

「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」

107 年第 1 次臨時會會議紀錄

時間：107 年 05 月 10 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	廖秋鐳(代)	詹代表永兆	顏良達(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
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	吳迪(代)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	吳永隆(代)
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
林代表淑霞	林淑霞	賴代表振榕	賴振榕
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	王代表榮濱	林鳳珠(代)
謝代表文輝	謝文輝	郭代表素珍	(請假)
謝代表武吉	謝武吉	廖代表大富	廖大富
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	(請假)
林代表恒立	林恒立	劉代表志棟	何語(代)
王代表宏育	林誓揚(代)	王代表雅馨	王雅馨
黃代表振國	黃振國	張代表清田	(請假)
張代表金石	(請假)	羅代表紀琮	羅紀琮
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	施壽全
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

周雯雯、陳信婷

衛生福利部全民健康保險會

邱臻麗、馬文娟、盛培珠

中華民國牙醫師公會全國聯合會

潘佩筠

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

宋佳玲

中華民國醫師公會全國聯合會

陳哲維、吳春樺

中華民國藥師公會全國聯合會

洪鈺婷

台灣醫院協會

余靜宜、吳心華、吳洵伶、

王秀貞

社團法人台灣臨床藥學會

林慧玲

台灣醫學中心協會

江弘基

本署臺北業務組

呂婉瑜、陳淑華、王文君、

陳怡如、陳韻寧

本署北區業務組

陳孟函

本署企劃組

吳千里

本署醫務管理組

李純馥、劉玉娟、谷祖棣、

王玲玲、劉林義、鍾欣穎、

林右鈞、陳依婕、吳明純、

宋兆喻、鄧家佩、許博淇、

張毓芬

一、主席致詞：略。

二、報告事項

(一)「107 年度醫院以病人為中心門診整合照護計畫」修訂案。

決定：洽悉。修訂摘要如下，詳附件 1，P5~P20。

1. 同意修定「107 年度醫院以病人為中心門診整合照護計畫」。

2. 配合分級醫療，107 年計畫方向以不增加醫院照護人數及醫院

家數為原則，本署將持續監測穩定病人及在醫院長期開立慢性病處方箋病人之下轉情形。

三、討論事項

(一) 新增「全民健康保險婦女生育醫療整合照護論人支付制度試辦計畫」案。

決議：本案緩議，理由如下。

1. 與會代表就「台灣婦幼全人健康照護協會」所提計畫之預算基準、實施地區、品質管控方式、醫院總額及西醫基層總額匡列之預算、由主責院所負責該照護體系內之轉診是否能真正提升生育婦女之照護品質，及計畫內容與本署現行之論質計畫內容重疊等疑問需待釐清。
2. 107 年總額未編列本項預算，俟建議單位「台灣婦幼全人健康照護協會」提出更完整之計畫並爭取總額預算後再提會討論。

(二) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_上轉」、「接受轉診門診診察費加算」5 項診療項目案。

決議：同意新增轉診支付標準共 5 項診療項目，詳附件 2，P21～P23。

1. 同意新增編號 01034B「辦理轉診費_回轉及下轉—使用健保署電子轉診平台」(支付點數 500 點)、01035B「辦理轉診費_回轉及下轉—未用健保署電子轉診平台」(支付點數 400 點)、01036C「辦理轉診費_上轉—使用健保署電子轉診平台」(支付點數 250 點)、01037C「辦理轉診費_上轉—未使用健保署電子轉診平台」(支付點數 200 點)、01038C 接受轉診門診診察費加算(支付點數 200 點)。
2. 針對支付規範所列「同體系醫療院所(含委託經營)」，後續辦理事宜如下：

- (1) 有關「同體系醫療院所(含委託經營)」名單將先參採醫事司委託醫策會辦理醫院評鑑所列之院所名單。
- (2) 由健保署行文請醫事司提供「院前診所」、「聯盟診所」等同體系院所之定義。
- (3) 中華民國醫師公會全國聯合會如有相關名單請行文通知本署。
- (4) 請健保署各分區業務組蒐集轄內特約醫事機構屬同體系院所之名單。
- (5) 俟診療項目施行半年後，就同體系院所之申報情形，再提會討論。

(三) 新增「全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案」。

決議：因時間因素，與會代表陸續離席，現場已不足法定開會人數，將於下次會議優先討論。

四、散會：下午 17 時 05 分

醫院以病人為中心門診整合照護計畫(草案)

106年2月9日健保醫字第1060001379號公告修訂
 000年00月00日健保醫字第0000000號公告修正

壹、計畫依據

依各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果辦理。

貳、計畫說明

多重慢性病患乃是我國醫療照護系統中最重要之資源使用者，且隨著我國人口結構之逐年老化，多重慢性病的盛行率將逐年升高，其醫療照護課題也將愈趨重要。就提高慢性醫療照護品質及控制醫療成本之觀點而言，如何改變現行醫療照護模式，使成為適合多重慢性病患之整合性醫療照護模式，乃當務之急。

參、目的

- 一 提供多重慢性病人適切、效率、良好品質之醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全。
- 二 配合總額支付制度，提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療之適當整合。
- 三 對於病情穩定之病人，逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。

肆、計畫期間：1057年1月至1067年12月。

伍、預算來源

- 一 由全民健保年度醫療給付費用總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支付本計畫之費用，採專款專用方式辦理全年經費700百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」4項計畫。
- 二 105年度及106年度預算經費上限為3億元。

陸、推動策略

- 一 透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於門診就醫病患提供整合式門診照護服務，避免因重複及不當用藥、重複檢驗檢查、處置等，而影響民眾健康並耗用醫療資源。
- 二 民眾不須登記或簽署同意文件，不限制民眾就醫醫療院所。

柒、執行方式：

- 一 參與計畫之醫院(或整合團隊)：以106年已參與計畫承辦醫院(或整合團隊)得適用一檢附計畫書(如附件1)，向保險人各分區業務組提出申請，並自保險人各分區業務組同意之月份開始實施。~~原已參與計畫者得續適用~~，若服務內容變動需變更計畫書時，應向各分區業務組報備(如附件1)。

二、主要運作模式如下列所示，請於檢附計畫書時填寫(可複選)，並說明實際運作方式及其內容。開設整合門診者，每週至少1診次，每診次至少3小時，且於門診應診時刻表及明顯處張貼說明：

- (一) 高齡醫學或失智症整合門診〔A〕：由醫院整合治療團隊，提供失智症或65歲以上高齡病患一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為K)
- (二) 三高疾病整合門診〔B〕：由醫院整合治療團隊，提供罹患高血糖、高血脂、高血壓疾病患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為L)
- (三) 罕見疾病或重大傷病整合門診〔F〕：由醫院整合治療團隊，提供罹患罕見疾病或重大傷病患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為G)
- (四) 主責照護整合模式〔D〕：無法開設整合門診，惟可指定由主責醫師負責整合，如需照會其他科，仍由主責醫師診療，綜整開立處方箋，並於病歷上記載以備查詢。本項限地區醫院內科、家醫科申報，並於診間外牆張貼「本門診提供整合照護服務」。
- (五) 其他整合門診〔E〕：由醫院整合治療團隊，提供非屬以上(一)至(三)之患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態亦為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為M)

三、照護對象：

(一) 重點照護對象

以106年參與本計畫醫院(或整合團隊)已收案之重點照護對象再持續照護一年。

由保險人依下列條件順序，擷取前一年之申報資料，依106年提供病患名單中，並為：

- 1. 罹患失智症病患看診之該院(或整合團隊)忠誠病患。
- 2. 罹患重大傷病或罕見疾病病患看診之該院(或整合團隊)忠誠病患。
- 3. 罹患高血糖、高血脂、高血壓至少2種以上患者，且前1年慢性病門診就診次數均超過6次(含)以上之該院(或整合團隊)忠誠病患。
- 4. 65歲以上罹患2種(含)以上慢性病，需2科(含)以上看診之該院(或整合團隊)忠誠病患。

註1：前1年係指執行年前2年10月至執行年前1年9月。

註2：該院(或整合團隊)忠誠病患係以該病患在該院(或整合團隊)就醫之慢性病(案件分類為04、06者)、失智症、重大傷病或罕見疾病門診就診次數達一定次數且占各該類疾病跨院所總門診就醫次數比率超過50%以上者優先認定，惟如未有醫院超過50%，則以超過40%且占率較高之醫院認定之。

~~註 3：前述就醫次數之計算，不計中、牙醫、代辦案件、居家與精神疾病社區復健、申報費用為 0 之代檢案件、慢性病連續處方箋調劑等。~~

~~註 4：排除對象包括已參與「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險區域醫療整合計畫」、「早期療育門診醫療給付改善方案」、糖尿病論質照護個案及死亡者。~~

~~註 5：慢性病定義：就醫資料中主次診斷屬於主管機關公告慢性病範圍診斷，且每種慢性病給藥日數全年累計超過 60 日。~~

~~註 6：重大傷病及罕見疾病定義：計畫執行前 2 年之各年就醫資料中主次診斷均有主管機關公告該等疾病範圍之診斷。~~

~~註 7：高血糖、高血脂及高血壓(三高)之定義，詳如附件 2。~~

~~註 8：失智症定義詳如附件 3。~~

~~註 9：65 歲以上老人之年齡以就醫年月-出生年月 \geq 780 月計算。~~

(二)自行收案照護對象

參與本計畫醫院(或整合團隊)得於整合門診自行選定整合照護之對象如下：

1. 不在 106 年所收案之重點照護 保險人提供該院名單中，罹患 2 種(含)以上慢性病，需 2 科以上治療之慢性病人、重大傷病或罕見疾病病人。(例如慢性青光眼中青光眼、視網膜變性同為眼科診治疾病，不得申報整合照護註記)。
2. 保險人於計畫期間另外選定或醫院提報經保險人分區業務組確立之就醫異常或高診次病人。
3. 醫院前一年 自行收案照護對象。
4. 非前述對象，但成立整合門診，確實進行整合照護服務，報經分區業務組核定同意之病人。

四、本計畫採計之醫療費用範圍，係指西醫醫院門診、西醫基層門診及門診透析之申請點數加部分負擔，包含交付機構之申報點數；且排除下列之案件：

(一) 中醫門診、牙醫門診、代辦案件、居家照護與精神疾病社區復健。

(二) 接受其他院所代(轉)檢、慢性病連續處方箋調劑、診察費為 0 之案件件數不計。

五、同一分區業務組轄區醫院，得選擇採院際共同整合照護方式，就各醫院依本計畫柒、三(一)、擇定之「重點照護對象」共同照護。

(一) 採院際共同整合照護方式醫院，應推派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、保險人聯繫窗口、經費撥付等事宜。

(二) 應於計畫書內一併檢送各整合醫院之參加同意書。

(三) 整合團隊於計畫執行期間若發生個別醫院退出情形，須由主責醫院向轄區分區業務組提出申請，退出之醫院當年度整合成效獎勵費用不予核付。

六 整合團隊之個別醫院，於計畫執行期間亦受本計畫壹拾、退場機制規範。

七 本計畫玖、三、(四)之各項整合成效指標計算，如參加醫院中途申請退出計畫，或整合團隊之單一指標合併計算，未達該項成效評量指標時，該項指標費用不予核發。

捌、參與計畫之醫院資格

醫院於執行年之前一年起，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第 38 條至第 40 條中各條所列違規情事之一且經保險人處分者（以第一次處分函所載停約或終止特約日認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）。惟為保障保險對象就醫權益，保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。

玖、費用申報及支付方式

一 照護對象當次就診罹患2種(含)以上疾病，依本計畫門診整合模式就醫者，該筆案件於申報醫療費用時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報柒、二之照護模式註記，其餘欄位依照原方式申報。另案件分類非為04、06、09及E1案件者，不得申報整合照護模式註記。

二 整合照護對象如於整合門診由多科醫師共同看診或以會診他科醫師方式提供整合照護時，可申報多筆診察費。(請於各診察費醫令項目之p16醫事人員欄填報該醫師ID)

三 費用核付：

(一) 個案門診整合費

1. 照護對象當年度申報整合照護模式註記者，每人次支給「個案門診整合費」120點，如獲得國民健康署「高齡友善健康照護機構」之認證，每人次門診整合費增加 10 點，每人全年最多支給 4 次費用；惟依第柒點三、(二)「自行收案照護對象」最高支給人次數不得超過同點三、(一)「重點照護對象」收案支給個案門診整合費人次數(含當年重點照護名單未就醫死亡人數)。

2. 醫師提供整合照護，應於個案之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之科別、疾病別或藥品、處置或檢查類別等，以備查核。未於病歷中載明以上整合簡述資料者，不得申報整合照護模式註記。

3. ~~每一整合照護個案，醫院當年至少到保險人雲端藥歷系統查詢達1次(含)以上紀錄，方給付本項費用。~~

(二) 「同診間多科醫師共同照護者」個案門診整合費加成

整合門診由 2 位(含)以上醫師於「同診間」共同看診(限申報 K、L、M、G 照護模式)且申報 2 筆(含)以上之診察費者，每人次「個案門診整合費」再額外支給 60 點，惟每人全年最多支給 4 次費用。

(三) 失智症門診照護家庭諮詢費用

- 1.本計畫失智症病患經神經科或精神科專科醫師確診評估有諮詢需要，且患者之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表(Mini-Mental State Examination, MMSE) ≤ 23 者，醫院得提供諮詢服務，申報本項費用。
- 2.每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件 4)，併入病患病歷記錄留存。
- 3.支付點數：
 - (1) 每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘者：支付300點，申報編號 P5201C。
 - (2) 每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上：支付500點，申報編號 P5202C。
 - (3) 同院每位病人每年最多支給2次費用。

註：前項「諮詢服務時間」不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。

- 4.本項併門診醫療費用申報，非當日執行，請比照排程檢查案件作業方式申報。醫令類別填「0」，醫令執行時間起迄請填報諮詢服務時間至年月日時分

(四) 整合成效獎勵費

1. 照護對象屬第柒點三、(一)「重點照護對象」，且當年度申報整合照護模式註記達2次(含)以上者，依以下7項「整合成效指標」計算獎勵費用，每人全年最高支付1,000點。
2. 7項整合成效指標及其計分方式如下：

1~6 項指標每項最高以 10 分計算，指標 7 為加分項目，最高 10 分，惟 7 項指標合計最高以 60 分計算。)

指標 1：照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用(院內與院外)

指標 2：照護對象平均每人每月西醫門診就醫次數(院內與院外)

指標 3：照護對象平均每人每月西醫門診藥品項數(院內與院外)

指標 4：照護對象全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率。

指標 5：照護對象全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率。

指標 6：照護對象全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率。

指標 7：(1)照護對象中罹患高血壓或糖尿病等病人之可避免住院率，或(2)整合照護病人健康存摺下載率(以上各類疾病及整體整合照護年度人數須達 20 人(含)以上者，方列入成效計算)。

指標 1 計分方式如下：

參與醫院 成長率及分位數	成長率 ≤ 1.5%				成長率 > 1.5%
	前 25 百分位數	前 26~50 百分位數	前 51~75 百分位數	高於 75 百分位數	
得分	10	8	6	4	0

指標 2~6 計分方式如下：

參與醫院 成長率及分位數	成長率 ≤ 0			成長率 > 0
	前 25 百分位數	前 26~50 百分位數	高於 50 百分位數	
得分	10	8	6	0

指標 7 計分方式如下：

(1) 高血壓或糖尿病等病人之可避免住院率	可避免住院率 = 0	可避免住院率 > 0	
		前 10 百分位數	前 11~15 百分位數
得分	10	6	4

(2) 健康存摺下載率	30% 以上	26~30%	21~25%	16~20%	11~15%	5%~10%
得分	10	8	6	4	2	1

註：

- (1) 以上百分位數均先將各醫院統計結果由小排到大後再進行計算。
 - (2) 指標 7「糖尿病、高血壓可避免住院率」或「整合照護病人健康存摺下載率」將分開評比，並擇分數較高之一項分數納入成效計算。
 - (3) 各項成效指標之定義詳附件 5。
3. 整體整合成效獎勵費 = 1,000 點 7 項指標分數累計值 / 60 該醫院(或整合團隊)符合獎勵人數。
 4. 指標 1~6 成效評量之比較基期為執行年之前一年同期。指標 7 成效評量值以計畫執行期結果計算。
 5. 當年該院如已申報該個案參加保險人其他計畫方案 P 碼醫令案件時，該個案不列入成效計算。

(五) 本計畫「失智症門診照護家庭諮詢費」先以每點1元支付，年度結束時併本計畫其他各支付項目費用辦理結算。

(六) 本計畫除失智症門診照護家庭諮詢費外，其餘各項費用不併門診醫療費用申報，由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，每年於年度結束後辦理結算，如預算不足，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，並於追扣補付系統辦理帳務處理。

四、保險人各分區業務組如審查發現整合照護個案病歷中未載明整合簡述資料，或整合後仍發現有重複用藥或處置時，得核扣該個案之「個案門診整合費」人次費用，並依情況，請醫院提出說明或改善措施及列為下年度參與本計畫之資格參考。

壹拾、 退場機制

醫院於計畫執行期間因違反特管辦法致受停約處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)以第一次處分函日期所載停約或終止特約日起同步終止本項計畫，惟為保險對象醫療照護之延續性，分區業務組得視違規情節，可另予考量。凡經終止本計畫者，各項支付費用不予核付。

壹拾壹、 執行配套措施

一、參與本計畫之醫院(或整合團隊)目標管理點數額度調整：由保險人各分區業務組與轄區醫院依現行作業原則共同議定，惟對於本計畫之效益應予考量。

二、計畫管理機制：

(一) 保險人研議總體計畫架構模式、指標之開發與計算、行政授權與協調。

(二) 保險人各分區業務組受理及輔導轄區醫院申請計畫與觀察輔導醫院之執行，核發費用，並得進行實地訪視瞭解其計畫實際執行情形。

(三) 各計畫參與醫院提出計畫之申請，推動整合照護模式，並參與保險人各分區成果分享活動。

三、觀測指標：不列入「整合成效獎勵費」之計算。

(一)照護對象院內(或整合團隊)固定就診率：監控本計畫實施後，門診病人跨院或跨層級流動。

公式：計畫期間照護對象院內(或整合團隊)就醫次數/照護對象在全部西醫門診就診次數

(二)雲端藥歷查詢率：

公式：整合照護病人查詢雲端藥歷之人數/醫院整合照護收案總人數

(三)健康存摺下載率：整合照護病人下載健康存摺之人數/醫院整合照護收案總人數

(四)自行收案對象整合成效指標分析

公式：比照第玖點三、(四)之指標公式

(五)保險人提供名單中未收案對象醫療利用變化：

公式：比照第玖點三、(四)之指標公式

壹拾貳、計畫實行評估

- 一 保險人分區業務組得不定時至參加計畫醫院實地訪查或以立意抽樣審查方式確定計畫內容是否落實，以作為未來是否准予續辦之考量。
- 二 保險人將於本期計畫執行9個月後，進行整體執行成效之評估，作為研修參考。
- 三 本計畫所核付之款項，請參與醫院應用於鼓勵執行本計畫之整合單位或相關人員。

壹拾參、訂定與修正程序

本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附件 1

_____醫院(院所代號：_____)

變更申請____年「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」

提報日期：

一、 執行計畫內容:

(一) 主要開設整合門診照護模式

高齡醫學或失智症整合門診(A) 或(K)

三高疾病整合門診(B)或(L)

罕見疾病或重大傷病整合門診(F)或(G)

主責醫師整合模式(D)(請敘明科別_____)

其他整合門診 (E)或(M)

(其他整合門診請逐項敘明門診名稱、照護目的及內容)

(二) 請敘明以上門診預訂每週開診時段；另整合門診如由2位(含)以上醫師於同診間共同看診情形，請將其開診時段、醫師數及預計每診人次，另外區分註明。(請檢附最新應診時刻表、網路相關說明及張貼處照像資料供參，如有異動，須通知保險人各分區業務組)

(三) 整合照護病人掛號、看診、用藥諮商標準作業流程

(四) 整合門診或主責醫師如會診他科醫師，綜合評量發現有用藥處置重複情形，請敘明聯繫處理之方式

(五) 辦理本計畫除醫師外，其他醫事人員參與情形說明：

(六) 辦理醫師及醫事人員整合照護相關教育訓練：

(預訂辦理日期及次數)

(七) 整合照護宣導方式：

二、 整合式照護醫療需求評估方式說明

三、 成效評核獎勵經費運用方式(部分應用於個案管理、衛教或藥物整合建議相關費用所需)

附件 2

三高疾病之定義如下：

整合照護病人須同時罹患 2 項以上三高中之疾病者

1. 年度申報主診斷碼為三高相關疾病且領有三高藥品之門診次數兩次以上
且合計給藥天數大於 60 天或住院一次以上者

2. 診斷碼：

~~高血壓 ICD-9-CM：401~405、437.2；~~

ICD-10-CM：I10~I15、I674；

~~高血脂 ICD-9-CM：272；~~

ICD-10-CM：E7130、E752、E753、E755~E756、E77、E780~E789(不含 E7871
及 E7872)、E881、E882、E8889

~~高血糖 ICD-9-CM：250、790.2、791.5、791.6；~~

ICD-10-CM：E08 ~E13、R730、R739、R81、R824

3. 藥品 (ATC)：

(1) 降血壓 C07(排除 C07AA05)、~~C02AC~~、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、
~~C02KX~~、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、
C08DA、C08DB、C09AA、C09CA；

(2) 降血脂 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX；

(3) 降血糖 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、
A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。

附件 3

失智症定義主診斷代碼如下：

~~ICD-9-CM：~~

~~290、291.1、291.2、292.82、294.0、294.1、294.10、294.11、294.8、294.9、331
及 293.1。~~

ICD-10-CM：

F01-F05、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、
G30、G31 及 G91。

附件 4 失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定如下：

- 1.病人姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表(MMSE)評量結果。
- 2.依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
- 3.諮詢服務之日期及起迄時間至分。
- 4.提供服務者職稱及簽章(除醫師外，亦包含社工師或其他醫事人員)。
- 5.接受諮詢服務者簽章及其與病人關係(接受諮詢服務者包括病人或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。

註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間

附件 5 各成效指標定義

指標 1：照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用(院內與院外)

A1.計畫期間(院內與院外)平均每人每月醫療費用＝加總符合獎勵照護對象費用年月醫療費用/12 個月/符合獎勵照護對象人數。

B1.基期期間(院內與院外)平均每人每月醫療費用＝加總符合獎勵照護對象基期費用年月醫療費用/12 個月/符合獎勵照護對象人數。

$$X=A1/B1-1$$

指標 2：照護對象平均每人每月西醫門診就醫次數(院內與院外)

A2：計畫期間(院內與院外) 符合獎勵照護對象西醫門診就醫次數(院內與院外)/月/人＝加總符合獎勵照護對象費用年月西醫門診就醫次數/12 個月/符合獎勵照護對象人數。

B2：基期期間(院內與院外)照護對象西醫門診就醫次數(院內與院外)/月/人＝加總符合獎勵照護對象基期費用年月西醫門診就醫次數/12 個月/符合獎勵照護對象人數。

$$X=A2/B2-1$$

指標 3：照護對象平均每人每月西醫門診藥品項數(院內與院外)

A3：計畫期間(院內與院外) 符合獎勵照護對象開立之西醫門診用藥品項數/月/人＝
＝
加總 [計畫期間(院內與院外) 符合獎勵照護對象在西醫門診開立不同用藥品項數加總/實際申報費用年月月數]/ 符合獎勵照護對象人數

B3：基期期間(院內與院外) 符合獎勵照護對象開立之西醫門診用藥品項數/月/人＝
＝
加總[基期期間(院內與院外) 符合獎勵照護對象在西醫門診開立不同用藥品項數加總/實際申報費用年月月數]/ 符合獎勵照護對象人數

$$X=A3/B3-1$$

※指標 3 加總[計畫期間(院內與院外)每人每月開立西醫門診不同藥品之品項數加總/實際申報藥品之費用年月月數]公式補充範例：

別病患計畫期間藥品品項數之計算：

假設甲病患 201504、201505 開立藥品如下：

費用年月	藥品項目代號	院所
201504	A047792177	A
201504	B024603100	B
201504	B024708100	C
201505	A047792177	A
201505	B024708100	A
201505	B024708100	B
201505	B023016100	A
201505	B024603100	B

則甲病患費用年月 201504 開 3 種品項；201505 開 4 種品項。

2.各病患計畫期間(院內與院外)各費用年月西醫藥品品項數統計如下：

費用年月	201504	201505	2015/06	2015/12
甲病患藥品品項數	3	4	6	未就醫且未領藥
乙病患藥品品項數	2	10	2	3
丙病患藥品品項數	0	0	0	0
丁病患藥品品項數	3	2	0	4

3. [計畫期間(院內與院外)每人每月西醫門診開立不同藥品之品項數加總/實際申報費用年月月數]:

甲病患計算結果 $= (3+4+6)/3 = 4.33333\dots$ ，因有一個月未就醫，故實際申報費用年月月數為 3，而不是 4。

乙病患計算結果 $= (2+10+2+3)/4 = 4.25000$ 。

丙病患計算結果 $= 0$ 。

丁病患計算結果 $= (3+2+4)/3 = 3$ ，因有一個月未開藥，實際申報費用年月月數為 3，而不是 4。

4.加總[計畫期間(院內與院外)西醫門診每人每月開立不同藥品之品項數加總/實際申報費用年月月數]

$$= 4.33333\dots + 4.25000 + 0 + 3 = 11.58333\dots$$

指標 4：照護對象全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率

A4：計畫執行期間全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率

B4：比較基期之全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率

※全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率=

分母符合獎勵照護對象照護對象中同 ID 跨院所不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數/符合獎勵照護對象全國跨院所降血脂藥物之給藥日數。

$$X=A4/B4-1$$

說明：

- 1.門診(西醫基層+西醫醫院)之降血脂藥物(口服)給藥案件。降血脂藥物(口服)係指 ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- 2.給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6。

指標 5：照護對象全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

A5：計畫執行期間全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

B5：基期計畫執行期間全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

※全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率=

分母符合獎勵照護對象照護對象中同 ID 跨院所不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數/符合獎勵照護對象全國跨院所降血壓藥物之給藥日數總和。

$$X=A5/B5-1$$

說明：

- 1.門診(西醫基層+西醫醫院)之降血壓藥物(口服)給藥案件。降血壓藥物(口服)係指 ATC 前三碼=C07(排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02AC、~~C02CA~~、C02DB、C02DC、C02DD、~~C02KX~~、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- 2.給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6。

指標 6：照護對象全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率

A6：計畫執行期間全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率

B6：比較基期計畫執行期間全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率

※全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率=分母符合獎勵照護對象
照護對象中同 ID 跨院所不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之
給藥日數/符合獎勵照護對象照護對象全國跨院所降血糖藥物之給藥日數總
和。

$$X=A6/B6-1$$

說明：

- 1.門診(西醫基層+西醫醫院)之降血糖藥物(口服)給藥案件。降血糖藥物(口服)係指 ATC 前五碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK，且醫令代碼第 8 碼為 1 者。
- 2.給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)。

指標 7：整合照護對象中罹患高血壓或糖尿病等病人之可避免住院率

A7：15 歲以上該類病人住院主診斷為糖尿病或高血壓住院件數

B7：15 歲以上該類病人整合照護人數

$$X=A7/B7$$

說明：

- 1.A7 排除轉診、生產 MDC14、MDC15、同日進出之住院個案，高血壓並排除心血管手術案件
- 2.15 歲以上以就醫年月-出生年月 \geq 180 月

備註：以上 7 項指標共同規定如下

1. 「照護對象人數」指計畫執行期間醫院申報「重點照護對象」整合照護模式註記達 2 次(含)以上且未申報參加保險人其他計畫方案 P 碼醫令案件者(但本計畫給付之失智症門診照護家庭諮詢費用醫令代碼 P5201C、P5202C，不予扣除)。
2. 符合納入計算範圍之門診費用受理日期小於等於次年 1 月底。
3. 各指標計算結果，以四捨五入取至小數點以下第 4 位(如：0.00005 \approx 0.0001)列計。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

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
<u>01034B</u>	<u>辦理轉診費_回轉及下轉</u> <u>-使用健保署電子轉診平台</u>		Y	Y	Y	<u>500</u>
<u>01035B</u>	<u>-未使用健保署電子轉診平台</u> <u>註：</u> <u>1.適用對象：</u> <u>(1)回轉：院所對收治之上轉病患，其病情穩定後，已無需於該院所繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病患同意，轉回原診療或其他適當之院所。</u> <u>(2)下轉：院所對收治之病患，其病情穩定後，已無需於該院所繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病患同意，轉診至特約類別較低層級之適當院所。</u> <u>2.執行規範：</u> <u>(1)院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。</u> <u>(2)院所針對同一病患之轉診，不應分科分次轉出，應同院整合後辦理。</u> <u>(3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</u> <u>3.申報規範：院所除當次就醫之診察費外，可另申報本項轉診費用。</u> <u>4.下列情形不得申報本項費用：</u> <u>(1)同體系醫療院所間（含委託經營）之轉診案件。</u> <u>(2)已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</u> <u>(3)已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。</u>	Y	Y	Y	<u>400</u>	

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
<u>01036C</u>	<u>辦理轉診費_上轉</u> <u>-使用健保署電子轉診平台</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>250</u>
<u>01037C</u>	<u>-未使用健保署電子轉診平台</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>200</u>
	<u>註：</u> <u>1.適用對象：院所對無法處理病情之病患，因醫療需要，經病患同意後，轉診至特約類別較高層級之適當院所。</u> <u>2.執行規範：</u> <u>(1)院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。</u> <u>(2)院所針對同一病患之轉診，不應分科分次轉出，應同院整合後辦理。</u> <u>(3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</u> <u>3.申報規範：院所除當次就醫之診察費外，可另申報本項轉診費。</u> <u>4.下列情形不得同時申報本項費用：</u> <u>(1)同體系醫療院所間（含委託經營）之轉診案件。</u> <u>(2)已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</u> <u>(3)已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。</u>					

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
01038C	<p><u>接受轉診門診診察費加算</u></p> <p>註：</p> <p>1.<u>適用對象：接受申報01034B-01037C之轉診案件</u></p> <p>2.<u>執行規範：</u></p> <p>(1)<u>院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。</u></p> <p>(2)<u>接受轉診後，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原轉診院所。</u></p> <p>(3)<u>執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</u></p> <p>3.<u>申報規範：申報本項轉診費用者，當次就醫得再申報門診診察費，此次門診不列入院所原門診合理量計算。</u></p> <p>4.<u>下列情形不得申報本項費用：</u></p> <p>(1)<u>同體系醫療院所間（含委託經營）之轉診案件。</u></p> <p>(2)<u>全民健康保險轉診實施辦法第11條之視同轉診情形者。</u></p> <p>(3)<u>已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</u></p> <p>(4)<u>已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」承作醫院初評評估費者。</u></p>	Y	Y	Y	Y	200

107 年度第 1 次臨時會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與會人員發言實錄

前言

主席（李組長純馥代理）

各位代表請就座，容我說明，因為主席臨時到部裡開會，但她覺得共擬會議很重要，所以囑咐我先主持，等她回來之後就由她接續。剛剛跟議事人員確認現在代表人數已經過半，所以會議正式開始。是不是還有一些代表在外面？請同仁請代表進來。這是今年的第一次臨時會，原來共擬會議的時程不是 5 月開，是 6 月，所以有提早。那提早的原因，大家都很清楚，有些是因為總額協商要做的事情，所以就提早開會，有草案我們就提早提會討論。就上次會議紀錄有沒有代表要修訂或是提問的部分？好，請淑霞代表。

林代表淑霞

不好意思，因為上次會議我沒有代表參加，這次有個問題想請教一下，就是有關上次會議紀錄，在第五頁（四）Tw-DRGs 討論案，在決議的紀錄，我想可能還是代表區域醫院要求再做一個釐清，為何區域醫院的基本診療加成從 6.1% 降到 2.2%，上次會中是否有提供具體的佐證說明要降到這個百分比的理由？而且這個下降幅度非常高，下降幅度高達 63.9%，是三個層級最高的。與此本人代表全國區域醫院還是在這邊表達一點意見，對紀錄的決議區域醫院並沒有同意。

另外，假如有機會再重談 Tw-DRGs，建議應該回歸 DRG 的專業，醫界曾經向歷任的包括從早期的衛生署署長、到部長，都反應過，全世界沒有任何國家於總額上限制的支付制度之下做 DRG，這是一個醫療資源運用非常專業的議題，所以請署本部應重新進行全盤的考量，參考已實施國家真正的內涵並多尊重醫界的專業建言，以上建議，謝謝。

主席（李組長純馥代理）

淑霞代表是這次更新的代表，所以上一次她並沒有參與我們的討

論，不過後續的會議辦理情形追蹤表，同仁會報告針對 Tw-DRGs 的部分，我們有被責成要再邀集會議、再做討論。好，我想在那個會上，淑霞主任可以再做更多更具體的一些建議。

其他代表對於上次會議紀錄有要提問或修正嗎？好，如果沒有，我們是不是就進到會議辦理情形追蹤表第 7 頁這邊，請醫管組的同仁做一下說明。

宋科員兆喻

各位代表長官好，這次會議決議辦理情形追蹤表共 10 項。序號 1 「支付標準成本分析調查案」，考量地區醫院尚未提供資料，及醫學中心與區域醫院協會已回復之資料尚未齊全，本署於 107 年 4 月 30 日再次函請醫學中心及區域醫院協會補充完整資料，並請地區醫院協會儘速回復 21 項診療項目成本分析調查，俟資料完備後，再提至本會議報告，建議繼續列管。序號 2 藥師公會全國聯合會所提出「新增臨床藥事照護費」案，本案於 107 年 3 月 2 日與藥師全聯會召開討論會議，並陸續就方案細節進行討論，本案將提本次會議討論，建議解除列管。序號 3 有關放寬 COPD 醫療給付改善方案之參與院所資格，依前次會議決議，有關鼓勵藥師參與計畫教育訓練，因後續須監測藥師受訓情形，除本項繼續列管，其餘解除列管。

序號 4 「107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案、序號 7 支付標準增修「六分鐘步行測試」等 7 項診療項目案、序號 8 支付標準編號 83081B 「立體定位術-切片」及 83082B 「立體定位術-抽吸」，支付規範增列口腔顎面外科專科醫師施行案，這三案已於 107 年 5 月 3 日報請衛生福利部核定，建議繼續列管。序號 5 全民健康保險中醫急症處置計畫案，已於 107 年 5 月 1 日以健保醫字第 1070005354 號公告自 107 年 5 月 1 日起生效，建議解除列管。

序號 6 「106 年上半年特約院所執行支付標準未列項目之申報情形及處理流程」，有關 VPN 系統未列項新增中文名稱收載欄位一事，自 107 年 5 月 3 日起提供院所申報，建議解除列管。序號 9 Tw-DRGs 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案，因前次會議紀錄公開後，本署

接獲各界反應意見表示對於實施內容仍有疑慮，考量 Tw-DRGs 實施屬重大支付制度變革，近期將再召開醫院與專科醫學會之座談會，綜整座談會與會代表發言內容，再提本會討論，建議繼續列管。序號 10 全民健康保險跨層級醫院合作計畫修訂案，已於 107 年 4 月 25 日以健保醫字第 1070005238 號公告，自 107 年 5 月 1 日起生效，建議解除列管，以上。

主席（李組長純馥代理）

好，謝謝，因為這次是臨時會，所以有一些項目還在走程序，我們還是依往例繼續列管，在下次會議有新的進度再提。針對醫管組的同仁所講的會議辦理情形部分，各位代表有沒有什麼要提問的？好，請朱代表。

朱代表益宏

主席，我想請問一下，就是序號 6，未列項的申報狀況，現在是建議解除列管，我不知道之前是說，好像是做一段時間然後要提出報告還是怎麼樣。因為未列項在上一次會議的時候有說有些是屬於已經支付的項目，有些確實是未列項目，所以這部分好像上次也有決議說，針對未列項要做，就是支付標準沒有的，要請專科醫學會提出新增的要求，那這些東西其實都還在進行中。所以我是建議這部分可能要持續列管，該提新增的是要列到年度計畫裡面還是要怎麼樣處理？如果已經是現有的支付標準可以涵括的，是不是可以要求從什麼時候開始就必須要用現有的支付標準去申報，所以這個後續的流程部分也沒有看到，所以我建議持續列管，可能後續還是要做一些進一步的處理，謝謝。

主席（李組長純馥代理）

這個我說明一下，大家剛剛看到資料第 4 頁，這個案子其實是因為我們每半年要在這個會議上報告未列項申報的情形，其實就是依之前會議的決議，每半年要提報一次執行的情形，所以並不是因為這個案子解除列管就不會再提。也就是說，如果 106 年下半年還有一些新

項目的已經有未列項，或是申報情形，我們一樣會在這個會上報告。那只是針對 106 年上半年的執行情形部分先解除列管。因為上次代表在第二點的部分要求我們新增中文名稱欄位，我們後來也新增欄位，就是讓大家 key 的時候可以中、英文都 key，這部分因為已經完成了，所以解除列管，先做這樣的補充說明。

其實朱代表所關切的是，我們是不是就從此不再報告未列項？不會，因為這個是例行性，就是未列項的申報情形跟處理，我們都會做報告。

朱代表益宏

預計大概在哪一個月份會提？

主席（李組長純馥代理）

醫管組要不要補充說明？9 月好不好？9 月，好。

朱代表益宏

那如果他是已經有支付標準去涵蓋的，那現在這部分已經也函文醫療院所以後不能報那個，你們要改報這個還是怎麼樣？

谷專門代表祖棟

跟大家報告一下，因為我們現在彙整完之後，不管是屬於真正的未列項或是屬於已列項目都會請學會幫我們確認，確認完之後會分別規範，屬支付標準已列項目不應比照申報，屬未列項目會統一規範比照項目並公告在網站上面，以上。

朱代表益宏

上次已經確定說有好幾百項，然後裡面有多少項是屬於已列項？

谷專門代表祖棟

那是我們初擬的意見，我們還是要請學會協助確認。

朱代表益宏

所以專科醫學會還沒有確認？

谷專門代表祖棟

對。

朱代表益宏

如果還沒有確認，那是不是這個也是在 9 月份會一併做說明嗎？好，謝謝。

主席（李組長純馥代理）

好，謝代表。

謝代表武吉

我對第 9 案，感覺上你們的辦理情形第三行有「疑慮」這兩個字，這表示是不是說我們健保署在做這個 Tw-DRGs 這個案件做的沒有仔細？或者是不認真？或者是故意欺騙老百姓？這到底是什麼？有沒有人要給我們了解一下？沒有，上次討論到 6、7 點鐘，6 點多，那現在又要再討論一次，這不是很過分嗎？

主席（李組長純馥代理）

這其實是因為把住院 30 天之個案拿進來以後，大家需要一點時間去消化差異度，那當然這中間還有包括 outlier 要怎麼去審查，在細緻面上面、推動上大家都覺得需要再蒐集意見。當然你要我承認說我們做得不好，因為確實我們也沒有那麼多人，澳洲是 200 人，我們只有幾個人，所以很難像其他國家那麼細緻。但因為我們有各位醫院的代表提供我們很寶貴的意見，所以我覺得雖然我們不是 200 人的團隊，可是我們是幾千個在醫院兢兢業業的專家及先進給我們建議。就是因為他們的建議，讓我們看到自己的不足。我們總希望事情能圓滿，當然也對不起各位代表，讓大家這麼辛苦陪我們一起協商完結果，還是沒有辦法馬上上線。

謝代表武吉

你們雖然自己認為說有一點 miss，但是我是感覺上，這裡面應該要有一些可以落實來執行的地方，為什麼不先去落實執行這一塊呢？

應該要執行是不是要執行，這是三個層級都一樣，也沒有差異性。

朱代表益宏

主席我覺得這個程序上我是覺得有一點怪怪的，因為我們這個會議是依照健保法授權成立的一個，他是有法定地位的會議。如果這個會議通過的話，基本上他是要有某些法定的程序，為什麼這個會議已經通過的案子然後外界有反映，這個外界到底是 1 個人有反映，還是幾個人反映，還是 2,300 萬個人都反映？

謝代表武吉

你先說你代表地區醫院講話。

朱代表益宏

今天代表地區醫院講話，謝謝理事長提醒。我今天是地區醫院的代表，身分是地區醫院的代表，不要作其他聯想。我是覺得就是說到底這個外界的疑慮是什麼樣的外界疑慮，他是一個人就可以去質疑我們這個會議的決議嗎？還是少數的幾個人就可以去質疑我們的會，或是某一個團體或是專科醫學會他就可以來質疑我們這個會議的法定的程序嗎？如果是這樣的話，那是不是以後我們所有的會議決議以後，只要把實錄公開，那只要有意見進來就要重啟討論，所以這個到底重啟討論的標準在哪裡我覺得這個要釐清，那或是說所謂的外界有疑慮，那到時候重啟討論的時候，這外界的疑慮是不是要讓大家知道，某一個單位或是某一個人他有什麼樣的疑慮，是不是要拿出來？還是說你們綜整以後又告訴我們說這個不同意，我覺得這樣子在法律的程序...，內容我先不去討論，但就在程序上我覺得外界的疑慮，外界有很多的反應，到底能不能改變我們這個法定的會議的決議，我覺得這個要去考慮，如果可以改變的話，那以後這個會就不用開了。

謝代表文輝

這裡面沒有說要改變啊。

朱代表益宏

有，他是說上次已經決議了，決議以後說要重啟討論啊，因為外界有疑慮所以我們要重啟討論，意思是這樣，但是這個會議關於 Tw-DRGs 我們已經有結論了，會議事實上是已經有結論了。

主席（李組長純馥代理）

謝代表。

謝代表文輝

我是覺得這個寫的是沒有抵觸上一次會議的決議，因為他沒有內容，他沒有寫細節是哪裡，我是覺得在執行之前大家有意見當然要討論，對不對？大家在執行面有問題當然要提出來。我是覺得署裡長官也很開明，大家有意見看怎麼樣解決，如果實際執行面會有窒礙難行的地方一定要稍微去 modified 修正，但是他這裡目前沒有內容，所以我覺得沒有抵觸上一次開會的決議，未來在討論的時候，處理技術性的問題還是要依據上一次開會的原則，原則是這樣還是依照原則，但是執行細節的部分我們可以再訂的詳細一點，我是覺得寫這個應該是顯現健保署希望把事情做好，大家有意見盡量提，未來 7 月真的開始執行，沒有人講說 7 月不開始執行。

像決議的 7 月、9 月、11 月在這裡沒有說要改，那裡面的一些基本的原則也沒有說要改，現在在執行面有細節可以那個的時候，那當然原則上未來在討論的時候，當然要遵照上一次的決議的原則，我想這個目前應該也不必太...，等下次開會的時候那就請各位代表堅守上一次決議通過的那些原則，不要抵觸，因為如果你要翻原則就要提覆議案了，就是這樣了，難道不是這樣嗎？

謝代表武吉

主席，如果是這樣的話，用這種方式來處理的話，那我們這個會可以馬上解散，不要再開了，既然已經決定了，開到 6、7 點，6 點多，我們回去高雄都 9 點多了，還要這樣再受折磨嗎？不必了，拜託主席，如果這個案就是不執行的話，表示對健保會的代表也不尊重，表示對

那天來參加的代表也都不尊重，那就...，已經講了7月、9月、11月份，你該執行就執行，我們健保剛開始做的時候是說先上路，慢慢地改，我們這個也可以這樣啊，一樣先上路，慢慢改，一樣，你該做的還是決議一定要執行，我剛剛有說過，應該可以做的都先做，不能做得再拿出來旁邊再說，不用說外界有疑慮，剛剛有人問過，到底是什麼外界，是黑道的外界，還是白道的外界，或是綠道的外界，還是藍道的外界，橘道的外界？都不曉得，所以我這個案子我是感覺上，這種我不能夠接受的原因，謝謝。

主席（李組長純馥代理）

其實我們健保署當然希望一個重大的政策在推動前，如果大家有一些聲音就多傾聽。其實這個會議就是要傾聽他們的意思，我們並沒有因為這樣就不按照原來的時程。因為我們在上次決議後，還有後續程序，只是現在程序還沒有走到預告，我們現在是先被要求先做溝通會議。有大部分與會人員是有醫師背景的院長代表，有些醫學會確實沒有到會議上，很多是醫師的意見，或是收重症的醫師有看到一些狀況，我想都是需要傾聽。因為不一定是第三階要上，我們一起公告的是第三、四、五階，所以並不代表七月沒有要上第三階。有些醫師透過不同管道反映有關第四、五階的疑慮，希望我們能多說明。

其實我的層級也沒有很高，等一下主席會回來，若各界在這制度推動上還有更多的建言，我想在那次的溝通會議，一定會邀各位一起與會，尤其是院長層級的。是不是到時候在那個會議上，大家再表達想法、互相理解？請謝代表。

謝代表文輝

基本上我想剛剛主席講的，我是覺得一個正式的法定會議他的決議當然有他的法定的一個尊嚴，當然很多意見做長期，不只今年、明年、後年都會，因為醫療一直在進步，有很多東西其實都一直隨著去修改，所以討論聽大家意見是應該的，但是法制的這個程序要堅持。未來聽大家意見，還是應該依照上一次開會開到6、7點時所做的原則。

我是覺得主管單位要堅持一定的原則，如果你有這樣的宣示，我想大家都可以接受，隨時有什麼意見大家來談，讓它更完善，我是覺得這是大家一定會支持！未來如果像有學會...因為學會比較沒有參與，有來的話我們也願意大家一起來討論，我們一起來參與，但是就是已經通過的原則要堅定、要堅守。

主席（李組長純馥代理）

請朱院長。

朱代表益宏

我覺得這邊像剛剛看到有幾個項目已經通過，包括加成、包括 Tw-DRGs 實施的時程，這些事實上都已經會議紀錄白紙黑字是通過的，包括 7、9、11 都通過嘛~所以我是覺得說如果不改這些已經通過的東西，另外再去做些微調我不反對。但是如果說照剛剛我們主席講的 7 月份會如期實施，9 月、11 月 2 階其他有意見，會不會實施...後面沒有講出來，我是覺得如果是這樣子就可能要思考，因為我個人對 Tw-DRGs 什麼時候實施應該要尊重大家意見，如果你真的要徵詢意見其實專科醫學會在分類的時候我相信健保署就已經跟他們討論過，所以在分類的...為什麼會分出一千多項，是很多專科醫學會跟大家表達不同意見，在分類上就會慢慢增加，如果這一部分的東西之前已經徵詢過了，尤其經過我們這個法定的會議決議，我覺得是不應該去修改會議決議，而且是白紙黑字的結論都已經寫在這邊，如果真的是要修改應該剛剛講的要走程序嘛~你要走覆議程序，就不同意見提，而且覆議還有時間，在多久通過以後時間之內要提出覆議，要走這個程序，不然的話一旦是確定...我覺得這必須要去堅持住啦，今天不光是這個案子別的案子也是一樣去堅持住，不然你等到徵詢意見以後，內容真的去改了。當然謝代表認為說這個不改就沒有問題，但是我聽起來好像真的會改到內容啦，我是有點擔心所以再次提醒署裡面經過這個法定的會議決議，你只有走覆議程序才能去改，再不然就是你報署長，那只有署裡去裁嘛，會議決議是這個但是署裡面有兩個不同意見結果去給署長裁，只有這兩條路，謝謝！

主席（李組長純馥代理）

謝謝，對於上次會議的辦理情形的部分大家還有沒有意見？沒有，那我們進到報告事項。

報告事項

第一案

案由：「107 年度醫院以病人為中心門診整合照護計畫」修訂案。

主席（李組長純馥代理）

這個是我們原來就已經辦理的「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，從 98 年實施到現在也看到了一些成效，因為這個計畫配合今年 2% 要下轉的概念，就想說不要再增加，尤其是大醫院的照護人數，所以我們就維持原來的計畫繼續推動，照護人數不增加。當然我們也希望說由醫院整合好的一些慢性病人，如果可以的話也能鼓勵醫院做下轉的動作，不曉得代表有沒有意見？

林代表富滿

在報 1-4 頁第三點照護對象「以 106 年已收案照護對象再持續照護一年」，現在已經 107 年 5 月了，建議公告日前收案的就可以，之後不要再新增。因為這個字眼表示 107 年迄今已經收案也不納入整合照護對象，是不是？

劉專門委員林義

其實我們個案有兩種，一種是重點照護對象，為本署給院所的名單，今年我們就不再給，就維持 106 年。第二種是自行收案對象的那塊，自行對象本來就可以繼續收，可是我們給付有規定自行收案不能超過重點照護對象的人次。

林代表富滿

所以這是不含自行收案對象，謝謝

黃代表雪玲

組長，所以我確定一下，今年自行收案還是可以收？

主席（李組長純馥代理）

是。

劉專門委員林義

對，他不要超過...

黃代表雪玲

不要超過去年總名額就對了，OK。

主席（李組長純馥代理）

還有代表有意見嗎？請，王代表。

王代表雅馨

主席、各位代表好，首先我看到這個整合計畫，我非常肯定健保署以病人為中心的門診整合照護計畫，我們也是希望以病人立場來提出我們幾個觀點，因為他這裡有提到預算來源主要用於四大項，「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」，等於是說，我的了解就是用在這四個層面上面嗎？就是說7億的錢用在這四個計畫嗎？

那我覺得很好是說，他包含了同家醫院層級還有區域的部分，還有急性後期，還有跨層級，我真的希望各位代表聽到及重視我們病友的聲音，我舉個例子，就是我最近跟一個病友在溝通的時候，真的很可憐，也很無助，他在北部某家醫學中心就診，因為有糖尿病所以去新陳代謝科，他看了三年，可是他後來發覺有點蛋白尿，請新陳代謝科醫師看可不可以幫他 take care 他的腎臟，新陳代謝科醫師也沒有幫他作檢查也沒有幫他轉介至同家醫院的腎臟科，所以他自行又在同家醫院掛號腎臟科並赴診，然後與腎臟科醫師第一次見面，醫師可能講得也不是很清楚，沒有解答他的疑慮及困惑，所以又跑到基層診所去

做健康檢查，其中一項是腎臟超音波，可是基層診所只給他檢驗報告，也沒有作詳細的解說及衛教，所以他後來也不知道要怎麼辦，他又跑到另外一間醫學中心再去確認腎臟，那這位腎臟科醫師是位年輕醫師，非常有熱情，他就幫他解說可能的情況，因為我們知道糖尿病大概有四成會有腎病變，所以也幫他作了一些檢查，可是又發現他的高血壓控制不太好，所以他又在原來的醫學中心掛心臟科看心血管疾病，然後請他回診，再跟那個醫生說你可不可以幫我的血壓用藥做一些調整，這位病友一個禮拜就往醫療院所連續跑就診了五次。由這個例子可以看出，每家醫院內部的資源整合需要有更多積極的作為，還有跨層級醫院之間的合作也有很大努力的空間，此外糖尿病與慢性腎臟病照護系統及資源的統合，還需有更積極的規劃及落實方法，才能截斷一部份日益增加的洗腎人口的來源。

我為什麼舉這個例子，我真的是強烈的呼籲請每位代表，在自家醫院的整合上面要多做整合及努力，你看，光他在同一間醫院就看了三科，他還要每一科自行掛號，再花另外的時間就診，我相信這絕不是單一個案，其實我們也聽到很多類似的狀況，很多病人為什麼一直跑醫院，因為他的問題沒有得到解決，所以這個老人家一個禮拜跑了五次，而且三科都在同一家醫院，所以我非常肯定健保署以這個方案，就是以醫院內部還有區域整合的，還有跨層級的方式來做，這些我們真的需要落實來做，因為病人真的很需要整合式的醫療，而不是說我們像工廠式的作業生產線，將病人送到每個站而已，病人所獲得的大多是片斷的照護資訊，這樣對我們來講也是大家都非常辛苦，也會造成血汗的醫護，所以我們再次的強調要正視整合的問題，我希望不是流於表面形式，還有包含像有些跨層級，像本身我們有去基層院所就診，像我有用一些藥劑，咳嗽很久，胸腔可能有問題，可是醫師可能跟我說那你可能再看看，也沒有幫我上轉到推薦的醫院，這些配套沒有條列讓我們病患知道說我們就診附近區域有哪些醫療院所是可以轉診的。所以這中間有很多細節，是需要被審視及強化實質內容。

這部分我們真的很肯定這個計畫，可是怎麼去落實及執行，而且就是

說真的是以病人為中心的需求來做整合的規劃，這也是幫助健保的永續及醫療資源妥善合理的運用。我們希望這四大項可以確實的落實，這樣才是全民之福。希望這四大項不是只有落在這幾科，因為我看到上面寫了幾大科，三高之類的，這部分是很多病友需求的，很重要的沒錯，但就是說以我們一般病友的觀察，目前這些整合確實不夠，以上，有鞭策也有期待，這部份需要大家集思廣益，一起為健保的永續及優化，營造對病友更友善的環境來努力。

主席（李組長純馥代理）

謝謝，請，黃代表。

黃代表雪玲

請教一下報 1-4 頁，照護對象以 106 年已收案的為主，如果我是新收的案我可不可以一樣照這個模式，只是你們不給錢，我照收可不可以？因為像我們醫院會對罕病病人，我們每年都有新病人，但是以你這種計畫，這種個案不能當作整合的收案，但是我們一樣提供那樣的模式，因為像這種我們就是同一天其實很多醫師都幫他看診，那如果他合併，他可以免掉很多部分負擔，如果他是還沒有認定是重大的時候，我們這種是一樣可以照這種模式收案嗎？新的。

劉專門委員林義

妳是說新收案名單嗎？

黃代表雪玲

他去年整年就不在名單內的。

主席（李組長純馥代理）

請，謝代表。

謝代表武吉

報 1-9 頁，現行條文裡「同診間多科醫師共同照護者」個案門診整合費加成，這個好像跟設置標準有抵觸的樣子，設置標準都有，那病人的資料保護法內沒有說一個診間有六、七個醫師裡面看一個病人，

除非是教學單位，所以請署內審慎考量一下。還有他的支付點數每次執行服務時間，未達 30 分鐘支付 300 點，這是一個診間的醫師還是一位醫師的諮詢時間，這要分兩種，這裡沒有說的很清楚，所以說請教主席這個問題，不是找碴哦，是我們不會才向妳請教。

主席（李組長純馥代理）

請，林義科長。

劉專門委員林義

剛謝代表提的是失智症門診照護家庭諮詢費用，那個指諮詢的時間，跟前面講的同診間多科醫師不一樣。同診間多科醫師，我們是考慮假設一個整合門診，因為醫師專長有限，可能需要另一個醫師在場，那針對這樣就多給一點錢，只是這個用意而已，就多支給 60 點。

主席（李組長純馥代理）

請，羅代表。

羅代表永達

主席，各位代表好，因為早上在談分級醫療，那分級醫療談到說，現在目前希望基層能夠增加包括我們剛講的自行收案，包括署裡給的適合整合收案的 case，剛署裡長官有說，我們原則上維持 106 年就不再增加，地區醫院可不可以例外？其實我們是繼續再成長，包括基層也是，因為基層無所謂整合的部份，那的確裡面就是很尷尬，因為我們希望這些病人數變多，我們也知道署裡面在 107 年當中事實上人數是增加的，那現在沒有鼓勵大型的醫院增加，那地區醫院可不可以隨著人數的增加，不受限 106 年就維持那樣的水準，以上。

劉專門委員林義

因為現在已經五月了，所以我們就想這個計畫先暫時依照去年的方式做，只是說我們不增人數而已。當然這計畫將來怎麼配合分級醫療做修正，我們覺得找出一個比較好的整合模式的確是需要的。所以這個我們可能會，因為現在各個分級醫療大致上都已經確定，那現在

我們要作的就是怎麼配合分級醫療去做一個修正，這個後續可能會再找大家一起作討論，今年就暫先維持去年的樣子做。

羅代表永達

因為現在整合門診，不管是哪個層級哪個區域，大概都把他當成重點，像中區的話，這個是我們的指標，就是希望我們儘量去參與，那因為受限於今年大型醫院門診數的部分一起考量，所以維持106年，包括預算考量，這我了解，那地區醫院不是在這樣，你把地區醫院考量成全部醫院的那個狀況，那似乎是沒有考慮到我們的特別性，所以我在這裡提到說，那如果地區醫院的，因為我們能夠收案的數量不能大於署裡面給我們的數量，所以你們那邊增加，我們這邊收案才能夠跟著增加，所以理論上我們不應該受這樣的限制。

主席（李組長純馥代理）

其實我們覺得說，如果...，請，謝代表。

謝代表武吉

這個我們在報 1-3 參與計畫醫院，我是感覺上，因為我們 7 月份以後就開始有 2% 的問題發生，那早上副署長也談過了，可能會下降的百分比是約在 1.5 百分比，那 1.5 百分比，此段絕對與本計畫有相關，這個應該是可以增加地區醫院這個方面的需求，如此對整個分級醫療轉診制度才會更有效，所以地區醫院應該不能夠排除在外，今年現在如果要參加的要鼓勵他來參加才對，這樣對我們整個垂直整合分級醫療轉診制度才會更有功能、有效益、有成果。

主席（李組長純馥代理）

現在地區醫院沒有參加的家數或是有參加的家數，能不能請我們同仁等一下說明？很抱歉這個計畫我們提的有點晚，所以造成大家的一些困擾，因為我們本來是想要修這個計畫，然後提早公告。可是內部經過討論後覺得，在要求醫院要下轉相對穩定的病人，然後又去公告醫院以病人為中心的門診整合計畫，感覺又怪怪的，所以才會先維持，可是現在已經在收了，所以我們維持原來的。

我懂剛剛地區醫院的代表所提的，如果個案從因為現在要做分級醫療，有個案下轉下來，而且他原來是醫院整合門診的 case，因為你們也需要用整合的概念去看，我覺得這部份可以再研究，就是不列入今年人數的限制，可是這個我們還要經過一些評估，因為怕預算不足，所以我想說可以來研究剛才代表提的意見。

黃代表雪玲

主席，如果是這樣，那剛才提的我們醫院也是照顧那些罕病個案，這並不在門診減量 2% 範圍，罕病地區醫院 care 就比較少，如果地區醫院新收個案可列入給付，是不是一視同仁，我們多出來的新增罕病的病人，理論上也是要納入給付啊，如果不給付是不是就一視同仁，如果要給付是不是新個案我們應該也可以，只要我們不是輕症的個案，應該也要納入給付。

主席（李組長純馥代理）

陳代表您要發言嗎？

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

不是阿，剛剛他講說罕病如果你們還是要限制，那我就說不要看阿，要不然怎麼辦？

謝代表文輝

我想原則上應該是這樣啦，如果今天討論這個是要配合未來政策嘛，7 月要做 DRG，7 月要降 2% 的門診嘛，原則上我覺得剛剛代表講的很有道理，你這個案子要規劃成兩類，就是一般輕症、簡單、穩定、慢性病這些的整合，這地區醫院應該要排外，可以依據我們原來計畫繼續增加去收，甚至經費允許的話，應該加速以前沒有參加的醫院，鼓勵他參加嘛，比較好的承按照顧病人，那在大醫院的話理論上就適合像大醫院看的病人，像罕見疾病、比較重症的那種，你也要允許他這部分，我是覺得~主席是說你們要再研究，研究應該要朝這兩個方向阿，這樣才符合我們現在講的那個原則，就是兩個面向嘛，大醫院我們希望罕見疾病或是重症這種整合的，應該允許他增加；那輕症、穩

定的應該要允許地區醫院增加。

謝代表武吉

我看大家剛剛都有說了，罕病現在有將近大概 8、900 個人嘛，如果增加一個新的罕病，你不幫他看的話，我們就不對了，我們也是鼓勵他們用整合照顧，在大醫院裡面一定要這個方向，但是現在我們大家剛剛在說的，都一些很無聊的，最要緊的是快提出來 3 個層級，有哪幾家醫院有參加這個方案，醫學中心如果 19 家醫學中心都有參加，那就不用怕了嘛，我們只是多新增一個新的罕病的病人，能夠到醫學中心去照顧嘛，這樣才對得起我們的老百姓嘛。

主席（李組長純馥代理）

其實是這樣，因為這個計畫從 98 年就開始，有些個案醫院都已經提供服務了，是不是不要讓這個服務中斷，所以是不是大家也允許先用舊有的計畫。至於剛剛提到有一些新個案的產生，因為剛剛科長也解釋了，新個案原則上還是可以走這個計畫，只是會有比率上面的限制，不是所有個案都可以拿到整合的費用。因為預算的關係，所以是不是同意這個計畫舊有的部分先公告，讓大家還是可以一直持續來收案。我們承諾會監測整體狀況，尤其是穩定病人有沒有下轉，或是慢箋，多張慢箋在醫院已經持續長期領藥的下轉情形。我想我們可以針對這個計畫執行，可以做一些分析，讓各位代表去了解，這樣可以嗎？就讓這個計畫先走。

朱代表益宏

我是覺得看起來主席是今天這個案子就要通過，但剛剛講的那個修正案要儘速，包括剛剛講的醫學中心，他有一些罕病或是重症也需要整合的個案，以及社區醫院有一些這個輕症、慢性病需要整合的個案，我覺得署裡面要給一個期間，比如說我們一個月以後來討論這個部分，或是多久之內要討論，那時候這個案子就變成是配套，原來已經在做的我們讓他繼續做，但是新的我承諾在~因為 5 月嘛，或許在 6 月我們就來討論這個案子，不然你會變成說這個案子過了，然後我們

等到 9 月再來討論明年度的案子，那這個大家就會很失望嘛，因為都有這些病人，需求就在那邊，醫學中心、區域醫院也有他的需求，地區醫院也有他的需求在，那你這個案子只有把它固定在去年的這個規模，那這些新增的案子怎麼辦，所以我是覺得聽起來大家都有希望新增啦，所以我是建議署裡面是不是給一個時間，比如說我們在 6 月份，因為今天是臨時會，可能 6 月會開正式的會議吧，是不是？所以那時候就把新的方案，新增的方案把他提出來，這裡面費用總共是 7 億嘛，而且是 4 個案子嘛，所以到時候是不是給他做個，就是費用應該可以互相勻支，那萬一這個做起來是有成效的，如果經費不夠，是不是也有可能，比如說在其他預算部分，再勻支一部分過來，甚至如果覺得還是不行，不夠的話那就提健保會嘛，如果真的他有他的效益，我覺得健保會代表也會考慮在費用上面給予支持，所以我覺得費用這一部分，比如說在 6 月份正式討論的時候，新的方案出來，那怎麼樣擴大，預計財務衝擊會多少，有沒有錢這部分大家來討論一下，那有必要就去健保會一起去爭取阿，謝謝。

主席（李組長純馥代理）

6 月不是說不行，而是我們覺得這個計畫需要做一點跟過去不同的大幅度更動。本來去年我們就想要做大幅度的更動，因為更動確實太大，所以幾番波折之後只好先維持原有計畫先走。我覺得如果要做大的變革，應該是要更細緻的討論裡面的很多細節，所以我比較期待的是，可能不要 6 月，就是先不要訂時間表，但是我們要多方蒐集包括現行每家醫院運作的方式，這些都可以來做討論。包括臺大走的罕病的模式，榮總走的老人醫學的模式等等，我覺得有不同的整合模式，那到底要怎樣的模式，是在未來 108 年要擴大推行上，應該要有更細緻的一些規定與討論。所以 6 月我覺得有點趕，如果大家覺得還是要盡快的話，6 月也頂多是微調，也不會有太大的討論。

所以是不是允許這個時間表不要訂，可是我們會儘快去蒐集相關建議，尤其是現在執行罕病的團隊，或是老人醫學的團隊，對於這個計畫本身他們的看法，還有他們覺得要怎麼推動是比較合宜的。另外

剛剛有提到的，就是目前確實所有的醫學中心都有參加，19家醫學中心，區域醫院是70家，地區醫院是100家，這是目前參與的家數。何代表請。

何常務理事語（劉代表志棟代理人）

我們今天來開會，不是來開你們那個細節執行會議，現在要通過的是這個條文，這個計畫條文同意不同意，如果你們不同意看哪一條刪掉，是不是計畫期間107年1月至107年12月刪掉不要做，還是那個預算來源7億那個不要，最主要是在看這些條文，你們不是在談你們的細節。我們開會開這麼久，都在聽你們那些細節，你看這些條文，你修改的這些條文同意不同意，或者說這個修正的條文不要讓它通過不要辦，最主要在這裡嘛，這個計畫條文，這裡寫整合照護計畫修正草案條文對照表寫得很清楚，這個是105年1月到106年12月做的事情，那現在要延續107年1月到107年12月，那原本經費3億現在改7億，那增加了4個計畫，那很多條文都一樣的，那我認為是看看大家對這條文修正有沒有意見，沒有意見就讓它通過。那我建議是讓它通過，我們現在不是在談你有幾家幾家，你這個條文裡面沒有寫幾家的事情嘛，所以我希望主席能夠快把這些條文通過好不好。

主席（李組長純馥代理）

好，謝謝何代表，如果說大家贊成我們原來提案內所附的條文，是不是就照這個條文先做通過，後續代表所提的意見，我們會盡快來啟動，作為明年計畫的修訂，謝謝。我們進入第一個討論案。

討論事項

第一案

案由：新增「全民健康保險婦女生育醫療整合照護論人支付制度試辦計畫」案。

主席（李組長純馥代理）

各位代表對這個案子有沒有什麼提問？我先說明一下，這是「全人健康照護協會」方鴻明方理事長提出來的。他是透過立法院那邊做成一個主決議，希望健保署要新增這個計畫。這裡面有一個重點是希望把 101 年到 105 年間生產數最高的那一年的所有生產費用當作一個總額，後續每一年用這筆預算來支應生育費用。

其實這就涉及把原來醫院跟基層總額，需要再把屬於生育部分的費用再拉出來，這是第一個重點。第二個，他計畫的重點裡面有一個是我們目前已經在推動的孕產婦全程照護的概念，也就是從產檢到生產，如果院所是產檢到生產的連續性照護，我們本來就有給誘因。目前孕產婦全程照護計畫從 99 年就開始做到現在。所以他這裡面有一部份是跟現在施行的計畫重疊的。我想我就先說明到這邊，請問各位代表對這個案子的看法，謝謝。是，請王代表。

王代表雅馨

主席、各位代表大家好，因為我們看到這個試辦計畫，就是也是這個整合照護，我覺得對我們生產的婦女非常重要，尤其在醫缺地區，那我有幾個問題想請教一下，「優先於醫療資源缺乏地區…」這個標準大概是怎麼樣來定義？然後「…實施 3 個月」會不會太短？我的建議是以一整年來看，因為 3 個月比較懷疑這樣可以看出成效嗎？以上。

主席（李組長純馥代理）

還有沒有代表要提？是，黃代表。

黃代表振國

這立意良好，但有幾點請大家多考量。第一個，少子化是國安問題，除了龍年那一年生產量高，後面幾年的生產數是持續下降。如以 101 年生產量最高的龍年當作基期的話，生產的預算會用不完。

第二個，現在的最大的問題，以台北區來看，基層生產的數量一直持續增加，反而設備比較完善有婦產、兒科等相關科別的醫學中心，

生產數卻繼續的下降，其因素在哪裡？請大家去探討。這個計畫是否能促進生育婦女的服務品質？這才是讓這個計畫繼續能夠拓展或延伸的重點，這裡面有一個很好的精神，就是地區的基層醫療院所必須跟醫院有良好的互動或轉介，有一個良好、實質的互動，才能確保孕產婦在基層院所就醫時，能夠有一定的保障，這才是重點。再者，生產量已具相當規模且超越地區醫院、醫學中心這樣的診所，是否應該在機構的認定上能夠適度地提升？提升至婦幼醫院等級，讓就醫的婦女或嬰幼兒得到應有的保障。

第三，在歷年西醫基層點值保障項目，已經把所有的生產案件費用保障 1 點 1 元了。建議署方是否統計一下相關的生產案件資料，既然大家都認為生育很重要，這個總額應該有個相關計畫來提升這個生育的品質，讓錢用在合適的地方，而不是定一個總額分配，生產量越來越少，反而領更多的錢，我想這是和本意相反的，建議從品質提升如設備標準、人員的配置、服務的品質，整個去做品質的管控，而不是讓有些醫療機構因為某個計畫而無限的拓展，反而降低照顧品質，請署方注意這個重點，謝謝。

主席（李組長純馥代理）

謝謝黃代表，還有，羅院長。

羅代表永達

主席，我想少子化大家對婦幼的關心大家都是一樣的，可是問題不在這裡，問題是錢從哪裡來？為什麼是透過這樣的方式過來？第一個就是，我們當然不了解什麼叫做台灣婦幼全人照護學會透過立法院，然後下轉給我們，希望把這個錢拿出來。

假設今天有一個癌症的病友，他透過這樣子，希望能保障 1 點 1 元的時候，是不是這邊也要告訴我們說癌症很重要喔，或者下次有一個失智症告訴我們說失智症也很重要喔。我們知道所有的病都很重要，可是我們不知道錢從哪裡來。第二個就是健保會曾經做一個決議，希望未來儘量不要保障 1 點 1 元，希望能夠是確實的去了解他成本到底

是多少，要回歸到自然，儘量不要用保障 1 點 1 元，可是這又違背了當初健保會給我們這個決議，這個是不對的。

第三個，如果他真的是一個國安的事件，真的是一個很重要的事情，那應該是編預算過來，對不對？而不是像現在，目前當我們很同情這件事情的時候，對其他就是一種排擠，對不對？就是其他點值更低，現在很多東西事實上那些點值都已經是假的，大部分很多都斷頭了，各方面，那個點值...我今天早上才聽到說北區的原始預估值才 0.81 還有到 0.78 的，今天早上得到的數字，到 0.78，那如果假設我們又保障 1 點 1 元的話，那是不是變成 0.75，其他只要沒有做婦產科就完蛋了，我覺得這個是一個排擠的問題，錢從哪裡來？這樣的方式不對，所以我個人是反對的，以上。

主席（李組長純馥代理）

何代表。

何常務理事語（劉代表志棟代理人）

這個案子，第一點，他這個提案的學會今天有沒有派員來？請他能不能發表一點意見？第二個就是，我們去年的生育率只有 1.18，那麼到今年開始，老人跟新生兒之成了一個交叉線開始，我們在 4 月 1 日開始，老人已經 14.03%，那麼到 2025 年會超過 18%，到 2030 年會超過 20%。

現在就是說，生育這個部分，如果以偏遠地區的整個整體照護來講，我們認為他的構想是對的，對整個生育的鼓勵、懷孕婦女的民眾權益跟他的身體健康照顧是對的，但是我認為你近 5 年的最高年度健保生產的總支出額度，我認為這一點可能因為每年都高高低低不一樣，所以應該是去用平均值來作為這個計畫，那如果以偏遠地區的婦女的健康，我不知道現在你的偏遠地區的規劃方案是在哪個方向裡面，把他做出來，另外一個就是，我認為 3 個月是不是這個計畫太短了，剛剛我們王代表講的一樣，我們 3 個月能夠看出這整個計畫的人數嗎？還有整個績效嗎？如果我認為應該這個計畫是做到年底，以今年度來

講是到 12 月底為止做一個計畫，我建議健保署，明年能不能把這個案子提出一個專案計畫出來，今年讓他做一個試辦，明年提一個 3 億的專案，他這裡面有寫到大約是 3 億，3 億夠不夠不知道，但是至少 3 億是可以做一個專案計畫，這是明年度的，我也建議在健保會能夠提供出一個 3 億的計畫來做這個專案的款項，那今年提這個案子出來了，基本上我是支持，但是我是希望實施到年底、到 12 月底，我不知道這個計畫做下去，因為你今天提供的數字沒有給我們，一個就是大約對象有多少人？大約整個費用會佔多少？是在後面的計畫裡，因為現在我不知道，因為現在這個計畫的範圍、的對象是在偏遠地區為主，他在計畫裡面是寫偏遠地區，還有「...1 家特約醫院（地區醫院以上）作為合作對象且須組成整合性照護系統（IDS，Integrated Delivery System）...」這個整個作業，我是支持這個案子，讓他先去推動，看看成效，我不知道衛生署過去有沒有做這種推動的工作，我不知道，這是我個人的看法。

主席（李組長純馥代理）

謝謝，謝代表，謝代表完再吳代表。

謝代表文輝

對於這個台灣的少子化是大家憂心的所謂國安問題，國安問題應該國安層級來處理，怎麼在我們這邊處理？我很贊同何代表講的，這個是重要議題，剛剛基層的代表所談的，用 101 年到 105 年的基礎，現在其實是越來越下降，現在根本沒有那個量，會不會把這個預算、那個基礎點立的太高、太多？所以我是覺得這個議題可以從長研議，我很贊同何代表講的，因為去年沒有談這個問題，在今年的總額裡面，無論基層或是醫院就沒有這筆錢，所以應該明年就用專案來申請，這是國安層級的東西，我想立法院也會支持，全國大家都會支持。

另外的像剛剛何代表有講，我們再過幾年，老年人口超過 20%，我們在座每一個人都會老，像我們都很快就要老了，所以老人的照顧很重要，也要爭取 1 點 1 元，所以應該要專案來，所以這個我們就要面對一個問題就是說，大家要依照原則，去年的總額我們是說什麼項

目，那今年不能在當中再弄這個那個的，立法院做一個決議就這樣弄到這裡要求處理。那很簡單，這樣我們哪裡需要開會，我們都不用、都立法院說要做就做，對不對？不用做就不用做，我們開會不就開假的，所以我是覺得這個是一個原則和誠信的問題，去年的總額有沒有這項？沒有，那你現在呢？如果你用其他部門的預算，就是健保署本身的預算，我支持，不是我們不重視生產，我很重視，要好好規劃剛剛講很多問題，規劃完，明年用特別預算或專款的案子，特別案件或專款我們來編，看要多少錢，我是覺得都支持，因為沒有小孩子，未來沒有希望，對不對？所以我是認為這個應該討論，大家講的都應該討論，然後明年就用特別預算或專款項目來編列，謝謝。

主席（李組長純馥代理）

吳代表先，然後再陳代表。

吳代表國治

大家都參加會議這麼久了，這個看起來長得跟以前所討論的有兩個地方不太一樣，第一是財源哪裡來？我跟大家報告，其他預算是健保署要跟健保會去協商的，對不對？連專款專用當中都不能流用，怎麼隨便就提出一個計畫。這是第一個我覺得不一樣的地方。

第二個是有沒有隱藏一些資料？我參加這個會議這麼久，所有東西都有財務評估，那財務評估在哪裡？影響多大？到偏遠地區生產一件能夠有多少錢？你們應該評估過也有數據吧？怎麼沒有呈現出來呢？所以我覺得沒有顯示出來經費的挪移或者是各總額多少錢，甚至是對點值的影響多大，那為什麼會在這個地方討論呢？以上，謝謝。

主席（李組長純馥代理）

陳代表請。

陳代表志忠

這個我們偉大的立法院，我們說英國的國會除了不能生小孩什麼都能幹，我們立法院現在連小孩子都要管了。我聽到現在好像覺得我

們是頭痛在醫腳，不是我們，立法院要我們頭痛醫腳，這個顯然很奇怪的事，我們現在不管在醫院、在基層，產前檢查本來就是 1 點 1 元，只有生產那個 Tw-DRGs 不是 1 點 1 元，那個是變動的。現在聽起來好像要全部拉成 1 點 1 元，又說要在偏遠地方辦。偏遠地方本來就沒什麼生育，我以桃園市來講，桃園市有兩個偏遠地方，如果我沒記錯的話，一個是復興區，以前叫復興鄉，一個是新屋區，那兩個地方都是老人，怎麼會有生育呢？也不會因為你有這個計畫會有婦產科醫生跑去那裡去執業，這真的是頭痛醫腳。我很同情健保署，健保署也是為了應付立法院，不是，這個收回，跟那個 line unsent，收回，為了配合立法院，是真的是頭痛醫腳，我們不知道在吵什麼。

謝代表文輝

這個案子沒有說偏遠，是你要申請。

主席（李組長純馥代理）

請朱院長。

朱代表益宏

主席，第一個，因為這個討論案提案單位是醫管組，那表示醫管組提這個案，不是剛剛講的那個誰、誰、誰哪一個人提的，是醫管組提的。

謝代表文輝

是立法院決議。

朱代表益宏

他叫醫管組提的，那這裡面其實就第一個，你用 101 年到 105 年作為基期，基期的意思就是有總額預算的概念在，所以才有基期，然後每一年由這個基期要做怎樣子的成長，所以其實這裡面整個案子也沒有提到說那是不是西醫基層要割一塊出來，醫院要割一塊出來變成基期、變成一個總額，所以才會有至少保障 1 點 1 元以後他自己浮動的概念，才會在這裡，對不對？所以這裡其實都沒有去提到。

如果牽涉到總額的分割，那這個就茲事體大，不光是預算從哪裡來的問題，那個還牽涉到健保法，健保法只有規定哪個總額是分到哪幾部分，那如果是這個的話，他其實是違反健保法。另外切一個總額出來他其實是違反健保法，所以這裡講所謂的基期到底是什麼意思，如果只是保障 1 點 1 元，沒有什麼基期的概念，那剛剛大家講了，現在其實很多都有保障 1 點 1 元，對不對？這是我提的一個問題，就是以後真的要提這個論人計酬，那他如果是另外一個總額的概念，那當然就有基期，那基期就牽涉到明年度如果在健保會協商的時候，他是不是要另外拿出來協商，他的成長率是多少？然後他的支付點數多少？他怎麼浮動？然後保障 1 點 1 元還是怎麼樣，萬一預算不夠的時候從哪裡去支應？

這個可能在明年健保，如果這個案子明年要提出來變成論人計酬，而且是一個總額的概念，那這些就要去談，那事實上在這個案子裡面都沒有談到。所以這個案子我覺得還是蠻初步的，不能講不成熟，但是是還蠻初步的，所以這個提案單位可能是醫管組，可不可以請醫管組回去再做研究。

主席（李組長純馥代理）

是，謝代表。

謝代表文輝

我是覺得現在是 3 點 20 分了，那我是覺得我們今天好好的討論，大家都發表意見，說要做成決定，不要再研究，對不對？那研究就是照原來的，你們好好的去做研究，做的明年在以專款的項目這個大家來討論，那今天大家感覺就是整個都要重新再討論，可能明年的總額再來研究這個，那今天就決定這個需要再詳細規劃，那就可以結束了，我們今天都有認真來討論，也不是沒有討論，那這樣對立法院決議也有遵照辦理了。

主席（李組長純馥代理）

其實會前我們幕僚有去邀請婦幼全人健康照護協會的方理事長與

會，然後他回答不克出席。所以確實如何語代表提的，提案建議的單位並沒有出席，其實我們也很難替他 defense 很多內容，因為那都是依照提案單位所提的建議。當然可能我剛剛表達得沒有很清楚，我剛剛有講，我們現在就有一個論質計酬的方案是在提升孕產婦的照護品質，其實這個方案也做了一段時間，有一些內容也是鼓勵孕產婦從懷孕到生產的全人照護概念，給院所提升照護的品質。所以也很謝謝醫界非常幫忙在照顧這些孕產婦生產的部分。

今天大家提的這個內容我們會核實把他做紀錄，也可以回應代表那邊的要求，也謝謝大家給我們的指點，包括這個計畫因為涉及總額的財務，是不是也應該在健保會那邊做一點溝通，到底這個計畫推動下去在西醫或基層的總額各要匡列多少金額，其實都會影響這個計畫未來的推動。我們都會核實把各位代表的建議列下來，大家也都非常關心這是一個國安的問題。

因為今年確實沒有額外的預算去支應這個計畫，健保署也要誠實講，當時委員在做這樣的主決議，我們都說明過了，可是還是做了主決議，所以我們真的要遵行。因為我們本來就是被監督的單位，所以我們一定要依照立法院的決議去做推動，我也理解說大家對於孕產婦的照顧大家都有很多的討論跟建議，我們這裡都會把他紀錄起來。這個案子是不是就先沒有通過，就是大家都不支持，謝謝。

何常務理事語（劉代表志棟代理人）

主席講這句話就不對了，沒有什麼大家都不支持，我們是不反對，你不能這樣子訂下決議，第一點，這個一個國家的經濟發展最少的生育率是 2.1，那我們只有 1.18，還不到，他只有一半的生育率，那歐盟去年的生育率，總平均 28 個國家是 1.61，法國生產最高，因為法國人很浪漫很會生孩子，所以生了 1.98，還不止 2.1 的經濟發展平衡，那德國是靠了敘利亞多生了 8 萬多，難民多生了 8 萬多，所以他勉強才達到 1.68，德國也勉強達到 1.68，那英國也 1.7 多，那像西班牙 1.34，葡萄牙也都 1.3、1.28、1.4 多而已，所以他們 28 個國家才平均 1.61 而已，所以對整個歐盟的經濟發展也是未來不利的人口生育率，因為

平均要 2.1，那我們只有 1.1。

我在這個案子裡面我本人已經表達我是支持這個案子，所以你剛才不能做決議說不支持，我們跟王代表在大方向來講我們支持這個案通過，以付費者的立場跟孕婦本身的立場來講，我們是支持這個案的通過，只不過我們剛才提出來是說，你能不能更詳細的把整個偏遠地區在這個專案裡會有多少人受惠？預計有多少人，那醫院的部分預計多少金額？西醫基層的部分會用到多少金額？我們是希望你能夠更詳細的提出來，可是我到現在為止沒有聽到提案單位醫務管理組的說明，你應該給我們做更詳細的說明，所以你主席說下定論，說決議大家都完全不支持，這不對的，我是反對主席剛才的結論。我在這裡提出來，沒有錯，嘉義的六腳鄉有一個村莊，10 年才生 4 個孩子，另外一個村莊他每年平均生不到 1 個孩子，也有很多村莊，那個沿海地區的村莊，那個年輕人都外流，都是老人在，那像嘉義縣的老年人口是已經超過 16.8 了，16.8% 的老年人口，是臺灣最高的一個縣市，那如果說以這樣的偏遠地區來講，他的婦女如果要生育，如果有給他良好的照顧，那能夠保障孕婦的身體健康還有嬰兒出生的安全，我們也是支持這個方向的走，我要請教醫務管理組，我們現在每年嬰兒死亡率跟產婦的死亡率是萬分之幾？也沒有提供這個數字給我們，我自己的瞭解應該是萬分之 1 點多，那所以我們希望你做更詳細的數字給我們做參考，那基本上我們站在付費者的立場，我們跟王代表都支持這個案子的通過，那因為兩個代表去參加中醫的參訪，所以他們兩個都沒來，我們支持這個案的通過，但是你主席不能作成這個結論。

主席（李組長純馥代理）

何代表，我可能剛剛又表達得沒有很清楚，其實我不是說你不支持，是說因為跟我們現行已經在支付的方案確實有部分的重疊，所以以預算不要重置的概念來看，確實要比較審慎。只是可能我的表達不是非常好，很抱歉，請林醫師。

林醫師誓揚（王代表宏育代理人）

主席、代表大家好，我是基層代表林誓揚醫師，剛才謝謝代表的

闡述那個生育率對國家競爭力的影響，我也非常的贊同，但是影響生育率大概跟國家的競爭力、社會率、治安、經濟力也都有關係，跟這個試辦計畫，他的影響可能是微乎其微啦，所以對這個案子我們是支持，但目前我們總額裡面沒有這個預算，所以我們建議再研議，謝謝。

主席（李組長純馥代理）

潘代表。

潘代表延健

謝謝，因為我剛剛都沒有發言，所以我也只是要建議主席做這個結論的時候，因為我聽到所有的代表的發言，沒有人反對這個案子，大家都重視國安的問題，所以這個國安的問題大家都非常重視而且應該要支持，只不過這個提出來的程序跟他所附的資料、相關的分析並不完備，而且他可能還要送健保會，還有牽涉到基層跟醫院總額之間的關聯，這個部分的相關的運作的程序都還要再研議，所以我是覺得這個主題是不是透過大家這樣的建議，採用擱置的方式，把前面那些東西都完備之後再提出來討論，我想這樣子的表達可能會比較完整一點，以上。

主席（李組長純馥代理）

好，那是不是我們就先不通過，剛才潘代表已經幫我做決議了，就是這個案子雖然大家都非常支持，也覺得這是一個國家的問題，應該要去處理，可是因為今年沒有編列相對應的預算，是不是等預算或相關的程序完備以後，再來討論或是明定。這個案子是不是先暫緩，好不好？謝謝，那我們就下一案。

討論事項

第二案

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_平轉及上轉」、「接受轉診門診診

察費加算」3項診療項目案。

主席（李組長純馥代理）

謝謝，這個案子想多聽聽各位代表的意見。請吳代表。

吳代表國治

我想從第2頁來看有關財務的部分，醫院這邊提到醫院下轉6,225件，其實是醫院轉給醫院的下轉4,820件，轉給基層1,405件，現在有2%挪移下來的壓力，我相信這類案件非常多，只估成長100%就是一倍，我想這可能低估，甚至可能估十倍都不夠，這是我自己的估計。所以在診察費的部分，4,820件我覺得也是會低估，另外在基層的1,405件也會低估，這是第一個。

第二個就是健保署結算的方式，當時的決議有說錢不夠的時候會從其他預算13.4億去用，那為什麼在這邊要用浮動點值的方式？這是第二個要先釐清的。

第三個要看這個表，第一個我要問的是基層應該也有所謂的回轉，但基層沒有下轉，已經在最下面了所以沒有下轉，但是基層應該有回轉，我看這裡沒有估基層回轉的金額，如果基層回轉的金額不給的話，那01034C、01035C就要改成B表，因為根本沒有C可以用，這中間是有矛盾的地方。另外這裡面提到的第4點（註4）的地方，同體系醫療院所間（含委託經營）之轉診案件是不能夠申報的，不過這會牽涉到一個問題，這個問題其實在每次會議中基層代表都一直提到，因為提太久了，我們講出來就是苗栗。苗栗某個醫院在某個鄉鎮都開了自己的診所，還是用手下的員工醫師去掛名負責人開的診所，在法律上是沒有問題，但事實上精神是不合理的。大家都知道衛福部在設置標準的修改已經限制所有醫院要開診所或者門診部的一個條件，已經要到偏遠地區去開了，但這個地方弄了一個小門，我相信如果再加強的話，這個小門會擴散的，這個我們稱作是假的基層，是人頭的基層診所，我想這是不好的，那怎麼去做防範？算不算是同體系？

另外就是我看到用電子平台去做轉診的費用比較高，這個我可以

理解現在都要電子化，我也贊同，可是這在利潤上是不是有什麼根基存在要把它分成這兩個部分，是不是政府所有東西用電子平台就給多一點錢或減免，在法源上是不是有例子存在？另外就是用電子平台去估 40% 會不會也偏低？還是太高？這部分可能要評估一下。這幾點跟署裡反應，是不是能夠做一些解釋？謝謝！

主席（蔡副署長）

好，大家對這個案子還有沒有意見？來～請！

廖襄理秋燭（李代表偉強代理人）

在你們寫的支付標準 2-4、2-5、2-6 這 3 頁裡面我有一點不知道在實務上怎麼操作，譬如說 2-4 這邊的 01034C、01035C 這個是指辦理回轉及下轉，所以這個是轉出對不對？然後 2-5 這頁平轉及上轉也是轉出對不對？然後在 2-6 這頁接受轉診門診診察費加算，這邊的適用對象寫說接受申報 01034C-01037C 剛剛前面那 2 頁的轉診案件，也就是這個是指轉入的醫院要去申報的嘛，你接受對方轉診過來，但是現在有個問題是假設我是轉入的醫院，我的確是病人拿到轉診單來我看到了，可是這個對方這個醫院必須申報 01034C-01037C，但是對方醫院沒申報是不是就我是轉入的醫院我申報了，我根本不知道對方有沒有申報阿，那我在實務上到底該不該申報，可是他的確有轉診單，看得到對方有沒有申報這個健保碼嗎？看得到這個嗎？不是只看到轉診而已喔～他有平台也沒有用啊，他不申報我也不知道，如果我報就變成你到時候給我做核扣，所以這兩個你是要做勾稽，所以你才限定一定要接受做 01034C-01037C 吧，可是在實務上確實有困難，我又不知道對方真正申報的時候，是次月才申報，他到底有沒有申報啊？不知道阿...

黃代表雪玲

對，他什麼時候申報？

主席（蔡副署長）

好，還有嗎？請潘代表，然後朱理事長！

潘代表延健

就對電子轉診平台這件事情，我想請教一下現在目前有使用電子轉診平台的比率有多少？就是說我們總轉診的件數裡面有多少目前是用轉診平台的？據我所知現在的比率應該是不高，他一定有一些原因，就是說或許在功能上可以達到，可是可能會干擾或者不是那麼好用，所以這段是不是能夠先把問題再釐清，還可以改善的部分可以處理，讓各醫療機構能夠很順利地去銜接，而不需要另外再去做輸入或處理。

第二個就是說，這個平台我不知道是健保署自己開發出來的還是另外用委外的？因為我不希望像上傳的歷史又重演，假設其他的醫療機構需要做一些轉接或怎麼樣的話，甚至還有另外一個軟體廠商在後面等著要收錢的，我不希望有類似這樣的情形出現。可能會沒有啦，我只是提醒一下，假設這個是委外的或者裡面有一些是外面廠商的knowhow，裡面有一小塊是他寫的，可能盡量避免這樣的情形，以上。

主席（蔡副署長）

好，謝謝！來～朱代表。

朱代表益宏

主席這裡面我覺得鼓勵轉診是好事，但是在這裡面有一個問題，就是一定要透過轉診單，但是現在我們知道衛福部是希望去推開放醫院，像我們謝院長這邊就做得非常成功。開放醫院有一個很大的特點就是e世代的病人轉診，假設我是在A醫學中心，我帶著自己的病人到B地區醫院，都是我自己的病人我帶他過去，然後我自己要寫一張轉診單，到那邊我要再回復自己嗎？這就是透過轉診的平台。這個案子一定要透過轉診平台，其實對於鼓勵所謂部裡面政策開放醫院是不利，所謂開放醫院就是醫師帶著病人轉。原來我在醫學中心，我覺得在地區醫院看就約他下次到某家地區醫院，我也在那邊幫你看，難道這時候我還要透過轉診平台去寫一下轉給我自己，A醫院的某醫師轉到B醫院的同樣醫師，我要轉給自己，然後B醫院看完以後有需要又

再轉回來給自己嗎？這個是在實務上不可行啦！

所以我覺得說在鼓勵轉診這一段，開放醫院的推動必須去予以考慮，不然的話等於你現在推動不是開放醫院，全部都是封閉，你醫院轉給我只有病人流動醫師是不流動，所以才有這樣子的制度嘛。但是未來如果政策希望去鼓勵 e 世代的病人轉的話，這一部分我覺得在一開始設計就必須要把這樣子的制度設進去，謝謝！

主席（蔡副署長）

好，謝謝。來，黃醫師。

黃代表振國

這個計畫的目的很清楚，就是要以病人為中心的考量，建立一個連續性的照顧，病人適合在哪個層級就醫，或者適合在哪個醫院去做治療的考量點，讓病人留在他該接受治療的層級，而不是單就醫療院所自己的考量點來出發。

我建議，如某個病情穩定的醫學中心病患，在下層級的地區醫院甚至基層診所照顧就可以了。鼓勵這種病人，在其他層級就醫的實質轉診才有這個費用，因從下轉的過程中，醫療健保的耗用是節省的，所以從節省的費用中提出部分來鼓勵適當的轉診，等於是讓醫學中心或是區域醫院、地區醫院減少病人而得到適度的回饋。我個人看法是我不 favor 同層級的轉診，如果像剛剛講的連鎖體系 A、B、C 三家醫院輪流轉，事實上對病人有幫忙嗎？病人本來在一個醫院照顧好好的，但因為有這個誘因之後，讓醫師帶病人 A、B、C 三家醫院轉換，如此會造成財務上很大的損失。

第二個用電子轉診平台從去年設立到今天，當然還不完美，但在日益的進步中。其中最大的阻力來自中華電信，資訊廠商跟我講如果用一般的寬頻企業網路，並沒享受軟體免費升級的服務，必須用到中華電信費用較高級的企業寬頻才能有免費軟體升級。資訊化的確是可以省到很多的人力，希望署方能徹底解決頻寬應用的問題，讓醫師也能方便使用這樣的工具。

第三個如果這個方案要成功一定是需三贏，民眾得到最好的照顧，醫療院所擔任應有的責任，健保署費用該省的醫療費用有省到，而不是告訴我今天希望從這個轉診平台機制某個層級能得到較多的利益，如果大家堅持各自立場，會讓此議案無疾而終，謝謝。

主席（蔡副署長）

好，謝謝！請林醫師。

林醫師誓揚（王代表宏育代理人）

我林誓揚醫師第二次發言，我對那個文字有點疑慮，像附件 1 討論 2-4 頁適用對象（2）下轉最後一行下一級之適當院所，我們的觀念裡面醫學中心的下一級是區域醫院，區域醫院的下一級是地區醫院，是不是醫學中心轉到基層院所是不是就沒有辦法申請這個醫令？同樣的在下一頁討論 2-5 頁平轉及上轉 01036C、01037C 適用對象上一級，基層院所上一級我的理念想法是地區醫院，是不是這兩個上一級、下一級就改成較低層級或者較高層級比較沒有疑慮？謝謝。

主席（蔡副署長）

好，這很好，謝謝！還有嗎？大家還有沒有意見？請王代表。

王代表雅馨

主席、各位代表我有個問題想要請教，因為我是看到辦理轉診費這邊我是想瞭解一下...這邊有第一個回轉及下轉，就是 106 年醫院下轉約 6,225 件，然後第二個是上轉及平轉 106 年醫院上轉約 5.3 萬件，西醫基層的部份也有類似的數字，我是比較想瞭解這些各別的件數占各別總件數的百分比，因為這邊沒有看到這些數據。還有就是說會想瞭解這邊有民眾到醫療院所四個層級，這邊有講到說轉診相關資料，這邊又牽涉到電子轉診或是一般紙本，我是想瞭解這邊有寫到說裡面有寫的很多，也包含病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉之特約醫院，這是建議，還是幫民眾或病患已經有轉到適切的醫療院所，還是說他只是一個 checking list，一個 list 然後病患跟醫生再來討論有那些建議的醫療院所可以轉診這樣子，以

上這幾點問題想請教。

主席（蔡副署長）

好，謝謝！朱代表。

朱代表世偉

主席、各位代表大家好，這邊是物理治療師公會朱世偉第一次發言。其實照我們嘉義那邊的經驗，之前都常一直在開轉銜會議，但是我們 focus 在出院病人，以我們那邊為例子，我在嘉基他出院之後給我轉到附近的診所，在幫我們做出院準備的時候甚至我們要去做服務，把他轉診到旁邊的診所，下次他要拿藥的時候他不是回到他的醫院拿，是回旁邊診所的醫師過去做這段的服務。當然我覺得這部份很多東西會由我們公部門去支付那個費用，可是我覺得這次署內有這樣一個部份我覺得是很好的，當然你可以鼓勵說，就我們嘉義地區麻煩的地方就是很多地方都是很偏遠，有些要從山上坐車下來，當然 ok 啦這類的民眾被告知你在那邊的診所就可以拿到這些藥，不用長途跋涉坐這麼久的公車到我這家醫院來拿，除非是必要檢查，當地診所把他轉診回到我們大醫院，ok~上轉、下轉我覺得這是一個很好的一個概念，講真的還可以讓整個經費。包括我講的公部門的費用不用再從我們那邊做支應，不然每次我們這邊討論到底我們開了那麼多轉銜會議，其實我們大家做白工我們都沒有錢的，為了就是把病人照顧好，不讓他長途跋涉，甚至有些居家個案其實他根本沒有機會回到家裡，為什麼不讓他旁邊診所所有機會看就讓他看，但是很多東西都是民眾沒有這部分資訊，所以我覺得這個立意是很良好的，以上。

主席（蔡副署長）

好，謝謝朱代表，大家還有沒有其他意見？好，來，謝院長。

謝代表武吉

我是感覺上第一個醫院部門有回轉和下轉的 700 點跟 600 點，700 點就是用電子，600 點就是用紙本，那另外一種上轉的是 250 點和 200 點，這個是怎麼算出來的我看不懂耶。我由早上想到現在還是想不來，

到底哪個是正確的，早上我在講也是有講到這一點，下轉本來就是應該的嘛，上轉及下轉應該兩個都要一樣多才對，這樣才公平。

主席（蔡副署長）

好，謝謝，對這一項還有沒有其他的意見？看起來大家對於原來的草擬的這個案子有很多的意見，有一些簡單的問題是不是請醫管組先回應一下，首先是林醫師所提下一級改為較低層級，這個 ok 吧？這有沒有什麼問題？我們就可以的部分先處理。

王科長玲玲

就剛剛代表說可以轉到較低層級或是較高層級，這個文字可以做修正。另外有代表提到費用勾稽的問題，01038C 門診診察費加算的這一段，原則上我們大概沒有辦法做勾稽，所以只是在支付代碼裡面去做一個說明。就是接受門診診察費加算，這個一定是必須前端有去做轉診案件的，才可以去做這樣子的一個處理。

另外就是 40% 轉診平台的問題，我們是用實際申報轉診的案件，裡面有使用平台的案件現在大約是占 40% 左右。另外有代表提到基層回轉的問題，其實回轉的概念是說，如果今天西醫基層的個案，也許是因為設備的關係，沒有辦法去做更進一步治療的時候，轉到區域醫院去，那區域醫院再把病人治療到一個穩定程度，他必須再把他回轉到原來的基層診所，所以這個叫回轉，這個不是像基層說我們個案會往上轉的問題，他跟上轉是不一樣的。另外有關轉診的案件，目前醫院整個轉出的案件大概是 6.9 萬件，西醫基層整體的轉出案件大概是 37 萬件。

李組長純馥

另外吳代表提到當時在議定這個方案專款的時候，有提到說如果預算不足，要用其他部門針對基層的這個分級醫療，增加的預算 13.46 億支用，確實有這個文字。因為我們這個月的西醫基層研商會議，也要討論那 13.46 億的支用的方式，我們比較擔心的是如果沒有併同去思考的話，有可能兩邊會有一些結算上的落差，所以我們這裡就比較

保守，沒有寫到說一定會使用。我們其實是估算起來，依照我們的估算基礎，雖然代表覺得是我們有點低估，可是我們也不知道實際上運作會有多少量，所以我們才會先比較保守做推估，因為推估起來並沒有超過原先專款，所以我們就沒有去寫到說超過部分要用其他部門的13.46億。這部分或許可以再聽聽基層這邊代表的意見，因為當時13.46億是要用在基層，因為這裡如果是醫院跟基層都有所謂轉診的誘因，也可以再聽聽各位的意見，這是第一個有關您提的。

至於這裡面講的同體系是，目前是以醫事司委託醫策會，每年都會公告體系醫院的定義，我們目前是以這樣子認定。至於他是不是你的院前診所那一塊，確實我們沒有辦法認定，現在在健保署這邊是沒有一個第三方去認定的問題。就同體系目前我們的定義是以這樣子的為主。至於說其他的部分，我想就先回應到這裡。

主席（蔡副署長）

好，接下來王雅馨代表她提的，轉診人次的占率，還有建議轉診，那個部份應該也要回應一下，有沒有？可以回應的話就先回應好嗎？還有建議轉診，就是實際上要轉的醫院，不是只是建議，還是他必須要有實際行動去把它轉過去，要轉診平台就是真的要把他轉過去，並不是只是建議、checklist，就是須真正轉診，而且要跟接受對方講，且已經聯繫好。

那大致上回應，我現在大概整理一下有一些衝突的地方。首先跟大家報告，這裡頭有幾個問題。

第一個問題是在問「為什麼使用健保署的電子轉診平台跟沒有使用會有費用上的差距」。這一點是這樣，我們盡量鼓勵用轉診平台，原因是因為我們真的要把這轉診平台設計的 user friendly，透過這個轉診平台做醫療資訊的交換，這對資安的控管上會比較好，就是交換醫療資料也比較安全，還有我們也能確實透過這個系統中大家的登錄情形，了解病人的流動，這樣子能夠來 monitor 我們分級醫療做得好不好。那當然系統很難完美，過去沒有這個平台的時候使用率是 0，那現在已經提升，實施 1 年多就百分之四十幾。我們期待如果大家對於轉診

平台還有任何的修改建議，我們就不斷的精進。希望大家盡量用這個平台，所以就有一點給付誘因的差距。假定大家覺得也不適當，這都是可以討論的，但是我們的立意要跟大家說明一下。

當然現在不用我們的平台，有些人是用紙本，紙本我們就比較不容易去追蹤，雖然醫院有可能會申報，但是他有沒有確實做交班的動作，我們就不太能夠瞭解了。這個部分雖然我們也給了費用，我們也相信大家會去做好資訊交換，但是我們不太能去 monitor。如果走我們的平台，我們會知道有互相交換、有互相交班，所以說就有一點誘因差距。

我們這次會去付這些轉診有很大的關鍵是希望達到有品質的轉診，而不是開一張單子叫民眾自己去，這樣子是比較沒有盡到責任的轉診，這樣的形式我們比較不想鼓勵，這也是為什麼希望能夠走這個平台。大家如果認為這個差距是太多還是太少也都可以提供意見，這就是為什麼點數會有區隔的想法，第一個先這樣分享。

第二個大家有差距的是「為什麼下轉跟上轉的給付要不一樣」。謝院長提的為什麼不能一樣，這個問題也問得很好。我們理解是過去基層或是下游的醫院，要把病人往上轉是非常的踴躍。為什麼都沒有誘因也一直往上轉，是因為限於設備限於人力、能力各方面，才需要把病人往上轉，根本也不用誘因就已經大量上轉。我們 1 年大概有 30 幾萬是上轉的案件，可是上去就沒有下來了，下來的不到 1 萬人。所以為什麼我們今天病人會擠到上層級醫院，就是這個道理。今天要給誘因，讓病人能夠流動，如果點數是一樣的，就無法顯示我們想要病人往下轉的態度。所以我們想說，上轉就算過去沒有誘因也一直在轉，那要不要給誘因？後來想想還是要，原因是我們希望有品質的轉診，這個品質可能要花時間跟病人溝通、要幫病人聯絡，也是要一些時間成本的，但也不能給很多是因為資源有限，所以就是用這樣的方式。因為這個人次是很多的，單價如果高就是把所有的費用都用掉，所以幾經考慮是這樣子安排。這個是一個草案，也不是 final，大家可以再給我們意見，我們再來修正，尋求大家的共識。

至於上面要下轉的人，我們有兩個 term，一個叫「下轉」一個叫「回轉」，這是不一樣的意思，回轉是上轉後病人穩定再下轉；下轉是沒有上轉的概念，過去已經上轉就沒有下轉的那些案件，譬如慢箋已經開好幾年下轉的，所以沒有上轉只有下轉的那個叫下轉。這些當然我們可以理解為什麼醫院以前就把病人留下來，也許是病人的因素，也許是醫院的因素，也許是醫院服務很好就一直幫病人預掛。現在要下轉當然對醫院來講他可能也考慮很多，所以我們就想說是不是給醫院比較好一點的誘因，當然這個誘因你說 600 點、700 點是不是醫院就願意我們也不知道，但是現在配合 2% 的減少，5 年 10%，我們也是希望醫院在這能夠配合，所以在這裡頭也給一個下轉誘因。特別是下轉的時候，我們希望醫院跟診所真正做好交班，而讓這個下轉是成功的下轉，不是只是形式下轉，然後病人又回去醫院，這個又讓所有人失所望。但是要下轉跟成功的交班，一定除了病人以外，醫生跟醫生要講好，或者是能夠安排真正的溝通，讓病人有信心覺得下轉後能夠得到在原來醫院一樣的服務，甚至更好的服務，這是要用心的，所以我們才會做這樣一個給付安排。當然這就是有限的預算做一個安排而已，所以有這個道理。

另外黃醫師這邊提說「同層級可不可以不要鼓勵」，我們現在同層級是有平轉，那同層級要不要鼓勵這是可以討論的，因為現在診所之間，診所也有同層級在轉診的，因為科別不同。醫院之間也有可能平轉，是因為病人可能從 A 醫院就醫，要回到住的地方在 B 醫院，類似這樣子的一個轉換，可能有百般的理由也講不完。但是有一些聽起來又是合理的，所以同層級是不是不鼓勵呢，大家再思考一下。這個是大致上大家剛剛講的一些問題。

那還有一個是朱副院長提出來「如果醫生帶著病人走，算不算轉診」？好像是自己轉給自己，你們也可以告訴我不是這樣也可以不用轉診，還是要轉診？這個你們實務上比較有經驗，而且這種事情說不定會越來越有機會這樣子做。因為有可能醫院的醫師到小醫院去支援就把病人帶過去。

所以我們現在要討論的幾件事情是，首先我們先分幾個 level，那我們一個一個解決比較有效率一點。首先林醫師要先講一下話，我們就先聽林醫師講完話再來處理好嗎？

林代表恒立

我是全聯會代表林恒立醫師第一次發言。剛剛主席講的平轉，沒有錯，像剛剛嘉義的代表也有講，基本上平轉我們以前是都靠自己想辦法，提供一些誘因讓病人平行移動，譬如說專科轉給復健科，這個時候都是我們自己想辦法盡量把病人 keep 在這個基層，在這個狀況底下的確都是由我們自己吸收這些誘因，那署裡面現在提供這樣一個方式，其實我想是相當不錯的一個方式，那也增加更多的醫師願意在基層內把病人照顧好，那當然沒有辦法照顧就是必須要上轉，這些應該都是一些合理的模式，讓大家可以充分的利用這些資源，讓病人得到一個更好的照顧，那這個應該是署裡面的出發點，我想這個我們非常贊成。

再來就是電子轉診平台，就是現在為什麼逐漸開始越來越多，是因為以前電腦公司都沒有辦法，跟剛剛有一位代表提說我們沒有辦法直接馬上在我們看診系統轉出去，那轉診率之所以會比較低，現在聽說展望系統已經完全上線了，所以大概有 40% 是因為這樣來的，那我們也希望另外 2、3 家的電腦公司能夠快點讓我們上線，那這樣的話我們就大概能夠，就剛剛吳醫師講的就預估會一下子爬到 60 或 80 的可能性都會出現，因為我想我們在診間，如果電腦公司提供轉診，我們一點馬上就出來，所以這狀況就完全沒有障礙了，所以 40% 到 60% 到 80% 甚至到 100% 可能速度會非常快，所以我希望署方這邊可以趕快的，如果這個東西出來，希望可以讓所有電腦公司都可以上線，這個是我們最大的期望。

主席（蔡副署長）

來，請黃醫師。

黃代表振國

剛剛聽到署方的代表說，假設電子平台不能事後當作勾稽或是管控的作用，這可能就失去電子平台最大的好處，之後亦可以用於資料分析。我想在有限的預算下，應該要有一個排序。哪些是列為我們優先可以鼓勵的？那平轉不鼓勵並不是永遠不鼓勵，應該是列為第二階段，或者是同一地區平轉不接受。限制同一位病人在兩家醫療院所轉診每個月限一次，假設是同體系兩家醫療院所，每個月都來 A 轉 B，B 轉 A，這樣每個月申報，實在不妥。

建議電子平台必須有管控的機制，鼓勵實質的轉診，不管是上轉或下轉，針對可能有浮濫之嫌的，在電子轉診平台就能有效的監控。目前點值是浮動的，不希望看到點值低於 0.5，真的受傷的正是有實質轉診且認真做事的人。建議是考量預算安排先後順序，一定要有監控，電子平台應該發揮更大的功能，甚至針對異常申報的個別院所能夠適度的監控，謝謝。

主席（蔡副署長）

好，謝謝。來，吳醫師。

吳代表國治

其實剛剛副座提到回轉和下轉的部分確實是有低估，當然都可以再修，基於預算中平原則，也可以做一些修正。剛剛諸位代表都有提到，我這邊還是要提 01034B 跟 01035B 的註釋，回轉的意思是，院所對於收治平轉或是上轉的病人，然後接下去做後續處理，事實上在基層也有平轉，可是卻沒有編回轉費用，如果按照署裡的想法，不論在醫院或基層對於回轉的待遇要一模一樣，才符合公平原則。如果說再把平轉通通取消，其實也是基於費用中平原則估算，但如果平轉都不給的話，基本上這兩個代碼都可以改成 B 碼，因為基層根本沒有。

第二個就是，現在轉診規範裡所有的醫療院所，應該都要列冊，技術上應該是沒有什麼困難的，不然的話其實勾稽在電子平台上面，你用他有沒有申報來看，如果基層有申報，可是醫院那邊沒有申報，

那基層就拿不到錢，這個技術上是不是請署方再做一個考慮。

第三個就是，我們還是很在意同體系的部分，當然署裡提到依法行政，可是事實上苗栗那邊的轉診通通收不到那家醫院轉下來的，因為它自己有基層診所，那用比較不雅的字，這是公然挑釁分級醫療的精神，我想這不是很好的事情，以上是我表達的意見。

主席（蔡副署長）

潘代表。

潘代表延健

好，謝謝。我想要就剛剛朱代表提到，就是醫院去支援助地區醫院或基層的部分，這個醫師這樣把病人帶過去要不要算，我想從兩個觀點來看，就是說我們不管是從健保的申報，或者是衛福部的登記，這個角度來看，醫療機構都是上面，然後下面才是醫師。其實醫療機構已經換了，所以他主體性已經改變了。再來就是我們也一直希望能夠透過這個部分，來推展整個分級醫療的效果。所以這個部分，如果從推展的這個角度來看不應該把他排除。

第二個就是，雖然是同一個醫師，但是我們為什麼以前要有轉診單，就是因為病歷的紀錄，病歷的紀錄要轉過去，更重要的是病歷的權限開放，因為有轉診的行為，接受的這個機構才能對這個病人的病歷有一個權限存在，所以這些程序都一樣都在做。所以我是覺得這個部分不應該例外來處理，以上。

黃代表雪玲

我想問的是，剛才主席有講說要鼓勵使用轉診電子平台，那前面那些都有加就是 50 塊或多少錢這樣，那我想問一下 2-6 這一頁，這個就是接受轉診對不對，接受轉診以後它其實有回復，那其實回復這個地方，醫師也不太喜歡去用你們那個平台，那在這個地方是不是也要給一點誘因，讓醫師在回復的時候用電子平台去做回復，就是這個地方為什麼在署裡不規劃它，應該也有個電子回復的鼓勵，鼓勵這個診察費加成，也分出有用電子平台回復的這個可以報比較高的給付。

主席（蔡副署長）

好，不要每一個動作都有，請朱院長。

朱代表益宏

第一個就是謝謝潘特助把我第一段要講的話講完了，就是同一個醫師轉給同一個醫師當然應該要付啦，只是在轉診的過程中間那些程序上，是不是要去做簡化。譬如說我自己寫一個轉診單寫給我，在 A 醫院寫一個轉診單，然後我到 B 醫院來看我自己寫的轉診單，這個程序上是不是要去做一些，如果是透過電子轉診沒有紙本，如果你是紙本當然還要歸病歷。

主席（蔡副署長）

等一下，電子轉診要夾帶很多東西，不是只是一張單子，還有夾帶病情摘要、檢驗檢查報告。

朱代表益宏

我還是希望說這一部分，因為在實務上，我今天回到實務上，就是醫師對這一部分會有一點點那個，自己寫東西給自己看，因為他其實對病人是...好，沒關係。

謝代表文輝

那個基層院所的其他醫師，搞不好也會看他寫的。

朱代表益宏

好，這部分我還是希望署裡去做一些考慮啦。第二個就是剛剛講到醫院開很多診所這件事，因為所謂體系是用醫策會那個體系，醫策會只有醫院沒有診所，所以這一部分確實是一個問題，所以這一部分我覺得署裡面如果要體系之間轉診是不能轉診的話，那剛剛講的那一部分，我個人覺得也不應該，事實上也應該去處理，所以是不是要去做所謂體系之間要去做一些補強，因為醫策會它只是針對醫院評鑑，目前醫院評鑑只有醫院，沒有診所，謝謝。

主席（蔡副署長）

好，請謝院長。

謝代表武吉

很感謝主席剛才的說明，回轉和下轉的 700 點和 250 點，600 和 200 點。還有這裡有考慮很深的就是說，接受門診轉診的還有 200 點，這都是非常好的現象，但是我現在最怕的一項，如果這個醫生和那個醫生說好了，還是這間醫院和那間醫院說好了，他給你下轉再給你上轉，轉來轉去這樣要怎麼防範，因為你這個 700 點的金額很大，與 250 點的差異性差要到 3 倍。你如果說差異性差一倍，我是覺得這個會上下轉的動作會比較少一點，我是建議這裡要有所考量，在不久以前有某家醫學中心，絕對不是我們在座的，也不是高雄的。某家醫學中心才為了一張診斷書 15,000 塊錢，就詐領某個單位 6,000 萬，那不是在這裡的醫院，這個若 700 點的時候，200 多個的時候就 15,000 了，一個患者開一個診斷書就有 15,000 塊可以抽成了，所以我是感覺上這一點，主席稍微注意一下。

還有那個第二點就是說，主席剛剛有講到同體系的醫院排除在外，且以醫策會公告為處理基礎，這是我非常感佩的，但是我還是要在這裡建議一點，醫策會還有漏網之魚，我會在董事會說，在這我也是要說，大家知道台灣有環台聯盟，還常常在做公開討論在辦活動，這個難道就不用去處理嗎，剛才那個新竹的吳理事長說，在苗栗跟新竹轉來轉去，我們也沒辦法控制，所以說主席我在這裡建議，對於開多家私人醫院的連鎖醫院，在高雄我舉例兩間中醫啦，一間叫做馬光，馬光也曾經被健保署處罰過，還有一個叫濟中，好像也是被健保署處罰過，還有私人的醫院像在台南，也有某家區域醫院，在某些地方又去開一家診所，由它的員工來開的，它這個不是法人醫院或財團法人醫院，所以像這種的應該要由各分局要好好的查處，要把它切割起來，這樣不必要的浪費才不會產生，金錢留下來在該用的地方來用，謝謝。

主席（蔡副署長）

好，謝謝，到這裡我們先處理一下。首先，依照順序第一個，大家提到要使用健保署的轉診平台跟不使用，會有一個價差，經過剛剛的說明，大家可否接受有一點價差？請李醫師。

李代表紹誠

針對這部分，因為我接到一些比較年紀稍長的醫師反應，他們想要轉診，覺得用這平台比較困難，因為習慣書面。第二個，就是有些東西在電子轉診中，是無法清楚描述，是必須畫圖，但現有的平台是沒有辦法。所以他們是想做，但受限於這方面。所以我想是否能在程式中有個設計是能做轉診的紀錄登記上去，出去資料是書面，這應該也能視同電子轉診方式，因為有些東西書寫時確實用畫圖比較清楚。

主席（蔡副署長）

李醫師剛剛所說的是有一部分補充資料是紙本，但主要的程序還是在電子平台裡，這是 OK，你有補充我們也不知道。但是剛潘代表與黃振國醫師提到這轉診平台一直在改，現在會有跟 HIS 系統有一點掛勾是因為大家抱怨是否能將基本資料自動帶上，我們有考慮是 IC 卡資料帶上，還是醫院自己的資料帶上，如果是醫院自己資料要帶上，那就跟 HIS 系統有一點關聯，所以有幾家系統廠商已經幫我們服務了，我們正在努力中。

所以回到這題，大家認不認為該有一點區別？好，同意要有一點區別。那 100 塊跟 50 塊會太少還是太多？要再縮小？還是恰恰好？這沒有標準答案，是以大家共識決定。

吳代表國治

這年長醫師都會反對，現在簽約還要看手有沒有抖，甚至要親自到健保署，這是年齡歧視。如果真的違法你們再查，不要用這種方式。

主席（蔡副署長）

現在先講這個，這個跟年齡無關，有些人愛用紙本，有些人愛用

電子，這跟年齡無關喔。覺得在 01034C 跟 01035C 價格差一百塊，還有 01036C 跟 01037C 價格差 50 塊，大家覺得恰不恰當？不恰當的話要怎麼改？好，可以試試看，謝謝。

再來，回轉及下轉、平轉及上轉，一個 700、一個 250，恰不恰當？是覺得差太多嗎？覺得回轉及下轉不應該給這麼多嗎？各位意見呢？回轉及下轉太高嗎？

謝代表文輝

主席，你問這個不會有共識，很難有共識，如果大家沒有共識，就按現在這樣走走看。

主席（蔡副署長）

這也是一種共識。

吳代表國治

主席，應該先釐清基層回轉有沒有費用？

主席（蔡副署長）

什麼叫回轉沒有費用？

吳代表國治

要弄清楚，基層回轉也可以申報七百塊嗎？

主席（蔡副署長）

什麼是基層回轉？

吳代表國治

在 01034C 跟 01035C，基層可以報嗎？基層可以報的話，是什麼時候可以報？有估經費嗎？要先釐清基層能不能報。

主席（蔡副署長）

基層何時會用到這個？平轉不等於回轉喔，只有上、下層級才有回轉的概念，平轉就是平轉

吳代表國治

主席，請看 01034C 的註 1，適用對象的（1）回轉是院所對收治之平轉或上轉病患。雖然有平轉又再回轉的費用，但基層沒有啊。

主席（蔡副署長）

醫管組請說明這部分，這基層應該沒有吧。

黃代表振國

這應該是 B 表才對。

吳代表國治

所以這中間有矛盾，你們沒有估這筆錢，卻擺在 C 表讓基層以為可以報，但不能報。

主席（蔡副署長）

理論上，平轉是 01036C，平轉是適用診所跟診所之間或同一層級之間，因為科別的關係等等的平轉。這裡的回轉跟下轉是指有上再回，或本來在你這裡，主動下轉。

吳代表國治

沒有喔，這裡是寫平轉或上轉病人。

主席（蔡副署長）

這裡平轉要劃掉，平轉不行啦。

吳代表國治

劃掉之後，把 C 改成 B。

主席（蔡副署長）

對，好，謝謝，修正成功。我們現在再來確認一下，01034B 跟 01035B 點數各為 700、600，可以？好，通過。01036C 跟 01037C 點數各為 250、200，可以嗎？好，通過。只有 01034B 跟 01035B 是 B 表，01036C 跟 01037C 是 C 表，這討論之後，接下來要討論的題目...

黃代表振國

我覺得實質的轉診，上轉、下轉都能夠實質的鼓勵，剛提的 B 表點數是各為 600、700，C 表目前點數各為 200、250，我建議能上調到 B 表的一半，也就是 01036C 跟 01037C 點數各為 300、350。但是很重要的是第一點要嚴加管控，第二點，現在只設限每個月一次，最好同醫療院所的互轉一年度也有上限，避免浮濫。如剛剛提的，A 跟 B 院所，不論是否為實質的同體系或無形的聯盟，若這誘因大就會造成浮濫。建議一定要設置同醫療院所的上限，幾次可以再細談，能靠電子平台監控，如果超過，就介入去看才不會造成有限資源濫用。

至於同一地區的醫療院所，以基層為例，有很多醫療院所位置鄰近，病人同一天可能同時看兩家以上，若有這誘因後，病人看完 A 診所再到 B 診所，B 診所就醫後就先用電子轉診，再轉回 A 診所，彼此電子轉診容易造成浮濫。再者，現在有很多論質計畫，例如糖尿病試辦計畫，每年要有眼底的檢查，試辦計畫的會員都轉給眼科診所，或是婦產科兩年要做抹片，因為有這個誘因會不會造成電子轉診浮濫。當然初期試辦會有很多不同想法，所以建議應該從嚴到寬，從普遍性到特殊性的考量，普遍性就像如大家認為沒問題且有鼓勵實質效果一定要給，特殊性應該在第二或第三階段，在預算寬裕的時候，還以及管控機制很完善的前提下再放寬，這樣才會走得穩走得好，謝謝。

謝代表武吉

我覺得比較合理的是這樣，剛才我一直堅持就是回轉及下轉的費用太高，建議回轉及下轉降到 500、400，等於是平轉及上轉的一倍，這樣很合理嘛！

主席（蔡副署長）

這又是另一個建議，是要以哪一個為主呢？意思就是一半。現在有一個建議是 01034B 跟 01035B 點數各為 500、400？01036C 跟 01037C 點數維持不變，這樣可以嗎？好，這項先通過。

朱代表世瑋

主席，提醒一下，01034B 跟 01035B 表格裡基層的勾拿掉。

主席（蔡副署長）

好，謝謝。接下來我再請教大家，剛剛有一個問題沒有處理，就是同體系，同體系我們現在用的是醫策會公布的同體系醫院，不管有沒有漏網之魚，都先以這個為主。

另外有人提到院前診所，這個我們沒有名單，這部分我們初期要處理嗎，還是暫時先觀察？可否等到實證的大數據分析顯示他們有這情況發生後再來處理，會不會比較合理？

黃代表振國

主席，其實我們之前覺得大數據就是可以跑的。

主席（蔡副署長）

對啊。

黃代表振國

怎麼跑資料之前有建議過，當支援醫師數達某個人數以上，如 A 醫院支援 B 診所達幾人以上可認定為同體系，健保署應該可以取得資料。剛講某集團常態性的，醫師像大搬風在支援，這樣即使未在醫策會的名單，但資料中可以知道，至於支援醫師數門檻多少，如五位醫師十位醫師都無妨，謝謝。

主席（蔡副署長）

好，謝謝，其實因為現在這個指標完全都是想像，那就算是要跑資料，也要含定義，這是第一個。第二個就算他們是聯盟，就算他們是你想像的院前診所，他會不會真的浮濫上下轉，這是第二個問題。我們現在應該處理的是，如果是這樣子的浮濫，我們就覺得不恰當，但是如果他跟大家都一樣正常的在進行，那就跟一般是無涉的。請謝代表跟羅代表。

謝代表文輝

這個當然是大家心裡的痛，基層診所大家的痛。但是今天你如果要把那個釐清，你這案就沒辦法做了。我坦白講，所以我是覺得這個作下去，那有數據其實不只是醫策會，最知道的其實是六個分區業務組，也許那個下去以後我們馬上就要求六業務組針對這種情況來收集資料，那大家一起來討論怎麼定義怎麼設標準，不然你要等到他弄出來，今天這個案子通過等於不必執行，因為沒有辦法在短期之間，現在老是講叫我們大家訂一個他支援多少百分比才算，誰也說不準，實際的情況怎麼樣。

但是這個的確是事實，所以我覺得這個案子開始作我們就要拜託六個分區業務組針對這個議題收集相關資料，然後我們一起來討論，這個案作了半年就一起來討論，他的結果，那我們要訂什麼標準，訂出來，那時候我們就可以修改相關辦法，但是的確這個是問題，我們先要有這個相關數據來做為基礎。

主席（蔡副署長）

好，謝謝，先羅代表再來吳代表。

羅代表永達

主席，我想我們在跨層級合作的時候，曾經有這樣的議題，什麼叫作聯盟，我想都是在署裡面，因為有很多在醫策會裡面，他非常粗略，你只要看那資料你就知道，你說某某集團，那個集團是台北跟那個... 但事實上他跟分局有沒有這樣的事情，事實上是有的，所以我建議比照跨層級的那個計畫裡面，讓分區裡面去認定，如果說假設被誤殺的跟分區裡面去申訴就可以，所以既然我們跨層級的模式，我們就比照跨層級的同體系的不得支援這樣的模式，我想這樣的決議在實務上比較可行，以上。

主席（蔡副署長）

好，謝謝，請，吳代表。

吳代表國治

剛剛提到認定的困難，我承認確實很困難，基層已經反應很多年了，甚至把那家醫院的門診單寫上去，在公館和竹南等地，通通寫上診所的地址、門診時間表，可是健保署只有告訴我們，對不起，我們沒辦法查，沒有公權力。這沒有錯，可是你們對於七十歲的年長醫師，警告他是不是人頭，要小心不要被利用，這都有發生。我們也已經發函給衛福部、健保署，希望至少宣示一下，可以發函給全台灣的醫院，不要有針對性，讓大家知道醫院負責醫師是要負法律責任的！那如果真的要作，其實看一下資金流程就知道，健保申請的錢轉到哪裡，一定是進入負責人的戶頭再被醫院拿走，而不是負責人拿走。

主席（蔡副署長）

我們沒有辦法查金流。

吳代表國治

很卑微地要求健保署發函宣示一下都不可以，可是你們對七十歲的年長醫師卻明文寫說不要這樣做，這就是很奇怪的事情。所以我覺得至少再通知一下大家，我們希望所謂的人頭院前診所不要這樣，宣示一下總可以吧。

主席（蔡副署長）

好，謝謝，先黃代表再來謝代表。

黃代表振國

我本來不想講，台北地區最有名的是國泰醫院跟國泰診所，第二個，遠東門診。

主席（蔡副署長）

他已經不是了。

黃代表振國

哦，第二點遠東聯合門診跟聯合診所都是亞東醫院來台北的門診

部，大家都知道。

主席（蔡副署長）

可是現在就是說大家都覺得那個關係，可是我們談的是轉診。

黃代表振國

但他本來就是門診部的病人收集到醫院去，就算不給他這個錢，他一樣是轉得很好。

主席（蔡副署長）

可是現在我們診所往上轉我們不給這個錢，也是都在轉啊。

黃代表振國

我的意思說需要雙向的鼓勵，鼓勵病人應該留在何方，應該以病人考量，在哪個地方接受最好的照顧。某一個體系在網站寫得很清楚，他的診所有四家，甚至門診表都掛在同一個網頁，他的生產人數去年十二月比三總還多，現在他的小兒科的量已經超越馬偕、長庚的同期。根據統計，他去年十二月生產已經高達 500 件，在台北區基層生產的比例達到將近 23%，等於有四個小朋友在基層，就有一個在他那邊生產，如果今天制度沒有機制在作管控，將會鼓勵這樣子的集團，把資源錯置，讓真的要轉的人沒有資源，將喪失這個美意，謝謝。

主席（蔡副署長）

請，謝代表。

謝代表武吉

今天講的這些，讓我回憶起古早的事情，好像是林金龍經理時期，當時現在組長好像是當科長，好像在彰化鹿港發生，當時有個規定是診所裡的醫師數有多少，同單位支援的人力不得超過多少，是不是你們能拿這規定拿出來參考看如何修改比較好？謝謝。

主席（蔡副署長）

這樣子好不好，我建議一下，我可以理解大家對於連鎖的診所有

很大的意見，擔心診所跟診所之間也會有乒乓轉。剛剛黃振國醫師提的台北市婦產科的集團，若名字不一樣我們沒辦法知道，但那集團名字是一樣的。我們可否建議 01034B 跟 01035B 這裡頭有提到同體系，今天先通過醫策會已經對外公告的那一部分，至於診所這塊我們行文給醫事司，由醫事司定義，等醫事司定義出來我們就放進去，他就是同體系，可以嗎？

吳代表國治

跟主席報告，我們不得不同意，但是醫事司我們已經去了很多次文。

主席（蔡副署長）

我們再去一次，我們今天不要因為這件事擱置，但是這件事情要留下來處理，我們寫同體系，暫依醫策會的規定，診所部分若有新的我們補進去，今天就暫時不討論細節，文字先這樣通過，可以嗎。

吳代表國治

可以，可是有個小請求，是否能發函給各醫院，不希望所謂人頭的假診所存在，也不用指名道姓，我們要給基層一個交代，這已經在基層產生很大的民怨，尤其是苗栗的醫師，我們很難處理。事實上，我們北區還想約談這些院所的醫師，想問他是否知道要負法律責任，出事的時候是你要被關，而不是原來體系的院長被關，但如果告訴他還是要這樣，我們也無可奈何，我們只是卑微要求希望能發函。

朱代表益宏

主席，我是建議這個案子還是先照草案通過，不過我比較希望不要到醫事司，這畢竟是給付上使用，權責還是在署裡面。

主席（蔡副署長）

體系認定應該是由醫事司。

朱代表益宏

剛剛有講過各分局都有經驗，或是跨層級整合照護，這都是健保

署的案子，所以我是希望由這邊在半年後來討論，是不是比較適切。

主席（蔡副署長）

好，文字上我們先通過，內容先照醫策會，我們也會行文醫事司，如果不行，我們同步也來監測，也請分區回饋他們轄區可能的院所是什麼，然後我們後透過數據分析，看是否真的有發生什麼事情，半年之後大家再來討論，可以吧？

謝代表武吉

我完全尊重，但我希望能附加一點，就是由醫師公會也能提供相關數據給署裡。

吳代表國治

我們今天講的東西，各分區業務組也要知道。

主席（蔡副署長）

可以，我們一定轉達，好，這題結束。下一個問題沒有解決的是，同層級之間互轉要不要列為第一階段就可以申報 01034B 跟 01035B、01036C 跟 01037C，要還是不要？大家意見不同，所以基層不要嗎？

黃代表振國

十三億的醫療預算是給雙向轉診的病人用的，不是只鼓勵轉診費用，還有相關轉診後增加醫療費用，建議如要限制同一層級平轉醫院層級只限定在不同地區互轉。通則不合同層級平轉，但特殊案例的得以另外申請，如病人要回到家鄉異地就醫，或某些專科的醫院互轉，也能兼顧實際需求。

主席（蔡副署長）

很難耶！特殊案例。

黃代表雪玲

什麼叫特殊？

主席（蔡副署長）

很難耶！

黃代表雪玲

那就不要啊，對啊，不要就不要啊。

主席（蔡副署長）

大家共識一下喔。

謝代表武吉

建議這樣，診所如果認為不要做診所就先不做，醫院先做，這樣

主席（蔡副署長）

醫院先做，診所不要做，可是這樣不好，因為這個是共用一個誘因的預算。

黃代表振國

我覺得先轉轉看，這樣上下轉轉看，如果覺得經費多、很寬裕，再第二階段考慮，不然誰都不知道會發生多少事。

主席（蔡副署長）

好，我們現在就先決定一下平轉在第一階段要用還是不要用。

吳代表國治

主席，剛剛不是已經講說平轉抽掉了，然後把C表變成B表了嗎？

主席（蔡副署長）

不是、不是，那個是01034B跟01035B裡頭的文字，回轉裡頭的平轉，可是現在講的是01036C、01037C裡的平轉，01036C、01037C的平轉要不要存在。

黃代表振國

我以剛剛那個糖尿病試辦計畫為例，署方應該很清楚我們試辦計畫已經有多少個案，如果這個光這樣子一年要耗用多少費用，馬上就

知道答案了，如果平轉要存在，相信這 13 點多億實在不夠。

主席（蔡副署長）

我們尋求多數決好不好？大家如果審慎起見，第一階段暫時平轉不要，暫時不要，好，謝謝，暫時不要。

接下來一個相關的問題是說如果是醫生帶著病人走、轉診照走，那這件事情應該已經確定了喔，好不好？因為是機構跟機構之間，即便是同一個醫生，他也有病歷的問題，所以程序照走，這件事情就不用再談了，好不好？不成為例外，好，沒有意見吧？好。

再來的話還有，我看看還有沒有哪一個，再來的話，就是那個 01038C，01038C 剛剛同仁回應的是說，如果前手沒有申報的話，後面的人可不可以有門診診察費的加算？應該是廖代表講的對不對？可以嗎？是不是可以？可是這樣子感覺不是很合理耶！大家接不接受？可以嗎？沒有前就有後可以？這樣喔，大家如果接受的話，我們先這樣做，但是我們先去統計沒有頭還來報這個的到底有多少，因為大家擔心自己去製造一張，對不對？這個列為監控喔，好。

最後一題，好，最後一個大家看一下 01038C，01038C 裡的第 3 點（2）大家同不同意原來這邊寫的？「...每個月限申報一次。」這個大家有沒有意見？需要規範這個嗎？

黃代表振國

我覺得有需要，但是要更嚴謹一點。

主席（蔡副署長）

要多嚴謹？

黃代表振國

我覺得應該是總量管制的概念，兩個醫療院所的上下轉有一定的 Upper limit。

主席（蔡副署長）

您認為多少？

黃代表振國

我覺得 2 至 3 次應該夠。

主席（蔡副署長）

一年嗎？

黃代表振國

一年 2 至 3 次。

主席（蔡副署長）

大家覺得怎麼樣？

黃代表振國

這樣就好了啦，這樣經費的管控比較 OK...

主席（蔡副署長）

一年限申報 3 次。

黃代表振國

對，同一個兩個醫療院所。

主席（蔡副署長）

大家同不同意？來，請。

潘代表延健

我覺得因為這個都是我們現在去想可能會有這種情形，所以他有可能就是一種異常管理，所以我把異常管理放在我們正常的法規也許...

主席（蔡副署長）

所以我認為應該把整個都刪掉。

潘代表延健

我舉一個例子來講，像 PAC。

主席（蔡副署長）

然後如果有異常，我們就抓出來處理。

潘代表延健

因為你這個雖然不會發生...

主席（蔡副署長）

然後有數據出來之後再來定到底多少合理。

潘代表延健

對、對，因為你那個就會變成對病人的一種壓力，好像我被下轉下去以後，我今年就再也沒有機會，即使我的病況變複雜，所以對病人的一種壓力。

主席（蔡副署長）

但是我們當然不希望，我們都是正向看待，每件事情都是很正向看，但是最後有人弄到很負面的話，那就只能處理負面的，對不對？

潘代表延健

應該嘗試著把大家當成好人來看待。

黃代表振國

如果轉診到同個醫院，如上轉同時看了 3 科，照這個每個月限申報一次，只是一次的轉診，但如果有人把他報 3 次的轉診要怎麼去認定？不行嘛。

黃代表雪玲

主席，我實務上就有金門的，他每次都叫那邊的醫師開了 3、4 張轉診單，他一次來我們醫院看 5 科，我們根本拿他沒輒，他一次來就...

主席（蔡副署長）

看 5 科的整合醫療，不要分別看 5 科。

黃代表雪玲

那他掛 5 科，給付只給一筆，我們要如何分配給 5 位醫師…

主席（蔡副署長）

好，那你也只能申報一個診察費加算，好，這樣到這裡，不要用異常來講，好，這一題大概都處理完了喔。

李組長純馥

是不是 01034B、01035B 也有 3. (2)，然後 01036C、01037C 也有 3. (2) 那裡一併拿掉？

主席（蔡副署長）

對，一併拿掉，好，那我們第二案就討論到這裡了喔，大致上釐清了，那我們就先試試看，半年之後來檢討。感謝大家的討論，接下來提案三。

討論事項

第三案

案由：新增「全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案」。

主席（蔡副署長）

這個案子我們請台灣臨床藥理學會

謝代表武吉

主席，抱歉，我先提一個程序，主席。

主席（蔡副署長）

臨時動議嗎？

謝代表武吉

程序。

主席（蔡副署長）

程序，好。

謝代表武吉

我們現在能否先清查人數，不夠的話，因為我們要趕車子回去，已經不夠人數，我算過了。

主席（蔡副署長）

算過了嗎？現在有多少人？清查一下，沒有，這個是去洗手間的，會回來的，這邊現在有多少位？

賴代表振榕

謝院長，拜託，這個我們報告一下很快就過了，你說趕車，沒關係，車錢我幫你出。

主席（蔡副署長）

對，現在有多少人？19位，我們總共37位，現在是19位，剛好過半，多一個人。再聽一下，請臨床藥學會的理事長，是要請學會這邊嗎？賴藥師要說明嗎？請賴藥師。

賴代表振榕

主席、各位代表，謝院長我很快啦！

謝代表武吉

我們再3位走，一定不夠人！我們回去都8-9點，上次就都8-9點。

主席（蔡副署長）

剛剛清點人數的時候是19位啦！

朱代表益宏

主席，這個案子要談下去的話一定花很多時間，那人數等下陸陸續續還會離開，所以我是建議今天先不要談，下一次放第一案談。

主席（蔡副署長）

好，大家有沒有意見？現在只剩下 18 位。

朱代表益宏

不然你真的要算，就程序問題啊，真的給你點，你點出來要列入紀錄啊，確實不夠你怎麼去那個。

主席（蔡副署長）

好，現在是 18 位，把這兩位到洗手間的都算進來的話。

朱代表益宏

沒有，以現場啊。

主席（蔡副署長）

沒有，我是剛剛把這兩位算進來，他應該很快回來。好，現在也真的是少了啦，因為現在又少一位了，所以是 18 位。

朱代表益宏

這還不夠，我們再走 1 個。

主席（蔡副署長）

好吧，如果大家覺得真得太晚了，因為也真的太晚了，5 點了，那這個案子今天就暫不討論了，下次再安排時間跟大家討論。藥師公會全聯會這邊覺得急的話，我們再來安排，好不好？儘快。

賴代表振榕

那正式會議拜託這個要列第一案，好不好？

主席（蔡副署長）

好，沒問題。

賴代表振榕

不然這樣子的話，每次前面都討論那麼久，我們就都在這裡陪坐也不是很好。

主席（蔡副署長）

好，那我們今天會議就開到這裡，非常謝謝大家，謝謝。