

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

107 年第 1 次臨時會議紀錄

時間：107 年 1 月 24 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	孟代表令好	孟令好(陳志忠代)
洪代表子仁	請 假	吳代表鏘亮	吳鏘亮
王代表明鉅	王明鉅	童代表瑞龍	楊耀山代
陳代表亮良	陳亮良	嚴代表玉華	嚴玉華
林代表錫維	林錫維	鄒代表繼群	鄒繼群
吳代表志雄	請 假	李代表允文	請 假
郭代表宗正	詹德旺代	趙代表昭欽	趙昭欽
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	陳石池(黃雪玲代)	張代表克士	張克士
張代表德明	李偉強代	謝代表景祥	謝景祥
施代表壽全	林富滿代	謝代表武吉	謝武吉
程代表文俊	潘延健代	林代表慧玲	林慧玲
郭代表守仁	郭守仁	唐代表宏生	請 假
邱代表仲慶	王敏容代	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	請 假	林代表恒立	請 假
申代表斯靜	申斯靜	顏代表鴻順	顏鴻順
劉代表碧珠	劉碧珠	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	李代表純馥	請 假

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	盛培珠	
台灣醫院協會	林佩菽	王秀貞	何佳儒
	鄭禮育	林玲珠	
中華民國醫師公會全國聯合會	林筱庭		
中華民國護理師護士公會全國	梁淑媛		

聯合會

中華民國物理治療師全國聯合會	陳奕穎		
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	宋佳玲		
本署臺北業務組	余千子	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	賴阿薪		
本署高屏業務組	彭錦環		
本署東區業務組	羅亦珍	王素惠	
本署醫審及藥材組	詹淑存		
本署資訊組	姜義國		
本署財務組	楊小娟		
本署醫務管理組	劉玉娟	張溫溫	劉林義
	洪于淇	林右鈞	邵子川
	鄭正義		

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林沁玫

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項

第一案

案由：107年醫學中心、區域醫院門診件數降低2%，即不得超過106年之98%，超過部分，按該院門診每人平均點數，不予分配之執行方式

決議：討論重點摘述如下

一、與會代表建議下列政策提供衛生福利部參考。

(一)不應以懲罰醫院手段降低門診量。

(二)建議訂定制度規範，未經轉診者不可至區域醫院或醫學中心就醫。

二、區域醫院代表不同意本項政策，區域醫院協會秘書長並表示若執意執行，區域醫院協會將發動會員全部降級為地區醫院。

三、其他與會代表對若執行本案再建議如下：

(一)新增排除項目

- 1.急診案件
- 2.門診手術
- 3.論病例計酬案件
- 4.愛滋病案件
- 5.B、C 肝案件
- 6.重大疫情爆發
- 7.論質計畫及門診整合照護計畫
- 8.門住診費用占率已達合理比率

(二)其他建議

- 1.各區自主管理與本案以不重複核扣為原則。
- 2.門診減量政策下，請考量醫院門診診察費合理量適度修正。
- 3.核扣該院之費用，應留於該區總額預算。
- 4.核減方式按季結算，全年再重新結算。
- 5.強化民眾就醫行為宣導。

四、區域醫院代表建議，當地無醫學中心之區域醫院應予以考量納入排除；惟地區醫院代表建議，應以當地地區醫院及基層診所低於一定比率者才考量納入排除。

五、本案未獲共識，於下次會議繼續討論。

**第二案**

**案由：**地區醫院訴求設立地區醫院總額。

**決議：**本案先請台灣醫院協會討論並獲共識後，再提討論。

**參、散會：**下午4時30分

**肆、與會人員發言摘要詳附件**

## ※與會人員發言摘要

### 主席

今天開臨時會是因部核定本案政策從元月要開始實施，謝謝大家撥冗參加，今天討論兩個議題，第一案是衛福部公告事項，區域級以上醫院107年門診件數較106年下降2%，請大家集思廣益推動；另一提案是地區醫院代表提出設立地區醫院總額，這牽涉醫院總額的劃分，這議題理論上是健保會的權責，也不是健保署可以決定，本來在健保會提案討論，但健保會無法一夕之間取得共識，所以希望健保署可以先討論。大家對今日程序上有沒有問題？。

### 劉代表碧珠

先提一個程序問題，對於第二案有關地區醫院總額案，在很多場合都提過這個案子，這案子在上次會議已被 delay，所以我們想先討論第二案，再討論第一案。

### 謝代表武吉

我也提程序問題，這案子本來在台灣醫院協會要先討論，而台灣醫院協會也在會前聯絡我說今天先不談，因此為層級間的和諧，既然這案子是我提的，拜託是不是可以 delay，不要這個月討論，今天如果討論下去也不好，我希望先留著，等台灣醫院協會討論完再提到健保署討論。

### 主席

劉代表希望先討論第二案，謝代表希望今天第二案不要討論，待台灣醫院協會討論有共識後再到健保署討論，大家有沒有其他意見？

### 陳代表志忠

第一案牽涉到醫學中心和區域醫院，假設第二案能夠和諧的討論，達到共識，就是層級間的和諧。

### 謝代表武吉

其實我考慮很多，沒有台灣醫院協會拜託我不要討論，我會放著嗎？我自己是提案人，我不可能放著，都是為了大家的和諧，所以我才要求主席等醫院協會討論有結論後，再送給健保署來裁決，他們比較好做事，這樣你瞭解嗎？我是面面俱到。

### 林代表錫維

有關第二案，我個人淺見認為當初提案人表示今天不討論，我認為

比較正確，因為今天根本沒有方案出來，剛主席提到，希望大家集思廣益，集思廣益是兩方面的意見，不會有結論，乾脆請台灣醫院協會提版本，我們來做探討。我比較偏向謝代表的建議，因有各方面的考量先暫延，先做協調。

### **陳代表亮良**

我也認同林錫維代表提出的論述，因為謝武吉代表他提這個案也用心良苦，醫院總額部分非常龐大，又有醫學中心，區域醫院、社區醫院、醫院全部都綁在一起，因為金額也大，台灣健保要永續。另外謝代表也提到要充分討論，我們尊重，大家沒有意見後再送到健保會，我們絕對會支持，尤其在座都是各大醫院的院長，我們非常肯定你們的付出，有你們在地服務台灣人民的醫療有保障。

### **主席**

請問各位代表對這兩個不一樣的程序建議，有沒有其他的意見？一個是第二案不討論；一個是第二案拿到第一案先討論，健保會兩位代表提到因第二案提案人是謝代表，謝代表主張今天不討論，等台灣醫院協會內部討論後，再提到健保署討論，大家有沒有意見？

### **張代表克士**

現在還在討論程序問題的階段，我表達一下折衷的看法，我同意謝理事長，為了醫界各層級的和諧，這案子在台灣醫院協會沒有充分的共識前先不要有結論，不過顧及很多人從很遠地方來開會，是不是讓有些人可以發言表達一下看法？畢竟台灣醫院協會的組成和這會議不一樣，意見也可能不一樣，既然來開會，也有些人想要討論，就聽聽意見，但先不要做成決議，有一些醫院層級問的問題，我們在醫院協會內部還要再做討論。

### **李代表偉強**

地區醫院總額討論過很多遍了，這案子是總額分配問題，應由健保會決定，在進健保會前，其他會議都算是意見蒐集，不管是在台灣醫院協會或在這會議討論，我們都不可能做成最後結論，只能做出建議案，送到健保會做最後的討論。健保會退回要我們討論，有沒有時效性？才能做今天決定要不要討論這議題。

### **主席**

請健保會代表說明。

### **全民健康保險會陳組長燕鈴**

當時健保會委員希望廣泛蒐集醫界和健保署的意見，因執行面會面臨很多問題，希望充分討論後再提到健保會，如果還沒有送到健保會前就繼續追蹤。

### **主席**

沒有很明確的時效，因為研商議事會議有更多更急的案子要討論，所以地區醫院總額討論案一直遞延。現在大家有不同的意見，又有另外一個建議是折衷，既然列入議程，還是蒐集意見。

### **劉代表碧珠**

因為這是討論案，如果只是在這邊講一講又不做決議，也是浪費時間，既然是討論案，我們就好好討論完，因為各層級代表都在，可以討論初步共識或決議，搞不好今天可以很容易有共識，以後就不用再討論了，是不是可以討論呢？

因提案人是謝理事長，我們當然是要尊重提案人的意見。如果要討論，也不可能說是只提出來討論又不做決議。台灣醫院協會過去討論過幾次沒有共識，在沒有共識的情況下，我們謝代表還是堅持要提案討論。如果真的要討論就好好討論完，不然這案子在那邊掛了一、兩年，如果謝理事長堅持要撤案，那就是今天不討論，回到台灣醫院協會討論，但如台灣醫院協會討論後有共識，這案要撤案還是繼續提案呢？

### **謝代表武吉**

要不要撤案或提案是我的事情，今天已經很誠意向你們說明為了和諧，在台灣醫院協會討論看如何，最後有結論再提到這會議討論，再送健保會，這沒有問題的，所以不要指揮我要不要撤案。

### **陳代表亮良**

我們期待健保制度有適當的改革，對台灣健保制度的永續發展是有助益的，至於要不要討論？我們兩位付費者在這，希望廣聽意見，因這案是謝武吉委員提的，原則上要尊重他，剛剛也聽到張克士代表提到，可以談看看，聽聽大家的意見，送到健保會我們也可以來適當發言，請主席適度的裁決。

### **謝代表武吉**

以前很少遇到議程變更，今天為什麼議程變更？我告訴主席，司馬昭之心，心知肚明。

### **主席**

我建議今天還是從第一案開始討論，第一案討論完後，如果時間還沒有到五點，我們就討論第二案，聽聽大家的意見，但第一案討論完就接近五點，就保留到台灣醫院協會討論，大家有沒有意見？如沒有意見就照這樣來進行，第一案開始，請同仁來宣讀。

### **主席**

今年區域級以上醫院門診件數下降 2%之執行方式，件數不包括牙醫、中醫，只有醫院總額的件數才算，基期為 106 年全年，個別醫院部分，考量區域級以上醫院大小差距非常大，小的平均一天門診量才一兩百件，建議如果全年門診件數低於一定的占率，就不適用核扣，如何找到合理點，屬輕症或穩定慢性病人可以垂直整合下轉，讓各層級醫院分工及病人分流，大家可以提供建議。

### **張代表克士**

我不是醫學中心，也不是區域醫院，我們不是苦主，可能可以比較客觀一點，有關本案我歸納一下有幾點意見，第一點是定義和排除的條件，例如，哪些是一般門診，哪些是代辦案件要排除，是不是合理？另外，也要定義哪些醫院是門診過量、佔比過高，哪些醫院需要排除？例如，有些醫院本來門診比重就不高，這些可能要排除，我們不應齊頭式的平等，懲罰到本來表現良好的優等生。

第二點是執行方式，也就是所謂的核減方式，這牽涉到很多醫院的服務性質與內容不同，例如同樣的件數比例，但單價差異甚大，應該討論一個合理的方式。

第三點是後續配套：下降 2%的額度要挹注到哪裡？是留在總額內嗎？因為這案子的源頭是要落實分級和轉診，理論上應該全部或部分轉到地區醫院，錢跟著病人走，因為病人不會消失，他一定要有去處，本案的重點也是希望能夠改變民眾就醫的行為。

第四點是可能的後遺症，我認為未來可能有些門診病人會轉到住院，轉到住院醫療費用更高，消耗的健保資源更多，可能會影響更大，應思考配套並追蹤管控。

### **陳代表志忠**

我們區協有個訴求，這非常沉重，為何會走到今天這地步，我們如何面對人民，我相信在座醫界的代表、前輩，甚至健保署的長官，可能都忘記了我們現在總額走到今天，為何有這樣的結果？

二、三年前我們曾經代表醫界見當時的候選人，現在國家的最高領導人，把醫界的訴求告訴她，我們是認為會幫我們帶來更多的公平

和弱勢的照顧，我們都支持分級醫療，但是用畫一個靶，再射了一個箭，現在作法是箭已經射出去了，再就這個箭去協調哪些項目要排除。至於剛剛張代表提到哪些項目是需要排除，另被轉到住院和錢跟著人走等問題好像都沒有考慮到，區協訴求等等請區協劉碧珠秘書長向大家說明。

### 劉代表碧珠

歷年來區域醫院每年的門診量其實就已經被限制了。區域醫院的門診人數，是被規定要根據前一年的服務量打九折後，做為今年的門診量合理量上限，超過九成以後的病人，區域醫院的各專科醫師，所看診的病人門診診察費要砍半的。去年推初級照護要求件數減10%，區域級以上醫院都已經和基層合作再努力推動分級醫療。今年總額協商，台灣醫院協會和付費代表各自的版本最終協商破局，二案併呈送衛福部

裁定的結果，衛福部卻是另外提出原來總額協商時，醫界與付費者代表都沒有提出來進行過協商論述的政策方案，要求區域以上層級醫院門診件數減量2%，超過部份不僅不給付還必須以各醫院的平均每人費用進行核扣!!我們非常錯愕與詫異，部裡面的政策訂定基準是如何來的?

今天推動分級醫療的做法，要輕症和穩定病人下轉到基層醫療院所，所以要求區域醫院要比去年門診減量2%，否則看超過的人次就核扣費用來懲處。

區域醫院看的門診病人當中，本來就已經有很多是被迫只能給付診察費130點。我們區域醫院看的是健保署希望我們看的急症、難症、重症、複雜的門診病人，但各專科門診醫師拿到的診察費，卻是每一年都要被打九折的病人量，只能得到130點的診察費給付。相對於其他穩定性、輕症病人的層級院所，醫師的門診診察費卻是260點再加乘1.15、1.23或1.4。

衛福部對區域醫院所要求的設置標準、評鑑配置、人力標準幾乎等同醫學中心，但所得到的給付呢?請各位看看我們區域醫院協會今天提供資料:抽樣六個分區各找一到二家醫院試算，區域醫院如把服務水準、配置人力都不做改變，維持區域醫院的設置標準跟人力的人數，但是我若改用地區醫院的層級給付，試算結果，每一家最少一年的給付增加的額度，是從800萬到3000萬的點數在增加。為什麼?區域醫院這麼努力追求品質，給付卻是三個層級最低的!有公平



合理對待區域層級醫院嗎?門診合理量、診察費折扣的問題，已經很多年了，礙於醫院層級的和諧，大家也就勉為其難，各自努力適度調整經營，雖然住院診察費、護理費、調劑費是比地區醫院高一點，但是如果和門診提供的服務損失加減後，影響的層面，相信大家會各自有要往哪裡走的打算。這是政府的衛生政策所希望的嗎??今天門診減量 2%要怎麼減，是不是應該要回到公平基準點，再來討論門診減量 2%要如何執行，這是區域醫院協會的訴求。

### 潘代表延健

健保環境有供給醫療方、被保險人和保險人，這三方應該是三足鼎立，我們討論一個重大議案時，應要充分討論三方面的影響，剛剛區域醫院代表充分表達對醫院供給方的影響，但這案子我看不到對病人的分析或影響，如果一刀切只處理費用問題，就不用在這開會了，因為部長已經裁示下降 2%。另陳代表有提到，先射箭，再畫靶，因件數未下降 2%不予分配，框架已經訂在那邊，我向健保會消費者代表報告，這案子對醫院就是扣錢，但對病人影響呢?對病人配套和引導在哪裡，不能只要求醫院多看就扣錢，如果不多看一定會引起衝突，那怎麼辦?或許很大的醫院可以用公益、社福基金減少損失，但不是所有醫院都有這能力，會不會造成醫院經營上結構的崩盤，大家要思考一下。

第二個，門診件數下降 2%，但是每年都還有一個成長率，非協商因素成長率約 3%，這來回就是 5%，3%都還沒辦法成長，還要再降 2%，所以是區域醫院級以上醫院門診減少 5%，這些人次的病人，誰來服務?吃得下來嗎?有沒有對各區域分別試算?病人的需求都能夠覆蓋?排除項目也沒有提到急診，可能想要透過這方案減少急診量，但是急診一個禮拜七天，每天 24 小時，是不是每個地方都有提供呢?

今年要實施的重大措施除門診減 2%，還有全面實施 DRG，DRG 是平均數的管理，重症就會拿的比成本少，輕症價差較大，所以較大醫院經營會受影響，不知道還有多少醫院能夠支撐下去。

另外建議分級醫療的目標，門住診的結構希望 45:55，因為有些已門診化，可以再調整，是不是先從這調整。大家可能會想說去年輕症要下轉是失敗的，但我比較樂觀，因為去年才第一年，去年的基期大家已壓低，今年會繼續導引輕症下轉；而今年要下降門診人次，假設醫院純粹用數學和財務觀點看，轉出去的病人是單價高還是單價低的，單價高的留在醫院，單價低的轉出去，沒有減到 2%的時候，

所乘的平均單價是高的，引導到下轉的不見得是輕症。

### 謝代表文輝

改革是痛苦的，剛剛劉碧珠代表提的意見，我要補充說明，避免代表誤解，這幾年調整像 105 年 50.55 億，是按照各層級醫院在總額的占率來分，地區醫院占率 18% 多。地區醫院在一個地方社區一晚的急診約只 20 位患者，沒辦法像大醫院可以看 100 多位患者，因規模的關係成本更高，但是地方又確需要急診，所以把他加在我們基本費用診察費上面，但總資源的分配，大家都拿自己層級的占率，地區沒有占誰的便宜，只是放到不一樣位置而已，不要扭曲事實。近日政策改變要壯大社區，要大醫院轉型看重症，如依政策轉變大醫院費用才會拿比較多，如不改變硬要和地區醫院類型一樣，收入當然會少，這政策是鼓勵大醫院要做重症，地區醫院因為規模關係及政策要求，所以要加到基本費用，所以急診 4-5 級診察費和門診診察費比較高。

102 年 50.55 億資源分配前，長期你們滿意的資源分配方式就讓地區醫院越分越小，雖每次調整加成項目大家一樣(表面公平)，但都不是加到地區醫院拿得到的地方。我們需要的是值班費，健保支付裡面沒有值班費，我們需要一個醫師在社區一整天，而一整天的病人又少你有給他值班費嗎，不要再說地區醫院門診診察費比較高和加乘，那是讓地區醫院可以維持一個基本醫療陣容。現在政策思考完全不一樣，不要污衊政策走向。大醫院要改變，大型醫院的重裝備就該做重症，不要用坦克車去攻單兵，單兵由地區醫院來做，你如果依然要用坦克車打單兵，現行政策會讓你輸到很慘。

醫院協會很重視這案子，有人提到患者自由就醫要如何減少 2%，看了 98% 了，2% 不准掛號，有沒有辦法？我認為要修正，改為下降點數才有比較可能。另外門住比例做得好的醫院可以核扣少一點不好的核扣多一點，整體達到 2%，現在大部分大醫院門診都是占 50%-60% 以上，可能有檢查和開藥浮濫情形，醫院總額都放牛吃草沒在管理，所以人次下降執行可能有點困難，下降申報點數可能比較容易。

### 嚴代表玉華

總額有很多歷史和背景造成，提出比較務實的問題，針對各分區都有自主管理針對個別醫院進行小總額控管，在這種情況下若還要再門診減少 2%，署本部應考量要有不同的處理方式。

### 陳代表石池

分級醫療是值得肯定的，去年推動但好像沒有達到效果。就醫是病人的權利，病人如何知道胸痛是拉傷或心絞痛，若因心肌梗塞到基層、地區醫院就醫，造成延誤就醫，怎麼辦？誰要負責？我們沒有辦法很清楚向病人說明哪種情況要到基層，還是到醫院看，對病人來說醫學中心、區域醫院設備較好，即便如同謝代表說地區醫院很好，但民眾對地區醫院沒有信心，仍會到區域醫院或醫學中心看診，所以這不是區域醫院和醫學中心的責任，門診件數降 2%對區域醫院和醫學中心不合理，是一種懲罰，應多給病人教育和責任才對。在 92 年 SARS 期間門診量減少，代表有些疾病不用到醫院就醫，所以要讓人民有感，才不會亂就醫，但目前政策並沒有辦法達到此目的。

為何地區醫院不用減 2%？這不公平。為了減少門診 2%，是有可能病人不經門診而直接住院，此影響比較大，該政策剛好符合縮減門住比的目的，但可能造成醫院滿床，住院更困難。

如果真要做，建議急診、門診手術、論病例計酬、愛滋病應予以排除。另外健保署的政策常常都還沒討論清楚就開始執行，且還要回溯，此種做法會讓大家對健保署的政策會沒有信任感。

### **陳代表亮良**

健保經費不是政府預算，是人民的社會福利稅，如果今天是衛生福利部預算，我們沒有意見，但錢來自付費者。另外很多政策都是先斬後奏，很多政策都還沒有規劃好就開始實施。我來自於雲林農業縣，沒有醫學中心，醫療普及性都沒有納入考量，就醫方便的地區要減 2%我沒有意見，但偏遠地區也減 2%，不公平的。此案不能草率實施，要考量的因素非常多，從付費者的角度出發，真正落實醫療普及，讓台灣人民享受到健保的福利。

### **周代表思源**

分級醫療非常重要，但健保最大缺失就是沒有落實轉診。三個層級的服務規模與範圍在 20 年來漸進發展，今日落實分級醫療的意義和目的在哪？如果只是費用核扣和轉移，能達分級醫療目的嗎？民眾的就醫行為需要被教育的，但不易解決門診服務件數。2%一刀砍下去，有醫院和分區總額、個別醫院總額、點值、合理門診量、初級照護及門診件數下降 2%，疊床交互的在執行。又醫學中心、區域醫院的門診占率和件數也不一樣，每件醫療費用也不同，每個區域的醫學中心和區域醫院家數也不一樣，用 2%粗糙的方式能達分級醫療嗎？

## 謝代表文輝

政策要公告給社會，要推分級醫療，大醫院門診件數要減 2%，陳代表說依照公平性各層級都應減 2%不應只減大醫院，可是既然大醫院要減 2%，下面就要有承接的地區醫院或基層，所以地區和基層不能砍 2%，否則政府無法對社區交待。

## 申代表斯靜

從醫院的角度，去年在推動初級照護率執行時，我們醫界就已經多次反應執行方法不可行，也仍配合重新定義初級照護多次會議，投入多少人力，結果 Upcoding 的現象一樣讓政策沒有看到預期的結果，在 106Q4 追扣醫院造成醫院的傷害無法計算。今年又換一個名詞『門診件數下降 2%』，在沒有具體可行的作法、目的也未確立，現在又要大家一起來思考執行方法，這樣的決策是有問題的。以總額來說，即便人次減少，未必病人就會轉到地區或診所或是整體醫療費用就會降低，這仍無法解決原始問題或是目的。我們自己除了是醫院代表也是有付費者的立場，若有在醫院服務過就可以理解，現在點值對整體醫界的傷害，從未被正視解決，沒有一個產業向台灣醫界這樣的服務可以天天被打折，提供過多服務已經被斷頭無數，還要面對不成熟的決策門診件數要減 2%耗費時間討論如何執行，再多的排除表列出來，只為了達到 2%的門診就醫人次降低，醫療品質、費用、點值卻不考量，這是付費者想要的嗎？我們認為以現在的執行方式是不好的，建議停止這個政策執行，才不會又落入像去年推動初級照護率下降的結果。

## 王代表明鉅

在座有許多醫院的院長副院長，他們不好意思說。但我無官無職，我比較有空間可以說話。我認為這個政策是錯誤的，這個政策就像是規定明年全國感冒人數要減 2%一樣，怎麼做？這也是虛應故事的分級醫療，完全沒有意義。如果健保署真的要作分級醫療，有氣魄的做法是，醫學中心門診件數應該降 20%，未經區域醫院以下層級轉診不得到醫學中心；區域醫院門診件數降 10%，未經地區醫院以下層級轉診不得到區域醫院，這才是分級醫療。如果真有這種政策，大家錢拿得一樣多，但醫院工作量減少，我想醫學中心也會贊成。這當然要從限制民眾就醫開始，而不是像現在這樣直接要求區域醫院與醫學中心，今年門診要直接減少 2%。

## 陳代表志忠

付費者陳代表說的對，要考量人民到底需要什麼？謝文輝代表說的也對，舉例來說，如果大安區的人民要看簡單的病，他不能去仁愛醫院，要去診所，請大家看各地區分布，有些區沒有地區醫院，如到基層，基層總額預算也有限，如何轉呢？另各醫院已有小總額，每季都有目標管控，現在又要減2%，應說明清楚，讓有參加分區總額自主管理的醫院得到合理的對待。

### **李代表偉強**

東部醫學中心和區域醫院門診件數要減2%，東部民眾會很辛苦，若只是簡單的核減費用，與現行推動的門診減量政策相似，只是現在多一把刀；但是病人有選擇優質醫療的權利，跟各位報告全台灣就醫次數共有3億5千萬次，65%在基層醫療，35%在醫院，而當中醫學中心約占40%，區域醫院約占40%、地區醫院約占20%，即區域醫院和醫學中心約占27-28%。

民眾依方便性或品質選擇就醫場所，但我們現在不考慮這些因素，直接把醫學中心跟區域醫院砍2%，這政策對與錯，剛才王教授也已經表明。此政策是延續初級照護的政策，不論輕重症都扣2%，基本上不鼓勵醫院看輕症病人，但過去的政策其實是政府鼓勵醫院把病人從住院轉到門診治療，以前白內障手術、ESWL，到近年來癌症治療、BC肝、罕見疾病等，都是因為政策因素轉移到門診，所以造成門診件數多。

也要考量區域的差異，醫療資源不足地區民眾受到的影響；此外，下轉的病人，健保署要告訴全民哪些疾病要到哪裡看？哪裡可以找到優質院所，不然假日夜間診所不開診，又造成急診壅塞。

### **羅代表永達**

這件事情有點倒果為因，因台灣民眾就醫方便，感冒就去醫學中心、區域醫院，若不矯正民眾就醫行為，將來社會成本會增加，健保財務無法負擔，使得衛福部及健保署要做這個決定前一定是看到已到臨界點，分級醫療需要迫切推行，部長考量衝擊所以希望分年度逐步達成門診減量目標。

但剛剛討論發現醫療的前輩所提的內容似乎沒有真正為健保永續思考，以為只要把地區醫院拉下去就不會被罰，不知道為何會有如此的結果，很顯然現在把地區醫院拿掉其他醫院不會比較好，如南投或偏鄉區的是地區醫院是被需要的。此外，依據現行轉診現況，診所可以轉診到區域醫院，並非一定要先轉到地區醫院再轉到區域醫

院，所以不是因為地區醫院不夠所以分級醫療不能做。

### **謝代表文輝**

剛聽到從大醫院轉下去，不會到地區醫院這句話聽來很辛酸，如果仍依長期以來大醫院嘴笑鼻笑的資源分配方式再過幾年，地區醫院全倒光就真的沒地區醫院可去。40-50年前地區醫院服務占率70-80%，到健保開辦時期，占率還有30-40%，現在只剩16%多，是制度造成社區好厝邊的地區醫院不斷萎縮，現在政策制度轉變希望壯大社區，大醫院代表卻說全台灣最好康的是地區醫院，但事實上最好康的卻關掉最多，其他二層級大醫院卻大幅成長，這樣的說法外界能接受嗎？公道嗎？

### **謝代表武吉**

我們社區醫院協會，地區、區域、基層也可以加入我們，剛剛社區以上層級講的話是90年代醫院總額研議方案某位謝委員講的話完全一樣，對我來說是老生常談，聽起來很累；第二點，那些話聽起來好像很有道理，但是非顛倒，聽起來還是很累；第三點，去年的初級照護，今天你們還用去年那一套方法在處理，讓主席難做人，讓我聽不下去，做事要有良心、道德；第四點，剛剛有聽到區域醫院協會的訴求，提到有區域醫院說當區域醫院經營不下去時，將加入地區醫院，我們舉雙手贊成，謝謝你們對地區醫院的支持。

### **陳代表亮良**

從付費者就醫的思維來切入主題，消費者為何要去醫院就醫，考量方向很多，第一是設備，看基層願不願意去投資設備，這是吸引病人選擇去大型醫院的一個主要因素，如何鼓勵或教育這些病人轉往基層就醫，跟我們今天的主題是二碼事，希望今天不要繼續用這樣空洞的論調討論，是否可以直接進入主題，如果不討論就請做決議。

### **蘇代表主榮**

謝謝陳代表替付費者把關，陳代表的雲林及我們屏東都沒有醫學中心，只有東港有二家區域醫院，其中有一家還努力成為屏東唯一重症急救責任醫院，很不幸的，這二家醫院附近九個鄉鎮都沒有地區醫院，只有基層診所，民眾去醫院的思維是什麼，以東港民眾來說，除了基層診所，就是附近的二家醫院，再不然就要到高雄的醫學中心，對民眾來說就醫有就近性的考量，我們在消費者立場上看制度是否完善是否有周全的想法，因為區域醫院的分布是從都會到偏鄉

都有，扮演的角色就是照顧病人，給付的條件是依據評鑑層級而來，若這個制度還不完善，是否還應該馬上推動，是否可以請衛福部回頭再醒思，要做分級醫療難道只有這方法跟手段嗎？我提議將本案退回衛福部。

### 王代表明鉅

剛剛蘇代表及陳代表講到重點，都會區的醫學中心門診太多，旁邊沒有地區醫院，但診所很多的區域，或有些區域醫院附近沒有地區醫院，扮演醫學中心的角色。這政策就算要做，應該把都會區、或附近只有區域醫院沒有醫學中心，或沒有地區醫院的區域醫院納入考量，並應有不同的做法，不然大家通通減 2%，對消費這來說也不公平。

### 盧代表瑞芬

今天的政策不論對否，有辦法可以退回衛福部嗎？環觀國際經驗做分級醫療，是要限制病人的就醫選擇權（按：freedom of choice），若病人沒經過轉診，是無法去醫院就醫，所以在某種程度上是要限制的，但台灣沒有人願意做這樣的事。但其實在公保時代就有分級醫療的前例，規定一定要先去公保聯合門診看病，有需要時才幫你轉診到醫院，若你住的地方沒有公保聯合門診，才可以直接去醫院。如果今天衛福部的減診政策不可能收回，部長已經決定要做了，會議應該討論如何執行，非政策對與否，否則會議不會有結果。

### 主席

請社保司對部長指示向大家說明。

### 梁代表淑政

這個政策是 107 年醫院總額協商過程中討論出來的，其中有一項付費者的要求跟去年一樣，也就是要求初級照護要比去年減 10%，雖然立意良善，但因範圍過於限縮，在定義與執行面易衍生其他問題，故就調整為門診件數減量 2%，較具彈性。以整體政策來說，106 年開始推動分級醫療，在民眾端調整部分負擔，另醫院總額醫療服務成本指數改變率予以調整急重症支付標準有 60 億以及初級照護件數減 10%，另在西醫基層方面，也有家醫整合照護計畫與支付標準開放表別等壯大基層的措施。107 年持續推動分級醫療政策，除 106 年持續推動的措施外，增加了層級間合作的機制，也就是在醫院部門，編列 2.5 億元的專款，用以獎勵方案醫院轉診制度（含病人的下



轉)，目前健保署尚在討論方案，還沒有公布。在西醫基層總額部分，也有相關轉診的獎勵項目。另就醫院及基層二部門總額，因分級醫療的推動所衍生的財務影響，於其他部門也有編列 13.46 億，作為因應。

### 主席

有代表詢問可以改變核定嗎？

### 梁代表淑政

部長核定事項是源自健保會 107 年健保總額之協商結果，且協商結果或決定事項都已經公告，就必須依照公告執行。這政策未必不可行，只是在執行上如果可以更細緻，也不致影響到病人就醫的權益。

### 主席

本案的源頭是 106 年健保會決議初級照護案件要下降 10%，但因初級照護後來醫院做了很多診斷碼的變動，以致無法接近事實。因初級照護的 10%相當於是門診的 2%，也是有延續性，也是健保會建議案裡的一項。剛剛大家的建議會摘要重點並回報給衛福部，讓部長知道這是大家討論的結果，但後續也希望輕症能讓基層及社區醫院來服務，慢慢調整病人的流動，讓醫療生態能更均衡。彙整大家建議如下

1. 急診案件再排除；
2. 門診手術再排除(若不排除會轉成住院，後遺症也不小)；
3. AIDS(因是指定院所就醫)排除；
4. 當地無醫學中心的區域醫院，應給予考量；
5. 各分區自主管理方案的衝突如何處理；
6. 加強民眾宣導。以上的整理，不知大家還有沒有要增減的。

### 劉代表碧珠

錯誤的政策應退回去給部長重新考量，我們支持分級醫療，但不應該用懲罰的方式、扣減區域醫院的費用，如果部長還是執意要執行，我們區域醫院協會將發動會員全部申請降級為地區醫院。這樣不但民眾就醫負擔更減輕，醫院也不用做白工，這樣對民眾及醫療院所是不是會比較好??政府要實質支出健保費用是增加還是減少?相信署裡面比我們清楚。一個政策推動執行，要考量的面向很多，今天這個政策如果明知結果會是三方三輸，健保署裡就應該有勇氣向部長反應，因這會影響病患就醫和醫院營運，醫院無法阻止民眾的就醫自由，但醫院看了病人，健保署又不給付醫院費用，這跟流氓圍事有何不同?這是區域醫院協會今天的訴求。



## 王代表明鉅

衛福部核定事項，全國醫學中心及區域醫院的門診總件數下降，未下降一定比率就扣錢，可是分級醫療希望轉診比例提高，我建議請健保署考量訂出轉診率之計畫，請健保署分析目前醫學中心、區域醫院轉診率，如醫學中心目前是平均轉診率 2%，明年要 2.5%，後年要 3%，未來是 4%、5%。醫院為了因應政策也會有相關配套措施，例如和地區醫院、基層合作，應可達成。

醫學中心、區域醫院轉診率適當的提高，如台北地區，醫學中心多，地區醫院不多，但診所很多，醫學中心提高轉診率的壓力就要大一點，對於某些區域醫院就等於是醫學中心的醫院，降低非轉診就醫的比率壓力就可以小一點，說不定轉診率提高後，各醫學中心及區域醫院全部總計的門診件數就會下降 2%，就能達到目標。

## 主席

王代表在本會議身分是專家學者，王教授建議訂定轉診率，從整體來看，不是看個別醫院，但最終醫院轉診率的提高，門診人次還是會減少，與目標互不衝突。現在 1 年轉診為 20 幾萬件，多數為基層上轉，但上轉後再下轉的比率就很低，病人都留在大醫院繼續看病，都是單向流動，今年希望落實雙向轉診，可將穩定病人下轉到基層。劉代表強烈反對這政策，表示是錯誤政策，要反映給部長，另區域醫院全降為地區醫院及支持沒有經轉診不能去區域醫院或醫學中心，我們會錄案向部長報告。

## 劉代表碧珠

區域醫院協會的意思是支持轉診制度，制度訂定出來後絕對配合實施，這兩年區域協會的會員對轉診做很多努力，但主席提到有上轉但沒有下轉，也不盡然是如此，事實上醫院有開立轉診單給民眾下轉的啊，只是民眾願不願意去是另外一回事。但不要因為想要馬上看到政績，就用懲罰的方式來壓迫區域醫院，這是區域協會非常堅持之所以反對的理由。

## 主席

感謝大家對轉診制度的努力，現在看整體病人流動，只有上轉沒有下轉，也謝謝大家建議，至於區域醫院要改成地區醫院，因涉及評鑑等級，健保署特約等級是依評鑑結果，評鑑等級與部分負擔規定又是連動，這是超越健保署可以決定的範圍，這些建議有些為醫事司權責和部核定內容。

## 謝代表景祥

現在還在討論分級醫療政策的對錯，如果政策錯，就要修健保法，如政策沒錯，要如何執行才對。我們之前的設計讓民眾得到很好照顧，但制度讓大家衝量，台灣門診一年平均每人就醫 15-16 次，ICU 是英國 9 倍，住得滿滿，急性心肌梗塞病人在急診等床住不進去，再加上台灣人口迅速老化，今天再不改，以後就沒時間了。

另 106 年提出區域級以上醫院初級照護案件下降 10%，醫學中心初級照護費用平均每件約 3 千多點，這合理嗎？結果很多醫院做了手腳，最後好學生被扣錢，今年才會改成用總門診量，台灣平均每人一年看 15、16 次門診，連 2% 都沒有改善的空間嗎？應該是可以做得到。

剛剛謝文輝代表提到，人次很難控制，或許可考慮用 2% 點數，另還可考慮區域醫院，是在偏鄉或附近有沒有診所，至於有沒有醫學中心比較沒有關係。這政策是對的，做法很溫和，我們應要討論如何讓做法更細緻，而不是討論政策的對錯。

## 李代表偉強

首先考量某些細節可授權各分區，不可能用單一準則適用於全區，基本原則不要重複扣錢，一事不二罰。第二點剛有代表提出，門診點數要小於住院點數，不少醫學中心達到評鑑要求門診費用小於 50%，這次一律砍 2%，請再考量。

第三點排除條件部分，論病例計酬、試辦計畫部分應予以考量，以論質試辦計畫為例，糖尿病、氣喘試辦計畫等，如沒有達到台北業務組標準還要扣錢，特別是 B、C 肝，雖人數沒有很多，但費用高，另醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫，雖整合門診量不多，其目的希望把 2(含)次以上整合成 1 個，這是好的。

## 黃代表遵誠

分級轉診是很重要政策，我們都在談價值醫療，目的是希望可以掌握最後 outcome。衛福部需要做橫向的協調，如同剛剛李代表提到論質試辦計畫，政策是希望量越多越好。

## 羅代表永達

主席剛提到排除項目，考量該區是否有醫學中心，我的意見剛剛好相反，應該是診所不到一定比例或沒有地區醫院才要排除，如果該區域診所或地區醫院很多，排除做甚麼？我們希望輕症病人到基層看，急重症到大醫院。

### **林代表富滿**

先回應謝代表所提初級照護每人平均點數 3000 多的疑慮，是因為慢性病連續處方箋、診察費為零在分母件數排除，但是分子點數有算的結果。既然慢性病連續處方箋、診察費為零，件數和金額都應排除。另確定排除定義和核扣方式後，建議提供給醫院 106 年基期及平均費用，以利醫院管控。

### **黃代表雪玲**

區域醫院和醫學中心都有實施合理門診量，這次要降低 2% 門診，是否考量取消實施合理門診量，我們被剝 2 次皮。另核扣的錢要留用在自己分區，不要分到別區分配。也要考量每醫學中心的資源配置，不能全部都降低 2%，例如花蓮慈濟醫院有 32 個科別，但有 16 科別在當地的地醫醫院或基層診所並沒有開設門診。

### **王代表敏容**

建議本案不要與各分區之自主管理方案重複核扣，因分區已針對門住診比率進行管控。另有疫情爆發希望可以排除，如設立流感門診。此外請貴署針對民眾就醫行為也應有配套，不應一味將責任放在醫中與區域醫院。

### **謝代表文輝**

第一點，慢性病連續處方箋應釋出，只要旁邊有診所或地區醫院，是可以承接。第二點補充說明，剛剛劉碧珠代表提到，大醫院每年門診年年減少為前一年的 9 成，那不是事實，其實其合理門診量計算方式除前一年門診量的 9 成外還另依醫師數、病床數另外再給加成計算不要混淆視聽。如果年年都打 9 折，現在需要這個減 2% 的計畫嗎？大醫院也早已經可以達到理想的門住診比率了。另外就是去年初級照護減少 10% 政策根本無效，才導致不得不要有今天這個減量的案子。

### **黃代表雪玲**

健保署所提的核扣方式是按季核扣，季和季間雖然天數差不多，但是 106 年第 4 季為 63 天，今(107)年為 65 天，差兩天門診就差很多，可不可以季和季之間可以流用。

### **主席**

醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫，只要認真整合，2% 也可能達到，但若不願意做整合，多重慢性病人看多科，如果試著整合，

病人還得到好處。其實門診人次減少 2%，醫學中心或區域醫院有很大空間可以努力，如何把病人下轉，提供周延的服務，都有助於人次的減少。今天會議就到這邊，今天臨時會收錄大家意見並向部長報告，謝謝大家。