

「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」

104 年第 4 次臨時會會議紀錄

時 間：104 年 11 月 17 日(星期二)上午 9 時 30 分

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
王代表榮濱	王榮濱	陳代表福展	(請假)
朱代表益宏	吳淑芬(代)	黃代表啟嘉	(請假)
何代表語	何語	黃代表雪玲	(請假)
吳代表美環	吳美環	黃代表棟國	(請假)
李代表飛鵬	吳明彥(代)	楊代表秀儀	(請假)
李代表紹誠	李紹誠	楊代表政峯	(請假)
林代表淑霞	林淑霞	葉代表宗義	葉宗義
林代表富滿	林富滿	滕代表西華	滕西華
林代表敬修	(請假)	潘代表延健	潘延健
林代表綉珠	林綉珠	盧代表榮福	(請假)
姚代表鈺	姚鈺	賴代表振榕	賴振榕
徐代表弘正	(請假)	謝代表文輝	(請假)
張代表金石	張金石	謝代表武吉	謝武吉
張代表冠宇	(請假)	顏代表良達	顏良達
張代表嘉訓	(請假)	羅代表永達	羅永達
梁代表淑政	梁淑政	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
郭代表素珍	許美月(代)		
陳代表志忠	陳森基(代)		
陳代表宗獻	陳宗獻		

(依代表姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

衛生福利部全民健康保險會

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

台灣醫院協會

醫藥品查驗中心

屏東縣政府衛生局

嘉義市政府衛生局

台灣消化系內視鏡醫學會

台灣神經學學會

台灣泌尿科醫學會

台灣胸腔暨重症加護醫學會

中華民國眼科醫學會

國立臺灣大學醫學院附設醫院

台灣安寧緩和醫學學會

台灣安寧緩和護理學會

本署臺北業務組

周雯雯

張友珊、劉于鳳、邱臻麗

王逸年

許家禎

宋佳玲

吳春樺、陳思綺

洪鈺婷

李沛湘

吳心華、林佩荻、陳俞文、

陳志強、董家淇、王秀貞、

陳瑞瑛

黎伊帆、朱素貞、陳嘉玲、

郭純志、張瓊月

曹放之

王秀伯、顏旭亨

彭家勛、林瑞泰、謝鎮陽、

楊富吉

賈豫琪

黃忠智、何肇基、簡榮彥

蔡景耀、林昭文

蔡孟昆

翁益強、姚建安、李嘉莉

蘇逸玲、邱智鈴、杜淑文、

顏聆朱

蔡翠珍、賴香蓮、王文君、

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

王韋婷

許菁菁、洪嘉雲、陳孟函

詹玉霞、楊惠真

賴阿薪

曾慧玲

何恭政

程百君、周清蓮、黃瓊萱

龐一鳴、李純馥、林淑範、

林寶鳳、劉林義、谷祖棣、

張淑雅、王玲玲、涂奇君、

陳逸嫻、張巧如、陳依婕、

林佑縉、李筱婷、彭麗玲

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

(一) 上次決議辦理情形追蹤表，案由：「建議健保署採用新增診療項目的成本分析方式，套用於現行支付標準表之各個項目，對支付標準進行檢討，並爭取預算予以調整，促進支付標準之公平性與合理性」乙案，為了解申報該等診療項目之醫療院所，於兩週內提供成本分析相關資料，故原建議解除列管修正為繼續列管。

(二) 其餘確認。

三、報告事項

(一) 修訂支付標準暨修訂 105 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」等 3 方案。

決定：

1. 調升編號 28031C 診療項目支付點數包裹「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」1 項特材，俟 105 年西醫基層總額協商報部核定公告後再議，故本案暫緩通過。

2. 修訂 105 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」洽悉。
3. 修訂 105 年度「全民健康保險高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫」(草案)洽悉，惟附帶決議為計畫中之照護個案收案條件第(一)點之第 4 小點，酌修文字為「針對已連續 2 年收案輔導者，第 3 年起由本署各分區業務組，轉介至其他相關計畫輔導，另有特殊情況且經中華民國藥師公會全國聯合會(以下稱藥師全聯會)及保險人分區業務組同意者，不在此限。」
4. 修訂 105 年度「醫院以病人為中心整合照護試辦計畫」(草案)洽悉，惟附帶決議為計畫中玖、費用申報及支付方式之第三、費用核付中的(四)整合成效獎勵費之指標 7，依醫界代表之意見修正，將「整合照護病人健康存摺下載率 50%以上 10 分修訂為 30%以上 10 分」，如下對照表：

原 修 訂 版	糖尿病或高血壓 可避免住院率或 整合照護病人健 康存摺下載率	可避免 住院率 =0%	免住院率>0%		整合照護病人健康存摺下載率					
			前10百 分位數	前11~15 百分位數	50% 以上	30%~ 49%	20%~ 29%	10%~ 19%	5%~ 9%	1%~ 4%
			10	6	4	10	8	6	4	2
全 聯 會	糖尿病或高血 壓可避免住院 率或整合照護 病人健康存摺 下載率	可避 免住 院率 =0%	可避免住院率>0%		整合照護病人健康存摺下載率					
			前 10 百 分位數	前 11~15 百分位數	30% 以上	26%~ 30%	21%~ 25%	16%~ 20%	11%~ 15%	5%~ 10%
			10	6	4	10	8	6	4	2

四、討論事項

- (一) 105 年 1 月實施 1,660 項全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs, 以下稱 Tw-DRGs)案。

決議：

1. 同意本案提報之 DRG 支付通則、分類表及暫緩實施

項目計 53 項。本署將逐年滾動式檢討，並對於各界修訂意見，持續蒐集、檢討與修正。

2. 實施期程及基本診療加成方式，以下列 2 案併案陳報衛生福利部核定：

(1) Tw-DRGs 實施期程：

A. 甲案：105 年 1 月全面實施 1,660 項 Tw-DRGs。

B. 乙案：105 年 1 月持續辦理已導入第 1、2 階段 401 項 DRG；105 年 7 月全面實施再分類後 1,660 項 DRG。

(2) 基本診療章加成：

A. 甲案：維持現行醫學中心加成 7.1%、區域醫院加成 6.1%、地區醫院加成 5%。

B. 乙案：以 103 年各醫院申報之 DRG 案件費用重新試算各層級基本診療章加成。

(二) 新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「膠囊內視鏡術」等 9 項暨修訂編號 68034B「心臟摘取術」等 19 項診療項目，計增修 28 項支付標準乙案。

決議：

1. 本案同意新增及修訂支付標準(詳附件 1, P7~P13)，修訂重點如下：

(1) 新增「膠囊內視鏡術」、「急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費」及雙極前列腺刮除術/汽化術(Bipolar TURP/TUVP)-「切除之攝護腺重量 5 至 15 公克」、「切除之攝護腺重量 15 至 50 公克」及「切除之攝護腺重量大於 50 公克」、「支氣管內視鏡超音波」及支氣管內視鏡超音波導引「縱膈淋巴節定位切片術」與「週邊肺組織採檢切片術」，8 項新增診療項目，計增加預算 2.96 億點。

(2) 修訂診療項目，包括調高編號 68034B「心臟摘取」及 68038B「肺臟摘取」2 項之支付點數、調整編

號 85608B「鞏膜切除併植入或扣壓」等 16 項診療項目之兒童加成方式為提升兒童加成及增列編號 58008C「血漿置換術」之適應症，計 19 項。

2. 餘「腦部血腫檢測診斷」乙項，因缺乏國內外臨床實證文獻，爰暫緩研議，不同意新增(詳附件 2，P14)。

(三) 修訂「全民健康保險急診品質提升方案」及增列急診相關支付標準案。

決議：因時間因素未及討論，本署將再召開臨時會議另行討論。

(四) 修訂「全民健康保險居家醫療照護整合試辦計畫」(草案)。

決議：因時間因素未及討論，本署將再召開臨時會議另行討論。

(五) 研訂「全民健康保險區域醫療整合計畫」(草案)。

決議：因時間因素未及討論，本署將再召開臨時會議另行討論。

五、臨時動議

六、散會：下午 12 時 40 分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28039~~44~~)

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
28040B	支氣管內視鏡超音波 Bronchoscopic Ultrasonography; EBUS 註： 1. 支付規範： (1) 不得同時申報28006C、28026B。 (2) 需檢附胸腔電腦斷層報告。 (3) 內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	7365
28041B	支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術 EBUS + Transbronchial node aspiration 1. 支付規範： (1) 不得同時申報28006C、28009B、28026B及28040B。 (2) 申報時須檢附當次病理報告。 (3) 內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	14198
28042B	支氣管內視鏡超音波導引週邊肺組織採檢切片術 EBUS + Peripheral lung transbronchial biopsy 註： 1. 支付規範： (1) 不得同時申報28006C、33103B及28040B。 (2) 申報時須檢附當次病理報告。 (3) 內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	13476

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-331402、P2101-P2104)

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
33142B	<p>膠囊內視鏡術</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：</p> <p>(1)不明原因消化道出血，經二次以上胃鏡及大腸內視鏡檢查仍無法找出出血原因，且經其他影像學檢查(如：CT/MRI，小腸攝影)及小腸內視鏡後或不適合小腸鏡者，仍無法確診者。</p> <p>(2)慢性或長期小腸病變患者(如小腸多發性息肉症，克隆氏症，celiac sprue，Behcet’ s disease，Henoch-Schonlein purpura) 不适合小腸鏡者需以內視鏡診斷或追蹤者。</p> <p>(3)兒童小於18歲，不明原因消化道出血者，經一次內視鏡及一次大腸內視鏡檢查仍無法找出出血原因，且經其他影像學檢查(如CT/MRI或血管攝影或核子醫學或小腸攝影)仍無法確診者。</p> <p>(4)兒童小於18歲，慢性或長期小腸病變患者(如小腸多發性息肉症，克隆氏症，celiac sprue，Behcet’ s disease，Henoch-Schonlein purpura)。</p> <p>2.特殊專科別限制：消化內視鏡專科、兒科消化學專科、消化內視鏡外科。</p>		Y	Y	Y	18317

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~47093~~101~~)

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
47101B	急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費 註：急性缺血性中風病患符合「靜脈血栓溶解治療收案條件」並於三小時內開始靜脈注射。		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	13866

第二項 透析治療Dialysis Therapy (58001~58030)

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
58008C	血漿置換術 Plasma exchange 註：限下列病患實施 1.SLE，CNS involvement 2.Myasthenia gravis crisis 3.Macroglobulinaemia 4.RPGN 5.Goodpasture's disease 6.Multiple myoloma 7.Guillain-Barre syndrome 8.Thrombocytopenic Purpura 9.Multiple Sclerosis and Neuromyelitis Optica 10.其他經專案向保險人申請同意實施者 11.血型不相容活體器官移植前之前置作業。 12.治療器官移植後之急性抗體排斥。	v	v	v	v	2475

第七節 手術

第五項 循環器 Cardiovascular System

一、心臟及心包膜 (68001-68051)

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
68034B	心臟摘取 Heart procurement		v	v	v	17638 21166
68038B	肺臟摘取 Lung harvest (donor pneumonectomy)		v	v	v	15548 18658

第八項 尿、性器 Uninary & Genital System

十、前列腺 Prostate (79401-79412⁵)

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
79413B	雙極前列腺刮除術/汽化術 Bipolar TURP/TUVP 一切除之攝護腺重量 5 至 15 公克 TURP/ TUVP 5 - 15 gms 註：內含一般材料及雙極TURP/TUVP特材，得另加計142%		v	v	v	11759
79414B	一切除之攝護腺重量 15 至 50 公克 TURP/ TUVP 15 - 50 gms 註：內含一般材料及雙極TURP/TUVP特材，得另加計128%		v	v	v	13914
79415B	一切除之攝護腺重量 大於 50 公克 TURP/ TUVP > 50 gms 註：內含一般材料及雙極TURP/TUVP特材，得另加計119%		v	v	v	15940

第十二項、視器 Visual System

四、鞏膜 Sclera (85601~85611)

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
85608B	鞏膜切除併植入或扣壓 Resection, scleral, with graft or buckling 註：提升兒童加成項目		v	v	v	11540

五、虹膜及睫狀體 Iris & Ciliary body (85801~85823)

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
85806C	<p>小樑切除術 Trabeculectomy under microscope</p> <p>註： 1.包括週邊虹膜切除術(peripheral iridectomy)。 2.提升兒童加成項目</p>	v	v	v	v	6939

六、水晶體 Crystalline Lens (86001-86013)

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
86007C	<p>水晶體囊外（內）摘除術</p> <p>Extracapsular (intracapsular) lens extraction (ECLE) (ICLE)</p> <p>註：1.包括虹膜切開術(including iridotomy)。 2.申報費用應檢附術前檢查結果、病歷影本、手術摘要。 3.提升兒童加成項目</p>	v	v	v	v	7500
86008C	<p>水晶體囊內（外）摘除術及人工水晶體置入術</p> <p>Intracapsular (extracapsular) lens extraction under microscope + IOL insertion</p> <p>註：1.包括虹膜切開術(including iridotomy)。 2.申報費用應檢附術前檢查結果、病歷影本、手術摘要。 3. Phacoemulcification + PCIOL比照申報。 4.提升兒童加成項目</p>	v	v	v	v	9000
86011C	人工水晶體植入術 IOL implantation — 第一次植入 primary	v	v	v	v	1960
86012C	— 第二次植入secondary 註：86012C為提升兒童加成項目	v	v	v	v	5000
86013C	— 調整術reposition	v	v	v	v	5000

七、玻璃體 Vitreous (86201-86215)

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
86203C	前玻璃體切除術 Anterior vitrectomy (vitrector) <u>註：提升兒童加成項目</u>	v	v	v	v	3446
86206B	眼坦部玻璃體切除術 Pars plana vitrectomy (vitrector) — 簡單 simple		v	v	v	9266
86207B	— 複雜 complicated <u>註：86207B眼坦部玻璃體切除術</u> 1.複雜之定義：加上網膜前纖維膜切除（Removal of epiretinal Membrane）。 2.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計125%。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 <u>4.提升兒童加成項目</u>		v	v	v	14780
86208C	晶體切除術合併玻璃體切除術 Lensectomy & vitrectomy (vitrector) <u>註：提升兒童加成項目</u>	v	v	v	v	12330

九、眼肌 Extraocular Muscles (86601-86605)

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
86601C	斜視矯正手術-放鬆及切除 Recession and resection- strabismus — 一條	v	v	v	v	4134
86602C	— 二條	v	v	v	v	5438
86603C	— 超過二條，每增一條 <u>註：提升兒童加成項目</u>	v	v	v	v	1562
86604C	眼肌移植術 Transplant extraocular muscle <u>註：</u> <u>1.單眼。</u> <u>2.提升兒童加成項目</u>	v	v	v	v	4891
86605C	眼肌腱縫合術 Suture or tucking of extraocular muscle tendon <u>註：</u> <u>1.單眼。</u> <u>2.提升兒童加成項目</u>	v	v	v	v	3294

十一、眼瞼 Eyelid (87001-87031)

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
87004C	眼瞼下垂前額懸吊術 Frontalis sling for ptosis 註： 1.美容手術不予給付。 2.提升兒童加成項目	v	v	v	v	5449
87009C	眼瞼內翻矯正手術 Correction of entropion 註： 1.限由合併症引起患者申報，並包括植皮在內。 2.提升兒童加成項目	v	v	v	v	4113
87017C	提上眼瞼肌切除術 Levator muscle resection 註： 1.先天性 (congenital) 不予給付。 2.提升兒童加成項目	v	v	v	v	5820

104 年第 4 次支付標準共同擬訂會議臨時會之
『不同意』新增支付標準之意見彙整表

建議 項次	中文項目 名稱	主要之臨床功能 及目的	申請 單位	健保署說明
1	腦部血腫 檢測診斷	可完成評估大腦表面下深度 2.5 公分內，體積 3.5 毫升以上的出血範圍，且針對硬腦膜上、硬腦膜下及顱內出血之敏感度及特異性為 80~90%。	新光吳火獅紀念醫院及高雄醫學大學附設中和紀念醫院	104 年度第 6 次支付標準專家諮詢會議之結論：可初步評估輕度頭部外傷病患，及不宜暴露於輻射下之兒童及孕婦族群之顱內出血狀況，惟目前國內試用情形顯示，執行本項檢測後仍須以頭部電腦斷層確認，考量國內本項檢測尚未普及，檢測結果有偽陰性之虞，且非輕度頭部外傷者臨床指引之建議檢測，又缺乏國內外臨床實證文獻，爰建議本案暫緩研議，俟國內使用普及並有臨床實證後，再提案研議。

104 年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

第 4 次臨時會與會人員發言實錄

前言

主席

各位委員、本署同仁，及列席的各相關醫學會代表，大家早安，今天召開 104 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議的第 4 次臨時會，每次到年底總是提案特別多，今天資料就三大本，議案非常多，希望這資料有提前給大家看，但有臨時修正的部分，請大家多多包涵。現在會議人數過半，依序開始。請各位委員看上次的臨時會的會議紀錄，請問各位代表是否有問題，上次最主要討論區域醫療整合計畫，經參酌大家的意見已修正，所以這次會議也排入議程。請問大家有無意見？沒有意見的話，上次會議紀錄確認。接下來是會議決議辦理情形追蹤表，請同仁來說明。

李科員筱婷

各位代表、長官大家好，此次辦理情形追蹤表有三案全解除列管。分別為序號 1，有關快速結核病分子診斷乙項新增診療項目案，因現行健保已支付有關分子檢驗等診療項目，爰本項暫緩研議故解除。序號 2，有關全民健康保險區域醫療整合計畫草案，因已提送至本次會議討論，故解除列管。序號 3，以新增診療項目的成本分析方式套用於現行支付標準表之各個項目，對支付標準進行檢討乙案，台灣醫院協會已於 104 年 10 月 30 日來函 10 項試行診療項目，本署將依據健保法第 79 條及第 80 條函請申報該診療項目之醫療院所於兩週內提供成本分析相關資料，故解除列管，以上。

主席

好，對於這些是否有補充？第三項上次的會議決議就是醫院協會能提出 10 項要做成本分析的項目，本來兩週內要提供，結果弄到一個月才提供，所以依照上次決議需要院所提供成本分析資料。好~這三項大家有沒有意見？請~

羅代表永達

主席、各位先進大家早，第三項上次提出來本來要跟上次的新科技做比較，才有成本分析的建議，因為成本分析出來到底有多大落差，我們也很想知道，所以這案子能否暫時先不要解除列管，我們希望後續能繼續追蹤，整個案子才算完整，以上。

主席

好，不過上次的決議是兩週內提供成本資料，成本資料未提供，各位對於暫時先不解除列管有無意見，沒有的話便照羅代表意見，這項繼續列管。其它追蹤結果是否都確定，若沒問題即進行報告事項第一案。

報告事項

第一案

案由：修訂支付標準暨修訂 105 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」等 3 方案。

主席

好，謝謝。這報告案一共有四項，跟各位代表逐項確認。第一項是有一個新的支付項目在今年 5 月 8 日通過，「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」這個特材，醫院已經實施，基層因為沒有編預算所以暫緩實施，這項預計明年的總額協商時已經有預算，是否這項明年 1 月 1 日基層就實施，這項有無意見？好~沒有意見。

第二項是有關鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊頻寬補助方案，修正的內容在第 6 頁至第 20 頁，最主要是醫界希望可以持續有較好的補助，這部分我們也參採大家的意見，做了一些文字上的修正，這部分大家有沒有意見？好，假定大家沒有意見，第二項就通過。

第三項是高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫這部分，總額預算協商 105 年預算為五仟萬，這部分也跟藥師公會全聯會有開過會議研商，是在第 21 頁至第 44 頁。因為預算有點微幅的下降，所以有關這次的修正，收案人數略為往下修，這部分大家有意見嗎？請~滕代表。

滕代表西華

我是就資料的第 21 頁之後的計畫有些請教，因為不太清楚。在第 21 頁雖然是五仟萬但其實跟去年差距的金額其實不大，只有差四百萬，當時協商時也說要接受健保署的派案，所以健保署這邊有新增幾個或是對收案條件的一些監測，但有幾件事請教。第 21 頁，第 2 個，藥費在前 50 百分位，我想請教這分母是什麼，依據是什麼？第 4 小點的部份，針對已連續 2 年收案輔導者，第 3 年起不得繼續輔導的例外但書，我想知道 2 年連續收案輔導是因為他具有成效不再繼續輔導，還是它的特殊情況是什麼？還是說我們其實是應該針對連續 2 年收案輔導具有成效者，第 3 年起不得繼續輔導？我不太懂這意思。再來是我們有一些排除的要件，在第 22 頁部分，我們雖然納入照護機構需要經過認

定，因為我們知道機構的服務比較容易，在第二部份的時候我們在有幾個另外的條款我不太明白。第 1 個是領有重大傷病卡者為何排除在收案裡面，因為我們在前面第一個在整合性照護裡面同時有提供整合性罕病跟重大傷病的門診，所以顯然整合性罕病跟重大傷病在其他藥品利用或醫療利用上我們都特別關心，但為何在這邊會被排除？再來就是受禁治產宣告跟在機構收案的部分，禁治產宣告的部分跟後面兩個不太一樣，它其實有一些法定代理人，所以為何會排除？因為他看起來相對上的弱勢，假設他的法定代理人也是相對弱勢者或比較高齡者，我們現在老人照顧老人其實比例很高，尤其是我們講的雙老，所以在這邊又特別把他排除的用意是什麼？為什麼機構的訪視對象以 2 次為準？不好意思問這麼多是因為跟我們錢有關係，從我們的預算來源跟目標成效裡面，105 年我們希望他收案至少六千五百個人，如果算平均人年的費用，一個月大概六百四十塊左右，可是從第 28 頁裡面訪視的支付標準從 1200 點、600 點跟 700 點，我算在一起不管因為收案那個對象，因為機構的訪視次數低費用較便宜，可是最高的是居家的訪視，如果把它平均起來一個人也要八百三十三塊，我的意思是我們有辦法收到六千五百人嗎，這個是我關於費用的疑問。

再來就是第 23 頁的第 4 點，我們有一個成效指標是藥師協助照護個案將藥品整理成七日藥盒或餐包之比率，我記得 TFDA 並不鼓勵把藥品做這樣的處理、有交叉汙染等疑慮，所以鼓勵一袋一藥，當然我們知道怕照護的個案如果弱勢的話怕吃錯藥，這是可以理解。可是這做為成效指標合不合適，意味著我們就是希望事實上大多數的人能把個案的藥品整理成餐包或藥盒，但我們藥品政策又不鼓勵以餐包包裝，我們鼓勵藥品要分別單包的標示，所以這跟我們其他政策有沒有衝突，請健保署再進一步說明，而且我們後面是採論次，每天要 30 分鐘，每天又要十個梯次，其實顯然做不到，除非是自己社區方圓五百公尺以內，他就騎腳踏車就可以跑了，否則這樣論次、時間，一個月要收到這麼多人數，他的月收入大概將近十二萬，所以會不會產生為收案而收案的情況，以上，謝謝。

主席

好，謝謝滕代表，其他代表對這案子還有意見嗎？如果沒有，請寶鳳科長先做回應。

林科長寶鳳

謝謝代表的提問，有關第 21 頁藥費在前 50 百分位對象的產生，我們先把前一年門診就醫 90 次以上的保險對象以個案之藥費歸戶後

由高至低排序至第 50 百分位之對象，然後再加上我們另外考慮是否該對象有逛醫院情形，所以再把前一年門診就醫 90 次以上的保險對象以個案歸戶就醫院所家數，取得大於 6 家者，交集後產生我們的 21 頁收案條件 2 之第二優先輔導對象。

第 2 個提到就是為何把重大傷病對象排除，主要是我們輔導高診次的病人，是希望輔導不當使用醫療資源之高診次者，而重大傷病的病人原則上是較不屬於這部分，所以我們把他們排除。關於禁治產或失去意識無法表達的病人，我們考量要做諮詢或衛教可能比較困難，所以計畫也先排除這部分對象。

有關用餐包或藥盒做藥物的整理部分，我們是尊重藥師公會全聯會的專業意見，是否會有交叉汙染的問題，尊重他們的專業判定。

有關支付費用，從去年的五仟四百萬降到五仟萬是減少 4 百萬而不是 4 仟萬，所以在人數的調整上不是非常的明顯，從原來的至少七仟人降到六仟五百人，費用的估算部分，我們原來的估算就是一個病人至多訪視一年八次，一次的費用估算 1,200 元，一年一個對象預算為 9,600 元；另 105 年對於有些於機構輔導的部分，如無法以語言及行動表達及溝通者，有兩次上限之訪視，所以用這預算估算起來，收案人數至少可達 6,500 人，以上。

主席

好，有一個沒有回答，是第 21 頁「已連續 2 年收案輔導者，第 3 年起不得繼續輔導」，這再補充說明。

林科長寶鳳

因為我們考量錢要用在刀口上，所以不論輔導結果有無成效，對於已連續投入 2 年預算的對象，就排除不再把本預算之資源再投入，因此予以排除，以上。

主席

好，另外第 23 頁有關餐包部份，藥師公會全聯會代表有要補充嗎？謝謝。

賴代表振榕

主席、各位代表，餐包的概念其實要這樣思考，因為 TFDA 覺得這會交叉汙染，但是如果站在醫療部分，老年病人、弱勢、獨居對象，如果基層醫療院所開的藥是片裝給藥，這樣服藥的正確性值得探討。

我們藥師為何會提出來，其實是我們多年執行居家照護所發現他們並非正確服藥，所以才考慮這樣的方式，可能對醫療上的照護會更好。當然年輕一輩不必要，但七八十歲對象可能需要，以上。

主席

好，謝謝，請滕代表。

滕代表西華

我這邊還是要誠懇的跟健保署跟藥師公會建議，如果 2 年輔導後成效還不佳你又放棄他，這不是雪上加霜？2 年做不好，也許是我們輔導方式出問題，或是輔導個案有多重困難等，結果我們就不管他、限制他就醫，我覺得這樣不好，我覺得多花點心思討論，不要直接不要他。

另外對於藥師公會要不要用藥包，專業上我當然沒有意見，尊重藥師公會的意見，可是我們也知道這些弱勢、獨居的人、長輩或是經濟比較差的人，他可能在服藥的技能上比較不好的，可是藥師公會在 TFDA 也很有影響力，你們總不能訂兩邊不一樣，在政策上會出現差異，但還是要盡量取得一致會比較好，不然藥事法又不會認為說你是適合高診次或適合那個方案會有例外。最後一點就是我覺得禁治產宣告的人，大部分也不是自己照顧自己，其實是由照顧者照顧，所以去輔導他的衛教對象不是本人，剛健保署回答是因為他可能聽不懂或看不懂沒有辦法簽同意書，所以其實如果他有必要，特別是在照顧機構裡面很多都是未完全行為能力人還是由機構照顧者照顧，如果完全排除是否妥適，我覺得要再考慮一下。所以像第 33 頁能納入關係人或照顧者同意的部分做為輔導的取代，以上做一些建議，謝謝。

主席

好，謝謝。有關滕代表再次提出的兩項，一個是受禁治產宣告跟輔導 2 年以上的部分，請龐組長回應，先請秘書長發言。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

我想回應一下滕代表，越是困難的，我覺得健保署越是要加碼鼓勵藥師公會做到，2 年之後還沒有成效就把他丟掉，真的會產生更大的問題。這計畫既然能做更應該加碼去做處理，所以我覺得 2 年未有成效的對象，更應該要繼續納入，精神上我支持滕代表的意見，以上。

賴代表振榕

我想謝謝滕代表跟蔡代表的支持，我想這限制的條件並非我們公會主動說要放棄，所以若健保署這邊支持的話，我想公會樂於繼續把輔導成效不好的個案把他輔導到有改善。我想基層代表應該也很清楚，老年病人在服藥的注意性跟準確性確實有很大的顧慮在，所以剛滕代表講的，我會再跟我們公會、衛福部跟 TFDA 溝通。因為實際上片裝是沒有錯，但老年病人要考慮到他的特殊性，所以服藥的正確性跟注意性我個人會強烈的希望藥師能幫忙病人做藥的整理包括給予餐包的服務，這個應是可以做到的，以上。

主席

好，謝謝，請龐組長做這幾項的回應。

龐組長一鳴

先對 2 年收案部分，藥師來做這件事，大家都要很感激，藥師的專長是調劑、製劑，不是個案輔導，對不起這還是要講。所以已經 2 年沒有成效，健保並沒有放棄他，是轉到其他計畫裡面。所以我再補充寫一點，針對已連續 2 年收案輔導者，第 3 年起不得本計畫繼續輔導，轉請各業務組由其他計畫輔導，因為我們還有其他計畫，比如說醫院以病人為中心的計畫，所以這裡面沒有放入輔導，並不表示放棄這位病人。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

我覺得一個計畫如果做不下去，再丟過去，表示那個計畫更高等。

龐組長一鳴

沒有高不高等的問題，是每個人專業不太一樣。醫師、藥師專長並不同，沒有高不高等的問題。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

如果是這樣，這案子要怎麼處理，我尊重署裡意見，不過我覺得這種兩年個案一定要有方法解決，如果說你是要加入醫師或其他方式都一定要做，而不是把他丟掉。如果移入另外專案也要追蹤，像我們診所收到高診次也是盡量做輔導，只可惜沒有錢，差藥師差很多，但我想這事還是要做。

主席

好謝謝，再來是受禁治產~

龐組長一鳴

受禁治產，我們現在後面是寫但書部分，前開若屬照護機構收案輔導者則不受此限，剛剛滕代表有說要納入親屬的授權，這部分法律問題我們再做補充修改。

主席

好謝謝，再來陳代表。

陳代表宗獻

主席、各位代表大家早，我想提一下這說明一，同意調升單一拋棄式~

主席

不好意思，我們先討論這項，等下再回來繼續討論，謝謝。其他代表是否還有意見？沒有意見。我想滕代表講得非常具有建設性，就是第 21 頁針對已連續 2 年收案輔導者，第 3 年起本計畫不再繼續輔導，該個案轉各分區業務組再尋其它更有效的計畫進行輔導，做這文字上的修正。當然，蔡代表說的有道理，這 2 年輔導無效的個案要做追蹤，我們也會進行了解有多少個案，也會成為這計畫的成效評估的依據。所以這是相輔相成，相信藥師們對這計畫也是投入非常多的心力，如果經過~通常經過一年就非常的有效，如果經過 2 年都無效一定是有特殊的原因，我想我們也會將這個案進行追蹤，第 21 頁收案條件 4. 這點我們會修正「針對已連續 2 年收案輔導者，第 3 年起由本署各分區業務組，轉介至其他相關計畫輔導，另有特殊情況且經中華民國藥師公會全國聯合會（以下稱藥師全聯會）及保險人分區業務組同意者，不在此限。」。這部分大家有意見嗎？沒有意見，謝謝大家，高診次這計畫就依上開修正。

再來第四項是醫院以病人為中心整合照護試辦計畫，這是在另外一本的資料。這資料曾經在 9 月 24 日開過觀摩會議，再參酌當時大家的意見做修正，請問各位代表有意見嗎？

羅代表永達

主席，我想署裡面對於門診整合計畫都一直給予支持，那天還特別在觀摩會後再開一個會議，我們都有參加。不過當時大家針對第 2 頁的第 3 點，大家對當時的成效指標當中，所謂的避免住院率及整合

照護病人健康存摺的部份我們有一些討論，健康存摺當然是署裡面很重要的政策，可是健康存摺現在目前的推廣率跟執行面對很大的困難，最大的困難就是申請一個健康存摺，但是很多進入整合的病人本身沒有健康存摺，你也沒辦法幫他幫。另一個方式是用健保卡申請，但這要會用電腦，因為需要用戶口名簿登記戶口號碼數，再把那序號背下再到醫院報序號進入你的健康存摺。所以這整個流程，是沒有辦法使用。所以才裁示把他另外放到第 10 頁當中的第 7 個，形成另外一種住院的病人率跟健康存摺的點閱率，兩者都合在一起，可是當時包括我們很多醫界代表也提出希望能夠盡量淡化它的影響。所以我們當時有提出另外一個另案，就是有關於假設整合照護的健康存摺下載率是多少%以下，我們當時有提出若 30%以下就有 10 分，25%至 30%是 8 分等以此類推下去。可是我不曉得為何現在出來還是採署裡面的版本，很多人在問我為什麼，我想請署裡面做一個解釋，另外我還是希望用我們的版本，以上。

主席

好謝謝羅代表，還有其他代表對本案有意見嗎？滕代表請~

滕代表西華

抱歉，我要請教的問題跟羅代表類似，只是我的說法~因為他是專家，我不知道。就是我們提到整合成效獎勵裡面的整合照護病人健康存摺的部分，跟我們第一案提到的醫療資訊雲端系統有什麼差異？第二個，如果是就媒體的資料來看健康存摺，是屬於個人健康管理，為什麼對於整合性照護是為了提高醫療利用效率，降低醫療的浪費，或是避免醫療的不安全。他不是去查詢醫療資訊雲端的系統去避免他重複醫療使用或是浪費或是不當，而是要查健康存摺的下載率？如果說健康存摺的下載率屬於被保險人本身的 DATA，這是不是要先經過另一次的被保險人的同意授權。

主席

好謝謝，這很重要。大家是否對這案子還有意見？請謝代表~

謝代表武吉

我是覺得健康存摺的下載率要規定你在醫院執行，這方面在依療院所是有困難度，因為像診所、地區醫院、或者是區域醫院，沒有辦法擴充他可以下載的地方，剛羅代表也有補充很多點。第 2 點，我認為健康存摺是要推廣的，像是在百貨公司、超商等，他們要下載更簡單，為何要在依療院所下載？這樣不是要苦了醫療院所同仁更血汗嗎，

健保署變成更血汗的健保署，我們不希望看到這樣的成果。

主席

好~大家都對健康存摺的下載率有意見。請陳代表

陳代表宗獻

我對這個案子還是 focus 健康存摺，因為在基層，這地方是醫院，要推動的話，我們要準備一臺電腦還要有人在那邊協助，所以健康存摺希望在其它跟基層有關計畫放入做為指標還是做為品質監控的概念的話，請多注意一下，因為基本上我們在設備上還是有問題的，因為還要再接線，並不是電腦放那邊就可以處理了。另外，看到這計畫蠻感概的，因為這裡面兩種疾病以上，基本上是一種鼓勵和整合。但是在基層，不但沒有鼓勵反而是懲罰，因為你的每日用藥費用比較高但沒有拆成兩次就醫來看，所以變成懲罰。在這地方順便提一下，我們的審查是否要發展一下，不要只想到一次的費用，而沒有想到它的複雜度，謝謝。

主席

謝謝陳代表，其他有意見嗎？好請賴代表。

賴代表振榕

我想藥師公會這邊要回應一下，我想醫界這邊也會有困擾，因為藥師這邊也被要求明年開始要看雲端藥歷，這查詢病人就醫資訊我會覺得健保署這邊應該先查詢有無異常，而不是讓醫師或藥師再去用眼睛去盯他有沒有重複就診天數、有沒有重複拿藥。這些再用人力來看的話，確實在醫師診療或是藥師要調劑發藥膳會造成很大的服務品質下降，所以我誠懇的請健保署應該要查詢個案有沒有重複天數或是重複用藥等相關問題先資料出來，讓醫師或藥師再對該個案做一個教育，做健康上的提醒。我覺得這才是健保署要推的本意才對，謝謝。

主席

謝謝，其他還有代表對本案有意見嗎？好，這裡頭大概有兩類意見，一個是健康存摺下載、一個是雲端服務的改善，基本上是這兩個。先請醫審小組針對陳代表提到的兩種以上慢性病的審查指標以及雲端藥歷的改良，能不能進化點、能夠減少醫生藥師在查詢的效率、提升效率。這兩塊請醫審小組回應。請副組長~

程副組長百君(醫審及藥材組)

醫療服務雲端藥歷基本上它是一個查詢系統，它不是一個檢核系統，剛代表講的是藥師專業服務在調劑之前，上雲端藥歷去看他有沒有重複用藥，甚至有沒有藥交互作用，這是專業服務的一部分。第一個系統上現在每開一個處方或是每調一個劑，大家知道我們現在每天門診大概是 100 萬筆，我們有三個月，大概有將近一億筆的資料，如果每一個處方行為或者是你調劑都要上雲端去做確認，這個速度大概大家不能容忍。再來第二個是雲端藥歷，它基本上是一個查詢系統，不是一個檢核系統，基於專業服務，當我收到處方調劑之前，我要判斷手上這張藥物處方有沒有交互作用外，甚至要看過去其他用藥有沒有交互作用，所以這是專業服務的一部分，所以不管基於系統現行的大概也很難有技術可以克服，第二個是專業服務的表現。至於有關雲端藥歷是不是更 friendly，我們大概在今年年底以前，這部分我們這次跟藥師公會全聯會做了 2~3 次的討論，也提了非常多的建議，在年底以前我們會就之前討論的議題、還有包括我們之前跟醫師公會談的一些問題，在年底以前大概能改善的、系統能改善的都會有大幅度的改善，以上報告。

主席

指標的部分、審查指標的部分，陳代表提的。

陳代表宗獻

現在目前我們有的指標是每日藥費，以藥費為例的話就是每日藥費還有每次藥費就是這一次來的，所以每次藥費注意慢性病跟慢性病比只有一個高血壓絕對比高血壓加糖尿病少了很多，所以如果用 P 值去比的話，這兩個同時照顧高血壓糖尿病甚至於有腎臟疾病，這個中間差距很大，怎麼樣去區隔一下，還是說也沒辦法做，以病來看就是兩個病、三個病把它加到我們的 indication 裡面去分析。

主席

好，這項百君副組長這個審查指標的研發，針對有多重疾病的病人跟單一疾病的病人的每日藥費是否再做分離的診療，就帶回去研議，好嗎？這個覺得很有道理，至於健康存摺，請醫管組回應。

李副組長純馥

謝謝代表們的垂詢，我們看到第 8 頁裡面，其實我們原計畫的第 3 點、阿拉伯數字 3 其實就針對說這個雲端藥歷是我們最小值，就是說所有收在醫院以病人為中心的這個照護計畫的個案裡面，都要去查詢雲端藥歷，所以就沒有列在指標裡。我們指標其實是以 outcome

measure 為主，也就是說他真的因為查了藥歷或是做了整合，他有下降給藥的費用，是整個醫療費用下降，我們才給他後段的成效獎勵的費用，我先做這樣子的說明。另外就是針對剛剛羅委員提到整合病人健康存摺下載率可不可以下修這個目標值，第一我們並沒有要求病人一定要在醫院下載，因為他只要透過手機或是透過他家裡的電腦，都可以做下載的動作，所以沒有強制，我們就只是希望醫院去推廣民眾要自我照護，因為我們知道所有責任都要給醫療院所，其實壓力非常大，我們建健康存摺的下載，也是希望能夠提醒民眾要對自我的健康去做管理。所以並沒有要求健康存摺下載一定要在院所那下載，假設今天這個病人本身是高齡者，對電腦或手機不是這麼熟悉的話，你們可以教會他請他回去、或是請他家人協助他下載。至於目標值的部分，可以逐一做調整，就是說 30%變成 10 分，可是我們還是希望大家要把這目標做到，因為健康存摺等於是提醒民眾把病歷帶著走的概念，也就是說當他到不同的院所去就醫，其實每一個院所提供的服務，其實資料都散在各院所，可是健康存摺是一個平台，蒐集他在各院所就醫的資訊，我覺得這是他自己做健康管理，包括未來就醫都是很好的資訊。我們應該攜手去推廣，所以希望醫院能夠配合協助，但並沒有強制說一定要在醫院下載。當然現在有些院所確實也很幫忙，你們的院所端有設立機器協助民眾下載，可是我們並沒有要求說這個計畫所有的病人都要透過那個機器下載，他只要自己曾經在我們系統裡面下載過，我們這邊就可以知道他的下載率是多少，以上。

主席

好，滕代表的問題沒有人回答，我再敘述一下，第一個問說本案跟第一案頻寬，兩個案子的差異？第二個是他說不是已經查詢雲端嗎？跟健康存摺之間有什麼關係？這兩點還沒有回答，可以再回答嗎？

李副組長純馥

頻寬的部分，其實是針對有很多資訊上需要大家互相做交換或是要透過雲端平台做資訊分享，所以透過頻寬的補助方案裡面，希望大家能夠去放寬這個頻寬，可是醫院以病人為中心的整合照護試辦計畫，其實是已經有找到我們覺得需要去做個案管理的對象，我們會把名單給醫療院所，當然也開放部分個案是民眾不是過去在這醫院就醫，可是他現在來這醫院就醫，而醫院覺得他需要做整合疾病的多重疾病病人，我們也讓他收案，所以實際上目的確實是不太一樣。另外，為什麼健康存摺跟雲端藥歷不一樣？因為其實基本上雲端藥歷是 provide 端查詢的，透過我們建立這平台是由醫療院所端去查詢，民眾是看不到。可是健康存摺是由民眾端可以去查詢到的平台，所以基本上他的

路徑或是說他提供的訊息，雖然有些內容是一致，可是實際上…因為健康存摺是一年的資料，然後雲端藥歷目前是三個月的就醫藥品的資料，當然未來會再擴充藥歷的部分，包括健康存摺也會再擴充內容，實際上它是個我們期待有更多加值服務在裡面，這是現在這兩年剛起步的一個系統，我們希望說透過很多計畫推廣出去，謝謝！

主席

好，謝謝！雲端藥歷跟健康存摺現在還是有很大的差異，除了三個月的雲端藥歷跟一年的健康存摺資料在時間的範圍內有比較大差異外，內容也有很大的差異，因為現在雲端的服務裡頭，先從藥歷開始，但是my health bank就是my health account的存摺是超越藥品，甚至還包括他檢驗檢查，還有重要的報告、預防服務、牙科及中醫的存摺全在裡面，所以是一個人最近一年所有健保醫療利用，甚至包括我們沒有給付的代辦prevention也在裡面，因此這是他個人最近一年非常詳細的醫療記錄，所以這個目前有很大的差異，當然未來雲端服務現在是藥歷，以後當我們收載更多的，譬如說檢驗檢查的時候，我們也會把雲端服務擴大到檢驗檢查結果的分享，這部分下一階段就會進入所謂檢驗檢查浪費的減少，我們眼前是藥歷就已經看到重複用藥的減少，這是逐步演進，至於跟第一案的差別，第一案是頻寬的補助，換句話說是高速公路的建構，所以完全沒有overlapping。好～謝謝，各位還有意見嗎？好，潘代表。

潘代表延健

主席、各位代表大家早～有關雲端藥歷部分有幾個問題要提出來，第一目前我們在各醫院包括我自己的醫院裡面，很多醫師都在反應這個雲端藥歷的資料並不完整，有很多是漏掉的、沒有上去的，其實查詢是一個手段，重要是後面去比對出來到底有沒有重複再做節省，但是如果雲端藥歷所提供的資料是不完整的，我們怎麼去達到這個效果？這是第一個。是不是我們現在上傳率上面，還有哪些是還沒有補足的？我們希望這快能夠盡快上來，因為明年重複用藥的部分就要罰扣，在這個之前是不是能夠有一個很明確的一個答案。第二個就醫院所來講，現在最大的災難就是在讓病人簽同意書，因為就如同我剛說的，我們希望在病人來之前，我們就先把雲端藥歷資料先下載下來，然後透過醫院的電腦系統去做一個比對，所以醫師只要在幫這個病人看診，他只要開這個藥，系統就會自動跳出來說有沒有重複，這樣的作法醫師才能很順暢的做下去，不會去干擾到醫師的行為，這個效果最好大家都知道。但是他的問題出在於我醫院要先下載的話，病人要必須先簽同意書，所以現在所有的醫院，大家都拼命的讓病人簽同意書，這

個同意書的效期有的是一年、有的是兩年、三年不定，只要病人再回來，我們就讓他再去簽同意書。所以病人也很辛苦，我們也很辛苦，那剛剛主席也提到明年還有檢驗檢查要上路了，我們今年才剛簽我的同意書，明年就還要再來重簽一次，因為檢驗檢查要上去，所以在這塊行政的配套上面，是不是能夠幫忙？醫院的角度是絕對希望把這件事情推到百分之百，但是我們在整個作業上面健保署是不是能幫醫院考量一下。

主席

好謝謝，林代表。

林代表淑霞

本人認為雲端藥歷查詢跟病人健康存摺下載是兩碼子事，且執行者也不一樣。健康存摺是病人的個人健康個資，只有他自己可以下載，這指標放在這裡作為獎勵指標執行上恐怕不妥，誠如前幾位代表講的真的有點怪怪的。剛剛李副組長亦說明了病人可以從各種管道下載，我請問李副組長，現在指標是以下載率來做為指標，你如何認定下載率是屬於那家醫院的？因為他可能一年內同時在不同家醫院就醫，對不對？所以這就會產生問題，這是以一個 provider 角度做一個整合計畫，事實上不宜把病人健康個資下載之意願放在這裡做一個指標監測，這是我的建議。

主席

好羅代表。

羅代表永達

主席，我有二個問題。第一個，雲端藥歷的部分，我們真的很希望署裡面能做完整，可是我們醫院自己每個月或每季做滿意度調查，現在有一個問題就是候診率，候診的時間現在都拉長，他現在要求的是查詢率，有很多外骨科也看了卻不曉得要看什麼，因為根本用不到。但是類似這種情形，當我們用行政的手段要求醫師一定要做什麼，不管需要或不需要的情況下，如果太過 over 的話會造成很多副作用。我當然希望說醫師當然需要有資料，但若不需要的還是得查，就會造成候診率越來越長，我們目前的統計大概增加一倍，因為有很多東西都要查。事實上這件事到底要做到怎麼樣的程度，我想我們都應該去思考。

第二個，剛剛副組長提到的，其實一個指標應該是我們能夠努力

的東西當一個指標。否則別人做的，卻當成我們指標，不應該。可是我們在開會的時候，體恤健保署今年一定要盡量去推健康存摺，所以我們也同意要求說把數字降到最低，就是鼓勵有做就給點獎勵，那天開會結果是這樣。你現在訂50%就是每兩個病人就要有一個健康存摺，所以我們才說要30%，雖然我們還是覺得很高，但勉為同意，以上報告，謝謝。

主席

好謝謝~千代表

千代表文男

我想大家對於健康存摺跟雲端藥歷，這雲端藥歷勢在必行。我知道剛剛幾位代表提出好像資料不齊全，上次在幾個月前提出時，只有10%，到底是怎一回事？是健保署不努力還是醫師機構不努力？我上監理會就有提到IC卡，這是一回事，我希望能夠給我們講實話。再來是健康存摺，剛剛副組長講的很清楚，這個是做補助，你們若年頭去看到年尾不在你的縣市，可能雲端藥歷是不足的，健康存摺可以補助，但是我不希望時間浪費在不相干的事情扯得太遠，以上謝謝。

主席

謝謝各位代表的意見，謝代表。

謝代表武吉

我剛剛所提的就是健康存摺都一直在醫療院所這端要求，但剛才我的建議是能夠推廣到大賣場、百貨公司、公路局、鐵路局、高鐵站等這些都是可以推廣的地方，可以放置的地方。我是坐高鐵的人，有時候早點去就可以去刷一下自己的資料，這是很好的地方啊，為何一定要放在醫療院所？我們應該有一個大方向來改革我們現在老百姓對醫療機構的態度。而且他們查詢健康存摺也很方便，這樣才能廣泛得到佳音，謝謝。

主席

等下~剛剛滕代表先舉手。

滕代表西華

沒關係我很快。我要再次很明確的表達我不支持健康存摺的下載率做為成效獎勵指標，因為這是很 personal data 的事情，就是這是自己到底願不願意或要非常明白健康存摺對他個人的意義，他不是只

有幾個院內的特定就醫資訊，它包含中醫西醫，剛剛主席也提到這資訊是非常複雜，他可能有些事情也不太願意讓其他人知道，如果是我自己願意下載是我自己的決定沒有可以逼迫，可是現在變成是另外一端做為獎勵的時候，就會有很多話術，如果涉及到個人資料隱私的管理我覺得這樣不好，更何況還包括代辦服務可能還有職災還有其他更重要的資訊在裡面，我要明確的表達我不支持。第二部分，我也不支持它可以任意的下載，所有的電腦在外面都可以形成暫存系統，我們這國家怎可以允許一個人的醫療隱私的資料，那是個資法第6條保障的，不得任意傳播蒐集利用資料，結果我們現在可以在各個所有的地方提供給民眾去任意下載。不好意思剛剛謝院長的意見是要繼續去推廣。我以剛謝院長的例子來講，如果到時候在大賣場等地可以下載，結果有心人士去那邊輸入就可以把所有的暫存資料去帶走，這個技術來說是非常容易根本不用駭客級的，所有人都很容易取得所有下載的醫療個資，我們推廣還有做海報在這會議室後面。我覺得這概念非常好，但不應該這麼急切性在相關措施或民眾對健康存摺理解的程度還沒有非常正確或普及時做為一個績效指標，或是可以在其他醫療院所，即使在健保署六個業務組可以提供下載資料，我們都必須要確保提供民眾下載的電腦的系統是有經過一些安全的防護，而不是我用完後，下一位在暫存資料可以看到我的資料，我覺得這是很冒險的，再次表達我不支持，謝謝。

主席

最後一位陳代表。

陳代表宗獻

我可能要繼續滕代表的發言，我剛剛去下載我的健康存摺，但我發現我下載不了，因為它這裡有裝置認證碼跟 QR CODE 的認證。所以剛剛滕代表在談的部分，它基本上是蠻小心在保障這資料，但有個問題，我看我手機有裝置序號沒有裝置認證碼，所以認證碼如何取得，QR CODE 我是不會。但是轉回來，我們到底那些人需要使用健康存摺，如果是年輕人他一年看病三次、七次，這些人是不需要健康存摺，我們去推動的話，他會看在醫生面子上去辦，讓統計資料漂亮一點。但是像老人家多重慢性病就不會用，像我就不會用，所以會碰到障礙要找專家來幫忙。還有特定疾病像是癌症治療，他的相關資料很複雜，我們雲端看不出來要到這邊去看，但他不一定有下載再來就是他願不願意給我們看？所以我是覺得健康存摺應該要比較容易接近但是又安全的方法發展出來才可以推動。像現在這樣推動，我覺得還蠻難的，像我就做不太來。

主席

好謝謝，先到這裡，最後一位。

賴代表振榕

抱歉我再稍微講一下雲端藥歷，剛副組長有稍微解釋，但我不是很認同。因為我覺得是大家都上傳到雲端藥歷去，健保署就應該有這個能力可以先把已經上去的資料，應該可以把超過天數或重複藥歷等做註記告訴醫師或藥師可以很快就看到，當下的時候要馬上比對是沒有辦法的。所以這部分我會覺得既然各醫療院所包括藥局都要上傳他的紀錄上去，這部分健保署應該可以先做篩選出重複用藥或超過天數等資料出來。第二個就是友善性，在中區開會時我有提出來，插卡上去要點雲端藥歷時要點請辦卡再點我，我覺得不夠友善，應該是卡插進去後就可以上去了，這應該操作上會比較簡單也可以節省時間。

剛干代表講的，我會比較認同說使用雲端藥歷會遇到塞車問題，干代表有講到若未來能把三個月內就醫資料放進健保 IC 卡裡面，在醫療端讀取時就不會遇到網路塞車問題。這樣或許就可以解決問題，當然這不是今天可以做到的事情。但我覺得若這樣做就不會碰到塞車，病人就不會這樣等，以上建議。

主席

謝謝大家非常熱烈表示意見，再次感謝大家對於雲端藥歷以及健康存摺的支持，有很多的意見當然現在都有改進空間。比如潘代表所說同意書的麻煩，還是資料是否不完美的地方，還有賴代表所說我們先做一些整理。還有陳代表所提其實我們下載是非常安全，可見我們代表們自己也沒有下載的經驗，建議醫管組下次開會時個案做一個教學，大家當場下載看看，讓每個委員都有下載自己的健康存摺，而不像陳代表所說的 QR CODE 他也不會。其實他只是需要點 teaching，他是一點通，不點就不通，所以我覺得大家都需要體驗。滕代表關心有關健康存摺會不會一個人下載，下一個人進來就能全帶走這完全不可能，也因為沒有 teaching 所以有很大的擔心。謝代表提到說，應該去大賣場等各地推廣，我們會收錄，現在推廣健康存摺會多元管道，但是也要做到隱私的保護還有資料的安全，這些都會一步一腳印去做。至於羅代表認為因為上雲端藥歷，候診時間有比較長，我們會盡量借助這介面盡量再來改善讓大家更方便。最後一項就是指標的部分，是否請醫管組回應。

李副組長純馥

按照羅代表的意見，把達標值修改為 30%。

主席

好，照醫院代表的意見做修正，第 10 頁的指標第七項做修正。其他大家還有意見嗎？沒有的話，這案謝謝大家充分表達意見，給我們非常多正面的建議，我們會更加努力把這計畫做的更好，其實是要維護民眾權利。接下來是進入討論事項。對~漏掉還有第一項，陳代表好像要說明基層的部分。在原來議程的第 1 頁~

陳代表宗獻

謝謝。說明一的這案，我們當時通過的是 105 年西醫基層總額協商結果再行公告實施，是因為未編列預算，所以應該就協商結果這點編列出預算。現在在執行是由非協商因素醫療服務成本指數改變率支應，這是有點奇怪。因為非協商因素醫療服務成本指數改變率越高，表示成本負擔越重，怎麼會跟這個有關，並不是盈餘是成本，是成本。如果從另外角度來看的話醫療服務成本指數改變率也常常負的，負的時候怎麼辦？沒錢的時候就不要做嗎？所以這是邏輯上面有問題，我們未編列預算就無法執行，這不相干的東西拿過來，我覺得有點勉強。

主席

好，其他代表還有意見嗎？秘書長~

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

我們支持陳代表的看法。

主席

好~大家有無意見？醫管組是否要回應？

李副組長純馥

其實我們比較擔心的是因為現在都知道基層的就醫率在下降，如果說在支付上又不衡平、醫院跟基層的標準不一樣，我們比較擔心同樣是被保險人，因為他選擇不同層級機構就醫會得到不同的服務，所以還是希望既然今年在非協商裡面顯然是比較寬裕，是否可以衡平去看這件事，基層能夠同意給予這樣的新增，雖然說我們不清楚未來基層會有多少人在使用這項目，但我們承諾會定期監測基層的使用量，讓委員代表了解這項目實施後的影響。

主席

好，謝謝。

陳代表宗獻

這個目的來說我也不會去規定，因為我們臺灣可能現在最大的問題是邏輯問題，為了什麼目的而必須怎麼做。其實我們要有一個正當的程序去達到正當的目的，而不是設定一個正當的目的，而不管怎樣就用一個程序去處理。因為他是醫療服務品質改變率，常常是負的有時候是正的，而且跟現在的目的是不一致的，在這情況下怎可以拿來用。這部分目的是正當的，促進全民健康也是正當的，預防 C 肝變成肝癌也是正當的，但是用一個這麼大的預算治療 C 肝大家同意嗎，這是一樣的道理。所以程序一定要有，沒有一個正當程序，怎去達成目的。還有就醫率等等這些背後原因很多，那部份我覺得可以觀察，但跟這題目不相干。我們題目的重點在於當時怎麼決議的，如果沒有達成就不要執行。

主席

好，謝謝陳代表，基層一直表達希望有預算再擴增新項目，這項就暫時保留，如果有新的內容下一次會議再提出來，這項就先保留。謝謝大家，對於其他項目就都通過，只有第一項暫保留。接下來進入討論事項第一案。

討論事項

第一案

案由：105 年 1 月實施 1,660 項全民健康保險住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs, 以下稱 Tw-DRGs)案。

主席

好，謝謝。請吳代表。

吳秘書長明彥(李代表飛鵬代理人)

主席，關於實施 DRG，大家也知道這是一個全世界既定的趨勢，健保署可以藉由 DRG 的實施提升品質跟管制費用；但是，因為這時間上面同時又實施 ICD-10，這是對醫院的行政人力，還有醫師的…在整個 coding 的一個正確性，及造成一個很大的壓力。其實不瞞大家講，我們接到太多的醫院反映，這段時間自從 2004 年實施醫院總額預算之後，醫院在內部人力的管控上面是相當緊，所以造成在這邊的疾病，不管是疾病分類，或者是醫生本來 loading 就很大；要去熟悉一個複雜

的制度，確實需要時間，我們不是反對 DRG 的實施，只是說有沒有可能在給大家更熟悉 ICD-10 這麼大一個制度，讓醫生在分類上面更清楚，讓健保署將來的掌握資料更準確，將來健保署在善用這個 DRG；因為這個 DRG，大家也都知道一實施下去，健保署是不可能再回頭了，只要全國一實施下去，不可能再回頭了。

第二，健保署一掌握到全國 DRG 的時候，對於整個費用的掌控，還有品質的提升，都是一個往正面的！但是，前提是你的資料要正確。也就是說~而且我們這些醫院的相關人士在分類上面，是完全都正確，不然是 garbage in、garbage out，就完全失去一個這麼好的制度實施，所以考量這個情形，是不是可以在 ICD-10 我們照常實施，但是在 DRG 再延後一年，這是一個我們大概接受到一個很多醫院的請求；那再拜託付費者幫忙考量，醫院並不是反對 DRG 制度，絕對贊成！因為這也是全世界的趨勢，健保署也很努力跟我們溝通到今天這個地步，一直再修正，這我們也很感謝；你看修正了這麼多，只是我們希望這個制度是一個完美的制度。就我剛才講的，這個制度一實施下去，是絕對不可能再回頭的。我們希望在這個制度實施的時候，健保署能夠提升品質、掌控成本；但是，對病人的影響是最小的，讓我們有足夠的因應的時間。拜託。

主席

謝謝，請陳代表。

陳執行長森基(陳代表志忠代理人)

我是區域醫院的代表，我們區域醫院~我們 echo 剛剛那個代表的意見，其實我是覺得說，ICD-10 跟 ICD-9 這兩個的一個轉碼並不是像我們想像中這麼簡單，因為兩個的出發點是完全不一樣，所以我們希望是說希望我們健保署在這一大部分考慮我們醫院的人力部分，因為在這一大部分，我們實在花了很多精神。第二點，我認為說，我們從第一階段到第二階段，我們總共花了四年的時間，接下來 3、4、5 階段，我們一次就要完成，對我們來講，我們的這些工作同仁從資訊到編碼這些東西，還有包括我們的醫生都需要時間來消化這些東西；所以，我的意見還是希望我們的健保署能夠把這個 DRG 的部分，看看是不夠逐年分段實施！然後，我們明年~是不是給我們充裕的時間，讓我們來應付這個 ICD-10~然後把我們的 DRG 再暫緩一陣子；我們當然也希望 DRG 帶給我們醫院很多的方便的地方，也讓我們在專業自主方面做得更好！謝謝。

主席

好，謝謝。來，潘代表。

潘代表延健

好，我一樣 echo 前兩位的說明。我這邊還要跟各位代表報告，因為 DRG 目前是實施第 1 階段跟第 2 階段，那過去在第 1 階段、第 2 階段在上線的時候，其實它的分類~健保署也是非常地密集跟醫界這邊有做一個溝通；在整體的分類上面，大家都趨於比較一致的時候，這個時候推上去，它的衝擊會比較小；但是，還是會有一些問題，譬如說像在第 2 階段剛上的時候，還是會有一些腦神經外科項目後來又變成排除了，那也就是說剛開始在分支的時候，分類的時候，考慮得沒有那麼周延，所以才會有那樣的轉折，就是實施下去發現有這樣的問題。那現在，這個 3、4、5 階段，包含的項目更多，包含了更複雜的內科體系；它還有一個最大的變數在 ICD-10，ICD-10 目前還沒有正式實施，我們現在目前在嘗試的申報裡面，大概還有接近 30% 左右的不正確率，在我們對 DRG 以 ICD-10 的分類上面就會有這樣的一個不確定性，及可能的錯誤。這是就整體的 DRG 的實施上面，如果說在 ICD-10 還沒有穩定的時候，就跟著一起實施的話，那對於這樣的分類，後面所引發的一些結果，這個部分的問題是沒有辦法預期的！

第二、從醫院的角度來看，這一年我們都很努力地在準備 ICD-10 的上線，ICD-10 的上線，不是只有疾病分類人員在努力而已，包括我們的醫院的所有的流程跟系統也都要跟著準備，最關鍵的就是「醫師」，因為門診的 ICD-10 的 coding 全部都是醫師在做的，所以醫師在這一塊裡面呢，我們正在全力的輔導醫師，讓他在 ICD-10 上路明年 1 月 1 號的時候，不會出錯，所以醫師已經把全部的精神都放在這邊了！那如果說再讓他們再去弄這個 DRG 的部份的話，在他們的已經遠遠超過他們所能夠負荷，更何況他們平常還有很繁忙的醫療業務，其實在醫院醫務人員的負荷上面，也沒有辦法完全準備好。

第三、就是說我這邊還是有蒐集了一些目前我們所分類出來的一些問題；我記得在今年六月的時候，健保署這邊已經針對 1、2 階段 ICD-10 的對照有公布出來，那時候我有提供了一些對照上的問題。那我這邊也又列舉相當多的一些問題，我舉大項的！譬如說，像編碼原則的改變，主診斷原來不是原本 ICD-9 的主診斷，但是跑到 ICD-10 的時候，它就會跑到每一支裡面去，譬如說像復健的；原來在 ICD-9 的時候是 MDC23，但是到了 ICD-10 的時候，它有可能就會跑到每一個~包括 MDC1 或其他的 DRG 裡面，全部都跑掉了！第二個就是說，像在那個涵蓋的內容裡面，DRG 的內容裡面~它沒有涵蓋所有的診斷跟處置，譬如說像這個處置的~脊椎的融合術~這塊就沒有涵蓋到，那

分類表跟分類表裡面的診斷代碼，直接使用的比對，也沒有考慮到 DRG 的分類原則。那譬如說像這個~ICD-10 的檢核邏輯的問題，像這個現況的呼吸器，它是核實的條件；那如果經查有一氧化碳的吸入，配合呼吸器~也是呼吸器使用一種，但是這個並沒有列入核實的醫令範圍，像這類的都會被漏掉。那譬如說像 11 月 6 號所公告的這個 DRG 的支付問題裡面，它還是有一些拆分的問題，譬如說像 MDC22，DRG504 裡面，嚴重燒傷到住院程度，主要為三度，需要多次清創；但是 DRG 分類只有以皮膚移植跟燒傷總面積來分類，這樣的話就會很粗略。如果像這種情形的話，我們碰到這個塵爆，或者是大量燒傷的這種病人，都會往這些有燒傷的專責醫院去，像這個分支裡面，就會造成這一類的病人，你在醫療上面~因為分類沒有出來，所以它的醫療費用，就會產生一些很大的落差。像 MDC7 裡面，肝硬化、酒精性肝炎這些的；出血性區分呼吸衰竭跟感染，這個部分；急性胰臟炎，所謂的這個感染的變項，它好像只區分~只有限縮在耳朵的部分，像類似這個；我還有很多的這個細項~

主席

不好意思，不需要念完，請把握時間，好嗎？

潘代表延健

我只是要強調，其實還有很多問題，我這邊還是有這些要修訂的建議，還是可以提供給健保署；健保署雖然非常努力在準備的情況下，但是還是有很多需要再精進，再努力的；就醫院的部分，其實它需要更長的時間再去做準備，再來做調整；所以呼應前面兩位代表的說詞，這實施的時間是否能夠再充裕一點，往後再延伸，以上。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

好，我代表全聯會，雖然是基層的人，但是醫院組在全聯會開這個會的時候真的是哀號遍野！我要跟付費者的代表提一下，對醫院來講 ICD-10 已經非常沉重的負擔，明年要上路這個是主軸，他們也都盡量在達成，包括基層大家都盡量努力完成這個目標；但是，ICD-10 已經讓大家雞飛狗跳的同時，再拿出一個 DRG 也要同時實施的話，人力上的負荷~剛代表都已經講得很清楚，更何況明年北區的醫學中心要 PK，同樣的存在這些東西怎麼辦？一樣一樣的加下來，真的在過勞當中，還是過勞的話，這一點真的不要；所以全聯會有個決議是希望 ICD-10 明年元月如期上路，至於 DRG，延後一年之後，在這一年過程當中，大家同時在 DRG 的過程當中，去試算、去處理，最後，在 106 年的元月上路的時候，才不會有很多的問題。這一點全聯會表達

立場，希望署裡面同意，明年 ICD-10 上路，DRG 106 年元月上路，以上。

主席

好，謝謝。請，羅代表。

羅代表永達

主席，DRG 的實施，大家都把很多的重點放在很多的重症；其實地區醫院協會，一直在呼籲一件事情，就是所謂的「輕病人球」，為什麼？因為很多像 COPD，慢性阻塞性肺炎，很多的病人永遠不會好，但是只要痰一咳出就要到醫院去；在 DRG 實施以後，這種病人在地區醫院裡面，很多醫院都不敢收，為什麼？你一收進來的時候，他出去~可能因為在機構裡面，痰沒有抽好，他就得再回醫院來；可是按照我們現在這個 DRG 給付，這是很糟糕的一件事情。這是我要提到的就是說，其實 DRG 實施應該要非常地謹慎啦，這是我第一個要表達的。

第二個就是我們的基本加成，就是 46 頁這個部分裡面，我想很多東西~我講一個 story，就是說當年為什麼會有這樣一個區別，是因為我們眼看著很多地區醫院裡面的佔率一直在萎縮，DRG 的實施對很多是一種災難，這個災難是因為財務上很多自主的關係，為了維持現在目前已經倒三角形的部分，當時有一些東西~所謂的加成，就是因為中平原則以後有一個加成，那當時本來不是這個原則，是說醫學中心是多少，區域是多少，然後地區有分作教學跟優等有是多少，然後一般的地區醫院是多少；但是現在目前就是說，我們把所有的醫院看在一起，尤其是在 103 年當中，有很多大型的地區醫院裡面，或是一些小型的地區醫院，讓這整個數字裡面，說實在的，我們看得都很心驚，因為它好像沒有很明確地去表達出我們地區醫院現在目前的情況，尤其是談到所謂的規模經濟、規模成本的時候，在地區醫院做 DRG，它沒有 clinical pathway 的狀況之下，事實上這個數字不是很明確的！所以我們建議兩個，一個東西叫做希望 DRG 能夠暫緩，或者是能夠更周延去考慮一些輕病人球未來怎麼來處理、排除的條款以外，我們認為基本診療應該維持現狀，就不要再有甲、乙兩案。

主席

好，謝謝，還有嗎？林代表，再來是何代表，然後專家學者。

林代表淑霞

因為今天有很多付費者代表，所以我盡量將這討論案太專業的講

白話一點；首先，我還是 follow 臺灣醫院協會的建議，的確是整個 loading 很大，希望明年可以暫緩這一千多項，也就是 3、4、5 階段的實施，這是第一點。第二點，我們完全配合 ICD-10 的導入是為什麼？因為這是一個國際疾病分類編碼的主要工具，全世界最後 OECD 國家~美國今年 10 月也已經導入，因此我國不得不導入，相信所有醫院務必會配合，否則除了不能與國際接軌；ICD-9 版本亦將無法使用。於此醫界正緊鑼密鼓全員總動員，都在處理 ICD-10 的導入，包括醫生、護理作業都有影響，因為這是目前醫院一個很重大的政策，這部分完全沒有任何人有異議。但是，明年要推的 DRG 3、4、5 階段，它費用支付標準仍是採用原來 ICD-9 Code 的基礎資料，去統計計算出來的，這架構下現存就有很多的問題，包括剛剛各位提到的，分類、權重、加成。另在上個禮拜二，龐組長也召開一個 Tw-DRGs 支付加成的討論會，在座也有幾位代表有參加，我們也提出了很多的建議，結論是最後針對支付原則，的確在我們現行的結構之下跟國外是完全不一樣的！雖然我們導入一個國際性的疾病分類編碼，但最後支付的原則在統計邏輯是有問題的，這會讓這個整個醫療資源的分配更顯不公且未用在刀口上，回到醫院管理恐怕又要被投訴血汗醫院！所以建議這是一個重大的支付制度改變，我們是不是應該更謹慎，讓這樣重大的政策最後執行~我們不敢講完美，最起碼是一個可以跟國際上相為比較的。因此代表區域醫院建議，反對明年 TW-DRG 第 3、4、5 階段的導入；但是，絕對配合 ICD-10 全面的實施。

主席

謝謝，來，何代表。剛剛何代表先舉手，謝謝。何代表。

何代表語

主席、各位代表大家好，據我了解，ICD-10 跟 ICD-9 在轉換過程裡面，美國也並不是做得非常好，美國在實施 ICD-10 的時候，還是發生很多的問題；雖然，健保會決議明年上半年先實施 ICD-10，下半年才導入 DRG；但是在了解整個美國的狀況以後，我認為並不急著要馬上把 DRGs 先那麼快就實施。因為明年一整年先把 ICD-10 導入，導入以後，延後一年，後年才開始 DRGs；健保署不必那麼急，也不急著 DRGs 馬上就要實施！因為健保署長~DRGs 明年一月實施，我們很多事情要做充份準備，站在消費者的立場，我希望 DRGs 是一個管控的政策，跟一個有效醫療資源發揮的制度，能夠把 DRGs 推廣跟國際接軌，這是我們樂觀其成！我們並不是反對 DRGs，但是我認為把 ICD-9 轉換為 ICD-10 這個過程裡面，並不是非常的順利，雖然健保署說要跟我們做解釋，但是我發現今天開會的時候，內心有幾個感覺；第一個，

為什麼健保署跟醫界討論的內容，執行的細節，反而在這邊浪費我~至少浪費我很多時間，我每天的會議有3、4場要開，為什麼剛剛在討論以論人制度方面，這應該先跟醫界溝通好，我們這個會應該是決策性的會議，不是一直談小細節的會議，如果這樣談小細節的會議，真的很浪費我的生命，我的生命已經不多！我要開會的內容太多，所以我建議是這樣。另外，在實施這個DRGs過程裡面，有些數量很少的，是不是先暫時不要上去，據我了解，像我們這個86頁的MDC5的這個部分，先天性及瓣膜疾患的小孩也是很少，還有93頁的MDC7,7-7的這個193、194，還有105頁的MDC10,10-9這個部分，我認為DRGs是不是在實施的時候，把一個比較廣泛的疾病先導入，廣泛的疾病先導入以後，去管控，到最後才逐步上線。

另外，你們不要一直講你們是血汗醫院，你們以後一直講你們血汗醫院，我要公開你們很多內幕出來，沒有一家醫院~如果真的是血汗醫院，它馬上就關掉！做企業的以追求利潤，醫院也要追求利潤，但是如果你們對外一直講血汗醫院，這是誤導社會大眾，醫院如果不賺錢，就不可能存在，不可能每年虧錢，哪家醫院是每年真的虧錢，這個醫院的財報，還有這老闆的財產，願不願意把老闆的財產來公告，如果願意公告，就相信你血汗醫院真的是賠錢在做。不能這樣講，你們賺很多錢，但是你反而讓醫師跟護士變成很辛勞，我們只能講說很辛勞，你們醫院如果賺的錢，願意分給醫師跟護士一部份，賺的錢拿出來分，這樣子才是公平、公道的事情，你們不能醫院賺的錢都放在左口袋，右口袋是做健保的，才說右口袋賺不到很多錢，左口袋賺很多錢放到哪裡去？所以我們共同來做醫療改革，我在9月4號跟行政院長提一份建議書，臺灣必須做整體性的醫療改革，如果不做整體性的醫療改革，醫界也很傷、健保署也很傷、消費者也很傷，這個裡面不要一直講，最近很流行的一句話，「黑箱作業」，實際上醫院也很多黑箱作業，我想你們是醫護人員~醫師，一定知道醫院裡面很多黑箱作業，如果再講血汗，就不太公平，對我們消費者是不太公平。我今天很支持，希望明年把ICD-10上線，跟國際接軌，因為美國實施ICD-10兩年來，推動的時候，也發現很多困難、很多問題存在。我上一次開會，我講我們不會比美國人聰明，如果我們比美國人聰明，就領導世界！為什麼還要稱呼美國老大哥？我們既然不是老大，就看老大實施的怎麼樣，就跟著它的步驟走，所以今天站在消費者的立場，上次雖然健保會說先實施半年，半年後才導入DRG，但是半年是一個很短促的時間，建議明年還是實施ICD-10，後年才進入DRGs，希望明年都很好的把ICD從9轉到10的時候，這個部份把它做得很完善，我也是建議這樣子。最後再建議一件事情，希望健保署跟醫界的討論案，

小事執行細節的時候，先去討論好，不要把這執行小細節拿來這邊討論，真的很傷！我認為來開會，是要做決策性的事情，不是一直討論枝末細節的事情，這樣不是開會的重點，謝謝。

主席

好，謝謝，因為很多代表要表達意見，希望稍微簡略，好嗎？來，接下來是吳代表，然後再來是干代表。

吳代表美環

主席，還有各位代表，我想在場其實真正都有一個焦慮，就是這一年暫緩，可能會讓 DRG 進行起來真的會比較順暢。當然我們也很肯定健保署這一次為了推 DRG 有很多的想法，不過慢一年執行的確好像真的會比較妥當。我有幾個想法，今天的報告想提供給健保署~跟大家做個討論；就是第 45 頁有提到超過上限的，我真的很感謝健保署超過上限可以核實，這其實對醫界來是很大的幫忙；可是之前那個 outlier 其實有一個 5~10% 的概率，這一點不知道這一次有沒有考量也把這個在放進來？然後第二個就是第 46 頁，有關 CMI 的取消，現在取消可能是不是還有一個商榷的空間？因為 CMI 這個數值其實在某個程度上它是一個~我們常常說它是一個連續性變項，至於說各個醫學的分類，其實它是一個~我們叫它類別變項，類別變項跟連續變項所反映的狀況其實是不太一樣，所以對於 CMI 的取消可能是不是還有一個商榷的空間？所以這兩個，再麻煩健保署在暫緩一年裡面可能就這兩點再做商榷，謝謝大家。

主席

謝謝，干代表。

干代表文男

主席，我第一次發言，針對 DRG~我們消費者恐怕沒有你們醫師團體那麼團結啦！個人的看法有很多啦！談 DRG 已經不是第一次了，已經談了七、八年了！而且也從第 1 個階段是 99 年，第 2 個階段是 103 年，從那個地方開始，3、4、5 要一次導入就是因為各位的看法不一樣，所以延宕啦！那麼這一次的一個提出來是說要再緩一年，如果說今天同意緩一年，明年會不會說我再緩幾年？已經七、八年了，有沒有在座今天代表所有以後還是換人了？我就不知道了！也可以說換了腦子~換了位子就可以說不知道了！所以如果真正說為了某一個事情來暫緩有理由，如果說這個功課已經做七、八年，我想從七、八年前一直到談到現在，你們應該知道整個的內容；至於說，你到現在的

導入，我看了裡面的詳細，它現在裡面的這個~你們提出來的問題，它都有詳細再補充，這個健保一向從 84 年就打帶跑，沒有說一下子完成的！連二代健保也一樣，要不然我們的這個菸捐被它白白拿了 66 億，我想這 66 億對各位都是一個~對我們來講是一個負擔啦！對你們是少拿啦！這個整個就是沒有完備，整個都是在邊說邊做邊打，我想是~如果健保署沒有特別困難的話，是不是再考慮一下能怎麼樣，要不然的話，延半年~何語何代表講延半年~我們看如期實施，真正的後半年再去考核，這個也是我們消費者裡面的看法，就沒辦法跟你們醫界所講，一年就一年，這個比較~我自己的看法啦！謝謝。

主席

好，謝謝。再來滕代表。

滕代表西華

謝謝，DRG 是當前支付制度改革裡面最重要的政策，我們當然都希望它能夠穩健地去推動跟實施；不過前兩階段也給我們一些經驗，所以我就原則性的部分，先提出一些看法，但也知道會不會再繼續討論細節，所以第二部分我就實施的細節裡面去請教健保署跟醫界的代表。首先是 ICD~知道 DRG 成功的關鍵大家都發表過，從 ICD-9 到 ICD-10 的這個轉換的正確率，也就是它涉及到兩個 DRG 重要的措施；一個是 DRG 的分組分類的正確性跟正當性有沒有辦法因為這樣子的轉碼去達到，就是從 ICD-9 轉到 ICD-10 也好，或者是其他的~因為我們都知道這個轉碼之間差了 7 倍多個診斷碼，所以當然在疾病的細緻的分類上面確實是會有差別。分組分類如果正確性、正當性不足的話，要全面實施之後，它的這個導入的系統裡面，醫療體系就沒有辦法任意選擇群組；也就是說，不能像前兩階段導入，它疾病的複雜度不一樣的時候，或者是說改了一個主診斷碼，它就可以不必報到 DRG 群組裡面，全面導入之後，它就沒有這樣的機會可以去選擇，所以當然整個轉碼之後的群組分類的正確性、正當性確實是比前兩階段更加的重要！所以為什麼我們在健保會協商費用的時候，一直去強調我們能夠希望知道整個轉碼的正確率可以達到 8 成左右，特別是在前兩階段已經實施過我們在費用上面做滾動式修正的這一些我們可以能夠先去先試辦。

第二個部分，是費用的這個 SPR 值，就是這個定額的涵蓋率，它能夠涵蓋多少比例的疾病，也是一樣，outlier 太多~等一下後面會講，包括重症的部分，應該要怎麼處理，其實它也是 DRG 能不能成功的關鍵，否則的話，當然病人的權益會直接受損。SPR 值的這個涵蓋率也

就跟轉碼之間分組分類之間是有關係的，所以如果要繼續的穩健實施，特別是我們在整個健保費~我們的資源、財務上面相對比較充裕的時候，如果沒有財務的負擔，應該在支付制度的改革上面更加穩健，這一部份還是希望健保署能夠多加考量轉碼之間多少的期限裡面能夠達到正確率是最好的！再去整個全面推動 DRG，這是第一點。第二點是從我們今天資料的細節裡面有一些看起來好像不是非常的清楚，或者是會引發爭議的；因為前兩階段導入的時候，多數都爭執在重症的費用上面，或者是這個核覆、申覆上面的爭議啦！所以，比如說我們在~我覺得非常感謝、也肯定健保署在新增不適用 DRG 的個案裡面，把死亡跟病危、自動出院，以及全面暫緩排除實施 MDC15 這個部分的疾病，但是我們還是有出現一些實務上的差異；第一個是在資料 45 頁，我就用原本發的議程的頁碼，不用新增來跟大家報告一下；第二點的部分，我看不懂，就是修訂經醫院認定個案病情較複雜，然後要病歷敘述理由，再採專業審查；專業審查跟個別醫院認定的差異跟爭執，我們都不用再說明了！開這個標準，等於就是開了吵架的門！所以，可不可以再說明一下這兩方的差異，我們怎麼去認定？看不懂，因為如果你分碼，你的 ICD-10 的轉碼的正確率又不足，再加上出現認定個案病情複雜度的因素造成醫療耗用的差異，這不就是吵不完嗎？所以我想要知道這中間的差異，可能會發生在哪裡。再來是第 46 頁的部分，剛剛吳美環代表也有提到，其實我們的基本診療章加成，分為 A 案跟 B 案，我覺得跟 CMI 加成的適用跟廢除也許會有關係；假設我們同意甲案的話，當然它的加成比例很高，如果廢除 CMI 的加成，可能對這個醫學中心的影響跟衝擊，也許~或對醫療體系也許會小一點；但如果是採 B 案的話，它的這個影響可能會更大。因為 CMI 是全面適用，剛剛講的就是我們的 outlier 是在重症超過上限臨界點是 5.1%，其實比例是遠遠高於下限值的 2.5% 的 2 倍；也就是說，賺錢的人，沒有人會嫌錢多，盈餘的部分；結果我們下限值的部分是少的，可是虧本的人就是會非常的不滿，當然也造成病人的 dumping 的這個效能，如果全面廢除 CMI 值的這個病例組合指標，我們怎麼樣能夠去確保病人的 dumping，或者是醫療院所的申訴，或者是將來的媒體報導在告訴你健保署殺人，DRG 殺人，重症的部分，CMI 值給付不足的部分，這個可能在說明一下這怎麼去克服這部分的問題。另外是在 48 頁，我們的診斷關聯群支付通則的部分，剛剛提到就是因為我們的 SPR 值大概涵蓋 92.4% 的疾病，可是因為我們的上限值超過上限值的個案到達 5.1%，我們要不要再考慮一下這個比例會不會太高？其實也實質增加我們審查的成本，剛剛我提到的 45 頁裡面，要採專業認定、專業審查，事實上這個認定跟專業審查成本都會變得非常的多；如果做重症醫師，因為我們是全院在看，但是有專門做重症的醫師，它只要一個月，我們採事後申報，

他有一個 CASE，就跟你吵不完，5.1%的 outlier 指標會不會過多，是我們要不要考慮倒過來，就是這個比例上的調整要不要再考慮一下。另外一個是在我們最後面第二大點，急診轉住院的要件涵蓋裡面，我其實不支持在急診的前面的費用，如果它轉住院，入 DRG 之後併入，我支持出院後的急診併入，因為它有過早出院的問題，可是這個病人在急診在做的時候，這個急症是屬於中重度以上的程度，也就是我們的檢傷分類是在 1、2、3 級的部分，它可能醫療耗用率、變動率是非常的大，醫療變動率是非常的大，或者是它其實沒有死亡，但是它其實屬於在 DRG 裡面是疾病分類比較嚴重的部分，我們又廢除了 CMI 的加成；我覺得急診的那個費用會變得影響急救啦！所以是不是要併入這個~急診轉住院要併入這個 DRG 的支付，我有一些擔心，我有很深的疑慮；但是如果一定要的話，也許可以訂一下，它在急診的前面，什麼階段的費用不併入，多少~比如說它已經處置完畢，在等待住院的一些觀察的費用，或是什麼樣的併入的費用，也是可以另外一種方式，但是如果全部都併入 DRG 的計算，我覺得會影響到我們目前在推動的整個急診改善品質方案的問題，會有交互作用的影響。另外是，自費的部分，我覺得這部分的規範，出發點是非常的好，我肯定，就是如果你違反這個自費特材使用規範，你整筆醫療費用不付，但是「我們怎麼稽核」？也就是說，我們的自費的管控，其實對健保署來說是全新的經驗，雖然說特材是必須經由申請，如果給付不通過，或是尚未審查，它可以跟病人另外收自費；可是我想知道說在第 51 頁的部分，包括自費特材的代碼裡面，我們怎麼去稽核？因為稽核不到，就會造成醫、病之間的爭議啦！特別是要產生自費，我覺得這個東西是還蠻嚴重的！所以可能健保署的部分要在幫忙就是再釐清一點。那最後還是要再呼籲一下，雖然要不要再延後一年試辦，我沒有特別的意見，但是我是支持 DRG 能夠在穩健裡面去試辦，我支持健保署能夠在明年度開辦，就在明年度開辦，但它的前提是必須要能夠在 ICD-10 的轉碼的正確率達到一定的程度之後，我們再去做，以免就是~剛吳明彥秘書長講的一句話，我還蠻同意的，就變成 garbage in、garbage out，所以那個會造成整個臨床上面，醫療體系跟病人之間的很大的這個衝突啦！所以請健保署在這一部份可能要更加周延，謝謝。

主席

好，到目前為止已經有 10 位代表，已經表達的意見有重疊性，所以收錄代表的意見就到這裡，主管機關是否意見要表達？

梁代表淑政

主席、各位代表，大家好。有關 DRG 的實施，衛福部在今年四月

份擬訂 105 年總額範圍報院時，已經列入政策目標之一，另外在健保會 9 月協商時，也是屬於協商政策目標之一，也就是 105 年要全面導入 DRG。這過程中，醫院協會以及醫師公會全聯會也多次來函，提及有關於講到 ICD-10 跟 DRG 之間的關係，健保署也予以函復及說明。相信保險人已經有諸多準備，才提出 DRG 全面導入的方案。所以在 ICD-9 轉到 ICD-10 的時候，DRG 的執行上有困難的部份，保險人已經有很明確的規劃，而且雖然是 105 年全面導入 DRG，但我們看其導入時程，也有一些暫緩實施項目，如果大家覺得有些項目仍有疑慮的話，也可以針對這部分作一個討論。不過，再次重申 105 年的政策目標是希望能夠全面導入 DRG，以上簡單說明。

主席

好，謝謝主管機關的說明。接下來針對 10 位代表所提意見，醫管組來作綜合性回應。

龐組長一鳴

各位代表好，醫管組作綜合性回答，剛代表的意見主要表達，同時面對 ICD-10 和 DRG 的問題時，希望有個先後緩急的順序處理，剛何語代表也提到美國的經驗，美國的經驗大家也很清楚，美國是 ICD-10 和 DRG 同時改，當然我們很多背景制度和美國不太一樣，這都可以討論，沒問題，可是以國際上的經驗來講，確實是 ICD-10 和 DRG 同時並行，這第一點。

第二點，以過去的經驗來看，今天討論 DRG 的問題，我們在第一階段，第二階段的時候，其實也有類似討論，大家也是有很多疑慮，結果發現，第一階段第二階段做的時候，的確醫療行為有改變，醫療品質也有提升，所以，當然有些人會質疑是否有人球問題，這些都是嚴密監控當中，台灣醫界的可愛就是，有時說話很狠、不見得好聽，可是沒有做那麼不合理的事情，我們從第一階段、第二階段實施經驗來看，醫療效率有提升，醫療行為有改善、醫療品質有增加。

我國的 DRG 跟其他地方的 DRG 有個不太一樣的地方，過去醫界也非常顧慮到，就是同時做總額制度和 DRG，也就是做總額制度，其實對我們 DRG 的費用更有保障，因為已經在協定的範圍內來使用，所以並不會因為作 DRG 有費用減少的情形，這是大家在實務上非常清楚，可是對於個案上，可能由於分類不好或是 coding 的問題或是各醫院管理的問題等，個案上的收入增減，可能都是有的，至於是否容許以後再來作這個分類方式的改善，或是各醫院這邊再來修改，都有討論空間。

剛大家比較關心幾個問題，譬如說，第 45 頁，括弧一二下面，核實申報上限問題，基本上就是開一條路，容許可以有核實申報上限，可以核實來申報超過上限臨界點的這申報方式，可是為了要這個申報方式，病患要有適合的理由，所以病歷上要述明而且要經過專業審查同意和通過，至於剛剛滕代表關心的自費特材部分，現在規定，收取自費特材的部分要申報，個案的勾稽上目前來講可能有問題，因為醫院如果沒有報，個案管理上確實有滕代表講的問題，可是整體上，不同的醫院作同類似的手術，有的有報，有的沒報，就是值得討論的部分，所以整體的管理上是有些方法可以來勾稽，其他剛剛潘代表提很多分類上的建議，麻煩潘代表再提供給我們做參考。

基本上這次 DRG 準備，已經密集跟醫院及專科醫學會討論，其實很多 DRG 的分類都已改過，目前為止跟醫界溝通的情形，坦白講，醫界對於 DRG 的認知，醫師對於 DRG 的認知仍有程度上的差異，有些醫師已經非常清楚，非常清楚的醫師對於 DRG 比較好處理，有些醫師的認知不是那麼足夠，這部分，後續仍會進行持續的溝通及討論，以上。

主席

好，謝謝，這案子，基本上討論到這。能講的大概都講過，大家都盡情的發言，不過聽起來，知道大家對 DRG 是支持的，現在就在於時間，這可以充分理解，既然是支持，對於理念有些如何修正的部分，還是要再跟大家確認。

首先，第 46 頁的甲案乙案，這部分稍微討論一下，剛好像是羅代表有提到，希望甲案，維持現狀，這部份其他代表的看法呢？稍微簡短，好嗎？

林代表富滿

因為現在甲案的加成是維持現況，因為各層級間有不同，所以我們後面又用一個 CMI 再考慮嚴重度的問題，其實這點和剛滕代表講的是剛好相反，因為現在甲案是現況，如果今天拿掉 CMI 加成，就應該要重新來考慮乙案，因為乙案是現況在 fee for service 的現況，所以已經把嚴重度的加成弄掉，就不應該再維持甲案的基本診療加成。

主席

好，其他還有代表對這案子有意見嗎？來，羅代表。

羅代表永達

主席，我們支持用甲案，但 CMI 加成這件事，本身有特殊的意義，因為它是疾病嚴重度很高的時候，而且剛代表提到，它是一個連續性的指標，醫院裡面的 CMI 值，我覺得那個加成是有意義的，所以建議維持甲案但是 CMI 值也留著，以上。

主席

好，謝謝，其他代表對這還有無意見？

好，這地方可能有點誤解，CMI 的取消不是跟基本診療加成去連動，CMI 的取消是因為分類多 600 項，之前之所以有 CMI 是因為有些沒辦法釐清，有點 grouping 比較大，所以採用全院的 CMI 去反映加成，可是它並不完美，它缺點是因為全院之後，不管這 case 是否嚴重，全部都整體加成，故有相對不公平的地方，這次經由醫管組跟各醫學會，相信密集開會應該也有 3、40 場，這樣子的密集開會已經把這 grouping 從 1,100 多項現在變 1,700 多項，各位知道全世界實施 DRG 超過 1,000 項的已經很少數，台灣這麼小的 2,300 萬人口已經做到 1,700 多項，已經善盡回應大家，相信其他實施 DRG 的國家也都不是落後國家，全都是先進國家，他們沒有像我們這麼計較，甚至分到 case number 這麼少都成為一組要觀察，所以我想 CMI 的取消是因為取捨說已經把困難的 case 都分組，也聽專科醫學會的意見本土化到這地步，所以這點要跟大家做說明，至於甲案、乙案，是否醫院代表要在這做決定，剛好像林代表有表示乙案，但甲案還是乙案，在這會並列一個 option，大家可以一起決定，所以是否可以在這做決定？希望可以得到一個結論。

潘代表延健

剛剛林代表已經說，如果是甲案，希望 CMI 不要取消，否則我們希望支持乙案。

主席

所以是乙案？CMI 的取消是必然的，因為它不是跟著連動。

潘代表延健

我必須要說明一點，我們的分類支數雖然是很多，但是我們的 DRG 跟美國真的不一樣。

主席

每個國家作法都不一樣。

潘代表延健

在疾病嚴重度，這個併發症上面的這部分，完全不是靠分類來處理，所以它有背景上的不一樣。

主席

好，所以醫學中心代表是支持乙案。

潘代表延健

如果 CMI 取消的話……

主席

支持乙案，好，這邊是支持甲案，區域醫院支持什麼？

林代表淑霞

如果是維持甲案的話，我們支持 CMI 不要取消。

主席

維持甲案，CMI 不要取消，醫學中心是 CMI 取消，好，醫管組對這項的看法為何？

龐組長一鳴

說明一下，那天開會 CMI 這事情有討論，結論是 CMI 取消，但那時候還不知道乙案的數字，所以今天提乙案的數字並提甲、乙案，原則上 CMI 還是取消，至於採甲案、乙案，這部分採保留，CMI 要取消的原因，那時候開會記得有講，現在很多包括醫院評鑑制度都連動 CMI，CMI 制度現在最大的問題，像馬偕醫院就是受害者，CMI 制度的受害者，現在又要支持 CMI 制度我也覺得很奇怪，CMI 制度現在會反映一個最大的情形。

那天舉的例子我再講一遍，很多人沒有聽到，闌尾切除和 cataract 手術，哪個複雜度比較高？哪個病比較嚴重？當然會說闌尾，因為闌尾會致命，可是因為 cataract 有特材，所以 cataract 的費用比闌尾手術高，我們有很簡單的手術，是心臟裝一個節律器，節律器是 50 萬，所以整個手術加起來是 5、60 萬，甚至會比移植手術費用還高，為什麼？因為它特材費用高，所以我們現在的 CMI 如果用現在的方式來處理，有時候常反映的不是真正的疾病嚴重度而是使用高貴特材的程度，所以面臨著 CMI 需要做檢討，再加上我們這次作 DRG 現在講分類族群已經改變，很多嚴重的族群單獨拉出來做群組，所以我們認為 CMI 加成要取消，而且這個 CMI 上次有承諾，會另外找個時機，再討論什麼

樣的 CMI 是比較好的方式，因為美國 CMI 是用住院日數，住院日數有一些長期住院的問題，所以我們 CMI 的技術需要去克服，至於甲案或乙案應該要在 CMI 取消的原則下去討論，以上。

主席

好，謝謝，來。

羅代表永達

剛龐組長講得很清楚，CMI 假設重新去規劃，因為大家有個想法，疾病嚴重度比較高的，真正疾病嚴重度比較高的，而不是費用比較高的，應該是給某種程度的加成，這樣才不會造成重症或其他病人，不管是人球，新聞上不要發生，但是假設這樣 CMI 將來會用其他方式來呈現的話，甲案乙案應該跟那個東西一起來考量，才比較合理，以上。

主席

好，跟各位報告，CMI 是疾病嚴重度，如果就中文來講，算法有很多種，今天用的是費用的算法，也有用日數的算法，也有用用藥的算法，也有把藥品考慮進去，所以國際上在發展反映疾病嚴重度已經有不同面向的研究，陸續出現，所以它不是 only one 一種方法，現在我們用的方法是費用，費用以外，我們又是全院，所以已有某種程度的問題存在，目前係採費用大就是嚴重度高，特別有很多的費用反映在材料的部分，所以取消 CMI，眼前是個比較好的方法，因為它已被部分的扭曲，至於甲案乙案，必須在 CMI 取消以後做個取捨，因為我們願意維持基本診療的加成，層級之間確實是成本有點差距，所以在這裡，是否再徵詢大家對於甲案乙案的意見。

醫學中心代表，(林代表富滿)乙案。區域醫院代表?地區醫院代表，(羅代表永達)甲案。關鍵就是區域醫院，甲案還是乙案，少數服從多數好嗎?因為這三個案子，理論上都是醫學中心拿的比較多，來。

林代表淑霞

我覺得沒有錯，因為那天開加成會議，事實上是共識把 CMI 暫時拿掉，但是 CMI 的精神還是要保留，未來請你們還是要去研究我們到底要用什麼來作為 CMI 加成。

主席

可以後持續研究。

林代表淑霞

並不是說拿掉，就永遠拿掉，我覺得還是要保留，剛講的保留並不是說要用現在的加成，而是說要稍微去 study，怎麼樣才真的是符合它的一個定義，因為它是在監測一個疾病嚴重度的一個指標，至於說一定要給答案，說真的，不管是甲、乙，我們真的像夾心餅乾，區域醫院實在有點為難，所以保持中立。

主席

OK，好，既然中立，這是一對一。

羅代表永達

我可不可以…因為，說實在今天來的時候，沒有人被授權，雖然我是醫院協會代表，但並沒有被授權，對這表達個別立場，可不可以把這留到我們醫院協會討論，因為這個東西都是我們自己怎麼分，能不能允許我們回去醫院協會，自己協商完以後，給個正式的回文。

主席

OK，好。

林代表富滿

因為這是三層級之間，不要讓三層級做這個決定，是不是健保署要提一個比較，對三個層級影響比較小的，因為這很明顯，各層級有不同的最後的那個利益，而每個層級有各自代表，我覺得最後會沒辦法做決定。

主席

好，今天甲案、乙案醫學中心跟地區醫院各有一個主張，區域醫院維持中立，其他真正內涵的部分，像潘代表提到，還要如何再分，謝謝你，永遠沒有完美的一天，全世界 DRG 都是一邊做一邊改，沒有說等到全部分到大家都滿意再來做的事情，當然我相信，已經有很多都已放進來，未盡完善的部分就是，上路後，可用實證資料再來證明它的合理性，沒有辦法像大家所期待，永遠要弄到每一個醫師都滿意才來上路，希望大家能夠諒解，至於意見都可以來收錄，可以持續用未來實施後的實證數據，來作滾動式的檢討，我們都非常願意，畢竟現在已經又多 600 項，600 項是個很大的數目，等於已多三分之一的項目，所以這地方請大家能夠諒解。

至於滕代表提到的上限臨界點、下限臨界點，這個 2.5 百分位、5.1 百分位，以及急診轉住院併 DRG，這都是第一階段、第二階段，都已

經是照這個實施的架構，所以如果未來有因為實施這個架構產生的問題的話，醫管組也是會持續的再來做檢討。

好，最後來處理實施時間的問題，剛主管機關已經有提到，行政院指示，政策指示一定要實施，健保會多次、多年來的協商，每年都要我們實施，今年的協商特別講，105 年一定要實施，所以醫管組最近半年的時間，幾乎沒夜沒日，準備這件事情，最後已經是採納大家這麼多的意見，而且連支付通則也都做讓步，希望能夠順利上路，所以我想大家都做最大的誠意，在為這個制度的上路作準備，既然大家還是有這麼多的意見，建議第一個共識當然 ICD-10 實施，沒有一個代表有任何異議，所以 ICD-10 沒意見，一定要實施，至於 DRG 的部分，建議兩案併陳主管機關裁決，甲案就是照政策的指示，明年 1 月 1 日來實施，乙案是有付費者代表也有考慮到醫院代表，認為 ICD-10 同步實施，有醫院因應不及，所以緩半年實施，這兩個案子就送到主管機關，由主管機關來裁決。至於基本診療加成也並列甲案乙案，所以我們地區醫院代表，如果有比較好的建議，請儘快送過來，如果在報部之前沒有比較好的共識，就全部送主管機關裁決，由主管機關就政策上，去決定採甲案還是乙案，但是不管採甲案乙案，三個層級還是有區分的，只不過是比例上有些調整，我們也會註明，乙案是我們署裡面用最新的資料所跑出來的，甲案是維持第一階段、第二階段目前的做法，我們會敘明這兩個背景，甲案乙案背景，一併送到主管機關做最後的決定，這樣的建議大家是否贊成，來，請吳代表。

吳秘書長明彥(李代表飛鵬代理人)

主席，謝謝妳這麼有善意的考量大家的情形，但是今天這個會，我覺得是不是不要再讓衛福部再去這麼為難，甲案乙案，而且今天是很難得付費者代表，四個發言裡面，有三個是支持，稍微有一點時間的彈性，是不是直接就今天決定乙案就好，我們也退讓從一年降到半年，這半年我們就儘量大家努力，好不好，是不是直接就裁定乙案就好了。

主席

好，其他代表的意見呢？

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

我是先講一下，全聯會決議是一年，如果各位代表要決議半年的話，你們就決議，但是這個點，我基本上全聯會在這立場上還是希望一年，但是如果各位決定是半年，全聯會是同意。

主席

謝謝，其他代表是否支持吳代表的意見。

好，如果大家都全數支持吳代表的意見，因為我們限於銜命，銜政策之命，一定要上路，所以我們真的有很大的誠意跟努力，希望能夠事成，但大家有意見，所以建議還是兩案併陳，但我們會敘明，乙案的部分是所有代表支持，可以嗎？也讓我們有個對政策交代的立場，我們主張是元月一日，但是今天的會議，所有代表建議乙案，就是緩半年實施，我們用這樣子送到主管機關去，由主管機關來裁決，現在付費者代表也支持，我再問一下，剛吳代表建議緩半年，大家是否反對。

潘代表延健

主席，我可不可以說明。

主席

除這個以外，就不要再說。

潘代表延健

不是，剛剛吳代表的意思，如果大家都折衷，各退讓一步的話，我們就同意是乙案，但是如果說還是要兩案併陳的話，其實我們還是堅持我們原來的，就是一年，或是法規裡面規定明年要上線，至少到明年12月上線。

主席

醫學中心的建議付費者代表也是有退讓到半年，我們主辦單位是銜命，要不然我們不需要拼到沒夜沒日，所以也給我們一個立場，我們需要表達為了這個使命也是努力很久，所以並不是明年元月一日不可行，但是各位代表希望跟ICD-10區隔的立場我們充分了解，顯然付費者也認為緩半年也可以接受，所以把乙案也列一案，充分表達包括醫院代表、付費者代表都支持緩半年的建議給主管機關部長來裁定，我們一定充分表達大家的意見好嗎？

千代表文男

好。

主席

謝謝，本案就這樣通過。

吳代表美環

主席，剛 CMI 後來的結論是？

主席

CMI 取消。

吳代表美環

剛是說好像是要用一些其它方法…

主席

CMI 的方式我們事後再研議，研議之後我們會併同 grouping 去評估有沒有必要再維持 CMI 或者要恢復，假定要恢復要有新的算法，我們會留下來研議。

吳代表美環

這樣第三點要不要再多加一點說明，還是這樣子？

主席

第三點，哪一個第三點？

吳代表美環

就是第 46 頁(3) 因 CMI 加成屬全院適用，收治個案嚴重度較低之科別亦獲加成，可能影響科別間之衡平性，刪除病例組合指標 Case Mix Index(CMI)加成。

主席

這句話我們，就是這次要上的 CMI 就先取消，CMI 先取消，以後…

姚代表鈺

同時要有一個接替上來才能取消。

主席

沒有，暫時 CMI 要取消，因為今天換過來的是多四百項，我想各位們自己回去看，這是個取捨，事實上現在的 CMI 叫作全院 CMI，他如果高全院每一個 case 都有加成，這是一個某種程度的妥協，但是現在大家換來的是多四百項已經把鮮有困難個案通通分出來，這兩個東西是重疊的，我想會前會已經有充分討論，還是建議先取消而且這是會前會的共識，好、謝謝，現在十二點，來、請何代表。

何代表語

第一、我想確定你們到底想開到幾點？

主席

是，我現在要講。

何代表語

第二、你如果還要到第五案都要討論完成，那個其它的區域醫療整合計畫須達十萬人以上，我還是堅持上次兩次開會，我希望在五萬人以上就可以實施。

主席

好，謝謝何代表。

討論事項

第二案

案由：新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「膠囊內視鏡術」等 9 項暨修訂編號 68034B「心臟摘取術」等 19 項診療項目，計增修 28 項支付標準乙案。

主席

好、謝謝何代表。各位委員現在是十二點，我們發便當；今天非常謝謝後面那一排專科醫學會，他們是要說明討論案二，是否拜託各位代表再延長半個小時左右，因為第二案非常重要，這是明年元月一日要生效的新增診療項目，可以讓我們的專科醫學會不要白跑一趟嗎？

非常謝謝大家的體諒，大家可以一邊用餐，何委員就偏勞您留下來跟我們討論，至少第二案討論結束，其它的再加開臨時會，請宣讀第二案。

林專委淑範

討論事項第二案請翻到會議資料第 133 頁，總共討論九項的新增跟十九項的修訂，這些項目就不逐項說明，我們用大表來跟大家說明，從第一項開始，請翻到會議資料第 149 頁「膠囊內視鏡術」，本項提案單位是「台灣消化系內視鏡醫學會」，這個項目已經在專家諮詢會議裡討論過，在討論的時候，因為膠囊內視鏡跟現在的檢查方式不太一樣，因為具有不侵入性，準確率高達七成，專家諮詢會議討論認為是安全

且具有效益的。在專家諮詢會議提出嚴格的適應症，並不是所有個案都可以作，同時規範專科醫師執行在 149 頁的適應症規範限制消化內視鏡專科、兒科消化學專科、消化內視鏡外科。本項支付點數專家小組建議 18,317 點，因為這是一個新技術，預估明年實行人數 500 人，所以本項預算會增加 900 多萬，這是第一項的說明。

主席

好，我們逐項來。第一項是「膠囊內視鏡術」，這項大家有無意見？「台灣消化系內視鏡醫學會」是否還要補充？

王秀伯理事長(台灣消化系內視鏡醫學會)

這項是我們「消化系內視鏡醫學會」、「小兒科醫學會」、「消化外科醫學會」提出，針對少部份病患有消化道出血有必要性所進行的一項檢查，因為這是小兒科的病患，用內視鏡十分的困難，所以說希望有這項的技術能夠對於某些小兒病患有一些服務。

主席

謝謝。這項適應症訂的非常嚴謹，傳統內視鏡沒辦法處理的才會用膠囊內視鏡，因為也嫌有昂貴也怕浪費，所以請專科醫學會在適應症的部份做非常嚴格的把關，費用的部份也作市價調查，也有作各位收自費的調查，本項有意見嗎？

林代表富滿

本項特材是不是另計？

主席

請醫管組說明。

林專委淑範

林代表提到膠囊內視鏡的特材，不含在 18,317 點裡是另外計算，另外一個補充請看第 172 頁，33141B 適用層級是在地區醫院以上申報，目前基層診所沒有開放。

主席

好，謝謝。羅代表請。

羅代表永達

因為這項支付規範規定專科別限制，我覺得這是一個原則上的問

題，不應該規範一定是消化內視鏡專科、兒科消化學專科、消化內視鏡外科，這本身就不被國家承認的主專科，而且變成你要作這項你一定要加入我的專科，因為他的 training 本身每個醫院都不太一樣。人家要不要加入這個專科是他的本事，不應該用這個東西來限制，你可以限制他是一個外科專科醫師這一定是需要的，但是不能說你要做這個一定要加入我的專科這樣規範是不對的，這是一個原則性的問題。

主席

好，謝謝。請姚代表。

姚代表鈺

我請教一下，像這樣全國只有 500 個案要不要實施事前審查方式，讓醫院得到一個確定的保障，因為這個材料是特別貴，所以沒有作事前審查的話，執行完審查又不核給這個醫療的爭議會很大，是不是能不比照其它診療項目作事前審查這樣比較嚴謹一點。

主席

謝謝。還有哪位代表對本項有意見？

千代表文男

沒有。

主席

好，這部份，學會對於專科醫師的部分，請說明。

王秀伯理事長(台灣消化系內視鏡醫學會)

上次在專家會議所有專家有考慮到一點，膠囊內視鏡的執行，因為這個要讀取他的資料，最長要八到十二個小時以上，裡面小腸的結構也不是所有的人都經過訓練，所以專家的意見是希望說至少有某種限制、真正會看的人再來看，以免被濫用，好像剛有代表提到是否要事前審查等等這些東西，我們當初專家會議決議是有受過這樣訓練的三個學會的人來進行，我們也經過三個學會的討論大概也認為這樣比較不會被濫用，因為那個東西讀出來任何人也可以看，看完以後他就打個報告，其實他對裡面的結構並不是很清楚，以上報告。

主席

好，謝謝。事前審查醫審小組有沒有意見？

程副組長百君(醫審及藥材組)

沒有意見。

主席

好，沒有意見是可以列為事前審查嗎？

學會這有意見嗎？

王秀伯理事長(台灣消化系內視鏡醫學會)

事前審查大概可以，但是緊急在出血的病患是否可以不要事前審查？

主席

事前審查這個部份，事實上大家可以看這些病患的適應症，其實都是非常嚴重，所以是否可以在上路後觀察一陣，若有浮濫再考慮是否要事先把關；至於醫師資格學會說的很清楚，其實作這個處置不是太大問題，問題是照的照片能否判讀？而且要花很長時間判讀，所以並不是沒有受過訓練的人就可以判讀，假定沒有能力判讀這個處置就完全沒有意義，所以還是尊重學會初步的意見，畢竟這是新處置，假定未來有多數的醫師都會判讀就放寬，我想必需要穩健點，因為畢竟它比較昂貴，是否可以爭取大家的支持？來，滕代表。

滕代表西華

我沒有意見，但我請教一下適應症(1)計算的部份，因為現在自費的腸胃鏡以及內視鏡的檢查上升的速度非常的快速，所以這邊的兩次含不含他自費作的檢查次數？

主席

學會說明。

王秀伯理事長(台灣消化系內視鏡醫學會)

兩次的上下消化道的內鏡檢查一般是沒有含在裡面，這些病患都是經過篩選完以後才能使用這項技術，這個是國際標準，所以不是所有人就馬上進到這個檢查，所以前面這個是…

主席

含不含自費作的檢查次數？

學會有要補充嗎？有無含自費不明原因消化道出血，經二次以上胃鏡及大腸內視鏡檢查仍無法找出出血原因。這個不明原因的消化道

出血還有人會用自費作內視鏡檢查的嗎？理論上應該不會吧？通常自費的內視鏡都是健康檢查，所以應該不至於像滕代表所說的事情，只要是真正出血，他一定會走健保的途徑。好，謝謝。羅代表請。

羅代表永達

我請教一下三個學會，參加這個學會本身是不是要受過這個訓練才能參加學會？沒有啊！憑什麼參加這個學會就可以作別人就不能作，因為訓練與否是各醫院的事情並沒有說你一定要…，像我們外科醫師考試你必需要開過什麼刀，有你主任簽字才能參加筆試或面試，可是參加貴學會並沒有規定你要受過這個訓練你才能參加這個學會，憑什麼只有你們這個學會才可以作？

主席

學會要來回應嗎？

王秀伯理事長(台灣消化系內視鏡醫學會)

對不起，我們可以上網看下我們學會的一些訓練，我想至少我們學會、小兒科醫學會、外科、消化系醫學會他都有取得這個專科認證之前都有一定的程序。他必需接受上下消化道小腸等等的一些檢查訓練才可以得到，我想我們的訓練規程都有一定的標準，當然當初也不是我們學會說一定強力要這樣，當初是專家有想到誰可以作這件事情，誰可以作好這件判讀的事，以至於這項處置不會被濫用。如果大家都作的話我想我們比較擔心一年絕對不會只有五百例而已，一定會相當的多，因為其它專科他如果沒有經過兩次內視鏡的檢查，說不定他也想要直接用膠囊內視鏡術，這個會比較麻煩一點，到時候對健保也是一個沒有管制，最重要的還是病患，作了以後沒有得到正確的診斷這個是不行的，小腸的訓練我們的專科當然是有的。

主席

請，千代表。

千代表文男

我贊成剛滕代表剛講的兩次，因為如果說第一次在甲醫師那裡他沒有辦法診斷出來，事實上他已經患了這個…，第二次再看也沒效，自己又再去找你們專科醫師，如果不算的話他是不是危及生命受折磨，所以我希望是自費也好，他院也好，應該兩次就可以。

主席

二次以上含二次，而且含跨院，這是用病患的觀點，在不同醫院都算。

千代表文男

好，謝謝。

主席

這不是只有同一個醫院。請陳代表。

陳執行長森基(陳代表志忠代理人)

我想這膠囊內視鏡術最主要的就是看小腸出血，因為內視鏡 Upper GI 你用胃鏡看得到，這邊所謂兩次是什麼東西？一次是胃鏡一次是大腸鏡，因為一般來講小腸出血，現在所有的鏡子小腸都看不到，就是要看小腸出血才要知道用這個地方看，一般我們現在還是用核醫那個看得，用 RBC packing 那個很不準，膠囊內視鏡術最主要的 indication 是為了要看那些胃鏡看沒有出血、大腸鏡看也沒有出血，我要用膠囊內視鏡來看他的出血，所以這樣處理應該是 OK 的。

主席

謝謝陳代表。來，何代表。

何代表語

請教一個 105 年就有編三億元預算，你今天提出這個項目，預算足夠嗎？

主席

有，正好。

何代表語

預算足夠就支持這個案通過好不好？你們醫界的家務事你們自己家務事處理，不要拿來這裡浪費我們很多時間好不好，謝謝。

主席

好，謝謝。各位代表因為所有的適應症、特殊專科別限制，都是專家諮詢小組會議大家共同支持，可以先這樣上路，特別這樣的規範是預算可以允許的範圍內，如果上路後醫師越來越熟悉這部份使用，對於同樣的 case 可以來執行的時候，再考慮醫師資格的放寬，還是限訂在現在這次適應症，並不是適應症的放寬，就像陳代表講，其實就

是胃鏡、大腸鏡看不到的地方才需要吞膠囊內視鏡下去照，照的片子會太有效率，可能有好幾百張，大概要花四、五個小時都讀不完，而且還要讀得看得出來有問題的地方，因此事實上是要有點 training，是否各位代表可以支持先讓他通過好嗎？好，謝謝。接下來第二項。

林專委淑範

請翻到會議議程資料第 150 頁，第二項新增項目「急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費」，rtPA 藥品給付已經一段時間。三小時內注射，可以減少失能，這項在專家諮詢會議討論過，按照舉出資料有注射 rtPA 與沒注射 rtPA 相比，減少失能的比率是 35-43%，是有一定的效果，建議支付點數是 13,866 點，成本分析在第 148 頁，預估一年執行人數大概是 4,000 人，所以這項預估增加大概 6,000 萬左右，以上說明。

主席

「台灣神經學學會」有代表來，請學會跟大家作說明。

彭家助理事長(台灣神經學學會)

很謝謝各位代表的支持，因為台灣在急性腦中風的治療裡面也確定 tPA 對於急性腦中風有效而且可以減緩殘障的嚴重度，可是從台灣開始實施 tPA 注射，各位代表很清楚對於這項都沒有給付，只有給付藥材的費用，所以這次我們提出對於執行這個任務的給付，以減緩神經科的壓力，謝謝。

主席

這項在神經學學會提出來是注射這個藥之後，不是只有藥的問題，是醫生要在…幾個小時？

彭家助理事長(台灣神經學學會)

執行前的評估跟執行後的照顧。

主席

這樣是幾個小時？

彭家助理事長(台灣神經學學會)

六個小時。

主席

六個小時，必須要 one by one 嚴密的監控，這部份有一定程度的成本在上面，所以增加一個治療處置費。這部份因為中風畢竟 case 很多，因此所需要的經費也比較多，但是不要忘記我們人口老化這樣的病患也會越來越多，假定我們在關鍵的時候能夠讓這些病患減少失能，對醫療體系跟長照體系的負擔的減輕都是非常重要，所以各位代表是否可以支持這案。

羅代表永達

主席，我想這個狀況我們都清楚，我只是想有很多東西不要一個案子有一個想法另個案子有另外的想法。我們很少對一個醫師連續處置六個小時，每一分鐘都給錢的，你能不能舉一個例子給我聽？沒有，包括開刀、什麼都沒有。他是不是六個小時全部 one by one 一個人，其實也沒有，因為他在 ICU 裡面有 monitor，那他裡面有付很多醫療費用，我是覺得說我們現在目前為什麼這樣算，以後是不是所有的東西都這樣算，大家把那個原則講清楚這樣子而已。這個要給付我同意，我們應該要鼓勵，只是說當要拿這個告訴你說我就在那邊啊你是不是每一分鐘都要給付，這個大家要講清楚，以上。

主席

謝謝，請彭理事長對於醫師投入的部份再作說明。

彭家助理事長(台灣神經學學會)

謝謝羅代表的指導，可是我剛有強調這個執行就像外科的手術一樣，醫師在作這個處置。我說句實話，健保署也從來沒有給過神經科任何一分錢，過去幾年造成很多紛爭可是都要神經科承受那樣的壓力，所以這次我們很謝謝健保署給我們有這個機會對這項執行任務能給神經科一個給付一個尊重，代表的意見我想是通盤的意見應該是全面性其它的考量，可是我只針對這個 tPA 執行任務給予解釋，謝謝。

主席

謝謝，羅代表並不是反對這案，對嗎？

林代表綉珠

主席，這邊有意見。中華民國護理師護士公會全國聯合會也贊成給付的部份。事實上，病人使用 tPA 耗掉會非常多的護理人力，在會議議程第 148 頁成本分析當中，剛羅代表也提到裡面人力分析只有醫師的部份，我相信大家一定知道，一個醫師不可能六個小時都 stand by 在那邊，醫師在一開始開立醫囑須是 2 小時內，持續每 15 分鐘 check

vital signs、coma scale、muscle power…等等，接下來每 30 分鐘一次測量生命跡象，持續 6 小時，以後每 60 分鐘測量一次，持續 16 小時，這些都是護理人員直接的護理工作，我相信大家都同意護理人員在這個部份的貢獻度當中，應該要被明列出來，而不是說只列醫師的成本每分鐘 36.2 元，不見護理的貢獻。不過我還是支持這個案子，以上報告。

主席

謝謝，這部份彭理事長還要說明嗎？

彭家勛理事長(台灣神經學學會)

謝謝代表的支持，我非常感動。

千代表文男

就是通過，不要浪費時間。

主席

好，你連彭理事長要說明你都不讓他說明，這個案子大家都沒有反對。

千代表文男

理事長多給他們宣導。他們不曉得，應該宣導我們消費者是希望有這項的福利。

主席

好，謝謝，本項就大家支持之下通過。

彭家勛理事長(台灣神經學學會)

謝謝各位代表。

主席

接下來下一項。

林專委淑範

下個案子在第 151 頁。新增三項「雙極前列腺刮除術/汽化術」，按照刮除的重量來區分三項 5 至 15 公克、15 至 50 公克、大於 50 公克，建議支付點數分別為 28,424 點、31,721 點、34,821 點，計算基礎是 base 在現在單極的前列腺切除，「雙極前列腺刮除術/汽化術」

的優點，相較於傳統的經尿道前列腺刮除術可以避免水中毒的優點，這項在 104 年有經過 CDE 的醫療科技評估，評估之後認為「雙極前列腺刮除術/汽化術」跟單極相比其實他更具有療效跟安全效益，他的症後群會比較降低，住院天數也會比較少，所以我們建議新增這樣的項目，同時請各位代表 2 各部分誤植請更新，這張表的數字第四項「雙極前列腺刮除術/汽化術(Bioplax TURP/TUVP)-切除之攝護腺重量 15 至 50 公克」的表列支付點數請修正為 13,914、表列材料費百分比請修正為 128%，第五項「雙極前列腺刮除術/汽化術(Bioplax TURP/TUVP)-切除之攝護腺重量大於 50 公克」的表列支付點數請修正為 15,940，表列材料費百分比請修正為 119%，這樣調整之後其實整個總費用不會增加，只是在誤植的地方作更新，以上說明。

主席

謝謝，這部份，本項專家代表是「台灣泌尿科醫學會」還有「台大醫院」，不曉得有沒有要補充的？

賈秘書豫琪（台灣泌尿科醫學會）

我這邊是「台灣泌尿科醫學會」，我們醫師不克與會，如果有問題的話我們可以會後儘速再回覆。

主席

「台大醫院」有人在嗎？好，沒有。

本項現在健保給付的是單極刮除術，這部份基本是給付很久，但是前列腺的手術已經發展非常多治療方法，包括綠光雷射、鈦雷射、銩雷射。這幾項以及今天「雙極前列腺刮除術/汽化術」全都已作新醫療科技評估，只有雙極療效、安全而且又符合經濟效益，所以建議這項優先納入，其它部份暫不考慮。這項支付點數比傳統單極略有提高，但是可以減少住院天數，所以其實是一個非常可以嘗試的作法，目前這項民眾自費接受這樣的手術比例也蠻高的，所以有某種程度的需求是很殷切。

林代表富滿

請問會議議程第 134 頁(2)裡面，雙極的醫材是訪價的結果，為什麼要扣掉單極的費用，現在是在算成本，應該沒有取代的問題，為什麼訪價後的特材還要再扣掉單極特材的費用。

主席

等下一併回答，其他代表對這項還有意見嗎？沒有意見就先對剛

這問題作回答。

林專委淑範

剛才有解釋說因為這項「雙極前列腺刮除術/汽化術」計算基礎是 base 在現在單極的前列腺切除上面。單極在支付的時候整包是包含特材的 53%，現在要把雙極的特材加上去，在整包裡面要把單極的特材先扣掉，才會是雙極增加的錢是這個概念。

主席

好，謝謝，其他代表還有沒有意見，如果沒有意見我們是不是讓這三項通過。謝謝大家，接下來第六案。

林專委淑範

第六案部分請大家翻到會議議程第 152 頁第六～八項總共新增三項，「支氣管內視鏡超音波」、「支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術」、「支氣管內視鏡超音波導引週邊肺組織採檢切片術」，以上三項我們曾經在 103 年討論過，在那次會上各位代表提出來是說對於成本分析、替代項目及替代率需要再確認。所以我們函詢過學會之後，在這次會議上再提一個修正案，在修正裡面主要是修正第八項「支氣管內視鏡超音波導引週邊肺組織採檢切片術」，在上次會議裡的建議支付點數是 13,657，因為在學會確認的時候，其中有一項特材有作調整，所以的支付點數調整成 13,476 點，就是這次調整的部份，其它兩項的成本學會認為因為他醫師花比較多的時間而且還需要另一個醫師協助執行，所以支付點數是沒有再調整的，替代項目的部份學會有提出調整，所以在表列項目上面，這是以上說明。

主席

好，謝謝。這三項大家有意見嗎？好，都沒有意見，學會也不用說明，大家都可以理解，是不是就支持這三項就通過。以上八項一共預估要支出二億九千多萬，明年的預算正好三億，元月一日生效這八項，用明年預算來支應，好，謝謝大家。

林專委淑範

修正部分，請各位代表翻到第 134 頁，這是修訂部份。修訂（一）68034B「心臟摘取」及 68038B「肺臟摘取」2 項，會調整的原因請看第 135 頁，是因為 68034B「心臟摘取」現在是 26,986 點，68038B「肺臟摘取」現在是 23,788 點，相對於其它的摘取的確是偏低，所以我們建議調高 20%，同時今年 105 年的預算裡面醫院總額專款裡面，因為

這個項目是會落到專款裡面，所以已經在專款裡面編了預算，建議作 20% 的調整，調整的金額非常的少，只有 0.0076 億點。

主席

這個移植的已經是個位數。哪位代表有意見？來，滕代表有意見。

滕代表西華

我有一個疑問就是其它的器官摘取都沒有偏低的問題嗎？不然為何單挑 68034B「心臟摘取」及 68038B「肺臟摘取」2 項？

主席

請醫管組說明。

林專委淑範

跟滕代表報告，因為 68034B「心臟摘取」及 68038B「肺臟摘取」，以心臟來看一定是屍體摘取，68034B「心臟摘取」以現在的支付點數是 26,986 點，相對同樣是屍體摘取，75021B「屍體捐肝摘取」是 54,315 點所以「心臟摘取」的點數確實是偏低，所以我們建議酌以調整上來，以上。

主席

這也是經過移植學會的建議，我們也量力而為，徵詢過專家，這部份是合理的調整，畢竟還是要鼓勵移植的醫師，case number 很少，是否代表們可以來支持。謝謝，接下來下一項。

林專委淑範

現在是修訂診療項目部份，請翻到會議議程第 135 頁（二）編號 85608B「鞏膜切除併植入或扣壓」等 16 項診療項目，這是在 103 年 10 月 21 日共同擬訂會議討論，修正方式從兒童加成方式調整為提升兒童加成，但那次會議討論是因為沒有編列預算，所以在 105 年總額協商，編列預算來修正，在協商的時候確實有編到支付標準調整裡面，最後決議是要用非協商因素支應，所以我們建議這案子就由非協商因素支應，以上。

主席

本案大家有無意見？

陳代表宗獻

當然有。又是非協商因素！

主席

是B表。

陳代表宗獻

B表？那邊怎麼在第136頁有寫2. 西醫基層總額因配合調整編號85608B「鞏膜切除併植入或扣壓」等16項診療項目之兒童加成方式，增加約1萬點，建議由非協商因素支應。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

剛剛不是講C表嗎？

陳代表宗獻

我們先確認一下，約增加一萬點。

主席

一萬點，C表是哪一項？

陳代表宗獻

哪一項？

林專委淑範

請翻到會議議程第169~170頁，大部份的C表在基層都沒有執行，只有在169最下面兩項86601C「斜視矯正手術-放鬆及切除一一條」、86602C「斜視矯正手術-放鬆及切除一二條」還有170頁87009C「眼瞼內翻矯正手術」，其實加起來個案數只有六件。

陳代表宗獻

我現在建議是這樣，我接受，但是把由非協商因素支應刪掉，這個是正義原則，我吞得下這個錢但吞不下這個正義原則。

主席

好，謝謝。照陳代表的意見把不想看到的文字拿掉，才一萬點，應該要讓眼科的開業醫師能夠作好嗎，謝謝。下一項。

林專委淑範

請翻到會議議程第135頁(三)是一個現行支付項目58008C「血漿

置換術」增列適應症，本項在專家諮詢會議裡面討論的時候，因為血型不相容間之活體器官移植必須透過這樣的技術，減少他的排斥，所以我們建議增列兩個適應症（1）血型不相容活體器官移植前之前置作業。（2）治療器官移植後之急慢性抗體排斥；那經過這樣的技術減少他的排斥性，以上說明。

主席

好，本項是現有的項目增加適應症，大家有無意見？

好，沒有意就修正通過。這項的預算來源在會議議程第 136 頁作個交待，所以都是有預算來源的，除了一萬塊的那個也已經獲得基層的同意。所有的新增項目及修正、調整適應症、調整點數的今天所有同意過的案子就是希望明年元月一日生效。好，非常謝謝大家的支持，也到十二點四十分，今天會議就開到這裡，今天沒有討論到的案子就加開臨時會，再麻煩大家再繼續支持再一起奮鬥。

滕代表西華

主席、不好意思，加開臨時會是沒有關係，但是資料不要太臨時好不好？

主席

OK，謝謝。

滕代表西華

這根本沒有時間讀，再幫我們一些忙，謝謝。

主席

我們的資料現在都拿到，下次的會議就直接這三本再繼續讀下去，謝謝大家。