

「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」

106年第4次臨時會會議紀錄

時間：106年12月26日（星期二）下午2時

地點：中央健康保險署18樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

李代表偉強	李偉強	詹代表永兆	(請假)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	(請假)
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	陳瑞瑛(代)
潘代表延健	潘延健	許代表世明	林順華(代)
璩代表大成	王雪月(代)	羅代表界山	吳永隆(代)
陳代表志忠	嚴玉華(代)	林代表綉珠	林綉珠
劉代表碧珠	劉碧珠	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	張淳茜(代)	朱代表世瑋	范政弘(代)
羅代表永達	周志建(代)	王代表榮濱	王榮濱
謝代表文輝	謝文輝	郭代表素珍	許美月(代)
謝代表武吉	謝武吉	廖代表大富	廖大富
朱代表益宏	(請假)	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
林代表恒立	林恒立	劉代表志棟	何語(代)
王代表宏育	王宏育	王代表雅馨	王雅馨
黃代表振國	黃振國	張代表清田	張清田
張代表金石	張金石	羅代表紀琮	羅紀琮
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	(請假)
陳代表俊良	(請假)		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

衛生福利部全民健康保險會

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

台灣醫院協會

台灣胸腔暨重症加護醫學會

本署臺北業務組

本署企劃組

本署醫務管理組

周雯雯

盛培珠、馬文娟

王逸年

潘佩筠

宋佳玲

陳哲維、林筱庭

洪鈺婷

梁淑媛

陳珮涵、林佩荻、吳心華、

洪毓婷、吳洵伶

簡榮彥

余千子、王文君、儲鳳英

柯秉志

李純馥、劉玉娟、谷祖棣、

王玲玲、陳依婕、宋兆喻、

涂奇君、吳明純、簡詩蓉、

陳逸嫻、許博淇、鄧家佩、

張艾琪、蔡孟好、宋思嫻、

林煜翔、林芝螢、江雯珊

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

(一) 中華民國藥師公會全國聯合會代表賴振榕提出有關「藥事服務費」案(序號6)：名稱更正為「新增臨床藥事照護費」。

(二) 訂定 107 年召開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時程案(序號13)：原訂 107 年 3 月 22 日召開 107 年第一次共同擬訂會議，因同日健保會安排共識營暨參訪活動，故改至 107 年 3 月 29 日召開會議。

三、報告事項

(一) 107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案報告案。

決定：洽悉。修訂摘要如下，詳附件 1，P5-P6。

1. 同意開放支付標準編號 09113B「皮質素免疫分析」等 6 項診療項目至基層診所適用。
2. 因 107 年度西醫基層醫療給付費用專款「強化基層照護能力『開放表別』」預算尚有剩餘，請醫師公會全國聯合會儘快再提出開放至基層適用之其他診療項目。

(二) 山地離島與緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診診察費點值保障提升案。

決定：洽悉。目前各總額保障項目均至每點 1 元，健保管控係以逐步達成各項費用均 1 點 1 元支付為目標，「山地離島及符合衛生福利部緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」及一般地區醫院之急診診察費已符 1 點 1 元之目標，故本案不再調整。

四、討論事項

(一) 有關放寬「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」參與院所資格案。

決議：修訂摘要如下，詳附件 2，P7-P25。

1. 同意第一、二類院所參與資格由專任醫師放寬為專(兼)任醫師、第二類院所新增神經科專(兼)任醫師參與計畫。
2. 診療項目編號 P6015C「COPD 病人肺部復原及呼吸訓練評估費」放寬配有專任呼吸治療師之山地離島地區第二類院所亦可申報、刪除附表皮膚、神經及口腔理學檢查項目，及教育訓練課程規範增修為「台灣內科醫學會/台灣胸腔暨重症加護醫學會」負責提供訓練課程。
3. 鼓勵藥師先參與計畫教育訓練，於明年度修改計畫時評估藥師取得課程認證人數及參與計畫院所釋出處方箋的比例後，再研議藥師納入事宜。

(二) 論病例計酬支付點數調整案。

決議：同意修訂第六部論病例計酬編號 97220K「股及腹股溝疝氣手術(AGE>1,單側)(門診)」等 21 項診療項目支付點數，詳附件 3，

P26-P28。

(三) 有關醫師公會全聯會協調醫師週日開診事宜，輔導結果報告案。

決議：

1. 西醫基層開診率以維持現行全國平均值(週六 83%，週日 20%) 為原則，本署定期提供開診率低於全國平均值之縣市名單，請醫師公會全聯會協助輔導。
2. 請醫師公會全聯會研議運用 107 年度西醫基層總額非協商因素調整支付標準項目時，將提高假日開診誘因納入考量。

(四) 全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案。

決議：

1. 同意 Tw-DRGs 4.0 版支付通則納入住院天數>30 天之案件，本署將計算原 4.0 版及納入住院天數>30 天之兩版權重，於二週內供與會代表參考。
2. 原則預計 107 年 7 月實施 4.0 版支付通則及第 3 至 5 階段 DRG，惟部分與會代表建議於 107 年 7 月起分階段導入，並於 107 年年底前全部導入，導入階段及期程將於 107 年第 1 次共同擬訂會議確認。
3. 配合歷年多次調整支付標準，基本診療與兒童加成之比率已有變化，故將重新計算定額中「基本診療加成率」與「兒童加成率」，併納入新的 4.0 版支付通則中。

(五) 106 年上半年本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報情形及處理流程。

決議：因時間因素未及討論，將於 107 年本會議另行討論。

五、臨時動議

六、散會：下午 17 時 30 分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

一、一般生化學檢查 (09001-09138)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
09113BC	皮質素免疫分析 Cortisol (EIA/LIA) 註：游離皮質素(Free cortisol)比照申報。	Y	V	V	V	240

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12208)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
12086BC	人類白血球抗原 — HLA-B27	Y	V	V	V	1351
12087B	— HLA-ABC (多種抗原) multiple antigen		V	V	V	5053
12176B	— HLA-ABC(單一抗原) single antigen		V	V	V	3285
12088B	— HLA-DR (多種抗原) multiple antigen		V	V	V	4383
12177B	— HLA-DR (單一抗原) single antigen		V	V	V	2849
	註：1.保險對象接受器官移植申報12087B及12176B時，除父母、兄弟姐妹等各給付一次外，另確定為捐贈者最高可申報給付共3次。 2.12088B 及 12177B 需俟 12087B 及 12176B 檢查後配合相合者，如有需要另行檢查。					
12121BC	甲促素結合體抗體 TSH receptor Ab(EIA/LIA)	Y	V	V	V	360

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

十一、呼吸治療處置 (57001~57029)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器 Pulse or ear oximetry					
57017BC	— 每次 time	Y	V	V	V	30
57018B	— 一天 day		V	V	V	360

第七節 手術

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62072)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
62046BC	局部皮瓣(1-2 公分) Local flap (1-2cm)	Y	V	V	V	3350
62047BC	局部皮瓣(2 公分以上) Local flap (>2cm)	Y	V	V	V	7310

全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案

106.04.01 第一版公告實施

壹、前言

慢性阻塞性肺病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 以下稱COPD)是一種慢性發炎所造成的呼吸道阻塞疾病,是可預防也可治療的常見疾病,且為全球重要的致病及致死原因,亦為肺癌主要危險因子之一,造成的社會經濟負擔十分龐大且與日俱增。

然而一般社會大眾對於COPD認知甚少,即使症狀產生也以為只是正常的老化現象,且由於COPD的早期症狀並不明顯,很容易被誤診為其他疾病,如氣喘或感冒,故COPD的診斷率普遍低落,約47.5%。和氣喘不同,COPD的呼吸道阻塞及肺部傷害皆屬於不可逆反應,再加上病程進展緩慢,等到病人無法忍耐而就醫時往往已發展至中後期,延誤了早期治療的先機。

有鑑於此,在COPD病人疾病惡化前,加強此疾病之管理方式,使病人早期診斷並獲得適當治療,減少急症及併發症的發生,不僅能改善病人生活品質,長期而言,亦應能有助整體醫療費用的降低。

本方案藉由醫療資源整合制度之設計,導入提升COPD照護品質之誘因,鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護,加強COPD病人之追蹤管理及衛教服務,提供完整且連續性的照護模式,以創造病人、醫療院所及保險人三贏之局面。

貳、目標

- 一、建立以病人為中心之共同照護模式。
- 二、提升 COPD 臨床治療品質。
- 三、降低 COPD 急性及加護病房入住率。
- 四、建立以品質為導向之支付制度。

參、計畫內容

一、參與醫療院所資格

1. 第一類院所：需具有三位以上(含)胸腔暨重症專科專(兼)任醫師,且需配置呼吸治療師及個案管理師(如護理師、呼吸治療師或其他相關醫療專業人員)各一名。
2. 第二類院所：需具有一位以上(含)家庭醫學科或胸腔暨重症專科或內科或小兒科或耳鼻喉科或神經科之專(兼)任醫師。

二、執行人員資格

(一)教育訓練資格

1. 新加入本方案之醫師、個案管理師及呼吸治療師,應至少取得 6 小時課程時數,並取得證明(胸腔暨重症專科醫師除外)。
2. 已加入本方案之照護人員,每 3 年須取得至少 6 小時課程時數(胸腔暨重症專科醫師除外)。
3. 教育訓練課程由 [台灣內科醫學會](#)/台灣胸腔暨重症加護醫學會負責提供。

(二)退場機制：參與本方案之院所，其「年度病人追蹤率」小於 12% 者，若經保險人輔導後，6 個月內仍未改善，自保險人文到日之次月起取消參與方案資格，且半年後始得再申請參與方案，個案數小於 10 人者除外。

「年度病人追蹤率」操作型定義如下：

- 1.分母：當年度申報新收案(P6011C)或舊個案追蹤(P6012C)之人數。
- 2.分子：分母條件之病人當中，申報上述 2 項醫令後，當年度內有申報另一次追蹤管理(P6012C)之人數。

三、收案對象(給付對象)

- (一)最近 90 天曾在同院所診斷為 COPD(主診斷 ICD10: J41-J44)，且要有肺功能的紀錄，符合衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)慢性阻塞性肺病臨床治療指引定義，至少就醫達 2 次(含)以上者，才可收案，當次收案亦須以主診斷收案。
- (二)收案前需與病人解釋本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，經病人同意配合後，方得收案並將病人或親屬簽章黏貼於病歷表上或電子病歷內，始得支付疾病管理照護費。
- (三)符合方案收案條件之個案，若已被本方案其他院所或氣喘醫療給付改善方案收案照護者，不得重複收案，俟其結案後，方可收案。

四、結案條件：

- (一)病人因其他重大疾病或死亡因素無法繼續接受本方案管理照護。
- (二)經醫師判斷病情惡化應上轉或穩定應下轉，惟病人不願於本方案參與院所內接受照護，三個月內亦未繼續至原院所接受照護。
- (三)病人失聯超過三個月、拒絕再接受治療、或不願再遵醫囑或聽從衛教。
- (四)院所超過一年未提供病人本方案管理照護。(以本條件結案之病人，一年內不得再由同一院所收案，但院所仍可依現行支付標準申報相關醫療費用。)

五、收案後個案管理及治療流程

(一)照護內容：

- 1.院所須確保收案病人受到適當治療，提供以病人為中心之全功能性照護，除完成優質醫療照顧，亦能延伸至病人返家後的居家疾病諮詢協調與長期追蹤照護。第一類院所及第二類院所詳細之照護內容可參考附件 1。
- 2.第二類院所收案之病人，經醫師評估病情符合下列情況者，可轉診至本方案有治療能力之院所進行診治。
 - (1)初始治療反應不佳。
 - (2)有其他重大的共病，如心衰竭或心律不整等。
 - (3)家庭支持系統不足，需其他專業人員(如社工、關懷師...等)介入。
 - (4)病情惡化經初步處置未改善者。
 - (5)生命跡象變化，如發燒超過 38 度半合併呼吸次數>25 次/分鐘或心跳速率大於 130/分鐘。
- 3.前項經轉診之原第二類院所病人，經評估病情符合下述條件者，可回診至原院所進行後續照護。
 - (1)病人六個月未發生 COPD 急性惡化。

- (2) 病人已接受過完整肺復原療程。
 - (3) 病人具自我照護能力。
 - (二) 詳細之疾病診斷及治療可參照國健署「慢性阻塞性肺病臨床治療指引」(完整檔案可於台灣胸腔暨重症加護醫學會「自在呼吸健康網」網站下載，網址為www.asthma-copd.tw)。
 - (三) 參與本方案院所將使用由台灣胸腔暨重症加護醫學會公益提供之 COPD 病人自我照護教材及輔助工具。
 - (四) 台灣胸腔暨重症加護醫學會將監測轉診/轉檢流程並提供必要之協助。
- 六、申請程序及受理資格審查：申請本方案之醫事服務機構應檢附下列資料向保險人分區業務組提出申請，並經保險人審核通過後，始得執行，變更時亦同。
- (一) 申請表(如附件 3)
 - (二) 專業團隊名冊(請條列各執行人員之姓名、身分證字號、專業類別、證書字號、教育訓練時數及證明影本)
- 七、給付項目及支付標準：符合本方案之 COPD 病人，接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性 COPD 之完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費，給付項目及支付標準如附件 4。
- 八、品質資訊之登錄及監測
- (一) 參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容(如附件 5)，於健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案基本資料及檢驗、檢查結果資訊。
 - (二) 參與本方案之醫療院所每年需定期依「提升院所 COPD 慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表」(如附件 6) 自我評量後，於每年年底前上傳保險人之分區業務組備查。
- 九、醫療費用申報及審查原則
- (一) 申報原則：
 - 1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下稱審查辦法)規定辦理。
 - 2. 門診醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：
 - (1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報者，於申報費用時，案件分類填報「E1(支付制度試辦計畫)」，特定治療項目代號(一)填報「HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)」；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
 - (2) 申報方式：併當月份送核費用申報。
 - (二) 審查原則
 - 1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
 - 2. 其餘未規定事項，依審查辦法規定辦理。
- 十、獎勵措施：獎勵點數之計算，自參與院所有完整曆年(第一年為 4 月至 12 月)資料後，再予核算。自本方案執行第二年起，當年度新參與方案之院所，須於次年方得參與

品質獎勵評比。

(一) 品質獎勵指標：

1. 病人完整追蹤率

操作型定義如下：

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。

(2) 分子：上述分母條件之病人中，於當年度該院所完成下列條件者之人數。

A. 舊病人且當年度未有轉入、轉出紀錄者：當年度有申報年度評估(P6013C或P6014C)，且追蹤管理(P6012C)達3次者。

B. 當年度新收案或有轉入、轉出紀錄者：視當年實際照護季數(結案或轉出日-收案日)，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

a. 實際照護滿3季者，其當年度「追蹤管理(P6012C) + 年度評估(P6013C或P6014C)」次數達3次。

b. 實際照護滿2季者，其當年度「追蹤管理(P6012C)」次數達2次。

c. 實際照護滿1季者，其當年度「追蹤管理(P6012C)」次數達1次。

2. 收案病人 COPD 出院後 14 日內再入院率

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有因主診斷 COPD 住院後出院之病人人次。

(2) 分子：分母條件之病人當中，出院後 14 日內因主診斷 COPD 再入院之總人次。

3. 收案病人因 COPD 急診就醫比率

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。

(2) 分子：分母條件之病人當中，因 COPD 急診就醫之總人數。

4. 收案病人因 COPD 急性住院比率

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人。

(2) 分子：分母條件之病人當中，當年度曾因主診斷 COPD 入住急性病房或加護病房之總人數。

5. 收案病人因 COPD 入住加護病房比率

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。

(2) 分子：分母條件之病人當中，當年度曾因主診斷 COPD 入住加護病房之總人數。

6. 收案病人 6 個月戒菸成功率

(1) 分母：該年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有仍有抽菸習慣的病人數。

(2) 分子：分母條件之病人當中，自追蹤日向前推算 6 個月內未吸菸之總個案數。

7. 收案病人接受肺部復原評估比率

肺部復原及呼吸訓練治療項目參照附表 3。

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。

(2) 分子：分母條件之病人當中，當年度有執行肺部復原評估(P6015C)之總人

數。

8. 收案病人接受正確藥物治療比率

藥物治療項目參照國健署慢性阻塞性肺病臨床治療指引。

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。

(2) 分子：分母條件之病人當中，當年度治療藥物符合國健署慢性阻塞性肺病臨床治療指引之總人數。

(二) 獎勵評比方式：

1. 區分第一類院所、第二類醫院、第二類基層診所，共 3 組。

2. 各組院所依上述 8 項「品質獎勵指標」比率分別排序(「病人完整追蹤率」、「收案病人 6 個月戒菸成功率」及「收案病人接受肺部復原比率」、「收案病人接受正確藥物治療比率」由高排至低；「收案病人 COPD 出院後 14 日內再入院率」、「收案病人因 COPD 急診就醫比率」、「收案病人因 COPD 急性住院比率」及「收案病人因 COPD 入住加護病房比率」由低排至高)，計算個別院所 8 項排序序號之平均值，再重新進行總排序。

3. 各組總排序前 25%之院所，依該院所所收個案中達成完整追蹤之個案數，每一個案支付 500 點獎勵；當年度新收個案，則依完整追蹤季數，按比例支付，惟第 4 季新收案個案不納入獎勵。

(三) 符合下述條件之病人，不列入本方案品質獎勵指標及個案獎勵費用之計算：

1. 因非慢性阻塞性肺病相關疾病而導致預期存活期小於六個月者。

2. 長期臥床大於三個月且無進步潛能者。

3. 因神經或肌肉骨骼系統功能下降，而無復健潛能者。

4. 嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病。

5. 長期呼吸器依賴者。

6. 重度慢性阻塞性肺病之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者

7. 若病人或家屬中途無法參予配合意願，即中止治療。

8. 過去一年曾因 COPD 住院 2 次以上者。

9. 同時具有其他重大傷病之患者。

10. 第 4 季新收案個案。

十一、品質監測指標

(一) 第二類院所應上轉病人比率

1. 分母：第二類院所當年度該院所所有照護(含收案及轉入)本方案病人人數。

2. 分子：分母條件之病人當中，經醫師評估病人「發生急性惡化或其他重大病情」且「該院所無法診治」應上轉之病人人數。

(二) 第一類院所應下轉病人比率

1. 分母：第一類院所當年度該院所所有照護(含收案及轉入)本方案病人人數。

2. 分子：分母條件之病人當中，經醫師評估病情穩定應下轉之病人人數。

(三) 第二類院所應上轉未上轉病人比率

1. 分母：第二類院所當年度該院所，經醫師評估病人「發生急性惡化或其他重大病情」且「該院所無法診治」應上轉之病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，未上轉病人人數。

(四)第一類院所應下轉未下轉病人比率

1.分母：第一類院所當年度該院所，經醫師評估病情穩定應下轉之病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，未下轉病人人數。

(五)第二類院所應上轉病人因病患意願未上轉比率

1.分母：第二類院所當年度該院所，經醫師評估病人「發生急性惡化或其他重大病情」且「該院所無法診治」應上轉未上轉病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，因病患意願於原院繼續治療之病人人數。

(六)第一類院所應下轉病人因病患意願未下轉比率

1.分母：第一類院所當年度該院所，經醫師評估病情穩定應下轉未下轉病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，因病患意願於原院繼續治療之病人人數。

十二、費用之支付

(一)本方案之疾病管理費用（P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C）及相關品質獎勵措施費用於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應。

(二)疾病管理費用按季暫以每點一元支付；年度結束後，疾病管理費用與品質獎勵費用，併上開專款項下其他方案費用，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(三)保險人得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修改本方案之相關內容。

十三、資訊公開：保險人得公開參與本方案之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於本保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金之院所名單，供參與醫師自行查詢。

肆、方案修正程序：本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

慢性阻塞性肺病照護內容

第一類醫療院所：

由胸腔專科醫師主導醫療照護，以隨時依病人的病情變化需要，追蹤胸部X光、肺功能及主客觀呼吸狀況以評估呼吸功能的進步或惡化。慢性阻塞性肺病個案管理師依據醫師的醫療指示，負責協調COPD照護之跨專科醫療團隊中的資源整合，目標為提供以病人為中心之全功能性照護，達成除了完成優質醫療照顧，亦能延伸至病人返家後的疾病諮詢協調與長期追蹤照護。

1. 應完成照護內容細則：

- (1) 完成慢性阻塞性肺病相關知識及自我照護執行的個人化教育。
- (2) 應完成疾病預防之衛教，如戒菸與疫苗注射相關衛教。
- (3) 訓練完成自我照護的能力及工具使用紀錄（如監測體重、吸入型藥物使用知識、熟悉記錄主客觀呼吸狀況評估）。
- (4) 依診治指引之標準用藥使用順從性與正確性評估。
- (5) 肺部復原運動及分泌物處理之衛教與執行，依病人需要訓練強度，分高強度及低強度復原訓練。
- (6) 參與本方案院所將使用由台灣胸腔暨重症加護醫學會公益提供之COPD病患自我照護教材及輔助工具。
- (7) 台灣胸腔暨重症加護醫學會將監測轉診/轉檢流程並提供必要之協助。

2. 門診照護及疾病照護追蹤

- (1) 門診照護條件：專業照護成員包含有負責慢性阻塞性肺病之胸腔專科醫師一名與專責慢性阻塞性肺病個案管理師，追蹤慢性阻塞性肺病病人的疾病知識維持與照顧行為的執行，視需要強化病人及家屬的知識教育，安排後續檢驗及治療計畫；承作醫院定期回診，若個案有突發性或不預期性疾病病情變化，依狀況個管師協助安排提前看診，或依據慢性阻塞性肺病之胸腔專科醫師指令協助安排相關醫療照護資源。
- (2) 個案管理師：提供看診前電話諮詢與疾病照護追蹤。
- (3) 呼吸治療師：協助執行肺部復原相關醫療處置。
- (4) 回診時，個管師協助檢視個案居家自我照護紀錄，含心跳、血壓、體重，強化教育慢性阻塞性肺病藥物使用之目的。
- (5) 門診時，有藥物劑量調整或變更時，強化教育慢性阻塞性肺病藥物使用之目的，並確保個案在沒有無法使用的情況下，有使用到慢性阻塞性肺病標準用藥。
- (6) 經醫師評估病情符合下述條件者，可轉診至第二類院所進行後續照護。
 - A. 病人六個月未發生COPD急性惡化。
 - B. 病人已接受過完整肺復原療程。
 - C. 病人具自我照護能力。

第二類醫療院所：

由主責醫師主導醫療照護，以隨時依病人的病情變化需要，追蹤胸部X光、肺功能及主客觀呼吸狀況以評估呼吸功能的進步或惡化。目標為提供以病人為中心之全功能性照護，達成除了完成優質醫療照顧，亦能延伸至病人返家後的疾病諮詢協調與長期追蹤照護。

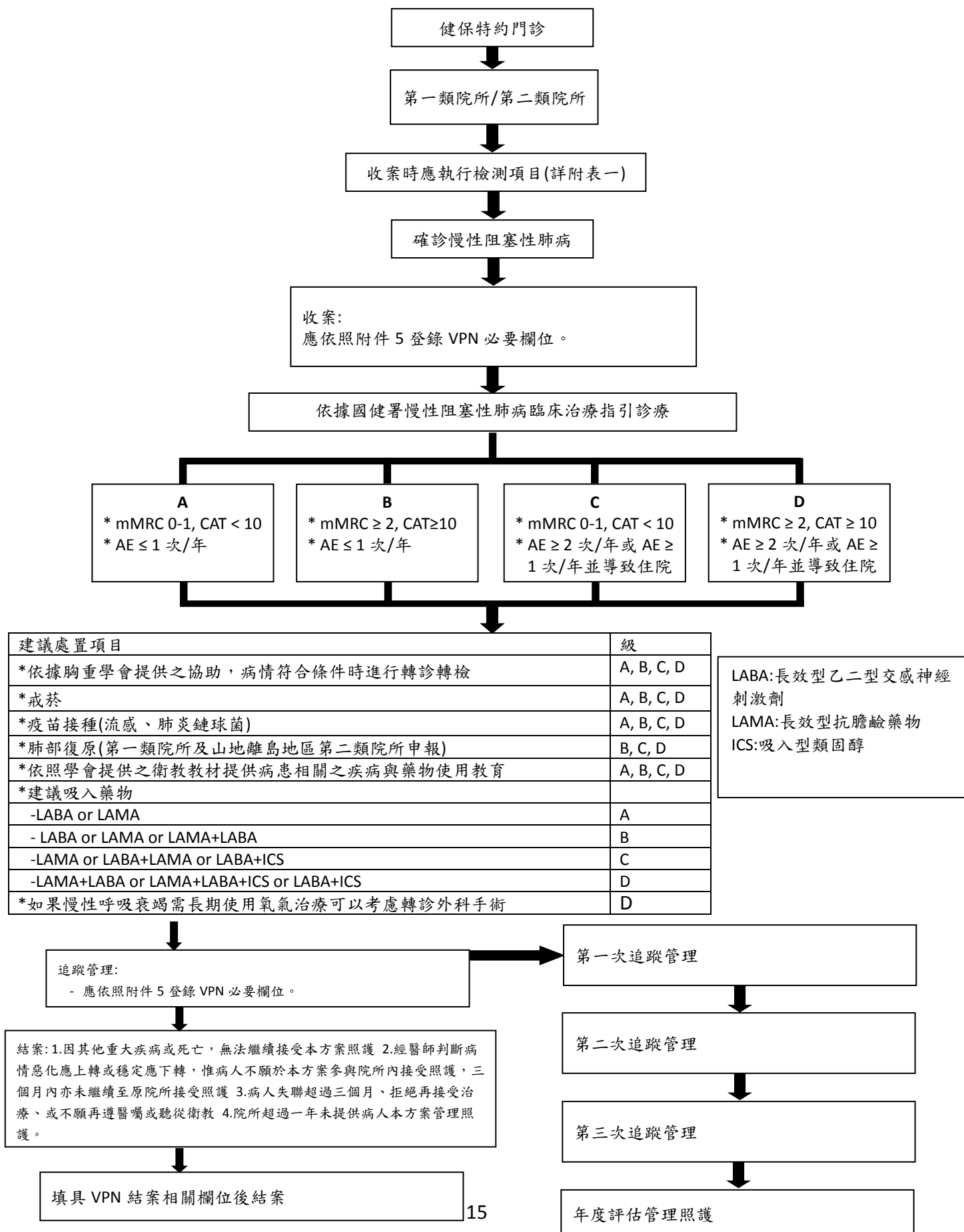
1. 應完成照護內容細則：

- (1) 完成COPD相關知識及自我照護執行的個人化教育。
- (2) 應完成疾病預防之衛教，如戒菸與疫苗注射相關衛教。
- (3) 訓練完成自我照護的能力及工具使用紀錄（如監測體重、吸入型藥物使用知識、熟悉記錄主客觀呼吸狀況評估）。
- (4) 依診治指引之標準用藥使用順從性與正確性評估。
- (5) 參與本方案院所將使用由台灣胸腔暨重症加護醫學會公益提供之COPD病患自我照護教材及輔助工具。
- (6) 台灣胸腔暨重症加護醫學會將監測轉診/轉檢流程並提供必要之協助。

2. 門診照護及疾病照護追蹤

- (1) 門診照護條件：專業照護成員包含有負責COPD之醫師一名，追蹤COPD病人的疾病知識維持與照顧行為的執行，視需要強化病人及家屬的知識教育，安排後續檢驗及治療計畫；定期回診，若個案有突發性或不預期性疾病病情變化，依狀況安排提前看診，或醫師協助安排相關轉診。
- (2) 回診時檢視個案居家自我照護紀錄，含心跳、血壓、體重，強化教育COPD藥物使用之目的。
- (3) 門診時，有藥物劑量調整或變更時，強化教育COPD藥物使用之目的，並確保個案在沒有無法使用的情況下，有使用到COPD標準用藥。
- (4) 經醫師評估病情符合下列情況者，可轉診至有治療能力之本方案參與院所進行診治。
 - 初始治療反應不佳。
 - 有其他重大的共病，如心衰竭或心律不整...等。
 - 家庭支持系統不足，需醫護人員(如社工、關懷師...等)介入。
 - 病情惡化需使用注射型類固醇或抗生素者。
 - 生命跡象變化，如發燒超過38度半合併呼吸次數>25次/分鐘或心跳速率大於130/分鐘。
- (5) 必要之檢查無法執行時，應轉代檢。

收案後個案管理流程表



全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案申請表

院所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	院所名稱		院所代碼	
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：	
	計畫聯絡人 e-mail			
申請類型		<input type="checkbox"/> 第一類院所。 <input type="checkbox"/> 第二類院所。		
檢送項目	項 目		審 查 結 果	備 註
	團隊人員組成		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	各類執行人員教育訓練資格		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
保險醫事服務機構	機構章戳		保險人審核意見欄 1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 日期章戳：	本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日			

全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案

給付項目及支付標準

- 一、本方案給付項目及支付標準按表訂項目及點數辦理，診察費、相關檢驗檢查及未訂項目按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。
- 二、符合本方案之 COPD 病人，若合併其它疾病且分屬保險人辦理之不同方案收案對象時(例如：糖尿病、高血壓....等，不包括氣喘)，除依本方案支付標準申報外，得再依相關試辦計畫或方案申報費用。

編號	診療項目	支付點數
P6011C	COPD新收案管理照護費 註：照護項目詳附表一，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。轉入病人亦得申報。	400 點/次
P6012C	COPD追蹤管理照護費 註1：照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：申報新收案後至少須間隔56天才能申報本項，本項每年最多申報3次，每次至少間隔80天為宜。	200 點/次
P6013C	COPD年度評估管理照護費（第一類院所） 註1：照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項，本項限申報 COPD新收案(P6011C)或COPD追蹤管理照護費(P6012C)合計達3次(含)以上之第一類院所始得申報。本項每年限申報一次。	800 點/次
P6014C	COPD年度評估管理照護費（第二類院所） 註1：照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項，本項限申報 COPD新收案(P6011C)或COPD追蹤管理照護費(P6012C)合計達3次(含)以上之第二類院所始得申報。本項每年限申報一次。	400 點/次
P6015C	COPD 病人肺部復原及呼吸訓練評估費 註1：含肺復原治療評估、戒菸衛教，經專業人員親自實施始可申報。並須將評估項目、現有問題、短及長程治療目標及治療計畫記錄於病歷內。 註2： <u>「第一類院所」或「山地離島地區之第二類院所且配有專任呼吸治療師」</u> 始得申報，限每半年申報一次，一年至多兩次。 註3：肺部復原及呼吸訓練項目建議參考附表三執行。	600點/次

附表一 COPD 病人新收案診療項目參考表

	病史(必要項目)	理學檢查 (必要項目)	實驗室檢驗及檢查(建議項目)	疾病管理照護(必要項目)
完整性初診診察及照護	<p>1. 家族史</p> <p>2. 抽菸史</p> <p>3. 職業史</p> <p>4. COPD 狀況評估： (1) 病人過去一年急性發作* _____次</p> <p>*急性發作定義: 1)因呼吸症狀改變造成用藥改變或 2) 因呼吸狀況而導致住院或急診。</p> <p>(2) Spirometry Data (17006C 支氣管擴張劑試驗)</p> <p>a. FEV₁_____L;</p> <p>b. FEV₁_____ % 預估值</p> <p>c. FEV₁/FVC:_____ % 預估值 (pre and post-bronchodilator data)</p> <p>(3)慢性阻塞性肺病評估測試 CAT score:_____</p> <p>mMRC score_____</p> <p>5.過去病史</p> <p>(1) 氣喘疾病</p> <p>(2) 肺結核</p> <p>(3) 職業性肺病</p> <p>(4) 胸腔手術</p> <p>(5) 糖尿病</p> <p>(6) 心臟血管疾病史</p> <p>(7) 慢性肝病</p> <p>(8) 感染病史</p> <p>(9) 其它(註明病因)</p> <p>6.過去和目前處置：藥劑、自我處理與監測</p> <p>7. 家庭狀況(獨居或有同居者) 主要照護者(註明姓名、關係及聯絡方式)</p>	<p>1. 身高體重</p> <p>2. 血壓</p> <p>3. 心臟、脈搏</p> <p>4. 皮膚、神經</p> <p>5. 口腔</p>	<p>1. 08011C 全套血液檢查 (WBC、RBC、Hb、Hct、Platelet count、MCV、MCH、MCHC 八項)</p> <p>2. 08013C 白血球分類計數 (WBC differential count)</p> <p>3. 08010C 嗜酸性白血球計算 (Eosinophil Count)</p> <p>4. 09005C 血液葡萄糖(Glucose)</p> <p>5. 18001C 心電圖(E.K.G)</p> <p>6. 32001C 胸部 X 光 (包括各種角度部位之胸腔檢查)(Chest view)</p> <p>7. 17019C 支氣管激發試驗 (Bronchial provocation test)</p> <p>8. 33072B 電腦斷層造影</p> <p>註：以上所列項目非每位 COPD 病人必要之檢驗檢查，請依病情需要核實申報。</p>	<p>1. 治療計畫</p> <p>2. 教導病人自我處理治療計畫</p> <p>(1) 瞭解症狀、嚴重度及自我處理方法</p> <p>(2) 瞭解治療目標</p> <p>(3) 瞭解每日使用的治療藥物劑量</p> <p>(4) COPD 惡化時如何治療或如何尋求諮詢及更進一步的醫療</p> <p>3. 肺部復原管理諮詢</p> <p>4. 安排下次門診時間</p>

附表二 COPD 病人追蹤暨年度管理管理診療項目參考表

	病史(必要項目)	理學檢查(必要項目)	檢驗及檢查(建議項目)	疾病管理照護(必要項目)
完整性複診診察及年度評估照護	1. 治療計畫的調整 2. 生活品質狀態評估 3. 戒菸狀況 4. 完成個案照護結果年度評估 5. COPD 狀況評估： (1) 病患過去一年急性發作* _____次 * 急性發作定義: 1) 因呼吸症狀改變造成用藥增加 或 2) 因呼吸狀況而導致住院或急診的急性發作。 (2) Spirometry Data (17003C 流量容積圖形檢查或 17004B 標準肺量測定) (每年至少執行一次) a. FEV ₁ _____ L; b. FEV ₁ _____ % 預估值 c. FEV ₁ /FVC: _____ % 預估值 (3) 慢性阻塞性肺病評估測試 (每年至少執行一次) CAT score: _____ mMRC score _____	1. 呼吸頻率 2. 喘鳴聲 3. 心跳頻率 4. 口腔	其他依病情需要	1. 治療計畫短期及長期目標之訂定 2. 測試並加強病人執行自我處理治療計畫之能力 3. 併發症之預防 4. 轉介追蹤 5. 精神社會調適 6. 安排下次門診時間

附表三 肺部復原及呼吸訓練項目建議參考表

肺復原處置 A

醫令代碼	項目
57010B	呼吸運動（次）
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療（每次）
57017B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器（每次）
47045C	體位引流
57003C	氧氣吸入使用費(每小時)
57012B	復原運動（次）

肺復原處置 B

醫令代碼	項目
57010B	呼吸運動（次）
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療（每次）
57017B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器（每次）
47090B	高頻胸壁振盪模式呼吸道清潔
57003C	氧氣吸入使用費(每小時)
57012B	復原運動（次）

全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案
VPN個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(病人姓名、醫師姓名等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 病人身分證號
2. 新收案日期、門住診別
3. 主治醫師身分證號
4. 基本檢查數據：身高、體重
5. 基本理學檢查：呼吸頻率、有無喘鳴聲、脈搏
6. 家族病史：親屬是否確診亦具COPD
7. 目前使用藥物(無/短效支氣管擴張劑/口服支氣管擴張劑/口服減敏藥物/單方長效支氣管擴張劑/複方長效支氣管擴張劑/複方含吸入性類固醇支氣管擴張劑)
8. 抽菸史：從未抽菸/已戒菸/未戒菸
目前抽菸包數：
(1)已戒菸:過去包/天/年，戒菸幾年。
(2)未戒菸:包/天/年
9. 急性惡化發作頻率：次/過去一年。(包含病情突然惡化時的額外住院或門診/急診就醫、須使用口服抗生素或控制藥物的改變)
10. 肺功能(FEV1、FEV1%預估值、FEV1/FVC%預估值、pre and post-bronchodilator test)
11. CAT分數
12. mMRC分數
13. 是否屬可收案但不列入獎勵或監控指標之個案
(1)是/否(填「是」者，第(2)題原因需擇一項填覆)
(2)排除原因：
 - A.因非慢性阻塞性肺病相關疾病而導預期存活期小於六個月者。
 - B.長期臥床大於三個月且無進步潛能者。
 - C.因神經或肌肉骨骼系統功能下降，而無復健潛能者。
 - D.嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病。
 - E.長期呼吸器依賴者。
 - F.重度慢性阻塞性肺病之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者
 - G.若病人或家屬中途無法參予配合意願，即中止治療。
 - H.過去一年曾因COPD住院 2 次以上者。
 - I.癌症或同時具有其他重大傷病之患者。

二、追蹤管理(病人身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、追蹤管理次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 追蹤管理日期
2. 基本理學檢查：呼吸頻率、有無喘鳴聲、脈搏
3. 急性惡化發作頻率：次/過去一年。(包含病情突然惡化時的額外門診/急診就醫、須使用口服抗生素或控制藥物的改變)
4. 肺功能(FEV1、FEV1%預估值、FEV1/FVC%預估值)
5. mMRC分數
6. 治療計畫調整：
 - (1) 是否戒菸成功(戒菸成功指自追蹤日向前推算 6個月內未吸菸):戒菸成功/未戒菸成功
 - (2) 是否需調整藥物及劑量：是/否
7. 病情變化狀況-第二類院所必填
 - (1) 是否發生急性惡化原院所無法診治或其他必須至有治療能力之本方案參與院所治療之重大病情：是/否(填「是」者，第(2)題惡化處理方式需擇一項填覆)
 - (2) 惡化處理方式：
 - A.上轉至本方案第一類參與院所
 - B.上轉至非本方案之參與院所
 - C.轉診至本方案有治療能力之第二類參與院所
 - D.病人意願，於原院所繼續照護
 - E.非病人意願因素，於原院所繼續照護
 - F.個案失聯或拒絕接受治療
8. 病情變化狀況-第一類院所必填
 - (1) 是否COPD及他項重大病情皆已穩定：是/否(填「是」者，第(2)題穩定處理方式需擇一項填覆)
 - (2) 穩定處理方式：
 - A.下轉至本方案第二類參與院所
 - B.下轉至非本方案參與院所預計結案
 - C.病人意願，於原院所繼續照護
 - D.非病人意願因素，於原院所繼續照護
 - E.個案失聯或拒絕接受治療
9. 目前使用藥物(無/短效支氣管擴張劑/口服支氣管擴張劑/口服減敏藥物/單方長效支氣管擴張劑/複方長效支氣管擴張劑/複方含吸入性類固醇支氣管擴張劑)

三、年度評估(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、追蹤管理次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 年度評估日期

2. 基本理學檢查：呼吸頻率、有無喘鳴聲、脈搏
3. 急性惡化發作頻率：次/過去一年。(包含病情突然惡化時的額外門診/急診就醫、須使用口服抗生素或控制藥物的改變)
4. 肺功能(FEV1、FEV1%預估值、FEV1/FVC%預估值)
5. CAT分數
6. mMRC分數
7. 治療計畫調整：
 - (1) 是否戒菸成功(戒菸成功指自追蹤日向前推算 6個月內未吸菸)：戒菸成功/未戒菸成功
 - (2) 是否需調整藥物及劑量：是/否
8. 病情變化狀況-第二類院所必填
 - (1) 是否發生急性惡化原院所無法診治或其他必須至有治療能力之本方案參與院所治療之重大病情：是/否(填「是」者需填覆第(2)題處理方式)
 - (2) 惡化處理方式：
 - A.上轉至本方案第一類參與院所
 - B.上轉至非本方案之參與院所
 - C.轉診至本方案有治療能力之第二類參與院所
 - D.病人意願，於原院所繼續照護
 - E.非病人意願因素，於原院所繼續照護
 - F.個案失聯或拒絕接受治療
9. 病情變化狀況-第一類院所必填
 - (1) 是否COPD及他項重大病情皆已穩定：是/否(填「是」者需填覆第(2)題處理方式)
 - (2) 穩定處理方式：
 - A.下轉至本方案第二類參與院所
 - B.下轉至非本方案參與院所預計結案
 - C.病人意願，於原院所繼續照護
 - D.非病人意願因素，於原院所繼續照護
 - E.個案失聯或拒絕接受治療
10. 目前使用藥物(無/短效支氣管擴張劑/口服支氣管擴張劑/口服減敏藥物/單方長效支氣管擴張劑/複方長效支氣管擴張劑/複方含吸入性類固醇支氣管擴張劑)

四、結案登錄(結案原因)

1. 因其他重大疾病或死亡，無法繼續接受本方案照護
2. 經醫師判斷病情惡化應上轉或穩定應下轉，惟病人不願於本方案參與院所內接受照護，三個月內亦未繼續至原院所接受照護
3. 病人失聯超過三個月、拒絕再接受治療、或不願再遵醫囑或聽從衛教
4. 院所超過一年未提供病人本方案管理照護。

提升院所 COPD 慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表

機構名稱：

自評日期：

年

月

日

評量面向	評量項目	符合打勾	配分	總分	備註
結構面 16%	1.照護人員資格(4%) (1) 第一類院所：具有三位以上(含)胸腔暨重症專科專(兼)任醫師，且配置呼吸治療師及個案管理師各一名。 第二類院所：具有一位以上(含)家庭醫學科或胸腔暨重症專科或內科或小兒科或耳鼻喉科專任醫師或神經科之專(兼)任醫師。 (2) 參與方案之家醫科、內科、小兒科、耳鼻喉科醫師、神經科醫師、呼吸治療師及個案管理師需接受保險人認可之 COPD 照護教育訓練，新加入方案之醫事人員至少取得 6 小時課程時數，已加入方案之醫事人員自取得資格日起，每 3 年須取得 6 小時課程時數，並取得由台灣胸腔暨重症加護醫學會協調公益提供之教育訓練課程證明。	<input type="checkbox"/>	2		
	2.收案資格(4%) (1) 最近 90 天內曾在同一醫療院所診斷為 COPD (ICD10: J41-J44) 至少就醫達 2 次(含)以上者 (2) 診斷 COPD 者，且有肺功能的紀錄	<input type="checkbox"/>	2		
	3.登錄及後續追蹤(4%) (1) 有專責人員負責登錄及追蹤 (2) 負責登錄及追蹤之專責人員需有 COPD 照護相關訓練學分，三年至少 6 小時	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2		
	4.相關設備(4%) (1) 備有肺功能檢測相關設備可供使用(第二類院所為選填項目) (2) 備有 COPD 藥物衛教相關教具	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2		
過程面 62%	1.資訊告知(4%) 收案前有向病人解釋參與本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，並取得病人或親屬簽章同意書，可供查閱	<input type="checkbox"/>	4		
	2.個案資料管理(4%) (1) 收案病人初診及複診資料 (2) 收案病人資料或電腦建檔	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2		
	3.收案個案之病歷或收案紀錄單完整記載病人相關資料，需包含：(12%) (1) 相關病史(家族史,過去病史,處置狀況,抽菸史) (2) 治療計畫的調整 (3) 過去和目前處置	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 4 4		
	4.個案資料完整性(22%) (1) 基本資料(ID、姓名、地址、電話等)。 (2) 照護方案新收案時填報下列資料： A.新收案日期 B.AE 發作頻率 D.肺功能 E.COPD 控制狀況(CAT 及 mMRC 問卷) (3) 照護方案(追蹤及年度回診時)填報下列資料： A.追蹤管理日期 B.AE 發作頻率 C.住院頻率 D. FEV ₁ 預估值(%) E. COPD 控制狀況(CAT or mMRC 問卷，年度回診時 CAT 必填) ※ (A~E 皆符合)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2		

評量 面向	評量項目	符合 打勾	配分	總分	備註
	5 病人之追蹤(4%) (1) 告知返診日期 (2) 具有告知返診日期之記錄	<input type="checkbox"/>	2		
		<input type="checkbox"/>	2		
	6.落實推動病人衛教(16%) 建立病人 COPD 衛教紀錄，其內容應包含：				
	(1) 認識 COPD	<input type="checkbox"/>	2		
	(2) 治療計畫	<input type="checkbox"/>	2		
	(3) COPD 藥物的認識	<input type="checkbox"/>	2		
	(4) COPD 藥物的使用	<input type="checkbox"/>	2		
	(5) COPD 嚴重度的評估	<input type="checkbox"/>	2		
(6) 發作時自我處理	<input type="checkbox"/>	2			
	※ (1)~(6)全部符合時	<input type="checkbox"/>	4		
結果 面 22%	1.病人追蹤率(6%) (1) 具備病人追蹤率的統計資料可供檢閱 (2) 一年病人追蹤率大於 12%(收案的個案，收案或追蹤後一年內至少完成 1 次追蹤) (3) 失聯超過 3 個月(≥ 90 天)的個案數評量	<input type="checkbox"/>	2		
		<input type="checkbox"/>	2		
		<input type="checkbox"/>	2		
	2.品質資料紀錄：有下列資料可供查閱(16%) (1) 病人急性發作次數紀錄 (2) 病人因 COPD 急診就醫次數紀錄 (3) 病人因 COPD 住院次數紀錄 (4) 病人出院 14 日內因 COPD 再入院之比率	<input type="checkbox"/>	4		
		<input type="checkbox"/>	4		
		<input type="checkbox"/>	4		
		<input type="checkbox"/>	4		
優點：					

醫療機構負責人簽章：

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第六部 論病例計酬

第三章 一般外科

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97220K	股及腹股溝疝氣手術(AGE>1, 單側)(門診)				v	28,478
97221A				v		<u>32,760</u>
97222B			v			27,948
						<u>32,760</u>
97223C		v				27,725
	註： 1. 診療項目要求表(詳附表 6.3.5) (1) 基本診療項目 (2) 選擇性診療項目 2. 主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0YQ50ZZ、0YQ60ZZ、 0YQ70ZZ、0YQ80ZZ					<u>32,760</u>
						27,078

第四章 泌尿科

編號	診療項目	基層醫院	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97405K	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)				v	29,070 <u>29,103</u>
97406A				v		29,070 <u>29,103</u>
97420B	尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)		v			29,069 <u>29,103</u>
97407K					v	51,332 <u>51,368</u>
97408A	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次，單側)(門診)			v		51,332 <u>51,368</u>
97421B			v			51,331 <u>51,368</u>
97409K	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次，雙側)(門診)				v	23,020 <u>23,056</u>
97410A				v		23,020 <u>23,056</u>
97422B	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次，雙側)(門診)		v			23,019 <u>23,056</u>
97411K					v	45,282 <u>45,318</u>
97412A	注： 1.診療項目要求表(詳附表 6.4.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼(ICD-10-CM)：N20.0、N20.0-N20.9 主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0TF3XZZ、0TF4XZZ、 0TF6XZZ、0TF7XZZ、0TFBXZZ、0TFCXZZ、0WFRXZZ			v		45,282 <u>45,318</u>
97423B			v			45,281 <u>45,318</u>

第六章 眼科

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97605K	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)				v	20,706
97606A				v		<u>20,739</u>
97607B			v			20,706
97608C						<u>20,739</u>
		v				20,674
	註： 1.診療項目要求表(詳附表 6.6.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：08RJ3JZ、08RK3JZ					

第七章 耳鼻喉科

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97716K	喉直達鏡並做聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去，無主要合併症或併發症(門診)				v	15,581
97717A				v		<u>15,608</u>
97718B			v			15,448
						<u>15,608</u>
	註： 1.診療項目要求表(詳附表 6.7.4) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主診斷碼及主手術(或處置)碼：詳附表 6.7.0 3.主要合併症或併發症診斷碼(詳附表 6.7.5、6.7.5.1、6.7.5.2)					15,569

106 年度第 4 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臨時會與會人員發言實錄

前言

主席

謝謝大家，今天是臨時會，因為上一次會議還有很多的提案沒有討論，所以今天加開一次臨時會。現在人數已經過半，會議開始，先直接進行上次會議決議事項追蹤辦理情形，請開始。

宋科員兆喻

各位代表、長官大家好，先跟大家說明一下，上一次的會議資料共有 4 本，其中有一本已經討論完了，所以今天會議會用到另外 3 本，請大家看一下有沒有攜帶資料，如果沒有帶，我們外面還備有資料。今天的會議資料有 2 本，標題是寫「臨時會議資料」，請各位檢視一下手邊是不是都有兩本臨時會議資料。

這一次的追蹤決議辦理事項總共有 19 項，序號 1 支付標準成本分析調查案，本案待三層級協會提供之資料完備後，再提至本會議報告，建議繼續列管。序號 2 未列項申報方式案，有關 106 年 1 月至 6 月收載之資料及本署處理情形，將於本次會議報告，且本項與追蹤表序號 15 相同，建議追蹤情形併該項辦理，本項建議解除列管。序號 3 有關假日開診率低於 25% 之地區一案，醫師公會全國聯合會將於本次會議報告輔導結果，且本項與追蹤表序號 14 相同，故追蹤情形併該項辦理，本項建議解除列管。序號 4 「應用 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算 29.67 億元調整支付標準案」，與會代表建議偏鄉地區醫院急診診察費點值保障再提高一案，將提本次會議報告，如經會議確認同意，建議解除列管。序號 5 「Tw-DRGs 4.0 版支付通則實施時程案」，因本案將提本次會議討論，且本項與追蹤表序號 18 相同，故追蹤情形併該項辦理，本項建議解除列管。

序號 6 有關藥師公會全國聯合會所提「新增臨床藥師照護費」案，

107 年總額協商協定結果已編列相關預算，且本署已函請藥師公會全國聯合會提供新增「重症加護住院臨床藥事照護」診療項目相關資料，再據以辦理後續修訂支付標準事宜，建議繼續列管。序號 7 Tw-DRGs，3.4 版，1,062 項 107 年適用之相對權重統計結果報告案、序號 8 增修訂中醫支付標準及計畫報告案、序號 9 修訂牙醫支付標準及兩項計畫案、序號 11 修訂 107 年度全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫方案、序號 12「107 年全民健康保險高診次者藥事照護計畫」、序號 16 增修神經外科術中神經功能監測等 14 項診療項目案，共 6 項追蹤事項經前次會議決議通過，目前正在辦理報部等事宜，建議繼續列管。序號 10 論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案，其中論病例計酬案將提報本次會議報告；乳癌醫療給付改善方案已經前次會議決議通過，將依程序辦理報部等行政作業，建議繼續列管。序號 13 訂定 107 年召開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時程案，本經前次會議通過，但原訂 107 年 3 月 22 日召開 107 年第一次共同擬訂會議，因同日健保會安排共識營及參訪活動，故建議改至 3 月 29 日召開會議。本案如經確認同意，建議解除列管。序號 14 有關醫師公會全聯會協調醫師週日開診事宜，輔導結果報告案、序號 15 的 106 年上半年本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報情形及處理流程，這兩案因上次會議未及討論，將於本次會議討論，如經確認同意，建議解除列管。序號 17 放寬 COPD 改善方案參與院所資格案、序號 18 Tw-DRGs 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案、序號 19「107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案」，這三案因上次會議未及討論，將於本次會議討論，如經本次會議討論通過，依程序辦理報部等行政作業，建議繼續列管。

主席

好，謝謝兆喻的報告，這個部分，大家有沒有意見？決議事項辦理情形有沒有問題？請賴藥師。

賴代表振榕

主席，上一次已經有提過，那個案由的名稱有誤，應該要更正，但今天看到的還是寫...

主席

案由還是一樣是嗎？

賴代表振榕

還是寫藥事服務費

主席

藥事服務費，寫錯了，這個要改。

賴代表振榕

應該是「臨床藥事照護費」，我想這個請一定要改正，因為這個還是錯誤。

主席

好。

賴代表振榕

後面的部分是「新增臨床藥事照護費」，不是藥師，是藥事。

主席

是藥事，好。

賴代表振榕

所以拜託這個都要更正清楚，謝謝。

主席

謝謝賴藥師，其他大家有沒有意見？請李醫師。

李代表紹誠

原來在上一次的序號 14，關於假日開診這個問題，原來是在一個報告案，結果今天變成一個討論案，不曉得原因是什麼？

主席

請醫管組說明為什麼變討論案，好幾個報告案都變成討論案。

谷專門委員祖棣

我跟大家報告一下，從今天開始的會議往後，有關報告案、討論案的排定，會稍微做調整。以往我們都認為報告案的部分可能是比較簡單的，不需要討論的就放在報告案。可是以過去的經驗，報告案常常都會討論很久，所以往後的作業模式會改成，如果是經由各總額的研商會議已經討論過，有定案的案子，就會直接採報告案，就是透過這個會議報告後公告實施的案子，就會採報告案。其他部分原則上都列為討論案，以上說明。

主席

好，差別就是如果經由總額研商會議，已經討論有共識的案子就是報告案，其他的就列為討論案，謝謝。其他大家有沒有意見？如果沒有意見，追蹤事項就確定了，修正剛剛賴藥師所講的第 6 項「臨床藥事照護費」的部分，謝謝。

請大家請翻開首頁的議程，今天報告案有兩案，討論事項五案，希望我們今天能夠把這七案可以討論完。就直接進到報告事項的第一案，我們應該要先看哪一本？請同仁說明一下。

報告事項

第一案

案由：107年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案報告案。

主席

這案是西醫基層開放表別，在 107 年協商總額時也特別再加碼，希望能讓基層的能力能更加提升，現在全聯會提出計六項，經費尚有剩餘，全聯會這邊有沒有要補充說明，請李醫師。

李代表紹誠

全聯會在禮拜天剛開過基層總額執行委員會，有針對於還要再增加的部分我們有一些已有共識，也有一些還再討論財源從哪裡來，所以我們會再開會，再跟署本部這邊討論。

主席

下一次的總額研商議事會議請全聯會一定要再提新開放項目，下一次的總額研商議事會議是幾月幾號？是三月嗎？其實應該趕在這一次，可是有點太晚提了，有沒有可能早一點提給我們？最快什麼時候？

李代表紹誠

我想一月初應該可以提。

主席

一月初嗎？好，就麻煩你們快點提出來，開放表別這六項大家有沒有意見？好，如果沒有意見的話，我們就先通過這六項，先報部生效，下一次一月初再提出你們認為可以開放的項目。接下來第二案。

報告事項

第二案

案由：山地離島與緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診診察費點值保障提升案。

主席

好，謝謝，這一項大家有沒有意見？請，雪玲。

黃代表雪玲

我是擔心說這些偏鄉的，因為急診醫師本來就很難聘，然後他的這項獎勵是比較優渥的，現在大家都拉齊平的時候，山地的這些偏鄉地區醫院是不是在急診這邊應該是要給他一些再多一點額外的，如果署裡覺得是不用，我也沒有其他意見。

主席

好，謝謝，那大家還有沒有別的意見？基本上目前健保給付項目都是以 1 點 1 元為努力的目標。現在醫院部門已經有超過一半以上給付項目都 1 點 1 元，或是陸續都調至 1 點 1 元，請大家一起努力達到。

這一次 29 億裡面已將地區醫院的急診優先調至 1 點 1 元，主要考慮是地區醫院的規模小，所以保障給付讓大家覺得在可以因應的情況下來努力。

原來偏鄉的醫院有比較優先提前達到 1 點 1 元，現在並沒有減少，而且已經提前用 1 點 1 元來支應，並不是沒有考慮到偏鄉的醫院。當大家點值都還在浮動的時候，已經對偏鄉優先考慮，也有給額外支付，接下來晚一點能夠拿到 1 點 1 元當然就一步一步來，讓有限的財源用在刀口上，我們是不是可以朝這個目標來邁進，好不好？大家有沒有意見？好，如果沒有意見，這一項這決議通過，接下來討論事項。

討論事項

第一案

案由：有關放寬「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」參與院所資格案。

主席

好，謝謝，這個案子我們本來有邀請胸腔暨重症加護醫學會的簡醫師到場，他正在路上趕過來中，已經到了嗎？已經在樓下了，好，那各位委員有沒有意見？請賴藥師。

賴代表振榕

我看了這個案，是覺得這個是改善民眾就醫的可近性，但是我個人感覺是好像完善性可以再加強，因為實際上 COPD 的 patient 實際上還是有藥物要使用，藥師可以協助的，他不見得一定是在住院，他會回到社區、回到他住家。那我個人就有一次，有一個經驗，一個病人我知道他應該是屬於 COPD 的 case，我不知道他有沒有被收案，那他有一次就來藥局找我說，他要再請我合作的醫師開一個 bronchodilator 給他，但是我那天我看他的狀況，我就跟他講說，你那個狀況不行，你一定要回醫院去，我就堅持叫他要回醫院，我說不能再請醫師直接開支氣管擴張器給他，那結果他回去，他真的我那次都沒有讓他拿藥，但是他半年後都沒有來，我覺得他可能是走了，因為那次非常嚴重。

但是如果這樣的一個 COPD 病人是在社區，這不一定在山區離島，如果讓藥師也能夠來幫忙照顧這樣的病人轉介到專科醫院或專科醫師那邊去，我想對病人的就醫的可近性之外，他的完善性可以提高，所以我會覺得這樣的一個案，他既然要改善，我現在在講的都不是爭取藥師要什麼病人，是在病人的觀點上，我們應該給他一個更完善的照顧，那實際上我們在社區藥局的藥師是可以發現這樣的個案，那當然我那一個 case 我是不知道他到底有沒有被醫院收案，但是他很典型，看起來就是屬於 COPD 的症狀，我都持續關心他的狀況，幾次在他來

領藥時，跟他關心，他才自己講出來，他是有潛水夫病的，但是他每次來，就是那個呼吸狀況就是不是很理想，半年前他來那一次，我個人覺得就不行，堅持說一定要回去醫院，不能再請醫師開藥給你，所以我是覺得說今天這案，未來如果有空間要應該改善，不是只有就醫的可近性，而是在整個病人的照護的完整性、或是完善性方面，是不是應該可以考慮把藥師納入進去？好，謝謝。

主席

好，謝謝，這個計畫不是只有可近性而已，請看 326 頁，326 頁對於這個照護的內容，其實是有一個個案管理，然後又有一個共同照護的概念，不是只是可近性，好像是沒有寫到藥的部分。

賴代表振榕

這個資料如果看 325 頁。他執行人員的資格，我上次會議就有看到，就想說這應該是可以看看，「新加入本方案之醫師」我想這個當然，「個管師、呼吸治療師」，但是為什麼沒有考慮把藥師也排入呢？當然，藥師要做這個事情要經過專業訓練，我也覺得應該是，應該需要，但是這樣的話可以讓病人，我想這樣的 case 不一定在山區離島，在都會區也有，都會區，那有些病人他實際上回到家裡面，他領藥可能就到社區藥局去，那藥師如果發現他狀況不是很理想，應該就可以幫助他，我自己個人，像我剛剛講的經驗就是這種狀況，那個病人已經半年多都沒有看到，我是覺得不是很樂觀啦，因為他那次來的情形是感覺是蠻嚴重的。

主席

好，謝謝，臺大醫院的簡醫師已經來了。不好意思，上次會議讓您等這麼久，這次我們先開始，結果你還沒來，我們剛剛討論到，因為有一位委員是藥師公會的代表，他提到說 COPD 這個案子，為什麼沒有考慮藥師的角色？不曉得您有沒有什麼看法？藥師的部分，因為這邊資格裡面有提到醫師、個管師跟呼吸治療師，沒有講到藥師可不

可以有角色？這個部分請簡醫師協助回答？

簡榮彥醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

我想藥師在 COPD 的照護裡面，其實角色也非常重要，就是說，在病人這些用藥的指導方面，除了個管師、醫師以外，藥師其實在裡面的角色非常的重要。不過就是說，因為以目前的這個一般的這個給藥的方式，還有藥物指導的部分，其實這個部分健保給付已經都有 cover 了，我不知道需不需要再多增加這個，因為這是一個試辦計畫，那我是不太知道說，這邊需不需要再把這個角色部分再放進去，還是說就目前這樣子來，以這個藥事服務費的部分來運作這樣子。

賴代表振榕

我回答一下，我過去是在臺中的醫學中心服務，我們的藥物諮詢中心，只要醫師開出來的這些所謂的 device，我們是要求我們藥師都要個別指導，而不是說由個管師或是呼吸治療師在教，這是一定要藥師來教。那我剛剛講說讓藥師參與在這個團隊裡面，我是覺得在醫院的藥師當然會來做這些事情，那社區藥局要是我剛才講的就是說，病人他不是永遠在住院的，他回到他社區去，那如果說讓藥師也能夠來參與，我想在病人的照顧上，應該是可以更加完整，所以我想這個是，我不知道剛剛報告的醫師，他的醫院是哪一家？如果以我過去自己服務過的醫院，我們的這些東西都是由我們藥局的藥師來教的，而不是由個管師、或是呼吸治療師來教，而且我們也告訴我們藥師說，你不能問病人說有沒有醫師教你了，即使醫師有教了，我們藥師還是要再教一次，確認他是不是真的會操作，我想這是很重要的一點，因為講完之後，我們還要請病人他要示範給我們看，到底我們講得他懂不懂，因為那個 device 使用的話，當然還是有一些技巧性的問題，謝謝。

黃代表雪玲

那我們是不是在 326 頁的這個地方也有寫到「其他專業人員」，在這裡把藥師的名詞加進去，因為下面也是「等」，所以是不是在這個地

方加進去？

主席

其他專業人員是 326 頁。

黃代表雪玲

326 頁的下方有：如社工、關懷師等，藥師也把他加進括號裡。

主席

在哪裡？

黃代表雪玲

第五、收案後個案管理及治療流程的括弧一第 2 點的括弧 3。

主席

寫在這裡好像太後面了，這個是「家庭支持系統不足」的時候用的，應該是要寫到前面一點。如果要加入藥師，也要透過訓練，所以應該是加在執行人員資格，在第 325 頁這個地方，325 頁的參第二點括弧一的 1.「新加入本方案之醫師、個案管理師、呼吸治療師及藥師，應至少取得 6 小時課程時數...」，是不是加在這裡？他的地位應該等同放這個位置比較好。

賴代表振榕

謝謝主席。

主席

是不是這樣？簡醫師這邊覺得怎麼樣？

簡榮彥醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

其實這個方案我們很需要各個專業一起來參與，不過就是說再增加這個，其實是在增加計畫的門檻，會讓能夠參加的地方院所的困難

度還會再增加，所以是不是...

主席

還要再等他受訓。

簡榮彥醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

對。

主席

所以進來的時間又會再 lag。

簡榮彥醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

對。

主席

就會變成又再 lag，但是藥師不受訓 ok 嗎？請王醫師。

王代表宏育

我覺得藥師很重要，我們岡山醫療群上個月「大型團體衛教演講暨身體健康檢查」來了 300 多人，演講題目就講 COPD device，邀請胸腔科的專科醫師楊禮瑜醫師演講，他講了一個小時，最後講到 COPD device 大家都睡著了，因為真的很深奧，有很多甚至我都聽不太懂，因為有很多新的東西。所以就像剛才簡醫師講的，我們現在這個「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」是開放給基層診所，就是胸腔科或是受訓的內科、家醫科醫師執業的診所來做可能以前在醫院做的事。如果這些診所有聘起藥師，診所的藥師訓練得很好、醫師訓練得很好，當然就沒有問題。

那如果這個診所他是沒有藥師，而是處方箋釋出的話，是不是平常街坊的健保藥局，我是不曉得普通的藥師，若不像賴藥師您這麼優秀，可能還不見得可以把 COPD device 講的正確清楚，因為這實在是

太難了啦！

所以我是覺得說，藥師專業的精神可以放進去，但是先不要設門檻是比較好，因為「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」大部分是開放給基層診所，他們大都有自己的藥師。如果可以做到 COPD 改善方案，大概都是沒有釋出處方箋的診所比較多。但是我贊成你們(藥局)那邊做一個把關，就是病人有需要，你們就把病人 refer 到診所、到醫院，這個我都很贊成，謝謝。

主席

來，請李代表。

李代表偉強

這方案整個精神都沒有問題，這是好事，提升照護品質。我想請教這個改善方案是有期限的試辦計畫，還是一個沒有期限的計畫？

主席

是 P4P 的改善計畫，是專款，跟糖尿病計畫一樣都是 P4P 的計畫。

李代表偉強

對，如果這樣子的話，我記得上一次討論為什麼會這麼久，今天雖然是臨時會，看起來目前提案單位是台灣胸腔暨重症加護醫學會，這個也沒什麼不好的，只是現在這個課程看起來是目前在這個計畫裡面，課程提供這邊是由這個學會來負責提供這個事情。我想這個是好事，我們現在就讓一個學會來做這個東西，其實還有台灣胸腔醫學會等其他學會。我的意思是說，因為現在做的這個是好事，我不知道到底怎麼做才會符合這個第 1 類、第 2 類，我不知道多少人，這個量是不是現在這個學會的動能不能夠負荷？假如大家都很積極參與的時候，如果只有幾十個人我想也不是很夠，那如果是上千人呢？如果只有幾十個人對我們全台灣的 COPD 改善會有什麼效果，我不相信，一定要有足夠的量，足夠的量才能達到一定的效果，我們臺灣現在光開業診

所就有 1 萬多家，對不對？假設以 1/10 來訓練，就 2 千多人。

對，所以我的意思是說，我們要考慮到這是個好事情，如果真的要落實的時候，所以我剛剛講，假設這是一個長期的計畫，然後哪些可以來協助訓練，是不是只有台灣胸腔專科醫學會？還是有資格教的都可以？這樣才能達到在短期之內趕快改善 COPD，這個技術是不是足夠，能不能夠讓大家知道一下，謝謝。

主席

好，學會這邊要不要說明一下？其實學會花非常多的力氣，那有沒有半年以上？半年、一年的時間？說明一下。

簡榮彥醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

對，這個案子，從去年 4 月開始執行，大概 1 個月，剛開始的時候大概 1 個月會辦 10 場的教育訓練，其實到最後是只要報名都一定有課程可以參加。目前來講，參與的民眾目前應該是大概 7 千位左右了，今天提這個案子的目的其實就是想要開放，就是說讓更多的人可以參與，我們希望把進來的門檻可以稍微做一下放寬，也是希望說能夠讓更多的人一起來參與。

主席

好，其實這次的放寬是希望有更多人可以來加入這個計畫，讓更多醫師來參與，那現在藥師的部分，請林代表。

林代表綉珠

護理師護士公會全國聯合會發言，方案中，有關訓練人員部分，提到「加入本方案之醫師、個案管理師及呼吸治療師」，可是個案管理師這個名詞，事實上，並不是一個正式的醫事人員，我知道大部分的醫院都會用護理人員，是不是在個案管理師後面括弧，需要具備護理師執照。因為請個案管理師的方案很多，我們也不知道他會是那類人員？所以建議是不是有可能把他括弧做確認，就是得具護理師執照以

正名？以上。

簡榮彥醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

我想使用「個案管理師」的這個名詞其實也是為了讓更多人可以進來參與，實際上當然是護理師是最大宗，那不過其實還是有一些是呼吸治療師也會來從事這個。就是說個案管理師可能是呼吸治療師，有些醫院的個案管理師會是呼吸治療師來做這樣子，所以他同時會有兩個呼吸治療師。我想這個部分，其實這樣子的一個名詞就是說，可以讓更多的人一起來做這個參與，以上報告。

主席

好，那王醫師這邊還有沒有？

王代表宏育

我本來也是要提醒說我有學生是呼吸治療師，也可以當個管師。

主席

好，一樣的問題，回答是一樣的。其他大家有沒有意見？請賴藥師，再來是郭代表。

賴代表振榕

我想剛才簡醫師已經講了，這個方案是想更多人來參與，所以加一個藥師進來，我覺得應該是好，並沒有不好，那藥師要不要 qualify？我站在我個人立場是覺得應該要 qualify，這是必要的。只是說藥師有這樣子一個專業的空間可以來做的話，我覺得是對藥師專業是一種肯定。今天很多藥師都已在做的事情並沒有 pay(付費)，包括糖尿病共照當時也是沒有寫到藥師，那時候我當我們全聯會常務的時候，我們努力了 21 個月，國健署才把藥師兩個字寫進去，那實際上病人糖尿病沒有吃藥嗎？當然有吃藥，那你 COPD 的病人沒有用藥嗎？還是一定有的，多一個藥師來幫忙，對病人來講，我想我們站在病人的觀點來看

是好事。所以我是覺得說，如果可以的話就把他放進去，那該 qualify 就 qualify，那有沒有 pay 那是另外一回事了，謝謝。

主席

好，謝謝，請郭代表。

許常務理事美月(郭代表素珍代理人)

助產師全聯會郭代表代理人許美月第一次發言，我呼應剛剛護理師全聯會代表的發言，因為這個裡面提的叫做「及」，「及」的話不是「或」，因為個案管理師他不是正式醫事職類的名稱，所以我會建議這個地方，既然剛剛說的，任何人都可以成為個案管理師的時候，如果這裡是護理師的話，那就是「及護理師」就好了，為什麼？因為護理師才是正式的醫事職類名稱，呼吸治療師、醫師也是正式的醫事職類名稱，所以這個地方是「及護理師」。

主席

還要再加嗎？

許常務理事美月(郭代表素珍代理人)

不是，不要有個案管理師，個案管理師他本身不是一個醫事職類的正式名稱。

主席

好，所以我們郭代表的意見是要把個案管理師直接改成護理師，好，請潘代表。

潘代表延健

我想釐清一件事情，是不是能夠麻煩健保署說明一下，還是說請胸腔科醫師、專家能夠說明一下，我們這三個醫師、個案管理師、呼吸治療師各自負責的是什麼角色？擔負什麼責任？那在這個所負責的業務裡面，是不是有需要哪一個職類的進來？因為我們要一件事情做

得圓滿，但是當然我們這個醫療團隊是越多人越好，把所有的專業人員通通加進來，那是絕對歡迎。但是就是說，他是必須要考量到整體的流程裡面，是不是我們現在整體的流程，他這個作業的範圍內容裡面，真的是需要哪幾種職類的進來，是不是能夠先釐清這樣的一個事情。

簡榮彥醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

我想醫師的角色應該是很清楚，那是屬於一個團隊的 team leader，還有整個醫療的處置上面，個案管理師的部分其實主要負責的是行政的部分，譬如說幫忙安排門診，還有一些行政的事物。另外的話就是幫病人做一些衛教的部分，還有關於健康促進的部分，像戒菸還有這些部分整個的 management。呼吸治療師的部分其實主要是負責肺復原的部分，因為這個呼吸治療師可以幫忙肺復原的處理，所以說這是由這三個部份來組成的一個團隊。

主席

好，請那個謝院長。

謝代表文輝

各位，既然這個案子是希望說讓門檻降低，讓更多人進來，那當然要考量現在在做的醫院的實務。醫師當然不可或缺，那既然像個案管理師是醫院裡面也有部分是不具護理師也在做，如果要限縮，那當然是條件就要更嚴，如果你要放寬基本上這個就不須再另作規定。另外藥師的話就是，現在如果要讓診所進來，有些診所他是釋出處方箋的，那是不是藥師，社區藥局的藥師都應該要去受訓，那就是很大的工程。可是因為你不能限制病人，一定要到哪一家社區藥局要去拿藥，就是每一家社區藥局只要他招牌掛全民健保，你就可以去，所以這個是一個很大的工程。就是藥師，可能就是所有社區，那就是基本上連醫院的也要，因為你在醫院裡面處理的就是要去藥局，那所以就是全部藥師都要接受這個訓練，就是現在沒有這種強制力，健保現在老實

講，藥師不去受訓也拿他沒辦法，那就變你醫院要逼者他去拿學分，那社區藥局誰要做呢？是藥師公會全聯會要出來要說一定要去受訓，那我想這次你要弄這個就更複雜了。那我如果是說要考量降低門檻讓整個整合更容易的話，我是覺得初步這樣讓他先做做看嘛，讓他試看看。

主席

好，賴藥師覺得怎麼樣？因為現在謝院長提的是社區藥局的部分，因為如果考慮到處方箋釋出的話，根本不確定是哪個藥局對不對？所以這個部分又會產生新問題，來，請賴藥師。

賴代表振榕

其實我覺得藥師寫進去是對藥師專業是一種肯定跟尊重，那謝院長講得沒錯，其實我們藥師的持續教育裡面，我們都有排類似這樣的主題，當然跟胸腔科目前所說的訓練的 6 小時是一樣的多，當然這個沒有去看它的內容，那我們實際上在呼吸治療的裡面包括 COPD，這些 device 在我們的藥師持續教育裡面，我們大部分都會持續在上，所以我覺得這樣的上法是不是可以被認定，那當然是由這個看你怎麼樣去認定，還是要藥師一定要去上這個 6 小時的課，這是可以討論的。

實際上藥師只要有藥師執照，應該多多少少對這些 device 都有相關的知識，應該是可以稍微教。如果藥師自己專業本身不足的，他也不敢接，所以我會覺得應該是要鼓勵藥師要做更專業的、一些病人照護，就像現在的糖尿病共照一樣。我們實際上，目前都沒有任何病，但是我們現在在藥師照護裡面，藥師要去做糖尿病共照就一定要去上糖尿病的一些課程，這是有要求的。所以一樣的道理，如果這個把藥師納入進去，我們也可以把藥師未來他們的教育訓練一定要取得這樣的一個時數，這樣是好的啦。我想我提出來的意思是說，以病人的角度來看，多一個藥師來照顧他應該是更完善啦，這是我的意見。

主席

好，大家有沒有其他意見？來，請謝院長。

謝代表武吉

我們也是非常尊重藥師和護理師，剛才潘特助也已經有談過了，到底我們做這個 COPD 所涵蓋的總人員數在這裡有沒有寫得非常清楚。只有寫說醫師、個案管理師和呼吸治療師，至少取得 6 小時的課程時數，並取得證明，胸腔暨重症專科醫師除外，這就有排他性啦。

第二點，開課訓練的單位是哪一個單位？是胸腔科？還是胸腔重症？還是內科也可以？要講的話，胸腔重症是屬於專科嗎？那個也不是部裡面認定的專科。我認為這是我們應該要考量的方向，建議辦理教育訓練課程的開課單位不應過於侷限，以免造成有意願受訓的學員受到時間或距離的限制。

主席

好，還有沒有其他意見？請何代表。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

我想請教的就是，你第一類院所是不是屬於地區醫院以上的對象？第二類院所，你自己寫，只有一個。

主席

沒有一定啦。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

是不是診所？

主席

當然比較多的二類是診所，第一類也有可能是診所，但比較少，大部分都是醫院，因為規定要三位，但是這裡是沒有明寫，因為也有

兼任，簡醫師要說明，請簡醫師。

簡榮彥醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

第一類院所沒有限制，只要有三位胸腔專科醫師以上，還備有呼吸治療師，就可以當第一類院所，所以對於是醫學中心還是地區醫院還是診所，都沒有限制。

主席

但是第二類就比較像是診所？對不對？

簡榮彥醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

因為第二類門檻比較低，只要一位醫師受過訓練就可以當第二類。

主席

好，大家有沒有其他意見？這有兩個問題，一個藥師的問題，一個是教育訓練課程的問題。

林代表綉珠

還有護理師的問題。

主席

好，那就是一樣的問題。如果要處理這件事情的話，當然會寫這些就是希望參與這方案的醫療人員都能受過訓練。在這裡個管師，大家認為他不是正式的職類，可是有很多相關的醫療人員都能成為優秀個管師，所以他背後一定有一定的職類的人員，只是說在這裡扮演的角色是希望做行政協調的工作，而不是該職類本職的工作。如果大家這麼的覺得有問題，可以在個管師後面加括弧，「如護理師、呼吸治療師或其他醫療相關的專業人員」，只要扮演這角色就統稱為個管師，但是括弧把他列舉出來，甚至醫療相關人員都含在裡面，但是他扮演的就是個管師的工作。

至於賴代表建議藥師也加進去，我們是不是也把他加進去，因為醫院一定會經過藥師，多數診所參與這計畫也聘有藥師，寫進去也無妨。還有就是受訓的時間，如果這要長期推動的話，這 6 小時也是一個月就結束了，如果大家真的要求好的話，放進去會不會有什麼問題？

簡榮彥醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

我是覺得不會有太大的問題，只是門檻會往上再提高，原本想要放寬的想法就~

主席

就是一個放寬，另一個又有點緊，就是一緊一鬆，大家精益求精，想要讓這團隊更好，好像也沒有反對的理由。所以我是建議剛剛講的這些放進去，即是在個管師後面加括弧，藥師也放進去。

第二點，教育訓練部分，現在課程是由胸腔暨重症加護醫學會負責提供，因為這計畫是全新的，今年開始學會也花很多心思去製作課程，開課頻率也非常的高。一開始這個計畫當然需要標準的教材會比較好，讓大家能一致內容去推動，但這課程以後是每三年持續教育，是不是有可能以後長期的持續教育就來開放，但一開始還是為了方案的品質，一開始還是委由胸腔暨重症加護醫學會密集的來提供課程給願意參加的人。待計畫上軌道後，以後的持續教育就陸續開放給可以辦理課程的單位來負責，不曉得這件的建議好嗎？請謝院長。

謝代表文輝

這就像上次討論的 ERCP 專科部分，我不知道胸腔科是否為部定的專科？

主席

重症不是。

謝代表文輝

重症不是，那胸腔科呢？

簡榮彥醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

胸腔科是內科下面。

謝代表文輝

我只是覺得要維持一個基本原則，我們都知道你們都很努力在做，由你們跟內科一起，我們這邊寫內科，再讓內科授權給你們處理，我是覺得這樣寫比較完整。

主席

好，又是回到要認祖，請王醫師。

王代表宏育

我想「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」現在已經做到七千多人，如果藥師還要再受訓，我們現有已經在做 COPD 改善方案的診所，可能都不能做了，還要等藥師受訓完。現在問題是這樣子，如果現在參加的診所分為自己聘藥師、處方箋都沒有釋出的，還有處方箋釋出的，這兩者的比例，我們能不能先知道後再做決定。因為處方箋釋出的 COPD 改善方案診所，要再請其附近所有健保藥局的藥師立刻去受訓，否則病人拿了處方箋還是不知道怎麼辦？COPD 改善方案計畫就會限縮得很嚴重。我們都尊重藥師的意見，可是是不是等明年，我們先看 data，知道有那些處方箋是釋出的，避免會影響有些診所又不能做了。

主席

這也有道理，現在資訊確實不太充足，請賴代表。

賴代表振榕

現在是若醫師資格夠，藥師沒有資格，醫師還是可以做，沒有說醫師藥師要有資格才能做。

主席

現在要加進去，就是要一致性。

黃代表振國

我們當然歡迎藥師、營養師、心理師加入這團隊，但我建議，這計畫的規範是最低要求，且應該是考慮務實面，而不是最嚴格的要求。我們當然希望醫院能提供更優質的團隊，但不應該把它寫死，爾後會變成限制沒有這些團隊的醫療院所不能參加，對病患來講是損失，因為在偏遠地區院所並非都有這些專業人員團隊，我覺得這是需要考量。

主席

謝謝，現在已經加入的，說不定有些是沒有藥師，難道就不能再收案嗎？也可以先尊重大家意見，藥師暫且先不寫入計畫，但是我們還是鼓勵藥師能參加這訓練，下次我們再看看藥師跟釋出處方箋的參與院所比例是多少，如果理想的話，藥師再加進來，好不好？好，謝謝。

另外學會的部分，如果代表們還是認為需要部定專科在的話，學會這邊有沒有問題？

簡榮彥醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

我知道。

主席

你覺得文字怎麼改？「教育訓練課程由台灣內科醫學會指定，或授權台灣胸腔暨重症加護醫學會負責提供」，應該怎麼改？上次是怎麼寫？

謝代表文輝

授權專業訓練。

李代表偉強

台灣內科醫學會是不能授權，因為他的權是來自健保署。

主席

所以怎麼寫？上次的內容是怎麼寫？上次的會議紀錄怎麼寫？

劉代表碧珠

用斜線。

主席

用斜線，「台灣內科醫學會/台灣胸腔暨重症加護醫學會」，這樣大家同意嗎？好，寫成「台灣內科醫學會/台灣胸腔暨重症加護醫學會」，好，請謝代表。

謝代表文輝

我想各個職類~這裡面還有放射線師的角色啦。我是覺得今天既然是說要放寬，我們就給他放寬徹底一點，就是要讓 COPD 得到最方便、最就近的照顧，現在大家都放下，今天這個案子就只改剛剛那個內科專科醫學會其他就讓他過！各單位覺得有什麼需要提出來，看有什麼再精進。現在很多診所只有一個藥師還要受訓會有點忙碌，所以我是覺得也許研究一個函授，拜託簡醫師他們弄一個函授課程，像偏鄉就一兩個人在上班，所以開函授課程還是必要，跟藥師公會一起弄一個函授。我覺得線上學習，實際上現在的環境用這樣，所以若要改就改剛剛那部分，其他就不變，這樣才有可能放寬。

主席

來，林代表！

林代表綉珠

是，我想謝院長建議的是，他既然是把胸腔暨重症醫學會回歸到母會內科醫學會，我想這是要健保署認定的。由此類推，個管師這個 term 也不是健保署認定的一個專有名詞，是不是應該就回歸到醫事人員，看是怎麼樣的醫事人員就回歸到衛福部認證的正式名稱，以上是我的建議。

主席

剛剛就是括弧內通通加進去了，因為他在這裡的角色不是護理師的工作，他是做個管師的工作，所以應該這樣可以。要改，那個地方括弧還是要加，沒有不加。然後藥師暫且先不放，鼓勵藥師趕快去受訓，我們下一次改計畫時候可以再把藥師加入，這樣賴代表可以嗎？

賴代表振榕

我也不堅持這次馬上加入，實際上就像剛謝院長講的，要受訓，我可以回去跟我們公會談，就是說這 6 小時的課，我們在藥師實際上每年各縣市公會都一直在辦持續教育，我們可以請胸腔學會的醫師，我不知道是一定要去那邊上，還是可以到藥師公會來上，也都可以認證進去。如果可以的話，我們一年內藥師這樣的持續教育一定是夠的，為了不要卡到已經加入的醫療院所不能動，我想也不堅持現在就要加入，但是我覺得要有日出條款，所以一年後盡快把這個持續教育安排進去，明年就應該要藥師納入了。

當然各基層院所的醫師就請鼓勵我們藥師要照公會的持續教育一定要去上，而且我們公會在上持續教育是免費的，都不用再繳費用了，很多都是不用費用的。到時候再請胸腔學會那邊幫忙來上課，當然其他問題我們私下再談，是說我們公會會員還是免費你們來上只是可以討論一下，就免費來教一教，或是一定要請你們來上課？不然藥師實際上自己也可以教，我想這是認證的問題，我也不想說對我們有特別開放的方式，所以這一次不加入，我想是可以，但是希望在這一年的

時間內，把藥師完成 quality 的部分，明年就把他(藥師)加進來，以上。

主席

好，請李代表再來謝代表。

李代表偉強

其實剛剛藥師代表所提的部分，其實我們這邊藥師有藥師公會、護理師有護理師公會、呼吸治療師有呼吸治療師公會。我們都知道我們 6 年要換一次照，每年都要累積足夠的學分數。現在 COPD 這麼嚴重的問題，大家都重視這部分，這案子要過我沒意見。將來這種大規模的疾病，糖尿病、高血壓、COPD 等，應該是健保署的大政策，請各相關的醫事團體，在未來的 6 年在職教育訓練當中納入幾小時等課程，應該本來就安排這些課程，而不是由某些學會來安排課程，然後限縮一些規定，這些我覺得是在過渡時期的做法。如剛剛主席裁示，此案先這樣做，等教材標準化後能普及到各醫事團體，營養師也很重要、復健師等等都很重要，希望將來朝向開放，以上，謝謝。

主席

對，這是很好的建議，若長期持續，我們就全面開放，但是初期，教材還要精準到位，這部分還需要請專科醫學會幫忙，而且胸腔暨重症加護醫學會真的為本案付出很多，到處開課程，這段時間真的要感謝胸腔暨重症加護醫學會，在這麼短時間內出這麼人力，但這不是一次就了結的，這是長期的，所以這邊有寫 3 年，我想這時間也差不多就普及了。這部分我想各代表就不要太堅持要限定什麼了，因為學會已經為了這件事情付出很多了。請謝代表。

謝代表武吉

如果是在偏鄉或部分地區要受訓可能問題比較大，如果是一定要由台灣胸腔暨重症加護醫學會來辦這課程的話，建議可以和台灣醫療繼續教育推廣協會合作，採視訊連線的方式開課，它總共有 40 個視訊

點，善用視訊連線方式開課會方便很多。你們要知道若北部開會，從南部上來台北，光高鐵往返就要三千元，還有計程車費、報名費等，我認為和台灣醫療繼續教育推廣協會來合作辦理，能降低開課的講師成本，也能使學員受訓意願提升。

主席

若這個學會有好的設備要合作，胸腔暨重症加護醫學會就把他記下來，在這裡就不明寫了。若學會在辦的時候，剛剛謝代表提的管道對你們的普及性有幫忙的話，就列入參考，好嗎？好，謝謝，大家還有其他意見嗎，沒有的話，我們就修正通過。謝謝簡醫師還跑兩趟討論此案，此案通過，進行下一案。

討論事項

第二案

案由：論病例計酬支付點數調整案。

主席

謝謝，附件 2-1 這個表呈現出來一共 7 項論病例計酬，這個大部分都在門診。我們上一次提出來的時候大家覺得有層級間一點點價差，不容易理解，所以我們這次就是建議層級間給付全部一致，增加的預算是 544 萬，106 年的 89 億其實是還有剩餘的，所以是不是就用這個來支應這 544 萬點，大家有沒有意見？來，何代表。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

你是全面的提升還是地區醫院跟區域醫院的？

主席

不管那個層級只要算出來最高，我們就取最高，所以三個層級都是尾數不同而已，都是把他拉齊而已。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

就是三個層級裡面哪個最高，就用那個。

主席

對，避免大家再去解讀這數據上的合理性，其實誤差也是很小的，這案大家有沒有意見？

李代表偉強

這邊是 7 項門診比較常見的 case payment，那其實我們知道 case payment 後來都轉變成住院 DRG，因為目前已實施的手術 DRG 早期就是 case payment 出來的。我想說這個結果不要變成後來我們討論到 DRG 的時候，也變成 DRG 各個層級都變成一樣給付，那就不對了。

主席

沒有，DRG 我們待會提案再討論。

李代表偉強

我很怕就是說，因為畢竟這幾項門診 case payment 看起來像白內障、疝氣或者是 ESWL，基本上它的技術層次跟醫院門診的層級間差距的相對是有限的。所以我覺得這樣看起來就是說它的點數改變不大，且都取最高值，我想是勉強可以接受的，但是我必須還是要強調各層級醫院的成本是完全不一樣，雖然我們現在支付是一樣的，那很麻煩現在是我們台灣很多的不管在權值也好，在 CMI 也好都是 by payment，不是 by cost。

所以我們今天真的算 cost base 的東西，基本上來講應該是不一樣的。可是我們現在做 payment base，當我們全部拉成一樣的的時候，若干時間之後，我們以後就變成所有權重都一模一樣的。不過我們還是要言歸正傳，這幾個還是門診的 case payment 項目，門診它沒有 CMI 等等的差異，所以它不會算嚴重度，所以這個，至少我個人是覺得可以

支持這個，就是這是兩個不同的觀念在這邊，以上。

主席

好，現在討論的是門診的論病例計酬，而且這是相對單純簡單的門診手術，其實也不一定要到醫學中心去做，三個層級都可以做，而且都可以做得很好，所以我們就給付一致。

DRG 我們在住院做，住院有設置標準的不一樣，本身它就有不同的條件，所以住院的部分本來就會有不同，待該提案我們再來談。那我們先通過這案，這是大家上次有小爭議的部分，這個部分大家有沒有意見？好，請謝院長，然後潘代表。

謝代表文輝

對剛剛李代表講的我有意見，上一次這個在爭議的時候，區域醫院代表說要同病同酬，那同病同酬是一個精神嘛，這是我們大家長期在講的。所謂成本不一樣，當然不一樣，那成本的不一樣不要只承認某個層級的成本，你要考量所有的成本。像我們小醫院的成本其實很高，可能雇一個醫師一天也許看這個病人 10 個，那大醫院也許看 30 個，你有沒有依據這個讓地區醫院的成本多增加 3 倍的醫師費用？所以他在講同病同酬，我們把它簡單化，那既然講同病同酬那當然在 DRG 也要講。為什麼 DRG 算出來之後，你還要那個層級不同給不同的加碼。你醫學中心做的重症的部分，其實只有醫學中心做的部份的話，那醫學中心它去平均，就是醫學中心的成本，那有些地區醫院根本沒有做，所以不會把地區醫院 dilute 他，不會去稀釋他，好像心臟移植一定都是醫學中心級的，大醫院級做的，就是那幾家去平均，那平均下來就是大醫院的成本，地區醫院不會去 dilute 他嘛！其實講同病同酬我們就已經落伍了，我們現在講分級醫療，更進步的理念是說，可以在門診像在地區醫院做的，根本就醫學中心也不要鼓勵他來做，給他打個折扣，打個 8 折、7 折它就不會做了，讓他去專心做那重症，重症就像是換心之類的，那個都是他們幾家、1、20 家大醫院做的平均成本，所以不應

該再加成。

今天如果我們只進步到同病同酬，那當然 DRG 的 7、6、5 三層級加成全部都要拿掉，因為同病同酬嘛，那大家就不要再爭論說前面的成本怎樣；如果更進一步的說，整個健保的經濟原則，你不要看同病同酬對民眾是不公平的，同樣的病在地區醫院就可以做，你要跑到醫學中心跑很遠的地方，雖然你給付是同病同酬，對民眾來講不是同病同酬，那民眾可能前面要花幾千塊的交通費，還有他孩子可能要請假、陪著他們去，那整個成本也是我們社會的成本。所以我是覺得我們有三個層次啦，前面第一個層次當然是大家很唾棄的，就是說無論是切一個盲腸還是拔一個指甲，都是大醫院最高小醫院比較低，診所跟小醫院差不多。那是過去的觀念，沒有人認同啦。現在至少第二階段，區域醫院所講的同病同酬，那勉強同意，所以 DRG 當然至少要同病同酬。下一個比較進步的，尤其要配合現在分級醫療，當然就是社區可以做得要給他成本夠並加成，不鼓勵大醫院做的要給他折付，我是覺得這個大家要講清楚。

所以今天剛剛講的說，剛剛副座講說 DRG 那個有住院病房費不同、診察費不同，那麼今天門診的部分，地區醫院調整起來不同的部分，為什麼就不能顯現呢，那 DRG 為什麼他就能夠顯現？今天如果地區醫院比較高的部分你就要承認嘛，因為我們門診診察費比較高，就像門診診察費一樣加上去的嘛，那這樣的話 DRG 你才能講說 7、6、5 加成就有道理，因為是照不同層級病房的病房費，還有不同的診察費，這樣才有道理。如果說今天這個差異性不給我們，那就是 DRG 那個差異性你要拿掉或同病同酬，這是一個原則性的問題，我是覺得大家講清楚，當然這個其實等一下潘特助講一下，為了這個問題讓 DRG 產生很多的枝節，醫院協會內部本來是有協調，那協調如果說大家不遵守，那我是覺得就應該照道理來講。

主席

DRG 的先不要講，先看本案好不好，大家有沒有意見，我們就一個案子、一個案子來看。

潘代表延健

因為到目前為止所有的支付標準，如果站在不同的角度，因為這段發展是非常的錯綜複雜，他會在修訂每個支付標準調整之後，其實他都有不同考量，也有不同的財源，所以會形成價格上有一些參差。所以如果站在每一個層級上面來看這個支付標準，到底哪一項應該要一致，這個部分我想絕對不會有共識。所以這題如果要過的話，後面的 DRG 可能就很難過了，因為我不瞞各位長官，因為三個層級其實我們在上星期，我們也是希望能夠在這個會議上面，能夠達到比較一致的共識，去做一些事前的討論，但是我們也不希望就是說，因為這個部分的確他會造成三個層級上面意見非常分歧，但是他的金額影響很小，他等於是說一個比較微不足道的金額，反而去影響到說我們比較大的案子。

所以我剛剛的想法反而是倒過來的，因為其實在上一次、上禮拜在討論這個案子的時候，是整個修訂，並沒有一致的這個議案出來。而是說我們去調整 case payment，那等於就是說那個案子他上個禮拜並沒有提出新的支付點數出來，那這次提出來是不是就該算是新的一個案子？如果他應該算是新的案子的話，他在這個議程的程序上面，他是不是應該排在後面，是不是要排在 DRG 後面。我反而是建議說 DRG 應該是要先來討論，先把這個大案子確定，要不然這個案子光討論完之後，今天可能就討論不到 DRG 了，我是這樣感覺，以上。

主席

好，其他委員有沒有意見？要改變議程嗎？要把這個放在 DRG 討論完再討論嗎？大家有共識嗎？

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

其實這個案子上個禮拜已經討論過了，那我們也支持說今天提出來的同個價格的議案，而且這是一個討論案，我認為我們今天我們付費者代表支持讓這個案子通過。

主席

好，謝謝。大家有沒有其他意見？請謝代表。

謝代表武吉

大家都有自己的意見，第一點，地區醫院主要的成本多數比醫學中心高，前高雄榮總的院長，在我們醫院上班幫忙，他曾經告訴我如果是要找一個主治醫師到地區醫院來上班，30 萬可能還有困難，但是他們現在在醫學中心的費用是在 15 萬到 20 萬之間，我們等於是加了一倍的費用給他們，還不想到地區醫院來。所以可見地區醫院醫師成本影響是非常嚴重、非常大，所以說剛才講的要同病同酬，以後 DRG 也是要同病同酬，而且那個 5、6、7 加成全部廢掉，都不要，就是公平正義原則。所以這個案如果是這樣通過的話，以後就是要全部一樣，DRG 全部一樣喔！而且加成點數應全部歸零，這才是公平正義的原則。所以我們地區醫院雖然是在痛苦中來生活，但是大家都比較不會爭取，當然也沒這麼關心，但對於相關的人事成本，也可以說是不比醫學中心低。所以希望主席可以了解而不只是體諒，希望各位都能夠了解事實面到底是如何的，並不是我們想的那麼簡單，謝謝。

主席

現在大家的意見有一點不一樣，付費者代表想要支持這個案子先過，醫院代表這邊建議說這個案子等 DRG 討論完之後，再來討論。因為醫院協會本身內部有討論過，我們是不知道你們討論的決議。好，那其他的代表有沒有意見，請黃代表。

黃代表振國

請大家看一下 14 頁，能看出今天要討論的案子裡面，做得最多的是泌尿科及白內障的手術。泌尿科的手術裡面最多的是區域醫院，第二名是地區醫院，反而醫學中心是比較少的。另外白內障手術依我了解基層並沒有比地區醫院更少。我很樂見有考慮不同層級的成本不同，但因為成本是很複雜的，可以請精算師給我們建議。

第二個建議是第 14 頁的白內障手術，就我過去經驗所知在台北有些基層診所不會核實的報 DRG。只有在醫學中心複雜的白內障可以核實申報，我發現有些醫療院所不是乖乖的報 DRG，我建議申報以 DRG 給付的案件一定要以電腦鎖住，限制一定以 DRG 的點數申報，不能以其內容逐項分別核實申報，其申報的總金額往往超過 DRG 的點數甚多。至於醫院協會裡面的溝通我沒有意見，謝謝。

主席

好，謝謝，大家還有沒有其它意見？我們是兩種選擇，一種是先過這一案，一種是把這個議程放到等一下再一併討論，大家支持哪一個？先過這一案嗎？醫院代表這邊的意見？好，有意見趕快提喔，如果沒有意見，沒有一定要換議程的話，這案還要研究嗎？

謝代表文輝

我想我們醫院出來討論 5 分鐘。

主席

5 分鐘嗎？那現在時間是 29 分，休息到 34 分。好，大家休息一下。

(休息五分鐘)

主席

結論是什麼？議程要改嗎？還是要先通過？

潘代表延健

現在可以確認三個醫院層級的意見不太一樣，那個區域醫院的意見也不太一樣。

劉代表碧珠

我想我們區域醫院還是要說明一下，就這個案子，署裡面提出來的試算在過去基準就已經失衡的，在一個失衡的數據資料再去調校，最後的產出就是上次會議看到的嚴重被扭曲結果。在三個層級當中，剛剛我們地區醫院的大老說地區醫院的成本絕對比醫學中心高，那區域醫院的成本也絕對比地區醫院高。同理也是比醫學中心高。那如果用這樣的基準來看，但我們區域拿得給付卻是三層級最低，這個我們的會員是沒辦法接受這樣的事實。所以我們還是要提出來，如果要調整這個支付標準，我們尊重。就是說最起碼他是要有在一定水準之下去做個平衡，而不是去犧牲哪一個層級。今天如果說把他拉平，我們願意支持，就是說三個層級不管是區域醫院、地區醫院或是醫學中心，三個層級一樣高，調整後的方案我們區域醫院是可以支持；只是說回到原來區域醫院拿得最低，這個給付我們已經沒有辦法接受，我想我們還是要陳述我們區域醫院協會的立場，以上。

主席

好，謝謝！所以呢？請謝院長。

謝代表武吉

劉代表剛才所提的，聽起來醫學中心成本最低，我是聽完以後有這個結論，所以說拜託以後要調整費用醫學中心要調最低，地區醫院調最高，這樣才合理。還有附帶條件一定要講，DRG 要調整 5、6、7 加成歸零，這第一點，這要列入紀錄。還有第二點就是公平正義的轉型，為了校正後，最高點數成正比，各層級的調整後也要一致，所以以後醫學中心要最低，中間是區域醫院，地區醫院要最高。

謝代表文輝

這邏輯不對，你說醫學中心最低，地區醫院最多，所以 DRG 應該改成 7、6、5，地區醫院加 7、區域加 6、醫學中心加 5，這樣才有道理，才合剛剛講的邏輯，歸零是同病同酬啊。

主席

好，我們回到本案，本案是多數支持通過？還是要放在後面討論？我們先決定這件事情就好了。是要先通過，現在也有基層的支持先通過，付費者代表也有表達想要支持通過，現在醫院代表自己要留五分鐘去外面談，已經談十分鐘了，那現在結論是什麼？

李代表偉強

我不敢說結論，我是覺得說第一個，其實剛在前面那段討論的時候，大家覺得這個案子還是要...，雖然潘代表認為說可能要放後面，可是我認為說這個案子相對其實本來不會這麼複雜，因為他其實就是討論 7 個門診為主的 case payment。但現在健保署試算出來，上次的建議綜合進來，按照這個地區醫院上次一大堆加成之後，某些案例費用反而高過於區域醫院，上次區域醫院也提出異議。這次健保署也重新調整，就是以三個層級裡面最高的為準，大家切齊。

我還是回到我剛講的，就門診為 base 的 case payment 來說，這個我覺得其實是合理的；不過，因為我剛剛講完這個之後，謝代表就覺得說這關聯到後面 DRG 產生後面問題。我認為說如果，我的意見先講，如果這個案子跟 DRG，DRG 待會再討論，是後面討論的事情，但是不要把這個案子的結果一定要轉移過去。這樣子這兩個案子可以獨立討論，才會有一個結果。所以我們比較認為說，如果我們這個案子討論，我只希望說，這個案子就這個環境背景來討論，將來討論住院 DRG，再就住院背景還有將來健保署試算的結果再從這邊討論，把他切割出來。那給付的話就盡量以剛剛切齊的最高給付為準，這樣子的話，部分也是達到大家一個差異，其實錢都差得很少，不會讓大家至少在三

個層級之間不要因為這七個主要 case payment，真正差異大其實在後面住院 DRG 部分，我想我的意見是這樣子。就是說不要把這個案子的結果套用聯結到後面。

主席

好，謝謝。本來這次就是五個討論案，每一個案子都是獨立，本案是用在門診，我們有另外一個提案完整討論 DRG，就請大家再共同討論。好，那大家既然認為是這樣，這個案子就先通過，可以嗎？還有其他意見？

潘代表延健

當然在議程上面這是兩個獨立的提案，絕對同意，但是因為與會就是這些人，所以包括三個層級的，我們可以嘴巴裡說他是獨立討論議題，但是在情感上、或是在思路上面他一定是被連結在一起的。所以當然我也可以閉著眼睛說好吧那就過了，反正又多討論一個案子，接下來那個案子等一下再來談，我覺得這樣子可能比較沒有意義。因為這件事情每一個支付標準，尤其是這個 case payment 支付標準，他已經乘載歷史過程裡面太多不同的、那個調整每一個層級支付調整因素，所以就我個人立場來看的話，我也不會去堅持說一定要齊頭。

如果說從不同的層級來看那當然是有加一點我就要鼓掌拍手，但是如果是就整個過去的這樣發展軌跡的歷史來看，如果突然間把他切齊來，其他的各自項目那些調整的枝枝節節，這個部分他就沒有辦法支撐這個切齊的邏輯。所以我是覺得這個事情我還是要大家再做一下思考，當然因為如果說這個案子過了，接下來就是在 DRG 那邊大家再來做一個攻防，但是我相信那個結果應該是比這個還要激烈，以上。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

基本上是這樣子，也許我上次開會有講一句話比較不中聽，就是說我們政府官員在處理事情的時候給我們製造很多麻煩，假使當初你如果在調整的時候注意到，把他調差一點點、差一點點那天也是通過

了，地區醫院也很高興說我們加了不少錢，大家都沒話講。可是那天的緣由演變成地區醫院高過醫學中心，所以才開始有異議的問題出來。我們今天開會我是延續上一次，因為上一次我們有提到說，假使你們三個都相同金額，我們也都樂意支持，所以我們今天才來樂意支持這個案子。但是我們跟 DRG 不會連結在一起，我們也沒有情感連結，也沒有思想連結，因為我們不懂、不知道 DRG 的內容怎麼樣，我們只是知道這個案子現在已經是相同金額，所以我們相同金額我們就支持，我們除了上次有發表意見，我們連結到今天我們支持這個案子通過。

至於 DRG 我們有我們的立場存在，我們有我們的看法、我們的想法、立場，我們不會連結在這個案子，這是我們要表達的，謝謝！所以我支持今天這個案子至少要讓他通過，把他結束掉，讓後面討論 DRG，DRG 講得合理我們就支持，講得不合理我們也不支持，這是我們開會的原則定義，謝謝。

謝代表武吉

剛才何委員對 DRG 和 case payment 不大清楚，我們希望健保署利用這個機會也順便教教我們、順便告訴何委員 case payment 跟 DRG 到底是什麼？我也不知道，拜託健保署稍微跟我們教育一下好不好？建議以後討論到 DRG 時，三個層級就一定要同病同酬，且 5、6、7 加成一併歸零。

主席

其實這兩個案子很大的不一樣是我們論病例計酬的第二案，最主要是在門診做，而且是相對很早就實施 case payment，相對簡單、單純的手術，且這樣的手術在三個層級都是可以做的，只要有能力，設備大家都可以完善，所以品質其實在台灣也非常的成熟，所以這個部分是在第二案。

第四案問題就比較複雜一點，因為這些個案都是在住院進行的，有住院的費用，也有本身 DRG 所要做的醫療處置、手術，通通是在一

包裡面，所以他相對跟第二案是複雜度不一樣，當然在 DRG 裡面有一些項目是地區醫院可以施做的，所以這當然是可以選擇。那因為在第四案裡面牽涉的因素遠比第二案多非常的多，我們應該是要分開討論比較恰當。好，這樣簡單的跟大家做說明，那我們還是回到第二案，我們是不是就先通過好了。因為多數都支持通過，好嗎？潘代表您的意見就後面再處理了，謝謝大家，那我們第二案就照案通過，接下來第三案。

討論事項

第三案

案由：有關醫師公會全聯會協調醫師週日開診事宜，輔導結果報告案。

主席

好，謝謝，醫師公會全聯會有沒有要補充的，請李醫師。

李代表紹誠

當初是針對南投那邊兩個鄉，一個是竹山跟水里，隨後我們就請地方公會予以協助，那現在假日都已經有開診，所以我們目前對於假日開診這塊，大概都維持在 20% 這個平均數值，各區大概也都沒有接到民眾說有假日看診的問題，因為之前在我們研商議事會議報告過，其實假日急診裡面最常見是小孩子吃壞肚子。

所以這個事實上在急診的部份並沒有想像中的那樣 critical。所以其實有 20% 的開診應該是夠的，那麼如果有假日增加診察費不是另外的預算的話，我們很怕也會產生原來在週間可以看的病人把他挪到假日來看，那這樣會產生不必要的困擾，所以我們還是希望再繼續觀察，那如果有偏低的地方，我們地方公會來予以輔導，以上。

主席

其實週日開診也是配合分級醫療，特別是假日急診壅塞，因為急診壅塞這次我們調了三、四、五級的部份負擔，但是效果不是非常的顯著，所以大家假日還是會跑急診，這件事情沒有因為任何改變而改變，我們還是認為假日可以給民眾選擇這件事情是希望長期要作的。那署長有交待說，當然是也要尊重不能強迫，但是要有誘因。另外公會這邊也千萬不要要求你們轄區的診所假日不要開診，千萬不要做這種要求，就是不要變成用公會力量叫大家不要開診。

黃代表振國

沒有啊，有人這樣說嗎？

主席

有。

黃代表振國

真的嗎？告訴我哪個縣市？我回去輔導一下。

主席

就是說你們不能因為怕點值太低，所以就限制大家假日開診這件事情。

黃代表振國

大家都清楚有門診合理量限制 25 天，第 26 天就不算，那個是很久以前的事早已經不實施吧。我們現在的困難就是跟各行各業一樣，因為一例一休是一個很大的衝擊。我開業 20 幾年，發現星期日開診困難最大的問題是，員工，常常員工今天不來就不來了。我現在薪水假日是給到 2 倍多，可是員工就是要休假不願上班。

第二個，就是所謂假日民眾就醫不便，應該是全民的責任，而不是全部只由健保署來解決此問題，其實我們政府應該要出面，應該比

照日本。尤其是偏遠地區，真的就醫不便的地區，那個地區由政府公權力介入，提供衛生所或是類似市立醫院的場地，由醫師公會出醫師人力，我們醫師公會的幹部都願意輪班，也請藥師公會也能夠由幹部率先提供藥師人力，請護理師公會也能提供護理師人力，檢驗師甚至其他專業的人都比照一起來努力，以部立醫院公務機關的加班費給我們就好了，我們不是為了錢，我們都願意做公益、做善事，負擔所謂的社會責任，那這樣不僅可以解決此問題，而我們也會做得很快樂。

小弟上個月出國，開了一個禮拜天的門診，當天看了大概 30 位病人，大部分是舊病人來拿藥，真正是感冒非在當日看診不可的，30 位內只有 1 位，其他病人都是告訴我說，聽說黃醫師今天有看診才來，平時有事不能來。當天慢性疾病患者的大概占了一半以上。

我建議，如果該地區已經發生了，問題是怎麼協調，而不是去調整什麼誘因。但是我覺得如果在偏遠地區遇到困擾的時候，應該需要該地的政府帶領各醫事公會、各專業人員一起來努力的，謝謝。

主席

好，那其他大家有沒有意見？那如果沒有意見的話，我們現在的週六是 83%，週日是 20%，我們是不是用這個標準維持，不要再下降了，好嗎？如果我們今天基層的代表同意的話，就是維持在這裡。

黃代表振國

希望這個勞基法修法能通過，不然的話...

主席

勞基法不是我們能決定的。

黃代表振國

對啊，如果說你看，你知道我只要 4 個小時多 1 分鐘，就多半個小時，我想在座的老闆都暈了。

主席

現在勞基法還沒有修正之前的這樣子的水準，我們就維持，這樣好不好？那如果有哪些縣市是低於這個平均水準的，我們就把這個縣市的名單提供給公會，那麻煩公會再去瞭解。因為這是平均數，一定有縣市高有縣市低，那低於這個 83% 跟 20% 的，我們是不是每個月就 pass 給全聯會，那麻煩你們去看怎麼樣協助。

另外一個就是說，是不是要增加誘因這件事情，因為明年的非協商成本指數還沒有討論，麻煩各位幹部們帶回去研究，好不好？因為我們在期待你們下一次提出來的修正案裡，是不是在這一部份也可以納入考慮，好不好？不管是合理量也好，或診察費加成也好，這樣可以嗎？

黃代表振國

好，回去考慮。

主席

可以，好，那謝謝王代表跟黃代表。

黃代表振國

我回去考慮。

主席

李醫師跟張孟源醫師麻煩你們，好，這個案子大家還有沒有別的意見？好，如果沒有，我們這個案子就照這樣通過，接下來下一案。

討論事項

第四案

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案。

主席

這個附表要不要一併說明。

谷專門委員祖棟

請大家先看剛剛唸的本次議程資料第 11 頁，剛剛是唸到第 10 頁，請翻到後面的第 11 頁。這裡我們列了 99 年到 105 年現在目前住院天數大於 30 天案件 total 的件數。可以看到以 105 年來說，住院大於 30 天的有四萬件，以 DRG 範圍加上住院 30 天進來看的話，占率大概是 1.7%。

那再往下面看，這 1.7% 的案件，因為我們看案件所屬的 DRG 上限臨界點，大於 30 天的案件以實際的醫療點數來看，如果大於上限臨界點，他可能會是 outlier 案件的話，1.7% 中大概有 1.5% 是 outlier 案件。右邊是導入範圍跟未導入範圍的區分，可以看到導入範圍占 0.8%，未導入的部分占 2.1%，這是這張的說明。

剛剛有再另外發一張兩頁有表 1、反面是表 2。表 1 的部分是我們從 99 年實施 DRG 以來算的 DRG 裡頭基本診療加成率。看到表 1 最右邊一欄是現成的加成率 7.1%、6.1%、5.0%。我們現在按照醫療費用重新計算後，目前因為地區醫院是基礎、是 1，落差的比例區域醫院是 2.0%，也就是原來的 6.1%，一下子差距縮減到 2.0%；醫學中心是 7.1% 縮減到 4.4%。

反面是附表 2，DRG 當中有關計算出來的加成參數中，除了剛剛的基本診療加成外，還有兒童加成，最右邊一欄一樣是現在目前的兒童加成，分內、外科系、MDC15、非 MDC15 目前的加成率。我們按

照目前費用的狀況，重新以 106 年的資料重新攤算，可以看到 MDC15 內科系 21% 來到 10%，非 MDC15 內科系 67% 到 10%。外科系的話，因為 MDC15 是不變的，一樣是 21% 到 10%，非 MDC15 部分是 85% 到 90%。可以看的出來，外科系因為這幾年調外科手術的加成比較多，所以從原本的 66%，就是非 MDC15 的外科系小於 6 個月的 66%，現在已經提升到 85%；但是內科部分，非 MDC15 小於 6 個月的 91%，重新算完是 67%。這些數字它有成長或下降的趨勢，尤其是剛剛講的 91% 掉到 67% 的這件事情，我們有回頭去看，發覺它其實逐年都有在下降，以 103 年的資料算一次，這個 67% 是 77%。也就是說，從原來的 99 年是 91%，到 103 年其實就已經下降到 77%，然後目前以 106 年資料算是來到 67%，外科部分是上升的，以上說明。

主席

好，謝謝，有關 4.0 版 DRG 要上路，相關重要的參數也一併說明了。大家剛剛也在講 5、6、7，我們本來就準備好要一起討論。另外就是住院天數超過 30 天的也要一併納入。

現在開始進行討論。我們這邊有甲乙兩案，就是我們的步驟是這樣，前提是因為今年的總額協商，大家一致共識把 DRG 全面納入的金額都列入總額來了，包括醫院代表的版本也把 DRG 放進來，而且當時 DRG 會停下來有一個很大的理由是 ICD-10，現在 ICD-10 也上路好一陣子，我們也把 ICD-10 的結果都已經回算給大家看，也充分做準備來提這案子，請各位代表一起討論。請嚴代表。

嚴高級專員玉華(陳代表志忠代理人)

針對表二可以再做個說明嗎？

主席

表二嗎，請支付標準科再說明一下表二兒童加成的部分。

谷專門委員祖棣

表二從左邊開始說明，基本上目前兒童加成的算法有兩段，一段是六歲以下的兒童年齡分三段，在支付標準很多的診療項目都有加成，我們是看包含兒童加成的實際醫療點數、與他落入到某個 DRG 該 DRG 各個不同的年齡層會把他的兒童加成做稀釋，我們計算二者費用平均值費用落差的百分比，依照表上分群、分組、分內外科系各分成 3 段。按這樣的計算方式，他的落差比如說內科系的小於 6 個月是 46%，6 個月至 2 歲是 1%，2 歲至 6 歲因為是負值就不算入；外科系的部分就請大家看這些數字。

中間有第 2 段加成部分，這是因為當初在訂 DRG 相關兒童加成的參數時，這段大家協商出來的，因政策鼓勵 6 歲以下的兒童，所以有一個落款，讓 6 歲以下各個年齡層的兒童費用，在 DRG 下的給付可以比他原來的實際醫療點數多 15%。所以是用這樣的方式攤算，回推若要達到這樣的目標，在原來的左邊加成率之後，他還需要再增加多少百分比。這部分是內、外科系一起算，所以數字是一樣的，比如從剛剛第一段加成率算出內科系是 46%、外科系 64%，這些的加成率若要再增加兒童加成，讓他費用能夠比實際醫療費用增加 15% 的話，加成率就還需加成 21%、14%、10% 這樣的數據。所以我們最後的兒童加成的加成率是把這兩個數字加起來，因為 MDC15 是獨立的群組沒有被稀釋的問題，所以他是直接用第 2 段算出來的數字當加成率。可是在非 MDC15 的部分就有剛剛講的，我們算這個項目的目的，因為兒童案件有被非兒童案件稀釋，所以有把前面的加成率再加上第 2 段加給的加成率相加後，就得到目前倒數第二框的，重新算的加成率，最右邊一框是現行的加成率，這算法過去到現在都是一樣的算法，以上說明。

主席

好，換句話說其實兒童最近調高蠻多的，權重也會受到影響，權重已經重新算過了，今天大家一併要考慮到加成率，所以一併提供，大家有沒有其他意見？請潘代表。

潘代表延健

就健保署提出來的甲乙兩案，甲乙兩案都不在我們的選項裡面，因為其實這兩件事情應該要脫鉤，就是說 4.0 版的上線跟 3、4、5 階都應該要脫鉤，那為什麼呢？因為雖然署裡面...

主席

4.0 版的支付通則跟 3 到 5 階要脫鉤嗎？

潘代表延健

對，時間上要脫鉤。就是說雖然現在是用 105 年的申報資料，然後用 4.0 版重新編審以後，這個現在有放在 VPN 讓所有醫院去下載，但是因為這樣下來，我看到的是結果，那我們醫院真的要看到每一支的落點還是要透過單機版去編審才知道。那所以我要知道那個，他的落點在哪裡，哪一個是屬於哪一個 DRG 的這個落點的話，我才知道說這樣的話，對我們那個整體的這個醫療行為裡面這有沒有 match，是不是分支分的合理，所以如果是在這樣的情況之下的話，那因為第 1 階段跟第 2 階段都已經做很久了。

所以，那我們這邊建議就是說，是不是 4.0 版的那個單機版能夠先儘快提供給醫院，那這部分呢，1、2 階的單機版讓各醫院我們先去確認，就是說這跟我們實際編審出來的沒有太大的落差之後，那這個時候這個 4.0 版的 1、2 階段就可以上線了。那第 3、4、5 階段，我們是建議就是說，如果按照過去 DRG 這個上線的這個時程的話，是一個階段、一個階段來，因為他所關係的那個專科跟他的範圍其實是很大的，所以我們就醫院的角度來看，在準備上我們還是要一個階段、一個階段來做，包括透過這個單機版去做編審、去做、再提出一些再修訂的一些建議。好，然後這個部分通通都明確之後，那第 3 階段，這部分明確之後再上第 3 階段，然後再來是第 4 階段，各醫院再編審、再確認，然後再上第 4 階段，這樣對醫院來講，他算是比較有按部就班，比較不會一下子上到那麼大，這個衝擊，這個醫院才有辦法去按照他

的這個他原來的這個時程去做一個規劃，以上建議。

劉代表碧珠

同樣的意見，我必須要說明一下，就是因為 4.0 版單機作業程式，在上禮拜，就是我們上次開完會，署裡面的確是在上禮拜有把單機版放在網路上，我們會員當然也陸續開始去進行單機版的編審測試作業。坦白講，我們都知道說支付制度早晚一定要走到 DRG 這個趨勢，但是問題是根據過去我們上線的經驗，我們過去 DRG 上線 1、2 階，就是新的版本上來的時候，也是經歷了很多的異常收集與意見回饋之後，我們雙方是經由很多、很多的，各分區也好、各醫院也好，其實我相信各分區業務組也不斷的在跟各分區的醫院去做雙向的測試，然後由各分區的醫院去提供很多、很多的意見去做不斷的修正，之後才讓他順利上到 2 階這樣子。

所以現在如果 3、4、5 階要逐步推動，我們也是希望說能有一個比較充裕的測試期，用這個修正後的 4.0 版，好歹半年的時間讓我們雙方就是做一個雙向的測試，把問題都釐清。因為其實現在的落點，坦白講，因為大家都還沒有開始真的去做試算，所以他落點的結果會是怎麼樣？真的不是我們可以預期的，我們真的很不希望說這樣貿然上去之後，3、4、5 階上去，即便是 4.0 版的這個通則過了，這樣貿然上去其實對整個醫療院所的殺傷力其實應該是蠻大的。今天署裡剛剛有發了這個補充資料，在補充說明的這個有關這個加成率的計算，坦白講，我相信在座幾位醫界真正有在研究 DRG 的這個代表，可能都要想想再消化。現在可能大家還有想不通的點，那更不要慌論我們在座有些是我們付費者的代表，他們要聽得懂剛剛的內容跟意見，其實我覺得也很難做決定跟判斷。因為我們醫界自己的人在看這個東西，剛剛拿到熱騰騰的東西，都還是需要經過很多的提問才能夠了解，更不要說我們的消費者或我們的其他專家，所以我是不是請署裡面就是說，剛剛醫院協會這邊的意見，就是最起碼讓我們 4.0 版先，單機版大家先測試半年之後，我們再來看上線的階段怎麼樣去調整，慢慢一步一步

來會比較妥善、穩當一點，可能會比較好一點，以上。

黃代表雪玲

我想請教一下，今天會上發的這個第 10 頁跟第 11 頁這個地方，署裡這邊有說要把住院超過 30 天的也納入 DRG。從我們表格，就是 11 頁這邊來看，就是說，不管是已導入或未導入，就已導入的部分用 105 年來看，那 30 天的占率就是 0.8%，那未導入的占率有 2.1%。那我們署裡這邊，第 10 頁這邊有寫說要重算 RW 跟 SPR 值，那其實這整個重算以後，對我們來講也是要再重新看到你們落點會是怎樣，而且我們也想問一下，這個上限到底是怎麼算？因為我們上限是說是 5.1%，那如果你把這 >30 天的通通放進來，那我們整個上限會被現行的狀況整個又被往右移，可是這對醫院的財務影響會是很大的。因為就現在已實施 5.1% 就要先扣 0.8%，這超過 30 天的如果算進來，所以如果你 5.1% 這個部分沒有調整，整個院所超過上限的個案可能都會掉到要到賠錢的部分，連過去可以打 8 折都不能打 8 折，就整個都 shift 過來，所以這個上限計算是不是署裡再說明一下。

那另外我們看到署裡公布的那個通則，有關下限部分也有改正，跟我們之前看到的版本是不一樣的，因為之前的下限是寫說要依實際醫療費用，過去實施的 DRG 一直也都是用實際醫療費用，本來在算 DRG 的時候就應該是先把上、下限先扣除，再去做其他的去算出那個 SPR 值，應該先把極端值先做排除，那怎麼可能是用醫療給付，就是健保署給付的那個部分來去扣下限的 2.5%？這樣子對整個院所是影響很大的，是建議這個上、下限的部分，是不是應該下限部分跟上限都應該要回歸我們原始 DRG 的計算方式。

主席

謝謝，還有沒有代表有意見？

王行政副院長雪月(璩代表大成代理人)

不好意思我請教一下，這邊第 10 頁有提到說要重算權重跟 SPR 值，

可是我看我們上次會議在附件 1-4 的時候，這個權重不是已經重新再算過了嗎？

主席

上次通過的是 3.4 版，4.0 版因為大家還沒有討論到，所以當然要重算。因為 4.0 版的 grouping 多很多，所以當然是每一支都有影響到，都會重算。

所以我們現在的 proposal 就是(一)、(二)，就是甲、乙案，其實都不是元月份的事情，都是還要一段時間公布之後給大家有時間，所以現在提出來的都是最快是 4 月 1 號，都不是馬上元月 1 號，因為我們今天才討論。好，李代表。

李代表偉強

甲案或乙案我看到他有一個共同點是 3、4、5 三個階段好像是綁在一起的，這是確定的？他有沒有可能像 99 年開始先做第 1 階段，103 年這時候再做第 2 階段？在座很多消費者代表，其實坦白說我真的在第一線照顧病人，第 1、第 2 階段 DRG 401 支，基本上他們是比較偏外科系，而且屬於比較知道確切診斷。我們接下來這 6 百多支 DRG，就進入深水區，因為他是內科系為主。內、外科系 DRG 的最大差別是，外科系進來的病人多半知道他是來生產，還是來開刀，開骨頭關節、左邊、右邊、上面或下面或什麼之類的，所以他的住院天數容易控制。接下來內科的病人，其實以在台灣來說，很多病人是因症狀如發燒、肚子痛、頭痛或是暈倒，還不知道診斷，進來住院之後的最後診斷可能南轅北轍，差別是很大的。

這個部分我雖然擔心價錢、權重之類的，以在醫院來說我最怕的不是這些，這些都是財務損失。因為按照目前健保署公告部分是少數會是負的，因為 1.0 是平衡，我記得本院是低於 1.0。財務部分我們可以還可以想辦法，我最擔心是整個看病的型態，我認為如果沒有迫切非要 3、4、5 一起上的話，我還是希望能分階段分開上，至於何時上

就再討論。我認為前面一定要先把 DRG 4.0 先搞清楚，不是先把財務算好就好，我們的目標是要把病人照顧好，DRG 是世界的趨勢，我們臺灣也不能迴避，我們也做了前面兩個階段，可是為什麼會有 DRG，是因為全世界住院費用在膨脹，所以大家為了控制住院成本費用所以導入 DRG。原始不是為了品質，是為了財務控制，這是事實。

只是我們現在要進入內科部份，在財務控制前提下如何兼顧民眾就醫權益不受影響，我比較建議剛剛我們討論把 4.0 版搞清楚時，同時把 3 階段也先開始的話，我們找相關專科醫學會把每個 DRG 好好檢視一下，到底天數是否合理，這不是數學算出來。以肺炎為例，肺炎平均天數可以只有七天，各位，在醫學中心的肺炎怎可能只有七天呢，當然肺炎有高有低，我只是舉個例子，所以不論有無 CC，這些合不合理不是只是數學導出來的東西，都應該請相關專科醫學會一起看一看，同時一階段一階段穩健的去做，而不是全部一起去做。所以是不是要 3-5 階一起做，請健保署稍微思考看看，我們前面剛剛醫學中心幾個代表有提到我們把 4.0 版的權重部分，也請臨床醫師加入一起討論，哪些可能是需要跳出來的，當時討論第二階段有討論哪些要排除，這些都是避免重症病人因此而造成相關損失。如果沒有其他迫切非要協商的話，應該穩健的逐階上路，如果要一起上，那就看健保署的政策了。對醫院來講真正增加負擔的，我剛剛有講，突然全部一起上，這衝擊對內科系的病人是蠻大。

時間限制我不方便講太多。我記得從 98 年還是 97 年開始，我就來健保署講 DRG 相關東西，國內、外做 DRG，他的相關好、壞處我們都很清楚，我們接下來面臨的是真正的 DRG；之前也是 DRG，只是比較明確、容易控制，接下來要面對是相對不明確的 DRG，我們要更謹慎，這是為了保障整個病人的就醫權益，以上，謝謝。

主席

謝謝，其他單位還有沒有意見？如果沒有意見，現在延伸出來的幾件事情是代表們對於本署提出的甲、乙兩案的順序是有意見的，認

為不是甲、乙兩案，還要再拆分細項，這裡有一種說法是程序上認為拆分為 4.0 版的支付通則和 4.0 版的第 3 至 5 階，現在又想再拆出 4.0 版的 1 到 2 階。因為 4.0 版從本來的 1,000 出頭支變成 1,700 多支，在這裡 1、2 階也會受到影響，所以認為也要適應一下。不過這個適應期應該要很短，因為只是 grouping 的改變，不應該成為一階段，可以先上沒關係，但是他不應該成為叫做我們以後的一階段，因為他最簡單。他原有的已經習慣，可能有一些 outlier 的個案太多，所以又拆分一支出來讓費用合理化，應該是最容易適應的，所以不應該另成為一階段。

我們可以讓各家醫院有時間，現在就是有半年的時間，所以應該還是要討論 4.0 版的支付通則對大家是比較想要先用的，特別是 1 到 2 階大家都要用，但是 3 到 5 階卻是已經 pending 很久的，所以我們想要一次解決。但現在比較爭議的是 3 到 5 階是要一階段，還是要再細分上線時程，大家有這樣子的意見。其實過去 DRGs 分為 5 階段，一開始就不一定是對的選項，因為就變成醫師作 A 的時候是 DRGs，作 B 的時候是 fee for service，本身就是不好，可是我們選擇了這條路的時候，且拖長執行時間，其實對醫院管理是非常不利的，對個別醫師提供服務包含 DRGs 和論量計酬其實都是不好的，因為那行為會很奇怪。所以我們不認為 3 到 5 階還要再拖長，因為已經拖很久了。那 3 到 5 階會碰到的，理論上應該是一次或短時間內，不能再像過去，第 3 階再三、五年，第 4 階再幾年，這個不是眼前的選項。

那 1、2 階沒有錯，跨到 3 至 5 階，感覺是比較多內科系的為主，但在計算權重皆是參照過去內科系的行為所計算出來的，不會因為 DRG 而緊縮內科系的費用，他就是在原來 fee for service 的框架下算出來之後改成用 DRGs 支付，會有誘因讓大家去避免不必要的醫療服務，產生更多的好處。不要再去討論內科就一定是深水區，影響病人權益，病人權益過去即是以這樣的方式保障，並不會因為實施 DRG 而損害病人權益，不能把他劃上等號。至於大家講說單機版要出來，剛剛同仁確定是一月中旬會提供給醫院使用。

王行政副院長雪月(璩代表大成代理人)

資訊會再更清楚嗎？

主席

對，目前網路版本先給醫院使用，所以有兩個時限。另外有代表提到住院超過三十天的部分，請支付標準科回應是否會因三十天以上的個案納入，會動到權重、SPR、上下臨界點，是否會將資訊隨著 4.0 版公布？請說明。

谷專門委員祖棣

如果三十天以上個案納入後，我們一定會將所有數值重新計算。剛黃代表有提到三十天以上個案納入後，原來 5.1% 的部分，這 5.1% 其實是依據國外的做法。國外以 5.1% 作為計算上限臨界點時，他們裡面其實是包含三十天以上的個案，並沒有排掉。當初開始實施時，考量三十天以上的個案住院日數長，對醫院衝擊較大，故暫時先排除，其實原始在 DRG 的架構下就是屬於原本歸屬的 DRGs 中，所以在納入三十天的個案後，本署會再依該有的 group 重新按照原則，就是 outlier 費用占醫療費用 5.1%，用這個原則再重算 DRGs 上限臨界點，以上。

黃代表雪玲

下限臨界點呢？

谷專門委員祖棣

有關下限臨界點，長久以來外界也向本署提出質疑，部分 DRGs 的上、下臨界點與給付定額有很大的落差，所以本署也進行檢討，目前下限臨界點是以實際醫療點數去算的，但其他參數則是以申加部計算的，用申加部計算的道理是因為那就是健保現在的給付，所以應該用申加部計算。

我們一開始下限臨界點是用實際醫療點數作計算，也就是因為這

個算法導致很多 DRGs 的上、下限臨界點，或是所謂的定額跟下限臨界點的落差很大。以這次的，這應該是潘代表提供的資料吧，裡面有提到一個以 DRG 24302 來看，現在目前定額是 18,000 多點，下限臨界點只有 2,439 點，也就是說若個案醫療費用 2,440 點，他就可以用 18,000 多點的定額來申報，我們覺得這樣其實也不是很合理，所以我們有去檢討。因為我們所有的參數都是用申加部算的，所以理論上來說，我們在算每一個 DRG 裡面 group 的下限臨界點也應該用申加部來算，這次在 4.0 版草案中我們改成用這個方式來作，所以大家會看到這個部份的落差，以上。

主席

全世界的 DRG 沒有人把超過三十天個案排除，我們一直妥協到現在，目前件數也非常少，因為第 1、2 階 DRG 實施至現在，超過 outlier 的個案也越來越少，進來已經不是問題了，且進入也是在合理的範圍內。超過三十天的個案，總之我們會將 4.0 版的 SPR、權重等參數重新計算。

請先行確認原則性的事宜，首先確認 DRG 納入超過三十天的個案，各位代表有沒有意見？三十天若無意見，就先通過，再來我們討論實施的順序。

林代表富滿

超過三十天納入 DRG 是只有 for 第 1 階段和第 2 階段？未來 3 至 5 階段上線，超過三十天也要納進來嗎？因為 3 至 5 階情況比 1、2 階更複雜，變異更大。建議假如超過三十天要納進來的話，先針對 1、2 階範圍，3 至 5 階上線後再討論。

主席

但是如果這樣處理的話，我們就要有共識 1、2 階的三十天先進入，3 至 5 階的三十天只能延後一次而已，不能無限延後。因為 DRG 要處理就是讓 outlier 變少，這些個案若不處理，就一直在 DRG 外，一

直使用論量計酬，是不利效率提升，也不利院所點值管控，這也是為了醫院總額點值著想。大家要有共識去面對，這也是給你們一個機會將不正常的住院回歸正常，所以我是覺得這一點不應該認為是有很大的問題，因為他的件數已經低於 1、2%。

黃代表雪玲

這樣的個案我們不會刻意留下來，遇到這種 trouble 的個案，雖然可以核實，但是再計算上、下限時，有些個案真的變成沒有辦法去走核實的路。

主席

當然，那個就是最不正常的，要走核實就是要真的很複雜，然後大家認為合理，當然就核實不要扣 2 成。

黃代表雪玲

可是他連符合上限的資格都沒有，就是在現行我們實施的這支 DRG，因為不考慮 30 天，他在他的上限會比較低一點，他就是可以符合到這裡，超過定額打 8 折，可是你現在整個右移嘛，因上限右移，過去原本可以超過上限打 8 折的個案，就會因達不到上限，無法打 8 折，也無法核實申報，將使虧損更加嚴重。

主席

沒有算你怎麼知道右移多少，那件數這麼少，而且又拆到每一支 DRG，真的有影響這麼多？

黃代表雪玲

真的有啦。

主席

你知道這幾萬件拆到幾千支 DRG。

黃代表雪玲

其實對其他醫院可能影響不大，可是對醫學中心的影響最大，因為這種 case 集中在醫學中心。

主席

那這種其實也真的是不應該的啊。

陳顧問瑞瑛(李代表飛鵬代理人)

不是啦，除非健保署的後續照顧系統要做好，你去看香港、新加坡，他們也是做 DRG 對不對，他們沒有這樣的病人，他們是用公權力，他們是健保署就相當於我們健保署，他要有辦法去把病人帶走，這些病人就不會留在醫學中心。

主席

現在我們是要去看制度，現在台灣相關的制度也都出來，像 PAC 也都擴大辦理了，然後再加上長照也進來，真正要去銜接出院後的制度都越來越健全了，還讓他留在我們醫療系統裡面，那本身就是一個大問題。

陳顧問瑞瑛(李代表飛鵬代理人)

就是你那個後續的、長期的照顧系統，如果做得好我相信沒有醫院要留這種 case。

主席

這種 case，現在長照 2.0 正在積極投入，這些病人都是有出口，如果他真的需要被照顧，他也不應該用醫療來照顧。

陳顧問瑞瑛(李代表飛鵬代理人)

對啊，本來就是要這樣子。

主席

所以我們硬是要把這種東西放在醫療系統，其實對我們醫院總額就是不利，所以我們醫院總額真正要把錢花在刀口上，就應該讓這個事情要進來算，否則只是繼續在虛耗而已，而且我們以前沒有 PAC 很健全的時候，只有中風你還可以講說沒有疏散管道，沒有長照 2.0 的時候說沒有疏散管道，問題是現在已經漸漸有啦，應該讓病人能夠疏散才對啊。

黃代表雪玲

我想會留在我們醫學中心的都不是因為長照問題，他是需要住 30 天。

主席

那因為什麼原因呢？

黃代表雪玲

他就是多重複雜的疾病才會搞成這樣，絕對有醫療必要才會留在醫學中心，醫學中心的占床率幾乎都是很高，不可能這樣子去做，他該出院絕對都會請他出院，如果他一定要留下來我們會強迫他自費，不可能把這樣的 case 留下來。我們要講的是，這次因為 4.0 版 CMI 已經被取消，對醫學中心再把這些個案，大宗會落在我們醫學中心，我們會希望這個算法，尤其是上限移動這件事情，我覺得署裡應該要替醫學中心多考量，因為我們沒有 CMI 加成，所以我們覺得這些 case 未來連落到上限的機會都沒有。

主席

因為 4.0 版還沒有算，而且妳要理解這才幾萬件，分到 1,700 多支 DRG，真的會有這麼大的影響，會讓上限臨界點有這麼大的位移嗎？這個要算出來才知道，現在都用想像的，對不對？但是我們先講原則問題比較重要，因為你要看到結果再來講話這都是又失去原則了。我

們應該先把原則先想好怎麼樣走是最對的，然後把過去遺留下來沒有解決的問題藉這次 4.0 改版，我們就一併來重新計算，這才是正確的，要不然我們都留下不正確的方法。而且我們今年也多次調整支付標準，地區醫院的支付標準也大幅作了一些修正，所以這些都反應到不論是定額也好或是加成的算法，這個東西要核實反應才合理，否則我們又是兩套。所以我們理論上應該是要把相關的支付標準調整之後能夠反映現實的部份儘量反映，而且有助於醫院點值，那也可以讓大家效率好一點，說不定也可以減少一些不必要的住院 loading，這樣子好不好？

林代表富滿

1、2 階先納進來，3 至 5 階到時候再討論。

主席

我們算一定是一次算出來啦，一定要一次算啊，哪裡分 1、2 階算、3 至 5 階算。

林代表富滿

一次算沒關係，但是 3 至 5 階上的時候超過三十天案件先排除。

主席

可能嗎？

林代表富滿

本來在算的時候就是這樣啊。

主席

來說明一下。

谷專門委員祖棣

我說明一下，就是在算的時候，因為權重是項目跟項目之間的關係，如果你把 3 至 5 階就是還沒導入那些項目，如果在算的時候，他

的三十天以上先排掉的話，因為那些案件理論上他是費用比較高的，那些案件如果不放進來，就是說有一部份的 DRG 是三十天拿掉的，那項目之間權重衡平性是會被打亂的。

主席

不可能這樣子，一定要一致的原則，因為權重是所有疾病一起算的，否則計算權重就全部失衡。

嚴高級專員玉華(陳代表志忠代理人)

請教一下，因為今天補充資料說明提到，就是由現行的 8 成支付那一段，未來會採用專審案件去審查，那在署裡的資料，這樣子案件占率占比大概有多少？

主席

包括 outlier 的？現在是超過 outlier 的本來是要打 8 折，新通則係保留一個空間，如果認為這個 case 真的很複雜，費用一定要超過 outlier，你可以主動提出來，附所有的證明讓審查醫師看，審查醫師如果覺得說確實這個病人超過 outlier 是合理，就採核實支付。

嚴高級專員玉華(陳代表志忠代理人)

所以要醫療院所自行來認定？

主席

當然，等於醫院要來爭取不打 8 折的概念。

黃代表雪玲

所以不要超過上限。

主席

是。

黃代表雪玲

但是你現在上限，現行是超過 outlier，以後他有可能會落到這邊，連 8 折都沒有。

主席

還沒有算，所以不知道。

黃代表雪玲

因為你加了這些 case 進來。

主席

case 很少。

黃代表雪玲

哪有少。

主席

好，那大家是否同意在算 4.0 版的時候，這個原則沒有再分兩階段。

黃代表雪玲

可不可以算兩版，我們回去自己看一下吧，一版全部進來一版全部出去，我們自己才可以評估。

主席

我們沒有要再算全部出去。

黃代表雪玲

就是那個三十天納進來跟不納進來的，我們才能感受這兩個差別。

主席

請，謝代表。

謝代表武吉

我剛是很認真在聽，發覺剛才所講的是醫界跟健保署所謂的攻防戰，第一點，健保署當然要徹底的執行，醫界如要和健保署拿的數據也要講清楚。第二點你有什麼發展好歹你也講一下，我很支持主席剛剛的決定以後住院日超過 30 天以上之案件也應該要含內，不要浪費時間。

主席

好，住院大於三十天個案均納入 DRG 計算，回歸正軌，重算 4.0 版，假定黃代表很想看看放進來跟不放進來的差別，請教同仁，可以嗎？。

谷專門委員祖棣

可以。

主席

可以，那我們同意提供，原則上同意納入。我們辛苦一點沒關係，滿足大家的需求，制度推動與偏離國際趨勢太遠，本案原則先確認？

好，如果沒有意見的話，這個原則已經確認了，第二個就是我們 4.0 版，4.0 版如果這個原則確定的話，那 4.0 版我們什麼時候算得出來？要花多少時間？

谷專門委員祖棣

兩週。

主席

兩週內，那就是元月的中旬，我們 4.0 版就算出來了，那我們先往

下算，當然這裡面就會含第 1 至 5 階，全部一次算出來，因為這樣才合理，權重才會對。

接下來就是順序，剛聽起來好像大家認為我們希望上 3 至 5 階跟 4.0 版的支付通則是同時上的，這樣子就是等於 4.0 版支付通則對於我們不管 1 階或是 3 至 5 階，通通是對 outlier 個案是比較好的對待，那這個部份能夠同時上。現在同時上的話，現在 3 至 5 階大家有不同的意見是希望說 3 至 5 階還要再拆階段，那這個部份是不是大家可以再充分討論一下？

林代表富滿

剛剛是指說 4.0 版支付通則，要 1、2 階要先上，3 至 5 階還沒有？

主席

我們 107 年總額協商共識是要上 3 至 5 階。

林代表富滿

3 至 5 階什麼時候上，可以再討論。剛剛建議 1、2 階先用 4.0 版支付通則先上，大家熟悉後，再來討論 3 至 5 階。

主席

第 1、2 階用 4.0 版沒什麼差別，支付通則我們要綁 3 至 5 階，怎麼可能支付通則跟第 1、2 階先上，那根本就永遠都不會上 3 至 5 階啊。

林代表富滿

支付通則 4.0 版跟 3.4 版差很多。

主席

新支付通則當然是比較好，那沒有綁 3 至 5 階的話，我們以後也不用再談 3 至 5 階了，因為已經把所有對你們有利的都先上。

黃代表雪玲

沒有，只是講 3 至 5 階晚一點上。

主席

要有合理理由？

黃代表雪玲

我們先看 1、2 階的情形。

主席

每一次都是你們的理由，那就永遠都講不到 3 至 5 階了。

李組長純馥

99 年那時上的時候，我也在這裡，因為那時候每次在談的時候其實也是都綁時程，你們也都承諾，可是那個時程到了又上不去，因為你們又去找了很多的 issue，反正就是變成一個政治的 issue，就又沒有辦法上。所以假設我們今天 4.0 版，然後把他拆分更細的分類，又把條件放得比較寬，你們可以核實去認定這個案例，這樣又不綁 3 至 5 階，坦白講健保署就是全盤皆輸啦。那全盤皆輸的結果就是你們還是會說點值又太低，因為拆得更細其實整體的費用還是往上走，雖然我們是預算中平概念，可是該補的，3 至 5 階可能會補進來的又沒有上，還是拿到 benefit 比較高的那一區。

所以如果你們今天真的覺得說 4.0 版應該要上，可是 3 至 5 階又要另外談，那我們會覺得對於推動 DRG，尤其是健保會賦予我們的權責這部分，我們根本沒有盡責，我們什麼都沒有談到，因為當時健保會的決議這 10.88 億是要有上新階段的。

主席

整個 DRG 推動的過程，我們健保署的態度就是非常尊重醫界提出來的問題，我們儘量滿足你們認為有問題的地方，連 grouping 也已經

變成 1,700 多項，對不對？這還不夠努力嗎？好像我們做了所有的努力，然後也考慮到你們有為難之處，通則也都有做放寬。然後你們現在講說 1、2 階先上，3 至 5 階不上，那這樣合理嗎？這樣也是非常不合理的，我們憑良心講，所有的善意都釋出了，只希望把這進度往前走。來，請劉代表發言。

劉代表碧珠

我們醫院部門並不是說 3 到 5 階不上，我們剛前面發言都有講到，因為 4.0 版我們剛有討論過，因為你要修正的東西一步一步來都要修正，那 1、2 階其實也會有一些變化，我們會擔心，我們醫界真的是已經被... 現在的環境壓迫到我們都誠惶誠恐在做。所以基本上如果 4.0 版上來之後，我們剛的意思是說 4.0 版現在跑的大概是 1、2 階的結果，1、2 階的結果要先跑完，我們雙方再來溝通，並不是說 3 至 5 階就一定不上，因為我們也沒有辦法預期 1、2 階，剛主席說 1、2 階不會有太大的問題；但是問題是現在我們 1、2 階統計跑完，其實醫界也不會只有跑 1、2 階，3 至 5 階你 4.0 版上去我們也會自己去 run 想要知道的東西，那這過程當中我們是很擔心如果沒有一個時間，最起碼給我們半年的時間，讓醫界去 try 一下看看結果會怎麼樣，然後大家雙方討論完這影響，如果真的是還能夠在承受的能力之下，我相信我們也會適度的釋出善意。

我們內部也有溝通討論過，不是說我們一定不上，沒有到完全不上的階段，但是我們真的是很擔心，醫院部門真的已經很難再承受這一點點殺傷力。所以基本上這個 4.0 版這個新版本、新的這個規則是不是先讓醫院部門先來跑，跑完 1、2 階之後，我們明年下一次會議再來討論，那個時候我們再來訂階段性要怎麼走，不要讓這個殺傷力一下子這個風險大家都害怕，就是醫院在管理上的風險是不可預期的，所以你也很難說避免我們有這樣的疑慮跟擔心。所以我們並不是完全抵制不上 3 至 5 階，但是我們希望說 1、2 階最起碼讓我們試 run 半年看看，這是最起碼的時間點，不然這樣貿然上去我們很擔心，這是我們

所擔心的點，以上。

主席

大家好像很擔心，其實是想太多，我們每次全部 DRG 的版本都全部 run 出來給你看，沒上的也都 run 出來給你看，元月中旬就把 4.0 版給大家看，請何代表。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

請問主席 ICD-9 轉換成 ICD-10 是不是全部已經完成了嗎？

主席

完成了。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

我記得在費協會的時候就一直討論到 ICD-9 轉換成 ICD-10 的事情，那這件事已經完成了，接下來是 DRG 的事情。

第二件事從 99 年我們在費協會的時候也一直討論到要推動，可是你們最後就用立法委員來擱置推動 DRG，用政治的力量來介入；但是這次總額協商裡面已經有很明確的明年一定要完成 DRG 的實施，這邊 10.88 億的經費。那我認為這個甲案，107 年 7 月 1 日同步實施 4.0 版支付通則及全面導入第 3-5 階 Tw-DRGs，我想甲案跟乙案的優缺點是對調而已，那我認為甲案應該要推動，不要再用乙案，107 年 4 月 1 日實施 4.0 版支付通則、在 107 年 7 月 1 日又來實施第 3-5 階 Tw-DRGs，那等到這樣子的話，4 月 1 日以後醫界又是意見很多，又要用政治力介入，又要拖延 DRG 的實施。

所以我今天站在付費者的立場，我們希望 DRG 在歐美先進國家已實施一段時間了，而且也看到一些成果，所以我們建議推動甲案，很明確的明年 7 月 1 日，而且這樣有半年的調適時間。所以我建議通過甲案，不能再一直拖延下去，對整個健保會的委員是無法交待的，這

是我的建議，謝謝。

主席

好，謝謝何代表，我們認為剛剛劉代表這邊說也要給你們準備的時間，那我們願意還是持續的釋出善意，就是 4.0 版的，我們一月中旬就 open，那大家要去準備就去準備、去比較就去比較，那我們 1、2 階就還是不上。我們就等到七月，大家都 ok 的時候一起上，就是所謂的甲案，這樣好不好？好，那我們可以這樣嗎？就是何代表剛剛也支持我們的甲案，那大家都已經至少把原則、把大於 30 天的放進來，準備時間也還有半年，這樣可以嗎？所以就甲案囉，好，潘代表。

潘代表延健

甲案是不是可以再稍微調一下。

主席

好，怎麼調？

潘代表延健

就是說，因為 3、4、5 階段他同一個時間點上去，這個對醫院來說衝擊是蠻大的。

主席

提前調適，還有半年啊。

潘代表延健

其實現在剛剛大家的疑慮，很多都是因為還沒有真的看到，對於那些未知的東西，還不確定，那還有多少東西要調。因為我們在整個這個上線不是只有行政資源而已，而是說，我們所有的醫師他也都必須要瞭解，那這個部分必須要這些 4.0 單機版都下來以後，我們也很明確知道那些落點之後，我們的疾分人員才能夠把比較標準的版本弄出來，再去跟醫師去做互動。

所以說在這段裡面，我是建議就是說，那用甲案的方式，但是3、4、5階段是不是還是不要一次，如果可能中間稍微分隔一下，就是有一個緩衝，那如果說後面還有半年的話，是不是兩個月、兩個月這樣，我們先暫時用這個方式來訂。我們的目標，假設沒有大的意外的話，我們的目標就是年底前全部都上，但是中間有一個緩衝期，不要一次通通都上，因為那個對醫師、對整個團隊的醫療衝擊是比較大的。

主席

好，那潘代表的意見大家同不同意？好，請李代表。

李代表偉強

其實我要回到剛剛一開始的意見，我們都知道其實按照這個，我們剛才提到的，你DRG要上，1、2階段其實就是比較快，這剛剛其實主席提到的，我也完全贊成，因為其實這是數學，對醫生的臨床行為才是我們最應該在意的東西，1、2階段在401項，將來他會再變多一點，基本上這些科已經久久現在都習慣這些做法了，這個適應期我覺得應該是可以很短，因為後面適應是行政人員適應。

可是在3、4、5階段這個方面我是覺得說目標在年底前全部落實，這樣就回應到健保總額協商的這個目標嘛！那總額協商沒有告訴你一定要3、4、5一次上完，可是我們是要在今年完成，我覺得這是應該是一個不違背的。只是一個就是，比方是我七月開始，就按照甲案，4.0版上，前面這半年就是來大家來試算、來模擬，實施前有個模擬期，甚至以前健保署有幫我們往上傳，健保單機版就回傳給我們說你這個甲醫院、乙醫院、丙醫院按照...因為醫院算法跟這個原則上會有落差，我們去磨合，磨合半年之後，回來就大家都趨於一致了，對不對？我們是不是七月開始1、2階段就先上，那接下來是不是因為有6個月的時間，你是不是3、4、5，一個是說，比方我9月上，或是說兩個月，剛剛潘代表有說兩個、兩個月上，基本上就是比方說七月，那就九月、十月、十一月，或是怎麼樣。

主席

這個已經沒有差別。

李代表偉強

目標其實就是在於，我跟各位委員報告就是說，今天以醫學中心來看，全部 DRG 全部上，他大概占我們所有住院病人的五成到六成之間。。

主席

六成。

李代表偉強

對，因為每個醫院不一樣，癌症病人排除掉，對不對？

主席

對。

李代表偉強

所以一個醫生，某個科別醫生來說他其實會照顧兩類病人。

主席

對，還是會留下那個問題啊。

李代表偉強

對，所以並不是說我上了 DRG 之後，以後醫院全部就都變成一個，其實還是有某種程度 Fee for Service。健保署可以根據你的裁量權說 3、4、5 一起上，還是 1、2、3、4、5 都一起上，還是說 1、2 一個階段，3、4、5 一個階段？這個我覺得其實他的目標在年底前全部上完，我覺得都沒有違反健保會當初的一個目標。

我們並沒有說打算拖到明年、後年或大後年，這個因為拖的越長，

大家越痛苦，而且問題的發現更晚，所以我覺得說，早點發現問題早點改，可是前面的試算，有請健保署幫忙，因為我覺得對臨床醫師來說，最討厭的就是什麼？就是不確定性，那不確定的時候大家都很難準備，寧可我趕快講好，下半年全部上，這樣的時候我們醫院大家好好準備。還有就要拜託健保署幫忙，就是要宣導民眾知道是政府要去擴大 DRG 項目，不要到時候民眾責怪醫院為什麼要做 DRG？為什麼要控制住院天數？再請大家一起合作。

主席

好，我想醫界的所有的說法我們都很認真在聽，而且也希望是我們是在有共識之下來推動，因為我們已經充分溝通好多年了。那不管怎麼樣，每一次都有不同的理由，那現在一個理由、每一個理由都慢慢排除，就代表我們其實對這件事情，我們是善意釋盡了，那現在是已經應該是要實施的時候好不好？

那我們可不可以這樣，再參酌大家的意見，你們每一個人講的意見我們都認真面對。我們原則上尊重大多數人之意見，就採甲案，但是就如同你們講的，甲案在 7 月 1 號之前，我們還會再開最後確認的會議，如果原則上甲案可以做的話就採甲案；如果真有困難，要分階段也就像你們說的，最多不能晚於年底，就是你們講的，年底前還是三階段都全部上完，我想付費者代表這樣是可以接受吧？

張代表清田

就是明年一定會實施嗎？

主席

對，就原則上還是 7 月 1 號為原則。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

因為委員的會議一年有四次嘛。

主席

是。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

理論上前半年、第二次的時候，我們也可以知道他們推動到什麼階段？

主席

可以，下一次的共擬就確認。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

那再來決定說要延多久。

主席

延多久。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

是一季還是兩季？

主席

是，好。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

我們到第二次開會的時候就會確認嘛？

主席

好，再參酌，對。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

那原則上還是甲案的來目標來走。

主席

為原則，對，就是再參酌何代表的意見再加一條，原則上採甲案，明年的第一次的共擬會議最後確認。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

第二次。

主席

第二次，第二次是幾月？六月，會不會太晚？第一次我們就應該決定採那個程序好不好？我們在第一次的共擬會議的時候來決定原則不可行，如果不可行，要如何分段？但是最後就是不能超過年底，就是3到5階段通通能夠上線，這樣子大家還有沒有意見？

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

OK 啦。

林代表富滿

對不起，我請問一下。

主席

好。

林代表富滿

這張表只是提供參考，還是未來直接以這個數據加成？

主席

哪一個？

林代表富滿

剛剛發的加成試算表，表一、表二。

主席

這個應該是原則上就已經是算過的喔。

林代表富滿

所以是要改嗎？

谷專門委員祖棣

會再重新算過。

林代表富滿

就要是依據現況統計加成比率改囉！

主席

來，請支付標準科說明一下。

谷專門委員祖棣

如果 30 天以上納進來的話，我們會重算一個版，各項加成也會調整。

主席

好，也會再調整，但是這個也應該是比較接近這一張啦。那我們就是在明年第一次的共擬會議，三月份的時候，一併通通拿出來大家就再看過，然後也決定我們推動的時限，好不好？好，來，請。

李組長純馥

因為剛剛我們健保署這邊有表達，我們希望 4.0 版與階段上線要綁在一起，所以如果明年第一次的共擬，希望這個議題不要再討論了。也就是說，是不是可以先上 4.0 版，再 1、2 階，然後 3 到 5 又要再另外，我覺得這個議題因為我們今天已經充分表達，是不是這個部分下一次不要再當作一個議題，也就是說通則跟階段是要一起上的，只是說什麼時候上那一階是可以再來議定的。

主席

就是原則上七月份一定 3 到 5 階要上嘛，然後通則就同時上，如果 3 到 5 階真的有不可抗力要再往後延的話也不可超過年底，總之我們通則就是要併同 3 到 5 階一起上，好不好？來，請潘代表。

潘代表延健

我想再耽誤大家兩分鐘的時間，因為剛剛聽到專委在報告的時候，應該是我的資料裡面有收到了，對，所以就是說剛剛有提到說，下限跟上限之間你們可以同一個原則去處理，當然你會發現下限好像是太低了。但是如果是這樣的原則的話，我是可能要提醒一下就是說，因為這樣會落到這個區間裡面來的案件數就會變少，所以絕對不是單純的就只是上限調的少而已，他的均值也會拉高，因為原來太輕的那個會進來，但是這個部分我可能就要提醒我們所有層級的夥伴們，因為他現在壓縮的是 L 段，所以 L 段裡面是哪些...可能就是不同層級的所承受的壓力會不一樣，這個可能大家，我提醒大家回去大家要注意，要試算一下。

主席

4.0 版出來再講，現在就講都是猜測，本案已取得共識，非常謝謝大家的支持！那我們也互相都有守住想要做的，也吻合健保會的期待，那非常感謝大家的幫忙。

那我們今天這個案子就討論到這裡，那我現在請教各位代表，現在是 5 點 20 分，今天也已經蠻晚了，我們事實上是還有第五案，但是第五案我們今天大概就不討論了，原因是因為第五案還是列在這裡原因，是好像是我們會議決議是今年一定要提出這個案子，是嗎？是不是專委來說明一下這個原委。

谷專門委員祖棣

跟大家報告，這是我們收集的未列項的處理情形，之前的共擬會

議有追蹤，在今年年底前要提出我們處理的情形，我們原則上打算怎麼辦理及辦理情形的報告。今天在我們的最後一案中，原來是在上一次會議的報告案第九案，這一次我們把他挪到討論事項第五案，以上說明。

主席

好，那我們是有提出來啦，我們是照原來追蹤的時限提出來，但是來不及討論，所以下一次這個案子就不要說我們沒有提出來，這樣就好了，好不好？好，那今天我們是不是大家就開到這裡，非常感謝大家，謝謝，好。

陳顧問瑞瑛(李代表飛鵬代理人)

我講兩句話啦，尤其我們有健保會的付費者代表在這裡，我想健保目前都很積極地在推動很多的策略或者是改變，比如說分級醫療等等。那很多都是對著醫學中心跟區域醫院，比如說你門診要少掉 2%，然後初級照護要減少，然後又要加重住院病患的照顧。那今天 DRG 我要跟付費者代表講說，為什麼今天要討論這麼久，主要這個 3 到 5 階段都是內科系病人，所謂內科系的病人他很多的診斷都是不確定性的，他這樣住進來之後，做了很多檢查，最後可能就是只有一個主診斷可以適用。所以如果這個進來，我們都知道 DRG 一做，醫院一定是會讓住院的病患住院天數會減少等等這些事情，因為這個是國際都已經有資料出來，住院天數一定會下降，所以這個不要再以為說做 DRG 是最好的，DRG 當然你自己管控的好，可是有很多辦法的管控不是像各位想像那麼簡單。而且現在是我們健保署是遍地開花，什麼所有政策全部都要做，你們等一下到一樓看，他們的賀年卡連署長所有的要求全部都寫在上面，推動分級醫療，然後怎麼樣做的有好幾條，所以這個是當然也是替署長在做廣告啦，他上個禮拜六在我們某一個學會裡面演講的時候他也問我，他說：「如果醫學中心跟區域醫院門診病人要減少 2%，陳主任你覺得會怎麼樣？」我說原則上主要健保政策你要做，醫院是沒有能力去抵抗或者去反對，那目前能怎麼做？我說沒有辦法

怎麼做，哪些病人要減少？那是病人要同意，就是說他原來在某一個醫院看病的病人，就說：「對不起，因為現在健保署要叫我們減，你到別的診所或者別的醫院去看。」是這樣嗎？那最後怎樣，我們減下來對不對？結論呢？就砍醫院的錢，那你砍醫院的錢是沒有錯，你健保可以省一點錢，可是這些病人仍然在醫學中心跟區域醫院，就像初級照護一樣，對不對？這個是你真的結果是可以做到嗎？我不認為啦。

那真正的辦法，就像今天，為什麼大家要這麼在意？就是如果你認為這些案件不應該在醫學中心做，你的支付標準就是 0，你要到醫學中心來，你就是自費，這樣才能讓病人去做，這樣才能做到分級醫療，對不對？我在新加坡、在香港看都是這樣，為什麼他們的住院的占床率都很高，可是住院天數很短？他怎麼做，好，你這個診斷、這個 DRG 平均住院天數 5 天一到，他利用公權力就把病人帶走，到次級醫院去，我們健保做得到嗎？你要做的到，這種分級才能成功，你只是喊政策有什麼用？你現在說所有的醫學中心、區域醫院不要看太多病人，其實現在我們因為總額，我看太多也是這個總額，只有點值少而已，我只是心裡的話啦，我現在以醫學中心...

主席

好，超過我們今天提案範圍啦，那大家就是會後閒聊可以啦，好，謝謝大家，我們今天會議就開到這裡，謝謝。