

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議
107 年第 4 次會議紀錄

時間：107 年 11 月 21 日(三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：劉勁梅

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表明鉅	王明鉅	郭代表守仁	請假
王代表榮濱	林鳳珠(代)	郭代表宗正	請假
申代表斯靜	申斯靜	陳代表石池	陳石池
吳代表志雄	請假	陳代表亮良	請假
吳代表鏘亮	吳鏘亮	陳代表威仁	蘇美惠(代)
李代表允文	李允文	程代表文俊	請假
李代表純馥	李純馥	童代表瑞龍	童瑞龍
周代表思源	請假	黃代表遵誠	黃遵誠
孟代表令好	孟令好	鄒代表繼群	請假
林代表欣榮	請假	趙代表昭欽	王秀貞(代)
林代表恒立	請假	劉代表淑芬	劉淑芬
林代表慧玲	請假	劉代表碧珠	劉碧珠
林代表錫維	林錫維	盧代表瑞芬	請假
邱代表仲慶	邱仲慶	謝代表文輝	謝文輝
施代表壽全	請假	謝代表武吉	謝武吉
洪代表子仁	請假	謝代表景祥	謝景祥
侯代表明鋒	請假	謝代表輝龍	請假
唐代表宏生	請假	顏代表鴻順	顏鴻順
張代表克士	張克士	羅代表永達	羅永達
張代表德明	李偉強(代)	嚴代表玉華	嚴玉華
梁代表淑政	梁淑政	蘇代表主榮	請假

列席單位及人員：

衛生福利部社保司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、盛培珠
台灣醫院協會	鄭禮育
中華民國醫師公會全國聯合會	林筱庭
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國物理治療師全國聯合會	陳志明
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	宋佳玲
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
台灣急診醫學會	黃集仁、顏鴻章
台灣外傷醫學會	簡立建
本署臺北業務組	徐麗滿、許寶華、張念賓
本署北區業務組	劉孟芸芝、吳秋芬
本署中區業務組	李哲瑋
本署南區業務組	郭俊麟
本署高屏業務組	李金秀
本署東區業務組	王素惠
本署醫審及藥材組	陳真慧、張淑雅、詹淑存
本署資訊組	請假
本署財務組	楊小娟
本署企劃組	吳千里
本署醫務管理組	劉林義、谷祖棣、洪于淇、 王玲玲、林右鈞、吳明純、 鄭智仁、邵子川、張毓芬、 鄭正義

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認

參、報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形

決定：洽悉；除序號第 1 項「廠商對特約院所辦理安全針具教育訓練」持續列管外，餘解除列管。

第二案

案由：醫院總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案

案由：107 年第 2 季醫院總額點值結算報告

決定：

- 一、依全民健康保險法第62條規定辦理一般服務部門點值結算，點值確認如下表：

年	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
107Q2	浮動點值	0.8428	0.9018	0.9067	0.8838	0.9138	0.8626	0.8770
	平均點值	0.9095	0.9340	0.9421	0.9308	0.9442	0.9173	0.9271

- 二、結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：108 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告案

決定：洽悉，醫院部門研商會議 108 年會議時間如下，請各位代表預留時間與會：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	108.3.6 (星期三)	108.5.22 (星期三)	108.8.21 (星期三)	108.11.20 (星期三)	108.12.18 (星期三)
會議名稱	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會

第五案

案由：108 年醫院總額一般服務預算四季重分配

決定：洽悉，108 年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照 107 年採近 3 年每季醫療申報點數的占率平均分配，各季預算占率如下：第 1 季 23.786178%、第 2 季 24.973738%、第 3 季 25.364080%、第 4 季 25.876004%。

肆、討論事項

第一案

案由：108 年醫院總額一般服務點值保障項目

決議：

一、108 保障項目維持原 107 年項目，如下：

1. 門診、住診之藥事服務費（每點 1 元支付）
2. 門診手術（每點 1 元支付）
3. 住院手術費、麻醉費（每點 1 元支付）
4. 血品費（每點 1 元支付）
5. 主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數（每點 1 元支付）
6. 地區醫院急診診察費（每點 1 元支付）
7. 經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院（註：以前一季各區門住診平均點值支付，如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。）

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

二、上述保障項目將提報健保會同意後執行。另「長效型心室輔助系統」特材因未獲共識，不予納入 108 年保障項目。

第二案

案由：修訂 108 年醫院總額品質保證保留款實施方案

決議：

一、本案通過修訂，修訂重點如下：

- (一) 修訂預算來源之文字。
- (二) 修訂肆之二、特約醫院有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至第 40 條所列違規情事，自保險人第 1 次處分函所載停止特約或終止特約之日起於當年 1 月 1 日至當年 12 月 31 日期間，不予核發品質保證保留款(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。
- (三) 為配合健保會要求，提前品質保證保留款核發期程，將各層級品質保證保留款金額計算公式之核定醫療點數，修訂為申報醫療點數，並將申報醫療點數擷取時間點提前至次年 1 月底(受理日為次年 1 月底前申報之當年度費用年月資料)。

二、後續依行政程序，送衛生福利部核定後公告。

第三案

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」案

決議：

一、本案通過修訂，修訂重點如下：

修訂重點包括新增 OHCA 病人照護品質獎勵、OHCA 且轉院治療病人照護品質獎勵、三項急診重大疾病照護品質項目調整為不同點數、完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時者給予獎勵、調升補助支援地區醫院急診服務費用。

二、惟考量地區醫院對 OHCA 病患妥適初步處置之貢獻，請急診醫學會研提地區醫院處置 OHCA 病人之獎勵項目後送健保署併入修訂方案。

散會：下午4時35分

與會人員發言摘要詳附件2。

※107 年第 4 次醫院總額研商議事會議與會人員發言摘要

本會前次會議紀錄確認

主席

請各位代表先確認上次會議紀錄，從第 5 頁開始。

劉代表碧珠

上次通過的門診合理量部分，到現在還沒看到公告，想請問署裡的辦理進度。

李代表純馥

依照程序要先進行預告，目前已經進入預告程序了，預告完才會由部裡正式公告。

報告事項第一案：本會歷次會議決定事項辦理情形(略)

主席

代表對辦理情形追蹤有無意見?好，進入第二案。

報告事項第二案：醫院總額執行概況報告(略)

謝代表武吉

請問投影片第 9 張醫師數部分，臺北新增醫師 442 位，中區新增 151 位醫師，高屏新增 135 位醫師，請問為什麼會增加那麼多?希望可以說明。

另外中區病床數增加 802 床，也想知道是什麼原因。接下來是門診費用點數部分，希望可以看到每件點數的數據；另外第 21 張投影片跟第 26 張投影片講到扣除 C 肝、罕病、血友病跟新藥藥費門住診資料，我想知道新藥跟愛滋病患者藥事服務費的部分，另外第 32 張投影片講到愛滋確診服藥滿兩年後案件成長 12%，費用由疾管署轉到醫院總額，這對醫界來說是沉重的壓力，這個作法很不當，是不是可以拜託付費者代表想個辦法?再來第 35 頁提到核減率，前面講件數跟費用都是用成長率，這邊有沒有大量使用到重裝備是很重要的課題，以上幾點建議，謝謝。

主席

謝謝謝院長。還有那位代表對執行概況提出意見?

李代表偉強(張代表德明代理人)

第 3 季看起來有初步達到設定的目標；另外想請問投影片第 16 頁，為什麼社團法人的地區醫院門診成長率可以到 19.5%，財團法人才 8.7%，想知道為什麼差異那麼大？

陳代表石池

請問第 17 頁這邊門診這邊點數普遍成長，但是後面有報告到有不少醫院落入門診減量措施，想知道申報點數上為何都能達標？

醫務管理組劉專門委員林義

謝院長提到醫師人數分布，我們之後比照病床統計簡報，在下面新增備註，寫清楚那些醫院增減醫師及原因的說明。另外提到每次門診就醫費用，在第 18 頁投影片有明列各分區每件門診醫療點數跟全區資料；愛滋病申報費用，在投影片第 20 跟第 25 頁都有分別列出門住診費用，分別是 9.17 億以及 9 百萬點。核減率部分請醫審補充說明。

李代表純馥

陳代表講到 2% 部分，有些案件是排除不列計(未算入 2%)，真實的申報情形還是要回到第 17 張投影片。我們希望減少門診就醫人次，如果醫院用整合門診概念提供服務，會反映在每次醫療費用成長，另外支付標準調整點數也會反映在申報費用上，整體費用成長與就醫人次、件數成長不一定連動。

醫務管理組劉專門委員林義

補充第 16 張投影片說明：有需要看到個別醫院貢獻度的資料嗎？

主席

分母規模不同以外，特定醫院費用成長率貢獻度也特別高；幾個社團法人地區醫院還在成長中。

李代表偉強(張代表德明代理人)

社團法人與財團法人醫院其實不太一樣；不管是地區醫院或區域醫院層級，社團法人醫院成長明顯高於財團法人醫院，整個趨勢只看一次不準，希望可以長期觀察，醫療生態也會慢慢改變。

謝代表武吉

我想請問愛滋病申報費用中，藥事服務費到底有多少，就醫人數有幾個人都可以

獨立出來，這樣以後要跟 CDC 談時也有個底。

林代表錫維

想知道投影片第 8 頁，就近看病最方便的同時，我們一直在推分級醫療，同時地區醫院家數一直減少，不知道健保署有沒有相對應的對策跟方法，真正落實分級醫療。謝武吉代表在這方面應該有深入見解，可以提供一些讓健保署參考，徹底解決這個問題，讓民眾看病更方便，分級醫療做得更好。另外謝院長對愛滋病的建議，本人很認同，希望相關單位能重視，謝謝。

主席

請問社區醫院代表要幫忙解釋地區醫院減少 8 家的原因嗎？

謝代表武吉

我一起講好了，仁康醫院從台北市轉到新北市去經營，順天醫院在台東經營不下去關起來了，員林郭醫院遷址後改名員郭醫院，鹿港的溫建益醫院經營困難，全民醫院的房子是租的，以前以門診跟洗腎為主，因為屋主不租了也收起來；博愛的旗山醫院不確定是什麼原因，鹿東醫院跟彰基鹿基醫院合併申報，最後輔大附醫雖然是新增醫院，但是成長率很高。

主席

以後如果林代表要詢問地區醫院增減的問題，就拜託社區醫院代表幫忙回答；你們顯然比我們了解，由你們解釋也比較貼切。

謝代表文輝

剛剛解釋很多地區醫院變動的原因，什麼租金之類的，其實就是賺不到租金才會搬遷。講那麼多，好像在台北市就做不下去，換個地方才有可能存活；其實就是整體制度對社區型地區醫院經營上越來越困難，在健保會也是一直談，講說自由市場下就是拼不過人沒什麼好說的，但是我們希望為了分級醫療，健保可以營造一個讓社區型地區醫院可以活下去的合理環境，也期待最貼近民眾的社區醫院可以經營下去，齊頭式的給付下，社區醫院能活下去的真的不多，希望真心要推動分級醫療的話，要對社區型地區醫院有特別考量，不能再用齊頭式的給付平等了。這幾年我們也逐步對地區醫院給予特別的像診察費加成，鼓勵假日門診等等，這些都是很好的趨勢，希望各位代表未來繼續支持，讓地區醫院真的有機會

重起，作為社區的醫療守護者。

張代表克士

很感佩林錫維代表提出的意見，民眾能夠就近看病是大家所希望的；林代表的問題其實有兩個部分：一、是社區醫院為什麼減少？二、是要如何改善？首先，社區醫院為什麼減少的部分我想要提的是制度對社區醫院並不友善，歷年來從來沒有醫學中心倒掉，倒的都是地區醫院；從資料看來，每季都有地區醫院倒掉，我們還有幾家醫院可以這樣倒下去呢？還有，在此要提醒大家，資料顯示仍有新增的地區醫院，像是輔大附醫，掛在地區醫院名下占一個增加的名額，而抵銷了實際減少的家數，但是大家心裡都知道像這種實際上是準醫學中心級的醫院，是假的地區醫院。另外，像亞大附醫、員林基督教醫院等也是這樣，掛在地區醫院名下；這個問題其實很嚴重，我們從資料看到減少的是真正的地區醫院，而一些新增進來的幾乎都是假地區醫院；所以地區醫院實際上的折損跟造成的衝擊，比表面看到的嚴重多了。從費用占率來看，地區醫院看起來有 16% 左右，然而，我們粗估實質上全國私人經營的地區醫院，如果扣掉剛剛說的假地區醫院，像是財團法人、體系醫院、宗教醫院、醫學院附設醫院之後，實際上地區醫院占率大概只有 10% 多而已；以上報告只是個人針對第一個問題的初步結論，回答林代表；而林代表的第二個問題是如何改善？這部分我也想聽聽健保署的答案，謝謝。

主席

分級醫療除了廣大社區醫院外還有基層診所，對分級醫療推動上都很重要，希望大家一起分工，永續經營下去對大家都好。這項討論就先到這裡，請問還有其他的問題嗎？

申代表斯靜

請問簡報第 5 頁一般服務點值預估，全區的平均點值為 0.9022，考慮到第 3 季開始配合門診減量措施，就醫人次下降，費用成長；減量措施並沒有如預期的拉高點值，反而比 106 年平均點值 0.9243 更低了，除了持續監測門診減量措施外，對於點值持續下降的情形，健保署是否要啟動另外的管理機制？

李代表純馥

首先 106Q3 數字是結算點值，預估點值數字呈現時還沒把分區自主管理的效應算

進來；當然會有落差，較不適合直接比較，這邊也提供各分區目標點值範圍供參；依據過去經驗，結算點值會比預估點值再高一點。

醫務管理組劉專門委員林義

補充說明 7-9 月核扣的 1.33 億元也沒含在點值預估的計算範圍內，會議確認後我們會在下一季結算時呈現。

主席

這裡的預估點值是比較即時的申報數據，真正點值要到結算點值時會比較清楚。

謝代表文輝

我覺得數字呈現有其意義在，對我來說，預估點值反而是真實的申報面貌，結算點值反而是分區訂了目標值之後努力管控的後果；如果怕點值不好看，直接把目標點值訂在每點 1 元就好了，這樣大家都會很滿意，反而預估點值反映的更為真實。

張代表克士

林錫維代表因為代表付費者，希望可以聽到這些重點，亦即目前看到的預估點值才反映真實的點值狀況；從浮動點值來看，預估點值以中區而言只有 0.8 左右，也就是做 1 塊才給 8 毛，這對醫療提供者實在不公平，然而，健保署為了讓數字好看一點，會用各種辦法來提高點值達到預設目標，例如，會有單價核扣、審核減、各種攤扣…等，最後點值結算時就稍微好看一些，不過，醫療院所實際上在這中間就要付出很多代價，以上報告要讓林代表更深切了解實際狀況。

謝代表文輝

主席，我來補充一下。

主席

來。

謝代表文輝

我覺得張院長說的意思，對健保署不太公道，這個我要更正。第一個，我說的預估比較接近事實，也不是完全事實，像剛才說的門診減 2% 要核扣 1.33 億，也還沒有算進去，所以剛剛長官講的是正確的，但不是完全正確，是比較接近。第二個，至於實際結算點值這個部分，是六個分區大家在共同聯繫會議，就是醫院自

己討論出來的結果同意這樣做，在中區我們都有舉手，我和羅院長大家都舉手贊成，所以這樣的結果我們沒有批評，這個我們接受，這是我們開會自己通過的，因為這個有一些意義，因為點值有控制的話，對比較弱小的地區醫院有幫助，可以使他的點值不會太差，如果你讓他照本來預估點值這樣，地區醫院會倒得更快，因為點數沒有辦法成長，點值又下降，會變成雙殺，一定死的，所以我們贊成，如果各個分區都同意未來結算要依這個標準，我們連腳都舉起來贊成，至少這樣對弱勢者比較好，所以我要澄清。沒錯，前面的預估點值比較接近事實，也不是完全事實，剛才長官說的都對，結果會訂一個目標點值，其實這個對地區醫院在各分區很有利，讓地區醫院有一定的保障，所以訂這個點值其實並不是署裡說一定要訂這個點值，我先說一下背景。但我們希望未來不要靠這種數字來保護地區醫院，我們希望未來營造的是一個比較好的經營環境給社區型地區醫院，社區型地區醫院的邏輯和大型醫院完全不一樣，因為我們現在很不好的就是我們健保給付單價在全世界是超級的低，所以變成一定要做大量，像台灣製造業外銷這樣，賺的都是薄利，薄利就是低價競爭，需要你有大的量，所以醫院要蓋在交通要道、人口密集的地方，我可以掛號大量，所以即使低價也可以生存，現在社區困難的是在 1、2 萬人的社區，或是在 5 千人的社區，我開在那個地方有需要急診嗎？有需要，我請一個急診醫師，整個晚上看 8 個，8 個怎麼付他的薪水，看一個才幾百塊，對不對？所以我們如果覺得一個社區 5 千或 1、2 萬人的地方一定要有一個急診，他一個晚上就只看 15 個，那你就要去設定，在地區醫院看 15 個怎麼付一個醫師的薪水，要有這種區隔，所以絕對不能像我們每次支付標準訂定的，看一個急診 50 點很公平，那個沒意思，對這種量少的應該用兩套，如果要讓社區起來，就要用經濟規模，我們副座這一、兩年來都一直說那是經濟規模的差異，就是在這裡，地區醫院不是資質駑鈍，是因為他的經濟規模就在那裡，別地方的人不會來這裡就診，像我們草屯就是那些人，而那些人就是來這一家就診，你要適應他，對地區醫院給付要有 2 種思維，我們希望給地區醫院一個真正公平競爭的環境，不一樣的型態，剛才說的結算點值，跟預估點值不一樣的這個我們支持，因為這個的確保障到地區醫院，六分區的長官做這個，我說一句公道話，我們地區醫院在後面幫忙很多，要不然很多地區醫院真的會倒更快，我做一

個更正。

主席

好，謝謝。大家還有沒有其他意見？好，請。

謝代表武吉

不管是預估值還是實際的平均值，我感覺上應該要到高屏去學習，為什麼 5 個區域會差這麼多，像高屏長年來都是保持在 0.94、0.95，是不是我們委員的制度上有問題？或者是健保署各分區的管理上有問題，我是建議要觀摩一下，看高屏區怎麼做的，應該加以互相瞭解、切磋。

謝代表文輝

我們理事長說的很有道理，我是覺得可以安排到高雄學習，因為我們現在看六個分區，只有高雄的預估值及實際的平均值，沒有什麼差距，所以他不必用後面再來什麼手段就控制得很好。

謝代表武吉

準備要選股了，再怎麼樣都要處理。

謝代表文輝

但是你們都不用啊，所以我想我們應該學習高屏。

主席

好，大家還有沒有意見？沒有，我們就討論到這裡，大家對於本案的相關討論，我們都會實錄記下來，未來視點值變動情形，啟動不一樣的對策。好，我們進行報告事項第三案。

報告事項第三案：醫院總額 107 年第 2 季點值結算報告

主席

大家有沒有意見？來，請。

謝代表武吉

我記得我在今年的第二次會議的時候，我就對這個結算又提出一個建議，但是在第三次會議的時候也沒有。我的建議是說，對於地區醫院，因為地區醫院在以後面的固定點值比較少，占率會比較少，我們希望能夠在這裡呈現出地區醫院的固

定點值、浮動點值和平均點值在各區的狀況，給我們地區醫院參考瞭解一下，拜託一下，謝謝。

主席

好，林義專委這邊要回應。

醫務管理組劉專門委員林義

這個資料在健保會每季刊載的月報。

謝代表武吉

但是健保會跟這邊又不一樣。

主席

下一次可不可以放在這裡。

謝代表武吉

拿來這裡給我們參考。

主席

蠻厚的。

醫務管理組劉專門委員林義

因為我們有分區別、層級別，蠻厚的。

謝代表武吉

我們這裡你就處理一下，健保會就沒有…

主席

如果可以的話，就當附件供參。

謝代表武吉

絕對需要的，拜託一下。

主席

好，我們就當附件。大家對點值結算還有沒有問題？好，沒有問題，接著進行第四案。

報告事項第四案：108年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告案

主席

大家有沒有意見？

嚴代表玉華

主席，不好意思，區域醫院協會表示針對第一次會議的時間，因為剛好遇到國定連續假期，是不是可以往後一週或者是往前一週？

主席

好，那就更改一下，是提前一週還是延後。

童代表瑞龍

延後才對，為什麼？距離過年 2/5 太近了！

主席

好，那就延後，3/6 可以嗎？可以，好，那第一次會議就改 3/6，可以嗎？

醫務管理組劉專門委員林義

俟確定第一次會議時間會儘快通知各位代表出席。

主席

原則上 3/6。

李代表純馥

我們這間會議室很紅。

主席

沒關係，原則上 3/6，如果需要更正，就連會議紀錄再更正給大家。好，第四案就到這裡，接下來第五案。

報告事項第五案：108 年醫院總額一般服務預算四季重分配

主席

好，四季重分配案，大家有沒有意見？

李代表偉強(張代表德明代理人)

重分配後第 1 季會多一點還是少一點？因為我記得第 1 季的點值不太好，我們看了平均就知道，不管這 3 年第 1 季都是 23 點多，當然跟過年那些有關係，對，我知道，那第 2、3、4 季大概都是 25 點以上，當然其實我們調整的幅度現在看

起來是用平均值來算，我建議把點值的因素，其實是要維持點值一個穩定性，所以應該要把點值的實際點值，不是後來調整後的點值，稍微把這個參數稍微校正一下，有沒有可能？因為其實我們常常看第 1 季點值往往都是特別不好，然後第二季又好一點，然後就是季節性因素，顯然跟剛剛分配的預估是有關係，我只是想說，如果今年來不及沒關係，至少在明年 108 年的時候，我想建議再校正點值的差額，以上。

主席

點值會跟分區共管有關，所以很難校正，而且每年都會不一樣，這個四季重分配是依據實際申報醫療點數的占率去平均的。好，我們明年的 4 季重分配預算的部分，大家有沒有意見？沒有，我們就通過了，接下來，討論事項第一案。

討論事項第一案：108 年醫院總額一般服務點值保障項目

主席

好，謝謝。這個提案基本上保障項目是跟去年一樣，現在想要多增加一個高價的特材，就是長效型的心室輔助器，這個是目前最貴的一個。好，來，請李主任。

李代表偉強(張代表德明代理人)

如果我們就個別項目來看，我們可以看到一些重要的理由，因為現在是任何特材，如果用浮動點值來看就是打 8 折，如果你 100 萬的東西就是 80 萬，任何器材怎麼會有 20 萬這麼好的價差？對不對？所以當然廠商不願意進來，醫院也不敢用，因為這個虧損太多了，可是說明三（四）的內容，他變成一個通則了，就是建議本案及爾後高單價，不只本案，爾後高單價這個以後可多了，爾後是指什麼？從現在民國 107 年開始，這個未來爾後，我覺得要很謹慎，因為這些東西是爾後如果有 500 萬的東西出來、或是什麼之類的特材出來，我上次在健保會討論預算，新藥新科技大概 30 億左右的錢，還是 35 億，那時候就在擔心這種事情，因為任何特材當你進了第一年、第二年做的量很多，這邊也才預估多少支，可是到後面，大家開始越來越多的時候，後面會影響很大，雖然我們這邊有一個日出條款，可是我們有一個日落條款，到什麼情況之下不能再保障或什麼之類的，但他有可能會排擠效應，所以我建議說，就這個個案來說，我沒有意見，問題是，

如果是爾後都要這樣子的時候，我覺得這個要謹慎，以上。

主席

好，謝謝李主任。來，請陳副院長。

陳代表石池

主席、各位委員大家好，我想這個長效型心室輔助器材納入健保的給付，我是贊成，但事實上目前是虧錢的，因為廠商的賣價殺不下去，因為是浮動點數，所以每支虧 10 幾萬，那提案這樣的算法我是贊成的，但是我贊成的意思是要每年去算去管控，這樣比較好。

主席

謝謝副院長。請劉副院長。

劉代表碧珠

區域醫院針對這個案子也是覺得初期來講，這 20 個個案看起來基本是不高，可是問題是，的確現在是開了一個通則在那裡，未來對整個醫院點值的影響，我們覺得很擔心，如果這個是在新科技裡面已經有開放，就是說有給付、已經增加這個給付，其實我覺得在我們資源有限的情況之下，醫院的總額，剛剛其實大家前面討論很多，不管是點值怎麼保障、或是各個醫院怎麼操作，你的這個超額斷頭，其實醫院在付給廠商的所有特材都是自己吸收，那現在只有一部分的特材去做這樣的保障的時候，其實我覺得對很多未來的影響應該是會很大，有沒有可能對於這樣的特材，我們用所謂的自付差額的方式去處理？不管是醫院或是民眾，我們都要負擔一點責任，所以我們這邊建議，這個高額特材有必要的話，是不是就以自負差額的負擔去處理？否則你所有的費用都用這樣的方式，其實是擠壓到一般醫院的預算，平心而論，民眾有使用這個的需要，我們都理解，可是我們都知道資源就是不夠，我再強調一次，現在醫院從健保署拿到健保的特材就是 0.8，可是我付給廠商的絕對是 1，然後我買的特材，廠商給我的價差只有 5%，很多特材都是我醫院要賠錢去付這個特材，我才能去支付這個醫療行為下去的，所以我的建議是說，是不是可以做一個緩衝？用所謂自付差額的方式去處理，以上。

邱代表仲慶

我是覺得這個個案處理，就是剛才李主任講的長效型心室輔助器，這個大概都是

要等心臟移植的，這個一年大概只有 20 組個案，但是爾後那個 100 萬以上的門一開的話，很多高貴的醫材可能都會慢慢進來，所以個案處理可能會減少這種後遺症。

主席

好，謝謝邱院長。來，羅院長。

羅代表永達

主席、各位先進大家午安。這個案子有兩個部分，一個是 108 年其他保障項目，我想大家都沒有著墨，我沒有反對，但是特材本身留的支付標準他有特材的回饋，我也不曉得為什麼開這個先例，拿來這裡討論，以前不是都在特材的支付委員會裡面討論嗎？包括我們這個點值的部分到底有沒有東西、到底要不要差額負擔，或者是當時定價的時候，如果假設是划不來、廠商不願意賣的時候，另外還有一個遊戲規則可以遵循，那為什麼要拿到我們醫院總額裡面來這邊協商？我不太瞭解為什麼要開這個門，我個人是反對的，因為說實在，現在所有特材都划不來，這個東西他到底差價差多少，這些東西都不是我們在這裡能夠討論的東西，那就特材的支付委員會，為什麼要拿到我們總額的支付委員會開會？以上。

主席

好，謝謝。

嚴代表玉華

區域醫院層級再重申一次，針對這個特材的部分，如果要開放的話，原則上只能用自付差額的方式去處理，不能去保障點值。

主席

好，謝院長。

謝代表武吉

主席，剛才其實我昨天看到第三點，這個我在上個月到某個地方去，剛好有某一家醫院在做這項手術，他告訴我說：「院長你瞭解嗎？有一些東西以前本來只有做 3、5 組，現在開始做 50 幾組你知道嗎？」我說有那麼嚴重？那個人是心臟科的，真的有這麼嚴重，所以剛才區域醫院的長輩的意見，我是非常贊成他們的說法，第一個要自行負擔，這是在藥品的研議委員會裡面也曾經討論過，也是消費

者的代表建議使用者付費的原則，這是第一點。第二點，在藥價調查的時候、在特材調查的時候，到最後價格都有下降的，本來我們就有編這個預算，今天我們會提出這個議案，我很訝異你知道嗎？這是從來沒有過的，所以我在這裡是10,000%的反對到底，很明顯反對。

主席

來，林代表。

林代表錫維

有關本案特材的問題，剛才謝委員有談到，可能我這樣講會被付費者罵，但是我還是要講個公道話，使用者付費是合情合理，因為特材的東西就是特別貴，特別貴的話，你不用個人的部分負擔去承擔，有的也不是說一次、兩次，有的是長期使用的，他一個人就可以耗掉很多年的相關醫療費用，我的看法也是比較認為這個案子應該是個案去處理，然後有一些部分負擔，讓這些真的需要用到特材的人他自己去考量是否有這樣必要，然後也應該要這樣付費的原則，這是我個人的淺見。照講是應該盡量都不用錢，都以健保來付；但是話又講回來，你什麼東西都要全部以健保來支付的話，整個醫療費用就一直在提高，比方，我們現在的總額每年都超過4%一直在成長，那我們相關的勞工或是相關的薪水有沒有每一年都是調4.5%？有時候要去思考，不要說這麼龐大的醫療費用全部都放在特材，沒有一等二等公民的問題，這是一個公平的問題，事實上這些東西應該是要符合個案個別規定，我是覺得社會對保險人的話是比較公平一點，再來也不會整個費用總額一直在增加，謝謝。

主席

來，李主任。

李代表偉強(張代表德明代理人)

我想剛剛各位代表都有表達意見了，我想接下來要討論的是，第一，這個案子到底要不要在這邊討論？這是第一個，如果說這個案子不能在這邊討論，那應該要退回到剛剛提到別的地方討論，如果討論的時候那就把剛剛意見，一種就是說我們支付，可是設一個設限，就是開一個完全的空白支票。第二個就是剛剛前面代表有提到的部分負擔，至於部分負擔多少%，那就要精算，還有這個高單價項目

寫 100 萬以上，那為什麼不是 80 萬或 50 萬？這個 100 萬是怎麼定出來的？這個可能是大哉問，應交給專案會議去討論這個事情。第二個就是，我比較建議不要在今天這個地方做決議，所以看主席怎麼去裁示，以上。

主席

好，謝謝。大家還有沒有其他意見？好，那我們醫審及藥材組的特材科有沒有要表達意見？

醫審及藥材組陳副組長真慧

特材組這邊補充報告，針對剛剛各位委員所提的，補充說明，有關於特材，病人是不是要自付差額，因為現在特材有自付差額的規範，現在支付標準的規定是若要提出自付差額，要由廠商來做提出的，當初廠商提這件特材的時候沒有提自付差額，而且在 10/1 已納入全額給付，所以現在沒有辦法再用自付差額處理，而且依規定也不符，沒辦法用自付差額。剛剛有委員反應有心臟科大量讓病人使用這件事情，因為我們這個是高單價的特材，所以列有事先審查的規範，截至目前為止只收到一個個案來申請事先審查，所以目前都還沒有收到個案。另外一件事就是有關於是不是要在這個會上討論，我們的特材不管是在專家會議或是共擬會議也好，我們的職責是在訂定支付價或者相關的給付規定，至於浮動點值保障與否，不在我們共擬會議或是特材專家會議裡面的權責，所以沒辦法在我們那邊去做討論。另外剛剛有幾位委員提出來說我們在提案裡有設定爾後高單價支付點數在 100 萬以上者，或者是使用固定的我們才來保障點值，當初 100 萬的訂定，是 survey 目前署裡目前支付的特材的點數，目前這個 300 多萬是最高的，100 萬以上的沒有，目前最高的，只有 60 幾萬的人工電子耳，其實再來就沒有了，所以當初才會以 100 萬做為界定點，當初會去卡那個也是如同剛剛先進有提到的，就是萬一爾後通通每個都出來提保障浮動點值的話，我們財務會吃不消，所以才會去定這個界線，但是如果剛剛委員有提到，是不是可先針對這個個案，我們可以把這樣的條款先拿掉，組裡面這邊我也同意這樣說法，我們先針對個案來處理，這個部分我們可以先拿掉，以上。

主席

好，謝謝真慧副組長的說明。大家還有沒有意見？好，謝院長。

謝代表景祥

我想好像大部分的人都反對，我想再說一個反對的理由，這個東西會讓我們整體心臟的存活率會提高嗎？不會；會讓我們接受心臟移植的人會增加嗎？也不會，我剛剛查了一下，過去 11 年來心臟移植大概是 600 多例，但是 waiting list 有 100 多，我開玩笑，假設今天我跟羅院長都在 waiting 等心臟，我先把這個裝上去了，那第一顆心臟就被我拿到，他就拿不到了，就是這個樣子，我沒有裝這個，我掛掉了，那羅院長就等到了，因為心臟的來源就是有限，一年就是幾 10 粒，所以我覺得這個東西通過的時候，對個人、剛好那個用到的人他會有好處，但是對全體國民的健康情況是沒有幫忙的，在這種情況之下，這是另外一個我覺得不應該針對這個東西特別保障，謝謝。

主席

好，來，副院長。

陳代表石池

反對這位長輩的說法，因為這是在你在等待心臟期間需要保命的東西，沒有錯，有用到的人是有機會等到那顆心臟，沒有用的人就沒有機會等到那顆心臟，這是事實沒有錯，這我也同意，事實上臺灣目前換心比率是很少，但是這是給病人一個機會，至於生命是有價、是無價，很難用價錢來衡量，但是現實這是一個救命、保命的動作，健保不是要為全民服務健康做著想嗎？雖然謝院長剛剛講好像很多人用，事實上沒有，我看一個醫院一年做不到 10 個，我們醫院做最多，但是也沒有那麼多，最近半年才用不到 2 個，沒有那麼多，真的，各位，沒有那麼多，我也同意就是說假設你們健保署要保障也可以，消費者要部分自付我們也同意，因為事實上這個是保命的動作，我們不能跟醫院說，其他的醫師說我們就要把他忽略掉，給民眾自付也很好，因為醫院做這個東西也需要保障，不然每個醫院做都賠錢，不能每天做功德，對不對？不管你要保障點值也好，還是自費，我想我都同意，但是起碼不要讓醫院虧錢，因為人命是無價的東西，我們要重視這件事情，謝謝。

主席

好，來，謝院長。

謝代表文輝

我覺得如果一個問題可無限上綱到生命，還是說上綱到道德性的範圍，那就說不下去了，其實有很多特材都是相關他的生活品質，他本來就都涉及生命，所以我覺得這種我們很難為，尤其在有限的財源下，尤其像特材，現在特材是沒有保障點值的，所以我覺得應該一體去看，某一部分的病人他真的很需要，也有部分的病人某些特材他也很有需要，如果涉及道德性那就很困難，除非你財務是金山、銀山就無所謂，所以我認為大家如果附議就給他過，事實上我認為，我很贊成陳副院長講的，如果覺得這很重要，那這種是不是努力來給他創自付額的價差，看自付額多少，讓醫院可以有能力做，原則上還是要有一致的原則，特材它本來就是沒有保障，不然這一旦進去之後，你以後會很費力，以後再拿一個對性命影響很大的特材，它不進去怎麼可以！還是說這個對男生影響很大，這個對女性又會如何，如果男性的通過，女性的就不能不通過，再來小孩的不能不通過，老人需要的不能不通過，那如果我們陷入道德性的爭議，這種爭議就沒完沒了，所以我比較支持像陳副院長講的，也許特材要有一致的基本原則，就是特材本來就沒有保障點值，但是如果這種特別需要提出來，我想署裡可以努力來可以幫忙的，是不是就部分負擔，由病人的自付額去負責，這是我的建議。

主席

好。

王代表秀貞(趙代表昭欽代理人)

主席、還有各位代表，因為我剛好有參與特材共擬會的討論，其實特材共擬會對於每一項特材的支付點數都是有固定的核價公式，除了有固定的核價公式，還有加成的原則跟條件，所以我們現在看到的這個支付的條件，其實跟大家對於支付一般醫療費用的標準，是不同的邏輯，因為特材它有另外一套核定的程序跟標準，現在如果又把它放到固定點值保障項目，等於打破了我們現行所有特材核價一致的基準，所以基於整個制度的穩定性，跟不去破壞這個制度的衡平，不應該納入固定點值保障項目，這是第一點；第二點，我們過去在談論特材，如果它在購買上確實有困難，特材支付標準也設定一套救濟辦法，最高還可以加計我記得是不只 20%，若納入固定點值等於又要再保障一次，雙層處理對所有特材不公

平，我覺得這是不對的，因此反對，謝謝。

主席

好，來，邱院長然後再來是劉副院長。

邱代表仲慶

我覺得問題是剛才這位真慧副組長講的，這是已經核定全額給付，所以好像聽起來部分負擔是很合理，但是可能又要更改，因為他已經核定了，所以變成要推翻這個核定，改為可以部分負擔、可以付差額，當然叫醫院賠錢，這個科技可能會就停止了，所以應該也要想辦法在這個全額給付跟部分負擔之間怎麼樣調整這個條文。

主席

好，劉副院長。

劉代表碧珠

這個部分我們的意見也是比較傾向說，因為我剛剛聽特材小組的組長提到的意思是說，這個自付差額是要廠商提出來才會自付差額，那顯然如果今天我們這個案子過了，我跟你保證，以後國外不會跟你提自付差額，那我們有那麼多的財源嗎？如果今天這個案子在這邊通過，就是定了這個支付價格了，如果說假設這個特例來講的話，是不是我們現在去討論說，這個特例怎麼讓病人用的到這個特材，而且我們可以幫他訂出一條路，讓他可以自付差額要怎麼走，否則我覺得今天如果我們同意了，讓它去保障點值之後，我敢保證以後所有國外廠商進來的東西，絕對不跟你提自付差額，我要提保障點值，我覺得這個影響真的是很大，所以我覺得更應該審慎處理，以上。

主席

好，來。

童代表瑞龍

主席，我認為整個這個程序問題，為什麼你特材共同擬訂會議的東西，將來是不是要提到總額支付的會議再來確認才能公告，那你現在說這個特材已經公告了，那再叫我們開這個總額支付委員會是做什麼？是要讓我們知道而已？還是要叫我們大家委員來核定？因為特材既然已經定了，那特材開會的層級是比我們總額

支付委員會的層級高還是平行？因為你現在有委員提出說要自付差額，那你應該已經定了啊！變成意見會卡在這裡，沒有辦法上也沒有辦法下，我想主席可能要用腦筋再跟林主席要協商一下，要跟署裡面要開會一下，將來全民健保藥物給付及特材支付共同擬訂會議碰到多少錢的要送到總額支付委員會來徵求委員們的意見？都同意了才公告，不然你現在已經都公告了，那我們這些人來幹嘛？我們有意見也動彈不得，我想我這個是誠信問題，沒有牽涉到內容的問題。

主席

好，謝謝，那羅院長。

羅代表永達

主席，我們在兩、三年前，健保會就通過一個決議，就是說希望以後盡量不要用保障點值，希望去換算成他的成本，那當時在支付委員會裡面，支付委員會裡面當時他有很多的特例，比如說如果我假設這個東西賣出來的時候，我們訂出來的價格廠商不願意，那是可以重新議價的，那重新議價裡面他有提到很多相關的規定，譬如說我們現在裁的是公立醫院架構的最低價，可是如果不合理的話，還有救濟的途徑，如果真的還是不行的時候，如果我假設他真的有涉及到生命的部分裡面，他還有從其他東西有這個補救的措施，我的意思是說，不要隨便開一個保障 1 點 1 元這樣子的一個管道，這個是不好的，從那個支付委員會的意見裡面，就沒有加入，以前在談這些事情的時候，有一而再、再而三與廠商重新議價的事情，這個是有的，不是沒有，那我還是講，這個支付委員會裡面的職責，他不應該讓我們這邊來決定，尤其用 1 點 1 元，這個我想是我們反對的，以上。

主席

謝謝，大家還有沒有其他意見？首先這個案子在程序上沒有什麼問題，原因是因為特材的共擬會議確實討論過了，而且單價也確定了，而且也公告了，全額納入給付。原本這個案子是不會跑到我們這個會議來的，之所以會到這裡是因為我們一年一度會去討論保障固定點值之項目，才放我們這個會議，這要跟大家說明。

童代表瑞龍

那你用報告事項就好，為什麼要用討論事項？

主席

因為點值保障項目需要每年討論一次，確認有無增刪，這個特材是點值保障的增項，所以程序上沒有不對，至於說大家關心到底要不要自付差額，因為現在已經公告全額給付了，要不要自付差額是以後的事情了，目前這個狀態它就是全額給付，但是希望能夠固定點值，原因是因為這個價格確實很高，廠商可以折讓的空間非常非常的低，因為特材在我們整個總額的架構裡面是屬於浮動點值，造成醫院要進這一個昂貴特材會有障礙，病人就可能用不到，癥結會在這裡。大家的建議我可以理解，把不可能的刪掉之後大概只有兩種可能，一種就是個案通過，但是通案不通過，第二個就是我們原來擬的，就是能夠有一個通案的規則在這裡順便也一起討論，第三個是反對，現在就有這三種，那就不用再討論程序如何，這三種選項當然第一個就是個案通過，第二個是個案加通則通過，第三個就是反對。依據剛剛發言，大概是反對的人比較多，因為它在醫學中心發生的機率是最高的，心室的輔助器是救命的特材，反對的人基本上是擔心固定點值可能排擠了其他浮動點值項目的點數，因為固定點值越多，浮動點值就會被擠壓。這個案子提到這裡當然是想要克服廠商現在折讓空間有限，醫院沒有辦法進用，要不然就是要忍受浮動點值自行吸收的困境，所以在擬辦裡面，有提出來一個附帶的條件就是固定點值跟浮動點值的價差，我們還是由新科技預留的預算補到我們的總額內，所以不影響現在大家擔心說會不會擠壓到其他項目的浮動點值，所以確實有這個配套。大家現在也很關心，一旦第一例出現會不會有第二例、第三例，陸續會進來，那就是說我們今天就個案處理就好，只通過這個案子，以後逐案討論，我們再看看大家還有沒有什麼補充意見。

謝代表景祥

我們在討論這個東西不要把仁義道德拿出來講，今天討論的叫醫療經濟學，那生命當然是無價的，但是維持生命是有價的，我知道臺大曾經為了換一個人工關節花了1,500萬，病人最後還是死了，這個有幫忙嗎？以這個心臟移植來講，是心臟捐贈的數量非常的少，而且也好像不是非常少，我剛剛 google 一下臺灣的心臟移植數量是占亞洲的一半，是占全亞洲國家的一半，那應該就會比日本還多了吧？今天說有要用的人，我要用到這個東西，我就要求說1,000萬、2,000萬、3,000萬都花在我身上這樣子合理嗎？那今天講的不是說誰用到、誰用不到，我

覺得今天要講道理嘛！今天廠商同意這個價格之前，醫院來幫廠商申請這個價格之前，你們不知道點值是 0.8 幾嗎？你們不知道嗎？都知道嘛！既然都知道的時候，今天再拿出來在這裡講我覺得就是沒道理嘛！所以我覺得今天這個事情不是講誰用到、不是誰用不到，我們要講道理，拿出點道理來講。

主席

來，請王教授。

王代表明鉅

主席，我覺得剛剛這位委員的發言可能有點誤會，因為剛剛其實主席已經說了，這個東西已經全額給付了，已經不是說這個錢誰付的問題，健保已經要付了，只是健保付的時候，各個醫院買不進來，因為買一套虧一套，用一個賠 20 萬，用兩個賠 40 萬。

謝代表景祥

訂價事先就知道了。

王代表明鉅

所以現在主席這邊所提出的方法是他不會影響點值，對不對？至少這個點值從新科技預算裡面去把他挪過來，今天如果要討論的是原則問題，所有的保障點值都不要出現，那是一種狀況，如果是個案處理，為了這些比較特別的醫材，大家所有的點值、所有的錢也不會因為這樣受到擠壓，這是一個特別的方法來處理，我同意這個廠商他在進來之前一定是知道這個點值，不會有人不知道，所以我覺得比較有興趣的問題是，我們現在就算用新科技預算去補這一塊，避免大家的點值受到擠壓的問題，好，把今年撐過去，明年撐過去了，可是其實比較重要的是說，像這樣明明就知道他很昂貴的醫材，一種狀況是完全沒有健保給付，沒有健保給付所以病人自己要自費他就付不起，付不起就只好死掉，這是一種狀況，那當然現在已經有全額給付了，全額給付之後我是廠商我當然希望說先有給付再說，先有給付不是很好，至少我也可以先賣的進來，否則我如果全部要靠自費，一套都賣不進來，對不對？要等到一個很有錢的人他又快死掉才能夠買，對不對？這個人等不到，有這個相關的醫材許可都有了，可是就永遠不會有第一套，因為他太貴了，現在有進來，好，因為健保全額給付，我也進來了，可是這個錢虧嘛！是

廠商虧還是醫院虧的問題而已。

謝代表景祥

怎麼知道廠商有虧呢？

王代表明鉅

對，我不知道。

謝代表景祥

那他同意了就表示他沒虧嘛！

他知道這個點數，他知道會打八折他還同意。

現在是在替廠商講話還是替病人講話？

王代表明鉅

今天就算廠商明明沒有虧，他的成本是 300 萬，但是他要賣醫院就是要賣 380 萬，他就說他虧，我們也不知道，不是嗎？對，現在的重點是醫院，需要使用這個東西的醫院他買不進來，買的進來的話，廠商說我就是要賣你 374 萬就這樣，一毛都不折讓，那醫院要不要買呢？廠商有沒有虧，我不知道，我當然不知道啊！可是醫院要不要買這才是問題，對不對？醫院不要買就不要買，不要用就好了啊，大不了不要用，沒差，對不對？要用就是買 374 萬，可是用了以後，經過這樣子的點值計算然後就是會虧個 10 幾%，他就是會虧 20 幾萬、10 幾萬就是這樣來的。

謝代表景祥

那就自己吸收嘛！

王代表明鉅

現在是健保願意用新科技去吸收嘛！我覺得比較重要的問題是，這個案子在一開始的時候，有沒有開第三條路叫做他可以給付，可是他就要走部分差額的這條路，這個是在一開始在特材討論的時候是可能還是不可能？還是說不行，所有的路一定是要先進來全額給付以後再說以後的這個部分差額？假如程序是這樣，因為我對這個程序不是很清楚，假如程序就是一定要先全額給付，那以後一般自付差額再說，那就照這樣走，但如果是為了避免影響大家很關心的這個點值，那用新科技預算去處理這一塊，今天問題在這裡，因為這是一個特別的東西，任何醫院都一樣，對不對？假如這個廠商我就是有一個獨特的優勢，今天他不是 374 萬，

他是 3,700 塊，我就是一毛都不打折，小醫院也會有買到的機會，我就是不打折，對不對？因為只有我有啊！這個時候一樣會有這個問題，對不對？只是這個東西很少出現這個狀況，這一定都是非常特別的特材嘛！但是不見得以後不會有這種藥出現，比如說假設未來我們現在有一個藥，一顆藥就可以治流感，對，只要吃一次，他說好，健保給付，反正你要給付就給付，一顆假設 1,000 塊，我就是不打折，就是 1,000 塊看你要不要，不要你這個醫院就不要買嘛！對不對？一樣會有這個問題，1,000 塊而已，這不是 1,000 萬，一樣有這個問題，因為我有我的獨特優勢，所以這個事情是兩回事，每個醫院都有可能發生，不見得是只有這個特材會發生，這要看這個廠商，這個材也好、藥也好本身的這個獨特性，他的獨特性非常非常高的話就是只有這個藥，對不對？那你非用不可，我折讓就折讓 1%，意思意思，要不然就不要了，隨便你，你自己看著辦，一樣會發生，不是說只有這個藥物只有心臟科、心臟外科、醫學中心還是多的地方才會用到，不是這樣，所以我會贊成今年的這個狀況，假設我們已經全額給付了以後，後面什麼自付差額也不用再談，那我們就先用這個科技預算的方法去處理，把這樣的個案先這樣處理，可是未來這種情況一定還會再發生，因為新的藥會不斷地跑出來，這個藥物我們現在已經有了，免疫療法啦，一顆藥可以治流感啦，這種以後一定會陸陸續續跑出來，那這種可能署裡面要想一想，是不是在一開始就把這個事情講好，你就到另外一條路走。

主席

好，謝謝，謝謝王教授，接下來兩位謝院長你們自己看誰要先講。

謝代表文輝

今天大家都講的都有一點火氣，我講一個客觀的，一個制度要走出第一步，要不一樣是最困難的，因為我們從來沒有把那一項特材拿出來點值保障，第一步總是很困難，所以我認為這個案子今天也許不要決定，保留，大家好好的溝通，溝通到有共識再把這個案子提出來，老實講今天也不用討論，如果提出清點人數，根本不用討論，大家都下課，後面就談話會，因為出席的人數已經不夠，但是因為大家好不容易來一次，後面還有兩個案子，所以我覺得這個案子暫時保留，再繼續溝通，我覺得大家講的正反兩面都有道理，但是因為特材從來沒有一項保障點

值，第一次要開例，把一個特材保障點值，這個我想雙方講的也都很有道理，謝院長講得這個也很有道理，你們拿出來在那裡訂的價格，你們都知道特材現在是 0.8 幾而已，後面又來給你弄這一步，那以外的特材呢？這個也是一個考慮，廠商只有一個所以很硬，這個都是事實，那我覺得也許需要一段時間大家再溝通，如果覺得這整個氣氛都差不多了，大家都可以接受，再來討論這個案，這個案今天就暫時保留，不然枉費大家來這熱切出席，後面還有兩個案子，不然我們先討論另外兩個案，這個案先暫時保留。

謝代表武吉

剛才我已經有提出說我對說明三的意見，健保收載新特材「長效型心室輔助系統」之後，特材組建議要列為醫院總額一般服務項目保障項目，這個我就感到非常的存疑，大家再翻到 75 頁林啟禎主席的說明三，他的公立醫院採購價是 330 萬，但是我們給付以浮動點值平均的是 0.88 來計算，所以我們已經提升了 374 萬，已經提升了接近快 50 萬，已經有涵蓋這個在裡面了，所以從這一點來講，今天提到這裡來談，是太不公，在一些特材，很簡單的講，要我從頭說到尾的話，就是安全針具，大家都虧錢的嘛！虧錢就要叫我們健保來負責，這樣有道理嗎？完全沒有道理的事情，在這裡就已經有給他加了，就已經加 50 萬了，又要增加，這是完全在社會上都說不過去的事情，這是第一個，第二，現在是從 10 月 1 日到 12 月 31 日，估計是 20 組。

主席

不是，是一年，一年 20 組。

謝代表武吉

一年 20 組，但是這裡沒有寫一年。

主席

沒有，就是一年。

謝代表武吉

所以說我認為不管是一年還是怎麼樣，還是前端增加都已經算完了，已經有給他加這麼多了，所以說在後面又要保障點值，這完全不可能的事，大家吞不下去，所以我感覺上剛才謝文輝董事長也講了，就是這個就不要再談了，這個就是大家

不要有火爆的氣息、氣氛，大家心平氣和來講這些事情，以後大家心平氣和的時候再來講，這不要再講了。

主席

好，大家還有沒有其他意見？好，這個案子其實現在已經有個案出現，那醫院已經先自己墊了，說實在是有差額，而且現在有人在等著用這個特材項目，所以確實是非常的為難，如果可以通過最能夠幫病人及時的解決這個問題，但是現在看起來好像大家爭議比較大，那剛剛代表所提有關會議紀錄特材點數的部分，特材料有要再補充嗎？

醫審及藥材組張科長淑雅

特材料這邊跟各位委員補充說明，我們特材料的確有一套核價原則，在這邊跟各位委員報告，因為這個特材是用於橋接心臟移植的醫材，用於急救命時使用，不是一般的特殊醫材，屬於功能改善，因同樣的功能的特材健保已有短效型，但是在 HTA 的報告，就是新醫療科技的評估報告，當時在評估該不該納入健保的時候，報告顯示確實提高心臟移植後存活率。健保核價核價的部分，蒐集國外的價格資料和國內特約院所之公立醫院採購價格，並依照藥物給付項目及支付標準 52 條之 2 第 1 項第 2 款的功能改善的核價原則，採用公立醫院的最低價計算後為 374.5 萬點，再與亞洲鄰近國家相比日本是五百萬、澳洲是 250 萬等評估考量，如同秀貞代表講的該特材支付點數已有反映醫院總額部門浮動點值平均值，現在面臨到的一個問題，就是高單價特材進到醫院採購，就如同我們黃教授講，會讓醫院難以忍受這樣的虧損，才會想說提出一個保障點值，以上說明。

王代表秀貞(趙代表昭欽代理人)

謝謝剛才特材長官的補充，確實我們當時在特材裡面，本項特材澳洲是 250 萬、公立最低價 330 萬，我們並沒有比其他國家給的更差，可是特材核價已經以點值 0.88 去換算了，加了將近 50 萬點，又要來這裡提固定點值，我覺得這件事情是很不尊重在場的委員。因為第一，我們沒有讓在場的委員知道「特材研擬支付的加成方式」或特材決定的模式，再來，不尊重我們當時在特材共擬會所討論的委員，因此我們還是對於這一類特材納入固定點值表達反對的，謝謝。

謝代表武吉

主席，我再講一些比較嚴重的事情，今天提這個案到底是替老百姓提，還是替廠商在提？替醫院或廠商在提都一樣，你是不是有另外一個？我是不想再講，若通過的話，就是那一個字啦。

謝代表景祥

附件3 這個浮動點值都把它算進去了嘛，現在這邊再給就是重複給了嘛，那前面再計算都已經把浮動點值算進去了，所以這個真的是沒道理，做事情要講道理，不可以沒道理。

主席

還有沒有別的意見？

申代表斯靜

因為我本身是特材委員會代表，那特材委員會其實就像是藥品委員會，有一群專家、學者先做事前評估，來確認病人的需要，我會選擇尊重，那只是在這個核價的過程當中，因為以健保署特材組的立場都是核給最低價，經過特材共擬會討論通過。只是這個最低價是經過除以浮動點值的核價，保障各醫院所採購到的價格不會受到浮動點值的損失影響，但是此個案實際上並非按照健保署所核給的價格，讓醫院採購還留有浮動點值的打折空間，他賣給醫院的價錢並未低於 $374 \text{ 萬} * \text{浮動點值}$ ，而是高於到 $374 \text{ 萬} * \text{浮動點值}$ ，即便核價 374 萬已經有把浮動點值費用算到醫院進價成本，但是沒想到廠商賣給醫院的錢就是實際上高於健保價乘上浮動點值，造成醫院成本遠高於健保實際核給醫院，醫院虧損與不願意採購的問題。所以提到這邊會議討論。我在想本次提到這裡的會議是為了保障會使用到的醫院的情況，才做這樣的保障建議，應不是對誰去做圖利的情形。那當然委員會問，我們為什麼沒有辦法參考像澳洲訂價到 250 萬，就可讓健保成本再降低核價，這是特材共擬會有詳細報告討論通過的案件。其實我們現況還有滿多醫院進價成本高於健保核價乘上浮動點值的情形，不單只有這一項，所以可能這個個案我認為說，如果特材共擬會議已經核過的話，就應該是要選擇通過，只是健保署擔心現在對於醫院因為價差的損失不願意採購，才提出討論是要用甚麼預算去避免現在的問題，才有辦法讓這個案子去執行，建議回歸特材共擬會去處理，以上。

謝代表武吉

我是不是建議這個案不要再討論了，大家火氣都很大，先保留，等大家心平氣和後，再來說。那說明二就給他通過，我是建議，那說明三就不要再談了。不然大家都心情不好啦。

主席

好，還有沒有想要表達的？好，如果沒有的話，我當然是認為這麼爭議情況之下，如果要通過，難免大家有想像太多的空間，那這個說明三的部分，我們就暫時沒有通過。但說明二的部分，就還是通過，這個部分跟我們 107 年是一樣的。至於本案要如何處理，我們再來想其他的辦法好了。那這個案子討論到這裡，那大家的意見我們都收錄，接下來下一案。

討論事項第二案：修訂 108 年醫院總額品質保證保留款實施方案

主席

這個案子大家有沒有意見？有沒有修正意見？

羅代表永達

理由是甚麼？為什麼要把申報的點數移掉？

主席

好，請說明一下。

醫務管理組劉專門委員林義

配合評核會委員的要求，我們要趕在評核會前完成品保款的計算。

羅代表永達

是技術性問題，計算上的問題。

主席

大家有沒有其他意見？如果沒有意見，那我們第二案就通過了。接下來，第三案。

討論事項第三案：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」

主席

這個案子，我們有請急診醫學會的黃理事長、顏前理事長、外傷醫學會簡理事長

都在場，那一位要再補充說明。先請黃理事長。

急診醫學會黃理事長集仁

這個主要是要提升急診就醫，希望我們努力去救，病人也可以存活出院，這個對我們社會都有幫忙，請各位委員協助通過。那外傷部分也是包含三種重大疾病，我們急診投入這些流程和人力很多，所以請各位委員同意通過。那其他指標也是由醫院協會的參與，所以看看如果沒有甚麼特別的建議話，希望各位委員可以給予通過，以上補充。

主席

好，請羅院長。

羅代表永達

我看過上次那個會議資料，地區醫院裡面好像參與不多，地區醫院裡面好像有人參與，但我要表達的不是參與這件事情，我要講的是，本來這個急診的品質提升計畫，當時有幾個目的：第一、急診的品質提升；第二、解決壅塞的問題。當時有這幾個大目標，但是要解決雍塞的部分，我們寄望於由醫學中心往下轉，這個真的是杯水車薪，非常非常少，所以當時有一個決議，希望可以提升地區醫院裡面的能量，然後一開始從分流開始，就能夠讓社區的民眾直接到地區醫院或基層裡，真正減少一開始，而不是到醫學中心後，再由他們去下轉，這個是緩不濟急的東西，可是在兩年前這個方案就已經確定一個目標，可是這次在其中有兩件事情我們很納悶，一個是 114 頁，不知道為什麼我們地區醫院獎勵的點數，別人都在調升，只有地區醫院由 290 調降為 275 點，這個我要請教為什麼，這是第一點。第二個，我們去年的品質方案，在你們的會議紀錄裡面，提到一件事情，就是說我們去年是鼓勵地區醫院急診的量要能夠增加，如果假設該醫院的今年的人數比去年的人數增加時，也是有獎勵的，這點這次也被拿到，理由竟然是計算有問題有困難就被拿掉，我不知道計算上有甚麼困難。

主席

那個還在，120 頁最上面。那剛剛在講 290 點調降為 275 點，說明一下。

李代表純馥

大家翻到 118 頁的條文會比較清楚給付的內涵。第一、由醫學中心下轉的醫院它

的基本診療，在住院的基本診療費用要比照醫學中心的給付，那因為去年我們調高了地區醫院的基本診療費用，所以他跟醫學中心的校差已經縮短，所以這個是補那個價差，你們還是比較醫學中心的點數，只是因為地區醫院的點數拉高了，所以每人日補的點數是要下修的，實際上地區醫院還是比照醫學中心的支付點數，這只是因為我們每人日的費用在這個基本診療的部分，地區醫院在去年有調高 22 億去加到這個部分，所以去把它做修正，實際上並沒有減少地區醫院的給付，只是差額縮短，這表示地區醫院在醫中的基本診療部分是縮短的。

主席

只是在財務衝擊的時候減少而已，事實上你們都是比照醫學中心，所以並沒有減少。

李代表純馥

你們收入並沒有減少。另外，急診人次的部分，在 120 頁，剛才主席有提到，急診病人增加部分，我們都沒有動，只是在計算上大家有一點爭議，所以新增說明對新成立的地區醫院，因為有破月，不是整年，所以我們才講說如果有基期的話，是怎麼算的，沒有基期的，怎麼去算你的成長率，其實是對地區醫院一個比較好的解釋。

主席

好，謝院長。

謝代表文輝

這個提升急診品質就像似剛才羅院長講的，一開始就是因為急診雍塞，其實我們也知道雍塞主要是那幾家醫院，並不是全面的大醫院急診雍塞的問題，但是因為引起社會媒體的關注，所以才會有這個案，那這個案坦白講一開始的預算是這個的兩倍，我記得是三億左右，因為外面的氛圍說這個急診雍塞吼，人都躺在廁所外面的擔架上，是在那個氛圍訂下來的，那接續幾年坦白講，各位先進如果有去翻他的執行率，非常的低拉，才會後來調整一點幾億多，所以個人感覺很像在消化預算拉，當時初期三點多億的，那時在討論時，我們就提出一個…覺得這個怎麼可能有效拉，急診中多久時間內就要處理好，但事實上會上不去病房是因為沒有床拉，不然在急診的觀察和 ICU 差多少，進去 ICU 的基本費用都提高很多嘛，

上不去病床或 ICU 是因為他沒有床嘛，如果有床，大家都會送上去嘛，ICU 一天會多付多少錢？所以急診的壅塞是不得已的，你現在用要叫他弄這麼多東西，還要做紀錄，這樣會搞死忙翻急診人員的，這沒甚麼意義，我們主張應鼓勵地區醫院跳出來做急診，就要在前端把急診病人分流掉，如果每個社區像民國 78 年以前，社區型地區醫院 700-800 家的話，每一家都有看急診，都有內、外、婦、兒科，誰有聽到有急診壅塞？那時候大醫院還沒有現在的多哩，那就是因為前面前端就分流掉了嘛，所以我們當時提這個要鼓勵地區醫院，其實真正的解決還是…假設台大或榮總很擁擠，那就在台大和榮總的周圍社區或區域醫院給他鼓勵，民眾就分散掉。我們提的看法、從本案執行結果印證了事實，因為你去給他看第一年、第二年、第三年，這個執行率是低到不行，後來費用只好把它降成一點多億嘛，我是認為這個案本質上面應該好好重新討論，但今年因為已經要執行了，我對這個沒有很大的意見，大家看看細節上有沒有甚麼意見，但是我是建議…健保的資源是很可貴的，像這種當時為了應付社會的氛圍，現在顯然是想盡辦法把錢分掉嘛，這個其實需要重新來思考過，甚麼才是真正的提升急診品質，急診的工作人員是很忙很累的，又搞這些有的沒有的，事實上沒有甚麼意義，因為執行幾年我們看得很清楚，兩三年前看那個執行率只有十幾趴，大家就已經很忙了，那有時間去弄你這些，反正就是如果有床，病人趕快送上去，這樣我就達到了，那個達到都是順其自然達到的，不會說為了你這個獎勵多少我才弄上去，因為沒床就是沒床，所以這個我們要很坦誠地來面對，這是當時的氛圍產生這的方案的，今年大概沒甚麼機會改變，細節如果大家還有甚麼可以在建議，讓大家精進一點，這個基本上我是覺得明年度，我們也希望急診專科醫學會針對這個 1.5 億，提出真的比較有意義的東西，這個其實真的沒有意義，執行幾年下來執行率非常的低，這是我從頭參與到現在的想法。

主席

好，還有沒有委員有意見？謝院長。

謝代表武吉

我是對於我們專審品質…我們地區醫院是已經開始落實分級醫療的制度了，剛才羅院長也已經講到很多了，我是認為 290 點調整到 275 點，這一點是我不能夠接

受的。

主席

這是財務評估，不是調整。

謝代表武吉

鼓勵度會降低，你差了 15 點，應該不會計較這一些啦，你就乾脆 290 點就好。

李代表純馥

那就會比醫學中心高。

謝代表武吉

醫學中心是老大哥，多一些給人家那有甚麼關係，也是把醫學中心分流。

主席

好，其他還有沒有意見？

王代表明鉅

這次的修正我看起來滿好的，這個內容 99%我都同意，這個我覺得也不是單純的鼓勵，我覺得對分流，是對加重品質的比率，不夠的話，救起來再給錢，要不然就沒給錢，救起來要清醒了才可以給更多錢，我認為從品質上面來談是好的，我只有一個地方是 113 頁的急診重大疾病照護品質的阿拉伯數字第 2 點的第一個，急性心肌梗塞的我覺得怪怪的，因為這個單純來看就是心肌梗塞的病人越多賺的錢就越多，是這個意思嗎？

主席

請看後面詳細的。在 117 頁的上面，急診重大疾病照護品質的急性心肌梗塞，進入急診診察 90 分鐘之內，緊急進入心肌導管治療，然後結果還要是出院時意識清醒的。

王代表明鉅

我只要釐清剛才的急性心肌梗塞從 2,000 變成 6,000 有沒有甚麼品質的條件？如果他是品質條件，就 OK，大家都在一個品質的條件下，那我覺得就沒問題了。

主席

就是剛才 117 頁唸的那一段，90 分鐘之內，原來這樣的狀態做到只有 2,000 點，現在提高到 6,000 點。

王代表明鉅

這樣就合理。

主席

謝院長，然後陳副院長。

謝代表景祥

我是覺得這一件事剛開始做出來的時候，他第一個是基本診斷，那這個會有風險，就像我們之前在弄基本診療會有 upcoding，我對這個內容到沒有甚麼特別的條件，我是覺得說就是開始做的時候，一定要去追蹤，106 年 1,515 件申報 OHCA，以後也差不多是這個數量，那應該是沒有甚麼問題，但假如一年暴增成兩千件，那就很有問題了，所以假如要這樣做的話，我建議要持續追蹤每季的時候，把這個數字提出來，然後來檢視一下。

主席

好，陳副院長。

陳代表石池

事實上沒有錯，有些醫院是非常擁擠的，好像在這當中你要教他做一些事情，好像似不太合理，事實上你要訂一些品質讓他們趕快離開急診，且不要造成醫護人員的負擔，所以我覺得這是一個好的方向，那為什麼會達不到，是因為訂得太嚴格了，但是你加速讓病人離開的方向是對的，所以品質提升還是有必要的，事實上一個 OHCA 要救起來不是那麼簡單，事實上他們真的花了很大的力量，我記得以前一個 CPR 給付 750 點而已，比賣菜還辛苦，所以我覺得這個品質提升是有必要的。

謝代表文輝

現在是三十分鐘 1,000 元。

陳代表石池

因為他急救的不是一個兩個人，有時候是一組人，非常多人耶，假如按照這些成本和時間來算，根本都划不來，所以有這些品質提升，我們是非常贊同。

主席

好，謝謝。

王代表秀貞(趙代表昭欽代理人)

確實在討論這個方案時，我們當時是只有一位地區醫院的急診科醫師參加，當然他有提出一些想法，但在當時的討論會上並沒有被接受。第一個部分我們想幫忙在確認的地方，在於說對於 OHCA 的病人，那因為這些病人可能已經經過地區或社區的急診救治，然後上轉，但對於地區醫院他第一時間的診治好像在這個方案內是被排除的，如果我把 OHCA 病人救活了，然後上轉，可是地區醫院他前一段付出的和照護，是沒有被看到和被獎勵的，我們想確認一下是不是真的是這樣。然後，醫學中心和區域醫院又有了這 10,000 點的獎勵，可是地區醫院卻完全都沒有，那對我們地區的急診醫師來講，是真的滿抱屈的，謝謝。

主席

好，這個問題等一下在請急診醫學會和醫管組補充，其他還有沒有意見？劉副院長。

主席

等一下請急診醫學會和醫管組回應？其他還沒有意見

劉代表碧珠

這個案子我蠻訝異可以討論這麼久，其實這個案子在 5 月份就花了一個下午時間討論很久，我記得那時大家都有共識，可以執行了。但今天會上還有這麼多意見，是不是還是讓這個案子先執行，若中間有需要修改，看可不可以邊做邊修，不然之前 5 月份花了這麼多時間，一堆人開會。對於急診的給付應該是要適度鼓勵，今天可不可以拜託在座代表先讓這個案子通過，謝謝。

主席

剛剛王代表所提的第一手、第二手的問題，急診醫學會要補充嗎？

急診醫學會顏前理事長鴻章

學會很感謝各位委員說明，我贊成剛才代表說的先讓它通過，另外大家關切浮報、刪報的問題，大家都是醫生做假機會不高，而且有問題健保署也會稽查，我想身為一個醫生，應忠誠於他所做的病歷紀錄。

謝代表武吉

地區醫院的急診醫師，第一手的部分沒有回答，還有第 114 頁轉診品質獎勵地區

醫院由 290 點調整為 275 點，不能接受。

主席

這個是做財務評估的差距。這不是調降。

謝代表武吉

前天在開會的時候本來就這樣，改成這樣怪怪的。

醫務管理組王科長玲玲

醫管組補充說明，有關醫學中心基本診療差額對於每個層級來說，都是拿到醫學中心基本診療費用，帳目上面通通都沒有減少，只是因為地區醫院有調整過基本診療，因此與醫學中心縮小差額，我們只是把差額顯示出來。只是做費用影響評估用，地區醫院並沒有少拿。

至於剛剛講 OHCA 病人這段，在急診是屬於重大的照護品質，原則上希望病人能夠按照我們相關規範，例如：必須是存活出院或是意識清醒，若是地區醫院給予基本的生命維生，不管是 ON ENDO 或是 CPR 還是可以依據支付標準申請這些費用，轉診也有轉診的相關費用，只是病人後續到醫學中心治療還是要維持相關的品質。

謝代表武吉

如果是堅持這樣，我就要清點人數。

王代表明鉅

清點人數就清點人數啦！醫學中心跟地區醫院的照護品質拿一樣的錢很合理啊！難道要地區醫院拿的比醫學中心多嗎？不然就清點人數阿！

謝代表武吉

好！清點人數。

王代表明鉅

你要講道理啊！

謝代表武吉

我現在就要清點人數。

主席

事實上這個給付一點都沒有改變。只是算財務衝擊的時候因為地區醫院的……。

王代表明鉅

你們應該要講講道理。大家都拿一樣的錢，並沒有誰多誰少。

謝代表武吉

我不是不講道理的人，我很講道理，我是說 290 點變成 275 點，再來，護理人員我們也沒有比較少，但是護理費為什麼比別人少，太沒有道理了。

主席

理事長是因為地區醫院提高了支付標準，才讓差縮小並不是實質減少，實質沒有改變。被您解釋成差距縮小是錯的，是個誤會。

謝代表武吉

如果這樣講的話，去年就不對了，圖利地區醫院，要改我就這樣解釋阿！

主席

在場有五位地區醫院的代表，應該可以互相溝通一下。

謝代表武吉

我退席啦！不要開了，清點人數阿！

劉代表碧珠

謝院長還有地區醫院的長輩，可不可以拜託一下。

謝代表武吉

我不爽啦！

劉代表碧珠

不要不爽啦，其實這個案子今天花很多時間討論，有疑義的部分是不是可以再慢慢修，因為這樣一點，然後整個案子不通過對很多醫院也不是很好。

童代表瑞龍

主席，你再算一下，地區醫院要求的 290 點變成 275 點。

主席

這不是調整。

童代表瑞龍

有差距對阿！我知道，沒有改。你們要不要算給地區醫院代表看。

羅代表永達

我們溝通一下，主席剛才說的我可以接受，但是 OHCA 在地區醫院一天到晚發生，我們先救完再把病人轉出去，可不可以請學會幫我們多想一點。然後我們再想辦法跟理事長講清楚一點。

謝代表武吉

我堅持散會，清點人數不夠。

主席

理事長是否有要再補充。

急診醫學會黃理事長集仁

針對 OHCA 在第一時間給予電擊跟 CPR 病人還是有機會恢復到存活出院，這個部分可以監測，以這個為定義轉出的時候是清楚，到區域醫院或醫學中心做心導管的話，或許我們可以跟健保署去討論這個認定。

謝代表文輝

事實上在地區醫院急救，後續再去做心導管應該要有相同的對待。再說另一個公道話，調起來跟醫學中心一樣，理論上沒有問題，但是謝武吉理事長會這樣講，我坦白講為什麼我們今年去年調高地區醫院診察費，其實現在地區醫院的一般門診診察費本來就比醫學中心高，就是因為地區醫院的經濟規模小，所以你要給高一點，才可以維持。我覺得明年起要好好考慮，如果這樣下去，本來調高地區醫院診察費要來幫助他的用意就沒有了，就吃掉了，只是表面看起來公平而已。但是你為什麼要把診察費調高，就是考量經濟規模，門診數每個醫師看得病人比較少，所以謝理事長會強烈的表達意見，事實上你本來調的美意都沒有了，把 290 點調高這才有幫忙的意義。時間緊迫今年這樣就這樣，但是明年拜託調整案子還是要考量調高地區醫院診察費，如同 102 年開始就加 8%、加 15%，這個就是為了維持地區醫院正常發展。另外，請學會幫忙 OHCA 的部分。

李偉強(張代表德明代理人)

我相信大家也想讓這個案子通過，對於 OHCA 病人送到地區醫院時候治療到甚麼程度再後送給予適當的鼓勵，細節部分再請學會提補充方案，我相信可以達到更鼓勵的效果。

主席

學會要馬上回應，或是帶回去研議？

急診醫學會黃理事長集仁

將轉出時候意識狀態跟生命徵象部分，做進一步研究。

羅代表永達

麻煩學會也照會地區醫院參與討論。

童代表瑞龍

一定要照會謝武吉、謝文輝及羅永達三個人通過。

主席

今天大家也確實充分討論，反對的並不多只是細節，原則上新增通過，至於 OHCA 地區醫院初步處理，急診醫學會後續跟地區醫院討論後，請提供書面建議，讓本署補修計畫，直接授權我們處理，下次提報告案。是否還有其他意見？

謝院長武吉

我還是執著於 290 點變成 275 點，還是不能夠改變，要怎麼處理，我不要會後報告，我要清點人數。

主席

地區醫院確實沒有改變，今天開到這裡，謝謝大家。