

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議 108年第3次會議紀錄

時間：108年8月21日(三)下午2時

地點：中央健康保險署18樓禮堂

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
申斯靜代表	請假	張德明代表	李偉強(代)
朱益宏代表	朱益宏	梁淑政代表	梁淑政
吳志雄代表	請假	郭守仁代表	請假
吳淑芬代表	吳淑芬	郭宗正代表	詹德旺(代)
吳鏘亮代表	廖秀珪(代)	陳石池代表	陳石池
李允文代表	李允文	陳振文代表	陳振文
李純馥代表	李純馥	程文俊代表	廖振成(代)
周思源代表	請假	童瑞龍代表	童瑞龍
孟令妤代表	彭桂秋(代)	黃遵誠代表	請假
林芳郁代表	林靜梅(代)	劉建良代表	劉建良
林欣榮代表	請假	劉淑芬代表	劉淑芬
林恒立代表	林恒立	劉碧珠代表	劉碧珠
林鳳珠代表	林鳳珠	謝文輝代表	謝文輝
林慧玲代表	林慧玲	謝武吉代表	請假
林錫維代表	林錫維	謝景祥代表	謝景祥
邱仲慶代表	王敏容(代)	謝輝龍代表	謝輝龍
邱寶安代表	邱寶安	顏鴻順代表	顏鴻順
侯明鋒代表	請假	羅永達代表	羅永達
唐宏生代表	請假	嚴玉華代表	嚴玉華
張克士代表	郭錫卿(代)	蘇主榮代表	蘇主榮
張國寬代表	張國寬	蘇東茂代表	蘇美惠(代)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司
衛生福利部全民健康保險會
臺灣醫院協會

中華民國醫師公會全國聯合會
中華民國護理師護士公會全國聯合會

中華民國物理治療師全國聯合會
中華民國醫事檢驗師全國聯合會
中華民國藥師公會全國聯合會

本署臺北業務組
本署北區業務組
本署中區業務組
本署南區業務組
本署高屏業務組
本署東區業務組
本署醫審及藥材組

本署企劃組
本署資訊組
本署財務組
本署醫務管理組

盧胤雯、周雯雯
陳燕鈴、盛培珠
林佩菽、顏正好、吳亞筑
鄭禮育
林筱庭
梁淑媛

林士峰
宋佳玲
洪鈺婷
徐麗滿、余千子、周珈卉
劉孟芸芝、江謝佩妘
楊惠真
賴阿薪
曾慧玲
王素惠
連恆榮、張淑雅、詹淑存、
林亭儀
陳泰諭
李冠毅
楊小娟
吳科屏、劉林義、蔡翠珍、
洪于淇、王玲玲、歐舒欣、
林蘭、陳依婕、楊瑜真、
鄭正義、楊淑美、陳威翰

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形

決定：洽悉；序號 1 至序號 4 解除列管。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108 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	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
108Q1	浮動點值	0.8633	0.8842	0.8748	0.8855	0.9250	0.8751	0.8804
	平均點值	0.9215	0.9295	0.9272	0.9331	0.9515	0.9262	0.9299

- 二、結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：107 年「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：增修「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2. 專業醫療服務品質指標(下稱「品保方案專業指標」)「失智者使用安寧緩和服務使用率」等 4 項指標

決定：洽悉，修訂內容如下，依會議決定辦理後續修訂「品保方案專業指標」行政作業事宜。

- (一)新增「失智者使用安寧緩和服務使用率」指標，指標分子範圍為居家安寧案件、全民健康保險安寧共同照護試辦方案與安寧住院照護。
- (二)刪除「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」指標。

(三)「糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)執行率」指標：修訂分子增加糖化白蛋白檢查案件，修改指標名稱為「糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」。

(四)刪除「急性病床住院案件住院日數超過三十日比率」指標。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關軍警察消防海巡空勤人員之案件是否納入醫院門診減量之排除項目案

決議：與會多數代表表示本方案之補助對象不應只限輔導會、衛福部所屬醫院及指定醫院，應適用於所有院所，不同意排除於門診減量範圍內，爰本案未獲共識，將再觀察1季該類案件消長之變化，再提案討論。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關醫院門診減量之當季減量幅度如超過門診減量之目標件數，可累計至下一季併同計算案

決議：

- 一、醫院門診減量之當季減量幅度如超過門診減量之目標件數，同意可累計至下一季併同計算，並累計至當年第4季止。
- 二、門診減量計算邏輯修訂如附件1，並溯自108年1月1日生效。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：109年區域級(含)以上醫院門診減量措施(草案)

決議：

- 一、有關區域級以上醫院門診減量降幅是否調整及是否增列排除項目，會上未獲共識，不通過，持續溝通。
- 二、各層級意見臚列如下：
 - (一)醫學中心：建議自109年起每年門診減量降幅改為1.5%。
 - (二)區域醫院：建議全體區域醫院降幅應為醫學中心之50%，設於偏鄉醫療不足地區及無醫學中心之縣市鄉鎮之區域醫院應予排除。

(三)地區醫院:每年門診量降幅 2%應予維持，惟設於偏遠具社區醫院角色之區域醫院可另予考量。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關委員建議定期公開各醫院「護病比加成點數」、辦理獎勵款項應用調查及增列「醫院總額支付標準調整對於醫事人員薪資調查及轉知調查」填報欄位案

決議：所公開之資料涉及個別醫院之內部管理及個資，且無法源依據，不予同意。

散會：下午5時30分

與會人員發言實錄詳附件2。

108 年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%之計算邏輯

108 年 5 月 22 日之第 2 次醫院門診總額研商議事會議決議修訂

108 年 8 月 21 日之第 3 次醫院門診總額研商議事會議決議修訂

一、申請件數及點數計算方式：

(一)透析、代辦、轉代檢及以下其他部門，其件數及點數排除，定義如下：

1.代辦案件：

(1)門診案件分類：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA、DF。

(2)多氯聯苯中毒之油症患者：部分負擔代碼為 901。

2.其他部門：

(1)居家與精神疾病社區復健：門診案件分類為 A1、A2、A5、A6、A7。

(2)居家醫療照護整合：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 EC。

(3)提供保險對象收容於矯正機關者之醫療服務計畫：特定治療項目代號(一)~(四)為 JA、JB。

(4)末期腎臟病前期(Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 K1。

(5)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)為 EB。

3.轉代檢：

(1)轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN_ID_MARK)為 5、6(費用年月 107 年 12 月 31 日(含)以前)。

(2)醫令清單段醫令調劑方式欄位代碼為 3(接受其他院所委託轉檢)、5(接受其他院所委託代檢)(費用年月 108 年 1 月 1 日(含)以後)。

(二)非屬醫院申報者不計：交付機構(如特約藥局、物理治療所、病理中心、檢驗所等)申報之案件，其件數及點數一律不計。

(三)下列案件之件數及點數均排除不計：

1.重大傷病(含罕病)案件：部分負擔代碼為 001。

2.轉診案件：

(1)轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件：部分負擔代碼為 A30、B30。

(2)轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1。

(3)經離島醫院診所轉診至台灣本島門診及急診就醫者：部分負擔代碼為 008。

3.視同轉診案件：部分負擔代碼為 A31、A40、B31、B40。

4.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)：特定治療項目代號(一)~(二)為 G9 案件。

5.西醫醫療資源不足地區改善方案-醫院部門：特定治療項目代號(一)~(二)為 G5 案件。

6.論病例計酬案件：門診案件分類為 C1。

7.愛滋病案件：門診案件分類為 E2、E3。

8.C 肝案件：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 H1 或 HE。

9.論質計畫且慢性病未穩定案件：門診案件分類為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份小於 3 個月(<84 日)。

10.主診斷為類流感案件：依疾管署定義 ICD-10-CM 代碼前三碼為 J12、J13、J14、J15、J16、B25、A37、A22、B44、J17、J18、J09、J10、J11。

11.急診案件：門診案件分類為 02。

12.門診手術案件：門診案件分類為 03。

13.轉出(實際下轉成功)案件：醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」(01034B、01035B)診療項目案件且勾稽到轉入院所申報對應之 01038C「接受轉診診察費加算」者。

(四)慢性病連續處方箋調劑(案件分類為 08)、診察費為 0 案件、補報原因註記為 2(補報部分醫令或醫令差額)之件數不計。

二、核減方式：按季結算，該院當季減量幅度如超過門診減量之目標件數，可累計至下一季併同計算，累計至當年第 4 季止(追溯自 108 年 1 月 1 日生效)。

(一)基期期間：106 年。

(二)不予核扣：

1.106 年該院符合納入計算範圍之門診件數占該層級件數小於等於 0.50%者(以小數點第五位四捨五入計算)，不予核扣。

2.該院 108 年當季未超出 106 年當季門診件數之 96.04%者，不予核扣。

(三)該院 108 年當季超出 106 年當季門診件數之 96.04%者，核減方式如下：

1.該院 108 年當季門診每人次平均點數 \times (該院 108 年當季門診件數－該院 106 年當季門診件數之 96.04%)。

2.該院 108 年當季門診每人次平均點數＝該院列入計算之當季醫療點數(申請點數＋部分負擔點數)/列入計算之件數。

備註：

1.本案所指主診斷係指門診醫療服務點數清單段「國際疾病分類碼(一)」。

2.類流感案件依疾病管制署公告，路徑：統計資料\傳染病統計資料查詢系統\常見問題\健保次級統計資料使用疾病別 ICD 代碼對照表。

3.視同轉診案件依全民健康保險轉診實施辦法規定。

4.每季月末之次月底前受理案件，納入當季統計(如費用年月為 107 年 7-9 月，於 107 年 10 月 31 日前受理者納入第 3 季)，未於前開期間受理者，則依受理日納入所屬季別計算。

※全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議 108 年第 3 次會議與會人員發言實錄

本會上次會議紀錄確認

主席

今天召開醫院總額研商議事會議今年的第 3 次會議，今天的議程攸關大家的權益需要大家集思廣益，現在人數過半，會議就開始，開始之前我要介紹幾位新代表，還有職稱改變的，第 1 位是台大醫院院長陳院長，陳院長已經就任 1 個多月了，再來是馬階醫院劉院長，劉院長已就任超過 3 個月，還有朱益宏理事長，是 4 個協(學)會的理事長，分別是社區醫院協會、繼續教育學會、長期照顧學會，還有 1 個是私立醫院協會的理事長，這 3 位是有異動的代表，若有其他異動者我們沒有蒐集到資料，請麻煩告訴我們，幫大家介紹一下，好，如果沒有的話就謝謝各位的參加，今天會議正式開始。首先請大家看一下上次的會議紀錄，第 5 頁到第 8 頁的部分，請問大家有沒有意見？好，如果沒有意見，會議紀錄就確認，會議中如果有要變動再隨時告訴我們，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

一共有 4 項都解除列管，其中有 2 項已經公告，有 2 項是今天要繼續討論，請問大家有沒有意見？好，如果沒有意見我們就通過，接下來第二案。

報告事項第二案：醫院總額執行概況報告(略)

主席

這次報告除了原來利用情形的分析以外再加上新科技的執行概況，特別是當年度跟 5 年的累計統計，這個部分是很多委員長期一直關心新醫療科技的預算是否足夠因應，會不會因為一直引入新藥、新療法或新特材而擠壓醫療服務的點值，所以以後每 1 季的例行報告會把這部分的資料定期跟大家 update，讓大家放心，這些數據除了在這裡報告以外，也會在健保會報告，讓大家共同監督，本會議的代表也有健保會的代表在裡面，所以請大家一起來看看。因為 109 年總額協商在即，今天第一次移到我們的總額研商會議跟大家做再一次的報告，以上有沒有意見？我跟大家再說明一下，剛剛第 43 張跟 44 張投影片請大家修正，這 2 張因為生效日還沒有到，所以這裡的財務影響是「預估」的財務影響，不是真正的財務影響，麻煩大家把 43 張、44 張這 2 張的財務影響上面再加個「預估」，以上補充，大家有沒有意見？來，請羅院長再來朱理事長。

羅永達代表

主席、各位先進大家午安，其實每次協商始終定義不清楚就是替代率，第46-47頁，每次預估實際申報的金額明明就是24億3仟多萬，可是只要經過貴署的替代率完以後馬上就降下來剩下6億多，差距相當大，在醫院協會我們所委託得到的替代率跟署裡始終都沒有一致的看法，未來在協商的時候，署裡用這樣的替代率跟醫界沒有進一步溝通的情況之下，每次這件事情都是一個懸案，難得利用這樣的機會，署在這裡公布新科技5年的累積數目，新科技替代率希望雙方能有共識，署裡每次提到的替代率我們都覺得太高估，高估的讓我們覺得很離譜，這樣的東西在這樣的基礎下，協商的時候產生的誤會恐怕會很大，希望署裡做一個解釋，以上。

主席

謝謝，再來請朱理事長。

朱益宏代表

我要表達的跟羅委員講的是一樣，47頁投影片說5年內收載的新藥預算其實不到20億，表示這項預算其實編得非常多，新藥的預算編得非常多，但是我們又看到另外一個數字，每年4月藥價調降40億、50億，因為做DET，DET每一年都會依照總額去做成長，就是說每年大概有3%、4%成長率，每一年藥費的成長率都有3%、4%，加上以後結果每一年到4月，因為超過DET所以還要扣40億、50億、60億，這裡告訴我們新藥預算率其實執行很差，累計5年大概已經編了2、30億給你們，實際上只有執行大概百分之二十，表示什麼意思？表示其他不是新藥的預算使用是超過，而且超過幅度非常大，如果照數字解讀起來顯然是這樣，所以不是新藥問題，每年因為DET扣減藥費的問題，不是新藥的問題，如果是這樣的理由顯然對非新藥的管控跟適應症，署裡面就應該加強，當然我講這個其實是有點講反話，呼應羅委員講的替代率確實有問題，因為如果署裡認為替代率沒有問題，表示現有健保支付的已經overused，成長率除了把新藥百分之八十的預算都吃掉以外，另外還每一年增加40億到50億都吃掉了，概念上是這樣，不然為什麼每年DET要扣40億、50億，我覺得署裡面要去檢討，你們替代率算起來是不是有點太誇張，如果藥材科認為不誇張確實是這樣，那健保署是不是醫管這邊要去檢討為什麼藥品的使用成長率會那麼高，一般的藥品會有這個問題，更何況在前面的報告在門診平均每一次的費用是成長，而且這個成長主要是藥費，看起來是這樣子，當然我們知道這藥費大概是C肝，C肝應該在DET就扣掉，DET不會扣掉C肝的東西，顯然造成藥費成長率因為數字兜不攏，所以我覺得署裡面這部分真的是要檢討看看什麼時機做一些修正，或是做一些補充，不然真的我看數字兜不攏，這個你拿到健保會說新藥給預算太多，馬上9月要協商是不是新藥預算要砍，至少砍一半還有剩，謝謝。

主席

謝謝，其他代表還有沒有意見？請劉代表。

劉碧珠代表

主席，這邊是有幾個數字想要請教署裡面，剛剛看簡報第 16 頁，在 108 年第二季門住診申報費用裡面，門診跟住診分別是 729 億元 1 仟 8 佰多萬跟 576 億 5 仟 5 佰萬，這 2 個數字跟後面簡報第 29 頁跟第 30 還有第 22 頁門住診的點數是完全不同，看起來擷取的資料檔是同一個資料檔，想請教署裡面這裡面數據差異是什麼原因？

主席

好，謝謝，數據的問題，還有沒有其他？大家對簡報還有沒有其他要討論的，好，如果沒有的話我們先請連科長這邊說明藥品替代率。

醫審及藥材組連恆榮科長

跟各位委員報告替代率這部分，替代率執行用這樣數字其實也有一段時間，之前也感謝台灣醫院協會願意承接我們的計畫針對替代率部分能夠做一些檢討，當然我們也委託成大委託計畫，其實大家針對的替代率目前所提出來的都是個別的品項，個別項目看血栓的啦、糖尿病用藥，當時在預估替代率是用整體性的，這部分需要完整上的討論，當然現在目前看到第 1 季執行率是 19.97，就我們的經驗來看第 1 季申報點數相對比較低一點，第 2 季會比較高，有第 2 季資料的時候我們會再做完整的報告，以現在目前來講對新藥的預估大家覺得替代率這部分不是用實際的發生，所以在 109 年預算編列裡面，已經針對第一大類的部分，就是用實際發生實際已經收載的品項來進行一些預估，我們已經在替代率的部分做了一些調整跟改變，純粹用整個預估的方式來做進行，另外我試著回答一下朱理事長的問題，有關 DET 管控的問題，就我們之前分析對 DET 做一個管控的方式，發現主要成長的部分大概以第三大類為主，第一大類跟第三大類做 DET，以貢獻度來看確實是以第一大類貢獻度最高，我們其實在處理這件事情也不希望舊的產品成長太高，所以我們 DET 把他做管控，這一個金額其實是回到預算，所謂預算是說實際藥品的支出這部分做適度的預估，其實 DET 管控的目的是為了讓新藥有適度的成長，先做以上的補充說明。

主席

朱理事長剛剛提到的很好，新藥如果替代率沒有更好的方法，維持現在的方法就表示執行率是夠的，預算是夠的，但是非新藥的管控相對更重要，非新藥管控現在是我們業務重點，包括雲端藥歷、重複用藥的管理、API 的提示等等，甚至還要再發展所謂的交互作用，或者是其他的管控方法都是針對藥品，大家可以看一下 21 張投影片，藥費如果扣掉 C 肝，今年 Q2 成長率是 2.9，比總額的成長率還要低，未來 DET 在計算超過第 1 季金額就會減少，將來就會變良性循環，現在重複用藥還有很大的進步空間，所以這部分還繼續管控，扣掉 C 肝的藥費成長率過去跟總額相當，幾乎是 4%、5% 在成長，現在已經低於 3%，所以在這個部分我們確實非常用心，對於不必要的重複用藥，或者是其他相關藥費的管控，希望能夠減

到最低。目前台灣的藥費在醫療費用的占比若與國際比較，我們是偏高，感謝所有的醫療院所配合我們做藥物的管控，目前大家都很努力；另外在投影片點數不同的部分，請醫管組說明。

醫務管理組李純馥代表

請大家看第 16 張投影片，備註 1 有說明這張的門診費用有含交付機構，第 20 張投影片的分項費用合計，則是不含交付機構，因為分項費用在交付機構是不會申報(此外，第 20 張投影片備註 5，一般案件及醫療資源不足地區改善方案，因點數很少，未列入合計)，所以在門診的費用會有這樣的差距，在住診的部分會一致，以上。

主席

謝謝，以上是大家的說明，請羅院長。

羅永達代表

主席，因為接下來 9 月份就要協商，剛剛署裡面所解釋的替代率有做稍為的調整，為了避免在協商會議那麼短的時間不瞭解對方所講的，是不是可以把目前署內打算怎麼做調整的部分，先給我們醫院協會做參考。因目前沒有一個確定的替代率，我想若有事先經過溝通，大家彼此都知道在不得已的情況下用什麼方式來做，我想是一個很好的方法，是不是可以請署內先提供給我們，這是第一個。第二個我要替藥費講一些話，因為我們期待的費用很低，所以平均下來藥費偏高，這件事情是不可否認的事情，我們每次都講藥費很高，因為藥很多都是外國進口的，造成很多的費用，而其他的診察費等都偏低，自然而然它就偏高，所以有時候它也是非戰之罪，每次在講這些事情的時候要講清楚，以上。

主席

其實我們不是費用比例高而已，我們的數量也高。應該講我們用原廠藥的比例高，所以費用高，而數量也多，因此兩個相乘變成藥費金額就大。大家要談其他的費用是不是有調整空間，我們每年都用非協商的成長率在調支付標準，也是希望能夠平衡。今年非協商很高，明年非協商更高，這些都可以用來調整支付標準。我們利用這樣的機制不斷地去校正，也希望回給醫界，應該給的就應該給，最主要是技術費的部分。大家還有沒有意見？

羅永達代表

第一個部分可不可以提供。

主席

第一個可以提供。其他的大家還有沒有意見？請劉代表。

劉碧珠代表

純馥組長的回應我還是不太理解，如果是交付處方的話，住診應該不至於有交付處方吧。這樣的話，投影片的第 29 頁跟第 30 頁這兩張的住診費用就不同，然後

第 29 頁和 30 頁住診費用跟第 16 頁簡報的住診費用又不同。所以這個差距我了解一下，這不是一個小數目的差距，因為我們在計算一些資料的時候會需要知道看那些數據才是對的。

主席

請醫管組的同仁再做說明。

醫務管理組劉林義專門委員

名詞的部分我們會再做修正，前面投影片是申報醫療點數，投影片第 30 頁則是實際醫療點數，二者差距是在 DRG 或論病例計酬案件，因 DRG 採定額給付，申報費用點數與實際醫療費用點數會不一樣。

主席

麻煩以後說明清楚，讓閱讀的人不要產生誤會。其他的有沒有意見？若沒有我們這個報告案就在這裡告一個段落，接下來第三案。

報告事項第三案：108 年第 1 季醫院總額點值結算報告

主席

第 1 季的點值結算，大家有沒有意見？沒有意見，那點值確認，接著下一案。

報告事項第四案：107 年「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果

主席

去年的品保款核發情形大家有沒有意見。若沒有意見，我們就通過，下一案。

報告事項第五案：增修「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2. 專業醫療服務品質指標(下稱「品保方案指標」)「失智者使用安寧緩和服務使用率」等 4 項指標

主席

這個案子之前有開過會前會討論，大家有沒有意見？若沒有意見的話就照本署意見，接下來下一案。

討論事項第一案：有關軍警察消防海巡空勤人員之案件是否納入醫院門診減量之排除項目案

主席

這個案子也許有些代表不清楚，請醫管組劉林義專門委員再說明一下內容，以及後面的表格。

醫務管理組劉林義專門委員

這個部分主要是行政院在 5 月 1 號有核定兩個方案，一個是警察消防海巡空勤人員的醫療照護實施方案，另一個是國軍人員到輔導會、所有縣市衛福部所屬醫院以及兩家指定醫院的醫療優惠，主要是可以免部分負擔。這個方案適用的醫院屬於門診減量範圍的醫院共有 20 家，如附件 1 的 20 家醫院。為瞭解對門診減量範圍的影響，上次(第 2 次)會議決議要分析該方案對門診減量之影響。分析的結果如附件 2，可以看到這些醫院在這個方案實施前的 107 年及 108 年 4 月以前，案件成長呈現平穩，大約在一成上下波動；方案實施後的 108 年 5 月、6 月則有明顯的起伏，5 月達到 55%，6 月甚至到 59%，這個 55%、59%是當期值，以 106 年 5-6 月當基期值，來看 108 年 5-6 月對它的影響，結果發現影響很大。我們也有去看個別醫院變化，請參考表 2 這幾家醫院，有醫院增加一千多件，也有醫院是負值。這個方案使案件成長 55%，可見上述這些人員到醫院就醫對醫院件數影響是大的，因此我們建議排除，排除的部分是用當期的案件扣掉基期的差距，如議程資料的舉例，假如某醫院 108 年 7 月報 100 件，當時基期 60 件，差距就是 40 件，這 40 件就列為這間醫院全部件數的減項。如果這間醫院全部超過 1000 件，理論上要扣 1000 件，但把上面說的差距列為減項扣掉後，事實上只扣 960 件，也就是把差距的影響減掉，以上說明。

主席

這個方案是政策性的，不是各界可以表示這個方案要怎麼修正，而指定的醫院也是政策性的，今天在座的代表只有北榮的李主任在這個名單內，其他的醫院沒有一家在現場，這個議案經由北榮提出，我們也曾經在上次的會議討論過，但當時沒有數據所以沒辦法處理。現在數據已經出來，顯示確實對這些醫院有影響。因為這個政策是政府支出警消、海巡、空勤人員到這些醫院的部分負擔，是否會因為這樣而使病人多去這些醫院去看病，又因為我們在執行門診減量，所以這些醫院對湧來的病人無法避免，跟門診減量政策產生衝突，所以這些醫院主張這群人的多出來的人次要排除。看起來有些醫院確實增加很多，特別是醫學中心，所以大家是不是同意把它排除。因為門診減量的排除是自己醫院跟自己做比較，這些人的排除不影響其他醫院，只是讓這些醫院回到一個比較公平的狀態。

劉碧珠代表

剛剛副署長已經提了，這是政策不容有我們置喙的餘地，當然我們要肯定政府照顧軍警消的用心，事實上這些事情單純只是部分負擔政府付，要到那裡就醫是軍警消自己的選擇。但是現在的問題是，門診減量的排除條件，軍警消就醫的場所不是在這表列 20 幾家醫院內，也有可能他所在的地方不在所謂的部立醫院、公立

醫院、軍醫院這樣的範圍，但他還是軍警消，所以如果要排除先不管他是否有免部分負擔，理論上應該要同等待遇全部排除。今天他若到馬偕、其他教會醫院、私立醫院他一樣要在門診減量被排除，而不是只有在這 20 家醫院門診減量才被排除，我們也很樂意照顧軍警消。否則這樣變相是要鼓勵軍警消一定要到大型醫院嗎？這樣政策一下來，變成軍警消小感冒也要到三總去，這對嗎？這顯然是跟政府提出的分級醫療的政策背道而馳。如果政策要這樣做，就應該是軍警消不管到那裡就醫，都一樣應該排除於門診減量分母中，我們一般醫院也照顧病人不分族群身份，怎麼可以說一個政策，一邊鼓勵民眾分級醫療，一邊又鼓勵民眾看感冒免部分負擔往醫學中心去。

主席

請朱代表。

朱益宏代表

這個案子我做個背景說明，因為這個案子是私協提出來的，在今年年初的時候，蘇院長就提出軍警消免部分負擔，我澄清這個部分負擔不是健保署出，而是政府出。

主席

對病人來講是免部分負擔。

朱益宏代表

但對健保來講絕對不是免部分負擔的概念，這是第一個我要先澄清。這個新聞出來以後，因為我是私協理事長，我就透過立法委員向行政院陳情，為什麼這個政策只讓軍警消到公家醫院去免部分負擔，為什麼就近地到私立醫院、小型地區醫院或是就近醫院不能免部分負擔，卻要舟車勞頓到醫學中心看。比如說他可能在新北市或軍警消可能在基隆卻要跑到榮總看病，跑到三總看病，因為免部分負擔。當初我們去陳情這個政策是有問題的，既然是政府的德政就應該要開放都免部分負擔。在協調會上除了行政院有派人參加以外，內政部也有參加，衛福部是薛瑞元次長代表。協調會上，我們質疑這樣會不會讓輕症的傷風感冒因為免部分負擔就到大醫院去看病，會議上薛次長很生氣地講說這個案子免部分負擔跟分級醫療是兩件事，那是不會發生的。上一次會議行政院回文講到，他該看什麼病應該是就近看，應該不會發生越級就醫的情形。顯然在行政院和衛福部都認為這和分級醫療沒關係，就算他今天因為部分負擔的原因他到這些所謂的指定醫院，指定醫院也應該依照分級醫療的精神，把他轉回到就近適合的層級去看病，這是衛福部的政策，當初的講法也是這樣。就算現在給了一點免部分負擔的小利去大醫院看，大醫院也有責任依照分級醫療這個更大的政策，把他轉到適合他看病的地方，而且民眾不會因為這一點點小利，你把他轉回去照樣去，所以這一件事情不應該開這個門，而開了這個門之後分級醫療怎麼做下去？這些小病因為免部分負擔後，

就一直可以在大醫院看病，是沒有道理的。這樣就是占用到分級醫療大醫院的資源，所以我覺得在這樣的狀況下，衛福部或健保署有什麼樣的政策，軍警消因為小病到大醫院看病，是不是透過他們的部隊協調，或是輔導長、幹部輔導隊員到就近的層級去看病，這才符合分級醫療精神，這樣才不會陷害健保署，不然門診減量這個政策馬上就破功了。若今天通過了，就是健保署允許小病到大醫院看病，我認為這個案子不應該通過。第二個應該要反映這個政策，因為部分負擔的誘因，行政院或衛福部應透過相關單位對他的部屬做相關宣導，維護衛福部分級醫療繼續做下去。若還是覺得這個政策真的有困難，就開放所有的醫院都免部分負擔，民眾就不會有誘因到這些指定的醫院，這樣就近的診所、地區醫院也可以看，小病就地就可以解決，這樣政策對軍警消更完善。所以我認為，這個案子署內不宜開這個後門，但是要向部裡面反映在其他的方面要處理這件事，因為當初這個白紙黑字，薛次長信誓旦旦地講這兩個政策是兩件事情，不能混為一談，而且理論上不應該發生只有幾十塊、幾百塊的部分負擔就越級就醫，謝謝。

主席

請羅院長。

羅永達代表

蘇院長當初提出來我相信絕對有他很好的考量，之前開過很多會議，據我所後來知道的，他請部立醫院、榮總醫院列席，結果大家都不講話，因為假設像朱理事長提到總共要 20 幾億，可是沒有這個預算，所以就只編了 5 億多要支應，大家都很清楚若要像剛剛劉碧珠委員提到要一視同仁，大家知道就是錢不夠，但是沒有人願意跟行政院長講，結果就這樣出來，造成今天產生很多後遺症。我們醫院旁邊就是派出所，再過去一條街就是消防隊，那些清泉崗的跟我們都有特約，他們知道這個消息來我們醫院，只能請他們去 803 或署立醫院，在我們這邊都要繳部分負擔，所引起的民怨行政院長都不知道。大家覺得這是一件不公不義的事情，但是就讓它發生，所以才有今天的會議。第二件事情茲事體大，包括我前面的李委員代表診所，他診所隔壁是消防隊也不能看。因為他們不是指定醫院，所以要部分負擔，這是醫界裡面大家看了都傻眼的政策。我們這個會議能討論的，不是這個政策可不可以執行，而是接下來很重要的幾個關鍵。第一個，我們從來沒有在這個會議裡面決定一件事情，針對個別醫院，那個通則只有它，很少這樣的決議。可是我們有 300 至 400 多家的醫院，原則通告出去只有這幾家適用，這幾家不適用，很少在醫院協會裡通告這樣的東西，而今天要告知只有這 20 幾家醫院適用這個東西，我覺得不要開這個先例，否則個別醫院若提出這個東西就沒有辦法去處理了。另一件事，我想依台北榮總、三軍總醫院相對於你們門診這麼大的量，1000 多件真的有這麼大嗎？我是覺得當時你沒有跟上面的長官講再編一個預算，萬一你們被扣 2% 時再補助，就不要動大家的錢，你們有這個管道，既然當時問你們的時候說沒有意見、沒有問題，現在再去跟他說萬一被扣 2% 時再補助，我

想我們今天就不要再討論這件事情，否則造成差別待遇，開了一個不應該的後門，這些都不是最適宜的事情。所以我覺得這個案子在這裡討論不適宜，我個人是反對。

嚴玉華代表

有兩件事情，一個是討論 1-4 的表上有 106 年的基期，這個方案是從今年度才開始實施，所以我要請教 106 年基期是怎麼推估出來的？第二個是從大台南地區可以看出，只有 83 件軍警消就醫，這只代表整個大台南地區軍警消進到部立台南醫院就診的量，不代表他們不會去其他醫院，所以區域醫院主張，如果要排除，應該要一視同仁，全部都排除，而不是限定這幾家醫院才排除。

陳石池代表

各位好，這個對於軍警消是德政，但對其他人就不是德政了，但我覺得這會對分級醫療造成影響，原本他在家附近診所看醫生，但現在診所沒有在免部分負擔名單裡面，區域醫院跟醫學中心才有，那你不就鼓勵他去醫院看嗎？這樣跟我們的分級轉診是相反的，而只有表上 20 幾家才有免部分負擔，這樣也不太公平，如果真的要公平起見應該所有醫院都要納入，不然這個政策跟分級醫療綁在一起就會有問題，應該是兩件事情要分開。

劉建良代表

我想請教附件 2 的數據，這是指全國軍警消的就醫件數，還是這幾家醫院的？是這幾家的。所以，就像陳院長所講的，這是跟分級醫療背道而馳的，我們也尊敬這些軍警消，他們很辛苦，但如果要開放就應該全部開放，不然就是圖利某些特定醫院，當然公家醫院沒有圖利的問題，那就會變成另外一個問題，就是與民爭利，如果還扣上門診減量，那這句話就講不出來了，這樣會陷行政院於不利，與民爭利的問題，現在實施看起來明顯增加，但這是比 106 年基期，所以可以預期未來會更增加，但看這個量，就是我剛剛在問這個附表 2 是指全國還是這些醫院，因為我想知道整體軍警消就醫比例，這些人是不是增加了，這個政策下去是不是加重浪費醫療資源？所以，這個需要整體考量，如果不排除，這些醫院就會去教導民眾不要過度使用醫療資源，所以不扣除，民眾來了自然會去跟他說開完藥就不用再來這裡，這樣就不會浪費醫療資源。

李偉強代表(張德明代表代理人)

政策其實很多都是我們公立醫院無法決定的，軍人到軍醫院，榮民到榮民醫院就醫，這都是幾十年來就這樣的事情，現在是增加警察、消防、海巡及空勤人員，那我知道一開始醫院沒有這麼多，後來是因為各縣市都要有一家，所以才會有今天 22 家公立醫院的情況，像台大雲林就是因為要讓雲林有一家醫院才放進來，要照顧這個地區的人，那我印象中當初也有人建議要全部開放，但我不知道為什麼

沒有採納，我看一下我們醫院，這類病人數量是最多，但我們這類病人量本來就很多，所以增加的幅度不是最高，看到今天完整的數字，我才知道有些醫院增加的量或是比例真的很多，這跟當地軍警消就醫習慣跟就醫量有關，軍人跟當地的軍營比較有關，警察就與各地區的人數有關，但就這個政策好壞，公立醫院沒什麼好置喙的，就全力配合政策，在這個場合我也說過，就配合政策，把它做好，看起來做了，也有些影響了，目前只有兩個月的數字，但未來還會不會這麼多也不知道，不管數字多少，這也不是我們提出來的，是當初在更高層的會議中與會長官提出來的，這類新增配合政策的門診減量，因為不管什麼案件超出來就是要被扣錢，當時就說是不是超出來的部分可以排除？當時是這樣，那要我們做就做，公家機關也沒什麼好說的，都是配合政策，分級醫療也是政策，對我們來說都是要做，只是損失希望能少一點，所以當時我們的長官才會在那個場合提出來，當時健保署也說要帶回去討論，再觀察幾個月，現在看起來就是評估的結果，那各個醫院提出的都有道理，我只是背景說明一下，至於要不要排除，我們都是配合政策，至於要不要宣導，你走到大街小巷都看得到分級醫療的宣導，我相信警消海巡也會知道，那要不要在消防車上面也放這個分級醫療的宣導，我也覺得可以，但我直覺上看這個表格，是會增加一些量，那是大病或小病可以再分析，那我們都配合，至於那天放寬至全部醫院，這個衝擊會不會更大？也可能只是把這些人分散，或許那天就全部開放，連診所也可以了，這是另外一個層次的問題，那以上作個補充說明。

謝景祥代表

大家在這裡都是說德政，代表大家沒有講實話，講白了這是一個錯誤且粗糙的政策，軍警消在經濟上不是弱勢，要的話你就整體提高他的薪水，做這些補助，第一個破壞的是分級醫療，第二個你讓非軍警消，你看我兒子是警察，結果我去醫院要繳比較多錢而我兒子不用，會有這種情況，另外其實能夠享受到的軍警消也是很少，以嘉義來講，中榮嘉義位在最偏遠的地方，警察局在我的醫院隔壁，消防局就在聖馬爾定隔壁，所以這4百多個軍警消要去中榮嘉義看病，心裡一定也會碎碎念，消防局一定會想為什麼我不能去聖馬爾定？走路5分鐘就可以到的地方不行，一定要開車20分鐘去中榮嘉義看病，就是為了省1、2百元的部分負擔，享受到的人一半都在抱怨啦，沒享受到的人心裡面也會埋怨，所以這個政策我不相信會受到民眾的讚賞，我們真的要有勇氣跟上級長官表達出事實，不要讓他們做出錯誤的政策，不要再說是德政了啦，這是很糟糕的事情。再來，這也是一件很奇怪的事情，理論上這是圖利這幾間醫院，因為這是編預算給這些醫院，既然是圖利醫院，就不應該再來討論要扣除，這就是又有另外的制度卡上去，就變得更奇怪，醫院都已經斷頭了，你鼓勵更多病人去，他也只是斷頭更多而已，假設

這些醫院沒有參加總額，但我們知道最不參加總額的就是公立醫院，這些醫院平常衡量之後又拿到政府補助，然後現在又要求要扣除這些案件，我覺得這完全沒有道理，所以我覺得不應該扣除。

林錫維代表

事實上政府的一些政策，剛才也有提到經過專家、學者開過相關會前會，但我剛剛聽各位醫院代表講的，沒有錯啦，軍人保家衛國，警察是人民保母，消防保護我們的生命財產義不容辭，都是為了我們國家社會付出，但是其他的服務業也有在付出，也不是只要軍警消就成為一個國家社會，假設真的要有這樣的補助，我是肯定剛剛幾位所談的，我先講我的看法，我認為還是要暫緩實施，事實上也有談到警察、警消是遍布所有地方的，剛剛也有提到為了省幾百元就要跑到這麼遠的地方，醫院有的可以、有的不可以，對醫院不公平，對真正要使用到的人有優惠到了嗎？我認為這真的要慎思。那談到分級醫療，又要分級醫療，這個數據又要扣掉，這邊又可以衡量，這不是一件很奇怪的事情嗎？雖然我們是保險人代表，不同於醫療專業代表，但是剛剛聽完，我還是認為要暫緩實施，鄭重考慮，等到真的成熟了，等到全部開放，軍警消只要有相關證件，就可以享有這個福利，我覺得這樣就比較公平，對醫院比較公平，對這些與會人士才有得到尊重，如果覺得軍警消比較重要，其他人不重要的話，我就不太認同，其他人更重要，而且這些人也不是低收入戶，他們的薪水是國家訂的，基本生活應該是夠用的，要慎重思考，我認為不是那麼適合，也不一定能照顧到這些人。

主席

請謝院長。

謝文輝代表

其實我覺得大家不用再討論，應該是趕快做個決議、趕快做反映，健保署其實也是行政團隊的一員，這個政策就是剛剛講的，非常粗糙很兩光的政策，第一個，這個政策違反了健保法的精神，為什麼要部分負擔，就是要減少浪費，現在要免部分負擔，普通的醫院要免部分負擔是違法的，但政府補助，民眾就不用付，就是違反健保規劃的精神，第二個你看那些使用的人占全國軍警消才多少人，可見很不方便，所以很多人不用，早期你不給他免除部分負擔，他們就覺得跟大家一樣，健保很方便，現在很多人不方便使用這個免部分負擔，就覺得很不方便，但我們要體諒，因為之前軍公教年金改革，得罪到大家，所以需要趕快來討好。

童瑞龍代表

區域醫院反對，不用再討論了，大家都反對啦，就寫說醫界大家都反對就好了，再討論是浪費時間。

謝文輝代表

所以相關議案都不用討論了，就寫說大家反映撤銷啦。

主席

最後一位，詹代表。

詹德旺代表(郭宗正代表代理人)

其實這個政策大家都知道，跟健保署過去這麼多年合作這麼愉快，這個事情署真的很難去善後，但這個方案不是有說實施一段時間後要定期檢討？建議這個方案先檢討，檢討後發現這些問題，然後我們有這些意見，健保署可以整理起來反映給上面知道。

李偉強代表(張德明代表代理人)

不管怎麼樣，這22家醫院就只有我在這邊，我還是要說這是政府交辦的工作，我們也沒有什麼可以講的，只是說若要擴展到其他醫院，我們也沒有權力置喙，也許健保署可以跟上面溝通，但這個政策我們做得越好、越多，所受的負面影響也越大，本來是想討論是否可以扣除，那大家覺得不能扣掉，也有人建議是不是要有其他配套措施，如果健保署可以的話，是不是可以建議其他相關單位制定其他的配套措施？至於是不是可以擴展至其他醫院，我不知道是不是有這些經費，這個政策我不認為是短期的，應該會一直做下去，如果現在不能解決，看看是否未來可行。再次表達希望能排除警察、消防、海巡及空勤人員新增門診量被納入門診減量的範圍內。

主席

大家都表達很多意見，這個案子健保署不是制定政策的單位，而是從上而下的，但政府是一體的，我們也必需要配合，但這些醫院是真正的配合單位，健保署在這裡是協助試算一些實證數據給政策參考。行政院本來初衷是軍警海巡空勤人員要比照軍人待遇，但後來比照軍人之後考量就醫方便性，所以就是各縣市至少一家醫院，當初是想要減輕他們的負擔，但後來考量政府財政，沒有辦法全部補助，而且又會超越軍人，軍人只有到軍醫院才減免，如果說全部補助，軍人又會跳出來說他們也要比照辦理，所以是一環扣一環的，目前只能在這個範圍處理，那這已經形成政策，也公布實施了，由政府來貼補，所以對健保的財務是沒有影響的。今天之所以會討論這個，確實是因為這些醫院向行政院反映這會讓門診增量，所以門診減量政策這些醫院要求扣除，行政院指示我們要研議，而門診減量又是我們在執行，所以在行政院相關會上我們就說明因為當時數據還沒有出來，所以等到數據出來我們會提會討論，所以今天是來執行這個部分。在了解的過程中，我們也發現其他家醫院也反映要免部分負擔，但行政院基於預算不足，也無法補助這麼全面，所以也沒有答應，所以還在這個範圍內。我們一直配合政策辦理，但是健保業務是公共事務的一環，所以任何事情都是提到會議上跟大家一起討論。今天聽起來有兩種意見，一種是要看看這些人用了多少，占他所有就醫的多少，今天只呈現他在這幾家醫院就醫情形，但他整體就醫就沒有，有一種做法是再分析整理整體就醫之後，再來看看怎麼做，另一種是這些代表提到的，如果要扣除

是不是不要限這幾家醫院，所有的醫院通通扣，這也是另外一種公平，但會變成以後這些人衡量合理，其他人就衡量不合理，另外一種是代表提到對這些人有誘因，但對健保沒有誘因，我們還是拿的到部分負擔，但是這些人去這些醫院免費，是不是這些醫院你們要本於分級醫療的基本精神，雖然他去了，但如果他不該去，你也要勸導他要轉診，這樣就接起來了，雖然他有誘因去，但是這些醫院知道他是小病來到這裡，應該要勸阻，這樣最後就沒什麼影響了。所以現在看起來都是很良善的建議，當然還有意見是把這邊意見蒐集起來，去跟行政院說這個制度不好，但本於行政一體，本署不適宜做這樣的事情。

謝文輝代表

我們是善意，這些建議不是健保署講的，是今天會議代表說這個政策不好，而且這個政策影響健保規劃的基本精神，還影響分級醫療。

主席

因為行政院會追辦本案的進度，我們必需回報辦理情形，雖然行政院很希望幫這些醫院排除軍警消海巡人員的門診就醫案件，但今天討論後共識不高，今天的會議有實錄，大家的意見及建議都會記錄下來，我建議下次行政院追辦本署時，我們可以把大家的意見反映給行政院參考。

童瑞龍代表

以謝文輝代表的意見為我們的意見。

主席

大家的意見都很重要。第二是今天雖然沒有做最後的決定，但今天呈現的數據仍在持續發生，下次開會我們會整體分析一下，然後再追蹤一季看看。第三是這些指定醫院，還是請各醫院本於分級醫療的精神，該看診就看診、該勸導就勸導、該下轉就下轉，就以上三點決議，大家是否同意，好，至於大家建議上述人員至所有醫院就醫都免除部分負擔，這個就暫時不予考慮。

朱益宏代表

下次行政院如果再追蹤本案件，請主席跟行政院說，4/23的發文，當初是行政院說不影響的。

謝代表文輝

如果有影響，就表示這邊列出的20多家適用醫院，沒有好好執行分級醫療。

主席

這個部分就是第三個決議的部分，雖然這些醫院初期看起來有增加案件，但希望這些醫院能本於分級醫療的精神，該看診就看診、該勸導就勸導、該下轉就下轉，在分級醫療政策下持續執行，我們再觀察1季。對健保署來說沒有做到行政院交辦的任務，行政院期待我們這次能有結論，但尊重大家的意見，我們就再追蹤一季看看。接下來進入第二案。

討論事項第二案：有關醫院門診減量之當季減量幅度如超過門診減量之目標件數，可累計至下一季併同計算案

主席

請業務單位補充說明。

醫務管理組劉林義專門委員

請翻到頁次討 2-4 按季結算範例，以 108 年 Q1 某醫院為例，108 年 Q1 只有 9,604 件申報額度，該季只申報了 9,500 件未超出目標值，額度內還有 104 件以前我們就不算；考量每季工作天數不一致，為公平起見，健保署建議修訂計算邏輯，Q1 的 104 件可以累計到下一季，第 2 季某醫院超出目標值 196 件，與第 1 季併計後實際超出件數變更為 92(196-104)件，每季超出的件數都可以逐季往下移，這是參採醫學中心協會建議做出修正建議。

主席

補充說明「以年為基礎」：累進計算到第 4 季結束，隔年就重新計算。請問大家有沒有意見？

羅永達代表

門診減量讓大家壓力很大，地區醫院都看在眼裡；我支持用年為單位，不知道操作上是逐季扣錢嗎？或是整個變成年結，到年底結算一次就好？5 年減 10% 的目標如果不變，已經是很大的壓力了，操作方式小修我們地區醫院是支持的。

主席

還是按季結算，減量減超過目標數的件數可以遞延。

陳石池代表

確認一下這是用來補救每季工作天數不一的問題，每季減量超過的件數可以遞延到年底，是這樣嗎？

主席

是的。有沒有代表反對？好，全數通過。因為第 1 季結算在即，我們從第 1 季開始修訂結算邏輯，請接討論第三案。

討論事項第三案：109 年區域級(含)以上醫院門診減量措施(草案)

主席

今天提出這一案是因為 107、108 年都是依據健保會決議即公告內容執行，目前遵循的大原則還是區域級以上醫院 5 年門診量降幅 10% 為原則，每年降幅達一定比例；各層級醫院協會對門診減量提供不少意見，反映大家都背負很大的壓力；政

策上門診減量方向不變，減量 10%也是政策希望能做到的，本案討論方向第一是 5 年降幅 10%的期程是否太緊迫，有沒有拉長執行期間的必要性，這也是區域醫院反映最多的部分；其二是建議排除項目，既有項目已排除總量的 1/3，是否需要再繼續排除下去；目前比較急的部分是第一部分，如果大家有共識可以在協商明年年度預算時寫入總額決議，否則意見不斷反映往返，健保署也沒辦法每年都重複討論，現在開放大家討論。

朱益宏代表

我覺得小英政府上台後政策最大亮點就是分級醫療，剛剛警消海巡方案只算是小小差錯，瑕不掩瑜；第一年雖然成效不明顯，但是社區醫院協會聽到全台灣各地已經有很多大型醫學中心主動尋求地區醫院合作垂直整合，在沒有明確減量政策前大家只是消極配合，現在不只是宣示而是明確執行，現在頭都已經洗一半了，慢慢看到成效時，如果現在踩剎車等於前面努力全部白費，不用半年時間大型醫院又可以放心衝量，下轉給地區醫院的動力也沒有了，地區醫院協會覺得分級醫療政策是正確的決定，所有專家學者跟大醫院都有共識，門診減量也是扭轉現行醫療生態的重要關鍵，更不用說排除項目那麼多的前提下，執行到一半絕對不宜鬆動，更不用說降幅減到 1%後，實質減量件數可能才 0.7%，完全不痛不癢。地區醫院認為醫界共識不宜牴觸衛福部的既定政策，在這邊討論延長時程或增加排除項目都不適宜，謝謝。

謝輝龍代表

附議朱理事長意見，分級轉診中從統計資料看不到醫學中心與區域醫院實際下轉給地區醫院的轉診件數，其實本院每個月都在統計，我們接到上面轉下來的案件每個月不到百件，但我們每個月上轉案件都超過 100 件；雖然看不到區域級以上醫院是否真的有落實把小病往地區醫院轉，但看到的醫學中心與區域醫院的件數成長率確有減緩，這邊也讓地區醫院有喘息空間；執行到第 3 年以後對區域級以上醫院壓力倍增，如果大家不願意承擔，要把壓力解除到變成每年減 1%，分級轉診又會開倒車。只能說感謝區域醫院、醫學中心在這段期間相忍為健保。我下星期還要去中國附醫，之前我們拜託他們 PAC 計畫可以轉病人過來，還沒看到成果，如果都沒看到他們轉病人過來，那我也不再轉病人過去；我們地區醫院在還沒看到實質效益前，還是要給醫學中心與區域醫院一些壓力，以上。

謝文輝代表

前面幾位講得都很好；分級醫療推了那麼久都沒人理，小英政府才開始做；部長已經宣示政策 5 年降 10%，外面沒人聽沒關係，實際降幅打七折也就算了，既然政

府已經宣示了，醫院剛剛講的現象包括申報點數大幅上升，件數降1點多百分比，很多醫院現在還在觀望，如果未來政策方向真的不變，醫院才會真的動手去做；如果要讓改革亮點變成歷史大業，我們應該訂定第2個五年、第3個五年降幅是多少，醫院就不會再懷疑政府的決心，如果政策看起來猶豫不決，醫院夾在中間搖擺不定也很可憐，如果政府很堅決一次宣示政策未來10年會如何呈現，醫院也好做事。既然要討論，希望能討論第2個五年要怎麼走，不只降次數還要降點數，醫學中心平均每件3000點，地區醫院平均每件1000點，至少要打8折，要求逐年降幅件數2%、點數降幅0.5%，這樣才會真的達到效果，我們要討論的應該是這個方向。

另外區域醫院的訴求我覺得可以討論，因為區域醫院有些真的是很社區型的，規模很小，建議可以到健保會討論區域醫院有不一樣的減量，醫學中心減2%，社區型的區域醫院減1%；另外偏鄉的區域醫院像是屏東蘇主榮執行長他們家，社區裡就是兩家區域醫院，對於某些偏鄉地區沒有地區醫院的就要扮演地區醫院角色，這個應該另外考量，建議可以到健保會作專案討論，因應地方需求酌予彈性。我總結兩項，先宣示第二個五年要減多少，改革才不會停歇，就算明年換藍營上來也不改變；這樣改革才會成功，健保才能永續經營；第二是不能只降件數，還要**同步降點數**，這樣改革才會成功，才能讓大家看到蔡政府的魄力與改革的決心。不然到選舉時蔡政府拿不出像樣的改革，拿剛剛的軍警消方案只會讓人笑死，分級醫療才是蔡政府真正的標竿。

主席

請劉院長。

劉建良代表

本來想大家都好朋友，非必要我不發言，看來真的得說一下，首先小英的政策都是高瞻遠矚的，第二是我們不要搞分化，當初政策就把醫學中心跟區域醫院綁一起，不要一切為二，這樣不會有共識；第三是謝文輝代表講到門診減量同時單價還要降低，大醫院減掉的都是輕症病人，遵循分級醫療政策轉走之後，留下來的都是急重症這些單價高的，費用一定比較高，又要減單價又要減件數不可能。當初在公聽會時溝通也只有說5年降10%，分級醫療我非常贊成，但是要有底限，如果一直這樣五年之後再五年又五年下去，保證所有醫學中心都是0，大家都變成地區醫院；現在增加的家數已經都是地區醫院了，包括部分負擔、門診減量都是議題，難道這樣真的是國家期待的醫療發展與生態嗎？也許我們分級醫療分太多級了，完全沒有必要；比如我們早上刷牙擠牙膏時，剛開始很好擠，之後變成要很用

力才能擠出一點點，一開始很容易降，管控也相對容易，但是民眾已經開始跟我們抱怨了；如果 2%再 2%繼續降下去，區域醫院與醫學中心也會很難面對民眾；未來政策方向沒有要改變，希望不要衝那麼快逼大家跳海，以 10%為最終目標緩降，相信到時候地區醫院已經非常蓬勃發展，大醫院與地區醫院合作也會繼續下去；我的訴求是，降幅減緩，大醫院跟民眾都好適應，比較有充裕時間配合政策建置更好的雙向轉診機制，對整個醫療比較正向。

童瑞龍代表

謝謝。先感謝謝文輝理事長從偏鄉看健保政策的寶貴意見，區域醫院來說，有些區域醫院沒有地區醫院，也要作地區醫院的事情，我們只要求區域醫院可以達到醫學中心一半，醫學中心減 2%，區域醫院就減 1%，也不用拖到 10 年，該幾年就幾年，減到 5 年就算完；因為區域醫院算是承上啟下，要承接醫學中心轉來的病人也要轉回醫學中心，跟地區醫院差不多，謝文輝從南投來看資源分布比較清楚，長官從台北來看資源分布難免有落差，我建議區域醫院採醫學中心的一半就好，要怎麼推動都配合辦理。

謝文輝代表

跟尊敬的劉院長報告，很多醫學中心門診都占 50%以上，就算減 10%還是全世界看最多門診的醫學中心，堪稱世界奇蹟；我覺得醫學中心慢慢走向分級醫療，就是朝國外醫學中心只看轉診不看門診的典範前進；人家研究跟教學非常優秀，台灣看這麼多門診，如果回歸正規，以我們醫事人員的素質一定可以拿諾貝爾回來對吧！真的很可惜。再來是醫學中心應該追求世界一般水平，這麼大的門診量雖說是世界奇蹟，其實是笑話一場；大家應該追求大策略，很多醫院跟衛福部申請時都說要作重症，規模也很大，卻貪圖壯大基層比較優厚的地區醫院給付而躲在地區醫院評鑑下，健保署也要提醒衛福部這個情形，明明病房跟病床都區域以上的大規模還叫什麼地區醫院，要跟醫事司說當初申請時發願要做的規模，評鑑時就要自動移過去，不然就把衛福部核准的床數收回減到 99 床以下，當個真正的地區醫院我也很贊成；民國 78 年以前地區醫院有 750 多家，不要這麼投機取巧，讓童瑞龍代表、蘇執行長的非常守規矩的區域醫院這麼委屈，政府好好懲治這些投機分子，我們剛剛雖然笑蘇貞昌的軍警消政策，比起來分級醫療政策更加高瞻遠矚，無與倫比。我覺得地區醫院真的建議要擬訂第 2 個 5 年真正減量多少，但是特殊狀況或區域的區域醫院可以特殊考量，在這邊再次附議童代表意見，討論完大家就會改變觀念，真正落實分級醫療政策。

劉碧珠代表

門診減量措施我們區域醫院層級在研商議事會議中每次開會每次提，從去年提到現在，區域醫院一開始很反對門診減量，因為分級醫療真的不等於門診減量，台灣門診量既然是全球奇蹟，要減就要大家一起減，而不是單獨壓榨區域醫院跟醫學中心；健保既然創造全民就醫方便性，也是建立在醫療從業人員極大付出的前提下，如果要區域級以上醫院減少門診，區域層級以上的醫院提供住診服務又不符合付出成本，在整體醫院成本中，住院部門所需要配置成本就高達約 6、7 成狀態下，醫院提供住院醫療照護，得到的醫療給付是什麼結果？這個現象政府看不到嗎？真要講分級醫療，也許只要分兩級(基層、醫院)就好，大家要看病都從診所看起再轉診，現在醫療環境已經不可能回頭了，粗糙地一刀切五年降幅 10%，也不考慮各層級醫院所被要求肩負的責任是什麼；這個問題從去年講到現在，門診減量 10%對區域醫院造成很大傷害，我們給付最差，但是要求的配置、人力幾乎是比照醫學中心，只差沒有作醫學中心的六大任務。門診減量政策硬要執行下來，得到的結果是，大家都不想接受區域醫院評鑑，降為地區醫院才能生存；本來地區醫院可以升級為區域醫院規模的也卻步了，整個醫療生態完全失衡，這樣下來我覺得各層級醫院有其角色與任務，區域醫院支持分級醫療，但是門診減量比率不應該跟醫學中心相同，我也多次提出這樣的呼籲，今天很高興署裡有願意檢討的跡象，希望大家可以重新檢視這樣不停止的減下去，對區域醫院的傷害以及對民眾的照護會是有利的嗎？不同層級部分負擔不一樣其實是舒緩健保費用支出的成長，現在的疾病差異程度真的沒有分得那麼清楚，但是粗糙的政策扣下來，對醫療生態結構失衡會有很大的影響，區域醫院協會還是要再次提出沉重的呼籲，門診減量降幅應為醫學中心的一半。

林恒立代表

我是全聯會代表，身為基層診所醫師，我們的確看到醫學中心轉下來的輕症病人，表示醫學中心的確有一定的量屬輕症病人，轉下來後也減輕醫學中心醫師的門診負擔，這或許才是分級醫療的初衷，核扣點數才是其次。今天報告的數字中，醫學中心門診費用每件約 2 千多，診所每件才 5 百多，輕症在醫學中心就醫是否代表另類的醫療資源浪費？再來醫學中心若願意與診所垂直整合，目前診所每天轉 5-10 個病人到醫學中心，醫學中心每年從不轉病人回來變成轉 10 個病人下來，這是很不合理的情況，我們轉上去的病人只是因為設備不足，想作簡單檢查，希望檢查完把病人還我們，基本上希望這個政策徹底執行才是符合世界潮流，基層作初級照護才是世界的趨勢。

劉建良代表

謝文輝代表期許醫學中心可以朝國外標準去努力，全民健保是世界各國所羨慕的，誠如劉碧珠代表所提，醫事人員也確實被制度壓榨了；門住診比率偏高有很多因素造成，藥費占率、民眾就醫、醫院各自發展都有可能，如果住院給付沒能實質調高，記得兩年前有重難症給付調整，今年也有嗎？如果重難症給付沒有對應門診減量作調高，單方面要求大醫院作門診減量，大醫院也要生存，希望住診與門診的配套可以併同考量，大醫院可以專心作急重症以外，為配合分級醫療政策的各項配套也可以一併執行，如果區域醫院生存困難可以採方案一將門診減量幅度降為 1%，醫學中心也想要減緩降幅採方案二，將減量幅度降為 1.5。

主席

這邊是舉例說明，並不是提供方案一與方案二；另外要說明的是今年有計畫要調整急重症給付，已經列入共同擬訂會議議程了。

謝景祥代表

念醫科都很聰明，希望不要聰明過頭；我們 106 年就開始講初級照護，玩到後來結果不了了之，落得一場空，才會端出五年 10%，排除一大堆案件後等於實質已經先打了 7 折，到最後可能只剩下 5 折；區域醫院所提非常有道理，但是醫學中心跟所有區域醫院如果合計減 10% 相當合理，但是不論大型小型區域醫院全部都要求減 10% 就不太合理；大型醫學中心每個月可以申報 9 億門診點數，小型區域醫院每個月申報量才 3、4 千萬，兩個放在一起比也不合理；如果要更細緻一點，超大型醫院可能減量幅度到 2% 以上，小型區域醫院可以容許年減 1% 甚至 0.5%，減量總量維持名義上的 10%，分配上應該參考區域醫院協會建議，不只是粗糙地依層級區分，要再加入醫院規模作更細緻的區隔，謝謝。

李偉強代表(張德明代表代理人)

記得在 4 月健保會有討論過，協商前討論門診減量，在大政策方向沒有變動的前提下，健保會有決議健保署要在執行 1 年後就門診減量政策作檢討，現在執行到 7 月也差不多一年時間了，想請問醫管組既然提出 109 年門診減量執行方式的討論案，目的是開放討論而已嗎？我們今天的討論是否可以改變什麼？之前在這邊討論部分結果說屬健保會權責，提到健保會又不予討論，我不太確定現在是不是適合討論的場合，還是現在已經有更多的具體數據來支持政策改變？以上。

陳石池代表

分級醫療雖屬政策層級，門診減量真的不等於分級醫療；當年 SARS 時門診量自動減很多，減少的也真的是輕症，現在病人到醫院來，我們真的沒辦法拒絕，讓他掛進來面臨的又是被健保減量的宿命；這是不太合理的地方，我真的贊同輕症不

用到醫學中心來就診，但不讓病人掛號，醫學中心會接受很多病人抱怨，我們花很多時間跟病人解釋，他們又不一定接受，這些都是醫療工作額外的負擔。民眾又不了解健保署在電視上宣示門診減量，結果對民眾的勸導全部要醫院做，醫院真的面臨很大的壓力，也希望健保署可以好好教育民眾，輕症可以往小醫院去，不要民眾一直來跟醫院吵說醫院妨礙他就醫的權益；分級醫療應該是醫界、健保署與民眾共同的事情，希望三方共同努力，共體時艱，而不是只有醫界跟健保署兩方參與。

廖振成代表(程文俊代表代理人)

今天代表醫學中心協會發言，三層級意見一定不一致，議程中有建議由醫學中心協會綜整各層級意見，建議不要這麼做；各層級健保會委員大概都在這裡了，如果醫院協會沒有建議，還是會送過來討論；再來分級醫療各層級都很贊同也很配合，台灣地狹人稠明顯跟國外地廣人稀的醫療制度不同，國外民眾在地廣人稀的前提下，小病一定會到小醫院就診，自動形成分級醫療；台灣可能出門巷口就是大醫院，平常也是就近就醫，需要再多走 10 分鐘到小診所嗎？這是民眾配合度部分，當然醫師努力配合轉診，轉診單開了 10 張出去也只有 2-3 張民眾有真的去轉診院所就醫，民眾真的配合分級醫療嗎？恐怕很難說。另外就給付來說，各層級給付上從稍微有差異已經相當趨近一致給付了，在給付一致的前提下，醫學中心要去作急重症治療投入的成本相對是高的，如果能做配套調整，大醫院也很樂意配合；最後是大醫院的住院其實也是被限制住的，醫院不能增床也不能開床，要配合門診減量住院服務提供又受限，要大家怎麼辦？這個問題恐怕也要一起解決；最後是區域醫院希望降幅減半部分，應該是要看醫中與區域醫院輕症病人分別占率為多少，依比例去調整減量比率才會有意義；如果以住院為主醫院就算申報量大，要求要降 10% 一樣變成懲罰；希望能回到分級醫療原始初衷。至於對降幅比例沒有特別意見，還是希望能設定落日條款，不然一直降下去對民眾真的好嗎？民眾對政策觀感會變成怎樣，誰都不知道。

最後是排除案件部分，同體系醫院列入排除項目，希望可以排除；只是獎勵金不應該拿，以上表達看法。

彭桂秋代表(孟令妤代表代理人)

這邊看到舉例的部分，先感謝健保署苦民所苦，對我們身上的壓力感同身受也幫我們發聲；區域醫院協會的訴求一直是降幅為醫學中心的一半，以北區為例，整個北區只有 1 家醫學中心，以苗栗縣來說，有兩家區域醫院，隔了中港溪區分南苗栗是沒有門診減量壓力的部立苗栗醫院，北苗栗另外有一家區域醫院，其他都是

小型地區醫院跟診所;這個區域已經形成社區醫療照護體系，不管怎麼鼓勵下轉，緊急醫療還是仰賴那間區域醫院作處理，因為緊急需求送進來的案件後續處理完，永遠追不上下轉的需求，我們的訴求還是考量偏鄉、無醫中或醫療缺乏縣市，第二是背負社區醫院責任的區域醫院，希望代表可以接受我們的建議，直接以醫學中心降幅 50%做決議，以上說明。

朱益宏代表

我覺得這個案子今天不會有共識，還是要講一下，很多大型醫學中心門診超過 60%，還不斷在成長，這是我們要的嗎?第二是提升住院的同時，增加給付時大家都不說話，五年前 60 億給付很快就調整支付標準了，分級醫療六大政策中也有 60 億預算的配套，現在減量的結果，真的都反映在下轉數據上嗎?跟我上轉的比例相比只是九牛一毛;上下轉案件增加的成長率看似驚人，換成絕對數來說其實很少。考量政策開始執行未久，每季都有增加就是好事，要特別提醒的是政策一開始資源就到位了，60 億已經進去了，接下來要討論 40 多億調整支付標準很快就進行，但是減量減了多少錢?去年兩季合在一起也才減了 5 億點不到。門診減量是應該檢討，但是真的是用轉診方式減下來嗎?還是醫院內部用 upcoding 方式去處理掉?這些都應該分析資料後做檢討，當然我同意區域醫院中有些地理位置特殊性應該特殊處理，不應該一刀劃下去，希望在做通盤檢討時可以適度放鬆;針對該減量的大型區域醫院及醫學中心是用什麼方式達標，我們也希望一起同步處理;當然分級醫療民眾可能要負一半以上的責任，健保法第 43 條有部分負擔的規定，也是民眾應負的責任;更絕對的方法可以仿效美國的 gatekeeper，不經轉診就看不到專科醫師;這些方法其他國家都做得好，為什麼不去做呢?當然政府不敢強硬推行，誰推了誰下台，但是把責任都轉嫁到醫療院所這樣更不對，希望健保署的方向是針對特殊條件區域醫院個別考量外，對大醫院調整重診支付標準同時，針對不配合分級醫療把病人留在門診的情形要一起處理。

主席

請問健保會有沒有意見?

健保會陳燕鈴組長

107 年總額核定事項門診件數五年降 10%不是健保會討論的結果，是衛福部制定的政策;健保會委員在 106 年總額協定事項要求的是初級照護的件數降低。個人建議，還是要回到政策執行面考量，怎麼執行對民眾最有利;協商時健保會主要任務是總額預算分配，委員對分級醫療執行情形沒那麼清楚，要委員做決議也很困難，以上說明。

梁淑政代表

本案之政策起源是付費者代表在 106 年總額協商時，希望醫學中心與區域醫院在初級照護上能夠減量，但有執行面的問題。為能持續落實分級醫療的政策，部裡在核定 107 年總額時，修正為以 5 年降低 10% 的門診量為目標，並逐年列入每年總額的公告內容。健保署本次所提的方案，是因應今年 9 月協商 109 年總額時，看是不是在 5 年期間的執行，能有些許的彈性，先在這邊聽聽大家的意見，至於最後是要在總額協商會議或是要回到部裡定案，就看大家討論的結果，以上說明。

主席

我們最後還有一個案子討論，大家的發言也開始重複了；今天健保署不是想改變政策，大家可以檢視各相關單位對門診減量都有很多建議，為了回應各方建議，我們提上來讓大家討論，如果今天能有初步共識，不管在協商或是報部時內容都會更具體。今天看起來大家對分級醫療都是支持的，五年 10% 降幅醫學中心也是備感壓力，希望有緩進的空間；區域醫院代表認為降幅不要比照醫學中心，地區醫院同意總降幅 10% 不變，特殊條件區域醫院可以另外考量，另外支付標準調整為重要配套，健保署對於醫學中心貫徹 5 年降幅 10% 對應急重症調整支付標準應給予支持，下次共擬會議會討論相關支付標準調整。考量醫學中心門診量大，每次調急重症支付標準醫學中心量也最多，請醫學中心勉為其難，維持 5 年降幅 10% 的幅度；區域醫院則對承接區域及地區醫院雙重責任，特別是偏鄉區域醫院酌予降幅彈性，時間延長，最後仍以降 10% 為目標；如果在當地照護責任很重，顧及當地民眾就醫權益得另予考量，是不是可以先做這樣的初步結論？

劉碧珠代表

區域醫院一直以來的訴求是所有區域醫院減量幅度是醫學中心的一半，門診量比較少的區域醫院已經被排除了，真正非常偏鄉的區域醫院應該排除於這項政策，我們的訴求從未動搖。

主席

現在區域醫院的訴求有兩個方向，全面降幅減半，特殊地區予以免除或原來政策不變，只有特殊地區區域醫院考量降幅減緩，前者是地區醫院協會主張，後者是社區醫院協會主張。

劉建良代表

有關重難症補助，各層級醫院都一體適用，醫學中心申報量大相對投入資源也多。

主席

急重症支付標準調整通過後，金流流到醫學中心相對比例是較高的；區域醫院申報

的量就沒有那麼多。

劉建良代表

我剛剛查到的資料裡，區域醫院拿到的急重症給付其實也蠻多的。

主席

因為區域醫院家數多，醫學中心才 19 家，區域醫院 86 家總申報量分散後，每一家量沒那麼多。

劉建良代表

這部分我了解，但是醫學中心投入急重症成本真的很高，這也是醫學中心的社會責任。

謝文輝代表

為了公平起見我這邊建議，醫學中心急重症拿多少給付，門診減量就應該扣多少回去，這樣才合理，不要說急重症拿走的都沒在算，這樣大家都不吃虧。

主席

今天再講下去也不會有共識，醫學中心暫時決議降幅跟期程都維持不動，支付標準調整時優先考慮急重症；再來區域醫院兩方向訴求都照列，這樣可以嗎？

王敏容代表(邱仲慶代表代理人)

報告主席，醫學中心在場代表沒有人同意這樣的共識，我們會協商但是不接受；另外我們建議醫學中心在各分區都參加審查方案，建議不重複核扣。

劉建良代表

就台北區來說，就要由署裡規定各分區業務組不能用攤扣處理。

羅永達代表

如果推翻不重複核扣原則，那合理門診量就要重新談。顯然大家沒有共識。

主席

如果沒有共識就要維持 5 年降 10% 的原案。

吳淑芬代表

社區醫院代表第一次發言，說明一部分已經很清楚這是部裡的政策目標，今天顯然各界無共識，那是否可以建議定期檢討，今天各位先進的意見都收錄，現在 5 年也才走到第 2 年，第二年就翻盤真的不建議。

主席

部長指示我們一定遵守，降幅 10% 到現在都沒有改變，只是有些醫院壓力很大，建議拉長時間；今天的討論會面報署長。

蘇主榮代表

特別謝謝社區醫院為我們這些偏鄉區域醫院發聲，我們也是社區醫院的一種，只是層級在區域醫院就被框住了；當然政策擺在這裡，分級醫療我們都支持，能採用的手段包括部分負擔調整、民眾宣導、談醫院個別總額門住診分配時都可以著手，健保局能做的真的很多，不需要讓大家都背著這麼沉重的壓力；門診減量做了1年，我們看到地區醫院床數增加1000多床，區域醫院床數減少600多床，這只是第一年的表現，明年可以期待區域醫院床數跟家數整體萎縮，地區醫院同步成長；這真的是衛福部要的吗？醫院變成醫學中心跟地區醫院兩層級，或是更扁平分層，只有診所跟醫院兩層就好。

部裡還是要有個明確政策讓大家依循，如果現在要讓區域醫院慢慢死，大家直接簽DNR就好，不需要插管急救，直接五年每年降2%讓我們死得痛快些，延長8年只是死得更痛苦。我的感覺是如果9月份協商我們在這邊表達的心聲是有效果的，請聽進去；如果沒有效果，那我離席，我可以趕回去繼續做醫學中心兼社區醫院兼區域醫院角色，繼續看我的病人，明年直接轉型地區醫院，地區醫院多一家多幾百床，這是大家想看到的嗎？我覺得一年了好好檢討，錯的東西要趕快改善，這樣對明年的選舉才會有幫忙。

主席

部長在很多場合都提示五年10%政策原則不變，也提醒我們應該針對某些特殊區域醫院應另外考量；正因如此我們今天主動提案，署長也希望我們能夠聽聽大家的意見，現在當我們要對特殊區域醫院給予考慮時，區域醫院代表又希望我們要全部納入，不能獨厚某些醫院，這樣也很難達成共識；無論如何今天也聽到大家的聲音，大家的看法我們都會收錄下來，會再向署長及部長報告。這個案子就先討論到這裡。

陳振文代表

推動時很重要的一點是對民眾宣導，希望可以列入會議紀錄。

主席

謝謝提醒；我應該主動跟大家報告宣導部分健保署做了很多，包括海報、公家機關託播等等；當然我們還是會繼續努力，這點要列入紀錄。

陳石池代表

請問門診減量已經做了1年，請問醫療品質真的有改善嗎？要比較實施前後有沒有改變，如果沒有改善，這真的是德政嗎？另外想請問為什麼體系醫院下轉不能算？下轉不應該區分同體系跟非同體系吧？

謝文輝代表

陳院長講得有道理，轉診不應該區分是不是同體系做分別；另外我要勸告區域醫院的大姊一聲，大家已經有共識對特殊狀況區域醫院檢討改進，如果區域醫院堅持要全面納入，很快就會被挑戰很多規模不輸醫學中心的區域醫院，又在都會區，為什麼不能比照醫學中心？這邊區域醫院應該要準備一個說帖，或是那些區域醫院可以豁免門診減量，比如說比較小規模的這種拿出來談，比較有說服力；不然人家拿大型區域醫院跟小型醫學中心來比你就講不贏了。

主席

好，請區域醫院參考。臺大醫院陳院長講到排除項目中同體系醫院下轉部分，請醫管組說明。

醫務管理組劉林義專門委員

現在我們的邏輯是有報轉診醫令且上下轉院所都勾稽得到的視作下轉成功予以排除，同體系醫院轉診目前無法報轉診醫令。

主席

我們沒辦法知道誰是體系內下轉病人，技術上我們要再克服，會算不出來。

醫務管理組李純馥代表

補充說明，如果病人從台大轉到北護，轉出之後的門診案件不會計入台大的門診量；現在爭議的是下轉當次還在台大就醫，希望我們排除；爭議點在健保署沒辦法區分這個病人是自己跑去北護就醫或是台大轉過去的，因為台大沒辦法報轉診誘因，轉診認知上也不一樣，技術上我們也要討論怎麼克服，沒有明確的定義我們沒辦法算。

朱益宏代表

陳院長所提其實有另一個思考，醫療是公共財，如果放任病人在體系內轉來轉去會變成托辣斯，這樣的制度在其他國家可能有先例，政府可能要思考是否該放任這樣的情形；另外例如雲林分院轉到台大總院，這麼勞師動眾真的適合嗎？同體系上下轉中間可能還有很多不合理處，就算件數少也要好好思考，太細節也不太適合在這裡討論，謝謝。

討論事項第四案：有關委員建議定期公開各醫院「護病比加成點數」、辦理獎勵款項應用調查及增列「醫院總額支付標準調整對於醫事人員薪資調查及轉知調查」填報欄位案

主席

請直接說明本案。

醫務管理組王玲玲科長

說明:略

主席

請護理界代表補充說明。

劉淑芬代表

本案在當時設計依護病比範圍給予住院護理費加成的方式，是希望獎勵醫院願意配置更多的護理人力，實施後，我們希望在增聘護理人員及減少護病比的部分可以有一個監督的機制。今年上半年全民健保會有多位委員反應，很多護理人員對此是無感的，覺得護病比加成獎勵的費用並沒有迴饋到護理人員薪資，這樣的聲音陳靜敏委員也聽到了，所以提出討論案，本會表示支持，至於實施細節及方案等，請署另行召開會議討論，另外，是否要公開於全球資訊網、獎懲及登錄的方式、頻率等，應再行討論，委員建議的調查內容本會也贊同，護理人員薪資結構應如何計算，皆可以再召開會議討論。

主席

陳委員建議公布個別醫院全日護病比，各醫院護理人員加成的點數等，這個部分涉及各醫院，需要徵詢各位的意見；此外，委員也希望本署對醫院辦理支付標準對於醫事人員薪資調查，這二個部分若大家同意，則執行細節可以再討論，請大家表示意見。

朱益宏代表

全台各行各業有那一個行業要公開這些內容，不能因為委員要求，就要求醫院公開內部資料，而且為什麼只有醫院要公開，那護理機構、診所要不要公開，如果要公開，應該所有機構都要公開；我代表私立醫療院所協會表示反對公開。

主席

請廖代表。

廖振成代表(程文俊代表代理人)

醫學中心也表示反對，護病比目前已經公開在全球資訊網了，民眾可以瞭解，至於公布加成獎勵點數，易使民眾及其他醫事人員誤解為何只有護理人員有，為何醫師及其他醫事人員沒有，民眾也有可能認為護理人員拿了獎勵，而對護理人員提出更多要求，這對護理人員不是好事；醫院的薪資結構，屬內部資料，不宜公布；此外，加成獎勵點數不一定只用於薪資，也可能用於提升醫院環境、給予護理人員福利等，之前已經做過調查，不宜再要求醫院公布內部資料。

主席

請謝代表、劉代表。

謝文輝代表

健保是公共事務，如果與醫療品質有關，我們願意勉予同意配合，但護理薪資結構是市場行情，高低與否視各地就業市場而定，不能做為比較，不能要求醫院公開。

劉碧珠代表

不懂本議題為何要提出討論，是否以後只要是立委的來文，都要在此逐案討論。

主席

委員提出的要求，本署將本案攜回，提至本會議討論，徵詢各位的意見，委員的要求先由本署處理，並未逐案提至本會議討論。

劉碧珠代表

我瞭解，但委員要求要公布護理人員薪資不合理。

劉淑芬代表

我要澄清一下，不是公布護理人員薪資，是調查護理人員薪資結構。公布各醫院在護病比加成點數配置情形及各院運用情形，至於公布在那裡，是否為全球資訊網，都可以再討論，要公告在全球資訊網是健保署的意見，此外，薪酬也沒有要公告，這是誤解。

主席

可能代表有誤解，本署的文字說明並沒有要公開在全球資訊網，請劉代表參看討4-2 頁說明，陳靜敏委員是希望公開全日護病比加成點數，及調查填報獎勵款項運用情形(4-3 頁)，至於要公開在那個平台，請大家表示意見。

謝文輝代表

大家都反對，不需要再討論。

朱益宏代表

反對。

劉碧珠代表

這個調查要增加的欄位涉及個醫院的隱私，我不懂為什麼要醫院把護理人員的薪資結構提供出來，為什麼只有醫院要這樣被對待，目前各醫院對護理人員都非常注重，如果沒有好的環境或待遇根本請不到護理人員，很感謝委員的關心，但這樣可能會使醫院更難處理人員的問題，區域醫院協會在此一致表示反對。

主席

謝謝，再來請謝院長。

謝輝龍代表

我要表達偏院地區的心聲，護病比這個緊箍咒使偏院地區醫院的經營壓力很大，為了達到護病比，如果找不到護理人員，就只好關床，但委員應該要關切的是為什麼還找不到護理人員，如何讓護理人員到偏鄉服務，至於薪資部分，偏院地區為了找到護理人員，只好提高薪資，為了減少離職率，本院最近調高護理人員的薪資 3、4 千元，但錢從那裡來，只好對 65 歲以上的患者收取掛號費來支付。若要從健保支付中來調整護理人員的薪資是很難的，也不是護理界認為的只要薪水高就一定請的到人。在偏鄉要找人是很困難的，護理人員到位很重要，人員充足才能提升醫療品質。

劉淑芬代表

感謝謝院長對護理人員的照顧，工作量與薪資的對等性是必須要考量的因素，護病比是在規範合理的人力配置及工作量，讓護理人員不會因工作過量而離開職場，委員應該是認為既然經費已經付出了，希望瞭解是否有運用在護理人員。

朱益宏代表

主席，可以結束了。

主席

我們會把各位的意見轉達給委員辦公室，感謝大家的參與。