

103 年「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

共同擬訂會議臨時會」會議紀錄

時間：103 年 5 月 6 日(星期二)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長魯

紀錄：許怡琳

出席人員：

陳代表雪芬 陳雪芬 陳代表福展 翁瑞文(代)

黃代表雪玲 黃雪玲 蘇代表清泉 蔣世中(代)

林代表富滿 林富滿 吳代表志雄 (請假)

郭代表正全 郭正全 劉代表俊言 謝偉明(代)

廖代表學志 (請假) 陳代表彥廷 陳彥廷

陳代表志忠 徐迺維(代) 高代表靖秋 高靖秋

徐代表弘正 徐弘正 曾代表中龍 曾中龍

林代表淑霞 林淑霞 曹代表昭懿 曹昭懿

羅代表永達 羅永達 吳代表進興 吳進興

謝代表文輝 王秀貞(代) 黃代表鶴珠 黃鶴珠

謝代表武吉 謝武吉 黃代表棟國 黃棟國

朱代表益宏 朱益宏 梁代表淑政 周雯雯(代)

李代表紹誠 李紹誠 葉代表宗義 葉宗義

陳代表宗獻 陳宗獻 李代表永振 陳炳宏(代)

盧代表榮福 (請假) 陳代表川青 陳川青

張代表嘉訓 張嘉訓

侯代表彩鳳 (請假)

王代表正坤 (請假)

李代表玉春 (請假)

黃代表啟嘉 (請假)

吳代表肖琪 (請假)

陳代表憲法 蕭峻科(代)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

周雯雯

衛生福利部全民健康保險會

葉肖梅

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年

中華民國牙醫師公會全國聯合會

朱智華

中華民國醫師公會全國聯合會

陳哲維、陳思琦

中華民國藥師公會全國聯合會

王韻婷

中華民國護理師護士公會全國聯合會

梁淑媛

台灣醫院協會

林佩荻

台灣精神醫學會

陳俊鶯、郭錫卿

台灣聽力語言學會

王雅慧、陳美慧、張綺芬

蘇心怡、王麗美、楊政謙

財團法人醫藥品查驗中心

許雅蓉、黃伊寧、林郁婷、

朱素貞

本署台北業務組

丁香豔、陳佳叻、陳秋雪

林慧慈

本署北區業務組

郭佩萱

本署企劃組

詹孟樵、江政謙

本署醫審及藥材組

詹素珠、李芝蘭

本署醫務管理組

林阿明、李純馥、林淑範

王玲玲、陳依婕、許怡琳

涂奇君、吳明純、張淑雅

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、討論事項

(一)修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。

本案先行撤案，本署前於103年4月28日邀集台灣醫院協會、台灣急診醫學會、台灣急診管理學會及衛生福利部醫事司等單位，召開會前會溝通討論，因未獲共識，本署將另行召開會議討論，有關地區醫院代表所提修訂意見，將列入修訂參考。

(二)有關新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「胸腔鏡胸管結紮術」等6項診療項目案。

決議：

1. 有關新增「胸腔鏡胸管結紮術」、「胸腔鏡肺分葉切除術」、「胸腔鏡肺葉袖形切除術」、「右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式)」、「鉬雅銘雷射手術(Erb-YAG laser operation)」等5項診療項目乙項暫保留，先提供各項新增項目之成本分析資料予各層級代表檢視一般材料加成比率之適當性後，提會討論。
2. 不同意新增「即時定性聚合酶連鎖反應KRAS基因突變檢測」診療項目。

(三)修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號12197B「血中藥物濃度測定-Everolimus」等9項診療項目案。

決議：

1. 部分與會代表表示56016B~56019B「腦神經外科術中特殊儀器使用費」，因骨科脊椎手術亦普遍使用，放寬使用科別，財務評估可能低估，請本署醫務管理組重新評估，並於下次會議報告調整後之財務影響。
2. 請本署醫務管理組提供西醫基層申報79407C「經尿道前列腺切片術」申報量，供基層代表參考。
3. 餘照案通過，增修訂支付標準表詳附件1。

(四)增修「視網膜手術」及「角膜移植手術」等 13 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目案。

決議：微創視網膜手術之財務影響未包含未納入健保給付之過程面特材，應予以修正外，餘照案通過，增修訂支付標準表詳附件 2。

(五)再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」案。

決議：同意通過，計畫草案如附件 3。

(六)修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，安寧住院療護通則七癌症骨轉移病人得另行核實申報「RANK Ligand」抑制劑類藥物（如 denosumab）案。

決議：

1. 請本署醫審及藥材組於下次會議決議辦理情形追蹤表，提報目前雙磷酸鹽類(zoledronic acid)藥物的申報情形。本案修訂後6個月再提報藥物使用量變化。

2. 同意修訂支付標準第二部西醫第一章第八節住院安寧療護詳附件4。

(七)修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號

05404C-05406C「精神疾病患者居家治療」等 3 項診療項目案。

決議：與會人數不足，暫停討論，提報下次會議討論。

(八)增修訂支付標準第二部第二章第四節復健治療「語言治療」相關診療項目案。

決議：本案醫院總額代表、西醫基層總額代表及相關專科學會對於經費來源、層級分類及支付點數提出不同意見，故由本署邀請台灣醫院協會、各層級、專科學會討論取得共識及尋求經費來源後，再提會討論。

四、散會：下午 6 時 05 分

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

第一節 檢查 Laboratory Examination

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-122036)

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	說明
12075B	白血球表面標記—白血病、淋巴瘤檢驗 Leukocyte surface marker- Leukemia/lymphoma 註： <u>包含至少十種以上成熟與不成熟 T 及 B 或顆粒球與單核球等單源抗體檢查之使用量</u>						1.修訂中英文名稱 2.修訂支付方式及點數，按使用抗體數予以不同點數。
<u>12204B</u>	<u>— ≤10種</u>	v	v	v	2000		
<u>12205B</u>	<u>— 11-20種</u>	v	v	v	4000		
<u>12206B</u>	<u>— 21-30種</u>	v	v	v	6000		
<u>12206B</u>	<u>— 31種以上</u>	v	v	v	8000		
12197B	血中藥物濃度測定-Everolimus TDM - Everolimus 註： <u>1.測定移植病人器官移植後抗排斥用藥Certican濃度</u> <u>2.罕見疾病結節性硬化症患者經本保險核准使用 Everolimus 者亦適用。</u>		v	v	v	1500	增列註2： 罕見疾病結節性硬化症患者經本保險核准使用 Everolimus 者。

第二十四項 其他檢查 Other Test (30501-30521)

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	說明
30512C	碳-13尿素呼氣檢查幽門螺旋桿菌感染 13C-urea breath test for Helicobacter pylori infection 註:適應症 1.出血、幼兒、孕婦、衰老等不適合做胃鏡檢查之消化性潰瘍患者治療前之幽門螺旋桿菌感染鑑定檢查。 2.證實為潰瘍併幽門螺旋桿菌感染患者為除菌治療後之療效確認與追蹤，第一次於治療 <u>潰瘍治療(含PPI藥物)</u> 停藥後一個月施行一次。 3.不得同時申報13018B、28016C、28030C及13007B。 4.本項檢查採包裹式給付，不論方法皆不得另行申請材料費用。	v	v	v	v	1160	修訂適應症2之檢測時間點

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56038)

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	說明
	腦神經 外科術及脊椎手術 中特殊儀器使用費 Application of special machines <u>Special machines application for brain and spinal surgery</u>						修訂中、英文名稱
56016B	— 超音波吸除機 cusa		v	v	v	6000	
56017B	— 超音波診查機 sonogram		v	v	v	2000	
56018B	— 誘發電位手術監視機 evoke potential		v	v	v	4000	
56019B	— 精密手術顯微鏡 microscope		v	v	v	2000	

第七節 手術

第七項 消化器 Digestive System

三、胃 Stomach (72001-72050)

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	說明
72050B	內視鏡黏膜切除術 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、47074C、 49014C、47043B、49026C、49023C、73008B、 74207C 。		v	v	v	8199	增列不可同時申報之診療項目

第八項 尿、性器 Uninary & Genital System

十、前列腺 Prostate (79401-79412)

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	說明
79407C	經尿道 前列腺 切片術 TUR for prostate gland biopsies Transurethral biopsies 註： 含supra-pubic irrigation, sounding, urethrotomy	v	v	v	v	4242	1.修訂中、英文名稱 2.刪除原附註之規定。

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

第十二項、視器 Visual System

二、角膜 Cornea (85201~85217)

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
85212B	板層角膜移植術 Lamellar keratoplasty <u>註：</u> 1. <u>一般材料費及特殊材料費，得另加計108%。</u> 2. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	10560
85213B	穿透性角膜移植術 Penetrating keratoplasty <u>註：</u> 1. <u>一般材料費及特殊材料費，得另加計100%。</u> 2. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	12390
85215B	深層前角膜移植 <u>Deep Anterior Lamellar Keratoplasty</u> <u>註：</u> 1. <u>一般材料費及特殊材料費，得另加計67%。</u> 2. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>17740</u>
85216B	角膜內皮移植 <u>Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty</u> <u>註：</u> 1. <u>一般材料費及特殊材料費，得另加計82%。</u> 2. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>18585</u>
85217B	角膜內皮移植（使用已分離之角膜） <u>Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty with precut cornea</u> <u>註：</u> 1. <u>一般材料費及特殊材料費，得另加計53%。</u> 2. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>16478</u>

八、網膜 Retina (86401-86415)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
86206B	眼坦部玻璃體切除術 Pars plana vitrectomy (vitrector) — 簡單 simple		v	v	v	9266
86207B	— 複雜 complicated <u>註：86207B眼坦部玻璃體切除術</u> 1. <u>複雜之定義：加上網膜前纖維膜切除 (Removal of epiretinal Membrane)。</u> 2. <u>一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計125%。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	14780
86409B	<u>眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療</u> <u>Pars plana vitrectomy (vitrector) with Photocoagulation therapy</u> — 簡單 Simple <u>註：</u> 1. <u>一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計179%。</u> 2. <u>不得同時申報86206B及86407B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	11062
86410B	— 複雜 Complicated <u>註：</u> 1. <u>一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計175%。</u> 2. <u>不得同時申報86207B及86408B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	19345
86411B	<u>複雜眼坦部玻璃體切除術合併鞏膜切除併植入或扣壓</u> <u>Complication Pars plana vitrectomy (vitrector) with Reattachment retina with diathermy or cryopex</u> <u>註：</u> 1. <u>一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計168%。</u> 2. <u>不得同時申報86207B及86402B及85608B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	20550
86412B	<u>微創玻璃體黃斑部手術</u> <u>Microincision vitreomacular surgery</u> <u>註：</u>		v	v	v	18475

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
	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>一般材料費、23Ga (含) 以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計154%。</u> 2. <u>不得同時申報86207B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u> 					
86413B	<u>微創複雜性玻璃體切除合併鞏膜扣環手術</u> <u>Microincision vitreoretinal surgery combined with scleral buckle</u> <u>註：</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>一般材料費、23Ga (含) 以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計194%。</u> 2. <u>不得同時申報86207B及86402B及85608B及86411B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u> 		Y	Y	Y	24181
86414B	<u>微創玻璃體切除術</u> <u>Microincision vitreoretinal surgery</u> <u>— 簡單 Simple</u> <u>註：</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>一般材料費、23Ga (含) 以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計235%。</u> 2. <u>不得同時申報86206B及86407B及86409B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u> 		Y	Y	Y	12800
86415B	<u>— 複雜 Complicated</u> <u>註：</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>一般材料費、23Ga (含) 以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計189%。</u> 2. <u>不得同時申報86207B及86408B及86410B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u> 		Y	Y	Y	24181

全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫(草案)

96.12.01 第一版實施

98.12.01 第二版實施

壹、前言

目前全民健康保險生產案件採用論病例計酬及住院診斷關聯群(TW-DRG)定額之支付方式，而孕婦產檢則自 95 年起改由行政院衛生署衛生福利部國民健康局署辦理。有鑑於醫療執業型態改變，為能提供孕產婦醫療專業合作之照護及研議多元支付之可行性，爰規劃試辦「週產期論人支付制度」。本試辦計畫將「生產」視為一完整療程，並將整段療程之各項支付標準予以整合，期能提高照護效益，達到提供整體性醫療照護之目的。各特約醫療院所得自行選擇生產案件依本試辦計畫，採論療程給付或依現行採產檢論次、生產論病例計酬及住院診斷關聯群(TW-DRG)定額方式申報。

貳、計畫目的

建立一個整體性醫療服務體系，提供區域內孕產婦就醫可近性及管理式照護，以達到全人照護服務及提昇孕產婦之醫療照護品質。

參、計畫時程

1.自 98103 年 12 月 1 日至 99103 年 11 月 30 日。

~~2.於試辦計畫執行滿半年後，依參與院所之參與情形與品質監控指標進行評估，必要時得停止試辦。~~

肆、計畫內容

一、參與試辦醫療院所資格

(一) 由同一地區可承作孕婦產檢或生產業務之醫療院所共同組成，基層院所可由多家診所進行水平整合，但至少應有 1 家特約醫院(地區醫院以上)作為合作對象，以建立週產期照護網路及提供後續醫療照護。

(二) 參與之試辦院所須填寫「全民健康保險週產期論人支付制度試辦方案申請書」(如附件一)，經本保險之分區核准後加入。

二、收案條件

為達全人照護之目的，本試辦計畫收案條件為「確認懷孕到未滿 17 週(符合國民健康局署規定之妊娠第一期申報期程)」。如為 17 週以上才確認懷孕或由其他院所轉介時已逾 17 週，均不得以本試辦計畫申報。

三、支付標準及其涵蓋範圍(如附件二)

包括懷孕至產後一週整合性醫療照護之產檢、生產及相關門、住診診療服務，但嚴重併發症及週產期非相關內外科嚴重疾病仍得依本試辦計畫支付標準通則規定申報。

- (一) 產前部分：共分為三階段，各階段照護時程及內容依現行國民健康局署規定之10次產檢內容辦理，每階段完成後依該階段點數申報。
 1. 第一階段(P3501C)：產婦確定懷孕至懷孕17週。
 2. 第二階段(P3502C)：懷孕17至29週。
 3. 第三階段(P3503C)：懷孕29至38週。
- (二) 生產及產後部分：第四階段(P3504C)時程自懷孕39至41週及產後1週，39至41週得依孕婦情形提供1-2次產檢服務及1次產後檢查。
- (三) 第四階段生產及產後部分，如為產婦自行要求剖腹產，或第一至第三任一階段孕產婦所接受之醫療服務非在參加本試辦計畫之醫療院所(附件一試辦計畫申請書所列之院所)執行者，則須回歸原支付標準申報，不得以本試辦計畫之支付標準申報。

四、醫療費用之申報、暫付、審查及核付方式

(一)費用申報時，請依產前及生產分別申報如下：

1.產前部分

(1) 門診醫療服務點數清單填寫方式及注意事項：

A.案件類別：E1

B.特定治療項目：E5

C.就醫日期：每階段需填寫階段完成起迄日期(階段完成才能申報)。

D.就醫序號：第一階段以 IC41 申報
第二階段以 IC43 申報
第三階段以 IC45 申報

E.部分負擔代碼：009

(2) 門診醫療服務醫令清單填寫方式及注意事項：

A. 定額費用：

醫令類別「2」，第一階段完成後請填報 P3501C、第二階段完成後請填報 P3502C、第三階段完成後請填報 P3503C，第四階段完成後請填報 P3504C。

B.內含項目：

醫令類別「4」，第一階段需完成 41、42，第二階段需完成 43、44，第三階段需完成 45 至 50；惟 Rubella IgG 實驗室檢驗、超音波檢查、母嬰親善醫療機構產前檢查個案衛教指導部分，仍

按現行規定核實申報。

2.生產部分

- (1)總表、點數清單與醫令清單：欄位同現行論病例計酬案件申報規定，住院案件之醫療服務點數清單之案件類別請填「4」、給付類別請填「D」。
- (2)第四階段費用包含懷孕39-41週產前檢查1-2次及產後1週檢查，如依孕婦情形而未執行仍可申報該階段之費用。
- (3)內含項目：醫令類別請填寫「4」，其懷孕39-41週產前檢查醫令代碼「66」（只填一次即可）；產後1週醫令代碼「67」。

(二)暫付、審查：依「全民健康保險醫事服務機構醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理，惟本試辦計畫執行初期保險人得視情形抽樣或全審。

五、品質監控及評估方式：(依附件三-表1及表2格式填寫)

(一)參與試辦院所每月須提報下列相關指標供本保險人之分區參考。

(二)本保險之分區需針對參與試辦院所提報之下列相關指標進行評核，經輔導仍未改善之參與試辦院所，自保險人文到次日之次月起，不得再收案。

- 1.結構指標：人員專業素質與醫療行政品質（專科資格、在職教育、醫療設備）。
- 2.過程指標：計畫試辦前後平均住院天數比較。
- 3.結果指標：產檢利用率。
- 4.危險因子指標：子癩前症、子癩症、早產兒、低體重兒比率。

附件一

全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫申請書

本院所自 年 月 日起申請參加全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫，
並同意遵照本計畫內容之規範。

此致

行政院衛生福利部署中央健康保險局署

申請資料

醫事機構名稱及代號：

醫事機構負責人：

醫事機構地址：

本計畫聯絡人：

聯絡電話：

合作之診所及地區醫院（含）以上層級之名稱及代號：

醫事機構（特約）章戳



中 華 民 國 年 月 日

附件二

全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫支付標準

通則：

- 一、本試辦計畫之陰道生產因有次診斷或次手術（或處置）而致實際醫療費用超過定額時（雙胞胎者以定額再加計一次之新生兒費用為界，多胞胎類推），得按實際醫療費用申報。
- 二、陰道生產案件中其主診斷碼為：
641.01、641.11、641.21、641.31、641.81、641.91、642.01、642.02、642.11、642.12、642.21、642.22、642.31、642.41、642.42、642.51、642.52、642.61、642.62、642.71、642.72、642.91、642.92、643.01、643.11、643.21、643.81、643.91、644.21、647.01、647.02、647.11、647.12、647.21、647.22、647.31、647.32、647.41、647.42、647.51、647.52、647.61、647.62、647.81、647.82、647.91、647.92、648.01、648.02、648.51、648.52、648.61、648.62、648.81、654.51、658.10、658.11、658.20、658.21、659.21、659.31、666.12、666.22、666.32、667.02、667.12、668.01、668.02、668.11、668.12、668.21、668.22、668.81、668.82、668.91、668.92、669.11、669.12、669.32、669.41、669.42、670.02、671.31、671.42、671.51、671.52、672.02、673.01、673.02、673.11、673.12、673.21、673.22、673.31、673.32、673.81、673.82、674.01、674.02、674.12、674.22、674.32、674.82、675.01、675.02、675.11、675.12、675.21、675.22，不論有無次診斷或次手術（處置）者，得適用通則一之規定。
- 三、本試辦計畫之剖腹產案件中有次診斷或次手術（或處置）而致實際醫療費用超過 33,460 元以上者，得按實際醫療費用申報，惟個案數不得超過該醫事服務機構當月份剖腹產個案總數之 5%。
- 四、剖腹產案件中其主診斷為 641.11、641.21、642.01、642.11、642.21、642.31、642.41、642.51、642.61、642.71、642.91、643.01、643.11、643.21、643.81、643.91、644.21、648.01、648.81、654.51、658.10、658.11、658.20、658.21，不論有無次診斷或次手術（處置）者，得適用通則三之規定。
- 五、本章節所述「實際醫療費用」係包括母親及新生兒費用。
- 六、定額支付點數中已含一人次新生兒照護費，如為雙胞胎，得另加計一人次新生兒費（多胞胎類推）。
- 七、不符醫學上適應症而自行要求剖腹產者，則須回歸原支付標準申報，依自行要求剖腹產（97014C）點數支付，不得以本試辦計畫之支付標準申報。
- 八、其他未列入本試辦計畫之支付標準規定項目，依現行支付標準規定辦理。

代碼	給付時程	服務項目	支付點數
P3501C	第一次 確定懷孕至懷 孕未滿 17 週	依國民健康局署規定，需完成第一次「醫令代碼：41，就醫序號：IC41」與第二次產檢「醫令代碼：42，就醫序號：IC42」，產檢項目如下： 1. 於妊娠第六週或第一次檢查須包括下列檢查項目 （1）問診：家庭疾病史、過去疾病史、過去孕產史、本胎不適症狀 （2）身體檢查：體重、身高、血壓、甲狀腺、乳房、骨盆腔檢查、胸部及腹部檢查 （3）實驗室檢驗：血液常規(WBC、RBC、PLT、HCT、HB、MCV)、血型、RH因子、VDRL、Rubella IgG（惟因特殊情況無法於本次檢查者，可於第五次孕婦產前檢查時接受本項檢查。）及尿液常規。 2. 例行產檢 註：此階段不含 Rubella IgG 之檢驗，若完成該項檢驗者，另依備註（1）申報。	800 <u>855</u>
P3502C	第二次 懷孕 17 週至未 滿 29 週	依國民健康局署規定，需完成第三次「醫令代碼：43，就醫序號：IC43」與第四次產檢「醫令代碼：44，就醫序號：IC44」，產檢項目如下： 1. 例行產檢 2. 於妊娠 20 週前後提供一次超音波檢查（惟因特殊情況無法於本期檢查，可改於妊娠第三期接受本項檢查）。 註：此階段不含超音波之檢驗，若完成該項檢驗者，另依備註（2）申報。	400 <u>460</u>
P3503C	第三次 懷孕 29 週以上	依國民健康局署規定，需完成第五次至第十次產檢「醫令代碼：45-50，就醫序號：IC45-IC50」，產檢項目如下： 1. 例行產檢 2. 於妊娠 32 週前後提供、HBsAG、HBeAG、VDRL 等實驗室檢驗	1,400 <u>1580</u>
P3504C	第四次 懷孕 39-40 週 至 產後 1 週生產	1. 視情況執行妊娠 39-40 週產前檢查 1-2 次及產後 1 週檢查 1 次。 生產（包含基層院所轉診至合作醫院生產）	31,850 <u>醫院依住院 診斷關聯群 (DRG)，基層 診所以論病 例計酬規定 申報</u>

備註（1）：Rubella IgG 實驗室檢驗—醫令代碼「64」、就醫序號「IC41、IC45」，費用為 200 點。

備註（2）：超音波檢查—醫令代碼「61」、就醫序號「IC41-IC50」，費用為 350 點。

備註（3）：母嬰親善醫療機構產前檢查個案衛教指導，每案每次增加之費用。限本署認證之母嬰親善醫療機構始得申報。其醫令代碼「63」、就醫序號「IC41-IC50」，費用為 20 點。

附件三

「週產期論人支付制度」醫療品質指標報告表

院所名稱 _____ 院所代號 _____

費用年月： _____ 年 _____ 月

表 1

項目 過程	專科資格	在職教育	醫療設備
結構面			
過程面	1.參與本試辦計畫前之平均住院天數 _____ 天		
	2.參與本試辦計畫後之平均住院天數 _____ 天		
結果面	產檢利用率（分子： _____ 分母： _____ ）		

表 2

項目	個案人數 (A)	新生兒人數 (B)	比率% (A/B)
子癇前症			
子癇症			
早產兒			
低體重兒			

註：本表請於每月申報醫療費用時一併提供於本保險之分區。

第八節 住院安寧療護(草案)

通則：

一、安寧療護是以完整的醫療團隊，運用積極的醫療措施及護理照顧，儘可能緩解病人因得到威脅生命疾病所造成之身、心、靈痛苦，以提升病人與家屬的生活品質。

二、本節各項目限經核准設有安寧療護住院病床之醫事服務機構申報。

三、收案條件：

(一) 病患或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書或同意書(必要條件)。

(二) 癌症末期病患：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。

2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。

3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如

(1) 高血鈣 (Hypercalcemia)

(2) 脊髓壓迫 (Spinal Cord compression)

(3) 急性疼痛 (Acute pain)

(4) 嚴重呼吸困難 (Severe dyspnea)

(5) 惡性腸阻塞 (Malignant bowel obstruction)

(6) 出血 (Bleeding)

(7) 腫瘤 (塊) 潰瘍 (Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)

(8) 嚴重嘔吐 (Vomiting severe)

(9) 發燒，疑似感染 (Fever, suspect infection)

(10) 癲癇發作 (Seizure)

(11) 急性瞻妄 (Acute delirium)

(12) 急性精神壓力，如自殺意圖 (Acute Psychological distress, Suicide attempt)

(三) 末期運動神經元病患：

1. 末期運動神經元病患，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及／或間接相關症狀者。

(1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

(2) 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。

2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(四) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者 (相關入住症狀等條件詳附表)：

1. 老年期及初老期器質性精神病態

2. 其他大腦變質

3. 心臟衰竭

4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者

5. 肺部其他疾病

6. 慢性肝病及肝硬化

7. 急性腎衰竭，未明示者

8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

- 四、住院照護費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日不予計算。
- 五、本章住院照護費所訂點數已包括醫師診察費、護理費、病床費、相關醫療團隊照護費、各項診療、處置費、藥劑費、藥事服務費、特殊材料費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得另外申報全民健康保險醫療費用支付標準所列項目，亦不得以其他名目向保險對象收取費用。
- 六、支付標準第2部第2章第2節第2項放射線治療、第6節第1項處置費47091B「淋巴水腫照護-徒手淋巴引流」及第6節第2項血液透析治療等特定診療項目，得另行申報費用，惟該類案件採逐案審查。
- 七、病患屬癌症骨轉移病人並有頑固性之骨疼痛者、高血鈣末期病人，經心理、社會、靈性層面評估，需要繼續降低血鈣者，及癌症骨轉移病人經評估為病理性骨折之高危險群者，得另行核實申報雙磷酸鹽類（bisphosphonate），其中 zoledronic acid 得由 RANK Ligand 抑制劑（denosumab）藥物取代，於使用期間需有成效評估紀錄備查，惟使用該類藥物需符合全民健康保險藥品給付之規定並採逐案審查。（增列得核實申報項目）
- 八、當申報本章節之病患住院日數大於30天以上者，且占該院當月總照護人數50%以上者，採逐案審查。
- 九、以本章節支付標準申報之個案不適用本支付標準第9部全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）。

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05601K 05602A 05603B	安寧住院照護費（每日）	v	v	v	4,930 4,930 4,930

附表

一、老年期及初老期器質性精神病態

1. 必要條件：CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：病人沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)

二、其他大腦變質

嚴重神經疾病如：嚴重中風，嚴重腦傷，Multiple sclerosis, Parkinson's disease, Huntington's disease 等退化性疾病末期，合併以下狀況：

1. 末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)
2. 末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

三、心臟衰竭

心衰竭末期應最少符合下列二個指標：

1. CHF NYHA stage III 或 IV – 休息或輕度活動時會喘。
2. 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。
3. 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。
4. 雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀如下：
 - (1) 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者
 - (2) 曾有心臟停止或心肺復甦術病史
 - (3) 常有不明原因的昏厥
 - (4) 心因性腦栓塞
 - (5) 左心室射出分率(LV ejection fraction) $\leq 20\%$

四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

慢性阻塞性肺病 Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD

休息時就會喘，且病況持續惡化 (如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV1} \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10% 以上。
5. 休息時心跳超過 100beat/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

五、肺部其他疾病

Cystic fibrosis, severe fibrotic lung disease 等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化 (如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV1} \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10% 以上。
5. 休息時心跳超過 100 beat /min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

六、慢性肝病及肝硬化

必要條件：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且

- (1) $\text{PT} > 5 \text{ sec above control}$ 或 $\text{INR} > 1.5$
- (2) $\text{Serum albumin} < 2.5 \text{ g/dl}$

合併下列任一項症狀

1. 困難處理之腹水 (Refractory ascites)。
2. 自發性細菌性腹膜炎 (Spontaneous bacterial peritonitis)。
3. 肝腎症候群 (Hepatorenal syndrome)。
4. 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 (Encephalopathy with asterixis, somnolence, coma)。
5. 復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。
6. 多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。
7. 惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

七、急性腎衰竭，未明示者

acute renal failure, unspecified

1. 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
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，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：
 - (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) 惡性腫瘤末期患者
 - (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

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 585 (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及 586 (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患，屬慢性腎臟病(CKD)第 4, 5 期病患($GFR < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
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) 惡性腫瘤末期患者
 - (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

103 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臨時會

發言實錄

目前已經有 21 人，已經過半數，所以我們請主席宣布開會

主席

好，請委員就座，非常謝謝大家撥空來參加今天共同擬訂會議的臨時會，外面下著雨，希望今天可以趕快結束讓大家早點回家。好，那我們就按照議程進行上一次會議的決議紀錄的確認和辦理情形的追蹤。

主席

好~如果沒有文字上的修正或是特別的疑義，我們的會議紀錄跟執行情形就完成確認，沒有繼續列管的項目嗎？請朱代表。

朱代表益宏

我想請問一下第十一頁的就是那個對於護理的照護品質的這個案子，那上次討論大家討論說他有違反勞基法的時候要追回，但是好像醫療院所有收到最近有收到就是署裡面可能是那個各分區他那邊好像有自己訂了一個十幾個條文，他調查就是這個 20 幾億的護理費用怎麼使用，如果你是用在什麼關於雖然是跟護理人員的福利有關係，但是你不是給加薪或是給加班費的要把錢還要追回來好像…，我不曉得這個可能是要經過討論吧，要經過一些程序，這部分如果署裡面直接用這樣認定認為那個不算，然後就要把錢追回來，我覺得這個這件事情可能不是很適當，而且違反行政程序法。

主席

好，謝謝朱代表所提第十一頁提升住院護理照護品質方案，有關西醫基層的部分是沒有問題的，另外就是 100 年跟 101 年醫院的部分，我稍微做個說明，當時在執行專款的時候有明訂一些使用項目，我請李

副組長稍微做個說明，目前是有這樣的一個公文沒有錯，至於各醫院怎麼來執行或是相關後續的一些作為，我也請我們副組長這邊一併做個說明。

李副組長純馥

我們在 98 年開始編這個專款，之後在 100 年的時候應委員的要求要在計畫裡面明訂這個用途，所以實際上在 100 年 101 年都有明訂說只能用到提升護理人力或是一般津貼或是加班費或是績效獎金，就這四類。因為後來請醫院填報「其他項目」的使用方向的時候，裡面的種類有十幾二十種不一，那我們現在是知道如果你們原來給的前面四項款項，已經超過我們原先發放給醫院的額度，即使你有報「其他項目」，我們也沒有要追扣的問題，可是現在請各分區去輔導的是以前面四項屬於提升護理人力、績效獎金、夜班津貼或是加班費的錢，加起來後，運用的款項低於我們核發的金額獎勵金，醫院又有填報說是用到「其他項目」，那這個部份我們就會請分區輔導醫院說明，希望醫院改善，就說明是用到哪裡，那如果沒有說明，因為礙於這個法令就是我們那個法規的規定已經寫得很清楚，只能用在那四類，所以這部分我們就會要扣回獎勵款，那這部分確實會讓醫院有困擾，我們清楚，所以我們當時在函請各分區的時候有講要先輔導，先讓院所知道我們的目的是在哪裡，我們在規定上是怎麼訂的。所以這個是依照法令，依協商通過的法條去執行，以上。

主席

好~李副組長這樣的說明後應該就比較清楚，我補充的部分是因為 100 年跟 101 年確實是指定是在這些項目，立法院也有在追蹤這件事情，所以我們後續把所有的事情釐清以後，會回覆給關心這個品質款項怎麼使用的委員。好還有沒有其他這個有關會議記錄跟執行情形，如果沒有文字上的修正，我們就...，請陳代表。

陳代表川青

我一個建議，這個護理的品質照護專款專用，如果說這個在預算來說它是預算，如果他使用不在預算的範圍之內而超出這個範圍之外是支用不當，因為行政行為的處罰或者其他的罰款或者什麼樣的處置，我覺得健保署應該在這個部分而後對專款專用的支用要規範的非常清楚不能越界，因為會造成很多醫院的支用不當，而產生對專款專用的用意這是要防範的厚，這我的建議是對這方面嚴格嚴厲的遵守分紀的一個專款專用的原則，謝謝！

主席

謝謝陳代表提到的~沒有錯，因為100年101年當時候就是訂有指定目的，所以我們也是照這樣來執行，那102年跟103年就照著那個款項應用規定訂的非常清楚，就沒有所謂其他項目，那剛剛我們副組長也說明的很清楚，如果你花出去的金額已經比我們核定給你的還多了，然後其他項目也有，等於你自己又貼錢去支付其他項目，所以這個是OK的。我想我們會照陳委員剛提到的這個方向來執行。請朱代表。

朱代表益宏

這個案子事實上我記得費協會的時候第一個當然協商並沒有講得很清楚你只能用在這裡面，我記得是在100年101年並沒有這樣子說明，並沒有這樣子規定，那案子上或許有寫到幾項，但是我剛剛問了我們秘書，他們講說可能在案子上面沒有寫一個等，然後第三個就是說你在調查的時候，你也給人家說有要填一些其他的項目，所以這個就會造成我們覺得說這樣子第一個造成困擾並不是很清楚，那你事後去跟他講說，用一個公文說你在其他的這十幾個項目裡面，你要來說明不然要退回，那我們覺得這個在協商的時候並沒有講，應該也可以調出100年或101年的協商，並沒有講到說我只能用在這幾項，如果沒有用在這幾項那你要繳回類似像這樣子的一個東西啦，所以今天才我覺得這個其實造成我剛剛才講說那這個是不是有違反行政程序法的問題，

就是說你沒有先告知，說你這個錢只能用在這邊，不然我要交回，像這一次 103 年的這個，那你這邊我們大家通過了，大家也都沒有意見，那我相信這個已經預先告訴人家說這個你有被處罰的時候要追扣當季的費用，那就不會有爭議麻~但是你 101 年 102 年已經實施過了，大家已經都做了結果在那個時候沒有講，現在 103 年告訴他說，你用在這裡不行用在那裡不行，那我覺得這樣可能不太適當啦，所以如果說真的是有說只能用在那幾項的話，可能署裡面要把當初的辦法不知道能不能提供一下那個辦法給我們大家看一下。

主席

好，朱代表剛剛提議的，請我們醫管組針對當初那個辦法是怎麼訂定的，提供給大家做參考。接下來我們就進行討論事項。

謝代表

謝謝剛才朱代表說的，問題其實你出在你們公文有些醫院有收到有些醫院沒收到，但是你們在這個規定裡面那個公文裡面好像有一些應該要檢討的地方非常非常的多啦；在公文中列了總共有 20 幾項要跟醫療院所扣錢，該項是要提升品質，如果是辦護理工作同仁的事項活動也是算提升品質，這也是他的福利呀~醫院不願出也是可以啦，這款裡面幾項我是覺得說寫得很對啦，另外，譬喻講說買鞋子啦、買衣、買帽子、買襪子啦那是應該要改善的，可能大家認為買東西不大好，但是用於屬於員工福利的應該要算數，希望健保署以輔導方式來協助醫院。

主席

有關謝委員剛剛提到的，等一下醫管組就會提供讓大家參考，如果醫院代表還有疑義的話，等一下會後我們再跟醫院代表這邊做必要的說明。是不是就先進行下一個議程，討論事項第一案。

討論事項

第一案

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。

科長

跟主席還有各位代表報告，第一案原來訂的是修訂全民健康保險急診品質提升方案，這個案子在上次的共同擬訂會議裡面有討論過，因為大家花了很多時間沒有完成討論。在會後我們於四月二十八號也開了一個會前的討論會，在這個會上有請台灣醫院協會還有一些急診專科學會以及醫事司來討論，因為在會上對於修訂方案沒有共識，這個案子先行撤案先不討論。等我們討論完有共識之後再提到共同擬訂會議來討論，以上。

主席

好，先請羅代表。

羅代表永達

主席各位大家午安，我們今天社區醫院協會有個臨時提案針對第一案，因為現在突然間程序問題直接就撤案，我們臨時提案本來想併案討論，不過剛聽到署裡面有報告說這個不是撤案，後續還有一些接續的討論，如果這樣我們希望接續的討論中把臨時提案併入一起討論。我們本來很擔心之前所實施的全民健保急診品質提升方案，效力並不好，而且目前不管是預算或所達成的目的都不好，所以他一定需要改革。我們很擔心是撤案以後，照常實施到明年，所以剛剛署裡面已經做這樣的說明，我們也接受，不過希望把我們的臨時提案當成未來討論的其中一個案子，以上。

主席

好，請王小姐王代表。

王副秘書長秀貞

是同樣的意見。

主席

請朱代表。

朱代表益宏

主席，這個案子急診品質提升方案，其實今天撤案我個人也同意，主席也同意把台灣社區醫院協會臨時提案併案，到時候會前會再跟署裡面討論。但是我可能要提醒各位代表，這筆經費是從 101 年開始編列，在 100 年 9 月協商 101 年的費用時候，就有討論到這個案子。當初整個背景是因為急診室壅塞，所以包括很多醫院在地上去做 CPR，然後推床推得走廊到處都是，所以包括衛生福利部（當時衛生署）、包括健保局才會提出說要解決急診室壅塞的問題。我這裡還有 100 年 8 月 30 號由你們現在的主任秘書跟我們醫界召開的協商，這個案子裡面講得很清楚，源起就是為了解決急診壅塞。但是我們在大概半個月前跟署裡面開會前會的時候，包括急診醫學會的代表、包括署裡面代表說，這個案子當初的源起是為了解決品質而不是要解決壅塞，所以我覺得如果目的不對當然設計的方法會不一樣，應該是要回到正軌，也應該要再去做一個確認，這個 3 點多億主要是為了解決急診壅塞。現在因為沒有辦法解決急診壅塞當然效力不好，所以費協會（現在健保會）才希望要檢討。那我們也不希望現在的案子執行了三年都沒有效力，還要持續執行下去；但是換另一個角度說，如果這個錢不是為了解決壅塞只是為了解決急診品質的問題，那我覺得是不同的方向，而且跟 100 年一開始編列包括署裡面在費協會報告跟大家認知有很大的差距。所以這可能也要再確認一下，這筆錢本來主要是為了解決急診壅塞，我們台灣社區醫院協會這個臨時提案也是為了解決急診壅塞

去設計的，這部分想法或許跟急診醫學會會不一樣，所以我在這邊再做一個說明，也希望能列入會議紀錄，謝謝。

主席

好，謝謝，第一案的撤案是因為沒有共識，為了尋求共識後再提出來，所以剛剛社區醫院協會所提的臨時提案，我們就併到跟醫界討論共識的時候再一併討論。好，我們進行第二案。

謝代表武吉

主席，那我們就把這個臨時提案呈給主席。

蔣副秘書長世中

主席，我可不可以提個臨時動議，因牽涉到支付的一些問題，建議把第八案提到之前來討論。

主席

因為如果把提案調動，我想就變成每一個人來都提程序說哪一個要提到前面，這樣可能不宜啦。看各位代表的意思，有附議嗎？因為前面幾個案子大概都是討論過做最後確認而已。

各位代表

附議。

主席

有附議嗎，我們就按照剛剛提的程序第八案先排在第二案。

第二案

案由：有關新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「胸腔鏡胸管結紮術」等6項診療項目案。

主席

好，請科長做個摘要說明。這個上次會議也討論過。

林科長淑範

主席還有各位代表，這個提案我們新增提出六項新增項目建議，除了第六項的 KRAS 的基因突變之外，其他的項目在上一次有討論過，討論的時候是同意新增，但是對於申報的配套措施沒有共識，所以這一次，除了新增之外，我們建議在新增的時候，表列支付點數的方式打破現行支付標準一般材料費用 53% 這樣的概念，忠實的去呈現它一般材料和過程面材料它需要的占率是多少，所以按照這樣的方法，我們在 2-7 頁以後所有的新增項目，都會呈現它表列支付點數，同時在備註欄裡面會特別去說明一般材料還有過程材料是在表列百分之多少，這是簡要說明。

主席

好，我再重覆一遍我們科長的說明，前面五項是上一次有討論過，因為我們之前要你們在申報的時候後面再加兩個碼，你們認為資訊系統改了會很亂，然後增加很多不必要的成本，所以這個案子是同意要修訂，但是申報方式要回去研究，所以上一次會議是說申報格式配套措施，是不是用所謂的表列方式，也就是今天提出來 2-7 頁跟 2-8 頁的那個表，申報方式沒有改變，但是材料費不是按以前所謂 53% 的表列

方式去加成。第一項到第五項，經過上一次討論及我們做修正後，今天如果有共識是沒有問題的，至於第六項是上一次沒有討論的對不對，所以第六項的部分大家看有沒有特別意見，如果沒有特別意見，第二案就照我們醫管組的提出說明通過，請代表表示意見。

林代表富滿

請看 2-7 頁第四項呼吸器的 67053B 跟 67054B 這兩個項目，其支付點數含一般材料及過程面必要特材，分別得按表列點數加計 12%跟 4%，這個支付與實務有差距。因目前這個手術若使用過程面特材，各院收取自費金額為三到四萬不等，故其材料比例不可能 12%跟 4%，所以此類手術的技術費跟特材的比例應重新計算。

主席

所以就是怎麼算出來的，等一下再請醫管組做說明，請郭代表。

郭代表正全

健保署改一個作業方式非常容易，但對醫界來講，是一個噩夢，我們長期所有的作業手術，就是乘以 1.53 大概依據這樣原則在走，所有的特材是另外看你實際用甚麼特材，我們去申報，今天當然我想我們健保署本身的好意，他把這樣的手術全部費用都含在裡面，以後沒有 1.53，特材已含在裡面，有 4%有 12%，但是大家知道什麼叫特材嗎？它隨著科技進步，日新月異一直增加，你今天給我 4%，也許你當前是

OK 的，可是明年後年可能又不一樣的特材出來，我這 4% 怎麼去改呢？我變成所有的東西全部都要含蓋在你 4% 裡面，基本上我想醫界沒有辦法接受這樣的事實，應該是說你用甚麼材料來就跟我報什麼材料，你用一萬塊，你給我報一萬塊，你用十萬塊只要我核准，我給你十萬塊，現在不是一萬塊、十萬塊，而且可能三萬五，好，我特別給你三萬五，那你若是用那個十萬塊的特材算衰、倒楣，用一萬的就賺到，我想基本上這可能也不是我們支付上面要做的，當然我知道，這一段在健保署醫材上面，不斷的新增特材可能會有一些的困擾，但是就整個作業面，做這樣的變更的話，對醫界來講也是一個噩夢，我想大的機構可能在改這些東西，或許還可以校一校、去改，其他的層級我想，可能不是這麼容易，還要請廠商來就整個作業面去做調整，而且以後整個我們的支付標準手術部分有不同的版本、不同的做法，這樣來講的話，我認為不是很恰當，那也不是說我們反對，反對健保署這樣的想法，那基本上的話我想我 FOLLOW 原來的路在走，只不過特材，我今天強調特材，你用甚麼特材，你報什麼特材，你沒有用特材你就不應該報這個費用，現在是無條件全部都可以加計，都加計 4%、12% 或幾趴，我認為這樣可能不太恰當，以上。

黃代表雪玲

主席我有去翻上次給我們的議程，他那上次寫的是內含一般材料及相關設備，並沒有寫到過程面的特殊材，那要請健保署這邊定義一下

什麼叫過程面的必要特材，那我們有去請教我們的醫師，他說像 2-8 頁這個右心室肺動脈心導管連接術，它光一個特材，目前健保有給付的，一個就 60,955 點，那你這個含 29%，也就是可以外加再報 29%，可是算起來 29%算出來才一萬多塊，那我們這一個材就是六萬塊，那這樣怎麼吞得下去，你就寫一個過程面必要的特材就全部涵蓋進去，如果過程面必要的特材也有品質差異，如果民眾要選擇比較好的，那你這個 29%假設是一萬四好了，那民眾要用比較好的時候，那它能不能用，這如果含進去是否以後民眾都沒有辦法有所選擇。

朱代表益宏

我想請問一下，第 2-5 頁那個數量的預估是不是能請醫管組說明一下，這個數量預估是一年的還是預計以後五年大概每一年都會是這個樣子？還是說怎麼樣，還是說你這個開放以後，他第一年可能是假設譬如說第一項胸腔鏡的胸管結紮術第一年 60，第二年會變成 120，或者量會不會增加？這個是不是也要再做一個說明，因為這跟財務衝擊有影響，謝謝。

主席

請醫管組說明。

林科長淑範

先回應特材的問題，秀美還有雪玲都提到新增手術項目有很昂貴的

特材，因為沒有講到特材的名稱是甚麼，應該是講 Endogia，還有電燒器，這些特材是不含在這裡面的，因為它是屬 Y 碼，就是跟病人解釋之後，病患同意可以收自費，然後申報自取自費材料，我們去評估收載內容，所以不涵蓋在這裡面。再來是朱副院長提到，2-5 頁執行量的預估部分，前半段是專科醫學會提供的執行量，他預估的是一年增加，譬如說胸腔鏡胸管結紮術一年增加的是 60 位，這是學會預估目前在自費市場一年就會有這麼多人，在後面我們還要預估現在有可能是用比照項目的數量，預估新增項目會替代掉多少現有的量，譬如說第二項胸腔鏡的肺葉切除術，目前醫療院所可能是用「67051B 胸腔鏡肺楔狀或部分切除術」或部分切除術申報，替代率大概百分之十，所以我們在申報量的部分包括兩個，一個是現行的自費市場，一個是現在已經用未列項在申報的，這是我們預估量的來源。

主席

請，副組長。

李副組長純馥

我補充一下說，剛剛郭代表有提到說，到底因為我們特材日新月異，如果我們這次新增進來的這些過程面的材料，那以後有一些新的東西怎麼含進來，那實際上我們支付標準，因為這一次我們整體大家在檢討過程面的材料，包括八百多項的時候其實我們自己就有心理準備就

說，這不是一次結束的事情，因為特材一直在日新月異，勢必是一段時間之後，我們一定要出來檢討，也就是說，我們現在要求醫院在跟民眾收取自費的時候，一定要先跟我們來申請，那如果我們發現這部分確實是在我們手術過程面需要用到的材料，也許是替代我們現行已經涵蓋在我們手術上面材料的時候，我們得再找醫學會重新檢討，然後提到我們專家諮詢會議，如果找到適當財源，我們會再修訂進來，可是如果目前沒有適當財源，或者這個材料基本上是真的顯然偏昂貴或是屬於選擇性使用，我們目前就有不同條路在走，就是說如果我們現在已經編列是屬於 Y 碼或是 Z 碼，原則上我們是讓你們還可以繼續去收自費的，然後這邊支付標準是另外再報，只是說如果我們沒有編碼給你們的，很抱歉，在我們新的手術項目進來以後，那很抱歉我們就會認定他是在過程面，除非你們再來跟我們提出申請說，這個項目顯然在現在我們的支付點數上是含不進來的，那沒有錯，我們改這個系統會讓你們電腦系統很複雜，但那是因為我們也被醫界，尤其是醫生質疑說，我們同意用 53%，對於他們在這些新的技術進來的時候，他們醫生有投入的一些心血還有醫療糾紛等等，他們投入的心力沒有辦法去反映，如果統一用 53%，他們覺得顯然沒有反應到他們的難易度，所以我們得去把這個部分把它區隔出來，當然還有一個問題也是要去回應說，現在大家覺得說用 53%，那到底符不符合比例原則，就是如果我們認為過程面都要拉進來符不符合比例原則是真的大家談不攏，是

因為過去統一就是用 53%去算，可是實際上如果我們現在開始每一個項目都談清楚的時候，這個比例就應該在項目裡寫清楚，那以後大家就知道說，這到底符不符合比例原則，能不能再來調動這個支付標準這個項目，那我想這個我們醫管組其實已經有心理準備，這是一個長期的抗戰，也就是說它沒有 ENDING 的一天，因為只要科技一直再進步，我們一直要去協談這樣的一個事情，所以很抱歉就是說，或許我們現在還沒有辦法讓大家一步到位，就是說好像所有問題都解決，因為我們現在每一個科談回來的情況都不一樣，可是我想這是第一步，就是說先這樣去呈現，那到底合不合理，或是以後要怎麼去做調動，或許這個項目我們去新增了以後，明年、後年又有一些新的科技進來，大家覺得應該含進來，然後又有財源的時候，這個項目又得再調動，所以我想我得對我們這個事情要講得很清楚，我們的態度是在哪裡，相對來講，就是說我們今天如果要買這些新的材料進來，我們得要有相對應的財源，那過程面材料其實很清楚，只要是手術過程用的，沒有放到病人身上，都叫過程面的材料，那如果現在我們已經有特材碼，可以申報的，你用到這個手術項，你一樣可以報特材，並沒有代表他不能報，那其實就是我們現在有一些手術，他是 optional 使用，不是每一個病人都會用到那個特殊材料，所以它可以單獨報那個材料，我們現在是有一條路就是說我們特材公告的特材碼，他還是可以報特材碼，所以我想說，可能跟各位代表說明一下我們以後署裡面的態度，

那實際上我們同仁已經 overloading，因為這事情真的非常的複雜，那我們也很謝謝很多醫界的朋友在幫助我們，就是說，包括對應到哪一個手術項目，這個手術項目到底現在健保的給付合不合理，這個都是我們重新要再 remodeling 的部分，我就先回應到這邊，謝謝。

主席

請，朱代表。

朱代表益宏

主席，我不是很清楚在 2-5 頁這邊，因為譬如說第二項，第一項可能是全新的所以沒有替代，但是在第二項胸腔鏡的分葉切除手術，跟第三項的 sleeve lobectomy 這兩項，它原來有一些可以替代掉的現行手術，照醫管組的建議是大概 10% 的替代率，我是建議如果通過的話，可能再一段時間要檢討，因為那邊一排都點頭點的很大，每一排都在點，這是第一個建議，第二個我想請教一下你的給付，譬如說原來舊的 Thoracoscopic lobectomy 做整個肺葉的切除，你原來舊的是四萬九，但是你現在用新的 segment 切除的話，就要變五萬九，我不曉得原因是什麼，是因為它用的東西比較多，還是它的技術困難還是怎麼樣，是不是能夠說明一下，那原來他的舊的 lobectomy 四萬九，那你現在做 sleeve lobectomy 要給到六萬，所以在這個訂價上面是不是能夠也解釋一下，因為照我的了解，我們羅代表他也開過這些手術，他說最簡單的當然是 wedge resection 切一塊，然後再比較複雜的

segmentectomy 切比較大塊一點的，再複雜一點的是 lobectomy 因為它有一些氣管要處理，一些主要的氣管分支要處理，但是我這邊看起來，怎麼我們現在給付的 lobectomy 是四萬九，然後你這邊你新增的這個 segmentectomy 是五萬九，所以在付費上面是不是說明一下。

主席

其實剛剛副組長有把我們所思考的方向跟態度都表示得很清楚，剛剛朱代表的意見，醫管組也有請學會提供相關的資料，所討論出來的支付標準，請科長說明。

林科長淑範

向代表報告，因為在新增項目的時候，提案單位不管是醫院或者是專科醫學會，必須按照新增項目的成本分析表提供用人成本。不計價、房屋設備，按照學會提出的成本之外，在專家諮詢小組會議，由專家協助檢視這些成本是不是合理，所以在諮詢會議上，大家對於學會提出來的成本，認為他用人的部分符合現況，所以同意這樣子的支付點數。

朱代表益宏

那這樣也不對阿，那我麻醉科打一個 spinal 一千五百點，從 84 年到現在，做了 RVRBS 做了好幾次了，都認為應該調整，結果署裡面一次也沒調過，那我們是不是重新改一個腰椎麻醉，我給他改成一個叫

半身麻醉，或是脊椎管內麻醉，我重新申請一下，就可以調高了，不是這個意思。

主席

如果你哪一個支付項目，你認為已經就是不符，就是按照所謂的修訂支付標準的程序提出來，我們科長剛剛也提到了，我們會請學會提供所謂的成本分析表，然後再請專家幫我們 review 合不合理，如果是合理該調就調，如果認為還不該調那就維持，所以這是有一定的程序。

朱代表益宏

打斷一下，我不是今天要去調麻醉，我只是去凸顯說，你舊的 lobectomy 是四萬九，不管甚麼原因，當初你可能給他低估，或是故意把它給付壓下來，或甚麼原因不管，但是你現在新的這個東西，專家去 review 了以後要給他五萬九，那我覺得那在手術難易度上來講，可能 lobectomy 是更困難的一點的手術，結果你是給他四萬九，那你現在比較難易度沒那麼高的，你給他五萬九，我是覺得這個支付標準邏輯上是不太合理，如果剛剛醫管組跟我解釋的理由說，因為這個新的東西拿去給代表審過，代表認為這個是合裡的，那表示舊的當初審的時候，不管甚麼原因是把他壓下來的嘛，對不對，所以我剛剛才去舉例說，那如果這樣子請新的專家審核，那我麻醉把舊的換一個，舊酒裝新瓶也來審，那你是不是就把價錢給拉高，所以我才說，對於這個支付標準，除非你今天他是一個特別新的或是用一個不同的技術，那

當然沒話講，但是看起來似乎是切的部位不一樣，一個叫做舊的叫做 lobectomy，新的叫做 sleeve lobectomy，切的大小不一樣，那我覺得不應該在支付標準的邏輯上，不應該差到這麼多，所以我才提出來說，這個衡平性是不是醫管組要去考慮，不然你舊的這一部分是要，那過了開完會以後，過了幾個月，人家來說這個東西沒有這麼困難，你給他五萬九，那我這個舊的東西更困難，是不是你要再調整，那你要怎麼說。

主席

支付標準合不合理，這個有它的歷史，一直這樣延續下來，我剛剛一直在強調，各學會或是各支項的支付標準，要增修或是要修訂，就是按照這樣的程序在走，我不是這方面專家，我沒辦法告訴你這個邏輯對不對，所以是不是請朱代表，如果覺得你那個麻醉需要或是其他支付項目需要調整，就按這個程序走，我們醫管組也要按程序處理。

郭代表正全

我想剛副組長報告得相當清楚，不過在這邊我希望就過程面的定義，今天你我大家的認知是 OK 的，那以後可能不同的解讀後，過程面是無所不包括，這是第一點。第二點、長期台灣的給付，我們並沒有把醫院費用及醫師費用分開，本來就一起，那管理者本來就在醫院內部作為一個合理的分配，我倒不希望剛才提到因為醫師反應 1.53 無法合理反映他的心力投入程度，就這樣把它合併下來，那以後完蛋了，

這個新增的項目我不曉得以後我跟醫師在協商的時候是用什麼原則，以前我們是有一個邏輯，邏輯中間可以談，一般是 40%，但是某些新的困難的或鼓勵的新科技的我可能會給你比較高，以後這些通通都在裡面，到底我要給他多少，這反而造成困擾。第三個問題、坦白講沒有那麼單純，過程面不是用一個比例，這個比例是什麼，你是把現在看到的特材用你支付的點數去把他換算出來一個比例，其實跟原來的作法是一樣的，就是我要無條件把所有過程面材料擺進去，剛才提到假設以後改變，我相信這個以後一上去以後就很難翻身，雖然你們有 Y 碼 Z 碼這些邏輯在走但很難講，以後根本不編這個，所有新增的都是已經在過程面，全部你都要給我含在裡面，那就完了，那我不曉得這一段是不是可以再考慮一下，再來在座還有些醫療院所包括基層的我不曉得，這樣的作法跟原來的所有手術申報方法是完全不一樣，邏輯完全不太一樣，那這段可能在醫界裡面要建立一些共識，我相信還要一些時間，以上。

主席

醫管組要不要針對郭代表的意見做回應。

李副組長純馥

我先回應朱代表提到的點數為何作這樣的比對？我們當時在跟醫學會談的時候，後面原有的現行診療項目其實不能夠完全去表達現在科技改變的目的，只是我們一定要去找出它可能會替代某一些原有的

手術，可是它會比原有的更前進一點點，所以這樣直接比五萬九跟三萬八其實有點不公平啦，這是第一個說明。第二個說明，專家諮詢會議我們這邊所有的點數都是含原先概念上的 53%，也就是所有的材料、技術、設備還有管理費，所以說這裡我們是為了要全部去呈現，所以我們呈現點數是所有點數，大家看起來好像跟現行支付標準好像感覺差很多，但實際上他其實是含加計 53% 所有的點數在裡面，那至於剛剛郭代表提到我們能不能講清楚說明白我們這次含的過程面材料是哪些，因為其實項目非常的細，所以我們這次對所有新增項目作了成本分析，我們都會建檔，以後如果說要去更改這個項目，到底有哪些以後含不進來還是要去討論，我們都有檔去連繫，只是說要不要全部寫，因為我們礙於那個項目本身會很龐大，所以我們沒有寫明細，但實際上我想我們都有很清楚的邏輯，就是說我們在特材端跟支付標準這邊其實是互通有無的，也就是說我們這部份都會有充份的溝通，在你們提出新增自費項目的時候，他都會 pass 給我們，只要是屬於過程面部份不是植入物的部份，那我們也會要求說提供給我們這個項目是用到哪些手術項目，那就會串得起來了，所以我想我們很有誠意，就是說新的東西要進來，我們希望讓病人買到一些新的服務，那不要因為對於原有制度的衝擊而讓這事情沒有辦法走下去，那讓民眾一直收自費我們也覺得很不妥適，畢竟我們今年有編十二億的經費，我們是希望可以進來，謝謝。

林代表富滿

我呼應郭代表所提以原來技術費加計 53%為基礎，因為加計之 53% 包括手術中使用之各類敷料、縫合線、一般材料與設備折舊等，不可能只有 4%。我們很同意新增這個支付項目，但其加計材料費百分比應依實際情況重新計算，以反應合理支付點數。

李副組長純馥

如果可以這樣調，大家就用含的啊。

林代表富滿

專科醫學會知道過程面的定義是什麼嗎？因前次會議(11月27日) 只有寫包含一般材料跟相關設備，可是此次還包括過程面必要特材，所以，不可能可加計的材料費比率較前次低，甚至只有 4%，完全不合邏輯。

林科長淑範

我們先看第一個「鉅雅銘雷射手術」，學會提的成本裡面他一般材料的是『Xylocaine、Neomycin Oint.、gauze、Bactigras、ENT swab、10cc 空針』，那這是學會在提「鉅雅銘雷射手術」材料只需要這些，那設備裡面包括鉅雅銘雷射的設備，分七年攤提成本是一百七十萬，房屋設備需要六坪，還算了管理費，所以這樣的一個資料其實是無法憑空捏造，代表可以質疑學會提的是不是符合醫學中心或哪個層級的，至少我們按照學會提的數據算而得。

陳代表雪芬

要講這個項目嗎？那個項目其實他們已經很後悔提這個，他利用現行報一報就四千多塊，他為什麼要報一個二千八百多塊，不是說你們的成本是怎麼樣，其實我以前看過他們提的類似成本分析的東西，很多東西都沒有放進去，所以很多學會你們叫他填，若是以我們專業角度來看，很多東西都沒有放進去，所以你們去諮詢，上次我有提你們諮詢專家的時候，專家至少要提出來，結果專家也沒有提出來，可見也不是什麼專家，所以我認為以「鉅雅銘雷射手術」來說，我是偏離剛各位的討論很多肺的部份，這項其實建議不要新增，用目前的就可以了，以上。

主席

我知道各位代表的看法，因為我們有按照一定的程序去徵詢學會提出來的算法，如果要修訂就讓他過，如果不讓他修訂…來，請朱代表發言。

朱代表益宏

這個我要提醒一下支付標準衡平性的問題，因為如果照署裡面的意見，在「67053B 胸腔鏡肺分葉切除術」這個新增的會變成 52747 點，然後「67054B 胸腔鏡肺葉袖形切除術」這個新增的會變成 58517 點，但是你舊的「67050B 胸腔鏡肺葉切除術」在支付標準上是 32117 點，然後「67051B 胸腔鏡肺楔狀或部分切除術」是 25404 點；那你新增的

項目在支付標準上幾乎是兩倍，我覺得會在申報上面很多醫療院所事實上是用舊的就可以了，結果他用新的去做申報，所以我覺得這部份可能署裡面也要想說，那你這個替代率百分之十，如果是這樣我是存疑，因為一個只有付二萬～三萬，我新的東西可以付到五萬～六萬，那你覺得醫療機構他選擇申報的時候會選擇哪個？當然這裡面中間還有 53%跟剛大家在吵的 10 幾%的特材會不一樣，但是我覺得這個其實在申報上面告訴我說，你們預估只有百分之十的取代率，我是不太相信，除非署裡承諾這一部份你們在審查的時候，如果假設半年以後檢討，那要把審查的資料拿出來看，是不是要作類似重點的審查，以上。

主席

好，剛剛朱代表提到一個重點，就是半年或多久以後要去檢視替代率跟申報狀況如何，如果做成下面的結論不知大家有無意見？就是照案通過，半年要提出申報狀況，呈現資料讓大家檢視申報數量狀況如何。

陳代表雪芬

我想我們一直在 concern 的是說，之前所有支付標準，像手術項目就是有提成本分析的，都是比如說整個需要一萬五千三的話，那你們訂一萬塊，我們一直都是這個標準，那當然有很多醫生說勞心什麼之類的，所以基本上我們剛提出來，我們的 issues 是說，基本上現在醫師費的算法如果照你們目前這樣子作，我們完全不知道要怎麼作，

所以我想主席，這一段你要不要考慮原來的作法是把它倒除回 1.53 做，我們認為比較沒有問題，你們自己也寫了，你說那個程式要一千多支其實不只，那是整個制度大的更改，對醫院來說那是一件非常大的事情，那以後這種外掛越來越多，其實到後來會產生問題，我認為這段不是朱委員 concern 什麼 10 幾%的替代率，我想就我們的立場來看，對於從現在開始要這樣做，我們希望再考慮一下，目前不要整個放進來，以上。

林科長淑範

在主席決定之前，我想先讓大家看一個數據，就是雪芬有提到總點數除以 1.53 就是表列支付點數，會產生什麼結果，大家再來繼續討論一般材料的 53% 不夠。請大家看 4-5 頁 A3 大表，這張還沒討論到但我先提一下，這是眼科的手術，眼科這次要把過程面的東西包裹進來，大家都提過程面有很多新的材料非常昂貴無法涵蓋在 53% 內，所以要新增進來，我們看到第一項、86207B 「眼坦部玻璃體切除術-複雜」，它在中間有看到有一個 125%，表示它過程面的材料需要原來表列支付點數的 125%，如果我們用總點數倒除回去，它的材料就會呈現在支付點數內，以後我們同時會面臨現在的問題，53% 無法涵蓋不斷新增的過程面材料，其實這是要一併考慮的，以上說明。

陳代表雪芬

如果這樣講的話，我們以後全部的手術項目，每一項都做成本分

析，我意思說我們本來就沒有這樣的契機，之前我們醫界對於上次檢討完八百多項之後，其實不是你們很害怕，我們也很害怕，現場其實實務上我們都知道以外科體系來看，他們這一二十年其實他們手術項目都懶得跟我們講，也懶得跟你們講。我們最擔心的就是上次那個檢討完開始講說，我們開始來討論支付標準，原來很多都沒有包含進來的我們現在來新增，這是我們一定會互相非常不信任的地方，我在想說怎麼樣會讓這個方式有個好的開始，這個我想我們兩邊都應該思考一下。

主席

是啊，所以剛才我們副組長的態度很清楚，總要先往前走一步，再來看哪些支付標準，尤其手術中有一些內含的材料是無法放進去的或者太低估的，學會或醫院代表都可以提出來，我們會按這個程序處理，是不是就先這樣，不然大家一直說支付標準不好，支付標準太低，我們要想辦法有一些突破，但是大家如果不支持，我們也很難往前走。

郭代表正全

我想健保署提出這樣的議案是出於善意，因為這個討論過程我也有參與，大概我知道這個過程，不過因為這幾個 case 是不是代表以後用這招以後都可以通，因為就我了解我們根本從一開始就沒有辦法把醫院費、醫師費分出來，這幾十年一直都是這樣，所以我們醫院內部有一個重分配機制，包括我們有很多健保的給付項目，像放射等項目，

有些非常不合理，在我們醫院內部我們自己就是用 RBRVS 再做校正，我想那是醫院內部的機制，但是健保所要顧慮的是大局面，沒有辦法細項做，每一家醫院結構不太一樣，所以基本上我倒不希望你們去做一個分配者，那會有很大的問題，假設說雙方對這個有疑義的話，不曉得你能不能提供這五項的成本分析讓我們看一下，如果我們看了認為你們的成本分析與我們想像的相近，那我們就相信你們，以後慢慢朝這樣去做，就你們剛剛唸出來的東西我發現有很多不是這樣啊，像開刀假設你說分配一個六坪，那以我們來講的話一個手術室分配的話是五十幾坪，為什麼？你一個開刀房還有中央走道、供應室、恢復室這些所有的空間要分攤到那幾間開刀房做一個成本的分攤，否則那些成本誰負擔，我想基本上成本不是那樣算，所以假設願意的話這五個項目成本分析表給我們嘛，我想各層級都在這邊，也給基層嘛，大家看一下這樣成本合理的話那我們就接受，以上。

李副組長純馥

我提出一個對案看看大家的意見，就是說如果現在用各自表述它佔幾%的材料費，大家覺得對系統負擔會很大，那希望還是維持用原有整體成本分析完，除以 1.53 回頭去算點數是多少，然後讓大家還是用 53%，可是我們顯然在當時推估這個項目的時候，它的材料費用是大於 53%，也容許我們在這裡做備註可不可以？就是說，它的這個材料費用在新增當時其實是大於 53%，比如像我們等下要討論的眼科，它的材料

費用是 125%或 200%，也就是說雖然它技術費不貴，可是它的材料真的很昂貴，那我覺得這部份也真的是要讓我們可以傳承，因為今天我們在這裡講都可以很清楚知道，為了什麼原因回歸用 53%的方式來做，可是以後我們都會離開這個地方，那大家在接這個工作時候就會搞不清楚為什麼要這樣處理，明明它的材料是這麼貴，為什麼我們的 53%這麼少，然後又讓醫界誤會大家，因為不是所有的人都來開會，所以大家就會誤會說你就是只有這麼少的材料費是不夠的，我們是真的很拜託看看我這樣的想法可否接受，如果可以我們就來改，然後這幾個項目還是讓它通過，謝謝。

主席

好，請謝代表發言。

謝代表武吉

我這個案子剛才到現在都沒有發言，我是覺得剛副組長所談的是非常的善意，還有一點我建議一下，尤其我們郭特助所提的建議，再下一次如果有什麼修正的說，也要稍微重視一下，這樣他才比較會高興。

朱代表益宏

我是不反對剛剛提的修正案，但我建議，第一、下次有類似新增支付標準，成本分析是否先列成會議資料讓大家看一看，不然會變成他們會覺得這個資料有問題，那你拿出來，結果你現在又沒有啊，所

以我覺得確實是個爭議點，就是成本分析到底對不對，大家能不能認同嘛，還是幾個專家講 OK 就好，那我們這邊其實某種程度也是專家，所以我建議剛郭特助講的五項成本分析補給大家。第二、下次有新增項目的時候成本分析隨會議資料一併把它附上作附件，或是你們內部有開專家諮詢會議的結論或是誰的建議也把它附上，這樣大家比較會有全貌的了解。第三、剛主席也答應半年要檢討，我建議是否除了一次開會後，像這種以後有新增項之後的申報量是否每一季能 update 給我們，舉個例子「67052B胸腔鏡胸管結紮術」，這個月多少申報量，下個月多少申報量你就能夠 update，至少我的追蹤不是只有半年追蹤完了就沒有了，至少那個數字能夠 update 幾年的時間，這樣大家才能持續關注這個量，你可能半年的時候比預估的量更低，比如說我第一個預估六十件，但是半年實際申報量說不定只有十件也不一定，因為大家不知道，但是到了第二年以後可能就變成一百件，就遠遠超過你的預估量，所以我是建議每季申報量出來後，我們開會就把這些資料列為 routine 的一個報告案，不見得要口頭報告，但至少資料要附上讓我們能夠追蹤，謝謝。

郭代表正全

我想有些解讀我的意思不是這樣，我的意思是這五項成本分析我們大家看一下，確認沒問題回歸到 1.53，但你特材可以加上，而不是說今天這些就通過了，然後你們再改成 1.53，當我們檢視成本分析

發現不是你們講的那樣，漏掉很多東西那就不是這樣，所以我的意思並不是今天我同意這個收費標準就 OK，我們檢視後沒問題把那個金額還原回 1.53 哦。

黃代表雪玲

主席，其實我們真的沒有看到這四項成本分析，你可以比較一下光眼科的部份，光看它的新增品項比如說 4-6 頁，你看第一項一般材料費 7833，佔%就 42%，其它都接近 50 幾%；胸腔科含了一般材料費佔%才 20 幾%，怎麼可能一個胸腔手術會比眼科手術的一般材料費佔率還來得低。

李副組長純馥

有的可以額外報，你們不能這樣比，眼科他沒有 Y 碼，以後你們來談就知道複雜在哪裡。

主席

好，我再徵詢一次。

李副組長純馥

實在是講不清楚。

主席

剛剛郭特助的回應跟醫管組副組長的對案是有一點點落差的。

林組長阿明

我們拿成本分析給他看。

李副組長純馥

我們可以給成本分析表。

主席

但是這個案子是逐項讓它過，還是通通不過，還是全部通過。

李副組長純馥

不過吧。

主席

什麼時候要開下次會議。

李副組長純馥

不知道啊，以我們能負荷的工作量，都作不完啊，這多複雜啊，你們來談一談。

主席

郭代表，我作成以下決議，就是過，我請他們提供成本分析讓你們檢視。

李副組長純馥

比率再來談嘛。

主席

不是啦，這幾項還是讓它過，之後的過程就按照郭代表這樣的方式來處理。

李副組長純馥

以後邀你們一起來與醫學會專家談。

主席

因為其實眼科也是，我想這裡很多醫院管理者應該也很清楚…

郭代表正全

我想重點因為貴署在表達意見的時候我們聽得出來，專科醫學會我想本身他想表達的重點在他的技術力那一段，所以你這樣的一個比重，我們要 double check，那我想的一個 hospital fee，醫師費我不會少掉，但是你假設那個比例不對的話那不得了，所有系統性地往下走怎麼走下去，醫院不會有問題？所以我只是用這幾個當例子在講，邏輯對原則對那就 OK，以後就是 fellow 那樣走，我也不希望增加貴署同仁的工作，但是就這幾個項目我們還是比較慎重一點去看，因為從這幾個項目我們看到你們專科醫學會提出來的這樣的一個成本，我們發現有系統上的問題，假設沒有，我們當然接受，下次談我沒有意見，以上。

主席

那這個案子我們就保留，提供成本分析給各層級代表，檢視過後下次再提案討論。

李副組長純馥

那個 KRAS 是不是就同意了？

主席

好，我們副組長針對第 2-6 頁第六項「即時定性聚合酶連鎖反應 KRAS 基因突變檢測」，有人有意見嗎？好… 那就第一～第五項予以保留，請醫管組提供成本分析給各層級代表檢視，下次再提案討論。第六項照醫管組提案照案通過，好，接下來討論案三。

陳代表川青

主席，我建議把討論案四移到討論案三先討論。

眾代表

附議

主席

好，就討論案四先討論。

第三案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 12197B「血中藥物濃度測定-Everolimus」等 9 項診療項目案。

主席

好，請委員針對提案三，其實有的是修訂適應症、有的是修訂診療的中文名字，因為像「經尿道前列腺切片術」，其實女性也有需要做切片，但原本這樣卻無法申報，所以有大部分項目是做部分修正。對財務評估，我們同仁也有做預估，請各委員表示意見，請~

徐代表弘正

這個「腦神經外科術中特殊儀器使用費」的預估費用，我看你預估 800-1000 件只有骨科，那這個 800-1000 件是如何預估的？是原來有使用還是？事實上，就是因為以前不能報，也有脊椎手術沒有這樣做，但是如果把這項目弄進去，幾乎所有的脊椎手術都會加這個儀器，因為以前不能報，而且這儀器很貴，我們也不願意買，要考慮到擴張效應，所以應該是以脊椎手術、脊椎校正手術的總量多少，絕對不只 800-1000 件，而且你估計的一千萬，我覺得實在是真的太低估了，以上。

主席

我們請同仁針對徐代表所提到的部分再做精算，我們同仁也不是自己估算出來，而是骨科學會提供給我們。所以我們會再就脊椎手術、脊椎校正手術等申報的情況去看財務的情形，這個我想可能有低估，我們再做校正。還有沒有其他委員有意見，請。

陳代表宗獻

關於這個「經尿道前列腺切片術」我對於這更正沒有什麼特別的意見。但在附件 4，第 3-5 頁，提到「現行女性經尿道、膀胱切片已比照本項申報」，這個部分財務不影響，其實這項目在基層裡面幾乎是都沒有在做，有在做的都是醫院附設診所，像國泰，它在做的量不知道是多少，事實上女性在申報這切片術 79407C，可否將來提供一些資料，讓我們知道這項目在哪裡做、做了多少，謝謝。

主席

好，陳委員的意見就麻煩醫管組，你是說基層申報這項，還是？基層申報，OK，也是半年我們給你們數據，還有沒有其他委員有意見，請朱委員。

朱代表益宏

請問一下血中藥物濃度測定，特別把罕見疾病結節性硬化症患者把他納入，那這筆費用是放在罕見疾病的專款去計算？這個我想請教一下，因為既然你用了藥，它又必須要監測，因為罕見疾病另有一筆專款專用。

主席

只有藥是在專款，檢測還是放在總額。

朱代表益宏

因為你用了藥以後，要我們總額去買單這樣也不太對嘛。

主席

現在目前藥也是在總額裡面。

朱代表益宏

藥是在專款嘛，那你用了藥後，檢測要總額買單，那也不太…。

主席

它是檢測試劑的藥，不是真正治療的藥。

朱代表益宏

我知道它是在檢查吃了藥的血中濃度，我是說你專款給它用，結果這邊放在一般預算。

主席

這樣子朱委員的意思我知道，就是罕病檢測的一些經費是否以後在專款裡面，我想這應該在健保會再來討論，是否在健保會協商的時候再針對這一塊去表示意見，好不好？

朱代表益宏

第二個就是因為你們預估 0.1 億會修正嗎？修正的新資料要給我們，不然到時候半年才檢討一次，要了解。

主席

這樣子，剛剛徐代表也提了，我們估算完以後，會 email 給代表。

林科長淑範

主席我可不可以建議一下，因為我們下個月就要再開一個正式的共同擬訂會議，今天是臨時會，我下一次會在追蹤情形報告裡面補充這一項，我們詢問專科學會後預估會增加多少錢，好不好？

主席

好，那我們這一案是不是就照案通過，除了第二項就是財務衝擊，在下一次的共同擬訂會議報告。

第四案

案由：增修「視網膜手術」及「角膜移植手術」等 13 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目案。

主席

請林代表先發言。

林代表淑霞

真是有點複雜，想先就教一下，表格中最後倒數第 2 欄欄位所提之平均支付成數，可否請科長再詳細解釋一下，謝謝！

林科長淑範

大家都知道過去預估費用，都是價*量，後來發現會略低估費用，主要原因是有急診加成、兒童加成等加成因素，所以我們就去算 101 年每一項診療項目因急診加成、兒童加成等加成因素，而多出來的預算。

主席

這樣的計算，對財務的預估更精準。

主席

請朱代表先發言。

朱代表益宏

我想這個前提下要先談，是不是支付標準以後，所有診療項目都要用這個方式增修，現在看起來是把過程面有一些特材有給付、沒給付，現在都要把它包進來，比如說我們所提的「86207B 眼坦部玻璃體切除術 — 複雜」，要把原來沒有給付的「眼內鑷」把它包進來給付，因為它是屬於過程面所以我要給付，然後要給付的前提之下，再去算還原 53% 是多少弄了一大堆公式出來，最後訂出一個支付標準，我很複雜的看起來好像是這個意思。我要問的問題是第一、現在這些過程面的東西到底在總額裡面有沒有費用，有沒有爭取到財源，因為在總額裡基本上它是屬於新增的才有，而新增的科技裡面事實分成三大部份那藥品跟特材，在這邊討論的是屬於支付標準，不屬於藥品與特材，所以我不曉得說這一部份，應該是要在這邊處理，還是要在特材那邊

做處理，這個我要先提出來，因為比如說增加了「眼內鑷」，原來是不給付的，現在要納入給付，看起來是這個意思，是不是應該在這邊談，還是要先在特材那邊談？特材那邊同意要給付，支付標準再去做修正？我覺得程序上，是不是要先特材那邊給付之後，再討論是單獨單項申報，還是用包裹給付方式，那才會在這邊討論，不然我們今天稀哩呼嚕全部都通過了，通過後到時候這兩個會的定位會不會有衝突，我覺得這個都是要做考慮的。

第二個當然就牽涉到財源，如果進來後財源的預估會在這邊繼續追蹤，還是在另外一個特材的支付標準去追蹤，那不要到時候這邊說那邊要追蹤，那邊說這邊要追蹤，那大家也搞不清楚，因為會議代表事實上會不一樣，很多會議代表參加這邊但是沒有參加那邊，那每個會都是依法授權的會，各有自己法定的權責，所以這個我想要先去做釐清，如果說這一部份所有的支付標準都會用這個方案修正，那程序上跟那個特材委員會要去做什麼定位我覺得我們這邊要先談，後續才能談下去，以上。

主席

支付標準修訂的程序，剛已跟大家報告過，特材也是有一定的程序，屬於過程面特材是在支付標準這邊討論，非過程面之特材就是所謂植入物的屬於特材組研議，等一下我會請李副組長再做說明，我們先請黃代表表示意見，再請醫管組李副組長回應。

黃代表雪玲

我想請教那個是有關本表格計算公式，4-6 頁「現行支付點數與建議包裹支付點數差額」，公式為 $l=i-k$ ，那 i 就是新增品項包裹給付總包的錢，可是此處減 K ， K 舊方式的新包裹，可是舊方式並不是付給我 32,555，現在給付的是 4-5 頁 g 欄那個地方 28,861，是不是這樣，現行只有付給 28,861，不應該去減 32,555，這中間差別就在那個「眼內鑷」，「眼內鑷」過去是不給付，現在要納入給付， $i-k$ 這樣兩個相減其實會把「眼內鑷」相消，所以「眼內鑷」等於沒有被估到預算，所以這整個預算是低估。如果你用 3,090 件去算「眼內鑷」每個大概是 4,384 點，去算起來會少估一千多萬，那下面的計算方式全部都是一樣有錯，預估總點數不只一億二千多萬，應該還有更多，這整個應該都要重算，這整個都少估。

主席

請醫管組做回應，就是剛提到支付標準修訂的程序，特材修訂的程序。

林科長淑範

我先回應財務預估那一段雪玲講的是對的，因為我們 4-6 頁用的是調整後的建議支付點數那其實是要用調整前的沒錯，雪玲，謝謝。

李副組長純馥

好，第一、我先回答財務的部份，我們這次在 103 年協商總額的時候，確實是有針對新醫療科技裡面有特別提到內含支付標準材料的

錢，所以那部份有 12.31 億，是用來支付這個部分。第二、這部份是否要先到特材小組那裡討論，那很抱歉我們署內的分工，屬於過程面內含在支付標準就是在這裡討論，那單獨列項屬於植入物是屬於特材專家小組討論的，會在您剛講的另外那個協商的程序，也就是從專家小組到特材的共同擬訂會議去做討論，所以這部份我們內部是有分開的，所以原則上我們是會互相分享資訊可是我們不重覆去做，因為這真的很耗行政時間，因為都是協商平台，都是依法的委員會，我想不需要兩邊都提，因為既然最後是要含在我們支付標準裡面，特材組工作量也很大，所以我們內部有做一個分工，在這邊做個說明，謝謝。

陳代表川青

我有個建議，現在財源 12 億沒問題嘛！各位請看 4-3 頁的說明「四、本案支付點數係以包裹給付方式內含過程面使用特材之支付標準調整，其一般材料費及過程面特殊材料費，得以表列支付點數另外加計。」預算是 12 億支應，那明年以後的預算呢？

主席

滾入基期。

陳代表川青

列入一般總額嘛，這裡面有沒有自付額的。

李副組長純馥

沒有。

陳代表川青

沒有，好，那因為是新特材我們都支持，特別提出來，謝謝。

主席

這主要也是真的希望提供民眾更好的醫療服務，比較新的技術，當然醫界承受一些成本上的壓力也是事實，只要我們大家想得到的我們都會儘量的來調整，我想這個方向應該是沒有錯。

朱代表益宏

主席，我覺得這裡也要澄清一下，12億是全部，去年的預算12億應該是全部，新增的包括藥品，還是只有藥品。

李副組長純馥

20億，新增支付標準是12億。

朱代表益宏

所以預算是用在這邊是不是？(..是)OK!。第二、我看不太懂4-5頁這個表，比如說這個第一項，就是把「眼內鑷」4000多塊加進來，但是財務預估增加為何是0，單一使用為什麼是0，是否能再說明一下？

林科長淑範

我再向代表說明一次，4-5頁的第一項是86207B眼坦部玻璃體切除術，剛朱副院長提到說為什麼在單一使用的時候它的財務預估是零，是因為在下一頁，新增一項86412B微創玻璃體黃斑部手術，因為這一項學會告訴我們，新增項其實兩個是同樣目的的手術，只是術式不一

樣，新增微創手術之後所有眼科醫師，接近百分之百都會做微創手術，因為對病人是好的，微創手術之後，只要打三個洞進去，病人的角膜不用掀起來，復原也快，所以以後都會趨向這個手術，所以會讓那一項替代率以高推估以百分之百計算。

陳代表川青

這有關新科技的特材，我們消費者立場絕對全力支持，這是因為很新的，因為我對於眼科的眼睛病變我比較有興趣，我會在意是因為它明明是沒有效果的東西，強調有效果，現在各醫院裡面，因為藥品貴、特材貴，那些根本沒有效，像眼藥 Lucentis 甚至都還在報，我特別舉這個例子。老實說各醫院應該評良心做事情~不應該太濫用，這是我站在消費者立場來講，這錢是大家的，社會採公共財~對這個案子我是全力支持，謝謝。

主席

好，謝謝陳委員。如果沒有其它異議，我們就進行提案四~好，請~不好意思。

陳稽核襄理炳宏(李代表永振代理人)

有關 4-5 頁 86207B(眼坦部玻璃體切除術-複雜)這一項為例，剛剛有部分代表已提及有低推估的情形，請教未來要怎麼去修正？

林科長淑範

好~就是說~我們在 4-6 頁會再重新預估一次費用影響。

主席

醫管組會重算一次，如果低推估會再加回來，這樣 OK？好，那我們這個案子除了剛 4-6 頁的那一項有需要修正的部分請醫管組修正，就照案通過~接下來~請~

朱代表益宏

在前面那個案子在講胸腔鏡手術的時候，我有請主席~但主席事實上也沒有回答，就是說對於以後，是不是說每一季數量提供出來，到底新增跟你們預估~因為我們現在是半年以後檢討~但半年以後檢討就沒有了，是不是以後每次開會要把一些申報數量提供出來，不見得要討論，但是我覺得是應該列出來讓大家知道。

主席

朱代表意見我知道，以我們現在的工作能力跟經費情形，要我們每一季提供，對我們工作同仁能否負荷是一個問題啦！是不是體諒一下我們同仁，真的半年提供一次就可以，因為三個月不會馬上就出現很大的變化。我會請他們注意，如果是新增的修訂項目，數量的申報情形會儘可能讓他們每半年提供一次。接下來提案是？

第五案

案由：有關再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」案。

主席

請科長說明一下案子過了有沒有影響。

林科長淑範

假設這個案子過了，第一個它對財務上沒有影響，現在這個方案，週產期論人支付制度試辦計畫，給付前半段是產檢的費用，是國健署在付，我們按照國健署的費用，只是把它分期給付，不是按次給付。生產的部分是按照現行的支付方式在付，所以第一個它的財務不會增加大家的支出。第二個，我們有類似的計畫目前也在執行，這個計畫如果通過之後，是執行到今年年底的12月31日。

主席

好~朱委員~

朱代表益宏

你們健保會有一位謝律師，每次都說程序問題。上次我們就不同意新增，如果這樣要提覆議案呀，是誰有資格提覆議案，對不對，謝律師都這樣講，要照程序呀。這案已經不同意了，你又提出來，那就提不完，那今天我們如果反對，你下次又提出來，所以要按照程序嘛，今天要有人覆議，覆議就是當初同意的人有不同意見才能提覆議呀。怎麼可以醫管組這邊提出來，只要有過路人講說不行，你們就一直提一直提，那大家委員決議還有什麼用？那是謝委員講的，今天只是把它借過來使用一下而已。

陳代表宗獻

這裡面在 5-7 頁，有支付點數，比如說 P3501C 這個新的碼嘛，它的費用是 $41+42=800$ ，它的 855 是由誰買單？

林科長淑範

我解釋一下，在 5-7 頁最上面，P3501C 支付點數原 800 點，我們畫一條線給他槓掉，是因為 100 年 5 月國健署修訂產檢的費用，100 年 5 月以前 IC41 是六百點，IC42 是兩百點，所以是八百點，修完之後它都各提升 25 點跟 30 點，所以變成八百五十五點。

主席

沒有增加啦，朱委員的意見我們當然可以理解。

謝代表武吉

我建議這樣啦，我跟朱委員意見一樣。但是這案有困難之處~我看這第五案因本計畫未增加支付，對於總額財務不會影響及點值不會影

響，這如果是確定不會影響，那就過啦~

看法與朱益宏代表相同，應該要符合程序；本案說明三表示「本計畫未增加支付，爰對各總額財務及點值不會影響」，是否請健保署確認不會有影響，如果可以確定沒有影響，就可以不要增加健保署困難

主席

來~副組長，確定不確定？

李副組長純馥

確定是不影響財務~因為點數都一樣，只是把它做包裹~這個是依照現行國健署的標準去調，因為我們原先這個計畫 99 年公告一次，那時候是舊的點數，那這次要新公告當然要用新的點數，所有包括生產的點數在健保這邊我們沒有增加~

陳代表宗獻

因為那個路過的通常都很強??，所以就過了啦，太麻煩了~

葉代表宗義

這個案子我看一下已經提出好多次…，去年~上一次也出來了，但是到現在我看~我們也不要增加醫管組的困難，就已經不增加財務的影響，這也沒有什麼大不了，我想就通過好了。

林代表淑霞

主席，我再補充報告一下，我只問一個 key point，不參加有沒有事，不參加沒事就好。

主席

跟現在都沒有改變，你如果自己要去參加我們也不反對。好，謝謝各位委員的支持，我們這個案子就通過。

第六案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，安寧住院療護通則七癌症骨轉移病人得另行核實申報「RANK Ligand」抑制劑類藥物（如 denosumab）案。

主席

好，針對第六案各代表有沒有特別的意見？通過？好，請。

朱代表益宏

主席，這個不是藥物嗎，應該是在藥物那邊講是不是？

林科長淑範

我們現在藥品 102 年已經新增了，現在只是在住院安寧得核實申報項目的通則裡面再增加這一項。

朱代表益宏

增加哪一項？

主席

朱代表可能不清楚原來在安寧是外加的，現在只是可以讓它內含，再說明一下。

李副組長純馥

因為住院安寧是用論日支付，論日包裹的話原則上是要含藥費，我們目前在 6-10 頁的通則七針對骨轉移的病人，它其實是允許可以用雙磷雙鹽類的藥先讓他控制疼痛等等。現在是因為有新的藥出來，如果不把它加進來，這些病人就沒有辦法使用；即使現在藥品已經新增了，可是不是在安寧病房，它是在一般病房使用，如果移到安寧病房反而不能用，因為目前沒有辦法核實報，雖然費用比較便宜（還是貴啦，

因為要一萬多塊)。我們希望把它寫進來，因為整體財務評估是會下降的，反倒是節省的，讓這些安寧的病人能夠安寧，謝謝。

主席

應該這樣講，對於安寧病人品質會好一點，對總體的財務是好的。對被保險人在安寧病房的時候會比較舒服一點，本來是可以只是以前不能申報，現在如果讓它納進來，對安寧病人是好的，對總體財務是下降的，所以請大家支持。

徐行政副院長迺維(陳代表志忠代理人)

所以藥還是那邊支付，只是我們開放讓它替代機會大一點。

朱代表益宏

我同意讓它進來，但是希望在下一次開會，照理說藥已經通過了所以應該有一些申報數據，是不是拿出來看這兩個藥到底開放前後的取代效果如何，讓我們知道一下。不然你這邊預估 25%是多少、50%是多少，就讓我們看一下到底實際上用了以後有沒有取代效果，下一次正式開會拿出來，可以吧。

主席

這一次不會那麼快啦，下個月還要公告。

朱代表益宏

不是，是安寧之外已經在用了嘛，對不對？

李副組長純馥

這個很難去界定，因為是在藥材那邊我們沒辦法幫他們答應，坦白講我們還是有分工啦。

朱代表益宏

不然下次請藥材的人來報告。

葉代表宗義

這個案子可能牽涉到人力的問題，也體諒一下有關單位，我常常講一句話，我覺得安寧就是即將離世的人，照健保署意見通過啦。

主席

朱代表我把你的意見帶回去，是不是請藥材組如果六個月以後有新的數據就拿出來。

朱代表益宏

它是已經進來，而不是我們這次通過以後才使用，是這次通過以後在安寧病房才可以使用。照剛剛主席講事實上現在在安寧病房以外這個藥已經可以使用了，對不對？現在是說不去看安寧病房，因為安寧病房還沒通過當然不能用，但是不是把這個藥的整體使用量，因為它是去取代雙磷酸鹽類，去比較新藥進來之前之後雙磷酸鹽用量。沒關係，這件事或許不是醫管組的事情，但是我建議下一次開會請藥材那邊對於這個事情提出來報告，這樣總可以吧，我也沒有要醫管組弄東西呀。

主席

是不是可以類似列管項目裡面，六個月以後去呈現。

朱代表益宏

但是六個月以後呈現，剛剛講這不是醫管組追蹤的業務，六個月以後還是藥材組的事情。

主席

下個月開會的話，我只能請藥材小組提供目前這藥的用量多少，因為安寧還沒有公告，到底它替代多少真的還無從統計。如果要六個月再呈現，我勉為其難的請我們同仁加班去處理是可以，但是你說現在就提供，我是覺得有一點困難。

謝代表武吉

我講一下，他可能是藥材那邊的人，才會特別關心，那邊比較閒所以要他們做一點事，他們現在跟醫界弄得不可開交啦。

主席

藥材組有人出席嗎，好來說明一下。

醫審及藥材組李技士芝蘭

剛代表建議要跑一下那個量，其實雙磷酸鹽的種類蠻多的，沒辦法完全跑出來，就是 RANK Ligand 取代原本的 zoledronic 可能差距會蠻大的，所以它跑出來實質上有沒有意義可能還要再商榷。

主席

你就同成分的品項就現有的量，不管它是什麼廠牌，算出大概量多少，六個月以後變化是什麼再跑同樣的。假設這次跑出來同成分有

六種，六個月後就跑這六種出來，到底它替代多少就可以比較，好不好？

謝代表武吉

主席，我有意見，剛剛她的回答太過含糊，下個月就是要她報告出來，因為他們可以用代碼跑出來，還這麼含糊，是當我們都不懂嗎？

主席

好，謝代表我剛剛有交代，就是她講的同成分假設有五、六種，就跑目前的使用量，六個月後再跑同樣的表出來就知道變化嘛，我已經有指示了所以先不用急。

謝代表武吉

我不是急，是她本來可以做出來的東西，她硬拗，我是不高興這個。

主席

好，我了解，這個案子就先這樣過。決議這個案子就照案通過，請藥材組針對雙磷酸鹽成份同藥品目前使用量是多少，在下一次會議的追蹤項目呈現，六個月以後再跑一張比較變化的表出來讓代表參考，這樣可以吧。

朱代表益宏

其實量都在附件 13，雙磷酸鹽醫令申報量醫學中心 174(件)，區域醫院 136，這個都有數字，藥材那邊為何會說出不來，所以這附件 13 是騙人的還是怎樣？

醫審及藥材組李技士芝蘭

我們沒有說不能跑，是跑出來要再確定一下，沒有說不能跑。

朱代表益宏

所以說可以嘛，報告主席我們是因為資料在藥材那邊，而且雙磷酸鹽它已經有量，希望下次開會時能把初步的數字先給我們看一下，半年後再去追蹤，而不是說下個月開會沒有東西，這樣說不過去。至少先跟我們看 RANK Ligand 量是多少、雙磷酸鹽有幾項、現在用量的數字、取代的效果如何。

林科長淑範

主席、朱代表，附件 13 是我們醫管做的，我們會把算出來醫令量的定義給醫審及藥材組參考。

李副組長純馥

其實這個表格大家看清楚一下，其實我們是以現有在安寧病房的雙磷酸鹽類申報量，以它如果替代 25%、50%、75%、100% 這樣的模式去做推估，不是它真正已經報進來 RANK Ligand 藥的量，因為他現在是不能報的。所以我們是以現在雙磷酸鹽類藥物申報的這些量，如果它 25% 換成另一個新藥大概是多少錢，不是真正申報的量。我知道您是希望把不一定是在安寧病房，而是所有在使用的做個比較，我想這部分主席已經同意了，所以我們趕快到下一案。

朱代表益宏

醫管組都算得出來這個數字，那醫審說沒辦法算出來。

李副組長純馥

這是推估的。

主席

這張表確實就如副組長講的，我也知道朱代表的意思是要知道量的變化。我們會請醫審及藥材組在下一次會議決議追蹤事項裡面先呈現目前的申報情形，六個月以後再比較變化，這樣可以嗎？

謝代表武吉

主席，我希望能從主席的嘴巴講出來，附帶一個決議，就是下次有關藥的事藥材組要先算好再跟我們說，而不是由醫管組用。

主席

謝謝謝代表的意見，我們會帶回去請醫審藥材組參考，必要的時候我會請署長裁示。這個案子就通過了，下一案。

第七案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號05404C-05406C「精神疾病患者居家治療」等3項診療項目案。

王副秘書長秀貞(謝代表文輝代理人)

主席，不好意思~

主席

請~

王副秘書長秀貞(謝代表文輝代理人)

因為這個主題是談到精神疾病患者，同時也是談到希望可以推廣到居家，這對我們社區來講還蠻密切的。當然我們也知道預算是要從其他部門來支付，可是現在時間已經接近五點半，在座的委員好像人數也少了很多，是不是這個案子我們要不要保留到下次討論？也給我們大家回去再看一下。因為覺得這一段費用雖然是由其他部門支付沒錯，但支付的點數很高，跟我們目前現行一般在做的部分，在衡平性上好像應該要再考量，原則上我們是希望這案子可以先保留到下次再來談。

陳代表雪芬

請問一下，這個案子如果過了，是哪個層級醫院拿的比較多，可以請教一下嗎。

主席

請醫管組做說明。

台灣精神醫學會陳理事俊鶯

主席，我發言一下，我代表台灣精神醫學會~因為我們的給付是針對專科醫師，所以沒有什麼各層級不一樣，因為既然他是專科醫師，給付通通一樣，所以沒有各層級差別。我要說明，其實是這樣，因為現在衛生行政單位都很擔心精神病患沒有繼續治療，會不會危及社區安全，因為醫院管理者還有醫師認為現行給付太差，所以醫院管理者也不願讓醫師去外面做，加上現在護士也不多，醫生本人他也覺得有困難。所以這份重責最後就會落在公家醫院，可是事實上公家醫院它沒有辦法照顧所有投保精神病患，病人治療之後，其實病人都很可愛。他不治療就是會危及社會安全。所以這一點希望委員可以幫一點忙，其實它也不是在總額裡面。

主席

王代表妳覺得呢，可以嗎？

王副秘書長秀貞(謝代表文輝代理人)

因為本來不想說清點人數，可是如果繼續討論，大概也只能請主席清點人數~

徐行政副院長迺維(陳代表志忠代理人)

對不起~我想請問一下~當然就立場來說應該支持社區做精神治療，但是關於 7-1 頁，一個月 240 個，平均一天看八個為限，這個數量我不知道怎麼算出來，能不能再請問一下~

台灣精神醫學會陳理事俊鶯

醫師作家訪不可能這個高，因為有交通的時間~所以一個早上四個小時，了不起他看四個，因為有交通往返的問題。因為我如果在門診看病人，我一個早上哪只有這樣的給付，不只嘛~

朱代表益宏

對不起，因為有代表提啦，我不希望說這個會變成跟在藥材那邊一樣不用清點人數照樣可以開會，因為既然有代表提，點一點人數。

主席

好，這樣子，這個案子排下一次會議的第一個提案，可以吧~因為下個月就要開正式的會議，既然有委員提出清點人數，按照會議的議程我們就保留到下個月會議排第一案，謝謝大家今天的出席，我還沒宣布散會你還可以繼續講。

謝代表武吉

第八案裡面有一個垂直整合到現在兩年兩個月又五天，到現在主席

都沒有回答。

主席

好，有關垂直整合，不是在第八案，而是你剛在第八案討論時提出的臨時意見，我們是不是可以再回去研究~醫管組如果有案子我們就提出來討論。

徐代表弘正

沒有共識~就要三層級大家一起先討論共識，再來討論這個問題，對不對。

主席

好，我們三個層級再討論垂直整合有共識以後，再提到共管會來討論。

第八案

案由：增修訂支付標準第二部第二章第四節復健治療「語言治療」相關診療項目案。

主席

謝謝宣讀，請提案單位醫務管理組向委員摘要說明。

林科長淑範

簡單跟大家再 review 一次，本案是監察院在約詢復健治療的時候提了很多的意見，其中有一項對於語言治療的點數普遍認為偏低，各專科學會也認同應該再調升支付點數，所以在去年 12 月我們在討論復健支付標準研修會的時候有這樣共識，優先調整語言治療的費用。這次調升的重點有兩個，第一個是我們對於語言治療裡面他現在只有簡單、

中度跟複雜，學會建議增加一個中度-複雜項目，並且把複雜的費用再調升；另外一個修訂，是語言治療學會建議在治療的內容程度按照項目數來訂定。兩個修訂重點，在 8-3 頁可以看到，8-3 頁是推估它的醫療費用影響，按照語言治療學會提出的申報轉移數量推估，醫院層級要增加六千七百萬，西醫基層要增加八百萬，建議支付點數所增加的預算，可以從各部門總額的非協商因素裡面支應，這是簡單的報告。

主席

好，請委員對

增修訂語言治療相關診療項目，有沒有意見，請羅委員。

羅代表永達

主席各位先進，那個地區醫院裡面這一段時間之內因為 PAC 的實施，所以各地區醫院為了要承接這些急性後期的病人，所以比以前聘用多很多的語言治療師，可是語言治療如果修點數訂以後，PAC 費用會跟著調整嗎？因為會差很多，本來是一千兩百，除了那個住院費用以外，剩下的費用還要做 3-5 次的 PAC 物理治療，其中包括語言治療，那這個調整下來其實占的比率相當的高，不曉得有沒有要一起討論，這第一個。第二個就是我們還是不太懂每次只要調整的時候，就會在總額成長率下非協商因素內支應，這句話我沒有聽很懂，是說反正不管你們怎麼調，我們總額的錢就是這樣，也就是說點值是我們自己去承擔，那這個調整對我們意義到底是什麼？應該是說從其他預算或其他行政費用去支應，而不是說我們調囉，我們點數都給你增加了，不過錢都給你們自己出，各醫院裡面來講的時候，你調這個東西對我們反而造成很大的傷害跟影響，我覺得這是不合理的，以上兩點。

主席

好，請醫管組等一下回應，如果語言治療修訂點數，PAC 這一塊是不是

要也一併修正，還是 PAC 是屬於在其他專款裡面的。

朱代表益宏

我其實很想聽一下醫管講一下為什麼是從非協商因素去支應這個費用，邏輯是什麼，教我們一下，我們怎麼想都想不通，你說從協商因素裡面的新增診療項目支應，那還有點道理；你說從其他總額，我從我自己的口袋掏錢出來這個也有道理；你說從非協商，非協商就那幾項呀~人口成長率跟這個有關係嗎？成本有關係嗎？我怎麼看也看不出來有什麼關係，然後醫管這邊說可以從這邊去支應，所以我很想聽一下醫管講一下道理，讓我知道一下，讓我們讀書一下，好不好？

陳代表宗獻

其實這個可以回答啦，因為我們醫療服務成本指數不斷在下降，成本下降呀，所以從這裡花嘛，大家都這樣講啊。從這個角度去思考問題實在是有問題啦，本來是非協商因素裡面的這一些所謂的醫療服務成本指數、人口指數，本來就是有很多很多的爭議，現在在健保會都沒辦法把它搞定，我剛剛講的是諷刺啦，就是說是不是你成本都下降了，聘用人員越來越便宜了，所以拿醫療服務成本的錢來用在那裡，除了這樣以外也沒有其他可以說的了。

朱代表益宏

主席，還是簡單再回應一下。

主席

蔣委員發言完後再請謝委員，現在先請醫管組大致回應說明，如果還不清楚我們再繼續討論。

林組長阿明

我想非協商因素裡面有三個項目，一個是醫療服務成本指數的改變，每年在總額協商時都會有所增加，我想醫院的部門都有增加這樣一個預算，為什麼醫療服務成本指數增加這個錢，要適度去反應在支付標準調整，因為大家都認為每年投入的成本不斷在增加，所以理論上應該適度在支付點數上去做反應，我想大概方向是這樣的。那第二個就是我想這也不是先例啦，之前在牙醫或者是西醫基層這個部分，也有運用這個非協商去做適度的調整，之前像學會代表也有提到是不是可以用原來新增的 12.3 億來反應等等，我想今天都可以做討論。PAC 部分因為今天這個方案不曉得會不會定案，建議定案以後，再去研議調整之可行性，以上。

主席

因為剛剛他們先舉手，請蔣委員。

蔣副秘書長世中

主席各位委員大家好，實務上語言治療，不管是中風癒後黃金期，還有包括小孩 CP 或其他疾病等，語言治療介入是很重要，也值得肯定，因為說實在，台北市要排一個小孩作語言治療，說實在要排三個月，有時候要排半年，有時候甚至要排一年，許多大醫院如台安醫院或私立婦幼醫院等等都類似情形。再者以一個小孩子會不會講話，是會影響到一個國家的發展，尤其人口結構改變小孩子越來越少，所以我覺得這黃金期非常重要，且我自己是做小兒科的，說實在有時候看的兒童等不到醫療照護的介入是不忍，而且不捨。我覺得這提案非常好，但是整個調整費用要用非協商因素來支應，我是覺得不合情理，怎麼說呢？我就講 103 年整個非協商因素，各位，非協商因素分作三項目，是要用投保人口年增率去支應嗎？不是阿，投保人口就是自然人口增

加，當然會有它所需要支付的費用成長率，再來是人口結構改變率，這等會再慢慢講，再加上 103 年的醫療服務成本指數，西醫基層是 -0.361%(-347.9 佰萬)，我們不但倒貼了，還要叫我們從裡面拿八百多萬來支應，我不知道是要怎樣。好！再講人口結構，人口結構 0.99%，0.99%我先講一個例，65 歲以上的我們一般在 100 年的平均健保支付的大概是 6.8 萬，但是平均全國平均幾乎是 2.2 萬到 2.3 萬，如果以 46 歲以下平均醫療費用約是 1 點多來計算，65 歲以上醫療費用是年輕人的約五倍左右，整體來說，快速老化，費用也隨之高漲。西醫基層人口結構只有 0.6%到 0.7%，都還不足支應人口結構老化所衍生的醫療費用，如果再從人口結構裡面去支應調整支付項目，是覺得真的也是不合情理。投保人口或人口結構改變率，兩項都不是支應調整支付項目，醫療服務成本指數-0.361%，已無法支應，如再加上本次基層增加約八百多萬，合計-0.4 多了。綜上，我覺得今天健保署包括不管是監察委員他們所提的本案，是非常重要的，因為對黃金期跟小兒科的一些 CP 真的很重要，但是這個錢重要的話，也要讓其他的部門或科別也要能夠活下去呀！整體醫療服務成本指數都已經負的也被扣錢給你們，現在還再加進去，真的是情何以堪阿，真的拜託啦！103 年度真的是負的。陳宗獻你有沒有答應？……

張代表嘉訓

這個是良心的問題呀…我們負的很多耶！

謝代表武吉

其實對小孩子的醫療我是一貫都是基於我們扶持國家幼苗，我是非常贊成的，但是這裡有幾點，我們感到好像有衝突的地方，我們健保署今年的重點稽核的方向第一個就是復健，語言治療也是屬於復健科裡面的申報的一環。第二個重點稽核 CT、MRI 及 PET，還有碎石，最後是一個無效醫療，這是四大重點的稽核啦，今年度健保會也提到相關的

無效醫療，要先設定不予支付指標來處理；那麼第二點就是說，到底是六大科都能夠開語言治療，還是只有復健科能夠開語言治療，一定要分清楚，如果是只有一個復健科，抱歉！我反對到底，要開就是要六大科都開，各科都可以開，腦神經內科也可以，腦神經外科也可以，所以是應該是往這六大科，如果是只有復健科，我就全部反對，應該讓其他科也可以做，就如同物理治療，神經科醫師與神經內科醫師都可以開立，腦中風病患也會需要語言治療！那我們對於 8-2 頁裡面用非協商因素來支應預算，我要請教一點，這不是翻舊帳，已經三年了，到今年第三年了，其實第三年是今年還沒到一半，到七月初一就一半了，就開始清算，現在就是說垂直整合在其他預算到現在，為什麼兩年又五個月又零五天，到現在為什麼都沒有做？這個沒經過討論的就要先做，講出道理出來嘛，垂直整合那是有編預算 1.5 億的喔！

主席

我們現在先請陳委員發言，再請朱委員。

陳代表雪芬

我覺得這個案子其實很複雜，因為本來的用意，就我原來只是想說，基本上這樣一個東西要開放要考慮到原來他為什麼設計有所謂分層級，那我知道在語言治療這方面他們其實原來的想法，現在這個案子拿出來其實大家都會傻掉，就是說不管基層或醫院，每個案子出來都是你自己去死，所以我認為對於一個沒有參與太深的一個協會來講的話，大家都會覺得說，這邊是很不足的，但我們也承認語言治療他的必要性在早療的部分它們真的有必要，可是當時是誰去承諾人家的，我們是有聽說啦，那可能承諾的人自己其實是沒有本事拿預算出來，所以現在就要求我們小老百姓用非協商因素來支應，我覺得這一點不公不義到極點。那剛有講，當然那個特別解釋說牙醫或是某些總額他們有先例，可是如果在座的，比較熟悉總額運作的人都知道牙醫為什麼要

這樣做，因為它點值非常好看，它一定要在支付標準裡面把它撐很大，讓它點值變得不是太好看，所以我們都知道人家在玩什麼，那至於在醫院總額的部分，我們每年都是成長率遠高於你們給我們的成長，我說實質上我們提供的服務遠高於總額的成長率，所以點值方面非常非常差的，那今天這個案子出來，基層的考量，醫院的考量，在某部分可能是謀同的，但說你們用非協商這點，我們非常不能認同。第二個如果就這個案子這樣出來，加上剛有人講說他們是贊成要開放，其實現在復健科的一些問題，就是因為開放了很多科都可以申報，但其實在基層造成很多問題，所以我認為支付標準你要鬆或是要緊，其實應該一定要去看長遠影響，當然貴署可以認為那本來就是你家的事情，我們也知道，可是這東西如果隨便這樣開放，它的影響是大家都沒辦法承受的。再來這個東西如果就目前健保署拿出來的，我本來這樣看，是覺得也沒什麼不好，可是再仔細究竟看，就會發覺說，這裡面它拿出來的支付標準，真的不知道怎麼講健保局，因為一方面應該講非常高明，因為原來是 480 或 350 點，它可以降到 415 點或是多少，就明升中其實暗降了，所以這個案子我們基本上就醫院的立場其實完全不能同意，因為有太多的點讓我們完全沒辦法去同意這樣的案子，以上。

主席

請朱委員。

朱代表益宏

主席那個第一個剛剛講的非協商因素，老師教了半天，不知道是學生笨還是老師不好，我是聽不懂啦，所以這個真的不通啦！你放在非協商因素說那個也要去反應在支付標準，就講不通嘛！本來非協商因素就是去給你反應點值啊對不對，哪有說去非協商因素那如果這樣子去年假設 2% 的非協商因素，那你是不是支付標準是不是要調整 2%，看看 2% 是多少？幾十億嘛，那你支付標準要調整？哪有這種邏輯，我不知道啦，所以我覺得這樣子講可能不太通啦，拜託醫管組是不是另外再找

一個比較好一點的理由讓大家能夠接受，這個理由不通啦~這個案子要用這個理由，我覺得要過很難啦！這是第一點。第二點…

謝代表武吉

就跟你說是人家去答應的…

朱代表益宏

人家是誰？要說出來呀~現在是太陽花要透明啊！如果黑箱作業哪可以。那第二個就是我今天才知道語言治療也有分 A、B，那你當然複雜的現在你把 A 跟 B 都調成一樣的，但是我想問一下，那中度治療到底地區醫院做的，可以不要用語言治療師來做，還是我的什麼東西可以用的比較少一點，所以你給的錢比較少？是不是也能夠說明一下，如果說都一樣，都要語言治療師，場地也都要一樣，什麼都一樣，那你不是趁這個時候如果真的要調整，應該把它調成一樣呀。

主席

好，黃委員。

黃代表雪玲

主席，剛有委員提到說那個設施都一樣，其實我們有看到醫療機構設置標準去年就已經修正，針對醫學中心，不管是物理治療還是職能治療都有不同的規定，醫學中心的要求是比其他兩個層級的規定還更高級，如果點數要修成一樣，理論上應該要大家都符合醫學中心的標準才能夠給付相同點數。設置標準中語言治療應該要具備有隔音的效果，還要有成人語言的治療室、兒童的治療室，空間至少要 26 平方公尺以上。那在其他的層級並沒有這樣子的規定，所以我覺得如果給付要一樣，是不是請大家先達成一樣的標準，這樣才能夠做。那另外我還要補充的就是其實在物理治療跟職能治療，這兩部分的複雜治療，其實已經都是 600 點，在語言治療其實是明顯偏低，可是這次的調整並沒

有幫它調成 600 點，反而是更低的，那其實在對語言治療來講，語言治療它其實自己要有獨立的空間，不像做物理治療或職能治療他是一個大空間，很多人都可以在這裡做，所以對醫院來講設備已經相對投入比較多，而且它是 one-by-one，一個語言治療師一定是一次一對一，你不可能一對多在做治療，所以給付上明顯偏低的，再來就是要問一下請教一下你們在試算那個財務影響，這裡預估說中度，就是 8-2 頁這個地方，你們預估說中度只會有 0.5% 的轉到中度-複雜，那這個預估是學會自己預估的，還是其實健保署自己可以試算？我就我們醫院自己因為中度治療過去作二到三項，我們這次把它調成中度是兩項，中度-複雜是三項，那其實過去是二到三項，你可以去撈我們申報的 Data 自己去試算，我覺得這 0.5% 應該是偏低的估算，我們自己醫院試算，其實，中度做三項以上其實都有 29% 以上，那複雜大於四項的，我們自己有 82%，不像你們這裡寫的只有 53% 維持，所以我覺得這個預算總體應該是有低估的，再則你們計算上也有錯誤，就是在 8-3 頁的地方，過去的複雜治療變成四項你們估計 53% 會維持申報複雜，可是用上面那段 44007A 跟 44008B 你們預估的申報量過去一年是 574.9 和 335.8 嘛，你預估 53% 會轉成會留在複雜這個治療程度，可是你把它乘以 0.53 根本不會等於 519.1，應等於 $(574.9 + 335.8) * 53\% = 482.7$ ，所以這裡 519.1 其實是高估，所以總體你預算又低估一次，你再去計算一下，其實這裡應該沒有到 519 這麼多人次，其實是只有 482 的人次，你們在計算上應該是有錯誤。那這個部份其實健保署應該可以用自己的申報量去做試算，否則這個就像剛才講的預算已經不知道從哪裡來，要拿我們自己的點值來倒貼，那預算又是一個低估，那我們可能要賠更多。

主席

請林委員。

林代表淑霞

這邊代表區域醫院發言。那麼首先大概前面幾位代表講過就不多加贅述，我們基本上也反對用非協商因素來做一個支應，最近我們發現好像健保署已經養成一個習慣，老是將支付標準調整財務之增加，均拿非協商因素來支應，也聽了好幾次，這是第一點反應。第二點就是我看一下針對本案整個支付標準通則並沒有特別訂定語言治療是不是一定要語言治療師？其實語言治療師之訓練與證照取得是沒有這麼簡單，所以不知健保署是否統計目前台灣總共有多少語言治療師，請健保署可以做一個瞭解。第三點是在今天資料 8-1 頁(二)調整『複雜』治療支付點數的數據說明，我算了一下，醫學中心跟區域醫院 480 點調升 563，調升幅度是 17.3%，那麼地區醫院調升的幅度是 60.9%，復健科診所調升幅度高達 79.2%，請問健保署這個邏輯怎麼計算的，也請一併做說明，以上。

主席

羅委員發言完以後我們再請曾委員。各委員的發言重點，我把它統整說明如下，如果有其他意見的，因為這個還要部份回應以後我們才能夠繼續往下討論。第一個就是，哪幾科可以開語言治療，就是謝委員剛剛提到的，語言治療是只有復健科可以去開這個處方嗎？第二個是錢從哪裡來，是非協商因素還是哪裡？這個等一下也要請醫管組這邊做說明；第三個語言治療師現在有多少人，因為我們今天有特別請台灣語言學會代表列席，等一下針對他們想要表達的我也請他們做說明；第四個就是財務評估的邏輯從哪裡來，另外剛剛黃委員有提到我們是不是低估了，等一下請醫管組一併說明。好，我們現在先請羅委員。

羅代表永達

好，主席各位先進，這個其實剛還有一個東西主席在做 summary 的時候沒有提到，就是我們其實利用這個機會提出語言治療給付單價的公

平性，一個就是說其實剛很多的先進所提到的部分，我要再一次的強調，其實現在目前在很多的大型醫院裡面，真的像剛才蔣委員所提到的，有很多都等兩三個月，每一次要帶一個孩子到醫學中心去，是要很長的時間在那邊等待的，所以這個本來就是希望它能夠社區化，這次因為 PAC 的關係，再加上其他一些相關的因素，各社區醫院裡面，現在開始願意去做這樣的投資，我們這個時候才發現一件事情，就是竟然在複雜治療裡面，署裡面認同應該同工同酬的，可是相對的在簡單和中度裡面，它還是有一個很大的差距，社區醫院裡面有兩樣東西是永遠跟不上的，就是數量。什麼叫數量，就是說同樣的我請醫療醫師在那裡開十台刀，在我們這裡可能開兩台刀，大醫院平均成本顯然會降低，我們社區醫院是顯然比較高，這是永遠沒有辦法比的一個事實。第二個叫社會成本，社區醫院裡面承擔很多的社會成本，為什麼他們一定要到台北去，為什麼在地區醫院裡面他不能做，因為其實地區醫院裡面已經在幫社會階層承擔社會成本，這個東西是兩個基本的一個概念，那如果用這樣的方式，如果說假設你在那個簡單跟中度復健裡面，在所有其他復健的項目裡面都是同工同酬，根據語言治療師法規定，這些所有東西都是語言治療師才能做的，那如果以這樣一個標準來講的時候，要請一個語言治療師本身的費用現在就已經水漲船高，如果說你在簡單跟中度裡面你還是給它很大的費用差別的話，說實在話這對很多人是很不公平的。所以我們才會認為說，說實在我們也不夠用功，現在才發現說竟然還存在這樣的差別，所以我們希望利用這個機會把它調為同工同酬，至於剛剛很多的先進談到說，設置標準裡面其實他有很多嚴格的規定，他本來就是一對一呀，那在設置規定裡面還有 20 坪，在醫學中心要 26 坪，但是在一般地區、區域醫院裡面要 20 坪，20 坪裡面還不包括等待區喔，其實語言治療本來成本就很高，做語言治療本來就虧錢，可是不能讓社區醫院裡面去承擔，讓他們虧更多的錢，否則將來社區醫院就不設嘛，不設那麼大家都去醫學中心，就像現在的現象就是等三個月嘛，所以我們現在這次也希望

說利用這樣的一個機會，至少大家共體同甘苦嘛，大家給付都不足的情況下，至少我們應該要同工同酬啦。這是我們很堅持的一個建議，以上。

曾代表中龍

主席、在座各位先進大家好，其實剛剛主席講說接下來要請聽力語言學會表達意見就是我本來想要講的，那我想首先要表達的就是說，其實剛剛我們聽到我們醫界先進所說，把醫院還有西醫基層他們經營的甘苦提出來，那不管總額或是點值很低怎麼樣的賠錢，我個人是覺得這個問題應該是在健保會或者是在各支委會去討論，尤其是技術性的問題，那我們在這裡討論的應該是說這個項目我們到底要不要給，而且要給多少錢，當我一進來，因為有事有會議而遲到了，但我有聽到蔣醫師蔣代表講的，事實上這個東西是很好的，所以如果應該給的時候，那到底錢從何而來，或者是要給復健科或開放六大科等技術問題，我覺得不應該是在這裡討論啦，那整個專業的問題我想待會正好聽力語言學會可以幫忙，只是我想我們應該先去想一想，這個項目是不是應該的，如果他真的是對的，我們又在我們的經費上是足以支應的話，那至於怎麼支應才會比較公平，才會用解決技術性的問題，我覺得那是另外要去討論的，而不是在這裡討論。所以如果可以給，為什麼不？如果是真的對民眾有益的，我想民眾也不會去管說這個技術層面的問題，那是應該你們去解決的，可能是應該署來解決還是說怎麼樣，那其他問題，應該要怎麼去處理這個技術性的問題，應該是另外討論，在這裡重點是要不要給這個項目及要給多少點，以上。

主席

好，接下來我們就請聽力語言學會代表跟我們所有的委員做個說明，請！

張理事長綺芬

主席各位代表大家好，我是聽力語言學會理事長，我是張綺芬，那在這邊謝謝各位，今天提出我們語言治療的點數提升的部分，那首先回應是語言治療師目前的申報是由復健科及耳鼻喉科的醫師為主要申報的科別，目前沒有其它的科別，那再來我們台灣目前領有語言治療師執照的語言治療師，目前執業者有 679 位，這包括從醫學中心到區域醫院、地區醫院到基層診所等等，那我們語言治療師的工作是一對一的語言治療，剛剛委員們也提到說，我們的空間是一個獨立的空間，因為在做語言的治療或是吞嚥的治療的時候，是要這個環境是安靜的，而且還要要求我們在我們設置標準裡面是一個有隔音的環境。復健治療項目裡面，除了有物理治療、職能治療，有我們語言治療，我們希望健保署能夠給我們一致、公平的給付，所以我們當初提出去的點值，我們希望複雜治療點數，是在醫學中心是 600 點，再來一個就是說，去年 102 年 12 月 26 號健保署的會議裡面，有討論到說我們目前復健的給付是四級制，那希望是否能夠改成一級制或二級制，但是在會議上面並沒有達到共識，所以目前這個二級制還沒有共識，也還沒有執行，那今天健保署幫我們的規劃是把它改成二級制，讓我們在醫學中心的語言治療的點數，反而是必須要跟其他層級的醫院一樣，一個共同的點數，然後基層一個點數，我想既然還沒有正式公告執行的一個制度，不應預先執行，以上報告，謝謝。

主席

好，謝謝。

蘇理事長心怡

主席不好意思，這邊台灣聽力語言學會再稍微補充一下，因為其實這個語言治療師，從健保開始有支付以來，長期都是給我們比較低的點數的原因，是因為我們早期還沒有這個證照的制度，那從 97 年語言

治療師法通過以後，其實大家都已經陸陸續續拿到這個執照了，以前就是告訴我們說沒有證照的原因，給我們比較低的點數，那現在已經有了一個證照制度以後，應該要還給我們一個公道，應該給我們一個肯定，那事實上我們負責的工作就是在所有不管是吞嚥的部份，還有說話的部分、溝通的部分、語言的部分，其實這對人來講都是非常非常重要的事情，其實我們的這個語言治療師，不單是在醫學中心的這個層級，不管在區域醫院、地區醫院、還有基層的診所，其實都有這有分佈，其實我們基本上會希望說語言治療師對於所有病人照護上面，能夠做到比較全面性的服務，不管在各個層級，我們也希望是有一個合理的報酬，所以基本上我們當然還是贊成各個層級的語言治療師都能夠得到一個合理的報酬，不應該就只是分成兩級的狀況，以上，謝謝。

主席

你先發言完，因為有健保會委員在場，請簡單說明。

陳理事美慧

我是台灣聽力語言學會理事美惠，第一次發言，我之前在這裡已是十年前，其實現在再過來這裡已經有一點五味雜陳，在十年前我們就一直參與這樣的一個爭取，那十幾年來，我們在學會不斷更換理事長的情況之下，仍然不斷努力，雖然點值沒有辦法跟物理跟職能一樣，但是我們所有的語言治療師同樣都在服務我們全民，那其實我們所治療的範疇從0歲到99歲，我甚至服務過一百多歲的長輩們，這都是以後我們面臨都會遇到的狀況，尤其是現在醫學非常的發達，然後大家在醫生的精進之下，其實很多的病患，他其實最後面臨到的就是溝通跟吞嚥的問題，那我們都在專業上這樣努力，希望各位委員能夠在我們的專業的提升之下，能夠給我們一定的回應這樣，以上報告，那我們在醫學中心再補充一點，不好意思，就是在醫學中心跟在基層有甚麼不同，像我今天戴這個頸圈，其實是有不得已的，因為我本身是在

醫學中心，那醫學中心雖然剛剛提到的設置標準，譬如說多少坪，但是我們在醫學中心所要做的東西實在是比地區醫院多很多，譬如說我們聯評中心也在醫學中心，然後我們要做很多行政的業務，我們除了執行專業之外，其實還有很多時間必須要去培訓新的治療師，很多重點及責任都在醫學中心，所以我希望就是說，各位委員在考慮到點數給予的時候、提升的時候，不管是硬體設施或其他，也要考慮到我們所有專業在每一個層級上有所不同。

主席

好，謝謝，接下來我們請葉代表。

葉代表宗義

主席，抱歉，我到健保會五、六年，還第一次聽到有這個語言治療，我還不曉得語言治療到底是甚麼，它到底跟諮商心理師跟臨床心理師有沒有一樣，這個我想請教一下，這是甚麼？

主席

這樣子，這個問題是語言治療師要答還是羅院長要答。

張理事長綺芬

我想剛剛我們的理事有提到說，我們的語言治療，其實我們從出生就可以服務到終老，那語言治療基本上有三大領域，我們第一個就是語言，你會不會講話？你講話講得好不好，你聽得懂別人講話嗎？那你發音清不清楚，我們可以舉一些例子，就是說，我們檯面上每次到了競選的時候，會有很多的政治人物他的聲音可能會沙啞，那這是嗓音的問題，他聲音音質好不好，那這個也都是我們服務過的對象，這是講話的部分，然後再來就是吃東西的部分，那吃東西的部分的話，包括像說你有頭頸癌腫瘤，你有腦傷之後，你吃東西會噎到，你會肺炎，你東西吃一吃可能會跑到肺部去，那這也是我們要訓練病人用一

個正確的方式，用一個安全的方式，或是訓練它吞嚥的機轉可以改善，所以我們語言治療，一個在語言，一個在吞嚥的部分，還有包括像耳鼻喉科的病人，那有很多人可能就是，像老師們，老師每天要上課講話，聲音會沙啞，那我們要教他一個正確講話的方式，還有喉癌的病人，他可能喉部腫瘤之後聲帶移除了，那我們要訓練他們無喉的講話方式，其實我們很多的病人，我們大部分服務的是像腦傷、中風的病人，所以剛剛有委員提到說 PAC 這一塊，那中風之後他們會有吞嚥、語言的問題，那語言可能很大宗的就是失語症，那我們要訓練他們，讓他們能夠達到一個比較好的溝通，因為對於一個人來講，他不能吃，他不能說話，他不能把情緒表達出來，是非常痛苦的一件事情，那我們再看小朋友的部分，那我們現在醫療非常的精進，所以很多的孩子，也許他出生的過程有一些問題，或是在一歲之內，他可能有一些意外，包括說可能腦部有受傷，或者是有被虐待，或者是之前有一家醫院打錯針，那造成孩子出現像腦性麻痺等這些問題，腦部有受傷，那這些孩子，他們就很明顯地整體發展有遲緩，那遲緩裡面包括除了動作的問題就是講話的問題、吃東西的問題，小 baby 他可能吃東西就有問題，那我們就要去訓練他，要教父母怎麼教這個孩子，能夠有比較好比較正常的進食，那最近有個新聞，我們很清楚，一個八歲孩子他體重只有八公斤，這個新聞我相信大家都有聽到，其實在我工作的領域裡面的時候也會碰到，一個腦性麻痺的孩子，他吃東西很痛苦會噎到，他怎麼吃都吃不胖，我們怎麼樣去告訴家長，你用一個好的方式，增加他口腔活動的能力、增加他吞嚥的能力，這個可以幫助這些孩子有更好的成長這樣子，基本上我們的領域大概會包括這些部份，那簡單的講，就是講話，講的好，講到可以達到溝通的效果，然後講的聲音好聽，講的發音清楚，再來還有一個就是吃，可以吃得安全，然後可以跟別人溝通，那像我們越來越多高齡的人口，像說比較退化、失智的病人，我們要如何訓練、教會我們的主要照顧者，他的家人，病人的家人怎麼樣去跟我們的個案作很好的溝通，那我們可能要訓練他的家

人或是訓練病人，或是訓練這些口語表達有困難的孩子們，我們用溝通輔具，那這個部份也是我們在著力的部分，所謂溝通輔具就是說，也許他用一個溝通板或是很先進的 IPAD 可以跟別人，讓機器去協助他跟別人溝通，以上報告。

葉代表宗義

這個跟臨床心理師的差別在什麼地方？

蘇理事長心怡

臨床心理師是做有關精神病患的一些精神評估，還有心理的評估，還有治療的部分。

主席

好，現在這個案子顯然意見很分歧，另外醫管組還沒有回應，如果用非協商的錢來支應，顯然各層級醫院不太同意，基層也不同意，那我先請醫管組說明到底可不可以從其他款項支應，因為有錢了才能談支付點數到底對不對，要分四個層級還是兩個層級，又是另外一個問題，如果連錢都卡在那裏了，顯然這個案子就只能保留，再繼續去討論，以後有初步的結果，再提到共同擬定會議。請醫管組。

林組長阿明

我想大家對這個案子的意見也是滿多的，且因為這個部分涉及點數怎麼調、相關執行人員、還有預算要從哪邊來等問題，我建議這個案子是不是另案於會後大家開個會，取得共識以後大家再來討論，好不好？

陳代表雪芬

我是先講一下說，像這案子要提出來，我認為在醫管本身應該有一個盤算，就是說我們到底還剩多少錢？我認為那個錢，你們真的有算的那麼精，說都用完了嗎？因為讓語言學會來這邊，其實對他們來講，

不管大家的經驗是十年前或是一年前或是現在，其實也是很累。拜託我下次不要聽到有人不食人間煙火說這是技術問題，沒有錢叫甚麼技術問題，就是很嚴重的問題，所以我認為說不管在今年有沒有錢可以支應這一部分，或是放到明年，我認為大家應該有一個責任心，今年就算沒有，明年應該在總額協商裡面應該要幫他們盤算一下，只是我先問醫管，是不是還有一些錢做這些事情，以上。

林組長阿明

在 103 年總額協商裡面，新增診療項目在醫院部分是有 12.3 億，當時最主要是要用在新增特材項目，我想這個是新增的預算裡面，在西醫基層這個部分，原來配合 102 年五大科急重難症去調整，當時預算是編 1 億，目前大概是用了 5 千多萬，我想這個部分也是可以大家再來研究看看，有沒有可能，從這兩部分去做支應，那如果不可能，可能就要從 104 年總額協商去談，也就是在健保會再去做協商，有沒有額外的預算。

主席

請，羅代表。

羅代表永達

主席，剛剛有很多先進發言，我想都是要留下會議記錄的，我很難得看到一個學會，竟然敢談層級的問題，你是代表學會還是代表層級，竟然學會能夠說我贊成醫學中心的錢比較多，你不應該有這樣的立場，而且在這種場合，這是我提到的第一件事情。第二件事情裡面，這是邏輯的問題，因為這是要留下記錄的，怎麼會是複雜的東西三個層級一樣，簡單跟中度的，反而會有差別，這是不對的，因為簡單的跟中度的，應該是要到地區醫院或是到比較社區的醫院去做，所以它的費用應該是要一樣，你在醫學中心作中度跟輕度跟地區有什麼不一樣，你告訴我因為你們很厲害，你們的複雜度很高，所以你複雜度要跟我

們做區別，這反而比較有點道理，輕度跟中度反而是有一個差別，我們這是沒有邏輯的一個思考。第三件事情，他剛剛有提到說，他因為在那邊要作教育訓練，因為他們要做很多行政工作，好像從來不知道地區醫院長甚麼樣子，我們就不用做了嗎？這個錢應該要由健保會來出嗎？所以我覺得，在學會裡面表達一個立場的時候要有一個共識，就像理事長講說我們的學會的共識就是這樣子，而不應該在這個場合裡面由一個人的代表來提出我代表哪個層級，我覺得這樣子會汙衊掉他那個學會裡面的立場。我想因為有會議記錄，我必須要做這樣一個說明，以上。

李代表紹誠

我本身是復健科的醫學會的副理事長，也是健保會的主委，那這個問題其實談了很多年，包括去年到監察院黃委員那邊談這個事情呢，因為署裡面也當著所有與會的人承諾說在 103 年的總額裡面，要幫忙來調整語言治療給付的部分，所以當年，就去年年尾，談總額的時候，我們認為署裡會編這個預算，結果署裡面沒有，所以才會今天造成大家對於費用到底從哪裡支應會有一些疑慮，那現在你總額都已經談定了之後，要去談任何的變更，大家都會有一些疑問，所以在這個時間點上面，確實也是一個很尷尬的問題，但是語言治療多年來它所給付的點數，是相對相對的偏低很多，就像我診所裡面請的語言治療師，我是高薪請語言治療師，但是我完全不敢去任何對他的福利有任何的減少，因為說實在的，現在的院所請語言治療師，基本上，講難聽都是賠錢，因為它的點數非常低而且是一對一，做一個複雜的 CASE，光搞那個孩子，像一個自閉症的孩子，你光要他坐下來到可以帶他，你要花多少的精力在上面，然後這個語言治療師一天八個小時不停的在那邊說話，所以語言治療師相對是非常辛苦的一群，但是現在語言治療師並不是沒有落實到社區裡面，是因為語言治療師的人數分佈，他們人數確實是少，然後又有一些語言治療師分佈在特教機構裡面，所

以相對在院所提供語言治療服務的治療師數相對少，現在要排多久，那個都是因為語言治療師的人數太少，像我診所裡面排一年的也有，他就是排不上，那怎麼辦，並不是我不在基層，我還是在鄉間，那這個東西倒不是因為社區沒有供應，而是語言治療師的人數太少的緣故，所以現在署裡面提的這一個事情相信是一個好事，但是前提大家都在乎的是財源從哪裡來？第二個就是，我還是跟他們提說，我覺得署裡面是一個善意的忘記，就是在整個這次的會議資料裡面，治療通則到底哪些人可以做並沒有擺進去，那現在語言治療大概就是復健科的醫師及耳鼻喉科醫師在做，那這裡面通則沒有擺進去，那再來就是說你整個支付點數裡面，因為現在只有簡單、中度、複雜，因為它沒有中度複雜，所以我們都報複雜，那其實當你有四個治療程度出來的時候，我們自動會從複雜跑到中度複雜來，我們也不會去敢報複雜，我們在基層我們複雜的百分比是非常低的，所以你現在弄出來後，變成覺得好像原來從 335 調到 430 事實上我是從 430 點跑到 288 點來了，我們治療給付點數比原來更低了，所以組長提到就是說，是不是這一部分因為大家還沒有共識，是不是可以再協商，但是我覺得就是一定要今年，真的真的沒有辦法擠出錢，拜託 104 年一定要編這個預算，以上。

主席

剛剛是雪芬你有舉手，請。

陳代表雪芬

我想剛剛對一個沒有經驗的語言治療協會，他今天這麼斗膽的對健保局提兩層級的這個概念，他有他的看法我覺得我們應該要尊重，因為它沒有我們這麼厲害，那再來我想，就原來為什麼只剩某些支付標準有分層級，這個 STORY 都非常長，可是我想我們就不用自己在那邊自相殘殺再殺一次，因為今天這個案子本身我想剛剛理事長有特別提，我們其實在意的是說一個這樣的分法，其實把原來的可能給付比較高的或是原來比較低的全部拉成一個中平，乍看非常公平，其實也非常

不公平，我今天這個案子，我們 103 年有沒有錢，那都是其次，語言治療協會其實對今天提出的案子，他們是非常惶恐的，因為應該怎麼講，我想我認為應該多一點時間，讓他跟健保局多討論，然後等下一次再比較成熟的時候再提出來，因為他這邊有牽涉到基層的 PAC 的問題，那個問題搞不好對他們語言治療協會也是一個契機，希望說在這個契機之下它能夠正式被浮上檯面來，正式被調整到比較合理，我想我基本上對於這個案子的看法是這樣，以上。

謝代表武吉

剛才李委員所談的，那我簡單回應給你聽一下，在去年總額協商的時候，不知道怎麼樣，健保署一句話都沒有講，以前還會幫我們說話，去年都沒替我們說話，以前對於醫管組，我是苛責的要命，那今天我對醫管組還有我們的副署長我不會去苛責他任何一句話，這是因為我感覺上，他們改變得太多了，有所進步。今天我聽了好像是語言治療全聯會，其實這是一個醫學中心的全聯會，不是屬於全國性的全聯會，你們乾脆改成中華民國醫學中心語言治療師全國聯合會，這樣比較簡單一點，我今天在聽的好像是在聽受訓、在受教而已，我們沒有聽到你們真的要爭取的東西是甚麼，我要請問你一下，我都說台灣話，我臺灣國語人，你們語言治療師要怎麼教我們台灣國語人，說國語說得很標準的，你有本事教我們嗎，我臺灣國語人，因為我從小就是一次次罰錢罰出來的，所以我臺灣國語人，但是當時後是一定要說國語，我就故意不要，我就要說台語，然後還被罰掃地，我臺灣國語人你要怎麼教我說，說的好聽，講得清楚，我也說的不清楚，說的也不一定很好聽，聽了別人也會生氣，所以在這邊，受中華民國醫學中心語言治療師公會全國聯合會的教誨很大，我心裡上有很大的戚戚焉。第三點，因為我參加這個會參加很久了，你們大家看就知道我是老面孔，再來第三點，你說錢的問題，醫院和基層點值都有到 1 的時候再來說這些，不然別再說了，主席剛才的決議是非常好的。

主席

顯然大家對於從非協商因素支應是反對的，請醫管組回去再想辦法看還有沒有其他款項可以用，找到了財源，跟評估財務衝擊後算清楚。

第二個，再召開會議找三個層級跟相關的學會來討論，到底是要四級制、兩級制、三級制討論清楚，有共識了我們再提到共同擬定會議來討論，好，那我們第八案，就先做成這樣的決議。