

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

106 年第 3 次臨時會會議紀錄

時間：106 年 9 月 1 日（星期三）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

李代表偉強	李偉強	詹代表永兆	詹永兆
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	周慶明(代)
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	陳瑞瑛(代)
潘代表延健	(請假)	許代表世明	林順華(代)
璩代表大成	王雪月(代)	羅代表界山	吳永隆(代)
陳代表志忠	劉碧珠(代)	林代表綉珠	劉淑芬(代)
徐代表弘正	申斯靜(代)	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	(請假)	楊代表政峯	朱世瑋(代)
羅代表永達	羅永達	王代表榮濱	王榮濱
謝代表文輝	謝文輝	郭代表素珍	(請假)
謝代表武吉	謝景祥(代)	廖代表大富	廖大富
朱代表益宏	(請假)	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
林代表恒立	林恒立	劉代表志棟	何語(代)
王代表宏育	(請假)	王代表雅馨	王雅馨
黃代表振國	黃振國	張代表清田	張清田
張代表金石	張金石	羅代表紀琮	羅紀琮
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	(請假)
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	張友珊、馬文娟
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、林筱庭
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷、秦語謙
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	陳珮涵、林佩荻、吳心華、 吳洵伶
本署臺北業務組	蔡育緯、林勢傑、張志銘
本署北區業務組	陳孟函
本署中區業務組	楊惠真
本署醫務管理組	谷祖棣、張淑雅、王玲玲、 林右鈞、陳依婕、宋兆喻、 廖敏欣、涂奇君、林沁嫻、 吳明純、何承穎、林芝螢

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

三、報告事項

- (一) 106年新增修支付標準18項截至106年6月之執行情形報告案。  
決定：洽悉。
- (二) 增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第六節調劑支付標準案。  
決定：洽悉，同意新增診療項目編號05235B「特殊輸注液處方藥事服務費(天)」，及修正診療項目編號05220A「全

靜脈營養注射劑處方之藥事服務費（TPN）」支付條件規範（詳附件 1，P5）。

#### 四、討論事項

（一）應用 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算(29.67 億元)調整支付標準案。

決議：同意應用 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算 29.67 億元調整支付標準，財務推估約增加 22.18 億點，修訂後支付標準（詳附件 2，P6~P11），修訂重點如下：

1. 各項調整及財務影響評估（詳附件 3，P12），摘要如下：
  - (1) 偏鄉醫院住院護理費由原 3.5%調升為 15%，推估增加 1.55 億點。
  - (2) 調升地區醫院病房費點數 15%，病房費如超過區域醫院點數則調至與區域醫院相同，原推估預算之餘額用於調升地區醫院住院護理費點數 3.5%，本項合計增加 5.13 億點。
  - (3) 地區醫院門診診察費加成率再提高 15%，推估增加 14.15 億點。
  - (4) 地區醫院之急診診察費保障每點一元，推估增加 1.35 億點。
2. 與會代表建議偏鄉地區醫院急診診察費點值保障再提高乙案，俟重新估算費用再提會討論。

#### 五、臨時動議

（一）全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）4.0 版支付通則實施時程案。

決議：

1. 將以 105 年申報資料採 4.0 版重新編審後，試算各醫院之財務影響評估，並置於 VPN 上供各醫院參考。
2. 4.0 版實施時程將視各醫院準備情形另行提案討論。

(二) 中華民國藥師公會全國聯合會代表賴振榕提出有關「藥事服務費」調整案。

決議：請藥師公會全國聯合會提供具體提案內容及財務影響評估，將併同 107 年總額協商確定後辦理。

**六、散會：下午 16 時 20 分**

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

## 第一章 基本診療

## 第六節 調劑

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫自 師調 親劑	藥員 事調 人劑				
05220A	全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費 (TPN)(天) 註： <u>1.限設有經「中華民國靜脈暨腸道營養學會」認定合格之「營養醫療小組」之特約醫院申報。</u> <u>2.需為TPN處方，指含有胺基酸、碳水化合物、維生素及微量元素之重新混合注射劑，並於無菌環境中依無菌調配操作標準調配。</u> <u>3.屬三合一營養注射劑之處方組合品項不得申報本項。</u>					v	v	365
<u>05235B</u>	<u>特殊輸注液處方藥事服務費 (天)</u> 註： <u>1.非重新組合之TPN混合注射劑僅添加少量微量元素或維生素者得申報本項。</u> <u>2.須於無菌環境中調配。</u> <u>3.本項適應症如下：</u> <u>限水病患、透析病患、新生兒及小兒血液腫瘤科病患或其他經專業認定須自行調配特殊輸注液之個案，且無市售品項可供使用。</u>				<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>225</u>

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

### 第二部 西醫

#### 第一章 基本診療

##### 第一節 門診診察費

通則：

#### 十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

(一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計20%。

(二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項

(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計17%，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計37%。

(三)地區醫院加成方式：

1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計~~40%~~ ~~25%~~，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計~~60%~~ ~~45%~~。

2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計~~23%~~ ~~8%~~，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計~~43%~~ ~~28%~~。

3.其餘科別之門診診察費項目，得依表定點數加計15%，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計35%。

(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：

1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。

2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科及胸腔暨重症加護等科。

3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。

(五)醫院申報門診診察費四歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2。

### 第三節 病房費

通則：

九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加成百分之~~十五~~十五。

- 1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。
- 2.符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格第一項、第二項之醫院。
- 3.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：[www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw)，資料路徑如下：首頁>資料下載>檔案下載>《其他》。

(二)符合全日平均護病比之加成：

- 1.各醫院之急性一般及經濟病床（皆含精神病床）「全日平均護病比」，符合下表所列各該層級「全日平均護病比」之範圍者，其加成率如下：

全日平均護病比範圍			加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	3%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	6%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	9%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	12%
< 7.0	< 10.0	< 13.0	14%

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

- 2.醫院應依下列時程至健保資訊網服務系統(VPN)填報「品質報告」，未填報者，本項不予加成：

- (1)於費用年月次次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒人數比率、急性一般病房感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項指標。
- (2)於每季結束次次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率等二項指標。

(三)醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「結構性資料」，包含：急性一般及經濟病床（皆含精神病床）全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數、實際提供照護之護理人員數等資料；醫院並應保存每月「全日平均護病比」資料備查（參考格式請至保險人全球資訊網下載，網址：[www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw)，資料路徑如下：首頁>資料下載>檔案下載>《其他》）。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03001K	急性一般病床 (床/天)					
	--病房費				v	598
03002A				v		532
03004B			v			<u>532</u> <del>509</del>
03026K	--護理費				v	730
03027A				v		644
03029B			v			<u>605</u> <del>585</del>
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03005K	經濟病床 (床/天)					
	--病房費				v	336
03006A				v		302
03008B			v			<u>302</u> <del>258</del>
03030K	--護理費				v	307
03031A				v		271
03033B			v			<u>211</u> <del>204</del>
	註：1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03009K	嬰兒病床 (床/天)					
	--病房費				v	1187
03023A				v		1083
03024B			v			<u>1083</u> <del>978</del>
03034K	--護理費				v	2084
03035A				v		1900
03036B			v			<u>1777</u> <del>1717</del>
	註：1.指足月出生四個月內或早於三十五週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒(正常新生兒除外)因疾病而需特別觀察治療者，或因早產需要特別養育者，以入住時之年齡判定。 2.限無家屬照顧，二十四小時由醫護人員照顧者。 3.本項非兒童加成項目。 4.非註1之嬰兒住院者，以急性一般病床申報費用。					
03055K	精神急性一般病床 (床/天)					
	--病房費				v	598
03056A				v		532
03057B			v			<u>532</u> <del>509</del>
03058K	--護理費				v	730
03059A				v		644
03060B			v			<u>605</u> <del>585</del>
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03061K 03062A 03063B 03064K 03065A 03066B	精神急性經濟病床(床/天) --病房費 --護理費 註：1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。			v	v	336 302 <del>302</del> 307 271 <del>211</del>
03067K 03068A 03069B 03070K 03071A 03072B	慢性病床(床/天) --病房費 --護理費			v	v	336 302 <del>302</del> 302 266 <del>208</del>
03014A 03025B 03037A 03039B	精神科加護病床(床/天) --病房費 --護理費			v	v	1305 <del>1305</del> 1958 <del>1812</del>
03016B 03040B	燒傷病房(床/天) --病房費 --護理費		v	v	v	1246 1246
03018A 03019B 03042A 03043B	急診觀察床(床/天) --病房費 --護理費 註：1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2.留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。 3.僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。 4.山地離島地區病患因故無法後送而須於衛生所(室)留觀者，依03019B「病床費」、03043B「護理費」申報。			v	v	167 <del>167</del> 167 <del>144</del>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03010E	加護病床 ICU (床/天)					
	--病房費				v	2852
03011F				v		2406
03012G			v			<del>2406</del> 1738
03047E	--護理費				v	4277
03048F				v		3609
03049G			v			<del>2698</del> 2607
	註：					
	1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。					
	2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。					
	3.使用加護病床患者以下列為限：					
	1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。					
	2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。					
	3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。					
	4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。					
	5)危命性不整脈（含心搏暫停後）患者。					
	6)休克患者。					
	7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。					
	8)急性中毒性昏迷患者。					
	9)肝硬化性肝昏迷患者。					
	10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。					
	11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。					
	12)癲癇重積症患者。					
	13)急性顱內壓增高危及生命者。					
	14)急性腦幹病變者。					
	15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。					
	16)新生兒黃膽過高需換血者。					
	17)出生體重低於1500公克之極度早產兒。					
	18)其他危篤重症危及生命者。					
	4.入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出：					
	1)血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量··)。					
	2)脫離呼吸器。					
	3)病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。					
	4)合併症已穩定控制者。					
	5)已脫離急性期不需加護醫療照護者。					
	6)家屬要求自動出院者。					

## 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算(29.67 億元)

## 各項調整財務影響評估

一、費用統計說明：以 105 年申報資料統計，排除代辦案件，住院件數成長率 3% 進行推估，門診件數成長率 5% 進行推估。

二、病房費：調升地區醫院支付點數 15%，如超過區域醫院點數則調至與區域醫院相同；剩餘預算用於調升地區醫院住院護理費支付點數 3.5%。

## (一) 病房費

件數 (萬件)	原點數 (億點)(A)	調整後點數(億點)		增加點數 (億點)(B-A)
		不考慮件數成長	件數成長3%(B)	
445.21	24.23	26.58	27.38	3.15

## (二) 住院護理費

件數 (萬件)	原點數 (億點)(A)	調整後點數(億點)		增加點數 (億點)(B-A)
		不考慮件數成長	件數成長3%(B)	
446.68	28.73	29.74	30.63	1.90

註：護病比加成點數將因調整護理費支付點數，額外增加 0.08 億點。

(三) 本項合計增加點數 **5.13 億點**。

三、住院護理費偏鄉加成：調升偏鄉醫院加成率，由 3.5% 調升為 15%；本項以前項註院護理費調整後點數為基礎計算。

(億點)	現行	調整後
偏鄉加成率	3.5%	15.0%
調整後點數	0.47	2.02
增加點數	-	<b>1.55</b>

四、門診診察費：地區醫院加成率均再提升 15%。

件數 (萬件)	原點數 (億點)(A)	調整後點數(億點)		增加點數 (億點)(B-A)
		不考慮件數成長	件數成長5%(B)	
2,262.42	74.85	84.76	89.00	<b>14.15</b>

五、急診診察費：保障至每點一元。

分區	原點數 (億點)	校正後點數 (億點)(A)	補到一點一元 之點值差額(B)	增加點數 (億點)(A*B)
台北	2.03	2.08	0.15131198	0.31
北區	2.27	2.33	0.09771251	0.23
中區	3.30	3.37	0.09526789	0.32
南區	1.26	1.29	0.13142348	0.17
高屏	3.04	3.12	0.07707832	0.24
東區	0.77	0.80	0.09218697	0.07
合計	12.67	12.98		<b>1.35</b>

六、合計：財務推估增加 22.18 億點(=5.13 +1.55 +14.15 +1.35 億點)，其中醫學中心 0.15 億點、區域醫院 0.49 億點、地區醫院 21.54 億點。

# 106 年度第 3 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 臨時會與會人員發言實錄

## 前言

### 主席

各位代表、醫管組及分區業務組同仁大家午安！今天召開的是今年的第三次臨時會，會議現在開始。

首先請各位看一下上次的會議決議辦理情形，請確認上次的會議紀錄，在第 1 頁到第 5 頁，這是第二次臨時會議的會議紀錄，請各位代表確認。各位代表對於上一次臨時會議紀錄有沒有問題？如果沒有問題，會議紀錄就確認，接下來請看決議事項追蹤結果，請同仁開始。

### 宋科員兆喻

各位代表長官好，這次會議決議辦理情形追蹤事項共 3 案。序號 1 支付標準成本分析調查案，將依 106 年第一次共擬會議決議，請醫學中心、區域及地區醫院三個層級協會，提供醫院名單及其二十一項成本資料，並於本年度最後一次共同擬訂會議報告，本案繼續列管。序號 2 未列項申報方式一案，106 年 1 月至 6 月收載之資料，預計提報 106 年第三次共同擬訂會議報告，本案繼續列管。序號 3 有關假日開診率低於 25% 之地區本署已函請醫師公會全聯會持續瞭解各地區週日開診需要，及監控基層診所開診率變化，並於本年度共同擬訂會議提案報告；全聯會於 106 年 8 月 16 日函復其開診需求評估方式及假日開診輔導結果，本署請該會再補充報告資料，俟資料齊全將提至本會報告，本案建議繼續列管。

### 主席

好，謝謝。這邊追蹤的都是去年的會議決議，對不對？上次會議的決議有沒有要追蹤？這個都在追蹤 105 年的會議決議，最近幾次會議決議有沒有追蹤？好，請醫管組說明。

### 宋科員兆喻

前次會議的追蹤決議事項，有關 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率的 60 億支付標準調整案及其他支付標準新增修訂案，目前預告中，後續將依程序辦理報部核定公告事宜。

## 主席

好，謝謝！各位代表對於這一次的追蹤，有關 105 年的 3 項以及剛才口頭補充上次臨時會的會議追蹤，大家有沒有意見？請周代表。

## 周醫師慶明(吳代表國治代理人)

主席，關於我們基層因為 B 表要跨到 C 表，基層這邊之前是有發表盡量這次暫時不予調整，這個是確認的嘛？

## 主席

有關 60 億調整支付標準案，有些項目涉及到基層也有執行，當時與會的基層代表希望那些項目都在醫院作調整，所以這部分已經確認，而且也會在支付標準表內註明。但是有一個但書，因為基層認為今年非協商的費用在基層的部分已經使用完了，所以沒有預算可以支應，當時是用這個理由，所以基層不併同調整。會議同意基層先不併同調整，但明年的預算協商後，麻煩基層的代表未來要把這些項目納入考量。請李代表。

## 李代表紹誠

主席，李紹誠醫師發言。其實是另外一個事情，就是說現在有跨表的部分，原來在基層有跨表申請從 C 跨到 B，但是 B 現在如果調高的時候，變成我們的支付裡面、總額裡面就會跟著增加，我們基層大概是比較 care 這部分，以上。

## 主席

這個項目醫管組早上有試算了，這次 60 億調整項目裡面的 B 表，之前西醫基層已經有申請跨表，而且是會用到這次調整的項目，大概只有 3 項，總點數只有 13 萬。

這些項目因為已經同意跨表，是跨到 B 表，C 表本身沒有這個項目，

對不對？所以既然同意跨到 B 表，B 表修改後不同意跨表就很奇怪，而且現在的量只有 13 萬點的費用。

**李代表紹誠**

只有 13 萬點的費用？那就 ok！

**主席**

你們可以考慮未來要不要再同意跨表，以前已經同意跨表的部分，現在的財務影響只有 13 萬點，所以就照原來的規定辦理，謝謝。其他代表還有沒有意見？請，何代表。

**何常務理事語(劉代表志棟代理人)**

我要請教主席一下，在重症 60 億分配中，兒童重症的部分分配多少費用？

**張技正淑雅**

目前兒童所占的比例是 9.26 億點，以上說明。

**何常務理事語(劉代表志棟代理人)**

那婦產科的部分？

**張技正淑雅**

婦產科的部分原案為 8.76 億，排除西醫基層，約 7 點多到 8 億之間。我們會後再跟代表說明詳細的數字。

**主席**

這個資料是有精確的數據，再請醫管組跟代表說明，謝謝何代表。大家還有沒有其他意見？如果沒有，前前次的決議事項，還沒有解除列管的部分，再拿出來讓大家知道目前的辦理情形，如果沒有問題我們就確認，再來，報告事項的第一案。

**報告事項**

**第一案**

**案由：106 年新增修支付標準 18 項截至 106 年 6 月之執行情形報告案。**

**主席**

好，謝謝。這個是今年通過的項目截至今年 6 月 30 日的執行情形，以及跟預算的比較，多數都還在當時編列預算的範圍內，大家有沒有意見。如果沒有意見，本案洽悉，接下來是報告案第二案。

**報告事項**

**第二案**

**案由：增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第六節調劑支付標準案。**

**主席**

請問本案大家有沒有意見？這案是減少支出，詳細的內容在附件 2-2，有說明支付標準調整的部分，針對全靜脈營養注射劑的藥師服務費，還有特殊輸注液藥師服務費做修正，大家有沒有意見？如果沒有意見，這個報告案洽悉。接下來我們有個臨時報告案在各位桌上，李醫師，請。

**李代表紹誠**

不好意思，剛才的報告案第一案，因為剛才我們大家都沒有去注意到，就是第一頁，報告事項第一頁，他們在說明二（二）有一個西醫基層這裡面是新增加這個項目，這裡面寫序號 18 在第 9 頁 28031C「大腸或小腸纖維鏡切片」，這個部分，因為我們原來在新增診療項目 2.5 億裡面，並沒有我們那時候談的並沒有含這一樣東西，這個是不是新出來的？

**谷科長祖棟**

不是，他的預算是另外一個項目，不是 2.5 億。2.5 億是用在開放表別，這個項目是修訂診療項目，屬於內含特材，是另外一項預算。

**張技正淑雅**

他是西醫基層的新增診療項目。

**主席**

當時編有預算嗎？

**張技正淑雅**

兩千兩百萬。

**李代表紹誠**

如果當時有編就沒問題。

**主席**

這個有單獨編，我們會後把資料提供給你，同仁找到資料就提供給李醫師。大家還有沒有其他意見？如果沒有，就進入剛剛的臨時報告案，大家桌上有一個臨時報告案，請同仁宣讀。

這是臨時報告案，是 DRG4.0 版的實施時間，大家需要有準備的時間，是不是就明年 1 月 1 號實施？時間上夠不夠？現在是 9 月 1 號。

**黃代表雪玲**

資料出來還要有時間公告，因為你現在預告...。

**主席**

什麼時候公告？

**梁代表淑政**

到 9 月底的時候，會配合健保署的作業，發布 10 月 1 日實施支付標準修正案。

**陳顧問瑞瑛(李代表飛鵬代理人)**

現在沒有費用嘛，你要有費用阿，因為你這個支付標準這麼多調整，然後權重一定會改。

**主席**

權重要重算。

### 陳顧問瑞瑛(李代表飛鵬代理人)

對，要重算。所以那個沒有出來，你即使 4.0 版只是個案去對而已，那政策會影響支付標準，權重還是最重要的。

### 主席

權重我們應該是重新計算公告，請醫管組說明。

### 谷科長祖棣

我們上一次...

### 陳顧問瑞瑛(李代表飛鵬代理人)

ICD-9 改為 ICD-10 以後，那個項目整個改變然後現在支付標準又改，所以 4.0，當然我不知道醫院的同仁看過了沒有，到底裡面都完整了沒，而且他的那個什麼檔，醫院可不可以用？之前是沒辦法用，各業務組還跟各醫院在協調，去查到底怎樣，所以沒有辦法說可不可以啦，只是你這個資料完整然後各醫院再去試算，覺得 ok，對照檔也都沒有問題才有辦法做。

### 主席

好，請醫管組補充。

### 谷科長祖棣

上次 60 億會議資料提的是配合 60 億調整的 4.0 版的權重，還有 3.4 版的權重兩個版本。今天的案子是再加一個 29 億，所以這次會議後 29 億的案子如果通過的話，我們會再算一個配合上次調整完之後再校正今天 29 億這個案子，重新再算一個 3.4 版跟 4.0 版的權重後再公開。剛剛主任講的意思是說，醫院想要校正後費用試算的資料？

### 陳顧問瑞瑛(李代表飛鵬代理人)

對呀。

### 主席

所以是需要先公開讓大家了解，確定可行之後，再來訂實施日期，

是這樣嗎？這樣會比較妥當，這樣子的話，我們先上網把資訊先 release，先不要進入程序，先上網讓大家去 download，確定可行大家也要有一定的準備時間，然後再來訂實施日期，是不是這樣比較妥適？請羅代表。

### **羅代表永達**

主席，因為這件事情事關重大，我們雖然身為代表，有很多比較重大的議程，我們需要問問我們的會員，有沒有問題？我們能不能在這裡反應？那這個就用臨時報告案的方式，我們事先都沒有接到任何的通知，我覺得應該可不可以實施不是我們這幾個代表說了就算。所以以後類似像這樣不應該列在報告案，應該在一個臨時提案，要事先讓我們知道，讓我們問一下會員的醫院有什麼問題，我想在這邊比較容易做一個決定，以上。

### **主席**

好，那如果是這樣，大家還有沒有其他意見？

### **陳顧問瑞瑛(李代表飛鵬代理人)**

主席，剛剛我講的跟羅院長是兩回事，我要講的真正醫院要去執行這項是一定要你們所有的資料都齊全，然後 ICD-9 改為 ICD-10 以後，費用還有項目的改變非常的大，所以原來電腦的對照檔一定是要各醫院都可以用，然後你們現在新的支付標準出來以後，新的費用也要出來，讓各醫院、各層級醫院可以去試算原來的版本跟最新的版本到底怎樣，中間沒有任何問題，我們申報沒有問題才有辦法做，所以還是兩回事，那你今天用臨時報告案，本來只是要告訴我們說，DRG 是明年全面要實施的意思嘛，可是因為你所有資料都沒有出來。

### **李代表偉強**

這個一定要講清楚，這個 DRG4.0 版的支付通則，跟這個 DRG 1000、2000 項是兩回事，我們 DRG 之前分五個階段，現在目前作了兩個階段 400 多項，目前明年還是先這樣子，還沒有要繼續往下推的意思，不過因為經過從 ICD-9 變 ICD-10，經過很大的改變，所以我們很多試

算，剛剛陳代表提到了都已經改變了，這是第一個。

第二個是今年以來，我們支付標準都已經改變了，包括原來支付標準還有 60 億、還有今天的 29 億這些都改變了，這些改變一定會改變費用結構，改變費用結構之後過去算出來的這些 RW 應該都不合用了，所以一定要重新試算。那這個東西健保署也需要時間，等到你 release 出來之後，我們應該要先經過詳細的討論，討論完之後，醫院也要有時間去作相對應的檢視以及去做上線，那我們才能正式去用新的支付標準來做，我這樣講應該沒有錯，那我只是認為，第一個，在此時此刻突然接到這個訊息可能不容易馬上作一個決定。第二個，我剛這樣一講下來之後，還有剛從健保署這邊反應看起來也還有需要時間準備，現在已經 9 月 1 日了，9、10、11、12，四個月的時間，我相信對雙方來說，按照我剛講的那麼多事情，可能都不能完全做完，其實 1 月 1 日作是好事，因為很多事情可以一律從 1 月 1 日重新開始，這是目標，可是我們前面不能太趕，因為雙方都需要一些時間，特別是醫院端需要多一點的時間去處理，如果沒有非要時間上很急迫性要做，我建議我們應該要做的更完整一點，等於是一次讓它正確上線，不要改來改去，這是我一個建議，謝謝。

**主席**

好，請。

**谷科長祖棟**

建議由我們醫管組把包括 60 億、29 億以及這一年來調過的支付標準的整個費用校正重新算過之後，用 4.0 版重新編審的結果，然後放在 VPN 給各醫院參考。

**李代表偉強**

我確認一下，因為 105 年 1 月 1 日實施 ICD-10，所以妳剛講的是 104 年，是 104 年 ICD-9 的架構出來的東西，我只是確認一下。那妳有沒有 105 年的資料呢？

**谷科長祖棟**

配合 DRG 是用前前年的資料，目前為了這次的一個 ICD-10 及兩次的大幅的調整，及年底就會改用 105 年資料試算，我們就先用 105 年的資料算一次，包括編審的結果、費用校正後新的費用，然後放在 VPN 給各醫院參考。

## 主席

好，那這樣就釐清了，我們用 105 年資料庫，然後因為 105 年正好上 ICD-10，然後再 update 這段時間以來所有支付標準的調整，也包括 60 億跟今天討論的案子，以及其它新增支付項目，如果都有涉及到的話，全部都重算，然後先上 VPN 給大家一段時間表示意見，醫院先去 download，下一次的共擬會議再來討論，什麼時候上線 4.0 版，這樣可以嗎？下次的會議是在 9 月 14 日，其實我們開了太多臨時會了，反而正常的會議應該也是這個月要開，但是又迫於今天的案子有急迫性，所以又提早開，所以再評估 9 月 14 日要不要開，或者是下一次正式的會議延後開，那也把這個案子併進去好不好？但是在這之前一定要上 VPN 給醫院先了解，看看不可行，我們會給大家一段合理的時間，然後再來看看什麼時間上線。

3.4 版應該是要併同這次公告了吧？

## 谷科長祖棟

3.4 版校正後的權重這次預告已經有了，只是今天會後我們會再算一次，把 29 億再加進去的版本。

## 主席

好，至於剛剛陳代表講，是不是就是 DRG 要全面上線，這是兩件事，如果真的 DRG 剩下的第三、四、五階段要上線，也要提到共擬會議跟大家討論，要如何上線或者是要分階段實施，這都還沒討論到，不要因此而把它連結在一起，大家還有沒有其他意見？如果沒有意見，我們今天的臨時報告案就先撤案，就當成是資訊的轉達，謝謝，那就接下一案。

## 討論事項

### 第一案

案由：應用 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算(29.67 億元)調整支付標準案。

主席

好，謝謝。附件 1-1 是這個案子的相關統計資料，包括現行的點數、調整之後的點數以及財務增加的點數，請大家併同參閱。這個案子大家有沒有意見？請王代表。

王行政副院長雪月(璩代表大成代理人)

非常樂見這個地區醫院的調整，只是看一下第 23 頁的支付點數，大家可以看到支付點數有關病房費的部分，區域醫院低於地區醫院，也請署裡面再考量調高點數。

主席

第 23 頁？病房費嗎？

王行政副院長雪月(璩代表大成代理人)

是。

主席

一般急性病房的病房費嗎？

王行政副院長雪月(璩代表大成代理人)

對。

主席

調整之後？

王行政副院長雪月(璩代表大成代理人)

區域醫院就低於地區醫院，這部分能不能請署裡面考量一下，其實很多的區域醫院經營上跟地區醫院有部分雷同的情況，請署裡面再

考量一下，區域醫院經營上一定有它某些程度上的困難，請署裡面再做考量？

**主席**

太多這種現象了，不是只有這一項的地區醫院比區域醫院高，嬰兒病床的病房費也比較高，精神科的病房費也比較高，不是只有這一項。請李代表。

**李代表偉強**

這個應該是去年健保會時付費者代表提出來的一個重要配套措施，希望前面的 60 億是以提升急重症為主，後面還有 20 幾億將近 30 億是希望能夠做為醫療成本指數改變的一個調整。

今天剛好在座有好幾位是付費者代表也在去年的會議。我們先回到這個錢的基本目的，如果掉到細項面真的是討論不完。那某種程度反應偏鄉離島地區我覺得也是好事，那是我們在別的會討論過，不過我們想說這筆錢到底要怎麼用才是適當，我覺得應該聽看看付費者代表還原當初的情況，這樣或許我們後面討論大原則，我們很難去討論病房費要調多少、甚麼要調多少之類的，這是太細瑣的事情，我覺得今天要趕快把大原則訂定清楚，這樣會比較好一點，以上。

**主席**

好，謝謝，那其他代表還有沒有意見？請賴代表。

**賴代表振榕**

主席，我覺得現在再提這個案，因為上次臨時會我有提出來，就是我們藥事的照護費用，所以我們今天有準備一個提案單，那我是不是可以徵求在場的代表能不能同意併案討論？因為就像剛才前一位代表所講的，因為這個是醫療服務成本的一個要指標修正的，在醫院裡面臨床藥師可以貢獻的臨床藥事服務，上次也講得很清楚，我們可以從我們的 near miss medication error 方面來幫忙，在醫療的病人服務品質可以提升，而且在醫療費用方面還可以有一些節省。

所以今天我們很具體的再次提出來，我們想要徵求的就是大家可以看到我們提案單的後面那部分，住院部分我們希望可以有 6.1 億點、門診的藥事服務有 0.3 億點、癌症病人首次化療藥師幫忙評估的能夠有 1.6 億點，還有一個就是慢性病的病人，實際上他的腎功能在衰退中，他的用藥是須要有專業人員來幫忙他，讓他的腎功能能繼續有好的品質，那這些費用部份我想我們是有具體的提出些數字出來，那既然剛才講說這些費用我們應該是大向方面來看，那是不是能夠併案在這邊做討論？我是有這樣的建議，謝謝。

**主席**

好，謝謝，那還有沒有？請謝代表。

**謝代表文輝**

首先，賴代表提這個案，剛才看了，拜託，可能不要併案，因為壯大社區這個案，臨時會也開過了，討論好幾次了，那臨時會之前，署裡面也有召集相關的社區代表討論，這個案已經討論兩三次了，基本上大家應該都相當了解。

賴代表這個案，我想也很重要，但今天第一次看到這個案，我想併在一起比較不合適，而且現在時間兩點四十分，所以這個案之後還有很多時間，所以我希望能把它分開。因為如果過去賴代表已經討論兩、三次了，併案就比較恰當，所以拜託一下，時間才兩點四十分，拜託賴代表因為我們這個案已經講了三、四次，希望能體諒。

**主席**

好，請賴代表。

**賴代表振榕**

我想我也是尊重，但類似這種案在這樣的會議裡面，剛剛我有講已經是第三次提出來，不是沒有在提，是有提！但是一直沒有被重視！所以，我們今天才會很具體的提出來希望能夠併案。如果今天併案確實會影響到各位之前的討論，我一直覺得很奇怪為什麼在討論時沒有找藥事團體，這是我一直沒有辦法理解的地方。如果找我們去，我們

沒有去當然沒話說，但是沒有被邀請。所以，我們藥師在專業上的服務，尤其在醫院，我也一直在強調，我們在醫院爭取到這些費用不是到藥師的口袋，這是幫醫院做一些經費的爭取。所以，如果不併案討論，是否今天能做出一個決議，看什麼時候這個案要拿出來討論。因為這樣對我們全國的醫院服務的藥師才有交待。不然醫院藥師真的很辛苦，真的很辛苦。

各位剛剛可以看到我們的報告案第二案不是講到 TPN 嗎？包括 KCL 我以前在醫院服務的時候，我們藥師在準備那些藥品都花了很多時間、都做了很多事情，但是那些部份都有一些加成，對我們藥師來講是一個肯定。但是除了這個以外，在藥事照護方面，並沒有受到肯定，都是用一個調劑費就已經涵蓋在裡面了。所以我是說如果今天不併案，我也可以尊重，但希望能夠具體地說，這個案要怎麼列入，我們什麼時候要實際上來討論，好不好？請主席裁示，這樣的話，我不會一直堅持要併案來討論。

### 主席

其他代表對於賴代表提這個案子要併案討論，有沒有意見？剛剛謝院長是希望不要併案，那其他代表呢？請羅代表。

### 羅代表永達

我相信我們藥師代表對我們所有的權益的爭取是有目共睹。一個醫院裡面的醫事人員非常多，那以後如果類似這樣的案子，所有的醫事人員都提，包括檢驗師也提、復健師也提，一個醫院是一個多醫事人員的方式。

我們今天所討論的案子是針對整個醫院的經營，它的經營方式很多都是取長補短，用這樣的方式讓醫院能夠生存下去。我想跟所有的醫事人員團體所爭取的權益，事實上那個性質是不一樣的。所以我認為這不宜併案討論，以上。

### 主席

其他代表？請李代表。

## 李代表偉強

我沒有什麼意見，想請教一下，這兩個的討論結果，今天藥師團體所提出來的這個錢還是這個錢裡面的嗎？我只想先確認一下，是不是還是有另外一塊的錢？如果就這個 29.67 億，今天討論完不併案，討論完就剛好 29.67 億，那這樣子還提出來做什麼呢？那就沒有這個錢可以用了。

我只是先請教，因為我沒有仔細去算，如果錢提出來後，是不是還有留一點錢？或者，今天不併案也不影響他們將來併案討論的錢，如果今天討論完併案後，錢都用光了，那後面再討論也沒有意思了。

## 主席

來，請申代表。

## 申副秘書長斯靜(徐代表弘正代理人)

謝謝主席、各位前輩代表，我今天代表區域醫院協會，因為第一次參加這個會，看到很多新增的點數的過程當中，我怎麼一點歡喜心都沒有。因為，我們如果沒有參照各區點值去做比較的時候，如果單看點數滾進來，其實對醫界而言，最後並沒有因為這個錢看起來是額外進來的，其實搞不好最後還被點值吸收進去。所以，這樣的評估分析是不是可以再加入點值的 trace 再去做一個比較，才能夠讓付費者代表看到這個錢真的進來的當中，是因為點值降低所產生相對的點數效應，以上。

## 主席

我先處理一下，針對本案的討論可以繼續，但對於剛剛賴代表提的這個案子是否要併案我們先處理，才不會把事情弄得很複雜。這個案子大家認為要不要併案，剛剛賴藥師是希望併案但也不勉強。是這樣子嗎？

## 賴代表振榕

因為我想不能勉強說要併案進去，剛剛代表講的沒有錯，29 億都

分配了，看起來是這個錢是還可以插進去很難說。

## 主席

還沒有討論完，都還沒有決定。

## 賴代表振榕

對，我知道。但如果可以的話，併案是很好，但是我們剛剛謝院長也有講，同樣都是從中部來的，以後碰面機會還是很大，所以尊重他的意見。只是我說，今年如果我們沒有機會在這個經費上去分配，那是不是在未來的部份，能夠重視我們藥師在醫院的服務，能夠有經費的匡列出來。

剛剛羅院長講的其他醫事人員，其他醫事人員如果有在醫療服務的品質提升我們也不能忽視，不能因為是藥師提出來的，其他醫事人員提出來就不行。我覺得是這樣子，因為我們照顧的是病人，病人應該受到什麼樣的醫事人員服務，我想都是應該要重視的。所以，不是說藥師提出來，那其他醫事人員提出來怎麼辦？那就是想辦法，我們未來醫療服務的成本要再做分配的時候，就把其他醫事人員找來一起談，如果要做的項目是大家都可以做的，那應該要鼓勵還是要鼓勵。我還是要提醒一句話，因為現在醫事人員所爭取的錢，並沒有放到他的口袋去，都還是醫院的收入。所以並不影響醫院營運的部份，這是我再次的說明。

## 主席

好，其他大家還有沒有意見？如果沒有意見，賴藥師所提的這個案子，要到共擬會議討論，現在所提的這些資料是沒辦法討論的，因為這些都不是現有的支付項目，且這些費用是怎麼算出來的亦未說明，只是預算分配。本會議在處理的是現有支付項目點數的調整，或是新增項目要納入支付標準的討論，才是本會可以處理的項目。也就是檢討現行支付標準表裡面有需要增加或減少的項目，提到這個會議討論。但是現在看起來，這個提案的內容，其實是概念式的，也未說明要調整現行的哪個項目。那為什麼會算出來有 8 億，譬如抗凝血藥師門診，

在現有的支付標準表裡好像沒有這個項目，0.3 億點是怎麼算出來？次數？單價是怎麼訂？現在是不知道的。所以顯然這個提案要能夠到這個會議討論，這些都要交代清楚才有辦法討論，所以我們可能還要跟你再好好商量一下。那當然這個會議大家都可以提案，本會各個委員也都可以提案，特別賴藥師代表藥師公會全聯會，是可以提案的。那這個部分，我們今天也沒有準備到可以到本會討論的內容。

另外一點再跟你報告，明年總額的協商我們也有匡列用藥品質的專款，係本署主動建議，但也要透過協商之後看能不能通過，上個禮拜五已在健保會報告，該專款係呼應上次賴藥師所提的臨床藥師部分。但是臨床藥師要怎麼落實到支付，現在都沒有談，確實還沒有具體內容可以在共擬會議討論。

還是重申我們對於賴藥師兩次會議都提出臨床藥師這件事，我們非常的重視，但是怎麼樣把支付放在這個部分，我們有討論的空間。建議今天這個案子暫時不併案，待明年總額協商之後有具體預算結論再討論細節，這樣處理不曉得可不可以？

### 賴代表振榕

其實我是尊重主席剛剛講的，因為我知道提出這樣的數字內容要馬上做討論，我知道是有困難，因為我們署裡面都還沒有試算過，但是我只是要拜託主席不要只錄參，就是真正能夠安排時間，我們藥師公會很樂意地來跟署裡討論以後的給付項目，我們為什麼算出來是 8 億，當然我們算法對不對還要署裡面指導。這個案不併案我沒意見，至少要真的重視來討論裡面的細節，不管明年健保費匡列的費用夠不夠，但是總是要有一個開始，我們藥師在未來的給付項目上，就能夠受到重視也能夠肯定，這是我表達的意見，謝謝。

### 主席

好，謝謝賴藥師。還是重申我們非常的重視，您上次提了之後，我們甚至還提到署長那邊討論，而且也列入明年總額的專款，這些都是您沒有講我們就去做的事，所以您放心我們很重視。特別對於用藥安

全，對於您所謂的臨床藥師或是藥師可以幫上什麼忙，這件事情我們是非常的重視。

今天資料也還沒有辦法成為一個討論的內容，這個資料我們是不是就收錄，還是重申我們會後一定會找時間跟你們單獨討論，這些都列入會議記錄，謝謝。那我們就回到本案，請謝院長。

### 謝代表文輝

剛剛可能有幾位代表前幾次沒有參與這個案，那我來做一個概要地說明。基本上我們今年度的非協商因素 89 億多，在健保會當時因為要推動分級醫療，首先健保會就匡列其中的 60 億來調高重症的部分，那當然它就附帶希望大醫院釋出初期照護輕症這一類。那其實分級醫療的政策是有兩端嘛，上面大醫院現在經營都很好，釋出以後社區醫院要有能力承擔，長期以來我們社區醫院一直萎縮，三個層級裡面就是社區醫院一直萎縮，這個大家都清楚，包括基層診所都還增加。

最近我們看報紙說，當然有些報紙，我是覺得那個評論都操之過急，初期分級醫療才剛開始做就說破功了，哪有那種事情，幾十年的醫療型態突然要改變，絕對不是一個月兩個月，或甚至一年兩年，這個其實要有耐心，你改得太快民眾受不了，醫療院所也受不了。所以這個兩端事實上就說，現在大家為什麼不得不擠大醫院，因為小醫院一直不見，那家裡旁邊根本沒有小醫院，甚至有小醫院水準就不夠，醫生也請沒幾個，根本沒有辦法承擔。

所以在這個分級醫療，除了 60 億以外，我們的非協商因素還有 29 億，那部長也感覺上說，這就是另外一個我們兩端，一個就是壯大社區，社區一定要有足夠的壯大，才有辦法承接上面下來的。所以這個 29 億其實是定位在壯大社區來使用，那當然有幾次會議裡面很多代表都覺得偏鄉可能更辛苦，比這個一般地區醫院還辛苦，所以也有建議說偏鄉要來提高，所以說我們現在社區醫院協會也預備在明年的 107 年度總額，盡量替偏鄉再爭取多一點，的確偏鄉更不容易。事實上現在地區醫院的危機是全面性的危機，不只偏鄉，連都會區的地區醫院也一直關，前幾次的報導大家也看到，包括高雄市還有哪裡都一直關，

所以事實上一般地區醫院有危機，如果整個地區醫院都垮掉，繼續照這個趨勢萎縮，那分級醫療沒什麼好做的嘛，大家還是只能到大醫院去擠。

在這裡面大家代表想說為什麼這麼調，因為地區醫院它最困難的地方在於它在一個社區別的地方的病人不會來，不會像大醫院廣納百川，到時候病人都一起來，小醫院的地方它在那個鄉鎮，其他鄉鎮病人絕對不可能來，所以它的市場很有限，它一天如果開急診可能一個晚上就看 20 個、30 個，別的鄉鎮不會來。但是還是要維持一個醫師、護士、藥師、檢驗師等等，所以它成本最大的是在基本費用，他要維持那個 team。像大醫院可能有的醫生一個人顧上百床，地區可能一個醫師顧 10 床，但是如果他顧這個 8 床、10 床，這 10 床的家屬就不用往外地大醫院跑，家屬就近就比較方便，但是他還是要有一個醫師在那裡阿，所以我們調升 60 億調單向的，這樣對大醫院可能合適。一個月可能做這個做一百件，同樣大醫院的醫師到地區醫院來，可能做不到他十分之一的量，所以你加在那個技術性的特殊項目調整，再怎麼調對他都沒有用。所以如果我們要讓社區壯大，讓他維持一個基本的 team 在那裡，比如說住院我就基本幾個醫師，內科有 3 個，外科也有 3 個，所以你來這裡住院沒問題，臨時來生產都沒問題，所以它最主要是基本費用。那我們現在沒有其他費用可以給，就是基本診療章，所以我們在這醫院總額要開辦的時候，民國 91、92 年的時候，我們就找大中小型醫院，還有專家學者來討論一年多開了 17 次會議，裡面就特別講，支付標準要調整是要不一樣的，地區醫院就是要調它的基本診療章，其實我們署裡也有開始在著手，102 年的時候地區醫院的門診診察費就比醫學中心高會有另外加乘，因為它的量少，不是說他比較厲害，地區醫院醫師絕對沒比大間醫院醫師厲害，但是它就是量少，所以我們就在基本診療章給他加。所以希望我們區域醫院的代表要了解，地區醫院因為它結構的不一樣，只能在這裡調，調支付標準裡面做的特殊項目，你們一個醫師一個月做 30 個，他們只做 3 個，所以調特殊項目它拿不到，所以要調基本診療章。我們也鼓勵社區醫院要定位清楚，社區醫院就把社區顧好，你那個社區有什麼急診有什麼住院，你要承

擔起責任好好維持一個好的團隊，現在政府重視願意撥資源來，你就要把這個錢維持好的團隊，應付鄉親的需要，你的功能不再於拉多少患者，而是你的那個鄉鎮，老弱婦孺顧好。

所以今天地區醫院拜託大家不要用全盤來看，大醫院的調整有大醫院不同的策略和方向，地區醫院它只能調這裡不然拿不到，因為沒有其他項目可以調，所以希望大家不要去比較，因為這是兩種不同的邏輯，那首先做這個聲明。我是覺得我們分級醫療我是希望它成功，我們也希望一直萎縮的社區、地區醫院能夠壯大，那這些資源我是覺得是雪中送炭，不是錦上添花，所以希望大家能夠支持，讓這個案通過，讓地區醫院有一個希望，開始讓大家努力，謝謝。

### 劉主任淑芬(林代表綉珠代理人)

主席。

### 主席

請，何代表，等一下再請護理的代表。

### 何常務理事語(劉代表志棟代理人)

主席，各位代表大家好，我是很支持這個健保署提出來這個分配的比例費用，我是支持地區醫院這個項目，但是我在這裡要提出幾個意見，第一個是住院護理費偏鄉的加成，這個由 3.5% 調升到 15%，我希望醫院的老闆不要把這些錢放進自己的口袋，真正給醫護人員，假使他在市區賺 4 萬，在鄉下也賺 4 萬，我會回鄉下去，因為鄉下生活費用便宜，各方面開銷都很便宜，而且有些偏鄉的家庭護理人員，也願意回去，也不用租房子，可以住自己的家，那可能會讓一些偏鄉優秀的護理人員回到偏鄉去服務，所以這一點地區醫院的老闆要認識清楚，不能又把護理人員的調升費用，又扣東扣西當然就請不到都市型的護理人員回去，像我們台商在大陸要回流一樣，就是看環境的變化，這是第一點。

第二點，病房費的點數調升當然是醫院拿去，那我一直有去參訪一些醫院，有個醫院他把病房裝潢跟六星級一樣，拿 LED 高畫質的電視

給病人看，但是地區醫院如果還用十年前的電視，那病人就感覺不到這是很高級的病房，如果你願意把這個病房調升的費用，拿來裝潢你的病房，裝潢的像六星級的病房，那就非常的好。

另一個就是地區醫院服務人員的公共關係培訓，你要比都市型的醫院加強，所以我看到有一家醫院就請公關公司來幫護理人員、服務人員、文職人員上課，怎麼招待客人，怎麼應答、怎麼服務，整個儀態各方面的說詞都訓練出來，這個是講求服務的時代，所以你偏鄉的地區醫院，假使你的那些偏鄉病患都很老實，感覺到很親切、很和藹可親的話，他就感受到非常好。

另外門診診察費加成跟急診診察費加成，我希望還是有分配給這些醫師，如果不分配給醫師，你要請好的醫師來地區醫院是很困難的，所以我認為我很支持這個案，也很支持分級醫療，報紙登了很多我都很詳細、用心的去看內容，當然這個不是幾個月就能完成的，因為整個型態的改變是要漸進的，不可能這個月實施下個月就看到很好的成效，我很支持這個觀點。但是地區醫院真的本身要改變，我也去看了醫院，發現這個醫院的經營觀念真的完全不一樣，進去沒有聞到藥水味，裡面裝潢的有藝術氣息而且又非常好的一個病房，接待服務人員的口氣、講話、引導，真的完全不一樣。我就問說你們為什麼這樣子，他說我請公關公司來培訓，做一個上課訓練。我的建議是這樣，那我很支持這個案，讓他盡早通過不要在拖到下一次會議，這一點是我們建議案。

如果以我們健保署的計算 22.08 億，還有結存 7.88 億，7.88 億我剛才的看法是說，藥師公會為了藥師爭取權益我是很支持，但是提案內容真的不是非常完整，那我們建議在臨時動議的時候可以把它錄案，錄案之後健保署跟藥師公會再去討論細節，怎麼處理等下次會議再提出來，這是我的淺見，謝謝。

**主席**

謝謝何代表，再請劉代表。

## 劉主任淑芬(林代表綉珠代理人)

護理師護士公會全聯會第一次發言。首先謝謝何代表對護理人員的支持，也非常謝謝社區醫院協會所提出來的住院護理費偏鄉的加成，這個區塊公會是贊成的。因為偏鄉地區護理人員的招募的確是比較困難，我們也希望藉由這樣的加成，誠如何代表所提到能夠實質的回饋給護理人員，否則的話，這樣加成的結果，如果沒有回饋給護理人員，偏鄉護理人員薪資偏低，還是非常困難的回到偏鄉的臨床服務。所以全聯會非常贊成住院護理費偏鄉加成的方案，也希望能夠實質的回饋給地區醫院的護理人員，也期待地區醫院協會既已經提出這樣好的議案，是不是也同時可做好的監控，能夠有相關實質回饋數據上的改變，全聯會與社區醫院協會彼此可以交流跟了解，以上，謝謝。

## 主席

謝謝，請劉代表。

## 劉秘書長碧珠(陳代表志忠代理人)

主席、各位代表午安，這個案子坦白講，付費者代表是樂見這樣的調整。但是，如果大家來看一下支付標準，我當然了解偏鄉或地區在聘用人力或各方面的確是非常困難。但是我必須要說就區域醫院來看，若照這個支付標準調整看來，區域醫院跟社區醫院差距會變成是負值，在三個層級裡，區域醫院的支付標準反而是拿的是最少。就醫院層級所屬的規模來看，區域醫院有大有小，社區醫院也是有大有小。剛在講分級醫療時，如果照剛剛分配的邏輯，在重症部分，區域層級也很多醫院初期照護被扣了很多，重症也不見得拿的到，但是在支付標準調整又輪不到它，我覺得這問題也必須要重視。

第一個，我們可能沒辦法反對社區醫院要調整支付標準，但是同樣在區域醫院這邊，我們也認為不應該低於社區醫院的支付標準，最起碼應該是拉平。你以醫院大小、層級去區分點數，我想各種層級醫院都有經營上的困難，現在並不是說大醫院就比較好經營，我想現在的醫療環境，每間醫院都經營得非常辛苦，這我在各種會議都一再陳述，

並沒有說醫院屬區域醫院就一定經營的比較好。甚至有很多我們區域醫院的經營事實上還比社區醫院還辛苦，因為我們的設置標準、被要求、規範的各種成本，真的是高於社區醫院。但我想這個困難大家都一樣，但不能因為困難，然後有提出比較強烈訴求的就給予這樣的補助，但對於真正很多更困難的區域醫院卻忽視它。我今天必須站在區域醫院協會的立場提出這樣的訴求，如果要調整支付標準，既然額度也還沒用完，是不是最起碼不要讓區域醫院的支付標準是三個層級最低的，這樣我回去對我們會員也很難交代，我想大家可能需要點智慧跟時間再來討論。

我先強調，我們不是反對社區醫院調整 29 億的支付標準。但我想這調整的幅度跟合理性，我希望在座各位委員也要幫區域醫院做一個考量，我們設置的成本並不會比其它層級來的低，我們被要求的、被規範的、不管人力或設備、甚至科別，或是各方面所付出的成本真的非常非常高。當然今天我們不好，我們自己也沒有提出各種成本資料，其實剛前面有講的議題，在這支付標準調整的地方，區域醫院協會這次也非常努力在各種支付標準的成本分析方面，我們整個協會各區都有一些人力在做這件事情，希望能夠用成本的方式算出我們應該要有的支付標準調整。如果三個層級最後是區域醫院的支付標準最低，我想這真的有點說不過去，最起碼要把區域醫院拉平，這點我們還可以勉為其難接受，以上。

**主席**

好，王代表。

**王行政副院長雪月(璩代表大成代理人)**

對不起，我這邊再補充一下。其實很多區域醫院也位在比較偏遠的地方，比如說台東的馬偕、苗栗的為恭等都屬偏遠地區，所以請主席、各位付費者代表也可以考量到其實區域醫院位於偏遠地區也非常多，當然我們也樂見地區醫院這次案子可以通過，在醫療產業經營真的是非常非常困難，謝謝。

## 主席

謝謝，請謝代表。

## 謝代表文輝

非常感謝，大家都在醫療環境，各個層級大家心裡的苦自己最清楚，所以很感謝區域醫院代表也希望這次案子通過。

但我是覺得剛剛提的台東的馬偕、苗栗的為恭等偏遠地區，我建議區域醫院代表回去整理一下那幾間很重要、經營得很困難，把這問題凸顯出來，大家拿出來討論。如果他有發生困難的話，可能對台灣的整體醫療會有很大的衝擊，我們就針對那一案來研究。我們九月要開始談明年總額，盡量趕在這之前提供資料，也許明年可以再爭取針對那些類型醫院來努力。

這個案子已經討論好幾次了，希望能盡快通過。未來區域醫院如果在某些特出地方、如果有營運問題，可能會發生整體影響，一定會受到重視，就像地區醫院逐漸萎縮，所以長官支持這個案子，所以我希望今天能過。而區域醫院就要努力整理，的確有些區域醫院營運有困難，就把那些有困難的提出來，這樣付費者代表會比較能夠理解，不然只會覺得區域醫院數就一直增加，大家不會感到他有危機。

## 陳顧問瑞瑛(李代表飛鵬代理人)

我不是反對這一個，我只是請教，因為我不知道我們健保署是直接採用社區醫院的提案，就是這個基本診療章全部調升 15%，不管他有沒有這些病房或者什麼。

我舉一個例子，就是精神科加護病房，原來連設置標準都沒有，燒傷病房我也不知道有沒有。因為這個調了以後，甚至比原來的...因為它只有 B 沒有 A，像燒傷病房。還有就是隔離病床、正壓、負壓，因為這樣調了以後，變成是看的到吃不到，我真的很好奇我們社區醫院在哪裡有精神科加護病房？燒傷可能是有的，可是我不知道說如果沒有去考量他們真正需要的是什麼，然後只是去加在那裡，但他們連病房都沒有，應該要加給他們需要的。我不知道謝代表你覺得...因為如

果你們有，那我沒話講，因為你們精神科加護病房是要比醫學中心還要高...。

**謝代表文輝**

是比較少，但還是有，但是署裡面其實很清楚資料，當然地區醫院做這個是很辛苦，所以加這個我們當然是很贊成，當然加的不會很多，但合起來就是那二十幾億，所以還是有，少數還是有。

**陳顧問瑞瑛(李代表飛鵬代理人)**

還是有，是不是？

**主席**

它有，因為我們的財務衝擊就是數量。

**陳顧問瑞瑛(李代表飛鵬代理人)**

不是，我是說像精神科加護病房。

**主席**

有，只是量不多，所以它貢獻在財務裡面。

**陳顧問瑞瑛(李代表飛鵬代理人)**

所以如果這樣調整以後，就比...

**主席**

沒有，等一下聽完大家的意見之後，我們會再有一個修正案出來。

**陳顧問瑞瑛(李代表飛鵬代理人)**

因為我只是好奇而已，我沒有意見。

**主席**

好，謝謝陳代表。請李代表，再來王代表。

**李代表偉強**

現在分四個部分滿具體的，第一個是偏鄉護理，這邊因為連護理師公會都贊成，大家也沒甚麼好說的，因為這東西本來就希望對護理有

幫助。

後面三項的病房費、診察費、急診，就不限於偏鄉囉？是全面的嘛，那這邊當我們講到這東西的時候，意思就是調整成本，因為病房費點數提升。那其實不管，假設不限偏鄉，假設說我隨便舉例板橋，板橋地區三個層級醫院都有，我現在調高其中一個，其實板橋地區它的成本背景是一樣的，現在只單純調高這個，我的意思是，我還是回到一點，因為我以前曾經管過醫療機構設置標準，為什麼當初按造評鑑標準設三個層級，醫療機構設置標準中是有一個表的，基本上大致說來醫中的成本會高，不論人力、條件等成本會高於區域，區域會高於社區，大概這樣的原則。所以你的成本一定反應在基本的要求，這是合理的。現在如果把地區調高了，而且不限於偏鄉或城市的時候，那同一地區大家都調高，理論上大家都一起變高了，這會更合理，我現在講的不是偏鄉護理，是後面三個。

那第四個是講到急診保障 1 點 1 元，假設今天在金門或馬祖，他們本來就是保障 1 點 1 元，因為是在離島地區，那它這個是不限偏鄉、不限地方嘛，所以我還是講比如說今天是在桃園...。

**主席**

一點一元的就不動了，沒有一點一元的變成一點一元。

**李代表偉強**

是，今天就這個目標來看的話，同樣在那個區域裡面的區域醫院和醫學中心，那它不就是不用應該達到這個標準嗎？我是講說，所以這個東西如果我們今天不談偏鄉的時候，基本上就不應該只考量地區醫院而已，應該是其他兩個層級是不是應該一起考量，我並不是說要搶這個錢，而是說將來支付標準表和醫療機構設置標準表裡面就完全不一樣了嗎？等於說不管標準多少都付，甚至更高的錢。剛才區域協會提出來的，那意思是將來還要會醫事司修改設置標準表，因為意思說今天錢已經差不多了，甚至更高了，那這樣是不是還能要求區域醫院是不是要提供更複雜和高規格的設備呢？那醫學中心更不用講了。我

的意思是說這個東西是連動的，並不是說反對的問題，而是說你要去會相關單位，甚至各地方衛生局將來在審核醫療機構設置標準時，這跟這個相關的，以上。

## 主席

好，謝謝。請王代表先。

## 王代表雅馨

主席、各位代表大家好，我剛才看到第二十頁這邊，比較好奇的是想請教一下，因為我們以一般病友或民眾的觀點來看，我們真的很樂於見強化基層的能力，然後可以就近醫療。我們有民眾到居住地就近醫療時，我們可能到那邊沒有一個適當的醫師或設備，所以我們真的很樂見說有一個強化基層的部分。

第四點這邊：「加乘科別及門診診察費項目定義說明」，我是想請教一下這邊是包含所有科別嗎？因為它前面說包含全面的部分，還是說只針對上面有寫的，那不曉得這邊是針對這些是怎麼樣來做一個選擇，來選擇這些科別的？

## 羅代表永達

不容易聘請的科別。像一般的家醫科就沒有在裡面，因為不需要給他們補。

## 王代表雅馨

這因為我們基本上也發覺到有不在裡面的科別也非常重要，因為皮膚是全身最大的器官，其實有很多皮膚病...

## 羅代表永達

那個診所也很多。

## 王代表雅馨

因為我們也是樂見厝邊好鄰居，那好像有些科別沒有在裡面，就覺得滿可惜的，那以皮膚科來說，很多皮膚的病變...

## 羅代表永達

現在只能挑比較困難的科別，比較請不到醫師的科別。

## 王代表雅馨

因為其實以我們一些自體免疫疾的病友也會跨科到皮膚科去看，那其實我們很希望這些病友就近醫療，可是一直沒有適當的設備或醫師可以就近醫療，所以分級醫療上面，我們這些病友很多還是跑醫中，如果真的地區醫院或基層...

## 羅代表永達

我們定義很清楚的，醫中很重的東西我們這邊就沒有列進去，因為他應該去醫中的，那有些東西在基層就可以，我們也沒有列進來，因為我們就是的定義我們是地區醫院，就是一個社區型的醫院，那我們需要的服務科別就是中等能量部分，我們才能給他們做加成。

## 王代表雅馨

因為以我們病友或一般民眾的觀點，我們建議其實有相關的科別不只是皮膚科，還有一些相關的科別也是要加進來，不然這樣有點為德不卒，因為我們一直想要可近性，那事實上一些客觀條件真的是沒有辦法達到可近性，以上。

## 主席

王代表可能有點理解誤差，你講的那些科並不是地區醫院不提供，地區醫院還是有提供，只是沒有加成，那些科的醫師羅致比較容易，這邊就是醫師羅致比較難的才給加成。你提到擔心皮膚科在地區醫院找不到醫師，完全不是這個意思，這是第一點。

第二點，我們今天只討論畫線的部分，畫線就是要修正的部分，那假定沒有畫線的部分要修正，那也要提出修正的理由，那跟剛剛...

## 王代表雅馨

不好意思我補充一下，這是提供一個意見，一個思考的方向，我知道剛才主席的意思是說其實都有做服務，可是因為有一些適合的醫生、

可以看一些比如像看乾癱的醫師，他可能不會到地區醫院。所以這個也是一個政策引導的方向，我的意思是說，很多病患也不想這樣到醫院大排長龍。如果可以就近看的話，應該先政策引導，然後引導一些有專研特殊這方面的醫師可以來到地區醫院或區域醫院看診，以上。

## 主席

好，謝謝。接下來先請黃代表，再請葉代表。

## 黃代表雪玲

我要提的是第 18 頁這個急診診察費的加成，地區醫院要去加成都會型醫院的急診費，我沒有什麼意見，但是現在把偏鄉跟都會型的地區醫院都拉成 1 點 1 元，我會覺得偏鄉地區像我們醫院，我們有體系，像金山就是屬於偏鄉，那保障 1 點 1 元，其實像這樣的狀況下都沒有醫師去急診，我們急診醫師都還要總院派去各個地方去做支援，急診醫師的招募已經非常困難，那把偏鄉又拉成跟都會型是一樣的，我覺得這樣不太合理。如果保障 1 點 1 元，偏鄉是不是應該提高？偏鄉已經很難經營，那我覺得這個偏鄉的急診診察費不應該是別人都跟它追平，也許是你地區醫院要保障 1 點 1 元，那偏鄉應該要再提升，也許是 1.12 元或是...，我是覺得不應該偏鄉跟都會拉成平等。

## 主席

請葉代表。

## 葉代表宗義

現在講起來大家都在要錢，但是我們有四個組，四個組當然都有困難的地方。那我們幾個人的意見，既然這個案子已經上一次提出來，今天是九月一號已經是第三季，我們是希望照我們署裡面已經協調過了，照原案通過，不要再講什麼了。那這個調整裡面地區醫院或區域醫院裡面有的高有的低，有的區域醫院病房高也是有。

剩下來這些 7 億多，再由署裡面如何來解決，兩案分開。這一案通過了，那一筆錢另外一個怎麼做另外來做，不要混淆再一起，不然你再這樣搞下去，沒完沒了，比方說剛才已經有藥物的已經講出來了，

其實剛才這個藥師拿出來提案單，其實提案單也沒有寫說你們藥師，根本也沒有聯署，共擬我們幾個人莫名其妙，到底是誰提案的呢，變成空空洞洞的，那變成藥師以後要注意這個問題，裡面的內容跟裡面的又有一個差別，這個可能就會花了很多時間，我們來去建議這一案子，已經上一次就延續下來的案子，我們讓它通過，至於剩下來的錢怎麼樣，我們給健保署來解決這個問題好不好。

## 主席

好，申代表。

## 申副秘書長斯靜(徐代表弘正代理人)

抱歉，沒有辦法認同現在這樣的建議，只因為時間的關係就要匆促決定方法。因為我們現在討論這樣的增加給付方法，既然支付標準在李偉強代表也有特別說明，支付標準設計與醫院層級的規模配置有關，投入的成本與醫院規模是相對被要求。我們卻見只用這樣直接增加給付來執行預算方法，這都是在最初編列預算的時候，是沒有先想好執行上的問題，結果在討論執行時總是出現很多的問題，都要先釐清許多實際問題才能解決的，我們現在不能說因為時間到了，我們就要趕快先實施，而忽略應該更合理，卻讓三個層級有這麼大一個差距，區域醫院真的無法承受變成支付最低的情形。

以現階段這樣的點值，我們的支付點數設計，就應該重新檢討，我們也不用被醫療機構的辦法約束規範成這樣，若說只調整地區給付這樣的事，不能說因為今年有編這樣預算編列，所以就調整它的支付標準，那明年是不是大家想辦法去編預算就可以調不同層級的支付點數，這個不就每一年層級支付點數，就隨著爭取到的預算做調整，剛剛大家都有看到，我們偏遠醫療保障 1 點 1 元，卻從來都沒有人願意正視我們的點值低於 0.9 以下是多麼不合理，我們需要從法源裡頭去修法保障，才不會像現在為什麼三層級大家都這麼辛苦，就是因為點值太低。現行我們的點值已影響各層級的醫院難以財務平衡，它不是只有影響地區，區域與醫學中心也是面臨一樣的問題。之前我在不同會議上在講，現在很多醫院還能夠有所盈餘的原因，是因為它延緩儀器設

備汰舊換新的年限，很多設備是等到用到壞掉才換，所以對於民眾在醫療就醫的過程中，少了像過去可以較快享受到新設備的醫療品質提升，剛剛付費者委員還期望我們還要再 remodel，並拿這次經費去加這個薪資，卻忽略原本連經營都很困難，醫院難以生存，就不用再想有多少空間在薪資還有辦法增加，所以支付點數不應該用這樣的預算的方式去做調整，這與我們機構設置辦法的投入要求是有出入，以上。

## 主席

請謝代表。

## 謝代表文輝

剛剛申代表講的這個就是大哉問，很大的問題，這個健保的基本架構，這完全沒有辦法解決。剛剛李偉強代表講的觀點，因為他當過官，他是長官的觀點。所謂只依設置標準訂定看，那只是實務的一個層面，當然不恰當。

醫學中心 8 床一個醫師，地區醫院 10 床一個醫師，所以向來診察費定就變成醫學中心比較高，他一個醫師負責 8 床。但是事實上情況大家很清楚，一個醫師在醫學中心薪水是多少錢，到地區醫院來，薪水是兩倍啦，那這實際情況你們要不要承認，如果要承認的話，地區醫院的醫師診察費，要高過他兩倍以上，我坦白講。所以事實上我們在這樣的環境你不能只看說，他設置標準怎樣，那今天如果照李代表這樣講，大家都在公平的立足點，地區醫院不應該在四個層級裡面，只有地區醫院一直萎縮啊，為什麼其他都成長呢？可見那個立足點公平，只是非常偏頗的一個面向，這樣的話，那永遠不必分級醫療，而且我們為什麼給大醫院比較高的設置標準，就是希望他看重症嘛，但台灣的大醫院只看重症嗎？不是嘛，所以事實上，不要只講一個面向的公平或公平正義，完全不合實際，只有做長官的這樣講，今天我當醫事司司長，我這樣講我有設置標準所以我照這個，但是實際的狀況不是這樣。如果你今天給一個很公平的立足點，那怎麼只有地區醫院一直萎縮？對不對？因為事實上，依據設置標準，你這個重裝備你就收重症還是收輕症，有人管嗎？沒人管嘛，對，這是不合理的應用，

那今天我們逐步要調整，就是希望重裝備的醫院就看重症，那當然我們就應該大力去調高他的重症，那現在是我們在加碼，就 60 億要加重症，未來要持續加重症。但是相對的，大醫院就有責任要求自己說，好，你重症幫我加上，我輕症就是不能做，我這個重裝備的病房，我怎麼能做輕症，這是浪費資源，所以台灣這個健保，剛剛講的，這是大問題，解決不了的問題，但是在現在這個狀況，如果你要分級醫療，要壯大社區，你就是要要在社區投入資源，你現在支付標準裡面就只有基本診療章拿得到，所以拜託大家把這個案和其他大醫院的案把它畫分開來，結構的整體改變我們都期待，但是那個是要一段大家深思熟慮，大家好好來討論。我很贊同葉代表講的，這個案讓他盡快的通過，至少試試看，看我們分級醫療有沒有一點幫忙，謝謝。

**主席**

好，謝謝，還有沒有意見？好，來，請葉代表。

**葉代表宗義**

今天已經爭了這麼久，這個案大家都有意見，但是其實以後不論是在工商業什麼行業，大的很大，小的很小，包含這個醫院也是，大醫院會一直大，小的診所會一直越大、越好，兩個極端一定會走兩個極端，中間的當然是區域醫院跟地區醫院，要大不大，要投資又投資，大間醫院就要盡量投資，普通的診所是隨便投資就可以，變成是一個空洞的。以前謝武吉委員常常在講說，是不是總額預算裡面另外分開，地區醫院或者是說區域醫院也另外總額預算，到最後也不會發生這些曲曲折折的事情，你怕他，他怕他，到最後就亂掉，這是一個毛病。那既然這個問題又要講，講出來很難講，很多要重新再翻過來，你們有辦法嗎？害我們的會務一天到晚在弄這個弄那個，我們幾個人的意思還是說，案上一次都已經提出來兩次了，不是只有一次，通過就通過，剩下來的再看怎麼樣解決，你們再另外提案，這樣才有辦法解決，要不然你一句他們不要，到最後沒完沒了，這個案子還是沒有辦法解決，前功盡棄，這是我的意見。

**主席**

好，謝謝，大家還有沒有其他意見？請劉代表。

### **劉秘書長碧珠(陳代表志忠代理人)**

如果照剛剛付費者代表的意見，我不知道可不可以我們區域醫院協會這邊，我們再跟署裡面這邊討論看看，因為如果區域醫院的支付標準以強調我們區域醫院是要做急重症，那就把我們跟醫學中心擺在一起，就把我們區域醫院的病房費全部調成跟醫學中心一樣的話，費用的結構會是怎麼樣，那我們可以先試算，因為這個資料也要跟署裡面一起討論才能夠試算出一個結果。

如果要講分級醫療，那麼一定要把區域醫院放在它叫做要照顧急重症，那麼同樣這樣的支付標準上，我們也要求，那是不是在支付標準上也要一併合理的對待區域醫院，所以在這個地方，應該是把我們區域醫院的支付標準跟醫學中心拉成一致，當然這個剛剛講跟預算有關係，所以我想這個部分要通盤考量。我們會後再跟健保署這邊，因為我們要提這個案子，需要署裡面給我們這些數據。

### **主席**

這是一個建議，請劉代表。

### **劉秘書長碧珠(陳代表志忠代理人)**

我想就剛剛的設置標準病房費的議題，就這個議題這是最後一次發言，今天我要凸顯出來這個不公的問題的，坦白講，因為政策上一直把所謂的分級醫療這件事情放在費用端去管控，會調整支付標準的一開始，是為了要壯大基層做分級醫療。問題是現在做分級醫療在做初級照護時，又把區域醫院歸成說你就是不能看、你門診就是不能看，所以我要扣你的門診去補這個。但是問題是我住院也被你扣了、門診也被你扣了，我住院也拿不到，但我所有的標準都被要求成是要，這個成本都是要跟醫學中心一樣，這個我認為在區域醫院裡面是非常非常不公平的。因為我們講，你的初級照護裡面，對待醫學中心跟對待區域醫院是一樣的標準在看，一樣的標準在設，但我們區域醫院在初級照護這邊被砍掉的錢，根本沒辦法在重症裡面補回來；可是在

調整支付標準時，我區域醫院又調不到，這個問題我覺得署裡面要去正視。

所以我剛剛為什麼講說，如果你硬要把我放到說就是要做重症，那麼請把我們調成跟醫學中心都一致吧！合理公平的對待我們區域醫院，否則我覺得我們這樣兩邊被夾殺的結果，今天區域醫院並不是說自己願意長這樣子。今天社區醫院做得很好就到我區域醫院來了嘛，那我區域醫院覺得說有的醫院可以發展的很好，他也上不了醫學中心啊，他就叫做準醫學中心，這樣子也爽嘛，對不對。結果支付還是用區域醫院的支付標準，他並沒有因為這樣子，得到醫學中心的支付標準喔！但是問題是，我們所有的成本只是越墊越高，我只是要凸顯這個問題，請署裡面正視。

當然我今天知道說可能署裡面錢不夠，那今天要怎麼調，我覺得大家彼此要各有一點退讓。但我必須提出來，如果是要這樣，請合理的對待區域醫院，在初期照護方面不要這樣子要求我們做，我們一定要砍你 10%，因為你就是要求，你現在這個時候又講說你跟社區醫院一樣的標準；可是在做初期照護時又說不行你要跟醫學中心一樣標準，那你叫我們這些區域醫院的代表、的醫院怎麼生存下來。這句話我覺得我在很多場合，我們必須要不斷不斷的重複，我想我今天主要我還是要凸顯這個問題，以上。我今天發言到此為止，謝謝。

## 主席

好，謝謝，初級照護扣錢的事情現在是還沒有執行，今天付費者代表何代表、葉代表、張代表與王代表，他們都是付費者委員。他們也在追蹤我們初級照護，在上禮拜五，我們也經過很多的解釋在說這件事情的複雜度，我們也還沒有得到付費者代表願意不再追蹤這件事情，或是更改它的決議。我們是尊重，所以我們下一次健保會委員再追蹤這件事情時候，這些意見我們也會再來做說明，也希望今天有四位付費者代表在這裡，對於這項的困難也能夠理解。其實這件事情已經走到所謂我們要重新建立門診 coding 規則的階段，目前我們也還要行文醫院協會再 check 一下規則，再行文給大家，要回到 coding 正確才有

辦法做。假定大家亂弄，我們也去扣，我也覺得我們是為何而扣？所以這些都是要重建遊戲規則。所以這件事情最終是要如何執行，目前也還不太知道，還要再跟付費者代表再好好溝通一下。

這件事情也跟本案不要混為一談，因為一案歸一案。今天之提案係針對地區醫院規模不經濟問題所做之成本校正。

這一次 60 億分配急重症幾乎都分配到醫學中心跟區域醫院為主，事實上急重症主要是這兩個層級的醫院在執行，因此只有 6 億是地區醫院，而且在地區醫院也是比較偏向於產科重症的部分。今天這個案子是希望能夠讓地區醫院長期在訴求所謂規模不經濟的部分有所彌補，但是我同意大家的說法就是也不要破壞現行支付標準之架構，所以同意最多調到區域層級就好了，剩下就去彌補護理費，因為共同費用護理費也是其中的一項。至於林代表提到的說...

**劉主任淑芬(林代表綉珠代理人)**

不好意思，我今天是代理人，我姓劉。

**主席**

劉代表提到既然要調護理費，可不可以三個層級都有機會調，但是我們還是回到今天會調地區醫院不管是診察費，還是回到規模的問題，他的護理費也有規模的問題，所以我們今天還是只是分配到地區醫院就好。至於相對於區域跟地區醫院的護理費要如何處理，可能要另案再來解決，這樣可不可以？

**劉主任淑芬(林代表綉珠代理人)**

主席都已經有這樣的建議，那我們希望有關調整後，比如說偏鄉護理費。

**主席**

偏鄉護理費留著。

**劉主任淑芬(林代表綉珠代理人)**

對，偏鄉護理費本來就留著，就加成上去。先前主席建議調整社區

醫院協會所提病房費調整案，試算後剩下的 1.5 億剛有說要再把他調整到地區醫院的住院護理費裡面，這兩個費用加起來最後的調整數字是什麼樣的情形，可不可以試算後讓我們了解？兩個加成之後產生的狀況。

**主席**

算出來了嗎？先口頭跟大家說明一下。

**林視察右鈞**

我們首先先把地區醫院所調整的點數，調至區域醫院，所以這個調整會有...

**主席**

病房費的部分。

**林視察右鈞**

對，病房費的部分這樣子是調整 3.68 億，跟原本的 5.03 億差 1.35 億的差距，那 1.35 億若調在護理費部分，因為這次我們調整的模擬計算有假設件數的成長率 5%，經過件數成長之後，能夠調整在護理費的點數，僅能用 0.1% 的調幅調進去，如此護理費會增加 1.47 億，所以病房費與護理費調整合計約 5.15 億左右，比這次原本預估的多 0.12 億。

**主席**

0.12 億，就是約多 1 千多萬，比原來的財務衝擊多 1 千多萬。我們在估計這個量的時候，都會留成長空間給他們，就代表如果沒有成長這麼多的話、非協商沒有用掉，還是等於總額就是提升點值。所以差距現在是約差 0.12 億，但還要處理雪玲代表講的急診的部分，急診的部分如果維持原來的，就是讓他點值超過，剛剛講是 1.2 嗎？我們原來的差距是多少？還不到 1.2 吧？還不到兩成吧？要讓它有差異，我們有沒有可能再模擬急診診察費多 1.1 元會多多少？多 10%，其實在這裡就可以算得出來，偏鄉的 data base 可不可以再加一成是多少錢呢？

**主席**

就是原來偏鄉的加成，如果再加一成進去的話，應該金額不會太多吧？請申代表。

**申副秘書長斯靜(徐代表弘正代理人)**

在算這些評估是否可以把點值也做一些 baseline 的參考嗎？就是不管我們再怎麼樣去做評估，總是可以再看到歷史點值的比較與影響。

**主席**

等一下。

**申副秘書長斯靜(徐代表弘正代理人)**

否則我們總是生出來很多的點數，結果卻忽略了它可能是在因為點值下降而產生點數，雖說多出點數也有存在成長率的因素在，但是整體而言，如果加上點值的一個歷史 baseline 做比較，有助於大家知道，整體費用的成長與點值的下降關係是否存在什麼關係，也容易看到點值對各層級醫院的影響，如果發現點值一直在往下掉的時候，即使多了再多的點數，也沒有任何意義。

**主席**

可是這是兩件事，因為這個是今年非協商，當然第一季、第二季都去提升點值了，到第三季，到第四季就是大家重分配，那這些重分配其實從醫院的觀點來看，你盯著點值看，你卻沒有盯著你的財務看，其實是要看的是總財務收入，包括折算點值之後，因為有一些點數是墊高的，那當然會換來的是點值的下降，但是總金額其實是...，可能跟沒有調整之前說不定最後大家會非常的平衡。現在看起來，因為那 60 億幾乎是兩個層級各分一半了。那現在剩下的部分就是地區醫院，地區醫院其實比它原來的占率的分配是多一點，這個就是為了讓地區醫院考慮到它的規模不經濟，所以不能因此就又把點值搬出來講，那本來是相對的。

**申副秘書長斯靜(徐代表弘正代理人)**

需要參考過去的歷史資料。

**主席**

不是，那是相對的，等到四季點值公開出來的時候一定是下降的，一定是會微幅下降的原因是因為 90 億全部拿來做重分配，那是必然會發生的，沒有什麼還要堅持點值不動，然後再來調整，那是不可能發生的，那有沒有答案了？

**谷科長祖棣**

因為它是整包的費用，不是只有診察費，是全部的醫療費用，還需要再計算。

**主席**

那你們沒有原來的 raw data 嗎？這樣子我們這一項就不知道金額會不會有影響，但是至少到現在我們是不是共同已經決議，把病房費調到區域醫院等級，然後剩下就調護理費，到目前為止大家同意嗎？

**眾人**

同意。

**主席**

可以的話，至少今天先決議到這裡。至於黃代表所提急診的部分，我們回去試算，必要的時候下一次會議再把它提出來，這樣好不好？還有其他人嗎？來，請劉代表。

**劉主任淑芬(林代表綉珠代理人)**

主席，我想請問一下，就是住院護理費裡面，因為在這個我們資料上面並沒有讓我們知道到底調整支付點數是多少點。

實際上數字改變，比如說剛剛在病房費調整三層級怎麼樣變化，資料都有寫得很清楚，那現在住院護理費這一塊...

**主席**

就是現在剛剛緊急去調整 0.1%，譬如舉例來講。

### 劉主任淑芬(林代表綉珠代理人)

我是說點數，支付點數到底調整成什麼樣的樣態，可不可以讓我們比較清楚，因為你們現在告訴我都是整包的總數，所以沒有辦法知道讓我們比較清楚？

### 主席

我了解。

### 劉主任淑芬(林代表綉珠代理人)

我們也希望能夠支持地區醫院這個部分的提案，當然也支持主席這樣的決議，但是我們需要比較明確的數字，讓我們可再支持這個部分議案，謝謝。

### 主席

1 億多，如果大家這麼的堅持要看到最後答案，可能今天就是出不來了，大家的決議怎麼樣，是要先原則上確定，然後下一次正式會議再提出一次做最後確認？何代表。

### 何常務理事語(劉代表志棟代理人)

主席，我想我們以付費者的立場，希望今天就依剛剛主席裁定的方案來走，那第一個就是以這提出來的這三頁診療項目為主，是不是這樣子？

### 主席

對。

### 何常務理事語(劉代表志棟代理人)

對嘛，就以這些編號的項目為準，第一個就是病房費跟區域醫院拉平，第二個護理費就加在這三頁裡面的項目的護理費裡面去調整，我們支持這個方案。

### 主席

好，謝謝。

### 何常務理事語(劉代表志棟代理人)

第二個我要補充的就是說，區域醫院有沒有協會？

主席

有。

### 何常務理事語(劉代表志棟代理人)

有協會為什麼七、八年來從來不給我們簡報過？你連一次給我們簡報都沒有，這個我要提出來，但沒有關係，你以後，因為每次在總額協商的時候，我們的概念裡面是，區域醫院好像被醫院包裹住了，包裹在裡面，所以你講的內容，我們完全聽不清楚，你因為被醫院的總額包覆在裡面，那包覆在裡面你們區域醫院從來沒有給我們一份書面資料、簡報，你們的狀況怎麼樣？所以我們要幫你們爭取什麼項目的時候，我們都不知道，我要坦白講，我是一個最認真之一，至少是最認真之一，一直都在看詳細資料，但是你區域醫院從來都沒有附一份書面資料給我，這個我要坦白講了。所以沒有關係，你認為這樣子，那9月份就要總額協商了，你區域醫院趕快把你們的資料提供出來給我們參考，這個很重要的，讓我們理解一下好不好？

主席

好，謝謝，請謝代表。

### 謝代表文輝

我想剛剛何代表講得大家很清楚，就是我們剛剛已經確定這個原則，試算因為可能要有一點時間，事後我想再給護理公會的劉代表，原則就是多出來的那1億多，那就分配到那裡，到時候多少點就是多少點，如果大家通過，我想應該不影響今天通過的這個案子，但是最後數據算出來，希望給大家知道，也應該我們回去轉達。

主席

我們隨著會議記錄發出去好不好？調整之後的點數，隨著會議記錄發出去。好，護理公會代表請。

**劉主任淑芬(林代表綉珠代理人)**

主席，剛才主席跟何代表，特別謝謝何代表對我們護理人員的支持，我們真的是非常非常感謝，何代表這麼多次在很多會議上對我們護理人員這麼大力的支持。這次的議案，既然主席這樣的裁示，我們也支持地區醫院的提案，跟主席最後的裁示。是否可有相關的追蹤議案，是不是麻煩地區醫院協會，了解有關護理人員是不是真正得到實質上的好的回饋，而不是誠如剛剛何代表所提示，如果所有的調整都回到經營者的那一方，那這樣下去地區醫院還是找不到護理人員，因為他所擁有的薪資條件，仍低於很多醫學中心、區域型、都會型的醫院，所以這部分是不是可以麻煩地區醫院提出一個監督機制，讓我們知道調整的部分真的回饋到我們護理人員身上，我們是希望真的能夠看的到，謝謝。

**主席**

好，謝謝，謝代表。

**謝代表文輝**

劉代表代表護理師公會，他這個發言我諒解，但是再通過的案子中要加註這個要求，我們沒辦法接受，這只是個建議。我要坦白講一句話，地區醫院如果這個增加了，他如果不調高那些相關費用待遇，就招不到護理人員就只好關門，所以妳不用擔心，除非他不想繼續永續經營，就是關門嘛！沒有病人給他調這些都沒有用，願意繼續在社區服務的，他就會去調高他醫師、調高他護理的費用，大家都很清楚。像在地區醫院，一個主治醫師開的刀抽成大概三個層級最高，不然他根本請不到醫師，除了加成最高以外，後面還要給他保障薪水，所以對地區醫院，你不用這麼擔心，當然我諒解你協會代表的立場，所以你的發言我鼓掌，但是不應寫入會議紀錄裏頭。

**劉主任淑芬(林代表綉珠代理人)**

剛剛謝代表說的很有道理，醫師在地區醫院的薪資的確比醫學中心或區域醫院還要高，這是事實，因為他要請得到人，同理可證；可是護理人員就不是，我們偏鄉護理人員並沒有比其他層級護理師薪資來的高，謝謝。

## 主席

好，謝謝，劉代表的意見也要重視好不好，不是放在心裡，護理人員在我們這個醫療體系是人數最多，而且他們承擔的工作量也是非常的大，我們要感謝護理人員的投入。護理人員能夠在這裡頭做一些調整，是每個經營者都應該要時時放在心裡面。

本案我們今天討論到這裡，我們再重複講一下，病房費會調到區域醫院等級，剩下就是調住院護理費，至於調整幅度多少，現在先保留。調整之後的點數會隨著會議紀錄發給大家，也隨著會議紀錄把各項調整的財務影響評估做更正，一樣的就列入決議。

至於黃代表提到的偏鄉急診的部分我們回去再算一下，如果可以的話，下次會議我們一併提出來，可以？好，謝謝。

## 黃代表雪玲

我可不可以提一個另外跟今天 29 億沒關的，像我們今年有 60 億跟 29 億都是為了特定目的去做調整，比如說這個急重症，急重症就集中在台北區，其實我們台北就有八家醫學中心，可是 60 億費用滾入全國，又照區分配，可以預期到本次調整台北分區不可能依其調升的點數分配到預算，以第 19 頁急診診察費來看，臺北就要增加 3000 多萬，可是這個錢並沒有回到臺北區來，若只依現行分區分配的話，臺北的點值會越來越慘，所以這個區域分配是不是可以依照各區調升的比率，回到這個分區域去，否則臺北區域的點值就是預期愈來愈低愈來愈低...

## 主席

臺北點值的改變不會因為這項而改變。以臺北的點值如果有所異動，跟這一件事情不是因果相關，一定是有很多其他的原因。

### 陳顧問瑞瑛(李代表飛鵬代理人)

臺北區的有來講說，為什麼臺北區的點值最低，所有的急重症 35% 都集中在臺北區啊。

### 主席

這裡是講的是地區醫院急診。

### 黃代表雪玲

60 億跟這個一樣，你看像這個急診，還是有多了 3000 萬，這個 3000 萬對分區的分配的，這個 3000 萬不會回到臺北區。

### 主席

會照人口做跨區校正。

### 黃代表雪玲

那這就是造成台北區愈來愈低

### 主席

那我們再另案討論跨區的問題好不好？跟本案也不要直接產生關聯。

### 黃代表雪玲

下次做區域占率的分配的時候應該要討論。

### 主席

我們下一次要討論分區分配的時候，大家對於這一項如果有意見，就再提出來討論好不好？分區分配的時候，醫院總額的分區分配。好，今天原則上就討論到這裡，謝謝大家今天的支持，我們就開到這裡，請問有沒有臨時動議？請，賴藥師。

### 賴代表振榕

主席，剛剛我們何語代表有一個說要列入臨時動議，要成案的建議。

**主席**

可是你提案人什麼都沒有寫。

**賴代表振榕**

沒有，我們有寫，因為我們的會議...

**主席**

沒有耶，這只有寫提案。

**賴代表振榕**

很抱歉，我要跟干代表道歉一下，我們提案是有二位代表連署的，但是我們會務人員交給承辦人，沒有將連署的提案單影印發給各位。

**主席**

沒有連署耶。

**賴代表振榕**

我們有連署，但沒有發影本。抱歉、抱歉，葉委員對不起，有機會再跟你喝三杯。

**主席**

這樣好了，各位代表，我們是不是也接受賴代表提的這個案子？剛剛大家都看過，目前已補提案人。這個案子就成為臨時提案，那決議剛剛已經都討論過了，我們會另案再跟藥師公會這邊再做細部討論，這樣可以嗎？

**賴代表振榕**

可以，謝謝。

**主席**

好，謝謝，請李醫師。

**李代表紹誠**

請教下一次會議什麼時候？因為這個臨時會開到比正式會議還要多。

**主席**

對啊。

**李代表紹誠**

可不可以事先讓我們知道？

**主席**

我們應該事先通知代表們好不好？科長，事先通知，我們回去趕快盤點一下時間，然後這個禮拜內，就事先通知給各位代表保留時間。這個禮拜今天是最後一天，對不起，下禮拜通知各位代表。謝謝，那我們今天開會就開到這裡，謝謝大家，謝謝。