

## 101 年度第 4 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議紀錄

時間：101 年 11 月 29 日(星期四)下午 2 時

地點：中央健康保險局 18 樓大禮堂

主席：蔡副局長魯

紀錄：朱文珮

出席人員：

林委員芳郁 陳雪芬(代)

洪委員啟超 洪啟超

陳委員明豐 陳瑞瑛(代)

施委員純全 施純全

楊委員育正 林富滿(代)

李委員明濱 張孟源(代)

翁委員文能 郭正全(代)

吳委員志雄 (請假)

郭委員宗正 嚴玉華(代)

黃委員建文 陳彥廷(代)

徐委員永年 陳快樂(代)

高委員靖秋 呂月榮(代)

童委員瑞龍 童瑞龍

王委員治明 曾中龍(代)

黃委員瑞美 黃瑞美

曹委員昭懿 曹昭懿

蕭委員志文 王秀貞(代)

盧委員世乾 盧世乾

謝委員文輝 羅永達(代)

黃委員鶴珠 黃鶴珠

謝委員武吉 朱益宏(代)

江委員銘基 (請假)

林委員淑霞 林淑霞

許委員銘能 (請假)

吳委員首寶 (請假)

梁委員淑政 梁淑政

陳委員宗獻 陳宗獻

鄒委員玫君 (請假)

莊委員維周 莊維周

陳委員錦煌 陳錦煌

何委員博基 何博基

蔡委員魯 蔡魯

王委員正坤 (請假)

蔡委員淑鈴 蔡淑鈴

黃委員啟嘉 黃啟嘉

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄（議事錄）：請參閱(不宣讀)確認。

三、報告事項：

(一)全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)102 年適用之標準給付額(SCR)統計方式及結果案。

決定：本案洽悉。全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)102 年適用之 RW、上下限臨界點、幾何平均住院日等參數，因計算基期不變且已於因應支付標準重新計算公告，故 102 年不須重新計算。SCR 按 100 年符合 DRG 範圍之住院申報資料及依據 101 年 9 月 13 日健保醫字第 1010051715 號令公告之支付標準調整進行校正，102 年之 SCR 值為 35,920。

(二)修訂支付標準編號 58027C「血液透析-急重症透析」註 2.(5) 急性期個案透析-限進入長期慢性透析之 30 日內申報之說明文字案。

決定：本案洽悉。58027C「血液透析-急重症透析」急性期個案透析之文字說明，由限「進入長期慢性透析之 30 日內申報」修訂為「首次領取慢性腎衰竭且必須接受定期透析治療之重大傷病卡之有效起日 30 日內申報，含有效卡 3 個月」。

(三)有關 102 年度「全民健康保險藥事居家照護」試辦計畫報告案。

決定：本案洽悉。本案照案通過。

(四)全民健康保險醫療費用支付標準 47074B「上消化道內視鏡息肉切除術」等 9 項診療項目開放至西醫基層診所適用案。

決定：本案洽悉。全民健康保險醫療費用支付標準編號 47074B「上消化道內視鏡息肉切除術」、62013B「交指皮瓣移植術」、62062B「腫瘤組織檢查切片術,部位未明示」、69021B「其他小靜脈曲張之縫合，結紮或剝除」、80001B「陰道切開探查術或骨盆腔膿腫引流」及 81023B「子宮內膜電燒及切除術」等 6 項診療項目開放至西醫基層診所適用。惟與費協會協商

結果-開放於 102 年西醫基層醫療給付費用總額之一般服務  
新增 9 項跨表項目不符乙節，本局將提報費協會備查。

(五)牙醫修訂支付標準案。

決定：本案因在 101 年 11 月 20 日召開之牙醫門診總額支付委員會 101 年第 4 次會議中未達共識，故本次會議先行撤案，俟 12 月第 5 次會議再行報告。

(六)102 年全民健康保險牙周病統合照護計畫案。

決定：本案洽悉。本案照案通過。

(七)102 年西醫基層總額編列 2 億元預算，用於內科支付標準調增案。

決定：本案洽悉。102 年西醫基層總額編列 2 億元預算，用於調增內科專科醫師第 1 段門診量診察費加成 3.8%，排除洗腎、呼吸照護、安寧療護案件，不予加成。

(八)修訂 102 年度「全民健康保險腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」等 3 項中醫總額醫療照護試辦計畫及停止辦理「全民健康保險中醫門診總額針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案」等 2 項實施方案。

決定：本案照案通過。

(九)全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫修訂文字案。

決定：本案因在 101 年 11 月 15 日召開之中醫門診總額支付委員會 101 年第 4 次會議中未達共識，故本次會議先行撤案，俟 12 月第 5 次會議再行報告。

(十)配合新修正之「全民健康保險醫療辦法」第 24 條規定，對於一次可領取慢性病連續處方箋總給藥量之調劑案件，比照現行一次領取二個月用藥量之申報給付方式，修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第 2 部第 1 章第 6 節通則六乙案。

決定：本案洽悉。依新修正之「全民健康保險醫療辦法」第 24 條規定，對於一次可領取慢性病連續處方箋總給藥量之調劑案件，比照現行一次領取二個月用藥量之申報給付方式，修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第 2 部第 1 章第 6 節通

則六為「依全民健康保險醫療辦法規定一次領取二個月或三個月用藥量之慢性病連續處方箋案件，其藥事服務費得相對申報二次或三次。」。

(十一)「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」試辦計畫支付標準修訂案。

決定：

1.同意「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」試辦計畫支付標準增加修訂內容如下：

(1)參、計畫內容五、品質監控指標（一）結構指標 2、「照護小組各類照護人員與病患之比例、從事相關工作之資歷」，修訂為 2、「照護小組各類照護人員與病患之比例」。

(2)參、計畫內容五、品質監控指標（三）結果指標 1、品質監控指標（1）平均住院日（2）平均呼吸器使用日，修訂為結果指標 1、品質監控指標（1）平均住院日（不適用慢性呼吸照護病房）、（2）平均呼吸器使用日（不適用慢性呼吸照護病房）。

2.餘洽悉，照案通過。

#### 四、討論事項

(一)修訂全民健康保險醫療費用支付標準編號 14075B~14076B「HIV 抗體檢查(西方墨點法)」等 11 項診療項目案。

決議：通過之修訂診療項目及內容如下：

1.14075B及14076B「HIV抗體檢查(西方墨點法)」：修訂註1為「限行政院衛生署愛滋病指定醫院或疾病管制局西方墨點法認可之健保特約醫事服務機構執行」，並開放至基層院所適用。

2.33091B「不整脈經導管燒灼術」、33113B「經頸靜脈肝內門脈系統靜脈分流術」及75020B「肝臟移植」：均刪除「

醫院須每年定期將每一施行個案及其治療結果之追蹤情形送保險人審查」乙項備註。

3.47091B「淋巴水腫照護-徒手淋巴引流」：修訂註2.執行人員須接受淋巴照護相關訓練，執行完成需有紀錄。

4.64081C「板機指手術」：增列註「媽媽手手術(Trigger finger or De Quervain's Tendinitis) 可比照申報」。

5.97005D「陰道生產(助產所)」：增列註4「含產後1個月內之『產後訪視費640點』」及支付點數由27,833調升至28,473點。

6.97045K至97047C「腹腔鏡子宮外孕手術(住院)」：註4主手術(或處置)碼增列54.51(經由腹腔鏡腹膜黏連鬆解術)。

(二)有關修訂安寧療護支付點數調整案。

決議：請安寧療護相關學會針對住院安寧療護設置基準及安寧緩和醫療教育訓練時數等規定進行檢討，並照會各層級醫院，讓安寧療護回歸社區醫院及需要安寧療護民眾的地方，本案暫予保留。

(三)102年新增「抗酸性濃縮抹片染色檢查」等4項全民健康保險醫療費用支付標準診療項目討論案。

決議：

1.新增編號72050B「內視鏡黏膜切除術」，支付點數8,199點  
(1)註：1.適應症：(1)超過2公分無莖型之胃腸道息肉或黏膜病灶。(2)早期胃腸道癌症(包括食道、胃、十二指腸、大腸、直腸)。(3)胃腸道黏膜下腫瘤，如類癌(carcinoid)。2.相關規範：不得同時申報之診療項目及編號：28016C、28017C、28030C、28031C、47074B、49014C、47043B、49026C、49023C、73008B。

(2)有關草案中事後審查相關規範，移列至審查注意事項。

2. 「呼氣一氧化氮監測」因臨床實證不足，不同意新增。
3. 「抗酸性濃縮抹片染色檢查」、「抗酸菌培養」等2項因支付點數未獲共識保留再議。

(四)調整 93001C 「紅血球濃厚液」等 8 項診療項目支付點數案。

決議：調整 93001C 「紅血球濃厚液」等 8 項診療項目支付點數如下，並請血液基金會加強服務品質。

- 1.93001C 「紅血球濃厚液：每單位PackedRBC」由400點，調升為475點。
- 2.93002C 「洗滌紅血球：每單位WashedRBC」由600點，調升為675點。
- 3.93003C 「冷凍去甘油紅血球：每單位」由1,300點，調升為1,375點。
- 4.93007C「分離術血小板(一次,相當於從3000c.c.血液分離出血小板濃厚液)一向捐血中心、家屬或親友取血」由4,200點，調升為4,300點。
- 5.93008C「分離術白血球(一次,相當於從3000c.c.血液分離出白血球濃厚液)-向捐血中心、家屬或親友取血」由6,200點，調升為6,300點。
- 6.93013C 「全血：每單位(250cc)Wholeblood」由500點，調升為575點。
- 7.93019C 「減除白血球之紅血球濃厚液：每單位」由850點，調升為925點。
- 8.93023C「減除白血球分離術血小板」由7,200點，調升為7,300點。

(五)支付標準第二部第一章第二節新增慢性病床住院診察費案。

決議：新增編號 02021K、02022A、02023B 「慢性病床住院診察費」，支付點數 353、333、300 點，比照各層級經濟病床住

院診察費支給，並將第二部第一章第二節名稱改為「住院診察費」，刪除「急性病房」之名稱，另修訂通則五，增加慢性病床得視病情需要不需每日巡房之規定。

## 五、臨時提案

提案人：朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

連署人：羅院長永達(謝委員文輝代理人)

(一)台灣社區醫院協會建議支付標準50023B及50024B「尿路結石體外震波碎石術」註9之新增應依衛生署「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」修訂而刪除案。

決議：

- 1.有關支付標準50023B及50024B「尿路結石體外震波碎石術」註9規定醫療機構條件中「應有專任之泌尿科專科醫師二名以上」乙項，台灣社區醫院協會建議修訂為一名，請協會於下次會議正式提案討論。
- 2.該次會議本局將請臺灣泌尿科醫學會蒞會說明專業意見。
- 3.有關泌尿科專科醫師人數之查核作業，於下次會議討論確定前，本局各分區業務組將以輔導方式辦理。

六、散會：下午 17 時 40 分。

## 101 年度第 4 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議紀錄

### 朱科員文玗

各位委員大家好，本委員會共 35 人，目前出席有 23 人，過法定半數，請主席宣布開會。

### 蔡主席魯

好，我宣布今天的全民健康保險醫療給付協議會議，會議正式開始，請按照議程進行。

第一項是確認上一次會議的紀錄及會議決議辦理情形，請確認。

### 林視察淑範

請委員翻開會議資料第一頁，第一頁是貳確認本會 101 年第 3 次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，上次的會議事項決議就在後面的第二頁一直到第十二頁，以上。

### 蔡主席魯

先針對第三頁到第八頁上一次的會議決議事項，有沒有要提出疑義或是有疑問的？

### 朱副院長益宏(謝委員武吉)

謝武吉委員因為他今天人不在國內，所以請我代理出席，他有特別交代在第七頁國字三的第二點，就是尿路結石體外震波碎石術這個相關的規範，這一部分他說上一次會議的時候其實並沒有同意，因為第一個主要的理由就是第一個衛生署的貴重醫療儀器設置的基準的標準比貴局定的還要鬆，變成貴局依照衛生署的標準反而加了更嚴格的限制，上次開會的時候其實就有反應相關的問題，但是還是做相關的決議。



### 王副秘書長秀貞(蕭委員志文代理人)

主席，我來補充一下。上次會議的確我本人也有出席與會，對於這個項目在會上我們有突然詢問說，為什麼要把醫療機構的條件加進支付標準裡面的備註九裡面，那當時局裡面的同仁有說明是因為泌尿科醫學會提出來要求要增列，但是我們協會在十月份也有緊急發了一份公文，對於這一項我們有提出異議，認為衛生署相關規範都已經把它刪除了，為什麼支付標準卻來新增?這樣我們認為是和政策有違背，而且當時候衛生署在這一項的考量刪除的原因是基於醫療服務的量能，我們希望在今天會議確認裡面可以去做一個處理，那同時當日會議也有詢問，對於這一項新增納入之後，對於院所影響是怎麼樣?局裡面這邊當時候我們討論時候都說沒有問題，院所大家都符合，可是在這一段時間我們有接到很多會員的反應，其實在四月份衛生署已經變革以後，醫院都有相關遵循跟調整了，現在12月如果又要重新公告這一個新增，對會員來講是一個滿大的衝擊，以上。謝謝。

### 蔡主席魯

好，請醫管組做說明。

### 李專門委員純馥

這個項目因為我們上次協商最後決議確實是如我們看到的，只是後來會後社區醫院有來函，就是希望不要把它列在支付標準裡面，其實因為我們已經透過協商，所以我們也有把你們意見也一併報署，那可是署後來裁定，還是應該要列在支付標準裡面，所以我們現在已經公告了，而且是12月1號開始實施，所以我們是想說，依照程序如果是要修的話還是要提到委員會裡面來做重新的討論。

### 王副秘書長秀貞(蕭委員志文代理人)

依據預告的話是有期限，但是我們社區醫院協會的發文是在十月中旬左右，但局裡面的確在11月2號有給我們回文，回文裡面表達的

是說 10 月 22 號衛生署的核定，我們不知道說這個核定的過程，我記得我們是 10 月 24 號的公文，那我們的意見的確有被上呈給署裡面做裁示嗎？

### 林視察淑範

這一點我來說明秀貞的問題。第一個程序上我們有沒有反應社區醫院的意見，我們在預告之後，我們事先報署整個預告的結果，等我們看到社區醫院的意見之後，我們有把社區的意見跟局裡面的意見併案都呈到署裡面去請署裡面參考，當然修正一開始有提到說現在的設置人員規範比衛生署還要嚴，沒有，因為我們是把衛生署原來的...(王副秘書長秀貞：署裡面沒有這樣的規定)，署裡面它原來在特定醫療技術檢驗醫療儀器實施及使用辦法，在這個辦法裡面是用這樣子的規範，署裡面只是在今年修這個辦法的時候，他認為儀器的安全考量不用在署裡面做了，所以他把這項刪除。

### 朱副院長益宏(謝委員武吉)

其實應該不是這樣，因為署裡面公告的第一個，它的體外震波碎石第一個它不一定要醫院設置，它已經拿掉了，因為醫院這個拿掉了。第二個需要二個專任的泌尿專科醫師這二個也拿掉了，我知道的是這個樣子，所以其實是這一部分條件，因衛生署認為以前貴重儀器，因為設置的很少，所以他在資格上設置的條件上比較嚴，但是包括電腦斷層，包括 MRI，包括這一項，他都認為這個已經很普遍的設置，所以在設置的機構跟設置的標準上要酌予放寬，所以署裡面其實這已經放寬，但是在局裡面修正的時候，還是依照署裡面舊的標準，把它原封不動寫上來，但是署裡面已經放寬，局裡面還是用舊的沒有放寬的標準，那我們覺得這其實不太適合。

### 蔡主席魯

那我請問一個問題，現在是不是都照這樣規定在執行？

### 王副秘書長秀貞(蕭委員志文代理人)

就是衛生署的規定在四月份已經有新增公告了，所以各院所都已經從四月份開始，就是 BY 衛生署新的公告來處理，所以在會議上的部分我們有特別提出來詢問說，對於醫療院所是不是會有影響？承如剛剛朱委員所說明的，當時後衛生署在考量認為這一項，並不是一定要由醫院機構來設置，那這樣是不是就會變成基層診所跟醫院這一段又會有不同的支付標準，還是他們是跨表使用，這個問題，那我們是建議就是說，既然署裡面大方向研議那麼久，好不容易在今年四月有新的公告修訂，那的確院所都有執行，按照新的公告去做執行了，那現在支付標準因為一個醫學會的意見又把它納入，那其他醫學會是不是可以這樣處理，這會對委員會、健保局、衛生署，產生很大困擾，以上。

### 蔡主席魯

我提出以下的意見，請大家再表示意見。因衛生署已經公告，公告的部分如果我們給付協議委員會又把它推翻，好像有一點踰越我們的權限，地區醫院協會的這個意見，是不是可以在臨時動議提出來，我們在作成決議的時候，再報請衛生署解釋，這樣可以吧？

### 朱副院長益宏(謝委員武吉)

那就列入臨時提案。

### 蔡主席魯

對，列入臨時提案。我不知道這樣處理大家同不同意？

### 羅院長永達(謝委員文輝)

其實這個案子在當時它是繼續列管，並沒有結案；我們是不是用臨時動議...

## 蔡主席魯

用臨時動議。大家充分討論後，我們再報署，請署針對這一塊對於支付標準，地區醫院有這樣的困難，或是有這樣的問題，是不是要做修正？如果要修正，修正完再第二次公告，或怎麼樣，這樣可能在程序上會比較 OK，其他委員不曉得對於這樣子處理有無意見。請。

## 莊委員維周

我不是要橫生支節，對於社區醫院的代表，事實上我們在說要把醫院列掉，我個人代表全聯會基層，我們認為不可，除了以後涉及跨表之外，不要以為說那很簡單打，常常是當場就休克、當場就出血，就要緊急開刀，如果你這不訂定醫院的話，那診所弄幾個儀器，買幾個儀器找二個醫師去搞的話，我覺得這以後對總額的話，我們基層管理也是一個困擾，所以再怎麼去提醒再怎麼修，我個人代表全聯會沒什麼意見，但是應該是醫院才是適當的醫療機構。

## 蔡主席魯

好，謝謝莊委員提的意見，我們等一下在臨時提案再來做充分討論以後，我們陳報給主管機關來做最後的裁示。好，對於上一次會議決議還有沒有疑義的，如果沒有疑義就除了剛剛第一項中，所謂的尿路結石體外震波碎石術，因為地區醫院有委員提出不同的意見，改在臨時動議做討論，再報署來做最後裁示。接下來所有的會議決議辦理情形的追蹤，有沒有要做補充說明或報告的？

## 李專門委員純馥

第九頁有關於上次我們新增支付標準就是第三項，編號 101-3-1 的已經公告了，因為署已經核定了，所以到 12 月為止所有的都需要解除列管，因為已經公告了。

## 蔡主席魯

對於會議決辦理情形、追蹤，沒有其他問題的話，我們就確認。接下來進行下一個議程。在還沒開始下一個議程以前，今天我們有一個新任的委員，黃鶴珠委員，我們歡迎他加入，謝謝。她是中華民國助產士公會全國聯合會理事長，我們歡迎黃理事長加入。好，進行下一個議程，報告事項。

報告事項

## 第一案

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)102 年適用之標準給付額(SCR)統計方式及結果案。

蔡主席魯

報告案第 1 案，請發言。

嚴高專玉華(郭委員宗正代理人)

12 月 1 日要開始執行自費特材的這部分，如屬替代的話原則上須扣除原給付的特材品項，我的問題是，在計算 SCR 值時是以全國健保給付點數下去計算，如果在試算的那個年度本來就沒有把自費特材放進來，那針對 12 月 1 日開始這種替代的東西，醫療院所如何扣？

蔡主席魯

說明一下，報告案第 1 案重點是在修 SCR 值，所以跟你剛才所提自費部份是無關的。

嚴高專玉華(郭委員宗正代理人)

是沒有關係沒有錯，但我要提問的是延伸下來的，12 月 1 日要作的自費特材的部分，如屬替代的話須扣除原給付的特材品項，那當初在算 SCR 值時自費的那端就沒有放進來計算，這樣會變成 SCR 值沒有放進來算，而醫療院所還要去把它扣除掉？。

李專門委員純馥

可是你們現在是去跟病人收自費啊，就這樣看的話你們院所有 loss 掉什麼嗎？沒有吧。

## 陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

主席，這個案子能不能就明白告訴我們說什麼事是應該要知道的，這樣就好。

## 李專門委員純馥

明年的 SPR 值是變成 35,793，比今年增加了 127 點，在說明的第三點，跟各位委員報告我們怎麼去核算這個點數的。

## 林委員淑霞

我只有一個問題就教，就是第 17 頁的(4)符合「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」的特材額外加計點數只有 19,416 點，確定嗎？我只問這個，雖然不列入計算，但想要瞭解一下。

## 蔡主席魯

請大家看第 17 頁的(4)，請醫管說明。

## 林視察淑範

19,416 點是正確的，因為在 100 年 2 月開始實施 add-on 後到年底，總共新增的 add-on 項目有 46 項，可是大都是作椎間盤的融合物，大都是非 DRG 第一階段項目，屬骨科的脊椎項目，另外有一項是血管支架，在符合 DRG 的範圍裏有 3 個個案用到這個項目，所以我們沒有計算錯誤，對於這一點我們有再三確認資料。

## 朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

我有一點建議，這計算過程應是蠻複雜的，點值結算也很複雜，但健保局把它弄得很清楚，我建議以後在作這個處理時，能夠依照點值結算那樣把所有項目、數字、實際發生的狀況及計算的結果得出這個數，而不是用幾行的數字去描述，否則委員都講說你只要告訴我到

底明年會增加或減少多少就好了，因為大家完全不知道那些是怎麼來的，所以我建議局裏是不是能夠提供後補資料今年度讓大家知道，以後明年度在結算之前也能提供比較詳細的資料讓大家參考，醫界也會更瞭解健保局是如何作試算，彼此更瞭解後，中間的疑問或誤會會更少。

### **李專門委員純馥**

我想跟朱委員就教，你們希望看到的 detail 數字是什麼？因為我們在第 39 頁附件 1 其實有把每一個數字的資料來源和定義寫出來，如果委員還要看更細項的部分，我們會再就教委員，謝謝。

### **蔡主席魯**

好，請大家看第 39 頁，如果還有不清楚，或需要更明確的資料，只要不違反個資，我們都會提供。如果沒有其他疑義，我們第一個報告案就確定。

### **第二案**

案由：修訂支付標準編號 58027C「血液透析-急重症透析」註 2.(5) 急性期個案透析-限進入長期慢性透析之 30 日內申報之說明文字案。

### **蔡主席魯**

各位委員如果沒有問題，本案照案通過。



### 第三案

案由：有關 102 年度「全民健康保險藥事居家照護」試辦計畫報告案。

#### 蔡主席魯

請各位委員看手上的補充資料。

#### 李專門委員純馥

在補充資料是第 1 頁到第 19 頁，是這個計畫的整體計畫內容。

#### 曾秘書長中龍(王委員治明代理人)

主席、還有在座各位先進大家好，藥師公會全聯會第一次發言。首先我在這邊要感謝健保局，還有費協會所有委員，還有醫界的各位先進，對於全民的用藥安全的付出與協助跟支持，也讓藥師公會在這四年當中可發揮我們藥學專業，為維護民眾用藥安全，來盡一份心力，我在此代表全國的藥師來感謝各位，謝謝。

#### 蔡主席魯

好，如果沒有其他問題的話，我們就照補充資料第 1 頁到第 19 頁的試辦計畫方案來報署公告。接下來第四案。

### 第四案

案由：全民健康保險醫療費用支付標準 47074B「上消化道內視鏡息肉切除術」等 9 項診療項目開放至西醫基層診所適用案。

#### 李專門委員純馥

這次的 9 項跨表案，我們有先提到西醫基層支委會討論，其中有 3 項我們認為比較偏住院施行的項目，後來經過公會同意，就把那 3 項移除，所以跟費協會當時協商的 9 項比，有少了 3 項，剩下 6 項，大家可看第 22~23 頁支付標準表。第 23 頁 80001C 的支付點數是誤植，把代碼誤植進去，應該是 2253 點，這個點數我們還可以再乘以 1.53 倍，就是材料費的部分。今天這個提案是會後公會有再送他們的意見進

來，將大家顯然會有疑慮，不適合在基層做的那 3 項移除。

### **陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

要修改這個 81023C，英文多了一個 E 字。

### **林委員淑霞**

21 頁的倒數第四行這是 9 項還是 6 項?

### **李專門委員純馥**

費協會的決議是寫 9 項，我們通過的是只有 6 項，這次給付協議會議的決議我們也會報到費協會去讓他們知道我們有這樣的決議，讓它備查，在這邊我們要忠實地反映費協會的決議是 9 項。

### **陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)**

今天是臨時會，不過補充資料都要比原來的資料還厚，還是現在才拿到，我們如何能馬上做出決定，這樣好像有點誇張。

### **李專門委員純馥**

要跟委員抱歉，這次支付會開完馬上接著這個會，所以很抱歉資料沒有辦法即時，若委員對我們內容有什麼不清楚，我們可以多溝通幾次沒關係。

### **蔡主席魯**

我們同仁也是很辛苦，這資料其實是前幾天開完支付委員會，為了讓醫界能很快地照費協會的相關決議討論出一個結果，再報給費協會，所以我們同仁很辛苦的製作資料，剛委員提到補充資料比原資料還厚的情形，也是不得已的，請委員見諒。

## 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

當時我們費協會決議說 11 月中旬報費協會，很天才，其實我們明年度各部門總額都還沒有公告，這些最後會不會核定也還不知道，然後就叫我們先做辦法，我覺得前後都是不合理的，費協會每次都要我們做什麼做什麼，所以才會有今天這個問題，從 9 月、10 月、11 月、12 月我們開會都開死了。

## 林委員淑霞

我剛看了一下，其中 6 項是開放在手術章節，我個人是從病人安全的角度去看，這 6 項中會不會有些還牽涉到要麻醉，這個有沒有去會相關的醫學會看在診所執行可不可行。

## 蔡主席魯

這個問題我們請中華民國醫師公會全國聯合會的代表說明。

## 張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

剛剛陳瑞瑛委員講的完全正確，其實我們下禮拜還要再開臨時會，就是為了趕在 12 月底前，就拼命開會，剛剛進來時大家就說為什麼最近常常看到我們，因為真的是拼命開會。剛剛林委員的話我也完全贊同，真的是基於病人安全的考量，我們確實有行文婦產科醫學會、外科醫學會及耳鼻喉科醫學會，婦產科醫學會及耳鼻喉科醫學會回函說基於病人安全考量需要謹慎，要確定並保障醫療設施及設備都能讓病人安全無虞，所以我們才會請求各位委員把這 9 項變成 6 項，這 6 項安全上是比較沒有問題的，是不是讓這些安全上比較沒有問題的就讓它通過。

## 黃委員瑞美

我是有點雞婆想請教，那 6 項是在哪個地方執行，另外 3 項在哪

執行，如果做下面那 6 項可以在基層，做上面那 3 項不能在基層，我只是在講說，如果是安全問題，上面 3 項有問題，下面 6 項安全上就沒有問題嗎？

### 蔡主席魯

先請醫管蔡組長做一些背景上的說明後，再請委員表示意見。

### 蔡委員淑鈴

這個程序我跟大家報告，醫師公會全聯會經過與相關醫學會去討論建議 9 項外科小手術要開放到基層，並經費協會討論通過。經本局就該 9 項手術進行資料分析，發現其中 3 項手術醫院端係在住院執行，不是門診執行，所以本局於西醫基層的支委會提醒全聯會，該 3 項在醫院都是用住院在執行，門診是否安全請再審酌。經過全聯會再攜回去審慎考慮之後，同意該 3 項不開放基層。換句話說現在留下來的 6 項手術醫院大部分也都在門診執行。另外，手術開放到基層，未必所有的個案都跑到基層去做，因有病人選擇的問題，所以我們估計 10% 病人會由基層進行。

### 陳委員宗獻

事實上行文給婦產科醫學會及耳鼻喉科醫學會時，他們的看法是這 9 項通通都可以在基層執行，因為他們認為醫師的 training 是沒有問題的。我們主要是考量說大部分醫院的 case 那 3 項支付標準都是在住院做，那我們就暫時不要開放，我說這上面寫基於安全是客氣啦，其實我們西醫基層沒那麼差啦。

### 黃委員瑞美

剛剛組長瞭解的是從現有資料，那我們都知道婦產科現在開業的情況怎麼樣，開業更不必去做婦產科了啦。

## 蔡主席魯

我想各位委員都是在為醫療資源怎麼做最好的利用及病人如何接受到最好的照顧及安全做考量，既然大家都是同樣的出發點，所以都可以把見解提出來。

如果沒有其他要提出來討論的，這個案就照擬辦事項來辦理執行。

## 第五案

案由：牙醫修訂支付標準案。

本案因在 11 月支委會中未達共識，本次會議先行撤案，暫不報告，俟 12 月第 5 次給付協議會議再行報告

## 蔡主席魯

各位委員如果沒有問題，本案就下次會議再討論。

## 第六案

案由：102 年全民健康保險牙周病統合照護計畫案。

## 蔡主席魯

各位委員如果沒有問題，本案照案通過。

## 第七案

案由：102 年西醫基層總額編列 2 億元預算，用於內科支付標準調增案。

## 蔡主席魯

本案請醫務管理組補充說明

## 李專門委員純馥

本案前曾提至西醫基層總額支付委員會討論，醫師公會請本局以 2

億元重新試算內科專科醫師排除兼具已有加成之婦兒外科專科醫師後之加成率，試算結果加成率為 3.89%，為方便計算取小數 1 位，以 3.8% 加成率計算，調增點數絕對值不影響，其中第 1 段 1~25 人次門診診察費加成後點數為 332 點。

**陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

如此醫院門診診察費與基層診察費愈差愈多。

**蔡委員淑鈴**

醫院門診診察費與西醫基層計算方式不一樣，本次僅針對基層第 1 段 1~25 人次門診診察費加成。

**朱副院長益宏(謝委員武吉)**

試算標準表示 102 年診察費申報件數以 3% 成長率推估，請問歷年成長率是否為 3%？

**李專門委員純馥**

102 年診察費申報件數之成長率係以 98 年到 100 年間之平均年成長率推估。

**蔡委員淑鈴**

本案基層現在調增是第 1 段門診量之診察費，請看 38 頁 00109C，劃線是明年調整數字，今年是婦兒外專科醫師有加成，明年是內科專科醫師加成，其中 1~25 人次一般門診診察費 320 點，婦外專科醫師加成 9%，支給 349 點；兒童專科醫師加成 3%，支給 330 點；但 4 到 6 歲兒科專科醫師得再加成 20%，內科專科加成 3.8%，支給 332 點，各科有互長。

**羅院長永達(謝委員文輝)**

診所內科兒科病人一起看，內科門診診察費加成為 332 比兒科 330

高，因此會將小兒以大人來看。

### 蔡委員淑鈴

基層內外婦兒專科醫師加成係以登錄之專科別來計算。

### 李專門委員純馥

如醫師跨 2 個以上專科，只能擇一專科別給予加成，一經擇定專科別後，不論看什麼科病人都給予一樣的加成率。

### 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

請問內科專科醫師看診 6 歲兒童如何加成。

### 李專門委員純馥

僅第 1 段門診量內之診察費加成 3.8%，如為兒童專科醫師則可加成 23%。

### 蔡主席魯

本案各項疑義已釐清，照案通過。

## 第八案

案由：修訂 102 年度「全民健康保險腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」等 3 項中醫總額醫療照護試辦計畫及停止辦理「全民健康保險中醫門診總額針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案」等 2 項實施方案。

### 蔡主席魯

本案照案通過。

## 第九案

案由：全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫修訂文字案。

本案因在 11 月支委會中未達共識，本次會議先行撤案，暫不報告，俟 12 月第 5 次給付協議會議再行報告

## 蔡主席魯

各位委員如果沒有問題，本案就下次會議再討論。

## 第十案

案由：配合新修正之「全民健康保險醫療辦法」第 24 條規定，對於一次可領取慢性病連續處方箋總給藥量之調劑案件，比照現行一次領取二個月用藥量之申報給付方式，修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第 2 部第 1 章第 6 節通則六乙案。

## 蔡主席魯

好，請各委員針對第十案有關新修正「全民健康保險醫療辦法」規定，對於一次可領取慢性病連續處方箋總給藥量之調劑要件，配合修正「全民健康保險醫療費用支付標準」，有關藥事服務的部分，有沒有其他疑問或提問。

## 曾秘書長中龍(王委員治明代理人)

主席還有在座各位先進，大家好，藥師公會全聯會的代表第二次發言。因為上次在醫院給付協議會議我們已經有提醒過，就是說在一塊其實我們知道當初在修訂的原因，真的是在為民眾方便，我們也絕對表示支持，可是像這樣我們一直在強調離島地區，其實包括出國，因為在辦法規定中也是語焉不詳，那出國多久？有的其實不久，目前二個月已經相當足以夠用了，那我們很擔心的是說離島地區或甚至出國時候，在藥品的保存條件其實都很不好，那一次讓他領三個月，就



如上次我提到過說，如果慢籤調劑的藥費超過二百元的時候，部分負擔是免掉的，那這時候其實等於變相對病患的一種鼓勵，所以我們一直很擔心藥品會不會被浪費，因為事實上台北藥師公會和台北市衛生局有做過一個實際的調查，那在一段時間之內就蒐集了 26 噸的廢棄藥品，而我們事實上用全臺灣的人口去推估，等於說大概一年，會浪費掉 136 噸的藥品，那當然這裡面或許有的不是處方用藥，我也必須要先強調它可能有很多是民眾自己去購買的一些保健食品，但我們也是在想說如果這樣子的時候，民眾只因為方便，然後就讓藥品保存不當變質，或一次領三個月，在這過程當中變成一些品質不穩定或者什麼，然後造成對他不利影響的時候，那其實到最後的結果要誰來負擔？所以我們才建議說這一塊我們是不是審慎考量，其實以現在連續調劑二個月的這樣一個方式，已經足以去 cover 應付它的需求，以上。

### 蔡委員淑鈴

有關醫療辦法的修正，這一次只有新增二類的人，出國跟遠洋漁船這是原來就可以的，即離島與罕病是這一次新加入，其中因罕病的病人不一定住在領得到罕藥的地方，因罕藥在很多藥局並未備藥，故罕病的病人南北奔波領藥，長期以來一直都有這樣的訴求，這是非常少數的人，因此放寬有需求之病人才一次領三個月。另離島也是一樣的，離島的民眾到本島來就醫拿藥，離島若有藥局當然方便他就可以在離島的藥局領，可是有很多離島是沒有藥局的，他為了要領次月的藥一定要搭飛機回到本島來拿藥，本次修正係考慮到此類病人之需求，故開放部份係少數例外。

### 蔡主席魯

好，謝謝。不過剛剛曾委員提到，有關藥品浪費的問題，在座的各位委員或是醫界、藥界在講到藥品浪費的時候都會舉例，最近還有人講說有 101 三棟那麼多的量，對我們醫療提供者是一個傷害，對健保局也是傷害，而且那裡面其實有大部分是保健食品，所以各位在發

布新聞的時候，拜託，要區分的很清楚，那些是真正由健保給付的處方藥，那大家就可以針對怎麼來列管這些處方藥品思考，而不是只是概略的說，我回收了有 101 三棟這麼多的藥品，我是覺得這麼說對我們醫療提供者和大家的努力都是一個打擊。

### 陳委員錦煌

本來是不想講話，看到這個領藥的這個問題，出國...中國大陸是國際還是國內，中國大陸我一個月要去二、三遍，這第一點。再來出國這個問題要切結書啦!現在到越南上班的，他二個月、一個月就回來一次，也沒有一去半年也沒有，那你這切結書怎麼處理，有沒有罰?有罰還是沒罰?它如果不順利你有辦法賠嗎?剛剛我們藥師公會一樣在問你，不要浪費醫療這是必要喔!很多這樣慢性病的人好像回到當地，那些藥都回到大陸去給他們親戚，大家心裡有數不是我亂講話的，你說罕見疾病的人，我不是說他啦!我出國期間我 passport 給你看，我一個月去二遍，我拿二個月、三個月這樣有道理嗎?還有一個問題，你看他買飛機票有買年票，如果很久，半年、一年就拿旅行社機票，拿年票來證明，一般年票比較貴，像我們鐘理事長去北京，你沒有啦!你一個禮拜就回來我知道啦!對不對?所以我看證明文件包括機票、年票，年票比較貴啦!三個月以上就比較貴了啦!我希望健保局列入考慮看看啦!不要隨隨便便...我那天聽說藥品 101 可以這樣幾噸，大家心裡明白，健保五千六百多億藥費浪費太多了，我是代表付費者說話，大家要互相牽制，不要隨便...以前我朋友說他要到柬埔寨，醫院說你要不要出國二個月才開給你，但他一個月回來一次啊!好不好?主席，這個你稍為考慮一下。

### 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

不過也是這樣，我再補充。原來健保局也是鼓勵醫院要開連續處方籤，其實太方便開就會造成這個後遺症，所以其實很多醫院是，有些大醫院都不鼓勵醫師一定要開，就是你要審慎評估這個病人真的可

以這樣連續，你一個月、二個月、三個月都不用來看病然後繼續治，才可以開，可是很不幸，我們剛才開始做這個的時候，連哪一個醫師的名字，那個醫師他有哪些病人，他說症狀都一樣為什麼不能開?他每次開的藥量劑量都一樣，為什麼不開連續處方籤?每次都有名單送到院長室，所以我就覺得說，你要方便病人，當然有一些抵觸是會出來的，就像這個我是認為說，有些離島真的很不方便，那天我去金門真的是非常不方便，他們連在金門看病也不方便，不是要回到本島，當然藥師公會一直說，像馬祖很方便，是啊!有很多也很方便啊!澎湖很方便，它也不一定，我記得那天副局長講得很清楚，那是要醫院再判定，你需要才會給他，所以也不用過度去那個，先試辦一陣子，是不是真的是因為這樣很多人都是一次拿，這還是醫療辦法裡面有訂，我之前也已經講過，我們的社區藥局也是，只要看連續處方一次就給你，對不對?這也是抓到很多，現在還聽說有，不過我自己也還沒看到，上次我去投訴的是親自我發現那個問題我去投訴，所以我想大家要合力去維護，真的不要浪費就不要浪費，這個是我的意見，謝謝!

### 陳委員錦煌

報告主席，我補充一下。如果像這樣領慢性病處方籤的人，我希望說離島地區，你像金門署立醫院，澎湖也有啊!你怕什麼?那個沒有問題，離島到什麼程度，這個釐清一下，這是第一點啦!還有遠洋漁船，希望給他啦!遠洋漁船一次都一年、二年、半年才回來，這個有需要給他，我們是要贊成這照顧他，遠洋漁船的。你還有國際航線、還有罕見疾病的，這個人我是沒有什麼大意見，可以給也可以不給，你們切結文件怎麼去證明，證明以後不確實，要罰，你要怎麼處理?這個我們健保局要考慮一下，離島你假如說綠島沒醫院，那些綠島戶籍的人我們也考慮一下，那個沒問題，現在金門、馬祖、澎湖，有署立醫院都ok了，你有什麼問題?

### **陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

不是，署立金門醫院，因為醫院不能接受別的醫院處方籤，只有社區藥局可以接受，所以你在本島，不管哪一家醫院看，拿了連續處方籤，第二次要拿回去金門，署立金門醫院是不能拿這處方，除非金門醫院有社區藥局，就可以。

### **陳委員錦煌**

陳主任，我意思是說離島人員，他住在金門、小金門，我在金門住 21 個月怎麼會不知道，金門有署立醫院，如果金門籍的人他也不一定要到台灣看病啊!它如果高血壓、慢性病，它在那裡看就好啦!你如果有意要控制就是這樣，你如果離島綠島沒病院，金門、澎湖都有署立醫院，怎麼一定要這樣，我們只要裡面藥品不要錯就好啦!

### **蔡主席魯**

陳委員等一下，朱委員先。

### **朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)**

我覺得因為剛剛組長也講過，這其實是醫療辦法裡面規定，它已經定了，今天大家有意見，那還是要回去修醫療辦法，所以我是建議就是說，這個案子我本身從二個月改三個月，我個人是同意，但是我建議是說，這個委員會是不是附帶決議，希望署裡面、局裡面重新檢討這個全民健康保險醫療辦法 24 條相關的規定，它的必要性及適法性，因為這個是行政命令，其實局裡面跟署裡面是隨時可以修的，我覺得我們這個委員會包括付費者代表、包括基層、包括藥師、包括醫院，都有相關的問題，是不是我們可以做成這個決議，決議至少我們這個委員會希望局裡面重新檢討 24 條相關規定，以上。

### **蔡主席魯**

好，陳委員。

## 陳委員宗獻

我覺得這個內容的本身，還有他適用的對象，我個人是覺得沒有疑義啦!對於這適用的對象二個月或三個月，這個我沒有什麼特別的意見，我的看法就是怎麼開放這個方便之外，同時兼具有預防浪費的功能，其實這裡面適用的對象是病情穩定、規律治療、醫師評估適合，這三個，所為病情穩定這是醫師來判斷，但是有沒有規律治療看前面就知道，如果說這個病人他高血壓但是他過去半年他只看一個月但他要拿三個月，甚至如果是安眠藥，以前要求拿一個月現在要求拿三個月，醫生馬上抓去關起來，對不對?這個會有很大的困難，所以這個部分還是要給醫師充分的裁量，充分就臨床個案去思考的空間，要不然的話這病人，這要求三個月為什麼你不給我三個月，我的機票給你，你給我三個月的安眠藥，這還是要有專業的考量。

## 曾秘書長中龍(王委員治明代理人)

主席，我想剛剛大家所有委員發言的過程，我想有一些我還是要澄清。第一個我必須要說我很感謝陳錦煌陳委員，對於整個這樣的事情其實是滿了解的，也支持民眾用藥安全，剛剛主席有提到說，發言的時候可能要注意是否會造成傷害，但我們在發言的時候是非常注意的，在座各委員如果有跟媒體打過交道應該都非常了解，媒體有時候發出來的東西，跟你說的意思，它頭尾給你拉掉就獨獨抓那一段出來，因為媒體大家都知道他希望造成震撼性，所以他不會去解釋這過程你到底講了什麼東西，就包括說這裡我們去解釋說這裡面包括民眾保健食品什麼的，他不會去寫那些，他只說用藥就是那麼多、浪費這麼多。那第二個就是說，事實上我也必須再澄清就是說，對於在醫療辦法 24 條裡面，其實藥師公會從來沒有反對說離島的人不要去領三個月，我們一直強調離島的劃分有分一、二、三級，那譬如像馬公、那在金門像大金，這些地方交通是非常方便的，我也必須要跟陳瑞瑛陳委員報

告說，就是說我們在馬公跟西嶼總共有 15 家社區藥局，然後在金門大金我們社區藥局主委，我們也情商拜託他去那邊開設，現在在大金有 8 家社區藥局，所以我想這些都足以應付民眾的需求，那至於罕病確實就如組長講的，有些社區藥局就沒有備藥，其實我們都不反對，因為我們一直強調說以病人的用藥安全跟符合他需求為第一優先，但假如說只是為了很簡單的方便一個議題的話，我們也一直強調說，好像方便和他醫療用藥安全是不能放在一個天秤上去等量齊觀的，所以剛剛朱委員朱副院長也講，是不是說今天我們是不是可以有一個附帶決議說這一塊是不是還是請署裡面再考量看看，那位階只是一個行政命令，要修訂其實滿快的，是不是也考量說也再做一個修訂，讓他定義更明確，才不會導致可能醫療浪費的情形，以上。

### **蔡主席魯**

童委員等一下，大家可能都把主軸拉得太遠了，這個議題提案只是針對全民健康保險費用支付標準配合修正藥師服務費的特殊情形，現在大家都把他拉到執行面這一邊又要做附帶決議，是不是有點太離題了？當然剛剛有很多委員都提到說，我們大家怎麼來努力想辦法做到不要浪費，剛剛陳委員也提到說，在這些情形開放的時候，切結到底有沒有落實，這其實都在執行面，我是覺得如果這樣子這個修訂辦法，是不是這一條我們就保留不執行，還是怎麼樣？

我知道啊！所以我說大家都把主題拉得太遠，我的意思是不是拉回主題？

### **陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

這個支付標準調整，跟這個是兩回事。

### **童委員瑞龍**

主席，我來講一下好不好？主席、各位前輩，我想我們的給付會議二點鐘開始，現在已經三點半了，光是報告事項就十幾個案，那等一下黃金時間的討論事項都沒有辦法進行，我們這裡也不立法院，也不

是哪裡在做國事論壇，我想不要把給付會議該有的報告案弄到變成討論提案又臨時動議，變成健保論壇，我想黃金時間有限，請主席將來對於報告案也能稍微篩選，哪些是重點給我們知道，哪些要讓我們發言，哪些事報告讓大家知道就好，這是政策宣導要我們配合就 ok，不然開會都太久了啦!這個開會是要節能減碳耶!不是不要耶!謝謝。

### **蔡主席魯**

謝謝我們童委員，我這個主席當的不太好，跟大家致歉，我會繼續努力，請大家拉回主題。

### **王副秘書長秀貞(蕭委員志文代理人)**

主席、各位先進，剛剛童委員已經有指示了。我很快速的講一下，第一個部分，剛才多位委員已表示沒意見，是同意的，只是針對執行面在醫院執行上面是有影響的，還有我記得印象中，蔡委員淑鈴在某一次會議有提過，對於這一個藥箋要簽署的切結書文件要怎麼來擬定，有說要另案討論，那我不知道具體的時程是什麼?現在院所應該也都很希望盡快把必要欄位給敲定。另外剛剛大家有關心慢性病連續處方箋及醫療辦法放寬造成藥品浪費，對於這部分我們認為慢性病連續處方籤這一個指標的設定，對於醫院在執行面上有滿大的影響，請健保局總局應請各分區不該再以「慢性病連續處方箋開立率」為指標要求院所提高開立，以上意見，謝謝。

### **蔡主席魯**

好，有關執行面切結的文件或是相關的執行問題，做個簡單的答覆以後，這個案是不是就照案通過。

### **蔡委員淑鈴**

有關切結的部分，大家會有些疑義，也已經做一個通函的解釋，我們會轉給我們各特約醫療院所知道，很快就會收到。那至於慢箋的開立率的部份，我們已經有很長的一段時間沒有再去要求，這個本來是署的政策，那我們也覺得慢箋的開立本來就是基於需要才開，並不

是數據上的比賽，所以這個部分我們可以理解，也希望它是一個合理就好，以上。

### **蔡主席魯**

好，如果對於報告案第十案沒有其他問題，我們就照說明的情形來執行，照案通過。接下來第十一案。

### **第十一案**

案由：「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」試辦計畫支付標準修訂案。

### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

上次在支委會社區醫院協會已建議刪除結構指標 2 之從事相關工作資歷等文字，開完會後發現各分區同仁已依據開會決議刪除此規定，因此草案上也應將此拿掉，這是上次支委會議的決議。另外就是品質監控指標的平均住院日及平均呼吸器使用日，當時的講法已正式行文給貴局，因這 2 個指標造成很多無謂的麻煩，事實上沒有針對 RCC、RCW 相關的品質有任何的幫忙，建議將這 2 個品質監控指標拿掉，我想這還需要另外開會嗎？

### **李專門委員純馥**

羅委員講的是結構指標 2 之從事相關工作資歷等文字建議刪除，但品質監控指標要刪除嗎？

### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

這是上次一起提的，對於 RCW 來說平均住院日不知其意義何在？對於已經是 RCC、RCW 的病患就已經是使用呼吸器的病人，有什麼好看平均呼吸器使用日，這 2 個指標多花很多統計力氣但沒什麼實質意義。



## 蔡主席魯

當時支委會上對於各分區若到醫事服務機構去做實地訪查時，針對結構指標的 2 年資料，可不列入參考，但並無決議刪除 2 項品質監控指標。

## 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

這 2 個品質指標監控值對 RCW 其實沒有太大意義，因為病患下轉後，就可能一直住院，除非病患出院才知道住院日數，但病患住到 RCW 其實就沒什麼機會脫離呼吸器，這 2 個指標對於 RCW 較沒意義，應該是在 RCC 或 ICU 階段較有意義。

## 蔡主席魯

請台北業務組同仁針對執行面說明。

## 吳視察科屏

對於 RCW 階段分區是會參考平均住院天數並對同性質各院所進行了解，因為 RCW 病患住院日數可能是很超長的，另外實地訪查時也會參考品質指標，有助於輔導醫療院所的醫療品質，所以，這 2 項品質指標應該還是要列入監控項目，審查委員對於超長住院也建議應加強審查。

## 朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

當然這只是數字，平均住院日數每家醫院都可算出來，但是算出來後如何解讀才是重點，如果總局以住院天數長短來評定品質好壞，避免誤會產生，建議刪除這 2 個指標，但如果分區再執行面上一定要用這 2 個指標，建議總局一定要和各分區業務組說明指標和品質好壞之關聯性，拿捏一定要精準。

## 吳視察科屏

分區在執行面上這些指標是參考值，不會只看平均住院日，呼吸器脫離成功率等指標值也是參考依據。醫院平均住院日如果較長，會

藉由審查來了解，不會根據指標值逕予處理。

### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

北醫鍾教授、蔡熒煌院長及吳清平教授在全國性呼吸器的論壇中，都認為這 2 個指標是沒有意義的，無法解讀及使用，容易造成醫院混淆，建議刪除。

### **蔡主席魯**

平均住院日及平均呼吸器使用日 2 項指標仍保留，但修訂為平均住院日（不適用慢性呼吸照護病房）、平均呼吸器使用日（不適用慢性呼吸照護病房），刪除結構指標 2 之從事相關工作資歷等文字，全案通過。

## **討論事項**

### **第一案**

案由：修訂全民健康保險醫療費用支付標準編號 14075B~14076B「HIV 抗體檢查(西方墨點法)」等 11 項診療項目案。

### **蔡主席魯**

先請醫管組作簡要的說明。

### **蔡委員淑鈴**

這一案大多是做現行支付標準備註的修訂，只有第 30 頁說明三的（一）、（二）那 3 項有涉及到經費，其中 HIV-西方墨點法開放到基層，增加 0.36 百萬，基層原本要開放 9 項，現在只開放 6 項，所以還有餘裕可以支應，另外是助產所這部分多了產後訪視費 640 點，大概是增加 0.037 百萬，詳細資料在第 42-43 頁。

**陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

第 43 頁的陰道生產-助產所是他們有做就 payment ?

**李專門委員純馥**

對，所以點數會加在現行的包裹支付點數。

**陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

那總點數是由哪裡支應？基層？

**李專門委員純馥**

其他部門有一個 for 居家和助產所的費用。

**陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

產後訪視費 640 點，只有助產士可以去看？

**李專門委員純馥**

被保險人現在如果在醫院或診所生產，他產後的就醫可以用健保卡，可是如果是助產所接生的，因他本身沒有門診業務，只有生產業務，就沒有辦法去含括到產後訪視的這個動作，所以才把它包在這個包裹給付裏，但實際上是需要提供這樣的服務會比較完整。

**陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

所以這 640 點是含在 2 萬 7 千多點裡面？

**李專門委員純馥**

是，在論病例計酬的點數裏幫他校正，由 27,833 點變成 28,473 點。

**陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)**

我沒意見，只是金額你們寫百萬，實在是我算半天，其實第一項不過是 36 萬，第二項 3 萬多，那直述不是更清楚？

### **朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)**

第 29 頁的淋巴水腫照護-徒手淋巴引流，原來的支付標準是接受台灣安寧緩和護理學會辦的課程才能申報費用，現在是物理治療來要求說他也可以開放，所以我覺得局裏要通盤檢討，為什麼要透過安寧緩和護理學會辦的課程才能執行，如果這本來是護理才可以執行或復健也可以執行，為什麼只有那個單位可以去作認證？所以局裏要通盤考慮，是不是只要是護理師有取得執照的就可以開放，或者是只有安寧緩和學會認證的才可以，我個人認為只由某一個學會來認證是不太妥當的，所有醫護專業這麼多，只有這個學會才懂這個專業嗎？我個人認為現況不是這個樣子。

### **蔡主席魯**

今天有台灣安寧緩和護理學會出席，是不是要針對這個表示一下意見。

### **呂秘書長月榮(高委員靖秋代理人)**

我先說明一下好了，我是護理師護士公會全聯會，當初這議題在徵詢全聯會意見時，我們是表明在照護技術及溝通技巧的部分，課程和師資很重要，我們沒有去指定哪個學會可以。

### **蔡主席魯**

請安寧緩和學會出席人員表示意見。

### **林教授佳靜(台灣安寧緩和護理學會常務理事)**

我代表安寧緩和護理學會，目前淋巴水腫照護-徒手淋巴引流在安寧緩和護理學會這裏是有提供課程訓練，倒是沒有瞭解有其他的學會有提供相關的訓練課程，我想如果其他的學會能夠同樣提出在師資上的訓練是符合局裏的需求的話，基本上我們學會並沒有強烈的排他性。

## 曹委員昭懿

主席，我是物理治療師公會全聯會代表，關於這個案子，因為我們上次看到他的訓練課程，物理治療師基本上在大學就是考執照之前已具備執行此項業務的條件，但是我們不反對會員在執行這業務時有需要再加強訓練，所以我們來函請局裏考量是不是我們學會或公會開的課程也同樣可以來執行這項工作，謝謝。

## 蔡主席魯

請大家看 42 頁，本局建議除了台灣安寧緩和護理學會辦的課程外，放寬台灣復健醫學會或中華民國物理治療學會舉辦之安寧緩和照護進階課程亦可認證，所以並沒有排除啊。

## 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

這樣寫有些混亂，記得淋巴水腫照護當時是護理師護士公會提出來的，這是要新增納入在護理專章項目裡面，請問秘書長，在醫院的各科護理人員，除了癌症或安寧病房以外，其他病房的病人也有這樣的需要時，護理人員如果沒有去受這訓練是不會做的是不是？我們申報時有這樣的限制嗎？而且我們怎麼知道哪些護理人員有受訓過？這是很難、很危險的處置嗎？我不知道誰可以回答我，意思是說要申報這個，護理人員要接受這 2 個或 3 個學會的課程認證，那我們什麼都不要做了，而且那麼多護理人員，我們怎知道哪些人有？哪些人可以執行？誰要去認證我沒有意見，但到底要什麼樣的人去做才可以申報，這個執行的人是一定要受這個訓練嗎？當初提這個新增項目時有這樣的規定嗎？有啊，這備註是我們護理師公會自己提的是嗎？這真是太可笑了。

## 呂秘書長月榮(高委員靖秋代理人)

是這樣子說，這個技術當時提出來時，是在安寧緩和病房才有執

行，一般病房大概都不會在做這個技術，所以我們提出時才說要符合安寧緩和護理學會辦的課程認證，一般病房都不會做這個技術項目。

### **朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)**

我覺得要先考慮這個徒手淋巴引流到底是在哪個專業裏受的訓練，比如說護理學會說4年的護理教育沒有受過這個訓練，所以要另外經過上課，如果這樣那就請護理人員不要做，要先經過上課訓練，那今天物理治療學會認為說他們4年取得證照，只要取得證照這是他們必須的基本訓練之一，那也沒有道理叫他們一定要再來上安寧和緩和護理學會開的課程，所以我覺得要先瞭解各個醫事團體，比如說腫瘤科醫師如果在住院醫師訓練已有這個技巧，為什麼醫師不能執行呢？所以健保局應該先去搞清楚，到底這個是不是在取得證照時已含有一個技能，如果沒有，當然就不能執行，要另外上過課才能執行。我個人覺得如果是這樣的話，你也不能指定某一個學會來做，假設今天我是醫師，我認為我已經會做了，我為什麼還要去上安寧學會的課，更何況這裡面還包括局的建議修正意見要有緩和醫學照護溝通技巧，這跟做這個徒手淋巴引流技術有什麼關係，結果局裏反而還進一步要求說你不但要去上安寧緩和照護課程，還要有緩和醫學照護溝通技巧，這個我覺得實在是有點牛頭不對馬嘴，這個案子我建議局裏先保留，先瞭解一下到底哪些專業已經懂得本來就可以做，不懂得就要求上課，要上課的話請局裏訂出相關的標準，每一個都可以開課，像台灣繼續教育推廣學會如有取得適當的師資，他也可以訓練，只要可以符合的醫事人員都可以做啊，假如藥師有上過這課是否也能執行這業務，局裏在執業範圍這部分要先去擬定。

### **曹委員昭懿**

主席，謝謝諸位委員都這麼瞭解術業有專攻，各個專業有不同的訓練，我剛已報告過物理治療師在大學的課程裏已學習淋巴引流這個

技巧，之前這個案子是為了癌末病人，所以會跟安寧緩和有關係，技巧的部分我們沒有問題，我想護理人員應該是比較擔心技巧的部分，所以當初會提出這個但書說需要受過訓練，但是這過程我們同意物理治療師可能對安寧不是那麼清楚，所以安寧緩和醫學會或護理學會認為如果物理治療師要做，是否應加上緩和醫學照護溝通技巧和對癌末病人的瞭解，這個我們同意，因為我們同仁可能大學畢業後這方面的經驗不夠多，所以我們贊成根據不同的專業應有不同訓練的要求，以上說明，謝謝。

### **陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)**

我們來看一下第 47 頁，原來是怎樣現在要修成這樣，很多人都表示意見就發覺這個有點問題，原來的是須接受淋巴護理相關訓練(接受台灣安寧緩和護理學會)，然後復健或物理治療說他們也有能力可以做，我不知道以後這會在什麼地方執行，支付標準是地區、區域或醫學中心，會不會以後有些執行地方是很奇怪的，我想如果要修附註的話，是否要先讓我們知道重點在哪裡，原來的是哪邊不妥適所以要修，但現在愈弄愈大，還要所謂溝通技巧，這怎麼認定啊。

### **林主任富滿(楊委員育正代理人)**

這項支付標準建議只要定義適應症及執行完成需有紀錄就好，其相關訓練由醫事機構執行，所以把 2.執行人員原訂之條件拿掉，保留適應症和執行完成需有紀錄就好。

### **陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

如果這項技術很特別一定要經過訓練，頂多就是執行人員須接受淋巴照護相關訓練就好，後面都不要寫，因為我們現在太多太多的學會都把持某一項目或把持某一教育訓練課程，醫院都很 suffer，我不知道這個處置是怎樣，是很嚴重很危險，需要護理特別的相關訓練，我

同意，如果不是，這也才 300 多點，不是 3 萬多點或 3 千多點，還要經過這麼冗長的訓練才能做，我想我們癌末的病人死了以後，這個訓練的人還沒有出來，所以我認為這個是不是要再考慮一下，我相信不會做的人是不會去做的，現在醫糾這麼多，把括弧後面都拿掉。

### **蔡主席魯**

針對這個討論案，先請大家看第 29 頁，針對大家討論的淋巴引流要不要保留，我們先一項一項來，以節省時間，請看第 29 頁第一項 14075B 及 14076B 「HIV 抗體檢查(西方墨點法)」，這個沒意見 OK，那就通過，第二項 33091B 「不整脈經導管燒灼術」、33113B 「經頸靜脈肝內門脈系統靜脈分流術」及 75020B 「肝臟移植」，這個也 OK，第三項是大家討論最多的淋巴水腫照護，為了周全，是不是請我們同仁再跟各學會討論哪些人可以做，如何做，把這些定義弄清楚了再來討論，這項保留，第 30 頁第四項板機指手術：增列備註媽媽手手術可比照申報，可以，通過，第五項這個也是通過是不是？請。

### **黃委員鶴珠**

我是中華民國助產士公會全國聯合會第一次報告，我要請教第五項點數 27,833 是只有接生還是有包括其他的？只有接生的話，我們居家生產的點數不到這個，我們居家接生的，拿不到 27,833，只有 14,000 多。

### **李專門委員純馥**

大家看第 49 頁，case payment 助產所就只有一個支付點數，我們沒有兩個點數。

### **黃委員鶴珠**

沒有兩個點數，那這個產後訪視是屬於居家的吧，那居家生產也



要包括在裡面啊。

### **蔡主席魯**

我問一個問題，妳在擔心如果生產處理完後，有可能還會去訪視，就是這個產後訪視 640 點，妳的意思是說接了這個 case，整個過程都處理完了也都沒有問題了，到底是可以報 27,833 還是 28,473，是不是這樣的意思？

### **黃委員鶴珠**

不是，還沒增加那 640 點以前，27,833 是助產所，那居家生產是不是也一樣可以申請到這個點數，可是我們居家去接生只有領到 14,000 多。

### **陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

因為上次在設置標準裏有說醫院或診所可以請助產士或助產師來接生，如果是去居家而沒有經過醫師，所以這個 27,833 要講清楚，如果是居家生產不是報這個，如果是這樣，那診所才 30,565 不就虧死了，而且他們還要住 3 天。

### **朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)**

以前 case payment 的話醫院生產差不多 3 萬塊，現在因為實施 DRG，所以醫院層級把它拿掉，只剩診所是 30,565，但在醫院生產的話平均會住院 3-4 天，給付是 3 萬塊，你現在助產所是到人家裏去生，沒有住院，結果你現在要給付 27,833，這個我覺得要檢討，有夠好的。

### **黃委員鶴珠**

我們助產所裡面也可以住，我只是說居家生產也是有產前檢查，跟醫院一樣，產後訪視也是一樣，所以你說只報去接生，他在家裏也是要冒這個風險啊。

## 蔡主席魯

黃理事長，這樣子好不好，有關第五項是不是讓我們同仁跟你討論清楚後再來做支付標準的增列？如果這樣就會先保留。

## 林視察淑範

這個案子除了有助產士公會在關心之外，還有立法委員在關心產婦在助產所生產照護的過程，建議這一項論病例計酬增加 640 點先讓它通過，至於理事長關心居家生產照護如何申報，我們再跟理事長討論。

## 林主任富滿(楊委員育正代理人)

居家照護應該只有給付生產單項費用，如該委員所說的約 14,000 多。而 97005D「陰道生產，(助產所)」，指包含該次住院所有費用，比照基層的 case payment 給付 2 萬多，所以應沒有錯。

## 黃委員鶴珠

我的意思是說，你現在是產後訪視，我們也是有產前訪視，我們是到他家裏去，也是有產前檢查，也是有那些動作，不是只有去接生，我們從頭到尾都是服務他的。

## 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

我不知道我們健保的支付標準，比如說像這個，你是說產檢他們也做，我們承不承認他們可以做產檢？

## 李專門委員純馥

產檢現在是國健局同意他們也可以做產檢，這部分是國健局有在支付的，現在是產後訪視國健局認為...

**陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

產後訪視就是一次嘛，就像在醫院或診所生產回去，滿月後又來看一次狀況，那也是只有一次嘛，所以現在要講清楚，如果是在助產所裏面前後有住院 3 天，給他 28000 多，是含產後訪視費，這樣講清楚就 OK。

**蔡主席魯**

是不是這樣子的意思，是，好，第五項那就通過。

**林教授佳靜(台灣安寧緩和護理學會常務理事)**

有關於在淋巴水腫照護的部分，我想安寧緩和護理學會這裏是同意把後面括弧這部分刪除，也就是說在執行人員上只需記載須接受淋巴照護相關訓練，後面是完成後需有適應症、執行過程和執行時間的紀錄，我想這樣或許醫院在執行上會比較容易去執行，另外在訓練機構上，我們並沒有刻意要去對這部分做把持，只要是任何學會能夠在淋巴水腫照護上進行專業訓練且達到一定水準的話，基本上我們都樂見其成。

**蔡主席魯**

請大家再翻回 29 頁，第三項本來是保留，那安寧緩和學會提出這樣的想法和建議，在文字和相關條件的設定上做這樣的修正大家同不同意，同意的話就照案通過。

**陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

同意阿。

**郭特助正全(翁委員文能代理人)**

贊成阿。

## 蔡主席魯

好，那我們這項第三項原來決議是保留就取消，決議為修正文字和相關條件設定後贊成照案通過，那再翻回第 30 頁的第六項。

## 李專門委員純馥

第六項是針對子宮外孕手術的 case payment 代碼新增處置碼 54.51。

## 蔡主席魯

好，那我們就照案通過，說明三只是增加費用的說明，本案就照我們所列的各項說明照案通過。

## 第二案

案由：有關修訂安寧療護支付點數調整案，提請 討論。

## 蔡主席魯

為求效率，請醫管組綜整說明本次提案重點為何。

## 林視察淑範

請大家翻到 55 頁，55 頁是說明安寧緩和醫療支付點數的調整，第一項是住院安寧療護「安寧住院照護費（每日）」各層級皆由 4,930 點調升至 5,076 點；第二項是安寧居家療護，診療項目 05315C「其他專業人員處置費（次）」原僅限社會工作人員，增加「心理師」專業人員執行本項；下一頁是 56 頁，安寧共同照護方案，「安寧首次共同照護費」比照「緩和醫療家庭諮詢費」支付點數，由原 1,350 點調高為 1,500 點。

### **陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

請教一下其他專業人員處置費 (次)，本來是僅限於社會工作人員進行訪視，現在是修訂為社會工作人員和心理師都可以，專業人員每月每人訪視次數以 45 次，1 個月還 30 天，每天去也不過是 30 天，這樣合理嗎？

### **李專門委員純馥**

這是要求社會工作人員和心理師每月進行訪視次數合理量的限制，因為這是到宅提供服務。

### **陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

我也覺得心理師很重要，但如果是這樣的話，加上心理師，每月訪視次數 45 次，所發生的費用會是 double 的。

### **蔡委員淑鈴**

這是安寧緩和醫學學會的建議，學會認為社工師和心理師對於民眾都很重要，希望能開放心理師，但是不見得每次都有社工師和心理師進行訪視，所以我們這一次開放心理師執行本項業務，也確實有可能兩個人都會去。

### **陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

講白一點，現在安寧居家生意很好，所以每月訪視次數 45 次都報滿，再加上另一個專業人員， $45 \times 2$  就是 90 次，費用支出就是 double。

### **朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)**

我覺得這個案子要回歸當初監察院黃煌雄委員特別提出，他認為說台灣的醫療浪費很嚴重，特別是無效醫療這一塊，所以才會回歸到，推廣安寧醫療，以減少所謂的無效醫療，我想這是大前提。所以主席，

依健保局提案國字二第二點，我個人是看不懂，他說，提高安寧療護的健保給付，以鼓勵醫院減少實施無效醫療，其實，這是兩項不相干的議題，鼓勵醫院減少實施無效醫療，怎麼用提高健保給付呢？

因為現在要執行安寧療護有很高的門檻，包括床數、人員都有很高的限制，當這些門檻不降低的話，怎麼可能讓更多的團隊進來？沒有更多的團隊、沒有更多的床位的時候，怎麼可能提高安寧療護的使用量？你不先做這件事情，反而提高健保給付？那只是讓現在執行安寧療護的院所得到的安寧給付愈來愈高，但是這與向監察院提出，讓更多人享受安寧療護是不一樣的，監察院是希望你先做到廣，如果支付不夠的話，沒有誘因，再來提高。但是現在不是沒有誘因的問題，而是根本在門檻就做了限制，還沒到支付誘因的問題，至少社區醫院連進門檻都還沒進去，想做都沒辦法做。

所以我說這是兩件事情，如果說要回應監察院的要求，把支付點數提高，但是門檻沒有降低，讓做安寧的還是這些人的話，那我個人是反對提高支付標準，建議局裏要通盤考量，把安寧的門檻酌予降低，降低以後，讓更多有意願的醫院參加，然後再回頭來檢討支付是否不足？再給予提高。

#### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

主席，安寧療護已經討論 2-3 年了，大家都知道安寧療護要回歸社區醫院或是居家，但是現在有能力執行安寧療護的，包括安寧共照方案，都是區域級以上醫院，在很多場合我們都表示過意見，希望能給予我們機會，但是到現在為止，社區醫院都沒有接到善意的回應，我們到現在也沒辦法參加，這樣的門檻也沒辦法分階段實施，目前只有 2-3 家社區醫院參加，其他社區型的醫院都沒有辦法參加。

就如同朱委員提出的意見，我們目前是希望把安寧的觀念盡量普

及到社區，盡量做寬做大，可是健保卻是要把給付提高，安寧學會沒有把安寧落實到社區，所以這個案子到現在為止，不論是住院安寧療護「安寧住院照護費（每日）」及「安寧首次共同照護費」點數的提高，在這個階段我們都反對，這個案子，社區醫院都堅決反對，以上。

### 蔡委員淑鈴

議程資料第 55 頁的文字修改一下，大家可能比較放心，這裡講的是安寧居家療護，過去安寧居家療護是限社工師提供服務，現在多一個心理師，文字寫「及」，讓大家以為一次訪視同時要有社工師和心理師，好像門檻提高，我建議將「及」改為「或」，其實我們的本意就是社工師和心理師都可以執行安寧居家療護這項 consultation，改為「或」，就是 optional，因為有些院所可能可以聘的到社工師，若聘不到社工師，也可以聘心理師，以上。

### 蔡主席魯

謝謝蔡組長補充說明，剛剛羅委員及朱委員都提到一個很重要的重點，就是門檻是不是太高？讓社區醫院沒有辦法參加，現在是不是安寧療護的設置基準標準或人員有沒有修正，這是主管機關的權責，請醫管組說明。

### 李專門委員純馥

上次 10 月 16 日會議紀錄，社區醫院的意見我們已經轉陳署醫事處處處理；我們也請署提供最新的設置基準，確實本來應該有的設備，已經放寬規定改為「可」，就是「應」改為「可」，其他病室的部分，確實沒有調整，我們也已經將意見給署參考。

### 蔡主席魯

所以大家對人員訓練仍有不同看法。

### **陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

上次在討論安寧共照試辦方案的時候，我們就已經針對人員的部分，包括醫師及護理人員要如何去受訓，我們就覺得不可行，尤其是小醫院，醫師才幾個，他們願意做安寧就已經很不錯了，還要去有安寧病房的醫院實習 5 天，他們的工作就都不用作了。

### **蔡主席魯**

好，針對安寧療護設置基準條件及規定還有沒有委員有意見?等各位委員都表達意見後，我們再請安寧學會表示意見。

### **郭特助正全(翁委員文能代理人)**

剛剛蔡組長怕大家有誤會，所以針對目前僅限於社會工作人員或心理師，假如這個成立的話，那第 2 小點，每位專業人員應該要劃掉。

### **蔡委員淑鈴**

好，同意第 2 小點「每位專業人員每月訪視次數以 45 次為限」，刪除「每位專業人員」等文字。

### **王副秘書長秀貞(蕭委員志文代理人)**

主席不好意思，針對剛剛社區醫院兩位委員代表的發言，我們協會強力支持，針對安寧緩和照護我們想要提出幾個問題，第一，健保局一直都在為民眾的健康做把關，那麼請問健保局認為安寧療護的需求有多少?!，又有多少預算打算投入?!如果設置標準一直是這麼高，那需要照護的人就一直在等待，在排隊，是達不到監察院黃煌雄委員推廣安寧療護以降低急性醫療的目標。我們還要繼續耗費這麼多的資源，做幾個人可以得利的事情，我想這對健保的財務也是一個不當的管理，所以我們要求是不是針對整個安寧療護的條件做一個整體的檢討，建議應先擴大參與機構，且如同朱益宏及羅永達委員所言，建議



等候更多團隊進入之後，再重新檢討支付點數的調整。

### 陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

簡單一句話，就是剛剛 55 頁，是不是只要刪除「每位」就可以吧？專業人員不能刪。

### 蔡主席魯

先請陳委員發言，再請林委員。

### 陳委員錦煌

剛剛這樣聽下來，這個案子社區醫院協會代表們很有意見，發言很憤慨，為了醫界，建議本案保留。若大家都沒問題，我是沒意見，希望大和平相處。

### 林委員淑霞

我自己從民眾的角色來看這個案子，大家都知道癌症的發生率和死亡率歷年來都是排名第一，因此民眾在安寧照護的需求是相對非常高，如果設置標準一直這麼高標，其實找不到安寧病房的還是民眾，所以本人建議應重新檢討住院安寧療護設置基準有沒有必要把設置標準訂定這麼高？事實上，應該讓社區醫院某種程度也有能力承辦這樣的業務，安寧照護走向社區化絕對是個趨勢；也是符合民眾的期待，進而亦可協助沒落的地區醫院有個轉型的契機，以上建議。

### 朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

剛剛承辦單位表示說有把住院安寧療護設置基準的建議轉陳衛生署醫事處，請署裏面考量，我記得有一次我參加署要準備評鑑的會議，有提到這件事，在會議中我們也提到安寧療護設置基準的相關問題，但是醫事處代表在會中表示，健保局已經有相關規定，所以健保局是走在前面，所以醫事處是 follow 健保局的規定，健保局又說是 follow

醫事處的規定，我不知道到底是誰 follow 誰，但是就我的了解是健保局規定在先，醫事處再去調整，包括 80 小時即每年 20 小時的繼續教育訓練，是健保局在試辦安寧療護時訂出來的，那時候設置標準都還沒有，是設置標準要訂的時候才寫進來，所以這個源頭不是醫事處，還是在健保的規定，希望健保局相關單位能考慮對於這標準能酌予放寬，以上。

### 蔡主席魯

是不是請安寧療護學會的代表表示意見。

### 姚主任建安(台灣安寧緩和醫學學會秘書長)

主席，各位委員大家好，我是台灣安寧緩和醫學學會秘書長，目前在台大醫院服務，我在安寧病房已經照護病人 16 年，針對安寧療護我們召開過很多次會議，針對各位委員的疑慮，我們提出學會的看法，安寧療護病房可以節省末期照護的支出費用，監察委員黃煌雄訪視全省安寧療護病房也認為可以有效減少無效醫療，然而目前因支付點值不足，讓安寧病房一間接著一間因虧損而做不下去。

安寧病房每天每人支付 4930 點，卻要包含所有的病房費、護理照護費、藥費及所有處置費。而末期病人到 ICU 每人每日健保卻花費達 2 萬 1 千點，光是病房處置費加上護理費就為 6400 點。目前安寧病房點數如何可支付一個醫師或醫護團隊的照護的費用？

感謝黃煌雄監察委員的辛勞視察與支持安寧病房，我們經專家研議認為安寧病房的給付應該每人每日 7 千 4 百點才合理，這是為所有末期病人和安寧病房所爭取的基本權益。

因此預算約需多花 3.9 億，但安寧病房所省下的末期病人無效醫療的費用是卻可達 10 億以上，故安寧做愈多，健保省愈多，更可提高醫護人員的生死教育及民眾的末期醫療人權之保障。另外，安寧的發展

也可讓 ICU 騰出空間給真正需要的急性病人，以免 ICU 一床難求。強烈建議健保局通過安寧病房日給付為 7 千 4 百點。

至於照護品質一直是對末期病人最後的把關，也是世界衛生組織對安寧療護的基本要求，若是照護人員不足，對末期病人是很辛苦的，所以學會認為安寧照護要有一定的品質才可以，以上。

### **張主任義芳(台灣癌症安寧緩和醫學會秘書長)**

主席，各位委員，我是台灣癌症安寧緩和醫學會秘書長，在馬偕醫院服務，我想聽得出來剛剛社區醫院各位委員對於目前安寧療護現況很不滿意，我深感同意，因為我參加過類似的會議。讓老有所終，這個終點，大家都希望在住家附近，所以若是在醫學中心安寧照護上的利益是會有相當的被抹殺掉，所以應該要推廣到區域醫院。

當然在安寧療護的照護條件是有某種程度的條件，若是都沒有規範就這樣來作，也是不行，所以我是建議在醫學中心或區域醫院這樣的層級醫院，會有不同的標準，來做另訂，先求有，若不先求有，其實是很難推廣。

各位委員也不要提高健保費當作是一個抵制，應該要盡量把它拉高，以後大家在周邊推廣才更有利，所以希望各位委員要認清這一點，也才能兩方齊利，其實我們學會最近也辦理健保局要求的安寧療護教育訓練課程，我們也公告課程內容，但是事實上，區域醫院或是比較遠方的醫院參加的情形並不熱烈，我不知道為什麼，可能是溝通上不是那麼了解，我想就這方面，應該由健保局做一個主導，討論如何建立一個好的安寧療護照護模式，如何讓他開始、更好，才有一個可能性，沒有開始就沒有未來，這是我的意見，謝謝。

### **朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)**

主席，其實我是建議這個案子今天保留，基本上我們認為這個案

子沒有共識，至少在地區醫院沒有共識，我也同意大家應該一起來為安寧努力，但是在安寧緩和團隊相關的團體，社區醫院沒有感受到安寧緩和團隊要合作的誠意。

剛剛有提到說，安寧緩和醫療是很重要的，但是品質也要照顧，但是所謂的品質是做賓士車的品質？還是國產裕隆車的品質？他都是車，我覺得這是大家應該要考慮的，而不是某些人做出來的才有品質，別人做出來的不叫做有品質，這個案子沒有共識，是不是請主席這個案子先保留？等到大家對安寧緩和有共識之後，或是在設置標準做一些調整之後，再來檢討，在那樣的設置標準下，再來檢討支付合不合理。

#### **林教授佳靜(台灣安寧緩和護理學會常務理事)**

安寧緩和護理學會代表發言，我想在推動安寧緩和醫療這一群人，比誰都更希望安寧緩和醫療照護能普及在台灣每一個角落，甚至在每一個社區醫院及區域醫院，我想那是更迫切的需要。但是安寧緩和醫療在發展之初，我們必須要設立一個安寧的照護模式，我想在過去十幾年的努力，因為我們的堅持及大家的努力，在台灣安寧緩和的發展及模式也得到國際間的肯定，我相信台灣安寧緩和醫療的水準，目前也是整個亞洲之冠。

我們台灣醫療拿什麼去跟大陸及東南亞國家比？安寧緩和醫療就是我們台灣醫療的一個非常重要的指標及成就，我想在社區標準的部分，或許在推展的過程中，有沒有需要修改的空間，是可以討論，但是我想社區標準與支付標準是應該要脫勾的，就是我們在討論給付增加的標準上，是對社區醫院或區域醫院是有幫助的，尤其是對各個醫院在推展安寧療護上是有幫助的，所以我想藉由設置標準來杯葛支付標準的調升，對大家是不利的。

推動安寧療護對台灣的醫療、病人及各個醫院的營運都是有幫助

的，我是懇請大家能理性平和來看待這個案子，以推動台灣的安寧療護的發展作為大家最終的目的，謝謝。

### 羅院長永達(謝委員文輝代理人)

主席，我很理性平和的敘述，第一件事情就是說，我們現在建立的模式到底是不是對台灣最有利?把病人放在台大榮總，讓他們做他們的品質是不是最好?一開始模式的建立，本來就是應該要在社區醫院，考慮到台灣整個安寧療護的發展模式是不是能夠走到社區?而不是由某些專家或醫學中心，在都會區做出一個模式，然後希望大家能比照他，這一開始就不對。

第二件事情是說，這件事情不是今天第一次談，若是第一次談，我們還會有很多的期待，期待先讓他通過，然後接下來是不是怎麼做。這個案子我們已經談了兩三年，在同一個場合，談如何推廣到社區，到現在為止，我們沒有看到任何動作，我們沒有看到任何的善意，為什麼 80 小時沒有人去參加?很簡單嗎，我們一個醫院在社區裡有四個醫師，而這 80 小時的課程有時候上半天，上一個早上他一個人去，他要上 20 天!20 個禮拜連續上 80 小時，而且要同一個人，對不對?那你想，什麼是 80 小時的訓練?他要連續 10 天，工作放著，去上 10 天的課，你看這門檻高不高?然後接下來還要去 5 天的訓練，那他的病人怎麼辦?他的手術都要放著。

這門檻可不可改?我不相信不能改，醫院標準 EM1、EM2、EM3、EMTT 都是分階段，我們是分階段來上，講這麼多，只是在提醒一件事情，我們希望不要一開始像白色巨塔一樣，為自己造一個象牙塔，告訴大家，我是對的，大家都要學我，我們希望放諸四海到社區醫院去，讓大家坐下來談，談如何推廣到社區醫院去，這才是我們的目的。所以在今天沒有共識的情形下，我還是建議本案保留，以上。

## 陳委員錦煌

我記得上次我來開這個醫療給付協議會議，我們現在的局長很聽我的話，因為我不代表哪一邊，我要是說什麼，他都會尊重我，我不知道主席現在是怎樣，我整個聽下來，覺得這個案子保留。

## 蔡主席魯

消費者代表既然已經抬出局長牌，那我們就依照消費者代表意見，是不是這個案子就保留？但書是，住院安寧療護設置基準及人員條件，是不是再作檢討？

## 張主任義芳(台灣癌症安寧緩和醫學會秘書長)

我們學會有設立 e-learning 課程，你不用本人來參加，用線上學習也是可以，我想這樣的學習課程對社區醫院可能比較方便。

## 蔡主席魯

這個案子就保留，請安寧療護相關學會針對住院安寧療護設置基準及人員的教育訓練時數等規定進行檢討，除照會各層級醫院外，也檢討相關的設置標準，讓安寧療護回歸社區醫院及所有需要安寧療護民眾的地方，這個案子先保留。

## 第三案

案由：102 年新增「抗酸性濃縮抹片染色檢查」等 4 項全民健康保險醫療費用支付標準診療項目討論案，提請討論。

## 蔡委員淑鈴

好！謝謝！各位委員這是 102 年新增給付之事項，請就附件內容說明一下。

## 李專門委員純馥

這是適用 102 年預算，請各委員翻至 57 頁，第一項是中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會所提之抗酸性濃縮抹片染色檢查，經過我們彙整相關單位意見後，包括收集現行各醫院之收費價格，支付點數 54 點、第二項也是抗酸菌培養只是另一類，支付點數 250 點、第三項是國立臺灣大學醫學院附設醫院建議新增之內視鏡黏膜切除術、我們建議支付點數 8,199 點。最後一項，呼氣一氧化氮監測，因為臨床實證證據不夠充足，不建議新增。

## 蔡委員淑鈴

這裡還有一個預估一年執行次數，再加上我們建議的支付點數，前三項共計 1.15 億元，不知各委員有什麼意見？

## 林主任富滿（楊委員育正代理人）

62 頁新增診療項目 72050B 內視鏡黏膜切除術，第 2 點相關規範(1)採事後審查之規定...，請問為什麼這個項目需要特別在支付標準註明；而且費用申報時要附這些記錄跟報告？建議原列事後審查之規定刪除，轉列於審查注意事項規範內，於抽樣之後再檢附這些報告記錄。

## 蔡委員淑鈴

好！我們在接受其他委員的意見，還有沒有其他委員要提意見，好...郭委員。

## 郭特助正全（翁委員文能代理人）

第一項抗酸性濃縮抹片染色檢查支付 54 點，跟中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會所提出來的 275 點差那麼多，到底是差在那裡？後面幾項也是，是不是可以請檢驗師公會說明一下。

## 蔡委員淑鈴

請檢驗師公會說明。

## 盧委員世乾

主席、各位先進，非常感謝各位給我們中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會一個說明的機會，在會議之前我們擬了一個說明資料供大家參考，在會議資料 60 頁可知新增 14083C 不得同時與 13006C 同時申報，而 13006C 就是傳統的革蘭氏染色法，當時健保給付 45 塊，現在是用抗酸性濃縮抹片染色法還要去活化去污染，所以健保局建議調高至 54 點，但是我們公會經過考量實際執行大型醫院及中小型醫院進行計算成本，已列印出來供大家參考，大型檢驗所濃縮染色法建議應該是 100 塊、中小型醫院應該達到 275 塊，所以就抗酸性濃縮抹片染色法的成本應該在 100 塊到 275 塊之間，在抗酸菌培養大型醫院應該要 325 塊、中小型醫院應該要達到 530 塊，各位都是醫院管理者，可以給各位拿回去做參考，這個結果是不是很正當的。剛剛聽到 貴局經過訪視，我知道貴局的訪視是送檢單位，送檢單位是比照健保給付點數來做答覆，在這架構下，可以很清楚看到幾個現象：第一點，這個費用是新增費用，是濃縮染色法不是以前的革蘭氏染色法。第二點，前置步驟要先將痰去活化，這個步驟是很繁瑣的，這個問題在所有做細菌培養及 TB，不論是在公衛或防疫政策上，都是很重要的，相對對作業環境要求非常嚴謹，如實驗是由 P2 提升至 P3，這些投入是需要很多錢上千萬，我相信我們公會爭取這個經費不是只為檢驗師，而是醫院經營理念的問題如何活下來、取得平衡點。第三點，運送要求，這是法定傳染病，運送檢體需要包覆 2-3 層，難道這不需要成本。最後一點，最嚴重的一點，醫檢師在這裡有沒有危險津貼，評估時並沒有將危險津貼納進來，只有編列管理費，所以等等的說明及建議，希望各位先進及健保局能高抬貴手，贊成我們全聯會所提出來的支付點數，以上



報告，謝謝！

### 陳高級分析師雪芬（林委員芳郁代理人）

主席，我想請問全聯會幾個問題，今天你們拿出來的成本分析表，第一個大型檢驗分析，第一項濃縮染色法到最後總計成本為 95.7 塊，同樣在中小型檢驗分析就會是 270.5 塊。所以，我想請教健保局，他們資料是今天拿出來的（蔡委員淑鈴回答：對），這跟健保局拿出來的 54 塊差很多很多耶！

### 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

是不是你們訪視的時候，都寫原來的 13006C 支付點數 45 點。

### 蔡委員淑鈴

其實，我們在擬定新增支付標準時，當然是需要收集支付價格資訊，對於我們而言，不是親自執行，當然沒有價格，但是目前我們對價格的建議，會瞭解醫院提供這項服務的自費價格或比照支付標準的項目申報，經過調查的結果，許多醫學中心都是用比照支付標準項目向健保申報，比照診療項目就是 13006C，過去已經很長時間都是用這樣的方式申報，我們也是審酌兩者之間有所差異，因為有些醫院除了比照健保申報，也有醫院是自費比 45 點高，所以經由各醫院的加權、平均後，建議支付第一項 54 點。現在檢驗師公會提出來的成本分析，這是今天才拿出來的，我們也是剛剛才看到的，這樣的價格是高出非常的多，我們來不及查詢這個成本的合理性，如果要現在斷定是多少價格是合理，基本上是困難的，大家都可以說成本很高，對健保而言如果是市場可以因應的價格，我們可能就認為它是一個市場價，但是保險價與市場價，本來就是還有距離。所以我覺得這裡是有可議之處，如果今天距離有這麼大，建議暫時保留這一項抗酸性濃縮抹片染色檢查。

## 盧委員世乾

好！有關這一部分，公會是贊成保留。但是，之前我們有提出一個建議濃縮染色檢查為什麼是一個新增項，它絕對不是一個新增項目，因為很可憐，當時健保局沒有這個項目只好比照革蘭氏染色法來申請給付，所以，價格會差很多，以上謝謝！

## 蔡委員淑鈴

另外一項，14084C 大家覺得要不要今天通過？還有後面的72050B 內視鏡黏膜切除術、支付點數 8,199 點，這兩個可不可以通過？

## 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

72050B 可以通過。

## 蔡委員淑鈴

因為今天建議第一項爭議這麼多，是不是第一項保留？第二項及第三項是...

## 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

看檢驗師公會意見。

## 陳高級分析師雪芬（林委員芳郁代理人）

第二項就過了吧！250 點。

## 盧委員世乾

第二項就是有關培養部分，我建議也是保留。因為染色及培養是一起的，落差太大。

## 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

有相關就是，72050B 就通過。

## 蔡委員淑鈴

那 72050B 這一項（委員發聲：同意），這是很多學會建議的，那就同意。對於剛剛相關規範部分文字，如果認為需要移到審查注意事項，我們就移到醫審的審查注意事項。

## 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

但是，不得同時申報...，那一段是可以保留。

## 蔡委員淑鈴

當然相關規範（2）的部分保留。以上。

## 第四案

案由：調整 93001C「紅血球濃厚液」等 8 項診療項目支付點數案，再次提請 討論。

## 蔡主席魯

請宣讀第四案。（宣讀完畢）...好，謝謝！，先請血液基金會先做簡單重點之服務品質改善方案報告，向各位委員說明。

## 程處長仁偉（台灣血液基金會）

醫院供血相關服務品質改善方案報告（略）。

## 蔡主席魯

謝謝！血液基金會的報告，現在我們開放給委員表示意見。

## 陳高級分析師雪芬（林委員芳郁代理人）

我想先聽聽看，101 年預算 1.98 億是不是已經被收回？對不對？

**蔡委員淑鈴**

已經要收回。

**陳高級分析師雪芬（林委員芳郁代理人）**

已經準備要收回，如果不通過的話，是不是就沒有這筆預算？

**蔡委員淑鈴**

不是，今年（101年）已經結束了！

**陳顧問瑞瑛（陳委員明豐代理人）**

對，今年（101年）已經結束，所以明年沒有這個預算耶！

**蔡委員淑鈴**

有，102年預算已經滾入基期（李專門委員純馥：只是今年沒分配而已）。

**陳顧問瑞瑛（陳委員明豐代理人）**

不是啊！原來編在今年（101年）預算是特別為了NAT而編列，可是已經收回已經結束，現在的黃局長講說如果這個沒通過，他就要行文給費協會請費協會這一項收回。如果收回，因為這一項還沒做，明（102）年就要編列這個預算去調整。

**蔡委員淑鈴**

不是，因為目前還沒收回。所以，我先說明一下，101年本來在一般部門就編列1.98億，但是這個案子我們討論多次都沒有結果，所以，我們就先從一般部門將1.98億扣下來，現在年底了，當然這1.98億還沒有分配到大家一般服務中，但是在預估明（102）年加上一個成長率，這個基期1.98億還沒有拿掉，因為不知道明年要不要用，所以1.98億是含在基期裡面。假定今天決定NAT不做，我們就要行文給費協會要

將明（102）年基期要將 1.98 億扣除，所以，以現在、今天來說，1.98 億還在基期內。如果今天可以通過，明年 2-3 月可以導入 NAT，我們就不扣了。

### 陳高級分析師雪芬（林委員芳郁代理人）

那這個樣子，不只是預算的問題，這個案子也來來回回很多次，站在血液品質的立場，是應該同意讓它通過，以上。

### 羅院長永達（謝委員文輝代理人）

主席，因為血液基金會，是獨家、只有一家，我們要取血也只能從這裡來，當然在乎品質，這麼多年來，我們在爭議的是什麼？爭議品質，今天血液基金會很有誠意要跟我們做夥伴關係，我們很高興，只是為什麼以前都不實施呢？不是早就應該有這樣的夥伴關係嗎？怎麼現在才告訴我們未來要建立夥伴關係，夥伴關係中有很多東西，就像剛剛代表說的「送血」，我們當然希望送血，以中區為例，中區共有 98 家醫院，它現在找了 30 家說送血率是 90%，我不曉得這數字如何算？在地方上，我們沒有感受到對我們服務品質的誠意，不止是我們... 不知如何說，因為獨家，所以常常欺負我們醫院，這是第一件事情。

第二件事，NAT 去年我們沒有實施，因為輸血導致的感染到底有多少？去年在談這件事，也是由血液基金會提出一個數字，他們有一個計畫中 B 型肝炎、C 型肝炎篩檢等，花了這麼多錢究竟得到多少效果？這就是為什麼我們一直持反對的意見，因為血液要檢查的東西真的是很多，不是只有 NAT，老是他們要做一個東西，就要全民買單，這種事情實在太多了如 HPV、B 肝、NAT...，只要血液基金會認為哪一件事情有，我們就買單，在總額之下，是有排擠效應。所以對我個人而言，品質改善是很重要的因素，所以今天如果通過，品質不可以以後再說，這是我個人非常在乎的一件事。

## 朱副院長益宏（謝委員武吉代理人）

我也要說一下，血液基金會的服務確實真的是無感，今天講得很好做哪些事，但是我們醫院都沒有感覺，以我們在臺北市，光領血的車費一個月就要一萬多元，跟血液基金會說你們可不可以送，就說不行，只好每天叫計程車來回接送，一趟就要 5、600 元，這都是我們醫院的成本。所以真的有誠意，血液基金會應該補貼，你送不到點的應該每一袋血補貼多少費用嘛！，對不對？這個你可以去考慮嘛！沒辦法送到每個醫院的設點，可是沒有設點的，通常是小醫院，那小醫院你就應該設法每一袋血補貼多少車費，這樣才有誠意啊！不然，我每個月都花一萬多元，都花自己的，那血液基金會這裡錢不夠就跟健保局、衛生署說一說，錢就有，這是第一點。這不是簡報報一報，說血液基金會會做到哪些？那個就是有做，實際上，我們沒有感覺你有做到，這是第一點。

第二點，就是剛剛有說到的醫療品質，所有的醫療品質不是健保給錢你才要做，我們這麼多醫院，不論是大醫院還是小醫院，健保局給的錢本來就是不夠，事實上每一年都差 4、500 億，給的錢都不夠，我們醫院的醫療品質有打折嗎？也沒有打折啊！也一直在做，做到全世界第 2 名的健保制度，是靠醫院、90% 的功勞是靠醫院維持。所以，我覺得血液基金會你們大樓一棟一棟的蓋，每一個地方都買自己的血液中心，我們醫院沒錢，都勒緊褲帶還是再做，血液基金會至少要體諒我們，至少血品要回饋補貼。

## 蔡主席魯

等一下，呂科長先發言。

## 呂科長念慈（醫事處代表）

針對委員有提到，去年健保沒有支出 NAT 費用，衛生署的處理方式：考量 NAT 對縮短 B、C 肝炎病毒及 HIV 的空窗期，具有的明顯意

義存在，去年是透過公務預算的補助的方式辦理，因為公務預算每年都會被砍，且前行政院院長指示將來不得由公務預算編列支應，必須由健保來支付。所以去年僅部分補助血液基金會執行 NAT 的工本材料費（即 Kit 費用），且限於預算額度並未補助每一袋血。

### 王副秘書長秀貞（蕭委員志文代理人）

主席，針對這個 NAT 血液基金會的報告，我們醫界同仁還是要給血液基金會掌聲，可以在這個的時候提出這樣辦法，我們給予肯定，但是也覺得可惜，因為沒有 NAT 這個項目的新增本來就該做啊！不是嗎？第二個點，就是過去我們針對 NAT 的費用討論，已經談過很多次，倒底健保要不要來支付這筆費用，其實剛衛生署代表呂科長也講得很清楚，現在有做啊！由衛生署公務預算補貼，過去討論也有醫界代表提出本來就應該公務預算補貼，今天蘇委員也有在場嘛！對於預算的把關，也可以有所貢獻。所以，在這部分，基於署裡認為這個東西很重要，而健保的支出已經是很緊繃，該是政府承擔的，是不是拜託蘇委員，以上，謝謝！

### 蔡主席魯

因為我是第一次主持這個醫療給付協議會議，我先確定蘇委員，是不是委員，如果不是委員，而是指導也是立法委員...，所以他掌握預算審查權。第二個，他也是區域醫院的理事長，第三個，也是醫院協會副理事長，還有也是私協理事長、安泰醫院的院長，未來的...這就不要說了，請蘇委員說句公道話。

### 蘇立法委員清泉

剛剛各位在罵血液基金會的事情，我以前都罵過了，不過我還是要給它肯定，特別是 2012 年以來，改善很多，甚至我們南部鄉下辦廟會、總統副總統來的場合，即使是星期天，他們也都出動來捐血，所以我要給它們肯定，上次都不來，現在都來了。跟醫院關係也密切多

了，也常常做教育訓練、滿意度調查也常做，要給予肯定。第二，NAT 立法院決議已經通過要實施，這個沒什麼好討論的，就是要過啦！但是，我要問的是 NAT 檢驗是額外的嗎？還是一個 panel？（台灣血液基金會回答：NAT 檢驗是額外的，多增加一個項目），省下來的錢可以回總額嗎？（與會委員們：沒有啊！...），顯然已經是在總額裡邊了（閩.. 陳顧問瑞瑛：不是，是吃總額，總額裡面編列 1.98 億，用來調整 NAT，蔡委員淑鈴，是額外預算，哪有吃總額）。

### **蔡主席魯**

所以應該這麼說，已經有編列預算而不是吃總額。如果，我有說錯，蔡組長妳再補充，原來是公務預算再編，現在滾入總額，在政策指示下編入健保預算 1.98 億內，要做 NAT，只是大家討論還沒有共識，還沒執行而已，所以不是吃總額，是增加進去的。（陳高級分析師雪芬：對啦！不是吃總額）

### **蘇立法委員清泉**

所以，是在總額裡面。

### **陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

剛剛為什麼陳雪芬要問，就是上次主持、現任的黃局長說，我們已經提了 3 次都沒有過，就要向費協會說收回去、就不做，所以我們才要問蔡組長，如果這個預算收回去，NAT 明年才開始做，現在公告大概也是 1 月 1 日開始，明年沒有這個預算，剛剛說用明年成長率，這個基期已經把 1.98 億加在裡面。

### **蔡委員淑鈴**

還沒扣就是還是在裡面（陳高級分析師雪芬：他準備要扣啦！如果沒有做）



## 蔡主席魯

如果沒有過，就要扣掉，講白了就是這樣。

## 陳高級分析師雪芬（林委員芳郁代理人）

好了，通過。還有臨時提案要談。

## 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

不過，最後我還是以醫院立場拜託血液基金會，你們的服務真的是..，特別是假日都不願意送，現在醫院假日都跟平常天一樣忙碌，需要血的時候，無論如何都要送到，還有不要忘記，你的血費一直都是衛生署吵一點一塊錢，可是健保不是給我們一點一塊錢，明年才是一點一塊錢，我們已經貼補你們多了。

## 蔡主席魯

剛剛我們蘇委員列席指導，算是政策性指示。這個案子，是不是就讓它通過，但是剛剛醫院代表拜託血液基金會相關的服務品質、配套措施是不是可以改善，既然要建立夥伴關係，大家就互相提高彼此之間的互信跟服務品質，這個案子是不是就讓它照案通過，血液基金會有關這一塊就多加強，員工的服務也多加強。

## 朱副院長益宏（謝委員武吉代理人）

主席，還有補貼沒有送血到點的...

## 蔡主席魯

至於那一塊，我們請血液基金會慎重考慮，好不好？（與會委員：好啦！），所以，這個案子就這樣決定，謝謝！

## 第五案

案由：支付標準第二部第一章第二節新增慢性病床住院診察費案。

### 李專門委員純馥

本案很單純，主要因新上次新增慢性病床，卻無相對應之住院診察費項目，且因原就比照經濟病床住院診察費申報，而經濟病床係比照一般病床住院診察費申報，故增列本項，並比照一般病床住院診察費。

### 蔡主席魯

委員同意，照案通過。

### 臨時提案

提案人：朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

連署人：羅院長永達(謝委員文輝代理人)

案由：台灣社區醫院協會建議支付標準 50023B 及 50024B 「尿路結石體外震波碎石術」註 9 之新增應依衛生署「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」修訂而刪除案。

### 蔡主席魯

好，針對這個大家可以再表示意見，看怎麼來處理。請，朱委員。

### 朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

這個剛剛我事實上查了一下，衛生署的特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法，這個辦法現在對於這個尿路結石體外震波碎石已經拿掉，完全沒有管制，裡面也沒有限縮你是醫療機構，也沒有限縮你的操作人員相關的資料，已經整個拿掉了。所以我覺得說既然署裡面都已經把它拿掉了，但是局裡面還是用舊的，以前有管制

的資料來做管制，而且如果是因為腎臟科醫學會或是泌尿外科醫學會，某個學會的個別要求，我覺得是不太適當的，因為如果是有學會要求，那因為裡面有人員限制，你這樣就會讓少數或某一個特殊的學會有壟斷的現象，當然我不願意用這個字，但署裡面既然已經把它拿掉了，局裡面應該要考慮這個部分。

**蔡主席魯**

好，其他委員有沒有，請，羅委員。

**羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

我補充一下，因為在整個案子裡面，現在泌尿科專科醫師的訓練其實已經達到我們現在目前看的本來的設置標準的部分，第二個部分就是說，現在目前操作絕對不是二個醫師一起操作，如果今天是二個醫師一起操作的話，你可以要求二個醫師，否則的話，憑什麼一定做這個要二個醫師?為什麼二個醫師你才可以設一個 ESWL 震波碎石機，所以我覺得這個東西對學會是很不好的一個示範，他自己去把醫師這個部分，那醫院醫師這麼缺乏，如果設一個泌尿科就要二、三個醫師，這個對醫院整個情形來講其實是不合理的事情，所以我們建議，不管是應該是由誰操作，其實在其他規範裡面已經有，在加上我們對品質有把關，在加上整個合理性，我覺得不應該設這個先例，所以我們才提這個動議，以上。

**蔡主席魯**

請，王小姐。

**王副秘書長秀貞(蕭委員志文代理人)**

主席，其實針對這個修訂，我們也不是沒有從臨床的角度去思考；在衛生署的規範裡面，刪掉是已經有就整個的整體運作去做考量，那我們協會也提出來就是說，針對這個案子，其實四月份衛生署都已經告訴院所說這一項修掉了，那為什麼現在十月份會因為一個醫學會要求要提出恢復就要恢復?我覺得這一段是有問題，造成院所無所適從，

我們不希望有造成什麼圖利之說，在過去我們公文已經表達了；第二個部分就是說，現在 ESWL 進行大部分都是排程的治療，並不是馬上有急迫性的部分，就如我們羅院長說的，都是一位醫師就可以做啦！那現行的泌尿科專科醫師也都是這個學會認證出來的，難道這個醫學會認為他們認證的專科醫師一位的能力有限嗎？我覺得這一點也請大家考量，應該是給這些專科醫師給予肯定嘛！那如果專科醫師他在專業上就病人的判斷都認為說是可以做，那我們不明白為什麼還要設立這個條件。

那第三點就是說，針對就是整個品質上的把關，健保局有審查作業的處理，對專科醫師執行作業是有把關的，目前也做的很好，所以我覺得真的不用多慮；現在要發布 12 月 1 號就要實施的條文，我們協會收到非常多的會員提出反應，當時九月給付協議會議我們其實也有確認過是不是會對院所造成影響，那時說不會但現實告訴我們是會影響的，我們也有針對這一點特別去了解、去調查，那拜託就是希望說可以，好不容易衛生署那邊大家都已經有共識了，不要再說支付標準有提出這樣的問題，以上。謝謝！

### **蔡主席魯**

我看今天林富滿林委員好像都沒有講話，有講話嗎？針對這個臨時提案有沒有什麼看法？

### **林主任富滿(楊委員育正代理人)**

憑良心說我自己不知道修了什麼東西耶！所以我不敢表達意見，因為我不知道修了什麼東西。

### **朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)**

原來是健保局的案子，現在修是把整個案子拿掉，衛生署那邊是把整個設置、人員都拿掉。

### **陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

我說一下，當初我們不知道衛生署有這樣規定，什麼高科技儀器，

有很多很多這樣規定。我是因為前年的評鑑，因為要評鑑我們才去走、去查，才知道到衛生署...連衛生局也不知道，所以拿出來才知道，所以那次的時候確實有很多人員什麼的規定，現在新的就說這個拿掉沒有再去看，問題是在說，我們健保局的很多支付標準，其實那個項目不多耶!衛生署列在上面那個高科技，聽說這次修的拿掉好幾個，就是不用在這樣列報了，因為包括那個人員，像很多很重要的比較侵入性比較危險的，甚至你每年人員都要去報，那個是衛生署的管制，所以我覺得跟健保局的支付標準不一樣，我們的支付標準應該是說，這個是要泌尿科醫師去執行，所以是不是我想說這個一定要泌尿科，可是不一定要兩名以上，因為這個還要麻醉，那診所它會不同意，一方面是總額的問題，一方面真的是常常，因為這個現在大部分在門診可以做，如果打了你嚴重出血的時候，或者它打了很久那個石頭很硬碎不掉，他馬上就要轉住院就要開刀，所以這個診所就不開放做我覺得是可以，可是這個不一定要兩名啦!是不是改只要泌尿科醫師，因為你最後所有的責任你還是要承擔，這個醫院要承擔，這個是我比較那個。

### 蔡主席魯

好，今天我們醫事處的科長好像有出席，等一下請科長那邊表示一下，當時候署裡面修正這個的意義是什麼?或是它的背景是什麼?因為可能我們在座沒有人很清楚，那表示完了以後，健保小組也在這裡，我們也請健保小組表示意見，當然高科技相關的管制是在主管機關那邊，醫療保險要不要 follow，或是可以脫勾，那我們健保小組這邊可以表示意見，那最後看怎麼樣我們再來做相關共識的問題。先請醫事處。

### 呂科長念慈（醫事處代表）

主席、各位委員大家好，醫事處針對這個議題做一個說明，有關這個震波碎石機，因為其實它從民國七十幾年就把它做列管，當初的列管主要是考量到昂貴，而且那時候國內初次引進這個碎石機，基於品質及醫療資源之因素，所以做列管，直到今年，已經經歷了二十幾

年，因泌尿科專科醫師在操作碎石機的技術已臻成熟，且學會對於醫師的訓練亦已完備，所以將它解除列管。解除列管之意義，依法而言，是指解除醫院向衛生局辦理相關醫事人員資格登記之措施，同時讓衛生局對於碎石機登記管理之行政成本，得以轉移到其他部分去。至於健保給付部分是可以與行政管理分開的，因為給付涉及雙方契約關係及給付面品質，兩者不相衝突。

### **蔡主席魯**

好，謝謝科長，也是委員也是我們的指導單位健保小組。

### **梁委員淑政**

主席、各位委員大家好。有關於這個部分的規定，因為署公布的管理辦法，它是個基本的要求，但是保險人可以在給付的部分，為了提高醫療品質等等因素，設定一些支付的條件，目前在我們支付標準表都可看到相關的規定。因此，若為提升醫療品質以及確保病人安全，可將原辦法修訂前的規定移至支付標準表，但這些規定是否需要再做檢討修正，這大家可以提出來討論。

### **蔡主席魯**

那請醫管說明，因為剛剛地區醫院協會有提到說這個品質的問題，那到底我們局裡面統計到的一些數據是什麼，也提供給大家作參考。

### **蔡委員淑鈴**

我們剛有附泌尿科醫學會的公文，該學會是在今年的5月31號，就是署解除這個部分之後的次月就行文給健保局，另在8月7號又再一次的行文，連續兩次的行文他都在強調基於病人的安全，各該原有標準之限制建議在支付標準繼續保留，本局採納該學會之建議。該學會公文裡面有提到說，其實並不是每一種結石都可以用ESWL來做，是需要做一些過濾的，假定沒有的話反而會讓病人非常不安全，這是大家可以參考的，另外他也提到說其實我們現在全臺灣已經有150臺

的體外震波碎石機，真實數據 101 年的 3 月是 202 臺，所以我們這裡的數據比學會還多，意即此設備已經非常普及，但是普及的結果就是執行的量非常大，現在這個 ESWL 的執行量健保數據 100 年全年是 26 億，次數非常多，其中甚至發現同一個病人做 ESWL 的次數可以達到十幾次，甚至更高，但是這些病人有很高的比例後來又手術取石，因此在品質上仍有加強把關空間。原來的規則當然就是需要有二位泌尿科專科醫師，還有實際操作五十例的操作人資格，如果可有二個人互相把關的話，可能還比較可以維持互相監督的力量，假定這個只有一位醫師即可執行，申報的數量會再更增加。地區醫院的訴求是說，署裡面拿掉我們就一定要 follow，這是不一樣的意思，那只是設備管制，剛剛呂科長也有講到，事實上健保給付仍應有不同層面的考量，即包括品質或者是病人的安全，健保可以給付或不給付，如果說是自費的，當然就不在此限。為了健保大多數的民眾的病人安全，本局建議這部分限制仍應維持，並要加強審查，來確保病人安全。今天本案因為是臨時提案，未邀請泌尿科醫學會就專業的部分來跟大家做說明，本案延至 12 月的臨時會正式的提案，請泌尿科醫學會列席說明，之後大家再來做決定，以上。

### **蔡主席魯**

請，羅委員。

### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

主席，我想剛才蔡組長講得很清楚，但在我們社區醫院的立場我們幾件事要表達。第一件事情就是說，以前早期的時候限定 ESWL 它是屬於貴重，但現在我們希望在地方做的時候，社區醫院裡面很難，依它的量很難請兩個以上的醫師，可是這樣的技術已經非常成熟的情況之下，我們往往為了一個 ESWL，必須把病人轉到醫學中心或者急診去，其實它造成醫學中心很多的分流，一開始的分流本身就受到限制，那我們一個地區醫院有沒有這樣的量去請二個泌尿科的專科醫師，它

是有困難的，所以我們才會覺得在一個技術成熟，而且不是危險性比較高的，我們希望能夠在社區、在地方上就能夠做到的東西，為什麼一定要把它轉到區域或醫學中心上去，在我們的統計裡面因為沒有MRI、因為沒有ESWL、因為科別不足，我們轉到區域或以上的別間醫院，上轉的比例超過三分之二，所以我們才會覺得說應該幫社區型的、綜合型的醫院，他們如果要做的時候應該給他們比較方便，否則他請二個醫師它根本沒有這樣的量，它怎麼去請那二個醫師，這是我們要表達的第一件事情。第二件事情，其實這整個裡面包括品質的要求我們都同意，但現在就是醫師很不容易找，因為現在內外婦兒都很難找，找婦兒外的醫師要找二個人是很困難的，他這個成本真的是太高了，所以我們說是不是可以建議修正我們剛剛的臨時提議，就是說剛剛的條件我們也同意用現在，只是把那個第二點應有專任泌尿科專科醫師二名以上，把它改成由泌尿科專科醫師執行，這樣子就不用再開這樣的會議，你今天叫泌尿科專科醫師來，它表達的意見是專業的部分，跟我們在醫院經營的部分，是不一樣的，我們現在所專注的焦點，跟他們泌尿科學會是不一樣的，是不是可以這樣，就不必要再開這個臨時會，以上。

### **蔡主席魯**

這樣子，現在我們也開了將近快四個鐘頭。第一個因為這個是由署公告的，現在我們的會把它修改掉，程序上還是不符，我們組長剛剛建議就是說我們12月份開臨時會，就是支付委員會、費用協定會議的時候，正式的提案，也請專科學會參加，這樣比較慎重一點，假設做成了共識，我們再行文給署是不是要修訂這部分，程序是不是比較好?這樣好不好?

### **蔡委員淑鈴**

我補充一下，12月中旬開的臨時會不是為了這個案子開，是因為我們有太多案須在年底前完成程序。



### **朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)**

那這個案子我個人是同意就是在 12 月再討論，但現在碰到一個問題就是說，署的那個標準在 4 月份就已經公布了，公佈了以後有很多醫院它原來兩張，它現在就變成只有一張執照，認為署已經放寬它也沒有再補，但現在局裡又公告這個，變成你不給付，所以我是建議說這個案子雖然是這樣執行，在申報上面是不是能有一個緩衝，等到這個案子定案以後你再去執行，如果這個案子確定還是大家共識還是要二個，那個時候再去執行，在這一段灰色地帶中間，如果它真的只有一個專科還是照樣先付，用這種方式，不然你現在馬上告訴人家，人又補不到然後不給付，然後等到我們那個案子討論是需要一個的時候，他這個產生很大的困擾。

### **蔡委員淑鈴**

好，我們同意到下個月協議會議臨時會之前當做輔導期，我們還是接受大家的申請，那下個月的臨時會我們再一起做最後確認之後，再決定這些人數還要不要再維持。

### **王副秘書長秀貞(蕭委員志文代理人)**

謝謝局裡面還有各委員的支持，那我們也稍維修正一下我們的案由，就是建議應以後文字刪除(即修訂為：「建議支付標準 50023B 及 50024B 「尿路結石體外震波碎石術」註 9 之新增應刪除。」)，事後我們會提比較完整的正式提案，謝謝。

### **蔡主席魯**

好，謝謝。我們今天就開到這裡，大家辛苦，謝謝。