

# 102 年度第 6 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 12 月 19 日(星期四)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：方淑雲

出席人員：

陳代表雪芬	陳雪芬	陳代表福展	翁瑞文(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蔣世中(代)
林代表富滿	林富滿	吳代表志雄	(請假)
郭代表正全	郭正全	劉代表俊言	謝偉明(代)
廖代表學志	(請假)	陳代表彥廷	(請假)
陳代表志忠	陳志忠	高代表靖秋	高靖秋
徐代表弘正	徐弘正	曾代表中龍	曾中龍
林代表淑霞	(請假)	曹代表昭懿	曹昭懿
羅代表永達	羅永達	吳代表進興	吳進興
謝代表文輝	謝文輝	黃代表鶴珠	林綉美(代)
謝代表武吉	謝武吉	黃代表棟國	黃棟國
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	(請假)	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	(請假)	侯代表彩鳳	侯彩鳳
王代表正坤	(請假)	李代表玉春	李玉春
黃代表啟嘉	(請假)	吳代表肖琪	(請假)
陳代表憲法	陳憲法		

列席單位及人員：

衛生福利部醫事司	請假
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
食品藥物管理署	請假
中華民國中醫師公會全國聯合會	黃鏐容
台灣醫院協會	何宛青、潘廷健
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
中華民國藥師公會全國聯合會	李蜀平、王韻婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	曾修儀
中華民國助產師助產士公會全國聯合會	請假
台灣急診醫學會	陳維恭
本署台北業務組	蔡翠珍、陳美玲、張作貞
本署北區業務組	郭珮萱
本署中區業務組	請假
本署南區業務組	請假
本署高屏業務組	請假
本署東區業務組	請假
中央健康保險署	李純馥、林淑範、王淑華 李待弟、蕭靜怡、張益誠、 涂奇君、方淑雲

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、報告事項：

(一) 有關本保險支付標準編碼 58027C(急重症透析)申報條件修訂案。

決議：同意修訂病患同時持有慢性腎衰竭(585)及囊腫性腎病

(753.1)/腎臟移植手術後追蹤照護(V42.0)2 張重大傷病卡，應屬申報支付標準編碼 58029C(一般透析)。

(二) 更正全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表 3.3.3 花東地區不適用牙醫相對合理門診點數折付之平均點值數據案。

決議：本案請中華民國牙醫師公會全國聯合會，於牙醫門診總額研商議事會議討論，依其決議，再提案至本會議報告。

(三) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，安寧住院療護通則七癌症骨轉移病人得另行核實申報「RANK Ligand（如 denosumab）」抑制劑類藥物案。

決議：本案由健保署補充該藥品使用之財務衝擊分析資料，再提案報告。

(四) 有關「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」內容報告案。

決議：

1. 部分委員建議，本計畫承作醫院之專任專業人員中，語言治療師可得採兼任方式辦理，以及本計畫評估量表是否有使用版權問題，請業務單位參考，餘本次所提修訂計畫內容洽悉。

2. 請健保署於 103 年 2 月醫院總額研商議事會議報告財務評估，並於實施半年後檢討。

3. 有關獲選試辦團隊之目標管理，建請分區業務組適當檢討調整。

(五) 有關修訂 103 年「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」案。

決議：洽悉。

(六) 102 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準調整案後續辦理事宜。

決議：

1. 本支付標準調整案，醫院部門追溯至 102 年 1 月 1 日起實施，西醫基層院所僅追溯中華民國醫師公會全國聯合會建議調升之 10 項外科手術及處置項目，其餘調整項目於 103 年 1 月 1 日起實施。
2. 102 年 1 月至 12 月追溯之支付標準調整差額點數，由本署按申報醫令數統一進行補付作業，並併入第 4 季結算，為利醫院於 103 年農曆前能收到本項費用，本署將於 103 年春節前先行補付 102 年 1 月至 9 月之差額。
3. 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)及論病例計酬案件以申報醫令之支付標準調整差額點數計算，不另行檢核是否超過「醫療服務點數上限臨界點」或「得核實申報上限點數」。
4. 同步調整論病例計酬項目之包裹支付點數及「得核實申報上限點數」，影響項目包括「97004C (陰道生產)」等共計 23 項。本次調整內容將併 102 年支付標準調整案公告實施。
5. 103 年適用之 RW、SPR、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點等相關計算參數暫沿用 102 年適用之統計值，俟本署依本 102 年支付標準修訂內容，校正 101 年申報資料及統計相關數據，另案提本會議報告。
6. 103 年各醫院 CMI 值，依 102 年支付標準修訂內容，校正 101 年申報資料進行統計，於 102 年底公布。
7. 餘洽悉。

#### 四、討論事項：

有關醫院藥事服務費調整及藥事人員合理調劑量規定案。

決議：

1. 因醫院藥事作業包含藥品倉儲管理、臨床研發、藥歷管理、藥品資訊建置及提供、處方適當性評估、藥品調配及核對、用藥指導、特殊病人衛教等團隊運作，非由單一藥事人員完成完整之處方調劑作業，及醫院處方量受到不可控制因素如病患疾病、國定例假日之急診量、氣候等多項因素，原規劃醫院申報每日調劑人員及按日計算合理調劑量，因無法顯現醫院藥事人力配置，改採按月依執業登錄之藥事人員數計算醫院藥事人員合理調劑量，超出部分予以折付 50%。
2. 為降低醫院各層級間藥事服務費之差距，建議藥事服務費以定額方式調整，另支付點數偏低之住院非單一劑量處方，亦納入調整項目。
3. 依前述會議決議修訂調整內容，依全民健康保險會 103 年醫院總額協商結論，提該會同意。
4. 餘洽悉。

**五、散會：下午 18 時 10 分。**

# 102 年度第 6 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 與會人員發言實錄

## 前言

### 醫務管理組組長林阿明

各位代表還有專家學者，還有部的長官，大家午安，因為蔡副署長在部裡面開會，應該很快會結束，他請我先代為主持一下，馬上趕過來，現在人數已經超過半數，就宣布開會，今天是要開共同擬訂會議第六次的會議，首先先確認上一次第五次會議的會議記錄，這個部份在第一頁到第 6 頁，不曉得大家有沒有其他的意見。

### 羅代表永達

第 8 頁跟第 9 頁，第 8 頁最前面有關於那個約束的部份，因為這邊的列管建議是解除列管，那表示是已經通過了，可是上一次的決議裡面是二案併呈到部裡面，那解除列管要告訴我們最後的結果是什麼，第二個是第 9 頁的第二個那個 TW-DRG 上次也是，因為上次的要求是希望 2 至 3 階段，但是我們上次的結論是希望第二階段，第三階段的話暫緩，那現在解除列管的意思就是照這個意思，是不是這樣子。

### 醫務管理組組長林阿明

請支付科說明。

### 李專門委員純馥

第八頁的這個部份是針對折付的部份，那一次是有決議的，就是同意統一折付然後結算方式處理，所以這個部份是上次有決議的，那第九頁針對 TW-DRG 的部份。

因為上次的決議是說請我們再邀相關團體辦理第二階段事宜的討

論，那我們目前已經預訂要開會了，所以我們就想先把他解除列管，這樣子。

### **羅代表永達**

預定開會也算解除列管就對了，那接下來也是第9頁第三個，103年的那個你約束的部份，因為你也是解除列管呀。

### **李專門委員純馥**

現在這個已經報部裡面先裁，所以這個部份先解除列管。

### **羅代表永達**

你們解除列管的定義是只要報部，這樣就算解除列管，OK，了解。

### **謝代表武吉**

那個如果報部，部還沒有做決定不能夠解除列管，在健保會也是一樣。

### **醫務管理組組長林阿明**

好，那沒關係，我們就一樣把他先列管，下次再來解除，好，這以後再解除，會議紀錄的部份，還有沒有意見，如果沒有的話，我們就確定，接下來報告事項。

### **報告案**

#### **第一案**

案由：急重症血液透析申報條件修訂案。

### **林組長林阿明**

請說明一下。

### **李專門委員純馥**

大家看到我們資料的 P1-4 頁附件三，其實我們支付標準針對門診透析有分住院跟門診，門診有分急重症跟一般透析點數不一樣，申報急重症有一個條件是說如果他有兩張重病卡，他就可以來報，可是當時只有排除慢性腎衰竭，我們現在是想增列囊腫性腎病及腎臟移植手術後追蹤個案，這兩個都視同他不是領有兩張重病卡。

所以他就要回歸一般透析就是 3,912 點去申報，因為在執行上會有一點點疑慮，那這部份我們有請教腎臟醫學會，腎臟醫學會是同意修改，所以我們這次提會來做報告，以上。

### 林組長林阿明

好，這個報告案大家有沒有什麼意見。這是囊腫性腎病及腎臟移植手術後追蹤，原則上還是報一般透析 3,912 點，不是 4,100 點。如果各位代表沒意見的話，就通過。報告事項第二案。

### 第二案

案由：更正全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表 3.3.3 花東地區不適用牙醫相對合理門診點數折付之平均點值數據案。

### 林組長林阿明

好，那這部分，請劉代表說明一下。

### 劉代表俊言

主席、各位委員，這個部份我們開始在提的時候就是 1.15 這個數字，到最後在補充資料時候才發現弄錯，目前只是希望說再把它更正為原來的數字，以上。

### 林科長淑範



業務單位跟各位代表再說明，因為牙醫全聯會第一次送來是寫 1.05，後來更新資料誤寫成 1.15，所以我們還要正式提到本會跟大家報告。

另外要補充是，我們在做資訊需求確認時，對於四季平均點值這個字，是平均點值還是四季的平均點值，有跟牙醫全聯會再確認一次，他們認為他們要的是四季浮動點之平均點值，是用浮動點值來算平均，所以文字上我們會修正為「花東地區已結算之最近 4 季浮動點值之平均點值超過『1.15』，該年度該區之專任醫師」。以上的補充報告。

### 林組長林阿明

好，這個部分有沒有意見。

### 黃代表雪玲

主席我想問一下，這部分，因為其實他們把這部分，花東地區列為排除在合理量外，就是超過 50 萬就不列入，今天牙醫學會提到這個有無通過在牙科總額再確認，因為這確實會影響到偏遠地區、資源不足地區的點值。在牙科點值結算會議上看到的也是 1.05 嗎，其實花東地區的點值，事實上從 99 年平均點值都是 1.15，長期以來都是 1.15，大家可以看到台北分區業務組的通通都是 0.9，永遠不可能拿到一點等於一塊，那這 15% 其實對其它分區來看是覺得非常眼紅的。

今天把它列為，牙科全聯會要過這個案，其實我猜想，他們把這點值拉低下來，未來他們牙科超額部分不折付嘛，這是被操作過，以後我們大家看到，其他分區點值都是要折付，在花東地區的醫師就不折付，今天又把它改成 1.05，其他分區事實上也有 1.05，這樣會不會超額牙科醫師他也是不要做點值保證，我知道在牙科這邊有訂定一個超過一定標準的點值時，就要把錢保留下來給資源不足的地區做分配，除了該區分配完後還有餘款，是給其它全國資源不足的地方做分

配。

那它這樣做完後，其實這個點值會被操控下來，現在是 1.15，四季後 1.15 超額部分都可以完全申報，那它申報額度就會增加，那這點值就被拉下來，就不會產生保留款，那這保留款就不能獎勵資源不足的地區，我不知道這部分是不是在總額那邊已經確認同意這樣。

### 劉代表俊言

跟大家報告，這部分在全聯會議總額是確實大家都同意的，因為花東地區確實有它特殊的需求，以上。

### 朱代表益宏

主席，這個應該要看牙科總額支付委員會那邊移過來的案子是 1.05 還是 1.15，如果它移過來的案子就是 1.15，那你應該先到那邊修正，修正成 1.05 再提這邊會適合妥適。如果移過來的案子就是 1.05，那只是我們這個委員會秘書處作業疏失有誤植，那當然這邊直接更正。

但是如果當初在那邊討論的案子是 1.15 的話，可能是退回去那邊請那邊修正以後，再重新提過來會比較適當。

### 劉代表俊言

跟大家報告，這個案子我們 12 月 3 日牙醫總額研商議事會議提修正案有通過，以上。

### 林組長林阿明

就是在我們原來的協商議事會議裡面，有同意 1.05，當然那邊同意，就照那邊結論辦理。

### 李專門委員純馥

這個部份我們確實是從牙醫協商議事會議確認後，才提到這邊做

報告案。

### 黃代表雪玲

我要再補充一點，這案子當初送來我們會審查時，我去翻，11月27日我們沒有討論，我再去翻，其實是在會上給我們的臨時補充資料裡面，那補充資料裡面，我們翻它的議程裡的說明完全都沒有提到這一點，是在附件裡面夾的這一個小的修正。我就不知道在總額的會議，因為我們都沒有參加，在牙科總額會議中有沒有充分的委員說這其實做下去，會影響點值分配，影響到偏遠、資源不足地區的分配。

我不知道在那個會有無充分表達，我們沒有參加那個會，如果那個會是已經有充分表達溝通過，那這樣子今天要在這邊修正我們是沒有意見。

還有，以後會上不能給我們補充資料這麼大疊，這麼大疊在會上，又不是事前給我們看的，我們真的沒有辦法看到這麼細的細節，上次這個地方真的就是在我們報告事項裡面都沒有充分寫出來，只是在附表裡面小小的一點，我們根本沒有辦法查覺。

### 李專門委員純馥

這個部份我要說明一下，因為我們總額協商完以後，實際上總額的會議跟我們的協議會其實是很近，就會出現說，因為依法我們要七天前先跟大家報告我們的提案，可是有些資料它是要那個會議通過以後再補報進來，所以確實會產生您剛講的資料上面不足，這部分以後我們會盡量改進。

那針對說這個案子當時牙全會希望針對這部分把它不予折付的時候，實際上您提的問題我們都提過，那區出現的是醫生他不願意多看，比如說他們花東地區會出現是醫生他卡在折付的關係，所以他不願意多看，可是其實他們是覺得那邊的民眾是有需要的，所以他們希望把

這個折付拿掉以後，他們願意多提供這樣的服務，所以跟您講的剛好是不太一樣的狀況，是因為他們發現自己在審查端還有分區在管控上，就已經用折付的方式當一個上限，造成他們醫生不願意多開診去看這些病人。

所以他們希望把它拿掉，希望這樣以符合當地的需求，那當然有可能你講的後續部分，我想我們可以在每一次的總額的會議裡面會把這點值部分呈現給大家看，如果委員覺得需要，我們都有放在全球資訊網給大家做參考，或許一段時間我們可以來檢討這樣子的修訂合不合適。

### **林組長林阿明**

那這個案子先請同仁確認，如果當天的會議裡面確實是 1.05 的話，原則上我們就照這案子通過。若是 1.15，我們會到原來的協商議事會議裡面再做一個討論。

這部份我們稍做保留，等同仁確認後我們再做最後一個決定，接下來我們進行報告事項第四案。

### **林組長阿明**

好，謝謝陳院長，關於這個報告案，我這邊大概做一個這樣的決定，就是大家對成本上面還是有一些意見，那這個報告我們先撤案下來，下次我們再來提報告。

報告案第二案的部分，請醫管組來說明一下剛剛 1.05 這部分。

### **林科長淑範**

剛剛報告事項第二項牙醫花東地區結算的平均點值是 1.05 還是 1.15 有沒有提到牙醫總額研商議事會議，剛才有跟承辦單位確認，它在 11 月 19 日的會議提到的是 1.15，所以 11 月 27 日提到共同擬訂會

議也是提 1.15，是後來牙醫全聯會發現他有誤植，是用發文來請求更正，所以我們提到這個會最後一次確認及修正，以上補充。

### 黃代表雪玲

沒有經過點值結算會議，包括剛剛提到牙醫總額研商會議，本來是寫平均現在還要改成浮動，這件事是總額會議不知道的嘛。

### 李專門委員純馥

在 12 月 3 日那次，因為牙醫今年比較特別是開兩次，第二次會的時候有去更正第一次錯掉的，就是 1.15 變成 1.05。

### 林科長淑範

對不起更正一下，12 月 3 日牙醫全聯會雖然沒有正式提案，但在臨時動議裡面，陳彥廷醫師以臨時會議提出：上次支付標準修訂 3.3 的附表，四季平均點值誤植為 1.15，建議修改為 1.05，主席的答覆是納入紀錄，謝謝大家。

### 黃代表雪玲

那今天再補充的浮動，其實也沒在那個會通過啊。

### 朱代表益宏

主席，其實看起來這個案子，大家第一個在牙科 12 月初的那次會議，這次的會議都是用 1.15 來呈現，那 12 月的時候是由某一個委員的臨時動議，也不是全聯會的臨時動議，是某一個委員的臨時動議來提，主席也說那就納入紀錄，就這樣子而已，並沒有裁示說同意修正或是下次研議。

所以我建議這個案子是不是我們這邊暫時退回，請牙醫總額研商會議做一個正式的確認以後，再提到我們這邊來做修正。

## 陳代表雪芬

主席，本來我們對其它總額，其實根本沒有我們講話的餘地，我意思是說如果是這樣，今年也要結束了，這個案子就是我們每次看了都覺得很討厭的那種，會看到人家點值那麼高，我覺得如果拿掉那樣的情緒，我是認為說就算了，因為牙科也只是附帶在這邊跟我們報告而已，我們也不能怎樣呀。

## 林組長阿明

其實東區的部分確實比較特別，當然這個部份希望是鼓勵東區的牙醫師能夠在一定的範圍之內能夠多服務一些病人，所以我想是不是全聯會有一個這樣子的考量，上次有會上特別修正，所以我是比較建議說今天能夠支持第二案的報告案。

## 黃代表雪玲

主席，這次有增列要浮動的部分，那部份我們沒辦法給他同意呀，因為在全聯會也沒有討論過啊。

## 林科長淑範

我說明一下，四季平均點值，不管是用 1.05 或是 1.15 東區的平均點值會影響到小數點第三位，而且是差 0.01。

## 黃代表雪玲

我知道為什麼要這樣改，因為 1.15 你把它拿掉後，它可以充量，量做大以後點值就下來，點值下來，下一季就不可能是 1.15，所以，我收回剛剛充量那句話，對不起，我道歉，我對花東地區的確不清楚，我是說以這樣子我們開放這樣的管道，就是超額不用折付，超額不用折付它的點子就會下來，就不會看起來這麼顯眼 45%，那接下來想要支援資源不足的地方，它的分配就會減少，因為接下來點子就不會是

1.15，就不會有剩餘款來支援資源不足的地區，更別想說分給其它全國地區呀，這個部分就是它點值真的是會受影響，它沒有不把它弄成1.15，它其實下一季就沒辦法再做給付的調整嘛。

### 朱代表益宏

我是建議就是說，當然我們這個會，如果對牙醫共同擬定會議有這個決議，我覺得我們這邊應該給予尊重跟考慮，畢竟他們是比較直接的會議，但是我只是說它程序上不應該用臨時會議而且是個別提案，然後就送到我們這邊要求我們這邊來修正，這樣我覺得不好，應該是請他們循正式的程序編列為正式的議案，然後經過充分討論以後，確認大家都有共識，提到這邊，我覺得這樣沒有爭議。

你用一個臨時動議，臨時動議事實上是到最後，沒有時間要結束了，主席再裁示也是列入會議紀錄，就這樣子而已，所以主席也沒有說裁示同意他修正，事實上也沒有同意修正嘛。

所以我覺得說程序上，應該是退回到那邊經過他正式的程序，如果在那邊有共識，我個人在這個會上我是舉雙手贊成，但是沒有經過這個程序，你用全聯會來一個公文說要求修正，那我覺得是不尊重那個委員會，因為那個委員會除了牙醫師、公會全聯會以外，還有其他付費者委員、學者專家還有其它總額的代表都在那邊，所以我覺得說不能用牙醫師公會全聯會一個公文就來修正會上不同決議啊，以上。

### 黃代表雪玲

我們也是贊成這樣。

### 林組長阿明

那這樣的話，本來我的想法是，因為其實它也是在會上贊成通過，只是剛才加浮動點值的部分，這部分我是建議說浮動點值這幾個字不

要再放進來，還是照原來最近 4 季平均點值超過 1.05 的這一部分。

### 李專門委員純馥

其實他們原來通過是 1.15，他們不用折付啦，因為它現在就是大於 1.15，那現在是因為他們擔心原先公會裡面共識是 1.05，送來我們這邊數字搞錯弄成 1.15，所以希望把它更正回來，其實不管是 1.05 還是 1.15 他們都可以不用折付，所以我是想說不要再增加大家行政困擾，因為會真的很多，提案也很多，希望委員同意，我們也會監控。

### 朱代表益宏

這個，剛剛我聽了以後有點不太懂，剛剛說因為他們已經不願意看了，因為你有在折付，所以我們要趕快把折付拿掉，鼓勵他們多看，因為現在花東醫師已經不願意再看，剛剛講是這樣。結果現在又講其實沒有沒有，現在他們都超過 1.15，現在不會有這個問題。

所以我不知道到底現在情形如何，如果真的是現在都超過 1.15，我是覺得那你也不急著現在去修正，那你也不急著說今天通過，那你就下次會議再拿回來明年再處理，事實上也是 OK。

如果真的是照科長講的，現在其實也都是超過 1.15 不會有問題，那為何不讓行政程序走完、整個讓它完備。我現在的考量是在牙醫總額研商會議上，它沒有經過充分討論，是因為臨時提案，然後臨時提案事實上主席也沒有做裁示，在那會上主席是說列入記錄，只是這個樣子。

所以我覺得說是不是應該讓整個程序走完而且不應該用臨時提案，而是用正式的提案在那邊充分討論以後，如果還是同意修正，我個人是贊成下一次讓它修正。

### 林組長阿明



那這個部分，如果代表有意見的話，這個案子還是撤回，下次牙醫總額研商會議決議修正後，再提本會議報告。第三案暫先撤回，俟資料分析完整後，再提報告。

### 第三案

案由：修訂安寧住院療護通則七癌症骨轉移病人得另行核實申報「RANK Ligand (如 denosumab)」抑制劑類藥物案。

#### 林組長阿明

報告案第三案是針對住院安寧癌症骨轉移病人，建議得另行核實申報「RANK Ligand (如 denosumab)」抑制劑類藥物部分，現行安寧住院療護是採每日定額支付 4,930 點，因本項藥物與已得另核實申報之「骨轉移疼痛之雙磷酸鹽類 bisphosphonate」作用相似，具取代性，請委員表示意見。

#### 朱代表益宏

這個藥物跟雙磷酸鹽的費用差多少錢？是取代作用，可是如果費用差很多的話，事實上那個藥有要另外。

#### 李專門委員純馥

抱歉我們沒有做這樣的比較，不過我們可以再分析，因雙磷酸鹽是一個大類。

#### 朱代表益宏

署裡提出的意見是說有取代性，所以不會增加費用，那取代性不會增加費用兩種條件，第一個就是你用了 A 不會用到 B，這個叫有取代性，第二個不會增加費用是表示兩個費用其實是一樣，所以我取代才不會增加，如果是這樣子的話，第一個當然他要有取代性你就應該說他只能限擇一申報，第二個如果說你費用相差太多，就不能用這種方

式來跟委員講說，它不會增加費用，所以這應該要評估出來。

如果費用相差很多，你怎麼說它不會增加費用，那當然會增加相關的費用，但是也不是說健保署納入給付以後，這個安寧就一定要額外支付，事實上不一定，它可以說我進到安寧我就是包套，那原來通過的雙磷酸鹽已經通過的你可以額外支付，但這個東西我覺得沒有跟雙磷酸鹽有類似的效果我也要額外支付，我覺得還是要考慮他的財務的相關的一些狀況。

### 林組長阿明

藥材今天出席沒？

### 朱代表益宏

就是說這個藥物到底跟雙磷酸鹽到底差在哪裡，如果可以取代，藥效差不多，那當然那為什麼你要把這個放進來？這個我覺得你應該在這邊說一下，不然你為什麼要在安寧額外支付他，雖然它已經納入支付標準，但是它為什麼在安寧的時候要把它額外另外再給它支付？如果它是類似的又有取代性，那到底它的好處跟壞處在哪裡要做一個說明。

### 李專門委員純馥

其實這個項目，我們那時候是有考慮，第一個因為我們本來安寧是論日計酬，那所以論日計酬，那像論日計酬如果我們對於這種比較貴的這種所謂的雙磷酸鹽藥或是今天講的 RANK Ligand 沒有讓它另外核實的話，可能病人基本上會因為定額的關係就沒有辦法使用。

所以我們只是希望說不要讓安寧的病人覺得他是次等公民，就是說如果在一般病房都可以用因為不是論日，可是住到安寧病房就不能用，是希望說讓他有一個衡平的對待。

## 謝代表武吉

請問一下，3-1 頁的說明二、經分析 101 年各層級申報安寧住院「骨轉移疼痛之 bisphosphonate」藥物情形，醫學中心平均每件 8,824 點、區域醫院 11,347 點、地區醫院 2,304 點。

這個你怎麼分析出來跟我們報告一下，再來你第四這個藥品，現在可以用的藥品是 11,102 點，這是另外一個 issue，那你在這個說明二，為什麼醫學中心應該要用較大的，結果它的結果比區域醫院還少，地區醫院它差異性為什麼那麼大呢？

## 林科長淑範

謝代表這個問題我們等一下再跟您補充說明，我們拿統計表下來看一下。

## 李代表永振

這邊兩點請教，第一點就是案由，這是報告案，"提請討論"四字是不是可以不要，第二點與朱代表跟謝代表講得差不多一樣，我們看到 3-2 頁的第六點是朱代表提到過的既有相似，就有取代性，所以不會增加點數，那第五點又提到得"另行"核實，另行喔，可是剛剛朱代表說兩者取其一，而另行是額外的，會不會有矛盾？

那當然你這邊提到說不會增加核實的申報點數，就像謝代表講的這三級的醫院它的差異原因應該說明一下，還有新的這個它就有 11,102 點，這樣我們也看不出來到底是怎麼回事，應該進一步說明一下，剛剛說要取資料來是不是可以把這個釐清一下這樣的疑慮，讓代表們比較清楚，謝謝。

## 林組長阿明

這部份我們待會再釐清，另請大家參考 3-4 頁，現在九的部分就

是住院安寧一天定額支付 4,930 點，在第七的部分是定額之外，針對癌症骨移轉的病人，經評估後得另行核實申報雙磷酸鹽類。一般定額項目相關費用不高，得額外申報的項目通常是費用較高。

本案原則是 RANK Ligand 跟雙磷酸鹽類的作用機轉及藥理效用是相當，所以我們是希望把它列入得另核實申報項目，這報告案最主要的用意是這樣，這類藥物除要逐案審查，而且要符合我們藥品的給付規定，事實上規定是非常嚴謹的，而不是說你要使用就可以申報，考量病人有這樣的需要，這是本報告案最主要的用意。

### 朱代表益宏

因為為什麼比較 care 這件事情，因為當初安寧就是論日計酬，那其實就跟 DRG 的概念一樣，應該是說盡量它在裡面是一套的，你用什麼藥物反正我就是給你這麼多錢，大概是這樣子的概念。

就像我們在談 DRG，健保署也認為說你是包套的，就不該額外類似的概念，所以我覺得說額外要給付的時候要稍微考慮一下，當然我個人覺得說如果有必要的話還是應該要給，可是應該要把原始的、詳細的資料要讓委員們都知道到底是不是就如這邊取代性、兩邊要很相似、又不增加費用，如果真的是這樣，那我覺得沒有道理要擋，你又不增加費用、又取代性，可能藥效更好，那為什麼不用呢？

那如果真的費用差很多，那真的要說清楚啊，那我覺得跟委員講清楚，大家也會做一些比較衡平性的考慮，以上。

### 陳代表志忠

對不起，我想，主席，我們這個會的範圍是討論費用問題，不過我們健保署或主管單位在發布這些東西的時候，可能還是要確實一點，因為我看到這邊寫：「RANK Ligand (如 denosumab)」抑制劑類藥物，這個它寫顛倒，它應該是：RANK Ligand 抑制劑 (如 denosumab)。

因為這個藥是抑制 RANK Ligand，它本身不是一個 RANK Ligand。

這個地方寫顛倒了，如果你這樣列在支付標準，送出去給人家看到剛好相反。

### 林組長阿明

好，謝謝陳院長，關於這個報告案，我這邊大概做一個這樣的決定，就是大家對成本上面還是有一些意見，那這個報告我們先撤案，下次我們再來提報告。報告案第二案的部分，請醫管組來說明一下剛剛 1.05 這部分。

### 第四案

案由：「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」內容報告案。

### 羅代表永達

主席、各位先進，這個案子投入了很多時間，在上次要結案之前，我們曾經提過他們告訴我們幾件事情，包括說我們現在目前的醫事單位裡面的語言治療師跟職能治療師，尤其是語言治療師這個部分裡面他們認為人數是充足的，結果當時查過全國有 1,492 位，他們告訴我們說絕對沒問題。

剛才講說要觀察開始公告以後會有多少人來報，結果不出所料，所有地區醫院都請不到語言治療師。那我們再回顧這個案子，從一開始就希望有兩個很重要的原則。

第一個原則就是回到地方去的部分，第二個部份希望將來能夠接軌。可是這個地方所有的地區醫院裡面，以我們中區為例，區域級以上醫院或許都可以參加，可是地區醫院裡面竟然只有 11 家參加，能不能擇優還不知道喔，為什麼？因為大家可以看到 P4-2 頁裡面(五)第 2 個，醫事人員要專任，那大家想想看後，以地區醫院的規模，要三種

物理治療師、職能治療師跟語言治療師同時存在。尤其語言治療師它是必須有語言治療室而且要集中，這樣的情況下，對很多 100 床以下的地區醫院真的是很難做到的事情。這是一個試辦計畫，而且這試辦計畫上次講說要經過一、兩年以後再從新評估，如果以 105 年的長期照護銜接來講，顯然地區醫院是沒有辦法參加這一塊，這對地區醫院影響非常非常的深遠。

第二就是，健保委員會裡面，吳肖琪老師曾經提到他還是認為以區域跟地區醫院的適合性來講，應該是由地區醫院來做銜接，可是這次看申報全部、7、80%大概都是區域醫院，這個是違背這樣的結果，那這個結果在剛開始的時候就提出，若要限制語言治療師是專任的話，一定會是這樣的結果，果不其然，在六場的說明會以後，所申報出來的我們地區醫院做調查，的確是這樣。

第三，社區醫院協會在這段時間反覆行文給貴署，可是署裡面都沒有把它當一回事，我們始終都沒有得到善意，一直到現在為止都已經是 11 月 30 日把那個申請書交出去，到現在為止，我們反覆再說，今天以報告的方式我們很擔心，這明明知道是自己的失敗而且還要這樣的模式，我們表示抗議。

我們具體的建議，在專任的部分，應該允許像當年 RCW 呼吸治療師法，通過是民國 91 年，到民國 95 年他們的理事長親自告訴我們說他人數顯然不夠，所以他們有落日條款也允許 RCW 實施的時候可以用兼任的方式，當然兼任的次序或是兼任地點，或是必須做語言治療或復健治療，是有報告有記錄的，根據 RCE 呼吸治療的經驗，這些都可以行的通的，但是要專任這兩個字，幾乎就是斬斷了地區醫院目前能夠參加的最低門檻規定，所以我們認為說這個案子如果這樣，我代表社區協會是反對的，以上。

林組長阿明

還有沒有其它代表有意見。

### 徐代表弘正

在這邊請教，按照條文看起來，醫學中心應該不能承作才對，可是事實上都是醫學中心在承作主導，我不知道怎麼解釋，因為我們從新聞裡面看到的是這樣子的。

### 李專門委員純馥

那是轉出的醫院。

### 徐代表弘正

我知道啊，那是像台中地區是台中榮總發布新聞有 27 家醫院共同組成團隊然後來承接，我不知道署裡面是怎麼作處理的，那個就是在急性期的判斷，怎麼樣進入厚那個描述不清，如果急性期裡面已經有在作復健的以後，他還可以進入嗎？

這個是一個問題，還有一個你們那個要能夠回家的評估是小於等於 3 週，你知道這樣的結果是什麼嗎？這個結果就是，輕症的都會苦了這一個，重症的絕對不可能在 3 週回家，所以當初寫這個計畫好像沒有考慮到整個疾病的分類跟嚴重性。

我覺得他們實在是非常的 magic，要預定三週最多十二週，事實上若各位有親人中風的，你們都可以去了解，如果他疾病程度到這裡，不是，我今天其實，我自己是復健科專科醫師，我完全了解這個的內容，但我也同情剛剛講的地區醫院，有一些治療並不需要語言治療，為什麼每一個都要涵蓋才能加入。

所以是不是說，只有承接醫院需要這個條件，其它的醫院團隊不需要這個條件，這樣子的話就可以彌平地區醫院不能參與的一個方式，以上。

## 朱代表益宏

主席這個案子其實真的執行起來有爭議，真的有爭議，因為從專家委員會開始，事實上這個問題就一再被提出來，包括承作的資格限制，那正式會議上我們也提出來，地區醫院代表也提出來，但是當時主持專家學者署裡面的長官，就是完全忽略這些事情。

後來到了健保會，健保會的學著專家吳肖琪老師，吳老師在健保會上一次開會的時候也特別針對這個案子提出它的意見，那我相信這裡也有付費者代表，也認為說這個案子事實上連區域醫院都不應該在內，應該完全由地區醫院來承做，那其實這個想法我們也都提過了，但是就是貴署主持會議的長官一直不重視這個事情。

所以我不曉得現在這個是現在你要那現在署裡面又去做了這樣子的修正，然後又要對於不同的額外的支付，但是對於我們要求的一些有窒礙難行的地方，卻完全不予考慮，我們覺得這樣其實不太公平啦！

所以希望署裡面在做這個案子，既然要修正這個案子，能不能今天這個會議上在於考慮第一個承作人員的資格，照剛剛講的，現在都是對外都是醫學中心來承作，那這個根本就違背了我們當初的想法，第二個就是說，那你這個承作人員的資格，是不是在這邊我們其實在今天討論以後，既然要修正就一併修正到位，不然為什麼署裡面提的案子，可以修正就修正。

那我們委員提的案子要修正就完全不予考慮，也不列入討論，我覺得這樣也不公平，所以希望能夠對等的就地區醫院提的修正案也能夠列入討論，聽聽所有包括專家、包括付費者的意見，以上。

## 謝代表武吉

在這裡要先恭喜我們林阿明副組長，今天，從昨天高升為組長，我們大家以掌聲鼓勵一下，那麼其實今天這個案子，我如果要對林組



長加以苛責的話，我是真的是我是我能夠說一句話就是台灣話橫柴舉入灶，硬要打，我是希望就是說我們能夠說改善，不正確的方法，來去處理這樣的工作，這個案是今年3月11日、5月17日、6月14日、7月26日總共4次的專家諮詢會議。

專家諮詢會議大家都有提出，由於地區醫院的專家都有給你提出剛剛所說的這樣的事情，在7月31日地區醫院醫學會理事長也有寫正常的公文來提出嚴正的抗議，你們也是在9月29日稀哩呼嚕、簡單就給我們回一個公文說，就是說你們要做就是要怎麼做就要怎麼做、要怎麼做就要怎麼做，這可以說你們古早的人是橫柴舉入灶！

你們現在做這個位的人啦！橫柴舉入灶啦！所以說，這個我們希望說能夠說得較圓滿，剛地區醫院的代表說的很多了，再來，103年你現在這案如果通過，抱歉，在103年的總額協商一般費用裡面，有說得很清楚，就是說這個費用要用在醫療費用比較便宜的地區醫院或護理之家執行，為取代現在醫院可能產生昂貴的費用。

吳肖琪老師說的很清楚，那都有寫得很清楚寫著，再來他說，以個人的立場反對一些醫院來參加，再來他又說如果要做，可以在地區醫院的護理之家，如果要做的話就是在地區醫院或區域醫院屬於地區醫院的護理之家的護理之家，的護理之家，且現在長期照護照顧機構都在做急性後期的照護，這是由民眾自費也有部分中風個案是在醫院之間游走，如果讓地區醫院，如果讓某一個層級來做的時候，會把醫療體系用得更糟，這寫得很清楚。

所以說我是覺得說今天這個案第一個就是說，層級的問題，我們在這裡就要劃分清楚，不要說因為跟健保會決議的事情有所背道而馳，這個層級的問題，還有當時地區醫院一直，剛才我們徐委員也講了，它是復健科的醫師，有一些中風的患者，其實他講話也會講話，只是走路可能會比較不方便而已，他是一定要物理治療的，那也不一

定要職能治療，也不要，他還能說話，結果你又要他語言治療，要怎麼做啊？

他比你還會講話，然後你又要叫他說話，要笑死人，然後營養師、社工師，那時候那當時，地區醫院是跟我們要求說物理治療，剩下職能治療可以用兼任的 part time 的就可以了，結果你們以前的人預估型，所以變成今天這個案要通過就是我剛才講的東西，一定要改過，沒有就是窒礙難行，我們也不能過。

### 羅代表永達

另外還有一個補充就是，剛剛徐院長是復健科的醫師，我們來之前有問過我們復健，地區醫院相關的小組，他們說這一次的那個評定的項目裡面，有很多的指標是需要跟外國購買專利的，那這個購買專利的這件事情，當時在考量的時候都沒有考量進去，我們後來知道他在發布的量表的名稱，很多的量表不是台灣本來就有的，那這個東西如果假設按照這個指標的話，區域以下的醫院裡面，都要另外再去買，人家還不一定要賣給我們，到時候這就叫做窒礙難行，不是說你那個量表都是可以 Download 下來的，你注意看裡面有很多的量表，大概有將近 7 個量表，是沒有辦法，它那是有版權的。

那遇到這種情形的時候，你又把它當作必要項目，你那個必要必評，那個核心必評量表，哇，我現在都很擔心，如果你這個東西真的發佈的時候，到時候怎麼辦？因為在公告的時候，當時在各區公告的時候沒有這些核心量表，大家也沒有發現，現在是復健師，所以各醫院的復健單位裡面都遇到這個問題。

所以希望這個量表裡面要請復健醫學會，或是相關的單位，再把這些核心量表，看是由健保署去統一購買，然後讓台灣使用，或者用其他方式來解決，否則這個量表，你寫在這個地方是沒有辦法用的，

以上。

### 徐代表弘正

我再詳述一下，因為剛剛講的量表，我們大概評估過，一個病人進來要做十七個量表，十七個評估，那事實上我們在一般的做復健的時候，沒有做到這麼多的評估，所以我第一個感覺是這個案子應該叫做學術研究論文，這個案子，既然是學術研究的這個案子的話，不要放在支付會議裡面，它應該是另有學術經費去支付才對，這是第一點，第二點，雖然看起來各位看起來說他這個很好，叫做高強度復健，何謂高強度復健？

他說 3 至 5 次，其實我跟各位講，如果這個病人嚴重到它必須要做物理、職能、語言，他是不是做 3 次了，它已經做 3 次了，好，如果他需要嚴重到這樣子情形的病人的話，請問，如果給它做 5 次的話，它會發生甚麼狀況？累死了，這個常常因為我做審核委員做很久了，我們就看到以後所有的病人全部申報五次，全部申報四次，那都是輕症的病人，不需要那麼多次的反而申報那麼多次，而嚴重的病人，根本申報了對他是有害而無益，那光這個三次。

所以我不覺得高強度的復健對這個病人來講是有益的，所以我會建議，既然要提到支付委員會，我覺得說這應該是一個研究案，只要取幾個研究案，取幾個醫院，那個錢不要在我們這裡支付，請問錢從哪裡來？這個是一個問題，以上。

### 羅代表永達

我回應一下那個徐委員，的確這一件事情的財源我們也真的找不到，這一件事情的財源，因為它將來是列入目前各區各醫院自己的總額，它完全沒有列出來喔，它包括它的單價控管，包括它的總額控管，全部都在裡面，上次在這會議裡面，我曾經問過一件事情就是說，這

個案子那個商品能不能用試辦計畫。

另外列的那個專款的那個方式，他說不是，要我們到各區的控管會議裡面自己去爭取，可不可以列在外面，否則的話，各醫院都有一個虛擬的總額，將來這個東西是列在那個虛擬總額裡面的，就是剛那個徐院長提到的一樣，將來這個錢如果是用一樣的方式，我們是覺得非常不妥的，以上。

### 陳代表雪芬

其實這個問題，我認為也不是這一兩年才發生的，我們知道有一堆病人是這種情況，就是健保局有個政策，這樣的病人 30 天一定要往外轉，所以很多病人一直在流浪，看來這個案子，無助於真的急性後期病人，所以我是不知道你們中間的一些內容，包括剛院長講的那些，真的我們實際上，常在幫病人轉介到其他醫院，所以我知道那樣的病人，他其實照這個計畫，還是沒辦法完全復原。

所以很難減少住院醫療支出，我覺得在座很多人都提出質疑，真的像量表就是一個問題，如果說讓我們支付委員來承擔這個報告案，在這邊報告過然後就要試辦，我覺得不是那麼妥適。

所以我建議這個案子，看你們當時是誰負責的，應該拿回去再研議比較好些，甚至是否考慮把原來那個做法做一些改善就可達到目的，也不需要再來做這樣的試辦計畫。

因為我們以前就常講的，很多試辦計畫，尤其是貴署的，都是好到不行，就是說一做上去就下不來，永遠沒有結束的機制，這個案子有可能也是這個下場，剛很多人提出醫學中心介入，但這些我們真的沒有參與，雖然有說中榮 announce 什麼，其實它的分院是地區醫院或區域醫院。

所以在總院立場會去幫分院 announce 有這樣的計畫，我認為這個

計劃本身 很多人都提出問題來，真的可能還是需要再思考周嚴一點，經費的話我知道是在其他預算，是不是，其他預算啦，那如果沒有，是要我們醫院總額來負擔，那我想我們完全不同意。

### 羅代表永達

我記得那個 2,000 塊是屬於其他預算其他東西。

### 朱代表益宏

這個其實真的有問題，因為當初在開專家委員會的時候，這個署裡面講說所有的經費由其他預算來支應，結果現在看起來事上不是，你所有的復健費都是由原來的總額支應，評估費由其他預算來支應，但是在復健費又要求他去做更多的復健，那你要求它可能五次，如果是高強度要做什麼什麼復健，就做很多。

所以但是這裡面事上你並沒有在今年九月的時候署裡面也沒有提出來，說因為有這個東西我要增加預算沒有也沒有提，那付費者在九月談大總額的時候，付費者很清楚，它就是不要給錢，對於支付標準的調整它就是一毛都不要增加，所以才會發生，連特材跟藥費發生過，別的會決議說我要給了，但是這個健保會說我付費者我不付錢，那同樣這個也有這個問題。

如果你現在不付錢，也沒有提，那沒有提 那你多做的財源這一部份到底從哪裡來，那你現在只有說評估費用從其他預算來 那復健費用，該做的復健，還是從這邊來，但你這邊又要求他一定要做到幾次復健，以前沒有規定，你可能在審核，從嚴審核，可能做個兩次三次就會刪掉，現在不是，現在你規定他一定要做到四次到五次，或是更多次，那這個費用事上會增加啦，我覺得這樣不好，因為當初在專家會議談的時候，我記得署裡面的長官很清楚的界定說，這個費用事從其他預算來的。

## 羅代表永達

我一直想確定一下剛剛所問的那個問題，我們那其他預算當初的協定事項裡面當初有一個說明，有一個推動促進醫療體系的整合計畫當中有 10 億，但是它裡面有很多的項，其中有一個叫提升急性後期照護品質試辦計畫得包含地區醫院及醫院附設護理之家或居家護理。

這是當時的記錄，這當中後來我們問過署裡面，署裡面告訴我們，除了轉介費的 2 千點是由這個給付以外，其他包括他的住院，包括的它復健，包括其他的，全部都含在原來的總額裡面，我想確定這件事情。

## 醫管組林組長阿明

我想在健保會的協定，就是羅院長講的沒有錯，原來我們在設定這樣的定額的部分，我們是有把現在的病床費跟相關的復健費加起來，跟原來整個費用是相當的並沒有去增加。

## 羅代表永達

是不包括在其他預算裡面？

## 醫管組林組長阿明

它是不包括，它是在一般預算沒有錯，但是我是說原來我們在設計包裹的時候 我們是把病房的這個部分點數做調整，也就是沒有達到原來急性病床的這樣的給付點數，做調整包裹以後，因為病床費下降復健費上升那醫療預防是跟現在如果實際在做的，在急性病房去做的相關費用是相當的。

那當然我們希望借助這樣的一個制度能夠一直在醫學中心做復健，或一直在醫學中心多家醫院住院的這些病人，那我們當然是希望他能夠固定在地區醫院或區域醫院能夠密集去做，那當然現在也很

多，可能他不需要做，那他偏偏在好幾家，甚至有的住半年，類似啦，那需要做的可能他沒有這個機會，他可能就回到家裡 那回到家當然可能他這個部分後續會去影響他在住院率死亡率等等。

所以我想原來在健保會在提的這個部分大家有一個共識當然希望朝對病人有利的這部分來做 那另外剛剛地區醫院一直在講就是說，那個主責醫院，剛剛代表有提到，其實這個主責醫院它並不是承作醫院，我想今天在 4-2 的部分(5)的部分很明確的承作醫院的資格，就限定區域跟地區醫院，只是這個主責醫院它可以由醫學中心出來主導，那主導可能有很多相關一些共病，大家知道就是說中風以後，不是只有中風以後就是光復健，它可能還有高血壓部分要去 care 的部分，那如果人力上面，有其他地區醫院或區域醫院有不足的話，那這個醫學中心它就可以支援醫師的方式去 support 它。

所以我想它的主責醫院它整體是做這樣的一個整合，做一個團隊的這樣一個去 care，而不是現在都由醫學中心來做，所以我要做這樣的一個說明，另外一塊就是剛剛提到這個語言治療師的這個部分，那當然確實也沒有錯，目前語言治療師的部分，確實在地區醫院是比較弱的一點，那原則上這個部分我想，如果大家有這樣的寶貴意見，我們在修正時，我們可以加以考量。

如果確實有需要，原則上是可以朝支援的方向來考量，這個部分，我父親也是中風患者，其實他中風以後確實須要有這樣的語言治療去訓練，沒有訓練就沒有辦法講話，也就是說你還是要專業去跟他去訓練，才有慢慢去恢復他語言治療的功能，所以我想原則上還是要站在病人的立場去考量。

只是說剛剛講到，語言治療師確實可能在人力，沒有那麼充足的情況之下，我想地區醫院的意見我們可以把它納入本案，另外一部分就是照護的周數因為現在也有輕中重度之別，原則上就是說輕度的部

分，我們當然是希望說，密集的話，大概三到六週的部分，那就可以結束，如果他有需要，那當然原則上他是向我們分區申報同意，那當然可以延到長到 12 週，原則上我們是有這樣的機制 而不是每一個就是 3 到 6 週就要回去了，當然有一些沒有辦法，但是它如果到後面確實可能已經沒有其他進展，那當然這個部分就要轉到家裡或長照中心，就是說如果他沒有進一步積極治療的情況，當然就停止復健，所以我想大概針對這個部分我大概做這樣的說明。

### **羅代表永達**

有關量表的部分裡面，希望能夠讓復健醫學會重新去審核，因為上次公告到各區裡面去說明會的時候，那個量表都還沒有出來。

### **醫管組林組長阿明**

那個量表的部分是不是王科長這邊要說一下。

### **王科長淑華**

那個 14 個量表是上次我們在開會的時候，物理治療學會、職能跟語言治療學會，她們都覺得量表是他們本來就在做的量表，所以對他們來講是例行性在做的，並沒有去新增其他新的量表。

### **羅代表永達**

我跟主席報告一下，因為上次那個專家會議我有參與，在座的所有的那個復健科的代表都是醫學中心或某研究機構，你應該看，所以說到區域醫院裡面他們告訴我這個量表本身是有專利的，那我希望能夠澄清這件事情，如果說假設在我們附註裡面應該加一個說明。

否則的話到時候醫學中心，它們有量表，但是區域沒有量表，你的這個核心評值的指標就沒辦法實施，到時候會窒礙難行，所以我建議竟然我們這個東西，這是我們最後的一個決定，我希望在上面有所



註明。

## 朱代表益宏

關於那個量表事實上，因為你接量表都是由專科的學會，包括復健醫學會，職能治療學會，他們就他們專業提出來認為說，我要這個量表，所以弄了一大堆，弄了你現在至少七八個量表進來一定要做評估，每一個都有，然後這個量表，事實上有些復健科醫師看了認為這個評估根本，你光做一個量表，可能就要半天的時間，要花很長的時間去評估，到底不可行，這個我覺得請署裡面，務必要，不要再去找腦中風醫學會或是他們那些專家去問他，他跟你講的都是這些一定都是要做，他們認為都很簡單。

但是事實上，他們回去問他其他會員得時候就發現很多問題，事實上他們在內部開會的時候也有發現，包括醫師也有提出來說，復健醫師說光這個量表做起來就做到天黑，從天亮做到天黑，也做不完這些量表，那那個在執行面的確產生很大的困擾。

那第二個就是剛剛羅院長提到的到底有沒有版權問題，那你今天告訴我們說他跟你講沒有版權問題，那我覺得署裡面應該去了解啦，不是說他跟你講沒有就是沒有，那我們跟你講有你就不聽，他跟你講沒有你就聽，這樣不好啦，我覺得署裡面應該要去了解，如果真的有版權問題，那這個要處理，這個近期要趕快處理。

## 羅代表永達

我可以建議，這個量表如果說各醫院實施上有困難的話可以跟健保署要，因為既然是我們這邊公告的，你是不是可以從這邊 download 下來，如果這樣的話，事情就解決了。

## 李代表玉春

這個計畫因為已經公告了，其實先前是沒機會參與，不過我想因為其實先前有很多試辦計畫，試辦以後好像都很難挽回，我們還是要在這個時候還是要講一下，那第一個我想剛大家在講量表，確實是看起來是聯集，大家提出來就會提出來，那至少我知道 MMSE 是有版權的，這個也是我們當初在長保的時候我們並沒有用這個來做篩選，因為他每個個案是要付兩美金，這個是有版權，那其他的，有幾個沒有，但是我不是很確定全部都沒有，例如說像 MMA 這個是 Euro Q01-5D 是要個別上網去申請，就是有一些就是必要的條件，那個是還好，但是使用 MMSE 這個是有版權。

我只是 echo 一下，那我自己看這個東西，我自己是覺得是說急性護理照護其實是有它的必要性，哪我也知道因為部裡強力在推薦 那當然在署裡相對的就必須要很快的推出一個方案，這樣的壓力我想我們都知道，有沒有可能半年之內可以檢討一下，因為這裡特別我提出幾個問題，第一個收案條件實在是非常非常的寬，因為你現在直接只是用 MRS，MRS 其實只是某一個方向的評估，它並不是一個完整的，你如果說以整個中風來講，一般來講我們會用像 MIM，那其實我們雖然 MIM 是有版權，但事實上是有一個比較能夠做替代的一個做法，那至少能夠是針對性的評估，去設定收案條件。

那現在這個條件真的是非常寬，那我很擔心的是說以後，他會變成是，延伸是後來是一個很大的一個問題，所以試辦一段時間檢討一下，我覺得是一個方法，那第二個就是說這裡是號稱啦，我們叫做有 5 個 MRG，那對不起據我的了解 MRG 好像不是這樣定義的，那它其實是從 MIM 根據很多變項綜合來的。

如果以 MRS 這樣就來分說五個，我建議署裡不要用這個的名字，就是你可以用五個分類，那其實只是五個分類，但是其實應該沒有辦法完全反應他的 functional groups 那我也建議是說除了收案條件之

外，應該是針對這些評估，然後它到底需要多少資源，應該從那邊，就像 DRG 一樣，你可以用這些變項最後去發展出來，那否則我們現在自己訂了兩個 MRG，那之後是不是大家都會往高的報呢，那中間我們怎麼去拿捏，後續的管理其實是有很大的問題，那更重要的是到底什麼時候是叫有改善，如果你前面的量表都是這樣什麼都有，它任何一個都叫做有改善。

我覺得這個計畫到最後會沒辦法收拾，因為就是我們是求原則被，就是說好不容易推出一個急性後期照護，我們還是希望他最終能發揮它的功能，所以是不是署裡能夠就這一些方向，利用半年時間，如果有收集資料，能夠進一步去檢討，那每一個部分稍微比現在更嚴謹一些，不管是收案不管是支付不管是結案條件或者是後方的品質改善，那我們都能夠有一個比較嚴謹的指標，那我想對於推這個計畫，後續比較能夠銜接長照的部分，我知道計畫已經公告了。

但是還是忍不住要說，那如果是這樣，其實對於不管是哪一個層級的醫院，其實他像地區醫院如果它能夠做到這些，他有這個能力，應該讓它執行，我想這是本來就是應該的，那甚至護理之家當然我知道署裡對這部分還有所顧忌，但至少我們應該是就醫院的人力，還有就是他能夠真正對病人有改善的部分去鼓勵這樣，那或許我最終還能夠發展一個比較好的急性後期照護，以上建議，謝謝。

### **醫管組林組長阿明**

好謝謝李老師，我想這個報告案已經很久了，我想李老師寶貴意見就是說，我們會在實施半年之後會進行總檢討，至於量表剛剛有提出的問題，我們會帶回去研究一下，到底在執行面上怎麼樣來克服這樣的一個困難。

### **羅代表永達**

目前，因為目前，算了，我自己公告我了解，我現在的意思是說，剛很多委員所提到的相關問題，包括是不是可以兼任，包括剛剛量表的處理，包括裡面內容的修正等等，那這些東西是要補正修正，還是重新公告，還是我們補公告，用什樣的方式來做這樣的案子。

### 醫管組林組長阿明

我想大概我們綜整大家的意見，我們還會重新報部，來做一個公告的一個動作。

### 徐代表弘正

我可不可意建議一下，真的這個問題，我說一個危險的東西，如果這個量表是有專利的，本來我們各業在使用，只是在內部做自我評估在用，可是一但會變成健保的申報必須要項目的時候，如果有學術單位或國外單位提出的話，誰要幫我們負這個責任，他到時候算個案，所以我會建議這個案子，沒有那麼急著要在 1 月 1 號實施，可不可以緩一緩，緩個半年，把這些問題都釐清了。

還有另外一個，我還是沒有得到答案，我們那個支付金錢的來源難道我們就這樣就算了嗎 這個真的是，而且剛剛其實林老師講的，這將來一定會 selection 病人，病人逆選擇，我想各位都懂，一定會的，因為這個有時候我就講說，一件簡單事情，本來我們在做物理治療可以得到很好的效果，可是我們要 360 度跟他評估，他本來就是沒有語言的問題阿，我 360 度要去做評估，而且所有的東西都要評估，有這個必要嗎？

某一類的病人，某一種疾病，他只要幾個量表，就可以去掌握他的狀況跟他的 outcome，那為什麼一定要全部的去處理，我覺得這值得去討論，我不是否定這個案子啦，這是一個有助益的案子，但我覺得實在是很不完備，還有到現在的定義講實在我搞不清楚，什麼叫主持

醫院，什麼叫承作醫院，阿什麼叫其他醫院，那地區醫院是不是所有進來的，所有的條件都要必備，那個都不符合現實啦。

### 謝代表武吉

主席，我剛剛已經把話說在前面了，因為你今天第一天上任，我不予苛責，我話已經說在前面，因為這些你說公告一定要實施，沒有這回事啦，不對的就是要改，以前所做的事情種種的事情，多少不對的，阿還有監察院還有事情，我是不希望繼續這樣，我希望是健保署和醫界，醫界已經把很多的很多的，大家把今天的急性後期試辦照護計畫已經講的很清楚，這個問題種種的問題很多，我們是不是要再重啟研商討論，專家討論的機制，今天不要做成一個 final 的決定，這樣的話，醫界會比較對新的組長，也會比較不會有不好的印象，也比較會善意的妥善的對應。

### 陳代表雪芬

今天主席已經來了嘛。

### 主席

沒有，報告完我再接。

### 陳代表雪芬

我想這好像不是現任組長的責任，應該是前任的，像這個剛講的，其實很多讓我們有點驚訝，你們不要再這樣解釋說，這個就是算來算去都不會增加費用，因為我們都知道這種說法是騙術局，一定會增加費用，所以我建議真的要試辦，除了說已經被我們發現裡面有很多問題，然後以我們在醫界這麼久也知道那個問題會是長怎樣子，我認為其他人所提出來的話都是忠言逆耳，不要去否定大家的說法。

因為就試辦計畫我們真的都有經驗，之前太多經驗真的都很不

好，其實老師說半年後去檢討，但是到時候半年後怎麼收拾？若根本沒辦法去收拾那個問題，因為那些病人都在計畫中，你怎麼辦，承作醫院什麼都簽約了，所以我覺得謝理事長講的比較對，不對的時候，先不要讓它上路，一上路就完蛋。

再來財務也是讓我們非常驚訝，就是說原來全部都是醫院要負責，就是說在原來醫院總額裡面，這跟我原本認知的差太多，如果就這樣的設計，其實不是說大家故意 induce 那個需求，是你們設計成這樣，引導讓醫院進入這樣的情境，而如果你進去的話，就一定會有一些做法是非常符合你們的要求，那個預算整個就會有問題，這是有點引誘人家怎樣，我覺得這個不太好，所以就這個案子應該打回去重新做，不要這麼倉促就提出來，還要我們醫院大家都來承諾這個事情，我想我們不同意，以上。

### 朱代表益宏

因為現在只有公告只有評選，大家醫院有來報名，但是還沒公告哪幾間入選，目前還沒有公告，所以當然我覺得如果要踩煞車目前還來的及，你就說第一階段評選 大家都沒有那個，所以這個案子，這個還沒有，未達標，所以我們要另行研議，那這樣子就好了阿，至少 1 月 1 日沒有人會去做這個案子，對不對，然後我們趕快再來研議一個適合的方式。

這樣子我覺得，你現在勉強剛剛講的去做了以後 結果發現，量表也不行還要付費，然後這個也有問題，然後你剛剛講的這個費用沒有影響，然後真正評估一下費用，真的有影響，這個都是相關的問題，那剛剛李老師講的，半年評估，評估以後能夠停嗎？不能停，因為你簽約可能跟他，醫院進來以後簽約可能簽個一年兩年阿，那人家就是按照我相關的這些規定給你做下去阿，就算我評估有影響有問題。

但是已經做了你改不了，事實上改不了，那等到你明年再去改的時候，再去 revise，那你要考慮一下現在做的這些已經進來他會不會有他的意見，當初你給我設的比較嚴，或是，我已經照做，那你現在，那我當初進來做的這些東西怎麼辦，那我覺得這個署裡都要評估，趁現在還來的及的時候，苦海沒有邊啦，但是回頭就是岸啦。

### **羅代表永達**

這個我想，因為每個區幾乎可以參與的家數，我所知道的是相當的多啦，光一個中區裡面所有的區域醫院，光一個醫學中心這個體系就 22 家，一個中國醫藥學院這個體系就 25 家，當然當中有 overlapping，有很多地區醫院裡面現在目前為了聘語言治療師，現在復健治療師薪水在 4 萬多塊左右，現在語言治療師現在喊價五萬多還不一定請的到人，阿很多人為了 1 月 1 日做了這些規畫。

現在不管做不做，如果假設後來結論說不做的話，一定告你們，因為你們公告的，我們照這樣做，那你告訴我有什麼問題，我倒是建議說已經公告了，但是我們剛剛所講的要補公告 而且希望能夠很快時間內來談，但是有樣東西是沒辦法解決的，有一樣東西是沒辦法解決的，就是費用，費用其實大家都很在乎，我發現只有我知道說它是這樣子的，其他大家都以為它是其他部門。

那如果這樣子的話，這個案子的裡面，從一開始的費用的規畫裡面它就有問題，那因為細部的東西裡面，我想很多人參加，大概知道它的內容，據我所知道如果假設你今天公告不實施的話 我相信絕對有法律上的問題，但是相對有樣東西，如果費用不重新的話，我想這件事情會沒辦法解決喔，以上。

### **醫管組林組長阿明**

其實費用的部分，其實目前現在中風也是一直遊走在大醫院裡面

來 run，事實上大家知道，都是在區域醫院以上住院，其實它的費用是比現在來的高，所以我們現在設計的導向往包裹來支付，並由地區、區域醫院承作。

### 朱代表益宏

現在其實各分局對於復健它是加強管控，對於復健治療它其實是管控的非常嚴格 所以你說現在都在做，你看出來他申報，但是實際上你有沒有給他那麼多錢，你如果去抓申報費用我覺得是不準，你應該去抓實際上核付的金額看看跟你這個評估，那就有差了，那如果真的要做的話，那我覺得，照署裡面講，你已經有一個預算的金額在，所以你新增這個東西去跟它比，認為這個不會增加多少，那你那個評估方式要讓大家知道，半年以後我們可能要拿出來檢討，不然你到時候時就跟那個約束一樣，人家還有幾百萬的數字出來，你現在不告訴我們說你這個預估是幾百萬幾千萬，到時候做出來幾億的時候，你告訴我們說原來就是幾億，那我們怎麼相信。

所以我覺得說，真的是要執行，署裡面也應該告訴我們當初這個計畫，現在復健治療它規模大概是多少，會進到這裡面，假設是一億，OK 那我們半年來看有沒有增加一億，如果你變成兩億，那我們可能要踩煞車阿，沒有財源你怎麼變成兩億，那這個我覺得本來就是做任何東西新增，你要有相對財源，這個是理所當然，所以署裡面既然已經有評估說這個財源多少。

那我覺得不應該放在抽屜裡面你們自己看，應該是在我們這個正式委員會要讓所有的委員都知道，你的評估標準是多少目前預估是多少，這個應該拿出來讓委員知道，以上。

### 醫管組林組長阿明

我想這個部分，我想我們還是先上路，剛剛李老師說就是我們一



定要半年，半年我們來檢討一次，剛剛有提到語言治療這個部分，原則上我們可以用兼任的方式來處理，半年來檢討一次，至於這量表的部分，可能我們帶回去再來研究一下，這跟版權有關，在執行上會不會造成這樣的困擾，我們再來看看，怎麼來解決這量表的部分。

### **朱代表益宏**

我們財務預估要給我們知道。

### **醫管組林組長阿明**

我是說於實施半年後一起來檢討。

### **朱代表益宏**

現在你就要先告訴我你們預估基礎是什麼，半年我才會有比較的基礎，你現在不給我們，半年後給我一個數字，我怎麼知道是增加還是減少還是不夠還是做太多。

### **謝代表武吉**

我是給你建議啦，剛剛大家給你很善意的建議，倒不如再慢一點點 我們來研究的更好點，我們再來補公告，不是兩全其美嗎?你還要叫醫界來跟醫管組來做對抗的活動嗎?我看不要了啦，大家要做朋友，不要當成敵人來看待，當敵人看待我跟謝文輝兩個都是專家，上次張文恆來也是你害他的，所以林組長我建議你今天這個案，最後我們再討論好我們再來處理。

### **醫管組林組長阿明**

跟謝理事長報告，其實我想剛剛大家大概比較爭議的那部分，我想已經有特別說明，我想部那邊核定本計畫一月一號實施，其實現在各醫院刻正申請中，大概在這幾天本署就會公告參與團隊。

## 謝代表武吉

我在說你，你現在說，這些公告這些東西什麼時候，那個 102 年 10 月 7 號公告的那個東西，我是不給你們苛責，這些東西如我要給你們揭露，你們就要擔擔，我就說最後你們不要去擔擔，我們就重新來討論過，這樣不是很好嗎？

## 徐代表弘正

其實，我不太清楚，我請問組長，其實這個案子晚六個月實施有什麼壞處？沒有任何壞處，今天公告的這方法我要做，我只是實施日期往後延，我覺得沒有任何對病人，也不說這個病人，就會一下子，因為馬上你一碰到這樣子的時候，你就會碰到許多許多的問題。

我講一個老實話啦，今天有很多醫院是礙於人情參加啦，真的，不是很愛參加，譬如說公家醫院，它必須有這責任，醫學中心變主責醫院，它也是看到人家變主責醫院，另外一個醫學中心說，輸人不輸陣，它一定要做，阿我們區域醫院是配合它們跟它們一起組一個，真的這個案子沒有那麼大的吸引力。

第一個評估很繁複，第二個你給的錢多也不是多太多，因為組長已經講了 那個比區域醫院還低阿，所以在這樣的狀況下，為什麼不完備一點，我覺得晚個六個月有那麼難嗎？而且真的講那個評估表格的 licence 是一個很嚴重的 因為我們在做研究我們就知道，我們就最怕這個問題。

## 謝代表文輝

不好意思，因為我剛剛聽下來是有點矛盾，我們的羅代表說如果沒照公告這樣做會被告，所以當然長官說開始要做，人家說要開始做你們又說要延，延你們又要告人家，這完全沒有道理，我是覺得講事情要依據一個道理來講，今天假如它公告沒做它會被告，這當然他只

好做，除非你們這些代表保證，回去都絕對沒人告，有人告你們跳出來負責，那長官才有辦法裁定說那延六個月，大家來討論的更完善 這個我想站在長官立場誰都希望它這個制度很好阿，對不對，那現在你們講 專業人員要專任有困難，改兼任，也有善意回應阿。

第二個，我是覺得說，如果要讓大家做，實務要解決，你說這是本來留在比較大的醫院，要往下移，這是好的方向，往下移往社區，越近患者的家，這是正確的這是我們的政策方向，那你就要解決技術性的問題阿，你要讓地區醫院的代表沒有話講，就是說每一個分局地區醫院有多少額度都私下訂，表面上都沒有，桌面下都有，現在就是它如果做到計畫的額度，你要通令各分局去解決阿，說他如果有做到 50 萬的額度，50 萬要多給人家，對不對，這樣才合情合理，要處理一個事情我是覺得要合情合理。

所以阿明組長說，你們要告我，那我公告我依法行政我要做，你們講有困難的我都改，就是語言治療師，這個困難，好兼任，看你有什麼困難，說出來，實務上有困難，長官都會考慮幫忙解決，這就是實務的困難，為什麼沒辦法接受，你這沒解決，我回去多做的，我額度在中區，藥物超過，什麼超過，都是百分之一百，剷掉你知不知道，這個你們六個分局要出來講，這個往下移，譬如仁愛醫院大里醫院它的 case 有 50 萬，額度要多給 50 萬，這樣兩邊才能溝通，那這案要執行才有可能，然後可以執行以後，我們才來討論看看六個月後再來檢討看看，看這制度這樣能不能做。

我是覺得應該要這樣，如果這樣反對就不會這麼激烈，這是我說一個客觀的，我剛下來都沒什麼立場，我聽的很矛盾，叫人不要做，又叫人要做，又叫人要暫緩五六個月再檢討，又要告人家，所以我是覺得這邏輯上是有點衝突。

**醫管組林組長阿明**

謝謝那個，謝理事長，那其實現在參加的地區醫院，我們現在看到的資料，大概有 56 群 然後 160 幾家，那當然現在在評選階段，事實上 160 幾有 80 幾家是地區醫院來參與，那其實我想也是答到我們原本想達到的目的，那剛剛謝理事長特別也指示，其實這個部份我們在前幾天我們也找個分區來，也針對這個部分，如果做了，那當然各分區的額度這部分要去好好的做調整，我想這部分，我們也轉達各分區要做這樣的一個動作。

所以這部分也真的希望今天與會代表能夠來支持，事實上這東西還是要先跨出一步 我們先做了以後，那當然剛剛大家講說要檢討，那這部分我們也會細心的來做這樣檢討，那當然知道說，那檢討以後，如果該做適當的修正，那我們當然會大家從善如流來做適當的修正，那因為既然公告要一月一號的話，而且地區醫院有一半以上在準備，那我也希望這部分我們是不是能夠先走一步，那大家的很寶貴意見我們也把它入案下來，那等檢討我們也好好來看要不要做什麼調整，好不好。

### 陳代表雪芬

我覺得主席都沒有聽我們講耶，他從頭到尾還是他要怎麼就怎麼做，我覺得我們都講出你這錯誤的一步根本回不來耶。

### 陳代表志忠

因為我們本來以為立意很良善的一個計畫，剛才知道說臺中榮總是一個主責醫院現在已經來申請，臺北榮總沒有來申請，我不曉得是不是所有醫學中心有的有申請有的沒申請，是不是硬性規定一定要當主責醫院。

### 醫管組林組長阿明

不一定。

## 陳代表志忠

那假設有兩個病人，一個是台北榮總的一個是台中榮總的，那臺中榮總是主責醫院嘛，他的病人往下轉，轉到最後，這個所謂後急性期的那個最多支付的 12 周，那他就要回家了。若這個臺北榮總的病人，因台北榮總他沒有參加這個計畫，它可能照現在的狀況去 run，病人間好像得到不一樣的待遇。

## 陳代表雪芬

院長，現在的做法是這個病人 30 天反正就是往外轉，我可能幫她找振興，住個 30 天他又再轉回，然後再轉。

## 陳代表志忠

那臺北的病人，本來中風，同時送到台北榮總那個病人比較幸運耶，是不是照這樣，他還是轉到振興，振興再轉回來就轉來轉去，那你現在參加這個，就是轉到固定一個地區醫院或區域醫院，然後 12 周以後就一定要回家了。

## 陳代表雪芬

怎麼會對病人比較好。

## 朱代表益宏

主席那個我是建議，因為剛剛我們那個謝董事長都講話，我也不敢講話了，他說支持這些，我就不敢反對，但是我還是希望主席把那個費用評估，要讓大家知道 費用預期的評估，你不能半年檢討以後再告訴大家我總共花了多少錢，應該把你現在預期這個案子，到底原來在總額裡面到底花了多少錢，能夠先出來。

那到時候我在半年檢討的時候才會知道我費用增加，增加是不是在大家可以忍受的範圍之內，甚至更省錢，我覺得這評估案要讓大家

知道，如果說拿不出來，表示你們根本沒有評估，那你這邊講說，浙瀝呼嚕過去，這樣也不行啦。

### **醫管組林組長阿明**

這個當然要實際，因為現在有來的這些院所，那當然你現在也沒辦法確定實際上，做得到到底會有哪幾家。

### **朱代表益宏**

那你們評選完了以後，確定有那些院所進來那他的費用你們預估會有多少錢，我覺得在事前要讓所有的委員要知道，到時候你才有一個費用評估，不然你現在，那請告訴我那你半年以後我除了評估他效果以外，你還要評估什麼。

還有一個很重要的費用的評估，因為大家一直質疑說原來你這個費用，如果今天你全部挪到其他總額，沒有意見，但是你現在不是挪到其他總額，你大部份費用會到一般總額裡面去支付，那我們當然對這部份你造成的費用衝擊你必須要有評估嘛，那這個我覺得合情合理呀，不然你告訴我說你如果不給我們這個，那你用什麼半年以後去評估他的費用到底花費多少錢，再不然你就移到其他總額，如果你是要移到，如果是把這個所有費用全部移到其他總額，那我不會，這個案子我收回。

### **謝代表文輝**

我認為如果說這個做因為是個試辦案，試辦大概就是個嘗試，嘗試做得一定要檢討，那在這檢討的時候，我是覺得應該長官要有另外一個層次的想法，就是說那現在是試辦，某一些響應署裡的這個想法的下來做，那以後未來就剛剛區域醫院代表問的，那他沒有做呀。

他在那把病人轉來轉去呀，那我為什麼要做呀，那你一定要有一

套，如果確認這樣做對病人是比較好的，對整體的花費是比較合理的，那麼對未來，對沒有參加的人理論上你這個試辦要比那個優，有做這個比較優，沒做的醫院比較吃虧，這樣未來你在辦的時候才會鼓勵一直往這個好的方向走，你不要說依據你這個來做是比較差，應該是要更好這樣才會鼓勵現在那些醫院沒有做的，他也急著想中途就加入，也許我們也可以訂個辦法，半年檢討要讓大家覺得很讚，都要加入，我要鼓勵，因為這是我們鼓勵的方向，這一方面可能也要去設想。

### 謝代表武吉

主席，我是反對說現在馬上做，雖然說二個都相同姓謝，我還是反對，因為我剛才說完後，就是有我的原則，你現在聽完後，有二個很大的困難點，你知道嗎？你給人的一天是 2,359 點，一天哦，你的平均價格是，那你剛才聽了雪芬他們說，北榮轉振興轉萬芳轉那個雙和再轉北醫，這樣轉來轉去的，這樣一天是多少，一天我看也超過這個 2,359 點，這邊後面最後我們臨時提案的護理費跟住院病房費那個就超很多了，那個加一加就已經就是這邊的錢一半了，一半還更低了，所以情何以堪，你們要怎麼，還要叫人家做，本來是做一次的複健，物理治療，結果你要叫人家三次、五次。

所以我剛才說不宜給你的苛責，過去不對的，我們利用這個時間點把他改善掉，我不是說沒機會要給你們，你們不要硬要堅持一定說公告的一定要實行，公告的沒實行的工作也很多呀，又不是說公告就一定要實行，對不對，我們也是要看，公告沒有馬上實行，他們要告，也不一定告贏你們，會啦，你們的人會，所以以後我就馬上告，不用怕我不會告。

我是覺得說這個計劃案已經差不多連時間點都說出來了，討論這麼久了，但是這些專長、代表們的建議案，你們完全不接受，你也是無語、無言以對啦，我也知道你的痛苦，現在你有這個可以說改善這

個大家的磨合，你就要趕快找機會改善大家的磨合，我覺得這是最重要的一環，不要說急著一定要處理這些東西啦。

### 謝代表文輝

主席，我看剛才在說的其實是我再講的說你一個新的試辦計劃都有很好的理想，這個案看起來理想也是很好，這個你當然希望風行草偃嘛，做了以後大家都想跟著做，如果像這樣價格偏低不要這樣做反而更好的時候，那你就可以預測了，試辦期過了後原本有 80 間地區醫院要做，後來變成沒半間要做，還是只剩 3 間要做，愈做愈衰對吧。

所以這個當然要考量，那我不知道現在公告到這個可不可以改，那不能改也要有承諾，說我下一步要怎樣，下一步你至少有 2 個做法，未來我覺得積效好，我這個費用要往上提升給你更合理給你可以做，鼓勵你做。

第一我對沒做的，我一定會有一套什麼辦法節制他，要有相當的承諾嘛，第二個那如果要給他提高到一個比較好的品質，那他的財務你是怎麼規劃，這個因為要提升品質就要加資源下去，所以我是覺得這是很多要考慮的面向，為什麼今天這個議案會遇到像謝武吉這樣的質疑，那事實上他的出發點也是這樣子的，你費用這麼低，這樣根本不能做，還叫我做這個做那個，會有很多個爭疑主要是在這個，那可能要把這個計劃的接著下一步我馬上會有怎樣怎樣，大家聽了就知道下一步這個不參加會不好哦，這個參加不錯哦，這樣整個試辦案才會成功嘛，我覺得這個方向其實是很好的。

### 曾代表中龍

主席不好意思，我是有一個建議，因為這才報告案第 4 案，已經 4 點 5 分了，我想雙方面都有苦衷啦，尤其我想最有苦衷的是我們蔡副署長，等主席要當主席已經等很久很辛苦，所以我是一個建議，這個



案子我們是不是可以挪來，如果那個待會再來，大家先冷靜一下 calm down 一下，因為這案子爭執不下，那我們是不是先繼續後面的案子先走，然後這個最後再來討論，好不好以上。

### 謝代表武吉

主席我建議檢討以後，下次再來討論啦。

### 醫管組林組長阿明

我想這個已經公告了，當然站在署的立場，今天報告當然是聽聽大家之意見，那剛剛地區醫院的寶貴意見，我們也做適度的修正，那這部分我還是建議，因為畢竟現在署已經公告說 1 月 1 日實施，剛剛大家有寶貴意見的部分，有一部分可留在後半段檢討的時候一起提出來檢討，再作適度修改。

剛剛講的語言的部分，我想地區醫院有碰到這樣的困難，我剛剛也已特別回應，可以用支援的方式來處理，計畫勢必要先做，做了才知道真正有一些要怎麼做修正怎麼做檢討。

那我想部已經核定公告於 1 月 1 日起實施，站在署的立場其實沒有理由往後延，不管是謝理事長或是謝董事長或是醫界相關代表的相關意見，我們會把它留下來，俟下一次實際檢討的時候再研議修正。

### 謝代表武吉

主席，我跟你說，你這個計劃是很早我就知道，本來打算是說你們這些不知死活的小孩把你們拗起來，拗過啦，但是現在雖然說這是要害你署長跟你部長不仁不義，這裡寫 1 月 1 日，你知不知道，你現在就是大家，我們很多，連我的公文，我還有帶給你們的公文，都有帶來，你們有回嗎？最後一張你們有回嗎？我九月初六公文給你，你們有回嗎？你們也沒回呀，看你們有老大心態有多大。

所以說我到現在為止，我還是很堅持絕對不行的，大家剛才也都說很多了，所以你也不要再堅持了，堅持這樣子，針鋒相對大家是惡臉相看而已，公告不一定要做呀，公告，你公告也很多以後在 delay 再 delay 才在做呀，修正，我們把這個不好的地方修正成好的地方，那我們是不是很好，我剛才苦口婆心，沒有大你的年齡，我也至少是你的學長，也懂一些事情。

### **朱代表益宏**

主席那個費用評估還是要先拿出來啦，費用，拜託這是小事情，你就資料準備給我們，現在這個也不要，不然你財務衝擊你要評估，財務衝擊是怎麼衝擊，你要跟我們知道，如果你那預估費用不拿出來，那就要講你的財務到底有什麼衝擊，沒有衝擊你是怎樣，沒有數字，沒有衝擊要說你評估的方式，你不拿數字出來，那你要跟我們說怎樣沒衝擊，那有沒衝擊，那我說有衝擊，我說有衝擊，你要給我反駁，我覺得財務評估要拿出來啦，現在所有的東西，既然肺協會那邊付費者代表對於費用是這麼堅持。

我覺得是署裡面跟醫界這邊也要有自覺啦，所有新增的東西就是要財務評估，健保法也規定的很清楚，所有東西會影響的你就是要財務評估，我這邊要財務評估，你連回答也不回答，我覺得這樣也不好，至少你要告訴我財務評估你什麼時候怎麼評估，什麼時候要拿資料給我們，我也沒有說你沒有給我，我就不讓你過，也沒有呀，現在我也同意說1月1日開始做，但是你後續財務評估你要補給我們呀，你不能等到半年後我在拿給你看，那半年以後那怎麼叫財務評估，那是叫做實施報告，期中報告。

### **醫管組林組長阿明**

這個部份我想可以列在總額研商議事會議提出報告，最起碼也讓

大家能夠知道我們怎麼去做。

**朱代表益宏**

所以是幾，是什麼時候？

**醫管組林組長阿明**

2月的時候。

**朱代表益宏**

拜託下一次拿出來，你要有評估的依據、量、數字、金額衝擊這樣有哦，至少要有財務衝擊，這一定要看得到。

**醫管組林組長阿明**

因為現在正申請中，尚不知道有幾家，有多少人會參加，我想這個部份我們就會一併在二月份的研商議事會議裡面去做這樣的報告，好不好。其實是已經公告了，原則上我想我們還是照原來部的核定，我想大概相關的一些意見我想我們會把他記錄下來。

**謝代表武吉**

你要說部裡面的公告，那我回去馬上公文給部，這完全做得不對，而且不公不正不平不合不合理的事情，公平公正合情合理，我們的合約書裡面是寫得很清楚的，這已經是很不公平不公正不合理的事情，2,359、60點改轉來轉去改成多少點，你要跟我們說呀，那有多少百人，多少千人，你要轉來轉去，你要說呀，所以你不要一直要說部裡面說要實施，我馬上回去公文出去，馬上公文出去，你們就可以解套了。

**醫管組林組長阿明**

跟謝理事長報告，其實他這個部份是病房跟復健，那事實上其他相關有一些藥費那個部份，可額外再申報。

## 謝代表武吉

但是病房跟護理費跟復健，那差多少你知道嗎？一次 190，三次就 570 了，這樣錢差多少？病房費用差多少？你這樣加一加多少？難道不用護理費？這樣我幫你們行文給衛生福利部給你們解套，我們質疑本計畫案有問題，而且有圖利之嫌，我們沒辦法執行。

## 梁代表淑政

主席，各位代表大家好，這方案目前已經公告，而且也有需多醫院寫了計畫書向健保署申請。雖然有些細節須再多做說明，而這部分健保署也已承諾將會再做增加說明，讓制度更為完整，並且在評估方面，也將會在下次醫院總額研商會議裡提出報告。

剛剛大家所提的見解大都是預測未來可能會發生什麼事情，那真正會怎麼樣其實也還看不出來，那因為他已經是走在路上的一個計畫，那我建議是讓這個計畫繼續執行，然後看三個月或半年後大家在議事研商會議裡面再提出來做討論，那如果更有必要說，因為本計畫有一些時程部份就一一慢慢修正，我們再來做一個修改的部份，因為這是一個報告案，而且預算是其它部門的預算。

## 朱代表益宏

錄音記錄起來，預算是其它部門哦。

## 梁代表淑政

我的意思是說這計畫的評估費用是在其他部門的項目中。應該是說這個計畫名稱是列在其它部門裡，雖然其中有部分與醫院部門的一般服務有 overlapping，但因其屬其他部門預算項目，所以採報告案。

## 徐代表弘正

主席，這個我必須要質疑，因為這裡面完全改變原有的支付項目，並不是說把原來的項目去集中，這就像設定一個 DRG，怎麼會不牽涉我們的額度呢？這個真的是完全不一樣。

### 謝代表文輝

大家對於這個案子聽完就是一肚子火，我建議程序問題給他暫停，所以我是建議這樣，公告就公告當然依法執行，剛才部裡的長官都講了要做，謝武吉代表他要替你解套，他要行文，行文之後解套當然就解套了，上面都叫你不用做了，行文之後沒解套當然就是照公告做，但是剛剛講的那些道理，有道理的我看是要撿起來，本來就像我們現在醫院協會大家的代表，就是說只要有你新增項目。

你這是一個新的東西就要有財務評估嘛，看對整體總額衝擊多大，就要有財務的規劃，感謝阿明組長說 2 月份要把財務衝擊拿出來看一下，大家檢討一下，真的有衝擊，事實上這個案子真的要全面推動的時候，就要好好規劃醫院總額部份，應該要增加哪些東西，有這個因素嘛，因為我們推動這個政策。

剛剛講的要有鼓勵，第一、你規畫成這樣是對患者比較好，那你也讓醫院願意來做，這樣方案才會得到支持，變成整體的政策，所以我覺得剛剛講的那些東西，希望長官都可以思考放進去，讓案子越來越好，不是做個試辦就夭折了，剛剛講的一些技術性的問題，有承作的醫院事實上他們增加額度一定要和各分局要溝通，總局一定要和他們溝通，這樣才能支持政策的推動，不然你上面推動下面扯後腿就沒有人要做，謝謝。

### 李代表永振

主席，這是一個報告案，大家已經充份發表意見了，剛才大概也有解決方案了，應該可以落幕了啦！但是我是付費者代表，有一點疑慮，

剛三個層級醫院都有發言，感覺像是窒礙難行，代表在這裡好像都沒有贊成的聲音，所以我也聽得霧沙沙，我是擔心以後付費者碰到的時候，服務品質會是如何？

第二個考量，大家很關心經費來源，上次我們幾次會議也都提到這一點。已有一次經驗，像是護理綁手的例子，只核給 1%，如果說要給人 1%，乾脆不要給，不要給人罵，假使事先沒有評估好，以後又發生，這樣好嗎？民意都那麼高了，還要這樣下去嗎？以上兩點供健保署參考。

**林組長阿明**

謝謝，我想這個報告案太久了。

**謝代表武吉**

我還是先講，對於吳肖琪老師在健保會所建立的案件要列入考量，一定要列入考量，剛我有唸給你聽。

**林組長阿明**

謝代表，我想在健保會那邊確實有交換意見，我想這部份我們會在下一階段，因為這個階段剛才也擔心說會不會造成浮濫，當然我們先上路，後續如果真的護理之家準備好的話，我們可以再來做調整。

**謝代表武吉**

我是顧慮到層級的和諧，所以我都沒有講層級，這是第一點，吳肖琪老師他講的那些你要列入考量。第二點：醫事人員的那個除了護理和物理治療師以外，因為很多地區醫院他沒做，我們總共有六科，復健、骨科、神經內科、神經外科、整形外科和風濕性免疫科六科，普通剩下五科的人都只有物理治療而已。

所以他們要來配合這個推動的時候，他們會產生他們只有護士跟物

理治療師而已，但是他的職能治療師、語言治療師、營養師、社工人員，藥劑人員都已經有了嘛，這些應該都可以扮演支援的程序。第三點：我們在這裡寫每日平均費用 2,359 點，這個算法，貴署是如何算出來的？我們也要給我們醫療院所有一個合理的交待說你們是怎麼算的，我記得張谷洲主任，部長拿出來的時候是 3,000 多點，為什麼你們降到 2,359 點，我是感覺上這是不合理的做法。

財務的第二點：你們要如何鼓勵醫院多參加？剛謝文輝也有講，我剛才講東轉西轉這個，你們也要算出來，尤其付費者代表最希望知道，比較不會變成有浪費。

第三點：如果今年有 160 幾間申請，但是不一定會過，我也有申請，所以我說我太清楚，我是怎樣不知道，這個我跟你講一定會有很大的問題，我們小姐都跟我們講完了，所以這個很大問題的時候，所以才跟你們說窒礙難行，所以我希望你們這個費用要算清楚，預估值是多少，不要再用醫院的總額而且變成你無法推展。

## 林組長阿明

那就是這個財務額度的部份，做了可能會增加量的部份，我們會請各分區加以考量，這個報告案我想就做這樣簡單的一個結論，剛剛部的長官特別提，我想謝董事長也提了，原則上我們是參照大家的意見，然後再去實施，剛謝理事長特別講，如果行文到部裡面能夠停止辦理，原則上我們會照部的政策辦理，如果不是，我們是不是還是先實施，因為已經公告，以上。接下來進行報告案第五案。

## 第五案

案由：103 年 TW-DRGs 適用之相對權重 (RW)、標準給付額 (SPR)、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及病例組合指標 (CMI) 等相關計算參數案。

## 林科長淑範

各位代表，因為報告事項第五案本來是要配合五十億還沒核下來，有做對 DRG 的權重，參數有一些要沿用的，那因為這個五十億已經核下來了，所以我們今天有一個臨時的報告案，所以本案先撤銷，到臨時報告案的時候再跟大家說，在五十億之後我們後續的作業措施，以上。

## 林組長阿明

這個就撤案，那我們有一個臨時的報告案，是不是在桌上有發？那再下一個報告案六。

## 第六案

案由：103 年度「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」。

## 林科長淑範

本案因目前沒有圓滿的方案，明天還會再開一次會，所以本案先撤案，等下次成熟的時候再提到這邊來報告。

## 林組長阿明

這個明天會跟醫界交換意見，所以這案先撤案，先進行報告案第七案。

## 第七案

案由：修訂 103 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」案。

## 林組長阿明

我們是有在 12 月 3 日牙醫牙總研商醫事會議已經有通過，在這邊



做一個報告，針對本案各位代表有無意見要發表？

### 林代表富滿

那個附件的 7-4 頁，因為他適用對象，原則上已有規範可以寫入 IC 卡，但是其中還有兩個沒辦法在 IC 卡裡面，我在這邊建議，第一個是發展遲緩兒童要檢具從那邊發出的診斷證明書…等等，那我是在想說，是不是可以爾後在這段把他可以寫入 IC 卡，就不必再去 copy 一些證明。那在 7-12 頁，因為前面多數都已經可以寫入 IC 卡，可是我們在執行醫療服務的時候，還規定醫療院所要去影印他的身心障礙的手冊。

所以我在想他既然可以寫入 IC 卡，是不是可以不用再印那個手冊，因為這樣包括在抽樣都要附手冊影本，這樣其實醫療院所有一點困擾，而且我們現在都免調病歷或是電子病歷，那還要去印一些手冊增加行政的負荷；以上建議是否可以做後續考量。

### 李專門委員純馥

我先解釋一下基本上他是一個專款，其實我們目前牙醫即使你不是身障者我們也都看，那這些身障者如果到一般院所不是這些特殊院所也在看，那現在只是說他有加成給付，所以在執行上大家希望比較嚴謹，要求他第一次來的時候雖然他 IC 卡上面已有註記，可是確實是有一些個案因為時間差的關係。

因為我們的資料是從過去的內政部現在的衛福部類似社會司那一塊進來的，那這些時間差其實病人已經符合了，只是我們資料庫還沒有倒進來也會影響他，所以我們才會要求你第一次的時候印一份把他放在病歷裡以備查驗，代表的意見很好，是不是以後要更簡便，我覺得我們可以回頭跟牙全會做溝通，發展遲緩兒童這塊是因為他是今年新增進來的。

那我們確實如代表所講，目前 IC 卡沒有做這樣的註記，因為基本上涉及到隱私的問題，像是自閉症…等等，有一些家長並不想讓人家知道他的孩子有這樣的問題，所以原則上我們尊重由院所端若他發現這個孩子確實比較難配合，那可能加以詢問他願不願意提供，若他不願意那他一般流程，我們還是照看只是不加成，因為他涉及加成本比較嚴謹，不過代表的意見我們是可以納進來，謝謝。

### 黃代表雪玲

我要提的跟馬偕一樣他可不可以要求不要貼在病歷首頁，因為很多實施電子病歷，根本沒有病歷首頁可以貼，所以是不是可以改成就是在 7-12 頁，改成存放在病歷裡就好？

另外我想請教 7-5 頁，有關訓練時數也是新增的嗎？我想問一下中間有寫到「本計畫之醫師累積超過 30 (含) 學分後，得繼續執行計畫」，這個意思是說他幾年來的學分一直累積到 30 分，之後就可以不必再受這類專科的訓練了是不是這樣？我想要釐清這個問題。

### 李專門委員純馥

這目前是沒有修改，原先今年也是照這樣走，意思上應該是說基本上參加本計畫之醫師，第一次加入至少要上六個學分，然後每年就四個學分。

### 黃代表雪玲

這個不是畫線嗎？

### 李專門委員純馥

畫線是針對上面 6 學分的部份，你問的是 30 學分不是嗎？對，30 學分是原先沒有更改的部份，那這個可能因為他當然是講說這醫生很有經驗了就是像妳講的就不用每年在接受四學分這樣子。

## 林組長阿明

好，這說明可以嗎？那針對本案是否還有代表有意見？沒有的話我們洽悉，進到臨時報告案。

## 臨時提案

### 第一案

案由：102 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準調整案後續辦理事宜。

## 林組長阿明

本案係針對 102 年支付標準調整預算 50 億的後續處理措施，衛生福利部已於近日核定方案內容，本署預計在農曆年前補付一月至九月申報資料；第四季，10 到 12 月的部份，後續再補付，各位代表針對本案是否有意見？

## 林代表富滿

在提案第 3 頁說明五第 3 點，「103 年 RW、醫療服務點數上、下限臨界點及 SPR 值」，因為現在已經出來，所以 貴署要算應該不會太久，建議不必併第二階段實施，是不是可以在 101 年的 1 月的費用月申報之前就可以實施？這樣子整年度在比較會比較好。

## 李專門委員純馥

因為目前都是以 97 年為基期計算，雖然之後會以調升後的點數去校正權重，可是我們想改用 101 年的申報資料做分析，檢視其對第一階段導入項目之影響，如果要做這樣的比較，可能來不及在一月底以前完成。

為了讓醫院申報作業可以比較順利，我們才會以比較保守的方式

做，實際上，也考量每次開會各位代表都覺得以 97 年的資料計算權重，間隔太久了，希望能夠反應近幾年的狀況，所以建議比照 SPR，用兩年前的資料，也就是 103 年用 101 年的資料去做計算，又因為馬上就要談第二階段導入，所以署裡考量減少醫院的行政作業，因為第二階段導入又會有些更動，所以建議先沿用 102 年的參數，或許 1 季或是半年，到時併第二階段一起更動，醫院系統就不用改兩次。

### 黃代表雪玲

我們有一個建議，就是如果沒有先試算 SPR，50.5 億支付標準調整案實施以後，醫院一月一日開始申報就會要沿用過去的權重、上下限臨界點，醫院有可能落到上限而必須折付，所以可否建議，尚未公告前，比照現行支付標準申報，支付標準也不動，因為其實現在馬上實施下去，一月一日調支付標準，醫院作業時間上很有壓力。所以是否可以考量在 SPR 尚未公告前，持續用補付的方式？

### 李專門委員純馥

不好吧。

### 黃代表雪玲

因為其實今年一年也都要用補付的方式，就多幾個月讓署裡可以把這些參數算完，讓醫院有幾個月的時間把調整的五百多項，把這個上限上上去啊，也要給醫院一點作業時間。

### 李專門委員純馥

應該不用這麼久吧！醫院改系統很快，如果明年 1 月 1 日沒有更新支付點數，醫院的醫生們已經等了一年，而且署裡已經接到醫學會來的公文，說「不是已經編列預算調整支付標準了，為什麼到現在都還沒看到支付點數的調整」，所以可能要早一點讓醫院的醫師知道。

## 黃代表雪玲

醫院會調回給醫師，醫師也知道有這筆錢，補報的錢，醫院還不是要調回給醫師，醫院也不可能放到口袋。

## 李專門委員純馥

醫院不是補報，如果醫院要補報署裡不反對。我們認為全部由署裡進行補付作業不是很妥適，既然已經公告實施，署裡還是希望醫院按照新的支付點數申報，而且 MHC 系統也很難維護，而且支付標準代碼之維護系統也很複雜，因為署裡要採用部裡公告的內容，如果醫院以舊的支付點數申報，在 PBA 系統可能就會全部核退。

## 黃代表雪玲

可是這個差別在 DRG 的給付是用舊的碼，醫院申報進來的 DRG 可能都是超額或是拿到價差都是有問題的啊。

## 林科長淑範

謝謝黃主任雪玲提醒，如果沒有以 50 億調整後之點數重算醫療服務點數上限臨界點，每個個案的醫療點數很容易就超過上限臨界點，署裡會儘快在這個月底或明年一月初邀請醫院團體協商第二階段導入的時程，並重新計算權重之後，再討論如何補平第一階段的項目，盡快確定第二階段導入時程後，可能明年二月就可以開始使用新的權重及 SPR。

## 朱代表益宏

如果第一階段談不出來，第二階段怎麼算。

## 李專門委員純馥

沒有關係，我瞭解你們意見，因為署裡最近才收到部核定的結果，

如果試算以後差距真的很大，權重及 SPR 會重算過後先公告，第二階段導入時程再另外處理。只是針對以 101 年資料重算權重，希望聽聽醫院的意願。

### 林代表富滿

先看資料再說。

### 李專門委員純馥

不行啦。

### 林科長淑範

因為 97 年跟 101 年的醫療型態是完全不一樣的，若再用 97 年資料計算，DRG 的總體沒有變，但各個 DRG 之間的差異就會很大，我們考慮到第一階段導入的項目，醫院已經做過醫療費用管控，如果用實際點數算，其實對第一階段導入的項目是相對不公平，所以署裡希望跟醫院討論出一個方法，或是我們內部想出一個方法，使第一階段已經導入的項目不會吃虧。

### 林組長阿明

剛剛林科長及李專委回復可以嗎？署裡還是會先計算，如果第二階段導入順利的話就一起實施，如果時間來不及，署裡可能先算完再回饋給醫院。本案洽悉。接下來進入討論案第一案。

### 主席

各位代表，謝謝大家對於報告案的熱烈討論，首先，抱歉，因為臨時被通知 12 點半去衛生福利部開會，所以沒辦法掌握回來的時間，有點耽擱，現在進入討論事項第一案。

### 討論事項

## 第一案

案由：醫院藥事服務費調整及藥事人員合理調劑量規定案。

### 主席

為讓代表先了解一下這件案子，我請醫管組針對擬訂的依據做說明，本案討論如果大家同意，依程序還是要報健保會同意，然後再報部。所以這個討論案我先請醫管組針對你們設計出來要調劑的內容，也就是藥事服務費的內容做一個簡要說明。

。

### 林科長淑範

主席，各位代表大家好，因為今天的提案其實蠻長的，那我簡單說明這個藥事服務費及合理量，他的來源第一個當然是我們說明一有立法院的決議希望我們做醫院合理調劑量的調整，還有搭配健保會他在103年的預算裡面編列了三億，可是他同時要求說在調整藥事服務費的同時要做合理量的控制，而且要報到健保會裡面去。

所以我們在方案設計上、第一個是調整的項目，調整的項目在8-1頁說明四、(一)我們有提到因為考慮到慢性病連續處方箋14日以上點數相對比較高一點，調劑品項數其實沒有差異很大，所以調整項目在8-2頁說明四、(三)一般處方7天以內、慢性病處方給藥處方13天以內、住院單一劑量處方及特殊藥品處方。這些是目前相對點數較低，而且困難度比較高，特別是特殊藥品的部份。

調整後的預算控制在三億裡面，整個調整金額大概就是在三億左右。在藥師合理量的部份，目前可參考數據是醫院評鑑基準我們用C級的方法對醫學中心、區域醫院、地區醫院不同層級，對於病床及門診都有不同的調劑量。

所以我們用這樣的方法來計算藥事人員合理調劑量，計算和西醫基層的做法一樣，採用每日計算每日醫院的藥事合理調劑量，要算到每一日調劑量，就現在的申報資料，只有門診有藥師的 ID，所以配套措施裡面，必須請各醫院幫忙在住院的部份也必須申報藥事人員的 ID，我們就可以計算每一日藥事人員合理量，是否有控制在合理量之內。那在合理量之外就按照現行點數以 50% 來計算，以上是簡單說明。

### 黃代表雪玲

主席，我們不能接受這種逐日要申報藥師的這個事情，因為我們的藥師是分工的，我們藥師前面也有看也有做品管的也有做覆核的，然後還有再發給患者的，那我們申報只有一個欄位，我沒辦法跟你說即時報出三個藥師，你現在欄位也不可能這樣報，還有你這樣單日計算那是怎樣？我們病人看診是有巔峰性，有時可能禮拜一特別高禮拜二又降下來，那我們這個藥師人力，沒有辦法預期哪天說你要特別高，那你這樣子，我是說好，那你今天藥師來了，開滿七十張我就要請你回家去嗎？不可能啊，你怎麼可能開滿七十張我就要請你回家去，對不起你 quota 做完了，那相對如果人力不是今天來看診病人不多的時候，你這個藥師怎麼辦？

給付我假設只有 30 張那我不到 70 張 quota 做不到，怎樣？我要扣他薪水嗎？因為我從健保署拿不到他的給付啊，因為你就是做三十張，我今天人力多出來的時候你並不會給我相對的回饋給我獎勵，那這樣對我們來講就是不合理，我們沒有辦法這樣子配合，評鑑標準我們絕對是可以配合，可是 by 人這樣子的一個算法會引起很多糾紛。

### 曾代表中龍

主席、還有在座各位代表，我是藥師公會全國聯合會的代表曾中龍，第一次發言，我想在我談到這些全聯會的看法的時候，我首先就



是說要感謝健保會的時候，不管是付費者代表或醫院的代表都會很支持在 100 年立法院的這一個決議說應該要訂定合理調劑量，那我們剛剛看到說醫院的代表對這個方案，現在我們署裡面所提的方案，有一些在這個作法上的意見，那我想大家手上都有拿到全聯會的資料。

我想從這點就可以看到說其實剛我們黃代表所提的問題從資料上都可以看到，事實上這次我們藥師公會全國聯合會也開了很多會，把所有醫院各層級都找來，然後我們有在討論，那我們突然發現有人提出一個問題，就是好像以現在署裡面有關調劑費申請的規定，那你的成本計算其實在第六節規定的非常清楚，可是用那樣的一個規定好像是，就是現在申報變成好像是只有當日值班在調劑的人才可以申報。

據我們的藥師跟我說，他有打到署裡面就是剛黃代表想要說的那我的成本有這麼多你要我怎麼計算，結果就是署裡面的同事跟那位藥師說：「沒有關係啊，只要登錄在你們醫院的所有藥師，有執登的都把他報上來。」那我想說如果這樣的說法是署裡面的政策，我倒覺得真的會陷醫院跟那些藥師於不義。

因為我想現在時代民治已開，要是一個不小心有人檢舉，那很可能又構成詐害健保的一個給付，所以在這裡我們才會建議說是不是說應該要把這項目寫得清清楚楚，讓醫院有所依憑哪些人是可以登錄的是可以計算進入力的，哪些人是不可以這樣的，因為其實我們對藥事人力最擔心的是那些只掛名的人，若是真正在作這方面業務的人力我們都不會去 care 的，但是那種掛名的我們真的是沒有辦法接受，那會傷害到民眾的用藥安全，至於剛黃代表提到要採月或採日，我想這點可能各位代表要諒解。

因為基於我們健保給付的公平性及一致性，我想在座也有西醫基層的代表還有特約藥局，現在都是採日計算，如果說到時這裡有個不一樣的，我想我們大家都可以解決可能在醫院人力物力方面比我們更充

足，我想那一塊應該更容易解決，那目前事實上我們在這裡面還有第二個建議，就是剛黃代表講的應該要給予有達到合理有提升人力的一個緣由，有一個獎勵，那這次署裡面的方案也看到一個就是，如果超出每日的合理量，那這個支付點數是減半，在這裡我們也有健保會及付費者的代表他們應該也不會同意。

因為站在我們西醫基層、特約藥局，如果超過的話是不支付嘛，那怎麼會有一國兩制，但是我們覺得不支付的話，這樣才會真正落實合理量，但是問題來了，如果不支付所以多出來的錢要如何處理，那剛黃代表我們倒建議說，如果他們整個評鑑他們人力有達到 A 標、B 標、C 標這些，超過 C 標達到 B 標 A 標這樣的標準的時候，我們是不是要把他挪來作獎金鼓勵，另外一點小小意見，因為我們在整個人力計算醫院評鑑那畢竟他是評鑑，可是我們這裡是真正要給付的，所以也是基於給付一致跟公平性的關係。

我們倒是建議說區域跟地區醫院因為在醫學中心在評鑑裡面他的一個急診處方是有計算人力的，可是區域跟地區醫院是沒有，那我們既然是給付的話，是不是應該更明確的，這裡是不是應該也要納入一個所謂的給付規定，以上供卓參。

**主席**

謝謝，其他代表有沒有不一樣的看法？

**朱代表益宏**

第一：就貴署擬的草案，說明四、(二)故住院非單一劑量，不予調整。這個我們覺得不妥，事實上很多地區醫院他並沒有實施單一劑量，而且依照醫療法也並沒有強制一定要實施單一劑量，所以我們建議這裡面其實應該同擬一起去，如果要調整應該要一同調整，不能說沒有實施單一劑量就不給他調整，真正需要鼓勵的其實是小型的地區醫

院，結果你也不給他調整，反而你給他做的是錦上添花這樣不好啦，所以希望住院單一劑量這部份，能夠予以考量。

第二：就貴署提到說明五、(一)1. 申請地區醫院評鑑者，甲跟乙這兩部份，因為醫院評鑑基本上 C 的標準是醫療機構設置標準，但是在醫療機構設置標準裡面他是說如果採單一劑量說明五、(一)1. 甲、如採單一劑量每 40 床至少 1 名，這個是符合設置標準，但是後面那個可能要把他畫掉，不及 40 床者以 40 床計。因為在設置標準他是可以用四捨五入去算你總共藥師人力，最後他是用四捨五入去算你總體的藥師人力，所以並沒有說不及 40 床者以 40 床計的概念，所以建議可以回歸設置標準的文字去處理，以上兩點。

**主席**

謝謝，請郭代表。

**郭代表正全**

我想醫學中心代表這邊第一次發言，剛才藥師公會全國聯合會的曾代表中龍表達的，我想完全沒有考慮到醫院實際上執行的立場，大家看一下 8-7 頁也就是附件 11，通則二、藥事服務費之成本，包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用。所以表示說我們門診每一張處方箋 47 點，本身要包括這個東西，我為什麼說沒有考慮到醫院的立場，剛才黃代表雪玲已經講過了，我一張門診處方箋出去，先有人調配，調配完後還有前置處方。

第二關去確認一下這張處方有沒有錯誤，最前面的發藥藥師再核對一次，為什麼要三讀五對，就是要這樣確保用藥安全，但我不敢講說每一張都沒問題，但至少該有的品質保證要有，那你今天登錄，我這張藥師就是前面那個發藥的名字，後面還有倉儲還有很多藥師指導、

品管…等等，這些都不算嗎？

我怎麼去用每天算？變每天能算，只有我社區藥局，我就是從頭到尾都是我這個藥師而已當然沒問題，但醫院沒有辦法這樣作，所以實務上我想請藥師公會全國聯合會大家能夠體諒一下，這樣的一個作法對醫院來講萬萬不行吶，再來麻煩大家算一下，我醫學中心一天門診七十張，七十張算多少？

每一張四十七點，假設一個月工作日 24 天，可能 24 天是沒有算他的休假，這樣算下來 9 萬多塊，9 萬多塊大家想我付給藥事服務費。付給醫院的錢，可是這裡面要有多少藥師來搭配？現在醫院實際上不是不僅藥師荒，照醫院評鑑標準我們要請藥師，可是在某些比較特殊的地方根本請不到，為什麼？藥師不願意去，不願意到這個醫院來做，比較辛苦，因為我去當行銷人員，我去社區藥局，社區藥局現在待遇相當好又不用輪班很多人跑去，我又不必輪班，醫院可能還要輪班，這一段的話我想希望能夠理解一下，假設要照每天每一張你申報，每一個藥師多少，這實際上對醫院來說有困難，因為他有輪休的問題等等。

所以我們建議還是以一個月這樣來算，整體你登錄了，那登錄了剛才藥師公會全國聯合會說陷醫院於不義，我想醫療法規定很清楚，有 licence 的醫院在作這樣子的事本來就會有問題，那這段我想你們不必顧慮，這醫院本來就要承擔這樣的事情，所以我建議像貴組列出來這樣的方法，我們今天還是以登錄的人數你去算嘛，因為實際上醫院評鑑標也是用登錄的人數去算，那當然有人會講還有研究還有教學，歹勢厚，教學佔整個藥師裡面的群體佔多少？非常少數，我想還有研究，我們並沒有藥師專門在作研究其它工作都不要作，不可能啦，一定是他工作閒暇之間，他要去作研究。

因為有人在顧慮這個問題，錢沒差多少啦！假設說你今天又，像說

醫學中心 70 張，那我們地區醫院是 1 百張，你把點數換算回來，事實上都是 47 點，根本不夠本，所以基本上我根本不計較，因為層級間不需要計較這個，我們唯一計較你登錄的話，是要整個醫院我登錄的藥師的人力去算整個月去算，像說你規定一個藥師 70 張，他速度比較快配 1 百張，不好意思我只能給你 70 張，30 張半價，我今天動作比較慢配 20 張而已，不好意思我只能給你 20 張的錢，哪有這樣？

因為這是一個團隊的工作，所以我希望說藥師公會全國聯合會這邊能體諒醫院實際上運作狀況，不能用這樣的方式，因為這樣的話事實上是陷醫院的藥師於不義，基本上在醫院裡面，剛才事先我們了解各醫院藥劑部門，他們對於這個也認為不可行，所以我不曉得他們有聲音反映到藥師公會全國聯合會裡面說同意這樣做，這個我就不太清楚了，以上。

### 曾代表中龍

主席，不好意思我補充一下，我想郭代表是我非常敬重的一位醫院管理者，我想他對剛我所說的有點誤會，我一開始就已經講說，依照第六節相關條文規定，這一塊人力作哪些事情，我們藥師公會全國聯合會沒有意見，但是我們怕的是掛名、套用，如果真的都不是掛一個名的，那套用郭代表講的，不要說沒幾個，民眾的用藥安全一個都不行，我坦白講，那至於講按月或者按日。

當然站在藥師公會全國聯合會的立場絕對是希望按日的，因為給付是一個一致性的，哪有說你們一個按月一個按日，然後接著我要提著說這樣的一個計算方式，我想再談太深入，講出來大家都難過也沒有必要，那我的建議是說因為這個案子最後還要回報給健保會，那我們是不是說，醫界這裡是希望按月。

我們希望基於給付的公平性，按日來比較明確的來做比較精準的控

管，那這樣是不是說可以讓我們併呈到健保會，讓委員了解好不好，那因為到最後，其實原則上給付的大家共識都有，不需要為了這個鬧得不愉快，以上。

### 黃代表雪玲

主席我先補充一下，在醫院這邊沒有辦法按日啦，一定要按月。我先舉個例子，過年快到了，健保署最會這樣子說，可以提早發給他，過年前就會集中一堆人來我們醫院領藥，當然我相信這些藥局一定也一樣，如果照日算，對不起，我額度到了我不要來加班，我們加班來幫你做的通通拿不到錢，那之後呢，我又拿不到 30% 又拿不到獎勵，那我們幹嘛？！

### 主席

好，請謝代表。

### 謝代表文輝

這可能要請藥界代表體諒，不然同樣的爭議絕對會再發生，到時有共識又要送去部裡裁定。我是覺得從實際面來看有幾個要討論就是說，如果你不是用醫院的總體來登錄藥師，那你憑什麼，因為每家醫院沒有一定的標準要求有幾位研究，你根本就不知道，它法定就是登錄在那邊，你根本沒辦法判定那是院長的太太還是怎樣，當然也是有院長夫人也很認真在包藥的。

所以也不能一竿子打翻這些人。所以，我們沒有第二個選項，你只有登錄這資料可信，理論上相關單位也是會去查但其實很難一一追蹤。現在困難是這方案不錯，但該如何執行是個問題。像密醫，若醫師只是掛牌，由另一位看病患，這該如何去查詢是否真的由掛牌醫師看診，我是覺得這就是困難點，所以應該要體諒，不然沒完沒了，沒登錄的話那該用什麼方式替代，這沒一個可以參考的指標，這無解。

第二點，其實醫院設置的標準也是用平均值計算，它沒有辦法用一天計算，因為醫療是變幻無常。假設藥局晚班藥師約七八十張，突然來個大車禍之類的而暴增一百多張，照理來說藥師仍然辛苦擔下，但多出來的不能請款，這在公平性上不合理。醫院有很多變數，不像社區藥局比較穩定，醫院有很大的變化，醫院其實也很希望能很穩定，這樣就很好派人、請的剛剛好不用預留人員，但沒辦法，醫院排班仍有特殊狀況的機制，921大地震時，第一個8小時我們就有8百多張的急診，那超過額度的六百多張不都請不到錢。所以我是覺得要用整體看，整個月給的藥師人力都有符合標準，就表示醫院是有誠意的。

我是覺得要體諒，不然就無解啦，若這邊沒共識還要去部裡裁，它應該也裁不什麼道理。就事論事，我是覺得當時不管健保會、醫療團體全力支持藥師公會提出的案子，要讓這個好的善意如何執行，就像朱代表說的，地區醫院住院做非單一劑量也要，別人都調高只有我沒有，這樣我想藥師公會也對會員難以交代，所以我是覺得要照比例給，不論大小都給。再來就是拜託藥界代表多體諒，不然所有的醫院就沒有彈性變動的空間。

**主席**

請陳代表。

**陳代表雪芬**

今天如果就藥師公會這樣講，讓我們真的非常失望，以後我想很多合作的契機就此真的不見了。今天區域跟地區醫院，除了符合西醫以外，急診處方還要藥事人力，其實醫學中心部分剛講的很清楚，我們藥劑部同仁也表達不予同意的意見，所以我不知道藥師公會全聯會是裡面沒有醫院代表嗎，不然怎麼可能會有這樣的說法？

除了剛剛大家講的部分，我是認為如果真的有誠意、真的體諒到藥

事人員的辛勞的話，那像醫院化療的藥才應該調整，那個真的完全不敷成本、差非常多，也沒看到大家提出來說那邊需要調整多一點，我覺得基本上的一些基礎不要被破壞，搞得大家更慘之外，希望像這種提案，如果當時獲得醫院很大的支持，那今天不應陷醫院於不義，我們不太願意在私下跟委員講很多，我覺得這樣不好。

希望透過公開的場合讓委員知道真相，而不是用 lobby，所以今天我希望說原來的善意能夠得到善意的回饋，實務上，醫院真的沒辦法用日去做，希望健保署能體諒、聽聽我們實際上的意見，接受我們的一些調整，以上。

**主席**

請朱代表。

**朱代表益宏**

其實如果健保署定的支付問題，如果定的比醫療機構設置還要嚴的話，我覺得不好啦，因為之前就是有這些現象所以大家一直批評，變成健保署下設的衛生福利部、醫事處就會有這種。因為你管的比他還要多，本來管人力應該是醫事處跟地方主管機關的事情，結果你現在越庖代俎，而且管的比他還要嚴，這樣真的不好。

我覺得最低限度應該是要照設置標準，當然設置標準規定了結果你比它鬆、不合法，你還給，那說不過去嘛。這裡就提到，其實在醫療機構設置標準它並沒有用每天去算你的人力，就算你不符合規定，一個月有補正期，補正以後事實上是不違法的。它並不是像你這邊每天都要算，甚至每一個人都還要算，算完以後達不到的就不給你錢，那事實上就是處罰。

我覺得如果是這樣，就等於做的比醫療機構設置標準還要嚴格，所以我認為這件事是不好的。另外還有一件事我要提醒一下，因為這裡



提到是藥事人力，原來我們藥事法是規定藥師是不准報備資源，但被大法官解釋成違憲，所以現在藥事法也要修，所以如果這邊要考慮到如果以後有報備資源的人力是否也要予以計算，我覺得這要事先考慮到，以上。

**主席**

請曾代表。

**曾代表中龍**

主席，我想這裡面真的是有好多的誤會，因為其實像謝院長說的三點，我們雙方在這上面應該並沒有很大的歧見，有三點，我覺得說第一點跟第三點是做法，比如說先決條件這個當初大家共識出來，為何要合理調劑量，其目的是要保障民眾的用藥安全，若要做就要做的省。所以一開始我才說，健保署不要這樣用一個很迷糊的，只要真正的是在做第二階規定事項的藥師我們都覺得，如果是掛名的我剛有強調說，不要說不多。

我個人覺得因為我有是消費者，這我也不同意，他也是藥師但是並不是此專業卻要給他錢，這我也不同意。多寡沒差啦，讓我講完好不好，至於說怎麼去登錄，我想做職業登記確實很清楚，如果 1 百個是執登在這家醫院那就知道，其中有一個實際上沒有做這塊工作的時候，其實現在電腦很方便，每天早上哪些人值班沒有 send 給健保署，我想署裡面都可以，方法我們不置喙，我想各位去了解，我們為何會一直說基於給付的公平向，比如剛剛謝院長講的，突然多出來的部分。

其實這也是技術上的問題，遇到重大或是人力不可抗拒的事由、特殊狀況時，它可以有例外的規定嗎，這在座可同意。如果舉例說，每日是 80 張，那你一天是 30 張，藥師可能會閒在那邊，但 3 天比如說 240 張，禮拜一 20 張，三個藥師禮拜二 20 張，禮拜三突然來的 200 張，

你要用月的來計算，它根本沒有符合到所謂的，就是沒有保障民眾的安全啦。

所以這是我們擔心的，所以我們才說，立法院有這樣的決議，我們就要把它做好，不要因為某一些狀況，也就是說，我要談的就是說，其實在醫院的門診包括我們醫師都有合理門診量，這些的班次調配人員適當的安排，我想這些是我們醫院的責任，如果說沒有安排好，那要為了這些沒有安排好的去開特例，我個人是覺得不妥啦，以上。

**主席**

好，謝謝。請陳代表。

**陳代表雪芬**

如果要把合理調劑量等同於病患安全，我個人非常反對，你們去看大醫院的門診，發藥時藥師真的是三讀五對一一檢查，那才代表是保障病患安全，我不知道以前是如何做，可是不要把合理調劑量等同病患安全掛勾，千萬不要這樣做，這樣有點在愚弄不懂的人，我簡短講到這邊，因為我想謝院長可能有更好的意見。

**主席**

請謝代表。

**謝代表文輝**

我想這是觀念上的落差啦，像剛剛曾代表說的，禮拜一、禮拜二病人差距很大，醫院如果遇到這種情形，絕對馬上說禮拜一 1,000 張、禮拜二 200 張那人力會依此調整，他有那個經驗不會讓自己找麻煩，會事先調配人力，現在是要講不要懲罰到善意的執行者，他其實無惡意，一個下雨天患者可能減少兩三成，有時候氣象台也會失誤，不願讓員工抱怨、病患抱怨，等太久，所以事實上是依據本來的週期去排。

921 突發事件，在這樣下，我是覺得會懲罰到原來善意的執行者，所以我們在醫院的設置標準、評鑑標準，它都還是用平均數下去做，只要你用整體的平均達到，我就認為你有誠意，裡面的排班就由醫院各自規定，整體有達到我就覺得你有誠意、真的有在做，像大醫院 70 張有一位、10 位 700 張，那我就承認你基本的誠意，這樣才比較適合實際實務的變化，隨時變化、天氣變化等。

人力控管本來就是經驗累積、管理者的責任，不然管理者薪資高當然要做點事，我想我們要信任他，不要外在去介入這個，這是建議啦。

## 主席

郭代表發言後，再請高代表發言，然後再請我們行政部門表示看法並回應。來，請郭代表。

## 郭代表正全

我想藉這個機會大家交換一下意見也不錯，不過我對當初早期衛生署定這個標準，我本人相當不以為然，因為在這十幾年來，藥品調劑是相當進步、自動化，但是它的標準是用過去人力在包的標準包括藥箋，不是很自動化。那醫院這邊我可以拍胸保證說，醫院越大型它本身的品質控管要求越高，我有朋友也是藥師啊，他有說現在有些藥他都不認識，這一定呀，藥師還是要進修，在醫院隨時、一個禮拜就有幾天要教育，早上的晨間會議，有何新的藥品及其注意事項。

醫院除了這個以外，對整個藥品發藥作業進行改變、讓病人能來預約領藥，至少事前我們需安排人力做預包，對用藥執行提醒該藥是適用於哪些年齡層，及某病患昨天領過何種藥、上週同時領過何種藥等等，我們都會留意並提醒該病患，我想藥師的功能不是純粹用人力，有很多靠資訊的管理，重點需要的話我們需要做一個提示，哪些藥跟哪些藥交互作用，我想這些我不能要求每一家機構、藥局都要去做，

至少越大型醫院這段努力要做到，藥師部份除需算人頭外，還是有些人力結構上要求。

我想基本上，所以藥師的品質是有被評鑑後肯定的，我希望說我們今天在談這給付，坦白講健保給付這些錢給付藥劑部門的經費一定不夠的，我想整個醫院經營一定是這樣。

像我們現在支付給藥師，坦白講真的有些很難招聘，我們勢必要用一些津貼、獎勵等來留住藥師，我想沒有這些藥師，醫院評鑑也過不了。所以剛才曾代表所顧慮的問題，基本上，可能會有你講的問題，這我不敢跟你保證，但我想大行不顧細謹，我認為這不是健保署要去處理的重點。坦白講，醫院的藥師確實不是你講的這樣。

若今天真的臨時有大車禍，臨時需要調配人力不然包不出藥會被罵死，我們還是有機制在做因應也藉這個機會說明醫院實際作業方式，因為健保會委員也有在這邊，從醫院角度去看不是這樣的，當所有東西都量化，但是品質不是這樣估算的，以上。

## 高代表靖秋

我剛看了本案會議資料 P8-7，發現藥事服務費涵蓋內容真的包山包海，對醫院來說除了調劑作業外，這些其實真的都需要成本，包括為了用藥安全品質藥師做門診的衛教，這些對醫院來說都是成本。

但是對藥師來說，他們會覺得我每天的門診調劑作業量，比合理門診量多很多，我是覺得這是名詞的定義認知問題，例如護理人力所謂的人床比與護病比大家搞不清楚，所以當有人講三床一個護理人力時，護理人員就跳出來說我哪有只照顧三床，我是照顧十幾床。類似情形，藥師會覺得說合理調劑量不是 70 張處方籤嗎？

但其實我是配好幾百張，可是對醫院來說，藥師服務費就是涵蓋這麼多藥品管理相關費用，這些其實都需要成本，所以未來在這部份是

否在名詞定義上釐清更清楚，以上。

**主席**

接下來，請林代表。

**林代表富滿**

對不起，因為剛剛大家都說了很多就是用實際調劑去計算，其實有很多不合理的部分，我就不再重述。但是在這個案子還沒有決定之前，大家都忽略還有後面申報的問題，我們看 P8-13 那根本就不可能，申報在作業上面非常的複雜，那根本不可能實行。

因為我們也很同意藥師要去做合理的調劑量，其實我們現在健保的支付裡面，做合理量不是第一個，我們醫師診察費就有做合理量，其實在計算時是可以比照，他有算到日，用幾個參數去算日，然後用月去算醫院的，其實是可以做的，我是覺得不用這麼複雜，因為要考慮到後面整個行政作業。

**主席**

好，黃代表你有沒有什麼補充。

**黃代表雪玲**

我是說剛才我們都 focus 在門診，那其實在醫院這邊還有很大段是住院，我們住院其實是三班排，我不知道幾班啦，我們住院是要排班，那有時候是 UDD，可是有可能中間醫師會來個醫囑啊，這些我們都沒有辦法逐日逐筆，因為你一日就限一筆呀，事實上我還有藥師人力在那邊，可是從申報端的確是看不出來他後面有這麼多成本，醫院是很多很多分工來完成，但是我們要跟你申報，你就只有一筆欄位，這是覺得不可能計算出醫院真正在服務病人的藥師。

另外在住院這邊，住院當然也有臨床藥學教學，難道藥師在教學時

不是在從事藥師的工作嗎他也是呀，那怎麼能說他有做教學他就不算是藥師，那他在做教學時相對它的量就會減少，所以你不可能要求他一定一次是這樣子，這是在醫學中心有教學的壓力下，我們也希望藥品教學、希望大家用藥安全，當然也需要臨床藥師為大家把關、做出研究，讓大家在藥品部分更提昇，不是嗎？

**主席**

你可不可以等我們同仁回應完你再表示意見，好，請。

**朱代表益宏**

因為署裡面的草案，他是大概我看一般門診藥事服務費是調 3 塊多，但是就現在設置標準來講，其實我是要去質疑為何地區醫院差那麼多，你以住院單一劑量是 40 人一張，醫學中心、地區醫院大家都一樣，結果單一劑量我也較差、支付我也較少，講個道理嘛。我同意門診的藥事服務費，醫學中心、區域醫院，按照署裡草案是 100 張、80 張跟 70 張，但是區域醫院、醫學中心也是有差，怎會獨厚地區醫院而給我們比較少，所以我是認為既然有筆經費，是否應該先把它拉成一致，藥師公會這條也沒說，我們地區醫院調劑就比較差，你們的權益也沒跟我們說，是嗎，藥師公會？

我們在地區醫院的藥師就比較差，調出來的藥品質就比較差，是這樣嗎，不是嘛，設置標準也不是這樣規定呀，至少你的住院單一劑量應該要一樣呀，衛生署的規定對單一劑量，包括署裡面都單一劑量規定也是一樣，結果為何我們地區醫院差那麼多，處方差很多。他現在不是用設置標準呀，大家都一樣呀。

**主席**

好，各位委員已經都表示過意見了，我先確認我們行政部門這邊針對大家幾個比較重要的部分，如到底是按月按日、是按評鑑還是按執

登，他們的看法，等一下我們也請專家學者李教授、健保會的委員表示意見，請。

## 李專門委員純馥

我先說明，其實原先我們在設計合理調劑量時，當時基層放合理量就已經考慮到如果要反應合理量，其實要用日的概念，所以我們在這次設計上當然也是採日結的概念。剛剛委員提到日結的優、缺點，我們都非常了解，我先說明當時設計的概念。

第二個是說，為何我們不是用執登而是請各位申報 ID，因為我們也考量說並不是所有在醫院的藥師都是在從事相關的、跟支付標準裡面所寫的工作內容相關，所以我們才希望由你們用 ID 申報方式計算會比較合理，就像說我們現在醫師在算合理量，仍有一部分還是由申報醫師的 ID 去計算，那概念是一樣的。

第三個為什麼我們這次調整看起來地區醫院好像調的額度比較不高，是因為我們是用定率的概念，定率當然原來的點數比較，本來就有差距，因為評鑑標準的不一樣，所以原來的支付標準有差距，同樣一個定率乘起來，當然，調幅是一樣，只是額度會不一樣，概念上是這樣。我們這次調整是以評鑑的標準，所以不是參考設置基準，評鑑標準當然我們是一字不漏的抄過來，所以如果我們今天要比評鑑標準鬆，比如說不及 40 床以 1 人計把它劃掉，我們比較擔心的是我們回頭在評鑑這塊會有衡平性的問題，所以我們原則上還是以評鑑去寫，如果委員有這樣的意見，希望能夠做微調或什麼，我想我們可能納入未來參考。另外就是說，是不是用日申報，以月結的概念，這系統上都沒有問題，可是大家意見都不太一樣。

所以我們想說大家意見會寫進來，可是我們方案報的時候，先以我們方案到健保會去，看健保會之意見如何。另外就是住院非單一調劑

量這一塊要不要去調整，我們原先很早以前就被要求，真的不能再給付非單一調劑量，因為它真的比較不符合用藥的規範，所以我們才會想說還是給付單一調劑量的錢，只是這一次的三億因為經費真的有限，所以先集中在單一調劑量的部分，還有特殊調劑的部分，還有就是 13 天以下的慢性病處方、一般處方 7 天以下，我先做這樣的回應。

### 陳代表志忠

我還是重複一句老話，我比較笨啊，長官比較英明啦，我們再看 P8-7 頁，附件 11 第六節調劑通則的第二點，藥事服務費之成本，包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用。

這是藥事服務費支付內容，如果你現在只要算到人頭，這個病人拿到處方，因為我們申報他的 ID，他調劑藥師的 ID 申報給你，比如說我醫院現在上班有 10 位藥師，有 6 位在前台做調劑，有 2 位在做藥物諮詢，有 1 位在做倉儲在管理，那他們 3 個人不能申報，請問怎麼申報？假設我有 7 位在前台，你規定要有 70 個處方，那就只能有 490 張處方申報，問題不是這 7 個人在調劑呀，有 3 個人在做別的事呀，你不是寫明在這裡嗎，我真的比較笨啊，我不知道怎麼解套，還是超過 490 張處方後再報那三位呢，那不是偽造文書嗎？

### 主席

今天只是先就我們同仁的想法提出來共同討論，還沒有做最後的定案。你已經發言過了，我想請李老師表示一下意見。

### 李代表玉春

我想藥師公會會提這個案子，無外還是希望能夠有足夠的藥事人力，有較高的藥事服務品質，那以這樣的精神來看就是說，就醫院管理的設置來看，醫院確實有很多間接服務而不是直接服務的人員，所



以我是建議是說應該要考量醫院的型態，在人力的部份是可以一個月，因為門診量也是這樣算，一個月我們特約登錄的人數打上 MS 檔上，登錄的人數如果有問題，藥師公會覺得他有虛報我們有檢舉，健保署也自然會查核，所以也不是職業登記，這部份我想它有一定的公權力在，我想藥師公會考量的問題也可以處理。

最重要是說它是用真正的人力去算，我們也鼓勵醫院應該要有足夠人力，我想這個目的應該也可以達成。那這樣的話也可以解決你每天都在報間接人力是沒有辦法報也沒有辦法完全涵蓋整個型態，我覺得這個是可以考量。以醫院合理門診量來算的話，其實他也算一日多少，超過部分則付，如果論日來算，公平性是 OK，但人力不應該每天這樣報，這是第一個建議。

第二個建議是，其實我參加那麼多次會，常常支付標準比如說，我們健保會是給三點多億，我們健保署因為怕讓大家都會吃虧，那一定都會算到將近數字厚，不過有一點就是我們常常忘記了，就是 101 年到 103 年，其實中間一定會有服務量的成長，除非它是沒有成長的項目，那應該是事先要把這個考慮進去，否則我們到明年大家又要來開會說超過的是不是還要打折，所以我也是提醒一下說，所有的支付標準估算可能都要把成長量考慮進去，以上兩點，謝謝。

**主席**

好，謝謝李教授給我們的兩點建議。來，請謝代表。

**謝代表文輝**

主席、各位先進，我是建議剛剛純馥長官說先照他們的案子報上去，這樣今天何必開會，開會用意就是將案子在這裡做討論、修正，修正到大家有共識就皆大歡喜，藥師公會代表也能回去開心的說爭取的案子要落實了。但現在不是啊，那我們何必開會，剛剛我就不用進

來直接離開，所以應該是要做修正到大家能夠接受，修到除非雙方都很堅持、很激烈，那就沒辦法，最好大家都有共識啦。

如果少數一些點可以稍做修正，那就修正，像李老師剛剛的建議有道理，她是專家在說，我們聽了覺得合理那就改一改，若藥師公會代表聽我們的意見也覺得合理，也就可以改一改，最好改到大家都有共識就很完滿，或是大家爭議越少越好，再去健保會讓他們煩惱，這是建議啦，不要直接照你們的案子送出去。

**主席**

請陳代表。

**陳代表雪芬**

我只是提醒，因為剛剛報告案變成討論案，那如果討論案變成報告案的話，我就反對。

**主席**

好，請謝代表。

**謝代表武吉**

現在藥事服務費的調整我一句話都沒有講，我現在要開始講了，就是沒話講，也硬要講啦。住院時至少要包三包至六包的藥，一樣跟前面說不調整 42 點的部分差不多，結果你們給地區醫院多少點，是 29 點。我要瞭解說這 29 點是在林金龍時代，江宏哲時代以前的時代，他們是怎麼算出來的，29 點到現在都沒有調整，難怪地區醫院倒，這是制度在殺死地區醫院而已，所以我吞不下去，我今天所要求的，雖然剛剛我只是聽你們講，我一句話都沒有說。

我要求的就是非單一劑量在設置標準與醫院評鑑裡面，我們也沒要求說一定要設單一劑量，你們說非單一劑量我們都同意耶，那為何這

邊你們沒有調整呢，所以這一點地區醫院是吞不下去，拜託署裡的蔡長官跟林長官幫我們考量一下，謝謝。

## 主席

請健保會委員提供寶貴意見給我們。

## 李代表永振

我看快六點，再不講就沒機會講！今天熱烈討論，我學到很多。不過聽一聽好像是每一個人切入角度都不一樣，不管是理論、角色扮演還有實務的，但是聽一聽覺得我們應該多考慮到實務啊！實務的話，應該考慮減少一些作業。

我常常在健保會聽到成本考量因素，藥事公會考慮到安全的問題，剛剛謝院長也提到，醫院不可能會讓他見報嘛，無形中應該也會有牽制作用，實際運作醫院應該比較清楚，他剛才講的還蠻多我覺得是比較合理的地方，所以站在消費者立場我比較贊同應該是用月來作業比較好。

至於非單一給付，謝武吉代表他講的歷史我就不懂了，但朱代表提過既然那麼多質疑，我建議健保署試著去溝通一下，如果健保署覺得有道理就攤出來，他也沒話講啊，而剛剛提到歷史資料已經都那麼多年，該 update 就該 update 一下，這樣是不是比較容易來解決問題！謝謝。

## 謝代表文輝

我也已經少說點話了，我是覺得真悲哀就是，我們在執行方案就是弱勢優先嘛，要想方設法的幫助弱勢嘛，難怪地區醫院會倒，你們沒有那個心嘛、沒慈悲之心，對不對，你們想想看，你們說用定率，那為何不能用定量，像我們這次調的護理費，你是用三個層級，大家加

一樣的点數，是加一樣的点數呀，這是一種觀念跟心態嘛，我們對弱勢的族群就是想方設法來改善這大環境，但現在沒有啊。

所以我是覺得這個案子要稍微想一想，你地區醫院你考慮用定率說這樣才公平，定量也很公平呀，這也有前例，像我們對護理費給他補助加多少點數，我們就是用定量的觀念，這就是考慮到弱勢，而不是說單純說比例有幾張而給付多少，所以我是覺得長官執政心中要有弱勢，該給定量就用定量為何是要用定率計算，所以我覺得心裡覺得很悲哀啦，謝謝。

## 主席

好，我想我們健保會委員還有李教授，已經站在比較客觀的第三者跟消費者代表及專家學者立場提供了兩點意見，行政部門是否可以針對這樣的建議做修正，不可行或是有無執行上的困難，如果醫院代表也同意，我們就可以用這樣的建議案到健保會去報告。

## 李專門委員純馥

其實用執登的人力我們這邊是沒有問題，本來我們定期就會跟衛生福利部 download，沒有，我們所有的 nhi 也是職登的人力，沒有實際職業的人力。跟醫師一樣都是直接轉職登的人力，這個部分確實如果要跟衛生福利部同步的部分，我們作業沒有問題。

月結的部分，可是算到日平均，這個我們作業上也沒有問題。所以，如果說會上大家都一直希望朝這個方向，我們可以改方案，就是用月結可是是算日平均，然後超過部分我們給它做折付。

至於非單一劑量的部分，我們願意在預算中平的概念裡面部分去調整，只是說定率上面是否要改成定額這塊，可能還要再評估它的衝擊。

## 主席

我們有將弱勢族群列入考量來處理，剛剛的建議到健保會去報告，可以吧。

## 朱代表益宏

我有意見啦，我怕主席摸著有良心，但承辦摸錯邊啦，摸到右邊就摸不到良心，剛剛講的事實上在設置標準其實沒有差那麼多，結果你在藥事服務費真的差太多，你現在有一筆經費，我覺得有一部分要把它挪過來去處理這個東西，當然我沒有說要一次到位，但是應該要去處理這一部分，那你處理完有一部分再去加，那我同意。

但是你現在完全都不處理，不管是定率還是定量，等於是沒有去處理中間的差值嘛，之間為何會有差是有些歷史的因素，那你現在看設置標準，其實沒有差那麼多，住院那邊事實上是沒有差的，門診只有調劑處方，如果照署裡的案子是 100 張、80 張、70 張，那 80 張跟 70 張都沒有差，為什麼 100 張有差，而且差那麼多，所以我是覺得說今天有一筆錢，應該有一部分這邊要先調整，所以我說拜託主席，這個我一定要講，因為我怕真的摸、摸不到啦，摸到右邊就摸不到心跳，我不好意思說摸不到良心。

## 主席

剛剛純馥專委已經有說明，因為歷史那麼久、長遠下來，委員要一次到位，我說句老實話，我們也沒有辦法，她已經說在財務考慮之下會做改善，請純馥專委再重複說明一遍。

## 李專門委員純馥

看 P8-4 頁，我們的調整表裡面，如果大家仔細看第一段，針對七天以內的處方其實都是一樣三點，都是定額，另外就是屬於慢性病處

方的部分也是三點，另外就是唯一現在看起來有點不一樣的是05216K，它的單一劑量醫學中心部分是六點，可是在區域跟地區醫院是五點。

### 謝代表文輝

我是覺得今天談到這裡我們比較有點共識，不要破壞這種，大家有這種共識往那個方向，我想下次如果有類似的話，長官會把它放在心裡啦，我替長官替他回答啦。

### 謝代表武吉

不要再講啦，主席已經這樣裁了，我們就尊重主席，不要再講了。

### 曾代表中龍

主席，您剛裁示的我沒有意見，但是麻煩是否在會議記錄裡面寫我們藥師公會代表，對於所謂的按月我們仍然堅持是按日，這樣的意見，好嗎，以上。

### 主席

好，這個案子是不是就做這樣的修正，我們提到健保會去報告。現在六點，我們繼續開還是？我徵詢大家的意見。

### 李專門委員純馥

有一個案子上次沒有討論到，我已經被追殺，就是第四案。

### 主席

請問一下，因為護理費的20億，那你們程序是好，那我們進行第二案。好，護理師公會。

### 第二案

案由：103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」修訂內容案。

主席

那我們進行第二案。好，請護理師公會。

高代表靖秋

謝謝，我想這個，就是應該要怎麼講，其實我們很期待說護理人力跟護理費給付的連動，那這個案子我們也談很久了，也在部裡面的護理十大改革，明年開始也要啟動，當然大家也知道當時這個案子提出來是因為參訪日本，也謝謝部裡也帶貴署同仁一起去，這個也開過一次研討會跟會議，林次長其實也有指示在下次開會前，我們小組也要討論案子，2 月以前，我們覺得這個案子應該是可行，我們是不是可以先用這個 20 億來當試算。

因為未來如果要推我們知道還有很長的路要走，我們建議說用這 20 億用這方式來試試看，為未來來鋪路，所以我們還是強烈建議說用這 20 億來做這樣子的試算。我也必須承認，確實這個部份我們需要署裡來幫我們召開，那如果說署裡沒有幫我們召開，事實上我們也知道這會有困難度，所以希望署裡可以協助這個案子召開。

主席

這是部的權責，我們今天只是針對 20 億要怎麼來執行，至於你剛剛講護病比支付連動，我們署沒有權責去處理，但是部要我們派人去說明，這個是沒有問題的，OK。

陳代表雪芬

我是有出席那個會，簡單說日本的醫護比造成很多的問題，我覺得已經看到問題還把它抄回來，這我們反對。再來，我們同樣是支持醫院協會原來的提議，我們對這個是有點意見，以上。

## 謝代表文輝

我是覺得我想護理師代表也很清楚，就是你們的提案還有些沒有解決的部分，其實監察院也已經糾正了，那在現行可以執行的方案我是覺得可以依據說明五，署裡的建議來處理，才能夠很快的執行。等到部裡去解決護病比支付連動都有了定論後，再來討論。不然這會一直延宕下去，再來就變成彈劾，這樣不好。

## 朱代表益宏

我是建議啦，第一個，照署裡的案子也是說如果有結論就依照那個，如果沒有結論就依照醫院協會，那我是建議先依照醫院協會的，等它們如果有結論，到時候可以修，大家如果有共識其實可以回過頭來再修，不管中間原來已有給付把它降下來還是怎麼樣。

如果大家有共識以後再來修、再來談，我是覺得比較妥適啦，因為事實上護病比連動工作小組到底他們開會是怎麼樣，其實我們也不知道，那今天在座有很多的付費者代表，那老師已經走了，但是至少因為他也是委員，結果你說我們決定的事不行，要等到那邊會議決議，這邊橡皮章蓋一蓋我覺得是不妥啦，應該是說那邊有決議以後，拿到這邊來我們再來研討是否要採用我覺得 OK，但是我覺得大家先要有個共識，是不是先用醫院協會的案子 103 年先出去，這樣比較圓滿一點，以上。

## 高代表靖秋

主席我再補充一下，因為付費者代表一直不同意這筆專款，用來調整支付標準。我們也承諾付費者代表這部分希望用來改善護理人力的照護品質，因此我們不同意醫院協會的案子。

## 謝代表文輝



沒有調整支付標準，是用支付標準做一個量尺去補助點數，支付標準裡面是沒有動的。

### 高代表靖秋

但是在你們 P9-3 頁有提補助「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費點數，全年預算 5 億元。

### 朱代表益宏

你調整支付標準的話，以後沒有這個經費你還要繼續做嘛，但現在只是用補助款的概念，變成你做什麼事我給你一個經費去補助，等到這一年沒有經費就沒有補助，所以跟支付標準調整概念不一樣喔。

### 謝代表文輝

我再補充一個，就是說它補助的點數，前面源頭還是評鑑、依據人力變動多寡等，去補助，所以要達到一定的標準才會有補助，而且只是這一年度，明年度沒有這預算就沒有。講一個坦白，如果大家沒有共識，這個是專款專用，就都不要啦，就丟掉不必執行，我是覺得醫院無所謂，都不要執行，這是專款專用。

### 高代表靖秋

我想未來怎麼樣也沒辦法預測，但就明年的 20 億，我們全聯會這邊已有初步討論過執行方案，所以我們還是期待朝這方向努力。

### 主席

請李代表。

### 李代表永振

這個案子我們已經討論太久，討論很久沒有結論又拿到健保會，健保會又回來這邊才定案！定案沒做多久又要改了，對外界不是很奇怪

嗎，所以是不是應該至少做個一年後再來做檢討，不然怪怪的。

### 朱代表益宏

既然這樣那這個案子等到他們東西出來再提會出來討論，但是我們不同意說依照他們的方案，你這邊決議，不是說就依照他們的方案執行，他們方案出來提到委員會，由委員會再討論，對呀，那也可以呀。

### 主席

這樣子，我們請純馥專委做個說明。

### 李專門委員純馥

我們這邊其實寫得很清楚，並沒有牴觸衛福部的指示，在 12 月 10 日那次會議上衛福部是說，如果我們在明年的 2 月以前在這個工作小組能夠提出可行的方案，我們其實可以在 20 億裡面用那個方案來執行，所以我們並沒有反對這件事情，只是我們有一個但書是說，如果那個時間不能夠有一個方案出來，那我們還是用 102 年現行協商的方案，只是因為少了五億，我們五億去把它調降新增護理人力那塊，其它都按照 102 年的方案來執行，也都沒有改。

所以概念上我們是希望說不要讓這個案子，讓醫院很晚才拿到經費，我們希望是說不要再造成我們署裡作業的困擾，是因為我們尊重大家的意見，結果我們被罵說我們延宕，那我覺得對我們很不公平，其實是我們尊重大家，結果變的我們承擔這樣子的後果。

所以我們並沒有反對護理師公會所要求在部裡面成立工作小組來討論這個方案，只是說我們希望按照程序 12 月底以前一定要針對這個方案做討論，我們討論重點就是如果明年三月工作小組有一個可行方案出來，我們會再提我們三月的共同擬訂會議去做討論。

### 高代表靖秋

如果照這樣子，其實今年也不是醫院協會的案子啊！

### 李專門委員純馥

不是啦，今天醫院協會就是按照你們後來護理界的方案。

### 朱代表益宏

主席，讓我發言一下，因為部裡面是護病比與健保給付連動工作小組，跟這 20 億其實是沒有關係的，只是部裡面說如果這個案子出來這邊可以用就可以順便使用，但不等於就一定要使用，所以我覺得說如果真的要拉在一起我完全反對，那個案子出來再討論這個東西那我反對，事實上這是兩個案子，照理說你護病比調整有什麼狀況那你部裏要想辦法去支應財源，那我這裡是護理品質的調整，這是講調整住院護理品質，這塊講的很清楚，那你為什麼要掛在一起，如果說一定要掛在一起，這我反對。

### 謝代表文輝

拜託護理團體的代表不要看到黑影就開槍、就這樣認為，他們是寫錯，寫是醫院協會版本，不是啦，那個是 102 年和你們妥協後照你們版本抄一抄的案子，現在我們是說就照這案子，那是你們的案子耶，拜託一下，不要看到前面那段就誤會，那是你們的案子呀。

### 主席

因為這個是專款，我們同仁每年為這個案子，多次被監察院約詢，如果明年 3 月以前沒有決定，那我們就是不執行，就等護病比支付連動出來以後再討論，不然我們會被監察院說我們行政怠惰，說我們延宕，我沒有想錯的話，今年 5 月到 12 月多次向監察院說明，我自己是跑了兩趟。今年的 10 月才核定，核定就是這個版本。

### 陳代表志忠

我請問一下，主席有沒有裁決權呀？這變成玉石俱焚呀，不必搞成這樣。

### 謝代表文輝

不是啦，我是覺得可能護理團體代表她跟上次代表不同，她不太了解，只是因為錢差五億，但其實還是原來你們要求的案子，那現在你硬要卡一個新的案子，因為新的不知何時會出來，現在只是說如果有新的出來我們也同意拿來討論，如果可以改我們就改，如果不能改或是還沒出來，就按照原來的案子執行嘛。

### 謝代表武吉

那個高副院長，你今天是有受到你們學會的命令來的嗎？我們今天蔡副署長也很坦誠，我們也不要讓他們難做人。本來醫院協會是要放在支付標準，可是消費者說不要、你們也不要，所以才改現在這樣，如果你們哪一年沒了就沒了，所以我才跟我朋友說放在支付標準裡面，其實這個是差五億，我是覺得醫院協會這版本，是依你們的再修改，對你們有益啦。

### 朱代表益宏

報告主席，如果大家有共識，就依照 102 年先公告，我沒有意見。但是如果真的沒有共識，我建議主席停止討論，因為在場人員不夠，大家又沒有共識，那還討論到多久。

### 主席

好，案子就停止討論，因為我們現在人數已不足，第四案是已經排了好幾次都沒有排到。那我們今天會就開到這裡，二、三、四案因為人數不足，停止討論。

