

100 年度第 4 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議紀錄

時間：100 年 12 月 14 日（星期三）下午 2 時

地點：中央健康保險局 18 樓大禮堂(台北市信義路 3 段 140 號)

出席委員

林委員芳郁	陳雪芬(代)	洪委員啟超	(請假)
陳委員明豐	陳瑞瑛(代)	李委員明濱	張孟源(代)
蔡委員正河	(請假)	吳委員志雄	蘇清泉(代)
王委員正儀	郭正全(代)	黃委員建全	陳彥廷(代)
郭委員宗正	郭宗正	施委員純全	(請假)
張委員景年	(請假)	高委員靖秋	呂月榮(代)
童委員瑞龍	童瑞龍	王委員治明	劉新華(代)
黃委員瑞美	黃瑞美	曹委員昭懿	朱世瑋(代)
蕭委員志文	王秀貞(代)	盧委員世乾	盧世乾
謝委員文輝	羅永達(代)	楊委員麗珠	(請假)
謝委員武吉	謝武吉	江委員銘基	江銘基
林委員淑霞	林淑霞	石委員崇良	(請假)
吳委員首寶	(請假)	梁委員淑政	梁淑政
陳委員宗獻	陳宗獻	鄒委員玫君	(請假)
莊委員維周	(請假)	陳委員錦煌	(請假)
何委員博基	周慶明(代)	黃委員三桂	黃三桂
王委員正坤	(請假)	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
黃委員啟嘉	(請假)		

主席：黃副局長三桂

紀錄：張淑雅

壹、主席致詞：略。

貳、100 年度第 3 次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)確認。

參、報告事項：

第一案：有關 101 年度「全民健保藥事居家照護」試辦計畫報告案，請 鑒察。

決定：本案洽悉。同意 101 年度「全民健保藥事居家照護」試辦計畫。

第二案：有關第三部牙醫支付標準新增修訂案。

決定：本案洽悉。同意修訂牙科 8 項支付診療項目修訂名稱或備註、原診療項目「90094C-難症特別處理」支付點數 500 點調高至 1,000 點，及新增診療項目「89013C-複合體充填」支付點數 800 點、「92071C-簡單性口內切開排膿」支付點數 200 點。

第三案：有關 101 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫案。

決定：本案洽悉。同意牙醫門診總額牙周病統合照護計畫案。

第四案：有關 101 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫擬訂。

決定：本案洽悉。同意牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫擬訂。

肆、討論事項

第一案：101 年調整輸血支付標準案，提請 討論。

結論：本案暫保留，下次再議。另有關 101 年血品費用採浮動點值乙事，本局業已於 100 年在 12 月 7 日以健保醫字第 1000073971C 號函請費協會重新協定。

第二案：修訂全民健康保險氣喘醫療給付改善方案，提請 討論。

結論：本案暫保留，嗣將委員意見納入研議參考後再議。

伍、散會：下午 4 時 00 分。

100 年度第 4 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議-發言摘要

報告事項：

第一案

案由：有關 101 年度「全民健保藥事居家照護」試辦計畫報告案，請 鑒察。

黃主席三桂

好，謝謝！第一案報告事項是為藥事居家照護試辦計畫報告案，於 11 月 17 日與藥師公會全聯會共同研商，相關內容請委員翻閱書面資料，不知委員有沒有要詢問？

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

有沒有特別要修訂的？

黃主席三桂

沒有，特別要修訂的。

林委員淑霞

主席、各位委員大家好！我們看一下試辦計畫草案的第 24 頁（二）輔導程序 4.提到每位輔導對象全年度申報申請 8 次藥師居家照護為上限，惟經保險人分區業務組專案同意者，不在此限。這部分，我們希望針對什麼叫專案同意者應訂定清楚，因為每次給付是 1,000 元，這是第一點。

第二點現在藥師，每個特約藥局有 2 位以上的藥師，在全國的分佈情形，是不是讓各委員了解一下或在下一次提供資料，甚至可以就區域分布情形統計分析,依所知在社區藥局有 2 位以上的藥師不是很多。

第三點，本計畫所謂藥事人員是否包括藥劑生？這是我的三個問題。謝謝！

林科長寶鳳

謝謝！委員的提問，有關第一個問題，就第 24 頁之專案同意情形訂定統一之操作型定義部分，因輔導對象個別差異大，健康問題比較複雜，

如有多重慢性病、用藥又比較複雜，需要就個案個別狀況評估、訪視頻率是否需加強？，而無法通案訂定統一之操作型定義；另剛剛所提計畫之藥事人員是否有包括藥劑生？是有含括的；對於2位以上藥事人員執業藥局的特約藥局分布，等一下就可以提供委員參考，以上說明。

黃主席三桂

請藥師公會幫我們說明一下？

劉顧問新華（王委員治明代理人）

藥師公會就請藥師公會執行長譚延輝，譚執行長代為報告。

黃主席三桂

好，請譚老師報告。

譚執行長延輝

有關剛剛的問題，第三點2位藥師執業的社區藥局家數，以及在各縣市的藥局分佈情形，我們可以馬上提供資料，是有資料在藥師公會但是沒帶來，很抱歉！（健保局：有完整數據）。依據健保局整理數據，2人以上的藥局在全台灣總計有1,558家藥局，台北地區563家、中區260家、高屏158家、北區289家、南區252家、東區36家。這邊都有資料在案，請影引一份提供給委員參考，謝謝！

黃主席三桂

其他委員對這個報告案還有沒有要詢問？如果沒有的話，我們就洽悉。

第二案

案由：有關第三部牙醫支付標準新增修訂案。

黃主席三桂

第二案是牙醫支付標準新增修訂案，請委員參閱40頁到48頁的說明，對於這個報告案，不知委員有沒有要詢問？

謝委員武吉

有關根管難症費用調增為 1 倍，新增複合體充填支給 800 點及新增簡單口內切開排膿項目支給 200 點，好像比醫院排膿項目點數高很多，如何計算？請說明清楚。

黃主席三桂

好，謝謝！其他委員對項報告案，還有沒有要詢問？

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

請問增加點數，會增加多少預算？

黃主席三桂

請全聯會說明一下。

陳委員彥廷(黃委員建全代理人)

有關 90094C 根管難症，依現行成本分析約在 1000 點以上，提高後推估一年約增加 4000 萬點。有關簡單口內切開排膿會伴隨病人是根管或牙周情形之處理，與一般排膿不同。

黃主席三桂

有關新增加的費用，請說明一下。

蔡委員淑鈴

有關 90094C 根管難症特別處理，牙全會成本分析約 1500 點，相較現行點數支付較低，本項因為根管鈣化或阻塞之難症，一般醫師不願處理而拔除，現調增點數是希望該類牙齒仍能獲得治療保存，整體成本約增加 4000 多萬點，係由牙醫醫療服務成本指數增加額度支應，不新增預算；另複合體充填為牙根部齲齒填補，為新增項目，費協會同意編列相關預算支應。

李專門委員純馥

現行口內切開排膿項目，支付 500 點，未區隔難易度，新增簡單口內切開排膿項目支給 200 點，實為點數下降，未增加費用。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

牙科每年新增項目，結算時除臺北區外，每點均超過 1 元，牙醫提出項目，很多通過到本會議報告，其實醫院有很多項目不符成本，很難提出，非常羨慕牙科，醫院協會不知什麼管道可以得到預算，多年來牙科支付標準調整多次，又 50% 到 60% 為自費項目，健保局、衛生局全部不管，醫院區區掛號費卻設定限額，對於牙醫是羨慕再羨慕，以後醫院提出支付標準之修訂案，希望健保局亦能同意。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

今天牙醫給我們一條指引，原來可以用醫療服務成本指數成長率，來主張用於支付標準調整。未來醫院醫療服務成本指數成長率，希望能直接同意全部用在基本診療項目調整，以彌補目前醫院基本診療項目費用之不足，不用讓醫院在費協會努力爭取，卻仍然沒有通過，謝謝牙科讓我們知道可以如此直接指定用途。

黃主席三桂

醫院代表的發言，在同樣情況下，我們會儘量協助，其他部分就洽悉。

第三案

案由：有關 101 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫案。

黃主席三桂

這個案子是牙周病統合照護計畫案，請委員參閱 49 頁到 60 頁的說明，對於這個報告案，不知委員有沒有要詢問？...如果沒有，我們就洽悉。

第四案

案由：有關 101 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫擬訂。

黃主席三桂

第四案是牙醫特殊醫療服務試辦計畫擬訂，請委員參閱 60 頁到 100 頁的說明，對於這個報告案，不知有沒有要詢問？...如果沒有詢問，我們就洽悉。接著進行討論事項第一案，請宣讀。

李專門委員純馥

抱歉！這次討論事項部分是在補充資料裡面，在各委員桌上都有一份第4次會議的補充資料，有2案子，第一案是101年調整輸血支付標準案，第二案是修訂全民健康保險氣喘醫療給付改善方案，這個資料是不是委員桌上都有？會前我們已先用電子信件先將檔案寄給委員，很抱歉！這個案子在前3天才給委員。這2案是不是可以先就氣喘部分先討論，再討論第二案

黃主席三桂

因為第二案氣喘醫療給付改善方案，今天我們有特別拜託馬偕醫院徐主任世達來跟我們說明，因為徐主任等一下還有會議要先離開，所以徵詢大家同意是不是可以先討論第二案的部分，好不好？.....好，請宣讀第二案。

討論事項

第二案

案由：修訂全民健康保險氣喘醫療給付改善方案，提請 討論。

黃主席三桂

這個討論案是修訂氣喘醫療給付改善方案，是依據費協會分配協定事項提出的條件，希望訂定較嚴格的收案條件，這個案子非常感謝馬偕醫院徐主任幫我們很多的忙，不知徐主任是否有要補充說明？

徐世達主任(台灣兒童過敏氣喘及免疫學會理事長)

最近在台灣的氣喘慢性照護做的非常的好，現在包括台北市，我們都努力的在做所謂的國小一年級新生入學小朋友的氣喘過敏篩檢，我們很清楚，現在在台北市國小一年級新生入學中，有氣喘的小朋友在2009年的統計已經到達20.74%，那鼻子過敏占台北市新生入學49.39%。

這氣喘病是來的很快，以小朋友來講，他們的肺部發育與成人不一樣，他們不是成人的縮小，他們的肺部還沒有發育好，所以我們看的這些小朋友當他一旦急性發作是非常的快，大部分很多病人會造成呼吸衰竭，這個

在大人是比較少見，但由於小朋友還在成長過程，所以他有機會可以修復的好，假如我們好好的照護，這 50%過敏的小朋友是可以達到非常好的痊癒，而且可以減少後面的照護經費。

至於我們與胸腔重症討論，我們都知道，這幾年來由於健保局氣喘試辦方案，因為氣喘急性發作，成人需要急性住院的病人已經是大幅減少，大家開玩笑說，以後這些住院醫師要學會氣喘照護也不是那麼容易，因為現在要住院治療的病人已經不多，所以這表示氣喘慢性照護對氣喘病人是一大福音，那如何讓每一個氣喘病人及全台各縣市都能得到這樣的水準？

很榮幸我們受到新北市的委託，我們做了兩個(醫院及基層診所)所謂的慢性照護訪評，主題就是要提升氣喘病人的照護及生活品質。我們發現有些地方還有進步的空間，雖然健保已經給我們這麼好的規範，醫師只要照著做就可以做的很好，但是仍然有進步的空間，所以我們希望全國都能提升氣喘照護品質，讓這些小朋友以後不會變成不可逆的反應，變成氣喘病人，那所需的醫療費用更高，我們的建議是由健保局的制度，大家一起來推動，全國一致來提升氣喘照護品質，這是我們最大的願望。

黃主席三桂

謝謝徐主任的說明，對於這個討論案請各位委員表示意見。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

謝謝剛剛馬偕醫師的說明，可是如果是這樣，尤其是台北市和新北市做體檢的時候發現有這麼多小朋友氣喘過敏，那為什麼我們的收案條件要更嚴格？另外獎勵的對象也是，整體獎勵金額上限如果用 10%的預算，醫院部門可以用到 102 萬我們才花了 45 萬，這個就是很多大的醫院，雖然病人很多有不願意收案，因為 paper work 這麼多，所以一定要請一個個管師做許多 paper work，這就是我們許多醫療給付方案就是因為這樣，所以收案數不會太多。

你看這預算才用這麼少，基層也是，基層部門共 57 萬多，比醫院好。我們很羨慕牙科，以最好的拿出來，我們這個只有自己壓縮自己，明明知道有這麼多的小朋友應該要接受治療，那為什麼我們收案的對象也要嚴格？像其他活絡照護系統方式也是，同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，

這些都是約束我們自己嗎！所以我不知道這是學會的建議還是健保局擬的，我們也問過其他收氣喘病人的醫師，他們有兩部分，一部分是同意修改，另一部分是不同意修改，問題就在於這些醫療給付改善方案最嚴重的問題還是 paper work 太多，如果我們沒有用個管師去追蹤，醫師有時間去填寫這麼多資料嗎？根本不可能！所以我們這些醫療給付改善方案都會做的不好，包括像糖尿病做這麼久，可是人數不會再增加，就是因為大家已經受不了了。請一個個管師要 2-3 萬或是 3-4 萬，這個成本是很高的，但是我們拿到的錢只有一點點。所以我就說為什麼還要更嚴格？雖然這次只有改一點點，但是其他都是很複雜的事，你看檢驗檢查報告，每一次都要把資料印過去，然後弄出來，每一個個案都要 paper work 一堆，這是我覺得遺憾的地方，雖然這次修訂的地方不多，可是既然有這麼多小朋友需要照護，為什麼收案對象要這麼嚴格？

然後獎勵也是一樣，你一定要收案人數超過 25 人，才可以進入品質獎勵，如果今天我們錢花太多了，你可以限制，現在錢都沒有花到一半，我們就自己約束自己，那不是很好笑嗎？我不知道我們的醫師是怎麼想的。趕快學學牙科吧，牙科什麼都可以調整，但是點值還是很好，一點超過一塊錢，兒童已經很難照顧而且很少了，我們再不放寬照顧這些兒童，就像醫師說的未來變成不可逆，那是非常可怕，因為氣喘可能一發作就走了，這是我的 concern，是不是還可以再修改？

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

主席及各位先進，我想表達兩件事情，像糖尿病方案我們有 HbA1C 做長期的追蹤，但是氣喘要用什麼東西做追蹤？所謂的品質到底是什麼？所謂的可逆與不可逆很難分喔，我想徐醫師是專家應該很清楚，我看計畫書內容的品質監測都拿掉了，只剩下唯一降階治療成功率，降階治療的嚴重度是醫師自己填的，一點都不客觀，那你用什麼做評比？

氣喘既然沒有一個階段性只有過程，結果是沒有辦法評比的，我們這個會議是在談投資報酬率，我拿多少錢能讓它改善多少，對未來的健康及對後續的財務有什麼樣的影響？可是到目前為止的 paper work 都沒有看到類似的資料，所以你花了這麼多的錢，只是為了作一些改善，作一些衛教，剩下的東西都沒有喔，沒有結果喔，結果是看不出來，現在包括 paper

裡都沒有這樣的評估，不知學會的看法如何？以上。

童委員瑞龍

謝謝主席，第 14 頁，氣喘住院率定義的分母裡面，「當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中住院總就醫人次」，建議修改為「當年度該院所由該醫師收案的歸戶人數」，歸戶就是身份證號，這樣可以了解病人收案情形及成效，我們試著讓專家解釋一下，看是否不可行？再來是第 17 頁，P1613C 裡面，「註 2: 申報新收案後至少須間隔 56 天才能申報本項，本項每年最多申報 3 次，每次至少間隔 80 天為宜。」，我們建議放寬為 56 天，為什麼呢？因為當個案病情穩定符合開立慢箋兩個月 56 天並未達 80 天，以致只能開立慢箋 2 個月 112 天，才能登錄 P1613C，如此可能導致一年內無法登錄三次 P1613C，這樣要完成年度評估照護是有問題的。

再來是第 22 頁，我希望刪除自評表中的變異度(共 2 分)，為什麼呢？因為變異度指數值須病人每日在家早晚測量尖峰流速值，大部分患者因經濟因素未購買尖峰流速計，在推動上有其困難性，故本欄位數值正確性未具參考價值。文獻：「劉慧俐、黃明賢、王鴻昌：全民健保各層級醫療院所氣喘疾病管理模式之質性探討－以高屏分局為例 醫務管理期刊 2006/03；第 7 卷 1 期」也有提到變異度推動的困難，所以我們建議刪除自評表中「變異度」本項的配分，我想這三項提請主席，請專家指教。

郭特助正全（王委員正儀代理人）

主席，就這個案子成效可能有一些問題，因為氣喘重要過程是在衛教，記錄這些資料，整個 paper work 這麼多，整個獎勵金才 1 百多萬可分配，我不知道有多少醫療院所願意去做，在限制條件中有不得重複收案規定，且醫療院所要自己上 VPN 系統去確認個案是不是已經被其他醫院收案了，就這個問題我也擔心是不是有個資洩露的問題？因為上次國健局也有發生同樣的問題，病患資料在網頁上可以看的到、查的到，這一段可能健保局要稍微謹慎考慮一下。我在想醫院是不是有這麼勤勞去查這個病人是不是被其他醫院收案了，其它醫院有收案我就不能申報，我想這樣的作業是不是需要這麼複雜？總費用不是 1 千多萬或是 1 億多萬，所有醫院加起來只有幾百萬，我認為它的成效有待商榷。

童委員瑞龍

主席，剛剛陳瑞瑛主任有提到說，都講了，我們專科醫師應該向牙科學習一下，我們全國才 1 百多萬就要做這麼複雜，人家動不動就 4 千萬，我們醫院團體及專科醫學會應該要朝著讓病人就醫方便、讓醫療操作者能夠拿到合理的報酬，這方面來推動，不然的話，都是在打壓醫界，我看越來越少人願意來開這個會。

黃主席三桂

好，謝謝 4 位委員的意見，全聯會代表請表示意見。

張醫師孟源(李委員明濱代理人)

主席各位委員大家好，就是說在收案對象的條件，我是覺得說，剛剛徐世達醫師已經說的非常清楚，氣喘在新生學童，就有 20%，假如我們算全國學童是 20 萬人，那至少就有 4 萬人，過敏性鼻炎的話，有 50%，那就應該有 10 萬人，但是收案的個數這麼少，所以收案的條件是不是要再考慮一下？我們看今天會議資料第 11 頁，收案對象我很高興看到說，國字(一)括號：「最近 90 天曾在該院所同醫師診斷為氣喘 (ICD-9-CM 前三碼為 493) 至少就醫達 2(含)以上者，才可收案」，我想不用到「至少就醫達 2(含)以上者，才可收案」吧，只要有就醫 1 次有確定診斷為氣喘，應該就可以到達氣喘收案的對象，因為如果要就醫達 2 次，那收案就是第 3 次，以現在醫學診斷的進步，可能不需要診斷到 3 次才能診斷為氣喘，甚至以徐主任的經驗可能看一眼就知道這個病人已經有氣喘了，或是作一個 mask test 看到報告應該就可以知道，所以是不是在這個地方可以修改為：「最近 90 天曾在該院所同醫師診斷為氣喘 (ICD-9-CM 前三碼為 493) 至少就醫達 1 次以上者，就可以收案」，連收案本次算 2 次，因為經濟上越弱勢者，越不容易回診，也不容易達到三次以上就診的門檻，相對的也剝奪弱勢者之氣喘小朋友被收案的機會。

另外有時候收案病人不一定很規則的回診，尤其會有季節的因素，在夏天發作的機率可能比較少，冬天可能比較多，如果夏天這三個月沒有看診，就已經變成結案的條件，所以如果考慮季節及氣喘的發作的因素，氣喘發作的變動率，是否可以把失聯的超過 6 個月，這樣對於病人的持續性

照護應該會更好。

再來就是獎勵金的部分，我是覺得說氣喘的住院或急診的花費都相當相當的貴，假如已經達到這麼多的品質指標，不管是住院或急診還是其他指標都已經達到75百分位以上，是不是獎勵金可以酌予提高為1000點，這樣對醫院也是一項鼓勵，因為我們可以預估消耗與節餘應該是遠遠超過500點，少住院1次就可以少好幾萬了，以上謝謝。

蘇院長清泉(吳委員志雄代理人)

主席還有各位委員好，這好像今天早上的醫院評鑑的研修會議是一樣的道理，醫院的評鑑越來越嚴格，然後條件越來越多，一下子總統交代的，一下子立法院決議的，一下子消基會、罕見疾病等等單位的意見，一直壓縮條件，一個item，後面的說明三頁，醫院每個人做的好辛苦，像這種條件，小兒科醫師都不願意做，這是誰訂的？是健保局訂的嗎？還是學會訂的，要是是學會訂的，那理事長要抓來打屁股，要是我，我也不要參加，這才幾十萬點，學會好像要顯現自己很厲害，健保局又加油添醋，就穩死的了，錢又請不到，這應該要請比較有學問的學會下手，以上謝謝。

陳委員宗獻

今天有很多意見，看起來比較共同的是收案條件應該要放寬，就是說病人的限制條件不要這麼多，醫師的限制不要這麼多，所謂醫師的限制條件就是說，paper work少一點，計畫書沒有說如何讓沒有參加的醫師進來，這樣供給面會增加，那病人接觸的面就會增加，所以才要提高照護率。第10頁有提到說：「上課時數5年至少8小時」，請教一下這個定義是什麼？是先進來後5年內有8小時氣喘照護教育訓練資格？還是先有8小時才可以進來？這等一下拜託健保局說明。

當我們一直在說放寬的時候，是不是要考慮總額？剛剛誠如醫院總額部門代表提到的，這總額要成長是非常的困難，大家都在艱困的經營中，其實疾管費外還有一大塊是診療費、診察費及檢驗檢查費藥費等，這些都是都從一般部門提供的，在第18頁核實申報的項目，例如實驗室檢驗及檢查等，到底每年花多少？我希望明年度討論成長率時，健保局能提出說明，這些資料糖尿病也應該呈現出來說，這幾年這個計畫所附帶產生的醫

療服務到底是多少？這有利於我們以後與消費者代表或費協會溝通時能提供比較清楚的說明，只要資訊是透明的，我想對全民的健康都是有好處的，謝謝。

黃主席三桂

好，徐主任是不是要說明一下？

徐世達主任(台灣兒童過敏氣喘及免疫學會理事長)

其實我們從氣喘衛教推廣，氣喘這種慢性病是需要衛教的，而且非常重要，它是從 86 年賴美淑當副署長時，召集大家開始推廣氣喘衛教，87 年我們開始成立衛教專線，為大家服務，這是非常重要的，因為這是我們的使命，我們就是看這一類病人的醫師，而且我自己本身是非常嚴重的氣喘病人，常常一邊看病一邊喘，因為衛教最重要，所以學會提供的衛教都是免費的，為什麼要免費？因為我們怕如果要增加錢，健保局不願意讓我們配合來做，所以我們所有資料包括網頁上的，不是會員的醫師，只要任何一個人到學會的 download 區，都可以免費 download 最新氣喘衛教資料。我們的目標只是想如何把我們在台北市的經驗，政府及衛生局都已經介入來做了，而且成效不錯，我們兒科在醫院的發表都很清楚，不管講的是急診醫療還是住院醫療，還是包括健保的統計資料，只要有參加健保局氣喘計畫的都很清楚顯示這些都下降，我們在兒科發表的疾病嚴重度資料真的都下降，這些是孩子，當然成人降階率比較低，這是胸腔重症醫學會的 concern，我們小朋友降階的很漂亮，你只要照顧的好，說真的一下子就下降了，這是非常重要的，我們不是沒有指標，我們有很多醫院發表的指標告訴我們這是有效的，包括健保的資料，我們現在的目的是希望，因為我們去做了新北市的評估，我們很清楚，有些醫院很認真在做，但是他抓不到重點，我們可以用 6 個學(協)會，包括胸腔重症，包括兒胸，包括兒免，包括中免，我們 4 個醫學會再加上台灣氣喘衛教學會及台灣氣喘諮詢協會等，大家一起免費推動氣喘衛教，要幫這些醫師做再教育，我們一致認為這是我們的責任。當然我們知道衛教師的成立是有必要的，假如能補助經費更好，可是我們知道健保條例是不給付衛教師費用，那衛教沒錢，好不容易現在我們要免費提供教育訓練課程，我們是希望我們的小朋友好。

我自己是邊看氣喘病人邊喘，這樣是不對的，怎麼邊看氣喘病人邊喘？這樣是不對啊，可是事實就是這樣，一旦不可逆就是不可逆，所以我們就是希望說，每次我們受邀到國外去演講台灣氣喘照護經驗，新加坡也羨慕我們，外國也羨慕我們，連對岸都羨慕我們，表示我們真的有在做，而且做的不錯，所以我的意思是我們學會都已經達成協定，我們願意付出，免費提供，其實這不會增加 paper work，為什麼？因為現在慢性照護的就是這些項目，我們只是在他每天的填表裡給他一些建議，做的好給他鼓勵，假如達到 90 分就可以得到獎勵，因為我們希望我們的小朋友都好，那會不會擔心醫師自己亂填？會不會膨風？我們第一個原則是相信所有醫師自己填出來的報表，我們給你這些資料，你自評努力能達到這份問卷的 95 分，那我們最高興，這不是強制的，也不是懲罰，我們只是希望你填，鼓勵更多的衛教人員能進來，這些衛教資料都是免費的，包括醫師的衛教資料的 update，我們的目標只是想做好這件事。

張醫師孟源(李委員明濱代理人)

主席，我完全贊同徐主任說的話，我再呼應一下，他的發言有一個重點，就是有些可以降階的，有些可以改變的，有些是不可以改變的，到底那些是可以改變的？那些是不可以改變的？差別在於年齡是一個重要的因素，尤其是氣管的 remodeling，在小兒科早一點治療小朋友，跟心臟心肌梗塞以後的 remodeling，也是有他的時間限制，在有效的時間內，給予最好的治療與照護，對於我們這個國家未來的主人翁將來長大以後不會變成長期氣喘，非常重要而且有幫助。

所以在今天會議資料的第 6 頁，說明一的倒數第 2 行，要訂定較嚴格的收案條件，我相信費協會委員的意思是採取差別說，(1)對於那些沒辦法降階的可能是 14 歲以上的，其氣管可能已經 remodeling 了，要改變可能很困難，所以費協會定義比較嚴格的收案條件，(2)然而，對於年齡比較小的患者，還要搶救小孩其正在發育中的氣管(不要讓氣管 remodeling)，也使其避免永久傷害，所以費協會應該對年齡較輕的小朋友要採取放寬收案條件。因為畢竟這個委員會是一個專業，學者專家來現場，我們應該把這個報告，做成一個資料，在費協會上報告，讓費協會委員參考，這樣子的話應該採取差別，提到收案的情況希望在這一次會議也能夠有所改變，對

於氣喘患者的小兒如果有機會，應該要讓他們有多的機會進入這個計畫，以上謝謝。

謝委員武吉

好像很久沒有講話了，我對品質獎勵措施第 8 頁，這個分成 4 組，醫院與基層收案人數要大於 25 人以上的醫師才可以進入品質獎勵計算，那麼我要請教一下，如果這種想法是在一個鄉村的話，蘇委員也經常在講鄉下地方沒幾隻貓，對不對？這樣如果 5 個醫師，那是不是要去找 100 個氣喘病人，還要分組成人與兒童，這樣變成想做這項工作卻沒有辦法得到獎勵金，這一點我們要考慮，替所有老百姓設想，我不是反對，建議門檻要降低，願意到鄉下地方看診的醫師，例如台東太麻里的醫師也要讓他們可以來參加這個獎勵，這是第一點。

第二點是這三項品質指標的評比，我覺得不公平、不公道，我覺得要再思考，是不是可以下降一些評比的因素？剛剛也有委員在講說，獎勵金應該要 500-1000 點，我是認為 500 點是不夠啦，1000 點也是不夠啦，牙醫都可以調升 1 倍，氣喘獎勵金應該要調到 1500 點才合理，我想應該要這樣做，要鼓勵啦，應該要這樣處理。

第三點是整體獎勵金額不得超過氣喘照護管理費用的 10%，10% 到底是多少費用？牙科都可以增加好幾倍，本方案也應該調升，沒有效當然不增加，但如果是有成效的，就不要怕付錢，我們是要做的好，而不怕事，做不好才怕事，這是我的概念，既然要做就要做好，就大量放寬！

盧委員世乾

醫檢師公會想請教一下，目前在健保局的制度下做 35 項的 mast 檢驗應該要怎麼進行？有什麼樣的 indicator？要怎麼做才不會被核刪？很多醫院均有被核刪的經驗，在這邊整個 P1612C 的檢驗檢查項目做出來的結果若是沒有 reaction，那要怎麼辦？這問題可不可以一併考量？

李專門委員純馥

謝謝委員指正，我們是不是可以就委員修正的意見逐項回答？在會議資料的第 11 頁，提到醫事人員或醫事機構資格，我們有提到說，以後若

不是氣喘這些專科學會的話，要具備 5 年 8 小時學分，這部分我們是不溯及既往，是等方案公告以後新加入的醫師，才需要做這樣的限制，那原先在計畫內的，已經參與這個計畫的醫師就不溯及既往，不需要具備 5 年 8 小時學分，這部分先向委員說明。

第二點是就我們這會議資料第 11 頁中，有關收案對象原來我們是規定 60 天內要 2(含)次就醫，其實我們這次是放寬的，90 天內有 2 次就可以，在這邊作說明。那另外就是請大家翻到會議資料第 12 頁提到我們收案的對象，就是剛剛郭特助所提是不是會有 VPN 系統個資洩露的問題，那我先說明我們這個 VPN 系統院所要登錄之前是需要密碼帳號的，所以是限定某一些人才可以進入這個系統，不是所有人都可以進來，且他必須要有病人的 ID 及出生日期，才能查詢個案過去是不是有被其他院所收案的情形，我們的規定是避免病人被重複收案，就是避免病人在不同的院所被氣喘方案收案，才有這樣的規定，其實這也是考慮健保資源有限，所以我們希望透過系統來做管控。若是院所批次上傳，系統一樣會回覆說這個個案已經被收案過了，是用這樣的邏輯。

其實我們這一次修訂，整個結案部分從：「同一院所經結案對象不得再收案」放寬為 1 年內不得再收案，超過 1 年就可以再收案，所以其實是放寬的。那如果病人在系統中已經 1 年內都沒有被維護到，就是原先收案的院所 1 年都沒有做任何的動作，其實我們可以主動做結案，可以讓病人就可以被其他院所重新再收案，所以這部分也是放寬條件的。

那另外提到評估的部分，剛剛羅委員有提到說，品質指標是不是有降階的部分？這一次我們納入評比的部分並沒有把降階納部分進來，就是擔心降階程度其實是 self-report 的部分，所以我們只針對追蹤率、住院率及急診率三項指標納入評比，也就是個案收案的這一年的過程中是不是有去住院或急診？造成氣喘住院或急診的比率過高，並沒有拿降階進來評比，降階只是我們在 monitor 整體照護的成效用的，並沒有拿來做獎勵。

至於大家提到獎勵金的部分，我覺得這可以再討論，因為確實在經費上這一年如果是 10% 的話，其實是 6 百多萬經費，初步以 99 年資料估算是獎勵金約為 1 百多萬，這部分可以再討論，不過這是以 99 年資料計算的，若方案通過正式公告後，醫療院所可能會積極辦理本方案，數字就不

一定是大家看到這麼少，以上先說明。

那剛剛童委員提到說，氣喘住院率分子分母定義是不是要用歸戶人數？因為如果用歸戶人數的話，在計算住院時，沒辦法分次計算，只能計算這個個案住院過，所以我們最後才決定用人次對人次計算，因為同一個人因氣喘住院多次，我們是希望都能 monitor 比較公平，所以分子分母用住院的人次來計算，以上說明。

蔡委員淑鈴

我要補充說明兩點，這個方案大家有一點弄錯。費協會在協商前之評核會議建議要訂定較嚴格的收案條件。但這一次我們在專家諮詢會議，就像剛剛徐主任所說的，就是小孩氣喘真的很需要照顧，所以我們不但是沒有訂更嚴格規定，反而是放寬的，這是第一點。

第二點，是因為徐主任在新北市有實地訪評這些參加氣喘方案的診所醫師，他發現說部分參與本案的醫師，但是他 practice 的做法不盡符合 guideline，所以治療 outcome 不是很好，學會很想來協助這些醫師能夠跟得上現在的 guideline，作對的事，讓小朋友能得到更好的照顧。因此本次方案修正申請醫師的條件，特別說明要有5年至少8小時的教育學分證明，我們也向學會表示，很多醫師向健保局反映，為了醫師能 update 他的專業知識，可以做比較好的 practice，那可能需要再教育，但是再教育很多學會都有收一些學分的費用，徐主任跟這一次開會的學會一共有6個學會，都告訴我們說，他們提供的這個學程，全部都是公益提供，不會收費，5年8個小時我想大家是挪的出來時間的，只是希望把事情做好。

第三點，是大家提出來說，我們的獎勵評比好像誘因不是很多，事實上這個計畫原本是沒有獎勵措施，這一次是新增獎勵，原來只有照護費，就是追蹤管理照護費，這一次是徐主任等6個學會特別提出來說，我們對這個計畫應該對於表現好的醫師給予獎勵，這一次的修訂完全是外加獎勵的，雖然是外加獎勵，即本方案原來沒有獎勵而變成有獎勵，這是今年最大修訂的重點。所以我想委員可能看到資料的時間有限，沒有辦法做前後的比較，所提出來的意見可能與我們的原意確實差別太大，謝謝。

郭特助正全（王委員正儀代理人）

主席，我想這個用意相當良好，但我建議如果其他醫院有收案就不能再收這條件做適度放寬，假設你把不同院所照顧當它是一個團隊，這邊照顧或那邊照顧其實是一樣的，問題是同一家院所時間內只要有依規定執行 2 次，這個小朋友有可能 90 天跑了 4 次，2 次在其他醫院，他也 follow 學會的 guideline，那給他有什麼關係呢？不需要麻煩去查證有沒有重複收案，若別人有收案，則我就不 follow 你的 rule，我想失去制度規劃原意，不管有沒有錢你都要 follow 這樣的 rule 照護，至於能不能給錢？就看後段申報費用提出的資料為審查依據，我倒建議這一段可以放寬。

黃主席三桂

好，這個案子我想已經討論很久，今天這個案子先保留，我們請醫管組參酌各位委員的意見，特別是剛剛蔡組長提到的品質獎勵措施部分，包括收案人數是不是要達 25 人以上等等，還有郭特助提到的，是不是要透過 VPN 查已經被其他院所收案的病人等意見統籌考量，然後把各位委員的意見再一併納入研議，我們在下次會議再提出來向各位委員作報告，好，我們這個案子先討論到這裡。

陳委員宗獻

我剛剛有建議是不是可以統計一下，最近這幾年試辦計畫相關產生的費用？這只是參考用，就是希望明年度的時候能夠更清楚相關的數據資料，我們在這邊提高了品質，那在費協會應該要取得怎麼樣的回饋，謝謝。

蔡委員淑鈴

還有一件事情補充，剛剛講說收案人數要達 25 人部分，當時與學會討論時為什麼需要 25 人，其實是怕 sample size 太小，如只收 1-2 個人 variation 太大，至於偏鄉沒有辦法收到那麼多的個案，這一點確實是兩難。另外提及論質方案在推動的過程中，因為訴求的是定期的 follow up，因此會增加一般費用裡的檢驗檢查費用，我們確實可以統計出來，這也是醫療的一部分，如果大家對這件事情很關心，我們日後可以把這一部分作一個釐清。

黃主席三桂

好，我們這個案子今天就先暫緩處理，再麻煩醫管組同仁把所有委員意見整理好，下次會議再提出來討論。

第一案

案由：101 年調整輸血支付標準案，提請 討論。

黃主席三桂

這個案子是輸血支付標準調整案，請各委員表示意見。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

主席、各位先進，我首先發難而已，第一件事情，就是我們支付標準案中 NAT 的篩檢率為什麼會跟美國、澳洲差這麼多？我記得我們 B 型肝炎患者應該是逐年減少當中，不應該是 1：24 萬與 1：960 這麼懸殊的數字，這個數字我們去 check，有很多是看你採用哪一個 paper，這有誇大之嫌，這是我要提的第一件事情。

第二件事情，這件事情曾經提費協會，當時費協會曾經做過決議，若是說需要多少錢，應是血液基金會提出來後要各籌各一半，一半要他們自籌吸收下去，一半由醫院費用支出，這一次我們根本看不到 NAT 成本總共要花費多少錢？在 1.98 億元裡頭；就我們所知根本不需要花那麼多錢，這是我提出來說的第二個。

第三個這件事情直接連繫到我們上次所談的，就是血品保障一點一塊錢，這對醫院來說始終都是很不滿的，為什麼？現在醫院經營是很困難，每次在談有二件事我們都不知該怎麼去講，一件事情就是捐的廢血，現在目前各醫院在廢血裡，有很大部分廢血是醫院要吞下去的，我們用這個訴求要求浮動點值或是廢血可以做什麼處理，費協會始終是不准的，那在中小型醫院、平均 100 床的醫院，每個月廢血都算幾十包，現在只要超過 4 小時血是不可以用，都要報廢，也不可向健保局申請，什麼都沒有要我們吞下去，現在又要保障 1 點 1 塊錢，對醫院來講壓力實在太大了，也是不合理的。

我們也要求捐血中心把財務狀況公告出來讓我們瞭解，事實上我們看完也不覺得有像醫院一樣財務那麼艱困，所以沒有理由讓我們把這些事情

掛勾，包括第一件事，就是 NAT 即使它對全民有用，是不是要用那麼錢；第二件，事就是費協會也希望捐血中心至少要負擔一半；第三個調整的點數是否合理？第四個是不是應該跟保障 1 點 1 塊錢掛勾。這四件事情都是我本人非常 concern，以上。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

主席，我記得現在衛生署署長還沒有核定，101 年總額為了 NAT 的問題，我們在一般預算去調整，有一個成長率 2.9 億，等於是我們要提出 2.9 億的成本，（.....1.98），降到 1.98 億嗎？那就是捐血中心只有 6 千萬，我不知道有沒有減少，我看今天提案單位怎麼會是報告單位醫務管理組，這是捐血中心要求要調整的嗎？還是我們健保局認為這個應該該調整？如果是這樣健保局也對我們其他支付標準也關心一點，有很多次醫師要用勞力、要站整天...才給多少錢，那個是浮動，這個所有增加你們算起來一年 1 億 9 千多萬，全部固定點值這個都是要給捐血協會，醫院一毛錢都沒有拿，所有損失剛剛羅院長講的廢血，越大的醫院廢血越多，那不是說廢血不用而已，現在規定如果有參加評鑑的都知道，只要離開血庫到給病人輸血完成時間要 4 小時以內，超過 4 小時剩下的血是要報廢重新拿新的，我們的成本是非常的高，尤其是以外科系為主的醫院。

所以，我不知道如果說是我們健保局醫管組認為這樣的話，那我不知道說我們有更多更多項目是不符合成本的；這樣算起來用第 5 頁那張算成本太簡單了吧！我們怎麼知道說，血液基金會為了血品的安全與檢測的結果快點出來，把那個...潛伏期快點可以知道...空窗期要縮短，這個是很好為了確保，可是第 2 頁的第五點說血液基金會認為 NAT 因為要用這個儀器，自備料、進口...等等，這個東西到底要增加多少成本也沒有講嘛！這是很多個疑問。

謝委員武吉

今天不知血液基金會是不是有派人來，是不是由他們先報告一下，我們再來談比較好一點。

黃主席三桂

我們事先有先邀請台灣血液基金會林執行長素娟，那先請林執行長表

示一下意見。

林執行長素娟（台灣血液基金會）

今天我們很高興可以列席，在這裡可以直接與委員溝通，剛才委員有提出幾個疑問，關於成本我們已經提了資料給健保局，大致上來說 NAT 檢驗項目是一個新增的項目，並不是原來項目去更改的，整個平台及試劑是要全新開始的。目前成本來講，就是現在所反應出來的，除了有 NAT 試劑的購買包含其儀器設備，還有我們因為增加這個檢驗項目所需要增加的人力、其他相關設備、場地更新及所產生的廢棄物等等，通通算在裡面。

而 NAT 檢測的效益，剛剛委員提到說為什麼美國是那個樣子，台灣是這個樣子，我想各委員都知道台灣是 B 型肝炎的盛行地區，B 型肝炎的檢出率，也是我們開始做 NAT 的專案檢測後，才發現它的嚴重性，為什麼會有這麼多，是因為過去我們所認為 B 型肝炎感染之後好了的這些人不見得是好了，有些人身體裡面還有一些微量病毒，這些病毒除了做 NAT 外，是無法知道的，就是現在 EIA 的檢測方法檢查 B 型肝炎表面抗原或抗體等，都檢查不出來，就是做核酸才檢查得出來，所以我們國人特別是 30 歲以上的人，殘留微量病毒比例是很高的，大約是 600-700 個人當中，就會有 1 個殘留微量病毒的人，我想歐美國家原來 B 型肝炎感染率沒有那麼高，這也是他們比較不會有體內殘留微量病毒的問題。

剛才有提到財務狀況，我們財務是公開且透明化，在衛生署那邊都有公告，也都經過會計師查核，我們董事會成員裡，也有 4 位衛生署官派的董事，都是接受這些監督與指導。至於我們血液基金會能不能做一半的分攤，是不可能的，這筆 NAT 的經費太大了，捐血中心的財務無法負擔，如果可以負擔我們早就做了，過去我們增加做過好幾件提升血液品質的事情，都沒跟健保局要求提高點數，我們是說在我們財務範圍之內，我們能做就盡量做，我們台灣人民在輸血所花費的，在亞太地區 9 個國家聯盟中做比較，台灣平均人口的平均花費為歐元 2.3 歐元左右，在亞洲幾個國家裡面我們排最後的，其他國家除了日本、紐西蘭、澳洲不要去比，他們平均一個人可能花費是 6-7 塊歐元以上，我們甚至鄰近的新加坡、香港都不如，因為他們一個人平均花費都在 4 塊歐元以上。

當然，我們輸血的品質跟他們比還是有些差距，我們做不到那樣的品質水準，因為我們經費有限，我們所有的收入 98% 以上都是材料工本費，沒有任何一個備援的機構能夠支援我們經費的不時之需，所以捐血中心的營運都是把持著很保守的原則來經營的，能夠收入多少我們就用這麼多錢去改善血液的品質，但是 NAT 的費用實在是太大，捐血中心沒有辦法負荷。目前我們依照原來的承諾，當時提出 2.9 億需求，我們負擔 6 千萬，現在因為採購可以得到比較好的價格，經費需求可能在 1.98 億內可以支應，我們捐血中心可以負擔自籌自付的部分，一樣是等比例負擔 4 千萬，以上報告。

謝委員武吉

剛剛我們執行長在報告，好像跟以前那個男性執行長在報告比較不太一樣，以前那個執行長在報告好像我們是他小的，被叫東叫西，你們資料拿出來報告，你們很有錢可以飛上天了，現在再講這些，真是為你們汗顏！你們說的成本、廢棄物、設備等，難道我們醫院就沒有這些東西嗎？也是一樣，廢棄物也是要處理，1 公斤多少？還是照收啊！你們說的...我們真的聽不下去，你們董事長是不是叫林國信？

林執行長素娟（台灣血液基金會）

是。

謝委員武吉

已經做很久了喔！

林執行長素娟（台灣血液基金會）

我們董事有任期。

謝委員武吉

我記得吳德朗理事長在當理事長時候，曾經帶著醫院協會董監事去拜訪你們林國信董事長，拜訪的結果卻是了無生息，都不回應，我們深深感受到的是，被藐視的一群，本來我們還不知道你們有 4 位衛生署官派董事，這不是自肥方案嗎？在費協會都沒老實說，這要是在費協會知道你們有四位官派董事，馬上罵到讓你不會過。

另外，請問你們血品來源，到底從哪裡來？是要在路邊喊呢？還是叫血牛來抽？是怎麼處理，還是要買血？這是第一點；第二點，就是血的成本，過去你們先說血的成本，再說整個分析成本，過去你們執行長說你們很有錢，可是我們拿回去算過，發現你們吹牛，你們找會計師算，我們偷偷算，就知道你們吹牛，所以你們整個成本要說清楚，這次你們要過，我可以坦白說，你們要跟我們收的錢，隨浮動點值跟我們收錢。

蘇院長清泉（吳委員志雄代理人）

主席，我第二次發言，我有三點，說公道一點，過去你們那個執行長真的很囂張，那個男的我已經忘記他的名字，那個時候連醫院跟他說血，若錢還沒給或晚一點到就斷血，為了這件事，我還到衛生署開會、登報紙，才知道事態嚴重，才到衛生署喬。所以你們基金會真的有夠壞，你們 1 點 1 塊真的有夠讚的，得了便宜又賣乖，跟你們說洗腎現在 1 點才 0.83-0.84 而已，我們真的是快哭了，第 1、2 季高屏分局每個醫院都被追扣錢回去，因為點值才 0.92-0.93，浮動點值才 0.86 而已，所以 1 點 1 塊你們已經爭取到，現在再來第二次，真的有點搞不清楚狀況。

第二點，NAT 一個 Kit 可以這麼多事，相對應該可以節省很多人力成本，可以裁員嘛！；第三，你們用量這麼大，機器何必花錢，機器人家就會拿來排，廠商拿來排就排不完，錢就可以省下來，像高雄捐血中心福利是好到快溢出來，你們還有一個主任挪用福利金被收押，不知被判幾年，你們真的很霸，還得寸進尺，以上。

張醫師孟源(李委員明濱代理人)

主席，各位委員大家好，簡單報告一點，就是假如這個案子要通過的話，就是我們看會議資料第 2 頁，基層總額的部分會增加 427,080 點，因為這部分在今年的總額協商並沒有談，那我們是希望是說，假如萬一通過一樣要有個但書，就是在 101 年談總額的時候，一定要把我們這個部分的費用幫我們加回去喔！以上，謝謝！...這是基層的費用還是要加進去。

陳委員宗獻

主席，我不是很同意這樣，因為 101 年要花的錢，現在是 12 月，這個案子提出來，我不覺得說第 5 頁的那個表格，那個工本費的明細，這個

表是在今年的 11 月，還是 10 月以後才知道的，這個在 9 月協商之前就知道了，那換句話說，那時候算得出來也知道醫院要增加多少，基層要增加多少。第一個問題，就是說在協商的時候，這個部分在當時的時候要協商，要不然明年沒有費用我們從哪裡去喬？我們現在拿到的費用，明年度的主要費用就是外科、婦產科、還有兒科，那個都已經分到那邊去了，哪從哪裡去喬這 40 萬出來，這是第一個。

第二個，我們今年第一季的流感，我們申報的費用增加醫療服務的量增加了 30%，欸嚇死人！結果其實我們的成本只有 6 萬而已，我們政府要補給我們補 6 萬對不對，這個 42 萬我們可以服務再增加百分之百的病人，所以這個我不同意，我不覺得說這樣做是合理的。

那剛剛有提到血品的處理費用跟各國的比較，這個其實我跟妳們報告一下，其實我們台灣就是這個特性，我們醫師的診察費，也是國外的 5~10%，沒有比較多，大致上都一樣，大家共體時艱，我是認為要，浮動這是有必要的，我們在浮動下面已經尖酸了、很心酸的過了很長的一段時間，這個部分其實大家可以來共體時艱啦！但是實際上面是明年才做，因為今年已經談了總額，沒有費用可以再給了，謝謝。

郭特助正全(王委員正儀代理人)

主席，我想大家剛才談有一件事沒有談到，因為血品費對醫院來講是代收代付，可是事實上我們代付是要付 1 點 1 塊錢，可是收我們收不一定能收到 1 點 1 塊錢。

第二個大家可能沒有注意到，我們輸血後是要處理將血袋當醫療廢棄物繳感染性廢棄物的錢，那剛才蘇理事長談得很好，就是說檢驗量大的時候，成本不是這樣算的，一百個的 CASE 跟一萬個 CASE 那成本一定是完全不一樣的。

基本上我倒建議說，假設這個是國家的政策，如衛生署的評鑑，衛生署還是有一筆經費讓醫策會去執行這個評鑑，那假設說認為 B 肝這樣的整個篩檢，在整個血液的用法上面是一個國家政策一定要去做，衛生署可以編個 1 億、2 億去處理掉這個，怎麼會是醫院總額付？我想基金會可以考慮以類似方式去處理，現在我們人、錢都沒有拿到，而且還要處理留下的

廢棄物，然後點值又浮動，我想基本上醫院當然不會容許給付點數再去做調整的，以上。

蘇院長清泉（吳委員志雄代理人）

執行長，我跟妳說我是心臟外科，美國開一個心臟繞道手術 500 萬台幣，台灣 30 萬，不要說那些五四三。

童委員瑞龍

主席，我要請教我們執行長一下，既然有官派的 4 位董事，我不曉得說各個捐血站的不動產，是由衛生署編錢補助蓋的，還是自己自營、自收盈餘來買這個，既然血液政策是國家政策，按照道理，沒有理由說從協會裡面收，再來支付，看看每一個捐血中心都是大樓，那我不曉得這是衛生署編的補助款來支出，還是從血品費來的盈餘，像各地的捐血中心都有扶輪社、都有獅子會來買捐血車來捐贈，甚至國外的扶輪社、獅子會也一起來跟台灣的扶輪社、獅子會都再捐捐血車，所以我不曉得到底支出的狀況是怎麼的情形，你們的硬體，你們的不動產是怎麼樣來的，我是想說問問執行長，如果衛生署沒有編錢補助幹嘛！要延攬衛生署的這個董事來呢？沒有道理吧！應該要找一些企業家來捐錢嘛！

羅院長永達（謝委員文輝代理人）

我想剛剛我要講的東西很多的委員正好都有提到了，我只是說那個捐血中心可能很多東西的觀念要跟我們一致啦！剛剛拿了很多的數字，剛剛我們的大委員也一直講，把它除以台灣的 GDP，我們用在醫療上的費用裡面，我們一點都不輸別人，不信你算算看，因為我們台灣本來就是在很窮的情形下，要用這些醫療費用嘛！

可是相對醫院的經營，就像剛剛郭委員所提到的，我們有很多的那個錢，健保局從來沒有替我們想過，第一個那個代收進來不是 1 塊、出去要 1 塊，而且我們地區裡面國稅局是按照總收入來算稅金的，現在代收款都沒辦法拿掉，我們還要多繳一筆錢，然後廢血沒辦法處理，然後以後呢？醫療廢棄物，現在目前一公斤，在台中縣的醫師公會已經喊到 100 塊囉！你知道嗎？那個可是一一直在漲喔！健保局甚麼時候替我們想過這些事情，結果我們買 100 元，現在點值假設 0.93，我們拿了 93 塊要給血液基金會

100 塊，這些東西剩下的，我們還有廢血的成本、還有廢棄物的成本、還有稅金的成本，算一算實際上作一個我們要賠 20 元，健保局從來沒有替我們想過，提出來的東西裡面廢血的背景是這樣，這個捐血中心可能要有個想法，要共體時艱啦！大家都是為了民眾的健康，但是遇到了嘛！

我真的很訝異說，怎麼衛生署跟健保局會去接受這個捐血中心拿出來的這個成本分析，採購過大量的東西大家都知道，大量的東西都不是這樣算法的嘛！以我們中間來講，我們很多人認識對不對，真的在捐那個捐血車，有很多東西都是我們義務在幫忙，那這些所有的東西裡面，大家所耗用的費用，這麼多來幫捐血中心，捐血中心要有那種社會義務，有些的東西裡面真的要共體時艱，不然提出這個案子說實在大家都吞不下去，做 100 塊的東西，拿 90 塊賠 110 塊，世間上哪有這種事情。

陳委員宗獻

那個成本在計算的時候，這個儀器，你們醫院真笨你知道嗎？那醫院設置的機器儀器也不會去申請補助，人家這個成本裡面，直接成本就有儀器、房屋折舊啦！維修、那些都有，我看這單子如果拿到費協會去，是不可能通過，如果我們總額協商是這樣協商的話，那就會比較公平一點，那總額不是這麼協商的話，實在是沒辦法在我們的支付標準表裡面，去做這樣的考慮啦！謝謝。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

我一直說這個案子是我們自己健保局提的嗎？要調整費用，是嗎？

蔡委員淑鈴

好，各位委員喔！其實大家都有點忘記這個過程了，我記得協商的時候，NAT 是我們 101 年有協商的項目裡。我們稍微回憶一下，當時血液基金會提出來的需求，就在我們剛剛補發的這 1 張一、的部分，就是 NAT 檢驗經費說明如下這裡頭，原提案告訴我們要 3.55 億，那說明欄大家看一下，每年經費需求，就是全面實施每一袋的捐血，都加做 NAT 的檢驗，當時血液基金會以公文告訴我們，每年經費需求是 3.5 億，其中 2.9 億由血液工本材料費支應，另外血液基金會編 6 千萬元來支應，換句話說是 2.9 億加 6 千萬成為 3.5 億。但是協商結果，費協會並沒有給到 2.9 億，只有

給 1.98 億，就是透過協商就打了 1 億下來了，那麼 1.98 億跟當時提出來的 2.9 億，怎麼辦？

這是一個問題，但是 NAT 要全面實施，就是我們每一袋的捐血都要做 NAT 的檢驗，因此協定的結果（雖然這一項現在署還沒有最後核定，但是這一項是付費者代表跟醫療提供者代表，大家這一項的金額是一樣的）是為了解明年血液品質比較安全，所以我們就提前跟血液基金會聯繫費協會協定下來是 1.98 億，我們沒有 2.9 億，但是我們還是要做全面 NAT 檢驗，那如果有所不足，那可能血液基金會這邊看有什麼方法。血液基金會就用這個 1.98 億，提前去跟廠商去研議，結果議下來，是可以用 1.9 億決標了，11 月 25 日決標，每一個人次的成本是 110 元。所以我們在表一、這個地方就看到說 110 元的結果。

健保局有要求血液基金會，NAT 可能決標的試劑跟所需要的設備，都含在每一袋血 110 元裡面了，其他的成本要告訴我們，所以包括血液基金會要新進人員、新的設備，就在這個一、的最後右邊的這一欄，右邊的這一欄，經過重新評估，原來是 3.5 億嘛！對不對？經過重新評估是 2.35 億，但是 2.35 億我們依然付不起，因為我們只有協定 1.98 億，對不對？所以血液基金會要自籌 4 千 2 百萬，因為設備跟試劑的成本都是廠商經過標案標出來的，所以就變成 110 元是要付給廠商的，那剩下直接成本及間接成本，血液基金會所有的大概是自籌跟自付的，共有 4 千 2 百多萬元，兩者加起來就是 2.35 億。

我們今天要調的就是，付給血液基金會的錢，是透過支付標準要付出去的，血液基金會告訴我們說，攤提在各項血品裡面，大概是這 8 項是主要的，是攤提，因為我們是血品，我們血液是免費的嘛！我們要做的是血品的處理費，我們付的是血品的處理費，所以我們這次調的是血品處理費的這 8 項，那麼這 8 項透過 1.93 億的攤提，那我們就是攤提在這裡，因為這個就是涉及支付標準的修正，所以才會提這一次的會議。

依照血液基金會的估計，我們本來是希望說這既然是一年的經費，我們希望元月就能夠做啦！如果可以的話，但是經過跟廠商的協議，最快也要有一點準備、備料的時間，最快施行日期是 3 月 1 號，這是第一點要說明的。

第二點說明，是有關大家認為保障點值的這件事情，我們上次的那次會議，第4次的支委會就已經討論過，當時我們在討論醫院總額裡面的固定點值的時候，血品費大家有提出來對不對？那大家回憶一下那時候的狀況是，我們的結論是，當場謝天仁委員有在場，他有提到是不是固定點值的權責在費協會，並不是我們支委會，我們支委會是建議，因為費協會授權支委會先討論，但是我們那天沒辦法決定的就是血品處理費，所以我們在12月7日依照支委會的決議，就報一個公文在12月7日給費協會，內容就是說有關醫院總額固定點值的部分，除了血品處理費以外，其它都照100年來辦理，另與會委員建議血品處理費採浮動點值支付，醫院應以浮動點值計算之後的金額，核付給血液基金會各項血品處理費，請費協會做最後的協定。所以這一項要回到費協會重新協定，決定血品處理費是不是固定1點1元，還是要採浮動。

另外一點，就是剛剛大家有提到說廢血的處理，廢血的處理還有很多廢棄物的處理，我們的支付標準有一項就是說，凡是使用血品一定數量，在93020C支付項目為血液處理費，就是每6單位，就可以申報一次血液的處理費，這個費用包括血庫的管理、血液的報廢、血液的運輸、設備維修、試劑水電費等；我們有這個項目大家可以來申報這個成本，以上是這些背景的補充，希望有助於大家對這件事情的一個討論，謝謝。

張醫師孟源(李委員明濱代理人)

剛剛我呼應那個我們陳宗獻委員說的，因為今年的協商已經過去了，基層總額，就像謝天仁委員講的，預算是法定嘛！那我們一定要依法行政，那我們認為，假如前提那個427,080點，其性質應該在總額協商專款。故應由其它因政策改變的預備金的預算裡面要撥42萬7千點給基層總額，因為那個是醫療政策改變所造成的。至於說直接成本、間接成本的計算，不應把儀器放到直接成本的，而應是攤提折舊。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

我接著我們張副秘書長的意見，其實我們這個血液基金會的量這麼大，很多都是買試劑贈送儀器的啦！所以你的儀器不只不要錢，然後維修、折

舊全部都不要，都是廠商的，所以我要問的就是說，你一個 Kit，到底可以做多少個？那個才是真正的成本，對不對？那你一年大概做幾個？我們就可以看得出來。

另外還有一個問題，本來就是講說，在這個單頁，剛剛才發的那個一、裡面，就是說注意原提案是說血液基金會本來要編列 6 千萬，就是 0.6，可是在第 2 頁的時候，如果這樣算出來，只要自籌跟自付只有 4 千 2 百多萬，還不到 6 千萬，你看基層你們才多了 42 萬，我們是 1 億 9 千多，全部這裡拿了以後就給他，而且這個 1.98 億，是編在我們的一般預算，算我們的成長率，結果這個都是要給別人，以後這個可不可以不要算我們的成長率，看起來好像很好看，現在還在那邊討價還價，包括像 BC 肝也是，那個藥費我們收的整個都是給藥廠的，然後現在要叫我們貼 20 幾億一年，這個是完全不合理嘛！你現在這個 1.98 億，是編在我們一般預算，你現在再把他算回來說，調整這個支付標準，整個又送回去，這個我們還要貼錢嘛！我們收到的是浮動點值。

謝委員武吉

血液基金會我請教一下你的備註 2，血液基金會的 NAT 試劑含 NAT 儀器採購案，係以 101 年總額編列 1.98 億，於 100 年 11 月 25 日依每人 110 元決標，這是怎麼算出來的？

林執行長素娟（台灣血液基金會）

我跟各位委員報告，NAT 的檢驗是一個複雜的流程，不是單項單次的檢驗，試劑費用的算法，在國際上都是一樣的，它不是說一個 Kit 多少錢，都是按人次算，就是說檢驗多少人一個人次多少錢；儀器和它的試劑是封閉系統，就是說某個廠牌的試劑一定要用他們的儀器，所以基本上我們都不會購買儀器，因為這等於是永遠被綁住一定要用他這家的，所以我們都是購買試劑，由他們提供儀器，但你說這儀器是免費提供嗎？絕對不是，他一定把他儀器的成本，加到試劑裡面去的。我再跟各位報告的是，我們原來提案的經費需求 2.9 億元是以 1 個人次 176 元估算，這是我們過去兩三年的專案計畫最後標到的價格，我們也曾經詢過國際上的價格 1 個人次大概都在 8 塊錢美金，不是跟美國比而是在亞洲地區。這個案我們 11 月

招標以每人每次 110 元決標，比預估的少很多，所以我們就用這個決標金額重新算。

謝委員武吉

執行長我請教一下，妳剛說的可能我數字觀念比較差，不懂。現在妳說裡面寫含儀器喔！妳剛剛說這是只有試劑，我們是外行人不在行，但是妳這寫的跟妳講的就不一樣。妳剛說的是總共含蔡組長，跟妳說的連儀器都算進去，妳現在說儀器是廠商提供的，只有採購試劑而已，這是第一點質疑。第二點，妳每次都用外國來跟我們講，畢竟我們在臺灣要用自己的做法，就像你說的血品一樣一點一元，當時你們執行長來有多囂張妳知道嗎？所以說今天妳們很難過，因為我們已經吃過苦頭了。再來，這個第一項你們決標是外包還是包在裡面？你後面寫的以 110 元決標，那是什麼意思？

林執行長素娟（台灣血液基金會）

就是我們上面新的調整那邊一個人次是 110 元，然後檢驗儀器請各位看直接成本，剛剛有委員提到為什麼把儀器列在直接成本，這是因為儀器是跟試劑綁在一起的，所以在儀器後面，我們有寫併入試劑，它其實沒有另外計費，但是在試劑的價格上一定是分攤了儀器的費用。

謝委員武吉

我們想了解一下你們多做 NAT，要多 18 個人嗎？這裡寫的，請問一下檢驗人員成本多少？一個人的人事成本多少？

林執行長素娟（台灣血液基金會）

年薪我們用 70 萬算。

謝委員武吉

妳再說一次我聽看看。

林執行長素娟（台灣血液基金會）

年薪我們用 70 萬算。

謝委員武吉

我聽一個差點昏過去。現在檢驗科滿街都是，一個檢驗科剛畢業出來3萬6就很高了，你們這樣會不會太過分？

林執行長素娟（台灣血液基金會）

抱歉！我們的人員都比較資深。

謝委員武吉

你們的都比我們優秀是不是？

林執行長素娟（台灣血液基金會）

也不是，我們的年資都滿深的都已經10-20年了，這裡面也不全是檢驗人員，還包含部分採檢、後續諮詢等人力需求，在成本分析資料裡都有提到。

謝委員武吉

但妳寫的是檢驗人員。所以說妳講的和拿出來的，我們一比對雖然我們不是讀會計科的，也很清楚了。

蘇院長清泉（吳委員志雄代理人）

主席我說一下，我等下還要去國健局，我給你們捐血中心血液基金會建議一下，譬如你們捐血車，我還沒看過你們捐血車是自己買的，每台都是人家捐的，你們什麼東西的是人家捐的。你們享用社會的光彩，在座很多院長都是扶輪社、獅子會的都捐很多錢給你們，你們真是得了便宜還賣乖。

第二，服務有夠差的、福利有夠好的。我舉一個例子，我們那裡要辦廟會，我樁腳要辦廟會元月1號，要做捐血活動，我就答應說最少200個人會捐，聯絡你們捐血中心說不願意來，因為元月1號放假，然後又一天到晚又叫說缺血，我覺得你們不知道自己的使命、責任跟道德感在哪？以上謝謝。

陳委員宗獻

我認為，我們這個案子大概今天要討論通過是有困難，但是依據剛剛蔡組長的解釋來看，如果我們要把這個案子再提回費協會去，只是在那邊再吵成一團而已，因為消費者代表會認為 1 點 1 元有甚麼好說的，就這樣，他根本不管這一些嘛！

其實這裡面我們剛剛檢討過來，也有很多成本是可以下降，就是說它有下降的空間，所謂的下來的空間就是比如說檢驗人員等等這個部分，還有就是說 6 千萬跟 4 千多萬這個中間的差距，這都是一個可以減少的地方。

那醫院這邊的想法是因為它不浮動，它是 1 點 1 元，1 點 1 元的話當然會虧，沒辦法支付，對醫院來講成本就不對，所以其實醫院去年的平均點值是多少，乘以現在的費用就出來了，那個就是我們支付標準，因為支付標準是我們給付協議會議的職責、職銜，那我們在這裡就處理掉，不要跑到費協會處理。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

主席，我想我接受剛剛蔡組長的說法，其實她應該早點說明，讓大家不用發表那麼多埋怨！大家講到血液處理費 1 點 1 塊錢都非常憤慨，而且已經憤慨很多年了。畢竟每年費協會硬要醫院編那個預算，又指定非浮動，讓我們覺得很為難，這個議題談到這裡有點糾纏不清，不過剛剛至少蔡組長有提到一點，我想我們剛聽到的就是說，健保局 12 月 7 號的文應該已到費協會，現在的決定是怎樣？是有可能血液處理費會變成浮動點數嗎？

林執行秘書宜靜（費協會代表）

是，健保局是有將醫院總額支委會討論結論函送費協會，來文有提到醫院建議採浮動點值。費協會對部分服務若需採點值保障，是授權到總額支委會討論，目前總額支委會提出來的保障點值項目是沒有血品處理費。另外，血品保障 1 點 1 元是從衛生署核定 97 年醫院總額開始，去年署也有函示，所以本項除非署裡有政策。我們原則上會將總額支委會的結論提委員會報告，以上說明。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

我要提醒一件事情喔，剛剛蔡組長談到說那些廢血，有一個叫血液管理費，那個血液管理費大家可以看到 93020C 那邊，它每 6 個單位只能報 50 塊，50 點不是 50 塊喔，也就是說你用了 48 包裡面只能報 1 包廢血，你知道嗎？換句話說假設有一家醫院用 100 包的話，如果包括你的電費、水費、廢血，還有廢棄物處理的話，你連 2 包的廢血都不能存在，世界上哪有這樣的血液管理費。

所以為什麼我們對 1 點 1 塊錢會這麼在乎，因為這個血液管理費，我是建議下次我們看能不能提案來修改，否則的話，其實這樣的血液管理費，我剛剛有提到的幾個部分，包括廢血、廢棄物處理及將來代收管稅率的問題，竟然每 6 個單位只有 1 包只能申請 1 個 50 點，我覺得這是一個很嚴重的事情，大家的觀念上可能要澄清，包括健保局。謝謝！

童委員瑞龍

既然費協會 12 月才要討論（其他委員口語：就已經沒有討論...過去了嘛！），是不是等費協會結論了，因為血液基金會 3 月才要做，我們也尊重血液基金會，不要說未審先判，我們就等費協會的長官結果下來，再討論一次，這樣不要浪費這個時間，因為已經談論這麼久了，我是提議暫時擱置，等費協會結論下來，我們再依費協會的結論來辦事。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

我還是要講一下，因為這是兩碼事對不對？第一個是說要不要浮動？那也有可能變成浮動這是第一點，第二點是原來這個 NAT 已決標一定要開始做，而且可能就是 3 月 1 號開始。

我想到現在為止我們也傳達很多我們的看法，對於血液基金會所提出來的經費說明，基本上以我個人在成本會計上的經驗，我認為他們所提出來的資料沒有甚麼問題，只是在檢驗部份用 18 人計算，讓人家覺得比較有點超過！當然我們也看到說那個 4,000 多萬他們要自籌，應該也是有所退讓。這個案子不管對健保局或對醫院這邊，我想以後我們都會非常注意，會很小心這些事情的發展。

我希望大家都得到些教訓，就是有些事情如果真的是所謂國家政策要做，在座很多人都有提出來，那就請政府另外拿錢出來，不要在我們醫療

提供者這裡指定編列預算，畢竟我們所提供的醫療服務都是浮動點值，這樣子讓我們非常嚥不下這口氣。這個案子應該是可以接受的，因為本來就已經談在先嘛！可是因為大家之前有些經驗不是這麼好！就是我們這幾年對於血品的經驗真的很不好，所以讓我們可能也花主席還有在座各位很多時間，但其實這件事情如果可以處理成這樣子，如果有可能是浮動，對醫院總算是一個比較正向的一個回饋，以上。

盧委員世乾

主席，對不起，醫檢師公會全國聯合會也再次表達一點意見，各位假設記得的話，在上個月國際輸血協會在我們台北召開，那裡邊有提到的一個重點就是關於我們輸血安全的問題，那往往在我們輸血安全的一個疾病的感染之後，會造成後面那些成本的分攤，還有整個道義責任，還有整個醫療糾紛，這一塊，不是用一個 NAT 可以去做評比的，所以站在我們醫檢的觀念領域來講的話，我們是支持基金會用 NAT 來做這種篩檢，這是合理而且這是跟全世界的潮流並駕齊驅，相對應的也是保證我們所有醫療單位輸血醫療的安全性，我相信各位院長也不希望說，每一個家屬輸血後感染到潛伏性 B 型肝炎，再來跟你們抗議等等的，我想你們也不樂意見到這種情形，那唯一的就，讓我們共同把 NAT 的這種架構建立起來，讓輸血安心，讓醫院也能放心，我相信這一塊，在基金會裡面做這種前瞻性的努力付出，我覺得是應該而且是值得肯定跟讚賞的一件事情。

第二件事情，剛剛各位提到了一個檢驗人員的問題，假設年薪用 70 萬來估算的話，加上該員退職金，這是合理的，因為北部跟中部、南部的本身的待遇上就有很大的落差，所以我覺得這是一個合理的過程；另外，儀器的部分，看這整個案子是用標購的方式、用租賃的方式，所以租賃的方式，在檢驗儀器裡邊一定會攤提到所有成本這邊來，這個也是合理的，所以這部分，我想各位可以再思考一下，假設我們今天談了這個 NAT 的案子，讓他能夠明年在 3 月實施，讓我們整個輸血更安全，讓我們整個醫療糾紛能夠降低，那我們何樂而不為，我想這個問題應該先把它定下來。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

對不起，那個是用到醫院的總額的錢，那 NAT 我們沒有反對要做，

之前在 101 年的預算，我們就一直希望健保局講清楚說，為什麼要花這麼多錢，健保局要把 2.9 億的預算，編在我們醫院總額的一般預算裡面，可是沒有人講給我們聽，今天我們第一次看到這張紙，才知道是說原來是這樣算出來，你們自己第一頁跟第二頁的說明，本來你們說要出 6 千萬，結果現在剩 4 千 2 百萬，然後我們是認為，如果點值是固定 1 點 1 塊錢，那對不起，這個不能調整費用，等於妳這個 1.98 億，原來的預算編在我們那裡是算在我的整個總額，我左邊拿了以後，右邊就要給捐血中心，沒有這種事啦！我們已經都非常辛苦在經營，如果這樣扯會越扯越遠，我們要扯的是血品費，像那個 RBC 400 點到底是合理還是不合理，從來沒有講過這個事，所以我們是贊成要做 NAT，可是不一定要調整費用。

陳委員宗獻

我們醫界的同仁，我建議不要浪費時間到費協會去談這個事情，醫院總額浮動點值如果是多少，就 400 乘以浮動點值，出來就是支付標準，這樣就好了，裡面還有一些空間，所謂的空間，我們健保局知道怎麼擠壓空間嘛！就像洗衣機怎麼把水擠乾，就真的很會擠啊！這個地方也可以像洗衣機一樣。

盧委員世乾

針對剛剛這位先生提的這一點，我也認同，假設比值是 400，那你用浮動點值就變成是 0.93，那他一定要自己吸收嘛！那能不能考慮把所有血品的支付費用就固定 1 點 1 元獨立切出來，不要在那邊從整個浮動那邊把它剝出來，不要再用浮動方式，那這樣子有沒有保障醫院本身，你在這份又被打折嘛！我想這是很合理的一個建議啦！

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

我想不是很懂的不要做建議啦！醫院這裡都已經談開花了你知道嗎？我想講回來，第一個是我們對於浮動這一段，現在知道這個可能會處理，我們應該比較安心，就是它可能會是浮動的，這個可以。

第二個就是說今天蔡祖長特別跟我們提醒一下，對！沒有錯，這個事情基本上對醫院就是得吞下來嘛！我們已經很清楚了，大家不用太憤慨，因為主要是醫院的點值真的很差，我們並沒有期待這個事情做下來就可以

減少醫療糾紛，我想也沒有這麼偉大，只是把程序整個走完，不要讓費協會看笑話說，我們今天到底在吵甚麼，我們要的是健保局 12 月 7 號去的文能夠同意說，今年以後開始這個是浮動點值，那我們就應該可以接受了，以上。

黃主席三桂

討論至此，我來綜合以上大家的意見，基本上本案是費協會交辦的，為配合國家政策，不過也不行。第一點，案子還是讓它通過啦！；第二點就是拜託費協會考量醫院協會代表所提血品處理費，採浮動點值的建議，有機會讓他們再討論，因為雖然衛生署已有這個函文，但是不是可以再請示衛生署一次嘛！讓大家有機會。第三點我是建議血液基金會，你們最大的客戶就是醫院協會，是否可再多容納一名董事，由醫院協會來推薦，不然大家有這麼多不平與意見，對於你們以後要經營也是不方便，這個討論案我們今天可否就做這三點的處理。

蔡委員淑鈴

主席我再追加一點，就是基層在抗議說 42 萬我們當時沒有算進去，是不是我們也留下一個記錄，第四點就是有關基層預估的 42 萬，到時候如果真的有發生，就是去動用政府政策的款項來支應，我們就留下這個決議，我們也告訴費協會這樣，.....點數大家可以討論，.....這個是...這 8 項調下來正好是 1.93 億，.....各位委員認為這樣如果不合理，那要怎麼調會比較好？

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

如果所有的血品費都是固定點值的話，我們就不能吞下去啦！如果它是浮動，那我們就可以同意這樣，(....你現在先通過，再去吵.....) 所以我就說今天不能通過，要等費協會那邊告訴我們，到底血品費是固定點值還是浮動嘛！要不然全部這個乘上浮動，去年或者今年的浮動，去乘上這個全部的血品費的費用，加上那個，譬如說 PRBC 是 480 去乘 0.8 幾，支付標準變成這樣，那可以固定點值。

黃主席三桂

好，既然大家還是有這麼多意見，我們今天這個案子暫時保留，下次再繼續討論。還有沒有其他臨時動議，如果沒有，今天會議到此結束。