

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 3 次會議紀錄

時間：107 年 9 月 5 日(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：劉勁梅

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表明鉅	王明鉅	郭代表宗正	請假
王代表榮濱	林鳳珠(代)	陳代表石池	陳石池
申代表斯靜	申斯靜	陳代表亮良	陳亮良
吳代表志雄	請假	陳代表威仁	請假
吳代表鏘亮	吳鏘亮	程代表文俊	請假
李代表允文	李允文	童代表瑞龍	楊耀山(代)
李代表純馥	劉玉娟(代)	黃代表遵誠	請假
周代表思源	周思源	鄒代表繼群	請假
孟代表令好	黃素勤(代)	趙代表昭欽	王秀貞(代)
林代表欣榮	請假	劉代表淑芬	請假
林代表恒立	林恒立	劉代表碧珠	劉碧珠
林代表慧玲	賴振榕(代)	盧代表瑞芬	盧瑞芬
林代表錫維	林錫維	謝代表文輝	謝文輝
邱代表仲慶	王敏容(代)	謝代表武吉	謝武吉
施代表壽全	林富滿(代)	謝代表景祥	謝景祥
洪代表子仁	請假	謝代表輝龍	謝輝龍
唐代表宏生	請假	鍾代表飲文	請假
張代表克士	張克士	顏代表鴻順	李紹誠(代)
張代表德明	李偉強(代)	羅代表永達	羅永達
梁代表淑政	梁淑政	嚴代表玉華	嚴玉華
郭代表守仁	郭守仁	蘇代表主榮	黃建民(代)

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	盛培珠
台灣醫院協會	林佩菽、董家琪、鄭禮育
中華民國醫師公會全國聯合會	林恆立、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	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
財團法人台灣臨床藥學會	沈麗娟、張豫立
台灣復健醫學會	李紹誠
本署臺北業務組	徐麗滿、許寶華、張念賓、 陳雅惠
本署北區業務組	劉孟芸芝
本署中區業務組	楊惠真
本署南區業務組	賴阿薪、郭俊麟
本署高屏業務組	黃梅珍
本署東區業務組	王素惠
本署醫審及藥材組	王本仁
本署資訊組	李冠毅
本署財務組	楊小娟
本署企劃組	吳志倩
本署醫務管理組	谷祖棣、王玲玲、鍾欣穎、 林右鈞、陳依婕、林 蘭、 鄭智仁、邵子川、鄭正義

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：本會歷次會議決定事項辦理情形

決定：洽悉；序號第 2 項，醫院初級照護案件之疾病趨勢分析委託研究結果，納入下次會議報告。

第二案

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案

案由：107 年第 1 季醫院總額點值結算報告

決定：

- 一、依全民健康保險法第62條規定辦理一般服務部門點值結算，點值確認如下表：

年	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
107Q1	浮動點值	0.8173	0.8841	0.8525	0.8642	0.9129	0.8678	0.8591
	平均點值	0.9004	0.9295	0.9166	0.9241	0.9450	0.9224	0.9179

- 二、結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：106 年醫院總額品質保證保留款實施方案核發結果

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

案由：應用 107 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案

決議：「重症護理照護品質與健保支付連動」及「刪除區域級以上醫院合理門診量」2 項，沒有爭議達成共識；惟其他項目，未達共識，全案未獲通過。

第二案

案由：新增「提升醫院用藥安全與品質方案」

決議：本案未討論。

散會：下午4時20分

與會人員發言摘要詳附件2。

※107 年第 3 次醫院總額研商議事會議與會人員發言摘要

主席

今年的第 3 次會議，時間有更改，非常的抱歉，原因是資料準備不及，各單位意見也比較多，所以延後開會，跟大家致歉。今天有 4 個報告案，2 個討論案，首先請各位看上次的會議紀錄，從第 2 頁到第 6 頁的部分，請各位代表們確認上次的會議紀錄。

王代表敏容（邱代表仲慶代理人）

抱歉，奇美醫院發言。

主席

請奇美醫院。

王代表敏容（邱代表仲慶代理人）

有關討論事項的第五案。

主席

討論事項的第五案。

王代表敏容（邱代表仲慶代理人）

對，就是 107 年醫院醫療給付費用總額分配，門診部歸回醫院那個決議案。因為目前台中榮總嘉義分院尚未經過衛福部確定是否同意，在這邊因為怕影響到南區醫院的權益，希望這一部分他們的預算萬一變更沒有成功，是不是可以把預算要補給南區。

台中榮總嘉義分院的門診部，現在設在灣橋分院的附設門診部，要申請回歸，但是因為衛福部還沒有核定，現在是懇求說萬一他沒有核定成功，那是不是這一部分要給我們做一個處理，他會回歸到醫院來，那回歸到這一部分預算是不是可以給我們做保留？

主席

好，因為當時在報健保會的時候，這個案子因為你們還沒有改變，所以沒有幫你保留預算，前幾天我們有討論過，我們會再幫你保留下來，如果到結算的時候，有確定的話，就看如何保留，要不然就不保留，這樣好不好？會有這樣子的一個配套，其他大家有沒有意見？好，沒有意見的話我們會議紀錄

就確認，接下來報告事項第一案。

報告事項第一案：本會歷次會議決定事項辦理情形(略)

主席

好，謝謝。這兩項是決定事項辦理情形，大家有沒有意見？好，下一次的會議我們會報告初級照護疾病趨勢的委託研究報告。好，大家還有沒有其他意見？沒有我們就確認，接下來報告第二案。

報告事項第二案：醫院總額執行概況報告(略)

主席

大家對於這一次的執行概況報告有沒有意見？來，請嚴代表。

嚴代表玉華

主席好，區域醫院想要瞭解一下投影片第 12 頁，區域層級在急性病床增加 418 張床，是那一些醫院增加的？

主席

區域嗎？

嚴代表玉華

對，區域。

主席

好，醫管組知道嗎？好，醫管組查一下，然後其他大家還有沒有什麼問題？來，請申代表。

申代表斯靜

主席，就是第 5 頁，我們 Q2 服務點值的預估已經比去年同期下降真的非常的多，不知道署裡對於我們現在預估 Q2 0.9044 的過程當中有沒有更具體的一些作為？否則這樣每下愈況的過程，我相信任何一個層級的院所都沒有辦法忍受這樣的一個點值，以上。

主席

0.9044。好，謝謝申代表，其他大家還有沒有？來，謝代表。

謝代表武吉

Power point 的第 13 頁，我們非常謝謝地區醫院有分成財團法人、社團法人和一般，那區域醫院和醫學中心也應該把它分成公立醫院、財團法人、社團法人和一般，應該把它分開，好像地區醫院的一般也涵蓋一些公立醫院，所以也應該把它分細一點，這樣能夠更瞭解他們的貢獻度、努力度的這一方面，第二點就是 power point 的第 25 頁，這裡藥品、藥費的費用，藥費的成長率是 6.6%，扣掉後我們一般藥費的成長率是 2.1%，就變成是 4.5% 是屬於罕病和血友病那些，但應該還要增加如：癌症的用藥，或者免疫細胞的用藥，以後都要加以注意，因為如果照這樣下去的話，實際藥費的成長率是比較少，但別的地方用的藥費的成長率是很高的，那在整個藥價調查的時候，很自然地就會排擠到一些藥品，聽說現在部裡面有傳了一個消息是說一些藥品都不供應，有人傳給我的，是不是我們應該要考量到這一點是說不要有被排擠的狀況，這很多就是會排擠到台灣廠商的藥品，謝謝。

主席

好，謝謝。其他還有沒有代表有意見？針對這個執行概況報告。好，如果沒有，請醫管組先回應 418 張床。

醫務管理組劉專門委員林義

床的部分我們查詢一下，待會再向代表報告。

另外投影片第 5 張有關預估點值的部份，預估點值的部份是我們會提供給各分區做參考，他們會提到共管會議，大家可以在共管會議裡面再做一些策略的討論，謝代表講的有關醫學中心跟區域他是不是再分成公立、財團跟社團法人的部分，假如代表有需求的話，我們會配合辦理。

主席

最後一項是對於 25 張投影片，就是藥費 2 的部分，事實上是每一次講一個，就是永遠都在配合修改，基本上應該是新藥，謝委員這邊講的是這些新藥對不對？新藥跟罕病跟血友病的藥費，C 肝如果也算新藥的話，再來就是傳統罕病、血友病這兩塊單價都是高的，另外就是新藥的部分，我們試看看能不能再來做區隔，看起來藥費的貢獻度如果扣掉這些高價藥的話，理論上會降低藥費的成長率，扣掉之後藥費成長率事實上沒有成長那麼高，當然一定都是

高價藥有很大的貢獻，這是必然的，好，謝謝。那其他大家還有沒有要詢問的？來，申代表。

申代表斯靜

不好意思，我在注意一下第 5 頁，中間的偏遠地區有一個浮動乘上前季平均點值，但是您的數值看起來是點數，所以我不曉得這一整個欄位是要呈現點數還是點值？

主席

這一欄這邊應該拿掉，醫管組要回應一下，那一欄應該拿掉，有沒有特別意義？因為他的問題是其他都是點數，這個是乘上點值對不對？所以是變成金額了，這個併在一起看起來是很特別。

醫務管理組劉專門委員林義

我們會再做一個修正，然後在備註上再寫清楚一點。

[註]:有關點值預估表內偏遠地區之「浮動*前季平均點值」欄位，係作為計算「預估浮動點值」之用，依據 107 年一般服務保障項目，醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則，各季浮動點數以前一季各分區門住診平均點值核付費用，故非偏遠地區預估浮動點值=[跨區就醫調整後總額-偏遠地區非浮動點數-(偏遠地區浮動點數*前季平均點值)-非偏遠地區非浮動點數]/(非偏遠地區浮動點數)。未來將於備註中增列預估浮動點值之計算公式。

主席

好，謝謝，大家還有沒有意見？好，如果沒有意見，我們執行概況報告就到這裡，當然大家很關心點值的問題，我們會等分區共管會議結束之後，最後確認的點值如果有大家覺得有異常，我們再來研究要不要啟動其他的專案來處理，這樣好不好？好，謝謝，接下來下一案。

報告事項第三案：醫院總額 107 年第 1 季點值結算報告

主席

本案是報告點值還有專款的執行情形，專款執行情形是第一季的部分，好，大家有沒有意見？來，請羅代表。

羅代表永達

主席，不好意思，因為中區的代表今天有在這邊，這好像跟共管會議的數值有很大的落差，可不可以請中區的代表說明。

主席

你說點值嗎？

羅代表永達

對，點值。

主席

好，中區，惠真，有落差有多少？你們跟這裡的有落差。

中區業務組楊視察惠真

本來預估是 0.92。

主席

0.92，平均嗎？

中區業務組楊視察惠真

對，平均點值是 0.92。

羅代表永達

我記得上次在共管會議講是 0.925，然後因為這個會議通過以後就照這個辦理。

主席

對。

羅代表永達

因為我們是先射箭才畫靶，我們是設定多少點值，然後用很多共管的方法，怎麼會有誤差呢？這我就不太懂。

主席

為什麼中區算 0.92？

中區業務組楊視察惠真

應該是說我們在中區院所管理方案裡面，我們每一季都會有預設的點值。

主席

所以你的 0.92 是你的目標管理點值。

中區業務組楊視察惠真

對，我們設定的目標點值。

主席

所以不是最後的點值。

中區業務組楊視察惠真

不是、不是。

主席

我們今天報告的是最後結算的點值。

羅代表永達

因為在共管會議告訴我們，我剛剛講，我們是預先設立再畫靶，先有這個值超過的東西我們就各自用共管會議的方法，所以這樣的情形理論上不應該會有誤差，我的意思是這樣子。

主席

這個中區是不是會後跟署本部這邊再 check 一次。

羅代表永達

對，因為今天這裡算通過的話，我們那邊就不能改了。

主席

今天要通過，來，請謝代表。

謝代表文輝

這個我們理解啦！我想這是我們中區自己內部的事情，我們回去再討論，理論上照我們設計的方式應該不會有誤差，但既然算了有這個的話，我想也不要耽誤大家的結算，回去我們內部再跟長官研究一下，看再怎麼更精準地控制這個點值。

主席

差距有限，0.9166 跟 0.92。

謝代表文輝

這個當然很不容易啦！

主席

小數點第 2 位，好，其他大家還有沒有意見？來，謝代表。

謝代表武吉

我在這裡有一個想要請教的，有沒有注意？我們署本部應該要注意的，就是說 105 年的 Q1 的平均點值是 0.9395，106 年的 Q1 是 0.9333，107 年的 Q1 是 0.9179，我們署裡面是不是有去注意探討他的原因的發生是在那裡？是不是在下一次會議的時候說明一下。

主席

好，這個就記錄下來，就是點值差距有到 0.02，那就再看一下原因是什麼好不好？好，這個我們下一次提出來報告，其他大家還有沒有意見？好，如果沒有意見我們點值就確認，專款的結算請大家參考，接下來第四案。

報告事項第四案：106 年醫院總額品質保證保留款執行方案核發結果

主席

這是 106 年品保款的核發結果，大家有沒有意見？好，按照這個品保款的核發結果，不管是基本獎勵或者是指標獎勵，其實達標的比例都太高了，所以這個已經是完全沒有鑑別度的指標了，所以這個案子我們在 108 年的品質保證保留款的指標討論的時候，要請各層級要再一起來討論，可能要研擬有鑑別度的品質指標，才可以去核發這個品保款，這個部分我們今天不討論，但是請各層級回去就是要開始來研議這件事情。好，106 年核發結果大家有沒有意見？沒有我們就通過了，接下來下一案，討論事項第一案。

醫務管理組劉專門委員林義

先跟委員報告，剛剛有問到區域級以上醫院增加 418 床的是那些醫院，看簡報的第 10 張，主要是集中在中區，因為中區增加 650 床，我們去看細部的資料，第一個是秀傳醫院增加了 169 床，第二個是童綜合醫院增加了 83 床，然後南區市立安南醫院增加 60 床，草屯療養院是增加 50 床，以上是醫院增加 50 床以上的部分，供各位參考。

主席

好，謝謝，就是秀傳跟童醫院、市立安南跟草療都有 50 床以上的增加，其中最多的是秀傳，好，謝謝。接下來討論事項第一案。

討論事項第 1 案：應用 107 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率 預算調整支付標準案

主席

來，請謝代表。

謝代表文輝

這是一個程序問題，我們這個案的說明裡面的 1 是說明上一次的決議，也就是我們這個說明裡面的 2 和 3 的由來，就因為上一次第一次是開會的時候，大家仍有相當多的爭議，所以就決議請醫院協會回去協調，醫院協會在翁理事長很積極地招集三個層級的代表還有護理師公會的代表，經過詳細的討論以後，就出來這個說明 2 的結果，但說明 3 我是覺得這樣列不恰當，因為說明 3 的所謂地區醫院細目部分其實就是說明 2 裡面的第 3 項的細目就像說明 2 的 1 裡面底下的 1、2、3 這 3 項的意義一樣，所以我建議 3 應該刪除掉，3 其實是說明 2 裡面的第 3 項的細目，所以今天我們討論案的說明其實就是 1、2 還有 4，我建議應該這樣比較符合實際的情形，不然這樣看起來好像 2 醫院學會協調的案是一個案，3 地區醫院另外一個案，這樣子比較符合實際，那我們等一下討論的時候也就比較簡單，討論 2 的時候就是包括他第 3 項的細目。

主席

我們這樣敘述的方式是因為地區醫院確實有再來一個公文，他有再來一個公文是在後面，後面的另外一個公文。

謝代表文輝

那醫院協會沒來公文嗎？

主席

醫院協會也有公文。

謝代表文輝

對啊有啊！所以應該醫院協會最後來文為準。

主席

但是醫院協會沒有社區醫院寫的這些內容，所以應該是這樣，因為你看第 72 頁，71 頁跟 72 頁分別是 7 月 16 日跟 8 月 10 日醫院協會給的公文，然後到社區醫院協會是在 8 月 29 日又給了一個內容，所以如果不這樣子分開看的話，

就沒有辦法理解。

謝代表文輝

那麼可以跟醫院協會今天也有來參與的代表確認一下，是不是這個就是醫院協會的案，因為其實除了給署也有給醫院協會，可能因為時間的關係來不及行文來，其實他就是醫院協會的案，他是裡面的內容而已。

主席

73 頁這個內容，區域跟醫學中心有參與討論嗎？

謝代表武吉

那 8 億是我們地區醫院的。

謝代表文輝

我來報告一下，那時候當時我們協調的結果就是說，地區醫院這個 8 億是大家協商共識，就是由地區醫院負責去擬案，就像護理單位那個 10 億也是由劉淑芬代表帶回去擬案，但是他們是比較早得到共識，他們就寄到醫院協會來，我們是比較慢，我們是到 8 月底才寄給醫院協會我們的內容，本質上就是和護理單位是一樣的，所以我認為應該把 2、3 合併討論，因為他其實他就是醫院協會的版本，建議這樣。

主席

好，謝謝。我想也都不離開這些內容，只是怎麼樣去呈現而已，基本上不管是醫院協會或者是社區醫院協會，提出來的都是建議案，本會是保險人跟醫療機構的協商會議，所以兩邊應該有討論的空間，所以我們會有一個本署版本的建議調整方案，同時列在這裡，當然在這裡有一些有參採醫院的建議，有一些有政策整體考量平衡性，做不同的修正，供大家一起來討論。為了不讓事情非常的複雜，我們可不可以逐項來看，逐項來通過，這樣好不好？首先大家可以先看 67 頁，67 頁我們先提到護病比跟健保給付連動案，這個部分在 26.982 億裡面係優先要考慮到護病比跟給付連動，我們這裡有參採醫院的建議就是額度大概是 10 億的規模，所以有關重症護理照護品質，也就是 ICU 的護理費調 5%，這個也是我們原來希望的，推估為 3.79 億點。另外護病比跟給付連動看下面這個表，就是護病比越低的鼓勵越多，從現行的那一欄跟

本署的建議方案以及中間協會的建議方案，大家去比較一下，也就是說護病比最低的，小於 7 的醫學中心、區域小於 10、地區小於 13，現在加成是 14%，就提高到 20%，這個是對於護病比越低的院所鼓勵越多，就是吻合護病比跟給付連動的概念，我們有略調了一下是第 2 級跟第 3 級，略修 1%，讓整個資源的使用就差不多正好吻合雙邊的共識，這個部分大家有沒有意見？來，請。

謝代表武吉

主席，我還是先說程序問題，醫院協會給健保署的公文裡面是 7 月 16 日，他是配合說明 2-3，配合衛福部分級醫療壯大社區政策的預算調整 8 億，但是社區醫院給你們的這些，在我們 8 月 29 日的公文裡面，我們算起來也是差不多 8 億，但是今天所看出來的結果，在 70 頁看出來的結果，我們醫院協會所當時說委託由醫院協會來協商的時候，那 8 億現在總共是 1.89 億而已，差異性太大了，這誰都吞不下這一口氣，所以這一點我希望把社區醫院協會這個議題一定要拉出來，沒有這討論不下去。

謝代表文輝

主席，我想沒有關係，剛剛主席喊了說一個案、一個案討論，那我們就一個案、一個案討論再來陳述，到那個時候再陳述，那我是建議護理的這個現在署裡做的調整，我是覺得是符合我們醫院協會大家協商的共識，就是說 10 億，但是現在因為裡面調的比例這個也不能怪我們，護理單位也沒有資料，資料都是要署裡的長官幫忙算，那現在署裡的長官算起來說，你們本來協商要給護理調 10 億，現在算出來如果照護理單位提出來的這個 10.47 億，所以他做略微的調整，這個我們當然尊重護理師公會的代表，看他們的意見怎麼樣？

主席

好，謝院長之後再來請護理師護士公會。

謝代表武吉

那我是不是向劉代表有一個建議，在設置標準和評鑑基準裡面，我這裡都有帶，護理的…，尤其 ICU 病房的護理人力，醫院評鑑醫學中心跟區域是每床要 2 個人，地區醫院是 1.5 個人，設置基準則是 1.5 人那麼這是差了四分之一，但是我們的費用幾乎差三分之一，這種的差異性是太大了，這對地區醫

院也是有些不公平。

主席

好，謝謝。請劉代表。

劉代表淑芬

主席，護理師護士公會全聯會劉淑芬代表第一次發言，有關重症護理品質的推動，護病比連動支付這一塊，公會的意見第一個重症護理照護品質：加護病床護理費調整 5% 的這個區域，我們護理師公會是支持，然後第二個部分護病比跟健保支付連動的這個區塊，對於署裡面有做一部分的微調，我們也支持署裡面的建議案，謝謝。

主席

所以剛剛謝代表是認為那個地方有不妥？

謝代表武吉

在第 89 頁。

主席

89 頁，我們來看一下那裡不妥？好，請說。

謝代表武吉

89 頁，醫學中心調到 4491，區域醫院調到 3789，地區醫院調 2833，那我們人力少他們 0.5，四分之一，這個費用又相差將近三分之一，叫做不公平待遇。

主席

跟醫學中心嗎？

謝代表武吉

對，你們不要看，跟區域就差了快 1,000 塊。

主席

差 900 多塊。大家在一樣的基礎之下都調 5%，現在的建議是這樣，來，謝代表。

謝代表文輝

我認為謝武吉代表講這個是對，但我覺得這次醫院協商是大家尊重，把 10 億給護理公會的代表協商調整，只要他們提出案子，若他們同意，我認為我們接受。但是地區醫院代表講的這個，也請代表回去以後，在下一次做內部要

調整的時候，幫我們考慮到。另外一個，剛剛主席裁示的時候，我們一個一個案討論，這我贊成，但那一個案的定義，我認為現在我們討論案實質上是兩個，第一案跟第四案，所謂一個案一個案，我希望是第二案完再第三案。所謂協商，是三個層級的案在一起，到時候不能說三個層級的案有一個案過，其他兩個沒過，這樣協商的基礎就沒有。所謂一個案一個案，我覺得第二案是包含三個部分，就是醫學中心、區域醫院、地區醫院還有包含護理師公會，這應該是整體的案，所謂協商一定是三個層級各自有退讓才會有一個協商的結果，才會有一個協商的結果，所以我是覺得第二案應該是一整體來討論。當然像剛剛護理單位所提的，是大家同意協商，但是出來數據有差距，署裡長官提出來，護理師公會也接受修正。地區醫院的案子，如果有人有意見，我也願意去做保留或修正，讓這整個案順利通過。所以這要先講清楚，因為醫院協會的協商是一個包裹，只挑一個的話，那其實沒有辦法成立，我先說明這部分。

張代表克士

我呼應一下，當時6月27日的會議有決議，要請台灣醫院協會內部三層級及護理師公會全聯會協商，這裡面有三個主軸，一個是護理師公會大約10億，其實這大部分可能是重症護理等，地區醫院可能分配到的很有限；至於門診合理量其實是大型醫院也就是醫學中心跟區域醫院的調整，所以這兩塊地區醫院分配到的非常少，地區醫院8億是大家在醫院協會裡面的共識，所以大概就這三塊。如果逐條討論，護理師公會這個通過，門診合理量刪除也通過，結果我們地區醫院那塊不通過，這就不是我們的共識。我們的共識就是當時大家都同意這個分配的機制，醫院協會也來函了，而且也是上次會議決議要求醫院協會內部協商的，所以我們雖可以逐條的去討論並且提供意見，可是要通過的話，是這整個案子包裹的，這是大家的共識，尤其是這個分配的機制。

主席

謝謝，我們拜託醫院協會先協調，但是基本上保險人跟特約醫療機構還是有個協商機制，所以才會有這個會議，所以可以有建議，我們都看到了，至於要怎麼調，如果我們不逐條討論要怎麼討論？

張代表克士

可以逐條討論啊，但是不能只選擇其中某項通過，這三塊的分配機制是大家的共識必需尊重。至於在此分配下的細節如何調整我沒有意見。

主席

8億是在26億裡面，是不是8億也是要在這會議上確認；我們先看現在會上發送的資料，我們三個層級都有金額，並不是說地區醫院沒有護病比跟重症。大家看統計表，以ICU增加5%，三個層級就列在這裡，都有費用點數，不是地區醫院都是零。護病比跟給付連動，地區醫院也有分到，所以我想每一個調整只要動到支付標準，三個層級都會連動，並沒有那項獨厚那一層級，請大家看一下剛剛發的資料好嗎。這項除了連動比例以外，我們還有不含護理長、全日平均護病比、還有增加護理品質指標裡面的年資未滿兩年的護理人員留任率，這部分大家還有沒有意見？請劉代表。

劉代表淑芬

剛剛有提到有關登錄的方式我們尊重署的建議，還是以全日護病比進行統計的建議案。同樣有關不含護理長列入計算這件事情，原來裡面資料是依照衛福部預告修正的計算基礎，我們也尊重衛福部做相關配合，回到法源上面也會比較單純，後續的部分，若未來修訂也比較有一致性，避免我們給付的方式跟衛福部不一樣。至於護理品質指標這區塊，現在要增加年資未滿兩年護理人員的留任率，如果一定要填這個指標，我們是建議只要年資未滿兩年護理人員的占率就好，其實差異沒有很多，其實留任率我們要花很多時間做相關書面手工排除資料。因為我們現在已有兩年以上人員的占率跟三個月以上人員的離職率，若再加上未滿兩年人員的占率，這樣可能會有一致性、連續性資料，相關性會比較好，以上。

劉玉娟副組長

醫管組補充說明，有關醫療機構設置標準，醫事司已在6月25日做預告，預定在9月薛次長會親自主持，並針對裡面是否人力計算一些標準做最後定奪，我們也會配合以上的一些標準來進行。

主席

好，謝謝，有關指標是要改成占率或是留任率，醫管組這邊有沒有什麼意見，對於吳玉琴委員要求是立法院衛環委員會決議這部分，醫管組這邊有沒有什麼回應。

王科長玲玲

關於年資未滿兩年護理人員的留任率要改成占率這一段，原則上配合修正，我們會跟立法委員吳玉琴委員辦公室做說明。

主席

好，就是接受護理師護士公會劉代表所建議的品質指標就改成年資未滿兩年的護理人員占率，照修正；至於說要不要含護理長，就配合衛福部正式公告的醫療機構設置標準來辦理。其他還有意見嗎？請劉代表。

劉代表碧珠

剛主席做一個初步的結論，就是要不要含護理長列入所謂人力計算範圍這段，是依據衛福部的預告基準。不過我還是要提出來，在評鑑這段，不管衛福部怎麼提修正，事實上，現在護理人力在執行上，其實真正在臨床上，護理長還是有在執行所謂臨床業務，如果在計算人力標準時不把他放進去，我覺得這其實後面可能會影響到，不知道護理師公會有沒有考量到，這樣對未來護理長的升遷會不會有什麼影響，醫院如果升一位護理長，我就要少算一個人力，這樣好嗎，這種支付連動的標準是獎勵還是懲罰？我覺得這樣的思考邏輯可不可以審慎去評估，我相信很多醫院的護理長，他們現在不可能完全只做行政業務，大部分還是有做臨床上業務，他們偶而也要值大小夜班，所以我們還是要提出來，請署裡再審慎評估有關護理長排除在人力範圍以外的措施是否真的是好的。

劉代表淑芬

謝謝，其實看現有會議資料的 68 頁原來的條文也很有意思，實習護士一直都被排除，可是實習護士的確是第一線真正在照顧病人，所以這些規定我們就覺得既然法源有這樣的規範，我們就回到法源去做就好，否則未來還有很多的修正，我們可能就修不完。我們尊重衛福部的規範。至於劉代表碧珠剛提到護理長未列入人力計算範圍，會不會影響護理長的升遷，不會。

陳代表石池

不好意思，我不是護理人員。但是我覺得你的設置標準跟評鑑標準應該不要疊床架屋，只要一種就好，這樣大家才不會搞混。

主席

所以我們現在是 follow 設置標準的定義，大家就一個定義就好，在算護理人力的時候，就是含護理師跟護士，護理長、實習護士就不列，免得衛福部講一套人力，我們在這邊算人力標準又算一套，這樣會無法一致。

李代表偉強(張代表德明代理人)

我了解當初這案子當初在討論醫院評鑑標準也討論很多次，最後可能有兩個趨勢，一個是比較嚴的標準，所以可能會修評鑑標準把它跟最新預告的設置標準，把護理長、NP、實習護士排除在外。不過我倒覺得真正影響最大的不是護理長是否列入，一個病房最多一個護理長，影響人數最多的是實習護士，實習護士不是護生，不是還沒畢業的人，而是已經畢業可是暫時未考到執照，所以會有幾個月的空窗期，各位最近有沒有看到一個報告，現在很多護理人員、藥師、物理治療、職能治療師等考照率很低，一年只有兩次考試，其實這群人才是最可憐的，他們是第一線做很多的事情，可是又沒有納入護病比，這影響才大。不過這應該不適合在這邊討論，因為這東西不是屬於健保署，在這邊討論也沒有結果，應該在另一個場合討論。

林代表錫維

請問有關第 78 頁第 3 點。

主席

代表，還沒講到這一題，現在還在第 67 頁。

林代表錫維

好，等會我再講，謝謝。

主席

有關護病比跟健保給付連動特別增加重症護理照護品質的部分，還有相關指標人力計算，還有沒有其他意見？

梁代表淑政

剛剛有提到要新增「年資未滿兩年護理人員的占率」，因為我們原本的指標已經有一個「兩年以上年資的護理人員的比率」，其實就是 1 減掉這部分就是「年

資未滿兩年護理人員的占率」，這樣增列意義不大。因為指標缺少的是「兩年以上的留任率」與「三個月以上的離職率」間，某一段時期的數字，是不是可以做調整？

主席

劉代表，其實留任率跟占率的意義是完全不一樣，如果可以看出留任率就知道這些年輕人的職場是不是好，會不會很快就離職跑掉的意義。所以留任率如果計算不是非常困難的話，理論上留任率是比占率好很多。

劉代表淑芬

應該這樣講，原來就有個指標是三個月以上護理人員的離職率。

主席

那個是三個月。

劉代表淑芬

對，三個月以上，所以他可能包括一年的離職、兩年的離職，他只要做滿三個月以上離職，都會算在內，事實上他已有算過一次。如果還要配合立法委員就還要再做一遍。

主席

那可不可以年資未滿兩年護理人員的離職率？

劉代表淑芬

這樣會增加我們很多的手工作業。

主席

留任率改成離職率呢，因為你是三個月以上離職率，可否再加一個未滿兩年的離職率？反正都有在算了，只是把年度再拆開。

劉代表淑芬

這樣就是增加我們很多的手工作業，大家不是都希望醫療產業不要太過血汗，我希望減少我們手工作業。

主席

我們留任率改成離職率好不好，年資未滿兩年護理人員的離職率，如果可以的話，其實是比较占率好一點。

李代表偉強(張代表德明代理人)

或許請劉代表再思考一個問題，假設某間醫院，因為護理人員有一定的退休年齡，某段時間陸續退休後會補新人，這新人比例就拉高，這是正常的新陳代謝。我相信這指標最主要是看留任，就是已經達到兩年以上還能繼續保留下來，如果只看占率，就是新陳代謝問題，可以思考一下。另外就是避免以後定義問題，先確認實習護士到底是否算在裡面，比方有個護士做了半年，他第七個月才為正式的護理師，這時候他兩年內的占率是要包含這些實習護士？不含，好，那我們就要把他確定清楚，意思是實習護士這群人不算在算護病，在其他指標都不算。

主席

這個是按季喔。

李代表偉強(張代表德明代理人)

我只是先講清楚，大家採的標準是一樣。

主席

現在已經都很清楚，因為已經申報很多年，只是一直在改什麼要算，什麼不算，如果沒有太多意見，我們這項就確認了，可以嗎？請謝院長。

謝代表武吉

主席想要確認，但我們醫院協會給的公文是大包裹，是我們署裡面所需要的 26.982 億案件，如果裡面有一樣沒有通過的話，很抱歉就等於停下來沒有辦法繼續。

主席

那這樣好了，我知道你們的意思，這內容暫時通過，沒有爭議，這樣可以嗎。好，我們就進入第二項門診合理量的部分，這是區域醫院在本會也有建議過，後來醫院協會也有把這個建議納入，這部分再參看剛剛發送的表，如果取消合理量的話大概是 7.64 億，醫學中心是 2.03 億，區域是 5.61 億，這部分大家有沒有意見？區域金額比較大，是因為他家數多，人次也多，大家有沒有意見？

梁代表淑政

有關刪除醫院合理門診量的原因是因為區域級以上醫院的門診下降 2%，衛福部的政策是連續五年，所以這是一個五年的政策，若今天把支付標準的這項

刪掉，那五年以後要用什麼方式來做呢？門診合理量計算公式是從健保開始就已經在做，基層也是在做，醫院也在實施，如果我們配合這五年的政策就直接把它從支付標準刪掉後，會影響到在醫院門診量的管理或醫院門診量合理的範圍為何？因此，這部分是不是建議可以仿過去地區醫院的經驗，以往地區醫院也有訂定合理門診量，但因為沒有同步實施，因此在超過門診合理量的支付標準的註說明「本項暫不實施」。這部分是不是也是可以用這種方式，以加註的方式來處理這五年因為配合「區域醫院以上門診量下降 2%」的政策所引起的重複核扣問題。先在這裡用加註方式說明這醫院超過合理門診量之支付標準暫不實施，但五年後該如何處理，還可以再提出來討論，這是我的建議。

李代表偉強(張代表德明代理人)

你所謂的暫不實施意思是維持現在的合理量？是暫不扣錢？

梁代表淑政

是五年內暫不扣錢。

李代表偉強(張代表德明代理人)

那這樣很好，我們看最後五年後有沒有達到 10%目標，再來調整。

梁代表淑政

因為這只是一個過渡期，先把醫院門診量下降到一個合理的範圍，之後要採取什麼樣的措施，是否還需要在合理門診量的處理機制之下，就看五年後醫院門診的情形。

李代表偉強(張代表德明代理人)

我剛只是想表達健保已經做了 23 年，若真的有效也早就有效了，對不對？我剛看這 7.64 億表示說我們被扣這麼多錢就對了，我只是說這數字只是讓大家知道，其實我們若按正常給付應該是有這 7.64 億，這包含醫學中心有 2 億，區域有 5.6 億。如果今天的錢暫時不扣，但是如果我們超過現在的設定標準還是用另外名義扣回來，所以之前好幾次會議有討論說，避免重複核扣，所以我才說這是二種政策，為什麼要扣兩次錢，用兩個不同名義來扣，所以當初我們才提議在醫院協會討論當中，建議合理門診量就暫時先拿掉，用暫時也不錯，表示一個進可攻、退可守的策略。

劉代表碧珠

那是社保司的意見，我想就門診合理量這件事，我想醫學中心的李代表也有提到，從健保開辦以來，每年的區域以上醫院就是自動被扣掉這幾億，這不是一筆小數目，雖然社保司長官有其他的考量。我覺得就是說門診減量、分級醫療這件事，政策要做，我們也必須支持，但是我們特地把支付標準通則的公式都列在這邊給大家看，那公式大家看完就可以知道，如果醫院沒有每一年同期去增加醫師數或增加病床數，每一年就會有數萬筆個案的醫師診察費必須打 5 折給付。難道社保司認為說這公式就是合理的？所以暫時先不要用。但未來五年就算不做年門診減量 2% 政策，再來做這公式也不見得對，因為這公式就是很莫名其妙，一個正常經營的醫院怎可能每年在增加醫師或增加床數，否則你的合理量就得每年減，這不是很奇怪的邏輯，我可不可以拜託社保司的長官認真要接地氣一下。

主席

請主管機關表示意見。

梁代表淑政

這個門診合理量的公式，過去也是跟醫界一起討論所決定的計算公式，實施之後，若現在大家覺得有不合理的地方，是可以做修正的。只是門診合理量的概念，是否在門診的診察費用支付上面是必須要維持的呢？因為基層也是有相關門診合理量的處理方式，如果今天因為醫院部門把合理量直接刪掉，在支付制度原本設計上就會出現不一樣的概念，而且現在所提出來是配合政策區域醫院門診量下降 2%，但這部分是有時間性的，就是五年內下降到 10%，我沒有很堅持，只是提出來說這部分可不可以先保留，暫時不實施跟刪除是一樣的結果，只不過在支付標準裡面仍保有醫院門診合理量的精神。未來五年後要做什麼樣的修正，大家還是可以再討論的。

申代表斯靜

報告長官，我們希望公式直接刪除的原因是，這公式已經很多年，不管是署裡或專家學者都已經沒有辦法再對這公式有更好的解釋，說明他存在的意義；我們這個議題也在上次主席有授權我們三層級所做的協商以後達成一個共識，我們認為應該要尊重我們三層級已經達成的共識的過程當中去做這樣

的調整，長官如果認為門診合理量會超出預期，其實醫界在點值，有很多被吸收是完全看不到的，看起來好像跟這個沒有直接關係，但是還是都由醫界吸收，所以長官如果擔心門診合理量暴增問題，最後還是會由醫界自己在點值裡頭被吸收掉，醫界自己也很清楚。所以我認為應該要尊重三層級的共識，直接刪除，不要再保留五年，我相信署裡可能在這幾年又有新的政策出來時候，一樣還是會再壓榨醫界。

謝代表文輝

因為醫院裡面三層級協商當時的共識就是刪除掉，長官也不用擔心，上次不是說初級照護到 10%，10%無效就馬上改全部降 2%，五年，所以長官不用擔心，到時候出來就說政策指示還是一樣得做。所以今天我們刪除通過，下次可能又說要加回來，我們共識要刪除也是依據健保署長官寫的條文，不論下次要加還是不加，坦白講都是長官在主導，所以我們地區醫院絕對支持，因為我們協商結果是這樣，希望就拿掉，而且這原文是長官寫的，我們很尊重長官一字不改。所以沒有理由用暫時，不論刪除或暫時，若下次要加回來這句一樣道理，我是覺得意義不大。長官講說要保留五年，若到時候沒辦法改回來，你也沒辦法加新的條文，沒意思。所以我是覺得還是尊重醫院協會的協調，因為這其實總額是需要三層級一起，光靠署裡也不行，所以要尊重協調，所以醫院協會好不容易協調出一個結果，我是覺得應該尊重，這樣內部協調，這種同儕制約同儕制定遊戲規則才會成熟，這才是真的走向總額支付制度的坦途。不要下指導棋，讓實際的業務的執行者自己來做協調，所以我們支持要刪除。

主席

好，謝謝，還有沒有別的意見？因為主管機關有這樣的關切，為了平衡大家的想法，我可否建議，因為現行公式確實有爭議，大家有蠻大的意見，所以我們是不是刪除現行的公式？但是公式上面有提及，「本節所稱醫院每日合理門診量依下列計算方式分別設定」，我們把公式先刪掉，但是標頭留著，就是「本節所稱醫院每日合理門診量暫不實施」，這樣還保留主管機關認為將來如果減 2%這件事不再繼續時，可以再回頭想想有沒有必要訂另一個公式是大家可以接受的，這樣可以嗎？若大家接受的話，我們就採這樣折衷，主

管機關是希望保留這樣的概念，但是公式有爭議我們就先刪掉，不要把公式留在那裡暫不實施，這樣大家會覺得將來會不會還要拿出來用，會覺得不妥。也許我們留一些空間、時間再來研究當五年之後這 2%，我們要用什麼方式來面對門診合理量，這樣好嗎？用空間來換取眼前的問題，可以折衷這樣處理嗎，好，主管機關也說同意，謝謝。那我們就用這樣的方式修正，取得共識，因為地區醫院說不可以講通過，要講取得共識，沒有爭議，這個就討論到這裡。

謝代表文輝

沒有爭議。

主席

沒有爭議，就取得共識，討論到這裡。接下來是三的部分，77 頁共有 11 項，淺部創傷處理跟換藥、縫合，長期大家覺得支付比較低，但是此類病人三個層級都有，做了 20%調整之後點數列在這裡，影響的點數共是 2.72 億；三個層級的分布請參考剛剛發送的表，醫學中心 0.9 億、區域 1.04 億、地區 0.79 億，這部分大家有沒有意見？這項修正也會影響基層，今天基層代表也在，將來也會提到基層總額研商會議跟共擬會議，希望調整是一致的，因為基層外科也一直反映他們的支付偏低，不像內科系有藥費等等，只有處置費實在偏低，希望到時候基層總額也支持，大家一併來改。這部分大家有沒有意見？好，達成共識。接下來第四項，謝代表。

謝代表武吉

對地區醫院前面的意見，似乎署裡面完全不採納，這裡和我們的來函有共同性嗎？這樣要如何壯大社區？我感到懷疑。

謝代表文輝

我覺得醫院協會的決議案是三個部分，不要切割開，前面是門診合理量，再來是護理，醫院協會協商的三個主軸第三個就是地區醫院協會提出來的，這個列在 3 的部分應該先討論，如果過了醫院協會協調出來的決議案才完整，前面二個暫時沒有爭議的案才會變成一個完整的通過的案。所以我覺得再來應該討論醫院協會的第三個部分，醫院協會提出來的案子有三個部分，第一是重症護理品質提升 10 億，第二是合理門診量公式刪除的 7.64 億，第三是

壯大社區的 8 億；當然要一起討論，討論如果可以過了若還有剩的，就再來談特定支付調整，如果不過就 26.98 億重新談，我覺得不能這樣切割；因為醫院協會這是一個完整的決議案，有三部分，現在應該要討論第三部分壯大社區的 8 億，不要先討論別項，把第三案保留，等到後來都沒錢了，那第三案就不過，這樣醫院協會協商的基礎就完全破壞掉了，程序上應該要這樣比較合理，醫院協會的全案應討論完，不要討論一半。

主席

那現在我們第三項拉到後面討論，先討論國字第四項的部分，好，也可以。

謝代表武吉

討論第四項時，要配合看我們臺灣社區醫院協發給健保署與醫院協會的公文，就是 73 頁和 69 頁的第四要併案討論。

主席

現在要談地區醫院想要調整的門診診察費，請看 79 頁，00154C 現行一般門診診察費，表列點數是 260 點，醫學中心跟區域醫院在婦兒外科是 304 點，現在的地區醫院是 364 點，內科的加成，區域跟醫學中心是 260 點，地區是 320 點，其他科別區域跟醫學中心是 260 點，地區是 299 點。回到剛剛所講的，地區想要就現有的再加乘 5%，剛剛是 79 頁第一欄，往下看現在開慢箋的診察費，醫學中心現在外婦兒是 591 點，地區是 707 點，換句話說只要婦外兒科開慢箋，光診察費就是 707 點，內科也有 621 點，其實這個診察費醫學中心及地區已經有差距了，再請大家看一看怎麼修正比較好，請謝代表。

謝代表文輝

我是覺得主席這說明不是很公平，你不能挑一個來看，像你這樣講，我們婦幼很高，結果地區社區裡面的婦幼人一直少，都請不到人，維持那個科可能一天十個門診，你現在看一個人給多少錢，又沒有考慮到經濟規模的差異，現在政策是不是希望每個社區都要一個醫師，那也許同樣一個專科醫師他的產能在大醫院是那邊的十倍，那你有甚麼東西給他調整？像開一個手術都一樣的錢，你一個醫師大醫院一個月開幾十刀，在那邊可能兩刀，但是你覺得社區需要，所以觀念不能拿這種比，因為其他方面沒有得到給付，如果健保對

醫師有固定給多少基本費，人就可以維持，今天我們沒有那種支付制度，只好用這個彌補。而且地區醫院用的這個錢，是大家協商出來要給地區醫院的，地區醫院看要放在那裡，事實上醫師做的量很少，但是值班很多，也沒有給值班費、待班費。今天看地區醫院成長很多，裡面很多其實是申請做醫學中心，還沒評鑑升上去之前的醫院他都叫地區醫院，把那些剔除，再看看地區醫院有甚麼實際的成長，所以不要單挑一個東西來看他有甚麼實際的成長，健保剛開始的時候基層診所的診察費也是超過 300 塊，那時候地區醫院才 200 多不到 260，這本來就有差異性因為考慮到它不同的形態，所以不要挑一個項目這樣的來看給付，現在這樣的一個表很不公平，那怎麼不把 84 年以後每次的調整拿出來看要怎麼分？民國 85 年第一次健保支付標準大調整，把洗腎從 4500 點降到 4000 點左右，再加 20 幾億下去調整，共 40 億的經費，那時候地區醫院因為洗腎比例較高，被減了 10 幾億，只補了 1 億多，那其他層級減的少補的多，如果要做重症資源分配的比例，應從頭到尾拿出來給大家看，這就是過去不仁不義現在應該要補一下，而且不要挑撥醫院協會已經做出來的協商，地區醫院謹守本分，其他大哥大姐談的 8 億，我們可以調整，醫學中心跟地區醫院的代表多麼支持政策，反而是執行政策的人我是覺得沒有看到善意，要就把歷年來各層級調整的比例拿出來看看，不要只說今天的公平，也要看看過去公平與否，也看看外面的資源的狀況，大家都知道地區醫院最慘，數據很清楚健保開始時地區醫院的占率是 37.8%現在只剩 15%，因此我說談問題不要只談一個點，聽起來就是挑撥。

張代表克士

我再重複一次，這次有這樣的協商內容是因為上次會議決議請醫院協會做協調，所以請大家尊重這樣的協商結果，因為這是我們的共識。但基本上比如我們同意護理的 10 億，裡面的細節我們尊重護理師公會，可是可能調出來超過 10 億，我們就再微調一下，接下來刪除合理門診量，是因為各層級有各自的需求需要調整，醫學中心跟區域覺得這個對他們是重複核扣不合理，我們

地區醫院也覺得不合理，我們也支持刪除，那接下來是壯大社區的 8 億，這是配合政府推動分級醫療的需求。討論時應先問所有與會代表對這 8 億有無意見，分配細節若有超過可以跟剛剛護理師公會一樣做微調，但不應該把它拆開，到最後地區醫院只分配 1.89 億，就等於推翻原來醫院協會的協議。我們地區醫院的需求自己最清楚，這 8 億該怎麼分配，我們內部會員經過多次會議協調出來一個結果，若各位專家有甚麼指教可以提出來，可是這 8 億的額度是大家協商的共識，不能就這樣刪除；這是上次開會要求醫院協會協商後做出的決議，請主席要尊重。

謝代表文輝

主席我再補充一下，不要單挑一個項目，我們也知道我們診察費比兩個層級高很多，患者難度也比其他二個層級低，但給我們高是說，你只有加在這個部分，所有各類型的地區醫院，包括小型內外科醫院、婦幼醫院、社區小醫院才有辦法去發他的值班費、加班費去維持一個 team，長官說地區醫院門診診察費拿這麼多，我們當然知道，老實講以困難度來比，我們診察費應該比區域醫院低，區域醫院又應該比醫學中心低，大家理解應該是這樣，但是地區醫院知道只能加在那裡，因為沒有別的地方可以加，加在那裡讓 1、2 萬人社區的、一般的地區內外科醫院，一天急診可能 10 個，門診 1、20 個，他這樣才能保障醫師基本薪水，你也沒有給我醫師薪水保障支付項目，所以不要討論說這個拿這麼多，現在這樣的拿法，實際市場上地區醫院還是萎縮的；我們醫療實務裡面也說要讓同儕去協調，因為知道各自困難點在那裡。

王代表秀貞(趙代表昭欽代理人)

謝謝主席。臺灣社區醫院協會發公文的時間比較晚，其實這是因於我們非常慎重，對於分級醫療壯大社區要從那一個層次去做，為什麼提出要加門診、要加假日診察費，是考慮到壯大社區應該是全面性的、全國性的，不是僅針對單科單部門，希望能遍地開花，因此有大部分預算運用於此，以壯大每個鄉鎮、每個社區、每個所在的地區醫院，去方便、去照護每個社區民眾的就醫。

另外，我們也把部分壯大社區的費用放在署裡 6 月提到的長期比較低的特定診療部分。所以地區醫院提出的壯大社區方案裡，有部分費用希望用於調整換藥，換藥這件是在過去不論是醫院總額研商或給付都有提，說真的是很低，以上。

可否請大家就壯大社區角度來討論所提項目較好，謝謝。

主席

好，羅院長、謝院長。

羅代表永達

我參加過三個總額協商會議，通常會議裡大家都支持尊重協商單位，不管是門診透析的腎臟醫學會或是中醫師公會提出來的；可是我們醫院協會協商的結果在這邊好像沒有被尊重，我們一直覺得奇怪，這是我們醫院自己的財務問題，在這個地方我們顯然沒有受到尊重，這是第一件事情；第二個問題，大家都很清楚甚麼是總資源跟總分配的概念，醫院協會裡面就是三個層級，三層級在談的是總資源的概念，層級裡每次談的東西，包括法律都有分醫學中心、地區醫院，總層級的東西每次談到我們地區醫院就是相對比較複雜，大家都知道，一個是用數量的概念，一個是單位成本的概念，在會議裏我們也講過很多次，基於我們的不同型態，他們也願意認為說分級醫療既然是國家政策，國家也告訴我們說應該壯大基層，讓我們有義務承接，可是沒有資源怎麼承接？我們社區應該要有甚麼科，可是量就是不夠，那要用甚麼去補？告訴地區醫院要承接，這麼多型態裡面，我們覺得唯有放在門診診察費裡面，每個老闆都一定是這樣子，這個地方有盈餘了才有能力聘請有虧錢的醫師，這才是醫院經營的整體概念，不是一個醫師一個診所的概念，我覺得大家對醫院協會的共識應該尊重，但財務是我們自己分擔的事，主管應該對分級醫療這件事，應該要表現出相當大的善意跟協助的意思。

謝代表武吉

我看了 79 頁，發覺健保署對於社區醫院協會非常不友善，所以今天開的會可能會很困難；第二點，在第 13 頁的第 7 和第 8 張簡報，寫了減少 9 家增加 2 家，地區醫院除了轉成區域醫院，地區醫院一直在消失，這是不是地區醫院很困難的重點所在？我們在六大策略的第一點就是壯大社區和基層，但是我看

到這裡，主席你提出地區的這些費用資料，但為何不拿出量出來呢，地區醫院也有量，但量就是少，量少要維持 1 個醫師就困難重重，但不增加診察費，無法請到 1 個醫師，護理人員也請不到，像我評鑑請 1 個藥師要 6-7 萬，護理人員也要 4-6 萬，地區醫院專科醫師雇用的費用是醫學中心的兩倍，我們今天診察費沒有醫學中心的兩倍，健保署已經非常對不起我們了，今天還拿出第 79 頁及補充的這些表格資料，事實上我是覺得有一個挑撥的意味存在，希望以後挑撥的部分不要拿出來，醫院協會大家已經很和諧分成這樣，地區醫院的 8 億兩個層級都同意，結果到健保署玩這個花招，當理事長的我不能夠接受。

主席

謝謝，我想這樣，我們休息 10 分鐘去請示署長，署長指示後再回來開會。
(休息 10 分鐘)

主席

各位代表，辛苦你們了，本來休息 10 分鐘變成半小時，可見這件事情有多麼棘手，我深感抱歉，今天可能沒有辦法繼續談下去，雖然有部分共識，但是地區醫院層級堅持要全部過才一起過，剛剛私下有問過社區醫院代表是否有意願再談下去，他們表示也沒有意願，我建議今天就到這裡，今天暫時有共識的部分就記錄內容有共識，但未通過；現在我徵詢各位代表，是否今天會議就開到這裡，剛剛的發言大家都有聽到了，三個層級的意見都有，我們回去再想一想，困難的事情總是需要時間解決，目前二項取得共識，但未通過，意即連第一個案都沒有過，也算主席能力不足，真的沒辦法取得大家共識，署長也認為不要勉強，16:20 今天就先開到這。署長也麻煩各層級代表回去想一想，要推動分級醫療大家有共同的責任，區域級以上醫院有減診壓力，要考慮到重症病人都在區域級以上醫院，也要得到合理的對待，有限的資源要如何拿捏並合理分配，希望大家回去想一想，健保署在這裡也要對所有資源的分配負責任，署長也有立場。今天就先到這裡，感謝大家遠道而來，散會。