

# 100 年度第 1 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議紀錄

時間：100 年 1 月 27 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險局 9 樓第一會議室(台北市信義路 3 段 140 號)

## 出席委員

林委員芳郁	陳雪芬(代)	洪委員啟超	洪啟超
陳委員明豐	陳瑞瑛(代)	李委員明濱	張孟源(代)
蔡委員正河	林富滿(代)	吳委員德朗	童瑞龍(代)
王委員正儀	郭正全(代)	蘇委員鴻輝	蘇鴻輝
郭委員宗正	郭宗正	施委員純全	請假
李委員源芳	請假	高委員靖秋	呂月榮(代)
童委員瑞龍	童瑞龍	王委員治明	王治明
黃委員瑞美	黃祖源(代)	陳委員志明	陳志明
蕭委員志文	請假	盧委員世乾	王榮濱(代)
謝委員文輝	羅永達(代)	楊委員麗珠	請假
謝委員武吉	朱益宏(代)	江委員銘基	江銘基
林委員淑霞	林淑霞	石委員崇良	請假
吳委員首宝	請假	梁委員淑政	梁淑政
陳委員宗獻	請假	鄒委員玫君	戴雪詠(代)
莊委員維周	莊維周	陳委員錦煌	請假
何委員博基	何博基	黃委員三桂	黃三桂
王委員正坤	王正坤	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
黃委員啟嘉	請假		

主席：黃副局長三桂

紀錄：王玲玲

壹、主席致詞：略。

貳、99 年度第 5 次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不

宣讀)確認。

## 參、報告事項

### 第一案

案由：100 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫案。

決定：同意 100 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫案。

## 肆、討論事項

### 第一案

案由：支付標準第 5 部第 2 章精神疾病患者社區復健精神復健機構(日間型機構及住宿型機構)之復健治療點數調整案。

結論：同意調整支付標準代碼 05401C「精神復健機構(日間型機構)之復健治療」支付點數由 450 點調整為 480 點，支付標準代碼 05402C「精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療」，支付點數由 378 點調整為 508 點，並溯自 100 年 1 月 1 日起施行。

### 第二案

案由：新增全民健康保險安寧共同照護試辦方案(草案)。

結論：

同意新增全民健康保險安寧共同照護試辦方案(草案)，另下列事項配合辦理：

- 一、試辦半年後就預算支應及執行成效提出報告。
- 二、參與醫事人員資格中，安寧緩和醫療相關教育訓練 80 小時及每年 20 小時繼續教育訓練課程內容，由健保局認定後辦理公告。
- 三、各學(協)會辦理相關安寧療護訓練課程，應先送健保局認定後，置於健保局網頁公告周知。

四、請安寧緩和醫學學會協助簡化本計畫填寫的表格，分成必要表格及選擇性表格。

### 第三案

案由：第三部牙醫支付標準擬修訂案。

結論：同意牙醫修訂支付標準如下，並自公告日起施行。

- 一、90013C、90014C 根尖成形術 (Apexification)，修訂名稱為根尖成形術或根尖生成術 Apexification or Apexogenesis。
- 二、91003C、91004C 牙結石清除 Scaling，修訂註 2 文字，將「洗牙」修訂為「牙結石清除」，修訂註 3 文字將「第一次洗牙」修訂為「牙結石清除」。
- 三、91006C、91007C、91008C 齒齦下刮除術(含牙根整平術) Subgingival curettage (Root planing)，修訂註 1「一個測量部位囊袋深度」之文字說明及註 2「限咬翼片或根尖片」之文字說明。
- 四、91014C 牙周疾病控制基本處置，修訂註 3「每 360 天限申報一次」之文字說明。
- 五、91114C 特殊牙周疾病控制基本處置，修訂註 1「適用特定身心障礙、化療、放射線治療患者」及增列註 4「需併同 91104C 實施」。
- 六、新增支付標準 92069B 複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板 Special occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders，支付點數 7,000 點，並放寬 92053A 咬合板治療可以由地區醫院提供，支付點數不變，支付代碼修為 92053B。
- 七、新增支付標準 92070B 複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療追蹤檢查與調整 Follow up examination and adjustment of special

occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders，支付點數 600 點。

八、修訂附表 3.3.3，新增牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)、週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)等項目費用，不列入計算。

#### 伍、臨時討論事項

##### 第一案

案由：「100 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」新增到點醫療案。

結論：「100 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」新增到點(宅)醫療案，因委員尚有疑義，請重新提案至牙醫總額支付委員會會議討論後再議。

陸、散會：下午 3 時 30 分

## 100 年度第 1 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議-與會者發言摘要

### 【報告事項】

#### 第一案

案由：100 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫案。

#### 羅院長永達(謝委員文輝代理人)

本案係上次協議會議大家意見，局裡補正，應與支付標準同時發布較為周延。

#### 李科長純馥

有關牙醫支付標準修訂部分，牙全會業依委員意見修訂，並於討論案第三案討論。

#### 黃主席三桂

本報告案俟牙醫支付標準討論案通過後，再一併洽悉。

### 【討論事項】

#### 第一案

案由：支付標準第 5 部第 2 章精神疾病患者社區復健精神復建機構(日間型機構及住宿型機構)之復健治療點數調整案。

#### 黃主席三桂

第一案是有關精神疾病患者社區復健精神復健機構(日間型機構及住宿型機構)之復健治療點數調整案，對於這個案子，各位委員有沒有意見？

#### 陳雪芬主任(林委員芳郁代理人)

請問預算 1.14 億元是以什麼時候的資料當 base 所估算的？

#### 李科長純馥

本項預算是以本局 98 年 10 月~99 年 9 月申報資料預估。它是統籌在居家照護費用裡，包括在一般及呼吸器居家照護等，屬其他部門

費用支應，今年的成長額度是 5 點多億，但並不是全部用來調整本項費用，而是部分成長額度用為調整精神復健機構點數。

**黃主席三桂**

好，各位委員有沒有意見？

**李科長純馥**

因為本項預算是 100 年預算，本項點數調整案，有影響的單位，像職能治療師公會及社區精神復健發展學會，是希望能夠本項復健治療點數調整案能追溯自 100 年元月 1 日起施行，以上。

**黃主席三桂**

如果大家沒有意見，本案就按照說明部分作處理，這個案子通過。

**第二案**

案由：新增全民健康保險安寧共同照護試辦方案（草案），提請 討論。

**黃主席三桂**

討論事項第二案是討論關於將安寧共同照護方案擴大到一般急性病房的末期病人，這個內容非常的多，請業務單位將實施重點簡單向委員說明。

**李科長純馥**

這次方案重點主要是規劃兩個部分，第一是安寧共同照護團隊到一般急性病房的照護，其中分為首次及後續訪視；另一個重要的原則是，本項照護須由原診療團隊啟動而不是安寧團隊直接介入。這是尊重病患在一般急性病床仍由原診療團隊醫師照顧，所以規定由原診療團隊醫師簽具安寧照會單後，安寧團隊才進入一般急性病房提供安寧的服務。

安寧服務是比照現行安寧住院療護概念，提供末期病人身心靈的照護，採 totally payment 支付方式是採首次訪視費 1350 點，後續訪視費是 1050 點(含醫師)(次)，後續訪視費是 850 點(不含醫師)(次)，作區

隔。

另一項重點是，我們需要想了解，安寧共照介入後，病患或病患家屬簽署 DNR(不再急救)前後比率；另外還要了解，因死亡結案的病人，安寧共照介入的時間點，對整個急性醫療費用的影響，我們會做後續的評估。這是本計畫的規劃重點，當初擬訂本草案時，醫界給予許多寶貴的意見，也一併在這次修訂收載，以上。

**黃主席三桂**

好，謝謝，對於這個案子，請各位委員表示意見。

**羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

主席，之前的會議我都有參加，依健保局目前所預估的費用的部分，安寧共照何時介入是很重要的點，按照目前所預估的 2400 點，病人好像只有照護兩個禮拜，第一個禮拜是初次訪視，第二個禮拜是後續訪視，以週次算，但不知病人何時會死，依據我們的經驗絕對會超過兩個禮拜，也就是說，接下來的費用一定是遠大於目前所估算的經費，這是以單價來講。

若以人數來講，目前各醫院簽署 DNR 的人數，有研究顯示，也遠超過於 15,000 人次，我不知道說，萬一費用遠超過預算的時候，支應上有無問題？以上。

**黃主席三桂**

好，謝謝。

**李科長純馥**

簽署 DNR 並不代表病人在末期，因為有很多病患並不是在末期簽署 DNR，是在他意識清楚情形下簽署，所以那個人數我們是沒有參考。但我們也擔心這項計畫會不會增加財務負擔，所以我們參考國民健康局實施安寧共照的情形後發現，安寧共照介入後，是會減少病人住院的費用，或許我們這樣的推估，雖然沒有辦法含括，但有一部分費用是會減少。就是安寧共照介入後，急性醫療部分的費用會下降。

## 黃主席三桂

好，其他委員還有沒有意見？

## 張醫師孟源（李委員明濱代理人）

我覺得這句話很好，基於人性尊嚴，減少非必要醫療資源的浪費，但是我是覺得說，實際上並不只有這一塊，簽了 DNR 之後，很多人可能就是 AAD，在日本的話很多醫療機構死亡占百分之七十，還有百分之三十在家中死亡。所以安寧這一塊是不是也要推廣到安寧病房及一般急性病房以外，就是說，假如病人簽了 AAD，回到家後，是不是就不再照護他，放水流(台語)。

我知道這一塊是醫院總額，可不可以 101 年協商總額的時候，考慮若是 AAD 的病人，讓基層醫師也介入安寧的療護，讓我們也接受這個訓練，而且這個計畫的第六點也寫的非常清楚：「希望擴大參與」，所以我們很希望基層開業醫師也有機會來參與，謝謝。

## 蔡組長淑鈴

有關 AA Discharge，我們已另有給付居家安寧照護。今天討論之安寧共照有別於現行兩種安寧照護之支付；一個是住安寧病床，一個是居家安寧，但是因為安寧病床的設置基準有一定的成本，並非每家醫院均有設置，沒有辦法普及，今天所提了安寧共照，希望在一般病床就可以啟動安寧照護。

所以剛剛張委員所提的，如果在一般病床 AA Discharge，我們就啟動居家安寧，那是連續性的，而且那一部分的費用是其他總額，也不排擠這部分的預算。在健保給付安寧共照後，等於全面展開安寧療護給付，而且擴大到每一個病床的病人有需求者，都可以採用。

但是主要的問題在於說，醫師要接受過訓練，醫師的訓練很重要，並不是每一個醫師都可以提供安寧療護，這計畫寫的很清楚：必須受是身心靈訓練的醫師。我們希望這 7 大部分的訓練都要足夠，這是要逐步緩進，最終是希望每一醫師都要有部分的概念，因為可能在你的行醫的過程會出現有需求的病人，醫師應該適時的給予。目前除



給付路鋪好，至於多少人可以走進來這裡，然後展開，就是一步步的接近；預算當然也會依實際的發生，每年做調整。

### 朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

我個人三點意見：第一點，是不是從試辦開始後，半年時間，做一報告：包括預算及成效的報告，讓這個會的委員知道，看預算到底是超出還是不夠，以及執行的成效，做一個成效報告。第二點，因為這邊有提到要有 80 小時的上課訓練，這個課程由局裡來認定，所以希望局裡認定後，在網上公告，讓所有要開這門課的機構或團體或醫院，先來向局裡申請，如果局裡同意後，就在局網頁上公告，讓其他醫療院所也有機會報名參加相關的課程。

這樣也會比較清楚說，這個課程是經過局裡公告的課程，不然今天，有人說是經由局裡公告，但其實局裡是不知道的，這樣可能也不是很好，所以第二點是說，只要局裡核定後，建議在局的網頁上，做一個課程的公告。

第三點，我不知道在執行面上，這裡有提到醫療團隊的資格，每年還有 20 小時繼續教育，這裡並沒有提到這繼續教育是不是也要局裡來認定？我個人的理解是，局裡要來認定這些院際會議個案案例討論等等課程，哪些認，哪些不認，我不知道局裡是不是有能力來認定，我是建議不要放在人員的資格裡，基本上我們先讓受過 80 小時的訓練進來。

至於每一年還要 20 小時的繼續教育，我相信局裡也沒有辦法認定什麼符合 20 小時的繼續教育，什麼不符合 20 小時的繼續教育。如果局裡認為 20 小時的繼續教育還是必要的，那可能也要去公告，那些人辦的院際 case conference 是符合，那些人辦的不符合的。另外還要有一個標準是，為什麼這家醫院辦的 case conference 符合，為什麼另外一家醫院辦的 case conference 就不符合，這可能會給局裡造成很大的困擾，所以我建議，是不是這 20 小時的繼續教育在試辦計畫裡拿掉，以上。

## 黃主席三桂

好，謝謝朱委員三點意見，非常好，請業務單位特別針對第三點說明。

## 蔡組長淑鈴

第一點，半年檢討支用的情形，這 OK。第二點，80 小時課程認證，在網頁上公開也 OK。到底是那一個團體有辦這個講習，如果這個團體有 schedule，就直接 link 到這個團體的網站上。第三點，每年繼續教育時數為 20 小時部分，目前不管是安寧住院及居家安寧都有 20 小時繼續教育的規則，因為不管是居家安寧還是安寧共照都很類似，所以我們是比照居家安寧。

至於說 20 小時課程內容究竟要包括哪些內容，我們沒有寫的很清楚，那這部分，如果需要的話，我們再來補充，但是基本上不可能比安寧居家更簡化，至少是要跟居家安寧一致的標準，所以我們建議這 20 小時繼續教育還是要保留，會比較好。

## 朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

如果照組長剛剛講的，現在就有認定 20 小時，我不知道現行是如何認定?當然如果局裡能夠認定，當然是 ok，我個人是不反對，我只是怕說，你寫上去，局裡又無從認定，比如說我已經上了 20 小時，但是第二年我沒有去接受 20 小時，那到底有沒有接受，如何認定?還是誰報名單過來，局裡就接受。

因為以後這個參與團隊的名字，都要報分局去認定，所以我才想說，這一段可能要釐清。但如果局裡認為，目前安寧照護團隊 20 小時的認定上沒有問題，我倒是想請教一下，局裡是做怎樣的認定?以上。

## 蔡組長淑鈴

這個部分，朱委員提示的很好，如果需要更明確完整，我們就來補充，比照居家安寧的作法，補充的更完整，併同將來的居家安寧支付標準的內容一併補強。

## 郭特助正全(王委員正儀代理人)

我們在安寧病房可能要填很多表格，我不曉得在 59 頁到 78 頁之間，是不是所有共照也需要填這麼多表格？因為剛才蔡組長有提到所至少要比照居家安寧，我不知道居家安寧是不是也要填這麼多表格？

## 蔡組長淑鈴

這個部份在會前會討論時，委員也不斷提出，我們也做過一次的簡化了，所以這個算是簡化版，本來比這個更多。

## 陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)

現在醫院最怕的就是這些試辦計畫，因為很多的人力時間都花在 paper work，今天大家一看，10 幾個表格要填，你們說已經簡化了，可是在醫院，許多論質計酬的個案管理師每天都在填寫這些表單，包括長期使用呼吸器也一樣，雖然還在試辦，沒有參加的醫院也要填，這個是我們首先感到無奈的。

現在我要先告知醫界的朋友，尤其是醫學中心的代表，衛生署已經把安寧共同照護放在癌症照護品質裡重要項目之一，只要這個不過，就不用申請醫學中心了，這是逼我們一定要參加，非參加不可，這一點醫界朋友自己要注意。

上次我們也一再講，現在已經是一月底了，像這次基本診療章的調整，到現在都還沒有看到正式公告版，只有預告，問題是我們馬上要申報，有聽說可以追溯自 1 月 1 日起，像這個計畫我們也不知道衛生署什麼時候會同意再公告，可是很多醫院都還沒有準備好，因為規定不能用安寧病房的醫護人員要做安寧共照的醫療人員都要先去受訓，而且我們的護理人員散佈在各個病房，內科、外科，什麼科都有。首先這些醫師要先有意願，然後再去做這個教育訓練，是不是馬上就有這個課程？哪些醫師可以去？另外還有 40 小時安寧病房見習，所以這是醫院最感頭痛的，我們醫院內部討論癌症照護品質認證時，就提到這一點。

另外因為學費很貴，我們要請醫師、護理師去上課，醫院要幫他

們出錢，不然不會有人同意自費自假接受訓練，這些都是問題，等這些人員訓練拿到證書後，才能向健保局提出申請。若還不及做，那癌症照護品質認證又不能過，這已經把我們掐死了，今天就是要請健保局體諒我們，尤其是醫學中心，非常非常的困難。你們的條件真的太苛了，上課時數這麼長，外科醫師病人很多，他們很忙。報紙都說，現在有很多大醫院醫師過勞死，再加上這一塊，可能更嚴重，醫院真的不知道怎樣去因應。

另外還有提到財務的估算，我們只算每個人每次支付 2400 點，還有一個 850 點還沒算，剛剛有委員提出預算也不過是 0.36 億點，可能超過預算就是點值浮動，我們真的不希望看到像 Pre-ESRD 最後每點只有 0.6，點值這麼低，教我們情何以堪，作完以後，還要退錢給健保局，這就是我們的結局！預算編的時候編的不夠詳盡，有些編太多也叫我們吐出來，編不夠的叫我們要吸收，這就是我們面臨總額預算的大問題，尤其是醫院總額的部分，特別提出來，看健保局有甚麼想法，謝謝。

### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

主席，請問 79 頁，這項試辦計畫的通則一：「本方案支付標準已包括安寧共同照護團隊之醫師診察及護理費...」，這文字很清楚，但對於目前住在一般急性病房的病人，如果參加這個計畫以後，是不是每天的診察費就不得再申報？這是第一個疑問。另外第二是病房費是指什麼？安寧相關之診療、處置費不得再申報，指的又什麼？請健保局作一個說明，以上。

### **李科長純馥**

這個部份指的是安寧的醫師或護理人員訪視，就是報這個費用，不能再報醫師的診察費，這跟原來的急性病房之醫師費不影響，仍可申報。另外因為擔心安寧醫師或護理人員去訪視，又報很多相關處置及診療的費用，所以我們這個費用是包裹式，他提供安寧共照就已經含括安寧醫師或護理人員的費用。

## 王委員正坤

我想請教一下，估算每人使用 2,400 點，是指安寧首次共同照護 1 次，給付 1,350 點照護費，加上後續安寧照護團隊照護費 1 次，給付 1,050 點照護費。我看支付標準是每週一次，可是一個月有 4 個禮拜，那後續照護如何申報？

## 李科長純馥

我們是參考一般急性病床住院天數，大概是兩週不到。

## 王委員正坤

所以只會出現一次後續，不會再出現了，謝謝。

## 李科長純馥

這是指當次住院的時間。

## 朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

我個人是覺得這樣估，真的是太少，現在安寧癌症病患真的已經走到最後，事實上有很多適應症都擴大，一擴大以後，所謂到末期，有時候可以拖很久，所以用兩個禮拜來估算，不見得就會走。現在講這個，大家也都沒有一個數據，所以我才提出說，其實半年後真的要拿出來檢討，如果費用真的不夠，費協會在這裡，理應局裡也應該幫醫院爭取，比如說年度節餘款，不然，等於是吃醫院的豆腐。

另外在第 48 頁，因為我們剛剛討論的內容雖然是第一案，事實上，真正公告第 48 頁的試辦方案(草案)，這裡特別還是針對成員的資格這一段，在第 48 頁國字 2 的第 2 項，並沒有說這課程要經健保局核定，只是說相關上課證明及成員更改時，要通報健保局。

所以可能包括組長講的，如果要細分，更詳細擬訂 20 小時的課程的話，公告的時候就要一併公告出來，最後還是要以報署的公告為準，而不是以今天討論的議程內容為準，不然我看今天的課程並沒有說要經過健保局同意，以上。

## 蔡組長淑鈴

我想剛剛包括陳主任在講，可能現在的醫師，在提案(第 20 頁)國字四(一)提到，成員要包括安寧共照的負責醫師及護理人員，這部分因為有一些醫院沒有這樣的成員，還要經過訓練，所以是有可能的，但是有一些醫院符合資格的人員是有的，就可以馬上執行。當時在討論這個案子的時候，尤其地區醫院的代表，提出什麼叫負責醫師？這個負責醫師可能是內科醫師，他來負責這件事情，但他內科還是繼續照做，並沒有一定要專責。

現在是不是每一醫院都有具備資格的醫師？我們不清楚，但如果醫院已經有符合資格的人員，當然馬上就可以啟動，但是如果還沒有，就等醫院具備資格後，就可以啟動，所以這個計畫，大家可能會遞延開始。

我們也同意原來估算的 3,600 萬是不是夠，所以我們也同意半年檢討經費支用的情形，如果經費到年底有不足，我們也會想辦法。如果明年要增編，我們也再明年預算編列的時候討論。另外朱委員提到這些課程及 20 小時繼續教育課程，如果大家需要我們補強的部分，我們就會在試辦計畫裡作補強。

**黃主席三桂**

謝謝各位委員的意見。

**郭特助正全(王委員正儀代理人)**

主席，我剛剛提到這個表格相當多，如果像剛剛貴局所說明的，一個病人大概照顧兩次就 game over 了，但我要填的表格相當多，我不曉得這些表格是不是全部都是必要的？還是 optional 的？這是第一個。

另外，安寧共照這 3,600 萬是在一般部門裏面，照以前的經驗，可能會不夠，剛剛朱委員有提到說，半年就評估一次，假設說這個錢確實是不夠，我建議就是停辦，不要讓整個點值一直稀釋，因為不可能找其他錢。因為 3,600 萬是在一般部門預算裏面，跟其他的滾在一起，讓其他點值下降，那這個試辦計畫就有一點問題，所以我建議說

如果錢不夠就要停辦，等明年再找其他新的財源可能比較恰當，以上。

### 陳雪芬主任（林委員芳郁代理人）

我想我們今年不要幫他背書，101年不見得要像今年這樣匡列，因為對醫院是很大的傷害，所以以後不建議健保局幫我們擴充這種計畫，我們對這種論質計酬計畫非常反感，因為要填那麼多表格，那麼多的額外作業，與給付不成比例。

### 李科長純馥

說明一下，剛剛郭委員提到表格的部分，當時與醫界協商時也提出一樣的問題，因為我們的表格是完整性的，如果病人都有這些問題，當然這些表格都要填，但他可能有某一部分的問題，那後面附件6表單是 optional 的，不是每一個病人都要填寫。

為什麼我們要準備這些表格，是因為大家都沒有執行這項計畫的經驗，如果不訂清楚，後端審查可能會以為院所沒有提供服務，卻來申報該項費用，擔心大家在認知上有所差異，才會寫這麼完整，日後執行上才不會有疑義，也比較能確保品質。

### 黃主席三桂

我們今天有邀請台大姚建安醫師，也是安寧緩和醫學學會秘書長，是這方面的專家，請他幫我們說明一下。

### 姚醫師建安

主席及各位醫界專家好，安寧療護走出來是世界潮流，世界衛生組織也把安寧照護當做一個基本人權，我們都有照顧末期病人的經驗。事實上，安寧共照國民健康局已經在做，不過他只給我們人員，沒有給付，如果健保局能跨出來執行這項業務，對醫界來講是很重要的，這不是錢的問題，而是服務理念的跨出一步。

因為住院及居家都有這樣的服務，如果能在癌末及其他8大非癌，這10項疾病都有局裡的政策與給付，我想醫師會特別注意這一點。共照事實上不是把它全部 take over，只是讓所有醫師都了解，未

期病人及家屬都需要身心靈整體的照顧，這樣的拋磚引玉，如果能讓更多的醫師及護理人員，在病人末期能早期說明：包括 DNR 的說明、減少不必要 CPR 及 ICU 等，這對整個醫療的處置以及品質的提升都有幫助，後面這些表格是 check list，可以協助醫療人員執行時，是不是有哪些部分漏掉？這對病人是一個保證，用意在此，以上報告。

**黃主席三桂**

謝謝姚醫師，委員還有沒有其他意見？

**童委員瑞龍**

主席及醫界各位前輩，剛才很多單位代表都說明了許多，但是雖然楊署長要到一月底才會離職，不過，他有一些觀念是很好，他說，評鑑應該要簡化，書面作業要少，要把醫師及護理人員 Paper work 的時間留給病人，給病人多一點關心。

但是我們這個論質計畫就是表報很多，就違背署長的意見，所以我們在設計計畫時，就要想到，現在都要電子病歷化了。要填這麼多表格，其實都是浪費醫師及護理人員工作的時間，壓縮了替病人服務的時間，所以我希望健保局未來在規劃任何計畫的時候，應該要從表報去減少，要思考如何將醫師及護理人員 Paper work 的時間留給病人，這樣也是功德一件，以上我簡短的報告。

**黃主席三桂**

基本上，我們是同意這個案子通過，但是有幾點注意事項：第一點，剛剛朱委員所提到的三點，我們希望實施半年後，對於這個案子實施成效，要拿出來報告檢討，特別是經費的部分，另外有關網路公告及資格認定等，假如有更新的部分，也要在公告上呈現。

第四點是剛剛童院長所提到表單的部分，雖然表單已經簡化過，我建議這部分的表格，再麻煩我們學會，請姚秘書長幫我們看看，是不是能再將表單縮減？把它分成必要的表格及選擇性的表格，這樣醫院感覺壓力不會那麼大，希望能把表格簡化，大概做這四點的附註說明，這個案子就通過。



## 朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

已經通過的案子，我個人是覺得說，在第 48 頁的收案對象，收案對象大部分都是已經到最後末期要走的病人，我個人沒什麼意見，但是像末期運動神經元疾病(漸凍人)，他已經到末期，但是他可以活 10 年 20 年，看一下 indication，這些病人都適合，所以他有可能一做就做 2 年 3 年 5 年，都有可能，所以我說是不是局裡再作一些微調，應該要規定做到什麼程度就應該要停，而不是像末期運動神經元病患，他可以活 10 年，這 10 年在醫院裡都可以作，靈性的照護作了，什麼都作了，他還可以申請相關的費用，這樣也不是很適合，他可以延長，1 個月為限以後，可以延長，一直申請延長。

## 黃主席三桂

請部分請姚醫師可不可幫我們說明一下。

## 姚醫師建安

這部分，事實上住院和居家末期漸凍人的適應症都已經訂得很詳細，提到說他有一些共病症，由神經科專家判定是末期，一些維生設備對他生活品質沒有很大的改善，這有很嚴格的定義，局裡已經定義好了，這不會太久。以我們台大照顧的經驗，不會超過 1 個月，我們照顧過兩三個漸凍人的病人。

事實上，撤除維生設備，因為當時法律沒有規範的很好，現在規範的更清楚，這部分會更詳細，安寧緩和醫療條例還沒有那麼完整，現在撤除維生設備部分，家屬同意書的部分已經更進一步規範，所以這部分應該會更嚴謹，謝謝。

## 黃主席三桂

謝謝姚秘書長說明。

## 第三案

案由：第三部牙醫支付標準擬修訂案。

## 蘇委員鴻輝

有關健保局意見一，92053A 是不是併同修訂為 B 表，本會是同意的，假如大家是同意的，我們樂見更多就醫可行性的呈現。

### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

請教兩個問題，第一個問題是 P23 另目前健保支付標準部分項目限區域以上醫院施行者，是指牙科？還是從此以後支付標準裡只要有限區域以上施行者，只要是申請跨表都同意？第二個問題為何還要申請跨表同意？因為有很多東西一開始對醫師本身的專科訓練其實全國都已經一致性，那他已經具備了資格，唯一能夠限制的比如說，他沒有設備，所以他沒有辦法開心臟外科的刀，我想有很多醫生本身會去評估，而不應該在支付標準內去做設定，醫學中心的醫師一旦到地區醫院裡面後，很多能力就會被剝奪，難道他的執照是不被認可的嗎？所以我們在很多的場合不斷的強調這件事，只是要求公平性而已。

### **李科長純馥**

這裡講的只有說 92053A 目前有限區域醫院施行，另依照支付標準總則 4，本來就有提到各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，從事適用類別以外之診療項目時，得定期向保險人申請核可適用。其實目前我們大部份表別已到 B 表，就是地區醫院以上皆可適用，只是我們在描述說，如果今天基層要跨到地區，或是地區要跨到區域，依照總則 4 的意思是要提出跨表申請。

### **黃主席三桂**

針對這個案子，大家是否還有意見？如果沒有，本案就通過。

## **【臨時討論事項】**

### **第一案**

案由：「100 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」新增到點醫療案。

### **蘇委員鴻輝**

有關支付方面，基於衡平性，本會同意，事後再檢討，給居家病人的最大方便性。

### 黃主席三桂

先不要談細節，請各委員對本案表示意見。

### 陳主任雪芬(林委員芳郁代理人)

第一個問題，我想我們都不能裝懂，因為其實是真的非常不懂。第二個問題，到點可能就是所謂到提供服務的點，那為何健保局意見又是到宅呢？那個名稱用法是都要讓我們覺得我們應該有意見嗎？我想我們大家有共識，如果是牙醫的事，不牽涉到基層及醫院，就不要那麼囉嗦有諸多意見。另外我們不是故意要對牙科理事長不禮貌，每次牙醫出現新的支付標準，我們都不知道又是什麼新把戲，希望不要每次都讓我們有這方面的疑慮，至少背景也要讓我們大家知道，讓我們明白該支持？還是應該要有意見？

### 蔡委員淑鈴

謝謝委員提示，對於這個提案背景跟大家說明，牙科健保相關計畫中有「牙醫總額特殊醫療服務試辦計畫」，這計畫原是對身障者，尤其是心智有問題的保險對象，看牙醫有困難的，牙醫師認為照顧此種病人花的心力比一般的病人來得辛苦，所以推動這個特別計畫，給予牙醫師在照顧此種病人給予原來點數加成，這是一個核心觀念。另外該計畫並開放牙醫師到教養機構去設點，因機構內大部份為自閉症，或者是這部份有困難的人，所以設點讓牙醫師輪流去照顧，這是一種提供牙醫服務的方式，最主要是照顧身心障礙者，尤其是看牙醫有困難的病人，會有這樣的想法是基於公平性。因為此種病人通常到一般牙醫診所較容易被拒絕，因為他們佔用的時間長，會影響後面病人候診，所以一般牙醫診所所有可能排擠這些病人，所以就有特別的計畫支持這種精神，讓身障機構可以設點，在這醫療點是經過安全設計的，所有牙醫該有的配備都有，即特別希望可以照顧這群人，而且給予專款的補助。牙醫界有些特別有愛心或有興趣的牙醫師，願意犧牲

他診所的時間，另排診至特殊機構，或者說這群受過訓練專門照顧身障病人的牙醫師，也願意在診所接受這種病人，也都 OK，不論是在一般診所或在身障機構，只要是服務這種病人，就可以以這個計畫申請給付加成。本計畫有限定何種病人看牙有困難，就只有提供此種病人牙醫服務，才可以加成支付。

今天公會再提出，在家裡行動有困難，例如：植物人、長期臥床之病人，因移動上有困難，牙醫師認為，如像這種病人亦可視同特殊服務，牙醫師願意提供到宅服務。但在這裡，有幾點需考量，牙醫跟西醫最大的不同點，必需要有設備。因病人躺在床上提供牙醫服務，是否會有其他問題？過去這個計畫對於身障病人，處理時間長，還要安撫病人，如果病人不好處理，就需要用麻醉來處理，所以麻醉一次把所有牙醫問題一次解決。但現在講的這個議題是在講移動困難，而且臥床很久，甚至不一定是心智清楚的病人，所以希望能夠啟動到宅服務。第二個部份是對此類病人能夠做到什麼服務，比如說：拔牙補牙在燈光各方面不是很安全的情況下，會不會產生病人窒息等等問題？基於安全考量我們也請教這方面的專家，他建議基於安全，有些服務並不適合在居家提供，但並不表示，不在居家這些病人沒有辦法解決問題，若他真的有问题，可以移動到醫院或者診所，在安全的環境下去處理牙齒問題，依然是病人健保的權益；至於簡單之服務是否醫師可以提供到宅服務，牙醫師公會認為此種服務在社會保險發達的國家已經有人在做了，例如說：日本。第三為採論次及論量給付問題，牙醫師公會認為一個小時給付 2,400，然後還可以申報論量，這部份我們認為給付應該比照各總額的衡平性，因為西醫也有居家照護。至居家能提供什麼服務？牙醫師公會主張，可以做牙周病緊及處置、洗牙、補牙及簡單性拔牙，經本局再請教牙醫專家，認為初期是否補牙及拔牙暫時不要，因為這部份擔心會有病人安全問題，也許以後大家的配備(例如：急救設備、氧氣設備)比較完備後，再來啟動這部份的服務是否會較好，這是我們的建議。後端會提到哪種病人才能申請、

填什麼表單、牙醫師所具備條件，以及後面行政配合事項，請大家參閱。

### **朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)**

第一點，看起來牙醫公會跟局裡面還未有共識，所以局裡才有意見，我建議這個案子是否先到牙醫總額支付委員會，先去討論後有共識，再提出來，我們其他委員才能表示意見，不然在這邊，你們雙方都無共識，我們也不知該站在哪一方。

第二點，這個案子其實有一個關鍵的地方，到底他能夠在哪個點執行醫療業務，是醫師法及醫療法的規範，並不是全民健保法的規範，所以局裡也不適當用一個試辦計畫就去同意執行居家醫療服務，應該說衛生局已經核準以後，健保局再給付相關費用，而不是用一個辦法同意牙醫到那邊去，牙醫師申請的時候說健保局已經同意付費，然後衛生局是不是要同意我？如果衛生局不同意，中間又會產生困擾，所以我覺得這到宅服務，其實權限是在縣市政府手上，那邊他要先同意相關作法，健保局才能給付相關費用，不然依照醫師法及醫療法的相關規定，是必需要在醫療機構才能執行業務，到宅的話其實已經逾越相關法的規範，所以健保局除了考慮到底要如何給付？其實應該衛生署要先同意這個到宅方式，然後衛生局執行沒有困難後，健保才能繼續相關討論，以上。

### **王委員正坤**

我補充一下，我覺得這個案子跟西醫基層做的醫療資源缺乏地區有點像，現在改名字了，醫療資源缺乏是一個輕視的名詞，所以現在改成醫療資源不足地區，做了那麼多年，我們發現給付還不錯，所以變成在南部鄉村地區的醫師很踴躍參加巡迴醫療，收入也都不錯，後來又衍生有些診所醫生鑽漏洞，看到計畫訂的不周嚴的地方，就搶著去做，例如公告阿里山村，如果缺乏醫師，有一個醫師申請了，另一個醫師看到利潤不錯，2~3 家診所都要申請阿里山，就搶成一團，所

以現在家醫不是有個醫師常告健保局，也常告我們總額委員會，就是這一家診所，發現哪邊有利潤就去申請，你如果給他駁回，他就說活動辦法上並沒有詳細規定，所以從財務結構面來看，牙醫師若出去支援這些弱勢團體，一個小時 2,400 元，一次三小時可以申請 7,000 多塊，我覺得收入還不錯。剛剛就有我們高雄縣醫師公會理事長(莊委員維周)說，不用 7,000，6,000 他就去，他說他比較便宜，我說你這麼大牌，六萬塊還請不到你啦，但是我看健保局的意見也還不錯，一次 1,900，5 人也將近一萬塊了，那六人以上還打折，當然這個打折是要有排他的精神，因為總不可能巡迴醫療或者是到處幫助弱勢，來了一百個弱勢團體，這個也是很奇怪的，所以也要對他加以限制，所以財務要去評估他的合理性，是否太高？太低沒人去，太高很多醫師會鑽漏洞，有愛心的醫師就會突然變多。

我本來以為到點服務要改成到宅服務是對於醫療服務的限縮，限縮是比較好的，巡迴醫療西醫最習慣在大廟門口，附近居民就會跑到廟門口，這樣很容易達到業績數，如果改成到宅服務，醫師要進去村落一戶戶看老人家，光走路就花半小時才能到下一戶，一天下來看不到五個，我本來以為你們想填補他的漏洞，把到點服務改成到宅服務，但是剛聽聽又好像不是這麼一回事，是因為行動不便的人躺在家裡也扛不出來，所以只好到宅去了，這個計畫就像剛朱委員提的，是不是健保局跟牙醫師公會詳細討論，把這些有可能產生漏洞的地方把他補起來，財務構面仔細分析一下再提出來討論，謝謝。

### **蘇委員鴻輝**

謝謝諸位委員給我們的意見，因為各位工作時間的價值超過我們這個標定的價值，我們估計這個計畫大概在 50 萬~200 萬點左右，我們估計今年通過的話，使用不到 50 萬點的醫療點數，那我們這麼多委員在這裡開一小時的會，其實我們工作價值是遠超於這個，非常感謝大家有時間聆聽我們，剛才朱委員提到是否有衛生局的問題，事實

上這個計畫在去年是用類似議程的方式已經得到衛生局的核可，事實上已經做了一年，所以在醫事法規的問題，我們跟各位一樣都非常重視，這計畫事實上也跟健保局做了很多溝通，本會除了一項以外，其它全部都同意健保局方案，就只有這個第二頁，原本是 1.服務對象建議修訂為「須同時符合以下條件」：

(1) 本計畫之特定身障類別且符合居家照護條件(清醒時，50%以上活動限制在床上及有口腔醫療需要)，並由居家訪視醫師轉介。我們希望這裡可以修訂一下，因為有很多病友團體會尋求這個醫療服務，可否改成並由居家醫師訪視或自行連繫。就是說病友團體也可以轉介他，其實可以做的醫院是限定在幾個特殊醫院裡，大家可以翻一下後面，是醫學中心、進階醫療院所，那目前大概就是台大、雙和醫院、高醫、中山醫學中心，才有辦法接收這樣的案例出去做，我們在施行醫師的院所資格上要求非常高，所以也不太可能一下子跑出那麼多愛心醫生出來，除了這點外，假如健保局可以同意，那其他我們都接受健保局規劃出來的謹慎步驟，假如主席同意的話，是否可以把這條修改後通過？

#### **朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)**

我剛查了一下醫師法，醫師法第 8-2 條：醫師執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之。但急救、醫療機構間之會診、支援、應邀出診或經事先報准者，不在此限。所以他醫師執業應在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之，所以他基本上醫師法的現境，還是以醫師醫療機構，剛蘇理事長提到去年已經同意，我知道很多醫院去社區做義診，那個衛生局會同意，但是你這邊牽涉到尤其是一些侵入性治療，有些衛生局會同意，但有些衛生局不見得會同意，我覺得這個核定權還是在衛生局，所以我覺得健保局在核準通過這個法的時候，可能要考慮一下，這個主體還是在衛生局，一旦衛生局同意後，才能據以給付，像在第二頁提到，雖然我們沒有討論到，但這邊寫要經地方衛生主管機關報備，其實報備並不等於報准，這裡會給衛生主

管機關壓力，變成局裡要給你錢，但反而是衛生局不准，局裡必需要做個考量，我只是提醒你們這個核准的權利其實是醫師法的規定，一旦醫師法規定衛生主管機關核准後，局裡才依據去給付，先後順序應該是這樣子。

### **張醫師孟源達(李委員明濱代理人)**

其實我們對牙醫師公會的計畫是很樂觀其成，不過我們要補充，剛蘇理長提到由居家訪視醫師轉介，這點我認為非常重要，因為保障病人安全很重要，尤其是植物人跟臥病在床的病人，很多都是窒息，嗆傷或吸入性肺炎，我們知道在做牙齒口腔處理的時候，有牙醫的專業，一般又會造成菌血症，甚至造成吸入性的東西，或許我們要照顧這個病人的時候，必須由居家訪視醫師轉介，能夠有牙醫師與醫師(轉介醫師)的共同合作，當病人有急救或窒息可由轉介醫師立刻進行心肺復甦術可及時搶救以保障病人安全。

### **黃主席三桂**

我嘗試做一個結論，基本上發言的委員都同意這個案子並不反對，這裡頭牽涉實務上規畫，我們還是建議先回到牙醫支委會做詳細討論。特別是朱委員剛提及醫療法、醫師法等法律問題，我們還有待釐清，這一定要先同意，接著才能進行這個試辦，不然反而是違反規定，本局也願意贊成同意施辦此案，所有的委員也同意，但必須先了解本試辦是否符合法令規定，再來討論。

### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

我對到點服務的資格有意見，想提供給牙醫師公會參考，我提供一個案例，我們中部有個非常有名的養護機構就是惠明學校，惠明學校裡面全都是多重障礙的孩子，我剛看了服務的資格，「清醒時，50%以上活動限制在床上及有口腔醫療需要」，其實很嚴格，但這樣你們達不到這美意，我們醫院就在他們隔壁，常應邀去支援他，我們也弄過很多程序，包括報備，但我們都儘量去克服，我們發現去那邊的時



候，他們牙醫真的遇到困難，目前支援他們的是隔壁的基層診所醫師，我看你把資格定成醫學中心，還要參與進階計畫，還要進階照護院所、教育訓練等，我不了解這個資格為何要那麼嚴格，否則的話，他就在他隔壁，牙痛的時候，根本不可能出來，他一定是醫師進去，那醫師也願意，可是你這裡面都沒有，有些美意若是要擴大，那只要要求醫師的資格，譬如受過哪些訓練，醫師的資格跟院所的層級那是兩回事，我建議修改時院所資格是不要限定的，而是做醫師資格限定，以上建議。

**黃主席三桂**

謝謝羅委員的意見，我們請牙醫全聯會參考。

**蘇委員鴻輝**

其實我們主計畫是沒有這個限制的，您說的那個是我們醫療法的服務，只有在這項裡面因危險性較高，所以做較嚴格的資格限制。

**黃主席三桂**

謝謝大家，我們會開到這裡。