

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 4 次會議紀錄

時間：108 年 11 月 27 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	江雪萍(代)	梁淑政代表	梁淑政
朱文洋代表	朱文洋	郭守仁代表	林慶雄(代)
朱益宏代表	朱益宏	郭宗正代表	請假
吳志雄代表	請假	郭錫卿代表	郭錫卿
吳淑芬代表	吳淑芬	陳石池代表	黃雪玲(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳振文代表	陳振文
李純馥代表	李純馥	陳智芳代表	陳智芳
周思源代表	請假	程文俊代表	游進邦(代)
孟令好代表	孟令好	童瑞龍代表	楊耀山(代)
林欣榮代表	林欣榮	黃遵誠代表	黃遵誠
林芳郁代表	林靜梅(代)	劉建良代表	林富滿(代)
林恒立代表	請假	劉淑芬代表	劉淑芬
林鳳珠代表	賴信亨(代)	劉碧珠代表	劉碧珠
林錫維代表	林錫維	謝文輝代表	謝文輝
邱仲慶代表	邱仲慶	謝景祥代表	謝景祥
邱寶安代表	邱寶安	謝輝龍代表	謝輝龍
侯明鋒代表	請假	顏鴻順代表	張必正(代)
唐宏生代表	請假	羅永達代表	邵詩媛(代)
張克士代表	陳志強(代)	嚴玉華代表	嚴玉華
張國寬代表	請假	蘇主榮代表	蘇主榮
張德明代表	廖秋燭(代)	蘇東茂代表	蘇美惠(代)

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
臺灣醫院協會

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全國聯合會
中華民國醫事檢驗師全國聯合會
中華民國藥師公會全國聯合會
中華民國糖尿病學會
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
本署醫審及藥材組

本署企劃組
本署資訊組
本署財務組
本署醫務管理組

周雯雯
陳燕鈴、盛培珠
曹祐豪、董家琪、洪毓婷
鄭禮育
林筱庭
梁淑媛

陳奕穎
宋佳玲
洪鈺婷
陳春森醫師、李亭儀醫師
徐麗滿、馮震華、張念賓、
周珈卉
劉孟芸芝
楊惠真
郭俊麟
曾慧玲
王素惠
曾玟富、連恆榮、涂奇君、
郭乃文、詹淑存、林亭儀、
劉詩婷、張惠萍
陳泰諭
李冠毅
楊小娟
吳科屏、蔡翠珍、洪于淇、
王玲玲、歐舒欣、楊瑜真、
鄭正義、楊淑美

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認

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 1 及序號 3 解除列管，序號 2 有關軍警消等案件是否納入醫院門診減量之排除項目案持續追蹤。

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：108 年第 2 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
108Q2	浮動點值	0.8717	0.8678	0.8844	0.8761	0.9139	0.8958	0.8822
	平均點值	0.9254	0.9228	0.9317	0.9285	0.9454	0.9360	0.9299

- 二、結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 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：109 年醫院部門研商議事會議時程如下，請各位代表預留時間與會：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	109.3.4 (星期三)	109.5.20 (星期三)	109.8.26 (星期三)	109.11.25 (星期三)	109.12.9 (星期三)
會議	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年醫院總額一般服務預算四季重分配

決定：洽悉，109 年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照 108 年採近 3 年每季醫療申報點數的占率平均分配，各季預算占率如下：第 1 季 23.922684%、第 2 季 24.947448%、第 3 季 25.349194%、第 4 季 25.780674%。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：109 年醫院總額一般服務點值保障項目

決議：109 保障項目維持原 108 年項目如下，若有新增保障項目，請台灣醫院協會於明年第 1 次研商議事會議提案討論。

- 1、門診、住診之藥事服務費（每點 1 元支付）
- 2、門診手術（每點 1 元支付）
- 3、住院手術費、麻醉費（每點 1 元支付）
- 4、血品費（每點 1 元支付）
- 5、主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數（每點 1 元支付）
- 6、地區醫院急診診察費（每點 1 元支付）
- 7、經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院（註：以前一季各區門住診平均點值支付，如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。）

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「醫院總額品質保證保留款實施方案」

決議：修訂重點如下，後續依行政程序報請衛福部核定並送請健保會備查。

- 一、各層級目標值增加：各層級正向指標目標值增加 3 個百分位數，負向指標目標值減少 3 個百分位數。
- 二、各層級指標達成項數增加：
 - (一)醫院中心：最高以 10 項計算。
 - (二)區域醫院：最高以 9 項計算。
 - (三)地區醫院：

1、第1組(開業執照登載之診療科別為五科(含)以上且病床數達200床(含)以上)，最高以9項計算。

2、第2組(非屬前述條件者)，最高以5項計算。

三、新增5項指標、刪除5項指標。

(一)新增指標：適用各層級

1、門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率。

2、門診注射劑使用率。

3、每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率(排除「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」之案件)。

4、子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率。

5、糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率。

(二)刪除指標：醫學中心及區域醫院刪除1項、地區醫院刪除4項

1、同院所三十日以上住院率(急性病床)。(地區醫院指標)

2、同院所再次就醫處方之同藥理(抗思覺失調症)用藥日數重疊率。(醫學中心、區域醫院指標)

3、同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率。(地區醫院指標)

4、同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率。(地區醫院指標)

5、同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率。(地區醫院指標)

四、「建立安寧緩和醫療跨院際合作」：為利周延，補充備註說明，指標內含之二項子指標(支援家數、支援次數)皆達目標值才算通過。

五、增加年指標代碼，以利院所查詢。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：軍警察消防海巡空勤人員之案件是否納入醫院門診減量之排除項目案。

決議：軍警察消防海巡空勤人員之案件暫不納入醫院門診減量之排除

項目，續觀察 1 季執行情形再議。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：109 年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式(草案)。

決議：

- 一、維持 108 年度計算邏輯，不修訂。
- 二、衛生福利部核定 109 年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%，即不得超過 106 年之 94.12% (98%x98%x98%)，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配；並自 109 年 4 月 1 日起施行。爰 109 年 1-3 月維持 108 年核減方式，計算邏輯並配合修訂如附件 1。

散會：下午4時50分

與會人員發言實錄詳附件2。

109 年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%之計算邏輯

108 年 11 月 27 日醫院總額研商議事會議 108 年第 4 次會議決議通過

一、申請件數及點數計算方式：

(一)透析、代辦、轉代檢及以下其他部門，其件數及點數排除，定義如下：

1.代辦案件：

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

(2)多氯聯苯中毒之油症患者：部分負擔代碼為 901。

2.其他部門：

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

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

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

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

3.轉代檢：

(1)轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN_ID_MARK)為 5、6(費用年月 107 年 12 月 31 日(含)以前)。

(2)醫令清單段醫令調劑方式欄位代碼為 3(接受其他院所委託轉檢)、5(接受其他院所委託代檢)(費用年月 108 年 1 月 1 日(含)以後)。

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

(三)下列案件之件數及點數均排除不計：

1.重大傷病(含罕病)案件：部分負擔代碼為 001。

2.轉診案件：

(1)轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件：部分負擔代碼為 A30、B30。

(2)轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1。

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

3.視同轉診案件：部分負擔代碼為 A31、A40、B31、B40。

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

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

6.論病例計酬案件：門診案件分類為 C1。

7.愛滋病案件：門診案件分類為 E2、E3。

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

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

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

11.急診案件：門診案件分類為 02。

12.門診手術案件：門診案件分類為 03。

13.轉出(實際下轉成功)案件：醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」(01034B、01035B)診療項目案件且勾稽到轉入院所申報對應之 01038C「接受轉診診察費加算」者。

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

二、核減方式：按季結算，該院當季減量幅度如超過門診減量之目標件數，超出件數可累計至下一季併同計算，累計至當年第 4 季止。

(一)基期期間：106 年。

(二)不予核扣：

- 1.106年該院符合納入計算範圍之門診件數占該層級件數小於等於0.50%者(以小數點第五位四捨五入計算)。
- 2.該院109年第1季未超出106年當季門診件數之96.04%者。
- 3.該院109年第2-4季未超出106年當季門診件數之94.12%者。

(三)核減方式如下：

- 1.該院109年第1季超出106年當季門診件數之96.04%者：

該院當季門診每人次平均點數 x (該院當季門診件數－該院106年當季門診件數之96.04%)。

- 2.該院109年第2-4季超出106年當季門診件數之94.12%者：

該院當季門診每人次平均點數 x (該院當季門診件數－該院106年當季門診件數之94.12%)。

- 3.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.視同轉診案件依全民健康保險轉診實施辦法規定。
- 4.每季月末之次月底前受理案件，納入當季統計(如費用年月為107年7-9月，於107年10月31日前受理者納入第3季)，未於前開期間受理者，則依受理日納入所屬季別計算。
5. 計算邏輯修訂沿革：
107年計算邏輯經107年6月27日醫院總額研商議事會議107年第2次會議決議通過。108年計算邏輯經108年5月22日醫院總額研商議事會議108年第2次會議決議通過；另於108年8月21日醫院總額研商議事會議108年第3次會議決議通過修訂。

※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 4 次會議與會人員發言實錄

本會上次會議紀錄確認

主席

在會議開始之前今天有 3 位新代表跟大家介紹一下，第一位是醫院協會社區醫院代表郭錫卿院長，郭院長是桃園居善醫院的院長，精神科專科醫師，另外一位也是社區醫院代表朱文洋代表，高雄健佑醫院副院長，另外一位是藥師公會全聯會陳智芳代表，馬階醫院藥劑部主任。謝謝，今天會議正式開始，首先請各位代表看上次的會議紀錄，第 5 頁到第 9 頁，請各位代表看一下會議紀錄有沒有問題？好，如果沒有問題我們就進到今天的報告事項第一案。

報告事項第一案：本會歷次會議決定事項辦理情形(略)

主席

一共有 3 項追辦事項，各位代表對於追蹤的建議有沒有意見？

游進邦代表(程文俊代表代理人)

有關於第 3 項門診減量，門診減量目標到下一季這件事情，有一些業務組在操作型定義上還是有一些模糊地帶，總署要跟各個業務組講清楚，前一季有超出目標到下一季應該可以合併計算，業務組承辦人在認知上還是不太一致，署裡要跟各業務組講清楚，要不然到時候醫院跟他們做結算產生一些認知不同，會產生一些衝突，以上。

主席

醫管組這邊有關累計到下一季併同計算，這部分我們有沒有一起算？

醫務管理組李純馥組長

這些資料都是由署本部結算，所以大家都一致，然後署本部會再把醫院達標的情形還有排除那些案件，再轉給分區業務組，所以這部分分區如果不清楚我們會再跟分區溝通，原則上由署本部統一計算。

主席

應該是統一的標準，並沒有大家有不同的標準，我想這部分是一致的，如果還有不一致，請反應給本署，接下來報告事項第二案，在第二案之前請衛福部社保司淑政組長說明，部長已經核定的明年醫院總額。

梁淑政代表

主席，各位代表大家午安，有關於 109 年醫院總額協定事項的部分，部長已經於

昨天正式發函給健保會了，核定的內容主要還是以付費者代表的方案為主，不過就醫療成本指數改變率預算的使用，我們決定優先用於急重難症，藥事服務費、還有急重症的護理費，以及因應住院醫師納入勞動基準法，還有門診減量配套措施等支付標準的修正。另外大家所關心的區域級以上醫院門診減量措施的部分，因為制度還在推動當中，所以還是維持原來規劃的速度，就是說第3年較106年降低6%，不過部長也非常關心這項措施對執行醫院的壓力，所以為了減輕區域級以上醫院在執行面的壓力，我們延後了一季再實施，也就是從109年4月1日開始實施，以上為醫院部門核定的重點，以上簡單說明。

主席

因為這些內容跟我們後面的提案有關連，所以才請淑政組長跟我們說明，接下來進入報告事項第二案。

報告事項第二案：醫院總額執行概況報告(略)

主席

這是這一次的執行概況報告，請問各位代表有沒有意見？請朱代表。

朱益宏代表

請問一下剛剛有報告分級醫療門診減量，第3季80幾家都達標，只有7家醫院沒有達標，看起表示醫學中心區域醫院106年底看統計資料減了5.3%，在投影片第16張一開始的門住診醫療點數，108年看起來醫學中心的門診點數還成長5%，所以量都達標了減了5%，這樣一來一回，量都減下來了為何點數還會正成長5%，所以有沒有再去分析這樣的成長原因，因為這是門診的，我印象中支付標準調整大部分是以住院手術處置這一類比較多，所以這部分請署裡分析就門診點數成長的主要原因在層級上主要是什麼理由。

主席

請林代表。

林錫維代表

主席，有關於投影片36章，有關於C肝第3季有些執行率已經達到百分之百，不足的28.02億，現在還要執行，是由那個部門支出，謝謝。

主席

謝謝林代表，還有沒有其他的問題？

廖秋燭代表(張德明代表代理人)

補充一下，今年的第3季因為放了2個颱風假，所以很多輕症病人自然就沒有來了，剩下就比較多重症，所以成長，現在也是輕症所以費用成長更高，因為重症

更多。

主席

C 肝的部分，請醫審及藥材組恆榮科長說明。

醫審及藥材組連恆榮科長

剛才代表所提到的在投影片第 32 頁那個地方，第 3 季已經執行到百分之百，現在開放到比較嚴重 F3 以上的病人，請各位代表看投影片第 32 頁備註 1，C 肝的執行率會先把廠商負擔的款項扣除掉，跟西醫基層互相流用，不足由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」13.7 億元去支應，這 13.7 億元也執行完畢，如果專款還是不足，在備註 2 的地方有說明，依據健保會 108 年第 5 次會議決議，以 108 年度全民健康保險醫療幾付費用總額其他預算的結餘來做支應，以 19 億為上限，優先用的預算是包含基層總額轉型形態調整費用、調節分預期風險及其他非預期政策改變所需經費支應、還有一個是提升保險服務成效，分別的費用，我們目前預估 F3 以上的病人大概有 4 仟人左右，預算約在 6 億左右，以上說明。

主席

林代表可以理解嗎？謝謝，針對這個部分，其他代表還有沒有其他的問題？請謝代表。

謝輝龍代表

36 頁門住診合計醫療點數的成長率 6%，事實上對地區醫院成長率低於 6% 的地區醫院來講，未來壓力會越來越大，因為地區醫院總額一直在成長，有一塊 46 扣或是 28 扣還是要拿一部分出來扣，對於沒有成長的醫院來講，這部分扣的費用會越來越高，這塊如果沒有適當做合理的管控，地區醫院真的會在最底端那塊再核扣一次，我想費用會越來越高，對地區醫院的經營其實壓力會很大，我想在總額管控方面要考慮到大醫院的額度後，對於沒有成長的醫院，在最底線的回推核扣的部分要有適當管控，不然在大家拼命成長的情況下，對沒成長醫院來講經營越來越困難，以上。

主席

還有嗎？來，雪玲。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

43 頁最後面一欄不影響是什麼意思？譬如像人工電子耳，應該有申報人工電子耳的數字，那為什麼這裡寫的是不影響。

主席

請醫管組說明。

醫務管理組王玲玲科長

簡報所說的不影響，主要是因為公告實施日期人工電子耳是3月1日，到6月30日以前，跟前一年同期的申報量比其實是下降的，所以沒有實際影響到點數，因為是負值，所以呈現不影響。

主席

還有嗎？還有沒有要回應的？剛剛謝代表提的就是沒有成長的地區醫院，因為攤扣的部分是在分區執行，你的意見我們會跟分區來研討，看看如何去處理，另外朱代表這邊提的是大家好像都做到減量，但是門住成長率的部分，醫學中心門診還有5%的成長，區域醫院有5.9%，地區醫院則有12%的成長，都是在門診的部分，當然我們樂見輕症的病人到地區醫院去，但是醫學中心跟區域醫院還有5%成長確實也是真的，這5%的成長如果沒有減量的話可能都要7%、8%的成長，會反應在醫學中心跟區域醫院，現在我們從明年的4月1日開始還要再降2%，部長已經核定了，今年的3.96%會一直實施到明年的第1季，第2季之後還要再降，所以政策並沒有改變，另外其實能夠維持在5%的成長，雲端藥歷減少不必要的檢查跟用藥的核扣也有一些幫忙，至少總點數跟總額成長是差不多，好，請謝院長。

謝文輝代表

以前還沒有實施分級醫療，醫中和區域醫院普遍的成長的點數或案件數都極為驚人，我覺得醫中和區域醫院很努力也相當辛苦，關於地區醫院成長2位數當然是符合分級醫療，我們希望他成長，但地區醫院若排除新增設的醫院後，其實數據應該沒有成長麼多，很多新設的醫院，不管是超過500床或300床以上區域醫院規模，他一剛開始進入醫療市場都是地區醫院，都歸在地區醫院裡面，所以地區醫院10幾%超過絕對沒有，以前沒有這些新醫院，地區醫院成長人數及件數都遠不如醫中和區域，現在產生一個很大的問題，覺得署裡要積極處理，現在很多新設的醫院，包括營業量都超過區域醫院中位數不曉得超過多少，都還在地區醫院，還可以享受不要減量，還有地區醫院鼓勵他分級的加成，區域醫院跟醫中的代表同仁不好意思講，這個一定會引起很大的不平，這些地區醫院那是地區醫院，到衛福部去申請都是區域醫院以上大醫院的規模，現在做的超過區域醫院絕大多數的額度，現在竟然拿他沒辦法，這個署裡要檢討，這不但扭曲剛剛那個數據，而且我覺得造成大家的不平，醫界大家都很和諧，醫中、區域醫院一定不好意思講，我是覺得應該要講，這個要檢討，非常簡單，我是覺得應該要積極爭取要做，一定有辦法，其實我私底下有提供幾種辦法，只是長官沒有很積極，但是選前很敏

感，選後可以做，還有 5、60 天就可以做，拜託把這議題放進去，其實是不公不義，非常不公平的競爭，經營規模已經超過大多數區域醫院，他還在那裡繼續成長，也領地區醫院的加成，我想大醫院同仁心理大家都很不服氣，為了和諧不好意思講，我是醫協代表，可以公正的來講我們下次提案來做，讓他公平，該減就減，也許 200 床以下可以享受地區醫院的加成，以上的就不應該享受，去衛福部申請區域醫院，為什麼還刻意在地區醫院，應該找衛福部的石司長，你核准他，如果他還在地區醫院，那應該你核准他的床要拿掉，應該只剩縣市許可上限的 99 床，他的床應該取消掉，因為他不願意做區域以上嘛，申請的不一樣，應該只有縣市的 99 床。我們要很嚴肅面對，這樣的亂象，現在大家越辛苦時怨氣也會越高，這是非常不公不義的，拜託副座，副座其實是主導所有健保醫療或審查的部分，一定要重視把他當做當務之極，這是公然存在的不公平大家都知道，大家都要做好人都不說，那就讓我做壞人，應該要做，我覺得下次應該要提出來討論。

主席

我建議謝代表應該回到源頭建議，什麼規模的醫院，就只能設定評鑑何種層級，但因為目前這個部分係由申請評鑑醫院自行選擇，所以會有你所說的那些問題；在健保支付依據健保法，係承認醫院評鑑，不同層級的醫院，有不同的支付，所以麻煩謝代表要向負責評鑑的單位建議，這樣才有一致的標準，要不然規模大小醫院在評鑑時均可以自由選擇，區域或醫學中心有可能會變成地區醫院，所以麻煩謝代表要對權責單位去建議，才有意義。

謝文輝代表

主席，我是覺得權責單位如果能解決，那我們也不用傷腦筋，但是事實上我們自己還是可以做些事情，無論是在支付標準共擬會議或是在這裡都可以，只要大家通過，絕對有法定效益，當然我們會多方努力。在這邊大家可以嘗試提出一些解決辦法，不然放任這些不公不義的事情存在，我覺得非常不服氣。

朱益宏代表

我跟謝代表提的稍微不太一樣，因為現在只有一張投影片說明地區醫院門診成長 12%，我作為地區醫院協會理事長，我們很多會員包括我們在座絕大部分的代表，都沒有感受到我們成長 10 幾 percent，所以我覺得說或許之後每次開會，就例行把這個分級減量的成效簡報做更細緻的分析（不要只有一張投影片），因為其實分級年減 2% 的目的並不是要把量減下來，而是希望病人能夠到基層，這是部裡面的政策，希望它轉診下來，但是現在為什麼轉診增加的幅度有限，都只增加一點點一點點，已經實施兩年，明年第三年了，照理說減 4%，如果說這 4% 都能減下來，

那地區醫院的成長可能不是 10% 而是 20% 或甚至 30-40% 都有可能，但事實上減了以後，病人沒有流到地區醫院來，也沒有流到基層來，所以我在想說這部分，每一季我們在檢討分級醫療，是不是不要只有一張投影片，可以把它做更細緻的分析，甚至包括病人的流動狀況，你說病人的流動成長率可能很高，但是可能假設 1,000,000 人次，但是流動下來只有 1,000 人次，明年變成 1,200 人次，增加 20%，卻只增加 200 個人，實際上是沒有實質效益，所以我認為這部分的資訊，我們應該要檢討，要真正去看，並不是 focus 在那些醫院沒有達到 2%，而是進一步 focus 在這些達標的醫院，他病人到底有沒有下來，不下來的原因是不是根本就不需要看、不需要過度醫療，還是有其他原因，為什麼不下來的原因，我們要去著墨、去檢討，當然這個檢討分析，我覺得對於地區醫院成長就可以像謝代表文輝剛剛提到的去呈現，哪些醫院的規模可能是 250 床以上或是在最近五年新成立而床數也在 250 床以上，服務量或金額每季又超過幾億之類的，我們訂一個標準就可以把它拿出來看看它的狀況，這樣在分析的時候，我們就可以知道剛剛謝代表 concern 的部分，如果地區醫院門診都成長 10%，而這些醫院成長 20%30%，這樣就是異常了；另外一個可以分析的是體系內閉鎖互轉的情況，事實上沒有外流，這樣其實我們認為不好，所以在分級醫療排除的時候，一些體系醫院我們認為應該要做一些處理，我覺得這個部分也可以來細看有沒有這樣的狀況，所以想說資料分析，應該不是只有 1 張投影片，所以希望下一次能夠再詳細一點。

主席

因為今天的會議是今年的第 4 次會議，第 4 次會議通常有比較多的提案，也有一些明年新的規則要討論，所以這一次的報告先簡單的說明一下目前分級醫療的狀況，明年第 1 次會議，假定相關的提案稍微少一點，可以對這個部分說明多一點，這樣好不好？有關這個執行概況報告，大家還有沒有意見？健保會有要再說明嗎。

健保會陳燕鈴組長

主席，請讓我簡短說明一下，投影片第 51 張，依 108 年總額協定事項，如果特材沒有在時程內導入要扣減預算，這個是沒有問題，但是在第 4 點的最後一句「上述 108 年扣減預算於 109 年基期費用不扣減」這點，跟總額協商在基期的處理，會有混淆的地方。因為在健保會協商總額的時候，是以實際的醫療費用為基期。例如說今年在協商 109 年度總額的時候，會處理 107 年度特材沒有導入部分的預算調整。所以文字這樣寫，未來我們在協商的時候會混淆。我只是先釐清，就健保會來講，在協商未來總額的時候，還是會依實際的利用來算基期，如果說這筆錢是沒有用的話，那就不會被計入基期。

主席

會用，意思是 109 年用，概念是 108 年我們會扣掉，但是基期不扣減，就是這 2.8 億本來是要用脊椎間護架、人工椎間盤這幾項，年底要導入，就用這幾項，但是進度落後了，大家意見還在整合當中，所以今年無法在年度內導入，今年的金額會扣減，但是明年是要的，因為那筆費用本來應該實現在年底，現在延到明年初要來實現這個項目。

健保會陳燕鈴組長

如果是這樣，109 年的執行數就是把 109 年原有的執行數，再加上 108 年這些還沒有使用部分的執行數。

主席

沒錯。

朱益宏代表

主席，如果是這樣子的話，問題是我們在 109 年已經談完的總額，剛剛公告的，新的特材就是固定的一筆費用。

主席

它的基期本來就含，含 2.8 億。

朱益宏代表

對，但你現在又說會把 2.8 億算在那裡面，假設說 109 年特材如果有 5 億要導入，那 109 年就有 7 億多，但是那 2 億多在 108 年已經幫我扣掉啦。

主席

對，因為沒有用，當然要收回。但是 109 年會放進來，只能這樣處理，要不然的話，會變成怎樣，如果整個扣掉，109 年沒有的話，我們 109 年的費用就會不足，整個狀態是這樣，請蘇代表。

蘇主榮代表

我代表區協呼應一下剛幾位地區醫院代表的心聲，我站在區域醫院的立場，看到這次門診減量影響最大的就是區域醫院及醫學中心，講破了，這些成長都是數字的成長，成長背後有很多因素，其實在推動分級醫療或者是門診減量這件事情，我們應該看到的是使用端，也就是病人端，在整個討論很少從病人端去宣導或者是舒緩，我無法綁住病人要去那裡就醫，病人有自主就醫的權利，每家醫院從醫學中心、區域醫院到地區醫院，我們所扮演的角色，是提供好的醫療給所有需要的人，不管是地區性的或醫學中心的，概念都是一樣，所以如果你要讓成長這個數字，來框架所有要從事醫療提供服務的熱忱者，那麼就會變成區域醫院一間一

間都變成地區醫院，越來越多大的地區醫院出現，我們回到評鑑端來看，評鑑端現在也告訴你沒有床數的限制，你要申請地區醫院就地區醫院，地區醫院的評鑑標準又是非常鬆散，我們看到的是，只有成長收入點數，但是沒有人去關心區域醫院及醫學中心，尤其是區域醫院的壓力，我們都沒有去探討它負擔的成本是什麼，區域醫院被要求的，所表現跟承擔的東西都要跟醫學中心一模一樣，可是我們給付點數並沒有相等。我們現在被壓迫的概念是變成這樣子，所以只有一句話，為了生存，所以只能往地區醫院走，我要找出一個空間讓我能繼續提供醫療服務，這是為什麼區域醫院會轉型成地區醫院，地區醫院為什麼會有這麼多大型的地區醫院存在，因為他要找到他生存的條件，活不下去就什麼都不用講了，但是他們扮演的角色，在地區上面都有他的實力跟責任，為什麼我們在這裡討論都沒有看到這一點，只是不斷地從那成長的數字去探討，5%有它的背景跟理由，它已經減了5%，但是大家為什麼不去看它減5%那樣的痛苦有多少，這是我的心聲，以上。

主席

謝謝。區域級以上醫院門診減量是本部的政策，我們也有一直在微調急重症的支付標準，所以我們不斷地在調高這部分的比重，等會相關的提案大家也還會再提。我認為急重症要給足費用是一定要去做的，這樣才能落實說醫學中心的病人是屬於急重症，這個絕對是要給他足夠的預算來支應，相信地區醫院也不會來反對，至於大家關心的就是，這些減的病人到那裡去，當然還有到基層，所以我想下一次會議會就這一部分再做更完整的報告，今天因為我們還要留點時間給討論提案，還有沒有其他的意見，如果沒有，我們的報告案就到這裡，接下來第3案。

報告事項第三案：108年第2季醫院總額點值結算報告(略)

主席

今年有醫院總額風險移撥款，各分區有不一樣結算的時間點，分區有共識，我們署本部如果做得到，就照大家的決議來做結算。好，今年第2季的點值結算，大家有沒有意見，如果沒有的話，第3案就洽悉。

報告事項第四案：109年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商會議」召開會議時程報告(略)

主席

明年的會議時程，大家有沒有意見，如果沒有意見，我們就洽悉。

報告事項第五案：109年醫院總額一般服務預算四季重分配(略)

主席

4 季重分配，大家有沒有意見，請嚴代表。

嚴玉華代表

請教一下，因為 108 年是採近 3 年的醫療申報點數占率平均分配，可是我看那個表的平均占率，看起來在註 2 的地方是採 3 年當季占率加總除以 3，這概念有點不太一樣，所以這裡想確認一下，是採醫療點數的占率，或者是近 3 年占率的平均去做占率的校正。

主席

3 年當季占率加總除以 3，請總額科說明一下。

醫務管理組洪于淇科長

就是用 3 年當季占率加總除以 3。

主席

所以是合理的。還有沒有其他意見？其實占率加總就是百分之百，如果沒有意見，第 5 案就洽悉。接下來討論案第 1 案。

討論事項第一案：109 年醫院總額一般服務點值保障項目

主席

這個部分我們是比照 108 年的項目，這些都是過去 1 點 1 元的保障項目，大家有沒有意見，請朱代表。

朱益宏代表

主席，這案在我們地區醫院有一些反映，就是說現在在地區醫院整體的保障項目，占該層級的占率，事實上地區醫院是最差的，就是說地區醫院在 3 個層級裡面被保障的百分比是最差的，所以也導致 3 個層級，如果以平均點值來看，地區醫院的平均點值是最差的，就算浮動點值也是一樣，因為我們保障占的比例比較少，所以地區醫院的平均點值在 3 個層級裡面是最吃虧的。這是長期以來 7 項保障項目結構性的不公平，當然這裡面最大的差別，我覺得藥費占很大的因素，但是我們看其他的細項，門診手術、住院手術、麻醉、血品，這部分其實在地區醫院使用相對比較少，所以我們認為說結構不公平。我們認為在結構上應該做某些程度的調整，既然前面的 7 項已經做那麼多年，我是建議今年有沒有可能再增加一項，就是對於地區醫院假日開診的診察費，因為地區醫院假日開診是分級醫療年減 2% 一個重要的配套，讓民眾就醫不要因為假日沒有地方就診，而且基層對假日開診的意願也不高，所以假日開診這個政策幾乎都是由地區醫院來承擔，雖然在支付標準調整上有給我們酌予增加了百分之三十，但是事實上勞基法實施後完全不敷

成本。我們也透過很多場合跟署裡面、部裡面很多長官反映加 30%是不夠成本。所以我們建議有沒有可能對於地區醫院假日開診的診察費也能列入 1 點 1 元的保障項目，當然對整體的總額是沒有影響，但是對於地區醫院能拉高相關的平均點值，這個部分我覺得對整個結構的公平性有非常大的意義，以上。

主席

其他大家還有沒有意見，請孟代表。

孟令妤代表

對於剛地區醫院先進代表講的部分，我雖然身為區域醫院的代表也感到贊同的一件事情，就是說這個部分的策略，應該要再仔細討論，並且我也非常理解地區醫院提出要假日開診診察費保障的用心良苦，但是從剛剛講到現在，區域醫院跟醫學中心在-2%的部分，明年還是會實施，剛剛也得到一個認同，就是在急重症一定要做保障，而急重症的保障當然除了支付標準的調高外，不曉得還有沒有這個空間在點值 1 點 1 元能夠再多一點，例如說住院診察費假日的保障，及急診一些保障的部分，地區醫院急診的部分可以有 1 點 1 元的保障，那區域醫院及醫學中心的急診，有沒有可能有再更多的調整空間，並且在住院診察費的部分，例如說住院醫師的成本等等，在醫學中心及區域醫院的負擔都很大，有沒有可能在假日部分的住院診察費納入 1 點 1 元的保障，以上。

主席

還有嗎？現在地區醫院認為假日門診診察費應保障 1 點 1 元，而地區醫院現在急診診察費已經是 1 點 1 元了，不管平日或假日，我們有估計了一下，這樣子會增加 10 億點，這 10 億點會從總額來，這樣子非 1 點 1 元的部分就會少 10 億，這是第一個。另外一個就是剛區域醫院代表講的假日的住院診察費，我們同仁也估計了一下大概會多 2 億元，這些都會從總額來。

孟令妤代表

我們還需要區域跟醫學中心急診診察費的部分。

主席

現在這個需求如果要比較完整資訊的話，我們少算了醫學中心假日的住院診察費，還有區域及醫學中心的急診診察費，這個部分是不是請我們同仁去模擬試算，好嗎？

醫務管理組李純馥組長

這個有點複雜，因為要算到醫令，所以資料量很大，第二個是因為我們結算端真的很複雜，假設要 by 醫令來做，過去雖然有地區醫院急診診察費 1 點 1 元，但其

實我們結算作業很複雜。坦白講，如果回到健保會原來的決議，也都是期待不用保障點值，而是用支付標準調整的方式來做平衡，如果代表現在有這樣的需求，我們可能要回去試算，目前我們僅就有掌握的這幾項先試算，急診的部分我們沒有算到。

主席

大家還有沒有其他意見?請謝代表發言。

謝文輝代表

其實開宗明義保障點值的項目是政策希望我們執行的項目，但這是一刀兩刃，越多的點值保障項目就是非保障項目会很淒慘，因為變成大家要承擔，即使有些部分，尤其地區醫院有很多非保障項目，只是希望用鼓勵的，但個人覺得所有的醫療服務都很重要，所以才會有大家長期以來概念盡量不要用保障點值，這個會排擠到非保障項目，所以今天大家提出這些，今天絕對沒有辦法解決，所以我認為要做幾個準備動作，這些項目是否鼓勵要做，第二點如果不鼓勵就會萎縮或是不能做的項目，才要優先放入，如果雖是鼓勵項目，而且不用鼓勵就已經做得很好的項目，在策略上就不需要，因為會去排擠到其他沒有列入的項目，所以應該重新思考列入項目的公平性，因為這是大家的錢，當然地區醫院代表提出的問題我也同意，因為保障項目不同就會有立足點的不同，結構上會有公平性問題，地區醫院如果要提出這個問題，可以跟長官要資料，計算後差別多少，不公平的地方在那裡，爭取公平，保障項目排擠非保障，保障項目多的層級比較有利，盡量讓3個層級鼓勵項目保障點值比例能一致，才會有立足點的公平性，地區醫院可以往這方面去努力，大醫院和地區醫院所提項目，我認為盡量以不鼓勵就會萎縮或是不能做這些理由的項目為主，儘量減少保障項目，總之要檢視項目的公平性及實施後有沒有副作用，除非特殊項目，今天大家講的都有道理，但是項目都有優先順序。今天的會議要決定明年度的事是有困難的，大家可以往這個方向去思考，但明年度如要採納大家的意見是有困難的，我是醫院協會的代表，所以站在客觀的立場，認為明年維持現狀，今年可以針對項目的公平性和必要性討論，有更充裕的時間準備，我認為這一案不需要再討論，繼續努力，謝謝。

主席

請朱代表發言。

朱益宏代表

部分同意謝代表意見，但我覺得署裡面必須面對保障1點1元架構上的不公平性，這個署要去處理，不能丟給醫院協會，地區醫院為什麼在3個層級院所裡平均點

值最低的，我認為是架構問題，是署要去面對，地區醫院像我們在座很多精神科醫院，這裡有精神科醫院代表在這裡，我們有很多類型的復健科為主的醫院，沒有做門診手術、住院手術，開的藥又很少的時候，平均點值幾乎接近浮動點值，其他綜合型醫院，或許有手術、其他的麻醉可以用 1 點 1 元來補，但很多型態地區醫院是不行的，這個我相信 300 多家地區醫院那些醫院的平均點值是接近浮動點值的醫院，署都有相關資料，希望在這不公平的架構下，能有些項目去做調整，假日開診這個項目，它是比較中性，可以鼓勵所有地區醫院假日開診，所以我們才會提出這項目可以為保障項目，保障它點值 1 點 1 元，也是為了部分特殊型態的地區醫院可以在假日開一些門診，讓它稍微點值能和其他人一樣。如果這個項目署裡兩手一攤說讓我們內部自己談我覺得也不好，所以我剛剛說部分同意謝代表的意見，就是說如果署裡同意我們可以來細算數字，是否保障太多項目會去影響其他項目浮動點值的數字，要去做限縮或限制我不反對，但這些所有試算，都需要署裡配合，所以如果照謝代表意見，地區醫院這邊也可以成立一個小組，跟署裡就這個議題進一步討論。但我覺得最基本的目的是要解決保障 1 點 1 元造成層級間的結構的不公平，我覺得這是署裡要去面對及解決的。

主席

請謝代表。

謝景祥代表

我同意保障點值項目越來越少，項目回歸到原始用支付標準去調整，如果這樣做的話，應該把所有保障項目都取消，這才是對的，但現在做不到，因為有一個藥費卡在那裏，既然做不到，我們希望說不要因為這些保障點值讓這 3 個層級的平衡性走鐘太多，所以我覺得說假如試算出地區醫院的假日開診保障 1 點 1 元，可能會多 10 億元，那這 10 億加上後，如果地區醫院的平均點值還是比醫中、區域醫院還要低，就請讓這項討論案過，假如加起來比醫中、區域醫院還要高，就不合理，則限縮假日只開禮拜天，但我覺得說這 10 億加上後地區醫院的平均點值不高於醫中、區域醫院的話，做這一部分的修改我認為合理，以上建議。

主席

大家還有意見嗎？其實保障點值的部分健保會也多次提到，非協商的項目應進行支付標準調整。地區醫院假日門診診察費，在保障點值還沒提 1 點 1 元前就已經外加 30%，其他醫中和區域醫院假日也有提供醫療服務，建議醫中和區域醫院假日不要再開門診，但住院服務一直在，並不像地區醫院外加 30%，所以現在變成地區醫院外加 30%再固定 1 點 1 元，這樣概念無法說服且不合理性高。所以建議如

果要去調整 1 點 1 元的項目，今天是沒有辦法決定，目前的建議還沒有試算結果，但假定要維持現況，明年總額有 103 億的非協商因素之預算，這是創歷年來最高的非協商金額，這金額足以再進行重分配，回歸支付標準，這才比較正常，建議本案暫緩。下次會議是明年第一次會議在 3 月 4 日，距今有 3 個月的時間去討論調整支付標準，這 103 億足以讓大家在分級醫療、門診減量之下，鼓勵急重症回歸支付標準並調整，而地區醫院也是醫院總額的一環，儘量回歸支付標準調整。

朱益宏代表

如果是這樣，我也同意先通過，我想確定下次討論 103 億時，照健保會及部裡宣布明年公告總額 103 億，很多項目都已經框定，包括藥事服務費的調整已經框定，而且這裡又保障，所以我想說如果明年討論相關費用支付標準調整時，是否再回過頭修正這個部分，比如說藥事服務費兩邊都調整了，是否在明年或後年的時候檢討這項是否要列入保障項目，作為一個配套作法。

主席

部長對於醫院總額部分核定的理念，在 103.846 億這個項目是要優先做急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞動基準法以及門診減量配套措施，都是依循現有的政策進行支付標準微調，請各位代表 Focus 在這幾個重點，這幾個重點都滿足後，若還有需微調的項目則不排除也可以用這 103 億。

朱益宏代表

我們也很期待門診減量配套措施，包括地區醫院的壯大，因為這是 103 億重要的重新分配，是要把架構做調整，架構的調整就要把這些不公平、支付標準的問題及鼓勵項目一併處理，主席剛提到的急重症在地區醫院實際上不是在鼓勵的項目之內，藥事服務費、護理費已經是框定項目，期待在分級醫療的配套措施必須反映到對地區醫院架構不公平、不合理的部分，讓它回歸到地區醫院該做的事情，然後對於地區醫院如何壯大能有鼓勵，在這裡能真實的反映。我是想說既然主席講了，那在這邊也要去做配套的處理。

主席

本署醫管組會行文給醫院協會及三層級以醫院協會提出方案，後續與本署討論，重點是門診減量及分級醫療的配套措施，如果各位代表有共識，討論事項第一案就先暫維持與去年一樣，這案先通過。接下來第二案。

討論事項第二案：修訂「醫院總額品質保證保留款實施方案」

主席

明年的品保款金額又創新高，高達 14 億元，希望對於表現佳的醫院可以給予比較

多的回饋及獎勵，所以這次建議刪除及新增部分指標項目，滿分項數及目標值提高，請問各位代表有沒有意見?請朱代表發言。

朱益宏代表

這些指標大多為綜合型醫院比較容易達成，我們覺得地區醫院的差異較大，且品保款分成兩部分，一部分是上課的學分為主、第二部分是指標，其實光第一部分上課部分在地區醫院已經是很有鑑別性，整體來說對地區醫院並非 90%以上都可以分到這項獎勵，所以我認為地區醫院的鑑別度已經很高了，更何況現在要修訂的指標或是已經列出的指標對很多專科型地區醫院是不利的，就算再增加 5 項指標，很多專科型地區醫院也選不到，像我們現在在座精神科醫院，你新增的幾項哪些他選的到?他可能都選不到，所以這對他來說沒有一點幫助，現有的五項他可能已經很勉強的選出來，為了去爭取品保款，現在你提高到 7 項，他要是真的勉強選出來之後，排序又會排到最後面，因為疾病及專科的特殊性，我覺得這樣對他們是不公平的，地區醫院的特異性大，所以我建議地區醫院的部分是否能先不要做調整。

主席

請各位代表看討 2-22 頁，這是 107 年的核發結果，品保款按照層級占率分開，所以金額增加，3 個層級都增加，這是層級間的比較，107 年「基本獎勵」核發率部分，醫中 100%、區域 96%，地區「基本獎勵」因為分為符合學會指標計畫者及品質精進獎勵兩部分，核發率分別為 68%、63%。而在「指標獎勵」核發率 3 個層級近達 100%，所以表示指標已經沒有鑑別度，所以這次才會調整指標項目、增加項次，因為品保款是要鼓勵表現較佳的醫院，所以指標訂定要有鑑別度。

朱益宏代表

剛剛我講的是針對地區醫院的部分，並非所有的醫院都不用調整，因為地區醫院光第一項的基本獎勵只有 7 成的(地區)醫院可以拿的到，所以對整體 3 百多家地區醫院而言(並不公平)，因為這次只有調整指標項目，所以我們建議地區醫院的指標就暫時不要動，一樣維持 5 項，至於要新增的項目，當然我個人不反對。

主席

什麼地方維持 5 項?

朱益宏代表

在第 2 組的部分，因為你們(健保署)建議最高以 7 項計，我們認為地區醫院的 variation 很大，很多醫院要達成 5 項都已經很勉強，為了要拿這個品保款，很勉強的來執行，所以我們認為說這個部分地區醫院是不是暫時不要調整，讓它維持，

反而是很多地區醫院的基本獎勵，鼓勵他們去上課及拿學分的部分，看看用什麼樣的方式能夠讓更多的醫院來達成。

主席

109年我們是研議將指標調整增加2項，大家可以先看2-13頁，有107年指標表現，107年達標跟非達標的院所數，以地區醫院第二組來看，剛剛朱代表說不要增加2項，維持原來5項，第二組醫院表現結果只有7家未達標，其他全部都達標，如此也沒有很大的鑑別度。

朱益宏代表

但基本獎勵的部分就有鑑別度了。

主席

不過您的建議，醫學中心跟區域醫院不會有太大的意見，是因為品保款已依三層級占率分開計算，但我們仍希望各層級間有鑑別度，不希望所有的醫院都可以隨便的拿到品質保證保留款。

謝文輝代表

我們幫地區醫院講一下話，我們當然希望大家都有進步，品保款當然不是大家平分錢，其實雖然維持5項也可以告訴長官我們(地區醫院)是有進步的，因為指標是有改變的，並非跟以前一樣的指標；現在有將比較沒有鑑別度的5項刪除，又增加新的，所以也不算是沒有進步，當然前面講的差別性，因為有些地區醫院是專科醫院，比較難選到可以執行的指標項目，所以即使是維持5項，應該也是有進步的，因為指標是有進步的，是有加進新的指標進去。

朱益宏代表

我補充一下，在討2-19頁，其實就剛剛主席所講的，事實上，他們在基本獎勵的部分只有不到70%的醫院能夠達成，醫學中心及區域醫院幾乎都是百分之百，他們「基本獎勵」跟「指標獎勵」二部分都可以拿到，而地區醫院在「基本獎勵」的部分就已經很有鑑別度了，已經打了7折，我們認為如果在「指標獎勵」還要再增加(鑑別度)，還有一些地區醫院又拿不到的話，對地區醫院的影響會更大，所以如果要將指標提高，在基本獎勵的地方就要放寬，讓更多的醫院可以拿到基本獎勵，這樣才有意義，因為對整個地區醫院而言，整個品保款的分配已經很有鑑別度，over all已經不到百分之70可以分配到品保款，有百分之30的醫院分配不到品保款，這跟其他層級是非常不一樣的狀況，所以我們才認為是否地區醫院這次在指標的部分就不予調整。

主席

不過第一組的部分還是要調整到最高 10 項，第 2 組就維持最高 5 項，是否這樣較為合理？不要說都不調整。請游代表、雪玲，接下來嚴代表發言。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

有關這次的品質指標的改變，一個是目標值的改變，一個是項數的增加，對提高醫療品質來說是對的，但變動這麼大，對於所有的醫院是否公平這是待商榷的，因為品質保證保留款基本上是鼓勵性質，若要正向發展應該是溫和前進，建議是兩大項不要都前進這麼多，這對醫院而言是衝擊蠻大的，認為好像都可以達成，其實當大家兩個東西都要選擇的時候，大家要去努力的東西就非常多，那萬一前進太多，很多醫院都沒有達成的話，本來體質比較好的醫院就破例沒有達到，那樣也不公平，因此我們醫界的意見是建議溫和往前進，不要一次變動這麼大。

主席

請問代表建議是什麼？

游進邦代表(程文俊代表代理人)

建議是提升百分位或是選擇項次提升，二項擇一項實施。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

我的意見跟游代表的意見一致，另外我要針對 2-3 頁新增 5 項指標，因為這其實是第一次被提進來，是不是能夠不要一次就從 80 分位開始，是不是能維持舊的方式，特別是第 3 項「每張處方箋藥品項數大於 10 項之案件比率」，這項查了定義了解後，是否可以排除整合門診，因為目前整合門診做得愈多，藥品項目會更高，目前查這個指標是沒有排除；另外，有關雲端查詢率指標，我們認為這個指標是很好的，應該納入，但實務上推動雲端藥歷查詢時還是靠批次，因為現在多是靠批次查詢，但有些人還是不願意簽同意書，要現場查，這樣會讓我們現場的醫師速度變慢，現在我們願意配合請醫師來查，但是晶片讀卡機從去年測試到今年的結果，常常醫師一用就當機，貴署的資訊人員也是很辛苦的協助我們，到我們現場來過 3 次，但一直到目前為止，都沒有解決。之前一直認為是讀卡機的問題，現在全部配合健保署用虹堡科技的讀卡機，結果也是一樣的，還是當機；而一當機就得重新開機，對診間的影響很大，原本以為是我們醫院軟體跟健保署軟體搭配的問題，我們又去跟 18 家醫學中心問過一輪，大家的回應是一樣的，即便是在前線的櫃台，也是一天要當機 2 次，對我們診間的影響很大，所以這個部分可否拜託署裡請資訊廠商協助，解決軟硬體跟我們醫院的軟體會衝突當機的問題，目前我們到各部宣導推動晶片讀卡機，常被醫師質問當機的狀況，所以目前我們大內科跟大外科都不敢推動，因為在小科做就已經做到當機，這個部分要請署裡幫

我們考量一下，所以雲端藥歷的閾值是否可不要訂太高，因為我們需要一些時間處理查詢會當機的問題。

嚴玉華代表

針對品保管達成指標，討 2-13 還有討 2-28，區域層級的家數，在這邊有 80 也有 83，落差有 3 家是因為有什麼原因沒有列入？第二點，針對這次品保款部分，在正向負向百分位還有達成項數都要再增加，因為在區域層級在規模上有很大的不同，所以我們希望區域層級能在百分位還有項數的部分能夠先維持，我們要跟醫中有一點不一樣。

主席

還有沒有其他意見？其實過去區域跟醫中都非常的爭氣，他們都共用同一個標準，為什麼現在區域醫院要跟他們(醫學中心)不一樣呢？本來這些指標，區域都做的非常好，而且非常的優秀，大部分都能夠通通拿到，所以不要矮一截，因為區域醫院本來就非常優秀。如果還有意見，請現在提出來，如果沒有的話，品質保證保留款這次新增的 5 項指標，其中「每張處方箋開藥品項數大於 10 項」要排除整合門診；另外一個雲端查詢率還是要進行，但是硬體的部分我們會請資訊部門進行更周延的協助；第三，有關增加 5 個百分位的目標值，大家如果覺得有壓力的話，還是建議區域跟醫中是一樣的，我們增加 3 個百分位，還是得前進的，至於達成項數增加 2 項的部分，只有地區醫院第 2 組是維持 5 項。因為這是新的方法，14 億品保款還是會照規定分配下去，如果大家本來體質及表現就很好，最後的結果還是會全拿，但是如果現在知道明年有項目可能無法達成，現在就要努力，說不定明年就可以達到，這樣才有進步，否則都一直停在好像大家都要分這筆錢的概念，還是希望大家求進步，如此對健保會的委員也較有交待。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

說真的，要前進 3 個百分點，是否能夠折衷一下，兩項擇一項就好？

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

我想說閾值前進，那新的 5 項維持舊的，就不納入，因為新的大家都沒有做過，也沒有分析大家達標的狀況？

主席

但目前的情況是那 5 項舊的，並非新指標，這些(項目)是已經監控很久的。

劉碧珠代表

主席，如果還是要維持往前進 3 個百分位的話，我們區域層級還是希望能夠指標項數維持在 8 項？因為當然你說區域醫院很爭氣，因為我們不得不爭氣，都已經在

經營上有困難了；因為每次提到品質，就拿我們跟醫學中心放在一起，要講給付又給的比地區醫院還要低，用這樣的標準對我們區域醫院，在三個層級裡面，我們連基層都不如了。所以我想可不可以在項數上面維持 8 項，在百分位上前進 3 個百分位，在標準上能夠緩一下；不然我們會超出項目，大家會覺得說 8 項或是 9 項大家就不努力，我們區域醫院在品質這方面是一直不中斷、不懈怠的，坦白說，比如說門診減量這個部分，對區域層級的影響之大！雖然剛剛主席講說要調整急重症支付標準，可是我們都很清楚知道，現在大家討論調整支付標準點數，可是都不去看我們去照顧急重症的成本問題，點數調整之後，這兩年來點值是每況愈下，所以我們是拿到更低的點值，我們去付出更高的成本，所以我們希望這的部分可以稍微去做一些彌補與緩衝，以上。

主席

三個層級是拆開，互相不隸屬，只是同一個層級去重分配；如果真的這樣的話，我們做一點修正，正向負向都是 3 個百分位，三個層級都一樣，醫中是 10 項，區域跟地區的第一組都是 9 項，大家同意這樣折衷的方案，大家多少都還是有往前進。這樣碧珠代表可以嗎？因為有些項目想跟地區醫院一樣，有些又要跟醫學中心一樣，所以我們只好各選一個，但大家的目標值都往前進。醫中的標準一定要往前進，要做榜樣，醫中就 10 項，品保款也不會少。所以總結的部分，正向指標前進 3 個百分位數，負向指標減少 3 個百分位數，項數的部分，醫學中心最高 10 項，區域醫院 9 項，地區醫院第一組是 9 項，地區醫院第二組是 5 項，指標刪減 5 項指標，新增 5 項指標，另外新增項目「每張處方箋開藥品項數大於 10 項」排除整合門診，還有沒有意見？若沒有就通過，謝謝大家。

討論事項第三案：軍警察消防海巡空勤人員之案件是否納入醫院門診減量之排除項目案

主席

自從有軍警消海巡空勤人員就醫優惠，由政府來貼補免部分負擔，並且有指定醫院，確實產生了一定的效應，這些適用的個案都往免部分負擔的醫院就醫，非免部分負擔的醫院便減少，現在的訴求是這些被指定的醫院認為在門診減量 2% 的情況下，他們要扣除這些，但我們綜整後發現，大家減量都超過預期，所以就算這些被指定的醫院納入，也都沒有超量，真正有超量的醫院只有 4 家有扣減，列在討 3-9 頁，雖然醫院的名字沒有列出來，但大家都多少知道；另外受影響的點數也都有限，這是 1 季的資料，所以如果是 30 萬點的話，1 個月就是 10 萬點，類似這樣的影響，因為目前只有 2 季的數據，陸續還會有資料，今年減量會到明

年的3月、4月之後才會有下一階段的-2%，所以本案大家的意見如何？請謝代表。

謝文輝代表

感覺起來在20家醫院裡面，大部分百分之80的醫院都可以做到，是那4家不太努力。

主席

這4間醫院也在成長。

謝文輝代表

而且為了這些在結算上要花很多工夫，要計算出結果又要排除，而且如果這些醫院增加門診量，點數也比較多，所以我認為不需要再討論，記得在上次絕大多數的意見是不應該排除，看起來影響也不大；如果實施下去後，有80%都不符合的話，大家就需要討論。我認為此案可以維持原本的方式，不需要特別處理。

朱益宏代表

這案我記得在上次會議中也有說明，有一些來龍去脈，這當然是行政院指示嘛，但行政院特別講，包括衛福部的薛瑞元次長也再三聲明，本案與分級醫療的政策是不牴觸的，表示這案在執行時不會影響分級醫療，他認為這些優免跟分級醫療無關，分級醫療是不同的疾病到適合層級的醫院就醫就診，在行政院政策推出時，行政院跟衛福部都認為不應該去影響分級醫療的政策，實際上應該回歸軍警消他們的主管機關，如內政部、國防部等，要去宣導，雖然有這樣的優免，但是還是要依照分級醫療的政策去對的地方就醫，現在看起來並不是這樣的狀況，統計資料看起來好像不是這樣的狀況，這些軍警消人員，如住在臺北的都到三軍總醫院就醫，這樣本來就不對，傷風感冒為了免部分負擔，那現在又要排除，等於是沒有去矯正這個分級醫療的政策，反而讓它更加扭曲，所以我覺得應該請衛生福利部與行政院反映，要請內政部及國防部對於所屬的軍警消(海巡空勤)人員去做宣導，要配合分級醫療，不能所有的小病貪部分負擔、政府補助的部分，全部都到大醫院去就診，這樣是不對的，所以我認為這不應該調整。

謝文輝代表

不用講這麼激動，我還記得上次開會，當提到軍警消免部分負擔優惠的政策時，薛次長還生氣，所以我們千萬不要修改將它納入排除，這樣就證實會影響分級醫療的政策，就打了衛生福利部薛次長的耳光，千萬不可以，所以我們不要排除，我們不要為難長官。

主席

因為我們都不在現場。

朱益宏代表

這個我證實一下，我在現場，是在立法委員開的協調會，有行政院、衛福部、內政部還法務部等 3、4 個單位，現場因為立法委員有提到有 2 個訴求，因為我是當時是代表私立地區醫療機構理事長，有請立法委員協調能不能擴大讓所有的私立醫院，大家都能夠享受(補助)，這樣讓軍警消能就近就醫，不要為了免部分負擔就到大醫院去，就近去這些小的社區醫院就醫，甚至診所也可以就診，我們希望擴大；行政院不願意(擴大)，他們不同意，委員們就詢問會不會影響到分級醫療，讓這些輕症的軍警消為了免部分負擔都到大醫院去，薛次長表示政策就是這樣執行，不會影響政策。

謝文輝代表

其實這是行政院臨時要編的，因為年金改革的影響，要安撫軍警消，但是預算不夠。現在長官都說不會有影響，結果薛次長的預測也是很正確，你們看有 20 家(醫院)，80%的都通過，都沒有問題，只有 2 成的沒有達到，一定是這些醫院還要再更努力，因此我們當然不能改，這不會影響分級醫療。

主席

剛剛朱代表跟謝代表有提到，我們可以看到討 3-1，並非所有的小病都跑到大醫院就醫，其實是在院際間轉診，既然部分的醫院可以免部分負擔，他們本來就在醫院看的，就轉(診)到有免部分負擔的醫院就醫，是醫院之間的流動，但不管如何，確實 20 家裡面有 16 家醫院都達標，不因為這樣的轉換而影響，只有 4 家是有影響的，而且只計算一季的結果，影響也是有限的，不曉得大家覺得怎麼樣?是不是我們繼續觀察一陣子?此案我們就暫時維持，決議再觀察一季，在下次會議再提出來討論。

討論事項第四案：109 年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式(草案)

主席

目前排除項目占率已經 32%，再排下去列入減量範圍的越來越少;第一項建議排除糖尿病照護網病人是糖尿病學會建議的，學會也有派人列席說明，請先表示意見。

糖尿病學會李亭儀醫師

代表糖尿病學會第一次發言。國民健康署鼓勵糖尿病照護網可以提供前端照護，照護品質得好可以預防後端合併症出現;學會這邊建議納入糖尿病論質計酬照護的病人，是不是可以不納入門診減量範圍內。

主席

謝謝李醫師說明，醫院協會有要補充說明嗎。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

本院與成大等醫院有代檢其他醫院所做新生兒代謝異常篩檢之檢驗，若檢驗有異常即通知其至相關醫院就醫，本院僅執行報告屬轉介單非轉診單性質，因個案數量不多且院所有限，所以本院醫師建議排除。

主席

目前為止排除項目已達 32%，而真正列入減量範圍者僅約 68% 案件，若再增加排除項目，可能不到 2/3 了，對於分級醫療就沒有效益了。排除項目代表真正需要留在醫院的急重症病人，其餘的病人之中也只有 2% 由醫院安排適合病人下轉，事實上，2/3 中每年減 2%，還有超過 98% 介於急重症邊緣的患者是持續留在醫院照顧。新生兒陽性篩檢是醫學中心該做的事，並將其留在 98% 裡照顧，與排除項目將其留在大醫院照顧之邏輯並無違背；另穩定的糖尿病患者難道一定要留在大醫院，不能到地區醫院或診所照護？本署的論質計酬是開放各層級醫院參加，糖尿病照護網內輕微的病人也可以透過院所合作共同照護。目前減量 2% 並非全部都要減(僅 2/3 的 2%)，大醫院持續照護留下來病人還是占多數，如果大家有所共識，我們就不要在本議題上再行討論。

糖尿病學會李亭儀醫師

本案議程資料 4-3 頁第 9 點排除論質計畫且慢性病未穩定案件之慢性病連處方箋處方日 < 84 日，是否誤植？

廖秋燭代表(張德明代表代理人)

慢性病連續處方箋可以開 2 個月或 3 個月，因為目前 < 84 天納入排除項目，如果是開 2 個月的話就會被排除，鼓勵病人二個月就來一次。

主席

刪除本項規定？慢性病人穩定與否以處方日份來評估是否合理？

謝文輝代表

應該刪除。衛福部起初推動減 2% 政策是屬比較粗略的概念，將所有門診都納入計算。但健保署考量大醫院執行面的困難，明定排除項目後才納入 2% 之計算，基本上我贊同主席剛剛講的邏輯，大醫院還是有多數病人留下來照顧，排除項目永遠討論不完，建議不要再細項討論，維持現行就可以了。

謝景祥代表

現行的減 2% 已是打很多折扣了。如果大家還記得，最初是由初級照護年減 10% 來的，當時醫學中心及區域醫院之初級照護約占 20%，換算每年約減少 2%，所以

初級案件很早就排除了(乖的醫院都扣錢)，現在東扣西扣又排掉 1/3，以後不管有再大理由即便提出來討論也不應該再增加。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

請看本案議程資料 4-12 係我們蒐集各醫學中心建議新增之排除項目，除新生兒篩檢剛討論完，另外建議比照「急診首次視同轉診」將急診出院後之門診首次追蹤納入排除、未特約健檢院所篩檢出疾病患者無法視同轉診(無轉出機構代號)、乳癌、BC 肝、TB、早療及 PAC 等試辦計畫、同體系下轉、慢連箋及 E1 案件領連處排除計算問題等，另外考量鼓勵並落實醫院正確申報，建議自低價開始核扣，以真實反應分級醫療推動成效。

主席

本署對醫學中心建議之意見說明已於議程臚列，請醫務管理組逐一說明本署意見。

醫務管理組說明(略)。

主席

大醫院對各項目排除與否都有各種不同的理由，不過這些應該都是在 98% 內應該留下的，如果都排除醫院要留下什麼呢？如果都排除，剩下的都要下轉，較現行更為嚴格呀！目前醫院還有 98% 可以留下來，大醫院也要為上述病人尋找該留下來的道理，經五年推動後未來也要為 90% 的病人尋找留下的道理，這些留下的病人難道不應該包含醫學中心建議之項目？如果醫學中心認為不應該包含在內，90% 到底涵括什麼病人？本項政策並不是要大醫院把門診病人全部減量，目前已排除達 1/3 情況下，並留下很大彈性讓醫院可以留下這類病人，再討論排除項目其實意義不大，我們期待在適度減量後大醫院能以急重症為主，我還是謝謝醫學中心辛苦蒐集給我們建議。

糖尿病學會李亭儀醫師

對於 E1 案件不穩定的病人是否排除？

主席

另外議程 4-13 醫學中心建議自較低點數核扣，各位代表意見？

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

以前實施門診或藥師合理量之超出合理量者，都可自較低點數扣除，本項減量措施是否可以比照？另外，我一併表達醫院於轉診後，接受轉診院所無法(或不願意)開立相同藥品、慢性病處方箋，造成病人不願意或又自行回原醫院掛號就診之困擾。希望健保署於醫療機構查詢系統能標示「能否開立慢性病處方箋」、「好的藥品服務」、「可提供原廠藥的社區藥局」、「次專科別」，協助我們醫師順利找到

適當下轉的院所。

主席

以目前推動分醫療的模範生好像並沒有此類問題，原因在於轉診醫師於轉診前，即向被轉診院所溝通瞭解相關之醫療服務，甚至院所沒有的藥物可由轉診醫院協助的例子，病人轉診後也比較沒有困擾，醫院若能於轉診前用心可以讓病人下轉更順利。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

台大的團隊目前僅分布在北北基，但來台大就診的病人卻分布全國，因此，本院醫師要在全國找到適合的下轉院所，真的需要有充分的資訊協助，故才建議健保署全球資訊網之醫事機構查詢維度能增加相關資訊(如：次專科別、論質服務種類)，對於目前健保署沒收載的次專科(如：小兒精神科)是否可以函請院所協助調查。

朱代表益宏

我們社區醫院分布全國各大小鄉鎮，精神科地區醫院也有啊！如果臺大醫院有下轉的困難，可以連繫我們來協助。

糖尿病學會李亭儀醫師

糖尿病學會並非不支持這項政策，係因糖尿病照顧好就不會有合併症，所以建議應下轉至符合糖尿病健康促進機構的團隊，提供較好的服務來預防合併症及急重症的發生，未來可以減輕健保負擔。

陳振文代表

分級醫療為國家政策大家應予體諒，各層級院所也多少會受到影響。目前本案是採負面表列，若採正面表列以外的病人不能看診，對醫院影響更大，醫學中心舉全國人數相當少的小兒精神科為例，其實並不適合。另臺大醫院收治全國各地來的病人，轉診困難度亦相對較高，惟其做為醫界的龍頭老大，在配合國家政策上也需要樹立典範，如果連臺大醫院都極力在細項爭取排除，其他醫院該怎麼辦？建議黃代表再帶回去想想。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

補充說明，剛剛的意見是代表所有醫學中心，不全然只代表台大醫院，本院沒有周六門診，也沒有夜間門診，我們門診病人很多，我們很努力在減，只是轉出遇到困難，所以請大家協助。

主席

謝謝雪玲代表醫學中心協會表示意見，請醫學中心代表理解，不是所有門診都要

減量，是每年減 2%，5 年減 10%，但還有 90% 的門診，剛剛所反映的意見應該是 90% 以內的部分，目前已經排除 32% 的案件量，只有 68% 的案件在減量，上述反映的少數案件，就不再排除，且大家都已達標，我們就維持原議。剛剛提到 9、糖尿病論質計酬且慢性病未穩定的案件要劃掉。

劉碧珠代表

這是要把論質計畫的部分列入門診減量範圍嗎？可是這跟分區的目標互相矛盾，分區自主管理方案是希望我們增加論質計酬的收案量，但現在又要求針對這些案件減量，到底是要減還是增？不然就要規定分區不能將此類案件列為品質自主管理方案項目。

糖尿病學會李亭儀醫師

國健署鼓勵我們要把糖尿病病人納入糖尿病共同照護網，納入在糖尿病照護網的病人與門診需要減量會產生一些矛盾。

主席

我們排除的是慢箋有效總處方日數小於 3 個月的。

朱益宏代表

就是慢箋的都排除拿掉。

劉碧珠代表

如果同時是論質又是慢箋則排除，沒有問題，可是現在是糖尿病開藥日數小於 3 個月的反而應該是要列入，但這是 E1 案件。在分區是要求各醫院要去強化收案量。

主席

請說明一下排除的理由。

醫務管理組洪于淇科長

當初是認為如果是穩定的慢性病人，應該要下轉到基層或地區醫院，所以定義是慢連箋小於 84 天是不穩定案件。

朱益宏代表

不對啊，開慢連箋就是穩定的病人。

醫務管理組洪于淇科長

所以當初定義慢連箋小於 84 天是不穩定案件。

劉碧珠代表

是否穩定應該問專科醫師，小於 2 個月叫不穩定嗎？

糖尿病學會李亭儀醫師

學會沒有說不下轉，我們是希望下轉後每個接手照顧的院所是具備糖尿病照護專

業的團隊，以減少合併症。

朱益宏代表

不穩定病人一般是不會開慢連箋的，通常是請病人一、二週、一個月就要返診，開立慢連箋就表示是穩定的病人，所以一開始列入排除項目時，我們地區醫院的立場是反對的，因為穩定的慢性病人應該要下轉。所以我們認為慢連箋應該要從排除案件刪除，因為不穩定就不要開慢箋。沒有規定說慢性病一定要慢箋，是希望有一定比率的慢性病穩定者要開。

主席

是否維持不變比較好。

糖尿病學會李亭儀醫師

我也認為不要更動較好。

主席

此類慢箋案件已經排除了，就維持不變。但李醫師擔心的是下轉後的照護是否能銜接。

糖尿病學會李亭儀醫師

我們有些個案穩定舉例截肢後又是需要多次打胰島素，需要下轉嗎？

主席

這種複雜案件可以不用下轉。醫中整體還有 98% 的案件。

朱益宏代表

那些慢箋的還是應該拿掉。如果不穩定就不要開慢箋啊。

糖尿病學會李亭儀醫師

在醫中我們會開慢箋不是全部都是穩定，是因為單價較高，有些病人負擔不起，所以開慢箋，只好改用電話追蹤病情。

劉碧珠代表

明年要減 6%，這個部分不應該拿掉，影響會很大。

主席

就維持現況，排除項目案件占率維持 32%。

朱益宏代表

連箋案件到底有多少？

醫務管理組洪于淇科長

請代表詳討 4-20 的統計，在醫學中心部分，項次 9-糖尿病論質計酬且慢性病未穩定的案件占率為 1%。

主席

大家還有臨時動議嗎?好，今天就討論到此。下次會議，希望非協商的部分醫院協會能提早討論作業。謝謝大家。