

102 年度第 4 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」會議紀錄

時 間：102 年 10 月 29 日(星期二)下午 2 時

地 點：中央健康保險署 9 樓第一會議室

主 席：蔡副署長魯

紀錄：葉祝玫

出席人員：

陳代表雪芬	陳雪芬	施代表純全	黃建榮(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
林代表富滿	林富滿	吳代表志雄	吳明彥(代)
郭代表正全	潘延健(代)	劉代表俊言	謝偉明(代)
廖代表學志	(請假)	陳代表彥廷	陳彥廷
陳代表志忠	陳志忠	高代表靖秋	林綉珠(代)
徐代表弘正	林仁卿(代)	曾代表中龍	曾中龍
林代表淑霞	林淑霞	曹代表昭懿	曹昭懿
羅代表永達	羅永達	吳代表進興	呂振富(代)
謝代表文輝	謝文輝	黃代表鶴珠	黃鶴珠
謝代表武吉	謝武吉	黃代表棟國	(請假)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	(請假)	葉代表宗義	葉宗義
陳代表宗獻	陳宗獻	李代表永振	李永振
盧代表榮福	(請假)	陳代表川青	陳川青
張代表嘉訓	張嘉訓	侯代表彩鳳	侯彩鳳
王代表正坤	(請假)	李代表玉春	(請假)
黃代表啟嘉	(請假)	吳代表肖琪	(請假)
洪代表啟超	(請假)		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

周雯雯

衛生福利部全民健康保險會

葉肖梅

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

朱智華

中華民國醫師公會全國聯合會

吳春樺、陳哲維

中華民國藥師公會全國聯合會

王韻婷

中華民國護理師護士公會全國聯合會

梁淑媛

台灣醫院協會

陳瑞瑛、何宛青、董家琪

陳俞文

本署臺北業務組

丁香豔、蔡翠珍

本署北區業務組

郭佩萱

本署中區業務組

何容甄

本署醫務管理組

蔡淑鈴、李純馥、林淑範

葉祝玫、蕭靜怡、李待弟

涂奇君、張淑雅、王玲玲

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄（議事錄）：請參閱(不宣讀)確認。

三、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(以下簡稱支付標準)診療編號 09138C「直接及間接膽紅素比值」之中文名稱為「直接及總膽紅素比值」案。

決議：

1. 本案洽悉。

2. 同意診療編號09138C「直接及間接膽紅素比值」中文名稱修改為「直接及總膽紅素比值」。

(二)102年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」

決議：本案洽悉。

四、討論事項

(一)有關 102 年支付標準調整建議案。

決議：台灣社區醫院協會代表建議採 102 年 10 月 3 日陳報衛生福利部之台灣醫院協會建議方案，惟本署考量本預算之用途係用於調整急重難症之支付項目，為兼顧層級平衡，在維持地區醫院整體調整後之占率不變原則下，故會議決議將本署修正方案及台灣醫院協會建議方案兩案並陳報部核定。

(二)支付標準第 5 部第 3 章安寧居家療護，新增「社區安寧照護」案。

決議：

1. 同意社區安寧照護（乙類醫護人員）納入現行本保險支付標準之「安寧居家療護」章節辦理，本項照護之重要規範如下：

(1)教育訓練：

A. 醫師及護理人員皆需接受安寧療護教育訓練13小時教育訓練課程及臨床見習8小時(至少安寧病房見習2小時，含視訊及e-learning)，始得提供社區安寧照護服務。醫師及護理

人員每訪視1位居家病人可抵免見習時數2小時。

B. 辦理本項業務之基層診所應以現行辦理安寧緩和之醫院為後援醫院，後援醫院資格如下：

(a)設有安寧病房或聘有之安寧緩和專長醫師及護理人員。

(b)設專門窗口負責個案管理。

C. 每年繼續教育時數為4小時(含視訊及e-learning)。

(2)支付標準：

A. 新增編號05328C「醫師訪視費用(次)」，支付點數725點。

B. 新增編號05329C「醫師訪視費用山地離島地區(次)」，支付點數797點。

C. 新增編號05330C「護理訪視費(次)」_訪視時間1小時以內(≤1小時)，支付點數770點。

D. 新增編號05331C「護理訪視費山地離島地區(次)」_訪視時間1小時以內(≤1小時)，支付點數847點。

E. 新增編號05332C「護理訪視費(次)」_訪視時間1小時以上(>1小時)，支付點數1,050點。

F. 新增編號05333C「護理訪視費山地離島地區(次)」_訪視時間1小時以上(>1小時)，支付點數1,155點。

3. 社區安寧照護支付點數之適當性，將於執行一年後再行檢討。

4. 配合上述新增事項及部分文字修訂，修訂後支付標準(如附件)。

(三)有關 Tw-DRGs 第 2 及第 3 階段項目導入案。

決議：關於 TW-DRGs 第 2 階及第 3 階段項目導入案，與會代表建議應有配套措施，包括導入 DRG 項目應自醫院總額排除，及應讓醫院多一點時間處理 800 多項內含材料的問題，本案予以保留至下次會議繼續討論。

(四)修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 83054B「腰椎腦脊髓液池體外引流」等兩項診療項目及總則十附表需事前審查之診療項目相關規範案。

決議：保留至下次會議討論。

(五)「胸腔鏡胸管結紮術」等 7 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案。

決議：保留至下次會議討論。

五、臨時提案

案由：有關是否再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」

決議：保留至下次會議討論。

六、散會：下午 6 時。

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第三章 安寧居家療護(草案)

通則：

一、申報本章各項費用之醫事服務機構需向保險人提出申請經同意後始可申報，以醫事人員教育訓練資格分為甲、乙兩類：

(一)甲類：設有安寧居家療護小組，小組內須包括安寧療護專責醫師、社工師及專任護理師等至少乙名，且小組成員皆需受過安寧療護教育訓練 80 小時(含 40 小時病房見習)以上，另繼續教育時數為每年 20 小時，小組成員更改時亦須通知保險人各分區業務組。

(二)乙類：

1. 醫師及護理人員皆需接受安寧療護教育訓練 13 小時教育訓練課程如附件及臨床見習 8 小時(至少安寧病房見習 2 小時，含視訊及 e-learning)，始得提供社區安寧照護服務。醫師及護理人員每訪視 1 位居家病人可抵免見習時數 2 小時。

2. 辦理本項業務之基層診所應以現行辦理安寧緩和之醫院為後援醫院，後援醫院資格如下：

(1)設有安寧病房或聘有之安寧緩和專長醫師及護理人員。

(2)設專門窗口負責個案管理。

3. 每年繼續教育時數為 4 小時(含視訊及 e-learning)。

二、收案條件：

(一)病患或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書或同意書(必要條件)。

(二)癌症末期病患：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。

2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。

3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如

(1) 高血鈣(Hypercalcemia)

(2) 脊髓壓迫(Spinal Cord compression)

(3) 急性疼痛(Acute pain)

(4) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)

(5) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)

(6) 出血(Bleeding)

(7) 腫瘤(塊)潰瘍(Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)

(8) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)

(9) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)

(10) 癲癇發作(Seizure)

(11) 急性瞻妄(Acute delirium)

(12) 急性精神壓力，如自殺意圖(Acute Psychological distress, Suicide attempt)

(三)末期運動神經元病患：

1. 末期運動神經元病患，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及／或間接相關症狀者。

(1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

(2) 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、

低效型通氣不足、疼痛。

2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(四) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者(相關症狀等條件詳附表)：

1. 老年期及初老期器質性精神病態
2. 其他大腦變質
3. 心臟衰竭
4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
5. 肺部其他疾病
6. 慢性肝病及肝硬化
7. 急性腎衰竭，未明示者
8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

(五) 經醫師診斷或轉介之末期狀態病患，其病情不需住院治療，但仍需安寧居家療護者。

(六) 病人之自我照顧能力及活動狀況需符合 ECOG scale (Eastern Cooperative Oncology Group Scale) 2 級以上(對照 Patient Staging Scales, PS, Karnofsky : 50-60)。

三、 服務項目：

(一) 訪視、一般診療與處置。

(二) 末期狀態病患及其家屬心理、社會及靈性等方面問題之照護。

四、 收案及核備程序：

(一) 收案對象需經醫院所甲類安寧居家療護小組專責醫師評估或乙類醫師評估，開立「安寧居家療護收案申請書」，始得申請收案，安寧居家收案申請書一式二聯，第一聯送保險人備查、第二聯醫院所備查，始得申請收案；保險醫療事服務機構或護理機構應擬定完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，應檢具安寧居家療護收案申請書，送保險人各分區業務組備查，保險人各分區業務組得視情況實地評估其需要性。經核定不符收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由院所自行處理。

(二) 保險醫療事服務機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分證明文件及居家照護醫囑單(非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後 24 小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。

~~(三) 保險醫療機構或護理機構應擬定完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，應檢具安寧居家療護收案申請書，送保險人備查，保險人得視情況實地評估其需要性。經核定不符收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由院所自行處理。~~【合併於四、(一)】

(三) 對保險人各分區業務組核定結果如有異議，自核定通知之日起六十日內，應依序循申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。

(四) 安寧居家療護收案及延長照護申請案件，回歸一般醫療費用抽審作業。

五、 照護期限：

(一) 每一個案收案期限以四個月為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具安寧居家療護收案申請書送保險人轄區分區業務組備查。

(二) 照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起 30 日內再申請照護者，應以延長照護申請並以接續日起算，每次延長照護以三個月為

限，不得以新個案申請。

- 六、為快速回應居家安寧病人發生緊急狀況，申報本章節之院所機構應提供安寧療護護理專業人員 24 小時電話諮詢服務。
- 七、本章節訪視時間計算自到達病患家中起算，至離開病患家中為止，且訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章。(自護理訪視費備註移至此)
- 八、山地離島地區係指依行政院衛生福利部公告之「~~山地離島地區醫療服務促進方案辦理~~」「全民健康保險對象免自行部分負擔費用辦法」第 8 條附表 6 全民健康保險山地離島地區一覽表範圍辦理。(自護理訪視費備註移至此)

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	備註
05312C	<u>甲類：</u> 醫師訪視費用(次)	v	v	v	v	1,035	
05323C	醫師訪視費用山地離島地區(次)	v	v	v	v	1,139	
<u>05328C</u>	<u>乙類：</u> 醫師訪視費用(次)	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>725</u>	新增本項
<u>05329C</u>	醫師訪視費用山地離島地區(次)	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>797</u>	新增本項
	註： 1. 訪視次數每一個案每週以乙次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週乙次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位醫師每月訪視次數以 45 次為限。						
	一訪視時間 1 小時以內 (≤1 小時)						
05313C	<u>甲類：</u> 護理訪視費(次)	v	v	v	v	1,100	
05324C	護理訪視費山地離島地區(次)	v	v	v	v	1,210	
<u>05330C</u>	<u>乙類：</u> 護理訪視費(次)	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>770</u>	新增本項
<u>05331C</u>	護理訪視費山地離島地區(次)	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>847</u>	新增本項
	一訪視時間 1 小時以上 (>1 小時)						
05314C	<u>甲類：</u> 護理訪視費(次)	v	v	v	v	1,500	
05325 C	護理訪視費山地離島地區(次)	v	v	v	v	1,650	
<u>05332C</u>	<u>乙類：</u> 護理訪視費(次)	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1,050</u>	新增本項

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	備註
<u>05333C</u>	<u>護理訪視費山地離島地區(次)</u> 註： 1. 護理人員訪視次數每一個案每週以 2 次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週 2 次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位護理人員每月訪視次數以 45 次為限。 3. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代取藥、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用在內。	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1,155</u>	<u>新增本項</u>
05326C	臨終病患護理訪視費	v	v	v	v	2,500	
05327C	臨終病患護理訪視費山地離島地區 註： 1. 限訪視臨終病患，且 ECOG 大於 3 級以上(含 3 級)之病患，實際訪視時間在 2 小時以上(含 2 小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限 1 次。 2. <u>甲乙兩類醫事人員皆可申報。</u>	v	v	v	v	2,750	<u>1. 刪除文字。</u> <u>2. 新增備註2。</u> <u>3. 將原備註1移至護理訪視費備註3，餘項次移至通則。</u>
05315C	其他專業人員處置費(次):目前僅限於社會工作人員 註： 1. 現暫定為社會工作人員。訪視次數每一個案每週以乙次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週乙次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位專業人員每月訪視次數以 45 次為限。	v	v	v	v	700	
05316C	病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, PCA) 註： 1. 所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。 2. 每一個案每月限申報 2 次。	v	v	v	v	1,260	

附表

一、老年期及初老期器質性精神病態

1. 必要條件：CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：病人沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)

二、其他大腦變質

嚴重神經疾病如：嚴重中風，嚴重腦傷，Multiple sclerosis, Parkinson's disease, Huntington's disease 等退化性疾病末期，合併以下狀況：

1. 末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡(Electrolyte unbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)。
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)
2. 末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

三、心臟衰竭

心衰竭末期應最少符合下列二個指標：

1. CHF NYHA stage III 或 IV - 休息或輕度活動時會喘。
2. 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。
3. 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。
4. 雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀如下：
 - (1) 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者
 - (2) 曾有心臟停止或心肺復甦術病史
 - (3) 常有不明原因的昏厥
 - (4) 心因性腦栓塞
 - (5) 左心室射出分率(LV ejection fraction) $\leq 20\%$

四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

慢性阻塞性肺病 Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD

休息時就會喘，且病況持續惡化（如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院），合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV1} \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100beat/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀（如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱）或多重合併症。

五、肺部其他疾病

Cystic fibrosis, severe fibrotic lung disease 等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化（如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院），合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV1} \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100 beat /min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀（如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱）或多重合併症。

六、慢性肝病及肝硬化

必要條件：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且

(1) $\text{PT} > 5 \text{ sec above control}$ 或 $\text{INR} > 1.5$

(2) $\text{Serum albumin} < 2.5 \text{ g/dl}$

合併下列任一項症狀

1. 困難處理之腹水 (Refractory ascites)。
2. 自發性細菌性腹膜炎 (Spontaneous bacterial peritonitis)。
3. 肝腎症候群 (Hepatorenal syndrome)。
4. 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 (Encephalopathy with asterixis, somnolence, coma)。
5. 復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。
6. 多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。
7. 惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

七、急性腎衰竭，未明示者

acute renal failure, unspecified

1. 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：
 - (1)其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2)長期使用呼吸器
 - (3)嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4)惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5)惡性腫瘤末期患者
 - (6)因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 585 (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及 586 (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified)兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD)第 4, 5 期病患($GFR < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1)其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2)長期使用呼吸器
 - (3)嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4)惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5)惡性腫瘤末期患者
 - (6)因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

乙類(社區安寧照護)醫護人員教育訓練課程內容

序號	課程名稱	時數
1	安寧緩和療護的哲理、現況與展望	1
2	末期疾病症狀評估與控制總論	1
3	末期病人的心理社會需求	1
4	末期病人的靈性需求	1
5	末期病人之家屬的照護及悲傷輔導之臨床實務運用	2
6	安寧緩和醫療條例與相關法律之臨床運用	1.5
7	安寧療護臨床決策的倫理與困境	1.5
8	出院準備與安寧居家療護	1
9	老人及十大末期疾病的安寧緩和療護	2
10	社區安寧緩和療護	1
合計		13

- 另臨床見習 8 小時學習目標放置於本署全球資訊網，路徑如下：[首頁](#) > [醫事機構](#) > [網路申辦及查詢](#) > [安寧療護\(住院、居家及共照\)網路查詢服務](#)。

102 年度第 4 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

主席

102 年度第 4 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正式開始，現在就按會議議程開始進行。

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(以下簡稱支付標準)診療編號 09138C「直接及間接膽紅素比值」之中文名稱為「直接及總膽紅素比值」案。

主席

請各代表針對報告案第一案表示意見，若沒有疑義，就洽悉，依程序報請衛生福利部核定發布，接下來第二案報告。

第二案

案由：102 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」

主席

請各位代表針對報告案第二案 102 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」，有沒有要提問的。

李代表永振

我建議健保署將來針對像這一種案例，是不是可以提供給與會人員一個參考方式，不然我們討論半天，現在報告的結論跟當時我們討論的完全不一樣，浪費一、二個小時的時間，應該要考慮一下，謝謝。

主席

李委員，我們上次會議決議是以甲、乙二案報部，部裡核定回來的情形，請醫管組說明。

李專門委員純馥：

確實上次這個案子大家討論的非常久，不過報到部裡面是覺得說這二個方案都覺有待商榷，那畢竟醫院整體方案依法是要報到部裡面去核定，所以部裡面是希望我們是不是可以配合一下，所以去做了一些調整，可是原則上還是三個部份，品質指標報告、符合評鑑的人力及新增護理人力，只是我們本來講調高住院護理費那一部份，不調支付標準，預算五億做住院護理費的補助，用意是希望挹注到偏鄉的醫療院所，我們過去這幾年做下來，已經造成偏鄉比較不容易聘得到護理人員，所以還是希望可以落實在護理費，只是我們這次的寫法是寫補助，是因為我們是專款，不是一般部門預算，直接去調整一般部門的支付標準會有比較大的問題，所以我們這一次是以院所申報的護理費項目，直接核算加計的數點給大家，也不用請院所再來申報，並回溯到 102 年 1 月 1 日，所以整體作業上，就是希望雙方能夠比較認可這樣子的做法，以上。

朱代表益宏：

主席，因為現在署裡面擬的案子是有調高護理費，那我想說那這個五億在總額協商的時候，事實上付費者並沒有把他放到一般預算裡面，還是在專款，專款照理說你今年度使用完就沒有錢了，所以這一部份署裡面要怎麼處理，因為你既然支付標準調整，如果說在今年 12 月這個明年度的案子沒有的話，那是不是這個支付標準要把他調回來還是怎樣處理，這個要說明一下。

李專門委員純馥：

可能我表達不是很正確。

朱代表益宏：

那是不是因為支付標準要調整？

李專門委員純馥：

沒有，我們看到資料的 2-15 跟 2-16 頁，就是我們原來在我們方案裡面是寫調整支付標準，可是後來我們就把他調整成補助點數，也就是說基本上比如說這個第一項目 03026K 一般病床的護理費，那原來他本來就有一個點數，那院所還是照那個點數來報，只是我們會以這個項目你們申報的量，我們會酌於補助 24 點，也就是支付標準的點數不動，那明年如果沒有這樣子的專款，那我們這一個項目就不會補助，用這種方式來處理。

朱代表益宏：

那如果是這種方式，基本上我是同意，但是你現在是說補助點數，但專款基本上是用金額去算，所以到時候那個點數，你補助的時候還要乘上浮動嗎？

李專門委員純馥：

那是因為他有一個額度是五億，因為我們這一個補助點數基本上是以過去的量用 5 億額度去推估的，那或許今年我們有成長或是等等的，可能會造成額度超過，所以我們會去做一點點浮動，可是這部份因為還沒有算，所以我們會以一年整年做，那院所當然也不用做任何的計算，我們會統一一起做。

主席

那這樣大家清楚了，這是 102 年有關住院護理照護品質的經費，部核定的方案內容，如果沒有其他疑問的話，好，請護理師公會林代

表綉珠發言。

林副主任綉珠（高代表靖秋代理人）

護理師、護士公會全國聯合會在這邊感謝部裡面跟所有委員對本案的支持，謝謝。

主席

好，那我們這個案就洽悉，然後我們會按照部裡面最後核定的結果去執行，接下來進行下一個議程討論案。

討論事項

第一案

案由：有關 102 年支付標準調整建議案，提請討論。

主席

有關討論案第一案：102 年支付標準調整案，尚未取得共識部分本署同仁綜整如說明三，請各位代表針對此部分提出討論。

謝代表文輝

主席，各位委員、各位先進，首先非常感謝健保署的長官對這個案的用心，從 8 月 2 日、8 月 29 日與這次總共三次，我首先表示感謝，首先我要請問的第一點，財務預估部分，推估點數是申報點數還是已經審核完的給付點數呢？第二個，我覺得這個案子今天應該可以討論，因為基本上我們沒有否定上一次會議的共識，感謝上一次會議所有與會的委員的支持，我們的共識就是支持台灣醫院協會的版本，因為醫院協會的版本是寫得比較原則性的，當天開會到大家取得共識時已經很晚了，所以有一些細節有出入，應該比較不涉及當時的共識，

所以今天再提出來討論，把他做得更好，希望經過詳細的討論以後，未來不論內部的這些專家、實務的或外界的人都能夠看得懂且支持這個案，希望這個案不再有瑕疵，這是最大的感謝。首先我要確認的是，第一、顯然署裡已經接受上次會議的共識案為基礎，就是說 102 年支付標準調整案的基礎是以 101 年費用申報點數層級占率，醫學中心為 41.32%，區域醫院為 40.36%，地區醫院為 18.32%，這是在 8 月 29 日共同擬訂會議資料 18 頁，也就是台灣醫院協會的版本，顯然我們這次是以這個為基礎，首先確認這個；第二、如果沒有問題未來我們就是以這個為基礎，等一下也許會做細部調整，調整完了以後，希望可以依這個比例去再確認、確算，如果有不對的再調整，以確保維持醫院協會第一點最重要的基本共識，這其實也回應了上星期五健保會，本來 103 年署裡提出要 20 億的預算調高支付標準，但消費者代表謝天仁委員就說：「我們一直在爭取預算，謝委員就說你們不要再爭取了，爭取也沒用，每次支付標準越調整就越頭重腳輕，你們也拿不到錢，像今年度 102 年地區醫院差了 3 億多健保署不給你們。」事實上，我覺得如果按照醫院協會的版本就符合謝委員的要求，支付標準的調整就不會頭更重、腳更輕，至少維持本來的平衡，這點是首先要確認的。第二點，如果調整後地區醫院點數占率不符比例，可先用來調地區醫院急診診察費，本來調整方案裡面，現在有一點點要思考的，現在請大家看附件 9，3-7 頁裡面急診檢傷分類第一級調 80%，第二級 32%，第三級 19%，因為我們要鼓勵地區醫院儘量看急診，把中、小病的急診病人擋在地區醫院，因為地區醫院可以有急診不做分級，一部份的地區醫院有做分級，一部份沒有做分級，而醫學中心跟區域醫院被要求一定要做分級，今天健保署的提案是把沒有做分級的，以及第四及第五級地區醫院加成 25%，要拜託署裡稍微微調，因為這樣會產生一個很尷尬的狀況，就是地區醫院有檢傷分類第一級調 80%，第二級 32%，第三級比較困難的是 19%，但第四級、第五級比較簡單的反而加成 25%，

建議把醫學中心、區域醫院、地區醫院全部第三級急診診察費都調25%，第四及第五級也都加成25%、25%，至少未來地區醫院有分級的看起來不會很怪，或是全部改成調19%也沒有關係，這是第一個建議。因為現在是將預算先扣已有共識的所需的部分，剩下再去調地區醫院部份，今天前面這二項如果確定以後，只剩下一小部份要討論，目前署裡希望剩下的預算用來調地區醫院基本診療章的住院診察費，包括加護病房；地區醫院希望調整急重難科別的門診診察費，今天大概只剩下這個爭議，就只要集中來討論這個問題，討論完後，重新調整以後，拜託健保署重新依調整結果計算各層級醫療點數占率，把他精算好，不足的部分按照比例看怎麼調整。

主席

第一個我先回應剛剛謝代表提到，有關地區醫院的占率，已經考量您們一直很堅持的層級平衡的部份，確實按照台灣醫院協會提出的占率沒有改，這一點先跟您確認。至於您剛剛提到的推估點數是申報點數或是審核過的點數，等一下健保署同仁會回應。第三個，您提到急診檢傷分類第一級、二級、三級、四級、五級診察費，因為地區醫院有的有做檢傷分類，有的沒有做，到底怎麼調整比較合理，這個意見我們會列入參考，當然我們也會把您今天的發言也一併陳報到部裡。另有關推估點數是申報點數還是審核後點數的問題，請醫務管理組回應。

林科長淑範

剛剛謝院長提到我們在推估費用時，推估點數是用核定點數還是申報點數的問題，因為我們是以申報量乘上支付點數及成數，所以原則是申報點數。

謝代表文輝

這個部份，我要補充一項，因為本來有預估影響點數是超出預算，如果是申報點數，比較精確的應該要再減掉核減的比例，因為預估沒辦法百分之一百準確，因為預估是用 101 年的申報量，所以我覺得比例稍為有出入，大概所有的與會委員就不必這麼在乎了，因為 102 年實際發生情形跟 101 年不會百分之一百一樣；第二個，現在預估是用申報點數，不是實際給付的點數，所以我認為大家不要堅持一定要剛好 50.55 億，只要差距不要太大，應該不會超過預算，我問這個問題的目的是讓大家不要堅持一定要正好 50.55 億。

陳代表雪芬

之前台灣醫院協會提供的那個版本是三個層級有高度共識的決議，對於剛才的問題，我先幫健保署回答，預估只能用申報點數，因為上次的估法也是用申報點數去算出來，所以可能沒有辦法用真正的核定點數來算各層級占率；第二點，當時醫學中心同意用申報點數來估算，是因為 50.55 億本來就屬於一般預算，所以我們希望說服健保署理論上三個層級應該依占率拿到這筆錢，我們也不忍心讓地區醫院得不到這個預算，這是我們當時的初衷，所以今天健保署的提案，我覺得應該比較符合我們的期待，不過現在比較擔心是附件 9，3-7 頁，急診診察費的第一級要調高 80%，從 918 調到 1,652，地區醫院有沒有那種病人，理論上我覺得一般地區醫院的第一級急診病患應該是要往外送，而這樣子到時候就會調不到地區醫院，上次會議我們也贊成地區醫院，就是說他們的問題跟醫學中心不一樣，在各區也是不一樣，本來我們也是希望在某些門診上面就多支持他們的意見，因為他們才是真正的執行者，不過今天提案是這樣，如果地區沒有太大意見，我想也還好，只是醫學中心這邊有人有意見，百分比這樣調在我們這一端有點看不下去，我是希望醫學中心這邊如果要讓這個案子通過，就不要這麼介意，支持地區醫院的意見，以上。

李專門委員純馥

我說明一下，剛剛附件 9，3-7 頁的第一個項目，這三個就是上次的方案，而且是三層級一起調整，有部分微調是因為檢傷分類第三級之急診診察費要調高為 19%。

黃代表雪玲

大家可以翻閱上次的會議記錄，上次會議決議與本次會議不同：本次一級調為 80%，二級調為 32%，本來第一級是調高 87%，第二級是調高 35%，在上次的會議大家根本沒有意見，是有通過的，而且大家可以翻到前面的會議記錄，也是有通過的，今天議程第 5 頁調高檢傷分費第一至三級之急診診察費，上次的會議記錄都已經通過了，我們對地區醫院檢傷分類第四、五級要調 19%或 25%沒有意見，但調整的時候應該就現有要分配給地區醫院的部份去做調整，沒有必要再去砍第一、二級本來已經通過的調幅，這樣就是等於是砍醫學中心的預算。

朱代表益宏

主席，上一次台灣醫院協會的案子其實是具有高度共識的，包括三個層級都沒有意見，付費者、學者專家，大家一致都同意用上一個案子，現在我看這二個案子，當然急診的調整是一個爭議點，檢傷分類第一級原來是調高 87%現在調成 80%，主是因為署裡希望把一、二級降低去調整地區醫院這一塊，那上一次的案子是全部把他都…，不是嗎？

謝代表文輝

這個其實不是關鍵，我剛剛為什麼要確認那個比例，因為那才是關鍵，其實我們上一次對急診第一級要調 87%、82%、90%，我們都沒有意見，我們只有講一個，調整的時候要讓地區醫院的支付看起來合理，上一次的版本，前面我不記得，因為我不在乎調多少，那邊調得多，這邊就調得少，這裡拿得多，其他就拿得少，整體的比例地區醫院就

大約是 18.32%，那才是最關鍵的基本點。我們那時候是說，上一次的方案把第三級的檢傷分類調高 17%，第四級、第五級加成 19%，以後地區醫院有看起來分級的就會很怪，第一級調幅很高百分之 80 幾，沒有問題，因為最困難，第二級，百分之 30 幾，也沒有問題，第三級 17%，第四級、第五級是比第三級更輕鬆的，反而調為 19%，所以我們上次的建議不在這些細節，我們在意的是給地區醫院的要一致，第三級降調 17%，第四級、第五級也都調 17%，我們都沒有意見，因為這樣看起來比較順，不然外面的人問，我們也不知道怎麼回答，所以我是覺得第一級、第二級要怎麼調都沒有關係，但調完以後要試算，使每個層級的占率維持最基本的共識，所以我覺得這些都不是重點，未來調整完以後，若醫學中心占的比例下降，就再找別的地方再加上去，使比例維持一致，當然像第一級、第二級地區醫院的個案是比較少，但是還是會遇到，突然遇到要 CPR、要急救的病患還是有，如果遇到比較少，就拿比較少的預算，就是依個案申請，這個也沒有什麼好爭議的，謝謝。

羅代表永達

主席，目前在台灣醫院協會裡面三個層級的共識是很確定的，就是不管怎麼調，我們希望以 101 年的申報點數為基礎，各層級的占率要確定，這是一個原則，這是第一件事情；第二件事情，今天的大家認為最有爭議性的，其實不是急診這一塊，而是地區醫院門診這一塊，門診以地區醫院來講，地區醫院大家非常的了解，現在很多醫學中心本身也有經營很多的地區醫院，所以很了解地區醫院的經營形態真的很不一樣，有很多地區醫院雖然大部份是住院，譬如 RCW，可是他也有幾個門診，支付標準調整 50.5 億本來適用調整急重症項目，希望將來急重症的科別能有更多的醫師參與，這是我們一開始的初衷。這個初衷裡面大家不要見樹不見林，只看到現在醫學中心做什麼，可是如果

沒有人願意到地區醫院去，地區醫院就永遠沒有急重症的醫師，什麼情況下他們會去地區醫院，我舉一個外科醫師的例子，假設一個外科醫師現在看診一個病人，換藥只有 47 點，在地區醫院要讓他開大刀，地區醫院又沒有那種病患，他要不要到地區醫院，今天即使有急診，可是因為沒有外科，創傷病人沒辦法開刀，病人還是必須轉去醫學中心，結果還不是一樣，只是多了一個轉折而已，所以還是鼓勵說在一般的創傷的內出血或是外傷的情況下，80%、75%的情況下能夠在地區醫院處理，急診室的存在才有意義，怎樣能夠維持，他可能一個月只遇到三件、五件，這樣的情況下唯一的做的，就是醫學中心病患還沒有痊癒，需要換藥的到地區醫院來，或是在看門診的過程當中，能夠篩選，如果是因應這樣的目標的話，應該分配給地區醫院做，不是全部，而是所有做急重症的科別，像內、外、婦、兒科等科別的醫師，給他們一些獎勵；為什麼社區醫協會在台灣醫院協會會提出調整門診這個部份，因為我們的差異性真的很高，為了要鼓勵，所以我們覺得能夠讓所有地區醫院都能夠拿到這一筆預算的項目就是調整門診，就是大家在討論這個過程中的一個邏輯，所以為什麼大家一直覺得只要提到急重症，門診就不是急重症，我是覺得這個邏輯是不對的，所以我們才一而再，再而三去尋求醫院協會本身內部的共識，可是我們始終得不到署裡面長官的支持，每次都告訴我們，因為消費者代表提出的是這樣子，因為醫院層級本身必不是，層級概念也不是這個樣子，我們內部也沒有達到那個差異性，可是署裡面就提出醫院的層級裡面會不會有這樣的爭議，我覺得很奇怪。第二個，消費者是不是這樣講，剛才聽謝理事說在健保會裡面人家也不是這樣講，到底署裡面在擔心什麼，我覺得我們原來的訴求應該是很合理，合乎邏輯、合乎現實，是實際上在操作醫院希望將來在整個醫療生態能夠不要頭重腳輕，很重要的一環，可是每次提每次被打回來，我在此表示我們的抗議，以上。

主席

好，請謝代表發言。

謝代表文輝

講到這個當然有一點覺得心灰意冷，我再重複一次上星期五的健保會提過的，我們一定要認知大小醫院的差異性，尤其地區醫院差異性更大，今天健保署所提的調整地區醫院住院診察費的方案，今天在座的地區醫院代表都比較有利，因為我們三家是中山紀念醫院、清泉醫院，都有一百多床，在地區醫院裡面是比較具規模的地區醫院，我們的生物鏈就是這樣，大醫院若照道理來說應該做重症、救命的住院比較多，到最後診所幾乎都是門診，只有少數婦產科生產以外，幾乎99%都是門診，越接近鄉鎮越鄉下，像葉代表在彰化比較鄉下，那30、50床小醫院可能有80%是門診，只有20%是住院，現在越小間的醫院越有內外婦兒科，四大皆空、五大皆空的問題，因為他沒有次專科，他沒有心臟科，他沒有心臟超音波，所以那邊才是在大醫院升不上去當內外婦兒科主治醫師，訓練以後的前途就在那裏，如果要讓那裡的地區醫院發揮功能，就是要讓那裡有醫師，那裡沒有嚴重的個案，都是中小病而已，小間地區醫院本來就是看中小病為主，大部份都是門診，晚上急診可能只有10多個或20個，也沒有很嚴重的，所以不管哪一科都要讓他能加到錢，因為這裡醫師都是一科一、二個人而已，請不起一群人，內科可能只有二個人，外科只有一個，一年365天輪班，所以醫院都是保障薪水，就是晚上值一個班，給一萬五、二萬，所以要調整一定要讓他們拿得到，如果調整住院診察費，也只是大都加到我們這些比較大間的地區醫院，所以如果照健保署長官規劃，就會像謝天仁委員說的越分頭越重腳越輕，例如第一次健保署提的調整500多項後，地區醫院只剩下10%左右，拿不到一半，所以今天我們一定要代表小間的地區醫院說話，小間地區醫院主要就是做內外婦兒科，沒

有其他別科，加開刀費能加多少錢，他們一個月不到三台，就是沒有用，要加到門診那邊，他才拿得到，基本上他們的門診不少，要讓大小的地區醫院都拿得到那筆預算，要解決內外婦兒科的問題，我相信消費者委員的期待是真正有需要的，我們要幫助得到，所以地區醫院要用不一樣的做法，健保署每次的提案消費者都很支持，上星期五為什麼通通砍掉，理由就是「預算加一加結果頭重腳越輕，叫我們不要再爭取了，反正也拿不到，地區醫院這次差了三億多，健保署也不想給你們」，經過這次的經驗，我建議健保署，因為每次不管消費者代表、醫院代表在研擬方案都是用健保署的方案當基礎，大家再來提議，以後應該要分開項目，就是小醫院與大醫院區隔，大醫院就鼓勵收比較嚴重的個案，住院的病患，不要做輕病，不要讓輕病占滿病床，嚴重的病人反而沒有病床，另外再開一條項目，提升社區醫療品質，只針對社區醫院，設立名目給予補助，或是加到門診。健保署為什麼建議要調住院診察費就好，因為住院診察費就是基本診療章，就是各層級都不一樣，有一部份疾病，例如開盲腸，醫學中心跟地區醫院拿一樣的錢，這叫同病同酬，這在健保法有規定，但基本診療章沒有規定要一樣，所以病床費，醫學中心就比地區醫院還要高，其實門診診察費也不一樣，所以調整地區醫院不會破壞均衡，基層跟醫院不一樣，中醫、牙醫跟西醫也不一樣，表面上醫院裡面，醫學中心、區域醫院、地區醫院都 228 點，但其實內容不同，醫學中心跟區域醫院都只有一套合理門診量，超過要打折，地區醫院沒有，所以基本診療章就沒有所謂一樣，所以地區醫院所提出，依法符合健保法的規定，第二不會破壞均衡性，所以為什麼醫學中心這些大哥大姐因為真的很了解地區醫院的苦處，支持地區醫院，讓我們調整門診，他們也很客氣、很尊重消費者，所以沒有說要調門診，不然理論上依據衛生署 102 年的公告，調整支付標準解決急重難症科別，支付標準也包括門診診察費，醫學中心也沒有提出來要調整門診診察費，因為他們知道消費者很在

意這個，地區醫院提出來是真的有他的需要，若依照健保署的案子，我們三個醫院是不錯，但我們對小間的地區醫院無法交待，因為他們實實在在是做內外婦兒科，最缺乏的就是這些醫院，今天其實沒什麼爭議了，主要就是這點，上星期五謝天仁委員已經開示的很清楚了，不是像健保署的長官解讀的不能調門診，是反對大型醫院調門診，這個大家要再溝通，因為其實門診是偏低，對醫學中心、區域醫院都是偏低，但這個還要經過溝通，在沒有溝通前，今天醫院協會的版本是很尊重消費者，醫學中心、區域醫院都沒有調整門診，只有地區醫院，所以我覺得衛生署的長官，拜託，拜託，那天消費者委員也說的很清楚了，明年是因為你們用一項一案的方式，人家會質疑連一毛錢都不給，今年這個方案完全符合期待，拜託接受地區醫院調門診診察費，當然調門診診察，這個我要說一下，就是說唯一有一個我們後來補充的是因為這次的公告是調整急重難科別，上次是全部都調，所以我們覺得這樣會被外面的人講話，因為有人會問皮膚科為什麼要調，耳鼻喉科為什麼要調，復健科不一定要調，醫容、整形的不用調，所以我建議如果署裡的長官支持地區醫院調門診診察費，細節我們可以再跟醫管組再研究一下，因為部裡的長官問我們，你們的案子怎麼有調整整形外科、美容的，其實整形外科屬於美容的部份我們要質疑，但整形外科有很多很嚴重，但因燙傷燒傷做整形那是另一個部份，如果大家同意這個，細則的部份我們再跟醫管組討論，就是提供一個不要讓署被說話，符合衛生福利部公告的方案，謝謝。

主席

好，還有其他委員要表示意見嗎？朱代表請。

朱代表益宏

主席，也跟付費者代表報告一下，地區醫院的費用結構跟醫學中心不太一樣，差不多 70%是在門診，30%是住院。依照署裡面新擬的案

子，要調住院診察費，意思就是說，平均來講，以地區醫院大概 30% 那一部分裡面才能調整一點點。所以為什麼地區醫院一直希望把它放在門診診察費，因為他主要工作是在門診，這也不能怪地區醫院，因為在分層級的醫療狀況之下，地區醫院本來就接近基層醫療，是以門診為主。那我們希望既然地區醫院是以門診為主，應該是調門診給予鼓勵，結果署裡面調整住院，我不明白這是甚麼意思。又舉例說、講的理由說是因為 102 年付費者代表提出預算調整等等等是不包含門診診察費，但是 102 年事實上是兩案併陳到衛生福利部，衛生福利部最後核定意見並沒有規定 50.55 億不能調門診，這可以去查記錄。就是說，當初兩案併陳的時候，醫院的版本是部分要調門診，付費者這邊是落入文字說不能調門診，最後署裡面核定是採中立，並沒有說不能調門診，今天署裡面把付費者的意見拿出來，其實署裡面應該引用衛生福利部最後核定的意見，針對 50.5 億核定的意見，並沒有說不能調門診。所以看 3-2 頁，健保署裡面提的這幾點意見，最後說不能調門診就是，第一個引發同病不同酬的疑慮，剛剛講過診察費本來在很多地方不一樣，沒有所謂同病不同酬的疑慮，這是第一點。第二點，這邊特別提到因為付費者代表有提不含門診診察費，我剛剛講這是付費者代表的意見，但是衛生福利部最後核定的並沒有這樣的意見。第三點，我再補充剛剛講，地區醫院其實主要健保收入來源是靠門診，結果對於主要的東西不獎勵，獎勵住院，住院他做不到反而越來越萎縮，因為住院主要靠病人，要上游的醫學中心的病人級醫療把他往下轉，才會有患者。現在你沒有去做這一部分，你跟他說我補給你，沒有患者，看的到吃不到，實際上是口惠實不至。所以我們再次呼籲，包括醫院代表、付費者各代表，能夠支持原來上一次醫院協會版本，特別是對於調整門診診察費這一部分，真的拜託付費者給我們支持一下，因為健保署這案子對我們真的完全沒有幫助，錢豈然兩、三億我們也希望錢花在刀口上，結果卻不是花在刀口上，只是看到數字說有給他

補助，這對整個生態沒有幫助，所以拜託大家支持地區醫院原來的案子，希望放在門診診察費，這樣才實惠，這才是把錢花在刀口上，謝謝。

主席

好，還有沒有其他委員有意見？如果沒有，健保署會依據今天已有共識的部分，即按照地區醫院所謂的層級平衡，依據地區醫院醫療費用占率 18.2%的比例分配預算，連同地區醫院代表針對調整門診診察費，與本署方案不同之處一併陳報到部裡面，還有沒有其他意見？

朱代表益宏

各位，意思應該不是這樣子，好像只有地區醫院有意見，其他代表都支持署裡意見，其實是其他代表是沒有發言，至少在上一次會議所有代表都支持放在門診，這個我要先澄清，上一次會議是所有代表支持地區醫院這一塊放在門診。今天大家沒有表示應該是回到支持上面的意見，除非大家反悔不支持放在門診改支持署裡意見，不然不能寫說今天的會議中只有地區醫院表示要放在門診，其他人的意思是其實是支持原來上次的共識版本，意思是這樣。

主席

我要澄清一下，上次會議很清楚是支持那個版本，但是將針對調整檢傷分類第四、五級之急診診察費、地區醫院門診診察費加成等部分，健保署與基層有疑慮的部分也一併報部，現在部回函請健保署重新研擬調整方案，所以不能說大家只支持上次會議台灣醫院協會的版本，我要特別澄清一下。

謝代表文輝

我覺得很不好意思，剛剛地區醫院可能說得太急太多，是不是給

其他委員表示意見，這樣協商才有意思，應該請消費者或是其他委員表示意見。

主席

我剛剛已經詢問了各位代表的意見，並沒有提出。

侯代表彩鳳

剛剛聽了以後，如果真的有機能性的問題，針對地區醫院尤其是小診所、小醫院，也不能不讓他們有生存的空間，因為比較鄉下地方，民眾的就醫權益也要保障，但因為隔行如隔山，聽在座代表的發言，我覺得說的都有道理，至於健保署的專業性也是要尊重。我的想法是剛剛幾位代表說得很對，小間醫院住院機率少於大間醫院，如果加在住院診察費部分，可能對小型地區醫院會比較吃虧一點，所以請副署長主持會議時也考量一下。

主席

目前健保署提出來的調整方案，就是依據上一次共識，併同有疑慮的部分報部後，部要求健保署重新研議調整方案，本署據此重新研議並提出本次提會方案，惟地區醫院認為還是要維持原來報部的方案。剛剛結論的意思是，地區醫院的意見健保署會一併報部，再由部裡的長官核定，並不是只將健保署的方案報部，而是併同地區醫院代表要調門診診察費的意見一併報部。

朱代表益宏

主席，請大家看一下今天會議資料第 3-1 頁，括弧三提到，衛生福利部退回原因，第一點，因為上次開完會後已經報部，後來在 10 月 3 日又重新報部，中間內容有做修正，衛生福利部認為原來開完會所報的方案與修正的方案不同，這是第一點。第二點，因為健保署這邊有

疑慮，所以希望它退回來再研議，並不是衛生福利部認為調門診診察費不妥，因為文字中並沒有提及調門診診察費不妥。所以只是說兩次報部的案子不一樣，是不是再協商，另外，健保署對這案子有疑慮，是否大家再協調。看衛生福利部意思是這樣，衛生福利部並沒有說調整門診診察費不妥，我覺得不能誤導各位委員，所以拜託各位委員要支持我們。

林院長仁卿（徐代表弘正代理人）

我看好像也希望地區醫院發言，其他代表也要我發言，我是很簡單，就支持主席的講法，就這樣子。

林代表淑霞

我是代表區域醫院，地區醫院的終極目標，最關心的是能夠確實穩住 18.3% 的占率，在第 3-2 頁，目前健保署提出來的建議一、二、三點，有沒有試算過這樣調整以後，地區醫院是否能維持占率，我想他們可能最擔心應該是這一點。那如果有試算，請地區醫院要不要確定這可行性或接受程度為何？因為的確在門診的部分也許另有比較折衷方式，是否可以針對偏遠地區醫院的門診診察費另做調整，這是一個建議。

主席

謝謝，接下來請林院長再重複一次您的意見。

林院長仁卿（徐代表弘正代理人）

我想這樣會開不完，地區醫院也是好朋友，旁邊的代表也要我發言，我很簡單，我支持主席剛才的裁示，謝謝。

補充說明：既然 50.55 億的費用適用在急重難症科別，改善 5 大科皆空的醫療情況。主席有提到衛福部對於地區醫院要提高門診診察

費已有裁示。主席裁示上述 1.2 點要提給衛福部處理，所以我支持主席此種裁示。

王副秘書長秀貞（謝代表武吉代理人）

主席，不好意思，因為這個案子的確對地區醫院影響非常重大，本來一開始確認會議記錄時，我就要發言，不過，謝文輝名譽理事長希望我不要破壞會議氣氛，因為今天我是代表台灣社區醫院協會謝武吉理事長出席，我應該要忠實轉達謝武吉理事長對健保署在報告事項的意見，健保署疑慮是健保署自己的主張我們表示尊重，不過對於我們地區醫院來講傷害很大，我們感到很痛心也氣憤，特此嚴正抗議!! 其實這個案子社區醫院協會已經從三月份追蹤到現在，也提到會議上正式討論很多次，占用很多代表的時間，耗費那麼多資源去做這個案子，醫院協院內部也經過多次溝通，此案在上次 8 月 29 日就已經很明確，代表們的共識是支持台灣醫院協會三層級的共識版本，怎麼會只有地區醫院支持調門診呢！這個是錯誤，我們在這邊提出鄭重的澄清跟抗議。

再來，地區醫院的代表已經發言很多，對於署裡面的說法我們表予尊重，但是真實道理在哪裡，地區醫院的代表都已經表示的很清楚，請健保署不要有誤導付費者代表或是其它層級代表的狀態發生。

再來第三點，因為醫院協會是正式行文表達三個層級是尊重地區醫院調整門診，剛剛醫學中心的代表也特別提出這一點的呼籲，主席不該是以健保署方案與地區醫院方案兩案併同送部，我們認為如果要送決議，也應該以醫院協會的共識版本做為這次併案的內容，以上請修正。

梁代表淑政

主席、各位委員大家好，簡單說明一下，部裡面對這個案子的處理。健保署依之前會議的共識，依照醫院協會所提出的版本報部，並也將當時的會議紀錄裡面有寫到像基層意見、健保署的意見一併報到

部裡面作參考。但考量健保署在執行面上的意見，以及版本上有出入，所以部裡才希望再提到本次會議，凝聚一下共識。

原本健保署在上一次的會議提出來的是按照支付標準 RBRVS 調整來做處理，沒有考慮到層級別的平衡。現在這次署裡提出來的是已經接受當時醫院協會要求地區醫院占率達 18.3%，以這樣的概念來做處理了。又在健保會協商 103 年總額的過程中，其實付費者也很關心門、住診比例問題，現在地區醫院這一部分，署裡面提出調在住院的部分。今天地區醫院有你們的看法，認為應該放在門診，才能夠符合地區醫院的需要。但是因為這會議是協商平台，是不是大家可以各退一步，要採怎麼樣的方式。地區醫院就像謝理事長說的，它的差異性蠻大的，有些是病床比較多，有些是病床比較少的情形。但保險人也有管理上的需要，他在管理整個資源分布，除了層級間的平衡，也必須關注門、住診的平衡問題，是不是大家可以各退一步。有哪些部分你們覺得可以做哪些處理？

陳代表雪芬

主席，我先說明一下，因為看他們三位一直在講，我真的非常同情，因為今年 103 年協商的狀況，在座很多人都在，其實有人有太大主張的時候，醫院協會也沒什麼用。所以今天如果談輸了，回去也不用難過，因為本來就已經有人主張不調門診。那我要講回來，就榮總體系而言，我們也有小醫院，就是地區醫院，如果在座有人參與經營的話，就會發覺真的台北的故事搬不到南部或偏遠。所以老是用台北在思考門、住診，我覺得非常可議。如果健保署有決心的話，應該把門、住診比例、預算分別弄定，才有辦法解決門、住診問題，偏偏不用這個正本清源方式，意思上就是門診不准調整，就以為是做到了不起的事情嗎？其實是完全沒有用的。就算 50 億都調在住診好了，只要門、住診合在一起結算，住診點值一定比門診低，大家都不處理那一

段，包括衛生福利部也是，我覺得這是一場戲，大家演一演就好，不用太難過，因為我已經看穿就是這樣，他們那麼大的主張，我們醫界根本沒有絲毫辦法能動搖。

謝代表文輝

主席，我覺得今天如果針對署裡指示有疑慮的那個點，前面我們本來表示不同意見急診的部分。上次8月29日開會時已經提出來，這樣調會比較困難調比較少，現在副署長說要研究是沒有問題的，我們是建議嘛！現在唯一的差異點，就是門診這部分，我是認為基本上醫院協會三個層級，還是維持醫院協會的共識版本，支持地區醫院的調整門診部分，也尊重我們的意見。我們現在意的見就是在思考如何符合所謂急重難科別而已，所以我們希望如果要做成決議，主席應該要問其它單位，像在座其他醫界全聯會的單位、消費者代表、學者專家，問問他們的意見以後做成的決議，醫院協會是正式公文來就是這樣的意見，我剛剛這樣講，我想三個層級的代表都在這裡，醫院協會上次開會完以後並沒有做改變，還是支持這個案子，在取得結論後，要將大家的意見都報部，像健保署主張調整住院，我們主張調門診，都要讓部長知道，他才能裁。若依照副署長的剛剛的結論，地區醫院希望調門診，健保署希望調住診，好像其他代表都沒有支持地區醫院，部裡也不知道有沒有人支持健保署的意見，剛剛消費者代表像侯代表已經表示支持地區醫院版本，看其他代表意見如何、學者、其它醫療團體，如全聯會等意見如何，問完再做成決議，我想大家都能接受也不會有甚麼爭議。

主席

好，醫院協會代表就是維持原來上次報部的版本，調整門診診察費。上次陳報衛生福利部後，部裡要健保署重新研擬方案，就是會議資料第3-2頁的版本。剛剛有代表支持健保署的版本，有消費者代表

支持醫院協會的版本，今天專家學者代表吳老師及李老師都沒有出席，現在請學會代表、醫師公會代表表示意見。

陳代表宗獻

其實我們感覺蠻矛盾的，因為地區醫院基本上是屬於社區型的醫療服務，跟基層性質上是非常的相似。在地方的醫療服務裡面，我們的關係是最密切。但是現在第一案的案由：102 年支付標準調整建議案，這案子走到後來就如剛剛主席提到，以第 3-2 頁的住院為主；有關第 3-1 頁的括弧二中的阿拉伯數字 2，我有一點看不懂，地區醫院門診診察費一律加成 6%，修改為申報科別內、外、婦產及兒科加成 8%，這個是沒有通過嘛？是再回來還是已經通過？

謝代表文輝

後來我們有提出意見，因為第一次都沒有講哪個科別，全部都調，所以我們提出針對急、重、難症科別，比較符合衛生福利部的公告，健保署覺得我們講的有道理，才會回來再修改調整方案，不然衛生福利部就直接核定，我們的解讀是這樣。

陳代表宗獻

就是我們會裡面能否適當處理一小部分這樣的情況，如果修一小部分就整個大變動，事實上我從頭到尾都沒有很注意這個題目，所以很抱歉沒辦法做一個很深入的建議。

吳秘書長明彥（吳代表志雄代理人）

我是醫院協會吳志雄代表的順位代理人，我覺得醫院協會很難得三個層級達成一個共識，我也知道健保署及衛生福利部的苦心希望提升急重症。這邊代表署裡跟部裡再解釋一下，事實上才 9 億，就我知道部裡很不喜歡兩案併陳，就像這次的年度協商也希望大家已經有協

商共識再送上來，不要再逼部裡裁決甲案或乙案。我覺得今天看起來大部分傾向尊重醫院協會，當然健保署有自己的考量、有照顧的政策方向等。但是才9億，而且已經10月底了，再沒有共識的討論下去，恐怕也沒有辦法交代。我建議健保署跟部裡解釋一下，今天大部份的人是贊成醫院協會當初提的方案，是否就尊重這個方案，提上去就好，不要再讓部裡當壞人。

主席

我先說明一下，上次陳報上去的案子就是大家的共識就是依當時的共識，以及健保署及基層有疑慮的部分一併報部，後來醫院協會的來文，健保署也一併陳報到部裡，如果部贊成醫院協會的方案，部就直接核定了。健保署當時是陳報醫院協會的共識方案，只是門診診察費要不要調整的問題。現在衛生福利部要求健保署重新研議調整方案，我們才做這樣的調整，並依照醫院協會所謂的層級平衡做調整。因為部的指示，署才去調整有疑慮的部分，但醫院協會還是堅持原來的方案，健保署只能兩案併陳，如果依照原來的方案陳上去，部還是無法核定。

謝代表文輝

主席說要兩案併陳，我們沒有意見，這是主席的裁量，我們也沒有反對。因為部裡有裁示因為第二次報部和第一次不一樣，這個我們已經可以解決，急診的部分我們當時的意見是不要把比較困難的三級調幅，比四級、五級加成少，副署長也說這再研究看看，這是第一個，所以部退回來的原因之一已經解決了。第二，醫院協會當時在講調整門診的時候，其實在8月2日之前，健保署就跟我們協商，所謂地區醫院的急、重、難症科別是指哪些門診，8月2日就試算過了，我們就是以那個為版本，所以我覺得這也沒問題，已符合急、重、難症科別，在8月2日開會時健保署就已經試算了。整體包括皮膚科、美容整形

科合起來是 50 幾億的門診，但是我們談定的 8 月 2 日版本就是內、外、婦、兒科及其延伸科系，還有地區醫院裡面要 24 小時待診的急診、骨科、神經外科、急診手術等，當時試算是 45 點幾億，就以那個為範圍。所以我們認定健保署已經跟我們談過是哪些急、重、難科別，所以 8 月 29 日的開會時才沒有特別說明門診診察費是針對哪些科別。如果按照那次的版本，全部門診都加成，外界一定會批評有些不是急、重、難科別，為什麼皮膚科也加成等等，我們是提出這個意見。我現在提出的這兩點，副署長應該聽得很清楚，因為 8 月 2 日開會時就已試算一個表，健保署也有以電子信件詢問我們的主張的急、重、難科別有哪些，以 8 月 2 日試算的表，就不會違背急、重、難科別的公告。所以今天開會至少有一些成果，地區醫院講的就是急、重、難科別，因為公告就是調急、重、難科別，不要調到皮膚科，以免到時被批評。另外一個是急診調整的比例，至少今天已有幾個有共識是比較好，唯一一個沒有共識的就只剩門診診察費，主席剛剛說有代表支持健保署的版本，其實沒有，區域醫院的代表，他當然是支持醫院協會版本，他只是說他贊成主席裁定，將兩案併陳，他對此沒意見。但我覺得若要兩案併陳，需要將背景資料，如侯代表是贊成，其他代表的意見是不是也調查一下，還有蔡明忠秘書長的意見是不是也問一下，看看大家是不是維持上次支持地區醫院的狀態，拜託。

主席

我在這裡向大家報告，所有的資料都已經陳到部裡面，沒有遺漏。只要各單位與本案有關的文，健保署一件也沒遺漏的陳到部裡，研商會議後才來的公文也一樣一併陳到部裡，現在衛生福利部要健保署重擬方案，並非健保署未轉達各位代表的意見，健保署也希望可以趕快將這筆預算撥付給醫院。

朱代表益宏

我覺得現在當然是兩案併陳，因為不可能有共識。只是兩案併陳到部裡面的呈現的方式，是只有地區醫院要求這樣，還是與會大部分的意見都同意地區醫院，還是與會大部份的人都同意見保署的案子，我覺得在報部的時候要清楚的呈現。所以是否請主席再詢問大家的意見，不然我剛剛問其他代表，大家都支持地區醫院。

主席

今天開會所有的實錄都會陳報給部裡核定，上次開會的實錄也已經陳報到部裡，所有的資料包括所有決議都在實錄中，並陳報給長官參考了。

葉代表宗義

我是付費者代表，剛剛侯代表已經發言過，現在我再補充一下。到最後，都你們贏，我們付費者輸。我認為開會不要開在下午，下午坐車到健保署開會，大家都很累，也不清楚狀況。現在有一個問題，就是兩案併陳，先前總額預算也是兩案併陳，大的案子常都兩案併陳，但若兩案併陳，長官一定會問委員會，為何兩案併陳，地區醫院只是擔心健保署的長官不會代替地區醫院發聲，擔心同樣的案子又被退回來。這個問題會產出一個後遺症，就是如果通過了之後，大間醫院、牙科等都會想比照辦理，會產生很多問題，所以要釐清問題，說清楚就好。

蔡秘書長明忠（蘇代表清泉代理人）

請教副署長，如果依照醫院協會的版本，署裡面在呈現上會有困難嗎？如果沒有的話，就依照台灣醫院協會的版本呈上去，因為我相信署裡不希望兩案併陳讓部去裁示，但如同這次 103 年總額協商的狀況一樣，有些問題或是一些狀況沒辦法很明白的在會議當中陳述的話，盡量將差距縮小，再送到部裡面裁決。在這樣的立場上，醫院協

會、社區醫院協會，所有協會包括基層表示的方式，以全聯會的立場一定要尊重大家的決議，我們很簡單的只能跟署裡面這樣報告，如果沒有很困難的情形之下，請以兩案併陳，照醫院協會方式去處理，最後讓部做一個裁示，以上報告，謝謝。

主席

好，請李代表。

李代表永振

請看會議資料第 6 頁，在記錄裡面有提到，上次討論後健保署的疑慮，其中有強調付費者代表考量這筆錢是用在急、重、難症之支付項目，含手術、處置等費用，但不含門診診察費，但是如果照剛剛代表提及的，急、重、難症的處理在他們而言是要調在門診，如果是這樣，確認後就要解決這個問題。但是其他的部分，它的解決問題不是在這裡，但像剛剛葉代表提到的其他單位不可以比照處理調整門診診察費，如果達到這共識就沒有問題。當時付費者代表的考量原則是調整要公平，基層可以調，醫院為何不能調！現在這是特殊目的，想要解決這問題，就要針對問題來處理，大家如果有共識的話就沒有問題啊。

謝代表文輝

這次醫學中心及區域醫院也都沒有比照說要調整門診，只有地區醫院調。

謝代表武吉

這是已經有共識的事，我是希望像李代表所說的，健保署所寫的這篇偉大文章我感到敬佩萬分，我在會議前就已經畫記起來，絕對會對健保署提告，你們欺負地區醫院到這程度，地區醫院已經消滅到這

個程度，你們還不覺悟嗎？健保法第 43 條為何不執行，請大家評理。健保署若硬要這樣處理這件事，是很過份的事。

主席

有關健保法第 43 條不是今天會上要討論的事情。剛剛李代表有提到有關 102 年費用協定委員會的部分，因為 102 年費協會的會議記錄是這樣呈現的。是否就按照剛剛比較有共識的部分，就是以原來醫院協會的方案與今天健保署的方案，兩案併陳給部，各位的發言實錄也會一併陳報。

侯代表彩鳳

好了，就這樣，這對地區醫院一點都沒有吃虧，為什麼還要再講。

朱代表益宏

既然是兩案併陳嘛，實錄也一起陳報，還是要講幾句話，不好意思，候代表，1 分鐘就好了。3-2 頁署裡面這個案子我們為何反對，我們再講清楚一點，例如調新生兒加護病房住院診察費，哪一間地區醫院有新生兒加護病房？這個就是我們講的口惠而實不至，一加下去大家都沒有，就算有也是只有幾間有，對三百多間醫院而言，他不是普遍性存在的，另一項加護病房住院診察費，地區醫院一百床以下是可以不設加護病房的，是沒有加護病房的，一加加護病房診察費，結果也拿不到，這個我覺得也要實錄附上去，這個要讓部裡知道，你加上去人家又拿不到，最後還是少數的醫院才拿得到，大部份的地區醫院都拿不到，這個我覺得要忠實的呈現。

謝代表文輝

主席，今天開會還是要有一點成果，兩案併陳的時候，署裡的版本很清楚，就是要加住院診察費，地區醫院希望急診的部分三四五級

的調整要一致，這樣看起來才不會奇怪，第二個所謂門診，上次的版本沒有講得很清楚，是因為我們之前在 8 月 2 日已經試算，是依 8 月 2 日的急重難科別，我希望把醫院協會得版本做這個修正，至少今天部裡裁下來的幾個疑點稍為解決，我們會提出來是因為之前 8 月 2 日就跟我們協商一個版本，那個版本就是針對急重難科別，因為要解決急重難科別，部裡也是這樣公告，所以今天醫院協會版本，要依上一次會議的版本，把這兩項修正，那就變成醫院協會的版本，署裡的版本很清楚就寫在這裡。

主席

上次報部的版本，健保署一定會照實呈現，署裡的疑義也會一併呈現，剛剛會議開始時，謝代表針對健保署提出的方案在急診檢傷分類調整幅度的意見，健保署會微調後，再一併報部。

謝代表文輝

門診加成的部分，就依照 8 月 2 日那個試算的科別，才符合急重難科別，這樣醫院協會的版本才不會給署裡的長官惹麻煩。

主席

針對討論案第一案，決議再重述一遍，上一次報部的版本，我們也會報部，但因為上次報部版本，部裡面針對健保署有疑義的部份，請健保署重新研議，健保署據此擬定 3-2 頁的調整方案，這個方案中，有關謝代表提到急診檢傷分類的部份，健保署微調之後兩案併陳報部，如果各位代表沒有意見的話，我們就做成這樣的決議，再來討論案第二案。

林院長仁卿（徐代表弘正代理人）

會後補充意見：

- 1.既然 50.55 億的費用適用在急重難症科別，改善 5 大科皆空的醫療情況。
- 2.主席有提到衛福部對於地區醫院要提高門診診察費已有裁示，主席裁示上述 1.2 點要提給衛福部處理，所以我支持主席此種裁示。
- 3.請於 103 年編列預算來調整自然生產及剖腹產的費用，我將請婦產科醫學會提供意見給中央健保署參考。自民國 95 年至今自然生產及剖腹產的費用只是 8,902 點，太偏低了，因為生產牽涉到母子二人的生命安全以及生產不可預測的危險，萬一有意外而發生醫糾時，賠償金額將非常龐大，難怪年輕的醫師都不想當婦產科醫師。請健保署長官考慮是否於 103 年編列預算，謝謝。

討論事項

第二案

案由：支付標準第 5 部第 3 章安寧居家療護，新增「社區安寧照護」案，提請討論。

主席

好，請代表針對安寧居家療護，新增「社區安寧照護」的提案表示意見。

謝代表武吉

主席，我看接下來要討論的，都與我在健保會提一個案子門診診察費的問題有關，結果你們說要算到現在都沒有算，我這個年紀的人還去查資料，從民國 88 年 9 月的時候，那時叫行政院衛生署醫療機構成本會計作業原則，我去找到這份資料，所以你們賴不掉，第 51、52 頁建議人數成本作業資料，醫院人員類別分類 1，主治醫師，含院長及

副院長，第 2，住院醫師、第 3 護理人員、第 4 醫事人員、第 5 行政人員，第 6 技工、工友、駕駛，第 7 其它，剩下的都在其它，例如：臨時工、實習醫生，都叫做其它，還有其它技術人員含非醫療技術專業人員。要到偏鄉離島去，難道用飛的嗎?!我問一下，這案子除醫師、護理人員有支付，還有包含我剛剛講的人嗎？有算那些錢下去嗎？

主席

謝代表剛提到的範圍是蠻大的，現在我先拉回主題，就是新增「社區安寧照護」案在支付標準第 5 部第 3 章，重點在於國字二，大家針對這點有無特別意見？如果無，是否讓案子通過？因為現在很多縣市希望安寧不一定要在安寧病房，可以回到社區，至於剛剛謝代表提到人數成本的醫師、住院醫師、主治醫師、行政人員、掛號人員、司機…，這個是另外一個議題，跟本案當然有一點點關係，不能說完全沒有關係，那本案只是新增「社區安寧照護」的案子，大家對這個有無特別的意見。

侯代表彩鳳

主席，針對此案我非常支持，因為這個安寧緩和條例是我當立法委員時我提出來的，而且也通過，本來大家認為提這個案子可能社會反彈會很大，尤其是一些宗教團體，那事實上是完全沒有人反對，甚至於有很多的團體都上節目去支持這個案，尤其是第 8 屆立法院，還有人比我更先進把一些條例改得更寬鬆，所以我覺得蠻安慰的，那今天可以補上這「社區安寧照護」案，我覺得這個是非常好，尤其是像我們一些地區醫院可以就近做這個業務，讓我們這一些老人，尤其是社區的老人可以得到更好的照顧，離家庭又更近，事實上我今天看了這個案子，我就決定要在這邊發言，而且要全力的支持，謝謝。

主席

謝謝侯代表，至於剛剛謝代表所提有關成本，其實在總額有協商跟非協商的因素，我記得陳代表曾經有在很多場合說公式要重新去算，所以謝代表所提是另外一個比較大的議題，不是在我們這個共同擬訂會議上來處理，回應一下剛才你提到的。

謝代表武吉

那個費用…。

主席

我知道。

謝代表武吉

所以他這個你們要怎麼算，對於你們健保署偉大的醫管組，我們已經不相信，健保署應該要說清楚講明白。

主席

好啦，沒關係啦。

謝代表武吉

我一定要講出來啦。

主席

那就是另外一個議題，是不是在某一個場合去提這個東西，當然我們可以再討論，那這個案子就像侯代表講的，是人口老化或其它的議題，確實我們希望就是人走到最後的時候，是不是可以在社區安寧照護，不一定要在醫學中心或區域醫院的安寧病房，這是今天提這案的主要用意。

羅代表永達

其實剛侯代表所提到的我們也是非常在乎，所以我們稍微去了解

了一下，我們有幾個問題想請教署，第一個問題在 4-1 頁所提二、(一)2. 裡面，您的意思是說乙類的人只有基層診所做，還是說只有基層診所才需要這樣的條件？第二個問題，我從來不知道目前有個專科叫做安寧緩和醫學專科醫師，現在衛生福利部現在公告的 25 個哪來的這個專科？第三個問題，「繼續教育」，說實在的既然要放寬，放寬的不甘不願，說假設去訪視一位居家病人可抵見習時數兩個小時，我不曉得這意義是什麼，你如果要讓他「繼續教育」然後他去看病人就算他抵免，那他看四個就免「繼續教育」，這是形式上的問題，我先請教一下上列問題。

主席

好，我們請陳代表發言。

陳代表志忠

我附議羅代表講的，因為安寧緩和專科醫師，事實上並沒有這個專科醫師存在，是有這樣的專科醫學會，而且甲乙類，乙類需要居家小組，甲類裡面只需要專責醫師就可以了，好像輕重這兩個配置。

主席

我們醫管組在訂這個項目時，其實是有找學會來討論，至於該怎麼修，如果我們在實務上可執行，當然我們都願意接受，剛剛羅代表的意見，科長你這邊要不要回應一下。

林科長淑範

剛剛羅代表提到的第一個問題：4-1 頁 2. 辦理本項業務之基層診所應以現行辦理安寧緩和之醫院為後援醫院，社區醫院不需要有下面兩個條件，因為基層診所在執行上要有支援的醫院可以讓他提供諮詢。第二個問題：安寧緩和醫學專科學會在 23 大專科裡面確實是沒有，

他是次專科。

朱代表益宏

為什麼不寫麻醉專科醫師把他列進去？

主席

你們覺得怎麼訂比較好？

朱代表益宏

麻醉止痛啊，做安寧的時候麻醉科很重要。

羅代表永達

這個我要趕快先提出來，第一個問題：因為有很多的基層診所是跟醫院做整合的社區門診中心，他如果要用地區醫院，地區醫院沒有這種專科，而且地區醫院也不一定有安寧病房，可是這個醫師可能是基層診所合作的，那這樣可不可以？因為社區醫院在這個裡面的角色是最重的，這整個乙類的意思是希望社區能夠真正方便去做，可是如果我們假設我們那個地區那個最大間的，最大間的是沒有用的，現在你講的這個，如果我們是他們的後援醫院，我們是做不到的，像這樣的話我們怎麼辦？

第二個問題：衛生福利部再三的強調非公告的專科醫學會，不得用在任何正式相關給付，現在包括 RCW 都要求受過相關胸腔暨重症訓練的醫師，沒有人敢寫胸腔內科專科醫師哦，那你目前把他列在這個地方的話，恐怕有違衛生福利部的原則。

第三個問題：「繼續教育」8小時，現在目前像外科醫學會他每年也要求差不多是這個時數，我覺得這個安寧教育有那麼嚴重嗎？8小時是一天整天的課，如果是上早上那要上兩天，一般來講都是兩年或三年之間有那個時數，所以我認為有沒有需要一定要到「繼續教育」8小

時，我認為這個是質疑的，所以我建議是取消，以上。

主席

這個總額希望大家都表示意見，如果大家有共識這個都沒有問題，就是設定通則的這些條件。因為我跟監察委員，還有現在在推動安寧的陳榮基院長一起出差時，他們曾提及其實大家對於安寧有點誤解，因為大家以為是推到樓梯旁邊那間在那裡等，這是實例哦，所以後來才會訂這些規範，最少要有一些基本的品質，不是這人好像要死了，就把他推到那邊去。因為要有尊嚴有專業的照護，陪他走最後一段，所以才有這些規定，當然這些規定合不合理或是怎麼樣，我要強調的是說，最少要有最基本的品質，我想我們消費者也在這裡，我們侯代表提案的也在這裡，這些規定怎麼訂比較好，我們醫管組也很辛苦去找次專科了解訂定，能不能寫在上面是另外一回事，至少是經過專業討論，當然我們希望他們有這樣的訴求，希望有這個最基本的品質，至於怎麼訂會比較好，這個 OK 我們都可以接受大家意見，因為有那樣慘痛的實例，大家覺得說好像就把他丟在那裡不管就叫安寧，所以學會才會一直說要有最基本的尊嚴及品質的方案，我要強調的是這個，現在當然不會說就把他丟在那裡，只是我們希望合乎這樣的精神，讓我們的民眾有最基本的尊嚴及品質，讓他走完人生最後一段，這是我們訂這個的用意，我想大家要有這樣的共識來討論這個案子。

葉代表宗義

安寧這個問題，差不多在兩年前監理會的時候，到彰化醫院的時候，彰化醫院為了安寧照護賠錢，賠錢叫健保局增加他安寧的費用，我第一個提出來，他的安寧病房很漂亮，我第一個跟他講說，安寧就要死了，誰要進去，他的子孫送他進去，哭哭啼啼的就不安寧了，我說你要把他改名字，這個名字絕對會產生問題，現在安寧這個問題，這是大間醫院的事，小間醫院可能比較沒問題，那麼這個疑義，我跟

立委說，他說新增支付通則一醫護人員的問題，沒有達到安寧程度，這些人去也沒有用，請牧師去，我說不要用牧師，應該請心理師去，現在諮商心理師很多，這些人比你訓練這些人有用的多，心理上及心靈上的問題才可以解決。

羅代表永達

第一個：我不管是安寧訓練的小時數，level2 我也是訓練醫師，我想跟葉代表報告一件事，我們不諱言其實安寧要做的事很多，比如說：患者疼痛的時候叫心理師去沒有用，瑪啡要怎麼打，要讓他比較舒適有尊嚴的離開，所以他講了四個心，要道謝、道歉、道恩..等等，說實在的要醫師才做得到，例如：癌症末期，傷口流湯的時候誰去照顧，是醫護都要去做的，那種事情心理師跟牧師是做不到的。

現在問題要回到為什麼要這樣講，因為我非常在乎侯代表所提到的一件事情，我們希望他可以走到社區，你在社區的時候又給他設個門檻，當年我們在講安寧照護的時候，大家還記得嗎？我們在病房安寧照護要求要 80 個小時，然後要訓練，到現在為止社區醫院很多上完課都沒辦法實習，全國到現在為止已經強力推了三年多，我們每次開會都說，都沒有考慮到基本問題，結果大家都沒有辦法拿到那個資格，到最後不要做啊，不要做也不會怎麼樣，你把門檻拉那麼高，你的期待那麼高，大家都不要做，這不是我們要的，要他走入社區，一開始要先有，有才能多，多才能好，你要先把門檻放低，讓更多人進來，然後再要求，這才是一個正道，我們現在想的都很理想化，一個安寧要做的多好，結果大家都不做，只有醫學中心被迫設幾個安寧病房，這是我今天一直在強調的幾件事情，比如說：有安寧照護的醫師，受過訓練的就可以了，不要再設什麼安寧病房或者是安寧緩和醫學專科醫師才能做他的後援醫院，否則的話社區的醫師，社區跟診所合作的人都走不出去，這是我要提的。第二個：他的訓練照目前這樣，我覺

得門檻太高。第三個：那個錢真的太少。

葉代表宗義

安寧有分等級沒有？

羅代表永達

有，安寧病房是第一級，第二級是目前的甲類，現在是說去社區做居家，現在在討論的乙類。

葉代表宗義

我現在是在講最末級的

羅代表永達

那就是乙類，在家裡死亡的。

主席

謝謝，羅代表，其實我們有召開兩三次會議，可能不是在座的地區醫院代表，是其他的代表來參加的。

朱代表益宏

我有來啦。

主席

這樣啊，你有來啊

朱代表益宏

有啦，我都持反對意見。

主席

好，沒關係，等一下我們怎麼做最基本的尊嚴及品質**要求**，我知道你們覺得錢還是不夠，當然我們有多少資源能買多少東西，所以這

個案子請大家稍微表示一點意見，先請陳代表表示。

陳代表宗獻

因為我們總額協商已經結束了，在這個總額協商過程中，這一塊是比較沒有被注意到，那我關切就是說我們到底那個部份預算，應該是在其它部門裡面嘛，其它部門到底編得夠不夠，我們在這邊增加乙類，應該是說乙類的使用者會比較多，究竟他多到哪裡，這也可以估計，那這樣估計下來的話，其實一次的訪視只有 725 點，那 725 點，你在家裡坐著二個病人，對我來說就是三個病人，平均三個病人就 OK 了，這個還要再交通費什麼的話恐怕是很低，但是如果是總的預算支應不了，那大概只好這樣先做，這是第一個，就是有沒有機會可以調高

第二個：4-10 頁，剛羅代表有提到訓練課程，我剛問了張嘉訓理事長，因為他有在做，他們新北市，我說 13 個小時怎麼樣？他說基本上 OK 啦，所以我覺得 80 小時真的很多，那 13 個小時 OK，我想這個部份他大概是實際上的經驗，跟大家報告，謝謝。

主席

好，朱代表你等一下，先給陳代表發言。

陳代表志忠

我這邊不談費用的問題，因為費用永遠解決不了，我是第一線的醫療工作者，我想在座也有很多在第一線工作，我最近也有一些安寧療護的經驗，雖然我不是受過訓練的安寧療護醫師，我認為所有只要有醫師資格的人只要他有心都可以做，但是要受過訓練，我沒有受過安寧的訓練，但是我最近照顧一個安寧的病人，這個病人跟我很久了，醫學中心把他送到安寧病房，病人很抗拒，因為那個地方就叫做安寧病房，其實那個地方不一定需要叫做安寧病房，可以取一個，比

如我們宗教醫院聖保祿醫院，安寧病房可以叫伯多祿病房或者是聖母病房都可以呀，取一個名字，我是認為不要規定專科醫師資格，不管麻醉科、外科、內科都可以，但是要受過訓練，不管我們安寧療護去訪視給多少點數，沒有一個專科醫師可以經過這樣可以維持他的生活的，就是醫師在行醫過程中，他可以去做一些幫助病人的事，我認為你不給我點數我去做這些事情照顧這個病人我也不在意，因為這個病人是我以前開刀的，然後他現在臨終了，病人看到這個醫師他就安心了，最後病人就走了，我真的認為門檻不要設太高。

主席

好，我想問陳代表，任何專科醫師都可以做，剛剛陳宗獻代表提到最基本的訓練 13 個小時，OK 嗎？

陳代表志忠

我認為可以啦

主席

最少這個大家有共識，朱代表換你發言了。

朱代表益宏

這個議題小組開過很多次了，但是我們在小組裡面我們表達事實上署裡面都依照安寧緩和醫學會的意見，我們覺得在這裡其實安寧緩和醫學會，為何安寧病房推不動，這是很重要的因素，太注意這些專家的意見，專家訂 80 小時，大家沒辦法做，羅代表講過，事實上反應很多次依然改不了。

第一個：回到正題，在受訓那邊大家都同意 13 小時，我也沒有意見，但是這邊實習 8 小時，這邊有(至少安寧病房見習 2 小時)，現在安寧病房的見習是一個很大的瓶頸，這個我要跟各位報告，如果你這

邊還寫上去，我上過課 13 小時，但是安寧病房我跟本沒辦法見習，那安寧病房為什麼沒有辦法去見習，就是因為被少數的人現在安寧病房的人把持，他們成一個 group，然後這些 group 自己內部的人用視訊去做繼續教育，但是別人要進來這個 group 受訓的時候，他們會用醫學會的力量說你不可以進來接訓，因為我自己的訓練名額都不夠了，我不能接受外面的人，所以這個就是羅代表講的為什麼他上過課以後安寧病房為什麼都還不能去實習，就是這個很大的原因，台灣社區醫院協會也開過這個 80 小時的課，最後都找不到實習醫院配合，都已經跟人家醫院講好了，結果醫院接到上面一通電話說你不能收他們，他們就不敢收，因為都是同一個醫學會下面，所以我們覺得這個是被把持住，我建議這個(至少安寧病房見習 2 小時)把他拿掉，既然你沒辦法處理那個被把持的問題，再不來就是衛生福利部要出面去處理這個事情，比如說：我們今天跟你申請，因為這個學分的認定是健保署承認，所以我們跟健保署申請，健保署就要幫忙安排，如果碰到這個困難，比如說：沒有人要收，那健保署就要出面去安排，就像你今天藥價給付的時候，哪一個廠商不願意配合健保署的意見，健保署要出面協調，不然真的是被少數的醫療院所，少數的人把持，一家公司在把持，我不樂見這樣，這樣會推不動。

第二個：4-1 頁，強烈要求要把「安寧緩和醫學專科醫師」這個字拿掉，為什麼只有這個專科醫師，還不是衛生福利部公告的，麻醉科是衛生福利部訂的為什麼不能做？麻醉科剛講的疼痛啊，末期疼痛很重要啊，為什麼不能做？他不用受訓就可以去做這個事情，這個我覺得相當有問題的。

第三點：4-2 頁，每年「繼續教育」8 個小時，事實上在那個小組會議，我也談過我也反對，因為「繼續教育」的認定，署裡面沒有辦法認定，請蔡主秘說明一下對「繼續教育」是怎麼認定，就我了解是

沒辦法認定，那現在教育訓練的學分是由安寧緩和醫學會他自己去發，發只要他的會員通過每兩個禮拜視訊會議做 case 討論，只要你是他的會員，他就主動一年發 20 小時學分，不管你有沒有參加，那其它不是他的會員他就不發，因為有醫院跟我抱怨他沒有參加那個東西，但是他每個禮拜都有自己院內 case conference，結果人家不認，所以這個「繼續教育」8 個小時到底怎麼去認定，我覺得這個署裡面要去做說明。

另外就是這 13 個小時，如果「繼續教育」每年要維持 8 個小時，我是建議刪除或降低，那如果署裡面還是堅持少數人的利益，給他寫上 8 個小時，那請署裡要講，等下要討論一下，就是 13 個小時跟 8 個小時上課形式，可否用視訊上課還是一定要實體上課？到底上課的認證是誰來認證，那上次我們在小組會議討論這個討論很多次，所以署裡面才訂出來那你 13 個小時只要符合這些課程的內容都可以來上，那 8 個小時沒有嘛對不對，所以我覺得這個要把他釐清，不然再次當著各位，因為付費者跟侯代表在座立法委員很辛苦推這個案子，結果推完後是少數人把持，這樣很差，那我們在任何場合講了二年三年四年，講到口水都乾了，結果也還是這樣子，那我覺得還是卡在這邊，我覺得署裡面要有勇氣跟這些壟斷的少數利益團體 say no。

主席

謝代表你等一下。

謝代表武吉

我今天算講很少耶。

主席

好，我知道，我等一下會讓你發言，我要請問一下護理學會，因為他們都是在第一線，總要讓他們表示一下意見。

林副主任綉珠（高代表靖秋代理人）

針對 13 小時這部份我們大概沒有什麼意見，不過我剛非常佩服各位代表提到是不是每年真的要 8 個小時繼續教育，其實剛很多代表都提到安寧為何推不動，主要是他設定了太多門檻，讓人家不容易親近，不容易去推廣，所以我想站在護理的立場，我們也同意是說，第一，如果要「繼續教育」，是否不要設定每人每年要 8 個小時？因為事實上急重症也只有 8 個小時，且安寧這部分如果要「繼續教育」，需什麼性質的課程？而臨床見習 8 個小時，那所謂的臨床見習 8 個小時是去任何一間醫院都可以嗎？還是怎麼樣的情形？安寧病房見習只有 2 個小時，其它是臨床見習，這個部份也要寫的很清楚就是說要去見習什麼？你到安寧病房去 2 個小時究竟要看什麼？這個部份事實上是非常模糊的，有沒有這個必要？難道去安寧病房晃了 2 個小時就代表他已經算見習到了？我覺得這有很多爭議的部份，是不是要設定成這個樣子？如果真的要設定到這些的話，事實上我想整個要推動就會有阻力存在，這是護理公會全聯會的意見。

主席

好，我們先請全民健康保險會雇主代表李代表發言，接下來再換謝代表。

李代表永振

這是一個新增項目，我要贊成陳宗獻代表剛講的，因為上週我們開會他有提到，一個新增項目有沒有錢？現在已經協商完了，會不會像我們上週討論的例子？羅代表有提到循序漸進，剛才護理學會跟這邊要參與的代表好像都蠻多的意見，我建議是不是應該再聽一下各方想法，這樣將來執行時，才會比較順利，謝謝。

主席

有關費用問題，等下我們同仁會回應，謝代表發言完後再請陳代表發言。

謝代表武吉

其實就像剛才朱代表講的，現在安寧照護是被這個次專科這個醫學會把持的哦，健保署是否有圖利之嫌，醫管組是否有圖利之嫌，為什麼不叫社區醫院協會來做這個，不是更最合適的嘛嗎?!這可以這樣處理，這個有圖利之嫌嘛，我們有四十點的視訊點，為何我們不能做這樣的工作?所以我是覺得規定由安寧緩和專科醫師，再來什麼安寧護士，我們台灣現在也沒有安寧護士，所以這些都是違法。

你們說安寧病房的實習見習，現在我們有很多都訓練完畢了，但是要去實習的時候，他一通電話就再見，我們訓練的人沒辦法，那時候是跟我講可以哦，但是他們現在操作方式是 under table 操作，所以這點侯代表剛才說很贊成在社區做，我也是很贊成，但是為什麼今天我有這麼多意見，所以說這種就是應該要再改進，不是今天就能夠討論，還有護理師公會全國聯合會也說每年 8 小時有問題這個 8 個小時真的是很過份，大家都說這個很過份，有圖利之嫌。

再來我要講的是，我剛去衛生福利部開會，現在 23 個專科，都收回來了，因為發現專科都被把持住，所以明年開始，專科醫師的訓練，1,540 人，本來是 1,555 人，現在又減了變成 1,540 人，所以我是覺得說像這個東西，我們現在要來討論這個很痛苦，大家意見很多。

我想請教第二點，我記得在勞保時代，二十年前在勞保時代碰到安寧的患者，是不是都是地區醫院在照顧?地區醫院都照顧的很好，患者時間到了就再見，就歡喜回去了，就跟黃勝堅院長在中國時報刊很大篇，金山醫院嘛，大家很歡喜就回去了，在地區醫院就是那樣在處理，再來一點，當時醫生、護士難道有去什麼安寧訓練嗎?他也是用慈悲的心，像陳院長也是說，主啊!我用憐憫的心，照護病人!所以說

這安寧緩和是用關懷的心來處理比較重要，不是用什麼條例或規定，這些都不重要。

第三點，我有一個換帖的，我排行第六，我第四個換帖的是會計師，所以我叫我換帖的，他老婆也是會計師，我剛才拿給你看到的那個拜託你幫我找一下衛生福利部有沒有資料，就這樣找來的，找到資料後，我那個換帖的就是也是得了這種病，他有在化療，他去我辦公室的時候，我也沒有什麼好可以送的就送他一瓶綜合 B 群，叫他吃的營養點身體比較健康，這個叫心理治療，不就是這樣嗎？綜合 B 群那不是藥那是維他命，所以安寧緩和，勞保時代我們就做的很好了，現在用這個什麼來亂的，為什麼現在要這麼多規定？在這裡規定這些不合理的東西，這構成圖利的行為，再來安寧護士，你再多一個安寧護理人員，現在護士不是護理人員？你要寫成這樣要寫好一點啊，寫安寧護理師人員，這樣叫才對，要叫護理師你好。

主席：

謝謝，那我們現在請陳委員發言後，先請我們同仁回應，再看我們最後做成怎樣的修正或是不可行。

陳代表川青：

主席、各位委員大家午安，我對安寧療護這個區塊我們在十幾年前跟陽明大學都有在推，所以對這一塊會比較不會陌生，我有看到各位剛剛幾位意見的代表所談了顯然的對安寧療護的定義跟安寧療護裡面的服務內容是甚麼，恐怕大家未必有很有實際的經驗來討論這個議題，其實安寧療護幾乎是放棄醫療，所以在這種前因之下，我們講一個比較粗淺的話：「就是他在家等著等死一樣。」但是又不能把這個話講得很難聽，所以基本上他是以心理諮商的層面跟醫師的關懷與後續的照顧，才是他比較重要的第一個層面。

第二個，他有宗教信仰，所以各宗教信仰要進入這一塊，各位不同的宗教信仰他所要的也是像宗教的安慰，所以這些都要很多的設計跟服務來提升來讓這位癌末患者感受到他人生的末期安寧的離開，那這個是很重要的一個課題，所以我覺得門檻應該盡量把他放寬，那我的想法是說，讓基層醫院病床空床這麼多應該鼓勵他們來設置，那設置的條件應可以做考慮的來把他放寬，讓醫院不要閒在那邊，而且有更多的地方可以做這方面的服務，不像我前兩天一個鄰居接受安寧挺貴的，好像一個月要 30 萬，一天一萬，所以像這種他的環境條件是滿好的，所以我是覺得這個設置應該是患者跟醫生的關懷一個連接是最重要的，因為他不管是他，也跟麻醉無關，因為醫生他會知道他的病情知道他甚麼時候會有病痛，所以醫生的關懷、護理人員的關懷、護理師的關懷、宗教的關懷、心理醫師諮商醫師的介入，我覺得應該把他放在一起，可以做廣泛的來攜拉一些這方面的專業，有很多人像我們需要很多同學在研究所的同學，他本身也是護理人員，可是他本身也有護理師的執照…等等的。像這類都是偏向心理諮商跟如何跟他做朋友、溝通的平台，這是最好的，所以我覺得沒有那麼複雜，沒有這麼複雜，簡簡單單的去執行，按照那人性的一面，當你是面臨最重要死亡的那一刻的心理去面對他，去假設今天是我，我的需求是甚麼，其實這麼簡單的一個心理，所以這個東西我是覺得那麼長的時間來，這個步調是太慢了一點，我們希望加把勁，謝謝。

陳代表志忠：

在健保署開會，難得有這麼有人性這麼溫馨的對話，我講真的，每次都是為了這個費用爭得面紅耳赤，不過剛剛 13 個小時，我說我同意 13 個小時，可我現在我不同意 13 個小時了，因為 13 個小時很難搞，你一天上課 8 個小時，第二天變 5 個小時，是不是為什麼一定要 13 小時，為什麼不是 12 個小時，這個可能可以考量，一天半剛好不要搞到

上課是做假的，要搞到一點才能下課，我剛詳細看了一下後面這些 Indication，那個中文後面有英文的，英文有的是拼錯的，有的是標點放錯的、前後順序放錯了，如果真的要發布的時候拜託調整一下，我們要國際化了，免得貽笑大方。

主席：

好，陳醫師你等一下幫我們把寫錯的地方提供給我們同仁，我們同仁很辛苦，訂這個項目內容不是他自己想出來的，而是有召開會議充分討論過的，但有錯誤你還是要提醒我們，請葉委員發言。

葉代表宗義：

主席，我在這邊也跟各位介紹一下，你看我們幾個健保會的委員，他是一個精算師，全世界非常有名的李永振精算師，他是甚麼師呢？生死，都事醫療的，他是醫學博士，生死博士，生死學的，我感覺永寧這個問題，要不要把它改成永康嘛，永康在台語好聽，國語也好聽阿，國語永康，永遠康，剛剛我們討論到這個地方，還有一個問題，我覺得我們跟安寧這個程度的，你們講的要救，用嗎啡，但是我們想的可能說，已經要救了，就找牧師或叫廟公，一樣的意思，一樣的想法，我們幾個也注意到一個問題，我們有專家、有學者，我們建議專家和學者要共同合作，不能偏重聽學者，或是聽專家，學者不會開刀，專家才知道怎麼開刀，所以一定要共同合作，才能更加的和諧，謝謝。

主席：

我們這個案子已經討論快一個鐘頭了，是不是讓我們同仁針對這個部分，綜合大家意見以後，提出修正意見，看看是不是可以，請林科長做一個報告。

林科長淑範：

社區安寧的議題，在提到共同擬訂會議之前，已經經過三次的專家小組會議，當然社區醫院學會、台灣醫院學會都有參加，當時大家討論的熱烈程度不下於今天，因為對於教育時數、課程內容、認證方式，大家討論了很久。今天大家看到的版本，是經過充分討論、折中，妥協之後的結果，第一個就是大家講到接受教育訓練時數 13 個小時，13 個小時討論非常久，剛才陳代表提到為什麼是 13，不是 12、8，當時都有討論過，主要是因為課程內容，大家到 P4-10 看到，十項課程內容大家都有共識，十項是基本的概念，在時數的部分是充分討論，13 個小時不是故意要多一個小時讓他多一天，是充分討論必須要有這樣的時數才能達到學習的目的。

教育訓練 13 個小時部分，大家認為社區安寧應該要降低門檻，讓有意願的專業人員容易進來提供服務，所以教育訓練時數，由本來 40 個小時已經降到 13 個小時。在臨床見習的部分，也是由 40 個小時降低到 8 小時，而且只有要求在安寧病房見習至少要兩個小時。安寧病房見習的目的，是因為要提供社區安寧服務，必須瞭解醫院提供的安寧病房的過程及觀摩討論，才能上下銜接。

第二個大家談到，設有安寧病房或聘有安寧緩和醫學專科醫師這一段，大家有很多意見，我提出這樣的文字修正，建議修正為聘有安寧緩和專長的醫師及護理人員。第三個，大家討論比較多的就是每年繼續教育訓練 8 小時，在討論會上大家討論非常久，在降低進入門檻之後，每年要不要再有新的知識再做教育訓練，所以這是一項配套的措施，降低門檻 13 個小時，要搭配至少 8 個小時的每年教育訓練。

最後一個要說明的是，陳宗獻代表提出預算來源在哪邊，在其他部門的預算，裡面有一項是「非屬各部門總額制度範圍的服務」，這一項每年編列約 40 億左右，支應的範圍包括助產所、護理所、護理之家、精神社區復健。這一項在提案裡面沒有提會增加多少預算，是因

為不太容易估算第一年實施量有多少，據瞭解新北市實施三個月只有 6 個個案，因為受教育訓練後，要到病人家裡去提供安寧其實不太容易，所以我們社區居家安寧，一年五千人接受服務的五分之一的人數接受社區安寧，約一千人，平均一個人七千點，所以一年預算大概是七百萬，其他部門預算足夠支應這樣的預算，以上報告。

主席：

你發言之前，我讓大家思考一下，先依照我們科長的報告推行，以後我們還可以繼續檢討，OK？那是不是最少讓社區安寧照護的這部分能先跨出去，不然大家都說好慢好慢，又卡在這不知道該怎麼做。

朱代表益宏：

科長講的我要表達稍微不同意見，稍微不太同，大部分都同意，但是稍微不太同意，開過三次的委員會，其實我們這邊很多人講的一些話，在那邊都講過了，包括 13 個小時是不是太高，事實上我們都具體建議降到 8 個小時，也有具體建議，那是不是要安寧病房見習？那安寧病房見習這一段是不是會有門檻，被把持，還有繼續教育 8 個小時是不是建議把他取消，其實在那個會中都有提出來，提出來之後事實上也沒有太多的人去做反對，但是今天提出來的這個草案其實還是原來署裡面提的草案當然是有做修正，我不能說完全不修正，但大部分還是依照原來署的版本出來的，包括 13 個小時、8 個小時這些，原來署的版本都是這樣，那提出來在那個會裡面大家討論，大家就很多意見，最後你提到這個共同研商會議還是這個版本，所以當然大家就有，還是要把不同意見提出來，那我覺得其實署裡面應該是考慮說，為什麼在那個小組大家有這麼多意見，然後你到這邊又有這麼多意見，如果今天還是大家有這麼多意見，主席還是一定要先讓他過，我個人是表示反對。

我覺得是說，應該是去考慮大家講的事情是不是合理，如果真的很合理就要立刻把他降低，今天我們就可以把他決定 13 個小時是不是要把他調整，安寧病房 2 個小時是不是要把他處理掉，連繼續教育 8 小時是不是要做什麼樣的調整，因為我們這個會議本來就有這個權限去做處理，不管那個小組怎麼樣討論，只是跟各位報告，在那個小組裡面是沒有共識的，大家也是吵成一團，提出許多意見，事實上是沒有甚麼共識，以上。

主席：

因為剛剛我們科長有做報告，13 個小時是怎麼來的，就是最基本的項目，所謂後援醫院資格就改成聘有安寧緩和專長的醫師及護理人員，這裡做了修正，那 8 個小時這個部分，如果有困難我們也願意協助，是不是讓社區安寧先跨出去，當然這還有許多檢討空間，我們不敢說一步到位，侯委員你的看法。

侯代表彩鳳：

針對剛剛提的幾個問題，這 13 個小時，因為我們代表的是消費者，我們也需要有一個品質，一個照顧的品質，所以看了 P4-10 的附件，這 10 項加起來應該是 13 個小時，我想就不要再討價還價了，要我們同意再降低，大概有困難，那專款專用就是從其他經費 40 億，這都沒有問題，然後把這個臨床見習 8 小時，括號這個至少安寧病房見習兩小時這個把他劃掉，這個我們也認為不宜讓特定的團體去壟斷，難怪我們會推動不了，我們要把他破除掉，這要劃掉。

第二項的 A 這個安寧緩和醫學專長的醫師及護理人員，這個當然剛剛就提到 13 個小時受訓後，就符合這個資格，這個應該可以，然後這個 8 小時，剛剛我跟旁邊幾位代表就討論把這個繼續，每年繼續，你繼續就是每年一天一起要去讀，那我們是不是可以把這個繼續拿

掉，每年教育時數 8 小時，就是說他若有空閒再去讀，至於是甚麼樣形式的訓練型態，怎麼說？

朱代表益宏：

那沒差，因為在我們認定繼續教育，不是連續上課才叫繼續，是 1 年累計 8 小時就是繼續教育，那是跟各位報告，8 個小時事實上是太高，因為其他的專科，他除了醫師以外，譬如說他是內科醫師，他內科醫學院可能還有要 20-30 小時，如果他還有其他專科還要再上，這邊你又一年又要再加 8 個小時，跟侯委員報告，為什麼希望這 8 小時再降低，因為現在很多醫師，他除了專長以外，譬如說內科醫師，他可能有安寧的專長，他可能有胸腔內科的專長，還有什麼專長，超音波專長，那每一個這個專長，每一年都有好幾十個小時，好幾個小時的繼續教育，一年 52 個禮拜，所有的醫師幾乎禮拜天都沒休息都在上課，所以我們覺得說到底有沒有必要 8 個小時，建議要降低。

侯代表彩鳳：

我們討論的結果，減半四個小時，四小時，那這個我們第三就是四個小時，好不好？

陳代表志忠：

基本教育訓練降為 12 小時。

侯代表彩鳳：

基本訓練就不要再討價還價，好不好，那大致上就這樣，那若可以我們就讓它過。

主席：

等一下，你讓我們醫管組，我們主秘就是針對剛剛侯委員的意見，至少安寧見習 2 個小時，跟所謂繼續教育 8 個小時，因為這個其他修

正大家都沒有意見了嘛！好，現在就是繼續教育 8 個小時，到底修訂為幾個小時，安寧見習 2 個小時，到底當時候是如何執行？請科長回應。

林科長淑範：

我先回應一下繼續訓練 8 小時，特別跟侯委員報告，因為 8 小時是從原來的 20 小時降到 8 小時，8 小時不是只有特定專科才可以辦理，只要是相關的學會辦相關安寧教育訓練的學分都會被承認，而且在會上我們也同意 e-learning 學習方式，這是一個補充說明。

至於安寧病房見習，這要在重申一下，這個議題真的討論很久，很多基層的醫師，沒有到安寧病房見習，不曉得安寧病房照護過程，而且是從原來安寧病房 8 個小時調整為臨床見習 8 小時，所以認為到安寧病房實習 2 個小時，這 2 個小時包括醫院怎麼照顧病人、觀摩病人的討論會，有上下銜接的概念在裡面，以上補充說明。

主席：

消費者要要求品質，請謝代表稍後發言。

侯代表彩鳳：

剛剛在提到安寧病房，因為現在我們是怕醫學會把我們壟斷，所以現在就沒有辦法去推動，那剛剛我們副署長已經來提過，這個他會解決，因為如果沒去看一下，你現在沒去看一下我們不知道圓或扁，你說真的是要去見習，還是要去見習一下，然後這個為什麼說每年繼續教育時數，我們會同意他減半，因為這是老的，不是新的，你已經 13 小時給他上了，這個等於是溫習功課，溫習功課或是有新的環境變遷，增加他新的知識，所以 4 個小時你們就不要再堅持了，這樣可好？

主席：

好啦！安寧見習剛剛我們科長有報告了，就是知道說安寧病房怎麼承按照護。

謝代表武吉：

在高鐵上面為這 2 小時病房見習又有人打電話給我們秀貞，要安排這 2 小時安排不進去，協調也沒辦法啦！我先講完啦！侯委員不曉得啊！然後我請教我們科長，我請問一下，你對社區安寧照護醫護人員的課程計畫 13 個小時是從哪裡來的，我要問清楚。

主席：

等一下我們科長會跟委員解釋，課程內容是有經過討論。

謝代表武吉：

主席我說，你也沒參加，我才跟你說一下好不好，這個就是知道才故意要問的，這是新北市衛生局所訂出來的耶！是為什麼可以用這樣來訂阿！不是啊！這是新北市衛生局，我就不爽啊！我們不要每次都退讓，我今天換成民進黨了!!。

主席：

謝委員，13 個小時其實已經是剛剛大家都比較有共識的部分，不管新北市提出來或是安寧提出來，已經算是最基本的了，剛剛消費者代表侯委員都說那個是最基本的品質了，這個就拜託您是不是接受？安寧跟緩和專科醫師我們也修正了，就是專長的醫師跟護理人員，這個我們也接受了嘛！現在比較有爭議的就是安寧見習 2 個小時，你們說有困難，我們也願意協調，你們告訴我們是甚麼困難，我們也願意去協調，現在就只有兩個小時的部分請大家表示意見。

陳代表志忠：

2 個小時的問題，事實上我們知道有的做得很好的安寧照顧，台大

的金山分院黃勝堅院長，他做得很好，做得非常好，他整個醫院都是安寧，沒有安寧病房的設置，他們不設置安寧病房，變得不能去見習，是不是我們可以改成安寧病房或者是安寧療護有卓著成效的醫院去見習，要見習他們的病房。

朱代表益宏：

第一個，安寧病房見習不了這件事，我們在小組會議就討論過了，討論過了，署裡面也沒有幫我們出面馬上解決，現在社區醫院就已經開過 40 個小時的課，然後滿足不了他安寧病房的實習，所以那些人現在都有困難，那你現在講說我們還有問題再跟你們講，我們就已經講了，你們就沒有幫我們解決啊！

主席：

當時候因為這個沒有通過，我們沒有依據可以去做協調，要過了我們才能去協調。

朱代表益宏：

那這樣子，我建議修正文字，就是說安寧病房 2 小時，如果有困難由署裡負責協調，然後落入文字，第二個，加上 e-learning 還有視訊，13 個小時跟繼續教育的 4 個小時加上 e-learning 跟視訊，就是這兩個修正，因為事實上就是我們已經跟署裡反映過實習沒有辦法處理啊！那時候是主秘主持的三次會議，結果都沒有處理，還是都沒有處理，一直都沒有處理。

蔡主任秘書淑鈴：

第一個，那個會前會不是我主持的，但是確實我們同仁開了三次的會前會，我覺得社區安寧是有需求的，所有受訓的時數也是從最嚴格的標準降到必要最低標準，現在的爭議在於安寧病房的見習兩小時

部分，安寧緩和學會認為與家屬坐下來 Discussion 的過程與技巧是須透過學習的，透過見習是必要的，見習地點即在設有安寧病房的醫院。

若大家覺得安寧病房兩個小時見習的安排有困難，那可以來告訴我們，我們來協助，基本上我們是很慎重討論社區安寧的議題。另繼續教育部分，剛剛好像有代表提到說有人在壟斷，我們也很不希望是這樣，我們是持開放態度，包括繼續教育，有代表提到繼續教育時數可不可以 e-learning？可不可以視訊？我們都同意。

陳代表雪芬：

現在聽了很發愁，就是說真的要安寧病房來看兩個鐘頭，而且是跟家屬 discussion 那一段，醫院怎麼可能接受？連自己體系內醫院都可能都排不出來，所以我認為如果是需要這樣的學習，就是 e-learning 讓大家看，看大家都是怎麼樣做的就好了。第二個，為什麼會弄了半天大家會誤解說這已經非常嚴格了，你們還不同意，因為一開始那個標準就非常奇怪，阿明主持的會議大家不清楚嗎？他從頭到尾一個鐘頭跟三個鐘頭後都還是同樣第一個鐘頭的決議，根本不會有改變的，你講死了他還是堅持他的原議，所以這不是已經開了幾次的問題。我自己參加這麼多次，覺得就是不切實際，然後你跟他講他也不要聽，他就覺得這是一個非常嚴格的標準，就是不能破就對了，那我覺得今天講到這裡已經是最後，不要卡在這邊，因為會沒辦法做下去，我們很希望說安寧可以推到社區去，在最後這一關的這個地方，為了安寧病房，我認為完全不可行，我希望署裡面也考慮一下，我們自己都沒辦法協調，你們也沒辦法的。

朱代表益宏：

其實現在是卡在見習啦！因為真的是不可行，我覺得剛剛講的，如果安寧緩和醫學會希望看跟家屬 Interview，第一個家屬若是晚上？

我排的見習時間沒家屬來，我這兩個小時是不是不算？第二個，如果家屬只有晚上來，你知道他們一個禮拜有幾次跟家屬 Interview 嗎？可能也沒有，我跟你說，今天我在台北見習，高雄的有一間在 Interview，難道我要做高鐵去那邊見習？所以執行上是有很大的困難，所以剛剛我覺得說雪芬提的很好，你就請安寧緩和醫學會做一個 standel 的 e-learning 的兩個小時，你放在網路上人看就好，達到一樣的目的，為什麼一定要用安寧病房去綁那個條款，因為他現在就是要用進到安寧病房，因為安寧病房是他能夠控制的，就是台灣現在大概二、三十家醫院只有設安寧病房，其他沒有，所以這二、三十家安寧病房又是他的會員，他能夠直接控制，所以他可以要求說，你這個不要收，這不是我辦的，這個人你不要收，你不要給他兩個小時，你給他兩個小時午把你踢出去喔，這個事實上有證據的，有實證，我今天不是血口噴人，我們的地區醫院就是碰到實際上這個情形，那你現在還要設一個兩個小時，再給他綁一次，是頭殼壞掉啊！

蔡主任秘書淑鈴：

剛剛陳代表講的非常有建設性，我覺得我們可以把她錄進去，就是可以用 e-learning 或視訊，這也有 privacy 的問題，我們請學會去規劃，只要能達到目的，我們就採納。

朱代表益宏：

如果是設 e-learning，我是建議請署裡面跟安寧緩和學會，叫他設一個兩個小時，當然他設其他也可以設，他設一個 standel 你就放在署裡的網站，任何人要進去，不然他去設一個東西放在他的會員專區，這樣誰看的到，我們又不是他會員。

陳代表川青：

我是很反對去見習這兩個字，因為一般的病房，護士醫生去見習

可以，這臨終是要安靜的、安寧的，我覺得我是反對，按照我的專業來講，我覺得我是反對的，所以都不要，你視訊看，愛看不看都隨你，這個長的怎麼樣，看不是你要視訊看就可以，也不要特別有硬性規定一定要有幾個小時，就是說把這個刪除，要怎麼做那是細節的部分，不要在這邊綁的這麼死，好不好，因為見習很丟人的，要尊重權利當事人，你綁這個法條本身就是不尊重人權！

蔡主任秘書淑鈴：

所以這個地方，就是我們還是有一個這個階段的 training，然後我們會協助去弄一個視訊，然後讓大家可以去 download。

朱代表益宏：

我覺得如果認為與家屬 interview 很重要，那是不是把 1 個小時課程縮短成半小時，挪 1 個小時出來做家屬訪談技巧，應該不是很困難。

蔡主任秘書淑鈴：

13 小時已經討論過了，我們就不再去改它。

侯代表彩鳳：

好啦，這 13 小時課程就不要再改變了，也可以視訊課程了，就這樣。

謝代表武吉：

我是很感謝，我現在是很有慈心的男人，很感謝剛剛我們主席說的那個人事費用，這是很大很大的事情，但是我還是要再說，你這裡的東西我今有有看過了，這支付標準，雖然現在是在專款專用，一般費用這裡，日後會滾入基期，對不對？但是我在這裡面有看到 P4-6 電子資料之處理，就像我之前拿給你們看的那些，有一些行政院衛生署

成本材料的分析為原則，裡面所說的一些資料的東西，行政人員還有其他技術人員，電腦這都是技術人員耶！你這裡面的錢是怎麼分的，你要說清楚啊！再來山地飛到離島，也不可能啊！不是我這要先說，要先說在前面才可以，因為與醫管組開會開很久了，一定要先說在前面才不會輸。

主席：

我想謝委員還是覺得目前的成本是偏低，不管診所或是醫院，其實有很多成本是沒有辦法在非協商因素裡面去呈現，這個我們了解，但是現在就是說，陳宗獻委員，我記得以前還衛生署還不是衛生福利部的時候，戴副署長的時候，你也提過要重新檢討計算公式，其實社保司也有啟動，我想整個過程陳委員你都很清楚，至於非協商因素怎麼重新擬定，那是一個很大的 issue。

我們今天在這裡不是討論這個議題，我很了解，只是說我沒辦法在這裡決這個問題，回到提案，你那個議題我剛建議說是不是在其他場合，在健保會裡面或是其他會議再來提案，再來討論，就是所謂的非協商因素，因為明年要討論到所謂的收支連動問題，在那個場合是不是比較適合，今天我沒辦法也沒有權限去處理那一塊。有關剛剛第二個提案裡面，13 個小時跟臨床見習 8 小時，安寧病房見習兩個小時就改成括弧視訊(含視訊)，好，視訊及 e-learning，那這個樣子是不是就讓這個案子通過？總讓他有個起步嘛，以後大家還可以再檢討，繼續教育 4 個小時，就讓這個案子先過，最少有意願去做這件事情的人，讓他可以去推動，要不然大家都卡在這。

朱代表益宏：

繼續教育也要寫成括弧視訊(視訊及 e-learning)。

謝代表武吉：

第二項說明二之三的支付標準：為現行安寧居家訪視費之 70% 支付，這是怎麼算出來的。

主席：

支付標準為現行安寧居家訪視費之 70% 支付部分，請科長說明。

林科長淑範：

在第二次討論會議中，因為教育訓練時數的門檻降低，繼續教育訓練時數也從原來 20 小時降為 8 小時，認為受訓成本進入門檻降低之後支付點數應該是多少，是會上大家討論出來的 70%。

謝代表武吉：

你這個用喊的阿，根本沒有用計算基礎，所以我現在要講的，行政人員的費用，像技工、駕駛，像去山地離島都不用司機都不用車嗎？用腳走就走的到嗎？阿離島用飛就飛的到嗎？插兩根翅膀就飛的到的嗎？不可能的事情，這都要給人算出來阿。

謝代表文輝：

主席跟委員，我是覺得今天這個案是有突破，的確醫管組這樣有聽大家的意見，這樣才有可能在社區推動，所以我是覺得我們醫管組的長官真的要好好聽，你要推動，你就要聽聽有實務做的人一些意見，所以像剛剛所說，要怎麼解決地區醫院，你們就要好好聽地區醫院的話不然永遠推不出去，現在如果像武吉說的那個，你錢如果差太多、離成本太多，以後你就會發覺還是推不動，因為做的人沒本事就賠錢，那我們要隨時去調整，一開始我們沒有很明確的計算數據，所以先喊一下，我是覺得情有可原，喊下去就做看看，如果真的不夠做不下去，我們再研究。

主席：

剛剛我們科長有報告，因為教育時數降低，所以用現有支付標準裡面的 70%，因為從 40 個小時降為 13 個小時，如果按照比例就不只 70%而已，我看連 50%都不到，是不是就讓它過？

謝代表武吉：

主席，那個叫做資格，我現在我在說的是成本。

主席：

我剛一直說那是另外一個議題。

陳代表志忠：

我第一個反對，因為你資格降低，成本沒有降低，不過為了讓它通過，我們是不是有附條件要檢討，一年內要檢討，好不好。

謝代表武吉：

你有附條件，你比較有錢所以有附條件，我比較沒錢我沒附，我說一定要檢討，現在就是要檢討的時候，健保已經 19 年了，把行政人員被醫院當成俗仔看我忍不下去。

陳代表雪芬：

有個意見，就是如果支付點數訂成七百多，那是不是以後人家就去報一般居家訪視就好了？為什麼要報安寧？而且他還得受安寧訓練喔，我就報一般居家的就好了，譬如說你不知道他是安寧，他就給你報居家，這是我們家醫科提出的意見。

李專門委員純馥：

居家基本上還是要有居家收案的條件，如果你們居家訪視的個案要有安寧的概念在裡面去推廣我們不反對，那我們是針對說真正做安寧的部分我們另外一個訪視費，那實際上個案不一定重疊，但當然我

們承認有部分會重疊，因為很多一般居家的案例很多本身是末期的病患。

陳代表雪芬：

所以他們是報一般居家，也不用去受訓練喔，這是他們提出來的我覺得滿對，想想看該怎麼辦。

朱代表益宏：

那個打七折真的是太低了，我舉一個例子，就是你們在 4-6 頁，這邊講那個病患自控式止痛裝置跟材料費，裝置跟材料費也打七折這跟資格沒有關係，材料費結果你也給他打七折，你這邊不是七折支付？

主席：

只有訪視費打折，其他沒有打折。

謝代表武吉：

我們行政人員費用先給我們算出來再說。

主席：

這是另外一個議題。

謝代表武吉：

沒有重要議題，咳~~~~吞不下去。

主席：

提案二，我再確定一次，就是通則乙類醫護人員的規定，教育訓練 13 個小時，臨床見習 8 個小時(安寧病房見習兩個小時含 e-learning 及視訊)，那接下來有改的部分，阿拉伯數字 2 裡面的 A，設有安寧病房或聘有之安寧緩和專長醫師及護理人員這個 OK，設有負責窗口這個也 OK，阿拉伯數字 3 翻到 4-2 頁，繼續教育時數為 4 小時同意，這個

也通過，e-learning 也包含，其他沒有修正，我們這個案子就按這樣的修正讓它通過。你們的附帶意見（行政成本）就是說以後要再檢討。

謝代表武吉：

以後凡是有關支付標準的費用都要算其他相關行政人員的費用。

主席：

這個就是說，這附帶決議跟提案的關聯性好像有點奇怪，你讓我報部的時候，不要讓部裡的長官也覺得很奇怪好不好。

謝代表武吉：

不會啦，你就說謝武吉說的就好，我常被罵習慣了。

主席：

有關行政費用及其他非協商因素裡面的成本，是不是在健保會裡面去提案，這樣可以吧，好不好。

謝代表武吉：

不行，這個拜託增加一下，寫一下。

主席：

不是，這跟這個提案沒有關係。

謝代表武吉：

這個 70% 怎麼算出來的，沒有行政人員費用。

主席：

那個訪視費是按照教育時數跟其他的條件，都已經降低。

謝代表武吉：

我也有舉例，像要去外島是插兩根翅膀就飛的過嗎？有一個美國人在張家界也都是用飛的，但卻摔死，用翅膀飛也摔死，飛不過去，所以說行政人員費用，拜託一些相關人員費用，我剛剛有說給主席聽的，這些醫事人員以外。

主席：

所以我的決議裡面包括有關謝委員建議，行政人員或是其他相關人員的行政成本是否在健保會裡面去提案，在非協商因素裡面去考量。

謝代表武吉：

我現在已經退一步了，我只是叫你寫進去而已。

主席：

所以我在決議裡面有提。

謝代表武吉：

那跟健保會沒有關係。

主席：

在健保會有共識我們才能執行，未來這一部分也才能去計算，是不是這樣才可行，我想我們消費者代表在這裡，好不好。

謝代表武吉：

你這樣，我很多行政人員在醫院像垃圾被喊東喊西，不要這樣，要尊重一下很多行政人員。

主席：

所以我的意思是我已經在決議裡面附加這個部分，就是說這個可以在健保會做這樣的提案，你提出來有決議我們再討論。

謝代表武吉：

這個就不是非協商因素，這是基本計算公式。

主席：

就基本公式，陳宗獻走了？

謝代表武吉：

走很久了。

主席：

這樣可以啦。好啦那這個案子是不是這樣通過？

謝代表武吉：

沒有沒有我要行政人員費用。

主席：

不是，那個社區安寧這一塊，我現在是講社區安寧這一塊啦。

朱代表益宏：

因為事實上總費用也不高啦，剛剛講總費用也不高啦。

陳代表川青：

行政費怎麼計算怎麼拆算，那也是一個學問，你現在幹什麼討論。

朱代表益宏：

第二就是剛剛事實上講的，你如果打 70% 其實跟居家訪視差不多，會差不多，那這一部分所以是不是謝委員可以稍微考慮一下，是不是要用 70% 還是 80%、85%，雖然它有點差距，但是不要差距那麼大，用這樣方式來處理，因為總費用也不多，我相信其他總額還包的進去。

主席：

不是，你們有沒有考慮過如果包的進去，當然我們希望可以推動，但我覺得推動以後再去檢討，就像你說的訪視費用 70% 是否偏低，那個是執行一兩年後會去檢討，也可以再提案，好不好，不要單獨去針對所謂行政人員的費用。

朱代表益宏：

不要寫行政人員，就是把 70 變 80。

陳代表雪芬：

主席我建議一下，就講說一年後檢討，包括我剛提到的那個問題，他們可能都不報這個安寧的而去報一般，那怎麼辦？

主席：

那就按照陳委員的提案，就是有關訪視費 70% 的部分，執行一年後進行檢討，這樣可以吧，接下來提案三。

謝代表武吉：

我還是堅持。

主席：

我再重複一遍，本案修正後通過有關訪視費用執行一年以後檢討，檢討裡面就可以重新思考，那一塊要如何計算，我們就可以討論。

討論事項

第三案

案由：有關 TW-DRGs 第 2 及第 3 階段項目導入案，提請討論。

主席

請委員針對討論事項第三案 TW-DRGS 第二及第三階段導入案，提請討論請委員發言。

林代表淑霞

我們第一階段的 TW-DRGS 是從早期的 CASE PAYMENT 轉換過來，所以看起來問題沒那麼大當時的預估是這樣，可是實施了以後才知道問題很大，所以在這邊我們醫院協會各層級的代表，還是滿堅持醫院協會當時回覆的第二點跟第三點，亦即本人要說明第一點是，目前現行這些特材問題都還沒有解決的情況之下，事實上不宜再推出第二階段的 TW-DRGS，第二點既然政府已經決定 2015 年要導入 ICD-10-CM/PCS，如果能順利導入其實不用分階段性就一起實施 TW-DRG，也許能夠解決所有問題，所以何必這個時候再來推 ICD-9-CM 版本的第二階段。另於此再次強調全世界沒有任何國家於「總額上限支付制度」之下再實施 DRG，沒有一個像我們把支付制度高複雜化，同時 DRG 的宗旨係由醫院自主管理去監控所謂的支出成本與醫療品質，所以醫院得到的結果是等值量，而非浮動點數，沒有任何國家 DRG 是像我國這樣子的結構，總之 DRG 最後得到就是一個固定的價值，堅決反對現行再推出第二階段。最後一點就是今天時間已經很晚了，這個問題要討論可能不是到九點就可以結束。

陳代表志忠

對不起我是看不懂有一個地方，5-3 頁那個第 4 點那個日期是不是寫錯了，第 3 階段預定導入事項本署於 102 年 11 月 15 日應該還沒到吧，(10 月)我以為預知未來。

主席

好，那個日期是我們打錯了。

陳代表雪芬

DRGs 的部分，如同剛剛淑霞已經講過，這幾年每一次聽來都很受不了就是說，每次講 DRGs 都要說可以提高醫療品質，我們在座很多都知道根本就不是這樣。再來就是說其實我們現在要跟楊前署長談這件事的時候有講我們希望一次導入，可是取消住院的總額，一點要以一塊錢計算這樣才有意義，可是現在一路看過來好像不可能，那個困難度滿高的，所以我想不要怪醫院這邊好像說話不算話，我們其實本來就沒有答應你貴署什麼，所以我想就第二第三階段的部分真的不急，如果大家有共識，住院的部分就是一點一塊錢計算，讓它不要像門診那樣，也不要讓很多代表認為說都沒保護住院，若有那樣的共識，那時候要我們來推 DRGs 我們會充分配合，這是第一個，第二個就目前特材部分，雖然名義上是 10 月 1 號上，可是坦白講在醫院內部我們都不敢干涉醫生的醫療作業，因為如果要徹底執行的話醫療行為全部得停擺，所以我想就這個特材的部分，我覺得不會怎樣，反正以後民眾有需要用的部分就自己跟廠商買，只是不能報保險，他的商業保險會失能，就這樣子而已，所以對照這樣就是要告訴貴署，其實第一階段已經徹底把我們修理，沒有人會再幫你們推第二第三階段。

主席

消費者代表這邊不知道有沒有什麼看法，朱委員說完了以後，我們請消費者代表。

朱代表益宏

主席，我想這個第二階段、第三階段，我覺得其實它有很重要的配套，很重要的配套我覺得今天要一併討論一下，就是做了 DRG 之後，進入 DRG 後那部分的總額是要拿掉的，這個是在當初署裡面跟醫院在談 DRG 實施，那時候是鄭守夏鄭副署長，他做過健保局的總經理，後

來到衛生署做副署長，那時候事實上有承諾說如果進到 DRG 裡面後，做總額這部分是可以討論的，因為全世界沒有一個國家做了 DRG 又用總額的點數去給它打折，是沒有的，所以我覺得說這個應該是有一個相對的配套，就是說你做了 DRG 之後，那進到 DRG 這部分的總額是不是就把它排到總額之外，那當然我覺得付費者代表在這邊，等一下付費者可以表達意見，拿掉總額它基本上就會從基期把總額扣掉，所以總額會變小，我覺得付費者這個也不用擔心，那我講的只是說現在全世界做 DRG 的國家很多沒有錯，這個北美洲、澳洲包括大陸也都在做，但在這些所有做的國家裡面是沒有一個國家，它還用點數去打折，沒有一個國家，那衛生署事實上當初在第一階段還沒有上的時候也有一個承諾，當然我不知道這個承諾到現在還在不在，因為現在人事已非以前講的話會不會到現在衛生福利部全部都不認帳我不知道，但是當時有一個承諾，一但進入 DRG 以後做總額這個制度是不是可以重新檢討，那事實上是做了這樣的承諾，那做總額我也要跟付費者報告一下，就是說總額其實在，雖然我們是訂在健保法裡面，但它並不是，它只是支付方式的一種方式，它可以說是論人按 DRG 什麼什麼的那總額支付中間選項之一，所以我覺得說這個對我們倆是很重要的一件事，今天大家如果真的想要推，把 DRG 推向正軌，而且跟國際去接軌的話，我覺得總額這件事要慎重去考慮，那你不是要做一個四不像的 DRG，全世界沒有像台灣做了一個 DRG 還有一個總額，我們用總額後每半年還要去給他打折，那事實上 DRG 就完全不符合成本，所以這一部分要做一個配套，我覺得今天竟然要推這一個案子，署裡面應該有一定的決議，那是不是這個事情我們要把它提到衛生福利部裡面去做一個討論，做為這個第二階段第三階段盡到的一個配套措施，因為事實上我們是分五年導入，第二階段第三階段加上以前第一階段做完其實已經超過要導入的一半，已經超過不知道 60 幾還是多少我已經忘記，那已經超過一半我是覺得是應該要做一個配套，要考慮，謝謝。

主席

好，我們請消費者這邊不知道有沒有意見，因為在 103 年裡面有編推動 DRG 的預算。

朱代表益宏

兩案併陳。

主席

對啦，就是兩案併陳，那個消費者這邊不知道有沒有提供特別的意見，我們主秘先說明，再看消費者這邊的意見。

蔡主任秘書淑鈴

如果大家覺得 DRG 要獨立在總額之外，這樣的議題是比較適合提到健保會去討論，沒有辦法在這裡討論，因為我們這裡是在總額協商之後再來講支付，所以我是覺得像這樣的議題，是不是可以快點提到健保會去討論，健保會當然可以討論這個問題，因為你們的訴求是要脫離總額，但是現在健保會給我們的是一個已協商完的總額，我們不可能違背健保會的決議。朱代表所提，如果 DRG 的項目都脫離總額，那總額就會變小，協商的範圍就會變少，那這個也是到健保會去討論，因為總額預算是寫在健保法裡面去授權成立健保會去討論總額，而且總額裡面也有分哪些部分可以分別成立總額，那些東西都牽涉到母法的規定，所以我覺得這件事情比較適合提到健保會，不適合在我們這會議來討論。

朱代表益宏

我有不同意見，健保會其實它在母法授權它是總額的分配，總額的分配，它已經有一個總額，然後總額底下你怎麼去做分配，然後這個總額它每一年的成長率是多少，這個是健保法庭規定健保會的權

責，所以健保會才會說一個大總額確定以後，我到底是每個部門分多少，各區分多少，健保它是這一塊，那當然如果沒有進到總額這部分，當然它就不是健保會討論說我到底要不要做總額這個事情，我覺得那個應該是在衛生福利部要去裁要去考慮這個事情，當然我也同意，今天尤其我們雪芬肚子非常餓她中午都沒有吃，我們主席是不是叫個便當鼓勵一下，那個我覺得今天這個場合當然是沒有辦法討論出一個結論，但是我覺得我們必須去正視這件事情，所以我是建議我們應該利用這個委員會去是不是要求衛生福利部要去正視處理這件事情，如果今天衛生福利部決定說好這個不在總額範圍之內，那當然我覺得這個當然不在健保會討論的範圍，健保會並沒有授權健保會討論說我怎麼去支付，按人支付，如果今天不在總額之內其實就回到我們這個委員會，我們這個委員會其實跟健保會是平行的，都是健保法授權成立的委員會，沒有說那一個大哪一個小，這個我要跟委員先報告，所以它其實是平行單位，如果決定支付的方式在這邊談，如果今天衛生福利部認為說不行我要拿掉或是說不行我還是要走在裡面，那我覺得回過頭來我們這個委員會去談接下來的事情，到底要怎樣支付用什麼方式來支付，是這邊談但使我反對我也不同意主秘講的說，到底拿不拿出總額是在健保會談，那個沒有授權它在健保會談這件事情。

主席

這個法條的解讀，我不是法律人我無法解釋法條，有關健保會的成立，就是把以前的監理會跟費協會併在一起，那費協會之前就是總額分配的最高單位。

蔡主任秘書淑鈴

健保法第 61 條，它是提到健保會應該在年度開始三個月前依照行政院核定的總額範圍內協定，本保險醫療給付的總額及其分配方式報請主管機關核定，再來就是前項醫療費用的總額得分地區訂定門診及

住院的費用的分配比例，然後前項門診的總額得分醫師、中醫師、牙醫師、門診、診療服務、藥師訂定分配比例及醫療分帳制度。所以從法的觀點來看，它不管是用怎麼去做分配，很難說住院的某一部分不在協定範圍，它是住院費用是整個住院費用，那我是覺得朱代表如果你覺得說，健保會也不能討論這事情，那基本上決定權如果在部裡頭，部裡至少是法律解釋，最起碼健保會討論之後再報部去處理可能也是個辦法，或者是說醫院協會要正式行文給部去建議這也是個辦法，但是一定不是我們今天這個會可以去討論的。

朱代表益宏

主席，剛剛主秘唸了一大堆，都不要忘了有一個大前提，就是總額，行政院決定衛生福利部一個總額以後，然後到健保會去協定總額怎麼分，那我們剛剛講的，它不在協定的總額裡面那你怎麼會到健保會去分，而且我也不贊成說我們這個會還要經過健保會去同意，因為我們這個會不是健保會的一個附屬單位，我們是獨立依據健保法不知是 42 還 43 條成立的委員會，總共健保法授權成立三個會，一個叫做健保會，它各有不同的職責，健保會是負責總額的收入跟總額支出與總額分配，那不是總額，就是醫療費用的收入與支出，還有總額的分配，那我們這個會是授權我們去訂定醫療支付相關的支付標準在這邊訂，也就是說她用什麼方式，論人計酬論 DRG 什麼的，在這邊訂，付多少錢？付的條件？有哪些限制是在這邊訂，第三個是藥物，到底這個藥要不要付？付多少錢？然後對總額的衝擊，是在另外一個會，它是健保法同時授權這三個會有不同的功能，所以我們這個會其實不是健保會附屬的一個會，這個我要跟大家報告，只是可能很多委員是從健保會裡面付費者代表推薦出來的，但基本上我們是獨立行使，它並不是附屬健保會，不是說我們這邊有什麼決議有爭議還要到健保會再去談，那你要看那個是不是屬於健保會的職權，那我剛剛提的這個案

子，我剛剛也有講今天或許沒有辦法談沒有辦法提，但是我覺得要把它丟出來就是說，因為包括以前的政府官員，包括現在很多學者專家，如果今天學者專家有來的話可以徵詢他們的意見，包括國際上執行 DRG 的經驗都沒有做了 DRG 以後又用總額再去給他打折，沒有這樣子，所以我覺得說我們不應該去弄一個特別的案子，所以我不反對妳今天推第二階第三階甚至剛剛有醫學中心有說那我們就全部進，全部也不要分階段全部一次上，一次上以後看總額怎樣處理，那總額拿掉以後也不是所有的住院費用就沒有了，大概還有 30~40% 的住院費用是在 DRG 之外，像長期住院、癌症什麼有一些東西那個還是在總額的範圍之內，所以我覺得說今天大家應該正視這件事情，今天應該正視，這個是不是 DRG 的配套我今天也可以算是正式的提案，應該要把這個東西列入討論 DRG 正式的一個配套方案，因為全世界沒有人這樣做，而且就理論就實務上沒有人這樣做，偏偏健保署要特立獨行，用一個總額再加一個 DRG，沒嘛！所以我覺得這個應該是做總額的一個配套，那我剛剛講我個人是不反對，你要就一次也可以，因為現在分類就完全了都好了。

主席

好，不曉得還有沒有其他委員有什麼看法。

黃代表雪玲

主席，那個有關自費材那個部份，其實那個內含 800 多項我們都還在討論，那個部份我們醫中也很努力，現在已經報到 400 多項，阿這個部分其實健保署這邊判內含其實有一些地方還有待商榷，要有一點時間來處理這些，這些都還沒處理完我們現在就來討論 DRG，其實是有它的困難，而且其實我們最怕的就是，為什麼我們一直不讓你們上線的原因就是，通則二的那個部份其實只要有報自費特材你就給人家整件不給付，那事實上我們已經成本花下去了，那自費特材兩邊我

都落空，然後連基本的住院費整件都不給付，這個是最大的殺傷力，所以我們是不是可以等自費特材有一段比較穩定之後我們再來實施這個 DRG。

主席

所以我們訂 103 年 1 月 1 日實施，就是在年底前這三個月能處理好。

潘組長延健（郭代表正全代理人）

其實自費特材的項目，我們現在有三四百項在健保署這邊重新再做擬訂，即使在今年年底前這三百多項都能夠確認，但是其實自費特材即使不是用 DRG 在申報對我們來講我們都人仰馬翻啦，那所以說這個東西如果同步兩個都進去的話，對醫院來講這整個作業上面我們真的不知道怎麼下去，第二個就是說其實因為對第三個解答那部份，就是說 ICD10 好像說可以同步開始，但同步進行的結果，就是說當 ICD10 下去後就是全面重來，就是說對醫院來講因為它的分支跟項目完全不一樣，所以現在等於是同步我們要雙倍的工作，那剛剛有提到這裡面有提到現在署裡面的確是有五年計畫在推動 ICD10，那我們有很多醫院在去年是醫學中心，今年很多區域醫院都進來了，但是這個只是初步一小部分的 ICD10，大概都只有一個科到兩個科在做示範，所以用這樣的一個角度要把它整個涵蓋進來，其實還是有一個很大的落差，所以其實我們還是建議說，因為 ICD10 跟 DRG 它的疾病的編碼方式是息息相關，我還是建議 ICD10 整個進來之後，到時候再全面導入那時候會比較成熟。

主席

那你們敢保證，ICD10 執行的時候你們就全部進來，只要落之於文字我們就照決議報給衛生福利部，有人同意嗎？社保司有什麼看法？

梁代表淑政

其實應該不是說作了 DRG，就可以把 DRG 從總額拿掉。就總額的概念，不管是部裡面報到行政院核定的範圍或健保會所談的都是總額，不可能在總額裡面少了一部分的費用。今天如果要討論，是看要採固定點值還是浮動點值。如果要採固定點值或浮動點值，按照健保會公告各部門的總額中，對於支付標準是否要有保障點值這個措施，就進到各總額部門的研商會議去討論做決定。如果要採固定點值的話，那就要考慮其對浮動點值的影響，那就要看大家在這部分的拿捏。所以整體而言，並不是說作了 DRG 就沒有總額，而是 DRG 的費用還是在總額的範圍裡，只是要採用的是固定點值還是浮動點值。

朱代表益宏

我覺得這樣子啦，當然社保司是這樣講，但是我覺得這也不代表部長的意見，第一個它不等於固定點值是完全不一樣我覺得不要在那邊混淆，你固定點值你就會剛剛講的你就會壓縮其他非不做那部份，那你今天你這總額你又沒能力去區分什麼叫門診什麼叫住院，今天所有的 DRG 都是住院，60%的住院費用妳都給他一點一元的時候，你是要社區醫院去死是不是，我覺得社保司的代表今天你要去考慮，你講的是代表政策，如果是代表政策的話如果真的是用這概念去處理的話，地區醫院 93 年的那種保障的狀況全部都出來了，所有的地區醫院一點都是 0.01 為什麼，因為所有的住院都給它保障一點一元，那大家知道住院為什麼我們前面的案子會討論那麼久，因為大部分的住院都是在大型醫院，社區醫院都是門診，結果門診你 60%的住院全部都給它保障一點一元，剩下門診的就是一點剩下四毛或五毛啦！可能更低啦！我跟幾位付費者代表報告民國 93 年的第 4 季，有一個分區的浮動點值是做一點 0.01，0.01 這樣有聽到嗎？就是因為這個你保障的部分太大了，所以我覺得社保司的代表講那句話要很小心，如果這真的代

表社保司的意見一點一元用這個去處理的話，那你地區醫院一定起來亂，因為到時候如果只是地區醫院一定倒，因為它沒有做住院就全部都是門診，結果你 DRG 又給它保障一點一元那不是倒那是什麼，這個我覺得拜託主席如果社保司有這樣，那一定要把我的意見要列入會議記錄。

主席

你們的發言都會實錄，各位的發言都要負責任，剛剛社保司代表只是說針對你剛剛提的有關總額的解讀或是分配方式，社保司在法律上就是健保法上的見解，那剛剛我們主秘離開之前，她不是有講說你或是在健保會提案以後討論的結果報部，還有一個辦法就是醫院協會你們三個層級的共識是什麼，那也可以給部裡面做參考，接下來這個總額要怎麼去做相關的配置，再交由健保會去討論，這個都 OK 啊。所以我的意思是說健保法的立法意旨的解讀權並不在我們這個會，是在衛福部，這個是我要特別說明的，那我們現在請消費者代表這邊是不是有不同的看法。

葉代表宗義

對不起，我現在才第一次聽到幾個會的一個爭議，我們兩個都當過健保會，以前也當過監理會跟費協，以前就講兩個會，這一個會，我們兩個都是那一邊派過來的，但是我們兩個有三個會，一個藥物的、一個支付的，還有器材的，總共有三、四個會，但我覺得是共同體，那邊主委也當過副署長，這邊的主委也當過副署長，所有的主委都副署長，我覺得好像同樣啦，那麼健保會那邊是控制預算，我常說控制預算的人可能比較有優越感，這一邊是醫學的一個專業，你控制預算後還是會有爭議，所以全世界是有一個錯覺，我是覺得平行，控制錢的人最贏，為了總額預算不通過，不通過又去福利部，然後又回來，所以這個問題的爭議大概就在這，今天我們來的目的，我們三四個都

是另外那邊派過來的，我們也不知誰高誰低，同樣性質都是這樣，那邊有爭議我們就去開會討論做一個報告做一個仲裁來解決問題，但是我們三、四個人還是覺得平行的，終究那邊委員這邊是代表，那邊是各個地方繳錢的人派出來，這邊不是繳錢的人派出來的，兩個不太一樣，我們兩三個是哪派過來的我們也不清楚，我們就那邊派出來的，因為都是有這個性質存在，到最後都為總額醫療的問題，我們付費者繳錢，派我們來是有專業存在，都是為了全民健康，沒有說為了哪一邊，能解決問題我們就儘量解決，去到哪我們都還是受到壓力，像分配那個總額用了好幾天還是一個沒過，還有大醫院沒過，送去衛生部送到總部然後駁回，它變成尊重醫師意見，就變成這個問題出來，我也覺得不必這樣但為了全民健康的問題來解決，我認為我這個是這個專業，那個是總額，我是認為這樣。

李代表永振

剛剛代表提到，三個會法令賦與的責任應該不一樣，三個會裡面在自己所應該承擔的責任去處理。今年剛開始實施，在上星期健保會主委有提到大家都在磨合期，就是在 Lucentis 那個藥的問題，2月1號公布，結果沒有錢，結果就是決定公佈的人公佈，管錢的沒給他，沒有處理好所以還在磨合期！這個議題在上個星期的健保會付費者代表跟健保署的看法是要積極去推，但是醫院這邊的代表好像有不一樣的考量，所以我記得那一項好像還不一致。在健保會意見還不一致的情況下，今天的討論是否有意義？我建議健保署是不是再去重新做評估釐清之後，看怎樣才能加速，不然的話各個立場不一樣，你怎樣做協調，今天大概結論也是很難得到啊。

主席

今天的會大概只能開到六點，因為我們行政費用不足，我很抱歉沒辦法幫大家買便當，我只能開到六點，不曉得還有沒有其他不同意

見，如果沒有我們這個案子就保留到下次再討論。

王副秘書長秀貞（謝代表武吉代理人）

支持主席就是說這個案子下次會議再討論，但是對於社保司長官剛剛講的那一番意見，讓我們為討論事項第一案感到憂心，因為社保司對這個案子的這個概念居然是以固定點值跟浮動點值來做解套，這樣地區醫院大概就不保，因此我們是反對的。社保司長官是我們健保總額與健保政策的推手，對此案回應卻沒有考慮到層級上面的差異，這個對我們地區醫院來講是滿受傷的，我們特別提出拜託社保司的長官在各項的政策規畫或執行上面，能夠確實的兼顧到層級的發展，以及層級之間的差異性，本案不該以固定點值項目為解套，謝謝。

主席

我想部裡面在做任何裁決的時候應該都會徵詢很多的意見，不會只問社保司、健保署，我想你們地區醫院或是醫院協會都有相關的文到部裡面，其實他們都有了解，所以這部分大家不必先設定說主管機關一定怎麼樣，預算要執行要給你們用你們到現在都沒辦法決定，今天我想我們第三案第四案第五案就留到下一次會議再討論，那我們今天就到這，大家辛苦了。