

# 「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 次臨時會議紀錄

時間：106 年 4 月 11 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	蘇聰賢代
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	陳瑞瑛代	李代表允文	請 假
郭代表宗正	郭宗正	趙代表昭欽	吳淑芬代
謝代表文輝	請假	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	陳石池	張代表克士	張克士
張代表德明	廖秋鐳代	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	王敏容代	陳代表威仁	陳志麟代
鍾代表飲文	鍾飲文	劉代表淑芬	劉淑芬
林代表欣榮	請 假	劉代表家正	林應然代
趙代表有誠	請 假	顏代表鴻順	顏鴻順
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：

呂教授宗學	呂宗學
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
台灣醫院協會	林佩菽 王秀貞 林玲珠
	董家琪 柳汶廷
中華民國醫師公會全國聯合會	林筱庭

中華民國護理師護士公會全國聯合會 梁淑媛

中華民國物理治療師全國聯合會 林士峰

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 請 假

國防部軍醫局

謝宗保

李宣緯

本署臺北業務組

余千子

宋怡慧

本署北區業務組

謝明珠

江謝佩妘

本署中區業務組

詹玉霞

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

本署醫審及藥材組

黃兆杰

本署資訊組

姜義國

本署企劃組

柯秉志

本署醫務管理組

陳真慧

張溫溫

劉林義

洪于淇

楊秀文

王金桂

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：106 年醫院總額一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金案。

決定：經北區業務組 3 月 15 日醫院總額共同管理委員會決定，考量醫院總額運作和諧穩健，同意由北區移撥 0.45 億元(全年)，做為東區風險調整基金。

## 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：

#### 一、初級照護部分管控項目範圍

- (一) 原 205 項目再增列其所有側性及部位之項目。並將傷害碼前三碼之第一碼為“S”，且第三碼為“0”或“1”均列入。
- (二) 其中「N739 女性骨盆炎性疾病」及「N939 子宮及陰道異常出血」與婦產科醫學會確認；「H60XX 外耳炎」及「H66XX 化膿性中耳炎」與耳鼻喉科醫學會確認。

#### 二、排除範圍

- (一) 急診
- (二) 論質試辦計畫
- (三) 轉診
- (四) 次診斷為重大傷病(主診斷為初級照護項目)
- (五) 預防保健
- (六) 代辦案件
- (七) 代檢案件
- (八) 出院後回診
- (九) 經會議共識排除兒科(6 歲以下)之項目
- (十) 論病例計酬案件
- (十一) 門診手術案件
- (十二) 山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS 計畫)
- (十三) 居家醫療

#### 三、核扣方式

- (一) 按季結算，並自 106 年 1 月 1 日起實施。
- (二) 若當季該院初級照護率低於 5%，不予核扣，其超過

90%之件數不予攤扣至其他醫院。

(三) 核扣金額＝該院當季超出 105 年 90%之件數 X 該院當季初級照護每件平均點數計算。

四、軍醫體系之醫院

考量國軍醫院特殊性，本案計算初級照護件數時國軍醫院排除軍人及軍眷，並請軍醫局協助提供相關資料。

伍、散會：下午4時40分

陸、與會人員發言摘要詳附件1

## ※與會人員發言摘要

### 一、報告案：106 年醫院總額一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金案

#### 主席

本案因今年分區醫院總額 R 值調整，各分區總額成長率沒有一致，平均 5%，調整後北區成長率稍高，其他區成長率沒有到 5%，東區成長率是最低的，考量東區特殊性，於 2 月 7 日邀請各區共管會議代表召開會議討論，當日沒有達成共識，因多數分區表示已比平均少拿了，怎麼可能再處理。所本署後於北區醫院總額共管會議討論，經過說明後，北區代表同意移撥 4500 萬元給東區，故東區成長率略有提高，但調移後北區成率還是最高，東區最低。非常感謝北區共管醫院代表，各代表有沒有意見。

#### 潘代表延健

對移撥金額沒有意見，因本案是作為風險調整基金，所以 0.45 億元到東區，可否有運用方案或何種情況可動用的方案，是不是有進一步規劃，而不是挪用金額作為提高點值。

#### 陳代表石池

R 值調整，看起來調整以後，北區有明顯成長，其他區下降，這不符合公平正義，北區調整較高，看起來是相對鼓勵成長，是健保的政策嗎？這樣對嗎，不知道可否更改，這調整對北區有利，對其他區不利。

#### 謝代表武吉

第一點，勉予同意由北區移撥 0.45 億元(全年)，做為東區風險調整基金，勉予這兩個字，不知道什麼意思。第二點 106 年討論 R 值時候，健保會消費者委員提出的意見，當時怎麼算的，大家都不是很清楚，是用喊的，煞車也煞不住。如果只移撥給東區，請問南區有沒有，最可憐就是雲林縣，南區和高屏區老年人口比率高，朴子老年人口 26%，高屏光是高雄市老年口也 15%，北區都是年輕人比較多，提撥也應考量南區和高屏區，另也有代表提出來是不是有鼓勵的狀況。

#### 鍾代表飲文

誠如主席所提 2 月召集各分區共管會議代表討論，我記得除討論東

區之風險基金外，另一部分是對於健保會決議 R 值前進 4% 部分，當初有呈現門診和住診各前進 1% 到 4% 的數據，其實當天大部分會議代表贊成並主張，今年度門診和住診各先行前進 1%，其他 3% 留在各分區做為風險調整基金，但今天報告案僅描述東區部分，當然我們也很高興北區同意挪移部分金額給東區，但是對於當天有關各分區 R 值調整決議的部分沒有描述和討論，請再說明。

### **陳代表亮良**

謝武吉代表為雲林縣醫療品質發聲，原則上本案予以尊重，但雲林縣和高屏地區的偏遠地區有很多是老人醫療非常欠缺，甚至住院一床難求。認同謝代表的意見，雲林縣和高屏區也應調整，請健保署提出說明。

### **主席**

請健保會說明當天健保會地區預算分配協商決議部分。

### **全民健康保險會陳組長燕鈴**

於 105 年 12 月 23 日討論醫院總額地區預算，決議內容如議程資料說明一，去年年初本會召開地區預算座談會，並將專家學者建議送台灣醫院協會等團體作為方案研修參考。這案歷經 10 月、11 月和 12 月，3 個月的討論，台灣醫院協會有提出一些想法，但並無具體操作方案，因衛福部政策是依循錢跟著人走的精神分配預算，並有既定的公式，當某區人口成長或人口老化較高，須配合民眾需求將人口占率(R 值)逐漸提升，錢才會分配到人口成長較多和人口較老化之區域，健保會考量在沒有更好的方案之下，且已經過三次會議討論，故決定 R 值前進 4%，台灣醫院協會如有初步構想，可於談 107 年總額前早點啟動討論，以研議更符合大家期待的分配方式。

### **主席**

對於風險調整基金部分，請再補充說明。

### **全民健康保險會陳組長燕鈴**

為因應 106 年門住診 R 值前進 4%，需要保留部分經費作為調整 R 值前進風險所需，故健保會決議保留風險調整基金，並授權健保署和總額相關團體議訂，以因應人口往前進後造成某些分區的影響。

### **主席**

依健保會決議，陳代表關心這部分可不可以改變，健保會已決議，

不會再改變了。另謝代表、鍾代表和陳代表提到，希望移撥經費作為風險調整基金，因是拜託北區代表，北區代表願意挪部分費用給東區。另要回應代表提到其他區的問題，106 年調整前臺北成長率 4.95%、中區 4.95%、南區 4.95%、高屏 4.88%、東區 4.17%，東區的成長率相較其他區是偏低，其他區距離原來沒有前進 4% 距離平均 5% 很小，如中區、南區 4.95% 和高屏 4.88% 距離 5% 很近，東區距離 0.8%。

北區因近年人口數持續增加，人口占率前進是公平合理的。經過討論，北區代表勉強同意讓衝擊較大的東區做點值還原的作用，但東區成長率依然是最低，今年先做微調。

剛剛謝代表提到，勉予同意部分，我同意勉予可拿掉，應為北區同意挪移部分經費。至於提到雲林縣，因是分區總額沒有分到縣市，涉及南區內部總額如何重分配，每一分區內都有醫療不足區或過剩區，非僅雲林的問題，所以沒有就縣市進行校正。今年第一季結束了，將進行結算，請各代表支持今年總額分區預算，至於其他區相較於東區母數大，對點值影響非常小。

### **羅代表永達**

上次開會如鍾院長所提到，當天會議非常的激烈，很難得健保署找到解決方式，個人非常肯定，假設北區不願意拿錢出來，大家覺得自己都是受傷受害者。當時 R 和 S 值如何計算，東區提出兩項挑戰計算參數，如山地鄉同胞特別多，且平均餘命 60 幾歲，現在參數對他們是不公平的。另西部精神科病人 60% 多移到東區，在算參數，錢跟著人走，對他們不公平，東區依這方式給的預算是不足的，需給東區一些補償，但問題是錢從哪裡來，要回到健保會當時在談論公式時，應把這些因素考量進去，不然 R、S 值再往前走，東區有同樣的問題。當參數和當年不一樣時，不應該用原來的公式往前走，提供健保會參考。

### **主席**

羅代表所提的問題，經由這次 R 值前進衍生問題，向部長報告時，部長也有指示以後醫院總額分區預算要進行分配時，應考量東區的特殊性，應在制度上做處理，社保司代表是不是要回應。

### **梁代表淑政**

東區因醫療利用的結構與西區不一樣，雖然在地區預算分配，有考

量人口數和人口老化等因素，但無法以全國費用做反映，因此部長已指示社保司和健保署針對東區各性別年齡費用結構、疾病類別等就醫情形作分析（如精神疾病），是不是要排除或校正來做處理，社保司會跟健保署來研議。

### 主席

除精神科以外，最重要的是東區年齡別的費用和其他區若有顯著不同時，應有結構去做處理，非僅針對精神科，明年健保署和社保司將在提供健保會討論這問題時做制度上的解決，謝謝大家，如沒有意見，本案確認。再次感謝北區的代表，在場北區代表有潘代表、黃忠智代表。接下來進行討論案。

## 二、討論案：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

簡單說明，本案經公告106年度醫院總額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，本案已開過四次會前會，分別邀請付費者代表、專家學者、醫學院代表、醫院協會及各層級代表及各專科醫學會代表等密集研議的結果，把結果提到2月22本會議討論，當日決議，請與會代表將提案帶回研議，並請協會提供意見，各協會回復意見彙整如附件1。

彙整意見分為3架構，初級照護部分管控項目、排除條件範圍及核扣方式，另請看補充資料附件2，ICD-9對ICD-10之初級照護率供大家參考、另試算205項及加入側性疾病代碼有597項，試算初級照護佔率供大家參考。從第17頁開始，補充資料有增加序號，附件3為呂老師建議有涉及側性部分，可以以較大的範圍來涵蓋，整理在補充資料第3頁，將原205項屬未明示部位或側性之其他項目共47項，可歸類為20大項，該歸類之20大項，可細分439項，故較原205項新增392項，所以總項數為597項，試算結果為附件2的試算2。

### 主席

請回到議程資料第4頁，要討論3件事情，包括初級照護之項目、排除條件及核扣方式，大家提供意見列在附件1，上次會議有代表提出原205項中有很多其他未明示部位，因過去大家對編碼不熟悉時，大部分簡單的編碼就很容易code到未明示部位，同樣的病人和

狀態，只要明確標出側性，左側、右側、手或腳或雙側或單側等，就可以不算為初級醫療，就不合理，於是請呂教授對 ICD-10 編碼做整理，這部分整理歸納 20 大項，多出 392 項，雖項目增加，但點數和件數占率只有些微差距，表示大家普遍 code 未明示部位，先請呂教授說明。

### **呂教授宗學**

請看議程資料第 13 頁，一個折衷的辦法，初級照護定義非疾病本身，而是照護的模式周全或連續性等，在不得已下，以 ICD-10 編碼來切割，ICD-10 有詳細分輕重症。但我們是根據 105 年西醫部門件數前 500 大，前提有問題，大家由 ICD-9 轉 ICD-10，排行排在前 500 大的碼就是非明示件數較多，如右側納入為初級照護，左側不納入沒有道理。

請看附表 1 看前三碼就可以涵蓋左右側，左右側通常在第四碼，另不適合說幾項，因歸到 6 碼是 3 百多項，如到第 7 碼，就要乘以 3，ICD-10 大部分有七位碼，如骨科更複雜，有十幾個碼，這是一個說明。第二說明，傷害碼 ICD-10 和 ICD-9 有很大的改變，ICD-9 是先講受傷方式，ICD-10，S0、S1 先用部位，如頭部、胸部，第三碼為傷害性質，如表淺傷、開放傷、骨折，第四碼、第五碼為較詳細部位，解剖更細部位，第六碼為側性，第七碼就是 A 初級照護、D 後續照護、S 後遺症，傷害碼排列組合會有上萬編碼，建議只考慮第三碼，SX0、SX1、SX2 及 SX3，先聽聽大家的意見。

### **主席**

謝謝呂教授的綜整，理論上會再增加的類別，試算資料有沒有包括傷害碼。

### **醫務管理組劉科長林義**

試算資料僅針對附表 1 資料，沒有包含傷害碼。

### **主席**

如把傷害碼部分考慮進去，除 17 頁到 37 頁，還要再加上傷害部分，第三碼為 0 表淺傷、1 開放傷、2 骨折、3 關節或韌帶脫臼或扭傷，開放大家討論。

### **鍾代表飲文**

第一點，今天議程資料原 205 項再加入側性部分，是 597 項，惟須確認一下主席提到占率沒有差很多，應是沒有包括傷害碼的原故。

第二點我本身不是骨科醫師，但骨折列入初級照護非常奇怪，骨折有很多情況，如開放性或其他等，把骨折(SX2)列入初級照護，是否符合目前的醫療常規，尚待商榷。而傷害碼 SX0、SX1 的部分就較無爭議。

### 呂教授宗學

補充說明，不建議講增加幾項。

### 羅代表永達

大家都很清楚用 ICD-10 抓這資料很辛苦，謝謝呂教授。回到這件事情是分級醫療的一環，大家都很小心，但一定得走的一條路，所謂初級照護件數降 10%，已排除急診，就是不要約回診並下轉到地區醫院和診所，要降 10% 絕對不難。另側性算不算，因有試算我們醫院有側性和非側性資料，有差那麼少嗎。

呂教授很瞭解編碼，讓他做做看，半年後再檢討，現在所擔心的是很多配套可以做了，上次會議謝代表所提側性問題，要用很精確做一刀切很困難，是不是先實施，後續還有 60 億重症加成。

### 陳代表石池

骨折部分，不同地方骨折不太一樣，有的輕有的重，輕的地區醫院可以處理，前提是看急診就可以排除的話，是有鼓勵輕症骨折要去看急診。

### 潘代表延健

第一點先提醒，因前幾次有專科醫學會的意見，這次重大的調整，側性邏輯上應該要進來，但是在整體討論過程中，專科醫學會有不同專科的觀點，應予以尊重。第二點，第三位碼是傷害性質，但是如果不是傷害性質，如 H66，化膿性中耳炎，所包含的這些項目中因不同特性的中耳炎，H66 全進來，包括其他的蜂窩組織炎或傳染性的，伴隨比較複雜和嚴重度高的，這部分就被涵蓋進來了，當第四碼進來後，可能會帶的原因別應該要去探究是什麼原因進來的，再決定要不要納入初級照護。

### 呂教授宗學

我以為今天專科醫學會來可以請教，的確納進來未明示的範圍比較大一點，中耳炎還有更細，比較建議和耳鼻喉科討論。骨折有一種折衷辦法，第一部位是只有四肢，頭部不適合納入，S4 以下加骨折比較合理，純粹四肢，如肩與上臂、手肘、前臂、手指、手掌、腕

等，膝蓋大腿要不要可以討論。第 7 碼，骨折有再細分，如開放傷和封閉傷，也可以考慮只針對封閉不位移的，開放有位移的。

### 謝代表景祥

我剛好是骨科醫師，上次有發現側性的問題，這次側性已調整，另上次提到下背痛、其他背痛，只要寫成腰痛或臀部痛就不是了，如年紀大可以編退化性關節炎，這樣通通可以排除掉了。以骨折來說，重點不是骨折的本身而是型態，如一個很細的小裂縫，病人神智清楚可以讓病人回家休息，並觀察神智有沒有變化。骨折要用這去分，就會有很奇怪，很輕被排除，嚴重卻被納入，所以前四次的討論，每個專科醫學會捍衛己的利益，被納入越少越好，把側性刪掉，這些東西其實是人之常情無可厚非，基本上和錢息息相關，只要列入的碼就會被編到其他的碼。

希望減少初級照護，增加重症 60 億，這樣做法會完全落空，要省的一毛錢都沒有省，但加的都加的。ICD-10 非常的複雜，除了專門編碼的清楚外，連醫師很多不清楚，門診是醫師自己編的，編碼錯誤沒有罰則，很難指責編碼錯誤，用編碼來管控初級照護非常困難的事情，一定會碰到許多人提各式各樣的挑戰讓我們無法自圓其說，今天通過，所有的人為這政策辯護，會變得很困難，我們社區醫院協會主張與其斤斤計較 ICD-10，搞得很複雜、有規避辦法或較把較嚴重納進來，既然管控目標為 50 億，約占 3%，就從源頭去管控就好了，當作目標額度超過不予支付監控指標，另訂定獎懲方法，當然用 ICD 碼以目前簡單上路，但該抓進來沒有抓進來，不該進來的也進來，引起的紛爭可能更多。

### 王代表明鉅

今天討論這問題，是因去年衛福部健保會決議 106 年醫學中心和區域醫院初級照護案件，件數不可以超過 105 年的 90%，健保會做決議時知道初級照護定義是依據 ICD-9 或 ICD-10 所定義的嗎？很明顯概念是醫學中心和區域醫院不要看輕症，但我們都在討論如何定義小病？可是新制度對醫學中心和區域醫院已行之有年，不管喜不喜歡都是病人的習慣，所以不管有沒有加上傷害碼，健保會能夠會說，沒有加上傷害碼定義錯了？不然沒有執行我們的決議。既然原意是好的，希望落實分級醫療，讓醫學中心和區域醫院盡可能不要看小病，慢慢往前走，如果是這樣的話，建議傷害碼不要算，用 205 項或 597 項先上路，假設今年大家做了傷害不大，也慢慢往前走，其他的明

年再說，有什麼不恰當或不應該納進來或應納進來，可以慢慢改進。

### **陳代表亮良**

從付費者角度，在專業領域過程中醫生和病人之間有法律因果關係，初級照護認定回歸醫師專業，病人在就醫過程中也不了解在健保制度有這規範，偽造文書醫療的正義，有待商榷。從健保會角度，從付費者關懷的面向來思考，健保署責任是大眾所繳的費用做合理的分配，以確保人民的健康。至於說編碼除初級照護篩選外，可以用在很多醫療研究，不要僅和初級照護來連結，很謝謝呂教授提出專業，至於影響程度，沒有實施不知道影響程度。

### **張代表克士**

目前我們花很多時間聚焦在初級照護的定義及項目上，而此案真正的重點是分級醫療！就是希望小病到社區，急重難症到大型醫院，層級之間做好分工，在此我要幫醫學中心及區域醫院講個話，我在很多場合也提到，大型醫院初級照護若超出太多要將給付減少，前提是先調高他們急重症的給付，這樣才合理。在這前提下，希望能夠將事情簡化，看我們要減少多少大型醫院看一般門診的額度或比率，加上各種配套措施，希望這類病人可以到社區看病，額度也跟著病人移動，能夠改變病人看病的習慣，願意到社區，這才是落實分級醫療的目的。我們看看中國大陸推動分級醫療，是在試辦的地區規定三甲醫院根本不能看一般門診，只能收住院、轉診和急重難症，他們是真的下定決心去做。而反觀我們，只是在門診中找那佔率不高的初級照護案件，再從其中挑出一點點的比例不予給付，其實只是些微的改變而已。

在實務的處理上，我們現在討論的定義、項目以及編碼，不但比較複雜，有時也可能不盡客觀或公平，例如，當一個病患咳嗽兩週加上發燒，在過去的ICD-9，可以定義為編碼465.0(急性上呼吸道感染)，但他也可能編碼為466.0(急性支氣管炎)，雖然我相信醫師不會刻意去做編碼的改變，但這仍會有主觀判斷上的差異，尤其如果管理者想要做管控，說不定資訊室還可以將部分鎖碼，以後可能簡單疾病的碼就很少開到，這其實會造成公平性及合理性的問題。所以我建議，最好能讓程序簡化及客觀，作為處理的原則。

### **童代表瑞龍**

應該站在病人的角度來考量，病人是以他的安全和信任感來就醫，

剛王代表講得非常的好，現在已經是 4 月了，既然訂了 205 項是不是簡單上路，年年再檢討，好的繼續保持，不好的或達不到的要納入或刪除再檢討。現在一直討論是浪費社會資源，健保署已經定了就先上路，今天是臨時會，今天不解決又要來臨時會。另要以病人角度來看，因醫學中心和區域醫院或其他層級，講得各自有利。

**主席**

謝謝，大家還有沒有意見。

**王代表明鉅**

健保署有健保署的理由，但是方法複雜，我提出比較簡單方法，初級照護的定義，請健保署定義就好，如 205 項、500 項或 1000 項也可以，所有屬於定義範圍內診斷，在區域醫院和醫學中心看，如總金額減少 60 億，點值就打折，錢就是這麼多，目的要達健保會的決議，大家行為不用改變，醫師和病人不用改變，但慢慢會改變，病人會知道初級照護案件到醫學中心看，是不被鼓勵的和醫院點數會低，這是最簡單的方法，用 ICD 定義太複雜了。

**主席**

王教授的意思是用錢去處理就好了，不再訂細部定義，大家同意嗎。

**陳代表瑞瑛**

60 億不是從初級照護所省下來的，60 億是健保會決議從非協商因素醫療服務成本指數 60 億去調整急重症醫療，初級照護 10% 調整會有 60 億嗎？沒有，到現在人家都在講 60 億，現在已 4 月了，還沒有講那些重症項目要調整，那絕對不是初級照護的錢，這是兩回事，不要把急重症調整和初級照護事情放在一起，要說明清楚。

**主席**

大家都很關心 60 億，這案子還沒有提到本會討論的原因是，過去幾個月一直在蒐集急重症偏低的項目，專科醫學會提報出來金額已達 220 億，還有一些學會陸續要提，接下來優先順序的安排，將找醫界的公正人士來協助，並不是表示沒有在進行。

另 60 億元是今年醫院總額非協商因素中 60 億作為重症的調整，不是來自輕症的減少之費用，輕症的減少是配合分級醫療。大家都非常的認真，一起討論把事情釐清，不是把看似簡單事情複雜化。有代表提出上有政策下有對策，如把碼鎖起來，ICD 碼源至於病人真正狀況所轉譯的碼，若有鎖碼行為是不該發生的。本案開過幾次會

議，今天要有結論，除 H66 外，對於傷害碼以外的側性部分，大家有沒有意見。

**林代表富滿**

H60XX 也有類似問題。

**主席**

耳鼻喉科先保留，並與耳鼻喉科醫學會釐清，其他有沒有意見。

**鄒代表繼群**

我是耳鼻喉科醫師，在外耳炎部分，特別是惡性外耳炎，為綠膿桿菌感染，死亡率很高，會到醫學中心，放在初級照護不妥，幾乎都會轉到大醫院。中耳炎除小孩子外，除非以手術為主，大醫院以手術為主，不論是化膿性或非化膿性中耳炎地區醫院或診所可以處理，如果中耳炎產生有併發症，有其他的碼可以替代，所以中耳炎列入初級照護是可以的。

**主席**

耳鼻喉科部分先保留，是不是授權健保署和耳鼻喉科醫學會確認。

**陳代表石池**

不同科的處理方式不同，原來 205 項是各專醫學會討論出來，現增加這部分是不是也要尊重專科醫學會意見。

**主席**

205 項是專科醫學會的建議，現在增加側性並沒有改變醫學會的意見，只不過有一些診斷碼僅有左側或右側或未明示，理論上是維持當時建議的精神。

**郭代表宗正**

代表婦產科醫學會，議程第 5 頁 N739 女性骨盆腔炎性疾病，在 2 月 22 日會議有提出和正式函文健保署，女性骨盆腔炎列入對病人安全有疑慮，因為骨盆腔發炎常常是不孕症、子宮外孕或腹膜炎等原因，且盆腔發炎常常發生卵巢和輸卵管的膿瘍，引發敗血症，是否可以保留，其他項目列入初級照護沒意見，懇請各位委員支持。

**童代表瑞龍**

剛才呂教授希望藉由這次會議和專科醫學會溝通，建議是不是請教授再看看那些不合理，並請教專科醫學會。

### **蘇代表聰賢**

同意郭代表的意見，N739 應排除在初級醫療。

### **主席**

婦產科醫學會有一個碼要拿掉。

### **陳代表石池**

有些子宮異常出血會要人命，側性部分我沒意見，但其他診斷碼要與專科醫學會再確認。

### **主席**

除 N739 外，剩下都是專科醫學會的共識，正好郭代表是婦產科醫學會理事長，就把 N739 拿掉，其他耳鼻喉科部分會後再與學會確認。接下來討論傷害碼，傷害傷是不是先不處理，或看是表淺傷、開放傷，另骨折先不考慮，把爭議減到最低。

### **林玲珠**

如考慮第三位碼是表淺傷和開放傷，即第二碼為頭部、頸部、胸部、腹部等所有部位皆算初級碼。

### **主席**

對。

### **林玲珠**

開放傷所有部位都不適合納入。

### **謝代表景祥**

開放傷通常是小傷口縫 1-2 針就好了。

### **林玲珠**

因為 S 的代碼非常的多，且短時間內無法再提具體範圍的建議。

### **主席**

大家看法如何。

### **陳代表石池**

外傷是靠機轉造成的，病人遭受撞擊，外表是表淺傷，但內部可能有出血

### **呂教授宗學**

後續治療可歸為一個個案處理，建議表淺傷和開放傷先這樣處理。

## 主席

第三位碼傷害碼，SX0、SX1 及其他側性先納入。

## 呂教授宗學

很多人說 code 碼會改變，資料分析可以看的出來，健保署不可能讓大家做這種事情。好不容易這次是門診趁這機會多溝通 code 碼的概念，對醫師的宣導應明確寫出來。

## 主席

回到醫療實作面，醫師是看證據做診斷，再經由診斷轉譯成編碼，不應該因為這事情而改變。範圍的部分界定原 205 項加上側性和傷害碼 SX0、SX1，扣除婦產科的 N739，管控初級醫療的的範圍及保留耳鼻喉科附帶的 2 項目由健保署來處理，剩下來的範圍就確定。

## 蘇代表聰賢

還有 N939 子宮及陰道異常出血。

## 主席

剛剛郭理事長提到的是 N739，其他的都納入初級醫療。

## 郭代表宗正

N939 這也是很危險，是不是可以保留。

## 童代表瑞龍

尊重女性權益要保留。

## 蘇代表聰賢

署裡面可以查看看近年來內膜癌增加有多少劑，而且年齡層也有降低。近年來子宮內膜癌增加，初期大多以出血表現，這與子宮頸癌表現不同(子宮頸癌大部分肉眼可看出來)。

## 主席

婦產科醫學會和耳鼻喉科醫學會項目先保留。

## 謝代表武吉

第一點，原議程資料，第 11 頁有 636 項，今天的資料 597 項，差 39 項的原因是什麼?非常感謝健保署，因我是長期參加這個會議，健保署進步非常的多，初級照護不是健保署主動提出的，是健保會的決議，其實健保署已替大醫院扛起許多責任，相信健保署所承受

的壓力是很大的，建議大家不要再講!!

第二點，議程第 49 頁國防部軍醫局有建議，要了解他們的狀況。另除了初級照護件數比率的監測，整體費用也應該監測，還有剛才許多人提的編碼改變率，都要一起監測。

### 謝代表景祥

上次有提到以背痛來說，大家只注意到側性部分，但只列 N545、N5489 和 N549，是不是研究一下 N54 都納進來，

### 主席

如果違背原醫學會的共識，就不要外加了，要尊重專科醫學會的意見，只處理原專科醫學會有共識的側性部分。婦產科醫學會和耳鼻喉科醫學會保留項目給健保署處理。確定後會給大家 code 的邏輯，項目部分討論先到這裡，接下來是排除的範圍，大家有沒有意見。

### 王代表敏容

提供矯正機關收容人醫療服務是配合國家的政策，矯正機關也有初級照護，建議應予以排除，不然以後沒有醫院願意去承作。另外疾病分類 coding 的正確率，各層級醫院都應監測，非僅針對醫學中心與區域醫院。

### 主席

謝謝，會監測實施前和實施後的 code 變化情形，不會僅針對初級照護，另矯正機關部分請醫管組說明。

### 醫務管理組張專委溫溫

所處理是醫院總額的範圍，矯正機關服務是屬其他部門專款處理。

### 主席

就是矯正機關的沒有限定在初級醫療。

### 潘代表延健

原來的草案排除項目有慢性病處方箋第 2 次和第 3 次領藥，這次計算是不是已排除。

### 龐代表一鳴

已排除。

### 林玲珠

IDS 和居家醫療的案件是不是排除。

**主席**

算其他部分。

**羅代表永達**

第 4 頁出院後回診的操作型定義是什麼，例如 COPD 會隨時回診。

**醫務管理組張專委溫溫**

申報資料中部分負擔代碼欄位，另 IDS 有特殊案件會排除。

**主席**

矯正機關、IDS 和居家醫療不在管控範圍，大家還有沒有意見，排除範圍確認，接下來核扣方式。

**陳代表石池**

第 3 頁二(二)第 10 該項目在醫學中心及區域醫院合計的件數小於一定比率要排除，這次沒有排除。

**林代表富滿**

陳代表的意思是之前決議排除範圍第 10 項「該項目在醫學中心及區域醫院合計的件數小於一定比率」。但這次排除範圍未列入。

**醫務管理組張專委溫溫**

請看資料第 6 頁，上次會議代表建議，為利院內做科別分配，如某項目在醫學中心及區域醫院合計之件數占率<一定比率，則該項目予以排除，因單一項目是否可以排除，為事後計算才得知，所以無法作為醫院內部分配之參考。

**主席**

大家還有沒有意見。

**謝代表景祥**

請說明預防保健和代辦的操作型定義。

**醫務管理組張專委溫溫**

都是以案件分類代碼來排除做計算。

**主席**

大家還有沒有意見，如果沒意見排除條件就確認，核扣方式請醫管組說明。

### **醫務管理組劉科長林義**

請翻到第 6 頁，核扣方式，醫學中心，按季結算：該季該院超過 105 年同期 90% 初級照護件數予核扣，若該院初級照護率 < 10% 者或每季小於 1 萬件者，則不予核扣。另也有建議以中位數為標準，位於中位數以上之醫學中心每年降 10%；中位數以下降 5%。區域醫院建議，統一由第四季進行結算處理。另初級照護率若小於 5% 則不予扣除。自身值大於 5% 但低於同儕平均值，則以自身值下降 10%；自身值高於同儕平均值，則以同儕平均值下降 10%。醫師公會全聯會意見與醫學中心協會相似。健保署建議採按季結算，以避免各季間點值差異過大。另參採醫學中心及區域醫院協會意見，若當季該院初級照護率低於一定比率者，不予核扣，本案第一年實施，建議暫訂為 3%。

### **主席**

這是一個提案，按季結算。另如果醫學中心跟區域醫院，個別醫院當季的初級照護率低於 3%，就不予核扣；如初級照護率超過 3% 的就要處理，就是要減少 10%，大家有沒有意見。

### **林代表富滿**

有關核扣方式，若當季該院初級照護率低於一定比率者，不予核扣。因區域醫院協會建議小於 5% 不核扣，醫學中心協會和醫師公會全國聯會都建議小於 10% 不核扣，不曉得 3% 依據何來？建議改為低於 5%。

### **廖代表秋燭**

如果要按季結算，那現在已經 4 月了，現在要管控，是不是用依健保署網站公告的初級照護的項目來做管控，因已經 4 月了，要如何用季去結算。

### **主席**

第一季已經發生了。

### **廖代表秋燭**

但因為健保署公告的項目是不一樣的。

### **醫務管理組張專委溫溫**

說明一下，之前考慮初級照護率小於 5% 不核扣，但沒有扣的醫院的應扣件數，要由其他醫院攤扣，後來因醫院反應，已經達標了，為什麼還要多扣，所以這一次的作法，把初級照護率小於 3% 醫院一律

不處理並不再做攤扣。

### **主席**

不攤扣，但也不希望排除的太多，所以折衷取 3% 來處理，不知道大家有沒有意見。

### **潘代表延健**

第一，從法的角度來看，通常不會溯及既往，當然前題是願意做管控，但如果是在一個遊戲規則還沒有明確之下，再回過頭去做管控，這是不是合理，這在邏輯跟法理上請大家思考一下。

第二個，健保會的決議，希望初級照護的件數要下降，所以件數會不會下降，我想大家對這個部分是採取樂觀的態度，件數會下降，我們的目標不是在扣錢，剛剛大家一直在講錢會從哪裡補，會扣多少錢，因為他這個會省下的錢還是很有限的，我們希望透過這制度，醫學中心和區域醫院也會教導民眾，下一次要先從哪裡過來，我們希望長期去做，希望達到效果，而不是從扣錢的角度去做出發點，在這一段裡面，對於件數達標上是有絕對的信心，那剛剛科長在報告時，最後提到因為這是第一年實施，如果講到這一句話，會想到因為第一年實施，所以後面可能漸進式的，第一年就不要壓得這麼緊，是不是第一年的時候，不要一次到位，從這考量點思考。

### **王代表敏容**

補充建議，因為 4 月 15 日醫學中心的部分負擔要提高，民眾的就醫行為也會受到影響，我是附議潘代表的建議，是不是第一年先從 5% 開始，第 2 年再循序漸進。

### **主席**

謝謝，其他代表有沒有意見。

### **陳代表石池**

我是贊同潘代表的意見，法不溯及既往，這是一個文明國家應該要遵守的機制。另請教 3% 是如何計算，是算人數，還是人數的佔率。

### **醫務管理組張專委溫溫**

件數占率。

### **鍾代表飲文**

一開始的草案我記得是 5%，而沒有扣的醫院要攤扣到其他醫院，另外還有每一季案件 1 萬件以下，免予核扣，這次的草案這一部分拿

掉了。不過看醫學中心、區域醫院還有醫師公會的建議，是介在 5% 到 10% 間，建議第一年是不是訂在 5% 較為合理。

**主席**

現在爭議是初級照護率小於 3% 或 5% 不核扣，另小於 1 萬件這次沒提。

**謝代表武吉**

剛剛已經有說，健保署所承擔的壓力真的很大，健保署提出 3% 已經很有 guts 了，當健保會又有委員反過來要求的時候，那就是歸零，所以建議 3%，就不要再說了。

**主席**

謝謝，其他代表有沒有意見。

**盧代表瑞芬**

我是今年才進入健保會，誠如剛剛謝代表所講的，此案讓健保署在健保會承受相當大的壓力，因為付費者代表已經要健保署提出專案報告。在講初級照護時，不可能所有壓力都放在醫療機構，消費者的自由選擇也應該要加以限制，這是供給面和消費者需求面共同要承擔的。健保會有這決議，所以健保署就一定要執行。另部分負擔調整是 4 月 15 日，所以建議由 4 月 15 日開始，當消費者的行為也受到部分負擔誘因影響時再開始計算，這是消費者和醫療提供者同時為這目標（分級醫療）共同努力，所以建議在這時間點上會比較好。

**主席**

大家還有沒有什麼意見，請健保會就生效日說明。

**全民健康保險會陳組長燕鈴**

依據公告，本項是年度總額協定事項，年度總額是從 1 月 1 日開始分配。

**主席**

多數代表認為第一年初級照護率小於 5% 不核扣，從現在長期努力到 3% 或 5% 有一段距離，就同意以 5% 先上路。剛剛健保會解釋是年度開始生效。陳代表和潘代表提到，當時的項目是初步，事實上現在改變定義，差距也是很少，以後不要再講項目，項目差很多，就是編碼沒有到位而已，所以差距是 1% 內，事實上這訊息早在年初協商

的時候資料就已經出去了，只是大家希望有明確操作型定義，所以是不是就遵照健保會的決議，從第一季開始。

### **廖代表秋燭**

第一個按季結算，並自 106 年起實施是確定的嗎？第二個是 3% 改成 5%。

### **主席**

對，接下來看第 7 頁的核扣方式。

### **醫務管理組劉科長林義**

議程第 7 頁核扣金額的部分，醫學中心協會建議，金額的部分只核扣診察費，不要再扣其他費用；社區醫院協會建議，核扣的方式要比照不予支付，目前不予支付的方式是以總點數乘以超出部分之比率，所以參採社區醫院協會的意見，就是參照現行不予支付的方式，就是以該醫院當年初級照護的總點數乘以超過的件數的比率。

### **廖代表秋燭**

操作型定義是說，因為跟去年同期做比較，那去年同期的分母跟今年的分母是不一樣，所以分子分母比率一定會不一樣，可能今年的分子大過於去年的分子，但是我們比率是下降的，因為分母可能增加了，所以是看比率，不是看件數。

### **林代表富滿**

核扣金額以超出比率計算，醫院管控上會有爭議。因前四次會議，計算方式都是用超出件數，這次變成用百分比，像剛剛代表講的，分子分母都會異動，醫院搞不清楚會被扣多少，建議用件數的絕對數字差異統計比較清楚。

### **醫務管理組張專委溫溫**

邏輯是很像的，所以用件數去做的話，其實是一樣的，所以建議用件數去乘上初級照護平均費用，醫院會比較清楚是如何處理。

### **主席**

那現在又有一個算法，就是回到原始的建議，就是直接用件數去比，件數要減少 10%，就是超過件數的部分乘上以當季自己醫院的平均單價，就是核扣的金額，這定義大家可以接受嗎。

### **醫務管理組張專委溫溫**

初級照護費用是用今年的平均單價，件數去年跟今年的件數去做比

較。

### **主席**

核扣的方式，就是以今年和去年同期的該季件數的差距，如超過 90%，就超過部分的比例，件數減件數絕對值，乘上今年當季初級照護的平均費用，大家有沒有意見。顯然大家都同意。

### **陳代表亮良**

剛剛很多在場提到信賴保護，退休金政府沒有信賴保護，這會議結論要特別註明一下，核扣相對應的時間點，從幾月幾號到幾月幾號。

### **主席**

從第一季 1 月 1 日起。

### **陳代表亮良**

文字要敘述清楚，我知道第一季是 1 月 1 日，但很多代表質疑信賴保護部分，到底公告的時間點，要核扣回溯，有沒有道理，這部分很多代表提出來的論述，看法要予以尊重。

### **主席**

剛剛大家都有共識，就是件數對件數，超過的件數乘上當季初級照護的平均單價。接下來攤扣部分就不處理。期程部分從 106 年元月起實施。

### **鍾代表飲文**

要回應剛剛陳代表提到的，而健保會的代表也在這邊，為了避免爭議，大家已花相當多的時間討論，能不能從公告的 4 月開始起算，其實剛剛盧代表也提到，配合分級轉診 4 月 15 日起部分負擔會進行調整，醫院和消費者在調降醫學中心和區域醫院的初級照護率上應該要一起努力，故建議重新思考核扣的部分從公告日之後再開始計算。

### **主席**

因為程序是在健保會，請健保會說明。

### **全民健康保險會陳組長燕鈴**

因年度總額概念，基本上是一整年度的運作，公告事項是 106 年初級照護案件數不得超過 105 年的 90%，最後檢討結果時，會以整年度資料計算執行結果。

## **主席**

有兩種作法，第一個，從第一季就開始處理，不是完全沒有道理，因我們從第一季就開始討論，205 項到現在為止也沒有改變太多，只是加側性，所以從一月開始也可以。第二個，假定大家認為第一季已經過去了，應該從第二季開始，也可以，但是去年整年的初級醫療的件數對今年，就是把第一季的量壓到第二、三、四季，這也是一種作法，也能達到健保會的要求，大家看法如何。

## **郭代表宗正**

還是從 1 月 1 日開始。

## **盧代表瑞芬**

有沒有可能就是季對季，去年的第二、三、四季，對今年第二、三、四季？

## **主席**

這不吻合健保會的決議。

## **廖代表秋錫**

建議從第一季，反正早扣晚扣還是要扣。建議分區業務組可不可以先試算給醫院，大概會扣多少。

## **龐代表一鳴**

我們回去交給分區去做，因為第一季的資料都來了，所以第一季的可以去試算，另外相關的診斷碼會放在 VPN，大家可以去看。

## **主席**

如果沒有反對意見，就是從第一季，最後為與軍醫局有關的問題，請軍醫局說明。

## **國防部軍醫局謝處長宗保**

感謝健保署和謝武吉代表注意到我們的提案，關於初級照護案件比例減少部分，希望從 10% 降到 7%，所持的說明跟理由，請李專委報告。

## **國防部軍醫局李專委宣緯**

首先從法跟理的部分來說明，依據軍人及其家屬優待條例，國軍醫院長期以來，一直是提供軍人跟軍眷全額的就醫優免，全額優免包括掛號費跟部分負擔，只要是軍人跟軍眷來到國軍醫院看病，一律不用支付掛號費或部分負擔，都是由國軍醫院用自己的成本自行吸

收，這是第一個部分。

第二個部分，分析105年度區域級以上國軍醫院的初級照護案件中，軍人跟軍眷初級照護件數大概佔所有初級照護件數的30.75%。這個比例會因為我們提供全額就醫優免而無法降下來，但是民眾的部分，我們比照全國其他醫療院所減少初級照護案件。

情的部分，軍醫局跟各國軍醫院都是非常支持分級轉診的衛生政策，我們提供軍人跟軍眷的就醫全額優免，國軍醫院也負擔蠻沈重的成本壓力，國軍醫院自行吸收每年三億多的成本，這部分還只是部分負擔，不包括掛號費，也不包括4月15日開始調高的部分負擔。所以我們國軍醫院每年要調降10%，其中的30%確實沒有辦法做到，對我們來說，會變成依法保障軍人跟軍眷的變相懲罰。希望健保署還有各位先進，能夠考量國軍醫院的狀況，同意國軍醫院每年減少初級照護案件數從10%調降到7%。

**主席**

軍醫局的建議，有沒有什麼意見。

**羅代表永達**

我很支持軍醫局相關的要求，請教一個問題，一般民眾、軍人、軍眷在軍醫的體系佔多少%，如果這個比率民眾相對很少，這樣的要求是合理的，或者是分開來處理。

**主席**

這樣的訴求，榮民醫院也會說他也是這樣，可是榮民醫院也有民眾，軍醫院也有看一般民眾。

**陳代表亮良**

軍醫局會提出應該有他有道理，站在公部門的角度，我是支持軍醫局的提案，軍醫局有他的任務、屬性和特殊性，另外他也有法源依據。

**主席**

陳代表是支持軍醫局，大家有沒有什麼想法，如果通過一個，可能會有其他比照的問題。

**謝代表景祥**

剛剛講到軍人、軍眷要照顧，應該是軍人、軍眷到任何一家診所、醫院都不用部分負擔，比照榮民，這個才叫做照顧軍人跟軍眷。健

保署非常嚴格要求醫療院所不可以不收部分負擔，主要是為了不公平競爭，或有人說用部分負擔來招攬病人，假如軍人軍眷只有在國軍醫院可以不收部分負擔，到其他醫院要收，這實在是有一點嫌疑，建議軍醫局回去建議國防部，真的要照顧的話，軍人軍眷就比照榮民，由你們編預算交給健保署。

### **國防部軍醫局李專委宣緯**

我再補充說明，榮民體系醫院對無職榮民沒有收部分負擔，是有公務預算的補助，但是國軍醫院完全是用自己的基金成本吸收，也就是說，病人原本應該繳多少部分負擔，我們代替軍人跟軍眷繳給健保署，我們並沒有少繳。因為我們是有法源的基礎，而且我們是用自己的成本在吸收這筆龐大的費用，這也是我們跟別的體系不一樣的地方。

### **主席**

我們代辦沒有軍眷，只有榮民跟榮眷。

### **郭代表宗正**

我有一個疑義提出，我們已經開了四、五次會，之前不曉得軍醫局有這意見提出來嗎？都沒有經過大家的討論，覺得怪怪的。

### **主席**

現在才提出來的。

### **國防部軍醫局謝處長宗保**

跟代表報告，這就是我們第二個提案，我們希望這個會議可以讓我們旁聽，提供正式的管道讓我們獲得健保相關訊息及適時表達意見，謝謝代表的關心。

### **謝代表武吉**

郭宗正委員已說，軍醫局發文是今天第一次看到，健保局改成健保署已20多年，第一次聽到軍方提出寶貴的意見，我孫子當海軍的時候不舒服，到我們醫院看，醫生都處理好了，最後說要住院，他說不行，因軍隊規定只能住軍醫院，我們確實有遇到這樣的情形，建議健保署審慎考量。

### **羅代表永達**

剛剛請教的問題，可不可以告訴我們軍人佔多少百分比，如果百分比不是很大，比較就沒有意義，如果60%或70%是軍人或軍眷，討論

就變成有意義。

### **國防部軍醫局李專委宣緯**

目前看到的數據，各醫院差距蠻大的，例如國軍左營醫院附近是軍營區，有很多軍人、軍眷，所以三總軍人和軍眷的比例將近 30%，左營醫院則有 50% 到 60% 國軍醫院的分布是依據各作戰區設置，主要就是要負責照顧整個作戰區的軍人跟軍眷健康照護，所以我們才會用平均數字 30% 提出建議。

### **主席**

大家還有沒有意見。

### **陳代表亮良**

我想國軍就是現役軍人，現役軍人的特性，有當過兵的就知道，在部隊裡面就醫，後送的時候都是到軍醫院，所以有他的特殊性和法源依據，希望健保署要審慎研議。

### **羅代表永達**

如果民眾或軍人分開，做得到嗎？如果做得到，大家都很有在乎軍人應該同意，但是其他民眾應該比照。

### **龐代表一鳴**

按現在規定，我們沒代辦軍人的部分負擔，另 4 月 15 日新上路的部分負擔規定，如軍人或軍眷直接去大的軍醫院，一樣要繳比較高的部分負擔，醫院承擔成本是增加的，這部分你們可能要納入考量。就分級醫療精神，建議用分級醫療的精神來做這件事情，因軍醫系統的設計有分級，原來總醫院還是有分級，沒有理由說不分級，所以按照分級醫療的精神，每個人有他的家庭醫師，而不是經跋涉到其他醫院，當然有一些是比較特別，像左營是在軍區裡面，可是偏遠區還是有醫務所，在政策上也要導引軍人或軍眷循分級醫療的策略來走，這對於醫院的經營，可能會比較合理，負擔會相對比較少。

### **主席**

軍人、軍眷如果到軍醫免部分負擔，但他們到診所其實也是多 50 元的部分負擔，所以差一點點，和我們的政策是有不同的。

### **龐代表一鳴**

臺北的軍人方便直接去大醫院還有補助，金門的軍人就沒有大醫院直接接受補助，有點奇怪。

**主席**

他們到軍醫院有部分負擔全額補助。

**國防部軍醫局謝處長宗保**

不是每個地區都有地區級國軍醫院和診所，但是我們有醫務所，只是因為沒有承接健保業務，所以沒有辦法轉診，目前可以轉診的診所只有兩個地方，就是臺北及高雄門診中心。

**主席**

軍人跟軍眷都會到軍醫院看病嗎？

**國防部軍醫局謝處長宗保**

這是國防部的政策，有法源規定的。

**主席**

軍人如果就近就醫不被鼓勵嗎？

**國防部軍醫局謝處長宗保**

當然不被鼓勵，因有牽涉到保密的問題。

**主席**

軍眷也不行嗎？

**國防部軍醫局謝處長宗保**

軍眷就沒有，但譬如一個戰區，像六軍團突然一個集體的急性腹瀉，他有幾百個人，我們會建議去軍醫院就醫。

**主席**

軍人除外，那軍眷呢？

**國防部軍醫局李專委宣緯**

單就軍人的部分來看，我們部隊有甲級、乙級、丙級醫務所，但這是沒有承做健保業務。小病留在醫務所看病，這部分有國防預算補助，但病情一旦嚴重或群聚感染時，不管是輕病或重病，原則上都希望集中處理，避免疫情擴散。因為部隊是群體生活，為了預防疫情擴散，我們必須做好管控及追蹤，所以就算他很緊急就近到其他醫療院所就醫，我們也是儘可能的把他們接回國軍醫院，因為這牽涉到後續的疫情管控和追蹤。

**主席**

我們的資料無法區分軍人、軍眷身分，多數代表會支持，是說如果

可以排除軍人，剩下的還是要跟大家一樣。

**國防部軍醫局李專委宣緯**

我們法位階是軍人、軍眷都在法保障內。

**主席**

可是我們無法排除，你們回去研究一下，若可以把軍人軍眷排除後，民眾的部分還是跟大家一樣。

**國防部軍醫局李專委宣緯**

最早想的建議方案是分子和分母同時排除軍人及軍眷案件，但是因考量健保署沒有辦法切出軍人跟軍眷身分，所以才會提出用調降比例的方式。只要能顧及國軍醫院的特殊狀況，不論是調降比例或是分子分母同時排除軍人及軍眷案件，我們都可以接受。

**主席**

如三總比例只有 10 幾%，那他也要比照下降，因軍人、軍眷的比例很低；左營可能就較高，是不均的狀態，基於與其他醫院衡平性，除非軍醫局算給我們，把不算軍人、軍眷，剩下跟大家都一樣。因為我們雙方資訊不對稱，要如何同意，我們需要技術上細部商量，在場的代表，是不是也同意說可以釐清情況下，民眾部分大家也要一樣，每家醫院的占比不一樣，但是民眾的部分，大家要公平，朝這個方向，細節部分授權健保署和軍醫局商量。

**龐代表一鳴**

這要特別操作，因有一些是機密資料，先確認軍眷到什麼程度。

**國防部軍醫局謝處長宗保**

有拿眷補證，就醫時一定要出示眷補證。

**龐代表一鳴**

成年後會我們的保險對象的第二類。

**國防部軍醫局謝處長宗保**

成年以後沒有眷補證。

**龐代表一鳴**

第一個所以他會投保時是依附在國防部。第二個，文職人員算不算。

**國防部軍醫局謝處長宗保**

不算。

**主席**

限縮在一定合理的範圍，剩下的都跟大家一樣，大家是不是同意原則這樣好不好？好，今天就討論到這裡，謝謝大家。

**國防部軍醫局謝處長宗保**

以後軍醫局可不可以派代表列席。

**主席**

與軍醫局相關的題目，會請你們列席，謝謝各位代表。