

102 年度第 2 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 2 日(星期五)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：蕭靜怡

出席人員：

王代表正坤 (請假)	朱代表益宏 朱益宏
吳代表志雄 黃遵誠(代)	吳代表肖琪 (請假)
吳代表進興 吳進興	李代表永振 李永振
李代表玉春 李玉春	李代表紹誠 (請假)
林代表淑霞 林淑霞	林代表富滿 林富滿
侯代表彩鳳 侯彩鳳	施代表純全 黃建榮(代)
洪代表啟超 邱定(代)	徐代表弘正 林仁卿(代)
高代表靖秋 劉淑芬(代)	張代表嘉訓 (請假)
曹代表昭懿 曹昭懿	梁代表淑政 梁淑政
郭代表正全 郭正全	陳代表川青 陳川青
陳代表志忠 陳志忠	陳代表宗獻 陳宗獻
陳代表彥廷 陳彥廷	陳代表雪芬 廖秋燭(代)
曾代表中龍 曾中龍	黃代表啟嘉 (請假)
黃代表雪玲 黃雪玲	黃代表棟國 黃棟國
黃代表鶴珠 王敏華(代)	葉代表宗義 葉宗義
廖代表學志 廖茂宏(代)	劉代表俊言 謝偉明(代)
盧代表榮福 盧榮福	蕭代表志文 王秀貞(代)
謝代表文輝 羅永達(代)	謝代表武吉 謝景祥(代)

蘇代表清泉 蔡明忠(代)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
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
中華民國牙醫師公會全國聯合會	朱智華
中華民國物理治療師公會全國聯合會	曹昭懿
中華民國醫師公會全國聯合會	盧福榮、吳春樺、陳哲維
中華民國藥師公會全國聯合會	曾中龍、王韻婷、蔡敬偉
中華民國護理師護士公會全國聯合會	曾修儀、梁淑媛
台灣醫院協會	何宛青、陳俞文、楊智涵
中華民國心臟醫學會	徐迺維、吳典青、曾春典
中華民國糖尿病衛教學會	張媚
中華民國糖尿病學會	陳涵栩
台灣婦產科醫學會	謝卿宏、黃閔照
台北榮總	蘇剛正
本署台北業務組	丁香豔、陳淑華、 陳佳玫、蔡翠珍
本署北區業務組	郭佩萱
本署企劃組	詹孟樵、陳俊東
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 朱文玥、吳明純、王玲玲 方淑雲、蕭靜怡

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄（議事錄）：請參閱(不宣讀)確認。

三、報告事項：

(一)放寬全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫支付標準通則六，另開內服藥之針傷科治療處置每月申報量上限及部分文字修訂案。

決議：本案洽悉。

1. 通過放寬中醫支付標準通則六另開內服藥之針傷科治療處置每月申報量上限由 30 人次放寬至 45 人次。
2. 配合自 102 年 3 月起，『針灸標準作業程序』及『加強感染控制實施方案』回歸常態作業，「門診醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明」之案件分類，刪除「26-中醫針灸作業醫療品質提升計畫案」、「27-中醫複雜性傷科案件」，並配合修訂中醫支付標準「附表 4.4.1 複雜性針灸申請給付原則」及「附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則」有關前述案件分類之文字。

(二)關於修訂全民健康保險醫療服務給付服務項目及支付標準透析治療通則一，得提高 EPO 注射量特殊案例之參考項目及閾值乙案。

決議：本案洽悉。

1. 通過支付標準透析治療通則一，得提高 EPO 注射量特殊案例之參考項目及閾值，由原訂 Hct 值小於 26% 改為 Hb 值小於 8.5g/dl、 $KT/V \geq 1.0$ 改為 $URR \geq 65\%$ 。
2. 修訂後文字為「如每人每月使用 EPO 劑量連續三個月均達 20,000

單位，但Hb值小於8.5g/dl時，應尋找抗性原因，若其URR \geq 65%、血清ferritin \geq 300ng/ml，而且...，經同意後始能提高EPO注射劑量。」

(三)有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病」案。

決議：本案洽悉，有關第八部第二章糖尿病支付標準調整案，修訂重點如下：

1. 通則一、參與資格(二)第二階段照護:主辦之繼續教育課程機構新增台灣醫療繼續教育推廣學會。
2. 通則五、品質獎勵措施(二)品質加成指標修訂如下：
 - (1) 修改「HbA1C $>$ 9.5%比率(HbA1C不良率)」為「HbA1C $>$ 9.0%比率(HbA1C不良率)」指標。
 - (2) 增加「LDL $<$ 100mg/dl比率(LDL良率)」指標。
 - (3) 修改五項指標權值各為1/5，並配合修改相關文字段落。
3. 通則五、品質獎勵措施(四)品質進步獎：排除該年度品質卓越獎得獎醫師。
4. 支付標準
 - (4) P1407C 糖尿病第一階段新收案管理照護費：
 - A. 為鼓勵醫療院所擴大照護對象，提高新收案率，並考量照護成本，本項管理照護費由400點調升至650點。
 - B. 放寬地區醫院之團隊醫事人員條件，比照基層診所可為醫師加另一專業人員執行，其執行之管理照護費由完整團隊支付點數80%，提高為全額給付。

(5) 編號「P1408C 糖尿病第一階段追蹤管理照護費」及「P1409C 糖尿病第一階段年度評估管理照護費」：

- A. 管理照護費維持現行支付點數。
- B. 放寬地區醫院之團隊醫事人員條件，同意比照基層診所可為醫師加另一專業人員執行。
- C. 另配合慢性病處方箋病患之領藥日數，修改各階段之追蹤管理及年度評估間隔時程皆由 11 週縮短至 10 週。

5. 通則五、品質獎勵措施(三)品質卓越獎，將原新收案率 $\leq 66\%$ 及 $>66\%$ 分組方式，修改為新收案率 $\leq 55\%$ 及 $>55\%$ 分組方式。

(四)修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 19005B「其他超音波」並刪除 19005B1「其他腹部超音波(含腹部專一器官或單一系統超音波檢查)」案。

決議：本案洽悉。

1. 通過支付標準診療編號 19005B「其他超音波」修訂為 19005C「其他超音波」，並刪除 19005B1「其他腹部超音波(含腹部專一器官或單一系統超音波檢查)」。

四、討論事項

(一)「支氣管鏡螢光透視檢查(含支氣管鏡檢查費用)」等 13 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案。

決議：

1. 同意新增診療項目及內容如下：

(1)新增編號02024B「高危險妊娠住院診察費」，支付點數450

點，適應症 (1) 妊娠22周至32周早產病患、(2) 40歲以上初產婦、(3) BMI \geq 35之初產婦、(4) 嚴重妊娠高血壓、(5) 前置胎盤患者、(6) 多胞胎、(7) 胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者、(8) 妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病 (NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症、(9) 白血病、(10) 血友病(Coagulopathy)、(11) 愛滋病、(12) 產後大出血者、(13) 胎盤早期剝離、(14) 合併接受外科手術者、(15) 雙胞胎輸血症候群。

(2)新增編號28039B「支氣管鏡螢光透視檢查(含支氣管鏡檢查費用)」，支付點數4,872點，適應症：支氣管鏡直接目視下不可見之肺週邊病灶，並經螢光導引定位進行之切片(biopsy)、刷拭(brushing)、沖洗(washing, lavage)。

(3)新增編號33115B「複雜性血管整形術」，支付點數17,327點，修改33074B為「單純性血管整形術(P.T.A-simple)」，並加註複雜性及單純性血管整形術之定義。

(4)新增編號56038B「內視鏡冷凍治療(含內視鏡檢查費用)」，支付點數3,655點，適應症：(1)氣管、支氣管內病灶之切片(biopsy)、(2)氣管、支氣管內異物之移除、(3)氣管、支氣管狹窄、肉芽之處置。

2. 暫保留不討論之新增診療項目如下：「高危險妊娠轉診照護費」、「高危險妊娠分娩醫師照護費用(不超過8天)」、「生產費用非常規時間加計(6—8AM)、(5—10PM)」、「生產費用非常規時間加計(10PM—06AM)、(例假日)」、「新生兒科醫師緊急照護

費」、「待產中醫師照護費」、「器械生產費用（真空吸引生產及產鉗生產）」、「胎盤人工娩出費」等共 8 項。

3. 建議新增之「產後大出血」為現行支付標準診療項目 55015C「產後出血止血術」，以及建議調高支付點數之 81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」，上述 2 項已列為 102 年支付標準調整項目，不同意增修訂。

(二)有關 102 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」修訂內容案。

決議：102年方案支付內容含括品質指標報告、調高「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費支付標準、通過醫院評鑑人力標準及補助新增護理人員數四部分，分述如下：

1. 品質指標報告，預算 0.5 億元，登錄內容同 101 年方案。
2. 調高「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費支付標準，預算 10 億元：

(1)支付標準調整如下：

- A. 急性一般病床－護理費（03026K、03027A、03029B），各調升47點。
- B. 經濟病床－護理費（03030K、03031A、03033B），各調升47點。
- C. 嬰兒病床－護理費（03034K、03035A、03036B），各調升59點。
- D. 急性精神一般病床－護理費（03058K、03059A、03060B）

，各調升47點。

E. 急性精神經濟病床－護理費（03064K、03065A、03066B）
，各調升59點。

F. 慢性病床－護理費（03070K、03071A、03072B），各調
升43點。

(2)醫院仍須配合登錄C1-C9護理人力資料（登錄內容同101年方案），未登錄或登錄不完全者，追扣該院全年申報本次調高住院護理費支付標準項目差額點數費用。

3. 通過醫院評鑑人力標準，預算7億元，評鑑人力標準計算方式同101年方案，符合評鑑人力B標準及A標準之醫院，其住院護理費加成2%及4%予以獎勵，符合C標準者不予獎勵。

4. 補助新增護理人員數，預算7.5億元，護理人員數不含實習護士，補助及計算方式同101年。

(三)有關102年支付標準調整建議案。

決議：因考量本案涉及50.55億元預算分配，需耗費相當的時間討論，以取得共識，請3層級醫院團體整合一項方案提供本署後，於8月底前再召開臨時會議研商。

六、散會：下午5時。

102 年度第 2 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 林視察淑範

本次會議代表應到人數 37 人，目前出席 22 人，已過半數，請主席宣布開會。

主席

102 年度第 2 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正式開始，現在就按會議議程開始進行。

報告事項

第一案

案由：放寬全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫支付標準通則六另開內服藥之針傷科治療處置每月申報量上限及部分文字修訂案

主席

對於報告案第一案，各位代表有沒有疑義或相關提問。如果沒有，就照案通過，接下來第二案報告。

第二案

案由：關於修訂全民健康保險醫療服務給付服務項目及支付標準透析治療通則一，得提高 EPO 注射量特殊案例之參考項目及閾值乙案

主席

請問各位代表對於報告案第二案的修訂案，有沒有提問或是疑義的部分。

李代表永振

主席、各位代表，在第 15 頁最後提到“費用沒有影響”，是不是可以稍為說明一下。

李專門委員純馥

這個部分因為確實我們目前的資料庫沒辦法知道病人的 Hemoglobin 的值，所以我們也去請教專科醫學會，說這個部分會不會增加，他們說其實是因為取代不同的指標，所以他們認為應該是不會有太大的影響，所以我們才做如此說明，以上。

主席

若沒有其他代表對報告案的第二案有疑義，就照修訂案通過。

第三案

案由：有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病」案

主席

請各代表針對報告案第三案修訂的部分及說明，提出意見。

廖課長秋燭（陳代表雪芬代理人）

我想請教一下，這個也是在總額內的支付嗎？那因為比如說這邊有提到支付點數的調整還有那個管理照護費由支付點數 80% 提高為全額給付等等，就是裡面的措施，那整個影響是正還是負，可不可以大概了解一下。

主席

請醫管組先說明一下這部分的預算是屬於專款還是一般費用。

李專門委員純馥

這個部分如果是調到一般的門診診察費是擺在一般部門，可是因為我們這次調整都是我們的論質計酬的相關的方案內的管理照顧費，所以是在專款，在醫療給付改善方案的專款，醫院跟基層的部門都有。

陳代表宗獻

但是那個因此而增加的檢驗，因為必須要更多的藥品才能，還有多次數的檢驗才能夠達到那個效應 100dl，小於 100，那這樣的話他的藥品費用是在那裡支付。那因此產生的藥品費用跟診察費用，我的意思就是說有那麼急要去改這個規定嗎？因為事實上我們審查注意事項已經改了，這個地方你用更大的力量去 push 的時候，還有他的那個檢查的頻率會增加，以前檢查到 130 就不用再檢查嘛，那現在的話要繼續往下再檢查，這個產生的影響不知有多大。

蔡主任秘書淑鈴

有關論質計酬支付可能會增加常規檢查之費用，例如若病人定期測血糖，血糖維持得好，就可以節省很多後續的醫療費用，所以事實上醫療費用的影響是一增一減。我們讓病人可以接受定期追蹤，並給予適當的衛教，讓病人維持血糖正常，後續嚴重的糖尿病甚至洗腎的費用省下來，對總額來講都是正面的影響，是一個正向循環，不是負向的循環，所以，如果我們每次都要去討論，論質計酬增加檢驗費，而沒有討論減少的費用是多少，就長期而言，論質計酬之推動對總額來講應該還是正向的影響。

陳代表宗獻

這個我想我們就舉那個慢性腎臟病就是 CKD 來做例子，那 CKD 開始實施的時候，在前面的二、三年我們會發現他的確是有效的，降低了洗腎的人數，但是第三年以後就不會再降低了，因為他已經持平了，因為那個剛剛講的就是說會省下來的費用，那這個省下來的費用是後段省下來的費用，那可能第一個就是平均餘命增加，但是洗腎是免不了，就是說延後發生，如果他 protein 都出來了，大概是比較慢發生而已，所以我們可以看到的就是說醫療費用即是總的醫療費用，短期會，可能在五年六年會降，但是十年以後都是在上升的，那些人活

得更久，那不是說我們不希望他們活久，但是這個效應是沒辦法拿後面的來抵前面的，這個我想在這裡提一下，因為人到後來都會走到那一條路去，所以我們這二千三百萬人大部分人都會走到那個階段，那個階段我們只是把他延長，延長的時候增加更多的醫療服務，而不是減少醫療服務，謝謝！

主席

好，還有沒有其他代表要發言，如果沒有，是不是就照案通過，因為剛剛陳代表提到的那一部分是比較偏總額協商，就不在本會議中討論。

陳代表宗獻

這個題目就是說因為我們在面臨明年度總額協商的時候，就是我們請各位長官我們做一點觀念溝通，就是因為我們有的看五年、有的看十年，有的看醫審，那這個部分沒有什麼特別的意思，就是將來在協商的時候，讓我們去陳敘，那我們有關的長官就不必再說，啊，沒有啦，嚟影啦，後面都會省，那其實不一定，謝謝。

李代表永振

主席，這個案通過我沒有意見，但是我要 follow 剛剛主祕講的，每個提案通過一定有增有減，是不是可以在提案的時候，把這些影響效果列出來給與會的代表知道一下，不要讓人家問了之後才講。讓大家瞭解全貌，有些問題也可以不用再提出來，謝謝。

主席

李代表提這個意見當然很好，不過這個健康的指標，就是剛剛陳代表提到的，後頭的健康的延長要用什麼值去呈現確實有難度，將來若可以像代表剛剛提到的，具有一個可以算得出的指標，我們會儘量的提供，也會將其列入參考。

李代表永振

評估需建立在假設上面，要提出來給大家知道呀！。

主席

謝謝，如果代表沒有其他意見的話，我們就第三案就照案通過，接下來第四案。

第四案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 19005B「其他超音波」並刪除 19005B1「其他腹部超音波(含腹部專一器官或單一系統超音波檢查)」案。

主席

各位代表對於報告案的第四案有沒有提問的。

朱代表益宏

我反對這樣修正，那我建議一下文字修訂，就是在這個註這邊，是不是再加註一下包括含腹部單一器官或單一系統的超音波檢查，如果不這樣寫，因為之前有個腹部超音波，但是腹部超音波之前的規定是所有的腹部臟器都要看，所以才會有這個 B1，他說只要腹部如果只做單一的器官的話，是用這個項目來比照，但你這個刪掉的話，我覺得會有可能會有一點混淆啦，所以建議在備註的地方再加註。

林視察淑範

我先澄清一下朱副院長講的，是指支付標準超音波的章節，有 19009C「腹部超音波，追蹤性」及 19001C「腹部超音波」，19005B 修訂為 19005C 後要加註單一器官，現行 19005B 沒有備註單一器官或是單一部位。

朱代表益宏

所以這個就要澄清，就是說如果他腹部，比如說他只做肝臟超音

波，他要怎麼去申報，以前是會用這個碼去申報，因為他是只有做到腹部一個器官，但是如果報另外，報剛剛講的腹部超音波，他是所有腹部臟器都要看到，他才算，那你現在把這個刪掉，回歸到 19005C，那到時候，不是這樣，那對不起，還是我搞不清楚，請。

李專門委員純馥

我說明一下，19005B 本來就是我們現有的項目，那醫院也都在用，但當時只到醫院層級，基層不能報，所以基層那時候有一個未列項叫做 19005B1 給他們報，那是給基層使用，那後來我們是覺得說，不應該有支付標準以外的未列項再讓人家另外報，所以我們要回歸正統，就是說基層也可以報 19005 這項，故將原來的 B 表開放成 C 表，所以醫院的作業完全不會變，如果你也是單一器官，你還是報 19005，因為我們沒有改，他的備註也是原來的備註，都沒有改，邏輯是一樣的，謝謝。

主席

好，針對這個部分還有沒有疑問，如果沒有就照案通過，接下來進行下一個議程。

討論事項

第一案

案由：「支氣管鏡螢光透視檢查（含支氣管鏡檢查費用）」等 13 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案

主席

各位代表對討論案一，有沒有要提出討論的部分？

黃代表雪玲

這次有新增「複雜性血管整形術」原本中華民國心臟學會建議的是 35,000 多點，這邊建議的點數是 17,000 多點，我們請教了我們的胸腔專科醫師，他們表示這個新增的項目事實上比健保署給付「33075B 血管阻塞術」技術還困難，「33075B 血管阻塞術」就已經給付 20,250 點；健保署用 RBRVS 算出來是 17,000 多點，該學會一定有做過成本分析，也許沒有那麼高，可是不致於比 20,250 點低，我們想建議點數是否還能多調升一些。

主席

好，是否還有其他代表對討論案一要提出討論？

林院長仁卿（徐代表弘正代理人）

我對於不同意新增九項診療項目，我建議對於項次四「生產費用非常規時間加計（10PM—06AM）、（例假日）」、項次六「待產中醫師照護費」、項次八「胎盤人工娩出費」、項次九「產後大出血」是不是可以再討論？因為產科是發生很大醫糾的來源，我看這些費用是有點偏低，是否可以再做些研究？

李代表玉春

主席、各位代表、各位先進，有一個問題可能不是跟內容有關，但是跟程序有關，其實「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」基本上是在談新增的支付標準，我比較想知道的是說

是用什麼樣的程序決定？目前看到的現象是這樣，藥品的話是藥商持續會提，藥合適的話當然都會收載，可是在醫療給付項目並沒有類似一個定型收載的程序，事實上在整個醫療科技上會看到落差非常大，所以我想提的是說健保署是否可以建立一套程序來決定誰可以提，用什麼程序來決定，決定後才訂定支付標準，第一點：就消費者來講是一個不平衡，第二點：這些項目怎樣跟總額做平衡？因為我看這裡有新增支付標準預算，之前在經建會看到也有爭取支付標準調整預算，看起來署裡預計要調這些才放進去，是不是每年還是要有定期程序來做整體的評估，否則我們看到這些項目就會有不平衡的問題，這是比較整體的問題，謝謝！

主席

目前共有三個問題。第一、李玉春教授提出來的程序問題，等下請醫務管理組做答覆，第二、同意項目中「複雜性血管整形術」點數是否能再提高，第三、不同意新增九項診療項目是否可以有再討論的空間，請醫務管理組先回應。

李專門委員純馥

第一、「複雜性血管整形術」我們在提會的同時也有請教心臟學會，原則上我們也有 Follow 他們當時提供的相對值，所以我們這樣訂定，如果說代表有不同的意見也希望給我們具體的建議，就到底你覺得多少點數覺得是合理的，也要給我們成本分析的資料，讓我們能夠做比較。

另外，婦產科的項目像非常規時間執行業務，因為非常規時間執行業務其實在醫療上非常常見，尤其是急重難的項目，不是只有婦產科，如果要這樣的話，可能所有非常規時間執行業務都要去考量其平衡性，但針對現行財務上的考量，這部分還是要審慎、通盤考量，而且生產很多是擇時的，那他就是非常規時間，這塊我們確實比較難定義是因為什麼因素，那不同意新增項目項次六「待產中醫師照護費」，

因為目前生產是一個包裹給付，裡面已經有反映婦產科醫師投注心力，而且 94 年之後有把自然產跟剖腹產點數調整一致，隱含是已經相對去反應婦產科醫師，雖然他是自然產，等待時間很長，所以我們把自然產的點數調上來。至於項次九「產後大出血」、項次十「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」是因為我們這次在討論案三 50 億調整案，是會調整到這兩項比較屬於重症的支付點數，所以這邊沒有另外說明，實際上 81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」點數，會從 17,979 點(含一般材料費)調到 41,098 點(含一般材料費)，另外『55015C 產後出血止血術』也是有調高，所以沒有在這裡做處理。

至於李玉春教授提的相關新增，目前我們在總額支付下，如要新增新的支付標準我們確實是要有配套的財源，所以每年在總額協商的時候都有一筆新增支付標準的預算，這筆預算我們確實會每年定期收載各單位意見，我們也有主動發掘，像是透過媒體一些相關報導，如有發現醫院有新的自費項目，我們會去請教他這部分對現行傳統手術項目中間不一致的地方可不可以告訴我們，那我們也會去做主動評估把他列入隔年在新醫療科技的參採，那相關新增支付標準程序及表單，其實我們現行已有，包括二代健保要做 HTA，現行我們也有委託專業團體幫我們評估是否有比較好的程序及收載作業，針對這部分在此回應，也謝謝各代表指教。

林院長仁卿（徐代表弘正代理人）

我是代表徐代表弘正，我是台中林新醫院的林仁卿醫師，我剛好是做婦產科的，所以我昨天也做了一些功課看一下，我現在要敘述的是說大部分都在談急重症跟急診，那應該要有加成，項次三「生產費用非常規時間加計」(6—8AM)、(5—10PM)這個不用沒關係、但是項次四「生產費用非常規時間加計(10PM—06AM)、(例假日)」這個比較屬於急診的時間，那因為生產跟一般的手術不太一樣，一定要待在

旁邊到她生產結束，而且生產是不可預測的，所以現在少子化，大家不想當婦產科醫師，就是賠償動不動就一兩千萬，是不是利用這個機會再考量一下，請看 130 頁有提到 81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」有提高點數，請看序號 431 說明由 17979 點調高到 41,098 點，調幅 129%，其實不是這樣的，剛你有講生產跟剖腹產是 36,335 點，所以這裡應該用 36,335 點來跟 41,098 點評比才對啊，那我算起來才增加 13%，那你下面這個項目才增加 4%，如果依照急診的加成，我看有的都增加 40%、60%，這個地方是不是請再研究一下，我不知道我講得對不對啦，剛才講生產跟剖腹產是 36,335 點。

蔡主任秘書淑鈴

林醫師，生產現在是以 case payment 跟 DRG 包裹方式支付，所以你講的金額是 case payment 跟 DRG 的包裹費用，您提出的 81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」是單項手術，不是包裹的費用。我們將依據本次調整，一併調 case payment 跟 DRG 的參數，即以後生產包裹費用不再是 36,335 點，所以你現在講的金額跟項目是不符的。

朱代表益宏

我想要回應一下李老師提到的，每年都新增這麼項目，每年健保都有一塊總額匡定一部分金額叫新增醫療科技，裡面包括藥品跟新醫療技術，大家都知道，一旦納入給付，其成長幅度是在第二、三、四年才會大幅增加，但是我們只有用第一年金額去預估，第二年就說他已經納入總額，就隨著所謂非協商成長因素去做自然的成長，那大概每一年只要進到總額，大概第二年就增加 1%~2%，了不起不會到 3%，這個叫非協商因素成長率，但是我們剛講的新醫療科技，本次同意增列的四項，今年你開放後，明年可能成長 200 倍 300 倍，後年可能又比明年成長 200 倍 300 倍，跟自然長成的非協商因素的 2%，那個其實差了非常大，這就是總額為什麼一直不夠，越來越不夠，在醫院很大

的原因，所以是建議署裡面，就是這個會上，針對每一年通過新增之醫療科技，至少我們每一次開會要列入追蹤，就是他對於我們耗用的醫療資源，每個月大概累積多少，是不是能夠連續追蹤，至少一年或是二年或是三年的時間，看看他對總額實際上產生的衝擊有多大，不然告訴我今年新增四項總額還夠，但是明年總額因為增加這四項費用，但是費用可能成長二倍、三倍，但是明年總額滾到基期再增加 2%，事實就會影響整體醫療資源，所以我對本案有具體提案，也請幾位代表可以表達一下，比如今天新增這四項，由下次會議開始列入追蹤，請署裡一定要報告這四項，在四個層級累計申報金額分別是多少，這會涉及費用分佈層級，比如這四項可能增加都在醫學中心，地區醫院不會做，結果你所有的新增都放在醫學中心，那地區醫院就會越做越小，沒有其它的地方做費用的增加，所以建議每次開會針對新增項目至少做持續二年的追蹤申報量及申報點數。

李代表永振

我贊成朱代表提議，新增項目應追蹤統計分析資料，將來才知道效果如何，另外我想了解按照剛才提到新增四項的血管整形術，就應該有「單純性」及「複雜性」兩種，這兩種有沒有明確規範區隔，將來在執行申報會較明確，不然大家都挑「複雜性」去申報，謝謝。

陳代表宗獻

回應一下李老師的提案，在新增藥品與新醫療科技，目前似乎在藥的部分有機制有經過 HTA，今天我們以類似用討論的方式來試討論新藥及新醫療科技其實也太粗略，應該後面有一個 background 就是經過 HTA 去考量，那中間可能會各種科技或各種藥之間會有替代性等等，不是健保署說了算，就是應該要有小組的機制來處理，另外我贊成建立預算評估的方法，大概要算五年發生多少，像我們基層最近碰到麻煩的一個問題，去年通過的眼科用藥 Lucentis，本藥主針對老人黃斑病

變，末期的盛行率大概是 1.9，我們請專家算過，費用衝擊非常大，原來這樣的病不在基層治療，因為有這個 Lucentis，它可以在基層治療，像這樣就跟總額預算脫勾，可能是我們 HTA 會計算出這個藥值得引進來，但是總額這邊沒考量，這個中間對我們衝擊很大，估計大概是七億，那我們不知到哪裡來去找這七億來運用，還是從外科婦產科那裡撥過來，這真是很傷腦筋的事情，所以我想這機制無法在此討論，但建議健保署好好整套重新思考一下，把目前在作的有 HTA 的，有一部分是沒有的，經過會議上通過的，這些作一個通盤的檢討，謝謝。

林代表富滿

第五十一頁「高危險妊娠住院診察費」，原來婦產科醫學會建議點數是 4,332 點，現健保署以 ICU 與一般診察費取中間值建議支付 450 點是否符合成本，應予評估。另預估年增加 0.4 億點，可能高估了。因該類案件目前以一般診察費申報，故其預估增加點數應扣掉一般診察費點數，算起來僅增加八百萬點，非 0.4 億點，建請考量酌量往上調本項支付點數的可能性。

李專門委員純馥

這個沒有替代性，這個產婦都躺在待產室，不會報到住院診察費，就會出現說她不是住在病房哦，所以沒有替代住院診察費那個效果。

林代表富滿

所以是指還沒有住院嗎？

李專門委員純馥

對，還沒有住院，因為她還沒有生產，還在待產，還在安胎。

林代表富滿

若還沒住院，為何以每人平均住院 8 天預估？

李專門委員純馥

我們是去算這 case 過去平均的天數，當然有人長、有人短，我們是取平均值來計算。

主席

請蔡主任秘書回應一下。

蔡主任秘書淑鈴

回應幾個問題，第一點：剛有位代表提到「單純性」及「複雜性」兩種沒有區別，我們應該要補充清楚，一條血管就是「單純性血管整形術」，兩條以上的血管就是「複雜性血管整形術」；另外現行支付標準係「血管整形術」，不管幾條血管都是 10,800 點，本次臺灣介入性心臟血管醫學會建議，應該拆分兩條血管以上的「複雜性」的項目，拆分後新增項「複雜性血管整形術」支付 17,327 點。

另外，對於程序上是否有制度化的設計，剛才李專門委員已經有大概敘述，現在每年在總額中都有編列預算。目前作法是開放醫學會及醫院提出新增項目建議，本方法是否為最好方法，我們也存疑，因為自費項目不需向健保署申報，我們無法完全掌握尚未納入給付的自費項目中，那些項目病人最需要應優先納入給付，這是資訊上的落差。所以我們希望大家把自費的項目列項申報，有助於將來掌握民眾用的最多、最緊急、付擔較重且已成熟之醫療項目，有助於安排納入給付的優先順序。

第二點：有代表提到，新增診療項目後，申報數量第一年少以後就變多，一個新技術納入給付後，我們確實不知道會有多少服務量，所以預估的全年執行數量是由提出新增項目之建議單位提出的，數量及醫療點數的評估都是依據專家的建議。

第三點：支付點數是否合理，這部分建議單位需要提出成本分析表，成本分析表有很大的討論空間，原因是不論是醫學會或醫院所附上的成本分析，是以他們現在的成本分析，但是成本是會動的，若設備、技術、數量多的時候，單價是會減少的。如何掌握合理的成本，我們也要考慮相關技術的比照，也要考慮數量多寡，長期來講，單價應該會有一些折付。另外很重要的我們也有參考各醫院收取自費的價

格，透過這些參考因素後，才能提出建議的支付金額提到會議上與大家討論，以上是目前的做法。

未來我們辦理新增項目還會多一道程序，我們現在已徵詢彙整各專科專家名單，未來新增項目要提共同擬定會議之前，先經由專家諮詢小組評估，幫各代表作一個專業的審議，最後依二代健保法定的程序來進行討論。未來啟動支付標準諮詢小組會議，將會使新增項目程序更加的透明公開，更周嚴的考慮。

羅院長永達（謝代表文輝代理人）

我要針對「血管整形術」，消費者代表剛提到兩件事情，什麼是「血管整形術」呢？在洗腎的時候有一條血管，後來血管塞住了要把他重新打通，什麼叫「單純性」？什麼叫「複雜性」？就是蔡主任秘書剛提到的，兩條以上的叫「複雜性」，我們這樣會造成一個誘因，假設有兩條以上，他一次把他做完，那患者不必來好幾次，所以那個錢一定要大於兩次以上，如果按照我們目前單次 10,800，第二次 17,340，很多醫師會這樣做，我先做一次，後天再做第二次，那這是不是我們要的，我覺得這不是我們要的，所以當時「臺灣介入性心臟血管醫學會」提出要大於兩倍，就是兩條以上做一次把他做完，結果現在訂出來的數字比「臺灣介入性心臟血管醫學會」提出的點數低，如果這樣我相信會大家都會分兩次做，這不是我們要的，這個要請「臺灣介入性心臟血管醫學會」講清楚，否則會是我剛講的這個結果。

主席

先說明一下程序，依以前慣例列席者是沒有發言權，如果有意見的話，必須透過出席的代表提出。但是我們可以請學會，針對專業部分進行說明，剛剛提到的「血管整形術」，特別請到中華民國心臟學會的代表，針對專業的部分做說明。

中華民國心臟學會徐迺維醫師

感謝各位代表指教，第一點：學會立場是說依照實際狀況來表達，剛羅代表有提到血管只是洗腎的血管，其實不是這樣子的，其實現在我們糖尿病照顧的很好，所以糖尿病病人一直在增加，所以糖尿病有一件事到現在我們沒有辦法克服的是血管的問題，血管問題大家都知糖尿病這一類的，事實上很多腳痛，所以使得這幾年下肢的血管整型數在增加之中，而且各位知道，下肢血管條數非常多，病人越來越多，醫師做一個其實要花二~三個小時是常有的事，吃的 X 光真的也蠻多的，所以「中華民國心臟學會」及「臺灣介入性心臟血管醫學會」應該要讓他合理化，就是該做就做，不該做就不應該讓他做，如果是真的那麼複雜的話，那按照 RBRVS 的觀念，事實上我們參考了美國 2011 年 RBRVS 及 CPT code，我們將這些臨床執行條件，重新加以整理及分類，再加上成本分析，當然學會提出的成本分析比較高，我相信健保署有一套自己計算的方式，一個比較核實的方式，也不能說是核實啦！只能說互相有一套方式，我們沒有拿全國的資料，這點計算方式，感謝代表支持說應該更高一點，這點學會尊重健保署計算支付的立場，第二點，剛羅代表提到會不會一條做二條，現在 10,800 點，就給你做二條，因為給付實在太低，X 光是有致命性的問題，我們的確很多同仁是身體受到不可逆的傷害，所以點數太低的後果，第一個是不做，第二個是我分兩次做嘛，有什麼不可以？那本學會立場一再強調，何時做，該做就做，不該做就不應該讓他做，所以我們建議單純跟複雜兩種，臨床執行條件，我們是參考了美國 2011 年 CPT code，事實上國外分的更細，一條二條三條，我們認為國家財政有困難啦！健保財政有困難，所以我們把他分成單純跟複雜兩種，然後來計算報告，當然會有代表問你會不會越做越多，學會長久以來希望共同維持醫療品質，也很樂意跟健保署合作，如果健保署能將每一季的量統計給學會，我們一起來維持高品質水準，學會非常樂意，所以這點是學會的立場，謝

謝各位。

主席

謝謝徐副院長。

陳代表志忠

針對 P.T.A 這個事情，現在周邊血管疾病非常之多，首先我不知道的是現行支付標準只有一個點數，那並沒有建議一條血管兩條血管，照我們過往健保開辦到現在為止，不管申報或在從事審查的時候都會碰到一種情況，他做兩條我相信是申報兩條，不會報一個費用，因為我們知道手術有單側、雙側，可是治療沒有單側、雙側，他一定是照累積上去，我們可能要跑一下資料，如果某病人做了兩條血管，到底是報一個還是報兩個，這是存疑；現行支付標準內每一個我們都覺得偏低，如果每個都要照成本算，照學會提供的每個都要調高，我們舉一個舉證，健保核的「複雜性血管整形術」17,327 點我們認為低，可是我們看了一下，有一個「69004B 動脈內膜切除術 Arterial endarterectomy with or without bypass graft」這個很大的手術 15,470 點，另外還有一個「69022B 肺動脈栓塞切除術」16,530 點，我想任何一個醫生都知道，這個手術大的不得了，當然他是手術另外還有 53% 的材料費，這樣看的話，這個導管的設備去通這個血管的話，我們知道 X-ray 當然吃了許多，當然我們都有做防護，我們不是否定哪一個學會的努力，這樣比起來 17,327 點恐怕不是太不理想，因為事實上很多很大的手術現行支付標準都很低。

主席

好，還有沒有其他代表針對討論案一有意見？

陳代表宗獻

我不是針對單項，是繼續剛剛的議題，提這些案的學會或單位他們會有一個新增醫療項目的建議單或什麼？那個將來可不可以附在裡面，因為可以看到說...

李專門委員純馥

那個部分的資料很多。

陳代表宗獻

可否稍微整理一下，應該他會去算盛行率，ANT 那些。

主席

如果各代表有興趣的話，可以到醫管組去調閱，我們都很歡迎，但是如果印這麼多的話，可能要用車子運到這個地方來，那樣不環保。針對討論案一，同意新增的四項中，有關「複雜性血管整形術」主秘剛已回應會備註清楚，若無其它意見，就剛婦產科提到的問題，有沒有需要再來做檢討，在下一次會議另案討論，這個提案就先照這樣通過，這是第一個決議的部分，第二剛有很多代表提到說新增的不管是支付項目或是藥品，到底在執行後的第二、第三年時衝擊有多大？那這個是怎麼來評估或是怎麼處理，我想如果要在共同擬訂會議中討論，大概一個提案就討論不完，這個機制該如何建置，大家可以再思考，或是在總額協商時提出來等，因為本會議的任務只是讓各代表針對這些給付項目、支付標準來作討論，然後報部核定。有關各總額對於新增支付標準或是新藥、新醫療科技引進的衝擊，第一年、第二年、第三年時到底會發生什麼情形，那對總額影響是什麼，是另外一個議題，大概沒辦法在這裡討論，所以討論案一是不是就依據剛剛的說明，除了「複雜性血管整形術」要備註清楚外，其餘照案通過。

林院長仁卿（徐代表弘正代理人）

主席，剛婦產科醫學會理事長跑來跟我說，能不能讓他發言一下？我幫他講一下。

主席

剛林代表表示，婦產科醫學會列席者有意見要發表，代表們如果不反對是不是可以讓他發言？

林院長仁卿（徐代表弘正代理人）

謝謝，可以啦！

主席

好，那先請朱代表發言，之後再請列席代表發言。

朱代表益宏

我講的很具體啦，就是希望本會議每次能夠追蹤通過的項目，到時候提供他的申報量跟申報點數，只是這樣子而已啦；至於對於總額衝擊，如果主席裁示不在這邊談也 Ok，但是你都沒有資料可以提供，我覺得也不好，而且這個會我們今天通過了也要看一看到底它的執行狀況，所以希望以後在這個會上每次在報告事項上，就提報說哪一個年度它新增了，然後它累計的四個層級申報量及申報點數是多少，我想這就是提供數字而已，至於代表看到這些數字要不要討論？如果要討論就用提案的方式再來談，如果看到這些數字覺得說不在這邊討論，拿到另一個場合去談，總不能連數據都不讓我們知道，數據健保署一定有，我只是拜託很小的請求，只要通過以後，在每一次下次開會把申報量及申報點數做一個彙整的報告，以上。

主席

先請醫管組做回應。

蔡主任秘書淑鈴

這個共同擬定會議的精神，是在討論支付標準的研修，所以是給付項目跟支付標準的研商會議，另外我們還有一個會議是總額的研商會議，所以只要今天通過之後，例行都在醫院總額的研商會議會把所有的項目支用情形進行管控並提出報告，我想朱代表大概都忘記了，這個事情一直都有在做，而且絕大多數新增項目納入給付後第一年、第二年，實際使用量都比預估用得少。

朱代表益宏

這樣講不對啦，醫院總額的研商會議我們參加那麼多，什麼時候有報告過，只有有一次報告過，報告完了事實上也都沒有東西，所以我們才想說，既然那邊署裡面不在那邊講，我們就在這邊講，而且這個會議上也有付費者代表在這裡，那付費者代表看到通過了那些東西可能也有對他的執行狀況也有興趣，剛李代表也有提到，他有同意這樣子，如果在醫院總額的研商會議講那也 OK，我只是不知道李代表不同意，李代表不是那個醫院總額的代表，剛蔡主任秘書也講很多預估的新增項目，事實上沒有經驗，那沒有經驗我們就要收集資料，到時真的有什麼狀況我們才可以作調整，我想把申報量及申報點數的數據提出來，應該不是很困難的問題，如果主席認為不要在這個共同擬定會上談，那就是到總額的會上談，那也是希望至少每次開會，三個月開會就應該拿出來看一看，你不要一年才拿出來然後又不清不楚，然後整個大項告訴你通過四項總計花了多少錢，那細項都看不到。

主席

我們是半年會提供一次，我不曉得現在醫管組能不能調得到資料給你們參考，這是目前的程序，每半年會提供至研商會議裡討論。

蔡秘書長明忠（蘇代表清泉代理人）

我想剛的決議就做成報告表，放在旁邊讓代表們看就好了，不必要說一定要拿出來這裡，因為我們這個會的目的跟那個會的目的不一

樣的情形之下，但是李代表所提的他需要資料的話，那我們就是彙集成一個資料放在旁邊讓代表們作參考就好。

李代表玉春

主席，其實我比較在意的是因為這個共同擬定會議是在決定支付標準，那大家就是就支付標準來調，但因為現在新的法，其實就要不要納入給付或刪除前這個解釋好重要的法定任務，所以才會建議署裡要建立新的程序，因為這是制度問題不是項目，如果共同擬定會議每次都討論項目，其實我們都可以退席了，因為其實我們對這個部分沒有那麼了解，所以我們比較能夠看的，應該是說這整個程序不符合公正原則，用什麼方式去徵求大家的建議，依這裡寫是說徵詢相關學會及專家意見，但是不是所有學會或所有單位都有被徵詢，那包括是不是付費者代表、病友團體這些，都有意見進來，我剛提的其實是制度面的建議，其實就這個共同擬定會議來講，它的功能是決定要不要納入，那要不要納入其實有檢討的機制，我想剛醫界代表講的也是有道理，畢竟我們決定要納入，那就會有財務的影響，對於這個部分我不是說我非看到資料不可，我想重點是整個制度面的建立，包括後端影響也可以讓大家知道，剛健保署代表是說現在正在委託，那至少比現況還未做好整套的醫療科技評估等等這些，陳閱之前那是不是應該要有一個程序，因為畢竟現在已經不是過往的只有支付標準的討論，他還包括給付，所以把給付當做附帶，好像也太把這個會作小了啦！這是我剛為什麼建議，我再重申一次。

主席

有關新增的支付標準、藥材、特材，到底開始實施以後，使用的申報量及申報點數的數據，因為每半年會在總額研商會議有做過報告，下次召開共同擬訂會議時，我們會把總額研商會議的資料帶到這裡給代表們作參考，至於剛李代表提到那個機制，我們會把會議紀錄呈給長官去思考以後，另案處理。

朱代表益宏

主席，剛李授授講的我覺得很重要，那當然今天不會有結論，那也說這也是署裡面要去想的嗎？所以我是建議這個案子我們是不是列入追蹤，那下一次看看署裡到底有沒有進度，然後預計什麼時候會有什麼狀況讓我們所有代表都知道，所以我是建議剛李代表提的，新增支付標準怎麼作評估怎麼進來，制度的建立我們列入會議追蹤事項，當然這個案子我們移請部裡面續辦，如果有初步的結果，在這邊會上也讓我們代表都知道，以上。

陳代表宗獻

如果李代表不反對的話，就資源配置小組可能性運作作討論，送部去研究。

主席

有關機制建置，我們會納入研議，有初步結果再提到本會報告，現在請婦產科醫學會謝卿宏理事長作報告。

台灣婦產科醫學會謝卿宏理事長

我是婦產科醫學會謝卿宏理事長，感謝各位代表給我這個機會，讓我們婦產科也有機會提出相關的給付項目，也感謝健保署能夠納入婦產科意見，我們這次提出這麼多項目，目的有兩個，一、提升產科照護的品質，產科照護不只是生產這一塊，還包括生產前生產後，那中間有很多複雜的機制，我們提出這些項目專門是針對我們現有的制度，包括 DRG，或是健保實施之初，婦產科生產都沒有好好討論，根據我知道的消息，雖然健保設立之初有參考日本健保制度，但是其實婦產科的產科這一塊都是用喊的，並沒有確實去精算。我們婦產科醫學會最近特別去看了日本健保給付的標準，把日本那一套想拿到台灣來，我們希望可以提升產科照護的品質。這些年來這些項目，就卡在

我們婦產科很相信健保署的話，健保署跟我說 case payment 不錯啦，當時我們就是第一個配合採用 case payment，然後又 DRGs，結果現在每次只要我們有提出新的計畫，健保署就回答我們 DRGs 都已考慮生產難易度跟 DRGs 裡面的中位數有的沒有一大堆，結果就變成婦產科的問題都無解。所以，每個醫生不管作簡單或困難的項目，我們所作的任何處置，費用都一樣，所以造成今日婦產科的困境:困難的就變成沒有人要做。更因為產科是 DRG 的關係，我們醫師所有的費用都是來自生產費而已，生產費又非常低，而醫院又常操控給醫師的比率，百分比都有一定的限制。因此，我們要求能不能把醫師費獨立出來，這一部分下週我們到衛生福利部開會時會再提出來，否則，因為難易程度不同，會牽涉到付出的心血跟醫療糾紛的可能性又不一樣，結果會導致困難的部分就沒人做，我們婦產科投入的醫師又相對變少，所以做產科的醫師越來越少，這也是我們今天提出這些項目想來提升產科品質之外的第二個目的：吸引優秀的醫師加入產科行列。大家都知道台灣孕產婦死亡率在世界排名五名內，根據國健署統計的資料，去年是十萬個裡才有五個死亡，在世界排名是很前面的，WHO 兩年前台灣是第八名，非常非常棒，我們希望我們這代醫師的努力不會因為健保的制度，因為沒有難易程度分別，因為給付沒有不一樣，而造成年輕醫師或醫師不願意投入婦產科而在不久將來赴諸流水，所以我們才提出這麼多項目，但是很可惜，健保署只給我們「高危險妊娠住院診察費」。對於這個費用，剛李專門委員好像弄錯，因為如果是在待產，也是整塊混入 DRG，所以醫師也拿不到；但這個診察費可能也發生在住院時哦，因為高危險妊娠不一定都在待產時發生，也有可能在住院安胎，所以，我對李專門委員剛講的是有一點點不同的意見。當然，為了婦女健康照護能夠維持長久的高品質，我希望健保署好好考慮我們的規劃。接著我請我們秘書長補充一下。

台灣婦產科醫學會黃閔照秘書長

我簡單講一下「高危險妊娠住院診察費」，其實他計算的 base 有差，我想健保署應該要拿回去重新試算一下，把合理調高的部分應該算出來，基本上不會到四千萬，基本上大概在一千萬左右而已，所以我想這部分應該要好好計算把點值算出來，那像剛駁回的那幾項我還是根據日本的制度跟大家介紹，在第五十二頁不同意新增項目，所謂的「高危險妊娠轉診照護費」，現在署裡面也有所謂的急診品質照護計畫，這「高危險妊娠轉診照護費」是說今天診所應該要分級，診所不應該照護高危險產婦，但是我想很可惜的是因為我們的產檢費用只有三千多塊，而且要十次產檢才作完，所以診所裡面必需要 keep 產婦才能維持他產房的基本運作，那我們作過統計，大概診所要生 20~30 人才能維持產房基本運作，所以他必需要把病人 keep 住，可是有些高危險的病人事實上不適合在診所生，所以你沒有給他一個基本誘因讓他轉診到醫院來的時候，這個產婦在診所生了，小朋友出問題了，媽媽出問題了再送到醫院來，其實對產婦是不好的，所以這個從日本的制度裡面他設計很好的，再做一個急診的品質確認，第二個講到下面講的項目，「高危險妊娠分娩費用」、「生產費用非常規時間加計」跟「待產中醫師照護費」，我想李教授在這地方，根據 RBRVS 精神裡面我們計算的成本是說，我們的接生費是 8,902 點，是算在產房或開刀房那個小時，事實上產科醫師在投入接生過程當中不是只有那個小時，事實上前面的待產過程時間都投入了，他沒有假日沒有休息，我們算過一個產婦平均待產時間是十二個小時左右，那這十二小時不是像健保署裡講的說他這個已經反映婦產科的成本了，如果今天是反映婦產科的成本，那麼今天婦產科不會有那麼多醫師大量流失，所以我是覺得這些項目，就是我們依照日本，一個一個詳細的 item，過去健保署在這一塊都沒有把這些項目列出來的時候，我們希望把一項一項的 item 成本算出來後，你才能真正精算出自然產及剖腹產的成本，才能算出實際成本給付醫師或醫院，我想這些項目如果今天被駁回掉我是覺得可

惜，我是覺得這些項目都應該列入成本考量，我想過去健保署，就像理事長講的，過去那一段 DRG 喊出來的錢從來沒有人知道怎麼喊出來的，尤其自然產這一塊都沒辦法去確認，所以這部分應該要把所有的細項 item 一項項獨立出來去精算成本以後，才能算出真正醫師費應該拿出多少，這個部分可能的話我想署裡面應該退回去好好的規畫，再提出來會比較好一點，以上報告。

主席

謝謝謝理事長及黃秘書長，針對婦產科提出來的意見，我們會將他列入會議實錄，有機會並納入後續考慮，謝謝。

朱代表益宏

主席，剛因為署裡面這邊有講說，健保財務不是在本會討論，但我剛看了一下健保法第四十一、四十二條講得很清楚，四十一條就是醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂；四十二條第二段就是醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務，也就是說我們在訂定這個東西的時候，當然健保署可以先去辦理所謂的 HTA，但是我們這個會在擬定在同意或不同意的在考量的時候，要考量第一、人體健康，第二、醫療倫理，第三、醫療成本效益，還有一個就是保險的財務，所以我覺得說我們這個共同擬定會議當然要去考慮保險的財務，而不是拿過來過或不過，那這個項目新增後對健保財務衝擊當然我覺得我們要考慮，只是說萬一衝擊很大，不是我們會議可以決定的，但是我們會議上可以決議，把對健保財務衝擊過大的時候移到健保會那邊去，對於整個健保整個財務去作一個評估，我覺得程序上應該是這樣子走，而不是我們這個會不去考慮保險財務，不去考慮成本效益，只是拿過來說大家要或者是不要，那其實就像李代

表講的那樣可以不用來啦！以上。

主席

好，謝謝朱代表提供的意見，我們會依照代表意見再進行研議，針對討論案一，是否還有其他意見？

黃代表雪玲

主席，第五十五頁「內視鏡冷凍治療」是不是應該寫成「內視鏡冷凍治療(含內視鏡)」

主席

第五十五頁(含內視鏡)。

蔡主任秘書淑鈴

當然含。

黃代表雪玲

所以字面上應該加上來。

主席

還有沒有，如果沒有討論就照同意事項的新增項目報部核定，接下來討論案二。

第二案

案由：有關 102 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」修訂內容案

主席

針對討論案第二案，有關 102 年提升住院護理照護品質方案，請各位代表發表意見。現在已八月了，很多單位都在關注此案，希望大家能趕快討論定案，盡快開始執行。

郭代表正全

主席、大家好，就這個方案醫界希望盡快定案，因為長期用這樣一個提升照護品質方案，基本上在這兩年來所有醫療院所對護理人員的待遇及各方面的補助已間接提高增加整個營運成本，基本上我們還是希望整個案回歸到調整住院護理費，所以有關甲案、乙案，醫界在上次討論好像比較傾向甲案，但就甲案裡面有個原則，包括後面有提到的案子也一樣，就是要考慮到層級間的平衡，請大家看 P.78，就甲案和乙案，原來醫學中心過去在提升護理品質所拿到費用是占 44%，但是經過這樣整個支付標準調整後占率變作 35%，基本上這樣的比例是有一些問題，因為當初醫界跟健保局在協調過程沒有呈現前面相關的費用占率，那我認為這一段稍微要考慮一下，為什麼，第一個問題就是說，醫療機構設置標準對醫學中心護理的配置要求是跟其他層級不一樣的，第二個問題，我想剛才報告裡有提到所謂的急診暫留床不調整，因為急診暫留床在今年度的醫療機構設置標準要求說暫留床一床要配置一個護理人員，基本上對醫院來講營運有很大的問題，所以本人代表醫學中心，我想我還是要呼籲一下，所有的調整希望跟原來的比例不要差太離譜，從 44%、45%掉到 35%，整個護理專款的費用降了 10%，基本上我們的成本上是增加相當多，我懇求跟後面要討論的

案子有一點相像，我希望調整的支付標準是健保局能夠試算一下，當調整以同比例的基礎下的話，這樣的話費用整個差距是否會縮小一點，以上。

羅院長永達（謝代表文輝代理人）

主席，我想，剛郭代表所提到的，我們在醫院協會內部也討論過，我想大家都在注意此案，所以大家原則上也希望盡快能夠通過，讓大家能夠有所遵循。那醫院協會在上次會議裡大家比較贊成的是甲案，這是第一個。第二個部分就是說，剛醫學中心所提到的東西我們有一點點解釋，第一個就是說，這些東西是做才有錢，因為護理費是做越多，你相對就領越更多的百分比，所以這是假的，你寫這數字裡面，如果地區醫院一直萎縮，醫學中心一直擴散的話，它那個錢還是醫學中心比較多，因為那不是設一床在那邊就有錢，它是做越多護理，相對的東西，做才有錢。第二個部分，只講甲案的前面，後面那個部分，像我們地區醫院占 17%，可是甲案裡通過人力評鑑部分也只有拿 13.6%，為什麼，因為沒辦法所有東西整個都剛好，所以所有東西加起來，比例數是比較重要。今天我想包括署裡面、包括護理師公會全聯會，大家都希望這個案子趕快過去，大家都退了很多步，剛開始的時候護理師公會希望全部都放在人員的增加，那我們醫界是希望調護理費，這兩個部分我想大家都在讓步的情況下，現在已經是八月了，九月份要協商，今天消費者也在這邊，我們也很希望今天能夠順利通過支持，所以我們這邊是支持甲案，按照這個原則通過，以上。

林代表富滿

有關研議方案所提擔心調高急診暫留床護理費，恐引發病患滯留急診效應乙事。事實上會於急診暫留，主因是無法入住病房，急診所需的護理人力高，臨床實務不會有人願意有床不入，讓病人滯留急診，且急診暫留床護理費才 150 點，遠低於各類病床護理費，本案排除調

高急診暫留床護理費，對急診相當不公平。另外，ICU 的護理費也沒有列入調整考慮，對需要耗很多護理人力的 ICU 也不合理。

另外，在兩個研議方案中，各層級調高的點數均相同，也是不合理。無論在醫療機構設置標準及評鑑人力要求，層級間護理人力的要求均不同，醫學中心護理人力高於其他層級，然並未對等反應在支付點數，本次調整建議方案所提增加相同點數後，層級間人力成本與支付所得更不成對等比例，敬請審慎考量。

林院長仁卿（徐代表弘正代理人）

我是覺得重點這一案應該通過，我是代表區域醫院，我贊成甲案，謝謝。

黃代表雪玲

主席，我們是醫學中心的代表，我們要呼應郭特助講的佔率分配要合理，我們也是支持甲案，希望能趕快順利通過。這個比例上就醫學中心照護的品質，真的來講就應該要回復到原本結構。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

主席、各位代表大家好，我是護理師公會全聯會今天的代表，我叫劉淑芬，第一次發言。首先要非常謝謝代表從 98 年起對這個案子的支持，另外，這麼多年來對這個案子的支持，其實對我們護理界在我們人力最困難的時候是一個很大的助益，但是針對這個案子今天我們提出來的部分的話，就剛剛司儀幫我們念的，6 月 13 號衛生福利部有函，請健保署儘力與相關其他團體協調這個方案。但是在我們拿到這案子之前的時候，其實我們並沒有收到所謂的協調方案，我們今日來開會的時候，在會議之前我們是收到這個方案，而不是協調這個方案，我想這個提出的這個部分是有違所謂的當初衛生福利部所提出來的行政的問題，因為署裡面希望我們的健保署能跟其他的團體、相關團體，

再次協議後再擬訂方案出來討論。可是這個程序並沒有完成，也沒有執行，但是我們在開會之前的前幾天的確收到案子了，而這個案子並不是協商出來再做協議的結果。是我們非常辛苦的健保署，它把它做為一個案子的擬定，這個我還是要跟代表們做一個報告。所以呢，建議這個部分的話，在我們整個全聯會裡面做了個討論，我們還是要懇請我們的代表們，我們還是希望能夠按照我們全聯會 101 年當初的計算法則的方案來實施執行這個部分，希望 102 年還是依照這樣的方案來執行。為什麼我會提出這樣的想法，首先，第一點，在 7 月 23 號的時候，總額預算計畫執行發表的評論會議當中，其實健保署針對 101 年報告資料裡面也提出來，從 98 年開始到 101 年，其實我們護理人力的確也增加 3,962 個人，其實表示這十幾年來方案是有助益的，而同時藉由去年這個獎勵方案必須登錄用途的方式，所以我也看到的確誠如代表提到的獎勵方案的確用在增聘人力、提高人員薪資跟加發獎勵金，有十足的效力讓同仁願意慢慢回流到醫療院所服務跟工作，同時離職率目前有開始微微的下降，回流率也在增加當中。但是在成效檢討方面，我們也看到的部分就是藉由這些方案引發同仁回來的動機。但是在 101 年的方案裡面，其實我們主要的都是在提昇我們講的醫院裡面 C1 到 C9 的人力，就是所謂住院這塊的人力，包括我們提到一般病床、手術室、手術恢復室、觀察室、產房、待產室、嬰兒室、門診血液透析室、燒傷病房、嬰兒病房、精神日間病房等等的，由資料顯示人力的確有增加，但是因為這是 101 年的案子，事實上所有資料只有一年，所以這是很困難的，用一年的資料來顯示護理人力是不是已經有陸陸續續在回補到符合我們消費者的期待跟關心。特別是急性照護這一部分，誠如我跟代表所提到的，其實急性病床護理人力的確是不足，而有時會有所謂各家醫院一直很擔心醫院無法足夠人力造成品質的一些問題狀況。同時我們也看到就是說，在離職率下降前提之下，也就一年的資料，其實我們希望能夠維持 101 年的原來方案，把這些資料做

一些相關資料彙整之後，對於整個人力未來的發展、護理人力的建構，其實會更有幫助，同時全聯會事實上的話，我們也希望除了這三題資料庫裡面可以做彙整人力市場之外，我們也期待在整個會裡面不斷推動很多包括彈性工時、繼續教育的 E 化等等的，這些方案其實對我們的人力都有幫忙，包括三個層級都在進步。目前我們台灣的全民健保住院護理費的支付標準，的確是無法跟我們護理人力做一個連動，我想衛生福利部在 7 月 29~31 號，跟著我們的醫事司、照護司還有我們的健保署、我們主秘也參加了這個部分，參加所謂的日本護病比跟照護連動相關作業準則，我們也看到事實上整個人力跟所謂的照護人力比之間的連動，的確對日本整個照護的品質上有很大的提昇，我想日本同時連帶讓護理人員的確回流到這職場上面，那在支付標準上面我們也可以看到日本用 1:7 的護病比時，2006 年是 1,555 點，到了 2012 年是 1,566 點，這樣並沒有很大的所謂的支付改變跟增加，可是人員部分對我們所謂的財務影響並沒有增加，可是事實上他們合理的 work loading 對病人照護品質是有很好的正面的影響，所以我們這邊真的是非常希望我們代表支持，就是說我們 102 年我們知道大家都很急，其實我們護理人員也很急，我們都希望這個案子能夠趕快通過，可是我們從整個長遠的規劃來看，我們還是希望各代表能支持全聯會維持 102 年的計算基準時所提出來的方案，我們所提到的 pay for reporting 的 0.5 億，剛剛提到的 C1 到 C9 的部分是 17 億，另外所謂的增闢人力的部分 7.5 億，以上，謝謝。

主席

好，所以現在等於又有第三個方案，針對你說當時沒有先跟你們討論，這個我要澄清一下，這是開過 2-3 次的會前會後，所共同擬出的折衷方案，如果你還是堅持原來第一次所提的方案，是不是麻煩你把方案拿出來，我們三案併呈給部長去裁示。

陳代表志忠

對不起，我講話不會講這麼久，我只是以一個很笨的人問一個問題，為什麼健保要給付護理費，護理費是拿來做甚麼用，照顧病人嘛，那就護理費不就是給護理人員的嗎，現在我們說以一個護士照顧的病人太多了要減少，可是我們又要增加護理人員的收入、增加護理人員的待遇，那我們不調護理費要調到哪裡去呢，我這個很坦白、很原始的想法，我們醫界在那裡爭來爭去，好像護理費是醫院拿走了，我們有很好的數據，台灣醫院協會有非常之好的數據，經過這兩年調增這個護理費以後、調增這些費用以後，醫院付出去增加護理人員的成本，比健保局拿到的費用還更高的，事實上是這樣，我不知道為什麼要反對調增護理費，為什麼要反對把大部分放在這裡，醫院拿到這些錢不會放在口袋裡面呀。

羅院長永達（謝代表文輝代理人）

我想我們一開始的時候是出很大的善意，那我們也知道上次是三案併呈到部裡面去，那其實意見裡面在原始的想法是我們不要這個錢，我們希望退回去，我們大家都不要，為什麼，因為這花很多錢遠大於20億、25億，那我們也知道醫療目前很多這些東西包括其他共同效益，包括因為護理調整其他東西也調整，醫院也吞下去了，我們也期待能夠達成協議，否則三案併呈，從現在開始我們也反對這個案子，也希望這些東西回到原來，就跟當時三案併呈也一樣，也期待明年也不要跟這個預算，我們不要了，也希望盡量不要編。

主席

希望大家能心平氣和討論。因為現在有人同意甲案，只是護理師公會代表劉代表希望用原來的方案，所以就是以甲案跟他們的方案兩案併呈給部。劉代表因為你是第二次發言，先讓朱代表發言。

朱代表益宏

主席我想這個案子真的討論很久，真的就像主席講的中間折衝了很多，最早的案子其實跟這個長得不一樣，大家折衝了半天，蔡主任秘書主持的就不止一次，我印象中參加兩次會議，最後折衝出來是甲、乙案，剛剛醫學中心也表達對於不論甲乙案佔率都偏低，這個是事實。但是我覺得這是大家折衝了半天所擬出來的甲、乙案，而且地區醫院跟區域醫院都贊成甲案，所以我想拜託護理師公會全聯會，如果真的仍是堅持最早的案子，變成所有折衝都歸零，所有的案子中間是要互相有退有進，但如果你完全一步都不退的話，事實上這案子會不成，送到部裡去裁，當然第一個剛剛地區醫院講提另外一個案子，這我不贊成一毛錢都不要總可以吧，這也是一個案子，那我都不要、不執行，依照健保規定，不執行的話專款就收回。這也是一個案子，所以我是覺得說，如果今天大家能有共識，用甲案去裁就比較單純，但是如果護理師公會堅持只有你的案子是案子，那我想就拜託主席把剛剛羅院長的案子也納入，以上。

郭代表正全

主席，確實這個案子拖了很久，今年有明年不一定會有，而且醫院對於這樣一個也是很困擾，那我僅代表醫學中心，因為當初協議過程中間，我確實承諾，沒有看到結果但有承諾，為了讓案子盡快執行，我想我們三個層級應該是一致的，希望護理師公會稍微體諒一下，讓甲案儘速通過。

蔡秘書長明忠（蘇代表清泉代理人）

主席，各位代表，聽了報告都在醫院跟護理界，跟各位講，再不決定，傷害已經造成，基層也受到影響。明年，對不起，基層也會加入這場戰局，開玩笑，都被醫院請走了，我們基層那裡找護士，醫院

有補助，那基層都沒有，日子再繼續活下去基層都不要了，如果大家都覺得護理人力真的都那麼緊情形之下，那基層怎麼辦，所以跟大家報告，明年基層不會缺席，也要跟大家坐下來談談看，我要護理師公會怎麼樣提出說法對基層。這東西你們要去思考，不是只有在醫院才是護理人力，基層都沒有護理人力嗎，那基層這一區塊護理人力怎麼去講，謝謝。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

謝謝主席，我首先回應其他代表的意見，所謂提到的護理費是做什麼，護理費的確是拿來支付護理人員工作的辛勞，我想這個部分你的解釋非常的好。那當初我們在 101 年裡面所提到的案子裡面，通過醫院能力標準這件事情，我想我們護理界是對付費者本身是非常負有責任的，因為我們認為說因為通過人力標準，把人力放在醫院跟工作連結，你的付費跟你的人力做一個連結，才能夠真正的產生對消費者責任感的做法，否則的話事實上，如果把它放在服務量多少，而不是我有多少護理人員就照顧多少病人，我想對消費者是個很大的傷害，我今天不管醫院有多少服務量，我就是只有這麼多的人還是要做這麼多的事情。我相信後面所產生對消費者、對病人傷害是更大的，病人有更高的感染率、更高的跌倒率、更多的異常事件、更多的給藥錯誤。因為醫院可以不斷增加服務量，人若沒有連動，所以當初署裡面提出這樣的款項目的，就是希望藉由人力連動過程當中，因為聘了更多的人，給了照護的病人數合理條件之下，給病人最安全的照護準則。其實當初我們希望藉由這筆費用來補助、幫助醫院，其實這筆費用是用來協助醫院、減輕醫院的負擔、而不是在增加醫院的負擔，因為這筆費用本來醫院就要請這麼多人，可是因為藉由這筆費用你可以請更多的人，對醫院來講是 COST DOWN，也不是 COST 增加，也不是 burden，我想這個部分要先回應。

第二個問題，我們的診所代表意見也非常的好，那事實上的確我相信護理人力荒在醫院也會有、診所也會有，就像醫生界一樣，你會有四大皆空，不會每一科都空，一定是有些空、有些不空，同樣的道理在護理界也是一樣，我們的診所，就目前來講工作環境跟工作量的確是比較吸引我們護理人員，比醫院狀況來的好一點點，不能講說是一定是最好，起碼是好一點點，所以這個部分我要先做這個說明。

另外一部分，如果說各代表問為什麼我們要提出一開始在署裡面 6 月 13 號之後沒有協議這件事情，是一個程序問題我們要先提出，的確我們是沒有被協商，只有告訴我們這樣一個做法，以上，謝謝。

主席

請未發言的代表的先發言。

林代表淑霞

的確本案本人目前尚未發言，我在這邊只想簡短呼籲我們護理界，就 7 月 23 號健保總額評核會議報告，全國登照九萬多護理同仁，可是真正投入臨床職場比率不到五成九（58.8%），我只能講這是大環境的改變，護理界大環境如何改善有賴我們所有最尊敬的護理大老，期盼您們對改善護理文化及價值觀在年輕人這一代可以多多投入一點心意。回到費用部分，我相信大家都講過醫院投入給護理同仁的不管從薪資、待遇、福利各方面，絕對遠超過你們為醫界號稱所爭取的專款，希望護理同仁能夠站在跟醫院共體的方向一起努力與合作，以上。

主席

謝代表發言完以後，我們是不是先請消費者代表（健保會委員），還有專家學者來表示意見。

謝院長景祥（謝代表武吉代理人）

我想剛剛護理界的代表講的讓醫院 COST DOWN，這句話完全不是事實，那現在護理人力，我們要講一句老實話，護理人力為什麼這麼缺，你們考的太難了吧，5,000 個人考 300 個通過，這講什麼話勒，考成這個樣子，這些題目我們拿過來，去考考看現在醫學中心十年的護士看考得過、考不過，有一次我在罵我醫院的一個護佐 你怎麼考三次還考不過，他把題目拿給我，我一看我也閉嘴，我也不會，因為他故意拿婦產科的題目給我看，我是骨科的醫師，她拿婦產科題目給我看，我也不會。今天你們公會的幹部來考考看，你們教考用完全出問題，故意把題目考那麼難，5,000 多個，我們現在護理界現在缺的人力在哪裡，在值夜班的護士，她有了小孩她要照顧小孩，她就是沒辦法嘛。這些剛畢業的你又讓他一年考不上兩年考不上三年也考不上，他就離開職場，他畢業的時候，她第一年第二年考不上，第一年考不上他也得要找工作阿，他不能找護理界的工作，他就去超商當店員，你要叫他第二年再考上，怎麼考得上。那考得這麼難，那你們教考用完全脫節，我曾經碰過考上護理師吊點滴的不會排氣。所以我告訴我的護理長，現在所有的護理人員都不能罵，現在哪個醫院敢罵新進的護理人員，我一天到晚告訴我的護理長不要罵人，你一罵就走了，有時候實在是太離譜，我去年有一次有兩個護理人員實在是太離譜，一次約談兩次約談三次約談，實在是不行，被我 fired 掉，第二天她就在旁邊的區域醫院找到工作，誰敢罵。那哪有可能一路工作一路往上加，怎麼加法，你有看到基層護士，我說你們護理界的高層跟基層脫節太久了，他們上街頭是說我要假、我要命，我不要錢，那這些錢下來的時候我們還是請不到人，我們就是沒有人可以請。舉例來講，第一年我拿到了錢，我就召開護理長會議，算一算每個人平均可以分到五千多，那他們自己在那邊想要怎麼分，護理長怎分、其他人怎麼分等等，搞半天分不定，我就說我提第二個案子，每個人每個月加薪 2,000 塊好嗎，大家都說好就散會了，我一年每個人增加 24,000 元，我多付出這

麼多，不是只有我這個醫院這樣子，很多醫院都這樣子，那這都有統計數據，為什麼你可以睜眼說瞎話，不好意思我用這句話講，你說讓醫院 COST DOWN，為什麼我比較激烈，你說讓醫院 COST DOWN，那根本就不要，談不下去，幾次在談的時候，其實醫院不太愛拿這錢，為什麼不愛，每次拿到錢，發出去，發出去的時候其實護理長知道，基層護士他們也搞不清楚怎麼發的，所以基層護士常上電視爆料，發這麼多錢 25 億我們一毛錢都拿不到，報紙寫的大大的，黑心醫院、血汗醫院 所以為了這筆錢，我們花了多少錢，背了多少黑鍋，協商了很多次，如果真的說不通，我們是不是甲案、乙案都撤，就留下你們的案子一個，再加上羅代表的第四案，通通不要發，一毛錢都不要發，完。

主席

好，大家 calm down，現在請消費者代表及李教授這邊發表意見後，我們再拉回主題看是甲案？乙案？或是其他案？報部裁定，請消費者代表發言。

葉代表宗義

現在請教那的護理條件有個 C 案，那麼 C 案是怎麼樣是不是可以拿出來看看？

過程我沒有參與阿。

蔡秘書長明忠（蘇代表清泉代理人）

這樣子啦！有一句話啦！就跟我今年在健保會談的一句話，你們吵架就吵架結束再說，不要讓消費者來做裁判，我覺得這種問題，雙方面冷靜下來，在這邊不用有很情緒化的字眼出現，那我也跟護理界的同仁講一句話：「改革需要逐步漸進，不可能一次到位。」那很多東西在雙方折衝之下先採大多數能決定的案子，先做先上路，醫院有醫

院的委屈，已經滿肚子苦水；護理部也有一些護理的苦水，各退一步，大家相忍，先走上路，再吵下去你們都空，什麼空，我腦袋空空，就甚麼都沒有啦！就這樣子。拜託一下，可不可以護理師也不要這麼堅持，你們該表達都表達了，A 案就走了就走了，就這樣子就好了，那後面的東西就真的是這樣可不可以不要再這麼堅持了，這樣下去不好啦。

主席

請消費者代表和健保會代表翻閱資料，護理界提出的方案在第 60 頁，方案內容就是通過醫院評鑑人力標準，全年預算 17 億，品質指標報告預算 0.5 億，再加上新增護理人員數 7.5 億，沒有調高住院護理費的支付標準的預算，這是護理界提出的方案。現在提出的甲、乙兩案是經過折衷過後的方案！並不是我們前幾天才提供你，你才看到，這個我要特別替健保署的同仁稍微喊冤一下。

陳代表志忠

其實我要提出一點，就是剛剛大家很激動，可是激動有些話不一定是準的，因為我們很明顯這個不管甲案跟乙案，並不是說拼命去收病人就拿得到這個護理費，事實上有一個前提要件，就是要符合評鑑人力標準，才能拿到這個護理費的加成，那如果符合人力評鑑標準也叫做亂做的話，那怎麼才是對呢？評鑑就是設定這個標準，要符合這個 C 以上及格才能拿得到，那如果全部把錢都放在通過人力標準，有 A 這個醫院她請了很多護士，一個護士照顧一床好不好，那他就拿到這個錢，拿到這個錢，一個護士照顧一床就比較輕鬆，這樣錢都拿走啦，另一個醫院他只符合評鑑的標準，符合 C 的標準，那護理費沒有調高，那這個醫院怎麼去支撐呢？A 那個醫院可能病人比較少啊，所以我們應該要反應說，有第二項調高支付標準，就是真正有發生病人的時候，才拿到錢，但是也要兼顧到，他要符合人力評鑑的標準，這不是很妥

善的事嗎？為什麼妥善的事都要這樣去反對呢？我們這個付費者代表、消費者代表他們可能不了解，這個裡面的真正的一種的現象，現在就是講越講越多事情就模糊掉了。

黃副院長遵誠（吳代表志雄代理人）

主席各位代表好，我今天是代表醫院學會，我要特別也說一下，那我們的夥伴們也...也因為從我們早上 11 點內部就開始協商，大家坐到這個時間就是...會覺得早上協商很辛苦，那我要特別報告一下其實護理人力的問題其實是一個系統性的問題，我也要先肯定我們護理界這一段時間來也非常努力，也提了非常多的方案，那醫療院所也都做些努力，所以我們今天也看到有一些初步的結果，我想這是大家共同的努力，那我也特別跟工會的代表報告一下，誠如我們剛剛主席所提的，過去大概包括我們主秘，大概...我是沒有參與，不過我所知道今天要來我很努力，因為今天早上 11 點鐘就要先協調我們這些人，那過去的協調其實也跟消費者代表報告，其實差距呢剛剛講 60 頁，其實我們可以回到 23 頁來看，其實就差在中間那個二跟三啦，那二跟三我們護理界希望這個二跟三的 17 億呢，都還是用三的方法，那比例是有點的不一樣，不過那個 17 億還是可以用這個方法，那我簡單跟付費者代表 SUMMRY 是差在這裡，那當時護理界是希望用三的方法，那醫界是希望完全用二，17 億就用二，護理界說 17 億就用三，那我想跟大家 SUMMRY 這個部分，可是經過我們署裡面非常努力折衝這兩個案，其實這兩個案早上 11 點鐘，我要開始協調內部三個層級，也是就誠如他們剛剛各自發表他們的心得，所以好不容易我們也協商了，可以同意適用甲案啦，所以我要特別跟我們護理公會報告，也做了這樣努力，那我也希望特別要提的是護理能力有系統性的問題，那現在各位可以看到所有層級剛剛我們基層的醫療院所也特別提了，現在沒有哪一個醫療院所不掛在網站上在招人，他都是隨到隨考隨招了，現在已經

是這樣的情況下，其實我還是要強調說，因為在整個市場裡面護理人力會流失到別的市場，那像這樣我們基層已經在說了，那其實在醫院裡面現在健保所謂的給付已經是統收統支啦，所以在護理費這邊也直接反映在照護上面，也跟我們護理界的代表報告這一部分，現在已經到八月了，我們希望這個部分是不是能夠大家有一個折衷，因為已經折衝到這樣了，那看看能不能，您的公會我可以了解現在還是維持原案，能不能有一個抽樣，所以我們共同的今天是他們雖不滿意，不過今天其實是希望能夠用甲案，那我們看能不能夠具體拉近這個距離，好不好？

曾代表中龍

藥師公會全聯會秘書長曾中龍第一次發言，我想聽了大家的發言，我想雙方都各有立場，問題要解決，其實說哪一邊錯我想哪一邊都沒有錯，因為各有立場，談到立場其實接下來就來看道理，那我想就這個事情，我個人是覺得說，站在護理師公會的立場，我剛聽了後我覺得他們有一個立場，是有一個論點我是很 appreciate 的，因為為什麼雖然我們是醫事服務的提供者，但是未來我們同時身兼付費者的角色，那我必須要強調一個東西，因為站在護理師公會剛剛他們有提到一個就是說，雖然這些錢給了，重要是在於護理人力的增加，那當然醫院他們不是不增加，那他可能會講說因為有系統性的一個人力的問題，那所以把這些錢用來去提升現在的護理人員的一個薪資待遇，然後甚至付出了更多，BUT 當初我相信在健保會的時候，付費者代表願意給這些錢的時候，是希望我的 quality，我不希望我的量你要 quality 好，如果你是給護理人員更多的錢，但是他的錢多了，但他原本過勞的問題沒有解決，那人為性的一個因為過勞而產生的錯誤還是會發生，甚至因為他多拿錢，心裡也覺得應該多盡一些，所以做到要死，那這個問題就嚴重了，所以剛剛醫界的代表也提到了一個東西就是說，護理

人員上街頭他喊的是甚麼，我不要錢，我希望我能多休息，我要休假，所以我想，在這裡面錢的問題是事小，所以我們要針對問題來節約，就是說，今天不管是甲案、乙案或者哪一案，真正他能不能去解決，整個這個我們剛剛講的，所謂的護理界的人力的系統性的一個產生的問題，如果沒有辦法解決，我覺得把這些問題丟給部長來決的話，我覺得我們有愧於我們整個代表會的一個職責，所以我覺得我們大概應該回歸於理性來討論，是不是真正的可以解決這樣的一個問題，以上。

朱代表益宏

我建議第一個就是說，這個案子既然不同意見，是不是就再討論嘛？另外再擇時再討論這個案子，今天暫時不決，這是第一個案子。第二個，如果與會代表因為剛剛至少三個層級都支持甲案，如果我們付費者代表，包括其他的代表，如果也都能支持甲案，因為這個看起來是健保局跟醫院協會，目前至少這兩個單位提出來的是甲案，那如果其他的代表也能夠支持甲案的話，那就是多數人都支持甲案，那這樣送署才有意義，如果醫院協會說甲案，結果護理師公會說乙案，那到底聽誰的，所以我才說如果幾位代表認為說，這個案子還不夠成熟，那就退回去重新再協調，協調到大家有共識再來提，協調過年底錢就沒有了嘛，就這樣子阿，很簡單。

主席

我回應一下，監察院為了護理照護品質的方案，已經約詢了現在的部長跟我們的署長不下兩次以上了，所以我希望大家各讓一步，好不好？

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

謝謝主席，我也非常謝謝各位代表的一個支持，我想剛剛主席所裁示的部分，大家是不是可以各讓一步，我們剛剛內部所討論一下這

個部分，目前我們全聯會提出的另外一個案的折衷方案，就像我們藥師公會代表一樣，重點應該放在人力的這一塊的部分，醫院人力標準的通過跟我們所謂新增護理人員數，這兩個才是我們真正對病人付費者代表照護的重點跟品質保證的要點，所以我們提的案子是這樣子的，品質報告的部分 0.5 億，第二個部分，調高全民健康保險的所謂給付服務的住院護理費的支付標準 5 億，通過醫院人力標準 12 億，補助新增護理人員數 7.5 億，那等於說，我們還是把焦點放在所謂的通過人力標準的這一塊，那我要補充一點，原來不管是甲案或乙案裡面，關於不管是甲案或乙案，在我們健保署裡面的案子都沒有提到他必須通過 C 的標準才支付，他並沒有提到這一點，我可能要跟付費者代表先說明，他裡面的案子並沒有提到這個字句，這個部分，他沒有，他是用這個是試算，可是他並沒有說，他是按照什麼呢，住院的人次裡面的支付或是加成，他沒有達到 C 的標準，他裡面一個字都沒有提，用 C 的方式試算，但是我那只是附帶，那是我們目前會裡面所提出來的事，還是我再重述一遍，就像我們主席希望我們有折衷的方案，所以全聯會提出了一個折衷的方案是，品質報告 0.5 億，調高住院護理費 5 億，通過人力評鑑標準 12 億，另外補助新增護理人員數 7.5 億，這是第一個部分。第二個部分我要回應一下，我們代表表示，護理人員人力不足請我們回去檢討我們組織文化的問題，我想這個地方，我想跟代表報告，跟其他代表分享，其實醫生也有四大皆空，那你也要醫生回去檢討他組織文化的問題嗎？四大皆空的醫生也是用費用來補助他，希望他能夠留任，我想這個代表大家在說話的方式，彼此要尊重，這是第二個部分。第三個部分，我們剛剛提到 cost down 我在這裡跟代表報告，我這裡 cost down 並不是會讓你降低成本，而意思是說你原來要花 100 萬的請護人員，因為這個補助款幫助你了補助你了，100 可能 80 萬或 50 萬讓你原本要支出的成本降低，所以我的意思只是這樣的意思，以上。

黃代表雪玲

主席，醫療機構設置標準已經有修正了，那譬如說像門診的人力以前是 0.5，一個門診 0.5 人力，現在已經要變成一個人力，那這個評鑑標準根本沒有配合修正，所以拿這個來做衡量，現在都已經八月了，根本如果評鑑標準沒有及時修正，放這麼多的比例在這裡根本就不是一個公平的分配。

主席

付費者這邊的看法？我是持平的就是讓各方代表都表示意見。

葉代表宗義

請問一下主席，符合評鑑標準 C 這個到底算不算？應該算吧！那要澄清這個事，那這個白紙黑字的這個算嘛，應該。如果光有人力沒有住院的還是拿到錢的，照這個方案。

朱代表益宏

因為這個案子，其實之前的健保署已經把三個方案呈部呈過一次，那呈到部裡面，部裡面是退回來說希望再去折衷一下，所以現在的甲案、乙案其實是已經經過再折衷一次了，所以如果說今天你還是用他的原來方案或是他的護理界的方案，精神不變，只是數字微調，我想醫院協會這邊是沒有辦法接受這個案子的，所以如果是要這樣子的話，這個護理界這邊他提的所謂的折衷方案要提，那我們醫院協會就是要，你就是把原來的方案醫院協會再送一次，那就會變成醫院協會的一個案子，原來的方案，護理師公會又是原來的方案，健保局又是原來的方案，三個方案再丟給部裡，那我覺得這樣實在是不負責任，因為已經丟給部裡丟過一次了，那部裡也認為說這個希望大家再折衷，但今天看起來護理界是沒辦法再折衷了，沒有折衷，那醫界醫院學會代表我們，既然要堅持我們也可以堅持。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

我想剛剛我們提的案子裡面，我們今天所提的一個附案裡面，我們提到的事，也是折衷了，那是否建議主席說，如果可行的話，全聯會今天所提的案子，我們剛剛所提到的品質報告 0.5 億，住院護理費 5 億，通過人力標準 12 億，跟新增護理人員數 7.5 億，連同其他健保署原來我們的案子，一樣是不是兩案併呈送給我們的衛生福利部，然後請部長做裁示。

主席

請消費者代表表示意見。

葉代表宗義

我不知道醫院這麼複雜，因為我從來沒有參加過，因為我在費協和監理待了五年，裡面的協商我都碰到了，但是我常常想一句話說，應當健保會那些代表一定也要參加，如果參加以後，他才以後要怎麼做才有辦法，要不然真正的學習在這邊才能學習到。其實一個問題，我們的護理人員，因為這個案子是護理人員提出來的，以前是一個盧美秀，他提出來的，本來就沒有這個案子，當初我們雇主也是反對這個問題，奇怪你們醫院在經營，為什麼你們的員工要我們出錢，當初我們在講這個，為什麼其他行業都沒有，偏偏要這樣勒？到後來也影響護理人員人力的問題，但是到後來我們有一些代表他們去調查，他們到醫院去調查護理人員，我們聘了多少錢給你們，你們拿到錢了沒有，他說沒有，他說沒有拉，一年年中的時候有幾千塊錢給我們打發打發而已，變成這個案子，這個直覺已經出來了，那麼當然講出這種事情的人都是護理人員，但是我們還是要折衷拉，如果這個案子搞不成，這是去年的那麼下一個月又會一個出來了，你這個案子沒有出來，那乾脆我們健保會說你這個案子今年就沒有成立，那明年就停起來嘛，

可能會變成這樣喔，所以說我有一個方法就這樣，既然現在地區醫院跟醫學中心已經差不多共識了，那現在我們的護理人員，好像有一個案子了，那麼我提議的問題說，由剛才那個乙案，跟你的護理人員折衷一個案子可不可以。那甲案他們就不要講啦，甲案會變成護理人員不願意，是不是，那就由乙案跟你來折衷怎麼樣？

陳代表志忠

我希望再強調一件事！如果我們把重點都放在通過人力標準，我剛剛講過了，如果這個醫院都通過人力標準了，把這些錢拿走了，他住院病人很少，跟一個醫院也通過人力標準，這個住院病人很多，所拿到的錢都一樣，我們應該是通過標準有拿，但是跟真正發生有病人，跟剛剛講一樣，我們要服務病人，你有病人住到病房裡面才有護理費的產生，你說這個醫院有五百個病床，他都符合標準而且做得很好，可是他只收了 100 個病人住院，如果照他們原來的案子 17 億，全部擺在那裏，跟有一個醫院也是五百床也是通過標準，有 400 個病人在住院，拿到的補助是完全一樣的，這個是不公平的事。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

這當然是不對的，我澄清一下，這不是一樣，他還會乘以他的業務量，他當初再計算的準則裡面，事實上護理費是有算進去的，絕對是要有住人才是會有這個費用，所以我要澄清這一塊的部分。

蔡秘書長明忠（蘇代表清泉代理人）

護理界代表、付費者代表也講話了，那你們剛剛就挑起醫療糾紛了，一個說 50 萬、一個說 5 萬，那拜託一下，那乾脆乙案讓他過好不好，剩下來就要問醫院，乾脆乙案讓他過啦！你們損失差兩億之間的來回，你們也不要堅持那麼多，這樣就可以了，拜託啦！真的要有人下台才會解決嗎？剛剛組長已經講了，如果你們也可以你回去已能交

代，至少經過折衷經過講了這麼多以後，共同有個方案，你們該拿到的，隨著時間大家應該共同爭取是，未來繼續在健保會裡面繼續爭取護理師這方面的費用，不是今天在這裡拿到的東西再繼續吵，我覺得這個沒有意義，如果我們兩方面同意，是不是用乙案來作處理？

陳代表宗獻

這個案不能再留下來再協商了，在協商下去我們基層也受不了了，因為那個薪資都已經提高了，那我們提高都找不到護士護理師，所以，傷害已經造成了，這個部分，如果到時候不了了之，我們不知道明年怎麼去健保會那邊協商說給我們一個公道，其實給我們一個公道，也是給護理師公會一個公道，我想是不是可以，我支持，醫院能不能同意，就是乙案這樣。

林院長仁卿（徐代表弘正代理人）

我想報告主席，中央健保署已經很努力提出甲案、乙案，如果通過是對大家都好，烏紗帽也不會丟掉嘛，對不對，那就甲案就好啦！那如果真的不能解決就甲案、乙案讓部長去決就好了嘛，不要在這裡決啦！

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

那我們是不是，我們全聯會剛有提一個附案，如果要請部長決，就請把甲乙加上附案提上去，等於是甲乙丙三案，三案併呈請部長做決議，這也是一個方案，就是甲案乙案加丙案，我們公會提的案子。

林院長仁卿（徐代表弘正代理人）

不過大部分都是贊成甲案。

蔡秘書長明忠（蘇代表清泉代理人）

折衷一下啦，從乙案處理好不好啦，護理師公會同不同意，這東

西該爭取你們也有了，不用這樣子啦。

謝院長景祥（謝代表武吉代理人）

這個，要我們算人力的話，你要給我們人，今年一月份 5,000 多人考 300 多人過，搞了半天你沒人給我僱，罵我們不要請人，5,000 多人考 300 多個人過，這很離譜，搞了半天檢討了半天，現在有個方案要提升到 15%，5,000 多個考提升到 15% 也才 700 多個，你為什麼不提到 50%，妳讓她通過我們來教，你們學校教不會，我們來教，教不會的出意外我們自己賠，你們不要把護理人員考的那麼難。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

我們有點離題了。

蔡秘書長明忠（蘇代表清泉代理人）

護理師公會，可不可以就乙案，剩下的醫院去解決，就乙案來處理。

羅院長永達（謝代表文輝代理人）

這個不能替我們講話，我們也沒贊成，從剛才我反對到現在為止，我一直保持認為說如果可以協商，醫院不要那麼堅持，可是我們發現事情不是這樣子，它的發展不是這樣子，為什麼自從當年 99 年開始有這件事，我覺得護理師公會，無限上綱這筆錢，剛開始只有 10 億的時候，她們要求給誰加了多少錢，事實上我要跟消費者代表報告一件事，我們現在執業有 9 萬人，把 10 億放進去，一個人才分一萬塊，一萬塊除以十二月，一個人才分 800 塊，但是這段時間有比較效應，你要新的人來，新的人加了錢，舊的人要不要加錢，還是要加錢，她如果加 3,000 舊的還是要加 3,000，這個錢護理師公會從來不提，她們也沒人敢，因為那個錢很大，那結果她無限上綱後，她所要求的東西醫界都要買單，第一我要增加人數，第二我要增加薪水，第三個排班的目標

要多少，這些東西不是 25 億可以解決的東西，她今天拿 25 億要醫界都吞下去，所以我們吞不下去，我覺得乾脆就不要，這是杯水車薪的錢，對我們來說妳給我 200 億，或許可以解決，給我 25 億真的沒辦法解決這問題，所以我們大家也想過，用什麼東西來貼補，可是她已經把焦點集中於要做什麼，她每一年都指定一個不一樣的東西，或每年都要求一樣的東西，我覺得消費者代表應該正視這樣的事情，她要達到這樣的成本到底是什麼。今天我要一個新的人，可是舊的人要的錢，要跟誰要，不是醫院要自己吞下嗎，所以我覺得護理師公會全聯會完全不尊重經營者或醫院裡面實際上的操作，她完全站在自己的角度上面，那不是我們不讓步，從你剛開始可以看到，一開始我們本來是三案併呈，到上面去回來我們花了一整個上午的時間，所有的醫界大家達成共識。本來醫學中心對這案子他們不願意，我們也不願意，但是後來我們來就主動表達善意，大家都可以看的到，我們基於怎樣，我們同意，但是發現我們被軟土深掘，全聯會馬上跟我講那是你們的事，這是這整個氛圍的 history，所以我們沒有的話就拉倒，大家都不要，那我們提第四個讓部長去裁，烏紗帽說實在，他本來就要對我們負責，那我覺得這不是讓不讓步，這是原則問題，你把故事全部去回顧一次，你就會發現醫界，長期以來被當弱勢被軟土深掘，這口氣我們吞不下去，所以我們反對。

葉代表宗義

護理人員來來來，我跟你講，剛才你講說三個案子同步送到部裡面去，但是我曉得部裡一定又將這案子送到健保會，那健保會當初對這問題有意見就非常多，那可能在健保會產生的後遺症會更大，我是希望今天你也讓一下，我是生意人，我們兩個是生意人，讓一下就要認真賺才會有錢，省不會有錢，所以道理是這樣，未來你希望增加費用，妳這個案子忍一下就過，明年後年今年下個月想辦法再來，如果

你堅持拿出來後遺症就會產生，我的意思是說我們就給乙案，給乙案還是甲案請一起講好，用表決。

主席

這樣子，大家都稍微休息，因為三個層級都贊成甲案，消費者代表提出折衷乙案，那是不是就把甲案跟乙案報部裁定。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

還有丙案。

主席

妳先聽我講完，先不要急，你的發言紀錄我們會一併呈給部長。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

可不可以麻煩主席，我們全聯會這邊是不是三案併呈，既然這部分有甲案乙案，然後我們就是丙案，三案併呈。

主席

如果你們堅持要三案併呈，醫院就要堅持原來的甲案，不是現在的甲案，他們要再另外加一個方案，你要嗎？

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

所以變丁案這樣子，沒關係，是四案併呈。

陳代表志忠

搞成玉石俱焚，怎麼可以這樣子。

朱代表益宏

主席，如果全聯會是要這樣子呈案，拜託主席就把醫院協會的原始案件，也要完整給署裡再裁一次，那如果真的裁不過，那醫院協會也要註明說，對於這 25 億，醫院協會今年可以不要，不執行，沒有共

識我們就不執行。

李代表永振

主席，我贊成主席剛剛的提議，因為我們的提案只有甲乙兩案而已，怎麼會變成三案四案，如果有其他意見列入紀錄，今天的討論案就甲乙案而已。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

跟消費者代表報告，我們剛剛有提到甲乙兩案，這兩個案子並沒有按照部裡面的規範事先跟我們協商，我們全聯會這邊記錄並沒有跟我們做協商，在6月13號以後的裁示，到我們收到之前，我們並沒有被協商過，如果這個是我們事先按照部長決議，是要找我們做協商，我們今天不會這樣某一部分的堅持，這個部分我們並沒有參與這個協商。

主席

我是不是可以代表部講一下，你請盧理事長，還有相關的理事長去問一下，部長到底有沒有找你們協商過，我們也開過一次會，你講沒有協商這句話，我堅決告訴你，這句話我絕對不接受。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

我跟主席報告，我們只是6月13號以後，部裡面來的文，請我們健保署跟我們協商這件事情6月13以後號的文講得很清楚，請健保署再跟我們相關單位團體一起做協商，可是這件事情並沒有做，從6月13號到這段時間，我們沒有開過會，我講的是這部分，而我裡面也寫得很清楚，是6月13號部裡面來的文，請健保署跟我們其他相關團體要做協商，至少到8月2號之前，我們並沒有開過會。

蔡主任秘書淑鈴

我說明一下，護理界的代表質疑本署沒有協商這件事，協商並不一定是開會，非開會的協商已經很多次了，包括這星期在日本考察的時候，也有討論過，所以不應該講說沒有，而且事實上，我們護理界的前輩不斷的跟我們長官在反應，所以這些過程都是一種協商 不一定要大家開會。今天的建議案我覺得不應該變成四五個案子，這是很不理想的結果，所以如果要併案呈報衛生福利部的話，大概醫界整合一個案，護理界整合一個案，然後兩案併呈，不能提出四、五個方案給部長去裁。

朱代表益宏

剛剛講過，其實這是大家協商，事實上這個案子，我們之前如果真的講，也沒有找我來談啊，可能我的高層跟長官談完，我們也沒有被協商被告知啊，就像劉代表也沒有被告知一樣，大家都是開會看到會議資料，才看到這案子，但至少醫院協會有誠意，就經過某些人整合以後的案子，我們同意接受甲案，如果說今天這個案子不是用這種立場的話，如果說要回來，那我是建議，今天暫時不討論，另外再協商，你提一個案子，我再提一個案子，但我跟妳說，醫院協會提的案子，就是原來的甲案，原來的案子，那整個協商，包括我們主秘是不是還要跟高層再去一下日本，進行相關協商，這樣不好。

蔡主任秘書淑鈴

各位代表，為了讓長官也比較好處理，我覺得醫界剛剛好像多數是贊成我們的甲案，但現在護理界是堅持她另外一個提案，我們再請問醫界，你們要維持甲案，還是要維持最早的建議案，然後二擇一，我們可以兩案陳報衛生福利部核定。

朱代表益宏

我來講，我們的甲案，是經過妥協以後，如果護理界同意，那我

們也同意用甲案，那是妥協的結果，但你不能拿我們妥協的結果去跟他們沒有妥協的結果再來去裁一個案子，這樣不行。

蔡主任秘書淑鈴

我覺得現在是兩邊都有妥協，醫界的甲案已經妥協成我們的甲案，護理界的方案已經妥協成會議上剛才提出的方案，所以兩方都有妥協，只是沒有交集而已，是不是用這兩個方案報衛生福利部。

朱代表益宏

不行。

謝院長景祥（謝代表武吉代理人）

這個假如要協商的話就要從頭開始協啦，那協到明年不過的話，其實部長下來他不見得會不高興，下台的時候回去當醫生薪水又比較多又不會被人家罵，說不一定會感謝我們。

朱代表益宏

如果真的是妥協，哪我們就將我們原本的案子重新再擬一個妥協的案子，就不是甲案，如果是這樣講，她們的案子數字稍微再修一下，那我就把我們的案子數字再修正一下，然後兩個案子報部去裁。

主席

好休息五分鐘，4點45分醫界跟護理界各協調出一個方案，然後兩案併呈，不再討論，那護理師公會要用什麼方案都可以提出來。

（休息5分鐘）

主席

請就座，請通知護理界代表就座。醫院代表這邊你們的決議是什麼，好，郭代表請說。

郭代表正全

我想今天假如大家能夠互退一步採乙案，那我們可以接受，否則我們仍會堅持今天的甲案，以上。

黃副院長遵誠（吳代表志雄代理人）

這樣，就是我們已經花了很多時間，從早上整合到現在，就是說已經在署裡面整合出來，因為交給部，部裡面很困難下，已經是甲乙案，那我們今天早上其實也很難，剛剛大家也知道前面，就是大家很難，所以醫學中心勉強接受的是甲案，這是已經折衷再折衷，如果現在提出一個對案，然後要來那個，那區域跟地區就希望回到原來的案子，那跟這邊的案子再去折衷，不過我們也聽消費者等等幫忙，能夠說那如果最後的案子是乙案，那這部分醫院協會含淚接受，就是這樣，那如果她要提出一個，那我們就是原來再去折衷，部長再去報部，我們是很尊重 已經到這機制已經甲乙兩案，你就甲乙兩案去協調，那付費者也講話了，那我們含淚接受。

主席

來，護理界代表。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

很不好意思，讓我們代表花這麼多時間，也再度表達對各位代表的感激，特別是付費者代表長久以來對我們很大的支持跟很大的協助，特別這案子從 98 年開始的時候，從我們護理人員最困難的時候就開始對我們一路支持，那有關於這部分的案子初步目前來講，我們還是希望是以我們全聯會所提的另一個折衷方案，品質指標 0.5 億，住院標準護理支付 5 億，人力標準 12 億，新增護理人員數 7.5 億，所以我們目前還是以這個案子為我們主要的提案，也希望這部分我們代表們是不是在今年度對這個案子有支持，也同時因為我們希望這個案子裡面，

我們原來的人力標準跟新增人員數，這部分，如果這裡面細節比照 101 年的部分的做法，其實對健保署來說，它所有資料都不用做任何的變動，應該登錄的資料都是一致的，那不管在資料的蒐集，未來人力的評估，跟人力資料庫的建立，整個對護理人力發展的長久願景，事實上是比較好的，那當然我也知道因為各個層級有各個層級有不同的看法，大家有不同的爭執點，但是無論怎麼樣，其實大家最希望我們怎樣把服務做好，對病人比較好，以上謝謝。

主席

最後消費者表示意見。

葉代表宗義

抱歉我講一下，現在都已經漸漸明朗，那麼我的意見是這樣，因為現在已經八月份，如果這個月份沒有解決，下個月又變成一個協商的會議，那因為我們兩位是健保會派出來的，並不是我們代表什麼的，我們一定要回去將這個問題報告，那麼竟然你們意見這麼多沒辦法解決，那我們就將它廢掉算了，所以我希望你們今天該讓步就讓步，不讓步我們也沒有辦法，因為我們終究是被派出來解決這問題的。

主席

好，請專家學者代表。

李代表玉春

我想大家都很有道理，我想情感上護理師公會真的很辛苦，她們講了很多理由我覺得是應該支持她們，基本上我是支持乙案，當然這個乙案其實跟甲案差異沒有那麼大，尤其分擔到每一個醫院費用非常有限，所以我希望醫院最後也能夠支持這方案，那也希望護理師公會可以考慮到大家的看法，共體時艱，那能夠做一個決定。

主席

那用乙案報可以嗎？就是決定一個案子就是乙案。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

對不起可以讓我吧電話打一下，我馬上再回。

主席

那個你是代表，這個案子今天一定要決定，就是乙案，好那麼就用乙案報部核定，第三案。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

可不可以麻煩主席這個部分，剛主席裁示用乙案來報部這部分，可是在乙案有一部小小的問題，不曉得可不可以在這做簡單的陳述，第一部分就是有關，目前各層級之間的支付是用定額的方式而不是用比率的方式，所以原來這案子的支付是用固定點數 57 點或 47 點，他並不是按照你原來的住院護理費的百分比去乘以你的比例算，並不是，這部分是不是在調整部分是合理的？可能我覺得這部分可以再做個討論。

主席

醫界代表不討論這部分。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

第二個部分，我們提到是實習護士，我想實習護士不列計這件事對東部地區護理人力的影響是很大的，因為實習護士是合法的，衛生福利部允許他可以報備在衛生局執業的同仁，只要有人 cosign，可是你不列計這部分的話，我們覺得這是。

主席

那時候在網路上做的一些評論，不知道大家有沒有看到，有關醫界的看法，他剛剛提的第二點，實習護士的問題。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

實習護士我們應列計在裡面，而且也不會重複申報。

主席

就是乙案，不用附加什麼條件，要嘛就是這樣，要嘛就是消費者代表拉回健保會去討論，明年協商沒過也沒有，今年沒執行也沒有。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

是不是請代表們可以考慮一下，實習護士對東部地區很多偏遠地區的需求，而且本身的話他並不是違法，也不會有所謂獎勵血汗的這個問題。

主席

沒有人說他違法，但是...

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

它也不會職登兩次，事實上從 ID 來抓，它只會支付一次，也沒有剛剛署裡提到的這個問題，這是我們提出來的，是不是可以考慮把實習護士列計進入。

蔡主任秘書淑鈴

我說明一下，實習護士依照醫政法規它可以在醫院執業我們沒有意見，這計畫裡面只是要不要補助而已，這是兩件事，沒有說它就變成不可以在醫院服務。

主席

好那就用乙案報部，對，通過乙案。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

不好意思，主席，目前全聯會針對乙案這一塊還是持反對的案子，

所以這部分麻煩列入會議記錄。

主席

你的發言紀錄，我們會實錄全部呈到部裡面參閱。

劉副主任淑芬（高代表靖秋代理人）

是，然後請再幫我們加入記錄裡面，全聯會並沒有同意乙案。

主席

發言紀錄現在全部是實錄，OK，好提案三。

第三案

案由：有關 102 年支付標準調整建議案

主席

謝謝宣讀，請醫管組檢視是否需要補充說明。

李專門委員純馥

我大概補充一下，這個資料除了我們剛剛同仁唸的這個議程之外，在我們附件 19，就是第 102 頁開始，是針對這個案子所有調整，最後他會呈現多少的調幅，然後是什麼樣的項目，我們有逐項去列表，然後也把每一個層級他們申報的量，以及整體這個項目調整以後對財務的影響的評估我們都把他列進來，那這個案子從 102 頁到最後的 156 頁都是整個這個方案調整的內容，實際上這次我們是 follow 健保會的決議，是以急重難，然後要解決四大皆空的問題，所以是以內、外、婦、兒、急診的項目為主，後來有加了麻醉的部分，以上為實際上我們整體的調整的內容，我大概就先補充到這邊，謝謝！

主席

針對討論事項第三案，請代表發言。

廖課長秋燭（陳代表雪芬代理人）

我今天代表陳雪芬，那個我想請問一下，就是說當你調完之後，這個已經是預估大概有五十億左右了嘛，那剛才提到譬如說可以 case payment 跟 DRG 要相對調整，有評估到這一點嗎？這五十億有含到這個嗎？有含到這個了，問題是從表上看不到這部分的點數調整，所以我的意思是說當你放進來的時候影響是更大的，除非在 DRG 那一塊會有另外的一個，因為你去調 SPR，以預算中平的原則是不會增加的，我的想法是這樣子，預算中平，那我就知道了，好，再來就說，這上

面看到都是調升，有沒有調降的項目？

李專門委員純馥

沒有。

廖課長秋燭（陳代表雪芬代理人）

完全沒有，好。

主席

本來有一些項目是相對要調降，因為如果調降的話，我們可以調升的項目就會多，但是我們諮詢小組專家說還是先調升為主，所以就沒有調降。

朱代表益宏

地區醫院協會後面還有一個臨時提案，也是關於 102 年支付標準的調整，那我是建議，因為現在我是想替主席解套，那因為現在時間也很晚了，到時候這個討論完，你臨時提案不接著討論，也說不過去，因為事實上是同一個案子，所以我是建議這個案子今天暫緩，然後看是不是月底我們加開一次臨時會，然後因為下個月要總額協商，所以在總額協商前再加開一次臨時會來把它再做一個處理，那這是要提的第一點。那第二點，這個其實跟署裡面也有一點關係，因為之前有針對包括我們的代表謝文輝、謝武吉，這二位今天都沒有來，都是代理人，當初事實上有答應他們大概在月中或月底的時候再來談這個案子，因為他們之前已經跟署裡面有表達，他們今天沒有時間了，所以我就是建議我們這二個案子併案，再月底的時候再加開一次臨時會，那因為基層也有案子在裡面，看看基層是否同意，以上。

郭代表正全

主席，醫學中心代表發言，就今天提的這個案，我有幾個問題，第

一個，當初健保會對這樣的一個預算裡面提到就是調整急重難症，但是後面有一句話，說要考慮到層級間的平衡，我想可能我們忽略掉，所以變作這次調整對社區醫院協會，可能調的比例少，這一點我想我們還是賦予關心，那基本上我想除了急重難症這邊要調以外，我想社區醫院那相對的一些合理比例的考量，我想這一段我這邊還是要聲明一下。那第二項，今天社區醫院有提到的甲、乙案的調整，那就甲案調整門診診察費的部分，以醫學中心的角度，我們是反對的，因為當初我們醫院協會對醫院的門診診察費跟基層開業醫師的診察費不平等，我們就表達不太同意的立場，今天同樣在醫院裡面，假設把社區醫院的門診診察費調高，那我們怎麼面對醫學中心的醫師們如何交待，這一段我想我們沒有辦法同意。就乙案的話，即調整沒有檢傷分類的急診診察費，這一段我們倒比較客觀的去看，因為現在坦白講醫學中心的急診實在太多了，我希望有一些病人誘導到社區醫院去，那這一段的部分我們倒是給予贊成。那今天談得第四項就後面我不太懂，因為醫管組這邊提出來建議由非協商因素的成長額度支應，這樣不就拿自己前補自己嗎？畢竟還是我總額裡面的前，這一段我不太清楚，所以想補充一下。那最後一項我的疑慮是說，所有的試算基礎是用 100 年度的服務量，可是每一年整個醫療服務量還是在成長，我怕會有低估的現象，這樣無形中會稀釋掉我們的總額，所以我建議剛才前面在談的調整項目的事件可以用 101 年度，所以我是希望在試算的話還是用 101 年度比較客觀的去看這些事情，以上。

林代表富滿

第 140 頁的新生兒中重度住院診察費建議修正點數，會造成同樣情況小於 6 個月病人，住在一般病房或隔離病床，其兒童加成及兒專加成後之住院診察費高於入住新生兒中重度住院診察費；另 141 頁燒傷病房住院診察費，建議小於 6 個月加成提高至 120%...等，如此，同樣

小於 6 個月的病人，住在燒傷病房加成後之診療費，會比住在 ICU 的診察費還高，以上均不符公平原則，建議以上兩項應依其合理性對等調整。

朱代表益宏

主席，對不起，散會動議應該先處理，先看大家同不同意這個案子下次再談。如果大家都認為今天要談，那我們才後面這些問題才來處理，如果大家覺得說這個案子事實上可以等到下一次再談，那我覺得整個案子下一次再談，如果今天這個要談下去，那地區醫院臨時動議那就要一併來處理，那會議可能開到七點多，可能署裡要準備便當。

主席

先讓各代表表示意見以後，再處理你的散會動議，其他代表都還沒有表示意見，對不對。

羅院長永達（謝代表文輝代理人）

首先我們先附議剛才的散會動議，因為真的有很多話要說，但是今天星期五我們要回家，真的很困難，星期五你去車站看就知道，那如果要討論，我們就打電話回去說晚上不回去了，我們就留在這邊為此一戰，那如果不是的話，那我們現在講的東西裡面都是零零碎碎的，所以我覺得現在的附議動議是很重要的一件事情，所以我提出附議動議，以上。

陳代表宗獻

剛剛沒有聽到。基本上是這樣，散會動議我贊成，因為我們真的沒有時間，把這個案子確立下來，但是我建議，我們下次討論的時候第 31 頁，最下面算上來第四行，超出調整預算部分，建議由非協商因素之成長額度支應，建議把它拿掉，因為它根本不符合協商的精神，這

個部分我們以後就不要再討論，我這邊是先建議這樣。

主席

還有沒有其他代表有問題，醫管組要不要針對一些問題先回應一下。

蔡主任秘書淑鈴

本方案中，不論甲案或乙案，都有建議以非協商因素之成長額度來支應不足額處，大家似乎對這個建議比較有意見，其實非協商因素成長率中包含醫療成本指數改變率，該部分的預算原來就應該用於調整支付標準才合理，每年都被申報量稀釋掉，我覺得這是真的需要跟各位代表取得共識。今年的確編列了 50 億的專款，用於調整急重難之支付項目，並請專家研擬出一個調整建議案，所以超過預算的部分，我們認為用非協商因素來支應也是非常合理的；過去比較少以非協商因素項下的預算來調整支付標準，但是並不是代表不能做，所以在這裡跟大家做一個這樣的報告。

陳代表宗獻

我想這樣子很好，因為我們明年非協商因素的醫療成本指數改變率是負成長，所以我想明年我們就要提出來某些項目的刪除、減掉，不服務，要公開跟外界說明，因為非協商因素負成長，因此這部分不再提供服務，或減量服務。我想這不能這樣談，因為我們都知道我們非協商因素的項目中，一直有非常大的爭議，民國 87 年 88 年所定下來的非協商因素，在這時候，其實有學者會同意有很多地方是可以改善的，所以那個醫療服務成本指數內的藥品指數根本就是負成長，如果每年都正成長，且成長很多，那裡面可能還有錢可以支應，現在都負成長了還要拿什麼來支應。

主席

好，請消費者代表這邊發言。

李代表永振

我先附議朱代表的散會動議，陳代表的建議應該也有道理，預算就是 50.5 億，為什麼又跑出那些數據來？看起來怪怪的，所以贊成陳代表的意見。

李代表玉春

我想今天應該是討論不完，所以我也贊成下次再談。

主席

有關臨時提案的部分，其實我們好像有回文。

蔡主任秘書淑鈴

不是，沒有回文，臨時提案與討論案同。

主席

那今天如果處理臨時動議的散會動議案，我想按民主程序開會就開到這地方，因為也確實討論不完，不過拜託醫學中心、區域醫院、地區醫院，針對這個討論案是不是提出一個比較具體的建議方案，不然現在已經八月了，九月又要開始明年的總額協商，監察委員一直表示，明明預算已經編列在那裏，為什麼沒辦法解決，我們實在沒辦法用三個層級意見不同的講法，拜託提出一個比較具體可行的調整方案。

郭代表正全

謝謝主席，請給我一分鐘，我提出一個建議，因為要考慮到層級間的平衡，我提一個 IDEA，門診診察費是不分層級給一樣的點數，我建議一般病床的住院診察費不要分層級，麻煩健保署試算一下，這樣整個調整對地區醫院有多大的助益，ICU 我不同意，但是一般病床的診察

費，我想這個比較客觀，同樣醫師的貢獻是一樣的，沒有說層級高就貢獻比較多，假設能夠的話，請健保署幫忙試算這部分，以上。

主席

醫管組，剛剛郭代表建議的試算內容是否可以做到？可以。

朱代表益宏

主席剛剛講的，我想醫院協會內部會再做協商，包括署裡面可能提供剛剛郭代表，醫學中心的建議的資料，到時我想醫院協會內部在下次開會前應該會有一個比較具體的共識案提出來。

主席

因為今天已經8月2日了，月底前要開臨時會，你們什麼時候要提供方案，一個星期可以嗎？就是8月9日以前，如果兩個星期就要到8月16日。

朱代表益宏

因為署裡還要提供資料給醫院協會，醫院協會還要找三個層級開會。剛剛不是說要提供住院的那個。

主席

資料星期一給你們。

朱代表益宏

因為我們的長官都不在。一個星期真的來不及，我們儘快在兩個星期內一定提供。

主席

請醫院協會在十天內，含星期六日，提供一個方案，從今天開始算

起，只要你們提供資料給我們，我們就會儘快訂定開會時間，盡可能在 8 月 23 日以前召開，因為健保會在 8 月 23 日就要開會了，那我們今天就在這邊散會。剛剛有關提案三，各自努力的部分，醫院代表要提供一個整合方案，該試算的部分我們會進行試算，大家辛苦了，謝謝。