

104 年第 2 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準
共同擬訂會議」會議紀錄

時間：104 年 06 月 11 日(星期四)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李筱婷

干代表文男	干文男	陳代表彥廷	陳彥廷
朱代表益宏	王秀貞(代)	陳代表福展	翁瑞文(代)
何代表語	何語	黃代表啟嘉	(請假)
吳代表美環	吳美環	黃代表雪玲	黃雪玲
吳代表進興	呂振富(代)	黃代表棟國	黃棟國
李代表飛鵬	李飛鵬	黃代表鶴珠	(請假)
李代表紹誠	李紹誠	楊代表秀儀	(請假)
林代表淑霞	林淑霞	楊代表政峯	楊政峯
林代表富滿	林富滿	葉代表宗義	葉宗義
林代表敬修	林敬修	潘代表延健	潘延健
林代表綉珠	林綉珠	滕代表西華	滕西華
姚代表鈺	廖秋燭(代)	盧代表榮福	(請假)
徐代表弘正	徐弘正	賴代表振榕	賴振榕
張代表金石	張金石	謝代表文輝	謝文輝
張代表冠宇	陳信水(代)	謝代表武吉	(請假)
張代表嘉訓	張嘉訓	顏代表良達	(請假)
梁代表淑政	梁淑政	羅代表永達	羅永達
陳代表志忠	陳志忠	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
陳代表宗獻	陳宗獻		

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	張友珊、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	許家禎
中華民國物理治療師公會全國聯合會	朱世瑋
中華民國醫師公會全國聯合會	蔡明忠、吳春樺
中華民國藥師公會全國聯合會	陳瑩珊
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	吳心華、林佩荻、王禎強
醫藥品查驗中心	許雅蓉、朱素貞、陳嘉玲
衛生福利部社會及家庭署	蔣建基
衛生福利部國民健康署	林莉玲
台灣病歷資訊管理學會	賴淑芬
台灣復健醫學會	鄧復旦、劉燦宏、盧璐、 周偉倪、潘信良
台灣聽力語言學會	張綺芬、王雅慧、蘇心怡
台灣婦產科醫學會	謝卿宏
社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	賴明龍
本署臺北業務組	林勢傑
本署北區業務組	陳孟函
本署企劃組	董玉芸

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

黃瓊萱

龐一鳴、李純馥、陳真慧、
林淑範、王玲玲、陳依婕、
涂奇君、吳明純、張巧如、
林佑縉、李筱婷、彭麗玲、
丁香豔

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)本署參考委託辦理結果及反應意見，修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第七部全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）（以下稱 Tw-DRGs）ICD-10-CM/PCS 草案，擬陳報衛生福利部核定發布。

決定：

1. 本案洽悉，部分草案內容參考與會委員修正建議並徵詢專業意見後，授權本署逕行修正草案內容，並依行政程序陳報衛生福利部核定公布。
2. 本案公告後，本署仍持續接受各界修正建議，至105年1月1日實施之ICD-10-CM/PCS，將採修正後版本。本署修正支付通則(草案)詳附件1(P.7~P.22)，有關分類表及各項附表之草案內容因資料龐大，詳細內容請至本署網站查閱。

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=1087&WD_ID=1087&webdata_id=4711

四、討論事項

(一) 為利我國正常體系發展及維護各層級醫療從業人員公平對待，建請檢討現行健保支付標準表並予調整案。

決議：

1. 本案修訂之意見，與會代表發言多數不同意，少數同意，故尚未取得共識，爰暫緩通過。由本署再邀集復健醫學會、各層級協會、台灣醫院協會及醫師公會全國聯合會召開會議討論再凝聚共識，必要時再提會討論。
2. 為達復健治療在地化之精神，本署將加速 PAC(急性後期照護)之推動。

(二) 增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準語言治療相關診療項目適應症及限制治療項目等規範案。

決議：

1. 同意調整語言治療時間規範、複雜治療增訂適應症以及中度複雜與複雜治療增訂限定治療項目規範，相關修訂如下：

(1) 調整治療時間規範：

- ① 「中度」治療由「超過 30 分鐘至 40 分鐘以內」調整為「超過 30 分鐘至 50 分鐘以內」。
- ② 「中度-複雜」治療由「超過 40 分鐘至 50 分鐘以內」調整為「超過 30 分鐘」，並加註「若治療對象為十二歲以下則無治療時間須 30 分鐘以上之時間限制」。
- ③ 「複雜」治療由「超過 50 分鐘以上」調整為「超過 30 分鐘」，並加註「若治療對象為十

二歲以下則無治療時間須 30 分鐘以上之時間限制」。

(2) 「複雜」治療增訂適應症：

① ICD-9CM 診斷符合 140-208(惡性腫瘤)、430-438(腦血管疾病)、478.3(聲帶或喉部之麻痺)、784.4(發音障礙)、800-804(顱骨骨折)、850-854(顱內損傷，併有顱骨骨折者除外)，且限因上述診斷住院期間及出院後十二個月內。

② ICD-9CM 符合 299.0(嬰幼兒自閉症)、343(嬰兒性腦性麻痺)、389(失聽)、315(特定發展遲滯)且治療對象需為十二歲以下。

(3) 「中度-複雜」及「複雜」治療增訂限定治療項目規範：需包含下列 2 項(含)以上之治療項目：ST1(聽能瞭解訓練)、ST2(口語訓練)、ST3(輔導溝通法)、ST7(高階層認知訓練)、ST9(口腔動作訓練)、ST13(視聽迴饋法)、ST14(語言分析)

2. 惟有關耳鼻喉科醫學會建議中度、複雜治療比照復健科醫師申報乙節，因尚有爭議，爰暫不同意調整。

3. 修訂後支付標準詳如附件 2(詳見 P. 23~P. 24)。

(三) 研訂全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案計畫(草案)。

決議：

1. 同意新增全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案計畫。

2. 惟會上有專家針對計畫收案規範、品質及執行成效仍有所疑慮，本署將於計畫執行半年後召集相關單位共同檢討修正內容。
3. 新增試辦計畫如附件 3(詳見 P. 25~P. 45)

(四) 有關台灣婦產科醫學會建請刪除全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)編號 27053C「CA-125 腫瘤標記」，並建議編號 12077B「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」開放適用表別案。

決議：

1. 同意編號 12077B「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」開放適用表別為 12077C，並依程序陳報衛生福利部公告實施，修訂後支付標準詳如附件 4(詳見 P. 46)。
2. 編號 27053C「CA-125 腫瘤標記」，臨床上尚有醫療院所執行及申報，爰不予刪除。

五、臨時動議

六、散會：下午 5 時 40 分

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

第一章 Tw-DRGs 支付通則

一、名詞定義

(一)相對權重(Relative Weight, 以下簡稱 RW)：

1. 計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。
2. 計算資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
3. 計算公式：「某 Tw-DRG 平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

(二)標準給付額 (Standardized Payment Rate, 以下簡稱 SPR)：

1. 計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(三)超過上限臨界點之醫療服務點數、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。
2. 計算公式：「全國合計點數/全國總權重」並經調整之給付值。
3. SPR 係按「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨界點之支付點數占總 Tw-DRG 支付點數之 5.1% 原則」計算之「標準給付額」。

(三)病例組合指標(Case Mix Index, 以下簡稱 CMI)：

CMI 值計算公式： $\Sigma(\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}) / \text{DRG 總案件數}$ 。

(四)主要疾病類別 (Major Diagnostic Category, 以下簡稱 MDC)：Tw-DRG 之主要疾病類別為 PRE MDC、MDC1 至 MDC24，其內容及 Tw-DRG 分類條件如「全民健康保險住院診斷關聯群分類手冊(以下稱 TW-DRG 分類手冊)」。

(五)醫療服務點數上限臨界點：各 Tw-DRG 之上限臨界點，係以「實施前後總點數中平」及「全國超過上限臨界點部分之總支付點數占率為 5.1%」原則計算之各 Tw-DRG 之相同百分位值。

(六)醫療服務點數下限臨界點：各 Tw-DRG 之下限臨界點，以該 Tw-DRG 醫療服務點數之 2.5 百分位值訂定。

(七)醫療服務點數：醫事服務機構依據本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準，申報其所提供醫療服務之點數。

(八)幾何平均住院日：依相對權重計算範圍之資料，計算各 DRG 之幾何平均住院日，病患所需之住院日數應由臨床醫師專業判斷，若病患病情尚未穩定或治癒，各特約醫院不得以此要求病患出院；若經醫師認定應出院者，病患亦不得以此要求繼續住院。

二、各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準

所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或除病患同意使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。

三、下列案件不適用本部支付標準：

(一)主診斷為癌症 ICD-9CM：140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、V58.0、V58.1、V67.1、V67.2；ICD-10-CM：C00.0-C96.9、Z51.2(排除 C944 及 C946)、Z51.0、Z51.11、Z08。
主診斷為性態未明腫瘤 ICD-9-CM：235.XX、236.XX、237.XX、238.XX；
ICD-10-CM：D37-D48、J84.81、C94.4、C94.6 案件。

(二)主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院 ICD-9-CM：996.8X、V42.XX；
ICD-10-CM：D89.810-D89.813、T86.00-T86.09、T86.10-T86.19、T86.20-T86.29、T86.30-T86.39、T86.40-T86.49、T86.5、T86.810-T86.819、T86.850-T86.859、T86.90-T86.99、Z94.0、Z94.1、Z94.2、Z94.3、Z94.4、Z94.6、Z94.81、Z94.82、Z94.83、Z94.84、Z94.89、Z94.9 案件。

(三)MDC19、MDC20 之精神科案件。

(四)主或次診斷為愛滋病 ICD-9-CM：ICD-9-CM：042；ICD-10-CM：B20、凝血因子異常 ICD-9-CM：286.0-286.3、286.7；ICD-10-CM：D66、D67、D68.1、D68.2、D68.4
衛生福利部公告之罕見疾病案件。

(五)試辦計畫案件。

(六)住院日超過 30 日之案件。

(七)使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)，處置碼 ICD-9-CM 39.65；
ICD-10-PCS：5A15223 之案件。

(八)住院安寧療護案件。

(九)其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。

(十)使用主動脈內氣球幫浦(IABP)處置碼 ICD-9-CM：37.61；ICD-10-PCS：5A02110、5A02210 個案。

(十一) 生產有合併植入性胎盤 ICD-9-CM：656.7X、666.0X、666.2X、667.1X；
ICD-10-CM：O43.211-O43.239、O72.0、O72.2、O43.211-O43.239、O73.0、O73.1、
產後大出血 ICD-9-CM：666.1X；ICD-10-CM：O72.1 或產後血液凝固缺損
ICD-9-CM：666.3X；ICD-10-CM：O72.3 之案件。

(十二)複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案，處置碼如下：

1. 處置碼為 ICD-9-CM：684+7077 +7050。

處置碼為 ICD-10-PCS：0UT90ZZ、0UT94ZZ、0UTC0ZZ、0UTC4ZZ +0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ +0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、

0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ。

2. 處置碼為 ICD-9-CM：6859+7077 +7050。

處置碼為 ICD-10-PCS：0UT97ZZ、0UT98ZZ、0UTC7ZZ、0UTC8ZZ+0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ +0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ。

3. 處置碼為 ICD-9-CM：7050+6922+7092。

處置碼為 ICD-10-PCS：0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ +0US90ZZ、0US94ZZ+0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ。

4. 處置碼為 ICD-9-CM：7079 +6922+7092。

處置碼為 ICD-10-PCS：0U7G0DZ、0U7G0ZZ、0U7G3DZ、0U7G3ZZ、0U7G4DZ、0U7G4ZZ、0UMG0ZZ、0UMG4ZZ、0UNG0ZZ、0UNG3ZZ、0UNG4ZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0WQN0ZZ、0WQN3ZZ、0WQN4ZZ、0WQNXZZ +0US90ZZ、0US94ZZ +0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ。

5. 上列 4 組加有或無合併處置碼 ICD-9-CM：5979、595；ICD-10-PCS：0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ，共計八組。

四、參與各項醫療給付改善方案、試辦計畫，依其所訂支付標準申報，不適用本部各章節支付標準。

五、符合本標準第六部「論病例計酬」所訂條件之案件，應依本章通則所訂時程及支付標準優先適用。

六、各案件依全民健康保險住院診斷關聯群分類表認定 Tw-DRG 後，依下列原則計算 Tw-DRG 支付點數：

(一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。

(二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：

1. Tw-DRG 支付定額 = $RW \times SPR \times (1 + \text{基本診療加成率} + \text{兒童加成率} + \text{CMI 加成率} + \text{山地離島地區醫院加成率})$ 。
2. 基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與保險人簽定合約之特約類別：
 - (1) 醫學中心，加成率 7.1%。
 - (2) 區域醫院，加成率 6.1%。
 - (3) 地區醫院，加成率 5.0%。
3. 兒童加成率：
 - (1) MDC15：「年齡小於 6 個月者」為 23%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 9%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 10%。
 - (2) 非 MDC15。
 - a. 內科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 91%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 23%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 15%。
 - b. 外科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 66%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 21%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 10%。
 - (3) 內外科系認定表詳見「TW-DRG 分類手冊」。
4. 病例組合指標 Case Mix Index(CMI) 加成率：各醫院依據保險人公布之 CMI 值及下列成數加成。
 - (1) CMI 值大於 1.1，小於等於 1.2 者，加成 1%。
 - (2) CMI 值大於 1.2，小於等於 1.3 者，加成 2%。
 - (3) CMI 值大於 1.3，加成 3%。
 - (4) 各醫院 CMI 值依各醫院全部住院案件(不含精神病患、入住 RCW 及一般病房之呼吸器依賴患者)為基礎計算，由保險人每年年底公布，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。變更負責醫師或權屬別之醫院得向本保險之分區申請同意後比照原醫事機構代號之 CMI 值，資料統計期間後新設立醫院不得申請比照事宜。

5. 山地離島地區之醫院加成率：2%。

(三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

1. 年齡小於 18 歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支

付。先天性疾病個案係指主診斷為 ICD-9-CM：740.XX~759.XX (不包括 744.43、744.46、744.47、744.49、750.0、750.12、750.13、750.21、750.22、750.23、750.24、750.25、752.51、752.52、752.69、757.39)、478.33、389.11、389.9；ICD-10-CM：Q00.0-Q99.9、E78.71、E78.72、G90.1、N64.82、N64.82 (不包括 Q18.2、Q18.1、Q18.1、Q18.2、Q38.1、Q38.3、Q38.3、Q38.4、Q38.4、Q38.4、Q38.4、Q38.0、Q53.00、Q53.01、Q53.02、Q53.10、Q53.11、Q53.12、Q53.20、Q53.21、Q53.22、Q53.9、Q55.22、Q55.5、Q55.61、Q55.63、Q55.69、Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9、Q82.8、Q82.9)、J38.02、H90.3、H90.41、H90.42、H91.90、H91.91、H91.92、H91.93。

2.非本項第 1 點個案，按第(二)項原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之 80% 支付，即 Tw-DRG 支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)*80%；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，且 TW-DRG 支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以 TW-DRG 支付定額計算；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，惟 TW-DRG 支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

(四) 一般自動出院或轉院個案，若其住院日數小於「該 Tw-DRG 幾何平均住院日」且實際醫療服務點數介於上下限臨界點範圍內者，依前述(二)公式計算之 Tw-DRG 支付定額，除以該 Tw-DRG 幾何平均住院日數，論日支付。

(五) 死亡及病危自動出院個案，依前述(一)至(三)項計算。

(六) 下列項目得另行核實申報不含於 DRG 支付點數，其點數亦不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。

1.生產 DRG 之權重僅計算當次產婦及一人次新生兒費用，新生兒如為雙胞胎以上得另計一人次新生兒費(多胞胎類推)。

2.同次住院期間之安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬 MDC 導入時按其適當 DRG 申報及支付。

3.次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用，應符合下列三項要件：

(1) 次診斷為癌症 ICD-9-CM：140.XX-176.XX、179.XX-208.XX；ICD-10-CM：C00.0-C96.9(排除 C944 及 C946)或性態未明腫瘤 ICD-9-CM：235.XX、236.XX、237.XX、238.XX；ICD-10-CM：D37-D48、J84.81、C94.4、C94.6。

(2) 處置碼包括化療 ICD-9-CM：99.25 (化療注射劑始需編處置碼)；

ICD-10-PCS：3E00X05、3E01305、3E02305、3E03005、3E0300P、3E03305、3E0330P、3E04005、3E0400P、3E04305、3E0430P、3E05005、3E0500P、3E05305、3E0530P、3E06005、3E0600P、3E06305、3E0630P、3E09305、3E09705、3E09X05、3E0A305、3E0B305、3E0B705、3E0BX05、3E0C305、

3E0C705、3E0CX05、3E0D305、3E0D705、3E0DX05、3E0F305、3E0F705、3E0F805、3E0G305、3E0G705、3E0G805、3E0H305、3E0H705、3E0H805、3E0J305、3E0J705、3E0J805、3E0K305、3E0K705、3E0K805、3E0L305、3E0L705、3E0M305、3E0M705、3E0N305、3E0N705、3E0N805、3E0P305、3E0P705、3E0P805、3E0Q305、3E0Q705、3E0R305、3E0S305、3E0U305、3E0V305、3E0W305、3E0Y305、3E0Y705 (化療注射劑始需編處置碼)、荷爾蒙注射療法 ICD-9-CM：99.24 (荷爾蒙注射療法始需編處置碼)；
ICD-10-PCS：3E013VJ、3E030VJ、3E033VJ、3E040VJ、3E043VJ、3E050VJ、3E053VJ、3E060VJ、3E063VJ (荷爾蒙注射療法始需編處置碼) 或放療 ICD-9-CM：92.2X，ICD-10-PCS 詳附表 7.0。

- (3) 核實申報項目：化療之核實申報項目為支付標準代碼為 37005B、37025B、37031B~37041B，或個案使用之化療藥品。放療之核實申報項目為支付標準代碼為 36001B~36015B、36018B~36021C、37006B~37019B、37026B、37030B、37046B。

4. 使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合下列二項要件：

- (1) 處置碼包含使用呼吸器 ICD-9-CM：96.7X、93.90、93.91、93.99；ICD-10-PCS：5A1935Z、5A1945Z、5A1955Z、5A09357、5A09457、5A09557、5A09358、5A09458、5A09558、5A09359、5A0935B、5A0935Z、5A09459、5A0945B、5A0945Z、5A09559、5A0955B、5A0955Z。

- (2) 核實申報項目為支付標準代碼為 57001B~57002B、57023B。

5. 施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：

- (1) 處置碼包含洗腎 ICD-9-CM：39.95；ICD-10-PCS：5A1D00Z、5A1D60Z。

- (2) 核實申報項目為支付標準代碼為 58001C。

6. 生物製劑。

- (七) 使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依前述(一)至(三)、(六)項計算 DRG 支付點數及另行核實申報點數外，得依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。

七、Tw-DRG 導入後申報醫療點數：本章通則六計算所得之 Tw-DRG 支付點數及通則六之(六)得另行申報項目之支付點數。

八、各 MDC 導入時程如下：

時程	DRG 或 MDC
第 1 階段(99 年 1 月 1 日起)	164 項 DRG(附表 7.2.1)
第 2 階段(103 年 7 月 1 日起)	MDC5、8、12、13、14 共 237 項 ^註 DRG(附表 7.2.2)
第 3 階段	(暫定)2、3、6、7、9、10
第 4 階段	(暫定)PRE、4、11、17、23、24
第 5 階段	(暫定)1、15、16、18、21、22

註：安胎相關之 6 項 DRG (DRG37901、37902、37903、38301、38302、384)、MDC5「循環系統」之 10 項 DRG(DRG11601、11602、11603、11604、11605、126、12701、12702、47804、47904)、MDC8「肌肉骨骼、肌肉系統及結締組織」之 7 項 DRG(DRG496、49701、49702、49801、49802、499、500)，第 2 階段暫不導入。

九、無權重之 Tw-DRG 應核實申報醫療服務點數，附表 7.3.1 及附表 7.3.2 註記※之 Tw-DRG 因個案數小於二十暫採核實申報醫療服務點數；依時程尚未導入之 MDC 案件，核實支付，俟導入後，依該年度之調整比率計算實際支付點數。

十、各 Tw-DRG 點值計算方式，依全民健康保險會年度總額協商結果辦理。

十一、本部各章節支付標準修訂時，跨月案件依出院日支付標準申報。

十二、若有經公認之新療法，醫事服務機構應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後，先行訂定診療項目，供醫事服務機構適用，俟彙集項目及完整資料後，再依本法第四十一條第一項之程序辦理。

十三、各 TW-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SPR)，由保險人每年年底依前一年醫療服務點數計算，並於次年適用。如附表 7.3。

十四、DRG 案件使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」之自費特材，其保險醫事服務機構收費及健保支付方式：

(一)病患同意使用符合上述規範之自費特材，保險醫事服務機構得收取該特材之全額自費。

(二)DRG 支付點數需扣除自費特材替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由保險醫事服務機構自行併同醫療費用申報。

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

(四)自費特材收取金額不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。

十五、「TW-DRG 分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址 <http://www.nhi.gov.tw>)下載，其路徑

為：首頁 > 主題專區 > DRG 住院診斷關聯群支付制度。

第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則

一、Tw-DRG 之診斷及處置代碼，以 ICD-9-CM 2001 年版為基礎。

二、名詞定義

(一)主診斷(Principal Diagnosis)：經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷，住院中產生之併發症或住院中管理不當產生之危害不得為主要診斷。

(二)開刀房手術或處置(Operating Room Procedure)：依「TW-DRG 分類手冊」所列項目認定。

(三)合併症或併發症(Comorbidity & Complication) 之認定條件如「TW-DRG 分類手冊」。

三、除 PRE MDC 外，MDC1 至 MDC24 之各 Tw-DRG，其主診斷須為該 Tw-DRG 所屬 MDC 主診斷範圍，詳如「TW-DRG 分類手冊」。

四、Tw-DRG 之編審依序，以 PRE MDC 優先，其次為 MDC24，再次為 MDC1-MDC23，惟 PRE MDC 中之 Tw-DRG48201、48202、48301、48302 等 4 項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。

五、在同一 MDC 中 Tw-DRG 之認定順序：

(一)外科系 Tw-DRG

- 1.有 OR PROCEDURE，且 OR PROCEDURE 與主診斷相關之 Tw-DRG。
- 2.有 OR PROCEDURE，但 OR PROCEDURE 與主診斷不相關之 Tw-DRG。
- 3.其他。

(二)內科系 Tw-DRG。

(三)前述(一)各點及(二)中，複合條件者較其中單一或部分條件者優先；其他若出現符合二個以上 Tw-DRG 條件者，Tw-DRG 編審結果得以權重高者申報，若其中任一項無權重者，以該個案點數除以全國平均點數，所得值大於等於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於無權重之 Tw-DRG，若屬二個以上無權重 DRG 者依「TW-DRG 分類手冊」內流程圖順序認定，核實申報費用；所得值小於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於該有權重之 Tw-DRG。

六、年齡之認定採「入院年月」減「出生年月」計算。其中以「歲」區分之 DRG，計算後取其「年」，若「月」為負值，則「年」減 1。

七、MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。

八、正常新生兒照護仍併入生產 DRG 內。

附表 7.0

ICD-9-CM : 92.2X · ICD-10-PCS 如下 :

D0Y07ZZ	DU000ZZ	D717B8Z	D91D98Z	DD13B8Z	DM1098Z	DW12B8Z	DF001ZZ	D7043Z0	DW053Z0	DH035ZZ	0HHTX1Z	0XHD01Z	D9Y4FZZ
D0Y17ZZ	DU010ZZ	D717B9Z	D91D99Z	DD13B9Z	DM1099Z	DW12B9Z	DF002ZZ	D7043ZZ	DW053ZZ	DH036ZZ	0HHU01Z	0XHD31Z	D9Y5FZZ
D0Y67ZZ	DU020ZZ	D717BBZ	D91D9BZ	DD13BBZ	DM109BZ	DW12BBZ	DF010ZZ	D7053Z0	DW063Z0	DH044ZZ	0HHU31Z	0XHD41Z	D9Y6FZZ
D0Y77ZZ	DV000ZZ	D717BCZ	D91D9CZ	DD13BCZ	DM109CZ	DW12BCZ	DF011ZZ	D7053ZZ	DW063ZZ	DH045ZZ	0HHU71Z	0XHF01Z	D9Y7FZZ
D8Y07ZZ	DV010ZZ	D717BYZ	D91D9YZ	DD13BYZ	DM109YZ	DW12BYZ	DF012ZZ	D7063Z0	D0004ZZ	DH046ZZ	0HHU81Z	0XHF31Z	D9Y8FZZ
D9Y07ZZ	DW010ZZ	D71897Z	D91DB7Z	DD1497Z	DM10B7Z	DW1397Z	DF020ZZ	D7063ZZ	D0005ZZ	DH064ZZ	0HHUX1Z	0XHF41Z	D9Y9FZZ
D9Y17ZZ	DW020ZZ	D71898Z	D91DB8Z	DD1498Z	DM10B8Z	DW1398Z	DF021ZZ	D7073Z0	D0006ZZ	DH065ZZ	0HHV01Z	0XHG01Z	D9YBCZZ
D9Y37ZZ	DW030ZZ	D71899Z	D91DB9Z	DD1499Z	DM10B9Z	DW1399Z	DF022ZZ	D7073ZZ	D0014ZZ	DH066ZZ	0HHV31Z	0XHG31Z	D9YBFZZ
D9Y47ZZ	DW040ZZ	D7189BZ	D91DBBZ	DD149BZ	DM10BBZ	DW139BZ	DF030ZZ	D7083Z0	D0015ZZ	DH074ZZ	0HHV71Z	0XHG41Z	D9YCCZZ
D9Y57ZZ	DW050ZZ	D7189CZ	D91DBCZ	DD149CZ	DM10BCZ	DW139CZ	DF031ZZ	D7083ZZ	D0016ZZ	DH075ZZ	0HHV81Z	0XHH01Z	D9YCFZZ
D9Y67ZZ	DW060ZZ	D7189YZ	D91DBYZ	DD149YZ	DM10BYZ	DW139YZ	DF032ZZ	D8003Z0	D0064ZZ	DH076ZZ	0HHVX1Z	0XHH31Z	D9YDCZZ
D9Y77ZZ	D01097Z	D718B7Z	D91F97Z	DD14B7Z	DM1197Z	DW13B7Z	DG000ZZ	D8003ZZ	D0065ZZ	DH084ZZ	0HHW01Z	0XHH41Z	D9YDFZZ
D9Y87ZZ	D01098Z	D718B8Z	D91F98Z	DD14B8Z	DM1198Z	DW13B8Z	DG001ZZ	D9003Z0	D0066ZZ	DH085ZZ	0HHW31Z	0XHJ01Z	DBY0FZZ
D9Y97ZZ	D01099Z	D718B9Z	D91F99Z	DD14B9Z	DM1199Z	DW13B9Z	DG002ZZ	D9003ZZ	D0074ZZ	DH086ZZ	0HHW71Z	0XHJ31Z	DBY1FZZ
D9YB7ZZ	D0109BZ	D718BBZ	D91F9BZ	DD14BBZ	DM119BZ	DW13BBZ	DG010ZZ	D9013Z0	D0075ZZ	DH094ZZ	0HHW81Z	0XHJ41Z	DBY2FZZ
D9YD7ZZ	D0109CZ	D718BCZ	D91F9CZ	DD14BCZ	DM119CZ	DW13BCZ	DG011ZZ	D9013ZZ	D0076ZZ	DH095ZZ	0HHWX1Z	0XHK01Z	DBY5FZZ
D9YF7ZZ	D0109YZ	D718BYZ	D91F9YZ	DD14BYZ	DM119YZ	DW13BYZ	DG012ZZ	D9033Z0	D7004ZZ	DH096ZZ	0HHX01Z	0XHK31Z	DBY6FZZ
DBY07ZZ	D010B7Z	D81097Z	D91FB7Z	DD1597Z	DM11B7Z	DW1697Z	DG020ZZ	D9033ZZ	D7005ZZ	DH0B4ZZ	0HHX31Z	0XHK41Z	DBY7FZZ
DBY17ZZ	D010B8Z	D81098Z	D91FB8Z	DD1598Z	DM11B8Z	DW1698Z	DG021ZZ	D9043Z0	D7006ZZ	DH0B5ZZ	0HHX71Z	0YH001Z	DBY8FZZ
DBY27ZZ	D010B9Z	D81099Z	D91FB9Z	DD1599Z	DM11B9Z	DW1699Z	DG022ZZ	D9043ZZ	D7014ZZ	DH0B6ZZ	0HHX81Z	0YH031Z	DDY0FZZ
DBY57ZZ	D010BBZ	D8109BZ	D91FBBZ	DD159BZ	DM11BBZ	DW169BZ	DG040ZZ	D9053Z0	D7015ZZ	DM004ZZ	0HHXX1Z	0YH041Z	DDY1CZZ
DBY67ZZ	D010BCZ	D8109CZ	D91FBCZ	DD159CZ	DM11BCZ	DW169CZ	DG041ZZ	D9053ZZ	D7016ZZ	DM005ZZ	0JHS01Z	0YH101Z	DDY1FZZ
DBY77ZZ	D010BYZ	D8109YZ	D91FBYZ	DD159YZ	DM11BYZ	DW169YZ	DG042ZZ	D9063Z0	D7024ZZ	DM006ZZ	0JHS31Z	0YH131Z	DDY2CZZ
DBY87ZZ	D01197Z	D810B7Z	DB1097Z	DD15B7Z	DT1097Z	DW16B7Z	DG050ZZ	D9063ZZ	D7025ZZ	DM014ZZ	0JHT01Z	0YH141Z	DDY2FZZ
DDY07ZZ	D01198Z	D810B8Z	DB1098Z	DD15B8Z	DT1098Z	DW16B8Z	DG051ZZ	D9073Z0	D7026ZZ	DM015ZZ	0JHT31Z	0YH501Z	DDY3CZZ
DDY17ZZ	D01199Z	D810B9Z	DB1099Z	DD15B9Z	DT1099Z	DW16B9Z	DG052ZZ	D9073ZZ	D7034ZZ	DM016ZZ	0JHV01Z	0YH531Z	DDY3FZZ
DDY27ZZ	D0119BZ	D810BBZ	DB109BZ	DD15BBZ	DT109BZ	DW16BBZ	DH020ZZ	D9083Z0	D7035ZZ	DP004ZZ	0JHV31Z	0YH541Z	DDY4CZZ
DDY37ZZ	D0119CZ	D810BCZ	DB109CZ	DD15BCZ	DT109CZ	DW16BCZ	DH021ZZ	D9083ZZ	D7036ZZ	DP005ZZ	0JHW01Z	0YH601Z	DDY4FZZ
DDY47ZZ	D0119YZ	D810BYZ	DB109YZ	DD15BYZ	DT109YZ	DW16BYZ	DH022ZZ	D9093Z0	D7044ZZ	DP006ZZ	0JHW31Z	0YH631Z	DDY5CZZ
DDY57ZZ	D011B7Z	D91097Z	DB10B7Z	DD1797Z	DT10B7Z	D0000ZZ	DH030ZZ	D9093ZZ	D7045ZZ	DP024ZZ	0UHC01Z	0YH641Z	DDY5FZZ
DDY77ZZ	D011B8Z	D91098Z	DB10B8Z	DD1798Z	DT10B8Z	D0001ZZ	DH031ZZ	D90B3Z0	D7046ZZ	DP025ZZ	0UHC31Z	0YH701Z	DDY7CZZ
DFY07ZZ	D011B9Z	D91099Z	DB10B9Z	DD1799Z	DT10B9Z	D0002ZZ	DH032ZZ	D90B3ZZ	D7054ZZ	DP026ZZ	0UHC41Z	0YH731Z	DDY7FZZ
DFY17ZZ	D011BBZ	D9109BZ	DB10BBZ	DD179BZ	DT10BBZ	D0010ZZ	DH040ZZ	D90D3Z0	D7055ZZ	DP034ZZ	0UHC71Z	0YH741Z	DDY8CZZ
DFY27ZZ	D011BCZ	D9109CZ	DB10BCZ	DD179CZ	DT10BCZ	D0011ZZ	DH041ZZ	D90D3ZZ	D7056ZZ	DP035ZZ	0UHC81Z	0YH801Z	DDY8FZZ
DFY37ZZ	D011BYZ	D9109YZ	DB10BYZ	DD179YZ	DT10BYZ	D0012ZZ	DH042ZZ	D90F3Z0	D7064ZZ	DP036ZZ	0UHG01Z	0YH831Z	DFY0CZZ
DGY07ZZ	D01697Z	D910B7Z	DB1197Z	DD17B7Z	DT1197Z	D0060ZZ	DH060ZZ	D90F3ZZ	D7065ZZ	DP044ZZ	0UHG31Z	0YH841Z	DFY0FZZ

ICD-9-CM : 92.2X · ICD-10-PCS 如下 :

DGY17ZZ	D01698Z	D910B8Z	DB1198Z	DD17B8Z	DT1198Z	D0061ZZ	DH061ZZ	DB003Z0	D7066ZZ	DP045ZZ	0UHG41Z	0YH901Z	DFY1CZZ
DGY27ZZ	D01699Z	D910B9Z	DB1199Z	DD17B9Z	DT1199Z	D0062ZZ	DH062ZZ	DB003ZZ	D7074ZZ	DP046ZZ	0UHG71Z	0YH931Z	DFY1FZZ
DGY47ZZ	D0169BZ	D910BBZ	DB119BZ	DD17BBZ	DT119BZ	D0070ZZ	DH070ZZ	DB013Z0	D7075ZZ	DP054ZZ	0UHG81Z	0YH941Z	DFY2CZZ
DGY57ZZ	D0169CZ	D910BCZ	DB119CZ	DD17BCZ	DT119CZ	D0071ZZ	DH071ZZ	DB013ZZ	D7076ZZ	DP055ZZ	0UHGX1Z	0YHB01Z	DFY2FZZ
DHY27ZZ	D0169YZ	D910BYZ	DB119YZ	DD17BYZ	DT119YZ	D0072ZZ	DH072ZZ	DB023Z0	D7084ZZ	DP056ZZ	0VH001Z	0YHB31Z	DFY3CZZ
DHY37ZZ	D016B7Z	D91197Z	DB11B7Z	DF1097Z	DT11B7Z	D7000ZZ	DH080ZZ	DB023ZZ	D7085ZZ	DP064ZZ	0VH031Z	0YHB41Z	DFY3FZZ
DHY47ZZ	D016B8Z	D91198Z	DB11B8Z	DF1098Z	DT11B8Z	D7001ZZ	DH081ZZ	DB053Z0	D7086ZZ	DP065ZZ	0VH041Z	0YHC01Z	DGY0FZZ
DHY67ZZ	D016B9Z	D91199Z	DB11B9Z	DF1099Z	DT11B9Z	D7002ZZ	DH082ZZ	DB053ZZ	D8004ZZ	DP066ZZ	0VH071Z	0YHC31Z	DGY1FZZ
DHY77ZZ	D016BBZ	D9119BZ	DB11BBZ	DF109BZ	DT11BBZ	D7010ZZ	DH090ZZ	DB063Z0	D8005ZZ	DP074ZZ	0VH081Z	0YHC41Z	DGY2FZZ
DHY87ZZ	D016BCZ	D9119CZ	DB11BCZ	DF109CZ	DT11BCZ	D7011ZZ	DH091ZZ	DB063ZZ	D8006ZZ	DP075ZZ	0WH001Z	0YHD01Z	DGY4FZZ
DHY97ZZ	D016BYZ	D9119YZ	DB11BYZ	DF109YZ	DT11BYZ	D7012ZZ	DH092ZZ	DB073Z0	D9004ZZ	DP076ZZ	0WH031Z	0YHD31Z	DGY5FZZ
DHYB7ZZ	D01797Z	D911B7Z	DB1297Z	DF10B7Z	DT1297Z	D7020ZZ	DH0B0ZZ	DB073ZZ	D9005ZZ	DP084ZZ	0WH041Z	0YHD41Z	DHY2FZZ
DMY07ZZ	D01798Z	D911B8Z	DB1298Z	DF10B8Z	DT1298Z	D7021ZZ	DH0B1ZZ	DB083Z0	D9006ZZ	DP085ZZ	0WH101Z	0YHF01Z	DHY3FZZ
DMY17ZZ	D01799Z	D911B9Z	DB1299Z	DF10B9Z	DT1299Z	D7022ZZ	DH0B2ZZ	DB083ZZ	D9014ZZ	DP086ZZ	0WH131Z	0YHF31Z	DHY4FZZ
DPY07ZZ	D0179BZ	D911BBZ	DB129BZ	DF10BBZ	DT129BZ	D7030ZZ	DM000ZZ	DD003Z0	D9015ZZ	DP094ZZ	0WH141Z	0YHF41Z	DHY5FZZ
DPY27ZZ	D0179CZ	D911BCZ	DB129CZ	DF10BCZ	DT129CZ	D7031ZZ	DM001ZZ	DD003ZZ	D9016ZZ	DP095ZZ	0WH201Z	0YHG01Z	DHY6FZZ
DPY37ZZ	D0179YZ	D911BYZ	DB129YZ	DF10BYZ	DT129YZ	D7032ZZ	DM002ZZ	DD013Z0	D9034ZZ	DP096ZZ	0WH231Z	0YHG31Z	DHY7FZZ
DPY47ZZ	D017B7Z	D91397Z	DB12B7Z	DF1197Z	DT12B7Z	D7040ZZ	DM010ZZ	DD013ZZ	D9035ZZ	DP0B4ZZ	0WH241Z	0YHG41Z	DHY8FZZ
DPY57ZZ	D017B8Z	D91398Z	DB12B8Z	DF1198Z	DT12B8Z	D7041ZZ	DM011ZZ	DD023Z0	D9036ZZ	DP0B5ZZ	0WH301Z	0YHH01Z	DHY9FZZ
DPY67ZZ	D017B9Z	D91399Z	DB12B9Z	DF1199Z	DT12B9Z	D7042ZZ	DM012ZZ	DD023ZZ	D9044ZZ	DP0B6ZZ	0WH331Z	0YHH31Z	DHYBFZZ
DPY77ZZ	D017BBZ	D9139BZ	DB12BBZ	DF119BZ	DT12BBZ	D7050ZZ	DP000ZZ	DD033Z0	D9045ZZ	DP0C4ZZ	0WH341Z	0YHH41Z	DHYCFZZ
DPY87ZZ	D017BCZ	D9139CZ	DB12BCZ	DF119CZ	DT12BCZ	D7051ZZ	DP001ZZ	DD033ZZ	D9046ZZ	DP0C5ZZ	0WH401Z	0YHJ01Z	DMY0FZZ
DPY97ZZ	D017BYZ	D9139YZ	DB12BYZ	DF119YZ	DT12BYZ	D7052ZZ	DP002ZZ	DD043Z0	D9054ZZ	DP0C6ZZ	0WH431Z	0YHJ31Z	DMY1FZZ
DPYB7ZZ	D71097Z	D913B7Z	DB1597Z	DF11B7Z	DT1397Z	D7060ZZ	DP020ZZ	DD043ZZ	D9055ZZ	DT004ZZ	0WH441Z	0YHJ41Z	DPY0FZZ
DPYC7ZZ	D71098Z	D913B8Z	DB1598Z	DF11B8Z	DT1398Z	D7061ZZ	DP021ZZ	DD053Z0	D9056ZZ	DT005ZZ	0WH501Z	0YHK01Z	DPY2FZZ
DTY07ZZ	D71099Z	D913B9Z	DB1599Z	DF11B9Z	DT1399Z	D7062ZZ	DP022ZZ	DD053ZZ	D9064ZZ	DT006ZZ	0WH531Z	0YHK31Z	DPY3FZZ
DTY17ZZ	D7109BZ	D913BBZ	DB159BZ	DF11BBZ	DT139BZ	D7070ZZ	DP030ZZ	DD073Z0	D9065ZZ	DT014ZZ	0WH541Z	0YHK41Z	DPY4FZZ
DTY27ZZ	D7109CZ	D913BCZ	DB159CZ	DF11BCZ	DT139CZ	D7071ZZ	DP031ZZ	DD073ZZ	D9066ZZ	DT015ZZ	0WH601Z	0YHL01Z	DPY5FZZ
DTY37ZZ	D7109YZ	D913BYZ	DB159YZ	DF11BYZ	DT139YZ	D7072ZZ	DP032ZZ	DF003Z0	D9074ZZ	DT016ZZ	0WH631Z	0YHL31Z	DPY6FZZ
DUY07ZZ	D710B7Z	D91497Z	DB15B7Z	DF1297Z	DT13B7Z	D7080ZZ	DP040ZZ	DF003ZZ	D9075ZZ	DT024ZZ	0WH641Z	0YHL41Z	DPY7FZZ
DUY17ZZ	D710B8Z	D91498Z	DB15B8Z	DF1298Z	DT13B8Z	D7081ZZ	DP041ZZ	DF013Z0	D9076ZZ	DT025ZZ	0WH801Z	0YHM01Z	DPY8FZZ
DUY27ZZ	D710B9Z	D91499Z	DB15B9Z	DF1299Z	DT13B9Z	D7082ZZ	DP042ZZ	DF013ZZ	D9084ZZ	DT026ZZ	0WH831Z	0YHM31Z	DPY9FZZ
DVY07ZZ	D710BBZ	D9149BZ	DB15BBZ	DF129BZ	DT13BBZ	D8000ZZ	DP050ZZ	DF023Z0	D9085ZZ	DT034ZZ	0WH841Z	0YHM41Z	DPYBFZZ
DVY17ZZ	D710BCZ	D9149CZ	DB15BCZ	DF129CZ	DT13BCZ	D8001ZZ	DP051ZZ	DF023ZZ	D9086ZZ	DT035ZZ	0WH901Z	0YHN01Z	DPYCFZZ
DWY17ZZ	D710BYZ	D9149YZ	DB15BYZ	DF129YZ	DT13BYZ	D8002ZZ	DP052ZZ	DF033Z0	D9094ZZ	DT036ZZ	0WH931Z	0YHN31Z	DTY0CZZ
DWY27ZZ	D71197Z	D914B7Z	DB1697Z	DF12B7Z	DU1097Z	D9000ZZ	DP060ZZ	DF033ZZ	D9095ZZ	DU004ZZ	0WH941Z	0YHN41Z	DTY0FZZ
DWY37ZZ	D71198Z	D914B8Z	DB1698Z	DF12B8Z	DU1098Z	D9001ZZ	DP061ZZ	DG003Z0	D9096ZZ	DU005ZZ	0WHB01Z	3E0B304	DTY1CZZ

ICD-9-CM : 92.2X · ICD-10-PCS 如下 :

DWY47ZZ	D71199Z	D914B9Z	DB1699Z	DF12B9Z	DU1099Z	D9002ZZ	DP062ZZ	DG003ZZ	D90B4ZZ	DU006ZZ	0WHB31Z	3E0B704	DTY1FZZ
DWY57ZZ	D7119BZ	D914BBZ	DB169BZ	DF12BBZ	DU109BZ	D9010ZZ	DP070ZZ	DG013Z0	D90B5ZZ	DU014ZZ	0WHB41Z	3E0BX04	DTY2CZZ
DWY67ZZ	D7119CZ	D914BCZ	DB169CZ	DF12BCZ	DU109CZ	D9011ZZ	DP071ZZ	DG013ZZ	D90B6ZZ	DU015ZZ	0WHC01Z	3E0C304	DTY2FZZ
D0000ZZ	D7119YZ	D914BYZ	DB169YZ	DF12BYZ	DU109YZ	D9012ZZ	DP072ZZ	DG023Z0	D90D4ZZ	DU016ZZ	0WHC31Z	3E0C704	DTY3CZZ
D0010ZZ	D711B7Z	D91597Z	DB16B7Z	DF1397Z	DU10B7Z	D9030ZZ	DP080ZZ	DG023ZZ	D90D5ZZ	DU024ZZ	0WHC41Z	3E0CX04	DTY3FZZ
D0060ZZ	D711B8Z	D91598Z	DB16B8Z	DF1398Z	DU10B8Z	D9031ZZ	DP081ZZ	DG043Z0	D90D6ZZ	DU025ZZ	0WHD01Z	3E0D304	DUY0CZZ
D0070ZZ	D711B9Z	D91599Z	DB16B9Z	DF1399Z	DU10B9Z	D9032ZZ	DP082ZZ	DG043ZZ	D90F4ZZ	DU026ZZ	0WHD31Z	3E0D704	DUY0FZZ
D7000ZZ	D711BBZ	D9159BZ	DB16BBZ	DF139BZ	DU10BBZ	D9040ZZ	DP090ZZ	DG053Z0	D90F5ZZ	DV004ZZ	0WHD41Z	3E0DX04	DUY1CZZ
D7010ZZ	D711BCZ	D9159CZ	DB16BCZ	DF139CZ	DU10BCZ	D9041ZZ	DP091ZZ	DG053ZZ	D90F6ZZ	DV005ZZ	0WHF01Z	3E0E304	DUY1FZZ
D7020ZZ	D711BYZ	D9159YZ	DB16BYZ	DF139YZ	DU10BYZ	D9042ZZ	DP092ZZ	DH023Z0	DB004ZZ	DV006ZZ	0WHF31Z	3E0E704	DUY2CZZ
D7030ZZ	D71297Z	D915B7Z	DB1797Z	DF13B7Z	DU1197Z	D9050ZZ	DP0B0ZZ	DH023ZZ	DB005ZZ	DV014ZZ	0WHF41Z	3E0E804	DUY2FZZ
D7040ZZ	D71298Z	D915B8Z	DB1798Z	DF13B8Z	DU1198Z	D9051ZZ	DP0B1ZZ	DH033Z0	DB006ZZ	DV015ZZ	0WHG01Z	3E0F304	DVY0CZZ
D7050ZZ	D71299Z	D915B9Z	DB1799Z	DF13B9Z	DU1199Z	D9052ZZ	DP0B2ZZ	DH033ZZ	DB014ZZ	DV016ZZ	0WHG31Z	3E0F704	DVY0FZZ
D7060ZZ	D7129BZ	D915BBZ	DB179BZ	DF13BBZ	DU119BZ	D9060ZZ	DP0C0ZZ	DH043Z0	DB015ZZ	DW014ZZ	0WHG41Z	3E0F804	DVY1FZZ
D7070ZZ	D7129CZ	D915BCZ	DB179CZ	DF13BCZ	DU119CZ	D9061ZZ	DP0C1ZZ	DH043ZZ	DB016ZZ	DW015ZZ	0WHH01Z	3E0G304	DWY1FZZ
D7080ZZ	D7129YZ	D915BYZ	DB179YZ	DF13BYZ	DU119YZ	D9062ZZ	DP0C2ZZ	DH063Z0	DB024ZZ	DW016ZZ	0WHH31Z	3E0G704	DWY2FZZ
D8000ZZ	D712B7Z	D91697Z	DB17B7Z	DG1097Z	DU11B7Z	D9070ZZ	DT000ZZ	DH063ZZ	DB025ZZ	DW024ZZ	0WHH41Z	3E0G804	DWY3FZZ
D9000ZZ	D712B8Z	D91698Z	DB17B8Z	DG1098Z	DU11B8Z	D9071ZZ	DT001ZZ	DH073Z0	DB026ZZ	DW025ZZ	0WHJ01Z	3E0H304	DWY4FZZ
D9010ZZ	D712B9Z	D91699Z	DB17B9Z	DG1099Z	DU11B9Z	D9072ZZ	DT002ZZ	DH073ZZ	DB054ZZ	DW026ZZ	0WHJ31Z	3E0H704	DWY5FZZ
D9030ZZ	D712BBZ	D9169BZ	DB17BBZ	DG109BZ	DU11BBZ	D9080ZZ	DT010ZZ	DH083Z0	DB055ZZ	DW034ZZ	0WHJ41Z	3E0H804	DWY6FZZ
D9040ZZ	D712BCZ	D9169CZ	DB17BCZ	DG109CZ	DU11BCZ	D9081ZZ	DT011ZZ	DH083ZZ	DB056ZZ	DW035ZZ	0WHK01Z	3E0J304	
D9050ZZ	D712BYZ	D9169YZ	DB17BYZ	DG109YZ	DU11BYZ	D9082ZZ	DT012ZZ	DH093Z0	DB064ZZ	DW036ZZ	0WHK31Z	3E0J704	
D9060ZZ	D71397Z	D916B7Z	DB1897Z	DG10B7Z	DU1297Z	D9090ZZ	DT020ZZ	DH093ZZ	DB065ZZ	DW044ZZ	0WHK41Z	3E0J804	
D9070ZZ	D71398Z	D916B8Z	DB1898Z	DG10B8Z	DU1298Z	D9091ZZ	DT021ZZ	DH0B3Z0	DB066ZZ	DW045ZZ	0WHL01Z	3E0K304	
D9080ZZ	D71399Z	D916B9Z	DB1899Z	DG10B9Z	DU1299Z	D9092ZZ	DT022ZZ	DH0B3ZZ	DB074ZZ	DW046ZZ	0WHL31Z	3E0K704	
D9090ZZ	D7139BZ	D916BBZ	DB189BZ	DG10BBZ	DU129BZ	D90B0ZZ	DT030ZZ	DM003Z0	DB075ZZ	DW054ZZ	0WHL41Z	3E0K804	
D90B0ZZ	D7139CZ	D916BCZ	DB189CZ	DG10BCZ	DU129CZ	D90B1ZZ	DT031ZZ	DM003ZZ	DB076ZZ	DW055ZZ	0WHM01Z	3E0L304	
D90D0ZZ	D7139YZ	D916BYZ	DB189YZ	DG10BYZ	DU129YZ	D90B2ZZ	DT032ZZ	DM013Z0	DB084ZZ	DW056ZZ	0WHM31Z	3E0L704	
D90F0ZZ	D713B7Z	D91797Z	DB18B7Z	DG1197Z	DU12B7Z	D90D0ZZ	DU000ZZ	DM013ZZ	DB085ZZ	DW064ZZ	0WHM41Z	3E0M304	
DB000ZZ	D713B8Z	D91798Z	DB18B8Z	DG1198Z	DU12B8Z	D90D1ZZ	DU001ZZ	DP003Z0	DB086ZZ	DW065ZZ	0WHN01Z	3E0M704	
DB010ZZ	D713B9Z	D91799Z	DB18B9Z	DG1199Z	DU12B9Z	D90D2ZZ	DU002ZZ	DP003ZZ	DD004ZZ	DW066ZZ	0WHN31Z	3E0N304	
DB020ZZ	D713BBZ	D9179BZ	DB18BBZ	DG119BZ	DU12BBZ	D90F0ZZ	DU010ZZ	DP023Z0	DD005ZZ	08H031Z	0WHN41Z	3E0N704	
DB050ZZ	D713BCZ	D9179CZ	DB18BCZ	DG119CZ	DU12BCZ	D90F1ZZ	DU011ZZ	DP023ZZ	DD006ZZ	08H0X1Z	0WHP01Z	3E0N804	
DB060ZZ	D713BYZ	D9179YZ	DB18BYZ	DG119YZ	DU12BYZ	D90F2ZZ	DU012ZZ	DP033Z0	DD014ZZ	08H131Z	0WHP31Z	3E0P304	
DB070ZZ	D71497Z	D917B7Z	DD1097Z	DG11B7Z	DV1097Z	DB000ZZ	DU020ZZ	DP033ZZ	DD015ZZ	08H1X1Z	0WHP41Z	3E0P704	
DB080ZZ	D71498Z	D917B8Z	DD1098Z	DG11B8Z	DV1098Z	DB001ZZ	DU021ZZ	DP043Z0	DD016ZZ	0BH001Z	0WHP71Z	3E0P804	
DD000ZZ	D71499Z	D917B9Z	DD1099Z	DG11B9Z	DV1099Z	DB002ZZ	DU022ZZ	DP043ZZ	DD024ZZ	0BH031Z	0WHP81Z	3E0Q304	

ICD-9-CM : 92.2X · ICD-10-PCS 如下：

DD010ZZ	D7149BZ	D917BBZ	DD109BZ	DG11BBZ	DV109BZ	DB010ZZ	DV000ZZ	DP053Z0	DD025ZZ	0BH041Z	0WHQ01Z	3E0Q704	
DD020ZZ	D7149CZ	D917BCZ	DD109CZ	DG11BCZ	DV109CZ	DB011ZZ	DV001ZZ	DP053ZZ	DD026ZZ	0BH071Z	0WHQ31Z	3E0R304	
DD030ZZ	D7149YZ	D917BYZ	DD109YZ	DG11BYZ	DV109YZ	DB012ZZ	DV002ZZ	DP063Z0	DD034ZZ	0BH081Z	0WHQ41Z	3E0S304	
DD040ZZ	D714B7Z	D91897Z	DD10B7Z	DG1297Z	DV10B7Z	DB020ZZ	DV010ZZ	DP063ZZ	DD035ZZ	0BHK01Z	0WHQ71Z	3E0U304	
DD050ZZ	D714B8Z	D91898Z	DD10B8Z	DG1298Z	DV10B8Z	DB021ZZ	DV011ZZ	DP073Z0	DD036ZZ	0BHK31Z	0WHQ81Z	3E0Y304	
DD070ZZ	D714B9Z	D91899Z	DD10B9Z	DG1299Z	DV10B9Z	DB022ZZ	DV012ZZ	DP073ZZ	DD044ZZ	0BHK41Z	0WHR01Z	3E0Y704	
DF000ZZ	D714BBZ	D9189BZ	DD10BBZ	DG129BZ	DV10BBZ	DB050ZZ	DW010ZZ	DP083Z0	DD045ZZ	0BHK71Z	0WHR31Z	CW70NZZ	
DF010ZZ	D714BCZ	D9189CZ	DD10BCZ	DG129CZ	DV10BCZ	DB051ZZ	DW011ZZ	DP083ZZ	DD046ZZ	0BHK81Z	0WHR41Z	CW70YZZ	
DF020ZZ	D714BYZ	D9189YZ	DD10BYZ	DG129YZ	DV10BYZ	DB052ZZ	DW012ZZ	DP093Z0	DD054ZZ	0BHL01Z	0WHR71Z	CW73NZZ	
DF030ZZ	D71597Z	D918B7Z	DD1197Z	DG12B7Z	DV1197Z	DB060ZZ	DW020ZZ	DP093ZZ	DD055ZZ	0BHL31Z	0WHR81Z	CW73YZZ	
DG000ZZ	D71598Z	D918B8Z	DD1198Z	DG12B8Z	DV1198Z	DB061ZZ	DW021ZZ	DP0B3Z0	DD056ZZ	0BHL41Z	0XH201Z	CW7GGZZ	
DG010ZZ	D71599Z	D918B9Z	DD1199Z	DG12B9Z	DV1199Z	DB062ZZ	DW022ZZ	DP0B3ZZ	DD074ZZ	0BHL71Z	0XH231Z	CW7GYZZ	
DG020ZZ	D7159BZ	D918BBZ	DD119BZ	DG12BBZ	DV119BZ	DB070ZZ	DW030ZZ	DP0C3Z0	DD075ZZ	0BHL81Z	0XH241Z	CW7N8ZZ	
DG040ZZ	D7159CZ	D918BCZ	DD119CZ	DG12BCZ	DV119CZ	DB071ZZ	DW031ZZ	DP0C3ZZ	DD076ZZ	0CH701Z	0XH301Z	CW7NGZZ	
DG050ZZ	D7159YZ	D918BYZ	DD119YZ	DG12BYZ	DV119YZ	DB072ZZ	DW032ZZ	DT003Z0	DF004ZZ	0CH731Z	0XH331Z	CW7NNZZ	
DH020ZZ	D715B7Z	D91997Z	DD11B7Z	DG1497Z	DV11B7Z	DB080ZZ	DW040ZZ	DT003ZZ	DF005ZZ	0CH7X1Z	0XH341Z	CW7NPZZ	
DH030ZZ	D715B8Z	D91998Z	DD11B8Z	DG1498Z	DV11B8Z	DB081ZZ	DW041ZZ	DT013Z0	DF006ZZ	0DH501Z	0XH401Z	CW7NYZZ	
DH040ZZ	D715B9Z	D91999Z	DD11B9Z	DG1499Z	DV11B9Z	DB082ZZ	DW042ZZ	DT013ZZ	DF014ZZ	0DH531Z	0XH431Z	CW7YZZ	
DH060ZZ	D715BBZ	D9199BZ	DD11BBZ	DG149BZ	DV11BBZ	DD000ZZ	DW050ZZ	DT023Z0	DF015ZZ	0DH541Z	0XH441Z	DWY5GDZ	
DH070ZZ	D715BCZ	D9199CZ	DD11BCZ	DG149CZ	DV11BCZ	DD001ZZ	DW051ZZ	DT023ZZ	DF016ZZ	0DH571Z	0XH501Z	DWY5GFZ	
DH080ZZ	D715BYZ	D9199YZ	DD11BYZ	DG149YZ	DV11BYZ	DD002ZZ	DW052ZZ	DT033Z0	DF024ZZ	0DH581Z	0XH531Z	DWY5GGZ	
DH090ZZ	D71697Z	D919B7Z	DD1297Z	DG14B7Z	DW1197Z	DD010ZZ	DW060ZZ	DT033ZZ	DF025ZZ	0DHP01Z	0XH541Z	DWY5GHZ	
DH0B0ZZ	D71698Z	D919B8Z	DD1298Z	DG14B8Z	DW1198Z	DD011ZZ	DW061ZZ	DU003Z0	DF026ZZ	0DHP31Z	0XH601Z	DWY5GYZ	
DM000ZZ	D71699Z	D919B9Z	DD1299Z	DG14B9Z	DW1199Z	DD012ZZ	DW062ZZ	DU003ZZ	DF034ZZ	0DHP41Z	0XH631Z	D0Y0FZZ	
DM010ZZ	D7169BZ	D919BBZ	DD129BZ	DG14BBZ	DW119BZ	DD020ZZ	D0003Z0	DU013Z0	DF035ZZ	0DHP71Z	0XH641Z	D0Y1FZZ	
DP000ZZ	D7169CZ	D919BCZ	DD129CZ	DG14BCZ	DW119CZ	DD021ZZ	D0003ZZ	DU013ZZ	DF036ZZ	0DHP81Z	0XH701Z	D0Y6FZZ	
DP020ZZ	D7169YZ	D919BYZ	DD129YZ	DG14BYZ	DW119YZ	DD022ZZ	D0013Z0	DU023Z0	DG005ZZ	0FHB01Z	0XH731Z	D0Y7FZZ	
DP030ZZ	D716B7Z	D919B7Z	DD12B7Z	DG1597Z	DW11B7Z	DD030ZZ	D0013ZZ	DU023ZZ	DG006ZZ	0FHB31Z	0XH741Z	D7Y0FZZ	
DP040ZZ	D716B8Z	D919B8Z	DD12B8Z	DG1598Z	DW11B8Z	DD031ZZ	D0063Z0	DV003Z0	DG015ZZ	0FHB41Z	0XH801Z	D7Y1FZZ	
DP050ZZ	D716B9Z	D919B9Z	DD12B9Z	DG1599Z	DW11B9Z	DD032ZZ	D0063ZZ	DV003ZZ	DG016ZZ	0FHB71Z	0XH831Z	D7Y2FZZ	
DP060ZZ	D716BBZ	D919BBZ	DD12BBZ	DG159BZ	DW11BBZ	DD040ZZ	D0073Z0	DV013Z0	DG025ZZ	0FHB81Z	0XH841Z	D7Y3FZZ	
DP070ZZ	D716BCZ	D919BCZ	DD12BCZ	DG159CZ	DW11BCZ	DD041ZZ	D0073ZZ	DV013ZZ	DG026ZZ	0FHD01Z	0XH901Z	D7Y4FZZ	
DP080ZZ	D716BYZ	D919BYZ	DD12BYZ	DG159YZ	DW11BYZ	DD042ZZ	D7003Z0	DW013Z0	DG045ZZ	0FHD31Z	0XH931Z	D7Y5FZZ	
DP090ZZ	D71797Z	D91BB7Z	DD1397Z	DG15B7Z	DW1297Z	DD050ZZ	D7003ZZ	DW013ZZ	DG046ZZ	0FHD41Z	0XH941Z	D7Y6FZZ	
DP0B0ZZ	D71798Z	D91BB8Z	DD1398Z	DG15B8Z	DW1298Z	DD051ZZ	D7013Z0	DW023Z0	DG055ZZ	0FHD71Z	0XHB01Z	D7Y7FZZ	
DP0C0ZZ	D71799Z	D91BB9Z	DD1399Z	DG15B9Z	DW1299Z	DD052ZZ	D7013ZZ	DW023ZZ	DG056ZZ	0FHD81Z	0XHB31Z	D7Y8FZZ	
DT000ZZ	D7179BZ	D91BBBZ	DD139BZ	DG15BBZ	DW129BZ	DD070ZZ	D7023Z0	DW033Z0	DH024ZZ	0HHT01Z	0XHB41Z	D8Y0FZZ	

ICD-9-CM：92.2X，ICD-10-PCS 如下：

DT010ZZ	D7179CZ	D91BBCZ	DD139CZ	DG15BCZ	DW129CZ	DD071ZZ	D7023ZZ	DW033ZZ	DH025ZZ	0HHT31Z	0XHC01Z	D9Y0FZZ	
DT020ZZ	D7179YZ	D91BBYZ	DD139YZ	DG15BYZ	DW129YZ	DD072ZZ	D7033Z0	DW043Z0	DH026ZZ	0HHT71Z	0XHC31Z	D9Y1FZZ	
DT030ZZ	D717B7Z	D91D97Z	DD13B7Z	DM1097Z	DW12B7Z	DF000ZZ	D7033ZZ	DW043ZZ	DH034ZZ	0HHT81Z	0XHC41Z	D9Y4CZZ	

附表 7.1 DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案

一、目的

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱本標準)第七部,各 DRG 之支付點數已包含當次住院屬本標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準所訂各項相關費用,為使 DRG 支付制度與高科技同時並進,避免影響新特殊材料之引進及保障病患之就醫權益,特訂定本因應方案。

二、全新功能類別特殊材料(以下稱新特殊材料):係指經保險人「全民健康保險藥物給付項目及支付標準擬訂會議」決議具全新功能類別特殊材料之品項。

三、新特殊材料對 DRG 支付點數影響評估方式:

(一)第一類:使用新特殊材料導致臨床診療型態或手術方式改變(例如傳統手術改變為內視鏡手術),醫院過去住院申報資料,缺乏相同診療型態或手術方式個案之醫療利用資料,無評估使用新特殊材料之醫療點數影響。

(二)第二類:使用新特殊材料惟手術方式不變。

1.估算使用新特殊材料之每人平均醫療服務點數:使用原特殊材料個案之醫療服務點數,以新特殊材料校正原特殊材料品項支付點數,計算不同 DRG 落點個案之平均醫療服務點數。

2.選擇觀察 DRG:使用原特殊材料個案有多個不同 DRG 落點時,以特殊材料使用率最高 DRG(某 DRG 使用該特殊材料人數/某 DRG 總人數)、特殊材料使用人數最高 DRG(某 DRG 使用該特殊材料人數/使用該特殊材料總人數)為觀察 DRG。

2.評估新特殊材料是否成為得加計額外點數之項目:使用新特殊材料之每人平均醫療服務點數大於觀察 DRG 之 75 百分位者,為得加計額外點數之項目;小於任一項觀察 DRG 之 75 百分位者,其新特殊材料支付點數應包含於 DRG 支付點數。

四、個案 DRG 支付點數之計算方式:

(一)使用第一類新特殊材料之個案:此類個案原應屬 DRG 實施期程範圍者,暫以論量計酬方式申報,俟有完整申報資料,經評估後恢復按全民健康保險醫療費用支付標準第七部規定申報。

(二)使用第二類得加計額外點數特殊材料項目之個案:個案按全民健康保險醫療費用支付標準第七部第一章支付通則六之(一)至(三)、(六)項計算 DRG 支付點數及另行核實申報點數外,依下列規定計算加計額外點數。以下所稱定額為權重乘以標準給付額乘以加成項目($RW*SPR*(1+各加成項目)$)。

- 1.有下列情形之一者，不得加計額外點數，且不得向病患收取費用：
 - (1)實際醫療服務點數小於下限臨界點。
 - (2)實際醫療服務點數小於 DRG 定額。
 - (3)實際醫療服務點數大於 DRG 定額，惟 DRG 定額大於上限臨界點。

2.額外加計算點數以下列情況之一且取低者：

- (1)新功能特材總點數之 50%。
- (2)以實際醫療服務點數計算額外加計算點數。
 - A.實際醫療點數大於定額，但小於上限臨界點者，加計定額至實際醫療點數差額之 70%。
 - B.實際醫療點數大於上限臨界點，且上限臨界點大於定額者，加計定額至上限臨界點差額之 70%。

五、保險人將定期於保險人全球資訊網公布得論量計酬或得加計額外點數之特殊材料代碼，及後續新增之同類既有類別品項代碼。當使用新特殊材料項目之醫療型態改變或特殊材料項調整支付價格時，保險人將重新評估新特殊材料對 DRG 支付點數之影響，重新公布得論量計酬或得加計額外點數之特殊材料代碼。

附表 7.2.1 第 1 階段導入之 164 項 DRG 項目表

MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG
2	03901	5	10509	5	11202	7	49401	8	22503	13	35902
2	03903	5	10510	5	11203	7	49302	8	22504	13	35903
2	03902	5	10504	5	11204	7	49402	8	22301	13	35904
2	03904	5	10505	5	124	8	47101	8	22302	13	35905
2	03905	5	10506	5	125	8	47102	8	22401	13	35906
2	03906	5	10507	6	16401	8	47103	8	22402	14	370
3	05701	5	10508	6	16501	8	20901	8	22403	14	371
3	05702	5	10801	6	16402	8	20907	8	22404	14	37401
3	058	5	10802	6	16502	8	20902	8	22901	14	37402
3	05501	5	10601	6	16601	8	20908	8	22902	14	37501
3	05502	5	10602	6	16701	8	20903	9	25701	14	37502
3	05503	5	10603	6	16602	8	20904	9	25801	14	372
3	05504	5	10604	6	16702	8	20905	9	25702	14	37301
3	05505	5	10701	6	15701	8	20906	9	25802	14	37302
3	05506	5	10901	6	15702	8	21001	9	259		
3	059	5	10702	6	15801	8	21101	9	260		
3	060	5	10902	6	15802	8	21002	10	290		
5	10401	5	11001	6	16101	8	21102	11	30201		
5	10402	5	11005	6	16201	8	21003	11	30202		
5	10403	5	11002	6	16102	8	21103	11	306		
5	10409	5	11006	6	16202	8	21801	11	307		
5	10410	5	11003	6	159	8	21802	12	336		
5	10404	5	11004	6	160	8	21901	12	337		
5	10405	5	11101	6	16301	8	21902	13	35801		
5	10406	5	11105	6	16302	8	21803	13	35802		
5	10407	5	11102	6	16303	8	21804	13	35803		
5	10408	5	11106	6	16304	8	21903	13	35804		
5	10501	5	11103	6	16305	8	21904	13	35805		
5	10502	5	11104	6	16306	8	22501	13	35806		
5	10503	5	11201	7	49301	8	22502	13	35901		

附表 7.2.2 第 2 階段導入之 DRG 項目表

MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG
5	11301	5	13904	8	22005	8	24101	8	50302	13	36501
5	11302	5	13803	8	22006	8	24002	8	50303	13	36502
5	11401	5	13903	8	22003	8	24102	8	50304	13	36604
5	11402	5	13805	8	22004	8	24003	12	334	13	36704
5	11501	5	13905	8	22007	8	24103	12	335	13	36801
5	11502	5	14001	8	22008	8	24201	12	338	13	36802
5	11701	5	14002	8	22601	8	24202	12	33901	13	369
5	11702	5	141	8	22701	8	24203	12	33902	14	37601
5	11801	5	142	8	22602	8	24204	12	34001	14	37602
5	11802	5	143	8	22702	8	24205	12	34002	14	37603
5	11803	5	14401	8	228	8	24206	12	34101	14	37604
5	11804	5	14501	8	23001	8	24301	12	34102	14	37605
5	11901	5	14402	8	23002	8	24302	12	34103	14	37701
5	11902	5	14502	8	23003	8	244	12	34104	14	37702
5	12001	5	14403	8	23004	8	245	12	34201	14	37703
5	12002	5	14503	8	23101	8	24601	12	34202	14	37704
5	12101	5	47801	8	23102	8	24602	12	34301	14	37705
5	12102	5	47901	8	23103	8	24701	12	34302	14	37801
5	12201	5	47802	8	23104	8	24702	12	344	14	37802
5	12301	5	47902	8	23201	8	24801	12	34501	14	37803
5	12202	5	47803	8	23202	8	24802	12	34502	14	38001
5	12302	5	47903	8	23301	8	24901	12	346	14	38002
5	12801	8	21201	8	23302	8	24902	12	347	14	38101
5	12802	8	21202	8	23401	8	24903	12	348	14	38102
5	129	8	21203	8	23402	8	24904	12	349	14	382
5	13001	8	21204	8	23501	8	250	12	35001	14	469
5	13101	8	21205	8	23502	8	251	12	35002	14	513
5	13002	8	21206	8	23503	8	252	12	35201		
5	13102	8	21301	8	23504	8	253	12	35202		
5	132	8	21302	8	23601	8	254	12	35203		
5	133	8	21303	8	23602	8	255	12	35204		
5	13401	8	21304	8	23701	8	25601	12	35205		
5	13402	8	21305	8	23702	8	25602	13	35301		
5	135	8	21306	8	23801	8	25603	13	35302		
5	136	8	21601	8	23802	8	25604	13	35601		
5	13701	8	21602	8	23803	8	49101	13	35602		
5	13702	8	21701	8	23804	8	49102	13	36001		
5	13801	8	21702	8	23805	8	49201	13	36002		
5	13901	8	21703	8	23806	8	49202	13	36101		
5	13802	8	21704	8	23901	8	501	13	36102		
5	13902	8	22001	8	23902	8	502	13	363		
5	13804	8	22002	8	24001	8	50301	13	364		

註：1.安胎相關之 6 項 DRG (DRG37901、37902、37903、38301、38302、384)、MDC5「循環系統」之 10 項 DRG(DRG11601、11602、11603、11604、11605、126、12701、12702、47804、47904)、MDC8「肌肉骨骼、肌肉系統及結締組織」之 7 項 DRG(DRG496、49701、49702、49801、49802、499、500)，第 2 階段暫不導入。
2.第二階段導入之 DRG 項目共 237 項。

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

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

第四項 語言治療 Communication Therapy (44001~44016)

通則：

一、執行本項各診療項目須至少有相關科復健專科或耳鼻喉專科專任醫師一名。

二、實施語言治療之適應症：

(一)失語症及相關障礙 Aphasia & related disorders

1. 中風 Stroke
2. 腦外傷 Head trauma
3. 動靜脈畸型 A.V.M
4. 其他 Others

(二)構音異常 Articulation disorders

(三)聲音異常 Voice disorders

(四)口吃 Shuttering

(五)語言發展遲緩 Delayed language development

(六)腦性麻痺 Cerebral palsy speech

(七)唇顎裂 Cleft-palate speech

(八)失聽 Hard of hearing (後天喪失聽力者)

(九)其他 Others

編號	診療項目(學會建議)	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
44001A 44002B 44003C	簡單Simple：指治療項目一項以上，合計治療時間未滿30分鐘之簡單治療。	v	v	v	v	240 210 145
44004A 44005B 44011C 44006C	中度Moderate：指治療項目二項以上，合計治療時間超過30分鐘至 40 50分鐘以內之中度治療。	v v	v	v	v	320 280 265 190
44013A 44014B 44015C 44016C	中度-複雜： 1. 指治療項目三項以上，合計治療時間超過 40 30分鐘 至50 <u>分鐘以內</u> 之中度治療。 <u>(若治療對象為十二歲以下則無</u> <u>治療時間須30分鐘以上之時間限制)</u> 2. <u>需包含下列2項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、</u> <u>ST7、ST9、ST13、ST14</u>	v v	v	v	v	480 420 400 290

編號	診療項目(學會建議)	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
44007A	複雜Complicated：			v	v	600
44008B	1. 指治療項目四項以上，合計治療時間超過 <u>5030</u> 分鐘以上		v			525
44012C	之複雜治療(若治療對象為十二歲以下則無治療時間須	v				500
44009C	<u>30分鐘以上之時間限制)。</u>	v				360
	2. 需符合於下列ICD-9診斷代號之一：					
	(1) <u>140-208、430-438、478.3、784.4、800-804、</u>					
	<u>850-854(ICD-10CM為C00-C41、C43-C58、</u>					
	<u>C60-C86、C88、C90-C96、C4A、C7A、C7B、D03、</u>					
	<u>D45、J910、R180、G450-G468、I60-I69、J380、</u>					
	<u>R49、S019、S021-S024、S026-S029、S060、</u>					
	<u>S063-S066、S068-S069)，且限因上述診斷住院期間</u>					
	<u>及出院後十二個月內。</u>					
	(2) <u>299.0、343、389、315(ICD-10CM為F840、G80、</u>					
	<u>H90-H91、F80-F82、F88、F89、H9325、F480)，</u>					
	<u>且治療對象需為十二歲以下。</u>					
	3. <u>需包含下列2項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、</u>					
	<u>ST7、ST9、ST13、ST14。</u>					
	註：1.治療項目					
	ST 1. 聽能瞭解訓練 Auditory comprehension training					
	ST 2. 口語訓練 Verbal production					
	ST 3. 輔導溝通法 Augmentative communication system					
	ST 4. 認讀訓練 Reading training					
	ST 5. 書寫訓練 Writing training					
	ST 6. 視知覺訓練 Visual perception					
	ST 7. 高階層認知訓練 High level cognitive function					
	training					
	ST 8. 觸覺肌動法 Tactile stimulation					
	ST 9. 口腔動作訓練 Oral Tx.					
	ST 10 發音部位法 Phonetic placement					
	ST 11. 聽辨訓練 Auditory discrimination					
	ST 12. 節律訓練 Rhythm training					
	ST 13. 視聽迴饋法 Audiovisual feedback monitoring					
	ST 14. 語言分析 Acoustu analysis					
	ST 15. 其他經保險人核可者					
	2. 44011C、44012C、44015C限復健科專科醫師開設之基					
	層院所或基層院所聘有專任之復健專科醫師者申請。					

全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案計畫(草案)

000.00.00第一版實施

壹、前言

依據兒童及少年福利與權益保障法，早期療育是指由社會福利、衛生、教育等專業人員以團隊合作方式，依未滿6歲之發展遲緩兒童及其家庭之個別需求，提供必要之治療、教育、諮詢、轉介、安置與其他服務及照顧。如能早期介入及治療兒童的發展遲緩問題，一方面可以改善遲緩的程度與發展的品質，另一方面也可以增強個體的獨立性，減少家庭與社會長期的負擔。

現行早期療育健保醫療給付採論量計酬制，經醫師診斷需接受復健治療或精神醫療之兒童均可接受治療，而部分家長因擔憂及未獲得妥適之全面療育服務，傾向四處就醫，造成患童過度治療，療效亦不佳。按國內多數早療專家建議，患童應經過醫療團隊完整評估個案及家庭狀況後，量身研訂適當之個別化治療計畫，並以此治療計畫提供後續服務。除此之外，早期療育具有其特殊性，往往需要較耗時之療程，並強調以家庭為中心之整合性照護模式，有別於一般單獨之復健治療服務。

爰此，本計畫希望建立以家庭為中心之整合性照護模式，強調家庭充權與參與，真正按個案及家庭需求解決問題及研訂療育計畫，並導入個案管理概念，設立品質獎勵金及監控指標，朝簡單、可行性高之方向設計支付誘因，鼓勵院所提供早療個案更適切更有品質之療育服務。

貳、目標：建立早期療育以個案及家庭為中心之整合性照護模式，提昇醫療服務品質，導正就醫行為，提供個案與家庭合理且適當、有效率之療育服務。

參、施行期間：自公告日起。

肆、經費來源：全民健康保險醫院及西醫基層總額「醫療給付改善方案」專款項目支應。

伍、計畫內容

一、療育模式

- (一)協助家長瞭解個案的發展及優、弱勢能力，尊重其文化差異及關心重點。
- (二)在服務過程中邀請父母參與評量過程，一起以個案為中心，依家庭需求量身訂定療育目標、療育計劃，給予家長居家療育活動示範與指導，強化家長對早療的參與。
- (三)以人—活動—環境互動的觀點來了解問題，並與家長共商解決問題的策略，幫助孩童發展生活技能與社會適應能力，進而促進孩童及家庭的社會參與。

二、具體服務內容：

- (一)家庭功能評估及家庭諮詢
- (二)向家長(或法定代理人)說明及溝通個案病況、功能、預後。
- (三)與家長(或法定代理人)一起討論個案問題、訂定功能目標及治療計畫，提出整合性治療意見，注重社會參與層面。
- (四)說明社政與教育資源及視需要協助轉介。
- (五)規劃並教導家長(或法定代理人)適切之個別化居家照護或訓練技巧，且應評估及記錄檢討家長(或法定代理人)或主要照顧者之執行狀況。
- (六)專業團隊需針對每個個案至少每年需召開跨專業討論會議，並應依個案需要增加次數，相關紀錄應存放備查。

三、醫事服務機構設置要件

- (一)人員：早期療育團隊包括
 1. 具有復健科、精神科、小兒神經科或兒童心智科專科醫師任一者(早療治療項目之處方資格仍依現行支付標準之規定辦理)。
 2. 符合提供服務項目之專任專業治療人員(可包含物理治療師、職能治療師、語言治療師、聽力師、臨床心理師及社工師)
 3. 需聘有專任臨床心理師或社工師，地區醫院或基層院所得

以兼任方式辦理。

- (二)空間及設施：需符合醫療機構設置標準且需具有兒童獨立評估及治療空間等硬體規範。

四、執行人員資格

- (一)團隊中至少有一位醫師需具有實際從事兒童早期療育相關醫療工作執業資歷3年以上；各專業類別均至少1名醫事人員具有實際從事兒童早期療育相關醫療工作執業資歷2年以上。
- (二)具各專業相關證照，且每年早期療育相關繼續教育達10積分，其中以家庭為中心療育模式訓練至少3積分
1. 認證方式依現行「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」辦理。
 2. 若課程題目未直接明訂早期療育或以家庭為中心療育模式字詞，請採認積分之醫事人員團體於積分證明上註明屬早期療育或以家庭為中心療育模式之積分。

五、收案對象及標準：

- (一)新個案：由參與院所自行收案。
1. 0-3歲病患當年度經國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心診斷具2項以上發展遲緩並開立綜合評估報告書者(至少1項以上為確診遲緩項目)。
 2. 4-6歲病患當年度經國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心診斷具3項以上發展遲緩並開立綜合評估報告書者(至少2項以上為確診遲緩項目)。
- (二)舊個案：0-6歲病患前一年接受任一種類之早期療育次數 \geq 150次，且就醫院所數 \geq 3家，且病患前一年接受早期療育次數未明顯集中於某特定醫療院所(治療次數最高院所之占率低於70%)者。
1. 由保險人分區業務組定期產製名單交參與本計畫醫療院所收案。

2. 以個案治療次數占率最高院所為優先，若院所未參與計畫交由其它就醫院所依占率順序收案承作。

註:若個案同時符合新及舊個案條件，應以舊個案模式收案。

六、結案條件及標準：

- (一)客觀條件：已超過6歲(未滿7歲)
- (二)主觀條件(以下任一項符合即可)
 1. 個案各項功能已無發展遲緩。
 2. 早期療育家庭成效問卷(台灣版)各項次皆達4分以上或「APGAR家庭功能評估表7分以上及治療進步評估表皆達12分以上」。
 3. 個案轉介至教育、社政等療育資源系統接受服務，且已追蹤半年確認轉介成功。

七、收案相關規範

- (一)院所需按個案所需治療類別之治療次數及頻率提供適當之服務，若院所因人力、設備等因素無法提供個案所需之治療類別及應有強度之服務，應轉介個案至適當之醫療院所接受治療。
- (二)參與之醫療機構應提供此一計畫宣傳單張，邀請適當個案參與。
- (三)參與之個案應獲得充分的說明，得知參與此計劃可以獲得的權益，需要配合的事項，需要填寫的表單，並簽署同意書。
- (四)醫療服務提供者就具體服務內容第2及3點，向家長(或法定代理人)說明及溝通個案病況、功能、預後，與家長(或法定代理人)一起討論個案問題、訂定功能目標及治療計畫，注重社會參與層面，提出整合性治療意見後作成簡要書面紀錄，並請家長(或法定代理人)簽名。
- (五)家長(或法定代理人)或指定代理人每次治療都需參與。參與計畫院所需於本署健保資訊網服務系統(VPN)登錄收案，經其他院所收案接受治療者不得再重複收案。本署將定

期回饋收案院所個案最近就醫紀錄以利管理。

八、申請程序及受理資格審查：申請執行本計畫之特約醫事服務機構應向保險人分區業務組提出申請，經保險人審核同意後適用，變更時亦同。檢附資料如下

(一)申請表(如附表 1)

(二)專業團隊名冊(請條列各執行人員之姓名、身分證字號、專業類別、證書字號、早療執業年資、早療繼續教育學分數、以家庭為中心繼續教育學分數)，需包含臨床心理師或社工師乙名

(三)各執行人員之早療及以家庭為中心之繼續教育學分證明(影本)

(四)兒童獨立評估及治療空間相關證明(請檢附平面圖或照片)。

九、費用核付：

(一)以家庭為中心之早期療育整合照護費(支付標準表如附表 2)。為獎勵偏遠地區提供整合性醫療，縮短城鄉差距，加成獎勵如下：

1. 設立於偏遠地區之特約院所得依表定點數加計 20%。(如附表 3)

2. 「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」中以巡迴醫療方式於社區服務據點提供行動早療服務之特約院所得依表定點數加計 30%。

(二)品質獎勵費：依目標達成率給予不同品質獎勵金額，於年度結束後本署結算核付，院所不需申報(需收案滿 3 個月以上之個案始列入品質獎勵費計算)，管理指標如下：

1. 新個案：各項指標總分達 10 分之個案給予 2,000 點，其餘分數按比例給予獎勵金。

(1) 個案固定就醫率

I. 定義

A. 分子：當年度收案個案於收案後之同院治療次數(各治療類別合計)

B. 分母：當年度收案個案之同院及跨院總治療次數(各治療類別合計)

II. 跨院不同類別之治療得列入同院治療次數計算。

III. 給分標準：85-89%給予 1 分，90-94%給予 2 分，95%給予 3 分，100%給予 4 分。

(2) 個案收案率

I. 定義

A. 分子：當年度實際收案個案數

B. 分母：當年度按國民健康署系統登錄資料符合收案條件且在該院所當年度治療累計超過10次以上個案(排除符合結案條件已由同院所自行結案之個案)

II. 給分標準：70-79%每位個案給予 1 分，80-89%給予 2 分，90%以上給予 3 分。

(3) 個案療育資源聯結率

I. 定義

A. 分子：

(A)當年度收案對象中實際使用教育、社政等療育資源服務(不限首次使用資源者，包含機構及非機構式資源，不包含請領交通費、轉介入學及申請身障手冊)

(B)或個案所在教育或社政相關機構早療專業人員曾實際至院交流技巧並簽名確認之個案數

(C)或醫療院所專業人員曾至個案所在教育或社政相關機構與其早療專業人員交流技巧並簽名確認之個案數。

B. 分母：當年度實際收案個案數。

II. 給分標準：70-79%每位個案給予 1 分，80-89%給予 2 分，90%以上給予 3 分。

2. 舊個案：各項指標總分達 12 分之個案給予 2,400 點，其餘分數按比例給予獎勵金。院所收案率未達 70%者，本項品質

獎勵費不予支付。

(1)個案固定就醫率

I. 定義

A. 分子：收案個案之同院治療次數(各治療類別合計)

B. 分母：收案個案之同院及跨院總治療次數(各治療類別合計)

II. 跨院不同類別之治療得列入同院治療次數計算。

III. 給分標準：80-89%給予 1 分，90-94%給予 2 分，95%以上給予 3 分。

(2)年就醫總次數(含同院及跨院)較前一年次數下降比率

I. 定義

A. 分子：(前一年度-當年度)收案個案之同院及跨院總治療次數

B. 分母：前一年度收案個案之同院及跨院總治療次數

II. 給分標準：下降 5-10%給予 1 分，11-15%給予 2 分，16%以上 3 分。

(3)個案收案率

I. 定義

A. 分子：實際收案個案數

B. 分母：本署提供符合資格名單之個案數

II. 給分標準：75-79%每位個案給予 1 分，80-89%給予 2 分，90%以上給予 3 分。

(4)個案療育資源聯結率

I. 定義

A. 分子：

(A) 當年度收案對象中實際使用教育、社政等療育資源服務(不限首次使用資源者，包含機構及非機構式資源，不包含請領交通費、轉介入學及申請身障手冊)

(B)或個案所在教育或社政相關機構早療專業人員曾實際至院交流技巧並簽名確認之個案數

(C)或醫療院所專業人員曾至個案所在教育或社政相關機構與其早療專業人員交流技巧並簽名確認之個案數。

B. 分母：當年度實際收案個案數。

II. 給分標準：70-79%每位個案給予1分，80-89%給予2分，90%以上給予3分。

十、醫療費用申報及審查原則

(一)醫療費用申報、暫付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查、檔案分析及核付，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

(二)申報填表說明

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段

(1) 案件分類：請填報「E1(支付制度試辦計畫)」。

(2) 特定治療項目代號(一)：請填報「ED(早期療育門診醫療給付改善方案計畫)」

十一、品質資訊之登錄及監測

(一) 參與本計畫之特約醫療院所應填報評估報告書存放備查

(如附表4)，並依保險人規定內容(如附件5)至本署健保資訊網服務系統(VPN)登錄及定期填報兒童功能及家庭服務成效評估

(「家庭功能評估及諮詢」、「早期療育家庭成效問卷(台灣版)」、「照護過程評量表」、「APGAR 家庭功能評估表及「治療進步評估表」擇一，最末項參考量表如附表6)等資訊，首年作為本署統計監控用，暫不列為品質獎勵指標。可填報之兒童功能成效各項專業評估量表如下

1. 物理治療(至少擇一項(含)以上填報)

(1)嬰幼兒綜合發展測驗-診斷量表 (Comprehensive Developmental Inventory for Infants and Toddlers ,CDIIT-DT)

- (2)皮巴迪動作發展量表第一或第二版 (Peabody Developmental Motor Scales ,PDMS or PDMS-2)
 - (3)布魯茵克斯—歐西瑞斯基動作精練度評量工具第一或第二版 (Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency ,BOTMP or BOT2)
 - (4)兒童動作 ABC 評估量表第一或第二版(Movement Assessment Battery for Children, MABC、MABC-2)
 - (5)粗動作功能評量表(Gross Motor Function Measure, GMFM)
 - (6)兒童生活功能量表(中文版) (Chinese Version of Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI-C)
 - (7)阿爾伯塔嬰兒動作量表 (Alberta Infant Motor Scale, AIMS)
 - (8)文蘭適應行為量表 (中文版) (Vineland Adaptive Behavior Scale, VABS)
 - (9)學前兒童粗大動作品質量表(Preschooler Gross Motor Quality Scale, PGMQS)
 - (10)粗動作發展測試第二版(Test of Gross Motor Development, TGMD-2)
2. 職能治療(至少擇一項(含)以上填報)
- (1)幼兒日常職能活動量表(Pediatric Daily Occupation Scale, PDOS)
 - (2)加拿大職能表現測驗(Canadian Occupational Performance Measure, COPM)
 - (3)文蘭適應行為量表-教室版(Vineland Adaptive Behavior Scales, VABS)
 - (4)兒童生活功能量表(中文版)(Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI-C)
 - (5)嬰幼兒綜合發展測驗 (Comprehensive Developmental

- Inventory for Infants and Toddlers ,CDIIT)
- (6)學齡前兒童行為發展量表(Chinese Child Development Inventory, C CDI)
 - (7)皮巴迪動作發展量表第二版(Peabody Developmental Motor Scales-2, PDMS-2)
 - (8)動作問題簡易量表 (Quick Motor Problem Inventory ,QMPI)
 - (9)拜瑞布坦尼卡視覺-動作統整發展測驗 (The Berry-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration, VMI-4R)
 - (10)視知覺技巧測驗－修訂版(Test of Visual-Perceptual Skills , TVPS-R or TVPS-3)(Non-Motor)
 - (11)布魯茵克斯—歐西瑞斯基動作精練度評量工具第一或第二版 (Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency ,BOTMP or BOT2)
 - (12) 兒童動作 ABC 評估量表第一或第二版(Movement Assessment Battery for Children, MABC、MABC-2)
 - (13) 動作協調問卷(中文版) (Developmental Coordination Disorder Questionnaire, DCDQ)
 - (14) 嬰兒動作評估測驗(Movement Assessment of Infants , MAI)

3. 語言治療(至少擇一項(含)以上填報)

- (1) 修訂學前兒童語言障礙評量表
- (2) 修訂學齡兒童語言障礙評量表
- (3) 零至三歲華語嬰幼兒溝通及語言篩檢測驗
- (4) 修訂畢保德圖畫詞彙測驗
- (5) 華語兒童理解與表達詞彙測驗(REVT)
- (6) 嬰幼兒綜合發展測驗 (Comprehensive Developmental Inventory for Infants and Toddlers ,CDIIT)
- (7) 華語嬰幼兒溝通發展量表(臺灣版)(Mandarin-Chinese

Communicative Development Inventory (Taiwan) ,
MCDI-T)

4. 心理治療(至少擇一項(含)以上填報)

- (1) 貝萊氏嬰兒發展量表(Bayley II / III)或 Mullen Scales of Early Learning 或嬰幼兒綜合發展測驗(CDIIT)
- (2) 學齡前兒童發展量表(CCDI)
- (3) Stanford-Binet Intelligence Scale:4th or 5th Edition
- (4) 魏氏幼兒智力量表修訂版／第四版 (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised/IV , WPPSI-R/IV)
- (5) 魏氏兒童智力量表第四版 Wechsler Intelligence Scale for Children-4th Edition(WISC-IV)
- (6) Leiter International Performance Scale-Revised/ III (Leiter-R/ III)
- (7) Bayley III:Adaptive Behavior Questionnaire
- (8) 適應行為評量系統第二版(ABAS-II)(台灣版)
- (9) 文蘭適應行為量表中文編譯版(教室版)(台灣版)
- (10) Vineland Adaptive Behavior Scale: Classroom Edition(VABS Classroom Edition)或文蘭適應行為量表第二版(VABSII)
- (11) 溝通/語言神經發展評估工具，例如：畢保德圖畫詞彙測驗修訂版/第四版)(PPVT-R/4)(台灣版)或學前兒童語言能力測驗(Preschool Language Comprehension Test-PLC)等
- (12) 注意力評估工具〔如 K-CPT、CPRI/II、GDS、廣泛性非語文注意力測驗(CNAT)、NEPSY、LeiterR-III 等〕
- (13) Achenbach System of Empirically Based Assessment 阿肯巴克實證衡鑑
- (14) Leiter-III Social-Emotional Examiner Rating Scale
- (15) Baley-III Social Emotional Scale

(二)院所每次所作評估報告書及其相關評估量表應存放備查，保險人得視需要抽審其內容之合理性及是否與申報內容相符。

(三)品質監測指標：保險人定期統計分析個案參與計畫前後及參與期間之醫療利用情形比較，監測指標包含個案復健及精神醫療接受療育次數、醫療點數、初次就診年齡及治療成效分析等。

(四)保險人分區業務組應適時進行實地審查，並舉辦計畫執行概況檢討或發表會，可委請參與本計畫之績優特約醫療院所報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。

十二、退場機制：未依保險人規定至本署健保資訊網服務系統(VPN)登錄品質資訊或登錄不完整，經輔導仍未改善之院所，保險人各分區業務組得依權責予以終止其參加試辦計畫資格。

十三、保險人並得視費用支付情形，隨時召開會議研議修改本方案之相關內容。

十四、資訊公開：保險人得公開參與本方案之院所名單及相關品質資訊供民眾參考。

附表 1

000 年全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案計畫申請書

院所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼			
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號			
	本計畫負責醫師學經歷					
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：			
	計畫聯絡人 e-mail					
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註	
	醫師資格		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
	醫事人員資格		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
	醫事機構空間及設施		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
	臨床心理師或社工師聘任狀況		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
保 險 醫 事 服 務 機 構	機構章戳		保險人審核意見欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 審核委員： 日期章戳：		本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日					

附表 2

全民健康保險早期療育醫療給付改善方案計畫
支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P00000	以家庭為中心之早期療育整合照護費 註：每人每季限申報一次	1,000

附表 3-全民健康保險山地離島地區一覽表

縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園縣	復興鄉	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
臺中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙島
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

附表 4

以家庭為中心之早期療育整合照護評估報告書 (參考格式)

第一部份-醫療專業部分 (*為必填欄位)

*個案姓名			*醫事機構名稱		
*生日			*身分證字號		
收案日			*診斷		
家庭主訴					
*家庭對療育成效之預期目標					
對早療的認知與期待	項目	分數	描述		
	對接受評估的態度		<input type="checkbox"/> 0. 主動積極 <input type="checkbox"/> 1. 有合作意願 <input type="checkbox"/> 2. 配合度動機不強 <input type="checkbox"/> 3. 心裡抗拒尚未準備面對 <input type="checkbox"/> 4. 其他		
	對發展遲緩及早療認知		<input type="checkbox"/> 0. 清楚 <input type="checkbox"/> 1. 有些概念 <input type="checkbox"/> 2. 不清楚 <input type="checkbox"/> 3. 其他		
	對問題的認知		<input type="checkbox"/> 0. 認知一致 <input type="checkbox"/> 1. 有些差距 <input type="checkbox"/> 2. 雙方差距大 <input type="checkbox"/> 3. 其他		
	家屬與專業人員對個案問題認知		<input type="checkbox"/> 0. 認知一致 <input type="checkbox"/> 1. 有些差距 <input type="checkbox"/> 2. 雙方差距大 <input type="checkbox"/> 3. 其他		
	接受早期療育的動機與期待		<input type="checkbox"/> 1. 釐清診斷 <input type="checkbox"/> 2. 入學或轉銜鑑定 <input type="checkbox"/> 3. 學習教養方法與技巧 <input type="checkbox"/> 4. 增加療育相關知識 <input type="checkbox"/> 5. 申請早期療育資源(含教育、社會福利、醫療等) <input type="checkbox"/> 6. 其他		
*家庭服務成效評估					
1 至 4 擇 一 填 報 即 可	1. 家庭 功能 評估 及 諮 詢	問 題 評 估 / 分 析	項目	分數	描述
			經濟狀況		<input type="checkbox"/> 0. 一般戶 <input type="checkbox"/> 1. 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 2. 低收入戶 <input type="checkbox"/> 3. 其他 經濟來源： <input type="checkbox"/> 0 穩定 <input type="checkbox"/> 1. 不穩定 <input type="checkbox"/> 2. 收支失衡 <input type="checkbox"/> 3. 其他 經濟狀況(說明)：
			家庭功能		<input type="checkbox"/> 0. 佳 <input type="checkbox"/> 1. 角色分工 <input type="checkbox"/> 2. 家庭支持人手 <input type="checkbox"/> 3. 家庭內在資源 <input type="checkbox"/> 4. 家庭外在資源 <input type="checkbox"/> 5. 親職功能表現 <input type="checkbox"/> 6. 家庭互動關係 <input type="checkbox"/> 7. 家庭組成結構 <input type="checkbox"/> 8. 家中有其他身心障礙者 <input type="checkbox"/> 9. 照顧者健康狀況 <input type="checkbox"/> 10 (曾) 有家暴/兒保議題 <input type="checkbox"/> 11. 高風險家庭或特殊家庭 <input type="checkbox"/> 12. 其他
			親職照顧能力		主要照顧者 <input type="checkbox"/> 0. 適切 <input type="checkbox"/> 1. 照顧態度 <input type="checkbox"/> 2. 照顧人力 <input type="checkbox"/> 3. 教養技巧 <input type="checkbox"/> 4. 對子女期待 <input type="checkbox"/> 5. 親子關係 <input type="checkbox"/> 6. 家人間教養共識 <input type="checkbox"/> 7. 照顧者壓力調適 <input type="checkbox"/> 8. 環境或文化刺激條件 <input type="checkbox"/> 9. 其他
			療育參與		態度及意願： <input type="checkbox"/> 0. 有意願且主動積極 <input type="checkbox"/> 1. 被動消極 <input type="checkbox"/> 2. 無意願 <input type="checkbox"/> 3. 有疑慮或困難

				助力與阻力： 目前療育狀況：	
	社會資源運用			因應態度： <input type="checkbox"/> 0. 主動積極 <input type="checkbox"/> 0. 尚可 <input type="checkbox"/> 1. 不足或不會使用 資源（分數） 家庭接受福利狀況： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 早療相關補助 <input type="checkbox"/> 2. 兒少 生活扶助 <input type="checkbox"/> 3. 特殊境遇家庭子女生活津貼 <input type="checkbox"/> 4. 身心障礙 生活補助 <input type="checkbox"/> 5. 幼兒園學費補助 <input type="checkbox"/> 6. 學前巡迴輔導 <input type="checkbox"/> 7. 其他	
		整體評估： ()1. 依家庭意願提供協助（0-3分） ()2. 需要追蹤及諮詢（3分以上） ()3. 需要追蹤及連結其他服務（5分以上及高風險或其他特殊個案）			
	處理方向	()1. 協助處理家庭經濟問題 ()2. 強化家庭功能 ()3. 強化社會支持系統 ()4. 提升照顧能力與技巧 ()5. 強化親職能力 ()6. 增加對早療資源認識及使用 ()7. 家庭諮商及治療 ()8. 提供心理支持及調適因應 ()9. 習得療育相關知能 ()10. 其他：			
2. 早期療育家庭成效問卷（台灣版）	總分 面向一： ， 面向二： ， 面向三： 面向四： ， 面向五：				
3. 照護過程評量表	總分： (1)人員： (2)機構：				
4. 家庭功能評估及治療進步評估表	(1)APGAR家庭功能評估表分數： (2)治療進步評估表（專業人員使用）分數： (3)治療進步評估表（家長/主要照顧者使用）分數：				
個案專業評估					
專業評估量表	治療種類	評估量表名稱	分數	常模百分位數	備註
其他項目評估 （EX 肌力、關節角度、）					

以家庭為中心之早期療育整合照護評估報告書
第二部份-綜合說明部分

綜合評估			
*個案姓名		*醫事機構名稱	
主要問題			
個案優勢			
預期個案預後			
治療目標與計畫			
*治療長期目標(1年，需包含功能性目標)	治療短期目標(1-3個月)	*治療計畫之執行策略	
		<input type="checkbox"/> 提供兒童治療計畫(治療種類、頻率、期程及內容)	<input type="checkbox"/> 指導照顧者個別化居家照護或訓練技巧
		<input type="checkbox"/> 連結社政與教育資源運用	
		治療種類： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 家族治療 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 親職技巧 <input type="checkbox"/> 家庭服務 <input type="checkbox"/> 資源使用 <input type="checkbox"/> 聽能復健 治療內容摘要：	指導內容摘要： 1. <input type="checkbox"/> 已轉介通報轉介中心 2. <input type="checkbox"/> 轉介使用社政或教育資源項目： (1) (2) (3) 3. <input type="checkbox"/> 邀請 單位早療專業人員曾實際至院交流技巧(簽名確認：) 4. <input type="checkbox"/> 醫療院所專業人員曾至個案所在相關單位()與其早療專業人員交流技巧(簽名確認：)
(專業別：) *計畫主負責人簽名		*家長(或主要照顧者)簽名 (與個案之關係：)	<input type="checkbox"/> 我已確認接受並瞭解本計畫照護內容*

附表 5

全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案計畫

個案登錄系統必要欄位簡化表

一、每次收案及追蹤必填欄位：

1. 收案日期
2. 診斷碼ICD-10CM (104. 12. 31前以ICD-9CM申報)
3. 治療種類
4. 評估結果
 - (1)個案功能評估：評估量表分數、常模百分位數(每項專業得擇用8項以內量表)-選填項目
 - (2)家庭服務成效評估：(擇一項，必填)
 - A. 「家庭功能評估及諮詢」
 - B. 「早期療育家庭成效問卷(台灣版)」
 - C. 「照護過程評量表」
 - D. 「APGAR家庭功能評估表」及「治療進步評估表」
5. 個案療育資源聯結情形
 - (1)個案是否已至通報轉介中心完成通報(舊個案為必填, 新個案為選填)
 - (2)是否實際使用教育、社政等療育資源服務
 - (3)是否有社政或教育相關機構早療專業人員曾實際至院交流技巧並簽名確認
 - (4)醫療院所專業人員曾至個案所在社政或教育相關機構與其早療專業人員交流技巧並簽名確認
6. 結案評估：結案原因(已超過6歲、各項功能已無發展遲緩、早期療育家庭成效問卷(台灣版)各項次皆達4分以上、APGAR家庭功能評估表7分以上及治療進步評估表皆達12分以上、個案轉介至教育社政療育資源系統且確認轉介成功)

二、個案就醫參考資料:就醫統計資訊(個案就醫院所數及就醫次數統計)

附表 6

APGAR家庭功能評估表

填答說明：針對您帶孩子來醫院治療的狀況，請您就最近兩週的狀況作回答。

	經常 (2分)	有時 (1分)	幾乎沒有 (0分)
1、我滿意於當我遇到困難時，可以求助於家人。(適應度Adaptation)	2	1	0
2、我滿意於家人和我討論事情及分擔問題的方式。(合作度partnership)	2	1	0
3、我滿意於當我希望從事新活動，或是有新的發展方向時，家人能接受並給予支持。(成長度growth)	2	1	0
4、我滿意於當家人對我表達情感的方式，以及對我的情緒(如憤怒、悲傷、愛)的反應。(情感度affection)	2	1	0
5、我滿意於家人與我共處的方式。(融洽度resolve)	2	1	0
總分數 7 至 10 分：表示家庭功能無障礙；總分數 4 至 6 分：表示中度家庭功能障礙；總分數 0 至 3 分：表示有重度家庭功能不足。			

治療進步評估表：專業人員使用

填答說明：針對家長/主要照顧者帶孩子來醫院的治療進步狀況，請您就最近兩週的狀況作回答。

	非常不同意 1分	很不同意 2分	不同意 3分	同意 4分	很同意 5分	非常同意 6分
1. 父母/主要照顧者知道如何對孩子使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
2. 父母/主要照顧者會對孩子使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
3. 父母/主要照顧者會對孩子成功的使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
總分數 12 至 18 分：表示治療進步成功；總分數 7 至 11 分：表示中度治療進步；總分數 0 至 6 分：表示治療無進步。						

治療進步評估表：家長/主要照顧者使用

填答說明：針對您帶孩子來醫院的治療進步狀況，請您就最近兩週的狀況作回答。

	非常不同意 1分	很不同意 2分	不同意 3分	同意 4分	很同意 5分	非常同意 6分
1. 我知道如何對孩子使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
2. 我會對孩子使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
3. 我會對孩子成功的使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
總分數 12 至 18 分：表示治療進步成功；總分數 7 至 11 分：表示中度治療進步；總分數 0 至 6 分：表示治療無進步。						

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 (12001-12206)

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
12077BC	CA-125腫瘤標記 (EIA/LIA法) CA-125 (EIA/LIA)	v	v	v	v	400

104 年度第 2 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

與會人員發言實錄

前言

林科長淑範

共同擬訂會議代表總共有 37 位，目前到了 23 位已過半數，以上。

主席

各位代表及本署同仁大家午安，今天召開今年第二次醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議。請各位代表翻看第二頁至第六頁上次會議紀錄，對於上次的會議紀錄有無意見？如果沒有意見會議紀錄就確定，接下來看追蹤表，請同仁報告。

林科長淑範

主席、各位代表，請看更新的辦理情形追蹤表，這次追蹤案有十案，解除列管的有四案、繼續列管有六案，先跟大家報告解除列管的是序號 3、6、8、9。

第三案是西醫基層院所合理門診量的監控指標，相關指標已經在五月二十八日的西醫基層研商議事會議討論，依照決議我們會定期把指標結果提供給醫師公會全國聯合會，所以這項解除列管，接下來序號 6、序號 8、序號 9 都是在上一次共同擬訂會議，對於支付標準的修訂，這三案我們已在六月八日辦理預告，預告後會報衛生福利部核定。

在繼續列管的部份，請大家回到序號 1 是共同照護試辦方案導入支付標準案，在辦理情形有提到因為這幾年照護人數、參與本方案之院所家數還有提供教育訓練單位變多，近期還是會邀請各單位討論是否要導入支付標準；序號 2 是 CKD 給付改善方案對於泌尿專科醫師是否須接受慢性腎臟病照護訓練課程，因各單位有不同意見，我們在第一次徵詢的時候是腎臟科醫學會，「腎臟科醫學會」跟「泌尿科醫學會」兩個意見剛好是相反的，所以又徵詢「台灣醫學會」、「中華民國醫師公會全國聯合會」，在辦理情形可以看到，台灣醫學會建議仍需接受訓練，醫師公會全國聯合會的部份，特別要跟各位代表報告，因為醫師公會全國聯合會五月十四日建議可請泌尿科醫學提供實證證據，必要時邀集相關專科學會開會研議，我們昨天又接到醫師公會全國聯合會另外一個公文，表達全聯會在四月中時候有找過腎臟科醫學會跟泌

尿科醫學會討論，腎臟科醫學會願意再繼續討論泌尿科醫師是否要接受教育訓練這件事情。本署會綜整大家的意見會再簽辦是不是要解除教育訓練；序號 4 是有關「電子式內視鏡超音波」及「細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波」2 項新增項的追蹤，本案在四月十五日已經函請學會去確認成本分析表，學會送回來後我們將提到會上討論；第五案是調整護理費支付標準的案件，本案五月二十五日已在健保會報告，同意動支，所以我們六月五日已經把三案陳報衛生福利部裁定用哪個方案，結果會在這個會上做報告；序號 7 快速結核病分子診斷新增診療項目案，上次決議說明要去確認經費來源還有檢驗套組是否有許可證，這件事我們在六月十日發文到各單位去徵詢意見，所以繼續列管；最後一個序號 10 有關「耳鼻喉科醫學會」建議調升頭頸外科手術等 34 項診療項目支付標準，這是要請「台灣醫院協會」提供意見，所以繼續追蹤這個案子，以上。

主席

好，最後一項辦理情形是「台灣醫院協會」少一個「院」，文字修正，並繼續列管，好～請問各位代表對於會議的追蹤情形有沒有意見？如果沒有意見我們就確定，接下來請報告事項第一案

報告事項

第一案

案由：本署參考委託辦理結果及反應意見，修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第七部全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) (以下簡稱 Tw-DRGs) ICD-10-CM/PCS 草案。

主席

請問各位代表對於本案有無意見？請～潘代表。

潘代表延健

大家午安，針對 Tw-DRGs ICD-10 的對照，首先要謝謝健保署，因為上一次我們提到六月希望能夠提供，這個是如時提供了，但對於這內容我提出幾個建議，就是整體的 ICD-10 的對應上來看，他的作法好像是從 ICD-9，我們從診斷碼 ICD-9 之後再去對應到 ICD-10，那我們知道新的 ICD-10 這個編碼其實他是比較完整的，歸類上面，所以這樣的話就會變成有遺漏，就是原來 ICD-9 沒有的 ICD-10 有了，這個部份

可能會對不出來，那我這邊舉一個例子，原來 ICD-9 診斷沒有辦法編碼的，ICD-10 有，能夠提供編碼，像是 Z51.1 這個可能比較細節的，他可以入院作免疫治療，這類的其實他是可以歸到我們 DRG 裡面，那邊可能請健保署來做參考一下，這就是說是不是再從 ICD-10 這個角度來再去做一次 Review，就是說我們現行診斷還有一些漏網之魚。

第二個在第四頁(十一) 生產有合併植入性胎盤這塊，這部份我是建議在 ICD-9 原來的 667.0 這塊本來就沒有放進來，這個部份是不是能夠再考慮。

第三個，有一些編碼是在重覆出現的，那你們再去對應一下，像是在第七頁(三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：1. 年齡小於 18 歲之先天性疾病個案…，裡面重覆代碼的有 Q 18.1、Q 18.2、Q38.4 …這類的，還有漏掉的 18.8，像這個比較小的細節可能要再 review 確定一下；那有一些是有一些矛盾的，第七頁(六) 3. 次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用，應符合下列三項要件，那這個部份 C94.4 跟 C94.6 在前面排除，但是他又增加在性態未明腫瘤下面，所以這個在判斷上面，前面有排除後面又納入，所以在這個歸類就是說在實際的 coding 上面到底是要排除還是要進來，這會產生誤導，那最後一項就是我們在很多編碼裡面，其實這個 ICD-10 他是有小數點的，那我們在表達上面是沒有出現小數點的，像是第四頁(十二)複雜性多重骨盆腔器官脫垂，這部份的處置碼，裡面 ICD-9-CM：6859+7077 +7050，其實是 68.59+70.77 這裡面都少小數點，少小數點不只我剛講這個，大概還有三項～四項左右，這個比較細的錯誤部份，還請健保署再 Review 一下。

主席

謝謝潘代表，幫我們核對，看起來是有看資料，要不然後面幾頁很多人根本都不看。接下來～林代表。

林代表富滿

我與潘代表意見有一些是重覆的，因內容涉及 ICD-10-CM 編碼，專業且複雜，請容許會後直接提供意見給醫管組，不需在這邊逐項說明。

主席

好，謝謝林代表的建議，其他代表還有沒有意見？請～黃代表。

黃代表雪玲

我想問一下第一頁倒數第三行 ICD-10-CM/PCS 編碼內容之改變，修訂後 Tw-DRGs 由 1,062 項調整為 1,054 項，這個地方組數變少原因是為什麼？

主席

好，還有沒有其他代表有意見？沒有的話，請醫管組回應一下。

林科長淑範

好，修訂後 ICD-10-CM/PCS 編碼內容之改變，修訂後 Tw-DRGs 由 1,062 項調整為 1,054 項，也就是少了八項，原因是 ICD-9 對到 ICD-10 的情況，有一對一、多對一、多對多。這種情形發生在多個 ICD-9 碼對到 1 個 ICD-10 碼時，造成 ICD-10 碼落到兩個以上的 DRG，因為只能選擇一個 DRG 當落點，所以我們用美國方法，以兩個 DRG 在 ICD-9 診斷碼的申報數量比較多的 DRG 為落點，依照這樣的處理方式，造成八個 DRG 沒有診斷碼，因而少了八個 DRG。這八個 DRG 的特徵是什麼？主要是因為國內本土化過程中，DRG 拆分組被拆出來，例如：一個很特殊的例子，腸胃道出血 DRG17402 跟 DRG17502，在國內拆分成四組，有一組是腸胃道出血併有阻塞，另一組是腸胃道出血沒有阻塞，可是在 ICD-10 版的診斷碼是不分是否阻塞，就是一個 ICD-10 碼，所以會減少 DRG 組是這樣的原因，以上。

主席

好，還有沒有其他代表有意見？如果沒有的話，這個 DRG ICD-10 版本是有上網徵求修正意見，有四則意見也已做修正，現在準備公告，因為代表還有意見，顯然我們勘誤還不夠好，是不是會後請潘代表跟林代表將準備的書面資料提供給我們，各位代表就授權健保署請相關的分類專家再次確認之後，陳報衛生福利部核定公佈，但公告之後我們仍持續徵詢大家的意見，因為在使用後，可能還會有新的問題，我們仍持續接受大家的建議，在明年一月一日實施前，如果還有修正，就用最新的版本實施。各位代表，如果這樣處理可以的話，這個報告案就這樣通過。謝謝。接下來我們進行討論事項第一案。

討論事項

第一案

案由：為利我國正常體系發展及維護各層級醫療從業人員公平對待，建請檢討現行健保支付標準表並予調整案。

主席

這個提案好幾次因時間因素都沒有討論，今天列為第一案，所以有充分的時間討論，今天有復健醫學會、聽力語言學會的專家列席，等會可以協助大家補充意見，提案單位有沒有要補充，請～謝代表。

謝代表文輝

主席、各位代表，不好意思拿這個提案這麼多次會議都來麻煩大家，我們也非常感謝健保署，主席還指示龐組長在五月二十七日，為了這個案還特別開一個會前會，在會前會裡面組長特別交待，把健保署訂的這三案跟配套措施，最重要的還強調說配套是一個新的想法、改革方向，請我們回去檢討，要讓復健功能績效更好，醫院協會看長官這麼關心這個案子所以也很認真，特別在昨天下午召開會議討論，因為今天要開會，普通健保會議大概我們三個層級各派四個代表在健保委員會裡面討論，這次特別還請三個層級及理監事開臨時會，一起開會，因為署裡長官很重視這案我們也應該用心看待，討論完的結果在此跟大家報告。

各位代表手上有一張六月十一日進來的文，那主要當時在討論的過程裡面大概有幾點，我們有照龐組長交待也把那天各團體意見納入，物治師全聯會也有體認到其實地區醫院協會提這案，心很小，這是醫院總額裡面自己的重分配，所以也沒有要編什麼預算，那在學會裡面，我們其實上次四月二十日開過以後，算大醫院照顧小醫院，小醫院經營很困難，大家要知道復健是一張卡作六次，那都是長期比較慢性的復健，所以大部份都是在地區醫院作，特別跟消費者代表報告，這大部份都是在地區醫院作，一張卡作六次，作完了又要繼續作，所以都是就近，所以我們台灣很多小間地區醫院，接受復健病患都比較老比較弱勢，有時候佔了醫院三分之一的服務量，所以調整點數對他們影響很大，他們為什麼會提這案出來，看「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二章特定診療章，所有各項診療項目的支付，只剩幾項有區分醫學中心、區域醫院、地區醫院有差距，其它都沒有了，因為健保的原則是同病同酬，第一代嘛，那第二代加一個同質，品質一樣，所以才會提出這個案子，醫院協會在昨天下午討論完後，覺得這真的沒錯，台灣最小間的地區醫院，有時候就是因為這個收入，

因為比較技術性，比較不用本錢，靠這個收入支撐其他簡單的內、外科工作，是靠這個在支撐，所以大家都會這樣提。這個案沒有新編預算，其實我坦白講是醫學中心、區域醫院的老大哥，大家勒緊褲帶，說好這錢就給比較小間的地區醫院，所以實在是一個很好的佳話，其實像上次中醫用報告案通過就可以，因為都沒有影響到其他總額。所以那天開會的時候，「物理治療學會」也很體諒這個情景，他們雖然長期主張應該不要有層級之分，全部點數應該都要一樣，但他們後來也贊成醫院的部份先切割處理，他們的長期目標未來繼續努力，當然我們也跟大家報告說，「復健醫學會」有不一樣的意見，他們認為要分比較多級，當然他們的想法也很好，說這樣才會永續經營，醫學中心點數要高因為要教學要研究，這樣才能有那些經費，但是我覺得這樣就不對了，教學研究不應該用健保的費用，教育部要另外編，不然以後地區醫院沒有好的醫生要來，醫學中心支付比較好啊，以後你台大教授去地區醫院開復健門診都領我們地區醫院這個支付點數，這就沒道理了，因為違反健保法，我們健保法規定同病同酬，同品質同酬，這些費用都在單一項目，都是所謂簡單及複雜等，剛才署裡長官說他們那個複雜度不同，簡單、中度、複雜治療在醫學中心、區域醫院、地區醫院定義都一樣，沒有所謂不同的問題，當然你簡單的跟複雜相比是不同的，但是三個層級的簡單、中度、複雜治療的定義都一樣，設置規模跟品質有什麼關係？在三個層級都是一個醫師在看，一個復健師在做治療，也是同樣一台機器在做治療，所以就品質來看，依健保法都不該有差異，這以前訂的時候不知為什麼遺漏了，所以我也很贊同「復健醫學會」說的，要想辦法要求教育部提出教學費用，教授在指導學生要有另外教學費用。不好意思，講那麼久，昨天的結論跟大家報告一下，所以三個層級的理事長都說好，大家支付點數都一樣，所以才由地區醫院代表提出本案來作調整。

第二、龐組長特別交待要做功能改革，我覺得對這個改革的方向大家都肯定，因為我們很多消費者批評我們說品質不好，花很多錢，所以這個方向是大家非常肯定，但是對我們目前提出的這個案有疑慮，因為我們一般醫師看了反應說這豈不是變成包醫制？基本精神是醫了比較好才可以拿這個給付，如果治療成果平平，拿50%，打對折，如果沒有比較好或更差要扣錢，所以大家很驚恐，說這是赤腳仙才敢說包醫，癌症一帖幾萬，病沒有好要找他，人就不見了，復健治療很多像是腦神經、神經、肌肉的問題，老實說治療是延緩失能時間而已，你要是都沒治療可能過幾個月跟本就攣縮不能動。但你給他評估可能

功能比本來更壞，這樣就會發生很大的問題，所有的院長都很害怕，大家很贊成看要想什麼辦法，甚至我是覺得說如果有覺得復健哪一部分有較浮濫，還是績效不彰，一直作但是都沒有什麼效果，這可能要請復健、職能及物理治療相關專家來討論這些問題，訂定比較好之執行規範或治療 guideline 來規範，這樣才會達成效果，如果用我們這個案，所有理事長大家聽到臉色很難看，不知該怎麼辦，尤其若是這樣的方向確立，以後像其它疾病，例如：老年失智，吃藥只是幫他延緩，幫他評估每一期，每次都比上次更不好，昨天特別拜託署裡的長官考量到醫療是醫生與上帝在拔河，其實我們很愚笨，醫了都不會比父母天生給我們的好，絕對都輸不會比較好，所以用這個評估模式下去，醫師都不知道該怎麼治療了，所以拜託署裡的長官，三個案裡面還有一個跟大家心裡很悲哀的是，還有部份點數被調降下來，降下來後剩九十幾點，又加上浮動點值又被核減，變成剩六七十點，比那個剃頭還少錢，像我這個頭是去百元店剃的，那個進去根本跟你講沒二句話，沒有用剪刀，剃完 2 分鐘就完了，我這顆比較漂亮的一點就要貴 50 元，要用到剪刀稍微修一下，你看我們復健師還是職能治療師他要講多少話呢？要解釋什麼為什麼作這個治療呢？這個治療過程是如何呢？你要注意什麼？你回去要怎麼維護？自己要做什麼運動？所以事實上，就已經被人家說血汗了，費用再調降下去更加血汗，所以醫療界一直在爭取，專業人員支付要提高，所以署內提的這三個案，尤其針對功能評量表，工作都夠血汗了，還要多寫一個表，寫都要寫死了，拜託長官收回成命，好好研究，不要抵觸醫療原則，我們建議針對浮濫的部份制定治療 guideline 規範，這樣可能比較有效，這大概就是「台灣醫院協會」的說明。所以我們這個案沒有涉及基層，與他們無關，這是醫院裡面大的照顧小的，也考慮到地區醫院困境，也符合健保同病同酬的原則，這樣到時我們這本「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」的第二章特定診療章就完全符合健保法，也沒人覺得困苦，拜託，這個案麻煩大家這麼久，希望這次能得到大家支持通過。

主席

好～謝謝，接下來請各位代表對這個案子表示意見，請潘代表。

潘代表延健

謝代表說的沒錯，這在醫院協會裡面有達成共識，這個達成共識我們代表當然表示尊重、同意，但我仍要表達一下對調整案的看法。

第一、這項同意是「醫院協會」三個層級裡面大家基於和諧的角度去同意的，並不是基於同病同酬這樣的一個概念及認知表達同意，因為事實上我們的一些規定非常清楚，不同層級設置標準不一樣，牽涉不同的成本，所以支付當然也不能是一樣的。

第二、是不是真的同病？我們看到的病患接受可能同樣的治療，兩次、三次，頻率一樣，但是在醫學中心或區域醫院的病患是重病，可能經常到病房或ICU去，但是還是一樣的支付，所以在這整體環境裡面，其實是有差距的，但是我這邊還是要強調，因為昨天醫院協會已經作了一次協議了，所以我們是尊重這樣的一個協議，以上。

主席

好～謝謝，請～陳代表。

陳代表志忠

前面兩位代表所說的話，我們都非常之贊成，我尤其贊成剛謝代表所講的這個不牽涉到其它問題，是純粹醫院的重分配，可是我有一點想釐清潘代表同樣的看法，提到到底是同病同酬還是同工同酬，在復健治療支付標準的調整，看起好像是同工同酬，不是同病同酬，作同樣的工作，作同樣的物理治療，不管被治療病患他原來的疾病，或者急性或慢性，剛剛講說回到地區醫院以後，作同樣的治療項目，我們現在這個提案是讓它回到同樣的支付，這個聽起來是同工同酬。當然我們現在支付標準表裡面，在基本診療章是很多同工不同酬的，比比皆是我都可以舉例，記得兩年前我們為了五大皆空問題，提升急重難科支付標準，在討論調整急診各檢傷分類診察費的時候，當時有一個原則也是社區醫院提出來的，因為如果照調急診診察費支付標準就會讓社區醫院所在三個層級之佔率下降，因為第四、第五級調的比較少，第一、第五級調的比較多，所以醫學中心及區域醫院的佔率會上升，為了保護剛剛講的弱小的社區醫院，我們就要在第四、第五級的時候在社區醫院加成，這違反同工同酬原則、甚至違反同病同酬原則，照這樣來講，同工同酬及同病同酬都不是最高指導原則，還有一個更重要的原則是，各個層級佔率最好能夠維持，讓我們弱小的社區醫院能夠生存下去，可是剛剛我聽到一句話是「重分配」，大家看一下第二十九頁社區醫院協會臨時提案的財務影響預估，如果把支付標準拉成一樣的話，為什麼社區醫院會增加一年7億，區域醫院沒有調點數為什麼也會增加費用，我們不知道是怎麼算出來的？增加的幾億費用如

果用中平原則去算就是造成點值下降，點值下降不只影響復健科，別科或許會有意見，點值下降但有一個區塊之點數會上升，也就是費用佔率會增加，這樣是不是違反我們過去所講的原則，這是大家可能要去考慮的，我們在討論支付標準調整的時候，除了財務影響以外，像我們上次會議有某一個學會提出要調手術費時，也說明專科意見非常重要，我們是不是在財務考量以外，需要聽一下復健醫學會的專家，我們雖然昨天好像有一些爭執及火花，但是我們區域醫院今天來的代表，我們特別請復健科醫師來此，還有復健醫學會的專家，我們想基層今天好像置身事外，我們是不是多聽一下意見，謝謝。

主席

好～謝謝，請陳代表。

陳代表宗獻

各位代表大家好，我們沒有參加昨天的協調會議，那基本上原來提出來也是在醫院層級裡面的，如果要說重分配的話，這個重分配不宜拿到基層來，因為基層診所的經濟規模比較小，經不起這麼大的衝擊，尤其我們一直在努力的，就是希望少數還有在執行外科例如產科或婦科手術業務的，我們一直希望能夠在可以預計損失之內去維持運作，我們一直來平均點值一直在 0.91、0.92，浮動點值其實就是我剛剛講的還有婦產科及外科，大概在 0.88，但若你不幸在台北開的話，就是只能達到 0.79，你就知道那個衝擊有多大，如果以第 24 頁看到的方案一、方案二、方案三，對醫院的點值影響來講好像不大，但對基層，方案一：95 倍、方案三：370 倍，不要看那個小數點後面只有一點點，它是平均點值，如果放大到浮動點值就完全是不一樣，所以我覺得這個案子的處理，我們尊重醫院內部協調的結果和各位代表的看法，但請在處理這一段的時候，我們基層不希望把更嚴重、更需要的醫療資源，拿來放在復健這個地方作調整，謝謝。

主席

好～謝謝，還有哪位代表？先等一下，原提案單位等最後再來，先請何代表。

何代表語

主席、各位代表好，當然這個錢是在醫院那邊挪來挪去，是你們自己的錢在挪，可是讓我們消費者觀感不佳、情理不合，像我們剛剛

拿到「台灣醫院協會」的函：「反對於支付標準中增列功能評估及訂定適應症及積極治療期等論質計酬的支付模式」，我想是只要錢、不負責任的文字，這是一個只要錢不負責任的公文。我們看到一個「復健醫學會」向「物理治療學會」表達反對立場，我們收到會議記錄的公文，另外我們再看原來的部份，醫師公會全國聯合會反對基層通過本項調整，白紙黑字說明 104 年西醫基層總額尚無編列相關預算支應，反對基層通過本項調整。

我想，第一、表示彼此之間還有很大的歧見、看法跟不同的意見存在，所以昨天你們怎麼協商？是不是含淚接受、含血吞下去，或者是在那邊拍桌子大吵我們不知道，我們剛剛只聽到一些端倪，如果你們把影像放給我們看，我們可能馬上作很好的決定及建議。

第二、我認為衛生署提出方案一至方案三，這是一個很不負責任的方案，它是鋸箭式，把那個箭鋸掉就好了，外面看到的鋸掉就好了，裡面不管它，這個是很不合理的方式，我有一個朋友以前開會有提過，他是一位鋼鐵大王，中風很嚴重，他原來在一個醫院裡面作復健，那個醫療設備很齊全，但是他都要去排隊，他想我財產幾百億還要在這裡排隊，所以他從德國買了一套將近二千萬的醫療設備，現在放在陽明醫學院自己使用，那他自己先用，用完後他同意陽明醫學院可以給其它病人用沒有關係，只要他不使用就給別人用，那我在看這些資料，你們寄來給我的時候，我在想假使每個人都要強調同工同酬、同病同酬，那我看你政府的醫療發展策略是什麼？國家政策在哪裡？我看這資料裡面；第一個、包括整個硬體設備，你地區醫院有沒有投入那麼好的醫療設備？你如果沒有，還要跟人家講同工同酬、同病同酬，那說不過去，觀感不佳，用全自動化跟手工在作的，跟精密儀器二千萬在作是不一樣的成本，第二個、你的醫療人員有沒有達到那個水準，你的甲等還是乙等的復健師？我不知道你們有沒有分我不清楚，我在想我們智商比較差的就認了嘛，能夠賺多少就養活多少，不可能像柯 P 158 的智商嘛，在這個社會上我不相信醫師每個人資質都一樣，假使醫師每個資質都一樣，是國家、人民的幸福；第三個、我不相信每家醫院復健設備全都一樣的，假使全部一樣也是我們國家之福、病患之福，我希望若基層醫院都能夠買進與教學醫院同樣的硬體設備，那我對於今天要調整的這個就沒有第二句話講，問題是差距太大，假使差距太大在這裡跟我講同工同酬、同病同酬，那就觀感不佳了嘛，那觀感不佳又不合情理，今天要我們怎麼做決定？所以我看到這裡面，

我心裡是反對的，站在一個付費者、消費者的立場，我是反對這樣的規畫的，尤其方案一、方案三，那簡直莫名奇妙，只要把它抓平等就好啦，大家都拿一樣錢，哪有那種事情，小學生來算算術就好了呀，叫小學生來編一下就好了呀，不可能這樣子的，所以我認為這個應該是有不同的策略，因為我一直在想，不是分教學醫院、不是分區域醫院、不是分地區醫院，我應該認為衛生福利部應該訂出一個人才標準，假使你的設備達到一個標準、人才達到一個標準，那我就給你這個錢，應該是這樣子來規畫的，沒有科學根據、沒有實證基礎，那隨便編一個方案一、方案三，方案二我想還有兩級的金額，到後面財務影響預估裡又有傾斜的現象，醫學中心也好、區域醫院也好、地區醫院也好，整個財源的分布又不合理，所以我認為本案應該要從長計議，我認為今天不應該通過這個案，本案要是通過會貽笑四方，笑死社會大眾，我們只要到外面去講，沒有錯，錢是你們自己在那裡挪來挪去，可是今天要我們來開會，我不講話於心不忍，我不表達意見，那你混蛋你來這裡開什麼會？就不要來啊，躲避啊、缺席啊，既然我來了，我有我的看法跟立場，所以我反對今天通過這個案，應該從長計議，重新來討論，依我經營企業的觀點、營利的觀點，希望衛生署能夠找我來詳細討論一下，怎麼完整規劃一個措施才是合理的，我很贊成給醫師給醫療院所更多的經費，但是我認為要合情合理，公平正義要出來，而不是同工同酬、同病同酬這個概念，我認為不是這樣子做，這是我的意見，謝謝。

主席

好～謝謝何代表，再來葉代表，葉代表發表完後，再來是楊代表。

葉代表宗義

好，我也是附議，也贊同我們工業會派出來的代表，因為我是商業會的，那麼這個問題我們現在裡面四個層級好像意見都不一樣，本身你們醫界都有意見，這個問題提出到這個地方來，我感覺今天再討論下去還是過不了，我非常同情我們謝代表，當然現在這四個層級最難經營就是你們這個層級，當然最好的醫師在大醫院也就是百貨公司，柑仔店就是基層，我們站在商業立場，地區醫院不大不小，小的話診所可以看病，看一百多個人，請三個護理師而已，旁邊又開一間藥局，穩賺錢的，當然同情你，所以你們這個不大也不小，在我們整個醫療體系一定要照顧你，這是一定的。

那麼另外一個問題，如果本案通過後，有一個問題產生，如果是中醫，中醫前幾年為了推拿的問題，如果你往這個方向走，似乎他已經又回復過來了，問題又出來了，他們會覺得我可以再開十幾間耶，還是可以作，這個問題研究啦，不要隨便拿出來，另外一個問題，我常常講，很多醫學上在作的工作，現在工商業界都在做，長照要是通過後，現在人家要推長照醫院啦，最近就去日本、韓國、先進國家去研究長照裡面，他所有蓋的機構，是比五星級、六星級飯店還要好的安養機構，我們會員許舒博是中華民國人壽保險商業同業公會理事長，人家還有幾千億，人家開始就要投資這個出來，那麼問題又會怎麼樣？長照法以後跟我們醫療有很多地方絕對會混淆啦，所以我們要先解決問題，該同情你就是同情你，該怎麼作就怎麼作，你今天來繼續再講，講到天亮也沒結論，再來就失掉你的面子，抱歉啦，講效率啦，你協同好我們再來才不會破壞感情啦，我還是支持我們署裡的意見。

主席

好～謝謝，請剛剛楊代表先發表後，再請羅代表。

楊代表政峯

主席、各位先進大家好，今天討論這個復健治療案子，因為裡面有一個部份是物理治療，那因為我代表物理治療師公會，所以表達一些意見，看起來剛剛許多的代表的意見大概就是說應該從長計議，可能要有一個更完整的配套或思考比較適合，作為一個物理治療師來講，就會蠻失望的，因為坦白講，我們一直長期表達有關物理治療的支付，不知道為什麼必需要按照醫院層級別有差別，所以不管今天後來是怎麼樣，我會希望利用這個機會，或許是表達從我們自己專業在看的意見，像剛剛有代表講到說假如是同樣的設備、同樣的人力素質，那應該是給予同樣的支付應該是合理的，那問題是如果今天設備不一樣、人力素質也不一樣，套用說你這個就是哪一個等級，就因為醫院所謂的等級來決定要弄成一樣或不一樣，那當然事情就會變成很難決定，那從我們物理治療的專業角度，為什麼會一直在想說，希望能夠變成一樣的支付，因為事實上我們自己的同業在不同層級的醫院，我們並不會覺得說，我們所提供的服務是有那麼大的差異的，我想這是第一點要做報告的，大家或許搞不好還要再更長的時間思考，可是在這個未來思考裡面，也可以把它納入這樣子，因為事實上每個治療師接受一個完整的訓練，然後說他到不同層級去，或也可能在不同的層

級間流動，但在不同的層級間流動之後，就變成今天在醫學中心裡面所提供的 service、地區醫院甚至是基層 service 他所得到的點數會有很大的落差，同樣的，我想我們自己同業也不會因為說我今天是在醫學中心我就會比較認真，我到另一個層級就會比較隨便，我想不會這樣的，就我們整個醫療的同業，我想不單只是物理治療師，我想是所有的這個醫療人員都應該秉持著自己最佳的專業去做，那另外就是說所謂的設備是不是有非常大的不一樣，這當然也是一個可能，但是我覺得這個都比較像是假設性的一個說法，事實上如果說我們去查一下，我們這邊好幾個表，因為在談說是不是要把他整併嘛，好幾個表所以一個表裡面大家會看到裡面有簡單治療、有所謂的中度治療、複雜治療，隨便一個中度治療，他在所謂的醫學中心所作的跟在地區醫院所作的，他所作的那些治療項目，是否有不一樣？我不敢講絕對一樣，但是基本上是一樣，或者是非常非常的接近，同樣一個治療項目，但在某一個醫院是用非常昂貴的設備，另外一個醫院是用非常便宜的設備，我想這個也很難，更何況我們有很多治療是不用設備的，我們會有我們的運動治療、徒手治療，這個都牽涉到人，那又回歸到剛剛講的，人的部份是否有很大等級差異，事實上應該也沒有，所以基於這樣子，我們會覺得說，回歸到不分層級去做考量是合理的，就表達這樣的意見，再從另一個角度闡述就是說，現在談的所謂不同的等級，應該是同樣複雜度的治療，但是不同的醫院，是不是要有不同等級區分，這是同樣複雜度，現在這裡面就是好像有兩個座標軸在這邊牽動，一個是醫院層級的差異，另一個是複雜度的差異，那事實上譬如某一些醫學中心會接受到的病患可能比較多會比較複雜，那它可能申報複雜治療的比例會比較高一點，我覺得這個可能是合理，也應該是用這樣子來反應，而不是說醫院層級本身就直接區隔開來說點數的差異，以上的說明供大家作參考，謝謝。

主席

好，謝謝，請羅代表。

羅代表永達

主席、各位先進大家午安，剛聽很多消費者代表很多的話，我們聽的很屈辱，為什麼？因為覺得好像地區醫院就是很差，都沒有品質，事實上，我們全國有 98 間 100 床以上的醫院，分別在很多的地方，譬如說像南投，像草屯、埔里，很多的地方它就只有地區醫院，那為什麼會分成醫學中心、區域、地區醫院，其實本來健保就這樣規定了，

可是它在某一個科可能做得很好，不見得什麼東西都一定輸給醫學中心，我想大家都承認這個事實。我們何代表也提到說，同樣的人員同樣的素質，下次你就規定你要買什麼設備，你要什麼給付，譬如現在規定要申請申報這些東西，一定要是復健專科醫師，復健專科醫師一定要是醫師畢業，一定要去受訓，復健專科醫師考過，你跟我說復健科醫師有次專科嘛？不然為什麼不一樣？那醫師的素質一樣，物理治療師公會在這邊，那他們的訓練有不一樣嗎？在榮總的物理治療師跟在地區醫院治療師，學校不一樣還是他們訓練不一樣？還是考試的考卷不一樣？要不然為什麼會不一樣？好，那設備以後就規定嘛，以後如果要做電腦斷層就買奇異的，還是哪一個牌子的。你只要這樣子規定我們就服氣，但你不能告訴我說，因為我們是地區醫院，所以我們的給付要比較少，就這麼簡單啊！你說品質要要求，為什麼不能這樣講，因為復健這個東西就像我們剛剛謝代表講的，它是一個逐漸變化，就像漸凍人包括很多東西，它就是逐漸變化，然後你要他做什麼？你看裡面的支付標準，變好的我就給你多少錢，你要是維持的我就給你50%，你要是變不好的，這個叫違反醫療常規啦！我們很清楚知道，說到錢大家傷感情，我們自己的同僚這樣講我們今天很失望，那沒有關係，沒過是沒過，但是我們要話說清楚喔，當然大家可憐我們地區醫院，覺得我們地區醫院要幫忙，我們也很高興接受，但是不是大家所想像的地區醫院那麼沒競爭力！我們有醫院骨科有七個醫生，我說實在他的產值比例較高，但是他就只會做骨科，有很多東西他在地方裡面，承擔很大的份量。我要講一件事情，就是昨天為什麼我們會提到這個地方來講，我們沒有這麼自私，但是我們要談兩件事情，第一個資源的重分配，在地區醫院裡面要請一個醫師他的確是比較辛苦，可是請一樣的人，都是做100個，我領的錢就比較少，所以我要請一個醫生更加困難，因為鄉下的地方，我跟你保證地區醫院裡面醫師的薪水絕對比區域薪水較高，區域比醫學中心要高，為什麼？因為你看的人較少，你的成本就相對高。以目前的審查，在座的專家都知道嘛，復健師一個人能做多少人？那是在審查裡面都有規定喔，對吧？所以我們沒有做那麼多人卻還是要給這麼多錢的時候，我們當然會不服氣啊！你講同工同酬也罷，講同病同酬也罷，講什麼都可以，就是請不到人啊！資源的重新分配就是大家都很在乎嘛，不然以後每一個區域都設醫學中心，這是唯一的辦法；要不然去草屯設一個醫學中心，去埔里設醫學中心，去霧社設一個醫學中心，問題是有必要嗎？如果講的像何代表講的，說要買兩千萬的設備，你就公告，你要做複雜治療

就要買兩千萬的設備，如果做不到，大家都不要給付，我心服口服。假設不是依照目前的設備，因為他的地比較大，所以做起來就是比較多錢，我覺得這個本來就不公平，這個不是醫院層級的問題，我們自己摸摸良心，我們需不需要去照顧那些弱勢、偏鄉、很多地區醫院 90 幾家 100 多床，甚至不要說這些 100 多床以上的醫院，我們很多地方的確是這個樣子，所以今天過不過是另外一回事情，但是我要表達的就是說，我們其實從頭到尾跟代表所講的東西，並沒有兩樣，我們對自我的要求也是這個樣子，只是說這樣的東西說到錢，大家忽然間變臉，這個我們始料未及，不過我想我們也接受，只是我們要再強調這是一個不公不平的事情，以上。

主席

謝謝，請干委員。

干代表文男

剛才羅代表講的很激動，他們都是老闆公會，我是被保險人的代表，那我要替我們被保險人講幾句話，如果我們保險人的立場都是希望要一致性，不能說醫學中心、區域醫院都一樣，大家都往醫學中心走，區域醫院都沒人，例如要檢討本身你的設備不夠及人種種，最主要當然羅代表講的很多，但我聽裡面有點端倪，所有的區域醫院以學校來講，是重點發展，是不是每一個大學一樣都重點發展，如果你醫院在這個地方復健，做了重點發展的話，我舉一個例子，以前那個骨頭碎掉，最好的醫院是誰？是礦工醫院，因為在礦工裡面所有來的都是斷腳斷手，所以它有一致性及專業性，如果你說在基層，基層在這個地方如果能夠做的很好的話，我希望說這個案子我們也不要講的很傷感情，希望健保署能夠專案研究，所有的設備都有一致性，不要說大醫院小醫院，就你設備、人才、你的醫術，最後你還要評估你的成果。如果說都一樣，我們可以接受，但是如果沒有的時候，我一樣付那樣的錢，普通來講，現在基層醫院去一次，150 元掛號費；比照醫學中心，一次 400 元多，但是所得到的結果，他如果是慢性病去，他幫你做檢查之後，各種相關的幫你會診一下，等於你多出來享用的醫療資源不等值。所以說你如果有專科的東西就不行，但沒有專科大家說同病同酬同值，我們都沒反對啦！但是你做起來的東西要完全一樣，這樣才讓人心服口服，不然我們被保險人要往哪裡走？大家都要去醫學中心呀，你基層做更好、區域醫院做更好，但做起來就沒有這麼好啊！你的硬體也沒有這麼好阿，所以我建議說，健保署可以研究

再詳細點，剛才何委員講的露骨，何委員一向是我很敬佩的人，他有話直講，跟我一樣！他說的話是很實際，這個方案一、方案二我看看實在是很不理想，應該還有更詳細的規劃，你如果要評估，你再分設備、分醫療等級，這個醫師能力你給他分析一下，你就知道了嘛。雖然說復健師都是受一樣的訓練，但是如果你被保險人去那裡看的時候，這個看的不一樣，醫療資源享受不一樣。所以你要說同病同酬同值，我沒有意見，但是我還是希望這個案子退回去啦～就不要再講了啦。希望也研究一下，看能不能夠再詳細一點，把設備再訂得更加明瞭，那就沒問題了嘛，謝謝！

主席

好～謝謝。請謝代表，再請復健醫學會。

謝代表文輝

真抱歉，這個案子希望今天大家幫忙，給大家麻煩很多次，其實很單純的一個案，我剛剛聽何委員講我也很尊敬，因為他說話很坦白，這樣很好，家很好溝通，等干委員說完，聽完後覺得這個人更好溝通，為什麼？因為干委員剛說礦工醫院，他是地區醫院，因為他在那個地方不可能蓋很大間，蓋很大間沒有人去呀，所以它也是地區醫院。但是他骨科為什麼可以做這麼好，它骨科的給付我們來看特定診療章，跟醫學中心跟區域醫院都一樣，都給你一樣的錢，所以他那裡骨科患者多嘛，你大間醫院訓練很好的醫生都願意去那，那有發展的空間嘛，所以就是我們認定雖然礦工醫院跟醫學中心比起來小小間，病房也比人家還小，開刀房都比人家還小間，但是醫術都一樣拿到我們中華民國骨科醫師專科醫師，都從大間醫院訓練出來，現在其實小間的找不到住院醫師，都是從醫學中心去住院醫師出來，出來的都是醫學中心訓練出來，所以都做得很好！給付我們也沒有差別待遇，如果像復健這樣請不到醫生，一樣開一個骨科患者，我在醫學中心開，跟剛剛何代表說的一樣，我幹嘛去小間開，我們剛剛何委員在講的，如果你是一樣的，今天地區醫院敢拿出來就是簡單治療，我們看表，簡單、中度，中度治療的中度-複雜，定義都一樣，要做就是有超音波的機器去做，在醫學中心也是用超音波的機器來做，在地區醫院也是超音波機器。當然，抱歉，超音波的機器好幾種，德國製、日本製，但是我們政府也沒有規定大家要用哪一家公司的，所以原則上用同樣的機器，同樣的復健師，同樣的復健醫師，去做同樣條件的事情，中度去做一個，熱敷要做一個，超音波都一樣，所以要給社區醫院同樣的給付，

是這樣的意思而已啦！因為我們基層我們知道，基層你來看復健為什麼比例這麼多？地區醫院在醫院裡面三、四千億，我們大家很不捨花這麼多錢，但是地區醫院主要也是越社區的醫院比例越大，因為這樣的醫療就是社區民眾最需要、就近的，你不要讓他跑去醫學中心，那些病患都老人家，既然完全符合何委員說的，你說這每一項都一樣，包含治療也一樣、醫術也一樣，領復健醫師的牌，物理治療師也都一樣，職能治療師也都一樣，做同樣的步驟，我感覺照何委員所講的跟干委員說的，社區醫院就像礦工醫院的骨科患者很多，所以我們的特定診療章骨科所有醫師都一樣，並沒有說他的開刀房可能沒有大間醫院的十分之一，我們就給他較少的錢，因為他也是一個很好的骨科醫師在那裡開。我們剛才裡面講的設置標準，醫學中心要兒童職能治療室等等，地區醫院又沒有設這些，但它就沒有請這些錢嘛，所以當然就不用那空間，像地區醫院你看我們醫學中心要 22 科規模，地區醫院 1 科就要做它的 22 倍喔，但是如果做 1 科領 1 科的錢，就那科的專科醫師而已，其他科都沒拿，所以它當然不用 22 倍科數，它如果做兩科就請兩科的錢，所以在我們特定診療章裡面相同，所以這次我感覺很贊成何委員跟干委員說的這個精神，就是要讓這個表過，這個表過才是合理。當然今天我們區域醫院跟醫學中心的代表也有一些意見，這個我們也很諒解，這次確實是把他們口袋裡的錢拿到這邊，但是昨天決定的是理事長，他們院長大家決定的，大家覺得說這個有理，應該地區醫院要給這個，願意從口袋裡拿錢出來，這本來我們聽專業的楊代表就知道他說的很清楚，其實我們今天討論的是一個軸線，就是說那是都一樣的，你軸線不一樣是說醫學中心、區域醫院、地區醫院哪一款較好？當然看起來醫學中心最漂亮嘛，科最多，你如果要評分，假設他 100 分，但是地區醫院只是做他這幾樣，小間的地區醫院就是做復健，跟做簡單的內科外科，他這樣的規模有了，基本的這每一樣是一樣，他才能拿同樣的錢，所以照干委員跟何委員今天的說法，完全符合這案，應該是要讓它過，拜託拜託！我們那些代表說這些，當然我們瞭解，但是他們理事長、他們院長昨天大人都這樣講，那當然是他們從口袋拿出來的錢，我只是要呼籲一點就是說，我們這些分配為什麼是公平？我們從健保開辦，地區醫院占整體服務量 33.8%，現在剩 16.8%多，何委員跟干委員都是健保會委員，很清楚，你看為什麼基層改了會影響到 2.8%，影響這麼大，因為就是愈基層愈需要這樣的東西，地區醫院裡面老實說不是我們這種大間，我們復健在我們裡面比例占很少，但是在我們小間愈近社區、愈弱勢的社區就是愈多。

他既然相同醫師，同樣的復健師，同樣的職能治療師，我們當然要給他們相同的給付呀！做同樣的工作，一模一樣喔！所以我是感覺剛才我聽何委員跟干委員說的我是感覺很欣慰，對！就是這樣！這就是我們這個案提出來的，這個如果有抵觸，何委員說的我們清楚呀～其實沒有，完全跟何委員說的符合，何委員說的這個精神。

主席

好，謝謝！我們接下來請滕委員，滕委員完之後就請復健醫學會。

滕代表西華

對復健醫學會抱歉，在這個案子之前，先講一些健保給付的一種現象，第一個我們現在給付確實在某些的服務上面是有層級的差異，這也不能否認，那當初為什麼要有層級的差異包括門診，可能這個歷史大家都知道就不再說。第二個現象是說，我們現在醫療機構雖然軍備競賽，已經快要沒有醫療層級的差別，但是我們在設置標準上面的要求，包括人員資格、空間設施確實也有層級別的差異，這是第二種現象，第三種現象，我想這個都沒有講，沒有不評論好壞，就講一個現象，第三個就是我們對轉診的要求，確實在人員能力跟設施設備的不足上面，是轉診的考量之一，這是三種現象。那當然不是看專業人員的專業訓練程度，就是我們現在給付看起來是這樣，就是醫生在不同層級看，當然醫生的訓練都一樣，所有的專業人員都一樣，我也覺得我的社工師不會因為我在民間單位就比其他的人差～我覺得講這個沒有要貶意所有專業人員證照分級的問題，我也覺得說，不是談點值要看價值，如果說我們覺得支付標準的調整是全民健保追求的價值，那錢不夠也是要找來，所以我先講一下，該調也是要調，包括往上調或往下調都一樣，所以先講一下這個原則。那在整個支付標準我剛又重新再把其他科還有復健科的這個再跑過一遍，我也覺得在復健治療標準的給付上面滿有趣的，譬如說以 41002 到 41007 來看，我們復健檢查跟治療其實是不論層級同一價格，評估也是，OT 的副木治療、材料、裝置費也是，雖然我們討論不是同工同酬或同病同酬，就我們在同一支付標準裡面，有些服務是一樣的，有些服務是不一樣的價格，其實等一下也許復健醫學會或專家可以談一下，究竟中間的邏輯是什麼？看起來是我們對醫師的服務沒有挑剔，就是醫師的服務其實在每個層級都應該要一樣，那在其他專業人員的差異是因為設施設備還是什麼原因的差異我很好奇，因為如果檢查跟治療之間沒有差異，那請問一下治療差異的點是什麼？我相信可能是有病人的差異或病情的差

異，就是復健醫學會講的，那我就想要問接下來的問題，也許健保署應該要給我們資料，我其實滿支持剛羅委員跟謝文輝委員也提到，就是復健師很需要在地化，我們從 PAC 裡面看到很多的病人，因為他的居家附近沒有人可以做中風或 PAC 亞急性的復健，所以他非常辛苦往返各個層級的醫院，即便是地區醫院也是一樣，他附近沒有診所，沒有其他各層級的醫院，我講的不是大小醫院的差別，就是沒有那個服務，他還是要奔波，那當然不是只有黃金復健期的六個月而已，事實上之後也都沒有，形成整個健保給付是前端不花錢就是後端花錢，一樣的道理。政府也是這樣，健保不花錢就長照花錢嘛，他很需要在地化，所以我想要知道給付有沒有辦法造成病人的流動？給付是有增加，給付是一個很強的誘因，假設我舉一個例子，如果是在地區醫院、基層診所或是其他區域層級以下醫院，病人的簡單治療密度是比較高的，假設是這樣，顯然就是支持復健醫學會的論點，就是醫學中心的病人重症的部分比較多，那當然給付上面就要有誘因，要讓他花多一點的功夫在重症的治療嘛，那地區醫院如果是在簡單治療比較多，也就比較有效果，那當然支付標準上面就要有誘因，我醫學中心處理好重症病人後的簡單復健，我透過轉診，誘因的問題嘛，讓你回到鄰近的基層診所或者地區醫院去治療，如果這樣我就會支持支付標準的修訂，也就是說我可以造成病人的流動，這個流動是合理的，希望輕的病人或是地區醫院可以盡量往以下的層級；那重症的部分，他的成本你要反應給醫學中心或區域以上的醫院，是他在加強一些重症病人或是 CMI 值比較高或是複雜病人的治療，可是現在就是看不到這個數字，我們不知道各層級病人的分布有沒有這樣的現象，如果說其實沒有，在病人的疾病複雜度上面顯然沒有醫療層級的差異，那就要回來問我們設置標準或是對職能治療人員、物理治療人員在要求上有沒有差，譬如說現在不是只有師級還有生嘛，也有職能治療生、物理治療生，那當然顯然在專業的程度上面，在各個專業就有差別，當然給付要不要反應這也是可以討論，包括我們用的是生，不是用的是師級，當然也有差別，所以我倒是覺得說，這個案子不是不能動啦，剛陳宗獻委員也提到說，基層有基層的考量，但是如果確實我們鼓勵某一些病人，他應該往下流動當然也要有誘因，就像基層門診的診察費，我們在基層裡面跟醫學中心也不一樣，對吧？這樣有什麼不一樣，醫術有比較厲害嗎？沒嘛，都一樣，所以我的意思是說這個能不能多一點資料來去支持，我覺得講的其實也都有道理，復健醫學會的說法也滿有力的。剛提到的如果病人他的需要、付出的都一樣，我講的不是這

個人的專業能力，假如我做的事情確實都一致，設施設備上也沒有差異，老實講對病人來說他就是得到服務，在給付上的差別當然就要有足夠的資料去說服我們支持這樣的差異，所以那個誘因是什麼？健保署提出這三案希望造成病人什麼樣的流動，或者是因為調整下去該花這些錢，我覺得也不是點值稀釋的問題，將來在總額成長率也會反應它應該有的費用，不是醫院自己說層級搬來搬去，如果這樣其他每年的成長率就免談啦，我就打死，你自己去流動就好了，也是同樣的意思。所以這個可能請等一下復健醫學會或者是健保署，可不可以多一點資料告訴我們說，像病人的複雜度有差異，或者是治療的需求上面、能力上有差異，病人使用這個資源的可近性，會不會因為支付制度而改變，我比較關心這種東西，如果有我們就要支持，朝向這樣去調整，謝謝。

主席

謝謝！請復健醫學會。

鄧副理事長復旦（台灣復健醫學會）

主席、各位代表，我是鄧復旦，台灣復健醫學會副理事長，今天大家在談復健給付，有談到病情的問題，在醫學中心、區域大型醫院，目前在台灣大部分這種急重症都會送到這些大型醫院，這些大型醫院接了這些病人以後，大概經過五天到十天，經過神經科、神經外科處理完以後，會轉到復健科，譬如說神經科的病人，會有很多癱瘓引起的症狀，剛開始可能不能吞東西，需要放鼻胃管、要放尿管、然後要做氣切，然後癱瘓引起褥瘡，需要頻繁翻身以避免褥瘡，這些工作是非常耗人力的。然後也會產生很多共病症，可能產生肺炎、尿道感染或褥瘡引起的感染，所以本身需要消耗的人力比較多。第二點就是說這些病人在運動治療方面，如果在急性期，這個病人是完全癱瘓的，病人不能坐不能站，這個醫學中心或大型醫院在這個階段，必須要很早介入去訓練這樣病人。如果一個治療師從病人不會動，要把他變成能坐能站，當然他費的力氣是比較多的，如果說我們從這個病情去看，我們如果翻到我們復健醫學會說帖的第 2 頁附件 1，我們就可以看到目前健保署在做這個急性後期的規劃，我們就可以看到健保署對醫學中心或大型醫院角色的定位，他希望我們是要處理急性階段這種很困難的病人，所以必須要比較多的資源。一般而言這種病人，大概在這些大型醫院做 6-12 週以後，如果肢體功能比較好，他沒有什麼共病症，依照目前的規劃，我們就會轉回去地區醫院，讓地區醫院或是鄰

近診所去做進一步的復健，那所以說經過急性期訓練以後，這個病人再回到社區以前已經有部分能坐能站的能力，地區醫院或是鄰近診所後續付出的人力成本相對地比未經急性期訓練來得少。另外在住院當中，這些病人我們要照會很多科的醫師來看他，因為大部份產生這些病，大部分病患本身會有高血壓、糖尿病，或有自體免疫的問題，所以說我們需要很大的團隊來維持這樣一個服務，這個是醫學中心基本架構要做這些事情，所以醫學中心需要很大的成本用在這個地方。然後我們看支付標準表的時候，發現當時命名的有點問題，他事實上面是支付給一個復健治療團隊的，如果我們先今天只把其中一個物理治療拉出來看、或把職能治療拉出來看，都是失真的，因為復健科重視的是一個團隊，病患一住院，我們可能就要準備後面的出院計畫，我們需要社工師、營養師，心理治療師等所有的人來幫忙這個病人，所以復健原來的精神是強調一個團隊的作業。在醫院裡面，比方我們做早期療育，我們要有評估這個病人，然後要填寫很多量表，需要特別請一個助理，把這些資料上傳到我們健保署、國健署，所以說在團隊裡面，醫學中心是需要相當大的成本。我們目前可以看到雖然同病，但是在一個疾病之不同階段，當然消耗的成本不一樣，在急性期完全癱瘓的狀況底下，消耗成本比較多，那如果說他能站能走，消耗比較少。我想這是一個我們當初沿用這個支付表，也不是我們發明的，這個表應該是從日本傳過來，從勞保時代傳過來，大概是用這個團隊觀念去做這個表。目前我們很多治療師會挑戰我這個物理治療，事實上面這個表是給復健部門一個包裹支付標準，因為當時也沒有計算說醫生在裡面支付多少錢，社工師也沒有支付錢，出院準備也沒有計算在裡面。所以說整體來講，復健科的營運是用一個包裹給付來給整個復健科去營運這個部門，然後我想這個是一個整個支付標準表我們要解讀的地方。然後第二點是說，以醫學中心大型醫院來講，目前今天台灣其實做的相當不錯，我們來看我們後面的附件，我們下個禮拜要參加在德國柏林舉行的國際復健醫學會，裡面台灣出了一個 Taiwan Section，我們台灣有多個專長，要講什麼題目呢？我們會講「超音波如何把我們的藥物送到大腦裡面？」「如何把超音波送到我們細胞裡面？」這個是我們很專長的。再來榮總的醫師要講「平衡要如何訓練？」另外我們有一個台大醫師要講的是「我們在換了心臟移植以後心臟復健要如何做？」我本人會講「中風以後，如果病人有痙攣的、有變形的，我們如何使用肉毒桿菌注射，讓病人能夠走路，能夠有手部功能。」然後最後一場是我們陳醫師講「我們如何利用超音波去治療下背痛」，

另外我自己會有一個專題大會演講，就是我們台灣很專長的部分，我們復健科用超音波發展一個叫超音波引導治療，那對我們復健影響很大，以前我們一個五十肩可能治療半年不好，而現在我們用超音波看到哪邊發炎把藥打進去，然後再配合一些復健，大概可能縮短到兩個月就可以解決問題。因為我們這些成就，這個大會也特別給我們一個時段來把台灣進步的成果跟世界分享，所以說其實我們在醫學中心這些同仁是非常努力在做，醫學中心還有大型醫院如果沒有這個規模，我們並不能引導我們下一代新的治療，或降低治療的費用。因為我們現在做的傳統復健，老實講我自己是不滿意的，因為預後並沒有很好，所以我們鑽研了很多新方法，希望日後用比較短的時間就能夠達到治療目標。我們復健科有一個核心的治療團隊，當然我們有治療師配合去進行治療。希望在這個老人社會裡面，我們失能人口很多，能夠用很快很有效的方法，讓這些病人趕快能夠回到社會裡面，我想必須要保留在醫學中心跟區域醫院有這個量能發展新的技術。如果今天只有談錢，沒有新的技術，我們要面對日後老化社會是很困難的。我想復健醫學會大概立場就是說，目前的支付表，對復健科的發展算是比較健康的，我們的人員分佈在每一個階層都是平均的，表示這個支付標準表它是達到某一種平衡，所以我們復健醫學會建議，千萬不能把這個支付標準表更改，以上發言，謝謝。

主席

好，謝謝鄧副理事長。本案已經討論一個小時又四十幾分鐘，可見討論非常熱烈，請何代表。

何代表語

主席、各位代表，第一點我要跟地區醫院的代表表明，我沒有屈辱你們，因為從頭到尾後我沒有講過說地區醫院要少拿錢，我沒有講過這句話，既然沒有講過這句話，表示我沒有在屈辱你們地區醫院，這是第一點。第二點我的立場就是說，教育部聘我當六年的科技大學評鑑委員，大學在評鑑的時候有大學評鑑、整體學校評鑑也有各科系評鑑，既然各科系評鑑就是每一個科系要跟別家大學的科系比。那今天我剛才的發言重點就是說，教學醫學中心跟地區醫院跟區域醫院假使都是同樣的設備、同樣的醫師人才、同樣的標準，我們應該給他同等的金額；如果是你的設備有差距，我覺得就不應該同樣，就跟教育部補助各科技大學一樣，你這個科系被評鑑出來是85分以下，我當然少補助你呀！明年就補助少啦，90分以上，我明年就補助你多一點

呀！你 70 分以下，我根本就不補助呀！被我們評等 60 分以下，明年就要減一班呀！本來就是這樣子，剛才的立場是在這裡。意思就是說，健保署應該去訂這個物理治療、職能治療這邊的評鑑標準，我評鑑你是可以領這個金額的，不管你是地區醫院、區域醫院或是教學醫院，我都給你同樣的金額。我每次來評鑑，只要你缺少這些設備，我就把我上一次評鑑到這一次評鑑期間的錢給你追回來。我認為應該走的方向是這樣子才對，而不是說大醫院往下拉，地區醫院錢往上拉，這樣拉來拉去永遠沒有公平正義。我剛才一直強調就是你的設備是不是達到相同的標準，你的護理師是不是相同的標準，剛剛我還聽到一句說，還有復健治療生，剛我們這個葉宗義代表講過，假使你們都用徒手可以做復健，那你為什麼中醫把推拿取消掉，那又不公平呀！你既然西醫可以做推拿復健，那中醫也可以做推拿復健，只要他醫生自己做，不是請別人去做，他也同樣可以領這個錢。所以我的意思就是說，醫療的政策及策略要怎麼走？這是很重要的一點。我也很支持復健在地化，我過去這幾年來，在醫療支付委員會或健保會，我都很支持偏鄉地區的醫療投入，每一筆經費我都大力支持的，所以復健在地化或者偏鄉復健的設備，我的意思是說如果你地區醫院的設備跟醫學中心的設備都一樣，縱然在草屯、在水里也好，我就應該給你跟醫學中心的費用。所以我剛才沒有講說地區醫院就一定要少付錢，沒有講過這句話，所以我的意思就是說，實際上不曉得衛生福利部醫院評鑑是怎樣？因為我也沒有當過評鑑委員，但是如果你是醫院整體評鑑之外，你有沒有科別評鑑？衛生福利部應該要科別評鑑，科別評鑑你才能夠知道科別的設備、師資有什麼不同來評定，95 分以上的我就給你更大的資源，你 80 分以上的我給你不同的資源，70 分以上的給你不同的資源，60 分以下這個科關閉掉，太差了嘛，設備也沒有、醫師也零零落落，有的沒有一樣，這個科就關掉。所以我今天說不贊成馬上就給它通過，因為這三個表不是全面增加錢，只有第 2 個案醫學中心 0 呀！其他區域醫院又把人家的錢拉掉，那對區域醫院很不公平呀，為什麼醫學中心是 0，地區醫院增加很多，區域醫院全部負，那是不公平啊！所以我的意思是第 30 頁財務影響評估，方案二地區醫院是增加了，醫學中心、區域醫院就負值，方案三醫學中心的物理治療是負值，區域醫院的物理治療是負值，地區醫院也負值，為什麼要搞到這樣？我的意思是今天如果通過，真的是很不合理的做法，應該要重新再來討論一下什麼是最好的方向。

主席

謝謝，第 29 頁是地區醫院的方案，附件 1-5。物理治療學會已經有人發言過就不要再發言，最後一次好不好？我們已經快兩個小時，發言過的代表可不可以不要再發言。好，我們先請李代表他沒有發言過，然後再請已經發言的代表。

李代表紹誠

這個案子基本上前年監察委員黃煌雄也曾經針對這樣一個案子，在監察院做過調查，有人去投訴陳情，當時主席也曾經到過監察院，監察院委員黃煌雄委員又曾經找了復健醫學會、找了很多相關單位討論過，這個案子到最後他還是沒有辦法去做判斷。他說這個牽扯太複雜了，他不願意從一個角度來看事情，如果從一個角度來看事情的時候，很多事情就失真，所以剛才何委員或是葉委員或是其他的委員所談的，在那一次裡面都有提到。因為今天剛才提案的謝院長提到我們基層是置身事外。我是基層的，如果要同工同酬，那我基層更該要講同工同酬，但我從來不會去提同工同酬的原因是因為我看到整個醫學會的發展，台灣目前之所以有五大皆空幾大皆空的問題，其中有一個因素是因為支付的問題，以至於這些醫生不願意再從事這些高風險給付低的科別。那復健醫學會在過往這麼多年來，在台大連倚南教授當年訂這些政策的時候，他是參考了很多很多的東西，我們今天回過頭來看，覺得他們當初設計是有先見之明，因為今天復健醫學會，像剛才復健醫學會鄧前理事長所說的，在亞太復健醫學會我們是擔任理事長，在亞太地區我們是擔任復健醫學會的理事長，我們在今天能夠發展到這樣有一席之地，我敢說跟整個支付標準是有關聯，如果今天只看到錢，到最後這個學會就沒有人再願意投進發展研究的時候，我想不是我們全民之福。所以我覺得站在地區醫院立場，他們希望提高給付，我想我們大家醫療提供者都同意。但是我要提的就是說，不是只看錢，而是看將來整個民眾有沒有真正的去照顧及研究出一個好的醫療行為，就像復健醫學會現在發展的很多東西，是可以縮短流程，是可以積極介入的，像心臟復健沒有人敢碰，因為那個風險非常大。一個急性心肌梗塞的病人在 ICU 裡面，復健科醫師現在已經走進 ICU 去做心臟復健，這中間承擔的風險是很大的，所以我要表達的就是說，我們希望這個案子在這麼多的委員還有疑慮的情況下，因為後面還有幾個案子要討論，我們是不是可以在這個地方停住，然後接下來再去思考怎麼樣去把更和平公理、合乎公益的一個遊戲規則訂出來，然後後面我們才可以可長可久，要不然將來長照出來之後又是衍生很多的

問題，以上。

主席

如果是相同的內容就拜託不需要重複發言，不同意見再請發言。謝謝，請徐代表。

徐代表弘正

我這裡要表達的是，我是一個醫院的管理者，我有兩家醫院，一個區域醫院，一個地區醫院，我也是復健科專科醫師，我必須要表達一些問題，其實這個怎麼調整對我來講其實都差不了多少，但是站在一個復健科專科醫師的立場來講，剛剛其實各位講的都有道理，可是我一直想不通的就是，在整個設計的方案一到方案三，這種設計就是剛剛講的，內部金額在重分配，可是我擔任支付委員會代表也很久了，我們很多支付點數調升的時候，並沒有把別的項目下降，那以後是不是都要這樣做，例如如果是外科的支付標準要調升，就把外科其他項目的點數調降；內科的要調升，就把內科的哪一部分下降。那我們現在總額是一個大總額，而不是一個小總額，如果今天是一個復健科的小總額，那你可以說復健科小總額你自己去做，這是我提出的一個疑問。第二個我當然要替署裡面講話，就是你們的品質這一部分，立意良好，可是那個殺傷力好大，我是想到對一些付費者代表來講，如果今天民眾來，我跟他說對不起，你這個病不會進步，下次不要再來了，這會造成署裡面很大的困擾，甚至我們現在都有，有的病患中風了我請他不要來了還不行，他會跟我翻臉。所以我是覺得署裡面不要擔心，你這樣做反而變得署裡被民眾針對你這個問題批評，其實我們以前蔡主席在我們中區的時候，我們已經訂了很好的規定，譬如說黃金期，譬如說我們現在已經有把強度放進去，其實我們很自然的這個病人到了一個階段我們強度就降下來了，而且各區都在做，所以我會覺得不必用這麼利的刀去割，這方向我們其實很歡迎呀，以後病人來的時候，我們就說對不起，衛生署裡面告訴我這樣子，這其實對署裡面並不好，所以我這裡的建議就是，品質指標其實也是我一直擔心的。我講一個最基本的，你說要進步才可以做，請問你得到的結果會不會進步？因為你看到的是記錄嘛，那永遠都進步，你今天規定任何設備，我的設備就出來了，你要進步我就進步給你看，我們不能一個一個去抓，所以這個東西沒有效率，我也不是反對也不是贊成，只是建議將來要思考的時候，是不是做一個整體的思考？不要針對復健科，以上。

主席

謝謝，已經三度表達意見的代表，請不要再講了！謝代表，請你不要再超過一分鐘。

謝代表文輝

我講不一樣的，第一個，我兩個點，第一個點我們沒有把醫學中心拉下來，醫學中心維持原狀，地區醫院的上升，區域醫院也是原狀。第二個剛剛復健科的副理事長講的和我們這個邏輯是完全不一樣的東西，醫學中心注射肉毒桿菌另外會申請給付，我們現在講的部分就是和我們一樣的部分，所以我完全是遵循何代表、干代表講的，和他做一樣的部分，我們希望一樣的錢、一樣的醫師，一樣的牌，現在有評鑑嗎？有，評鑑是整個醫院評鑑，但是裡面其實也有各科，評鑑的就是說同樣都通過評鑑，同樣是我們的醫師，那為什麼不一樣？那真的就會影響羅委員講的，他也覺得復健應該要社區化，那社區化就會遇到障礙，現在唯一有的評鑑，我也很贊成說未來單獨做復健科，來評鑑用分數來分給付，但是現在唯一的評鑑-醫院評鑑大家都合格通過，我說的部分和副理事長說的部分不一樣，他如果給他做超音波，給他注肉毒桿菌，他如果做甚麼都一樣，我跟大家報告南投縣佑民醫院，衛福部叫我們做重度級腦中風中心，跟醫學中心一樣，因為那沒大間醫院，所以我們做那些的時候，我們患者的複雜度和醫學中心一樣，都剛中風完的，醫學中心的病患要旁邊的人扶，我們患者中風完了就不需要人扶，他自己會走，當然是一樣的嘛，所以醫學中心重度的會做比較多，地區醫院重度的沒有做就會比較少，他就做輕度的比較多，但是如果做同樣的應該要一樣錢，所以我完全覺得何委員說的剛剛和我們的訴求一模一樣。

主席

謝謝，最後一位，請陳代表。

陳代表志忠

第一個，我們要對何代表表示敬意，因為他剛講的一些重點大家都沒有聽到，就是昨天都同意了、都有共識了，為什麼到這邊講不同的話，你們昨天到底是怎麼講的？有沒有錄音跟影像？第二個，就是醫學中心沒有動、區域醫院沒有動、地區醫院拉起來，那是不是就是沒有動別人呢？我想大家都是專家，大家應該都了解，40秒講完。

主席

我想大家都了解，最後我們請醫管組來回應。

龐組長一鳴

剛剛何代表跟滕代表都有提到政策方向怎麼走，其實健保署長期是支持復健要在地化，所以我們有 PAC 的政策，若大家記得的話，PAC 是按照功能分級來付費，我要強調這點，按照功能分級付費。現在為什麼我們正在思索擴大 PAC，因為擴大 PAC 能取代這方案。但我們在檢討擴大 PAC 時面臨一個問題，它需要同功能同酬，但目前我們所有申報資料系統缺乏功能別的资料，所以我們才需要這個案子的配套措施，能夠取得功能別跟功能改善的资料，至於說要付二分之一或幾分之一其實是可以討論的部分，我們希望能夠知道功能改善情形，這對以後擴大實施 PAC 方案的時候，就能在同工同酬原則之下做一個處理，可以取代復健治療的困擾。因為目前復健治療的困擾，有三大長期的困擾和一個即將有的困擾，第一個就是層級別不一樣，就是今天討論的案子；第二個是專科別的處方權不一樣，我們今天未討論，之前我們有討論過也爭議過，還進過立法院、監察院；第三個問題是醫療利用合理性的問題，我們現在的復健治療的醫療利用是無止盡的，有些是過度使用的情形，我想在座大家都知道。可是像美國這麼進步的國家，在復健治療部分，他們是有訂上限，每年每人的金額或是次數的上限，跟大家報告現在美國 PT 物理治療目前最新的標準是一個人一年最多一千九百四十塊美元，是有上限的，其實台灣很多人都已經超過這金額。所以它有三個問題再講一次，層級別問題、專科別處方權和醫療合理性問題，這是長期的問題。現在還有即將發生或部分已經發生了，就是結合長照之後連動的問題，這剛剛也有人提到，這是長期以來，像李代表所說的，改變會牽一髮動全身的問題，如果只調支付標準，會面臨很多問題，所以我們署裡面才會繞了一圈，用 PAC 的方式希望能慢慢來取代這方案。可是今天為何會用方案一、二、三等備案，其實迫於因為有社區醫院代表提了這個案，我們把相對因應的方案來提出來，因為這案子純粹去調整層級不同之公平性問題，可是對其他問題沒有解決，所以今天我們解決這個案子，以後我們復健還會面臨到其它案子。所以我們希望是不是思索從 PAC 繼續擴大來實施，這樣可以導引讓復健資源有更合理之使用，以上說明，謝謝。

主席

好~

徐代表弘正

大家要知道 PAC 計畫只侷限在某種診斷上面，而復健科的治療種類像海一樣那麼大，所以我很贊成龐組長所提，應該是 PAC 把診斷項目慢慢加寬，當這個能跟整個復健治療 match 之後才可以這樣做，因為所有的品質評估量表都不一樣，真的是很難。還有我對 PAC 始終存在一個點，當你要求進步的時候，你們的 PAC 絕對是成功的，因為在做的時候就會有選擇偏差，包含我現在碰到的，其實 PAC 有很多的 case，根本就不應該住院，他根本就應該門診治療就好，那他住院以後當然進步神速，因為他很輕症呀，可是有 80% 以上很嚴重的，他們進步緩慢，他們才真正需要復健科的照顧。所以我是希望說把品質評估量表做的更好，他不是一體適用。我非常贊成署裡面的方向，可是真的要考慮比較周全一點。

主席

好，謝謝，本案正好討論兩個小時，大家已進行非常廣泛又充分的表達，各個角度大家都有表達意見，聽起來，反對大於贊成人數，很顯然本案，今天沒有取得大家共識，所以要暫緩。暫緩後，因為原提案單位還是有一些看法，所以本案請復健醫學會、三個層級的代表跟醫管組，另外找時間就今天大家表達不同面向的顧慮。再作討論，看能否再取得共識，若有共識再提到本會議討論，這是第一項。第二項，因應復健的社區在地化，PAC 要加速推動，目前從中風開始實施，實施已經超過一年半，希望醫管組加速推動 PAC 的進程，讓真正要回到社區、符合適應症的復健病人能夠在地接受 PAC 照護，讓地區醫院找到發展方向，以上兩項的決議，謝謝，接下來第二案。

第二案

案由：增修訂全民健康保險醫療給付服務項目及支付標準語言治療相關診療項目適應症及限制治療項目等規範案。

主席

謝謝，本案提案單位雖然是醫管組，但是，是依據復健醫學會跟聽力語言學會的建議，兩個學會有沒有要補充說明，請。

張理事長綺芬（台灣聽力語言學會）

主席、各位委員大家好，我是台灣聽力語言學會理事長張綺芬，首先在這邊感謝各位委員在去年底的時候，同意讓我們語言治療的點數能夠和其它復健團隊，包括物理治療跟職能治療數有相同的點數。今年二月就開始執行，所以謝謝各位委員。

語言治療也是復健團隊裡面其中一個成員，我們發現復健給付裡面，我們語言治療的部分和物理治療跟職能治療的部分有一些還是不太一樣的地方，物理治療跟職能治療他們有特別注意到病人的病情嚴重度，不同的嚴重度給付不同，而不是以病人做多少時間的治療來決定給付多寡。所以我們希望能夠比照同樣的精神，就是以治療師所投注的心力及病人的嚴重度來作相對應的給付。所以我們才提出在複雜的部分，不要以時間來限縮及規範，而是以病情嚴重度。我們提出適應症的部分，特別列出比較嚴重的這幾項，它在我們做治療時，會用比較複雜的語言治療手法。對於孩子的部分，在重度複雜及複雜的部分我們會特別提到，因為例如一個自閉症孩子，我們要花一些時間去跟他做一些互動，但這些孩子他不一定都能乖乖待在治療室裡面讓我們做五十分鐘，這五十分鐘也許他根本不會對我們做任何的配合，我們希望說能看到我們投注多少心力在這孩子身上，而不是讓這孩子被關在治療室裡面五十分鐘，所以才需要一個複雜的給付，而是說對於這些 12 歲以下的孩子其實我們要從他需要我們投注多少治療心力在這上面。所以我們希望不要以時間來規範複雜治療，而是以嚴重度的部分來做一個規範，我們提出這樣的調整之後，當然有一些疾病變成不會落在我們複雜治療裡頭，所以其實調整時間規範後，最後我們所花費的點數其實應該跟原來不會差異很大，以上報告，謝謝。

主席

好，謝謝，復健醫學會有要補充嗎，請~副理事長。

鄧副理事長復旦（台灣復健醫學會）

語言治療這一部分我想可能我們整個支付標準表裡面，我們在復健專章 PT、OT、ST 裡面，並沒有開放非復健科醫師可以從事複雜治療，因為當時這些學會都是跟復健醫學會溝通，希望大家受一點點訓練但不是專業訓練後，他可以從事這一項簡單的治療，如果說用同樣的精神，我們是不是也要比照，耳鼻喉科並不能執行這複雜的部分~

主席

好，謝謝，兩個單位都已經表達意見，現在請代表們表示意見，

請李代表。

李代表紹誠

這個案子最主要是去年在總額協商有編列預算，今年一月一號開始實施，但是因為適應症跟通則一直沒有寫出來，所以跟醫管組這邊討論了很多次，最後出來的結果是這樣，但因為裡面有牽扯到比如說聲帶、開完刀的病人或做聽力的問題，所以事實上署裡面給耳鼻喉科醫學會的公文是詢問針對適應症有沒有問題，結果耳鼻喉科醫學會回答的是風馬牛不相干的內容，要求開放耳鼻喉科醫師可以做，我們全聯會根本反對這樣的狀況，我問你適應症有無問題，結果你給我的答案是他通通都要可以做，這回答是有問題的。所以我們應該是按照目前署裡面建議的適應症這樣的方式去做，耳鼻喉科原本的限制就回歸原來相關的規定，以上。

主席

好，謝謝，其它代表有沒有意見？請滕代表。

滕代表西華

我其實是疑問，因為現行支付標準上面，我們知道語言治療師跟聽力治療師是非常珍貴的，人數很少很少很少。不可諱言，有一部分就做自費，我記得我在做監理委員時提過早療的案子，自費非常多，名目裡面最多的是語言治療，當然 PAC 裡面最缺的也是 ST 我們都知道，所以搶破頭啦。我想要知道說實務上耳鼻喉科聘 ST 的機率到底有多高？或者是說用到的機率有多高？如果說只是開個門也沒有太大的意義，因為實務上如果病人沒有跑到那邊去，或者其實一般口腔癌病人做 ST 也很少，就是他做早療也好或是做剛剛講的自閉症孩子，老實講很多醫師也不願意做，因為它困難又費工又難賺，所以很多早療在語言治療上確實用的不多，以 PT、OT 為主。當然在中風的部分因為他有非常強的需求，當然還有其他家屬的配合，因此如果病人沒有心智的障礙，ST 的流動可能就會到那個地方去。所以我其實不會去看專業的藩籬有沒有這麼深。如果說病人沒有跑到那邊去，我覺得耳鼻喉科爭這個給付其實沒有太大的意思，因為語言治療師根本跑不到那裡去。假設語言治療師會跑到那裡去，是因為我們開了這個給付，也不是壞事，但是如果這樣的話，我們重點資源分配比例上面，如果我們是希望語言治療師大都能投注在中風、腦血管或是早療的部分上，顯然這時候開這個門就不是睿智的方式，因為資源就會流動。將來如果

我們再改變支付標準就會變得非常困難，不管是那邊要提升，比如說早療要增加、自閉症要增加，我們剛剛講很難做，或是中風要增加，就會變成整體性又要包裹增加，會變成更困難，所以我覺得健保署要不要先跟我們表態一下，我不是質疑耳鼻喉科的能力，請大家不要誤會，我沒有這個意思，純粹是看語言治療師、聽力治療師與現在市場上我們的需求分布來看，增加耳鼻喉科醫師可以執行中度複雜或是複雜的部分，到底有沒有臨床上的意義。

主席

好，謝謝，其他代表？黃代表再來是陳代表。

黃代表雪玲

我也是要呼應剛才滕委員問的，在第34頁下面的地方，有算開放耳鼻喉科大概要花基層九十萬點，雖然跟我們醫院沒關係，不過我對數字有點敏感，我想問說這裡的件數是如何估算，是用現行耳鼻喉科醫師聘用的語言治療師來算件數嗎？另外其實耳鼻喉科是有建議要開放三項代碼，可是這裡估算感覺括號只看到兩像少了一項，是件數為零還是如何，是否可以解釋一下？

陳副院長信水(張代表冠宇代理人)

我想各位長官，剛聽到滕代表說的，其實對我們第一線人來講真的是目前我們碰到的困境，所以我想其實對於語言治療師的專業或各方面專業我們都給予肯定。但是現在問題是整個國家醫療政策目前是走在什麼地方，目前也許會覺得說他們這一類的病人會不會沒有辦法獲得復健治療，其實並不會。他如果到復健科治療，目前的支付標準還是可以適應。但是最重要的像剛剛講的，現在目前算是蠻少眾的一些人，我們站在第一線真的很困難找到語言治療師，就像剛剛講的是有很多病人要自費，因為我們每次在臨床上都找不到語言治療師，所以排程要排一、兩個月，相對的，他們就會到外面去做自費，其實這對繳納健保費用的人是很痛苦的，當然像有代表提到說有些企業家是不care，甚至包一個人在家裡幫他做，可是普羅大眾有這樣能力的還是比較少，所以我們還是要看署裡面對於這部份的角色、整個國家政策是要怎麼走，目前對這類病人的復健需求或服務，應該不會受到限制才對，我個人看法是這樣。

主席

好，謝謝，還有沒有那位代表？請干代表。

干代表文男

我看這個辦法，財務的影響裡面其實九十萬點是不多，但是滕代表說的，連續講三個少四個少，我也去做過聽力檢查要排很久，到底需要與否，有沒有可能將那些治療師下放各地方，若有，不多且不影響就看開點；若沒有，你增加也沒意義。或者是變成錢的導向，錢導向到那裡，以後新生代到那裡，就是為他們創造一個通路，但是上面都不夠了，就變成是挖角嘛，就變成原本的區域醫院、醫學中心的治療師人數要減少，我想這個問題才是真正的困難點。

主席

好，謝謝，還有沒有？

李代表紹誠

謝謝干委員，他們現在是要開放診所做這些，耳鼻喉科醫生根本沒做過語言治療訓練，現在要開這個以病人為中心的治療，根本就是胡來。健保署是在問他們針對這些適應症有沒有問題，他卻回答要開放讓他們做治療，以上。

主席

好，謝謝，請何委員。

何代表語

我剛剛就是在想請教關於耳鼻喉科醫師有沒有經過語言治療訓練課程，如果沒有的話，我們開放到耳鼻喉科專科醫師，那變成瞎子摸象。

李代表紹誠

跟何委員報告，因為他們是聽語，有聽力跟語言，聽力跟他們耳鼻喉科有關係，他們沒有受過語言治療訓練，聽力是他們的專業沒有錯，所以現在目前在這一方面，比如耳朵失聰的病人需要做一些訓練等，他們也會在耳鼻喉部部門內由語言治療師接受治療，是做聽力的部分而不是做語言。現在耳鼻喉科醫學會是要全面開放耳鼻喉科醫師，以病人為中心，怎麼可以做這樣的事情，以上，謝謝。

主席

謝謝，請謝代表。

謝代表文輝

我想耳鼻喉科醫師想爭取的是說，萬一他們有請到人且很專業，又有患者，是否可以給他們做，因為現在如果是私人診所做這個一定要自費。若做的診所一定要符合條件，要請正規的語言治療師，看消費者怎看，醫院當然希望最好別做，因為怕總額被分攤掉，消費者跟醫師觀點不同。所以事實上，若他們符合這些條件，語言治療又有能力在診所做的話，且又不需要破仟億的設備，對消費者的看法，我想大家要重新看這件事的思維，若診所符合條件為什麼不能做呢？所以我們要訂條件。

主席

好~再來請何代表，再來請張理事長。

何代表語

因為我在看這提案內容裡面，說要增列耳鼻喉科專科醫師，所以我很在意他們有沒有經過語言治療訓練，但是如果今天他是要開放耳鼻喉科診所來辦理，那他有語言治療師，我認為他可以做呀，可以開放他來做。如果沒有，他自己專科醫師要來做，你要先經過語言治療的訓練且拿到證照你才可以做，我覺得這是應該很合理的一件事情。

主席

我稍微補充，耳鼻喉科是爭取可以開醫囑的權利。請徐代表。

徐代表弘正

我覺得大家都沒有聽懂滕代表的爭議，我有聽懂喔，我現在講，看對不對。我是覺得署裡面政策到底是要怎麼做，因為 PAC 也要再開放，大家知不知道 PAC 剛開的時候，語言治療師的薪水增加多少，治療師流動了多少，到那時我們地區醫院真的請不到人的時候，才說不可以兼任才這樣子。現在我們應該要把資源放在比較嚴重的地方，今天如果開放，我真的很可憐，我自己有一個慘痛的經驗，我有一個地區醫院的語言治療師馬上走了，他不是到別的 PAC，他是到診所，因為反而比較輕鬆。如果我們來源很多的話，當然沒有問題，但是若到時候地區醫院更請不到語言治療師怎辦，大家要重視這一個問題。

干代表文男

我想這個不要討論，徐代表他代表的是兩個層級的負責人，他所講的、剛才滕代表也講，治療師少之又少，只不過是人員的流動，增設沒有意義，如果他是有治療師的資格，他要做當然會有給付，不要用耳鼻喉科的名義，若他有語言治療師就可以做，而不是開放耳鼻喉科讓他們做。到時候別說五大皆空，十大皆空也不止啦。

主席

好，請張理事長，也一併說明聽力師跟語言治療師的人數。

台灣聽力語言學會蘇理事心怡（台灣聽力語言學會）

我這邊代表台灣聽力語言學會說明，現在語言治療師拿到證照的人數大概一仟兩百多個人，實際上在執業的大概有七百五十人左右，每年畢業生將近是一百人，再兩三年後會陸續增加，因為目前有很多系所紛紛成立了。在耳鼻喉科的語言治療師目前人數大概有八十人左右，事實上人數是不少的。其實在耳鼻喉科裡面，除了頭頸部腫瘤的病人、聽障、嗓音的病人等是語言治療師本來服務很大的範圍，所以耳鼻喉科其實本來就有提供這樣的服務，假設耳鼻喉科不能開這樣的醫囑，那其實對病人有很多不公平。

主席

醫管組回應一下，按照現行的支付標準，耳鼻喉科醫師在語言治療部分能開的治療有那些。

林科長淑範

請大家直接看資料的第 42 頁，我們解釋耳鼻喉科醫師在開語言治療處方的時候可以申報的項目，剛剛有提到在簡單治療申報 44003C，中度治療申報 44006C，中度複雜申報 44016C，複雜治療是申報 44009C。這次耳鼻喉科爭取的是 44011C、44012C、44015C 原來是由復健科醫師申報，他也可以申報，這樣的話支付點數會比現在剛才提到的 44009C、440016C 跟 440006C 的點數高，以上。

主席

好，剛剛黃代表提到的九十萬的算法也說明。

滕代表西華

主席我順便請教一下健保署，現在語言治療師有八十人在耳鼻喉科，那現在的 order 是誰開的？

主席

麻煩大家看一下第 42 頁，有 C 表兩級，一個是復健科醫師，一個是 ENT 醫師，ENT 現在是在爭取 C 變成一級，請再說明一下~

林科長淑範

剛才在書面資料的第 34 頁，提到耳鼻喉科在爭取 44011C 跟 44015C、44012C，爭取這三項為單一支付點數。為什麼我們在預估以後只有兩項的件數，因為 44015C 是今年才新增的支付標準編號，統計到 103 年底申報資料，所以只有 44011C 之 7218 件及 44012C 之 2611 件，以上。

主席

醫管組這邊請再說明一下，當時這幾個項目分兩級最主要的原因。

龐組長一鳴

這個跟 PT、OT 分級有點像，歷史因素。

主席

好，這是一個問題，剛剛組長講到科別問題，支付標準 C 表分兩級的項目其實不多。各位代表都表達過意見，現在有兩個問題要討論，一個是針對提案修訂時間跟適應症的意見不多，這是聽力語言學會提出的專業修正意見，特別對適應症提出修正，尤其對 12 歲以下的要給予更加的放寬，這部分各位都沒有特別表示意見，是不是這一部分都支持？OK。第二部分是討論語言治療，C 表有兩級的議題，本案耳鼻喉科醫學會希望改成一級，各位代表對於耳鼻喉科有沒有聘請語言治療師，可不可以執行，尚有意見。我現在徵求有關第二問題，大家同不同意 C 表改成一級制，因為耳鼻喉科醫師也有可能聘請語言治療師，請大家再聚焦討論一下。請李代表。

李代表紹誠

第一個，全聯會反對 C 表改成一級制，因為你沒有接受過這訓練你怎麼開這處方，這是以病人為重心，這非常重要，對於醫療品質我們不能夠放寬，沒有討價空間，以上。

主席

好，請徐代表。

徐代表弘正

這牽涉到誘因的問題，當你的給付增高、有利可圖時，基層的耳鼻喉科本來沒有，你又不能限制他現在沒有聘語言治療師以後就不能聘，他一定會增加。所以剛剛算的九十萬，那我是不是限制使用九十萬內，用點值算給他~又不行，對不對。所以我還是希望大家真的慎重考慮一下，本來他就有可以給付的，先觀察一下，不然的話真的是你一放，真的後面影響很大，我們擔心的是新增加治療。

主席

好，針對這一項大家還有沒有意見？

滕代表西華

耳鼻喉科醫學會沒有要反駁李醫師的說法嗎？就是他們的訓練上有沒有辦法開複雜的 order~

主席

今天耳鼻喉科醫學會沒有來。

滕代表西華

我還是要再重複一次，我也認為市場一開，人員當然會流動，就是語言治療師當然會挑比中風或早療的、自閉症容易做的去做，有限的資源下會想這樣做。(沒關係你們等下再糾正我)，這是我的看法。因為市場上 CP 病患在其它自費項目其實需求很高。後面還有早療的案子，你就可以看出來排擠是很大，也不是排擠啦，是流動，包括金流人流都會流動，這是人性，我一點都沒有批評的意思，如果是我，我也會這樣做。所以我才會問說如果這樣做，會不會形成人才的流動，導致我們很需要的部分沒有人。第二部分，就是剛剛李醫師提到的，涉及開處方，這跟語言治療師的能力沒有關係，開處方的人他要能夠知道這處方是對的，而不是問語言治療師這處方可否，他應該要從醫師的專業判斷要知道。如果說耳鼻喉科醫師處方的能力沒有問題的話，因為我們不是醫師不了解，他確實能做處方的話，如果要改成一級制，我也沒意見，因為他那邊確實也有病人。所以我最考慮的是資

源跟人才流動的問題，假如我們認為這沒有影響，那沒有關係呀，該用的人都找的到，我們都OK。第二個，若耳鼻喉科醫師也沒有能力上的限制，再次講這不是貶意，每個人都有專科別的能力差異，如果在能力上面處方是沒有問題的，就像家醫科當初要開憂鬱症的藥一樣的道理，精神科醫學會要求他要受多少訓練才可以開。耳鼻喉科跟復健科有沒有這樣的問題？如果有，你就要告訴我們有啊，如果沒有的話，他當然能開呀。

主席

好，學會再表達一下。

盧醫師璐(台灣復健醫學會)

我是復健醫學會的代表，有關剛才滕代表所說~我不認為口腔頭頸癌的病人訓練會比較簡單，可是實際上這些病人都不會在診所做，而是在大醫院，他一定是配合他的耳鼻喉科醫師去做，所以這八十個ST在診所裡面其實是很少數，我相信會到診所去處理的耳鼻喉科醫師應該是處理極為簡單的狀況，所以有必要去把它開成那樣子嗎？而且這樣做的話，如果基層診所開放成這樣，給付也一樣的話，真的會造成人才流動。坦白講，如果我是治療師，一定有人會選做簡單的case，反正給付都一樣，我幹嘛去做複雜的，頭頸癌的病患不會到診所去啦。還有以訓練來講，我必須說我們復健科醫師訓練的過程中，的確會花蠻多時間在上語言治療相關的課程，我們平常也跟語言治療師做密切合作，所以怎麼看處方內容，我相信我們會比較清楚。

主席

好，謝謝，請李代表，最後一位發言。

李代表紹誠

我剛提到的就是我們全聯會基層總額執行委員會開過會，當時在場的有耳鼻喉科醫學會副理事長，他一看到這案他都傻眼了，他說怎麼會去爭這個東西，所以我們是開過會，他們耳鼻喉科副理事長在現場，他們沒有意見。

主席

雖然今天耳鼻喉科醫學會沒有列席，但經過大家討論，確實耳鼻喉科醫師的病人嚴重度是比較低，所以，第一項，有關時間跟適應症

的修正，同意通過。至於有關耳鼻喉科要求變成一級制的部分，我們暫保留。接下來第三案。

第三案

案由：研訂全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案計畫(草案)。

主席

醫管組有沒有需要再做說明？沒有的話，這是一個新的改善方案，有關早期療育的計畫草案，是建立以家庭為中心的早療模式，這個計畫我想各位代表已有深入看過。現在開放大家表示意見。

盧醫師璐(台灣復健醫學會)

大家好，我是復健醫學會代表，我想以家庭為中心的早期療育觀念的確是非常重要的，也是大家都在推行的東西。問題是這個計畫是不是能夠達到我們想要的東西，我有很大的質疑，我覺得所謂的以家庭為中心包括幾個點，就像這邊有提到的，我要把家長帶進來參與我的治療，這是第一個，那我今天在設計時我要尊重家長、跟家長討論等等這都是我們要做的。我自己是在臺大醫院工作，我們自己平常做的時候，是個案進來、家長進來，我們試辦很多以家長為中心，包括我們療育目標是跟家長討論訂定，我們沒辦法每個 case 都這樣做，因為這只有有能力的家長可以做，我們花半個鐘頭這樣做。可是我們自己院內討論，我們不可能申請任何一個給付，不會去申請這計畫，因為 paperwork 太多，要求的東西並不是實際的。他要求一些評估，比如說每季要做很多評量測驗，每一個測驗我們要花一個鐘頭、半個鐘頭去做，我們本來是一年半才做一次聯合評估，我現在被迫每一季去做。我今天療育都來不及了，我為什麼不花時間在治療、在給家長個案資源上，而要去很多 paperwork 去評估，而且這些是有學習效果，做完後下次測驗不見得有準確性，所以我這邊填很多表格，包括請家長簽名等。坦白講若只是拿這些 paperwork 證明我有沒有做，我沒做的人我也可以做表格，請家長簽名很簡單，我跟家長說你不簽名我就不做治療，他能不簽嗎。我覺得這裡面要求的，比如我們做很多重度自閉症孩子、腦性麻痺的孩子，我花非常多的時間給他做，今天他的評估是每季可以看量表去知道他的進步嗎，所以我們以這個東西來評估它的療效，有意義嗎。家長功能評估這是很重要的，請到第 61 頁，APGAR 家庭功能，我對我的家人關係，我跟家人的支持，但這是我

們早療要評估的療效嗎？家長和病人的關係怎麼會是我們療效的評估工具呢？所以我覺得今天會來承作的院所，第一個包括很會做 paperwork 的院所進來，真正會做的不見得會進來，因為我們要花太多時間要做 paper work。講難聽點，大家要做假都可以去做，真的要良心去做的人反而不會去做這東西，增加非常非常多的時間、浪費我們醫療資源去做這些，給的給付也不高，為什麼要去做？我真的會擔心會有這樣的效果。當然這裡面也有提到包括心理師跟社工師的重要性，我覺得我寧願健保給付社工在做，因為他們有的時候也包括做家庭治療，那這錢若能給他去做給付、拿去偏鄉做給付，如果健保真的有這個經費的時候。做一堆的 paperwork 但其實是不是真的在做這事也不知道。還有一個點，我們以家庭為中心，現在其實有很多療育不光是醫學中心去做，我們也希望以家庭為中心的觀念推展到基層醫院跟診，所以落實這計畫，而不是只有醫學中心在做「以家庭為中心」。可是這裡面還有幾點要求，你一定要有心理師跟社工師，我們必須承認基層診所之復健心理評估治療是不給付的，診所不可能為了這計畫去請一個心理師，所以今天這計畫沒有辦法達到改善我們希望提升包括基層院所，他們也帶入以家庭為中心的計畫，這想法和執行效果完全沒有辦法，因為你卡住了，他即使想要改善醫療品質，但卻卡在心理師必須進去。我覺得這裡面得利的只有基層的精神科診所，他請一個心理師，我們兩個一搭，我們兩簽完名、家長簽簽名就能做，可是它 90% 的其他療育是沒有的，我承認其實現在有些地方的療育是有 over。那裡面還有是為了減少不當的醫療使用、跑院等等，比如說裡面要分配給醫學中心要幫忙掌控，我想我們在會議中也討論過有些 case 真的沒有辦法，他真的得跨院。比方說我臺大每年新的個案就有八百人，我不可能全部都讓他們等著，我只好有些 case 做完後就讓他流出去，短期治療後給家長一個方向就讓他跨院、可能一個月回來一次追蹤。可是今天因為我鼓勵病人到其他院去跨院治療，我請他一個月回來一次，我花更多時間去諮商，大家覺得我們這樣做合理嗎？如果我為了得到這個計畫，因為你要我的個案持續在我這裡治療，那我只好說 90% 或 99% 的病人我都讓他流出去，我只選擇性留我想要的病人，我不覺得這是真正提升醫療品質。所以我覺得整個以家庭為中心的觀念是早療一定要推的，是非常好的概念，可是我覺得計畫本身設計完全沒有辦法得到這效果，只是多花錢，多 paper work，這是我擔心的。

主席

好，謝謝，再來也是復健科的徐代表。

徐代表弘正

我完全同意盧醫師的看法，她是這方面的專家，但是以我這管理者來講，我就想到 PAC 計畫，在這邊也呼籲，如果 PAC 計畫要擴大的話，有相同的問題出現在那裡，你們知道 paperwork 增加多少嗎，有很多很多醫院是因為 paperwork 所以乾脆放棄不做，所以我們是不是應把病人照顧放在最中心。所以這一個案子，剛剛盧醫師講的非常詳細，他裡面的問題確實是很大，是不是這個案子應該要退回去重新擬。還有一個就是可否請主席告訴我，每一次如果有人提這個案子，這背後的主持者是不是為了做他的論文，如果為了要做論文，不要放在署裡面來做，我們在評估這東西，如果不是為了要做論文，為什麼評估那麼密集，所以我們真正的呼籲錢要花在真正照顧病人身上。

主席

兩位醫師都講完後，再請滕代表，先聽聽陳醫師。

陳副院長信水(張代表冠宇代理人)

陳信水第二次發言，我想剛剛這個計畫，我想初衷是很好，但是就像剛剛盧醫師講的，其實有一些地方其實是有一些困難，我個人看到的是另外一塊困難，其實就跟我們剛剛語言治療師是有點類似，因為裡面有心理師又有社工師，在我們以管理者的角度，你會知道說現在這兩個師也很難找，所以現在就是心理師非常難找，所以我想這是第一個問題，就是說除了說表格太多，我覺得如果要推這個草案，其實像署裡面很有心要做很多計畫的時候，譬如這些很多表是不是可以把它做一個比較簡單的選擇就好了，不要說讓大家自己選，其實就選一個在專業角度來看，其實他最能夠很快的在很簡單的方向之下就可以達到一個評估，因為我想署裡面沒有評估，我們再怎麼講以病人為中心，可能你也看不出怎麼樣，但是有一個評估表格是很重要，但是這個評估表格不要讓他這麼複雜化，因為臨床上還是不太一樣，~如果這個方案要做的時候，可能會比較有機會成功，另外一個就是考慮到說，希望說家長能夠參與，但是我們在偏鄉服務，我們非常清楚，越偏鄉的不能拿到那個補助，其實偏鄉的是越沒有能力去參與，因為他們賺生活所需就不夠，父母都要去賺錢，所以能夠帶出來其實已經很 OK 了啦，所以這可能也是在實際操作面上，可以去考慮的。我個人是覺得說，是不是這個計畫在 plan 的時候，這個是草案，是不是有很多

不同層級的，就是說未來可能去承接的醫療院所或基層，可以有一些他們在實務上第一線的人他們碰到的狀況，這樣的話我想會對推行這個政策會更有利，這是我個人的看法。另外我再順道提一下，就是有關 PAC，因為我在南區提到很多，其實我們都很希望配合做 PAC，可是有一件事情我們一直沒有辦法理解，就是說我不知道是行政上還是怎樣，就是 PAC 我們規定這個單位能申請幾床，那可是他就是鎖死在床號上，我可以講一個例子就是很單純的，假設這個患者他希望住頭等房，可是這個醫院本來沒有申請頭等房，那這樣子的話，它就不能進入 PAC，你知道嗎？我們就會變得很可惜，另外說假設這個病人進來的時候 PAC 床剛好有人住，可是他剛好神經科有床他住在另外一個地方，要他接下來到復健科的時候，他就要轉床，這是不太人性的東西，因為我們就是希望他就住下來，所以我不知道這個機制，能不能有甚麼方案，因為我們在南區反應的時候，他們是說法令上是這樣，規定是這樣，我覺得有時候我們的精神是希望讓他做得好，那是不是說這個醫院他有 4 床，他 4 床可以做適當的流動，坦白講沒有做 PAC 的時候，這個病人他如果是復健住院，他也不用調床，如果說因為 PAC 希望集中在一區，我不知道當初設計的想法，但我尊重這個法令的想法，我是覺得說如果要推這個東西，是不是可以讓它可以自動流動，這樣隨時病患住下來他就一直在這個床號上，對病人來講也會減少困擾，有時候我們常常碰到有病人要做 PAC，可是他沒有適合的床，怎麼辦？這就很困擾，我們也不是不想配合，就是會卡在這個，那我們聽到的是說，那你就多申請幾床嘛，但不是你想申請幾床就可以，因為他還牽扯到人力的問題，我們還有實際上人力的問題，因為 PAC 的人力是比較嚴格的，所以這是我們在第一線操作上會碰到的一些困境，今天剛好有這個機會，順便跟我們中央反應一下，謝謝。

主席

好，謝謝，因為今天討論早療，PAC 的意見，我們錄案參考。請滕代表。

滕代表西華

因為我自己從事身心障礙工作大概 20 年，早期療育當然也都有一直在參與，這草案討論大概超過有一年了，這絕對不是為了研究論文，確實是為了早期療育整體的孩子，我們都知道研究裡面每投資 1 塊我們社會至少回收 20 塊，這是早療最重要的因素，不開始的話是完全沒有機會。第二部分，盧醫師因為我們開會都會碰到，盧醫師確實是在

台大團隊對早期療育孩子非常盡心盡力，所以她提的部分在會議上也都表達過，我為什麼要請大家也支持這案子，因為健保署在各試辦計畫中，就這計畫最大方，且每季又多一仟點，雖然還不夠好，但其實是有增加，我們當然希望說能花多點心思在小孩身上。所以我們剛剛講語言治療師那部份會產生剝奪，就是在這部分。所以我有幾個想法也給各位代表跟健保署參考，就是在這計畫精神下，診所其實不太會去承攬，因為它的條件設定已經會形成限縮診所的申請，而這樣的孩子在診所也少，因為他其實在醫院的體系中，整個發展遲緩評估中心裡面都是醫院在承辦，所以所有早療的孩子其實都在醫院體系匯過來，會到診所去的是單一復健服務，做一些職能治療、物理治療或其他單一情況是會比較多。但是我們其實希望是推整合性照護，而不是單點的去某一診所得單點的服務。當然以家庭為中心的精神他不是只有說說，我自己是社工師，家庭為中心絕對可以操作化，為何這裡要把家長收進來，其實精神科診所大概開不了，我猜我自己做精神科，我覺得精神科診所縱使有臨床心理師，他們其實不會接早期療育的案子，會接別的更好賺的案子，如果有精神科診所願意接我其實還蠻訝異的，但如果他真的要接還是要肯定。評估表的部分，在附表四，第57頁、61頁、62頁我覺得擇一做就好，因為它其實很多的家庭裡面，在所有身心障礙服務比如說包括就業、安置都有這些項目，比如你問家長滿不滿意，不滿意他就跑掉，他不會跟你填他不滿意，不滿意的話醫院會想辦法變滿意，都是這樣。可是我覺得在第57頁的部分，專業評估在家庭功能的問題評估或服務成效裡面，其實大概就可以幫忙涵蓋第61、62頁的評估內容，也許就可以減少一些 paper work 或是可以去追人。家長的部分其實也不是只有直系血親，照顧者也可以，當時的討論是這樣，請純馥確認一下，因為我後來就沒有再參加，我們希望說包括有些居家須配合的醫囑，可能要在家做一些復健等，早療不是只有醫生、醫療團隊事情，家庭非常重要，我們常常發現他們在醫院很好，回去就變很糟，結果前面做的又要重新再來一遍，所以為什麼這麼重要，以家庭為中心其實是要強迫家長參與，才不會白花錢。當然追蹤的部分，就像盧醫師說的，社工師的角色很重要，因為艱辛的工作很少有人願意做，且老實說社工師成本比較低，當然我們在家庭社會功能的評估上我們比別人好，這也是事實我們不妄自菲薄，我們在這部分比任何的專業做的都好。我還是要肯定健保署願意花這麼多的時間做這個案子，做了一些改變，包括品質獎勵金的提高、表單也經過非常多的專業意見，包括物理治療、職能治療、復健科、

小兒科、精神醫學會、社工師等等都來，所以我還是覺得是不是各位可以讓他們做做看。評估的部分請健保署再考量看看，別的專業我不敢表示意見，但社工的家庭評估我覺得第 57、61、62 頁其實是可以整併的，第 61、62 頁沒有太大意義，應該可以整併到他整體的評估報告進來，在申請給付時可以做，做以上意見表示，謝謝。

主席

羅代表，再來請何代表。

羅代表永達

主席，我想這會議當時在座很多人都有參加，這個草案大家都看過，包括這個評估表，我絕對相信署裡面的人不會寫，是請學會他們提供，然後給我們參考，而且都是量表擇一喔，一大列量表擇一做，我說實在當時在會議上也都在討論盡量從簡，這早療是不是有意義，若有意義，從 101 年開始到現在 104 年，三年多來這麼多場會議包括草案，原本都過了，到這裡又過不了，我也很訝異。而且剛滕代表也說這投資，後面是有意義的，這是已經經過充分討論的計畫，我們說實話是支持的，以上。

何代表語

各位代表，我非常支持早期療育的措施，我的論點是，第一個，我們兒童要給他們醫療的權利跟權益機會，如果這些兒童經過早期療育或許有改善機會，未來在社會上也不會是一個很大的包袱，這是我的觀點。第二個，我剛剛聽台大醫師的講法說沒有什麼用，是不是台大都是有錢人去做早期療育，沒有窮人嗎？如果有窮人的話，我想健保應該要付，那是有錢人所以他不願意用健保醫師也不願意寫 paper work 所以選擇自費，那沒話講。若健保支付對他們是有很大的幫助，他家長也願意參與，我覺得是應該的。第三點，家長的參與是很必須的，因為這些小孩最信賴的就是自己的父母親，雖然他到醫院做療育門診治療，但最信賴最聽話的應該是自己的父母親，當然醫師會幫助他，另一方面也讓家長學習協助小孩的成長，在就診過程中，他也得到很多醫療知識及早期療育的知識，對家長來講也是一種教育訓練，這會有很大的幫助。所以我個人認為家長進來是很必須的，像很多有名畫家等小時候都是有問題的，可是從小引導他從某方向去走，讓家長很清楚早期療育後要從那方向走會很成功，不一定要逼迫他讀書上大學，說不定這是對這些兒

童的人生有很大的幫助。至於剛才台大醫生說表格太多，我在這裡要幫公務員講話，第一個如果都沒有表格就可以請錢，公務員會被檢舉是圖利他人，什麼表格都不必、什麼事都撥錢給人家，這是公務員也是最怕的。我們適度範圍內的合理表格要填一下，我覺得是應該。我覺得醫學會應跟衛生署討論那些表格應該有那些不需要。若完全不要表格，我想公務員很難做事情，這一點也要體諒公務員處理事情過程中所擔負的責任。我是很支持，既然我們健保醫療有編這預算，且預估花費是0.53億，我們編了0.86億，預算還很足夠，我是覺得應該繼續推動下去。對於偏鄉的兒童，剛剛有位代表講的沒錯，家長都來不及賺錢，這也是生出來不平等嗎？所以我認為偏鄉的兒童雖然資源貧乏，但要想如何去協助他，只要署裡提出來我都答應支持讓他通過。偏鄉的家長不能參與，他的照顧者能不能參加，我們也想出方案來，來協助這些兒童，這是很重要的事情，好不好。

主席

好，謝謝。

徐代表弘正

當然我也同意這案子先讓他通過，可是剛剛盧醫師有很好的建議，是不是還是要接受一些改變，不要照原來的案子。第二個，人員設置可否放寬一下，因為這種早療案子大概就是醫學中心、區域醫院去做，地區醫院也有機會，可是我們常碰到真的還是有一些困難，看有怎麼樣的彈性去做。

主席

好，請盧醫師。

盧醫師璐(台灣復健醫學會)

抱歉，我想回應前面幾位委員的說明，也許我剛才沒有說的很清楚，像各位剛才有提到，其實政府本來就一直非常支持早期療育這一塊，我們本來就知道投資小孩是很重要的，所以我今天講這件事，是說以家庭為中心非常重要，只是這計畫本身設計如何，正如大家講的支持早期療育、投資小孩很重要，問題是這計畫設計能否達到我們想要的東西。今天台大的孩子絕對有弱勢兒童，今天這計畫是健保署非常好心的希望能提供我們多一點點醫療，我只是想，如果今天這評估只是用很多的表格去填寫，這品質管理並不是用書面就能呈現，而且去

做的人非真正執行的人，我只是在想該如何防止這事。我目前看到的，你要求的書面表格都沒辦法證實他真的是以家庭為中心的在做，這是我第一擔心的。第二個剛剛大家提到早期療育現在都是在醫學中心跟區域醫院，不是這樣，我們現在早療推動的是社區化，我們請專業的人去診所做輔導，我們希望鼓勵病人就近做治療，利用機構或診所。我也看過有的診所做的很好，不是只有醫學中心可以，我們也希望他們得到就近的治療。我相信健保署有資料可顯示早期療育有非常高的比例是在診所或地區醫院做。所以我們應該是重點在如何把他們品質拉起來，而不是在這計畫設計把他們隔絕在外，是要讓他們也以家庭為中心而不是把他們隔開，不是這樣，這是我擔心的。我擔心我的納稅錢被扔掉，坦白講這是我擔心的，我寧願不要這計畫，把錢給社工或送到居家治療等，而不是只做 paper work，因為書面資料可以做假。如果真的要推這計畫，一定要連診所跟地區醫院都可以去做，我們可以派專家去督導，像我們去督導時，我們要求要看治療紀錄、直接跟家長討論是否有參與，這些都不是今天計畫有看到的。沒錯，大家都覺得孩子很重要所以支持這計畫，我說的是，這計畫內容沒有達到真正支援孩子的目的、沒有達到真正提升家庭功能的目的，因為我們要的是一些 paperwork，而不是真正的實質，而且把真正我們希望提高醫療品質的院所排除掉，這將來會是很糟糕的事情。所以我覺得要做的話，不能以心理師跟社工師為排除條件，我們應該要設計更好的方法，如果健保署有這個錢，我希望能給社工師，社工現在的參與都是醫院好心，醫院也不願花時間投入因為沒有給付，可是如果我們今天能在這裡能開一個特例把社工放進去，我相信院方會更願意投資這一塊。我如果可以退到家庭裡面去做居家訪視，我可以得到合理的給付，我相信會更直接、會提高更多以家庭為中心落實的品質，而不是用 paperwork，這 paperwork 只是會讓有心賺到這錢的人做，而不是真正提升品質，這是我擔心的。所以我覺得我今天講的跟前面幾位委員提到說要給孩子好的醫療品質其實沒有關。其實我們從一開始的會議，我們各學會也提過說我們覺得這計畫擔心沒辦法達到這效果，可是衛生署也提到說這是立委提出，這是必須執行的計畫，所以我們只好做。那你要求我們提測驗我們就做，可是實際上我們擔心，其實提測驗、簡化都沒有問題，我們真正這計畫有沒有達到核心目的，我覺得可能是沒有，我會擔心。錢花下去其實沒有達到目的，不如把這錢拿到別的地方去用。

主席

好，謝謝盧醫師，請干代表。

干代表文男

謝謝~這個案子我想我們是專案預算，如果今天不通過明天就後悔了，因為這個錢就收回。我也贊成通過，因為現在的人要生孩子很困難，人口漸漸減少，早療可能是早產或可能是某種原因，所有的生產都可能造成的問題，所以要早療，這是一個因素。再來早療如果不做的話，就像何委員講的，他原本被遺棄又撿回來養，現在事業做很大，這是值得慶賀，也許早療的孩子以後也像你一樣。如果早療不投入的話，以後社會的問題會很嚴重。我很後悔就是以前顧小孩沒注意他的鼻竇炎，結果他的小孩都有後遺症，下一代都有鼻竇炎，這是影射另一問題。我想若早療不投入，社會問題、社會負擔會更嚴重，所以我站在預算已經編列，是專款專用，如果不通過，將來就有問題。如果到時候回歸到醫療，就太慢了。我贊成先通過，我們盧醫師所說也是個問題，我們應該用好這個表，若是太多了下次請盧醫師來討論及修正。再來，以家庭為中心是對的，若家長沒參與，治療後回到家又都忘記了，紙張太多也可以改進，我是說這案子也討論很久，讓他先過，第四案還需要再討論。

盧醫師璐(台灣復健醫學會)

抱歉我必須要說明一下，我想兩位代表可能不太清楚，政府本來就非常大力支持早期療育，這個案子沒有影響目前所有的個案，我們所有發展遲緩的孩童，我們本來就在做早期療育，您兩位說要支持的理由跟這個案子完全沒有關係，這個案子通不通過其實我們都會做，今天通過是說這是一個品質改善，把家長拉進來做治療，我是說我們現在這案子的設計裡面，並沒有實際加強這塊，而是只是做 paper work。我也不是認為目前的表格填的太多，要填也 OK，我只是說這計畫只是做書面表格而沒有實質的去改善，這東西就會是有問題的。

王副秘書長秀貞(朱代表益宏代理人)

不好意思，剛我舉了好幾次手，早療門診醫療給付改善方案，真的如表列從 101 年談到 104 年，其中還有醫院各層級代表包括醫學中心、區域醫院，至少後面三次會議我們都有參加，且本會還對本案正式發文表示意見。過去我們就一直認為對於健保的使用及民眾對於疾病照護的觀念，是應該要加強宣導。本案的概念是以此為出發點，所以我們認為應該要支持，這是新的照護模式衍生，讓家長能夠一起關

心孩子的治療。其實這計畫的對象分兩部分，一個新收案，一個是現行個案。新收案的部分，我們就希望他一開始收案時就可以比較有計畫性、有整合性的去接受這樣的照護。假使他是現行已經是早療的，他有沒有 over？我們不要去避免談到浪費的議題。那時候陳節如立委提出本案時就說的很清楚，現行的早療照護確實發生了過度，這是我們不可否認的，所以我們也特別建議在目標裡面應該要去強調，一定要把資源的正確使用跟治療的正確使用把它涵蓋進去，所以本案目標做此修訂，就是我們要提供給個案跟家庭合理的且適當的療育服務，這樣我們健保才不會白費，這應該也是付費者也關心的。我們很在乎孩子在早療黃金治療期間可否做的最好，而地區醫院很多醫院也從事早療的治療，看早療的小朋友們在醫療機構裡接受照護時真的是很感動，醫療人員真的花很多時間，但是我們真的也應該要回過頭來看看，早療的治療不是只有在醫院，還有許多社會資源也同樣對早療孩童提供幫助，不是只有健保有做早療照護，還有學校還有家庭，最重要是家庭，除了看醫生的時間，除了學校，最多時間是在家庭，因此把家長納進來我們當然覺得這樣對照護是有益的。所以既然三個醫院層級當時都有代表出席，我們社區醫院協會也於當時就提出相關意見，現在提出的是當時已經充分表達討論後的結果。我們地區醫院的執行不怕被檢視，我們也樂意去支持新的照護模式，讓家長也參與的照護模式。我覺得台大醫院也可以試著往前一步，我相信台大醫院、其他醫學中心、區域醫院應該也都是認同我們應該要讓家長共同參與照護的才對。

主席

好~我想大家已經充分表達，盧醫師也已經三回合、四回合表達意見。這案子因為已經歷經三年、四年的討論，不論你贊成或反對，其實在討論的過程中大家都已經充分的表達，我們還是要有所謂的少數服從多數的概念，這樣聽起來是多數都贊成先試辦，但不諱言這裡頭還是有些改善空間，但是不做的話就不知道是不是真的會發生，所以我建議，今天草案先通過，然後開始做之後，半年內再來檢討，因為包括大家認為說會不會有作弊、paperwork 太多、偏鄉或地區醫院沒有辦法做、診所沒有辦法申請，這些現在是在想像，但半年後就知道，看這些問題會不會存在，假定我們這計畫做下去會對某些人特別有障礙，我們就檢討修正，所以各位代表我們就先讓這案子通過，好不好？

千代表文男

我贊成通過，但是有一個附帶決議，盧醫師剛才講的不無道理，她講的是社會現象，我想半年以後一定要把她請過來，看看問題在那裡，下次再開會就知道問題，我想不要再浪費時間了，第四案也趕快討論，不要每次都沒有討論完又移到下一次。

主席

好，按干代表的意見，這個方案實施半年後進行檢討，到時候再請盧醫師來共同參與檢討，本案討論到這裡。現在是五點半，今天還有一個提案四，大家是不是再撐一下，婦產科專家已經坐三個鐘頭，是不是一併討論完。

第四案

案由：有關台灣婦產科醫學會建請刪除全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）編號 27053C「CA-125 腫瘤標記」，並建議編號 12077B「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」開放適用表別案。

龐組長一鳴

主席，因為時間已經晚了，我們是不是就不要唸了，是不是請產科醫學會跟我們婦產科醫學會跟我們說明一下重點。

謝前理事長卿宏(台灣婦產科醫學會)

感謝主席、感謝大家，我想簡單講就是這樣，我們現在目前基層診所可以作的項目是 27053C，這項目是有核醫設備才可以作，都是我們基層診所的檢驗都送到基層附近的檢驗所，那檢驗所又不能作只能送到醫學中心作，我想這個是有點本末倒置，我們一直認為叫病患去看厝邊的好醫師，結果去那裡沒辦法做的檢查，要去大醫院作，我覺得這樣反而是浪費社會資源，我們翻到七十頁看一下就知道 RIA 27053C「CA-125 腫瘤標記」醫學中心作很多而基層診所幾乎是沒有，就是我剛所講的，所以這種到底有沒有合理，我想本案裡面都說明的很清楚，請各位前輩幫幫忙不要讓我們有點本末倒置，謝謝大家。

主席

本案是希望把 12077B「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」開放到 C 表，各位代表有沒有意見？

呂理事振富(吳代表進興代理人)

我是「中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會」的代表，我們另外還有個學者，等下有關學術方面我們就請賴明龍博士來幫忙講解，本案很單純。

第一、從方法學來講，其實以我這種年齡，這 RIA 是有一個時代的背景，因為那個是七十年代左右，檢驗的方法敏感度會比較不高，所以才發展有 EIA 的這個部份，因為我二哥以前也是在台北榮總的核醫待過，那核醫的話那時候就有 RIA 的檢驗，可是 RIA 有一個不好的地方，就是他還有核廢料的問題，所以這部份當然就是慢慢的有一些 modify 的方法，到現在西元 2000 年了，其實這方法已經都有很多替代性，等下我們請賴明龍博士跟大家講，那這份當然已經有方法可以替代的時候，其實就不一定要限制在所謂 RIA 這一塊，那另外從需求方面來看，當然我們可以看到七十頁從醫學中心、區域醫院他還是有 RIA 在用，那表示說還是有一些單位在用，那我們也不能把他廢掉，但是事實上我們在基層診所或許地區醫院，還是建議應該要提供我們目前比較好的方法，就是 EIA/LIA 的方法，能夠蠻普遍性的，最後在第六十三頁說明四、推估西醫基層全年增加約 1,729 萬點，這不知道怎麼算出來的，理論上如果把他換算成 400 塊，代表他會增加五萬個，因為我們基層點值大概也 0.9，所以理論上是不會增加那麼多，我是覺得理論上就把他下放到我們西醫基層這一塊，那他能夠有給他有一個 C 的一個機會，所以我們大概也同意 27053B 改成 C。

主席

好，謝謝，賴博士要再補充。

賴博士明龍(中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會)

醫事檢驗師公會全國聯合會先把 RIA 的方法跟 EIA 的方法把他作一個仔細的比較，然後最後所得的結論是他具有相同的功能特效，所以他做出來的數據可以說是完全相等，那從現在整個台灣環境裡面大概使用核醫 RIA 大概有二十家、使用 EIA 大概有二百家，所以當一個基層醫療，他們所需要的這個服務，如果他可以作核醫碼的 C 表只有二十家服務，那應該把他用 EIA 的改成 C 表，因為至少有二百家能服務，對基層醫療跟對民眾都會有很好的方便性，謝謝代表跟主席。

主席

好，謝謝，請張代表。

張代表嘉訓

主席、各位代表，終於輪到我了，今天都是復健科的事情，我想這個事情是「婦產科醫學會」長期一直在爭取，那這兩項檢查其實很簡單只是方法不同，可是 RIA 這邊說明其實講的非常清楚，有可能放射線的污染，做的人其實越來越少比例越來越低，所以 EIA/LIA 這個方法其實又準確又方便，另外也不會造成施作人員放射線的一些污染，那其實費用也都一樣，所以我是很認同就是健保署他的擬辦的說明六、保留編號 27053C「CA-125 腫瘤標記」，另開放編號 12077B「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」至 C 表，這樣我想是很簡單，另外我想我們基層已經也同意了，就是可能 105 年我們會在非協商這個區塊我們會把他編列希望再來談，副署長的表情有點怪怪的啊。

主席

非協商另外再談。

張代表嘉訓

協商啦協商。

主席

協商。

張代表嘉訓

協商啦協商，講錯了，所以我個人是非常支持。

主席

好，請干代表。

干代表文男

請問第七十九頁支付點數 400 點，源頭在第一案大家談的這個不同層級不同待遇，這個是完全統一的，這個檢查是不是統一都是一樣，設備都一樣。

滕代表西華

對啦。

干代表文男

都一樣？那都一樣我沒有意見

何代表語

我支持他們提案，而且「婦產科醫學會」的提案那也支持說我們健保署提的第六十四頁說明六、保留編號 27053C「CA-125 腫瘤標記」，另開放編號 12077B「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」至 C 表，他是在 105 年的編列預算去以後才公告實施嘛，我支持本案通過，謝謝。

主席

好。

滕代表西華

104 年能不能做？

主席

誠意不夠嘛。

滕代表西華

1000 多萬而已啊。

主席

對啊，就是誠意不夠嘛。

滕代表西華

1000 多萬而已，怎麼可能造成點值下滑，對啊為什麼要等到 105 年？醫院也不會少 1000 多萬就點值上升，基層也不會啊，為什麼要 105 年？我們看看 104 年就可以做啊。

謝前理事長卿宏(台灣婦產科醫學會)

這一段其實蹉跎四、五年了。

主席

蹉跎了。

滕代表西華

你看。

主席

我是認為不應該成為要再協商的項目。

滕代表西華

就是看能不能 104 年就作啦。

主席

這不應該成為再協商。

張代表嘉訓

不過就基層的觀點我還是發表一下這個意見，就是說因為這個現在我們的一個基本原則就是你要先有預算我們才會開放，那就是因為過去都是用 RIA 所以真的去申請的比較少，如果說你現在改成 EIA 他申請的就會比較多，這個也會牽涉到一些科別的利益的問題，所以我想是說我們先談有預算的在開放呢，大概我回去會比較好交待啦，這個我就先這樣講，其實我個人是認同就是說在基層的婦產科是非常有這樣的需要，因為很多婦女有這些卵巢的囊腫要去確定說這是不是惡性的，有這個 CA-125 就是腫瘤指標主要是針對卵巢癌，所以我覺得這是有需要的，只是你需要把他改成說 EIA 有這樣新的一個給付項目的時候，可能突然作的會很多，所以我們擔心的是這個事情，所以 1700 多萬是健保署估算出來的，實際上是不是等到你一開放的時候錢就不只是這個錢，所以為什麼我們希望如果在這個會議通過，我們明年，其實我們也跟「婦產科醫學會」已經也達到默契，也就是說明年我們就把他放進來，我們有這樣子的一個準備，謝謝。

干代表文男

主席，我贊成滕代表的看法，如果說立即有效，那今天這個決議是說從報上去以後馬上生效，1000 多萬不是很多啦，在你們西醫也好、醫院也好算起來是很少的，如果你們能作給人情給我們，我們也可以作個人情給你們，不要計較啦。

主席

已經有釋出善意，請李代表。

滕代表西華

就是說協商也要有 evidence base，今年如果開始先作，因為假如 105 年才要開始，我們到檢討 106、107 年，又是蹉跎十年，孩子都大了，我覺得這個事情第一個、整體沒有涉及到，只是經費流動的問題，就是醫院流到基層，1000 多萬真的是不多，假設他膨脹成二倍老實說

也有限，我是覺得我們是可以作一些觀察，假如說是今年的時候，費用的上漲超出我們預期，我覺得我們協商的時候，包括政策款或其它，我們可以嘗試作一點商量看怎麼樣去補償，那如果不是的話就是不會到達影響的地步，我覺得剛開始作其實也不是只有方便到基層，對民眾來說其實是差異很大，我覺得還是張代表這邊…反正陳宗獻代表走了，還剩李紹誠代表跟你嘛，我們這邊就是你們被我們拜託啦，還是做啦，那謝卿宏也坐了一下午了，剛他講蹉跎了四、五年，我覺得這項目是不是可以就104年就作了，不管104年的7月8月9月，健保署跟你們抓個日期，也不過就差兩、三個月啊，也差不了多少啊，大概才差個十幾萬幾百萬而已呀，做一下啦。

主席

李代表發言之後我們就結束。

李代表紹誠

我同意滕代表、干代表的說法，這是一項非常重要的檢測，對婦女來說可以省去很多問題，但是我們兩個在這邊也承擔了基層總額，但是我剛覺得滕代表講的，我們要去觀察他的費用，他會不會因為這個開放而造成突然之間我們算的1700萬真的是很少，但是突然變成7、8000萬，我們也會承擔很大的一個…

滕代表西華

哪有那麼多女人？

主席

不是女人，是生病的女人。

滕代表西華

噢，是生病的女人。

李代表紹誠

到最後你會看報紙出來，突然間有一個男生，一個診所出來說，一個男生也去測了這個。

主席

那就完了。

李代表紹誠

我同意主席剛講的就先開始作啦。

主席

好，這案子我們就到這裡，請何代表。

何代表語

既然講到現在這樣子我就收回剛才 105 年編列預算的事情，我也支持下半年實施啦。

主席

本案通過，公告後立刻實施，後俟依實證的數據，再列為 105 年協商的參考。謝謝各位代表。