

「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 1 次會議紀錄

時間：106 年 2 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	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	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	吳志雄	李代表允文	李允文
郭代表宗正	郭宗正	龍代表應達	請 假
謝代表文輝	謝文輝	謝代表輝龍	請 假
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
鄭代表明輝	潘延健代	林代表慧玲	林慧玲
郭代表守仁	請 假	唐代表宏生	唐宏生
邱代表仲慶	邱仲慶	陳代表威仁	蘇美惠代
鍾代表飲文	鍾飲文	劉代表淑芬	劉淑芬
林代表欣榮	陳星助代	盧代表榮福	請 假
趙代表有誠	趙有誠	顏代表鴻順	請 假
黃代表忠智	黃忠智	王代表榮濱	王榮濱
周代表思源	周思源	梁代表淑政	梁淑政
蘇代表主榮	蘇主榮	龐代表一鳴	龐一鳴

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	邱臻麗	
台灣醫院協會	林佩菽	柳汶廷	江雪萍
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	請 假		
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		
台灣兒科醫學會	葉國偉		
本署臺北業務組	蔡翠珍	許寶華	宋怡慧
本署北區業務組	孟芸芝	江謝佩妘	
本署中區業務組	蔡瓊玉		
本署南區業務組	程慶惠		
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	王本仁		
本署資訊組	姜義國		
本署財務組	楊小娟		
本署企劃組	柯秉志		
本署醫務管理組	陳真慧	張溫溫	林淑範
	劉林義	林右鈞	洪于淇
	劉立麗	邵子川	楊秀文
	黃奕瑄	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：全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點及預訂討論議題。

決定：洽悉。

第二案

案由：本會歷次決定事項辦理情形。

決定：序號第一項安全針具教育訓練、具名審查對核減率之影響及

序號第二項安全針具價量調查作業持續列管，餘解除列管。

第三案

案由：醫院執行概況報告案。

決定：

- 一、報告內容洽悉，有關委員建議老舊醫院之設置標準無法達到建築法規等規定，請將會議紀錄副知醫事司參考。
- 二、醫院總額點值檢討請列下次會議報告。

第四案

案由：105年第3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	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
105Q3	浮動點值	0.8351	0.8836	0.8870	0.8595	0.9251	0.9100	0.8764
	平均點值	0.9098	0.9322	0.9351	0.9226	0.9526	0.9445	0.9266

- 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。

第五案

案由：106年醫院總額一般服務部門預算四季重分配

決定：106年四季重分配採近3年醫療申報點數平均占率分配，重分配後之各季預算占率如下：第一季23.830901%、第二季25.128920%、第三季25.291656%、第四季25.748522%。

第六案

案由：修訂106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、修正重點如下

(一)全民健康保險醫療資源缺乏地區新增台中市大安區，刪除台中市外埔區。

(二)106年符合之醫院家數共35家。

二、有關分區增列認定原則，請南區業務組就委員建議事項，納入107年擬定原則之參考。

第七案

案由：106 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療標示作業

決定：洽悉，本項標示作業對於資訊的公開及正確性、改善民眾就醫有正面意義，請台灣醫院協會全力協助推動。

肆、討論事項

第一案

案由：106 年醫院部門醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%，超過部分，不予分配之執行方式

決議：請與會代表將提案攜回研議，並請三層級協會於二週內提供意見，擇期召開臨時會討論。

伍、臨時報告

案由：分級醫療宣導

決定：請各代表參閱。

陸、散會：下午4時50分

柒、與會人員發言摘要詳附件1

※與會人員發言摘要

先介紹本屆新任委員，陳亮良代表、林錫維代表，代理人是陳爾嘉秘書長、王明鉅教授、洪子仁副院長、盧瑞芬教授、高屏區安泰醫院蘇主榮執行長，中區秀傳醫院院謝輝龍院長，醫療暨生技器材工業同業公會唐宏生，以上是我們新任代表。

一、本會上次會議紀錄確認

主席

請各代表確認上次會議紀錄有沒有意見，若無意見會議記錄就確認。

二、報告案第一案：全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點及預訂討論議題

主席

大家有沒有意見，無意見下一案。

三、報告案第二案：本會歷次會議決定事項辦理情形

主席

序號 1 教育訓練及序號 2 調查醫院採購安全針具數量、進貨價格及使用量持續列管，其餘解除列管，大家有沒有意見。

謝代表武吉

序號 1 辦理情形第三點，考量目前狀態為「專業雙審作業調整於 106 年 1 月 1 日實施，將繼續觀察追蹤」，建議繼續列管。

主席

序號 1 辦理情形第三點就繼續列管，還有沒有意見，無意見辦理情形就確認。

四、報告案第三案：醫院總額執行概況報告

主席

剛剛介紹新代表都在場了，向大家介紹一下，健保會陳亮良代表，專家學者，王明鉅教授、洪子仁副院長、盧瑞芬教授，謝謝專家學者，隨時給我們指導，大家對報告有沒有意見。

謝代表武吉

看到牙醫總額結算點值，有四個分局點值都有 1 以上，其餘都有 0.98 或 0.99，點值很好。醫院點值從開辦後維持 0.90，民國 92 年到 0.8 幾左右，醫院總額無法像牙醫總額一樣好，讓醫院界感到很痛苦，心有戚戚焉，但我們差牙醫總額開辦僅有 3 或 4 年，是不是要有一套的措施，來改變醫院總額服務品質，讓點值和中、牙醫總額一樣好，希望健保署計畫讓各部門互相研究互相求進步。民國 91 年第 17 次會議，第六章講到地區醫院點值應該要受到保障，李玉春教授都寫得很清楚，地區醫院在參加醫院總額後受到傷害，希望在醫院總額研議上能保障地區醫院一點一元。

另從今年開始每家醫院、診所都要使用安全針具，建議包裹式應統一計算，並有更詳盡的包裹式安全針具說明，這樣健保署比較不會被立法委員 K，在困難中求進步。

主席

謝謝。

劉代表淑芬

隨醫療進步，很多病人經常使用胰島素筆針，當病人住院時會循過去方式，醫師開一樣的筆針治療，但目前安全針具給付，依健保署給付資料，該醫材代碼 nan03atsh2bd 健保衛材代碼支付 5.1 元，但是醫院採買價格是 14 元。雖居家時是病人自己注射使用，但住院時是護理人員操作，如果不用安全針具，護理人員就必須徒手卸針，很容易有針扎事件，醫院不惜成本仍使用安全針，但價差非常的大，請健保署重新調查時，針對價大的品項做更好的調整與未來品項支付改善。

主席

謝謝，等一下一起回答。

羅代表永達

只是想提醒新的專家學者及健保會代表，有關簡報第 24 頁平均點值下面的備註 104 年第四季平均點值 0.9312，104 年預估點值大概是這樣的數字，為什預估值和平均點值會差 0.04，換算一下，用行政各種檔案核刪或其他方式減掉 4.5%，經過初審最後我們自己斷頭。4.5% 是什麼概念，假設醫院總額是 5000 億，就是 250 億，每年光被扣掉的錢就 250 億，這是我們醫院自己承擔下來的。

陳代表亮良

我來自雲林，雲林屬於城鄉差異較落後的地方，相較人口老化我認同謝代表提到醫療給付浮動點值部分，會議資料第5頁，特別是南區點值普遍性較低，低的因素是什麼，因為上次會議會議我沒有參加，請健保署回應。另外第30頁有關101-105年醫院病床數統計，急慢性病床統計，中區和高屏區普遍慢性病床減少，減少因素是因為護理人員人數減低，還是其他原因或未來面對勞動基準法一例一休造成衝擊，另在中南部地區，民眾就醫時病床難求，很多時候塞滿現象，我來自基層，把基層聲音帶出來。

李代表偉強

剛剛陳代表提到，床位數是公告數字，是各地方衛生局彙整出來的結果，加或減都是實際開床或關床，如因為人力不足或排班是看不到的。另外簡報第22頁，很多媒體會問台灣醫學中心到底有幾家，是19家，這26家是因為有分院等，怎麼算都有基準，建議於簡報註記一下，不然常常有人會質疑。

簡報第11頁，有關點值問題，本會議是討論總額相關預算問題，點值是大家關心的議題，浮動點值部分，非偏遠地區中區逼近0.80，如果趨勢往下降總有一天會跌破0.80，回到我們之前民國90幾年的夢魘又出來，趁現在把點值措施穩定，不然醫院會受很大的影響，點值下降會讓血汗更嚴重，醫護人員更忙碌，更多抱怨，更會產生強者恆強，弱者恆弱，會讓偏鄉地區沒有醫護人員，建議稍後討論中把第11張投影片記在腦海裡，如何把點值穩定。

主席

如果沒有問題，請醫審及藥材組先做回應。

醫審及藥材組王專委本仁

剛提到安全針具價量調查，已請醫院於2月28日前提供安全針具價量調查資料，後續會做整理。

龐代表一鳴

有關病床數問題，是帶醫院數，有些醫院歇業和醫院數有關係，醫院經營有部分為市場機制。另代表關心點值問題，今天所有數據呈現資料不做因果關係判斷，因果關係判斷涉及價值問題，我們盡幕僚責任把資料公布，包括點值預估、病人數增長、病床數增長等，供各位代表綜合性判斷，假如大家覺得點值大問題，因為點值成長

有些因素比較大、有些較小，譬如費用類別或某機構或支付項目貢獻等等，可以做貢獻度分析，如果需要以後會議會做出來，可是貢獻度分析涉及各醫院費用成長，貢獻原因很複雜，可能是增床或醫師數增減、醫療設備，等複雜因素，如果要探討有機會跟大家說明或報告。

主席

第 22 張投影片醫學中心 19 家這部分，以後備註請說明。另外大家提到點值問題，下次會議討論醫院總額點值提升專案討論，大家充分準備後再來討論。

盧代表瑞芬

簡報第 26 頁，第三項醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案執行率超過及第 5 項急診品質提升方案執行率很低，請說明。

醫務管理組劉科長林義

醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案，本項費用與基層預算可以流用，超過部分可以從基層支應。

主席

急診品質提升方案執行率偏低，一個原因是匡列預算稍微高一點，另外原因是須達一定品質，達到門檻，達標後才可以拿到獎勵，達標數沒有預期的多。盧教授想了解細節的部分，會後提供資料參考。
(註:本署已於會後向代表說明)

謝代表武吉

會議資料中可以看到部分新增與歇業的醫院，我瞭解地區醫院歇業的原因，拜託健保署行文給醫事司，並請醫事司行文給建管處，有些老舊醫院設施在 30 年前是符合舊法建築法為合格的醫院，但是不應該老舊醫院用新的法規處理，如用新的法規來處理這些舊醫院，對雲林縣老百姓公平的嗎，老舊醫院應該適用過去法規，最重要的是消防法規有沒有符合，這很重要的一環。

主席

謝代表發言實錄，請詳細紀錄，並轉給醫事司。

陳代表亮良

感謝謝代表對雲林縣醫療城鄉差距點出來，雲林縣小型醫院非常老舊，老舊雖是老舊但有它的功能和迫切性，希望健保署專案輔導和

協助，不要造成雲林縣老人舟車勞頓跑到都會型醫院，請健保署務必注重此議題。

主席

謝院長提到第21張投影片，有部分因為設置標準關係沒有辦法達到建築法規，這部分要請縣市政府衛生局或建管處協助，請權責醫事司代為反應。

五、報告案第四案：105年第3季醫院總額點值結算報告

主席

點值結算與專款執行情形，大家有沒有意見。

謝代表武吉

昨天有電視台記者來訪問，問到點值問題，問醫學中心和地區醫院點值有沒有一樣，我回答他不一樣，如果平均點值是0.90，醫學中心可能拿到0.92，地區醫院0.88，只是比喻給記者聽，因為地區醫院固定點值太少了，包括藥費、手術費、血品費等，這些是地區醫院拿不到的，記者問說這樣公平嗎？建議對偏遠地區和地區醫院的固定點值計算方式要有妥善調整，並好好考量，健保已經實施21年了，不要被笑說都沒有改善。

主席

固定點值部分大家都有討論過，也是經本會議討論的結果，因為醫院性質和層級別不一定，所以每個醫院占率也不一樣，這是結構問題，本提案為105年第三季結算報告，至於要整體討論等到下一次會議討論點值問題時討論，大家有沒有意見。

陳代表亮良

原則上看到第四案，很贊成使用者付費，醫院點值回饋也可以提高，相對各醫院醫療品質也要提升。在雲林聽到民眾抱怨醫療品質狀況，身為委員，責無旁貸，整個健保制度是全世界的驕傲，希望整個健保制度推動在有限的資源做最大的成效。

謝代表武吉

希望下一次討論點值問題時，因為地區醫院聘請人力比較貴，請把地區醫院聘請醫師人力和醫療技術人員成本納入，尤其是偏鄉地區醫院要聘請護理人員或藥劑師比登天還難，現在還有評鑑，地區醫院真的是痛苦萬分，希望能把這些納入下次會議討論，要改善的地

方。

希望下一次討論點值問題時，請把地區醫院聘請醫師人力和醫療技術人員成本納入，因為地區醫院聘請人力比較貴，尤其是偏鄉地區醫院要聘請護理人員或藥劑師比登天還難，再加上醫院評鑑，讓地區醫院真的是痛苦萬分，希望能把這些納入下次會議列為要改善的地方。

主席

大家對點值還有沒有意見，無意見點值就確認，專款執行情形請大家參閱。

六、報告案第五案：106 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配

主席

請科長先說明本案試算表。

醫務管理組劉科長林義

106 年醫院總額四季重分配，請翻到第 92 頁，以往係以日曆數分配，第一欄位為實際預算，如以 106 年日曆數分配，調整後預算在 G 欄，H 欄是預算增減數，即調整後預算與沒有按照日曆數分配之預算差距；另上次會議代表請健保署提供用 3 年、5 年核定點數和申報點數資料參考，在第 95 頁原預算與 3 年、5 年核定點數比較表，第 97 頁原預算與 3 年、5 年申報點數比較表，各季占率皆有不同，供各委員參考。

主席

有關第 95 頁至 97 頁 3 年、5 年核定和申報點數比較，106 年要採用哪一案。

李代表偉強

目的應是維持各季點值的穩定性，不要造成起伏太大，健保署應該也試算過，哪方案可以達到這樣的目標，因日曆數天數與醫院開診數會有落差，如第三季(8 月~10 月)是暑假，醫療服務利用較高，第一季是過年及上班時間相對少，若以點值平衡為目標，看效果最好是哪一個。

主席

第 98 頁，有提供 101 至 105 年第二季點值供參考。

羅代表永達

在幾個總額都有討論四季重分配，我建議採申報數，因用日曆數有太多因素無法反映；核定點數更複雜，如刪減或檔案分析等因素，所以建議考量申報數平均值來計算，大家可以看原始點值第二季似乎都比較高，第三季和第四季都比較低，造成點值結算時起浮太大。我想醫院經營者都很清楚，做財務規劃時點值衡平性很重要，建議用 96 頁申報點數比較接近事實，第二季預算顯然會減少，將來看到的點值第二季點值不會比較高，會逐季變高，至於用 3 年或 5 年，考量各區會增加院所數和病床數，以衡平性來說三年較五年來的高，以上建議。

張代表國寬

數據也看過了，不管三年、五年核定數或申報數，大概都不變，目前看起來 106 年第二季占率最高，未來對點值影響衝擊較大，贊同羅院長看法，按照過往數據做合理分配。

主席

剛剛羅院長建議用 97 頁三年或五年申報數的平均。

李代表偉強

我也贊成羅代表和張代表的意見，採用三年或五年來計算，寧採用三年資料，因有些醫院在四年前還沒成立，病床數、門診量、醫院數及人力較貼近現況。

陳代表亮良

贊成羅院長意見，建議採三年申報數較符合實際狀況。

洪代表子仁

從比較角度來看，三年內統計數字的反應性比五年來得好，加上今年 4 月 15 日調整部分負擔，依過去經驗部分負擔實施半年內醫療門診下降 6% 使用率，這次醫學中心提高，但其他層級沒有提高，4 月份後勢必會影響醫學中心門診利用率。還有一個因素是過去政府宣布颱風天放假，過去 5 年機構可能照常門診，但近幾年考量病患和員工安全，除必要性醫療外，其他非緊急醫療(例如門診、健康檢查等)會慢慢停止醫療服務。

主席

聽起來大家比較傾向 97 頁表 2，近三年申報點數平均占率來計算，

還有沒有其他不同意見，如無意見就確認。

報告案第六案：修訂 106 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院 認定原則

主席

有關附件5部分，請醫管組說明。

醫務管理組劉科長林義

請大家翻到第 102 頁，這次有修改部分，臺中市外埔區改成大安區，影響醫院部分，請翻到第 105 頁，皇安醫療社團法人小康醫院，該院已經歇業，所以刪除。

主席

大家有沒有意見。

李代表偉強

偏遠地區我們這邊也討論過，也是長期以來的政策，印象中健保署認定的偏遠地區和衛福部醫事司認定有些差異，下次會議剛好也要討論點值問題，正好盤點哪些方案有保障偏遠、離島地區一點一元。認定的範圍涉及健保署、衛福部、國健署之計畫或醫發基金等，如有橫向的盤點，一來避免重覆，二來避免遺漏，對這案子我沒有意見。記得上次某個案子討論到 R 值調整時，有風險調整基金，後來曾經建議，門住診 R 值各減 1%，另外 3% 做為風險基金，就是要保護未必是偏遠地區，但是是需要照顧的醫院，可能不在這個裡面，可能是大城市邊邊的也需要照顧的，所以這不要也重疊了，意思就是說，不要有些醫院拿了好幾次，可是有些需要照顧的醫院卻得不到照顧，大原則是這樣，至於細節，原則上還是尊重健保署整體規劃。

主席

本案是要討論 106 年醫院總額架構之偏遠地區醫院的認定原則，大家有沒有意見。

陳代表亮良

有關偏遠地區的認定原則，請翻到 104 頁，雲林縣只有雲林長庚紀念醫院，這醫院是在六輕裡面，對雲林鄉親來講，在醫療幫助方面，幫助不大，從這角度來想，在雲林的山地偏遠的醫院認定，是不是請健保署針對這部分，可不可以重新的評估。

主席

請南區業務組同仁說明為什麼只有這一家。

南區業務組程慶惠

可不可以回去研究一下。

龐代表一鳴

第一，偏遠地區的認定，是山地離島，第100、101頁，南區唯一的山地是阿里山鄉，在嘉義縣，另外一個原則請翻到102頁是健保署公告，醫療資源缺乏地區，雲林縣有大埤鄉、台西鄉，雲林縣不是每一鄉都有醫院，譬如即便想保障古坑鄉，就我的記憶，古坑鄉也沒有醫院，跟大家說明。

陳代表亮良

健保署的回應，本席不予苟同，身為雲林人，我非常瞭解雲林，偏遠地區是大埤鄉、台西鄉，大埤靠近嘉義，台西鄉靠近海邊，我們這次認定是長庚醫療財團法人雲林長庚醫院，是在麥寮深入六輕工業區，既然設定偏遠地區，相對就是有醫療措施的補助，請健保署重新謹慎認定，平平都臺灣人，住在雲林，總不能說他的醫療品質被扭曲，因為雲林長庚醫院，在麥寮根本都是在應付六輕的員工，我們雲林人要跑到那邊去看診，倒不如跑到嘉義的太保去看長庚醫院會比較快，謝謝。

主席

大家還有沒有意見。

謝代表武吉

呼應陳代表的意見，南區業務組所增列認定的原則，是用google地圖車程要達到30分鐘以上，且呼吸照護費用占全院費用比率 $<40\%$ 之醫院且未有經保險人處以停(終)止特約，建議這方面應該要有所改善，尤其在雲林、嘉義、臺南，像臺南南關縣與雲林都只有一家醫院，有點偏頗一點，像部立朴子醫院也是很遠，所以我建議南區是不是稍微改善一下，給偏鄉地區的老姓公平正義的代表，謝謝。

主席

大家還有沒有其他意見。

王代表明鉅

南區、高屏和台北認定的標準，都有呼吸照護費用比率占全院照護

費用之一定比例，意思是不是說，醫院距離很遠，但醫院大部分的業務或是很多業務為呼吸照護就不算，我認為這做法是導果為因，就是說醫院開在那很難活，活不下去，所以才需要用呼吸照護作為主要業務，可是現在說，因為你呼吸照護是主要業務，所以我就不補助你，不能算在分區增列的標準；東區就沒有這一條，東區是用人口比例來算，就是這地區人口有多少人、醫師有多少人，不夠就給予補助，所以我想請教是，不管南區、高屏或是台北業務組也好，加上呼吸照護費用占一定比例以上，就不算數的理由是什麼，有沒有很明顯的依據，就是這樣的醫院不能補助，補助你就會出錯，不能補助的理由何在。

龐代表一鳴

這是報告案，分區認定原則，就我所知是經過分區共管會議討論過的，是不是請6個分區，把決議情形跟大家簡單的說明，否則大家都不同意，就是把這案退回去各分區共管會議討論，請大家下次再重來一次，很浪費時間。其實在座很多都是各區共管會的代表，大家都非常清楚，為避免議程冗長，是不是請各分區跟大家簡單說明。

主席

請高屏業務組說明。

高屏業務組彭錦環

高屏業務組在共管會議討論的重點是偏遠之認定與對分區點值之影響，畢竟分區認定的醫院，在點值結算的時候，會回補到前一季的平均點值，他們會用到分區的一般總額點數，所以經分區共管會議，各層級代表共同認定符合偏遠條件，針對呼吸照護費用條件部分，在過去5年、甚至是10年，健保署對呼吸依賴費用的管理，是非常重視的，所以共管委員認為這部分不應該被列入確保的範圍，所以我們才會認定醫院呼吸依賴的費用應該低於一定比例，這一個定義，在各分區也計算過很多次，就高屏來講，認為一般總額在每一季會保障或是補助這些醫院的點數，應該不可以高於500萬點，以避免對分區點值造成影響。

主席

南區的狀況和高屏區非常類似，被認定醫院的好處請翻到100頁，第二點(一)，如果是認定的醫院，當年認定的浮動點數以前一年各分區平均點值核付費用，意思就是說，在支付費用時是以比較優惠的點

值給醫院。因為是分區總額之下的從優支付，所以一定會經各分區共管會議通過，因為所多出來的預算，是來自分區其他醫院少拿的部分，第103頁是經分區共管會議討論結果，各分區的結果不盡然相同，但是為各區醫院願意做重分配的部分，剛剛代表提到呼吸依賴的病人，有分區有採納，有些沒有採納，每一分區這一類的醫院的比重也不相同。

謝代表文輝

講白一點，這個錢就是各分區同仁間愛心的表現，所以就6區自己去討論，愛心比較多的就拿比較多，愛心少的就拿比較少，總歸一句，健保署都沒有出錢，所以我是覺得這本來是政府的責任，該做的就應該要爭取費用，健保署應用其他部門預算來加強。現在醫院點值只剩0.89、0.90，一年就是差了4、5百億，這個是經過專案審查後，再經爭議審議，所以這樣的行為是經過檢查過，合情合理的醫療服務，這樣還少給了4、5百億，在這樣的情況下，各分區還這麼有愛心，把這些錢拿出來幫助較弱勢的醫院，這是很令人感動的，各分區由大家自己決定。我是覺得主席跟上面的長官應該要往上爭取，這是政府的責任，偏遠地區醫療不好，沒有辦法維持，所以要跟政府建議，這要拜託。這案子是我爭取的，我們南投的醫院，由縣長帶著我們去衛生署爭取的，但不只我們現在，全國偏鄉都受益。這本來就是政府的責任，所以十多年來，因為這樣的原因，每次我們的會議都尊重各分區自己善意的決定，希望維持這樣的傳統。

陳代表亮良

謝院長講的也是有他的道理，我來自基層，我一直強調我們在鄉下，除了南區外，中區我倒是滿認同的，提一個案例，報章雜誌有報導過，暨南大學有位學生在做實驗時，結果不小心去親近化骨水，化骨水的燒燙傷，緊急送到埔里基督教醫院，可是埔里基督教醫院沒有治療的專業和藥膏，結果也沒有轉診出去，造成這位學生要自行辦出院，然後再到有這方面能處理的醫院來做處理，所以從消費者、被保險人和民眾的角度，相對的，偏遠醫院，應該要予以適當的補助，希望他們能健全各方面的醫療品質，所謂偏遠地區的補助才有意義，讓我們的民眾在城鄉差距的過程當中來就醫，民眾的醫療品質才能確保，謝謝。

主席

下一次會議要檢討點值，是一般總額的點值，事實上整個總額是大總額下有幾個總額，也有其他總額，所以下一次開會時要全部檢討，除一般總額外，還有專款挹注的也都到很多醫院去，特別偏鄉也花很多錢，都是額外的，今天看到的只是一般總額分配部分，還有花很多錢在專款部分，所以大家一起來檢討。從經營者的角度，拿到的是各種不同名目，最後彙整到醫院，而不是只醫院總額，雖醫院一般總額是占大多數，但額外都是大總額下所分配出去的，所以真的要來檢討，就是全部一起來檢討。

這一次這個提案，分區已經開過會，傳統以來我們對分區在一般總額內願意互相幫助這事情上已經有決定，大家是不是就尊重，這純粹是分到分區總額後的小小重分配，大家有沒有意見。

謝代表武吉

這次總額的外包是由醫院協會來外包，經我們的瞭解，這個案應該有10年了，但南區完全沒有委員會，只有院長共識會議。

主席

會議名稱有院長會議或共識會議或聯繫會議，都是在做一樣的事情。

謝代表武吉

不是，依照這種規定，使得雲嘉南比較偏鄉的地方，只有一家醫院，實在說不過去，所以要對這些醫院要有所交待，像我們高屏就平均分配，比較近的不給，遠的就一定給，所以我覺得南區應該要重新再調整一次。

主席

南區的代表今天來，並沒有為大家做說明，南區是需要再補充說明，如果沒有用這個原則，是需要用其他方式去彌補，這也需要說明，不知道在座有沒有南區的代表，請邱院長說明。

邱代表仲慶

南區以前是沒有共管會議，是由健保署南區業務組召開院長會議，相當於其他分區的共管會議，每年都會做這個流程，大家沒有意見都會照這個原則。剛才謝院長講到重點，偏遠地區認定愈多的話，那個區的浮動點值還會再往下降，所以要不要多或是少，是由分區的共管會議去決定會比較恰當，所以南區一直從94年到現在沒有改，是有它的理由。

台南山線的醫療資源很缺乏，山線的醫院是不是要給它補助呢，主席剛剛提到下次要討論點值，我倒是覺得是不是要各種的補助整理一下。如澎湖醫院也有衛福部的補助，不是健保要去決定給的，這是剛剛謝院長講，要去爭取公家的資源，台東地區是不是公家的資源可不可以補多一點，不是都用健保的錢去補偏遠地區，那台東的點值就一直往下降，這也不太對，所以要討論點值，應該是各種補助的資源應該都要攤出來看一看，部立醫院本身也有很多資源，所以建議整理一下。

鍾代表飲文

剛剛各位先進的意見我都贊成，特別是陳代表和謝院長特別關心偏遠地區，另謝文輝院長也提到，基本上是各地區共管會議提出。剛剛非常高興聽到主席提到下一次會議就總額外的經費，例如公務預算，理論上應該要有一部分挹注偏遠地區，去保障陳委員比較關心偏遠地區民眾的就醫權益，建議這案子，今天還是原則上尊重各區的共管會議，讓它通過，下一次我們再就總額外整個的預算再來檢討，尤其是南區的部分，是不是把今天委員的意見回饋給南區業務組在下一年度的時候，特別要去注意這部分，花比較多時間去檢討，謝謝。

主席

非常謝謝鍾院長的建議，鍾院長的發言實錄，我們記下來，並提供給南區業務組來做瞭解，我們也希望南區業務組來回應一下，您要發言嗎。

南區業務組程慶惠

剛剛大概看了一下，其實在偏遠地區補助的部分，有兩個計畫，一個是偏遠地區醫院認定原則，另一個是醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，南區醫院主要適用醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，只是不好意思我現在沒有細部資料。

主席

偏遠地區不是只有今天這個案子，有非常多，今天看到只是片段，大家有一些誤解。陳代表很關心雲林，我們能理解，但這不是全部，下一次先就健保的部分，做一個盤點討論，如果再有不足，大家要去爭取公務預算，已經超越健保署的權責，所以下一次的會議，僅止於討論健保的相關資源，而不是片段只看一個案子。

陳代表亮良

聽一聽也知道，就是粥少僧多，原則上就是那個區健保預算是這樣分配，當然那個會議，我們予以尊重，在這邊也希望南區的部分，相關資料提報給本席，如果相關預算到健保會，我們會有相當的監測機制，我們會來瞭解一下，謝謝。

主席

大家有沒有其他意見，如果沒有意見，我們就通過，接下來第七案。

報告案第七案：106 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療標示作業

龐代表一鳴

向大家簡單報告一下，本案各總額部門都有，第一點，前一段時間新聞報導巡迴醫療，有些院所使用某些政黨的辦公室，再加上宣達不是很清楚，全民的費用大家都以為是政黨在用。第二點，有很多代表跟我們表示，確實看到很多偏遠地區有醫療提供，很感動，但表達出來確是某某院所來義診，義診還要帶健保卡，這很奇怪，這其實都是全民的貢獻，沒有辦法適當的表達出來，所以我們才趁這機會，承蒙健保會委員的幫忙，增列預算，並不會分到其他總額裡面，有這筆預算來支應標示的費用，各地方標示條件都不一樣，有插旗子、布條，海報等等，所以才讓各院所用自己的方式標示。也因資源有限，場地大概是借用的，所以標示沒有辦法長期放在那裡，比較辛苦，每次都要帶回來又帶過去，我們希望每次巡迴醫療的時候都可以展現出來，為了方便使用和方便核銷，在 5000 元的原則之下讓執行單位來做，也讓各執行單位來選擇他的色系，所以我們在西、中、牙各個部門都有這項費用，以上簡單的說明報告。

主席

這個案子是報告案，在座所有的代表不見得會有這項服務，但如果有執行的醫院，請各分區業務組輔導，從今年第一季開始，希望出去做巡迴醫療的醫院，一定要帶這標準的標誌，而且所有必要項目都需要敘明，資訊要清楚。服務據點是屬於健保的偏遠地區，或資源比較不足地區的巡迴醫療方案，資訊透明後，避免民眾誤會，不要讓民眾以為有一些弊端，既然是義診，為什麼還要刷健保卡等等，我們也要花很多時間去查證，都是勞民傷財，我們把訊息釐清，避

免相關誤解，大家有沒有意見，若無意見就進入討論案。

討論案第一案：106 年醫院部門醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%，超過部分，不予分配之執行方式

醫務管理組劉科長林義

討論案第一案要討論於 106 年總額決議，即醫院部門醫學中心和區域醫院初級照護的件數不得超過 105 年的 90%，超過部分不予分配。在議程說明二，於 11 月 16 日、12 月 7 日、1 月 5 日和 2 月 7 日，召開 4 次會議來討論什麼初級照護的定義，共識是以 105 年西醫門診申報案件數排名前 500 項做為討論基礎，經過 4 次會議的討論，可納 106 年醫學中心、區域醫院初級照護項目，總共有 205 項，後來有代表提議一些特殊條件應該要予以排除，總共有 10 項，其中第 9 項請兒科醫學會就特定的項目予以排除，兒科醫學會於 2 月 17 日函復所勾選的 30 項。

既然定義和排除範圍都已經確定後，現在要討論如何分配，分配方式請看說明三，第一點按季節算，首先我們要來看看整體的，假如該季該醫院部門的整體初級照護件數，整體的初級照護件數並沒有超過 105 年的 90%，我們是不予核扣的；如果有超過 90% 的部分，就會進入下一個核扣步驟，核扣的部分就是以各醫院超過 90% 的案件數，當然前面排除的部分都已經排除了，就是超過 90% 的案件數我們來核扣，那當然上次還有委員提到說，初級照護的管控的件數，屬於那個醫院初級照護的件數本來就已經很少，是不是要訂一個下限，把它排除掉或是該醫院初級照護率小於某個百分比，是不是都不予核扣，那我們有整理一個說明，請翻到第 14 頁，表格第一欄是原本的 ICD-9 轉 ICD-10 初級照護比率，供大家來參考，從試算 A、B、C，是從 205 項來試算，試算 A 就是純粹用 205 項，排除就是已經排掉 1~9，那第 10 項，因為比率還沒有確定，那第 10 項就是說 205 項裡面中，醫學中心加區域醫院占率小於一定比率，這一項也排除，假如這個比率訂在 3% 的話，就會排除 51 項，也就是 205 項裡面，只剩下 154 項；訂為 5% 排掉 91 項，也就是說 205 項只剩下 114 項，在 3% 部分，大家可以看到醫學中心、區域醫院的占率分別是 15.46%、18.19%；5% 部分，醫學中心跟區域醫院的佔率分別是 14.68%、16.63%，資料讓大家參考。

等會大家討論排除的比率到底是多少，請翻到第 15 頁，舉一個案例每季來看，超過 9 成的怎麼樣來扣，A、B、C、D、E、F 6 家，假如 105 年初級照護案的件數，如 A 醫院是 1000 件、B 醫院是 5000 件，106 年 A 醫院 1100 件、B 醫院做 6000 件，那因不得超過 105 年的 9 成，超過的部分要予以扣除，也就是說 A 醫院，1100 件，超過目標數 900 件，B 醫院目標數就是 4500，用 A 欄位值的 9 成來計算，就是 106 年的目標數。所以以 A 醫院為例，申報 1100 件，目標數是 900 件，所以就應該要扣掉 200 件，那當然也有做的比較好的，例如 F 醫院，目標數是 1980 件，只做 1900 件，還-80。申報總件數，是要來計算初級照護率，假設醫院申報總件數，算出來的初級照護率是這樣子，剛剛有提到說，初級照護率在某個比率以下要把它扣除的部分，這個案例是低於 5% 以下把它扣除，所以底色的這個，因為它算出來的比率是 4%，所以就假設他的案件就這家醫院不予扣除，可是這家醫院不予扣除，我們為了要讓他達到總量，還是要低於 9 成，所以這個不予扣除的這 100 件，就勢必要攤到其他扣除醫院的身上，假設大家認為這個不予扣除的愈高，那其他醫院可能要攤的就愈高，因為我們要確保總數一定要達到 9 成。攤扣的比率是按照權重，看到 G 欄，會去算到權重，H 欄是攤回去的件數，所以每家醫院要扣的件數就是 I 欄(D 欄+H 欄)，乘以當季該醫院平均初級照護的點數，即 K 欄，就是最後要扣除的點數。

主席

請大家翻到議程第 20 頁，106 年醫院總額協商時，健保會協商的重點是配合分級醫療，希望 106 年醫學中心跟區域醫院初級照護的案件逐年減少 10%，為了落實協商的結論，就有一系列的討論，回到本案，所以大家開始質疑何謂初級醫療，在 ICD-9 的時候，當時有一個定義，是 2000 項初級照護的 code，轉到 ICD-10 是 8600 項，醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所的占率在第 4 欄的部分。那大家會覺得那些是初級照護，所以經過 4 次會議，並邀請呂宗學教授協助，及邀請各專科醫學會開會，就屬於該科為初級醫療形成共識，大家密集研議，最後討論為 205 項，這 205 項是不是就是初級照護，也還不盡然，但是屬於 106 年醫學中心跟區域醫院要管控的初級照護項目，換句話說，就是從這裡來開始管控。

205 項初級照護的占率和 8600 項占率差異不是很大，最後雖然有同意 205 項，但是認為在第 4 頁的第 1~10 都應該排除，另還沒有確定

就是第 10 項，醫學中心和區域合計小於一定比率排除，請翻到第 14 頁的試算表，A、B、C 三個試算表要那一個，這是第一個要討論部分。第 2 個要討論的是第 16 頁，確定之後要怎麼核扣，不知道說明是否讓大家更瞭解這個案子的重點。

郭代表宗正

我知道健保署有開過 4 次會，今天容許我代表婦產科醫學會，請求一個項目，在補充資料第 9 頁的序號 153，女性骨盆炎性疾病，這疾病可大可小，有時候會危及到生命，所以懇求是不是暫時不要列入初級照護，因為 2 月 7 日那天我們婦產科醫學會派代表來，但就是沒有辦法說服健保署，謝謝。

李代表偉強

這個案子已經討論超過 2 個月的時間，按照討論的結果就是尊重科學證據，從以前的 1800 多項，到後來的 8000 多項，濃縮成 205 項。現在列為 205 項的初級照護，認為民眾應該要優先到診所或是地區醫院來看病，如果直接到醫學中心或區域醫院來看病，就認為是沒有跟隨分級醫療的原則，所以醫學中心和區域醫院初級照護案件超過 105 年的 90% 要扣錢，所以 205 項就是相對的輕症，按照疾病來看，而不是按照整體，所以後來有 10 項要排除，如病人搞不好原來是某種癌症，癌症治療之再回來追蹤，後來也會咳嗽，也會感冒，符合 205 項時，應該要看整體，而不是看某一次橫切面的疾病，所以我們才需要有排除項目，所以這項目不管如何，我們尊重各學會的結果，除非各學會還有其他意見。

另提兩個意見，如某些醫院已經做得很好了，不到 10%，這 100 件還要分擔給其他醫院，合不合道理，大家不妨再討論，而且會增加公式的複雜性，各醫院自己做的事情自己擔，為何還要分擔別人家的；第二，任何一家醫院如果超過 90%，比方超過 3%，是扣該醫院初期照護平均點值，這是一種做法，至少比以前，以前是扣整體的平均點值，那更不合理，扣自己醫院相對起來比以前的方案好很多，即使如此，每項初級照護點值，也有診察費，有好多相關的檢查費等，這要一起扣嗎？這已經付出相關一定的成本，所以我意思是要扣，我們贊成，但你要扣什麼部分，會上再討論是部分扣或整件扣。

主席

謝謝，很具體。

謝代表景祥

第一個定義，從 8000 多項變 200 多項，我相信到最後，大家仔細研究過之後，沒有醫院會扣到任何一毛錢，請翻到第 9 頁，第 144 項到第 149 項，M129 關節病變，意思是未明示，就是不寫關節痛在哪裡就是 M129；M121、122、123 只要寫清楚是肩膀、手肘，就全都排除了，為什麼 M129 會是前 500 項呢，因為當 ICD-9 變 ICD-10 之後，醫生記不住那麼多碼，反正關節病變，就寫 M129，不會去區分 M121、122、123；還有 M179 膝部骨關節炎，也是未明示，要說明左腳、右腳還是兩腳都有，也不在裡面，所以扣不到錢，再來 M1990 未明示部位的骨關節炎；再來 M2550 關節痛，這也叫未明示，2051 是肩膀、2052 是手肘、2053 是腕關節，所以百分之百都可以避掉。再來看第 6 頁，序號 21 至 23，M545 下背痛，只要分清楚是腰痛 5406，那就閃開了，或是 5405 是腰椎和胸椎痛，高了一點，或再低一點，腰椎、胸椎 5407，也完全閃掉，所以骨科碼百分之百會被閃掉，剛剛郭院長擔心的 N739，也是一樣，只要後面有個 9，叫做其他，只要分清楚，N731、N732 有分急性、慢性或蜂窩組織炎。

郭代表宗正

跟謝院長報告，我們只有一個的時候，沒有分左右上下。

謝代表景祥

我知道，你們有分急性、慢性，我剛剛上網查過，N739 沒有分上下左右，有分急性、慢性，到底腹膜炎或 cellulitis，只要寫清楚，不要寫到 9，就百分之百可以閃掉，所以我覺得，最後認定的標準太過 rough，這樣下去每一家醫院半毛錢都扣不到，大家放心，這個東西做下去還有意義嗎？不重新檢討就做下去，就沒有意義。

謝代表文輝

我有參加和各專科醫學會討論的會議，基本上政策沒有上、下一致的共識，專科醫學會立場是希望弄得模糊可以閃躲，在醫學中心小兒科還是那一個科都認為需要依現狀活下去。我們現在醫學中心也很可憐，獲利率都是個位數的，有時候沒有加上業外收入，事實上都是不能動，有些科一動就會受不了，我們都承認，所以當天討論規則的時候，根本沒有要推動初級照護的觀念，像骨盤腔發炎，說不是初級照護，那開業的婦產科醫師大概沒有什麼活好幹了，所以我是覺得大家沒有共識，所謂要降初級照護，專科醫學會來是說現

在的狀況就是要這樣靠大小病通知這樣才能活，在這樣情況下討論出來，就會像剛剛謝院長所說的那樣的狀況，全部項目另要標示部位，就全閃過，那真的會是誤會一場。大家看法不一樣，如果真的要走向分級醫療，第一，民眾要會怎麼去分級看病，像現在這種分法，醫師都不知道怎麼教病人那一種要來大醫院看，那一種不要來看，搞不清楚。假設拉肚子有 5 種，只有一種可以來這裡看，另外四種不能來這裡看，病患不知道要怎麼教。這分級醫療是長期地區醫院的一個訴求，很感謝長官很勇敢的踩出這一步，我們是支持，但我們希望他成功，所以我是覺得，健保署和部都要有承擔，所有的醫院其實都很支持政府的政策，只要是好的政策，現在分級醫療大概是醫界的共識，但是要有一條可行的路給醫院，像這樣的方式，所有在座的大小醫院，老實講，不知道要怎麼管，到時候就隨便他了。做為一個醫院的管理者，舉一個例，假設預防注射在這社區、基層診所比較方便，普及率才會高，那麼像預防就明說不用來大醫院，地區醫療診所的設備都很齊全，這樣民眾能夠清楚遵守，大醫院就會把這個部門關了，這些部門的人員我就在職訓練好，給兩年、三年的緩衝期，這些人訓練完就去病房、ICU，大醫院很好解決。所以像這個連醫師都不知道要怎麼分辨，民眾怎麼會知道，除非你要他來背一背，否則搞不清楚，所以我是覺得要明確，例如慢性病連續處方箋，這就很明確，要開長期的就是要到社區，因要三個月都不必找醫生看，當然社區有辦法處理，這樣民眾有辦法了解，醫院才有辦法處理。現在如果要做目前這個方案的話，我是覺得可能要重新考量，未來的會不會像剛剛說的沒有剩幾項，像關節痛不可能不知道那個關節，只要一標示就全部排除不在這裡頭，所以我是覺得這個我們要好好想想，你要考慮醫院能夠配合，不然像這樣的遊戲規則，只好像剛剛說的，這部分要給你減，但另外的部分要給我補大醫院因此根本不用管控，順其自然，那以後你會發覺，大醫院初級照護一樣愈來愈多，因此整體邏輯是不是應該要重新去思考。

龐代表一鳴

補充說明，第一點，呂老師當時數據是這些編碼目前在西醫基層占率較高的，而不是在醫院的占率比較高，未明示標示比例上是基層比較高，大醫院相對較少。第二點，primary care 世界衛生組織定義，不是 primary care 疾病要優先去哪些醫療機構看，而是指一個國家醫療體系能夠普遍提供並能讓國民普遍看診，基層院所的就醫率相對

比較高，如你家住在大醫院，就近當然往大醫院，也不是不准去某些醫院看，再次強調，不是一定要先去哪裡看或不能去哪裡看。第三點，大家花太多時間在沒有達到健保會所訂指標的扣費方式，但只要整個層級達到健保會指標則不會扣減，未達到才會核扣。

謝代表文輝

大家都願意努力，要讓管理者有辦法努力，建議定義要明確，民眾要能宣導可以遵循，醫院醫師要處理才有辦法處理，另要給醫院緩衝時間，這是轉型和現在型態不一樣，最好不是用件數計算，因醫院也是很認真做，反而用這些範圍內的給付逐年的降5%或10%，醫院就會算三年以後這類型案件不划算，所以三年內就轉型。

王代表明鉅

剛剛龐組長所提的 primary care 定義，那現在民眾已就自己的意願做選擇，既然是普及性，大家都可以看，現在民眾已選醫學中心看白內障或不明示關節痛或 205 項定義的項目，健保會為什麼還要要求降 10%，理由不就是說醫學中心不能看這些小病，雖然小病大家都可以看叫 primary care，這想法矛盾，小病對但不能去你家旁邊醫學中心看，這是不行的，所以醫學中心要少看 10%。

大家有兩種做法，一種是大家都通通不理他，結果超標就要罰，就追誰做得不好，另一種是大家都很努力都不要做，所以假設可以從 12 月 1 日開始，醫學中心貼公告白內障等通通不要來看，公布出來，因為健保署規定，否則我們要被罰，是不是健保署同意醫學中心做這些事情呢？如果要推動這政策，剛剛謝院長提到要讓醫院可以操作的方法，這就是可以操作方法，把 205 項貼在公告，不要來掛號，這樣可以達成，請問要這樣做嗎，健保署願意承擔這樣的責任嗎？或許健保會定義不是龐組長的定義，或許是指我們想的輕症的定義，所以初級照護不要在醫學中心看，應該要少一點，整體目標希望大家要達成，如果達成也不會罰，可是操作方法很困難，唯一好方法就是 12 月 1 日貼公告這些疾病不要來看，不要掛號，眼科、婦產科或五官科影響會很大，健保會要求不見得沒有瑕疵，可以重新再討論的。

主席

請健保會代表說明。

全民健康保險會陳組長燕鈴

之前健保署召開相關座談會時付費者代表已說明，因社會普遍反映醫學中心和區域醫院病人壅塞問題，為提升醫療服務效能，付費者期待醫學中心和區域醫院可以加強重症照護，故另有預算優先調整重症支付標準，同時希望初級照護案件可以下轉，最後依據衛福部裁定醫學中心和區域醫院初級照護案件不超過 105 年 90%，超過部分不予分配。另健保會在總額協商之決議，未就初級照護案件予以定義，是尊重健保署與醫界操作面的共識。

潘代表延健

剛剛報告時確實有提到原來是 8600 項變 205 項，大家看第 14 頁，初級照護占率及總件數，即使是 205 項還是與 8600 項相似，接近 9 成，所以刪掉那些項目是空包彈，用不到的編碼，先釐清。第二點，現在初級照護編碼雖不是令人滿意，但是新的措施，所以大家要想後續的後座力，現在的手段從醫院去做扣款，除這方法外，希望回應到民眾的行為，去教導民眾慢慢該類疾病不要到醫學中心或區域醫院看診，但對民眾會有影響，在我們可以掌握的範圍，用漸進式方式，非一步到位。經過前面 4 次初級照護診斷中，在這部分在第一年用 205 項診斷碼定義試著做做看。第三點，計算低於 5%，醫療院所如果有超過要攤到其他醫院裡，前幾次討論這些疾病是這些診斷，但仍有少數百分比是我們沒有辦法掌握，還是屬於危險性比較大或病人找了好幾家或未經轉診跑到醫學中心，這樣少數的百分比是允許它存在的，才會考慮低於一定百分比就排除，另外假設醫院已經很努力，做到低於一定百分比，如小於 5%，就應給予尊重，不應該把超過部分轉嫁到其他醫院。第四點提出一個請求，補充資料是今天才有完整的資料，如試算和決定要如何反映在費用支付部分，建議處理方式中今天不要做定案，我們帶回去內部做討論，我們幾位代表也不會背負這麼大的壓力，回去就要承擔今天就要承諾這樣做，把時間點再做空間緩和。

張代表國寬

第一點如果按照這方式執行下去，最後大概醫學中心和區域醫院病人數不會改變但編碼會改變，除了五官科以外，內外科系的編碼調整要降 10%不是太困難，但執行面做下去意義不太大。另一點要反映的是醫學中心規模比較平均，但區域醫院層級規模有些接近醫學中心，有些接近地區醫院，接近地區醫院者初級照護占率本來很高情況之下，要他下降 10%，對醫院來說是很嚴重的懲罰，因區域醫

院規模不一，是不是一定要這麼做，值得考量。第三點建議，台灣病人自主太高，根本沒有什麼機制去規定哪些醫療機構不能去，醫院沒有選擇的機會，建議公部門要積極去做轉診的宣導，不要把責任放在醫院層級，造成運作的困難。

張代表克士

在很多開會場合或參加媒體節目，我也常提到跟今天相關的內容，針對分級醫療，我常說，目前的狀況是，醫學中心人滿為患，地區醫院倒一半！這兩種狀況都很不好，對醫學中心不好，對地區醫院也不好，要如何改變這狀況，讓醫學中心不要被初級照護病患排擠急重症病患，而使得真正需要醫學中心處理的病人無法得到適當的照護，這是我們想要改變的重點，但是這有個前提，就是希望急重症支付可以提高，所以今年有 60 億加在急重症。讓醫學中心和區域醫院減少初級照護但是增加急重症的給付，這才公平合理。剛剛也有代表提到醫學中心因為固定點值的保障占率較高已經占了一點便宜，而且因為規模較大又有成本優勢，其實以上這幾項已經讓醫學中心比地區醫院增加經營的優勢，所以應該讓一些初級照護病患到地區醫院，讓地區醫院能夠存活，剛提到偏鄉，很多偏鄉已經沒有醫院，對鄉下民眾很不公平。王教授說的也沒有錯，現在因果倒置了，因支付誘因弄錯了，讓大型醫院做急重症因給付不好活不下去，只好多看一些門診初級照護，而台灣讓民眾太自由了，我們官署從來沒有限制民眾或教育民眾，在大陸做分級醫療，是規定三甲醫院不看門診，只收住院和急重難症，很多歐洲和先進國家也都是這樣，在台灣，如果連指標性醫學中心的門診都大於住院的收入，是很不像話的，長期的目標，是希望醫學中心門診佔率應該降低，能夠多做一些住院和急重難症。

另一個重點是需求端，也就是民眾端，我們因為沒有好好教育民眾，讓民眾把我們珍貴的醫療資源當 seven 在用，讓醫護人員過勞，而且單價太低，造成醫師不如理髮師，插氣管不如通水管、心臟按摩不如腳底按摩，這對醫療提供者是非常糟蹋的，台灣醫療實在太廉價了！主管官署要讓民眾了解，醫療資源非常珍貴不要濫用。現在部分負擔調整 60 元，相當於一個便當，這樣效果一定很有限，如果依照健保法 43 條以固定比率來收取部分負擔，醫學中心平均門診單價約三千元，部分負擔 50%（不經轉診）約 1500 元，這跟現況差非常遠。另外，呼應謝院長提的，我們要把定義及作法明確律定，例如預防

保健和成人健檢應該儘量社區化、在地化，在地區醫院做就好了，再次強調民眾是要被教育，主管官署要負起責任。

黃代表雪玲

呼籲一下，之前開過 4 次會議就反映過王教授所提的，醫學中心很難執行，除非是全有或全無，現在保留 90%，如一位醫師看 100 位高血壓病人，到底哪 10 位病人下轉，民眾會不會抱怨。

主席

概念上沒有保留 90%。

黃代表雪玲

那我們貼公告，至即日起高血壓病患我們不看，這樣才有可能做到轉診，這狀況下當然醫學中心想辦法能轉就轉，少扣為贏。另排除條件請確認是不是西醫院總額外(如:牙醫、洗腎)均可排除？另外只有民眾來看醫師診察時才知道病人是不是初級照護，是不是就有診察費的案件才核扣？其他案件則排除。

至於如何核扣部分，初級照護率小於 5%或 10%不予核扣，既然已經是績優股了，就不要列分母了，假如要降 10%，各院都不知道其他醫院有沒有達標，如何預知要被攤扣多少，攤扣部分是否不要做各院攤扣了。再則藥費和醫材都有成本投入，是否只扣診察費就好？

謝代表武吉

主席很辛苦主持四次的會議，我參加 2 次多，感謝健保署很辛苦計算出來，對於今天所提出的第 14 頁，有點數但沒有呈現件數。

主席

有呈現件數。

謝代表武吉

好，我們感覺那幾次會議中，各醫學會代表大部分是由某層級代表醫師來參加會議，他們都是採保護自己的心態發表意見。健保會會議上，多是消費者委員所提的案件，不是我們醫界委員所提的意見，健保會委員應深思熟慮要怎麼處理，大家要注意到剛龐組長提了一件重要的事情，如果醫院可以將初級照護案件做到下降 10%或下降 5%，剩下的 5%要怎麼回來的時候，是大家要共同討論，要研究的方式，因為沒有回回來而被扣，以後是不是再取得相關費用，應該去考量。還有第 14 頁內容以後不用再提到地區醫院和基層來討論了。

最後，我記得 12 月 7 日那一次會議謝文輝理事長曾經提到慢性病連續處方箋問題，主席有提到下一次會議再來決定，但這裡沒有提出排除，好像對謝理事長比較不尊重一點了。

主席

慢性連續處方箋稍後討論。

羅代表永達

第一點，第 14 頁是指這些疾病當中，分布在醫學中心和區域醫院的百分比，因很多人都誤會是醫學中心這狀況占門診的百分比，如只占 2%，扣掉 10%，剩下 0.02%，大家都誤會數字了。第二點，呂教授現在到台中市擔任局長，呂教授花很多時間在未明示部分，有明示都排外了，依這樣數據從 review 分布可能不是這樣子，醫學中心可能會大增。在 ICD-10 coding 我們會訓練醫師不要 coding 未明示，因為會影響 CMI 值。第三點當時健保會提的時候，有很多的考量，假設在醫學中心占 4%，再減 10%，即減 0.4%，需要拒絕民眾來嗎，不用，只要不要預約，可以去地區醫院或基層看，這樣至少可以減 10%，並沒有降到零，也不用公告，這是整體配套當時的想法，而不是誇大很多東西。事實上，假設今天所談到數字是明確，剩下的就是配套，如謝景祥院長提到的，關節痛或關節炎，把不是標側式，也不是急慢性就可以納進來，也要盡量完整，否則大家告訴醫師未明示不准開，有什麼困難的，有沒有意義，有達到健保會的要求嗎，顯然不是。最後，李偉強代表提到，大家來這裡是背負壓力，今天要通過這案子不夠周延，署是不是重新研擬再提會討論，不應該今天這方式草率通過。

陳代表亮良

今天議程對初級照護率，大家討論的非常好，與會先進也提供實務寶貴經驗，很多涉及衛福部職權，不是健保署職權，至於這案子站在消費者角度還是要支持健保署，各種醫療服務直接資源，不外乎是台灣人民繳的健保費，繳費的過程中，消費者病人也希望得到非常完善的醫療措施，不希望透過加加減減扣抵來影響台灣引以為傲的健保制度，及台灣人民的生命安全健康，本席絕對支持健保署，如果各委員有特別意見，就私底下溝通或做註記，讓整個案在健保會很多委員再一步的審核。

龐代表一鳴

今天的臨時報告案有分級醫療宣導，這是分級醫療 6 大策略 24 配套之一，本來今天議程對分級醫療宣導說明，但看主席意見，因為時間晚了，資料供大家參考。這個版資料是醫界參考版，還有民眾參考版，現在的指令對各業務組，現在已開始密集 150 場宣導，要跟大家來說明，整個配套包括部分負擔、轉診等做宣導，另電腦轉診系統明天和各業務組宣導教育訓練，各業務組收到指令後，會到各轄區醫療院所宣導，並著重家醫群，家醫群本來就有轉介系統，希望優先適用，相關配套目前都是積極展開，誠如剛代表所提的，調整重症和初級照護費用，也有代表提到逐年漸進式的改革，回憶一下這一項決定的背景，前一陣子自由時報有刊登各層級照護人數，基層有減少，醫學中心有增加的背景，所以健保會下這決議，因為健保會議是每年協商，明年會不會有這協商結果不知道，每年協商之下，健保會委員一定會看各層級醫療利用分布，假如有改善可能不會有新的策略出來，但是現在策略無法改善，會不會有其他策略不知道，整體的架構是這樣，是擴充基層量能，讓民眾就近就醫，建議好的轉診制度，KPI 就是這指標，如果沒辦法達到效果，就一定會被要求改其他的 KPI，所以剛有醫院提到慢一點，下一次會議是 5 月，5 月第 1 季已經結算了，因這指標要求全年，有一季時間沒有做這些，會造成大家困擾，是不是就過去幾次會議基礎下，就不要更動，至於細節部分，有影響是醫學中心和區域醫院，請醫學中心和區域醫院盡快 1 周內給予我們回復，按照原來方案，若沒有變化就不要開會了，有大變動再另會議處理，以上建議。

謝代表文輝

今天看到一個明確的問題，這定義是可以刪掉的，像骨科就 100% 被刪掉了，關節痛一定可以寫出部位，所以從剛剛看了就知道骨科就全部排除了，基本上要做修正，否則第一次做就這麼漏氣，各醫院也會沒面子，會被笑，我是覺得基本定義修正一下，還是依據 205 項沒有關係。

主席

大家都表達很多意見，現在看到的數據是眼前 coding 的行為呈現，將來 coding 行為會不會改變，也許，但要滾動式的檢討。第二點這次健保會建議是減少 10%，也不是歸零，其實只是一個政策意涵滿重的。第三點，4 月 15 日部分負擔調整，民眾的行為也會自動做一些改變，所以這些外在環境，如推動落實轉診，這可能都會影響結

果，不見得大家要做什麼大動作，說不定自然而言就會達到。
至於大家對計算核減有意見，大家希望拿回去研究一下，有這樣的訴求，這提案最好能通過研商議事會議，再執行會比較好，牽涉每家醫學中心和區域醫院，可不可以開臨時會？因為第一季結算，下次開會是五月下旬，太晚了，如果大家同意今天就帶回去，擇期 3 月到 4 月份之間，看準備情形召開臨時會，另原來檢討點值在 5 月再討論，大家同不同意。

謝代表文輝

同意。

謝代表武吉

同意。

主席

今天大家意見通通收錄，請三個層級協會於 2 周內將今天初級照護意見以書面回復，並擇期召開臨時會。

謝代表景祥

第 14 頁的數字好像有錯，8600 項醫學中心的值是 879587，但是理論上變成 250 項時候，數字應要變少的，但醫學中心變多了。

龐代表一鳴

8600 項定義和 205 項定義是不同的，205 項不是從 8600 項挑選來的。

李代表偉強

有些代表對 205 項有意見，下次臨時會前健保署要不要更新，由健保署決定，我沒有意見，不管如何修改一定會有意見的，因已開了 4 次會議，要多廣泛不知道。在下次會議之前，第 4 頁提到排除項目有 10 項，加上慢性連續處方箋，共 11 項，要確定。

主席

排除項目第 1 項到第 9 項已經確定了，第 10 項今天沒有討論是要 3% 或 5%，再上慢性連續處方箋，所以 11 項，但慢性連續處方箋的意思是要下轉不是要排除，正好相反，再蒐集大家意見。

李代表偉強

下次會議前先蒐意見。

主席

下次會議前會把資料給大家，下次會議就要決定了。

李代表偉強

如果這政策勢在必行的話，建議設定時間。不論 205 項或幾項沒有關係，最後還是要讓民眾知道，不然醫院端要回去跟醫護人員說，民眾到醫院怎麼拒絕呢，上游端要請健保署進行。

主席

剛剛龐組長已經跟大家報告了，從今天開始進行宣導，對於落實分級醫療、落實轉診和調整部分負擔部分，都會宣導，包括提供者和民眾。今天會議到這邊結束，謝謝大家，另有提供分級醫療簡報資料，請大家參閱。