

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

105 年第 1 次會議紀錄

時間：105 年 3 月 2 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

出席代表：

侯代表彩鳳	陳順來代	童代表瑞龍	童瑞龍
陳代表幸敏	陳幸敏	陳代表石池	黃雪玲代
吳代表志雄	陳瑞瑛代	張代表德明	請假
郭代表宗正	詹德旺代	施代表壽全	林富滿代
謝代表文輝	請假	翁代表文能	翁文能
黃代表遵誠	黃遵誠	郭代表守仁	郭守仁
鄒代表繼群	請假	邱代表仲慶	邱仲慶
李代表允文	張達人代	鍾代表飲文	請假
洪代表政武	洪政武	高代表瑞和	高瑞和
張代表克士	請假	林代表慧玲	請假
羅代表永達	羅永達	黃代表啟宗	唐宏生代
謝代表景祥	謝景祥	陳代表威仁	蘇美惠代
龍代表應達	龍應達	劉代表淑芬	劉淑芬
謝代表武吉	謝武吉	張代表嘉訓	請假
趙代表有誠	請假	陳代表宗獻	請假
黃代表忠智	黃忠智	龐代表一鳴	請假
周代表思源	李佳珂代	梁代表淑政	周雯雯代
吳代表文正	請假	謝代表天仁	謝天仁
陳代表誠仁	李柏璋代	林代表昭吟	林昭吟
張代表國寬	張國寬	吳代表肖琪	吳肖琪
吳代表鏘亮	吳鏘亮	王代表榮濱	林鳳珠代

列席單位及人員：

衛生福利部	請假
衛生福利部全民健康保險會	請假
台灣醫院協會	王楨強 陳俞文 林佩菽
中華民國醫師公會全國聯合會	陳思綺
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		
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷		
本署臺北業務組	郭垂文	蔡翠珍	許寶華
本署北區業務組	謝明珠		
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	莊專圓		
本署東區業務組	李敬慧		
本署醫審及藥材組	蔡文全	王本仁	賴彥壯
本署資訊組	請假		
本署企劃組	董玉芸		
本署醫務管理組	陳玉敏	張溫溫	陳真慧
	劉林義	谷祖棣	洪于淇
	林右鈞	楊秀文	李宜珊
	歐舒欣	潘尹婷	陳依婕
	黃曼青	林蘭	鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林沁玫

壹、主席致詞：(略)

貳、本會上次會議紀錄確認

決定：確定。

參、報告事項：

第一案

案由：本會上次決議/結論事項辦理情形。

決定：

討論案第一案人工關節植入物部分繼續列管，餘同意解除列管。

## 第二案

案由：醫院執行概況報告案。

決定：報告內容洽悉，有關委員對安全針具功能相關建議，請醫審組於藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論並反應予TFDA。

## 第三案

案由：104年第3季醫院總額點值結算報告。

決定：醫院總額104年第3季點值確認如下表，並依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
104Q3	浮動點值	0.8782	0.9085	0.9096	0.8822	0.9307	0.9061	0.8998
	平均點值	0.9314	0.9435	0.9466	0.9342	0.9559	0.9429	0.9402

## 第四案

案由：105年醫院總額一般服務部門預算四季重分配案。

決定：

一、105年四季重分配採乙案(依星期日天數調整)，醫院總額一般服務部門預算四季重分配後之各季預算占率如下：第一季23.911978%、第二季25.373921%、第三季25.178981%、第四季25.535120%。

二、106年試算各季前三年及前五年結算核定點數占率供參。

## 第五案

案由：105年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)。

決定：洽悉，修訂內容如附件1，將依行政程序，報請衛生福利部核備後公告實施。

肆、散會：下午4時整

伍、與會人員發言摘要詳附件2

## ※與會人員發言摘要

### 一、本會上次會議紀錄確認

#### 主席

上次會議紀錄請委員確認，若無問題，上一次會議紀錄確認。

### 二、報告案第一案：本會上次會議結論事項辦理情形

#### 主席

上次會議辦理情形皆解除列管，各代表有沒有意見。

#### 羅代表永達

報告案第二案，現在是啟動提高複審及跨區審查，因上次會議地區醫院提出審查率較高，複審結果讓我們知道一下。

#### 謝代表武吉

討論案第一案人工關節植入物部分，應該再增列脊椎植入物，給予建議。

#### 黃代表雪玲

第六案配合 ICD-10-CM/PCS 申報部分，請大家提早上傳，醫院申報平台上不去，下午 2 點送到隔天早上 5 點才出來，VPN 過不去，平台是否無改善，讓 2 月份申報可以順暢。

#### 謝代表武吉

我們醫院是 2 月 1 日申報，晚上 7 點就通過，昨天是在下午 4 點申報，健保署應該有改善，我不是替他們說話，這是我們申報的結果。

#### 黃代表雪玲

是量大的問題，醫學中心都卡住，小醫院量少很順利上傳。

#### 醫審及藥材組蔡副組長文全

初審、複審皆有既定流程，針對複審以後有無改善，會後再提供資料。

#### 羅代表永達

應該是提供給大家參考，議程第 43 頁地區醫院初核核檢率為 3.26%

有很大差別，因此要瞭解複審結果是否有落差。

**主席**

請醫審組同時準備資料，並於會中提供。

**醫務管理組張專門委員溫溫**

於補充資料簡報第 10 張，一月份 ICD-10-CM/PCS 申報部分，醫療費用已全部申報進來，平台部分造成醫院困擾，將瞭解並確認問題來解決。

**主席**

討論案第一案，謝代表提到是否再追蹤，新增脊椎項目來看上傳情形。

**醫務管理組陳專門委員真慧**

人工關節植入物部分已在規劃，後續將考量增列項目。

**主席**

人工關節植入物部分繼續列管，其他解除列管。羅代表所提的複審結果請醫審組準備資料。

### **三、報告案第二案：醫院總額執行概況報告**

**主席**

以上報告各位代表有沒有意見。

**林代表昭吟**

報第 18 張，東區病床數減少且有逐年遞減情況，但病人數為成長，此現象是否會影響東部民眾就醫權益。

**主席**

簡報第 18 張備註 4 說明減床較多醫院主要是精神科病床。

**謝代表天仁**

關於轉碼問題，用全部申報件數看有問題的件數，應把 DRG 申報案件有多少和實際發生問題件數有多少分別來看，因目前爭執點第二、三階段都有一些問題，應呈現出來，讓大家充分瞭解實際情況。

**主席**

請查 1 月份 DRG 案件數有多少。

**醫務管理組谷科長祖棣**

1 月 DRG 申報數有 5 萬 9,798 件，異常有 208 件，占率 0.34%。

**主席**

是落點不同，322 件問題數已解決 301 件。

**謝代表武吉**

請說明特殊材料成長較高是哪些項目，另安全針具占率備註說明本表不含檢驗檢查之相關針具，手術是不是有包括在內，洗腎也是包裹支付，以後呈現出來較能了解。

**陳代表順來**

補充資料 105 年 1 月 DRG 申報件數都減少，平均費用增加，請說明增加原因。

**醫審及藥材組蔡副組長文全**

議程第 44 頁，自 104 年 9 月 1 日起檢驗檢查與手術所使用安全空針已可以申報。另謝代表所提特材成長貢獻度，以骨科和心臟科成長較高，例如骨科的 Cage，心臟科的 PTCA（氣球擴張導管）以及冠狀動脈血管支架是成長比較高的部分。

**醫務管理組林右鈞**

平均費用增加原因，第一是支付方案有進行調整，第二 MDC 權高的件數有增加，權重低件數減少幅度較大，後續將進一步分析。

**主席**

權數重之 DRG 代表其資源耗用比較高，件數變多了。今年元月全面採用 ICD-10，因上線之後院所擔心檢核不通過而影響暫付款，本署已採取 1 月份以輔導為原則，2 月份採取繼續輔導，以第一季經驗看起來，大家都可以通過檢核。另在正確性部分，檢核中有作邏輯判斷，基本上大家都有通過邏輯檢查，至於擔心 DRG 落點不同和 code 不正確，簡報中已向大家報告，針對落點不同也會持續改善，讓 ICD-10 與 DRG code 可以做到正確及不影響醫院暫付款，我們會

持續努力，直至大家沒有疑義。

去年費用持平，點值普遍有上升，第 51 張投影片藥品費用呈現負成長，與藥價調整及雲端藥歷節省約 100 億，兩種因素加總起來讓藥費在新增給付新藥，互相彌平仍呈現負成長；但特材費用卻增加，特材費用反應新興特材納入給付及使用率提高，皆會反應在費用中。

過去健保會委員和本會代表關心重大傷病費用越來越多，本署對於重大傷病人數有進行管控，第 4 季費用及 104 年總費用成長率呈現持平，我們持續努力。

另外地區醫院代表關心核減率，於簡報呈現各層級核減率情形。

安全針具部分，今年是最後一年編列專款，依規定明年開始全面改用安全針具，第 63 張投影片，雖有放寬採計項目，但執行率僅 21%，有待改善，請各代表協助醫院將針具改為安全針具，這是保護醫護人員。

### **陳代表瑞瑛**

安全針具有很多是不能申報，包括麻醉用的安全針具，我們不能申報項目的比資料呈現的多，全部算起來 1 億是不夠的，要我們怎麼改善，像 ICU 和開刀房全部用安全針具但是很多是不能申報的，建議說明可以說明另外向健保署申報費用之安全針具有多少，不能申報的比這多好幾倍。

### **主席**

沒有申報的我們也不知道有多少。

### **陳代表瑞瑛**

如果要算是不得了，但在健保會大家會認為一億的補助但執行率 21%，整個算起來是有超過一億，這統計讓人誤解。

### **醫審及藥材組蔡副組長文全**

在 104 年 7 月藥物共擬會議已報告，本署曾對針具使用量較大各層級醫院共計 74 家進行抽樣調查，結果為使用一般型採血針具大約 560 萬支，安全型採血針具大約 56 萬支，使用安全型的比例約為十

分之一。

**主席**

十分之九使用一般型，十分之一採用安全型，74 家指的是全院的量嗎。

**醫審及藥材組蔡副組長文全**

是。

**陳代表瑞瑛**

是採血的嗎。

**醫審及藥材組蔡副組長文全**

是採血。

**陳代表瑞瑛**

因評鑑有規定醫學中心和區域醫院有指定幾個單位，全面使用安全針具，包括急診、ICU、洗腎室、開刀房等單位都要用安全針具，尤其洗腎不是只有安全針具，像 BC 肝病人需要單獨洗腎機和器械要分開的，為維持病人安全都要避免感染。因資料呈現僅 21% 是我們不能接受，備註要說明可以另外向健保署申報費用安全針具之數據，其他是無法統計出來，這對我們是不公平的。

**醫審及藥材組蔡副組長文全**

投影片第 63 張，安全針具是以列入特材的針具來編列預算，所以目前是以針具類特材來統計，檢查檢驗所使用的抽血針具是屬於內含項目，洗腎所使用的針具也內含在包裹支付點數中，所以投影片統計表無法反映。

**謝代表武吉**

用包裹式的也要算量有沒有超過 1 億才對，尊重我們醫界一下。特材用比較多的 PTCA 有沒有患者使用量，以前醫療審查委員會有規定，做脊髓固定時要求最多可做幾節，請回答一下。

**醫審及藥材組蔡副組長文全**

有關 PTCA 基本上要視病人狀況，大約是使用 1 組。脊椎固定分為



長節和短節(包括 2 節和 3 節)等兩類，須符合給付規定的病人才可納入健保給付。

### **謝代表武吉**

當時我是委員，我就來替你回答，當時規定最多是給付 3 節。

### **主席**

有關安全針具部分，以後備註說明清楚。

### **陳代表瑞琪**

補充資料 1 月申報 DRG，尤其是醫學中心 MDC14 申報案件數減少 25.4% 是哪些案件，是因為權重比較高因素嗎？另 MDC13 申報案件數也減少 28.7%，需要較詳細的資料。

### **主席**

請醫管組補充 MDC13 和 MDC14 相關資料。

### **醫審及藥材組王專門委員本仁**

補充代表關心申復後核檢率，104 年第三季申復案資料尚未完整，報告第二季，地區醫院初核 2.88%，申復後 2.33%，換句話說，補付率約二成，醫學中心和區域醫院補付率約二成，補付原因如醫院提供送審病歷佐證資料完整則同意補付。

### **主席**

補付率三層級差不多。

### **羅代表永達**

審查標準有申復、爭議等程序，因用病歷審核有沒有辦法做層級的考量，如地區醫院沒有很好的資訊輔助工具，所以醫學中心顯然比較好，當然受人力、資訊等問題，我們期待審查過程中可不可以考慮各層級的差異。

### **醫審及藥材組王專門委員本仁**

醫療上應有專業的堅持，我們建議尊重專業的看法。

### **龍代表應達**

安全針具顯然現在是宣導期，明年開始是強制施行，剛算了一下投

影片第 63 張顯示我們約用 1 億多支，這政策是宣導、推廣及鼓勵，有一些是包裹是有申報的是必須要做，但該表是不一定要做而是被獎勵，光推廣都使用一億多支了，成本差價不只一塊，政策符合人性和宣導效益，是滿好的政策。

### **醫審及藥材組蔡副組長文全**

有關安全針具一年的使用量，請參閱投影片第 63 張，安全空針大約使用 500 多萬支，安全型胰島素注射筒 200 多萬支，安全型靜脈導管 900 萬支，加總約 1600 萬支。

### **劉代表淑芬**

護理人員是長期使用安全針具的族群，推廣目的是醫療人員減少被針扎事件導致感染問題，上次會議中提到安全針具有兩種規格，pro-active 和 re-active，目前健保支付的是價差與醫院購買差很多。良好的針具讓同仁操作方便，健保支付價是無法購買的，所以護理人員在 IM、抽血使用上操作不便利，無法便利性使用時，則使用率就低；而安全靜脈導管，因為符合人性化操作所以執行率高。上次會議提到研擬安全針具 pro-active 主動保護性的規格，健保價差是否有調整空間，未來對醫療人員使用率增加，醫院也願意負擔，以達到雙贏。

### **主席**

現在給付的安全針具是否有主動性保護功能呢？是不是讓使用者抱怨。

### **醫審及藥材組蔡副組長文全**

安全針具醫療器材許可證係由 TFDA 所核發，如果廠商提出申請，經提藥物共擬會議通過後即可納入收載。安全針具的議題曾於 103、104 年藥物共擬會議做了 2-3 次專題報告，TFDA 也有代表參與會議，而醫界代表也曾反應安全針具不好用相同的問題，健保署是負責收載健保品項，而產品改良則不屬本署權責。

價格部分，在藥物共擬會議時也討論過，103 年 11 月 1 日即依會議決議而調整支付點數，本會議部分代表同時也是藥物共擬會議代表，如有問題亦可在藥物共擬會議表達。

## 謝代表武吉

特殊材料對於脊椎有沒有很好的管控機制。

### 主席

針對脊椎固定器使用量有沒有做管控。

### 醫審及藥材組蔡副組長文全

目前是於事前審查即做把關。

### 主席

有關護理師全聯會代表提到有關安全針具功能大家尚未滿意，請醫審組回到藥物共同擬定會議討論，並再度反應予 TFDA。因我們是購買方，顯然大家覺得還品質不夠好，是沒有買到好的東西，還是現在好的就是這樣，還是價格問題，請與 TFDA 溝通，這部分會做紀錄，如有進展再向各代表報告。各代表有無其他意見，如沒意見就報告案確定。

## 四、報告案第三案：104 年第 3 季醫院總額點值結算報告

### 主席

第 3 季平均點值全區是 0.940，浮動點值接近 0.90，各代表有沒有意見。

### 童代表瑞龍

什麼時候預計可以到達 1。

### 主席

如果雲端藥歷可以有效減少浪費，點值可能會更高，大家一起努力，大家沒有沒意見，大家沒有意見，第 3 季點值確認。

## 五、報告案第四案：105 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配案

### 主席

今年四季重分配有甲和乙案，劉科長是否要補充說明。

### 醫務管理組劉科長林義

醫院分配分為二案，甲案是星期日、國定假日及彈性放假，乙案是僅看星期日。乙案第一、二季預算比甲案多，第三季、四季預算則較甲案少。

### **主席**

代表有沒有意見。

### **羅代表永達**

按照歷史每年第一季點值通常是最低，第二、三季較高，第四季又往下掉，議程第 19 頁一般預估值事實上有很大差別，假設訂一個值不論怎麼分配是不準確的，用申報數比較準確，每個分區有控管機制，都呈現第一季較低，不論甲案或乙案第一季錢又變少，受傷很大。

門診透析也是用天數，用天數第一季又減少，第一季很顯然是不夠的，是否統一思考用實際申報數，第一季醫院急診室和 ICU 都滿床，似乎減少更多，在座委員是否同意用甲案或乙案，或以當時申報數做調整，比較接近事實，否則差 0.01 對醫院財務影響很大。

### **謝代表武吉**

各分區管理方式不太一樣，尤其現在已經是 3 月了，第一季快結束了，要改變這方式比較不方便，既然健保署也提供兩案，剛才羅代表提到今年流感特別嚴重，健保署應要考量現實狀況有所更正，故建議採乙案，否則甲案的影響和差距太大。

### **張代表國寬**

有關重新分配，今年第一季各區已經都發下去了，比例調整對於各區控管會有何影響。

### **謝代表天仁**

急診品質提升方案部分。

### **主席**

剛剛第三案已經討論過了，看一下急診品質提升方案部分。

### **謝代表天仁**

執行率低，難怪急診狀況糟糕，資料看起來更嚴重，問題到底出在

哪裡，是輕症佔病床還是其他的原因。上下轉目標是否有達到，應該要有相關的檢討，如果認為急診部分負擔太低，應提出完整的方案討論，健保署對急診一直只要增加部分負擔，沒有完整配套，肯定是沒效的。以前編 3.2 億，去年編 1.6 億，這部分看起來有問題，這些鼓勵無法產生應有的效果，應檢討。

## 陳代表瑞瑛

拿不到錢。

## 主席

謝謝委員。急診品質方案是獎勵急診品質，急診品質也包括上下轉的品質，因做不到，錢有編但拿不到，請翁院長跟我們說明急診狀態。

## 翁代表文能

今年因為流感比較嚴重，急診有比較大量的病人，目前我們醫院都還能處理，林口長庚平時平均每天大概接四百到五百位急診病人，今年過年期間，有兩天的急診流量一天約一千多人，一下變兩倍，因流感突然來不是每個人願意讓他發生，報紙寫的有關急診雍塞是真的。但醫院不是旅館，每一種專科病床和專業人員都有他的服務容量限制，我也怕病人大量增加會造成品質降低，任何品質問題都會影響醫療服務人力，所以急診進來的流量要有一定限制。

剛剛謝委員說的部分負擔價差能不能有用，我覺得多少一定有他的用途，但當然不是我們想像那麼好。一旦量大的時候，雖然不是每個醫院的急診都爆滿，不是每個醫院加護病房和病床都滿，但要把病人轉到另外的醫院的做法，憑良心講以我的立場，真的不敢強制他轉院。按照醫療專業判定病情嚴重度，能第一優先住就住院，不能優先就先在急診室繼續治療。

當每一間醫院設定的可服務病人數，只要量大超過，急診現場就會亂，而且無法下轉。去問每個病人，還沒問的時候已經跟你吵架了，像一個消費者來店買東西，還沒服務的時候，就問他要不要去別家店，現在有很多人排隊，限制只能五個人來排，第六個趕他走，沒有一個醫療人員做得出來，除非有專業的第三者判斷，指定要去那

個醫院。當病人問你說「如果有事你要負責嗎？」，這種事不是我推卸責任，我不能讓第一線人員去做這樣的事情，當病人到醫院他就是要來這個醫院看，等檢傷分類及診治到一定程度時才能決定他能不能轉，這都是要觀察一到二天才能決定，在兵荒馬亂時都不適合。所以希望到一個流量，例如每天達六百個人次就關掉，北美很多急診室是封閉性的，到達一定的量就關掉，這在臺灣政治氣氛及民意下誰敢做，也不期待哪位長官下這個命令，這是我粗淺的想法，我也不敢拒絕也不敢去關掉急診，我只能向員工說對不起，我可以把急診空間變大，讓一樣是五百人看起來較舒適，甚至有社工進駐和幫忙訂餐，能做的就是這樣而已，但這樣似乎讓病人更多而已。

每年急診量仍微幅的成長，目前林口還是全臺灣每天急診量最多的醫院，待床 48 小時以上，從以前到最高(二十幾百分比)到現在三點多百分比，但有沒有可能降到零，除非進來的人次限制到一個程度。多兩成內我還可以調整，多一倍我也不知道怎麼辦，我能做就是儘量做到急診的病人先不要拒收，再談把住院病人治療好，病人如同意轉床幫忙打電話。

**主席**

現在林口長庚有 176 位等待住院。

**翁代表文能**

跟各位報告其實目前已經比較好了，最高是初二初三，到上禮拜已經回到正常急診人數五百人次，二月二十上升至七百人次，昨天降到五百多人次，希望這一波一兩個禮拜可以結束。

**主席**

現在等待住院最多還是林口長庚。

**翁代表文能**

那是因為林口長庚有三千七百床，床位比台大，我們急診的面積也大於台大。

**主席**

臺大現在約 75 個在等床，郭院長那邊 24 個，奇美 104 個，這議題是付費者委員關心的。

## 邱代表仲慶

奇美只有 1,300 床，100 人在待床，這次地震有個現象給大家參考，我們本來預估大年初二門診急診都會超過 1,000 人次，但降到 600 多，因媒體說奇美成大地震重症病人太多，病人就分流掉，所以向民眾宣導還是有效。我們上級長官關心，要趕快讓病人住到，但事實上是沒有辦法，所以媒體或政策宣導會有幫忙。

## 陳代表瑞瑛

事實上各醫學中心都有燒燙傷 ICU，都拿來做一般 ICU 用，現在有床 ICU 都是新生兒加護病房和小小孩的加護病房，所以昨天還是前天的聯合報說，醫事司說全國的 ICU 還有一千多床，連我們主管機關的統計都這樣出來，沒有人願意把病人留在急診，因為急診真的很忙而且都很辛苦，只要可以上去的都是上去。前陣子報紙才出來，健保署和衛福部說如果急診暫留待床超過 48 小時，兩年以內沒有到 0，則取消醫學中心的資格，所以臺大醫院應該會被取消，所以先預告一下，以後臺大醫院就不是醫學中心，甚至是有些人在臉書上說，最好把臺大醫院關掉。

在大概十幾二十年前，臺大醫院從來沒有跟著行政院宣布的彈性放假，最多連續假期不能超過三天，可是後來政府認為即使公務人員也應該要放假，加上現在總額，所以門診禮拜六有開診，可是現在變成有人倒過來說，為什麼颱風天醫院在媒體跑馬燈說醫院照開，是不是颱風天我們不要那麼血汗，颱風天、禮拜六、禮拜天，是不是門診全關都到急診，很多醫學中心不敢這樣做，因會讓急診更多人。

今年春節九天，臺大醫院初一約八百多，甚至超過一千，比較多是因為流感問題，我們也希望主管機關應該要很清楚，醫護人員在第一線，臺大醫院每年十月開始員工一定要打疫苗，誰沒打就要罰錢，除了孕婦或是有過敏的，如果第一線醫護人員都中獎，那要怎麼照顧病人，所以前兩天很多醫界都呼應，我們政府要宣導去打疫苗都太慢，現在來打都沒有用。去年是基層診所的流感最多，今年是比較嚴重都到醫院，診所反而逃過一劫，所以每次講到都很傷心難過，還要叫我們怎麼想，我們想破頭也沒用，臺大醫院的急診每

三至四年就擴充一次，內科床已經將近五百床，現在在待床都是內科，已經沒有床位可以增加了。

### **童代表瑞龍**

我們不是沒有待床，我們要讓消費者知道，我們醫界這次那麼辛苦，要幫我們醫界講話，不要每次健保會總額要跟我們砍，流感有沒有要補錢給我們，連續假期我們要給員工是兩倍的薪水，對於加護病房員工我們要安慰鼓勵他，在急診室員工我們要說辛苦謝謝，還要準備吃的和紅包，你們都不知道我們醫界怎麼在運作。蔡副署長當時邱小妹事件妳到過我醫院去看過，急診室工作那麼辛苦，有哪個是關心醫院只有指責醫院，所以我們應該改變方向，對醫院要怎麼鼓勵，這麼艱難的任務流感誰願意讓他來。我們初一到初三都增加一倍病人，最少增加 50%，那這些怎麼應付，要把休息的醫師、護理人員叫回來，那誰來付錢，還是要醫院來承擔。在場有很多健保會的長官，要給我們醫界多一點鼓勵，健保署不要碰到什麼都要殺要砍，這個要還醫界一個公道。

### **郭代表守仁**

事實上我覺得要有前瞻性，這個是大工程，分級醫療和社區醫療不做我看這事情很困難。剛剛在談民眾的教育，我們都沒有在做，我們都往醫療端提供下功夫，效果會很不好，所以我一直在強調，怎麼樣讓地區醫院和社區醫院強大，才可能解決這些問題。我們可以看到很多不是很嚴重的病人也送到醫學中心，我們現在都有手機，有些病人會傳訊說我的家人現在那裡紅紅的，要不要送急診，我看這個不需要，在附近醫院就可以處理了，你看這種很多都是溝通上，事實上可以家庭照顧，這種教育應該好好的運作，否則我想用現在傳統的方法，還是會產生且會愈來愈嚴重，這個會變成無解，長庚再蓋多大病人還是很多，所以我還是覺得社區醫療和分級醫療該如何落實，我想就會解決問題。

### **吳代表肖琪**

急診擁塞!大家都辛苦了，有幾件可以做，第一個可以把過年期間全國門診和急診的量加總，看看哪些醫院可以在過年期間多開門診。第二，每年過年都會有急診壅塞問題，今年剛好遇到 H1N1 流感，



成年人得 H1N1 流感重症風險較兒童大，這次流感學童死亡風險是低的，學校若遇到兒童有流感，除了要學童盡速就醫、在家休養外，也要提醒家長，學童返家後，家中若有糖尿病等高風險病史 50 歲以上長者，應該要戴口罩、勤洗手，避免大人被傳染。一個重要概念，社區不同高風險個案的流感疫苗接種率很重要，若社區沒做好，就會像剛剛郭院長提到，醫院一直在收治流感病患；所以將各縣市不同人口群接種率分開來看，可以更清楚哪些地方接種率可以再提高，來減少重症流感的發生。如果地方公共衛生做的不好或是接種率不夠高，可能會有流感重症個案出來。

過年期間急診壅塞的問題，與部分醫院過年關床、關診有關，造成生病的人都湧向醫學中心，學者要擔心的是急診是一個滿危險的地方，同時有會傳染與怕被傳染的病人，在急診擁擠的情況下，是否會有院內感染的風險？

### 林代表昭吟

我只是很快的提一下，我們現在是不是應該在第 4 案四季預算分配。附件三依照上班日跟休假日去計算四季預算分配，但剛剛聽到醫療使用率的增加跟上班日沒有太大關係，這部份是不是還有一些實證資料，可以做為分配四季預算的參數，使各季預算分配更為合理。

### 羅代表永達

剛剛提到我們社區醫院，多數醫學中心大概都爆滿但地區沒有，地區的還有很多能量沒有用到，我們也很關心三、四、五級的病人也不在少數，他們佔據醫學中心很大的能量，為什麼會這樣，像剛剛郭院長提到，如果急診室被信任能夠強大，就可以吸引大更多 2、3、4、5 級，甚至到第 1 級的病人，一開始的時候就可以分流，所以剛剛謝代表提到為什麼急診品質提升方案始終沒有效，那是結構性的問題不是花一億兩千萬或一億六千萬就能解決的問題，我想長庚光急診室擴大都不是一億六千萬可以解決的問題，假設民眾現在的就醫習慣跟社會氛圍，臺大跟長庚愈做愈大病人會愈多，大家就愈去那，絕對不會減少絕對不會更好，到時候很多社區醫院萎縮，這是不好的事情，要打破這個結構一定是分級醫療，分級醫療有什麼手段，部分負擔有影響，將來也可能會鈍化，沒有做到極緻的話，很多的

社會氛圍是沒有辦法去改變，我們醫院不算是很大的醫院，過年流感時候，我們急診室就一天約兩百多個病人，旁邊就是臺中榮總，如果我們把它放掉的話就跑去臺中榮總，地區醫院的數量就跟螞蟻搬大象一樣，現在 97 家有急診室的地區醫院，每家多看 100 病人就可以 share 很多病人，所以呼應剛很多先進所講的話。

有關第 4 案的問題，我們一直希望那分配能夠與實際接近，第一季跟第四季往往都是超標，但四季分配始終都是按照剛那個表，所以非不得已得話只能贊成乙案。但是將來重新分配預估值重新算一遍，因為醫院跟診所不太一樣，因為還有急診、住院，跟星期天關閉因素好像並不完全相關，所以建議可以不可以統計 101 到 104 年各區初始申報數來做分配，會不會比較接近，否則按照目前署裡所提供的甲案或乙案，好像只有乙案比較接近事實，否則說實在我想這兩個東西都沒有接近事實。

### 謝代表武吉

剛才聽到一些前輩說的感觸非常多，我在醫界 46 年，回憶在健保還沒實施以前，像流感發生都是在診所跟地區醫院來做診療，沒有像現在這樣。剛剛大醫院的院長講到流感的擠爆，增加量增加了一倍，對這樣的工作量感到敬佩，我們應該去檢討原因及疏散的方法，應該要有所做為而為之，這是很重要的。

另郭院長也講了分級醫療轉診制度，這是非常重要的，包括連急診科醫師也講一定要做分級醫療的制度，不管消費者單位或是醫界的單位，我們都是支持分級醫療轉診制度，這是依健保法 43 條，一代健保法第 33 條也寫得非常清楚，但我們只有執行兩個月就把它廢掉了，這是不對的，我們應該要做分級醫療轉診制度，來分流患者壅塞的問題，這是不可忽視的，大家要共同來努力。

最後，我們最缺乏的就是我們沒有去教導百姓就醫行為和衛生習慣的改變，這是我一直在強調，不論是在健保會或是其他相關會議，我都經常在講我們應該要去落實、執行。國健署菸捐都讓他拿了 20 個百分比，我們減少 66 億，這本來應該是他們要做的，為什麼他們不做，都要健保署提供。像今天要去找衛福部了解一千床急診病床，衛福部長不理你，包括醫院協會的理事長去找，我也是去找了四次，

我覺得健保會或是署內相關會議召開時候應把重點列出來，要如何改變老百姓就醫習慣，還有分級醫療轉診制度都要落實。

另健保署所提之甲、乙兩案，我們還是以乙案來處理比較好，落差比較不會太大。

### 主席

本案是要討論四季重分配，因代表關心近期流感急診，就稍微討論一下。事實上在健保會也有提出部分負擔調整案但沒有被接受，急診品質方案執行率低，因為下轉不了，希望經討論可以了解。健保法43條部分負擔現在是採定額，母法規定是定率為原則，定額例外，健保開辦時有採定率制，但一個多月就修正，本案未來修正還是回到健保會再討論。

### 謝代表天仁

只增加部分負擔急診壅塞如就可以紓解，沒有理由去擋，在座都很內行，壅塞的地方是都會區醫學中心，這些人有差那麼一點錢嗎，我不能說絕對完全沒效，也有其他配套方案比這效果更好，為何麼不一起做呢，四、五級檢傷分類為何不轉到門診去看，它有20%的量。既然是針對這主題要有完整的方案，像急診品質一樣，急診你說要把他轉走，我說在急診室病情尚未穩定就轉走，病人嚇都嚇死了，怎麼可能同意呢，某個角度一樣的給錢，但路徑是不一樣的，轉已住病房之病情穩定之病患，仍會有抗拒，我認為比例相對會低，急診還在緊急狀態你叫民眾冒險下轉，好歹讓他住院一下穩定後再轉。我們不反對你們要改定額或定率，但如果是要解決急診壅塞問題，只是改部分負擔是沒有效果。以後要用定率或定額要調整可以提案討論，大家可以思考，提多一點方案討論，大家認為還不錯可以試試看，而不是反對你們做定額定率，而是用定額定率去解決急診壅塞，我們反對原因是沒有效果。

### 主席

急診壅塞今天不是主題，請回到第四案，如討論結束後有意見再提出來，今年四季重分配剛幾位代表是傾向乙案，也有提到有沒有其他更好的，各代表看法如何。

## 翁代表文能

乙案，明年再用申報數算一次。

## 羅代表永達

我沒有很多意見，是因我參加三個總額會議，醫院是比較複雜的，醫院端應該不適用星期日、國定假日算，才會建議其他計算方式，以目前資料只能兩案選一案，剛翁代表也提到的希望明年可以用原始數計算。

## 醫務管理組張專門委員溫溫

第一補充資料第3頁，97年星期日和上班日產能，門診第一季，星期日67百萬、上班日458百萬、年假67百萬，住院沒有差別，所以當時因為這樣去做調整。第二，甲案和乙案差別是乙案用星期日作為假日，以乙案方式第一季會增加1億多，甲案減少17億，甲案較不符合現在的狀況，所以代表偏向乙案方式。

第三，牙醫總額用最近前三年各季實際核定點數做四季重分配而中醫用前五年做分配，明年會把方式提出來給代表做參考及討論，今年依據會議決議辦理。

## 主席

今年採乙案。

## 六、報告案第五案：105年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則（草案）

## 主席

有關偏遠認定原則，各代表有沒有意見，如果沒有意見，本案依分區提報名單通過。今天五個案子討論完畢，各代表有沒有臨時動議。

## 龍代表應達

不算是臨時動議，因為在場有消費者代表，想把觀念就教一下，我們的政策希望從上往下轉，但現在因為法界已把醫療提供在94年案例，從專業服務變為消費行為，醫界自然採保護性措施。轉下去當時的判斷和完整病歷，但下去就有一點意外，你也不敢病人住了一天就往下轉，事實上由上往下不是一個好的方向，應該回到原點，

要由下往上，一家診所可能比較需要往醫院轉或地區醫院因設備沒有把握所以往醫學中心轉，他是非常的感恩，但是醫學中心及時全部看完了，藥物用光了也沒有釋出也要往下轉。

在臉書一個案例，就上禮拜在醫學中心早上 10 點 20 分進去掛號到下午 4 點 30 分才看到，結果是流行性感冒和支氣管發炎，醫學中心做了什麼呢，也不需要住院就拿藥物回去，這就是我們醫療品質，也是我們消費者端需要的東西，醫學中心的急診就是這樣。我想這也不是消費者希望的，且把醫學中心的人累的兵疲馬亂，一個真正的疑難雜症，醫學中心該教學該解決的問題，我不相信臺大、長庚沒有能力去解決。光看發燒感冒咳嗽就搞完了。醫療是大家的，我也會是消費者，跟大家呼籲一下，或許前兩年我還是個醫療從業人員，過兩年我也是消費者，但今天的制度變成這樣子。

在座的醫療前輩，衛福部的資料美國的醫療費用占 GDP 17.7%-17.9%，台灣只有 6.6%，台灣跟美國互動平凡，我們都以他們看齊，從評鑑等。今天網路在傳護士上班打點滴說這是血汗醫院，請問沒有血汗醫療哪來的血汗醫院，醫學中心或許有增加一點，社區醫院從健保實施後 800 多家，現在 380 家，這是經濟學上所說的市場看不到手，就把社區醫院關了一半以上。當然以台北看天下，有沒有社區醫院無所謂，以台北來講到台大、長庚、榮總都是一樣距離，到澎湖沒有醫學中心，到台東沒有社區醫院坦白說是災難，請從南部往北部看，各位如有機會到南部看，醫療給付到底對社區醫院有沒有利，如果從 800 多家到 1,600，這是有利可圖，但現在是 380 家，醫學中心現在是從原來的 9 家到 26 家，這是看不到手在操控，醫界可能只會看病，消費者代表要看到背後的問題，把社區醫院這種情況給消滅掉。

## 主席

謝謝龍院長。最後補充二張資料，有關 MDC13 和 MDC14 細項，減少的 DRG 讓大家瞭解一下，另一張是今年年假前至今急診流感統計資料，請大家參考。今天會議就開到這裡，謝謝大家！