

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

106 年第 4 次會議紀錄

時間：106 年 11 月 22 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	吳代表文正	吳文正
洪代表子仁	請 假	吳代表鏘亮	吳鏘亮
王代表明鉅	請 假	童代表瑞龍	童瑞龍
陳代表亮良	陳亮良	張代表國寬	張國寬
林代表錫維	陳爾嘉代	鄒代表繼群	鄒繼群
吳代表志雄	請 假	李代表允文	李允文
郭代表宗正	請 假	趙代表昭欽	趙昭欽
謝代表文輝	請 假	謝代表輝龍	謝輝龍
黃代表遵誠	黃遵誠	羅代表永達	羅永達
陳代表石池	黃雪玲代	張代表克士	張克士
張代表德明	李偉強代	謝代表景祥	謝景祥
施代表壽全	林富滿代	謝代表武吉	謝武吉
程代表文俊	潘延健代	林代表慧玲	王春玉代
郭代表守仁	請 假	唐代表宏生	曹天民代
邱代表仲慶	邱仲慶	陳代表威仁	蘇美惠代
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	林恒立
趙代表有誠	趙有誠	顏代表鴻順	請 假
黃代表忠智	劉碧珠代	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	李純馥

列席單位及人員：

衛生福利部醫事司	葉香吟		
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	邱臻麗	
台灣醫院協會	林佩菽	王秀貞	洪毓婷
	鄭禮育	林玲珠	
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	梁淑媛		

聯合會

中華民國物理治療師全國聯合會	陳志明		
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	許寶華	張念賓	宋怡慧
本署北區業務組	謝明珠		
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	彭錦環		
本署東區業務組	李敬慧		
本署醫審及藥材組	陳真慧	賴彥壯	詹淑存
本署資訊組	姜義國		
本署企劃組	柯秉志		
本署醫務管理組	張溫溫	劉林義	谷祖棣
	洪于淇	歐舒欣	林右鈞
	鄭正義	郭育成	

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：楊秀文

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、序號第一項安全針具功能建議案、第二項安全針具支付點數調整持續列管，請醫審及藥材組針對安全針具給付規定再行研議，並持續蒐集使用者經驗以利未來改善。
- 二、序號第三、四項將併本次討論案結論持續列管，餘解除列管。

第二案

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。另地區醫院代表表示，醫院歇業原因與建築法規相關甚高，代表所提意見，請醫事司代表帶回研議。

### 第三案

案由：106年第2季醫院總額點值結算報告

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表

	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
106Q2	浮動點值	0.8846	0.9082	0.9225	0.8640	0.9343	0.9087	0.8984
	平均點值	0.9322	0.9404	0.9522	0.9230	0.9568	0.9423	0.9395

二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、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「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告案

決定：107年會議時程為3月1日、5月23日、8月22日、11月21日及12月5日。

### 第五案

案由：107年醫院總額一般服務部門預算四季重分配報告

決定：107年一般服務部門四季預算分配占率為第1季23.884553%、第2季25.104612%、第3季25.245979%、第4季25.764857%。

### 第六案

案由：修訂全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

決定：本案修正通過，修訂重點如下：

一、補助金額由「元」改為「點」。

二、增列文字說明，醫院如有違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人第一次處分函所載停約月起算，於當年計畫期間者，不再保障。

三、餘同106年。

## 第七案

案由：修訂 107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案  
決議：本案待西醫基層討論後，列入下次會議報告。

## 肆、討論事項

### 第一案

案由：修訂 107 年醫院總額品質保證保留款實施方案。

決議：有關增修「出院準備銜接長照 2.0」之獎勵指標，經充分討論，該指標執行結果難以完全歸責於院所，決議不予增訂。

### 第二案

案由：106 年初級照護案件後續執行方式。

決議：本案執行期間為 106 年 11 月至 12 月，超過去年同期 90% 部分不予分配，並請各醫院確依門診診斷編碼指引辦理，如有違規依相關規定論處。

### 第三案

案由：107 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障項目。

決議：

- 一、107 年點值保障項目維持 106 年項目(附件 1)。本署建議增加診察費及護理費為固定點值，惟未獲共識，本案後續將提報全民健康保險會同意後執行。
- 二、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之偏遠地區醫院認定原則第三點分區認定乙項，因涉及各分區管理，請各分區考量轄區預算及特性，於 107 年 1 月底前提供修正意見及符合認定原則之醫院名單。

### 第四案

案由：地區醫院訴求設立地區醫院總額。

決議：本案保留至下次會議。

伍、散會：下午5時10分

陸、與會人員發言摘要詳附件2

## 107 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障項目擷取順序及條件(草案)

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季各區 門住診平均點值
一	門診、住診之藥事 服務費	區分	門診、住院醫療服務點數清單段 之藥事服務費乙欄	藥事服務費	
二	門診手術	區分	1. 門診案件分類=03(西醫門診 手術) 2. 門診案件分類=C1(論病例計 酬案件, 不含體外電震波腎 臟碎石術)	申請費用+ 部分負擔	
三	急救責任醫院之 急診醫療服務點 數	區分	1. 主管機關公告之緊急醫療資 源不足地區急救責任醫院 2. 門診案件分類=02(西醫急診)	申請費用+ 部分負擔	
四	住診手術費	區分	住院醫療服務點數清單段之手 術費乙欄	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院醫療服務點數清單段之麻 醉費乙欄	麻醉費	
六	促進供血機制合 理運作	區分	門診、住院醫療服務醫令清單段 之醫令碼為 93001C~93023C	醫令點數	
七	地區醫院急診診 察費	區分	門診與住院醫療服務醫令清單 段之醫令碼為 01015C、00201B、 00202B、00203B、00204B、 00225B、01021C	醫令點數	
八	經主管機關核 定, 保險人公告之 分區偏遠認定原 則醫院	區分	經主管機關核備, 保險人公告之 「醫院總額結算執行架構之偏 遠地區醫院認定原則」(簡稱分 區偏遠認定原則)所列醫院之核 定醫療服務點數		申請費用+部分負擔, 惟結算後如前一季該 分區門住診平均點值 小於當季浮動點值, 該 分區該季偏遠地區醫 院之浮動點數以當季 浮動點值核付。

註：1. 藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

2. 地區醫院急診診察費保障每點 1 元, 於 106 年 9 月 1 日全民健康保險醫療服務項目及支付標準共同擬定會議 106 年第 3 次臨時會會議決議, 並自 106 年 10 月 1 日生效。

## ※與會人員發言摘要

### 主席

各代表對上次會議紀錄有沒有意見，如沒有意見會議記錄確認，接下來第一案。

### 報告案第一案：本會歷次會議決定事項辦理情形

### 主席

序號 1 安全針具部分，於藥物給付項目及支付標準共同擬定會議(特材部分)討論決定調高支付點數，但廠商表示沒有接獲臨床人員反應針具不好使用情形，另醫療法規定要全面提供安全針具，所以今天請醫事司列席說明，請醫事司說明。

### 醫事司葉香吟

於 106 年 9 月 8 日已函釋各地方衛生局，重申今年起需全面提供安全針具。主要目的在要求機構基於保護勞工應提供安全針具使用，除非沒有安全針具可替代項目，如疫苗或中醫、牙科等有特殊針具外，其餘要全面提供。醫療機構如已提供足夠且可使用之安全針具，但勞工自行選擇使用與否行為，非屬醫療法第 56 條第 2 項規定之範疇。

### 主席

當時導入安全針具的預算是全面改用的預算，但醫事司解釋醫療機構已提供安全針具，但員工不使用安全針具沒關係。

### 醫事司葉香吟

依 106 年 9 月 8 日衛部醫字第 1061666192 號函之說明六，在醫療機構如已提供足夠且可使用之安全針具，但醫事人員自行選擇使用與否行為，非屬醫療法第 56 條第 2 項規定之範疇。原則上希望全面使用安全針具，另有衛生局詢問如為醫事人員自行不選用，則不屬於醫療法第 56 條第 2 項規定範疇。

### 主席

本項持續列管是因執行率偏低、醫護人員反映針具不好使用、支付點數不夠等，但醫事司解釋，醫院只要提供安全針具但員工可以選擇不用，則不屬醫療法第 56 條第 2 項規定。因安全針具執行率偏低，且預算已導入 5 億元於醫院總額。

### 謝代表武吉

第 1 點建議，辦理情形建議為促進安全針具之推動全面執行…。第 2 點建議，安全型胰島素筆型注射針頭支付點數由原 5.1 點調高為 9 點；安全型塑膠針頭由原 1 點提高 3.5 點，給付規定限為住院使用，安全型塑膠針頭主要在門診使用也是很高，尤其是抽血使用，建議新增。

### **主席**

請醫審組說明。

### **醫審及藥材組陳副組長真慧**

安全型胰島素筆型注射針頭是限住院使用，另今年已修正安全針具給付規定，因醫界反映安全針具成本較高，如含在相關費用中不敷成本，所以給付規定刪除額外使用安全針具不可以申報費用部分，所以醫院是可以申報費用。

### **盧代表瑞芬**

要全面推行除支付制度問題外，廠商當然說會沒有接到使用者反映不好使用的問題，但是要全面推行，使用者經驗非常重要，因此要針對使用者提出有關安全針具設計不良的意見逐項考量回應，確實考量使用者使用經驗。

### **醫審及藥材組陳副組長真慧**

之前有找廠商討論，廠商也表達如醫事人員反應不好使用，可以蒐集意見並改良安全針具設計，所以可以把意見充分提供予廠商，讓安全針具設計更好使用。

### **劉代表淑芬**

解釋函提到醫療機構提供足夠的安全針具，如果醫院沒有買到足夠的安全針具，但有其他的非安全針具，另外功能不好使用，該如何全面推動？

另全聯會調查 186 家醫院，回覆資料有 26.6%安全針具使用不便利情形，是不是由健保署彙集大家意見，除數量足夠外，應考量功能便利性，廠商回答沒有問題，但與調查結果是有落差的。

### **陳代表亮良**

有關序號第 1 辦理情形，第一點，使用安全針具如何推動要有具體的做法，請醫界儘量使用。第二點，盧代表提到有關安全針具，社會大眾接受針具的過程當中，有沒有不舒服？這部份要重視，不能徵詢廠商，廠商到底哪幾家？再來有關派員教育訓練要派誰？

**主席**

要派員？

**陳代表亮良**

廠商這麼多家要派誰？是不是口試？這是本席的意見。

**謝代表武吉**

在討論安全針具時，當時所講的是屬門住診，那時候我就講手術、檢驗檢查或X光需要打針的安全針具都要涵蓋在裡面，安全針具使用量才不會低，這是健保署要努力的。

安全型塑膠針頭點數1點變成3.5點，增加2.5點；安全型胰島素筆型針頭由5.1點調高為9點，當時我強調的是所有使用安全針具都可以申報，記得施組長回報會往這方向考量。對於盧瑞芬教授所提的問廠商，廠商當然說沒有問題，醫管組和醫審組要互相溝通協商，這樣來開會才會快。

門診注射都不用安全針具嗎？衛生局若來抓的時候，每間必死，衛福部的解釋我們就不必討論，如果有人檢舉就要被記點，所以安全針具是應該包含門診使用的安全針具，不是只適用胰島素跟塑膠針頭，和限住院使用，這是不合理的。

**謝代表輝龍**

現在是因評鑑要求全面使用安全針具，我們一直要求員工一定要使用安全針具，但今天法規解釋員工不要使用是可以的，在政策推動這些醫療院所的管理單位是很大的困擾，回去後如果都發現安全針具不見得一定要使用，只要擺那裡好看，會造成醫療院所很大的困擾。大部分醫院都要求員工一定要用安全針具，最大的好處是要員工安全，減少針扎，雖然使用不方便，但可以透過政策要求改善。建議醫事司要針對法規的部分，要確實落實法規要求執行，這對於所有醫院和員工是有益的。

**謝代表武吉**

我再補充一下，也不能責怪醫事司，這是他們的一片好意，當時我們都提出希望醫事司行文給各縣市衛生局，如果到醫療院所時不要綁手綁腳的，他們的好意是在這邊，另外安全針具應該是要改成門住診使用，不能夠只有住診才能使用。

**謝代表景祥**

醫療法規定是寫全面提供，既然是全面提供而不是寫全面使用，醫

事司解釋不能違返法令，所以醫事司的解釋是對的，但在評鑑時一定要全面實施使用，從前不好用的廠商幾乎被淘汰，有些不好用部分，經教育訓練，員工也都慢慢習慣，我們醫院都已經全面在使用了。致於5億元都已經導入了，這裡有巨大的落差，像抽血檢驗都已經全面換成安全針具，但沒有一項可以申報，如果把在使用但不能申報的算進來，事實上是不夠的。

### **黃代表尚志**

高醫很早就已經實施安全針具，也通過評鑑，但有時候包裝拆開後不小心觸碰到空包彈就報銷了或不會回血，這就無法申報，所以實際上使用和申報是有落差，執行率沒這麼低。另使用安全針具政策我們完全支持，但還有產品的落差，在技術面還可以再改進。

### **主席**

大家還有沒有意見？如果沒有意見，等會先影印醫事司的公文，再把前因後果向大家說明。在母法裡規定全面提供，我們朝這方向來努力，這是保護醫護人員，另隨給付調整及使用便利性也漸漸改善，如果大家覺得不好使用，請反映給醫院協會，如哪家廠牌，並彙整給醫審組，並與廠商討論，安全針具案就持續列管。

### **劉代表碧珠**

全面配合政策使用安全針具，沒有一家醫院敢不配合，這案子之前提出來討論，主要是安全針具成本太高，醫界希望要相對應的給付，今天署提出來的規範仍限住院使用，覺得不合理，前面開會時，醫審組有回應醫界要朝開放門住診方向努力，所以建議持續追蹤，若在今年12月1日，只開放住院個案使用，那在門診全面使用並給付這部分的開放進度，是不是請健保署也要再一併討論。

### **主席**

請醫審組說明。

### **醫審及藥材組陳副組長真慧**

有關於各類塑膠針頭，空針、頭皮針、靜脈留置針等，之前給付規定有註明，手術及檢查過程不能申報，就是手術及檢查過程使用的請勿列報，但已在104年9月1號就刪除了。

至於有反映這次調高安全型胰島素筆型注射針頭，目前給付規定是住院使用，門診是不是要開放攜回再做研議。

### **主席**

安全針具開放門住診都可以使用部分持續列管。

### 劉代表淑芬

安全型塑膠針頭在門診注射有比較高的使用機率，應該列入門診同樣的支付範圍。推動安全針具目的是預防針扎事件，是否列入支付，會有不同考量，例如，premixed胰島素，原是病人自行在家注射，因此具有安全針具premixed胰島素針，病人在家是使用需求性低。但是，住院時由醫療人員來施打premixed胰島素，就會需要使用安全針具premixed胰島素針，同樣，如果門診需要由護理師執行premixed胰島素注射時，安全針具premixed胰島素針也應要列入支付量。至於有關一般型的安全注射針頭使用率是很高的，贊成門診全面開放比較合理。

### 主席

對於門診開放的需求，請醫審組再研議，不要限住院使用，喪失原推動安全針具的目的。有關公文已在大家桌上，這是桃園市衛生局的提案，在第6項說明醫療機構已經提供足夠，但是醫事人員選擇不用，非屬醫療法第56條第2項規範。如果已提供安全針具，當然就要用，因是保護醫護人員的安全，請劉代表轉知會員並宣導，如醫院已經提供安全針具，請醫護人員使用安全針具。

### 劉代表淑芬

回應主席，但書是指提供足夠且可以使用之安全針具，在執行過程抽不到東西或自動彈回，或抽血時，不小心碰到按了就失效了，這就是困難使用。在我們的調查中，很多醫療院所沒有提供足夠的安全針具，原因是採購價格昂貴，所以買入困難使用安全針具，無法滿足預防針扎需求。

### 李代表偉強

這問題討論超過五年了，至於好不好用，夠不夠未必是今天要討論的範疇，當初編列是以全面使用的預算，現在情況改變了，建議帶回適當場合再去釐清，這邊討論不要讓醫院認為因為太貴了或不給付變成一個理由，在場都沒辦法做最後的決定，請主席裁示，當然還是要追蹤，很多問題不是在現場能討論完的。

### 主席

我們還是列持續追蹤列管，不要限制門診使用部分持續追蹤，至於使用不便利情形請持續蒐集意見，並監控安全針具使用量情形，其

他部分大家有無意見?如果沒有意見，進行下一個報告。

## 報告案第二案:醫院總額執行概況報告

### 主席

大家有沒有意見?

### 陳代表亮良

投影片第7張，我來自雲林，對於醫療偏鄉不足地方特別重視，我在健保會持續關切這議題，中南部病床數一直在遞減，尤其慢性病床，是出了什麼狀況，是醫療人員不願意投入?還是健保署沒有極力推動?偏鄉的醫療不足的地方，尤其在雲林一床難求，在急診室等3、4天都等不到病床，請健保署提供數字，尤其中區及南區健保病床的數量。我們非常肯定醫界對於醫療的付出，我們付費者要看緊台灣健保費用，關於安全針具要好好地落實，健保醫療資源是重要的課題，要特別重視中南部地區醫院，人口老化嚴重，是不是有什麼政策推動，不然病床數一直遞減。

### 李代表偉強

第17頁，第5張投影片，醫師數成長5.4%，床位數成長約0.5%，床位的增加已經到頂點，可見醫師增加了還是會增加需求，醫院床位有限，所以醫師在醫院訓練完之後就往基層醫療去，因此基層診所也有他們的壓力。第21頁，第14張投影片，門診都在成長，可是一般案件數是大幅減少的，今年-16.8%，在醫院所感受到一般病人是沒有增加的，那病人去哪裡，當然很多分級醫療的相關措施，不敢說這是成果，或許可以參考一下。另西醫門診手術增加，不論是DRG、住院手術或化療改到門診，所以門診型態改變了。第21張投影片，特定案件和安寧療護相對去年同期成長，反應過去一整年衛福部或健保署推動相關的政策有關。第20張投影片平均住院日數是下降的，現在醫療的進步在改變了，這一兩年健保署慢慢調高急重症點數，醫院不管住院人日數或門診數沒有增加太多，甚至減少，可是費用是增加的，這當中有幾個因素：1. 結構的改變；2. 單價給付慢慢調整。

### 潘代表延健

請看第27頁投影片分區別、專款別的執行率，C型肝炎的用藥，第1-9月份已經用了21億，今年預算是26.1億，執行率是79.1%，如果依季別來看，執行率75%，所以已經用超過了，今年第一季和第二季，尤

其是第一季開始比較倉促，所以執行的量不是那麼多，後面才慢慢追上來，後來又放寬適應症，可以分析一、二、三季分別是占多少，如果超出26.55億，健保署有什麼規劃？或有其他經費會挹注？另醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案，前三季執行率就86%，預算不足部分如何因應？

### 張代表克士

回應陳亮良代表的發言，他所提到的是彰雲地區，我很清楚這區域的醫療供應狀況，其實陳代表所關切的問題與這些年來有很多社區醫院倒掉有關。我們現在看到的資料，好像地區醫院病床有增加，其實都是假象，例如，中國附醫的安南醫院、北醫的雙和醫院，輔大、亞大附屬醫院、義大醫院的分院…等，都是體系或醫學中心的附屬醫院，他們開始都是申請為地區醫院，後來才升格為區域醫院，但會讓大家誤以為地區醫院還在增加，事實上看 P16 的資料，倒掉的都是真正的地區醫院，所以地區醫院是一直萎縮的。以中部為例，員林基督教醫院是彰基體系的，它的床數多、申報額度也很高，甚至超過區域級醫院，最近門住診一季可以申報六億，這些都算到地區醫院來。建議健保署以後提供資料要有所區隔，讓大家知道真正傳統地區醫院的真實狀況，其實是非常困難的。

最近中部的順天醫院倒了！它已經營運五十八年也就是將近一甲子了，能夠存活這麼久，一定有它的功能與貢獻，很遺憾結果還是倒了，此事我非常難過，我們應該從制度面好好檢討。後面有一些內容與此有關，但不是這個題目，我後面再講。

### 主席

大家還有沒有其他意見？

### 謝代表輝龍

補充陳代表意見，第17頁第5張投影片醫師數增加，大部分增加的是在台北區，很現實的問題就是年輕人不願意下鄉服務，不是地區醫院不爭氣，因我們徵不到醫療人員，所以病床數一直在萎縮的最主要原因，我想要改善這種情況，衛福部應鼓勵總醫師在醫學中心做完後，到偏鄉服務兩年，讓醫療品質提升，如果現在不做，地區醫院會凋零的越來越快。

### 羅代表永達

剛才多位代表提到第17頁第5張投影片，這個數字有沒有問題？一年

醫師畢業才一千四百人，八月到九月當中就有850人跑到醫院來，因不是畢業期，會不會是醫師公會之前所公告有些是變異也算進來，數字超過目前醫界的生態，以前增加都在四百人到五百人間。

### 謝代表武吉

剛才地區醫院的代表已經談論非常多了，高屏區減少四家，其中有三家拜託醫事司回去和司長多多溝通，聖明、二聖及臨海醫院這三家都是建築法規因素歇業，都是三、四十年的醫院，但當時建築法規不是醫療使用目的，但現在規定他們要改成醫療目的，或中間有一小部分是違章建築的部分。這三間其中一家的違章建築是很大的，但另外兩間是很小的。不應該繼續讓地區醫院凋零，建築法規應該要鬆綁，因消防法規通過了，就可以有一些預防措施。

還有新設立醫院，是不是可以看到他們的件數成長率，有時候增加的費用都是兩倍倍數在成長，他們的招術很多，就是重裝備的設立，所以費用會增加很多，這和署長的看法有所違背。另外拜託醫事司，不要讓地區醫院繼續凋零，陳代表也在雲林縣，雲林縣很多老舊醫院，我曾經到雲林縣的醫院評鑑，還被偉大的醫學中心主任修理，說我坦護你們，那邊是很偏鄉的地方，有一些建築法規建議應該要好好考量。

議程第18頁，地區醫院急性病床增加643床，成長率2%，成長率是不是能分財團有多少呢？門診一般案件，中區的案件成長率是-95%、北區增加196.1%，是不是有問題，等一下請說明。議程第23頁，藥費占率是45.5%，成長13.7%，費用應該有所考量，屬癌症用藥部分，不是我反對，癌症用藥病人應該提早開刀，他就是不願意開刀，到了最後三四個月，見到他女兒才答應要開刀，開完後做標靶治療等相關醫療治療，又活不過三個月就再見了，這是一種浪費及無效醫療，但很重要的一環。

核減率部分，朱益宏代表常提到地區醫院的核減率是最高的，地區醫院的核減率，非集團性的新醫院核減率28%，在台南集團性的就不可能，是不是有差別待遇，高屏區也有一間比較久的區域醫院，核減率約28%，他也寫一份公文給李署長，李署長就交辦到高屏分區，對於不是財團的醫院的核減率希望用輔導的方式，不要用強硬的方式，不然沒辦法為偏鄉的民眾服務，尤其在地區醫院的核減率應該用輔導的方式，不要用懲罰的方式。

### 陳代表亮良

非常感謝張克士代表及謝武吉代表關切雲林醫療資源不足地區的困境，尤其在中南部，彰化、雲林、嘉義特別嚴重，台灣的經濟沒有上一代的打拼、創造，就沒有我們這一代的穩定，更沒有下一代的永續。請看簡報第19張，第三季的門診醫療費用，有一個現象就是中南部的人口老化，年輕人到北部發展且較健康，所以就醫較少，但在中南部就醫狀況比較偏高，尤其是雲林病床數一直減少，雲林沒有醫學中心，這邊呼籲醫界，我們從付費者的角度，也希望有機會來雲林投資，在醫療方面的設施，不論是政府現在推動長照或其他醫療。在健保會最近一個案已經通過了，不管是醫院或西醫基層、中醫、牙醫，希望醫療資源分配不足的地方，希望在108年提列計畫，盡量來照顧老人，讓他們能夠安全。

### **主席**

請醫管組回應數據的部分。

### **李代表純馥**

代表提到投影片第14張一般案件變動大，因為數量很少(為接受轉代檢項目)，所以只要有一點點變動，變動值就會非常大。如果要看其他的一般案件，醫院是申報在其他專案。

謝代表提到投影片第18張藥費的占率53.8%，是藥費成長的貢獻度，藥費門診占率是45.5%，因今年推動C肝治療，所以較去年成長較高。

潘代表提到投影片第27張，C肝用藥和醫院支援西醫基層資源不足地區的部分，C肝用藥是以配額管控方式，雖執行率有超過，但只要配額用完就不會再開放，所以不會有超過的情形；至於醫院支援西醫基層醫療資源不足地區，因是醫院支援西醫基層，當預算不足時，由基層該專款預算支應，所以不會影響醫院總額。

陳亮良代表提到每醫院的病床屬於健保病床或是非健保病床部分，在法規規定很清楚，公立醫院的健保病床要占75%，私人醫院占60%，我們知道民眾非常在乎到底有沒有健保病床，我們也要求辦理住院一定要標示屬健保病床的有幾床，另在本署全球資訊網也公告所有醫院健保病床比率，如代表需要，我們可以特別列印雲嘉南各醫院的健保病床占率供代表參考。

### **主席**

補充回應潘代表所提C肝部分，在醫院部分的預算10月底就用完了，11月開始就要排隊，現在已登記要用但沒有預算的有三百多位，因有落差一個多月期間，另在兩三個月前，健保署提案至健保會，希

望挪用西醫基層的預算給醫院使用，但是沒有通過。上禮拜付費者代表在健保會再次提案能用西醫基層C肝用藥預算，但因基層反對沒有通過。

因很多人在等藥，希望不要浪費一個多月的時間，所以我們行文給醫師公會全國聯合會，請全聯會提供願意提供C肝用藥的診所，只要在醫院等待的名單，可以媒合到基層。明年1月1號開始就有足夠的預算，且協商通過107年C肝預算基層和醫院是可以流用，大家還有沒有意見？

### **陳代表亮良**

剛提到C肝的部分，我們付費者非常支持醫院和西醫基層預算可以挪用，今年醫院預算已經不足，西醫基層也擔心今年預算挪出去，明年總額會減少，所以我們付費者也非常頭痛，我們在基層，像雲林，很多朋友或是同事跟我反應，診所在執行C肝的治療效益不是非常高，反而在醫院治療非常積極。今年在審107年預算審到半夜一兩點，過程非常辛苦，大家精疲力盡，不過效果差強人意，我們也一直努力達付費者和醫療提供者間如何雙贏，在協商中要創造大家能夠接受的制度或措施，108年度總額協商我們會盡量努力。C肝的部分，希望請各大醫院協助媒合病患，讓在一個多月空窗期，可以到診所，讓民眾可以到西醫基層獲得適當治療。

### **主席**

有代表還有提一些數字需求，請醫管組列入參考，報告案就到這。

### **謝代表武吉**

再拜託一件事，我剛才有講到聖明醫院、二聖醫院和臨海醫院，我們應該依照法規是既往不究，但是建築法規是既往有究，這是依法不合，依中華民國憲法來看的話，營建署就沒有地方可以逃了，我很誠心拜託醫事司的石司長過來，以既往不究再與營建署好好協商，老舊醫院應該是既往不究的，在這裡討論很久，社區醫院一直在萎縮，但是剛剛張院長所講的順天醫院58歲就關掉，請主席做決議，是不是既往不究。

### **主席**

有關高屏區盛明醫院、二聖醫院和臨海醫院三家醫院歇業的原因，如果和建築法規相關，請醫事司協助。

### **陳代表亮良**

有關醫療院所建築法規，會同相關單位目的事業主管機關，譬如醫院會會同衛生局，這部分希望健保署或衛福部可以發文給各縣市衛生局協助，有關在建築法規的困難，如要設立新醫院，要給土地變更的等協助。

**主席**

這部分請醫事司代表轉知，報告案到這裡，接下來報告案第三案。

### **報告案第三案:106年第2季醫院總額點值結算報告**

**主席**

今年第二季醫院總額點值結算，大家有沒有意見？如果沒有意見點值確認，至於表一所列的專款執行情形，請各位代表參閱，下一案。

**報告案第四案:107年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告案。**

**主席**

明年度會議時間，請問各位代表有沒有意見？

**陳代表亮良**

上一個報告案，議程第32頁第7點，鼓勵繼續推動住院診斷關聯群編列三億，執行是零的原因？

**主席**

請醫管組說明。

**李代表純馥**

在協商時有提到如果導入DRG，才會使用到3億的預算，因協商沒有成功，所以本項專款尚未支應，當專款預算沒有使用時，費用會保留在健保基金，不會到一般服務部門預算。

**主席**

DRG部分確實碰到一些障礙，我們會持續努力，請回到第四案有沒有意見，如果沒有意見，明年開會就依時程安排。接下來報告事項第五案。

**報告案第五案:107年醫院總額一般服務部門預算四紀重分配報告。**

**主席**

大家有沒有意見?如沒有意見，107年四季重分配確認，下一案。

## **報告案第六案:修訂全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫。**

### **主席**

議程第79頁醫師公會全聯會來函建議修正，因計畫是由醫院總額執行，所以尊重醫院協會意見，醫院協會希望維持原計畫，所以我們就尊重，只有補充敘明退場機制的認定時間和條件，大家有沒有意見？。

### **陳代表亮良**

本席非常關切醫療資源地區不足地區提升計畫，醫師公會全國聯合會有修訂意見，醫院協會希望維持現狀，請健保署細部說明，第80頁保障措施有提到浮動點值，要馬兒好又要馬兒不吃草，這很困難，是不是適度修正。針對未滿四科，每減少一科就減少100萬或200萬的修正，有利於資源不足地區的醫療服務提升，浮動點值部分建議刪列，是不是可以採用醫師公會全聯會的意見。

### **主席**

請醫管組來說明全聯會修訂版本，修訂跟不修訂的差異。

### **醫務管理組張專委温温**

本計畫是針對醫院總額，主要目的是希望對偏鄉醫院或醫療資源不足地區，為不讓醫院倒掉，故採保障措施，醫師公會全國聯合會意見在議程第79頁，建議增列承作IDS區之醫院，因承做IDS地區很多是都會區醫院承作，可能全聯會不太了解，所以我們沒有採納。

另議程第80頁，如果是呼吸器或精神科，屬慢性部分(住診呼吸器及精神科案件)不在保障範疇。至於每減少一科減少100萬元部分，考量有些醫院內外婦兒四科都做，成本非常高，所以減少一科，適用減少一百萬元方式處理。

這部分也請醫院協會表示意見，最後該協會決定維持原計畫，本次修訂主要在議程第84頁和85頁，建議修正文字部分，因原計畫敘述方式不是很清楚，所以比照其他計畫寫法，寫得更詳細，醫院如有違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人第一次處分函所載停約月起算，於當年計畫期間者，不再保障或申請本計畫。

### **主席**

本案計畫是對於偏鄉醫院提升計畫，和基層沒有關聯，他們可能以為是支援醫缺計畫才會提建議，可能弄錯計畫。這次主要的建議針對退場機制的修正，代表有沒有意見？沒有意見，報告案通過，下一案。

### **醫務管理組劉科長林義**

有關第七案是修訂全民健康保險西醫的醫療資源不足地區的改善方案，這案子是醫院支援西醫基層，因西醫基層尚未來討論，所以等到西醫基層討論完後，再向大家報告。

### **主席**

所以暫保留，進入討論案。

### **討論案第一案:修訂107年醫院總額品質保證保留款實施方案。**

### **主席**

這方案已經討論過，也要公告了，但部長希望於醫院品質保證保留可增加出院準備服務銜接長照2.0指標，希望各醫院可以更積極對於出院後有長照需求的病人，在出院後七天內銜接到長照2.0的服務，請大家表示意見。

### **羅代表永達**

對於這項指標我贊成，但目標值我有疑慮，因很多地區醫院的分母數並不高，如骨科，能負荷出院追蹤管理費並不大，申報數不大，可能一個月只有五件，五件中只要有一個人沒有去，就沒有了。這樣的算法並不是所有的病人做為分母，另目標值38%如何訂定？有很多醫院都有在做，但分母事實上不高，目標值38%很難達到，建議目標值是不是可以修訂。

### **主席**

請醫管組說明。

### **李代表純馥**

我們資料庫沒有病人接受長照服務的資料，目前資料庫是勾稽各醫院上傳到照護司平台的資料，最後有接受長照服務的個案和申報出院準備服務的個案之間match才會算到數字裡，目前統計社區醫院會比醫中和區域醫院高。我們希望透過合作可以讓住院病人順利轉銜。

### **主席**

大家有沒有意見？

### **謝代表輝龍**

這部分各醫院都非常認真推動，但現實面碰到很大的問題：1. 家中請外勞的會拒絕，2. 除低收入戶不用費用外，中低收入戶要自付額10%，一般戶要自付額30%，很多病人不要。因此，社區醫院現實面要收案的個案不多，目標值部分要先統計出來，如何讓社區醫院達到目標值，讓指標才有意義，這對社區醫院是很大的挑戰。

### **羅代表永達**

剛剛謝院長所提到定義部分，要接受長照2.0的服務的件數，事實上不是醫院可以知道的，分子是轉介到哪個地方，病人要不要接受服務不是操之在醫院，另民眾付不起部分負擔，要達到目標值38%很困難。目前地區醫院有接受出院準備和追蹤管理，有申請的約91家醫院，有兩三百家醫院沒有做，所以百分位要重設定，對目標值仍有疑慮，所以要確定後才能列上去。

### **潘代表延健**

對目標值也有疑慮，這和環境有關係，院所所在的縣市或區域，到底長照推了多少？A、B、C級到底有多少？醫院單方面的努力就可以達到？

另因為沒有類似的指標，今年的值可以轉進來的量和件數沒有呈現出來，明年這指標下去後，分母會變大，有多少機構可以接受轉介？目標值38%偏高，是不是可以劃分成兩個階段，假設延續羅院長所提的，因是新的政策，初期要強制醫院去評估，評估後轉介，初期先達到這目標，半年後再看全國的母體是多少，也知道全國可以接受長照的量有多少，再來訂較合理的指標，這個才有辦法去達到。

### **主席**

謝謝，還有沒有意見？

### **謝代表武吉**

第一要先了解「出院準備銜接長照2.0」長照方面有沒有拿錢來挹注健保署，沒有喔？我先確定一下。第二，當時要推動長照2.0時，我們偉大的行政院政務委員林萬億和政務次長呂寶靜，高雄市長陳菊也有去，找護理之家和安養院，那些的人都都乖乖地聽，當時我提出兩個問題，第一個問題是費用從哪裡來？我們都有錄音，政務委員林萬億回答，絕對會有費用，如果照他這樣講，長照2.0費用他拿來推動2.0的銜接；第二個問題是長照2.0有沒有和健保署掛勾？他說

保證絕對不和健保署掛勾，所以今天我反對出院準備銜接長照2.0指標。

議程說明第二點「為三層級必選指標」這不合理，如果是骨科、外科、婦產科或小兒科醫院，這些醫院指標永遠都拿不到，我們要做排他性，像剛潘代表講得非常好，我們現在是先用try的方式，不要一下就列為必要性指標，對大家傷害都很大，我們都以學習的方向來作為教導的原則，這是最重要的一環，我非常不能接受目標值訂38%。

### **李代表偉強**

方向是正確的，我們也沒道理反對，只是目標值是不是再溝通呢？目標值應該要合理可及，訂定合理的標準並逐步提高，可以每半年或每一季檢討一次。醫院要做銜接的工作應該要設訂目標，建立機制，健保署蒐集資料有數據後，將來訂定合理目標，甚至醫學中心、區域醫院及地區醫院或不同縣市訂定不同的目標，基本上我支持這政策。

### **謝代表武吉**

剛李代表提到支持這項政策，我持反對意見，當時林萬億政務委員有講絕對不和健保署掛勾，為什麼現在要掛勾呢？吃我們豆腐，他說的不對，我們也要反對到底，我很堅持不掛勾。

### **陳代表亮良**

政府推動長照2.0要編列預算，健保總額是社會大眾、付費者全民繳的費用，這怎麼和政府政策在掛勾？所以我支持不能掛勾，不是我們不支持長照2.0，我們很支持，但健保經費是全民繳納的，不能不給醫療提供者經費，結果要做長照2.0，說不過去，這個部分支持謝武吉代表的意見。

### **林代表恒立**

有關報告案第七案醫缺的部分，全聯會還要回去再思考。另有關長照2.0的銜接，各位代表有誤會，長照2.0銜接費用不是用健保資源，而是把病人轉到社區後，用長照2.0的經費，不是用醫院總額或基層總額費用。將來如果銜接長照2.0，很多病人會拒絕，因為要付費，病人覺得沒有必要，我贊成各代表提的指標要做一些調整。至於居家醫療就用到健保資源，居家醫療應該要由長照2.0來支付，可是他

們認為健保署已有預算，所以他們就不付，健保署應該可以堅持，當基層醫師去的時候應該要用長照2.0的經費，而不應該用基層總額費用。

### **謝代表武吉**

第一點基層代表林代表所提，修訂107年醫院總額品質保證保留款實施方案和長照費用沒關係，我們當然要顧，基層不顧沒關係。第二點，列為三個層級必要性指標，我剛剛提到骨科、婦產科、小兒科醫院根本不可能會做長照2.0的工作，硬要這些醫院做必要性指標，沒道理，我非常反對，因為林萬億如果沒有說那些話，我就不會反對這麼嚴重，因為我有錄音存證。

### **黃代表雪玲**

這項指標不是醫院能夠努力，各縣市長照專員人數根本不夠，病人要使用長照資源，要經過長照專員評估，縣市專員不夠，是出院後才去評估。健保署指標定義要在出院7日內接受長照服務根本不可行，有些長照專員來評估，已經在出院後超過7日內了。另病人最後根本不能接受長照專員給他認定的資源，最後就是不選或是他需要增加付費，到最後放棄，所以這不是醫院想要執行就能夠做，希望健保署能理解。

### **劉代表碧珠**

醫院部門長期在配合政府政策在執行，但不能把政策推動的壓力全部灌在醫院，對於指標要配合變成是必選指標，區域醫院協會強烈反對，我們可以配合，但不能把醫界配合當作一定要達到目標值才會拿到品質保證款，長照2.0和品質有什麼關係？跟總額有什麼關係？

另分子定義為出院7日內接受長照2.0服務的件數，這根本就不是醫院可以控制或是去努力就可以得到，如果真的要講這指標，勉強一點，醫院能夠做的是出院準備服務申報02025B個案，我們很認真完成長照2.0需求評估的件數，還可以勉強接受努力試試看，可是現在把所謂7日內病人接受長照2.0的件數放進來，這有點太吃醫界吃得太夠了。

### **陳代表亮良**

政府的政策當然是美麗，大家支持，各醫院辛苦在提供醫療服務，這個部分是可以推廣，但不一定要納入，我還是堅持反對。

### **鄒代表繼群**

第一點這事情不是掌握在我們手上，在新北長照專員以往的平均時間是超過兩個禮拜，所以要7天內，變成是病人剛住院我們就要趕快去申請，但有一些狀況不是我們能掌握的。第二點，很多長照的服務，以永和為例，日照名額是滿的，所以當長照專員評估可以去日照，但是病人排不到；很多地方居服員是缺人的，所以可以接受居家服務，但是沒有人可以提供服務，所以很多狀況都不是掌握在我們手裡。

### **主席**

大家還有沒有意見？大家對這項指標有意見，部長指示希望醫院能為長照2.0多盡一點心力，如果大家有意見，就改成不要必選，就是選擇性的，可以成為選項之一就好。這是正向指標，第20百分位排序。另相對應的照專、照服員可近性等每縣市狀況不盡然相同，還有地區醫院也許沒有這類病人，所以我們還是把這項指標納入選擇性指標，大家的問題稍微紓解，可不可以？

### **羅代表永達**

補充資料第6頁，地區醫院正向指標是以第10百分位。

### **主席**

好，我們都用原來的標準，只是多一項指標讓大家選，大家有沒有意見？

### **潘代表延健**

主席提到的方式是必選變成可以選擇，但這指標定義後就不容易回頭了，如出院後7日內接受長照服務件數，是不可能達到的，有很多的狀況，目標值為38%，那未來呢？

### **主席**

用百分位數，不用38%。

### **潘代表延健**

因為全新的指標，而且指標和健保沒有關係，雖然有銜接的關聯，但在費用的支出是沒有直接關聯，要用健保資源去做長照的推動，

比較嚴謹是不是應該到健保會討論？健保會的委員對健保資源運用在長照上的想法，否則其他委員或年度評比時，對於指標委員可能有不同的意見。

### 主席

如果有長照需求的人連結到長照，對病人是好的，雖然不見得用到醫院總額的資源，但做了出院準備和追蹤管理，這也是醫院的資源，只不過讓轉銜做得更好，其實是以病人為中心並提供較好的轉銜服務。第一年大家都沒有經驗，我完全同意，所以暫且放進去做為選項就好，可以選，也可以不選，用大家實際發生的百分位做切點。在轄區縣市的照專或照服員配合度並不高，這項指標不一定有利，可以不選；但是如果縣市照專都很配合且很積極，未必對病人不好，從這角度來看，指標表現非常的好，且可以為醫院加分。第一年不知道經驗值，所以必須累計一段時間，如果將來要變成必選題也一定要有經驗值，大家可不可以接受？至少也是配合部的政策推動。

### 劉代表碧珠

不管是分子或分母的定義，大家都沒有經驗值，對不對？

### 主席

理論上分母有有經驗值，但不是健保署所產生的。

### 劉代表碧珠

所以現在都不知道經驗值，可是分子定義為，出院後7天內接受長照服務2.0的件數，這很明顯就是要求醫院一定要吃下來，雖當成選擇項目沒有錯，但推動2.0部分，連財源都還搞不清楚情況下，大家都知道非常的困難，醫界願意配合政策推，我想沒有人會反對。指標的分子、分母可不可以分開看，先分開看他的指標產出的結果是什麼？

### 主席

劉代表提出建議，如果列為選擇性指標也不要一步到位銜接2.0，希望能做到評估的部分，至少是醫院端可以掌握，劉代表是建議如果要列入，分母是申報出院準備管理費案件，分子是申報而且完成2.0需求評估案件，各位覺得如何？

### 李代表偉強

我贊成劉代表提的。

### 主席

現在真正做出院準備且要做2.0銜接，約一成到兩成，如果能在7天內銜接2.0服務，75百分位是38%，所以也不是100%都能夠銜接，如果大家可以接受，就照劉代表的建議。

### 李代表純馥

我們也很兩難，如果請醫院努力做評估，最後後面銜接不起來時，大家的努力就白費了，從部裡的角度，希望有出院準備評估需求的人，可以銜接長照2.0，希望要link。我們能理解接受轉銜服務，確實不是醫院能control。另經分析4月到8月報出院準備案件有44,692件，在出院前有做長照評估是1,019件，以1,019除以出院準備案件數，比率就很低，可是實際上1,019件，7日內接受長照服務的有258件，所以比率會高些，約25%。

剛剛主席也提到我們願意用百分位排序，大家就不會有壓力，實際上我們也被部裡監測，要看到的是25%要提高，如果醫院努力做評估，但最後後面接不起來會更慘。我能理解劉代表所提的，我們能夠掌控就是評估部分，也知道醫院的動作都很快，評估量就出來了，另照護司也有計畫在處理，且在其他部門也有編轉銜長照2.0服務之預算。

### 主席

經說明後，劉代表可以嗎？

### 劉代表碧珠

你們有你們的績效壓力，醫院也有醫院的困難，剛剛講選擇性指標，我們的意思是把兩個都放到選擇性指標，先做一年後看看結果，如果醫院很努力做需求評估，但後面接受的件數一直上不來，這責任在哪裡？不是醫院，這壓力也不應該在醫院，對醫院是相對處罰。

### 周代表思源

政策的配合是大家同一條船上應該有的，政府有壓力，我們也有壓力，且最近變動更大，所以數字抓不準，我們很希望配合，但太不公平，不希望執行面像出奇招一樣，上有政策下有對策。另這指標在不同層級、地區和專科醫院都用同一標準？可不可以再有一個調整的空間？

**主席**

剛剛已提到是選擇性指標，不是必選指標，有些醫院沒有病人，怎麼選呢？所以改為選擇性指標，至於baseline data確實沒有，所以以百分位排序做獎勵，如果不選就是不會受到這件事情影響，但如果不放進去，有願意努力的人也許做的很好，也許這指標對他來講反而有利，不納入就喪失機會，第一年先試試看，可以嗎？

**吳代表鏘亮**

醫院也希望把病人照顧好，不過目前以分子分母標準的設計，完全看不出來到底問題會出在哪裡，是醫院端還是在長照後面的問題。

**主席**

是，了解。

**吳代表鏘亮**

是不是能做比較好的規劃，醫院端盡力了，但後面長照的部分要努力，從指標根本看不出來，所以建議分開來，前一兩年的時候是分開來，我們才知道在整個政策的推動問題出在哪裡，或努力的方向在哪裡。

**主席**

現在又有一個建議是指標拆成兩個指標，第一個指標是完成評估案件的比例，第二個指標是完成評估案件又連結長照2.0，大家覺得怎麼樣？今天要不要決定？我們要再開臨時會？

**謝代表景祥**

我想很難有一件事情有共識這麼高，但因為部長講了一句話，既然共識這麼高的，看誰帶著鋼盔向部長報告。

**主席**

我們的共識應該是改成選擇性指標？

**謝代表景祥**

沒有，共識應該是都不要加入，要不要再統計一下。

**主席**

改成選擇性指標大家也都反對嗎？

**謝代表景祥**

要改成選擇性指標或根本不要列入指標？

**主席**

對，二選一。

**主席**

改成選擇性指標或不要納入該指標，請大家表示意見。

**謝代表輝龍**

從8月開始到目前為止，我醫院收案確實符合條件只有8位，所以難度確實非常高，只要50歲以上來住院的病人，一開始照專就要進行評估，3天內就要評估完成，真的符合條件，我們就介紹給衛生局照專，約一個月才有辦法做評估，所以要7日內完成評估根本就不可能，如果要列入指標，除非整個條件做適當的改善，不然意義不大，目前為止是根本就不可能的事，是不是暫緩，剛謝代表提到的，可能還是有人要帶著鋼盔向部長報告。

**主席**

大家是認為都不要放？還是放進去列為選擇性指標也可以接受？

**盧代表瑞芬**

既然是選擇性的指標，對醫界有什麼缺點？因為可以不選，而且所有的規則都沒有變。

**主席**

對。

**盧代表瑞芬**

真的沒有太大差別，好處是健保署可以向部裡有交代，另一個好處是醫院可以因此有數據資料，我真的看不出有什麼缺點，對醫院沒有損失，是不是要考慮。

**主席**

一是全部不要納入，二是列為選擇性指標，即醫院可以選擇性要該項指標也可以不選，要選擇一全部都不要的請舉手，在座的代表已

超過半數選擇一，請列入紀錄，再來討論案第二案。

## **討論案第二案:106年初級照護案件後續執行方式**

### **主席**

這是一個棘手的問題，但也是很困難做決定的事情，因在第一季、第二季有up coding現象，各位代表有沒有意見？

### **羅代表永達**

今天開會有太多醫師公會全國聯合會提出的意見，這個會議代表大部分是醫院協會且對口也是醫院協會，不知道這邊是以委員身分提案，還是以醫師公會全國聯會名義提案，醫師公會全國聯合會不是我們對口單位，將來的分際，請健保署要釐清，醫院協會也有在牙醫、中醫總額有代表，但醫院很少直接要求牙醫總額或中醫總額。

### **主席**

醫師公會全國聯合會的意見放進來，是因為健保署確實收到公文，這件事情採不採納是由代表來做決定。

### **潘代表延健**

每個人都沒有辦法代表其他層級，更不能代表醫院協會的意見，但我的看法是，分級醫療是我們很長遠的目標，絕對不是說今年就一定能夠達到，長遠的目標希望循序漸進，至少已有門診編碼標準，明年coding有一致性，更能有代表性和正當性要求要下降多少，後續對醫院採行步驟的方法還可以在討論，今年要不要扣這部分，如果說真的要講到實質的合理性的話，是不是從明年來開始定目標，要求區域醫院和醫學中心要達到這樣的目標，這是我個人的意見。

### **謝代表輝龍**

站在地區醫院立場，要面對總額固定的現實問題，醫學中心一直成長，到最後社區醫院是不是一家一家關門，政府應該適當扶持社區醫院，讓他繼續經營，醫學中心和區域醫院的成長部分應該是想辦法減緩。

### **陳代表亮良**

這案是健保會的決議，我也是健保會委員，針對初級照護案件後續執行方式，記得4月份參加會議，本來第一季就要結算，大家就不接受，站在付費者的角度，我們相信醫療提供者，但是不要太過分，

原則上還是以健保會的決議做後續的執行，希望健保署要有guts，要負起責任落實查核。

### 盧代表瑞芬

健保會決議時，我還不是健保委員，因為我擔心有up coding問題。另公告部分是第二季，那第一季有同意不會做任何的動作嗎？

### 主席

緩做。

### 盧代表瑞芬

就是把所有的調整放在第二、三季？

### 主席

當時的決議是等第二季數字出來後再一併處理。

### 盧代表瑞芬

這個部份醫界的意見還沒有聽到，不過看到的數字上是有一些不合理的地方，以over all是沒有超過，但有一些個案有超過的部分，整體數字已符合健保會要求，要不要追扣個別醫院的部分，既然公布時是第二季，到第三季、第四季相對規則已經清楚，我覺得第三季、第四季是不是應該要執行呢？

### 主席

兩位健保會委員希望依照原健保會決議執行，特別是第三季、第四季。各位代表有沒有意見？

### 黃代表雪玲

過去醫師對主診斷的coding不是那麼在意，他覺得在病歷上寫的陳述才是真的診斷，自從健保署有初級照護事件後，我們不斷宣導，可是健保署到10月6號才正式給guide line，我們也提供醫師參考，執行應該在10月6號後，在才開始正式宣導，是不是給改善的空間。

### 主席

定義是在第二季，後來衍伸coding的原則，10月6號後應該沒有理由，對不對？如果健保會委員堅持我們要照健保會決議執行，醫院不能再有任何託辭，而且不可以再up coding，就是最後兩個月，11月和12月要比去年同期少10%，大家可以接受？如果將來被發現有

up coding，就依照合約處理，可以嗎？地區醫院代表可以嗎？

**謝代表輝龍**

第一季總共扣了1.99億。

**主席**

目前為止這件事情都沒有核扣。

**謝代表輝龍**

如果11月、12月這兩個月會扣到費用嗎？

**主席**

要申報後才知道。

**謝代表輝龍**

我想答案很清楚了，既然第二季沒有扣的話，第三季、第四季更不可能。

**主席**

11月、12月要真正落實，不可以再有任何新的理由up coding，所以真正要落實這件事，合情、合理、合法，就是最後兩個月一定不可以再做過去所做的事情，如果要再往前推移，大家又可以講規則沒有訂出來，真正規則定出來既然是10月6號，再給大家一點緩衝期，總之大家就照規則來coding，因為過月，所以理想上按月劃分，就是11、12月開始執行。

**李代表偉強**

在去年健保會決定調整急重症支付標準時，初級案件不得超過前一年同期90%是其配套措施，60億調急重症的錢，為了確定到些項目得以調整，各界討論很久，1月到10月也還沒調。

**主席**

是10月1號公告。

**李代表偉強**

對，也差不多11月。

**主席**

之前發掉了，只是沒有調重症而已。

## 李代表偉強

當初配套措施有一個附帶決議，所以主席這樣決議也蠻好的，現在就以10月6號的公告的guideline為準，將來審查原則就以guideline的定義做審查。

## 主席

大家如果沒有反對意見，今年是不是這樣執行，至於明年醫院總額付費者代表有提初級醫療再降10%，但因為兩案併呈，但部尚未核定，所以等部核定後看如何處理，今年就確定這樣處理，針對11月和12月份，兩個月，每一家醫院要較去年同期之初級醫療要降10%，如果超過就不予支付，如果沒有反對意見就通過，接下來第三案。

**討論案第三案:107年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障項目。**

## 主席

本案基本上是立法院委員的建議，同時也是部長和署長的指示，醫院總額醫師和護理人員人力投入項目，要給予點值保障，其他很多項目難以完全拆開人事費用，部長和署長希望來向各位代表們拜託，讓診察費、住院護理費優先保障。請各代表看表1，保障點值的比例越高，沒有保障項目的點值就會下降，剩下的可能是檢驗檢查的部分，目前署長認為檢驗檢查有比較多的浪費，所以不應該再給予太大的誘因，所以請各位代表能支持門住診診察費、住院護理費列入醫院總額107年保障1點1元的項目，各位代表有沒有意見？

## 謝代表武吉

議程第99頁第一項門診、住診之藥事服務費，牙醫和西醫基層沒有保障藥事服務費，建議這一項要剷除，因為劉建國委員還有署長建議診察費和住院護理費保障，依健保法規定只有保障點值1點1元只有藥品費用，對於門診手術費、住院手術費、麻醉費及血品費，這個供血我記得是在邱文達當署長時硬塞進來，如果要增加診察費和那個護理費，就刪幾項，好不好？

## 主席

要刪掉什麼？刪掉供血的費用還有什麼？

## 謝代表武吉

他們賺太多了，他們賺到翻過去。

## 主席

其他代表的意見呢？

## 劉代表淑芬

護理師公會非常謝謝把住院護理費納入保障，特別護理人員長期投入人力照顧，終於被關注，所以我們贊成。

## 潘代表延健

今天補充資料第11頁，醫院協會在上星期有開會並達成共識，大家期待如果立法委員對醫界這麼好，希望保障1點1元，是不是幫我們找到財源，有財源再來談保障1點1元，否則現在新增加項目會擠壓到其他費用，又沒有財源，是不是能維持現在的狀況，醫院協會來函的資料也請大家參考。

## 主席

我們有收到醫院協會的公文，因為是部長和署長的指示，希望醫師診察費和護理費的點值給予保障，另外一個訊息是，我們有蒐集到一些醫院部門的成本，在檢驗檢查部門和放射線部門是盈餘比較多的，在支付標準沒有調整，有一些成本下降部分沒有反映，如要調支付標準點數是另一件事，那浮動點值也是一種選項，所以今天提出來討論，大家覺得如何？

## 謝代表輝龍

我和潘代表一樣的想法，因為總額有限，所以到最後還是一樣，站在醫院立場，對於醫院不見得有利，把醫師診察費保障，會增加醫師的費用，但檢驗檢查的費用就要降低，讓醫院的支出增加反而不會減少，這是一個現實面的問題。

對醫院所有的營運真的血汗，醫師、護理人員大家做得要死，點值又被扣，保障醫師診察費、護理費對他們是一個保障，但對醫院現實面收入反而會減少，地區醫院在經營方面又增加了負擔，負面也是要考慮，所以潘委員建議是不是應該由健保署籌措財源，再做適當考量，才可以創造醫院和醫療人員雙贏。

## 李代表偉強

我尊重醫院協會會議決議，實際上不管醫師、護理師或藥師的薪水來源不是按照健保署支付的點值，假設給醫師或護理師的薪資是由

健保署直接發的話，當變成1點1元，立刻受益，但事實上不是，醫院所有員工的薪水，是依據整體的獲利來算，如果今天好像調高，事實上沒有直接的感受，反而是另外一端調低了，最後反而適得其反，當然要試算一下，這個用意是好的，除非有額外的預算，大約五年前起內、外、婦、兒、急診五大科住院醫生難招時，有額外編預算並發到五大科住院醫師，每人每月一萬塊，這比較實際，可是現在只是做一個費用點值的調整，卻沒有額外的預算，未必比較好。

### 劉代表淑芬

請問健保署過去增加保障項目時，有先問是不是有財源才做調整嗎？

### 主席

沒有，在討論保障點值時，以原有已經協商過的總額預算內做保障點值，在過去的慣例就是這樣子。

### 黃代表雪玲

健保署表1分三層級，但沒有統計對分區的影響，因為診察費保障1點1元，有些分區的點值可能會影響很大，有些專科地區醫院可能會很慘，例如只做復健的專科醫院，會不會經營不下去，如果沒有很好的配套措施不適合現在就保障1點1元。我們還是很支持醫院協會共識，這個部分沒有財源挹注，可能會對某些分區點值影響頗大，會影響一些醫院。

### 周代表思源

這兩個項目變成固定點值，也就是兩個項目點數加10%給付額度，和過去我們調整單項給付加5%、3%意思是一樣，單項給付互相排擠，總額有效管理就回到原點了。有些醫院醫師的PF是跟著健保署給付點數連動，這些醫院影響不大。總額固定，利潤結構一定會有重大改變，有如目前我們在談的一例一休，都是一些學者等人在講，事實上很多想加薪的人，想晚上工作的人，都沒有辦法工作了，結果導致他們收入減少，所以這個部分到底真的對醫院有幫忙嗎？還是純粹政策宣導，滿足政策需求，我們沒有答案，沒有辦法臆測，只是覺得政策下來，最後結果對真正醫護人力投入者，就給他更高的薪水，真的有嗎？，如果真的physician fee給醫師、護理人員，那絕對有效。這樣的切割是理論多於實際。

## 主席

還有沒有不同意見？如果沒有意見，這個案子今天沒有通過，但是我們繼續研議如何改善醫護人員報酬，把資源的配置用在更好的地方，包括雪玲代表補充各分區和各醫院的狀況也要做分析，將來有比現在更好的方案，我們再來討論。107年保障點值項目就維持現在的項目，另議程第99頁表有備註第2.地區醫院急診診察費10月1號保障1點1元，這部分已經生效了。時間也晚了，第四案保留下次開會討論，地區醫院的代表，今天就不討論第四案，好不好？今天會議到這裡，謝謝大家。