

「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」

104 年第 1 次臨時會會議紀錄

時間：104 年 05 月 08 日(星期五)上午 9 時 30 分

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李筱婷

姚代表鈺	(請假)	陳代表福展	翁瑞文(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	(請假)
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	(請假)
潘代表延健	潘延健	陳代表彥廷	溫斯勇(代)
張代表冠宇	陳怡(代)	林代表敬修	林敬修
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
徐代表弘正	徐弘正	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	林淑霞	楊代表政峯	楊政峯
羅代表永達	羅永達	吳代表進興	吳進興
謝代表文輝	謝文輝	黃代表鶴珠	王敏華(代)
謝代表武吉	(請假)	黃代表棟國	(請假)
朱代表益宏	王秀貞(代)	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
陳代表宗獻	陳宗獻	何代表語	何語
盧代表榮福	(請假)	干代表文男	干文男
張代表嘉訓	(請假)	滕代表西華	滕西華
張代表金石	(請假)	楊代表秀儀	(請假)
黃代表啟嘉	黃啟嘉	吳代表美環	吳美環
顏代表良達	劉其松(代)		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

周雯雯

衛生福利部護理及健康照護司

黃玉微

衛生福利部全民健康保險會

張友珊、葉肖梅

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年、劉其松

中華民國牙醫師公會全國聯合會	許家禎
中華民國物理治療師公會全國聯合會	朱世瑋
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維
中華民國藥師公會全國聯合會	余治達
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國助產師助產士公會全國聯合會	王敏華
台灣醫院協會	許嘉惠、林佩荻、陳俞文
醫藥品查驗中心	許雅蓉、朱素貞、黎伊帆、黃依寧
社團法人台灣醫事檢驗學會	吳竹蘭
臺灣消化系醫學會	邱正堂、王秀伯
台灣安寧緩和醫學學會	蔡世滋、陳如意、王琬筠
台灣耳鼻喉科醫學會	王拔群、蕭自佑、林旺枝
台灣復健醫學會	鄧復旦、陳思遠
台灣聽力語言學會	張綺芬、王雅慧、蘇心怡
本署台北業務組	丁香豔、黃翠蘭
本署醫審及藥材組	鄒文平
本署醫務管理組	龐一鳴、李純馥、陳真慧、林淑範、吳錦松、王玲玲、李待弟、陳依婕、陳逸嫻、涂奇君、吳明純、張淑雅、張巧如、蕭靜怡、李筱婷、彭麗玲

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄（議事錄）：請參閱(不宣讀)確認。

三、報告事項

(一) 修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」急性一般（精神）病床住院護理費（以下稱住院護理費）案。

決定：

1. 全日平均護病比閾值、偏鄉醫院加成、行政配合事項具共識事項，洽悉各委員。
2. 調升住院護理費支付點數與依全日平均護病比加成之預算分配比率未獲共識，爰將以中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣醫院協會之建議方案，以及付費者代表支持之健保署所提折衷案，三案陳報衛生福利部核定。其比較項目表如下：

	提升住院護理費支付點數			依全日平均護病比加成		
	護理公會案	醫院協會案	折衷案	護理公會案	醫院協會案	折衷案
調幅/加成率(%)	6%	10%	8%	9%-11%	5%-7%	7%-9%
財務預估(億點)	7.05	11.76	9.40	12.13	7.85	10.03

(二) 有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫之「特定疾病門診加強照護-腦血管疾病及顱腦損傷」支付方式案。

決定：同意修訂中醫之「特定疾病門診加強照護-腦血管疾病及顱腦損傷」支付標準，相關修訂重點如下：

1. 同意編號 C05、C06 之藥費改以 A21（每日藥費）以論服務量方式申報。修訂 C05 及 C06 如下：

- (1)C05：支付點數由 2,200 點修正為 2,000 點。
 - (2)C06：診療項目名稱由「特定疾病門診加強照護處置費-腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置四次(含)以上)」修正為「特定疾病門診加強照護處置費-腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置四至六次)」;支付點數由 3,200 點修正為 3,000 點。
2. 同意新增編號「C07-特定疾病門診加強照護處置費-腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置七次以上)」,支付點數 4,000 點。
 3. 修訂後支付標準詳如附件 1 (詳見 P7.~P8.)。

四、討論事項

(一)「快速結核病分子診斷」等乙項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目案。

決議：本案暫保留，由本署再確認結核病檢驗費用經費來源之法規規定、本項檢驗現行臨床之其他方式及檢驗試劑套組國內許可證核發內容，待彙整確認資料後，再提案討論。

(二)調升支付標準編號 28031C 及 33024B 二項診療項目支付點數，以包裹給付過程面必須使用之「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」等 3 項特材案。

決議：同意調升編號 28031C 及 33024B 包裹給付 3 項特材。相關修訂重點如下：

1. 調升編號 28031C「大腸或小腸纖維鏡切片(每一診次)」診療項目支付點數包裹「單一使用拋棄式生檢

鉗或組織夾」1項特材。西醫基層總額未編列預算，暫保留，俟105年西醫基層總額協商結果再行公告實施。

2. 調升編號33024B「逆行性膽道及胰管造影」診療項目支付點數包裹「單一使用拋棄式內視鏡造影導管」以及「單一使用拋棄式導引線或雙頭導線」2項特材。
3. 部分代表表示考量醫院購買能力及財務影響，由健保署追蹤院所使用之數量及價格。
4. 修訂後支付標準詳如附件2(詳見P9.)。

(三)修訂安寧居家療護支付標準(醫師訪視費、護理師資格)，及安寧共同照護試辦方案收案對象納入急診病人案。

決議：同意修訂安寧居家療護支付標準之重點如下：

1. 安寧居家療護：
 - (1)同意醫師訪視個案之每週訪視次數，由每週1次調整為每週2次。
 - (2)甲類「安寧居家療護小組成員」之規範中，修訂「地區醫院(含)以下過去3個月平均每人護理訪視次數在30人次(含)以下，得以專責護理師為之」。
2. 安寧共同照護試辦方案：同意收案對象納入急診病人。
3. 有關安寧居家療護醫師訪視費及合理量等項，將併健保署各類居家照護服務，於年底再進行全面性檢討。
4. 修訂後支付標準詳及試辦計畫如附件3(詳見P10.~P11.)。

(四)有關台灣耳鼻喉科醫學會建議調升頭頸外科手術等 34 項診療項目支付標準乙案。

決議：本案暫保留，因部分委員表示，若以 104 年非協商因素之醫療服務成本改變率增加之費用支應調整點數，應考量科別衡平性，爰請台灣醫院協會彙整各科意見後，再提會討論。

(五)為利我國正常體系發展及維護各層級醫療從業人員公平對待，建請檢討現行健保支付標準表並予調整案。

決議：因時間因素未及討論，將於下次會議再行討論。

(六)增修訂全民健康保險醫療給付服務項目及支付標準語言治療相關診療項目適應症及限制治療項目等規範案。

決議：因時間因素未及討論，將於下次會議再行討論。

五、臨時動議

六、散會：下午 13 時

第九章 特定疾病門診加強照護（修訂草案）

通則：

一、個案適用範圍：

- (一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡在十二歲(含)以下之氣喘疾病(ICD-9：493)患者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。
- (二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡在十二歲(含)以下之腦性麻痺疾病(ICD-9：343)患者。
- (三)腦血管疾病(ICD-9：430~437)及顱腦損傷(ICD-9：801~804 及 850~854)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。

二、醫事服務機構及醫事人員均須符合下列條件始得申報本章費用：

- (一)中醫師需接受中醫全聯會辦理之「小兒氣喘疾病門診加強照護」、「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」及「腦血管疾病及顱腦損傷門診加強照護」課程各八小時，並由中醫全聯會於每季季底函送符合教育時數之中醫師新增名單給保險人登錄備查。
- (二)申報本章之中醫醫事服務機構及醫事人員，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

三、每位醫師每月本章節各項疾病照護申報上限為三百人次(合計上限為 650 人次)，超出上限者費用點數支付為零，另小兒氣喘疾病及小兒腦性麻痺疾病每位患者每週限申報一次、腦血管疾病及顱腦損傷門診加強照護每位患者每二週限申報一次。

四、看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。(詳附表 4.9.1)

五、特定疾病門診加強照護不列入診察費及處置費合理量計算。

六、為避免病患重複收案，醫事人員收治病後應於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，已被其他院所收案照護、不符適應症或已達結案條件者，不得收案。另腦血管疾病及顱腦損傷每季至少需於 VPN 填報巴氏量表分數乙次。

七、病患經加強照護病程穩定後，應教育病患自我照護，改按一般服務提供醫療照護；(1)小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標詳附表 4.9.2 說明。(2)腦血管疾病及顱腦損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之患者應改按一般服務提供服務。

八、申報本章節之案件，當次不得同時另行申報本標準第四部中醫其他章節之診療項目。(B71 脈診儀檢查費及 B72 舌診費檢查費及 C05、C06、C07 之藥費及藥品調劑費除外)

編號	診療項目	支付點數
C01	特定疾病門診加強照護處置費--小兒氣喘(含氣霧吸入處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、針灸治療處置費、穴位推拿按摩、穴位敷貼處置費、氣霧吸入處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1500
C02	特定疾病門診加強照護處置費--小兒氣喘(不含氣霧吸入處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、針灸治療處置費、穴位推拿按摩、穴位敷貼處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1400
C03	特定疾病門診加強照護處置費--小兒腦性麻痺(含藥浴處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、頭皮針及體針半刺治療處置費、穴位推拿按摩、督脈及神闕藥灸、藥浴處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1500
C04	特定疾病門診加強照護處置費--小兒腦性麻痺(不含藥浴處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、頭皮針及體針半刺治療處置費、穴位推拿按摩、督脈及神闕藥灸，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1400
C05	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置一至三次) 註1：每二週限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、 口服藥(以7-14天為原則) 、同時執行針灸治療及經穴按摩、 推拿導引 傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表乙次。 註2： <u>同院所同個案二週內不得另行申報藥品調劑費及藥費藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。</u>	2200 <u>2000</u>
C06	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置四至六次(含)以上) 註1：每二週限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、 口服藥(以7-14天為原則) 、同時執行針灸治療及經穴按摩、 推拿導引 傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表乙次。 註2： <u>同院所同個案二週內不得另行申報藥品調劑費及藥費藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。</u>	3200 <u>3000</u>
C07	<u>特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置七次以上)</u> <u>註1：每二週限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表乙次。</u> <u>註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。</u>	<u>4000</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

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28039)

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
28031C	大腸或小腸纖維鏡切片(每一診次) Colonoscopic or enteroscopic biopsy, each exam. 註： <u>1.內含一般材料費及單一使用之拋棄式生檢鉗及組織夾費用。</u> <u>2.西醫基層本項支付點數以 369 點申報，暫不含單一使用之拋棄式生檢鉗及組織夾費用。</u>	V	V	V	V	369 1019

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33135、P2101-P2104)

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
33024B	逆行性膽道及胰管造影 E.R.C.P. (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography) 註： <u>1.含膽道鏡費用在內。</u> <u>2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式導引線或雙頭導線及拋棄式內視鏡造影導管費用。</u>		V	V	V	4000 13461

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第三章 安寧居家療護

通則：

一、申報本章各項費用之保險醫事服務機構需向保險人提出申請經同意後始可申報，並依醫事人員教育訓練資格分為甲、乙兩類：

(一)甲類：設有安寧居家療護小組，小組內須包括安寧療護專責醫師、社工師及專任護理師(地區醫院(含)以下過去3個月平均每人護理訪視次數在30人次(含)以下，得以專責護理師為之)等至少乙名，且小組成員皆需受過安寧療護教育訓練八十小時(含四十小時病房見習)以上，另繼續教育時數為每年二十小時，小組成員更改時亦須通知保險人各分區業務組。

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	甲類：					
	醫師訪視費用(次)					
05312C	—在宅	v	v	v	v	1553
05362C	—機構	v	v	v	v	1242
	醫師訪視費用山地離島地區(次)					
05323C	—在宅	v	v	v	v	1709
05363C	—機構	v	v	v	v	1367
	乙類：					
	醫師訪視費用(次)					
05336C	—在宅	v	v	v	v	1088
05364C	—機構	v	v	v	v	870
	醫師訪視費用山地離島地區(次)					
05337C	—在宅	v	v	v	v	1196
05365C	—機構	v	v	v	v	956
	註：					
	1. 訪視次數每一個案每週以 三 兩次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週 三 兩次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。					
	2. 每位醫師每月訪視次數以四十五次為限。					

全民健康保險安寧共同照護試辦方案

100年4月1日第一版實施
102年7月29日第一版修訂
104年2月1日第二版修訂
104年X月X日第三版修訂

參、計畫目標

- 二、透過安寧共同照護計畫，使住院中（不含入住安寧病房）或急診之末期病人皆有機會享有安寧療護照護服務。

104 年度第 1 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 與會人員發言實錄

前言

林科長淑範

委員應到有 37 位，目前有 26 位已過半數，請主席宣佈開會。

主席

上一次開會的時候有太多提案沒時間討論，所以今天加開臨時會，繼續將上一次沒討論完的項目進行討論。現在開始。首先我們先確認上次決議事項的辦理情形，請同仁來說明。

林科長淑範

請各位代表翻到書面資料的第 6 頁，決議事項追蹤表，追蹤的事項總共有 7 項，要解除列管的事項共有三案，包括序號 2、序號 5 還有序號 6，序號 2 是修語言治療適應症，因為已提在這次會議討論，所以建議解除列管；序號 5 跟序號 6 是修支付標準的部分，序號 5 在上次討論會議中，認為它是牙科合理門診點數項目的調整，不涉及支付標準修訂，但是，跟社保司討論之後，認定還是支付標準的一部分，所以修訂內容已經在辦理預告；序號 6 是為了 105 年要導入 ICD-10 修方案的診斷碼跟處置碼，目前我們已經陳報到部裡，所以解除列管，其他的四案 1、3、4、7 我們會繼續來處理，以上。

主席

好~謝謝！各位委員對於上次決議事項的辦理情形有沒有意見？好，如果沒有意見，就進入今天的報告事項，從第一案開始。

報告事項

第一案

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」急性一般（精神）病床住院護理費（以下簡稱住院護理費）案。

主席

今天這個案子「提升住院護理照護品質」預算共 20 億是移到一般部門，當時希望能夠調整支付標準並且配合護病比，所以之前進行會前會的討論，目前的結果是醫院協會跟護理全聯會各自堅持自己的方案，所以現在變成兩案提到本會來討論。差別是第 2 頁的說明三的(二)這個地方，也就是第 3 頁上面的表，是有關護病比金額的比例，兩單位堅持不一樣，以致於造成加成率不同。其他的項目雙方皆同意，大致上有這樣的一個結果，好，這個案子請各位委員表示意見，請干委員。

干代表文男

這個是去年協商 20 億的費用，原來是要提升護病比的照護，在協商的時候做成決議，是專款專用，後來醫院協會跟護理公會協商說要改為一般費用。當然你們如果同意的話，那我們也不反對，為什麼不反對呢？如果你現在改為一般，那麼今年就滾入基期，如果按照上個月開的會議，他能夠在非協商因素裡面成長 0.4%，等於加了八千多萬。我想醫院協會也能够在這個地方體諒，這個專款是護理公會爭取來的，這個爭取當初是相當辛苦，我們知道是經過關關，現在已經成為定型，那麼在最後是兩個的意見不同，希望說 5 月 15 日是護士節，你們就送他一個禮物，其實這些錢還是在醫院協會裡面來發給這些護士，兩邊怎麼花法，士氣提升以外，給他們一種鼓勵，我想這樣的話是比較合以情理；如果你們兩個都不讓步，那乾脆我們就回到原來當

初的專款專用，就沒有爭議，專款專用到最後你們是知道怎麼一回事。我是希望說你們藉著這個機會能夠溝通一下，把這個問題解決，不要丟給大家來傷腦筋，那我的看法是這樣，以上報告謝謝。

主席

好，謝謝干委員！兩位，我們先請付費者代表何代表，然後再請羅代表，謝謝。

何代表語

主席各位先進，在這裡我想要理解，當時我們去年協定的時候，104 年第二筆錢，要經全民健康保險會同意後動支預算，那這個案子全民健康保險會還沒有同意動支預算，這是第一點。第二點今天這個案子如果通過，兩案陳報衛生福利部核定，核定後公告實施，那這個核定後公告實施，我們在核定事項裡面要經健康保險會同意後動支預算，有沒有衝突？第一個是有沒有衝突？那在 6 月底前要提送執行情形，當然希望這個護理公會能夠提報執行情形。那第二點我要理解的就是，昨天晚上一直看這個資料的時候，護理全聯會建議只調升 6%，台灣醫院協會建議調升 10%，那這個錢是不是有實質進入護理人員的口袋？還是說調升以後，醫院又要抽一大把，我們想瞭解的是這樣子。我想我們健保會通過的費用，既然就是要提升住院護理照護品質，我們要求的就是這個錢，要真正落實進入護理人員的口袋，而不是又被醫院挪用、東扣西扣，扣完以後才給護理人員，我們很堅持這一點。為什麼護理全聯會提升只有 6%？我看每項都比較少，那醫院為什麼要提高 10%？

主席

好，謝謝。

何代表語

我在看這個後面第 11 跟 12 頁裡面，除非你們資料做錯，台灣醫院協會調升 10%，那個一般病床護理費 643，醫院協會的部分他改 707，護理全聯會他建議 682。

主席

好，謝謝何代表。何代表提出的問題是不是請我們醫管組的同仁先說明一下。

李副組長純馥

跟委員報告，我們可能要從第 10 頁看起。實際上我們這個方案裡面有一部份是要按照護病比去做加成，除了護病比加成之外，有一部分要去調支付標準，那剛剛委員看到的那部分是去調支付標準。因為護理師公會是希望大部分的錢是放在護病比加成的方式，所以可以看到這個第 10 頁第九點通則九，如果按照護理全聯會的方案，他的加成率是高過醫院協會的方案，是因為他們兩個對這個錢要放在什麼地方去使用有差別，以上。

主席

還有一個程序問題，何委員質疑此案於本會通過後，衛福部核定之後仍會提到健保會去報告才可以動支嗎？對不對？

李副組長純馥

跟委員報告，一般我們方案都會先找雙方過來協商，依照程序我們都會到共擬會議來做報告，當然也是在這個會上告訴委員說，我們其實依照健保會的決議是還要再提到健保會去作報告，所以即使報部核定以後，我們還是會先提到健保會報告，如果健保會沒有意見，才會去做公告的事情。

主席

好，謝謝，再來羅代表。

羅代表永達

主席各位先進大家早，我想剛剛包括干委員跟何委員說的問題，有些部分在上次我們跟護理師公會做一個協商的時候，我想干委員也在，其實大家彼此之間的看法，其實並沒有很大的差異點。最主要是說醫院協會這邊一直希望這個錢真的要落實在護理費，為什麼？這就是彰顯它的價值，我們常常喜歡講說現在全國各醫院全部的護理人員絕對加薪，這個我可以跟你保證，那我一直希望能夠彰顯它的價格，不是價值，價值沒辦法去衡量的。但健保局給我們多少錢，我們付給護理人員多少錢，我們常常喜歡講這句話，可是從護理費去算的話，你會發現根本不夠，對不對？所以我們認為應該去彰顯它的價格。另外護理師公會所提出來的是說，希望醫院能夠多聘，讓護病比能夠降低，這是他們的想法，是屬於獎勵的方案。剛剛委員有提到說，這筆錢假設還是用在一般，它滾入我們支付標準的話，將來就會跑到一般裡面去，我想這是很明顯的一件事情。其實我們簡單講當時醫院協會的邏輯，可以想成是替護理人員去想，這個錢如果說用在護理費，將來用百分比去給護理師的話，可以直接拿；可是如果用獎勵金的話，當然是由醫院拿，要不然誰拿，由醫院管理的拿，所以當時醫院是放棄自己的本位主義去強調這件事情，所以我們才提出說應該給護理費多一點點，獎勵少一點點。但是我想護理師公會有他們的立場，他們要彰顯為他們的會員爭取更多的人能夠進入這個職場，希望醫院能夠多聘請護理人員，這樣的立場我們也瞭解，他事實上到最後就是個6~8%這樣子而已。我在想那個送衛福部，衛福部的長官應該不會很難判斷，所以當時的情形跟我們的幾個委員報告，事實上他並沒有向大家講的，萬一我們不合，後來這個錢會收回，我想情形不是這個樣子，

以上。

主席

謝謝，來，謝代表。

謝代表文輝

我再補充羅代表講的意見，其實這個案已經沒有爭議了，基本看法大家一樣，分配的項目也都一樣。有個最重要的，基本上護理公會和醫院團體內心所想的其實是一樣，就是如何提升這個護理薪資、工作環境條件，現在所有醫院，尤其是小醫院，都是全年 365 天在徵護士，不然你連進來工作的人都沒有，事實上對醫院來講是很大的傷害，所以我覺得基本上這是大家共同的目標，為什麼這次沒有什麼爭議，基本上醫院的營運者都想要提升護理品質的。很多全民健保委員會跟以前費協會委員都支持的，編了很多年但是都用專款，所以到最後都沒辦法累積他的成果；今天如果不是專款，現在已經累積多少東西？這些年已經加這麼多錢，這是我的一個看法而已。基本大家的目標都很共通，所以這一次沒什麼爭議，沒關係啦，隨便給衛福部裁一下，無論裁哪個案，基本上都是希望提升護理人員，所以老實講衛福部如果裁下去，醫院團體這邊也不會講什麼意見，大家其實也都為護理好，你是感覺這樣比較好，我是感覺這樣比較好，讓衛福部去裁，裁完我們什麼話都不會講啦。所以我是希望護理團體大家能夠體諒，因為現在護理的缺工，是我們心中很重要的痛啊！你有醫師沒有護士也沒辦法，所以這個希望大家支持。

主席

謝謝。剛剛好像滕委員先嘛，是不是？這邊也有喔？那是誰要先？那滕代表之後再來就是干代表，再來請我們護理師護士公會這邊林代表。

滕代表西華

就這個案也滿妙的啦，就是分配有不一樣的意見是很特別。從 103 年以前的資料來看的話，92 億的費用裡面，確實根據衛福部的調查平均護理人員大概加薪 8%，以上是衛福部公布的資料，對不對我不知道，他是個平均數，可能不是個眾數啦，他確實在薪資上面看起來好像是有提升。但是在 103 年以前看到說以前專款的費用大部分增加在門診的護理人員上面，住院的增加比例比較少，這個不是我講的，要講一下這個是衛福部公布的報告，所以他在門診的增加這個情況，看起來比住院還多。從以前看起來，從醫院協會跟護理全聯會的方案加成率來看的話，除了調升住院護理費支付點數的差異以外，在加成的這個差異裡面，醫院協會的方案試算的加成率，如果從 103 年的試辦方案看起來，他是在小於評鑑 C 級的人力以下就加成，就是以 103 年是評鑑達 C 級加 6%、B 級加 7%、A 級加 9%，那現在加成率 5% 在裡面是第一個，跟護理師公會比起來，以加成率來看的話，看起來是 C 級大概都達到 A 級，看起來這個人力增加的部分，其實醫院協會的加成是比較少的；護理全聯會對人力增加部分，加成比率是比往年的比率還要高。當然直接調升護理費的支付標準跟用在人力上的最大差異是，我揣測啦，如果不對護理的團體再指教，加人比加錢對護理 case load 的下降當然是更有彰顯效果，如果把錢用在跟護病比的連動，也就是說醫院是增加人，就是這筆錢獎勵的加成，以往是達到 A 級的人力才加 9%，我們現在 8.5-8.9 我們就加 9% 的話，是希望這筆錢給了加成之後是看到醫療院所增聘人力所產生的成本，所以給他加；那當然在住院護理費支付點數的調整，是你人力沒有增加，錢也會疊上去，但是有可能反映在現有人力的加薪，這是兩個不同的脈絡。我是比較支持加人，就是說有可能對很多數的受雇者來說，加人是比加薪更能夠促進他、改善他的工作負荷，你可能加薪給他 10%，可是他要多做的工

作多 50%，其實是可能在工作品質改善的幅度，我覺得是比較有限。只是我有一個 concern 就是兩點，一個是這應該是指住院部門護理人力的平均比，不是全院的護理人力比，這個是應該要釐清的，如果是把門診算進來當然是不行。第二個部分，他可能是浮動對不對？這浮動行政成本可能就會增加，就是說我是 1 月的人力 3 月才報，那有可能到了 3 月之後，人員可能會呈現流動，剛醫院代表就講了，護理人力可能會呈現這種流動的方式，如果我要保住住院的護病比不動，就是住院部門如果有人離職，就要調門診的人力或是其他的人力來補，才有辦法維持達到閾值可以加成，所以我想要知道說如果是這樣子，實務上對整體的護理人力分配上面，會不會有其他的影響？另外是我們行政成本這部分，是醫院在負擔還是健保署這邊在幫忙，因為它可能會採取浮動，除了住院護理費的支付點數是固定以外，其他大多數的錢以護理全聯會的方案裡面，大概 6 成的錢都可能是浮動，這部分行政的程序上面，會不會比較複雜或增加行政成本？這是我的一些想法，謝謝。

主席

謝謝，再來是不是干代表？先請護理，林代表，謝謝。

林代表綉珠

主席、各位委員大家早，真的是非常好的時機，在護師節的前夕，召開此次會議，剛剛幾位委員在護病比跟住院護理費的給付部分都說得非常清楚。我首先澄清一點，剛剛代表提到說，98 年到現在看起來沒有累積成果，我在此報告，事實上，所謂的累積成果從 103 年護理及健康照護司所公告的資料得知，總離職率從 101 年的 13%、102 年的 11.2% 到現在 11.15%；總空缺率也從 7.22% 降到目前的 6.10%，錢的部分也許不多，但因為這些錢進來之後，讓整個的護理人員重回職場，

整個護理就業人口的增加，工作年資增加，工作的滿意度也提升，我想這才是提升住院照護品質方案，從 98 年實施以來，一個很重要的成果。剛剛委員有提到的就是說，為什麼我們會跟醫界想法不同，其實剛剛幾位委員幫我們說明的非常清楚。我們希望獎勵重點放在護病比連動的部分，滕委員剛也說到，work load 才是護理人員最重要的 concern 部分，他們不願意到職場是因為一個人要照顧非常多的病人，如果說一個人得照顧這麼多病人，給他再多的錢，他也不見得願意留在職場。所以剛剛提到說為什麼找不到人，假設我們把他的工作 loading 降低，他們大多數都願意留下來，所以護理師護士公會的方案，是希望多數的錢能夠用在真正讓護理人員看到，當護病比照護的人數下降時，我們再來獎勵。事實上整個獎勵的錢，都是回歸到醫院，只是醫院需要提報，這些用在獎勵的錢對護理人員做了些什麼事情？全聯會很希望在護師節的前夕，各位委員能夠支持。讓護理人員確定看到護病比是有可能逐漸下降的，謝謝！

主席

謝謝。剛剛好像干代表先舉手，是不是干代表要先表示？謝謝！

干代表文男

其實剛才醫院協會也提出來了，說你們的目標跟看法共同都一致，不管有一致沒有一致，講到錢都沒有一致。護理公會提出來，是建議 11.67 億，你們建議的是 7.86 億，這些錢只差了 3.9 億，你要知道這個錢當初他們要到這筆額外的錢，現在能夠給你們轉到一般，沒有意外你們今天講完了，每年就一直成長。所以我的建議是說在這個護師節前夕，讓他們可以交代，帳面上好看，事實上還是你們醫院協會在算，我是希望你們合著良意，如果鬧意見，我們就在健保會，希望很快解決。我不要就這個案子，本來是看好了我們都沒有意見，結

果你們現在提出來意見相左，又相左不是很多，你如果說天南地北那就免說，你這樣聽來 3 點幾億，其實應用還是在醫院協會這邊的應用技巧上，我想今天在護師節得前夕，讓他們好看一些。所有他們在護士公會的人也不時來找我，說他們的護士公會都沒效，沒有替他們講話，尤其是基層的護士全部都說我們來參加都沒效，都是他們在開會他們在說的，說了也享受不到，兩萬多塊，在基隆地方基層公會兩萬多塊，30K 都還不到耶。我如果帶你來看，端一杯咖啡給你喝，這是最實際的呀！他連那個守則去看出來，所以我希望這個案子不是很複雜，你們原先見解也都一樣，把大前提都放在這裡，你如果說好，同意，這個事情就解決了，趕快過，謝謝。

主席

謝謝，那我們潘代表剛剛先舉手，再來是我們謝代表，再來何代表，來！請，潘代表！

潘代表延健

主席、各位委員大家早，我首先還是要表達一下，因為上次的協調會算是相當圓滿成功，因為護理的代表跟醫院協會代表的意見非常的兩極，但是最後達成現在這個差距並不大，但只是在想法上面還是有一點點落差，醫院協會這邊的想法非常簡單，因為我們現在的護理費支付護理薪資的成本差距好幾倍，既使本次全部調高護理費仍然無法彌補；如果從我們長遠的醫界、醫療環境還有健保永續的長久來看，我們都往一個趨勢在走，就是說每一項的支付應該要對應到合理的成本，所以如果這個趨勢是對的話，而且這筆已經轉到一般費用裡面來，應該回歸到護理費，未來在談成長率的時候，在這塊裡面就已經有一部分開始慢慢 cover 掉了，所以從長遠的財務來看，這個方向應該是比较對的。第二個就是說，在我們整個獎勵的方案裡面，我們統計過

所有醫界，以醫中的狀況來看，就是說以護病比的這個比值來看，不是所有的醫院都拿得到，我們憑心而論，尤其是在 1-12 月裡面有高有低，所以這個獎勵金如果沒有發完的話，最後又回到一般費用裡面去，也會讓護理這筆預算這個錢他的美意又被打折扣了。所以我們希望他就是真的完完整整能夠回饋到護理人員身上，這是我們的想法。所以我們也希望就是說，當然獎勵還是要，所以上一次我們在討論的時候，只是這比值上有一點差距而已，所以請委員能夠體諒。剛有委員提到，放到護理費調整，是直接反映護理的價值，以及護理的薪資上面，這是對他們最大的一個肯定。最後一點我想要再提出來就是說，這個新的護病比是放在評鑑標準裡面，可以想見的接下來護理人員搶人大戰，又會開始慢慢展開了，明年醫學中心在北區整個全面 PK，所以護理人數不足的地方，可能地區醫院跟區域醫院又要開始準備緊張了。所以在這點他相對的效應上面，也可能請大家再考量一下，以上。

主席

好，謝謝。來，謝代表。

謝代表文輝

我延續這個潘代表的意見，我是希望最後的結果最健康的就是我們一個有很合理的給付制度後，就不用再獎勵了，好的制度本來就可以創造一個好的生態、健康的生態。我說一個坦白的心裡話：今天這個制度下去，我借一個實務的觀念給大家參考，事實上他會產生這樣，今天我們先釐清邏輯，所有的醫院都在搶護士沒有不搶的，我們來看護士在醫院裡面 9 萬多個，含年終獎金、三節獎金和其他獎金全部加在一起總成本 450 到 500 億左右，絕對差不多。照剛才代表說的，衛福部調查發表提高薪水約 8% 是多少？快要到 40 億耶！這麼多年我們每一年編的錢哪一次有到 40 億，每一次都是 20 億、25 億，跟謝天仁

委員之前說我是給你點火、給你放火、讓你火燒房子那是你家的事情，對嗎？所以事實上醫院本身是真的投注資源超過所編列的專款。我們健保這個錢實在是賺到、撿到，編 20 億 A 到 40 億。你現在來看，請不到護士，不符合護病比是醫院要的要嗎？不是啊！醫院是擔心得要死，怕護士又跑掉做不久，那你到時候就會懲罰到喔。護病比越低就是患者都要擠進來住形象好的醫院，根本照顧不來，所以形象好最辛苦的護理員一毛都拿不到。今天如果說所有的醫院沒有護病比要管，不要請護士讓她們在那邊血汗，那樣當然一點錢都不要給他調護理的護理費，因為我就是知道你的本質就是不要請；現在反而顛倒，最辛苦的就是患者很多擠到連病床都要加床，護病比反而怎麼算都不會過，最辛苦的醫院民眾最愛、服務做最多，到時這塊畫這麼大塊的資源半毛都拿不到。所以我們要瞭解背後的心態是什麼？今天心態如果是大家本來就沒有故意訂這些，故意請的比例不夠，但實際上不是這樣呀！所以在實務的執行上面，所以我是覺得真的要調升，坦白講個良心話，像現在的情況，這些錢就應該直接都放在護理費裡面。因為事實上醫院已經在爭相請人，評鑑的護病比已經在那邊了，工作上都已經如此血汗了還叫這些護理人員天天去算這些護病比，又多一件工作，你知道嗎？所以我是感覺就實務在做的人看起來實在是很沒邏輯啦！

主席

好，等一下先請何委員，然後再請葉委員，然後再來請這邊。好，謝謝！先請何委員。

何代表語

主席、各位委員，這個請不到人不是只有醫院，我們企業界也都請不到人，我們短缺 24 萬多工人耶，因為我們的出生率只有 0.8，是

全世界最低的出生率；我們的老人是全世界已經列入高老人的國家，今年已經超過 12.0 % 的老人比重，今年是台灣人力最高的巔峰的一年，明年開始有 18 萬要退出職場，不只是護理人員、退休的人員，就是 65 歲以上明年要退出的有 18 萬人，所以每個行業都會缺人。我在這裡剛才護理公會提到說，你從 13%、11.2%、11.15% 這是空缺率還是離職率，我想弄清楚是空缺率還是離職率？第二點，從 98 年開始到現在你們護病比的數字能不能一張給我參考，好不好？要不然我們在六月底以前健保會開會的時候，我們怎能夠去同意或動支預算。那麼第三點是我不知道醫院協會跟護理公會的爭執是在護病比的部分，還是調升薪資的部分。

羅代表永達

我們認為這個多一點這個少一點，就這樣而已，錢的問題啦！

何代表語

那你們剛才一直認為說都沒有什麼意見只是差一個觀念，支付護理薪資怎麼會差好幾倍？我聽不懂這個剛才潘代表講的是說…支付比薪資差好幾倍是給每一個人的薪資差好幾倍，還是整體薪資差好幾倍？

潘代表延健

我們用單一的護理費去換算我們實際在病房裡面照顧的護士薪資來算的話，他是沒有辦法支付護理人員的薪資啦，我們付出去的薪資是拿到的護理費好幾倍。

主席

謝謝！再來是葉委員然後再這邊，我們就可能要做個討論。

葉代表宗義

主席、各位大家好！裡面我的年齡是最高啦，說話有時候隨便講，是是非非請你們原諒一下喔。第一個我最近很常住院，住院但是在私人的醫院跟公家醫院的醫生跟護理人員服務都不一樣。所以現在我們在談說護理人員問題出來，你如果去普通、小間的跟去公立大間的結果有差別，什麼差別？應該大家都瞭解啦。那麼第二個問題，我認為因為今天這個案子是報告案，而且今天是個臨時會議，那麼臨時會議來聽一個報告案來討論這個報告案，結果以後變成什麼樣，報告案不可能說有個表決嘛，我們也不可能改變成怎麼樣嘛，那你兩案併陳，我的希望如果兩案併陳的話，做一個折衷，我相信上面他會按照我們折衷的案來走，不然就沒辦法走了嘛。那麼如果是這樣的話，我們希望往這個方向來做一個結論，再講的話很難講。裡面何委員和我倆是生意人，其實醫院也是生意人，我們在請員工也是很麻煩，你如果請員工也是很麻煩，如果有一天護理學會成立一個公會、組一個勞工團體出來對抗，未來也是有很大問題出來，以後的事情還很麻煩喔。所以我是感覺說醫護人員也是你們的員工，你們也是要給人家照顧，也要合理，我的意思是一個折衷的方案，能夠來解決的話今天就解決掉，不然臨時會議開老半天也沒意義呀，謝謝。

主席

好，謝謝葉代表。葉代表有提出來說看有沒有折衷方案，這個折衷方案看大家同不同意？希不希望有個折衷方案？這案最後一位。

黃代表啟嘉

主席，我是醫師公會全聯會的代表，其實消費者跟護理師公會的看法我都非常的同意，不過只是看到現實上我是為民眾擔憂，為什麼擔憂呢？因為剛剛其實正如醫院方面代表講的，在我地方公會，整天

在幫衛生局協調就是關床的問題，為什麼關床呢？因為護病比的關係，結果因為為了追求好的護病比是病人得不到照顧，我很擔心說今天以護病比做獎勵，會不會有些醫院覺得我多做反而不會賺錢，少做一點有錢，我今天就關床啦！傷到的是消費者耶，我不知道消費者知不知道這一點，在這一點我不是醫院的人，我是一個消費者，我如果關床就沒有地方去看，每天我都要幫衛生局拜託你醫院，醫院說我請不到人阿。我其實知道護理師公會的策略，他是用護病比下降，反正我不擔心你不調薪水，我只要你護病比下降你給我獎勵，你薪水非加不可才給我搶到護病比。問題是事實上做不到，因為他們拿起來他們經營不下去，他們只好往另一個方向把床關起來、護病比下降。我今天講這個話我並不是醫院的人，我今天講話應該算公正，護病比可能傷到的是民眾，我比較擔憂，所以這一點讓民眾也瞭解。

主席

這案也討論了快一個小時，這是一個報告案，我想徵求各位代表的意見，當然現在是兩案，程序上兩案也可以報部，就請部裡去裁定，這是一種選項。第二個就是說，可不可以在這裡就有折衷案，然後送上去程序就會快一點，因為我們必須在 6 月底前提健保會動支，否則就是收回，所以我們也有時間上的壓力，今天必須要做個決定。所以我徵求如果兩方都堅持你們要的，當然就是報部，如果在這裡頭剛剛葉代表有建議可不可以折衷，那折衷的意思就是找中間點，既然兩邊都堅持。我們也準備一個折衷草案，所以徵求各位代表的意見，並尊重大家的共識，看願不願意這樣？如果願意的話，我們就把這個折衷案發給大家，避免用太多的時間在報告第一案。有沒有反對？

林代表綉珠

護理師護士公會全國聯合會的意見，我們沒有被授權說可以更改

我們原來的建議案，所以這部分我們是沒有辦法同意，我們建議是兩案併陳，事實上剛剛委員提到……

主席

這位林代表還沒講完。

林代表綉珠

剛剛提到的就是說各醫院請不到人的事情，我要在這邊跟大家報告，大家都知道我們有 14 萬的護理師，可是為什麼沒有投入職場，我想這個部分剛剛委員都講得非常清楚，應該是有很多很多其他因素的。我建議各個醫院都可以跟請得到人的醫院去學習，因為也有很多醫院請得到人，以上報告。

主席

好，最後一位是何代表。

何代表語

我在這裡提出來是這樣子，他們護理公會這個有自己的方案，醫院協會有自己方案，可是我們付費者代表也有我們付費者的方案嘛，所以我們支持你折衷的方案給我們，我們在上面簽名嘛，三案給衛福部來簽嘛，這是第一個啦。第二點，護理公會不要夢想 14 萬護理人員會回來，這些人不是嫁給醫生都嫁給企業界老闆、去做醫生娘，還有去做老闆娘，有的都是轉業。我今天跟你講，國賓大飯店的協理古小姐，她原來是護理人員，可是被一個大企業家請去辦公室當他專業的護理照護師，請了三年薪水很高，現在回歸到國賓當協理；那天我去請一些醫生吃飯的時候，她就說我也是護理人員，我嚇了一跳，她說不是因為她嘗試了去從不同工作角度、去自我成長，所以她在國賓飯店裡面的任務就是負責菜餚裡面營養部分的建議案。所以我的意思是

現在很多到美容、醫美中心去都很輕鬆，有很多去當藥廠的推銷員，因為他有藥理的知識，還有健康食品的推銷員，她不會回歸到護理界，我們只能從學校的年輕人再培養。所以我們認為實際上我本來就在想，他們5%、9%、6%、10%、7%、11%裡面就有中間點的數字可以點，我們生意人本來每次在喬事情都是這樣子嘛，一個退一步一個前進一步就解決掉了嘛。

主席

好，非常謝謝葉代表。請各位代表稍微看一下現在發的第2頁，這個加成率中間就有個折衷方案，大家看到沒？這是兩者的中間點，因為我們大概希望一個小時就把這件事情告一個段落，現在徵求大家同不同意採折衷方案，這是第一個。第二個如果不同意，我們就三案併陳，看大家覺得怎麼樣？好，請問大家反不反對？

吳代表美環

請問大家反對是三案併陳還是只收一案？

主席

我先問，我的問題沒有講清楚，大家反不反對折衷方案？

吳代表美環

只有一種案子？

主席

對。

林代表綉珠

公會還是希望維持我們原來6%的方案，我沒有被授權說可以更改

啦。

主席

只有一位代表反對，但是那位代表的意見又很重要，他是代表一方，如果是這樣子的話，那我們就三案併陳，好不好？好，謝謝各位代表，那我們三案併陳，請部裡頭來裁，接下來報告案第二案。

第二案

案由：有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫之「特定疾病門診加強照護-腦血管疾病及顱腦損傷」支付方式案。

主席

好，謝謝。這案是中醫支付標準修訂案，在去年第四次的總額研商會議已經通過了，那次是程序上報共同擬訂會議來請大家通過，不曉得各位代表有沒有意見。

葉宗義

沒有，就讓他過吧。

主席

好，謝謝。那進入討論事項第一項。

討論事項

第一案

案由：「快速結核病分子診斷」等乙項全民健康保險醫療服務給付項目

及支付標準新增診療項目案。

主席

好，這個是新增支付項目，我們今天請台灣醫事檢驗學會的林口長庚醫院醫檢部吳竹蘭部長，是不是請說明。

吳部長竹蘭（社團法人台灣醫事檢驗學會）

各位委員大家好，關於這個快速診斷的部分，因為上述案由講的很清楚，因為臺灣是結核的盛行區，所以在實務上，臨床上常常會碰到病人在急診或是住院，希望馬上知道病人是不是 TB 感染，需不需要做隔離，避免造成院內的感染，所以需要有一個檢驗項目是當下可以做，可以發報告。針對這個部分，學會去看過成本分析，也有分析現狀可以使用在急做的部分，我們覺得這成本分析是相當合理的。另外因為在適應症的部分，我們認為醫師應該希望當下就可以知道結果，所以我們建議是必須在醫師開了醫囑後的當天發報告。同時應該是現在檢體，因為現狀有一些也可以用鑒定，所以為了避免誤用，所以我們特別強調應該現在檢體直接操作，才能達到防疫上、實際上目的。另外，為了安全考慮，所以我們希望用在生物安全櫃 P2 的實驗室。同時在適應症，很顯然要在結核抹片呈陽性的個案，因為陽性個案的傳染率是相對比較高。陽性個案無法得知它是 NTM 還是 TB，所以很需要這個檢驗。同時現狀我們臨床在用的試劑部分，如果說是需要用在肺結核陰性的部分，我們也希望這試劑能確認它可以用在抹片陰性，因為市面上很多的試劑只適合陽性，以上是學會的意見。

主席

好，謝謝，學會的意見也跟我們議程第 23 頁的共識是一模一樣的，就是適應症跟支付規範部分，成本跟財務衝擊。請問各位代表對新增支付項目有沒有意見，黃代表。

黃代表雪玲

請問這個有沒有可能讓疾管局出，為什麼我們健保要出？

主席

它還沒有確診，但是在過濾，確診才會知道是不是。請～陳代表。

陳代表志忠

對不起，我們不是傳染病的專家、檢驗的專家，不過在適應症，剛剛檢驗學會代表說的，第一，如果我們做 acid-fast stain 陽性，要再分 NTM 還是 TB。可是又寫第二個，雖然沒有染到，可是我們懷疑他是 TB 病人，但是圖片的耐酸性染色是陰性的也可以做，那有那些不能做？我臨床上這個病人九個案，有哪些不能做？

主席

這個等會請吳代表表示意見，滕代表。

滕代表西華

我的意見跟黃代表有點類似，如果病人在以前都沒有確診，也就是說這是一位初診的病人，我覺得這費用在傳染病防治法裡面的篩檢應該是由 CDC 付費。但是如果這病人是已經確診的病人，我們在治療跟追蹤過程中，我們要再確定他是否在控制之中，再由健保來付這筆費用我覺得可能比較合理。因為根據傳染病防治法裡面治療那部分，除非是強制隔離費用是由 CDC 付費，其他全部都撥給我們。所以，我覺得應該要有階段性，我覺得前端初診未被篩選過的病人，應該由 CDC 來付費，傳染病防治法也有規範。第二點，我的疑問陳代表也有提了，就是有哪些人是不含在裡面？

主席

好，謝謝~潘代表。

潘代表延健

我只有一個問題，因為我們預估一年實行的次數非常的精確 35,507 次，所以能算的這麼精確的數字應該會有很精密的計算方式，所以待會能計算一下也說明一下，因為我覺得財務衝擊這部分還是須要說明。

主席

好，請吳部長說明之後，再請吳美環代表表示專家意見。

吳部長竹蘭（社團法人台灣醫事檢驗學會）

針對由 CDC 付費還是如何，我可能沒辦法代表意見。在專家意見裡頭，我們在臨床上的確有限制性，是住院跟急診，而非門診，所以門診的病人當然不適用，所以一定有排除。另外，若代表質疑的話，其實這方法也不適合用在治療以後的病人，因為治療以後的病人已經有陽性，所以不是說治療以後才做檢驗，因為它要做的是急切馬上要排除避免它去住院造成問題，它是有急切性。

主席

請吳代表表示意見後，再請醫管組發言。

吳代表美環

我想提案這邊會沒辦法，可能因為目前沒有資料，但難免造成混淆，有可能造成大家焦慮而做檢查。所以如果站在這兩邊，我倒是希望跟以前一樣，先做一年再來檢討。比如說，我們先用建議適應症第一項看看，同時有做其他的有多少病人，影響面有多大，我想這樣各位代表會覺得這資源的使用比較適當。所以說是否先分階段，我比較

偏向分階段，先去做，再看這一年的情況。

主席

我們謝謝吳代表，吳代表建議是適應症的第二項暫時不要，請~吳代表。

吳代表進興

主席、各位代表大家好，其實這個案子在去年就討論過一次，當初各位代表是怕會濫用。當初全聯會提出這案子，最主要考量是以以前的檢測的方式沒有即時的發現，造成很多的民眾在疑似的狀況之下就被隔離一週，造成工作的負擔跟社會成本的付出，而且醫院還得緊急挪出一個空間。另外，剛剛在討論這三萬多件，我們很感謝署裡有抓出數據，臺灣就是每年有七十八萬個要做 AFS 染色的病人，每一個都是驗三套，全部加起來約 3 萬 5 千多，其實數據還要再除以 2，因為每一病人都是採驗三套，我要強調這是重複的部分，實際上的人次約略是 1 萬 5 千多。而做新的檢查後，也不會再做原本一千塊的 12182C，所以原本的項目也就沒有了，不能重複，現在規畫出來是 2341 點，其實真正增加支出的點數是 1431，乘以 1 萬 5 千，這部份我跟大家做個報告。而當初為何會提這案，是因為以前並沒有即時性的檢驗方法，而為何要把這新檢驗方法提出，是讓民眾能夠得到即時的診療服務，該住院該隔離的能即時驗出，儘可能避免造成民眾不便的非必要隔離，因為隔離一週，都會產生一些費用，若能立即檢驗出來，後續費用就能省下，大概每一例省下約 7,439~21,061 元的健保醫療費用，相信這是有幫助的，以上說明，謝謝。

主席

好，謝謝吳代表。陳代表發言後，再請醫管組說明。

陳代表志忠

其實我剛剛意見並不是擔心費用問題，這牽扯很多問題，我只是提出適應症的第一二項適用範圍，剛剛吳部長也回復只限在急診跟門診部分，在實務上，若門診有看到疑似症狀病人我們也想趕快確定，我是再講這一塊。雖然在支付標準表上是說門診不能給付，很簡單呀，就請病人去急診檢查即可。我不是再講費用問題，我是講病人要不要隔離，其實是適應症的第二項，你有沒有看染色陰性那些病人才是我們需要用高度懷疑做立即排除。我剛剛才想到一件事情，我不是胸腔科醫生，我是泌尿科醫生，我們以過去一些案例我們高度懷疑，可是拿不到檢體檢測，我們這個支付標準是否僅限痰液的檢查，假設尿液的檢查或是膀胱鏡做了活體切片，可不可以，在這技術上是否要請教檢驗學會。

主席

好，謝謝，現在就請學會簡單的回答，再請醫管組回應說明大家質疑的財務評估部分。

吳部長竹蘭（社團法人台灣醫事檢驗學會）

我想以專業的立場，現狀用 sputum，大部分沒有用在其它的檢體，主要第一個就是說有濃縮的問題，其實是可以做，但它的敏感度未必可以達到 90%以上，我們現狀的方法中沒有像痰液一樣有 90%以上的敏感度。

主席

學會這邊的試劑取得許可證多久？

吳部長竹蘭（社團法人台灣醫事檢驗學會）

有~基本上這有多久我沒辦法提供數字，但是有許可證才會再用。

主席

好，再來請醫管組來說明。

龐組長一鳴

數字的部分，我們同仁太老實了，因為用現在適應症直接去乘上學會提供的 8%，沒有用約略，所以那數字請手下留情。FDA 請再次確認，因為我上該公司網站它顯示產品供學術研究，非供醫療診斷，大家都能 google 看看，所以這個案子是否建議先保留一下。

吳部長竹蘭（社團法人台灣醫事檢驗學會）

我想站在學會立場是建議，當初我們去查成本的時候，並沒有完全針對這試劑，是針對市面上已經可以用的，我想可能很多專家都知道別的試劑，而且它的成本其實比這個還高，所以當初我們沒有提是因為就成本角度來說，這個已經非常合理，因為事實上已經有臺灣可以通過的 FDA，所以我們可以在上面加註必須要 FDA 同義的這個字眼，也是可以。

主席

好，因為再去查一下，有一點疑義，關於是否只供研究使用或是已經廣泛使用，這保留請醫管組先弄清楚。除此以外，關於吳代表對財務評估的意見，也留給醫管組再次確認。第三點，吳代表給一個建議，適應症部分若通過，先用第一個適應症，避免使用第二個適應症比較無法 control。這三個部份的建議之下，前提是還要問 FDA，這我們會後再問。若 FDA 認為還是限研究使用，我們就暫緩。若 FDA 認為是 OK，那我們剛剛修正完適應症及精確的財務評估，代表們還有意見嗎？何代表~

何代表語

主席，各位先進，因為我看到這肺結核，我就想到我被烏龍了一次，我 22 歲在嘉義時，因為當時很忙呼吸很急促，就到嘉義市民族路有個黃國男醫院去照 X 光，當時他說我得肺結核、肺病，所以拿一個月的藥回去，當時沒健保，一個月的藥要多少錢，我拿回去吃一個禮拜後覺得不對，自己怎會得肺結核，所以就到嘉義市肺結核防治中心，他們重新檢查，檢查結果我沒有得肺結核。所以我很冤望的吃一個禮拜的藥，又花一個月的錢。我看到這案子，就讓我想到檢驗的正確性很重要。如果像黃國男醫院這麼給我烏龍，我當時 22 歲，40 多年前，我破費了一個 month。我很贊成主席剛剛提的意見，如果 FDA 認為這不是只有檢驗，我也是要支持，正確的檢驗是很重要的，不要像黃國男醫師這樣呼嚨，對我傷害很大，我心裡永遠記住它的名字，黃國男醫師。所以我支持這案子是因為我也是親身受害者，我希望有正確的檢驗來對症下藥。

主席

好，謝謝何代表，請~

滕代表西華

是不是一併跟 CDC 照會一下，關於初診的病人的費用由 CDC 編列費用，之後再由健保支付，能否查一下法規確認。

主席

好，最後請學會這邊。

吳部長竹蘭（社團法人台灣醫事檢驗學會）

主席，我想建議，因為事實上不只一種方法，若要請 FDA 確認，我們可以再提供其他方法，一併再請 FDA 一起確認、討論，我們也可以提供成本分析。

主席

好，既然學會會再提供一個替代方案，鑑別診斷的方法，我想今天就不繼續討論，因為也有 FDA 是否許可的問題，以及滕代表說的該由誰出錢的問題，我們就暫保留，醫管組把相關資訊蒐集後，在下個月會議討論。請~

吳代表進興

不好意思，我大概跟大家再做一個報告。因為目前市面上應該有好幾種試劑通過 FDA，剛剛代表也提到是否要挪到 CDC 這塊，其實這是第一次初次檢驗的鑑別報告，這報告很重要，而且現在 AFS 染色檢查的偽陽性率有 50%，是相當的高，檢驗結果是陽性馬上就要隔離一個禮拜，這一禮拜期間即會增加一些非必要的醫療費用及民眾的不方便。請署裡再去做一個評估調查，FDA 在市面上有多少的產品有通過認證，如果可以的話，站在全聯會、民眾的方便性、檢驗結果的即時性考量，全聯會及檢驗界的立場是~能夠盡速將這項目導進來，謝謝。

主席

我們立場都是一樣的，能夠第一時間鑑別是不是結核菌，沒有人反對，大家有遲疑的是，第一個 FDA 有沒有確認，再來是誰出錢。學會剛也提出來可能還有另外一個可能性，我們就留待下次做最後確認，僅差一個月。我想付費者剛剛有提到病人也很需要。干代表您還有意見。

干代表文男

我贊成前面代表的說法，如果在各項裡面可以的話，就不要再拖，越快越好。已經半年了，六月份要做的事情還很多，如果再拖下去，這案子就授權給醫管組處理，如果可以的話就馬上進入，謝謝。

陳代表志忠

對不起，我們這個說明第 23 頁，準確度高達 98%，這是指哪方面的準確度，是 NTM 還是適應症的第 2 項？

主席

不是啦，是第 1 項。我想因為還有一點問題待釐清，我們也完全理解付費者覺得這是非常殷切，所以我們儘速排入下個月的共同擬訂會議，排前面一點，儘速來討論通過，我們這個案子就暫且討論到這裡，第二案。

第二案

案由：調升支付標準編號 28031C 及 33024B 二項診療項目支付點數，以包裹給付過程面必須使用之「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」等 3 項特材案。

主席

這個案子的專家是邀請消化系醫學會，今天有林口長庚醫院的邱主任，是不是先說明。

邱主任正堂(消化系醫學會)

主席，各位代表謝謝大家再上次會議通過上消化道內視鏡切片，使用單一使用拋棄生檢鉗，對所有的病患來說這是一個福音。最主要最近食安、病安、藥安都一大堆，在此我們所使用的單一拋棄式拋棄生檢鉗，在所有先進國家其實都已經使用這方式，何況是用的在大腸方面，因為大腸的菌落、細菌是比較多的。另外在所使用的病患裡面，如果

重複使用大部分是使用 cidex 消毒的方法，cidex 是有毒性的，在消化系醫學會跟消化系內視鏡醫學會管控都做得很好，但是沒辦法百分之百以後會怎麼樣，我們都知道它的毒性會致病，甚至還會造成局部的腸胃道發炎。所以我們是認為在署裡方面的應該是上消化道跟下消化道能一起同時加入單一使用拋棄式的生檢鉗或組織夾，來造福我們臺灣的民眾，以上報告。

主席

好謝謝，請臺大的王教授補充說明。

王醫師秀伯(消化系醫學會)

我想關於大腸的部分，邱主任已經講過，另外我補充說明，關於 ERCP 所使用的導線跟再導管，過去這些器械在仿單上全部都是單一使用。過去因為沒有在裡面，而原來的 ERCP 的技術費是四千多點的時候，必須由醫院跟病患收取自費項目，但是我們希望還是能包裹在支付點數裡面，不要再跟病人收費，這是我以上的報告，謝謝。

主席

好，謝謝，那這個案子有說明二跟說明三，一個是拋棄式的生檢鉗或組織夾，另一個是雙頭導線與造影導管，這幾個過程面的特材要包裹支付於現行支付標準診療項目，目的是減少病人的自費，這部分各位代表有沒有意見？

黃代表雪玲

請大家翻到第 31 頁，這是健保署去各家醫院訪價的結果，不過健保署訪的價是進價，也就是醫院的進貨成本，健保署在做給付時雖然

有給加成 1.05，可是現在調整的是處置項目，在給付上是以浮動點值計算，用的是醫院的進貨價格，所以我會建議在給付時把浮動點值校正回來，而且預算是用 1 點 1 元計算，反過來在給付支付標準時應該要調校 0.8 幾的浮動點值。也就是說像單一使用拋棄式導管，給付我們 6,580 元，應該是反除 0.85 或 0.89 也 OK，不能壓到我們進價還要賠本，我覺得這樣才是合理的。

主席

好，另外代表還有沒有意見。

干代表文男

這次的調整幅度很高，比以往高。如果為了切片跟手術，我是希望盡量在醫院實施，不要在診所，如果在診所，萬一出問題會不知道怎解決，我希望要由醫院實施。葉代表上個月提出來很多的問題，希望這部分能在醫院實施，謝謝。

主席

好，另外陳代表請表示意見。

陳代表宗獻

主席，非常謝謝干委員在整體面上面做這樣的考量，其實這一點就是我本來要講的話，其實我們在這地方討論很多的項目，在各個醫學會來講都是認為天經地義，必須要用的、必須要開放的、必須要不跟病人收費用，那這有點違反我們使用者付費的原則。以 28031C 來講，這如果是在基層裡面，從 369 點提升到 1019 點，這種提升將近三倍多，但是我們沒有那個費用。所以如果今天消化系醫學會來提出這個，到時候胸腔醫學會、婦產科醫學會、心臟內科醫學會、兒科醫學會它們都來各自提各自的，那費用要從那裡來？再講回來，除了安全

性之外，如果這地方在基層實施的話，我們從那來拿這預算？我們勢必要從胸腔、婦產科、外科、心臟、內科等等撥下來，因為點值並沒有達到 0.95，連 0.9 都要拼一下。所以在這部分，我是覺得基於剛剛委員提到的理由，還有預算的問題，如果沒有預算的話，我是覺得建議基層可以排除掉。

主席

好，謝謝，黃代表，請。

黃代表啟嘉

我是這樣講，有關支付標準的調整，我應該可以分兩個情況來調整，一個是在總額談判的時候，把預算撥進來可以調支付標準；另外是我們談判結束後，要再做內部重分配，當然要以預算中平為原則，包括去年合理量的調整也是預算中平為原則。這個突然從三百多塊漲到一千多塊，請問多出來的預算要從那邊移過來？

主席

有兩個問題醫管組要回應，一個是剛剛黃代表講的訪價，一個是 C 表的部分，這兩項是不是先回應一下。

林科長淑範

先回應第一點，現在訪價，我們訪的醫院確實是你們提供的進價或是購買價，但健保納入給付之後，使用量一定會增加，就長期來看，單價是會往下降的，往下降之後，就過去支付標準調整的經驗，我們沒有再修支付標準，沒有把點數再下降，這是第一點回應。第二個，基層代表提到 28031C 一部分預算會用到西醫基層的點數，因為它現在用在基層，其實是可以提升品質減少病人的感染率，是對整體來講有好處的。

主席

謝謝，再來徐代表。

徐代表弘正

剛剛醫管組在講的，說量大價格會下降，可是萬一它不下降呢？我們可不可以差額請病人付？因為我們經常碰到，連很小很小的東西成本價都比給付價低，然後又不准收自費的時候，醫院是做一個虧一個，你量大我們虧的越多。我們心裡面在想使用者付費，假如是我認為也應該這樣子，如果是這樣我都虧的話，乾脆我希望都不要通過，讓使用者付費。

主席

還有沒有哪位其他代表，請謝代表。

謝代表文輝

主席，我覺得這項目，剛剛干代表反應說一下子調很高，其實不是一下調很高，其實本來這些項目是患者自費的金額，這調高來講對醫院其實也沒有什麼增加嘛！本來就收自費，像黃代表提到你查的是進價，但若之後是浮動呢？所以我是覺得調多高其實是替民眾負擔，當然在醫院這一塊，因為我們在新增支付標準預算有三億，當然是有合理性提出要納入。醫院其實本身也不是很想要納入，這樣會綁手綁腳，而且萬一像長官說會降價，結果沒降價，那不就慘了，而且還變成浮動的，原本是拿一元的現在變八角你知道嗎？所以我覺得這很重要的是說，為了新增支付標準，這是對民眾好的，但不要讓醫院吃虧。我是覺得我們現在訂這價格必須去調整浮動點值的差額，至少要把它調起來，讓醫院覺得大家都沒吃虧很公平，不要說進來都被剝一層皮，我是覺得要調一下啦，這樣醫院接受起來才不會特別痛苦。

主席

好，謝謝。再來干代表。

干代表文男

我講一下，剛我講不要在基層，現在調高一點我是不覺得怎樣，最重要的是不要到基層，都在醫院做，不然中心、醫院都沒啥賺頭，所以我是希望不要在基層做，我是反對說在基層做，不然萬一出現問題就很麻煩也不好彌補，謝謝。

主席

好，黃代表~

黃代表雪玲

剛提到說廠商會降價這件事情，但是以浮動點值來看，就以臺北業務組約 0.83、0.84、0.85，你要跟廠商壓 15%的折價那是不可能的，所以我覺得你已經估 1.4 億元，所以其實你在價格上對編的預算不影響，只要支付標準稍微調高，到時候你付費時折回來是剛好等於我進價，我沒有虧本這樣就好了，不要讓我們變成是虧本生意。

主席

學會這邊有沒有要補充？

邱主任正堂(消化系醫學會)

關於剛剛各位委員的指教，我們都非常的感同身受，因為在臺灣 LMD 個別開業的醫師他們都有做，因為我們是配合國家的政策，就是全國大腸癌的篩檢，所以已經普及到地區醫院、診所等，目前在消化系醫學會跟內視鏡醫學會在這方面的教育訓練其實做得很扎實，大家都有目共睹，他們表現的都很好。我是認為如果在地區醫院或是私人

的診所裡面，他覺得沒有把握他就不應該做，這是每個醫師的天職，如果沒有把握就不應該讓病人冒險，這應該是每個醫師要做的，我們很難去規範說可以做那些不能做，學會的立場是這樣。第二就是我們希望能讓全民都受益，現在大腸癌篩檢如火如荼，若能讓全民受益，這是學會的立場。而預算上面，就看看署裡面的意見及各位代表，謝謝。

主席

好，還有其他代表嗎？

林代表淑霞

各位翻一下今天資料第 5 頁，這是 104 年醫療費用核定的項目表，我們看到保險給付項目及支付標準的改變，大概編列了 22 億，大部分是針對新增診療項目跟新藥及新特材等，我們現在討論的拋棄式生檢鉗或組織夾」等 3 項特材不是新特材，重點是在於這金額實在是太大，會不會因為這樣造成其它必要性的、對民眾有益的事情，反而因為費用不足而沒有辦法去執行調整？有關這特材，這麼多年民眾已經習慣自費，個人覺得小額的自費對多數民眾來講其實負擔不大，再加上技術上如果再考慮固定點值、浮動點值，包括剛剛黃代表、謝代表講的那一段，我想技術上可能高難度貴署應該無法處理，所以是不是可以維持自費項目，這是第一點。第二點，有關量的評估可能低估，尤其當列入支付標準以後，這個量一定會增加很多，以上。

主席

好，謝謝，醫管組再回應一下，針對各位代表的意見。

李副組長純馥

現在大家覺得定價的部分還需要再討論，不過因為我們實際上有

去訪價，限於我們的量能我們沒有辦法全部訪，但我們有去請教有在使用的醫院，我們還是希望他能夠買進來，當然價格部分我是覺得我們如果去算平均價的話，其實有一些還是會被我們拉上來，還是比它的進價高很多。另外使用量的部分，我們這是用過去的使用量去估，我們也沒辦法預期，不過我們承諾說實施後我們會去偵測它的使用量，如果需要的話，我們會到這會上來報告。

主席

好，來陳代表。

陳代表宗獻

第一個，量的問題其實可以去估算，你不能用過去自費買了多少，因為只要有這項目出來的話，就會全部移到這個地方來，所以絕對是低估。另外，我是非常期待我們在討論這些問題的時候，醫學會站在品質，這是非常好的槓桿，站在品質、站在民眾安全，我們是站在整體的基層 performance、財務穩定的狀況去考慮，這中間是可以 balance。但是僅用品質是沒辦法說服我們，因為品質有價，我剛剛有提到，太多的科，現在目前的自費項目不是新藥、新科技，只有是自費項目非常多，每個醫學會都會提出來，我想這要先釐清，在沒有預算之下，我們確難同意就是這項目在基層使用，因為我們必須對所有其它所有的科負責，謝謝。

主席

好，謝謝，還有嗎？最後一位。

王副秘書長秀貞(朱代表益宏代理人)

不好意思，因為我覺得這案子，有付費者委員也表示這樣調整的支付點數比較高，然後我們醫界也覺得預算財源，還是必須加以考

量，且如果真的納入之後，未來在科系(科別)之間的平衡性也會有問題。

其實大家回歸回來，假使我們認為要減輕民眾負擔，是有很多方法的，並不是把所有項目都納入健保由健保來支付，就是減輕民眾負擔!! 因此當付費者使用這項自費特材時，我們還有沒有其他的方法，可以協助民眾在自費的時候付少一點，是我們可以幫忙的。健保署在藥價的調整很有成效，我覺得可以把健保署處理藥價調整這段的技術或方法，應用在民眾自費特材。協助民眾在自費差額的特材這部分，可以去一個價格的調降，這樣即使民眾自行自費使用，他所支付的費用也是可以減少。再次強調，我覺得不應該把這樣的部分全部轉嫁到健保來吸收、處理，還是有其他方法可以協助民眾、幫助民眾，以上。

主席

這個案子，剛剛大家關心幾件事情，一個是擔心量會多少，因為現在其實我們並不是沒有給付這段過程面，是它非拋棄式的，所以除非病人要求拋棄式才會自費，要不然就用非拋棄式的，其實這個東西是有 cover 的。現在是希望追求比較好的品質，而且事實上也可以減少一些後遺症，所以是一個雙贏，當然可以減少病患自費用拋棄式的特材，這是第一項。第二項是導管這一部分，我們要去想，這是一個處置，有一部分要病患出錢，本身病患就產生很大的疑問，為什麼作這個檢查健保有付還要自己出一部分？那是耗費很多解釋，大家關心量會不會增加，其實應該還好，為什麼呢？因為它並不是過去沒有付的，以後新付的，而且大家不用自付的概念；它是現在有付，只是現在用非拋棄式的，我們是提升品質，這是第一點。第二點成本大家關心用現在的價格是不是合理，我想用現在這個價格，以後數量會隨著大腸癌的這部分，因為盛行率也高，或者是人口老化，而且現在加強篩檢，本身 potential 就在增加，並不是因為這個項目而增加。所以

以前在自費用拋棄式的量，因為這次改變進來，本身拋棄式的數量就會增加，就是由傳統改成拋棄式，所以總量不會增加，但是他會從非拋棄式改成拋棄式，這是必然，所以我相信長期來看進價一定會改變。不過部分代表關心他是不是會這樣，所以可以列入追蹤一段時間後，再追蹤大家的進價，假定有問題，我們再回溯做微調。第三點剛剛陳代表這邊，因為基層今年是沒有預算的，那我們可不可以基層的部分暫保留先備註，等明年有預算的時候再進來，好不好？我們支付標準表先用備註說明，但是我們保留下年度協商的時候把他納進去，這樣的處理好不好，其它代表有沒有意見，請，謝代表。

謝代表文輝

基本上我沒有什麼意見，但是有一點我覺得觀念稍微改一下，應該現在先把醫院團體代表講的很有道理的，因為這個是用浮動點值，把那個浮動點值 0.8 調整完後我們追蹤，追蹤如果真的有像長官講的，市場的價格，因為現在隨便買就是這樣，有掉下來我們下次討論的時候數據拿出來再來調降，就說你實在買很便宜啊，因為現在用量多很多。因為我們是實務單位，你們是計畫單位，你們講講依市場不如預期你們沒事情，我們不同就會虧錢，所以就現在調查的數據，你那是一塊錢，現在付人家 0.85，你當然要給人家除回來啊，除完了把 15%調整上去然後我們也接受啊，經過兩、三年，看到數據已經降 10%，價格我們再來討論，這樣我們才沒有風險啊，你不要讓執行單位有風險嘛，你們規劃單位當然沒有風險，我們執行單位是有實際的風險，所以拜託長官作輕微的修正。。

主席

謝謝，謝代表，再來請醫管組回應本項。

林科長淑範

對於本項大家看書面第三十一頁，其實我們取的都是平均價，那取平均價的意思是有買更低價的醫院，買更低價是大家要努力的目標，我相信購買之後，各醫院管理者都管理的非常好，看到大家有這樣的價錢跟廠商議價的時候，議價的空間又變得更大，這是我的說明。

主席

謝謝，徐代表。

徐代表弘正

這東西你們在算數據看平均價好像很簡單，可是這平均價後面有沒有去探討為什麼那些可以買的低、買的高，這樣子就是懲罰那些小醫院或是量少的醫院，如果這樣我真的建議由健保署來買好了，我們跟健保署成本價我們就這樣支出，你們來分配好了。因為這完全不是實際上在做的時候發生的事情，而且我們現在的藥價也是一樣，我們調查完了我還可以降價，我們完全接受你們作的這個事情，可是我們每次跟廠商談的時候，你們知道他們多硬嗎？我現在希望說要不然主席裁示，如果我們買的成本價高於你們給的價格，差額由病患付，這是合理的啊。我覺得在國外也是一樣，其實健保不是完全給付，我只給一個標準的，如果超過這一個，那病患的負擔只有一點點，他可能只是幾百塊幾十塊而已，我覺得這個要往實際想，不能用平均，不然用最高的來算好了。

主席

好，謝謝，請陳代表。

陳代表志忠

對不起，我釐清一個數字不曉得我的解讀，第三十一頁這兩個比較高價的一個器材，是做我們所謂 ERCP 用的，這裡所列去年一年全台

灣申報量是 7183 件，現在的狀況是沒有用拋棄式的 7183 件，是這樣的意思嗎？這數字看起來有點怪異，地區醫院一年只有 117 件這麼少嗎？

林代表淑霞

地區醫院不可能如此少。。

陳代表志忠

全台灣地區醫院？

謝代表文輝

我在這邊簡單報告，因為管理單位邏輯跟徐代表講的，我都用平均價，所以地區醫院每樣都買不到，所以到最後結果你看到三年，不要說地區醫院，沒半個去做啦，零，就是這樣，就是用制度殺死所有的社區醫院，以後社區醫院什麼都作不到，以後連感冒要去醫學中心看了。

主席

請王教授。

王教授秀伯(消化系醫學會)

跟各位代表報告，這個 ERCP 這個 procedure 事實上是相當侵襲性的，地區醫院其實不是很敢做，成本用的 accessory 比較高。回答另外一個代表的問題，現在是這樣子，這些材料仿單上都是 single use，基本上是跟病患收錢，ERCP 大概只有區域以上甚至醫學中心會做的比較多，因為這個有一點像內視鏡手術，那要切開一些動作會比較危險。

陳代表志忠

是講 ERCP 不是講 EPT？

王教授秀伯(消化系醫學會)

對，ERCP。

陳代表志忠

這個只講 ERCP。

王教授秀伯(消化系醫學會)

對，因為 ERCP 大部分因為有 MRCP 的關係，所以大部分 90%甚至 95%以上，都會有後續的治療，所以他裡面有石頭的話，一個地區醫院只做一個 ERCP 然後就不作其它的，病患就會敗血症死掉，所以他們一定會評估他們能夠做到什麼程度才敢做，所以這是因為技術上的問題，所以他們 case 比較少。

主席

請羅代表。

羅代表永達

我本來想說已經十一點半我本來不想講，談到地區醫院還是要講，地區醫院有做這個手術的都是地方上的很大醫院，例如：竹山秀傳、佳里醫院，那個地方只有他在做，這個絕對不是技術上的問題，那個 training、要設備有什麼難，問題是剛剛這樣的東西，你看假設地區醫院買了東西，因為量的問題，所以我們買的價錢都比較貴。我說實在的像謝代表所說的，將來竹山秀傳、佳里醫院都不會再做，很多醫院都不要作嘛，不要做以後將來在竹山的人他就要去台中市的醫

院去做，這是一定的道理嘛，因為整個南投都是地區醫院啊，大型的地區醫院二、三百床的三、四百床的有沒有？有啊，那他要不要做？他有做啊，你現在給他這個錢，就剛剛謝代表講的制度殺人，制度叫地區醫院不要做的啦，為什麼？因為量相對的一定是比較少的，每一項東西請醫生要多少錢，一個醫師要看多少人，我們買一個東西，因為我們 case 數比較少，可是他就是有心到那個地方去做，可是大家對這些人不只沒有增加我們就是用制度希望他不要做的意思，這個跟學會剛講的東西完全是不一樣的事情，以上。

主席

好，謝謝，其它代表還有沒有意見？醫管組這邊還有沒有要作說明。

龐組長一鳴

剛剛講了很多的健保的基本原則，什麼採購價、藥價，為了這個項目把健保所有制度的爭議點全都講出來了，什麼點值浮動、藥價，好像解決了這個問題就可以解決全部健保的問題。不過話說回來還是要妥協一下，因為健保制度基本上就是訪大家的價採取平均值，這是 whole sale average。是不是按照我們現在的建議案通過，然後觀察一段時間再來做適當的調整，以上建議。

徐代表弘正

你這個平均價是浮動點值，所以你還是乘以 0.85 欸，你是把人家平均了以後…

陳代表志忠

除以 0.85。

徐代表弘正

我知道啦，我的意思是說我們拿到的只是 0.85 欸。

主席

跟各位代表報告一下，為什麼浮動點值會低，也是因為我們數量在增加，其實他是在變動的，我們的數量就一定合理嗎？這個也都是大家要檢討的。所以我覺得這事情是非常的複雜，如果真的要談下去一天一夜都講不完，就是他其實是互為影響，一個複雜的因素之下的一個平衡，未來的趨勢是 base on 大家怎麼做，在行為上的改善，這個有關過程面包裹支付的，過去大部分都是用平均價，所以我們不可能因為本案去改變過去的規則，因為已經很長一段時間都用這樣的規則。基於減少民眾的自費、讓我們的醫療品質提升，這個項目支付就是買到更好的品質也讓這些病患得到好的服務的前提之下。好，兩位代表在發言之後，我們是不是這個案子可能要到這裡，先請謝代表。

謝代表文輝

主席，我想我們都長期在這裡，我們也不會去挑戰那個我們無法解決的問題，也不會去挑戰那個基礎，因為這是大工程大哉問。所以剛剛所有的代表們，大家講的只有一個，好啦，那都尊重你都用調查平均值，那平均值要導入的時候我們只求一個，你現在制度上你要是今天保障點值一點一元那我們就沒話講，只不過矯正技術性上的差距完全沒有挑戰任何制度上的問題，因為我們知道那些目前無法解決，如果以後你導入進去後他是屬於保障點值一點一元，那你就平均值，你每次都是這樣嘛；今天是因為有浮動，那就把全國平均浮動的那個做一個象徵性的調整，那其實是建立一個比較公平的制度，像你說的以後要是量有增加，經過二年還是三年調查完後，我們重新再來講。我相信這樣的處理方式我相信消費者也會覺得很務實，很實實在在的做事情，讓這個好的政策趕快進去，我們也有預算嘛。

主席

好，黃代表。

黃代表雪玲

主席，剛才不是說量的估計是比較沒有問題的，假設估算量是對的，你們在算今年預算估算的時候你是用一點一元去乘，就看第三十三頁這裡去看，估的是一點一元去算這個材的價差算出來的，那你這個預算就是用一元來估的。那其實你在付費的時候是付給我 0.85，那你其實把一些預算其實攤給別人了，這樣是不合理的，因為要實支實付，這是我用成本去買回來的，我並沒有賺到錢，所以其實你不影響你今天預算的估計，你只要把那個價格例如說：6,580 這個單一拋棄式的雙導線你把他調成反除 0.85，你就公告是加 7,741 上去，到時候乘浮動回來我還是拿到 6,850，所以其實對你的預算估算是沒有差。

主席

不是，那個黃代表，如果要這樣講我覺得還要再講一下，其實浮動點值也不是一直都 0.85，而且各區也都不一樣，隨時都在變動，今天用哪個數據也都不對，而且他長期來看跟你的行為是有關係的，這是第一點。第二點其實你在講說我們財務評估到底用多少錢去減對不對？事實上用一點一元去估，對醫界是好的，你要想清楚，他已經是隱含了很多的誘因給醫界，因為他太複雜，有時候我們必須要在某種複雜的情況之下去拿捏那個平衡點，而不是針對一點去講，因為你針對那一點我們其它的要不要講。所以我是覺得說各位都是專家、都很會細算，但如果你想通之後，他其實是一個非常複雜的情況之下，有些我們吃虧的我們也沒有在講，有些你們感覺吃虧的說不定是佔便宜，如果還要再爭執那所有的好意都沒有辦法落實。因為我們站在為全民把關的義務上，我們也需要多做一點這部分的努力，因為我們預

算有限，但是目前民眾有很多需求、需要來導入，所以我是不是在這裡拜託大家就是我們過去的原則，我們是不是 follow，那這樣才有一貫性，是不是各位代表可以接受。

徐代表弘正

剛醫管組說還有調升的空間啊。

主席

有嗎？

徐代表弘正

有啊。

主席

誰說有調升的空間？

徐代表弘正

剛剛醫管組說有調升的空間啊，不然把錄音拿出來，剛剛我明明聽到。

主席

剛剛哪一位有說嗎？

徐代表弘正

不是，我覺得其實我們也體諒健保署，所以我們是決定這個東西是不是回歸變成自費就好，我們也知道你們的困難，可是你們這樣做也造成醫院經營的困難，為什麼不回歸變成自費就好？因為剛剛也有代表提到，不是只有 GI 有這個問題，還有很多科有一樣的問題，如果很多科都把這樣同樣的問題拿出來的時候，這裡面產生的問題更

大，可能不是二十二億元就可以去解決的問題。我們事實上碰到的是真的是成本價低於健保價，而且廠商我們也控制不了，這是根本的問題。

主席

好，其它代表還有沒有意見？徐代表講的問題，其實我剛剛已經回應過了，他其實是在很多複雜的因素之下，例如說我們每年新編的增加支付項目包括剛剛舉的新藥、新材料、新手術跟處置，加起來在今年是二十二億，事實上我們在算財務評估的時候，都估得非常的高，因為一開始其實他是漸進增加的，有時候都先把理想的數量放進去，然後把他算成當年的預算，就用上了。這些在過去以來，長期參加我們會議的代表們心裡面都非常的了解，可是我們從來沒有去把他拿回來過，所以有很多的因素、過去的規則，我想長期在這裡的代表們都知道。今天本案其實是用過去的通則來處理，所謂要加進去的費用，他是一個通則，所以我在這裡頭希望能夠站在病患的立場，雖然自費可以解決所有的問題，問題是有些人付不起這個自費，因此他必須被迫沒有辦法提升品質、他不能用拋棄式，這個從醫師站在病人最高利益的觀點來看，其實學會爭取的就是在這裡，所以我們是不是各方可以各退讓一步，這個案子已經 pending 很久，可不可以讓他通過。

干代表文男

我贊成主席的說法，這個案子已經討論很久了，這個也不是很多的錢，截長補短啦，有的多的你們都不講，少一點你們都講了。如果說按照非協商因素都成長了，你們都不講，有一個、半個比較少的你們就一直拿出來講，我認為這個案子這樣通過，給消費者一個禮物啦。

主席

好，謝謝干代表，其它代表還有沒有意見？好，那我就謝謝各位代表

的支持，我們第二案就通過，謝謝消化醫學會，再來進入第三案。

第三案

案由：修訂安寧居家療護支付標準（醫師訪視費、護理師資格），及安寧共同照護試辦方案收案對象納入急診病人案。

主席

本案我們邀請的是專家學會是「安寧緩和醫學學會」，我們今天蔡理事長也來了，還有一位陳監事，那就請蔡理事長。

蔡理事長世滋（台灣安寧緩和醫學學會）

主席、各位代表還有各位同胞，謝謝大家對於安寧緩和醫療納入健保的支持，那對於健保署擬同意我們非常感謝，那這個地方我請陳監事也是高雄榮民總醫院安寧緩和陳如意主任對於健保擬暫不同意部份提出我們的說明及看法，謝謝。

陳監事如意（台灣安寧緩和醫學學會）

我是十多年前開始作安寧居家療護，那個時候還沒有所謂的安寧居家療護健保給付，那我想署裡面可以去查，當時衛生署是有另外補助醫師 500 元每次訪視，安寧居家療護變成健保試辦計畫之後，安寧居家護理師的訪視費跟居家護理師開始分開。可是醫師安寧訪視費沒有跟著護理師一起調升，那當時很多醫師去作安寧療護，都是秉持服務病患、作功德，讓病患完成在家善終的心願，另一方面也是為了減少未來無效醫療的支出，所以健保署已經將安寧醫師訪視費從 1,000 調到 1,500，基本上是只是回復 10 多年前衛生署補助那 500 元的給付而已，並沒有實質調整，故希望健保第一個列入再調整給付的考量。第二，我們來大家來算一個簡單的數字問題，假設從事一般居家跟安寧療護，居家會在外面跑的醫師大概都是同一群人，那我們可以看一

下一般居家療護護理師給付點數是 1,050 點，而醫師給付點數則是 1,553 點，應該是高 50%左右，那安寧居家療護現在護理師大於一小時是 2,250 點而醫師給付點數則是 1,553 點，我想如果說是洗腎的護理師成本跟洗腎醫師的成本，居然是醫師比較少，或者是麻醉醫師跟麻醉護理師比，醫師給付比較少的，這樣的低成本的給付對我們醫師的專業是不是夠尊重。那居家醫師的一般醫師 1,553 點可以跑 180 次，如果我們想說一個醫師專門跑外面，他就算想要來作安寧居家療護服務病患。第一、他點值跟一般居家療護是一樣的，那我們講說健保規定的，這不是我們學會要求的，醫師要從事安寧居家療護要去上八十小時的專業課程，每年二十小時的繼續教育，還要二十四小時 on call，這樣的成本應該要納入我不知道要不要計算，上一次會議我們就希望健保署告訴我們，到底安寧居家醫師的時數成本是多少，很遺憾這次我們沒有看到數據以及相關管理成本資料。另外一般居家醫師訪視上限 1,553 點 × 180 次跟安寧居家醫師訪視 1,553 點 × 45 次相比，怎麼會有醫師願意去作安寧療護？所以貴署說安寧療護沒有人去跑，對啊！因為成本根本不符，這是第一個。第二個就專業的意見，怎麼我去跑會去比護理師的點數要少？有醫師願意去做這個事情嗎？我們曾經在…應該是南投，有基層醫師願意去跑安寧療護，可是偏鄉地區真的是沒有護理人力他就自己去跑，報給付的時候被剔退了啦，因為沒有護理師紀錄，如果要申報，那麻煩醫師也要把護理的部份通通作完，並有記錄。醫師去訪視，點值比護理師少，還要把護理師的部份通通作完，希望健保署將此不合理現象能納入考量，所以我們提的點值乘以二、訪視上限次數乘以二，簡單的講就是跟單純居家醫師給付的上限額度，與從事更多末期病人身、心、靈照顧的安寧居家醫師相對等，至少在單位時間成本上覺得是還划算的以鼓勵大家投入在宅服務。那至於急診的部份，基本上我們是希望解決急診擁塞的問題，因為過去曾經有文獻顯示，人最後 10%的壽命會用掉一輩子 90%的醫療

費用。各區健保組都有要求各大醫學中心要解決急診擁塞的問題，很多末期的病患一有狀況，痛、喘、意識不對，通通送到急診，但不是每家醫院都有安寧病房。當然，急診可以開緩和醫療諮詢會議，如果有急診醫師可以一小時不作其它事，坐下來跟末期病患、家屬談一小時，我是覺得他作了很大的功德。不過，我不知道有多少忙著急救的急診醫師願意做這個事。急診共照是幫健保解決急診擁塞的問題，幫各大醫學中心解決病房不足的問題，因為你一旦住院，有一位前輩講了七萬元的成本，而且至少要有一個醫師三班的護理師的人力。我們如果一個禮拜可以透過安寧共照安排後續安寧居家療護或安寧住院療護，把他好好的安頓在家裡，甚至最後可以在家善終不要住院，對健保署來講給付是划算的。更遑論住院後，萬一原科的專科醫師 Hold 不住，再使用化療及標靶治療治療，那個成本是更高的，希望各位代表再考量我們調整案的時，一併再作一些考量。還有剛剛有代表提到我們高齡化社會，未來在家的老人只會越來越多，一旦他有病需要送急診時，除了醫療人員成本，總是要有家屬趕到急診醫院去看他或是要陪他在那個地方，要耗費額外的社會成本耗費額外的社會成本。如果有人能讓他們安心在家，我想對家屬來講也是一個很好的健保服務，以上報告。

主席

謝謝，請教各位代表有沒有意見？……請～干代表。

干代表文男

本案的經費來源是不是在於醫院總額跟西醫總額裡面的預算編列？有多少錢？需要多少錢？這是第一個問題。第二個問題就是現在目前已經有從 1,000 調到 1,500 是成長 500 元，那我不曉得說每一個人的臨終平均能訪視多少次。

陳監事如意（台灣安寧緩和醫學學會）

以前醫師是一週一次，我們希望提升到一週二次。

千代表文男

對這個增加有增加的預算嗎？

陳監事如意（台灣安寧緩和醫學學會）

請健保署是不是說明一下，基本上應該是很少很少的啦，只是鼓勵醫師去做，讓大家覺得專業能夠受到尊重。

主席

好，等下說明，謝謝千代表，其它代表還有沒有意見？……好，請～李代表。

李代表紹誠

請教一個問題，有執行安寧照護的醫院目前在 waiting 的有多少人？常常是很多朋友拜託我們去跟醫院找安寧病床，可是醫院的安寧病床幾乎都是滿床，可見他的需求量是很大的，所以現在才有一個所謂在社區居家安寧照護，但是我們台灣目前的醫療行為，還是希望說能夠到醫院裡面接受一個比較完整比較好的照顧，我自己知道目前這個給付是太低的，以致於醫院或是醫師，他們在整個投入的這方面人力是想要做的這方面相對是比較弱的，所以常常在安寧病房這裡面所需要的床位目前是不夠的，如果能有更好的機制讓地區醫院也願意專案進來執行，不要讓地區醫院沒有病患，如果這部份能夠加強，我覺得對醫學中心、區域醫院的安寧病房是有一個很好的一個往下走的一個方向，要不然這個往往安寧病床是不夠的，以上。

主席

好，謝謝，其它還有沒有代表要對這案表示意見？……沒有的話就請醫管組來作回應。

龐組長一鳴

這個我來回應一下，費用高低的問題其實有歷史因素，這個居家照護的費用很早就有了，然後陸續來調，那規定細節上不太一樣，整個居家的費用結構非常非常複雜，這是我們現在的問題，我們已經承諾所有居家服務的，包括安寧服務，會另外再來檢討，這是我們半年會檢討的，不過本案跟那個案子沒有關係，不過這個今天這個案子改好了，相關案子其實後續也會配套連接來修改，因為規定很複雜，有的含診察費，有的不含診察費，有的有限時數，有的不限，我想在這裡單一挑出來質疑，會欠缺整體考量，所以下半年後我們會來作整體考量，這是我們承諾，那我們原來對於安寧在急診做是有 concern 的，對不起我們同仁對於急診的服務見解比較差一點，因為急診室人就很多了，那安寧共照其實也是一個團隊進來，那醫院間怎麼整合，我們不是那麼了解，如果學會可以幫忙一下，讓我們對於這個流程處理，動線安排上，有個專業的 guideline 在這裡處理，那其實我們樂觀其成，因為有助於紓解現在急診雍塞的問題，所以請學會給我們適當的幫忙。那再過來這個成本問題，因為剛有提到受訓八十小時成本的問題，其實現在有很多學會跟我們反應受訓時數太高，既然剛剛「安寧緩和醫學學會」覺得受訓成本太高，是不是我們趁這個機會一次把訓練時數一併降低，這樣很多學會大概也會對於「安寧緩和醫學學會」也會有適當的感激，以上說明，謝謝。

主席

好，「安寧緩和醫學學會」還有意見。

陳監事如意（台灣安寧緩和醫學學會）

受訓時數我堅決不同意往下降，因為專業不足，不知道如何提供末期照顧，讓病家有被放棄的感覺。因為必須投入專業訓練，也希望健保應該要給相對應的點值，而不是說你不要訓練了，我給你少一點，這個邏輯我想大家是聽得懂的。不能說作黑手的錢少一點，要大學進修申請多點錢，老闆覺得不划算，就算了吧！不好意思，我這樣比喻。

主席

謝謝學會，我想時數的部份不是本案討論範圍，如果有意見大家另外找時間再來討論，包括社區醫院協會對受訓時數長期也都有關心。另外剛干代表在問經費調整後可能會用哪些財務來源，這個部份是來自於總額的其它專款，也不是醫院總額的費用，專款的費用是共用的，今年有三十七億，過去以來這個經費都沒有用完，這是第二點；第三點李代表剛關心安寧病床是不是需求很殷切，我在這邊報告，我們推動安寧並不希望各醫院普設安寧病床，所以我們後來才推動安寧共照、安寧居家、社區安寧，我們希望最後終老是在家裡，而不是每個人往生之前都要去住安寧病床，雖然我們過去安寧在推動的時候是從安寧病床開始作沒有錯，但現在希望將安寧病床漸漸轉成教學的場所，我們希望每一個病床都可以提供安寧服務，而不是一定要住到安寧病床。

剛剛「安寧緩和醫學學會」這邊建議安寧共照開放急診病患，因為所謂的「緩和醫療家庭諮詢費」是要跟家屬 meeting 一個小時，急診醫師大概沒有這個時間，那我們接受你的建議，那我們在第三十九頁(三)的部份同意急診部門可以作。

那其它的部份「安寧緩和醫學學會」提出有關醫師的 pay 跟護理師的 pay 這部份，還有合理量的部份，是不是容我們在年底一併檢討？年底我們會對所有居家服務，會作一個完整的討論，不曉得其它代表

有沒有意見？…請，千代表。

千代表文男

我聽幾次國際報告裡面，大家都死在家裡没人要死在醫院，這個最後都被抬去的放在家裡，那麼在這個情況下，如果真的要作的話，我希望配套要做的好，是不是說這個案子如果說經費上沒有問題，那你配套上要怎麼做，算起來其實沒多少，請問一下一個病患需要多少次訪視？

陳監事如意（台灣安寧緩和醫學學會）

如果用我們的調整案，大概一周二次，一次 3,000 的話，二次是 6,000，一個月算下來只要 24,000。

千代表文男

一個月 24,000，太高啦，都要死了。

陳監事如意（台灣安寧緩和醫學學會）

沒有啦，是說最高的啦，如果他住院的話，剛有代表講，開一個病床一個禮拜就七萬去了。

千代表文男

安寧病房這樣的話，最後會稀釋到最後人家的點值，這樣大家都要

陳監事如意（台灣安寧緩和醫學學會）

你住安寧病房最後費用更高，一天是 6,000 多。

千代表文男

我是贊成在家安寧，那是希望學會能夠提出比較正確的一個病患大概要幾次訪視？用多少錢？讓我們可以算一算在家安寧與安寧病房差多少，很正確提供給健保署，可以就執行，是不是這樣。

陳監事如意（台灣安寧緩和醫學學會）

是。

主席

謝謝干代表，其實我們推動安寧療護，也開始提高安寧療護的支付標準的前提之下，我們並不完全著眼於說一定要省錢，其實安寧是要換回末期病患的生命尊嚴還有減少痛苦，所以相對於安寧住院，錢的觀點一定也在裡面，但我們希望走入居家安寧，他的品質也依然要很好才合理，我們在換的是末期病患的生命尊嚴以及減少痛苦這一部分，所以我希望說我們還是要支持在宅安老，我們不可能去普設安寧病房，事實上家人的相處在生命末段是最重要的，所以各位代表是不是就先支持這樣過，我們半年內會連同現在的在宅醫療一併檢討，好～何代表還有意見。

何代表語

因為他們在這個案子內，「安寧緩和醫學學會」有三個建議，健保署這邊不同意，不同意的原因我們應該把他拿出來討論，實際上我認為在宅安寧照護是未來的趨勢，實際上我上個月被拜託要去找安寧病房，找到三總去，等了一個禮拜都找不到，我在這裡提出來就是說，他們「安寧緩和醫學學會」第一項提出來希望調高安寧居家「醫師訪視費」支付點數2倍，那我我們這邊不同意是經費不足嗎？

主席

謝謝，我想何代表要講的是不同意的理由，那我請醫管組就第三

十八頁(一)、(三)都分別說明好嗎？

何代表語

對，另一個你這個訪視上限 45 次他們都還沒做到，這是每個月是…

主席

這個是第三十八頁(三)。

何代表語

對，第三十八頁(三)是每個月…

主席

所以這個理由就在這裡。

何代表語

對，他們只申報六～七件而已嘛。

主席

好，那我們就請醫管組說明第三十八頁(一)就好了。

林科長淑範

在第三十八頁(一)，支付點數調整建議不同意的原因是因為今年 2 月 1 日起才已經調過安寧居家醫師訪視費用，調幅是 50%，我把數據跟大家報告一下，原來支付點數就單一點數，現在是按居家跟在宅支付，調整後的點數從 725 點，最高調到 1,709 點，所以調幅是 50%；在宅的部份調幅是 20%，從 725 點調到 870 點，因為在今年剛剛調整過，所以建議是不是擬暫緩，先不要調，以上說明。

主席

好，這個落差在於「安寧緩和醫學學會」建議調高 2 倍，醫管組

這邊認為今年 2 月 1 日才調過一次，短期之內調了這麼多次，是不是我們留到年底衡平性考量的時候，再一併處理，因為最後我們有非常多的服務是要到居家提供，這要作整合性的檢討，是不是我們留待年底檢討時請醫管組再做報告，好不好？安寧緩和醫學學會是不是就這樣？

陳監事如意（台灣安寧緩和醫學學會）

我再補充一下，第一個，以前健保署補充的 500 點沒有納入考量，第二個，針對時數部份，我剛比譬可能不太洽當，我再道歉一下，那臨時動議就是說我們現在共照的服務次數是用季來平均，安寧居家是用每月不得超過四十五次，可是像最近過年的期間大家家屬也不太希望你來，可是過完年希望你來，變成醫院二月量很低，三月就爆量會被健保署核刪，是不是可以比照共照變成用季來平均？請健保署考量一下，謝謝。

主席

非常謝謝安寧緩和醫學學會的陳監事的意見，這些都一併記錄下來，那年底考量的時候一併討論。我們這個案子就討論到這裡，謝謝大家。

現在我來徵詢一下各位代表的意見，現在時間是十二點八分，我們現在好不容易進入到討論案四、五、六，還剩下三案要討論，我徵求一下大家的意見是我們現在就發便當，那因為今天我們列席的學會，還有兩個案子，有「耳鼻喉科醫學會」、「復健醫學會」、「聽力語言學會」也都坐了一早上，而且來了第二次，上次沒有討論到，我們也覺得對各位學會的代表非常的抱歉因為排在後面，是不是大家可以接受我們發便當繼續討論，因為不曉得討論一個案子要花多久時間，我們是不是再半個小時，大家同不同意？

眾人

同意。

主席

就是也不能太晚。

謝代表文輝

主席，叫他們來兩次了，不要再叫人家來第三次。

主席

對。

謝代表文輝

還有這次是臨時會，我是覺得其實這三案，其實大家要…

主席

要乾脆一點。

謝代表文輝

快快的把他開完不用三十分鐘啦，他們都來兩次了……

主席

看各位代表的意見。

謝代表文輝

三十分鐘……剛前面的案子都開一個鐘頭，差一點點，代表各人
啦，這是很重要的事。

徐代表弘正

不能超過一點啦，我們還有門診咧。

主席

基於人性啦，兼顧各位代表來這麼多次，那我們各位先請用餐，那我們不浪費時間就進入第四案。

第四案

案由：有關台灣耳鼻喉科醫學會建議調升頭頸外科手術等 34 項診療項目支付標準乙案。

主席

好~謝謝，那本案是「耳鼻喉科醫學會」今天蕭理事長也來，請理事長先表示意見。

蕭自佑 理事長(台灣耳鼻喉科醫學會)

主席、各位代表用很簡短的時間很謙卑的跟大家報告我們為何提這個案子，我想所有的醫院大概都了解，我們耳鼻喉頭頸外科是外科重要的一環，在整個外科裡面的一環，那麼在醫院裡面也是很重要的，但是現在醫院不管從醫學中心、區域醫院、地區醫院大概要留住耳鼻喉科的主治醫師有相當的困難，這是屬於大家以前在講的五大皆空之一，雖然耳鼻喉科沒有在五大皆空的名詞內，但是其實我們在醫院裡面是外科的一環，因為有這麼一些前因後果就在去年健保署提高了外科的一些手術項目給付，但是很不幸的頭頸外科的項目都沒有列在裡面，所以相對的人才的羅織又更加的困難，所以我們提出這個提案，希望各位能夠支持。

主席

好~謝謝蕭理事長，那再來羅代表。

羅代表永達

我想「耳鼻喉科醫學會」對於這件事情的處理，我們立場很能夠感同身受，但是我覺得本案有很多很特別的地方，第一個這叫政治力量的介入，怎麼會去找一個立法委員然後提出來變成一個案子，我覺得此風不可長，因為在座的為什麼要讓他獨立，怎麼可以找一個政治力量的介入？介入的時候成案，健保署就希望他能夠通過，這是我表達抗議的地方；第二個我還是要講說署裡面未來讓他通過竟然說因為成本指數的改變率已經包括這些所以希望他通過，我覺得如果要這樣講下來，我們要重新去算那個成本的話這是不得了的事情，有多少成本根本不是成本，都是因緣以前的方式一直到現在為止，如果要重新去算這些事情的話會沒完沒了，而且其它科也是這樣，譬如眼科，眼科上次提也都沒有調，上次眼科裡面有很多外科部份裡面，你去看他的成本，不一定會划算，那將來真是沒完沒了，所以此例不可開，這個協商因素跟非協商因素剛開始的時候，我想我們跟消費者代表跟署裡面其實有很多東西是共識的，這個所謂的非協商因素是拿來作什麼？是拿來例如：平衡系統性的風險…等等，我想大家都很清楚，可是如果動不動就說非協商因素是可以拿來調整支付標準的話，那消費者代表可能要注意哦，因為以前謝天仁那個委員在他常常在講這個是不可以去調整支付標準的…等等，尤其像是類似一個這樣子的狀況，最後我要代表「醫院協會」講一句話，我們內部有開過一個會議，我們大家都身為「醫院協會」的一個代表，我們大概我們當時的決議就是我們反對，所以我想我們沒有立場在這裡再繼續支持署裡面這樣的一個建議，以上。

主席

好~謝謝，來，謝代表再來是何代表，謝謝。

謝代表文輝

基本上，我是覺得這個我們很同情醫院 DRG，其實所有技術性的支付全不給你 DRG，因為我們都沒有成本基礎，我們都是延續以前勞保的時代，這個我長期參與，我從民國七十幾年開始參與，我非常清楚，我 78 年的時候在南投的醫療院所跟我一起跟勞保局抗爭，當時，所有地區醫院的支付表是另外一個表，我們開一個攝護腺肥大電刀刮除，我們 1300 元，公立或大的醫院一萬元，我問你這成本計算怎麼算的，坦白說就是沒成本計算，那時楊前署長跑去南投給我們鼓勵，就像現在朱立倫給他鼓勵一樣，說你們要堅持下去，而且他也在第三天提出辭呈，他本來是全民健康保險規劃委員會三個委員裡面之一，他和江東亮和吳凱勳三個辭職來表達對我們的支持，他說這哪有成本，過去如果沒有成本，我說一下歷史給大家看，這公共事務要有歷史的傳承，大家都不知道，所以我有責任跟大家講，是怎樣，因為健保是本來醫療機構都是做一般自費的，勞保開辦後，就說你本來家裡、診療所及醫師都是現有、便便的，這哪要算成本，都不用算成本。所以根本都沒什麼成本基礎，因此長官說設置標準怎樣怎樣，才有差異，那真是笑死人，根本完全沒這個基礎，所以是為什麼我們今天會這麼血汗，就是之前完全都隨便來，其實楊署長他規劃要做健保的時候他有說要有成本分析。(我再說一分鐘)，所以我現在說的意思就是說，事實上 ENT 很可憐，其實所有科別，也都一樣，但是很抱歉，台灣醫院協會和醫師公會全聯會都有行文附在這裡面，已經表達態度，身為醫師公會委員和台灣醫院協會的代表沒有立場表達與協會正式表達的立場不一樣。所以我認為今天的案也因為時間的關係很簡單，不用討論，因為所有這裡的代表這兩個團隊的窗口已經行文來了，不用討論，雖然我們很同情他，但是應該我們建議把這當作全面性的大問題，去做革

命性的改革檢討，謝謝。

主席

好，謝謝，謝委員，再來何委員。

何代表語

今天我們被聘來這裡開會，謝委員，謝代表你沒有權利說，我們沒有討論的權利，你們醫院協會發函是你們醫院協會發函的事，你們醫事公會發函是你們醫事公會發函的事，你們已經侵犯了開會討論的權利，我表達嚴重的抗議，怎麼可以你自己就決定合併不必討論。

謝代表文輝

對不起，主席，給我一分鐘，我感覺我有一點失言，我剛剛講的是這樣，作為台灣醫院協會代表和全聯會的代表，沒立場表示其他意見，抱歉，的確對其他的代表我沒權利說這句話，其它的代表本來就有權利說他們的意見，所以我提出鄭重的道歉。

何代表語

我今天要講的，我跟耳鼻喉科醫學會一個人都沒有認識，他們的李健士李理事長我都不認識，我跟所有的醫學會我不會去收人家一份禮物，你們已經很清楚，你們寄來的禮物我都退回去，我不會收的，所以我對所有得醫學會提出來的意見，我認為只要很合理我們就支持，我認為不合理我們就不支持，這是我們付費者的立場，也是做人的道理，所以我認為這個案子，我從這個角度來看，因為我剛才聽到是說，以前在內婦外兒急診有增加 17%的費用，他們如果是屬於頸部耳鼻喉科、頸部外科的費用，那以前的外科有增加 17%，我倒認為應該同等增加 17%，這是我的觀點跟看法，我也不是說他們提出的 40%，

也不是衛生署提出的 28%，我的看法是應該等同上一次內婦外兒急診有增加 17%的立場，我支持增加 17%，我也不會說因為他是立法委員，我們就聽他的話，我不會的，因為我們行的正，正則通，怕甚麼立法委員，那只有公務人員怕立法委員，我們小老百姓哪一個怕立法委員，立法委員每到選舉到了，要兩票，一個要另外一個票一個要另一個票，每次向我們企業就都是要票，所以我的意思是這樣子，那我比較支持的說，衛生署應該重新考量，真的上一次在內婦外兒急診有增加的 17%的時候，沒有增加給他們頸部耳鼻喉科、外科的部份，我支持外科這個部份，比同一般的外科增加 17%，我認為這樣才是比較合理的看法跟見解，就是我個人的建議方向，所以我認為說，當然我們不希望每個醫學會都去找立委，那如果有事情大家來健保會或者醫療諮詢委員會大家共同來討論，只要你提出來的都非常正確有理，我想我們所有的付費者都會支持到底，那怕說我們被恐嚇，我們都不怕，說實在的，立委來恐嚇我們那個只是打電話給我們，我們都不會怕他，所以我的意思是這樣子，那我們當然希望說回歸比較正常，當然上一次廖國棟立委在我的面前抱怨說他去找署長去開會，署長只給他回一通電話，理都不理去都不去，我心裡在想當然立委幫服務選民也不為過，如果有人來拜託他，他要去服務，我們也不能怪他，那他不服服務就對不起人家，所以人家去拜託不服服務也不行，但是我認為像這種事情，每個醫學會都來找立委，那衛生署也很難做人，我們付費者也不是因為立委的關係在支持一個項目，我們認為是合理、公平、正義來講，應該是這樣子，我的建議是這樣子，我請主席參考一下，我們付費者的代表，我想我們的觀點也是這樣子，應該有共同的觀點。

主席

好謝謝，那再來陳代表。

陳代表志忠

現在很難發言，因為既然是全聯會的會員，也是醫院協會的代表，不曉得如果講的跟剛剛謝代表或者是講的不一樣，會不會回去被毒打一頓，這個可以不用列入記錄，是沒有錯，謝代表講的是有道理，因為本來這個規範不能拿，不應該調支付標準的拿來調，可是何代表剛剛講得令我更敬佩，合理的應該要給，但是要釐清一點，在 102 年的時候，婦兒急重難調支付標準，不是外科全面調 17%，那個是平均數，針對一些比較特別的手術，這是醫院這方面的代表也是台灣泌尿科醫學會的一份子，就是那一次調整的時候，泌尿科醫學會被忽視了，因為在外科醫學會裡面泌尿科沒有合適的代表在裡面，所以當健保署，當時的健保局，一公佈這個調整支付標準的時候，所有泌尿科手術都沒有在調，這個鬧到那時候，幾乎要把我們理事長罷免了，非常之大的一件事，這次我看到這案子的時候眼睛一亮，原來可以來文，可以申請有機會，如果這個通過的話，我們泌尿科醫學會馬上來文，要求來比照辦理，而且剛剛何代表說，不用找立法委員就可以，如果真的是這樣子的話，那我們就比照辦理，我們可以很謙卑的請理事長來，其實我們可以舉出很多，泌尿科有調的幾個項目，不是泌尿科提的，是婦產科提的，還有小兒外科拿進來的，hypospadias 還有 stress urinary incontinence 那個是婦產科和小兒科醫學會拿出來的。

主席

好謝謝陳代表，那謝代表。

謝代表文輝

我是覺得何委員講的是一個很重要的一個方向，那其實我剛剛很簡短的講的那個歷史過程，我們就曉得其實所有醫療專業人員、技術性的部門都沒有成本的基礎，所以事實上很吃虧。我是覺得不要讓 ENT 自己很辛苦還去找立委來，像何委員說只要人家有合理的來要求就應

考慮，所以我是覺得應該要對各科系有相同情況的都要全面地檢討，就是全部靠勞力、技術面做的這些，我們真的要把它當作是一個大議題，全面全部來檢討，不用大家這樣全部亂跑、找立委，這樣不好啦！其實真的我們這有缺陷的！我們真的沒有成本分析、什麼都沒有。所以我是覺得也不用讓泌尿科代表這樣看到快流口水，我的意思是說，其實我想醫師公會全聯會和台灣醫院協會絕對沒有說不應該調這些技術部門，都是贊成的，只是說應該要全面整個好好的檢討，應該支持健保署好好地做全面的檢討，才不會持續有這樣的問題存在。

主席

好～謝謝，還有嗎？請陳代表。

陳代表宗獻

我是覺得很奇怪，我們今天為什麼要討論這個題目，因為我們歷年來，剛剛大家在發表的包括「泌尿科醫學會」，我們的這些費用偏低是普遍性的現象，你去拿跟國外比起來的話你就氣死人了，所以我們有個制度叫 RBRVS 是相對值表，那我們來看第六頁，第六頁預算總額是有編了三億五千一百萬，叫作強化醫療資源支付合理性那個就是 RBRVS，就是因為我們整體上所有的醫療服務全部都是偏低，是勞保時代下來的，所以必需有一個制度對所有科都是公平的，互相比較的相對值去調整，那逐年去落實，所以在健保會裡面也都有編列這個預算，所以第一個就是說這一種調，整健保會是認同的，是制度性的調整，但是健保會不認同的就是，我想在座的代表可能都很清楚的知道我們有一個共識，就是在總額協商的時候，支付標準的調整不要拿來講，所以那個地方不講這個地方怎麼講？要調嘛大家都共平共慘，悽慘的慘，共慘，大家一起來慢慢調這個 RBRVS，在財務能夠負擔的範圍裡面去做，我覺得這個案子大概我個人的看法是這樣，那全聯會的看法

對於我們最好是不要動不動就拿非協商因素，如果說醫療服務成本指數有剩下的話可以來調這個，那我們會支持，這才五十萬而已，那我們醫療服務成本指數因為我們的剛好是負一千九百多萬，那五十萬我出，謝謝。

主席

好謝謝，還有沒有哪位代表要表示意見，來請干代表。

干代表文男

我有一個問題要請教「耳鼻喉科醫學會」，你們不是在「醫師全聯會」還有「醫院協會」或者這個「基層協會」都是會員嗎？有吧，那你們的管道不通嗎？你們講他們都不聽的嗎？所以今天形成你會找立法委員，是不是這樣？這個是一個社會問題哦，變成你是孤兒科沒有人要理你。

蕭自佑 理事長(台灣耳鼻喉科醫學會)

現在就是說現在的氛圍，因為這個好像五大皆空、四大皆空講的很順，事實因為那個…羅院長不好意思，就是說不是找立法委員去施壓而是增加溝通的有效性，因為這個大家社會上有誤解，就是說在醫院裡面上班的耳鼻喉科醫師，工作的性質內容跟在基層不一樣，所以我們是處於泛外科系統嘛……

干代表文男

泛外科系統，跟他們沒有關係就對了？

蕭自佑 理事長(台灣耳鼻喉科醫學會)

也是開刀啊，所以說你現在外科所有的給付調高，我們只是跟大家一樣…

千代表文男

我的看法是這樣，如果你們是在系統裡面，我在健保會一樣，每天都有報紙也有新聞都追著要我講，好壞我自己心裡知道我不會對外發表，因為裡面就是意思，個人發表是另外，你們有問題我說你們的體系裡面不能發揮，當然你要找一個出口這合理嘛，我也會這樣作，如果說今天這個副署長講的不好還是不喜歡還是她作的讓我不滿意，對她講不通我還是會發表，當然啦，這個事情以後各管期都有委員，人家說誰來，大家都很忙，忙都不一定都有結果，這是第一個，我不是在跟你抱怨，跟你說經驗啦，來都通過的話那麼大家都來了，所以人家心裡有一個疙瘩；另一個問題這三十四項中，你是選一半還是全部都要調？全部都要調這哪有可能呢？剛剛講很多了，其它還有一個「65404C」跟「65024C」，這跟美容是有關係的混合，那你作耳鼻喉科的東西，這樣可以嗎？這個現在是不是你們都是基層醫院，都是基層醫院還是區域醫院？請問「耳鼻喉科醫學會」這個大手術出來講話的都是基層醫院還是醫學中心？你醫學中心被大科排擠就對了，事情是這樣嘛，可能是這樣子，這樣你虧待人家這樣不對啦，所以今天才去找，不過你這樣還是最後拿錢的時候也是回醫院去分不是你各科分，所以希望你們三十四項全部要調是有困難的，你要是說哪裡不合理，不合理到什麼程度，像你這個三十四項都說要調，調多少？這個跟美容都有關係的，以後都跑去那裡作，現在要是讓你調了，醫院都跑到外面去開，又要四大皆空了，不好意思，你們醫界的都在這裡，你們一方面喊四大皆空、五大皆空，一方面又叫人不要招生醫學生不要增加，這個都不對呢！你要讓他進來以後讓他去專科，越多越好，以後哪裡要都送去，去賺外匯這樣才對，所以本案我看真的是應該找健保署好好談一下，我看也不可能讓你們得到便宜啦，在座我們付費者也不敢一下就答應，開委員會時，問我你代表共同擬定會議怎麼付這麼

多，有問題要找健保署，如果他們都不理你你才用民意代表啦，以上。

主席

好~謝謝，有沒有哪位代表還要發言…羅代表因為多次…還有沒有新的…

羅代表永達

這案只講第一次啦。

主席

好~本案講過一次。好，現在本案講第二次。

羅代表永達

對、對、對我本案講第二次，妳誤會我了，主席對我有嚴重的誤會。

主席

好，請羅代表第二次發言。

羅代表永達

我剛好多都沒有講哦，第一個我要重申「醫院協會」當時在作決議的時候有很多但書，第一、我們真的了解在上一次調整那個什麼「耳鼻喉科」所有的什麼「胸椎外科」這個部份沒有被調到大家是認可的，只是說這個錢怎麼來，不可以用非協商因素，這是兩個不同的定義，不是我們不認可這件事情，我們是認可的，但是我們希望能夠在 105 年的總額協商的時候，希望消費者代表能夠支持這件事情，另外編一個預算而不應該用非協商因素，我想這是「醫院協會」的立場，不是說他們的話我們沒人聽、他們的事情我們都不理，絕對不是這樣的結

果，以上。

主席

好~謝謝，請葉代表。

葉代表宗義

現在我們健保會裡面有很多學校開始在調查、訪問，訪問我們什麼問題呢？比方說我們今天產生一個問題，你們中華民國醫師公會，那麼醫師公會下面是你們所有的會皆屬於醫師公會，是不是這樣？

徐代表弘正

只要是醫師就有醫師公會。

葉代表宗義

你們裡面全部都是醫師公會的會員嗎？

林代表淑霞

醫師才是。

葉代表宗義

這個問題就產生出來，我們何委員講的都變成這個問題，比方說在一個團體來講，像我們商業會跟工業會我們會員很多，那麼會員很多我們講出去的話，比方說我們開會員代表大會或者在理監事會通過了，

絕對不能提就否決掉，案子到這個地方來絕對不能說，因為這程序的問題，你下面的會員再提出來一個重覆的問題，那麼上面不就變成笨蛋，一天到晚你們話講一講，基層的會員又拿過來，我現在講的

就是在釐清楚到底是，我們協會有一個聯盟什麼的一大堆都有啦，到底這個組織的範圍是屬於「醫師公會」還是「台灣地區醫院協會」怎麼樣性質上的產生，不能說某一個會，你們都他們的會員都講完了，那到其他會又都有意見，那不就亂了嗎？所以我們商業會跟工業會沒有這個問題，我代表中華民國全國公會總會或商業總會，你不能再講話，在會議結束後都不能對外面講的，所以這個問題對我們健保署同樣的...我現在就不清楚這個問題。

徐代表弘正

各別獨立。

葉代表宗義

獨立那我沒有話講，如果是屬於醫師公會裡面那就不能再跟別人講，再講就不對啦。

主席

謝謝，還有嗎？好，大家如果沒有意見，這個案子是這樣，我想在座很多的代表都參加過健保會多年的協商，這幾年健保會協商已經講清楚，現有支付標準調整不再協商預算，全部都由非協商因素裡頭的成本指數改變率裡頭去因應，這已經是多次宣示，所以這一次耳鼻喉科調的提案在這時提出來，正好碰到同樣今年的非協商因素裡頭的成本指數改變率在醫院部門是 3.2 億，基層是負的 0.196，這是正好碰到這個時間點是這樣的情況。所以才會有一個建議請各位代表同不同意用今年的非協商來幫助這些耳鼻喉科這些頭頸部外科手術去做調整，當然醫院協會提出來的是說等到 105 年總額確定之後或 105 年另行編列預算，這是醫院協會意見，那事實上 105 年雖然還沒有協商，但是在前兩次的健保會也依然有委員提出來，現有支付標準調整在過

去已經挹注非常多錢，包括 50 億，當然那些費用也都已經用在支付標準調整，特別是五大皆空大家喊很多的時候，那時候也都透過各專科醫學會提出優先要調的項目，現在耳鼻喉科是認為當時那 50 億的時候，並沒有調到他們的項目，所以這個議題其實也有包括其他代表有提到其他科也有漏掉，當然我們也完全同意，當時是這樣子的決議，所以如果要來解決剩下沒有調到的部分，當然日後明年開始或今年開始，非協商因素裡頭的成本指數改變率就應該來這裡做項目的因應，當然今年是 3.2 億，但是明年金額就不少，所以今天要不要通過就看各代表的意見為主，如果通過，今年就先因應那是一個好事，至於說他們提出來的這個成長率當然超過我們今年的預算，那可不可以來減少，剛剛何委員也提到說要比照其他外科 17%，這也是一種選項，但是如果沒有通過，那當然就是明年要通盤檢討，各科通盤檢討這也是一個可能性，我現在再開放各位代表對本案再看有沒有建設性的建議。來，請陳代表。

陳代表宗獻

我有一個建設性的建議，把那個「負」的改成「零」，我們基層先做。

主席

謝謝，可是那個不是本會的權責，那個也已經協商過了，那是沒有辦法成立的。

陳代表宗獻

我是要突顯這種思維的荒謬性。

主席

好，如果對健保會有意見就回到健保會再討論。還有嗎？好，陳代

表。

陳代表志忠

我不知道這算不算建設性，我是跟蕭理事長報告一下，我們中間層級以及地區層級的醫院找不到耳鼻喉科醫師，不是因為手術費的關係，是因為耳鼻喉科一般都離開醫學中心，都比較喜歡在外頭比較輕鬆也比較好賺，基層都知道，所以即使~就算調了，也找不到耳鼻喉科醫生願意到地方上的醫院還是會留在醫學中心跟基層兩個極端，這是一個澄清，不是建設。

主席

不過我想學會裡的我會講說，是現在留在那裡的人要得到合理的給付，他並不是要藉這個把開業醫找回來，應該是這樣。再來請何代表。

何代表語

我想醫界一直講到你們很多要重新檢討的事情，五號的時候蔡英文到我們全國總會給所有常務理事開座談會的時候，我是負責第六案的提問人，裡面我就提到我們整個醫療要成立改革委員會，重新從醫學院的學生開始改革起，到所有醫療制度全面改革，至於她當選總統以後會不會做我不知道，可是至少我現在很多政府機關開會我都一直在提出我們的醫療要進入改革的時期、全面改革，而且不是腳痛醫腳、頭痛醫頭的觀點，應該從醫學生開始，從醫院招生開始就要全面改革，包括醫院體制。我今天一直支持這個案子的立場就是說當初外科在調整17%沒有調到，我們今天只是還它一個調到的機制，今年先調17%，至於明年在總額協商的時候怎麼處理，我們健保會在總額的時候再另外開會~如果有提出來，我們再做另外的建議，我至少在這觀點上我是認為~所以泌尿科你當時沒提出來，你以前也都沒講~我今天第一次才

聽到，你也可以去提案，我們不反對，可是你不要忘了泌尿科的手術，開一次刀就要拿 15~20 萬，自費手術都要自己付錢。雷射刀 15 萬，現在海扶刀 25 萬，當然是很貴，開玩笑啦，所以我還是支持這個案通過，而且給他 17%。剛剛我們的前輩說的沒有錯，我們總會決議的事情，底下公會都會全力支持，但是底下公會有意見需要幫忙時，我們也支持到底。任何一個公會說缺外勞要增加 5%，我們工總也會到勞工部奮戰到底增加 5%給這個產業，所以一樣的道理，我不知道這個列別這邊，我參加五六年來我發現你們中間矛盾很多，不知道你們同樣都是醫界的為什麼矛盾這麼多我想不通，坦白說，這五六年來我也學習很多。

溫秘書室主任斯勇(陳代表彥廷代理人)

我想我們的會議資料裡面第 43 頁寫說，台灣醫院協會跟醫師全聯會均未同意本案，但是我看他們的函都是覺得支持調整支付標準，但要有經費來源。剛剛主席已經不斷重申說健保會已經決議不會另外編列預算，所以這些的醫院協會跟醫師公會的堅持本來就已經不存在了，但是他們卻支持調整點數，那是不是有可能給付費者代表一個面子，剛剛提的意見我個人是贊同他們，反正既然同意調整點數，經費本來在目前健保會同意的部分是非協商因素的，那是不是趕快讓這個案子~我們還有兩個案子，說一點前要結束，那這案子不結束可能第五案也沒有辦法，以上。

潘代表延健

我很快的表達我的意見，因為這個案牽涉的程序正義，雖然我們都在好言勸說以後都不要這樣做，不要透過立法委員來做，但是大家看看這結果是拿到他要的，這樣的案子我敢保證一定會更多，不會從此杜絕，所以說在這個觀點上我覺得即使這案子要通過，程

序正義還是要兼顧，這是第一點。第二點，因為今年成長裡有一個 RBRVS~剛陳代表也有提到，為什麼不併起來一起處理，今年既然有 RBRVS，我們在第 6 頁有強化醫療資源支付合理性，它有持續 RBRVS 調整支付標準部分，這是強化資源，因為整體的科別的通盤性考量是很重要的，所以頭痛醫頭、腳痛醫腳的話，未來尤其是這樣的一個程序通過的案子，我想以後類似的案子一定處理不完。我是覺得應該要整體的去處理，這就是強化醫療資源的合理性，既然在合理性上面，有些科是沒有被照顧到的，我們是不是整體的考量，也讓這樣的程序更符合大家所期待的，以上。

主席

我們看剛剛一直在講的第 5 頁、第 6 頁，這是 104 年總額協商，第 5 頁部分有一個成本指數改變率，這其實就是成本增加需要調支付標準。另外一個第 6 頁，今年協商有一項叫醫療資源支付的合理性的協定事項第 2 項，大家剛在唸的是這部分，這其實在講支付標準調整不再另編預算，也建議 104 年持續推動支付標準的調整，他沒有講說就是這個錢，但是這個錢要用也可以，因為這就是支付合理性的協商部分。我們主辦單位是提出成本指數改變率項目用來做支付標準調整，我想醫管組是不是就強化醫療資源支付合理性這部分再補充說明。

林科長淑範

這一項強化醫療資源支付合理性 3.5 億跟各位代表報告錢已花完，花在藥費、藥事服務費的調整~對不起~醫院的部分是住院的安寧調整、安寧共照還有語言治療的調整，所以 3.5 億目前已支用完畢。

主席

所以當時的協定本來就有預設要調整的項目所以有協定的金額，但是有但書說以後不再編了，所以要回歸到非協商因素成本指數改變

率。當然 104 年也有非協商因素成本指數改變率，所以我們才會做這樣的建議，各位代表這樣子~請謝代表。

謝代表文輝

我是建議因為每個代表講的顧慮性都很有道理，學會提的我們也很同情，我比較贊成剛剛主席講的先保留再做通盤考量，包括像泌尿科、急診提出來的都通盤討論，有冤枉的~我想我們做一個原則性的通盤~決策性會比較周全。

主席

好謝謝，現在看起來~

干代表文男

你們醫院~你們耳鼻喉科醫學會都沒關係？你們獨立的？你們平時的~我們在總額協商時~你們都是醫院還是診所？我搞不清楚這些東西。

陳代表宗獻

全聯會在這裡說明一下，我們在 9 月份總額協商之前，都會先問 20 個專科醫學會，因為醫學會是專科的醫療服務提供，會先問他們認為明年度那些部分需要調整、那些覺得不合理，都會回來約有三百多項，我們開會都會排序十幾二十項提到健保會，健保會會說 NO，回來我們再跟他們說健保會說 NO，就這樣。現在問題是醫師公會並不屬於我們單位，跟公會、工總、商總是不一樣，醫師公會只是會員~我們每人在協商都會有這流程，每年給付都沒過，但是有一部分有通過是因為跨表，有的是因為到基層可以做那部份我們是有過，陸陸續續追蹤過，大概這十幾年來有通過快四百項，那是基層可以做的部分，但是沒有支付標準調整。那現在是這樣，如果是非協商因素，像我們負一

仟多萬讓大家都來分，每個醫學會都不來分；但如果說一億大家都來說~。所以上次內外婦兒科請各專科醫學會自己研議如何調整，我們就幫他們分類，因為這是健保會給我們的任務，就是做這樣的分配，所以我們就三個科分成三等份，那分配完就沒有錢了，謝謝。只要有一個醫學會說要提什麼，其他醫學會都會說不要、不通過。

林代表淑霞

我最後做一個比較簡短的發言，剛剛主席一直提到非協商這邊的醫療服務成本指數改變率 0.091，算下來的話大概占非協商金額約 6 億 8 仟 2 佰萬左右，如果以現在學會提出來的加上基層~不過基層很少，大概 3 億 1 仟 5 佰多萬，簡單來講就是光這個專科就已經去掉我們一半的成本指數的費用。臺灣衛福部認定的專科總共有 37 個，每一科都來調整的話這錢絕對是不夠的，所以我覺得應該要再通盤考慮，也尊重何代表剛剛講的也許這百分比可以做一點往下調，不要 28%，以上。

主席

好，謝謝！那林代表的意見是不是多數委員支持？林代表的意見是用非協商然後成長率稍為下修，是這樣嗎？

林代表淑霞

對不起，我要補充澄清！因為我們也是醫院協會代表，並不是同意採非協商預算支應，而是提醒 104 年的非協商預算只有這麼多錢。如果真要用到這個非協商的錢，單只有一個專科就已經需要支應這麼多了，所以才建議務必要通盤去做考量。

主席

好，那現在這樣子喔~我聽到這裡，學會的說法，他們的爭取，大

家也予以支持的，認為這些耳鼻喉科的這些頭頸外科是需要調整的，可能多數大家都是普遍是~包括付費者代表。但是現在對於只調耳鼻喉科是不是合理，這一件事情，這個醫院協會代表有意見。所以本案我建議這樣子，就是 104 年度的非協商，事實上醫院部門是有費用的，那是不是只用來做耳鼻喉科的調整，或者是還有其他要通盤考慮的，我們是不是今天可能就暫緩通過，那我們麻煩醫院協會，帶回去研究一下。如果你們認為各科別之間衡平性很重要，而且還有其他也有需求，那就麻煩你們去彙整大家的需求。但是回到健保會過去以來一致的原則是，調整就利用我們非協商裡頭的成本指數改變率，那我們希望下一次會議，就請醫院協會提出來。你們認為怎麼樣才是衡平，那在這裡本案所有的資料，就提供給醫院協會一併納入考慮，這樣好不好？好！那我們今天這一項的結論就這樣。那各位委員、各位代表現在是一點鐘，我們還有兩案還沒討論，就是非常抱歉~

李代表紹誠

主席，我可不可以提一個臨時提案？因為第五案可能會花的時間多，第六案比較快，那第六案是從今年的一月一日就該上路的東西，那其實我們只是針對於適應症跟他的通則，再做一個報告而已，這一部份是否是用一個很短的時間就可以通過，就不要再讓他們相關學會再跑到第三次來。那第六案是一個比較單純的案子。

主席

好，各位代表同不同意李代表的意見？好，謝代表！

謝代表文輝

其實我覺得第五案的提案時間會很短，那第五案呢，因為第五案的性質很像我們的報告案第二案，它也沒有涉及其他什麼，它只是醫院總額內部的一個調整，是一個分配而已，第五案其實會很快，可

以像中醫這樣快，其實它是上一次的臨時提案，今天竟然排在後面了，今天排的議程就是很不公平啦！它應該排在前面的第二案或第一案，所以我是覺得，其實很簡單，今天剛剛代表為什麼說很複雜，是因為我們健保署的長官把它弄得很複雜，他弄一個很複雜的意見，因為其實台灣醫院協會上次是臨時提案沒辦法事先協調，改成這次會議討論台灣醫院協會已經做成一個公文來了，而且是他們內部的協商共識。自己的分配和中醫報告案完全一樣，幾乎一句話就可以通過。但是我們健保署又做一個方案三，我是覺得程序問題，那個案要撤除，因為它涉及幾個要點，我是覺得各位代表要注意~

干代表文男

你這個案包山包海，還要討論，再三天也講不清楚！

主席

好，各位代表，我想各位代表大家下午也還有行程。我們也已經讓大家討論 45 分鐘了，所以我想基於人道考慮。我們今天可能被迫要在這邊做一個結束。至於現在這兩個案子，就是下一次會議第一案和第二案。好，謝謝各位代表的參加！謝謝，我們今天會議到這裡結束，謝謝！