

102 年度第 3 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」會議紀錄

時間：102 年 8 月 29 日(星期四)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長魯

紀錄：張淑雅

出席人員：

陳代表雪芬	陳雪芬	施代表純全	(請假)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
林代表富滿	林富滿	蘇代表清泉	蔣世中(代)
郭代表正全	陳建立(代)	吳代表志雄	(請假)
廖代表學志	廖茂宏(代)	劉代表俊言	謝偉明(代)
陳代表志忠	徐迺維(代)	陳代表彥廷	陳彥廷
徐代表弘正	徐弘正	高代表靖秋	林綉珠(代)
林代表淑霞	林淑霞	曾代表中龍	曾中龍
羅代表永達	羅永達	曹代表昭懿	曹昭懿
謝代表文輝	謝文輝	吳代表進興	呂振富(代)
謝代表武吉	王秀貞(代)	黃代表鶴珠	(請假)
朱代表益宏	(請假)	黃代表棟國	(請假)
李代表紹誠	(請假)	梁代表淑政	梁淑政
陳代表宗獻	陳宗獻	葉代表宗義	葉宗義
盧代表榮福	(請假)	李代表永振	李永振
張代表嘉訓	張嘉訓	陳代表川青	(請假)
王代表正坤	(請假)	侯代表彩鳳	(請假)
黃代表啟嘉	黃啟嘉	李代表玉春	李玉春
洪代表啟超	洪啟超	吳代表肖琪	(請假)

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	黃鏐蓉、王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	朱智華
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺、陳哲維
中華民國藥師公會全國聯合會	王韻婷
台灣醫院協會	何宛青、董家琪、林佩菽
台灣急診醫學會	陳日昌
台灣外科醫學會	蕭勝煌
台灣內科醫學會	周昇平
臺灣兒科醫學會	葉樹人
台灣婦產科醫學會	請假
本署台北業務組	丁香豔、蔡翠珍
本署北區業務組	郭佩萱
本署中區業務組	請假
本署南區業務組	請假
本署高屏業務組	請假
本署東區業務組	請假
本署企劃組	詹孟樵
本署醫審及藥材組	施如亮
本署醫務管理組	蔡淑鈴、李純馥、林淑範 張淑雅、蕭靜怡、吳明純 涂奇君

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄（議事錄）：請參閱(不宜讀)確認。

三、討論事項：

(一)修訂全民健康保險醫療服務項目及支付標準診療項目「身體約束之護理監測照護費(47092B及47093B)」之相關規範及支付點數乙案。

決議：

1. 以 102 年 1 月至 5 月申報情形，推估 102 年全年醫療服務點數超過新增申請案預估之全年增加點數，故 102 年本項診療項目之支付方式，採折付方式辦理，即以 102 年全年度申報點數及新增申請案預估增加之 0.058 億點之比例折付，予以追扣費用，並陳報衛生福利部裁示後據以辦理。
2. 為減少對 103 年醫療費用之衝擊，於下次共同擬訂會議研提討論本項診療項目修訂事宜。其修訂內容，朝取消按次支付，均採論日支付、限制申報日數、調降支付點數，以及增列不適用「加護病房」等方向研議。

(二)有關 102 年支付標準調整建議案乙案。

決議：

1. 與會代表一致共識以「台灣醫院協會」建議方案報部核定，其建議方案重點如下：
 - (1) 調整急重難之處置、手術及麻醉項目之支付點數：
 - A. 調高支付點數，共 501 項。
 - B. 拆分項並調高支付點數，由 6 項拆分為 12 項。

- C. 修訂中英文名稱並調整部分項目之支付點數，共 3 項。
- (2) 調整急重難之基本診療項目之支付點數：
- A. 調高檢傷分類第一、二、三級之急診診察費。
 - B. 調高新生兒中重度住院診察費，以現行支付點數之絕對點數差進行調整。
 - C. 調高加護病房住院診察費，以現行支付點數之絕對點數差進行調整。
 - D. 調整燒傷病房住院診察費之兒童加成比率，未滿 6 個月由 60% 提高為 120%，6 個月至 2 歲由 30% 提高為 90%，2 歲至 6 歲由 20% 提高為 80%。
 - E. 新增住院會診費等 4 項診察費之兒童專科醫師加成，加成比率 60%。
- (3) 調整 150 項特定診療項目之兒童加成比率，未滿 6 個月由 60% 提高為 100%，6 個月至 2 歲由 30% 提高為 80%，2 歲至 6 歲由 20% 提高為 60%。
- (4) 檢查項目合併累計至一定項次數之折付方式，地區醫院比照區域醫院及醫學中心。
- (5) 地區醫院無檢傷分類之急診診察費，及檢傷分類第四級及第五級之急診診察費加成 19%。
- (6) 地區醫院門診診察費加成 6%。
2. 預算影響評估：
- (1) 醫院總額預估增加 50.58 億點
 - (2) 西醫基層總額預估增加 0.51 億點。
 - (3) 其他部門總額預估增加 59 萬點。

3. 實施日期：

(1) 地區醫院以上層級適用之診療項目，將追溯至 102 年 1 月 1 日起實施。

(2) 西醫基層適用之診療項目：中華民國醫師公會全國聯合會建議之「深部複雜創傷處理—傷口長 5 公分以下者」等 10 項，將追溯至 102 年 1 月 1 日起實施，其他調整項目於 103 年 1 月 1 日起實施。

(3) 其他部門適用之診療項目，將追溯至 102 年 1 月 1 日起實施。

4. 本署針對台灣醫院協會建議方案之疑慮如下：

(1) 依據 102 年全民健康保險醫療費用協定委員會（現全民健康保險會）協商會議，付費者代表提出之支付標準調整預算，係用於調整急、重、難症之支付項目，含手術、處置等費用，但不含門診診察費。

(2) 地區醫院門診診察費之核算方式尚未實施目前並未比照醫學中心及區域醫院實施合理門診量，如加成 6%，將導致醫院不同層級別間診察費支付點數不同，引發同病不同酬之疑義。未來醫學中心及區域醫院可能提出調整之建議，對健保財務產生衝擊。

(3) 地區醫院增加檢傷分類第四級及第五級之急診診察費加成給付，由於檢傷分類第四、五級之病人緊急程度低，對於解決醫院急診壅塞並無助益。

(4) 本署依據政策指示，邀集內、外、婦、兒、急診科等 9 位專家組成 102 年全民健保支付標準諮詢小組，決定 102 年支付標準調整方案，該小組專家並未同意地區醫院門診診察費加

成，以及地區醫院檢傷分類第四級及第五級急診診察費調升。

5. 本署將依與會代表共識及本署疑慮一併陳報衛生福利部裁定。

四、散會：下午 5 時。

102 年度第 3 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

主席

請各位代表就坐，因為颱風然後中南部有一點災情，那現在已經過半數，我們就宣布開會，今天開的是 102 年第 3 次醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議。那按照議程，首先，確認上次的會議紀錄…，各位代表無意見，開始討論本次議程討論案。

第一案

案由：修訂全民健康保險醫療服務項目及支付標準診療項目「身體約束之護理監測照護費（47092B 及 47093B）」之相關規範及支付點數乙案

主席

有關討論案的第一案，修訂支付標準的「身體約束之護理監測照護費」，請各代表表示意見。

林副主任綉珠（高代表靖秋代理人）

護理師護士公會全國聯合會在 6/27 的會議跟 貴署做一些討論之後，事實上我們在會內，也再把約束的整個內容都提出來看。回歸當初在申請新增約束處置的費用的時候，事實上是把人力、工時等等，全部計算進去之後才得到的結論。如果現在因為整個給付的項目要減低、要降低的話，我們希望說能夠回歸再去探討整個的過程中是有哪些是需要修正的。本會在把之前評鑑的相關項目跟要求，對照到目前在執行面上面的約束處置的部分，發現事實上整個約束過程的花費時間是有降低沒有錯，也就是說我們原來評鑑的規定是，應該要有醫囑，且每 30 分鐘探視一次，可是現在已經改成每 2 個小時探視，所以說在這一塊我們深深的覺得說人力的減少，paper work 的減

少，事實上也會降低人力成本。至於支付點數，全聯會同意可以做一些修改，可是當初在提到這個案子的時候，就是因為 ICU 在這一塊花費了相當多的護理人力，所以我們才會提出這個案子，不應因 ICU 給付多就把它砍掉，本會覺得應是可以從整個的支付點數調降，甚至把約束的天數應該做一個限制。因為長期約束病患並不是很恰當，貴署計算平均約束日數 8 天，本會覺得持續 8 天的約束病患並不是很恰當。所以，這個約束天數，應是可以再酌以修正，但不應該只為了把費用降低，就把整個 ICU 取消，這是我們全聯會的意見，以上。

主席

好，謝謝！請林代表。

林代表富滿

我要呼應護理師公會代表意見，在 ICU 部分建議應該要給付。另外，臨床上住院僅約束一次兩小時機率很低，可從申報資料看出以次申報比例很低，故建議採單一個項目以日支付就好，不要分次跟日，可減少申報及後續稽核的困擾。建議在有限預算下，降低給付點數，但 ICU 要給付。

主席

好，現在比較有共識的部分，就是支付點數可以下修、ICU 建議需給予支付，以及本署建議申報天數的 8 天，還可以再做一些修正。請羅代表~

羅代表永達

主席、各位午安！這與昨天開醫院總額研商議事會議是同一個案子，我想這次的預估很多的數目，想這也是我們應以為戒，哪有預估五百八十萬，然後延伸出好幾億，昨天開會討論最大的一個爭議點，就是錢從哪裡來？那我個人當然希望是這樣寫下去，發的經費來源。可是我要提醒大家的是，以後就有留用對不對？101 年可以留到 102 年，按照這個寫法，現在目前這個

錢，如果說假設不夠，就可以拿這些錢來支付的話，以後就有這個先例在。以 101 年有多少錢、目前合計多少錢，那以後假設 103 年預算不夠，就可以用 101 年、102 年用不完的錢，可以幫忙支付。我當然很希望留下這樣，不過我記得昨天的開會裡面，大家認為這個案子本身第一個並不成熟，所以我們不支持在一個沒有經費的情況下，而去排擠到其他的費用，這是我表達的，以上。

陳代表雪芬

我想從昨天談到現在，從申報的資料統計，可以知道說目前費用發生在什麼地方，所以首先，如果對於目前發生的病房別沒有太多意見的話，那麼我很贊成剛林代表富滿講的，次的部分可以考慮不要，然後用日。再來這個金額本身估成這樣子現在怪誰也沒用，因為其實沒有真正去看說它實際發生的頻率，真得會估不準，所以建議就 102 年的預算，看當時預備給這部份多少錢就全部打折，讓它額度滿足當初估計就好，爾後哪個單位提出來的每項，若以後發現沒有辦法滿足當時的預算，就是一定要打折，這樣大家才會負責任，我們與會的代表也會比較安心，以上。

主席

新增支付項目預估費用五百多萬，然後實際申報量推估全年是五億多的費用，如依陳代表所講，按折付方式只有十分之一，本案如討論通過，未來 103 年就是調降支付點數，其他委員有沒有不同的意見。

李代表永振

我要贊成羅代表，從去年新增提案的預估費用至現在差了 93 倍估計，各位再看到第 17 頁，101 年新增 13 項，估了 2.95 億點，實際只有 0.13 億點，不到 5%，這是極端。如果一來一往計算，估計差了兩千多倍！估計是不容易，但是這些估計是我們在做討論決定的一個依據。上次開會曾跟主席建議過，朱代表也有講第一年好像不會增加費用，第二年則出現兩百倍、三

百倍的花費，這次會議就已經應證啦，除了今天的議題之外，將來也要考量怎麼辦，這個是要做決定的依據呀！不然去年用很多時間，今天又來討論，要收回大家又不高興，這樣好像怪怪的，建議健保署看用甚麼方式來改變，將來可能會減少剛才提到部分。如果重新估計，差不多將近一億點，0.98 億收不到 20%，那種失落感應該還是有。所以未來是要怎麼樣把根本的問題解決掉可能也要考慮一下，謝謝。

主席

好，謝謝！其他代表還有沒有意見。

林副主任綉珠（高代表靖秋代理人）

感謝各位代表的說明，我代表本會跟各位代表報告，當初在估這個總金額時，事實上全聯會提出來的是人次的部分，我們沒有辦法知道全國面，所以這整個經費，所謂的 0.058 億並非本會估計的，在此跟大家做一個說明。

謝代表文輝

我是覺得一個基本的原則，就是應該一定要有一個預算來源這才負責任。所有的計畫都不應該超過你的預算的能力。如果超過，那對其它所有的醫療就不公平、就是要剝削其它的醫療服務。所以我是覺得，大原則大家一定要有，新增的項目一定要有相對的預算，那 102 年要增加甚麼一定要在預算的範圍裡面做調整，超過預算就不應該考慮。如果還有很多變數，那當然可以思考保留，如果可以接受預算而且可控制的空間，決定就是這個樣子，不會超過這個預算，那我是覺得提出來才有它的正當性。

主席

好，現在請本署醫管組做回應，就是剛剛有代表提到，第一個下修支付點數，第二個是限制申報天數，第三個就是以次日支付，不做區分而是採單一、以日支付。最後，有關折付，僅 102 年以折付方式支付，因只有 580

萬的預算，按 102 年實際申報量推估全年是五億多的費用，這幾個建議請醫管組說明，提供代表做參考。

林科長淑範

各位代表，首先解釋本案當時 580 萬預估費是如何推估而來，本組是按護理師公會全國聯合會，在本項新增診療項目申請表中，所提出來一年執行的總次數是 11,160 人次。因支付項目修正為按次及按日支付時，請教護理師護士公會，按護理師護士公會表示，按次及按日的比例約 20:80，所以本署將把 11,160 人次，依 20%採按次支付、80%採按日支付，用這樣的比例算出來，跟當初協商比例按次是 186 點，按日是 600 點，用這樣的方法算出 580 萬點，這是我們費用預估的來源。

李專門委員純馥

另外，補充說明，剛代表提出為什麼 101 年全年預估是 2.95 億，當年只有支出 0.13 億，是因為協商的項目到十月才同意納入健保給付，這些項目算是 101 年新增，可是使用的月份只有 2、3 個月，所以第一年是看不出整體的量，可是 102 年 1 月到 5 月可以比較清楚知道全年申報量，所以我們是以這樣的方式推估。

陳代表雪芬

其實我剛剛也想問這個，因為經費來源在昨天已經被很多人批評，那個寫法很多委員會不清楚，當然我們問過，像我們所知道的，聽起來應該是十月，所以可能在 101 年發生的就是十月開始的幾個月。再講回來，其實我也希望健保署能夠讓我們知道這樣的資料，因為這個案子之前有多少案子，是超過預算根本沒有人知道，在座有哪個人去追過？沒有辦法去追嘛！所以我想就是順利讓這件事情落幕。以後希望大家在估算的時候，尤其是像約束帶這樣的護理行為，一定要到現場才會發現其實有很多狀況都會用到，原來估的人次或是什麼好像大家都覺得夠多了。其實沒想到說發生在那麼多地方，

這些都是當時都沒有想到的。我認為這個案子今天可否讓它順利落幕。以後有這樣的狀況，健保署要讓我們知道，讓我們隨時可以有個更正的機會，像前面講的這樣大家比較安心啦！以上。

主席

好，請健保署醫管組先說明如何解決 102 年的申報點數 5.62 億點，但本項診療項目預算只有 580 萬的情形，第二個，103 年支付點數要調降多少點、預算？

蔡主任秘書淑鈴

今年因為申報服務量與當時新增支付標準建議案內所列之預算差距實在太大，而且現在是八月底，已經都發生這麼申報服務量，且 102 年第一季的點值也結算。今天的決議，102 年以折付、追扣方式來處理。至於支付標準要如何修訂才合理，這將徇修訂支付標準程序辦理，將考慮不算時間、改以計算人日，整體費用下修之方向修訂。至於提到 ICU 的部分，我們可以理解 ICU 執行約束的比例是高的，但是我們的 ICU 護理費，也已經給付的相當高，每人每日支付三、四千點，所以不應該再外加這個項目。所以今天擬辦的第一個 ICU 不付，這個共識等會也請大家討論，如果這個也是原則之一，明年支付標準修訂就會有一個一定的次數，因為我們有一個附表，發現到目前為止 ICU 申報身體約束之護理監測費點數比例占 6 成多，其實最大的部份還是在 ICU。不過剛剛林代表提到的是 ICU 要給付，不過各代表要一起看，其實夠的地方不用再重複支付，但是非 ICU 也有需約束之病人，才需要用這一項，來做一個成本上的彌補。

主席

請黃代表。

黃代表雪玲

我是要說的是健保署這裡估算ICU,事實上64.22%算法根本不是事實,因為你們算法就是曾經入住ICU,那病人可能入住ICU一天,可是十天是在一般病房,那這病人如果在ICU約束一天,但在一般病房被約束五天,通通算在ICU頭上,我覺得這樣經費估算其實是有問題。而且其實當初護理師公會提出,最主要也是因為ICU常常需要做一個身體約束才提出這個議案出來,今天要把它砍掉,我們實在是覺得它是需要的才提出來,今天經費不夠,應該是大家等比下降,依大家共識是照等比下降,我們是覺得比較合理的,以上。

主席

請羅代表。

羅代表永達

我想有幾個部分,第一個我支持在這個預算當中做多少事就等比例下降,拿六塊就拿六塊,當時就這樣估,既然都已經做了,我想事先公告,未來可能又會自動減少,等到今年結束預算裡面我想就是今年的事情。至於明年因為這個是給付協議會議,我們每一位代表其實有很多非醫院總額的人員,我覺得建議要回到醫院總額裡面再做協商,而不是在這邊做這個決定,所以我認為未來的支付標準,因為昨天就已經很熱烈討論ICU算法,昨天根本沒有共識,我建議未來的支付標準要怎麼調整、裡面含蓋的範圍之類,發函由醫院總額一起討論,這是第二個部分。第三個,其實第一季在各分區已經扣款,數額差的非常的多,所以各分區裡面其實已經根據這東西重新再去審查、審視過,已經有醫院已經扣款,因為第一季已經結算,所以要趕快做這個決定,這樣人家才會知道你要扣多少或是已經扣款要還人家。第四件事,今天健保會有兩位委員在這地方,那說實在話對醫院的經營者來講,對需要約束的病人是很麻煩的事情,既然已經曾經得到過健保會委員支持的話,在103年的協商裡面,就希望委員能夠支持,那到時候在編預算就有一個比較確實估計的值,以上的建議,謝謝。

主席

羅代表剛剛講到的扣款，可能是各分區業務組的審查核減，跟統籌扣款是不一樣的，審查核減已經被扣款的數額在統籌扣款時會先拿掉，所以各代表要了解審查核減與統籌扣款是不一樣的。

羅代表永達

扣款單價就是要這個單價。

主席

我是要解釋，羅代表講的是抽審核減，如果我們今天決定要扣款，已經被抽審核減的款項就不會重複被扣，我要澄清這一點，避免各代表以為會重複追扣。還有沒有其他代表有意見。

好！那就按蔡主秘淑鈴所提，102 年按等比例的折付，ICU 要不要排除在外，還是要一併計算？

陳代表宗獻

就按現在這樣，就好了！簡單。

蔡主任秘書淑鈴

102 年就等於變成剩下百分之一，ICU 次數也都一併計算，明（103）年，等於今年年底我們要修訂支付標準，那時候就要考慮適不適用 ICU 的問題。

主席

那就按蔡主秘淑鈴建議處理，支付點數今天就不討論，併同修訂支付標準研議，有沒有其他不同意意見，沒有就依今天的決議報部發布執行。

第二案

案由：有關 102 年支付標準調整建議案

主席

為了讓委員充分瞭解健保署所提甲案相關資訊，以及提出來的過程，請健保署醫管組先做簡要的報告，另外今天也邀請台灣急診醫學會、台灣外科醫學會、台灣內科醫學會、台灣兒科醫學會、台灣婦產科醫學會的專家出席，請他們先說明，讓各出席代表充分了解整個資訊，再進行討論，現在先請醫管組報告。

李專門委員純馥

各位委員，今天這個提案在 8 月 2 日本共同擬定會議上提過一次，不過因為議程時間不足，所以挪到今天又再次開會，這個提案是為了回應社會各界對四大科的萎縮，與急重難項目醫生不願投入等因素，故在去年費協會，即是現在的健保會，編列了 50.55 億元，用於調整急重難科別的支付標準，衛生福利部在核定時，加上「兼顧各層級醫院之發展」。另外，西醫基層總額亦編列了 0.22 億，用於外科手術及處置項目支付標準的調整。支付標準調整方案提會前，健保署有先做過 RBRVS 評量，因此，我們有所有特定診療項目約三四千項支付標準的評量結果，本次提出之調整方案中，主要偏重在急重難的手術、處置、麻醉項目，主要因為若依 RBRVS 評量結果調整三四千項診療項目，實際上 50.55 億預算是足夠的。故決定 102 年支付標準調整的 50 億分配及調整項目優先順序時，健保署依部指示，成立 102 年全民健保支付標準諮詢小組，諮詢小組成員是由內、外、婦、兒、急診這五個科別的專家組成，期間開了多次會議共同研商，決定由內、外、婦、兒、急診這五個科別先做調整，亦即以急重難為優先調整項目。提會前，已經先向醫界說明這個方案整體方向與內容，但討論時，各層級醫院團體及西醫基層都有不同意見，所以這中間折衷了非常多次，由於大家的方向仍有些差距，所以今天提會方案是甲、乙兩案，甲案是健保署專家諮詢小組建議調整的方案，乙案是台灣醫院協會在上次會議後提出之醫界整合方案，以上是相關程序上的說明。

主席

接下來我們先請列席的醫學會代表說明，請外科醫學會蕭醫務長。

台灣外科醫學會蕭理事勝煌

我是外科醫學會的代表，本身是神經外科醫師，當我們接到這個案子的時候，已經明確的告訴我們是 12 億，而且有幾個條件，就是骨科、泌尿科、整型外科不能分配，經過醫界次專科醫學會做了很多次的討論，最後決定用申報量來分配，大概有一般外科、消化外科、神經外科、心胸外科、小兒外科，最後包括不能調整的三個科別也都覺得受惠了，所以感覺上是有感的調整，後來又經過幾次的修正，背景大概是這樣。現在大家比較關心的就是 103 年是否仍有預算？當然這個就決定我們當初調整的策略，大概各次專科學會都以大家有感，譬如急重難項目，而不把很多重大的手術做為調整的優先，大體上是這樣。所以大家都期待盡快實施好消息，外科醫學會的立場現在是大家都很樂觀在期待，不過最後還有一個疑問。大家常常討論到整個費用，好像有一個矩陣式的管理監督，也就是說醫院、學會這邊可能基層也進來，然後地區、區域、醫學中心，次專科也在做一個協商，那整個成為一個矩陣橫縱，所以到底哪一個為重哪一個為輕，這個也是我們困擾的地方，因為這個過程從頭到尾幾乎都是我在協調，所以我把我們整個過程大概報告一下，謝謝。

主席

謝謝蕭醫務長。

蔡秘書長明忠（蘇代表清泉代理人）

因為外科這邊，我必須先發表一下意見，可能同時要針對這個問題來做一個表達，那我很想請教醫務長一個問題，在外科調整這麼多以後，您感覺到醫院跟診所在這個方案之下，你的感覺如何？我要講這句話，是要讓消費者代表知道一件事情，支付標準表裡面有 ABC 級，但是 RBRVS 的調整沒

有 ABC 級，幾乎所有的調整全部集中在醫院，對於基層可能做到的，只有婦產科跟少數直腸外科類似的情形可能去調整到，這就是為什麼這一次醫院是 50 億基層是 2,200 萬，而且我要附帶說明，當時基層的 2,200 萬並不是用來調 RBRVS，而是用來調整全聯會所提外科 10 項診療項目，我先做這樣的說明。因為我現在是代表理事長蘇清泉，我這邊要先表達蘇清泉理事長交代的事情，先跟各位委員報告，第一個關於醫院方面，我們懇請健保署，在考量所有情形之下，要支持醫院提出來的乙方案，要懇請健保署盡量協助讓三個層級好不容易協調出來的結果，在未來的日子當中，大家能夠能共同為台灣醫界努力，為民眾端來努力，這一點要請健保署在整體考量上以醫院提出來的方案，當作今天的結果。

第二點，對於基層的部分，我們實在很難接受當初費協會給的錢、目的到這個地方，變了調，不但變了調，賠了夫人又折兵，給我們 2,200 萬到最後變 5,000 多萬，原本要給外科的又給到其他科去，這個跟當時的健保會決議是不一樣的。最後，我以個人的身分，跟所有消費者代表報告一件事情，在往後我們很期望支付標準表要修訂的話，實施日期一定要在決定之後的隔年才能實施，等有經費來源後再實施，而且我們也很希望去突破，醫院的支付標準表跟基層的支付標準表，應該不是一本，當然你們會覺得不可理喻，但我覺得一定要先拋出來，大家一定要思考到，你看看醫院連一個護理的束縛，綁住、約束病人都可以在這談到，那過去我們基層到底有什麼東西可以談，其實很多東西都很難，今年協商明年的時候，衛生福利部的六項政策，對於基層真的都很難執行，如果大家仔細去翻一翻，幾乎強調都在醫院，基層沒有重點，懇請如果大家有這機會，請大家思考一下，並不是所有的支付標準，一本多用，應該醫院跟基層有不同的考量點，才能有可能不同方向 以上報告，我要先跟外科的醫務長致歉，我很想知道當調完 RBRVS 之後，醫院跟診所之間，到底調整的百分比有多少受惠於醫院？基層外科能做什麼？

主席

蕭醫務長非本會委員，想要回答或不想回答都可以。

台灣外科醫學會蕭理事勝煌

因為台灣的 RBRVS 到現在還沒有很明確的結果讓我們知道，所以這問題恐怕沒有辦法回應，至少還是沒有辦法馬上執行，整個過程我們也都把 RBRVS 的精神納入，還是主秘這邊可以幫忙說明。

蔡主任秘書淑鈴

因為蕭醫務長不是委員，但實際上 RBRVS 調整建議案都有提供給支付標準諮詢小組的各位專家，專家也是依據 RBRVS 評量結果再去微調，這個是各位專家提出來的方案。所以實際上 RBRVS 評量結果已經都提供出去了，這是所有專家討論出來的結果。

台灣外科醫學會蕭理事勝煌

有，我也是根據這個來講。

蔡主任秘書淑鈴：

您剛剛說您們都不知道，但實際上您們都看到評量結果了。

主席

我們先讓列席的學會把他們的過程報告過後，再開放發言，接下來請內科醫學會周理事。

台灣內科醫學會周理事昇平

諸位先進，剛剛我們秘書長已經講過話，當年四大科不好，結果你們只有調整外科、婦產科、小兒科，說內科要調整的話需要很多經費，所以不調整，所以內科今年要不要調整還不知道，同一條街裡面，有外科醫師、內科醫師、家醫科醫師，一樣的案子，外科醫師領的錢比內科還多，所以今天我來這裡，根本不是來聽你們的，是來抱怨一下，我就要走了，為什麼？因為

內科太多不能給他，搞什麼，我個人認為沒有醫院，我們開業醫沒辦法生存，這個病人一定要送到大醫院，所以大醫院不存在，開業醫也不能不存在，大醫院存在，小醫院不存在可以嗎，不可以，外科也一樣，我們不排除哪一個科，這是大家一起合作的團隊工作，所以我今天來這裡不是跟你們討論這本議程，因為討論沒有用，你們要怎樣，我們就怎樣，只是希望你們不要因內科太多不能調，要先調小科，那內科萎縮掉，現在台大找不到內科醫師，每個醫院都找不到內科醫師，沒有人要來當內科醫師，為什麼？給付很少嘛！什麼都沒有嘛！其實在這世界上那一科都重要，皮膚科也重要，什麼科都重要，因為每個人做每個人的工作，奉獻自己，所以今天我講完了，我要走了，謝謝大家。

主席

好，謝謝台灣內科醫學會周理事，接下來請兒科醫學會葉副秘書長。

台灣兒科醫學會葉副秘書長樹人

主席、各位委員，在這要代表兒科醫學會非常感謝部裡、署裡，還有各位專家的支持，其實這次就像先進們所說，在這一波調整，可以很明顯看到兒科調整項目的增加，以及一些兒科醫師的加成，不過就歷史上來看，以前兒科醫師診察費真的比較沒有估量到一個醫師面對兒童與面對一個會說話的成年人，所花費的時間、相對風險，還有其他的考量，所以在這次很高興，部裡及署裡面特別給兒科一個機會，也要跟各位報告一個事實，其實目前在各層級醫院的兒科都希望給付能夠增加，那的確這兩年署裡幫了很多忙，但是現實的狀況，兒科醫師不斷的從醫院往基層去移動。當然署裡釋出這麼多的善意，但在醫院它還是會有一定程度的分佈，這的確是目前比較難去管理的部分，現實的狀況是不管如何調整，一定會有一定程度的折扣，所以今天非常感謝，兒科有約 7 億的額度，雖然說在整個 50 億來講，並不是一個均等的分佈，但我們瞭解，這些項目其實是很多專家依據 RBRVS 經過協商、折衷出一個雖然不滿意，但能夠接受的情形。比較甲案與乙案，可以看到乙

案對兒科的支持度是相對較低，我們當然希望各層級一樣的好，但是請大家體諒，兒科醫師在很早以前分布大概 55% 醫師留在醫院，45% 醫師在基層，但現在大概有近 6 成的醫師在基層，所以現在這狀況，要拜託大家支持兒科，若醫院兒科倒了，大家還是會持續在新聞上看到，那裡沒有兒科急診，那裡沒有兒科醫師，五大科裡面，兒科真的是相對比較弱勢，尤其又是少子化的情形，加上整個社會意識的高漲，整個人民消費意識的高漲，兒科醫師面臨到很多困境，希望在 102 年 103 年兒科都能夠持續的接受到幫助，事實上在衛生福利部的善意機制底下，兒科真的有反轉的趨勢，但是一年是不夠的，真的兒科是需要各位的幫忙，盡可能在的範圍裡，盡可能給兒科最多的幫助，再度拜託大家，謝謝。

主席

謝謝葉副秘書長，甲案、乙案的形成方式與過程已經充份將相關資訊充份說明了，接下來請各代表表達意見。

謝代表文輝

主席、各位代表、各位先進，剛剛聽了各專科醫學會報告後，我們恍然大悟，所有的人都以為這是請專家做出的決定，其實專家都是在署裡的長官指導，什麼可以調、不什麼能調，後面的導演劇本是署裡，各位專科醫學會扮演一個布袋戲偶，他叫我調右邊我就調右邊，他叫我調左邊我就調左邊，剛剛各專科的說明已經非常清楚。第二看今天的這個報告案，讓我們充分了解何謂主場優勢，在這第二案所報告的第二點，對乙案都只寫一個分配的方式，看起來好像醫院協會很沒有水準，就在分錢而已。然後健保署的案都是給專家研擬，每一個什麼都有考慮，我看完說明也是這樣的感覺。但是我要跟大家講，我們翻開資料最後一頁 146 頁，包括我們小兒科秘書長也好好看，甲案跟乙案，乙案是全盤(醫院協會)是接受甲案的項目，我們也很尊重專家，我們也本來不知道署裡是背後導演，我們以為都是專家研擬，所以我們尊重，大家看甲案跟乙案，幾乎 90% 都一樣，小兒科秘書長我跟你報告一下，你

在下面你的單項，第三調整特定診療項目兒童加成率，兩個幾乎一樣，一個 0.5 億一個 0.49 億，調整燒傷都一樣都 0.0086 億，上面所有的項目，剛剛健保署講的甲案裡面，說的好像很有道理，因為尊重專家，醫院協會也全盤接受，尊重專家，因為他們都端出專家了，如果我們今天知道所謂專家都是在人家已經設定的劇本中運作，那我們就要去好好檢視專家的建議好不好了。大家看後面這張，甲案跟乙案幾乎一模一樣，他只有一個差別就是，乙案後面對於社區型地區醫院，即小型醫院給他較多的幫忙，那是完全為了什麼，我們來看討論案第二案的三，我們這次衛生福利部是怎樣公告，在座有兩個健保會的委員，公告的內容在第 18 頁「合理調整急重難科別之支付標準，並兼顧各層級醫院之發展」，今天第一個，我覺得署裡陷入一個技術性的迷思，公告沒有說要解決急重難科目，說急重難科目，眼科也有急重難科目，ENT 也有，每一科都有急重難科目。急重難科別是因為社會的呼聲說，「內外婦兒四大皆空」，後來又變成五大皆空，急診也空，後來麻醉也空，現在六大皆空，搞不好明年七大皆空、八大皆空，所以是為了解決這些科目，就是內外婦兒沒有醫師，沒人我們有兩個解決方法，像大醫院是什麼，為什麼說要兼顧各層級醫院的發展，因為大醫院與小醫院需求不同，醫學中心是缺少住院醫師，所以衛生福利部有一項政策，大醫院若多一位內外婦兒科住院醫師補助 12 萬，一年補 12 萬，已經補助約一、二千位了；但是地區醫院欠的是內外婦兒急診科醫師，所以各自差異不一樣，是要解決這些科別沒有醫師，不是解決技術性急重難項目，甲案就是只有解決前面的問題，我想問的是，所謂公告內容未提及調整門診診察費，我想請問門診診察費是不是支付標準，所謂調整支付標準是一種手段，要解決內外婦兒皆空的問題，因為現在衛生福利部部長是實務出身，比較了解過去調整的方法，每次調整下去都不平衡，所以說要兼顧各層級的發展，小醫院欠什麼，沒有醫師值班，像神經外科，全醫院只有一個醫師，一年 365 天值班，醫院怎麼做下去，值班費就要很多，但支付標準裡面有值班費嗎？沒有，有待班費嗎？沒有，有的科兩位醫師，一年 365 天兩個人輪流值班，既然支付標準沒有，所以地區醫院，

加在門診診察費，這也是支付標準，完全沒有違背公告，醫院協會跟健保署的差異就是有兼顧層級的發展，如果按甲案的做法，地區醫院本來只有大約10%，經過微調後，差不多11%多，顯然是說地區醫院在現在醫療環境裡發展的太好，占率年年增加，所以地區醫院不應該占率這麼高，所以在外加的資源要減少一點，它的服務總量占18%多不能給這麼多，要抑制一下，如果按甲案就是這樣。醫院協會只不過把它矯正，前面項目只要長官說是專家的意見，我們就全盤接受，所以甲案調的項目，乙案沒有一項沒調，你看第146頁，所以應該把醫院協會的版本的說明中也應寫上去，因為都一樣，完全都一樣，只不過幅度沒有那麼大，都差一點點，像19%變17%，把降下來這些預算移給地區醫院，至少讓地區醫院，現在最弱勢最缺乏內外婦兒急診麻醉科的層級，不要受到二次傷害，不要因外加資源下去，又傷害它一次，所以醫院協會能做的已經是最大的努力，因為醫院協會沒有公權力，只能將前面那個甲案不符合公道跟公告意旨的，把它矯正，至少給地區醫院這個層級，在目前越來越萎縮，而且實質最缺內外婦兒急診麻醉醫師，有的地區醫院急診根本沒辦法排出人，起碼佔率不要太失衡，不要有二次傷害，我們對醫院其他層級表示感謝，李老師是健保界的老先覺，她以前帶健保醫院總額的時候，帶領我們一年多，開10幾次會，帶很多專家及醫院團體代表，一半的代表用選的，一半用團體指派的，開了10幾次會，做出來醫院總額支付方案，完成後請我們吃飯，她說這就是醫院總額的建國大綱，我們聽了很興奮，不知李老師有沒有印象，在這裡面也有提到應給地區醫院一點一元，但永遠做不到，其中第四項，支付標準調整，寫到「要考慮各層級別費用的結構存在相當大的程度差異性，譬如地區醫院基本的診療費用佔總費用的比率相當高，所以要平衡各層級的發展，未來在支付標準都要考量各層級的需求不一樣」，所以這些早就有研究，而且這裡面還有寫要監看，各個層級包括基層、地區醫院、區域醫院、醫學中心的數據，每半年要檢討一次，服務占率多少、床數變化、各種醫師數的變化，每6個月要在醫院總額討論一次，就是不要讓一些層級過度膨脹，一些不應該消失的卻消失掉，每6個月

要一次。健保署在每次健保會開會，都製作一本，各層級佔率多少，但有做卻沒在看，也沒在檢討，在這次調整方案，對一直萎縮而不應該萎縮，且實質最欠內外婦兒急診麻醉科醫師的地區醫院卻分配最少，當然醫院協會只好站出來主持公道，最少不要有第二次傷害，今天我說這麼多，我覺得這樣才公平，健保署有主場優勢，而我們能做詳細的說明讓大家以及健保會委員瞭解，這兩個案幾乎是雷同，只不過把甲案前面 50 幾億調整大約 4 億移給地區醫院，所以我覺得不用浪費時間，甲案沒有什麼好討論，因為乙案全部都涵蓋，146 頁完全涵蓋，現在只有一個，要不要給地區醫院，最弱勢，一直萎縮的，內外婦兒急診麻醉科醫師最缺，你看三個層級那一個最缺，所以如果大家有共識的話，應該討論乙案就可以了，謝謝。

陳代表宗獻

健保署在健保會報告的時候，RBRVS 這邊講的很清楚，醫院的 50.55 億是用於合理調整急重難科別的支持標準，並兼顧各層級的發展，所以這部分可能健保署是想從 RBRVS 來調整急重難症，但是西醫基層不同，西醫基層 0.22 億是用於調整外科手術及處置項目的支持標準，是十個項目，而且是指定的，連成長的百分比都固定，所以健保會當時在討論的時候，費協會委員也知道，當時就這個題目，而且一項一項的就在上面，所以現在沒有預算在去調整 RBRVS，因為 RBRVS 調下去就是完全跟總額協商的意思和精神是不符合的，那剛剛各個醫學會報告時我們才發現，基層拿到的是青菜豆腐，我們本來打算煮青菜豆腐湯，但是各個醫學會報告後才發現，有的醫院說要佛跳牆，但煮不到三分之一碗，有得要神戶排骨，但是排骨只有一點點，那有的說要橙汁排骨，但是只有骨沒有肉，所以大家都不是很有滿意，但是我這個部分有一個方法可以解決，就是把它落實到那個十項目，那麼 RBRVS 去調整沒有關係，但是明年的時候，因為這個項目有調高上去，今年把符合的科目放上去了，明年再整體去處理 RBRVS，因為點數已經調高，在那個地方 RBRVS 不用再花那麼多錢可以省回來，其實用這種方法，比較符合去

年在協商的時候，裡面的意思和所有的委員的苦心，所以我想這部分應該是這樣會比較好一點，因為再去調整，你說 0.5 億，5,000 多萬，那西醫基層的點值今年已經不到 0.9，只有 0.8 多，到第二季的預估就已經這麼慘了，在這種情況之下，還要從非協商因素去支應，可能不太合理，如果明年再調整，明年得非協商因素有沒有辦法去支付，是沒有，因為明年的醫療服務成本指數是負 0.3618，這個地方爭議性太大，應該是想要如何解決這個問題，我初步的建議是這樣。

主席

好，先請黃代表發言後，再請林代表發言，接著再請急診醫學會陳理事長發言。

黃代表啟嘉

主席，我大概只有一點想要跟署方請教，就是非協商因素是一個固定的東西，那如果預算不足都由非協商因素支應，不知道非協商因素在邏輯上是怎樣去對應這個函數，可以去支應預算不足的部分，這句話最好可以刪掉，因為邏輯上完全找不到思考的方向，所以我建議這段話可以刪掉，或是另外思考是不是要給這個東西，給這個東西預算要從哪邊來，另外要找出來，因為非協商因素不會因為預算不足又增加。

林代表淑霞

首先現在已經八月底了，這個案子應該不要再拖下去，再拖下去對大家都非常不利，在醫院總額部門的部分，牽涉到三個層級，以往的經驗，每次討論到支付標準調整，可能就要先開始內戰，這一次非常非常不容易，我們平和地共識擬出乙案，而且跟 貴署的甲案差異不大，所以真希望能夠支持，並且也比較符合健保會記載能夠顧及到各層級的發展。第二點，就是剛剛前面幾位代表提到的健保署建議本項費用超出則由非協商因素支應，這有什麼邏輯，或者對將來協商、對整個總額是不是有什麼特別的幫助，這一點務必

請 貴署說明一下，非協商因素成長率是政府計之固定的沒有辦法提出協商，支付標準調整本來就放在每年協商因素中，為什麼一定要用到非協商，是不是因為今年整個調上去之後，會影響明年整個大總額的協商，所以不得不做這樣的一個建議？，這一點請貴署可以說明，以上。

主席

接下來請台灣急診醫學會陳理事長報告後，再請張代表。

台灣急診醫學會陳榮譽理事日昌

主席、各位代表，我代表台灣急診醫學會對這個議案做發言，學會的會員是涵蓋醫學中心、區域醫院、地區醫院，所以我不是站在任一醫院的立場，而是看整個急診的發展，以及策略上應該怎麼進行。我們了解地區醫院經營上的困難，在急重症的部分因為有值班的問題，必須 24 小時輪值，如果病患數量不夠的話，調高診察費事實上是不足的，所以之前就有呼籲過，是不是應該有值班費的概念。剛剛謝理事長有提到，今天如果值了班，時間已經花了，雖然沒有病人，沒有病人醫師還是要到，這個錢還是要付，所以在這個項目方面，不是在診察費上面做文章，應該是從大的方向去做改變，就是說值班費的概念要進來。對整個政策的發展，建議是最好是一致，就是在給付方面，或者在策略方面，從醫學中心，到區域醫院到地區醫院，就是一個標準，而且那個項目的調整要國人能夠接受，在施政上不會說不過去。我覺得甲案、乙案都非常重要，因為好不容易健保署這邊已經對急重難症有一些重視。最後再重申我講的意思，就是我們的項目怎麼去調，要有說服力，講出去要全國各團體都能接受，以上發言。

張代表嘉訓

主席、各位代表，對於甲案、乙案我個人沒有意見，但是今天婦產科的代表沒有來，開會之前，我有跟婦產科醫學會做一些溝通，不管是甲案或乙案，因為 RBRVS 所調的，在基層大約是 5 億，對不起，5 千萬，我一直很

高興有 5 億，5 千萬中有 3 千 5 百萬在婦產科，另外大概 1 千 5 百萬左右是外科，如果這兩科大家沒有意見的話，其實婦產科醫學會基本上同意，如果大家認同婦產科調整的一百多項的支付標準可以提高，那今年醫院可以溯及 102 年 1 月開始實施，基層可以從 103 年協商之後再開始，婦產科醫學會給我這樣一個表達，否則要從非協商因素去來支付這筆錢，基本上就如同黃代表所講的，邏輯上說不太通，所以這是我個人發表的意見。第二個是有關醫院的方面 或許健保署認為地區醫院門診診察費加 6%，與原來的健保會的決議是有一點不太符合，我是覺得還是要挺地區醫院，是不是把這個錢挪到地區醫院檢傷分類的急診診察費加成提高，這個錢還是給地區醫院，成數可以增加，費用加起來大概是 5 億，就是 3.48 億加 0.74 億，這樣的話 應該也不會違背當初健保會的決議，可是錢還是在地區醫院，這是我個人的一些建議，謝謝。

主席

先請蔣副秘書長。

蔣副秘書長世中（蘇代表清泉代理人）

主席、各位代表，大家好！真的很感謝，剛剛張代表有提到 5 億給基層，一聽到心裡好舒服，事實上連 5 億的小數點都勉勉強強，我想各位也知道其實醫院的經營確實是難，去年所給的 50.55 億，事實上是用在合理調整急重症難科別之支付標準，並兼顧各層級醫院的發展，難得醫院的層級能夠有一個共識，懇請健保署能夠尊重醫院各層級，而且各層級也要有各層級發展存在的必要，西醫基層當初 2.2 千萬是用在外科的支付標準，是因為這次基層支付標準的調整，外科算起來是 1,530 萬左右，其他的是因為是內外婦兒科，尤其婦科方面調整的特別多，大概三千多萬，我們也尊重婦產科的生存必要，這些支付標準應該是要調整，但是這些預算，說不能用 102 年，應該是用在 103 年，將來 103 年應該給西醫基層一個項目，比照醫院方面，用於合理調整急重症難科之支付標準，並考慮西醫基層之生存的發展，懇請健保署跟委

員，能夠給予西醫基層的發展，不要再用非協商因素，我們拿到 2,200 萬，要我們支付 5,000 多萬，現在點值已經到 0.84，還要用非協商因素支應，請考量西醫基層生存的發展，編列在 103 年，以上報告完畢。

陳代表宗獻

非協商因素我想澄清一下，因為大部分的人都不了解健保署的心，其實健保署也有提到過，藥價基準調降以後，調降的費用也沒有扣回來，這個是有爭議的，不過基本的立論是這樣，那我們就不要講那些，我們來講非協商因素，因為非協商因素裡面的人口因素，大家都知道人口數，就是女性一邊、男性一邊，那個人口數的費用結構，會影響到非協商因素裡面的人口因素，也順便像小兒科醫學會報告，之前小兒科調整三歲以下的支付標準的時候，調整之後，去算那個非協商因素發現已經扭取了，為什麼，因為比較便宜的那個部分，變貴了，它的權重變重了，佔百分之一百，人口數的百分之一百，那個部分變重了，那以至於非協商因素成長率下降，那現在如果我們把藥價基準調降以後，慢性病、膽固醇等等，這些藥調降之後，它產生的效果剛好跟那個三歲以下診察費調整相反，它是會影響到，我們老人的那個部分，所以老人的權重下降，本來老人是兩萬多，它的權重下降，因為這個部分是算權重的，這權重下降之後，其實支付標準的調整，尤其是藥價調整的結果，產生的結果是直接造成人口因素裡面的非協商因素的下降，這個我們有去試算過，我們曾經在今年三月份，當時的衛生署，責成我們全聯會去研究，就是說他們接受兩套，就是用兩個不同年度費用的結構，去串去算出來非協商裡面的人口因素，但是算的時後發現整個都跑掉了，跟 97、98 年不同，因為小兒科那邊變了，那同樣的，老人變了，全部都變了，所以非協商因素只是放在那邊參考而已，真的不能拿來當提款機，它不是提款機，事實上裡面已經所剩無幾了。

陳代表雪芬

現在可以進入實質的討論了嗎？那我們很快就可以決定到底是甲案或

乙案，然後再接下來討論細節。

主席

接下來請李教授。

李代表玉春

主席，各位代表、各位先進，今天難得的和平，大家都是一片和氣，我覺得還不錯的，除了謝院長比較稍微據理力爭，我想也是滿好的，也是應該的，我大概有幾個看法，因為前一個案子，我本來期待大家會提到這個問題，不過我還是先提，因為這些都是試算的結果，如果預期跟實際有落差的時候，大家要不要先講一個規則，因為畢竟在 2004 年大家都曾經有慘痛的經驗，也是導致後來大家對整個大幅調整支付標準其實都有一些戒心，所以是不是這個部分要先有一個原則，也建立未來在調支付標準，大家比較不會那麼擔心，如果有一個事後的處理方案，這樣的話是會比較好一點。第二點，因為今天提出來的支付標準調整項目，並不是完全按照健保署 RBRVS 調的，後來是有專家還有學會參與，我必須先提出一個建議，因為從過去的經驗，只要把某些項目調高，隔一陣子就會有人說，那個項目為什麼那麼高，很不合理，我這個只有多少多少，聽起來都非常合理，但是因為它本來就不一定是照原來的相對值去調，你如果照原來的相對值都合理，但因為不是照這個，後來的人就會比照，我覺得這邊必須要有一個預先要想到，如果這些科其他項目，就是調整內外婦兒，如果有其他項目，後來覺得很吃虧，還要再調整，這裡是不是至少訂一段時間不能這樣做，否則這是不合理，因為大家已經有一個共同的決議，要先補急重難症，但是大家也知道這個調整其實並不是真的那麼理性，所以我覺得先把這個原則提出來，否則後患無窮，就是大家都要比照，然後每一個都可以拿出一套學術理論，告訴你，她們是對的，這個我第二個提出來的。第三個，對於剛剛大家在討論到的非協商因素，我想說明一下，非協商因素裡面是有一項是物價指數，當然負的時後，那是另外一回事，但是正的時候，原先代表物價的調整，就醫療服務來講，它其實是物

價指數，既然是物價指數，其實就是支付標準的調整，所以也不能夠我們用到那個部份就叫做不合理，只是說今天的這個方案，有沒有必要一定做到超過預算，我覺得這是可以調整的，因為只超過一點點，有沒有必要一定要做到超過一點點，然後再去用非協商因素的預算，我覺得好像也不需要，能不能讓它盡量在額度裡面調整，因為並沒有差那麼多，那這是我對非協商因素的看法。第四個，剛剛大家談到調整的原則，我非常贊成在調整支付標準時，因為現在是總額預算，基層有基層的總額，醫院有醫院的總額，那基層本來就應該按照基層要調整的項目做調整，不過，這幾年其實基層也沒有提出一些方案，除了剛剛講的十項之外，也並沒有提一個很大幅的修改，我記得黃煌雄委員在很多次討論到支付標準，都會提出來說，基層是不是應該要有不同的方案，而且比較大幅度來支持基層的發展，但是基層似乎也沒有提出這個需求，也沒有在費協會提出特別的訴求，所以當然也不會有這個方案，所以我具體的建議，是不是能夠就基層自己的需要，在健保會提出需求，就不會每次都是很少的額度，回過來我想針對今天的方案，就是甲案跟乙案，因為原先我沒有參加委員會，不過從記錄看起來是說，是要調整急重難症，而且要考慮各層級的發展，既然有後面這一句，其實並沒有所謂調什麼，所以我個人是比較支持，應該尊重醫院協會的方案，就是各層級都要一個平衡的發展，理由很簡單，因為在總額底下，大家都分同一塊錢，若調了別人，不調地區醫院，等於地區醫院是被降價的，只是說地區醫院的項目，到底要不要調，譬如第六項，檢傷分類第四、第五級，我比較不是那麼了解為什麼是這個項目，但是原則上我是支持應該是要平衡各個層級的發展，畢竟每一個層級都是最重要的醫院 這樣的話，才不會今天東邊救了火，西邊又燒起來，整天都救不完，以上是我的幾個看法，謝謝。

謝代表文輝

針對李老師的指教，我來說明一下，李老師說她不太了解為什麼要調整檢傷分類第四級第五級，因為我們認為檢傷分類裡面的第四級第五級，尤其

是第五級，好像是可有可無，不一定要看急診，現在署裡也希望推動，在大型醫院裡面，不要為了掛不到門診就去急診，結果它是第五級，但是現在沒有規範，只能讓病人掛。但在社區型的地區醫院，其實是不一樣的意義，因為所有的地區醫院做急診，幾乎全部賠錢，那其實是一種使命感，我舉幾個例子，像在彰化田中，整個生活圈裡面就一家急診，後來關門沒有看，縣政府幫忙貼補醫生，那是給十幾萬民眾一個安心，有一個急診在那裏，臨時晚上發生緊急情況，病人當然會恐慌，也許小孩子發燒 39 度多，很緊張跑去有醫生可以看，所以我認為在社區這種小醫院，只要做急診，意義就非常大了，就像剛剛陳理事長講的，沒有患者醫師也是要在，醫院也要付薪水，也許一個晚上只有二十個，絕對賠錢，所以我也非常同意陳理事長講的不同醫院要有不同的思維，但是今天很不幸，這次的公告的預算是調支付標準，值班費、待診費都沒有在支付標準表裡，我覺得地區醫院只要做急診，就應該給予肯定，在小的地方通常只有一家地區醫院，大部分都是這樣，越小的鄉鎮越是這樣，我是覺得只要有做急診，像剛剛陳理事長講的，就算每個人都給 19% 的加給，還是賠錢，我們還是要想辦法，應該用他的功能來考量，像去冬季合歡山支援時，衛生福利部的計畫就是一個醫生待一天，就給你兩萬，有可能一天沒半個病人，也有可能突然發生什麼，來了十幾個病人，對小醫院要有這種觀念，而且如果地區醫院急診能夠普及，真的可以解決大醫院的急診壅塞，所以為什麼地區醫院急診這麼重要，急診地區醫院幾乎都不做了，以前連診所都在看急診，所有地區醫院三十年前沒有一家不看急診，現在地區醫院裡面有看急診，應該沒超過一百間，這就是為什麼要給它鼓勵，但是這裡如果我們用乙案討論，我倒是覺得可以細部調整，就是像陳理事長講的，至少要讓它看起來一致性，就是說，醫院協會的版本會定 19%，是以甲案第三級的 19% 去修正，至少第四及第五級，不要比第三級高，所以如果採用乙案的話，希望在乙案的第三級也調到 19%，然後把第一級和第二級酌降，讓費用維持在原來的預算內，讓三個分級間比較具有合理性。陳理事長憂慮的，其實也不用煩惱，因為這只是加成，並沒有動到支付標準表

的結構，這次是因為特殊目的，所以把它加成，那未來有變化，甚至覺得這樣做不適合，要把它變成固定的，或是未來如果有給付地區醫院急診的值班費、待診費，那這一部分，都可以讓它回歸原來支付標準表，這個只是加多少百分比的問題，我這樣講，李老師您大概可以瞭解為什麼放在這裡，其實為什麼選這些項目，不是醫院協會選的，也不是地區醫院選的，是跟隨甲案，跟隨我們健保署說這是經過專家建議的項目，所以跟著調整急診診察費，沒有特別的意義。

主席

謝謝，再來請陳代表。

陳代表宗獻

剛剛李老師有指導，第一個物價指數跟支付標準的問題，其實物價指數包含二個東西，一個是躉售物價指數，一個是消費者物價指數，躉售物價指數裡面，其實醫藥的成本有 45.86% 等等，其他項目像眼鏡也算在服務成本指數裡面，不管醫院、診所都相同用這個，這個能不能改還在研究中，所以其實這個還是有問題，所以支付標準恐怕跟 WPI 或 CPI 是完全不相關的，我們用的東西也跟成本不相關的，另外一個，基層的內外婦兒也是一樣面臨很大的困難，老師也有提到，這個部份在去年九月的時候，我們曾經提出來，內科的部份應該要好好處理，但是很可惜，最後只有取得不到五分之一的預算，也就是期待跟實際上有很大的差距，我們也很努力的去爭取，那個部份是有我們困難的地方，老師也有提到支付標準每一次調整，大家都很擔心，像上一個案子，第一個案子其實除了價以外，支付標準的調整總是調整價，但是量我們管制不到，到量很大時候，會變成第一案的困難，所以是不是有一些剛調整的支付標準，第一年、第二年實施的時候，把量做一個申報管制，就是量的部份把它管控好，因為價錢已經估算過了，量也估算出來了，但是量就是超過了，那我們用，如果它不是很急迫的項目，可以來用申報制來調整這個部份，來管控，譬如說，今年面臨一個眼科黃斑部病變的用藥那個部

份，最沒有爭議的方法，就是把黃斑部病變的處理，全部都放在一個籃子，另一個籃子放了這個新藥跟規則下去後它改變了什麼，如果這個籃子裡面的成長率，譬如說黃斑部病變這個籃子裡面的錢總共是二十億，那麼明年如果進展到二十億五千萬，譬如說成長率就爆了，所以這樣新的項目用申報制，申報到那裡就停了，再過一年以後或再過幾個月再做，其實我們應該要有一個新的方法，才不會每次碰到這種財務的風險的時候，消費者的權益也受到影響，醫療提供者也會很困難，那各科也會覺得很苦，這個部份可能要系統性的去思考，謝謝。

主席

好，謝謝，接下來請健保會的出席代表，葉代表及李代表是不是要發表一些看法。

李代表永振

去年的協商我沒有參與，但是看到這邊二個案子，應該要回到當時這一筆錢它的用意到底是怎樣，才有辦法解決，不然，剛才謝代表講得很有道理，但那個部份，是不是應該從轉診還是從另外一個制度才有辦法解決，應該提出一個較佳的辦法。這個案是不是應該要回到原來的精神，去解決問題比較重要，剛才非協商的部份，應該包括在預算裡面，不要討論到這邊又多出來吃掉別的預算，這樣就永遠沒辦法控制了，我的看法是這樣的，謝謝。

主席

好，謝謝，接下來請陳代表。

陳代表雪芬

今天醫院協會為什麼提出乙案，我想讓在座各位知道那個背景，在醫院協會內部，對於甲案是有一些意見，因為 102 年醫院總額的一般預算中匡列的 50.55 億，照健保署的甲案執行之後，會變成醫中跟區域相對於地區醫院，

無論就額度上或是占率來講都比較高，吃到原本該屬於地區醫院的預算。以往編在一般預算中預備要調支付標準的成長率，會由三個層級在醫院協會提一個共同方案，再到委員會來讓大家知道我們想這樣調會，結果今年不是這樣，是健保署說這個錢我們已經有主張了，所以其實我們當時對已經被主張掉的這個錢，我們也是很有意見，不是應該讓醫界自己來嗎？結果是找各個專科醫學會，藉著內外婦兒的名義，就這樣把這個五十億擺定了，我想剛有很多先進有說到對於這次五十點多億的調整，其實不是那麼理想化，因為如果真的認真去看，你真的會幫內科叫屈，內科這次真的是完全沒有顧慮到。我再講回來，既然說三個層級談了 50.55 億，有一個成長率在，如果照健保署甲案的分配方式，因為一般預算是應該每個層級都可以拿到，相對地區醫院的成長率就沒有達到醫中或區域的 5.861% 成長率，他們根本就拿不到這個成長率。所以我們覺得很多案子，我們從台北去看全省真的是不太理想，人家說台北是天龍國的嘛！基本上讓基層或是地區醫院提出他們要的方案，我覺得應該是可以考慮的，沒有那麼困難，所以醫中跟區域願意把額度還回去給他們，讓他們考慮他們要的，而不是讓我們去幫他們主張，這樣可能比較好，畢竟這個錢本來就是醫院一般預算的錢，大家都要有才對。再講回來基層，我看這個案子，根據大家這樣討論過來，我覺得最好的方式，不要硬要基層吞下這個錢，今年先有這個案子，但是明年再調整，不然他們根本沒有這個預算，基層去年談的成長率已經有夠淒慘，再硬要加這個，我實在覺得很沒有道理，相對上就是不公平，用非協商因素來支應，我認為是又被擺了一道。

主席

請陳理事長再次發言。

台灣急診醫學會陳榮譽理事日昌

我對甲、乙案觀念上的問題，提出來請教各位，希望能修的比較順。第一個就是第五項無檢傷分類之急診診察費，其實無檢傷分類這一項，大部份

都是在比較小的醫院才會使用，比較大的醫院大概不會使用這一項，實際上是只有地區醫院可以申報，甲案第五點本來就有調無檢傷分類了，而乙案第六條除了無檢傷分類以外，還要把四、五級加進來，循我前次發言的概念，是不是應該量少的醫院急診才調四、五級，這樣才合理，因為如果量很多的話，本來支付點數可能就夠了。所以建議是不是就只要針對無檢傷分類這個部份再調升，把急診患者少的地區醫院補到足夠，用這個概念可能說服力會比較強一點，我提這一個想法給醫院協會參考。

主席

請羅代表發言。

羅代表永達

這個是給付項目及支付標準共同擬訂會議，除了代表以外，被徵詢的專家其實不應該列入討論，不是請列席的學會來這邊告訴代表所提出來的案子，這個是第一個我要重申，第二個我想跟消費者代表二位委員報告一件事，你剛才所提到的4億對地區醫院影響有多大，本來應按甲案的話，地區醫院只能拿到9%，大家都知道資源的分配會造成整個層級的影響，三個層級裡面，在整個台灣發展裡面很明顯的看到若把它做好，不會一直萎縮，在座在醫院協商裡面，很多東西都是醫院實際上的經營者，他很清楚的知道說問題出在什麼地方，我舉一個，剛剛我們理事長也舉例，一個急診室要做，現在目前第四級、第五級都是有急診室的，就像在台中，那個地區裡面，地區醫院急救責任醫院只有二家，一個大台中市區域，這個地方沒有的話，這些病人可能就是被刀割到、被狗咬傷，那你說他到那裡去，當然到醫學中心、到區域醫院去，但是因為他是急救責任就被必須設在那邊24小時365天，在同樣的情況下，如果整個制度裡面沒有去支援他，一定會逐漸萎縮，按照現在目前，在這樣的醫院裡面，他的一級跟二級的病人，相對醫學中心跟區域醫院，一定會變少，一定最多人來撿那些區域、醫學中心掛號費比較貴，只有在地區醫院看的那種四、五級病人，這樣的情況下，我們很清楚知道，也做過這

樣的統計，地區醫院裡面能夠做急診的一家一家關，到現在可能大概還不到一百家，大概一百家左右而已，在這樣子情況下，我們就在想用什麼方式能夠讓這些醫院願意再去承擔，這是我們第一個要想到的，第二個在這次資源分配的裡面，說實在話，地區醫院的整個會員是差異性非常高的地方，我們要在每個地方都去補助他，事實上是有困難的，我們也兼顧到剛剛二位委員提到，在上次健保會裡面，合理的急重難科之支付標準外，兼顧各層級，這二句話始終是我們這次修訂支付標準的很重要的二個核心，而不是單純的一個核心，當然我們也很期待，能不能編一個錢來解決這個事情，我們當然很期待，可是這麼多年來，才等到這次有 50 多億，我們每次要談這件事，就像剛才學會陳理事長說要有值班費的概念，我們也知道呀，但我們不知要向那邊討，那所以好不容易有這個錢，我們也形成這樣的一個共識，所以才會去尋求支持，那說實在話，這次不管是醫學中心或是區域醫院，其實他們就是考量說當大家同舟共濟，皮之不存，毛將焉附，假設地區醫院所有急診室全部不見，那就增加醫學中心，那你就去台中榮總看急診室就是很多人，若假設每個診所至從上次說他一定要 24 小時才能掛急診以後，你看多少的量本來基層可以做都沒辦法做了，如果說現在好不容易，很艱難去維持這些急診醫院單位，若不能繼續的話，就是再增加醫學中心的量，所以整個所有的醫院是對整個宏觀的考量，根據健保會的結論才做出乙案，所以才這麼一而二再，再而三，希望能夠說服大家，要求大家的支持，事實上有很多努力的過程大家是沒有看到的，以上。

主席

接著請區域醫院徐代表發言。

徐代表弘正

區醫院協會贊成乙案，這是我們的表明，另外一個就是，我記得監察委員黃委員到各個醫院去的時候，也聽了很多醫院的心聲，最後做出來的結論是內外婦兒四大皆空，那剛剛講五大皆空，可是大家要知道的是四大皆空、

五大皆空不是只有在醫學中心，皆空的更嚴重是區域醫院跟地區醫院，那是更嚴重，今天若要給一個糖，你有口袋我才給你糖，你沒有口袋糖就承不住，到最後反而造成更大的抱怨，醫院協會大家已經協商了、也願意了，還是請健保署能夠來尊重醫院協會意見，是不是先請主席試著問問看，贊成的有多少，謝謝。

主席

好，署裡面醫管組這邊有沒有意見？

蔡主任秘書淑鈴

沒有意見。

主席

因為二個案子都超過 50.55 億，剛剛對於會支用到非協商因素的預算，大家都很有意，第二個是基層的預算也不足，甲案的預算是 5 千 4 百多萬，乙案是 5 千萬，也是會支用到非協商因素預算，所以甲案、乙案都需要做微調。

陳代表雪芬

剛剛漏講了這一點，其實就乙案來看，50.58 億跟 50.55 億就差 3 百萬，醫院這邊硬要寫非協商，那我們就吞下來了，可是我認為基層可能吞不下去，我的意思是說醫院這邊就是乙案，以上。

蔣副秘書長世中（蘇代表清泉代理人）

主席，謝謝醫院協會還有付費者代表，事實上基層只多了這 3 千多萬，大概 3 千 5 百萬到將近 4 千萬左右，這是當時協商所沒有的，所以還是回歸到 102 年的協商的精神，那我們把這 3 千多萬扣除掉實佔來講，整個算起來講醫院協會裡面大概差不多 50.5 億，然後婦產科方面所增加的一些的預算，最重要的是婦產科方面，等到 103 年協商的時候，再根據 RBVRS 去做調整。

主席

健保署只是執行單位，還要顧及一些其他單位的看法，是不是先把兩案的預算都微調到 50.5 億後，一併報部，另，因為這個部分也牽涉到基層，就一併報給部去裁示，這樣可能比較適宜，今天所有代表的發言都會做成實錄送到部裡面。

羅代表永達

我想還是跟昨天同樣的情形，就是共識，今天大部份的發言，我想我們可以請主席統計，當然我們不表決，但是我們希望說，能不能問一下今天有誰反對，除了健保署以外，在座的所有代表有誰反對，在這樣的訊息，如果要二案併列，要把這些東西當作很重要的陳述。

主席

因為健保署上面還有主管機關，甲案是依據專家所決定的方案，不能輕易否定，而當時成立專家諮詢小組也是依照政策指示處理的，所以我一直強調，第一個，因為兩案都超過原來的預算 50.5 億，第二個，是基層也超出原來的預算，所以我們會做微調以後，儘可能調整到預算範圍內，二個案子一併報部，由部去做裁決。

曾代表中龍

主席，不好意思，因為今天都是醫院代表，我個人很贊成剛才羅院長剛講的話，因為本來今天二案要出來討論，就是要請所有代表來決，那確實今天不管付費者代表或者醫療服務提供者，包括其他人大概都沒有人反對，都相當支持乙案，像我個人也很支持乙案，如果是這樣的話，只因為協商因素為有超過預算一點，那我覺得說我們今天大家就來決，如果乙案的話，至於怎麼去微調，就再交給醫院協會他們回去討論一下，不要超過那 50.5 億的預算，因為我一直強調這個東西要提會討論的話，就是讓大家決定，結果搞到最後大家有共識，又要讓部來決，我是覺得比較奇怪，以上。

王副秘書長秀貞（謝代表武吉代理人）

主席，我覺得這一個會議有點多災多難，好不容易從8月2號挪到今天，又遇上颱風，委員們也都從各地冒著風雨趕來了，那這一個會議達成的共識，我是覺得非常不容易，要很謝謝醫界內部有很大的凝聚力跟共識，願意來支持社區醫院協會提出來的一些想法，剛剛李老師有給我們幾個重點，第一個部份是現在其實估算都是預估值，那真的有差的那預估3百萬嗎？第一案討論事項差了好幾億，我實在看不出來今天為什麼不能就以乙案為共識送部。

謝代表文輝

主席，我覺得如果今天主席要做這樣的裁定，我有意見，今天沒有代表反對乙案，已經形成共識，今天會議提出甲案、乙案尋求共識，共識已經這麼高了，卻要兩案報部，那這個會就是開假的呀！就像我剛才講的，這就是主場優勢，就是不要給他過，就是乙案不要過，如果這樣的話，不必叫大家來，所以我說沒有人這樣開會的，這是第一個，有哪一個說乙案不行，如果他有違反法規就不行，我們不是說要「調整支付標準合理的解決急重難科別」，請問，醫院協會的案子幾乎跟健保署一樣，只加一項地區醫院門診加成6%，在這次公告裡面，門診診察費不是支付標準嗎？當然是呀，第二個，有沒有兼顧層級發展，在座所有的人都認為乙案比較有兼顧層級發展，只有健保署，我是覺得完全沒有抵觸這個，我不知道為什麼主席為何裁定兩案併陳，那就不用開這個會了，今天不是要把二案凝成最後共識，就一個案就好，主席，我建議用今天最有共識的案，乙案，送部，再就細部的問題的稍為微調，例如微調要到50.5億，只要裡面百分比稍為微調一下嘛！這個我們同意。

李代表永振

我這邊有三個疑問我先釐清一下，我再發表意見，第一個甲案、乙案跟去年費協會決議有沒有違反！第二個，乙案的地區醫院門診診察費加成，會不會違背原來轉診制度設計，因為以前轉診是說把他拉高的話，有些就不會

到醫學中心來，那現在提高就是拉近，會不會違反。第三個，這個時間點，甲案是不是上一次開會之前就已經決定的，因為上一次的決定是交待三個醫院回去整合一個方案，整合一個出來，結果又跟健保署跟上次決議弄出來的打對台就很奇怪了。

謝文代表輝

上一次沒有決議，上次沒有討論，是延到今天。那是上一次提出來的案，交待醫院協會回去整合。

李代表永振

我知道呀！8月2日的時候有個結論，就是你們回去整合一下，所以乙案就是三層級討論出來的，就是依照上一次決議，現在我知道主席會很為難，因為甲案是專家學者的意見都在裡面，把這個解決後，應該就變乙案了，顧慮是在顧慮這個，所以才要二案併呈，若這邊幫他解決掉的話，就變成只有乙案了。

謝文代表輝

代表，我報告一下，因為乙案完全沒有否定專家學者，全部照抄，完全照抄，甲案也不是原來專家學者的調整方案，稍為調降，因為預算有超過。

主席

上一次的會議也是提出甲、乙二案，因為當時醫院層級沒有共識，所以才決議請三個層級醫院醫院團體整合出一個方案，也就是今天的乙案，以及原來的甲案，上次會議也沒有決定醫院協會提出來的案子就是結論，因此才會有今天的會議。

謝文代表輝

今天開會大家都有共識的話，為什麼不行用乙案呢？

主席

因為甲案是專家學者提出來的方案，我們不能輕易將它否決掉，因為這是上級指示用這種方式提出調整方案的，所以健保署的立場就是甲案，也就是專家學者方案，醫院協會這邊有共識，就是乙案，所以二案併呈給部，現在由醫管組再做一些說明。

李專門委員純馥

剛剛代表提到去年在協商這筆經費的時候，那時候到底方案是怎麼決定的，我跟各位說明一下，當時協商，是二案報部，有一案是付費者代表的建議，一案是醫院代表的建議，當然大家都有提到要調整支付標準，只是付費者代表當時方案希望不要調整門診診察費，大家可以去考察當時費協會報衛生福利部時，二案報部時，付費者代表方案對於款項有個備註，是不同意調整門診診察費，因為他的原則是急重難，所以不建議去調整門診診察費，報部後，部裁定的就是 50 億，是以急重難項目為主，兼顧層級的均衡發展，第二個，為什麼健保署會希望能採甲案，在健保署的概念，如果將診察費分層級支付點數不一樣，可能未來醫學中心、區域醫院的醫師會認為，為什麼在醫學中心及區域醫院的門診診察費，會比在地區醫院低，這是衡平性的問題，如同剛剛李教授所講，今天調整完後，一定會有一堆人反映要比照地區醫院，因地區醫院的診察費比較高，而且目前地區醫院並沒有算合理量，醫學中心跟區域醫院還有合理量的限制，當然我知道層級間的平衡很重要，只是以支付標準的角度去看，這個調整確實會有一點問題。另外，為什麼當時不調急診診察費檢傷分類第四級、第五級，是因為大家覺得這顯然也是比較類似門診診察費，只是因為他在急診看，所以只調檢傷分類第一、二、三級，地區醫院希望調整第四、五級，一樣會面臨到檢傷分類第四、五級病人到醫學中心、區域醫院的急診診察費比在基層、地區醫院來得低，這只要一公告，就會引起其他層級醫院的醫師抱怨，為什麼我的診察費比別人低，所以健保署還是希望還是用甲案，不過，為了尊重醫院協會提出的方案，所以我們會

公平的呈現健保署的意見與醫院協會的意見，健保署還是希望說代表同意讓署裡以二案報部，由部去裁定，以上，謝謝。

謝代表文輝

主席，本來我們常常會有兩案併呈到部，這個沒有什麼，最後當然不是以兩造怎麼說，而是以公告為主，正式公告寫的很清楚，就是以支付標準為手段，解決急重難科別，和健保署講的要解決急重難項目不一樣，就像我剛剛講 ENT 也有急重難的項目？所以這次是要解決急重難科別支付標準，乙案顯然並沒有違背，所以說之前消費者跟醫院的意見不一樣，報部，討論的時候可以有爭議，最後公告實施一定以公告為主，這個非常簡單。第二個剛剛講的，例如，健保署基本診療章支付標準也有差異，在緊急醫療資源不足地區的急診診察費加三成，以前為什麼大醫院不講話，因為它有一個條件設定，現在對地區醫院有一個條件設定，希望鼓勵你做急診，所以地區醫院的急診都要加成，這怎麼會沒有說服力呢！第二，這是地區醫院依合理資源分配，去放在它應該放的地方，我就覺得健保署的長官和實務工作者站在不同的角度會有不同的看法，我同意，但是不要拘泥在這裡，因為最後是要到實務去做，總是要多尊重實務上的看法，從以前調整支付標準不知道調整了幾次，調整的結果就是地區醫院越來越少，不是有很多原則阿，要重視平衡發展，怎麼從來沒有配套對案呢？如果今天提出來的，對大醫院是原本的甲案，在 50.5 億中有 9 億多，放在地區醫院有另外一套做法，讓它也很平衡的拿到資源，地區醫院不會有什麼意見，今天全部都用同一套標準，就像地區醫院一直在爭議的單一藥價基準，所有在座的代表，連路人甲都知道，在自由市場採購量大的一定比採購量小的價格低，這種不合裡從來沒解決，你們也從沒替我們說話，所以我是覺得不能這樣開會，今天這樣開會沒有意義，只要不合健保署的意，就要兩案併陳，所有的代表都沒有不同意見，都贊成乙案，只有你們有不同意見，那麼你們的主觀意識怎麼這麼強呢？如果健保署做的好，地區醫院也不會一直萎縮，我們是沒辦法接受這麼主觀的蠻橫做法，

今天既然開一個代表的會議，就要尊重會議的功能，大家既然決定乙案送部，有問題大家會替健保署承擔啊！

蔣副秘書長世中（蘇代表清泉代理人）

主席，因為今天付費者代表有提到，今天所談到的，我想前面的，醫院各層級其實都符合當初的公告，只有基層跟當時的協商完全不一致，因為當時協商 2,200 萬是用在外科，跟後來所調整其他的婦產科，實際上是已經逾越當時協商所沒有的，所以我們堅持，當時協商的 2,200 萬用在外科方面，其他沒有協商的，等醫院支付標準的調整後，再歸類到明年的 103 年，調整一定要遵照當時協商的精神，第二點，醫院協會經過各層級各個地區，難得能有共識，而且大家幾乎沒有反對，應該尊重醫院協會他們所做的決定。

陳代表雪芬

最近看過整個支付標準表，發現醫學中心根本沒什麼優勢，除了基本診療費真的有三個層級不一樣之外，現在所有支付標準各層級全部都是通用一個費用，外界以為醫學中心、區域醫院跟地區醫院適用的不一樣，其實沒有。我們已經認清事實了，今天地區醫院某些費用比我們高，我們不認為很奇怪，因為它所在地方不一樣，所以我覺得健保署以後不要用這種話，讓我們覺得有點被分化，因為真的不是這樣子，再來，這也只是點數，到各分區點值根本就不知道已經變成什麼樣子了，所以我們現在對支付標準表，沒有那麼強的防禦心要都不一樣，尤其這麼多年來，三個層級調費用都用同樣的 100、80 或多少去調，也沒有以前我們認為的那種層級別那麼大的差異，所以我希望就這個立場上，能給我們一點空間，不要管太多，以上。

林代表淑霞

剛剛李專委提到有關診察費會不會造成層級之間有一些醫生抱怨，我是覺得不太可能，如果我們有醫生來抱怨為什麼地區的診察費比較高，我們會鼓勵他們到地區醫院看診，為什麼剛剛謝理事長會特別這麼激動，是因為以

往的經驗告訴我們，只要兩案併陳，最後幾乎都會採 貴署的版本，這就是我們比較擔心的。

主席

現在請衛生福利部社會保險司發言。

梁代表淑政

目前的情形是多數代表比較支持乙案，所以建議在報部核定的時候，可以以乙案為主的方式，並將健保署所顧慮的，也一併呈現。也就是，跟過去往例一樣，以比較大的共識為一個主案，但是有一些其它的意見跟顧慮也一併報部，做參考。因為本次的支付標準是全面性的調整，每個委員的發言都有你們的立場，這些健保署也都會一併提供。

主席

本案就依社會保險司梁組長的意見，醫界的共識是乙案，但是健保署及基層所顧慮的一些疑慮，也一併報部參考。

李專門委員純馥

因為現在公告實施會追溯到 102 年 1 月 1 日，基層的部分是不是就不要回溯，從 103 年開始實施。

蔣副秘書長世中（蘇代表清泉代理人）

沒有，當時協商的外科那 10 項，本來就要回溯。

李專門委員純馥

基層的項目跟醫院是共用的，假設基層 2,200 萬全部都要調外科，醫院所需要的額度就不會是現在算出來的額度，因為項目是一樣的。

蔣副秘書長世中（蘇代表清泉代理人）

沒關係，就調整原協商的這 10 項，1,530 萬回溯。

李專門委員純馥

只有 1,530 萬屬於外科，換藥等 10 項回溯，針對其它像婦產科的項目，等 103 年編列預算後再實施。

主席

所以基層的部分，外科 10 項支付標準診療項目回溯至 102 年 1 月 1 日實施，健保署會把基層的疑義，以及健保署針對乙案的疑義一併報部。有沒有臨時動議。

羅代表永達

今天很多人沒有辦法來，是因為中南部真的下很大的雨，我們來的時候，高鐵全部延後一個多小時，所以我的意思是不能以台北市上班上課為由，這是全國性很多人代表的會議，我建議如果有兩個縣市有放颱風假，像這種有代表性的會議，變成要臨時通知而辦法出席，以後如果類似這樣的話，是不是請署裡參考。

李專門委員純馥

因為中午才發布高雄、台南不上班上課，如果那個時候才通知取消，可能有些代表已經出門了，所以我們一早就先通知說會議沒有取消了。

主席

因為有太多無法預測的因素，所以無法做到十全十美。接下來，請消費者代表發言。

葉代表宗義

對不起，因為我們也是受害者，我是從中部來的，延遲了一個小時，沒來愧對我們兩個，但是我們兩個的意見不同，因為李代表是國際的精算師，

我是國際的珠心算教授，我們是管算的。這些案子很多還是迷迷糊糊、都不太同，希望你們能諒解，我不明白甲案是 31 億，乙案 28 億，怎麼政府機關部分會越來越多，我也不曉得怎變成這樣，但是我們不願意講太多話，因為講太多話要負責，因為還要到健保會，到健保會發生問題，就說你們兩個有參加你們來說，到時候，我們要支持你們，還是反對你們？這問題就來啦，在這裡通過支持你們的案子，但是在那邊不通過，我們兩個怎麼辦，所以我們兩剛才討論出來的結果，既然醫院對乙案已經有共識了，另外，會裡的一個學者、專家，其實現在很多問題產生，到底什麼是學者？什麼是專家？在醫藥的時候，用藥有沒有效，專家才知道，學者怎麼會知道，為何要為了一個學者、專家搞成這樣，我是覺得有時候署裡也要負起一些責任，不然沒辦法有結論，所以我們是尊重副署長，一個案子開會這麼多次也沒有用，但是他們有他們的立場，不然到頭來沒工作也不行。學者有學者立場、專家有專家立場，我們兩個是生意人，一個是精算一個是總算的專家，我們責任很多啊，因為到最後到了健保會，也不能隨便說怎麼樣，如果亂支持我們倆問題就很大了，要先講清楚一下。

李代表永振

所以剛剛的結論，非協商因素要排除，預算只有 50.55 億。

主席

我的意思是說將兩案都微調到預算額度內，兩案併陳；但是因為大家的共識是乙案，而甲案是專家學者決定的方案，健保署當時也是依照政策指示請這些專家學者來開會討論，健保署沒有權力將它否決掉，所以以兩案併陳。

謝代表文輝

主席，聽你剛剛講的決議，是今天大家開會共識是乙案為主，把基層的意見，還有健保署的意見，陳述在底下，讓部去參考。但是今天的決議是乙

案為大家的共識，健保署顧慮的東西跟基層的意見一併呈述給部，剛剛你講的因為9位專家做的甲案，不要修改，9大老的架構醫院協會的乙案完全沒修改，甲案也已經把9大老本來的額度調整一次啦！所以都是修正案，只要9位專家說要調整的項目，乙案沒有一樣沒調，要調多的項目就調多，本來專家說調100元，你也修改為90元，我們只是修改為89元而已，我完全想不通為什麼9位專家會反對。

主席

因為兩個案子都超過50億，甲案微調也是超過50億，9位專家的調整方案中，並沒有醫院協會提出的第6點、第7點。

謝代表文輝

但是前面九大老要調的項目都有啊！

主席

不能只看前面的項目。因為健保署是依政策、依上級指示執行，請這些專家學者來討論調整方案，所以站在健保署的立場，必需要兩案併陳，健保署沒有權力去否決它。如果沒有臨時動議，我們今天就開到這裡，謝謝。