

101 年度第 1 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議紀錄

時間：101 年 3 月 15 日(星期四)下午 2 時

地點：中央健康保險局 18 樓大禮堂

主席：黃副局長三桂

紀錄：葉祝玫

出席人員：

林委員芳郁 陳雪芬(代)

洪委員啟超 洪啟超

陳委員明豐 陳瑞瑛(代)

李委員明濱 張孟源(代)

楊委員育正 林富滿(代)

吳委員志雄 吳志雄

翁委員文能 郭正全(代)

黃委員建文 許世明(代)

郭委員宗正 郭宗正

施委員純全 (請假)

張委員景年 陳快樂(代)

高委員靖秋 高靖秋

童委員瑞龍 童瑞龍

王委員治明 曾中龍(代)

黃委員瑞美 (請假)

曹委員昭懿 曹昭懿

蕭委員志文 洪政武(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 (請假)

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

陳委員宗獻 陳宗獻

鄒委員玫君（請假）

莊委員維周 盧榮福(代)

陳委員錦煌 陳錦煌

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）

一、確認上次會議紀錄（議事錄）：請參閱(不宣讀)確認。

二、主席報告（主席致詞）：略。

三、報告事項：

（一）101 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」（草案）。

決定：同意。

（二）「全民健康保險急診品質提升方案」草案。

決定：同意 101 年新增「全民健康保險急診品

質提升方案」，另有關台灣社區醫院協會

與會委員所提以院所合作及分流辦法紓

解急診壅塞之意見，可於 100 年 3 月 16

日召開之「研擬轉診實施方案專案小組」

會議中再予討論。

(三) 調整全民健康保險醫療費用支付標準門診血液透析支付點數案。

決定：本案尊重大部分委員表示急重症病患應予照護之意見，急重症病患血液透析支付點數不調整，僅調整一般透析項目，點數由 4,017 點調降至 3,912 點。

四、討論事項：

(一) 案由：修訂支付標準編號 58008C「血漿置換術」等 4 項診療項目案。

決議：同意修訂支付標準編號 58008C「血漿置換術」、「68036B 體外循環維生系統(ECMO) 建立(第一次)」及「20027B 24 小時攜帶式腦電圖記錄檢查」等 3 項診療項目案，惟 ECMO 之存活率列入品質監測指標，統計 1 年資料提醫院總額支付委員會討論。

(二) 案由：101 年調整 93001C「紅血球濃厚液」輸血支付點數案。

決議：本案因與會委員與醫療財團法人血液基金會代表，對於支付點數之調幅無法達

成共識，本案保留再議。

(三) 案由：修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」(草案)。

決議：同意修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」(草案)，新增醫事人員教育訓練、新收案對象，不得被重複收案、取消新收案之「變異度」登錄欄位、新增 ACT「氣喘控制程度評估」欄位及新增品質獎勵措施等。

五、散會：下午 16 時 20 分。

101 年度第 1 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：101 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」(草案)。

黃主席三桂

好，謝謝！第一案報告事項是為 101 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」報告案，相關內容請委員翻閱書面資料，請問委員有沒有要詢問？

謝委員武吉

醫院護理人力以醫院評鑑 CBA 之分類，以前評鑑為 C，今年評鑑為 B 要如何處理？

蔡委員淑鈴

以評鑑標準作基準，以醫院每個月達到 CBA 哪一個標準來計算獎勵金，層級預算分配則是以 100 年全年門住診醫療費用占率來分三個層級。

林委員淑霞

這個案子已經大致確定，但個人還是要表達意見，供未來在費協會協商的參考，有關目標值 3,000 人是根本達不到的，每年護理畢業及考上證照者加起來不過 1,500 左右，因此，今年用在增聘護理人員之獎勵金 7.5 億元，恐怕很難達成，未來如果還有類似的協商，希望能更務實、並有實證基礎，作為協商時討論的依據。

黃主席三桂

好，謝謝。本案通過。

第二案

案由：關於「全民健康保險急診品質提升方案」草案。

黃主席三桂

本案於 2 月份提報醫院總額支付委員會討論，謝謝各層級醫院代表、急診管理學會及急診醫學會代表共同討論，請大家表示意見。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

針對社區醫院來函，我不知道健保局有什麼意見。急診留置超過 48 小時並不是醫院要的情況，如果說留置超過 48 小時案件健保不給付，醫院也應評估病人應該要下轉或應該要離院，如果他不離、不走、或不願意下轉，那怎麼辦？另外這是急診品質提升方案，跟醫學中心、區域醫院申報初級病患，健保案件要五折支付，我也覺得跟提升急診品質有什麼關係？因為上次醫院支委會討論時是沒有這個意見，所以健保局要不要說明？

童委員瑞龍

這個案子應該列一些能夠下轉的獎勵就好，不應該說做不到還要扣錢，有時候不是醫院能做的啊！急診病人也好、遊民也好、喝醉酒也好，都可以看到媒體啊！現在消防局對要求的救護車對這種病人也是沒辦法啊！你要把這個責任丟給醫院嗎？我相信急診室的護士已經夠辛苦了！最近媒體也一直在報導只要你訂定的標準能夠達到，針對要解決的問題，訂出門檻就要獎勵他們，不能再有懲罰的動作，醫院其實已經夠可憐，不要什麼設計都要扣醫院的錢，健保支付已經不足醫院來招聘各種醫事人員，還要扣什麼錢？所以你應該要把方向搞正確。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

這是上轉的個案，我想如果上轉比較簡單，而且病人也很高興能夠把他上轉，那你現在上轉個部分是可以有獎勵的。但要下轉，真的是有困難，病人已經來到醫院，要叫他轉出去是有困難的，所以下轉申報可以一千點，我怕我一點也拿不到！我相信大家都很清楚，這做得到嗎？根本就做不到嘛！現在又說急診停留超過 48 小時又不給付，醫院到底要怎麼辦？這是要講清楚的。不能收自費，但病人不走啊！叫我們怎麼辦？全部都是

醫院的錯。

洪院長政武(蕭委員志文代理人)

社區醫院提出這個建議案，區域醫院和醫學中心一定覺得很奇怪，患者來了要把他轉走，怎麼可能！的確我們想也很難，但是有一件事大家要很明確的思考，這些病人為什麼幾乎全部被送到醫學中心及區域醫院去？目前社區醫院給人家的感覺是體質較不良，但現存留下來的也都是品質良好的，我們也有很優秀的社區醫院成員。這些年來，社區醫院的病患逐漸減少，病床占率漸漸萎縮，這事跟政府的醫療制度及執行偏差有關。舉一個例子，現在各地區都設有緊急醫療網，所有的 119 救護車都得將病人送往緊急醫療責任醫院。社區醫院因規模受限，執行 24 小時急診有困難，故能進軍責任特約醫院只是少數。我最近在看診的時候，在自家醫院前面馬路發生一件車禍，這車禍一發生，摩托車騎士竟然被撞飛到醫院門口，你說我要不要去救治？我們三、四個人他送帶進急診室，正當緊急處置治療中，119 的 EMT 人員進入急診室，未關心病情卻要把病人帶走，他說你們醫院不是緊急醫療責任醫院，我說這是誰規定的？他說政府規定的，我說奇怪你們的政府和我們的政府怎麼不一樣？經通報 119 總部消防局，他們派員來現場瞭解後承認新進人員執行有誤，聽說該員後來也被調職了。再有，我的員工上下班發生了車禍，要回到自家醫院來，119 人員同樣說你們醫院不是緊急醫療責任特約醫院，硬將他載往他處，最後還是再轉回自家醫院，真是豈有此理啊！我們的政府機關部分人員執行方式竟是如此偏頗，假若不是這樣離譜，社區醫院會收留到不少急診病患，大醫院急診室也不會被擠滿得像菜市場。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

主席還有各位先進大家午安！我想我們社區醫院發出這個文，其實一直在強調一些立場，因為目前我們看到現在醫界的環境，它本身就是一個被扭曲的環境，現在目前所有的醫學中心，包括我們中區的很多醫學中心，急診室需要轉病床的壅塞都超過 100 人，隨時隨地都 100 個人以上在那邊等，你蓋更多的醫院讓更多的病人到醫學中心去，這種情形只會越來

越厲害！我們常喜歡講醫療資源就像田水，它往左邊流左邊就會很茂盛，它往右邊流右邊就會很茂盛。我在這個提案本來是說想用這筆錢去加強地區醫院或偏遠地區的急診醫師或醫療資源，讓他能夠健全起來，讓病人願意那邊去，才是一個釜底抽薪的一個辦法！但短時間內有限的金錢，它做不到！所以我們才會用這樣的辦法，那我們看看這整個辦法，大部分都不獎勵的這個部分，其時我們也知道這是一種扭曲，對我們地區醫院是不公平，說實在你要我們上轉給 500 點，下轉給 1000 點，為什麼？因為下轉，的確是比較困難，但錢總共只有這麼多，我們真的是打落牙齒和血吞，只有這樣 3 億多，我們要做扭轉整個醫療生態的事情，這是有困難！不然我們也反對這個案子，我們真的很希望說，應該怎樣想辦法把地區醫院的急診做起來，否則所有社會成本真的是很可怕。上次有一個小孩子從神岡，因為沒有急診送到我們醫院，後來上報，被說那個地方沒有醫療社會資源，事實上，目前社會醫療資源真的是這樣，自從診所及醫院急門診關起來，只要沒有 24 小時急診就關起來，在去年過年，很多醫院病人暴增，為什麼？診所不能看、很多急診關起來，不要說 24 小時，很多連下午急診都不能看，類似這樣子，我們假設再去把某些急診集中在某些醫院的話，說實在後果不堪設想，所以我們現在目前希望可以導正，方式不外乎兩個就是一增一減，怎樣把醫療資源放在偏遠地區或社區型醫院急診，怎樣去減輕？未來醫療資源怎樣做一個傾向，現在目前政府做的正好相反，包括局裡在做的很多事情，包括國民健康局在做的事情，急診室也是一樣啊！如篩檢需要有後面的確診或開刀的、甚至有直線加速，你才可以成立一個 team，它給的錢就很多。地區醫院只能做篩檢、只能到做手術，沒辦法做直線加速，所以他們資源就變得很少，其實我們一直在重複一件事情，就是一一直在鼓勵要大型化、要集中化、要很多東西，你才能做，我們一直忽略社區呀！所以這個案子，你問我們社區要什麼，其實我們是很反對的，但不得已只有 3 億多還能怎樣，所以我們很勉強含淚贊成。

陳院長快樂(張委員景年代理人)

我認為是兩件事，品質提升是獎勵嘛！沒有道理說，急診留觀超過 48 小時不給給付。譬如說我們病人來急診他就是在等床，不肯轉到其他醫

院。一樣嘛！病人到台大醫院你叫我轉，老實講給付已經夠少了，那是病人的選擇。所以我認為急診留觀超過 48 小時不予給付，根本不用討論，根本是不可以的事情。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

這很沒有道理，你想想我們家屬到一個地方去，第一個品質指標裡面，一個病人到一個中心的急診室去，不管他是故意還是不故意，他是同意還是不同意，他等待超過 24 小時以上你覺得這有品質嗎？現在很多的醫院裡面都設法和我們地區醫院合作，他們派急診室醫師來支援我們，它就自動 share 掉，而不是在自己醫院這邊，固守我這邊當然 share 不出去啊！你要想辦法去和社區醫院合作，想辦法讓他們不要進來，在急診病人進來之前那一關應該有一個分流、一個篩檢，這就絕對不是一朝一夕的事情，需要很多人去合作，包括各層級醫院、診所、包括平常的醫療資源政策，從現在開始就要特別去注意，才有可能去做到，你只要把醫院關起來，你問台大他的病人會減少嗎？你問榮總病人會減少嗎？這不可能的事情，他需要透過這樣的機制一點一滴的來做。

陳委員錦煌

這 48 小時是我提案的，我是費協會的代表，你們各有各的理由，我為什麼會提這個案子？因為我做三屆委員，我們憑良心說，你們社區醫院病床都有空，醫學中心病床一床難求，我相信在座各位曾處裡要病床而夾在中間，我們也不敢說騙人，但將心比心之中，我做這個委員來替百姓說一些話。譬如我們臺中榮總就好，我一個朋友去那裡開刀，因為病床不夠無法進去，睡在走廊，他老婆照顧他卻因此感冒，變成兩個人都生病，所以說，在急診室不要超過 48 小時，如果能轉，看是轉醫學中心或分給社區醫院，然後用鼓勵向上轉給幾點、向下轉給幾點，不要因為病人無法進急診室而無法進加護病房，有時候你沒有加護病房沒有急診室，要是這個人需要進加護病房你沒病床那怎麼辦？醫療我是外行，但我是這樣想的。話再說回來，地區醫院自己要有信心，將自己的醫療、所有的醫師都要提升，不然百姓都對你們沒信心，那要怎麼救？老實說，明天要開轉診品質

會議，你們社區醫院能不能讓民眾信任？這也是很需要，我常說一句話「生病最怕死」，生病去台大、榮總、長庚，有人說嚴重去雙和醫院嗎？大家都想讓自己家屬去大醫院可以受到最好的醫療照顧，我希望在這個會議提出這個案子，48 小時之內要轉我沒要求要 24 小時要轉，大家要考慮一下，醫學中心和社區醫院大家都多關懷，讓百姓有很好的醫療照顧，這是我的目標。今天因為我是委員才有機會說話，我希望事情處理好，看是往下轉多幾點我也沒意見，人來到台大、來到大型醫院，患者要轉也是很困難，在急診室個人的花費也是很貴的，有錢人就不管他就是住啊！這就是我提案的目的，以上。

謝委員武吉

這個案子是社區醫院提出，也感謝陳委員剛才對兩邊的要求和期待，其實這個案子，譬如來說支付標準第二部第一章第 17 頁之急診處暫留床病床費是 150 元，備註中有急診留觀或待床病人住滿 6 個小時得申報之。第二點就是留置超過 24 小時的比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算，第三，只做注射點滴、輸血或休息者不予支付。以這點來說，我的建議是要 48 小時才算急診？還是隨時處裡才算是急診？這才是比較重要的題目。我覺得我們要了解這一點。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

我想這個案子這樣提出來，不僅是懲罰醫院，照這個方式做下去，只會讓急診越來越難做，很多急診醫生去年的大量出走，去做醫美或其他醫療，不是該讓大家驚覺急診真正發生的問題？像 48 小時這樣一個點，今天很多人提案，都說是為了誰，但真是這樣麼？若是救護車來載去一個地區醫院，病人出了什麼狀況，或是運送過程中有什麼不好的事情發生，在座誰要負責？今天你們講了一大堆，你們哪個人能負責？常常我們收到從小醫院轉來的病人，他就是沒辦法再轉出去，你怎麼讓他再轉出去呢？但我們也沒有病床啊！因為床全部都滿啦收不上去住院。大家講得誠意都很高，要是大家覺得這樣就能解決，那就是試試看嘛！我們都知道現場不是這樣的狀況，你們硬要用這種財務面解決問題，各位委員當這麼久了，怎

麼突然變這麼偉大！我個人意見是，這樣的案子用這樣的方式討論，就是硬要這樣做沒得商量。也不要讓很多人以為在怕什麼？我們沒有在怕什麼。醫療本身救人就是很高尚的，我們卻要用財務讓它受到扭曲，坦白講我們都知道那效果也將是很差的，只是滿足大家一些想法，以為可能可以引導出些什麼。要知道病人怎麼到急診的，你怎麼可能用這樣方式讓他轉出去？這是不可能的，你要嘛就收治他住院，治好的就讓他回家，為什麼很多醫院會塞在那邊？很多醫院急診可能規模很大，幾個環節塞住病人沒病床可收治住院，造成現在停留在急診的問題，加上醫療環境越來越差，造成急診醫師跑掉，那照顧就更糟了，造成惡性循環。地區醫院可能說你們大者恆大，其實在急診這個區塊，我們也擔心說哪天一個小缺口造成崩盤那就全崩掉，以上說明。

郭特助正全（翁委員文能代理人）

這個案子基本上只有 3.2 億，照過去整個總額分配這算一個小金額，我認為陳委員提的比較客觀，兩邊都有考慮到啦！基本上我是一個中大小型醫院都有的機構，我認為現在整個醫療環境和過去不太一樣，過去在 fee for service 給付方式當然是看越多越好！但事實上現在這幾年環境不是這樣，現在個別醫院幾乎都是實施隱性總額，健保費用給多少都是固定的，所以大部分沒有人願意多做，尤其像我們醫院的宗旨是不能拒絕病人，實在太多也看不完，縱然多看也沒多拿一毛錢，誠如陳委員講的，只要大家控制得好或大家聯合得好，什麼患者治療到什麼程度就可以轉出，如此醫院才能運作的！我想目前實務上有這樣一個困難，要轉的轉不出去，要收病人的收不到患者。37 頁規劃內容有上轉下轉鼓勵機制，現在急診有五級檢傷，大部分第四、五級的病人在 24 小時內能順利出院，真正有問題的是一、二級的病人，上面病床滿載，沒有辦法上去，輕病住院在大醫院不太可能這麼做的。我想大家應該比較客觀去看這樣的問題。本案預算是 3.2 億，其他計畫都好幾億，3.2 億是各層級好不容易冷靜下來談的，也許不是很滿意，但當初在談時有幾個重點，包括一些重症馬上要處理的，你不能把病人推出去，那是馬上要處理，要獎勵的。第二是大醫院有要下轉機制，現狀很多醫院不是刻意要抱著病人，縱然下轉的醫院願意

接這樣的案子，但轉診過程要是出事情，病人回過頭還是要找原來的醫院算帳的，我想這是每一家醫院應該要負的責任，我對本案基本上是不反對，但是不是最好的規劃，我不敢講！至少協商過一陣子，我認為大家是不是平心靜氣地讓這案子適當拍案，以上。

吳委員志雄

事實上這個案子已經討論很多了！最後好不容易有一個結論，社區醫院提出這個案子理論上是很好，不要讓病人在急診等待超過 48 小時，其實讓病人轉走並不是那麼困難，就像郭委員講，病人在轉我們要替病人負責，這病人去了如果不好會回來指責這個醫院，我並不是說社區醫院有什麼問題，甚至是在轉診過程中萬一出問題，這個問題是誰要負責？如果這 48 小時就不予支付，我想最後就是出現人球，醫院不可能讓這樣的病人全部吸收，醫院會想盡辦法把病人轉出去，最後爆發社會事件，我是覺得對於這樣的善意，希望可以提升品質，我是希望大家站在鼓勵，站在支持的立場，而不是橫生處罰，48 小時還要懲罰，醫院實在無法接受，事實上病人的情況只有醫師知道，而不是說時間到了就要轉，說不定他再等加護病房，加護病房調了以後，說不定 48 又半個小時它就可以出去了！結果這就被懲罰，事實雙和醫院不是很大的醫院，我們現在也是每天急診都在調病床，想盡辦法能出去就讓他出去，我們也曾經在想讓病人轉到我們合作的醫院，事實上那困難都真的非常大，當然我們社區醫院醫師水準都很好，我完全同意，但有些設備沒辦法滿足這些重症急診病人，一二級以上後續的照顧，其實有加護病房，但可能是能力、人力或設備的問題，這些都是考量。單純以時間做一個區隔，這會產生大問題，而且會產生更大社會問題。

陳委員錦煌

到底醫學中心急診有規定幾床？區域幾床？社區幾床？

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

這樣講，通常可以參考住院病人有多少百分比是來自急診的資料，概略瞭解情況，台北榮總的資料顯示有 26.9%住院病人是來自急診。現在規

模 2~3 千病床之醫院，如急診病床很多，可能有 20%~30%病人要住院，若當天病床因施行手術被預訂床，或是其他門診收治病人，能留給急診的相對就少了，這時候除非很緊急，一般急診病人很難住進病房，不是醫院不願意，而是病床有限，導致急診病患無法入住，此點請大家理解。

郭特助正全（翁委員文能代理人）

急診暫留床是要向衛生局報備，但若經常是 100 床做 300 床生意，那是不應該的，你就要去要求增加，以現在急診來說，規模都希望做越小越好，幾乎急診都是虧錢，沒人要做大，都是不得已的，因為急診量要配合床位規模，像我們醫院檢傷一、二級大概 30%以內，大多醫院都是急診優先住院，住院病人約有 40%是來自急診，光這些人要住院簽床都簽不太上去。我想這是大醫院的悲哀，我有說過過去是 fee for service，做越大賺越多，但現在幾乎都是隱性的個別總額，沒人要多做的。

劉科長玉娟（醫事處）

急診病床屬特殊病床，醫院評鑑中未規定醫學中心要設定多少特殊病床才能通過，但於「醫療機構設置標準」規定，如醫院急性一般病床超過 100 床者，則必須設置急診室。

陳委員錦煌

為什麼政府規定要設委員，就是讓我們監督你們，因為我們的所見所聞，為什麼我的朋友在榮總，結果他老婆卻感冒，這就是我關心的地方，所以我提出 48 小時可以轉上轉下，鼓勵他們。不要說 3.2 億，30 億我也支持，只要對百姓好。我這委員一定支持，我們沒有限制你們行為，有些是緊急性的，加護病房我們的小事情就是它門的大事情，我提出這個案子希望 48 小時內可以轉，救護車來病人進來，結果讓病情加重。你們醫學中心、區域醫院我都覺得有道理啦！我也跟區域醫院說，你們也要提升設備，你們的醫生都怕虧錢。我現在是要了解，急診要向衛生局報備，規定幾床？最近我老婆生病到中國醫藥學院，急診室健保都亂報，我希望健保要注意。我上任時四千八百多億，現在多少？五千三百億了！還不夠！所以我提案落實轉診，看能不能省下健保費，對人人都好啦！我希望醫學

中心去研究，看患者怎樣醫好、急診要如何處理？在社區配合之下，讓他不要倒掉，這樣才公道。78年~98年剛好500間，而社區醫院也不要說天上掉下來，沒有啦！大家要努力，患者才會相信你們，才能生存。

謝委員武吉

大家都是為了目標和理想討論本案，剛才洪院長說，急診的患者在門口，卻硬是被帶走，我拜託醫事處的科長你回去告訴你們長官，和消防署要互相配合，依照緊急急救法裡面規定，在就近的醫院急救，而不是說要送到指定醫院。在我們醫院門口發生車禍，救護車來也是送到800公尺高雄醫學院，品質會比我們好嗎？我們也不太相信耶！所以大家都有苦衷和困難。今天我覺得急診室和社區醫院應該用合作和分流，來垂直整合的方向來走，把病患消化掉，對以後的醫學醫療有良好的改善。

童委員瑞龍

主席，剛才不管陳委員也好，還是大家都講得很有道理，不過我想第一步應該先由鼓勵的方向著手，不應該超過48小時健保不予給付，這等於處罰，這變成醫院層級之間的問題造成處罰病人，我相信這樣的話，媒體報導對我們醫院、對健保局、對政府的形象是不利的，所以我認為第一個階段是，今天我們所通過的案件獎勵先做，至於他要和下級醫院合作達到什麼目的，達到這樣就給獎勵，下轉上轉都給獎勵，不應該有健保不給付，健保不給付是病人的權利啊！健保局和我們醫院層級哪裡有能力，所以我希望說懲罰的部分暫時不要談，第一階段應該先鼓勵。急診醫學會理事長也有來，是不是也請他發言一下？到底它門急診的定義要怎麼做？急診醫學會也有代表來啊！應該請理事長表示一下，我堅持不能夠懲罰，這等於懲罰病人不是懲罰醫院，這三者之間的問題，我們要好好開始合作，應該先鼓勵，達到的給獎勵，不管哪個層級我們良性來合作。

陳理事維恭(台灣急診醫學會)

各位委員大家好，我不是理事長。不過我代表急診管理學會和急診醫學會，我感謝大家對急診的關心，急診的問題確實上是滿複雜的，急診的病人也有社區醫院轉來的、也有自己醫院附近的、也有老病人的，所以要

用懲罰的方式，將病人轉出去，就如同剛才童委員講的，事實上這對病人是非常不公平的，而且你沒幫我區別出來。以現在的消費意志和醫療糾紛來講，這樣做基本上是很危險的，我想轉診的部分健保局和衛生署都有在想辦法解決，我不認為這個案子可以解決到這個問題，當然這是一個目標和方向。至於剛才講急診，對於緊急的病人來講其實他有這個醫療需求、必須立即處理的病人，基本上就可以定義急診的病人，只是說我們急診室提供這樣的環境，任何一個病人其實他有需求醫療人員照顧，其實都是急診的範圍，只是不一定要在急診室裡面，其實我們很期待這樣鼓勵的方法，至少先開始，從這方面著手，當然我們一直在追蹤這樣的變化，學會這邊也可以提供大家一些意見，基本上希望可以多鼓勵醫院急診，而不是處罰他們，謝謝！

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

我想我們今天再討論這些，我們地區裡面是想提供急診的品質提升方案，如果這個獎勵金實施最後，到明年醫學中心壅塞的情形會從 100 個到 150 個在等，我們這個指標最大的意義到底是什麼？其實大家都知道現在目前最大的問題是，醫學中心人數無法下來，如果說連這個東西都無法當成指標，那整個核心價值到底在哪裡？這是我第一個要問的。第二個這個方案在急診醫學會和急診管理學會裡面，連向下轉診的疾病不是所有的疾病都要轉診，他有一個向下轉診疾病類別，只有這些才算喔！我想至少不能夠惡化這是最起碼的要求吧！那到底要不要懲罰或用什麼方式來制約，不要讓他繼續惡化下去嘛！其實就像剛剛所說的，如果沒有一個機制，現在區域、醫學中心、地區醫院已經呈現，我們現在急診的專科醫生已經不夠，現在外面喊到 40 萬、也有喊到 45 萬，這是真的啊！搶誰？區域先去嘛！地區沒有那個量，地區就沒有了！就造成陳委員所說的，急診的守護醫師就不是急診專科醫師，因為我們沒有那麼多的量，我們就陷入很大的惡性循環，所以我們必須有一個機制，就是讓醫學中心顯得我損失和獲得，我這邊的比較，是否可以用整合的方式，和我附近的地區醫院合作，我派醫生去，地區醫院出多少錢、我出多少錢，讓你們在當地看就好了，不要來我這裡了！你必須要有這樣的整合性機制，如果醫院急診連這

樣的機制都沒有的話，在這樣實施下去，原本等 100 個人現在等 150 個人，我想請問這樣的方案意義在哪？這個東西絕對不是一朝一夕、不是一蹴可及的嘛！這麼走過十幾年的日子，急診室到今天這樣被扭曲的結果，他不是一個原因嘛！為什麼我們會堅持？我也請教過我們秘書長，是不是一定要 48 小時不予給付，我想這是有討論的空間。我想應該設置急診的壅塞指標，至少不能惡化，如果連這個都達不到，我像想這一點意義都沒有。以上。

王委員治明

主席，我想剛才每位先進的發言我都很贊成，不過在這當中忽略了一點，從頭到尾人家說醫者父母心，沒有誰要懲罰民眾，而整個醫療資源也是為民眾建立起來的，不過大家都覺得做急診不賺怕賠嘛！地區醫院也覺得我是不得已的，猶如做生意一樣，雖然少賺但是有生意進來，少賠一點就算有賺錢。大家都忽略了一點，急診是不是都是重症，陳委員這是非常好的，48 小時是不是應該怎樣，我們常忘記專業上的考量，我們專業可能都會被民眾可能有點扭曲。我舉個例子，急診不是每個都是重症，進來後做過是當處理後為什麼不能從上轉到下？因為很簡單的道理，我如果花 300 元可以吃和牛，為什麼我要去吃訂作現成的牛排。在這當中大家有沒有想到民眾就醫習慣，我們醫療資源本來就應該管控嘛！民間的商業行為要如何，本來就是自由競爭，但是醫療資源本來就應該管控的，如果我們是這樣的話，就像說醫學中心應該要減半，我覺得這是對醫學中心是懲罰，可是地區醫院你又必須考慮他，如果說拿錢是要鼓勵醫院，到不如來鼓勵民眾，但這錢也不能回歸到民眾身上。其實我們都知道急診掛號費都滿貴的，我的孩子也掛過急診，那這個錢是不是可轉來補助民眾，願意下轉，如補助掛號費類，我覺得我們應該更 open mind 去考慮更多事情，否則民眾醫療行為不改變，我認為在這裡吵一百年，也是在原地打轉，因為醫療習慣不改變，造成我們各層級在這裡，到底是懲罰民眾還是懲罰醫院，我覺得搞到最後是懲罰醫院、醫事人員，以上。

謝委員武吉

主席，我覺得從健保開辦 17 年以來，健保沒善盡職責，沒有去教導老百姓就醫習慣。現任委員也一直在強調，就健保法第 33 條、新的第 43 條分級醫療轉診制度，我們應該教育我們百姓就醫習慣和生活習慣改變，這是當務之急的事，我們到目前為止都沒做這樣的事，偶而有看到衛生署的廣告，只有目前這樣子，但是健保局都沒有去做這樣的事情，我們等於是鼓勵民眾來消費，我們說在台灣就醫是非常方便的，我們也是非常光榮，錯了！這就是我們的浪費。我們應該要有管理的制度才對，我剛剛也用心良苦用解套的行為講出來，急診室和社區醫院、大醫院和社區醫院，社區醫院也有幾間比較強的，剩下的幾乎是六、七十%，用整合、分流的方式來幫助我們急診需要的老百姓，這不是很好的辦法嗎？剛才已經講過好幾次了。

黃主席三桂

基本上各委員對於草案之內容沒有意見，本案經過各層級醫院代表開過多次會議決議，本案洽悉，另台灣社區醫院協會所提建議，陳委員及謝委員所提以院所合作及分流辦法紓解急診壅塞之意見，可於 100 年 3 月 16 日本局召開之「研擬轉診實施方案專案小組」會議中再予討論。

第三案

案由：調整全民健康保險醫療費用支付標準門診血液透析支付點數案。

盧委員世乾

有關本案說明三統計表，病人因素統計數字是否有錯誤…？統計結果是 66,619 人，應該是八萬多吧？

李專門委員純馥

病人可能有跨層級，總計歸戶病人數統計非等於各層級加總。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

所謂急重症透析是指住院透析嗎？

李專門委員純馥

指領有重大傷病卡、12歲以下小孩、急診案件、金門、馬祖、澎湖、小琉球、蘭嶼及綠島地區院所，另外急性期個案進入長期慢性透析前30天之亦可以採急重透析申報。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

急重症個案不多，不知道住院狀況如何?是否這部分的支付點數不要降低，急重症已經很麻煩了，是否只要降低一般透析?

郭特助正全(翁委員文能代理人)

調整支付點數是為讓點值好看，在醫院總額我曾報告過，主席希望要我到費協會報告，能讓委員知道，但本人一直沒有機會當費協會的委員，在此報告，醫院的點值越來越差，但其他總額像牙醫、中醫的點值有一點一元以上，曾經有一次某總額未能配合健保局政策，因為嫌點值太低，有到0.98，0.99，但這叫太低，但大部分都有1.0以上，覺得我們很可憐，洗腎現在0.8，現在調整為了讓點值好看而調整支付標準，這有意義嗎?

基本上應回歸原點，應從洗腎合理的範圍來檢討，洗腎是否要無限擴張，依現在的資源可能無法做到，但不能為點值好看而降低，而其他總額點值卻一直增加，對醫院不公平，我認為不應調整，若要調整建議急重症不要調整。

謝委員武吉

第一點、一般透析與急重症透析皆降低105點，計算基礎在哪兒?
第二點、人工腎臟耗材調查結果如何?在洗腎總額與給付協調會議皆未報告，這樣只是讓來開會的人蓋手印來同意此案，我們要知道此來源。

李專門委員純馥

調降支付點數是因為配合當時藥價調整 EPO 或透析部分調整，所以將支付標整調降，有關耗材調查部分請醫審及藥材小組專委報告。

施專門委員如亮(醫審及藥材組)

已將資料收集進來，將擇日到委員會上討論。

謝委員武吉

對於醫審及藥材小組報告無法接受，我曾於洗腎總額第二次或第三次我已建議要調查，但相隔 10 年都未曾調查，藥品卻每二年調查一次，請問醫審及藥材小組，現在大家都有到對岸交流，請問對岸的洗腎是多少費用？請向我們大家報告。

童委員瑞龍

對於急重症透析調降支付點數，我認為沒有道理，急重症有時大夜班或小夜班來求診，調整急重症是沒有道理，現在國內單位都將焦點集中，來將急重症處理好，對於調整一般透析沒有意見，反對調降急重症透析，我們不同意。

黃主席三桂

尊重多數委員意見，不調整急重症透析支付點數，其他洽悉。

討論事項

第一案

案由：建議修訂全民健康保險醫療費用支付標準編號 58008C「血漿置換術」等 4 項診療項目案，提請 討論。

黃主席三桂

第一案討論事項是有關血漿置換術等 4 項診療項目的修訂案，請大家表示意見。

謝委員武吉

這個是要增訂一些規範，這是不錯，葉克膜也用得差不多了，像我們黃委員說的無效醫療這方面，我們翻到會議資料第 56 頁倒數第 4 行「家屬為表達孝意，醫師為表達盡力的誠意，結果最後都會裝裝看」，這也要有個規範，這個患者裝了救不活，抱歉不付錢，裝了救活了，健保局付你

錢，不然裝裝看就是說「裝葉克膜存活率不高，但有其社會效用，可減少醫療糾紛及醫師的壓力」，請問陳委員，你看消費者能接受這些話嗎？我不知道，但這是我個人的看法，第 57 頁第五點「可建立絕對禁忌症，健保不給付，相對禁忌症，逐案審查」這到底是什麼意思，看不懂？

蔡委員淑鈴

大家翻開第 63 頁，這次葉克膜的修正主要是要增加使用者禁忌症，絕對禁忌症 A、B、C、D 這是洽詢相關醫學會所訂出，這四種是絕對不可以使用葉克膜的，相對禁忌症 A、B、C、D 這四種是它可以用，但它必須接受事後逐案審查，也就是要全審，相對情況下不需要的，就透過專審來做核刪，所以呼應黃委員對葉克膜建議我們需要去調整，一些不需要用的就不要去用，免得有無效醫療，這也呼應後面會議紀錄所附的柯教授所提有些是社會性因素裝葉克膜，如果有些我們已經知道絕對禁忌的還因各種原因去用，可能我們就不再支付，對於這個是比過去嚴謹一點，比沒有規範要好，所以這次才在我們支付標準表列出葉克膜的禁忌症。

黃主席三桂

好，請問其他委員還有沒有意見。

謝委員武吉

我還是非常堅持，我不知道 56 頁是誰講的，但我剛念給你們聽得我還是很堅持這點，不管它是絕對禁忌症還是相對禁忌症，患者絕對有差異性的問題，附帶的一個問題就是，如果這個患者救得活我們要給付，但如果救起來但不省人事但就不用幫他繳錢了，或者就是說為表示孝意及做給人家看而已，結果還是死了，這完全不給付，第一項就是說存活了又省人事會叫人的我們可完全給付，但第二項我們有救起來但昏迷指數還很低這種應該不能給付，這才會達到黃委員所要求的不會浪費葉克膜。

陳委員錦煌

我請教一下，葉克膜要多少錢我不知道，要救活救不活要多少錢這是第一點。我說個故事給大家聽，我有個朋友生病送去醫院，醫院跟他說，

這沒救了，他兒子跟老婆跪著跟醫師說花多少錢都沒關係，一定要把他救起來，他說不然有個方式要 40 萬試看看好不好，結果救活了，只活 30 分鐘，這是自費我們沒話講，我問他們怎願意 40 萬花下去，他說因為沒救會不忍心，我這朋友月入 60、70 萬的不怕花這 40 萬。我瞭解葉克膜的事，這樣花下去 400、500 萬，若是無效醫療，醫療浪費是很龐大，我希望若救得起來健保給付，但若是癌症末期還救幹嘛？迷迷糊糊間救嗎？我看了也好笑，家屬為了孝意，醫師為了表達盡力，裝傻嗎？我們委員來這開會，你們代表醫界來的，不是來開開會就算了呢，要檢討，為何浪費那些錢，我搞不懂，我講話很公道，我最在意百姓看病方便，看病有效。

蔡委員淑鈴

第一這次修正葉克膜的禁忌症，在 63 頁，所謂的絕對禁忌症就是絕對不能用的，這裡就剛剛所講的，惡性腫瘤末期不可逆的多重器官衰竭，不可逆的心肺病患或不可逆的腦病變，這四種不管什麼原因，你都不可以給他裝葉克膜，因為裝了也是浪費，是這個意思，相對禁忌症就是說，不可控制的感染，不可控制的出血，像這種它可能有多樣性，不是那麼絕對，這由醫療專業去評估，但提供服務之後要接受其他醫師再做全審，這裡頭可能有一些不必要的，有一些也許是必要，留一個空間讓其他醫師再去做全審的動作，加入這兩個條件，對用葉克膜是比較嚴謹的，當然就是說，不需要用的我們就不要給他用，這比我們原來的規定嚴謹一點。剛剛陳委員提到說，血液透析提案中有關給付這部分，我們的調降是因為成本下降，因為材料跟藥材成本下降，所以我們才去下調，是呼應成本的降低，跟其他外包不外包是沒有關係。

陳委員錦煌

不要外包可以再降啊。

黃主席三桂

每人住院使用葉克膜費用約 16 萬左右。

吳委員志雄

這個葉克膜訂定這樣的禁忌，絕對禁忌及相對禁忌，我覺得是好的，葉克膜有時很難用結果來評論說要不要給，而要從前面來說，因為有時候他們盡了全力，有機會但是因為他的年齡或其他關係而沒有救起來，那錢不給，我覺得對醫院也不是那麼公平，但是必須要把禁忌弄得很清楚，比如這四個，已經是完全沒有效，救起來也是植物人，這種所謂的無效醫療，我覺得訂定這樣一個絕對禁忌是對的，至於相對禁忌是說，當時你的判斷是對的那，另外同儕來制約也覺得是對的那就給，如果覺得有問題，我覺得不要只有一個人，要有第二個人的意見，就是說做的跟判斷的都認為要做，那就給，如果覺得不應該做，可能還要再有一個人，另一個人也覺得不應該做，那我們不給，因為一次要 12-14 萬，是相當大的金額，不要只有一個人就判生死，但絕對禁忌這個是無效醫療，我覺得是可以這樣做，我是建議對相對禁忌要判不給，再一個人會比較好一點，因為這個量不像一般核刪，幾百塊幾十塊而已，這是一個十幾萬的醫療，我相信大家都站在最大善意需求而不是說為了利用這個。

黃主席三桂

好，謝謝，請問其他委員還有沒有意見。

謝委員武吉

因為我對文字都較有興趣，對於剛剛說的「家屬為表達孝意，醫師為表達盡力的誠意，結果最後都會裝裝看」這句話，心中覺得黃委員的葉克膜濫用從這句話就能瞭解出來，所以我是感覺到剛才吳院長有講相對禁忌的問題，但我還是認為一定要有附帶的條件，就是說有絕對禁忌那是不用說，而相對禁忌，救不起來，抱歉就是叫患者自己出錢，這對醫院來說也不是規定你不能做嘛，救不活你就自己出錢嘛，家屬為表達孝意，孝意就是要自己出錢啊，醫師為表達盡力，你要盡力就做到死沒關係啊，我也沒意見，我是覺得說這個章節應該要附帶這些條件在內，才能節制我們葉克膜的使用。

林委員淑霞

主席，針對 ECMO 之使用建議可以擬訂品質指標監測，必要且數據

收集成熟時亦可將資訊公開，譬如裝設比率以及裝設後的存活率(3個月、半年、一年…)，進而與國際文獻做比較，也許方能發揮資源有效利用控管。

郭委員宗正

謝謝，我非常贊成剛剛吳志雄委員的看法，我們第一次增列的禁忌症已經有絕對禁忌症，那我們是擔心說相對禁忌症，每個評核委員的看法可能不太一樣，所以如果只有一位委員決定說不符合，可能會影響民眾的生命，所以希望要有兩個委員均同意這個案子，不通過時再核刪。

童委員瑞龍

大家講的都很有道理，我也是呼應林淑霞委員所提，衛生署應該像換心、換腎、換肝、換心臟、器官移植，我們做前一年的統計，它的存活率及成功率設個指標，對於這些品質低的醫院一公布人家就知道，健保局也可以把它給各個醫院參考，人家別的醫院什麼樣的病做葉克膜，成功率多少，你的醫院怎麼這樣，自己去檢討，那你說不要給錢這其實很難判定為什麼？在危急當中沒有一個醫生像神仙都說能救得活，都能判斷說怎樣，所以我認為說術後的追蹤我們可以公布這個品質，這個比較對醫界能接受，病人的家屬及病人也能接受，你這個醫院品質不好啊，數值都這麼低，這樣的醫院健保局應該要說，你一直都這麼低，下次我們不給你，不給你做這些，我想應該是要做術後品質的追蹤，這樣應該對各界都比較好，當然謝武吉委員語重心長，是為了節省醫療費用，當然他必須講一些比較嚴苛的話，讓一些醫院浮濫的人也要警惕到，但我想第一個階段不要用錢來處罰，還是要設立一些指標來做術後追蹤，逐年逐年的追蹤，我知道現在衛生署都有在公告，這個醫院換腎存活率是幾%，換肝存活率是多少，百分百的醫院有5家，每一個人都看得很清楚，病人都很清楚，健保局跟衛生署應該朝這方面來這樣做。

黃主席三桂

本案通過，惟呼應謝委員、童委員及林委員意見，請研議將 ECMO 列入醫院品質指標項目，統計一年資料，提供出來給大家討論。

第二案：101 年調整 93001C「紅血球濃厚液」輸血支付點數案，提請討論。

黃主席三桂

本案為 93001C「紅血球濃厚液」等 8 項輸血支付點數調整討論案，請大家表示意見。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

主席，我想這個案子上次在協議會議有提出反對，其實整個的大環境跟他的條件並沒有甚麼改變，所以我們是非常訝異！衛生署還是再次認為說，血品應該每點 1 塊錢，因為很擔心捐血中心沒辦法供血，不怕我們醫院付不出錢來，這點我們表示遺憾。

第二個就是說，為了這件事情，我還特地去翻了一下最近 NAT 的 report，那最主要是贊成縮短檢驗的空窗期，包括 HIV、HBV、HCV，其實這三樣東西裡面真正驗出來的部分裡面，在全世界各國本來是拿來驗 HIV 的，HIV 在臺灣其實並不多，97 年到 99 年的委辦計畫裡面，用 250 萬去發現異常，其實 255 個人是 B 型肝炎還有 C 型肝炎的 case，那這些當中台灣 B 型肝炎跟 C 型肝炎其實越來越少，因為我們打疫苗，所以將來這個 case 數是越來越少的，再加上我們有 history taking，其實，我不曉得這個 97~99 年委辦計畫裡面是一個 random 的，還是本身已經設定的資料的，也就是說真正你從 24 萬人當中裡面可能只到 3 個，甚至還小於 3 個，那我們需要花很多的錢去做這個嗎？事實上不是只有 NAT，還有很多的東西要檢查，未來血液基金會只要任何拿一樣東西來，這樣就可以檢查，我們就要付錢，為什麼，因為我們要多檢查一個東西，問題是這是一個資源有限的東西，甚麼東西對我們整體來講是最有利的，這個才是我們很 care 的一件事情。結果大家可以看到，美國每平均 24 萬人才 1 個，那當然他會講說泰國有多少人，大家知道泰國是甚麼國家，我們這個有記錄啦！泰國本身有很多因為性別的關係，所以他們愛滋病是全世界最高，所以他們篩檢率才會這麼高，其他各國我們沒有相關的資料，我們不知道其他的，可是如果指 NAT 對我們台灣來講，事實上相關的效益性我們不認為是這麼

高，這是我要說的第 2 點，尤其是現在目前 15 歲以下，已經開始執行疫苗注射，而且現在這麼推廣的情況下，逐年他會減少喔！那現在在這個時候，你拿那個出來意義到底是甚麼？這是我第 2 個要提出來的。

第三個，我們還是雖然署裡面這樣講，我還是要講的東西就是，其實血液基金會要 1 點 1 塊錢，現在我們能不能付得起 1 點 1 塊錢，我們付不出來，我們現在的點值，各醫院裡面真的如果把點值再扣到我們的篩檢的話，已經到 0.84-0.83，那這樣的情況下我們要付給他 1 塊錢，也就是我每平均做 1 塊錢，卻有些醫院有做血品，有些醫院沒有做血庫嘛！這有什麼差別？以我們醫院 100 多床的醫院，一個月光血費就 60 萬，60 萬當中就有 8 萬塊錢，就是我跟人家領 0.8 幾的錢，卻要給人家 1 塊錢，這是不公平的。所以國家在談到這個整個資源的情況之下，要想到我們要有那個資源來去負擔那個錢。現在，大家都被恐嚇到，在那邊怕！其實要檢查血品的東西，有多少的檢驗你知道嗎？我隨便翻了一下 paper 就很多了，至少都一做就幾十種，是不是每拿這個東西來我們就要買單，這個東西又是我們最重要的嗎？誰來背書？那我們現在目前在這邊還能管甚麼？我們只能管錢，我們還能管甚麼？管說我們能負擔這個錢嗎？如果我們負擔不起，你要我們一定要買單，然後 1 點 1 塊錢結算，我覺在這個地方以一個委員的身分裡面，我是堅決反對，以上。

黃主席三桂

好，請問其他委員還有沒有意見？

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

現在主要比較麻煩是說，這是當時在成長率就已經編進來的部門，那這會不會滾入基期？（會），所以說今天如果不同意的話，這個基期就會從這邊少掉對不對？（對），所以我想我們醫界，你要講很無奈嗎？當時我們是有些意見的，不過當時的那一段，已經被放到額度裡面來，那如果今天大家不同意的話，可能最後有些是我們的損失，我想這是很無奈的地方。

那再來是說對於這一項，上次血液基金會是有來提，我記得上一次開的非常火爆，所以血液基金會大概是有點被嚇到，那他們是有解釋說，這

樣做到底對血品的幫助實際上是怎樣，那不知道今天可不可以再...或者是健保局幫他們說明，這個事是不是有其必要性，看我們能不能同意，以上。

童委員瑞龍

是不是先請健保局，就這個在費協會裡面，這個項目撥了多少錢？如果我們沒有通過，大概將來會影響我們多少？然後再請血液基金會就這個優點是甚麼，沒有這樣做，可能會帶來國人的甚麼不安，我做兩項的請求，請主席裁示。

黃主席三桂

有關童院長對本案的意見請健保局說明。

蔡委員淑鈴

血品費在這一次協商的時候，是框列 1.98 億，原來預估是比協商金額多，後來協商的時候就減下來，所以現在列出是 1.98 億，那麼醫界的版本也有這一項，並不是醫界版本沒有，後來兩案併陳署裁示，這一項算是最後協商結果，雙方沒有爭議的項目，而且是列同樣的金額，這是我對於預算的說明。本案本局現在預估是 1.93 億，就是可能會花到 1.93 億點，所以也有一點剩餘。那至於剛剛在詢問血液基金會的部分，是不是請林執行長說明。

童委員瑞龍

如果沒有通過，就這個就會被消掉，這變成減項。

蔡委員淑鈴

會。

童委員瑞龍

會不會沖到一般預算來？

蔡委員淑鈴

不是，當時在估算時，本來就是 1 點 1 元預估的。

童委員瑞龍

那提到這邊來等於是表面文章而已，讓我們知道你還是要通過啊！

蔡委員淑鈴

不是，因為這涉及支付標準的調整。

童委員瑞龍

那如果這樣來我們就是不能反對就這樣通過，(陳高級分析師雪芬：是啊！是有點這個意思)。為什麼要留我們少數幾個醫界來這樣開會。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

我這樣講好了，就是說在 101 年的時候，剛剛健保局有講說我們醫院這邊也框列這項，是因為說我們在前一年就知道這個事情，然後那時候一直告訴我們說這個我們要編，所以那時候也呼應他們編列，那是大家都可以拿到的，所以在一般預算我們也是寫了大概的額度。上一次大家很反彈是說，因為大家都忘了這個事情，所以非常生氣怎麼有這種事情，之前已經為了血品 1 點 1 塊弄得很不愉快，但得承認我們有一半的錯就是說，我們忘記是之前就有討論過這個事情，而且在源頭就已經放了額度，對血液基金會或健保局來講，我們這一群人好像很奇怪，明明就已經是有那個事實，然後又反對，所以我想這是第二次我們再來看這樣一件事情，那我們上次有提出很多要求，不管健保局或血液基金會有做些回應，我們就來看這合不合理，看看兩邊都有台階下，可以不要搞得那麼僵，以上。

謝委員武吉

主席，我覺得僵也是必然的。僵很久了，我記得 5-6 年前拜會偉大的林國信董事長，讓我們坐冷板凳…記憶猶新，當時你們執行長來報告，態度強硬，當時就 93001C「紅血球濃厚液」硬是要求調 500 點，計算基礎是什麼？這一次計算的基礎又是什麼？請問執行長，你們偉大的林董事長今年貴庚？是不是能回答一下。

林執行長素娟(台灣血液基金會)

我不大記得，80 多...

謝委員武吉

89 嗎？

林執行長素娟（台灣血液基金會）

我們不是很清楚、不大記得。

謝委員武吉

所以也應該退休，讓年輕的人上去。所以我們直接幫你們計算有的成長 20%、13%、6%、0.15%...等，到底你們計算基礎是什麼？像上次回答的你們檢驗師比較資深，我們請的檢驗師是嬰幼兒，所以你們請的一個月要 5-6 萬塊，我們就只要 3 萬多塊。這到底是如何計算出來，這計算基礎要讓我們知道。還有你們要告訴那個 80 多歲的董事長說清楚，再來調整，也不晚，不是嗎？

陳委員宗獻

主席、各位委員好，代表基層總額第一次發言，我對於整個這個「紅血球濃厚液」處理的方式沒有特別的意見，但基於個人在費協會基層總額的職責上面必須要提醒一下：「紅血球濃厚液」支付標準變更，在基層總額今年度並未編列預算。因此，只有兩個方法可以處理，一、基層的支付標準表不要調整，這樣，點值才不會受影響。，另個方式就是：從「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」適用動支程序，我建議如此處理會比較好。只有 40 幾萬，財務來源處理好，讓支付標準表都一致，較為妥當，謝謝。

黃主席三桂

好，是不是請血液基金會代表，表示意見。

林執行長素娟（台灣血液基金會）

我跟各位委員報告一下 NAT 的篩檢效益，這個案子衛生署一直非常慎

重，各位請看說明五、(三)從 97 年到 99 年委辦計畫，從 97 年開始，就是衛生署每年都叫我們做的幾十萬人次，再做效益分析，誠若剛才謝委員還有羅委員所指出來的，當時篩檢出來的都是 B 型肝炎的部分，但是在去年的下半年的時候，我們一下子篩檢出 2 個 HIV 的帶原，那兩例都是一般的例行檢查沒有檢查出來的，是用 NAT 才檢驗出來，所以我想可能是因為這 2 例的出現，讓衛生署就下定了決心，還是必須要趕快來實行 NAT 全面篩檢。因為大家會對這效益會有一些程度的疑慮，投入這麼多錢，然後只篩到這一些到底是有沒有效益？後來我們也委託醫藥品查驗中心(CDE)做整個的效益評估，做了一個報告，那個報告也送到衛生署去了，報告做的很詳細，內容我沒有辦法很詳細來敘述，但整體來講，把我們台灣所能夠篩檢出來的效益跟國外的效益來比，像剛剛我們看到泰國跟美國，檢出率是兩千或是幾十萬人才篩檢出一個，我們是不到一千我們就篩檢出一個。所以就是說，我們從 NAT 所能夠篩檢出來的例子比國外實在是多很多，以這樣子來看的話，我們的效益是高很多。

我們也曾經在想說有沒有甚麼策略，可以讓我們的經費更減少一點，譬如說，剛才委員也指教，雖然這個 B 型肝炎可能是，我們原來也這樣認為啦！篩檢過一次他就不能來捐血了，那就好了，已經篩檢過的人，應該就是沒有 B 型肝炎了，就是應該安全了，可是做了一陣子下來我們才發現說，其實不是這樣子，因為 B 型肝炎的病毒很微量，就有時候會多一點，有時候會少一點，所以當這次沒有篩檢到不代表沒有 B 型肝炎病毒，可能再下一次篩檢，那個時候他的身體狀況，病毒量又多出來了，又篩檢到，所以它是反反覆覆很不穩定的一個狀態，所以這三種病毒仍然是每一次捐血都必須每一次要來做篩檢，這是對於 NAT 篩檢的部分。

雖然我們會覺得說投入這麼多錢，但是篩檢到的個例子不是非常多，但是如果我們用另外一個方向來想的話，這些來輸血的病人，他們已經有本來的病在那裏了，但是因為他輸了血，又讓他額外又得到了另外一個病，這個病人實在是很可憐，就是很冤枉。基於我們已經知道說現在有這樣子的方法，可以避免他們再受到感染，那我們就應該要去做。雖然血液要篩檢的東西很多，但是我們仍然會很慎重的評估，有一些病毒的篩檢國

外已經在做，但是我們衡量在台灣的風險性沒有這麼高，或著說那個病毒在我們是沒有的，那我們也就不會 follow 去做，所以我們還是會衡量的。現在我們所篩檢的這些檢驗項目，都是全國際都有在做的項目，另外有區域性在做的那些我們就沒有考量進去了，這個是對於血液篩檢項目的一個說明。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

各位、主席，老實說喔！這個是我們不得不接受的嘛！就是因為這樣，當初健保局編了3億多耶，那個是被我們又壓下來，變成1億多，所以其實後面為什麼是調整80到110，讓我們感覺是正好1.93，又不是2點多，然後就是把做出來嘛！成本分析上次他們做的根本是白做，我們不得不接受，因為這個錢已經編在我們這裡，如果沒有讓他過那我們更慘，血品費全部要1點1塊錢，已經吃掉我們其他的預算，知道嗎？所以這個1.93億勢必要拿回來，只好忍痛就是要讓它通過，就這樣。真的是，要嘛！就擋在前面，費協會的時候就不要過，如果這樣子，講得這麼嚴重，這個是對消費者，看起來覺得說：哇！這很好。那一定要編，我們是事後被告之說，這個是衛生署的政策，所以要配合，這個1.9多億，所以我只能以醫學中心秘書長，當時我們在費協會的時候的經過，讓大家了解，因為這個編在一般預算，如果我們沒有，現在血品費又1點1塊錢，已經吃掉我們其它重症的治療及處置，所以這個不再把它拿回來我們會更慘，當然說拿回來其實也不是說拿回來就放著，我們拿回來就轉手而已，就轉給血液基金會，就這樣，可是問題是它會更吃掉我們的其他的預算，只能這樣講，所以我也要讓執行長，妳回去要告訴董事長說，不是我們要反對，或者是甚麼，真的是，為了這個血液血品，這是沒有錯，這個是要救人，可是因為這樣編了這個預算，它會吃掉我們其他的預算，知道嗎？你們血液基金會一年，這個健保付了多少錢，幾十億耶！這個都是1點1塊錢。我們的醫師，在開刀、做處置、做檢查，站了幾個小時，點值竟然只有0.85、0.84，台北區去年第3季只有0.79，所以這個是很慘！不是我們不支持，只是這個是很無奈的，到底真的是不是需要？那衛生署也委辦了，也一定拿了很多預算給你，去做實驗，可是結果就是讓我們看到，我們只好吞下去，我

們只能這樣想，謝謝。

郭委員宗正

我建議一下，血液基金會，下一次，明年，要跟各個層級要多溝通，你們為了下一代的國民做了甚麼事情，我希望這個錢以後不要由總額來出。因為我們衛生署都有派長官來，像我們梁長官梁淑政，應該要回去反應，這個應該衛生署來出，不要常常為了這個事情讓我們醫院層級的人，我們回去不講話對於各個層級不能交代，這個講了話說我們違背政策，這個對我們很難堪，所以我希望妳將來要多跟衛生署，尤其我們梁長官，肩膀要硬一點，回去要寫個 memo 給署長，以後衛生署要來出錢，不要再丟給健保。

謝委員武吉

我還是不同意。第一點，血漿的來源是來自捐血，等於是無本生意；第二點，我剛剛問的，你們計算基礎是怎們來的？有 20%、13%、6%、0.15%…等，你們計算基礎是怎們出來的，我們不知道，要說清楚嘛！如果要通過，要做善意的回應，就是調高 80 塊的變成 40 塊，這樣來說比較好說，不然我絕對反對到底。

林執行長素娟（台灣血液基金會）

請問謝委員所說的%數？是指...（調幅）。跟各位委員報告，我們建議調整的點數，不是根據%數而來，是根據實際上試劑的費用，我們現在由健保局這邊申請的費用，只是支付 NAT 試劑的錢，我們最後標到的價格是檢驗一個人次是 110 元，剛剛委員有提到幾年前是 500 塊錢，真的是幾年前廠商開價 500 元，所以我們後來一直沒有進行。經過這幾年，我們一次次標購，價格一次次降低，到去年最後是標到的是 176 元，這一次因為要全面篩檢，所以我們給的標案是 5 年的用量，因為這次標量是比較大，標到 110 元。所以我們就用 110 元的基準，申請調整的點數。從分離術 93007C、93008C 及 93023C，這 3 項主要都是一個捐血人，做一次就一個成品出來，所以我們就反應 110 點。另外那個 80 點的部分是從全血捐進來的部分，我們知道全血有 250cc 或者 500cc，如果一次捐 500cc 的話，

我們只做一次檢驗，因為 500cc 捐的人數差不多佔總捐血量 34.5%，所以以回推方式處理。我們是建議，以紅血球一個單位增加 80 點，計算基準是這樣子的。用這些基準試算 99 年健保局支付的輸血量，總額是 1.93 億，是在費協會預算 1.98 億以內，而預估每年需篩檢 183 萬人次捐血人的試劑總共需要 2 億，其他的費用由血液基金會自付。

謝委員武吉

做越多是不是價格應該越低。

林執行長素娟（台灣血液基金會）

原則上是的。所以我們才標 110，原本是 176，因為量多，現在才 110。

謝委員武吉

因為我查過你們是用耗材來計算嘛！對不對？

林執行長素娟（台灣血液基金會）

是，我們買試劑併價提供檢驗儀器。

謝委員武吉

所以耗材用越多費用應該降越低。所以，兩邊善意的回應，不要說我們都不答應，本來我是反對到底，以前吳德朗理事帶我們去拜會你們偉大得董事長被羞辱的情形，到現在我還吞不下去，善意的回應，80 塊的降至 40 塊，110 塊的我就不說，好不好？不然，就不過。我們很善意的回應。

林執行長素娟（台灣血液基金會）

太多了。實際上我們支付給廠商的是 110，現在我們申請的 1.93 億還沒有 cover 全部，我們一年大概估計要 183 萬人次，然後還有後續的追蹤檢驗，就是做出來以後，如果是某種病毒我們還要分別再用其他的檢驗試劑去確認。

謝委員武吉

你們的東西都高估啦！所以，我們要求這個並不過份。大家有進一

步、有退一步，不要說我們都很傲慢。看你們要不要？不然，我身為委員一定反對到底。

黃主席三桂

好，請問其他委員還有沒有意見？

林委員淑霞

主席，我想這個案子，原先的立意是非常好，為了國民輸血安全，本人覺得是有意義的！首先先做這樣子回應，但本人是要呼應剛童瑞龍童董事長的建議，將來不管是我們健保局或是衛生署的健保小組的幕僚，應該要做最完整的一個建議，本案應歸屬專款來給付，另血液基金會資料中所舉例的這些國家，並沒有實施總額上限制，我們現在在總額上限制底下資源已經相當有限，但仍然包山包海甚麼都包進來，難怪會引發我們真正在照顧病人醫院的反彈，假如是國家的重要公衛政策衛生署應直接採一個專款預算使用，這樣才對。基本上，我們是讚成一定要做，尤其是 HIV 這空窗期，的確可以減少很多將來得到愛滋病的情形，但是如果經費有限，在這 3 項裡頭也許 priority HIV 是首先一定要做，而有關 BC 肝的部分，我不曉得這空窗期到底多久，剛剛我們羅委員有提到，B 肝 C 肝的部分，從投資效益上來考量，事實上是比較不符效益的，但是 HIV 事實上應該可以先做。（備註：血液基金會選擇的卻是三合一的檢驗方法）。

陳委員宗獻

呼應童院長的看法，類似案件繼續放在總額裡面，不只今年，永遠會有爭議，楊前署長在 99 年 10 月 20 日的施政報告，近期主要施政成果，裡面其實都編有預算的。對於重大傳染病落實防治措施，包括愛滋病、肺結核，BC 肝、在用血機制統統可以放到裡面署裡行政務算中，就不必放在總額裡。像今年就本案基層總額沒有編列預算，現在政策改變，要提高品質增加支出，總不可能由我們的外科、小兒科那邊把它勾過來吧！健保局一定要想辦法來處理。還好不過費用不多，健保局要處理應該不困難。

我是覺得本案已經走到這裡來，也來不及回去原來的那個路子上，所

以案子還是要決定，我覺得還是讓他通過。但是基本上希望明年就不要再有類似困擾，直放到衛生署裡面，因為衛生署本來就有這筆預算的。

郭特助正全（翁委員文能代理人）

主席，因為這個案子我建議做一個折衷，剛謝委員講 80 點變 40 點，我不曉得血液基金會是不是可以這樣，就 80 到 110 點，全部都打 8 折，我不曉得這樣子是不是可以啦！因為基本上這樣，省掉的回歸到醫院那一段，因為基本上，也給醫院有一個交代，原本醫院看起來有顧慮的一些問題，包括醫院成本…，是不是這樣雙方都可以接受，全部就打八折，這樣上下加起來大概就可以少掉 4000 萬，4000 萬回歸到總額，至少對各位有一個彌補，看看可以不可以，我想做這個折衷，我不堅持。

陳委員錦煌

主席，我看這樣好了，醫院也有一些意見，不要堅持，不然就打 8 折。

黃主席三桂

血品費本局原預估約 3 億，經過協商及報署裁示後預算框列 1.98 億，血液基金會也以這個價格去跟廠商議價。所以，現在要跟血液基金會要求以 8 折支付，一定要徵求血液基金會同不同意？

童委員瑞龍

不然 2 千 5 百萬啦！執行長，妳回去再去周轉嘛！大家圓滿，費協費陳委員也說了……好不好？

黃主席三桂

是不是請血液基金會表示一下意見？

林執行長素娟（台灣血液基金會）

我們確實是有困難，因為我們目前 6 個中心，有一半的中心年度是虧損的，而且這個案子就如我剛剛的說明，我們跟廠商標的是 1 人次試劑是 110 元，另外我們還有自己要籌措的部分，我們目前能夠準備的事情都準

備好了，2 個捐血中心的檢驗場地、設備大部分都已經就緒了，人員配置和訓練也都做好了，現在就等今天的會通過我們就可以開始進口試劑來實行，所以請各位委員高抬貴手，是不是可以就打個 9 折，我們回去再議。

黃主席三桂

我們聽聽陳委員的意見。

陳委員錦煌

尊重各委員，就打 8 折好了。

黃主席三桂

本案雙方無達到共識，我們就按照陳委員剛剛提出來的建議，本案暫緩，是否可以請醫院協會的董事長，也是血液基金會的董事等高層人員，居中協調溝通雙方意見？本案暫緩，請宣讀第三案。

第三案

案由：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

本案委員沒有意見，通過，結束會議。