

101 年度第 2 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議紀錄

時間：101 年 6 月 20 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險局 18 樓大禮堂

主席：黃副局長三桂

紀錄：甯素珠

出席人員：

林委員芳郁 陳雪芬(代)	洪委員啟超 (請假)
陳委員明豐 陳瑞瑛(代)	施委員純全 施純全
楊委員育正 林富滿(代)	李委員明濱 蔣世中(代)
翁委員文能 郭正全(代)	吳委員志雄 (請假)
郭委員宗正 (請假)	黃委員建文 (請假)
徐委員永年 (請假)	高委員靖秋 高靖秋
童委員瑞龍 童瑞龍	王委員治明 曾中龍(代)
黃委員瑞美 (請假)	曹委員昭懿 曹昭懿
蕭委員志文 洪政武(代)	盧委員世乾 王榮濱(代)
謝委員文輝 謝景祥(代)	楊委員麗珠 (請假)
謝委員武吉 馬漢光(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 吳首寶	梁委員淑政
陳委員宗獻 (請假)	鄒委員玫君 (請假)
莊委員維周 (請假)	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 (請假)

蔡委員淑鈴 蔡淑鈴

黃委員啟嘉 (請假)

一、確認上次會議紀錄 (議事錄)：請參閱(不宣讀)確認。

二、主席報告 (主席致詞)：略。

三、報告事項：

(一) 為明定醫師兼具藥師資格，依自開處方，親自為藥品調劑，每日合理調劑量之支付規定，建議於「全民健康保險醫療費用支付標準」第2部第1章第6節通則，增列本項支付規定乙案

決定：調劑之通則增列九、基層診所醫師兼具藥師資格者，於執登處所，依自開處方親自為藥品調劑者，以醫師親自調劑支付標準核給藥事服務費，且每日親自調劑處方以50件為限，超過50件不予給付藥費及藥事服務費之規定。但醫師兼藥師醫協會、醫師公會建議依診所自聘藥師合理調劑量以100件為限，並支給30點藥事服務費相關建議將併案報署陳明，另會後補充書面意見亦同意受理併案報署。

(二) 為利特約醫院依實際提供之病床類別，申報對應之病房費用，建議修訂「全民健康保險醫療費用支付標準」第2部第1章第3節相關診療項目之內容乙案。

決定：同意增列「急性精神病床」、「急性精神經濟病床」及「慢性病床」之診療項目與編號，均維持原支付點數，並刪除「一般病床」、「經濟病床」診療項目註有關比照申報之文字及刪除通則六「嬰幼兒病床，得按衛生主管機關登記之病床別，適用本章各項費用。」乙節。

四、討論事項：

(一)增修訂全民健康保險醫療費用支付標準第一部總則案。

決議：除原名稱不變及總則第十條暫不新增，餘通過修訂，包括刪除第二條有關地區教學醫院之文字及第八條、第九條條文；修訂第七條為「本標準各診療項目支付費用一律以點數計算，每點金額依據全民健康保險法第五十條規定辦理」。另二代全民健康保險法實施後，不涉及實質內容之法源條次修訂或移除及現行支付標準如僅修改版面編排或支付內容之呈現方式，未涉及支付點數調整者，嗣後將逕行預告后報署核定公告修正。

(二)關於全民健康保險醫療費用支付標準地區教學醫院支付規定之修改案。

決議：配合醫院評鑑類別已無地區教學醫院，爰刪除門診診察費有關地區教學醫院名稱、地區教學醫院及地區醫院門診合理量支付規定及急性病房費中新生兒中重度病床病房費及護理費有關地區教學醫院之備註說明。

(三)新增全民健康保險醫療費用支付標準附錄「護理人員投入為主之診療項目表」案。

決議：本案先照案通過，共計有 42 項診療項目如附件，中華民國護理師護士公會全國聯合會如仍有增修意見，可提以後會議討論。

(四)建議新增藥事人員巡迴醫療支付項目討論案

決議：通過新增山地離島地區藥事人員巡迴醫療支付半日費用

800 點，比照護理人員巡迴之論次費用支付。

(五) 有關「全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案」增修並納入支付標準乙案

決議：照案通過，導入支付標準第十部品質支付服務第二章，其中修訂部分主要包括通則：增修原方案之基層診所團隊醫事人員資格、收案條件，刪除重點收案對象，品質獎勵措施、資訊公開，增列醣化血紅素(HBA1C)及低密度脂蛋白膽固醇(LDL)登錄不實退場機制及追扣獎勵金規定；支付標準：刪除原方案「P1406B 完整性照護醫師診察費 450 點/次」及「P1404B 開立慢性病連續處方-連續二次以上調劑、每次給藥 28 天以上者 200 點/次」，回歸支付標準門診診察費之規定申報，另針對第一階段之診療項目，團隊醫事人員如為醫師加另一專業執行，則申報 P1407C、P1408C、P1409C 點數為本章原規定點數 80%等。

(六) 建議修訂 101 年全民健康保險醫療費用支付標準診療項目之修訂相關規定及中英文名稱等 5 項診療項目案

決議：照案通過，同意修訂 47065B「體外循環，第二天起之每日照護費」與 12087B「人類白血球抗原 — HLA-ABC(多種抗原)」之註及 78030B「陰道懸吊術」、80027B「經陰道骨盆底重建手術(含子宮切除術，陰道懸吊術，陰道前後壁修補含子宮切除術但不含尿失禁手術)」、57023B「非侵襲性陽壓呼吸治療」之中英文名稱。

(七) 修訂全民健康保險醫療費用支付標準編號 45055C「人格特質鑑定」等 5 項診療項目施行人員資格案

決議：同意增列 45055C「人格特質鑑定」之註記：「限由精神科

醫師或臨床心理師施行」；增列 28017C「大腸鏡檢查」、49014C「大腸鏡息肉切除術」、49027C「大腸息肉切除術」及 49025C「大腸鏡異物取出術」4 項診療項目之備註：「限由消化內、外科及大腸直腸外科專科醫師執行。」，但專科醫師類別請依衛生署公開資料為準，請再確認。

(八) 修訂全民健康保險醫療費用支付標準 12196B「HLA-B1502 基因檢測」中英文名稱及適應症案

決議：本案暫緩辦理，請徵詢相關學會其費用及支付點數是否適當後再研議。

(九) 建議 101 年新增醫療費用支付標準診療項目討論案

決議：同意新增「身體約束之護理監測照護費」(支付 186 點/次；930 點/日)、「淋巴水腫照護-徒手淋巴引流」(支付 335 點)、「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」(支付 20,250 點)、「負荷式心臟超音波心臟圖」(支付 2,695 點)、「傾斜床檢查」(支付 1,610 點)5 項診療項目，並同意其中「身體約束之護理監測照護費」、「淋巴水腫照護-徒手淋巴引流」2 項，列入護理人員投入為主之診療項目表；另「即時反轉錄聚合酶連鎖反應 C 型肝炎病毒核酸基因型檢測」一項暫保留，再議支付價格及相關規定，並限為僅醫院適用表別。

(十) 101 年全民健康保險醫院總額支付標準調整案

決議：同意自然生產新生兒照護費調高為 3000 點，剖腹生產新生兒照護費調高為 4,000 點、57110C 嬰幼兒抽血調高為 150 點/次、57119B 嬰兒保溫箱調高為 200 點/天、80416B 腹腔鏡全子宮切除術調高為 19,929 點及 80425C 腹腔鏡子宮肌瘤切除術調高為 20,789 點等 6 項支付標準點數及各層級一

般病床之住院診察費均調增 43 點，並追溯至 101 年 1 月 1 日起公告實施；惟調高住院診察費乙節因與費協會決議目的不同，將報陳行政院衛生署同意後，公告施行。另有關門診診察費調整案暫緩。

(十一) 101 年全民健康保險西醫基層總額婦兒外科支付標準調整案

決議：以預算 9.099 億元為基準，扣除與醫院共同項目調增支付標準點數所需費用 6 千萬點後，再依中華民國醫師公會所提婦兒外科預算額度比率調整門診診察費，調整結果經試算後與該會確認後定案，並可追溯至 101 年 1 月 1 日。

(十二) 修訂中醫「診察費」支付標準案

決議：同意調整中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門之合理門診量人次(由 55 人次調整為 50 人次)，及合理量內診察費支付點數調升 10 點；調整未經中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門之合理門診量人次(由 30 人次調整為 25 人次)，及合理量內診察費支付點數調升 30 點；調整未經中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門之山地離島地區診察費支付點數調升 30 點。

(十三) 101 年調整 93001C「紅血球濃厚液」等 8 項診療項目支付點數案

決議：本案因醫療財團法人台灣血液基金會與醫院代表委員對血液基金會之財務與成本估算均有意見，本案仍無共識，將報請衛生署核定。本案若未新增，101 年醫院總額原編列確保血品安全與品質用於增加血液核酸擴大檢驗 (NAT) 之預算 1.98 億，應建議自一般總額中扣除，並不再討論。

五、散會：下午 16 時 20 分

附錄、護理人員投入為主之診療項目表

說明：

1. 本表各項診療項目原所屬章節中表列之支付點數，均為包裹性支付，包含直接成本及間接成本。
2. 本表僅列出人力投入係以護理人員貢獻為主之診療項目，而非所有護理人員有投入之項目。

序號	編號	診療項目
1	39004C	大量液體點滴注射(林格兒氏液，Rock 液，生理食鹽水，葡萄糖液，果糖液或血液代用劑等)注射。
2	39010C	藥物敏感反應試驗
3	39015B	靜脈營養術(天)
4	39016B	點滴幫浦(天)
5	39017C	腎上腺素注射
6	47001C	酒精拭浴
7	47002C	薄荷擦拭
8	47003C	大量灌腸
9	47004C	甘油球灌腸
10	47006C	小量或留置灌腸
11	47011C	清潔灌腸
12	47013C	一般導尿
13	47014C	留置導尿
14	47018C	鼻胃管灌食一天
15	47020C	胃減壓一天
16	47021C	胸腔引流一天
17	47022C	腹腔引流一天
18	47024B	食道球處理一天
19	47032B	心電圖監視器一天
20	47033B	無侵害性血壓監視器(天)

序號	編號	診療項目
21	47037B	冰毯－12 小時以內
22	47038B	冰毯－12~24 小時
23	47039C	熱敷或冷（冰）敷
24	47041C	呼吸道抽吸(次)
25	47042C	呼吸道抽吸(天)
26	47046C	溫水擦拭
27	47047C	坐浴
28	47048C	引流管灌洗
29	47049B	自動體溫控制床使用費(天)
30	47050B	電動翻轉床使用費(天)
31	47053B	非電動翻轉床使用費（天）
32	47062B	餵食幫浦(天)
33	47066B	造瘻口灌食/天
34	47070B	烤燈使用
35	47071B	烤燈(每一天)
36	47075B	自動止血帶止血
37	49017C	會陰清洗及瘻管沖洗
38	51015C	浸泡療法 每次
39	55009C	會陰沖洗－門診，每次
40	55010C	會陰沖洗－住院，每日
41	55011C	陰道灌洗一次
42	57106C	新生兒光線治療(天)

101 年度第 2 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：為明定醫師兼具藥師資格，依自開處方，親自為藥品調劑，每日合理調劑量之支付規定，建議於「全民健康保險醫療費用支付標準」第 2 部第 1 章第 6 節通則，增列本項支付規定乙案

黃主席三桂

本案業經衛生署核定，故列為報告案，請各位委員發表意見，先請臺灣醫師兼藥師醫學會代表發言。

陳理事長啟明

本會多次行文中央健保局，表示醫師兼藥師均有參加各地藥師公會，並按藥事步驟調劑，以醫師親自調劑支給費用不合理，應以現在藥事人員調劑費支給，另外二代健保處方箋，病患如果回過頭要我們調劑我們也調劑，藥也給了，藥費卻不給，這是個問題，另外亦應該比照現行基層院所藥事人員合理調劑量，這次列為報告案懷疑未列入我們意見，有瑕疵，本案如獲通過，強烈希望將來有機會修正。

何委員博基

我們全聯會有補充資料，為了公平正義，避免差別待遇，全民健康保險醫療之費用第二部第一章第六節通則增列規定，建議應是用一般藥事人員規定辦理，禁止差別待遇，這是藥師學會提供意見。

蔣副召委世中(李委員明濱代理人)

他們取得藥師的學分，應該要取得平等的工作權，不應剝奪應有的待遇，當然他們也應該盡應有的義務與責任，包括受到藥師法及特管辦法的規範，我想這是有關品質方面，包括專業、健保局各個方面都會自

我要求，全聯會的立場是能比照基層院所一般地區藥事人員合理調劑量每人每日 100 件，山地離島地區每人每日 120 件計算，並支給藥事服務費分別為 30 點與 15 點，以符公平正義。

黃主席三桂

本案經衛生署核定，在此報告讓大家知道。至於台灣醫師兼藥師醫學會及醫師公會之意見，會併入本案陳報衛生署。藥師公會全聯會代表如有書面意見，可會後補充，並陳報署。

曾秘書長中龍（王志明委員代理人）會後補充書面資料

- 一、本案涉及醫師調劑之適法性，合先敘明。
- 二、藥事法第 102 條明定醫師之調劑權，限縮須在以中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形，方得依自開處方親自調劑。故醫師縱具有藥師資格，若不符上揭藥事法規定要件，即不得親自為藥品調劑。
- 三、具有藥師資格之醫師，於診療行為完畢後，接續以藥師身分調劑藥品，並交付藥品予患者乙節，前已明確釋示，有違藥事法第 102 條第 2 項規定，此有高雄市政府 100 年 8 月 25 日高市府四維法訴字 1000094221 號訴願決定書裁定可稽。
- 四、雖醫師兼具藥師者，以基於憲法保障人民之生存權、工作權及財產權之理由爭取權益，但憲法第 23 條也明文，為增進公共利益所必要者，人民權利是得以法律限制。而藥事法 102 條就是基於「CHECK & BALANCE」之醫藥專業、專人分工原則，以增進民眾醫療用藥安全之公共利益而限縮醫師除在法定情形下方得依自開處方，親自調劑。故醫師不得同時兼具藥師執業資格，至為顯明。

五、綜上所陳，旨揭「有關特約院所醫師兼具藥師資格，依自開處方，親自為藥品調劑，申報藥費及藥事服務費之給付作業規範」之命令，恐已抵觸藥事法第 102 條之規定。查中央法規標準法第 11 條明定命令不得抵觸法律，為此建請 貴局轉呈衛生署，以維護民眾用藥安全

第二案

案由：為利特約醫院依實際提供之病床類別，申報對應之病房費用，建議修訂「全民健康保險醫療費用支付標準」第 2 部第 1 章第 3 節相關診療項目之內容乙案討論事項

黃主席三桂

本案各委員無意見，洽悉。

討論事項

第一案

案由：增修訂全民健康保險醫療費用支付標準第一部總則案，提請討論。

黃主席三桂

討論事項第 1 案是支付標準總則的增修訂，請委員發表意見。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

我們對說明五有意見，其中所言支付標準各診療項目支付點數都是包裹性支付，你們這種寫法還是沒有辦法把所有蓋括的人員和所有費用都放進來，所以我認為不需新增這一條，就照現在規定就好，不必畫蛇添足。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

我們沒有做過成本分析啊，健保開辦時就延續公勞保時期的在用，其他條修訂我沒意見，但這一條就不用新增了。

郭特助正全(翁委員文能代理人)

我也認為不用新增那條，你們把所有東西都弄進來，基本上整個支付點數的計算方式不是這樣子，另外是擬辦的第 3 點，支付標準以後改的話，這裡提到支付內容的呈現方式是指什麼，版式編排我沒意見，其他法條或條文修訂我也沒意見，就這第 3 點的支付內容呈現方式你們要說明一下。

李專委純馥

我先回應支付內容的部分，比如說現在的手術章節其實有 53% 的一般材料費，那是用加成給付的方式，但常有人誤會我們給付的點數沒有含那 53%，或許未來我們會另外呈現已加成後的點數，只是這樣子而已，並沒有要去改原來的點數，只是更充分表達健保給付的點數，包括像兒童加成後的點數是什麼，只是做這樣的改變，至於說支付點數內含的成本說明部分，是我們從 93 年開始及這次 100 年打算做的 RBRVS 裡面所提到的相關成本，希望能在這裡做呈現。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

實際上 RBRVS 是支付醫師費，並不是支付給醫院的錢，所以我們還是認為新增的第 10 條都不要寫了，因為你們根本沒做成本分析，RBRVS 也沒做啊，你們寫了，以後人家問說現行哪一項支付標準的成本分析在哪裡，你們也拿不出來。

蔣副召委世中 (李委員明濱代理人)

醫師公會全聯會代表發言，我贊同醫院協會的發言，所謂包裹性的

支付，包括直接成本與間接成本，目前 RBRVS 所做支付標準的改變或做部分的調整，事實上它所換算的並不能完全反映所有的醫師、護理人員實際成本，如增列此條文，好像支付標準的點數已符合所有的直接和間接實際成本，我想這與事實不符。第二點，我們大部分的診療，除了這兩年新增的之外，都是沿用公勞保時代的項目支付標準數據，站在全聯會的立場是希望第 10 條增訂條文全部都拿掉。將來如做了完整的 RBRVS 重新研議，才能真正反映出醫療的直接和間接成本，報告完畢。

高委員靜秋

護理師護士公會全聯會也是代表反對的，我們一直在講和護理費的計算成本也是有關的，我們發現護理在投入的部分處置，這章節過去都沒有講含什麼成本，這次提出來，是否表示爾後所有的人員費用均已加入了？所以我們反對。

郭特助正全(翁委員文能代理人)

剛才專委提的支付內容，假設純粹呈現已加成的費用，我可以接受，但這是只是個例子還是說就只有你講的這些而已，因為支付內容包含很多，有些像修改註解、適應症都會影響支付標準，所以我在這裡一定要澄清。

李專委純馥

跟委員說明，我們有講到確實是不涉及支付點數的，修改備註、適應症這些會涉及支付點數，那是一定要提會的，是不涉及這些條件的才不再提會，另外我們有提到一定會預告，如果大家對我們的編排方式有意見的話，透過在預告過程中公開的程序，還是可以表達各位的意見。

黃主席三桂

好，第 1 案的討論就到這裡。

梁委員淑政

有關於第九條第一項之規定，目前配合新健保法修正案相關子法規的擬定，尚在研擬相關文字修正中，故建議本次會議暫時不作修正，等到新修正健保法的實施，再一併檢討修正，例如「山地離島醫療促進方案」或相關方案之執行等文字，屆時一併做修訂。

黃主席三桂

我們尊重委員的意見，有關說明五的部分就不新增，其餘部分照案通過，請宣讀第 2 案。

第二案

案由：關於全民健康保險醫療費用支付標準地區教學醫院支付規定之修改，提請討論。

黃主席三桂

各位委員無意見，本案通過。

第三案

案由：新增全民健康保險醫療費用支付標準附錄「護理人員投入為主之診療項目表」案。

黃主席三桂

本案為新增附錄「護理人員投入為主之診療項目表」乙案，請大家表示意見。

高委員靖秋

感謝衛生署改革會議提出「護理專章」之建議，亦感謝健保局的努力，本會樂觀其成，然去年 RBRVS 評量作業，本會共分配到 42 項診療項目，健保局分配適當性調查時，本會曾建議應增列 200 多項其他與護

理人員有關的診療項目，另外第二部第二章第一節及第六節亦為護理人員執行項目，應全盤討論是否納入，而非僅納入本會評量之 42 項。而且這 42 項中亦沒有提出護理人員投入之成本，而無法瞭解護理成本的計算方式，建議應該全盤檢討後，將護理成本外加進去。

蔣副召委世中(李委員明濱代理人)

有關護理診療項目方面是否要考量醫院各層級有不同成本？

黃主席三桂

健保局已經協助護理界列出 42 項診療項目，若有不足，請護理界提出。

高委員靖秋

本會已於去年 RBRVS 評量項目適當性調查中，提出多項應增列由本會評量之項目，並且已行文健保局(中華民國 100 年 08 月 25 日，發文字號：全聯護會盧字第 100311 號)。

李專門委員純馥

貴會所提的項目中，包括心導管檢查或是 PTCA 的處置，妥適性應再考量。相信有許多診療項目均包含護理人員之貢獻，但納入護理專章的項目，應以護理人員投入達一定比例以上之項目，否則容易引起混淆，故當時已回文給公會。現階段是否先將較明確的項目列入護理專章，若未來有需要增修，可請公會再提會討論。。

高委員靖秋

有關健保局長官的說明，有些診療項目是由護理人員判斷或執行，另有一部分是協助執行的部分，例如像 monitor 的部分都是由護理人員觀察，建議應列入護理專章，若本會提出的項目有需要檢討，本會都很樂意與健保局開會協商，而非僅列入當時由本會評量的 42 個診療項目。

黃主席三桂

健保護理費專章建議先依照今天的建議項目先列入，若公會認為有需要再增加其他項目，不論是獨立執行或協助執行的項目，都可以再提出討論。但若今天不列入護理專章，等成本分析結果是需要很長的時間，對護理人員反而沒有幫助。

蔡委員淑鈴

本局支付標準項目之服務提供，多是醫療團隊合作及醫院投入，甚少有項目是單獨由某一類人員執行，即使是目前列入的 42 個診療項目，不僅只有護理人員投入之成本，亦包含醫院投入成本，例如提供服務場所、水電等。因此本局列表後，仍須加上說明，表示所列項目係為包裹性支付，僅用人成本部分是以護理人力為主，本次所列護理費專章即是回應護理界反應支付標準看不到護理人員的貢獻而做的回應。然而，其實每個項目都是團隊合作，包括用人、醫院、儀器設備等成本，為即時回應護理界的訴求，建議先將本次所提的項目列入附錄專章，若公會認為本次所列護理人員獨立執行之項目仍有不足之處，下次會議可提案進行討論。

黃主席三桂

這個部分請問護理師公會是否還有意見？

高委員靖秋

若健保局建議現階段先列入本次提案之 42 個診療項目，本會同意；但應增列附帶條件，未來應全盤檢討護理人員的貢獻度項目。

黃主席三桂

謝謝護理師公會代表的意見，那這個案子就照案通過。

第四案

案由：建議新增藥事人員巡迴醫療支付項目討論案，提請討論。

何委員博基

藥師法第 11 條規定，藥師執業以一處為限，不得報備支援，本案應先修法才可以。

王科長淑華

本案依 FDA 函釋，藥事人員隨醫師到山地、離島或無藥事人員執業之偏遠地區執行藥品調劑工作，尚無違反藥師法第 11 條之規定，不是藥事人員可以到處去支援，仍是以一處執業為限。

蔡委員淑鈴

藥師還是在一處院所執業，只是到山地離島地區去支援，目前 IDS 計畫之醫院的藥師已有隨同醫師去支援，未支給相關費用，故新增本項。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

依相關規定，藥師不能報備支援，IDS 計畫醫院很可能需要藥事人員去協助調劑，本案是由 IDS 計畫支給費用。

蔣副召委世中(李委員明濱代理人)

依法，本案在藥事法第 11 條規定下不能運作，該條規定藥事人員不能支援調劑；且增訂本項目所支出的費用，部分在 IDS 計畫有專款支應，然仍有部分非屬 IDS 計畫，可能用到基層一般服務預算費用。

蔡委員淑鈴

IDS 計畫及醫缺方案均是專款專用。

黃主席三桂

本案原則上沒有問題，一般藥事人員都不會到山地離島地區支援，有人去，感謝都來不及，本案照案通過。

第五案

案由：有關「全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案」增修並納入支付標準乙案，提請討論。

黃主席三桂

第五案是「糖尿病醫療給付改善方案」增修並納入支付標準乙案，請問大家有沒有意見？沒有意見，好，通過！

蔣秘書長世中(李委員明濱代理人)

有關放寬本方案之醫事人員資格部分與收案條件，將會衝擊到一般部門之預算，應提出相關預算費用配套措施。

陳委員瑞瑛

本案已會前會討論過。

童委員瑞龍

本案已會前會討論過，通過了啦！

第六案

案由：建議修訂 101 年全民健康保險醫療費用支付標準診療項目之修訂相關規定及中英文名稱等 5 項診療項目案，提請討論。

黃主席三桂

第 6 案是中英文名稱診療項目修訂，請委員發表意見。

郭特助正全(翁委員文能代理人)

體外循環申報由 6 次改為 24 次，根據貴局試算增加了 0.144 億點，不知怎麼算出來，好像有點低估。

李專委純馥

這是我們有去跑是在申報 ECMO 資料中有多少人，有些是手術需要的我們將它排除後，真正是申報 ECMO 的且後續需要照顧的人來推估，以最多申報 24 次扣除原限申報 6 次，增加的部分進行估算，約 0.144 億。現在是限申報 6 次，因為我們發現，現在醫院都照顧得很好…

童委員瑞龍

都同意啦！都同意啦！

黃主席三桂

好，那第 6 案就通過，請宣讀第 7 案。

第七案

案由：修訂全民健康保險醫療費用支付標準編號 45055C「人格特質鑑定」等 5 項診療項目施行人員資格案，提請 討論。

李專委純馥

第七案其實是原來在審查注意事項內規定，後來因為審查注意事項有人有意見說這是限縮人員執業，所以我們將它修到支付標準，所以是 follow 原來審查注意事項的規定，有一些處置項目是要限精神科醫師或臨床心理師施行。另針對醫師公會有建議大腸鏡或息肉切除要限專科，希望能夠確保品質，所以我們現在就將它限專科，限消化內、外科及大腸直腸外科，在支付標準做這樣的限縮。

郭特助正全(翁委員文能代理人)

我只是提醒一下，不是有意見，消化內、外科及大腸直腸外科，這個 term 要 follow 衛生署所公佈的，不然在定義上會有差距。

黃主席三桂

本案通過，惟文字上請再作確認。

第八案

案由：修訂全民健康保險醫療費用支付標準編號 12196B「HLA-B1502 基因檢測」中英文名稱及適應症案，提請討論。

李專委純馥

第八案因為我們提案中覺得還有一些不妥的地方，所以我們希望撤案。

黃主席三桂

本案將徵詢相關學會其費用及支付點數是否適當後再研議，所以本案暫緩。

第九案

案由：建議 101 年新增醫療費用支付標準診療項目討論案，提請討論

黃主席三桂

請宣讀討論案第 9 案。

蔣副召委世中（李委員明濱代理人）

主席，針對這個案子新增「PCR HCV RNA Genotyping test」的立意是不錯，特別是在醫院做得比較多，但是在基層一旦開放也是有人會做。所以 101 年西醫基層沒有編列新增支付標準預算，應該由「其它預期政策改變」來編列支應。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

應該沒有西醫基層。

蔣副召委世中（李委員明濱代理人）

沒有，這是西醫基層也可以申報的項目。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

疼痛評估，我記得護理師護士公會全聯會是提了 3 項，疼痛評估是沒有放進來，其實疼痛評估是醫院評鑑很非重要的項目，而且一定要做，在門診初診病人一定做，這是醫院評鑑規定。這次可能是因為預算經費的問題，是新增診療項目，不知道下一次會不會再提。但是身體約束及淋巴水腫照護兩項，我們是同意。

第 3 項的人工電子耳手術，我們還是認為會不會支付點數太低，20,250 點，是不是台灣耳鼻喉科醫學會有來（健保局：我們有邀請）

吳委員首寶

這個只有限幾個醫院在做，沒有很多人做。所以，學會都沒有反應，表示它不 care 吧！

林主任富滿（楊委員育正代理人）

人工電子耳手術不是為了賺錢，耳鼻喉科醫學會原建議點數是 6 萬 5，本次健保所提新增給付 20,250 點，再次表達不符成本，惟先前已轉請學會表達意見，迄今學會未回覆，只能尊重決議。

童委員瑞龍

好啦！通過。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

第四項負荷式心臟超音波心臟圖，所謂一年申報一次，是不是一年只申報一次，這樣會記得有申報嗎？醫院常常會不知道，除非資料要撈出來，還有不得同時申報在相關規範的（3），適應症的 1.2.7 是什麼？

李專委純馥

麻煩委員看到補充資料的 36 至 37 頁支付標準提到的適應症，因限

於篇幅關係所以沒有全部列出。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

不得同時申報...，這是心臟科醫學會同意嗎？

李專委純馥

有特別請教中華民國心臟醫學會。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

這在執行上有問題，因為一年申報一次，除非去撈資料，尤其這種病人常常進進出出。另外第五項傾斜床，也是相關規範(3)不得同時申報那些？是為什麼？

張技士淑雅(健保局醫管組)

委員，這是中華民國心臟醫學會明訂的，因為在執行本項診療項目時，就包括這些項目成本在內，包括心電圖等。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

好，那就同意通過。另外第六項相關規範每人限申報一次，是指一生只能申報一次嗎？

張技士淑雅(健保局醫管組)

委員，是指 C 型肝炎病毒核酸基因檢測，因為提案單位表示只需檢查一次，基因是不會變。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

提案價格有 5 千 9 百多及 5 千四百，你們同意 2,000 點，這是怎麼算的。我們 2 家醫學中心做一個人成本都要 5 千多，你們只給 2 千，差這麼多。

王理事榮濱（盧委員世乾代理人）

有關這項檢驗，人的基因是不會變的，但是病毒的基因是會變的，所以 B 肝也是一樣，會突變。所以，每人限申報一次，是一生嗎？一輩子？可是重複感染是比較重要。特別是這個檢驗項所使用的試劑有分 in-house 及跟不是 in-house，in-house 成本就很低，不是 in-house 成本很高，衛生署通過核可的藥就要 1,500 元以上，所以 2,000 元真的是不夠。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

支付標準你們重新考量好了。

童委員瑞龍

還有每人限申報一次，也要一併檢討啊！剛剛專家有講喔！要視病猶親，當你的家屬得到這個病，不要一生只有檢查一次。

黃主席三桂

好，C 型肝炎病毒核酸基因檢測大家還有意見，補充資料的 35 頁支付標準編號 12202C 這一項今天暫時保留，支付點數再議，如果西醫基層反對的話，就基層院所不要做。其他部分就通過。

高委員靜秋

對不起，主席，有關剛剛新增診療項目身體約束及淋巴水腫照護等 2 項，是不是考慮列入護理執行專章。

蔡委員淑鈴

好，可以。

黃主席三桂

請宣讀第 10 案。

第十案

案由：101 年全民健康保險醫院總額支付標準調整案，提請討論。

黃主席三桂

本案為「醫院總額支付標準調整」案，其中說明七為台灣醫院協會 101 年 6 月 11 日來函 3 點建議。請大家回到說明二開始討論，首先請台灣醫院協會表示意見。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

有關說明二調高自然生產與剖腹生產新生兒照護費，我們同意，也同意說明三只調高 57110C、57119B、80416B 及 80425C 等 4 項，說明五調高一般病床住院診察費也同意，這幾項所需預算已經達 12 億多，若再調整說明六的部分，請問錢從哪裡來？建議保留說明六，因為缺乏財源。

黃主席三桂

說明二及說明三的部分都同意調整，說明五仍有部分疑慮，說明六的部分醫管組希望可以帶進來，因為目前診間有的科別醫師只看診 1-2 分鐘，有的醫師很認真的看診 20-30 分鐘，但卻都給一樣的診察費，故希望診察費依看診時間不同而有所區隔。說明五的部分與費協會決議的重點有一點衝突。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

因為住院的成本比較高，且住院醫師的壓力很大，所以我們要說服費協會同意調整說明五。像過去 IDS 調整案，費協會裡面有許多消費者代表對於作業流程不清楚，相同地，即使是很好的醫師，也隨時都可能被住院病患告，一賠就是好幾百萬，甚至幾千萬，承受風險很大。說明

六的部分一旦提出，消費者代表會很開心，但是 20 分鐘的看診時間如何計算，每個醫師要拿碼表計算每個病人的看診時間嗎？先前健保局已經先提出費協會再協商，預估門診 20 分鐘以上的看診時間約佔 18%，但很多專科醫學會提供的看診時間佔率根本就不準確，另外，之前蔡組長有提出要取消開具連續 2 次以上慢性處方箋，這個部分可以幫健保局省下許多錢，但這次並沒有要取消，請問錢從哪裡來？說明六的提案若醫界反對，大概會被消費者代表罵，說醫界就是想要衝人次，然而，若以現在的提案，1 個診 3 小時，1 個病人看 20 分鐘，那 1 個小時只能看 3 個人，1 個診只能看 9 個病人，即使診察費提高為 2 倍，跟現在大部分的醫師，1 個診看 30-40 個人比起來，所領到的診察費更少。所以這個提案是希望醫院少看病人嗎？當然也有像精神科初診病人只掛號 5 個，至多不會超過 10 個，早上 8 點先跟病人家屬談，一直看到下午 3 點，可是診察費也只給多少錢？精神科要怎麼算？精神科是因為要跟病人及家屬會談，但是很多其他醫師都是依檢查結果診斷後，就可以開藥、給處置，用 20 分鐘區隔，是可以另外給一個支付代碼申報即可，但是難道要診間護理師拿著碼表計時每個病人看診時間多長嗎？這個部分執行上會有許多的困難。而且，若前面都通過，那請問錢從哪裡來？

童委員瑞龍

建議第一階段先做到說明五。

黃主席三桂

所以現在說明二、三、五的部分，同意依據說明內容做處理，說明六的部分併案報到衛生署去，若衛生署同意就執行。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

除了預算的問題之外，實務上看來說明六也不可行。

童委員瑞龍

1 個病人看 20 分鐘，1 個小時看 3 個，3 個小時看 9 個，病人一定大排長龍，造成反彈。這是一個理想，但是要慢慢的去規劃執行。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

在病人狀況已經很穩定的情況下，看診 20 分鐘是要幹嘛，跟病人聊天嗎？我覺得真的很奇怪！怎麼會設計這樣的東西出來？還要報到衛生署去，如果你們覺得很好，你們可以在健保門診中心先試辦，看看是否可行。

林委員淑霞

主席，我想這真的是一點都不務實，可能會造成像大陸掛號難的情況，以台灣現況甚至於讓病人掛不到醫師造成民怨，也許可針對初診的病人規範，事實上現在也都是初診的病人看診時間比較長，一般性複診的病人要看到 20 分鐘，真的是為難醫師和病患。

童委員瑞龍

建議再研究，說明六保留但不反對。

謝院長景祥(謝委員文輝代理人)

病人看診時醫師要拿個碼表，計算看診時間，這無法執行嘛！

黃主席三桂

說明二、三同意通過，並追溯自 101 年 1 月 1 日開始執行，說明五的部分與費協會的決議有一點差異，所以先報署決定，如果署也同意的話，同樣追溯自 101 年 1 月 1 日開始執行，至於說明六的部分再議。

十一案

案由：101 年全民健康保險西醫基層總額婦兒外科支付標準調整案。

黃主席三桂

本案請各位委員發言。

蔣副召委世中(李委員明濱代理人)

我代表醫師公會全聯會來講，有關西醫基層總額「支付標準調整」當時開過幾次會，也和健保局有協商過，當時所謂 9.099 億的定義基礎是去年的 9 月 16 號到 9 月 17 號之間，當時費協會的委員是基於預估婦外專科醫師門診診察費加成 17% 是 5.45 億，加上小兒科預估 3.37 億，加起來大概 8.82 億，基於小孩現在出生率低，希望得到很好的照顧，將調整支付標準，再提高為 1% 成長率(約 9.099 億)。經討論，西醫基層是以外科婦科兒科專科醫師診察費為主，外科婦科專科醫師第一段門診量診察費加成 17%，當時試算為 5 點多億，包括外科的 3.06 億，婦產科的 2.54 億。試算可以重新再算，如果是過多，可重新檢討合理的做調整，怎麼可以把小兒科分配到的 3.5 億預算降至 2.15 億。我覺得是差異太大，少了 1.35 億，這是不尊重我們全聯會邀集外、婦、兒 3 個專科醫學會討論之共識和健保局的協商，外科婦科我覺得是可以做適度的調整，如加成之合理門診量是否為 25 人次或是幾人次以下，外科婦科應該會尊重當時基層執委會的決議，當時西醫基層執委會建議兒童專科醫師門診診察費加 2 成，從 5 歲開始調整。健保局的立場醫院方面 4 歲以下兒科門診診察費另加成 17% 變成 37%，我想醫療各個層級不一樣，資源也不一樣，請健保局尊重我們全聯會在西醫基層支付委員會的決議。

黃主席三桂

西醫基層的部分，主要是外科婦科小兒科，你們是限定專科醫師才可以申請，婦產科專科醫師看感冒？

周天浩醫師(台灣婦產科醫學會)

其實我們婦產科專科醫師是第一階段門診量內診察費加成 17%

黃主席三桂

這樣變成不同科看感冒給不同錢耶！

康明哲醫師(台灣兒科醫學會)

這裡小兒科醫學會也有意見，我們這個 9.099 億在當年費協會通過的時候，是以扶持弱勢科的名目，他不管你看什麼病，所以健保局的解釋好像不太對。

黃主席三桂

你的意思是什麼人看兒童都加成給錢的意思？

康明哲醫師(台灣兒科醫學會)

意思就是說，小兒科專科醫師婦產科外科專科醫師，他們看什麼病都給錢，不是以疾病來分，是以專科醫師資格來分，原來科目就是這個樣子嘛！

黃主席三桂

我也很希望保障專科醫師，但是有人去反映說，你的婦產科專業應該是去看婦產科，他現在去看感冒你給他加成，內科醫師去看感冒卻比你少，感覺上就怪怪的。

康明哲醫師(台灣兒科醫學會)

我也同意，但是問題就是說我們的法定規定，目前沒有規定說婦產

科醫師不可以看新生兒，耳鼻喉科醫師不可以看小於 18 歲的兒科病人，我們事實法定就是這個樣子，所以他們這樣的法定並不充分。

黃主席三桂

第二個是那你基層診察費要一直這樣加下去嗎？會跟醫院診察費越差越多，同一個病不同地方給那麼大的差距，被問起來都沒辦法回答。

何委員博基

主席，其實這是西醫基層總額費協會通過，我們希望以後西醫基層先來做，醫院再跟進，這是西醫總額，而不是醫院總額，然後現在通過，先來做嘛！

蔣副召委世中(李委員明濱代理人)

謝謝主席和健保局關切，因為當時費協會針對弱勢專科別予以調整預算。但健保體制下，並沒有限制某些醫師只能看某些病，我想這是體制上的問題。健保局有外面的聲音，但我想應該尊重當時費協會的決議，針對三大科的弱勢科，會議決議調整這三科的門診診察費。但在健保局試算下大外科預算增至 3.83 億，婦產科增至 3.13 億，小兒科可用預算由原 3.5 億降至只有 2.15 億，叫小兒科醫師代表，如何向小兒科醫師會員交代，請尊重當時支委會、費協會的決議。至於說這樣的差別，醫院的層級他們有醫院分配方式，包括 4 歲以下門診診察費增加到 37%，我們也尊重醫院的決議，將來再視預算調整，我想這是尊重。

黃主席三桂

說明二合計外科預算約 3.06 億，婦產科預算約 2.54 億，兒科專科醫師看診 4 歲(含)兒童調整診察費 20%，以 3.5 億點調整年齡點一案，我們

是不是先通過兒科專科醫師看診歲兒童調整加成 20%，以 3.5 億點這個部分先通過，好不好？

蔡委員淑鈴

程序上中華民國公會醫師全聯會以費協會協商後預算，自己就先分了三個科多少預算！事實上程序有問題，因三科之分配亦需有協商過程，我們係尊重貴會而已，兒科部分看診五歲加成 20%，這個地方經過我們重新算過，因為數量沒有那麼多，我們在說明三就有提到，若用同樣原則會是 2.15 億，到五歲的部分，若要調到六歲還要增加 1.78 億，這在說明五的部分，預算額度通過到六歲的話就是 2.15 加上 1.78 就是 3.92，3.92 還要加上提案十調高之新生兒的照護費西醫基層部分，這裡是 4600 萬，還有調高嬰兒保溫箱，嬰幼兒的抽血約有 6000 萬左右，所以先處理兒科的話和前面已經通過的，這樣已經 4 億 5 千萬。

蔣副召委世中(李委員明濱代理人)

調整五歲需一億多，六歲需 7 千 4 百萬多，所以增加五歲和六歲門診診察費 20% 合起來也只有 1 億 7 千 8 百萬多。第九頁！怎麼會變 3.6 多，我不知道怎麼算的，我數學可能太差！你看五歲是 1 點多億，六歲是七千多萬，合計 1.78 億，到七歲才增加 2.31 億。

周天給醫師(台灣婦產科醫學會)

現在中南部很多婦產科及外科醫師都無法留下來，許多婦產科醫師小兒科醫師年紀大根本快要無法生存，這個目的就是要這樣子，那現在這樣是不合理的。

蔡委員淑鈴

因為資料有重新算過，中華民國醫師公會全聯會算的，所以我在重新解釋一下說明三的部分，這次全聯會主張的是比照醫院去年婦科外科

調 17% 門診診察費。

周天給醫師(臺灣婦產科醫學會)

17 的話可以啊，現在問題是不夠錢，所以我們才限制前階段。

黃主席三桂

我尊重你發言表達的意見，但請你先說明你代表哪個團體？你的大名是什麼？你忽然間發言我們都不知道是什麼人在發言，你是代表全聯會或代替哪個委員來參加會議，我們的會議紀錄怎麼紀錄呢？請你要先讓我知道阿！剛才醫師藥師學會我也是讓他們發言，所以請你讓我知道你是代表哪個單位或委員。

周天給醫師(臺灣婦產科醫學會)

個人代表台灣婦產科醫學會

蔡委員淑鈴

這次醫師公會全聯會主張的是，調整合理門診量第一段之門診診察費，並以特定科別專科為主，不管是看什麼科之疾病全調，調高幅度為 17%，如果以此基礎，以 100 年實際資料估算婦產科約需 3.13 億，外科 3.83 億，剩下就是兒科的 2.15 億，2.15 億就兒科想放寬年齡，那就是第九頁，調到六歲要 1.78 億，調到七歲是 2.32 億，跟你們原來兒科 3.5 億的說法，還是有點距離。假如堅持 3.5 億，那年齡是不是要往上調？那外科婦產科加成的比率是不是就要減少了？

蔣副召委世中(李委員明濱代理人)

感謝組長的回答，當時針對外科婦產科專科醫師採用試算方式，或許有些落差！我們當時是預估來試算，是以第一段合理門診量內門診量之門診診察費提高 17%，若是錢不夠，應尊重外科婦產科學會的意見。我想他們也是會尊重，調第一段合理門診量內門診診察費的部分，做適度的調整。還是回歸分配預算婦產科 2.54 億、外科是 3.06 億，兒科是 3.5 億。

蔡委員淑鈴

不能這樣湊啦!

黃主席三桂

這數據有疑義，如果無法釐清，本案今天就不處理。

第十二案

案由：修訂中醫「診察費」支付標準案，提請 討論。

黃主席三桂

本案通過。

第十三案

案由：101 年調整 93001C「紅血球濃厚液」等 8 項診療項目支付點數案，再次提請 討論。

黃主席三桂

好，這個案子我們已經討論 2 次了，今天是第 3 次，這個部分因為今天有邀請台灣血液基金會列席，是不是請台灣血液基金會表示一下意見好不好?

林執行長素娟（台灣血液基金會）

主席，各位委員，這個案子今天是第三次提出來，上一次因為因為點數的支付標準大家無共識，所以暫時保留，我們回去有再詳細的對於我們的財務部分再檢討過，跟各位報告，我們提出來的 110 點純粹只是我們付給廠商的試劑跟儀器那一方面的費用，其他所有增加的人事還有我們所要負擔的設備的其他費用，都是我們會裡面要自己再籌措的。我們在檢討去年的財務狀況來講的話，現在營運上已經是有越來越困難，所以要我們再額外挪經費來補貼的話，確實是有困難，可能會影響到整

個血液基金會的運作，所以在這裡要請主席跟各位委員來支持我們原來所提出來的方案。

黃主席三桂

謝謝執行長，這個案子大家有什麼意見。

馬院長漢光(謝委員武吉代理人)

主席，我是代表謝武吉謝理事長，因為理事長還是希望說基金會能很充分公告相關的營運收支狀況及成本能計算清楚，謝理事長對這個要求還滿強烈的。

黃主席三桂

你們的意見還是希望說基金會這邊的成本能更透明就對了，是不是這個意思？

洪院長政武(蕭委員志文代理人)

一個單位提出來要跟哪一個單位要錢，尤其是跟政府要錢，成本分析一定要公開透明，讓我們看，已經討論了兩次了，我們要求這樣你一直不回應，一直沒有問題，我們認為你們是好像裡面有甚麼目的，我說啦！現在醫療院所都很辛苦，每個醫療院所都去製造一些自費的項目，這個自費項目你要跟病人去拿一筆錢放到口袋的話，全部都要送到衛生主管單位，醫療審議委員會，包括醫療的法律的，包括消基會的，去共同監督去審核，都要做到這個樣子，你們說這個進來我們的成本是這樣子，這個是成本而已，不賺錢還賠錢，我們沒有相信，你去把成本分析整理出來，我們覺得可以了，很快，我們只有同意了嘛！以上。

黃主席三桂

好，謝謝我們理事長的意見，請問各位委員還有沒有其他意見？

黃主席三桂

那這樣子，既然兩個單位無法達成共識，那我們這個案子就不再討論，我們已經討論三次了。請問執行長還有意見嗎？

林執行長素娟（台灣血液基金會）

報告主席，台灣血液基金會的財務的表報，都公告在衛生署的網站，所以請各位可以上衛生署的網站去查，每一年都有，都是經過衛生署查核過，都公告在網站，所以我們的財務是透明的。關於 NAT 的成本分析，其實在 100 年的 12 月 14 日，就是 100 年第 4 次會議的補充資料，上面已經有提供滿詳細的成本分析，各位手上沒有，但是我這邊簡略的跟各位報告一下，在這個上面我們有列出來 NAT 的試劑跟試驗跟後續的追蹤試驗是 110 元，然後其他有包括人事、儀器、住院管理、房屋折舊、房屋維修、血品耗損等等這些，我們也都分項有列出來，然後其他的這些項目都是我們自己來籌措吸收的，所以跟健保局這邊所申請的 110 元的點數，純粹只是我們跟試劑的供應商，我們標了 5 年的量他們所提出來給我們的價格，所以這 110 元純粹是付給廠商的錢，其他的支出全部都是我們會裡面自己來吸收的。

黃主席三桂

這樣子，這個案子，醫療服務提供者跟血液基金會雙方還是各執己見，那我們沒有辦法再進一步討論，我們就按照擬辦意見辦理，因為這費用是費協會交辦下來的，我們會在費協會做一個報告，這個案子我們今天就討論到此。

蔣副召委世中（李委員明濱代理人）

各位前面第 11 案，我想要開一次會不容易，想今天能有個決議，我覺得健保局試算合理門診量比較正確，當時的預算的分配我是覺得可不可以

做一個修正，尊重會議決議：外科分配的預算是 3.06 億，婦產科則是 2.54 億，採第一段的門診合理量，把診察費加成百分比做調整，好不好，這樣的話限外科、婦產科專科醫師。建議就是外科專科醫師依外科的分配預算 3.06 億，婦產科的分配預算是 2.54 億，然後以第一段的門診量之門診診察費提高多少百分比，這樣好不好。

黃主席三桂

本案既然對調整數據有疑義，仍宜審慎。

蔣副召委世中(李委員明濱代理人)

對對對對，我知，因為可能是僅提高到 15% 左右或小於 15%。

黃主席三桂

所涉經費高達億元，以不確定金額來討論，實在不宜。

康明哲醫師(台灣兒科醫學會)

主席，對不起，我們這邊有意見，我代表三科的醫學會講我們的共識，我們是認為說，剛剛蔣副召委大概沒有講清楚，主席沒有聽懂，我們意思是外科 3.06 億，婦產科 2.54 億，調整第一階段的門診診察費，不一定要 17%，你算出來是 15%、14% 他們都沒意見，我們只是說，這個 TOTAL 的額度不要說超過，但是要接近這個數目，因為我們沒有數據，只有健保局有數據，所以請健保局幫我們算，到底是要增加多少個%，這樣很容易嘛，小兒科 3.5 億也是一樣，我們只是說到哪一個年齡為止，我們並沒有說一定要你幾歲，因為我們沒有數據嘛，只是說從 5 歲開始，那個開始調整，調整到 3.5 億用完為止，這樣就好了嘛。

蔡委員淑鈴

我了解剛剛你們的說法，就是說你們的婦產科 2.54，跟外科 3.06 不動，然後合理門診量第一階段能調多少就調多少，剩下就兒科，我們自己算

就好了，就不需要再討論，因為現在還沒有算就不知道，那剩下的部分就是兒科的部分，因為前面有兒科的新生兒照護費，提案十有婦產科的腹腔鏡的兩個手術，還有兒科的保溫箱跟抽血，這個我們都會算進來，然後併同一起決定要調多少好不好。

黃主席三桂

好我們再確認一下你們的意見，就是說你們希望婦產科加成的底限是 2.54 億，外科是 3.06 億，來計算加成成數，所以加成的成數可能就不是 17，完成外科及婦產科調整後，剩下的部分，就來做調整小兒科，這第一點。第二點就是剛剛蔡組長講的，我們前面第十案有提到大概 6000 萬的部分也要列進去做一個計算，是不是這樣子，這樣子三個代表都同意。

李專委純馥

請問一下新生兒照護費在你們基層大部分是婦產科報還是在...

康明哲醫師(台灣兒科醫學會)

新生兒照護費應該是婦產科在報，我們小兒科報不到。

周天給醫師(台灣婦產科醫會)

我們婦產科的新生兒是就生產是按照包裹的，就是說論病例計酬，所以不管你剩下 3000、4000，你的錢都一樣，所以並沒有再增加錢

李專委純馥

我們會併同調增，包括醫院的我們也會一同調增，就是如果我們這邊調高了，我們的 CASE PAYMENT 或是 DRG 我們都會調上來。

蔡委員淑鈴

剛剛李專委講得是對的。就是說我們要先講新生兒照護費，是要先扣婦產科還是先扣兒科？

蔣副召委世中(李委員明濱代理人)

是婦產科

蔡委員淑鈴

你們講清楚，我們將來的操作，婦產科 2.54 先減掉前面的 0.46，然後剩下的再調診察費，我意思是，婦產科要再減腹腔鏡，兒科要減抽血跟保溫箱，大家是否都同意？

何委員博基

不是不是，算出來我們看一下，不然是不是我們不曉得啦，你這樣不行。

蔡委員淑鈴

要不然今天就不要決議。

康明哲醫師(台灣兒科醫學會)

對不起，那個兒科理事長，因為國泰醫院那邊，小兒科那邊也跟我們反映過，意思就是說像生產，小兒科因為他照護費新生兒照護費是分開的，但是在基層就是包裹式的，我們小兒科從來沒有報過新生兒照護費，也從來沒有報過保溫箱，所以這個不應該是算小兒科的，但是在醫院裡頭因為他切開了，國泰醫院那邊算出來了，他生產一個就賠一個，所以，他算出來說新生兒我不要了，我通通給妳婦產科去報好了，婦產科不要，是小兒科把這一塊放棄給他了，所以這個情況這個樣子，如果健保局要把他弄清楚，當然我很高興，但是就是你就不要用所謂的包裹式的，你把他分開去講清楚嘛。

黃主席三桂

請你們自己要講清楚。

周天給醫師(台灣婦產科醫會)

包裹式給付中，生產費用其實不包括照光及保溫箱，只有照護費

3000 跟 4000，其他都沒有包括在裡面，基層診所都沒有說在給照光的錢，保溫箱的都沒有，如果說你們可以說加進去的錢，

就是說你下次在調整生產費用的時候，你把他加進去當然是可以，但是如果沒有加進去的話，本來就沒有那筆錢了，你現在又把他扣掉是不合理的，謝謝。

黃主席三桂

這樣好不好，9 億多先扣掉大概 6000 萬，剩下的錢再按照你們 3 個講的比例下去作處理

李專委純馥

比率好不好，按照你們原來的比率去看，不然這樣很難算，你們現在這樣...

康明哲醫師(台灣兒科醫學會)

蔣副召委看怎麼決定，交給蔣副召委決定好了

蔣副召委世中(李委員明濱代理人)

我是覺得有關照光這方面在小兒科基層來講，不應屬於小兒科基層編列預算，而是應屬於婦產科基層編列預算方合理。但我想我們也不希望為了這些錢，而影響此筆預算分配。所以我希望體諒各科情誼，我想先扣除掉 6000 多萬...

康明哲醫師(台灣兒科醫學會)

其實我們 3 個人沒有那麼小氣啦，健保局如果覺得要扣掉 6000 多萬嘛，我們沒有意見啦，可以，因為我們也知道健保局要抓錢也不容易阿，但是就是希望儘量接近這個數目，這樣好不好？

蔣副召委世中(李委員明濱代理人)

先扣掉 6000 多萬之後，以這 3 科的比例再去分，好不好？就是等於說加起來已經不是 9.099 億了，大概 8 億 5000 多萬，然後再依照這個比

例再去分，好不好，這樣健保局也好做事，然後我們按照小兒科是 3.5 億，婦產科 2.54 億及外科 3.06 億的比例分配。

黃主席三桂

那我再講一遍，這個 9 億多先扣掉前面大概 6000 萬，這是第一個處理。第二個就是，按照婦產科 2.54 億、外科 3.06 億及小兒科的 3.5 億之比率，去分配好不好，大家沒意見，第 11 案就照此協商來做處理。資料算好後，再找醫師公會全聯會一同看一下再報署。