

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

105 年第 3 次會議紀錄

時間：105 年 8 月 24 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

出席代表：

侯代表彩鳳	陳順來代	童代表瑞龍	童瑞龍
陳代表幸敏	陳幸敏	陳代表石池	黃雪玲代
吳代表志雄	陳瑞瑛代	張代表德明	李偉強代
郭代表宗正	郭宗正	施代表壽全	林富滿代
謝代表文輝	請假	鄭代表明輝	請假
黃代表遵誠	黃遵誠	郭代表守仁	郭守仁
鄒代表繼群	請假	邱代表仲慶	王敏容代
李代表允文	請假	鍾代表飲文	請假
洪代表政武	洪政武	林代表欣榮	陳星助代
張代表克士	請假	林代表慧玲	林慧玲
羅代表永達	羅永達	黃代表啟宗	唐宏生代
謝代表景祥	請假	陳代表威仁	蘇美惠代
龍代表應達	請假	劉代表淑芬	劉淑芬
謝代表武吉	王秀貞代	盧代表榮福	請假
趙代表有誠	趙有誠	顏代表鴻順	請假
黃代表忠智	黃忠智	龐代表一鳴	請假
周代表思源	周思源	梁代表淑政	周雯雯代
吳代表文正	蘇主榮代	謝代表天仁	謝天仁
陳代表誠仁	陳誠仁	林代表昭吟	請假
張代表國寬	張國寬	吳代表肖琪	請假
吳代表鏘亮	吳鏘亮	王代表榮濱	王榮濱

列席單位及人員：

衛生福利部	請假
衛生福利部全民健康保險會	邱臻麗
台灣醫院協會	柳汶廷 何佳儒
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺 林筱庭
中華民國護理師護士公會全國	梁淑媛

聯合會

中華民國物理治療師全國聯合會	朱世瑋		
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		
本署臺北業務組	許寶華	陳美玲	柯玲晶
本署北區業務組	孟芸芝		
本署中區業務組	蔡瓊玉		
本署南區業務組	葉瑞興		
本署高屏業務組	張曉玲		
本署東區業務組	李敬慧		
本署醫審及藥材組	王本仁	張如薰	詹素珠
本署資訊組	姜義國		
本署企劃組	江政謙	何恭政	
本署醫務管理組	陳玉敏	張溫溫	陳真慧
	谷祖棣	劉林義	洪于淇
	楊秀文	李宜珊	黃曼青
	林蘭	鄭正義	

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林沁玫

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：本會上次決定事項辦理情形。

決定：序號第一項安全針具相關建議案持續列管，並請各分區業務組輔導醫院確實申報不計價安全針具之使用，餘解除列管。

第二案

案由：醫院執行概況報告案。

決定：洽悉。

第三案

案由：105 年第 1 季醫院總額點值結算報告。

決定：

- 一、醫院總額 105 年第 1 季點值確認如下表，並依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
105Q1	浮動點值	0.8636	0.9207	0.9122	0.8918	0.9434	0.9181	0.8963
	平均點值	0.9236	0.9465	0.9476	0.9381	0.9618	0.9476	0.9395

- 二、各總額部門各季之結算說明表，自 105 年度起於本署全球資訊網公開，請查閱參考。

第四案

案由：104 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案核發結果報告。

決定：洽悉，另 106 年品質保證保留款實施方案，請台灣醫院協會儘速規劃。

第五案

案由：本年度「連續假期看診時段登錄作業方式」報告。

決定：

- 一、洽悉，並請台灣醫院協會協助宣導。
- 二、本年度中秋連假之看診時段已預設比照一般日固定時段，如有變動，請配合於 9 月 9 日前至本署 VPN 修改。

肆、臨時報告案

案由：醫院總額部門醫療費用案件專業雙審及公開具名試辦草案報告

決定：

- 一、洽悉。
- 二、與會代表建議設定專業雙審及公開具名試辦草案之評估指標，如審查醫師受到嚴重攻詰、浮動點值下降達一定百分比、審查時間超過 60 日核付時效及審查委員之聘任建議可朝榮譽制方向規劃等建議，請本署醫審及藥材組參考。

伍、散會：下午3時45分

陸、與會人員發言摘要詳附件1

※與會人員發言摘要

一、本會上次會議紀錄確認

主席

上次會議紀錄請委員確認，若無問題，上一次會議紀錄確認。

二、報告案第一案：本會上次會議決定事項辦理情形

主席

上次會議辦理情形有沒有意見。

羅代表永達

有關安全針具部分上次會議決定繼續列管，另在藥物共擬會議也提出來，目前為止沒有看到進一步情形，包括教育進練，因院所在訓練過程中要耗用很多安全針具，基於設計不夠成熟，在 try 過程中一個病人需要 2、3 或 4 支，但給付只有一次，當時希望透過署要求廠商落實對院所教育訓練，讓使用率、安全性和成功率可以提升，安全針具才可以如期實施，否則現行方式看到的是比較表面，另會議亦向署反映列出教育訓練可以讓各醫院簽可，類似同意書方式，上次有答應要研擬。

醫審及藥材組王專委本仁

會依藥物共擬會議結論辦理。

主席

有最新進度嗎？

醫審及藥材組王專委本仁

會與特材科確認有沒有最新進度。另臨床操作者發生安全裝置失效或護蓋滑脫等不良反應現象，請循 TFDA 程序通報。

羅代表永達

假設一間醫院一個月使用 2500 支，其中有 10 支脫落，是要報還是不報？為少數幾支通報，很多醫院都有這情況，實際會通報很少。

醫審及藥材組王專委本仁

TFDA 有系統追蹤不良事件的通報機制，讓主管機關有適當的因應處理。

主席

序號 1 持續列管，因已於總額導入 5 億元，執行率偏低，可能簽報予衛福部看如何處理。

張代表國寬

請問上半年增加的金額，有很多是包裹給付，實際上沒有統計，如何推估使用量。

主席

請特材科同仁回答，特別是檢驗科部分。同仁回答前，先介紹四位新代表，基層代表盧榮福醫師、顏鴻順醫師，醫院部分鄭明輝院長及林欣榮院長(由陳星助代理)，另三位到場再行介紹。

大家對決定事項辦理情形有沒有意見?序號 1 持續列管，序號 2 和 3 解除列管。請特材科同仁回答有關代表提到現在安全針具採包裹支付，現在用是雙針頭改成安全針具，有沒有進一步詢問結果。

醫審及藥材組詹素珠

安全針具包裹式給付部分，已請辦單請醫管組檢討，如洗腎包裹可不可以含的進去。

醫務管理組張專委溫溫

檢驗抽血部分，他們在意的是現在支付沒有含進去，現在抽血是用雙針頭是不是。

醫審及藥材組詹素珠

雙頭針是檢驗抽血專用，檢驗目前是內含，當時價量調查時一般雙頭針 2.8 元，安全型雙頭針 4.1 元，資料已轉給醫管組，因是內含在檢驗費用，不屬於特材故無法調整，看醫管是不是要調整。針對檢查或處置部分使用安全空針，經特材共同擬定會議同意開放。

主席

是同意開放用這預算嗎?

醫審及藥材組詹素珠

是，原特材給付規定檢查或手術不得申報，經過幾次討論後同意手術或檢查使用安全空針開放使用。

主席

所以同意開放部分已經在執行率裡是不是?

醫審及藥材組詹素珠
是。

主席

現在執行率是多少？

醫務管理組張專委溫溫

第 37 張投影片，執行率為 7.54%。以 1 億元來看，增加 753 萬元。

陳代表瑞瑛

安全針具使用非常多，沒有申報就沒有資料，如包裹洗腎，看申報人數就可以知道用多少支，那些都是成本。現在報告的執行率對我們不公平，統計資料僅有申報數字，一間醫院檢驗抽血一天用好幾千支但也沒有算，上次講過安全針具預算執行率不能這樣算，在健保會被罵，好像醫院都沒有用，在醫院評鑑規定的部門沒有使用安全針具就會不及格。另外很多醫院不知道手術使用安全空針可以申報。

醫審及藥材組詹素珠

已於共擬會議討論，並在 104 年公告自 104.09.01 起生效。

陳代表瑞瑛

大部分洗腎和抽血都不能申報。

主席

有在藥物共擬會議討論過嗎？

醫審及藥材組詹素珠

以前安全空針給付規定，手術及檢查過程使用的不得列報；於 104 年 9 月修改給付規定，手術及檢查過程使用得列報，現在醫院有爭議部分，像洗腎是包裹式給付，使用安全空針不同意另外申報。另外急診和加護病房是我們一直鼓勵醫院使用安全空針的單位。安全靜脈留置針實施幾年使用率高，105 年到頂峰了，沒有再增加，甚至往下掉，一般執行率約 10%，這次偏低 7.54%，安全靜脈留置針是負成長。

陳代表瑞瑛

第 37 張投影片，備註本表不含檢驗檢查針具，請問檢驗檢查針具數據在哪裡，西醫基層執行率也偏低，但洗腎診所很多且每天很多人，不給錢就算了，至少要含在執行率中，對醫界太不公平了，講了很

多次了，但統計出來的數字讓我們很生氣。

主席

有什麼方法計算，讓誤差降低。

郭代表守仁

這議題討論很久都沒有結果，有申報才有數據可統計，可請醫院資材部提供數據予健保署參考，因為醫院評鑑要求很高，執行率不可能這麼低。

主席

有替代方案嗎或重新蒐集之可能性？

郭代表守仁

各醫院附屬各分區業務組，由各分區請醫院提報使用情形。

羅代表永達

第 38 張投影片，不知道有沒有解讀錯誤，7.54%是指今年 1-6 月所增加 7.54%，不代表現在全部的執行率。

主席

數據是執行率還是增加率？

醫務管理組張專委溫溫

說明一下該張的解讀，之前編列安全針具費用時，是以全部一般針具和安全針具之差額，全部替換時需要 5 億，預算分五年，每年編列 1 億，讓一般針具替換為安全針具。7.54%是指一般空針與實際使用安全針具之差額，實際增加多少錢，所以兩者相減後增加 754 萬元，以 1 億預算，執行率是 7.54%。

醫務管理組陳副組長玉敏

第 38 張投影片，倒數第二欄「增加點數」是安全與一般之價差(A)*增加數量(B)，即因安全空針增加的錢。

謝代表天仁

要回到原來估算 5 億預算時，統計數據有沒有包括不申報。

醫審及藥材組詹素珠

沒有。

謝代表天仁

如沒有包括不申報部分統計數據就是對的，如 5 億預算沒有包裹給

付部分。使用情形偏低，應找出問題所在。

醫務管理組張專委溫溫

今年增加 1 億元，今年與去年比較所增加的量才是差額，原來的預算已在基期就不計算，所以用 1 億元去算執行率。

謝代表天仁

基期已有 1 億元，隔年增加 1 億，已有 2 億元在執行安全針具情形，把去年 1 億元扣掉，計算沒有錯。

羅代表永達

當時全部醫院執行預估 5 億元，但只能逐年編列 1 億元，如第四年執行率不夠，但在第 5 年還是要編列。剛謝代表提到當時是否有把檢驗含括進去，醫院認知應該包括的，舉例署裡要求醫院抽血不可以 package，抽血紅素不要把其他的弄進去，抽血 23 塊或 32 塊，以前 1 塊的針具，現在是 4.9 塊，檢驗費用從未調整過，醫界一定要吸收。當時 5 億有沒有涵蓋檢驗科相對成本，當時都沒有講好，成本也是醫院出的，因為法規規定要改使用安全針具。以 105 年 1-6 月申報數量與現在門診量有多少人抽血的項次，計算是不成比例的，現在檢驗多花多少錢署裡面沒有涵蓋，應重新釐清定義 5 億元是總體概念或逐年編列概念，另有沒有涵蓋檢驗部分。

謝代表天仁

檢驗部分有沒有把安全針具調整給付是另一回事，是給付合不合理的問題；健保署估算安全針具時就沒有把檢驗和包裹估算進去，是兩回事，如認為給付不合理可再檢討，但執行率很低，問題要檢討。

羅代表永達

當時行政命令要使用安全針具讓大家措手不及，假設 5 億用來調整檢驗執行費用是比較合理的，但當時不是這樣，當時臨時通知 5 年 5 億元要執行完，所以爭取預算緊急應付，要重新檢討當時的概念。

主席

有列計差額的執行率偏低原因，但沒有提出說明，一直導引當時沒有算到部分應去調整支付標準，先說明偏低之原因。

謝代表天仁

如醫界認為都做了但申報很低，不包括檢驗和包裹給付，其他有使用安全針具但沒有申報，有沒有這現象。

主席

回到檢討 5 億元執行率部分，其他部分另一個場域或用什麼方式再來討論。

羅代表永達

目前不只評鑑要看安全針具執行率，衛生局平常督考也有查核，醫院一定要做，醫院不遺餘力。至於申報情形，剛剛郭院長提到，由醫院提供資料再來檢討。

主席

執行率較低，有什麼方法可以校正，醫院有申報才有費用阿，應該會有申報才對。

郭代表守仁

健保署可以做分析，當時編列 5 億元，1 年 1 億元的邏輯，應該不困難。

謝代表天仁

倒過來思考，評鑑時都有用阿!有用但申報低，回頭想當時署裡面估算 5 億元預算時，有沒有把檢驗和包裹算進去而實際上沒有給付出去。

醫審及藥材組詹素珠

當時法案通過時，推估是以 101 年醫院有申報一般空針數量，大約 1 千多萬支，完全取代安全型空針的量，計算出來 1 年要增加 5 億元，當時預算無法一年到位，所以分五年編列，1 年 1 億元。另規格不同，並用取代方式計算，如 1cc 給付 1.5 元，安全型給付多少，兩者之差額乘以數量，總數每年需增加 5 億元，但不包括包裹式和抽血，目前檢驗部分是含括在檢驗費用中，醫院也沒有申報，所以當時推出數量不包括這兩類。

謝代表天仁

數據算出來有問題，剛醫審特材組的意思是，從一般空針申報不包括檢驗和包裹給付，算出來有 1 千多萬支，如果 1 支是 4 塊，就 4 千萬。

醫審及藥材組詹素珠

應為 1 億多萬支，當時算出來大概約 5 億多。

謝代表天仁

數字要精確。

主席

是 1 億支才對。

醫務管理組陳副組長玉敏

請看簡報 37 張投影片，105 年 1-6 月空針申報數量，1cc 到 20cc 一般空針有 3711 萬支，安全空針有 547 萬支。

醫務管理組張專委溫溫

1 年 1 億支左右空針，每支之價差約 4 塊，1 年約需 4 億至 5 億元，每年編 1 億，5 年編 5 億。

張代表國寬

安全空針供貨廠商就那幾家，是不是可以直接調查出貨量和全國用量，可以推估一下。

謝代表天仁

因有大量檢驗部分，不準確。

主席

有些是包裹給付都含在裡面就分不出來，所以醫院要申報才對，有申報才可以拿到安全針具的費用，沒有申報是沒有改成安全針具，還是有改成安全針具但漏報呢？醫院沒有申報，統計數據僅醫院有申報的數量。

郭代表守仁

不一定要報。

主席

醫院不報無法統計。

郭代表守仁

雙方要研議討論，大家深入瞭解，每次會議都再講這議題。

主席

安全針具執行率偏低問題持續列管。8 月份的費用符合該類都要申報，如有漏報部分請大家一定要申報，先以一個月當樣本，請各分區業務組輔導醫院確實申報。

黃代表雪玲

由各分區業務組通知各醫院。

主席

由各分區業務組通知各醫院，以 8 月份費用大家屬於該類可以申報安全空針都申報，誠實申報不要漏報。

黃代表雪玲

8 月已過一半，要回溯當時使用情形有困難，建議到 9 月。

主席

撇除 9 月協商，不論幾個月大家都要申報，幾次會議已請大家有使用就要申報，至於不良反應情形請至通報系統通報，為 FDA 執掌，另外廠商提供教育訓練部分，釐清了嗎？

醫審及藥材組詹素珠

已於 8 月 10 日函文請廠商加強辦理教育訓練。

主席

接下來報告案第二案。

三、報告案第二案：醫院總額執行概況報告

主席

大家對執行概況報告有沒有問題，如沒有問題就洽悉。

四、報告案第三案：105 年第 1 季醫院總額點值結算報告

主席

第一季全區平均點值 0.9395，大家有沒有意見。

陳代表瑞瑛

對計算沒有意見，議程第 33 及 34 頁資料，可以用 EXCEL 檔案提供醫院協會？因要計算相關資料。

醫務管理組張專委溫溫

可以提供，另補充說明議程第 32 頁，急診品質提升方案 105 年第 1 季結算 12 百萬元，執行率 8%，是因部分屬品質獎勵會在年度結束才進行結算，104 年結算金額 95 百萬元。

主席

計算說明請提供 EXCEL 給醫院協會，各代表有沒有意見，無意見第 1 季點值確認，專款執行率請參閱。

五、報告案第四案：104 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款 實施方案核發結果報告

主席

104 年品保款核發結果各代表有沒有意見，無意見就洽悉，明年指標請大家提前研議。

六、報告案第五案：本年度「連續假期看診時段登錄作業方式」報告

主席

有關看診時段登錄，請看議程第 83 頁，固定看診時段和長假期間看診時段，過去固定看診時段部分大家維護的很好，但長假期間看診時段會改變，所以這次做法有別於以前，以前下面是空白，讓醫院填寫，這次是把上面 copy 下來，如果看診時段與平常不一樣時，醫院需自行更改，9 月 9 日前看診時間有異動請醫院修正，請大家配合，這提案大家有沒有意見。

謝代表天仁

有沒有看西醫基層假日看診情況，量夠不夠，資訊揭露是好的，但如果無法容納，當然跑到急診，所以是雙向要面對考慮的問題。以前在西醫基層曾提過夜合理門診量，怎麼看都不合理，只有日合理門診量，有人在規定夜合理工時多少嗎？日的工時才合理，西醫基層夜合理門診量，無法鼓勵假日可以開診，回到日合理門診量，假日開診適度鼓勵才對，量不足就跑到醫院去，不是用 app 就解決，當然民眾端要改正，現階段問題要思索和解決，不是只有資訊公開問題就解決，如資訊公開但急診擁擠，就要檢討問題在哪裡。

主席

請醫管組說明假日開診率。

醫務管理組陳副組長玉敏

西醫基層假日開診率星期六約 8 成多，星期日約 2 成多。

主席

星期六沒有全天，有時候上午診，平日有二或三節，星期日就比較少。

羅代表永達

代表期待醫界多看診，有時說血汗，我們也無奈，基層將來推周休

二日，因為藥師，現在要求醫藥分業、醫師不能調劑，要有完整配套，否則造成基層很多問題，現在是醫院總額不談基層，希望消費者代表要幫我們想，不是要求周六日要看，不是只有醫師問題，是整個制度問題。

謝代表天仁

我不是很贊成消費者端假日生病就去看診，醫療方便就像司法太過方便，對社會不見得是好事，大家有沒有慎思，反正健保付錢，這不是好現象，現階段未扭轉過來之前，醫改會提資訊揭露更好一點，我是講不只資訊公開問題，要面對現階段問題整體考量，才能達到效果。

主席

這案子是希望登載連假期間看診時間有沒有改變，讓民眾不要到處亂跑或去急診。

童代表瑞龍

這要考慮，民眾生命只有一條，重病只有一次，要考慮當事人，當生病要往哪裡送。

主席

這提案洽悉。

七、臨時報告案：醫院總額部門醫療費用案件專業雙審及公開具名試辦草案報告

主席

這案提供給大家參考，如申報日期為 10 月 1 日之費用，就進入新的程序，請問各代表有什麼建議？

林代表富滿

第 6 張投影片提到配套措施，專科醫學會制訂一致審查標準公布周知，試辦之前會公布審查標準嗎？

醫審及藥材組王專委本仁

審查依據有幾項，如 1. 支付標準 2. 藥品給付規定 3. 審查注意事項，這 3 項在全球資訊網已是公開資訊，對於審查注意事項部分，請醫學會協助看有無增修部分，將來會在全球資訊網公開。

主席

10月1日前做修正公開嗎?

醫審及藥材組張如薰

會視每個專科回復情況做逐步修訂，基本上是持續性的，如果專科沒有建議還是依照現行審查注意事項運作，如果專科醫學會建議且大家有共識會儘快上線，10月1日當然會繼續，希望把專科意見綜合在審查共識中。

李代表偉強

有關具名審查之前在健保會有討論過，第9張投影片，就程序面來看，有兩位審查醫師，第一位審查醫師需要核刪就送第二位，第二位似乎比第一位更專業，且有否決權。如果兩位都同意刪就是核刪，兩位都要具名；若第二位就部分同意，就同意部分核刪；若第二位完全不同意，結論是不核刪，第二位委員可完全否決第一位的專業，因前面健保署有提到兩位意見不同時應送第三者來審查，雖會增加作業時間，就邏輯來看第二位比第一位更資深，將來如何選誰是第一位和第二位審查醫師呢?

如果第一位醫師和第二位醫師，假設兩者不知道誰是第一或第二位，按照賽局理論，可能會走向何必第一關這麼麻煩呢!如果刪了後面會遇到很多問題，要如何確認誰是第一位或第二位醫師，要有夠明確規則，另當第一位和第二位完全不同意時，再送第三者嗎?還是否決呢?建議應先講清楚。

醫審及藥材組張如薰

雙審目的是希望不要一位醫師審查結果做最後核定，在部長指示希望審查共識角度，規劃流程時並不是為了第一位及第二位順序，主要是取得共識之流程。

剛提到誰要當第一位或第二位醫師，在審查醫藥專家上，業務組審查機制沒有所謂的誰要第一審或第二審，當費用申報進來，以送審時間順序和審查醫師到勤幫忙審查案件之順序當作結合點，所以並沒有規定誰是第一位或第二位醫師的排定順序。第三點當兩位不同意見時，要不要找第三位，當時考量外界對核刪認定審查有醫療見解上差異，第一位和第二位醫師對同案件審查有差異性時，擔心外界會有質疑，所以我們取得共識；如果再找第三位醫師，因有60日核付時效，會影響核付時間，這部分現在規劃流程還是以可取共識角度進行流程運作。

羅代表永達

有關審查抽查的數目和回推，抽審數目是如何，可不可以說明一下。

醫審及藥材組王專委本仁

審查辦法第22條的修正草案，已報衛福部，按照行政程序預告公告，請大家密切注意衛福部預告公告的內容，如對內容有意見，趕快提供給我們，我們集思廣益，再向衛福部報告。

羅代表永達

目前送的草案當中，抽樣的數目，住院和門診數量有改變嗎？

醫審及藥材組王專委本仁

在隨機抽樣的抽樣率部分是沒有改變的。

羅代表永達

回推的部分現在最上限的是3倍對不對？

醫審及藥材組王專委本仁

在隨機的部分是1+3，若有專審核減，就有一個核減1的部分，另加計3倍的提醒效果，合計就是要回推4倍，但也有人提議立意抽審部分，也應該要有類似的效果，請大家注意衛福部最後的預告修正公告草案，以衛福部公告版本為準。

主席

現在還沒有開始預告嗎？

醫審及藥材組王專委本仁

還沒。

林代表富滿

幾倍幾倍是只有試辦的6科，還是全部適用。

醫審及藥材組王專委本仁

目前是全部，因審查辦法22條對所有的，也包括其他總額別。

謝代表天仁

6科是全區都具名公開，那審查人數不足怎麼辦？

醫審及藥材組王專委本仁

東區還是有一些人，因還在考慮一些迴避原則，雙審請兩位醫生看，我們預估可能會有這樣的缺額，我們持續看各專科醫學會是不是在繼續做一些補充。

謝代表天仁

再補充還是不足的話，怎麼辦呢？總是要有處理，假使有不足的話，不審了嗎？還是慢慢審？

醫審及藥材組王專委本仁

60天的核付期限還是要保持，如某區某科沒辦法的話，可以考慮是不是縮小試辦的規模，這是選項之一。

謝代表天仁

我不太瞭解，這些科全部都試辦了，是要縮小是指在北區做，南區不做，是這個意思嗎？

醫審及藥材組王專委本仁

目前還在評估，還是原來的初衷，試辦方案請醫學會與醫院協會繼續推薦。

主席

在10月1日以前，請擴大參與，並邀有意願的醫師要持續補齊。

陳代表順來

這案我們付費者是反對的，我們聽的結果是醫生建議要試辦，我們擔心公開了，你們身心安全會不會受影響，或是公開都做好人，不得罪人，這樣服務量會增加健保費用也隨這增加支出，所以醫生到底是贊成還是反對？我們都搞不清楚，好像是國家的政策，國家政策也沒有告訴我們付費者有什麼好處，讓我們可以支持，結果我們再唱反調，你們也沒有話講，搞不清楚你們政策到底要如何推展，如果政策好，應該要先溝通，我們一定會支持，健保署應收集大家意見，改進後再實施。

謝代表天仁

這些人很容易被擊垮，因為爭執全部都要爭審程序，在公開的狀態中，他常常就被法院傳去了，行政程序兩三下就把他擊垮了，我講白一點是這樣。衛福部老是都不保護這些人，他們老是做苦工，外面有一點聲音，付費者挺你的時候，你也搞不清楚狀況，還在推試辦，到時候會被罵慘，兩邊不討好。

我們國家專利商標有多少人在審查，有像這樣具名嗎？不服氣就爭審程序，現在不具名一樣有爭審程序，有自信就去爭審啊，為什麼要公開，如果沒有救濟的程序，要公開我沒話講，但現在有救濟的

程序，公開沒有辦法解決問題，真正能解決問題是專業審查要符合專業的要求，這才是重點。把一些東西變複雜，一事無補，到最後大家也罵，試辦後醫生也罵，付費者也罵，試辦後浮濫，都不敢刪，點值降低。

陳代表順來

醫院也要表示意見啊。

陳代表瑞瑛

這案子沒記錯是部長跟各專科醫學會談出來的，我們知道時已是媒體發佈，我是支持謝委員講的，我們的總額就在那，本來放大回推，是用統計原理，門診本來放大100倍，住院也要幾10倍，現在只放大4倍，點值一定很低，因為以前是刪刪刪，如沒有放大時點值0.8也沒有。

主席

這是臨時報告案，我們會再把大家意見收錄，如果需要配套，提供主辦單位醫審及藥材組參考。

李代表偉強

因為現在政策上已決定要試辦，至少把副作用減到最小，為了讓現有的審查制度及健保總額有一個穩定的結構及保障仍願意參與的熱心醫師，建議建立三道安全閥，若有以下任一事項發生時，建議健保署能隨時暫停試辦並且檢討：

第一、任何公開具名的審查醫師遭到任何型式的威脅與暴力等威脅，人身安全及個人尊嚴受損。

第二、健保分區的點值下降達一定幅度（如：3%，5%等，請健保署訂定）。

第三、因為雙審而延宕60天的暫付期限。

主席

這三個KPI很重要，紀錄下來，提供署長和主辦單位參考，那大家還有沒有提醒建議的。

李代表偉強

為什麼基層醫療沒進來？

醫審及藥材組張如薰

現在四個總額，西醫基層、中醫和牙醫總額在105年度之審查勞務已

委託全聯會，因有契約在先，所以相關政策的變更當初沒有寫在契約裡面，所以我們有另外再跟西醫基層及其他總額做討論，至於醫院總額目前是沒有委託，故從醫院先進行試辦。

李代表偉強

審查很辛苦，但是若是固定今年包裹一定的預算，今天突然要加倍審查的量但錢沒有增加，那每個去審查的醫師錢就分一半。現在要進行雙審，是不是明年規劃時，審查費就要提高才好。我上次在健保會提到，全世界有名的期刊裡，愈好的期刊他的reviewer是不給錢的，因為他能成為一個reviewer，表示在這領域是專家，你審過的東西，不會有人質疑，所以我們要如何建立受人信賴的審查醫師很重要。106年是不是公告學會推薦的審查專家，這也是一種具名公開，但不針對每一個審查案件做個別公開，否則可能會有不少優秀公正的醫師不願再擔任審查委員，是大家的損失。

主席

李代表講的4點，要詳細記下來。

郭代表守仁

在全民健保審查已經行之多年，剛剛謝委員講都有可能發生，醫療本身不是1就是1，有很多見解很多元，健保署是最為難，因為10月1日要做會有衝擊，消費者會有意見，剛剛我們有講到點值勢必會往下掉。剛剛偉強講的，一定要有停損點，否則最後就崩盤，因為點值一直低。以前事實上應是不給的，但我看大部分會給，因為臺灣的文化，每個人都不做壞人，這是臺灣很平常的現象，所以我很高興消費者提出來，這是臨時的討論，提供署長參考，這個演變下來會有很多副作用產生，先瞭解才不會到不可收拾的地步，因為我們做審查做很久，瞭解這問題。

郭代表宗正

現在有6科專科醫學會參與，我本身也是其中一科的醫師，加入的話對醫學會來講核刪會減少，所以相對給付就會多，這是一個隱憂。投影片第10張流程，剛李委員有講過，第1位有核刪，第2位如果沒有核刪的話，就不核減，這個問題是最大的，不能說刪了就不對，所以建議第1位跟第2位有不同意見的時候，是不是交給該區的召集人或其他人來看。

主席

這剛剛有類似建議，大家有沒有更好的建議方法。

謝代表天仁

不要太多建議，因為都具名公開了嘛，就不要建議，讓他們做做看，問題就自然解決了，這才是真正解決問題的方法。

主席

就是可以有更周延的想法，我們主辦單位就記下來，大家慎思一下。

郭代表守仁

臺灣只剩醫療和健保在世界上大家還覺得相當好的，所以我也很怕在世界上可以被看見東西，最後都沒有了，所以我同意剛剛大家的想法，要讓部長瞭解，因為現在的壓力聲音很大，如果他有一個壓力，另外也有一個助力讓他參考，這樣就會平衡，如果只有壓力沒有支持，他可能就聽某方面的力量，所以今天討論也是相當重要。

主席

大家還有沒有其他意見，如果沒有，今天這是臨時報告案，我們就收錄大家的意見，主辦單位是醫審和藥材組，會記下來給長官來參考，請問有沒有臨時動議。

謝代表天仁

前幾天署裡召集討論分級醫療，因我先離開了，我在研商會議要提一下，分級醫療是大家必須要面對，大家應該要集思廣益要怎麼去做，醫學中心應該要發揮應有的功能，讓原來已經扭曲的醫療體系可以調整過來，我不贊成病得很嚴重，用特效藥，要慢慢調，那天看要一下子要調過來，那是不可能做到，因為問題太多了。醫院部門大大小小，醫學中心很大，地區醫院快減頂了，大家應該要去思考一下，有什麼機制去做。媒體相關報導，好像做住診不見得會賺錢，所以大家都衝門診，門診成長率都很高，大家要拿出智慧來，剛剛我們郭院長提到的，臺灣能讓全世界稍微能看到是健保，希望繼續沿續下去，建議三個層級，在醫院部門大家合作，互相讓利，互相平衡。

童代表瑞龍

這很簡單，交給協商，先做情給我們才能團結。這時代醫院都很辛苦，勞基法所有人員都要進來，假日和國定假日都要，大家互相體諒，交給協商我們再研究，大家善意的回應。

謝代表天仁

沒有方案我們是不可能有意義的回應。

主席

各位代表，這個會之後就是 9 月協商，大家開始做準備，今天會議開到這裡，謝謝。