

「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」

105 年第 2 次臨時會會議紀錄

時 間：105 年 1 月 28 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
王代表榮濱	林鳳珠（代）	陳代表福展	（請假）
朱代表益宏	朱益宏	黃代表啟嘉	（請假）
何代表語	何語	黃代表雪玲	黃雪玲
吳代表美環	（請假）	黃代表棟國	黃棟國
李代表飛鵬	（請假）	楊代表秀儀	（請假）
李代表紹誠	李紹誠	楊代表政峯	楊政峯
林代表淑霞	林淑霞	葉代表宗義	葉宗義
林代表富滿	陶屏（代）	滕代表西華	滕西華
林代表敬修	林敬修	潘代表延健	李妮真（代）
林代表綉珠	林綉珠	盧代表榮福	（請假）
姚代表鈺	廖秋燭（代）	賴代表振榕	賴振榕
徐代表弘正	徐弘正	謝代表文輝	王秀貞（代）
張代表金石	溫哲暉（代）	謝代表武吉	謝武吉
張代表冠宇	張冠宇	顏代表良達	（請假）
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	陳志忠		
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	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	張友珊、劉于鳳
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
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺、洪郁涵
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	陳瑞瑛、吳心華、陳俞文
醫藥品查驗中心	朱素貞、黎伊帆、許淑美
台灣復健醫學會	王亭貴、王錦基、毛琪瑛
台灣胸腔暨重症加護醫學會	陳志強
本署臺北業務組	王文君、莫翠蘭、黃慈蓮
本署企劃組	董玉芸、何恭政
本署醫審及藥材組	蔡佳倫
本署醫務管理組	龐一鳴、陳玉敏、陳真慧、 谷祖棣、張淑雅、林右鈞、 涂奇君、吳明純、陳逸嫻、 張巧如、陳依婕、林佑縉、 李筱婷、彭麗玲、廖敏欣

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

三、報告事項：

現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案。

決定：洽悉，其附帶決議如下：

1. 本署修正成本分析表之部分文字，並請各醫療院所於106年1月底前提供成本分析資料，以利本署後續統計分析。
2. 本署各分區業務組將辦理成本分析填表說明會，輔導各醫療院所相關填報事宜。

四、討論事項：

(一) 應用 105 年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案。

決議：同意應用 105 年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準，修訂後支付標準詳附件 1，P5~P28，重點說明如下：

1. 醫院部分：

- (1) 醫院一般門診診察費「處方交付特約藥局調劑」及「未開處方或處方由本院所自行調劑」等6項醫令支付點數由228點調整為260點。另於支付通則增列「醫院門診診察費支付點數內含10%護理費」。
- (2) 「急性一般病床」、「經濟病床」、「精神急性一般病床」及「精神急性經濟病床」等12項護理費支付點數提升7%。
- (3) 復健治療章節，地區醫院「物理治療」、「職能治療」及「語言治療」共13項醫令支付點數調整為與醫學中心、區域醫院相同點數。
- (4) 其他調整，包含門診診察費、急診診察費、住院診察費、病房費、護理費、調劑費等項目（不含「一般慢性精神病床住院照護費」、「精神科日間住院治療費」），門診與住診調幅分別為9%及11.4%。
- (5) 上開合計調整點數為9,160百萬點。

2. 西醫基層部分：

- (1) 調整門診合理量第一階段(1-30人次)診察費調幅為3.6%，合計調整點數為1,222百萬點。
- (2) 請中華民國醫師公會全國聯合會再研提其他修訂建議案，並於下次共同擬訂會議討論。

(二) 增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準物理、職能及語言治療「中度」、「中度-複雜」及「複雜」診療項目(42017C、42018C、42019C、43027C、43028C、43031C、44011C、44012C、

44015C) 申報資格案。

決議：同意增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準物理、職能及語言治療「中度」、「中度-複雜」及「複雜」診療項目申報資格，修訂後支付標準詳附件 1，P23~P28。

(三) 修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，包括放寬重症肌無力病人核實給付項目，以及居家照護階段收案對象增列脊髓肌肉萎縮症 (SMA) 案。

決議：同意修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，包括放寬重症肌無力病人核實給付項目以及居家照護階段收案對象增列脊髓肌肉萎縮症 (SMA)，詳附件 2，P29~P41。

五、有關部分代表提及過年期間相關藥師合理量之核扣問題，請醫審及藥材組評估適當回應及權宜之措施。

六、散會：下午 17 時 00 分

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

- 一、本節所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。

註：醫院門診診察費支付點數內含 10%護理費。

- 二、本節所稱醫院每日門診合理量依下列計算方式分別設定：

（一）醫學中心

$$\left[\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 3.55}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 10.71}{6} \right] \times 0.9$$

（二）區域醫院

$$\left[\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 2.60}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 15.24}{6} \right] \times 0.9$$

註 1. 前一年門診量以前二年七月至前一年六月之門診量扣除急診、洗腎、慢性病連續處方箋、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、安寧居家照護、門診論病例計酬、職業傷病、65 歲以上接種流行性感疫苗等醫療案件計算。

2. 急、慢性病床應符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，並扣除洗腎及急診暫留床；專任醫師應符合醫師法之規定，並扣除牙醫師及中醫師。

3. 急、慢性病床數及專任醫師數以保險人特約醫事機構管理子系統（MA 檔）、特約醫事人員管理子系統（MB 檔）中每月第一日之登錄資料為計算基礎。

- 三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

- 四、經衛生局登記為醫院但未經評鑑且未同意辦理住診者或評鑑不合格者，門診診察費適用地區醫院類別申報。

- 五、門診當日開立之檢查醫囑，另排定其他日期實施或轉檢者，檢查當日不得申報診察費，但檢查過程中因病情需要併實施其他診療處置，視為另次診療，申報診察費一次。

- 六、預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。

- 七、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。

- 八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。

- 九、全民健康保險醫療辦法第九條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。

- 十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計 60%；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計 30%；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計 20%。其他未註有兒童加成之診察費項目，三歲（含）以下兒童之門診診察費得依表定點數加計 20%。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

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
	一般門診診察費					
	— 醫院門診診察費（不含牙科門診）					
	1. 就診人次在合理量內：					
	醫學中心及區域醫院					
00154A	1) 處方交付特約藥局調劑			v	v	228 <u>260</u>
00155A	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	263 <u>287</u>
00156A	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑			v	v	228 <u>260</u>
00157A	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	243 <u>265</u>
00170A	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	463 <u>505</u>
00171A	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	443 <u>483</u>
	2. 地區醫院					
00101B	1) 處方交付特約藥局調劑		v			228 <u>260</u>
00131B	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			263 <u>287</u>
00102B	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑		v			228 <u>260</u>
00132B	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			243 <u>265</u>
00172B	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			463 <u>505</u>
00173B	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			443 <u>483</u>
	3. 就診人次超出合理量部分：					
00151B	1) 處方交付特約藥局調劑		v	v	v	420 <u>131</u>
00103B	2) 未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	420 <u>131</u>

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
	4.金門馬祖以外之山地離島地區					
00105B	1) 處方交付特約藥局調劑		v	v	v	228 <u>260</u>
00135B	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	263 <u>287</u>
00106B	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	228 <u>260</u>
00136B	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	243 <u>265</u>
00174B	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	463 <u>505</u>
00175B	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	443 <u>483</u>
	5.金門馬祖地區					
00107B	1) 處方交付特約藥局調劑		v	v	v	240 <u>262</u>
00137B	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	283 <u>308</u>
00108B	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	240 <u>262</u>
00138B	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	263 <u>287</u>
00176B	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	483 <u>526</u>
00177B	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	463 <u>505</u>
	一 基層院所門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分 (≤40)					
00109C	1-1) 處方交付特約藥局調劑 (1-30人次)		v			320 <u>332</u>
00223C	1-2) 處方交付特約藥局調劑 (31-40人次)		v			250
00139C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			355
00110C	3-1) 未開處方或處方由本院所自行調劑 (1-30人次)		v			320 <u>332</u>
00224C	3-2) 未開處方或處方由本院所自行調劑 (31-40人次)		v			250
00140C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			330
00158C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			555
00159C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			530

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
	<p>註：1.以上第1至5點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日（不含二十五日），應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者（含二十五日），以二十五日計算合理量。</p> <p>2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日（不含二十五日），應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者（含二十五日），得以當月全月日數計。</p> <p>3.以上第1至6點限向衛生局登記為診所（不含中醫診所及牙醫診所）之特約醫事服務機構申報。</p> <p>4.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。</p> <p>5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。</p> <p>6.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。</p> <p>7.本項支付點數含護理費29-39點。</p> <p>8.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外，以山地離島地區50人次以下部分之支付點數申報。</p> <p>9.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。</p>					
01015C	<p>急診診察費</p> <p>註：1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。</p> <p>2.本項支付點數含護理費46—73點。</p> <p>3.夜間（晚上十時至隔日早上六時）加成50%、例假日（週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時）加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。</p> <p>4.山地離島及符合行政院衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。</p> <p>5.兒童加成項目。</p> <p>6.地區醫院得依表定點數加成19%。</p>	v	v			478 <u>521</u>
	急診診察費（按檢傷分類）					
00201B	檢傷分類第一級		v	v	v	1652
00202B	檢傷分類第二級		v	v	v	901
00203B	檢傷分類第三級		v	v	v	606
00204B	檢傷分類第四級		v	v	v	412 <u>449</u>
00225B	檢傷分類第五級		v	v	v	358 <u>390</u>

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
	<p>註：1.檢傷分類依行政院衛生署規定。</p> <p>2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。</p> <p>3.夜間（晚上十時至隔日早上六時） 加成50%、例假日（週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時） 加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。</p> <p>4.山地離島及符合行政院衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。</p> <p>5.兒童加成項目。</p> <p>6.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加成19%。</p> <p>7.內含護理費比率為32.04%，點數介於125點～529點。</p>					
	精神科門診診察費					
	—每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分（≤45）					
	1.醫院					
01018B	1) 處方交付特約藥局調劑		v	v	v	257 <u>280</u>
00178B	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	305 <u>332</u>
01019B	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	257 <u>280</u>
00179B	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	284 <u>310</u>
00180B	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	505 <u>550</u>
00181B	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	484 <u>528</u>
	2.基層診所					
01031C	1) 處方交付特約藥局調劑	v				318
00182C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				369
01032C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	v				318
00183C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				348
00184C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				569
00185C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				548

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
00186C	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分 (>45) 1) 處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	150 <u>164</u>
00187C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	200 <u>218</u>
00188C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	150 <u>164</u>
00189C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	180 <u>196</u>
00190C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	400 <u>436</u>
00191C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	380 <u>414</u>
	註：1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4.本項支付點數含護理費31-41點。 5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所（不含中醫診所及牙醫診所）之特約醫事服務機構申報。 6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日（不含二十五日），應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者（含二十五日），得以當月全月日數計。					
01021C	精神科急診診察費	v	v	v	v	505 <u>550</u>
	註：1.精神科急診定義及範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費48-67點。 3.夜間（晚上十時至隔日早上六時）加成50%、例假日（週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時）加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。 4.山地離島及符合行政院衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。 5.兒童加成項目。					
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	v	v	v	v	390 <u>425</u>
	註：1.限出生時2000公克以下的早產兒於二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.本支付點數含護理費49-65點。					

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
01024C	山地離島地區醫療報酬 —離島地區醫師巡迴醫療費（半天）	v	v	v	v	1000 <u>1090</u>
01027C	—山地離島地區護理人員巡迴醫療費（半天）	v	v	v	v	800 <u>872</u>
01033C	—山地離島地區藥事人員巡迴醫療費（半天）	v	v	v	v	800 <u>872</u>
01028C	—支援二、三、四級離島無醫師地區醫療費（一天）	v	v	v	v	2000 <u>2180</u>
	<p>註：1.山地離島地區巡迴醫療每位醫師、藥事人員及護理人員每月以八次為限，每次以半天為單位。</p> <p>2.申報 01024C 及 01028C 者，得另依規定申報醫療費。</p> <p>3.相關規定請依「全民健康保險申請山地離島地區醫療報酬作業須知」辦理。</p>					

第二節 住院診察費

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
02005B	住院會診費 註：1.本項會診費，除急診期間外，每一保險對象每次住院最多限申報五次。 2.急診處暫留床病患，以申報一次為限。		v	v	v	367 <u>409</u>
02006K	一般病床住院診察費（天）				v	353 <u>393</u>
02007A				v		333 <u>371</u>
02008B			v			300 <u>334</u>
	註：1.經濟病床及急性精神病床比照申報。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。					
02010B	燒傷病床住院診察費（天） 註：本項兒童加成方式：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百二十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之九十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之八十。		v	v	v	604 <u>673</u>
02011K	加護病床住院診察費（天）				v	805 <u>897</u>
02012A				v		724 <u>806</u>
02013B			v			643 <u>716</u>
	註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。					
02014K	隔離病床住院診察費（天）				v	373 <u>415</u>
02015A				v		348 <u>388</u>
02016B			v			307 <u>342</u>
	註：核醫病床得比照申報。					
02021K	慢性病床住院診察費（天）				v	353 <u>393</u>
02022A				v		333 <u>371</u>
02023B			v			300 <u>334</u>

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
02024B	高危險妊娠住院診察費 註： 適應症： 1. 妊娠 22 周至 32 周早產病患。 2. 40 歲（含）以上初產婦。 3. BMI \geq 35 之初產婦。 4. 嚴重妊娠高血壓。 5. 前置胎盤患者。 6. 多胞胎。 7. 胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者（IUGR）或胎盤功能異常者。 8. 妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病（NS,IgA,ESRD）、免疫性疾病（SLE）、血小板低下症。 9. 白血病。 10. 血友病（Coagulopathy）。 11. 愛滋病。 12. 產後大出血者。 13. 胎盤早期剝離。 14. 合併接受外科手術者。 15. 雙胞胎輸血症候群。		V	V	V	450 <u>501</u>

第三節 病房費

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
03001K	急性一般病床 (床/天) --病房費				v	537 <u>598</u>
03002A				v		478 <u>532</u>
03004B			v			457 <u>509</u>
03026K	--護理費				v	682 <u>730</u>
03027A				v		602 <u>644</u>
03029B			v			547 <u>585</u>
註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。						
03005K	經濟病床 (床/天) --病房費				v	302 <u>336</u>
03006A				v		271 <u>302</u>
03008B			v			232 <u>258</u>
03030K	--護理費				v	287 <u>307</u>
03031A				v		253 <u>271</u>
03033B			v			191 <u>204</u>
註：1.指每一病室設四床（不含四床）以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。						
03009K	嬰兒病床 (床/天) --病房費				v	1066 <u>1187</u>
03023A				v		972 <u>1083</u>
03024B			v			878 <u>978</u>

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
03034K	--護理費				V	1871
03035A				V		<u>2084</u> 1706
03036B			V			<u>1900</u> 1541
	註：1.指足月出生四個月內或早於三十五週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒（正常新生兒除外）因疾病而需特別觀察治療者，或因早產需要特別養育者，以入住時之年齡判定。 2.限無家屬照顧，二十四小時由醫護人員照顧者。 3.本項非兒童加成項目。 4.非註1之嬰兒住院者，以急性一般病床申報費用。					<u>1717</u>
03055K	精神急性一般病床（床/天） --病房費				V	537
03056A				V		<u>598</u> 478
03057B			V			<u>532</u> 457
03058K	--護理費				V	<u>509</u> 682
03059A				V		<u>730</u> 602
03060B			V			<u>644</u> 547
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					<u>585</u>
03061K	精神急性經濟病床（床/天） --病房費				V	302
03062A				V		<u>336</u> 271
03063B			V			<u>302</u> 232
03064K	--護理費				V	<u>258</u> 287
03065A				V		<u>307</u> 253
03066B			V			<u>271</u> 191
	註：1.指每一病室設四床（不含四床）以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					<u>204</u>

編號	診療項目	基層醫院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03067K	慢性病床 (床/天) --病房費				v	302 <u>336</u>
03068A				v		274 <u>302</u>
03069B			v			232 <u>258</u>
03070K	--護理費				v	274 <u>302</u>
03071A				v		239 <u>266</u>
03072B			v			180 <u>201</u>
03014A	精神科加護病床 (床/天) --病房費			v	v	1172 <u>1305</u>
03025B			v			1048 <u>1167</u>
03037A	--護理費			v	v	1758 <u>1958</u>
03039B			v			1572 <u>1751</u>
	註：指對急性或重症精神病患，無法以一般急性病房之人力與設施照護，需施以隔離治療及24小時密集監測之醫療床，其病房設施須先報經保險人核可後適用。					
03016B	燒傷病房 (床/天) --病房費		v	v	v	1119 <u>1246</u>
03040B	--護理費 註：指有隔離技術及加護病房設施並具有燒傷醫療計畫等特別整合以提供專門醫療燒傷之病房，其病房設施須先報經保險人核可適用。		v	v	v	1119 <u>1246</u>
03017A	燒傷加護病床 (床/天) --病房費			v	v	5831 <u>6495</u>
03041A	--護理費 註：1.指除具有燒傷病房之功能外，另有專業人員包括醫師、護理師(士)、營養師、復健師、社工師、呼吸治療師及心理治療師為特別燒傷醫療團隊的病房，其病房設施須先報經保險人核可後適用。 2. C.V.P.處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂點數內，不得另計。			v	v	8746 <u>9742</u>

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
	3.呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。 4.適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身20%，兒童大於10%；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身10%，兒童大於5%。 5.申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮表處理之彩色照片，以備審核。					
03018A	急診觀察床（床/天） --病房費			V	V	150 <u>167</u>
03019B			V			125 <u>139</u>
03042A	--護理費			V	V	150 <u>167</u>
03043B			V			125 <u>139</u>
	註：1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2.留置超過一日（二十四小時）者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。 3.僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。					
03020B	隔離病床（床/天） 1. 普通隔離病床 --病房費		V	V	V	862 <u>960</u>
03044B	- 護理費		V	V	V	862 <u>960</u>
03021B	2. 正壓隔離病床 --病房費		V	V	V	1786 <u>1989</u>
03045B	--護理費		V	V	V	1786 <u>1989</u>
	註：指對免疫缺乏之重症患者，具有保護免於受外界感染源侵犯之特殊設計之病床，其病房設施須先報經保險人核可後適用。					
03051B	3. 負壓隔離病床 --病房費		V	V	V	1786 <u>1989</u>
03052B	--護理費		V	V	V	1786 <u>1989</u>
	註：指對患有具傳染性疾病之病人，能夠不讓其病源體散布於社區或醫院內之特殊設計之病床。					

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
03053B	核醫病床 --病房費		v	v	v	2007 <u>2236</u>
03054B	--護理費 註：限行政院原子能委員會安全檢查及游離幅射測量合格之核醫病床申報		v	v	v	1786 <u>1989</u>
03022K	骨髓移植隔離病床（床/天） --病房費				v	4791 <u>5337</u>
03046K	--護理費 註：指具高效率過濾網(HEPA Filter)及水平層流無菌室（LAF）設備並需符合美國太空總署class 100 標準（每公升微塵粒子數不超過3.5個）之隔離病床，其病房設施須先報經保險人核可後適用。				v	7186 <u>8004</u>

編號	診療項目	丁	丙	乙	甲	支付點數
		級	級	級	級	
03010E	加護病床 ICU (床/天) --病房費				v	2560 <u>2852</u>
03011F				v		2160 <u>2406</u>
03012G			v			1560 <u>1738</u>
03047E	--護理費				v	3840 <u>4277</u>
03048F				v		3240 <u>3609</u>
03049G			v			2340 <u>2607</u>
<p>註：1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。 3.使用加護病床患者以下列為限： 1) 急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。 2) 急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。 3) 急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。 4) 手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。 5) 危急性不整脈（含心搏暫停後）患者。 6) 休克患者。 7) 嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。 8) 急性中毒性昏迷患者。 9) 肝硬化性肝昏迷患者。 10) 胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。 11) 腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。 12) 癲癇重積症患者。 13) 急性顱內壓增高危及生命者。 14) 急性腦幹病變者。 15) 敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。 16) 新生兒黃膽過高需換血者。 17) 出生體重低於1500公克之極度早產兒。 18) 其他危篤重症危及生命者。 4.入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出： 1) 血液動力學值穩定者（生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量．．）。 2) 脫離呼吸器。 3) 病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。 4) 合併症已穩定控制者。 5) 已脫離急性期不需加護醫療照護者。 6) 家屬要求自動出院者。</p>						

第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

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
04010A	院外適應治療 (天)			v	v	336
04011B			v			<u>366</u>
						288
						<u>314</u>

第六節 調劑

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫自親	藥事調劑				
05201A	門診藥事服務費 (醫院部分) —一般處方給藥 (7天以內)					v	v	50
05226B					v			<u>55</u>
05222A	—慢性病處方給藥13天以內					v	v	45
05227B					v			<u>49</u>
05205A	—慢性病處方給藥14-27天					v	v	50
05228B					v			<u>55</u>
05209A	—慢性病處方給藥28天以上					v	v	52
05229B					v			<u>57</u>
05213K	住院藥事服務費 (天) —非單一劑量處方						v	69
05214A						v		<u>75</u>
05215B	—單一劑量處方					v		64
05216K							v	<u>70</u>
05217A							v	46
05218B						v		<u>51</u>
								35
								<u>39</u>
								34
								<u>35</u>
								93
								<u>104</u>
								84
								<u>90</u>
								74
								<u>79</u>

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫自 師調 親劑	藥員 事調 人劑				
	<p>註：1.精神科日間住院病患申報藥事服務費，應以該病患實際日間住院治療之日數為限；至院外適應治療期間，不得再申報本項費用。</p> <p>2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。</p> <p>3.精神科日間住院病患及留置急診處暫留床病患不得申報單一劑量藥事服務費。</p>							
05219B	<p>放射性藥品處方之藥事服務費（天）</p> <p>註：凡設置核子醫學部或核醫科，使用放射性同位素（如口服I-131以及其他身體各部位之檢查所需之放射線製劑均屬之），且調劑藥師具有放射性物質操作執照，於核醫科特殊配製環境內調配，及申報本標準第二部第二章第一節第二十項核子醫學檢查一、「造影」所列項目（排除26009B甲狀腺刺激素試驗、26049B核子斷層檢查術、26074C碘-131癌症追蹤檢查-施打Thyrogen三項）時，得申報本項。</p>				V	V	V	202 <u>225</u>
05220A	<p>全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費（TPN）（天）</p> <p>註：限設有經「中華民國靜脈暨腸道營養學會」認定合格之「營養醫療小組」之特約醫院申報。</p>					V	V	328 <u>365</u>
05221A	<p>化學腫瘤藥品處方之藥事服務費（天）</p> <p>註：在層流工作檯內操作或調配之化學腫瘤藥品〈係指所有細胞毒（cytotoxic）藥品針劑、非單一劑量包裝之口服細胞毒藥品及生物毒藥品類等〉者得申報本項，惟不包括藥廠製造之一般口服或外用化學腫瘤等，無需在層流工作檯調配之成品製劑者。</p>					V	V	328 <u>365</u>

第二章 特定診療

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

第二項 物理治療 Physical Therapy (42001~42019)

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
42001A	簡單治療					
42002B	—簡單Simple		v	<u>y</u>	<u>y</u>	160 <u>140</u> <u>160</u>
42003C		v				95
42004A	—中度（指實施簡單治療項目二項以上，且合計時間超過30分鐘。）					
42005B			v	<u>y</u>	<u>y</u>	320 <u>280</u> <u>320</u>
42006C		v				190
	註：簡單治療項目					
	PTS1.牽引 Traction (Intermittent)					
	PTS 2.治療性冷\熱敷 Hot\cold pack					
	PTS 3.紅外線 Infrared					
	PTS 4.石蠟浴 Paraffin bath					
	PTS 5.超音波 Ultrasound					
	PTS 6.短波 Shortwave diathermy					
	PTS 7.微波 Microwave diathermy					
	PTS 8.向量干擾 Interferential therapy					
	PTS 9.經皮神經電刺激 TENS					
	PTS 10.超高頻 High frequency discharge					
	PTS 11.低能雷射治療 Low power laser					
	PTS 12.紫外線 Ultraviolet					
	PTS 13.磁場治療 Magnetic field therapy					
	PTS 14.循環治療 Circulator					
	PTS 15.其他經保險人核可者					
42007A	中度治療					
42008B	—中度Moderate		v	<u>y</u>	<u>y</u>	320 280 <u>320</u>
42017C		v				265
42009C		v				190
42010A						
42011B	—複雜（指實施中度治療項目三項以上，且合計時間超過50分鐘。）		v	<u>y</u>	<u>y</u>	480 420 <u>480</u>
42018C		v				400
42012C		v				290

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
	註：1.中度治療之治療內容代碼 PTM 1.肌肉電刺激 Muscle stimulation PTM 2.上肢水療 Hydrotherapy, U/E PTM 3.下肢水療 Hydrotherapy, L/E PTM 4.全身水療 Hydrotherapy, General PTM 5.被動性關節運動 Passive R.O.M. PTM 6.牽拉運動 Stretching Exs. PTM 7.運動治療 Therapeutic Exs. PTM 8.傾斜台訓練 Tilting table training PTM 9.肌力訓練 Strengthening Tx PTM 10.耐力訓練 Endurance training PTM 11.按摩 Massage PTM 12.鬆動術 Mobilization PTM 13.姿態訓練 Posture training (含步態訓練及姿勢訓練) PTM 14.其他經保險人核可者 2.42017C、42018C申報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醫師者申報資格如下： <u>(1) 復健科專科醫師開設之基層院所。</u> <u>(2) 聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方</u>					
42013A	複雜治療Complicated			≠	≠	600
42014B			v	v	v	525
42019C			v			<u>600</u>
42015C			v			500
	註：1.限復健專科醫師開具處方後，交由相關治療專業人員親自實施始可申報。 2.複雜治療項目 PTC 1.促進技術 Facilitation techniques PTC 2.平衡訓練 Balance training PTC 3.義肢訓練 Prosthesis training PTC 4.等速肌力訓練 Isokinetic training PTC 5.心肺功能訓練 Cardiopulmonary training PTC 6.行走訓練 Ambulation training PTC 7.其他經保險人核可者 3.42019C申報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醫師者申報資格如下： <u>(1) 復健科專科醫師開設之基層院所。</u> <u>(2) 聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方</u>					360

第三項 職能治療 Occupational Therapy (43001-43038)

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
43001A	簡單 Simple：指治療項目 1~2 項，合計治療時間未滿 30 分鐘之簡單治療。			✕	✕	160
43002B		v	y	y		140
43003C		v				<u>160</u> 95
43004A	中度 Moderate：指治療項目 2~3 項，合計治療時間超過 30 分鐘至 50 分鐘以內之中度治療。			✕	✕	320
43005B		v	y	y		280
43027C		v				<u>320</u> 265
43006C		v				190
43007A	中度-複雜：1.指治療項目三項（含）以上，合計治療時間三十分鐘以上之治療，且 2.必須包含下列二項（含）以上之治療項目（兒童病患從出生至滿十二歲以前不予限制）： OT 1、OT 3、OT 4、OT 5、OT 7、 OT 8、OT 9、OT 10、OT 11、OT 12。			✕	✕	480
43008B		v	y	y		420
43028C		v				<u>480</u> 400
43009C		v				290
43029A	複雜 Complicated：實施本項須符合於下列適應症及其項目規定： 1.成人中樞神經系統疾患（含外傷造成）： 須符合下列診斷代碼： ICD-9-CM：036、044-049、191、192、320-324、333、334、336、340-342、353、430-435、806、851-854、952、953 ICD-10-CM：A39、B20、C71、C72、G00-G09、G23、G11、G95、G35-G37、G81、G54、I60-I67、S14.1+S12.0-S12.6、S24.1+S22.0、S34.1+S22.0-S32.0、S06.2-S06.9、S12.0-S12.6、S22.0、S22.0-S32.0、S14.1、S24.1、S34.1、S14.2、S14.3、S24.2、S34.4 (1) 限因上述診斷住院期間及出院後六個月內。 (2) 治療項目三項（含）以上，合計治療時間三十分鐘以上。 (3) 必須包含下列二項（含）以上之治療項目： OT 1、OT 3、OT 4、OT 5、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11、OT 12。 2.兒童中樞神經系統疾患（含外傷造成及罕見疾病）： (1) 限從出生至滿十二歲以前。 (2) 治療項目三項（含）以上，合計治療時間三十分鐘以上。			✕	✕	600
43030B		v	y	y		525
43031C		v				<u>600</u> 500
43032C		v				360

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
	<p>3.外科手術患者（含骨骼、神經、肌肉、燒燙傷之疾患）： 須符合下列診斷代碼：</p> <p>ICD-9-CM：815、816、885-887、927、929、943-946、955</p> <p>ICD-10-CM：S62.3、S62.6、S68.0、S68.1、S68.4、S68.5、S68.6、 S68.7、S47、S57.0、S57.8、S67.0、S67.1、S67.2、S67.3、 S67.9、S77、T22-T25、S44</p> <p>(1) 限因上述診斷手術實施後三個月內。 (2) 治療項目三項（含）以上，合計治療時間三十分鐘以上。 (3) 必須包含下列二項（含）以上之治療項目： OT 2、OT 5、OT 6、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11。</p> <p>註：1.治療項目</p> <p>OT 1.姿態訓練 Posture training OT 2.被動性關節運動 Passive R.O.M. OT 3.坐站平衡訓練 Balance training OT 4.移位訓練 Moving training OT 5.日常生活訓練 ADL training OT 6.肌力訓練 Muscle strength training OT 7.運動知覺訓練 Motion - sensory training OT 8.上肢（下肢）功能訓練U/E or L/E function training OT 9.上肢（下肢）義肢功能訓練 Prosthesis function training U/E or L/E OT 10.手（足）功能訓練（Hand or foot function training） OT 11.協調訓練 Coordination training OT 12.知覺認知訓練 Cognitive training OT 13.團體治療 Group therapy OT 14.娛樂治療 Recreation therapy OT 15.活動治療 Activity therapy OT 16.減痙攣活動 Spasticity reduction motion OT 17.其他經保險人核可者</p> <p>2.43029A、43030B、43031C、43032C限復健專科醫師開具處 方後，交由相關治療專業人員親自實施始可申報。</p> <p>3.43027C、43028C、43031C申報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醫師者申報資格如下： <u>(1) 復健科專科醫師開設之基層院所。</u> <u>(2) 聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科（含 專任及支援）醫師所開立之處方</u></p>					

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

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
44001A 44002B 44003C	簡單Simple：指治療項目一項以上，合計治療時間未滿三十分鐘之簡單治療。		v	¥ ¥	¥ ¥	240 210 <u>240</u> 145
44004A 44005B 44011C 44006C	中度Moderate：指治療項目二項以上，合計治療時間三十分鐘至五十分鐘以內之中度治療。		v	¥ ¥	¥ ¥	320 280 <u>320</u> 265 190
44013A 44014B 44015C 44016C	中度-複雜： 1.指治療項目三項以上，合計治療時間三十分鐘以上之中度治療；若治療對象為十二歲(含)以下者，則無治療時間之限制。 2.需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。		v	¥ ¥	¥ ¥	480 420 <u>480</u> 400 290
44007A 44008B 44012C 44009C	複雜Complicated： 1.指治療項目四項以上，合計治療時間三十分鐘以上之複雜治療；若治療對象為十二歲(含)以下者，則無治療時間之限制。 2.個案需符合下列任一適應症，其診斷代碼如下： ICD-9-CM:- (1) 140-208、430-438、478.3、784.4、800-804、850-854，且限因上述診斷住院期間及出院後十二個月內。 (2) 299.0、343、389、315，且治療對象需為十二歲以下。 ICD-10-CM： (1) C00-C41、C43-C58、C60-C86、C88、C90-C96、C4A、C7A、C7B、D03、D45、J910、R180、G450-G468、I60-I69、J380、R49、S019、S021-S024、S026-S029、S060、S063-S066、S068-S069，且限因上述診斷住院期間及出院後十二個月內。 (2) F840、G80、H90-H91、F80-F82、F88、F89、H9325、F480，且治療對象需為十二歲以下。 3.需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。 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		v v	¥ ¥	¥ ¥	600 525 <u>600</u> 500 360

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
	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申報 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醫師者 申報資格如下： <u>(1) 復健科專科醫師開設之基層院所。</u> <u>(2) 聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科（含專任及支援）醫師所開立之處方</u>					

「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」

計畫給付項目及支付標準

第一章 呼吸器依賴患者全面納管

通則：

- 一、收案條件：呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器21天（含）以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為57001B（侵襲性呼吸輔助器使用）、57002B（負壓呼吸輔助器使用）或57023B（非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP），惟使用57023B之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用57001B或57002B後，因病情好轉改用57023B之呼吸器依賴患者；或居家照護階段，經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症（ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis。ICD-10-CM：G12.21）或先天性肌肉萎縮症（Congenital Muscular Dystrophy。ICD-10-CM：G71.2、G71.0）；或脊髓肌肉萎縮症（Spinal muscular atrophy；ICD-10-CM：G12.9），且領有重大傷病證明並符合附表9.5之收案標準者），再經本保險人分區業務組審查符合醫療必須使用呼吸器處置項目57023B（非侵襲性陽壓呼吸治療如 Bi-PAP，排除 Nasal PAP、CPAP）之呼吸器依賴患者。

註：呼吸器使用條件詳附表 9.1。

- 二、所有呼吸器依賴個案，自其連續使用呼吸器超過21天起，所有異動（轉入、轉出及結案狀況等），特約醫事服務機構應於5日（工作日）內上網登錄（含本計畫公告實施日前已開始使用呼吸器之所有個案），未於5日內登錄者，自登錄日起才支付費用，若登錄不實者，費用不予支付，惟不可歸責於醫院者，不在此限，並由原登錄不實或未登錄者扣回相關點數。
- 三、脫離呼吸器成功之病患應改依本計畫以外支付標準申報，脫離呼吸器成功之定義：脫離呼吸器 \geq 5日，5日中之第1日，若使用呼吸器小於6小時（不含），則當日可視為未使用呼吸器（得計算為5日之第1日）；惟連續中斷之第2~5日必需是完全沒有使用呼吸器才能視為脫離成功。

四、結案條件：

- (一) 脫離呼吸器成功。
- (二) 個案病危出院。
- (三) 個案死亡。
- (四) 個案轉出。

註：嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數。

五、病患不論是否於同一特約醫事服務機構之住院、出院、轉入轉出次數，多次入住慢性呼吸照護病房或一般病房（含經濟病床）之照護日數均採論病人歸戶累計計算。

六、收治呼吸器依賴患者之院所應積極協助病患嘗試脫離呼吸器，一般病房（含經濟病床）或慢性呼吸照護病房收治之個案，在本次呼吸器依賴期間，非曾依規定階段由上游病房下轉者，均應提出事前核備，否則費用不予支付，依規定提出事前核備經專業審查認定確為長期呼吸器依賴患者，後續轉至其他病房得免事前核備，惟病患送事前核備結果如有後續追蹤之必要（如後續病況緩和時可再次嘗試脫離呼吸器等），或經保險人分區業務組認定需加強審查者，應配合再次提出事前核備。

註：上游病房係指下列條件之一

- (一) 經保險人核准之亞急性呼吸照護病房。
- (二) 前述亞急性呼吸照護病房所屬醫療機構設立之加護病房。
- (三) 經保險人分區業務組依據 weaning rate 或 dependent rate 等條件認定之加護病房。

七、法定傳染病、燒傷病患或經疾病管制局感染控制措施規定建議入住隔離或特殊設備病房或罕見疾病病患得採核實申報醫療費用，惟仍需依本章通則二之規定辦理。

第二章 整合性照護

第一節 住院照護階段

通則：

一、符合下列（一）或（二）項條件者，需適用本節支付標準：

（一）事先報經保險人核准。

（二）收治符合呼吸器依賴病患定義之一般病床。

（三）17歲以上呼吸器依賴患者。若符合前二項條件惟未滿17歲需申請本支付標準者，可向保險人各分區業務組申請專案認定，若經同意應依本節通則規定申報醫療費用，未選擇依本章規定辦理者，當其滿17歲時，特約醫事服務機構應改依本章規定辦理。

註：年齡之認定採實際發生「費用年月」減「出生年月」計算，計算後取其「年」，若「月」為負值，則「年」減1，17歲以上係指前述計算結果大於等於17。

二、各階段特約醫事服務機構需符合行政院衛生署「醫療機構設置標準」，17歲以下患者選擇適用本節支付標準規定者，亦應符合上述設置標準，惟其中病床若符合醫療機構設置標準嬰兒床或兒科病床之規定者，視同符合規定。

三、本計畫鼓勵組成整合性照護系統（IDS, Integrated Delivery System），提供包括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房各階段照護；各照護階段之支付標準及規定如附表9.3及9.4，其中亞急性呼吸照護病房及慢性呼吸照護病房階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行血液透析（58001C）、腹膜透析（58002C）（含透析液及特材）、連續性可攜帶式腹膜透析（58009B-58012B、58017C、58028C）（含透析液）、氣管切開造口術（56003C）、緊急手術、施行安寧療護共同照護費（P4401B-P4403B）及緩和醫療家庭諮詢費（02020B）外，不得申報其他費用。

四、經醫生診斷為 Myasthenia gravis (重症肌無力症, ICD-10-CM: G70.00;G70.01) 且領有重大傷病證明者, 經神經內科專科醫師認定, 需進行血漿交換術或輸血治療之病人, 除依通則三規定及申報血液灌洗 (58003C-58006C)、連續性動靜脈血液過濾術 (58007C)、血漿置換術 (58008C)、腹水移除透析 (58013C)、連續性全靜脈血液過濾術 (每日) (58014C)、血小板分離術 (58015C)、二重過濾血漿置換療法 (58016C)、連續性全靜脈血液過濾透析術 (每三日) (58018C)、緩慢低效率每日血液透析過濾治療 (58030B)、輸血費 (93001-93023)、輸血技術費 (94001-94005)、抗感染安全尖端導管 (CPC03A4703AR、CPC03A5123AR) 等項目外, 不得申報其他費用。

五、所有個案皆需依階段下轉 (STEP DOWN CARE) 之原則辦理, 各階段若未依病情及本節通則規定入住, 則依下階段或適宜入住階段之費用支付, 並累計各階段照護日數:

(一)「加護病房階段」: 除符合延長加護病房照護之狀況者外, 照護日數最長為21天, 主治醫師須隨時依患者病情判斷下轉, 嘗試進行呼吸器脫離。

1. 應下轉而未下轉者, 自應下轉日起每日醫療支付點數核扣標準如下:

- (1) 醫學中心每日核扣6,710點
- (2) 區域醫院每日核扣5,810點
- (3) 地區教學醫院每日核扣3,750點
- (4) 地區醫院每日核扣2,960點

2. 以上「應下轉而未下轉之部分」住院日數應累計於其應下轉之階段, 第1日至42日累計於亞急性呼吸照護病房, 亞急性呼吸照護病房累計超過42天部分累計於慢性呼吸照護病房。

(二)「亞急性呼吸照護病房階段」:

1. 照護日數最長為42天 (含嘗試脫離期間), 未依患者病情及本規定下轉, 自應下轉日起醫療支付點數以慢性呼吸照護病房或適宜入住階段標準支付。

2. 加護病房下轉至本階段個案，若下轉後合計使用呼吸器日數未達呼吸器依賴患者定義即脫離成功、轉出或死亡（含自動出院）者，其於本階段之支付點數仍按本階段支付標準支付。
3. 亞急性呼吸照護病房合計醫療服務點數大於定額時，除定額外，得加計申報『「合計醫療服務點數」減「定額」』之三分之一。

（三）「慢性呼吸照護病房階段」：支付標準及規定如附表9.3。

六、呼吸器依賴個案於嘗試脫離呼吸器期間若仍住在亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房，得按亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房支付標準申報，嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數，呼吸器脫離成功者，即應轉出至一般病房。

七、因亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房滿床得轉至一般病房，採論量計酬並以病患適宜入住階段之費用為上限支付，餘應按本節支付標準規定入住各階段病房，病患俟後由一般病房再回轉至慢性呼吸照護病房、亞急性呼吸照護病房者，應累計其使用呼吸器之照護日數。

八、本整合性照護凡轉入各階段之日，不論何時，均作一天論，轉出該階段或出院之日，不論何時，其當日不予計算支付點數。

第二節 居家照護階段

通則：

一、適用本節之支付標準需事先報經保險人核准。

二、收案條件須符合下列（一）或（二）項條件：

（一）呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器21天（含）以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為57001B（侵襲性呼吸輔助器使用）、57002B（負壓呼吸輔助器使用）或57023B（非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP），惟使用57023B之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用57001B或57002B後，因病情好轉改用57023B之呼吸器依賴患者。

（二）經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症（ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis。ICD-10-CM：G12.21）或先天性肌肉萎縮症（Congenital Muscular Dystrophy。ICD-10-CM：G71.2、G71.0）或脊髓肌肉萎縮症（Spinal muscular atrophy。ICD-10-CM：G12.9），且領有重大傷病證明並符合附表9.5之收案標準者；病患經專業審查同意收案後，每年評估1次，3年以後除有特殊理由，原則不再評估。

三、特約醫事服務機構需按附表9.2辦理並向當地衛生主管機關核備。

四、符合本節收案條件之患者，因病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房時，視同符合住院照護階段收案條件，並適用本計畫第二章第一節相關規定。

五、支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4 本階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行安寧居家照護外，不得申報其他費用。

六、呼吸器依賴個案若係由醫院轉回家中或健保特約之一般護理之家照護者，只需依規定上網登錄，惟若所收個案非由醫院轉回居家或護理之家，則應由醫師評估其使用呼吸器之必要性，並檢具評估報告，送保險人分區業務組審查同意後上網登錄。未依規定辦理者，醫療費用不予支付。

附表 9.1

臨床上使用呼吸器的目的如下：

一、生理上的目的：

- (一) 支持肺氣體交換
- (二) 藉減輕呼吸肌肉負擔而降低呼吸功率

二、臨床上的目的

- (一) 矯正低血氧症
- (二) 矯正急性呼吸性酸血症
- (三) 緩解呼吸窘迫
- (四) 避免或矯正肺塌陷
- (五) 矯正通氣肌肉疲乏
- (六) 允許使用鎮定劑或肌肉鬆弛劑

基於以上的目的，使用呼吸器最主要的適應症就是急性呼吸衰竭，而急性呼吸衰竭的臨床表現可以是無法獲得足夠動脈氧氣濃度或維持足夠的肺泡換氣量或兩者皆有。因此，使用呼吸器的臨床認定條件應為如下：

一、呼吸停止。

二、急性通氣衰竭（ PaCO_2 上升，且大於 55mmHg，伴隨酸血症， $\text{pH} < 7.20$ ）。

三、即將急性通氣衰竭：如每分鐘呼吸次數 > 35 次、自發性通氣量太小、呼吸驅動力不穩定、呼吸肌收縮力或耐力不足等。

四、嚴重低血氧症。

附表 9.2

全民健康保險呼吸照護---居家照護設置基準	
人員	設置標準
(一) 醫師	由胸腔專科醫師或重症專科醫師或內科專科醫師至少一名(專任或兼任),可提供每位病患至少每二個月一次,每次至少一小時之訪視。
(二) 呼吸治療人員	由呼吸治療人員(專任或兼任,唯月個案數逾30名時,應至少有一名專任),可提供每位病患每個月至少二次,每次至少一小時之訪視。
(三) 護理人員	至少一名專責訪視護理人員,可提供每位病患每個月至少二次,每次至少二小時之訪視。若每名專責訪視護理人員每月訪視超過四十五次後,則需增加一名。
(四) 個案管理人員	由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社會工作人員擔任(專任或兼任)。
(五) 其他人員	需要時得設置物理治療人員、職能治療人員、臨床心理師及社會工作人員。
備註： 1、本項居家照護應由醫師指導之團隊提供服務。 2、呼吸治療人員依呼吸治療師法規定辦理，並具有二年(含)以上臨床呼吸治療工作經驗者(不含六個月受訓期間)。 3、專責訪視護理人員至少一名具備二年以上內外科臨床經驗。 4、呼吸治療人員及個案管理人員之兼任，以同一院內人員為限。	

附表 9.3

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
加護病房 (照護日 數≤21日)	急性呼吸 衰竭期		論量計酬	<p>一、患者符合以下狀況，得延長加護病房照護，每次以7日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各器官系統呈現不穩定狀況： 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 肝衰竭表現者。 大量胃腸出血者（指仍觀察是否須外科治療者）。 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度（FIO₂）≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cmH₂O 仍無法維持 aO₂（SpO₂）≥90%或 PaO₂≥60mmHg. <p>二、各器官衰竭狀態已獲得控制時，應下轉亞急性呼吸照護病床積極脫離呼吸器。</p> <p>三、不同醫院之加護病房轉介，依下列原則辦理：</p> <ol style="list-style-type: none"> 同層級間轉介，照護日數累計。 高層級轉低層級，照護日數累計。 低層級轉高層級，照護日數不累計。 以上「層級」係指「特約類別」。
亞急性呼吸照護病床 (照護日 數≤42日)	呼吸器長期患者 (積極嘗試脫離呼吸器患者)	<p>醫學中心</p> <p>P1005K</p> <p>P1006K</p> <p>區域醫院</p> <p>P1007A</p> <p>P1008A</p>	<p>論日計酬：</p> <p>第 1-21 天： 10,140 點/日/人</p> <p>第 22-42 天： 7,610 點/日/人</p> <p>第 1-21 天： 9,200 點/日/人</p> <p>第 22-42 天： 6,910 點/日/人</p>	<p>一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各器官系統呈現不穩定狀況： 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 肝衰竭表現者。 大量胃腸出血者（指仍觀察是否須外科治療者）。 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度（FIO₂）≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cmH₂O 仍無法維持 aO₂

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				<p>(SpO₂) ≥ 90%或 PaO₂ ≥ 60mmHg.</p> <p>二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應依患者病情下轉適當之照護階段，下轉亞急性呼吸照護病床者，累計回轉前亞急性呼吸照護病床之照護日數。</p> <p>三、病況若不適合積極嘗試脫離呼吸器者，不應轉入亞急性呼吸照護病床。</p> <p>四、專業認定未積極嘗試脫離且無其他醫學上特殊理由之亞急性呼吸照護病床病患，以下一階段慢性呼吸照護病房費用給付。</p> <p>五、本階段病患若有醫學上理由認定無須嘗試脫離呼吸器時，改以慢性呼吸照護病房費用支付。</p>
慢性呼吸照護病房	呼吸器依賴患者 (經判斷不易脫離呼吸器者)	P1011C P1012C	論日計酬： 第 1-90 天： 4,349 點/日/人 第 91 天以後： 3,589 點/日/人	<p>一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各器官系統呈現不穩定狀況： 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 肝衰竭表現者。 大量胃腸出血者（指仍觀察是否須外科治療者）。 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度（FIO₂） ≥ 40%且吐氣末端陽壓 PEEP ≥ 10cmH₂O 仍無法維持 aO₂（SpO₂） ≥ 90%或 PaO₂ ≥ 60mmHg. <p>二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應回慢性呼吸照護病房，並累計回轉前慢性呼吸照護病房之照護日數。</p> <p>三、本階段申報項目，需依病患入住慢性呼吸照護病房或一般病房（含經濟病床）之照護日數累計計算。</p> <p>四、「本階段審查原則：依據全民健康保險醫療費用審查注意事項審查原則辦理」。</p>

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
居家照護	呼吸器依賴患者 (經判斷不易脫離呼吸器者)	P1015C P1016C	論日計酬： 900 點/日/人 310 點/日/人	<p>一、患者符合以下狀況得轉居家照護：</p> <ol style="list-style-type: none"> 病人與呼吸器配合良好，且呼吸器設定如下： <ol style="list-style-type: none"> 使用穩定的換氣方式。 氧氣濃度$\leq 40\%$。 呼吸道最高壓力變化不超過10cm H₂O。 吐氣末端陽壓（PEEP）≤ 5 cm H₂O。 不需調整吸氣靈敏度。 每日有穩定的脫離時間（<18小時）或完全無法脫離。 病人在使用呼吸器時，完全沒有呼吸困難的感覺。 動脈血液氣體分析與酸鹼值均在合理的範圍（PaO₂≥ 55mmHg，PaCO₂≤ 55mmHg，pH：7.30 -7.50）。 電解值在正常範圍內。 心臟功能正常，且無威脅生命的心律不整出現。 甲狀腺、肝、腎功能正常，中樞神經系統功能穩定。 適當的營養狀態（Albumin≥ 3 gm%）。 無急性發炎狀態（體溫不超過38.5 C，白血球不超過10000/mm³）。 <p>二、支付點數含下列各項費用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 居家呼吸照護小組各類人員訪視費：呼吸治療專業人員訪視次數每一個案每月至少二次。 護理師訪視次數每一個案每月至少二次。 醫師訪視次數每一個案每二個月至少一次。 治療處置費。 治療材料費：含居家呼吸照護治療處置時所需治療材料之使用或更換。 設備供應費：含居家呼吸照護所需一切設備及附件之供應。 設備維修費用。 <p>三、收案時，個案已自備呼吸器等設備，以P1016C（支付點數含備註二-1、2、3、5）申報。</p> <p>四、上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險特約醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。</p> <p>五、應確實記載訪視個案之訪視紀錄，訪視</p>

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				<p>時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章，未記載訪視紀錄者，予以核扣訪視醫療費用，首次申報費用應檢附訪視記錄。</p> <p>六、申請本項給付者，不得再申請本保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護之支付。</p> <p>七、患者得依病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房，回轉加護病房者須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準加護病床使用適應症，不符合適應症而回轉者，以 P1012C 支付。</p> <p>八、回轉加護病房照護者，病情好轉，應回第三階段或第四階段，回第三階段者，以 P1012C 支付。</p>

附表 9.4

項目名稱	編號	支付點數
醫學中心亞急性呼吸照護病房病床費/天	03012GA	1,560
醫學中心亞急性呼吸照護病房護理費/天	03049GA	2,340
區域醫院亞急性呼吸照護病房病床費/天	03013HA	1,160
區域醫院亞急性呼吸照護病房護理費/天	03050HA	1,740
慢性呼吸照護病房病床費/天	03003BA	395
慢性呼吸照護病房護理費/天	03028BA	441
呼吸治療人員訪視	05303CA	970
居家使用呼吸器/天	54007C1	590

註:本表所訂點數已含於定額內，申報費用時，應填報項目編號、名稱、數量及金額，醫令類別填 4，本表未列者，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準其他章節規定辦理。

附表 9.5

收案標準

一、居家個案須符合下列各項生理指標之審查規定：

- (一) PCO₂ exceeds 50 mm Hg or when hemoglobin saturation remains < 92% while awake.
- (二) FVC < 50% predicted or Pimax less than 60 cm H₂O: Upright and supine position examination , history and examination every three months.
- (三) PaCO₂ > 45mmHg, with morning headache, abdomen paradox, and orthopnea
- (四) Sleep oximetry demonstrates oxygen saturation less than or equal to 88% for at least five continuous minutes, done while breathing the member's usual FIO₂.

二、17 歲以下（含）患者得依下列規定審查：

- (一) daytime hypercapnia (PCO₂>50mmHg) .
- (二) sleep hypoventilation (PCO₂ > 50 mm Hg) accompanied by oxyhemoglobin desaturation \leq 92% or a history of recurrent hospitalization for pneumonia or atelectasis.

105 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 2 次臨時會與會人員發言實錄

前言

主席

大家午安，今天召開今年度共擬會議第二次臨時會，現在人數已過半就正式開始，先請代表參閱前次會議紀錄，請翻第 2 頁至第 5 頁，請問各代表有意見嗎？好，謝謝，如果沒意見，請翻到第 6 頁決議事項辦理情形追蹤，請同仁說明。

謝代表武吉

不好意思，因為我們都從南部上來，要是太晚結束回家都八、九點了，拜託一下。

主席

好，我們也希望要有效率討論，來，請進行上次會議決議事項辦理情形追蹤。

李科員筱婷

各位代表長官好，這次辦理情形追蹤表共 6 案，分別為序號 1 進行成本分析方式向醫療院所以進行全面成本分析調查，以及序號 6，應用 105 年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案，因提至本次會議，所以解除列管。

序號 3、4、5 為修訂 ICD-10-CM/PCS 編碼案、急診品質提升方案及增列急診相關支付標準案與修訂居家醫療照護整合照護案，因均依程序辦理預告或報部等相關行政作業，所以解除列管。

最後序號 2，105 年實施 1,660 項 DRG 案，其辦理情形為 1. 基本診療章加成經報部核定採原加成方式。2. 實施日期待衛福部正式公告後，建議解除列管以上。謝謝！

主席

謝謝！追蹤處理情形，代表有意見嗎？來，請滕代表。

滕代表西華

我建議繼續列管序號 2。原因有 2 個，第 1 個是部分醫院對加成是有意見；第 2 個理由是健保會有委員提案 DRG 實施日期一直有疑

慮，我們不知道是什麼時候，所以等衛福部公告實施後，再解除列管。

羅代表永達

上次開完會後，醫院協會有集體協商，基於整體和諧做很多共識，所以覺得加成應臨時提案部分，後來醫院協會開會結果，我們決定不提臨時提案，所以剛滕代表提的這兩個因素，第一個因素醫院協會是支持的，有關於加成部分，今天不提臨時提案。

主席

所以加成部分就照部長核定辦理，至於實施日期，今天正好部裡已經公告，我們也是中午以後才收到公文，公告稿寫 3 月 1 號實施，所以這項應該可以解除列管？謝謝！其他代表對於辦理情形追蹤還有意見嗎？

朱代表益宏

印一下公告，發一份給我們參考。

黃代表雪鈴

我想提一下是 DRG 如果確定在 3 月 1 號實施，醫學中心部分是沒辦法配合，現在還在 try ICD-10 第一版、第二版，DRG 跟妳們單機版編碼一模一樣，但 VPN 還是過不去，未來還有很多虛擬碼的定義都還沒公告，DRG 分類衝擊最多就是醫學中心，有些案子在區域、地區醫院不會發生，醫學中心就會發生這種特殊 DRG，上次會議明明說是 1 月或 7 月實施，公告和我們會議決議差異很大，所以馬上公告 3 月 1 號實施，醫學中心真的沒辦法應付這樣一個措施。

主席

好，現在進行上次會議追蹤說明，追蹤事項是說部公告否，現在追蹤結果正好今日中午已公告；至於代表對於這件事有意見，是否請代表用提案的方式提出討論，不然現在是直接單獨討論這個提案，會影響原訂今天要討論之提案。

林代表淑霞

主席，我們必須很慎重 follow 這件事；第一點，本會會議的功能決議到底是否有效？必須請你澄清，會議決追蹤事項紀錄明明記載很清楚，實施日期甲案是 1 月 1 號，乙案是 7 月 1 號，為何冒出來 3 月 1 日？第二點在上禮拜（1 月 22 日）衛福部的健保委員會，

醫界聯署提臨時動議請貴署能說清楚到底是哪天，當天黃署長表達的不知有 3 月 1 號，他尚未接到這個指示，因此醫界就未討論臨時案，如此看起來政府簡直已無誠信可言，包括於行政程序到底本會的決議是算什麼？第三點，我也要 follow 醫學中心，目前單就 ICD10 導入整個線上系統問題已經很多！比對驗證發現貴署 VPN 程式不但會張冠李戴，例如明明是自然生產程式跑出來是剖腹生產，已嚴重影響整個疾病的統計分類以及支付標準的錯誤，真的一團亂！我剛剛 delay，也是因為本院內部都還在為程式做調整，而且這是全國都產生相同的錯亂問題，醫中剛剛也提了許多技術上的問題！醫護人員在線上都已經人仰馬翻，而且又快要過年了，難道你們不能讓我們過個好年嗎？真的是一個很嚴重的問題，於此向貴署表達最嚴厲的抗議！再者如此不尊重本委員會，3 月 1 號硬要公告實施令人髮指！

主席

好，請，干代表。

干代表文男

我也呼應他們提的，因為上次委員會，他們有提出來，整個委員會也同意說，請你們去溝通，把這時間延後，畢竟作業上的處理可能來不及，所以大家都同意跟部裡面溝通，什麼時候實施。當然那時候一個是講 1 月，一個是 7 月；但不管是 1 月、7 月，既然已經發生，也發現這問題，他們的意見，我們也應尊重；如果說急促的實施，很多的設施，還有標準或是怎麼樣，可能造成他們的不便，我也希望署裡面慎重考慮，是否再延一個月、兩個月，或是按照 7 月 1 號，這樣比較妥適。謝謝。

主席

謝謝，干代表。其他還有意見嗎？請，羅代表。

羅代表永達

因為醫學中心、區域表達說他們做不到，地區本來也做不太到；我只是想請問主席，這會議裡面本身不是一個技術性的會，還是這是一個可以決策政策性的會議？因為現在目前很顯然都是屬於技術性干擾，就是我們做不到，不是我們不想做；我說實在話，我們今天出來之前，我們醫院也在測試那個版，也是真的有問題，剛剛淑霞也是同樣問題。我們都一直以為是我們醫院的問題，結果發現是大家共同的問題！這種技術性問題裡面，我覺得署裡面應該慎重地

去考量！否則萬一真的實施，造成天下大亂的時候，我講一句難聽的話，部長沒有辦法負政治責任！因為他快要下了，可是問題是我們怎麼辦？我想這是個很嚴肅的問題。

主席

好，謝謝，當初共擬會議對實施時間之決議是沒有達成共識，所以以 1 月跟 7 月兩案併呈，請部長裁示，部長決議後我們據以執行。事實上，各位在上次健保會的時候，我們也尚未看到公告稿，所以也不知道；今天中午請同仁去 check 才看到公告稿，我跟你們一樣，也是現在才看到。所以如果大家對公告實施日期有意見或需要的話可以提案，我們可以另外再找個時間，或者用怎麼樣的形式，針對這事情，再來討論，請問大家的想法如何？現在是會議紀錄的追蹤，不是提案討論，所以請就會議紀錄的追蹤部分，請問各位代表還有其他意見嗎？好，謝謝。沒意見的話，就進到報告事項，請宣讀。

報告事項

第一案

案由：現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案。

主席

好，謝謝，這案是在去年臨時會議中，應該是醫院代表提出來，希望能夠針對現有的支付項目進行成本調查；後來醫院協會在 10 月底提出 10 項，醫管組也提出 10 項，以進行全面的成本調查。但因為牽扯到的院所家數很多，所以做一個報告案。請問大家有意見嗎？來，請。

滕代表西華

主席好，謝謝，我有兩點請教，對不起，沒有讀很細，所以就再勞煩說明。

在醫院協會提出來的版本，跟健保署提出來的版本上面，有沒有金額上的差別？這些金額是不是還是都維持在原本服務成本指數改變率的這個 91.6 億跟 22.9 億裡面，這是第一點。

第二點，這一次當然難得醫院協會也把三個醫院層級都整合(朱代表益宏：這個沒有要討論)，真的嗎？現在不是在第一案嗎？(朱代表益宏：不是，那是下一案)好，對不起，非常抱歉。

主席

滕代表，我們還在報告事項這案，只有一個報告案。好，請問大家有意見嗎？基層這邊沒有問題吧？

滕代表西華

報告案我還是有意見，不好意思，可能是我不太瞭解，在資料的第6頁，因為第6頁後面其他的表格裡面也有提到類似的，所以我請教一下，就是在第6頁填表說明的第3、4點，我們在第4點每人平均全年實際上班時數的說明，是指醫院醫師不扣除自行特休假或教學，是扣除還是不扣除？這個語意上我有點不太理解。假設不扣除，那你的薪資裡面就應該是有包含教學研究薪資，對不對？就是薪資計算的加級，如果他教學研究的上班時數是內含(不扣除)，那他平均薪資的計算，特別是在教學醫院部分是不是有含這個數字？好，因為後面第9頁也有類似的。

主席

謝謝，等一下請醫管組說明，還有意見嗎？請，何代表。

何代表語

雖然你在其他的部分有非醫療設備折舊與醫療設備折舊費用的部分，還有維修費用、房屋折舊、醫療設備折舊、非醫療設備折舊以及百分比的計算，我們很不瞭解的就是說，你是依據市價來折舊，還是以公定價格來折舊？

主席

Y、Z、X 這個是怎麼算？還有意見嗎？好，沒有意見，醫管組請就成本分析表說明，其中實際上班時數確實是不扣除嗎？

龐組長一鳴

對，有包含特休假。因為休假是法定有的，所以是有含在人事成本裡面。

主席

因為X、Y、Z 其實是用一個平均數的作為參數，該平均數係基於樣本統計結果。

陳副組長玉敏

這部分是屬於間接成本，它是用一個比例去估算。

何代表語

你這個房屋折舊、醫療設備折舊很抽象，房屋折舊除非是用扣稅的公定地價、公定房屋稅才有那個標準，你是不是以那個房屋稅的成本來計算？還是你要以市價來算？那市價又沒有標準阿，所以我認為這裡應該是以稅單上的價值為標準，每年稅單上的價值，以這個房屋稅的成本價格多少來算才對，這樣才有依據呀！不然他亂寫，我這個房子房屋稅上可能剩下一坪 10 萬塊，他說我們市價是 100 萬。

龐組長一鳴

房屋折舊後面有說明可參考，在第 10 頁，設備是在第 9 頁。

主席

何代表請看第 9 頁醫療設備折舊費用，第 11 頁有說明是實際取得的金額。

滕代表西華

實際取得的金額可能不準，如果是關係人交易可能比較高。

龐組長一鳴

這很複雜，有的醫院是取自於殖民政權、教會或是現在蓋的、由學校撥款或者他人捐贈等。但其實這表是從前已經用過且實施的表，之前調查範圍較小，這次調查範圍較大，重點在於透過調查綜合回收的數據，其解釋力的問題，基本上我們是相信由各醫療院所填報的資料來處理這件事情。另外填表說明在後面，麻煩請參考。

主席

好，填表說明在第 9 頁到第 10 頁，大家有意見嗎？

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

醫師公會對於要我們彙整的資料覺得很難，家數那麼多，你幫幫忙，這樣多院所他們還可以處理，我們要彙整真的非常難，我們不知道從何下手？謝謝。

龐組長一鳴

好，我們請各業務組彙整。

主席

好，大家還有意見嗎？基層醫療院所的家數幾千多家，兩個都是五千多家，其實滿多的。好，大家有意見嗎？來，請。

千代表文男

剛才談到其他的這個 X、Y、Z 三項很抽象，是不是有一個比較好的數據讓我們幾個消費者代表更清楚，不然如果看文字上的敘述，到最後面還是重複在算，是不是有數據。這個是單項，最後面總和的時候還是重新再 RUN 一遍，加上管理費這些成本，所以是不是能夠比較正確的給我們一個數據，可以不可以？龐組長比較辛苦啦。

主席

對，其實就是要給大家提出各項之成本數據，經過成本資料的蒐集，然後加總、平均計算之後所得出之數據，再跟現有的支付點數做比較，看看偏高或偏低？這樣才可回應醫院代表所說，現行支付點數是否合理？所以目的是驗證這件事，因此才會說先各選幾項試試，事實上才幾項就已經牽扯到這麼多家院所，所以可能就是先試試看。

羅代表永達

會上這個數字跟那兩位委員報告，其實這個數字到最後算起來都很小，因為他處理的母數很大，所以影響不會很大，那為什麼必須要做？就像我們這次在調支付標準的時候，所有的醫界大家都傻眼，不曉得怎麼調，你不管調哪一科都有問題，所以後來我們那時候去報告謝文輝前理事長，謝代表他提出一個概念就是說，我們有沒有辦法把我們現行的支付標準全部到底差多少？用幾個東西先做出來，然後把它擴大，擴大完就知道說我們現在的數字跟實際數字差最多的，比如說現在算起來他要 1 萬塊，可是我現在給付就 5 千，差了百分之一百，將來如果說假設健保會也好，或者我們有其他預算的時候，我們就優先把那個差最多的東西，大家都沒有爭議嘛，大家都算過的，這些就優先調。否則我們現在沒有數據情況下，你給我 100 億，我也不知道怎麼調，調小兒科婦產科叫，調婦產科外科叫，全部都加又不夠錢，我們真的不曉得怎麼辦，那至少我們將來會有一個標準，差最多的優先填，這是我們當時基本的概念，然後這些裡面，因為上次署裡面所提出來這些相關的數字，已經有很多類似這樣案子，譬如最近所有的支付標準裡面都用這樣的方式去做了嘛，所以他已經有這樣子經驗，所以剛醫界都沒有意見的原因是他們其實已經這樣做過。不過這次因為擴大到底執行上會有什麼問題，的確是一個很大的挑戰。不過假設沒有這樣開始的話，我們永遠要調

支付標準都會有問題，我想這是我們上次提這個案子一個很重要的因素，以上。

干代表文男

我是希望說，因為這個用這個代碼我們不清楚，如果用數據的話我們就比較清楚。算出來我們知道說，這個是怎麼樣，你這個代碼我們根本不懂啊。

主席

干代表，現在還沒有開始算，如果你覺得那個代碼看不懂，第3頁這裡頭有代碼跟代表之意義對照表。還有第4頁也有代碼跟中文名字，現在就是這20項要做成本分析，所以先試試看，看是否能蒐集到足夠的樣本來計算平均成本。

何代表語

主席我請問一下，這管理費的百分比有固定嗎？因為你現在經濟部跟勞動部給的管理費都完全不一樣，你政府每個部會給的管理費的百分比都不會一致。

主席

這個有！以前有一個作業管理費的固定率，但我們這次還是先蒐集 raw data，自己作業管理費多少就填多少，最後再看 sum 起來，跟上次做 RBRVS 的結果是否一樣。好，大家還有意見嗎？

謝代表武吉

我是感覺上健保署這次這麼用心的在分析這些東西是非常好的現象，我建議第9頁第一大項的第4項「退休金」要多兩個字，要寫「退休準備金」。

主席

好，謝謝，還有其他意見嗎？好，我們再做文字修正。

干代表文男

事實上這個「退休準備金」也不一定全對，他轉職的時候他就還沒有達到退休，這是退休準備提撥6%，用「提撥」可以啦，告知各位醫院的代表，這個6%是最少的喔，你可以提12%也沒有人反對。

滕代表西華

反正法定就 6%嘛。

主席

退休金後面，括弧含勞退退休提撥金，好嗎？好，其他還有意見嗎？沒有，這案是報告案，只是讓大家知道有這件事情，我們稍微交換意見，什麼時候可以提供這些資料？大家可以提供給我們的時間應該訂在哪裡比較恰當？因為現在發文，如果我們訂一個時間大家覺得不滿意，我們也覺得麻煩，是否請大家有共識說幾個月內，可以提供資料，我們再發文。

羅代表永達

我想這個目前沒有這麼急啦，因為馬上就要過年了，那是不是允許我們拿回醫院協會，醫院這部份我們會給署裡面一個時間，現在我們沒有一個代表敢回答這個問題，我們會盡快回復。至於基層，就基層那邊去決定。

滕代表西華

總額協商以前啦

主席

問題是九月，我們不會馬上就統計出來，統計出來可能都已經協商完。

羅代表永達

我想，我們瞭解這個的急迫性，但是現在沒有一個代表敢在這個時候回答，所以就讓我們拿回去討論，因為我們事前不曉得要在這個時候要回答這個問題啊，好不好？

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

新政府上來的時候提出來就好了啦。

主席

好，你們覺得什麼時候可以提，就什麼時候提，我們沒有意見。

羅代表永達

我們盡快，我們會把它帶回去，好不好？

主席

基層什麼時候可以？你們什麼時候可以把每一家診所的成本告訴我們？

陳代表宗獻

一年。

主席

一年？基層說要一年，醫院呢？你們要再考慮嗎？

羅代表永達

我們會盡快開會跟署裡面報告，好不好？

千代表文男

主席，一年就一年，我們不反對啦！因為這個週期比較嚴謹，時間要比較長。那當中就不要講一些有的沒的，每次開會都在爭，吵來吵去沒意義！一年後就算不是代表也有別人會去守啦，不用怕健保署去袒護他們。

主席

大家覺得一年，我們就一年，我們從善如流。

陳代表宗獻

這個時間(一年)是在這中間必須要溝通！比如說，這裡面有很多的院所，是一個醫師一個診所，往往會有些不一定必要的思考，比如說，稅捐，被抽問到，會擔心那個答覆中間有沒有矛盾，可能會怎麼樣啦…這個很多。

主席

這是成本，與稅捐無關。

陳代表宗獻

這個無關，那填具報表也必須要教育啦！真的需要告訴他們這怎麼弄！而不是丟給醫生一個文件，就請他填一填，沒有那麼容易。

主席

沒有那麼嚴重！因為只有做這幾個項目的成本。填報時間大家如果覺得需要一年，就訂一年！就是到明年的一月底。

陳代表宗獻

總有一天會到啦。

主席

對，總有一天會到。

龐組長一鳴

陳醫師，是否需要我們開說明會辦教育訓練？

主席

應該要，各分區業務組會跟大家做成本分析資料填報說明會。

朱代表益宏

說明會是必要啦！因為比較小型的醫院，它如果沒有會計師協助，或是個人診所，其實填報這個成本，有它的困難點，也不知道怎麼填，以前也沒有填過，所以說明會是必要的！

第二個，建議說明會的時候做一些釐清，包括剛剛陳醫師講到，會不會跟報稅這邊扯上關係，這些資料會不會又扯出一大堆有的沒的；所以，我建議在說明會給大家做一些澄清，這樣子大家比較願意提報；甚至包括中間萬一你填錯，有什麼機制去更正，免得到時候他覺得這個政府要的資料填錯了，有沒有什麼法律上的問題。所以這一部份可能在說明會上一併去做一個說明，讓大家比較放心~open mind 來填這個資料會比較好啦。

主席

好，謝謝。本署收集之資料不會提供稅捐機關！純粹是比對現行支付點數跟成本之間的關係。原則上請各分區業務組在轄區內辦填表說明會，第二點，原則上用一年的時間蒐集這20項的成本資料，可以嗎？一年期限就是至明年的一月底！好，謝謝，這項報告案就到這。接下來，討論事項第一案。請。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

在這邊跟所有的代表先談一個事情，extra 額外談~

主席

先談前面的，可以嗎？

許常務理事美月(郭代表素珍代理人)

我是中華民國助產師全國聯合會的代表，本身對這個案子沒有

什麼問題，只是看到了第 5 頁的附件 1-3，請大家看一下，對此表有一個建議，我想這在過去大概行之有年，有關第二項其他專業人員的人員別，所列的「護理人員」，請更正為「護產人員」，因為在醫療院所設置標準裡頭，是護產人員，不是只稱護理人員。那以下的填表說明，就請一併變更，因為剛剛看了，都不曉得助產人員在哪裡？且在填表說明的醫事人員也沒有看到助產師(士)，變成不是醫事人員也不是護理人員，就請更正一下。謝謝，以上報告。

主席

好，謝謝。醫管組更正「護產人員」有問題嗎？沒有問題，就更正。剛剛報告案就結束。來，蔡代表。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

要跟所有代表先提一下，今天在另外的會議有提一個重點，我相信要請大家注意一個問題，長照在實施當中，一直在談一個問題，他們裡面有什麼東西就推給健保。各位現在在這邊，有醫院，有基層，有所有的醫師代表、機構，我們共同所參與的會議叫做健保的支付，各方面的會議在這裡開，那很清楚的，我今天在會上就跟李玉春次長談了這個問題，不要把所有長照的問題，只要什麼東西就丟到健保，健保已經血汗到這種程度，再吸收很多未來長照的東西的話，那這東西對健保是絕對不該有的。所以我剛才才提到一點，也請大家注意這個問題，我請次長在辦所有的長照業務的時候，任何關於醫療的行為上的事情一定要跟健保署，要跟公會，要跟所有的醫事機構，相關在健保業務上，一定要來提出談；否則未來長照的東西全部灌到健保來的話，大家承受不了，我在這邊提一下，因為滕代表也當場在場，謝謝。

主席

蔡代表所提之會議，不曉得這是什麼會？這是臨時動議嗎？有關設置標準。

滕代表西華

跟我們上次的討論案子可能有關，謝謝蔡秘書長，是長照機構設置標準的會議啦，開了兩次了，聽說要在過年前把它全部完工。我們那個會議上非常多的醫事機構、醫事人員的代表，只有助產師沒有來，其他大概都來了。每個人都紛紛表示要爭取在長照機構裡面設為必要的人員，都說大家都會去做居家的服務！也會做社區的服務。所以可能是這樣引發蔡秘書長的擔心，可是在那個會議上我

們有提說，其實那個應該是健保在整合「在宅醫療」的部分，也就是說次長也明白表示說，我們到居家去提供服務，不一定是長照服務！所以長照服務那個部分，那是以照顧為主，後來蔡秘書長先離開，我這邊有特別請次長再澄清，不然每個醫事人員在每一個長照設置標準，他們都會紛紛發言，說他們應該是必要人力，營養師、語言治療師、聽力師每個都發言，其實也蠻累的！所以就是龐組長在整合「在宅醫療」的部分，可能要把這一部份一併也考慮進去，因為幾乎所有的醫事人員都說他們會，他們也願意，他們也應該去提供在宅的服務。我也蠻同意蔡秘書長這個部分，就是將來長照如果屬於醫事服務提供部分，我們都會有嘛！PT、OT 至少有嘛！我們PT 有來，應該要怎麼樣跟健保裡面可以做有效的分工，或者是區分，不然次長其實也擔心，以後長照就變成這個醫療業務，也不是很好啦！

主席

好，謝謝。來，請。

干代表文男

我想這個不關這個本案，不在程序內，蔡秘書長也是代表嘛！你就提到委員會裡面決議才有效啦！這裡決議是委員會裡面的一個小支付啦！你談很多也只是告訴大家。你要在委員會提了，是我們的是我們的，不是我們的不是我們的，那有法律效益的，在這裡談不在程序啦！因為這樣耽誤很多啦！

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

謝謝，我們是提醒大家啦！謝謝。

主席

謝謝蔡代表提的，既不是提案，也不是臨時動議，因為這內容跟健保支付標準完全無關，所以就不列入提案，也不列入臨時動議。好，接下來進入討論事項第一案。

討論事項

第一案

案由：應用 105 年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案。

主席

好，謝謝，大家有意見嗎？

羅代表永達

主席，我想這個本來就是一個很敏感而且很大的一個工程，醫界第一次面對把非協商因素的拿來編…其實醫界本來是很fighting的，但是有很多東西竟然先是公告，所以在醫界裡其實是造成很多的紛亂，但是醫院協會我們楊理事長找了各個層級裡面重新去做很多很多的協調，這個協調次數非常的多，那確立了幾個東西，就是好，我們今年就…因為都已經既成事實我們今年就勉強接受，那以後再怎麼樣儘量都不要再用非協商因素去調支付標準這是我們第一個立場。第二個這整個部份涉到三個層級太多太多的因素，那經過協商以後，後來我們醫院協會提出了個這樣的版本也跟署裡面協商過，那我們今天拿的資料是我們互相協商的最後一個版本，那有幾個基本原則就是他總金額沒有超過當時所設定的91.6億，我想也符合當時健保會給我們的一個要求就是這個錢要調整，我想說實在的真的是很難協商，參與協商的人都知道那是一個很艱辛很困苦很困難的一個過程，好不容易達成一個這樣的協議，醫院端的這個部分裡面，我想我們支持這個案子也請各位代表能夠支持，以上。

主席

好，謝謝，請何代表。

何代表語

我的意見就是調給醫師的診察費能不能全部都支付給醫師？

陳代表志忠

我們原先就有按比例。

何代表語

我不管你比例多少，我的意思就是這次調整的診察費應該全部支付給醫師跟醫護人員包括護理人員。

林代表淑霞

我想跟何代表說明一下，醫院因為屬性不同，有的是財團法人、社團法人、公立機構及私人機構，所以薪資架構有一些不太一樣，但是以本院財團法人為例，在住院診察費是100%提給醫師，門診則是採一定的比例是因為醫院門診的服務量較大時間也較短，同時門診也有一定的醫院成本，但是住院的部份是100%給醫師據我所知包

括長庚也幾乎雷同，這裡跟你作一個補充說明，至於公立機構，採行的應該是公務人員的薪資架構。

主席

滕代表詢問本署方案，本署方案是接受醫院協會方案所提訴求後，剩下部份作一點微調，所提出之方案。

黃代表雪玲

對不起我們要提意見，我們是比較支持醫院協會的版本而署裡的版本跟我們協會上還是有些落差，我們協會那時候是有共識，這超額的部份我們用點值，尤其像復健科要調的這個部份我們是大家全部共攤那個點值而不是像署裡這裡填先從物理治療這段先扣除，他們就先編 7 億我們不是這樣子的一個共識。

主席

這有優先順序嗎？

黃代表雪玲

有，你們是先切七億，跟我們的共識是不一樣的，我們協會的共識不是這樣子的，不同版本，如果要照署裡面的版本，我們想要提一下因為今天我們醫學中心剛好就是今年度要做評鑑，所以委員們都很忙，不是不尊重這個委員，因為這是臨時會，所以那天我們有參與的代表都沒有辦法出席，所以這個跟我們當天的共識是不一樣的，我們建議提回醫院協會再討論一次。

林代表綉珠

護理全聯會感謝健保署與醫院協會在本案調升部份護理費支付標準，尤其急性一般病房共提升 7%，這部份全聯會感到非常的欣慰，也在此表達感謝醫院協會對我們的肯定，不過在上次的會議紀錄當中，提到本次的臨時會是建議醫院協會要邀請各層級及護理全聯會來討論之後，才提出具體的建議方案，很遺憾的，事實上，醫院協會並沒有讓我們有充分發言的機會，本會詢問參加會議的時間，醫院協會回應本會，說因為這案很複雜，所以沒有辦法讓我們與會發言，不過可以接受書面提案，因此並沒有所謂的討論，針對此案，護理全聯會認為門診診察費雖然增列內含 10% 護理費，可是門診從 102 年開始，醫療機構設置標準從每一診配置 0.5 人到現在 102 年之後是每診間都要配置 1 人，所以如果只是 10% 護理費，事實上不足以反應到門診護理人員的貢獻，所以全聯會在這裡建議是不是能夠把

門診護理費提升到內含 20%以上。

王副秘書長秀貞(謝代表文輝代理人)

主席，剛羅代表有提到其實好不容易醫界三個層級在楊漢泉理事長多次的溝通下，擬出這份共識案，原則上我們還是拜託各位代表是否能夠尊重這次醫界醫院代表難得的共識，那這樣也回應到了就是醫學中心的代表也有提出來說這樣的架構我們還是比較傾向醫界的共識，我們希望大家幫我們原汁原味的保存一下，拜託謝謝。其實過程還有其他考量，我們沒辦法鉅細靡遺的跟各位代表一一說明，但是其實各個層級在不同的角度、方向，包括我們今年度健保服務的提供的情況，我們也都有考量，幾乎大家可能想到的問題都有討論、溝通，也已經充份的考慮相關的承擔，謝謝。

主席

好，謝謝，請何代表。

何代表語

我們當初在總額協商中，付費者代表非常堅持從非協商因素中的醫療服務成本指數改變率所增加的預算轉化為應用於調整支付標準，我們所有的付費者代表的用意就是要提高醫護人員的收入，既然我們的用意是提高醫護人員的收入，我們就不能去考量你是財團法人、私立醫院、公立醫院我們不管這些，你公立醫院的醫師就不能增加收入嗎？就要永遠比較公務員的辦法去收入嗎？所以我們也認為不管你們是公立醫院、私立醫院或財團法人，我們都希望調整支付標準的診察費用應該全數都要支付醫護人員，不應該再保留下來，醫院的部份我看整個詳細資料你們也有住院的費用收入還有其它收入，醫院也有分配其它的收入，所以我認為診察費用我還是正式要提議全數都要支付給醫護人員，我們當初所有付費者代表一致的共識就是要提升醫護人員的收入，如果現在又被醫院中間攔截，或者說用比例又拿掉，我認為是違反我們當初付費者代表的用意，這是我的建議，謝謝。

主席

好，謝謝。請，干代表講完再換滕代表再換朱代表。

干代表文男

主席，我贊成何代表的看法，當初我們協商的宗旨是這樣子的，要大家滿意是不可能的，你再怎麼樣…剛也有人謝謝也有人表示不

滿，大多數沈默的一群就是表示同意，我想這個案子也講過很多次，最好你們在你們的範圍裡面，看看你們怎麼樣去喬，喬好了再拿到這裡來，我們也沒辦法幫你們主持公道。

朱代表益宏

喬好了，現在是健保署要微調。

千代表文男

微調，他健保署要站在他的高度他有微調，他要看很多，他的看法絕對比你們的高度高，他是很公道該怎麼樣就怎麼樣，所以我們還是相信健保署的作法，所以剛才何語一直強調這次的調整我們給的錢是希望能夠給醫護人員，不要又減掉又有的沒的，其實我們也管不到，你拿去我也沒有時間一個個去問，要問也問不出來，只能看著報表你要做假我們也沒有辦法，所以說是希望這樣子作，你們要是能夠憑良心，作了幾年大家都能夠問得到，現在 2~3 年裡面問不到，到最後去年多那麼多錢有調到這個標準大家都高興，不要再拿老問題來這邊吵，以上，謝謝。

滕代表西華

謝謝主席，剛不好意思還沒到這案就發言，我想請問一下在補充資料第 6 頁健保署方案說明裡面調整費用意思就是說 91.6 億裡面我們拿出 84.48 億來進行調整而另外的復健治療 7.12 億是用一般服務預算的意思嗎？

滕代表西華

不是？全部都是 91.6 億？好，這是第一個澄清，謝謝。

第二個部份在補充資料第十一頁，復健治療方面，雖然醫院已經達成共識，要把醫院層級裡的簡單治療、中度治療、複雜治療全部都調成一級給付，我有一個問題因為跟第二案有點關係，假如在基層裡面如果復健科的部份也能夠從事簡單到複雜的治療，特別是在複雜的治療他也可以從事，看起來署裡面的意見也沒有反對，為什麼基層在這裡不調成一級性給付？我只是疑問，就是說如果要做同病同酬或者是說…我沒有意見，這個案子去年有討論過，那因為某些原因他沒有通過，那這次在支付標準裡面要統一調上來，如果大家都同意特別是健保署也同意，醫界內部又沒有爭議當然要調上來可以，只是因為後面的第二案有提出來要做複雜的治療，所以是看起來是原本的復建科專科診所看起來也可以開立跟執行的話，那麼為什麼這裡基層不一起往上調起來或者是有沒有特別的考量，我沒

有要說是要調或不調的意思我是不明白，我是請教。

最後一點，醫院協會要商量好是不容易，但是商量過程裡面，我們建議調升的點數跟健保署整體來說差在哪裡？因為健保署的方案還是框定在 91.6 億裡面去調沒有超出這個額度，醫院協會是差在哪裡？原則上我是…其它的方案我不知道，但是在醫院協會跟健保署的版本裡面對於慢性病、精神科住院相關支付標準這兩項不予調整我是支持健保署的方案，不支持調整一般慢性精神病床住院照護費、精神科日間住院治療費相關支付標準，理由我上次說過就是在補充資料第 2 頁所提的理由，所以我要表達這個部份不調整，我是支持健保署的意見，謝謝。

主席

基層的部分之所以沒有列，主要是因為基層的總額非協商因素主張要調的只有診察費，沒有復健費用，不曉得滕代表的意見基層想法如何？

陳代表宗獻

基本上基層跟醫院有點不一樣，醫院在做調整的時候，除了少數的精神科專科醫院，其餘的結構比較同質，不管調什麼項目最後都回歸到醫院去。基層不一樣，基層裡面有艱難科別，純外科的生存比較困難，多數婦產科等於在做家醫科。

不論我們把資源投注在哪個特定診療項目，重分配都會出現。唯有調一般診療項目，可以公平的反應、較少重分配且可對應今年財務衝擊的新勞動條件。新的勞動條件導致人事成本增加及工時減少，只有在一般診療項目裡面可以公平的反應出來，一般診所裡面都會有藥師、護理師、行政…，但不一定有每個診所都在做復健。

我們也考量到各科分析裡面的最弱勢的婦產科、外科，再來是家醫科。小兒科有一點改善主要是前幾年在健保會承大家的支持，有兩年的調整，所以是比較好一些，但各自的情況還是處境不同，為避免重分配讓扭曲更嚴重，所以我們只能在一般診療項目大家共用的項目做處理。

主席

當然，復健費用，就支付標準的衡平性來講，地區醫院調上去，基層也是得做一樣的事情，但並沒有調整，所以長期也是一個不平衡。但這兩個總額是分立的，所以也是尊重兩個總額代表的意見，今年顯然醫院總額是有這樣的想法，把它調成一致，基層還沒有。

好，其他代表還有意見嗎？

朱代表益宏

剛剛我想何代表一直很在乎如果調這個錢，醫護人員是否拿的到，就我了解，醫院這邊大部分如果醫院的醫師是用抽成，一部分是底薪其他抽成，抽成部分也是跟支付標準做連動，大部分是支付標準的百分比，所以支付標準調上去，抽成一定會相對增加，在這邊跟何代表報告，如果你不在這邊調整，事實上因為非協商因素，所以也已經進到總額裡面，就是在點值上去反映，所以何語代表擔心的問題，如果不調整，那麼就是整體去反映他的點值。所以我認為說，與其讓點值去反映，不如實際上該調整的項目去做些調整，事實上對醫院經營上比較有幫助，這是第一點報告。第二點就是剛護理師公會希望調到 20%，但是我要跟護理師公會報告原來是沒有，事實上醫院光一個門診除醫師、護理師外，還有其他行政人員，包括我知道醫務管理學會一直希望爭取行政人員也要付費，還有其他水電、空調這些全部包在裡面，事實上也沒有給付，就是一個診察費去包括這些項目，所以我認為剛開始的話用 10%，個人認為是恰當，總比以前沒有的好。第三個我也是拜託健保署，就是說原來醫院協會的提案包括慢性精神科診察費也是署裡的建議案，這部分我們是沒有變動也沒有降低，所以我們是希望除針對幾個特別診察費由 226 調到 260 外，少部分酌予增加外，其他都是依署裡的方案，這樣可能會超過 91 億，超過 91 億也不是請付費者代表另外拿錢出來，跟幾位何代表付費者代表報告，事實上超過也不是再從總額另外拿錢出來，事實上是由點值，等於醫院願意由點值這邊擠出一點錢讓給付合理，希望署裡可以盡量支持醫院協會的案子，醫院協會是經過蠻不容易的協商，如果照醫學中心說又要退回去，我是不贊成退回去，如果說是不追溯，越晚實施就是回到總額去做點值浮動，就不會放到我們要的項目去做調整，這個錢從 1 月 1 號就進到總額裡面，越晚實施就是點值裡面在做浮動，希望可以早點實施不要退回去，所以也拜託署裡面能夠同意用醫院協會版本，大概增加十幾億，光復健就會增加 7 億多，原本署裡版本 91 億是沒有復健的，但是我們認為復健同工同酬做同樣的疾病同樣的給付，健保法精神應該是要維護，所以希望把這邊加上，這樣大概也快要一百億，我們微調的項目並不多，可說是百分之九十是依照上一次會議的草案進行調整，所以也拜託大家支持醫院協會版本。謝謝。

廖襄理秋燭(姚代表鈺代理人)

剛才護理全聯會有提出來先用門診診察費中護理費可以占到 20%，

這邊有個建議，急診診察費裡面護理費是占 32.04%，如果說 20%相對來講，因為沒有算，也不至於太離譜。我是建議說 100 年做 RBRVS 的時候也是有請某些醫院做門診診察費的成本分析，那有做的醫院是不是可以拿出來看看，先參考以前的資料看看護理費成本占多少，因為可以比對急診診察費內含護理費是占 32.04%，10%是否太低，可以評估參考。

主席

上次做 RBRVS 的時候，沒有收集門診診察費之成本，所以沒有 raw data，其實 10%是醫院協會協商的結果，這部分在我們沒有比較好的成本資料前，沒辦法回應這樣的問題，只是尊重你們的協議。另外說明慢性精神科這部分，沒錯，上次我們提出來是所有基本診療章都等比例調整，後來你們再送資料過來時，我們查到 104 年被監察院糾正，精神科這部分費用給予誘因太多，造成社會性的住院太嚴重，以醫院為家。所以我們認為當時的糾正也一樣要去回應。但過去沒有調基本診療章我們也不好往下降，但至少本次不要往上升，因為精神科住院尤其是慢性精神科住院，過去 20 年很多人一輩子就住在那裡，那個部分也是長期，如果再增加給付也會讓事情更嚴重，因為也在討論長照，這究竟是長照還是醫療，未來都還有討論的空間。沒錯，這部分跟上次有點不同，因為我們發現監察院的糾正案還沒有回應，如果這次再往上調，因為本身金額大，調一定比例，其金額絕對也高，所以才建議不調，並非往下降，這確實我們有微調。另外微調的是診察費部分，門診跟住診的診察費稍為區隔，因為最近幾年醫院的血汗，其實是住院部門的辛苦，所以覺得住院的部分希望多點鼓勵，另外部分的人認為大醫院的門診量太多，過度鼓勵，也跟社會的期待有落差。所以整體還是都有調整，只是些微有點不同比例，這是兩個唯一的不同。其他醫院協會建議，調 260 點第一級的診察費就完全照列，還有復健的也完全照列，還有一個不同的點是，我們還是用非協商中的 91 點多億來處理，並沒有超越非協商的總額。

何代表語

以我們協商的金額是 91.6 億，我們反對超過 91.6 億的金額。雖然朱代表講說我們不會從總額其他的部分去拿錢，除非健保署有自己的特別預算要給你，不然由點值去調整。等到點值調整又降的時候，你們每天又呱呱叫，點值太低，又要增加錢，所以我堅持反對超過 91.6 億的支出，這是第一點。第二點，如果這些在整個門診的部分護理費是內含 10%，因為我們現在整個 20 億，護理原來的專案

20 億已經進入基期裡面去調整，所以每年在 20 億裡面，像 105 年幅度又有增加幅度出來，不是只有 20 億，去年就用 20 億去調整它的基期。所以因此我認為，如果把復健部分，剛才區域報告都納進來就要將近 100 億，我認為健保署應該要重新調他們這裡面的占比，我希望占比可以重新調整，絕對不可以超過 91.6 億，這是我們的看法。不然在今年的總額協商又會開始叫，這個點值又降，實際現在調整支付標準以後，超過的金額又要用點數去彌補，我們認為是不適宜的，我們認為是以 91.6 億來做。另外西醫基層部分有 22.92 億，依上一次來講只能以 12 億調整，我建議他應該拿到 15 億的金額來調整，22.92 億裡面由 12 億提升到 15 億，讓基層醫師感覺到有一點調整稍微高一點的診察費用，這是我的建議。

主席

請滕代表，對不起，是羅代表先的。請。

羅代表永達

不好意思，因為我想消費者的我們瞭解他們的意思，剛消費者代表提到兩件事情，一個希望給醫護人員加薪，一個就是不要超過 91.6 億，我想這個表達的很明確。第一件事情我想請教就是說，沒有調整慢性精神病住院的支付標準的這一項，到底節省了多少錢？我們是不是可以知道一下，就是剛講的那一個部分，我們本來有調嘛，後來如果假設影響不了到多少，這樣我們才比較能確估，因為現在的問題是我們不是在 91.6 億的基本概念之下，其實我們又是重新再講一遍，我們即使增加 10 億，那個點值本來就不太夠，本來不太夠再少一點點，10 億除以 4 千億還不到 0.025 那個點數，所以他本來就不夠，我們想說既然是這樣，什麼方式能夠來解決大家的問題？第一個東西，這個點數裡面，我們說實在當時在預估的確是有超出一點，我們那時候心裡面想這個東西 91.6 億按照現在的數量，這個數量也是預估值，誰能夠保證做出來的時候這些數值增加正好是 91.6 億，沒有阿~就是一個預估值，既然這不是確定數字，為了讓所有東西裡面都能夠圓滿，所以經過很多次的協商才有今天這樣一個結果，所以我們自己願意去承擔這一些事情，那至於點值我們將來會不會講，或許會講，這些點值變低的情況下，不是今天發生的，既使 10 億調上去也不會差這麼多。剛消費者代表也跟我們提到說錢要加給那個，事實上大家眼睛看到醫護都沒有看到其他人的受傷，譬如說舉個例子，在醫院裡面，如果錢…因為這本來是我們發在非協商點值的那個錢，可能是我們要給阿嫂加薪的、我們要給誰加薪的，現在如果全部都給醫護人員，因為醫院跟診所不一樣，我們醫院裡面

有很多藥師要不要加錢，什麼東西要不要加錢，一個診察費他給我們診察費裡面，他可能包括護理人員以外、包括清潔人員、包括很多人，都屬於在這個地方的診察費裡面，那我們假設全部都給他，大家都不要加薪，只有他們加薪，到時候出來抗議的是其他的人。所以醫院裡面型態本來就跟診所不太一樣的情況下，要求全部加薪不可能，但是我們可以承諾一件事，就是…這些錢一定會按照我們現有的部分，一定會留到醫護人員這一塊，因為其實有很多錢我們早就給他們了，所以我想消費者代表很憂心的事情我們都瞭解，但是我們也會去做，不能像我們剛何代表講的說…全部都要留給他，這件事情可能真的是做不到的，那至於這個錢超過一點點，我覺得這是一個很艱辛的談判過程，再拿回來又要重新跑很多次的協商，是剛主席也說即使超過也是我們自己承擔的情況之下，有沒有辦法消費者代表能夠支持，不用我們醫院協會當時的代表…我們也承諾剛主席說因為監察院…所以我們把不調整慢性支付標準回去我們自己的會員講，那其他這個部分裡面會變得比較圓滿，就是每個層級裡面都經過這麼多次的協商，下一次是四月才開會，那另外等到四月…公告才實施，整個時間上真的是會來不及，所以我覺得是不是我們今天能夠每一個地方都比較圓滿的各退一步的話，能夠達成一個這樣的共識，好～以上。

陳代表宗獻

其實我們基層寧可不要講非協商因素，我們寧可說是 12 億而不是 23 億，也不是 18 億。我從兩個極端舉例，首先：完全不提出來（提出來是零）的時候，錢還是放在全部總額裡面，這樣最能夠得到協助的是外科跟婦產科，因為浮動的部分是在那裡。另一端：如果我們把 23 億全部拿來挹注到診察費，那得到將會是件數最多的科。

比如 103 年，一個外科診所一個專科醫師一個月只有 654 件，皮膚科有 1,500 件，（調診察費）差距多大，可想而知。同樣，調劑費，根據第 7 頁的調整調劑費，你只要調整調劑費，調得多一點，外科就損失得更多，因為他們調劑就是少。所以我們內部在開會的時候，把各科都邀集起來，大家取得一個共識：「只調第一段診察費」，以件數少的外科為例，大部份都在第一段，六百多點，一個月有 30 天，每月休息個四、五天，他都落在 30 人次以下（第一段診察費）。如果再多補出去，那就會變成他的損失了，就像氣球壓來壓去，就是這個原理啦。因為外科平均 654 件，抱歉，外科 787 件，婦產科 654 件，皮膚科 1,500 件，診療特質不同，這是第一個做這樣的報告。

所以我們拿的越多出來（提高診察費），婦產科跟外科，以診療費

為主的科，就會受傷得越大，獲益越少，因為三項費用中，藥費是固定一點一元。我們內部開會，大家是覺得 12 億還能接受，雖然 23 億都讓他去浮動，這樣外科是最有利，但，這是一個共識的結果。

另我建議第七頁，裡面有處方調劑的費用，這個原來不在我們預計裡面，我們協議裡面沒有這一點。這項我不知道他的量是怎樣，但是我知道藥局的量，一年是 6,600 萬件，那診所調劑是 1 億件，如果作這個調整，他的影響還真小，大部份都調 19 以上。我的建議是這樣，這部份，看看醫院的看法，我是希望這部分調整盡量少，我們寧可把那錢拿去救浮動。像第二季臺北只有 0.86，中區只有 0.89，那外科幾乎是點數打 0.86，如果可以把點值拉高起來，剛剛何代表所提的，就是把它(調劑費)加進來後，點值會變低，外科婦產科就受傷，我們考量就是這樣。所以，可不可以我們這部份只調整 15 點，六個項目，就是調劑費這部份，全部都調整個 15 點，不要調這麼高。診察費嗎?sorry，那這樣我看錯了，這部份就比較沒有問題。ok，我瞭解一下再發言。跟何代表作這樣的報告，我們考慮是較細密點，各科生態不同。

主席

好，謝謝!李代表，請。

李代表紹誠

李紹誠第一次發言，這邊剛好牽涉到復健給付的部分，復健醫學會理事長，及兩位常務理事長剛好也在這邊，是不是可請他們先發言，我再表述一下，以上。

王亭貴理事長(台灣復健醫學會)

各位代表大家好，我是復健醫學會理事長，現在也是台大復健部的主任。首先非常感謝醫院協會願意在這些錢裡面，撥出一些用在復健給付，我表示非常感謝，表示大家很重視復健。事實上老年化的結果，復健主要是作功能，很重要。但把這筆經費全放在地區醫院，我們有不同看法，為什麼呢?因為不管地區、區域或是醫學中心，都是復健科醫師，對我來講，我是理事長，手心手背都是肉，我都要照護，但是我們國家的政策是分級制，就是說重大的病在大醫院看，比較輕跟中度的病在地區醫院看，這是我們的方向，所以現在復健也在推 PAC，很多條件都進入 PAC，這條件是病人是穩定的，比較沒這麼多問題，比較輕的，我們就把他轉到地區醫院去，如果署的策略是這樣....

謝代表武吉

主席，我感覺這已超越代表的權限，請停止發言。

主席

復健醫學會的代表，是列席代表，他們只是表示意見，而且剛李代表也表示希望徵詢復健醫學會的意見，就先讓復健醫學會表示完意見，再讓大家討論是否要參考。

王亭貴理事長(台灣復健醫學會)

因為這樣的結果，重大病在大醫院看，比較小的病在地區醫院看，在這過程當中，雖然是同症，都是中風，但其實在大醫院裡面跟地區醫院的中風不太一樣，比如一個病人是第一個月的中風、八十歲、心臟病、全癱，跟一個六十歲中風、輕癱，這兩個病人一個在醫學中心、一個在地區醫院治療，兩個給付是一樣，這在醫學上不太符合運用，所以如果我們真的要走醫院的分級制度，我想終究要在大醫院跟地區醫院給付有所不同，所以復健醫學會這麼多年來給付都不一樣，我們地區醫院也都容忍我們這樣做，就是因為知道這樣才是長期發展的方向，所以在醫學中心有醫生、地區醫院有醫生、區域醫院也有醫生。所以我們非常感謝有這樣的機會增加我們的給付，因為事實上給付是不足的。我們的建議是這樣的給付是否應該在各級醫院裡面等比例的通通把加上去？比如說現在如果地區醫院要加10%，所以把它分成三等份各3%或2%，這樣各個等級都增加，大家也都能適當方法生存，才能達到真正的分級制度，將來署裡要把重病放在醫學中心、輕症放在地區醫院這個方向才可能會進行下去。所以復健醫學會的意見是不要只有讓地區醫院上來，否則將來有可能地區醫院做得比較輕的症可以收到比較好的收入，當然這收入還是不足。

王副秘書長秀貞(謝代表文輝代理人)

聽不下去，在現行的健保支付標準中早就分有簡單、中度、複雜，該是複雜就複雜、該中度就中度，該簡單就簡單，什麼叫我們就會報比較多。拜託，這對在社區醫院裡面服務的復健科醫師是多大的傷害。我覺得醫學會理事長講這樣的話，你可以在復健醫學會網頁公版去公告這件事情嗎，這對服務於地區醫院的醫師是多大的傷害呀。

王亭貴理事長(台灣復健醫學會)

沒有沒有，我的意思是說…

王副秘書長秀貞(謝代表文輝代理人)

理事長如果你要公平的照顧所有醫學會的醫生，就不應該是這種做法，因為本來在這支付項目就有分簡單、中度、複雜，給付早就有分級，請問社區醫院輕度、中度跟複雜各%，醫學中心輕度、中度跟複雜各%，區域醫院又有多少？復健的同項支付就不要再分層級，拜託，讓同樣具有一樣醫師資格的人在同項裡面有同樣的支付，拜託，謝謝。

謝代表武吉

我拜託你不要再講

毛琪瑛醫師(台灣復健醫學會)

不好意思，我是基層的復健科醫師，我叫~

謝代表武吉

不好意思我是代表我可以先講嗎？你們有替地區醫院或是復健師處理事情嗎？

毛琪瑛醫師(台灣復健醫學會)

復健科醫師可以發言嗎？

主席

如果是基層的話，我們李代表是基層的代表。

謝代表武吉

我還沒有講完。

主席

謝代表講完後，請李代表。

謝代表武吉

台灣就是有分級醫療才會做成這樣~你們醫學中心有做多少是復健是簡單的？我感到汗顏，你身為理事長竟然說這種話，你真偉大可以去選總統。再來第二點我們醫院協會辛苦調整的結果，你們跑來亂是什麼意思，我看不懂，你們可以明年費用再討論就好，你現在在幹嘛？醫院協會把你否決掉，你講什麼。

主席

好，謝謝復健科醫學會。我們請基層的李代表。

李代表紹誠

別生氣啦，火氣這麼大，剛剛才說你瘦這麼多，不要生氣。大概在兩個月前我們有開會針對這部分提出來，當時大家的決議是因為這牽扯到錢的部分，所以希望有錢之後再來調整。現在是在非協商因素裡面擺進這一筆費用，那醫院協會做這樣的決議，是在非協商因素裡面自行調整，就像剛主席所說，地區醫院這樣調基層是否也要調上來，我們不敢這樣想，因為我們基層有基層總額的思慮，就像剛才陳代表所說。我希望主席剛才提的東西在明年協商因素提出看有沒有可能~主席已經搖頭了，我也不敢講這樣事情。我覺得現在醫院協會提出來的版本，我也同意，但是在這部分，如果在醫學中心或是區域醫院的病人，有沒有可能做一點加成。這是你們去財務分析，我只是提出我的建議，看有沒有機會。因為同樣 acute onset 的病人，在醫學中心他也許在很 trouble 的情況下，他所投入的照顧跟 simple CVA 可能會不太一樣，但這東西我不去介入醫院協會任何的分配款，我只是提出我身為代表的看法。第二個，何代表一直強調品質的部分，我們到底品質在那裡？所以我們希望加成就是保障在處理在 trouble 的 case 上再給它加成，用醫院協會提出這個東西，在地區醫院、區域醫院、醫學中心只要是複雜的都給他加成，所以每一層級都有，那這樣可能對於醫學中心他要留住人才會比較容易。我以前在這邊~其實我最有資格講，因為別人做的都六百點，我才四百點，這東西已經沒得談了。所以我是覺得還是回復到我們品質上面來看這件事，什麼樣的品質是消費者他願意買單的，如果說沒有考慮品質只是談到錢的時候就會比較~醫學會跟代表當中會有一些落差。那兩個月前已經在這開過會說，錢到位再說，現在錢已到位，醫院協會也做這樣的決議，我們尊重醫院協會。但這當中有沒有更好的東西提出來是在品質上面，對不起我下面講的話不要列入會議紀錄，RCW 很多的 case 也在做復健，這就是我講的品質部分，我非常同意醫院協會所提出的部分，我只是以我代表的身分發言，以上。

主席

好謝謝，何代表後再來羅代表。

何代表語

我記得去年在支付代表會議時，曾經為了復健部分調整整個支付金額被擱置掉，因此我認為今天這個案子暫時還是要擱置。我認為醫

院協會不見得就很偉大，像那個秘書長講幾句話就跑掉，所以我認為你們中間還是有很多不合理的地方，所以我提議這個案子要擱置。

羅代表永達

上一次的情況跟這一次情況是不太一樣的，這個是我們後來再用非協商因素，重新有這筆錢我們重新再談，如何分配的事情，這是其一啦。第二件事情我不知道為什麼醫院協會協商會這麼困難，譬如說我舉個例子，為什麼醫學中心可以做簡單的？為什麼做簡單的跟地區醫院一樣的錢？因為他不是一個很簡單的一個概念而已，他有分級的，那如果假設他們都社區化的話，應該給社區做簡單錢多一點，變得他更複雜了！所以我們那時候講說用同病同酬的概念，否則我們會要求說簡單的我們加成，然後複雜的他們加成，那最後的審查在哪裡？好像也是在健保局裡面，如果假設你是簡單的你報中度、重度、報複雜，還是被刪掉啊！所以他就本身不是病情的問題。接下來我要談到什麼叫做品質？品質一個最重要的基本概念就是就醫的便利性，他是所有品質當中的要求，當這個地方沒有的時候，他就沒有所謂的品質跟不品質的問題，根本沒有人要服務啊！那我們現在目前一直很希望社區醫院或是相關的基層能夠把復健醫師留在基層還是社區，所以我們的要求也是這個樣子，那如果說大家好~醫學中心都可以找到人，你就所有人都到醫學中心做復健，是這個意思嗎？如果不是的話，顯然他所談的品質裡面，是在講的東西我今天買了什麼設備，我做了什麼很新的東西，而不是回歸到一般基本的品質，那這個品質談不上。第三件事情就是談到 RCW，他可能不知道 RCW 是定額給付，他如果假設有哪一家 RCW 願意做復健的話，那是一件很好很值得鼓勵的一件事情，因為他一毛錢都拿不到，那怎麼會拿這個東西後不要錄音呢？我要求寧可一定要錄音，那個我們絕對說得過去，RCW 沒有增加錢的情況下，他願意幫病人做復健，這怎麼會是一個丟臉的事情呢？第四件事情就是剛何代表一直認為說需要擱置，其實擱不擱置這筆款將來到年底的時候怎麼花我不知道，為什麼？下次的開會可能是四月，那這個我們重新再拿回來，我不曉得下次會什麼時候討論阿~那如果假設今天大家所有的代表很難得醫界裡面形成一個共識，其實就是大家經過協商，就像剛所有的其他人所談到的問題，可是醫界裡面很難得大家自我約束，大家有一個共識，否則話會講不完，這筆就不要分了，不要分會怎樣？都不知道阿~到最後健保會要求的東西我們真的沒辦法去協商。那在這個情況下，我剛一直要求說有沒有辦法大家對這件事的看法各退一步，我們也支持後來由醫院協會提出來的這版本，我們

同意把相關慢性病的東西拿掉，增加高危險群的部分，那點數如果超過的話，我想我們自己吸收，我們醫院協會大家每個層級都會這樣，都是維持在醫院協會所最後的協商，我們說實在話，往後不管你在協商兩次、三次，如果不是這個版本，我也很難說他當是最後一個結果啦，那當然這個錢說實在話，他是個非協商因素的錢，那個也不是說今天政府特別編一個預算給我們的，我覺得讓他盡早實施是一件好事情，所以是不是請主席、請各位代表能夠支持，以上。

主席

朱代表然後滕代表。

朱代表益宏

主席我想上一次在討論復健的時候，這個要跟何代表報告，特別跟付費者代表報告。第一個上次我們在爭取的時候，等於是沒有其他的預算，沒有預算來源的狀況之下，這是第一個跟現在不一樣的。第二個上次在談的時候，雖然醫院協會有共識開過會，有正式的公文行進來，但是醫院協會與會代表並沒有達成完全的共識，所以我們在這邊會有不同意見。那次開會的時候主席也說希望如果醫院協會內部有意見，依照慣例都會尊重醫院協會內部的意見，那這一次我們經過醫院協會內部經過好幾次的正式、非正式的協商，對於復健這個案子是沒有意見，所以跟何代表剛剛講的擱置這件事情是完全不同的狀況，那如果是擱置的話，我就不知道要怎麼討論，所有的事情如果是照何代表這樣子，所有的事情到那邊都擱置，那要怎麼討論啊？就沒辦法討論了嘛～也不能因為一個人的意見說擱置大家就擱置，醫院協會雖然算不了什麼東西，在何代表剛剛講的，雖然醫院協會算不了什麼東西，但是醫院協會至少內部是有共識。

主席

好，謝謝！先請滕代表，然後再來何代表。

滕代表西華

火氣這麼大，還是要說…我覺得支付標準的調整是共識，沒有問題，所以不管說上次復健治療有沒有其他的疑慮，我覺得這次既然健保署同意，也希望能夠去支持。最主要還是在適應症，復健醫學會的擔心當然不無道理，是因為他認為可能將對醫學中心來說，醫學中心在從事一些比較重症的處理方面，特別是重症那邊處理，他可能會覺得說…其他包括教學研究的成本會沒有辦法反應，我們可以理解，我們就聽到這樣就好，我們也知道他的顧慮，醫學會是在

專業整個發展上面，當然跟我們臨床在執行上面會有些額外的考量，我覺得都還蠻能夠理解。至於說醫學中心要怎麼樣在同樣的支付標準之下，他的服務做得比別人好，或者是說其實一樣 600 點的支付，地區醫院就說他們沒人可以做這個重症的病人，還是會轉到醫學中心，我相信也不會硬做，硬做對他們也沒有好處，所以要怎樣去反應這個成本，或者是在其他的住院費上面，我覺得其實將來可以通盤考量。確實如果我們的給付要扁平化，我們的醫院還要分級嗎？要不要扁平化，這是一個大的制度性討論，我不能夠接受同病同酬還要求分級醫療，對不對？那你要求分級醫療，你又要去要求給付扁平化，這基本上是有衝突的！我其實滿支持醫院一級化阿，不然大家都要開醫學中心，大家有什麼好？所以又要跟評鑑掛勾，搞那麼多人力還有不同的任務型，你有本事做，我們醫院可以跟美國一樣，我就給你特色醫院沒有關係，教學都聯合一起規劃，這我們講過很多次，這個是大哉問，我覺得不要跟支付點數這一次基本診療調整裡面放在一起，因為這個討論不完，主席已經感冒了，到 12 點還是討論不完，這第一點。第二點是說，我覺得調支付點數，盡量不要跟將來的點值變化混在一起，點數是反應成本或 RBRVs，對~有可能點值會稀釋，當然也有可能，如果是要避免點值稀釋，老實講點數越低點值越好嘛~對不對？我們不能因為說這樣調了，所以這個歷年的總額成長率是有關，假如不去動它或者是我要點值好看，我就調低你的點數，我幹嘛來調高，對不對？或者 90 億都不要動，對不對？那都來抑制，所以我覺得說我們談這種東西，盡量不要去跟點值混在一起談，這樣比較好談。第三個就是說我還是支持健保署的方案，跟剛何代表，為什麼我們希望應該 91.6 億，請醫院的代表也參考一下，當然這是一個協商機制，大家不同意沒關係，我們就說出我們的想法，91.6 億原本就是在這個調整支付標準的裡面，不管我們同不同意，如果明年不要這樣，我們沒關係再講，今年就是這個樣子，我們在各個提案的討論裡面，都是跟支付標準有關的討論，假如說在這邊已經超過了這個數，其實它會影響到基期啦。在總額協商裡面，就已經是醫療成本服務指數就是 91.6 億，全數都拿來，像今天西醫基層他不要全數都拿來，那我們就尊重，那你要就全數都拿來，但超過這個金額我們其實有比較困難，如果以後這樣，其實以後的支付標準的調整案，我乾脆就給你包裹就好了嘛，就全部都超出，我覺得這樣也不是很好，但是剛醫院的代表，特別是地區醫院代表提到的，我們其實都有聽進去，所以即使是在復健醫學會的發言或者是其他代表發言，還是覺得說好阿就同病同酬，復健的就往上調沒有關係，可是要這個額度裡面，譬如說在精神科那部分上次就有表達過了，純粹不是說要不要看到他辛苦，不是只有社

會性住院，他會造成整個醫療資源的排擠跟分布，我們床都關不了，台灣的慢性精神病房是全球還在成長，跟韓國、日本一樣，我們都降不下來，所以病人出不來，以後即使都是長照，也會被這樣子費用吃掉了，國家不要發展其他的服務了，社區模式的服務，我們完全跟世界衛生組織走的是相反的趨勢，而且走社區服務必須要說對社區醫院有利，如果開展社區的服務，所以我覺得盡量付費者代表的共識其實是如果都在 91.6 億範圍之內，你們怎麼調你們有共識就好，復健有共識就好，盡量不要超過這個金額。這就是為什麼我們支持健保署方案，因為他就是在 91.6 億裡面動，這一點請醫院代表也認真地考慮，我也不覺得要繼續擱置，擱置是因為何代表看你們都喬不好，但是這個也不能說你們有共識之後我們不能有其他意見，我們有意見你們也可以不同意，我覺得是很好，如果真的沒有辦法有共識就只能表決，對不對？我不知道因為我從來沒有參與這個會議，我是第一次，不知道有沒有表決情況，以前健保會不表決後來也表決，盡量不要表決，我們也不喜歡表決，因為剛我們謝院長還有秀貞的考慮，我覺得他們會生氣是因為他覺得說長期以來這是某部分的服務沒有得到肯定，我們是可以支持跟理解啦，這沒問題~但是你也要想一下，我們看法就是健保會我們都是在協商，我們就是 91.6 億，要超出真的有比較辛苦一點，會比較困難，以上，謝謝。

主席

謝謝！何代表。

何代表語

我提擱置有幾個原因，第一個，昨天傍晚會務工作人員才打電話給我，說我們從 email 裡面發給你，我說我人都在外面，我昨天有四場會議耶，11 點、2 點、4 點、5 點半有四場會議，我說我不會回公司，我怎麼能夠看到資料，我今天早上也要開理監事會耶，我到公司去才拿到這些資料，我都來不及看，你們寄給我的資料我都畫得很清楚耶，一點一點都畫得相當清楚，如果你提早寄給我，你可以跑過來看每一個重點都畫到很清楚，所以我認為既然你們都還沒有共識，應該要補資料，這是第一個在會議規範裡面違反七天之前給我資料的立場，你們既然沒有共識，為什麼我要接受昨天晚上發 email 給我資料，我就要求七天前給我，這表示你根本沒有共識嘛~我的共識是七天前給我資料，你們醫院自己有共識，那是你們的事情。第二點我認為你們醫院協會並沒有共識，你們口口聲聲講醫院協會有共識，有共識為什麼護理學會剛才也有提出意見，就認為醫界還有很多意見。第二點我認為西醫你們這一次是拿分配 12.21 億，

那我一直建議說應該拿出 15 億出來分配，基層的支付標準太低了嘛，西醫基層支付標準太低，至少拿 15 億出來，你剛才跟我講說婦產科跟外科會損失，那我們就在婦產科跟外科的部分只提高診察費阿，對阿~我們就來提高啊！你現在把婦產科的部分跟外科的部分的加成拉上來阿。

陳代表宗獻

這裡面有 13 個科。

何代表語

13 科你就做出來啊~表示你沒有用心去做啊~今天就要我們讓你通過，第一點你沒有用心去分析基層醫療醫師的診察費，應該要合理提高。第二點你認為說這樣提高的話會損失婦產科跟外科的話，你為什麼不把婦產科跟外科 13 項的部分提高診察費？所以我表示你今天都沒有準備，也沒有充分的用心，所以要來西醫基層的這樣讓它通過，所以我提出來先擱置掉，你們重新再討論。

陳代表宗獻

我可不可以報告一個 power point，總共有 20 幾張？我是很努力，這個地方我跟您說抱歉，我沒辦法接受這樣話，你知道我在健保會裡面從費協會到健保會，我一直都是…即使不是最努力，最少也是前面很努力的一個，而且很公平的在基層裡面執行這些事情，其實我們是有想用 15 億啦，但是我們在內部還在共識，就是說…老人不是 65 歲，其實 65 歲到 70 歲還 ok，但是 75 以後他的功能就開始下降，80 以後就差很多了，我們是在想那一個部分要去處理，那個部分可能要 3 億到 5 億啦，但因為內部還沒有把他弄出來，所以我們不敢提到這個地方(15 億以上)。

何代表語

我很尊重你們的用心，可是用心不表示你的用法對，這坦白講，我不是在反駁你的說法，可是這內容在訴求重點上都沒有一目了然，一說就清楚或者說我真的應該大力支持你。所以你的用心我可以肯定，用法就還要再加強。第二點，你說內部還要共識，表示還沒有共識，所以今天既然還沒有共識為什麼要通過？

陳代表宗獻

何代表請您不要抓我語病，我鄉下人講話比較…算了，沒關係，我講的 12 點多億是經過幾次的開會而且是很不容易的各個科都來、

各個區都來，那個是共識中的共識、一直都有共識。我講的是老人的部分，有人會覺得應該少撥點進去才好，那部分是還沒有共識，所以我們不提出來。謝謝您的了解。

主席

物理治療代表請。

楊代表政峯

本來這個案子看起來是很複雜，因為前面也是經過很多準備跟協調，所以本來想說大家都有很多意見，所以我們可以不要有意見可以省點時間，但是後來又在這復健治療這邊又很像產生不一樣的看法。所以我想提供一點想法，我覺得是蠻不清楚復健醫學會為什麼要做這樣發言，因為事實上好像也沒有減少支付的點數，感覺上好像寧可讓地區醫院的復健科不要成長，也不能夠讓醫學中心的復健科沒有優勢，這感覺是蠻奇怪的。其實這裡面就有包含物理治療的支付標準，我從物理治療的角度來看，一切看起來是都很合理，因為其實本來在執行的部分，真的沒有那麼大的差異，可以把層級簡化，這本來就是我們一直希望的。那我想這個之前也講過，我也別浪費大家的時間，我只是提醒從兩個部分來看，因為在講層級不一樣，所以支付點數應該要有區隔，我覺得因為我們在看支付標準，他上面沒有規定醫學中心收案是什麼條件，條件是一樣的，那為何要這樣？另外他其實反映在複雜程度，就是報複雜量多或量少，我覺得那部分已經反應了，其實不用再考慮了，謝謝。

主席

好，謝謝，甘代表。再來是葉代表。

賴代表振榕

主席，我舉很多次都沒有關愛的眼神過來。

干代表文男

先讓我起個發言權。剛才我們何代表講了很多他不是發脾氣，本來這個案子，他站在他預定有的高定，把這個所有的人情都做盡，都按照醫院協會提出第 11 頁的標準裡面都以最高了，你們都談的沒有問題了，所談的 160 點數、320 都是最高的了。應該最有意見的是我們付費者，結果聽到最後不是我們的意見，是你們內部的意見很多。如果這個案子按照何代表的說法，你們趕快通過，不通過，這案子就擱置，不要再討論，浪費很多的時間，這反覆地在講，如果

說你們已經都討論很久，那我們贊成就這樣，不然你們私下討論五分鐘，要不就擱置，不要一直浪費時間，何代表可以嗎？如果你們沒有意見，我們就沒有意見；你們有意見，我們比你們意見就更多啦。他給的就比你們醫院協會做出來的原有的最高，這應該是我們有意見，結果我們沒有意見反而是你們有意見。你們不去協商，把這意見時間浪費在這爭論。

朱代表益宏

休息五分鐘。

主席

葉代表、賴代表你們要發言還是先休息五分鐘？賴代表也說休息五分鐘。

葉代表宗義

對不起啦，我很少講話因為我年齡比較高啦，在健保會也是年紀最長，但是有些問題還是要提出。蔡英文常講謙卑、謙卑再謙卑，我是建議不要講有大有小的問題，我們在開會每一個都一樣大。第二個是溝通問題，他也講了溝通、溝通再溝通，剛才你們醫界也說共識了，結果也多都沒共識，可見這溝通不良。第三個問題，我也是反對擱置，因為每個案子都擱置那就不要開會呀，這樣很多事情都沒辦法解決，還是要解決。到底怎麼樣解決方法，當然我們講很多，也許花五分鐘去談，我們還是站在聽你們的。第四個問題，我常常講一句話，這問題不只有在共同擬定會議，包括藥物也是，我常常有一些感慨，健保會裡面的錢有剩把它降下來，但是這裡面有幾個付費者可以左右卻沒有人提，每次都是降錢或反對，但是我和何代表，所有醫藥的問題我們都是委員，提出新醫療科技若錢這麼多應該是想辦法，而不是一直砍金額。以商業來說，所有的都在降~唯有生物科技是上升，這對國家未來是個好現象，是個競爭力，也許有一天國家最大的出口就是生物科技。所以我建議要取得共識，若講得通就調整降低，也不用為了健保會~對我們全民健康沒有好處、對我們新醫療科技也沒有好處，所以我站在老人的話建議。最後一點就是主席也感冒了，盡量在四點半結束，這是我的提議，謝謝。

主席

我也很想快點結束，賴代表講完後，我們就休息五分鐘。

賴代表振榕

謝謝主席關愛到這邊，我舉了超過十次~沒關係沒關係。我想，很謝謝這次 105 年醫院跟西醫基層的預算調整有把醫院的藥事服務費做一個適當的調整，但是我有一個疑問，是不是漏掉什麼沒有討論到或是我們會議資料沒有寫出來。剛包括甘代表、陳代表都有講到我們整個照護就是手心手背都是肉，我很訝異西醫基層的支付調整內，為何健保藥局的藥事服務費並沒有列入在裡面，這是屬於西醫基層還是另外一塊我不了解，我不知道署裡面是否有另外的非協商因素去做調整，如果有的話我就不再講，如果沒有的話，我不了解這次醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準裡面，社區藥局到底是歸西醫基層還是那裡？這是我的疑問，所以我剛才徵求說一定要讓我講完再休息五分鐘，如果是忘掉了，拜託等一下醫院協會跟西醫基層在協調時，再把我們手背這一塊把它一併討論，謝謝。

主席

好，謝謝，我們現在是四點八分，我們現在就休息五分鐘請醫界商量一下，五分鐘夠不夠？在十三分前看能不能達成共識。好，謝謝。

羅代表永達

對不起，我請教一下，剛慢性減少是多少錢可否告訴我們，這樣我們待會協商就比較好討論。

龐組長一鳴

三點多億。再來，麻煩大家看今天的資料，我先說明共識的問題，今天會議資料第 3 頁西醫基層的部分，特別跟何代表報告，西醫基層部分醫師公會特別有共識，醫師公會態度都一樣沒有變過。醫院協會的結論基本在第 1 頁下面三的括弧一有六項要調成 260 點，十二項護理支付點數要調整 7%，復健治療章節要調整一樣，這三個重點是公文上寫的，所以公文上寫的都照做，基本上大家重點是一致。健保署的方案也是完全依醫院協會提的方案，這是第一個精神，第二個精神是因為要符合這次的 91 億額度，所以其他的項目把它調整 91 億，再加上很抱歉上次我們真的漏了，承蒙滕代表提醒，精神科慢性住院關係因為已受監察院處理，所以特別提出另外處理，以上補充說明，謝謝。

主席

好，現在十分，所以休息到十五分，麻煩大家場外商量。

(休息時間)

羅代表永達

我們本來很堅持我們的版本，因為這已經是在很之前討論過，但是因為剛主席也講希望今天有一個共識，所以我們又退了很多步，包括醫中包括很多很多，大家都好啦好啦，我們支持健保署所提出來的版本，就是以 91.6 億為範圍，然後把慢性精神病拿掉，增加高危險妊娠診察費，用這樣的版本希望今天能夠得到大家的支持，否則的話我想這個再拖下去也不是辦法，這樣好不好？

主席

好，還有門住診的微調比例有點不同，這剛沒有提到，OK，好，是否醫院的部份同意通過？（眾人回答：好。）

主席

好，謝謝。基層部份是否也通過？基層的部份剛何代表希望可以多調一點。

何代表語

我是建議西醫基層再提 4 億元，現在是 12.22 億嘛，再提 4 億元作為第二次提高老人 75 歲以上之診察費，還有其它提到的婦產科、外科的診察費是否再做調整，那希望他下一次開會時再提出 4 億元做第二次提高出老人 75 歲以上之診察費及婦產科、外科醫師的診察費的標準表出來，我的建議是這樣。

主席

好，謝謝。請，溫代表。

溫醫師哲暉(張代表金石代理人)

我提一個就是我們外科跟婦產科其實每個月已經多給二萬點了，那這個部份事實上已經有給，我那 75 歲以上的話我們基層認為是比較迫切的需要，謝謝。

主席

好，謝謝溫代表。基層的部份，今天基層有高度共識，這部份我們是否讓基層先通過，然後何代表的意見就給全聯會參考，下次開會可以再提相關支付標準調整案，然後讓非協商總額用來調整支付標準的比例再提高，可以嗎？

何代表語

我提出來不是給全聯會參考，因為全聯會做事情我很不放心，我希望全聯會辦理第二次提高老人 75 歲以上之診察費的標準表出來，讓下一次的會議通過，好不好？就是…

陳代表宗獻

尊重何代表的指教。

主席

尊重何代表的建議，請全聯會回去研議。因這要核算，還是請全聯會有點空間回去商量。但是我想何代表的心意是說非協商因素有 22.92 億，現在只用 12 億太少，還是要再提高，但這次你們的建議大家都同意先調，好嗎？干代表，請。

干代表文男

主席，這個還是要有時間表，如果在下次的四月以內沒有提出來解決的話，還是全案不通過，附帶決議哦，全案不通過。如果下次提出來，把何代表跟基層問題解決，希望能夠追溯到一月份。如果是四月份以後~不要追溯喔，都是今年度的預算。

主席

干代表，下次正式會議是 3 月 24 號。

干代表文男

好，3 月 24 號~希望你們都有共識，現在五分鐘的效率很高，我們不提出來，你們吵三天都吵不完。以後你們相類似的案子，別再講給我們聽，我們錢給你們，我沒發脾氣還被你們洗臉，我真的很傷心，我希望問題可以解決。

主席

好謝謝，陳代表，是這項嗎？

陳代表志忠

是這項，很抱歉本來我不應該發言，因為我不是基層的人，但是我身為臨床醫師。我們現在健保支付標準的診察費只有一種，不管你看什麼病，我在這邊講的話可能會得罪一些專科醫師，皮膚科有的診察比較簡單，跟心臟科，他們所看一個病人的診察費是一樣的，如果用科別來區分診察費會有一個~我不曉得基層會不會困難，

在專科裡面，一個基層開業的醫師，如果假設說外科診察費比較高，外科醫師也可以看感冒，所以很難用科別區分。我想大家都很明瞭，去做一個很好的學術上研究到底怎麼分配，這是我在一個臨床醫師為署裡面講話，真是不好意思。

主席

好，謝謝陳代表，全聯會對基層的生態應該都很了解，他們也知道很多醫師都是跨科在看，所以留點空間讓全聯會回去討論，畢竟這是西醫基層總額的費用。今天本案是否通過？附帶決議就是請全聯會回去再研議有無共識之調整方案。請，賴代表。

賴代表振榕

我對要通過是沒有意見！但是我剛剛有提出來說，這一次調整案只有調整到醫院的藥事服務費，這部份很感謝！那我剛剛有稍為請教了一下我們署裡面的長官，他是說因為醫院的藥事服務費是回歸醫院總額，而我們社區藥局根本沒有另外一塊嘛！社區藥局的部份是回歸西醫基層，那這一次討論案我是沒有去注意到說，我們怎麼沒有被邀請要去討論我們藥事服務費西醫基層的總額。那我想今天沒有要翻案的意思，我是說下次如果說還有像這樣子的支付的調整，那我拜託署裡面一定要讓我們可以參與在這個支付上能夠發言、能夠爭取，那也拜託付費者代表幫忙。剛剛陳代表講的沒有錯，我們西醫基層裡面，我們藥事服務費 75 歲、70 歲，我講過了嘛！老年病人的給藥有它的複雜性要做特殊的處理，我只是說要做這個附帶的意見要講出來，那不應該在我們西醫基層就把藥事這一塊給忽略掉，謝謝！

主席

好，謝謝！因為這次全聯會提出來只有 12 億，離 22 億還有 10 億。剛何代表是建議對高齡這部份給予考慮，賴代表建議社區藥局的藥事服務費。因為醫院事實上也有處方釋出給社區藥局，基層也有，這部份併同考慮，今天就不再討論細節。給全聯會比較大的空間討論，好嗎？你們回去討論，下次提案後，各位代表再一起來看、討論，好嗎？必要時再邀請相關學會討論。好，謝謝！來，請甘代表。

甘代表文男

剛才講的 3 月 24 日，可不可以提早一天，因為我要去向所有的勞工報告健保最近發生的一連串的事情，那個很重要！溝通、報紙

一登都是看負面的，是不是可以提早一天？23 號？

主席

3 月 24 日是我們原來表定的。

干代表文男

你們常常在改啊！

主席

好！謝謝干代表。干代表的意見，我們再做調查。

干代表文男

再做調查！這都是你們唸的啦！

主席

真的調查。

干代表文男

你們想改就改了！

主席

好，謝謝干代表。儘量能夠來調查。

謝代表武吉

主席！首先我要感謝健保署，雖然在今天對整個數據的算法都是非常認真的在處理，我代表醫院學會向健保署說謝謝！尤其主席今天是抱病來開這個會辛苦你了！第二點就是說，我很感謝何代表、干代表、葉代表、陳代表，本來我真的不知道監察院在調查慢性病，真的我不知道，那今天從善如流，雖然我們是做代表，但也是要維護健保署的長官的…

現在是因為過年要講些好話。其實是很多都不知道，是大家提起時才知道。今天大家互相維護，這是非常正確的方向，我代表醫院協會向健保署和 4 位付費者的代表說聲謝謝！最後就是我對健保署的說法建議，基本診療費的通則裡面，所有增加醫院門診的診察費支付點數含 10% 的這個問題，其餘是不是都是一樣？

主席

對了！護理費！你們剛在外面 5 分鐘有討論護理費嗎？

謝代表武吉

照你們的方式去處理。

主席

健保署的版本暫列 10%。

謝代表武吉

全部支持！都聽你們的

主席

暫列 10% 係依醫院協會來文之建議，因為我們沒有實證的數據，真的只是暫列。

林代表綉珠

謝謝！我想用暫列的方式，我們會再做更精細的分析，到時候希望醫院協會能夠支持我們，謝謝！

主席

好，所以若是有比較好的 evidence 數據再來修正，照大家意見通過 10% 暫列。謝謝！接下來進入討論事項第二案。

第二案

案由：增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準物理、職能及語言治療「中度」、「中度-複雜」及「複雜」診療項目(42017C、42018C、42019C、43027C、43028C、43031C、44011C、44012C、44015C)申報資格案。

主席

好，謝謝。各位代表有意見嗎？復健醫學會要補充說明。

王常務理事錦基（台灣復健醫學會）

這其實是個很單純的 case，但我們先提醒一下，語言治療也是同樣的狀況。是因為長期以來，只要是聯合診所，這個負責醫師不是復健專科醫師的話，他的支援醫師就不能申報專科醫師的項目，長期以來造成很多區的困擾。因為支援醫師只要是復健專科醫師資格，理論上他應該也可以開復健專科醫師的項目。這只有改這麼一

點點，應該很單純，謝謝。

主席

好，所以也含語言治療。將來非復健科醫師開立的診所，如果開有語言治療處方箋，理論上也要有語言治療人員吧？

王常務理事錦基（台灣復健醫學會）

當然。

主席

一定要有語言治療相關專業人員？好，謝謝。

滕代表西華

有一點請教，我不明白在第 15 頁的部分，由復健專科醫師開立處方，這是一定的，也理解，但在復健科專科醫師開設之基層院所，其中有非復健專科醫師，仍然可以開立專科醫師之處方嗎？是這個意思嗎？

王常務理事錦基（台灣復健醫學會）

是不可以的。

滕代表西華

但這裡打勾的意思是什麼？

王常務理事錦基（台灣復健醫學會）

打勾的意思是我們修正內容是希望在復健專科的支援醫師..

滕代表西華

對，我明白，那個我沒有問題。我的意思是我們原本的 15 頁現行專任及支援的非復健科醫師，都可以開立特定復健治療診療項目，開立資格都符合。這個是誤勾？還是非復健科專科也可以？

王常務理事錦基（台灣復健醫學會）

以往確實是有，我們有請署裡面幫我們看，以往確實是有好幾千件是非復健專科醫師開立的，他的開設診所是復健科醫師，所以他也是可以那樣報。我們希望現在修正的話，要專科醫師才可以開專科醫師的項目，是這樣，要修正。

滕代表西華

好，我再統整一下我的理解有沒有錯誤。現行有非復健科醫師有開立專科醫師處方的情況，以後就都沒有了，對不對？

王常務理事錦基（台灣復健醫學會）

希望這樣。

滕代表西華

不是希望，是有沒有，因為這裡都打勾了。所以我也要請健保署來澄清一下，我們支持復健專科醫師，專任的也好，支援的也好，不要只要那個診所的負責人是復健科醫師，就他任何的醫師都可以開。支付標準是專科醫師可以開對不對？可以再澄清一下。

王常務理事錦基（台灣復健醫學會）

對，在復健醫學會的立場是希望，非復健專科醫師不能開。

滕代表西華

好，所以修正後的支付標準，就是包括復健醫學會的修正內容，在非復健專科醫師就不能打勾，對不對？

王常務理事錦基（台灣復健醫學會）

是。

滕代表西華

好，我的意見就是這樣。

李代表紹誠

謝謝滕代表把它看那麼清楚，這個是誤勾，應該是照滕代表的講法，這樣做才對。

主席

好，謝謝，來，羅代表。等下醫管組再說明。

羅代表永達

我想請教復健醫學會就是，以一個基層，然後有支援的醫師，他們有那個能力去做複雜性的復健嗎？或是中度以上的部分？他們有這個資格嗎？有這個能力嗎？我想請問復健醫學會，基層診所裡支援的醫師有能力去做複雜的復健嗎？

王常務理事錦基（台灣復健醫學會）

就是要看，支援的是不是復健專科醫師，我們復健醫學會是幫他們背書的，謝謝

羅代表永達

所以我們就是要聽，假設一個復健科醫師受過完整訓練，又有後面審查的把關，為何在基層就不能做？他當然可以做，我只是要把這部分列入一個紀錄。

當時剛剛在講的時候，不是這樣的講法，有些東西是醫學中心能做，誰不能做、誰不能做，現在又覺得基層也可以做，連醫院都不用喔，我是覺得復健醫學會要背書這些事情的時候，要記得你們的會員裡，是各個層級都有的，我覺得我們從一開始的時候就支持一樣東西，一個醫師能不能做的能力這是一件事，他的相關的那是一件事，既然復健的東西沒有這麼複雜，那個醫師就能 control 的情況下，我覺得應該要支持通過啦，我只是要把這些列入紀錄，將來復健醫師再談這些基層有沒有這個能力時，我希望復健醫學會裡面的說法是一致的，以上。

主席

好，謝謝，來，何代表

何代表語

我還是要修正我們羅代表的意見，他縱然是有專科醫師的能力，但是他的儀器設備有沒有足夠，如果沒有儀器設備，他縱然有專科醫師，他就用兩隻手在做嗎？我是認為具備專科醫師又具備完善的儀器設備，才可以做重症的復健工作，應該要這樣寫，所以你既然要列入紀錄，就要寫得完整啊，你忽略了儀器設備這一點，我的意見是這樣。

第二點是既然他提出來了，我們就支持通過這個案啦，好不好？

主席

好，謝謝，大家還有意見嗎？醫管組請說明，有關非復健科醫師那塊。

吳科員明純

請各位代表可以看到我們會議補充資料第 15 頁，跟各位代表補充說明，表格中寫的非復健專科醫師，指的是他必須要具備復健科的開單資格，在我們的通則就有說明，以物理治療來說，就是骨科、

神經科、神經外科、整型外科、內科具風濕免疫次專科且受過訓練課程者等，所以這邊的非復健專科並不是指所有的專科都可以開，還是有一個基本的開單資格。

那就我們現行的支付標準規定，他只要是復健科專科醫師開設的診所，在其項下不管他是復健科醫師或其他有開單資格之醫師，現行他們都是可以開立那些相關項目處方的，以上。

主席

好，不是只有復健科醫師，骨科、神經科都可以開復健處方，這裡講的並不是家醫科、內科那類的，是特定的專科，所以這個打勾是對的，只是沒有講清楚。好，其他代表還有意見嗎？好，朱代表。

朱代表益宏

我請教一下，因為在基層那邊，這等於是開放他支援的醫師也可以開放這樣的處方箋，在治療的時候，健保署會去勾稽他做的時間嗎？我想請教一下，因為這個就變成以前像麻醉科有這樣的情形，這個麻醉科醫師是報備支援在 A 醫院做麻醉，但他在 B 醫院又有申報資料，這個時間若有 overlapping，健保署是會去核減的，所以復健這部分是不是若他是支援的，他在 A 診所做，同時在 B 診所也做，都是報備支援或專任的，那這樣是會去做勾稽嗎？還是不會，沒有關係？

主席

好，謝謝，李代表

李代表紹誠

他的基本精神就誠如剛剛朱代表講的，那應該是不會發生。不能說不會發生啦，但現在就是我們基層醫師若出來開會或出國，我請的不管任何層級的醫師代診時，我這個中風病人昨天看還是可以申報複雜，明天他第一個療程開始的第一天，結果請了支援醫師來，是專科醫師，結果他不能報複雜，病人是一樣的，治療內容通通都一樣，大概就是精神在這裡。

至於會不會兩地同時去，署裡面可能可以去勾稽、去防弊。

陳代表志忠

解釋一下，基本上是不會，因為衛生局會去管控，你支援的一

定要報備，所以醫師那部分不會兩地同時存在，跟麻醉科不太一樣。

朱代表益宏

我只是想確定一下這個事情。

陳代表志忠

不會啦。

朱代表益宏

意思就是不行，他只能在支援的一個地方去執行。如果申報這個時間的話，在這個時間段，他不能在其他地方做。

陳代表志忠

對。

主席

好，謝謝，這項列入紀錄，我們會 check 來做勾稽。這案大家還有意見嗎？若沒意見，就修正通過。好，第三案。

第三案

案由：修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，包括放寬重症肌無力病人核實給付項目，以及居家照護階段收案對象增列脊髓肌肉萎縮症（SMA）案。

主席

請問大家對這案子有意見嗎？

滕代表西華

這個新增支付標準我沒有意見，我對於預估人數比例有請教，第在 34 頁部分我們這個推估使用呼吸器比例以 5%到 20%是已經扣除 39 人是以 312 人做推估，是想知道的是有沒有可能這個臥數的估算是怎麼估，有沒有可能納入支付標準一下子就到 20%，這個需求是 unmet，這個需求是等很久，這 312 人等待很久所以成大及病友協會才會提出這建議，我想要知道說這個 5-10%我們有那麼準，會不會一開始就 jump。

主席

等會醫管組一起回答，其他代表有意見嗎？好，陳醫師。

陳醫師志強(台灣胸腔暨重症醫學會)

台灣胸腔醫學會代表第一次發言，有關成大的提案重症肌無力申報的部分，我們學會在 103 年 11 月 11 日已經回函同意，在醫學上是合理的，那第二個有關脊髓肌肉萎縮症的部分，它跟 ALS 的確是一樣的，我們大部分疾病屬波動疾病好好壞壞，避免健保署過度支用費用前提下，其實有很多疾病我們都暫時擋在外面，就是不能直接使用 BI-PAP，但 SMA 及 ALS 屬一去不復返，這些病人的確需要在不使用侵襲性呼吸器下使用 BI-PAP，這二個部分的提議我們學會都讚成，但另外一個在這裡補充說明的是大家請翻開第 39 頁，那個因為上次龐組長主持我們在 1 月 13 日通過全民健康保險居家醫療照護整合計畫，在 104 年的專家會議曾有個共識和現在這個架構有一點點不一致的地方，現在希望利用這機會把他一致化，主要是談護理人員的訪視人次及訪視時間，13 號會議決議一般居家、呼吸居家訪視可以 100 人次，這個是 45 人次，這是二個制度互相衝突，我們就利用這一次把他們整合在一起，因這個意見是一致。第二個是專家會議有提到那個護理師、醫師、呼吸治療師，醫師和呼吸治療師到現場都是一個小時，護理師是二個小時，因為他們是在居家，車子是一輛過去，當初 45 人次的考量，希望這次改成 1 小時，所以一個是人次一個是訪視時間，這不是新的提案是原來就有共識，在這邊一併更改。

主席

謝謝！等會一起回應。請問代表還有意見嗎？沒意見，請醫管組說明。

陳專門委員真慧

有關第一個問題就是推估 5%、10%、20% 這個比例，其實我們也沒辦法事先知道它是否會超過，所以當初是我們自己列 5%、10%、20% 三個百分比去評估可能影響的費用。。

主席

好，參考用，基本上是實施之後才會知道，第二部分請回答。

龐組長一鳴

陳醫師，不好意思，以後您的建議可以先給我們，我們才能評估，因為居家那案上次臨時會已經剛通過，詳細細節，對不起我不太記得，那時候護理人員有個比例算法。

陳醫師志強

沒有事先回應是因為我剛看到。

龐組長一鳴

不要緊，我們另外個場合再來討論，原則上大致沒問題，我們就先做一段時間看看。

主席

好，謝謝，這部分是臨時提出，會後醫管組再和陳醫師一起核對，基本上計畫不要衝突！釐清是否有這問題，好，謝謝！來朱代表。

朱代表益宏

主席，那個接續滕代表的意見，牽涉到中間的費用，因它還有預算的問題，當然如果說只有 5% 是 500 萬，我個人覺得是 OK，但是如果抓到 20% 就有 2,000 萬，一年會增加 2,000 萬，剛剛我們為了幾億在那吵了半天，所以其實 2,000 萬也不是一個小數目，所以我建議，當然這一部份，健保署也不可能抓的很準，所以是不是這一部份可以，如果真正實施後，萬一發生滕代表所擔心的一下進來很多新增的申報的確會對總額財務產生衝擊，所以這一部份個人建議進來後要密切監控，如果說今天假設我們加 5%，還是它超過 10%、20% 那就要提出來，我個人認為說這一部份或許我們超出很多，在明年也要請健保署協助取爭取相關預算，不然他事實上會排擠，那對於一些罕病一些罕見疾病它其實，雖然大家得了這些罕見疾病都不願意，畢竟人非常少但花了很多健保經費，這也是在整個經費上大家不願意看到的問題，所以我建議如果說我們今天暫用 5% 去預估，但如果超過這樣一個數字，是不是要請健保署，如果沒超過我個人認為不需要特別去講，但是我個人認為如果超過很多應該讓代表知道那有可能的話，在 9 月份協商時包括幾位付費者代表也在這裡，也要請大家能夠同意在協商裡面爭取相關預算以上。

主席

這是居家階段，應該不是醫院總額，是其他總額部門，只有前面那段才會涉及醫院總額部分，所以不完全是。基本上居家階段就不在醫院總額的範圍，但朱代表擔心對醫院總額的衝擊，我們會來監控，好嗎？好。其他大家還有意見嗎？沒有，就修正通過。

謝謝，今天提案已討論完；對不起，沒辦法在四點半結束。

朱代表益宏

你們公告要發給我們。

主席

是，會後給，可以嗎？好，謝謝，大家有臨時動議嗎？

李代表紹誠

主席~

主席

來，請。

李代表紹誠

我提一個，剛才謝代表他那個發言，我想大家都非常的感同身受，就是說那樣的一個感覺，感覺良好；但是今天復健醫學會被邀請來，來這邊列席，主席也請他講話，那一個醫學會的理事長在這邊竟然被這樣的一個狀況來去~我覺得是很不妥，我覺得我們以後所有在這邊開會的代表，基本上是 gentle man，不應該去這樣對他有任何的人身攻擊！我們理事長到這忍辱負重，一直坐到最後，他今天下午是兩個 VIP 室，之前的行政院院長江宜樺找他看診；那我覺得這個東西是我們大家要建立這個共識，我們有不同的意見，大家可以討論；但是，不應該去做人身的攻擊，以上。

主席

謝謝，李代表的意見。我們會依照不同的議題，請專科醫學會列席，純粹希望能夠多元的聲音進來；希望各位代表互相尊重，因為畢竟列席單位提供專業的意見也是供本會代表們作參考，所以李代表的意見，代表都已聽到。謝謝，來，何代表。

何代表語

好，我支持李代表的意見，互相尊重、互相尊重。

主席

好，謝謝。

許常務理事美月(郭代表素珍代理人)

我是一個女性，我是一個代表，我今天講如果我是一個理事長的話，我會感覺到我有被霸凌的感覺；所以呢，我~我其實都很尊重大家，我是覺得大家都非常的辛苦；其實當下，我感覺到我好像他

被霸凌了的這個感覺！所以我覺得有機會可以跟人家做一些釋懷，我覺得這會比較好，一個堂堂的理事長，一個醫院的醫師，他要看很多的病人，其實他花了這個時間在這個地方，我覺得我們要付予尊重，而且尊重我們所有的人，這對我未來~我也好怕我的發言會被人家這樣子的態度來對待我，我覺得這個是~我想這個不是有意的，那大概是只是一時，情緒起來；但是我想一定沒有那麼大的惡意，所以我是覺得這個是因為很不小心的一個擦撞，所以會有~讓人家有霸凌感，所以真的是我說出來了，只是不要講說你們的不對，而只是覺得會有這種感覺，這是非常不期待的！祝大家新年快樂。

主席

好，謝謝。請，謝代表。

謝代表武吉

主席我是感覺到這不是叫霸凌也不是叫污辱，我是感覺上我是就事論事不要傷害到我們社區醫院、地區醫院伙伴的基本原則，我也是一個理事長啊，我都曉得要怎麼樣處理，其實我以前年輕的時候人家都叫我老大，我也是都忍耐下來呢，所以你剛講的話不要傷害到地區醫院那我一句話都不會講，因為你就是已經傷害到了，輕描淡寫的描述的輕述那我不能夠接受也不能夠容許，我也要維護我們地區醫院的存在，所以說剛才為什麼我在講的兩種話到最後都不一樣，就這個原因，謝謝。

主席

謝謝，我們代表還是保持風度。好，下次開會就已過完年，龐組長這邊對過年前的提醒，給他點時間，好嗎？。

龐組長一鳴

謝謝大家。過年前的提醒，第一件事情因為這裡有付費者代表，宣導一下，我們相關網站有提供過年開診醫師的時間，可以於 APP 查詢，也很謝謝醫療院所，很多是有開診的，真的很謝謝，這是第一點。第二點是前幾天大家去賞雪的時候，賞雪很快樂，魚被雪凍死很難過，政府去看有些地方，像梨山和平鄉真的很冷，下雪又特地加開診，加開診的醫師真的非常辛苦，這些 IDS 在山地離島偏遠地區，過年期間全省也都有開診，那些地方的醫師都很辛苦，雖然都沒來今天的場合，不過我們還是代表健保署立場，因為今天都有雙方代表，跟他們說謝謝，新年快樂！謝謝！

主席

好，謝謝。

黃代表雪玲

主席可不可以讓我再講最後一個，就是署裡這裡有要求過年期間要配合慢性病提前領藥，對不對？可是我們有一個壓力，就是藥師合理量的核扣，因為一天就一個藥師合理量就是 70 張，那我們藥師要加班都在發這個，合理量一定是爆量，之後就是調劑費要被折付，我們這個部分可不可以在這段期間能夠把這個藥師合理量能夠做一些適當的調整？不然這對我們來講是…

主席

好，謝謝！這列入會議紀錄，並請醫審跟藥材組做適當回應，好嗎？

徐代表弘正

我覆議一下，因為過年期間，健保署是一個好意有發一個公文說 27 號開始可以提前領，可是這裡面就碰到很多困擾，就是有一些藥物會 overlapping，雖然健保署說這段期間會處理，我是希望說會審慎處理，因為到最後我們經常會跟病人起衝突，所以這段時間如果 overlapping 要讓我們有機會解釋的機會，如果是因為過年期間的這種誤失，不要把我們扣掉，這點請署裡注意。還有一點就是慢性病的領藥，我覺得健保署是不是要開一個討論會，讓我們醫院有傾訴的機會，因為這裡面有太多太多問題，比如說我在一定期間內，我可能慢籤慢拿了，結果給算要從慢拿那天起，我每次跟病人解釋這部分都解釋不完，那然後我們就跟病人說自己拿藥自己自費，他又告到健保署，健保署又跟我們講說我們要付，所以是不是有一個公聽會或討論會來講這部分。因為有太多的問題在這裡，用電腦去計算，完全不符合實際的狀況，以往浪費了很多，現在已經節省很多了，要稍作一些調整，原諒病人，我也是拿慢籤的，常常會掉藥、忘記吃藥、拿藥等，結果後面就延續了。

主席

兩位談的都是藥的部分，尤其是過年期間的過渡期，我們都已記下，且會列入紀錄，請醫審及藥材組評估比較權宜的措施。大家還有其他臨時動議嗎？如果沒有，謝謝大家，今天開到這，謝謝。