

# 103 年第 1 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：103 年 3 月 13 日(星期四)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長魯

紀錄：葉祝玫

出席人員：

陳代表雪芬	陳雪芬	陳代表福展	陳福展
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蘇清泉
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	劉俊言
廖代表學志	廖學志	陳代表彥廷	許世明(代)
陳代表志忠	陳志忠	高代表靖秋	林綉珠(代)
徐代表弘正	徐弘正	曾代表中龍	曾中龍
林代表淑霞	林淑霞	曹代表昭懿	朱世璋(代)
羅代表永達	羅永達	吳代表進興	吳進興
謝代表文輝	王秀貞(代)	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	陳炳宏(代)
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 張金石(代)

李代表玉春 (請假)

黃代表啟嘉 黃啟嘉

吳代表肖琪 吳肖琪

陳代表憲法 陳憲法

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、張友珊

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、陳思琦

中華民國醫事放射師公會全國聯合會

何介中

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

黃瑞美、林佩荻、何宛青

董家琪、吳心華

台灣急診醫學會

陳健驊

台灣急診管理學會

黃集仁

醫藥品查驗中心

林郁婷、許雅蓉、吳慧敏

黃伊寧、朱秀貞

本署台北業務組

丁香豔、陳美玲、余千子

本署北區業務組

郭佩萱

本署中區業務組

楊惠真

本署企劃組

詹孟樵

本署醫審及藥材組

詹素珠

本署醫務管理組

林阿明、李純馥、林淑範

李待弟、王玲玲、朱文玥

涂奇君、吳明純、張淑雅

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)調升全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫支付標準第四章、第五章、第六章及第八章針傷科相關診療項目支付點數案。

決議：同意全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫支付標準第四章、第五章、第六章及第八章針傷科相關診療項目支付點數均調升 10 點，修訂後支付標準詳附件 1。

(二)修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準案。

決議：

1. 同意編號00129C~00134C「符合加強感染控制之牙科門診診察費」附註1申報規定，修訂為「牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫院所感染控制SOP作業細則」執行，並依附表3.1.1「牙醫院所感染控制SOP作業考評表」自行評分，自評合格者應將考評表函送至保險人所轄分區業務組，並於次月開始申報之。惟經抽查不合格者自文到次月起不得申報，三個月後得申請複查，通過者於文到次月起得再行申報。」如附件2。
2. 同意附表3.1.1「牙醫院所感染控制SOP作業考評表」修訂如附件3。
3. 同意非醫療機構(包括矯正機關、巡迴點及醫療站)得比照醫療

機構申報感控門診診察費。

4. 同意修訂3.3.3「牙醫相對合理門診點數給付原則」之一、(二)牙醫師不適用本原則之折付方式第1點由「花東地區已結算之最近4季平均點值超過1.15，該年度該區之專任醫師」，修訂為「花東地區已結算之最近4季浮動點值之平均超過1.05，該年度該區之專任醫師」，詳附件4。

#### 四、討論事項

##### (一)Tw-DRGs103 年適用參數。

決議：

1. 為反映臨床現況及密集度改變，同意103年起各年適用之RW、SPR、上限臨界點、下限臨界點及幾何平均住院日數等參數，修正為均由保險人每年年底公告，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用，意即103年適用之參數均採101年醫療服務點數，嗣後並依年遞移。
2. 103年適用參數公告前，103年1月起已暫以102年適用統計值申報之DRG案件，由醫院以補報方式處理，補報作業期間俟本署公告後2個月完成補報，特殊困難醫院之補報時程，由分區業務組認定，補報方式於公告函轉各分區業務組時再一併通知。

##### (二)Tw-DRGs 第 2 階段導入項目相關事宜討論案。

決議：

1. 第2階段TW-DRGs預訂自103年7月1日起實施，附表7.1分類條件、附表7.1.11流程圖、附表7.2各Tw-DRG科系對照表，本署將於公告前將草案公開於本署網站，請醫院預為準備，實施內容依據衛生福利部公告辦理。
2. 支付標準第七部第一章TW-DRGs支付通則修訂重點：(1)不適

- 用DRG的個案範圍，增加使用IABP個案，同步刪除特材IABP核實申報之規定，(2)生物製劑採核實申報，(3)修訂支付通則一之(九)RW、上下限臨界點、幾何平均住院日、SPR等均由保險人每年年底公告，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用，修訂後支付通則草案詳附件5。
3. 當次住院費用移轉至門急診之支付及審查方式、6歲以下先天性疾病兒童及特殊材料支付方式，維持現行規定，不排除於DRG範圍。
  4. 由本署將依據前述修正不適用DRG個案及得核實申報項目，重新計算附表7.3 權重表表列之RW、上下限臨界點、幾何平均住院日及SPR值後，逕行預告及報請衛生福利部核定發布。
  5. 屬第2階段導入項目之6項安胎相關DRG(37901(迫切流產(1))、37902(迫切流產(2)，有合併症或併發症)、37903(迫切流產(2)，無合併症或併發症)、38301(伴有內科併發症之其他產前診斷，有合併症或併發症)、38302(伴有內科併發症之其他產前診斷，無合併症或併發症)、384(無內科併發症之其他產前診斷)，因為住院日期差異大，暫不導入。
  6. 現行論病例計酬項目回歸DRG之處理方式：
    - (1) 子宮外孕手術：DRG分類中屬「主診斷與處置不相關」，本階段將本項回歸MDC14。
    - (2) 「自行要求剖腹產」：於MDC14下新增DRG513，該DRG之RW由論病例計酬支付點數(15,669點)及各年當年度的SPR值回推RW。且實施DRG後不得加計層級別、山地離島及CMI加成。以DRG3.3版(1,029項)103年參考為例，SPR 為38,039，回推RW為0.4119。

(3) 以上各項目，於第2階段導入時，地區醫院以上層級，自論病例計酬項目中刪除。

7. 與會代表提及研訂心臟內科不適當出院狀態規範乙項，留由本署研議辦理。

(三)103 年健保特約醫院 ICD-10-CMPCS 編碼實作獎勵方案。

決議：

1. 考量醫院編碼人員配置及人力，刪除指標3：醫院內部或外部稽核ICD-10-CM/PCS編碼一致率（限區域（含）層級以上醫院填報）。
2. 本方案將於公告實施3個月後就執行狀況進行討論。
3. 餘照案通過，修訂後方案(草案)如附件6。

(四)103 年度西醫基層提升婦產科夜間住院護理照護品質案。

決議：

1. 為避免與非護理人員相關之違規事件影響獎勵款項之撥付，對於特約院所如有違反勞動法令及特約管理辦法，應涉及護理人員時，始追回當季撥付款項或已撥付款項。
2. 本執行方式修訂詳如附件7，將依程序報請衛生福利部核定公告實施。

(五)有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病」案。

決議：

由本署釐清藥師支援地區醫院及基層院所之適法性；以及糖尿病共照網是否可同一醫事人員取得2張不同專業證照等問題後，再提案討論。

(六)再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」案。

決議：

與會代表表示，考量國內孕產婦選擇就醫場所之特性、提供分娩服務醫事機構間競爭關係及資源配置問題，爰不同意再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」。

(七)修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。

決議：與會人數不足，暫停討論，提報 103 年 4 月 29 日臨時會議討論。

(八)有關新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 項診療項目案。

決議：

與會人數不足，暫停討論，提報 103 年 4 月 29 日臨時會議討論。

(九)修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 12197B

「血中藥物濃度測定-Everolimus」等 6 項診療項目案。

決議：

與會人數不足，暫停討論，提報 103 年 4 月 29 日臨時會議討論。

(十)增修「視網膜手術」及「角膜移植手術」等 13 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目案。

決議：

與會人數不足，暫停討論，提報 103 年 4 月 29 日臨時會議討論。

(十一)有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療編號 91009B 及 91010B 「牙周骨膜翻開術」開放至 C 表案。

決議：

牙醫師公會全國聯合會代表表示，牙醫支付標準之修訂應先提案至牙醫總額研商議事會議討論，俟有共識後，再提至本會議討論，本案暫先行撤案。

**五、散會：下午 5 時 40 分**

# 第四部 中 醫

## 第四章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
	針灸治療處置費(含材料費)	
B41	—另開內服藥	<u>210</u>
B42	—未開內服藥	<u>210</u>
	電針治療	
B43	—另開內服藥	<u>210</u>
B44	—未開內服藥	<u>210</u>
	複雜性針灸治療	
B45	--另開內服藥	<u>290</u>
B46	--未開內服藥	<u>290</u>
	註 1：申報與審查方式依附表 4.4.1 規定辦理。	
	註 2：本項申報適應症請詳附表 4.4.2。	



## 第五章 傷科治療

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
B53	傷科治療處置費(含材料費) —另開內服藥	<u>210</u>
B54	—未開內服藥 註： 1.標準作業程序 (1) 四診八綱辨證。 (2) 診斷。 (3) 理筋手法。 2.適應症 (1) 急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2) 肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側韌鞘炎等。 (3) 關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩（凝肩）等。	<u>210</u>
B55	複雜性傷科治療 —另開內服藥	<u>290</u>
B56	—未開內服藥	<u>290</u>
B57	—骨折、脫臼整復第一線復位處置治療 註： 1、申報與審查方式依附表4.5.1規定辦理。 2、本項申報適應症請詳附表4.5.2。 3、B57「骨折、脫臼整復第一線復位處置治療」係指該患者受傷部位初次到醫療院所做接骨、復位之處理治療，且不得與B61併同申報。	<u>460</u>

## 第六章 脫臼整復費治療處置

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
B61	脫臼整復費(含材料費) —同療程第一次就醫	<u>310</u>
B62	—同療程複診，另開內服藥	<u>210</u>
B63	—同療程複診，未開內服藥	<u>210</u>

第八章 針灸(合併傷科)治療

通則：1.限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

2.以下各診療項目適用其內含單項診療項目之各項規範

編號	診療項目	支付點數
	針灸(合併傷科)治療(含材料費)	
B80	--另開內服藥	<a href="#">210</a>
B81	--未開內服藥	<a href="#">210</a>
	針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	
B82	--另開內服藥	<a href="#">290</a>
B83	--未開內服藥	<a href="#">290</a>
B84	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	<a href="#">460</a>
	電針(合併傷科)治療(含材料費)	
B85	--另開內服藥	<a href="#">210</a>
B86	--未開內服藥	<a href="#">210</a>
	電針(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	
B87	--另開內服藥	<a href="#">290</a>
B88	--未開內服藥	<a href="#">290</a>
B89	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	<a href="#">460</a>
	複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)	
B90	--另開內服藥	<a href="#">290</a>
B91	--未開內服藥	<a href="#">290</a>
	複雜性針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	
B92	--另開內服藥	<a href="#">290</a>
B93	--未開內服藥	<a href="#">290</a>
B94	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	<a href="#">460</a>
	註：B84、B89、B94 係指該患者受傷部位初次到醫療院所 做針灸合併接骨、復位之處理治療，且不得與 B57、B61 併同申報。	

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第三部 牙醫

### 第一章 門診診察費

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數	說明
00129C	—符合加強感染控制之牙科門診診察費						載明申報 本項之規 定。
00130C	1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份 (<= 20) —處方交付特約藥局調劑					270	
	—未開處方或處方由本院所自行調劑					270	
00133C	2.山地離島地區					290	
00134C	—處方交付特約藥局調劑					290	
	—未開處方或處方由本院所自行調劑					290	
	註：1.牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫院所感染控制 SOP 作業細則」執行，並依附表 3.1.1「牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表」自行評分，自評合格者應將考評表函送至保險人所轄分區業務組，並於次月開始申報之。惟經抽查不合格者自文到次月起不得申報，三個月後得申請複查，通過者於文到次月起得再行申報。 2.初次申報此項時，附上「牙醫院所感染控制SOP 作業考評表」以為核備。 3.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 4.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 5.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。 6.本項支付點數含護理費 29-39 點。						

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

### 第三部 牙醫

#### 第一章 門診診察費

附表 3.1.1 牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表

※考評標準：評分分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。

院所：\_\_\_\_\_

代號：\_\_\_\_\_

#### A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 適當洗手設備	C. 診療區域應設洗手台及洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
	B. 符合C，水龍頭避免手觸式設計。			
2. 良好通風空調系統	C. 診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。			
	B. 符合C定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。。			
3. 適當滅菌消毒設施	C. 診所具有滅菌器及消毒劑，有適當空間進行器械清洗、打包、滅菌及儲存。			
	B. 符合C，滅菌器定期檢測功能正常；消毒劑定期更換，並有紀錄。			
4. 診間環境清潔	C. 診間環境清潔			
	B. 符合C，定期清潔並有紀錄。			
	A. 符合B，物品依序置於櫃中，並保持清潔。			

#### B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 完備病人預警防範措施	C. 看診前詢問病人病史。			
	B. 符合C，詢問病人詳細全身病史，並完整登載病歷首頁。			
	A. 符合B，並依感染控制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。			
2. 適當個人防護措施	C. 牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服。			
	B. 符合C，視狀況穿戴面罩或眼罩。			
	A. 符合B，並依感染控制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。			
3. 開診前治療台消毒	C. 治療台擦拭清潔，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製0.005~0.02%漂白水			

項目	評分標準	自評	訪評	備註
措施	(NaOCl) 或2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde) 或稀釋之碘仿溶液(10%)(iodophors) 沖洗管路三分鐘。。			
	B.符合C, 不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕...等), 以覆蓋物覆蓋之。			
	A. 符合B, 完備紀錄存檔。			
4.門診結束後治療台消毒措施	C.治療台擦拭清潔, 管道消毒放水放氣, 清洗濾網。			
	B.符合C, 診所定期全員宣導及遵循。			
	A.符合B, 完備紀錄存檔。			
5.完善廢棄物處置(註一)	C.有合格清運機構清理廢棄物。			
	B.符合C, 醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。			
	A.符合B, 備有廢棄物冷藏設施及詳細清運紀錄。			
6.意外針扎處理流程制訂	C.制訂診所防範針扎計畫及處理流程。			
	B.符合C, 診所定期全員宣導。			
	A.符合B, 完備紀錄存檔。			
7.器械浸泡消毒(註二)	C.選擇適當消毒劑及記錄有效期限。			
	B.符合C, 消毒劑置固定容器及加蓋, 並覆蓋器械。			
	A.符合B, 記錄器械浸泡時間。			
8.器械滅菌消毒(註二)	C.器械清洗打包後, 進鍋滅菌。			
	B.符合C, 並標示消毒日期。			
	A.符合B, 化學指示劑監測, 並完整紀錄; 每週至少一次生物監測劑監測, 並完整紀錄。			
9.滅菌後器械貯存	C.滅菌後器械應放置乾淨乾燥處。			
	B.符合C, 依先消毒先使用, 後消毒後使用原則。			
	A.符合B, 打包袋器械貯存不超過一個月, 其餘一週為限。			
10.感染控制流程製訂	C.診所須依牙科感染控制SOP, 針對自家診所狀況製訂看診前後感染控制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。			
	B.符合C, 診所定期全員宣導及遵循。			
	A.符合B, 完備紀錄存檔。			

註一: 在巡迴醫療, 特殊醫療照顧, 矯正機關內, 若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時, 應將醫療廢棄物依據牙醫院所感染控制SOP作業細則步驟三貯存容器與規定, 並將醫療廢棄物置於密閉5°C以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所, 委由清運公司處理。

註二: 在巡迴醫療, 特殊醫療照顧, 矯正機關內, 若無消毒設施時, 應以清水去除器械表面口水或血液後, 包裝完善放置於固定容器後攜至診所, 循一般消毒流程進行消毒並記錄。

診所簽名: \_\_\_\_\_

審查醫藥專家簽名: \_\_\_\_\_

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第三部 牙醫

### 第一章 門診診察費

#### 附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

##### 一、實施範圍定義：

##### (二)下列牙醫師不適用本原則之折付方式：

- 1.花東地區已結算之最近 4 季浮動點值之平均超過 1.05，該年度該區之專任醫師。
- 2.專科醫師。
- 3.該鄉鎮市區每位牙醫師平均服務人口在 4500 人以上之專任牙醫師。
- 4.該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。
- 5.除 1、2、3、4 點所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫門診總額研商議事會議同意者。

註：以上第 2 項專科醫師，係中華民國牙醫師公會全國聯合會按季提供之轉診加成專科醫師名單之醫師；第 3 項鄉鎮市區人口數以內政部統計為準，牙醫師以同期保險人醫院及基層院所牙醫師數統計為準，半年公告一次名單；第 1、3、4 項半年公告一次。

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（草案）

## 第七部 全民健康保險住院診斷關聯群

### (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)

#### 第一章 Tw-DRGs 支付通則

##### 一、名詞定義

(一) 相對權重 (Relative Weight, 以下簡稱 RW) :

1. 計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」規定加計額外醫療點數。
2. 計算資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
3. 計算公式：「某 Tw-DRG 平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

(二) 標準給付額 (Standardized Payment Rate, 以下簡稱 SPR) :

1. 計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(三)超過上限臨界點之醫療服務點數、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」規定加計額外醫療點數。
2. 計算公式：「全國合計點數/全國總權重」並經調整之給付值。
3. SPR 係按「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨界點之支付點數占總 Tw-DRG 支付點數之 5.1%原則」計算之「標準給付額」。

(三) 病例組合指標 (Case Mix Index, 以下簡稱 CMI) :

CMI 值計算公式： $\Sigma(\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}) / \text{DRG 總案件數}$ 。

(四) 主要疾病類別 (Major Diagnostic Category, 以下簡稱 MDC) : Tw-DRG 之主要疾病類別為 PRE MDC、MDC1 至 MDC24，其內容及 Tw-DRG 分類條件如附表 7.1。

(五) 醫療服務點數上限臨界點：各 Tw-DRG 之上限臨界點，係以「實施前後總點數中平」及「全國超過上限臨界點部分之總支付點數占率為 5.1%」原則計算之各 Tw-DRG 之相同百分位值。

(六)醫療服務點數下限臨界點：

各 Tw-DRG 之下限臨界點，以該 Tw-DRG 醫療服務點數之 2.5 百分位值訂定。

(七)醫療服務點數：醫事服務機構依據本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準，申報其所提供醫療服務之點數。

(八)幾何平均住院日：依相對權重計算範圍之資料，計算各 DRG 之幾何平均住院日，病患所需之住院日數應由臨床醫師專業判斷，若病患病情尚未穩定或治癒，各特約醫院不得以此要求病患出院；若經醫師認定應出院者，病患亦不得以此要求繼續住院。

(九) 前述各 DRG 之「RW」、「醫療服務點數上限臨界點」、「醫療服務點數下限臨界點」、「幾何平均住院日」及 SPR，~~由保險人公告之。~~  
~~「SPR」~~，由保險人每年年底公告，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。

二、 各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或除病患同意使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。

三、 下列案件不適用本部支付標準：

(一)主診斷為癌症(140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、V58.0、V58.1、V67.1、V67.2)、主診斷為性態未明腫瘤(235.XX、236.XX、237.XX、238.XX)案件。

(二)主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院(996.8X、V42.XX)案件。

(三)MDC19、MDC20 之精神科案件。

(四)主或次診斷為愛滋病(042)、凝血因子異常(286.0-286.3、286.7)及行政院衛生署公告之罕見疾病案件。

(五)試辦計畫案件。

(六)住院日超過 30 日之案件。

(七)使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(處置碼 39.65)之案



件。

(八) 住院安寧療護案件。

(九) 其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。

**(十) 使用主動脈內氣球幫浦(IABP)個案。**

四、參與各項醫療給付改善方案、試辦計畫，依其所訂支付標準申報，不適用本部各章節支付標準。

五、符合本標準第六部「論病例計酬」所訂條件之案件，應依本章通則所訂時程及支付標準優先適用。

六、各案件依全民健康保險住院診斷關聯群分類表認定 Tw-DRG 後，依下列原則計算 Tw-DRG 支付點數：

(一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。

(二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：

1. Tw-DRG 支付定額 =  $RW \times SPR \times (1 + \text{基本診療加成率} + \text{兒童加成率} + \text{CMI 加成率} + \text{山地離島地區醫院加成率})$ 。

2. 基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與本局簽定合約之特約類別：

(1) 醫學中心，加成率 7.1%。

(2) 區域醫院，加成率 6.1%。

(3) 地區醫院，加成率 5.0%。

3. 兒童加成率：

(1) MDC15：「年齡小於 6 個月者」為 23%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 9%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 10%。

(2) 非 MDC15。

a. 內科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 91%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 23%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 15%。

b. 外科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 66%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 21%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 10%。

(3) 內外科系認定表如附表 7.2。

4. 病例組合指標 Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公

佈之CMI值及下列成數加成。

(1)CMI 值大於 1.1，小於等於 1.2 者，加成 1%。

(2)CMI值大於1.2，小於等於1.3者，加成2%。

(3)CMI值大於1.3，加成3%。

(4)各醫院CMI值依各醫院全部住院案件(不含精神病患、入住RCW及一般病房之呼吸器依賴患者)為基礎計算，由保險人每年年底公佈，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。變更負責醫師或權屬別之醫院得向本保險之分區申請同意後比照原醫事機構代號之CMI值，資料統計期間後新設立醫院不得申請比照事宜。

5. 山地離島地區之醫院加成率：2%。上述山地離島地區係指符合行政院衛生署公告之「山地離島地區醫療服務促進方案」第三點適用範圍所列鄉鎮市區。

(三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

1.年齡小於 18 歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支付。先天性疾病個案係指主診斷為 740.XX~759.XX(不包括 744.43、744.46、744.47、744.49、750.0、750.12、750.13、750.21、750.22、750.23、750.24、750.25、752.51、752.52、752.69、757.39)、478.33、389.11、389.9。

2.非本項第 1 點個案，按第(二)項原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之 80%支付，即  $TW-DRG$  支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)\*80%；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，且  $TW-DRG$  支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以  $TW-DRG$  支付定額計算；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，惟  $TW-DRG$  支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

(四) 一般自動出院或轉院個案，若其住院日數小於「該  $TW-DRG$  幾何平均住院日」且實際醫療服務點數介於上下限臨界點範圍內者，依前述(二)公式計算之  $TW-DRG$  支付定額，除以該  $TW-DRG$  幾何平均住院日數，論日支付。

(五) 死亡及病危自動出院個案，依前述(一)至(三)項計算。

(六) 下列項目得另行核實申報不含於  $DRG$  支付點數，其點數亦不得計入本

通則六所稱實際醫療服務點數計算。

- 1.生產 DRG 之權重僅計算當次產婦及一人次新生兒費用，新生兒如為雙胞胎以上得另計一人次新生兒費(多胞胎類推)。
- 2.同次住院期間之安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬 MDC 導入時按其適當 DRG 申報及支付。

~~3.植入 IABP(Intra-aortic balloon pump，主動脈內氣球幫浦)之特殊材料。~~

- 3.次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用，應符合下列三項要件：

- (1)次診斷為癌症(140.XX-176.XX、179.XX-208.XX)或性態未明腫瘤(235.XX、236.XX、237.XX、238.XX)。
- (2)處置碼包括化療(99.25，化療注射劑始需編處置碼)或放療(92.2X)。
- (3)核實申報項目：化療之核實申報項目為支付標準代碼為 37005B、37025B、37031B~37041B，或個案使用之化療藥品。放療之核實申報項目為支付標準代碼為 36001B~36015B、36018B~36021C、37006B~37019B、37026B、37030B、37046B。

- 4.使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合下列二項要件：

- (1)處置碼包含使用呼吸器(96.7X、93.90、93.91、93.99)。
- (2)核實申報項目為支付標準代碼為 57001B~57002B、57023B)。

- 5.施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：

- (1)處置碼包含洗腎(39.95)。
- (2)核實申報項目為支付標準代碼為 58001C。

6.生物製劑。

- (七)使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依前述(一)至(三)、(六)項計算 DRG 支付點數及另行核實申報點數外，得依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.4)規定加計額外醫療點數。

七、Tw-DRG 導入後申報醫療點數：本章通則六計算所得之 Tw-DRG 支付點數及通則六之(六)得另行申報項目之支付點數。

八、各 MDC 導入時程如下：

時程	DRG 或 MDC
第 1 階段(99 年)	164 項 DRG(附表 1)
第 2 階段(103 年)	<u>MDC5、8、12、13、14</u>
第 3 階段	(暫定)2、3、6、7、9、10
第 4 階段	(暫定)PRE、4、11、17、23、24
第 5 階段	(暫定)1、15、16、18、21、22

註：安胎相關之 6 項 DRG (DRG37901、37902、37903、38301、38302、384)

因安胎日期差異性大，第 2 階段暫不導入。

九、無權重之 Tw-DRG 應核實申報醫療服務點數，附表 7.3 註記※之

Tw-DRG 因個案數小於 20 暫採核實申報醫療服務點數；依時程尚未導入之 MDC 案件，核實支付，俟導入後，依該年度之調整比率計算實際支付點數。

十、各 Tw-DRG 點值計算方式，依全民健康保險會年度總額協商結果辦理。

十一、本部各章節支付標準修訂時，跨月案件依出院日支付標準申報。

十二、若有經公認之新療法，醫事服務機構應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後，先行訂定診療項目，供醫事服務機構適用，俟彙集項目及完整資料後，再依本法第四十一條第一項之程序辦理。

十三、各 Tw-DRG 權重、幾何平均住院日、醫療服務點數下限臨界點、醫療服務點數上限臨界點等如附表 7.3。

十四、DRG 案件使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」之自費特材，其保險醫事服務機構收費及健保支付方式：

(一)病患同意使用符合上述規範之自費特材，保險醫事服務機構得收取該特材之全額自費。

(二)DRG 支付點數需扣除自費特材替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由保險醫事服務機構自行併同醫療費用申報。

(三)併同醫療費用申報資料：自費特材（含不給付項目及不符適應症之個案）之品項代碼、單價、數量、收取自費總金額；替代之原健保給付特材品項代碼、支付單價、數量及支付點數。

(四)自費特材收取金額不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。

十五、本部第一章及第二章之附表請至本署全球資訊網下載，網址：

<http://www.nhi.gov.tw/下載檔案/全民健康保險住院診斷關聯群>。

附表 1、第 1 階段導入之 164 項 DRG 項目表

MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG
2	03901	5	10509	5	11202	7	49401	8	22503	13	35902
2	03903	5	10510	5	11203	7	49302	8	22504	13	35903
2	03902	5	10504	5	11204	7	49402	8	22301	13	35904
2	03904	5	10505	5	124	8	47101	8	22302	13	35905
2	03905	5	10506	5	125	8	47102	8	22401	13	35906
2	03906	5	10507	6	16401	8	47103	8	22402	14	370
3	05701	5	10508	6	16501	8	20901	8	22403	14	371
3	05702	5	10801	6	16402	8	20907	8	22404	14	37401
3	058	5	10802	6	16502	8	20902	8	22901	14	37402
3	05501	5	10601	6	16601	8	20908	8	22902	14	37501
3	05502	5	10602	6	16701	8	20903	9	25701	14	37502
3	05503	5	10603	6	16602	8	20904	9	25801	14	372
3	05504	5	10604	6	16702	8	20905	9	25702	14	37301
3	05505	5	10701	6	15701	8	20906	9	25802	14	37302
3	05506	5	10901	6	15702	8	21001	9	259		
3	059	5	10702	6	15801	8	21101	9	260		
3	060	5	10902	6	15802	8	21002	10	290		
5	10401	5	11001	6	16101	8	21102	11	30201		
5	10402	5	11005	6	16201	8	21003	11	30202		
5	10403	5	11002	6	16102	8	21103	11	306		
5	10409	5	11006	6	16202	8	21801	11	307		
5	10410	5	11003	6	159	8	21802	12	336		
5	10404	5	11004	6	160	8	21901	12	337		
5	10405	5	11101	6	16301	8	21902	13	35801		
5	10406	5	11105	6	16302	8	21803	13	35802		
5	10407	5	11102	6	16303	8	21804	13	35803		
5	10408	5	11106	6	16304	8	21903	13	35804		
5	10501	5	11103	6	16305	8	21904	13	35805		
5	10502	5	11104	6	16306	8	22501	13	35806		
5	10503	5	11201	7	49301	8	22502	13	35901		

## 103 年健保特約醫院 ICD-10-CM/PCS 編碼實作獎勵方案（草案）

### 壹、依據

依據衛生福利部 103 年 1 月 21 日衛部健字第 1033360005 號公告辦理。

貳、預算：103 年度其他預算，專款編列 100.5 百萬元。

參、目的：鼓勵健保特約醫院重視 ICD-10-CM/PCS 轉碼工作、做好全面轉碼之準備並進入實作階段、提升編碼品質。

肆、對象：提供住診服務之健保特約醫院。

伍、費用申報與支付方式：

#### 一、費用申報

##### （一）申報方式

醫院於次月 30 日前依本署規定格式於健保資訊網服務系統（VPN）批次上傳該月申報之 ICD-10 編碼案件。

##### （二）上傳格式

1. 檔案格式：csv 檔案。
2. 檔案命名原則：醫事機構代號\_醫事類別\_費用年月\_序號\_icd10.csv

如：0401180014\_22\_10301\_01\_icd10.csv

註：醫事類別:21 住診診所 22:住診醫院

##### 3. 檔案內容：

- （1）第一列為 ICD-10-CM/PCS 版本及疾病分類品質稽核指標數字，以 2010 年版本編碼為例：2010,每月 ICD-9-CM 編碼之出院病歷數, ICD-9-CM 實際編碼人數，每月 ICD-10-CM/PCS 編碼之出院病歷數, ICD-10-CM/PCS 實際編碼人數。

(2) 第二列以後開始則為個案資料，格式如下：

醫事機構代碼,醫事類別,費用年月,申報類別,案件分類,流水號,身分證號,主診斷代碼,次診斷代碼(一),次診斷代碼(二),次診斷代碼(三),次診斷代碼(四),次診斷代碼(五),次診斷代碼(六),次診斷代碼(七),次診斷代碼(八),次診斷代碼(九),次診斷代碼(十),次診斷代碼(十一),次診斷代碼(十二),次診斷代碼(十三),次診斷代碼(十四),次診斷代碼(十五),次診斷代碼(十六),次診斷代碼(十七),次診斷代碼(十八),次診斷代碼(十九),處置代碼(一),處置代碼(二),處置代碼(三),處置代碼(四),處置代碼(五),處置代碼(六),處置代碼(七),處置代碼(八),處置代碼(九),處置代碼(十),處置代碼(十一),處置代碼(十二),處置代碼(十三),處置代碼(十四),處置代碼(十五),處置代碼(十六),處置代碼(十七),處置代碼(十八),處置代碼(十九),處置代碼(二十)。

#### 4. 注意事項

- (1) 同一個月份資料可整批上傳多次（不可分批分筆上傳），惟檔名以序號區分，以後傳資料覆蓋前次上傳資料。
- (2) 本署會進行資料格式檢核並於 VPN 回傳錯誤訊息，請醫院上傳資料後至 VPN 查閱是否有錯誤訊息。
- (3) 檔案格式之各項名詞定義，同本署醫療費用申報格式，診斷及處置代碼依原編碼格式登錄（含小數點）。

## 二、 支付方式

### (一) 獎勵標準

103 年健保特約醫院每月（費用年月）住診申報案件，除原以 ICD-9-CM 編碼外，另以 ICD-10-CM/PCS 編碼並同時符合下列標準之案件，始能獲得獎勵。

標準 1：醫院該月以 ICD-10-CM/PCS 編碼之案件須為本署公告之 2010 年或 2014 年版本；或美國公告之 2014 年 ICD-10-CM/PCS 有效碼，

該月無效碼案件數不得大於（等於）當月申報 ICD-10-CM/PCS 編碼案件之 5%，大於（等於）5%之醫院，該月不核發獎勵金。

標準 2: 醫院須每月於本署健保資訊網服務系統（VPN）填報疾病分類品質稽核指標。

## （二）獎勵點數

1. 符合獎勵標準之件數（不含補報案件），達其每月申報出院住診案件 50% 以下者，當月所有符合獎勵標準之案件，每件獎勵 100 點。
2. 符合獎勵標準之件數（不含補報案件），達其每月申報出院住診案件 50%（含）以上者，當月所有符合獎勵標準之案件，每件獎勵 120 點。

三、為了解方案執行成效，於公告實施 3 個月後，就本方案執行狀況進行檢討。

## 陸、獎勵金計算方式及核付流程

### （一）獎勵金計算方式如下：

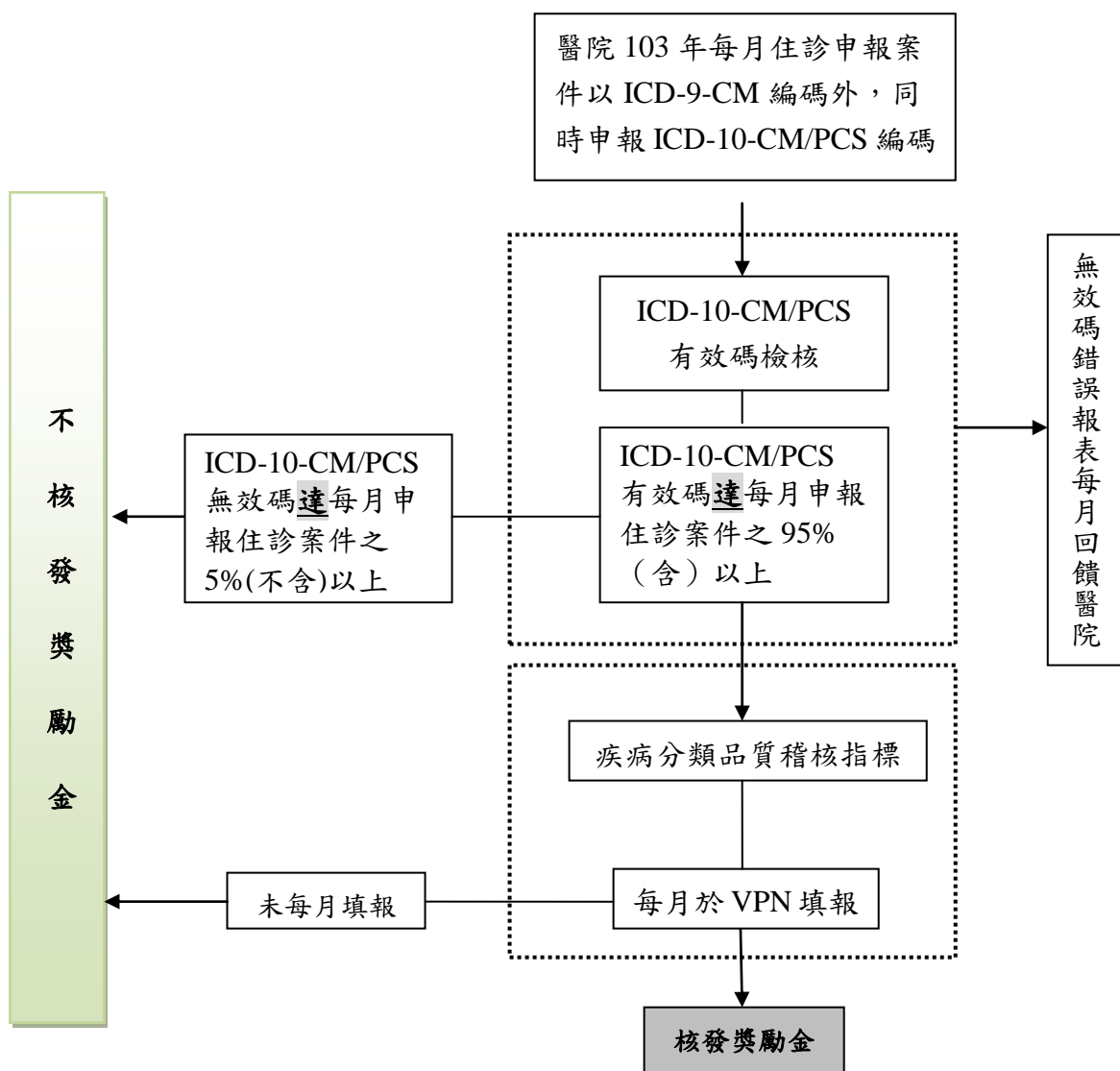
本項專款預算按季暫以 1 點 1 元結算，年底時進行全年結算，採浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。

### （二）錯誤編碼案件之處理

凡本署進行有效碼檢核認為屬無效碼者，本署每月會將編碼錯誤報表回饋醫院。



(三) 獎勵金核付流程，如下圖：



柒、 疾病分類品質稽核指標

一、 指標 1：編碼人員每月以 ICD-9-CM 編碼平均出院病歷數

計算公式：每月 ICD-9-CM 編碼之出院病歷數 ÷ 實際編碼人數。

二、 指標 2：編碼人員每月以 ICD-10-CM/PCS 編碼平均出院病歷數

計算公式：每月 ICD-10-CM/PCS 編碼之出院病歷數 ÷ 實際編碼人數。

## 西醫基層「全民健康保險提升婦產科夜間住院護理照護品質」 執行方式

### 壹、依據

依據衛生福利部 103 年 1 月 21 日衛部健字第 1033360005 號公告辦理。

### 貳、目的

鼓勵西醫基層提供夜間婦產科之醫療服務暨提升夜間住院醫療照護品質，以確保住院病人醫療品質，及促使保險對象能獲得適當的醫療服務。

### 參、預算來源

103 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配，一般服務編列 59.7 佰萬。

### 肆、適用對象

屬西醫基層總額範圍內之婦產科特約醫療院所。

### 伍、執行方式

- 一、接受本款項之醫療院所應符合勞動法令，並將款項應用於提升夜班費、超時加班費、提高護理人員薪資、加發獎勵金等，若經勞動檢查發現違反勞動規定，且涉及護理人員時，保險人得追回當季撥付之款項。
- 二、各婦產科診所撥付款項＝平均每日加計點數 280 點×申報總住院日數。
- 三、撥付時程：由本署按季統計各診所加計點數，每點以一元計算後撥付，其經費由一般服務部門支應。

### 陸、獎懲

特約院所如有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條、第三十九條或四十條所列違規情事者，且涉及護理人員時，經保險人處以停止特約者(含行政救濟進行中尚未執行處分者)，以違規發生日期認定，並停止處分期間或停約之月份數不予撥付，已撥付者則追扣費用。如：103 年 9 月查獲院所於 103 年 2 月違規，處分停約 3 個月，則追扣 103 年 2-4 月撥付款項。

## 103 年度第 1 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

### 發言實錄

#### 主席

103 年度第 1 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：調升全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫支付標準第四章、第五章、第六章及第八章針傷科相關診療項目支付點數案

#### 主席

今天的議程有報告案兩案，討論事項十一案，各位委員針對今天的議程有無疑義或意見？牙全會代表請發言。

#### 劉代表俊言

主席、各位代表，討論案第 11 案，依程序應先在各總額議事研商會議討論取得共識後，再提報到共同擬訂會議討論。事實上，第 11 案在上次牙醫總額的支付委員會，在醫院牙科跟牙周病學會間，仍有些疑義，尚未整合完畢，本案決議是保留的。所以我提議本案先保留，留待有明確的決議時再做討論，以上。

#### 主席

請問有沒有附議？好，有附議。第 11 案先撤案。其它還有沒有意見，如果沒有我們就按照議程進行。

#### 謝代表武吉

討論案第六案請醫管組科長報告一下。

## 陳代表宗獻

第六案討論太多次。

## 李副組長純馥

本案已提報多次，都未能充分討論，建議應先討論。

## 主席

本案要撤案有一點困難，看大家意見，就算最後大家決議不通過，還是要討論。好，那我們就依議程進行會議，首先是上一次的會議記錄跟確認辦理情形的執行情形報告。

## 林科長淑範

我們就追蹤表簡單的跟大家報告一下，在大家資料的第六頁，這一次的追蹤表總共表列有八項，七項都已經完成支付標準的修訂或是公告，唯一一項還沒有完成，是在第七頁，第七頁裡面的第一列是安寧住院療護，對於癌症骨轉移病人要使用 RANK Ligand 這個藥，因為需要做財務影響評估，目前請台灣癌症安寧緩和學會提供資料中，所以目前只有這項還沒有完成，那其它都已經完成，以上。

## 主席

對於辦理情形的追蹤，有沒有提問的？好，如果沒有，我們就按照列管事項建議，就是只有一項未完成繼續列管，其他項目洽悉。接下來報告案第二案。

## 報告事項

### 第二案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準案

## 主席

請委員針對報告案的第二案有沒有提問？好，如果沒有我們就照案通過。

## 討論事項

### 第一案

案由：Tw-DRGs103 年適用參數。

#### 主席

好，請醫管組李副組長做報告。

#### 林科長淑範

對不起請大家先翻到第 16 頁，補充資料第 16 頁，第 16 頁裡面是各階段的導入時程，在第三階段我們後面有一個括弧（103 年），那是我們不小心誤植，請大家刪除。

#### 主席

就是第三階段本來我們有一個括弧是寫(103 年)導入那個是誤植的，所以把 103 年劃掉，103 年只有第二階段也就是今天討論的，剛剛我們科長跟副組長也已經大致說明，就是上一次由我們林組長召開的會議中，大部分已經取得共識，那在補充資料裡面，就是實施日期，假設我們今天通過再公告，最快是什麼時候？六月？七月？

#### 林科長淑範

今天如果討論通過，按照整個作業時程，跟社保司有討論過，最快也要在五月一號公告實施。

#### 主席

現在如果大家有共識要追溯，就是說公告實施是五月一日，那要不要追溯到一月一日，如要追溯就有所謂補報的問題？這個請各委員表示意見。

#### 林代表富滿

我們建議新權重要追溯自 103 年 01 月 01 日，但若作業困難，可比照 102 年支付標準調整補付差價方式執行。

#### 陳代表雪芬

可是差價我們都報進來了耶。

### 林代表富滿

依 103 年 1 月起 DRG 案件申報調整之支付標準量，計算價差，回補就可。

### 林代表淑霞

醫院當然贊成需要做進行申報補付差額給付作業，不過為了簡化作業及貴署勾稽，建議可以比照 102 年 50.55 億支付標準調整案直接由貴署系統跑資料進行補付不知是否可行？包括經校正後 SPR、權重等參數之改變貴署應該最清楚，所以有關 102 年至 103 年已申報之 TW-DRG 案件之補申報補付作業，請貴署協助盡量減少醫院於資訊系統和行政作業上的困擾。

### 謝代表武吉

我是說覺得這樣，如果是說要健保署來追溯的話，可能你們(健保署)的作業會天翻地覆，我坦白這樣講，好像你們大家會認為說我現在都替你們(健保署)講話，但是我是以平心而論啦，以前就是一定要玩到底的啦，可是我現在要考慮到一個你們的工作量；那第二點就是說，這個 DRG 如果是實施的話我希望你們以後要考量一點就是說像第 13 頁，那個診療加成的成數我們地區醫院是最低的，同樣是 DRG 同工不同酬，這一點希望也要幫我們解決一下才可以阿！

### 主席

好，謝謝我們謝代表的意見，我們醫管組組長、副組長都有聽到這樣子的聲音，還有沒有其他委員？請醫管組回應申報是用所謂的補付還是補報？到底能不能做？請做回應。

### 李副組長純馥

有關醫中代表說可不可以比照 102 年，直接做這個支付標準的差額補付，因為今年已經請醫院用新的點數申報進來，所以在系統裡面已經是正確的支付點數，所以那部分作業上是沒有辦法再去回算啦！那只是說對於 DRG 的案件確實，因為我們用了新的點數，可是 DRG

的權重跟 SPR 值是舊的，所以定額會低，所以造成實際醫療點數可能會大過 DRG 的定額，那它就變成醫院會虧，所以這部份大家討論怎麼去處理，那上次我們討論會前會的時候，是希望你們補報是因為現在補付的案件，我們沒有辦法在隔年在算權重的時候把它算進來，這樣會影響到你們以後，就是 105 年適用的權重跟 SPR 值，那我覺得這個其實是對醫院影響比較大，所以希望你們用補報的方式進來，我們就可以歸到原來的案件，那這個點數就會歸進去，就會用新的點數，所以我們還是希望你們用補報的方式，那相對來講我們這邊資訊的作業會比較單純啦！那因為確實是我們現在有很多新的案件，然後我們資訊這一塊的 lording 非常大，希望各個醫院能夠協助我們，那實際上會有影響的只有第一階段的 164 支 DRG，也不是所有的 DRG，所以是不是拜託大家，能夠依照我們上一次的共識，雖然說我知道我們統一算你們可以省下很多事情，可是實際上我們也很擔心我們，對，這中間有一些 miss understanding 的時候，其實我們這一次 50 億補付下去也是有很多院所告訴我們哪個地方可能有一些要調整的，所以我覺得這中間可能沒有想像的這麼容易啦！所以還是希望說由醫院來補報這樣子，謝謝。

## 林代表淑霞

另如果採取補報是否有時效之規範，時間是多久？

## 主席

這可以討論，我想上一次我們林組長跟大家開會時，我們內部也做了很多善意的回應，所以是不是彼此有一些可以討論的空間？只要在不違反相關規定下，我們都願意幫大家的忙，那補報的時間多久，是公告以後再討論還是現在就要作業？

## 林科長淑範

可不可以讓我們在公告之後，函轉各分區的時候同時來規範這件事情？因為第一季的費用是要在 6 月底關帳，所以只五月公告到六月之間差不多還有兩個月的時間可以讓大家都補報的作業。

## 黃代表雪玲

太短了。

### 李副組長純馥

可是這個可能會影響到結算，第一季的，否則不然就會變成說補報就會落到當季的，就是就會有遞延的效果，對，就是擔心會結到第三季的去，現在補報依法是六個月內。

### 主席

但是太久的話遞延效果會衝擊到點值的結算，這個可能大家也要去思考

### 林科長淑範

講個經驗給大家參考一下，因為一個月第一階段導入項目大概四萬件而已，從補報的角度來看，只要從醫令清單裡面的虛擬醫令 A00000~A00006 的參數改掉，後面的全部，程式就帶完了，其實沒有想像的那麼困難。

### 林組長阿明

那是不是原則上我們就訂兩個月？

### 黃代表雪玲

是不是給大家機構可以盡量，大家一定，這是錢嘛，我們一定會盡量儘早去請回來，但是我不知道有些院所他們自己有沒有那麼困難，倒是可以給他們一些彈性，這樣。

### 主席

我們是不是決議就兩個月，有特殊困難的醫院再個別行文來，我們再請醫管組和資訊組來協助，好不好？就是有一些特殊困難的個案是不是用這樣的方式，不然，第一個會影響點值，因為遞延的關係衝擊到點值的結算，另外假設半年內補申報，又會影響下一個年度的 SPR 值，這也是不妥！這個提案還有沒有需要討論的？沒有，我們就照案通過。補報時間就是兩個月內，如有特殊情形得以個案處理。



## 第二案

案由：Tw-DRGs 第 2 階段導入項目相關事宜討論案。

### 主席

好，請委員針對擬辦事項，第一個要討論的是六歲以下先天性心臟病的個案是否要排除，這在上次會前會有討論，希望我們健保署去整理資料，統計出來的資料結果如何，請醫管組先跟委員報告。

### 林科長淑範

請大家看到我們書面資料的第 53 頁，53 頁是統計 6 歲以下先天性疾病的個案，在 101 年 DRG 範圍總共有九百四十九個個案，如果就它的實際醫療費用來看是 1.6 億，如果把這些個案全部按照 DRG 的支付點數權重、SPR 來算的話，DRG 支付點數會是 1.9 億，也就是說用 DRG 來支付會優於現在的實際申報點數，這是我們的說明。在這個個案裡面，內外科相近大概都是四百多人，請看到第 54 頁，第 54 頁是在呈現這些九百多個個案在不同層級分佈的情形，主要都是在醫學中心，醫學中心占了八百六十五位，可是他在統計的結果也是一樣，是 DRG 支付點數會優於實際醫療點數，以上的補充說明。

### 主席

好，所以第一個就是，六歲以下先天性心臟病的個案是否要排除？請大家表示意見，因為統計資料出來，其實是對醫界比較有利的啦！

### 郭代表正全

就這一點，我不曉得就醫學中心有 94.27%，醫院間費用是不是有顯著的差異，這一段第 1 個請麻煩補充說明一下。那第二個建議就是說明的第二大項的第四小點，就是有關特材部分，因為上次我記得在跟醫界溝通特材問題，你們最後有一句話【留供後續研議】，那是不是已有一個結論，或者決定怎樣？否則以後有爭議的話，這會留一個尾巴。

第三個意見表達的是我們第一階段大部分全部都是外科的，所以出院狀況就 Discharge status 大概有一個比較明確的判定，到第二階段，像心臟科有內科進來，那個出院狀況較為複雜，總該規定有一個切點

一個合理的認定出院標準，這一段好像沒有特別討論，可是今天可能也沒有辦法討論，因為這個屬於專業判定 Discharge status 是不是有一個明確的規定，否則的話這個病人，醫師認為可以出院，病人認為還有其它的病所以還不願出院，則沒完沒了，這一段今天不一定要有決議，但一定要有一個明確的答案給醫院遵循，以上。

## 主席

因為郭代表剛剛提到了三點，我們行政單位還是要先回應，首先是醫院間是否有很大的差異，第二個是特材，因為那天是有討論，但是並沒有做出最後的決議，所以特材的部分也要做說明，至於第三個，可能要跟專科學會討論以後，給醫界、各醫院有一個比較明確的說明，才不會牽扯到說是不是有移轉申報這三個提問，請醫管組這邊先做說明

## 李副組長純馥

有關於個別醫院間的差異，因為資料在樓下，需要拿上來，現在沒有，不過印象中只有三家有 Negative 的個案，就是其它都是 Positive 的，那三家都是 Medical center，不過 Negative 也很少，因為不多，比例不大，印象中有一家是一幾萬一年，另外幾家是幾百萬這樣，這是第一個，第二個就是說特材的問題上次我們三月四號的會議的時候好像郭代表剛好不在，那天有在討論是說，是因為特材問題比較複雜，那大家所考量的是，現在很多自費的特材，我們個案在用，可是沒有報進來，所以未來的權重沒辦法去反映自費那一塊，所以我們現在有 Y 碼、X 碼、Z 碼給大家報，就是希望我們以後這一塊可以來呈現到底有多少是屬於住院的個案在使用這些自費的特材，所以如果因為以這個理由說特材要排除在 DRG，我們比較擔心是可能是會有一些失去這個 DRG 的這個意涵，因為他本來就是希望說是一個包裹給付，然後是有一個彈性在裡面的，那如果說未來因為二階段確實我們現在報進來自費的東西不多啦，所以現在算的還是以我們有健保給付的為主，不過這個部份我們覺得如果以這個理由說二階段不上，我們比較擔心，還是會造成各界對我們健保在支付制度上面的一些不良的看法，那第三個是針對出院狀態的部分，我們第一階段實際上醫審那一端已經有公告一個出院狀態的說明，那也沒有辦法按照每一支 DRG 特別去定義，如果說委員這邊覺得，針對某一些特殊個案需要再做特別定義，我想

可以跟我們醫審單位來討論，那我們也會把委員的意見轉給他，不過原則上現行本來就有一個出院狀態的說明，然後剛剛講的那個點數，只有四家，可是不要講醫院比較好吧！有一家 Negative 一百二十四萬多，一家是十三萬，一家十萬，一家是二十四萬，其它都是 Positive，那 Positive 最多的有一千多萬的。

## 郭代表正全

就這一項僅三家醫院為負數，我想不要公告啦！因為當你看到數據就吵沒完了，整體來看的話那是一個少！那第二個的話，剛才有報告特材的部分，就 DRG 我想吳老師在這邊嘛，應該也非常清楚 DRG 的精神，這一點我們大概都認同，那 DRG 它的計價特材要不要進來？要不要扣掉？個人是認為無所謂的，因為所謂 DRG 是怕你做太多不必要的檢查檢驗，可能會造成浪費或多用，可是對特材來講，不會在開刀多加裝一個，好像不太可能這樣做，是你們顧慮較多啦，也不會說因為做 DRG 特材就會用的比較少，其它的檢驗檢查藥物可能會有此顧慮的問題，這是 DRG 的精神，所以以後假設討論要把特材排除計算，我認為對整體來講沒有違背整個 DRG 的大精神，這一點我是確認的。另外我剛剛提的是針對心臟內科的部分，我想這個可以找心臟內科去討論一下，其它外科我想就 FOLLOW 以前的 rule 去走就好，以上。

## 主席

謝謝郭代表建設性的意見，有關特材的部分，我想我們也是善意的跟大家做報告，就是有關心臟的特材這一塊，剛剛我們副組長說明有給大家申報的代碼，是不是實施一年以後，再就統計資料來做檢視，如果真的有一些特材，占了這個 Package 裡面的比例真的很高，是不是要做調整，我們還是有檢討的機制這個先跟大家報告。至於找內科專科學會，心臟專科學會討論的問題，會請我們醫管組來辦理。所以你們是不贊成排除！好，那第一個擬辦事項就是六歲以下先天性心臟病的個案就予以排除。第二個我們要討論的是有關支付標準的部分，就是通則二之一括弧一，那個二的擬辦二的括弧一，就配合說明三修訂支付標準第七部第一章 TW-DRGs 通則，這個有沒有意見？來，醫管組這邊有沒有說明？

## 林科長淑範

好，我們說明一下，在通則第二階段導入項目我們修了哪些項目，我們直接看到書面資料的第 13 頁，因為我們這次第二階段導入的時候，不適用 DRG 的個案，增加 IABP，所以在第三點的括弧十，我們增加不適用個案增加 IABP 的個案。同時在第 15 頁，本來 IABP 的特材是核實申報，所以要配合刪除，另外有一個小疏失是在序號 3 刪除的時候，下面的 4、5、6 它的編號要同時修改。第二個修訂的地方，是在第 15 頁，就是核實申報項目的小 7，生物製劑因為我們在這上次討論的時候同意生物製劑排除在 DRG 範圍，所以做這兩項的修訂。

**主席**

好，請李副組長。

**李副組長純馥**

第 12 頁，就是那個權重，過去權重、SPR 是分別寫，那這次是因為以後我們統一就是每年年底公告，用前一年的點數算，所以我們這邊有調整，在括弧九的部分，原來的規定是分開的，就是權重這個是用我們保險人公告，SPR 是要前一年，所以現在統一全部連權重什麼都是用前一年的醫療點數計算，然後次年，就這部分有做了一些調整，這樣。

**主席**

請。

**郭代表正全**

還有一個比較重要的事待提醒，在 DRG 第一階段實施的時候，有相當大的爭議點發生，就資料的試算是否有將前段急診費用納入，跟醫界就有爭議，那請問貴署在 DRG 第二階段試算費用，同樣前段急診費用是否有估算進來？假設沒有弄進來，麻煩你們還是一樣以住院的費用基礎，不要把急診無關的費用併入審查，以上。

**主席**

來，請說明。

## 林科長淑範

DRG 不管在算權重、SPR 的時候，只要是用到醫療費用，我們都是用住院申報費用，住院申報費用的意思是如果在申報資料裡面，從急診併住院申報，就會算在我們的基礎裡面。

## 郭代表正全

如果急診費用沒有併入 DRG 概算費用內的話，我們還是要遵循上一次大家的共識原則，相關費用要有一個比例原則，不要因急診某一筆一、兩千塊費用未申報，而將一、二十萬的費用扣掉，這種問題不應該在第二階段發生吧！以上。

## 李副組長純馥

不過這個就是要去釐清的！因為過去如果它雖然是併報報在裡面，我們會算到，可是我們比較擔心未來做 DRG 以後，本來併報你把它拆報，然後我們就，變成我們要多付，所以在我們的相關的通則確實是有敘明如果你把本來要併報的把他排到外面去，我們是要整筆不予支付，那當時我們第一年開始做確實不予支付且還放大回推，所以 DRG 的核減率是偏高，所以後來在我們的審查辦法有提到，這個部份就用立意，不放大回推，這次要導入二階段也有討論到剛剛郭代表講的這部分，那這部份我們真的很抱歉我們可能還是要維持原來，因為我們很擔心病人的費用會像其它國家做 DRG 的經驗，就是一做 DRG 住院定額，然後就往急診或是門診擠，所以這部份我們還是會要求，那當然如果說您認為說，那個費用完全跟 DRG 無關，你們都是可以申覆的，以上。

## 郭代表正全

主席，我記得這一段在第一階段實施的時候，貴局有 Monitor 數據，若 DRG 案件於急診費用超過異常比例，我相信會存在，但也不見得所有資料都是不對的，所以我希望還是 FOLLOW 第一階段的作法，由你們監控，當醫界那個數據比較不正常，當然我們該要做好改善，以上。

## 主席

那醫管組是同意可以 FOLLOW 第一階段的方式，請。

## 林代表淑霞

主席這一段，真的要請貴署正式下達行政命令告知轄區所有業務組，因為這一條通則醫界於正式會議已反應多次但修訂顯然困難重重（不知為何有這麼難？），雖然現在是立意審查不擴大回推核減，但實際作業仍有發生整筆費用不給付之情形，因此類似爭議可能還是會產生，懇請貴署可以採正式行政命令下達告知轄區所有業務組。

## 主席

就是 FOLLOW 第一階段的原則嘛，這個我們會提醒各業務組，第二階段導入也就是有關急診這一塊也是 FOLLOW 第一階段，請。

## 林代表富滿

第 48 頁的第五點跟第六點，就是子宮外孕跟自行要求剖腹產，現在要回歸 DRG 申報，可不可以在公告前先把這兩項的分類先給我們看？

## 林科長淑範

我先回應一下，我們可以再提供給您。因為在去年十一月的共同擬定會議裡面，我們已經把分類表，附在附件裡面，我們可以再提供。

## 林代表富滿

因為上次會議有提一些建議，想看最後確認版本。

## 主席

沒問題。擬辦二的之一，就是照剛剛的原則通過，FOLLOW TW-DRGs 第一階段的審查辦法，再來討論擬辦二的之二，請科長說明一下，分類條件的對照表。

## 林科長淑範

好，因為我們前面提到，這次有重新再分類，就是第二階段原來是 227 項，再分類之後變成 260 項，而且同時把子宮外孕、自行要求剖腹產納進來，所以在去年十一月的共同擬定會議裡面，我們已經提

供分類表、流程圖還有內外科系對照表，一份近百頁，所以我們就沒有再印，這是我們這樣的說明，如果需要的話我們可以用電子檔 mail 給各個代表參考。

## 主席

對擬辦二之二，如果需要分類條件的對照表，就跟我們醫管組這邊提出，我們會 mail 電子檔。

## 李副組長純馥

這個，我想可能不方便說只有給代表啦！我們可能會放在我們的全球資訊網，讓所有的院所都可以先去下載來，去改，因為這時間會很趕，所以我想我們會把這個東西直接就放在我們 DRG 的專區，然後我們會括弧是草案！因為我們現在還要預告，再公告嘛！不過原則上這個如果沒有太大的問題，應該是不會再去動它，因為那個分類比較複雜。

## 主席

好，那就依李副組長講的，放在我們的全球資訊網上，提供需要的醫事服務機構或是相關單位下載。再來擬辦二之三，就是我們這次會議要確認的，因為有一些是牽涉到 SPR 值，跟上限臨界點、下限臨界點、幾何平均住院日數等，為了縮短時程，如由本署統計後逕行公告，大家的意見如何？請各位委員表示意見，請李副組長說明一下。

## 李副組長純馥

這個是因為我們這一次，依照我們上一次討論的 DRG 分類項，變 260 項以後，我們會有重新要去算權重，還有有一些案件排除，比如說生物製劑核實申報，或 IABP 排除，所以我們相關的權重、SPR 會再重新計算，那這個部份重新計算完以後，就會直接預告然後報部公告，一樣，如果我們算完了，我們就會放在我們的全球資訊網，讓大家可以先行下載查看，這樣子。

## 謝代表武吉

那個第 48 頁，第五項的最後幾個字，地區醫院層級以上的論病例

計酬項目中刪除，這有沒有包括診所的，可是診所很多都在做這些事情耶！

### 李副組長純馥

對，診所因為它沒有實施 DRG，所以它是用 CASE PAYMENT 的方式，那當時有討論過說，診所要不要一起做 DRG，是因為 DRG 編審確實比較複雜，那對診所端來講，它畢竟案件不多，所以它還是維持 CASE PAYMENT，包括生產，也都是 CASE PAYMENT，還有一些簡單的手術，像白內障等等，全部都是走 CASE PAYMENT。

### 謝代表武吉

我說實在有很多診所，九床做這種東西啦！所以我希望我們這一次討論完了以後，診所應該有收病床的應該納入在裡面。

### 主席

謝代表的意見可以請醫師公會全聯會表示意見。沒有關係，醫界可以表示意見，健保署沒有特定立場。

### 張代表嘉訓

主席，我們謝謝謝代表，那診所大概只有婦產科，婦產科它觀察床，最多可以設到九床，那新的診所設置標準也可以多設十床以下，所謂產科病房，所以現在目前大概都是用 CASE PAYMENT 的，如果要跟醫院來比照這個 DRG 的試算方式，是不是我們的申報的這個點數會增加，如果這是會的，那當然我們是非常的樂觀其成，可是如果說我們申報的點數，也沒有甚麼太大的差別，可能會增加一些行政上的成本，甚至我們電腦的程式要去更改，所以我沒辦法現在去講我們基層的意見，那可能是不是要等試算過之後，如果對我們基層是有點值的增加，我個人是非常樂觀其成的，謝謝。

### 主席

謝代表的意見，就請張代表帶回醫師公會全聯會去做討論，因為有這樣子的議題出來，未來基層如果有做是不是要納進來 DRG，到時候我們再提案來討論，好不好。好，還有沒有其它委員要發言，請，朱



代表。

## 朱代表益宏

不過這個謝代表提的我覺得中間可能醫管組也要注意一下就是支付標準的衡平性，因為以後醫院這邊做 DRG 以後，它每一年會變動，SPR 跟權重這些都會變動，因為你 CASE 進來的項目越來愈多，整個重算以後那個基礎會變動，那會不會哪一天變成說它的跟你基層的定額結果是不一樣的，這個其實是應該是有這種機會，所以這個就牽涉到支付標準的衡平性，哪一天醫院做的剖腹產，結果比基層的 CASE PAYMENT 還要低那這個健保署臉上可能也沒有甚麼顏色啦，變成黑白的，所以這個我是覺得這個可能在醫管組對於支付標準的衡平性要去監測要去注意一下。

## 主席

好，謝謝朱代表提到的，所以我剛剛說，請全聯會帶回去討論，未來可能會有這個議題會出現，如果像朱代表所提，真的有那種情形出現，那就勢必要去檢討。所以請張代表帶回全聯會去做討論。好，如果沒有其它意見，我們就按照擬辦三...實施日期，七月一日，OK？如果其它代表沒有特殊意見的話，我們就按照擬辦剛剛討論的決議事項辦理。接下來下一個提案的話。

## 討論事項

### 第三案

**案由：103 年健保特約醫院 ICD-10-CMPCS 編碼實作獎勵方案。**

## 主席

好，請委員針對討論提案的第三案，主要是健保會有編列一個預算，是其他部門的專款項目，就是獎勵 ICD-10-CM/PCS 的編碼作業。那我們也跟醫院協會有開過兩次的會議，所以有訂出獎勵的一些標準及獎勵的點數，因為不知道這個方案的執行會是什麼情形，所以在八月的時候我們會就執行的情形進行檢討，這是這一個提案的三個重點，請委員表示意見。

## 朱代表益宏

主席在上次開會的時候，其實也有特別討論到就是對於 ICD-10，貴署是不是要針對地區醫院有一個特殊的繼續教育方案，因為在 ICD-10 前面兩年推出來包括種子 coder 的訓練，幾乎都沒有地區醫院的參與，那你現在就是突然推出來要實施，那地區醫院的 coding 的人員事實上是不足，人員已經不足了，然後能力又不足的狀況之下，而且之前兩年的衛生福利部裡面或是署裡面的計畫，包含地區醫院事實上數量是非常少，所以上一次開會也有提到說希望在今年度，因為明年要開始實施，希望今年度針對地區醫院要有一些特別的教育訓練的方案，那當初組長也主持說已經在努力，那是不是這個進度可以讓我們知道一下目前的狀況。

## 主席

好，謝謝朱代表提供的意見，確實我們組長也很努力，請他報告一下。

## 林組長阿明

我想這個部份也確實有考慮到地區醫院的實際情況，我們已經簽准了，最近會上網公告，會針對地區醫院的 coding 人員做相關的教育訓練，以上。

## 主席

好，請郭代表。

## 郭代表正全

我上次聽病歷管理學會說 ICD-9-CM 正確率只達 65%，那今天將標準訂到錯誤率不得大於 5%，否則一毛錢獎勵都沒有，我想可能比較嚴苛一點，像敝院大概有 coding ICD-10 的只能達 5%，所以整個量基本上達不到貴署要求的那個標準。第二個意見在資料第三點指標的第三點，規定要兩位 coding 覆核，於實務上一個 coder 都 coding 不完，怎麼可能兩個，所以我認為那個標準比較嚴苛，在初期我想健保署的一定是用獎勵的方式誘導，我想像 5% 及兩位編碼人員覆核那個標準太高，其實沒有甚麼特別意義，因為一個人能 coding 多少是有限的，評

估一下，是不是嚴苛？

主席

郭代表，剛剛有關地區醫院兩位那是排除啦，那至於標準 5% 就是正確率達到 5% 以下，這個我們等一下可以請醫管組這邊做回應。謝代表你剛剛有舉手？我不曉得有沒有要發言。

謝代表武吉

我是要跟我們郭代表說，我們 52 頁的上面這就有寫得很清楚了，所以說我也很感謝健保署對於地區醫院這邊這一方面的厚愛，感謝，謝謝。

主席

好，謝謝。請醫管先針對剛剛郭代表所提指標的標準做回應。

李副組長純馥

這個 5% 不是講編碼正確的 5%，是說你的碼本身是我們公告的 ICD-10 的有效碼，也就是說它是真正 ICD-10 的碼，我們是 95%，是就現在有公告在網路上屬於 ICD-10 的代碼比對，你只要是和那個代碼一樣的我們就會過，所以它不是去看說你編的正確與否，編的正確與否是我們後面這三個指標希望大家能夠稍微去做監測，可是這個指標本身並不具任何影響獎勵的一個要件，它就是一個 reporting 的一個系統，就是希望你們自我填報，那這個獎勵的部分並沒有跟這個點數的部分有掛勾，可是我們會要求你有填這個指標我們才給錢，那這個是有一個要件在這裡的，以上。

主席

好，請。

陳稽核襄理炳宏(李代表永振代理人)

就本案今天會不會決議通過實施還不確定，但是大家看 53 頁，本案將於今年的八月來執行檢討狀況，那就目前上半年只剩下幾個月，四月、五月、六月，那三個月執行期間，那你收集資料客不客觀，所

以說你未來這八月前，然後執行這個檢討狀況的時間點，你的可行性要不要再去做調整跟斟酌。

## 陳代表雪芬

這邊我意見可能有點不一樣，反正我們當時在談那個獎勵點數的時候我們有不同的想法假設，其實也沒有人知道說 50% 以下的多還是 50% 以上的多，那如果就目前我粗步看到每個醫院的 CODING 的人那麼少，有些才最多才七個，有些一個兩個，怎麼同時來進行這個事情其實是有它這個堪慮的地方，所以我認為你最好是拉到七月八月會比較好，我的意思是說，做兩三個月大概可以看得出來甚麼樣一個態勢，那時候如果可以的話可能在下半年的某一次的像這樣一個會議上可以來決議說，那個百分比有沒有要提高，我覺得是應該要這樣的，所以我們反而是希望說早點知道，以上。

## 李副組長純馥

實際上當時我們會考量八月其實是要去看說，到底現在大家申報的狀況，那至於成效，其實我們是針對執行的狀況，還沒有看到最後的成效，那成效當然是要整年執行以後我們才會看，實際上我們了解有一些醫院現在已經有一部份現在雙軌做 ICD-10 的編碼，所以雖然我們現在才公告，實際上我們允許它可以回溯去報它一月有幾本它已經 coding 完的，它都可以來拿獎勵的點數，所以我們還是可以有機會看到我們公告之後，就前面的這些月份有些醫院已經有在雙軌做的，它還是可以進來再領這個獎勵的點數，那我們想八月的時候再來看說大概這個比例是多少，就大概都是 50%，還是以下這樣子，然後再去決定說到底要不要去做調整，我們也擔心一億會不會不夠，或是說會用的很少，所以我們是希望說再做一點調整跟做檢討，主要也是因為這是第一次做，那我們希望說辛苦一點，早一點分析資料讓委員知道這樣。

## 主席

我反過來問好了，假設今天通過，最快是什麼時候會報部然後公告實施日期，然後是不是三個月內做檢討，這樣子他們會比較早知道說情形到底是甚麼。

## 李副組長純馥

如果是依照程序，應該最早是五月一號開始，就是說我們如果以現在三月協商完，我們還要報部，部核定後再公告，那可能是五月，五月一號開始，可是雖然是五月一號開始，我記得我們那時候我們在內部檢討有在講說如果他們願意去報前面的月份，我們也可以讓它進來，因為它不是跟著申報資料進來，它是可以一個月一個月這樣。

### 陳代表雪芬

主席，其實我們內部再檢討都是叫做真的要好好的報，可能一本一本報，要花很多的時間，你們到時候倒是應該看看，已經有人在教說你們不用這麼麻煩，你們可能用電腦去 mapping 什麼之類就可以了，所以一定要去看那方面會有甚麼狀況出來，不然我覺得真的是適得其反。

### 主席

因為剛剛也跟社保司做討論，就是如果今天通過，我們最快最快在五月一日會實施，並於三個月後提出執行狀況進行檢討。

### 李副組長純馥

還是委員有不同的意見也可以提啊！如果你們覺得要公告以後才開始？

### 主席

羅代表是說可不可以追溯，如果五月一日開始實施，現在是三月，從三月就開始報，三月到底可不可以申報，簡單來講，是不是？

### 廖代表學志

我是贊成說應該可以申報，因為一方面署裡面做這個東西最主要是要收集我們足夠的資料嘛，那你如果可以申報的話也可以鼓勵醫院往回溯去，那你更可以收集更多的資料嘛。

### 陳代表雪芬

是啦！這有沒有這麼多人，各位院長你們回去看看你們的 coding 的人有多少人啦！

## 郭代表正全

我了解較生手者好像 coding 一本要三四十分鐘，所以這樣算出來你們就知道做不到，目前醫院出院大概 5% 能做到這樣，所以麻煩取消兩位 coding 的規定，因為不可能做到。

## 主席

大家應該都聽得懂他的意思。

## 郭代表正全

符合 50% 達成率的獎勵，由一百變動一百二，我倒認為那個 50% 標準規定需降低點，坦白講做不到啦！以上。

## 主席

兩位 coder 的部分可不可以拿掉，醫管組請回應。

## 林代表淑霞

主席我可不可以再 follow 一下郭代表，本人認為如何誘導醫院可以全面導入 ICD-10，應該先提昇執行量再檢討品質，所以我呼應郭代表的意見，規定兩位稽核共審已經直接進入品質審查了，所以是應該刪除，導入之獎勵應以醫院真的有進行 ICD-10-CM/PCS coding 為原則才是。

## 主席

會議資料裡面有，因為你公告裡面須有兩位編碼人員，沒有 cosign 它就會未達指標。

## 林組長阿明

他這個也只是 reporting，並沒有說那個不給，你比例多少不給，那只是說實際我們要看那個數字來做那個後續的一個考量。那如果大家認為說兩位的這個部分我們就做修正，那另外剛剛要不要追溯，我個人的看法是因為確實如果你要好好去 coding，那以現有進來那個量，你可能要 ICD-9 跟 ICD-10 的人力事實上已經很緊了，所以我是比較建議

還是公告實施以後再來，大家一起，反正都是立足點的一個平等嘛，謝謝。

## 主席

我贊成組長剛剛講的，就是兩位的部分，郭代表也說那個是在講求品質的時候再去檢討，我們再來看看狀況要不要加進去，這是第一個回應郭代表，就是兩位的部分，公告的時候就拿掉，至於可不可以追溯，我是覺得因為行政機關一定還是要有公告日期，不然公告說那一天實施，但是款項又是三月一號開始就可以撥付的話，會有一點風險，所以原則就是公告日期開始實施好不好，公告前這一兩個月就等於給大家做一個準備。

## 李副組長純馥

如果可以，因為他這個不是支付標準是計劃嘛，然後我們就盡快報部，部如果核了我們就趕快公告，那看能不能四月就開始，這樣子。

## 主席

好，OK，這個提案還有沒有其他要討論的，沒有的話就通過。我們進行下一個提案。

## 討論事項

### 第四案

**案由：103 年度西醫基層提升婦產科夜間住院護理照護品質案。**

## 主席

請委員針對討論第四案就是有關西醫基層提升婦產科夜間住院護理照護品質的執行。

## 黃代表雪玲

你有提到說，錢不夠的時候怎麼解決。因為你就是一律發了 280 元嘛，而且是 1 點 1 元，那預算不夠的時候如何解決。

## 李組長純馥

它是放在一般部門，所以會有增有減，就是在一般部門去吸收啦，因為每年件數不一定完全一樣，但我們是比較保守來算，原則上是在這個五千九百七十萬之內，那當然也會有所增減，有所增減的部分，原則上還是一般部門 cover。

## 張代表嘉訓

主席，各位代表的疑問我解釋一下。就是說，這 280 塊的算法呢，它是用 100 年、101 年跟 102 年的生產的數目，在基層大概去平均啦，所以可能它的天數這樣算起來，用 280 塊大概是 21 萬 3 千多天啦。那這三年剛好很巧的就是，有一年是包括龍年，所以那一年大概是 22 萬九千四百八十一個生產數啦，那如果 100 年是 19 萬六千多，102 年是 19 萬九千多，所以原則來講，我們已經把龍年抓進來當成分母的話，我們可能預期這五千九百七十萬，在 103 年我是覺得應該是不會超出預算，因為我們的分母事實上我們放大了，這是我作個解釋，以前的這些經驗呢，像那種款項的分配呢，有時候是沒有錯，是會有代表所提的會超出啦，統計數字大概就是 104% 到 119%，所以我們這次在算這個，到底要每天去多給付多少的這個點，我們是有把這個因素考慮進去，所以我們當初是 280 塊跟 300 塊去算，後來我們是覺得，避免這個事情發生，我們還是給它用 280 塊去算，以上我作個補充，謝謝。

## 陳稽核襄理炳宏(李代表永振代理人)

因為本案主題是提升照護的品質，那所以說我們有看到一些量化的參數，但是可不可以請貴組說明一下，有沒有一些質化的參數，因為本主題在提升品質，質化的衡量基礎是什麼，可讓醫療資源的使用更有效益。

## 主席

請醫管組林科長，有沒有質化的一些標準。

## 林科長淑範

您提到質化的部分，因為按照醫院類似的計畫裡面，它主要的指標是跌倒率或者是褥瘡率的照護品質，在西醫基層呢，它主要是在婦產



科，所以婦產科要找到質化一個的品質其實是不太容易，所以，以特約管理辦法特別標明，如果他違反勞動法或是特約管理辦法的時候是不付錢的，這是簡單的說明。

## 主席

張代表，你有沒有要回應。

## 張代表嘉訓

整個案子在討論的過程，事實上健保署都有這樣子的一個要求啦，希望我們基層能夠提出來一個品質的指標，可是就像剛剛長官講的這會有一點困難，可能我們先假設就是說，一個診所如果它能夠作這些接生的業務呢，他一定是符合所有的法定的要求啦，不管是在硬體跟軟體，那我們大家也都知道，台灣的基層院所婦產科的階層的品質，應該還是有得到民眾的認同，所以，其實現在的生產比例有絕大部分還在這個診所，並不是都到醫院去。那我的意思就是說如果你要拿出一個特別的什麼樣的指標，這個也有公平性的問題。比如說我們當時有提到說，以有參加生育事故賠償試辦計畫的診所，我們才撥這個款項，可是這樣子的話，大概有八十幾家的這個診所是沒有辦法得到這筆款項，感覺上又有一點公平性的問題，因為他今天接受的病人，他還是在這個診所住院嘛，所以這一點我個人是沒有特定的意見。如果說貴署也希望，我們基層的院所拿到這筆錢，然後要有一個品質的一種指標的一個量化的值 數據或文件我們可以再來討論，可是現在說是有困難的，謝謝。

## 曾代表中龍

主席，各位大家好，藥師公會第一次發言，其實我想所謂的質化的東西，誠蒙我們的先進剛剛講的可能有一些困難。第二個，質化的東西因為我們這不是什麼很所謂的像數學上的或什麼可以用很客觀的標準，而且質化的東西很多，都在於當事人他的主觀的意見。所以，以目前來講我想在整個國家政策上面都是在鼓勵剖腹生產。那我們為了保障婦女讓婦女願意提高生產，那我們覺得說，這樣的一個鼓勵應該是讓我們的診所，真的可以比較放心在照顧我們的婦女，那如果認為，就像剛剛我們其他代表說，要有一個所謂的質化的參數的話，那我覺得我們先試行一段時間來看，如果確實還是給了錢，有不良反應、有

不良的一個反應上來，就表示說拿了錢不做事的話，那我們到時候可以再來討論，以上。

## 主席

健保會跟專家學者這邊，針對這個議題，其實可以提供意見給醫界代表，因為剛剛藥師公會代表這邊其實講的很中肯，這個是事實。請吳代表。

## 吳代表肖琪

去年協商的時候基層提出婦產科夜間住院要比照前年醫院獎勵護理品質，既然前年協商時醫院有獎勵但基層沒有編列，去年基層婦產科住院護理品質就應該比照獎勵；獎勵住院護理品質是擔心護理人力不足，所以要獎勵，我當然沒有理由去說反對。這個部分是針對護理人力這一塊，不是說基層在作接生這個部分，所以有沒有一個好的指標可以反映說，婦產科在夜間住院的照護，例如：剛剛有委員提到診所不易招募護理人員，基層婦產科夜間照護會不會沒有足夠的護理人力？怎麼確保晚上的護理照護品質是好的？醫院的部份是針對護理品質及護理照護人力的提升，因此基層也應朝麼樣去反映在護理這部份的人力與品質。今天會議上也有護理的代表，也可以請護理代表委員講一下覺得指標是什麼比較好。

## 主席

來，請護理界代表。

## 林護理部副主任綉珠(高代表靖秋代理人)

我們對這個案子是樂觀其成，因為本案提到主要的重點是住院、護理照護品質，內容的說明還提到應該將款項提升在夜班費、超時加班費，提高護理人員薪資、加發獎勵金等。但不知道整個方案當中怎麼樣去符合吳老師提到的要落實提升人力，讓更多護理師能夠在夜間留在基層照護孕產婦？我想這部份其實是非常重要的，只是本案對這部份都沒有任何看得到稽核機制，而只提到違反特約管理規範跟違反勞動基準法的時候才會有一些處置，我不曉得在這個計畫當中如何去確認得到的這些錢，西醫基層真的是用在護理部份，以上報告。

## 陳代表宗獻

這個從兩個部份來講，第一、人員部份，夜間護理人力，是由醫療機構設置辦法的床數等等，這些規定把他納進來，納進來就會明確的看到一條一條的條文在那個地方。當然那部分本來就在執行，另外這裡：幾個字而已哦，但是他很重要，6-1 頁的說明二(四)特約院所如有違反勞動法令及特約管理辦法之處理方式。這勞動法令包括勞基法，就是說勞基法的工時、待遇……等等相關的法令都包含在裡面。

## 朱代表益宏

我想問 6-1 頁的說明二(四)特約院所如有違反勞動法令及特約管理辦法之處理方式。剛勞動法令剛特別講了，他是包括很多項，第一當然除了個人的薪資工時，還有整個勞動環境，而且這裡面如果醫療院所違反相關勞動法令的話，如果不是護理人員違反，如果是因為其它人員造成他違反相關法令，是不是該筆費用也要扣除？這個我覺得這裡可能要把他如果是要公告的話要把他釐清，如果他不是，可能是藥師或是其它人員違反，結果你去扣他護理的品質費用，這個是有點說不過去。第二個，你所謂的違反勞動法，當然我們不希望她們加班、超時工作，但是如果她是因為整個比如說她的勞動環境這個問題的時候，那你說跟這個有什麼關係？事實上你要去扣他費用，結果扣得他事實上也有點冤枉，所以我是建議這裡講的勞動法令是不是要把他講清楚，到底是違反什麼狀況之下的勞動法令。

## 郭代表正全

理想與實務會有一大節，那麼剛才看到這些字眼，提升夜班費、超時加班費、提高護理人員薪資等，這個好像拿我們醫院這一套抄過去的嘛，不過醫院是因為醫療機構設置標準還有評鑑要求，那基層沒有啊，你說提升護理，可能五個跟診才有一個是護理，只有一個調薪，其他不調，怎麼可能呢？至於說超時加班費，假設你沒有加班費就違反勞基法，那後面的問題就進來了，所以我認為其實不應該對基層要求那麼多，你沒有評鑑規定要求，怎麼要求突然跑出一個東西出來，當然護理的美意是希望這筆錢能夠回歸到護理，但對於基層診所來講跟醫院不一樣，設置不太一樣評鑑也不一樣，以上。

## 主席

條文是怎麼訂定的，我請醫管組說明一下。

## 謝代表武吉

我先講好了，在 6-3 頁協商因素「提升婦產科夜間住院護理照護品質」，這是五千九百七十萬；另外一個二十億的在醫院總額這方面，那個就不是在協商因素而是在其它費用，為什麼同樣是提升品質那有不同的待遇，請說明一下。

## 主席

我先說明一下，這個剛是吳老師講的，因為在 102 年有一筆..好像我沒記錯是提升護理照護品質有二十五億，但是並沒有包含基層，所以吳老師覺得這樣對基層婦產科有住院部份護理人力是不公平的，所以才在 103 年的協商討論編列。衡平性是這樣來的，所以這個是補 102 年，等於有一點在 102 年對基層不是很公平的部分做處理，那 103 年住院的那一塊是已經有了，我不曉得 103 年基層那一塊有沒有。

## 謝代表武吉

我記得是醫院先協商之後才基層，當時醫院協會楊漢源理事長就主張應該要列入一般預算，但卻遭反對，改列為專款專用，是否是因於醫院比較驕傲，不懂得協商?!我沒有讀過法律，但這樣的預算編列方式，符合社會公平、公正、合理嗎?!

另外，朱益宏代表提出的違反勞動法令的認定，健保署應該要注意。

## 陳代表宗獻

謝老大你這樣就講到我？不要這樣啦！健保會那邊和我們這邊是不一樣的，這些在健保會那邊已經討論通過，我說明一下：基層護理的薪資一直在往上是事實，當然醫院在這邊（加薪加人力）有很多的努力，健保會也有一些協助，這些助力是社會上輿論的呼應。相對之下，基層的婦產科要在夜間找到足夠的護理人力就有很大的壓力，請不到人就沒有競爭力，今年健保會委員們（對夜間基層住院護理加成）考慮的是這些問題。何況錢數很少，五千多萬。現在基層一半以上都沒在生產，大家都去作家醫科跟婦科，剩下幾間診所是不是還要再做下去，大有問題，如何增加基層的住院服務，尤其是讓生產住院可以繼續做下去，是考慮的重點，以上是重點所在，至於品質指標等等，

我是覺得勞基法裡面的，我工時的規定，薪資的規定，勞動契約等等，這些都是盡在不言中，所以就是拜託大家簡單通過，我們會就裡面實質操作細項會再努力做改進，謝謝。

### 謝代表武吉

我記得那天協商的時候，楊漢泉理事長也是把這個提在於協商因素二十五億比你們還要多，結果我們的代表就說不想給他捉弄我們，專款專用，這樣表示我們比較不會協商，我是覺得這個在法律上，有讀法律或沒讀法律，在法律上公平公正正義原則，有嗎？所以如果這個要做的話，我們那二十億也應該要納入這個協商因素裡面，納入公平公正正義嘛，合法律的合理性公平性，還有剛才朱益宏講的勞基法那塊我也要講，如果不是護理工作同仁所違法的東西不應該來懲處。

### 主席

這樣子，謝代表講得也有部分的道理啦，現場也有健保會的代表在，是不是在 104 年協商的時候尊重謝代表的意見並予考慮，因為是依健保會協商結果來做執行，健保會代表也有聽到你的意見，那我們是不是就依陳代表的意見。

### 謝代表武吉

常常有那個什麼叫做主談者有一個副談者，我們這裡雖然坐了四位代表在這裡都不是主談者，他們也不能講話只是在旁邊聽而已，所以說這個要過就是全部大家都一樣。

### 主席

我們必須遵照健保會的公告決議執行，當然剛有講所謂主談者、協談者，會議的實錄都會忠實呈現，如果有機會在 104 年協商的時候，我們會把你的意見充分表達，好不好？

### 陳代表宗獻

主席，我就講我跟謝代表一向都是肝膽相照的朋友，雖然在協商裡面我們不只肝膽相照我們還是相濡以沫，實在是很可憐。謝武及代表在這裡有不平則鳴的聲音，可以理解，但是這個一塊關係到基層的婦

產科僅剩少數在做生產的醫生的生存空間，本方案今天一定要通過。至於總額協商部份，我們以後還是相濡以沫。

## 朱代表益宏

當然第一個今天不是談總額，總額已經談定了，但是其實付費者代表也要考慮謝代表講的，因為在醫院專款他是當年度，那變成是暫時的，就是說我對醫院的護理品質鼓勵是暫時性，每一年每一年編，哪一年不編的時候就沒有了，但是對於基層你編一次就滾入基期，所以每一年這一塊就在這裡面變成他是永遠性的這塊，所以會變成給外界，事實上給民眾的觀念，我對醫院的要求是暫時，哪一天我不編的時候，主談者認為這不用編的時候就沒了，就不要獎勵了，對於基層這是永遠的這個很重要，所以編在一般嘛，事實上結果是這個樣子，所以拜託幾位，雖然剛剛謝代表，我不知道剛剛各位是不是主談者，但是應該要發揮你們的影響力，因為畢竟健保會不是某個人或少數個人的意見，拿出去是整個付費者的意見，這是我一點意見。第二個我是建議稍維修改，對於這個違反相關法令我是建議，如有護理人員違反勞動法令及特約管理辦法，你才要把他扣除，剛剛講如果不是護理人員違反你去扣這個護理人員的品質，那這個牛頭不對馬嘴而且我覺得這個你是用 A 的錯誤去處罰 B 這個是不對的，所以我建議這個要寫清楚，若是護理人員違反相關法令那這個大家沒話講。

## 謝代表武吉

我 ECHO 朱代表，其實在醫院總額醫院那邊也要加這幾個字，拜託一下。

那昨天台灣社區醫院協會有開研討會兩百多個人參加，一個就是早上是談勞動基準法，法跟罰兩項，我們要求的就是不能超越母法，你超越母法我就告你，他們昨天來報告的專員就講，來之前已經先調查了解謝理事長的個性，他絕對是捉著不放的人(力爭到底)，所以砍到底啦砍到頭破血流砍到死為止，他就這樣照實跟我說，尤其他講得也是很清楚，他說了謝武吉所發出來的公文也是一針見血就是要給你死啦絕對不會寬恕的。但是我要向主席報告就是說，昨天他們有特別講，剛好我有帶，這些都是因於有四位偉大監察委員的原因，我講給你聽，哪四個偉大的監察委員，一〇一年四月十七日審議日期，四號是一〇一財政〇〇〇九號，委員是尹祚芊委員、錢林慧君委員、林鉅銀委員、還有李復甸委員所提的；

他們昨天特別有講連診所都要查，但是他們目前三百多個人，所以無法查到診所，只能查到醫院，醫院大概被他們亂殺殺了八分之一，檢舉就中，尤其內部檢舉，所以在這裡我是一個很沉重的建議，像這種是不對的方式，我們醫界要唾棄他們，應該要求他們替醫界做一個公平正義，像洗腎總額浮動點值是 0.78，他們為什麼不主持公平正義呢？平均點值在 0.81，平均點值是那天我去問的，這是公平正義的事情卻給不公平正義對待，這是不對的，所以我是建議醫院總額那邊也應該要給我們加這個，除非那是屬於護理同仁問題，其餘的都是排除在外，這才是合情合理。

對於第二點，因為主談者是誰我也忘記了，如果他是讀法律的也要有法律的公平正義啊，為什麼我們醫院就比較細漢要專款專用，我不想給他就不給，基層比較大漢就可以一般預算滾入基期，這什麼原因我搞不懂啊，我等下打電話給記者讓社會公平正義出來。

**主席**

請，葉代表。

**葉代表宗義**

現在已經談到健保費的問題，因為我們幾位都是健保會委員，這樣講起來好像我們愧對你們，剛才談到當然他講的是我們謝天倫委員，在這裡坦白講沒關係的啦也不要隱名，但是呢真正的健保會裡面以前，因為我已經參加過五六次了，那五六次以前都開到三更半夜開二天呢，開兩三次真的很痛苦，都在喬你們的事情不是喬我們的事情，所以我剛在跟我們候委員講，那個細則跟總額要分開，因為總額當然是委員，細則上在執行方面不懂，真的不懂，那包括所有現在的委員，你問他細則上執行的東西他絕對不懂，所以我常在健保會上常講應該是教育上的問題，我現在講的問題是說一定要溝通，有很多人講所有的總預算裡面，就是藥材佔了四分之一去了，大間醫院又佔去，我們講實在話確確實實你們也真的很可憐，啊為了這個在爭來爭去，但也不忍心這樣作，但是我常常在講說，如果是健保會，我是站在雇主方面，因為雇主是付錢的所以講話講比較多比較大聲，因為這個有關錢的問題，我也常在講你給人家收錢收多少，我都跟署長講決對不能存下來，所以預算決算就是要平衡，存下來確實沒道理，但是錢還在要用在消費者，上一回我就講到了藥的問題，現在變成藥很貴但是藥有

效，現在外面都在講你們健保藥都吃沒有效，沒效都吃十次二十次，吃到第二十次還不是一樣嗎？所以我很堅持，建議藥好一定要開給人家，但是對你們不公平，講實在這個有很多問題啦，委員也知道，他也很同情你們，所以我希望第一個還是要溝通，你們也少跟付費者溝通，還是要溝通，我常常說真的不懂換我做醫生了啦。這一點我就慎重的講，總額協商跟執行面絕對不同，但是一定要溝通，一定要講，我們都很好講話，都可以解決的，不能再講說協商的問題，協商你說沒有一個主要的人來協商來做頭來說，那會亂掉，你說要我說不要，他絕對沒有錯，這點我們希望不要那個，因為我們大家都是委員不要講那個，感謝。

## 主席

好，謝謝我們健保會葉代表，其實協商前，醫療提供者也可以找消費者溝通，當然這個必須由醫療提供者主動，我們沒辦法幫大家。剛剛葉代表意見很好，就是真的他們也不是很了解，如果能儘量溝通讓他們了解，也許在協商時對大家會比較有幫助，我是不是可以這樣做成決議，有關健保會決議專款...

## 謝代表武吉

我有一個建議，我實在是對這個憤憤不平，真的憤憤不平，我記得那次協商是我們醫院先提出編列於一般預算的，不給醫院通過，為什麼那時候不通過，現在西醫基層可以過，我腦袋沒壞吧，很靈光吧！竟然讓醫院總額這邊專款專用，那西醫基層你也讓他專款專用，如果要編列應該一樣，這樣才叫公平合理，這樣才合乎中華民國憲法，沒公平正義的要先處理。

## 主席

所以我跟謝代表所講的，今天也有四個健保會委員在此，我希望我們謝代表的意見都能讓健保會慎重的納入考量，在那個場合多協助，剛剛我們葉代表也講了，有時他們健保會的消費者代表或雇主代表也不完全了解醫療提供者這邊的想法，那他們願意有機會跟你們溝通的話，你們就找機會溝通，溝通可以雙向，雖然沒辦法完全了解，最少大部份可以解決，所以健保會的問題我想是不是這樣來處理，本案是不是請你勉強接受讓他通過，至於剛大家提到違反 6-1 頁說明二、(四)



特約院所如有違反勞動法令及特約管理辦法之處理方式，是怎麼訂的，醫院專款專用那裡是不是也有，基層是不是也有，我請我們醫管組李副組長跟大家報告。

### 李副組長純馥

計畫內所提勞動條件部份是依照立法院決議，因為立法院有決議說護理費給付上應該還是要跟勞動條件檢查作掛勾，所以我們爾後就是類似住院護理照護品質方案，我們都會有這樣子的文字，那這是完全依立法院決議，包括醫院那端也是，那我們承認如果今天他勞動檢查的不是屬於護理人員相關的勞動條件來以這個部份來核扣確實是有爭議，所以我們願意這部份再把他說明清楚，可是這文字是立法院決議的，所以文字上還是會照這個寫，可是我們承諾在實務執行上應該是以護理那一塊的檢查違反才會去核扣獎勵款項，以上。

### 主席

好，**以上**回應不曉得謝代表可不可以接受，請謝代表。

### 謝代表武吉

只能說是含淚接受，很不爽的吸收，因為在協商的時候，沒在帶兵的將軍在山頂喊東喊西，我們這些帶兵的人哦，在下面作俗辣，所以這是不公平的待遇，所以說心裡很不爽。

### 主席

好，你的意見我們健保會委員在這裡已經聽到好不好，就請謝代表勉予接受，那我們就照案通過。

## 討論事項

### 第五案

案由：有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病」案。

## 主席

請大家看 7-3 頁，修正部份只有「通則一、參與資格：(一)第一階段照護：」增加藥師認證合格，請代表針對本案表示意見，請陳代表。

## 陳代表宗獻

對於本案我想要釐清一下，地區及基層院所共照團隊可為二人，這是兩個人嗎？但仍須取得醫師，以及護理、營養、藥師之任二種認證合格。這樣是什麼意思？是說醫師加後面三種裡面的一個，還是說醫師加後面三種的兩個，如果是後面三種的兩個，那其實他是三個人員不是二個人員，這個是怎麼解釋？

## 李副組長純馥

確實我們現在的規定地區及基層院所是可以醫師加一個護理、藥師或營養師，可是因為在原則上，共照網設計是需要做營養衛教跟護理衛教相關的衛教，那這團隊就需執行兩件事情，所以當然認證要兩個，也就是說這個護理師他也有營養衛教的認證，就是共照網的營養衛教的認證跟護理衛教的認證，我們可以同意就兩個人，就是那個人要雙證照，那這是我們跟國健署討論的結果，因為共照網設計是在國健署，與各縣市政府在合作管理證照，因為有一個考試的機制，現在他們並沒有限定只有護理人員才能考護理，他也能考營養或藥師也能夠去考營養，那如果他也有雙認證，我們就同意他是兩個人可是是三個證照。

## 陳代表宗獻

這樣就很奇怪了，我不知道國健署那邊的看法是如何，要改的話，既然是兩個人，顯然是一個人要同時有兩張證照，最近我有去考但我發現的確不是很好考，我們有兩個醫師去有一個考過就是我，錄取率 50%，一張認證已經不容易。如果意思是護理、營養跟藥師，三者取二？那護理師去的話，他必須同時再考營養？

其實我是認為營養這部份是不是只有證照才會作營養的衛教，我們是不是證照主義？如果是說護理師也可以作營養衛教，醫師也可以作營養衛教，為什麼一定要兩張證照，這是等於門檻沒有改一樣。這個條文等於跟沒改一樣。

主席

我們副組長剛有跟大家報告，這個是跟國健署一起討論過的，各縣市衛生局也積極的希望糖尿病照護的範圍跟人數是否可以再予以擴大，因為現在人口老化以後，其實糖尿病後續也是會產生洗腎、高血壓、三高以及腦中風的問題，所以希望在糖尿病的照護網裡面擴大照護。因為專業本身就是以證照做為認證的一個方式，現在我們只是說如果是醫師，就像你講的又去考營養師或是其他證照，等於是醫師兼營養師，也許就再加一個護理師就可以去多照顧糖尿病患，本來規定是三個人員，現在等於就是說如果兩個人裡面有這三種執照，就可以很完全的去照護這樣的病人，所以並無限制護理人員就沒有營養衛教的能力，而是說其實解讀是比較寬，等於如果你有能力去考取 2 種證照，就一個人醫師兼營養師然後再加一個護理師，就可以去照護一個糖尿病病人，這是我的解讀，OK？

陳代表宗獻

基本上兩個人就 OK 了？

主席

對啦，就是說你有三個證照 Ok 啦。

陳代表宗獻

一個人考三個證照？

主席

一個人有三個證照

陳代表宗獻

還蠻方便的，這樣來考就好了。

主席

好啊

陳代表宗獻

不是啦，他要兩個人，兩個人三張證照。

### 張主任委員金石 (王代表正坤代理人)

這考過糖尿病共同照護的證照，我也考過拉，其實不管是醫師也好護理師也好，要去考這個糖尿病共同照護，最重要還是糖尿病營養衛教，所以你現在已經考過糖尿病照護護理師，那事實上再配合醫師兩個就夠啦，因為其實糖尿病病人來診所他最重要我們就是跟他做營養衛教，當然那個醫師的部份是用藥還有那些藥品衛教，所以藥師可以考的理由在這裡，所以只要他考得過，不是要營養師的證照，應該是他有考過糖尿病共同照護的證照。

### 主席

請藥師公會代表發言。

### 曾代表中龍

各位先進，藥師公會第二次發言，其實各位可以看到會議資料，當初開這個會藥師從來也都沒被通知去開會，那就莫名其妙突然進來一項新業務，那但是是因為我們也了解到真的糖尿病病患確實用藥複雜很高，那當國健署通知我們，希望我們 join 到這個地方來的時候，我們這個過程當中也跟糖尿病衛教學會非常積極連絡，因為國健署告訴我們說你們就是要多一個證照，當時大概有點傻眼了，因為藥師平常 loading 已經蠻大了，那後來才了解到我們重要是要去上糖尿病衛教學會核心課程，那其實就像剛剛我們代表講的，確實重要就在那衛教學會營養方面的，所以就我個人所了解到的是這樣子的時候，站在共同照護網的這個人就是具有兩種專業了，以上。

### 主席

那是不是這個案子就通過，執行一段時間後若有出現缺失或是不宜的部份我們再檢討都沒有關係...

### 陳稽核襄理炳宏(李代表永振代理人)

請教貴署對本案新增的獎勵有沒有對於成本作一些基本的預估，再請教一個問題未來在這樣的款項支付將會從哪個協商過的科目來支

付？

**主席**

好，先請副組長**針對**經費方面來源有無衝擊**回應**之後，再請謝代表發言。

**李副組長純馥**

目前我們是在論質計酬有一個醫療給付改善方案的專款，那這個專款基本上在目前執行上並無超過，所以會在專款內運用，原則上他並無調整點數，他只是放寬執行人員的資格，所以這部份我們並沒有做您剛提的財務衝擊分析，以上。

**主席**

先**請**謝代表發言再請朱代表。

**謝代表武吉**

其實這個糖尿病照護網，我坦白講我們醫院很久以前有參加但是因為太囉嗦就不想參加，我請教健保署，因為現在是新的組長跟副組長，請問我們到現在做糖尿病做了十幾年，從一開始到現在，一開始多少人，最多的時候是多少人，跟現在最少有多少人，拜託你們跟我們講一下，這是第一點。

第二點由縣市共同照護網來負責這個我不能接受，健保署的東西為什麼還要國健署，國健署是要出錢是不是？他沒有要出錢也不是他要出錢叫他閃一邊，因為他要回去宜蘭選縣長啦，閃一邊啦，所以縣市共同照護網的認證應該要刪除，不一定要各縣市共同照護網才可以辦理，由下面這些學會認證就可以了，這個是我的建議，因為這是一個失敗的東西。

**主席**

好，謝謝朱代表。

**朱代表益宏**

我想請問一下關於人員第一個這邊是不是報備支援也是 Ok 啦，就是這幾張證照在報備支援他也是可以同意？第二個就是糖尿病共同照護網這些證照是比如說護理師是不是要護理師才能去考護理師的證照，營養師才能去考營養師的證照，藥師才能去考藥師的證照，這個我不是很清楚是不是能夠做一些說明？謝謝。

## 主席

好，剛第一個謝代表提到照護人數大概有多少？第二個有關跟國健署配合，我想因為同屬衛福部，醫療其實是從預防一直到後頭的照護，所以當然我們希望有一些國健署的看法如果是合乎整個三段五級的照護，我們還是會納進來，所以剛剛謝代表的意見我們會慎重考慮。那朱代表剛提到資格是否報備支援以及所謂認證證照的問題，我們請醫管組回應。

## 李副組長純馥

在資料的 7-3 頁通則一、參與資格：(一)第一階段照護：「地區醫院及基層院所之護理、營養及藥師人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。」所以這部份是回應朱代表問題。第二個就是說這些認證是不是一定要是什麼師才可以去做什麼認證，就我們的了解在糖尿病共照網那邊的規範是沒有限定一定要是什麼師才可以考什麼的認證，可是原則上他需要專業，剛陳宗獻醫師有提到他有去考其它專業部份，所以聽起來是不需要一定要什麼師才可以考這個認證，是你受過這樣的 training，你知道他的營養衛教或是護理衛教需要做什麼然後你考過了，當然基本上是要醫事人員。

## 陳代表宗獻

我插一下，我剛後面是問號啦，不是句點，我是說可以的話，是三個證照都把他考起來就好了嗎？但是問題就是說我們可能到縣市衛生局去考的時候，他會說你不是護理師，你藥師不可以考護理師。

## 李副組長純馥

好，那另外就是剛謝代表問到人數的部份，我手上是有九十五年的資料是十七萬人在這個方案裡面，那去年現在在我手上是一到十一月是三十五萬，我們推估一〇二年大概會有三十六萬人，所以是這幾年

以來成長近一倍以上。

### 朱代表益宏

那這樣子是不是看署裡這邊能不能夠透過衛生福利部去跟國健署協調，就是說在各縣市報考資格的時候你不要護理師只能考護理的，他自己內部去作限制，結果這邊我們在給付上面並沒有這樣的限制，這個可能要拜託署裡面透過行政系統去協調這件事，就是說他可能是護理師但是他也可以去考營養的證照，那這樣子的話才能符合剛剛大家講的，不要到了縣市，縣市說你是護理師連報名都不准你報，那這個就有問題了，所以這個拜託要透過行政系統去協調，這是第一點。第二點我想確定一下藥師是不是也可以用報備支援，這個要很確定，因為依照現行藥師法，雖然是被大法官宣布違憲，但是現行還沒有修法前，他是在執行調劑藥師相關業務的時候不能報備支援，但這個項目如果這邊是允許的話，那這一部份也必須做個處理，不然到時候去處理了，結果地方的衛生局或是地方的藥師公會說你這個叫報備支援不准，那這樣事情就大條了。

### 主席

好，請醫管組回應。

### 李副組長純馥

謝謝朱代表的提醒確實這個第三行藥師要劃掉，因為目前藥師還是不能支援的。

### 朱代表益宏

調劑業務。

### 李副組長純馥

對，可是他其實很難去認定，這部份可能會造成一些困擾，所以我想這裡可能先拿掉，等到大法官解釋，TFDA 有公告說可以支援我們再來修這個計畫可能會較為妥適。

### 朱代表益宏

我比較不同意，因為基本上你是藥師調劑，他要有調劑的場所，當然你現在是不准用報備支援，但是這只是作諮詢，這個只是作藥物的諮詢，那你現在藥師都可以去病人家裡去幫他作藥物諮詢，我不相信那個到家裡有去跟衛生局報備支援，我今天幾點幾分要到某一個病人家裡去做藥物諮詢，大概沒有啦，連那個諮詢都可以了我為什麼這個東西不行，所以我只是想如果醫管組這樣解釋，我個人認為覺得不同意見，因為他本身不是調劑的業務他只是一個糖尿病諮詢嘛，病人來問用藥我就告訴你，那我剛講連縣的藥師都可以到病人家裡去做藥物諮詢，健保署還都給付咧，那這個你反而不行。

## 謝代表武吉

剛才李副組長的報告九十五年是十七萬人，一〇二年是三十五萬人，所以是萬分之零點多，所以我感覺上這計畫是失敗的，就是 貴署以前的人做的錯誤的抉擇、錯誤的失敗計畫案，把基層和地區全部卡死，沒有辦法來做這些工作，這是第一點。

第二點我還是要建議主席一定要把他刪除，縣市共同照護網，因為國健署是沒出錢的人他沒資格可以講話，你有出錢才可以講話，再來就是各縣市都要去他那邊考試，不用，這 7-3 頁通則一、參與資格：(二)第二階段照護「1.醫事人員資格如下：」這裡面寫的很清楚相關課程 8 小時，並取得證明，這樣就可以了，所以我是覺得說未來要照顧台灣太多人，幾百萬人的糖尿病的患者，所以說我建議還是共同照護網這些縣市共同照護網全部拿掉，這是我的堅持。

## 主席

謝代表跟朱代表提到的，其實有一部份是違反現在藥事法的支援問題。

## 朱代表益宏

現在已經違反了

## 主席

我知道，但是我的意思是說未釐清以前...



## 朱代表益宏

他那個藥師到家裡做藥物諮詢有報備支援嗎？報備幾點幾分...

## 主席

他那個是已經寫好是藥物諮詢。

## 朱代表益宏

對啊，那這個也是藥物諮詢有什麼差？那個不用報備支援，這個也是藥物諮詢就不行報備支援，那我不曉得這個標準在哪裡？

## 謝代表武吉

我現在知道朱代表的意思，地區醫院可能藥師就沒有問題，基層診所我要來替他們講一下話，如果一個診所，診所沒規定一定要有藥師，有沒有規定要有護理師，沒有，設置標準裡面沒有，那是兩個醫師以上就要有一個護理師，一個醫師時就不必有護理師，所以說我是考慮到他們，所以說我們應該要把他擴大到我們的全國，為我們全國糖尿病患者來謀福利，所以應該要放寬，不用說什麼縣市共同照護網還要考試有的沒的五四三，這樣是不是比較好作事情。

## 主席

因為現在好像沒有共識，照護網是屬於國健署政策，本次修改是希望放寬醫事人員資格，讓被照護的被保險人，是不是可以得到更好更周全的照護，還有照護人數更增加一些，但是顯然這裡面的一些細節還需要釐清，那是不是撤案或保留，本案就先撤案了好不好？我們再跟國健署釐清相關的細節和規定。

## 主席

對，我知道，就是你剛提到的，依母法規定，如果只是藥物諮詢那當然 Ok，如果說他還要調劑，那這個去報備支援條件好像又違反目前的藥事法，我們可能還是要跟國健署再去釐清啦，好不好？

## 陳代表宗獻

先保留。

主席

先保留。

謝代表武吉

主席，有代表說出錢的才可以講話啦。

主席

今天大家講的話是實錄沒有關係，我們會帶著實錄去讓他參考。

曾代表中龍

主席，我還有一個建議，其實大家的徵結點是在講說如果有談到藥師的支援那一塊，那另外一個是國健署，即剛我們謝代表說的是不是必須經過縣市共同照護網的認定的部分，那我覺得就這兩點，本身第一個藥師支援的問題其實坦白說今年七月三十一日一定要有結論嘛，沒有的話就全部都開了。那第二個，事實上其實六月底立法院會期一結束只要沒有新的法沒有通過也是就開了，不用等到七月三十一日，那我們覺得說其實這個案子大家在這一塊都比較不會有問題，因為到時候確定有問題變成是藥師本身自己沒有辦法執業，因為這業務照理說應該解釋權是在醫事司身上，那這也可能不是署可以決定的。

那我個人是建議照案通過加一個附帶決議就是說如果到時候法規不許的話，那看要如何處理，至於縣市共同照護網這我個人覺得是用協調的方式，是不是要經過那個，謝代表講國健署沒出錢就不要講話嘛，國健署如果也覺得說好事，搞不好他趁機就下車了剛好卸掉責任，他這個原本是政策的東西，他不會下車我知道，所以我是提這樣的建議啦，那看大家說是不是我們先通過再加一個附帶決議，以上。

朱代表益宏

剛事實上我們查過，各縣市公佈的那個糖尿病共同照護網那個考證的資格，醫師只能考醫師，共同上課八個小時，但醫師考醫師，護理考護理。所以，拜託我剛剛講這個也要列入剛剛主席講的協調的那個部分，我們是希望說護理也能考到營養師能夠讓他一個多元這樣他

才有共同參與，那你現在把它限縮只有藥師考藥師，護理考護理，那這樣就跟我們整個的健保給付的原意是違反的。如果真的是這樣，那我建議，整個案子如果達不到這個目的，我建議整個案子退回國健署，叫國健署自己編列預算，自己訂相關的辦法。因為這個跟我們健保一樣要希望擴大的意見是不一樣的嘛，好不好，謝謝。

### 王副秘書長秀貞(謝代表文輝代理人)

主席，記得這個會議好像是在去年度討論的，那時候是希望增加照護點，放寬基層與地區醫院資格，也對究竟是兩個或三個證照有很多討論。

那時候也有特別去釐清，其實現在各個縣市或醫院在舉辦這種照護課程的時候是通識課程，也就是說大家的課程內容是一樣的主題，只是會因於本身屬不同人員，去考不同人員的證照，所以並沒說有一個人員具有兩個證照，除非按專業內容去考試，但是現在考照是 for 專業人員的證照是就考取該項認證，跟我們現在討論完全是不一樣，我記得我們上次開會是兩位人員是醫師加任何一個證照，是 1+1，而不是今天會議上新的解釋是 1+2，以上。

### 曾代表中龍

主席，我再補充一下，因為事實上在糖尿病共同照護網裡面確實真的就像剛剛我們代表講的，他是一位醫師加上這三種任何一個就好，可是通識課程，事實上他整個糖尿病共同照護網裡面所謂的課程，其實是有二十四小時通識課程，也就是核心課程，每一種專業還有八個小時完全不一樣的東西，也就是說藥師有專業藥學針對糖尿病特別的一個課程，所以其實為什麼當時，我所了解國健署他們就是說，由醫師最後來確認說針對這個病患他到底需要什麼，如果他是營養飲食的問題，他可能比較急切需要，他就找營養師具有所謂通過糖尿病學會證照去替他作衛教，如果是一個生活自我照護上的問題，他可能就找護理師來做，那如果是因為用藥太複雜需要藥師去做藥品的衛教他就找藥師，所以當時是因為在那個條件之下，所以才會糖尿病衛教學會去跟國健署建議說這個共照應該找藥師來，所以我們後來就莫名其妙就被拉進來了，不過被拉進來我們也很感謝說各界對藥師這樣專業付予這樣的一個重任。

主席

好啦！我想沒有共識以前，就暫時不予修正，這個案子先撤回，等我們去釐清相關的規定，譬如說被支援的問題，還有剛剛朱代表所提到的考共同照護的問題釐清了以後，我們覺得有需要修正再提到這個會上來做討論。接下來下一個提案。

朱代表益宏

是不是要修正一下。

主席

對，就是這個案子是建議保留。

討論事項

第六案

案由：再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」案。

主席

請李副組長再說明孕產婦照護品質方案跟這個週產期論人支付制度計畫，有何差別或是有什麼誘因。

李副組長純馥

孕產婦照護品質方案原則是 base on 我們健保支付的流程，就是說他只要懷孕到生產在同一個完整療程的我們就給他一個獎勵金，那這部份是由醫療發展基金給。那週產期論人支付制度試辦計畫是外界認為說，我們現在產檢是一次一次給付，他認為應該要讓院所有一些責任，所以希望能作部份的包裹，所以我們在這個 8-8 頁就是如果參加這個試辦計畫的話，他在產檢的部份我們分三次的包裹，然後第四次是含生產的一個點數，原則上生產因為不影響總額的點數，所以生產部份我們是用原來的支付，如果基層是用 case payment，醫院就用 DRG，那各個產檢包裹也是 base on 國健署公告產檢的費用，沒有增加任何的點數，那我先做這樣的說明。

## 主席

好，請代表針對討論案六表示意見，請朱代表。

## 朱代表益宏

主席我想請問一下，週產期論人支付制度試辦計畫這是什麼計畫，因為我剛問了幾個醫界代表，他們說好像有拿到這個共同擬訂會議來談但是沒有過，沒有過我就不知道為什麼這個計畫，還是這個計畫現在是由健保付費？還是由醫發基金還是哪裡來付費？是不是先就目前執行的跟經費來源能夠做一個說明，因為我印象中好像這個案子有知道是當初是國健署的一個試辦計畫，但是是不是變成有健保署由中間的一個試辦計畫，這個我就沒有印象了，是不是先說明一下？

## 主席

先讓張代表發言完，再請醫管組回應。

## 張代表嘉訓

主席，付費代表，這個計畫不是我提的，不知道為什麼我要發言，不過我個人是反對啦，我把我反對的理由跟大家做一個報告。第一、這個類似的計畫在九十六年其實已經辦過了，我不知道成效如何，然後他的...是不是已經停辦了，停辦的原因是怎麼樣的？當然如果是停辦一定是成效不好，所以我是覺得為什麼這個計畫又要提出來，其實我丈二金鋼摸不著頭腦。

第二、根據這個計畫所要達到的目的，好像要提升我們孕產婦的照護品質，基本上我是根據這個計畫來講我是存疑啦，在8-1頁說明一、這裡面他有講依交通便利選擇任一照護群內之院所生產，以利由產檢至生產完整照護。這個可能不太了解我們台灣的孕產婦去生產的一個生態，其實大概台灣的孕婦應該是挑診所或醫院，那挑診所的她應該是認為方便，可能就在住家附近，挑醫院的可能她會考慮說醫院比較大，相關的支援比較豐富或許比較安全，品質比較好，當然我意思不是說診所品質比較不好，診所品質也是不錯啦，所以台灣的產婦在生產就醫的模式，她本來就是會挑交通便利，不會因為你這個照護群，她就不去挑一個交通便利，那她如果本來就已經選擇去醫院的話，這個交通便利其實就不重要了，而且其實台灣那麼小，都會區隨時坐個

車子很快就到了，除非這是在偏遠地區，那偏遠地區那是另外一個 issue，所以我想如果站在貴署醫管組的說明，什麼交通便利我就覺得這點好像不是那麼的合理，接下來這個計畫我看了一下就是包裹給付大概加起來跟我們原先產檢大概多 395 塊，然後你又要改變申報的方式，你又要提供一些品質指標的報告，我認為基層的院所參與的意願不會太高，多那 395 塊我做這個要幹嘛。

另外就是說一個照護群的觀念，其實現在有接生的婦產科診所比例已經不高了，他們在搶病人都沒空了，哪還有可能組一個照護群，除非說這個照護群裡面有些是負責產檢的，有些是負責接生的，或者說這個照護群有一個經營的集團在經營，可是這個經營集團他不可能在同樣一個地方他都設那麼多診所，比如說在新北來講，他可能蘆州設一家，板橋設一家，那這個又跟交通便利剛好又是矛盾，所以她如果是蘆州的產婦她就選蘆州不可能跑去板橋或是新莊去接生，所以種種我是覺得最後當然她要找一家地區醫院以上，我不知道包不包括地區醫院，其實現在我也不知道地區醫院代表都在這裡，地區醫院現在還有在作接生業務比例有多高？

**朱代表益宏**

很高。

**張代表嘉訓**

很高是不是？好，如果這一點還很高的話，其實他跟基層診所他們還是有一些競合關係有競爭的關係嘛對不對，因為現在基層接生診所為什麼會越來越少？因為病人在基層診所，大概生產比例一直在下降，所以這是有競合關係，如果說他要找一家跟他合作，基本上就違反人性，最後我是談到資源錯置的問題，那剛剛我想李副組長也提到說九十九年就開始用醫療發展基金辦理孕產婦照護品質確保諮詢服務計畫，這個計畫基本上也是為了要提升整個孕產婦的照護品質，那這個資源目前沒有用到健保嘛，有嗎？沒有用到健保？

**主席**

還是醫療發展基金。

**張代表嘉訓**

對~醫療發展基金，這樣子很好啊，這個目的已經達到了，那你說再把那個資源再挪過去，雖說經費沒有增加，大家白忙一場也不知道在作什麼事情，所以我個人覺得基於以上我種種的 point，我是不會太認同這樣子的一個計畫，對於真正計畫所講的提升照護品質應該達不到，謝謝。

**主席**

好，請，謝代表~

**謝代表武吉**

這第六案案由，「有關是否『是否』再~」我就覺得這句很奇怪。在 8-1 頁說明二，由醫療發展基金辦理確保諮詢服務計畫。再來 8-2 頁，本計畫涵蓋產檢、生產及產後照護費用，產檢費用由國健署支應，國健署有氣魄的話就負擔全部支出。再來 8-3 頁，計畫內容第三點，產前部分分為三階段，有 10 次產檢內容，這跟我們現在規定有什麼不一樣?!~因為我們醫院沒設婦產科我不知道，所以你們可以講一下你們婦產科現行產檢是可以產檢幾次，都看不懂~

**主席**

好，又提出來的理由是什麼，就請李副組長儘量說明。第二個，現在的產檢確實是由國健署支付所謂的產檢檢查費用，那照護品質的提升也確實在用醫療發展基金，那為什麼又提出這個案子，當然剛剛我們張代表也講了好幾個理由，他直接表達是反對的，但是我們還是請李副組長再說明清楚，讓各位更了解，我們沒有特定的立場，因為這兩個跟醫療發展基金目前在執行其實差別不大。

**李副組長純馥**

這個說來話長~我簡單講，因為我們這個計畫在 96 年確實有再重新公告一份，96 年公告施行時因為都沒有人參加，所以我們就直接停了。可是又有人希望說再辦，所以 98 年又有一個計畫，所以你們看我們後面計畫的修訂是 98 年 12 月 1 號到 99 年 11 月 30 號，後來刪掉~就是我們計畫後來公告以後沒有院所參加，因為我們這是自由參加，沒有院所參加所以我們自動就停了。那這次是因為外界又希望我們可不可以再辦理，所以我們就再重新提，實際上因為沒有院所參加，所以基

本上也沒辦法講成效。99 年開始是因為大家覺得說內、外、婦、兒，尤其婦產科是需要被鼓勵，所以我們去醫發基金去爭取預算，對於全程照護的這些院所端我們給他一個個案如果從懷孕到生產我們給他做獎勵。那實際上我們週產期這個計畫我們就不希望再跟孕產婦有重疊給付，只針對認為希望不要孕婦到處產檢，再跳不同的診所，所以希望在產檢的地方做包裹，因為我們本來生產就是包裹給付，所以這次的計畫是針對產檢給他做成三包這樣子，希望讓院所所有比較多的責任，本計畫經費是由健保費支應。

### 葉代表宗義

對不起，這個案子我記得上一回也有這個案子，也是由醫務管理組提出來。我記得當初提出來以後，我記得當初是撤案~對不對？

### 主席

我說明一下，上次會議開到快六點，很多委員說要清點人數，因為人數不足不討論，所以就擱置，沒有討論。

### 葉代表宗義

那現在提出來他也不敢肯定，說是否，也可以是也可以否，也可以死掉也可以活掉，是否可以再辦理。我認為是這樣，上一回已經有很多人討論，也都認為是撤案，撤案的理由，當初好像是說這是臨時提案，要正式提案(主席：第一次是提臨時提案~)，我看這樣啦！我記得上一次都反對，那我們醫務管理組也說是否，我認為就撤案，好不好。

### 主席

那個過程我說一下，當初我們是用臨時提案，有人說既然要再辦就要正式提案。所以就提案，那次不知是排到第三還是四案，因為前面的案子都討論很久，所以兩次都沒有討論到，這一次我們又把它提出來，大家如果說否，我們紀錄上就寫否，如果大家說可以再辦，那我們就再辦，就是這樣。

### 葉代表宗義

那我提議否。



**主席**

OK，(陳代表雪芬：附議)附議，好，那張代表，基層，你是反對嘛，你剛剛講的很清楚。那這個案子我們就不再試辦，就是委員沒有共識再辦理，好，接下來下一個提案。

**討論事項**

**第七案**

**案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。**

**主席**

好，我想簡化討論的方式，請大家看附件九，就是全民健康保險急診品質提升方案修訂項目所附的表，我們逐項討論，大家會比較聚焦。第一項是急性腦中風，本署的說明寫在表的右邊，由原來的 6-25 分放寬為 4-25 分，影響評估也寫在那邊，針對修正各委員有沒有意見？請~朱代表

**朱代表益宏**

能不能先跟我們講一下就是目前未修改之前的計畫執行的現況，包括用掉的經費還有剛剛講的不管是敗血症或是中風它的現況，甚至是它上下轉的情況先做一個說明。

**主席**

好，朱代表的意見請醫管組回應。

**李副組長純馥**

102 年因為還沒有結算，不過我們有先試算一下，重症照護品質獎勵一年大概八百八十三萬，轉診品質是一千九百四十九萬，處置效率獎勵是兩千八百六十七萬，那總計是五千七百多萬。上轉的部分是一千四百三十五萬，大部分都是上轉，下轉只有三百六十幾萬，平轉是一百五十幾萬~

**主席**

好，針對背景資料還有沒有希望再做說明的？好，你報告一下大部分的情形。

**謝代表武吉**

這樣跟大陸一樣，所以說，我剛剛已經說很多次了，這是以前錯誤失敗的決策，當時我們一直說不會成功，結果就是沒有成功嘛，不是鄭成功，是沒成功，所以他們要檢討。

**主席**

好，我想我們拉回主題，就是針對第一個修改放寬 NIHSS 分數跟相關評估說明，第一項大家有沒有意見？

**李副組長純馥**

因為現在系統上~基本上這不在我們申報資料裡面，NIHSS 分數是在各個醫院病人的病歷裡面，那 VPN 我們是請他們上傳六分以上，所以四、五分我們不知道有多少量，所以我們這邊有講說等實施一段時間我們會再評估。

**主席**

急診醫學會代表請他們坐上來，有資料可以提供，請~

**台灣急診醫學會陳醫師健驊**

我們沒有小於六分以下的數據~

**主席**

你們也沒有是不是，好 OK，你們坐上來，有作業上我們可以請教您發言，沒有關係~就是我們請您做專業上說明。這樣修正大家有沒有意見？

**朱代表益宏**

如果他們連自己都沒有資料，那是~這是要我們批准修正放寬的理

由嗎，那如果真的這樣，那乾脆從一分開始就好了嘛~

## 台灣急診醫學會陳醫師健驊

這個，剛剛 NIHSS 分數 6-25 分可以使用血栓溶解劑治療，這是根據美國中風學會的量表，那到 2013 年它已經修訂了放寬到 4-25 分都可以使用，那我們之所以擁有資料是因為之前 6 分以上可以打，可以打才會去申報 r-tPA，才会有藥物品的那個錢，所以我們也沒有這種流行病學的調查。

## 主席

委員，這樣清楚了嗎，他是依據美國的標準修正為 4，這個我們還是要跟世界接軌，因為我們醫療要國際化啊。

## 陳稽核襄理炳宏(李代表永振代理人)

有關敗血症的個案必要處置項目，敬請評估一下，在 9-1 頁看到的細菌學及黴菌檢查的項目，可否替換為血液培養的檢查項目，這樣(主席：沒有關係，讓他說完)比較符合臨床狀況？

## 主席

對不起，因為我現在就附表九逐項討論，你的問題在下兩項就討論到，等一下會請你再發言一次好不好，現在先討論急性中風這一欄。好，如果大家沒有意見，急性中風就按照急診醫學會剛剛提供的，與國際接軌依美國標準，我們就一樣往下修正為 4 分。

## 朱代表益宏

那我們健保是不是也要國際接軌~

## 主席

如果我們民眾願意健保保費依美國的計算方式，我們也不反對。好，第二項是重大外傷，請副組長做說明~

## 林科長淑範

重大外傷的修訂是除了原來的重大傷病診斷外，增加體表面積

>20%的燒傷，診斷碼是後面列的這些。第二個修訂是說，配合這些重大外傷的處置，原來方案附表一的處置，處置是增加了四項，這四項是因為在討論的時候認為原來表列的處置項目不夠，須要再增加四項的處置才符合這些重大外傷的處置。

**主席**

好，請委員針對第二項重大外傷的修正，修改前後有沒有特別的意見？

**謝代表武吉**

因為我國民小學畢業，不知什麼叫做重大外傷，重大外傷的定義為何？第二點，骨骼外固定器 64237C，現在我記得已經開放西醫基層總額，當時我記得說不要開放，結果一定要開放，這是到底甚麼叫做重大外傷，請急診醫學會向我們解釋一下好不好。

**台灣急診醫學會陳醫師健驊**

主席，跟各位委員報告，重大外傷我們是有定義的，就是它的 ISS 分數大於 16 分以上，我們就說他是重大外傷。說台語喔，就是受傷比較嚴重的，我們有分六個部分，看嚴重度，找三個最嚴重的將分數加總，超過 16 分就是重大外傷。(謝代表武吉：分數 1、2 等是如何評分的)比如說，他刮到一個洞兩分，骨頭斷掉可能四分，一個部分有一個分數，我找三個最嚴重的部位，加總分數超過 16 分就是重大外傷，較嚴重的啦。

**謝代表武吉**

你這樣說不通啦，以前重大外傷都在哪裡做你知道嗎，重大外傷大部分都在地區醫院做你知道嗎，現在你這樣才規定這個，你覺得我吞得下去嗎，我吞不下去。你這是為你自己設計的耶。

**主席**

等下你再解釋一下重大外傷現在是不是有基層在做，因為地區醫院應該也是可以做。

**台灣急診醫學會陳醫師健驊**

有，只要有急診室的，應該都可以做，它並沒有設定說只有醫學中心或區域醫院做，地區醫院只要有急診的都可以做。

## 謝代表武吉

拍謝，請問你哪一系？(台灣急診醫學會陳醫師健驊：台大系)你欺負地區醫院，這有排他性，地區醫院如果有這個醫師但是沒有急診室，可不可以做？

## 台灣急診醫學會陳醫師健驊

這就要看健保署的規定。

## 主席

醫管組這邊，如果沒有設置急診室，那重大的急診可否處理？還是可以處理急診就算？

## 李副組長純馥

因為這個方案本身就叫做急診品質提升方案，所以定義上還是屬於急診的病人，以急診病進來的病人才算。如果說你在住院中產生，這可能就沒有辦法。

## 朱代表益宏

如果沒有設急診室，但是它有急診的個案，他做了，可以申請嗎？

## 李副組長純馥

如果你把它報成急診的案例，因為我們急診的案例也沒有說一定要經過急診室。

## 謝代表武吉

其實，主席拍謝(主席：沒有關係)，我對這個很了解，因為我們醫院從以前重大傷病還沒開始前，我們醫院就專門收重大外傷了，請開刀手來我們這邊開刀了。骨骼外固定器，這東西2、30年前的了，還有顯微手術我們當時都做完了，但是幾十年前我不曾看過醫療中心做過皮瓣膜轉移手術，這些高階手術，我們以前就做過了。所以急診科

的醫師，拜託，你們先回去研究好，不要以為我是阿伯醫師，都不聽我說。

## 主席

謝代表他擔心的是說如果是急診的病人，是在白天發生，送到某一家沒有急診室設置的地區醫院，類似這一種情形是否可以處理，醫院做了是否可以申報，是不是這個意思。

## 李副組長純馥

因為剛剛已經解釋了，如果他是急診病人，那他有這樣子的疾病範圍，他去做符合標準的處置，比如說針對他的重大外傷他要在兩個小時內進開刀房搶救，這部份我們是可以同意。那這次修訂其實並沒有放寬重大外傷的範圍，它是放寬如果你今天是產生燒傷，因為燒傷不會在 ISS 分數裡，所以這個燒傷基本上也是對院所端也是重大疾病的處理，所以希望把它加進來。那如果加了燒傷，可能就會有需要做一些處理，所以我們加一些處置項目進來。

## 謝代表武吉

我剛剛說這事，是因為我們發生過一件事，????，拍謝，我不是講你們我講的是我們高雄某醫學中心，急診病患到醫院沒病床，還要等兩天才有，結果那是我朋友的孩子，他打給我說可不可以開刀，晚上 12 點耶，我還要打給骨科醫師拜託他幫忙開刀。我說這個是要你們知道，你們有些決定，後面要附帶說明清楚。有些患者真的很可憐，這在地區醫院就可以做啦，你們知道嗎。

## 主席

所以剛剛我有針對你的問題請醫管組說明，就是說如果你們沒有設置急診室、剛好是白天、又剛好在你們醫院附近發生這些事情，病患送到你這，你有能力去處理，是以急診處理，只要條件符合，原則我們還是給付，是不是這個意思。請朱代表。

## 朱代表益宏

我想請問一下 20% 的燒傷是怎麼定出來的，就是~因為燒傷跟體表

面積是跟死亡有關係的，是有一些線性關係，我不曉得為什麼會定 20%，因為照你們預估，一年大概是一萬件、九千六百多件，所以一件兩千多塊就是兩千萬點，那這一點一塊錢，所以這一部分是否能說明一下理由。

**主席**

好，我們是不是請急診醫學會的專家就剛剛朱代表所顧慮的問題做說明。

**台灣急診醫學會陳醫師健驊**

主席，因為之前我沒有參予討論，那通常燒傷面積大於如果 20% 我們就視為比較嚴重一點，我們有定 25% 要住燒傷病房，所以當初可能是取 20% 燒傷以上就比較嚴重，以上。

**朱代表益宏**

燒傷病房沒有特別規定 25% 才能入住吧。

**台灣急診醫學會陳醫師健驊**

燒傷病房有好幾項，有非常多項，我記得有一點是 25% 以上就可以住加護病房，或是二度或三度以上的傷燙傷。

**朱代表益宏**

你是不是要先問一下整形外科，因為燒傷其實主要是整形外科醫師在處理，包括雖然急診室進來，後續的處理大部分都是整形外科在做，我想不太可能是急診醫師直接做，都是後續請整形外科來做，這一部分你只請急診醫師來討論，我不曉得有沒有詢問過整形外科的意見。

**李副組長純馥**

我要再重申我們這個計畫不是說急診要把這個案全部完成，而是在急診他要盡快往它該送的地方去送，我們條件是說這些急病的病人在進到急診兩小時內進到開刀房，或是相關的搶救或處置，所以我們沒有說 totally care。

## 朱代表益宏

今天既然訂了 20%，那你為什麼不定 30%、40% 或 15%，總是要有一個理由，像剛剛 NHSS 的指標你們說是美國修正那我就嘴巴閉起來我也不講話了嘛，因為你要跟國際接軌。那你現在告訴我，你總要告訴我這是哪一軌，不然到時候脫軌怎辦，總是要有一個根據嘛，那你這個根據，我是覺得根據要有專科醫學會的意見，我們本身也不是整形外科醫師，雖然都是醫師，但是也不是整形外科醫師，那你如果告訴我說比如 20% 以上它的 mortality rate 會特別高或怎樣，那我也接受，總是要有個理由。而不是說燒傷中心 25%，所以我們就用 20% 來做，這個我覺得有點牽強啦。因為事實上燒傷中心它不見得~可能顏面部燒傷他不到 20% 他也進燒傷中心呀，那也是算很嚴重啊，那你如果只有用體表面積，如果他只是在四肢燒傷那你真的是就符合標準嗎？所以我才會質疑那 20% 是怎麼來的嘛？

## 黃代表雪玲

我看到健保的支付標準在燒傷 ICU 就是是體表面積大於全身的 20%，所以應該是用這個地方來做定義

## 主席

請謝代表。

## 謝代表武吉

體表面積~大於 20% 這部分，你們應該要跟整形外科還有高壓氧科，如果到高壓氧科也沒辦法，你們可以去問高雄的海總，所以我是覺得說第五計畫構面的 20% 部分暫時暫停，我請問你們，一隻手燙傷 10%，兩隻手 20%，胸部是好幾十%~。

## 主席

支付標準是怎麼定呢，請醫管組說明。

## 李副組長純馥

確實在燒傷加護病房的入住條件的適應症就有提到，成人要體表面積大於 20% 的燒傷才能入住到燒傷加護病房，所以基本上如果要能



夠入住到 ICU 應該算是重症的個案，那我覺得如果今天提高對病人的照護品質是可以提升，因為我們利用計畫希望院所盡快去處理這些重症的個案，所以比較傾向是希望說能夠得到代表們的支持把它納進來，那這些品質能夠被監測我想對民眾是好的。

**主席**

接下來，請朱代表。

**朱代表益宏**

應該是這樣講，就是說~當然你說重症，如果重症它已經常規都是這樣在處理，結果我們這邊又給他錢，那事實上是沒有意義的，那我們應該是說它常規可能還不足，我們希望它處理的效率更快，我再用錢去補助嘛，所以為什麼我們為何希望問整形外科，如果他今天 20% 在他們認為是重症了、要住 ICU 加護病房，那這些病人可能在所謂的黃金時間要做清瘡處理，已經是常規了，結果你這邊又給他們~平白無故又多了兩千塊，我個人是覺得錢沒有花在刀口上啦，所以我剛剛才講說應該要問整形外科意見，就是事實上他還沒有做到但應該要做的，那我們給他一點錢給他一些誘因，讓他更能夠朝這目標去做，但它可能 20%、說不定目前百分之幾，我不知那個比例，我亂說的，記錄把它拿掉，不算數。假設他百分之六十、七十，都是已經在兩個小時內進到手術室了，那各位、包括老師包括付費者代表，你覺得要給他再加兩千塊嗎？

**主席**

好，我想你已經點名健保會代表跟專家學者，李代表雖然敗血症在下一案，你要不要先針對這個案子就剛剛朱代表的意見發表看法先請吳教授。

**吳代表肖琪**

20% 以上的面積？怎麼樣去定義？這部份我不清楚，剛剛朱委員提到一點我很在專心聽，就是說如果這個指標達到 60%（假設值），如果有 50%（假設值）是過去在短時間就會處理達到的話，這個獎勵額外增加 10%，要怎麼獎勵？我知道他擔憂就是說如果有 50% 本來就會緊急處理的話，現在會不會因為這計畫變成 60%，那額外多的才給錢？

或者是所有前面的 50% 個案也要加錢？

### 黃代表雪玲

主席，剛才其實有報告 102 年的預算執行情況，那其實重症裡面只有拿到八百八十三萬，其實後面轉診跟效率接近兩仟萬，所以其實大家在這一段執行率不高，你可以再看分類，分四個疾病，重大外傷的達成率，這個我不知道醫院要達成~醫師每次也跟我們討論也覺得非常困難，所以我覺得這塊達成率其實不高，應該多給點獎勵~

### 李副組長純馥

在 9-4 頁我們有分析第 3 點，符合一年急診主診斷同時申報這些的只有 96 筆個案，我們當然是希望說如果能夠給他誘因，他們會盡量朝這方向去走，對民眾是好的，因為其實確實重症的個案真的不多，重症確實是我們現在急重難須要去鼓勵的地方，所以我覺得應該還是盡量讓它能夠進來比較妥適。

### 陳代表志忠

我們署的長官提到只有 96 筆的個案，我在看這數字其實是兜不攏，因為 96 筆個案是現在本來申報的點數，現在給它兩千點，全部加起來就十幾萬點~估計一年增加費用嘛，據這樣算，體表面積大於 20% 之重大燒傷一年件數是 9622 件，你現在鼓勵多的錢你沒算啊，9622 件本來不在那裡，那你現在估計增加的也沒有估算進去呀，只估 96 件，我不知道我有沒有誤解？

### 林科長淑範

我們解釋一下重大外傷，給付獎勵兩千點的條件，第一個是它主次診斷要符合，第二點是兩個小時內進入開刀房接受附表一的手術跟處置，是 AND 的條件，主診斷要符合並做這些處置。所以我們在費用預估的地方在 9-4 告訴大家，雖然體表面積增加 20% 有 9622 件，說明 3 裡面說，如果符合這些主診斷，而且有執行四項處置，在 AND 條件之下只有 96 件。

### 陳代表志忠

這個沒有獎勵到啊。重大燒傷應該沒有兩個小時內進開刀房的吧！

### 李副組長純馥

對~這是因為現在沒有給獎勵嘛，基本上我們可能看不出來，因為現在我們是希望說它能夠盡快去做處理，當然你用原有的數字推估或許會是低推估啦，可是因為在 3.2 億裡面，目前只用到五仟七百萬~

### 陳代表志忠

我這個可能在~急診醫學會的專家可能可以回答我們~體表燒傷超過 20% 病人，什麼狀況下會在兩小時內進到開刀房，通常不會嘛，不會的話你把它放在這邊，有什麼獎勵~我不曉得急診醫學會可否說明？

### 主席

陳代表剛剛我們同仁有解釋啦~第一個條件是主診斷，再來是兩個小時進開刀房處理，是有去處理這些附表醫令的處置~(陳代表志忠：重大外傷是不會做~)，我知道，所以這等於第二個附帶條件是有處理這些醫令的，照以前的資料只有 96 件，未來，是不是會有假設 9622 件，會再增加 10% 或是 20% 去處理，因為有獎勵，所以醫師就會緊急的去處理，醫令也符合條件，這樣被保險人可以在很短的時間接受更密集的處理，讓病程可以縮短，住院時間也可以縮短，所以我們提供這樣的誘因，當然現在推估是不是低推估，如果增加 10% 會比較中推估，在目前預算裡面是還可以支付，所以如果各委員同意就讓它過，如果各委員還有其他疑慮，那我們就再討論。

### 陳代表志忠

我再發言一次，我講的意思是說，這燒傷超過 20% 不會去做末梢血管修補或骨骼外固定器這些新增的醫令，你獎勵的是沒有意義，我以前就在這會上講過我們定這些計畫的支付標準，如果是違反專業的做法的話是沒有意義、是畫蛇添足的，我意思是這樣，這個要請教急診醫學會的專家。

### 台灣急診醫學會陳醫師健驊

主席、各位委員，跟各位解釋一下，這個品質方案，只是鼓勵醫院能夠碰到比較危急的病人能夠做比較妥善的處置，燒傷面積大於20%會不會進去、80%會不會進去~也是會進去，我們報的是很多全身燒傷病人整形外科很快就進去做焦痂切開，也是有~

**陳代表志忠**

對不起，我打斷一下~我的意思是~健保署一向很清楚，20%進 burn unit 沒有問題，但進 burn unit 沒有做這些手術，就不列為獎勵，那你列進來是有啥意義(李副組長純馥：是 OR)，剛剛說 AND~

**朱代表益宏**

大於 20%，AND，4 個 OR

**陳代表志忠**

這是什麼意思？

**李副組長純馥**

我們的意思是，你的疾病條件是大於 20% 燒傷，那它施行的處置是這四個處置任一個 OR procedure，我們都算~

**陳代表志忠**

這四個處置都不會做呀~燙傷病人會做這四個處置嗎？如果有其他的診斷，如果它符合 ISS 這些，他就落在哪哩，你本來就在的東西，你增加燙傷~是沒有改變呀，我意思是這樣~

**林代表富滿**

原來沒有燙傷診斷，現在增加燙傷診斷且面積 20%，又執行這四個處置，才有鼓勵。

**主席**

好~因為這涉及專業，請急診醫學會說明。

**台灣急診醫學會陳醫師健驊**

我們如果單看骨骼外固定或許會覺得跟燒傷沒有關係，但是筋膜切開一定是有關嘛，它會不會兩個小時進去，我們是要鼓勵，如果有病人需要，我們當然希望他越早進去越好，因為這會影響到神經血管的恢復，所以基本上對急診來講，我們希望急診病人能夠得到各科團隊的照護，這品質方案是基於這點，而不是去計較會做、不會做，是它不可不再做得更好，我想是這個原則。

## 朱代表益宏

主席，其實大家在吵這個事情，我覺得應該是不是也能夠去想當初這個案子為什麼會產生急診提升的方案出來。當初為什麼會有這方案出來，主要是急診雍塞嘛，所以希望健保局能夠去疏散。因為雍塞所以很多病人在急診得不到適當的治療，所以我希望對於它品質，我給你一些鼓勵，希望你能夠得到這時間的標準。

但其實更大的意義是希望疏散急診病患，所以才會有上轉下轉，當初只有訂下轉，後來變成說上轉也把它加進去。其實重點應該是急診病人我要怎麼上下轉，這是當初會訂出來的最主要目的，那急診品質只是一個附帶，認為說既然我在急診室裡面我要鼓勵它在定的時間之內要做某些東西。所以我剛剛才強調說如果它已經是在常規就做了，我覺得不應該再鼓勵、在支付標準做調整，你認為說燒傷大於 20% 他馬上要做??，那你就在支付標準裡面去加碼，調整支付標準嘛，這樣才對嘛。

但是今天很不幸的就是說，我看到今天在這個急診品質裡面好像寫得比較多，但是在上下轉特別是下轉裡面，幾乎沒什麼修正嘛，只有放寬，但是仍然很差，事實上急診醫學會也沒有想出更好的方法去做下轉。所以我覺得說如果今天在下轉，我認為應該這三億多錢，雖然還有很多經費，我認為至少你應該放一半的經費放在下轉，鼓勵下轉，才真正去解決急診室的雍塞嘛，不然你用了半天，最容易解決的就是急診，目前我在醫院做，那我多久時間能夠做得更好，那是醫院可以控制的所以它很容易就拿到錢。

但是很多做的可能是醫療的常規呀，醫療常規支付標準已經給了一次，現在你又做一次我又再給你加兩千塊，用另外的名目再給你加個兩千塊、三千塊，我個人是覺得錢不是花在刀口上。重點是你沒有去解決怎麼上下轉，讓真正需要上轉的病人隨時都能轉的上去，不要

說來都沒有病床；下轉的病人不用在所謂重症急診中心，怎樣下轉到基層去嘛，但是這個計畫裡面沒有看到這樣子呀，還是原來那一套啊，做起來還是一樣沒有效嘛。

**主席**

OK，朱代表剛剛意思對於上轉下轉，以所謂的重大外傷來說，其實比例是很高。請組長再報告一下。

**林組長阿明**

大家看 P9-10，因為這次修訂的重點，當然是希望朝向下轉的部分，平轉下轉這部分，預計會增加七千萬左右的話，這部分下轉大概五千萬，所以我想這次的重點其實也是剛剛朱委員講的一個部分。另外，我想方案裡面，上下轉是一個重點，但如果品質是對病人有好處，我想也應該予以考慮，以上。

**主席**

朱委員這樣可以嗎，是不是可以讓它通過？謝代表，朱代表指著你，你有沒有意見，是不是可以這樣修正讓它過，就是所謂重大外傷這一部分，也就是燒傷要加那四個條件併在兩個小時內去處置，大概增加二十萬。專業上當然照燒傷面積計算公式去計算，在燒傷評估表上有列。

**朱代表益宏**

主席我建議啦，如果是二十萬，事實上經費是不多啦，是不是再半年之後我們拿出這一塊看一下~

**主席**

那就是半年以後提出執行報告。接下來是敗血症的修正，那我們李代表剛剛有發言，是不是先讓他針對他想了解的部分發言，請~

**陳稽核襄理炳宏(李代表永振代理人)**

耽誤一下，請教專家有關敗血症，請大家看 P9-1 的 C 項，它有敘述到細菌學及黴菌檢查這幾個名詞，在臨床上，可否評估替換為血液

培養檢查？謝謝。

### 台灣急診醫學會陳醫師健驊

主席，跟各位委員報告，他這邊 C 項有修改細菌學及黴菌檢查方式為「至少完成 13016B」，這個就是血液培養的代碼，以及這個後面還要再多一項，就是它除了做血液培養外，它還要再做另一個培養，這個才有給付。我個人認為是只要有做血液培養應該就可以了，就不一定要強迫他做其它另外一個培養。因為比方說有些腹腔內的感染，你可能不一定取的到檢體，可能就做不到第二項的培養，他就拿不到給付，是這樣，謝謝。

### 主席

所以你們這一次修正是只要做你剛剛說的，最少要完成 13016B 就可以獎勵，是不是這樣的意思。如果需要做另一項拿的到檢體，那當然是更好，好~其他委員的意見？

### 林代表富滿

所以那個「及」是不是要改成「或」？

### 台灣急診醫學會陳醫師健驊

是。

### 主席

13001C 至 13024C 之任 1 項，那~委員要了解 13001C 至 13024C 給付多少點？要參看支付標準第幾頁？

### 陳代表志忠

第二部第二章第一節第七項第 36 頁~在臨床上來說。我不曉得急診醫學會有沒有看到，我們有一個臨床醫師，我們也有收敗血症病人，我們通常有做血液培養，有抓到細菌或是其它病原菌，可是問題是，有時候雖然臨床上知道病人有敗血症，他也許在~有的人第一次在看醫生，在診所或基層醫院時就已經產生抗生素或維生物藥物治療，所以是培養不出細菌或病原菌，那是不是做了就可以給付？有做嘛，不一

定有結果才可以，你有做就可以了嗎是不是這樣？這不是他們的定義呀，是健保署的定義嘛~

主席

OK，有做就可以。

陳稽核襄理炳宏(李代表永振代理人)

請問是要把「至少完成 13016B 及~」的「及」改成「或」嗎？謝謝。

主席

好~或還是及？

台灣急診管理學會黃醫師集仁

他應該是說一定要完成 13016B，再加上~所以改或的話，怪怪的~應該是及~

陳代表志忠

如果我們只知道敗血症，暫時不知道他的病灶在哪裡~~

曾代表中龍

主席，我是建議如果照急診醫學會專家這樣說，那在我們規定的條文中應該要改成「至少 13016B，並完成 13001C 至 13024C 之任 1 項」，這樣才會，就像剛剛講的，前面是必然要件，後面在那幾項當中完成一個，條文要這樣寫才會很清楚，直接寫~

陳代表志忠

我的意思是這樣，我們可能會碰到有一個病人，他的臨床表現已經是敗血症了，可是我們不知道他是痰或是尿液或是肚子~我們做了血液培養了，就沒辦法做 13001C 至 13024C 的任 1 項了，那就不符合啦，如果你一定要的話~所以血液培養是最重要的嘛，我個人的看法是這樣~



## 主席

所以要鼓勵嘛。其實急診醫學會意思是，敗血症是一定會做 13016B 就有點像你剛剛說的，有可能他前面已經給他治療，所以你培養不出來，如果你再去做 13001C 至 13024C 並找到病菌，那我再鼓勵你嘛。所以沒有做就是原來的給付，沒有鼓勵，就是鼓勵你要找到病源，是不是這個意思，急診學會？

## 台灣急診管理學會黃醫師集仁

我們的~其實急診品質提升方案，剛剛陳副院長還有其他幾位代表講，我們做這些事並不是替急診醫師做什麼事情，而是希望對我們病人有幫忙，包含剛剛講的燒燙傷，在地區醫院若在兩小時內去做，這也是我們樂觀其成，非常好的一件事情，所以我今天講這個，主要是鼓勵大家早點完成，幫我們急重症病人做一些提升啦，我想想主要目的是在這邊，以上報告。

## 曾代表中龍

我想我現在終於了解陳副院長在講什麼了，因為陳副院長剛意思是說如果前面已經投藥有抗生素了，那你後面根本做完 13016B 的時候，就絕對不會再做下面那一項，絕對不會，那我們現在就是要評估說到底只做 13016B 就要給錢~還是說~那好，如果做後面並的時候，那照主席剛剛說的，後面一定要做而且還要找到病源才給你鼓勵。可是我現在條文看不到規定，也就是說他後面的意思是只要有做我就給你了，我終於知道陳副院長擔心的就是，反正只要你來，我管你有沒有，我就做了，就是醫療資源浪費~

## 陳代表志忠

不是，因為臨床上有的病人我們真不知道他感染源在哪裡，只知道他是敗血症，沒辦法做後面那一個，我的意思是這樣啦~

## 主席

你是覺得後面那個拿掉，還是「或」才鼓勵？

## 陳代表志忠

我是建議把它拿掉~

**主席**

至少完成 13016B，是不是這個意思，那這個會增加多少點、會不會對財務有衝擊要想清楚喔~

**陳代表志忠**

那個本來就在做啊~

**李副組長純馥**

主席，我們原來是要兩項，就是 13001~13024 要兩項才會符合我們的 quality，現在他們是把 13016 變成一定要做，所以它要去搭配其他這一範圍的任一項。現在如果說把它後面拿掉，只要完成一項 13016，那它如果只有做 13001~13024 中間的排除 13016，我們就不算，就這樣子而已，那看大家專業上認為~

**吳代表肖琪**

請教?! 這個問題太臨床了，請問一下如果說這個檢查出來是有細菌、有陽性，這會不會進資料庫、進 VPN? 我二十年前我因為國科會獎勵到澳洲擔任訪問學者時，了解到澳洲醫療不是拼命鼓勵檢驗，統計檢驗量、還要看陽性率，如果檢驗一百個，只有一個陽性，醫師判斷是有問題，可是如果檢驗一百個，百分之百陽性率，醫師判斷也是有問題的，表示醫師捨不得去做檢驗。所以我們目的是為了要獎勵檢驗? 還是獎勵該檢驗才檢驗? 理論健保署有能力將細菌學及黴菌學臨床資料，慢慢收集進來，才會知道一百個檢驗有幾個陽性。

**主席**

來~還有委員有意見嗎?

**陳代表雪芬**

我先提~人那麼少，這個我們下次好好看，讓我們帶回去好好看，還是有一點，因為我們都坐在這裡那麼久，很多案子其實不要浮濫給，讓人家感覺說我們對於有些真的不夠的一直爭取卻爭取不到，而像這

個案子有值得爭議的支出太多了~

**主席**

所以剛剛陳代表的意思是說，今天就討論到第六案，第七案以後讓各代表帶回去做探討，再提出來討論，有覆議的嗎？有覆議的話，我們今天會議就開到這裡，我徵詢一下四月份有需要加開一次臨時會嗎？因為本會是三個月開一次。

**林代表富滿**

只剩下一點未達共識而已，建議不要再留到下次會議~

**主席**

好，那我們就討論到此。

**台灣急診管理學會黃醫師集仁**

我覺得這個會~當然大家都很辛苦，我們也是很辛苦一起來參與，當然我是覺得說下次如果開會是三個月後，會不會有些影響，那如果我們來這邊也陪各位努力了，是不是可以繼續討論？

**主席**

好，有代表希望把重大傷病討論完，上轉下轉就由我們內部自己討論，敗血症把它討論完，那轉診品質這部分就讓它通過。我們四月份再加開一次，因為已有代表提出程序問題，人數不足就是不能討論。好，我們今天按照議程討論到這，第七案就先予保留，是不是再加開臨時會議由醫管組評估。

**討論事項**

**第八案**

**案由：有關新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「胸腔鏡胸管結紮術」等5項診療項目案。**

主席：與會人數不足，暫停討論，提報 103 年 4 月 29 日臨時會議討論。

## 討論事項

### 第九案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 12197B「血中藥物濃度測定-Everolimus」等 6 項診療項目案。

主席：與會人數不足，暫停討論，提報 103 年 4 月 29 日臨時會議討論。

## 討論事項

### 第十案

案由：增修「視網膜手術」及「角膜移植手術」等 13 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目案。

主席：與會人數不足，暫停討論，提報 103 年 4 月 29 日臨時會議討論。

## 討論事項

### 第十一案

案由：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療編號 91009B 及 91010B「牙周骨膜翻開術」開放至 C 表案。

主席：牙醫師公會全國聯合會代表表示，牙醫支付標準之修訂應先提案至牙醫總額研商議事會議討論，俟有共識後，再提至本會議討論，本案暫先行撤案。