矩和不守規矩。

主席

好，謝謝。這案子經過大家集思廣益終於有所定案，非常感謝醫中、區域醫院的配合和台灣醫院協會的支持，也謝謝社區醫院代表們不斷的鞭策，沒有共識部分，會報部裁定，這案子討論到這裡。討論第 2 案，台灣醫院協會表示待時機成熟後再議，所以第 2 案今天就不討論。請問有沒有臨時動議？如沒有今天會議到這，謝謝大家。