

## 101 年度第 5 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議紀錄

時 間：101 年 12 月 20 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：王玲玲

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 黃建文

徐委員永年 黃蜀雯(代)

高委員靖秋 呂月榮(代)

童委員瑞龍 童瑞龍

王委員治明 (請假)

黃委員瑞美 (請假)

曹委員昭懿 曹昭懿

蕭委員志文 王秀貞(代)

盧委員世乾 王榮濱(代)

謝委員文輝 羅永達(代)

黃委員鶴珠 王敏華(代)

謝委員武吉 馬漢光(代)

江委員銘基 曾明宗(代)

林委員淑霞 朱益宏(代)

許委員銘能 (請假)

吳委員首宝 (請假)

梁委員淑政 梁淑政

陳委員宗獻 藍毅生(代)

鄒委員玫君 (請假)

莊委員維周 莊維周

陳委員錦煌 (請假)

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 (請假)

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)增修訂全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫支付標準案。

決定：

- 1.「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」及「95年度中醫門診總額-中醫醫療院所加強感染控制實施方案」2項實施方案，自102年回歸常態作業，不列為支付標準之規範要件，同意刪除中醫支付標準相關文字。
- 2.同意新增全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫第九章「特定疾病門診加強照護」。

(二)第三部牙醫支付標準新增修訂案。

決定：

- 1.同意調高感染管控之門診診察費支付標準共計4項，每項調高10點及部分文字。
- 2.同意調高內含麻醉費項目費用支付標準共計47項，每項調高10點。
- 3.反映材料成本、處置難易及複雜度，同意調高部分支付標準共計16項。
- 4.新增支付標準92089B 氟托（單顎）支付點數1,500點。
- 5.餘為文字修正。

(三)102年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫案。

決定：本案照案通過。

(四) 新增全民健康保險牙醫門診總額口腔癌照護計畫案。

決定：本案照案通過。

(五) 「全民健康保險醫療費用支付標準」第2部第1章第3節病房費相關項目名稱之修訂案。

決定：

1. 現行「一般病床」改為「急性一般病床」、「燒傷中心病床」改為「燒傷加護病床」、「急診暫留床」改為「急診觀察床」、「新生兒中重度病床」改為「嬰兒病床」、隔離病床中「一般隔離病床」改為「普通隔離病床」。
2. 新生兒中重度病床新增註4「非註1之嬰兒住院，以急性一般病床申報費用」，原註1增加「以入住時之年齡判定」之文字說明，即「指足月出生四個月內或早於35週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒(正常新生兒除外)因疾病而需特別觀察治療者，或因早產需要特別養育者，以入住時之年齡判定」。

#### 四、討論事項

(一) 刪除全民健康保險醫療費用支付標準 50023B 及 50024B 「尿路結石體外震波碎石術」註9機構條件案。

決議：

1. 醫療機構條件限制乙項，將本局與台灣泌尿科醫學會之意見及社區醫院協會意見2案及委員發言內容併陳報署核定，內容如下：

(1) 本局及泌尿科醫學會之意見：註9.醫療機構條件：(2)「應

有專任之泌尿科專科醫師二名以上」。

(2) 社區醫院協會意見：註 9.醫療機構條件：(2)「應有專任之泌尿科專科醫師一名以上」。

2.其餘項目維持原增列醫療機構限制條件。

## 五、臨時討論案

(一) 新增全民健康保險醫療費用支付標準「抗酸性濃縮抹片染色檢查」及「抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)」2項結核病相關檢驗項目案。

決議：同意新增全民健康保險醫療費用支付標準「抗酸性濃縮抹片染色檢查」支付點數 74 點及「抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)」支付點數 304 點。

## 六、臨時提案

(一) 朱益宏委員臨時動議提出考量全面導入安全針具，將因材料成本提高，造成內含空針之檢驗、檢查支付不足，建請本局考量調整支付標準案。

決議：未來將視食品藥物管理局界定安全針具之範圍研議後續事宜。

六、散會：下午 16 時 20 分。

## 101 年度第 5 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議紀錄

王科員玲玲

各位委員大家好，本委員會共 35 人，目前出席有 20 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。

王科員玲玲

請委員翻開會議資料第 4 頁貳、確認本會 101 年度第 4 次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，第 4-9 頁為第 4 次會議紀錄，第 10 頁為歷次會議決議事項辦理情形，其中除編號 101-4-2 討-修訂安寧療護支付點數案將函請學會依決議惠予檢討教育訓練時數等議題繼續列管外，其餘決議事項依行政程序報署發布中，以上說明，請委員確認。

蔡主席魯

針對第 4 次的會議以及列管的追蹤事項，有沒有要提出疑義或是有疑問的？

朱副院長益宏(林委員淑霞代理人)

剛剛宣讀安寧療護事項上次會議決議是暫緩，不是請他們去檢討訂定教育訓練積分等，包括支付標準的修訂都是暫緩，因為剛剛宣讀會議紀錄的追蹤列管事項是請他們檢討教育訓練時數其餘照案通過。

蔡主席魯

沒問題啊！照會議紀錄及歷次決議事項照案確認。

## 報告事項

### 第一案

案由：增修訂全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫支付標準案。

#### 蔡主席魯

針對本報告案有沒有其他異議，如果沒有，就無意見按決議事項執行報署公告。

### 第二案

案由：第三部牙醫支付標準新增修訂案。

#### 蔡主席魯

針對本報告案有沒有其他異議，如果沒有，就確認報署公告。

### 第三案

案由：102 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫案。

#### 蔡主席魯

針對報告事項第三案，各位委員有沒有其他異議，如果沒有，就確認，依程序報署公告。

### 第四案

案由：新增全民健康保險牙醫門診總額口腔癌照護計畫案。

#### 蔡主席魯

針對報告事項第四案，各位委員有沒有其他異議？

#### 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

再確定，記得當時醫院代表對於牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫，如果說現在支付標準編號改為 C，代表所有牙醫診所都能做？我不知道因為資格的問題？所以這樣改為 C，就全部都能做。

## 李專門委員純馥

其實主要是限定在註 1、限口腔顎面外科專科醫師、口腔病理科專科醫師及經口腔黏膜提升計畫課程受訓牙醫師，表別部份就不限定。

## 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

口腔病理專科醫師，是有口腔病理這樣的專科醫師嗎？

## 黃委員建文

口腔病理專科是署定的專科之一。

## 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐)

醫院的牙醫師是不是都會有這樣的專科醫師？口腔癌和癌前病變大部分是在醫院診斷出來的，對於這樣的情形其實我們很困惑，執行面怎麼去作業？當然點數不是很多，執行面還不知道多少？這樣一開放，對於執行面有很大的質疑？原來我相信大部分應該都是在醫院執行，像手術費至少保障一點一元，修訂支付標準，結果修訂的都是在診所做的，醫院做的手術都沒有修訂，像本案做完後如何追蹤？只要有這個個案就付 600 點。

## 黃委員建文

資格認定部分包括專科醫師及受過口腔黏膜提升計畫課程受訓牙醫師，根據目前的資料 21% 的病例是由基層轉過來，當然經過病理切片確診後的病人，有可能需要在原醫師處追蹤，這部分在執行上應該有其需求。

## 蔡主席魯

所以請問全聯會，剛剛陳委員提到是只開放到 B 或 C 就是基層也能收案，全聯會的看法？

## 黃委員建文

有部分專科醫師也是在基層服務，這部分是有需求的。

### 蔡主席魯

其他委員有沒有其他看法？行政部門？

### 蔡委員淑鈴

這個案子還是以個案管理的精神，也不可能收案後還到處去跨院治療，這些病人確實有確診為頭頸口腔癌或癌前病變，這些病人如果就近在有資格的醫師那裡，應該也能做好追蹤工作，本案因明年才執行，應該大多數都是在醫院執行，可能有一些專科醫師在診所執業，也會分散一些病患，相信大部分還是在醫院執行的才對，明年可看收案的分布情形。

### 蔡主席魯

對於醫管組組長的說明沒有其他異議，是不是就報告案內容確認報署公告。

### 第五案

案由：「全民健康保險醫療費用支付標準」第2部第1章第3節病房費相關項目名稱之修訂案。

### 蔡主席魯

對於第五個報告案，委員有沒有異議？

### 郭特助正全（翁委員文能代理人）

假設不是註1的嬰兒住院就以一般病房的住院申報，中間會有一些灰色地帶，假設說這個病人是小孩子住在嬰兒病床，但是他不符合註1，住在那個病床還是以一般病床申報。

### 李專門委員純馥

原來我們的支付標準在新生兒中重度病床上面就有限定年齡，因



為嬰兒病床在設置基準上面沒有限年齡去入住，假設1歲以下都是嬰兒的話，一定會有超過5個月以後的小孩住在那個病床，可能不符註1的規定也不能報嬰兒病床的點數。

### **郭特助正全（翁委員文能代理人）**

計算是以入住的時候來算，否則中間沒有辦法去切，剛好滿4個月又1天又換另外一個費用可能會有問題，是不是以入住來切割會比較恰當一點。

### **蔡主席魯**

文字上要如何調整？可以寫的比較清楚？

### **蔡委員淑鈴**

會不會有些人住很久，一入住就住到1歲，但是如果病情有改變，就不一定要一直住在原來的中重度病床，其實狀況穩定就該回到一般病床。如果用入住的觀點來看，有些病人會住到很久。

### **莊委員維周**

但是依年齡的話，住在那裡病情有沒有改善？要他滿了就轉，如何去界定，要依個案辦理，所以一定要有一個附註，讓執行比較容易，否則的話，每次都要提出來，也是為難，依照慣例，都是以入住那天算，否則急重症以年齡計算，不能說年紀較大就較不危險。

### **蔡主席魯**

文字上修正，行政部門如修好，請唸一遍。

### **蔡委員淑鈴**

在註1之後加「以入住時年齡作為判斷」之文字說明，一段時間之後如有不妥再來修正。

## 蔡主席魯

本案就按加註的修正意見確認報署公布。

## 討論事項

### 第一案

#### 蔡主席魯

針對這個討論案，請各委員表示意見，因為顯然大家看法還不是很一致。

#### 羅院長永達(謝委員文輝代理人)

主席、還有各位先進大家午安。我想包括泌尿科醫學會及局裡有點誤會，我們所謂刪減註九，是因為原來支付標準表已經有一個註十，註十操作醫師應為泌尿科專科醫師資格，並符合下列資格者，所以他並不是說以後做 ESWL 不需要資格的限制，而是不需要二個泌尿科醫師，第二部第二章第六節中 50023B~50024B 裡面操作人本來就有受限制，這是我首先第一個要先強調的。

第二個我們本來也很贊成泌尿科醫師他們的訓練，對這一類的疾病本來就有他們所相關的專業，這是我們所尊重的。我們先來看一些數據，根據健保局的統計 ESWL 總共有 201 台，其中醫學中心有 30 台，我們全國醫學中心有 20 家，區域醫院有 85 家，但有 101 台，地區醫院 70 台，全國 23 個縣市，換句話說，平均一個縣不到 3 台，而泌尿科很多疾病包括 UTI 等等，其實都是需要泌尿科醫師的，可是目前沒有 ESWL 的醫院，幾乎請不到泌尿科專科醫師，因為你需要做 ESWL，他才願意去，所以造成真正需要的人，他一定要到都會區來，這是我們這次提出來很重要的一個論點。

第三個，其實我們提了很多的數字，包括說明二 (二) 裡面，我們之前有多少案件，後來有多少進行這個手術，這個泌尿科醫學會自己要

檢討，因為現行就是二個醫師，那為什麼會造成這個現象，是因為地區醫院這些 ESWL 的泌尿科醫師他們濫用嗎？泌尿科醫學會應該重新去檢討，所有的訓練裡面，是否或為適應症，或為 SOP 有問題，才會造成現在這個數字呢？我們不知道啦！那我也要反應一下，一個醫師這樣，二個醫師就會更厲害？如果是這個意思，那我們應該規定三個醫師或四個醫師，外科在我們開那種很急診的刀的時候，外科醫學會從來不敢規定說，什麼樣的刀一定要二個外科醫師才能開，或者是二個醫師開出來的刀才會好，那為什麼泌尿科醫師受過一個完整訓練以後會造成這樣的結果？可不可以給我們比較明確的答案？因為現在的濫用是來自於這些已經受過完整訓練的泌尿科醫師，他們訓練完造成這個結果，這個怪在醫師數的多少，是一個很奇怪的事情，而且健保局本身應該加強審核，或者說這整個適應症裡面應該加強，這是我們所贊成支持的。

另外，上次開會裡面我們基層已經明確表達不要，這次又把它提出來，這個我們尊重基層，我們不替基層說任何的話，因為基層有總額的考量，我們沒有意見，看基層怎麼決定。最後我還是要提到一個信賴原則，剛剛我們看到說只有行政院衛生署澎湖醫院的登記，我手上還有一個蕭中正醫院，我另外還有二家醫院也是同時登記，都是在衛生署公告撤銷所謂昂貴儀器設備後設立，設立以後又收到通知說 11 月以後要改為二位醫師，那你要他們怎麼辦？要再請一個泌尿科醫師還是不要再請？所以我們認為這件事情，應該給一個比較合理的交代，而不是說去限縮，我們一直去重複去強調，地區醫院在現行 ESWL 已經不是那麼昂貴，而且這麼普及，技術又這麼成熟的情況之下，應該讓很多鄉村型的醫院他們都能夠做，那要讓他們做，你不能把門檻拉得這麼高，而把門檻就當成是品質，我覺得這些等號都是不等的，所以我們還是堅決我們的意思，刪除註九，並不是說不需要泌尿科專科醫師，而是不應該限縮二位醫師以上，這是我們所要強調的，以上。

**蔡主席魯**

好，謝謝羅委員的意見。其實我們就現況的情形提供資料，因為要改變原來的二位醫師或一個醫師，所以把現況的資料呈現在各位委員前面，至於那個品質是大家共同要努力的，所以我想先做這樣的說明。

### 陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

請教一下就是說，那個資料裡面以 2011 年來看的話，這個 8 萬 7 千多人次的 ESWL，後面有講說，有 5,073 人相當於 7.88% 的病人於 30 日內再來手術取石的，這樣的數字有沒有實證醫學說這樣是好還是不好？有待改善還是怎樣？就像剛剛主席解釋，我們也才知道說是這樣，我剛開始看，我也不敢發言，因為好像是在指責，好像不太妙，不知道這一段健保局有什麼補充？

### 蔡主席魯

泌尿科醫學會要不要剛剛針對陳委員提到，我們提供的數據裡面有多少%的是打完 ESWL 以後，又去做手術的，這個在其他國家的標準有沒有訊息。朱委員，你可能有訊息。

### 朱副院長益宏(林委員淑霞代理人)

我沒有訊息，但我始終想不到這個百分比，跟兩個醫師有什麼關係，就是說今天是二個醫師他百分比會更好、更低一點，還是只有一個醫師就會更高一點，是不是有直接的關係？我個人是想不到二個醫師會讓這個百分比更降低。

第二個就是說，其實看到那個泌尿科外科醫學會在會議資料呈現的這四點建議，前三點建議事實上也跟設置的時候一個醫師、兩個醫師無關，都是認為說應該是由訓練過的醫師來執行，我想這一點台灣社區醫院協會羅院長表達過我們是支持，就是說這個甚至應該明訂由泌尿科專科醫師來執行，這個我們同意，所以泌尿外科醫學會這三點理由，事實上，我覺得跟設置的時候你一個專科醫師、二個專科醫師、三個專科醫師，我個人覺得沒有關係，或許等一下泌尿外科醫學會

不同的見解，認為這個要二個醫師才有關係，可以特別針對這個做一個說明。

第三個就是說，就我知道碎石在操作，每個病人在治療的時候，都是由一個專科醫師配合一個技術員在執行，所以這一項技術並不需要二個泌尿科專科醫師同時在場執行。所以說如果這個技術在操作上需要二個泌尿科專科醫師一起來操作，當然這邊資格就必須要去訂說要二個人員來執行，但如果沒有這樣，只要一個人員來執行，然後在買機器的時候規定他要二個醫師，衛生署事實上又沒有這個相關規定，我個人覺得這個沒有道理，以上。

### **藍醫師毅生(陳委員宗獻代理人)**

我們全聯會基層的，剛才羅院長講的這個開放至基層，這個不是基層提出來的。第二個就是說，其實這裡面有一點模糊，本來是二個案子，一個是說跨表把 50023B 跟 50024B 把 B 改成 C，但不很明確的把它顯示出來，其實有一點把它隱藏在裡面，隱藏版的用註九在裡面。

第三個才是說人的問題，我本身是外科醫師，執行一個刀的時候，從來沒有二個醫師一起上去，假設我的能力不夠，或者我需要幫忙，我會找一個人來替代我，在上面的註記一定是一個主刀手、一個助手，即使是很大的刀，我們需要人幫忙，我們也是請一個總醫師上來幫忙一起做，也沒有規定一定要二個主治醫師一定要來，這一點要強調，再來在我們基層我們是反對這個跨表，為什麼這樣呢？因為就像健保局這上面寫的一樣，他本身這個碎石本身並不是說沒有風險的，他本是有風險存在的，它裡面有 0.6% 出血的機會，有可能會影響到病人的生命安全，那在這個出血情況的時候，基層診所是否有能力來處理？這個要打一個問號。

再來就是說，在這個裡面本身醫院的，包括醫學中心、區域醫院、地區醫院，總共加起來二百七十幾台，可是醫院醫學中心跟地區醫院，加起來家數不只這麼多，表示有很多醫院也都沒有設置這個東西，是

不是有這個必要說擴充到所有每一家診所來做一個軍備競賽，也是我們要考慮的。

再來就是，我們一般基層診所能夠做這個東西，他需要投資這麼大的成本、這麼大的能力、這麼大的規格進去，試問有沒有這個普及必要性，是不是濫用儀器？我們是不是為了那些儀器商來開設這個後門，這個是我們基層要考慮的，所以在這邊的話，基層是反對跨表的這個意見，謝謝。

### **蔡主席魯**

泌尿科醫學會應該有人列席，是不是理事長這邊表示意見，剛剛有委員提到就是做完 ESWL，到底有沒有一些數據是需要再做腎臟手術的，那其他的也請泌尿科醫學會表示意見。

### **泌尿科醫學會黃理事長一勝**

首先第一個是第 12 頁第二點，就是出現有問題的這個情況，這個也代表說，我們在做體外震波碎石術的時候，我們會覺得好像不太需要由醫師來打，但是事實上我們在打完以後，就是可能有這麼多的併發症，我想這是一個資料。

另外一個資料沒有在這上面，但我要提醒大家，在我們泌尿科被核刪的項目之中，我想健保局也可以提出這個資料，體外震波碎石術被核刪是十項被核刪中的第一項和第二項，第一項就是打第一次的，第二項就是打第二次的。所以事實上當你做一個碎石手術，不見得每一個人都覺得你做的就是對的。所以當你做完以後，向健保局提出給付、得到給付，但後續的核刪卻是非常的多。這二項資料就代表 ESWL 本身複雜度滿高的，必要時需要二個人一起討論的。

那剛剛在座委員有談到，或許我們在做碎石手術的時候，不需要二個人在碎石室，這是不錯的，但是當你有一個比較複雜結石問題的時候，大概只有二個人才可以討論，得到一個共識，這是第一個。

第二個就是說，當你在做手術的時候，假如說這個單位只有一個醫師，他可以 24 小時都在醫院裡面嗎？可能比較困難，但是假如你有二個醫師的話，你可以排班，那在這個單位你隨時都有人在這個醫院裡面，萬一有併發症時，彼此互相 cover，所以我還是覺得說這個單位有體外震波碎石機時，還是需要有二個人比較合適。

### 莊委員維周

非常贊同黃理事長這樣子慎重，但是我請教一下，既然這麼慎重的話，為什麼貴醫學會把這個建議、這個 B 表變成 C 表？到底是為什麼？這到底是因人設事，還是因事去找人？我們本來不太想去談總額，談總額很俗氣，但就這個資料裡面一年八萬多件，那如果開放 C 表，我們理論上推十分之一就好，八千多件一件三萬多塊，我們基層好不容易跟費協會申請那一點點總額的增加，完全被吃掉，更何況診所除了特殊的有幾個醫師以外，大多一個人服務，萬一打出了狀況，我們醫療糾紛更是沒完沒了，請不要誘惑我們基層開業醫師，讓他被儀器商綁在那個地方做醫奴，因為這個開業的單一科別診所，他沒有辦法去搞這個東西。

再請教我們理事長，在這個大醫院裡面，你們做這個震波碎石都二個醫師討論以後才去執行嗎？我最近就發生公會的理事，他就在他們醫院打的，發燒五天沒好，最後還是要再去夾出來，假使這個狀況是在診所裡面打，怎麼辦？所以我們代表基層的醫師公會全聯會絕對反對，不只是總額的考量，是病人的安全考量，還是請大家裁決。

### 朱副院長益宏(林委員淑霞代理人)

我也對黃理事長講的，要表達不同意見。第一個現在在做的時候，就我了解的，不會有兩個專科醫師先討論這個到底要打幾下、打的力量有多大、要打幾次，然後再去打，不會啦！都是主治醫師直接就下判斷，直接 order，所以我覺得黃理事長講的這一部分，可能與事實不太

符合，或許是黃理事長你們醫院比較嚴格要求，每次打之前一定要跟兩位醫師要去確認，但是我了解的其他泌尿專科醫師在執行這個業務的時候，並不會互相討論，這第一個。

第二個如果泌尿科專科醫師對於治療病人有困難的時候，他怎麼討論其實跟你有兩個泌尿科專科醫師在場是沒有關係啦！他可以透過電話去諮詢老師，或是其他鄰近的專科醫師，事實上討論的方式有很多，也不等於說一定要有兩個專任的專科醫師，就算你有兩個專任的專科醫師，目前的做法也不會互相討論對於病人的治療，針對黃理事長所講，我覺得這個可能跟至少大部分醫院執行的現況認知會不太一樣。

第三，黃理事長講說有兩個泌尿科專科醫師可以 24 小時在醫院值班，這個我聽了更覺得不太可思議，因為現在包括醫學中心泌尿外科，都不會 24 小時在醫院，不會因為你有做碎石就在醫院 24 小時值班！我相信黃理事長應該很清楚，貴院應該也沒有說，因為這樣我的泌尿外科就每天睡在醫院嘛！所以當然這邊是規定說要 24 小時，萬一病人有併發症你要隨時能處理，那怎麼處理？當然是 on call 處理，那 on call 處理由一個醫師 on call、二個醫師 on call，那其實沒有差，只要醫院能夠 24 小時處理病人就可以，所以並不是說有二個醫師他可以 take turn，每天一個醫生睡在醫院，如果真的要睡在醫院，那你二個也不夠啊！至少三個、四個啊！今天哪一個泌尿科專科醫師願意三天、四天睡在醫院，睡在醫院值 24 小時的班！所以我覺得說大概這樣子的講法，可能跟事實是不太一樣，如果真的是這個理由，而大家也都同意這個理由，健保局也都同意，那就應該要寫在這裡面，泌尿科專科醫師 24 小時要在院內值班，那這樣健保局他就要去查，你不在的時候那整體就要去做核扣啊！對不對？如果二個專科醫師要互相討論，那你在定義上要呈現啊！二個專科醫師要簽名啊！甚至打的時候是不是二個專科醫師是不是都要在現場？不能去看門診啊！治療病人的兩個專科醫師就綁在那邊，所以這個黃理事長可能要思考清楚，這種講法後面的影響可能會很大，以上。



## 羅院長永達(謝委員文輝代理人)

主席，因為剛剛我在發言的時候黃理事長還沒有走進來，所以前面我所講的部分，因為時間的關係我就不從頭講，但是我有幾個重點要跟黃理事長報告。

第一個，這整件事情裡面註十的人員操作資格，已經規範操作人員一定要泌尿科的專科醫師，而且要受過這麼多的訓練，這都是貴學會訓練出來的專科醫師，這是我們同意的，並不是所有的一般醫師都可以做，這是我在第一個強調的。

第二個，我對剛剛我們黃理事長提的部分有一點訝異，第一個它被刪減這麼多，是現行二個專科醫師所造成，理事長的意思是說，如果是一個被刪的就會更多，三個的話就會比較少，好像數目是跟他刪減的東西是有關係的，這件事情讓以後很多科別會愈組愈高，我舉我們外科的例子，外科裡面有很多的刀真的一個醫師開不下來，可是沒有一個規定敢去規定說，一定要二個醫師同時存在，否則一定不夠，那這樣的情況之下，要求說 ESWL 一定要有二個專科醫師，我覺得是強很多醫院之所難，而且不務實，尤其第三個在講說 24 小時值班，從來沒有人把 ESWL 當成是一個急症，他非得現在打不可，如果是安排排程的技術的話，那為什麼要 24 小時值班？我覺得這個不太合理。我們到目前為止一直在重複問一件事情，為什麼一定要要二個泌尿科專科醫師？

我剛剛有一個重點跟黃理事長報告，當時理事長還沒有走進來，現在泌尿科一個這樣的要求，造成很多地區，尤其鄉鎮型、綜合型的地區醫院，沒有辦法請到二個泌尿科專科醫師，那要請一個專科醫師的時候，他們發現沒有做 ESWL，大部分新受訓的專科醫師都不願意來，所以綜合型、地區型的醫院都請不到泌尿科醫師，甚至有些 UTI 等很簡單的泌尿科處置都要由外科來代勞，這不是民眾的福氣，我們應該打破這個東西，讓這個已經很成熟、很普及的一個設備，因為有它，

讓泌尿科醫師可以走到社區去，而不是所有東西都集中在都會區，就像大家在看 13 頁裡面提到，那個時候理事長還沒有到，現在全國 201 台裡面，醫學中心有 30 台，30 台的意思說很多醫學中心不只一台；全國有 85 個地區醫院，目前有 101 台；但是地區醫院總共有 70 台，全國有 23 個縣市，也就是說平均一個縣市不到三個地區醫院有 ESWL，這表示它已經都會型、集中化，很多民眾去奔波，讓很多社區醫院沒有辦法去 care 泌尿道這類疾病，我覺得泌尿科醫學會應該要去重視這個問題，而不應該是繼續去強調讓它繼續獨佔化、門檻拉高、讓很多東西集中，這才是民眾之福，以上。

### 王執行秘書秀貞（蕭委員志文代理人）

其實我們協會對這個案子的提出，在實施後我們有接收很多會員的反應，對於我們羅院長說的，對於執行操作的人員資格限定，我們並沒有反對應該由專科醫師來執行，對於專科醫師的能力我們社區醫院是非常支持，現階段也已經在做，可是我們設置標準註九的是源自於購置儀器的規定，而不是操作的規定，那我們不應該把購置儀器的規定，再重新回過來放在支付標準，這是我們的主張。

第二部份就是說，現行因為四月份衛生署已經把這個構置規定刪除掉，有些院所不只是我們說明上面說的澎湖署立醫院，還有其他醫院也遇到相同問題啊！那現在我們只給人家一個月的時間，也不夠去做應變！而且我們認為購置限制的規定與操作的規定，應該是有區隔的。

還有一點，雖然今天謝武吉謝理事長沒有辦法親自到，但是他特別要我們表達這樣的意見，在衛生署規定的辦法裡面，原本也有個東西叫骨質震波儀，骨質震波儀原本也是在衛生署納管的範圍，現在也是比照 ESWL 刪除了，那個部分也沒有做任何限制啊！那我們覺得很奇怪，那骨質震波儀也納入管理好了，謝謝。

### 曾總技師明宗（江委員銘基代理人）

醫放這邊上次針對這個問題我也提過意見，但是沒有被列入，剛剛

我們朱委員還有其他委員已經點到，現在碎石震波的操作環境大概是這樣，大概是一個主治醫師、一個助理技術員，幫忙做治療。那以目前真的要調到一個的話，一個醫師他開刀、看診，他更沒有時間去打。

那我們在游離輻射防護法裡面第 29 條的第三項有規定，凡醫用輻射設備涉及醫療範圍的話，他必須要依照中央衛生主管機關規定，就是在放射師法裡面明訂，這個操作必須是要在放射師底下，同時我們現在就知道，最近的醫療法做了一個修訂，103 條裡面醫療機構不得聘請非專業的人員操作執行該業務，他必須接受法管，事實上我們知道現在所有醫院裡面，都有一個放射師介入在裡面一起協助幫忙做治療，包括電腦斷層所有裡面都是說他的操作人員必須要有輻射人員安全措施及醫事放射師在裡面，但現在 ESWL 卻沒有把輻射放射師列在裡面，以上報告。

**蔡主席魯**

請問一下，那你是認為在操作人員的資格裡面，就是我們現在這一章 50024B，註十的這一部分要在加上所謂放射線科醫師，是不是？

**曾總技師明宗（江委員銘基代理人）**

醫事放射師。

**蔡主席魯**

醫事放射師。

**曾總技師明宗（江委員銘基代理人）**

對，因為我們是在協助泌尿科專科醫師做治療。

**蔡主席魯**

一名，這樣子。

**曾總技師明宗（江委員銘基代理人）**

對，操作人員裡面。

## 蔡主席魯

操作人員資格要有配置一個放射師，是這樣的意思吧。我現在先請醫學中心表示好了，現在是不是這樣在操作。

## 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

對。

## 蔡主席魯

區域醫院？地區醫院應該是吧？

## 羅院長永達(謝委員文輝代理人)

就像我們現在目前很多我們在結合 X 光室裡面，你本來就應該有醫事放射師，但是他是不是必須在操作的時候在現場，是另外一回事啦！但是它裡面管理是需要醫事放射師，他的意思是這個樣子，這是不一樣的喔！不是他在操作的時候他要站在旁邊。

## 曾總技師明宗（江委員銘基代理人）

操作事實上目前都是醫事放射師協同專科醫師在操作，他的意思就是說你不可以沒有用放射師之外，而以其他醫院裡面現有的護士、檢驗師或其他行政人員來協助操作。

## 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

跟 CT 一樣。

## 曾總技師明宗（江委員銘基代理人）

跟 CT 一樣，CT 的操作人員他的明定就是操作人員應為領有輻射防護訓練結業證書或輻射安全證書之醫師，或者醫事放射師。

## 馬院長漢光(謝委員武吉代理人)

對不起，我有輻射防護訓練證明，其實醫師只要去取得這個證明就可以操作，CT 不行，CT 一定要放射師，那個是法令很清楚規定的，

只要是醫師，我可以操做普通的 X 光，這沒問題的，法律上是可以。

**曾總技師明宗（江委員銘基代理人）**

沒錯，所以他裡面說，你操作人員醫師也要領有輻射安全證書才可以操作。

**馬院長漢光(謝委員武吉代理人)**

對！就是這樣子啊！

**曾總技師明宗（江委員銘基代理人）**

但是我們知道現有的環境裡面大部分醫師都很忙。

**馬院長漢光(謝委員武吉代理人)**

不是，不能這樣子，照法令...

**曾總技師明宗（江委員銘基代理人）**

不是，因為你沒有明定列出來的話，等於是讓醫院有一個地方去走違法的路徑，因為你上面沒有寫啊！所有有關輻射設備裡面都會這樣寫啊！

**羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

這個我們現在看喔！第一個操作人員資格一操作醫師，醫師才需要什麼資格，你不能說醫師很忙，所以你一定要另外加一個，這個邏輯不對啊！

**曾總技師明宗（江委員銘基代理人）**

沒錯。

**羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

如果是醫師去操作，他就全部都具有了，應該要醫師來操作。你不能說醫師很忙，所以你要各醫院在做這個東西的時候必須有另外一

個，這是兩回事。

**曾總技師明宗（江委員銘基代理人）**

你邏輯上也沒錯，但是你在協同方面的話，事實上以目前生態，你看各醫學中心一下，都是有一個放射師協同幫忙操作。

**蔡主席魯**

現在放射師醫學會是希望，放在設置條件裡面?還是要在操作人員條件裡面去設這個條件?我是在徵詢你這個。

**曾總技師明宗（江委員銘基代理人）**

操作人員裡面。

**蔡主席魯**

操作人員，那等於有一個泌尿科專科醫師他有兼具輻射安全證書，就 OK？

**曾總技師明宗（江委員銘基代理人）**

對，將放射師加在操作人員裡面。

**蔡主席魯**

是不要加這種東西？

**曾總技師明宗（江委員銘基代理人）**

以現行就是說，應該領有輻射防護訓練結業證書或輻射安全證書師的泌尿專科醫師可執行。要泌尿專科醫師本身就有沒錯，但要有醫事放射師加在人員資格裡面。

**羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

開刀房裡面規定，一定要有兩個醫師，他上刀的時候萬一醫師很忙的時候，那護士怎麼辦？那你必須去把手術房裡面所有的東西一一去規定?我現在是說，現在台灣是主治醫師制，我主治醫師必須要有什麼

資格、什麼樣的訓練，受過什麼樣的訓練以後，我可以來主導這樣的事情，所以操作人員一定要是醫師，那醫師一定要有這樣的防護訓練，這個是合理的，但是你不能一直假設醫師不在的時候，旁邊的人應該要有什麼樣的資格，那要怎麼說起呢？那以後很多的開刀房、很多的MRI，那你一定規定不完，而且這些事情如果他在的時候，為什麼需要那些人呢？

### 曾總技師明宗（江委員銘基代理人）

就像你說的，你開刀房開刀一樣要有護士，不能說你護士去找其他人來做，意思是一樣的。你現在醫療輻射防護法裡面有規定，因為他有明定在這邊，就是說你凡涉及醫用者你就必須要有，我們這是避免醫院走旁門，要是不小心引誘醫院走旁路，就違反醫療輻射防護法的規定。

### 泌尿科醫學會黃理事長一勝

我想簡單的問題我就先回答。剛剛所講的有關放射師或者放射人員這個部分，基本上泌尿科醫師要作 shockwave，他都有輻射安全的執照。剛剛曾委員所講的這個部分，是不是應該要有醫事放射師一名，然後做一些機器保養和維護？我相信在每個醫院的話，都有這個放射師。假如你的醫院現在的人員配置上，你的 shockwave 室裏就有這個放射師的話，是 OK 的。而一般的 shockwave 室裏，基本上都會有一個護士小姐在做幫忙處置病人。所以在醫院裏是不是只要有一個放射師當兼任的，可以在一段時間、一個禮拜或一個月，定期的去做保養和維護，假如說用一個這樣兼任，就可以的話，我相信這個問題應該很容易解決，應該是很周全的。

至於，剛剛各位先進所提出的問題，那我就一一作回答。首先第就是莊委員有說，是不是因人設事或者是因事設人，然後來做 24 小時的應變能力。的確當時我們也覺得能夠把這個 shockwave 的設置條款降低，對於地區醫院的需求可能是比較合理，所以就在這樣的一個考量

下，我們才建議不要說降到診所，而是說這個單位有 24 小時能夠處置這樣的一個情況就可以，假如大家覺得這樣是不太合理，那這個部分我們不見得一定要用這樣的文字來敘述。因為診所本身就不能做 ESWL，那麼這個部份我們可以回歸到醫院的層級。事實上從整個決議過程中大家也可以曉得，泌尿科醫學會也是為了整個會員的權利，或者醫療院所權利作考量，這是我們要先跟大家報告的。

至於說是否需要兩個人，剛剛大家有談到說是不是 24 小時值班或者都是在醫院。相信每個醫院都不會這個樣子的，我們所講的這個部份，基本上是說你有兩個人的話，才能夠排班，我相信現在大家也會常常出國，如果人在國內當然是都可以找得到，今天假如是只有一個人的話，這個人他可能會出國，會造成你打了 shockwave 而有併發症時找不到人的情況，這是第一個。

那第二個就是說，現行的現況我們不會每個個案去做討論，但是我相信碰到問題的時候，只有二個人才能做討論。過去事實上被核刪的病人之中，在醫學中心也很多，當時我們在學會裡面也是請醫學中心由主任針對被核刪的個案下去做討論。假如說在一個醫療院所只有一個人在做的話，我就覺得要去做討論可能會有盲點、不可能，這也是我們特別在這邊提出來的。

剛剛也有談到所謂的骨質震波儀是不是要列進去？它的確也算一個 shockwave，但是他的能量非常低，安全度跟 ESWL 不可同日而語，ESWL 你打了以後可能會有嚴重併發症，骨質震波儀這個部份大概有嚴重後遺症的機會比較少，以上是我初步跟大家說的一個說明。

**朱副院長益宏(林委員淑霞代理人)**

我覺得我們在訂支付標準的時候，不應該去考慮到醫師是不是有能力互相去討論病情，因為我們很多支付標準訂定的時候限定很多專科醫師去執行或不限，其實都是去看這個醫師有沒有能力去執行。那我



們相信說，專科醫師他是有能夠獨立作業的能力，因為其他支付標準邏輯上、原則上，都沒有考慮到、討論到這個事情，所以單就這個項目去考慮說設置要有兩個專科醫師，因為他們可以互相去討論，這個我覺得是不太符合邏輯啦！而且也沒有這個需要，我剛剛也強調，不一定要專業的專科醫師才能進行討論，有很多討論的方式，所以也不應該因為討論這個理由，就把寫在這裡說需要兩個專科醫師來執行。

### **泌尿科醫學會黃理事長一勝**

就這個部份，假如說把討論寫在裡面，好像不符實際，但是這只是在做說明的時候，因為我們這個要兩個人本來就在文字上寫了，那為什麼需要兩個人？我剛剛就說明這兩個人是要來做討論。

### **藍醫師毅生(陳委員宗獻代理人)**

我們訂定支付標準應該做一個 guideline，不能用這個來訂要幾個人，來做為專科醫師人次限制。而核刪也是該科專科在核刪的，我們反而會考慮到這個核刪率很高的時候，在某方面來看，是不是針對不合理的部分做一個核減，我倒是建議泌尿專科醫學會是不是訂定一個更嚴謹的 guideline，讓所有泌尿專科他們在做 ESWL 的時候，有一個很明確的，大家都遵照這個準則去做，反而你核減率會降下來，而不是人數的多少，一名、二名或是三名，謝謝。

### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

我想剛剛黃理事長對我們所問的問題沒有回答我們。我們剛剛也問說，因為泌尿科專科醫師規定說 ESWL 要兩台，我想理事長也同意，現在年輕的專科醫師不願意到沒有 ESWL 的醫院去，尤其新訓練的醫師，理事長同不同意這樣的看法？如果是，很多的地區醫院因為沒有 ESWL，所以請不到泌尿科專科醫師，這是事實，那遇到這種情形怎麼辦？希望可以把泌尿科真的推到社區，而不是讓它集中化，我剛剛一直在強調說，這個門檻對我們來講跨不過去，因為一個綜合型的地區

醫院要養兩個醫師，他真的是有困難，他沒有那麼多病人的時候，那這個地方、這整個鄉鎮就不要再有這個醫師嗎？不是這樣子的話，應該要重新去考量對民眾服務的基本原則，這是我第一個提的。

第二個剛剛有提到，因為醫師不在的時候怎麼辦？不在的時候就不要做阿！因為每個醫院應該自己去考量，進了一台 ESWL 划不划算？我的成本怎麼樣？今天被刪了怎麼辦？今天這個醫師不在怎麼辦？他這個醫師出國怎麼辦？醫院本來就這樣，這麼多的設備，包括 MRI、包括心導管，都沒有類似一個規定，可是我們 ESWL 竟然這樣規定，這一個很奇怪的規定，而且要兩個醫師，因為這個東西卡住了，所以我們才一而再再而三的問，二個主治醫師到底有沒有這麼重要，重要到我們要犧牲別的東西的考量。

第三個，刪減的這件事情，到現在為止這件案子還沒有通過，所以以前造成你剛剛講刪減的最多，都是現行，現行兩個醫師他們討論的結果，結果刪的還是最多，對不對？意思是說三個來討論更好？不是這個意思嘛！你的現行支付標準裡面有什麼去為了討論刪減的關係，所以訂定需要兩個醫師討論才能做的？沒有，我們支付標準從來沒有一個這樣的做法，所以我還是要一再強調，要把一些事情往比較廣的地方來看，今天 ESWL 並不是只有針對這件事情，對我們地區醫院來講，我們認為他對社區的泌尿道疾病治療、對民眾的影響，嚴重的影響我們現行的發展，所以我們一而再再而三提出這樣的呼籲，以上。

### 張醫師孟源(李委員明濱代理人)

主席、各位委員大家好，其實前幾天衛生署公告，健保費率從 5.17% 調到 4.9%，雖然有補充保險費啦！但是將來健保的財務發展，還要資源配置財務平衡，這是相當值得重視的一個問題，然後在健保法 41 條，就是一些支付標準的擬定，一是要考量保險人醫療需求及醫療給付之品質，我現在最重要的問題是醫療需求及醫療品質的問題，剛剛黃理事長提到的，我們不知道台灣目前醫學中心 30 台、區域醫院 101 台、

地區醫院 70 台，跟全世界的密度比較起來如何？

第二個就是它的品質的話，接受的病人數有六萬四千多人，然後他每年有 7.88% 要再手術，甚至還有出血，那我想要了解的是它品質的問題，做一個 ESWL 的 waiting list 要排很久嗎？假如不需要很久的話，是不是病人的就醫可近性有沒有受到阻礙？

假如病人的就醫沒有受到阻礙，第三個問題就是說，假如說一個醫學中心、或一個地區醫院、或是一個區域醫院，我們知道就任何一件、任何一個處置，就我個人初淺的了解，譬如說做一個心導管手術，一年做三百個心導管成功率，跟一年做三十個心導管成功率，是不一樣的，病人的死亡率也是不一樣的，所以就醫療的品質跟醫療實際上是科學、臨床及經驗綜合判斷的一個科學，那我覺得說，大家討論重點應該回歸健保法，如何提升醫療品質？如何符合病人的醫療需求？如何能夠做一個財務的平衡？我是想說，如果這方面可以兼顧的話，才做支付標準的調整會比較穩當。以上是初淺的建議，謝謝。

### 泌尿科醫學會黃理事長一勝

對不起，剛剛羅委員的問題沒有在第一時間跟你回答。就剛剛所講的，有關於「是不是需要」和「台數」這些問題，我們回顧歷史，當台灣有第一部碎石機的時候，我的老師張心湜校長曾說，這個機器在台灣應該要有 30 部，結果被圍攻的一蹋糊塗，因為當時大家的考量，在台灣事實上只要三部就夠了，現在想一想這是 1984 年的事，假如說三部或是三十部，是夠的話，現階段台灣已經有 201 部，所以這個數量，的確是比我們所想像的超出很多。我個人剛剛在講的，有時候可能沒有辦法與基層醫療情況接在一起，可能就是以學會的立場來看這個事情，當然會比較考量病人的治療品質。

至於方便性這些問題，我是不是可以用剛剛我講的這個，我們現階段有 201 台是不是夠？來做一個回答。剛剛張委員所提出的，我相信也就是說可以告訴我們的確是不是夠？台灣老實講交通也是非常的方

便啦！所以對病人就醫方便的考量，現階段並不是一個大問題。另一個方便性是，事實上在所有有做處置的單位，假如你的時間方便，可以安排你第二天就處置了，而且這個處置大致上 OPD 就可以，不見得要住院，所以這真的是很方便。

至於這個單位他所做的一個數字跟他的 outcome，這的確是成正比的。因為從 1984 年以後到現在，我們也曾經出過一個病人在一年被打了五、六十次，這樣不堪入目的數字，但是這些老實講都是經過大家討論以後，才能達到現階段的情況。所以假如買了碎石機，他服務的病人又不是太多的時候，可能會有一些不該打 shockwave 的病人被送去打，這樣被核刪的機會就會更高。剛剛陳委員有指教說，我們是不是有 guideline？的確是有 guideline，對於尿石太大或者是太小，都是有規範不能打，但是我們每一次在作審查的時候，就會發現有很多你看的到，但審查委員卻看不到的石頭，或者是你覺得可以打，但是審查委員卻覺得這個應該是用其他治療方式才合適的。所以對於碎石的手術，我覺得雖然機器下去做，但的確是要有專業的醫師來判斷。而且當有問題的時候，我也常常被年輕的醫師問到，這個 case 應該要怎麼樣來做？是不是合適？等等這些問題，所以複雜的病例在術前的確需要討論的。泌尿科醫學會的會員工醫師，不能說百分之百，但絕大部分他們的關係都蠻好，所以我相信在很多醫院裏都有在做這樣的討論。

我還是要講一下，這個核刪的比率我個人覺得怵目驚心啦！如果你現在考量被核刪的事實，例如這個單位他購買這個儀器，而這個單位只有一個泌尿科醫師，我覺得對這個醫師不是一個福利，相對可能是一個災難的開始，因為你一旦有這個東西以後，你就會想要去做，可能會有一些灰色地帶的病人，本來可以不必做、不能做，但你就是做了，做了以後，後續你就會被核刪，這是我個人的看法。

**朱副院長益宏(林委員淑霞代理人)**

剛剛有幾位，包括全聯會代表也講到，二百多台在臺灣到底算多算

少？其實我覺得那層次不在我們這邊討論，衛生署他本來就對於這種高貴的醫療器材他去管制，這個就是為什麼原來體外碎石機他是被管制的，所以他有這個審查的機制，但是現在衛生署已經決定把他從審查的 list 拿掉了，所以就是表示衛生署在評估這個科技的時候，已經不是所謂高貴醫療科技，然後要被管制的，就像以前 CT、MRI 也是要被管制的，那現在也都慢慢被拿掉了，就是這個道理，到底台灣需要幾台的機器，我覺得不是健保局這邊來討論、來決定的，那是衛生署的層次，他有醫療網的整個劃分，整個區來做整體的規劃，但是衛生署已經決定把這個不要列管的時候，我覺得健保局這邊再提出來說要去考量整體的醫療資源的分佈與需求，我覺得可能層次上有點不太一樣，因為那的確是在衛生署去管制。

第二個當然就是說，當考慮到醫院開放的時候，總額這一部分，因為你使用量多當然總額就會受到影響，但是我想在坐這邊很多都是認為在醫院這邊應該開放，所以我想全聯會這邊也不用太擔心醫院總額這一塊，因為它畢竟跟全聯會是沒有關係，所以他在費用上面，醫院這邊是支持門檻不要訂太高，所以我們也希望全聯會這邊能夠支持我們的看法，雖然跟你們沒有關係，但是我們還是希望你能夠支持我們的看法，以上。

### 王執行秘書秀貞（蕭委員志文代理人）

泌尿科醫學會有黃理事長是一件很幸福的事情，黃理事長為了會員的權利發表了這一個意見，但是同樣的我們社區醫院學會也要為我們的會員說話，那剛剛已經強調了，其實針對支付標準的設定，我們是認為購置的條件衛生署都已經刪除了，購置條件不等於操作條件，我們應該可以回過頭來重新思考操作的條件。

操作條件部分，其實剛剛黃理事長提到就是說，為什麼要有兩位醫師，黃理事長講的很多理由，都是現行很多其他的處置及其他科的醫師都會遇到相同的問題，但是現階段就算只有一位醫師在院內執行外

科手術，也都是 OK 的，那黃理事長這麼好，也說到泌尿科專科醫師大家交情也都很棒，就算我醫院只有一位專科醫師，我真的有需求的時候，我一通電話不是也都可以解決嗎？交通很方便，通訊更方便，針對總額的部分，就像我們朱委員講的一樣，其實這個部份真的有一個空窗期，政府在作業上面落掉這一段，對很多院所是不公平，那我們社區醫院提出來刪除註九的意見，也不是沒有考慮到病人，在上一次會議我們也提出來，ESWL 通常都是排程在進行，所以我們的羅院長才會說，那醫師不在當然就不能做啊！而且這一部分的操作人員本來就限定專科醫師，而且必須要符合上面也列了好多項的規定，所以我們認為如果醫院他願意對於他這個社區投資這樣的醫療服務，總額部分我們又可以負擔得起，其實真的不會很多，每一家醫院這個錢也不是那麼好花，醫院已經很不好經營了，我們也不認為真的會激增很多。

那如果說大家對於審查的部分，認為是可以討論，那我們籲請泌尿科醫學會這邊確實要重新回頭來檢討說，是不是我們有一些更嚴謹的執行措施，例如比照 CT 它在支付標準表上面它會有做一些設定，這個都可以啊，不是只有在操作人員或者是把購置條件納進來，去阻擋掉社區去投資這個服務的開始，以上。

#### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

我想這個案子已經討論一段時間了，我只是要回應黃理事長提到的，黃理事長所提到的幾個東西，不外幾個東西就是說，有兩位的專科醫師的話，因為有討論的關係，所以他有很多品質可以確保，或者他可能怕刪減的地方太高，對於地區醫院可能是一個災難，或者告訴我們說，有兩個醫師可以造成醫療品質可以確保等等，但是我覺得，放眼所有的學會裡面，好像只有黃理事長這麼擔心，一個專科醫師訓練本來就應該要完整，不是這樣子嗎？我們外科開刀那個危險性絕對不下於我們在泌尿科打震波碎石器所造成的後遺症，可是為什麼泌尿科就要特別設一個門檻，這個門檻如果說假設本身沒有副作用的話，

那我沒有話說，可是它這個門檻就像是剛剛理事長一直沒有回答我，社區那麼多醫院裡面找不到泌尿科醫師，讓社區泌尿科醫師的分佈不平均，讓沒有散佈社區的地方，這問題始終沒有得到解決，而且這種情形會愈來愈嚴重，因為他這個門檻造成的嚴重性，相當的高。

另外我還要再回應理事長，其實有很多的討論學會本來就有這個責任，包括研討會、包括再教育，我想泌尿科跟我們一樣，我們外科醫學會裡面，像中區他們有每個月的研討會，討論什麼？討論我們的 case，那我不曉得泌尿科的月會裡面討論什麼？可以討論為什麼我們 stone 打回來被刪減？為什麼審查醫師看得跟我們不一樣？我想月會不都是這樣討論嗎？我們外科醫學會一天到晚討論什麼？討論我們 case 裡面被刪減的，這個東西不都是透過這樣子來嗎？為什麼一定要單獨一個醫師、二個醫師的意見，而不是那一個區域裡面月會所討論的這個意見嗎？我覺得如果要的話，你可以在操作人員資格裡面，可以訂實際體外震波碎石機 100 例以上、200 例以上，我都沒有意見，為什麼？因為你認為他已經很成熟了，才可以做這個服務，這我都沒有意見，但是你不可以用兩個醫師，這是我們一而再再而三強調的，我覺得讓品質回歸品質，讓設置標準回歸設置標準，這樣子我們才有辦法去解決我剛才一直強調的，社區泌尿科疾病的問題，以上。

### **泌尿科醫學會黃理事長一勝**

剛剛就羅委員的問題沒有回答，真的很抱歉，我還是盡力的跟你回答。剛剛講說，我們的泌尿科醫師是不是有意願到地區醫院深入社區？剛剛我們也看到資料，現階段台灣有 201 台，在地區醫院有 70 台，所以這 70 台事實上都是在規範要兩個人的情況下去的，所以應該還是有醫師有意願去地區醫院，這第一個。

第二個，我們假如把它放寬到您說的一個泌尿科醫師，或者是把它刪除，台灣在現階段還需要多少部碎石機？我想這個數字，應該也是要做一個考量。的確，我們在一開始作 shockwave 的時候，都是在學會

裡面做討論，所以那個時候醫師和各醫院主任，常常都是拎著一大疊 X 光片到會場，譬如北區的月會、中區、南區的月會，大家一起討論。所以要討論這件事情一直都是在進行之中。但是 even 在這樣的進行之中，在去年被核刪的部分，以第一次打碎石的佔第一位，第二次打碎石的佔第二位，至於其他的才是做手術的，或者是檢查處置等等。所以碎石手術給大家一個誤解，覺得都很簡單，事實上對於是不是應該要打，應該要怎麼樣打，事實上還是存在著很多你覺得 ok，但其他醫師覺得不 ok 的問題。在早期我們非常嚴謹的時候，做一個碎石手術，能夠達到碎石完全的清除，是可以達到 90% 的，但是在台灣的醫學中心也曾經報告過，也是一樣打震波碎石，但是他的碎石清除率卻只有 20 幾到 30%。所以在這邊我要強調，的確這個碎石成果的差異性很大。由於現在有控管，因為為了病人的品質、醫療的水準，所以應該會比 30% 來得高，但是要達到以前非常嚴謹的情況，90%，我個人是覺得還沒達到啦！所以在這邊，可以說純粹就一個客觀、及病人品質考量的看法，醫學會可能無法考量到經營上的困難，或者醫院其他方面的困難。

不過我會以學會的立場來考量會員的利益。這個被核刪的問題，假如你的病人是在門診做，核刪是要乘倍的，乘 300 倍；假如是住院則是乘 45 倍。大家一直在爭取說，讓泌尿科醫師有做的機會，我剛講說會是一個災難的話，意思就是說，假如被核刪是以乘倍下去算，對醫院來講會是一個很大的負擔，醫院一有負擔，一定會往做的醫師去要求分攤負擔，不是嗎？站在醫學會的立場，我是覺得要在這個層面上，能先做一些防範的話，盡量去防範應該會比較好，小小的一個想法而已。

**羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

我只是跟黃理事長報告一件事情就是說，其實我很在乎，社區的泌尿科醫師人家不願意下去，我已經講過很多這樣的話，為什麼這樣講？



剛剛講的地區醫院 70 台，我剛剛除了一下 23 個縣市，平均一個縣市才三台，醫學中心才 20 家有 30 台，所以什麼意思？他們都往都會集中化，那現在目前很多社區他不是只有做 stone，他有很多泌尿科的疾病，因為它沒有泌尿科醫師要去，造成他們很多的不方便，包括他們要換尿管等，都是外科或是其他醫師在幫他做，因為沒有泌尿科醫師要到社區來，我一直在強調這一件事情，剛剛理事長好像一直都沒有針對這件事情，告訴我說你曉不曉得地區醫院裡面現在目前有多少，佔所有七、八百位泌尿科專科醫師，其實他的量真的比較少，而且現在泌尿科的專科醫師很多都是年紀比較大的，我手上也有點數字，真的在五十歲以下泌尿科醫師不太願意去社區醫院，這件事情是越來越嚴重，所以我們提出這件事情，並不是只有針對 ESWL 這件事情，我已經反覆講過很多次。

第二個，理事長一直提到說它是一個災難，今天我不是代表我們醫院，也不是代表某一家醫院，我們是代表所有的社區醫院，任何一個醫院他要做的話，他自己就要去考量這些問題，它被刪了、它做得不好、它倒閉了，那是它的事情，但是我們給人家設一個人工的門檻在那邊，讓他沒有辦法做，讓原本有需求的民眾沒有辦法就醫，才是我們的責任。

第三個，我們剛剛講說，他經過泌尿科一整個完整的訓練，這樣好的研討會，這麼好的教育，結果還是這樣的一個成果，到底是設備的問題呢？還是技術的問題呢？還是是兩位醫師的問題，因為討論不夠才會造成這樣的結果？如果不是的話，我們的 keypoint 好像在蔓延，我們只有要求一樣東西，把兩位專科醫師改成一專科醫師，竟然扯的這些事情裡面，有很多跟它沒有直接相關，這是我們今天討論的重點嗎？好像不是啊！所以我們的要求很簡單，就是註九這部份兩位醫師改成一專科醫師，就這麼簡單而已，以上。

**蔡主席魯**

好，大家都充分表示，我們有健保小組的組長在這裡，衛生署健保小組針對這件事是什麼看法？請。

### **泌尿科醫學會黃理事長一勝**

我們秘書長也一起來，但他一直沒有發言，是不是再容許他一次的發言。

### **蔡主席魯**

好，你發言完就請梁組長表示，我們再來看大家意思，決議是怎樣一起討論。請。

### **泌尿科醫學會蔡秘書長德甫**

不好意思，我是泌尿科醫學會理事長，我姓蔡。因為不曉得社區醫院學會一直強調是說，如果說有 ESWL 的話，年輕醫師願意下鄉到那邊去，因為我們現在凡事都講求數據、講求實證，你那邊有沒有這樣的一個資料能夠提供給我們，就是說如果有 ESWL 的，有多少泌尿科醫學會的年輕醫師願意到鄉下去，或者是說如果沒有的話，是不是也一樣願意下鄉去，我知道我們學會好像從來沒有做過這方面調查，不曉得您的數據從哪裡來？可以提供給我們嗎？謝謝。

### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

我很少在這種場合提到我個人，我是一個院長，我的確是要求泌尿科醫師到我們社區去，我們曾經 interview 三個醫師，他聽說你沒有 ESWL，他當場就說他不去，你問我全國多少沒有要去的，可能要請貴學會去調查了，我們怎麼去找所有的泌尿科醫師去問說，如果假設你現在在醫學中心或區域醫院，你願不願意去，光這個問卷都不知道怎麼設計、怎麼講，這有點強我們所難，但依我們目前整個社區協會整個開會裡面，針對這個議題我們大家都覺得有共識，但是要拿出這個數據出來，說實在有點強我們所難，以上。

### **梁委員淑政**

有關這個案子，健保局基於保險人的立場，考量專業品質，維護民眾就醫安全及高耗用的管理，因此提案建議維持醫療機構條件的限制，以維持現有的品質，而泌尿科專科醫學會表示如果維持兩名專科醫師的話，這是一個保障及門檻。如果地區醫院覺得專任醫師一位就可以了，在品質上院所會自己去管理，但站在病人立場上面，這可能是沒有辦法說服的，除非有其他的措施。例如若是一名專科醫師的話，可考慮是否增加事前審查，因為先前泌尿科醫學會說明為何需要兩位專科醫師，是為了兩個醫師能夠互相討論，可以知道這個 case 適不適合這樣做。若是這樣，按照健保法的規定，如果屬高危險、昂貴或有不當使用之虞的醫療服務，可以訂定事前審查的條件。綜上，若欲將專科醫師名額改為一名時，應要有配套措施，以確保醫療服務品質。

#### 王執行秘書秀貞（蕭委員志文代理人）

現行審查是兩位泌尿科醫師所造成書面上的數據耶！不是一位醫師耶！我們在說明欄也說明了，很清楚說，會不會就是因為兩位醫師所造成費用浮濫，這部分很難解釋耶！兩位醫師我們剛剛講過，在實務上操作根本不是那麼一回事。

#### 梁委員淑政

這是站在病人的醫療品質上面來思考，因為今天改變了一個條件時，必須考量的是要怎麼樣確保品質的問題。再者，健保局也在說明七(二)提出相關的數字，大家可以從這些面向去思考，當條件開放的時候，我們更要怎麼去確保病人的品質。

#### 莊委員維周

主席，我們先要確定說，既然理事長那麼要求品質，那應該是在醫院無庸置疑的吧！是一位、兩位，其實組長也說醫療品質，是從醫學會訓練出來的專科醫師，有沒有達到合格水準才是，打石頭不是兩個醫師一起去打耶！就三個醫師共同打那一次石頭嗎？所以我想這品質跟幾位醫師沒有必然的關係，我站在基層我非常肯定理事長這樣為病

人著想，但是一個、二個、三個、四個、五個醫師，跟品質請不要把它畫上等號，品質是在我們醫學會，其實我們談到核減，為什麼刪那麼多？就是你們隨便亂打的，不接受你們教育的這些人，對不起，這一方面應該是醫學會要出來去訓練，甚至說我們社區醫院協會他有需要，你要去輔導他啊！像院長他那麼需要泌尿科專科醫師能夠打震石的，你就輔導他，醫院代表說不關我們基層的事，不對，醫院、診所我們是一體的，以上。

### 朱副院長益宏(林委員淑霞代理人)

那個梁長官講的，我一定要不吐不快。今天醫療品質沒有錯，它跟經驗有關係，但它跟人數沒有關係，我舉個例子，不好意思，這個我先致歉在前面，跟黃理事長致歉，今天如果哪一天黃理事長到一家地區醫院去做 ESWL 的時候，他只有一個人，你會說他打得沒有品質嗎？一定要配一個他學生，然後才較有品質嗎？應該梁長官不是這個意思，今天如果黃理事長處理的病人品質一定是最好的，今天在醫學中心處理也是最好，在區域醫院處理也應該是最好，在地區醫院處理也是最好的，這個就是為什麼在健保開辦一直講說，今天台大醫院，不好意思舉台大，今天它某一個醫師他是看某一個科是非常有名的，因為不管支付標準怎麼樣，他到了地區、到了診所，反而他不能看，在最早的時候，還沒開放跨表的時候就有這個情形。

品質是他專科醫師受訓的品質，所以是跟一個、二個是沒有關係的，所以我想說，兩長官不要把兩件事情混在一起，讓大家產生誤解，所以我覺得說，今天如果真的要考慮品質，那你也可以定，譬如說，現在是你一定要打五十例你能去操作，你也可以覺得五十例太少，沒有達到一百例我都要事前審查，那可以啊！全部的醫師你只要沒有達到一百例的，全部都要事前審查，或者是你覺得一百例還不夠，二百例的要事前審查，那就大家都一樣，這個才叫品質啦！那跟設置上一個醫師、二個醫師，沒有關係啦！我覺得這個大家才能夠接受這種講

法，所以真的是為了品質的話，我覺得健保局可以考慮，你現在五十例是一個門檻，一定要五十例才能夠打，第二個你可以再訂，未達一百例你要事前審查，那這個我們也能接受，你光還沒開始打，買機器就要兩個醫師，連機器都買不到，那這個還有什麼品質可言。

### 李專門委員純馥

其實我們局裡面的意見，在我們的資料的 13 頁已經大概有提到說，其實這個項目在我們現在分析來講，現行已經算是很高耗用的一個項目，應該是要跟我們現在像洗腎那樣子，大概都有一點點意涵在裡面了，就是說，它在使用上來講，我們在總額上是需要被關注的，當然我們不能說它是不當耗用，不過就是說，在耗用上是比较造成大家的疑慮，會不會有很多這樣子不當耗用在裡面，才会有這樣的費用，所以我們當時是比较希望朝這個角度，備註九再加進來，當然社區醫院是希望把整個註九拿掉，可是我們還是希望能夠維持這個註九第一、二、三點，只是第二點有關專任醫師這個部分到底是要一名或兩名，我們當然就是尊重這個委員會的決議，我們當然是希望維持我們原來的規定，因為其實有一點點門檻的話，實際上，不會這麼多家院所都在做，這個其實就是在結構面上面去做管控，只是說這是我們幕僚的意見，我們還是尊重委員會的決議。

### 泌尿科醫學會黃理事長一勝

謝謝。就剛剛所講的專業品質，謝謝朱委員的高見，我覺得這個品質，不是說我下去做或是指導就會怎樣，也不是說兩個醫師同時打一個病人，而是說在必要的時候，可以兩個醫師做討論來提高品質。剛剛羅委員所講的，地區或者是社區這一個部份，我是覺得應該要考量的。就您剛剛所講的這一部分，跟剛剛梁組長所提出的，倒是可以考慮。例如說在一個醫療比較缺乏的地區，確實那個地方是需要的，這邊也有醫師能夠做的一個情況，可以加上配套措施，就是說他能夠找到一個，譬如說是他的老師，或者是他訓練出來的醫院，能夠給他做

一些支援。像諸如此類的考量，這樣的情況下，我們或許可以考慮是一個泌尿科醫師就可以。我覺得，會議也是集眾人的智慧來解決問題。因為碎石機我不認為每個鄉鎮都需要，而現在地區醫院也有 70 台了，假如說你提出來的這個醫院，譬如說羅委員您的醫院，看起來左鄰右舍的鄉鎮都沒有，的確也有這些配套措施來配合，讓大家都覺得說，這樣是很合理的。我個人覺得，像我們主管機關剛剛所提出來這樣的這個方案，也是解決事情的一個方法。

### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

這個可能黃理事長不太清楚，所謂醫療缺乏區域是有定義的，現在我們都把很多醫院裡面都直接叫都會型和偏遠地區，偏遠就要很偏遠，事實上很多鄉鎮都只有一家地區醫院，或是好幾個就只有一個地區醫院，但是就像我們常常跟署裡面講的時候，什麼叫社區型的醫院，可能我們會比較清楚啦！另外我還是要強調一點就是說，即便假設說，我們地區醫院所找的醫師，如果只有一個泌尿科專科醫師，他的所有案件都要事前審查，或者是他所有東西都要加強審查，那人家想要去嗎？公平嗎？如果這樣的話，應該全面事前審查，而不針對特定的人事前審查吧！為什麼造成這個結果？這些人是怎麼訓練出來的？我覺得泌尿科專科醫學會還是責無旁貸啦！你這個放出來的時候，我們覺得他有這樣的資格，可是出去的時候做這樣的事情，又告訴我這是醫院品質的問題，我們不是泌尿科專科醫師，但是我是外科的專科醫師，我們來看這些事情，覺得它好像有很多事情是被扭曲的，所以我們反對，第一個是二個醫師；第二個是事前審查，可以，但是大家都要事前審查，否則的話我覺得這樣不公平的，以上。

### **馬院長漢光(謝委員武吉代理人)**

已經談不完了，我們同意第九條，但是我們希望改成泌尿科專科醫師一名，這樣子，這應該是我們完全能接受的，不管是醫學中心、地區醫院、區域醫院，所接受的條件都應該是一樣的。

## 蔡主席魯

好，因為交集點很少，我們會把註九那條報到主管機關請衛生署做最後裁示，就是兩案併呈的意思。我們跟泌尿外科學會是建議維持現在的標準，但另外一邊的意見是希望改成一項，那由主管機關做最後裁示，因為這是設置標準變更以後，所延續出來的支付標準相關規範，那這樣子不知道大家可不可以接受？

## 朱副院長益宏(林委員淑霞代理人)

我想剛剛局裡面純馥專委也講了，其實在承辦單位這邊，一個、二個是尊重大家討論的意見，那事實上在場的大多數的也都主張改成一項，除了泌尿專科醫學會以外，包括基層代表也認為說兩個不代表品質，所以我覺得說，在這邊大部分人的意見是比較傾向由二個改成一項。如果報署裡面要二案併呈，事實也應該要去呈現出來，包括承辦單位的意見，包括會場所有委員的意見，事實上，我覺得這個共識已經很高了，包括第九條我們也都同意，包括局裡面希望第九條保留，跟健保小組也希望第九條保留，那我們也都同意，那現在只是希望二個改成一項，這個其實有高度共識，當然除了泌尿外科醫學會以外，所以我想說，包括健保局的同意，主席是不是要再考慮一下是不是一定要兩案併呈？如果真的要兩案併呈，我覺得這些紀錄應該要原本的呈現，讓署裡面能夠做裁示，以上。

## 泌尿科醫學會黃理事長一勝

首先，我不曉得來開會應該要有多少人？所以我們就我和秘書長兩個人過來，當然發言就只有兩個人，感覺是稍為勢孤力單。我是就學理上、客觀上，做這樣的一個陳述啦！早知道這樣子的話，應該帶十個人來，到時候就很多人做相同或類似的發言，感覺就不一樣了，這第一個。

剛剛講的那個，我的意思不是說事前審查。事實上，現在對於 ESWL

本來就有立意審查，健保局對於處置、手術，或者檢查，當施行有特別高的時候，他就會去立意審查。我剛剛講的是說，對於只有一個泌尿科醫師醫院，當這一個地區或社區，需要這樣的一個醫療服務，但又礙於目前的規範，沒有辦法去設置，那在這樣的情況下，我們可以考慮做一個特別的專業審查是否可以施行 ESWL。我剛剛所講的專業審查跟局裡面所講的在某個情況下的專業審查是一樣的。而不是說當你買了 ESWL 以後，做了這些 case 後再去做審查，這是不一樣的。

### 莊委員維周

確認一下喔！剛剛我們一直討論，愈拖愈遠了！是不是九的第一點，應為醫院這個是保留的。

### 蔡主席魯

對。

### 莊委員維周

那個 B 沒有變成 C，這個我們基層比較在意這個，不然他越講越遠了，這個焦點沒辦法放好。

### 蔡主席魯

第一個我要澄清，有關理事長剛剛講，不是帶十個、二十個來的問題，這是一個委員會，今天是因為有專科的問題，所以請泌尿專科醫學會來做必要的說明，讓我們委員有疑慮的地方去做了解，所以跟帶幾個人來是沒有關係，這個我先做說明，那我最後的決議還是兩案併呈，會附上今天在座各位委員，以及列席的理事長發言的會議紀錄，呈到署裡面去，去做最後的裁示。

## 臨時討論案

### 第一案

### 蔡主席魯



好，這個是有關支付標準新增抗酸菌培養跟抗酸性濃縮抹片染色檢查這 2 個項目，那今天我們剛好也有拜託疾管局檢驗組的組長來做列席，所以是不是請他先做個報告。

### **疾病管制局研究檢驗中心吳主任和生**

謝謝，首先謝謝主席給予發言的機會。疾管局對這個提案的立場是贊成，並且支持的，我就簡單先講到這邊，如果有需要的話我再來做一些說明，以上。

### **蔡主席魯**

好，其他委員針對這個臨時提案的第一案有沒有其他意見？

### **陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

這次是因為醫檢師全聯會提出來那個支付點數太低，現在的支付點數可以接受嗎？

### **王理事榮濱(盧委員世乾代理人)**

可以，可以接受，比較合理。

### **張醫師孟源(李委員明濱代理人)**

我們也贊成，絕對是贊成啊！只是說這個也要算一下在基層的話，是否會影響到我們在費協會已經編列的預算。

### **蔡主席魯**

目前的資料有嗎？

### **李專門委員純馥**

因為現在不知道你們有多少是這樣子委託檢驗機構，所以因為它要限疾管局認可的結核病的檢驗機構，其實在基層只有兩個檢驗所，沒有在診所的。另外就是說，我們幕僚這邊可能要做些修正，因為它這邊不是病毒學檢查而是細菌學檢查，所以我們會放在 13 開頭的章節 那我們詳細的編號會在公告的時候會用一個接續的編號下來，所以這邊

跟委員致歉一下，我們當時擺錯章節了，謝謝。

**蔡主席魯**

好，針對這個臨時提案如果沒有其他意見，也沒有異議的話，我們就照案確認通過。

## 臨時提案

朱副院長益宏(林委員淑霞代理人)

我想今天我要提一下，因為就是醫療法修正通過後五年之內要導入安全針具，那健保局有編列預算在各總額裡面，但是現在碰到一個問題就是說，其實碰到兩個問題，第一個就是說安全的採血針，我們找廠商來問過，大概一支要十塊錢，但是健保給付大概是二、三塊錢，所以這一部份醫院買是根本划不來，所以在支付特材的上面是不是健保局要做考慮，這是第一點。第二點就是，特別像是檢驗的項目，材料都是內含，但是內含譬如說我一個 CBC 抽血，我不知道多少錢，等會查一下，大概幾十塊錢，但是如果你一個安全採血針就二、三十塊的話，那這整個支付標準的成本結構，是不是要請健保局再重新做一些考慮跟調整，所以我今天提的臨時提案，希望健保局能針對這兩部份能夠有一些初步的結果出來，不然的話今天抽血只有幾十塊，但法又要求醫院要用安全採血針具，健保局一定說採血針是內含，不額外給付，所以這部分醫院在實際操作上，診所也碰到同樣問題，因為是所有的醫療院所都要執行這個項目，所以可能請健保局要針對這個做考慮，以上。

李專門委員純馥

幕僚這邊可不可以請教，你們現在臨床上在做採血，就是檢驗，尤其是門診的檢驗單位，它那個採血不是安全針具嗎？

陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

全部要用安全針具。

李專門委員純馥

對啊！現況其實已經...

陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

因為現在法律已經規定。

### 朱副院長益宏(林委員淑霞代理人)

現行比較簡單的小醫院它可能就空針去抽血，那就不是安全針具，那比較大的醫院它是用真空採血針，就是打進去然後管子插進去，它就自動把血吸回來，那個在 CDC、TFDA 的認定也不叫做安全針具，所以如果要全面改成安全針具，廠商報價大概一支都十幾、二十塊，甚至小醫院它還不提供，那健保局聽說已經有一部份核價，大概是兩塊至三塊，所以廠商認為根本不符成本，他根本不願意賣這個東西，所以這個造成醫院非常大的困擾，所以希望健保局針對這個成本核算這一部份，是不是重新考慮？因為真的給付太低是不是要予以提高？第二個，有些東西它是可以額外報，那就考慮它的支付價跟成本是否可以相符，如果是內含的話，那這個內含的成本要去做重新核算，因為這個在醫療法修正，所以醫院無論如何五年之內，一定要百分之百導入安全針具，以上。

### 郭特助正全(翁委員文能代理人)

我想這個不是只有提高給付，因為你總額沒有一個預算進來，提高沒有用，是稀釋掉其他，當然明年有一億，我知道，但那個一億以目前算的不夠，我剛才看了一下比較普遍，CBC 50 點，那我們再打個幾折，40 幾塊而已，假設一、二十塊，那還得了，那後面作業成本都不要，所以這個我想不是提高點數而已，是整個給付預算裡面明年或者怎樣往後的幾年，就五年內要導入的話，可能那一段要好好考慮，以上。

### 蔡主席魯

請。

### 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

在之前，大概不久前，在立法院也有一個公聽會，當時我們的醫材

科蔡科長在現場，因為現在不管是評鑑或者是健保局都規定哪些單位一定要用安全針具，那後來就是立法委員還有跟涂醒哲前署長，因為這個法是他提出來之後通過，所以他都認為不應該限制，那當然因為你是逐步，所謂的逐步是慢慢，可是現在是限制在某些單位，譬如說 ICU、洗腎、急診...，當時蔡科長當場就答應立法委員說全面給付，沒有限制使用的單位，因為現在是限制使用單位，健保局也這樣寫，譬如說有一些針具，你們真的是已經給付了，有支付價格，然後限制那些病人要用，或那些單位要用。

### 蔡主席魯

那一天討論時候我在現場，我們蔡科長沒有馬上答應，當時是委員在問說你們健保現在是給付到那裡，那我們跟他說就 ICU、洗腎、急診這些，還有隔離的相關特殊疾病裡要用安全針具現在是有給付，那委員有在問到說健保局有沒有預算在執行這個，那就是剛剛講的有編列，那現在只是說安全針具的界定到底就是 TFDA，那一塊到底定到什麼情形，我們才能 follow 這個東西，所以剛剛朱委員、陳主委，還有大家在提的，未來它界定好以後，我們如果特材這塊是給付偏低，有沒有那些是內含偏低，我們才 follow TFDA，這一塊來處理，那這個意見我們會把它列入，針對這一塊署最後的決定是什麼，follow 署的決定，那如果是涉及到現在內含的，那支付標準偏低，那我們才能 follow，這一塊來處理，因為我們自己不可能去介入到前面 TFDA，訂所謂那些特材安全針具那些是屬於安全針具那些是屬於特殊的安全器材，那它界定好以後，如果支付已經含在裡面偏低，那我們才能 follow 那個去檢討，是不是針對這個臨時提案暫時做成這樣決議？等 TFDA 做最後確定以後，那如果是內含，那我們現在偏低了，我們才來檢討支付標準。

### 朱副院長益宏(林委員淑霞代理人)

我補充一下，因為上禮拜在署裡面，其實署有個工作小組，那上一

次是蔡科長有去開會，本來都是沈組長去，蔡科長事實上有去，那在會中大概這個月底 TFDA 會公布所謂的安全針具，但在那個會裡面，事實上剛剛講的那些東西是不在安針具的範圍之內，那在會中我也跟蔡科長提出來，你內含了怎麼辦？那蔡科長說那內含就已經內含了，這個沒辦法，他也不知道該怎麼辦，他說如果單獨拿出來要做成本核算，他說那個其實就很複雜，所以在會中沒有承諾，但是我覺得，既然在這個會議，給付協議會議，針對給付標準的調整，我覺得應該在這個會中提出來，那如果說在年底 TFDA 已經公告，所謂的安全針具的範圍的話，那我覺得健保局應該去做檢討，當然就是說，哪些東西是不符成本的，所以我剛才提的在下一次或明年年初或是什麼時候，針對這個成本要提出一個檢討的報告或討論，讓大家都知道。第二個就是說，很多安全針具如果沒有公告，譬如我剛剛所講的真空採血針，如果 TFDA 根本不公告那是安全針具，沒有公告，那醫院就勢必要換，那換成那個成本更高的時候，該怎麼處理。第三個就是，現在健保局是不是有給付，譬如說加藥的 IV set，我不知健保局是否有給付特材那部份，因為在會中大家有討論到，加藥沒有直接接觸到病人的血液或體液，不應該列入安全針具範圍之內，所以這一部份，我請健保局或許在明年下次開會的時候，因為下次開會可能在明年，明年年初，或許就應該有一個具體的結果，在下次開會能夠再提出來，謝謝。

### **蔡主席魯**

我的意見就是說，對不起，請。

### **李專門委員純馥**

我覺得這個事情如果說 TFDA，在年底公告出來，實際上到底現在內含有那些項目會用到，你們可能會比我們更清楚，所以我覺得，如果要我們支付標準這邊馬上能夠了解那些東西會動到，坦白講每一個病人抽血項目都不一樣，如何知道會調到那一些，那這個部份可能還是需要從長計議，而且因為它分五年，那明年的預算基本上是先針

對，可以另外報的部分，先申報進來，沒有要先處理內含的部分，所以你說明年要我們馬上提出什麼方案，我覺得勢必可能還要一段跟各位研討的時間，這部份還是希望委員能給我們一點比較長的時間，而且明年那一億也只能針對現行可以另外額外申報的那一塊讓你們報進來，那對於內含的項目，其實那一億是不含的，我還是要講，就是今年協商明年那個一億，其實是蔡科長那邊估算的，不是我這邊估算的，所以確實是不含我這一塊，那你現在說，明年就要知道哪一塊要增加多少錢，我想可能是九月協商的時候，才可能是需要去談 103 年，我們要多少去處理內含的部份，而且其實蔡科長原來編那一億，也是針對那些規定一定要用的單位，可是擴及到非這些單位可能 103 年也要編，所以我意思是說，因為這事情是要五年，依法是五年去把它整理完成，是不是明年就馬上要想出一個什麼，我覺得這可能會有困難，所以我是坦白講，就我們的立場，我們會有困難，那如果說各位你們能夠提供我們更完整的 information 或許我們可以估算，就是大家合作一起來估算，可是你說要我馬上說，要知道到底要增加多少，我可能沒那麼行，謝謝。

### 蔡主席魯

對啦，所以我剛剛一開始就說等 TFDA 公告以後，然後我們才能知道，TFDA 公告以後，我們再跟醫院、醫學中心、學會或是相關的特材的部門，來做了解以後，到底哪一些是在剛剛我們專門委員提到的，不包含內含的部份，那內含的部份到底那些是有衝擊的，那要等公告以後，我們才能去跟你們搜集一些資訊以後，我們才能討論，然後再訂 103 年的預算是另外編，還是要在專款裡面，還是在一般部門裡面，就是要等他們公告以後，才能處理這一塊，現在沒公告要叫健保局馬上處理這一塊，是沒有辦法的。

### 朱副院長益宏(林委員淑霞代理人)

其實那天醫管也有人去，那天開會的時候，上禮拜開會除了醫審蔡

科長，醫管也有人去，那這個因為內含不光是抽血這一部分，甚至是包括 DRG，只要包裹給付涉及到病人，牽涉到會觸及病人體液跟血液這個，它都有安全針具要重新使用的問題，所以我是覺得這一部分拜託局裡面能夠提早思考，不是說今年，因為在開會的時後，蔡科長也承認很多內含的他當初根本沒想到，所以那費用一億多是不含在那裡面的，那是因為他沒想到，所以我是講說，健保局這邊可能針對內含提早做一些相關的檢討，那我這邊只是善意的提醒，今年度我也不去 touch 這件事情，遲早還是要碰到的，那評核在審查那邊，事實上是由 CDC 在做審查，它也不是說只有健保給付的東西我才審查，他是用某一個單位別裡面多少%要達到使用安全針具，所以它可能抽血的時後你健保不給付，但是 CDC 來查，會要求這個動作應該要使用安全針具，所以我覺得健保局這一部分，可能要針對真正使用到有可能接觸到病人血液或體液，要使用安全針具的，應該等 CDC 公告以後就應該先檢討，我只是說在適當的時機，應該先提出來讓大家知道一下，以上。

### 蔡主席魯

那我想謝謝朱委員這一塊的提醒，我們會 follow TFDA，或是相關我們署裡面 CDC 一些相關規定以後，我們再來看那些是需要檢討的，還有沒有其他臨時動議？請。

### 陳顧問瑞瑛(陳委員明豐代理人)

我再補充一下，因為其實很多血液學的檢查都是抽血，那當然你因為有一些，譬如說 CBC 會很多項，你是兩百點，因為只要抽一次，可是常常急診它只要做的 Hb 才 20 點，像這種的就會有問題，或者因為他來可能就是昏倒了，最後要查血紅素到底多少，只做一項，那個是 20 點，那 20 點如要含安全針具去抽血，那大概就有問題，即使這個要修定，很困難，那因為如果你整套 CBC 兩百點，我想因為你這個是 10 元，醫材是這樣，大概還可以接受，可是你有很多真的是非常低，那點數很低的，而且這個常常在急診就做，現在來就是 WBC，是馬上



要做，如果你去給它做整套，又被核減，所以這就是為難的地方，像凝血時間也是常常會在做，急診的時後要做，那個點數都是很低的，所以這個是要怎麼做？真的是要看大家的智慧。

### **蔡主席魯**

單項、單項當然是很難，所以是不是滾到那個總額裡面，在費用成長裡去出現，這個都是將來我們大家一起努力的，好不好？那如果沒有其他議題的話，我們今天就開到這裡，謝謝。