

「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 3 次會議紀錄

時間：105 年 9 月 29 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：鄭碧恩

干代表文男	干文男	陳代表志忠	(請假)
王代表榮濱	王榮濱	陳代表彥廷	陳彥廷
朱代表益宏	朱益宏	陳代表福展	翁瑞文(代)
何代表語	何語	黃代表振國	黃振國
吳代表美環	(請假)	黃代表雪玲	黃雪玲
吳代表國治	吳國治	黃代表棟國	(請假)
李代表飛鵬	吳明彥(代)	楊代表秀儀	(請假)
李代表偉強	李偉強	楊代表政峯	朱世瑋(代)
李代表紹誠	(請假)	葉代表宗義	(請假)
林代表恆立	林恆立	滕代表西華	滕西華
林代表淑霞	林淑霞	潘代表延健	潘延健
林代表富滿	林富滿	盧代表榮福	(請假)
林代表敬修	(請假)	賴代表振榕	賴振榕
林代表綉珠	林綉珠	璩代表大成	王雪月(代)
徐代表弘正	(請假)	謝代表文輝	王秀貞(代)
張代表孟源	張孟源	謝代表武吉	謝武吉
張代表金石	(請假)	顏代表良達	顏良達
梁代表淑政	梁淑政	羅代表永達	羅永達
郭代表素珍	許美月(代)		(依代表姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

台大醫學院眼科主任	胡芳蓉
衛生福利部醫事司	邱麗梅
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	馬文娟
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	潘佩筠
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	陳哲維、林筱婷、洪郁涵、 黃佩宜
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	林佩、吳心華
本署臺北業務組	陳美玲、余千子、林勢傑
本署北區業務組	陳孟函
本署中區業務組	何佩甄
本署企劃組	董玉芸
本署醫審及藥材組	王本仁、蔡佳倫
本署醫務管理組	陳真慧、谷祖棣、張淑雅、 林右鈞、王玲玲、涂奇君、 陳依婕、宋兆喻、陳逸嫻、 廖敏欣、鄭碧恩

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

部分代表對上次會議紀錄之建議事項，重點說明如下：

- (一) 報告案第五案：針對本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式案，請各分區業務組舉辦說明會等相關事項，改為繼續列管。
- (二) 報告案第六案：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，請於下次會議中進行後續調查情形說明，改為繼續列管。

(三) 討論案第一案：關於快速結核病分子診斷乙案，請醫檢師公會全聯會提出相關適應症及成本分析於下次併同新增診療項目提案討論。

三、報告事項：

(一) 修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部中醫通則五及第一章門診診察費合理量報告案。

決定：同意修訂支付標準通則五及第一章一般門診診察費備註 5 規定，增列山地離島及花東地區，文字統一修訂為「『中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案』認定之地區、山地離島地區、花蓮縣(市)及臺東縣(市)，每月以實際看診日數計」，詳附件 1，P5~P8。

(二) 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 106 年適用之相對權重統計結果及支付通則修訂案。

決定：

1. 同意 106 年 Tw-DRGs 適用參數，惟急診費用是否併入 DRG 計算，目前依照去年計算方式，計算權重及 SPR 時併入急診轉住院時之急診費。後續急診申報規定若有修正，依申報規定併同 105 年特材價量調查結果，重新計算 106 年相關參數，並提報下次會議報告。
2. 保留本次支付通則修訂，並評估 4.0 版 Tw-DRGs 支付通則於 106 年實施之可行性並於下次會議報告。
3. 請醫審及藥材組於下次會議報告 104 年特材價量調查結果。

(三) 105 年新增修支付標準報告乙案。

決定：洽悉。

(四) 配合醫療服務給付項目及支付標準未列項目申報之審查配套措施規劃案。

決定：請於下次會議提案報告未列項填報方式及辦理情形。

四、討論事項：

(一) 新增支付標準診療項目「角膜處理費」案。

決議：同意新增支付標準 53034B「角膜處理費」，成本資料中內皮細胞分析儀為固定成本予以扣除後，校正支付點數為 15,897 點，詳附件 2，P9。

五、臨時動議：無。

六、散會：下午 17 時 00 分

第四部 中 醫

通則：

一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水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）。

二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：

(一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：

1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數*23 日)】

2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為 50 人(含)以下，申報編號 A82、A83、A84、A85。

3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出 50 人以上，申報編號 A86、A87、A88、A89。

(二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。

三、針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療(編號：B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94)。

四、針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。

五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，其中內含複雜性傷科處置(編號：B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94)每位專任醫師每月上限為三十人次，超過三十人次部分改以通則七範圍醫令計算(每月申報日數計算方式：每月申報日數超過二十六日者以二十六日計；另屬**全民健康保險**中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案認定之**醫療資源不足**地區、**山地離島地區**、**花蓮縣(市)**及**臺東縣(市)**，每月以實際看診日數計)。

- 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B62、B80、B85、B90)每位專任醫師每月上限為六十人次，超出六十人次部分者五折支付。
- 七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十人次以下者，按表訂點數支付，在三十一至四十五人次之部分，編號：B42、B44、B46、B54、B61、B63、B81、B86、B91 者，九折支付，四十六人次以上，編號：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94 者，支付點數以零計。
- 八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量 = (當月針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置總人次 / 當月專任中醫師總看診日數)。
- 九、中醫醫療院所該月份所有專任醫師因產假期間均未看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，依合理量規定申報門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。
- 十、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤50)	
A82	—看診時聘有護理人員在場服務者	280
A83	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	310
A84	—看診時未聘有護理人員在場服務者	270
A85	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	300
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分(>50)	
A86	—看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A88	—看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≤30)	
A01	—看診時聘有護理人員在場服務者	320
A11	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350
A02	—看診時未聘有護理人員在場服務者	310
A12	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分 (31-50)	
A03	—看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	260
A04	—看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	250
	3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分 (51-70)	
A05	—看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	190
A06	—看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	180
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)	
A07	—未開具慢性病連續處方	90
A17	—開具慢性病連續處方	120
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五〇人次部分(>150)	
A08	—未開具慢性病連續處方	50
A18	—開具慢性病連續處方	80

編號	診療項目	支付點數
A09 A19 A10 A20	<p>6.山地離島地區</p> <p>—看診時聘有護理人員在場服務者</p> <p>—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方</p> <p>—看診時未聘有護理人員在場服務者</p> <p>—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方</p> <p>註：</p> <p>1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指每位中醫師至少聘護理人員乙名以上。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。</p> <p>2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。若專任中醫師該月份均未看診，除通則九規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段支付點數申報。</p> <p>3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。</p> <p>4.支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。</p> <p>5.每月申報日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月申報日數超過 23 日者以 23 日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月申報日數超過 26 日者以 26 日計；中醫總額支付制度受託單位與保險人認定之醫療資源不足地區中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案認定之地區、山地離島地區、花蓮縣(市)及臺東縣(市)，每月以實際看診日數計。</p>	320 350 310 340
A90	<p>—初診門診診察費加計</p> <p>註：1.限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上（東區及山地離島地區以簽約滿一年以上）申報。</p> <p>2.限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。</p> <p>3.院所申報初診案件數以每月申報診察費不為 0 之就醫病人 ID 歸戶人數之 10% 為最高申請件數。</p>	50

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

七、眼科處置 Ocular Treatment (53001-53034)

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
53034B	角膜處理費 註： 1. 限國內捐贈角膜處理之申報。 2. 內含處理費用(含義眼球或眼蓋片)、檢驗費用(包括細隙燈生體顯微鏡檢驗、角膜內皮細胞分析儀檢驗及微生物培養檢驗)、消毒費用、角膜保存液(Optisol-GS)及角膜內皮細胞分析檢驗角膜儲存盒(View chamber)、一般材料等費用。 3. 限由執行角膜移植手術醫院申報。申報時需檢附角膜評估單。		v	v	v	15897

105 年度第 3 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 與會人員發言實錄

前言

主席

委員正好過半，那我們不浪費時間就開始今天的會議。請各位委員來看一下我們上次會議紀錄第 1 頁到第 4 頁的部分，各位代表有沒有意見？好，如果沒有意見我們會議紀錄就確認，接下來請進行決議事項追蹤，請同仁來說明。

鄭辦事員碧恩

各位代表、長官好，這次的會議決議辦理追蹤情形共 7 案，有關序號 1 至 2，修訂中醫通則及文字編號 68035B「心臟植入」等 4 項支付標準已於 105 年 8 月 25 日公告，並自 105 年 9 月 1 日生效，故解除列管。序號 3，新增修診療項目申報情形，爾後定期進行追蹤報告。序號 4，105 年 ICD-10-CM/PCS 編碼品質提升獎勵方案已於 105 年 8 月 4 日公告實施，故解除列管。序號 5，未列項目申報已於 105 年 8 月 4 日向各分區業務組進行說明，並於費用年月 105 年 10 月起開始執行未列申報項目。目前各分區業務組陸續以電子郵件、VPN 或聯繫會議等方式，進行宣導說明，並本署醫審及藥材組已提至本次會議進行說明審查配套措施，故建議解除列管。序號 6，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，本案暫緩，俟完成意見蒐集後再議，故本項由解除列管改為繼續列管中。序號 7，新增角膜處理費乙案已提至本次會議討論，故建議解除列管。新增快速結核病分子診斷乙項，俟全聯會檢討適應症及成本後再議，故繼續列管中。其餘調整器官摘取移植手術等 11 項支付標準已於 105 年 8 月 25 日公告，並至 105 年 9 月 1 日生效，故解除列管，以上。另外今天在會議中提供一張抽換資料，更換議程頁碼 40 頁，抽換原因為 MDC21 中流水號 7 至 30 號，因 DRG 排序問題，後面權重資料有誤植，故更正部

分的數據，以上，謝謝！

主席

那為什麼第1項沒有報告呢？剛剛從第2項開始報告，為什麼？

鄭辦事員碧恩

剛剛是有關序號 1 至 2 修訂中醫通則及文字，已經在 105 年 8 月 25 日公告。

主席

好，謝謝！所以大概 1、2、3、4、5 都是解除列管，第 6 項要持續列管，第 7 項的快速結核病分子診斷這一項持續列管，角膜處理費今天列為討論事項。那器官摘取的事項，移植術一共 11 項也是解除列管，以上是追蹤情形，請問各位代表有沒有意見？來，請。

朱代表益宏

主席，序號 6 雖然我們持續列管，但是我不曉得有沒有一個時程？因為在依照上一次的...我看第 4 頁，上一次說由署裡面會邀集台灣醫院協會、全聯會、學者專家付費者討論，然後再提到這邊，那因為這個是 6 月的會議，到現在已經又快半年，好像署裡還沒有開始做相關的研議，所以我覺得說這一部分應該是要有一個時間，既然要持續列管，那就是應該有一個時間表。譬如說現在已經到 9 月快 10 月，是不是年底之前要完成什麼事，然後什麼時候要完成什麼事，怎麼樣狀況最後有什麼樣結論到這邊提會報告，這樣列管才有用，不然每一次持續列管又沒有一個 schedule。

主席

好，醫管組說明一下。

陳專門委員真慧

我們會再徵詢這幾個相關的學會，蒐集他們的資料。

朱代表益宏

6月開始說要徵詢到現在，已經10月還沒有徵詢，至少台灣醫院協會沒有收到徵詢，我不知道其他是不是已經徵詢那些單位？

陳專門委員真慧

目前還沒有，因為打算接下來徵詢大家的意見，蒐集意見以後再看大家所反應的意見如何，我們再來提出來，如果剛剛代表提到說希望在年底以前完成的話，那我們會加快速度處理這件事情。

朱代表益宏

對不起，我沒有說年底以前要完成，我只是說既然你要列管就應該有個 schedule 要出來，不然等到我們三個月再開會，它還是在列管，然後這些進度到底有沒有做還是不知道，所以我覺得既然要列管，是不是醫管組這邊就要有個 schedule 告訴我們。我剛剛只是舉例說年底，所以並不是委員的意見，並不是我的意見說到年底要完成，所以我想這個不要誤會，到時候會議記錄說...又變成我的意見，說年底之前要完成。

主席

好，來，說明。

陳專門委員真慧

我們會盡快處理徵詢大家的意見。

主席

那這一項是不是今天還是繼續列管？下一次會議的時候一定要提出報告進度，謝謝。接下來請黃代表。

黃代表雪玲

序號5的部分，我們還是有很多醫院跟我們反映說...什麼叫未列

項？定義不是很清楚，所以是不是還是請分區召開說明會，好不好？因為你紀錄只有寫”必要”時召開說明會，那分區就是只有來個文就我們 10 月份開始填報，很多我們的會員醫院都不知道什麼叫未列項，定義不是很瞭解，什麼該填什麼不該填。

主席

未列項應該是支付標準沒有列的項目。

黃代表雪玲

對，到底什麼樣的條件要填？像其他超音波...我們以其他超音波為例，那只要沒有寫、不在表列的超音波，就在其他超音波。那是不是譬如說像腎臟超音波、甲狀腺超音波...因為都對照其他超音波，是不是都要報？所以這個部分是不是範圍有多廣，還是建議跟所有合約醫院開一個說明會會不會比較好。

主席

好，醫管組有沒有定義？

陳專門委員真慧

在今天的報告事項裡面有一項，不過今天的報告事項著重是在審查端的配套措施，在議程裡面有簡單著墨寫了未列項的定義，這裡可能跟代表說明，我們已經有行文給各分區業務組，也希望分區業務組必要時來辦理相關的說明會，應該是都有予以說明，只是不一定有辦說明會。在這段期間我們有蒐集到各業務組回饋給我們一些醫院的意見，目前這項看起來還好，沒有提到定義的問題、或有疑問的問題，若提到的部分，我們也予以說明。至於簡報已公開在本署的網站以供參閱，以上。

吳代表國治

如果在這邊討論的話我就要表達一些意見了。未列項我們在北區的共管會議上提出來，沒有一個幹部知道，我剛剛問黃委員說未列項

在台北有沒有討論？沒有。所以宣導方面其實應該要加強，而且我瞭解是上次我們北區共管會議討論的時候，已經列出時程了，就是 9-12 月要宣導，明年 1 月開始就不給付了，意思就是你沒有去填報未列項的話，你申報那個東西是不給錢的，就核刪了。那當然我知道等一下在報告事項會討論到這整個流程是沒有錯，可是我覺得這進度太快了，醫界沒有人知道，只有我們在這邊討論的人知道，這個是很可怕！我記得上次主席裁示要辦說明會，我會議記錄帶來了，結果到現在哪分區有說明會？完全沒有。所以這個進度太快了！我要提醒一下。

主席

好，還是請各分區都要辦說明會，因為這個牽涉到醫院的申報，而且有費用的權益問題。請醫管組要負責把定義各方面說清楚，然後讓各分區能夠有一致的轉達，在這裡頭不要打折扣。好，謝謝！

朱代表益宏

這個是醫管組是沒有說明會，剛剛吳委員提出來質疑，因為照你們辦理情形在 8 月份已經進行說明會了。

主席

好，這一項也繼續列管，直到大家說明會都辦了，大家都清楚了才解除列管，其他大家有沒有意見？好，請！

滕代表西華

第 7 案，上次的決議是說，希望疾管署可以採公務預算的可行性。

主席

你說 TB 嗎？

滕代表西華

對，TB，那給我們的回覆是說沒有符合，我想要知道行文列了什麼樣的條文？他又回覆我們不符合哪個條文？因為不能告訴...我們看

起來 TB 是傳染病沒有錯，那這個是不符合沒有關係，但 CDC 不同意的那個理由是什麼？可不可以讓我們知道一下。

主席

可以，好，醫管組說明。疾管署有函覆本署有公文，那個公文現在要不要說明一下？先口頭說明，等會補上公文，好嗎？

涂科員奇君

醫管組先說明一下有關 TB 這個案子，全聯會上次已經依照決議行文給 CDC，而 CDC 也回覆給全聯會，表示 TB 的檢驗因不符合傳染病防治法的規範內容，所以 CDC 不編列公務預算支應，以上說明。

滕代表西華

不是，你要念一遍就不要念了，我的意思就是說你的說明上面就是你剛剛念的，但是因為問錯問題就得不到標準答案啊，我是很好奇我們是問人家是根據傳染病防治法，我相信全聯會沒有這麼笨，他應該有列舉條文，我不知道有沒有列舉？或到底是根據法治是哪一條，所以他認為符合傳染病防治法，而 CDC 作為主管機關他是回覆我們那一條？說...喔對不起你講錯，這一條不對，這個是不符，我意思是這樣。那你要念一遍就不用回給我們了，我們中文都看得懂。

主席

醫檢師公會全聯會給 CDC 的公文？來，請。

王代表榮濱

那個等一下補，我請他把資料叫出來。

主席

好，謝謝，那我們等會有資料的時候大家再來討論。TB 這項也是持續列管。好，請。

朱代表益宏

這項因為辦理情形上面有講，就是...CDC 他已經回了說無法無據，所以希望醫檢師公會全聯會在整理相關適應症跟成本以後再提這邊再討論。那這樣子我能不能補充建議一下，或是一個提案，等到醫檢師公會全聯會整理資料完，如果要在提會討論希望 CDC 列席，CDC 一定要列席說明，到時候他的公文是不是符合滕代表的這個...我們就傳染病防治法的內容來跟 CDC 辯論一下。

主席

好，下次會議請 CDC 派員，謝謝大家關心這件事情，這件事情我們事實上是要等醫檢師全聯會把適應症跟成本提出來之後再繼續討論。那今天大家的建議就是再補列一項是下一次討論本案的時候，請 CDC 派代表列席說明，大家還有沒有其他意見？

王代表榮濱

醫檢師公會說明一下補充資料，那個資料我們準備好，但是來不及送，所以我們下個會期一定會...

主席

下一次會...11 月

王代表榮濱

對，下一次下一次，我一定會把資料、公文都補，所要求的資料都帶來，謝謝！

主席

謝謝王代表。好，那大家如果沒有意見，我們這個辦理情形追蹤就確認。好，接下來進入今天的報告事項，第一案。

報告事項

第一案

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部中醫通則五及第一章門診診察費合理量報告案。

主席

好，謝謝。這個是中醫的通則修訂，是診察費的合理量，是通過中醫總額研商議事會議的結論，請問各位代表對這個案子有沒有意見？好，如果沒有意見的話，我們中醫這個案子就確認。接下來報告第二案。

報告事項

第二案

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 106 年適用之相對權重統計結果及支付通則修訂案。

主席

好，謝謝。有關 DRG 106 年權重跟 SPR 值的計算結果準備要公告，大家有沒有意見？來，黃代表。

黃代表雪玲

想請教一下，我們這裡寫的應該是還是 RUN 的資料是以住院為主對不對？那我們本來 27 號也要開一個會叫門、急診轉住院個案要分家、要分開申報，然後你們又寫說會歸戶統計，那表示未來急診所有的 DRG 的 CASE 可能它的急診費用都會被串進來，那這裡的 SPR 不含急診的費用，那可能要講清楚說 106 年的時候，到底急轉住分家以後，到底急診費用是要串在 DRG 裡還是要分家。我們需要確認這個，要不然這樣子的費用給付對醫院是不公平的。

主席

好，醫管組。

谷科長祖棣

說明一下，我們目前算的時候有兩個點，一個是權重，從急診轉住院，如果有一部分的費用報在急診的話，若比例比較高會影響到該 DRG 的權重，所以我們在算權重的時候，急診的費用一併有算進來，指的是同院急診轉住院的費用，把它歸回到住院裡，去算每個 DRG 的權重。另我們在算 SPR 值的時候，我們從去年開始，因為考量到算權重的時候，已把急診的費用併進來算，所以我們在算 SPR 值的時候，急診被我們歸進來的費用其實是有算在裡面的，因為我們原先是預估，未來是要讓急診的費用併到 DRG 裡面來申報，現在目前的草案方向有一點改變，因為急診考量到一些其他的因素，現在目前是規劃急診的費用可能是不是要切在門診來申報，因為還沒確定，所以我們今年的算法是比照去年的一樣的算法，所以急診轉住院的急診那部分的費用，已經有算在我們現在的 RW 及 SPR 值裡了，以上說明。

主席

好。

黃代表雪玲

怎麼認定？你怎麼認定那急診？你是把門診的費用拉過來算？

谷科長祖棣

沒有算到門診，我們算到急診。

黃代表雪玲

門診、你是說提報在門診那一段的急診拉回來？

谷科長祖棣

我們先看到他的轉歸，我們會去看他的轉歸他是不是屬於急診轉入院的個案，如果是，理論上它一定有一筆急診的費用，而且是在同院，我們只要確定，也撈的到那一筆案件的話，我們就把它併到住院裡面。

潘代表延健

我覺得是如果從健保署的角度來看有困難，因為你們要求是說急診轉住院、不是只有當次，它可能是一周內、甚至是半個月內，急診轉住院的現在審查的時候，這種急診轉住院的，它也會被列為併案要申報，這部分若超出的話也會被處理，所以我們要求的是說在這一塊不是同一次轉住院的，你如果這個標準弄出來的話，那它的費用也應該算到我們的 SPR 值裡面來。

谷科長祖棟

好，我說明一下，不管是門診住院或者是急診住院或者是出院前門診的檢查，在現況裡面，如果不是當次急診轉住院的話，即便是之前，其實我們很難認定，尤其是從申報資料上，我們很難認定它是相關的，我們連住院前的門診費用我們都沒有併，除非是說住院前醫院是為了要提高效率提前讓病人在門診先做住院的檢查的話，費用可以報進來，這個是由醫院主動，但是如果說是由急診來住院的話，其實我們是沒有辦法從申報資料上直接去認定它是屬於 DRG 相關，所以我們只能處理當次急診轉住院的急診費用。

黃代表雪玲

這個當次你怎麼定義，如果這急診大概在五天，這五天全部都撈進來嗎？還是只有撈...有的是一天就轉住院，那這當然會非常明確，而有的是待了六天、七天不會在急診待這麼久，也有可能它當初就診斷不出來，那一段的費用也有進來嗎？因為你未來是說要併案歸戶，這個我們很擔心。

谷科長祖棟

說明一下，因為有一些在急診待得比較多的天數，有一些是等床，等床等同於要住院，基本上我們也很難切割，既然他是同一次來急診，理論上是同一個病因，所以我們認為如果他在急診是連續的話，那費用是需納入的。

林代表富滿

現況各醫院的做法都不一樣，既然我們要求醫院要分開申報，建議兩邊一致，否則以後可能會扯不清。

既然前面要求我們要分開申報，那 DRG 申報也應比照相同模式，就是急診歸急診，住院歸住院。現在 DRG 統計費用把急診費用納入一起算，以後申報會扯不清；而且臨床上也不應依不同案件分類做不一樣的申報方式，這樣會增加很多困擾。

谷科長祖棣

補充一下，我們之所以會這樣子做，就是因為我們之前跟專科醫學會在討論 DRG 的費用的計算方式的時候，大家很 CARE，因為每個 DRG 會由急診住院的比例不一樣，如果有個 DRG，從急診進來的比例比較高的時候，如果不算急診只算住院的話，那相對於它的權重就會很低，所以在權重的表現上其實是會被扭曲的，所以才認為，除非是我們認不到，或者是說申報資料上無法辨識，如果我們能夠辨識的出來它確實是從急診進來的話，而且我們講的是同院，不同院的我們也沒辦法處理，所以同院的我們就是盡量把它歸進來，那當然因為大家講到是說如果未來的申報上面有更明確的方式的話，我們可以 FOLLOW 那個方式來處理，可是因為我們剛剛講過，因為現在那個方式還沒有定案，所以我們現在目前這一次是 FOLLOW 去年的算法來計算。

黃代表雪玲

那 SPR 為什麼不能比照權重這種算法？

谷科長祖棣

有算進 SPR 來，我剛剛說過有算進來。

黃代表雪玲

你剛才說權重才去考慮急診算進來，不是 SPR。

谷科長祖棣

我剛剛最後有補充，我們 SPR 直接比照去年都算進來了。

主席

好，來請。

潘代表延健

其實這個只要定義明確那就用一次標準就可以了，但是現在就是我們現在署本部這邊的立場是這樣，但是在不同分區裡面，他對於不是當次的他有做這樣的要求，也有這樣的核扣，這個都有案例，這個，所以如果這個非常明確的話，是不是能夠把它列到我們的不管是...或者是，對，這個通則裡面能夠把它框列、表示清楚就是當次同住院...連續整個住院...這個部分才要把它併案，這個部分在分區業務組這邊的處理才會一致，這個是我的建議，那第二個就是說，在那個剛剛的說明裡面，在第 12 頁的第四點有關特材的部分，這個也是、這邊有提到就是說，這個特材的這個相關的一些支付點數，是放在 DRG 的權重分子裡面分母的校正，那 SPR 值裡不校正，那如果這個特材是包裹在這個費用裡面的話，那照理說這 SPR 值也要跟著做調整，那為什麼、如果它會影響權重，那表示說它已經包裹在裡面，那為什麼只作權重的調整，那等於說同塊、同一塊大餅裡面，去做這個除分配給權重而已，但是這塊大餅沒有因為你的支付標準把特材放進去隨著增加啦，這部分是不是能夠說明一下？

主席

好，特材，請說明。

谷科長祖棣

第 12 頁的第四點的考量，因為特材做價量調查，基本上是調降價格的機會是占多數，我們之所以會這樣子寫是因為今天呈現在會上的這一版，其實是已經算好 SPR 值跟算好各 DRG 的權重，如果因為價量調查降低特材的項目，其實參數應該是要全部重算，就是所有的 SPR 值包括權重的分母都會變，理論上是都要重算，我們只是想因為價量

調查它調降了一些特材的價格，我們是不是不要讓變動這麼大，如果這個版已經確認的話，我們是不是說，那些少數的、就是被調降的項目，我們只要去動它的分子，分子就是所謂的權重的那個分子，它只會影響到每個 DRG 平均費用，因為它的影響可能不是全面的，分母也就是全國的平均費用，我們就先不要動，全國所算出來的 SPR 值就也不要動，我們只調特定的少數，因為特材價量調查調降價格的少數的 DRG 的分子，意思是說結果只會影響到那支特定的一些的 DRG 的權重，如果說大家認為，因為價量調查的關係，全部包括 SPR 值、權重這些全部都要重算的話，那我們也遵照大家的意思。

潘代表延健

所以 104 年因為前面 104 年的特材，這個部分就從、有納入全部重算嗎？104 年、這第 11 頁這邊、104 年 1,004 項，這部分就是全部納進來...

谷科長祖棣

我們每年在算權重的時候，就是過去的支付標準調整之特材，我們都會在新的價格上面去反應，舊的基期資料，會用新的點數去做調整，這個都沒有問題。現在第 12 頁講的是 105 年，因為他們 10 月才在進行相關的價量調查，因為還沒有結論，我們現在也不能夠預估說它會影響多少，所以現在目前算的是過去調過的我們都算了，只是 105 年 10 月的因為它還沒完成，我們只能說等它完成之後我們是不是只要動少數的 DRG 就好了，不用全部再重算。

主席

好，謝謝。來，兩位。好，請。

林代表淑霞

我只有小小的問題想確認一下，我們今天這是個報告案是針對明年已經第一、二階段實施的 DRG，SPR 以及權重調整確認後作公告，所以明年 SPR 是 44,116 對不對？而今年是 40,762？

谷科長祖棣

明年是 41,811。

林代表淑霞

所以增加了 1,049。

谷科長祖棣

對。

林代表淑霞

因此跟那個之前鬧哄哄的一直要導入第 3、4、5 沒關係吧，我只是確認這一點。

谷科長祖棣

三、四、五階段是一併都會算，但是不實施。

林代表淑霞

現在仍不宜實施第 3、4、5 階段，因為問題還很多。

谷科長祖棣

沒有實施，但是跑的時候是一起跑的。

林代表淑霞

OK。

主席

好，黃代表。

黃代表雪玲

第 44 頁的那個通則(二)。

主席

第 44 頁，好。

黃代表雪玲

那個通則(二)是不是應該、如果急診要分開申報，是不是不應該再寫轉、當次住院刻意把急診切帳、分開申報的話，要整件不給付，這個是不是可以把這些字眼就可能要修掉了？

主席

急診要怎麼算應該還沒有討論，7 月份還沒有討論，如果急診的算法有所改變，那就全部都要改變，甚至連權重都要重算，SPR 值也會動，然後通則有關核扣的規則也都會一併改變，但是急診要怎麼算這個可能要好好研究。還有另外一個時間要討論急診問題，假定將來有動到急診，那會重跑。好，請問大家還有沒有意見？來，請那個滕代表。

滕代表西華

我想要看一下第 47 頁，47 頁的第六大點的第 4 小點，也就是 CMI 的加成率，這個事情其實討論非常的久，就是用醫院整體的 CMI 值對某些醫院其實是不太公平的，就是說特別這個醫院的疾病分布型態、疾病的其他病人越集中的時候，它整體做整體 CMI 的作為加成來說，我覺得是不太公平。假如說我們在做 DRG 的疾病給付的點數計算的時候已經把疾病的複雜度跟它的其他包括年齡也好、併發症這一些把它加進去，我覺得健保署是不是將來要考慮因為我們還有三、四、五階段還沒有實施，我覺得應該要取消整體醫院 CMI 加成的這個部分，因為其實在不假設、我們假設現在要推分期表，我們先假設推得動，推不動這先不講，就是醫學中心跟地區醫院已經有根據不同的醫療層級有不同的加成，我覺得不應該在整體的 CMI 裡面再維持加成，應該是直接就灌到疾病 DRG 的計算，不管是 SPR 值還是權重，乘以權重之後的上限值裡面或者是另外一個值，不應該再這樣計算，所以不管是將來地區醫院也好或是醫學中心要做這個疾病的 DRG 納入 DRG 範圍，

那我想他應該都是領一樣的錢，我覺得才符合 DRG 推動的精神，所以之後請健保署就是也跟醫療的專業體系去研商就是是不是排除 CMI 單獨再加成的這樣子的計算方式，謝謝。

主席

好，這個可以說明，請。

谷科長祖棣

我說明一下，我們之前本來為了預計就 4.0 版要全面導入的方案裡面，已經討論過了，就是大家同意把 CMI 刪除，只是因為那個通則還沒有實施。

朱代表益宏

我記得那個是在這個會上通過，大家都同意要把 CMI 加成要拿掉，然後那個會議只是對於基本診療加成大家有不同意見，所以署裡面就做了兩個版本出來，一個叫維持現狀，一個叫做 0、3%、5% 這兩個版本出來，兒童加成的時候我記得在這個會上大家都同意不動，所以我覺得說這個我們會議在 CMI 加成這一部分都已經通過了，難道是要等到所有的東西、第五階段全部實施以後才要公告嗎？我記得我們支付標準調整不是這樣子，是通過大家有共識的就報署核定就可以先實施，那我不知道、我一直到今天才知道說這個 CMI 加成到現在都還沒有實施，那我會上都討論通過了，怎麼都還沒有實施？

主席

好，謝謝。上次的提案是討論第三到第五階段之配套，包括 CMI 是取消，後來全案子暫停，所以有關這個部分，其他的代表有沒有什麼意見？

朱代表益宏

我記得、我覺得我們會不應該是這個樣子，大家、那個 CMI 加成不是只有第三到第五階段適用...

主席

對，我知道。

朱代表益宏

對不對，是所有的 DRG 都適用，所以大家都通過、是討論通過就是要刪除。對不對，為什麼這個醫管不認為說必要到第三到第五階段我們都通過以後再來刪除呢？

主席

如果是這樣就不只 CMI 了，還有其他配套的，包括 OUTLIER 的處理也不一樣，就是 OUTLIER 原來就是打八折，後來我們有做所謂的要送專審核定就可以核實支付，這也是三到五階段的配案，另包括特材部分好像也有一些配套，現在醫管組這邊是沒有要實施，還是怎麼樣？

林代表淑霞

主席，有關 CMI 值加成的議題我作點補充說明，當時是因為在討論三、四、五階段導入前，署本部曾經針對 CMI 值加成的議題開了幕僚會議，我們看到貴署提供統計分析的資料，本人言明在先不是有意指地區醫院就是照顧輕症的，而是因為貴署提供資料 CMI 大於 1.3，在醫學中心僅有五家，而區域醫院只有一家，反而地區醫院高達二十幾家 CMI 大於 1.3，也就是照顧疾病通通比我們還嚴重，這個統計結果就顯示整個計算邏輯很有疑義，當時我們覺得台灣算出來的 CMI 怎麼會這麼奇怪？因此斷定這資料整個計算絕對有問題，CMI 在國際上的定義就是代表照顧疾病嚴重度的強度，因此才會曾經提到本會議去討論這個 CMI 是暫時移除，同時討論了各個層級的加成調整及整體通則應進行檢討，本人在這邊作以上補充說明。

主席

好，謝謝。這樣好不好？其他大家還有沒有什麼意見？好，那個謝代表。

謝代表武吉

在第 11 頁第二（一）DRG 範圍住院申報資料 1（2）104 年特材價量調查支付點數調整共計 1,004 項，到底這 1,004 項是調高的多還是調低的比較多？

主席

通常價量調整都是調降吧，特材組有人在會場嗎？請說明。

謝代表武吉

如果調降的時候，我們有一次在開會的時候遇到一些事情，就是說盤尼西林 100 萬單位，你們的價量調查給人家殺到剩 6.7 元，一支盤尼西林 100 萬單位 6.7 元，結果廠商不賣了，因為那是緊急有必要性的藥品，之後緊急向加拿大採購，加拿大開價好像是 800 多元左右，我忘了，我們最後核定 82 元，如果是這樣的價量調查的話，到底是合理不合理？對我們健保的浪費會不會產生？你價量調查像特材有一些台灣能作一些我們特材的東西，你一直給他作價量調查，作到他做不下去，其實可能沒有醫院利潤，也是有一點點，那是管銷費用，但是你一直調降作到他心情不好不想賣，那個時候再來緊急採購跟國外採購，6.7 跟 82 元比起來差好幾十倍，所以我是說這個價量調查是不是醫審特材組要去審慎考量，不要作到連藥商跟特材商他們都不想作了，這對台灣老百姓是不利的行為。

主席

醫審藥材有沒有要說明的，有關特材的價量調查。

王專門委員本仁

代表給我們的意見我們會錄案參考，謝謝。

主席

這個價量調整的結果 1,004 項，大部份是調降，基本上包括藥品的

價量調查也是調降為主。

謝代表武吉

如果都是調降，但是不要調降到像盤林西林那樣，廠商不賣變成國外買...

主席

不要調降到人家不要作，這個要請帶回去在組裡面研議。

王專門委員本仁

我們其實有一個機制，到達最低就不會再往下掉。

主席

但是那個最低對有些項目搞不好已經太低了。

謝代表武吉

最低你也是太低啊。

主席

有可能啊。

謝代表武吉

剛才我講的盤林西林 G 100 萬單位 6.7 元比 82 元，要跟加拿大買，台灣藥廠自己作的出來結果人家不想作，你特材也有可能啊，你說要帶回去參考，什麼時候要回答我？不能說我讓你參考一年那就不用說了，能不能下次十一月共同擬訂會議提出報告？

主席

好，謝謝，剛剛是建議下次請他們拿出來報告，可以嗎？

王專門委員本仁

我們特材科等下會有人上來再請他們來說明。

主席

好，大家剛對於我們去年討論第三到第五階段 DRG 的一些配套，包括 CMI 取消，還有 outlier 的算法，死亡個案不列入，那還有特材的計算也有些微的放寬等，今天我們暫且先通過 SPR 值跟相對權重，但是支付通則的部份就暫保留，下次會議請醫管組就上次通過第三到第五階段沒有實施之配套可以提前到第一階段第二階段實施又不影響相對權重的 SPR 值的部份，提出來討論，如果代表們通過我們就先試用到第一階段到第二階段，這樣可以嗎？

朱代表益宏

第一次報告不應該在討論內容，因為內容是...

主席

就是報告案。

朱代表益宏

對，就是列入報告案，唯一要討論的是...

主席

唯一大家就是要 confirm 一下。

朱代表益宏

對，什麼時候...

主席

就是同步在明年實施。

朱代表益宏

對，我的意思是不要大家又落入那個內容再去談，因為那個是很容易大家會有共識的，結果在這邊又重啟討論，那就會沒完沒了。

主席

列報告案好了，那列報告案就是因為時間有一點久，那也讓醫管組評估一下在不影響今天通過的 SPR 值跟相對權重的前提之下，所有已經通過的配套可以先行用在第一階段到第二階段就提出一個報告案，然後大家在 double confirm 之後，可以的話我們再同步在明年就把他導入，然後也順便修改支付通則，這樣可以嗎？

朱代表益宏

主席，那是不是也順便萬一醫管組這邊認為會影響 SPR 或是權重的計算，哪些項目不宜馬上實施也要做一個說明。

主席

當然。

朱代表益宏

就是說在報告的同時哪些項目我們可以提早做，哪些不能提早做，什麼原因要...

主席

不能做的原因要說明。

朱代表益宏

對，要說明。

主席

好，醫管組可以嗎？可以，好，那這個案子大家還有沒有意見？那就謝謝，那我們今天就是先通過 SPR 值跟相對權重，但是通過的前提是急診併住院還是照去年的計算方式，假定急診併住院這個計算方式有所改變，那 SPR 值跟相對權重因此改變的話，那就要重算，這是第一個。第二個有關支付通則部份今天暫保留不通過，那我們就等下一次會議請醫管組就上次會議應該是去年的時候，第三到第五階段所有 DRG 的配套裡面，在不影響相對權重或 SPR 值的前提之下的配套，

可以用到第一階段到第二階段就提出來，沒有辦法實施或影響到相對權重或 SPR 值的部份要提出說明，那就作這兩個部份的決議，看代表還有...

潘代表延健

其實剛提到急診轉住院那個定義要再把他明確。

主席

那個要再開會討論。

潘代表延健

我們原來就是說當次的嘛...

主席

好，我覺得還有一點...

潘代表延健

就是那個定義要把他寫出來。

主席

好，就是第一項還有一個重點是有關急診轉住院的定義也要把他寫清楚一點，就是連續的那一次不要包括三天之後再住院的那種，只有同院連續急診轉住院才計。好，那這樣大家對於這個案子還有沒有其它意見？是不是都清楚了？好，那第三點就是特材部份有關價量調整的結果，下次請特材這邊提報告。

謝代表武吉

藥品也要。

主席

藥品跟特材那很多，那是針對 104 年 1,004 項是不是？先講這 1,004 項就好，請他們提出一個報告出來，其它有沒有漏掉的？沒的話我們

就進到第三項的報告案。

報告事項

第三案

案由：105 年新增診療項目執行情形。

主席

本案是 105 年度新增修的支付標準，當時推估的預算與今年統計至 6 月的實際申報情形，都未超出預算數還足足有餘，其中新增的項目未來會有一個上升的曲線，一開始會比較少，修訂的部分也都還有寬估，所以大家還有沒有意見？請。

朱代表益宏

是不是請署裡面說明一下，因為這裡面新增的項目看起來，105 年 1 月開始有些新增項目進來後，被替代的項目跟 104 年 1~6 月比結果還是增加，我的意思是 105 年照理說有新的項目進來，它雖然被替代的不多，但是看起來至少有持平或減少，但是為何看到很多被替代的項目跟 104 年相比還是增加。那就變成被替代的項目在 105 年申報也增加，新增的項目又進來，這樣中間是不是會有什麼問題？

主席

請醫管組就第 61 頁說明一下。

張技正淑雅

醫管組在這邊說明，第 61 頁表跟委員說明，在預估全國的執行量其實分為三個公式在計算，第一種是序號 1 跟序號 4、5 它是完全沒有替代的情況之下，它所產生的預估的全國執行量，以序號 1 來說，105 年上半年度為淨增加則是 11.29 百萬元。第二種計算全國執行量的部分，是以過去的醫令量去進行替代計算後，以替代進來之後有多少的實際情況又再多給一個可能的成長率，以序號 6、編號 79413B 雙極

TURP 為替代原本單極 TURP 的申報醫令，再經過統計同期間 104 年跟 105 年的醫令變化數的時候，105 年實際申報醫令量為 1,118 件，而在去年同期申報狀況是 1,475 件，它被替代減少的是 6 百萬點左右，實際淨增為 5.63 百萬點，以上是計算的邏輯。

主席

預算的推估有扣掉替代及未來成長率預估，所以在預算推估的第一欄「預估全國執行量」，有三個： B 、 $D * E$ (替代率)、 $B + (D * E)$ 算成長率，所以是有點複雜，但算得非常精細，大家有沒有意見？

朱代表益宏

舉例來講，第 61 頁的序號 3，它被替代的項目在 104 年前半年申報量是 6,976，105 年前半年申報量是 7,572，反而增加，這裡面到底有沒有產生替代，還是變成這新的項目加上去讓它的量更增加？這新的項目起來，雖然我們預估要有 4,920 被替代，但實際上並沒有反而被替代的項目還增加，我要請醫管組說明為何會有這種情形，這是第一個。第二個，比如說支氣管內視鏡超音波，預估我們執行是 630，結果實際執行是 1,500，這裡面說沒有替代性，我不清楚，當初這一項大家是不是也有在質疑是不是支氣管鏡加上什麼東西，那你現在把它變成一個項目，變相的讓它支付標準去增加，可能原來是兩項三項合併起來，一樣達成同樣的目的，這一部分是否能再一併解釋說明，謝謝。

張技正淑雅

報告主席，當時在討論這一項目時，代表的確有提到申報的狀況是否有針對朱代表所提的，再經過跟與專科醫學會討論後，醫學會表示這項目原本是新式內視鏡支氣管超音波檢查，以朱代表講的第三項 28042B 這部分，當時學會提出來的替代項目是 33103B 電腦斷層下面的取樣，結果實際申報出來，確實預估的狀況沒有像當時推估一樣，因為這是當時的預估，我們也僅就當時討論的案子來進行計算，以上

說明。

谷科長祖棣

我稍微補充一下，序號 3、第三項被替代的項目是 33013B 它是 CT 導引下取樣，因為目前的支付標準裡有些項目是比照申報，所以我們看到的 105 年前半年申報量是 7,572 比 104 年前半年申報量是 6,976 相對的多，實際上是真的這項目多還是因為有別的項目用未列項項目來比照，導致它的醫令量變多，其實我們要等到未列項申報的制度上路後才會看得比較清楚，但畢竟它是檢查的項目，那些項目是有被比照申報的，其實我們真的沒辦法看得非常清楚。我們預估可能會有些因素是因為它有些量或許不是它本身的成長，是因為它被用未列項來比照而導致量成長。

朱代表益宏

這樣講法我沒有辦法接受，因為第一個這項目是由專科醫學會提出申請，替代項目也是由學會提出來，然後是否未列項，專科醫學會應該非常清楚。你們當初他在提報資料時為何不告訴你們這有什麼未列項是用其他方式申報，為何不講，等到事後才跟你們提這是未列項、可能這不准之類，如果是這樣，這是那個學會提的，以後他提的東西是不是要先打折扣，表示他提報的資訊是有問題的，我們有沒有這樣的機制針對他們所提報的資料不實或怎樣，要做甚麼樣的處理？總不能申報之後，他們才說可能未列項之類才會影響，然後沒考慮到，那當初為什麼提出這個申請，申請時就沒有考慮到，我覺得不能用這種方式處理，這是第一點。第二點，因為不論如何，支付標準已經讓它進來了，這就有考慮到預算，但因為現在說預算看起來還有空間，確實看起來是有空間，但是這些東西加一加，還有替代項目也成長，那這樣真的只有替代這麼少嗎？我覺得這應該忠實去呈現，在這邊比較重要的是到底預算成長的幅度是多少，我覺得要完整的呈現。比如說替代的項目也增加，支付的項目也增加，那這東西是不是要有個規則，比如說這東西是完全沒有替代性，而且應該在醫管組這邊針對這個項

目，舊的支付標準是否應該嚴格審查或有濫用的情形，這相對的配套要拿出來嘛。專科醫學會提一個東西出來說會被替代掉，結果又沒有被替代，醫管組要不要針對這項目的申報做一個嚴格的審查，我覺得這些配套要一併去處理，不能只說這沒考慮到、那原因沒想到~這樣我們追蹤就沒有意義呀，如果差一點點我覺得大家可以接受，但是用這種理由說因為有未列項所以申報的會不對，當初說的替代項目也不能完全替代，那為何不在討論的時候就告訴大家。

主席

這部分各位代表關注的是當年度預算編列，長期下來會不會不足以支應，但是每一次都是好幾個項目合併提案討論，一年都是有很多的項目，很難說每一項之估計都非常的精準。代表們關心的是整體預算，至於是有哪些項目、哪一個項目比較估的不準，有沒有其他後續的處理，我想醫管組就留下來作為日後追蹤，第 61 頁這張表也就是在追蹤了。這張表呈現的是 105 年預算預估 2.95 億點，實際上半年只扣掉替代項後淨增加為 0.4 億點，所以其實空間是非常的大的，我相信任何估計都沒有百分之百神準。這裡看起來好像只有第一項誤差稍微大一點，其他都還在評估的範圍，所以針對第一項有什麼問題回溯檢討的話，就醫管組來錄案參考，長期至少追蹤五年，看看大家一直在質疑會不夠的是否會發生，前期我們多給的也沒有收回，是不是會不夠就事後追蹤。因為事實上專科醫學會在提這些數據，他也不是一定很準，而且醫療利用本來就是經常會有一些變化，因為醫療行為的改變，申報出來就會不一樣，是不是先這樣，我們已經把所有可能的資訊都透明公開在會議上跟大家說明，我想是盡到最大的力量在這裡頭。大家有沒有其他意見。

黃代表雪玲

第 63 頁血漿置換術是不是一併列管？

主席

好，這一項也是，有沒有要說明的？淑雅。

張技正淑雅

報告主席跟代表，這個案子當時在討論的時候，的確討論預估的跟執行的狀況誤差比較大一點，這也不是當時預期，當時預期的是依照實際申報狀況加上適應症範圍推估申報量 330 件，現在的執行狀況可能有待我們日後持續評估也上說明，謝謝。

主席

好，有時候真的確實會有這樣的情形，若質疑專科醫學會也要求太重了，主要是預算沒有讓醫院總額吃虧才是重點，大家關心主要還是這項。大家還有其他意見嗎？（干代表：沒有！），這個案子就通過，謝謝。

報告事項

第四案

案由：配合醫療服務給付項目及支付標準未列項目申報之審查配套措施規劃案。

主席

好，謝謝！這一項本仁專委這邊有要再補充嗎？醫審藥材組這邊！

王專門委員本仁

沒有要補充，就是請教各位代表的意見，以上！

主席

好，大家有沒有意見？這邊是希望你費用申報的時候，如果這個是未列項你要在註記欄裡頭去註記比照未列項，對不對？然後你的項目是什麼？來，請吳代表！

吳代表國治

這個在操作上面還是要經過審查醫師，審查醫師的知會很重要，所以是不是各分區包括醫院、包括基層的審查醫師都要讓他們知道？現在大部份的各區幹部都還不知道，所以剛剛有主席有講到是不是說明會有必要要做；那第二個就是審查注意事項，不需要修改嗎？審查注意事項可比照申報，是有憑有據的，到時候申複還是不給，跑到爭審那邊去的時候是不是就給了。所以這個審查項目修正是否先為因應？

主席

來，請說明！

王專門委員本仁

分為幾個部分做說明。第一個，以前並沒有要求是未列項的話要註記，今天我看到一個健保碼，我不清楚你是真正用這個碼還是用比照的，以前沒有強制申報註記，那現在的規劃是比照的，你一定要有一個註記。我才能判斷你今天健保碼用 A，實際上他是用其他東西，在申報有新的規定進來以後，我們這邊的檔案分析才会有這些足夠的項目資料，到時候我們再去請醫學會，去檢討這麼多醫院都報 A，看醫學會這邊有沒有大家有個共識，在什麼樣的情境，假設要比照的話，什麼樣的情境應該要比照申報什麼碼，這是先做一個說明；第二個，這邊所列的審查注意事項，是曾有醫學會說，在申報上有一些困擾，但是又沒有一個好的健保支付碼的時候的一個短期因應措施，我必須再補充報告個人的看法，其實未列項它是一個暫時性的措施，理論上如果這是一個好的醫療，它應該回歸它有一個納入健保的代碼，那個才是我們長期要走的方向，未列項這應該只是一個過渡期的一個措施。代表提的是國字括弧二的部分，如果院所沒有申報未列項的註記代碼，這種一定是抽病歷的時候才有可能發現，不然的話，申報資料是看不出來，以上！

吳代表國治

案件申報出來審查醫師看了，審查醫師要知道這是未列項，然後再看看他是否有做註記嘛！如果沒有註記就刪掉了！刪掉就不給，問題是他爭審的時候，他提出審查注意事項有比照的條文，為什麼你申複不給我，這是第一個；那第二個上次開會其實有提過，這個東西其實不只這樣子，一定很多的啦！有的我想如果在審查注意事項裡沒有寫那麼多的話，各科的共識都會有，這是從各專科醫學會去要，一定是會成效比較大，所以你要蒐集，反正這個東西你要自己報出去也是要報出去，這個都已經有既存的東西存在為什麼不去跟各專科醫學會要？這樣蒐集起來會比較容易，你重要的是要編一個新的碼，我們當然很贊成，這樣我們也不怕被刪還是怎麼樣，可是這個東西量這麼多，你怎麼不去找專科醫學會去蒐集出來，這個事半功倍。

主席

好，請！

王專門委員本仁

第一個，假設審查注意事項有定的，就是已經有明文規定的，原則上有申報註記我們審查醫師不會去刪，因為有明定這種醫療情況他就是比照這種審查代碼。

黃代表雪玲

不能我沒註記你就刪啊！

王專門委員本仁

就是希望大家都能夠註記嘛！

吳代表國治

沒註記你就刪，可是在審查注意事項裡面他是有報的。

王專門委員本仁

我所謂的審查注意事項是，像這邊有舉例，這邊已經清楚知道說，這種醫療型態未列項應該申報某種碼，這種有明列有申報註記的當然就不去刪！

吳代表國治

你是說明年 1 月 1 日開始，這些東西還是不刪，就算他沒註記也是不刪？

王專門委員本仁

沒有註記還是要刪。

吳代表國治

沒註記你還是要刪，問題是審查注意事項上面寫可以申報啊！

王專門委員本仁

但是前面有講，申報有規定未列項要註記，就是說你明明知道這是一個未列項，在前端申報規定也希望大家來申報這是一個未列項。

王專門委員本仁

至於什麼樣叫做未列項該如何比照，我想醫管組會去做定義、會去做說明。

謝代表武吉

主席！我是感覺上剛才醫審在回答這個好像比較不能夠接受。好像跟醫管不太一樣，我們副署長這邊比較周密一點。你們剛才講未列項是個過渡期，那過渡期要過到什麼時候，這是一個 Question，支付標準你知道這是從民國幾年開始？到現在大概有 35 年，都沒有改！這樣你們有覺得不好意思嗎？支付標準是不是要再 scanning 一次？第三項，大家在講未列項目，如果我是你們政府官員，我會覺得很沒面子

講這個未列項目，你知道嗎？未列項目你至少也要講個未列項目有個資料庫，你們要提供個資料庫來查，但你們現在都不是，都推給我們醫療院所，診所都不一定會處理，地區醫院也不一定會，醫學中心也不一定處理的很順，所以你們要把資料庫給我們嘛！結果你們沒有做，都推給我們，你現在講的只有這一、二、三這三大項，難到就這幾項而已嗎？不可能的事嘛！有做而未申報的有多少，你們有辦法回答我嗎？請醫審回答一下！

主席

跟其他意見一起收錄後再一起回答！林代表！

林代表恆立

因為剛好有兩項耳鼻喉科的部份，依我自己在醫院申報的狀況，像二氧化碳雷射、施行下鼻甲手術，大部份都不是用這兩項來報，大部份都還是用下鼻甲手術來報。這個我想還是要跟醫學會這邊來做溝通一下，因為大部份的醫師看到的項目，跟你想得可能不太一樣，不只是二氧化碳雷射而已，現在還有無線雷波手術，那他也是用比照項目去申報，他申報也不會用你規定的這兩項來申報啊！他還是用他認為比較有利的方式來申報，那我想你如果要這樣列項的話，是不是去函給醫學會認定一下，醫學會給你回函，用哪一項來申報，大家統一會比較好，未來像剛剛謝代表講的，未來落在這裡面的，未來就可以自己形成一項的項目，否則的話，會造成院所醫師在執行手術的時候，等到手術完要申報哪個項目，開刀房小姐說，健保署規定只能申報這兩項。以上，謝謝！

主席

還有沒有？好，來，請潘代表！

潘代表延健

剛剛舉例裡面我們可以看到，他有 97 年的，最新的也是 99 年的，

這些都已經超過5年了，所以未列項應該有個落入條款，未列項剛剛已經說明他是一個暫時性的，所以暫時不能夠暫時一年、二年、三年這樣暫時下去，只要有得申報就可以了，而且這些都不明確嘛！所以，是不是建議在這次未列項要做這個規定的時候，署本部這邊對於未列項的管理，我們自己內部的管理，要不要訂一個期限，如果是列入未列項穩定的，那隔多久以後你要把它轉成正式的，是不是在這一塊裡面也要寫明確？第二個我要回應剛剛代表講的，既然明年就要開始了，應該把現有的未列項，就包括你們知道的及不知道的先通通都清查一次，這些東西都通通明確之後，再做一個很清楚的表列。那這些東西都出來以後，大家就可以按照這個部份去做一個申報該註記註記。那如果說在你的表列裡面沒有，又已經清查過了，但是又有些新的項目，應該用比照的方式的話，這一塊是不是也能夠明訂一個程序，能夠放進來，讓這個未列項，不管是現有的還是新的項目都能有夠有一套新的制度能夠依循，否則在醫院的管理這一端也蠻困難的，醫師認為這一項我就是要比照，但是這個是專業考量，但是後面的審查就不一定是這樣想，比較容易產生爭議，能夠在管理面上這一段是不是先清除以後，我們再來談未列項註記，跟後面的審查核扣，以上！

主席

好，第四位，朱代表！

朱代表益宏

主席，未列項我記得在劉見祥做總經理的時候，這個我們共同擬定會議在剛開始的時候就已經處理過一次，那一次就已經把有一部份的未列項把它回歸，我記得那時候已經有處理，而且以後都沒有未列項了，那我只是不知道為什麼中間路路續續還有，照醫審這樣講，醫院你去做一些註記，醫院你去做一些自動審查都不做了，那現在變成醫院你去做一些註記，你去做一些項目，到底是不是未列項搞不好還有爭議，他可能在手術過程中間又多做了什麼東西，然後他就申報更高的項目，這個是不是叫未列項呢？還是加 1/2、1/3，還是多少，跟

本是內含的不知道啊！搞不好是內含的。你做了註記以後，醫師把它認為是未列項，然後接下來你們是直接不審查，然後要個案審嗎？還是說就沒有了，一樣抽不到就算他運氣好咧！那到底比照是自己認為要比照什麼就比照什麼？申報 1,000 塊的手術，我要比照 10,000 塊的手術，他自己認為這樣比照，只要那邊這樣註記你就不過了，是不是這樣咧？目前看起來好像是這樣！你這個電腦的自動審查就沒有了，都沒有了就輪到自動抽樣了，再不然就全審這兩件事而已啊！如果是抽樣的話，你抽得到嗎？如果是全審你這邊是不是要說明一下，如果你列了未列項以後是不是每個案子都要審，是不是要這樣子？這個你總是要這樣說明啊！不然他列了未列項然後落入抽樣，電腦也不去查，那抽樣抽不到咧！申報 1,000 塊的東西我申報成 10,000 塊、20,000 塊、30,000 塊，有沒有可能？是有可能！其實未列項不能用這樣的方式處理，註記是 okay。但你應該給大家一個規範，剛剛講的，剛剛很多委員講的應該給每個專科醫學會一個文，限一個月之內回文，到底未列項有哪些？如果沒有列出來，對不起，就是沒有未列項啊！如果專家都不認為現在五年、十年，到現在有新增的項目，那我現在比照那專科醫學會你提嘛！提出來以後，我們經過一個專家委員會，然後在下一次的專家委員在 11 月時會提到這邊來報告，說現在彙整出來未列項，有比照什麼東西，有什麼東西我比照什麼？也經過專家看過，也經過什麼審查過，大家覺得可以的，我們暫時的把這些東西叫做所謂的未列項，然後你申報的時候，只能在這裡面範圍去做比照嘛！你不能你今天我朱益宏朱醫師我們已比照上月球我就上月球去啦！完全不審查，這樣不對啊！所以我建議應該是馬上行文，到 11 月還有時間嘛！1 個月的時間請專科醫學會回文應該還有時間，如果沒有回文，對不起，就沒有未列項了！以後你再申報，對不起我就核減了！對不對！就沒有比照了，新增東西你找不到東西，你專科醫學會要提出來你要比照什麼？沒有東西你要比照，很多專科醫學會比照不到東西就不申報，其實很多地區醫院是找不到項目就不申報了！就乾脆不申報了！或是報一個簡單的不會被刪的！地區醫院報出去報得很高的話，核減率高 20%、30%、40%、50% 都有可能啊！很多地區醫院是不報啊！所以，

我建議是這樣子，一個月之內專科醫學會回文，沒有在一個月之內的那就是沒有未列項，不准未列項，然後一個月之後，做一個彙整再請專家 review 一下合不合理，合理的話，在 11 月我們下次開會時做一個確認，然後暫時把這些東西叫做未列項，然後以後你這些東西要註記，沒有註記當然依照這邊處理，就算註記了，你也只能在這些項目裡面去做比照申報，不然的話就不給付。以上，謝謝！

主席

好，吳代表！

吳代表國治

我是建議以目前署裡的資源是足夠蒐集資料，而不是要所有的院所再去註記再去蒐集資料，然後因沒註記就不給，但這些申報項目都已經做了，只因未註記就不給，用這樣的方式這樣醫療院所感受也不好，所以我是覺得你們有能力可以做就好，蒐集好資料編列碼，引導院所照這樣申報是比較合適。

主席

好，滕代表請。

滕代表西華

我跟他們申報的代碼沒有關係，我是要問第 68 頁以二氧化碳雷射施行下鼻甲手術但同病人以 1 次為限，還有下面局部處置有一個月申報不得大於五次，下面眼科一樣有 1 次為限，我看到眼科裡還有初診跟複診，連複診都比照 1 次為限，我想知道理由是什麼，是因為太貴？還是會濫用？還是這個按照經驗來其實 1 次就夠了？因為我們有很多以 1 次為限，如果病人通常他的臨床上需要要用 1 次以上的話我們是怎麼處理的？

主席

好請醫審組來說明。

王專門委員本仁

第一個先謝謝代表有提醒假設將來有申報未列項註記的話還是要加強審查，這個我們會列入研議抽審的標的之一。

第二個部分，因為上次會議有講說未列項這個議題看起來是要處理這個議題，所以有分步驟，第一步先要把到底有多少未列項報出來加註記，第二個收集一段時間才知道說現在狀況到底是怎麼樣，其實原來的設計是有好處，事實上醫院或者是診所他會比較有彈性，因為每個院所他的醫療行為不見得一樣，讓大家有一個機會來表達說一個執業的型態這種是一種方法，另外一種像剛才代表講的，就只問專科醫學會，他有講了這個範圍內才算，這個範圍沒有講就通通不算那以後就不付哦，這種也是一種選項，這是第二個部分。

第三個滕代表剛提的我們的審查注意事項，就是專科醫學會還有醫界的代表一起討論，通常他們會看臨床經驗，這些所謂的次數，通常他們會依據他們的臨床的一個常規去建議大概是多少，這是為什麼這邊講若干為原則，因為有的時候我們還是必需容許一些病人的特異性跟差異性。

主席

好，未列項的資訊收集有兩種管道，一種是透過申報，一種是透過向專科醫學會去收集，那現在醫審這個案子是透過申報去收集。透過申報去收集的好處是因為現在有可能不同的醫生作同樣一件事情，他的比照是不一樣的，有的比照 A 有的比照 B 有的比照 C，那這 ABC 價格都不一樣，那這個到底應該比照哪一項比較合理，如果大家沒有把他申報出來是沒有人會知道的，都會把他當成你是作 A 或作 B 或 C，因為報出來 A 的人有可能絕大多數都是作 A 那項，但是有一部份作了不曉得哪一個東西比照 A，所以用申報把這個資料收集進來，其實就可以理解大家平常在申報的時候究竟是如何的申報，這是這個方法的

好處。但是如果透過專科醫學會去收集的話恐怕很難收集到所有的，因為專科醫學會的代表不是所有的醫生，他是不是會有漏掉，那如果漏掉的話是不是會有問題，大家以後未列項會不會有問題，還有就是專科醫學會的代表們認定那一項要比照 ABC 的哪一項，跟我們臨床醫師現在自己申報比照項如果不一樣，這個到底有多大的不一樣也會不知道，所以這個已經是在總額預算之下，理論上健保有列項目，你有做大家得到的點數，就表定的點數，但是沒有列的，大家去比照申報他就會產生比照不一樣的時候，其實是支付公平性就隱藏在裡面，所以現在顯然我們醫審組是希望大家可以把報出來，可是在這裡頭大家把他報出來的同時留下了一個但書是如果你沒有註記或是你沒有報的話那筆就不付錢，這點好像看起來壓力就大一點，這點感覺上是大家覺得壓力大的，而不是不願意把資料申報出來，我這樣不曉得有沒有理解大家的想法，大家覺得壓力比較大的是會不給付這項。

朱代表益宏

搞不好報出來壓力更大，加強審查。

主席

所以這個有要加強審查嗎？應該沒有吧。

王專門委員本仁

剛有代表提醒我們因為他們報出來我們的 REA 就不會做醫令電腦自動檢核，因為比如他是有註記報 A 實際上他不是在做 A，我不能用 A 的邏輯去檢核那一筆的資料。

主席

應該是不能的。

王專門委員本仁

但是代表有怕會不會這些東西報下來是不是會有不良影響，所以

建議我們要加强審查。

主席

我們現在鼓勵大家申報同時又帶有懲罰的話，就大家就是那種感覺不太一樣，因為怕我那筆漏掉整個都不付，可是我事實上是有做，對不對，所以這個我想醫審組這邊是不是再想一下究竟我們是想要鼓勵大家把這個東西透明出來我們好處理，因為接下來你才有辦法，我現在有五種情形都比照 A，可是 A 本來只有一個項目，結果現在還有五種都用 A 來報，那這五種到底是不是應該是新的技術或新的方法，我們搞不好原來的那個 A 早就沒有人用了，現在都 BCD 了，那這個顯然我們這一本支付表需要更新，我想用意是好的，那現在好像配套是會有懲罰，所以大家感覺不太舒服，好多人還有意見，來來來，大家各自講。

吳代表國治

其實剛主席提到的除了處罰的事情大家很關注的之外，其實如果說現在院所真的是報出來了，不同的比照，最後你怎麼決定？你還是要會專科醫學會啊，不然健保署自己就能決定要給多少錢嗎？我想你還是要...

主席

這個要說明後續的處理。

吳代表國治

對，第二個就是說其實健保走這麼久了，各種支付標準其實每個醫學會都很專精了啦，它那一個處置報哪一項，我想裡面每個醫學會都有基層組、都有醫院組的，其實這個東西都非常專精，不可能沒有收集不到資料的啦。

主席

好，那個吳代表，我們蒐集大家的意見一起回答好了。李代表，

然後依序好不好，李代表。

李代表偉強

我還是建議是說，我們還是盡量有機會能報的更精準比較好，我們別忘了將來做 DRG、不是將來、現在已經在 DRG 了，其實很多時候我們在 DRG 計算費用的時候，當用「比照」太多的時候，真的不知道到底原來做什麼東西，以前我指導學生在寫論文的時候，發覺確實某些項目怎麼做這麼多啊？了解之後，都是在那邊比照來比照去的，所以後來會失真，將來你在算 DRG 的時候，不管是 ICD9、ICD10 什麼之類的，算出來一比之後，永遠會有人跟你抱怨說這個是不對的，為什麼不對？其實我覺得我上次在講說我們時常在談台灣的這個健保管理費用很低，某種程度是有些該做的還沒做到，國外為什麼這麼厚一本，就是因為它真的是不停的更新，這更新要花好多功夫去做收集，所以我剛剛那個區域醫院跟地區醫院都有提到一點說，我們這種替代暫時、暫時多久，我們應該健保署自己做一個評析，譬如說兩年之後我就要能夠把它解除，要不然就取代新碼，不能永遠這種無限制下去，其實某種程度醫界的感覺是怎麼樣，他覺得這好像有個坑的感覺，怕哪天健保說三年之內的全部報錯，全部都要追扣等，在醫院內部我也希望他們盡量不要用這個，可是他們常告訴我，就沒有一個正確碼可以報，所以我建議說不管就論量計酬也好，或是 DRG，我們盡量去多花一點功夫在這邊，這應該對將來費用跟成本的計算會更精準，以上。

主席

好，謝謝李代表。再來朱代表。

朱代表益宏

因為聽醫審這樣講其實就是對於我們大家建議，就是完全就是、就這個樣子嘛，還是依照原來的方式處理嘛，對不對。第一個，第一個今天它做了一個未列項，它是比照 A、比照 B、比照 C，剛剛主席也舉例比照 A、B、C，事實上支付標準、A、B、C 的支付標準都不一

樣，比照高的是對的嗎？還是比照低的是對的嗎？對不對，這個東西會產生爭議、現在就產生爭議，如果現在、現況的話就是它自己比照，那當然你應該加強審查嘛，應該當然我覺得應該要加強審查，但是你加強審查的結果就會變成醫院那我都不要報，因為我都不報的時候反正我就是抽樣啊，自動化審查到時候怎麼樣，我看看到時候怎麼避，就是抽件啊就是這樣子啊，當然我覺得也不鼓勵，但是我覺得這個醫審你這兩邊你就要去想辦法嘛對不對，如果說你今天你不加強審查，今天就是比照 A、比照 B、比照 C，尤其這個消息出去以後現在不加強審查，你報 C 我就給 C 你報 B 我就給 B，那搞不好有些醫院聽到給你報 F，對不對，在這期間我全部給你報都比照 F，你反正不用加強審查，目前看起來他是未列項到底是要用什麼申報沒有定論，有些醫師認為你該報 A，有些認為你該報 B，如果是我個人應該認為報 F 你能說我錯嗎，你也不能說錯，標準在哪裡，怎麼去刪他，既然是未列項他比照 F 你怎麼去刪他，如果今天大家都認為報 A 報 B 報 C 或者大部份都報 A，90%都報 A、5%報 B、5%報 C，結果有一個 outlier 報 F 那你能說 F 不對嗎，你也不能說他不對啊，因為沒有規定啊，你現在只是叫他報誠實報出來但是我比照是 F，對不對？那這個你怎麼處理呢？這段時間總是要...

我覺得這個就真的產生很大的不公平啦，所以我才說其實用這種說、如果好、今天如果真的醫審它只有這個、這條路，它其他路它都不想走，只有用這種方式，它才能夠在行政上，再來處理，那我覺得那你要給一個時間，比如說我們是不是收集三個月或是收集半年我就要做一次處理，你不能...我剛剛講這個案件，這個未列項這個案子從由我們這個會議、共擬會議以前叫做醫療給付協議會議，劉見祥劉總經理在的時候，就有處理過未列項，那時候就處理過一次，而且處理完了以後，在那個會上，如果對我話有這個質疑，其實可以、我不曉得那個時候會議記錄有沒有留下來，那時候就有講說不會再有未列項，以後不應該再有未列項，事實上局裡面、以前健保局是處理過一次，當然現在、現在是叫、換了名字叫健保署時沒有處理過啦，所以健保

署現在也要處理一次，所以我覺得說如果依照醫審這樣處理方式，那你就給個時間，我覺得你不能夠說等 1 年、2 年、3 年、5 年，再收集個 10 年的資料我們再來處理，那沒有道理啊，如果真的要那我建議就是用這種方式，3 個月以後就要提出檢討，到底申報出來有哪些未列項，然後我們該怎麼處理，就要馬上處理啦，那你不能這... 第一個這裡面、對醫審注意事項裡面沒有講，你要不要加強審查，沒有講，第二個我收集資料收集到什麼時候也沒有講，第三個剛剛講的未列項它比照 A、比照 B、比照 C、比照 D、比照這個標準、到底這個標準在哪裡也沒有講，還是說我現在不訂標準大家隨便依照專會醫師自己來比照，那這也是一種方法，但總是要在這一段期間把這個遊戲規則跟大家講，不然的話今天它比照到 F，下一次健保署就告訴他這個叫做虛報、浮報、送檢調，這個叫浮報、浮報醫療費用也有可能阿，這就是一線之間你怎麼去認定阿，對不對。今天我說是未列項，在健保署可能、可能對我有仇，講話講太那個，就明天就請檢調來調查說這個叫虛報、虛報費用，那我覺得這樣都不好嘛，所以我覺得這些事情應該要在這一段過渡期間把這個遊戲規則要講清楚，到底遊戲規則是怎麼樣，以上。

主席

好黃代表!

黃代表雪玲

我們是不是可以不要考慮由申報來報，是否可以直接用回報來做，不管是專科醫學會提還是醫院所來提~就把有可能對照的東西報給署，不要用懲罰性的，因為沒申報沒註記就扣錢，那我報出來還有可能不應該對 B 而是對 C 還是要被核刪，是不是可以一段期間給院所做調查看有那些未列項，我們就報到署，大家是想要了解，而不是懲罰，是不是填報說現行有做那些對照我們就填報出來，到底對不對，署裡就一段期間審出來，不對就跟大家說以後不能對照或如何處理再來正確申報，而不是每一個 case 就去註記每個 case 被你放大回推，每個放大

100 倍，大家也怕註記錯誤。所以一定不划算，所以可否用回報，而不是申報。

主席

好，大致的意見都是差不多。

王專門委員本仁

跟各位報告，其實這個報告案我們有強調這是初步的規劃，這件事情要怎麼做比較好，我們尊重大會的決定。

主席

好，這樣子我知道了，大家意見都充分表達，這件事情是該做的事情，並不是找大家麻煩的事情，是想要增進支付的公平，也希望讓現行的給付項目跟支付標準更加趕得上現在醫師所做的服務，它有兩層的意思是讓支付標準更加完整精確，另外一個也想要藉這個機會讓這個比照不一樣的地方增進公平性，基於這兩個理由，這件事情是應該要做的，但是要如何做，方法上確實大家的建議都可以理解，如果照現行的初步規劃很顯然鼓勵大家把這件事情資料蒐集又帶點懲罰，大家都會有很大的隱憂，這些我覺得是建設性的建議，那是不是今天這個報告案，就是把這個大家的意見收錄，請醫審藥材組這邊，再重新思考一下，怎麼樣的方式目的是一樣可以達到的，但是大家樂於提供，然後又可以讓原來的目標可以達到，是不是朝這個方向想，這樣可以嗎，專委可以嗎？

王專門委員本仁

因為這個議題是延續上一次會議的一個討論，上次的會議裡面是談說未列項要怎麼申報，然後附帶要求說後續如果沒有申報要做一些什麼樣處理，那因此醫審依據醫管的規劃在這邊報告後端審查作業。

主席

那今天大家的意見就再次的收錄，那剛剛也有一些建議是有建設

性的，就是說這件事情是該做，但是不一定要跟申報混在一起，可不可以用另外的方式去收集資料，一樣目的可以達到，因為現在跟申報綁在一起，很顯然就列入抽審、然後大家擔心很多，想像很豐富，就是會如何，想像力都越來越深入，所以我想是還可以再有更好的對策，那是不是我們今天報告案就收錄到這裡，那今天就不洽悉，然後下一次同樣共擬會議的時候，再提出 proposal 好不好。

王專門委員本仁

我們會跟醫管一起做討論，因為要看醫管它整個的 policy，因為這牽涉到支付標準的收載問題。

主席

對，好，這個是前端、後端的問題。好，那我們這個案子我們就討論到這裡，今天就不洽悉，然後下次會議會再有一個更新的草案，那一樣希望大家能夠配合啦，目的是一樣的。好，謝謝。那我們就進到討論事項第一案。

討論事項

第一案

案由：新增支付標準診療項目「角膜處理費」案。

主席

好，謝謝。那這個案子，我們今天特別有請我們臺大醫院眼科主任胡芙蓉主任，還有醫事司一位邱小姐都在場，那我們胡主任這邊，胡醫師這邊有準備一份簡報，是不是讓胡主任花一點時間跟大家做報告，那請胡主任。

胡芙蓉主任(臺大醫學院眼科主任)

主席、各位委員很高興今天有這個機會能跟大家來介紹，全國性眼科庫建置計畫。委員手上有我們剛剛印出來的 powerpoint 資料，編有頁碼，請大家依它的頁碼做參考。我先介紹台灣角膜移植。在沒有

這個全國性眼庫建置計畫，也就是在 2012 年之前，全國大概有 500 例角膜移植，55%是靠著進口，病人平均要等候移植的時間是超過半年以上，請大家翻頁。那全國的眼庫如何，大家可能會聽到有很多的台灣眼庫、愛盲眼庫，那這些眼庫實際上只是一個眼角膜、進口角膜的轉運站，並沒有任何的執行摘取、檢驗、保存的功能。各個醫院當有一個捐贈者出來的時候，就是各個醫院去摘取這個眼角膜，但各個醫院摘取的方式都不一致。大家請看第 3 頁下面有畫兩個圖，上面的那個圖就是整個眼球的摘取，下面的那個圖就是只摘眼角膜。如果摘整個眼球下來的話，實際上捐贈者的外觀是相當的不理想，所以也因為這個原因，很多有意願捐角膜的善心人士，家屬一看到他捐完，整個眼球就是這樣凹陷的，那個心裡是相當的不捨。如果只捐眼角膜外觀是不會受到影響，那如果摘眼球，沒有適當保存的情況之下，24 小時就一定要用掉，否則這個角膜就 decay。但是實際上從眼球的摘取到通知病人，要很快執行，這個品質真的是不好。所以國外的眼角膜都是只摘取角膜後，放在角膜保存液及保存盒之下檢驗，完成之後才送出來。所以因為這樣的一些關係，所以衛福部就建立了一個全國性的眼角膜建置計畫，希望能夠台灣的捐贈眼角膜能跟上世界的潮流，達到一個真正好品質的眼角膜，給我們捐贈的善心能得到最好的一個利用。所以這個計劃本身就是民國 102 年開始建置，然後從 103 年到現在已經真正在運行。請大家翻到第 7 頁。全國性眼庫這個建置計畫北庫是由台大醫院承接，南庫是由成大醫院承接。那下面這個圖就可以看到，北庫所涵蓋的就是台中以南跟東部，南庫就是台中以南到屏東。那一個眼角膜庫要建置，除了要有角膜來源之外，也需要有很好的實驗空間建置，需要在無菌的空間下才有辦法操作，所以需要有很好的空氣層流系統，然後還要有汗水槽、刷手台，就比照一個開刀房這樣的一個設備，才有辦法提供一個無菌的設備在操作這個眼角膜。請大家再翻下一頁。角膜拿下來之下，需要用冰箱來儲存以外，需要有細隙燈顯微鏡來評估角膜的透明度，也要有內皮細胞掃描儀來檢查角膜內皮細胞的數目是否足夠。那我們更希望能進一步來提供一些角膜的處理。角膜本身有病變的病人，他不是每一層角膜都有問題，他

如果只是後半層有問題或前半層有問題，根本不需要把整層角膜移植，所以也提供了這些分層的設備，來提供角膜能夠更充分的利用。那對於一些角膜捐贈下來，他是不是真的無菌，也需要在 laminar flow hood 操作下去做細菌的培養。甚至我們對於一些已經沒有適當利用的角膜，也可以用冷凍保存來延長他的保存期。這些眼角膜也都在通過 TFDA 認證之下的角膜保存庫，去做角膜的保存。請大家再翻開第 14 頁。這些保存庫也都是要有 24 小時的溫度監控系統之下，才能夠確保這個角膜捐贈的品質。大家今天會看到我們有計算出來一些角膜不計價的材料跟藥品，我們所有的技術人員在出勤的時候，他所要攜帶物品包括基本眼球或角膜摘取的器械，要有運送冷藏箱、Optisol 也就是角膜保存液。病人雖然只能拿下眼角膜，我們也會給他眼蓋，讓他的眼睛看起來外觀完全不會受到影響。這些角膜放在保存盒裡，在運送方面才不會受到震晃。如果是眼球的摘取，我們也會準備眼球摘取包，請看第 16 頁，全世界的眼庫都使用角膜保存液保存角膜，在冷藏下可保存 14 天之久，同時它裡面有非常多的營養物質來保存細胞的健康，又有一些酸鹼度的緩衝液能夠確保這個細胞沒有變性，裡面還加上一些抗生素來預防細菌的感染，所以這樣的保存之下，一方面可以讓細胞在儲存時間內不會惡化，同時它的細胞也可以提供做檢測，以抗生素來預防細菌的汙染。再請大家看第 18 頁，角膜保存盒就是角膜拿下後放進保存盒，它一方面運送過程中不會造成細胞損傷，另外寬口設計才不會操作時，汙染到旁邊的瓶蓋，所以有了角膜保存盒跟角膜保存液對於角膜的移植非常重要。同時我們會利用內皮細胞檢查儀，請看第 20 頁，可以看到檢測我們的內皮細胞數目，所以一個角膜到底怎麼樣才是好呢，它需要透明、內皮細胞數目要足夠，每單位面積要 2000 顆以上、沒有內皮細胞病變、角膜保存液顏色要正常，同時微生物檢測及藥物感受性資料都是要正常的。大家可能很好奇台灣以前捐贈眼角膜是怎麼處理，實在是很不好意思說，除了少數幾個醫院有執行這樣的作法，絕大多數是拿起來就種下去，運氣好就成功，運氣不好就失敗就再來一次，所以造成受贈者的 suffering，還有浪費捐贈者的好意，實際上我覺得這眼庫計畫在衛福部的執行之下，對病人的幫助是

非常大。除了品質的提升之外，請看第 23 頁，確實眼角膜的捐贈的數目從 101 年每年全國 224 例到去年 104 年 1-11 月就 367 例，去年整年 397 例，今年到現在 9 月已經 327 例，所以數目確實是不斷的成長，第 24 頁更能看出角膜移植數是不斷的成長，但是進口的角膜數目並沒有完全消失，也就是全國等待要做眼角膜移植的人數還是非常多的。在眼庫協助之下，大家請看第 25 頁，角膜摘取的方式已經從 75% 只摘眼角膜，而不像以前幾乎百分之百都摘眼球，也因為這樣的關係受贈者的家屬心裡的感受是好得非常多。第 26 頁可以看到內皮細胞監測品質，好的是左上角，每一個細胞應該都非常的均勻清楚可看到細胞的間隙，不好的眼角膜，就一大堆的黑點細胞根本就是壞死，如果沒做檢測，就拿右下角移植到受贈者身上，這角膜移植一定是失敗。我們可以看到平均要 2000 顆以上，看第 27 頁，確實是 2800 以上但最小值也有 1800，若這 1800 勉強種上去，即使手術沒失敗，大概沒幾個月角膜還是失敗。這些角膜我們檢測之下，大概有百分之 3 點多是不適合做全層角膜移植，但這些角膜我們會保存下來，若遇到病人眼睛整個是外傷、破裂，以前沒有角膜可以修補，眼睛要挖掉，那我們把這角膜留下來提供病人修補，而不會因為這樣而喪失這個眼睛，目前來看已經有將近 3.8% 都是這樣的修補使用，如果是以前一年 400 例來說，就已經有十幾個病人因為這樣而受惠。大家再請看第 30 頁，我們每個眼角膜都有做培養，做了 288 個病人的培養，Culture rate 有 15.3%，但因為我們裡面都有放抗生素，所以這些細菌在抗生素裡被處理掉，所以沒有因為這樣而汙染，如果沒有放在角膜保存液抗生素培養下，我相信這些污染的角膜種到病人的身上也會造成相當不幸的結果。所以第 31 頁可以看出這幾年我們大概有 3.7% (23 個) 捐贈者不適合做全層角膜移植，但是有 14 個病人因為可以保存下來提供他修補用，免除掉角膜被摘取下的惡夢。經過這幾年營運下來，我們可以計算出角膜摘取跟檢驗費用以及眼庫的行政處理費用分別列在第 32 頁跟 33 頁。當然這會隨著捐贈的量跟捐贈的方式而有所不同，但是在醫事司跟健保署商量之下，大家可以看到議程第 81 頁，健保署提出來請委員幫忙審議的是以眼角膜處理浮動成本，也就是一些耗材成本包括角膜保存

液、保存盒、檢驗的費用，還有儀器設備的費用，其他的固定成本包括人事費、辦公室的費用或是交通運送的費用，這部分將由衛福部來支應。請大家看簡報最後一頁，第 34 頁，這是我自己的一點心聲，我們這次計算出來的費用，如果跟中國大陸去比，中國大陸所支付的費用是不同醫院有不同層級的角膜處理費，從七萬到十五萬，他的角膜移植費用也是大概兩萬五到三萬，台灣的角膜移植手術費用是只有支付一萬到一萬二，所以我們這樣算起來實際上是在最精簡的人力跟最精簡的範圍之下來計算出支付費用，懇請委員們多多支持，謝謝。

主席

謝謝胡主任非常好的一個報告，大家都看到我們成立了眼庫，對捐贈者跟受贈者更多一層保障。現在健保的給付只有給付技術費，沒有給付角膜處理費，沒有眼庫之前，捐贈眼角膜在未處理下，就直接移植過去，所以也沒那個費用，現在有了眼庫之後，就是要把摘取的角膜做處理，保存期限也比較長，也比較安全，這是雙贏，但是多出來的處理費也確實用在病人身上，所以今天提出來就是一個角膜處理費的新增項目。這眼庫所有的成本有固定成本跟變動成本，因為這眼庫是國家成立的，所以有編預算給他們，為了能夠不重複，所以就把固定費用部分用公務預算去支應，只有在變動費用這塊才把它轉成角膜處理費。剛剛大家也聽到胡主任在講處理的過程其實有非常多的設備、藥劑跟人員，這些都是成本，我們才把這些成本都列在議程第 81 頁是屬於角膜處理的成本，包括檢驗、技術費、保存費還有藥劑費用等等，我們這邊是以 200 例為基礎去算。當然以後角膜的捐贈如果多的話，成本就會攤，但我們希望它能夠永續，所以就用 200 例來寬估它的成本，我們也希望未來胡主任的眼庫除了台灣用還要幫忙國外用，如國際眼庫，不論如何現在是起步，所以今天就提出來這個項目，有關成本的部分就列在第 81 頁，請問各位代表有沒有意見？滕代表請。

滕代表西華

非常謝謝，這個案子當然很重要，就是眼庫的建立和移植，我只

有三個問題請教，第一個，原先的決議是醫事司有一些意見要再修正，我想知道，因為有一些錢是醫事司在出，那他們是不是沒有問題了，他們有醫療發展基金編列的部分，固定成本是怎樣計算？第二個部分，對不起啦，我們是應該要支持，就像胡教授講，應該要再多一點錢都要支持，但我對於政府部門編列預算這件事一點信心都沒有，所以，到最後又要再滾回來就不是很好，所以我想知道他們編列的情況，這是應該要支持的。第二個部分是我們由執行角膜的移植手術的醫院申報，我們想知道全國目前可以執行移植眼角膜手術的醫院有多少？我會這樣問是因為我認為醫事司過度公告可以執行各項移植手術的醫院家數。也就是說很多的醫院家數都是空有在那邊，一年可能一個案例都沒有，而這樣你公布了，民眾可以去，那不是浪費了角膜。就像剛剛教授講的，和你現在好不容易保存的好好的，結果他搞不好一年、三、五年的一個案例都沒有，但是我們都公告他可以執行角膜移植，我覺得這樣是一個浪費，這是不對的，所以我想知道角膜移植的醫院是由醫事司在公告，還是說我們有沒有就眼科醫學會，就胡教授這邊有沒有其他的意見，因為有好東西，當然要由對的人使用，我覺得這個在其他移植都看的到，如果濫用的話很不好。最後一個問題是，這個 400 例是一眼一例還是兩眼算兩例？我想要請教一顆眼睛算一個案例嗎？謝謝。

主席

那大家有沒有第二輪的意見，來，請。

羅代表永達

我只是要提一個小小的問題，因為我們現在在處理移植時，有保存液的處理費，那處理費是申報時才申報，就是移植時才申報？還是處理時就申報？這是我要提問的。然後因為剛剛教授也提了有些東西他是成功，但是有些東西因為品質不好，他也處理了，但是失敗了，那他能申報嗎？另外就是國外捐眼角膜的大致是怎樣的身份，這是題外話，以上。

主席

好，再來，第三輪，黃代表。

黃代表振國

第一個問題，這裡聽起來只有北庫跟南庫兩個醫學中心能夠申報，可是健保的支付編號裡面還包含地區和區域醫院，那依目前來說這個費用，只有這兩個醫學中心能申報？還是由執行的醫院申報完再給北庫和南庫。

第二個問題，我以台大醫院為例，看到成本裡面，如：角膜摘取器械，使用年限是 1.5 年，一個一百多萬，如果成本攤提，以目前一年 200 例，假設 1.5 年只能用到 300 例，照理說這個成本應該不是每件只有 39 塊而已，所以我建議，在這種使用 case 不多的情況，是否應該由政府單位的公務預算來支應，不然像台大醫院或成大醫院，每個東西都是有固定成本，跟使用次數無關，而且沒辦法跟其他共同 share 成本的時候，對這兩家醫院的 loading 是很大的。這種東西的成本實際推算回去，3 萬都不夠，目前如果一年只有 200 例，才 6 百萬多萬就能讓 200 個人重見光明，真的很值得投入的。但我覺得有些該政府出的還是請政府要出，不要讓北庫南庫這兩個醫學中心自己還負擔那麼重的成本，謝謝

主席

好，我們謝謝，兩位，李代表再來朱代表。

李代表偉強

其實這個眼庫是我還在衛福部的時後協助建立，不過我是覺得說政府的預算在開始協助建立是應該的，但我們在計算成本的時後，不要現在協定以後，將來兩三年後公務預算沒錢了，他一開始說頭一筆預算由他們出，我覺得是很好的，也很謝謝至少有兩家醫院願意做這些事情，那我也贊成胡教授，其實一來我們量沒有那麼大，不要重蹈

覆轍，剛剛滕委員也有講到，應該是要強調他的品質要夠好，所以我覺得成本方面，看了最後一頁，看了真的很感慨，在中國大陸費用都是我們的兩倍，只是一個眼角膜移植而已，就尚且如此。我覺得我們有些費用被低估了。剛討論定價的時後，不是量很大，不像討論 C 肝之類的，所以我們是不是應該不要依賴公務預算，如果他哪一天拿掉之後，不知不覺就活不下去了，以上。

主席

好，謝謝，朱代表然後吳代表。

朱代表益宏

主席，第一個我想先表明立場，我是支持政府應該成立角膜庫，這個是應該的。但是我不認為這個費用應該是健保來付，尤其這裡所列的固定成本，儀器設備要健保來付，房屋、水電都要健保來付。

主席

這個是公務預算。

朱代表益宏

但是你現在要折舊、水電、空調，這些都是算在 15,953 裡面。

主席

沒有阿！

朱代表益宏

沒有嗎？

主席

是 0 阿！

朱代表益宏

那對不起，我看錯了。

主席

81 頁。

朱代表益宏

那儀器設備，因為儀器設備包括冰箱這些東西，變成也是健保在付。這個東西其實他...我覺得政府預算一次撥足以後，儀器設備一般有 7 年的折舊時間，我不知道為什麼政府不在...既然要成立，醫事司那邊為什麼不用醫發基金那邊付這些東西，那到底醫事司那邊的醫發基金用在哪裡，是不是可以等一下請醫事司說明一下？不要主要的儀器設備都是這邊健保來出，然後醫事司這邊只出紙張費、影印費，這個郵寄費這些東西，我不知道這個可能要說明一下，這是第一點。第二點就針對這整個流程也請署裡面或醫事司能說明，依照這裡講有角膜移植手術的醫院去申報，所以這裡 1 萬 5 千多塊的這個費用，這些點應該是專款專用 1 點 1 元，然後是機構申請，但機構申請之後要怎麼轉到南庫和北庫，到底南庫和北庫到底也是 1 萬 5 千多點，還是付給他的是 9 折還是 8 折、7 折，可能要說明一下，到底有多少是支付到醫療機構這邊，多少錢是支付到南庫、北庫，然後中間...當然細節包括他的錢怎麼進怎麼出，因為私立醫院有些憑證的問題，這個當然很細，我覺得我們這個也要考慮到，那第三個就是你的保存和檢驗都做了，那現行的在支付標準有摘取費，角膜摘取費、角膜移植都有費用，那現在那裡的費用，因為他都有材料費，有另外在外加百分之 50 幾 53 的材料費，我不知道角膜移植是不是保存費這些特材費，還是其他特材費，那這裡是不是要做特別的處理，也就是說你現在移植都到那個庫去移植了，那這裡面醫療機構在爭取申報角膜摘取和角模移植的時候，他的那些特材是重覆的，這是不是也要能夠作一個說明，那另外就是對於這種個成本分析，其實我也有點意見，在 81 頁的這個成本分析，第一個剛剛也有委員提到說一副角膜摘取要 1,425,000 元，然後他的使用年限是 1.5 年，這個是不是可能由胡主任講一下，為什麼

那個器械消耗要這麼大，這是第一個。第二個就是角膜摘取時一般都是在醫療院所直接執行，那這樣看起來是不是以後有角膜摘取是由南庫和北庫直接派員去，派人員去裡面摘，帶著這個一百多萬的器械去那邊摘，這個可能也要說明，要不然你這邊編了1,425,000元的器械，而且年限只有1.5年，一般的儀器，一般的手術器械也沒有說1.5年就要換一副新的，這個是個人幾點意見，謝謝。還有就是設備冰箱、燈、椅子，這些東西的成本，我個人覺得這應該是衛福部應該要出錢，建立這個庫，只有這些東西，基本的東西都沒有，所以衛福部要說明一下，到底你們付了哪些錢，以上。

主席

那請吳代表。

吳代表國治

首先，我要跟胡主任致敬，台灣在胡主任的帶領之下，角膜移植是這個部分是做的有聲有色，而且給病人很好的幫助，所以成立北庫南庫其實也是一個很重要的，也應該要做，國外也在做，為了病人來講這是好的，那另外一個就是說，移植在各項的移植來說，事實上，這個費用是有獨立出來，那這個角膜移植是有單獨處理的東西，我想等一下整個流程，我想胡主任在跟大家做一個介紹，不過，據我看裡面的成本事實上都非常的低估，但這也是眼庫當中要給病人用的東西，既然部裡面已經有決議，就是說在這個變動成本的部分和固定成本部分，費用來源是不一樣的，今天當然只就這個部分來討論，以上，謝謝。

主席

好，謝謝，來，干代表。

干代表文男

我請問一下，目前的移植率成功跟失敗的比率有多少？那麼現在的

庫存是放在哪裡?那為什麼只南庫、北庫，那麼中部是不是也可以增加一個庫，因為距離來講，對他是一個不好，如果說減少距離與減少時間，對整個角膜是否有好處?以上，謝謝。

主席

好，謝謝，那差不多，接下來胡主任，先請醫事司講一下好不好，醫事司講完在請胡主任，來，請醫事司。

邱麗梅技士(衛生福利部醫事司)

我們這個計畫是從 102 年開始，那到現在也有四年的時間，那我們以 105 年大概 2000 萬左右的經費我們分成委託醫院的辦理費用、行政費、設備費這三個大項，設備費我們大概也是有逐年汰換他們的設備。

朱代表益宏

如果醫事司付了設備費，我們這邊又有設備費...

主席

邱小姐，剛剛的問題是第一個你們有付設備費，那請看第 81 頁這張，這張是水電、房屋折舊及醫療設備的折舊，這個是我們沒有去攤的對不對，那你們是不是就是付我們歸零的這幾項，那剩下我們有去攤提的醫療設備的部份是不是你們就沒有支付，我們有沒有重疊，其實代表關心的是這個部份。

邱麗梅技士(衛生福利部醫事司)

我們不會重疊，也就是沒有支付的部份我們會來負責。

朱代表益宏

那我請問一下那你們設備費是付了哪些設備費？因為他們要跟你們報銷對不對，那你們生物安全櫃、冰箱你們都沒有付，那我不知道你們付的設備是什麼，我剛講的設備影印機是不是？

邱麗梅技士(衛生福利部醫事司)

那個沒有，我們現在實際上付的還是在檢驗或是處理的過程那些實際會用到比較貴的儀器。

朱代表益宏

問題是檢驗我們也有付器械成本，還更多咧，檢驗的不計價成本裡面他是因為很多東西沒有辦法算是不是？

胡芳蓉主任(台大醫學院眼科主任)

可不可以容我稍微解釋一下...

主席

請胡主任，謝謝。

胡芳蓉主任(台大醫學院眼科主任)

非常謝謝代表提出很多的意見，先回答目前台灣的捐贈醫院大概一百間，就是很多小醫院會有捐贈者出來，那受贈醫院也就是執行角膜移植的醫院大概有三十間，但是醫事司核可具有角膜移植醫師角膜移植資格的醫院不只這三十間，所以到底將來台灣角膜移植的醫院要不要有適當的退場機制，就剛主席所提的，可能他有這個資格但都沒做，所以衛福部目前是有在研擬多久時間內你都沒有執行過，是不是要有退場機制，但是至少從這幾年看起來，台灣真正有執行角膜移植的醫院有將近三十間，另外剛滕代表提到，我們現在講「例」，是指每一顆眼睛而不是每一個人，因為每一顆眼睛是分開摘取分開消毒跟分開儲存，那個費用是每一個眼睛去算，而不是每一個人去算，至於將來這個費用是怎麼申報，就是依我們眼庫會把角膜送到受贈醫院，就是當有一個捐贈醫院出現的時候，眼庫會把這些東西帶到捐贈醫院，然後目前還是要醫師去摘取，所以眼庫的技術員雖然器官移植條例已經修法他將來經過認證可以去摘取，但是目前人體器官移植條例還是只限移植醫師得摘取，所以目前當有一個捐贈者出現，受贈端的醫院

會派醫師來、眼庫會派技術員來，然後把所有的耗材該有的東西帶到捐贈的醫院摘取完畢之後，就送回眼庫去做適當的檢驗、保存，一些該要的把關，然後再把他送回給受贈醫院，所以將來這一筆角膜處理費用是受贈醫院去申報，假設說這個角膜是從敏盛醫院捐的，然後受贈醫院是長庚醫院，那執行的是長庚醫院，就長庚醫院去跟健保申報這個點數，然後再把這個費用給眼庫，就好像現在捐血一樣，所以一袋血是多少錢，類似是這樣的模式，那當然會有一個，就是假設這個捐了，我們發現這個眼角膜不能用就沒有受贈醫院，所以這個受贈醫院就不能去申報這個費用，這個費用就是眼庫要去吸收，所以大家請看 81 頁的倒數第三行「淘汰成本計算(淘汰率的計算基率為 3%)」那個就是以我們這幾年 run 下來，我們大概有 3% 是沒有辦法去用的，可能是因為感染，或者是內皮細胞數目太少，所以就有計算這個 3%，那以國外來講，我們目前當然我們自己在國內希望不斷的成長，但是醫事司可能等下會報告，部長已經跟美國的一個很大型的全世界最大的國際組織簽了約，他們來協助台灣如何把這塊作的更好，那他們就發現我們 3% 其實是太低的，當你 3% 淘汰率很低，就叫作 utility rate 很高，那 utility rate 很高意思就是你的篩檢太高了，等於說你篩的太好了你才摘，所以有一些可能 potential donor 都被你刪掉了，所以標準最好的淘汰率應該是在 80~90%，但是因為我們是這樣的一個 run，所以才用這樣實際上執行的 3% 去算，那將來我們如果真的能夠提高國內的捐贈量，他的淘汰率會增加的時候，這個成本可能需要再核算，所以我是覺得這是第一步，我們進行到什麼程度，我們就跟代表們報告，那將來眼庫的規模或者是他整個淘汰率有變動的時候，可能還要懇請是不是能夠再重新給我們計算的一個方式。所以黃是代表提到說是不是只有台大跟成大可以申報是不是的，是所有受贈醫院都能申報，我沒有考慮到報酬率，那目前國外捐贈的眼角膜他也都是無償捐贈，所有的眼角膜都是無償捐贈，是不會給捐贈者任何的好處，因為器官是無價的，但是摘下來的角膜一定要經過處理，所以國外的眼角膜，如果大家去看美國比較好的眼庫，一個新鮮的眼角膜，他的售價是美金 400 塊就是台幣 12 萬，所以台灣我們要 1 萬多塊去 run 這個眼庫，我

想感謝吳國治理事長他在眼科可以了解，當初也是基於社會的責任，所以台大跟成大才扛下來，今天如果有任何一個醫院願意扛，我們都樂見其成。

對於另外一個問題醫院申報剛剛已經解釋過了，那朱代表有提到 81 頁，眼角膜摘取器械 140 幾萬，為什麼會那麼高並且使用期限只有 1.5 年，這個器械就是角膜摘取器械，那總共是十套，那為什麼要十套，就一套大概是十幾萬，裡面包括有點 12、開眼器、眼球摘取鑷、一大堆東西，那眼科的器械真的很貴，大家不要看小小的一支，每支都將近 1 萬塊，所以我們眼科器械成本是非常高的，那為什麼需要這麼多套，因為我們沒有辦法預測什麼時候會有捐贈者，我們曾經在八仙塵爆那一次同時出現將近十個受贈及捐贈者，根本沒有辦法，那我們今天一定要備的是當有一個突然很多人捐的時候，我要有足夠的器械可以出去，那出去之下回來還要消毒，所以一定要有個安全存量，那眼睛的器械是很細，可是角鞏膜是很厚的，我們那個器械剪沒幾次就鈍掉，所以我們的人用 1.5 的年限，然後每年摘取的量 400 例，如果除以十套，所以等於是剪掉很多眼角膜才能去報銷，他們到後面是跟我講說完全幾乎是剪不動，剪得像狗啃的一樣，可是我們實在是沒錢，這些成本我剛剛沒有給代表看到，台大醫院這幾年成立的眼庫之下，台大醫院投入的成本是上千萬，但是這個就是社會責任，我們也是希望在可以承受之下來儘量的協助，所以朱代表剛提到角膜摘取的器械每套約十幾萬，每支器械都是上萬，這個東西很難講他叫做設備，因為他這種就叫消耗性的器械，不像說一個冰箱可以用比較久，但是這個器械絕對要請代表們可以了解，摘取了十幾二十幾個眼睛就開始變鈍了，那另外...

朱代表益宏

胡主任，我先請教一下您剛剛講的器械這個部分，因為我是麻醉科醫師，我也了解器械其實很貴，那我只是有一個疑問就是說因為你這是放在南庫和北庫的成本計算裡面，等於是南庫和北庫各會放 10 套器械在那邊等待要摘取角膜，看起來是這個樣子，但是剛剛又聽起

來角膜的摘取是直接到醫院裡進行，剛剛是有提到說...對，然後由南庫和北庫派技術員去把他帶回來，你們再去做處理、在做保存。

主席

帶器械和人過去。

朱代表益宏

如果是器械的話，變成醫院只要摘取角膜的器械，全部都由你們這邊提供，我不曉得是不是這個樣子。

胡芙蓉主任(台大醫學院眼科主任)

目前是我們的人去那邊摘取，我想先回答一下朱委員，他可能會 concern 說...那今天我們又帶了器械，是不是台大醫院又申報一個角膜摘取費用，我們沒有申報，我們只有申報角膜移植費用，角膜眼球摘取費用，台大醫院是沒有申報的。

朱代表益宏

現在醫院不是台大醫院，他是等於國家級的眼庫，所以我剛剛其實沒有針對台大醫院，我只是說...今天譬如說...剛剛舉例說敏盛醫院他在摘取一個角膜，那是不是有這個案例的時候，24 小時不管如果敏盛屬於北庫，那北庫就要一個技術員帶著你們的器械，消毒好的器械到那邊，然後在那邊由那邊的眼科醫師來打角膜摘取，再把他帶回來，是不是程序上是這個樣子？還是說在敏盛醫院他們用自己的東西摘取完了以後，然後交給你們，你們把它拿回來。因為這個東西當然技術上，我為什麼會問這麼詳細？因為你編了費用，編了健保要給付給眼庫的費用，給南庫、北庫的費用，但如果這個費用編下去，事實上執行面上可能是由摘取的醫院直接用他們自己的眼科器械去把它摘取下來的話，這個費用你應該是給摘取的醫院阿。

胡芙蓉主任(台大醫學院眼科主任)

目前是眼庫帶所有的器械耗材設備，連凍巾、紗布什麼東西都是

我們帶去的，所以今天我們的人去到敏盛，敏盛所提供的是他們的開刀房，那個空間，那一個地點，讓我們可以在比較安全的環境之下去處理，但是...

朱代表益宏

所以現在就是說南庫、北庫以後的作業...這可能也要請教醫事司，你們作業上是不是就是由南庫、北庫直接派醫師去摘取...

胡芙蓉主任(台大醫學院眼科主任)

技術員。

朱代表益宏

派技術員去那邊摘取角膜，是不是這樣子？

胡芙蓉主任(台大醫學院眼科主任)

目前人體器官移植條例只限移植醫師，所以目前來講，假設是敏盛的捐贈者，器官捐贈登錄中心會先去配對哪一個是受贈者，假設這個受贈者的醫院是在長庚醫院，就由長庚醫院派醫師去到敏盛，眼庫會派技術員把相關所要的設備、儀器、耗材帶去敏盛，所以會牽涉到三端，一個是捐贈醫院，一個受贈醫院，一個是眼庫。

謝代表武吉

其實這個是非常好的一件事情，我們看到處理的成本，他裡面有很多都是在某一些移植必要的東西。我請教一下，我們台灣的器官移植有處理費這種東西嗎？在健保給付有沒有這個費用？支付標準表翻過了，器官移植有摘除、移植手術，是沒有處理費的。

主席

有，找一下，那大家還有沒有其他問題？不過剛剛有幾個問題請醫事司也幫忙在回答一下，就是李代表在問的是說現在一年 2,000 萬的醫發基金？那這個是不是永續？以後會不會有變動？這個是李委員

擔心的，這一點你是不是先回答一下。

李代表偉強

一定會的...醫發基金的財務愈來愈緊。

主席

那醫事司回答一下。

李代表偉強

醫發基金他本身是一個錢的來源。

主席

不曉得他們的計劃怎麼樣，麻煩說明一下。

邱麗梅技士(衛生福利部醫事司)

因為我們今年應該是會順利跟美國的 SightLife 組織，國外的眼庫去進行簽約，那這個簽約的期限，未來執行其實是五年，所以他五年有一些成長量的規劃，所以在醫療發展基金的爭取上我們應該是會盡量，看起來現在應該是每年這筆費用應該都是有的。

主席

所以這筆費用是有的，來，請！

朱代表益宏

醫事司還是沒有回答我剛剛有提到，到底儀器設備...你醫發基金剛剛講有編一筆儀器設備，剛剛主席只有問一下跟這邊有沒有重複？結果答案是沒有重複。因為我看這邊眼庫主要東西、設備都在這裡，儀器設備 81 頁所有的設備、必要的設備幾乎都在這裡，我才想說那你醫發基金補助他們南庫跟北庫，他的儀器設備到底是哪一些？跟我們講一下，不然就籠統的講說儀器設備，但是以我的理解儀器設備都在這裡，還有什麼儀器設備。

邱麗梅技士(衛生福利部醫事司)

應該是儀器的部分，以 102 年那時候我們有補助成大醫院，就是內皮細胞儀分析，那 105 年度的部分，我們現在登錄中心已經規劃會買內皮細胞儀給北庫，就是台大醫院使用。

朱代表益宏

內皮細胞儀如果是公務預算醫發基金付，那為什麼我們這邊還有折舊費？給他們想一下，另外我請教一下胡醫師，我也是比較麻煩一點，我自己很討厭我自己，這個話又必須要問一下，不得不問，我可能請教胡醫師，因為我看你們這個有三項不計價成本，其是那個是主要的費用來源，三項不計價，一個就是新鮮角膜處理的不計價的成本，還有一個保存的不計價成本，還有一個檢驗儀器設備的耗材成本這三項。那我想請問一下，我舉個例子，這只是舉例，譬如說新鮮的角膜處理裡面有一個高壓消毒，這個我瞭解你在處理角膜一定要無菌嘛，所以很多器械必須要經過高壓消毒處理，或是不能高壓要用 EO 處理。但是我的理解應該是新鮮的處理完，如果他沒有要立刻移植，他就應該直接到這邊作保存，應該是這個樣子。但是你在保存的不計價成本裡面，你又有一個譬如說高壓消毒費用，所以我現在不清楚...那邊新鮮處理完以後，然後我要進到你的冰箱去保存，還要再消毒一次？還是怎麼樣一個過程？

胡芙蓉主任(台大醫學院眼科主任)

謝謝，新鮮角膜的意思是在保存 14 天以內，已經受贈醫院拿走了，這個叫做新鮮角膜。我們那邊所編列的高壓消毒是指所有的這些器械，包括義眼片所有的消毒，所以眼庫編有這個預算。那至於冷凍保存是什麼意思？就是說，當這個角膜我們到第 14 天還沒有找到適當的受贈者，這個有兩種情況，一個就是內皮細胞數目太少了，但是他角膜其他條件都還好，所以我們會留著放在 glycerine 裡面去保存，glycerine 保存就可以保存到兩年。大家可以看到第 76 頁的費用，實際上 glycerine 保存的費用是要 2,463 塊，當我要把這個角膜從他的冷藏 14 天超過之

下要放到 glycerine 冷凍之前，我們會 repeat 要在 laminar flow 之下重新再做檢驗，那些器械也需要重新消毒一套才有辦法 transfer，因為那個 optisol 裡面的指示劑，當你超過 14 天的時候指示劑的顏色就沒有辦法讓你重新判斷，這個時間裡面是不是已經被污染。所以這邊所需要的消毒費用是在從冷藏的眼角膜要換到 glycerine 保存冷凍角膜之下，所有儀器設備的消毒要用，那既然他是 2,463 塊，但是我編列 61 塊，是因為我們從每年 200 例去計算，大概是只有 2.4% 會放到冷凍來，所以才會變成 61 塊。所以如果說每一個眼角膜都是要冷藏完就去冷凍的話，這個費用絕對不是這樣，所以這點說明希望朱委員可以瞭解。

主席

好。

胡芳蓉主任(台大醫學院眼科主任)

另外剛剛有提到眼角膜的內皮細胞掃描儀，內皮細胞掃描儀當初建造眼庫的時候是有買給南庫，沒有買給北庫，所以是臺大醫院無償提供的，這個是已經快要不行了。當然今天的思維從國外的眼角膜裡面，他是認為這個眼庫應該要自給自足，所有的費用應該從角膜處理費裡面去 maintain 這個眼庫的一個持續的運作，所以今天如果說每一個儀器設備都要從醫發基金去編列預算，你完全沒辦法去預測到哪一個點，這個儀器就壞掉了，那這個儀器壞掉的時候，眼庫就停擺，所以才會說要用這樣折舊的年限達多少例，然後這個折舊當你達到這個例數的時候有足夠的一個成本會去來適當的補充這個器械，眼庫才有辦法 run 下去。那當然我們更希望的是說全部都是由這個費用四、五萬都是健保來支付，這個當然對眼庫的運作是更好，我就不用擔心說這個公務預算哪一天沒錢了，但是回歸實務面還是要考慮到健保整個的費用怎麼樣編列，是符合健保的一個原則。所以今天才會說在這些耗材的方面由健保來幫忙支付，那其他的就由醫事司來支付。那剛剛還有一個委員有提到為什麼不在中部也設一個眼庫？因為一個眼庫要 running，至少就要有 4 個技術員，因為他要 24 小時輪班，那你如

果沒有 4 個技術員，他就會造成有違勞基法。那你今天台灣以目前 400 個捐贈量，北庫跟南庫兩個大概就是 balance 可以讓 8~9 個技術員去 run。那今天如果中部的捐贈量太少，他養不起 4 個技術員，那養不起 4 個技術員的情況之下，你只給他 2 個、3 個，這眼庫技術員馬上有違勞基法。所以在 SightLife，就是剛剛邱小姐的介紹之下，我們為什麼要請 SightLife 來幫忙協助，就是在他這樣子的指導之下，他有一些規劃，眼庫的規模到某一個量的時候，他可以怎麼樣去規劃來減少當地的一個交通時間。所以這一部分我們會持續的在國際的指導之下，繼續往前邁進，不過今天至少有這樣一個費用讓健保來幫忙的話，眼庫至少往前至少能夠走小小的一點路，請大家幫忙支持。

主席

好，謝謝！來，干代表。

干代表文男

這個中部的庫，中庫，是將來一個目標，聽你這樣講、分析我能接受啦，不過今天這個案子我想是好事，一方面這個是公務預算來支付，在台灣以往就分散在各地集中點，站在消費者立場，我贊成這樣通過了，就不要再說這些也沒效啦，事實上還是這樣啦，我們前面兩個消費者來都交代我這個案子絕對要過，一個何代表，一個滕代表，包括我這樣。先做看看，若不行明年提出來檢討，還沒做之前講很多也不一定是對的，要很多的空間，朱委員也問得很辛苦，很費腦筋啦，這是好事情，希望大家能夠互相體諒，謝謝！

主席

好，謝謝！還有，好。

朱代表益宏

主席，我想請教一下就是說...還是回到那個...就是如果醫發基金補助，健保到底是不是再付一次錢？這個我覺得要去澄清，這件事情不能...我覺得是...除非今天衛福部講或是健保署這個政策我就是給

他兩次的錢，那要作成會議記錄，這是第一點。不然的話以前我們的慣例就是健保支付而已啊，對不對？沒有說政府拿了錢又跟健保要錢，對不對？所以我覺得請衛福部，我拜託一下 81 頁衛福部再看清楚，錢是不多啦，只有 600 多塊，事實上跟 1 萬比起來是不多，但是我請問衛福部的長官看一下到底這些項目我醫發基金有沒有補助，我覺得這邊要有一個會議紀錄，剛剛只有講說內皮分析儀他有補助，那我建議這個費用要拿掉，因為公務預算補助健保就不應該再支付，那其它項目若衛福部說沒有這些東西我都沒有付，如果委員都同意這些由健保付，我個人也不要反對意見。但是我覺得這個要有會議紀錄，不要到時候過了一陣子衛福部這個我們也有付，結果健保這邊又再付一次，我覺得這個要把它確實要有一個會議紀錄，雖然錢不多，但是到底我們遊戲規則怎麼玩要講清楚。以後如果說是公務預算或是有其他的預算已經補助，健保還是可以付的話，那這樣子我們也要有一個先例，這一個是第一例，那以後其它的案例我覺得也應該可以去做比照。所以我想說請衛福部既然在這邊，關於這個儀器設備費用這邊，可能請他要弄清楚，不是說儀器設備我們也有補助就一句話帶過去，然後又說我們這邊不會重複。但是顯然剛剛講說內皮分析已經重複了，所以內皮分析這邊我是建議既然這樣 40 幾塊，其實錢真的是不多，我也不願意這樣講，好像我用這些很小的東西來擋這件事，事實上我沒有，我是支持，我也希望過。剛剛干委員講今天一定要過我也同意，只是你是不是要用 15,953 塊過？還是用 15,900 塊錢過？還是不該補助的不應該補助？我覺得這個事情還是要弄清楚，謝謝！

主席

那邱小姐，剛剛其他的器官是我們付保存液，沒有處理費，保存液之前我們也付了，就是其他的器官因為沒有處理，是直接保存，因為保存液以前都是自費，而且非常的貴，而且有的器官用的保存液用得非常的多包，那個我們早就已經通過了，也是最近的，今年還是去

年，是今年，所以其他的器官是保存液，那這個角膜確實比較不一樣是因為他要做切割處理、檢驗保存，以前也沒有處理費，直接就摘起來就移植過去，現在多了一個處理的過程，其實是可以把不好的捐贈角膜汰掉，捐贈成功率提高、保存時間也比較長。所以我覺得這是好的替代方法，那你剛在問其他器官有沒有處理？我現在回答你是有保存液，我們也已納入給付。

朱代表益宏

剛剛我有提到，就是說對於移植跟摘取的非計價特材這一部分53%，既然這邊...大部分我們這邊另外付了這一部份...

主席

那個是在移植的過程當中所用得那些材料。

朱代表益宏

譬如說剛剛講的最重要儀器設備是他這邊來付。

主席

對，我剛剛要處理你講的這塊，我要請醫事司來認一下，81頁的這裡頭剛剛朱代表是在質疑的就是說，是不是有重複的部分？是不是麻煩醫事司說明一下。

邱麗梅技士(衛生福利部醫事司)

我解釋一下，其實內皮細胞分析儀是在102年有買給成大，那至於台大醫院、北庫的部分，老實講一直都是用台大醫院現在內部的，那我們今年年底有要採購內皮細胞儀，實際上現在這台儀器也還沒有給他們，我們的登錄中心現在也還在採購當中。那其它儀器我剛剛確認過，除了內皮細胞儀之外，其它確實是我們不會重複。如果說委員對內皮細胞分析儀這塊有疑義的話，不然就建議把這個費用拿掉，因為其實也不多。

主席

Ok, 其他代表覺得怎麼樣呢? 如果確實我們公務預算會買分析儀給北庫、南庫, 那是不是就不要分攤這一項? 這也是避免重複的一個方法, 其他代表同不同意? 可以! 那我們就 45.66 減掉, 好, 其他的問題好像基本上都有做某種程度的釐清, 我還是要講這個案子事實上胡醫師這邊提供的資訊是非常非常的詳細, 而且他今天的簡報也告訴大家說這些項目背後的流程所做的事情還有他的價值, 所以我想這個部分基本上它的品質也變好了, 先別講說之前可能民眾要自付這塊, 現在是減少自付的金額, 而且讓品質更好, 讓大家來分擔。而且說實在的一年也沒有多少例, 但是他可以讓移植的成功率更高, 而且不要去作廢那麼多, 大家都兩相害。其實我們算出來這樣的基本成本這些也是胡醫師提供給我們的, 所以我們也是尊重胡醫師給我們的內容去做分擔的。那這樣子減下來應該是多少呢? 減 45.66 是多少? 15,907 點, 我們今天是不是就用 15,907 點來做我們的支付點數, 這樣大家有沒有意見? 好, 如果沒有意見, 那我們就非常謝謝大家。

謝代表武吉

可以這麼講, 你說通過就通過, 但是以後就不能再用這款的方式...

主席

沒啦, 其它的是保存液。

謝代表武吉

我們要把話先說清楚, 其它如果又用這款的處理費攏無, 以後都沒有了, 這是第一也是最後一個。

主席

沒有, 應該沒有了! 那個醫事司還有...還有哪一項是不是?

邱麗梅技士(衛生福利部醫事司)

其實我們在醫發基金我們還有一個計劃，叫做全國器官網絡計畫，那這個網絡計畫針對我們國內是個網絡阿，網絡內的所有的醫院，他們平常器官也是有一個補助，類似處理費這樣子...

主席

那個已經有補助了今天就不要再談了，今天只談角膜好不好，先過再說。今天這個提案只有角膜處理費，就停在這裡。那剛剛大家都共有共識了，其它器官是保存液。所以，就這樣，那我們就 15,907 那就這樣算通過了！非常謝謝大家，也謝謝胡醫師非常辛苦的回答大家問題。

朱代表益宏

主席，還有一個說要處理還沒有處理阿！就是...現在支付標準器官移植跟器官摘取，就是角膜摘取跟角膜移植他有 53%的不計價衛材這一部分。

主席

那個是手術，本來就有付的。而且我還在講剛剛胡醫師講說我們付的技術費 1 萬多，那還沒有加上 53%的特材費用，那些都還沒有加上。沒有啦，這個是技術以外的...

胡芙蓉主任(台大醫學院眼科主任)

朱委員我稍微解釋一下，台灣的眼角膜以前大概有 50%以上是從國外進口的，所以國外進口的眼角膜跟現在眼庫存的眼角膜是一樣的，但你在做角膜移植手術的時候，我們仍然還是需要做培養，因為那個培養是要做受贈者的培養，眼庫所處理的是捐贈者。所以一些耗材在受贈端跟捐贈端是分開的，我想這個朱委員不用擔心有重複的問題。

主席

對，謝謝胡醫師已經把它說明得很清楚，大家很認真在這裡做非常多的釐清，謝謝胡醫師。

黃代表雪玲

這個在專款是不是 1 點 1 元還是要浮動？他在這個章節應該是浮動，但是用預算是專款...

主席

我們是用專款，所以是 1 點 1 元，那個專款費用我們沒有在一般費用裡面。好，大家還有沒有其他意見？如果沒有我們請問有沒有臨時動議？好，如果沒有，現在快五點，謝謝大家，謝謝胡醫師，謝謝！謝謝！