

100 年度第 3 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議紀錄

時間：100 年 11 月 24 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險局 18 樓大禮堂(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)	吳委員志雄	(請假)
王委員正儀	郭正全(代)	黃委員建全	陳彥廷(代)
郭委員宗正	郭宗正	施委員純全	(請假)
張委員景年	陳快樂(代)	高委員靖秋	張澤芸(代)
童委員瑞龍	童瑞龍	王委員治明	曾中龍(代)
黃委員瑞美	黃瑞美	曹委員昭懿	曹昭懿
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	李允文(代)	江委員銘基	(請假)
林委員淑霞	林淑霞	石委員崇良	(請假)
吳委員首寶	(請假)	梁委員淑政	梁淑政
陳委員宗獻	(請假)	鄒委員玫君	(請假)
莊委員維周	莊維周	陳委員錦煌	陳錦煌
何委員博基	周慶明(代)	黃委員三桂	黃三桂
王委員正坤	(請假)	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：陳韻寧

壹、 主席致詞：略。

貳、 100 年度第 2 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：修訂全民健康保險醫療費用支付標準第五部第一章居家護理特材項目案。

決定：本案洽悉。同意支付標準第五部第一章居家照護附表 5.1.4 加註更換非第一次胃造口之管路衛材，列為得另行核實申報之項目。

第二案：100 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫修訂案。

決定：本案洽悉。同意全民健康保險牙周病統合照護計畫之執行目標達成人次以 P4002C-「牙周病統合性治療第二階段給付」施行件數認定等文字修訂，並追溯自 100 年 1 月 1 日起生效。

第三案：建議新增醫院醫療費用支付標準診療項目案。

決定：本案洽悉。同意 100 年新增支付標準診療項目 12199B-人類組織相容複合物 I 類鏈相關基因 A 抗體篩檢、12200B-人類白血球群體反應抗體百分比篩檢試驗、12201B-抗環瓜氨酸肽抗體及 47090B-高頻胸壁振盪模式呼吸道清潔等 4 項。

第四案：全民健康保險醫療費用支付標準 80205B「子宮頸楔狀切除術」等 10 項診療項目開放至西醫基層診所適用案。

決定：

一、本案洽悉。同意支付標準診療項目 80205B「子宮頸楔狀切除術」、80415B「子宮鏡切除子宮腔隔膜或子宮

肌瘤」、80807B「腹腔鏡子宮附屬器部分或全部切除術」、81020B「腹腔鏡子宮外孕手術(含腹腔鏡子宮外孕藥物注射)」、27053B「CA-125 腫瘤標記(RIA)」、27055B「CA-199 腫瘤標記(RIA)」、10501B「卡巴馬平 Carbamazepine」、10510B「發爾波克 Valproic acid」、10520B「鋰鹽 Li(Lithium)」、12053B「Antinuclear Ab(ANA)」等 10 項開放至西醫基層診所適用申報範圍。

二、另本案開放項目中80415B、80807B、81020B等三項，個案之處置碼符合論例計酬規定時，亦可以論病例計酬項目申報，故本案併同修訂論病例計酬相關內容(詳附件)：

(一)修訂支付標準編號：97013B修訂為97013C、97044B修訂為97044C、97047B修訂為97047C。

(二)附表7.2.1、7.2.7、7.2.8等診療項目要求表中80415B、80807B、81020B，亦分別修訂為80415C、80807C、81020C。

(三)上述基層診所申報之論病例計酬項目，其「得核實申報上限點數」、「得核實申報個案數比率」、「平均住院日數」及「支付點數」比照地區醫院規定辦理。

第五案：修訂「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」、「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」、「腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」

案。

決定：提案內容洽悉，惟因 101 年度中醫門診醫療給付成長率尚未確定，故本案需俟衛生署核定 101 年中醫部門總額之後，再依法定程序陳報衛生署核定公告實施。

第六案：「中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案」修訂案。

決定：提案內容洽悉，惟因 101 年度中醫門診醫療給付成長率尚未確定，故本案需俟衛生署核定 101 年中醫部門總額之後，再依法定程序陳報衛生署核定公告實施。

第七案：「中醫醫療院所加強感染控制實施方案」修訂案。

決定：提案內容洽悉，惟因 101 年度中醫門診醫療給付成長率尚未確定，故本案需俟衛生署核定 101 年中醫部門總額之後，再依法定程序陳報衛生署核定公告實施。

第八案：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)101 年適用參數之統計方式案。

決定：本案洽悉。按住院診斷關聯群(Tw-DRGs)支付通則規定，101 年適用之標準給付額(SPR)採 99 年申報資料進行統計，SPR 為 35,463，相對權重 (RW)、上下限臨界點、幾何平均住院天數等參數以 97 年 DRG 範圍住院申報資料進行統計。

第九案：全民健康保險安寧共同照護試辦方案實施半年執行成

效及預算支應報告。

決定：本案洽悉。另下列事項配合辦理：

- 一、關於安寧相關各醫學會辦理之安寧緩和醫療教育訓練課程訊息，本局認可後請轉發醫院協會及社區醫院協會，以利通知會員參加。
- 二、下次召開安寧緩和醫療教育訓練課程檢討會時，同意邀請社區醫院協會代表參加。
- 三、請各層級及各相關醫學會多多辦理安寧緩和醫療教育訓練課程。

肆、討論事項

第一案：有關 102 年 1 月 1 日起停止辦理高血壓醫療給付改善方案。

結論：照案通過。同意 102 年 1 月 1 日起停止辦理高血壓醫療給付改善方案。

第二案：配合 100 年各專科醫學會/專業團體支付標準相對值評量，修訂全民健康保險醫療費用支標準部分診療項之中、英文名稱案。

結論：照案通過。同意修訂支付標準診療項目 279 項之中、英文名稱，其中檢驗項目 206 項，檢查項目 21 項，處置項目 25 項及手術項目 27 項。

伍、臨時提案（提案單位：台灣社區醫院協會）

第一案：現行單一藥價支付制度及連續七次藥價調整、重分配等，讓原本於自由經濟市場就較弱勢的地區醫院更加

弱勢，實為不公，同時也再再加重社區醫院於健保體制內的衝擊與傷害，應對社區地區醫院提供相關配套補貼，讓其有公平的立足點，詳如說明，提請 討論。

結論：有關藥價調整造成各層級醫院經營困難之提案，建議各層級醫院尋求共識後，依程序先提案至醫院總額支付委員會討論。

陸、散會：下午 4 時 00 分。

第七部 論病例計酬

第二章 婦科

通則：本章各項目「得核實申報上限點數」、「得核實申報個案數比率」如下表：

項目名稱	支付代碼	層級	得核實申報上限點數	得核實申報個案數比率	平均住院日數
子宮肌瘤切除術（住院）、子宮鏡子宮肌瘤切除術（住院）	97013BC	地區醫院 基層診所	44,958	5%	6天、 3天
腹腔鏡卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術（住院）	97044BC	地區醫院 基層診所	53,861	5%	5天
腹腔鏡子宮外孕手術（住院）	97045K	醫學中心	54,656	5%	3天
	97046A	區域醫院	54,045	5%	
	97047BC	地區醫院 及 基層診所	53,216	5%	

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
97013BC	子宮肌瘤切除術(住院)、子宮鏡子宮肌瘤切除術(住院) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 7.2.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A. 沐浴及個人衛生 B. 傷口之照料 C. 活動程度(包括性生活等)之衛教 D. 口服藥 E. 門診回診時間 3. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術(或處置)碼： 68.29、68.29+68.12 <u>4. 西醫基層申報限設置有門診手術室及觀察病床者。</u>	V	≠			37,458
97044BC	腹腔鏡卵巢部分(全部)切除術或輸卵管卵巢切除術(住院) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 7.2.7) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： a. 沐浴及個人衛生 b. 傷口之照料 c. 活動程度(包括性生活等)之衛教 d. 口服藥 e. 回診時間 3. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術(或處置)碼： 65.24、65.25、65.31、65.41、65.53、 65.54、65.63、65.64 <u>4. 西醫基層申報限設置有門診手術室及觀察病床者。</u>	V	≠			53,861
97045K	腹腔鏡子宮外孕手術(住院)				v	54,656
97046A	註：1. 診療項目要求表(詳附表 7.2.8)			v		54,045
97047BC	(1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目	V	v			53,216

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>2. 出院狀態</p> <p>(1) 出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5℃</p> <p>(2) 無合併症</p> <p>(3) 可自行解尿</p> <p>(4) 正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次</p> <p>(5) 病人之衛教：</p> <p>A. 沐浴及個人衛生</p> <p>B. 傷口之照料</p> <p>C. 活動程度(包括性生活等)之衛教</p> <p>D. 口服藥</p> <p>E. 回診時間</p> <p>3. 國際疾病分類臨床修正代碼：</p> <p>主診斷碼：633.0、633.1、633.2、633.8、633.9</p> <p>主手術(或處置)碼：</p> <p>(66.01、66.62、74.3、66.02)+54.21</p> <p><u>4. 西醫基層申報限設置有門診手術室及觀察病床者。</u></p>					

附表 7.2.1 子宮肌瘤切除術(住院)、子宮鏡子宮肌瘤切除術(住院)診療項目

要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of admission II. Diagnostic study 1. History taking 2. Physical exam 3. Lab test 4. Special procedure	III. Management 1. Medication 2. Nursing care	IV. Management 1. Surgical 2. Post-OP care V. Management 1. Ward nursing care 2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1. 06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1 2. 06012C 或 06013C 尿液檢查*1 3. 08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 4. 08013C 白血球分類計數*2 5. 08018C 或 08019C 出血時間*1 6. 08020C 凝血時間*1 (5.6 項二項得以 08026C 及 08036B 項取代) 7. 09001C 總膽固醇*1 8. 09002C 血中尿素氮*1 9. 09004C 中性脂肪*1 10. 09005C 血液及體液葡萄糖*1 11. 09011C 鈣*1 12. 09012C 磷*1 13. 09013C 尿酸*1 14. 09015C 肌酐(血)*1 15. 09021C 鈉*1 16. 09022C 鉀*1 17. 09023C 氯*1 18. 09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉 氨基酶*1 19. 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉 氨基酶*1	20. 09027C 鹼性磷酸酶*1 21. 09029C 膽紅素總量*1 22. 09030C 直接膽紅素*1 23. 09038C 白蛋白*1 24. 09040C 全蛋白*1 25. 11001C 血型測定*1 26. 11003C RH (D) 型檢查*1 27. 12001C 梅毒檢查*1 28. 13007C 細菌培養鑑定檢查*2 29. 18001C 心電圖*1 30. 19001C 或 19003C 超音波*1 31. 32001C 胸腔檢查*1 32. 32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查 *1 33. 39004C 大量液體點滴注射*3 (6 歲以下兒童，本項得以57113B或 57120B或57121B或57122B項目取 代) 34. 47003C或47004C或47006C或 47011C 灌腸*1 35. 47014C 留置導尿*1 36. 96026B 麻醉前評估*1	※37. 96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 38. 57017B 或 57018B Pulse oximeter*1 ※39. 80402C 或 80420C 或 80415BC 子宮肌瘤切除術或 子宮鏡子宮肌瘤切除術*1 40. 96025B 麻醉恢復照護*1 ※41. 25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 42. 47002C 薄荷擦拭*1 ※43. 48011C 或 48012C 或 48013C 換藥*3 44. 55010C 會陰沖洗*2
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 7.2.7 腹腔鏡卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院)診療

項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of admission II. Diagnostic study 1. History taking 2. Physical exam 3. Lab test 4. Special procedure	III. Management 1. Medication 2. Nursing care	IV. Management 1. Surgical 2. Post-OP care V. Management 1. Ward nursing care 2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1. 06012C 或 06013C 尿液檢查*1 2. 08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 3. 08013C 白血球分類計數*2 4. 08018C 或 08019C 出血時間*1 5. 08020C 凝血時間*1 (4.5 項二項得以 08026C 及 08036B 項取代) 6. 09001C 總膽固醇*1 7. 09002C 血中尿素氮*1 8. 09005C 血液及體液葡萄糖*2 9. 09011C 鈣*1 10. 09013C 尿酸*1 11. 09015C 肌酐(血)*1 12. 09021C 鈉*1 13. 09022C 鉀*1 14. 09023C 氯*1 15. 09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1 16. 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1	17. 09029C 膽紅素總量*1 18. 09038C 白蛋白*1 19. 12001C 梅毒檢查*1 20. 18001C 心電圖*1 21. 19001C 或 19003C 超音波*1 22. 32001C 胸腔檢查*1 23. 32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1 24. 39004C 大量液體點滴注射 *3 (6歲以下兒童, 本項得以 57113B或57120B或57121B或 57122B項目取代) 25. 47003C或47004C或 47006C或47011C 灌腸 *1 26. 47014C 留置導尿*1 27. 96026B 麻醉前評估*1	※28. 96005C或96007C或96017C或 96020C 麻醉*1 29. 57017B或57018B Pulse oximeter*1 ※30. 80807BC 腹腔鏡子宮附屬器部分或全部切 除術(卵巢或輸卵管卵巢)* 1 31. 96025B 麻醉恢復照護*1 ※32. 25001C 或25002C 或25003C或 25004C或25024C或25025C病理*1 33. 48011C 或48012C或48013C 換藥*4 34. 55010C 會陰沖洗*3
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 7.2.8 腹腔鏡子宮外孕手術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of admission II. Diagnostic study 1. History taking 2. Physical exam 3. Lab test 4. Special procedure	III. Management 1. Medication 2. Nursing care	IV. Management 1. Surgical 2. Post-OP care V. Management 1. Ward nursing care 2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1. 06012C 或 06013C 尿液檢查*1 2. 06504C 或 06505C 懷孕試驗*1 3. 08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 4. 08013C 白血球分類計數*2 5. 08018C 或 08019C 出血時間*1 6. 08020C 凝血時間*1 (5. 6 二項得以 08026C 及 08036B 項取代) 7. 09002C 血中尿素氮*1 8. 09005C 血液及體液葡萄糖*1 9. 09015C 肌酐(血)*1 10. 09021C 鈉*1 11. 09022C 鉀*1 12. 09023C 氯*1 13. 09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1 14. 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1 15. 11001C 血型測定*1	16. 11003C RH(D)型檢查*1 17. 12022B或27010B 絨毛膜促性腺激素*1 18. 18001C 心電圖*1 19. 19001C或19003C 超音波*1 20. 32001C 胸腔檢查*1 21. 39004C 大量液體點滴注射*3 22. 47003C或47004C或47006C或47011C 灌腸*1 23. 47014C 留置導尿*1 24. 96026B 麻醉前評估*1	※25. 96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 26. 57017B或57018B Pulse oximeter*1 ※27. 81020BC 腹腔鏡子宮外孕手術*1 28. 96025B 麻醉恢復照護*1 ※29. 25001C或25002C或25003C或25004C或25024C或25025C病理*1 30. 47039C 熱或冷冰敷*1 31. 48011C或48012C或48013C換藥*4 32. 55010C 會陰沖洗*2
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

100 年度第 3 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議-發言摘要

報告事項

第一案

案由：修訂全民健康保險醫療費用支付標準第五部第一章居家護理特材項目案。

黃主席三桂

好，如果各位委員沒有意見的話，我們就洽悉。

第二案

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修訂案。

黃主席三桂

對於這個報告案大家有沒有意見？

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

主席，那個追溯 1 月 1 日，現在不是已經都申報了嗎？現在 11 月，為什麼要追溯？

李專門委員純馥

那是有關於指標的定義把它寫的比較清楚，都是到年度結束才結算，跟點數沒有關係。

黃主席三桂

謝謝，其他委員對這案子有沒有詢問？沒有的話，我們就洽悉。

第三案

案由：建議新增醫院醫療費用支付標準診療項目案。

郭特助正全(王委員正儀代理人)

就第一項預估 0.1 億點，100 年預算數還剩 2.9 億。那問題

是這幾項到明年，用的就不是 0.1 億點，明年 Base 假設這 2.9 億今年不知是否會扣掉，不會，那我沒意見。

陳特助瑞瑛（陳委員明豐代理人）

另外，人工電子耳後來是說還要請台灣耳鼻喉科醫學會表示意見對嗎？

李專門委員純馥

是的。

黃主席三桂

那還有其他委員有意見嗎？沒有，本報告案洽悉。

第四案

案由：全民健康保險醫療費用支付標準 80205B「子宮頸楔狀切除術」等 10 項診療項目開放至西醫基層診所適用案。

黃主席三桂

這是 101 年 10 項新開放到西醫基層診療項目，對於這個案子請各位委員表示意見。

李專門委員純馥

業務單位補充說明，80415B、80807B及81020B這3項屬論病例計酬項目，如未來委員同意本案的話，將併同修訂論病例計酬屬基層相關代碼，包括必要診療項目，97開頭的代碼一併修訂成C表，跟委員說明。另因醫院已適用DRG、平均住院日數、核實申報上限點數及核實申報個案比例都將按照地區醫院的標準來做訂定。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

就按照地區醫院的 case -payment。

黃主席三桂

這個案子大家有沒有要詢問？

盧委員世乾

醫檢師公會代表，再詢問 27053B「CA-125 腫瘤標記」、27055B「CA-199 腫瘤標記」用 RIA 法，萬一西醫基層診所檢驗方法不是用核醫的話，西醫基層醫師會無法申報，跟各位再提醒一次，我們是不反對，但是在申報上會有困擾。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

這個案子西醫基層已經通過了，他們要用 RIA 法。

李專門委員純馥

我們也建議他們用 EIA。

盧委員世乾

我們只是提醒在申報上會有困擾。

黃主席三桂

其他委員還有沒有詢問？若沒有的話本案洽悉。

第五案

案由：修訂「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」、「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」、「腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」案。

黃主席三桂

這是中醫試辦計畫，請各位委員參閱說明。

陳委員錦煌

第五、六、七案都是中醫的案子，101 年中醫總額尚未通過，送衛生署核定金額多少尚不知道，不用急，3 個中醫提案都保留，等錢決定了要做再來做，不必趕，趕也沒有用，3 個都保留。

黃主席三桂

謝謝陳委員的意見，針對本提案的內容大家有沒有要詢問？如果沒有的話這個部分就洽悉。另外尊重費協會陳委員的意見，等衛生署確認 101 年中醫部門的總額以後再依程序進行報署，但

是內容我們大家同意洽悉。第六案、第七案也是因為 101 年中醫總額未定的關係，所以我們就內容部分先進行確認。

第六案

案由：「中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案」修訂案。

黃主席三桂

這個部分還是尊重陳委員的意見。

陳委員錦煌

希望中醫可以提高自己的身分及水準，健保局是跟醫師契約不是跟密醫契約。我 99 年 9 月提案中醫推拿助理部份不能用健保給付，杜絕助理領健保這條錢，中醫要提高診察費或支付標準調整，有機會我會支持，這樣才可以，我們子弟讀醫學院要 7 年，別讓密醫搶你們健保的大餅，這不大合理，究竟要扣 9 億、14 億 8 千 7 百萬元，要有預算後再來執行較實在，預算未定，通過要做什麼？

黃主席三桂

謝謝陳委員的意見，那這部分等衛生署總額金額確定後我們再陳報，但是基本上內容大家有沒有其他意見？

童委員瑞龍

應由合格的醫事人員才可以做。

黃主席三桂

那這個案子我們就洽悉。

陳院長快樂(代張委員景年)

60 頁的中醫支付標準表，這個支付點數是依照原來的中醫標準還是要求更高的點數？因為看起來是蠻高的。

黃主席三桂

您的意思是？

陳院長快樂(代張委員景年)

這個支付標準表是新增的還是原來的？

李專門委員純馥

這個是原來的。

第七案

案由：「中醫醫療院所加強感染控制實施方案」修訂案。

陳委員錦煌

等預算決定了這邊再補發好嗎？請問主席開這個會有規矩嗎？

上次開會是4月份，8月、10月好幾期都沒有開。

黃主席三桂

原則上協議會議是彙整各總額部門有結論或有共識的議題提本會報告或討論。那第七案跟第六案、第五案都一樣，我們對內容都沒有意見，但是程序上要等衛生署確認總額後再依法定程序陳報。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

本案有很多感控內容跟新的感控標準不大一致，像是隔離衣應完全覆蓋工作服或長及膝處、配分...等等。個人認為不符合隔離要求及相關感控要求，我們能不能附帶決議請它去跟感染學會磋商進一步修正後再通過？

黃主席三桂

如果委員建議要感控學會修正的話，那所有的各總額部門就要全部比照辦理。這個內容我們是確認，我們是等衛生署核定總額金額多少。

童委員瑞龍

應等錢核下來再一起審查，錢那麼高。我們西醫才一點點，一項多5百塊。

黃主席三桂

要不然為求公平一致，各部門總額的部分是否同意也等錢下來再審，站在主席的立場我一定要公平，那醫院總額也是尚未通

過確定。

童委員瑞龍

我們有哪一條案子有要求？

黃主席三桂

醫院總額新增案。大家對內容有疑義可提出來詢問，我們請業務單位來做說明，但是委員有特別強調中醫總額，因為金額差的太多了，所以我們尊重費協會委員的意見，這個部分我們有共識等衛生署金額確認以後我們才陳報上去，好不好？

陳委員錦煌

醫院總額幾千億，預算相差 5 千萬是小事，中醫總額 2 百零 1 億元而已，相差 10 幾億，到底衛生署要如何核定還未知，錢相差太大的因素我才有意見，如醫院有意見，我也可以都保留。因為醫院相差不大我才沒有意見，我沒有要保留醫院的部分，我們尊重衛生署的處理，知道預算多少再來進行才有規矩，若不知道預算就來進行是沒有意義的。

黃主席三桂

我覺得陳委員的意見有道理，中醫的部分等到衛生署確認總額金額後再依程序提報衛生署，其他部門我們沒有意見。

第八案

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)101 年適用參數之統計方式案。

黃主席三桂

這是 DRG 的 101 年適用參數統計方式，請大家表示意見。

陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)

DRG 現在是做第一階段，支付通則裏也寫說權重是已經實施的不會改變，可是我們看今年 6 月 28 日又有些措施改變，像呼吸器核實等等，我們現在用的權重都是用 97 年的資料計算，像這樣的措施改變，權重應該也會改吧？我們質疑的是說 SPR

每年都下降，當然是說因為分母怎樣計算等等，可是如果現在權重有這麼重大的改變，97 年時這些問題還沒有處理，現在處理了，那權重都不改嗎？20 頁最後一段有寫因為排除 ECMO 個案，所以平均住院天數有些改變，有的減少有些不變，我相信權重也會受影響，而且權重非以實際申報點數計算，是以申報點數加部份負擔計算，早期說如果權重每一年都改變，可能對後面才導入的會有問題，但現在都是以固定的申報點數加部份負擔計算，且還是 97 年資料統計，可能對權重應該會有影響，只是改變大或變小，是好是壞也不知道，不過應該是會有這種問題，請貴局說明一下。

陳委員錦煌

我請教一下，對住院的事情我比較注意，尤其是醫學中心，我當委員 3 年，常有民眾向我反映想去醫學中心像雲林台大住院大概都要排隊 stand by 30 天，大家只好來找我想辦法拜託人，我就打電話拜託陳主任、郭特助好幾次，拜託到我都不好意思了，變成有找某某人拜託的才能早點住院，如果不熟的就沒辦法了，我認為這要處理一下，是否台大在雲林能再多蓋些病床，請醫學中心注意一下等不到病床的問題如何解決，像長庚也是，也沒有床位，以上是補充說明。

陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)

雲林台大的床位如何分配我不知道，但還有第二期還沒蓋，需要有雲林縣衛生局與中央衛生署同意才能蓋，第二期蓋起來大概有 200 床，還要蓋宿舍，但申請很困難，不過我們還是會申請。

陳委員錦煌

為了服務老百姓，我相信雲林縣大家都會支持的。

黃主席三桂

請業務單位說明一下。

蔡委員淑鈴

陳主任剛剛提的相對權重，99 年開始實施 DRG，所以 99

年用 97 年資料是必然的，因用 97 年才有完整全年資料，當時這計畫是預計 5 年內要全部導入，所以協商過程決定依不同 MDC 分年導入，並不是全部項目導入，再依財務分年計算。按照 MDC 導入之後，確實醫療行為會改變，實際申報數也會改變，現在導入進度有些落後，但我們還是認為如果目前重新計算權重，對第一階段導入的項目是不公平的，因為我們有試算過，如果現在用新的資料全部重算的話，第一階段導入的項目權重統統都會下降，所以對第一階段項目是不公平的。但是如果第一階段導入項目的權重不變，其他重算的話，就不符預算中平的原則，基於這樣的考量，我們希望最好的辦法是快點導入，然後讓它在導入後定期全部重算，這樣是最好的。以其他國家的經驗來看，通常是 1-2 年應該要全部重算一次權重，但限於我們現在選用的方法和其他國家不太一樣，所以我們現在是有一點點迫於無奈，因為我們不想讓第一階段導入的 DRG 覺得他們先導入反而是愈做愈小的權重，這是很不公平的現象。所以我們在算 101 年的 SPR 值也一定先用這個基礎往下推，目前的做法是只能用這樣的方式來因應。

黃主席三桂

大家還有沒有要提問的，如果沒有的話，我們就洽悉。

第九案

案由：全民健康保險安寧共同照護試辦方案實施半年執行成效及預算支應報告。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

關於安寧執行情形，我想請教安寧共照方案自今年 4 月開始實施，費協會編列 3 千 6 百萬預算，從執行情形看起來，預算支應到年底可能花費不到 2 千萬，是專款專用嗎？

李專門委員純馥

本方案經費來源是從醫院總額一般部門項下支應，採點值浮

動方式。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

所以是從醫院總額一般部門項下支應，這樣瞭解。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

這個案子，我們地區醫院從一開始就很在乎。因為我們希望地區醫院能推廣安寧療護，但報告的數字中看來，為什麼地區醫院這麼不好？地區醫院簽署 DNR 人數這麼多，地區醫院這麼多，可是我們為什麼沒有辦法參與？沒有辦法受訓？最近因為勞委會查駐廠醫師，我們所有的內科醫師都去，為什麼？因為大家很在意社區經營。自從 8 月 25 日醫院支委會報告安寧共照方案執行情形後，我們沒有看到任何一場公告的教育訓練課程，希望健保局能告訴我們哪幾個場次是公開的教育訓練課程，說實在話，我們自己在理監事會議中就一直強調大家要積極參與，可是我們沒有這個機會，不是我們沒有接到通知，就是上課地點在都會區，不然就是公告的場次很少，限制參與的人員，這件事情嚴重影響我們地區醫院參與。這實施半年來，全國有 3 百多家地區醫院，參與本方案的只有兩家，參加的人數是 33 個，在我們醫院 ICU 簽署 DNR 的人數都比這個多，所以這個癥結點一定要解開，否則我們在社區醫院的最末端無法執行。

李專門委員純馥

教育訓練的部份，我們確實在協商時有提到，也已發文給各學會要積極辦理，也沒有限定一定要安寧緩和學會才能辦理教育訓練課程，只要是符合本局規定的安寧課程，邀請安寧的講師，不論是腎臟科或消化系醫學會等，只要是照顧這些末期病人的相關科系，都同意辦理。但我們也知道現行各科系自己要訓練的學分很多，所以沒有辦法將安寧訓練課程馬上排進來，這部分我們也希望安寧學會能多辦理課程，最近 10 月及 12 月都有辦理受訓課程，相關的訊息也已建置在本局全球資訊網公告週知。我們承諾日後有接到各學會辦理安寧教育訓練課程，我們會轉給

醫院協會、社區醫院協會及相關各層級，讓你們通知會員參加訓練課程。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

我們希望能與健保局密切合作，希望日後有安寧相關課程能直接通知我們，也會請我們的繼續教育學會來主辦，因為這是對民眾很有意義的事情。

李專門委員純馥

我們也歡迎各層級的學會或社區醫院協會自行辦理相關課程，只要課程內容符合本局公告規定設計，其中有一些是必選課程，並邀請相關的專家講師到協會去辦理教育訓練課程，這些教育訓練學分我們都承認。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

這 80 小時的基礎課程要連續上 10 天，假如這樣規定，我們半年都辦不了。

李專門委員純馥

80 小時的基礎課程，其中 40 小時是教育課程，而且上課部分也包括 e-learning 課程，另 40 小時是安寧病房實習。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

我瞭解，40 小時就是 5 天，要請假去上課，以目前情況來講，要醫師請 5 天，這 5 天對他們來說是非常大的負擔，醫院要不要鼓勵呢？算不算請假呢？

張醫師孟源(李委員明濱代理人)

今天報告的第 15 張投影片，提到居家照護機構從 98 年起有 31 家，到 100 年 32 家，但是值得高興的是，申報件數從 1200 件增加到 1900 多件，請問居家機構社區診所嗎？還是什麼樣的機構？

李專門委員純馥

居家機構是指居家護理所及護理之家。

張醫師孟源(李委員明濱代理人)

社區的診所也願意與居家護理所合作，也願意加入這個計畫。另呼應羅委員的提問，關於上課認證，我們全聯會也願意參與，讓更多的基層院所加入，因為當生命的末期，習俗傳統是希望能在家裡，診所更貼近民眾，所以希望這個訊息健保局也告知我們全聯會。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

請教一下依照報告的統計情形，這預算照這樣估算，到第4季可能不會超過1千萬。我是要提醒健保局，3千6百萬與9百多萬是差距很大，執行面要考慮的是，除了剛剛羅委員提到的問題之外，綁這麼多規定執行上是會有很大困難度，雖然大家都承認品質很重要，可是我是建議如果覺得這是個值得推廣的案子，而且以後還有這個預算，是不是重點放回住院安寧的給付標準提高。現在醫院端不論是醫師或護理人員都忙翻了，還要求他們去上課，雖然有 e-learning 課程，但大家就是沒時間。另請問明年預算還是延續這3千6百萬嗎？還是就沒有了。

李專門委員純馥

這3千6百萬已列入明年基期。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

一般預算會在基期，那請問明年還是會這樣檢討預算支應情形嗎？

李專門委員純馥

會，還是會檢討。

陳專門委員瑞瑛(陳委員明豐代理人)

我要提出的是，不管是醫師或護理師，安寧學會所講的課程真的太長了，雖然時數可以用 e-learning，但他要有40小時在安寧病房的醫院去實習，這才是困難點。現在醫院所有的科，不論是外科或是內科都要參與，但是外科或是內科都是很忙的，又把安寧加到醫院評鑑項目，醫院評鑑又要看有沒有受訓，報紙都說醫師怎樣辛苦，因為沒有辦法用一個特殊的團隊，而是要包含各

科的醫師，因為是到各科病房，所以要包含各科醫師，要向家屬及病人說明什麼是安寧等等，一個個案就要花好多時間。問題是現在護理師不夠，現在又要管外科病房或是其他科病房的病人，護理師要抓去訓練，5天的上課加上5天的實習，哪來那麼多時間？如果很多護理師要去接受訓練，那我們的人力更加不足，而且護理師現在很少，為什麼現在共照個案這麼少，我想這是原因。這種用寫出來的計畫，真正要做真的很困難，個案不多都是有理由的。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

我看過現在的安寧課程，像 EMT 或 ACLS 這些比較專門的課程頂多 1-2 天就已經很多了，實習通常都是 1 天，我們也知道安寧要求的東西很嚴，門檻真的很高，就像委員剛剛所提的護理人員要派出去 10 天，以地區醫院而言，我好不容易把他訓練好了，若他跑掉，我又要重新派人去接受訓練。我想訂定一個計畫要考慮可行性，可不可以建議安寧學會課程比照 EMT，分成 EMT1、EMT2、EMT3 分階段實施，是不是可以有這種分法，一開始門檻不要訂這麼高，支付點數不高沒關係，若進階則有不同給付，這樣也可以接受。一開始門檻就要 80 小時，我們地區醫院只能枉自興嘆，想參加但是資格卻又不可能做到，所以我建議計畫可行性要分階段實施，可以考慮課程濃縮或是訂定不同支付點數，我想這樣或許比較實際可行，以上。

蔡委員淑鈴

有關安寧教育訓練部分，我們已經與安寧學會反覆多次討論，包括癌症緩和醫學會（癌症是大家第一個會考慮安寧緩和醫療的對象，人數也最多），他們也認為這部份 training 要再加強，因為大家覺得目前執業醫師對安寧緩和這部份的觀念太缺乏。因此需要比較深度的課程，讓醫師對安寧緩和醫療有正確的觀念。安寧不是口號，它是行動，它是一個觀念的改變，確實是起頭難，但是我們必須一步一步的往這個方向走。雖然目前沒有辦法一次

就有很多人接受，這是必然，但是不能沒有真正認識安寧就去做安寧，這對病人是不公平的。所以我們希望把這些有提供安寧教育訓練課程的學會的資訊，趕快 pass 給大家，有興趣的趕快去參加，另外我們也請相關學會多辦一些梯次。雖然課程內容是 40 小時，但有一部分是 e-learning 的，另 40 小時的 training 是真正到安寧病房去實習，瞭解怎麼去溝通，這才是日後你要去 lead 安寧團隊時所要做的事情。安寧這一塊也是專業，我想應該還是要尊重專業團體的看法，一開始大家可能慢一點，但是我們的預算都會留下來，大家可以慢慢的進入，因為這樣的服務才會真正到達家屬與病人身上，所以我們必須讓安寧照護是要有一定品質，謝謝。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

當然這個立意良好，但是當醫院沒有執行這項業務的時候，大家就不會去，這跟逐步做比較，到底哪一個好？我當然了解安寧真正意義，我有上過安寧整個課程，問題是實作面要付出這麼高的成本，所以一看到診斷就放棄，醫院到底要不要派人去受訓？護理人力要不要去，做不到我們就不要去了，這樣永遠在原地踏步，所以我們是不是可以分階段，就像剛所說的 EMT，是不是可以分階段，看醫院可以做到什麼程度。如果還是這樣的規定，明年我們還是只能在原地踏步，讓醫師去訓練是一回事，但護理人員呢？要不要用公假？要不要讓她去？跑了怎麼辦？在實作面上有太多問題。可以在每年的繼續教育逐步來補他的不足，一開始就上 80 小時，後來就不一定要上到 20 小時，光是主要課程就 40 小時，繼續教育竟然要 20 小時，這比例是很高的喔，就是你考試的 100 學分，每年還要修 50 個學分，所以其實可以用後面的學分來補前面的學分，用這樣的方式，或許比較容易達成我們的目的，以上。

蔡委員淑鈴

羅委員的意見我們會與安寧緩和學會來討論是否有其他的

配套，下次召開安寧教育訓練課程檢討會時，也邀請社區醫院協會一起參加課程的討論，謝謝。

黃主席三桂

本報告案洽悉。

討論事項

第一案

案由：有關 102 年 1 月 1 日起停止辦理高血壓醫療給付改善方案。

黃主席三桂

委員沒有意見，那本案同意 102 年 1 月 1 日起停止辦理。

第二案

案由：配合 100 年各專科醫學會/專業團體支付標準相對值評量，修訂全民健康保險醫療費用支標準部分診療項之中、英文名稱案。

張醫師孟源(李委員明濱代理人)

關於中英文名稱修訂部分沒有特別的意見。但有關成本分析方法應為多樣化，很多成本分析法也不只有一種方法，建議執行時應參考所有成本會計或其他的 management 方式；不宜單獨以少數幾個專家的意見訂定一套統一的 cost analysis 方法，這樣結果可能會有很大的偏差，提供健保局做考量。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

對於健保局 RBRVS 修訂案我們沒有意見。但是有很多成本分析醫院向醫院協會反映不知如何執行 cost analysis，希望由醫院協會統一 cost analysis 方法，建議未來可改由醫院協會作為窗口，健保局所需的資料由醫院協會轉請 cost analysis 醫院提供相關資料，若收集的資料結果其他醫院不以為然時，醫院協會也不知道應如何處理，所以希望由醫院協會擔任主導窗口。

郭委員宗正

本次有 76 家醫院參與成本分析，不知健保局選取 76 家醫院的方式為何？因為僅有部分醫院被通知到相關訊息，產生結論時可能發生問題。所以建議由台灣醫院協會主導，以免衍生更大的問題。

蔡委員淑鈴

本次 RBRVS 有設計成本分析表，定義所要收集的項目，這是所有醫院都要一致的部分；如統一的設備、房屋折舊年限定義，這部分與有些公營醫院並不相同；另外，因為各醫院可能對公勞保、退休金計算等等定義不同，為避免因定義不同，導致醫院成本分析的結果無法作為分析樣本，因此要統一定義薪資包含之內涵。至於 76 家成本分析醫院的來源，首先係由本局行文請醫院協會提供，但因為醫院協會推薦醫院家數不多，且考量家數太少及偏重於某種屬性的醫院，有不公平的疑慮，故又請各分區業務組邀請轄區內醫院參加，推薦醫院名單必須包含三個層級，醫院若願意提供成本資料則邀請，並未設定參加醫院的上限。透過醫院協會的推薦及各分區業務組的徵詢結果，共有 76 家醫院願意參加成本分析。另本局召開相關會議，如說明會或檢討會等，只要涉及本案相關的會議，均邀請醫院協會參加，所以醫院協會參加從專家相對值的評量到成本分析說明會，整個過程均有參與。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

醫院協會內部開會時，奉命提出。請醫院協會推薦成本分析醫院時，是規定三個層級的醫院各推派 3 家醫院執行成本分析，對於成本分析要執行到甚麼程度，大家都不知道。至於各分區業務組推薦的醫院，據本人瞭解並未徵求各醫院的同意，也未告知醫院要提供成本分析的資料，各醫院僅得知有這樣的說明會邀請大家去參加，實際上很多醫院並不知道所要提供的資料為何，直到說明會結束後，醫院協會接到很多醫院詢問的電話，表示醫院無相關的資料可提供，或不知道這些資料能否提供，產生很多的

問題，而這些問題都提到了醫院協會，所以建議由醫院協會擔任窗口，將各細部的資料也做一個定義，對會員才有較好的交代。另外，醫院不知道提供的資料是否正確，也缺乏內核機制，所以若醫院提供之成本分析資料為極端值，卻將其作為標準而受到質疑時，健保局可能會認為已經諮詢過醫界，但事實上，醫界內核的機制並非如此單純。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

有關 RBRVS 的部分，其實很多醫院沒有成本會計制度，強行做出來的成本就會是個大問題。針對各學會提出的支付標準中英文名稱修訂部分，就我們的立場是同意修改的，因為很多名詞真的是很舊；但應考量是否目前 3-4 千項支付標準的名稱與內容全部都要修改？抑或本次修改已經涵蓋了全部？若未全部涵蓋，今天可能只是部分修改，其他的部分就可能必須等有人發現有問題後再修訂。

蔡委員淑鈴

這次提案我們請了 37 個專科醫學會，就科內的支付標準全部重新瀏覽過一次，有提出認為中英文名稱須要修訂的都已列在表中，本次先就中英文名稱修改，不涉及支付點數的部分，先做修訂。專科學會除了名稱修訂以外，還有針對目前的支付條件作檢討，也有建議將項目拆分、合併或刪除，我們會逐步重新檢修現行支付標準。

黃主席三桂

單純就中英文名稱修正案，就確認通過。

臨時提案（提案單位：台灣社區醫院協會）

案由：現行單一藥價支付制度及連續七次藥價調整、重分配等，讓原本於自由經濟市場就較弱勢的地區醫院更加弱勢，實為不公，同時也再加重社區醫院於健保體制內的衝擊與傷害，應對社區地區醫院提供相關配套補貼，讓其有公平的立足點，

詳如說明，提請 討論。

黃主席三桂

我們有一個臨時提案，是社區醫院協會提出的，請說明。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

藥價 12 月 1 日起調降，地區醫院許多藥，面臨藥商不賣，不知何處可以買到藥之情況嚴重，第 6 次調降藥價時已有一波，後來與部分健保用藥的廠商，現在直接就不來往。另外調降藥價差，總額節省部分，費協會會拿掉去補其他部分，地區醫院經營很困難。為何提簡表？因一般藥品價格一再調降，造成買不到藥或成本太高情形，而日劑藥費未被降價，地區醫院亦為基層院所，又考量跨及基層問題，故於本會提案討論，雖然給付協議會議與費協會屬性不同，但今天會議決議很重要，未來地區醫院何去何從，希望會議能有明確決議。至於藥費調降與診察費無關部分，因藥費調降拿去補其他，地區醫院拿不到，故臨時提案，這與地區醫院的生死有關。

郭特助正全(王委員正儀代理人)

醫院經營請思索整體醫院經營非社會福利，應考量合理的利潤，各層級醫院可就自己不利之處提出正當訴求，醫學中心罕病及癌症重症病患用藥無利潤或不敷成本，病房費及護理費現有給付亦不足，醫院原賺錢的三部門如放射科、檢驗科及藥局，前兩者因相對值表施行可能調降，藥費又調降，上次醫院婦兒外科診察費雖有增加，但部分內科如血液科則需醫院不斷補貼，不宜以地區醫院所提方法去思考，應整體去看醫院合理之利潤為多少，再去作局部調整。藥價要調降到何種程度，醫院可以生存，以前調降藥價可以補其他，現在不行，醫院更慘，不反對地區醫院之提案，但建議以整體宏觀的看此問題。

李允文醫師(謝委員武吉代理人)

其實社區協會提出問題是冰山一角，但 7 次藥價調降醫院哀鴻遍野，藥價差不是黑洞，今天藥價降到要賠錢購藥，對社區醫

院影響很大。不反對調降價差移作他用，但發現多數用在癌症及新藥之購置，真正移用其他的很少，今年調增醫院婦兒外科診察費，但是很少，媒體就刊載擔心醫院自肥，事實上，醫院多用於醫師費用或員工薪水，為此問題乃提案，不能調整，就給日劑藥費方向，否則請提高勞務費用，不要調降藥價，僅用於調增婦兒外三科之診察費，社區醫院提出問題，請所有醫院請求健保重視此問題。

黃委員瑞美

本次藥價調降對地區醫院衝擊很大，報導說調降幅度約6%~7%，金額約減少150~180億元，但洽詢部分醫院相同品項藥品降幅多在10%以上，又洽健保回復，已扣除換藥的影響，事實上，區域醫院用藥調降在10%以上，當然依機構不同而異。目前各層級院所都很難經營，勞務服務方面請回歸成本分析計算，如不相信醫院計算，可請學者辦理。現在醫界死氣沉沉，被外界批為血汗醫院，醫師壓力大，可以了解社區醫院的確很辛苦。調降藥費用於新增癌症及新藥是民眾得福利，醫院採購罕病及癌症用藥之手續費及管理費都無，國外老人也很多返國定居，這是健保很大的危機。

陳委員錦煌

我是外行，但我說些給各位參考看看，舊制（健保法）的第33條轉診制度也就是新制的第43條，我認為如果用轉診制度來處理可能會比較適合，我剛做委員第一天時就有聽說社區醫院從750多家關閉到只剩下250幾家，還不包括呼吸照護。我認為案子提出來也不要都否決掉，這樣也無法交代，現在這案子是在討論社區醫院想要比照診所的簡表方式實報實銷是嗎？可是診所的簡表以前一天有75元，現在只有給付66元你們願意？如果這樣，這案子以我站在付費者委員的立場我是同意的，我就表示到這裡，你們自己去討論。

陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)

藥價調降後，有三種重要的藥，原廠公司來文不賣台灣，其中乙型交感神經作用劑，心臟病患用藥，健保降到 103 元，廠商要賣 200 元，採購無法決標，且廠商 101 年 1 月起不再供藥，經洽 TFDA 表示可用臺製藥品，但對心跳很慢的患者可能無效，也不知何時可生產；另牙齒高氟塗藥由 339 元降到 293 元，目前供藥廠商可能全部退出，是否改為自費；又另一種 MULTIVITAMIN 2C.C.降至 20 元，藥廠要停產，現有 5C.C.，但平常只用 2C.C. 有 3C.C. 會被丟掉。另某公立醫院大標案決標率不到 20%，許多藥廠在觀望或退出，社區醫院要調高地區醫院門診診察費，難道醫學中心門診看的都是輕病嗎？另住院診察費因以門診/住院 45/55 分開再合計，其浮動點值較門診低。化療病人醫院虧損在作，95 年、96 年調降藥價健保推估有節餘，後來費協會提出收回，但每年藥費仍在成長，BC 肝用藥每年需 20 幾億去貼補，今年前兩季藥費成長 7%，癌症用藥及新藥不斷增加，藥價調降真有節餘，令人質疑。本次藥價調降，各層級院所均不知如何解決，現在如要解決地區醫院問題，醫學中心的問題怎麼辦。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

我補充一句話，現在醫學中心叫傷，區域醫院叫殘，我們叫死，就是因為這麼嚴重才提出來，我們很多地區醫院以為本次藥價調降可以 delay 到什麼時候，但沒想到是 12 月 1 日要如期實施，明年不知要如何過，到明年年底時你會發現，像剛剛陳委員所提到的，七、八百間剩兩、三百間，再來就只剩一百多間，這 100 多億真的是見骨了啦，所以我們才會提出這麼嚴重的一個訴求。

黃主席三桂

醫院要適用基層院所簡表，本局曾請示衛生署，衛生署很清楚的答覆不適當，對於因為藥價調整造成各層級醫院經營困難，特別是社區醫院部分及醫學中心所提罕病及癌症用藥不符成本的情況，我們建議三個層級醫院尋求共識以後，依程序先在醫院

總額支付委員會提出來做討論，大家再來作決定。

李允文醫師(謝委員武吉代理人)

我想衛生署回復不宜，是指日劑藥費有調整空間，如地區醫院適用的話，未來日劑藥費調整，地區醫院難道不會跟著調嗎？

黃主席三桂

沒關係，現在不僅是社區醫院的問題，醫學中心也有罕病及癌症用藥不符成本困擾，因此，請大家有共識後再來處理。好，大家如果沒有其他的意見，我們今天的會議到這裡。