

「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」

111 年第 2 次會議紀錄

時 間：111 年 6 月 9 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂（視訊會議）

主 席：李署長伯璋

紀錄：蔡孟芸

*表示以視訊方式參加

李代表偉強	彭家勳*	蘇代表守毅	蘇守毅*
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	李飛鵬*
游代表進邦	游進邦*	徐代表邦賢	徐邦賢*
李代表佳珂	李佳珂*	謝代表偉明	(請假)
陳代表志忠	陳志忠*	劉代表淑芬	劉淑芬*
劉代表碧珠	劉碧珠*	李代表懿軒	李懿軒*
嚴代表玉華	嚴玉華*	朱代表世瑋	朱世瑋*
周代表國旭	周國旭*	李代表承光	李承光*
謝代表景祥	謝景祥*	林代表桂美	林桂美*
朱代表文洋	朱文洋*	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	(請假)
王代表宏育	王宏育*	劉代表國隆	劉國隆*
黃代表振國	黃振國*	陳代表莉茵	陳莉茵*
賴代表俊良	賴俊良*	江代表銘基	(請假)
洪代表德仁	洪德仁*	陳代表志鴻	陳志鴻*
吳代表清源	吳清源*		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維*
台灣醫院協會	王秀貞*、吳亞筑*、林佩菽*、 吳心華*、顏正婷*、吳昱嫻*、 許雅淇*
台灣泌尿科醫學會	周詠欽*
台灣麻醉醫學會	鄒美勇*、陳坤堡*
台灣精神醫學會	郭錫卿*
社團法人台灣社區精神復健發展協會	陳俊銘*、黃曉婷*
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕*
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛*
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*
衛生福利部醫事司	吳淑慧*
衛生福利部全民健康保險會	盛培珠*、林劭璇*、 馬文娟*、陳思縉*
衛生福利部社會保險司	周雯雯*、白其怡*
醫藥品查驗中心	張慧如、朱素貞、黃昭仁、 劉育汝、莊富權、林鈺婷
本署副署長室	蔡淑鈴
本署臺北業務組	林寶鳳*、馮震華*、柯玲晶*、 張芸湘*、林毓芬*、林育婷*、 吳欣穎*、陳湘燁*、施又寧*、 黃艾青*
本署北區業務組	利雅萍*
本署中區業務組	李純馥*、蔡瓊玉*、楊惠真*、 陳麗尼*、曾憶玲*、王暄晴*
本署高屏業務組	黃梅珍*、張曉玲*、郭怡姍*、 洪阿意*、周孟盈*、連麗秋*

本署東區業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

蕭晟儀*、王悅萍*

李名玉*、石惠文*、江春桂*、

李敬慧*、黃寶萱*

王宗曦*、沈德政

張淑雅

張禹斌、黃兆杰、游慧真、

韓佩軒、林右鈞、張作貞、

劉林義、呂姿曄、鍾欣穎、

陳依婕、洪于淇、許博淇、

王智廣、劉立麗、黃奕瑄、

蔡金玲、宋宛蓁、陳孜吟、

吳亮穎、劉志鴻、廖韻慈、

崔允馨、劉勁梅、陳逸嫻、

周筱妘、蔡松蒲、高嘉慧、

蔡孟好、張艾琪、宋思嫻、

林煜翔、詹文成、林煜翔、

蘇明雪

一、主席致詞：略。

二、決議辦理情形追蹤：

(一) 修訂「全民健康保險急診品質提升方案」(序號9)，有關每半年追蹤「急診病人留置急診室超過24小時比率」執行情形，代表建議比照醫療品質資訊公開之「急診轉住院暫留急診超過48小時案件比率」指標，提供各醫院執行情形，本署將研議於追蹤時一併呈現。

(二) 新增「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」項目(序號19)，代表建議執行及申報不應限制執行專科醫師別，以鼓勵更多醫事人員提供服務，本署將錄案研議。

三、報告事項：

(一) 修訂 83102K「迷走神經刺激術(VNS)」等5項診療項目及麻

醉費通則案（詳附件 1，P8-P12）。

決定：洽悉，重點如下：

1. 修訂 83102K、56041K「迷走神經刺激術(VNS)」，適應症增列「無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病人，且亦無法以切除手術改善或曾以癲癇切除手術治療失敗」。
2. 修訂 50023B、50024B「尿路結石體外震波碎石術」，放寬離島地區泌尿科專科醫師之限制條件，增列「離島地區醫療機構應有一名專任之泌尿科專科醫師，另一名泌尿科專科醫師得以兼任方式為之」。
3. 修訂 68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」，刪除年齡條件。
4. 修訂支付標準第二部第二章第十節麻醉費通則，器官移植及摘取手術之麻醉費得按所定支付點數加計 100%。

(二) 西醫基層修訂 47029C「心肺甦醒術(每十分鐘)」等 30 項診療項目，暨新增 111 年「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」案。

決定：洽悉，重點如下：

1. 刪除原開放表別項目 62020C「二氧化碳雷射手術」，改為 62020B（詳附件 2，P13）。
2. 47029C「心肺甦醒術(每十分鐘)」等診療項目點數調整，本署建議調整其中 29 項與醫院一致（甲案），與醫師公會全聯會建議全面調升 174 項支付點數差額之 20%（乙案），將兩案報請衛生福利部核定。
3. 同意新增 111 年「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」（詳附件 3，P14-P23）。

(三) 修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫。

決定：原台灣醫院協會建議亞急性呼吸照護病房（RCC）、慢性呼吸照護病房（RCW）病人簽署拒絕心肺復甦術（DNR）者獎勵 100 點/日，被保險人代表考量未符 111 年該項專款協定事項，多數代表建議應朝鼓勵 RCC、

RCW 病人脫離呼吸器、DNR 及安寧療護方向修訂，本案暫予保留。

- (四) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第六部論病例計酬通則及第七部第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則報告案 (詳附件 4, P24-P26)。

決定：洽悉，重點如下：

1. 第六部論病例計酬通則第十七及十八點，配合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」修訂，併同酌修相關文字。
2. 第七部第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則，新增年齡計算方式為「入院年月日」減「出生年月日」。

- (五) 新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案 (詳附件 5, P27-P39)。

決定：同意新增，重點如下：

1. 榮總體系新增岡山榮譽國民之家醫務室；北醫體系新增新國民醫院；中國醫體系刪除陽光精神科醫院；天主教體系更名為天主教耕莘體系並新增耕莘診所、刪除湖口仁慈醫院；蕭中正體系新增新仁醫院；新增安和體系包含安和醫院、欣安禾婦兒科診所。
2. 另需釐清長庚體系與台中仁愛醫院、中國醫體系與為恭醫院之間關係，於下次會議確認。

- (六) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第八節住院安寧療護、第五部第三章安寧居家療護及全民健康保險安寧共同照護試辦方案 (詳附件 6, P40-P43)。

決定：同意修訂，重點如下：

1. 同意調升 05327C 「臨終病患訪視費山地離島地區」診療項目支付點數 20%。
2. 同意修訂住院安寧、安寧居家及安寧共照附表所列疾病或條件之 ICD-10-CM 代碼。

(1) 附表八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：由 585 及

586 (ICD-9-CM) 修正為N18.4、N18.5、N18.6、N18.9
及N19 (ICD-10-CM)。

(2)附表十一、第十四條第一項第五款：

- A. 亨丁頓氏舞蹈症：代碼由G90.3修正為G10。
- B. 脊髓小腦退化性動作協調障礙：增列R27.9、
R29.810、R29.818、R29.890、R29.891及R29.898。

四、討論事項：

(一)有關修訂「精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)」
支付點數案。

決議：本案暫保留，考量相關診療項目點數之衡平性，建議應
與精神復健相關學、協會專家通盤研議後，再提會討論。

(二)全民健康保險遠距醫療給付計畫修訂案 (詳附件 7, P44-
P58)。

決議：同意修訂，重點如下：

1. 會診科別新增心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科。
2. 增訂「遠距院所提供之專科門診遠距會診科別，原則不得包括執業登記於施行地區醫療院所之醫師所具有之專科別」。
3. 實施場域新增山地離島地區之居家醫療個案住家。
4. 放寬同一施行地區僅1家在地院所得執行之限制，並簡化部分申請及審核程序。
5. 新增在地院所門診診察費加計一成。
6. 新增虛擬(行動)健保卡綁定規範及獎勵金之獎勵措施，預算來源為其他部門「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路寬頻補助費用」之「提升院所智慧化醫療資訊機制」。

(三)有關增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準地區醫院支付點數加計及點值保障之適用條件案。

決議：考量本案涉及部分地區醫院權益，建議台灣社區醫院協會應與相關醫院充分溝通討論並凝聚共識後再議，本案暫予保留。

五、臨時提案：無。

六、散會：下午 5 時 00 分

七、與會人員發言實錄（詳附件 8，P59-P119）

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

四、泌尿系統處置 Urinary Treatment (50001-50036)

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
50023B	尿路結石體外震波碎石術 Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) for urolithiasis 第一次 first time		v	v	v	26920
50024B	第二次 second time 註：1.包括下列項目 including following items (1)治療費 treatment fee (2)一般材料費及特材費（不得再申報電擊棒之特材費用） general material fee & special material fee (3)機器維護費 machine maintenance fee (4)手術費 operation fee 2.第二次係指三十日內實施之第二次。 3.本項以「側」為給付單位，同側不同病灶之部位同日施行治療，以治療乙次計。 4.同日施行兩側治療，另一側以第二次計。 5.三十日內同側第三次以上（含第三次）治療，應檢具X光片專案申請，經保險人同意後施行，費用比照第二次申報。 6.申報費用應檢附當次暨前次實施體外電震波腎臟碎石術（ESWL）紀錄影本憑核。 7.麻醉費得另外申報。 8.完全鹿角結石之第一次治療，須事前專案申請並詳細說明其必要性。 9.醫療機構條件： (1)應為醫院。 (2)應有專任之泌尿科專科醫師二名以上； <u>離島地區醫療機構應有一名專任之泌尿科專科醫師，另一名泌尿科專科醫師得以兼任方式為之。</u> (3)應有下列經皮腎結石取石術及輸尿管鏡碎石手術設備： A. X光透視機 B. 腎臟鏡 C. 輸尿管鏡 D. 至少一種經內視鏡碎石機（如氣動式撞擊碎石機超		v	v	v	19595

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
	音波碎石機、雷射碎石機、電擊碎石 (electrohydraulic lithotripter)。 10.操作人員資格： (1)操作醫師應具泌尿科專科醫師資格，並符合下列資格條件： A. 實際操作體外震波碎石機五十例以上之經驗，經服務醫院審查通過，發給證明文件。 B. 依操作機型，應有下列相關訓練： a. 操作 X 光線定位機型，應有輻射安全證書或輻射防護訓練證明。 b. 操作超音波定位機型，應有泌尿系統超音波訓練證明。					

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56043)

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
56041K	迷走神經刺激術 (VNS) – 參數調整 註： 1.適應症： (1)無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病 <u>患者</u> ， <u>且亦無法以切除手術改善或曾以癲癇切除手術治療失敗</u> 。 (2)頑固型癲癇病 <u>患者</u> 定義：已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。 2.支付規範： (1)特殊專科別限制：小兒神經內科、神經內科及神經外科之專科醫師。 (2)執行頻率： A.手術後第一至二個月，每月至多四次。 B.手術後第三至六個月：十五歲以下兒童每月至多二次，其餘每月至多一次。 C.手術後第七個月以後，每月至多一次。				v	2087

第七節 手術

第六項 心臟及心包膜(68001-68057)

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
68040B	<p>經導管主動脈瓣膜置換術 Transcatheter Aortic Valve Implantation(TAVI)</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：適用於嚴重主動脈狹窄病人，須具備以下二項條件。</p> <p>(1)必要條件：(此四項條件須全部具備)</p> <p>A.有New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。</p> <p>B.以心臟超音波測量主動脈開口面積$<0.8\text{cm}^2$、$<0.6\text{cm}^2/\text{m}^2$、經主動脈瓣壓力差$\geq 40\text{mmHg}$或主動脈瓣血流流速$\geq 4.0\text{m/sec}$。</p> <p>C.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。</p> <p>D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。</p> <p>(2)同時具備以下條件之一：</p> <p>A.無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高，STS Score$>10\%$，或 Logistic EuroSCORE I$>20\%$。</p> <p>B.年齡為八十歲以上。</p> <p>€B.有以下情形之一者：先前接受過心臟手術（冠狀動脈繞道、心臟瓣膜手術）、嚴重主動脈鈣化（porcelain aorta）、胸腔燒灼後遺症，不可進行開心手術、曾接受過縱膈放射療法、嚴重結締組織疾病，導致不可進行手術、肝硬化（Child分級A或B），以及肺功能不全：FEV<1公升。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)醫院條件</p> <p>A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。</p> <p>B.醫院每年需具五百例以上之心導管（含二百例以上介入性心臟導管手術）及二十五例以上主動脈瓣膜置換之手術案例。</p> <p>C.需具有心導管X光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少HEPA-10000等級之複合式（hybrid）手術室。</p> <p>(2)醫師資格</p> <p>A.須符合下述操作資格之心臟內科專科醫師及心臟外科專科醫師在場共同操作，隨時提供必要之緊急措施。</p> <p>B.具有專科醫師五年以上資格。</p> <p>C.具二十五例以上主動脈瓣膜置換手術（編號68016B），或三百例以上心臟介入治療之經歷（編號33076B~33078B經皮冠狀動脈擴張術）。</p>		v	v	v	96975

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
	<p>(3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。</p> <p>3.不得同時申報診療項目：暫時性人工心律調節器、心臟超音波掃描、體外循環心肺支持系統（編號68052B）、血氧EKG監測等支付項目。</p> <p>4.一般材料費，得加計百分之十一。</p> <p>5.需事前審查。</p>					

第十五項 神經外科 Neurosurgery (83001-83105)

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
83102K	<p>迷走神經刺激術（VNS）—植入</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：</p> <p>(1)無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病<u>患者</u>，且亦無法以切除手術改善或曾以癲癇切除手術治療失敗。</p> <p>(2)頑固型癲癇病<u>患者</u>定義：已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)特殊專科別限制：神經外科。</p> <p>(2)執行頻率：須事前審查，每人僅需執行一次。</p> <p>(3)不得同時申報 56037B「深部腦核電生理定位」、83056B「癲癇症腦葉切除術」、83084B「立體定位術-功能性失調」及 72029B「迷走神經切斷術」。</p> <p>(4)含一般材料費，得另加計百分之十一。</p>				v	18242

第十節 麻醉費 (96000~96030)

通則：

- 一、麻醉材料費及藥劑費除 96002C、96003C、96023B、96025B 及 96026B 外，餘按麻醉費所定點數之百分之五十計算。
- 二、表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉之費用均已包含在手術費用內，不另給付；另麻醉材料費已包括蘇打石灰 Soda lime，笑氣 Nitrous oxide，氧氣 Oxygen 及麻醉藥膏 Anesthetic jelly 及麻醉用氣體等在內，不另給付。
- 三、為同一目的施行二種以上之麻醉費，應按主麻醉所定點數計算之。
- 四、凡未列之其他麻醉技術費用，應就已列項目中，按其最為近似之麻醉項目所定點數計算之。
- 五、麻醉時間之計算，以手術室麻醉開始為起點，手術完畢為止點；住院病患得另加十五分鐘為麻醉前之準備時間。
- 六、病人因器官移植及摘取手術、心臟手術、腦部手術、休克或急診而必須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計，其中器官移植及摘取手術得加計百分之百，其他所列手術項目得加計百分之二十，但麻醉材料費及藥劑費不得按比例加算。若同時符合兩類型手術，以加計成數高者計之（如心臟移植手術）。
- 七、本節各麻醉項目之兒童加成方式如下：
 - (一)西醫醫院皆為提升兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，惟各麻醉項目另有規定者除外。
 - (二)西醫基層院所皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十，惟各麻醉項目另有規定者除外。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第七節 手術

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62072, 63017)

註：本項編號 63017 與「第二項 乳房」為共同項目。

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
62020 € B	二氧化碳雷射手術 CO2 laser operation 註： 1. 屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。 2. 不得同時申報 65079B。	≠	v	v	v	3213

111年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫

111年○月○日公告實施

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

- (一) 台灣推行心臟疾病病人品質提升計畫及急性後期照護PAC等多年，在住院期間接受心肺復健治療已經是相當普遍，但病人出院後繼續門診復健治療比例相當低（低於15%），主要原因在於病人出院後的門診心肺復健可近性不佳，心肺復健業務對基層復健診所而言，因設備及專業人力需求更高且具專業風險性導致誘因不足，而無法執行該項治療。
- (二) 為使心肺疾病患者出院後能至社區復健門診接受後續心肺復健治療，並提升其心肺復健治療效果，本計畫冀能促進出院患者留於社區，藉由社區之基層復健診所協助該患者規劃心肺復健及健康管理，並提供心肺功能訓練，於療程結束後評估心肺復健成效。

三、實施期間：自公告日起實施至當年底。

四、年度執行目標：

- (一) 短期目標：逐年提升出院後至基層執行心肺復健比率，基層心肺復健人數超過170人（預定收案的七成），全國基層參與心肺疾病照護品質計畫達到21家，心肺功能有意義的改善達成率70%。

※註：

心肺功能有意義的改善定義如下：心肺運動功能測試(CPET)最大耗氧量進步25%，或6分鐘行走距離增加25%或100公尺。

- (二) 長期目標：目前全國心肺復健執行率全數只在醫院端且只有6.7%-15%，以南韓(36%)為整體院所之收案目標，以提升國人心肺功能及降低心血管風險。

五、收案目標人數：依本年度經費970萬元，預估收案目標人數為250人。

預算來源：

- (一)111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「提升心肺疾病患者心肺復健門診pay for value論質計酬計畫」專款項目。
- (二)本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則留用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

六、收案條件：

- (一)收案對象：個案符合心肺功能不良（定義為最大耗氧量<5METs、<73%年紀性別預測值或6分鐘步行測試<500公尺）仍在積極治療期且具有復健潛能病人。
 - 1. 醫院轉診（申報01034B、01035B）急性心肺疾病出院患者且基層復健專科診所接受（申報01038C），轉出醫院必須檢附心肺運動功能測試(CPET)報告、建議的運動處方及病摘（或診斷書）。
 - 2. 基層復健專科診所自行收案：收案時需檢附醫院施行之心肺運動功能測試(CPET)報告及病摘(或診斷書)。
- (二)急性心肺疾病以下述ICD-10-CM認定

ICD-10-CM代碼：

心臟

MI : I21.xxx、I25.xxx、I24.xxx、I22.xxx

CABG : Z95.xxx

Vavle disorder : I35.xxx

Disease of circulation system: I00-I99

Other congenital malformations of heart : Q24.xxx

Congenital malformation of the circulation system : Q20-Q28

Heart failure : I50.xxx

Heart failure due to hypertension : I11.0

Heart failure due to h/t with chronic kidney disease:I13.xx

Heart failure following sugery : I97.13

Rheumatoid heart failure : I09.81

肺臟

COPD : J44.x

Disease of respiratory system: J00-J99

Chronic lower lung disease: J40-J47

Lung cancer : C34.90

Malignant neoplasmas of respiratory and intrathoracic organs: C30-C39

Covid-19 : U07.1

Long covid及myalgic encephalomyelitis/chronic fatiguesyndrome or post-viral fatigue syndrome : G93.3

Peripheral artery disease : I70.2

PAOD: I73.9。

七、醫師申請資格及審查程序：

(一) 申請資格：

1. 本保險特約西醫診所，須組成團隊附上至少兩職類(含)以上之各職類名單、證書並且採取團隊方式提供相關服務，此特約診所須已具備申報42019C或43031C資格。
2. 具有復健科專科醫師資格者，並取得復健醫學會主辦之西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫訓練課程4學分。
3. 參與本計畫之特約西醫診所或醫師參與計畫之日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。
4. 執行復健治療專業的醫事人員：係指診所內之物理治療師、職能治療師及護理師等，其需具備急救人員資格。
5. 申請程序：符合前述各項資格之特約西醫診所，自公告日起向保

險人分區業務組提出參與計畫申請書（附件1）。經保險人分區業務組資格審核同意後，自保險人分區業務組核定日始參與本計畫。

6. 退場機制：

- (1) 參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供服務或參與本計畫有待改善事項(未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，登錄之檢查之任一病人數值經保險人審查發現登載不實) 經保險人2次通知限期改善而未改善者或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達3次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。
- (2) 參與本計畫之特約西醫診所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。
- (3) 特約西醫診所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

八、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

- (一) 死亡。
- (二) 病情變化無法繼續接受本計畫。
- (三) 失聯 \geq 3個月。
- (四) 持續接受心肺復健達最高上限36次
- (五) 病人心肺運動功能有意義改善(最大耗氧量進步25%，或6分鐘步行測試距離增加25%或100公尺)。

九、給付項目及支付標準：

(一) 支付標準

編號	診療項目	支付點數
P7601P	<p>心肺疾病患者復健整合治療費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 支付規範：每人每日限申報一次，收案期間限申報36次，每次治療時間合計超過1小時。 2. 服務內容：執行心肺危險因子調整改善(生活型態改變、飲食、運動原則之指導)及PTC5.心肺功能訓練(含呼吸訓練及有氧功能訓練)且須包含下列治療項目三項(含)以上： <ol style="list-style-type: none"> (1) 42019C物理治療-複雜治療項目： <ul style="list-style-type: none"> PTC 2.平衡訓練 Balance training PTC 4.等速肌力訓練 Isokinetic training PTC 6.行走訓練 Ambulation training PTM 5.被動性關節運動 Passive R.O.M. PTM 7.運動治療 Therapeutic Exs. PTM 9.肌力訓練 Strengthening Tx PTM 10.耐力訓練 Endurance training PTM 13.姿態訓練 Posture training (含步態訓練及姿勢訓練) PTS 11.低能雷射治療 Low power laser PTS 2.治療性冷/熱敷 Hot/cold pack (2) 43031C職能治療-複雜治療項目： <ul style="list-style-type: none"> OT 1.姿態訓練 OT 3.坐站平衡訓練 OT 4.移位訓練 OT 5.日常生活訓練 OT 7.運動知覺訓練 OT 8.上肢(下肢)功能訓練 	1000

編號	診療項目	支付點數
	OT 12.知覺認知訓練) (3) 其他：47041C、47045C或第二部第二章第二節呼吸治療處置。 3. 收案須檢附心肺運動功能評估報告。 4. 不得同時申報診療項目42019C、43031C。	
P7602P	心肺復健治療評估 註： 1. 每人限申報3次。 2. 第二次、第三次：個案「病人心肺功能改善程度心肺運動功能評估報告」符合休息血壓及心跳下降，或自覺疲勞指數改善1分以上或六分鐘步行測試距離進步>20公尺以上。 3. 第二次限執行復健整合治療費至少12次後申報，第三次為執行復健整合治療費36次或符合結案條件後申報。 4. 申報須檢附： (1). 第一次：心肺運動功能測試(CPET)報告、西醫診所心肺功能評估表。 (2). 第二次、第三次：西醫診所心肺功能評估表。	300

(二) 品質獎勵費：

收案人數至少10位之參與院所，獎勵其中個案符合心肺運動功能改善達到正常標準(最大耗氧量>5 METS或VO₂peak>73%年紀性別預測值或六分鐘步行測試>500公尺以上)，每人500點。

十、醫療費用申報及審查：

(一) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

(二) 本計畫之診療項目不得於其他計畫重複申報，例如全民健康保險急性

後期整合照護計畫。

(三) 本計畫醫療費用點數申報格式：

1. 案件分類：請填報「E1（論質計酬計畫）」。
2. 特定治療項目代號(一)：請填報HK。

十一、計畫施行評估指標：

(一) 「病人疾病復發率（包括再住院或再急診）」：<30%

定義：收案6個月內病人因相同疾病再就診率<30%。

分子：門診治療過程中病人因急性心肺事件（再次心肌梗塞、心衰竭、肺阻塞發作、肺炎等）而急診或住院的人數。

分母：計畫總收案人數。

(二) 有意義的心肺功能改善比率:>70%

定義：CPET (VO₂peak最大耗氧量或無氧代謝閾值耗氧量Vo2AT)較首次進步改善25%或6分鐘步行測試進步25%或100公尺以上

分子：達到有意義的心肺功能改善之病患總數

分母：所有接受此計畫下的門診心肺復健總人數

※註：

6MWT：距離(meter)未達300公尺為高風險正常數值為500公尺以上。

10級運動自覺量表 (RPE)	
0	沒有感覺
0.5	非常非常弱
1	非常弱
2	弱
3	適度
4	有些強
5	強
6	
7	非常強
8	
9	
10	非常非常強

【附件 1】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫申請表

診所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	診所名稱		診所醫事機構代碼	
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：	
	計畫聯絡人 e-mail			
審核項目	項目		審查結果	備註
	參與本計畫相關醫事人員資料表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	認證書面資料影本		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
保險醫事服務機構	機構章戳		保險人審核意見欄 1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 日期章戳：	本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日			

【附件 2】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫收案個案資料建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位

- (一) 新收案日期(YYY/MM/DD)
- (二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師ID、醫師姓名
- (三) 診所心肺復健團隊成員：醫事人員職稱、姓名
- (四) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

二、病人心肺功能改善程度：(VPN表格如下說明)

(一)有氧運動能力：擇一填寫，第一次評估兩者皆需要

1. 攝氧量【最大耗氧量(VO₂peak)、無氧代謝閾值耗氧量(VO₂AT)，年紀性別心肺功能預測值(%)】
2. 6 minute walk test六分鐘步行測試距離：未達300公尺為高風險，正常數值為500公尺以上。

(二)運動時血流血氧變化：

血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、血氧濃度。

(三)運動時心臟之電生理反應：紀錄心電圖變化(HR, arrhythmia, af等)其他限制運動的徵兆或症狀、自覺疲勞指數。

(四)BMI。

心肺運動功能評估報告			
項目	就診日期	年月日 第一次 (收案時)	年月日 第二次 (第12次治療後)
		年月日 第三次 (第36次或結案當次)	
心肺運動功能測試(CEPT)報告【第一次必填】			
最大耗氧量(METs)			
無氧代謝閾值耗氧量 (METs)			
年紀性別心肺功能 預測值(%)			
心跳(beat/min)			
血壓-收縮壓(mmHg)			

血壓-舒張壓(mmHg)			
血氧濃度(SPO2 %)			
運動時心臟之電生理反應：心律不整有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)
資料來源	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所
西醫診所心肺功能評估表【必填】			
身高(cm)			
體重(kg)			
BMI			
血壓-收縮壓(mmHg)			
血壓-舒張壓(mmHg)			
心跳(beat/min)			
六分鐘步行測試距離(m)			
自覺疲勞指數(0-10)			
治療師衛教紀錄 衛教對象	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：
醫師/團隊人員 (若更多人員請增列)	醫師 醫事人員1 醫事人員2 醫事人員3	醫師 醫事人員1 醫事人員2 醫事人員3	醫師 醫事人員1 醫事人員2 醫事人員3

第六部 論病例計酬

通則：

- 一、當主診斷及主手術(或處置)碼為本部各章節所列疾病診斷碼及手術(或處置)碼時，依本部各章節所訂支付點數或相關規定申報費用。
- 二、本部各章節所訂診療項目分為基本診療項目、選擇性診療項目二部份，基本診療項目之實施需達所訂基本診療項目之 65%(以四捨五入取至整數位)，選擇性診療項目(或其他診療項目)若為診療必須仍應施行，惟其費用已包含於定額中不得另行申報費用。
- 三、個案出院時應符合本部各章所訂出院狀態。
- 四、申報費用時須詳填國際疾病臨床修訂號碼，包括診斷碼及手術(或處置)碼，若有其他合併症時應詳填次診斷、次手術(或處置)碼。
- 五、本部各章節所訂點數中，已包含病房費、診察費、藥事服務費、藥品費、各項檢查及治療處置費、注射費、麻醉費、手術費、一般材料費及特殊材料費等健保支付標準所訂相關費用。
- 六、本部各章節所訂項目，若未依規定完成治療，保險對象即因故出院者，整筆醫療費用應按實際醫療費用申報。
- 七、本部各章節所述「實際醫療費用」應以本部以外其他各章節所訂點數計算。
- 八、本部各章節中基本診療項目列有執行次數，每項目執行一次即視為完成，惟醫令項目之執行未依規定達 65%時，以「所訂全部項目中未執行項目×其個別執行次數」為核減項次。
- 九、本部各章節中基本診療項目中有※者為必要執行項目，若未執行，整筆醫療費用不予給付。
- 十、各章節中若術前、術中或術後列有相同項目時，視為一項，其執行次數為二者之合計。
- 十一、本部各章節列有「得核實申報上限點數」及「得核實申報個案數比率」，其中「得核實申報上限點數」係指各醫療院所該項手術案件中，其有次診斷或次手術(或處置)而致實際醫療費用在所列之點數以上者，得按實際醫療費用申報；「得核實申報個案數比率」係指依前述規定核實申報之個案數不得超過各醫療院所當月份該項手術個案數之比率。
- 十二、本部各章節所訂項目，若有公認新療法或公認新手術方式，醫療院所應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後先行訂定申報項目，供特約醫療院所適用，俟彙集項目及完整資料後，再另依全民健康保險法第四十一條辦理。
- 十三、若特約醫療院所計算得核實申報個案數未達一個案例時，得有一個案例核實申報，惟應同時符合申報上限點數之規定。
- 十四、特約醫療院所門診論病例計酬案件釋出處方者，應扣除釋出處方之藥費及藥事服務費後申報。

十五、本部各章節所訂項目執行率為百分之百之診療項目(例如第二部第一章病房費、診察費、藥事服務費等，以及本部之必要診療項目)之支付點數有異動時，依上述診療項目計算前後點數差額，配合調整本部定額支付點數及核實申報上限點數，其中第二部第一章項目次數，依本標準所列各論病例計酬平均住院日數計算；必要診療項目次數，則依本部各診療項目要求表所列次數計算。

十六、已導入全民健康保險住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)之論病例計酬項目，適用 Tw-DRGs 之醫院應以 Tw-DRGs 支付標準申報。

十七、論病例計酬案件使用符合「~~全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範~~全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」之~~自費特材~~「全民健保尚未納入給付特材品項表(下稱品項表)」所列特材，排除自付差額之特材品項，其保險醫事服務機構收費、申報及健保支付方式如下：

(一) 病人同意使用符合品項表之特材，保險醫事服務機構應依醫療法第二十一條規定辦理。

(二) ~~(一)論病例計酬支付點數須扣除全額自費特材替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由保險醫事服務機構自行併同醫療費用申報。如收取自費，保險醫事服務機構於申報論病例計酬時，應扣除被品項表特材替代之健保給付特材之支付點數，且應併同醫療費用申報。對照檔請參閱保險人全球資訊網公告之「全民健保尚未納入給付特殊材料品項(自費醫材)與替代健保給付特材品項對照檔」。~~

【醫令類別應填報：「D」(被替代之特材項目)、「E」(自費特材項目-未支付)或「F」(自費特材項目-不符給付規定)。】

(三) ~~(二)併同醫療費用申報資料：自費特材品項表~~ (含不給付項目及不符適應症之個案)之品項代碼、單價、數量、收取自費總金額；~~被替代之原~~健保給付特材品項代碼、~~支付~~單價、數量及支付點數。

(四) ~~(三)全額自費品項表特材收取之自費金額~~，不得計入本部所稱「實際醫療費用」計算。

十八、除病人同意使用符合「~~全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範~~全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」規定之~~自費特材品項表特材~~或自付差額之特材品項外，不得另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。

第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)

第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則

- 一、Tw-DRG 之診斷及處置代碼，以美國「2014 ICD-10-CM/PCS」版本為基礎。
- 二、名詞定義
 - (一)主診斷(Principal Diagnosis)：經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷，住院中產生之併發症或住院中管理不當產生之危害不得為主要診斷。
 - (二)開刀房手術或處置(Operating Room Procedure)：依「TW-DRG 分類手冊」所列項目認定。
 - (三)合併症或併發症(Comorbidity & Complication) 之認定條件如「TW-DRG 分類手冊」。
- 三、除 PRE MDC 外，MDC1 至 MDC24 之各 Tw-DRG，其主診斷須為該 Tw-DRG 所屬 MDC 主診斷範圍，詳如「TW-DRG 分類手冊」。
- 四、Tw-DRG 之編審依序，以 PRE MDC 優先，其次為 MDC24，再次為 MDC1-MDC23，惟 PRE MDC 中之 Tw-DRG48201、48202、48301、48302 等四項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。
- 五、在同一 MDC 中 Tw-DRG 之認定順序：
 - (一)外科系 Tw-DRG
 1. 有 OR PROCEDURE，且 OR PROCEDURE 與主診斷相關之 Tw-DRG。
 2. 有 OR PROCEDURE，但 OR PROCEDURE 與主診斷不相關之 Tw-DRG。
 3. 其他。
 - (二)內科系 Tw-DRG。
 - (三)前述(一)各點及(二)中，複合條件者較其中單一或部分條件者優先；其他若出現符合二個以上 Tw-DRG 條件者，Tw-DRG 編審結果得以權重高者申報，若其中任一項無權重者，以該個案點數除以全國平均點數，所得值大於等於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於無權重之 Tw-DRG，若屬二個以上無權重 DRG 者依「TW-DRG 分類手冊」內流程圖順序認定，核實申報費用；所得值小於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於該有權重之 Tw-DRG。
- 六、年齡之認定採「入院年月日」減「出生年月日」計算。
- 七、MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。
- 八、正常新生兒照護仍併入生產 DRG 內。

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

111 年 6 月 9 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	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	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	
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	108.6.13 共擬會議決議 新增
	46		4022020019	嘉義慈濟診所	109.9.10 共擬會議決議 新增
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	
			1138010019	彰化基督教醫療財團法人南 投基督教醫院	108.10.1 變更院所醫事 機構代號及名稱
			1537051247	員生醫院	歇業

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	55		1537010111 1137010051	漢銘醫院 彰化基督教醫療財團法人漢 銘基督教醫院	108.6.13 共擬會議決議 新增 108.9.1 變更院所醫事 機構代號及名稱
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	
	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	隸屬退輔會
	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
	76		2412010534	清華大學附設診所(委託台 北榮民總醫院新竹分院經 營)	委託經營
	77		<u>2642120010</u>	<u>國軍退除役官兵輔導委員會 岡山榮譽國民之家醫務室</u>	<u>111.06.09 共擬會議決 議新增</u>
		員榮體系	0937050014	員榮醫院	
			1537051292	員生醫院	歇業
7	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
	81		<u>0932020034</u>	<u>新國民醫療社團法人新國民 醫院</u>	<u>111.06.09 共擬會議決 議新增</u>
8		秀傳體系	1501021193	台北秀傳	變更醫院代號

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	82		1501021219	秀傳醫院	110.12.09 共擬會議決議 新增
	83		0937010019	彰化秀傳	
	84		1137020511	彰濱秀傳	
			1538041101	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
	85		0942020019	高雄市立岡山醫院	
			1537070028	田中仁和醫院	108.3.14 共擬會議決議 刪除
			1537050071	員林何醫院	108.3.14 共擬會議決議 刪除
	86		0905320023	台南市立醫院	106.8.1 起委託經營
9	87	馬偕體系	1101100011	台北馬偕	
	88		1131100010	淡水馬偕	
	89		1101100020	馬偕兒童醫院	
	90		1112010519	新竹馬偕	
	91		1146010014	台東馬偕	
10	92	國泰體系	1101020018	國泰醫院	
	93		1131110516	汐止國泰	
	94		1112010528	新竹國泰	
	95		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
	96		3512042753	民安診所	108.6.13 共擬會議決議 新增
	97		3501029780	敦平診所	109.9.10 共擬會議決議 新增
	98		3501029771	富霖診所	109.9.10 共擬會議決議 新增
	99		3501113358	瑞成診所	109.9.10 共擬會議決議 新增
	100		3501113367	瑞健診所	109.9.10 共擬會議決議 新增
	101		3505340342	國泰功醫診所	109.9.10 共擬會議決議 新增
11	102	奇美體系	1141310019	奇美醫院	
	103		1141090512	奇美柳營	
			1121020014	奇美分院	108.1.1 整併為奇美樹 林院區
	104		1105050012	奇美佳里	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
12	105	台大體系	0401180014	台大醫院	
	106		0401180023	台大兒醫	
	107		0431270012	台大金山	
	108		0439010518	台大雲林	
			0433030016	臺夫竹東	歇業
	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	
13	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	
14	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	
	120		1317020519	中國台中東區分院	
	121		1336010015	中國豐原分院	
			1338030015	中國醫草屯分院	變更院所代號及名稱
	122		1538031114	惠和醫院	110.12.09 共擬會議決 議新增
	123		1339060017	中國醫藥大學北港附設醫院	
			1536040535	陽光精神科醫院	111.06.09 共擬會議決 議刪除
	124		0717070516	法務部矯正署臺中監獄附設 培德醫院	
			1303180011	亞洲大學附屬醫院	108.3.14 共擬會議決議 刪除
	125		1333050017	中國醫藥大學新竹附設醫院	108.6.13 共擬會議決議 新增
	126	3503100091	中部科學工業園區員工診所	108.6.13 共擬會議決議 新增	
		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	
	127	3538121366	地利診所	變更院所代號及名稱 110.12.09 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
15	128	國軍體系	0501110514	三軍總醫院	
	129		0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	
	130		0501010019	三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處	
	131		0501160014	三軍總醫院北投分院附設民眾診療服務處	
	132		0511040010	三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處	
	133		0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處	
	134		0512040014	國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處	
	135		0536190011	國軍台中總醫院附設民眾診療服務處	
	136		0517050010	國軍台中總醫院中清分院	
	137		0502080015	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處	
	138		0502030015	國軍高雄總醫院左營分院	
	139		0542020011	國軍高雄總醫院岡山分院	
	140		0543010019	國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處	
	141		0545040515	國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處	
	142		2503150018	成功嶺診所	108.6.13 共擬會議決議 新增
	143	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	
	144	2501180018	國軍台北門診中心附設民眾診療服務處	110.3.11 共擬會議決議 新增	
16	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
17	151	澄清體系	1517011112	澄清綜合醫院(台中市中西區)	
	152		1517061032	澄清綜合醫院中港分院(台中市西屯區)	
			1503290016	澄清復健醫院(台中市北屯區)	變更院所代號及名稱

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	153		1503270014	澄清復健醫院	110.12.09 共擬會議決議 新增
	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)	
			3536201405	里澄診所	108.6.13 共擬會議決議 新增歇業
18	158	成大體系	0421040011	成大醫院	
	159		0439010527	成大斗六分院	
19	160	北市聯醫 體系	0101090517	臺北市立聯合醫院仁愛院區	
	161		0101090517	臺北市立聯合醫院陽明院區	
	162		0101090517	臺北市立聯合醫院和平婦幼院區	
	163		0101090517	臺北市立聯合醫院中興院區	
	164		0101090517	臺北市立聯合醫院忠孝院區	
	165		0101090517	臺北市立聯合醫院松德院區	
	166		0101090517	臺北市立聯合醫院林森中醫 昆明院區	
	167		2101010013	臺北市立聯合醫院附設松山 門診部	110.7.29 共擬會議決議 新增
	168		2101020019	臺北市立聯合醫院附設大安 門診部	110.7.29 共擬會議決議 新增
	169		2101100227	臺北市立聯合醫院附設中山 門診部	110.7.29 共擬會議決議 新增
	170		2101110027	臺北市立聯合醫院附設內湖 門診部	110.7.29 共擬會議決議 新增
	171		2101120014	臺北市立聯合醫院附設南港 門診部	110.7.29 共擬會議決議 新增
	172		2101151037	臺北市立聯合醫院附設士林 中醫門診部	110.7.29 共擬會議決議 新增
	173		2101161033	臺北市立聯合醫院附設北投 門診部	110.7.29 共擬會議決議 新增
	174		2101180038	臺北市立聯合醫院附設中正 門診部	110.7.29 共擬會議決議 新增
	175		2101191068	臺北市立聯合醫院附設萬華 門診部	110.7.29 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
			2101191077	臺北市立聯合醫院附設萬華中醫門診部	110.7.29 共擬會議決議 新增歇業
	176		2101090011	臺北市立聯合醫院附設大同門診部	110.7.29 共擬會議決議 新增
	177		2101170050	臺北市立聯合醫院附設信義門診部	110.7.29 共擬會議決議 新增
	178		2101200017	臺北市立聯合醫院附設政大門診部	110.7.29 共擬會議決議 新增
20	179	高市聯醫 體系	0102020011	高雄市立聯合醫院	
	180		0802070015	高雄市立中醫醫院	
	181		0102080026	高雄市立凱旋醫院	
	182		0102080017	高雄市立民生醫院	
21	183	中山體系	1317040011	中山醫學大學附設醫院	
	184		1317040011	中山醫學大學附設醫院文心院區	
	185		1317040039	中山醫學大學附設醫院中興分院	
22	186	天主教耕 莘體系	1231050017	耕莘醫院(含安康院區)	
			1139030015	若瑟醫院	108.3.14 共擬會議決議 刪除
			1133060019	湖口仁慈	111.06.09 共擬會議決 議刪除
	187		1231030015	永和耕莘	
	188		<u>4031050016</u>	<u>天主教耕莘醫療財團法人耕莘診所</u>	<u>111.06.09 共擬會議決 議新增</u>
23	189	門諾體系	1145010038	門諾醫院	
	190		1145060029	門諾壽豐分	
24	191	仁愛體系	1117010019	仁愛醫療財團法人台中仁愛醫院	
	192		1136200015	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	
25	193	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	
	194		1105040016	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院	
	195		4005370010	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人新樓安南診所	
26	196	中英體系	0931010016	中英醫療社團法人中英醫院	
	197		0931010025	中英醫療社團法人板英醫院	
	198		1531031278	永和復康醫院	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
			1531041292	佑林醫院	歇業
	199		1531041390	怡和醫院	
	200		1536200022	達明眼科醫院	
	201		1507320015	新高醫院	
	202		1507010014	新高鳳醫院	
	203		0901180023	郵政醫院	
	204		1532021365	華揚醫院	
	205		1507360019	瑞祥醫院	
	206		1532011163	德仁醫院	
	207		0941010019	新興醫院	
27	208	李綜合體系	1503030010	順安醫院	
	209		1503030047	美德醫院	
	210		0935020027	李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院	
	211		0936030018	李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院	
	212		3535031490	仁泰診所	
					108.6.13 共擬會議決議 新增
28	213	光田體系	0936050029	光田醫療社團法人光田綜合醫院	
	214		0936050029	光田醫療社團法人光田綜合醫院大甲院區	
	215		1535031041	通霄光田醫院	
			1536100081	清泉醫院	
			1417080517	弘光科技大學附設老人醫院	
					108.3.14 共擬會議決議 刪除
					108.3.14 共擬會議決議 刪除
29	216	林新體系	0917070029	林新醫療社團法人林新醫院	
	217		0903150014	林新醫療社團法人烏日林新醫院	
30	218	安泰體系	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院	
	219		0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院	
31	220	聯新體系	1532100049	壠新醫院聯新國際醫院	變更名稱
	221		1531010082	板新醫院	變更名稱
	222		1532010120	桃新醫院聯新國際醫院桃新分院	
	223		1517020040	台新醫院	
	224		1541011126	營新醫院	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	225		1542150042	高新醫院	
	226		1502070118	健新醫院	
	227		3432060513	壠新醫院桃園國際機場醫療 中心	108.6.13 共擬會議決議
				聯新國際醫院桃園國際機場 醫療中心	新增 變更名稱
32	228	天成體系	1532040039	天成醫院	
	229		0932020025	天成醫療社團法人天晟醫院	
33	230	大千體系	1535010051	大千綜合醫院	
	231		0935010021	大千醫療社團法人南勢醫院	
	232		1435010013	財團法人臺灣省私立桃園仁愛之家附設苗栗 新生醫院	
			1535010122	大川醫院	歇業
	233		1535081078	大順醫院	
	234		3535061434	後龍診所	108.6.13 共擬會議決議 新增
	235		3535091245	公館診所	108.6.13 共擬會議決議 新增
	236		3535041745	竹南診所	108.6.13 共擬會議決議 新增
	237		3535012217	德恩診所	109.9.10 共擬會議決議 新增
	238		3535012235	舒康診所	109.9.10 共擬會議決議 新增
	239		3535012164	康平皮膚科診所	109.9.10 共擬會議決議 新增
	240		3535012468	永旭診所	109.9.10 共擬會議決議 新增
	241		3535012459	福苗診所	109.9.10 共擬會議決議 新增
	242		3535012520	大川診所	110.12.09 共擬會議決 議新增
34	243	靜和體系	1502060041	靜和醫院	
	244		0907120012	燕巢靜和醫療社團法人燕巢 靜和醫院	
35	245	童綜合體 系	0936060016	童綜合醫院	
	246		0936060016	童綜合醫院沙鹿院區	
36	247	宏恩體系	1517040015	宏恩醫院	
	248		1503250012	宏恩醫院龍安分院	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
37	249	阮綜合體 系	0902080013	阮綜合醫院	
			1507300013	博正醫院	108.3.14 共擬會議決議 刪除
			1307370011	高雄市立旗津醫院	108.3.14 共擬會議決議 刪除
	250		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
	251		3507020049	永順診所	108.6.13 共擬會議決議 新增
	252		3507360173	安順診所	108.6.13 共擬會議決議 新增
	253		3507350435	保順診所	108.6.13 共擬會議決議 新增
38	254	瑞光體系	1401190039	萬華醫院	
	255		1501101141	泰安醫院	
39	256	蕭中正體 系	1531010108	蕭中正醫院	108.6.13 共擬會議決議 新增
	257		1531091149	清福醫院	110.02.01 變更醫事機 構代號
			3531045498	福星診所	110.03.11 共擬會議決 議刪除
	258		3531092166	清福診所	110.03.11 共擬會議決 議新增
	259		3531046020	新福星診所	110.03.11 共擬會議決 議新增
	260		7401101583	泰安醫院附設溫馨居家護理 所	110.12.09 共擬會議決 議新增
	261		<u>0931060016</u>	<u>新仁醫療社團法人新仁醫院</u>	<u>111.06.09 共擬會議決 議新增</u>
40	262	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
			1534050024	杏和醫院	108.6.13 共擬會議決議 新增
	263		1134050026	天主教靈醫會醫療財團法人 礁溪杏和醫院	110.12.09 共擬會議決 議新增
41	264	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
	265		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
42	266	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

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	267		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
43	268	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
	269		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
44	270	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
	271		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
45		東元體系	1533050039	東元綜合醫院	108.6.13 共擬會議決議 新增 變更院所代號及名稱
	272		0933050018	東元醫療社團法人東元綜合醫院	110.12.09 共擬會議決議 新增
			3533052311	艾微笑診所	108.6.13 共擬會議決議 新增 變更院所代號及名稱
	273		4133050016	東元醫療社團法人艾微笑診所	110.12.09 共擬會議決議 新增
46	274	長慎醫院 體系	1532021374	長慎醫院	108.6.13 共擬會議決議 新增
	275		3512011276	新竹安慎診所	108.6.13 共擬會議決議 新增
	276		3533031689	竹東安慎診所	108.6.13 共擬會議決議 新增
	277		3533052044	竹北惠慎診所	108.6.13 共擬會議決議 新增
	278		3512013850	安禾診所	108.6.13 共擬會議決議 新增
	279		3512013869	安新診所	108.6.13 共擬會議決議 新增
47	280	為恭體系	1135050020	財團法人為恭紀念醫院	108.6.13 共擬會議決議 新增
	281		1535051196	崇仁醫院	108.6.13 共擬會議決議 新增
	282		3535041647	宏仁診所	110.7.29 共擬會議決議 新增
		懷寧體系	1532021383	懷寧醫院	108.6.13 共擬會議決議 新增
			3532027047	懷寧內科診所	108.6.13 共擬會議決議 新增歇業

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
		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
			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 新增歇業
48	283	詠馨體系	1505310011	璟馨婦幼醫院	108.6.13 共擬會議決議 新增
	284		3521042903	詠馨婦產科診所	108.6.13 共擬會議決議 新增
49	285	國仁體系	1543010109	國仁醫院	108.6.13 共擬會議決議 新增
	286		3543111309	國仁醫院附設高樹門診部	108.6.13 共擬會議決議 新增
			3543014529	國新診所	108.6.13 共擬會議決議 新增
	287		3543014663	國新診所	變更院所代號 110.12.09 共擬會議決 議新增
50	288	馨蕙馨醫 院體系	1502031095	馨蕙馨醫院	108.6.13 共擬會議決議 新增
	289		1507300022	博愛蕙馨醫院	108.6.13 共擬會議決議 新增
		新光體系	1101150011	新光醫院	109.9.10 共擬會議決議 新增
			3501154573	昕新診所	109.9.10 共擬會議決議 新增歇業
51	290	礦工體系	1411030013	醫療財團法人臺灣區煤礦業 基金會臺灣礦工醫院	110.12.09 共擬會議決 議新增
	291		3511010480	醫療財團法人臺灣區煤礦業 基金會礦工基隆診所	110.12.09 共擬會議決 議新增
52	292	<u>安和體系</u>	<u>0943010026</u>	<u>安和醫療社團法人安和醫院</u>	<u>111.06.09 共擬會議決 議新增</u>
	293		<u>3543022147</u>	<u>欣安禾婦兒科診所</u>	<u>111.06.09 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

註6：110.03.11 共擬會議決議新增(刪除)之名單，係自110.04.01起新增(刪除)

註7：110.07.29 共擬會議決議新增之名單，係自110.09.01起新增(刪除)

註8：110.12.09 共擬會議決議新增名單，係自111.01.01起新增(刪除)

註9：111.06.09 共擬會議決議新增名單，係自111.07.01起新增(刪除)

第二部 西醫

第一章 基本診療

第八節 住院安寧療護

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 ~~585~~ [N18.4](#)、[N18.5](#)、[N18.6](#)、[N18.9](#) (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及 ~~586~~-[N19](#) (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified)兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病人，屬慢性腎臟病 (CKD) 第 4 期、第 5 期病人(GFR < 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期病人
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1. 第十四條第一項第二款至第四款：
 - (1) 處於不可逆轉之昏迷狀況
 - (2) 永久植物人狀態 (ICD-10-CM代碼：R40.3)
 - (3) 極重度失智 (CDR3分以上)
2. 第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM代碼參考如下)
 - (1) 囊狀纖維化症：E84.9
 - (2) 亨丁頓氏舞蹈症：~~G90.3~~[G10](#)
 - (3) 脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、[R27.9](#)、[R29.810](#)、[R29.818](#)、[R29.890](#)、[R29.891](#)、[R29.898](#)
 - (4) 脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
 - (5) 肌萎縮性側索硬化症：G12.21
 - (6) 多發性系統萎縮症：G90.3
 - (7) 裘馨氏肌肉失養症：G71.0
 - (8) 肢帶型肌失養症：G71.0
 - (9) Nemaline線狀肌肉病變：G71.2
 - (10) 原發性肺動脈高壓：I27.0
 - (11) 遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
 - (12) 先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第三章 安寧居家療護

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05326C	臨終病患訪視費	√	√	√	√	5000
05327C	臨終病患訪視費山地離島地區 註： 1. 限訪視臨終病患，且 ECOG 三級以上之病患，實際訪視時間在二小時以上，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2. 甲乙兩類醫事人員皆可申報。 3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	√	√	√	√	5500 <u>6600</u>

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 ~~S85~~ [N18.4](#)、[N18.5](#)、[N18.6](#)、[N18.9](#) (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及 ~~S86~~-[N19](#) (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified)兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病人，屬慢性腎臟病 (CKD)第4期、第5期病人(GFR<30ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法 (血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期病人
 - (6) 因衰老、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1. 第十四條第一項第二款至第四款：
 - (1) 處於不可逆轉之昏迷狀況
 - (2) 永久植物人狀態 (ICD-10-CM代碼：R40.3)
 - (3) 極重度失智 (CDR3分以上)
2. 第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM代碼參考如下)
 - (1) 囊狀纖維化症：E84.9
 - (2) 亨丁頓氏舞蹈症：~~G90.3~~[G10](#)
 - (3) 脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、[R27.9](#)、[R29.810](#)、[R29.818](#)、[R29.890](#)、[R29.891](#)、[R29.898](#)
 - (4) 脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
 - (5) 肌萎縮性側索硬化症：G12.21
 - (6) 多發性系統萎縮症：G90.3
 - (7) 裘馨氏肌肉失養症：G71.0
 - (8) 肢帶型肌失養症：G71.0
 - (9) Nemaline線狀肌肉病變：G71.2
 - (10) 原發性肺動脈高壓：I27.0
 - (11) 遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
 - (12) 先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

全民健康保險安寧共同照護試辦方案

100年4月1日第一版實施
102年7月29日第一版修訂
104年2月1日第二版修訂
104年8月1日第三版修訂
111年6月1日第四版修訂

附表1 收案對象之相關症狀條件

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 ~~585~~ [N18.4](#)、[N18.5](#)、[N18.6](#)、[N18.9](#) (慢性腎衰竭; chronic renal failure) 及 ~~586~~ [N19](#) (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified) 兩項疾病末期定義

- 1.慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病人，屬慢性腎臟病(CKD)第4期、第5期病人(GFR < 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
- 2.病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
- 3.病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期病人
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

- 1.第十四條第一項第二款至第四款：
 - (1)處於不可逆轉之昏迷狀況
 - (2)永久植物人狀態 (ICD-10-CM代碼：R40.3)
 - (3)極重度失智 (CDR 3分以上)
- 2.第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形 (ICD-10-CM代碼 [參考](#)如下)。
 - (1)囊狀纖維化症：E84.9
 - (2)亨丁頓氏舞蹈症：G10
 - (3)脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、[R27.9](#)、[R29.810](#)、[R29.818](#)、[R29.890](#)、[R29.891](#)、[R29.898](#)
 - (4)脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
 - (5)肌萎縮性側索硬化症：G12.21
 - (6)多發性系統萎縮症：G90.3
 - (7)裘馨氏肌肉失養症：G71.0
 - (8)肢帶型肌失養症：G71.0
 - (9)Nemaline線狀肌肉病變：G71.2
 - (10)原發性肺動脈高壓：I27.0
 - (11)遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
 - (12)先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

全民健康保險遠距醫療給付計畫

109 年 12 月 29 日健保醫字第 1090017665 號公告訂定

111 年 4 月 15 日健保醫字第 1110660628 號公告修訂

111 年 0 月 0 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

一、計畫依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項。

二、計畫目的

(一) 提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性。

(二) 充實在地醫療資源，落實醫療在地化。

三、預算來源

(一) 遠距會診費由其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應；其餘醫療費用由各總額部門預算支應。

(二) 虛擬(行動)健保卡獎勵金由其他預算之「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路寬頻補助費用」之「提升院所智慧化醫療資訊機制」項下支應。

四、施行地區

(一) 全民健康保險法所稱山地離島地區。

(二) 衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區(僅限衛生福利部核定之醫療院所得申請執行本計畫)，惟限 109 年以前(含)已核定之計畫。

五、施行期間

自保險人公告日起實施。

六、參與計畫醫療院所、醫師資格

(一) 遠距端：透過視訊通訊方式診察病人，給予診療建議，並有會診紀錄。

1、醫事服務機構(以下稱遠距院所)：特約醫院、基層診所。

2、醫師(以下稱遠距醫師)：以前述特約院所執業之專科醫師為限。

(二)在地端：親自診察病人、施行治療、開立醫囑，並有看診紀錄。

1、醫事服務機構(以下稱在地院所)：

(1)本計畫施行地區內之特約醫院及基層診所。

(2)「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)」
承作醫療院所。

(3)山地離島地區之「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(居整計畫)」收案個案居家訪視服務。

2、醫師(以下稱在地醫師)：以前述特約院所執業之醫師為限。

(三)遠距院所及在地院所於參與計畫日起前 2 年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

七、服務內容

(一)遠距醫師透過視訊通訊方式與在地醫師共同診察病人、給予診療建議，由在地醫師開立醫囑，提供當地缺乏且民眾迫切需要之專科醫療或急診診療。

(二)實施地點以下列場域為限：

1、醫療院所或衛生所(室)。

2、IDS 計畫承作醫療院所自設之醫療站。

3、山地離島地區之居整計畫收案個案住家。

4、應於加密之電子資料傳輸網路與電腦設備進行，於居整計畫收案個案住家執行時應備有行動遠距設備，且應注意資訊安全與病人隱私。

(三)應製作看(會)診紀錄，併同病歷保存，並註明以視訊方式進行看(會)診。

(四)醫療院所及醫師執行本計畫所提供醫療服務須符合醫療法、醫師法及相

關法令規定。

(五)遠距會診實施科別：

- 1、限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科，急診遠距會診不在此限。
- 2、實施方式及科別應依執行計畫辦理，如有異動，應報經保險人分區業務組同意。
- 3、遠距院所提供之專科門診遠距會診科別，原則不得包括執業登記於施行地區醫療院所之醫師所具有之專科別，惟特殊情形得由院所向所轄保險人分區業務組說明，保險人分區業務組視當地民眾需求進行認定。

(六)遠距會診實施方式：

- 1、專科門診遠距會診(限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科)：
 - (1)於一般門診提供會診服務：遠距院所於現行已開設之門診診次，同時接受一般門診診療及遠距會診。
 - (2)開設專門遠距門診提供會診服務：遠距院所開設專門遠距門診，接受遠距會診。
- 2、急診遠距會診(不限科別)：當病人需立即給予緊急適當之處理，且經在地醫師判斷在地院所專科醫師不足需緊急會診情形下，由在地院所聯繫遠距院所進行急診遠距會診。

八、申請及審核程序

- (一)申請程序：在地院所於本計畫公開徵求 2 個月內，以書面函檢附地方衛生主管機關核備函、遠距院所合作意向書及 10 份執行計畫書（如附件 1），向保險人分區業務組提出申請（以郵戳為憑），逾時概不受理。
- (二)資格及實地審查：保險人分區業務組應於受理申請 2 週內(含例假日)，進行資格審查，並視需要實地審查診療空間、遠距會診設備等是否符合

執行計畫書內容。

(三)執行計畫審查：

- 1、由保險人分區業務組成立審查小組，由 5 至 9 名委員組成，就具有相關專業之專家學者、保險人分區業務組、地方衛生主管機關派任或聘任，其中外聘專家學者人數不得少於三分之一。審查方式得以書面或會議為之。
- 2、針對施行地區內各鄉鎮(市/區)，保險人得視預算額度，由分區業務組擇優核定在地院所執行計畫。

(四)審核結果通知：保險人應於受理申請 2 個月內函復特約醫事服務機構核定結果。

(五)簡化申請及審核程序之條件：

1、110 年經保險人分區業務組核定同意執行本計畫之特約院所：

(1)未變更執行內容(在地院所、遠距院所、遠距會診科別及實施方式)，且未有本計畫第十三項之情事，且符合本計畫規定者，得具函向保險人分區業務組申請延續辦理本計畫。

(2)欲變更執行內容者，應以書面函檢附變更後之計畫書，向保險人分區業務組提出申請，不受公開徵求 2 個月之限制。

2、原參與衛生福利部相關遠距醫療試辦計畫之醫療院所：申請執行本計畫，不受公開徵求 2 個月之限制，並得簡化成立審查小組之審查程序。

3、IDS 計畫、居整計畫之承作院所：申請執行本計畫，得簡化成立審查小組之審查程序。

九、給付項目及支付標準：

(一)遠距會診費：由遠距院所申報，其費用由本計畫預算支應。

- 1、專科門診遠距會診費：限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、胃腸科、心臟內科、神經內科、胸腔科申報，依執行計畫所列看診模式，採論服務量

或論診次支付。

編號	診療項目	支付點數
P6606C	專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。	500/人次
P6607C	-論診次 註： 1.限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。 2.每診次至少三小時，同時段可接受多點遠距會診，但不得提供診間門診診療。 3.每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 4.開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 5.開診三個月後，每診平均看診人次 ≤ 5 人，應檢討開診必要性或調降開診頻率。	5000/診次

2、急診遠距會診費：不限科別，採論服務量支付，支付標準如下：

編號	診療項目	支付點數
	急診遠距會診費	
P6601C	-檢傷分類第一級	2,340
P6602C	-檢傷分類第二級	1,300
P6603C	-檢傷分類第三級	788
P6604C	-檢傷分類第四級	584
P6605C	-檢傷分類第五級	507

3、遠距院所接受遠距會診之案件，不列入區域級(含)以上醫院門診減量措施計算。

(二)在地院所提供各項醫療服務、藥物費用：依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定申報，由所屬之總額部門預算支應支應；門診診察費按申報點數加計一成支付，加成費用由本計畫預算支應。

十、醫療費用申報、支付及審查原則

(一)醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

(二)申報原則：醫療費用由在地院所按月申報，遠距會診費由遠距院所按月申報。

(三)醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

1、遠距院所：

(1) 申報專科門診遠距會診費、急診遠距會診費之論服務量：

門診醫療費用點數清單段：

申報欄位	說明
案件分類	07：遠距醫療
特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫
部分負擔代號	009：本署其他規定免部分負擔者
就醫序號	TM01：遠距醫療 註：使用虛擬(行動)健保卡就醫者，請依實際取號情形填寫
就醫科別	依實際會診科別填寫

門診醫療費用醫令清單段：除申報急診遠距會診費、專科門診遠距會診費(論服務量)外，需另申報 1 筆虛擬醫令，填寫說明如下。

申報欄位	說明
醫令類別	G：專案支付參考數值
藥品(項目)代號	TMP01：提供遠距會診
執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號
委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫在地院所醫事機構代號
醫令調劑方式	6：遠距醫療

(2) 申報專科門診遠距會診費-論診次：申請時應逐次填寫遠距會診費申請表(附件 2)，於次月 20 日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄申請表至保險人分區業務組。

2、在地院所：申報醫療服務、藥物費用。

(1) 門診醫療費用點數清單段：

申報欄位	說明
特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫

(2) 門診醫療費用醫令清單段：除申報醫療服務、藥物費用外，需另申報 1 筆虛擬醫令，填寫說明如下。

申報欄位	說明
醫令類別	G：專案支付參考數值
藥品(項目)代號	TMR01：接受遠距會診
執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號
委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫遠距院所醫事機構代號
醫令調劑方式	6：遠距醫療

3、如可歸責於特約醫事服務機構申報案件分類等資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。

(四) 審查原則：

- 1、涉及特定專科別之診療項目及藥物，在地醫師參採具各該專科資格遠距醫師建議後之處方，視同符合健保給付規定。
- 2、特約醫事服務機構應依所提執行計畫內容提供遠距會診服務，超過計畫內容之部分，保險人不予支付費用。
- 3、本計畫所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬同一事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核發之款項。

(五) 保險對象應自行負擔之醫療費用：依保險對象就醫之在地院所層級計收。

- 1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。
- 2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。
- 3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象

應自行負擔費用得予減免 20%。

- (六)點值結算方式：本計畫之遠距會診費併其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下其他計畫計算，預算按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

十一、監測指標

(一) 門診遠距會診當次轉診(轉出)率

- 1、分子：在地院所門診(不含急診)遠距會診當次轉診(轉出)件數
- 2、分母：在地院所門診(不含急診)遠距會診件數

(二) 急診：24 小時內重返急診率

- 1、分子：急診遠距會診後 24 小時內重返急診人數
- 2、分母：急診遠距會診人數

(三) 專科門診-論診次：每診看診人次

- 1、分子：看診人次合計
- 2、分母：總診次

(四) 專科門診-論服務量：每月看診人次

- 1、分子：看診人次合計
- 2、分母：服務月份數

十二、獎勵措施

- (一) 「協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金」：在地院所於遠距醫療時協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡且符合下列條件者，每名保險對象限獎勵一次：

- 1、協助個案綁定虛擬(行動)健保卡，應取得個案或家屬同意，並將佐證資料留存於病歷備查(需協助拍攝虛擬(行動)健保卡之相片、已完成綁定畫面截圖等)。
- 2、當次遠距醫療案件應以虛擬(行動)健保卡方式申報該保險對象資料

且成功，且需申報 1 筆虛擬醫令，填寫說明如下。

<u>申報欄位</u>	<u>說明</u>
<u>醫令類別</u>	<u>G：專案支付參考數值</u>
<u>藥品(項目)代號</u>	<u>TMV01：協助綁定虛擬(行動)健保卡</u>
<u>執行醫事人員代號</u>	<u>填寫在地院所之醫師身分證號</u>
<u>醫令調劑方式</u>	<u>6：遠距醫療</u>

3、協助每名保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵費用 200 點。

4、如原已綁定保險對象因手機故障/更換手機再重新綁定、由本計畫其他在地院所協助綁定或由其他計畫(如：全民健康保險居家醫療照護整合計畫)特約院所協助綁定等情形，不予重複獎勵。

5、本項獎勵金由保險人於年度結束後計算，並支付予在地院所。

(二) 「虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金」：促進院所宣導及協助民眾綁定虛擬(行動)健保卡之推廣意願，提供虛擬(行動)健保卡申報成功之達成獎勵額度：

1、獎勵指標定義：

(1) 在地院所與遠距會診費以論服務量申報之遠距院所：

$$\frac{\text{醫事機構當年度以虛擬(行動)健保卡申報本計畫之件數}}{\text{醫事機構當年度申報本計畫之件數}}$$

(2) 遠距會診費以論診次申報之遠距院所：

$$\frac{\text{醫事機構當年度論次費用申報使用虛擬(行動)健保卡之人次}}{\text{醫事機構當年度論次費用申報之診療人次}}$$

註：遠距醫療個案需有以虛擬(行動)健保卡查詢健保醫療資訊雲端查詢系統之紀錄。

2、獎勵條件與費用：特約醫事服務機構以虛擬(行動)健保卡申報本計畫醫療費用之案件，獎勵原則如下表。

<u>獎勵指標</u> <u>占率</u>	<u>每件獎勵點數</u>		<u>特約醫事服務機構當年度有提供病人遠距醫療服務，每家機構獎勵點數</u>
	<u>一般地區</u>	<u>山地離島地區</u>	

<u>25% ≤ 占率 < 50%</u>	<u>10</u>	<u>20</u>	<u>5,000</u>
<u>50% ≤ 占率 < 70%</u>	<u>20</u>	<u>40</u>	<u>10,000</u>
<u>≥ 70%</u>	<u>20</u>	<u>40</u>	<u>20,000</u>

3、本項獎勵金由保險人於年度結束後計算，並支付符合獎勵條件之特約醫事服務機構(含在地院所及遠距院所)。

十三、計畫管理機制

- (一) 保險人負責本計畫之研訂與修正。
- (二) 保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構之執行計畫、計算指標與核發費用。
- (三) 醫事服務機構負責依執行計畫提供遠距會診服務。

十四、退場機制

- (一) 參與本計畫之特約醫事服務機構，未依所提計畫提供遠距會診服務、或參與本計畫有待改善事項，經保險人 2 次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達 3 次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。
- (二) 參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。
- (三) 前項處以停約之特約院所，經保險人同意依特管辦法第四十二條規定抵扣者，得繼續參加本計畫，但遠距院所不得提供受處分之診療科別之遠距會診服務。
- (四) 特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

十五、計畫修訂程序

本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序報請主管機關核定後公告實施，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告；並送健保會備查。

附件 1、「全民健康保險遠距醫療給付計畫」執行計畫內容與格式

- (1) 封面：至少應包括計畫名稱(包含計畫執行地區)、計畫執行院所、提供遠距會診服務院所、計畫執行期間。
 - (2) 書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由上而下，由左而右，標楷體 14 號字型，橫式書寫。
 - (3) 計畫內容至少應包括：
 - (一)前言：背景、計畫執行地區地理環境與交通情形、醫療資源現況(含當地可提供之就醫科別)及問題分析、醫療機構現況
 - (二)計畫目的
 - (三)服務內容及執行規劃(含看診流程、遠距會診設備規格、實施地點、實施科別(如包含當地已可提供之就醫科別，應敘明理由)、預估服務量等)
 - (四)與遠距院所之合作機制
 - (五)預期效益(量化)：含監測指標目標值
 - (六)經費：說明每月所需遠距會診費及計算基礎
 - (4) 檢附資料
 - (一)地方衛生主管機關核備函影本
 - (二)遠距院所合作意向書
 - (三)遠距會診診療空間與設備照片數張(須清晰可見整體空間及內部配置)
- 註：居整計畫照護團隊申請執行本計畫，請敘明團隊內執行院所(遠距端、在地端)、收案個案所在地(地理環境及交通情形)、個案須執行遠距會診原因。

附件 2、全民健康保險遠距醫療給付計畫專科門診遠距會診費(論診次)申請表

年 月

頁數:第 頁共 頁

受理日期		受理編號									
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號									
編號	請領人姓名	請領人身分字號	支付別	日期	診次別	在地院所名稱及代號	診療人次	<u>虛擬健保卡人次</u>	申請點數	核減額	核定額
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
本頁小計											
總表	項目	申請次數	診療人次	每次申請點數	申請點數總數	核減次數	核減點數	核定次數	核定點數		
	支付別										
	P6607C			5000							
	總計										
負責醫師姓名:	一、本項專科門診遠距會診服務應經當地衛生主管機關同意，並報經保險人分區業務組同意始得給付。										
醫事服務機構地址:	二、編號：每月填送均自 1 號起編。診次別：填寫上午、下午、夜間。診療人次：填寫當次診療之人次。 <u>虛擬健保卡人次：填寫當次就醫使用虛擬(行動)健保卡查詢健保醫療資訊雲端查詢系統之人次。</u>										
電話:	三、支付別： P6607C（專科門診遠距會診費-論診次，每次）										
印信:	四、總表欄：於最後一頁填寫。 五、填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。本申請表應按月連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「遠距會診費(論診次)申請表」。										

附錄、衛生福利部遠距醫療試辦計畫執行醫院之遠距醫療設備規格(參考資料)

一、遠距醫療門診系統一套，包含：

1. 遠端控制工作站 Remote Control station x1
 - (1) 操作系統 Operating System: Windows 或 iOS
 - (2) Processor: Intel Core i5 or greater
 - (3) Video capture: Webcam
 - (4) Installed memory (RAM): 4 GB or greater
 - (5) Hard Disk Drive : 500 GB 或以上
 - (6) Speakers and Microphone: analog or digital headset
 - (7) 可控制主機攝影機功能：包含變焦、點對點、遠端攝像機控制 (FECC)，全屏視圖，子母畫面 (PIP) 等雙向音頻/視頻影音顯示
 - (8) 具 ≥ 24 "診斷用 Monitor，供醫生遠端診療使用
 - (9) 提供 ≥ 56 " 4k UHD TV Monitor x1，供影像同步觀察及會診使用
2. 控制站操作介面及功能 Control Station Interface x2
 - (1) 可控制捕捉圖像和視頻，調整亮度，變焦，對焦，音量和麥克風增益和靜音
 - (2) 以有線 Internet 或 Wi-Fi 網路從遠端遙控連線，低控制頻寬可小於 300kbps，並使用 TCP /UDP 數據傳輸控制協定雙向通信顯示
 - (3) 具動態頻寬自動調整及視頻自動品質優化功能
 - (4) 具智能化雲端網路連線，提供安全連接至指定之遠距醫療設備
 - (5) 可遠端遙控主機雙鏡頭攝影機，做上下傾斜、左右移動及遠近變焦攝影，
上下傾斜角度： $+27/-65$ 度；
左右移動角度： $+/-170$ 度；
遠近變焦攝影放大倍數：26X 倍
 - (6) 可操作遠距醫療系統執行，如：捕捉圖像和動態影像，調整亮度，輸入/輸出調節變焦，對焦，音量和畫中畫及影音錄影功能
 - (7) 具遠端游標指示功能，可提供及時標示出 ROI 感興趣的區域進行指導教學討論
3. 雲端網路連線監控功能 Connection Function x2
 - (1) 具雲端網路連線及監控技術：可透過雲端計算，快速連線至指定遠距醫療系統，進影音傳輸
 - (2) 具優化連接軟體，自動管理高度變化的網路環境
 - (3) 具全天候主動監控功能，含狀態警報，日常維護和軟體更新等，可作維護一個恆定的連線狀態系，以提供設備的正常運行時間和服務監控
 - (4) 連線資料隱私加密需求：採用 RSA 密鑰和 256 位 AES 對稱加密組合方式。
 - (5) 數據安全性-具 HIPAA 標準為基礎的數據安全性和管理功能
4. 移動式遠距醫療設備主機 Mobile Telemedicine Cart x1
 - (1) 主機高低調整距離 147cm 到 198cm
 - (2) 內置可充電電池組，不插電可操作 7 小時以上
 - (3) 具輔助影像輸入端子：2 組以上
 - (4) 具遠端控制台 15" LCD 顯示螢幕及控制板：可顯示雙向影音、調整聲音大小等功能
 - (5) 具雙耳式耳機與電話聽筒

- (6) 具電子式聽診器
- 5. 攜帶型遠端控制平板 Mobile iPad xl
 - (1) 操作系統 Operating System：Apple iOS 10 以上
 - (2) Display：≥9.7 吋 LED 背光 Multi-Touch 多點觸控顯示器，採用 IPS 技術
 - (3) 2048 x 1536 像素，264 ppi 解析度或以上
 - (4) Memory (RAM)：128GB or greater
 - (5) 可控制主機攝影機功能：包含變焦、點對點、遠端攝像機控制 (FECC)，全屏視圖，子母畫面 (PIP) 等雙向音頻/視頻影音顯示
- 6. 需提供醫生遠端連線操作控制帳號 ≥5 組
- 7. 高提供無線雙頻 4G 路由器及 4G SIM 卡一組，供遠距連線使用
- 二、數位五官檢查鏡組一套，包含：
 - 1. 手持式數位五官鏡一組，含
 - (1) 主機 x1：僅需更換鏡頭，即可切換耳鏡、口腔鏡、鼻咽內視鏡、皮膚鏡等，供醫師遠端診斷。
 - a. 具 500 萬畫素高解析畫面及 3.5"全彩 LCD 觸控螢幕，可按一快速鍵即可立即擷像
 - b. 影像輸出為：AV 端子及 Mini USB 輸出介面，並可經由遠距醫療設備主機連線同步輸出至遠端控制工作站，供醫生遠端診斷
 - c. 全新電池可持續使用 3 小時，可直接使用 mini USB 充電
 - (2) 耳鏡 x1：可觀察中耳積水、耳道及鼓膜病變
 - (3) 口腔鏡 x1：可觀察口腔病變
 - (4) 鼻咽內視鏡 x1：可觀察喉嚨發炎病變
 - a. 軟式鼻咽內視鏡 x2
 - b. 硬式鼻咽內視鏡 x2
 - (5) 皮膚鏡 x1：可觀察皮膚病變
 - (6) 提供數位相機一台可記錄大區域皮膚病變
 - 2. 自動對焦免散瞳眼底鏡一組，包含：
 - (1) 主機：僅需更換鏡頭，即可切換眼底鏡、裂隙燈鏡頭及眼表鏡，供醫師遠端觀察眼睛病變。
 - (2) 具 500 萬畫素高解析畫面及 3.5"全彩 LCD 觸控螢幕，可按一快速鍵即可立即擷像
 - (3) 影像輸出為：AV 端子及 Mini USB 輸出介面，並可經由遠距醫療設備主機連線同步輸出至遠端控制工作站，供醫生遠端診斷
 - (4) 全新電池可持續使用 3 小時，可直接使用 mini USB 充電
 - (5) 眼底鏡具≥45 度廣角視野，屈光度 -20 到+20D
 - (6) 具檢查用下巴支架
 - (7) 裂隙燈：裂隙尺寸 0.2*10 mm，濾鏡：藍/綠
 - (8) 眼前鏡：視角 21 度，工作範圍：56-65 mm
 - (9) 提供眼壓計 x1 組，具開機自我測試、單鍵操作測量、液晶螢幕顯示眼壓值 IOP 及電池狀況等功能
 - 3. 皮膚科冷凍噴槍

111 年度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

第 2 次與會人員發言實錄

主席

兩點到了，我們開始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。我們先介紹新的代表。首先介紹彭家勛主任，彭家勛主任是在臺北榮總的企管部，彭代表什麼時候回榮總？請問彭家勛代表有沒有聽到？

彭代表家勛

是，署長好，署長有聽到我的聲音嗎？

主席

有聽到了，您什麼時候回榮總？

彭代表家勛

三月份，3 月 8 日。

主席

我昨天在電視有看到你。再介紹一下中華民國醫事公會全聯會的李承光理事。

李代表承光

署長好，各位代表大家好。

主席

李承光代表醫事檢驗師公會全聯會。另外再介紹代表中華民國護理師護士公會全聯會，臺北市市立萬芳醫院護理部主任劉淑芬主任，劉主任午安，劉主任在嗎？

陳科長依婕

劉主任，您的麥克風沒開。

劉代表淑芬

我開了，署長有聽得到嗎？

主席

有聽到，謝謝，歡迎。好，我們開始開會，今天內容還不少，請各位可能加緊時間好不好？好來，開始。

陳科長依婕

好，首先先確認前一次的會議紀錄，請各位代表翻到第 1 頁到第 6 頁。

主席

各位代表有沒有問題？

朱代表益宏

沒有問題。

主席

那我們繼續。

陳科長依婕

接下來是會議決議的辦理情形，請同仁宣讀。

蔡科員孟芸

各位代表、長官好，本次會議決議追蹤辦理情形共 21 案，更新的部分為

序號 1，DRG4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案，本署已啟動 DRG 工作小組，醫院協會於今年 5 月 31 日召開啟動會議討論雙軌初步規劃，本項建議改為例行工作，建議解除列管。

序號 2，107 年下半年特約院所提報未列項目處理情形案，今年委託 CDE 辦理 108 至 110 年未列項增修綜整分析報告，以提升納入增修診療項目效率。

序號 4 修訂中醫支付標準及西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫案，前述計畫業經公告自今年 4 月 1 日生效，另修訂中醫支付標準。

序號 5，增修各類病床第一天護理費及**序號 6** 西醫基層總額新增開放表別項目案，業經公告自今年的 6 月 1 日生效，建議解除列管。

序號 8 增修進階影像導引插管術等項目案，其中尿路結石體外震波碎石術，醫事司已與泌尿科醫學會達成共識，提本次會議討論，餘項目業於今年 6 月 1 號生效，建議解除列管。

序號 9 修訂急診品質提升方案業經公告自今年 4 月 1 日生效，另臺灣急診醫學會建議以急診病人的留置急診室超過 24 小時比率為監測指標，執行情形如下，請各位代表參閱，本指標將每半年追蹤。

序號 10 修訂思覺失調症方案，業經公告自今年 5 月 1 日生效。

序號 11 修訂居家照護及安寧居家療護，增訂緊急訪視加成暨提高山地離島訪視費用案及**序號 12** 修訂住院安寧療護、安寧居家療護及安寧共照方案收案對象案，業經公告自今年 6 月 1 日生效，建議解除列管。

序號 13 居家醫療照護整合計畫修訂案，業於今年 4 月 19 日公告，除配合支付標準同步施行項目外，餘項目自公告日期施行。

序號 14 修訂呼吸器依賴患者整合性照護計畫，業經公告自今年 4 月 1 日起生效，建議解除列管。

序號 15 修訂醫院以病人為中心門診整合照護計畫，業經公告自今年 7 月 1 日起生效。

序號 16，111 年度鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案，就

醫識別碼改版等兩項獎勵措施配合部分負擔新制暫緩實施，故暫緩報部。

序號 17 新增住院整合照護服務計畫，照護司已於 4 月 27 日召開會議，研議參與計畫病床收費範圍，俟該次前述評估範圍及事先告知同意書，續依程序報部公告核定公告。

序號 18 遠距醫療給付計畫修訂案再提本次會議討論，建議解除列管。

序號 19 增修成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食等項目案及**序號 20**，DRG111 年 7 至 12 月適用相對權重統計結果案，業經公告分別於今年 6 月 1 日及 7 月 1 日生效，建議解除列管。

序號 21 新增代謝症候群管理計畫已於今年 5 月 12 日報衛生福利部核定。

綜上本次建議本次追蹤列管 7 項，解除列管 14 項，以上。

主席

好，各位代表有沒有什麼意見要補充的？

朱代表益宏

主席，朱益宏可以發言嗎？

主席

請說。

朱代表益宏

序號 9 急診品質會持續列管。因為這是急診病人留置急診室超過 24 小時的比例，這個指標列管每半年會追蹤一次，因為健保醫療品質公開裡面，每一家醫院的指標都有，所以這個每半年報告的時候，特別因為這個預算是降低醫學中心的這個急診壅塞狀況，所以是不是個別醫院的狀況也要讓大家知道一下？以上。

主席

好，謝謝，我們會，何語代表請說。

何代表語

我剛在看代謝症候群上次會議紀錄，我建議我們的醫療指數怎麼都用那麼低，這個部分有沒有整體的考量做一個重新規劃？不然醫療指數那麼低就開始服藥，先提前服藥，而且增加服藥的狀況，所以是不是能夠改進了？謝謝。

主席

好，請姿曄科長回應一下，姿曄請說。

呂科長姿曄

跟代表報告一下，關於代謝症候群，我們所有的指標其實都是參照國民健康署定義，不管是納入收案的指標或者是執行最後的成效怎麼樣，因為今年是計畫執行的第一年，計畫目前也還沒有公告，還是建議我們先執行了一段時間，再端看計畫執行的成效，然後我們再共同跟國民健康署研議，然後去修正計畫的指標，以上。

主席

好，謝謝。另外請依婕科長針對朱益宏代表所提的那個急診的壅塞的情況做回應。

陳科長依婕

剛剛朱代表所提到的序號 9 這個項目，因為前一次會議決議有說急診品質提升方案裡面，原有的一些指標要考慮一下是不是還要再繼續做監測，急診醫學會有回答說建議以「急診病人留置急診室超過 24 小時的比率」這個項目來做為監測指標，所以我們這一次在追蹤的辦理情形把過去 3 年，還有近 4 年第一季這個指標的表現情形呈現在上面。那剛剛朱代表提到的是可不可以呈現各醫院的明細，這部分的話如同剛剛朱代表提到的，在我們醫療品質資訊公開的指標裡面，其實

是可以查詢到各醫院的明細的，不過因為那個指標是留置 48 小時以上，我們會後會評估一下來提供這個 24 小時以上各醫院的明細，另外這個指標我們會在每年的第一次、第三次會議會來做一個呈現、追蹤。以上。

主席

好，謝謝。我再做一個小小補充，我們知道在實務上急診有些醫院做得好，當然很多病人都到它的急診去，我們一直在推分級醫療，推部分負擔，希望讓民眾就醫能夠有不同的考量，假如沒有的話，我想還是一樣不容易做一個調整，以上。好，李紹誠代表請說。

李代表紹誠

署長午安，與會代表大家午安，剛才報告關於拔除鼻胃管這個部分，之前看到細目裡面它這個費用是給付給語言治療師，我們的給付裡面是沒有單獨去給醫事人員的給付，所以這個是不是有錯？以上。

主席

好，請回應一下。

陳科長依婕

好，是的，剛剛李代表提到的我們這個新增的項目，我們當時的用意是獎勵拔除鼻胃管的團隊，沒有指定特定對象，所以不是只有像剛剛李代表提到的語言治療師，有可能執行到這個項目的團隊成員都有列出來，以上做相關的說明。

李代表紹誠

可是我們現在所有的給付裡面，並沒有針對一個醫事人員去給付，都是給醫院或者是給各科，或者是這個 leader、這個團隊去申報的，我帶著一些醫事人員去做這件事情，這個給付裡面不是給那一個醫事人員的費用，而是給這一個申報的醫師或者是這個醫院裡面這個科別，好像我們在給付裡面沒有針對某一個師，這個錢是給他的，這一部分

我想要再一次釐清，以上。

陳科長依婕

好，我回應一下。謝謝李代表的提問，這個問題已經說明得更清楚了，因為健保特約的對象是特約醫事服務機構，所以支付費用是支付給特約機構。這個診療項目裡面有寫，限復健科、耳鼻喉科、神經科、小兒神經科的專科醫師，牙醫師及語言治療師執行及申報，這是指由執行團隊的那個成員的範疇，而不是指我們只支付給這些人的意思。以上。

李代表紹誠

那我要請教的是說，這一個患者可不可以移除，拔除他的鼻胃管其實是醫師也會根據他目前的狀況去評估，然後再把這個 order 跟這些的醫事人員，一起團隊去做，不會有一個治療師單獨去把一個鼻胃管拔除吧，因為這還是有一定的醫療責任，沒有醫師的這個 order，他怎麼去做這一件事情？所以這個是我的疑問。以上。

陳科長依婕

好，謝謝。依照醫療相關的法規，相關的醫囑需要由醫師來開立相關的處方才能夠執行，這個都是要遵循前端醫療法相關的規範，那我們健保當然不會跳脫這個醫療法所規定的範疇。以上。

主席

好，各位代表還有沒有意見？

謝代表景祥

有，報告署長，可不可以發言？這一條老實講，我是覺得有點奇怪，因為我是骨科醫師，但是我在兩個禮拜前，拔掉了一個鼻胃管，那是個中風病人，到其它醫院住院產生 bed sore 之後移到安養院，最後安養院送過來說是他的 bed sore。我們收住院花了兩個禮拜解決他的 bed sore，在這兩個禮拜之內，雖然我是骨科是主治醫師，我請我們的

營養師、復健師來，幫助他做復健，最後我們訓練了兩個禮拜，把他的鼻胃管拔掉。拔鼻胃管是一個長期的過程，我是覺得不管有沒有這個獎勵，我都會設法拔掉他的鼻胃管。但是假如已經有了獎勵之後，我發現我去拔這個鼻胃管，我是骨科醫師，又沒有獎勵，那其它醫師有，所以我覺得說這個東西就覺得怪怪的。獎勵應該不要管科別，你有能力跟你的科別是沒有關係，這個東西是看有沒有心，有沒有要去做這件事情比較有關係。所以我覺得說那些科別的限制應該要拿掉，以上，謝謝。

陳科長依婕

好，是，謝謝代表所提的意見，這個部分我們會收錄，因為近期我們也有收到一些相關的醫事團隊有來一些相關的反應，這個我們會後會收錄下來一起來做個檢討。謝謝。

主席

好，我想這個議題先這樣討論好不好？我想整個醫療的體系是醫療團隊，不是只有醫師，病人的治療是所有的團隊一起努力，我是覺得醫療團隊整個管理的邏輯要稍微自己要去檢討一下，好不好？健保署會針對剛剛各位代表的意見會特別留意。那我們進入報告事項，報告事項第一案。

報告事項

第一案

案由：修訂 83102K「迷走神經刺激術(VNS)」等 5 項診療項目及麻醉費通則案。

主席

好，謝謝，請問各位代表有沒有意見？有人舉手嗎？坤堡理事請說。

陳坤堡理事（台灣麻醉醫學會）

好，署長，還有健保署長官、各位代表大家好，我是陳坤堡醫師，麻醉醫學會代表。首先我們要感謝鼓勵器官移植法提出給付健保支付標準麻醉費投入給付修訂案，麻醉給付有改善的空間，麻醉醫學會本著跟健保署充分合作的精神，在上次會議結束以後，我們在很短的時間我們就拜託各個醫院提供成本分析，署裡的作業也很有效率，很辛苦，也認同麻醉醫學會的訴求。但是在成本校正裡面就只以主治醫師的三分之二來計算成本，而且護理人員只編列 1 名，並刪除一些項目。那所得到的結論就像剛剛報告一樣，是建議加成 90%。那這樣算出來的成本有低估，跟麻醉醫學會本來提出的加成比例有一些出入，不過我們考量就是健保整體支出也不能讓長官、署長這邊為難，所以我們建議是不是署長還有長官這邊可以考慮加成 90% 之外，再增加 10%？也就是說調整加成就是 100%。那因為移植的數量本身就比較少，那對財務的衝擊也非常有限，但是這樣的調整可以撫慰麻醉醫師的辛苦，懇請各位長官跟代表成全。

主席

謝謝，因為我們今天開會要先讓代表先發言，列席請先等一下，有問題再請列席的補充，這樣才不會搞亂，因為有一些東西是在專家會議的時候可以發言，我們現在共擬會議要讓代表提出意見，次序不要搞亂好不好？所以請陳理事做一個結尾，來，請說。

陳坤堡理事（台灣麻醉醫學會）

好，條文裡面再加含移植及摘取這樣修訂就好了，我等下再補充，謝謝。

主席

好，謝謝，我們請何語代表發言。

何代表語

署長、各位代表大家好，因為麻醉這邊當然他提出 200% 沒有通過，現在就訂了 90%，原來我們署裡有規劃一個 20%，那個原因是 20% 的

差距跟 90% 的差距原因在哪個重點上比較適當而已，我要聽聽到底差別差多少？謝謝。

主席

好，謝謝，請依婕科長先回應代表的問題。

陳科長依婕

好，剛剛何代表提到我們現行有特定的一些手術是可以加成 20%，這一次麻醉醫學會有提到一些高一點的成數，這個差異點在哪裡，過往我們是看到這些像心臟手術或是緊急相關的手術，其實相對來說麻醉醫師要耗費的心力比較多，所以當時在討論過後訂定了一個 20% 的加成；這次麻醉醫學會是考量到移植手術裡面其實麻醉科醫師要從頭到尾好好地監控這些麻醉手術的執行概況，相對來說要投入的人力、物力比較多，而且這一次他們也有提供相關的成本分析表來反應他們實際上投入的成本。所以我們校正以後，就是呈現在議程裡面看到的這個 90%，這是回應何代表的部分的說明。

主席

好，我們現在請李紹誠代表發言。

李代表紹誠

沒有，我剛剛按錯了，對不起。

主席

請雪玲代表，請說。

黃代表雪玲

好，我是臺大雪玲，聽得見嗎？這個器官移植的部分，我們麻醉科是認為肺臟移植的部分相對比較吃重，都是屍體捐贈，醫師在投入的時間比較多，是不是可以肺臟移植能夠有比較高的加成給付？我們是希望這個肺臟移植能夠加重點。

主席

好，謝謝，請朱益宏代表請發言。

朱代表益宏

好，謝謝主席。這個案子關於移植麻醉的加成，因為我本身也是麻醉科醫師，剛剛麻醉醫學會也有表達，但是我覺得在成本分析裡面，署方把麻醉醫師的人力減成三分之二其實是不合理的，因為所有的移植麻醉，不管是 recipient 或 donor，從我當住院醫師受訓開始，都是專門的主治醫師帶著一個住院醫師在執行，所以這邊把它刪掉三分之一，我個人是覺得不合理。那當然麻醉醫學會剛剛有提到說，因為考慮健保署這邊財務的一些壓力，所以他並不是要求要增加 30%，他只有要求增加 10%，所以我是覺得其實麻醉醫學會已經也有一些正面的回應，我是希望說是不是就同意麻醉醫學會的建議？給他再調整 10% 以上，謝謝。

主席

好，我們請周詠欽副院長。

周詠欽教研副院長（泌尿科醫學會）

剛剛碎石案子，我們泌尿科醫學會有討論過，我們支持醫事司的決定，沒有意見。

主席

好，謝謝，我們請謝景祥院長，謝代表請說。

謝代表景祥

我支持麻醉醫學會的案子，因為健保到現在 26 年了，麻醉費一毛錢都沒有調過，手術費也是都一毛錢都沒有調過，全部來講的話茲事體大，但是至少至少在這個移植方面的時候，我覺得說 200% 其實也不太過分，但是至少說要給他們 90% 或 100%，我覺得這是應該最起碼的，所以我支持這個麻醉醫學會的建議。以上，謝謝。

主席

好，謝謝，我們再請何語代表再回應一下好不好？何語代表請說。

何代表語

署長，大家好，我昨天也一直在詳細看麻醉科提供的表跟資料，以目前整個經費狀況來講，我支持署裡 90%，但是剛才有一個代表講到說，肺部的部分移植時間比較長，可以加 10%給他。我支持這樣子這一項加成它，那其它的就維持 90%的經費來作業，我同意支持這個方向。

因為整個經費目前的狀況，他分析出來是要多 2,777 萬這個部分，如果肺部移植，肺移植的話可能也多了不少，沒有很多錢，大概頂多 2,800 萬左右，這是我的意見，謝謝。

主席

好，謝謝，我們現在請鄒美勇理事長發言。

鄒美勇理事長（台灣麻醉醫學會）

好的，謝謝署長，還有各位剛才代表的支持，這個事情我們再補充一下，事實上麻醉醫學會做過成本分析，以依婕科長給的這個 5 萬 2 左右的這個成本進行調整後，其實我們肺臟移植成本是 18 萬，肝臟移植成本其實也是接近 18 萬，也是很高。我謝謝各位代表的支持和署長的關心，我覺得這個三分之二的人力，剛才提到的其實我們是不止，是很多的醫師都在裡面的。那調整到 100%，就是說再加上 10%其實也是在預算之內，完全不會影響到其它的專科醫師學會的點值。

主席

好，鄒理事長謝謝你，您的意見我們聽到了。好來，請朱益宏代表。

朱代表益宏

謝謝理事長，我是要拜託何語何代表，第一個因為這個是專款，其實今天它專款是有剩餘的。第二個就是剛剛鄒理事長有講到，它其實是所有的移植項目總共現在有 7 個移植項目，它是做一個平均去計算，當然單獨拿起來譬如說肺臟移植可能會很高，那心臟移植可能也會很高，但是腎臟移植可能就會比較低一點，但是它是用一個平均加成的項目，並不是用逐項去訂定，而且如果說用實際上平均的概念的話，也應該要加 30%，因為人力它不可能是用三分之二去計算。我是覺得麻醉醫學會已經很替健保整體的財務去考慮了，所以他只希望說再增加 10%，等於是用加成 100%，那他們對於協會內部的也可以有一個交代。以上跟何語代表報告，希望代表支持。

主席

因為代表都知道，在整個健保財務裡面，沒有一個人會覺得健保的支付標準是合理的。前幾天我到監察院，監察委員問我說，我們一些支付標準很低，可是說實在，現實面就是我們目前臺灣很多的醫療的給付就是很亂，那我當然是覺得說真的是沒錯，昨天我們在開專家會議的時候，討論到癲癇的做腦波的一個檢查，國外的一些給付的費用跟臺灣都差很多，所以我知道臺灣的醫界很辛苦，不過在很多考量的時候，不要說就是為了一直往上拉，造成其它的每一個人人都覺得他的點數要再拉升，這是很危險。各位今天早上有看到報紙，提到我們健保一直對罕病的支付都沒有給付得很到位，我的長官也就問我這是怎麼樣的狀況，因為一個病人你要一年 1 千多萬、5 千多萬，我們健保怎麼有那麼多錢？可是問題是那一個病人也是我們的病人啊，所以說變成就整體也有一個考量。那請何語代表發言後，請我們的依婕科長做結論，來，何語代表請說。

何代表語

署長、各位代表，我的看法是這樣，因為實際上沒有辦法每一個科別都反應，我參加十二年來，每一個科別都認為不足，但是這一次我也很支持麻醉科在這個器官移植方面已經加了一倍了，那我們先跨

出這一步，現在由署裡就 90% 先來支付，那未來如果在整個健保資源比較充裕的時候，再考量來做這個器官移植的麻醉的增加。為了這件事情，我昨天也去打幾通電話去請教一些醫院，他們當然也有很多部分，麻醉，器官移植之外，其它也很多的麻醉也是都有收一點費用，所以我不知道詳細內容怎麼樣，因為這個我沒有親自跑去問到那麼清楚。那我還是支持署裡這個 90% 的部分先通過，那未來再評量整個總額的情形再做考量啦，我認為這一次已經至少跨出一大步啦，我也知道麻醉科醫師長期以來真的付出很多的奉獻，但是至少這一次真的跨了很大步。那其它的科別當然也看到麻醉科能夠跨這麼大步，其它科別當然也會躍躍欲試都要爭取更多的給付，這是我也理解的事情。我的意見是這樣子，謝謝。

主席

好，謝謝，現在請依婕科長做一個結論。

陳科長依婕

好，請各位代表看到報 1-15 頁，我們有把這次的成本分析整理成一張表。我簡單講一下，在這張表裡面，我們有呈現了各種不同臟器，我們換算出來然後校正以後的成本，算出來各個臟器移植的跟摘取相關的麻醉成本，算出來以後，我們算了一個加權平均，大概是 52,565 點，在最右邊這個粗體字的地方。那裡面，我們是校正了相關的醫事人員的人力時間，像剛剛麻醉醫學會有提到的，我們主治醫師的時間是有縮短為三分之二，不過這一段也許等一下可以請麻醉醫學會補充說一下我們這三分之二是不是有需要調整的地方？是不是有一些空間？因為我們這個部分是依照之前的一些慣例，那也許這個移植手術的麻醉這邊會有一點不一樣。那另外我們下面，最下面(三)，本署意見的(三)這邊，我們就是用剛剛那個 52,565 點換算下來，大概是加成 90%，那其實我們加成完是 52,370，還有差一點點，還有一些空間。所以剛剛麻醉醫學會有提到說，其實我們人力這個三分之二抓得可能沒有那麼準，然後而且我們其實換算下來，其實還是 90% 出頭，91 左右的%，

那有沒有機會調到 100%，這邊可能要請代表們幫我們做個確認。另外我補充一下，因為這個項目，它會是用到我們專款相關的費用，那如果加成到 100%，我們有推估了一下，相關的財務增加支出是 3,090 萬點，那以上這些資訊給各位代表做參考。

主席

好，謝謝依婕科長。何語代表，我想假如器官移植做得很順利、很成功的話，的確是改變了一個人的命運，所以我覺得急重難還是我們的重點，假如說何代表您沒有很堅持的話，我想就是照他們這樣講，我們署裡面算出來的 90%，然後包含就是多個 10%，讓他們心甘情願好好地去救病人這樣好不好？何語代表，請說。

何代表語

我去年十月份開始有協助一個十歲的小朋友在高雄長庚做肝的移植，我們健保給付的是 26 萬左右，那我總共募了 55 萬給他們，這是我們幫助他，那個是一個單親鄉下的阿嬤的小孩子，署長說增加 10%，但是我這裡有看到一個 52,565 是什麼數字？剛才講說 52,370，那這裡有一個 52,565，我不知道 52,565 是等於算多少%啊？

陳科長依婕

跟何代表解釋，這個 52,565 呢，是我們把前面這些臟器移植的麻醉費來做加權平均，因為每種臟器的移植數量是不一樣的，所以我們這邊有做個加權的換算，得到這個 52,565 點。那這個 52,565 點到底換算過來是加成多少呢？就是用(三)這邊的公式來做換算，我們那時候是考慮抓個整數，就是 90、100、80 這種數字來抓，所以當時最接近的是 90%，那如果 90%實際算出來的實際支付點數是 52,370 點，所以如果到時候我們支付標準寫 90%的話，換算下來大概約可以得到 52,370 點這樣子。以上。

何代表語

我請教現在加 100%的話是多少錢？我想了解加 10%是多少錢？

陳科長依婕

加了 10%以後，是 54,553 點。

何代表語

OK，54,553，好，我支持署長。

主席

好，我們就先這樣，那其它的部分各位還有沒有什麼意見？假如沒有的話，我們進入報告二好不好？謝謝大家。

報告事項

第二案

案由：有關西醫基層修訂 47029C「心肺甦醒術(每十分鐘)」等 30 項診療項目，暨新增 111 年「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」案。

主席

好，謝謝，那我們請依婕科長再做一個補充。

陳科長依婕

好，請各位代表看到報 2-2 頁，我們中間(二)的這個案子就是有關把心肺復甦等 29 項診療項目，現在西醫基層的支付點數是跟醫院層級的支付點數不同的，那這個案子，健保署這邊甲案，健保署的主張是建議說針對其中的 29 項的診療項目，把點數先調升為一致。那這邊的主要考量有幾個，第一個是因為這些診療項目，它其實是屬於西醫有能力執行，而且有需求，它相對來說單價比較低，或者是屬於急重難的項目，所以我們把這 29 項挑出來了以後，建議調升，先把這 29 項調成跟醫院一致，增加財務大概是 1.26 億點。

在乙案的部分，是醫師全聯會的建議，其實現在支付標準裡面，西醫基層的點數跟醫院點數不一樣的總共有 174 項，他們是比較建議

說這些項目都通盤地一起來做調整，調整中間這個支付點數的 gap，這個差額的 20%均調。那這樣均調換算下來的話，20%大概會花的財務是 9,800 萬點。因為我們兩方的主張不一樣，但是也沒有辦法凝聚到共識，所以這個部分我們是建議報到衛生福利部核定，以上。

主席

好，謝謝。請各位代表發言。來，何語代表請說。

何代表語

署長、各位代表，我就對第二案裡面有幾個問題想提出來。第一個，62020B 申報，那不用 62020C，就是給西醫基層比較方便的申報方式嗎？

另外，47029C 那是健保署提出來 29 項，我支持，西醫基層整個設備，還有各方面跟醫院是有差距的，如果把這整個西醫基層跟醫院的支付點連動，變成一樣的價格，一樣的支付標準，我覺得顯然很是不合理，這是我的觀點。在醫院裡面的設備各方面，不管是硬體、軟體、人力，還有整個資訊，所有的付出都會比西醫基層的成本要高，但是卻要拉到相同，我認為是很不合理的一個現象。

另外，我們有一個 970 萬心肺功能的提升，當時我們在總額協商的時候，當時他的計畫是 250 人，現在只抓 170 人 21 家，第一個人數縮小，第二個當時總額協商也有附帶說要跟醫院的心臟訓練的中心要有一個結合，因為有文字做下備註。另外一點，我認為我們健保署把很多事情一做，就要一個品質獎勵，我一直概念上醫療支出就是醫療支出，為什麼一直要提這個品質獎勵？我覺得這個應該重新把品質獎勵的點數回歸到你的心肺綜合治療跟心肺復健的點數上面去才對。我現在發現到，這個獎勵到最後，我們的健保資源的總額偏差，不是用在整個醫療上的實際支付，反而用在一個獎勵現象，獎勵現象是一個精神鼓勵，那怎麼會變成這樣子？我們應該用在醫療的支付上，不能一直用在這個獎勵方面之上，所以我的意見是這樣子。當然計畫是 250 人，那現在變成 170 人就少了 80 人，那我認為應該是回歸，獎勵的點

數回歸到醫療支出，這是我的建議，謝謝。

主席

好，謝謝何代表，何代表關於那個心肺的功能的部分，我們請李紹誠代表回應一下，李紹誠請說。

李代表紹誠

好，剛剛何代表所提的我做一個補充。因為這個 970 萬是在專款，這個費用相對是非常小的一部分，我們現在臺灣心肺復健在基層，過去的基期是零，都沒有個案的發生，所以我們沒有基期的 data 可以去比較，這是一個新的跨出，因為做心肺復健，主要目前是針對心肺衰竭的個案，所以我們是有一個由醫院到基層這樣的一個狀況。因為我們臺灣在基層從事心肺的個案在做的沒有，那麼在醫院裡面，病人出院之後再回到醫院做心肺復健的比例，相對地是非常地低，因為它的可近性跟它很多的問題，所以它沒有辦法達到，韓國的比例就非常高。所以我們希望說可以提升心肺衰竭的患者，不只是靠藥物做一個維持性的治療，而是可以有一個生活品質的改善，所以才會有品質獎勵。那也希望在社區的基層可以承接這一份使命，那因為做心肺復健跟心肺衰竭的個案，有它的風險，所以基層不太敢碰的原因就是因為是會有風險，跟醫院的結合就非常重要。所以剛才何代表講得沒有錯，我們是跟醫院結合。

第二個，因為就這樣的一個經費，我們評估的時候大概是做 250 個個案，我們現在初步先暫時不考慮東區，我們西部的這個五區來看，我們每一區大概平均只有 4 家來承接這個業務，那個量是非常小的，但是我們希望說把品質做好，讓這樣的一個好的醫療的東西，讓民眾可以享受到一個好的生活品質，所以我們才敢在基層總額去提，要不然過往是因為沒有人敢去做。我們現在也評估一個區大概也只有 4 家，我們只想先就這個金額來看，找 4 家來做。我們先跨出第一步，看看我們做得績效如何，明年我們再來檢討，以上說明。

主席

好，謝謝紹誠代表，我也拜託各位代表盡量長話短說，把重點講出來做溝通好不好？這樣大家才有機會充分發言。何代表要不要等一下再回應一下？我們現在請賴俊良代表發言。

賴代表俊良

好，對於現在基層跟醫院有一些點數不一樣，我這邊提出幾個看法。因為這一次的「促進醫療資源支付合理」經費只有126百萬元，點數不一樣的項目卻有174項，在醫師公會全聯會已有算過，這樣的金額大概只能調升點數的四分之一，所以全聯會建議各項點數調高大概20%。這邊也要請教健保署建議的29項是怎麼算出來的？因為我看有一些都是外科的手術，且偏重於單一直腸肛門科別，這些直腸外科在西醫基層開業的家數比較少，且它支付的點數相對於其它一般外科手術原來就較高，為何是調升的首要項目呢？全聯會上次有討論過，因為西醫基層有各種不同的科別，調整某些科別點數，因總額關係就會影響其它科別權益，順了姑意就會逆了嫂意，全聯會算過也建議這些經費只能夠全面調升174項點數之20%。這些項目都是C表，在基層已經實施了很久，基層也都有能力實施，最重要的它花費的成本費用，其實跟醫院是一樣的，我們建議同工同酬，醫院、基層點數應力求一致。我舉一些例子來講，比方說現在我們治療C肝，檢驗C肝RNA的給付點數，在基層的給付就明顯的比醫院低。另外在基層做胃鏡、大腸鏡檢查，成本都是一樣的，但是給付卻低於醫院。所以這裡建議健保會及健保署日後「促進醫療資源支付合理」經費應編足，因目前經費不足，全聯會建議先全面調升174項點數之20%，以上報告，謝謝。

主席

謝謝，請依婕科長回應一下。

陳科長依婕

好，我回應一下，剛剛何語代表有提到的一個問題，第一個(一)，報2-1的(一)，二氧化碳雷射手術，醫師全聯會是希望說原本它是開放

表別，也就是西醫基層也可以執行的項目，他們建議是退回表別，退回到醫院層級才能夠執行的。另外第二個的話，是剛剛賴代表有提到的是，我們這邊調的這 29 項是怎麼選出來的，那如果大家有翻到我們的報 2-7 頁的話，這 29 項我們有去查是目前現在西醫基層有能力執行的，多數有能力執行的，還有支付單價相對比較低，或者是屬於急重難的項目，建議把它調成跟醫院一致。那在我們支付標準訂定的原則是以同工同酬的原則來做訂定，所以像剛剛何代表其實有提到說，基層跟醫院的成本不一樣，但是我們的診療項目訂定，會取一個平均值來做一個計算，所以現在多數我們支付標準有 4,800 多項，多數的診療項目的點數是一樣的，不管它是在哪一個層級，以上做個說明。

主席

好，何代表要不要再發言？

何代表語

我支持署裡面提出來這 29 項，調升 20% 的部分先執行好不好？那未來再考量，謝謝。

主席

是說 174 項每一項都要提升 20%，不是只有針對那 29 項。

何代表語

沒有錯啊，但是你現在署裡列出來的是 29 項調升 20% 嘛，你在文字裡面有這樣子寫，那我認為肯定是要這個部分是因為他們提了，我認為暫時不列。

主席

了解，請依婕科長再講一下。

陳科長依婕

好，我們跟何代表澄清一下，我們這邊的甲案是我們健保署選的

其中 29 項，然後要把它的點數全部調到跟醫院一樣，醫院現在付多少錢，我們就把基層的點數也拉到一樣。那乙案，剛剛全聯會的主張，是建議說現在目前不一樣的 174 項都調升 20%，是這樣，以上說明。

何代表語

那我支持署裡面列出來的 29 項先調升。

主席

好，賴俊良代表，這個案子因為是部長已經裁示了，我們兩案就是假如意見不一樣，我們會讓部長去裁示，所以跟各位代表報告，因為這個的確是有一些不一樣的邏輯，也不可能跟第一案一樣，每一個人都是要費用都拉高，有一些項目根本就不一樣的，那也沒有在臨床上沒有異議的話，我們就整體再考量，怎樣讓錢用在刀口上好不好？好。

賴代表俊良

尊重主席的決議，送部裁定，謝謝。

主席

吳國治吳代表有沒有聽到？請說。

吳代表國治

我支持署長，因為之前在研商議事會議的時候，署長已經做了裁示是送部，那今天也列入報告案，所以我想就交給部裡去裁示，以上，謝謝。

主席

好，謝謝。那我們進入報告三好不好？

報告事項

第三案

案由：修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫(下稱呼吸器計畫)案。

主席

好，謝謝。因為這個案子也是當時部長有答應地區醫院在這一部分努力，我們請各位代表發言，何代表請說。

何代表語

署長、各位代表，我認為報告事項第三案，不是說你報告事項都不必讓大家來討論就可以決定，部長去裁決就部長裁決的事情，反正現在政治力都介入了，所以那是一回事。我針對報告案第三案，我認為在修訂全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式的計畫裡面，它是鼓勵 RCC、RCW 病人簽署 DNR 獎勵措施，所用經費是 110 年醫院總額專款項目，但是它是鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器。那簽署 DNR 及安寧療護計畫，這個預算三億元，我們認為它現在提出來每天 100 塊錢是不合理的，我認為經費的使用未能達到總額公告的目標，所以本案應該要暫緩，並且修正。我們認為這個 3 億元的專款的用途，是要推動鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器，那麼簽署 DNR 及安寧療護計畫，目前僅用於獎勵簽署，對於脫離呼吸器、安寧療護無任何規劃，更沒有具體推動的內容。所以我們認為這個簽署 DNR 每人日病房費額外獎勵 100 點，它獎勵的點數變成設置 RCC、RCW 天數的影響，反而鼓勵病人留住在 RCC、RCW 的問題。所以我認為前面簽署 DNR 的也納入獎勵對象，我們不清楚它這個獎勵是什麼，顯然是非常不合理，所以我認為這個經費用在增加病房費，只獎勵醫院，對病人權利沒有任何的改善，這是我們的看法。

我們建議健保署應該依衛福部公告提出鼓勵 RCC、RCW 病人以脫離呼吸器，簽署 DNR 及安寧療護計畫裡面先訂定病人脫離呼吸器，提升安寧療護品質具體計畫，再依據服務成本訂定支付標準及費用，我在這裡建議這個案子應該擱置暫緩，並修訂好它的支付標準及預定支付標準，還有整個費用更完整、更詳細，才合理化。這樣子獎勵的

話，他們醫院就讓這個病人一直住一直住，那就每天 100 點 100 點一直拿，也不會去脫離呼吸器啊！那沒有功效，這是我的意見。

主席

何代表謝謝你，說得非常地好，也說出我的心聲，再請朱益宏代表發言，朱代表請說。

朱代表益宏

好，謝謝主席。那這一部分是確實就是說這個是部長已經核定的一個專款。

主席

不算核定，它只是把這個當作一個重點。

朱代表益宏

對，今年的總額裡面部長已經核定了 3 億的專款，只是怎麼使用要今天討論。這個核定的文字裡面是說要鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器，但是也跟何語何代表報告，其實在 RCC 脫離呼吸器是有意義的，那經過了 RCC 的呼吸器脫離以後，進到 RCW 呼吸器已經很難脫離了，所以在衛福部才核定說如果沒有辦法脫離呼吸器，才有後面所謂簽署 DNR 跟病人在長期使用呼吸器的時候要給他做一些安寧療護，大概概念上是這樣。

所以如果何語何代表認為 RCW 也要去脫離呼吸器，我想任何的專家可能都沒有辦法做到，所以這筆獎勵在地區醫院 RCW 主要會希望是用在 DNR 的簽署，因為簽署 DNR 其實要有很多的步驟，包括要跟家屬開家庭會議，然後這個家庭會議可能還不是一次，可能有兩次、三次，家屬可能這一次來是 A，明天來 B，後天來 C，所以要一再地跟家屬溝通，那溝通完了以後，要取得家屬的同意，那當然在最後這一段時間，才能夠讓病人善終。如果不簽署的話，到時候又要面臨急救，雖然已經插了管，但是還要急救，還要做很多的措施，甚至要轉

到 ICU，那其實是沒有什麼意義。所以這一部分我覺得它的意義，至少在 RCW 這一部分，是這個，所以這個何語何代表剛剛可能有所誤解。我這邊要特別說明，以上補充，謝謝。

主席

好，那我們請謝景祥代表，謝代表請說。

謝代表景祥

我想何代表的顧慮是很有道理，但是我想跟何代表報告一下，在實務上 RCC 的脫離率那一定是比較高的，RCW 的脫離率也有，但是就低了，很多實在是沒辦法。那我們今天主要是把 DNR 都跟病人家屬講好以後，就可以減少有些無效醫療，你發生了問題，每個都去急救，他可能又多住個一年、兩年，可以多活個一年、兩年，但是老實講這是無效醫療，不是我們希望的。所以這個一天才 100 點，而且他已經簽署了，我們去簽署，然後他可能就是說他沒有急救的時候，不要說多插了，多活個一年、兩年，差個一個月，我覺得說可能對健保經費都會有很大的影響，而且重點還不是經費的問題，重點還是說，我們要不要鼓勵病人無效醫療，我們希望能夠鼓勵他們不要，拒絕無效醫療，以上。

主席

好，謝謝，那還有沒有其它代表要發言？醫學中心的有沒有看法？請雪玲代表。

黃代表雪玲

我個人是覺得，就像剛才那個何代表講的，如果每天這樣領，我覺得不是很好，是不是可以給他一個定額會比較好一點，我個人是這麼想的。

主席

好，謝謝，富滿代表，要不要發言？

林代表富滿

署長好，大家好，剛剛何語代表所提的，確實是我們之前曾討論的重點，但為什麼最後做這個決議，因為在醫院協會，大家想不出一個更好辦法的折衷建議。要不然就在預算固定的情況下，再思考一個脫離呼吸器的項目，併同目前所提 DNR 相關的項目，或許比較可以符合部長核定要把脫離呼吸器的條件考慮進去，實務也可以運作。剛剛何語代表確實講到一個我們擔心的議題，以上。

主席

好，謝謝富滿代表，我們請何語代表再發言，請說。

何代表語

署長，我的意見跟看法是這樣子，如果是 RCC，簽署了 DNR 以後，應該是給予整筆的包裹給付，而不是應該每天給 100 塊。RCW 沒有辦法拔除，已經到臨終了，但是我認為，RCW 簽署 DNR 以後，應該是臨終關懷，我整筆給你臨終關懷，不是一天給多少錢，哪有這種無止境的每天給錢的事情，我想經營事業也不是這樣子做的，每天給 100 點，是無止境地給 100 點，沒有看到盡頭，但是我認為你如果每一個個案，如果 RCC 簽署 DNR 以後到拔呼吸器，就給你多少錢，那 RCW 無法拔呼吸器，做安寧照護，給你一筆多少錢，那這樣才是對的嘛，哪有這種無止境地每天給 100 點，很不對稱的一種給付方法。這是我的意見。

主席

謝謝何語代表，我們現在請朱益宏代表再發言。

朱代表益宏

謝謝主席，我覺得這個案子，第一個這個是報告案，並不是一個討論案，那為什麼是報告案？它其實在醫院總額已經充分地討論過，那醫院總額裡面也有付費者的代表，也有醫學中心的代表，也有區域

醫院的代表，也有地區醫院的代表，那也有學者專家，所以這個案子在那邊是充分地討論過，當然在討論這個案子的時候，在醫院總額的時候也是有一些不同的意見，但是最後主席的裁示，也取得與會的委員都同意用這個案子來處理。所以我要先講一下這個背景。

當然這筆錢要怎麼花，每個人有不同的看法，如果以我個人的意見，照何語代表講的話，我覺得應該算 RCW 所有的支付標準成本，是不是要把成本算清楚？你現在對 RCW 支付，成本是偏低的狀況之下，如果是這樣子的話，又不去計算成本，這個案子怎麼去推，對不對？所以我認為說既然這個已經經過了很多折衝，而且在討論的時候，確實大家會有一些在討論的過程會有一些不同的意見，但是今天送過來這個意見，其實是大家折衷的一個妥協方案，所以當然這個妥協當然也包括付費者的妥協，可能不是何語代表的妥協，但是是付費者代表的妥協。

所以我是覺得說這個案子既然已經現在是六月，那如果說要退回去要重新來的話，那今年度因為這個專款今年度就會也沒有錢，就會來不及實施，來不及實施那你枉費部長去編列這個專款的預算，結果沒有實施，這個我覺得可能也不太好。以上補充，謝謝。

主席

好，謝謝，請何語代表再發言。

何代表語

剛才朱代表講到我們付費者代表都有參與，不是啦，我們付費者代表是同意部長這邊這個三億，而且它的文字寫得很清楚，是病人脫離呼吸器，我們只知道病人脫離呼吸器，我們付費者代表都知道，可是裡面的什麼脫離呼吸器的安寧照護那些，安寧怎麼照護，我們不了解，但是這個執行計畫、支付標準並沒有送我們付費者代表通過，也沒有啊。今天再提出來，我是代表付費者，也代表葉宗義代表，昨天他打電話給我，他說你就代表我發言。那我的意思就是說，你根本整個執行標準、支付標準，整個費用的支付內容並沒有讓我們付費者代

表同意通過的，這一點我要澄清一點。那我今天認為說，你這個每天100點是不合邏輯的，這個無止境，看不到盡頭，到底呼吸器可以裝多少，那到拖延多少，那醫院會拖多少才可以拔呼吸器，這個不一定嘛，我們當時支持部長的就是他的前面有講到病人脫離呼吸器，就是這一句話讓我們付費者很支持。這一點我要說明的。

主席

謝謝，謝謝各位代表的發言，那我再請依婕科長做一個結論。

陳科長依婕

是，綜整剛剛各位代表的意見，因為這個項目，其實今天的共擬會議就是我們法定的一個溝通討論的平台，所以各位代表都可以在這邊表達意見。針對這個案子，因為剛剛何代表有提到說，我們這個項目的協定事項是鼓勵 RCC、RCW 的病人要脫離呼吸器、簽署 DNR 跟安寧療護相關的推動，所以這個項目，按照目前現在的看來，因為我們討論的不是 RCC、RCW 的成本，是在講鼓勵 DNR、鼓勵安寧還有脫離呼吸器的這段，所以因為聽起來剛剛其實是沒有共識的，所以我們這個案子是不是暫保留，我們再來討論一下譬如說是像設計一筆支付獎勵，或者是什麼樣的方式來做進行。以上。

主席

好，我想這個案子因為雙方的意見差異很大，我們就事緩則圓，把這個案子再提出來再討論一下好不好？好，那我們進入報告事項……。

朱代表益宏

主席，對不起，對不起，主席，朱益宏再發言一下，對不起。我剛剛講的付費者代表是在醫院總額有付費者代表，並不是在健保會的付費者，所以何語何代表，因為你本身不是醫院總額的付費者代表，但是在醫院總額討論這個案子的時候，付費者最後也同意最後署長的裁示，那署長最後的決議和裁示，討論這個案子的決議就是這個案子，

所以才會用報告案送過來。那今天如果說因為這個何語代表有意見，那我覺得前面那個基層的案子也是報告案，最後也是報部裁定。那我是認為說，現在因為這個案子是專款，它並不是滾入基期的一般總額，那現在已經到六月了，那等到下一次九月的時候，事實上會來不及。所以如果這個案子的話，沒有辦法裁定，沒有辦法有共識的話，那我是建議就直接報部來裁定，以上。

主席

好，謝謝朱代表的發言。因為就是長久以來，我們一直也在研究共擬會議的一個開會方式，陳志鴻代表，請說。

陳代表志鴻

沒有，主席，我只是談開會的原則問題，一般會議的報告案，理論上就只是報告，如果大家還有這麼多的意見要發表，應該是要另外提案或臨時動議才能再討論修正；所以這些報告案我們不應該花太多時間去討論，因為我相信前面已經在很多會議討論過才拿來這個會當作報告案。以上是我的看法。

主席

好，謝謝院長。這個案子的確是也是比較困難，就是說用那個費用的部分的話，事實上是在整個錢怎麼用在刀口上，就有分配那個總額的問題，的確是現在碰到這樣一個難處的話，我想剛剛陳代表也提到，事實上我們覺得每一次大家也都花了很多時間，而且一樣一樣來，那怎麼辦呢？請何語代表。

何代表語

署長，我參加共擬會議這麼多年來，並不是每一案都送部長裁定，我們過去也很多報告案把它擱置，重新再做整個更完善的內容再提到共擬會議，讓大家在有共識來執行，這樣比較好。那如果你們這樣子講的話，我就六月份的健保會議裡面我來提案，不是這樣子的。我想過去都有慣例，報告案不是只提出了報告，就全部通過。過去可以查，

至少八年來並沒有這樣子的做法，也有很多報告案重新去很合理地、合法地、合情合理地再去做一個完整的支付內容，再來提案取得大家的共識。我的看法是這樣子。

主席

謝謝何語代表。這個案子我們就先暫時再保留下來，再請依婕科長跟我們的社區醫院協會再對話一下，看怎麼處理會比較好。好，那我們進入下一個案子。

報告事項

第四案

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(下稱支付標準)第六部論病例計酬通則及第七部第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則報告案。

主席

好，謝謝，請問各位代表，對這個報告案有沒有意見？好，沒有，我們進入報告案第五案。

報告事項

第五案

案由：新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案。

主席

好，謝謝，關於這個議題，各位代表有沒有意見？

何代表語

沒有意見。

主席

好，有沒有發言？朱益宏代表請說。

朱代表益宏

主席，我替我們會員在這個體系醫院(的案子)稍微表達一下，我們會員跟協會反應，苗栗的為恭醫院據傳聞是中國體系，那我不曉得這一部分是不是到時候能夠算在體系醫院，當然不是今天要確認，是不是請分區去了解看看。因為有會員反應好像是體系醫院。

主席

好，謝謝，請周國旭代表發言。

周代表國旭

署長好，我們臺中市地區仁愛醫院在他們的網站上也有長庚醫療體系，也有做這個宣稱的部分，所以是不是也應該要進行釐清，謝謝。

主席

好，臺中仁愛醫院，剛剛兩位代表提的我們會再去確認好不好？好，我們進入報告六。

報告事項

第六案

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（下稱支付標準）第二部第一章第八節住院安寧療護（下稱住院安寧）、第五部第三章安寧居家療護（下稱安寧居家）及全民健康保險安寧共同照護試辦方案(下稱安寧共照)案。

主席

好，謝謝。請問各位代表對這個報告案有沒有意見？

何代表語

署長，我支持這個調升標準，但是我只想請教，什麼情況之下，

他們知道這個人要臨終了？知道要臨終了才去訪視他，那這個 5,000 塊提升到 6,600 塊，我支持，但是我在想說，這個情況他們是怎麼知道的要去做臨終關懷、臨終訪視他？

主席

好，謝謝。我們請劉淑芬代表，劉代表發言。

劉代表淑芬

好，謝謝署長，各位代表大家好。首先謝謝署裡面對於這個費用的適當提升，讓山地、離島地區能夠有合理適當的支付。至於剛剛何語代表所提到所謂的臨終病人，其實在整個照顧過程當中，相關的醫療團隊都會提供給家屬相關的衛教指導，也會指導他們病人在臨終前會有哪一些身體症狀的表現跟改變，也會協調提醒相關的訪視團隊，所以大家能夠適時地給予病人最好的照顧。謝謝。

主席

剛剛何語代表問的問題有沒有回應？

劉代表淑芬

剛剛有回應，報告署長。

主席

何語代表可以嗎？這樣。

何代表語

謝謝，可以，非常謝謝。

主席

我們請陳莉茵代表，陳代表請發言。

陳代表莉茵

據我所知，譬如說我們簽病人自主法，除了亨丁頓氏舞蹈症或小

腦萎縮症或其它的疾病外，連同弱勢病患權益促進會的推薦計有十一種的病類，其實我們都有簽最後的醫療決定執行條件，依病人自主法，會有兩位醫師來確認，應該怎麼去執行最後的臨終關懷。其實我覺得說這個只有增加這兩種的話，我們其它(罕見)病類還是蠻需要的，我們以後會繼續努力。謝謝何代表的關懷，其實在最後執行病人自主法任務的時候，會有兩個臨床的醫師來幫忙。請何代表放心。

主席

好，謝謝，假如沒有問題的話，我們進入那個討論事項第一項好不好？來。

討論事項

第一案

案由：有關修訂「精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)」支付點數案，提請討論。

主席

好，謝謝，針對這個案子，我們前面有先討論過的，我是想拜託我們的社區精神復健發展協會陳俊銘理事長簡單發言一下，給代表做個參考。請說。

陳俊銘理事長(台灣社區精神復健發展協會)

謝謝署長以及各位代表及署裡面的長官，有這樣的一個機會，健保署這邊幫我們精神復健機構爭取了一筆預算，讓我們可以做一些調整。那基本上來講，我們這樣的一個機構它的原本我們的成本分析大概是在 109 年的時候送出去的時候，成本大概要 945 點，因為礙於預算的關係，我們目前的預算的經費只有 1.8 億元，我們也是尊重署裡面的長官在有限的預算下，就是調整到 600 點。考量未來整個精神復健發展或者是整個未來機構的一個營運的情況之下，未來如果有多餘的預算，也考量到這一次的調整案裡面，關於夜間住宿型的復健治療費是沒有在這一次的調整案，所以未來如果預算匡列的時候，能夠請

署長、在座的代表以及署裡面的長官能夠再支持住宿型精神復健治療費的一個調整，以上，謝謝。

主席

好，謝謝。我們在座的代表有沒有要發言的？何代表有沒有要發言？

何代表語

署長、各位代表，第一個，我跟陳理事長不熟，因為這個機構好像這幾年很辛苦，我的感覺啦。我在想 109 年 12 月為什麼只調日間型？住宿型的沒有調？那麼已經相差一年半，我認為現在這裡署裡已經把它調到 600，可是這樣子，我感覺到日間型的原來 480 就調 600，就多 120，那住宿型的 508 調 600 才調 92 塊，這好像有點，不知道署長的經費怎麼樣，剛才報告說只有 1.8 億，但是為什麼會日間型跟住宿型的成本會有多大的差距，還有夜間有一個 126 點，我認為說如果當時日間型 480 調 600 點，現在 508 照你調 120 的話要 628 才對，我想署裡在考量經費，夜間 126 點並沒有調整，我瞭解一下為什麼日間型跟住宿型會差距這樣子。

主席

好，我請依婕科長先回應。

陳科長依婕

好，是的，謝謝何代表的提問。請大家看到討 1-1 頁的說明三，我們有描述一下日間型跟住宿型的調整，日間型我們上一次經過會議討論以後，有調整到 600 點，在此之前呢，在更早之前的上一次日間型的調整是在民國 98 年的時候，所以在 109 年那個時空環境下，日間型機構是覺得他們提供的是比較密集的精神科相關復健，希望是讓精神病人可以更早、更快地回歸到社會，所以他們相較住宿型比起來，住宿型 100 年有調過，那他們上一次調是 98 年，所以當時日間型是訴求說希望可以來有機會做個調整。在說明四的這個會議裡面的決議，大家可以看一下，在倒數第三行，有說考量到日間型的精神復健機構貼

近社會社區生活，還有以復原為導向等等的服務，所以當時我們是優先調整日間型機構。因為我們後來陸陸續續有收到我們這一次的提案單位送來的建議，希望住宿型機構也在精神復健上有一些成效，而且在成本上可能有一些不敷的訴求，所以我們當時在基於就是那個會議的決議考量下，是把住宿型機構是先想說調到跟日間型一致，以這個方向去爭取預算，在去年要提今年的總額的時候，就有提出這樣子的方案，就是先調升到 600 點這樣子的方案來做調整。那個時候委員專家的意見是想說，日間型其實比較密集的復健，希望說日間型的點數是高於住宿型的，我們希望就秉持這樣的原則，所以才調升說建議調到 600 點，以上。

主席

謝謝，我們現在請周國旭代表發言，周代表請。

周代表國旭

署長你好，有關於 109 年 6 月 3 日當時就已經邀請了專家、服務提供者的代表及相關團體，在那次會議上面討論時，針對於那個住宿型機構的部分，當時沒有通過。當時會議上，有提供相關資料，特別針對住宿型機構的成本分析，來源有社家署的托育養護補助費，再來是健保的補助費用跟家屬的繳費費用，如果依照當時的成本分析來換算的話，他們每個月每個人的收入部分大概在 35,670 元到 46,170 元，所以當時的考慮就沒有去當時再給它通過這個部分。今天提到會上談，沒有再經過一次事前的討論，我們認為是有點奇怪，所以我們是希望說這個議案是不是可以再比照 109 年 6 月 3 日當時的模式，另外再召開一次會議來進行討論？以上報告。

主席

好，謝謝，朱益宏代表請說，朱代表。

朱代表益宏

好，謝謝主席，這個案子就我瞭解，因為等一下郭錫卿醫師他代表精神科醫學會，我瞭解他們內部有不同意見，所以這個案子看起來

是沒有取得共識，而且這個調升以後，它也是每一天，其實這個案子有點像當初何語何代表不通過的這個 RCW 這樣子的概念，它調升以後也是每一天都會調。剛剛周國旭周代表有提到說，好像一個病人有三、四萬，它還有自費的收入，還有社家署的補助，然後健保署這邊又給它調整，所以我是覺得這個案子要再評估一下，因為政府也是一體，不管是健保署或者是社家署，當然社家署是公務預算，但是健保它也是政府這邊主導的一些費用，那還有病人自費的這個項目。那病人自費到底有沒有在管制，那這個也是一個問題。所以我是認為這個案子是不是再從長計議這樣？以上。

主席

好，謝謝。我們再請精神科醫學會郭錫卿理事發言。

郭錫卿理事(台灣精神醫學會)

署長好、各位代表好，精神醫學會的立場是如果能夠增加國內的精神醫療的相關資源，我們基本上都贊成，不過就像最一開始署長說的，現在有不少給付標準其實是不夠衡平。我們的意見是這樣，如果本來都已經不夠衡平了，就不應該讓它更不衡平。譬如說在精神醫療的相關給付裡面，如果它不衡平，又更不衡平之後，我們整個醫療架構其實會被扭曲。像剛剛周國旭代表所說，我們現在支付是 508 點，現在討論的住宿型復健機構，是我們平常所說的康復之家是 508 點，我們以另外一個支付標準來比較，就是一般精神科慢性病房的住院照顧費 04002B 是 806 點，但康復之家的 508 點是不包括住宿費的。那精神科慢性病房的費用是包括所有的費用，那包括病房費。所以如果我們把這個兩個給付標準把它做一個拆解來分析，我們把這個慢性病房這個費用 806 點一天，扣掉一般慢性病房的病房費，回去參考 03069B 的一般慢性病房病房費 302 點，其實把它減掉以後事實上是給付了 504 點，比康復之家的 508 點還要低。

但是如果計算成本的話，109 年 6 月 3 日健保署召開的那個精神疾病患者社區復健支付標準討論諮詢會議裡面，那時候我們有在計算，

這個成本以慢性病房跟康復之家的成本來算，慢性病房成本大概是康復之家成本的4倍以上，可是收入我們現在縱使健保給付都一個是508一個是504點，都比較高。那如果再加上剛剛講的社家署的給付以及自費的部分，康復之家大概一天有1,189元到1,539元，如果是慢性病房的話，那806點如果乘以0.9的點值，那大概是725元一天。因為慢性病房依照健保的規定，只要健保給付就不能夠另外收自費，但是這個康復之家卻可以收以上的費用。所以如果在臺北市像這些地方的話，那康復之家目前一個月的收大概是慢性病房一個月收入的兩倍，這是目前還沒有調整之前的費用。所以如果繼續再調整其實會使得我們的精神醫療的這些醫療機構的給付會產生更加的扭曲，將會產生比較大的問題。

而且在109年6月3日的會議裡面，健保署也統計了所有的這些相關的精神醫療機構，最近這十年來的變化，大概除了康復之家有持續成長以外，所有其它機構大概都是萎縮。最近十年來康復之家的成長率，如果以家數康復之家的家數來看大概每一年成長個5.8%，費用成長率每一年大概成長13%，但是像慢性精神病，或其它的精神醫療的機構，大概都是小幅的萎縮。所以你從這個結果來看，如果我們今天再讓這個給付再更不衡平的話，事實上會使得我們的精神醫療項目會受到扭曲。

主席

好，謝謝，郭錫卿理事，這個案子我聽起來是蠻沒有辦法有一個共識。我拜託我們的那個同仁再跟學會再好好對話一下，看怎麼樣做會比較好一點。以後報告的時候有一些資料要先給大家看，因為這個這樣談的話很冗長，假如說後面沒有人聽得懂在講什麼，那就很麻煩。我一直也支持這個精神復健的一些相關的給付了，畢竟這個在整個臺灣來講，像最近我們對於思覺失調，我們的健保會也還有部裡面都已經撥了相當大的一筆款項在支持這些病人恢復健康。那像這一部分的話我們也是很支持就是說該怎麼做會好一點，因為本身就是說這個內容蠻多、蠻複雜的，我想就下一次再提出來報告，好不好？我們先這

樣。那我們進入討論二。

討論事項

第二案

案由：全民健康保險遠距醫療給付計畫(下稱本計畫)修訂案。

主席

好，謝謝，請各位代表發言，紹誠代表請說。

李代表紹誠

我有一個要問，就是我們之前有開放幾個科別，那現在增加這些科別，還是醫師對醫師端嗎？第一個問題，第二個就是科別的開放如果用遠距有沒有一個開放這些有沒有是一個特殊情況？還是以後就是常態性的，而不是針對於 COVID-19 這個疫情的特別的時間點？所以我要請教這幾個問題，以上。

主席

好，謝謝，那請姿擘科長回應。

呂科長姿擘

好，先回應第一個問題，目前我們遠距的計畫，是以醫師對醫師為主，第二個問題在科別的部分，這一次新增了心內、腸胃、神經內科跟胸腔科，其實這個遠距的計畫跟我們現行的 COVID-19 的視訊診療是不一樣的。這一次的新增的這 4 個科別會併同我們 110 年實施的五官科，就會一直適用，除非是下一個年度可能又再做計畫的調整，才會去做修訂，以上說明，就是常態。

主席

好，請朱益宏代表，朱代表，請說。

朱代表益宏

好，謝謝主席，剛剛在宣讀議程有提到開放是以當地沒有提供相關的診療科別，才會用遠距，但是我看到附表討 2-23 頁，裡面有些我

不是很瞭解，特別是眼科，它可能在在地端也有這個科別，然後遠距端又有，還有皮膚科或者是耳鼻喉科，五官科也有這樣子的狀況，這個跟剛剛宣讀好像又不太一樣。是不是請健保署說明一下，以上。

主席

來，好，請姿擘科長再回應一下。

呂科長姿擘

先說明一下，因為今年的計畫應該是說這一次會議提出來的版本，我們才有去規範說當地如果有那一個專科，如果已經有那一個執業醫師的那個專科別，那會盡量不要再有重複醫療資源去重複投入的狀況。現在呈現的這一個是我們現行已經有核定的，那剛剛提到的眼科、皮膚科、耳鼻喉科的這一些都是我們去年度核定的部分，以上。

主席

好，我們請游進邦游代表。

游代表進邦

主席、各位代表大家好，這邊大概有提到說新增在地院所門診診察費加成，我要釐清就是所謂在地院所是，就是偏遠地區、山地離島的在地院所嗎？還是會診的院所？我想說這部分應該是我想要把它的定義釐清楚的地方，好，以上。

主席

好，謝謝，請姿擘科長回應一下。

呂科長姿擘

跟各位代表說明一下，各位代表可以翻閱我們的討 2-9 頁，原來我們的遠距的計畫，我們就只有提供幾個費用，就是遠距的會診費，分成論專科跟論診次，以及急診的會診費。這個費用其實都是給遠距端的。因為考量到說其實在地端，在執行的那個院所端，其實也會有需要透過一些比較煩瑣的程序，所以我們才會在這一次的計畫調整，希望說針對於在地端執行的那個院所，提高它的診察費加成，以上。

主席

好，謝謝，現在請吳國治吳代表，請。

吳代表國治

其實我的問題跟朱代表是一樣的，這次我也樂見署裡有做了一些修正，之前之所以會一直聚焦在這個地方，主要是因為當時部裡的醫發基金去支付了一些計畫，可是都在醫院實行的，可是那個地方也不是所謂偏遠或者真的需要視訊的地方，所以我們才會提出來，現在這些列出來的地區可能要釐清，像斗六、虎尾這些地方，好像在地就有眼科的基層診所或者是其它的醫院，雖然部裡的那些計畫限定在 109 年以前核定的，可是舊的計畫結束以後應該就要把這些地區排除了，是不是這個意思？如果是這樣的話我們當然是支持，因為這樣才會符合分級醫療的精神，而且符合面對面診療，因為通訊診療其實是一個不得已的方法，那在面對面診療能夠做得到的話，就不應該要有通訊診療的方式，以上，謝謝。

主席

好，謝謝，請姿曄科長回應一下。

呂科長姿曄

跟代表說明一下，其實在雲林的斗六跟虎尾，當時我們其實就只有同意它急診的會診費而已。因為當時雲林斗六跟虎尾原本是部裡頭有去支應智慧醫療區域聯防的試辦計畫。但是後期那個計畫其實就已經沒有再執行，當地他們擔心說他們的急診可能會有一些需求，所以才會希望我們可以去開放針對於 109 年以前已經有同意的那些，部裡頭同意的那些計畫，我們可以特別同意它急診的科別，以上。

主席

王宏育代表，王代表，請。

王代表宏育

報告主席，我們不反對遠距醫療，但是我們更希望說能夠分級醫

療，讓我們的偏鄉有多一點診所，這樣子就不要一直靠遠距醫療，畢竟遠距醫療沒有辦法直接接觸到病人，這個是我第一個想法。

第二個，遠距醫療是民國 108 年提出來預算是 1 億，那個時候我有擋了一次，我是覺得說我們有一個通訊診察，能不能一點點費用給通訊診察，就是給診所的錢。例如說我們居家醫療還是機構的，還是說甚至是將來家庭醫師，如果跟病人視訊加 Line 視訊的話，能不能一次給 100 塊還是 200 塊的一個手續費，現在我們因為疫情，所以是防疫費用出這個錢，就是一次給我們診察費 500 塊，但是以前都沒有任何的費用，我們跟病人加 Line，我們幫他看病，通訊診察沒有給診所半毛錢，我們還要截圖，還要跟健保局跟病人加 Line 跟健保局備查，我是覺得將來能不能編一個預算給診所，讓診所能夠通訊診察之後，也可以有一點點工本費？

另外，剛才何語何代表講到說醫院的設備一定比診所好，所以它的支付標準要比診所高一點，我跟何代表報告一下，像胃鏡像超音波的話，如果在我們高雄的阿蓮區、內門區、月世界，買了胃鏡，超音波做得人很少，他們成本很高；在醫學中心買了以後做得人很多，他的成本反而低，何代表的意見是在醫學中心要給他錢很多，這樣對偏鄉的人，反而是比較可憐。所以我是覺得說有時候我們有很多政策，我們希望可以考慮到偏鄉的民眾，他們真的比較可憐，不是所有的人到醫學中心去都很方便，所以我有這個建議，謝謝大家。

主席

好，謝謝，我們請紹誠代表，請發言。

李代表紹誠

針對這個遠距醫療，醫院之前有開放皮膚科、耳鼻喉科好像有三個科別，當時我有提就是說之後要去做檢討，主席裁示也是說我們之後要來檢討，目前這個幾個科用的狀況如何？第二個就是我們現在在操作這些介面的時候太不 friendly，以至於在每一個端的地方都非常的辛苦操作這些設備。所以將來希望在這個軟體的部分呢，可以比較

friendly，讓在使用上面會更方便，以上。

主席

好，謝謝，我想剛剛王宏育代表或者李紹誠代表講的都一樣，其實要真心落實分級醫療，這是我期待會看到的，來，請朱益宏代表，請說。

朱代表益宏

好，謝謝主席，我想請教一下澎湖的馬公，因為原來有寫一個急診科，但我剛剛就查了，像部立澎湖醫院它就有 4 個急診專科醫師，然後國軍澎湖醫院它也有急診專科醫師，這邊又給它放到所謂的視訊門診，其實很奇怪，因為澎湖馬公市它不是很大的一個地方，它的其它離島地區或許需要一些視訊的幫助，但是馬公市兩家大醫院他都有急診的專科醫師在這邊，結果還開放別的醫院用視訊的方式來處理，這個我是覺得也蠻奇怪的，剛剛當然承辦單位有講說今年度的只有增加一些科別，但是以前通過的就算有也不調整，我覺得既然要檢討，就應該要一併檢視，如果真的在地也有相關的科別，應該還是回到在地，而不是用視訊診療，以上，謝謝。

主席

好，謝謝，吳國治代表，吳代表，請說。

吳代表國治

我做一個建議，是不是在附件一裡面的實行計畫內容跟格式的部分，應該要有一個欄位去確認在地有沒有可以提供面對面診療的院所，這樣的話才會一目了然。第二個就是討 2-8 頁這邊提到簡化申請的時候，在之前如果已經有在做了，可是在地有了醫療資源，其實就不能夠簡化繼續做，應該要回歸到在地的醫療，以上，謝謝。

主席

好，謝謝，謝景祥代表請說。

謝代表景祥

我想這個視訊原意是很好，但是我是覺得說整個系統從上次到現在看起來還是有一些粗糙的地方。不過也謝謝健保署現在有一些改善，至少把一些什麼醫療資源不足的那個地方去掉。第一點，我贊成說必須要檢討假如譬如說那個鄉鎮本來就已經有一個心臟科的診所了。那你不應該再開一個那個視訊的診療。

第二點，這個科別到底是怎麼去弄出來的，之前那個五官科還有一點到就是說他們都需要視訊，是需要用眼睛看那些圖像的，心臟科我覺得也有道理，因為他可能要傳 EKG，胸腔科也有一點道理，它可能要傳一個胸部的 X 光片，我無法瞭解腸胃科跟神經內科為什麼會納進來，上次開會也有講到真的要納進來，我是骨科醫師，骨科還比較有幫助，因為骨科可以幫助看這個 X 光片，所以我希望瞭解所以腸胃科、神經內科為什麼會納進來？是不是檢討可以把骨科放上去？但是前提都是當地假如有該科的診所，就不應該開放該科，以上報告，謝謝。

主席

謝謝，我們請何語代表，何代表請發言。

何代表語

署長、各位代表好，我回應一下剛剛代表講的，如果偏遠地區的診所願意投資胃鏡設備，超音波設備我非常支持，當時西醫診所的心臟超音波因 C 表、B 表的關係無法拿到錢，後來我就爭取到 1.3 億讓西醫基層的心臟做超音波能夠拿到這筆錢，我的觀點是如果你有投資什麼樣的特別新科技新設備，我很支持你的費用是可以研擬的。但是如果一般的診察或者一般的一些不是用特別儀器設備的，我認為不應該是相同。

另外我認為遠距醫療案子已經編了經費，我建議說今天有很多寶貴的意見可以參考，執行面可以參考。因為上面已經有討論到納入哪幾科別的時候，上一次就討論納入了。那這個案子是上一次有討論過，這一次有提出來做最後的確認，我建議說這個案子先讓它通過去執行。

各位我在這裡講一些題外話，今年全國工業總會的產業發展白皮書把醫療產業納進來，包括生醫產業，醫療產業裡面我們建議到 AI 醫療的發展，數位醫療的發展還有遠距醫療的發展，包括未來整個國家資通信在醫療產業發展方面，包括醫療公司化、營利化，那麼未來醫療在銀行也應該給低利率支持，這一點就納入整個體系，產業體系去發展，這是我順便提一下，那我們已經列入今年的產業發展白皮書裡面了，我提供參考，謝謝。

主席

好，謝謝，我們最後請王宏育代表，王代表發言，然後我們就做一個結論，來，請說。

王代表宏育

不好意思，我要回應一下何語代表的意見，不是所有的東西都是醫院的給付一定要高於診所的給付，診所有時候成本反而比較高，醫院、診所一定各有所長，大家要配合。像現在我們知道防疫的話抗病毒藥物 Paxlovid，5 月 15 日高雄的醫院發了 4 萬盒，診所才 3,000 盒，核心藥局 5,000 盒，這個藥是輕症早期使用高風險，醫院怎麼會有輕症的病人呢？我們抗議以後醫院的 4 萬盒才 2 萬盒給診所，所以診所也是很有用的，醫院跟診所要互相配合，各有所長，簡單報告，謝謝。

主席

好，謝謝，那請姿擘科長再做一個結論。

呂科長姿擘

好，那謝謝今天代表提供的那個寶貴的意見，還是先回應一下，因為之前有代表有提出來一些疑義的部分，就是在澎湖馬公的急診，其實它當時是因為配合衛福部的遠距醫療計畫，所以我們才會同意的。另外這一次新增的這幾個科別，基本上在心內跟腸胃科其實它是以衛福部現行已經有提供的遠距醫療科別，所以我們才把它增加。那另外在神內跟胸腔科其實基本上是我們現行 IDS 已經有在執行的遠距的科別，我們才把它加進來。那另外有代表有提到說，就是在我們的執行

計畫的內容跟格式裡面，可以去增加如果已經有這個科別，那我們為什麼要再提供這樣科別的原因，以及當地的醫療資源說明，這些我們都可以納參，以上。

主席

謝謝，我想剛剛何語代表提到，因為這個案子的確是上個禮拜部長在開會的時候針對遠距醫療，通訊醫療的部分，他有交代石次長說要放進重點，因為在國外來講的話，我想遠距醫療包括視訊診療是一個相當夯的一個題目。我想各位大概也知道在整個臺灣裡面就醫病人平均就醫次數最多的是哪裡？就是澎湖，我們的楊曜委員非常認真，各位我們的澎湖的民眾很多，真正應該給他們照顧。我覺得偏鄉離島的醫療是我們需要加強的重點，剛剛各位代表所提的，怎麼樣去落實分級醫療，讓我們的基層的那個診所都能夠發揮功能，這個是絕對是我們的重點，我們是希望不同層級的醫療能力能夠做最適當的利用。

剛剛王宏育代表提到，我們基層對 COVID-19 的照護，包括 Paxlovid 的藥物用得很多，做了一個很好的影片，我們就把這個影片傳到我們所有的醫療院所，讓大家知道什麼叫一組，一組就是三顆，然後一片是兩組，吃五天是十組，這個都是很多訣竅。各位代表可以信任，因為我們對於遠距醫療要讓整個醫療體系在分級醫療能夠做得更有效率，這個是我們的目標。假如沒有特別問題，我們這個案子就這樣通過，我會再請我們的同仁針對各位代表的意見再做一個整理，好不好？假如沒有問題的話，我們進入今天的重頭戲，討論三。

討論事項

第三案

案由：有關增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）地區醫院支付點數加計及點值保障之適用條件案，提請討論。

主席

謝謝，來，朱代表請說。

朱代表益宏

謝謝主席，我要把這個案子來龍去脈跟大家再報告一次。第一個我要跟何語何代表特別報告，這個案子是減錢並不是加錢，如果這個案子通過的話，合計會減少大概接近 10 億的經費。這個案子其實是在去年的時候，因為 110 年醫院總額裡面有一筆壯大社區的預算大概是 5 億，實際上是用了大概差不多有接近到 8 億，等於超過 5 億的預算，所以在醫院總額的會議上，醫學中心就有提案說要做預算的調整，認為地區醫院這個預算超支太多，會影響到其它總額部分，而且是在一般的總額裡面，確實會有這個排擠的效應，這是第一個。

第二個就是因為分級醫療從 107 年開始實施了以後，醫學中心跟區域醫院門診服務量要年減 2%，從 108 年開始發現有很多區域醫院，自動降級成地區醫院，主要就是規避這個年減 2%，歷年來地區醫院有一些特別針對地區醫院的保障跟加成(降級的醫院)，除了規避年減 2% 以外，又可以領取地區醫院的這個加成，導致這個分級醫療形同虛設。另外就是在這個案子實施後，也看到很多體系醫院，特別是大型的體系醫院，紛紛設立門前醫院，有些醫院它收購小型的地區醫院，可能離自己的醫院母院才幾百公尺，車程才三五分鐘的時間，其實就是規避所有分級醫療的措施，甚至包括我們轉診的加成，那它都是予以規避。

第三個就是在去年部分負擔調整的時候，部長有找醫院協會還有三個層級，另外一個場合還有找付費者來談部分負擔相關的調整。在找醫療服務提供這邊來談的時候，部長也認為這個事情要處理，當初原來的想法是用床數去做限制，但是在會議中西醫基層代表，有跟部長建議除了床數以外，也要考慮申報健保的點數。

所以主要原因有這三點，經過台灣社區醫院協會我們內部討論以後，也認為說這個如果不處理的話，現在看到很多大型的財團或者是體系醫院紛紛設立新的醫院以後，它明明是一個區域醫院甚至更大的

規模，但是它就不參加區域醫院的評鑑，就一直留在地區醫院，那政府為了要壯大社區，實施分級醫療之下，所有的獎勵結果都到所謂的大型或是準地區醫院，那其實壯大社區的預算就沒有用在刀口上。

社協經過討論以後，在3月份醫院總額研商議事會議裡頭有提出提案，在那個案子上主席認為可能還不夠成熟，希望台灣社區醫院協會再去凝聚一些共識，所以我們很慎重的開了一次理監事會，同時也有請到一些體系醫院，甚至包括部立醫院、國軍體系醫院、軍醫局還有部立醫院的醫福會，還有榮民體系的退輔會，都有請他們派人參加討論。最後討論的結果就是剛剛講的，第一個是床數用250床去做一個計算，那另外一個就是部長要求的希望能夠把提供的服務量也加上去，那就是用23億去做一個標準，這個23億就是用區域醫院在108年的平均值，平均申報的點數的中位數大概就差不多是這樣子。大概是20億左右，另外再加上每一年都有5%的成長，所以大概就是23億這樣子的一個數字去算出來的。

另外也要去處理大型體系，它一直開設所謂的門前醫院，所以我們也把體系的觀念加上去。也就是說當那個體系大到某一個程度的時候，也應該要受到限制。體系就是用整個體系健保申報大概是69億來做處理。但是這裡面我們在討論的時候也發現，某些體系在偏遠地區設立醫院，譬如說臺大體系設在金山，譬如說長庚體系設在麥寮，那個都是非常偏遠的地方，譬如說臺南那個奇美在佳里去設，這個都是屬於比較偏遠的地區。我們認為體系在醫療資源比較不足的地方去設立應該要給予鼓勵，不應該排除，所以如果它是符合醫療資源不足的地區的話，應該還是要給予保障。

主席

朱益宏代表，很多人等著講話，請你做結論。

朱代表益宏

是，在上一次醫院總額的時候大家都通過，所以這個今天在這邊提案，那以上報告，謝謝。

主席

好，謝謝，那我們現在請陳志忠代表，陳代表請說。

陳代表志忠

署長好，各位與會的代表大家好，這一個提案我們表達支持壯大社區這個是非常正確的。但是剛剛朱代表講這個來龍去脈算得非常之精準，我們在會前稍微去看了一下這個申報的點數。在 2021 年整年的資料區域醫院列入區域醫院的有 81 家，有 48 家不在 23 億的門檻，然後其中令人非常之汗顏的是有 30 家區域醫院申報一年不到 15 億。所以等於我們是對於 23 億這個數字也表達一點意見，看是不是應該要往下調？調成多少可能還需要去算，以上。

主席

好，謝謝，現在請游進邦代表，游代表，請。

游代表進邦

好，主席、各位代表大家好，針對這個議題我個人的看法是因為這一件醫院加成排外條款。但是我們在看說這一件加成的本質，因為當時在夜間、假日醫療服務很少，而且當時基層診所所有時候假日也沒有開，所以那時候在鼓勵地區醫院說要加開夜間門診跟假日門診，所以才說有給予這樣加成。那社區協會提這個方案，就是說醫院大於某種程度就不予加成，我想這部分的意思就是說以後未來在夜間、假日門診就是由小型的地區醫院來負責，比較大型的醫院就不要再開門診了，不加成就是不鼓勵開這個診，我想這件事情要特別釐清，這個假如是符合政府的政策，那大家也可以配合說就不要去夜間開診、假日開診。

那第二個就是說那個假日的住院護理費，住院護理費也不加成，我覺得這件事情是不符合比例原則的。這個跟規模沒有關係，事實上假日護理人員的成本是比較高，所以這件事情我認為說值得商榷的地方。

再來大於 250 床這件事情我是沒有太大意見，那個標準上怎麼訂，我認為說這件事情是應該是要計算一個比較合理的，其實說你地區醫院大到什麼程度在叫合理？還是說要保障哪一種地區醫院比較合理？我想社區醫院協會應該要比較精算一點，不是用區域醫院的中位數去抓這件事情的定義。

再來我覺得體系這件事情，我認為說真正要看出一家醫院的體質有沒有到達到一定的程度說它根本不屬於地區醫院，用體系去綁這件事情，大醫院去買一些小醫院，憑良心講，這種醫院不多了，這種體系也不多了，一竿子把所有體系都打死，我認為這樣不好，而且這種做法是把公立醫院體系、榮民體系、軍醫體系通通一竿子就打死了，我認為說這個對於整個醫療衝擊太大，我認為還是要做一些思考說，我是反對用體系去做定義、框列的，單就醫院的本質去做，去看說它到底符不符合這個資格。

最後一點我認為新設立醫院在地區醫院它是沒有辦法，就評鑑的開始一定是從地區醫院開始評鑑，應該要有新設立醫院的排除條款，所以健保我們在新設立醫院都有三年的條款，我認為這一部分，這件事情應該要有相同的待遇，以上。

主席

好，謝謝，現在請何語代表，何代表請發言。

何代表語

署長各位代表，朱代表講了非常多，但我聽起來不合邏輯，第一點健保法令並沒有文字說規定，可以同體系，可以不平等分配的規定，法令上哪一條有這個文字寫出來？請部長拿給我看好不好？

第二點本項總額，地區醫院假日或者夜間門診這個 10 億不含藥費採固定點值，提升住院照護的品質，放在優先管理住院手術護理費支付給付點數加成 30%。我們在這裡提出來 110 年醫院總額持續推動分級醫療壯大社區醫院，這個我是很贊成的，但是去協定的事項裡面寫得很清楚，用於地區醫院假日或者夜間門診案件不含藥費採固定點值，

健保署於當初協商估算經費時，並未對地區醫院規模設限，在總額協商的時候並沒有對地區醫院設限到什麼程度可以分什麼不可以分，現在提出來設限是違反公平原則跟法律的規範。這限縮適用資格就影響大型地區醫院開設假日或夜間門診的醫院，影響民眾的就醫權利及可近性，那我們覺得你們這 10 億做什麼？就不要了嘛，10 億收回來嘛，你們既然假日跟夜間你不要去搞門診了。現在地區醫院適用資格或者減少經費，用於夜間假日及科別門診診察費急診診察費加計，不符該項專款的協定用途，我們當時的協定用途加成點數增加點值，加以保障使經費使用在合理性的問題。

付費者我們都反對此案對於個別醫院的給付設定設限規定，本案我們反對。那麼假使必要的話，我移請健保會 6 月份討論。本項總額是用於地區醫院我剛才講的假日及夜間門診及急診診察費加計或者提升民眾就醫權。如果我要講一句很嚴重的話，就是你們對少數地區醫院霸凌，多數地區醫院霸凌少數地區醫院，這是霸凌行為，在整個商業法上也是這樣子。你今天醫療體系有問題，你政府的政策要從醫療體系去建立法規法令，譬如講我們經營企業，我的規模大很大，他叫我上市我不願意上市，你一定要我上市嗎？不見得吧！這個經營的話，你隨個人的經營觀點策略怎麼去經營，除非政府把法令定得很嚴謹。所以我認為在這一案的 2-1 頁在說明第二點的第一項（一）、（二）都要刪除掉，不應該寫這種霸凌的行為，這是很不應該的，要不然我們 6 月份提到健保會來討論，看所有的付費者代表是不是全部支持認同這種不公平的分配行為？因為跟我們當時總額協商的研議脫離太大了，不是這樣子做的。

至於政府的法令要怎麼去訂定，是未來政府法令訂定，現在健保法法令裡面，沒有文字說可以不平等分配規定。總額協商也沒有訂下這些文字，所以我覺得這一案是很不合理的，我認為應該取消臺灣社區醫療協會提出來的（一）、（二）這些文字，很不公平的做法，我的意見是這樣的，我們反對那這個案的地區醫院提出來的分配方式。

主席

好，謝謝何語代表，我們現在請朱文洋代表，朱代表，請發言，大家都長話短說。

朱代表文洋

謝謝署長，我是社區醫院代表朱文洋。事實上沒有像何語代表講得這麼嚴重，最主要是地區醫院有中大型醫院，像 250 床以上的醫院，大部分分布在都會區或在都會周邊的地區，大部分的地區醫院都是遍布在全省鄉鎮醫院裡面，小型醫院都在那邊。我們也曉得全臺灣醫療資源城鄉差距是比較大的，根據 2020 年衛福部統計，全臺 368 個鄉鎮有 87.5% 的鄉鎮沒有達到 WHO 規定，每萬人口 10 個以上醫師的標準，所以在鄉鎮地區醫院裡面，人力招募是困難的，它的醫療成本定價、進貨也是比較高，所以這些地區醫院都是位於在人口數比較少的地方，它的經營量體是比較小，承受外在的衝擊，應變的能力比較差，因此在有限的資源裡面壯大這些社區醫院應該以保障這些弱勢醫院為主，才有雪中送炭的效果。如果通案適用中大型的地區醫院，是一種錦上添花的動作，因為這些大型的醫院比較不會受到衝擊，只有小型醫院它可以達到雪中送炭的效果，我認為壯大社區醫院應該加上一個保障弱勢的方案，這樣子會比較合理，以上報告。

主席

好，我們現在請黃雪玲代表，黃代表請發言。

黃代表雪玲

好，我覺得今天這個案子不應該把體系醫院納入範圍內，因為有些體系像我們是公立醫院，像我們北部金山、竹東，這都是當初衛福部不能經營，經營不善再委託我們經營，並不是我們承攬來的，當初是地區醫院，現在還是地區醫院，沒道理就不能參加這個分配，我覺得這個體系應該不可以把它納入，我們是不太贊成這個部分。

主席

好，謝謝，我們請劉國隆代表，劉代表請發言。

劉代表國隆

謝謝署長，所有的代表大家好。我們都知道剛剛何代表講的也沒有錯，地區醫院原本不應該設限，只是我們剛剛朱代表也有講，在都會區周邊，當然就會有產生一些狀況，尤其在 250 床以上的中大型的地區醫院蠻多，我們還是按照我們健保會的方式？健保會的結餘我們要補助的，應該不要設限，如果有哪一些區域能夠舉證出來說他們真的是中大型的社區醫院太多，我們再來按照區域性來做設限，因為一竿子就全部打翻了所有的船，那也不好了，我的建議是應該還是不要設限。如果有特殊狀況區域的話，我們再來另案再提出來到健保會去討論這樣子，這是我的意見謝謝。

主席

好，謝謝，朱益宏代表請讓別人先發言，再第二次發言，請劉碧珠代表，劉代表請發言。

劉代表碧珠

是，謝謝署長。我要呼應一下，我覺得社區醫院提這個所謂的保障，他們的用意可能是要減少一些所謂的地區的大型醫院再使用保障的資源。所謂的壯大基層應該是指需要被保障的經濟規模真正弱勢的醫院，所以真正要保障的反而是那 50 床左右的小醫院，這種規模的醫院其實他們在整個市場競爭營運上，的確是可能會有一些比較相對來講比較辛苦的地方，這個我們要給予支持。

但是剛剛提到地區醫院，社區醫院協會提出來說要床數小於 250 床，然後一年的申報點數少於 23 億這件事情看，來當做一個基準來劃分的話，我必須要替我們一半以上的區域醫院發聲一下，我們 81 家的區域醫院裡面有 45 家的醫院一年的申報點數都不到 23 億，我們是區域醫院，政策對我們層級的各種責任要求，以及層層的限制之後，需要投入的人力物力遠高於地區醫院，但我們區域層級很多醫院一年申報的點數都不到 23 億，其中我們更是有 30 家的區域醫院，一年的申報點數也不到 15 億，甚至有 15 家的醫院一年的申報點數也不到 10 億。對於區域這樣的一個設限情何以堪呢？是不是？

因為這些醫院所在的地區，或者是提供醫療服務量能，我相信相對於這個很多的地區醫院，他們的成本投入或各項負擔實際上是遠高現在被保障的地區醫院。當初會選擇升級到區域層級也是基於對民眾的照護一定是有它的這個必要性。可是目前分級醫療對於這樣的一刀切的方式在做的時候，對於我們很多的區域醫院而言，他們不得不降為地區醫院來求生存，這個是我們之前區域醫院協會一直在呼籲說這樣的切法其實會嚴重的損害到，不管是民眾的權益也好，或者是區域醫院的一個營運的這個生存的這個點也好，我想這個影響是非常大，我想利用這一次的機會我們還是要再提出來，250 床，23 億這樣的一個基準其實已經是把我們區域醫院一半以上的醫院都往下壓了，這個道理合理嗎？如果真的要講保障弱勢的點值，我們建議說要保障的弱勢應該是限縮在 50 床以下的地區醫院給適當的保障，以上補充。

主席

好，謝謝，我們現在請謝景祥代表，謝代表，請發言。

謝代表景祥

從大家剛剛的發言，可能何語代表有點誤會了。對於這個案子不是社區醫院協會主動提的，是因為被醫學中心跟區域醫院，尤其是區域醫院指責了好久，就是像剛剛劉代表講的，為什麼有一些地區醫院明明都比一半以上的區域醫院還要大，但是不需要減量或者虧損，也還可以拿到保障，比如說彰基員林分院是區域醫院又在都會區，旁邊還有其它小型的醫院還有很多的診所，所以像這樣子是不是需要留在這個保障裡面？老實講這個案子不是我們主動提出來的，而是被逼的。

從各位剛剛的發言就可以看出來，我們這一條線劃出來，有人指責我們線劃得太嚴，有人指責我們線劃得太鬆。現在有人說我們不應該劃一條線排除那些體系的，排除那些太大的地區醫院。那有的說我們這條線太鬆了應該要下修，可以到 23 億應該要再往下修。我們社區醫院協會是經過很長久的內部討論，很痛苦的劃出這麼一條線。假如說不劃這一條線又會被罵，說我們袒護，因為不管這些大型的地區醫

院其實都是我們的會員，他們會罵說我們袒護會員。所以我覺得說現在大家看起來，大家都有共識，劃一條線是有需要的，只是這條線要劃在哪裡？我們也是討論了很久才劃在這個地方，當然很多人認為說太鬆了這個太緊，我們至少說劃到在這個地方，假如說這個體系大到63億，那表示這個體系採購是通的，一年的採購量，一年營業額是超過63億，還在保護裡面，我覺得就有一點不太說得過去。

主席

我們請李佳珂代表，請。

李代表佳珂

好，主席、各位代表，我代表區域層級再表達一下，剛剛我們的陳志忠代表跟我們碧珠秘書長都有提到，區域層級的醫院其實在經營上也有很大的一個困難，包括剛剛秘書長也有提到說在整個的申報的量能上面也有一些確實23億點這個部分在區域層級有很大部分的醫院其實是沒有達到，沒有辦法達到這個目標的，這是第一點要表達。第二點的部分同樣的不管是不是體系醫院的地區醫院，其實他們也有善盡到所謂分級醫療的責任，他們也有盡到這個分級醫療的一些義務。所以個人覺得在區域層級，不管是體系醫院或者，是不是體系醫院的地區醫院？我不贊成用這樣子的一個劃分把它排除掉，那以上。

主席

好，謝謝，那我們現在請朱益宏代表發言，朱代表，請。

朱代表益宏

好，謝謝主席，我想這個案子剛剛大家有不同的意見，但是我要先回應一下何代表講的，對我來講太沉重了，台灣社區醫院協會並沒有霸凌任何人，所以何語代表講我們霸凌要有證據，這個案子是經過我們充分的討論，凝聚大家共識把它提出來，所以何語代表這個霸凌這件事情是不是要再考慮一下？因為會有實錄，這是第一個。

第二個我還是要強調，這個並不是我們主動提出來，是被動，包

括在醫院總額的時候，臺大的這個雪玲組長，他們也提出來，她那時候是發言說地區醫院要處理這樣子的一個狀況，所以我們才會被動的提出來這些條件，並不是我們主動。

第三個剛剛區域醫院有提到說這個我們訂的這個 23 億太高了，如果不提，可能 45 家區域醫院，未來如果衛福部這個分級醫療政策持續推下去，可能這 40 幾家醫院全部都變成地區醫院，我相信也不是區域醫院樂見的。今天台灣社區醫院我們的態度是開放的，如果說大家認為說不要去設限，不應該設限，特別是付費者代表，何語代表認為這個是違反公平正義不要設限，我覺得大家把話講清楚，以後就不要再歸責台灣社區醫院協會，到時候評鑑時，如果分級醫療再持續去推動，大型的醫院全部降級成為地區醫院，去領地區醫院相關補助，也是在座所有的代表，包括何語何代表要去承擔這樣子的一個狀況了。

另外就是大家有提到說體系這部分是不是要排除？我要跟各位報告為什麼要把體系放進去？因為體系它在整體醫療經營上它享受了非常多的優勢，包括人事成本非常低，採購成本非常低，藥品的採購非常低等等，人力的資源也是非常的有優勢，科別的資源非常有優勢，所以其實在經營的成本是遠低於一般型的社區醫院。所以我們認為說既然這樣子，應該把這個壯大社區的預算要優先用於真的是弱勢的地區醫院，所以才會把體系排除。當然剛剛發表的醫院，認為反對體系的，因為可能在你背後代表的是很多體系，本身自己也是有體系醫院，當然覺得如果排除的話會自己會受損。但是我覺得如果從宏觀的角度來看的話，那這個才是長遠能夠讓分級醫療，所謂這個導正我們倒金字塔這個醫療形態一個唯一的方法，以上補充，謝謝。

主席

好，謝謝，我們現在請何語代表，雪玲代表請準備，等一下請你發言，人家說是你引起的。

何代表語

署長各位代表，第一個我沒有完全誤會，為什麼？因為我們在總

額協商的時候，沒有訂下那個規範，既然沒有訂下規範，您今天自己要訂下那個規範，違反我們總額協商的雙方共識，跟雙方的決議，這是我很堅持的一點。

第二點我說的霸凌就是如果地區醫院把剛才的說明二下面的（一）、（二）放上去，這兩條就是有霸凌行為，霸凌意念，霸凌思想。我坦白講，如果這兩條刪掉我就不敢講霸凌。

第三點我要講的就是我們這裡寫的是持續推動分級醫療壯大社區醫院，不是持續推動分級醫療壯大社區醫院診察費，如果你寫說壯大社區醫院的診察費，意義做法完全不一樣了，我們只是壯大社區醫院，裡面寫的就是我們希望這個假日夜間門診有開診，我們會保障你的固定點值，你現在要加錢另外一回事，這是另外一點。

另外，假使這個 10 億，要保障兩億或者三億來補助壯大這些小型的地區醫院，用單額去補助他，就等於說你到那個偏遠地區去開一家診所，我每個月補助你多少錢，一年補助你多少錢，我們也贊成，今天如果提這個案，我就非常支持說是壯大這些小的社區醫院，讓他能夠生存能夠壯大，譬如講說你署裡裡面我要拿兩億，拿三億出來補助這個 50 床以下，或者 100 床以下，只要他有開夜間門診假日門診，我們每個月補助他定額多少錢，我同意。

今年的總額協商已經定案了，除非你明年在總額協商的時候提出來說，我這一筆錢能不能有一部分來壯大這個小的地區醫院來 100 床以下也沒關係，那我也非常支持這個案，這是這是在總額協商的雙方共識精神裡面要堅持的一件事情，這是我反對你去補助這些 100 床以下、50 床以下的醫院，我不反對，但是不能用診察費去限制誰可以領，誰不可以領，這種是不對的，法律沒有這個條文。至於他們其它建議，要依法有據之外也要跟我們總額協商文字的共識有憑據，現在連文字共識都沒有憑據，我們怎麼接受，這是我的意見，謝謝。

主席

謝謝何語代表，現在我們請彭家勳代表，彭家勳代表第一次發言。

彭代表家勳

署長，各位代表大家好，署長知道我是從北榮新竹分院調回來，雖然體制上看起來是同一體系，實際上我們各醫院的財務是分別獨立運作，要自負盈虧，尤其我們榮民體系的許多分院都位在非常偏遠地區，像新竹分院是在五峰、尖石的出口，還有蘇澳、員山分院，花東三院都是位在非常偏遠的地方，而財務是完全各自獨立運作，101年輔導會把我們各分院全部納編在總院下主要的原因就是因為我們這些地區醫院經營遭遇非常大的困難。所以我覺得假如用第二條來看這件事情，像臺大體系裡面有很多的分院也是在非常的偏遠地區，會對偏遠地區醫院有非常大的衝擊，因此我希望能夠再考慮這件事情，謝謝。

主席

我們現在請雪玲代表回應一下。

黃代表雪玲

請問有聽見嗎？剛才地區醫院說是由我引起，其實我並沒有提這個計畫案，只是去年在分配5億跟10億的時候，有說這個5億的預算要分到六分區，其實大家在那邊吵吵吵，如果以5億要放到1點1元，臺北業務組的點值是最差的，理論上假設我是0.83，我是不是要補0.17？那分區可能是0.85，他補0.15。

可是事實上那時候的5億根本就沒有撥足，也沒有照這個點值差回到各分區去，所以在會上其實有吵，最後就說就照某一年的，好像是108年分配回到各區，那時候有做了一個決定就是說，我們怕這個錢不夠，變成是會吃到別的浮動的點值，加醫師的技術費、護理費可能都被吞掉，所以我們那時候才會提說，各分區的業務組要去處理這一點，最後到分區以後我不知道各區是什麼狀況？到我們這個分區最後是沒有處理，就是留觀而已。

我們比較希望是說那預算不足是不是能夠把它補足？我們並沒有要求地區醫院要提什麼方案，我們只是說當初的提案就是說那回到各區處理，各區就沒有處理，沒有處理這個就是吃到別人的那些醫師的

技術費，所以我們才會提說那那這個案子是要處理看是要多編預算還是要怎麼處理？地區醫院才提出這樣子的一個方法，我不是那個始作俑者，所以請大家就多討論大概是這樣。

主席

好，謝謝，我們現在還有幾位代表要多次發言，我拜託一個 2 分鐘，因為我真的不希望拖過 5 點，謝景祥代表請發言。

謝代表景祥

其實社區醫院協會持開放的態度，體系要算不算我們都 OK，床位要算到多少我們也 OK，營業額算到多少我們也 OK，我們當時這個東西在總額研商會議的時候提出來，我們當時已經提出來一個方案了，那個時候醫中跟區域醫院都說沒有意見，你們自己喬就好，你們就是不願意去吃到別人的總額，你們就去劃一條線，那所以我們就是很辛苦的劃了一條線出來，結果劃了這一條線出來之後，我們就覺得也很冤枉，裡外不是人，有人罵我們太寬，有人罵我們太鬆，但是我現在再強調一點，假如大家對這個體系有疑問，我們可以把它拿掉，假如對床位數有疑問，我們現在也可以討論要用多少，就這三條線，那是不是請大家可以提出你們的期望，我們就通通可以接受，以上報告，謝謝。

主席

好，謝謝，我們再請周國旭代表，周代表請發言。

周代表國旭

署長好，我是台灣地區醫院協會的代表，對於壯大社區的這個方案，對於地區醫院來說手心手背都是肉，我們都希望對於所有的地區醫院都能夠做到公平的照顧。像剛剛謝景祥院長所說的，我們也是覺得我們是被逼的。像員林基督教醫院的李院長也是我們的理監事，我們之間都是很互相幫助的。今天要特別去設定說地區醫院的排除條件，我們也是非常艱困的去決定這個剛剛所說的這樣第一個條件跟第二個條件的部分。如果說要把這兩個條件拿掉，我們其實也很贊成，也很

支持，只是這樣會導致說我們壯大社區的預算上面會不足，在支持不設限的委員方面，是不是可以在這方面做預算的部分應該要充分的給我們預算上的支持？以上報告謝謝。

主席

好，謝謝，我們請朱益宏代表發言。

朱代表益宏

好，謝謝，謝謝主席，第一個我要先回應剛剛彭家勳彭代表的意見，因為彭代表是榮總代表退輔會體系，剛剛您講的竹東榮院那個員山，宜蘭的員山榮民醫院，全部在我們排除的項目之內，全部都會排除掉。所以我們這個案子其實考慮到真正是，就算它是體系醫院，但是它是在偏遠地區的時候，我們都會給它排除，還是要給它予以保障。所以剛剛除了榮民系統，包括部立醫院它其實也是在一些偏遠地區，甚至離島，山地離島的這個全部都會排除，都會給它應該有的保障，所以這個我要去做一個澄清說明。

第二個剛剛確實如謝景祥代表講的，其實台灣社區醫院協會我們是持開放的態度，這個案子我們是被動提出，如果大家都認為都不要過，都不要設限，我也沒有意見，因為所有的會員設限的都是今天這10億目前已經是放在社區醫院的口袋。如果大家認為這個不要設限，我對會員也有交代，我只是跟大家講一下未來預期40幾家的區域醫院就有可能少了40幾家的區域醫院的會員，全部跑到地區醫院來，如果政府還要持續去推動分級醫療的話，付費者你就會看到這個300床、500床，甚至600床的地區，這個大型的地區醫院，今年在臺北已經有三四百床的地區醫院，一直在那邊也不升級。目前在桃園也是好幾百床的地區醫院不升級，未來在新竹，甚至在我們可預見將來的屏東也都是三四百床的大型地區醫院，就是不升級，政府拿他們這些大型的地區醫院一點辦法都沒有。我想等到時候發生時候，今天如果大家不支持我們的方案，我們已經善盡了我們的職責，我要強調我們並不是霸凌。

另外我要再補充一下，我們這個條件設下去以後，光用 250 床跟體系醫院去訂的話，就已經占到所有地區醫院給付的大概兩成，也就是說這個大型跟體系的醫院，它其實已經占掉我們整體地區醫院，目前我們整體地區醫院在健保給付大概占到 16、17%到 18%，那這些大型的體系跟這個所謂的超大型的地區醫院，它所有的申報已經占到了大概超過三分之一。所以如果這個不去處理的話，我也跟署長報告，未來這個就是署方的責任，要去把資源做一個分配。

主席

好，署方會有擔當的會接受這個責任的要求，好不好？不要擔心，這個案子我是跟各位報告，第一個就是對於社區醫院，也就是說不管社區醫院或診所一直一路走來，分級醫療就是我們的重點。我們也非常謝謝當時謝武吉理事長在的時候，讓我們的社區醫院在禮拜六禮拜天能夠有開放那個一些門診，因為畢竟在禮拜天的時候有很多診所都不開放，醫院的話都要衝到急診室去看一些輕症，這都是我們要面臨的問題，分級醫療現在是我們的重點，雖然目前來講我們部分負擔暫時受到一些疫情的關係影響，我覺得就是說開醫院很容易，可是經營醫院的話的確就是一個挑戰，要怎麼樣做到讓民眾有這個信心我們都是一個挑戰。因為任何一個醫院的經營不可能靠我們的政府的資源在做這樣的一個情況，而健保的總額也是提供給我們醫療服務的一個要求，這是第一點我要表達的。

第二個就是說目前在健保署的統計發現假如按照這樣的一個流程，會有 35 家醫院會面臨這樣的一個情況，所以也是要拜託社區醫院協會務必要把這 35 家要對話一下，如果說只有我們的社區醫院那些目前的代表，理監事代表這樣談，就好像說你們也知道說其實有時候我們在開各種共擬會議的時候，我們不是只有少數的一個這個醫學中心或者區域醫院說好就好，我們盡量會尋求一個共識，因為畢竟臺灣的醫療屬於我們每一個人，我們要共同面對，我們要讓這個健保永續經營的一個責任。

第三個我要講的就是剛剛何語代表講的，我在這個職務裡面我唯

一的一個信念就是依法行政，我一直在記得在念法研所的時候，在訴願法的 81 條之一的時候就會講到不利益變更的一個概念，目前社區醫院這 35 家假如要讓它受到一些不利益的時候呢，是要很小心。今年不可能由健保署去做這樣一個結論，我想就是會很危險，到時候人家問為什麼你們會同意這個？所以我覺得說這是在當我一個政府的一個官員的時候，我們必須要一起討論，所以我的結論是這樣，這個案子目前今天暫時不做結論，我要拜託社區醫院協會務必跟這 35 家的醫院要談一下，要怎麼樣尋求共識，讓我們撥出去的一些獎勵辦法整個做最有效的利用，拜託各位代表用這個方向去考慮。因為今天我的長官告訴我兩個字，謹慎。這兩天有不同的代表，有一些不同的人透過不同的立法委員在告訴我，他們覺得應該要怎麼做，我覺得如果我們依法行政，對我們來講這也是實務裡面最安全的一個辦法，以上我跟各位做這樣一個報告。朱代表我想您一定還有很多想法。

朱代表益宏

報告主席，沒有沒有，我只是要回應因為剛剛署長希望我們再溝通，那我也跟主席報告，醫院總額當初在第一次開會，主席的決議結論就是希望地區醫院溝通，所以我們已經善盡溝通的責任，剛剛說我們請了退輔會，請了軍醫局，也請了醫福會的代表，一起參加我們理監事會，甚至包括受到影響的醫院個別醫院我們也都發了邀請請他們一起來參與討論，其實我們已經善盡溝通的這個責任了。那如果署長今天結論說希望我們再溝通，我也跟署長報告，我這個理事長可能沒有這個能力，如果真的需要溝通的話，可能就要更高層級的，看看是不是政府出面來溝通？那我們已經盡了所有的力量來做這個事情，那我也跟署長報告，我沒有能力再溝通了，謝謝。

主席

好，謝謝。那我想我們今天這個這個案子就先告一個段落，5 點剛剛好，非常謝謝各位代表的參與，那我們就是在下一次再討論，好不好？那以上，謝謝。

謝代表景祥

我講一句話就好，我們希望這 35 家在我們開會的時候提書面意見來，我們在開會的時候一句話都不講，然後現在透過底下去翻案，那不然我們就請那 35 家就提書面意見，看他們希望怎麼做。

主席

好，謝謝。

何代表語

署長，我認為用分配不公平，分配去做都是犯法了。但是你今天如果你醫院地區醫院協會理事長如果大家協調說我拿 2 億、3 億來補助這些弱小的地區醫院我都很支持，應該要朝這個方向走才對，不是說你可以，你不可以做，你可以做，你可以那個診察費不可以領診察費，這樣子這是不公平分配。但是你如果拿一部分說我要壯大弱小的地區醫院，我很支持這個做法，這個才是正確的。

主席

好，謝謝，謝謝各位代表的參與，我們今天會議到這邊為止，謝謝各位。