

衛生福利部全民健康保險會
103 年度醫院及西醫基層總額
重啟協商議事錄

中華民國 102 年 10 月 25 日

103年度全民健康保險醫療費用總額協商共識會議議事錄

-重啟「103年度醫院及西醫基層總額」協商

壹、時間：中華民國102年10月25日上午10時至下午4時38分

貳、地點：中央健康保險署18樓大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

參、出席委員：

干委員文男

曲委員同光

何委員永成

何委員語

吳委員玉琴

吳委員肖琪

李委員永振

李委員成家

李委員蜀平

林委員至美

林委員錫維

侯委員彩鳳

柴委員松林

翁委員文能

連委員瑞猛

張委員永成

張委員煥禎

莊委員志強

郭委員志龍

陳委員川青

陳委員宗獻

陳委員幸敏

陳委員錦煌

黃委員建文

中華民國中醫師公會全國聯合會李常務理事豐裕(代)

國泰人壽陳稽核襄理炳宏(12:00以前代)

全國勞工聯合總工會林秘書長國成(10:00~10:30代)

全國勞工聯合總工會林秘書恩豪(10:30以後代)

林口長庚醫院郭特助正全(11:10~15:20代)

台北榮民總醫院陳高級分析師雪芬(15:20以後代)

全球商務法律事務所林律師穆弘(代)

中華民國區域醫院協會劉副秘書長碧珠(代)

楊委員 芸蘋
楊委員 漢淙
楊委員 麗珠
葉委員 宗義
蔡委員 明忠

中華民國醫師公會全國聯合會蘇理事長清泉

(10:00 以前、13:10~13:45 代)

中華民國醫師公會全國聯合會蔣副秘書長世中

(10:00~13:10、13:45 以後代)

蔡委員 登順
謝委員 天仁
謝委員 武吉

台灣社區醫院協會謝名譽理事長文輝(11:40~13:30 代)

肆、請假委員：
周委員 麗芳
林委員 啟滄

伍、協商代表
台灣醫院協會

謝名譽理事長文輝

陸、列席人員
衛生福利部
中央健康保險署

楊副司長 慧芬
黃署長 三桂
蔡副署長 魯
蔡主任秘書 淑鈴
施副組長 如亮
陳專門委員 尚斌
郭科長 垂文
柯執行秘書 桂女
吳組長 秀玲
張組長 友珊
魏組長 璽倫

本會

柒、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴、范裕春、葉肖梅
盛培珠、曾幼筑

捌、主席致詞(略)

玖、協商共識會議-重啟「103年度醫院及西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目及成長率」協商

一、西醫基層總額

(一)協商時間：

10:00~13:33(含付費者代表、西醫基層部門各自召開會議討論 35 分鐘、25 分鐘)。

(二)協商結論摘要：

共識方案

- 1.一般服務成長率為 1.634%，包含醫療服務成本及人口因素成長率 0.811%，及協商因素成長率 0.823%。
- 2.專款項目全年經費為 1,755.5 百萬元。
- 3.門診透析服務成長率 5.358%。
- 4.前述三項額度經換算，103 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 2.391%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.116%。

二、醫院總額

(一)協商時間：

13:33~16:38(含付費者代表、醫院部門各自召開會議討論 32 分鐘、14 分鐘)。

(二)協商結論摘要：

經醫院部門及付費者代表就第 3 次委員會各自提出之方案再度協商，差距已拉近，惟尚有部分項目未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定：

付費者代表方案

- 1.一般服務成長率為 2.583%，包含醫療服務成本及人

- 口因素成長率 1.909%，及協商因素成長率 0.674%。
- 2.專款項目全年經費為 16,201.3 百萬元。
- 3.門診透析服務成長率 2.519%。
- 4.前述三項額度經換算，103 年度醫院醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 3.281%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.990%。

醫界代表方案：

- 1.一般服務成長率為 3.239%，包含醫療服務成本及人口因素成長率 1.909%，及協商因素成長率 1.330%。
- 2.專款項目全年經費為 14,734.3 百萬元。
- 3.門診透析服務成長率 2.519%。
- 4.前述三項額度經換算，103 年度醫院醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 3.489%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 3.198%。

三、上述協商結論提送10月25日本會第4次委員會議併第3次委員會議紀錄進行確認。

拾、協商共識會議結束：下午4時38分。

「103 年度醫院及西醫基層總額重啟協商」
與會人員發言實錄

壹、「西醫基層總額」

壹、重啟「103 年度醫院及西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目及成長率」協商—「西醫基層總額」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

現在已經快 10 點鐘，如果大家沒有特別意見，就開始協商。謝委員天仁還有意見？

謝委員天仁

我想到的是協商流程的安排問題，建議先談較容易處理的西醫基層，這樣才會有成果。若先談醫院部門，說不定到吃完午餐都還沒有結論，整個氣氛破壞掉，西醫基層會連帶受影響。我的看法是先簡後繁，大家的努力才會較有成果。

鄭主任委員守夏

感謝謝委員天仁。依照費協會時的經驗，醫院部門最大塊，也最難談，不知道醫院與西醫基層部門有無意見，請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

一、主席，各位委員，雖然會前，鄭主委有問我哪個部門先談，我的反應很直接，照上次(9 月份)順序，所以醫院先談。謝委員天仁如果覺得醫院較難搞定，我也不反對先談西醫基層，尊重謝委員天仁的意見。

二、另外要順便提一下，雖然沒有人針對我，說我們去關說邱部長，但在此鄭重聲明，從他開始當部長到今天，我從未打電話給他或去拜託過他，只是上星期在萬芳醫院參加會議時巧遇。

鄭主任委員守夏

謝謝。西醫基層是否同意先開始，OK 吧！

陳委員宗獻

基本上不反對此原則，對我們來說，先談或後談，結果都一樣。但剛才提到為什麼西醫基層會卡到，變成無法達成共識，大家都知道是因為 Lucentis 及 Statins 二項藥品的治療規則改變所致，因為這二項藥品在西醫基層與醫院都有使用，能否有個共同的時間來探

討，西醫基層使用的量比較小，若西醫基層通過，等一下醫院怎麼辦？是否也要通過？這樣會影響談判的決心，因此我們可否花點時間，就這二項共通點先處理，待處理好，再談其他部分。

鄭主任委員守夏

- 一、可以，沒有問題。現在剛好 10 點鐘，開始重啟協商，建議先談西醫基層部門。
- 二、剛陳委員宗獻所述，上次(9 月份)協商卡很緊，幾乎解不開的癥結點，就是這二項藥品放寬使用規定，可能造成使用量大幅增加。是否先談此議題，請健保署說明後再討論。
- 三、先前也請幕僚同仁找了過去費協會時代協商的會議紀錄，了解健保署為何會這樣做，其實是因慣例，但現在是否適用，可於健保署說明後，請委員就這二種藥品之放寬使用規定進行溝通，之後付費者與醫界代表再各自召開會議，討論可對哪些項目的預算稍微讓步，這樣較節省時間，就不用帶開討論好幾次。若大家同意，則請健保署進行相關說明，雙方若有意見可再詢問。請蔡副署長魯。

蔡副署長魯

主委，各位委員大家早，可能因為作業關係，有份資料要提供大家參考，但未附在會議資料中，先請本署同仁就其內容摘要報告，該書面資料印好即分送委員參考。請施副組長如亮。

施副組長如亮

- 一、有關 Statins 與 Lucentis 二項藥品放寬給付規定，報告資料中提到，歷年藥品在藥價調查並做調整後都會有節餘款，而這些節餘款都用來放寬健保藥品給付規定或引進新藥。健保署提供的書面資料，可讓委員了解歷年藥價調查及調整的節餘金額，及藥費經藥價調整後的成長率，我們可以清楚看到 101 年度經藥價調整後藥費的成長率為-0.3%，陳委員宗獻可能會表達藥價調查後調整所產生的節餘款，已經都在非協商因素中呈現。但在此要提醒，藥價調整後，進藥成本可能下降；而所引進新藥，

價格都相當昂貴，進藥成本也會提高，故無法精準計算所帶來的影響。

- 二、另外藥價調整後，並沒有每次都對日劑藥費進行調整，99 年那次藥價調整，把日劑藥費由 25 元調降為 22 元，基本上影響不大。還有每年取消健保給付的藥品約一千餘項，其中有些轉為民眾自費，有些被其他藥品取代，此部分也沒有從總額扣除，故這些金額很難精確計算。
- 三、放寬 Statins 藥品給付規定部分，外界認為原適應症標準已經晚了世界先進國家 10 年，因此予以調整放寬，然在相關藥品給付規定調整過程中，因會降低心血管疾病風險等因素，依 CDE(醫藥品查驗中心)所做的醫療科技評估報告，追蹤未來 5 年時間，推估可減少醫療費用。
- 四、另外，有關 Lucentis 藥品給付規定，該藥品可以取代現行的眼科雷射治療，相對節省其他相關手術費用。

鄭主任委員守夏

剛健保署有發一份資料，資料內容與上次沈組長茂庭講的很接近，看署長或副署長有無補充？

蔡副署長魯

- 一、健保署提供這份資料的重點是讓大家了解，歷年藥價調整後的節餘款項如附表所示，是用在健保引進新藥及開放藥品適應症，並沒有從總額中扣除。對已給付藥品放寬適應症後要增加費用，例如此次所談的 Statins 及 Lucentis，依往例無法這樣處理。
- 二、以引進新藥或放寬適應症為由，要求增加預算，因其替代效果無法很有效地計算，就像剛才施副組長如亮的報告，放寬 Lucentis 及 Statins 這二項藥品適應症，可能也會相對降低其他藥品使用，到底是替代或減少其他藥品使用，無法有效對比，因此以單一藥品放寬適應症來要求增加預算，基本上我們不贊同，這是健保署提供這份資料的主要用意。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝。對於健保署的說明，不曉得委員有無意見？
- 二、先跟各位補充說明，為何健保署有這樣的說法。比較資深的委員也許還有印象，在 95 年、96 年健保第 5 次藥價調查後，由於檢調介入，所以有第 5 次藥價調查之再確認更正作業，那二波鬧得非常凶。由於當時是我擔任費協會主委，所以請同仁調出相關會議紀錄，96 年時曾經連續幾個月的會議都在討論節餘款，雖然醫界的說法是帳面上根本看不到藥價調整節餘款。
- 三、健保署今天提供的資料，假設當年協商的成長率是 4%，但藥費成長率可能只有 1%，概念上那就是節餘，這在當初也談不攏，吵非常久，不但檢調介入、外界關注，連立法院都有委員認為，費協會不知在搞什麼，所以最後將討論聚焦於號稱有 150 億的第 5 次藥價調查及其再確認更正作業之藥價調整節餘款，到底要不要從總額基期扣除，若扣除則對醫界影響非常大；若不扣除，則對付費者代表而言，沒有支出這麼多，怎能滾入總額基期。幾經折衝後決議，依費協會第 77 次委員會議所定原則，50% 用來調整支付標準；30% 用來給付新藥、新科技，也就是將其納入健保給付範圍；20% 作為推動健保新政策或特殊緊急狀況所需財源，所以 150 億節餘款，不從總額基期扣除，而將 20%，即 30 億元分由醫院及西醫基層移列至其他預算，專款專用。該決議的目的不在降低總費用，也不是扣減總額基期，而是希望對過程有合理、合法、公平的處置，當時真的討論非常久。健保署就依據決議，將藥價節餘的 30% 用來給付新藥、新科技，實際執行可能超過或沒用那麼多。當初的概念，是雙方好不容易互讓了好幾步，都是含淚接受，因為大家從自己的立場，都覺得很委屈。
- 四、回到今天要談的，為何健保署會說不用再編錢，因為這是第 7 次藥價調整的效益，假設其他情況不變，可以節省健保費用 83.2 億，或許效果很快就沒了，但調整當年是有效的。

五、以上資訊提供委員參考，讓大家較清楚來龍去脈，當初協商印象非常深刻，也非常痛苦，雙方都非常勉強，且各退好幾步，才達成共識，我們是否延用以前的方式，可以討論。還有無詢問？請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、因為健保藥品是健保署另一個副署長督導，不屬蔡副署長魯督導，可能比較不清楚藥品業務。
- 二、健保於 101 年取消給付藥品 1,850 項，請教醫審及藥材組，這些品項都有取得 TFDA(食品藥物管理署)的許可證代碼嗎？該代碼是完全取消或有代替品才取消？分成二種，你們的說法是欺騙長官，這是不對的，請醫審及藥材組說明。

施副組長如亮

有的藥品是因藥商轉變市場經營模式後改為指示用藥，由民眾自費，而申請取消健保給付，有的是因藥品許可證被註銷或廢止。

謝委員武吉

又在跟我話山話水(台語)，你們歹勢(台語)又不敢說，請問到底這 1,850 項被取消健保給付的藥品，哪些是因通過 PIC/S(Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme，國際醫藥品稽查協約組織)的藥品而改變？

鄭主任委員守夏

對謝委員武吉的意見，健保署有無現成資料？

陳專門委員尚斌

就剛謝委員武吉所提，簡單說明，健保署所提供資料第 2 頁，97 年至 101 年健保取消給付的藥品品項，誠如剛施副組長如亮的說明，其中一個原因為廠商申請不再納入健保給付，第二是 TFDA(食品藥物管理署)因該藥品許可證逾時不再申請展延、註銷或藥品品質存在安全疑慮等，而取消許可證。至於謝委員武吉所提因通過 PIC/S 而重新核價的藥品，則沒有列在取消給付的品項中。

謝委員武吉

希望下次將這 1,850 項藥品全部列出，在藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議那邊會好好看。

鄭主任委員守夏

請蔣代理委員世中。

蔣代理委員世中(蔡委員明忠代理人)

- 一、主席，各位委員，大家好，醫師公會全聯會副秘書長蔣世中第 1 次發言，首先肯定健保署過去對藥價調降所做的努力，這不可否認。總額包括藥費、診察費、診療費等，當藥費增加，一定會排擠診察費及診療費等，因此適度調整藥價，可減少對總額的衝擊，過去健保署說藥價調降有其節餘，但我認為應是節流。
- 二、再次澄清，101 年度藥價調整後藥費成長率如健保署所說，為 -0.3% 左右，但 93、97、98 年藥費成長率各為 15.8%、6.9%、5.3%，又該怎麼辦？是否要補我們 10%、6% 或 5%。建議就整體實務面探究，93 至 101 年西醫基層部門在平均藥費成長率約 3% 左右，醫院部門的藥費成長率還更高。
- 三、健保納入新藥，往往只進行第 1 年的財務評估，其費用也許只有幾億元，但在新藥引進第 3~5 年以後，醫師技術純熟、病患接受度提高等因素影響下，其費用是呈現 3~5 倍，甚至 20 倍的成長，過去都有數據。
- 四、在過去費協會時代，健保署曾提及藥品替代率有 80%，這數據令人存疑，像 Crestor、Lipitor 二種藥品，過去被認為會有替代效果，但結果顯示該藥引進，費用高達 17~18 億，這意味藥品使用恐沒有替代性。再者，就健保新藥而言，其費用屬性及其特性不同，不能以當年的整體藥費成長論斷。
- 五、今天所討論的藥品，不論 Statins 或 Lucentis，都不是健保新藥，是因放寬適應症致治療人數增加，例如低密度脂蛋白膽固醇在過去若高於 130mg/dl，健保才有給付該藥品，現在將 $\geq 130\text{mg/dl}$

放寬為 $\geq 100\text{mg/dl}$ ，致使每天可能增加 30 萬人次就醫，其衍生的醫療費用亦接踵而來。

六、二代健保精神為財務收支連動，因適應症改變所增加的醫療費用及就診人數，例如目前高血壓定義為高於 90(mmHg)，可能將來的定義會放寬到 85 或 80，是否又要醫界承擔所增加的醫療費用，這是不對的！Lucentis 於 100 年納入健保給付，102 年 2 月 1 日放寬予糖尿病引起黃斑部水腫導致視力損害的患者使用，並非今年才納入，亦非屬新藥。有關「治療指引修正及放寬適應症」之該類議題引發的健保總額衝擊是醫界所無法承受的。我們肯定健保署對於藥價調查與調整的努力，但調整後的節流與適應症的改變是截然不同的事。

謝委員天仁

主席，程序上因健保署已報告過，若有疑義可詢問健保署。對各抒己見或說服大家的意見，等協商時再來談，可否現在就開始協商。

鄭主任委員守夏

好，就是談多少金額，直接協商的意思。

謝委員天仁

是。

蔡委員登順

- 一、主席，今天醫院及西醫基層總額要重啟協商，雙方已有共識，不過有個疑慮，上次(9 月份)協商，牙醫門診及中醫門診總額已達成共識，如果今天基層及醫院重啟協商，成長率改變很多，對牙醫及中醫這兩個乖寶寶部門或許不公平，會讓人質疑是否會吵的小孩就可以拿到糖吃？
- 二、四總額部門都有提出「調整支付標準」項目，若今天討論後給予支付標準成長率，則中醫部門及牙醫部門總額是否也要考慮列入？否則他們一開始協商就達成共識，導致想要的卻沒拿到，實在不公平！再舉個例子，例假日看診要提高診察費，若西醫基層通過，因中醫部門及牙醫部門先前也有提出，基於公

平性考量，是否考慮列入？不能因為他們已經達成共識，造成別的部門拿到，他們卻沒拿到的情形，我對此特別在意，請各位委員慎重考慮。

謝委員天仁

我的意見是開始談，不要再詢問了！因為講的都是在說服我們，直接進入協商，讓他們來說服比較快。

鄭主任委員守夏

可否直接進入協商？楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、主席，各位委員，健保署所報告，並不是單純增加支付 Statins，而是放寬適應症，將 LDL-C(低密度脂蛋白膽固醇)從 ≥ 130 mg/dl 降到 ≥ 100 mg/dl。當然所有病人的重要性都一樣，但屬於低臨界適應症的病人，是否治療的效果差異不大；又 Crestor 與 Lipitor 等藥品也是治療相同症狀。另為測量血脂的濃度，也會增加檢驗費，所以在計算增加相關醫療費用時需謹慎，不能隨便。
- 二、我們當然同意有治療效果，但該效果不是 1、2 年就會產生，需要長時間，資料卻籠統敘述 5 年會減少多少醫療資源耗用。服用 Statins 等藥品而降低血液中的 LDL-C，可能需相當長的時間，這種因果關係需要說清楚。
- 三、上次談的是增加 Statins 費用，讓付費者委員誤認為增加 1 項藥品，就要增加總額，其實是放寬適應症，本來 LDL-C 要 ≥ 130 mg/dl 才可使用此藥品，現在將標準降低。本來只要病人控制飲食，及適當運動，LDL-C 就可以降下來，但卻是把 Statins 等降血脂藥品當作健康食品，讓病人向醫師要，醫師就天天開，如此不就會增加很多醫療浪費，而這是我們所關心的。

鄭主任委員守夏

是否開始進入協商？兩邊要講的，我都清楚了。

干委員文男

主席，我講一下，放寬藥品適應症，健保署一定是看到未來的成果。前面看診人次會增加，但後端醫療資源一定有節餘，希望醫審及藥材組再說清楚後端節省多少藥品，真正的效益在哪？講出來才有說服力。

陳委員宗獻

循著干委員文男的問題，請問健保署，需要治療多少人才會有節省醫療資源耗用的效果？此效果需要幾年才能產生？我知道根據統計，降低血脂標準能減少心血管合併症的 NNT（需要治療人數）是 114，亦即平均每 114 人可以期待 1 人能夠因此減少心血管合併症，而且這個效果需要 10 年始能看到。如今卻將 10 年後才會省下的錢來扣現在的總額，不是很奇怪且不合邏輯？因為現在的總額，是以現在的人口數及醫療利用為計算基礎。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、主席，各位先進，很抱歉今天上午有 3 場重要會議，下午 1 點 30 分又有 1 場 2 小時的演講，因此，在時間安排上很吃緊。
- 二、贊成今天重啟協商，就像兩個人談戀愛，如果有誤會，可以解釋，重新和好再談下去。
- 三、不論今天協商的結論如何，希望健保會還是安排委員拜會部長，上次說要安排也還沒完成。拜見部長，不只是談我們對總額協商的期待，還有很多民間的事情須讓部長知道。

鄭主任委員守夏

- 一、詢答結束。現請看銀幕，我們就需再談的幾個重要項目先行溝通，之後雙方各自召開會議討論。除了 Lucentis 及 Statins 二種藥不再談外，兩邊差距非常大的，包括「調整支付標準」、「例假日提供醫療服務」、「整合照護」等，「放寬耳鼻喉局部處

置可申報率閾值」屬單項，這邊列出來的，付費者代表都是零成長，即不增加金額，等一下請付費者及西醫基層部門各自內部討論時，都看看有哪些項目可以讓步，這樣才是協商。這是西醫基層總額的部分。

二、請看一下醫院總額部門，除了剛那二個藥是相同狀況外，這邊差異較大的，各位委員手上都有相關資料，「調整支付標準」差距較大，「特殊材料採每點 1 元之差額」醫院部門的說法是健保法修正後，特材等同藥品以費用支付，目前卻維持以點數計算；「確保護理品質」醫院部門認為應回歸一般服務，付費者代表有意見，兩邊可再討論；「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」，健保署的說法是去年已經放到一般服務，所以不去動，看付費者代表願不願意再討論，這幾項是較明確沒有共識，也就是醫界提的成長率都頗高，而付費者代表都是零。請兩邊能夠適度考慮，看有無需要就這些大項，再行溝通。

謝委員天仁

付費者代表這邊，需要 15 分鐘就西醫基層部分討論及交換意見。

鄭主任委員守夏

現在是 10 點 35 分，希望 10 點 50 分回來，最晚到 10 點 55 分。醫院部門也可趁此機會先進行內部溝通，至於學者專家及公正人士，可以應邀參加任何一方提供意見，謝謝。

(付費者代表及西醫基層部門各自召開會議討論 35 分鐘)

鄭主任委員守夏

請各位委員就座。剛兩邊都已有討論，先請付費者代表看哪些項目可以調整。

謝委員天仁

每次都是我們先，換一下，好不好？尊重西醫基層部門。

鄭主任委員守夏

一、蔣代理委員世中、陳委員宗獻，付費者代表說每次都他們先，

這次換你們先，好不好？

二、請幕僚同仁將項目直接呈現在銀幕，再來看差距多少。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

在裡面(小會議室)協商，我想一定很辛苦，本來預計 15 分鐘，現在卻用了兩倍以上時間，因為付費者代表不容易形成共識，很期待他們的共識內容，其實我們這邊就爭議的項目已經有處理了。

鄭主任委員守夏

陳委員宗獻的意思就是仍請付費者代表先講。

陳委員宗獻

對啦！辛苦談出來的先講。

鄭主任委員守夏

不辛苦的先講好了，辛苦的很累呢！好啦，請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、其實我們也蠻辛苦的，為了這件事開 2、3 次會，原本提出的總成長率，不應超過行政院核定的上限，所以我們已經調降至低於行政院核定的成長率上限。
- 二、健保會將協商結果報送衛福部後，我們內部也有討論，建議「品質保證保留款」予以維持，不變動；「新醫療科技(包括新診療項目、新藥及新特材)」成長率是 0.15%，之前已經說過編列原因，沒有調整；關於 Statins，如果考慮病人可能沒有來看病，以 0.5% 成長率應可支應；「新增跨表項目」建議成長率為 0.018%；「調整支付標準」建議成長率為 0.135%，屬於處理 RBRVS(資源耗用為基準的相對價值表)，健保署也有相同看法；「配合安全針具推動政策之費用」建議成長率為 0.004%；「配合結核病防治政策改變之費用(痰塗片陽性個案之門診醫療費用)」建議成長率為零；「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」建議列為專款項目，因為與付費者代表意見相同，所以

不處理；「破傷風類毒素」建議成長率為 0.01%；「特殊材料採每點 1 元之差額」建議成長率為零；「例假日提供醫療服務」建議成長率減列至 0.3%；「整合照護」建議成長率減列至 0.45%；針對婦產科的「護理照護」項目，沒什麼好減列的，建議成長率為 0.062%；因應法令、政策改變之給付及衡平調整——「放寬耳鼻喉局部處置可申報閾值」項目，我們有跟各醫學會討論，建議成長率減列至 0.35%；「因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長率之影響(含慢性病照護之增進)」建議成長率 0.67%，是個合理範圍。

三、至於 Lucentis，上次在談時，兩邊意見有接近一點，就維持 2 千萬列在專款項目，若不夠再從其他預算支應，我們可以接受，並觀察其醫療利用情形，健保署剛才的報告也認為其可能有替代效果。

鄭主任委員守夏

- 一、請同仁將螢幕畫面換一下，西醫基層總額只保留現在醫界版本，上次的版本先不要呈現，再跟付費者代表的版本對照。
- 二、西醫基層總額醫界版本總成長率較去年總額成長 4.036%，所以有達到 4%。

陳委員宗獻

含洗腎嗎？

鄭主任委員守夏

- 一、有含洗腎，因為該部分已協商過。
- 二、再看付費者代表的方案，請哪位付費者委員幫忙說明，請謝委員天仁。

謝委員天仁

我們有調整幾個項目，「破傷風類毒素」960 萬，不是很認同，但可以考慮給；「因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長率之影響(含慢性病照護之增進)」項目，醫界本來要求六億六千多萬，

我們原同意給 1 億，現願意增加到 4.5 億；另外有個新增項目要列入專款，要表達的意見是例假日提供醫療服務項目，涉及部門平衡，而且前已給過西醫基層獎勵措施，當時預期應達到的目標未達成，反而又來要錢，我們沒辦法認同，只是把這樣的精神，列入專款項目，給 1 億，但名目不是週日看診，對於各部門的立場都一樣，所以本項名稱請西醫基層部門思考。以上是我們提出的調整方案，大概增加不到 4.6 億。

鄭主任委員守夏

請大家看一下付費者代表的方案，相較去年基期，一般服務成長率是 1.578%，總成長率是 2.3%。

張技正櫻淳

主席，不好意思，我們需再確認一下數字。

鄭主任委員守夏

好，慢慢來。關於 Lucentis 及 Statins 二種藥放寬適應症的部分...

謝委員天仁

一、這屬原則問題，藥的品項太多，這二種藥不是新藥，對於新醫療科技(包括新診療項目、新藥及新特材)，每年都有丟錢進去。現在是放寬適應症，我們不願意讓健保會為此開個口。每年藥費占健保總醫療費用的四分之一，也就是 5,500 億的 25%，各位想想這 1,300 多億應該可以承受放寬適應症的影響，沒有太大問題，所以藥品放寬適應症，我們不可能考慮增加任何相關預算，除非有其他可讓人相信的數據。若依健保署提供的資料，部門反而須還回預算，在此情形下，沒有要你們還，當然更不可能增加預算。

二、關於鼓勵假日提供醫療服務的問題，剛才已經說過，診察費本有合理門診量規定，在 25 個病患以內，每個 300 多點；25 個到 50 個之間，200 多點，依此類推。後來為鼓勵假日門診，就將日合理門診量打破，變成月合理門診量，其實以月計算，就沒所謂合理門診量的問題，但卻只在實施第一年情況稍微好一

點，現在假日看診率僅 26%、27% 而已，也就是予以鼓勵，卻沒有效用，你們未做到的事情，還回頭來再要預算，實在沒有道理。

鄭主任委員守夏

- 一、每項再來核對一下，看有差異的地方能否再拉近。
- 二、首先，還是先解決新醫療科技(包括新診療項目、新藥及新特材)項目，如果照以前規範，會有個合理成長，這可以再談；關於 Lucentis 及 Statins 二種藥品放寬適應症的部分，需要較明確的共識，才有辦法解決。付費者認為，首先它們不是健保新藥，屬於適應症放寬，再者我們目前都沒碰觸第 7 次藥價調查，以前的默契是不要去碰，因為真的講不清楚；如果按照我剛才的說明，藥價調查調整的節餘，50% 用來調整支付標準，30% 用來給付新藥新科技，20% 當作推動健保相關政策或緊急狀況的財源；而且這項目的金額不大，付費者不太可能另給成長率。不知這些理由，可否說服醫界。在藥價調查這一年，健保署都會放寬一些藥品的適應症，或新增一些藥品品項，所以雙方有無任何轉圜的餘地？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、Statins 放寬適應症項目，問題可能出在項目名稱，首先它屬於什麼性質，健保署的看法與醫界並不相同，就像陳宗獻一定不可以娶姓陳的嗎？改個項目名稱也是方法，等一下我們再來談。
- 二、我在費協會也蠻久，必須說明一下，以前藥價調查調整的節餘，30% 用來給付新藥新科技，20% 當作推動健保相關政策的財源，總額也會編列政策推動配合款推動政策。藥價調查調整省下的是全體費用，並非可歸屬哪個總額部門的費用，若要歸到哪個部門，就會產生很大的爭議，此屬歷年現象，我們就不要回頭去討論。
- 三、依據我們的計算，Statins 放寬適應症所產生的 impact(衝擊)金額大概會是 4.8 億，此屬新病人部分。之前大家都聽過我們這樣

的講法，就不再重複。如果怕留下歷史，造成慣例，將它為何增加費用界定清楚或置於其他地方，是可思考的，例如本為同姓的意中人改成別姓，就可與其結婚。

蔣代理委員世中(蔡委員明忠代理人)

- 一、針對 Statins 放寬適應症的部分說明，其在今年 4 月份、6 月份，甚至 8 月份的全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議都一直被提到，放寬適應症一定會增加經費支出的效應，而且衍生的部分不只藥費，還包括診察費、診療費等。當 LDL-C 從 $\geq 130\text{mg/dl}$ 降到 $\geq 100\text{mg/dl}$ 時，每 3 至 6 個月就要做一次診察或診療，這雖跟藥費沒有關係，而係放寬適應症所造成的醫師診療準則改變。放寬藥品適應症部分，是嘉惠民眾之美意，並非醫界反對放寬 Statins 藥品的適應症，而是在財務收支連動下必需編列該類經費支應，這點請各位務必納入考慮。
- 二、部分藥價調查調整的節流運用於公共衛生政策上，例如預防中風、冠狀動脈硬化等。民眾可能未曾發生過這些疾病，而是因為車禍死亡，以此不是事實的說法，讓付費者代表認為藥價調查調整有節餘，但根本沒有節餘，而只是節流。

陳委員宗獻

- 一、關於藥價調查調整節餘的 30% 用來給付新藥新科技部分，我們目前是健保會，以前是費協會，兩者設立依據與依循的法令內容不一樣，後者屬於維持二代健保的收支連動。
- 二、姑且談一下健保給付新藥部分，目前幾乎每次的藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議都會討論健保新增藥品，所以健保是陸續不停的給付新藥。個人一週前才參加過那邊的會議，本會也有委員參與其中，該會議通過健保給付的新藥金額，平均每次會議都在 4、5 千萬左右，一年有好幾億。健保給付新藥部分沒有拿來本會討論，算是落實費協會那時的共識，這部分請大家不要擔心。

鄭主任委員守夏

現在是西醫基層總額部門在協商，盡可能由他們來發言。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

我覺得 Statins 用詞有待斟酌，它只是降血脂藥品中的一項，問題是在放寬適應症，不只 Statins，是所有降血脂的藥品都會增加費用。要不然就維持原適應症規定，LDL-C(低密度脂蛋白膽固醇) ≥ 130 mg/dl 才可以藥品治療，回復原適應症規定，相信對民眾的影響有限。

鄭主任委員守夏

建議不要針對個別藥品，看付費者代表能否同意接受。放寬適應症而不審查個案，因為放寬適應症通常會在藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論，或健保署有新證據時，也會在共同擬訂會議提案。若認為等同新藥，預估使用量會增加，則此情況也要列為總額協商項目嗎？另外，以前總額協商時，藥品等新增項目都列在「新醫療科技」協商項目，未來是否要增加新的協商項目？大家可以考慮。

李委員蜀平

主席、各位委員，大家好！我是藥師公會全聯會代表，剛才利用付費者代表進行內部協商時去洗手間，碰到醫界朋友，他們責罵我：「藥品是你的事情，你都不管」，我只有把痛苦吞腹內(台語)。其實放寬 Statins 適應症，確實對許多病人幫助很大，可以減少罹患其他疾病，包括心肌梗塞、腦中風等風險。所以，放寬適應症的同時，可以減少其他疾病的醫療費用，付費者代表應該同意醫界增加經費。另外，還有 Lucentis....。

鄭主任委員守夏

現在只談放寬適應症而不強調個別藥品，這點請李委員諒解。

蔡委員登順

藥師公會李理事長蜀平講得很好啊！放寬適應症會增加許多民眾的

需求，但也可以節省許多醫療費用，一邊增加費用，另一邊減少費用，算術一加一減，兩者就扯平，所以，大家就別再講了！

李委員蜀平

大家誤解我的意思啦！

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員，付費者代表實際上還有很多不同的意見與看法。首先我們願意讓步的是「破傷風類毒素」乙項，因為每瓶裝只注射1次，剩下的藥品就會浪費，玻璃瓶再小也不可能只裝1次注射的劑量，所以，同意編列960萬。
- 二、至於「例假日提供醫療服務」乙項，很難用這個名目去補貼，付費者代表同意挪1億至專款項目，因為現在環境改變，家庭少子化，平日子女去上班，請事假會被扣薪水，等到假日才有時間帶長輩去基層診所看病，為因應環境變遷，同意增加專款項目，不過，請醫界想一下方案名稱，特別是農村型的社區，希望可以鼓勵基層診所的醫師假日出來看診。
- 三、「因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用之影響(含慢性病照護之增進)」，原來編列1億20萬，我們直接就給4.5億，增加約3.5億。
- 四、Lucentis適應症放寬後，是否會變成慢性病用藥，如果是，病患可能就要一直吃藥，其實好醫師都會這樣講，只要飲食清淡及適度運動就好。
- 五、現在成長率已破2%，至少已達2.03%以上。請問西醫基層代表可否接受付費者方案，讓今天協商有個成果。

鄭主任委員守夏

雙方都提的差不多，等一下會請專家學者及公正人士表示意見，先請蔡副署長魯補充說明。

蔡副署長魯

報告主席、各位委員，有關西醫基層「調整支付標準」項目，醫院總額 102 年及 103 年都有編列依 RBRVS 調整支付標準的經費，希望 103 年可以給予基層部門 1 億元，用以調整支付標準，若付費者代表不同意，可能未來 1 年醫院調整支付標準時，會衝擊到西醫基層部門，相關項目就無法連結。請付費者代表可以依健保署建議，給予 1 億元經費，將成長率往上調一點，以上是健保署的意見。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、有幾個原則要先講清楚並守住，藥品部分要我們付錢是不可能，而其他部分都只是錢的移動而已。不管 Lucentis 或 Statins，不可能給任何一分一毫，其他項目增加經費還可以考慮，但不要這二項爭取任何經費，這是付費者早已達成的共識。否則健保會以後單單處理藥品問題，很快就陣亡了。每年約有 1,400 億藥費，怎麼可能去處理那麼多藥品適應症放寬的問題，所以，大家不要再講藥的問題，難道醫師不能自行調整，節約用藥嗎？付費者最擔心醫師開太多藥，也很在意醫師用藥來賺錢，所以，這部分不可能給費用。
- 二、我們從來沒有反對調整支付標準，但非屬健保會權責，醫界儘管自行調整，我們沒有意見，這是相對值問題，醫療密集度沒有改變嘛！我們擔心醫院的內、外、婦、兒科醫師都跑出去開診所，基本上對於各部門的支付標準，都採相同標準，沒有任何例外。只要破壞原則的，就不可能同意，至於其他無礙原則的部分，可以再談。

蔡委員登順

- 一、謝委員已表達很清楚，過去我也經常談到，非協商因素每年成長這麼高，基層在過去 6 年，已成長五十幾億，醫界本身就可以處理，不要每年都提「調整支付標準」項目，例如五大皆空

的科別，以往也都調整過，醫界還不滿意，現在還要來爭取預算。

- 二、如果指定某科別調整，反而會傷害點值，舉例來說，本來看一次診支付320點，現在調整至380點，大家的收入實質增加，但總額之下單價提高，呈現的卻是點值下降，錢已經付出，點值卻沒提升，大家會被罵，情何以堪？所以，調整某個科別支付標準是沒意義的，大家應該爭取總成長率，點值才有可能提升。我們一致的看法，不能再調整某個科目，這樣會被醫界拿來操作，媒體也報導點值只剩下0.85、0.86，其實應該講平均點值而不是講浮動點值，因為有40~50%的固定點值項目，對外講話要公道，我們才可以接受。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、健保會討論的應該是制度面問題，是從什麼角度來健全總額協商架構，我承認今年協商提出Statins或Lucentis等單一藥品，的確不是很妥當。不過會有這樣的訴求，是因為當時在另一個會議(藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議)中，討論放寬藥品適應症時，我們認為應與財務綁在一起，於是會議決議：「本會議無法討論健保財務，請提到健保會討論」。
- 二、現在面臨的問題是，當治療準則有重大改變，影響健保財務時，如果沒有一個平台可以處理，將會產生很大的問題，基層不知如何吞下去這新增的30萬人，例如現在英國把低密度脂蛋白膽固醇的標準值，從100 mg/dl再降至70 mg/dl，不知還要增加多少患者，可能大部分人都會變成患者。這個問題背後的原因非常複雜，不只有醫學而已，如果健保凡事都要跟進國外的制度，就應該建立一套完善機制，讓總額可以穩定執行，就像民眾需要健康，健保的財務、總額的財務也需要健康。
- 三、個人看法，我們可以改變項目名稱，請健保署針對治療指引改

變，對財務有重大影響者，重新計算其財務衝擊，大家平心靜氣、非常客觀地處理。若可建立此一平台，明年協商時，對於治療指引的變動、舊藥新用，新藥開發或放寬適應症等問題，才會有一條出路，讓民眾可以享受這樣的醫療服務。

謝代理委員文輝（謝武吉委員代理人）

- 一、我覺得今年是健保會的第一年，建立一些規範及共識很重要，可避免每年都吵架，應儘量理性務實地面對。剛李委員蜀平提到放寬藥品適應症後，可節省許多醫療費用，其實是空泛的言論，並不是理性討論，正確說法應該是民眾使用後，比較少生病、壽命延長、生活品質會較好，至於到底會不會省錢，目前並沒有數據可證明。
- 二、其實健保法第 26 條第 2 項已寫得很清楚，增減給付項目、給付內容或給付標準，若影響保險財務之平衡，應提案到健保會審議。剛剛陳委員宗獻也提到，目前健保署幾乎每月都召開藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，一個月是藥品，次月是特材，每次開會後，隨時都會納入新藥物，今天醫界為何提出 Statins 及 Lucentis 二項藥品，是認為對財務有很大衝擊，至於其他較小的項目，每年都納入十幾項新藥物，也從來沒有提出過。
- 三、剛剛健保署醫審及藥材組所提的資料，歷次藥價調查及藥價調整所節省的金額，每年成長率有 0.9%，也有-0.3%，表面上好像不是很可怕，但仔細看，數據會騙人，93 年成長 15.8% 之後，Base 變大，些微的比例增加，影響都很大，整體而言，12 年約增加了 600 億，平均每年成長率約 5%，連醫院總額每年成長率都沒有 5%，今天若講不清楚，就只能看最後結果。事實上藥價沒有所謂的節餘，如果因為沒有實際的數據，就不去處理藥品對財務衝擊的問題，爭執一定會發生。
- 四、二代健保所謂收支連動，理論上若經濟不好，可以縮小給付項目及範圍，反而簡單。醫界做了十幾年的項目，如門診藥費因財務關係，要求自己負責，大家很容易會有共識，但現在所提

的新項目數據都沒有說服力。建議新增項目應該移到其他預算，實支實付，用 1 元付 1 元，用 2 元付 2 元，本案討論就可結束。

五、有關「新醫療科技」項目，包括藥品、特材及新增項目，都沒有內容，直接就給醫院 10 億，基層部門 6 千 8 百萬，這個叫做圖利醫院，與法律的規定完全不符。謝委員天仁是大律師，應該知道總額的預算項目那有這樣訂，不但沒有內容，每年通過後也沒有檢討，完全是空白授權，非常不適宜，所以，「新醫療科技」項目應移到其他預算。

六、目前委託李教授玉春進行的研究，曾提到新增藥品或醫療服務項目，通常第 1 年的成長率可能不高，後來幾年的成長可能較高，最好等 5、6 年成熟後，再納入一般預算。若參考此作法，相信今天大部分的爭議都可解決，醫院也不會佔到便宜，所以，這個問題應從基本原則來處理。

鄭主任委員守夏

雙方的意見已經非常清楚，現在請專家學者及公正人士，那位代表先發言？

吳委員肖琪

難得有機會可以講話，每位都講幾句。

鄭主任委員守夏

先請柴委員松林。

柴委員松林

一、剛花了許多時間討論降血脂藥品，應該請醫師給予病患建議，例如在 3 個月內如何改善飲食、增加運動，如果病人的血脂可以降低，就可逐漸減少藥品使用，不能讓病人完全不負責任，因為維持健康本來就是自己的責任，大家卻都推給健保，這是錯誤觀念。醫師不只是開藥給病人，也應該告知病人用什麼方式去做，以及何時能停止用藥。

二、我們花了這麼多錢在醫療服務，國民健康署到底有沒有每年做研究，瞭解民眾健康有多少改善？某個疾病花多少錢？民眾的壽命延長多少？以後醫療費用可以減多少？是在哪些項目減少？大家對衛福部的要求，沒有一項是屬於如何促進民眾健康，好像衛福部不需要做這些事，只要一面做健保，一面去抓假油就好。事實上，衛福部在管制假油方面的效果，比謝委員天仁的消基會還差很多，消基會似乎比較積極。

三、另外，滿街都是醫學美容診所，我們應該逐漸減少給付，必要給付都應該經過審議，例如兔唇的矯正，對人的一生有很大影響，就必須給付，至於如何去斑、除皺紋等純美容的項目，就不需給付。現在醫美給付很浮濫，也是應改善之處。我覺得大家都只關心醫療，沒有人告訴民眾怎樣才能健康，像平常領導我們的長官，每天幾乎都有宴會，身體怎麼可能健康？

鄭主任委員守夏

接著，先請吳委員肖琪或陳委員錦煌？

吳委員肖琪

請陳委員錦煌先。

陳委員錦煌

主席、各位委員，大家好！我也是先跟吳委員肖琪協商，我的心肝比較軟(台語)，有關「放寬降血脂藥品(Statins)適應症所增費用」乙項，我們兩個意見不一樣，一個要給，另外一個不要給；「調整支付標準」方面，吳委員說去年已有編列經費，今年不應該再給；還有「例假日提供醫療服務」乙項，民眾可以不必去醫院看診，因為去醫院也要花錢，這是我的看法，但吳委員認為基層醫師可以自行調整看診時間，我就聽她的，因為週日看診基層醫師診療費還要加成，那麼醫院的醫師怎麼辦？所以，還是尊重專家學者的意見。以上報告。

鄭主任委員守夏

吳委員肖琪要講的，您都講了。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、謝謝公正人士，我有幾點意見。有關「調整支付標準」，正如剛蔡委員登順所提，因為外界說點數太低，本來 1,000 點就調升為 1,200 點，這樣沒辦法改善點值。另外，也讓我想起上次 RBRVS 支付標準調整時，是由醫界自己覺得哪些項目應該調高，哪些調低，例如本來給 3,000 點，覺得不對，應該給 3,500 點，但因為預算中平，所以有些項目就應該調為 2,300 或 2,700 點。上次支付標準調整，我聽到的是，應該調高的都調了，但應該調低的都沒調下來，點數不小心就膨脹了，因為點數增加，點值當然也就掉下來。如果上次支付標準調整，把該調高的調高，該調低的調低，點數就不會變太多，也就不會有點值下降的問題，所以支付標準部分，贊同付費者代表意見，今年不要再編經費。
- 二、運動及飲食很重要，不管是坐在我左邊的柴委員松林，或坐我右邊的楊委員漢淙，都提到降血脂藥品的使用標準要往下調至 100mg/dl，其實最好是先鼓勵民眾運動及正確的飲食。以前政府對衛生局投資的錢太少了，即使要國健署去做，國健署還是委託醫院做，結果國健署讓醫院變成血汗醫院，所以，政府在這部分應該要很小心。
- 三、剛我右邊有委員說，如果病患吃藥要 4、5 年才有效果，萬一這期間被車撞死怎麼辦？其實病患被車撞死，反而更省錢，這是開玩笑的話，我們應該思考的是，如果不開這些藥品就可以省錢的話，當然不應該額外再編列經費，我們應該向民眾宣導多運動，不要血脂在 100mg/dl 即吃藥，因為可能就要長期服用。
- 四、其實我很擔憂開藥的問題，媒體報導藥界從家戶撿回的健保藥品，可達 101 層樓之高。很矛盾的是，為何要花一堆錢在藥品上，然後再花錢請藥師回收一堆藥丟掉，丟掉又造成環境污染。所以很贊同謝委員天仁的意見，藥物的部分我們儘量不去觸碰。
- 五、就醫密集度部分，請大家能了解，如果因為人口老化，其實在

非協商因素就可以解決，65 歲以上的人花多少醫療費用都會反映出，也就是說，一般像我這種 50 幾歲的民眾，可能並沒有 3 高的問題，但到 65 歲可能 3 高的慢性病都有了，相關醫療費用會反映在非協商因素，所以，理論上不需要再另外給錢。上個月協商時，我已經提醒醫界，儘量不要用人口老化項目來爭取經費，因為非協商因素已涵蓋。在此提醒付費者，對「其他醫療服務及密集度改變對醫療費用之影響」乙項經費，是否給得太高？

六、假日看診的部分，謝謝公正人士問我，如何解決週日看診問題，現在並沒有規定醫師假日不能看診，所以，拜託醫師公會協調大家排班。每個醫師一個月可看 25 天門診，不要都在週日休假，如果可以輪流看診，這部分即能解決。

鄭主任委員守夏

請林代理委員穆弘。

林代理委員穆弘(連委員瑞猛代理人)

付費者代表林穆弘第一次發言，僅向各位先進報告以下 3 點，並請能予以參酌：

- 一、最近我在看貞觀之治，很羨慕那個時代的唐太宗，民主國家每個人都是主人，每個人也都是唐太宗，希望今天這個會議大家不要當做是談判，應該要妥協再妥協。
- 二、付費者首先應考慮不同所得者的健保保障，基層醫師在假日休診，那麼偏鄉地區許多在金字塔最底層的人怎麼辦？我呼應基層假日看診部分，請給予最大善意，希望大家共同以智慧解決這個問題，因為這些都是國家的勞動力所在。
- 三、對於剛大家一直發表的降血脂藥品，我發現有個奇怪現象，照理講基層醫師應與土地公、土地婆一樣，照顧基層老百姓，而且和百姓的互動關係也應該比醫院佳，醫病關係應可以更為融合。對於降血脂藥品乙項，不知道基層代表的態度，是和柴委員松林意見相同，要民眾多運動，還是與醫院一樣，建議多開

藥？

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、剛剛柴委員松林提到民眾應負的健康責任，個人非常認同。我曾經在一個會議提過，假如某個病人BMI值(身體質量指數)一出生就是30，則BMI值下降，保費可減少，但BMI值上升，因沒有盡到自我照顧的責任，保費就該多付一點，從這樣的角度來看，才可能讓民眾真正盡到健康照護的責任。但這在現有制度下是沒辦法執行的，因為我們只用供給端去管制。假若健保可硬性規定，民眾經驗血確定需要治療，則至少要有3個月以上的飲食控制及健康行為始可用藥，才有辦法約束民眾自我照顧。所以，這個部分我們有在想辦法努力，不過，從被動、主動的角度是不一樣的。
- 二、跟吳委員肖琪報告，非協商因素，完全沒有反映人口老化，甚至藥價調整對人口老化的影響是負成長，因為慢性病患者大多是老人，藥價調整後，非協商因素中的藥品成本指數是下降的。另外，因為藥價調查所以每二年就調降一次，若以100%計算，老人的平均醫療費用不但沒有上升，反而逐年下降，非協商因素的部分變成政策性下降，無法好好反映老人的醫療成本。因此，人口老化在藥價基準調整的前提下，非協商因素不但沒有反映，而且還是負成長。

鄭主任委員守夏

暫停、暫停一下...

蔡委員登順

- 一、主席，建議一下，好嗎？
- 二、非協商因素不是我們可以討論的，也不要再討論，這些都是由衛福部與經建會共同精算出來，報行政院核定，今年非協商因

素本來就比較低嘛！西醫基層部門往年非協商因素成長率多少？你們應該很清楚，就不要再報告了，浪費時間而已。對於付費者版本，可以接受嗎？看你們不能接受的是那一點，大家可以再談，我們堅持的部分就不要再談，同意嗎？如果不同意，就是再回到原點。

鄭主任委員守夏

兩邊的意見已經非常明確，都是在補充說明，雙方似乎都很難被說服，因包括學者專家及公正人士都表達過意見，所以我試著綜整大家意見，做以下初步建議：

- 一、送部裁決是大家所不樂見的，所以必須盡可能在本會有共識。今天是特例，不希望以後還有重啟協商，既然重啟協商，兩邊就要有誠意談，而且要互相讓步。
- 二、我事先有做些功課，給各位一點意見，看兩邊可否同意。先從較簡單的開始談，請同仁幫忙把「破傷風類毒素」改成黑色字體，兩邊一樣的不談了。
- 三、「例假日提供醫療照護」、「整合照護」、「護理照護」及「放寬耳鼻喉局部處置可申報率閾值」等4項，都是讓民眾有更好或更方便的服務，但因沒有那麼多錢可再提供更好的服務，也就是付費能力只到這裡，所以這4項是零。建議採付費者說法，就是付費能力有限，保持現在的給付就好，對更方便或更好的服務，暫且割愛。
- 四、「放寬降血脂藥品適應症所增費用」乙項，建議不要當做協商項目，以前從來沒有出現過，這項目應該放在共同擬訂會議中處理，那個會議通過的事項，我們沒有意見。由於付費能力有限，而且用這個名目給費用也不恰當，但是要不要調，應該在共同擬訂會議或學者專家的會議討論。其實健保會沒有專業的判斷能力，怎麼知道適應症要訂在130、140、100，還是70mg/dl，健保會應處理較大層面或政策面的事項。無論要不要調，怎麼調，不用此項當做總額增加成長率的項目，但後續怎麼辦？就

回到原給予通過的共同擬訂會議協商、討論。簡單說，沒有給成長率，醫界若覺得不恰當，就去那邊重新討論。新組成的健保會跟共同擬訂會議還在磨合期，某些他們已決定的事項，最好我們就不要去管，而我們決定的，他們也不要管，這樣才不致相互扞格。

五、「新醫療科技」還可以談；而「其他醫療服務及密集度改變對醫療費用之影響」，雖吳委員肖琪認為不應該談，但付費者很有誠意，給了4.5億，所以這二項應可談談。至擴大醫療服務規模等項目，個人贊成付費者方案，理由是我們沒有錢，也不願意再多花錢去買更方便或更好的服務。

六、放寬適應症不是在本會同意，因為太細了，證據也不足，所以不討論，不同意單獨列為成長率項目。若要變更，應該到另外的平台再討論。

鄭主任委員守夏

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

補充一下，放寬適應症的案子，以後不能馬上公告，建議應等到本會協商的經費通過後，才可公告。

鄭主任委員守夏

那是細部討論，二個會要有默契，這次算是碰到牆壁，以後他們就知道應先確保有預算，才可通過。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

對於治療指引的改變影響財務部分，認同主席的看法，共同擬訂會議已經通過，健保會是比較高層次的會，可以決定總額的給付範圍，可否做成決議，請健保署將降血脂藥品(Statins)適應症維持在原先130mg/dl之標準，亦即撤案，要改明年再改，這樣共同擬訂會議才會處理，這裡的成長率就可以改列零。

鄭主任委員守夏

該會議不歸健保會管，我們無權要求他們討論或不討論，因為操盤的是健保署，醫界依照健保署的會議決議提到這邊，今天是總額協商，我們認為單獨列該項目來增加預算不恰當，所以，就討論到這裡。

陳委員宗獻

這樣很難為！共同擬訂會議要我們到健保會討論，健保會又說不歸自己管，怎麼辦？我們只有一個很卑微地要求，誠如剛吳委員肖琪所述，改變前必須到本會決定有財務以後才處理，那是明年的事，但現在已經發生，風險也不知，我們看法與健保署差距非常大，可否請健保署將本項調整暫停？健保署的長官也都在這裡，只要他們同意，馬上就可以改。

鄭主任委員守夏

請問付費者代表是否同意這個意見？

謝委員天仁

- 一、我們是在協商，不可能有任何決議，請提案到委員會議，才會有決議。現在是在講錢該不該給的問題，若我們不給錢，您們又不想調，要自己想辦法，怎麼處理，我們完全沒意見。贊成主席所做的英明裁示，原則本來就在那，硬要我們打破，講到嘴破也不可能。
- 二、現在要求主席，以前協商都會設訂時間，重啟協商這麼漫長，晚上還要繼續留在這邊討論嗎？

鄭主任委員守夏

這是我的錯，確定今天沒有準備晚餐。

謝委員天仁

支持主委剛的裁示，最好的方式是集中在就醫可近性，因為那是可模糊的事項，至於你們的要求，我們也會儘量考慮。

鄭主任委員守夏

請蔡副署長魯。

蔡副署長魯

對西醫基層部門的「調整支付標準」項目，請各位委員能予考量，因 102 年醫院總額有 50.5 億預算用以調整支付標準，其已衝擊到西醫基層部門，所以請付費者代表同意 103 年西醫基層所編列的 1 億元預算，兩邊才能平衡。

謝委員天仁

實在有點錯亂，以前提內、外、婦、兒科時，健保署給的建議是，因為西醫基層很少會只做單一專科，內、外、婦、兒科都兼做其他科，所以不贊成給西醫基層，後來我們曾經給過一次，大概是幾億，我忘記了！現在基層又用此來要錢，這是不可能的事。現在會流失的是醫院內、外、婦、兒科，可能病人少了，或者他們的負擔較沈重，如果調整西醫基層，大家又全跑到基層，那醫院不就垮了，這個邏輯是 3、4 年前你們教的，現在反過來，倒著說這邊有調，那邊也要調，真得很奇怪，健保署以前說的是真還是假。

鄭主任委員守夏

請蔡主任秘書淑鈴。

蔡主任秘書淑鈴

- 一、健保支付標準非以科別作為分類基礎，而是以手術、處置、檢查或檢驗等來分類，會編這項預算，是因為今年對內、外、婦、兒科相關支付標準有重新檢討，尤其在手術、處置及麻醉項，其中有部分調整項目基層診所也在執行，故醫院已調整支付標準，同項目若基層診所執行應給予一樣的支付，以符合同工同酬，故建議同步調整。
- 二、理論上，我們也很贊成非協商因素中的醫療成本指數改變率，挪部分費用來支應支付標準調整。另外，整體醫療成本的增加，部分係反應勞心勞力的項目，部分則係反應支付標準隨著時空有偏低情形，也需要調整。希望付費者代表能支持本項，以兼顧支付之公平性。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

再重複一遍，贊成主席所做裁示，這些都只增加錢，名目是什麼，騙人用的，一般服務費用都已融進去，例如支付標準調整，他們要求 1.3 億，會將 1.3 億全部用在上面？不可能啦！一般服務項下你們儘管去調支付標準。我認為主席的裁示很正確，你們要灌錢就加到其他項目，這部分我們不再考慮。

鄭主任委員守夏

請蔣代理委員世中。

蔣代理委員世中(蔡委員明忠代理人)

- 一、謝謝各位委員，也感謝健保署所做的補充。支付標準調整勢必牽涉到經費挹注，感謝委員過去在費協會給予五大科或其他科別經費的挹注，感激再感激。也要跟委員說明，將近 20 年來，物價不斷攀升，我們的支付標準亦未跟著調整。事實上，若沒有經費挹注，調整支付標準一定會衝擊到其他科別。
- 二、再者是各位提到的個別藥品，在全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議只會談這個藥品項目是否適合納入健保給付、適應症及治療效果等，從來不考量經費來源，建議本項不要用「放寬降血脂藥品適應症所增費用」名稱，請修改為「治療指引的修正」。

鄭主任委員守夏

- 一、最後詢問一次蔣代理委員世中及陳委員宗獻，希望 5 分鐘內可以搞定，若真的沒有辦法，我就認了！
- 二、剛付費者的說法已經非常明確，簡單地說，「新醫療科技」及「其他醫療服務及密集度改變對醫療費用之影響」這二項，如果西醫基層要談，付費者願意，至於其他項目，他們覺得已經是底線。

三、剛剛大家都已表示善意，如果有放寬適應症或改變治療指引的情形，可以提案討論。以後流程應先確定有財源再調整支付標準，相信只要合理，大家應該會支持，所以這項就拿掉。

四、至於「調整支付標準」，剛謝委員天仁講得非常清楚，歷年來付費者最討厭使用「調整支付標準」這個名目，如果不用，您們就將費用放到因就醫可近性項目，協商談判就是這樣，不要這麼堅持使用哪個項目，謝委員已經一再說明，大家應該都聽得很清楚，拜託如果願意的話，就趕快確定吧！

陳委員宗獻

我知道，頭髮都白了，當然聽懂，不過這中間的差距我們內部需有共識，主席可否裁示讓西醫基層內部再協商，不過大家不要等，醫院部門可以先開始談，我們很快就回來。

鄭主任委員守夏

休息 10 分鐘，大家趕快吃便當。

(西醫基層部門召開內部會議討論 25 分鐘)

鄭主任委員守夏

一、請同仁按鈴，各位委員請回座。

二、請看西醫基層部門最新版本，請陳委員宗獻或蔣代理委員世中幫忙說明。

陳委員宗獻

一、經過前面那一輪的討論後，主席也表達個人意見，基本上我們都尊重，也許大家覺得 Statins 這項不要講，但是風險一定要面對，要讓我們有能力承擔，它也算是一種可近性的提升，等一下會清楚陳述。

二、無論是黃斑部病變或糖尿病引起的黃斑部血管病變，所須用藥 Lucentis，以往都不在基層服務範圍，所以我們不知道究竟有多少人要治療。聽說台北、南部有許多人提供相關治療，上網只要打「Lucentis」，除出現相關知識外，也會跑出一堆醫療服

務提供者強調有做這項服務，其風險也是我們沒辦法承擔的。

三、Lucentis 與 Statins 性質不同，Statins 可以夯不啣噏在就醫可近性提升這項處理，上次討論時一度達成共識，建議 Lucentis 可以放 2 千萬額度在其他預算。現在先談到這裡，就是 Statins 這部分的風險大家幫我們考慮，Lucentis 則編列 2 千萬在其他預算；至於主席所提「整合照護」、「護理照護」及「放寬耳鼻喉局部處置可申報率閾值」就不談。請大家表示意見，若 ok，等一下再繼續報告我們的結果。

千委員文男

請一併報告你們的討論結果後，我們再表示意見。

陳委員宗獻

第 1 項「新醫療科技」，建議保留 0.15%；第 2 項「調整支付標準」，其實就是調整 RBRVS，醫院調支付標準時，我們沒有編列預算，所以醫院調整後，就會造成基層負成長，建議改為 0.135%；第 3 項「護理照護」，係提供給開業婦產科夜間生產的護理照護費，量不多，是基層部門執業的正義，建議只要 0.062%；至於「因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響」，建議成長 1.5%，有些項目夯不啣噏都算進來，包括看不見的風險，而且是過去從未發生，只有今年才發生的大變動，影響動輒好幾億；Lucentis 就建議將 2 千萬放在專款項目，若有不足再由其他預算補充。謝謝！

鄭主任委員守夏

一、整體而言，可否先看一下最下面的總成長率，現在醫界要求的是 3.367%，付費者同意的是 2.309%，看起來還差 1%，差距蠻大。

二、回到上面的項目，首先是「放寬給付標準」，醫界希望放到「因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響」，列 2 千萬，為上次報部方案之一，這是一個作法。另外，剛付費者的講法是，不要再用給付項目或支付標準調整當做名目，就是付費者不同意，至於已放寬藥品適應症暫予公告及給付部分，

要依循應有的程序處理，就是這 2 種可能方案。

三、其他部分有些小差異，「護理照護」這項，特別要給開業婦產科夜間生產的護理照護費，概念是特別性護理費，不是一般的護理費。

四、付費者代表這邊的意見？可否請蔡委員登順幫忙說明。

蔡委員登順

一、「新醫療科技」上次所談，健保署原同意 4 千 8 百萬，付費者增加 2 千萬，就是包含 Lucentis，因為不清楚其療效，所以給 2 千萬做看看，這部分最後變成 6 千 8 百萬，你們現在又編 2 千萬在專款，與當初我們的用意不同，如果要這樣編，「新醫療科技」應該回復為 4 千 8 百萬。

二、至於「護理照護」，基本上是怕西醫基層的護理費調得比醫院更高，所有護理人員都跑到基層，醫院本來就缺護理人員，如果造成此效應，是我們所不樂見，不贊成調整的原因在此。

陳委員宗獻

西醫基層可以保證絕對不會有這種情形發生。

蔡委員登順

要用什麼保證？口頭保證沒用啦！媒體很快就會有血汗護士或血汗醫院等報導。

蔣代理委員世中(蔡委員明忠代理人)

西醫基層部門只有婦產科會有住院的護士，因為要照護生產的孕婦，跟一般的門診護士不同。

陳委員宗獻

基層婦產科有做生產的只佔 1/10 而已，並非其他 9/10 的診所沒有能力，而是根本沒辦法做，其實這部分值得支持。

蔡委員登順

護理費的部分保留，我們內部再做討論。請問還有增加那一項？

陳委員宗獻

因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響。

蔡委員登順

這部分已經給 4 億 5 千萬啦！

柯執行秘書桂女

付費者給的是 4 億 5 千萬，西醫基層部門新增 14 億，現在要的是 14 億 4 千 5 百萬。

蔡委員登順

這麼多？多 10 億？那有這麼多錢？

陳委員宗獻

您知道去年協商到一半時，鈴聲就響起，我們真的很痛苦！

蔡委員登順

- 一、等一下內部會議再一併討論，請問西醫基層就這 3 項？
- 二、另外，「破傷風類毒素」我們同意給，既然說了就不會把預算拿掉。不過，建議應該改個名稱，否則未來以似是而非的類似理由來要錢的情形恐會層出不窮，將增加許多困擾。建議改用「提升用藥品質」名稱，如果有更好的名稱也可以替換，但不要用破傷風類毒素，以避免藥品浪費，造成總額不斷膨脹，困擾更多。

謝委員天仁

主席，我們很少談判是談到某個項目金額反而增加，這樣要說有誠意，鬼才相信！西醫基層提出 14 億的金額，讓付費者極度氣憤。建議停止討論，不要再談了，沒道理，這樣要怎麼協商？拿出去外面，不了解的人會怎麼說？怎麼愈談錢愈多，付費者還同意，開玩笑！10 顆頭都不夠砍。亂七八糟！

陳委員宗獻

- 一、這些話有點情緒，不過沒關係，協商時尊重每個人的感覺，但也請尊重我們的感覺，我們就是擔心風險，現在不談藥的問題，但不能不談風險！除非有人可以保證沒有風險。

二、使風險消失的方法，就是回復原來的適應症，讓 Lucentis 恢復原給付規定，只在醫院執行，基層不要做，這樣我們可以同意把列在專款的 2 千萬扣掉，整體成長率也會下降。

鄭主任委員守夏

陳委員您說從原來的 6 億變成 14 億，是什麼風險？請再說明。

陳委員宗獻

包括 Statins 放寬適應症的風險。

鄭主任委員守夏

如果是這二項藥品的話，剛已有非常強烈的共識，我不會改變原先的建議，那邊(共同擬訂會議)開放的，就回那邊談。總額協商從以前到現在，沒有給過這項成長率，所以協商因素不要放這個項目。

陳委員宗獻

不能在此決定，因不是本會開放的，所以回去那邊(共同擬訂會議)再談，我們就是從那邊被踢過來的！這個風險如果拿掉，本項成長率變成零，可以！我非常能接受，現在就可以完成協商。現在不能不談藥品，因用藥標準確實改變，事實就是這樣！我們還要沿門托鉢，請外科、婦產科捐些錢，共同負擔這個風險。

鄭主任委員守夏

一、了解，如果是這樣，剛付費者代表謝委員天仁建議，等一下召開委員會議時，可提臨時提案，再來討論此議案。現在謝委員天仁建議停止協商，我很不願意，因為已經談了二個多小時。其實就重啟協商而言，個人覺得這樣的時間已夠多，如果能稍微有共識，就可以再談。

二、6 億變成 14 億，確實不妥。另外有關婦產科護理照護品質，需要幫婦產科護理說句話，因為去年 25 億是給醫院，所以醫院的護理人員應該有分到，但基層的婦產科診所就沒有，如果本項附註專門提供婦產科住院護理費，是可以考慮，比照醫院 102 年做法。102 年的 50 億及 25 億對不對，我們沒有立場批評，

但已經給了醫院護理費，說實話西醫基層比照辦理較符合公平原則，而且金額不大。建議本項可編列預算，並加註清楚。其他有關 Lucentis 和 Statins 二項藥品，就不要再列額度。

陳委員宗獻

其實我們也不想列，因為列了額度後，就變成協商的困難所在，當然不要列最好。但是不列額度，就需要保證不要有太大的財務風險，應一併考量。如果已經達成這二項不談的共識，成長率零，等一下委員會議再來談，萬一沒有談出結果怎麼辦？要我們吞下去嗎？

鄭主任委員守夏

如果要繼續協商，請直接講數字。例如新醫療科技，剛的說法是如果有些項目放在新醫療科技，包括藥品、特材及新增給付項目，可以幫民眾多買些給付項目。

陳委員宗獻

今年 3 月以後，藥品共同擬訂會議也有付費者代表，現在每項新增藥品都有財務評估，幾千萬我們都接受、通過。以前訂的新醫療科技成長率，等於白訂，訂了之後基層可能根本沒做，就賺到，也可能做很多，我們都不知道。其實不反對，因為本項可以管得到、有機會表達意見，甚至把新醫療科技的 2 千萬拿掉，放到 Lucentis 專款都可以。

謝委員天仁

不要再談這個，一直重複講這二種藥，我們已經講過沒辦法談這件事。

陳委員宗獻

委員會的職責就是財務，維持總額穩定是大家共同的責任，不是只有我的責任，也是您謝委員天仁的責任。

謝委員天仁

其他項目可以考慮加成長率，主席也講的這麼清楚，但您總是講這二項，我們怎麼談？最後的結果都是屬一般服務的費用，又不是專

款，就看錢增加多少而已，為什麼一定要列這二項呢？

陳委員宗獻

沒錯，所以我們的建議版本，Statins 成長率已經是零，也沒有講要加錢。

蔣代理委員世中(蔡委員明忠代理人)

先處理比較容易有共識的部分，例如護理照護就改為護理住院照護，因為基層有住院部分的只有婦產科，可否先把本項定義清楚，不是一般的門診護理照護。

蔡委員登順

我認為就醫可近性的數字就不用談了，這個數字絕對沒辦法接受，西醫基層是否願意回到付費者原來的方案，這樣才有談的空間。

陳委員錦煌

看過上次送部核定的版本，本項付費者為 1 億，西醫基層為 6 億 6 千 1 百萬，現在反而變成 14 億，不合理。公正人士的頭腦兩邊都要顧到，不能當時同意報部是 6 億 6 千 1 百萬，回過頭變成 14 億，付費者怎麼可能同意？他們已經從一億多調到四億多，請西醫基層代表好好考慮，講這樣應該聽得懂吧！

林代理委員穆弘(連委員瑞猛代理人)

這是我第一次參加協商，法庭上也不是這種談法，單單最大那筆，4 億突然變成 10 億，法官絕對不允許。今天真的是領教到，醫師本來就是天之驕子，可是我要抗議，脫掉白袍後和一般人沒兩樣，如果這樣談判，真的是太強勢，也很可惜。

鄭主任委員守夏

我們盡可能還是直接談數字。

張委員永成

擔任委員已經 8 年，第一次來開會，因為這個會我不想來，從來沒有遇到跟你買東西，竟然是你跟我討價還價，感覺付費者是笨蛋。常在開委員會，光聽醫生和藥商講就差不多要 3 個鐘頭，我沒那麼

多時間，所以很不愛開會。醫生賺這麼多錢，竟然我們一直在讓，連講句話都不行，如此會讓人覺得太可惡。

鄭主任委員守夏

我們是對等協商，沒有說不要講話。對不起，現在起不再接受任何此類發言，要就直接談數字。請問陳委員宗獻 14.45 億有無可能變更？如果沒有，就結束。談判協商，真的很少看到這樣，如果有些要加到新醫療科技、新給付項目，這個可以談。您的擔心我們知道，但提出的數據沒辦法讓大家接受，後續可以再請健保署處理，這是等一下委員會議可討論的，但不在協商會議談。

陳委員宗獻

- 一、剛有人講的關於可惡等語，是個很大的帽子，我們不能接受。大家能否換個角度，我們根本沒講要錢，而是說不做那些項目，Statins 的用藥標準維持原給付規定不要調降下來；如果是眼睛問題，只要在醫院治療，不要在基層治療，可以嗎？這是新規定，我說我不要！難道不能講？如果同意我們不要做，這樣就已完成協商，討論結束，成交了。
- 二、Lucentis 這個治療方法在醫院做，不要放在基層。Statins 用藥標準由 LDL-C(低密度脂蛋白膽固醇) $\geq 130\text{mg/dl}$ 調降為 $\geq 100\text{mg/dl}$ ，今年先不要，明年再考慮，那這二項成長率就可以調降，我不是來要錢的。

鄭主任委員守夏

- 一、健保會與共同擬訂會議都是新的，還在磨合階段，那裡在同意時，未充分考慮財源問題就通過了，然後來本會要財源，我們這邊的決議是沒有要給財源，當然要回到共同擬訂會議討論，現在的立場是這樣。
- 二、陳委員宗獻希望在這裡要有共識，要求回復原來規定，但我們有沒有權限？因為現在是協商，放寬用藥標準是共同擬訂會議同意的，但決議是沒有錢。陳委員宗獻要個承諾，希望等一下委員會議討論時，能支持他的提議。但謝委員天仁的說法是，

現在談總額，等一下是另一回事，大家可否有默契，支持陳委員宗獻的提案。

侯委員彩鳳

提什麼案？健保署要他們做的，現在都不做，要維持原狀？

鄭主任委員守夏

不是，是共同擬訂會議通過放寬適應症的決議，所以才說我們健保會沒理由去管另一個委員會。再講一次，原來六億多，現在變成 14 億，付費者沒有辦法接受。

何委員語

「因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長的影響(含慢性病照護之增進)」項目，謝委員天仁要增加到 4 億 5 千萬，我說不要增加那麼多，增加 3 億就好，林代理委員穆弘剛建議我提降低預算，現在提議降到 3 億。因為早上有委員指著我，說我在幫醫界講話，我沒有吃過醫界的糖，也沒被請吃飯，更沒收過禮，我沒有幫醫界講話，所以建議 4 億 5 千萬改成 3 億。

鄭主任委員守夏

只要分別召開閉門會議有共識的，原則上個別委員不要再提意見，不然協商會沒完沒了。蘇理事長清泉到了，跟蘇理事長說明，現在成長率是 1.5%，其中 14 億那項，早上談的時候是六億多，現在卻要求變成 14 億，付費者沒辦法接受，是現在卡住的最大問題。

蘇代理委員清泉(蔡委員明忠代理人)

我從立法院的角度看問題比較廣，想提 3 點：

- 一、健保財務狀況這 10 年來沒有像現在這麼好，已經累積節餘七百多億，主要是保費增加(註：原發言為費率從 4.91% 調升到 5.17%)，醫療費用有限縮，台北市、高雄市欠費本來要用統籌分配款撥補，現在都不需要，只要補差額，還剩一百多億。
- 二、自 10 月 1 日起，包括醫院或基層，都不能收特材自費。
- 三、成長率壓這麼低，讓醫界經營得叫苦連天，請大家能多體諒，

不要一直硬砍。下下星期要審預算，我們也是硬砍，大家都很辛苦，經濟不好要靠什麼方法提升，是另一個議題，但希望在本會不要讓醫界做得這麼辛苦，這是我想向大家報告、表達的。

張委員永成

現在的保費是付費者繳的。剛的意思是，我們只能維持一般的標準去支付，其他要享受更好的部分，請自己付費。談判沒有愈談加愈多的道理，所以才有委員說4億要減成3億，當醫師不能亂講話，會讓人不舒服。

鄭主任委員守夏

- 一、協商已超過三個多小時，如果還是卡在這二項藥品，剛已有很明確建議，因為兩個委員會還在磨合期，個人同意付費者意見，不要以單項藥品列成長率，不然以後沒完沒了。至於過程是否有可檢討之處，吳委員肖琪也說共同擬訂會議以後要先有財源再通過，這樣才合理。
- 二、如果以這個默契，等一下委員會議的提案，也許能得到更多委員的支持，因為這樣講是通的。如果怕沒把握硬要在這裡壓文字，就會談不下去，所以才請問陳委員宗獻是否願意減本項額度，這樣還有談的機會。最後一次，因為真的已經超過很多時間，陳委員宗獻是否可以？

陳委員宗獻

我再聲明，這是增加服務。還有個解套方式，如果今天下午開會大家也支持，有通過相關決議，可以處理所提用藥指標的問題，則就醫可近性部分，可以接受付費者版本，那我們就通過。

鄭主任委員守夏

希望大家有這個默契可以支持，剛也說目前的氣氛是這樣，但在協商過程不容易落下文字，如果陳委員同意，兩方案就所差無幾，氣氛好點也比較好談。另陳委員如果願意讓步，建議婦產科診所住院護理費，因為去年20億只給醫院，沒有給診所，為求公平起見，建議付費者可以同意把護理費加上去。

謝委員天仁

如果是合理適當的調整，我們剛已宣示，有幾個地方可以考慮，主席的建議我們不排除。但如果還是用這種方式，不排除像何委員語所提，回到原來的數字，送部處理。

鄭主任委員守夏

如果這樣可以，現在還有差異的是...

吳委員肖琪

剛醫界有提到婦產科要寫清楚，加註夜間。

鄭主任委員守夏

- 一、本項修正為「提升婦產科夜間住院護理照護品質」，因為大家有共識，我想健保署在執行面一定會清楚規範。
- 二、現在還有差異的是「調整支付標準」及「新醫療科技」二項。「新醫療科技」相差 0.7 億，「調整支付標準」付費者的建議是不要當做協商項目，因為已於非協商因素反映。剛健保署特別提出，102 年 50 億給醫院調整內、外、婦、兒科及急重症，但與西醫基層相關的處置、手術就沒有預算，因此不是調整一般醫師診察費，而是比照醫院去年 50 億的調整。
- 三、如果不要用「調整支付標準」名稱，建議改為「配合 102 年醫院部門調整急重難支付標準」，這樣就不是一般性的支付標準調整，是因為醫院有，而診所沒有，和剛剛的護理費一樣，健保署也一直拜託這樣處理比較公平、合理。如果大家願意，能否同意健保署的版本，將「調整支付標準」修正為「配合 102 年醫院部門調整急重難支付標準」，不要醫院調整，而基層未調，雖然基層的比例少。
- 四、本項西醫基層建議 1.3 億，健保署建議 1 億，請問陳委員宗獻，1 億可以嗎？因為是由健保署操盤，改成 1 億再看增加多少成長率。

謝代理委員文輝（謝武吉委員代理人）

依公告文字，本項應為「調整急重難科別支付標準」。

鄭主任委員守夏

感謝代理委員提醒。新醫療科技包括藥品、特材及新增給付項目，這部分歷來健保署會管控，西醫基層是否願意稍微調降，或付費者願意稍微提高，因為只差距 6、7 千萬。這部分不像就醫可近性看不到方案，這裡的每個項目都要有執行方案。

謝委員天仁

1 億好了(侯委員彩鳳也同時表示 1 億)。

鄭主任委員守夏

陳委員宗獻同意 1 億嗎？就是請健保署操盤，歷來付費者都蠻支持，健保署做不好的話，評核會再來檢討。

柯執行秘書桂女

這部分以前都會決議請健保署在幾月前端出方案，若未如期實施則預算予以扣除，但每次都有在期限內提出。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

從來沒看過。

鄭主任委員守夏

我們很快看一下，還有那個項目不一樣。

蔡委員登順

剛建議修改「破傷風類毒素」項目名稱。

柯執行秘書桂女

已改成「提升用藥品質」。

鄭主任委員守夏

一、還有一項「配合結核病防治政策改變之費用」，原來西醫基層成長率零，錢比較多應該 OK，除非西醫基層反對，不然本項成長率應該可以納入。

二、現在兩邊都一致了，再很快看一遍，品質保證保留款、新醫療

科技、新增跨表項目一樣；配合醫院部門調整急重難科別兩邊都是 1 億；配合安全針具及結核病防治政策也一樣；再來提升用藥品質、提升婦產科夜間住院護理照護品質、就醫可近性(含慢性病照護)及違反特管辦法之扣款都一樣，所以一般服務成長率為 1.634%，專款金額 17 億 5 千 5 百萬，和去年基期比起來，總成長率為 2.391%，增加 23 億 5 千 4 百萬。

陳委員宗獻

週日看診診察費是零？

鄭主任委員守夏

本項沒有，含在一般服務內。

陳委員宗獻

主席已經把大部分項目整理，剛詢問有關就醫可近性部分，大家若有默契等一下處理那二項藥品，可否在這裡呈現文字。

鄭主任委員守夏

現在氣氛很好，陳委員宗獻非常希望大家等一下支持他的提案，但不要在這裡落文字。

陳委員宗獻

可以不落文字，但大家要有默契。

鄭主任委員守夏

先確定目前版本，陳委員宗獻的發言會列在會議實錄，希望在有此共識的前提下，同意此版本成長率。等一下請您提案。

陳委員宗獻

此前提下，我們同意目前版本。

鄭主任委員守夏

你的意見會列在發言實錄，希望付費者能支持他的提案前提下，同意目前版本。

陳委員宗獻

這樣可行嗎？

鄭主任委員守夏

等一下委員會會議還會確認協商結果。

陳委員宗獻

所以還有機會再看一次。

鄭主任委員守夏

是。西醫基層總額的協商就到此。

謝委員天仁

文字可否再調整，有關「配合 102 年醫院部門調整急重難科別支付標準」，可否把支付標準拿掉，改成給付。

鄭主任委員守夏

給付是被保險人買什麼 coverage(給付範圍)，支付是健保署怎麼付錢，所以支付與給付不同，這裡必須用支付。

吳委員肖琪

建議用政策。

鄭主任委員守夏

好，改成「配合 102 年醫院部門調整急重難科別之政策」，不要用支付標準，我懂謝委員天仁的意思。

謝委員天仁

鼓勵週日看診專款 1 億，建議調到資源不足地區改善方案之下。

鄭主任委員守夏

該項已經修改為零。如果沒有其他意見，西醫基層部門 103 年度總額確認。接下來討論醫院部門，很抱歉，這樣開下去，若依比例原則，會開到 6 點。

吳委員肖琪

早上蔡委員登順說過，今天叫做特例，不叫慣例。其實早上本來很想發言，萬一今天又沒談完，下個月是否又要談。提醒大家，這次

是特例，以後還是回歸 9 月協商，能協商就協商，數字不要差距太大，不要超過行政院核定的數值。

鄭主任委員守夏

請同仁幫忙，等一下委員會議有個臨時動議，今年叫做特例，明年協商不宜援此例。

何委員語

尊重醫界的提案權，但付費者代表無法背書保證，我們也尊重政府的醫療政策，這是我要表達的。

「103 年度醫院及西醫基層總額重啟協商」
與會人員發言實錄

貳、「醫院總額」

貳、重啟「103 年度醫院及西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目及成長率」協商－「醫院總額」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

醫院部門建議直接進入數字討論，不知要訂多久時間為目標。若任何一邊覺得已經談夠了...

侯委員彩鳳

要訂時間，不然這樣太累了！

謝委員天仁

原來正常的協商時間多少？

鄭主任委員守夏

90 分鐘再加減。

謝委員天仁

再加減 50%，本來就這樣做。

鄭主任委員守夏

先訂 90 分鐘到 3 點，如果要更快，請大家多幫忙。先看兩邊差距較大的項目，等一下再分別各自討論。

謝委員武吉

上次有健保署提案，為尊重健保署，還是要呈現，大家共同討論會較快。

鄭主任委員守夏

一、付費者是否同意把健保署的初擬方案也呈現？如果沒有壞處，就呈現出來。看一下差異比較大的是那幾項，第一是降血脂藥品，第二是特材採每點 1 元，其次是調整支付標準，再來是結核病防治及安全針具。爭議比較大的是降血脂藥品、特材每點 1 元及調整支付標準。

二、另外，確保護理品質 20 億，醫界希望放在一般服務，付費者希望放在專款；B、C 型肝炎治療計畫是陳年老問題；DRGs 等後面幾項爭議較小，所以爭議較大的還是那二項藥品，其次是 50

或 20 億急重難症的支付標準調整。

三、先請問醫界代表，有沒有那些項目特別希望付費者代表再予考量？

楊委員漢源

降血脂藥品剛已討論過，等一下再通案處理；「調整支付標準」付費者很堅持，所以本項降 10 億，變成 40 億；「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」變為零；「提升住院護理照護品質」同意放在專款，不堅持放在一般服務。這是目前初步提出的版本，再看看付費者的意見。

鄭主任委員守夏

醫界已經釋出善意，減少幾項預算，付費者有無詢問？不然就要閉門討論。

謝委員天仁

可否先把資料印給我們？

鄭主任委員守夏

剛醫界代表新提的成長率或金額請先呈現，需要花點時間。護理品質費用醫界同意放到專款；調整支付標準去年 50 億，今年 40 億。為了讓付費者瞭解 50 億的執行成效，請健保署協助說明現在的執行進度。二項新藥比照剛才的作法，特材沒有共識，安全針具金額不大，似乎比較大的爭議都有點共識。委員有無詢問？等一下比較好討論。

楊委員漢源

主席，可否先印出來，因為醫院服務量大，項目確實較多。

鄭主任委員守夏

請幕僚同仁整理後印出來，健保署的版本在第一欄。

楊委員漢源

請直接呈現數字。

鄭主任委員守夏

請大家先各就各位，同仁印好後會送過去，可先就大的項目交換意

見，不然我們在這裡等，同仁會很緊張。先訂 20 分鐘，到下午 2 點 5 分，請付費者與醫界代表各自召開會議討論。

(付費者代表及醫院部門各自召開會議討論 32 分鐘)

鄭主任委員守夏

剛楊委員漢淥已經代表醫院協會提出版本，不曉得討論過程還有無調整？(楊委員漢淥表示沒有)如果沒有，就以剛講的版本為主。請那位委員代表說明付費者版本，請謝委員天仁。

謝委員天仁

醫院部門釋出的善意我們也感受到，有些部分願意考慮調整，但不希望與我們的原則相衝突。付費者版本如下：

一、協商因素成長率：

- (一)「調整支付標準」部分，建議併到「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」，本項願意加 6 億，變成 16 億 6 千 9 百 30 萬元。
- (二)「特殊材料採每點 1 元之差額」，衛福部有相關解釋，所以還是維持原意，這部分沒有給成長率。
- (三)「配合結核病防治政策改變之費用」維持 2 千 4 百萬元，醫院部門提零，但我們認為要配合政策。
- (四)「配合安全針具推動政策之費用」，健保署的意見是 9 千 9 百萬，我們跟健保署一樣，醫院部門要大概兩倍金額，假使涉及漲價問題，健保署應以行政管理協助醫院部門達成採購目的，所以這部分的意見與健保署一致。

二、專款項目：

- (一)「提升住院護理照護品質」，兩邊意見已經一致，醫院同意列在專款 20 億元。
- (二)DRGs 還是希望能趕工，第二、三階段一直耽擱，健保署只列第二階段，但我們認為連第三階段費用都應列入，所以維持原意，給 6 億 6 千 7 百萬元。

(三)「全民健保醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」，健保署希望列專款 8 億元，之前也同意照列，醫院部門列零，但我們希望醫院能夠努力。

(四)受刑人醫療服務費用，大家沒有意見。

鄭主任委員守夏

- 一、可否看總成長率相差多少？醫界與付費者分別為 4.302% 與 3.192%，約 1% 差距。比較大的差異為「調整支付標準」，醫院列 40 億，付費者是放到「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」項目加 6 億，本項應為健保署建議。「特殊材料採每點 1 元之差額」付費者採納健保署說法，未同意增加費用。配合結核病政策和安全針具金額比較小，等一下再談。
- 二、先討論「調整支付標準」，102 年 50 億，已經滾入基期，對付費者而言，不容易連續兩年都給這麼高，醫院代表要有心理準備。102 年之 50 億已滾入基期，影響真的很大。特殊材料是對法律的解釋不同，這二項就差 60 億。
- 三、DRGs 金額沒有差很多，就是做或不做，如果沒記錯的話，部長已經宣示要做，雖然醫界仍有各種考量。
- 四、「全民健保醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」的費用，醫院部門建議放到其他預算中，放在醫院專款是計畫及經費都只給醫院執行，如果在其他預算可能跨部門，這只是預算放的位置不同，影響應該不大。請醫院代表表示意見。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

代表醫界感謝付費者及專家學者的幫忙，但在此要表達不同的意見，今天醫界提出的所有版本，也是依法，而且沿襲過去費協會一貫作法。以下先代表醫界表達意見。

一、協商因素成長率：

- (一)有關「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」，很感謝由原來 10.69 億增加至 16.69 億，但假設大家沒忘記剛

才說的話，付費者能力有限，不應該還要擴大給付範圍，包括新增項目，應該做適當考量，所以醫界認為應該保守點，維持原給付範圍就好。

- (二)「特殊材料採每點 1 元之差額」大家見解不同，我們堅持還是要依法行政，如果健保法能把藥物改成藥品，我們也沒話講，所以醫界還是希望付費者代表能考量。
- (三)「調整支付標準」，大家有爭議，本項從過去費協會的支付項目要做合理校正時，都會用這個方法來處理，不是今年才創新。原來編到 50 億，但考慮到付費能力有限，因此也自行調降為 40 億元表達善意，希望付費者能夠體諒。
- (四)「配合結核病防治政策改變之費用」，我們沒有意見。
- (五)有關「配合安全針具推動政策之費用」，本來對市場價格有所顧慮，因為安全針具是分 5 年編列，今年是編列預算的第二年，醫界也看到針具售價確實節節上漲，若今年預算太高，可以在明後年追扣。此項費用不高，差異不大，大家可以交換意見。

二、專款項目：

- (一)有關「提升住院護理照護品質」，我們也掙扎很久，但最後尊重付費者意見。
- (二)DRGs 雖然是很好的制度，但實際操作上發生很多困難，最近很多政策都窒礙難行，因為魔鬼藏在細節間。私下跟幾個學者講，不是我們不做，確實有問題存在。大家現在談嫁娶，還沒有決定要嫁，您們就把聘金，包括前金、後謝都給，我們擔當不起。等時機成熟時，我們當然會要聘金，要嫁娶，請付費者考量。

鄭主任委員守夏

醫界代表還有無委員要表示意見。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

剛提到「全民健保醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」，之前已明確希望編列在其他預算，不是醫界不做，而是因茲事體大，希望先編在其他預算中執行，待成熟可行後，再移到醫院部門。不要每次都吃醫界豆腐，我們這次真的非常有誠意，希望可以好好談出結果，所以還是參考醫界建議，放在其他預算，金額同意原編之8億。

鄭主任委員守夏

請謝名譽理事長文輝。

謝名譽理事長文輝

- 一、安全針具方面所憂慮的事，其實已發生，在多次會議中都已提過，有些規格僅1家廠商供應，現法令及評鑑規範要使用安全針具，造成價錢高漲，我們也跟健保署反應過好幾次，事實上仍無法解決，醫院若遇到下個月要評鑑，拼性命去(台語)協調，價格還是漲1倍。此問題已實際發生，因此我認為「配合安全針具推動政策之費用」項目，可以改列專款，先有個預估值，屆時若買的價格沒有那麼高，例如實際發生九千多萬，就只付此金額，剩餘款收回。像這種有疑慮的項目，就放到專款，如DRGs項目亦然。這類項目若沒做，就一毛不給，有做才給。
- 二、「特殊材料採每點1元之差額」，大家各自對法律有見解，我就不講。
- 三、「調整支付標準」，也許大家認為去年已調整50.5億，而事實上公告寫得很清楚，係為解決四大、五大皆空而增加急重難科別支付，但此問題是50億就能解決嗎？若是，可以看後續數字，今年招收內、外、婦、兒科醫師，人力尚無明顯增加，可能有2個原因，第一，50.5億顯然不足，無法解決此問題。第二，此方法無法誘使年輕醫師從事這些科別，若黃委員煌雄去看，可能也覺得每年都需要50億，10年後看看有無辦法解決。出去外面問，大家現在所講都是猜測，沒有實際數據驗證到底放入50億、100億、還是200億才夠。
- 四、若第1年丟50億就可以解決的話，四大皆空、五大皆空絕對不嚴

重，嚴重的話不會這樣，所以這絕對是個大問題。我覺得，調整支付標準、解決急重難科別，應持續編列。就連實際在推動的健保署，也建議編列20億，如此可讓外界，包括年輕醫師，持續對這些大科有信心，認為未來是有前途的。為使政策方向明確，應該每年都編，若能1年、2年逐步做，有套好辦法，未來很多人被吸引進來時，就可以停止鼓勵，但目前仍應繼續，至少對外面宣示「對這四大科別、五大科仍持續關注並挹注經費」，也是對年輕醫師說「不用怕，環境會持續改善」。所以，我覺得應持續做，至少要有政策宣示，一次50.52億絕對不可能解決四大皆空、五大皆空問題。

謝委員武吉

- 一、若講「對岸」太沈重，我要向對面的付費者朋友說，其實我們很有誠意，「調整支付標準」項目醫界要40億；健保署編20億；付費者則是另拿6億到新診療項目，雖然是一小口的彌補，但還是很感激。有關「調整支付標準」，要特別向同宗的(謝委員天仁)報告，換5公分以內傷口的藥，48001C是48點，乘以0.9，實拿43元，連成本都不夠，讓您瞭解，醫界還是很認真，共為維持與愛護健保制度的生存而打拼。
- 二、剛謝名譽理事長文輝也談了很多，「調整支付標準」其實是為延續改善五大科醫師的流失。柴委員松林也提到，醫美滿街都是，很多醫師改做醫美。因此支付標準的調整，應該尊重我們偉大健保署的建議，三方面互相尊重，比較重要。
- 三、有關「特殊材料採每點1元之差額」，每次來健保會，都好像還是在費協會開會，而不是健保會。吳前理事長德朗是監理會、費協會委員，常由我代理參加該二會的會議。希望健保會著重處理大方向、大方針、大改革的事，也希望本會是依法行政的單位。
- 四、剛謝委員天仁所提安全針具，確實是個問題。上次開會也講過，平常買1支8元，評鑑時則要12元，為何評鑑時針具就變貴，健

保署應該要處理，在場的蔡副署長魯，這部分不是您督導範圍，先不要太緊張。大家為調整支付標準、安全針具及特殊材料這幾項唇槍舌戰，雖說是為了協商，但還是希望付費者朋友共同體諒。

楊委員漢涇

主席，各位委員，要特別強調支付標準：

- 一、本項的確在102年已編列50億，但醫院有3億次門診，服務量很高，若每次多給10元就要30億，故並非拿來調所有項目。醫院總額1年3,600億，若調40億，只占其中1.1%，所以仍需逐年調整，不然永遠跟不上。醫院門診診察費現在只有228點，比任何部門都低，但為何大家認為支付標準都一樣？我也曉得，若要把228點調到300點，恐怕1年100億都不夠，我們也不想這樣，因此提出的方案是成長30點，不過現在已經往下修，變成成長25點。
- 二、也有人問，今年不是已給50億來解決問題嗎？但這部分是用來調整五大科的門診診察費，支付點數228點加17%，再乘以點值0.85，換算下來金額只有227元，因此醫師說無感，故今年打算調整20%，換算門診診察費金額為233元。支付標準調整絕對有必要，以維持五大科醫師人力，不讓他們跑去做別科，跑到大陸當假日飛刀手，現在不調整，差距愈來愈大，有一天要調時會發現已無能為力。

鄭主任委員守夏

醫界訴求已經很清楚。請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、健保是保險，要看相關風險。內、外、婦、兒、急診科，這些都屬艱困科別，現在變成付費者要去解決政府的問題，當然也不能完全不管，但前兩年其實我們已率先丟錢下去，釋出善意。我要講的是，問題不該老是讓我們處理，若調高這幾科的支付標準，一直加上去，不是很怪嗎？因調高支付使得該科醫師變

多，又造成其他科弱勢，之後是否我們又要去拯救其他科別？永遠拯救不完！蔡委員登順在上次協商會議已提過，且之前我們也講過科別之間本來就應互相平衡，醫院部門存在就是為達此平衡，當你們違反供需法則，卻要我們付出更高的代價，真的說不過去，尤其之前對此已有鼓勵。我一再說，這是醫療發展基金要面對的問題，是整體醫療發展要面對的，無關醫療密集度等因素，否則怎麼跟廣大的付費者說明，讓他們瞭解，相當困難。

二、我們願意釋出的善意是，費用不要放在「調整支付標準」，在費協會時即一再宣示，贊成調整支付標準，尤其更贊成調高住診支付標準，但現在產生的是部門內不平衡的現象，例如門診金額愈來愈高，已達53%，住診反而只占47%，造成的怪現象就是醫院靠門診存活，這不是大醫院應該存在的現象，我們應想辦法將之倒過來。為了倒過來，贊成調住診相關支付，但若要多給錢，錢又被門診吃掉，抵銷我們釋出的善意。贊成你們提高或調整支付標準，但若因而要在預算方面丟錢，萬萬不會同意。早上應也看到我們對西醫基層所提意見，寧可把錢放進「新醫療科技」乙項，就是不同意放在「調整支付標準」。請各位瞭解，我們真的很認真在面對相關問題。

三、「配合安全針具推動政策之費用」，倒可再釋出善意，相信健保署在行政管理上，假使有廠商膽敢用此方式獲取不當利益，涉及獨佔、壟斷，就應該送公平交易委員會處理，怎麼可以在評鑑時故意調漲價格，亂來！這是可以法律面解決的。我們在這方面釋出善意，看要怎麼管控，大家談個模式，然後再考慮，好不好？其他部分建議儘量考慮我們的方案，例如DRGs，或許不見得能連第三階段一次到位，但先把錢編給健保署，或許行政上可彈性運用，基本上在運作面應該不會有太大妨礙，反而有些矯正功用。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、剛謝委員天仁已講得夠清楚，「調整支付標準」，錢也每年給，過去多次我都表示反對，上次也講過，每年在非協商因素的成長額度，醫院6年共拿五百多億，不是小錢，中醫才二十多億，牙醫也才20億，相較之下，「調整支付標準」給50億，會有感嗎？當然無感。支付標準調得再多，對某科別調的多，反而造成整體點值下降。大家應算的出來，點值下降係因單價提高，但又反過來說是在付費者提供的資源不夠，讓點值這麼低。本來一個月賺40萬，現在一個月可能賺45萬，然後又跟我們說點值那麼低、那麼慘，要看事實啊！
- 二、科別的問題、五大皆空，也許是媒體操作出來的，台灣沒那麼嚴重！醫學系一年畢業生有一千多人，台灣相對人口成長比率有這麼高嗎？縱然幾個醫生跑出國外，然後就講醫生流到國外，沒有小兒科、婦產科醫生。都會區我相信不會缺醫生，會缺的還是在偏遠地區，就算一年畢業5千個醫生，偏遠地區還是缺，因為那邊人口少，看診量有限，會永遠都缺，解決方法就用巡迴醫療鼓勵下鄉服務，另人多的都會區，嚴重性應該不如你們所說。當然選擇科別有值班、超時、風險承擔及家庭疏離感等問題須考量，可以理解有些醫師不喜歡做這幾個科別的原因。但不至於嚴重到為了五大皆空，每年經費大筆挹注，結果仍未改善，當然此問題牽涉到醫糾部分，政府也該出面處理，我們認為沒那麼嚴重，因此「調整支付標準」，沒辦法同意，建議各科別應平衡發展才好。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、主席，再次說明，台灣現在的醫療體系，所面臨最大的困難，來自健保實施總額支付制度。總額框住後，又一直加東西進來，

改標準、加給付項目，有人形容現在的健保，不只加麵加湯不用錢，連加肉都不用加錢，這樣恰當嗎？

- 二、對實施DRGs，本來沒有太多反對意見，今天若取消總額制度，明天馬上同意實施。DRGs制度本來就不在總額制度下執行，主席是醫管專家，一直點頭，現在要在總額中攪來攪去，只有增加痛苦。6.6億對我們來說是很大一筆錢，但寧可不要，因所造成的壓力、傷害很大，遠超過這筆錢。
- 三、全民健保非一般商業保險，是政府唯一的醫療保險、也是社會保險。若有人認為健保是憲法第157條所說的公醫制度，我認為不對，應為憲法第155條所稱的社會保險。社會保險應先考量社會責任，若保險制度使得醫療體系、生物科技亂七八糟，則絕不是民眾與國家的福氣。
- 四、五大科的問題，確實不能全怪罪健保，但今天談如何支付，也不能不對五大科予以鼓勵。就我瞭解，前衛生署，現在的衛生福利部，做了很多努力，醫院方面也很努力，現在五大科醫師，絕大部分醫院都是採保障薪資，即醫師若服務量沒做那麼多，院方還是給固定薪水。但不能一直這樣，會讓醫院更困難，基本上，今天台灣醫院只靠健保支付，沒辦法有利潤、均是會虧損。太低的支付報酬，會使醫療行為產生奇怪現象，這也是大陸會以藥養醫的原因。無論大陸來訪或我過去對岸，都會跟他們說，因技術報酬、支付標準太低，會逼醫師從藥賺取利潤，這是得不償失的事情。請不要固守「支付標準通案都不給」的原則，我們堅信支付標準調整對醫療體系太重要，所以還是拜託各位多予考慮。

鄭主任委員守夏

現在看起來氣氛非常平順，但都沒講到錢，實在不像在協商。很懷疑到底是不是在協商，數字沒動半個，如果大家都不談數字，實在是...

楊委員漢源

現在沒辦法談，因為那些項目都是零。

蔡委員登順

我們不再給「調整支付標準」成長率，表達的意思就是這樣。

鄭主任委員守夏

開始逐項談？

蔡委員登順

建議直接逐項談，上次已報告清楚，我們大概都瞭解。

鄭主任委員守夏

有沒有哪項，是雙方願意再談的？若每項雙方都說不可能再更動，就沒辦法了！現在直接依螢幕投影的數字來談。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

- 一、「調整支付標準」項目，尊重付費者一貫原則，但建議於必要時微調，坦白講，雖已投入50億，整體的支付標準仍不可能平衡。健保署從過去以來，調整過的支付標準項目，有些很肥、有利潤，但有些還是一樣吃不飽，該署只能做宏觀調整，其他需以醫院內部機制自行調整。
- 二、有關「調整支付標準」，並非醫界自己提出要健保署調診察費，或調整各項目，是健保署以客觀、公正的第三人，依數據去調整急重難症。不是調診察費，而是調手術、麻醉等較嚴重、困難的處置。今年投入40億，明年就可不必再調嗎？我不敢講，但至少醫院有這部分的經費，內部才可能作調整，所以希望付費者再考量給40億，讓醫院微調。
- 三、在此也向付費者學習很多，有些原則、法律問題，像健保是保險，雙方要合意，但總不能保險199，什麼都吃到飽。雖說增加6億是好事，但6億要增加多少給付範圍，我們根本不曉得，也沒辦法防範，所以不敢要這6億。以上是我們比較concern(在意)之處，假設增加的6億有明確規範，我們一定接受。

鄭主任委員守夏

請林代理委員穆弘。

林代理委員穆弘(連委員瑞猛代理人)

- 一、為了參加今天會議，找了篇台灣衛誌的文章「臺灣醫療保健支出成長率分析：醫療通膨，質量與公平性」，作者文羽葦、黃旭明、江東亮。我一直想瞭解，醫院代表及醫院系統，有無深入投進學術研究，而今天參加會議，終於見識到何謂總額分配。此篇文章提到，也呼應剛郭代理委員正全所提，醫院內部的微調，真是一針見血，請問醫院內部微調，做到什麼地步？公開了？有經過學者驗證？有追蹤管理？此文也提及，「醫療費用控制與給付水準如何影響醫療品質」的議題，仍有待更多深入研究來加以釐清。先有研究，才會有結論，此研究是第一件，那之前的研究在哪？我們似未針對病灶醫治，在座都是醫生，病灶在哪裡？你們應都很清楚，否則今天不會列舉那麼多項目。剛有位醫師說，我們不是來要錢的，沒錯！但我們應該注意，「給」跟「拿」需符合比例原則及正義原則。
- 二、此篇文章，我看到最重要的是「全民健保應該提供相當周全的醫療安全網，但自2000年以來，保障卻明顯下降，其中又以窮人的受益率下滑至5.05最令人擔心」。也許這篇是舊研究，但其提及醫療保健最主要的受益人，其實是富人，好可怕的事。現在討論的各項都是幾億、幾億，但健保最該考量的窮人，卻還那麼需要我們保護。醫院代表都是頂尖的好學生，我要考還考不上，醫院還不收我，誠懇而迫切的期待，理事長及學會的代表們，就接受「付費者方案」吧！今年的辛苦經驗，相信來年以你們的智力、組織及控制力，付諸實施，下次協談應會更輕鬆愉快。謝謝！

鄭主任委員守夏

若大家沒有要再提意見，最後請問學者及公正人士有無超越的看法？今天葉委員宗義都還沒講話，先請葉委員。

葉委員宗義

我們這邊在笑稱，若有剩錢，就分給我們好了，這是不可能的啦！開個玩笑。我認為開會已講這麼多，須有主見也講得清楚的主委給個強制協調方案才能解決，不然我敢說絕對無法解決僵局。

鄭主任委員守夏

非常感謝葉委員。這次先請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、大家好，剛剛談到醫院費用的成長，這部分確實蠻辛苦。人口老化，我們之前討論很多；有關無效醫療，或生命最後頻繁使用ICU(加護病房)等，有無空間調整？另精神病床部分，澳洲急性病床每萬人口3床，慢性精神病床每萬人口1.5床；台灣很不幸的，慢性精神病床是急性精神病床的一倍以上，這意謂著我國的慢性病床一直擴建。為何擴建？因慢性精神病床的利潤很好，1位醫師照顧120床，而急性精神病床是1位醫師照顧10床，忙得要死，為慢性精神病床所需醫師人力的12倍，但慢性精神病床的支付只差急性精神病床一些而已，未到12倍，這部分有無檢討空間？這麼多年我們都沒有觸碰精神醫療。曾有一年說精神醫療要做論人計酬，但提到支付委員會就停下來。
- 二、除了剛那篇江教授東亮的研究，很多人知道我一直進行超長住院及再住院的相關研究，台灣急性醫療方面的超長住院及再住院情況蠻嚴重，也就是本來不該續住但一直住在醫院。當然醫界朋友會說，病人就是沒辦法出院，但以精神醫療為例，當我們把錢全部砸在慢性精神病床時，社區化照護就出不來。所以到底要先等社區化照護發展好，再看如何砍病床，還是兩邊同時進行，一邊發展社區，另一邊緊縮。我認為超長或再住院的管理要加強，可是健保署的同仁又很辛苦，一定會有壓力要他們不能管那麼嚴。
- 三、這部分可參考中醫診察費調到310點的做法，剛有去問，得知這是以前中醫門診總額支委會的共識，並於醫療給付協議會議通過，以預算中平原則調整，當時中醫也未以此項來額外要預算。

我覺得健保署可否再找方法來幫忙醫界，例如把超長住院、再住院部分或慢性精神病床控制緊一點。雖聽健保署同仁說，都是因為醫政主管單位醫事司放寬床數，以致增加健保支出，但現狀要如何控制，還是拜託醫界朋友多關心。

四、去年醫學系有一千三百多個畢業生，但醫院報出住院醫師需求名額就達二千三百多個，大多數人選五官科，甚少人選內、外、婦、兒科。因此去年衛生署縮減住院醫師容額，就是將2,300個名額，縮減到1,600至1,800個之間。或許可考量最後一名，就不能再挑美容或五官科，得要挑內、外、婦、兒科；但說不定第1名是去挑內、外、婦、兒科，我不能污名化這些科說大家不去。實際上，去年內、外、婦、兒科住院醫師的容額減少時，發現其住院醫師也開始回流，而且政策上保障各該科別住院醫師1年薪水多12萬。剛有前輩提到，內、外、婦、兒科不只是健保的問題，還包括容額、醫療糾紛的因素，這些都千真萬確。

五、很重要一點，是到該減床的時候了，我國床數高，在全世界數一數二，全世界都在減床，只有我們還在增床。另外，我國人口結構比他國年輕，但床數比他國高，這才是最大的危機，所以務必要減床。減床時若配合DRGs(診斷關聯群)，其實有好處，大家能針對住院日數去控制，這樣床數自然可減少。醫界點值在下降，令人擔憂，若不該由急性醫療支出之處可減少，應有幫助。另外，現在因為都是論量計酬，才會有Statins適應症放寬後的問題產生，其實這部分，可參考診察費預算中平原則，由給付協議會議去談，此會議現在沒了？

柯執行秘書桂女

改為醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議。

吳委員肖琪

一、就由那邊去談。有關DRGs，我覺得還是要繼續往前走，該政策原訂99至103年分五年全部導入。但實際上從99年導入後，幾乎停滯，現在已經102年，如果103年要做，其實是把原來101及102

年要做的事上路，所以拜託醫界朋友能夠支持。

二、拜託健保署，在超長住院、再住院或精神醫療這些可省點錢的部分，多予著力，讓大家的點值變漂亮些。也希望導入DRGs的部分今天可以有決議，至於剛醫院所反映的DRGs事項，可在別的會議檢討研議較公平的運作方式，但不在本會談。

鄭主任委員守夏

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

一、9月協商會議時，要說的都已講完，「調整支付標準」若雙方都沒有讓步空間，怎麼談都不會成。個人想法，為何中醫在25人次以下的診察費可以調到310點，基層診所320點，醫院就如剛楊委員漢淥所提，只有228點，經調整後，現在換算還是低於250元，難怪他們喊吃不消。健保署算是專家，本項建議20億，如果今天協調未成，部長也沒面子，浪費大家時間。我是沒差啦！既沒當律師，薪水也不高，若會議要開到明天，我可以奉陪，但律師就不行，委任狀一張至少5萬，像我們謝大牌賺多多不好意思講。開開玩笑、大家笑一下。

二、如果沒辦法照醫院的意思，至少應該要照健保署建議，在20億至40億間，看怎麼調整，不然大家僵持在50億、40億、6億這上面打轉，沒辦法解決事情。我較看差情勢，應該照健保署建議的20億就好。

蔡委員登順

剛有講直接進入實質協商，其他的就沒必要談那麼多，我們不是凱子，所以沒有同意「調整支付標準」。剛郭代理委員正全提到，「新醫療科技」後面加個新診療項目，我們就是要加錢在此。要求新特材、新手術，如果規範不夠清楚，也請健保署幫忙規範清楚，不要包山包海，我們也不希望這樣，如果本項加6億還不夠，可繼續看要怎麼調。調整支付標準多年來已經一調再調，也不要特別照顧醫院。還是直接進入各項來談，比較快。

鄭主任委員守夏

請問醫界代表，還有那個項目仍有談判、討論、協商、讓步的空間？
謝名譽理事長文輝搖頭，其他代表還有無意見要表達？

楊委員漢淙

- 一、主席，有幾項是付費者建議要列，例如「配合結核病防治政策改變之費用」，雖然認為應由公務預算支出，但若付費者已提出，我們也同意照列，以減少一項不同處。
- 二、另外，「全民健保醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」項目8億，我們不反對，只是覺得不該放在醫院專款，應屬專案，有詳細規劃才能執行，故建議編列於其他預算項下，並可讓醫院版本的成長率好看點。就是本案我們不反對，要列可以，但放在何處，還請斟酌。
- 三、仍期待支付標準還是應調整，因對醫院來講，是相當大的問題。可提數據供大家參考，現無102年資料，而101年醫學院畢業生，新進外科醫師才55人，但97年時有245人，4年竟然降這麼多；97年新進婦產科醫師有51人，101年只有28人。婦產科醫師的問題是，現在平均年齡58歲，再過10年就68歲，要靠這28個人來承接會有問題。

蔡委員登順

會有新的進來啊！

楊委員漢淙

新的就只有進28人！

蔡委員登順

平均年齡58歲，10年後變68歲，但新的醫生進來，年紀輕，平均年齡就會下降，怎會10年平均年齡就加10歲呢？

楊委員漢淙

現在新進來的就只有28人。

蔡委員登順

對啊！新的加老的，平均年齡會降，怎會10年加10歲？

楊委員漢淙

同一群人，10年後當然是現在醫師的平均年齡加10歲。

蔡委員登順

28人加入平均年齡58歲的這群人，看怎麼算平均年齡。

楊委員漢淙

請問您10年後的歲數是否為現在年齡加10歲？

蔡委員登順

每年加入新進者就會降低平均年齡，這才正確，所以不要危言聳聽。

楊委員漢淙

不是我們危言聳聽，不過這不是爭執點！

鄭主任委員守夏

數據是確定。我們試試看，要有結論幾乎不可能，相信大家心理多少有準備，只是感覺很可惜。

一、首先，醫療服務體系不是由醫師或醫院自己決定，也和病人偏好、習慣有關，兩邊要共同解決，也不能都不得罪病人，只壓迫醫療服務提供者。

二、其次，在「調整支付標準」部分，歷來都只有往上調，沒有往下降。跟各位報告，日本是平均餘命最高、嬰兒死亡率最低，老人比率最高(23%)的國家；台灣現在老人還不到12%，只有日本的一半，說實話以我們的年齡跟日本相較，所花醫療費用已經比日本多，而且日本老人比率與我國目前相當(約12%)的時候，尚無那麼多高醫療科技，現在高科技更昂貴，我們必須未雨綢繆。門診診察費228元，只看3分鐘，值不值得？民眾說有看到醫生就很高興。

三、至於討論支付標準時，有些對醫界相對較好的部分，也應拿出來講，例如，最近日本調降CT(電腦斷層掃描)、MRI(核磁共振攝影)價格達25%，醫院哇哇叫，但醫界就是要承擔。

四、有些項目若屬制度問題，硬要用健保去改革，無異緣木求魚，一點用都沒有。誠如吳委員肖琪所言，有非常多事情其實都不是健保會能做到的。另外，之前給內、外、婦、兒、急診等科別的50億，有沒有用？請大家摸著良心說。

楊委員漢源

有一點啦！

鄭主任委員守夏

- 一、有一點用，但是「無感」，這樣是不是對的方向？這筆錢真的很大，會滾入基期，若非最好的方式，寧可拿50億做其他用途，更有效。現在缺少的是住院醫師，也擔心日後會缺主治醫師，要告知民眾，如果不願意花錢、不願意解決問題，以後看病需等候更久，大家願意嗎？如果付費者不贊成調整支付標準項目的40億，亦即醫師跑掉、排隊看醫師要等較久，付費者就認了。又要制度好，又不允許調整，這是不可能的任務。
- 二、用政府觀點，偏遠地區要有醫師，不能半夜無人接生，但應由醫療發展基金去做而不是健保。只是政府沒錢，每次都揩健保的油，某方面可以適度幫忙，但體制不改的話，這邊再怎麼吵，都不會有用。
- 三、今天談預算項目，這個要增加、那個要增加，真的是商業談判，若無像樣的proposal(計畫書)，怎麼可能要得到錢。我們依過往費協會的作法，一向都很信任健保署，例如若有10億要用到新醫療科技，就請健保署規劃處理，該署會跟醫界談，哪樣較有效，就先納入。若以後增加預算的項目，健保署都得事先提出方案，則我們也必須多開3次會前會，以檢視每個方案是否值得；醫界也可以提方案，看該案是否值得給予預算，之後再閉門協商。若大家想要改成此方式，我贊成！以後就改為8月開2次會，9月再協商。如大家有共識即可改變，這樣會較像真正協商，而且也可好好檢視，某項目似乎沒什麼效果，錢花下去形同浪費，就不要納入。

四、我深深覺得今天不容易有共識，雙方總成長率雖然差1%，但重點還是卡在支付標準要不要調，所以確實非常、非常難有共識。跟去年基期比起來，目前付費者的成長率是3.192%，醫界是4.308%，差異頗大，這遠超過我的能耐。承葉委員宗義的美意要我提，但我提不出中間方案，真沒辦法的話，還是需要報部，時間已超過20分鐘，不知道大家有無其他意見。請林代理委員穆弘。

林代理委員穆弘(連委員瑞猛代理人)

主委所講，其實就是又要馬兒壯，又要馬兒不吃草，這很矛盾。另有個疑問想請教健保署，台大、榮總是盈餘或虧損？這是個問題點。因為這是二代健保以來的第一次總額協商，希望有個好開始，多少經費內，醫界可以接受？能在國家多事之秋，至少有個好事情出現，建議大家再闢室討論。殷切期盼有個好結果，這對老百姓心理，其實比什麼都重要。我們就站在歷史的當頭，拜託！

謝委員武吉

- 一、其實跟醫界range(範圍)差距很大，大家感到心灰有點冷，但不是心灰意冷，是有點冷，二者意思不一樣。在此要褒獎主委，已經點出未來台灣醫療可能發生的重點，高瞻遠矚，您是先知，不會寂寞；若我也多講些先知者的話，您可否也多褒獎我，我就不會寂寞。
- 二、向各位委員報告，講話不是皇帝嘴(台語)就比較大，好像你們講的我們都得聽從，不是這樣，大家多互相溝通、協商，就像林代理委員穆弘所提，希望今天有個很好的句點。先看大家對成長率的期待，再來調整，這樣比較快。
- 三、現在大陸正委託某學會辦理「台灣醫師大陸認證」中，已有多少醫師去認證，主委知道嗎？

鄭主任委員守夏

我不知道。

謝委員武吉

一、根據一個專門辦理台灣醫師到大陸換照的單位，平均35位醫師就有1位醫師申請到大陸換照，大家知道嗎？！這樣是嚴重或不嚴重，大家想一想。現在大陸還有台灣去的假日飛刀手醫師，屬於沒登記的，去那邊開完刀就回來，也就是有個background(背景)把此現象掩蓋。所以事實上台灣的醫師，以我看來，推算全台灣大約會有16%醫師到大陸去工作！每天至少有1至2位醫師申請大陸執照或認證，希望大家有所反思。

二、至於醫院成長率要多少？好頭不如好尾(台語)，希望最後有個好結論。

鄭主任委員守夏

您願意再談？

謝委員武吉

談啊！

謝名譽理事長文輝

一、主席，各位委員，大家要承認，為何醫院對支付標準調整這麼care(在乎)？坦白講，現在地區醫院的內、外、婦、兒科，很多幾乎只有1、2人在撐，醫院就是儘量保障其薪水，值一次班不管看多少患者，至少給基本額度的報酬，因此，的確很需要有筆預算來支應此類費用。另也可看到像外科系要24小時隨時待命開刀，99%地區醫院的骨科、神經外科或一般外科等科別，大概都是2人以下，非常辛苦，很需要有這樣的經費來調整。

二、50.5億有部分給地區醫院調整、應用及支配，幫助很大，3、40億即使沒辦法解決問題，但至少可改善，而且也宣示健保會願意每年針對艱困科別來鼓勵，年輕人對未來才有期望。所以我覺得要給，也真的對地區醫院有幫助，因支付標準並無值班費、也無on call(待命)費，若一年on call、值班180天的話，要靠這筆預算來幫忙。

鄭主任委員守夏

付費者這邊是否有意見？

吳委員玉琴

再次澄清，昨天收到健保會電子郵件寄來補充資料，報告案第四案醫事處提供的簡報中有些敘述可參看，也就是，並非付費者代表不給錢，而是自100至102年間，已投入189.56億，都已滾入基期，所以不能說得好像我們每年都不給錢、都沒有增加經費，這樣說法很不公道。

謝委員天仁

- 一、談判時最忌諱拿熱臉去貼人家冷屁股，給6億又被嫌東嫌西，那何須給？都快講不下去，似乎都要照他們講的給才算數。老實講，這些項目都是一般服務，錢也都在一般服務中支用，名稱根本不是重點，錢的總數就是增加了。加錢給人家，人家不喜歡的話，那錢就收回來，幹嘛給？沒有人這樣談判的啦！
- 二、醫界希望付費者同意這些預算，也要符合對方的想法，大家才能折衷及解決問題，但就是看不到這種作法，因此真的不知道怎麼跟醫界談，付費者已說明支付標準不願意再動。另我很同情地區醫院，50.5億要撥3億處理醫院層級的事，有人沒辦法接受，就只能卡在那邊。

謝名譽理事長文輝

有接受啦！都接受！

謝委員天仁

有接受，但是健保署有意見！

謝名譽理事長文輝

沒有進入實況啦！

謝委員天仁

- 一、表示某個角度，要付費者幫你們處理。但現在若錢丟進去，地區醫院拿到的是零頭，多是大醫院拿去，但我們最care(在意)的就是這部分，大醫院拿到越多，就像頭越來越大，哪個醫療體系是這樣？我們還要一直期待它長這麼大嗎？要怎麼收拾？

二、某個角度來說，是到了該調整的時候，大家要面對，應讓住診占率較高，讓門診稍微控制才對！瞭解謝名譽理事長講的問題，但這些錢若照你們的方式投入，是沒有用的，只會讓問題惡化而已。

蔡委員登順

- 一、其實已經很清楚，剛也講過，我們真的沒辦法同意調整支付標準；但調整新醫療科技，包括新特殊材料、新手術這部分可以談，若覺得16億不夠，到底要多少錢？這部分請健保署規劃、規範要做什麼項目。我們也已盡可能付出善意，就像謝委員天仁所述，給6億，你們還無感，我們就收回，也就是若真的談不下去，就回到原點。
- 二、剛也講過什麼皆空沒那麼嚴重，因加強管理酒駕，就可減少車禍，外科醫師就不用那麼忙碌，收入當然也會減少。當然不希望偏遠地區沒有婦產科醫師，會影響接生安全性，這我們都懂，但每年有那麼多新進醫生，必然不會那麼嚴重。
- 三、再看看還有哪項可以增加，大家要付出善意好好談。林代理委員穆弘也說談那麼久，要有個結果，如果真沒辦法談下去就結束，由你們決定。

楊委員芸蘋

主席，各位委員，我第一次發言，從沒開過這麼久的會，從上午到現在，我是最有耐性的人，也快失去耐性，感覺上似乎比我們上個月的會議時間還要多兩倍。大家可否再展現誠意，請醫界提出希望的數字，除了請健保署看看，也請主席以最公正方式，來說明這樣好不好。主席學養俱佳，也可提個數字跟付費者一起討論。否則雙方還是平行線一直無交集，除了沒意義，時間也耽誤太久，今日委員會議到現在還沒辦法開始，請問本月委員會議是否要移到下個月才開？希望別再浪費時間，趕快決定，或是看用何方式處理。今天時間真的拖太久、也太累了，我是年輕人，還可以撐，怕有些年紀大的人會太累。

鄭主任委員守夏

請林代理委員穆弘。

林代理委員穆弘(連委員瑞猛代理人)

- 一、謝委員武吉可否讓我稱呼您謝老師，剛所言，感覺有先天下之憂而憂的情懷，其實對台灣我一直都有信心，我們要說出來，讓大家知道台灣是個有希望的地方。
- 二、我們這些年輕人都這麼有理想，還請老師前輩提攜。可否請醫界不要再抱怨，付費者也不要再唸了，大家各退一步，試試好不好？

楊委員漢淙

- 一、主席，尊重大家的意見。不過剛付費者增加 6 億的「新醫療科技」，並不是新科技，例如「特殊材料採每點 1 元之差額」是依健保法規定，若因特殊材料同屬科技產品，而把它併到「新醫療科技」，是可以，但只增加 6 億，預算相差太多，能否提高金額。
- 二、大家可能不喜歡「調整支付標準」這個名稱，但對醫療機構而言，此項目確有必要。剛有人提到，現在門診與住院的支付標準差距很大，因此可將此項經費，限用於調整住院項目，而不適用門診。可否還是編列金額，但名稱不是調整支付標準，改為增加住院病人給付或安全，可否接受？

鄭主任委員守夏

醫界是否釋出一點善意，將金額調降些，而付費者這邊可否考慮換個名稱，看看這樣是否有機會獲得共識。

楊委員漢淙

- 一、「特殊材料採每點 1 元之差額」項目，我們提出預算 21 億，是根據健保署資料計算，若要將預算加到「新醫療科技」項目，額度應該往上調，例如從增加 6 億(即預算 16.6 億元)提高到 20 億，才能將預算差距縮小。

二、至於「調整支付標準」項目，可限調整住院服務，以加強住院病人的照顧，再看看名稱怎樣修改較合適。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、先聲明，我不是撐不住，就算協商到晚上 12 點也奉陪，只是主席實在很辛苦，他又不是神仙，就算神仙也需接受凡人的申訴，建議主席做個仲裁，像剛西醫基層一樣，提個可行辦法。
- 二、奉勸醫界，活在當下、珍惜現在。如果不妥協，一直重複訴求同樣的事，好似放錄音帶一樣，有何意義？我阿嬤也常一直唸，最後結果一樣。期待能提出個數目，付費者已增加預算，但都沒看到醫界回應，談判要有進有退，互相妥協，若一直僵在這裡，沒甚麼意義，請醫界考慮。

林代理委員穆弘(連委員瑞猛代理人)

提個替代方法，請醫界及付費者雙方，各推一個代表，兩個人先跟內部談好，再跟對方代表協談，這比公開討論好，這位代表只負責傳話。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝林代理委員，之前已訂定對等協商方式，所以不太適合。
- 二、盡我最大的力量提個可能折衷方案，看大家的意願。必須先聲明，醫院比西醫基層部門困難很多，有一部分是醫院基期已經很大，只要一點點成長率，金額就是很多億。醫界必須考量，對付費者而言，他們努力擲節另外三個總額部門，一文錢打好幾個結，現在醫院一提就是 10 億、20 億，大家會更謹慎。
- 三、以下二項建議，提供參考：
 - (一)假設可將「特殊材料採每點 1 元之差額」放入「新醫療科技」項目，但預算不要到 30 億，16 億可否稍微調整，例如 20 億或再多些，如果大家願意談，就有轉圜空間。

(二)「調整支付標準」項目，醫界也釋出善意只用在住院，不調門診。其實我們注重的是住院服務，或可考量提出類似重症醫療住院品質提升計畫的協商項目，將預算用在加護病房、開刀等生命攸關的重症醫療，但金額不要高達 40 億，再降一些。此項目去年已編列 50 億，若今年還要編 40、50 億，個人覺得太多。以前所編預算都會滾入基期，總額協商沒有連續幾年都給同一項目這麼多錢的前例。不可能一下子解決所有問題，但若付費者願意釋出善意，至少對救命、容易被告、又勞累的英雄救命科別，表示支持，不過這需要健保署提出好的可行方案，這樣或許還有機會，大家可以談下去。

陳委員錦煌

錢花在刀口上就對啦！

鄭主任委員守夏

是，請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

記得有人說，不應該用成長率看醫療費用，健保費已從二千多億、三千多億，到現在都快六千億了。建議自今天開始，除看百分比外，還需看實際金額。說真的，光看 1%、2% 沒甚麼感覺，但若是 3 千億的 1%、2%，金額就很大。有時限於版面，只看到百分比，但現在開始應該對外宣導，年度總額增加多少億，而不是增加多少百分比。

鄭主任委員守夏

- 一、現在談總額大概都有數字，也幾乎都直接用金額來協商。在會議開始的時候就提過，才幾年，醫療費用成長已十分驚人，過去成長 2% 的金額等於現在的 1% 而已，換句話說，現在成長 1% 的金額等同以前的 2%，完全不一樣的解讀。
- 二、若大家有意願，對這些項目可否再談一下，需要各自召開會議嗎？或者就直接談。

謝委員天仁

一、重點在總數，預算到底要放在哪個項目，其實都不是重點。例如特材、支付標準，都可以放到「新醫療科技」項目中，只是數字大家能不能接受，若能照這個建議，我們或許可以考慮。

二、請不要每次都提天文數字，我們實在沒辦法考慮，提 40、50 億是要怎麼談？雖說去年有前例，但每年都要增加 40、50 億，這樣下去怎麼行，費用快速增加，已經到了讓人直冒冷汗的狀態。

謝委員武吉

我來幫您擦一下。

鄭主任委員守夏

您什麼時候變的這麼幽默，請幕僚同仁準備毛巾。拜託回到主題，對這幾項楊理事長有無意見。

楊委員漢淙

一項一項來，特材部分接受主席意見，主席說 20 億是列在哪項？

鄭主任委員守夏

既然謝委員天仁認為項目名稱不是那麼重要，我們先談談看，請先列 20 億。

楊委員漢淙

「特殊材料採每點 1 元之差額」項目，是否先列 10 億？

張技正櫻淳

已經將該項的 20 億加到「新醫療科技」項目了。

鄭主任委員守夏

「新醫療科技」項目，金額列 20 億。

楊委員漢淙

怎麼 30 億(醫界提出新醫療科技項目 10 億加上特材項目 20 億)變 20 億？

鄭主任委員守夏

原「特殊材料採每點 1 元之差額」項目變成零。至於「調整支付標準」項目，謝委員天仁願意釋出一點善意嗎？

謝委員天仁

剛已講過，這個名稱(調整支付標準)我們不可能同意，付費者增加 6 億到「新醫療科技」，就是用來調整類似新給付項目，跟西醫基層同項目概念相近，相關費用整併到新醫療科技、新診療項目或手術方式都可以。

鄭主任委員守夏

大家幫忙想一下。

楊委員漢淙

主席，醫界本來不想創造太多新名詞或新項目，在第一次協商時提出「調整支付標準」，如果大家不能接受，就儘量不用。原提方案有一項是「其他醫療服務利用及密集度改變對醫療費用的影響」，現在因為人口老化及科技進步，確實讓醫療密集度增加很多，因此可否將費用加到此項，而不放在「調整支付標準」。

鄭主任委員守夏

「其他醫療服務利用及密集度改變對醫療費用的影響」也是付費者很不喜歡的協商項目之一，吳委員肖琪也認為，非協商因素中的人口結構改變率，已將人口老化因素計入。

楊委員漢淙

我們本來也想提出比較具體的協商項目，但大家都不喜歡。

鄭主任委員守夏

或者將費用全都放在「新醫療科技」？假設「調整支付標準」列零，金額直接加到「新醫療科技」，現在是 20 億，若加到 30 億，回到醫界剛剛提的額度，大家覺得如何？不過需要請問健保署執行上有無問題。

謝委員武吉

希望此案圓滿解決，且我也非常尊重付費者，能否將「支付標準調整」，修改為「提升醫療照護品質」，並請增列兼顧層級發展，不以重症為限。

鄭主任委員守夏

剛特別提到，對於這些所謂英雄救命科的住院、手術等服務，我們比較有共識，在此共識下，付費者較有意願比照去年方式增加金額。

謝名譽理事長文輝

- 一、如同剛謝委員天仁所提，我們的醫療體系頭重腳輕，這是事實，如果再把預算加到住院，醫療體系會更失衡。或許有利大醫院急重難科的調整，對大醫院是正確的做法，但地區醫院的狀況完全不同，愈接近偏遠鄉鎮的醫院，住院服務占率愈低、門診占率越高，可能 80% 都是門診，只有 20% 是住院。
- 二、若要鼓勵急重難症服務，地區醫院應有另外一套做法。因為地區醫院要維持每天都可提供外科、婦產科、小兒科等服務，需要相對付出值班費及 on call 等成本，因此請總額在考量急重難症的同時，也需慮及地區醫院，因為狀況不同。
- 三、若只鼓勵住院、開刀等服務，就會像剛謝委員天仁所提，只能加到大醫院，小醫院的問題無法解決。其實現在大醫院欠缺的是住院醫師，而真正欠缺內、外、婦、兒科主治醫師的是地區醫院，而且愈小間的醫院缺額越多，所以請不要只考量住院，除非有另外的方式可解決地區醫院的問題。

鄭主任委員守夏

- 一、依過去的協商經驗，三層級要有共識一向非常困難。以往總額協商時，都先不談層級議題，因為一定不會有共識。謝名譽理事長文輝的意見，很難處理，如果今天要談到那麼細，事實上不容易有結果。
- 二、建議回來看總金額及成長率，如果照前面所談的調整，付費者及醫院代表願不願意接受？請看螢幕試算表最下方，增加金額

是 108 億，較 102 年度核定總額成長率是 3.18%，這個數字兩邊可否接受？若能接受，再來看細項怎麼調整，以及所要求條件。請問付費者可否接受這個數字？至於涉及三層級的部分，讓醫界自己討論，要請問健保署能否操作，執行會不會有困難。付費者和醫界代表要不要各自商量一下？

楊委員漢源

「新醫療科技」的括弧內容，建議「新」字刪除，因為不一定是新的服務項目，即包括：診療項目、藥品及特材。

鄭主任委員守夏

以前都是新增才算，如果要改變...。

楊委員漢源

但是現在不一定是新的。

蔡委員登順

主席，既然加那麼多錢，建議「新」字一定要列，至於執行細目請健保署就專業方面進行規範。原有的給付項目就照舊，隨著醫療科技的進步，本項費用可用來引進過去所沒有、比較進步的新手術、新特材。

鄭主任委員守夏

從以前費協會協商時，就都是放「新」服務，如果要換...。

楊委員漢源

- 一、我們原來提出的方案就不是「新」醫療科技，是依健保法規定，提出「特殊材料採每點 1 元之差額」項目，結果現在把該項併到「新醫療科技」項目，又說非新的不可。
- 二、不曉得所謂「新」是指什麼？現在隨便弄一堆，通通放在一起。以健保現在的情況，不適宜再新增太多給付項目，我們還要一直擴充診療項目和特材嗎？不應該這樣！現在健保給付不合理的部分，就應該調整！

謝委員天仁

這部分如何處理較恰當，健保署能否提個意見給我們參考。

鄭主任委員守夏

看來大家對總增加金額約 100 億左右，似乎有意願同意。至於各項目，有無更好的安排？健保署有無比較好的意見？

蔡主任秘書淑鈴

一、有關新增診療項目，健保署正在研議的部分如下：

(一)很多微創手術，目前有些在自費市場，但可讓病人住院天數縮短、傷口變小、感染機率變低，可取代傳統手術，且有替代效應者；另外，隨著台灣醫療技術逐漸純熟，有些胸腔鏡手術，可取代傳統開刀；還有些新檢驗方法，可更精準的協助診斷，這些都屬新診療項目，對病人而言，可得到更好的醫療結果，但因為是新技術，原健保支付標準未收載，均需新增支付項目，當扣除替代效應後，即需用到這筆新增預算。

(二)新的診療項目可能需要搭配使用新特材，例如胸腔鏡手術就需要用到新特材，而這些特材非常昂貴，目前係由民眾自付費用，未來若有此新增預算，健保在能力範圍內，能適度逐步地將其納入給付，以減少民眾自費的負擔。本署已經進行盤點，其中八百多項屬於處置過程面目前自費之特材、八百多項為植入身體的特材，加起來共一千六百多項，以目前的預算，尚無法支付。因此，希望每年總額協商時，可留一部分預算，幫民眾減少自費。

(三)本項還包含新藥的引進，部分會經過科技評估，逐步納入健保給付。使用新藥雖可取代舊藥，但因效果較好、費用較高，所以會有價差，因此也需用到此項新增的預算。

二、向付費者委員報告，所編列的這些金額，並無法解決現在所有自費問題，只能每年逐步量力而為。總之健保無法包辦那麼多項目，所以自費市場永遠會存在，但健保可以排優先順序，每年逐步檢討究有哪些必要項目需納入給付。

三、對此項目需寬列多少費用，本署沒有意見，有多少預算就處理

多少項目，不足的部分，就暫留在自費市場，俟有新增預算時再逐步處理。

謝委員天仁

是否多加一項，去年署長核定「調整支付標準」項目，費用 50.5 億包括兼顧各層級醫院平衡發展的要求，我認為此項也應該納入，讓三層級醫院可有平衡發展的機制。

蔡主任秘書淑鈴

去年編列的五十多億預算如何運用，本署下星期還要再協商，尚未確認，這部分是調整現有支付標準，反映急、重、難科別還有層級的平衡發展，屬 102 年度的預算。

楊委員漢淙

- 一、不曉得為什麼變成這樣！「新醫療科技」項目，如果付費者還是堅持維持原來文字，建議維持原來的 10.69 億。
- 二、「特殊材料採每點 1 元之差額」，我們原來列 20 億，看怎麼處理？
- 三、「調整支付標準」為何變成零？(有人表示，不要用「調整支付標準」名稱)，用什麼名稱沒關係，大家都沒有想出個漂亮名稱，例如提升醫療品質，提升什麼都可以。

謝委員武吉

建議「調整支付標準」，改為「提升醫療品質」，但須尊重健保署的意見再做修改。

謝委員天仁

主席，已經談到 4 點，大家也累了，再談下去可能沒有任何成果，建議就談到這邊，報部裁決好了。

鄭主任委員守夏

早先已有共識，如果大家不要用「調整支付標準」名稱，或可改為「提升重症照護品質」等類似的名稱。另外，剛才也談到，如果 40 億付費者覺得太多，可否先加 10 億，這樣才有基礎可談。

楊委員漢淙

現在總額成長率多少？

謝委員武吉

這個項目名稱還要加上「兼顧層級平衡」。

鄭主任委員守夏

請大家看螢幕最下方，如果是醫界方案，「特殊材料採每點 1 元之差額」項目的二十幾億還留著，「新醫療科技」二十幾億也留著，這樣恐怕與付費者方案還是有差距。還有幾分鐘，請陳代理委員雪芬。

陳代理委員雪芬(翁委員文能代理人)

- 一、若是這樣，對彼此是個轉圜。如果健保會成立的第一年就協商成這樣，相信明、後年也都會如此。我曾經說過，其實大家都不用來健保會，反正都是由健保署或衛福部決定，每年看部核多少就多少，也不用找醫院代表來談，真的很傷感情。
- 二、剛才有委員問，到底醫院好不好經營？說明一下，其實從 91 年下半年開始辦醫院總額之後，醫院每年都是靠醫療業務外收入來補貼醫療本業，醫療本業的營運都是虧損。我來自榮民體系，以本院為例，醫療業務外的收入可能有三億多，扣除一些作業外費用後，來補貼醫療本業，帳面上才可能符合法定盈餘，因為公立醫院的預算通常會要求要有盈餘，這就是醫院實際的營運狀況，並不如各位想像的那麼好經營。
- 三、再者，為什麼這些年來，醫院團體對地區醫院的意見都予以尊重，因為他們的困境跟大醫院真的不一樣。如果硬說調增門診費用會讓醫療體系頭重腳輕，我想醫院不能接受這樣的說法，我們認為同為醫院團體，每個層級醫院想要調整的都有其營運上的必要性，因此也會希望調整時能兼顧層級間的平衡。

謝名譽理事長文輝

講一下項目的名稱。

鄭主任委員守夏

只講名稱，數字不調一下嗎？

謝名譽理事長文輝

若項目名稱為「提升重症照護品質」，雖知道意思，但文字要再準確一點，應該是「提升醫療照護品質」才對。如果付費者願意給這筆費用，將來執行時，大型醫院以住院為主，地區醫院則需要用另外的方式辦理。若項目名稱列「重症」，坦白講，地區醫院主要以照顧中、小疾病為主，醫院規模越小，重症越少，怎麼會有重症？不就一毛都分不到，所以名稱應該是「提升醫療照護品質」。如果付費者願意編預算，醫院團體內部會設法形成共識，原則上大醫院以住院為主，地區醫院也會依自己所需調整。

鄭主任委員守夏

我真的已經沒有力氣了！建議名稱為「提升醫療照護品質(重症為主)」，這樣才不違反前面所討論，以救命科別為主的共識。再次強調，三層級怎麼分，我們真的幫不上忙。請同仁試算，本項於付費者方案先列 10 億，看醫院代表願不願意配合下修預算金額；「特殊材料採每點 1 元之差額」項目列零，「新醫療科技」項目 16.69 億，請看最後結果，付費者方案總成長率已達 3.459%，醫界方案是 3.775%。各位還有意願再談嗎？還是已經...，請林代理委員穆弘。

林代理委員穆弘(連委員瑞猛代理人)

各位老師、先進，我想醫師之所以投入醫療市場，是因為有救人的熱忱，請繼續維持這個熱情，現在兩方案的差距只剩一點，大家再努力看看，萬事起頭難，一定是從最低的地方開始做起，不要等明年，如果每個人從今年就開始努力，相信會有希望，謝謝。

鄭主任委員守夏

最後看醫界代表願不願意再釋出一點善意，或是付費者代表還願意再稍微調整一點，希望再 5 分鐘可有共識，我真的低血糖了！

干委員文男

請專家表示意見。

鄭主任委員守夏

謝委員武吉長時間以來都有參與協商談判，有無意見？

謝委員武吉

這是健保會第一次進行總額協商，希望能圓滿解決。我非常尊重付費者代表的意見，有關「特殊材料採每點 1 元之差額」項目，看謝委員天仁他們的意見如何，如果不同意，希望如何處理？另外，「提升醫療照護品質」項目，需兼顧醫院三層級平衡性，如果只做重症，擔心經費會用到無效醫療方面，今天大家很辛苦，已經談到這種程度，希望能有非常好的結果。

鄭主任委員守夏

請問付費者代表，都沒有哪個部分可再表示一些善意嗎？

楊委員漢淙

我們都已經降到 3.775%。

鄭主任委員守夏

醫界的意思是，他們已經夠善意，降這麼多了。

謝委員天仁

付費者並沒有同意「提升醫療照護品質(重症為主)」的 10 億，這是主委建議。自從我們把新醫療科技從十點多億，加到 16 億，結果熱臉去貼冷屁股，就不太想管了，沒有人這樣談的！

鄭主任委員守夏

請幕僚把 10 億拿掉，看最後結果，付費者的方案是增加 108 億，成長率是 3.192%，醫界的方案是增加 130 億，成長率是 3.775%，送部裁決，我們協商到此結束。

林代理委員穆弘(連委員瑞猛代理人)

報告主委，10 億只占醫院總費用的千分之三，只是小小的差距，我覺得大家還要再努力，可否取中間值？

鄭主任委員守夏

因為等一下要開委員會議，形式上也必須召開委員會議，不然今天的協商結果，不曉得該怎麼處理？建議先休息 3 分鐘，雙方再就 22

億的差距，看有無可能再調整，我覺得自己已江郎才盡，沒辦法了！先休息一下。

(付費者代表及醫院部門各自召開會議討論 14 分鐘)

鄭主任委員守夏

謝謝各位委員，現在是下午 4 時 25 分，已經破紀錄，希望以後不會再有這種紀錄。現在看一下雙方的方案，先詢問醫院代表，還有無更動？

楊委員漢淙

- 一、我們其實很尊重付費者代表的意見，所以名稱要改的改了，費用也降了，本來期待能夠有結果，但沒想到並沒有被接受，其實醫界方案總成長率也才 3.775%，已經降得很低。
- 二、現在付費者代表對我們提出的方案內容，是否還一樣堅持？若要兩案併陳，我們就會提出另外的意見。

鄭主任委員守夏

所以到目前為止，醫界沒有再調整，請問付費者有無再調整？

謝委員天仁

可能要先釐清，醫界說如果兩案併陳，其方案的數字會不一樣，若如此，我們的數字也會不一樣，大家要先講清楚！

鄭主任委員守夏

- 一、歷來主席的責任，是盡可能把兩案拉到最接近，若實在沒辦法，才會報部裁決。如果最後還是送 1% 與 8% 的兩案，其實就真的不必談了！既然今天從早上 9 點半談到現在，說實話彼此已夠誠意，也談得非常深入，能夠讓步的都讓步了，不希望此時再出現這種狀況。如果最後真的沒有辦法，只好送部裁決。
- 二、請問付費者代表，經閉門會議後，還有無可討論的空間？

謝委員天仁

不能只期待付費者有調整空間，醫界如果沒有釋出善意，我們有調整空間也沒用啊！不能要我們把金額提高，然後拿去報部，那何必

調！倒不如把金額降下來報部，試一試，看結果如何，對不對！

鄭主任委員守夏

- 一、林代理委員穆弘好幾次發言表示，健保會是第一次進行總額協商，這是我們的責任，衷心希望可以談成。現在雙方的成長率只差一點。還是要重複，現在 3.5% 所增的額度，等於 12 年前 7% 的額度，真的不要只看成長率。相信醫界代表回去會面對很大的壓力，但也要跟大家說明，總成長率 3.775%，是增加 130 億，也許去年比 130 億多，但去年是非常特別的狀況，總額成長超過 100 億的情形，相信是少之又少。
- 二、付費者方案是成長 3.192%，新增近 109 億，相信兩邊都已經盡可能釋出善意，在最後階段，付費者代表的意思剛已表達，醫院代表還有無可能...

楊委員漢淙

既然我們的成長率較高、增加金額較多，「新醫療科技」乙項改列零。

謝委員武吉

希望今天能夠圓滿，大家的方案儘量接近。

謝委員天仁

付費者沒那麼外行啦！醫界把新醫療科技預算全部拿掉，意思是全部都收自費，然後又吃健保，這樣有道理嗎？

謝委員武吉

我們(社區醫院)吃不到。

謝名譽理事長文輝

- 一、「新醫療科技」項目預算全部拿掉，用意是，如果大家覺得成長率已太高，不宜再增加，就暫時不要再新增給付項目或服務範圍，這與收自費無關。
- 二、等一下會有臨時提案，該提案建議，擴增給付內容須有固定財源，如果這樣，後續要新增多少給付內容，醫界沒有意見。現在成長率低，整體才 4.45% 左右，健保署手上會有很多錢，若

臨時提案通過，新增項目都要經過財務評估，或依健保法第 26 條處理。

鄭主任委員守夏

意思是，不增加新醫療科技給付，假設目前市場有這項服務，就是自費項目，是這個意思嗎？

謝名譽理事長文輝

對，請健保不要再納入新科技項目了。

謝委員天仁

- 一、其實來協商前，我們就認為 99% 的機率不會有共識，1% 有共識是不切實際的幻想。
- 二、提出付費者最後的方案，我們再增加預算，將「新醫療科技」16.69 億改成 20 億，這是最終方案，沒有其他方案了。

蔡委員登順

謝委員天仁已說出我們最後的方案，將「新醫療科技」加到 20 億，但需註明「請中央健康保險署於 102 年 12 月份委員會議說明擬調整項目及作業期程」，這樣預算的用途就會很明確。我想今天的協商，已經夠誠意，如果大家還無法達成共識，就送部裁決。

林代理委員穆弘(連委員瑞猛代理人)

各位先進，這是我第一次參加總額協商會議，但在法庭上，我有很多溝通經驗，有個感覺，我好像太天真了。請教醫院代表，四個部門中，牙醫、中醫及西醫基層都已達成共識，很誠懇的請教謝老師、楊老師及在座各位老師，內心有無促成這次協商圓滿達成的念頭？

楊委員漢源

我們是 99% 的期待，1% 的失望。

林代理委員穆弘(連委員瑞猛代理人)

新時代有新作法，如果我們還繼續延用上次的作法，整個協商會無法圓滿完成，搞得我現在變成裡外不是人。

鄭主任委員守夏

現在時間是 4 點 35 分。

蔡副署長魯

主席、各位委員，有關請本署在 12 月份委員會議提出調整項目之要求，執行上可能有困難，可否先報告所訂定原則就好，因為項目實在太細，而且...。

謝委員天仁

可以。

蔡委員登順

同意。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝林代理委員穆弘認真、誠懇的發言。印象中，自己第一次當費協會委員或費協會主任委員時，也是抱持著這樣的態度，但到現在，我的心情比較像在座的二位謝委員，愈來愈務實。真的沒辦法，今天大家都已盡全力協商，但相信付費者代表與醫界代表回去多少都會挨罵，歷來都是如此。
- 二、兩方案雖然差距不大，但部分項目還是有基本邏輯、原則上的不同，我認為就算今天再談下去，也不大可能會有共識，所以建議停止討論，送衛福部讓部長裁決。醫院部門就這樣決議，西醫基層部門等一下於委員會議再確認。醫院總額的兩方案差距不大，部長應該不會太難決定，畢竟大家已盡了全力。
- 三、接下來還是必須召開委員會議，才能確定今天的協商結果。大家盡可能掌握時間，至於其他的報告案及討論案，若不是延到下個月，就需加開委員會議處理。但如果法定期限內一定要完成的事項，也許就要加開委員會議。今天非常感謝大家，另外向各位致歉，未進行時間控制，也沒想到會談這麼久，103 年度醫院總額協商到此結束。