

「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」

109 年第 3 次會議紀錄

時間：109 年 9 月 10 日（星期四）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	(請假)	洪代表啟超	洪啟超
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	(請假)
游代表進邦	(請假)	徐代表邦賢	吳迪(代)
李代表佳珂	李佳珂	謝代表偉明	謝偉明
郭代表咏臻	(請假)	林代表綉珠	林綉珠
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世璋	歐育志(代)
羅代表永達	羅永達	林代表鳳珠	林鳳珠
謝代表景祥	謝景祥	郭代表素珍	(請假)
林代表茂隆	王秀貞(代)	杜代表俊元	杜俊元
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	何代表語	何語
林代表恒立	林恒立	葉代表宗義	葉宗義
王代表宏育	王宏育	馬代表海霞	馬海霞
黃代表振國	黃振國	蔡代表麗娟	(請假)
賴代表俊良	賴俊良	紀代表志賢	紀志賢
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	施壽全
吳代表清源	(請假)		

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會	馬文娟
衛生福利部社會保險司	周雯雯、白其怡
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、林筱庭
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	林佩菽、周小燕、曹祐豪、 吳心華、顏正婷、許雅琪
台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會	陳培榕
台灣乳房醫學會	陳芳銘
台灣泌尿科醫學會	(請假)
台灣胸腔外科醫學會	黃文傑
社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會	陳德群
社團法人台灣社區精神復健發展協會	張怡萍、黃曉婷
財團法人醫藥品查驗中心	黃莉茵、張慧如、賴育賢
本署臺北業務組	余千子、王玉緞、王文君、 黃艾青、陳信樺、施沂廷
本署北區業務組	廖智強
本署企劃組	陳泰諭
本署醫審及藥材組	黃育文
本署醫務管理組	李純馥、吳科屏、蔡翠珍、 陳依婕、楊秀文、許博淇、 楊瑜真、林美惠、簡詩蓉、 鄧家佩、沈瑞玲、宋宛蓁、 蕭晟儀、鄭碧恩、陳孜孜

一、主席致詞：略。

二、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

- (一) 「有關中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會北區分會提報新增轉診支付標準之同體系院所名單案」(序號14)，決議「由各縣市公會提供名單後再提至本會議討論」一節，修正為「由各縣市公會或各分區之西醫基層醫療服務審查執行會提供名單後，提至本會議討論」。
- (二) 中華民國醫師公會全國聯合會建議新增北區業務組所轄之同體系院所名單案，併本次會議第三案一併討論。

三、討論事項：

- (一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)新增修訂「乳房病灶粗針穿刺切片(單側)」等7項診療項目暨修正部分支付標準文字案。

決議：同意新增修訂重點如下，詳附件1，P6~P20。

1. 新增「乳房病灶粗針穿刺組織切片(單側)」(支付點數1,623點)，併同修訂編號29009C「乳房穿刺」中文名稱為「乳房細針穿刺」。
2. 原HTA項目「達文西機械手臂部分腎切除」之手術費得比照編號76031B「(後)腹腔鏡部分腎臟切除術」申報，並訂有適應症，爰配合修訂76031B「(後)腹腔鏡部分腎臟切除術」之支付規範。另「達文西根治性前列腺切除術」比照79410B「攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術」併28014C「腹腔鏡檢查」申報之規定，併同明訂於79410B之支付規範。
3. 修訂編號47057B「經內視鏡施行食道擴張術」等2項診療項目之支付規範，及編號33048B「四肢動靜脈造影」中英文名稱與33062B「鎖骨下動脈造影」中文名稱。另配合編號08036B「部分凝血活酶時間」等17項診療項目公告自109年9月1日起開放至基層院所適用，爰修正部分診療項目支付規範或附表之醫令編號文字。
4. 另與會代表提出「乳房病灶粗針穿刺組織切片(單側)」及

47057B「經內視鏡施行食道擴張術」之財務預估尚有疑義，爰決議施行半年後提出財務影響報告；如有增加支出，則以「新醫療科技」之預算支應。其中，「乳房病灶粗針穿刺組織切片（單側）」之財務影響須包含被替代項目 29009C「乳房穿刺」、63010C「乳房腫瘤組織檢查切片術」、影像導引及特材費用。

(二) 有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）第五部第二章精神疾病患者社區復健之「精神復健機構（日間型機構）之復健治療（天）」支付點數案。

決議：同意編號 05401C「精神復健機構（日間型機構）之復健治療（天）」支付點數由 480 點調升為 600 點，詳附件 2，P21~P22。

(三) 有關新增轉診支付標準之同體系院所名單案。

決議：

1. 修正後之同體系院所名單共 54 個體系，281 家醫院，修正名單詳附件 3，P23~P32。

(1) 新增新光體系，包含新光醫院(醫事機構代號 1101150011) 及昕新診所（醫事機構代號 3501154573）。

(2) 慈濟體系項下之同體系院所新增嘉義慈濟診所（醫事機構代號 4022020019）。

(3) 國泰體系項下之同體系院所新增五家診所：敦平診所(醫事機構代號 3501029780)、富霖診所（醫事機構代號 3501029771）、瑞成診所（醫事機構代號 3501113358）、瑞健診所（醫事機構代號 3501113367）、國泰功醫診所（醫事機構代號 3505340342）。

(4) 大千體系項下之同體系院所新增五家診所：德恩診所(醫事機構代號 3535012217)、舒康診所（醫事機構代號 3535012235）、康平皮膚科診所（醫事機構代號 3535012164）、永旭診所（醫事機構代號 3535012468）、福苗診所（醫事機構代號 3535012459）。

2. 有關中華民國醫師公會全國聯合會提出北區業務組所轄之聯新國際醫院桃新分院、陽明醫院、中壢長榮醫院、東元綜

合醫院、仁慈醫院之同體系院所名單，因尚未獲得共識，俟與財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會釐清同體系之認定方式後再討論。

3. 爾後各縣市公會或各分區之西醫基層醫療服務審查執行會所提之同體系院所案件，先由各分區業務組協助釐清後，再提至本會議報告，以提高會議效率。

四、臨時提案

五、散會：下午 5 時 10 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

第三項 血液學檢查 Hematology Test (08001-08134)

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
08089B	活化凝血時間 ACT test 註：不得合併施行08026C及08036BC。		v	v	v	150

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12211)

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
12208B	生長刺激表達基因2蛋白(ST2) 註： 1.適應症：慢性心臟衰竭NYHA Class III或ACC/AHA Stage D以上且病情急性惡化。 2.支付規範：不得同時申報編號12193BC。		v	v	v	800

第七節 手術

第十七項、視器 Visual System

八、網膜 Retina (86401-86415)

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
86409B	眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療 Pars plana vitrectomy (vitrector) with Photocoagulation therapy — 簡單 Simple 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計179%。 2.不得同時申報項目：86206BC、86407BC。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	11062
86410B	— 複雜 Complicated 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計175%。 2.不得同時申報項目：86207B、86408B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	19345
86414B	微創玻璃體切除術 Microincision vitreoretinal surgery — 簡單 Simple 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計235%。 2.不得同時申報項目：86206BC、86407BC、86409B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	12800
86415B	— 複雜 Complicated 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計189%。 2.不得同時申報項目：86207B、86408B、86410B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	24181

第六部 論病例計酬

第一章 產科

附表 6.1.2 剖腹生產診療項目要求表

基本診療項目		
產前	產中	產後
I .Indication of admission II .Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test III. Management 1.Special procedure 2.Check FHB 3.Nursing care 4.IV fluid infusion 5.Skin prepare 6.Medication	IV.Management 1.Check FHB 2.C/S procedure 3.Delivery of fetus and Apgar score eva. 4.Baby care 5.Medication 6.Vital sign prn	V.Management 1.Vital sign 2.Check uterine contraction 3.wound care 4.Breast care 5.Stimulation of flatus 6.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
※1.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 ※2.08006C 血小板*1 ※3.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*1 (08006C 乙項僅得以 08011C 乙項取代) 4.08018C 或 08019C 出血時間*1 5.08020C 凝血時間*1 (4.5 二項得以 08026C 及 08036B/C 項取代) ※6.18013C 或 18035B 胎心音監視*1 ※7.39004C 大量液體點滴注射 *1 ※8.47014C 留置導尿*1 9.96026B 麻醉前評估*1	※10.96005C 或 96007C 或 96020C 麻醉 *1 ※11.81004C 或 81028C 剖腹產術*1 ※12.57115C 新生兒照護*1	13.96025B 麻醉恢復照護*1 ※14.39004C 大量液體點滴注 射*1 ※15.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*1 ※16.08013C 白血球分類計數*1 ※17.55010C 會陰沖洗*2 ※18.48011C 或 48012C 或 48013C 換藥*3
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

第二章 婦科

附表 6.2.1 子宮肌瘤切除術(住院)、子宮鏡子宮肌瘤切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission	III. Management	IV.Management
II .Diagnostic study	1.Medication	1.Surgical
1.History taking	2.Nursing care	2.Post-OP care
2.Physical exam		V.Management
3.Lab test		1.Ward nursing care
4.Special procedure		2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1	20.09027C 鹼性磷酸酯酶*1	※37.96005C 或 96007C 或 96017C
2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1	21.09029C 膽紅素總量*1	或 96020C 麻醉*1
3.08011C 或 08012C 或 08082C	22.09030C 直接膽紅素*1	38.57017C 或 57018B
全套血液檢查*2	23.09038C 白蛋白*1	Pulse oximeter*1
4.08013C 白血球分類計數*2	24.09040C 全蛋白*1	※39.80402C 或 80420C 或 80415C
5.08018C 或 08019C 出血時間*1	25.11001C 血型測定*1	子宮肌瘤切除術或
6.08020C 凝血時間*1	26.11003C RH (D) 型檢查*1	子宮鏡子宮肌瘤切除術*1
(5.6 項二項得以 08026C 及	27.12001C 梅毒檢查*1	40.96025B 麻醉恢復照護*1
08036BC 項取代)	28.13007C 細菌培養鑑定檢查*2	※41.25001C 或 25002C 或 25003C
7.09001C 總膽固醇*1	29.18001C 心電圖*1	或 25004C 或 25024C 或
8.09002C 血中尿素氮*1	30.19001C 或 19003C 超音波*1	25025C 病理*1
9.09004C 中性脂肪*1	31.32001C 胸腔檢查*1	42.47002C 薄荷擦拭*1
10.09005C 血液及體液葡萄糖*1	32.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查	※43.48011C 或 48012C 或
11.09011C 鈣*1	*1	48013C 換藥*3
12.09012C 磷*1	33.39004C 大量液體點滴注射*3 (6	44.55010C 會陰沖洗*2
13.09013C 尿酸*1	歲以下兒童，本項得以 57113B 或	
14.09015C 肌酐(血)*1	57120B 或 57121B 或 57122B 項目	
15.09021C 鈉*1	取代)	
16.09022C 鉀*1	34.47003C 或 47004C 或 47006C 或	
17.09023C 氯*1	47011C 灌腸*1	
18.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉	35.47014C 留置導尿*1	
氨基酶*1	36.96026B 麻醉前評估*1	
19.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉		
氨基酶*1		
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.2 輸卵管外孕手術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission II .Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III . Management 1.Medication 2.Nursing care	IV .Management 1.Surgical 2.Post-OP care V .Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 2.06504C 或 06505C 懷孕試驗*1 3.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 4.08013C 白血球分類計數*2 5.08018C 或 08019C 出血時間*1 6.08020C 凝血時間*1 (5.6 二項得以 08026C 及 08036B C 項取代) 7.09002C 血中尿素氮*1 8.09005C 血液及體液葡萄糖*1 9.09015C 肌酐(血)*1 10.09021C 鈉*1 11.09022C 鉀*1 12.09023C 氯*1 13.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉 氨基酶*1 14.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉 氨基酶*1 15.11001C 血型測定*1	16.11003C RH(D)型檢查*1 17.12022C或27010B 絨毛膜促性腺激素 *1 18.18001C 心電圖*1 19.19001C或19003C 超音波*1 20.32001C 胸腔檢查*1 21.39004C 大量液體點滴注射*3 22.47003C或47004C或47006C或47011C 灌腸*1 23.47014C 留置導尿*1 24.96026B 麻醉前評估*1	※25.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 26.57017C或57018B Pulse oximeter*1 ※27.81002C子宮外孕手術*1 28.96025B 麻醉恢復照護*1 ※29.25001C或25002C或25003C 或25004C或25024C或 25025C病理*1 30.47039C 熱或冷冰敷*1 ※31.48011C 或48012C或 48013C 換藥*4 32.55010C 會陰沖洗*2
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.3 子宮完全切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission	III . Management	IV .Management
II .Diagnostic study	1.Medication	1.Surgical
1.History taking	2.Nursing care	2..Post-OP care
2.Physical exam		V .Management
3.Lab test		1.Ward nursing care
4.Special procedure		2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1	21.09027C 鹼性磷酸酯酶*1	※38.96005C 或 96007C 或
2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1	22.09029C 膽紅素總量*1	或 96017C 或 96020C
3.08005C 紅血球沉降速度測定*1	23.09030C 直接膽紅素*1	麻醉*1
4.08011C 或 08012C 或 08082C	24.09038C 白蛋白*1	39.57017C 或 57018B
全套血液檢查*2	25.09040C 全蛋白*1	Pulse oximeter*1
5.08013C 白血球分類計數*2	26.11001C 血型測定*1	※40.80403B 或80421B 子宮完全
6.08018C 或 08019C 出血時間*1	27.11003C RH(D)型檢查*1	切除術*1
7.08020C 凝血時間*1	28.12001C 梅毒檢查*1	41.96025B 麻醉恢復照護*1
(6.7 二項得以 08026C 及 08036BC	29.13007C 細菌培養鑑定檢查*2	※42.25001C 或 25002C 或
項取代)	30.18001C 心電圖*1	25003C 或 25004C 或 25024C
8.09001C 總膽固醇*1	31.19001C或19003C 超音波*1	或 25025C 病理*1
9.09002C 血中尿素氮*1	32.32001C 胸腔檢查*1	43.47002C 薄荷擦拭*3
10.09004C 中性脂肪*1	33.32006C 腎臟、輸尿管、	44.47039C 熱或冷冰敷*1
11.09005C 血液及體液葡萄糖*2	膀胱檢查*1	※45.48011C或48012C或48013C
12.09011C 鈣*1	34.39004C 大量液體點滴注射*4 (6	換藥*4
13.09012C 磷*1	歲以下兒童，本項得以57113B或	46.55010C 會陰沖洗*3
14.09013C 尿酸*1	57120B或57121B或57122B項目	47.55011C 陰道灌洗*1
15.09015C 肌酐(血)*1	取代)	
16.09021C 鈉*1	35.47003C或47004C或	
17.09022C 鉀*1	47006C或47011C 灌腸*1	
18.09023C 氯*1	36.47014C 留置導尿*1	
19.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨	37.96026B 麻醉前評估*1	
基酶*1		
20.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨		
基酶*1		
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.4 次全子宮切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission II .Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III . Management 1.Medication 2.Nursing care	IV .Management 1.Surgical 2..Post-OP care V .Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1 2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 3.08005C 紅血球沉降速度測定*1 4.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 5.08013C 白血球分類計數*2 6.08018C 或 08019C 出血時間*1 7.08020C 凝血時間*1 (6.7 二項得以 08026C 及 08036B 或 08036C 項取代) 8.09001C 總膽固醇*1 9.09002C 血中尿素氮*1 10.09004C 中性脂肪*1 11.09005C 血液及體液葡萄糖*2 12.09011C 鈣*1 13.09012C 磷*1 14.09013C 尿酸*1 15.09015C 肌酐(血)*1 16.09021C 鈉*1 17.09022C 鉀*1 18.09023C 氯*1 19.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1 20.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1	21.09027C 鹼性磷酸酯酶*1 22.09029C 膽紅素總量*1 23.09030C 直接膽紅素*1 24.09038C 白蛋白*1 25.09040C 全蛋白*1 26.11001C 血型測定*1 27.11003C RH(D)型檢查*1 28.12001C 梅毒檢查*1 29.13007C 細菌培養鑑定檢查*2 30.18001C 心电图*1 31.19001C 或 19003C 超音波*1 32.32001C 胸腔檢查*1 33.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1 34.39004C 大量液體點滴注射*4 (6 歲以下兒童，本項得以 57113B 或 57120B 或 57121B 或 57122B 項目取代) 35.47003C 或 47004C 或 47006C 或 47011C 灌腸*1 36.47014C 留置導尿*1 37.96026B 麻醉前評估*1	※38.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 39.57017C 或 57018B Pulse oximeter*1 ※40.80404C 次全子宮切除術*1 41.96025B 麻醉恢復照護*1 ※42.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 43.47002C 薄荷擦拭*3 44.47039C 熱或冷冰敷*1 ※45.48011C 或 48012C 或 48013C 換藥*4 46.55010C 會陰沖洗*3 47.55011C 陰道灌洗*1
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.5 卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission II .Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III . Management 1.Medication 2.Nursing care	IV.Management 1.Surgical 2.Post-OP care V.Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 2.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 3.08013C 白血球分類計數*2 4.08018C 或 08019C 出血時間*1 5.08020C 凝血時間*1 (4.5 項二項得以 08026C 及 08036B/C 項取代) 6.09001C 總膽固醇*1 7.09002C 血中尿素氮*1 8.09005C 血液及體液葡萄糖*2 9.09011C 鈣*1 10.09013C 尿酸*1 11.09015C 肌酐(血)*1 12.09021C 鈉*1 13.09022C 鉀*1 14.09023C 氯*1 15.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基脲*1 16.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基脲*1	17.09029C 膽紅素總量*1 18.09038C 白蛋白*1 19.12001C 梅毒檢查*1 20.18001C 心電圖*1 21.19001C 或 19003C 超音波*1 22.32001C 胸腔檢查*1 23.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1 24.39004C 大量液體點滴注射*3 (6歲 以下兒童，本項得以57113B或 57120B或57121B或57122B項目取 代) 25.47003C或47004C或47006C或 47011C 灌腸*1 26.47014C 留置導尿*1 27.96026B 麻醉前評估*1	※28.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 29.57017C 或 57018B Pulse oximeter*1 ※30.80802C 或 80811C 子宮附 屬器部份或全部切除(卵巢 或輸卵管卵巢)*1 31.96025B 麻醉恢復照護*1 ※32.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 ※33.48011C 或 48012C 或 48013C 換藥*4 34.55010C 會陰沖洗*3
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.6 腹腔鏡子宮完全切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission II .Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III . Management 1.Medication 2.Nursing care	IV .Management 1.Surgical 2.Post-OP care V .Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1 2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 3.08005C 紅血球沉降速度測定*1 4.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 5.08013C 白血球分類計數*2 6.08018C 或 08019C 出血時間*1 7.08020C 凝血時間*1 (6.7 二項得以 08026C 及 08036C 項 取代) 8.09001C 總膽固醇*1 9.09002C 血中尿素氮*1 10.09004C 中性脂肪*1 11.09005C 血液及體液葡萄糖*2 12.09011C 鈣*1 13.09012C 磷*1 14.09013C 尿酸*1 15.09015C 肌酐(血)*1 16.09021C 鈉*1 17.09022C 鉀*1 18.09023C 氯*1 19.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1 20.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1	21.09027C 鹼性磷酸酶*1 22.09029C 膽紅素總量*1 23.09030C 直接膽紅素*1 24.09038C 白蛋白*1 25.09040C 全蛋白*1 26.11001C 血型測定*1 27.11003C RH(D)型檢查*1 28.12001C 梅毒檢查*1 29.13007C 細菌培養鑑定檢查*2 30.18001C 心電圖*1 31.19001C 或 19003C 超音波*1 32.32001C 胸腔檢查*1 33.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1 34.39004C 大量液體點滴注射 *4 (6歲以下兒童，本項得以 57113B 或 57120B 或 57121B 或 57122B 項目取代) 35.47003C 或 47004C 或 47006C 或 47011C 灌腸*1 36.47014C 留置導尿*1 37.96026B 麻醉前評估*1	※38.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 39.57017C 或 57018B Pulse oximeter*1 ※40.80416B 腹腔鏡全子宮完全切除術*1 41.96025B 麻醉恢復照護*1 ※42.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理 *1 43.47002C 薄荷擦拭*3 44.47039C 熱或冷冰敷*1 45.48011C 或 48012C 或 48013C 換藥*4 46.55010C 會陰沖洗*3 47.55011C 陰道灌洗*1
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目		

附表 6.2.7 腹腔鏡卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission II .Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III . Management 1.Medication 2.Nursing care	IV .Management 1.Sugsical 2.Post-OP care V .Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 2.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 3.08013C 白血球分類計數*2 4.08018C 或 08019C 出血時間*1 5.08020C 凝血時間*1 (4.5 項二項得以 08026C 及 08036B/C 項取代) 6.09001C 總膽固醇*1 7.09002C 血中尿素氮*1 8.09005C 血液及體液葡萄糖*2 9.09011C 鈣*1 10.09013C 尿酸*1 11.09015C 肌酐(血)*1 12.09021C 鈉*1 13.09022C 鉀*1 14.09023C 氯*1 15.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基脢*1 16.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基脢*1	17.09029C 膽紅素總量*1 18.09038C 白蛋白*1 19.12001C 梅毒檢查*1 20.18001C 心電圖*1 21.19001C 或 19003C 超音波*1 22.32001C 胸腔檢查*1 23.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1 24.39004C 大量液體點滴注射 *3 (6歲以下兒童，本項得以 57113B或57120B或57121B 或57122B項目取代) 25.47003C或47004C或 47006C或47011C 灌腸 *1 26.47014C 留置導尿*1 27.96026B 麻醉前評估*1	※28.96005C或96007C或96017C或 96020C 麻醉*1 29.57017C或57018B Pulse oximeter*1 ※30.80807C或80812C 腹腔鏡子宮附屬器部分或全部切 除術（卵巢或輸卵管卵巢）* 1 31.96025B 麻醉恢復照護*1 ※32.25001C 或25002C 或25003C或 25004C或25024C或25025C病理 *1 33.48011C 或48012C或48013C 換藥*4 34.55010C 會陰沖洗*3
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.8 腹腔鏡子宮外孕手術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission II .Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III . Management 1.Medication 2.Nursing care	IV .Management 1.Surgical 2.Post-OP care V .Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06012C 或 06013C 尿液檢查 *1 2.06504C 或 06505C 懷孕試驗*1 3.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 4.08013C 白血球分類計數*2 5.08018C 或 08019C 出血時間*1 6.08020C 凝血時間*1 (5.6 二項得以 08026C 及 08036B/C 項取代) 7.09002C 血中尿素氮*1 8.09005C 血液及體液葡萄糖*1 9.09015C 肌酐(血)*1 10.09021C 鈉*1 11.09022C 鉀*1 12.09023C 氯*1 13.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基脢 *1 14.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基脢 *1 15.11001C 血型測定*1	16.11003C RH(D)型檢查*1 17.12022C 或 27010B 絨毛膜促性腺激素*1 18.18001C 心電圖*1 19.19001C 或 19003C 超音波*1 20.32001C 胸腔檢查*1 21.39004C 大量液體點滴注射 *3 22.47003C 或 47004C 或 47006C 或 47011C 灌腸*1 23.47014C 留置導尿*1 24.96026B 麻醉前評估*1	※25.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 26.57017C 或 57018B Pulse oximeter*1 ※27.81020C 腹腔鏡子宮外孕手術*1 28.96025B 麻醉恢復照護*1 ※29.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 30.47039C 熱或冷冰敷*1 31.48011C 或 48012C 或 48013C 換藥*4 32.55010C 會陰沖洗*2
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

第四章 泌尿科

附表 6.4.2 尿路結石體外震波碎石術診療項目要求表

基本診療項目		
處置前	處置中	處置後
I .Indication of OPD 1.history taking 2.physical exam 3.Lab. test 4.Special procedure II .Diagnostic study	III .Management 1.Surgical procedure 2.Anesthesia 3.Post-OP care	IV.Management 1.Medication 2. Nursing care : check vital signs intake & output , oral medication , self-care teaching
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.08011C 全套血液檢查 *1 (視個案病情而定) ※2.09002C 血中尿素氮*1 (得以 09015C 項取代，一 個月檢查一次) 3.08018C 或 08019C 出血時 間*1 4.08020C 凝血時間*1 (3.4.二項得以 08026C 及 08036BC 項取代，至少三個 月檢查一次)	※50023B 或 50024B 尿路結石體外 震波碎石術*1	
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

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

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28044)

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
28015C	食道鏡檢查 Esophageal endoscopy <u>註：適應症：</u> <u>1.食道腫瘤（含惡性及良性）。</u> <u>2.頭頸部惡性腫瘤。</u> <u>3.食道異物或疑似食道異物。</u> <u>4.食道狹窄、損傷、腐蝕性傷害、出血、發炎。</u> <u>5.吞嚥困難。</u>	v	v	v	v	971

第二十二項 診斷穿刺 Diagnostic Puncture (29001-290345)

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
29009C	乳房細針穿刺 Breast <u>fine needle</u> puncture	v	v	v	v	524
<u>29035B</u>	<u>乳房病灶粗針穿刺組織切片(單側)</u> <u>Breast lesion core needle biopsy (unilateral)</u> <u>註：</u> <u>1.適應症(ICD-10-CM前三碼)：</u> <u>(1)乳房惡性腫瘤Malignant neoplasm of breast(C50)。</u> <u>(2)良性乳房發育不良Benign mammary dysplasia(N60)。</u> <u>(3)乳房炎性疾患Inflammatory disorders of breast(N61)。</u> <u>(4)乳房肥大Hypertrophy of breast(N62)。</u> <u>(5)乳房腫塊Unspecified lump in breast(N63)。</u> <u>(6)乳房其他疾患Other disorders of breast(N64)。</u> <u>2.若須使用影像導引設備，得另申報編號19007B、33005B、33085B等導引項目。</u> <u>3.申報時需檢附當次病理報告。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1623</u>

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33144、P2101-P2104)

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
33048B	四肢 動靜脈 血管造影 Arteriography Angiography of extremity		v	v	v	7500
33062B	鎖骨下 動脈 血管造影 Subclavian angiography		v	v	v	4830

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~47103)

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
47057B	<p>經內視鏡施行食道擴張術 Endoscopic esophageal dilation</p> <p>註：1. 不論惡性或良性食道狹窄者，其嘔吐或不能進食狀況已達成嚴重代謝性鹼中毒，電解質失衡或血中白蛋白小於2.5gm/dl；或體重減輕速度達每月減少10%以上者；若連續施行二次仍未能進食或恢復體重5%者，不再給付。 <u>適應症：因故造成食道狹窄或食道反覆狹窄致無法正常進食者。</u></p> <p>2. 良性食道病變患者，需於一般藥物治療無效後方可施行。</p> <p>3. 惡性腫瘤已造成食道完全阻塞，或造成縱隔腔炎(瘻管或穿孔形成者不予給付)。</p> <p>4. 2. 施行次數以每三週乙次為限，每年以六次為原則，一年內施行第七次(含)以上者(含第三次)需專案申請。</p> <p>5. 3. 申報費用時需附詳細治療報告、治療前後照片、相關影像學報告。</p> <p>6. 4. 若使用食道球可另外申報。</p> <p>7. 5. 提升兒童加成項目。</p>		v	v	v	4530

第七節 手術

第十二項 泌尿及男性生殖

一、腎臟 Kidney (76001-76034)

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
76031B	(後)腹腔鏡部分腎臟切除術 (Retroperitoneoscopy) Laparoscopy, Partial nephrectomy 註： <u>1.腎半切除術 heminephrectomy 比照申報。</u> <u>2.執行「達文西機械手臂部分腎切除」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，且須符合下列適應症及規範：</u> <u>(1)術前影像報告為非囊狀腫瘤或囊狀惡性腫瘤。</u> <u>(2)除上述外，術前影像報告懷疑良性腎臟腫瘤，符合下列任一條件且需事前審查：</u> <u>A.符合影像學上腫瘤大於4公分或有出血疑慮。</u> <u>B.單一腎臟或是腎功能不全病患，須接受部分腎切除者。</u>		v	v	v	34176

十、前列腺 Prostate (79401-79415)

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
79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術 Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection 註： <u>執行「達文西根治性前列腺切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照79410B 併同28014C申報。</u>		v	v	v	31171

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第二章 精神疾病患者社區復健

通則：

- 一、轉介社區復健之精神疾病診斷以符合全民健康保險重大傷病範圍之慢性精神疾病患者為限。符合轉介疾病診斷患者之收案及結案條件、評估方法、評估期間如附表5.2.1。
- 二、保險對象及其家屬或相關人員，向精神醫療機構或精神復健機構提出收案申請。精神醫療機構或精神復健機構受理個案申請後，應請精神科專科醫師評估，符合收案條件者開立轉介醫囑單。
- 三、精神醫療機構或精神復健機構於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，應檢具社區復健申請書，連同轉介醫囑單，送保險人核備，保險人得視情況實地評估其需要性；經核定不符收案或繼續收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由精神醫療機構或精神復健機構自行處理。本章病患之住宿費，不列入給付範圍。
- 四、社區復健收案期限以一年為限，並以收案日起算；若病情需要延長，應重新評估，符合收案條件者再開立轉介醫囑單連同社區復健申請書，於到期前一個月，向保險人申請核准延長，並以前次核准期限屆滿之次日起算，每次延長不得超過六個月，同一機構同一個案，於期限截止日起三十日內再申請者，應以申請延長案辦理，不得以新個案申請；不符合收案條件者應即結案。
- 五、精神復健機構(含日間型及住宿型機構)復健治療之診療項目：一般心理治療、一般團體心理治療、活動治療、康樂治療、產業治療、職能治療、會談治療、一般行為治療、家族治療、護理指導及相關服務；居家治療之診療項目：醫師治療、其他精神醫療專業人員處置。申報費用時應檢附診療紀錄。
- 六、僅接受精神復健機構(住宿型機構)夜間復健治療者，可同時接受精神復健機構(日間型機構)之復健治療(05401C)。
- 七、本章所訂點數均已包括人事費、第二部第二章第五節精神醫療治療費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得申報本章以外之費用。

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
05401C	精神復健機構(日間型機構)之復健治療(天)					480 600
05402C	精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)					508
05403C	精神復健機構(住宿型機構)夜間之復健治療(天)					126
05404C	居家治療醫師診治費(次)					1656
05405C	同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起，其診治費依本項申報。 註：1.診治費每一個案每人每月以二次為原則，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位醫師診治個案數，每日以八個為限；每月以二百四十個為限。					960
05406C	居家治療其他專業人員處置費(次) 註：處置費每一個案每月以二次為限，申報費用時應檢附訪視紀錄。					775

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準轉診支付項目 (01034B-01038C)之同體系院所名單

109 年 9 月 10 日更新

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
1	1	部立醫院體系	0132010014	衛生福利部桃園醫院	
	2		0142030019	衛生福利部旗山醫院	
	3		0138010027	衛生福利部南投醫院	
	4		0122020517	衛生福利部嘉義醫院	
	5		0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院	
	6		0131060029	衛生福利部臺北醫院	
	7		0143010011	衛生福利部屏東醫院	
	8		0132010023	衛生福利部桃園療養院	
	9		0144010015	衛生福利部澎湖醫院	
	10		0131060010	衛生福利部樂生療養院	
	11		0138030010	衛生福利部草屯療養院	
	12		0137170515	衛生福利部彰化醫院	
	13		0145030020	衛生福利部玉里醫院	
	14		0136010010	衛生福利部豐原醫院	
	15		0141010013	衛生福利部新營醫院	
	16		0117030010	衛生福利部臺中醫院	
	17		0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院	
	18		0135010016	衛生福利部苗栗醫院	
	19		0140010028	衛生福利部朴子醫院	
	20		0141270028	衛生福利部嘉南療養院	
	21		0141270019	衛生福利部胸腔病院	
	22		0131230012	衛生福利部八里療養院	
	23		0111070010	衛生福利部基隆醫院	
	24		0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住 民分院	
	25		0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院	
	26		0145010019	衛生福利部花蓮醫院	
	27		0190030516	衛生福利部金門醫院	
	28		0146010013	衛生福利部臺東醫院	
	29		0121050011	衛生福利部臺南醫院	
	30		0141060513	衛生福利部臺南醫院新化分院	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註	
2	31	長庚體系	1111060015	基隆長庚紀念醫院暨情人湖院區		
	32		1101010012	台北長庚紀念醫院		
	33		1132070011	林口長庚紀念醫院		
	34		1132071036	桃園長庚紀念醫院		
	35		1139130010	雲林長庚紀念醫院		
	36		1140010510	嘉義長庚紀念醫院		
	37		1142100017	高雄長庚紀念醫院		
	38		1142010518	高雄市立鳳山醫院		
			1132010024	聖保祿醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除	
3	39	慈濟體系	1145010010	花蓮慈濟醫院		
	40		1145030012	玉里慈濟醫院		
	41		1146030516	關山慈濟醫院		
	42		1140030012	大林慈濟醫院		
	43		1131050515	臺北慈濟醫院		
	44		1136090519	臺中慈濟醫院		
	45		1139010013	斗六慈濟醫院		
	46		<u>4022020019</u>	<u>嘉義慈濟診所</u>	<u>109.9.10 共擬會議決議新增</u>	
4	47	彰基體系	1137010024	彰基總院		
	48		1137010024	彰基中華路院區		
	49		1137080017	彰基二林醫		
	50		1137020520	彰基鹿基醫		
	51		1139040011	雲基醫院		
	52		1137050019	彰基員林基		
	53		1137010042	彰基兒童醫		
				0938030016	佑民醫療社團法人佑民醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除
	54		1538010026	南基醫院	108.10.1 變更院所醫事機構	
				1138010019	彰化基督教醫療財團法人南投 基督教醫院	代號及名稱
				1537051247	員生醫院	歇業
	55		1537010111	漢銘醫院	108.6.13 共擬會議決議新增	
				1137010051	彰化基督教醫療財團法人漢銘 基督教醫院	108.9.1 變更院所醫事機構 代號及名稱

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
5	56	高醫體系	1302050014	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	
	57		1102110011	市立小港醫院	
	58		0102070020	市立大同醫院	
	59		1307370011	市立旗津醫院	
6	60	榮總體系	0601160016	臺北榮總	隸屬退輔會
	61		0602030026	高雄榮總	
	62		0617060018	台中榮總	
	63		0622020017	中榮嘉義	
	64		0632010014	北榮桃園	
	65		0633030010	北榮新竹	
	66		0634030014	蘇澳榮民醫	
	67		0634070018	員山榮民醫	
	68		0638020014	榮總埔里分	
	69		0640140012	中榮灣橋	
	70		0641310018	高榮台南	
	71		0643130018	高榮屏東分	
	72		0645020015	北榮鳳林	
	73		0645030011	北榮玉里	
	74		0646010013	北榮台東	
	75		0701160518	關渡醫院	委託經營
7	76	員榮體系	0937050014	員榮醫院	
	77		1537051292	員生醫院	
8	78	北醫體系	1301170017	台北醫學大	
	79		1301200010	萬芳醫院	委託經營
	80		1331040513	雙和醫院	委託經營
9	81	秀傳體系	1501021193	台北秀傳	
	82		0937010019	彰化秀傳	
	83		1137020511	彰濱秀傳	
			4538041104	竹山秀傳	108.3.14 共擬會議決議刪除
			0221010019	台南市立醫院	106.7.31 歇業
	84		0942020019	高雄市立岡山醫院	
			4537070028	田中仁和醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除
			4537050074	員林何醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除
			0905320023	台南市立醫院	106.8.1 起委託經營

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
10	86	馬偕體系	1101100011	台北馬偕	
	87		1131100010	淡水馬偕	
	88		1101100020	馬偕兒童醫院	
	89		1112010519	新竹馬偕	
	90		1146010014	台東馬偕	
11	91	國泰體系	1101020018	國泰醫院	
	92		1131110516	汐止國泰	
	93		1112010528	新竹國泰	
	94		4001110018	國泰醫療財團法人內湖國泰診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	95		3512042753	民安診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	96		3501029780	敦平診所	109.9.10 共擬會議決議新增
	97		3501029771	富霖診所	109.9.10 共擬會議決議新增
	98		3501113358	瑞成診所	109.9.10 共擬會議決議新增
	99		3501113367	瑞健診所	109.9.10 共擬會議決議新增
	100		3505340342	國泰功醫診所	109.9.10 共擬會議決議新增
12	101	奇美體系	1141310019	奇美醫院	
	102		1141090512	奇美柳營	
			1124020014	奇美分院	108.1.1 整併為奇美樹林院區
	103		1105050012	奇美佳里	
13	104	台大體系	0401180014	台大醫院	
	105		0401180023	台大兒醫	
	106		0431270012	台大金山	
	107		0439010518	台大雲林	
	108		0433030016	臺大竹東	
	109		0412040012	臺大新竹	
	110		0401190010	台大北護	
	111		0401020013	國立臺灣大學醫學院附設癌醫中心醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	112		0433050018	新竹生醫園區分院	109.6.11 共擬會議決議新增
14	113	義大體系	1107120017	義大癌症治療醫院	
	114		1107320017	義大大昌醫院	
	115		1142120001	義大醫院	
15	116	中國醫體系	1317050017	中國醫	
	117		1305370013	台南市立安南醫院	委託經營
	118		1301110511	中國醫台北	
	119		1303260014	中國兒童醫院	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	120		1317020519	中國台中東區分院	
	121		1336010015	中國豐原分院	
	122		1338030015	中國醫草屯分院	
	123		1339060017	中國醫藥大學北港附設醫院	
	124		1536040535	陽光精神科醫院	
	125		0717070516	法務部矯正署臺中監獄附設培 德醫院	
			4303180011	亞洲大學附屬醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除
	126		1333050017	中國醫藥大學新竹附設醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	127		3503100091	中部科學工業園區員工診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	128		3338120516	中國醫藥大學附設醫院地利村 門診部	108.6.13 共擬會議決議新增
16	129	國軍體系	0501110514	三軍總醫院	
	130		0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾 診療服務處	
	131		0501010019	三軍總醫院松山分院附設民眾 診療服務處	
	132		0501160014	三軍總醫院北投分院附設民眾 診療服務處	
	133		0511040010	三軍總醫院附設基隆民眾診療 服務處	
	134		0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療 服務處	
	135		0512040014	國軍新竹地區醫院附設民眾診 療服務處	
	136		0536190011	國軍台中總醫院附設民眾診療 服務處	
	137		0517050010	國軍台中總醫院中清分院	
	138		0502080015	國軍高雄總醫院附設民眾診療 服務處	
	139		0502030015	國軍高雄總醫院左營分院	
	140		0542020011	國軍高雄總醫院岡山分院	
	141		0543010019	國軍高雄總醫院附設屏東民眾 診療服務處	
	142		0545040515	國軍花蓮總醫院附設民眾診療 服務處	
	143		2503150018	成功嶺診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	144		2502090013	國軍高雄門診中心附設民眾診 療服務處	108.6.13 共擬會議決議新增

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
17	145	敏盛體系	1532011154	敏盛綜合醫院(含三民院區)	
	146		1532061065	大園敏盛醫院(桃園縣大園鄉)	
	147		1532091081	龍潭敏盛醫院(桃園縣龍潭鄉)	
	148		1501201020	景美醫院	
	149		1531060180	新泰綜合醫院	
	150		3512013681	新竹科學工業園區員工診所	108.6.13 共擬會議決議新增
18	151	澄清體系	1517011112	澄清綜合醫院(台中市區)	
	152		1517061032	澄清綜合醫院中港分院(台中市西屯區)	
	153		1503290016	澄清復健醫院(台中市北屯區)	
	154		1503200012	霧峰澄清醫院(台中市大里區)	
	155		1536181139	本堂澄清醫院(台中市霧峰區)	
	156		1503190039	新太平澄清醫院(台中市太平區)	
	157		1536151042	烏日澄清醫院(台中市烏日區)	
	158		3536201405	里澄診所	108.6.13 共擬會議決議新增
19	159	成大體系	0421040011	成大醫院	
	160		0439010527	成大斗六分院	
20	161	北市聯醫體系	0101090517	臺北市立聯合醫院仁愛院區	
	162		0101090517	臺北市立聯合醫院陽明院區	
	163		0101090517	臺北市立聯合醫院和平婦幼院區	
	164		0101090517	臺北市立聯合醫院中興院區	
	165		0101090517	臺北市立聯合醫院忠孝院區	
	166		0101090517	臺北市立聯合醫院松德院區	
	167		0101090517	臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區	
21	168	高市聯醫體系	0102020011	高雄市立聯合醫院	
	169		0802070015	高雄市立中醫醫院	
	170		0102080026	高雄市立凱旋醫院	
	171		0102080017	高雄市立民生醫院	
22	172	中山體系	1317040011	中山醫學大學附設醫院	
	173		1317040011	中山醫學大學附設醫院文心院區	
	174		1317040039	中山醫學大學附設醫院中興分院	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
23	175	天主教體系	1231050017	耕莘醫院(含安康院區)	108.3.14 共擬會議決議刪除
			1139030015	若瑟醫院	
	176		1133060019	湖口仁慈	
	177		1231030015	永和耕莘	
24	178	門諾體系	1145010038	門諾醫院	
	179		1145060029	門諾壽豐分	
25	180	仁愛體系	1117010019	仁愛醫療財團法人台中仁愛醫 院	
	181		1136200015	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫 院	
26	182	新樓體系	1121010018	台灣基督長老教會新樓醫療財 團法人台南新樓醫院	
	183		1105040016	台灣基督長老教會新樓醫療財 團法人麻豆新樓醫院	
	184		4005370010	台灣基督長老教會新樓醫療財 團法人新樓安南診所	
27	185	中英體系	0931010016	中英醫療社團法人中英醫院	
	186		0931010025	中英醫療社團法人板英醫院	
	187		1531031278	永和復康醫院	
	188		1531041292	佑林醫院	
	189		1531041390	怡和醫院	
	190		1536200022	達明眼科醫院	
	191		1507320015	新高醫院	
	192		1507010014	新高鳳醫院	
	193		0901180023	郵政醫院	
	194		1532021365	華揚醫院	
	195		1507360019	瑞祥醫院	
196	1532011163	德仁醫院			
197	0941010019	新興醫院			
28	198	李綜合體系	1503030010	順安醫院	
	199		1503030047	美德醫院	
	200		0935020027	李綜合醫療社團法人苑裡李綜 合醫院	
	201		0936030018	李綜合醫療社團法人大甲李綜 合醫院	
	202		3535031490	仁泰診所	108.6.13 共擬會議決議新增

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
29	203	光田體系	0936050029	光田醫療社團法人光田綜合醫院	
	204		0936050029	光田醫療社團法人光田綜合醫院大甲院區	
	205		1535031041	通霄光田醫院	
			1536100081	清泉醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除
			1417080517	弘光科技大學附設老人醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除
30	206	林新體系	0917070029	林新醫療社團法人林新醫院	
	207		0903150014	林新醫療社團法人烏日林新醫院	
31	208	安泰體系	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院	
	209		0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院	
32	210	聯新體系	1532100049	壠新醫院	
	211		1531010082	板新醫院	
	212		1532010120	桃新醫院	
	213		1517020040	台新醫院	
	214		1541011126	營新醫院	
	215		1542150042	高新醫院	
	216		1502070118	健新醫院	
	217		3432060513	壠新醫院桃園國際機場醫療中心	108.6.13 共擬會議決議新增
33	218	天成體系	1532040039	天成醫院	
	219		0932020025	天成醫療社團法人天晟醫院	
34	220	大千體系	1535010051	大千綜合醫院	
	221		0935010021	大千醫療社團法人南勢醫院	
	222		1435010013	財團法人臺灣省私立桃園仁愛之家附設苗栗新生醫院	
	223		1535010122	大川醫院	
	224		1535081078	大順醫院	
	225		3535061434	後龍診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	226		3535091245	公館診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	227		3535041745	竹南診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	228		<u>3535012217</u>	<u>德恩診所</u>	<u>109.9.10 共擬會議決議新增</u>
	229		<u>3535012235</u>	<u>舒康診所</u>	<u>109.9.10 共擬會議決議新增</u>
	230		<u>3535012164</u>	<u>康平皮膚科診所</u>	<u>109.9.10 共擬會議決議新增</u>
	231		<u>3535012468</u>	<u>永旭診所</u>	<u>109.9.10 共擬會議決議新增</u>
232	<u>3535012459</u>	<u>福苗診所</u>	<u>109.9.10 共擬會議決議新增</u>		

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
35	233	靜和體系	1502060041	靜和醫院	
	234		0907120012	燕巢靜和醫療社團法人燕巢靜和醫院	
36	235	童綜合體系	0936060016	童綜合醫院	
	236		0936060016	童綜合醫院沙鹿院區	
37	237	宏恩體系	1517040015	宏恩醫院	
	238		1503250012	宏恩醫院龍安分院	
38	239	阮綜合體系	0902080013	阮綜合醫院	
			4507300013	博正醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除
			4307370014	高雄市立旗津醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除
	240		4107350018	阮綜合醫療社團法人上順診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	241		3507020049	永順診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	242		3507360173	安順診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	243		3507350435	保順診所	108.6.13 共擬會議決議新增
39	244	瑞光體系	1401190039	萬華醫院	
	245		1501101141	泰安醫院	
40	246	蕭中正體系	1531010108	蕭中正醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	247		1531091130	清福醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	248		3531045498	福星診所	108.6.13 共擬會議決議新增
41	249	羅東聖母體系	1134020028	天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	250		1534050024	杏和醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
42	251	普門體系	1134070019	宜蘭普門醫療財團法人員山馬偕醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	252		4034010017	宜蘭普門醫療財團法人普門診所	108.6.13 共擬會議決議新增
43	253	仁濟體系	1401190011	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設仁濟醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	254		1431060017	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設新莊仁濟醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
44	255	臺安體系	4001020019	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	256		1101010021	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
45	257	亞東體系	1131010011	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	258		4001180010	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會遠東聯合診所	108.6.13 共擬會議決議新增

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
46	259	東元體系	1533050039	東元綜合醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	260		3533052311	艾微笑診所	108.6.13 共擬會議決議新增
47	261	長慎醫院體系	1532021374	長慎醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	262		3512011276	新竹安慎診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	263		3533031689	竹東安慎診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	264		3533052044	竹北惠慎診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	265		3512013850	安禾診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	266		3512013869	安新診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	48		267	為恭體系	1135050020
268		1535051196	崇仁醫院		108.6.13 共擬會議決議新增
49	269	懷寧體系	1532021383	懷寧醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	270		3532027047	懷寧內科診所	108.6.13 共擬會議決議新增
50	271	台南仁愛之家體系	1441060010	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設精神療養院	108.6.13 共擬會議決議新增
	272		3121041024	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設成功診所	108.6.13 共擬會議決議新增
51	273	詠馨體系	1505310011	璟馨婦幼醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	274		3521042903	詠馨婦產科診所	108.6.13 共擬會議決議新增
52	275	國仁體系	1543010109	國仁醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	276		3543111309	國仁醫院附設高樹門診部	108.6.13 共擬會議決議新增
	277		3543014529	國新診所	108.6.13 共擬會議決議新增
53	278	馨蕙馨醫院體系	1502031095	馨蕙馨醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	279		1507300022	博愛蕙馨醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
54	280	新光體系	<u>1101150011</u>	<u>新光醫院</u>	<u>109.9.10 共擬會議決議新增</u>
	281		<u>3501154573</u>	<u>昕新診所</u>	<u>109.9.10 共擬會議決議新增</u>

註 1：本名單係參考 107 年醫策會醫院評鑑使用之醫院同體系名單。

註 2：按 107 年 5 月 10 日召開之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，會議決議同體系院所之認定，先參採醫事司委託醫策會辦理醫院評鑑所列之同體系院所名單。

註 3：108.3.14 共擬會議決議刪除之名單，係自 108.4.1 起刪除

註 4：108.6.13 共擬會議決議新增之名單，係自 108.10.1 起新增

註 4：109.6.11 共擬會議決議新增之名單，係自 109.7.1 起新增

註 5：109.9.10 共擬會議決議新增之名單，係自 109.10.1 起新增

109 年度第 3 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

與會人員發言實錄

前言

主席

各位與會的代表大家午安，今天召開 109 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第 3 次共同擬訂會議。現在人數已過半，會議正式開始。先請各位確認上次的會議紀錄，在第 1 頁到第 6 頁，請各位過目一下，有沒有什麼問題？好，如果沒有問題，前次會議紀錄就暫時確定。如果會議中有要修改前次會議紀錄，再麻煩告訴我們。接下來是會議決議辦理情形，請開始。

宋專員兆喻

各位代表長官好，本次會議決議追蹤辦理情形共 14 案。序號 1 Tw-DRGs 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案，本案經本會議 108 年第 3 次會議決議，由本署與台灣醫院協會共組工作小組，先行討論醫學會所提意見，分別於 108 年 11 月、12 月及 109 年 5 月召開三次會議。工作小組將針對各醫學會所提涉及再分類之 301 項建議，依各 MDC 別逐一擬訂資料後續分析之操作型定義，本署試算後研議修訂方向，再提案討論 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程，本項建議繼續列管。序號 2 停止辦理「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」案，有關修訂慢性病毒性 B 型、C 型肝炎用藥給付規定，及「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」已公告自 109 年 7 月 1 日起生效。本計畫已於 109 年 6 月 29 日同步公告自 109 年 7 月 1 日起停止辦理，建議解除列管。序號 3 支付標準增修「HLA-B 5801 基因檢測」等 4 項診療項目案、序號 4 修訂支付標準第二部第一章第六節調劑支付通則案，這兩案已公告自 109 年 7 月 1 日起生效，建議解除列管。

序號 5 修訂 Tw-DRGs 3.4 版支付通則不適用範圍及分類表暨 109 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案，有關 3.4 版支付通則不適用範

圍及分類表及 109 年 7-12 月適用之相對權重，已公告自 109 年 7 月 1 日起生效。另中華民國心律醫學會及台灣泌尿科醫學會建議 DRG 再分類之意見，本署已於 109 年 5 月 18 日函請兩個醫學會提出修訂建議。因分類表修正案預告期間，又接獲台灣醫院協會之修訂建議，故本署另於 109 年 6 月 5 日再次函請兩個醫學會提供意見，學會皆已回復。惟中華民國心律醫學會之建議，與台灣醫院協會所提建議不同，爰本署於 109 年 8 月 21 日提供費用試算結果，再函請中華民國心律醫學會及台灣醫院協會提供專業意見。前述各單位所提之修訂建議，將併 110 年 1-6 月 DRG 適用之相對權重統計結果，提下次會議討論。建議繼續列管。

序號 6 支付標準修訂草案縮短預告期間案，爾後將依會議決議辦理預告及公告作業，建議解除列管。序號 7「109 年西醫基層新增開放表別支付標準案」，已公告自 109 年 9 月 1 日起生效，建議解除列管。序號 8 修訂 Pre-ESRD 病人照護與衛教計畫案，已公告自 109 年 7 月 21 日起生效，建議解除列管。序號 9 論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案，乳癌醫療給付改善方案已公告自 109 年 8 月 1 日起生效，調升支付標準論病例計酬章節之 18 項診療項目定額支付點數案，已公告自 109 年 9 月 1 日起生效，建議解除列管。序號 10「107 年下半年本保險特約院所提報支付標準未列項目之處理情形報告案」，本署已於 109 年 8 月 7 日函知各分區業務組與提報院所已列項目之名稱，及對應之支付標準代碼，並公開於本署全球資訊網，請院所依規範申報。另 35 項未列項新增項目，已於 109 年 8 月 20 日函請提報量最大之院所提供成本資料，以辦理後續新增診療項目作業，建議繼續列管。

序號 11 增修「All-RAS 基因突變分析」等診療項目案，除「All-RAS 基因突變分析」一項，其餘項目已公告自 109 年 9 月 1 日起生效。「All-RAS 基因突變分析」一項，待與藥商協定藥品支付事宜，再依程序辦理報部等行政作業，本項建議繼續列管。序號 12「全民健康保險遠距醫療給付計畫案」，本案因涉通訊診察治療辦法之山地離島及偏

僻地區與指定醫師相關規範疑義，本署已於 109 年 6 月 24 日函請衛福部釋疑，俟衛福部回復後，併前次共同擬訂會議與會代表之建議及決議研擬計畫草案，並先邀集醫界代表召開討論會議，俟有共識後再提至本會議討論，故本項建議繼續列管。序號 13 修訂呼吸器計畫之居家照護「醫師」設置標準案，已公告自 109 年 8 月 1 日起生效，建議解除列管。序號 14 醫師公會全國聯合會西醫基層審查執行會北區分會提報新增轉診支付標準之同體系院所名單案，經洽醫師公會全國聯合會表示，該會已於 109 年 7 月函請各縣市醫師公會，檢視所屬轄區現行「轉診支付標準之同體系院所名單」。若有新增同體系名單之建議，請縣市醫師公會敘明原因函送本署，依程序辦理討論事宜。另經詢本署北區業務組表示並未收到轄區縣市醫師公會之建議。另與原提案單位桃園市醫師公會確認，該會表示尊重本會議決議，不再提出討論，故建議解除列管。綜上，本次建議繼續追蹤列管 5 項，解除列管 9 項。

主席

好，謝謝，會議追蹤辦理情形這部分大家有沒有意見？請王代表。

王代表宏育

我花點時間講一下，案序號 12 是遠距醫療，上一次會議決議是再研議。高雄市政府衛生局上禮拜跟這禮拜都找我們醫師公會、醫學中心醫院 4 位院長，討論要大家居安思危。因為萬一武漢肺炎再來的時候，要不要通訊診察。

第一個問題是，我們今年 3 月的時候，我們居家檢疫跟居家隔離的病人，通訊診察都沒有任何的加成，也沒有任何的費用。我們希望如果在討論這案的時候，是不是可以一併討論。

第二是健保不管做的多好，如果像美國、義大利，都擋不住武漢肺炎的話，不管多好都沒有用。所以高雄市政府現在是希望，如果小規模的傳播就照原來的的方式，萬一有大規模的傳播，是不是新增的病人與診所通訊診察，讓健康的人來診所拿藥，這樣讓診所就可以照顧那些糖尿病、高血壓的病人，不會讓武漢肺炎輕症的病人到處亂走。

這樣子是不是也可以考慮說...當然這不是健保署可以決定的，是要陳報中央流行疫情指揮中心，萬一嚴重的時候，我們可以通訊診察，診所願意承擔責任來照顧輕症的病人，讓病人不會全部都擠去醫院，不會像義大利、武漢這樣子，那是不是也可以一併討論，在通訊診察時病人跟診所端能不能撥一點費用，謝謝。

主席

好，謝謝王代表，其他代表還有沒有意見？先請賴代表，再請李代表。

賴代表俊良

序號 14，上次決議是如果有新增加同體系院所的話，是請各醫師公會提報上來。但是在各區都有基層總額各分區，其實他們更瞭解診所的狀態。像今天的提議，有一個就是台北分區提列的，所以我建議在這個結論是不是能再加上基層總額的各分區都可以提報，我想這樣會更完善一點，不只侷限於各醫師公會。

主席

你說再加一個分區？

賴代表俊良

對，就是基層總額的各分區。

主席

那不就是縣市的醫師公會？

賴代表俊良

不一樣，不一樣，是西醫基層審查總額。

主席

但是那個建議是不是也是透過公會給我們？各分區分會可以單獨發文嗎？

賴代表俊良

像第 2 個提案是台北分區，經由共管會議的決議，所以我是覺得...

主席

分會？

賴代表俊良

對，北區分會，還有南區分會、高屏區分會，這些分會更了解基層診所的實際營運。醫師公會包含醫院跟基層，比較沒有牽涉到基本審查這一塊，所以我覺得提報這一塊是可以加入各地區基層總額各分區。

主席

所以，全名應該是「基層總額各分區委員會」？可是這個是「審查執行會的北區分會」？是審查組的分會？

王代表宏育

是分區的審查執行服務委員會。

賴代表俊良

對，我們有一個全名，全名叫做....。

主席

各區都一樣的名字嗎？

賴代表俊良

對，我們就是在全聯會裡面一個機構，叫「西醫基層醫療服務審查執行會」。

主席

名字就是這個案由的這個名字嗎？「西醫基層醫療服務審查執行

會」？

賴代表俊良

對，有六個分會。

主席

好，那其他代表還有意見嗎？請，李代表。

李代表紹誠

接續序號 14，因為這裡面有提到北區，其實各分區的組成委員，也是來自各縣市公會。如果公會理事長是醫院的代表，他會有一個他的代理人參加基層，因為他是醫院，所以就不參加基層的委員會。所以大概各地方公會的理事長都會是該委員會的主委或是副主委，所以在我們北區是由地方公會提報給分區，分區就會根據各地方公會提報的名單列入，有時候也會去徵詢他們的意見。那院所會提說他不是同體系，但是大家都知道他是，但是我們也沒有公權力去查他們是或不是同體系。在這當中，包括病歷是一樣的 form，甚至他的醫事人員是雙向的，所以在認定上比較沒有辦法有一致的操作型定義，所以造成一些困擾。

但是我們上次在這邊開會原則上還是遵從地方公會提報的資料，然後大家針對這些名單去做審視，大概原則是這樣子。那我們北區這個禮拜剛開完委員會，委員會也覺得還有一些是同體系，所以我們有加上了一些名單，這個因為第 3 案還會有討論，所以我建議把我們建議的內容在第 3 案討論時一併討論，以上。

主席

好，謝謝。這個我們已經錄案了，序號 14 北區的同體系名單，本來是要解除列管，但這個案子就看今天討論的結果再說，因為是相關的案子，也是北區的案子現在又有新的建議案。好，這個就暫時繼續列管。請問各位代表有沒有其他意見？

有關序號 12，王代表所提的通訊診療，因為本來對居家隔離、居家檢疫就有視訊的辦法，但是在我們的定義裡，跟序號 12 的遠距是不太一樣的。遠距是兩邊都有設備，兩邊都有醫師。視訊診療是一邊是醫師，一邊是病人，概念不太一樣。

序號 12 本來要談的是遠距醫療，遠距醫療是當地的專科醫師不足，病人需要自己到有專科醫師的地方就醫，現在是希望可以透過遠端、病人真正需要的專科醫師幫忙會診。在病人這一端同時也有醫師，可是不是專科醫師。病人可以透過兩邊醫師的共同照護，讓遠端的病人可以得到更好的專科醫療。當然這個是要在兩邊醫師都認為醫療是安全、治療沒有問題的前提下執行。甚至有時候兩邊的醫師討論後需要做一些治療，是由近端的醫師治療或開刀。這個因為牽涉到一個病人同時給兩位醫師診治，所以在遠距醫療的這部分需要付出兩份的診察費。如果不這樣子做，病人可能要到很遠的地方就醫，會造成更高的社會成本，病人要付出的代價更高，所以遠距醫療是針對這樣子的病人。譬如說病人要做更深入的檢查，是由近端的醫師操作，由遠端的醫師幫忙看結果，所以兩邊都要有一些設備，這個規格是高於視訊診療。視訊診療是用一些通訊軟體就可以面對面溝通。如果說一邊是病人一邊是醫師，兩邊都要有設備，那每個病人家中都要有設備，所以是不太一樣的。

王代表這邊討論的是應該要回到防疫的視訊診療辦法，如果有大規模疫情的時候再來修改辦法，讓規定更放寬，是不是這樣子會比較好。

王代表宏育

蔡副署長講的我都清楚，所以我寫了一篇 6,000 字的文章，過兩天台灣醫界會刊出來，等下再請蔡副署長指導。另外一件小事是今天早上高雄市衛生局說如果武漢肺炎嚴重，診所跟醫學中心直接視訊，我們診所如果有困難的時候，醫學中心的感染科醫師要幫忙。只有高雄榮總的院方提出是否要給醫院端費用？那這樣子是不是也是醫師對

醫師？但高雄市衛生局說先不要講錢，先講怎麼把事情做好。所以這邊我只是提供一個意見。文章我寫的很詳細，等下再請蔡副署長指導，謝謝。

主席

謝謝王代表，您現在講的是兩邊都有醫師的情況，診所醫師對醫學中心的醫師？

王代表宏育

兩件事，一個是兩邊都有醫師，一個是 107 年 5 月通過通訊診察治療辦法，第 2 條第 2 項第 2 至 4 款都有講到家庭醫師照護計畫可以、長照可以，居家醫療可以通訊診察。但是我們還要當地衛生局通過醫師的資格，這個是法令上都可以的。但實務面我們都沒有鼓勵，這個我都寫的很清楚，我只是想說，萬一武漢肺炎疫情嚴重的時候，大家可以作參考。當然這個是中央流行疫情指揮中心的事情，只是希望健保署可以了解，可以贊成，謝謝。

主席

好，謝謝，請王代表會後把資料給我們，我們會納入遠距醫療計畫中研議。如果真的是需要採取這樣的方式，那試辦地區是一定要擴大，也有可能要擴大醫生到遠端醫學中心的醫師，到時候我們再來討論。

王代表宏育

謝謝。

主席

好，謝謝。序號 12 的遠距醫療計畫，因為還有一些問題需要先在會前會跟大家討論，所以要等到會議有結論時就會提到共擬會議。因為現在 9 月了，今年最後一次的共擬會議是 12 月，可能會來不及，也許在這中間會有一個臨時會，先討論一些比較急迫的案子，在這邊先

跟大家預告。

好，那大家還有沒有其他的問題？如果沒有，追蹤事項就確認了，接下來進入討論事項。

討論事項

第一案

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)新增修訂「乳房病灶粗針穿刺切片(單側)」等7項診療項目暨修正部分支付標準文字案。

乳房病灶粗針穿刺切片(單側)

主席

好，謝謝，這一項乳房病灶粗針穿刺切片(單側)，這一項先請乳房醫學會陳芳銘主任先說明一下。

陳主任芳銘(台灣乳房醫學會)

謝謝副署長。各位代表午安，代表乳房醫學會跟各位代表報告。過去我們在做乳房穿刺時只有2個代碼，一個是「乳房穿刺」，大概524點；另一個是「乳房腫瘤組織檢查切片術」63010C，是4,000多點。

但是對於臨床上、實際上更常執行的粗針穿刺並沒有對應的給付項目，也因此造成在健保申請上有的會申報乳房穿刺524點，但是因為這個不符合粗針穿刺的過程，所以可能很多院所在申報的時候會以63010C這個手術碼來申報，反而造成跟實際情形不符合的情形。因此乳房醫學會在這邊提出一個新增的診療項目，再請各位代表指導，謝謝。

主席

這項就是以正視聽，因為爭審會覺得原規定有爭議，有人報這個，有人兩邊報，最後其實這兩項都不完全符合病灶粗針穿刺切片的過程，所以就另訂一項來取代目前申報的情形。這部分資料在附件 1-1，在討 1-5~1-8 頁的會議紀錄。請問各位代表有沒有意見？好，請朱代表。

朱代表益宏

主席這邊列的說不增加預算，我不清楚為什麼會不增加預算？因為原來有報高、報低，所以這裡面會有多少應該原來報高的會變報低，原來有多少報低會報高，這個應該要整個說明清楚一下，才會告訴我們不增加預算，不然看起來可能會增加預算。

第二個我想要請教一下，如果我們新增了這個項目粗針穿刺，那 29009C 這個是在什麼情況下會才會用到這種乳房穿刺？這個可能要訂清楚，不然你訂了這個以後 29009C 都沒有人報，因為它點數少大家都不要報，都報這個新增項目，到底怎麼去區分這幾個項目，可能要再說明一下，謝謝。

主席

謝謝朱代表，再來請雪玲代表。

黃代表雪玲

我也是要問一下，看到這次新提出來的這個品項，是有寫適應症，過去這個手術或是 29009C 穿刺是沒有寫適應症的，剛剛也有提到說做這粗針穿刺報成手術，是不是可以請定義一下 63010C 跟現在未來要新增的品項，這兩個要怎麼區隔？是不是 63010C 應該要定義什麼樣的人去做手術？什麼樣的人去做新的這個穿刺？

還有要請教的是，我們今天新增的這個項，有加一個備註是說若有使用影像導引設備時候，可以另外申報影像相對的導引碼，但是這個導引碼我們並沒有編預算給他，如果這個品項會新增要做這些影像，過去那兩個不管是乳房穿刺或者做手術，在做導引的機率高嗎？新的這個機率會更高嗎？如果他們兩個不是替代的關係，是不是這個影像

導引應該要另編預算來支應？

主席

好，謝謝黃代表。還有嗎？好，羅院長。

羅代表永達

我想剛才很多的代表都有提到，在我們附件 1-1，討 1-5 的地方，當時做這個 biopsy 的時間，我不曉得為何我們核定是 1,207 點，但是後來大家覺得這個時間因為拉長，所以變成 1,623 點，其實它增加很多。從 1,207 點到 1,623 點增加 400 多點，我如果按照這個算法的話，有很多東西都可以增加點數，是不是可以稍微解釋一下，以上。

主席

好，謝謝羅院長，大家對這項還有沒有意見？好，先請陳主任說明，再請醫管組補充。請陳主任。

陳主任芳銘（台灣乳房醫學會）

謝謝各位代表的提問。第一個是關於原來的 29009C，原來的全名應該是「細針穿刺」，它所對應送檢的是一個細胞學的檢查。現在新增的是一個「粗針穿刺」，它所對應的病理檢查是一般的病理檢查，所以這個是在後續的。至於 63010C 基本上這應該是個手術碼，如果要執行是在開刀房執行，應該要有手術紀錄。當然使用的時機目前來講應該會減少，因此在健保的費用上，整體來講其實會再減少。

至於為什麼會從 1,200 多點到 1,600 多點，主要是執行的過程，因為準備的是一個粗針手術，除了之前的超音波檢查，如果確定這個病灶要進一步做粗針穿刺的話，這是我們在乳房醫學會徵詢學會的理監事、專家們，裡面還包括放射學會，因為執行粗針穿刺的包括放射學會經由乳房攝影的引導定位，以及經由核磁共振的引導定位，都會執行這項的穿刺，大家共識認為這個過程 30 分鐘是一個比較合理的時間。因為病灶的位置深淺，還有病人乳房不同的罩杯，都會讓這個執行過

程的時間有所不同，因此 30 分鐘是一個平均值，以上說明，謝謝。

主席

好，支付標準科這邊還有沒有要做補充？請依婕。

陳視察依婕

這邊補充一下為什麼不增加財務影響，請各位代表看到頁次討 1-33 的表一。表一這邊列有新增這項粗針穿刺切片項目，後面可以看到替代率。提案單位告訴我們這項替代原先的「乳房穿刺」替代率是 50%，替代手術「乳房腫瘤組織檢查切片術」的替代率也是 50%。因為原先這手術項目點數相對來說比較高，所以我們用這個替代率換算後，這個項目其實是不增加支出，反而是減少支出，所以以不影響財務呈現。另外有關影像導引的部分，原先在做乳房穿刺時有用影像導引，所以這部分就沒有再額外列計財務，以上說明。

主席

謝謝，好，請嚴代表。

嚴代表玉華

如果依照剛才前輩的說明，29009C「乳房穿刺」是屬於細針的話，29009C 支付標準要再更說明清楚一點，這樣才能對應未來新增的支付標準項目。另外，我想要再請教新的粗針穿刺，如果有使用到影像導引設備，包含 19007B、33005B，原來的預估量大概是多少？

主席

陳主任可不可以先回答一下「乳房穿刺」29009C 是不是要改成「乳房細針穿刺」？還有剛剛的第二個問題。

陳主任芳銘（台灣乳房醫學會）

如果可以在原來的 29009C 也一併明確的說它是屬於細針穿刺，在申報的時候就會更清楚。

朱代表益宏

主席，剛我詢問的其實沒有解答，到底 29009C 是什麼情況使用？什麼樣的狀況會用到細針？什麼樣狀況會用到粗針？這可能要說明清楚，不然的話就會變成沒規範，我的感覺大家都會報粗針，不會報細針，會不會有這個情形？理論上現在分 2 個，有粗針，有細針，譬如疾病的狀況不一樣，或臨床考量不一樣，才會用不同的東西來處理。所以這個我覺得要去把它定清楚，不然的話如果這案子過了，往後你怎麼樣去說他要用粗針或是細針？如果以後都報粗針的，細針的都沒有了，會不會有這個情形？現在是說 50% 取代率，那以後會不會有 100% 的取代率，就是細針全部被取代成粗針，會不會有這種可能？這是第一個。

第二個我想請教一下，剛剛講得很清楚，63010C 這是一個手術，我不明白為什麼剛講的是在開刀房做，照理說新增的這個粗針它是可能在影像室、在 CT 室、在 MRI 室直接可以做，因為要影像導引對不對，以前的做法為什麼就會報到 63010C？然後在審查端那邊都一直沒有問題，這個就很奇怪，因為照理說既然是手術碼，剛專家講應該在手術室去執行，我覺得這也要做一個澄清吧，不然看起來是蠻奇怪，不然你怎麼會取代 50%。會不會以後取代更多還是更少？還是怎麼樣？因為你 50% 取代率我認為是不太精準，可能要更多的 evidence 告訴我們它會取代 50%，以上，謝謝。

主席

好，謝謝。來，羅院長。

羅代表永達

我剛剛的意思，大家看到我們桌上資料裡面的支付標準，第 22 項是診斷穿刺，「淋巴穿刺」才 100 點，我剛意思是說，每次都是藉著這個東西譬如時間 20 分鐘變成 30 分鐘，其他如果這樣比照的話，其他各科都可以來要求，你想想看「淋巴穿刺」怎麼可能是 100 點呢？如果時間隨便算一算，算一個醫師的基本成本的話，那這些全部都要

調高，就沒有所謂的中平原則。

因為本來是多少，換算過來所以你需要多少點數，這是一回事情。你現在藉著這樣調整就把時間又拉長，成本又拉得更高，那如果這樣其他的學會，就像「淋巴穿刺」原本是 15 分鐘，現在變 20 分鐘，所以你應該要再多少點給我，因為那個點數本來就不合理，對不對？如果每次都利用在轉換的過程當中，把很多以前沒有經過中平的東西把它拉高的話，以後會沒完沒了。我意思是說這本來支付點數原本校正是 1,207 點，就是這樣，不能利用這個機會把所有的東西全部加進去，包括時間要不要加長，否則其他的各科會這樣比照，以上。

朱代表益宏

我再補充一下剛剛講的適應症，我看了一下這六個適應症，我看起來好像所有都包括，沒有區別，在座的專家像施院長可能也很瞭解，這六個適應症幾乎所有需要做穿刺的全部都在這裡面，惡性腫瘤、良性腫瘤、炎症反應全部都在這裡面，到底有什麼區別？那你要告訴我們所謂的細針穿刺是用在哪些狀況，看起來這六個適應症幾乎是包山包海。

主席

好，謝謝，請陳主任好嗎？謝謝。

陳主任芳銘（台灣乳房醫學會）

謝謝代表的提問，事實上的確不是很容易，這裡面可能很大的部分會需要信賴原則。在臺灣專科醫師制度之下，醫師會選擇什麼方式來做這個診斷，因為在過去沒有粗針穿刺，或許很多就用細針穿刺來申報。甚至如同在背景資料說明裡面，在過去的健保審查很多的爭議可能是來自於，事實上不需要進手術室做 63010C，反而來用這個術式，所以造成在審查上有很多的爭議。因此新增這個處置碼是更符合我們在臨床實際現況的使用。

至於說這樣會不會導致高報低或低報高，這就有很多的推測。就

像過去跟各位說 29009C 只有 500 點，我們都沒有去申報，大家全部都申報 63010C，再讓健保核刪，過去的實際情形應該不是這樣子。因此我們在臨床實務上大部分會做 29009C 的情形，譬如是在一些比較不容易用粗針穿刺，或者是認為粗針穿刺有風險的情況，譬如怕造成腫瘤的病灶比較深處，或者是鄰近大血管，或者是乳房做過隆乳手術，那粗針穿刺可能會造成更多的併發症，這時候用細針穿刺來達到診斷的目的。希望以上這樣的報告可以回答代表的問題。

至於剛才羅院長詢問淋巴穿刺的時間是不是可以增加，剛剛有報告這樣的粗針穿刺通常要在影像引導下執行，腫瘤的位置還有引導的影像，像乳房攝影的定位切片有時候因為乳房的位置不好擺位，所需的時間往往都超過 30 分鐘，以上是我們臨床上的一個情形，跟各位代表報告。

主席

好，請朱代表，再來黃代表。

朱代表益宏

其實，我覺得真得還蠻牽強的，因為看起來以後大部分都會用粗針穿刺，剛剛講細針穿刺它變成特殊的狀況才會用到細針穿刺，所以剛剛講的取代率 50% 就顯然不對，細針穿刺去年 108 年申報 14,000 多筆，有 50%，顯然不對，因為剛剛講到的，它是例外狀況，比如說，做過隆乳手術或是非常深的部位才有可能用到細針穿刺，所以顯然不對，這個我覺得至少，第一個比例就要重估啦，這樣預估才會準確，這是第一個。

第二個因為粗針跟細針穿刺，我不曉得，因為這個可能也要請專家幫忙說明一下，它差別除了針的粗細以外，是否還有用到其它中間耗費的特材或是其它相關的什麼材料，不然會原來 500 多點變成 1,600 多點，增加 1,000 點，這裡面我相信原來細針它在穿刺的時候一樣要定位，醫師一樣要花那麼多時間在做這些組織的定位，就是說基本上我的感覺是醫師所花的時間應該是類似，甚至細針若是在比較特殊的

狀況，它可能花的時間會更多啦，因為如果它要避開，隆乳手術要避開人工的乳房或是比較深部他怕造成氣胸，所以要特別花時間做準確的定位或是腫瘤太小，他要很精準的定位，所以感覺起來，我用常識去判斷，如果是細針穿刺用在特殊狀況，搞不好它要花的時間更多。所以也就是說，醫師的勞務費用這段，粗針跟細針應該是差不多，那唯一差別可能在材料費，材料費大概就是針的粗細，我不認為一支針的粗細會差到 1,000 多塊。

當然，另外有個說法就是原來的粗針，原來細針穿刺就給付太低嘛，原來不符成本，想要藉著這個調整去讓醫師的勞務費能夠有所回饋，但這個就會牽涉到剛剛這個羅院長講的，那其它的支付標準，為什麼不一併調整呢？剛剛講的那個淋巴切片，一樣啊，醫師也是有勞務費，只有 100 塊，事實上也不夠啊，這個牽涉到我們所有的支付標準沒有經過成本分析嘛，所以很多項目偏低，我這邊隨便舉一個很多偏低的項目啊，對不對，那為什麼不做一併的調整，不做整體的考量，我個人是比較不傾向也不喜歡說，因為某一個項目支付標準，我就把它換一個名目，然後把它調高，但它其實做的事情是類似的，如果這樣的話是不妥，以上。

主席

好，謝謝。先請黃代表、謝代表，再來是施代表。

黃代表雪玲

還是想要確認一下影像導引，過去那兩項手術就一定會做嗎？因為你這裡寫的是「若」，表示不是百分之百的病人都要做影像導引，而且影像導引，你們這邊舉的這三個碼，其實支付點數也都是 1,000 點以上，而這個粗針穿刺才訂價 1,000 多點

主席

好，謝謝。

謝代表景祥

我覺得這個乳房外科他們的訴求是很合理的，但是放到我們整個架構裡面就變成不合理了。不合理的原因是我們這整套的標準，整套的穿刺，幾十年沒有修改，這邊除了剛剛講的淋巴穿刺，是 100 點之外，這邊腦室穿刺，穿到腦子的最中間去 943 點，這些結構不修，只修這個，就不合理了。這樣子，每個人都來修，乳房醫學會其實它們的訴求是合理，我真的承認他們是很合理，他們做這個東西有時候是會超過 30 分鐘，報個 1,600 其實是很合理。但是這樣也請各位代表大家可以想一想，有這麼多不合理的東西，存在了數十年，假如這麼很多不合理，100 項不合理，我就改 1 項，那我覺得這個不合理的情況會更嚴重，所以要嘛就全部所有的穿刺，我們全部來檢討，單獨調 1 項，我覺得不太適合。

主席

好，謝謝謝院長，再來請施院長。

施代表壽全

我個人覺得基本上應該尊重乳房醫學會陳理事長的說明，給醫師一些臨床裁量權，因為乳房腫瘤有大小、位置等不同的風險，所以醫師要選擇那種方法，可能有不同考量。29009C 是 cytology 細胞學，診斷力比組織不足，有時腫瘤小，可能也就只能抽細胞。但有時光用細胞學不足以診斷，但腫瘤狀況又沒有需要大費周章送進開刀房處理，中間加上粗針穿刺，我認為邏輯上是說得通的。

當然剛剛謝代表提到說，要針對全部切片去討論才公平，這個說法也沒錯，只是今天是乳房外科臨床上遇到困難，細胞學不足，送開刀房又過當，中間新增一個項目，可以協助解決他們的問題。

粗針穿刺點數多少我沒有特別意見，但這邊有個建議是，29009C 「乳房穿刺」若名稱不足，可以把「細胞學」名詞加進去，因為對照 63010C 有「組織」切片，所以粗針穿刺的名稱，再加上「組織」，可以與「細胞學」做明顯的區隔。我整個意見綜合起來，如果用細胞學診斷不足，送開刀房又過當的話，中間加粗針穿刺的安排，我認為是

可以接受的。

至於還有很多其他的切片點數可能不合理，是不是就讓各個學會提出後再修改？但乳房醫學會的確是遇到實務上的困難，所以提出新增這個項目，今天就要處理，以上是我的意見。

主席

好，謝謝。來，羅院長

羅代表永達

我想大家的意見都表達得很清楚，不過我有個建議，第一個我想我也認為有粗針、細針的差別，這個我都做過，但是我覺得如果按照乳房醫學會所提出來的條件，我同意，他有增設這個東西，讓很多去比付，可是這個點數的東西，我真的有意見。因為如果要做的話，今天只要通過，我相信其它的醫學會也會提出，我也有這樣一個時間，尤其是你把這個時間，你本來算到，其實 1,207 點這種情況之下，如果大家要比照的話，這樣會鬧不完，所以我建議這個 20 分鐘變 30 分鐘，我們暫時暫緩，但用這個 1,207 點，就是這樣讓它多一個項目，讓它可以比照，如果這樣的話，相對會把這個影響降到最低，以上。

主席

好，陳主任這邊還有沒有要說明，陳主任對於施代表提到 29009C 乳房加上細針穿刺怎麼樣去表達是細胞，然後粗針穿刺切片如何表達是組織，這個 term 應該如何修正？

陳主任芳銘（台灣乳房醫學會）

非常感謝施教授。的確加上文字整個就會更清楚，跟整個臨床的適應症，還有所做的相對應檢查就更清楚了。就是說 29009C 會變成是「乳房病灶細針穿刺細胞學」，但是「乳房細針穿刺」事實上細胞學是另外細胞學講的，所以應該可以用「細針或粗針」就可以了，就是 29009C 除了原來的穿刺，前面再加個「細針」來對應這個新增的項目，

就是「乳房病灶細針穿刺」，就不寫切片。這樣的細針穿刺檢查，它後面對應的就是一個細胞學的檢查。今天乳房醫學會在這邊所提的是「乳房病灶粗針穿刺組織切片」，謝謝剛剛施教授所的指導，讓細針跟粗針有很明確的一個區別，那我們在臨床上引用的時候是...

主席

如果是 29009C「乳房細針穿刺」，然後在備註「需附細胞學報告」；「乳房病灶粗針穿刺切片」加上「需附病理報告」，這樣可以嗎？

陳主任芳銘（台灣乳房醫學會）

粗針的部分，粗針當然一定要病理報告，但是細針比如在一些乳房所謂的 simple cyst，很明顯的確定它是一個囊性的病變抽出來的，其實是很 clear fluid，其實是不需要送 cytology。

主席

要不要有細胞學的報告？

陳主任芳銘（台灣乳房醫學會）

不用。

主席

不用，好。所以正式應該是「乳房細針穿刺」，粗針的話是「粗針穿刺組織切片需附病理報告」，這樣就能區隔。然後真正送開刀房做的是組織檢查的切片，那是在手術室進行，所以這三個是有區隔的。好，那文字就一併做修正。

另外，剛才羅院長在講的是我們上次在專家諮詢會議時，原來是按照醫院學會提出來的點數，經過校正後是 1,207 點，在會議上有醫師爭取時間稍為低估，所以做了時間上的校正，點數才調整為 1,623 點。剛剛羅院長提的一些建議，不曉得陳主任這邊有沒有一些回應。

陳主任芳銘（台灣乳房醫學會）

謝謝羅院長的指導。不過就實務在乳房病灶上，它是需要影像導引，不同的影像導引，花的時間是不一樣的。包括從核磁共振，乳房攝影、超音波，而且其實在很多情況下會是多個病灶，所以 30 分鐘真的是一個相對低的平均值，這邊也請羅院長可以加以考量，謝謝。

羅代表永達

不在於 30 分鐘，而是在於中平原則。

朱代表益宏

但是剛剛我問的，其實也都沒有回答，是不是細針變粗針，那個針就是 1,000 多塊？500 多塊它也要細針，我剛剛講其實花的時間是差不多，不對？除非跟我們講說不是，那個其實花 5 分鐘、10 分鐘很快，不是拿個針戳一下而已。

主席

這個請支付標準科說明一下成本的部分，請跟大家說明一下。

陳視察依婕

成本分析表的部分，因為這次會議議程沒有附進去，所以請同仁幫忙發一下成本分析表。成本分析表裡面的資料，因為原先這個案子的案由是從爭審會過來的，覺得需要凝聚一些審查上的共識，也希望我們在支付標準裡面擬訂這個項目，讓院所在申報時更為明確，所以這個案子其實是爭審會移過來後，我們去徵詢各個專家醫學會的意見。

一開始的 20 分鐘其實是我們就徵詢到的意見中，取相對比較低的時間，所以是以 20 分鐘來做成本校正。所以一開始提到專家諮詢會議時是 1,207 點。後來在專家諮詢會議上經過與會專家充分討論後，覺得大部分是需要影像導引，所以建議時間調整為 30 分鐘，才會是現在議程上看到的 1,623 點。

另外補充說明，目前這個粗針的針，其實是有特材碼，所以這個

項目其實是可以用來申報特材品項，以上說明。

主席

針的部分是另外核價。

朱代表益宏

如果特材是另外可以報，那其實乳房外科就要去說明，那我跟細針的到底差在哪裡，你說如果現在做一個穿刺要 30 分鐘，意思就是告訴我們原來做的可能只要 10 分鐘，細針的可能做 10 分鐘就好了嗎？還是說到底它的技術差在哪裡，為什麼會增加了 3 倍。

主席

這個可能要請專家說明，因為大家看到這張成本分析表中，最大的成本主要是在用人成本，其他的成本非常有限。用人成本最主要貢獻於耗用的時間。陳主任要不要就專業執行技術上再跟大家說明？

陳主任芳銘（台灣乳房醫學會）

謝謝代表的提問。細針基本上是針停留在病灶裡，然後反覆的動作，讓這個針在病灶裡面經由反覆動作，得到一些組織與組織液，針不會離開病灶。這個針是連結著一個 20cc 的吸管，針放入這個病灶之後，要反覆的抽插，就可以看到一些液體吸上來。所以整個過程的確像代表所指導的，是幾分鐘的時間。粗針穿刺是針進去後，因為切下來，就會是肉眼看得到的一條組織。所以每次進去後，針必須再離開，然後把這個組織放進福馬林罐，然後再重新定位，針再重新進去病灶，所以很明顯這兩個是有很大的差別。

當然細針穿刺也有很困難的，的確會花比較多的時間；粗針穿刺可能也有比較簡單的，很快就可以取得的。但是就平均來講，粗針穿刺需要的時間一定比細針要來的很多。如果必要的話，是可以準備一個影片，就可以看到這兩個其實差別是蠻大的。不知道這樣的說明，是不是還需要再補充，因為現在只能用言語說明讓代表來了解。

主席

謝謝陳主任，請謝代表。

謝代表景祥

我是完全同意乳房醫學會的講法。但是不能同意的是，老實講細針跟粗針的時間差距絕對不會差到三倍，我是覺得這個問題，請各位代表看看，這麼多年來，所有的穿刺是怎麼樣的不合理，只修一個，那就是造成更大的不合理。我絕對贊成他們講的，但是這些東西不修，真的是，要嘛就是一口氣來處理，先不講其他幾百項，起碼照所有的穿刺來 review 一下。不然只有講乳房穿刺，再怎麼樣出 complication 也不會死人。穿刺腦袋瓜會死人、脊椎穿刺感染也是不得了，乳房穿刺反而不會有這些 complication 在。

我同意 30 分鐘是合理，但是把細針乳房穿刺講得很簡單，好像不用 10 分鐘就做好，這也不可能。普通的細針乳房穿刺不用 10 分鐘、7 分鐘就做起來，不可能。假如今天通過，就會讓每個醫學會通通來吵，那我們就大概開會開的沒完沒了，以上。

主席

好，主任還有要說明嗎？請何代表

何代表語

主席、各位代表大家好。我聽到大家講到現在，對於乳房醫學會提出來講法很有道理，如果你們不反對的話，我們付費者的立場支持通過。至於其他醫學會要不要提出來，其他醫學會自己決定，如果其他醫學會認為我們的穿刺已經很合理，價錢都沒有問題，我們也不要操心。如果其他醫學會覺得穿刺不合理，那就提出來，我們該開會就開會不用怕。沒錢的話，漲健保費，至於是不是分給你們那是另外一回事，至少進入總額協商。

早上會議我都贊成提高保費。但是問題是其它醫學會如果認為太

低，就跟健保署提出來，你不能說人家不提，這個提出來就不讓他通過，這樣好像有點不合理。既然人家提出來了，你們也認為合理，那就通過。其他醫學會如果覺得太低，也贊成提出來，錢夠不夠是健保署要詳細來算，我們健保會認為有錢就給，沒錢就給不出來，我們也支持給，如果說各種穿刺都太偏低的話，我也支持要合理的增加。這是我的觀點跟立場，所以我們付費者的立場希望今天先讓他通過。

主席

謝謝。

施代表壽全

我不曉得我的理解對不對，乳房外科本來只有細胞學檢查或者送開刀房切片兩個選擇，現在增加一個在一般診療室就可以做的乳房切片，這是新的項目。而肝臟或腎臟切片在診療室做，本來就存在的。對乳房外科來說，在診療室就可以做切片是新的項目，所以應該不是公不公平的問題。如果各醫學會覺得說，在診療室做腎臟切片、肝臟切片，給付不夠，我贊成何代表說的，大家都可以提，提了再討論。但今天這個案子我認為是可以接受的。

主席

請王代表。

王祕書長秀貞（林代表茂隆代理人）

謝謝，其實我們剛好幾位醫界的代表都有提到，就是說希望不論新增的這項要有適應症，其它部分也應該要有相關的審查規範，因為根據爭議審議委員會，其實他具體的建議是希望就乳房粗針穿刺應如何訂定要申報訂定明確的規範，可是就剛剛朱益宏理事長提出，就現行所提列六項規範，其實看不出來太大的區別。不過還好，醫學會專家有做一些說明，施教授這邊也做一些補充。那這些相關資料是否可以做一些文字的重整，因為我們也發現最近幾次，健保署一直頻繁的請各學會提出對於審查注意事項規範裡面的條文文字做一些檢討跟修

正，我們也不希望今天通過的案子造成日後又有新的檢討。如果可以，我們能不能在這一次，假使要做相關的處理就一併讓它完善。

第二個部分是確實我們這樣聽下來，對於整體的財務推估的部分，是有很多的疑問，不管是執行時間上面的差異或者是對於其它相關成本分析數據等等，其實聽起來除了我們在申報穿刺的費用，還會有檢查的費用、特材的費用等等，這個包裹下來其實金額不會只有支付標準的這一筆品項，不同的處理方式，他可能申報的配套方式也會不同。所以我覺得這部分是不是請主席或署裡面可以協助一下，對於整體的財務推估予以重新計算。在過去，確實有存在細針跟手術的差別，我們也覺得蠻疑惑的，表示可能各個專科醫師在申報本項的時候，沒有很大的共識，認定歧異大，那我們很擔心在過去都很難有共識的前提下，在新增新的診療項目之後，會否又造成同樣的問題爭議。

朱代表益宏

主席，這個案子，另外還要調整的就是財務預估是有問題，因為這個費用是來自新的醫療科技，那是每一年有編一定的預算，所以剛剛何代表也講，就是只要有錢，付費者都同意，對不對。但是我覺得因為署方的財務預估是不增加預算，這顯然是不對的，所以我覺得這部分應該要重新預估，因為這牽涉到後來我們再去追蹤整個財務影響的時候，這一部份就會拿出來。所以我覺得...我不知道這是在專家會議有討論，還是署方單方面的預估，如果專家認為說 50、50 是合理的，那我個人認為這一部分要退回專家會議再去討論，因為剛剛顯然看起來在取代所謂的乳房穿刺或是你們講的細針穿刺會大部分取代掉，就是取代的量會大部分。至於手術碼會有一半變到這邊，我不知道，我懷疑啦，所以這部分我覺得可能要更客觀的、甚至有些實證的資料讓我們做財務預估，不然這個案子，如果專家認為 30 分鐘一定要這樣，他的人力耗費就這麼多，而且是新增的，那當然這部分我基本上會尊重專家意見。

但是剛剛有幾位代表提到的衡平性，我覺得要落入決議，健保署

在最近的時間要針對其它穿刺的項目要檢討，你不能說會吵的專科醫學會他提出來，我們就給他加，不知道、沒有參與的、不會吵的專科醫學會就沒有，我覺得這種態度不對。既然是衡平性有問題，就應該針對所有的穿刺項目做一個全面性的檢討，我覺得這個要有一個附帶的決議，所以剛剛要解決的另外兩個問題，第一個就是整個財務預估要重新預估，因為是不準的，是有問題的。

第二個就是譬如說我們在 3 個月或是半年之內，針對所有的穿刺項目做一個整體的支付標準的檢討。剛剛何代表也承諾，幾位付費者代表都答應，錢不夠，健保會那邊會支持，既然健保會付費者也支持做這樣的調整，我覺得我們就應該針對所有的項目去做一個衡平性的檢討。不然就會造成會來爭取的，就可以得到調整；不會來爭取的，就一直受到虧待。

主席

謝謝。

陳常務理事培榕（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

我是耳鼻喉科，來自花蓮慈濟，我想就剛剛前輩們討論的發表一下自己的意見。其實做穿刺，我自己是做頭頸外科，淋巴腺穿刺的技術費是 100 元，這應該是健保開始就是這個價格，但是甲狀腺比較多，是 600 元。當然穿刺有分細針穿刺跟粗針穿刺，細針穿刺是細胞學的檢查所以應該是臨床病理科的部分。如果是粗針穿刺就是切片，要取得組織，在福馬林固定。所以我們在開粗針穿刺，在福馬林固定之前要看到組織，然後把它泡在福馬林，再由病理科醫師去做 paraffin block 然後做 H-E Stain 看，所以這個就是一個切片。

另外就是說淋巴結切片或是唾液腺、甲狀腺，這些比較常做，但是價格確實都不一樣。我要 echo 剛剛代表所說，其實我們從來沒有抗議過，但是做的真的很多，而且 procedure 的費用大部分都是 100 元，cytology 的費用現在都是用薄層的，以前是用對膜再用 Papanicolaou stain 再看，現在新型的 cytology 準確很多，大概 1 千多點，健保署給

付點數是這樣。但是 procedure 的費用，我們有時候會用 sono-guide 的，sono-guide 當然是比較準確，穿刺到腫瘤的一個部分，有時候 mass 比較淺的時候，其實手觸摸也是可以做穿刺的動作。我覺得這個很亂，如果是這樣的話，我們學會真的有可能提出異議，因為我們粗針穿刺也是 100 元，健保給付沒有這個項目。

主席

謝謝陳醫師。還有嗎？

何代表語

主席我補充一下，我們付費者立場是這樣，如果你們認為支付標準太不合理，你們提出來我們是同意支持，但是我們今天要檢討是不合理的一部分，所以我們降低他的支持，合理的我們應該要支持。至於健保署是不是把所有的穿刺...我現在聽下來，因為我們對醫療程序不懂，我們聽到現在才知道細胞有細針穿刺，另外一個粗針穿刺是做病理的切片檢查，這兩個過程當然不一樣，不一樣當然不同價格，這部分我們是同意支持。

我們付費者立場就是，在整個總額裡面，你們怎麼去提出，不合理的應該打掉，合理的應該要提升，這才是健全的健保醫療發展。如果你們一直放任不合理的費用跟一直繼續存在，合理的都不給他，這樣是畸形發展。我們立場是在這裡，至於費用夠不夠，我想健保署要評估給我們理解，我們認為合理就會支持。

今天我聽乳房醫學會講，我一個也不認識，我今天只聽你們的論述而已，你的論述讓我們啟發我們的支持與否，只是這樣而已。我們認為說如果剛才專家學者教授講的都很合理，如果講一句今天這種錢好像不合理，我們也不會支持。我們聽到現在，你們醫界都認為這費用合理，只不過希望其它穿刺、切片都合理，那是另外一件事，不是在討論這部分，我們重視在這項決定通過不通過，不要牽涉到其它問題，其它問題是每個專科醫學會要去考量的，如果都這樣我們就沒有辦法開會，因為任何一項提出來，都有其它的連結在一起的科別、項

目，這樣怎麼繼續開會，會開不下去。今天我們的立場就是針對這個項目討論、合理不合理、通過不通過，來做決定，剛耳鼻喉科醫師不講的話，我也不知道他們也有做穿刺，我們也沒問過也不懂這些，所以基本上是這樣。

朱代表益宏

Echo 一下何代表，何代表講的我百分百同意支持，也就是說剛何代表講的健保署要很負責的把他財務到底會不會增加支出要算出來讓我們知道，但是顯然百分之 50、50 替代率是不對的，所以健保署要跟專家代表重新檢討一下相關的財務支出，我覺得這是第一個。不然我們也不知道，你說不會增加成本，我不相信，這確實有問題。所以我覺得剛何代表講的，健保署後續這個案子要繼續去做。

第二個，剛剛講的，確實這個案子也不適合討論耳鼻喉科或是錢夠不夠，因為也沒有案子出來。但是我剛剛提是有一個附帶決議，譬如在 3 個月或是半年之內健保署要盤點其他相關穿刺，確實偏低或是顯然不合理的地方要去做一個財務成本分析，然後提到本會檢討，不然的話如果不做這樣的附帶決議就會變成會吵的、會提案的，他就會調高，因為我們聽起來覺得合理；但是沒有來參加會議的或是不會提案、不會吵的，他可能就永遠都不知道，今天耳鼻喉科醫學會幸好有一個代表，因為下面有他的案子所以他來了，如果他今天沒有列席，他永遠就是做 100 元的粗針穿刺，對不對。

所以我覺得這樣是沒有道理，既然我們發現這是有問題的，就應該主動去檢討這些相關不合理，然後做財務成本分析出來，真正不合理的，付費者何代表在這邊，我們就去健保會談爭取預算，真正該給的也是應該給，不然這邊一天到晚就被罵，例如插管比通水管費用還要低，罵得當然很難聽，我覺得趁這個機會把這個項目提出來，我覺得要有這個附帶決議。

何代表語

你們同意不同意今年會議把穿刺優先列入檢討？

張代表孟源

主席，各位代表大家好，就是關於乳房穿刺或是切片，在醫學上是絕對有必要，剛很多代表提到這費用合不合理。我個人是覺得這個費用真的是非常非常的低廉，今天的資料才 1,600 多點，我們知道他的費用，跟代表報告，假如乳房穿刺在美國的話，一般而言，他的平均費用是 2,422 美元，換算台幣是 72,888 元。所以我是覺得這個費用真的已經很低，是一般普遍性的，台灣的醫療處置費用真的很低 1,600 多點，人家是 72,888 元，以上報告，謝謝。

主席

謝謝，這樣子好不好，因為這個項目討論蠻久的，也尊重大家的意見。跟大家說明一下，這個案子也經過專家諮詢會議討論通過，剛剛與會的專家也提到不管是細針、粗針或者是開刀切片等，都要尊重醫師的臨床裁量權，而且這個也跟腫瘤的大小、穿刺的風險等等都非常有關係。所以究竟要採用什麼的方式，應該尊重醫生的臨床決定。至於每個項目做的內容其實不太一樣，那就是醫師決定做那一項檢查就申報那一項，這部分就是尊重臨床專業。

第二個討論比較多的就是我們這裡有一個文字是「不增加健保預算」。尤其是朱代表一直表示原來的預估不準，是不是要有一些事後的評估，我覺得是可以的，因為本來財務預估就是一個預估值，增加粗針後究竟大家會申報哪些項目，替代率是不是真的是 50%？所以這部分是不是容新增粗針穿刺之後，有第二決議，就是半年內評估原來的項目跟新增的項目在預算中平的情況下，究竟申報的狀況是如何。就是原來只有 2 項，增加這項之後，因為原來的切片是 4 千多點、原來的細針穿刺是 524 點，所以大家對增加粗針穿刺後，是否真的不增加財務影響的部分是質疑的，那我們就進行事後評估，因為只有事後才可以知道真正的財務影響狀況。事後的評估再提到共同擬訂會議跟大家報告。如果評估後是增加財務支出並不是減少的話，就用新的預算來支應，因為支付標準的新增本來就有新增項目的預算。這個項目我

們預估不會增加財務支出，所以目前沒有用到新增預算，如果未來評估是增加預算的話，就用新增診療項目的預算來支應。

黃代表雪玲

主席，可不可以連它的影像導引再加醫材都一併？

主席

可以。就是新增前跟新增後的比較，因為現在唯一的差別是增加一個粗針的選項，其他前面的情境跟後面的情境是一樣的，之後再評估整體會不會有增加預算，如果有增加預算就用新增診療項目的預算來支應，這樣財務的部分可以嗎？

朱代表益宏

因為您剛剛的裁示是半年，所以事實上是到明年，所以我不曉得剛剛講的用新增的診療預算是...因為現在它就滾入總額裡面...

主席

今年預算是 4.5 億，已經用了 1.9 億，所以還在預算內。現在已經 9 月了，如果大家擔心會不夠，我們當然在這裡頭做調整。

第三點是大家認為其他穿刺的項目是不是要衡平調整點數的問題，剛才也有代表建議大家都可以來提。另外我們最近也有請各專科醫學會來提，不知道這次各學會所提項目有沒有穿刺這一類的項目，是不是這部分讓學會自己提出。剛剛耳鼻喉科醫學會表示要提修正點數，我們也歡迎，每年都有編列新增診療項目的預算，大家都可以提，這部分就收錄來檢討。

朱代表益宏

我覺得是這樣，您剛剛講的第二點，我個人是贊同，就是事後大家來評估，因為今年預算事實上看起來還夠，所以我個人也是同意用這方式來處理。但是您剛剛講的第三點還是由專科醫學會來提，我覺得是不妥，署方應該主動去盤點，醫管組應該去盤點相關穿刺項目，

剛剛已經舉了很多項目，譬如淋巴腺穿刺、甲狀腺穿刺或是腦室穿刺等等，這邊已經點了很多項目，或是如果真的不知道，也可以發文，因為之前署方發文是針對急重難症希望各專科醫學會提意見，應該是這樣。

所以我認為既然這樣，那要有一個決議，如果署方要行文也可以，那就針對穿刺這個項目，因為今天討論的是穿刺，沒有討論更多的項目，所以是不是先針對穿刺項目，如果專科醫學會認為他們是偏低的，那主動來提，我覺得今天討論的才有一個決議，如果針對所有的支付項目，大家都來提，就開花了、就失焦。所以，一個就是健保署主動去盤點現在的項目那些有穿刺，跟穿刺相關的，然後請專科醫學會來報，來重新做財務預估，做成本分析，這是一種方式。第二個是發所有專科醫學會，自己認為現在有那些穿刺項目給付偏低的，那你做了成本分析報到署裡面也是一種方式。但是我們如果用現在發文，所有的項目都認為偏低的都可以來報，那真的是有點失焦。

主席

支付科我們這次行文的内容是？就是 100 億調整急重難症。我們第三點是衡平性，我們參酌明年總額預算協商後的額度再來評估，因為這次的預算不一定有可以用來調整支付標準的部分，那是不是參酌後再考慮要不要處理這一塊。但是今年的總額...請何代表。

何代表語

如果我們今年總額協商明年度的時候，我們用在備註欄裡面，把醫療指數變動的金額優先用於各項穿刺醫療調整，至於要優先用多少錢出來，健保署再來討論。

朱代表益宏

非協商因素的財源，那是我們的房租費用、人事費用等等，那不一樣。

主席

各位代表，現在只討論第一項，如果這樣子每一項都有這些問題今天會議討論不完。調整診斷穿刺項目的部分是不是就納入評估，在預算額度之內評估執行情形，在預算可行的情況下評估辦理。

朱代表益宏

就是由署方這邊來評估。

主席

我們就評估，然後再看看如何調整。

朱代表益宏

那會在什麼時候？

主席

要先有預算，這個月馬上就要總額協商，我們再來評估看看，之後再研議辦理，好不好。好，就是這三點，本案就先通過，謝謝大家。接下來下一項。

修訂 76031B 「(後) 腹腔鏡部分腎臟切除術」

主席

好謝謝，這個是「後腹腔鏡部分腎臟切除術」，現在同意如果以達文西手術執行的話，健保支付手術費用。這個案子有經過HTA的評估，今天CDE也有在場，能否請CDE簡單跟大家review一下，後面也有附簡報。

黃組長莉茵（財團法人醫藥品查驗中心）

謝謝主席，CDE跟各位代表簡要報告，我們團隊在102年度就開始協助健保署執行醫療服務HTA的評估，我們有一定的方法學，所以各位可以看平板的第22頁到第27頁，這是屬於相對療效部分，所以在結果部分，我們共搜尋到7份的統合分析，及一份CADTH評估報

告，我們在實證的結果發現說，部分腎臟切除的達文西手臂部分，相較於腹腔鏡的部分，在術中的轉換率、熱缺血時間，還有住院天數，相較於腹腔鏡的部分具有優勢，所以以上是我這邊簡要說明報告，謝謝。

主席

謝謝。詳細的簡報在後面，特別是第 22 張簡報有說明「達文西部分腎臟切除」的優勢，所以經過專家諮詢會議討論多次後，也有請學會到場說明，最後會議同意可以給付由達文西手臂執行的部分腎臟切除手術費用。至於特材費用，還是要民眾自費。這項會增加財務支出是因為目前「達文西部分腎臟切除」手術費也是自費，如果手術費改由健保支應，預估有 462 件，一年大概是 2,400 萬點，這項請各位代表討論。請黃代表。

黃代表振國

達文西是比較先進的手術，民眾如果用這手術，說實在也是好的選擇。但現在最大的問題是，可能很多有在做達文西手術的醫院會抱怨，原來傳統手術是有給付的，而達文西手術是完全自費。這項通過之後，其他類似達文西手術也應該有給付的機會，署方應該慎重考慮，讓這些先進的技術能夠讓國人有更好的運用，謝謝。

主席

好，謝謝。達文西的相關術式非常多，一項項都要經過 HTA 評估，目前是「攝護腺癌根治性攝護腺切除」與這項「部分腎切除術」經過實證，已經有很多的文獻證明對病人的好處是優於壞處，甚至可以做到原來腹腔鏡沒辦法達到的優點，達文西都可以解決。所以我們覺得應該要減少病人的負擔，但是特材部分還是非常的貴，因為特材部分對財務負擔還是非常的重，我們就逐步進行，先給付手術費用。這項大家有沒有意見？

何代表語

我想請教一下，我們現在在外面訪問的時候，他們說達文西手術收 25 萬，如果用雷射刀 15 萬、用海扶刀收 20 萬，這是目前在外面的價錢，對，看不同部位不同價錢。那這案是用達文西，我們只是手術費補助給他，所以我們支持。

主席

目前達文西的收費，特材費用占很高的比例，因為一次用完就要換，所以病人負擔是很重的。手術費用則是比照腹腔鏡手術，這部分如果大家沒問題，這項就通過，謝謝，下一項。

修訂 33048B 「四肢動靜脈造影」及 33062B 「鎖骨下動脈造影」名稱

主席

這項是修正名稱，大家有沒有意見？好，沒有意見，這項就通過。

修訂 28015B 「食道鏡檢查」支付規範

主席

這項請花蓮慈濟陳副院長做說明。

陳常務理事培榕（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

頭頸癌的部分，特別是口咽或下咽其實我們看到的是所謂 squamous epithelium carcininoma，就是說發生食道癌的機會是相當的高，而且頭頸部腫瘤的病人經過治療跟一些手術或是放射治療以後，當然產生吞嚥困難各項問題是很多，所以這 10 年內其實有很多的醫院，像臺大醫院、新光醫院，他們是耳鼻喉科醫師自己在做食道鏡的檢查。routine 是診斷口咽或下咽的病人或口腔癌的病人，在術前會做一次看看有無食道方面的病變。另外就是在術後或是治療後，在半年後再執行一次，所以之前當然有一些...我們自己可能會有一些核刪的動作，

就是早期的時候，可能醫學會還沒有取得一些共識，因為 evidence based 漸漸地出現，大概我們下咽癌看到的 evidence 大概 30%，就是會有在不同的時間會有食道癌的狀況，所以定期的實施食道內視鏡的檢查是必須的。

在我們醫院，我都是交給腸胃科醫師去做，但是有些醫院是耳鼻喉科醫師去做。我想這些適應症的訂定都是有相當的實證基礎，我們也附了很多的論文，現在越來越多論文也顯示就病人的 cost benefit 來說，是相當有價值，所以我是建議健保署能採用我們的建議就是各個適應症，我們都有把適應症寫得很清楚，感恩。

主席

好，謝謝。大家可以看討 1-10 上面的第二點，專家諮詢會議結論訂定的適應症總共有五項。相對於沒有訂定適應症前，就會有核刪的爭議，訂了適應症之後，基本上應該是限縮在一定的適應症範圍，所以評估起來是沒有增加財務支出，大家有沒有意見？

黃代表雪玲

想問一下就是適應症的 1、2 項，這個是一定要確診還是說臨床上有懷疑食道癌，這樣就可以做這項檢查，其實臨床上是有需求，因為這裡寫食道腫瘤，我們想確定一下，是不是臨床上有懷疑就可以執行？

主席

請陳副院長。

陳常務理事培榕（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

沒有錯，就是臨床上有懷疑是食道腫瘤的話就可以實施。

主席

再來請羅院長。

羅代表永達

目前有在做食道鏡的，包括胸腔外科，包括腸胃外科，包括頸椎外科，這邊所謂的專科各醫學會是三個醫學會已經共識。因為我看那個紀錄好像不是三個醫學會同時的共識，是有些是胸腔外科他的共識，有些是...你們有沒有曾經三個學會同時做成這樣一個共識？

第二個，他裡面還包括一個東西叫做頻率，他的執行頻率，胸腔外科的說法好像跟你們不太一致，因為我沒有，否則將來三個不同的醫學會做同樣的東西，他的頻率雖然適應症是一樣的，但是頻率我剛剛看好像不一樣，可不可以解釋一下？以上。

主席

請陳副院長先說明，再來請支付標準科說明。

陳常務理事培榕（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

是的，大概我們最主要一個 case 就是頭頸癌的病人，相關的一個檢查，那當然在追蹤的過程當中，我們大概都是 follow 半年做一次。我不曉得其他醫學會相關的一個，不過我們醫院的胸腔外科醫師，也都會建議是說，應該是還是我們，我們都有 tumor board 在醫院裡面，那也很多的 evidence 就是說，大概合理的一個是半年，你就是做一次是合理的，就是你得過口咽、下咽或口腔癌的病患，或頭頸癌患者的話，其實訂這個也是希望說自己科內在審查的時候，可以有一些共識，以免就是大家互相的刪來刪去，因為這個執行者也是有一個問題，我們的訓練其實對於食道的黏膜，食道的黏膜跟咽喉的黏膜是很相近的，其實我覺得是經過一般的訓練都應該對食道的檢查是 ok 的。所以說學會也是請我訂定標準，我知道現在像臺大都是耳鼻喉科醫師在做頭頸部的病人，我們科也有去腸胃內科那邊學過。

主席

請支付標準科就專家諮詢會議中，各專科醫學會的資料跟大家說明。

陳視察依婕

好，跟各位代表說明，在研議食道鏡檢查的適應症與執行頻率案子時，有三個醫學會一起討論。包含剛剛發言的耳鼻喉頭頸外科醫學會，還有胸腔外科醫學會及胸腔及心臟血管外科學會。三個學會都有派代表出席，大家一起討論後訂出今天議程上所列的適應症。

針對執行頻率的部分，因為各專科對於自己的疾病別所需要的執行頻率是不一樣的，所以就沒有在支付標準上明訂每個項目的執行規範。依照會議決議是由專家審查來認定，以上說明。

主席

好，謝謝。請施院長。

施代表壽全

這幾個適應症裡面，第四個「食道狹窄、破裂損傷」，食道破裂等這一類中空器官破裂，是做內視鏡的禁忌症，是不是不要寫破裂？因為已經知道破裂，還去做內視鏡，是很危險的。可以說有狹窄、損傷、腐蝕，但是已經知道是破裂時還做內視鏡，不妥當。

主席

好，這個請陳副院長等一下回應，其他大家還有沒有意見？

羅代表永達

這個剛剛講，其實在各醫院我們以前在訓練的時候，食道是胸腔外科的，那當然在前面譬如說那個 NPC，就是頸部外科，那早期時候他們看法不太一樣，像剛剛施院長講的，怎麼會有破裂損傷這東西也列入，只要做過胸腔外科就知道，只要破裂就不能做那個，怎麼會三個學會都沒有去注意到。

另外還有第五個「吞嚥困難」，其實在腸胃內科他們也做，所以我覺得這些學會他們應該整合起來，有一個共同的適應症，然後頻率的部分，審查醫師不一樣我同意，就是各個審查的醫師裡面，根據他們學會，可是還是要有一定的標準啦，以上。

主席

再來請紀醫師。

紀代表志賢

關於頻率這件事情，像內視鏡醫學會，因為健保給付 PPI 是 4 個月，如果病人需要追蹤，可能 4 個月是第 2 次，所以這方面可能可以邀消化系醫學會、消化系內視鏡醫學會。

主席

副院長在專業上要不要先回應大家的疑問？

陳常務理事培榕（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

我們這部分就是說，對於破裂損傷這部分，我們會遇到的通常就是食道異物，食道異物他造成的一個，或者已經取出來，或者他食道異物 migration 到外面去了，譬如說 migration 到 neck，那這時候當然也不是說絕對的 contraindication。這個部分我不曉得，因為上次會議我沒有參加，所以我不了解他們的 concern 是什麼，但是我想也不是絕對的 contraindication，就是說破裂的時候實施食道鏡的檢查，我們看到有 progression 的時候事實上會停止。

黃主任文傑（台灣胸腔外科醫學會）

我本身是胸腔外科，但是我沒有參加過那次會議，也不知道當時的情形。不過根據施院長剛剛有講，理論上有懷疑破裂損傷是不會去做，懷疑的時候，但是有確定的時候那就不一定了，因為既然已經知道破了，要做的有幾個，要看是不是用 scopy 定位，因為術中可以完成修補。所以做這個鏡是另外一個含義，倒不是說為了看是不是破了，因為確定破了，你那個位置在上面下面中間，會決定我們的術式會不一樣。所以有時候我們知道破了，那一般的電腦斷層知道一堆氣或一堆水，但是上中下會決定我們從左邊開從右邊開，所以這個胃鏡對我們來講相對就比較重要。

所以我想上次有三個醫學會的專家，裡面有胸外、心胸外，我們都在裡面，所以他們大概考量點是這個點，考量這個點是不是做一下胃鏡來做一下定位，倒不是為了看是不是破了，我想這個可能不一樣。吞嚥困難當然要看是不是狹窄的問題，待會後面有那個擴張嘛對不對？當然吞嚥困難我們要診斷的疾病很多，譬如說食道弛緩症，其他什麼問題，因為這個是做過放射線治療，也會有狹窄的問題，所以他做過以後，有時候我們看過一些乳癌也好都一樣，我現在手上就有好幾個，就是食道做完以後就狹窄了，那吞嚥困難，你不能說吞嚥困難去吃胃藥，你還是要確定診斷，是不是真的有狹窄，來做一個治療。

陳常務理事培榕（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

我再補充一下，其實我們現在當然就破裂的部分，如果有時候一個 chest X-ray、一張 CT 就可以大概知道相關的位置，或是他如果異物 migration 到外面去的話，也是可以。當然這部分的話，我們也是，我 echo 一下剛剛胸腔外科的意見。

另外吞嚥困難的部分，其實我們會臨床上比較容易遇到的，就是你頭頸部腫瘤治療以後，產生的吞嚥困難，有時候是他疾病本身，那如果說症狀有加劇，或是說他覺得位置有改變的時候，其實有時候是新生的另外一個食道癌的產生，所以 second primary 或 third primary 的一個狀況，所以有時候事實上就是說，我遇到的還被病人告過，就是說其實他是 second primary，都把他認為是治療以後產生的 dysphagia 造成的。當然在臨床上，像我本身要做的話是，當然是比較嚴格一點，就是說你整個過去食道都看清楚，到底有沒有是新生的一個腫瘤，我覺得病人有吞嚥困難加重，或是說他位置的一個改變，應該是合理的再做一個食道鏡的檢查，這個是臨床的一個必要性。

黃主任文傑（台灣胸腔外科醫學會）

其實頭頸部癌他的生活作息，他的飲食習慣跟食道癌類似，所以其實那個 paper 文獻都有報導，頭頸部癌有 3 成的比例會有食道癌，所以不應該只是有這一段，其實如果是我們建議的話，應該頭頸部癌

要當健康檢查，每個病人每年都要去做，才可以提早發現早期的癌，才可以早期的治療，可以省下更多的健保費。

主席

好，謝謝。支付標準科要不要補充？

陳視察依婕

回應一下剛剛羅代表的提問，關於消化系醫學會還有消化系內視鏡醫學會，我們在一開始書面徵詢相關修訂意見時，其實就有徵詢這兩個醫學會，兩個學會都表示他們其實很少在執行食道鏡檢查這個項目，所以沒有提供修訂的意見，以上補充。

主席

好，施院長這邊對於剛剛專家的回應。

施代表壽全

我可以理解副院長與黃主任的意思，當然不是說，明知破裂還要去寫，只是食道若破裂，會引起嚴重的中膈腔發炎，是非常嚴重的狀況。所以不要寫破裂，只寫損傷，因為損傷可能從很淺的糜爛到很深的破裂，都可以去評估，直接把破裂寫在那邊，我個人覺得不妥當。提到說這個案子徵詢過消化系醫學會與消化系內視鏡醫學會，他們沒意見，我想消化系的醫生，並不是沒有看食道，只是會整個都看，現在只是問限於食道的事，所以消化系就沒有特別意見。總之，我個人覺得，損傷可以包括不同程度，破裂就不要寫，比較合邏輯。

陳常務理事培榕（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

對，我也同意施代表的意見，可能就是說食道損傷，食道狹窄、食道損傷，corrosive esophagitis 就是那個強酸或強鹼等等，這個例行都是會做的，我們都是用硬式食道鏡。

主席

因為陳副院長是代表耳鼻喉頭頸外科醫學會，「破裂損傷」原來是胸心外醫學會提的。

陳常務理事培榕（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

是他們提的，上次會議我沒有參加，所以我不曉得這適應症。

黃主任文傑（台灣胸腔外科醫學會）

我第一次參加。

主席

好，剛剛施院長這邊建議「破裂」這兩個字是不是拿掉？

陳常務理事培榕（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

對，改「食道狹窄、食道損傷」。

主席

這樣可以嗎？

陳常務理事培榕（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

可以。

主席

那就修正。剛剛紀醫師提到吞嚥困難部分有沒有需要修正？另外頻率的部分，在專家諮詢會議上，大家認為每個適應症上使用頻率都不一樣，所以很難統一訂定，所以建議留給專業審查處理。這頻率的部分在會議上是有這樣的討論，所以是訂不出來的。

黃代表雪玲

主席，那個第1、2項的是不是可以加上疑似或確診，需不需要加上疑似，因為看這樣子會以為是確診。

朱代表益宏

不用，專家都認為不用。

主席

那大家還有沒有其他意見？如果沒有的話，我們食道鏡檢查就是修正通過了，再來下一項。

修訂 47057B 「經內視鏡施行食道擴張術」支付規範

主席

好，謝謝，這項的修正內容在討 1-9~討 1-11，請大家參閱。討 1-10 有個結論，是支付規範的部分，請大家參考一下，要做一個新的修正，大家有沒有意見？請，朱代表。

朱代表益宏

主席，這個修正我沒有意見，但是健保署認為不增加財務支出，這個是有問題的，因為原來的適應症是施行次數以每 2 週 1 次為限，1 年內施行第 3 次以上者（含第 3 次）需專案申請，現在妳放寬變成每週 1 次，每年 6 次，然後第 7 次才要專案申請，這個顯然是比原來放寬的頻率要寬，所以這個跟他是不是侵入性的檢查我覺得是無關，為什麼他要這樣子放寬是因為臨床上有這個需要嘛，臨床就是認為他原來兩週 1 次，可能有病人需要每週去作 1 次擴張術，然後可能他作了 3 次擴張術還不好，可能還要第 4、5 次，但是因為原來的規定 3 次以後就要專案申請，認為很麻煩，所以才會在這邊去做放寬，所以我認為這個健保署這樣作的財務評估，我不知道是專家這樣子建議，還是科裡面的意見，這個顯然是不太對。

主席

好，財務的部分，請依婕說明。

陳視察依婕

是，謝謝代表的提問，因為一開始這邊定義的不是上限的規定，而是在規範執行到第 3 次以上需要專案申請，就是需要事前審查。這次主要是放寬事前審查的頻率，變成到第 7 次以上才需要事前審查。我們也有統計過去的申報資料，而且參卓專家意見，專家表示因為這個對於病人來說是相當不舒服的，所以臨床上也不會浮濫的執行，所以在那次的專家諮詢會議結論為這個項目應該是不會增加健保財務支出，以上說明。

主席

好，這個項目也請黃主任說明。

黃主任文傑（台灣胸腔外科醫學會）

我想這個可能要從緣由講起，因為我們從 2 次變成 6 次的上限，大概我也不相信它給付不會變，但是其實這一開始是...譬如說食道癌，我剛有提過，放射線治療後食道會造成狹窄，我們會把他作擴張術，但是通常擴張 1 次不夠，2 次通常不夠，因為第 1 次都裂開，第 2 次會恢復，然後你再把他撐開，會來回 3、4 次以後，他比較能夠正常飲食，但是我說那個緣由如果照這樣子講是不對的。

在去年以前，這是不限次數的，比如說有些狹窄來就通，我們這邊不曉得為什麼健保署這邊突然訂 2 次，所有胸腔外科、心胸外科專門在作的人都不相信 2 次就會好，所以也因為這樣有這個專家會議，希望把他提高到 6 次，6 次就用 3 個循環 1 次，來改善這個，第 7 次那你就需要專案申請了，否則每個病人第 2 次作完，大概每個醫生都要申請了，但是你要考慮到訂的次數太少變得我們申請次數會變得非常的多，當然他裡面有附，以後要作可能要申請、要照相，那大概都是沒問題的。

所以這個緣由上面可能跟之前是不太一樣的，一開始是沒有訂次數的，剛開始有提到可能會有一些浮濫，這其實沒有，我們開完刀病人固定會狹窄那幾個通完 6 次幾次以後大部分差不多都不會再回來了，所以病人也不會無緣無故說我要來通食道，所以這個次數上面跟大家

再解釋一下。

主席

好，這項還是一樣的問題，有些代表對於不增加財務支出還是沒有信心，所以這一點跟「乳房病灶粗針穿刺切片」一樣，事後監測財務影響，看看這項會不會因為放寬事前審查規定而增加財務支出。這部分也是半年後再跟大家報告，這個就列入會議紀錄。

好，這項大家還有沒有意見？如果沒有這項就通過，再來下一項。

修訂 79410B「攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術」 支付規範

主席

好，這項大家有沒有意見？這項是文字修正，如果沒有意見就通過，下一項。

08036B「部分凝血活酶時間」等 17 項診療項目開放至西醫基層適用， 配合修正 14 項診療項目之文字

主席

好，這個部分是上次開放到西醫基層適用的項目，因為有一些附表文字沒有同步修正，所以這次一起修正。西醫基層代表有沒有問題？大家有沒有意見，沒有意見就通過。

好，謝謝，第一案全部討論完了，另外有兩項事後要再跟大家報告財務影響的是「乳房病灶粗針穿刺切片」跟 47057B「經內視鏡施行食道擴張術」，好，那就到這裡，謝謝。

朱代表益宏

是不是結論這 2 項，因為確實財務預估，代表有疑義，因為我們

事後在追蹤的時候，都會看到這個結論，結論我建議希望落入文字說這 2 項因為財務有疑義，所以我們事後才要追蹤，追蹤如果怎麼樣，那我們就會用什麼樣的預算來做處理。

主席

可以，謝謝，文字就照朱代表的意見，把他錄在會議紀錄中。接下來討論事項第二案。

討論事項

第二案

案由：有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）第五部第二章精神疾病患者社區復健之「精神復健機構(日間型機構)之復健治療(天)」支付點數案。

主席

好，謝謝，這是社區精神復健，用的是其他總額項下預算，不是醫院總額也不是西醫基層總額，但還是有預算的限制，所以經過討論之後，希望能夠提高日間型的精神復健機構的支付點數。這個部分各位代表有沒有意見？

朱代表益宏

同意。

主席

好，大家都沒有意見，這個案子就通過。

好，謝謝。也謝謝社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會及社團法人台灣社區精神復健發展協會的參加，這案很快就通過了。接下來討論案第 3 案。

討論事項

第三案

案由：有關新增轉診支付標準之同體系院所名單案。

主席

好，謝謝。桌上是不是還有一個補充說明。

陳視察依婕

我補充說明一下，各位代表的桌上有放一份補充說明資料，這是我們北區業務組還有南區業務組查證後回復的結果。第一個是民安診所，民安診所已經經由 108 年 6 月 3 號的會議決議，已經納入國泰體系了。另外泰安診所，診所表示他跟新竹國泰綜合醫院的關係是建教合作的關係，所以經過分區業務組的判斷非屬國泰體系。

另外國泰功醫診所，是符合同體系認定的條件之一，院所網站已宣稱屬同一醫療體系者，故判斷屬國泰體系。後面的附件資料，我們有把修正後的同體系院所名單放在裡面，供各位代表參考，以上說明。

主席

好，這個案子，大家有沒有意見，好，黃代表。

黃代表振國

很感謝健保署各地區業務組非常認真查核，但是由此事可以知道，以往所謂直接附屬的診所名義，到現在變形分屬在各個地方，第一個突顯出分級醫療的必要性，一定要堅持，也感謝健保署的相關官員對這個部分非常支持；第二，現在除了由各地舉報，我覺得必須有事實認定的機制。我們很清楚某些財團法人，他們有變則通，通則變的能力，那業務組是不是有個機制，比如說當 A 診所固定支援 B 醫院，又或者是 B 醫院固定支持 A 診所，達到一定量的時候，就應該有主動的警示機制，傳統的醫院支援診所，到現在有衛星診所支援醫院的方式也產生了。甚至由醫院背後的財務管控，到以所謂的醫管公司名義來

成立的診所，我覺得健保署都要有防範未然的能力，希望可以告知這些醫院體系，應該著重在醫療品質提升，落實分級醫療，讓民眾得到適切的照顧以外，也能珍惜健保資源不被濫用。但是我們現在只是事後彌補而已，並沒有任何懲罰機制，我建議針對這種累犯、素行不良的體系，以後是不是有所謂的懲罰條款，建議大家可以思考一下，謝謝。

主席

好，請賴醫師

賴代表俊良

嘉義慈濟診所其實它名字就寫的很清楚，醫院叫做佛教慈濟醫療財團法人斗六慈濟醫院，診所前面也是佛教慈濟醫療法人嘉義慈濟醫院，這個沒有疑問，就是一個同體系的院所，我們現在必要時會提報一些同體系的院所，可是我們對同體系的定義，我是覺得好像不是很清楚。

比方我們現在用的就是醫策會的定義，如國軍退除役官兵或衛福部，或是附設醫院，或是同法人、同董事會，或是在網站自己寫說是那一個同醫療體系的來認定，但其實好像也不是很清楚。像我們今天講得這個泰安診所，它是建教，建教合作到底怎麼樣，我們會來函去詢問，它如果編個理由說不是，我們就要在這邊花時間來討論。

同體系院所目前不能申請轉診費用 200 塊或 500 塊，請健保署一定要把同體系的定義把它釐清。目前財團法人，社團法人，它有規定義務要財報揭露，財報有共同資金的流向或者特定去報備支援某家診所，是否屬於同一體系，我們要去定義釐清。

另外同體系院所，剛剛講的 200 塊 500 塊這種轉診費用，其實我們在意的不是這個，我們在意的的是說，同體系醫療院所，它其實是違背分級醫療，侵蝕基層總額的，我們建議同體系的子診所費用，應該要回歸母醫院的總額。像報紙上講的遠東聯合診所年申報健保 4.34 億，

斗六慈濟診所 2.52 億，1 家慈濟院前診所等於 50 家基層診所的量。

我們現在分級醫療，要醫院門診量每 1 年減 2%，部分醫院只好把 2% 病人轉到子診所，避免 2% 的核扣，子診所再把案件轉回到原來的母醫院，但是我們現在這種上轉的件數，其實是可以排除在醫院門診件數減低 2% 的規定之外的。

這邊建議同體系院所上傳案件，應該要把它排除在醫院門診件數減低 2% 的規定之外。不然對於有一些醫院，它沒有院前診所，它也照規定門診量減 2% 是不公平的。衛福部其實在 106 年 3 月 22 日醫療機構設置標準 13 條，它已經有注意到醫院侵蝕基層總額這個現象了，所以它有修正說，門診部跟醫院在同一個行政區域，不要另外再申請一個開業執照，要在法規規定 1 年以內，把這個執照拿掉回歸同體系的醫院，但是這個法規公告 1 年，我發現這些附設門診部大都是自行歇業，歇業怎麼辦？自己再弄個診所，撇清和同體系母醫院的關係，避免同一行政區域要回歸醫院總額規定。現在健保都有同體系的名單，我建議我們要用同體系的概念，來打破這種行政區的概念，只要同體系醫療院所，子診所的醫療費用，可以回歸母醫院總額才是。如果說這個概念能夠執行，那醫院它要到那個地方去設診所、設門診部，服務地方的民眾，我們很樂觀，但是你的費用就是回歸到醫院的總額。

主席

好，謝謝賴醫師，請李醫師，再來請朱代表。

李代表紹誠

這個題目其實非常棘手，因為在基層來看這塊領域的時候，我們常常會思考的面不夠周延，導致事後他會認為他不是同體系，我們認為是。所以這當中是有認知上的差距。我們今天檢討完了後，現在還有在進行中的這樣行為，我們是不是要不斷的去列舉，所以我覺得應該是要用更高的層次來看這個事情。

就是說，我們應該來檢討什麼樣的方式是符合我們整個醫療的常

規。就像我們北區，每年我們西醫基層總額爭取來的成長率，六個分區在這邊吵了半天，只要給 1 家大型的院前診所，所有的錢就通通給他，等於就是給了這 1 家。那我們其他的診所，我們本來就是希望讓基層的點值可以變得更好，可是增加的費用只要 1 家的院前診所，就用完了，這很不符合公平正義。這種東西是我們基層的痛，但是常常會在玩文字遊戲裡，他們可以去 do something。

所以這個事情，我們一直很頭痛，在各分區裡面，我們只能針對我們認知的院前診所去加強抽審，希望他不要製造太大的量。現在大家看到的這裡面，也有同體系，但他的申報量，我剛剛特別看了我們北區，請他們查一下，他們 1 個月才申報不到 30 萬，那這樣就要去處置他們，我也覺得好像又太 over。

所以我覺得我們今天列出來這些，後面還會繼續出來，我們是不是要一直在這邊不斷的去討論這些東西？所以我會覺得有没有可能從更高的層面去看這件事情，因為以前的定義跟他們所做的方法，讓他們完全是可以走捷徑、玩文字遊戲。我覺得整個政府政策的走向是有偏差的，當然病人到醫院或到基層都是要看病，以整體醫療費用來看還是要支出，但這是一個公平遊戲的規則。就是我同意你，反正我醫院總額我就倒出來基層，再回饋到這個同體系，還是在我這個同體系在 run 而已，但對於基層整個的正常生態是有很大的影響。

所以我覺得我們討論這種枝微末節的事情，往往沒有辦法遏止整個狀況，所以我建議署裡跟衛福部再討論看看這些問題該怎麼解決，要不然我們永遠是在擦屁股，以上。

主席

好，謝謝李醫師，請朱代表。

朱代表益宏

主席我覺得剛剛幾位基層的代表發言，事實上把體系的醫療機構污名化，我覺得在體系醫療機構醫院跟診所或是醫院大醫院它其實在

一個體系，當然有它的優點，但也有它的缺點，這是事實，但是我覺得也不能去否認說因為總額的關係就把它污名化，這體系這樣不應該，我覺得這樣不太好。

因為體系的發展在全世界它都是一個正常的現象，但是只是說我們希望在體系的發展之外，你應該要讓它資訊透明化，這個是應該的。在透明化以後，很多政策的推動，就有一些防弊的推動和一些新立的推動，你因為透明化以後才能去執行，我覺得關鍵點在這裡，所以今天這個案子，我個人是表示贊成，就是說，這個讓資訊透明化，然後在分級醫療的過程中間，當然我們認為它左手轉右手這樣不適當，或是在醫院評鑑裡面，對同體系這樣的可能有一些另外的處理的方式，那個都是站在政策面去考量，我個人是認為支持，但是體系不表示它是罪惡，我覺得體系不代表它是不應該。

如果所有的體系醫院都要歸醫院總額的話，那我這邊就要抱怨一下，或許在座我們基層的幾位好朋友，可能下面聽得有點刺耳，但是我也要抱怨一下，台北長庚體系土城醫院，台北分局告訴我們，大部分病人來源都是基層的病人，照基層代表的說法基層總額是不是該撥一點預算回到醫院總額呢？如果是以你們的概念上這樣講，那這個門前診所應該是都要回到醫院的話，那同樣，我開一家新醫院，現在新竹馬上開好幾家新醫院，它會吸收多少基層的病人到醫院呢？那是不是那一區的基層總額也應該撥相關的經費至少它基期的經費應該撥到醫院總額呢？

這個事情我覺得它當然是可以討論，不是說不能討論，但是它是二件事情，體系醫院這個它當然包括總額的切割，包括在制度上的推動符不符合政策，我覺得這個可以檢討，但是並不是在今天這個場合檢討。所以我主要表達是說體系醫院機構它並不是罪惡，大家不要把它污名化，我也不希望基層的代表去很負面的去看這個體系的醫療機構，只是說總額的切割，大家有意見，我們可以再另外的場合，大家來討論總額怎麼切割，但不要否定體系它在整個衛生政策上有它一定的貢獻，所以我這邊要做以上的說明，而且我覺得這個跟今天提案真

的沒有相關，今天我們主要討論是要否列入體系醫院，應該是這些包括已經詢問過的醫院，而且經過分局的整理，這應該是很確定，所以我認為這個案子應該很快讓它通過，以上。

主席

好，請謝院長，然後請嚴代表。

謝代表景祥

這個體系醫院，當然不是罪惡，但是在目前健保的這個點值還有各個不同的，像醫院總額，西醫基層總額，那醫院總額裡面分成各區，分成各區之外，每個一區都還有說分配給自主管理的時候，分配到醫院這個小總額，又卡到現在區域醫院要連結 2% 的時候，那就變成一個很複雜的問題了。

那剛剛講到的診所，因為它在南區，我也在南區，慈濟過來嘉義，就造成一個很奇怪的現象，向各位報告一下。第一個它占的是診所總額，所以對我們醫院來講是沒關係，一點影響都沒有。第二，它會吸收掉嘉義市一些診所，它的病人會有 3 個來源，第一個它會吸收掉嘉義市一些診所的病人，所以嘉義市的診所就會比較可憐，第二個它會吸收掉一些我的病人，我覺得剛好，因為我們總額 over 了，已經被斷頭了，挪一些過去剛好。第三，它有一些病人本來是到大林慈濟去看的，就留在嘉義市看了，這樣子的時候，又本來這個病人是在醫院總額這邊，又吃到基層的總額，所以在台南的診所，他們是點值會被稀釋，嘉義的診所，點值被稀釋，病人又被拉走。對我來講，病人拉走一點剛剛好，所以就變成一個很奇怪的現象。

這個東西，理論它也是在規避原來財團法人醫院的一個精神，那本來財團法人它只能設計 10 個醫院跟 1 家診所，好啦，那它把斗六的變成醫院，它都可以去其它地方設個診所，現在在嘉義市設診所，其實它也有跟嘉義市其它私人醫院想要去買它，不過後來買賣沒有談成，假如嘉義市的那家私人醫院被他買走了，好啦，他又可以把嘉義市這家診所變成一個醫院，再去台南市設診所，這樣下去叫做沒完沒了。

所以本來規定財團法人設置診所的時候，是說它假如是在偏鄉設立是沒有關係的，但是它就設到嘉義市中心，大家想想有沒有道理，嘉義市中心，是全國整個行政區裡面，僅次於台北，它的醫療供給密度是全國第二名的地方，它在這裡設一個大型的診所。所以我覺得於法當然合法，但講情、講理都說不過去。

再來剛剛講的在同一個行政區的診所會被要求合併申報，好，問題是假如它是台南市的話，現在台南市、台南縣，現在已經是一個台南都市了，六都。嘉義市跟嘉義縣就剛好分開，距離才不到半個小時，它就可以大大方方的分開，所以這就變成一個很奇怪的現象，所以當然那個嘉義市的診所跟南區的診所當然是有口難言，但是法律規定一切合法嘛，大家也沒辦法了，只能忍耐。

主席

好，請玉華。

嚴代表玉華

就今天提供的體系院所名單資料，體系序號 3 為慈濟的體系，體系序號 55，為斗六慈濟體系，這項應要歸回體系序號 3 才對。

賴代表俊良

應該是把斗六拿掉，歸慈濟體系就可以。

主席

等一下再請醫管組跟大家說明，請問這一項，大家有沒有意見，好，請何代表。

何代表語

謝謝各位代表，我支持這個案子就讓它通過，但是我們朱理事長剛剛也有講過話，我也認為我提供一點淺見。第一個，我認為我們整個醫療體系要打破掉，重新把健保法好好的修改，大幅度修改，重新建構醫療體制的新架構，我想我們台灣是比較特別的，是一個地窄人

稠的地方，我們不能把美國那一套觀念套在台灣，因為美國人很單純，它有家庭醫師，責任制度，它會有因人計酬的方式，可是我們健保法四十四條寫得那麼清楚。我們健保實施到現在 20 幾年了，當然無法去推動家庭醫師責任制度因人計酬的措施政策來走，表示說我們這個健保法寫在那邊是沒有用的。轉診制度就牽涉到很多問題，因為我的隔壁就是台大醫院，我不去台大醫院看，我為什麼要跑到比台大醫院更遠的地方診所看呢？這是人之常情，因為每個人都想說，我有認識那邊的醫生，我有認識這邊的環境，我喜歡來這裡看病，所以這種觀念，沒有像美國一開車就要 1 小時 2 小時才能看一個病嘛，所以這個地窄人稠的社會裡面，人群那麼集中，你要怎麼去把它分到那麼精細，事實上是很難的。

再來一點，像這種醫療體系的建立，我有幾個淺見。第一個，如果他一直去設診所，但都沒人看，那設診所有什麼用，那它一定設診所，有得到人來看病嘛，有產生效果才會去擴展它的體系，如果它的體系，就等於跟我們這個企業一樣嘛，你要設很多分店，但店的生意不好，每天都虧損，你設分店有什麼用。那這個體系我想你設診所，都虧損有什麼用，就不願去設那個什麼體系，就表示它還有利潤空間在嘛，這個是變成這個觀點，如果設下去都沒人來看病，就設不下去了，那設下去，有人來看病，代表它的市場是有的，所以這個制度，這個整個架構，我認為教學醫院區域醫院地區醫院診所要怎麼打破掉，我一直建議全部都打破掉，重新洗盤再來，要不然很多事情都很為難做啦，很多政策都很難分啦。

所以我的感覺是說，我們整個要進入整個醫療大改革，召開醫療政策安全會議，重新來做。這個我認為我們也不要污蔑這個醫療體系的建立不好，我認為順其社會的自然需求，優則存在，劣則淘汰，就讓它走到一個很健全的方向去做。另外就是我們轉診制度，實際上在設計醫療裡面的轉診治度，並沒有很完整，那也沒有很多急診醫療，那我轉出去，客人就不回來，他都在我這看了好久好久，我一轉出去病人就不再來，2、3 年不看到他，所以很多診所為了保護它的客源，

它也很多不太願意轉，除非逼不得已，把他叫到遠遠的醫院去看，他不願意轉到地區醫院。

坦白講，最近我也碰到好幾個醫師跟我講，我為什麼要轉那個很近的地區醫院，轉去以後他就不來我這看病了，所以他就叫他跑到很遠的大醫院去嘛，它大醫院交通不方便，他就會再回來這裡看病，所以他這些都很多問題存在，只是今天還好時間早一點，多講一點，這是我的看法。

主席

好，謝謝，請李醫師。

李代表紹誠

又回歸到這個題目的討論案，因為我們今天有提供北區的一些診所所在裡面，這個是我們這禮拜二，剛剛北區開的委員會議同意的名單，把它列出來。因為這一個，我剛剛有提到這是一個動態的，如果每一次產生的東西都還要來這邊討論，我覺得有點太小題大作的感覺。是不是將這個職權授與各分區業務組去處理就好了，就是直接轉診，因為這裡面主要談到的是轉診費用的挪移，就由各分區的業務組認定就好。如果他們真的認為不是，反正他們提出來說明，將來有事情他自己負責，我們就相信他是或不是，還是以一個尊重的方式。所以我覺得可以考慮就授權給各分區，不要到這邊討論，以上。

主席

那還有沒有哪位代表有意見？醫管組這邊先跟大家說明一下。

陳視察依婕

感謝剛剛嚴代表的提醒，這次我們原本預計要新增的體系序號 55 斗六慈濟體系，因為跟體系序號 3 慈濟體系，都是屬於佛教慈濟醫療財團法人這個法人的範圍，所以我們會把嘉義慈濟診所列到體系序號 3 裡頭，謝謝提醒。

主席

現在這個案子綜整剛剛大家的意見，第一個是黃代表跟賴代表都有提到何謂同體系的定義？另一個是院前診所如果認定是同體系，是不是費用要移到醫院總額。也有代表提到新設的醫院有很多診所的病人去醫院去看病，所以這也是一種問題。第三個問題，如果是同體系，因為現在區域級以上醫院年減2%的規定，雖然今年都暫停實施，是不是同體系的這些減量，這個要在那裡討論？再來第四個問題是，體系是不是一定不好？不要將體系汙名化，體系也許可以創造效率，對病人不一定不好，不管增加可近性或者是病人移動之間的效率，或者是醫生之間的互相支援，可能最後病人是得利的。所以這些並不是不好，所以怎麼去看體系的發展，可能是未來長期要去處理的。最後2個小問題，一個是慈濟體系跟斗六慈濟是不是應該合併？這個是嚴代表提的。另外一個是，如果涉及同體系，是不是授權給分區業務組各自認定。以上綜整大家的一些問題。

第一個，定義同體系這個蠻難的，因為同體系後面的問題很複雜，沒有辦法一一列舉，醫政法規也沒有這類的定義，因為現在初步涉及到轉診費，所以才要釐清。經由一個一個釐清，也許有一天可以訂出一些規則，但眼前真的是蠻難的，這是第一點。

因為這樣，剛剛李醫師有提到是不是授權分區認定，現在有些是跨分區的，那這樣誰認定都不行。不過為了簡化將來的作業，還是先透過分區初步處理，定期提到這個會議報告，大家如果都沒有意見就可以通過，這樣可以增加效率。

第二個部分是總額之間的衝突，這個沒有一定的道理，因為有可能是醫院總額吃虧，也可能是診所吃虧，例如說亞大醫院成立，中區附近的診所病人均受影響。可是斗六診所、慈濟診所設立後，病人又到診所來，可是西醫基層就會覺得新增的預算都被聯合診所用掉了。這些狀況很難時出現在同一個區，但確實是一直在發生，總額現在是分西醫基層跟醫院總額，所以主管機關這邊有沒有什麼建議？我們讓

主管機關先說明一下。

梁代表淑政

這也是西醫總額長久的問題，在基層與醫院總額間的爭議，這也涉及分級醫療的問題。至於要如何解決，就要看醫師全聯會跟醫院協會有沒有想要突破這一塊，與其兩邊在那邊看著誰可能會來吃我的大餅，那要不要用合作的方式，以民眾為中心共同管理門診費用，這部分大家可以帶回去思考其可行性。

不過，現階段為顧及分級醫療的推動，可能造成西醫基層總額的財務風險，因此在其他預算上，業編有「基層總額轉診型態調整費用」項目預算，用來支應醫院與診所間病人的流動對西醫基層總額的影響。

主席

在總額裡面有設計一個西醫基層總額與醫院總額之間連動的一個指標，可是往往都用不到，原因是什麼？今天出現一家，他的母數太大了？那小小的一家，也許感覺很大，但是在整體的池子裡面就會很小，所以就總額間的調控就很難出現異常變動。所以其實總額的分割，現在是西醫基層與醫院總額當然有其歷史背景，很難再回溯去討論。

但是就以病人為中心，或是診所與醫院之間現在已經漸漸成為合作關係時，也許門診跟住院總額也可以考慮看看。但是西醫基層這邊會比較擔心我們都能理解，這個也值得大家討論。醫院的或是診所的設立，現在是自由市場，這也不是健保署可以決定的，是地方衛生局或是醫事司核定的，所以供給面的合縱連橫，或者新設、退出是一直在發生的，只不過發生在某一個轄區時，正好是診所受到衝擊的時候，那是非常難受的，這些都是可以理解的，過去也一直都在發生，所以這個部分並不是今天可以做決議的。這個需要有機會時、有更大格局的會議時再來探討。因為這牽涉的問題很大，不過大家需要先脫離總額的思維，是以整個體系的長遠發展來思考，不要被總額的分割給框住了，不然會變成總額的分割阻礙了所有合作的可能，或者是體系的

效率、可近性，都會受到影響。但這是不是對的？現在也沒有很好的答案，每個人的答案都不一樣，所以這個留下來讓大家都再想一想。

第三個部分是 2%，因為現在是暫停，這部分請醫管組留參。最後一個是授權分區的問題，前面已經講過了，將來就是盡量簡化，好，紀醫師這邊好像有意見？

紀代表志賢

我覺得在健保打掉重練之前，先把同體系這三個字的定義搞清楚，這樣大家都好做事。健保要打掉重練，我覺得那一定很久，比這個還困難。

第二個就是有些是邏輯上的問題，剛剛有代表提到斗六慈濟，他在第 45，我看那個號碼跟第 55 的號碼是一樣的。

主席

對，剛剛那個是確定要過來，來，請王醫師。

王代表宏育

不好意思我最遠來的，我也講一下。我今天來學習很多，也感觸很多。其實在我們西醫基層每一科就有競爭，支付標準點數差很多，有的科過的很好，有的科過的很差，大家就互相體諒忍耐。我一直覺得西醫基層跟醫院也是兄弟，所以剛才朱理事長說的那些話我也是感觸很多，我也知道醫院也有委屈的地方。

剛才何語代表講的話最重要，要打掉重練，但是因為我們看了張鴻仁教授說 2030 健保大限，我要報告何語代表，我們現在的醫療費用是比韓國低，以前比韓國多，現在比韓國少很多，我們都被壓抑的很厲害。

說真的像剛才醫院有達文西手術可以增加 2,400 萬，所有的切片穿刺大概都醫院在做，醫院就是百花齊放。診所的話，我們西醫基層現在的占率才 20%。我們大家都知道，為什麼要講分級醫療？第一，

診所比較方便，尤其在偏鄉；第二，診所應該是相對比較便宜一點，可以減少我們的醫療費用。所以我們是希望說西醫基層診所，像去年的非協商的預算都沒有調整到我們的診察費，如果可以調整前 30 個人次的診察費，大家可以過的稍微好一點，這樣子會比較有競爭力。

第二就是拜託何語代表要打掉重練，何語代表剛才所有的穿刺都可以來調整點數。所以是不是今年的總額協商可以對我們好一點，給我們多一點錢，9 月 24 日。因為臺灣真的很便宜，心電圖才 150 點，美國的話 770 美元，差了 150 倍。所有的支付標準都調整是不太可能的事，打掉重練連紀醫師這麼聰明的人也不知道怎麼重建，大家也都不知道。我們現在是希望就現有的體制，建議診所跟醫院之間大家互相尊重。我個人很希望診所的占率，因為分級醫療比較便宜、可近性比較高，偏鄉的民眾比較方便，可不可以維持 20%，不要再掉了，這個是我唯一的希望，謝謝。

主席

謝謝。如果以醫院總額跟西醫基層總額的占率比較，西醫基層總額的占率一定會下降。因為醫院總額包含住院的部分，包含昂貴的手術、特材、病人、新藥、材料等等都在醫院總額，不管費用是發生在門診或住院，這部分就是增加醫療費用的最大的來源。所以真的要比的話，可能要再釐清一下占率的定義。如果把新藥、新科技通通滾進去比較的話，真的不能這樣比。

第二點，剛剛很多代表都向何語代表，今天還有其他的付費者代表包括葉宗義代表、馬代表還有蔡代表都是付費者代表，因為總額要協商了，今年就拜託各位付費者代表給各個總額多一點成長的空間。因為 COVID-19 也造成大家非常多的負擔，所以這部分再麻煩還在現場的何語代表可以轉告健保會的付費者代表們，拜託大家多幫忙。好，請何代表。

何代表語

第一點，今年行政院核定最高是 4.5 嘛，那 2.907 到 4.5 中間我們

會去協商各個在這範圍內支付總額。第二點我要跟你講韓國的國民所得是 31,862，我們的國民所得是 25,681，所以以 OECD 國家排列，我們國家的經濟體 GDP 排列第 34 名，假使從 OECD 排下來我們的醫療支出是 34 名，那是合理的。為什麼呢？你的國家的總產值是排 OECD 的 34 名，所以我們的醫療支出也只能是 34 名，假使我們做得很好，排名是第 30 名，表示我們的健康是下降的，生病的人是多的，所以我們要用更多的醫療支出治這些人的病，假使我們的國民所得是 OECD 排名 34 名，我們醫療支出很合理的支出是 40 名，表示這個國民很健康，看病的人很少，醫療支出不浪費，要從這個觀點來看。那我們的國民所得今天既然是排名 OECD 的 34 名，我們要來檢視我們的醫療總支出是不是 34 名，這是一個很大的觀點。

第二個你剛才講到美國，美國的制度不一樣，美國是有醫院、醫師、保險公司、病患，四個連結的，他們是依每個人，我要看到什麼病去繳多少保費，他們保費有分好多等級，我繳更高的保費就享受更好的醫療服務，我繳最低的保費我只是看感冒可以免費而已，其他的病我都要自費。那臺灣不是，我只要繳幾百塊的保費全包了嘛，因為健保剛設計的精神是健康的人來照顧患病的人這種概念出發，這種概念走到現在已經不行了，患病的人太多，老的人太多、慢性病太多，年輕人太少，繳保費的人越來越少，所以就不平衡，所以必須要很大的改革，不改革拖下去你不要講 2030 年真的是很大的負擔。

我跟你講，我們已經算過了，4.691% 提高到 5.23% 費率，我們產業界要多付 204 億，我們勞保多 0.5%，我們多付 101 億，所以明年度我們勞健保如果都調漲費率，勞保固定調升 0.5%，健保如果調升到 5.23% 的話，產業界 795 萬勞工，我們資方就要多付了 305 億的保險費出去了。這樣子的話，要去平衡經濟體到底什麼時候承擔得住，這個是很重要的概念。我認為我們國家也重新要來思考，所以我跟蔡總統建議說你已經連任了，你的立法院超過半數，把健保法重新好好改一下，把整個體制改，可是他敢改嗎？因為這個健保、勞保是很高度、政治、敏感的課題，執政者敢不敢大幅大刀闊斧，我也很希望說醫師

的收入，因為以前農業社會農民的平均收入只有 200 元台幣，醫師的收入是 5 萬嘛，那個比例是很高，5 萬元可以買好幾甲土地；可是現在高科技成長以後，平均的收入 60 萬以上，但是醫師比平均收入 60 萬要幾倍是合理，這是我一直在思考，醫師是比較聰明，智慧比較高，讀 7 年書，出來應該要拿高一點的薪水，可是我們現在製造業的平均月薪是 49,830 幾元，如果說以前年的平均總所得，包括郭台銘算進來是 52,800，52,800 乘以 12 個月是 60 多萬的平均收入，醫師要在 60 萬的幾倍是合理的？我一直在思考這個。太低不合理，過度高也不合理，老百姓承擔不起，這是很重要的概念，我想今天是開這個會，不是在辯論這些，要不然蔡副署長開一個 4 小時，讓我們大家一直來談好了，不好意思占用大家時間。

主席

好，謝謝何代表，那紀代表這邊。

紀代表志賢

我想何代表這麼講，我倒是要提一下，因為我們的 GDP 跟國民所得其實是有差距，所以我不清楚這個跟健保會不會有什麼關係，這個之後討論啦，不是在我們這個會。

第二個，我們台灣現階段的問題，年輕人沒有辦法買房子。主要是房地產太不公平，例如房屋稅第 3 棟、第 4 棟怎麼去開徵？我們其實是一個傾向富人的社會，所以如果不去解決這些問題，去講社會正義的話，那是多講的。現在好賺錢的跟認真賺錢的，這個差距是很大的，所以我想不能一概的用這樣來討論醫療的問題，這需要再更深入的討論，這是我個人的意見，不用列入會議紀錄，謝謝。

主席

好，實錄都會有，請，朱代表。

朱代表益宏

主席，我一定要講一下，就是剛主席有請社保司回應大家對於西醫基層跟西醫住院的總額這部分，但是我特別要提醒一下，其實依照健保法 61 條，規定的非常非常的清楚，只是我們主管機關不做而已，這講起來其實也算是行政怠惰，健保法 61 條講的很清楚，總額是分地區，然後分門住診，門診裡面再去分西醫、中醫、牙醫，然後藥品，這個其實法上講的很清楚，所以照理說，我們現在是變成西醫診所跟西醫醫院把他分開，法上不是這樣講，法上是分門診裡再去分西醫、中醫、牙醫，他其實健保法對於總額的劃分是講的非常清楚，是白紙黑字講的，那我覺得社保司剛剛有 comment，所以我這邊要回應一下，我希望社保司這邊可能帶回去跟司長講一下健保法 61 條，是不是好好再唸一唸啊，然後你們做個讀書會，健保法 61 條到底在講什麼，都搞清楚啦。

李代表懿軒

主席，不好意思，我原先無意要讓問題更複雜，但是既然朱代表講到健保法 61 條，藥師公會還是要講一下，原本門診是西醫、中醫、牙醫之外就是還有藥事人員藥事服務費及藥品總額，如果要一起討論這個總額的話，請要一併納入。

主席

好，賴代表。

賴代表俊良

剛才朱代表講到我們對同一醫療體系有意見，其實沒有。醫療院所如果作的好，同一體系當然會越來越多，我們認為說如果規模已經夠大了，可以設的科別也很多，醫師也很多，就應該成立一個醫院才對，醫院要有醫院的樣子，診所有診所的樣子，不能把醫院的門診搬到基層來。像當初斗六慈濟，本來也是一個診所，後來改制成醫院我們也是樂觀其成。

主席

好，謝謝，本案我們先處理一下，處理完之後，如果大家還有興趣再談的話，可以再繼續。這個案子在說明二的部分，就是新增新光體系的昕新診所，這個 OK。斗六慈濟體系新增斗六慈濟醫院跟慈濟診所，這個也 OK。國泰體系一共有 7 家診所，前面 4 家 OK，第 5、6、7 家，第 5 家是民安診所這個也已經在國泰體系裡面了，第 6 家泰安診所因為認為是建教合作，沒有資金的往來，所以這間暫不列。第 7 家國泰功醫診所，這是屬於國泰體系，到這裡大家有沒有意見？沒有意見這個就通過。

另外一個是北區剛發的這一份，後面的序號 7 至 11 是大千醫療體系，這個是共識就不用討論。前面的 6 家診所，分屬不同體系，這個上次北區認為不是同體系，可是現在李代表認為是同體系，是這樣嗎？

李代表紹誠

就是那個同體系的定義是？

主席

現在很難有定義。

李代表紹誠

對，那些都是我們北區桃竹竹苗四縣市的公會報上來的。

主席

公會報上來，所以認為是同體系。

李代表紹誠

對。

主席

北區的同仁還在嗎？請，朱代表。

朱代表益宏

原則是這樣，這個案子如果說分區這邊大家有爭議，那就不應該討論，因為如果真的要討論，那你應該先到醫院總額去確認一下，到底醫院這邊是不是同意他列為同一體系，所以我認為說如果是基層那邊，他們全聯會提出來，然後現在提出來有爭議，我認為應該就暫緩，不然在這個會上是沒有辦法決定的。

主席

好，這個確實是兩邊的意見有點不一樣，北區的同仁還在嗎？你們有開過會，分區有幫忙有認定過嗎？

廖科員智強

我們是請名單裡的各家診所或醫院去說明說，他們對於這個名單是否同意，有列不同意的都是因為他們有分別函文給我們不同意...，他們有一些理由，說明他們是不同體系。

主席

所以序號 1 至 6 是不同意。

廖科員智強

對，他們是有理由說明他們不是同體系的理由，所以我們就同意讓他們不同意這件事情。

主席

所以確實還是沒有共識，請李代表。

李代表紹誠

就像第 6 個，仁慈醫院跟天主教聖母診所，兩個是地下室相通的，他們當地的公會提出來就是，醫院那邊的總額就 shift 到基層這邊來，基層這邊的總額就 shift 過去，然後醫院提出說他不是同體系，我們就不曉得該怎麼辦。在申報的病歷上都同一個 form，包括申復的表格也都一樣，然後說他不是，這也不曉得該怎麼去認定，這部分我們也

沒有公權力說他是或不是。

主席

對。

李代表紹誠

只是我們去問，問的結果，除非他在網路上像大千醫院一樣，在網上公告這是他們的同體系，其他的就真的是很難認定，我們也沒有辦法說 YES or NO，但是還是尊重他們，但他又回文說不是，可是我們地方公會認為他們就是。

主席

好。

李代表紹誠

實務面上真的是這樣，以上。

主席

好，那這樣子，因為分區大概也是接到醫院自提的說法，所以確實這樣。我們是不是也拜託醫院協會協助一下，好不好？醫院協會可以嗎？確認他們是不是同體系。

羅代表永達

那我們再行文給他...

主席

你們可不可以幫忙再認定一下。

朱代表益宏

我覺得是這樣，如果照剛剛李代表講的，如果他地下室相通，然後病人轉來轉去，那我覺得其實分區去看一下就知道地下室有沒有通嘛。

主席

現在因為是同一體系，我們其實各種狀況都有，根本不知道怎麼樣去認定。

朱代表益宏

對，但我只是認為...

主席

地下室相通是不是也是一個 indicator 不知道，剛才有講到支援醫師，可是這也很困難，而且未來可能越來越多。

朱代表益宏

主席，目前處理到的，如果大家都已經認了，包括自己承認，這個就比較沒爭議，不然今天你有爭議的，全聯會、地方公會認為是，那人家不認呢？那要怎麼去算？更何況還有一些，在網上公告的是體系醫院，搞不好都不一樣，因為他可能是財務獨立啊，可能是其他因素啊，當然體系我們很難去做一個認定目前這種方法也只能說，雙方大家共識，包括被列為體系醫院，他們有共識我們優先處理。如果真的沒有共識的話，那當然要用其它的方式，我相信醫院協會也沒有能力去分辨他到底是不是體系醫院，因為北區分局有公權力的都沒有辦法，那我們醫院協會沒有公權力怎麼去確定他是不是體系，所以我覺得這個有點讓醫院協會大概沒有辦法來完成署方交待的任務。

主席

好，如果是這樣的話，這個案子就暫緩好不好？序號 1 到 6 還是先暫緩，序號 7 到 11 本來就是大千醫療體系。上次北區業務組也是回復每個醫院都有自己的理由說他們不是同體系，這個部分容我們再思考看看。賴代表還有意見。

賴代表俊良

主席，就是同體系的認定我覺得是相當困難。

主席

對啊。

賴代表俊良

但是，我覺得健保署還是要去做。

主席

可能要累積更多。

賴代表俊良

因為現在同體系的認定，只是參考醫策會的，醫策會裡面提到同體系的法人，同體系的董事會，同一個董事長都是，我覺得健保署應該可以跟醫策會一起來釐清，因為我們碰到的一些實務，有時候醫策會碰不到，比方說這些社團法人，財務報表揭露和診所的財務報表是互相流通，或者是特定的報備支援制度，這些都是我們醫界碰到的問題，所以個人認為健保署應該跟醫策會去釐清同體系院所的定義。

主席

對啊，所以現在要用一個指標來講是同體系，其實是掛一漏萬，因為合作的方式是可以無窮無盡的，剛才建議說跟醫策會釐清再討論，我們把這意見收錄。請，羅代表。

羅代表永達

我覺得這個案子已經討論很久，我是覺得這個東西，他的目的地本來只是在轉診的時候是不是有轉診費，我們到現在為止，並沒有把他擴大用到說如果轉那邊 2%是不是...這個東西還沒有談到嘛，現在就是很簡單的就是轉診到那邊算不算有沒有轉診費只是這樣，其實那個錢很少很少，可是我們用很大很大的力氣在作這件事情，我覺得暫時不要再討論這件事情，那剛主席已經裁定，確定的東西我們就確定，不確定的東西，如果假設分區或基層有更多的證據的時候，再拿出來討論，那以後是不是就授權分區，確定了以後，我們包成報告案，否則

這個東西會沒完沒了，這是我的建議。

我稍微跟何代表講一件事情，因為已經 5 點了，這次不管是我們的費率調整，醫院裡面也是...不要說受害者啦，醫院的經營者，有些醫院體系 4、5000 千人，也是一個很大的體系，那我們也要繳這個保費，我們也是屬於雇主，那這個錢有沒有給醫院？沒有嘛，這個醫院裡面，國發會說 4.5%就是 4.5%，他這個錢是來補安全存量的，所以有時候我們站在提的時候，不要講說為了醫院的發展，所以我們提高這個費率，不是這樣子的，費率只是拿來補安全準備金而已，那將來這個錢有沒有可能讓國發會考慮，讓我們的錢多一點點，那是另一個 issue，我們的錢他增加了費率的時候不會多給我們錢，以上。

主席

好，李代表還有意見嗎？

李代表紹誠

就是我們北區這個 6 個，前面沒有確定的這個...

主席

暫緩。

李代表紹誠

一個是暫緩，一個其實是很 definite 是，但是他回文說不是，那我們就尊重主席的決議。

主席

好，謝謝你，我們會後會按照賴代表的說法，再跟醫策會做討論。請，何代表。

何代表語

剛才回應我們羅代表，我剛只講 795 萬勞工，是在我們製造業跟商業類，醫療業和年輕人買不起房子，那是政府的事情，我們很早就

提出來，你的捷運作到那裡，公共土地就要來作青年住宅。可是到現在政府都在作其它的，這塊都沒作，這是我們臺灣最大的缺失，那沒辦法，這是政府的政策事情，我們管不到那麼多。

主席

好，本會議不能變成國是論壇，謝謝大家表達意見。討論案三就先確認，後續有需要再研議的再繼續研議。請問大家有沒有臨時動議？如果沒有今天會議就到這裡，非常謝謝大家。