

# 99 年度第 5 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議紀錄

時間：99 年 12 月 15 日（星期三）下午 2 時

地點：中央健康保險局 18 樓大禮堂(台北市信義路 3 段 140 號)

## 出席委員

林委員芳郁	陳雪芬(代)	洪委員啟超	邱定(代)
陳委員明豐	陳瑞瑛(代)	李委員明濱	張孟源(代)
蔡委員正河	林富滿(代)	吳委員德朗	童瑞龍(代)
王委員正儀	郭正全(代)	蘇委員鴻輝	廖敏熒(代)
扈委員克勳	請假	施委員純全	施純全
李委員源芳	李源芳	高委員靖秋	高靖秋
童委員瑞龍	童瑞龍	王委員治明	曾中龍(代)
鄧委員世雄	鄧世雄	陳委員志明	陳志明
蕭委員志文	張克士(代)	盧委員世乾	王榮濱(代)
謝委員文輝	羅永達(代)	楊委員麗珠	請假
謝委員武吉	謝武吉	江委員銘基	請假
林委員淑霞	請假	石委員崇良	請假
吳委員首寶	吳首寶	梁委員淑政	梁淑政
陳委員宗獻	請假	鄒委員玫君	請假
張委員清雲	張清雲	陳委員錦煌	陳錦煌
何委員博基	何博基	黃委員三桂	黃三桂
王委員正坤	王正坤	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
黃委員啟嘉	黃啟嘉		

主席：黃副局長三桂

紀錄：葉祝玫

壹、主席致詞：略。

貳、99 年度第 4 次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱  
(不宣讀)確認。

參、報告事項：

第一案：全民健康保險醫療費用支付標準 09112B「甲狀腺刺激素免疫分析」等五項診療項目開放至基層診所適用暨「新生兒光線治療(天)」、「嬰幼兒抽血(次)」等二項診療項目比照醫院部門調升支付點數案。

決定：同意全民健康保險醫療費用支付標準 22001B「純音聽力檢查」、27001B「甲狀腺原氨酸放射免疫分析」、86203B「前玻璃體切除手術」、97017B「輸卵管外孕手術」暨本局建議 09112B「甲狀腺刺激素免疫分析」等五項診療項目開放至基層診所適用，以及「新生兒光線治療(天)」、「嬰幼兒抽血(次)」等二項診療項目比照醫院部門調升支付點數。

第二案：基層院所兒科專科醫師看診 4 歲兒童，其門診診察費加 2 成案。

決定：本案洽悉。

第三案：山地離島地區藥師暨藥劑生合理調劑量提高為 120 件案。

決定：本案洽悉，同意山地離島地區藥師暨藥劑生每日調劑 100 件內核實支給藥事服務費，101-120 件支給 15 點，超過 120 件不予支付。

第四案：修訂「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」、「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」、「腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔

助醫療試辦計畫」、「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」案。

決定：各項中醫試辦計畫將原腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫及腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫拆分為2個計畫，餘依99年計畫通過，只新增各計畫之預算額度，計畫間之預算不得流用，超過預算需浮動點值。

第五案：修訂「全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫通則七調整另開內服藥之針傷科處置費人次上限」案。

決定：同意修訂全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫通則七，調整另開內服藥之針傷科處置費人次上限，由每位專任醫師26人次調整為30人次，超出30人次部分者五折支付。

第六案：修訂中醫傷科治療支付標準通則案。

決定：

- 一、有關「全民健康保險醫療費用支付標準」第四部中醫第五章傷科治療及第六章脫臼整復費治療處置通則增列「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」文字乙節洽悉。
- 二、依法定程序函報行政院衛生署核定後公告實施。

第七案：配合新制醫院評鑑政策，全民健康保險醫療費用支付標準地區醫院住院病房費與護理費比照地區教學醫院支付點數案。

決定：本案洽悉。

第八案：全民健康保險醫療費用支付標準隔離病床之住院診察費診療項目增列備註案。

決定：本案洽悉，同意增列「註：核醫病床得比照申報。」。

第九案：有關第三部牙醫支付標準修訂及 100 年牙周病統合照護計畫擬訂案。

決定：因與會委員對於新增複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板項目限區域級以上醫院方可施行，提出質疑，支付標準部分暫予保留，請牙醫師公會全國聯合會參考委員意見研議修訂，另牙周病統合照護計畫因漏列補植部分以外，各委員無異議，為免影響被保險人就醫權益，同意報署核定。

第十案：有關 100 年度牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫(草案)。

決定：本案洽悉，同意 100 年度牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫(修訂案)放寬特定身心障礙者類別，將植物人納入，惟醫療團不得至安養中心提供牙醫服務，另修訂中度以上精神疾病患者每點支付金額最多加 3 成結算，每位醫師支援醫療團服務每月不超過 16 診次，另支援機構院生人數不同，排診診次限制不同，最高排診 5 診次等。

第十一案：有關 100 年「提升住院護理照護品質方案」修訂內容案。

決定：關於護理人力排序比率，將採下列兩案併陳報署核定，其餘試辦計畫內容則依健保局方案陳報行政院衛生署核定。

方案 1(健保局建議)：維持 99 年排序前 70%者申報護理費點數加成 6%，排序後 30%者不加成。

方案 2(醫界建議)：修訂為排序前 75%者申報護理費點數加成 6%，排序後 25%者不加成。

第十二案：「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」新增填報「影像來源」案。

決定：同意新增填報「影像來源」並修訂指標。

第十三案：100 年度修訂全民健康保險醫療費用支付標準「使用滲透壓或非離子性含碘對比劑」取消適應症案。

決定：同意全民健康保險醫療費用支付標準「使用低滲透壓或非離子性含碘對比劑」取消適應症案，即所有施行 CT 及血管造影之病患皆可申報非離子性顯影劑，每次 920 點，本項不得再向民眾收取自費。

第十四案：建議新增醫療費用支付標準診療項目案。

決定：同意增列「血中藥物濃度測定-Everolimus」1500 點、「游離攝護腺特異抗原 Free PSA」400 點、「多葉型準直儀合金模塊之設計及製作-每一照野」1980

點等 3 項。

第十五案：有關 100 年度「全民健保高診次保險對象藥事人員居家照護」試辦計畫報告案。

決定：本案洽悉，另委員建議醫院藥師納入計畫乙節，請藥師公會全國聯合會攜回研議。

#### 肆、臨時報告事項

第一案：關於配合 100 年醫院總額基本診療項目支付標準調整案。

決定：本案洽悉，同意醫院合理量內非金馬地區一般門診診察費由 222 點調高為 228 點，金馬地區由 233 點調高為 240 點；4 歲兒童不分科別門診診察費得加 2 成；另婦產科、小兒科及新生兒科、外科(包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科)申報門診診察費項目(包括 00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B 及 01023C)，得依表定點數加計 17%，若同時符合兒童加成者，依表定點數加計 37%。

#### 伍、討論事項

第一案：修訂 TW-DRGs 第 2 年導入項目中部分項目之分類條件案。

結論：TW-DRGs 第 2 年導入項目，本局依程序仍須報署核

定，於報署案中敘明，醫界代表認為雙方對於第 2 年項目之分類表修訂及特材自費問題如何解決，皆未獲共識之情形下，反對 100 年 1 月 1 日施行第 2 年 DRG 項目。

第二案：增列「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫支付標準之居家照護階段收案條件，使用非侵襲性呼吸器病患通則案。

結論：居家照護階段收案條件同意納入先天性肌肉萎縮症，得另核實申報項目增列 58028C「全自動腹膜透析機相關費用/2000 點」，另「呼吸照護病房設置基準」備註 3 呼吸治療師得跨院兼任文字，暫不刪除。

陸、散會：下午 5 時 15 分

## 99 年度第 5 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議-發言摘要

### 報告事項

#### 第一案

案由：全民健康保險醫療費用支付標準 09112B「甲狀腺刺激素免疫分析」等五項診療項目開放至基層診所適用暨「新生兒光線治療(天)」、「嬰幼兒抽血(次)」等二項診療項目比照醫院部門調升支付點數案。

#### 黃主席三桂

本案於西醫基層支委會已經通過,到本會來報告,對於這個案子大家有沒有要詢問?若沒有,本案洽悉。

#### 第二案

案由：基層院所兒科專科醫師看診 4 歲兒童，其門診診察費加 2 成案。

#### 郭特助正全(王委員正儀代理人)

醫院總額針對 4 歲以下兒童門診診察費加成決議為未僅限兒童專科醫師，應釐清並確認與西醫基層規定不同，以免混淆。

#### 李科長純馥

醫院確實未限兒科專科醫師，本部分係基層院所支付修訂，醫院會另行報告。

#### 黃主席三桂

本案洽悉。

#### 第三案

案由：山地離島地區藥師暨藥劑生合理調劑量提高為 120 件案。

#### 謝委員武吉

西醫醫院釋出處方箋是否內含在藥局之合理量內？如果是診所及藥局，請在結論說明更明確。



## 李科長純馥

只要是在藥局調劑，不論是醫院、診所或牙醫釋出處方，均納入合理量計算，診所自聘藥事人員亦有合理調劑量限制，請委員參看附件4支付標準修訂，第六節調劑通則8已載明是基層診所及藥局之藥事人員合理調劑量。

## 曾祕書長中龍(鄭委員天賜代理人)

代表藥界感謝費協會、醫界及各位長官體恤離島地區藥師生的發展。

## 黃主席三桂

本案洽悉。

## 第四案

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

## 黃主席三桂

本案洽悉。

## 第五案

案由：修訂「全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫通則七調整另開內服藥之針傷科處置費人次上限」案。

## 黃主席三桂

本案洽悉。

## 第六案

案由：修訂中醫傷科治療支付標準通則案。

## 黃主席三桂

本案已於會議說明中說得很清楚，各位委員有要詢問的嗎？

### 施委員純全

先跟各位委員說明本案背景，基於法源上關係，88年同意中醫師在執行傷科業務時可由助理協助完成，93年法律規定不得設置臨床助理，這些助理妾身未明，前幾年有達成共識，我們讓他們可以執行民俗調理，但不能涉及健保醫療給付部分。

傷科業務本來就應由醫師執行，經過很多不同意見爭執最後有共識，99年3月3日前設置的民俗調理可有兩年緩衝在診所裡面，2年後就不能在診所做民俗調理，與傷科申報無關。若這樣規定反而會懲罰到醫師親自執行的部分，也懲罰到患者不能在診所內做健保傷科治療，跟當時跟他們做切割意義不一樣。

說明三內容在支委會討論時，其實所有公會代表皆反對，跟健保局提案不一樣所以兩案併陳，署裡裁示依據健保局方案，建議本案應再慎重考慮，是否可到中醫支委會再討論有無管理之共識讓這些助理有緩衝期，而不是懲罰院所不能申請傷科給付，因為助理本來就不能做健保業務，這與我們推展中醫傷科需由醫師親自執行有違背，會造成患者需自費，有實務困難，是否可到中醫支委會再討論與健保局取得共識。

### 黃主席三桂

謝謝中醫師代表意見，其他委員有無意見？

### 謝委員武吉

我很贊同施委員的意見，但附帶條件是若各層級被抓到密醫的這些人也比照辦理的話，我就同意本案。

### 施委員純全

本人的主張與您不一樣，若有密醫行為應抓去關，我並未要求密醫緩衝，這是兩件事情。

### 謝委員武吉

如果這是兩件事情就不對了，這是否也是醫療行為？那17家醫院密醫被逮到被處罰不就不公平了嗎？要就一視同仁，醫療法

也有規定。

### **陳委員錦煌**

我也是雲林縣整復公會理事長，那是否也可跟健保申請給付？我現在要釐清醫療行為，醫師本人執行健保應給付，若助理推拿要申請健保，我則不同意，我當費協會委員期間，可能將中醫18億預算刪到剩3億，我關心有執照醫師，強烈反對本案再回歸到支委會討論，不要是非不分，那是否鄉下的國術館也可以申請健保給付？我強烈反對。

### **施委員純全**

我的想法跟陳委員一樣，助理執行時不能申請健保費，但在與衛生署協調時曾同意給緩衝期間（指診所得聘用助理人員），但實務上診所聘助理雖然是有緩衝期限，但今日提案卻規定連這個診所的醫師執行傷科也不能申請健保。我們反對混淆在一起，助理在診所長期工作，沒有人同意他們申請健保。

### **陳委員錦煌**

86年支委會已決議傷科治療若非醫師親自執行不能申請健保，86年衛生署已不允許，到現在這麼久還在爭議，若健保局這段期間有給付給非醫師親自執行之傷科費用，請健保局查明，我知道健保局管理費用很辛苦，有執照的醫師請領才公道。

### **黃主席三桂**

其他委員有無意見？尊重費協會陳委員錦煌及謝委員武吉意見，因本案程序已至衛生署核定，如要到中醫支委會應另外重新提案再做討論；就本案已完整走過所有程序到本會報告，陳委員說明很清楚，在費協會也詢問過，本案健保局立場就如同說明並沒有改變，將依署裁定結果報署公告。

### **謝委員武吉**

我贊同醫師親自執行傷科治療且百分之百同意，診所外隔一間推拿算不算？這種情形類以門前藥局，健保局是否要處理？

### **陳委員錦煌**

我太太在某中醫診所看不到好，拿健保藥也吃不好，結果自費買了 600 元的藥才吃好，這是健保局有處理但沒有透徹，我太太說原本傷科在樓下看，結果現在改到樓上，本人改天要親自去抓。中醫應自我檢討，若嫌預算太多，下次預算 18 億改成 3 億，醫師如果要沈淪真的很不好。我尊重醫師社會地位，助理不能跟醫師領同樣的給付。

### **黃主席三桂**

謝謝委員及陳委員的意見，本案洽悉。

### **第七案**

案由：配合新制醫院評鑑政策，全民健康保險醫療費用支付標準地區醫院住院病房費與護理費比照地區教學醫院支付點數案。

### **黃主席三桂**

本案洽悉。

### **第八案**

案由：全民健康保險醫療費用支付標準隔離病床之住院診察費診療項目增列備註案。

### **黃主席三桂**

本案洽悉。

### **第九案**

案由：有關第三部牙醫支付標準修訂及 100 年牙周病統合照護計畫擬訂案。

### **廖主委敏榮(蘇委員鴻輝代理人)**

幾點補充，支付標準複雜型顱顎障礙症特殊咬合板治療追蹤檢查與調整項目漏列 600 點；也漏列支付標準附表 3.3.1 註 1 修訂需使用橡皮障及附表 3.3.3 不列入牙醫相對合理點數給付原則費用之項目增列牙周病統合照護計畫，並請確認國定例假日申報

點數得否排除；另外牙周病統合照護計畫 P106 及 107 格式一樣，請增加直式及橫式表格；另支付標準 91114C 特殊牙周疾病控制基本處置項目備註有疑義，請暫予保留。

#### **李科長純馥**

91114C 特殊牙周疾病控制基本處置項目修訂備註，係經牙醫總額支付委員會討論通過。

#### **黃主席三桂**

本次協議會議僅作報告，如有修訂，不尊重委員會之決議，請依程序辦理，再提支付委員會討論，否則全案請撤回。

#### **廖主委敏榮(蘇委員鴻輝代理人)**

本案不是撤回，僅 91114C 特殊牙周疾病控制基本處置項目修訂備註部分，請保留，其他有時效性，相關漏列資料請予補充。

#### **李科長純馥**

有關支付標準修訂漏列部分，提案表已有敘明，附件漏植部分會予補充。

#### **蔡委員淑鈴**

91114C 特殊牙周疾病控制基本處置項目備註修訂，牙醫支付委員會已通過，如有修改，可提 100 年第 1 季支付委員會討論；漏列資料部分，本局會補充，牙醫高額折付排除條件同意將牙周病統合照護計畫施行項目納入，有關例假日部分本次不予討論。

#### **謝委員武吉**

為何 92069A、92070A 僅有醫學中心與區域醫院可以做?! 如果地區醫院聘到高明的醫師，為何不能施行複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療項目?!

另牙周病統合照護計畫 P4001C，區域醫院與西醫基層可以執行但為何地區醫院及醫學中心不可?!

#### **廖主委敏榮(蘇委員鴻輝代理人)**

這項治療屬難症，醫師要接受過學會之嚴格的教育訓練，都可施行，目前可作之醫師係經過調查，放寬地區醫院會納入下次

討論。

**謝委員武吉**

現行規定剝奪地區醫院之權利，要做全部都要可以，不然全部不要做，本案建議不要通過。

**蔡委員淑鈴**

牙周病統合照護計畫 P4001C 未列地區醫院及醫學中心係漏植，本局會補列。

**張院長克士(蕭委員志文代理人)**

若童綜合醫院聘任心臟科權威魏錚醫師進行心臟開刀，施行治療的是醫師，不是醫院，有些地區醫院規模比區域醫院還大，這應與醫院層級無關，如果限定，是對地區醫院歧視。

**謝委員武吉**

你是評鑑委員嗎?!區域以上都是教學醫院嗎?!

**童委員瑞龍**

時間關係，請主席作處理，不要浪費時間。

**謝委員武吉**

這不是浪費時間是爭取我們的權利，都不要通過算了。

**陳委員錦煌**

本案建請保留。

**黃主席三桂**

建議採折衷方案，各層級院所是否均適用，非本次會議能決議，本人承諾可在下次支付委員會議中，協助將地區醫院納入。

**謝委員武吉**

本案一定要保留。

**陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

到底要不要給付，應於本次會議討論，如有不合理，應可提出，如不討論，實在很奇怪，個人對許多重要案子在支付委員討論後到本會報告，有些則在本會討論，也感覺有些混亂。

**黃主席三桂**

現在是牙醫報告案，不反對委員於討論案時另案提出，報告

時突然要處理另一案，個人很難處理。

**陳委員錦煌**

因有其他案子還要討論，本案請保留。

**黃主席三桂**

本案全案保留。

**第十案**

案由：有關 100 年度牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫(草案)。

**謝委員武吉**

我很贊同都納入，但是小朋友到急診也才加 2 成，我的孫女是雙胞胎，曾因發高燒到高榮掛急診，光是打針就要出動好多位人員押制，本案卻是加 3 成，是否因於牙醫總額錢比較多?!

**黃主席三桂**

本項係中度以上精神病患就診牙醫費用加 3 成，因與一般兒童不同，故加成率較高。

**童委員瑞龍**

適用對象為何增列植物人，近來媒體及黃監委都提出應減少無效醫療，以免浪費。是否牙醫錢太多，將其納入。

**黃主席三桂**

無效醫療與植物人是二回事，這樣混在一起談會產生對植物人的歧視，本局對於本案均經過嚴格的考量，本案洽悉。

**廖主委敏榮(蘇委員鴻輝代理人)**

補充說明牙醫點值未如醫界所想，99 年第 1 季點值為 0.95，未來還要扣掉，並非錢太多，請不要誤會。

**第十一案**

案由：有關 100 年「提升住院護理照護品質方案」修訂內容案。

**謝委員武吉**

說明內容可能要更改 2 個文字，產房自然產人次之護理人力應更改為護產人力，剖腹產亦同。建議護理人力排序比率能增加

到 80%，雖然昨天討論已決定 2 案併陳方式，但還是請主席能再考量，不要用 2 案併陳的方式，依台灣醫院協會建議，增加 10% 的獎勵名額，提升醫院的榮譽感。

#### **林主任富滿(蔡委員正河代理人)**

手術室手術人次計算之基礎為何？是申報人次還是醫院自行提報？

#### **李科長純馥**

手術室人次計算是以手術醫令數等申報資料為計算基礎。

#### **陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

款項運用情形報告有沒有範圍？例如：領到獎勵金全用在聘請護理人力，沒有其他獎勵措施，這樣也可以嗎？要如何提報？請詳細說明。另建議護理人力排序比率能增加到 80%。

#### **陳主任雪芬(林委員芳郁代理人)**

新增款項運用情形報告乙項，如果只領取品質登錄獎勵金 5-10 萬也要報告嗎？這可能會產生一個問題，預算先扣除情形下，最後可能會執行不完，造成 10 億元預算最後只用 6-7 億元，如果要務實的用完預算，是不是能不要寫得那麼死。

#### **蔡委員淑鈴**

款項運用情形報告之獎勵金，須到 101 年 3 月份獎勵院所才要向本局報告，屆時本局會以公文並附相關表格通知獎勵院所申報。

#### **張院長克士(蕭委員志文代理人)**

本案是報告案，是否不可討論?!但仍要表達意見，今年既已增加預算至 10 億元，其目的因應是為擴大獎勵，在此，還是強烈建議能採取醫院協會版本，事實上，去年實施的結果，連品質很好的榮總都沒有拿到獎勵金，因此為避免錯殺的機會，建議護理人力排序比率能增加到 80%。

#### **謝委員武吉**

昨天我也提出護理人力排序應調整為 80%，主席可以有魄力



些，不需怕說話，勿雙案併呈。

### 黃主席三桂

本案昨日醫院總額支委會已討論通過，但醫院協會意見我們會忠實呈現給衛生署了解。昨日討論護理人力排序比率以 2 案併陳方式報署核定，公務人員必須依法行政。如果依協會意見增加至 80%，預算推估將不足 0.57 億元，這是必須考量之因素。

### 陳錦煌委員

護理人員薪資待遇有些比外籍勞工還不如，既然多爭取到 1.675 億元預算，是不是能以醫院協會意見，護理人力排序比率獎勵增加到 80%，才能更加突顯其價值。

### 高委員靖秋

首先感謝陳委員對護理界的支持，護理界與醫院協會立場一致，希望獎勵院所能提高至 80%，但還是要看健保局試算結果是否有足夠之經費。

### 羅院長永達(謝委員文輝代理人)

地區醫院因差異性大，未拿到獎勵金之院所都是規模較大之醫院，提供專科住院較多之醫院較拿不到獎勵金，提供門診服務較多之醫院較能拿到獎勵金，產生不公平之情形。

此外，因無法訂出讓地區醫院競爭更公平性之計算方式，希望能將獎勵院所增加到 80%，減少錯殺之機會。昨日之結論，是主席裁示，非委員會共識，預算不足部分，是否能以其他方式解決，獎勵院所還是建議能增加到 80%。但因主席說還有 5000 多萬的差距，這是昨日醫院總額支付委員會議所不知道的，所以我們同意將 80% 修改為 75%，送署核定。

### 第十二案

案由：「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」新增填報「影像來源」案。

### 黃主席三桂

本案洽悉。

### 第十三案

案由：100 年度修訂全民健康保險醫療費用支付標準「使用滲透壓或非離子性含碘對比劑」取消適應症案。

#### 黃主席三桂

這是使用低滲透壓或非離子性含碘對比劑使用修正案，這個案子我們也在醫院支委會討論過，對於這個案子大家有沒有詢問？

#### 郭特助正全(王委員正儀代理人)

今天費協會陳委員在場，我在這邊補充昨天醫院支委會闡述之意見，費協會對醫院總額有區分一般預算及專款專用，專款專用就是沒用完要追回，用不夠的則沒辦法有其他撥補，我想這個規定是合理的，但一般預算內之新增醫療項目皆用預估的，可能花 5 千萬也有可能花 10 億，建議一般預算若沒花完應該回歸到一般預算較公平，若沒用完要繳回，而用不夠卻要自己想辦法，我想這對醫界不公平，這樣的總額不是很理想，昨天我們在總額委員會有跟費協會的人報告過，希望陳委員在下次費協會時可以幫醫界把關一下。

#### 陳委員錦煌

你們醫界以後不要評估錯誤，要把正確的數目拿出來，一般預算若沒花完，健保局可能會扣減該額度，醫界提供年度預算數字時，應評估正確不要差太多，以免我被罵，我一向很照顧醫界，醫界代表請放心，我會以百姓福祉為重，我不會管錢管得死死的，該用的就要用。

#### 黃主席三桂

謝謝陳委員的支持。

#### 張院長克士(蕭委員志文代理人)

適應症 9：多重外傷併有 Hypovolemia shock，應該是形容詞才對。

**蔡委員淑鈴**

適應症將要取消了。

**謝委員武吉**

昨日有提出，認為用量高時，成本價格應該會下降，是否請顯影劑公司調整費用一下？

**蔡委員淑鈴**

昨天醫院支委會臨時會有附帶決議，我們會於事後一季 check 使用情形，昨天我們已經討論過配套了，昨天也已經通過了。

**黃主席三桂**

非離子性含碘對比劑價格應調整，這個我們會處理。

第十四案

案由：建議新增醫療費用支付標準診療項目案。

**黃主席三桂**

本案是 100 年增列 3 項診療項目，各位委員對本案是否還有意見。

**林主任富滿(蔡委員正河代理人)**

有關人工電子耳是否還會再徵詢台灣耳鼻喉醫學會。

**李科長純馥**

會的。

**陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

請問到第 2 季之前，院所或學會還可以來文建議新增診療項目嗎？若可以，我們將儘快請專科醫學會或醫院代表彙集資料來向健保局申請新增診療項目。

**蔡委員淑鈴**

我們歡迎大家來申請新增診療項目，但文件要齊備，本案說明三有說明，目前還有很多項目因為文件不齊，還在等相關學會及醫院的文件，所以無法在本次會議一次來做 100 年的增列診療項目，至於說明三「暫保留至 100 年第 2 季，於第 3 季檢討該預

算扣減額度」文字部分，是希望 100 年所編列的預算能保留到第 3 季前來持續研議新增診項目。

如果到第 3 季大家還是無法補正文件，無法納入第 1~2 季中討論研議，才考慮扣減預算額度，若學會可以發文給各醫學會，將有急迫性需增列診療項目，並請附上齊全的文件，我們將會馬上來評估，以利在明年總額支付委員會第 1~2 季中討論增列。

#### **王理事榮濱(張委員來發代理人)**

醫檢師公會有小小的建議，發現目前增列很多項目之編碼都未照會醫檢師公會，醫師公會的好意，要開放檢驗項目至一般基層診所申報，但在健保局檢驗項目有規定要符合他的檢驗方法才可申報，否則會被核退，像 27 開頭的編碼都是核醫檢查項目，而這次開放至 C 表的 TSH(EIA/LIA)，非屬核醫檢查，可解決爭議一年來的 TSH 申報問題

但 T3 部分，醫師公會將 27001B 開放至 27001C，還是屬於核醫檢查，並未開放非核醫的檢查編碼，西醫基層還是沒辦法申報，明年申報上還是會有很多問題，像 EPO、DHEA-S、FREE B-HCG … 等都是 27 開頭的 B 表，醫院上除非有核醫設備，否則無法申報這些碼，而各分局執法不一，南區就很嚴格，申報 27 開頭編碼則一定會被剔除，其他分局就無此問題

所以，醫師公會是否要思考一下，以後有這種問題要不要照會一下醫檢師公會意見，像 100 年就出現一個問題，T3 要如何申報。

#### **張醫師孟源(李委員明濱代理人)**

謝謝醫檢師公會全國聯合會，用 RA 檢驗方式或 EIA 檢驗方式，我們知道一般基層診所用常用 EIA 檢驗方式檢驗，但腫瘤部分可能採取 RIA 的方式比較準，因此 Free PSA 我們認為以 RIA 的方式 Sensitivity 較好，甚至考慮需要用到第 2 代或第 3 代 RIA 或是 RIMA 方式才更為準確，至於其現在是 B 表，未來是否開放至 C 表，我們需要等到醫師公會全國聯合會達共識，之後我

們才考慮逐步開放。假設這些編碼要開放至 C 表，我們也很希望會同醫檢師公會全國聯合會來共同討論，目前 RIA 有其輻射線還是維持在醫院執行較為妥當。

#### **王理事榮濱(張委員來發代理人)**

再補充一點，因為核醫的普遍率低很低，現在有做核醫的醫學中心也沒有幾家，幾乎都用 EIA 或其他方法檢驗，雖然剛才委員表達 RIA 敏感度很好，但仍需考量普遍性及醫院執行的困難度。

#### **黃主席三桂**

這個問題，請兩個公會會後再去協商，本案依案通過。

#### **第十五案**

案由：有關 100 年度「全民健保高診次保險對象藥事人員居家照護」試辦計畫報告案。

#### **郭特助正全(王委員正儀代理人)**

這個案相當有意義，不過唯一缺陷，在 178 頁申請資格，僅限定在特約藥局的藥事人員，那我們建議說，在這個高診次的用藥服務推動案，基本上醫院的藥師也有這樣的責任，理論上，在全國藥師公會的會，應該只要有接受過這樣的訓練，我認為都有權利、有資格、有義務去參加這樣的輔導，我建議全聯會帶回去檢討一下，是不是把這個資格放寬？不要侷限在特約藥局而已，以上。

#### **陳委員錦煌**

主席，這個我有意見，這個案子是我支持的，原本只有 900 萬，今年編列 3600 萬元，我希望能看到成果，如果太少，以後就不用辦了，再來，醫院的意見要納入，要照郭委員的意思來執行。

#### **曾秘書長中龍(鄭委員天賜代理人)**

主席及各位醫學先進，剛剛郭委員的意見，我一定會帶回去

與理事長及所有委員報告再來研商，事實上這個計畫，我們在前置作業已經都做的差不多了，希望這 100 年的計畫就依照我們陳報的計畫內容來執行，這裡我還是要先感謝陳委員的支持，本案是當時陳委員在費協會大力的支持，這執行過程中因為 99 年計畫是起步比較晚，雖起步比較晚可是執行成效還是比預期成效大，是有達到目標，所以這 100 年的計畫是有獲得費協會所有委員的支持。

在這執行的過程中，藥師公會要表達的是對各界非常的感謝，因為在這執行過程中有許多醫師給我們意見與指導，藥師所扮演的角色是希望藥師來協助醫師，因為台灣醫師非常忙碌，擔心對病人的用藥，因為忙而忽略掉的時候，怕會對病人產生不良影響，所以希望這一塊由藥師來執行，我們真的很感謝這過程中，所有醫師給予我們藥師的幫助，大家真的合作愉快，至於剛剛委員建議，我一定會帶回去陳報，以上謝謝。

### **童委員瑞龍**

剛剛陳委員的建議，我想藥師公會應該要帶回去儘早研議，因為現在還不到 100 年，讓醫院團體的藥師來加入，這才是重點，不要說 100 年不行，因為 100 年預算增加 2 千多萬，原來 9 百多萬增加到 3 千 6 百萬，所以應該讓全體有藥師資格的加入，讓需要補訓練的補訓練，這樣比較合乎費協會的意見，我再次表達醫院協會的意見，希望藥師公會能夠採納。

### **黃主席三桂**

這一點希望藥師公會盡量協助，把醫院的藥師一併納進去。

### **臨時報告事項**

#### **第一案**

案由：關於配合 100 年醫院總額基本診療項目支付標準調整案。

#### **郭特助正全(王委員正儀代理人)**

建議補充本第 24 頁餘額由婦、兒、外科申報門診診察費…，

應增加「除急診外」用字。

**李科長純馥**

婦、兒、外科申報門診診察費項目代碼，業將合理量外門診、急診及精神科門診診察費除外。

**陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

有關婦兒外科額外加成是以 222 或 228 為基礎計算？

**郭特助正全(王委員正儀代理人)**

如果兒科同時為 4 歲以下兒童，是否以  $228 \times (1 + 0.2 + 0.17)$  計算。

**李科長純馥**

額外加成是以 228 點為基礎計算，請各位委員參閱補充資料第 32 頁，修訂之通則十二，如婦產科、兒科、外科同時為 4 歲以下兒童加成率為 37%，申報點數係以  $228 \times 1.37$  計算。

**林主任富滿(蔡委員正河代理人)**

有關婦兒外科額外加成後之門診診察費高於精神科門診診察費之合理性，建請考量。

**陳委員錦煌**

目前婦兒科經營困難，費協會決議多予幫忙，預算已經編列方案協調好就好，個人無意見。

**黃主席三桂**

本案洽悉。

**廖醫師敏榮(蘇委員鴻輝代理人)**

請主席、各位委員同意，再檢討第九案，因其有時效性，如果延後，會影響牙醫總額作業之運作，本席同意複雜性顱顎障礙咬合板治療放寬地區醫院可以施行，經費應尚可支應，牙醫會管控。

**黃主席三桂**

本項照程序，先進行完畢後再作討論。

## 討論事項

### 第一案

案由：修訂 TW-DRGs 第 2 年導入項目中部分項目之分類條件案。

#### 郭特助正全(王委員正儀代理人)

我想台灣導入 DRG 也是一波多折，在第一年做的過程中間陸續陸續都有向貴局提出一些再分類的建議，當然貴局也有做一些處理，但事實上我最近在各院區討論 DRG 還是有接收到很多的聲音，例如像骨科的多處骨折和單處骨折是同一個 DRG，因為他都跳不到 Trauma 外傷的那一個 DRG，這會有一些問題，再來像有些年紀大的是多重疾病，有一些關節要置換是需要訂製的，這些都會有很大問題，所以基本上來講醫界認為還有相當大的問題需要再逐一的來協商，

再來第二點，會前提出來第二階段要做的項目，醫院協會內部還是有做一些討論，但所做的那些討論基本上還沒有真正進一步的做細部的協商，今天在這會議上我想也不太方便做細部的協商，中間有一些雙方的意見還不是很相同，我希望 DRG 既然要做的話，不急於一時，我們把第一階段的東西弄的清清楚楚，大家的意見緩和下來，我想第二階段推動會比較 smooth 一點。

另外第一階段還有一些特材的問題相當嚴重，上次醫院協會與署長在一個溝通的場合，貴局長官也有同意就這個問題找一天大家來好好談談，因為這些問題還沒有談完，我建議不要急著倉促要在 1 月 1 日實施，像我剛提出的這些類似問題，可能其他委員也都有很多意見，希望能將這些問題逐一化解掉後，第二階段再來做會比較恰當一點。

#### 羅院長永達(謝委員文輝代理人)

DRG 之前在協商時只有跟醫學中心和區域醫院，發文只發到那邊去，後來蔡組長主持會議時我們提出抗議，為什麼我們到開會時才接到補充資料，後來的第七版、第八、第九、第十才把我們地區醫院弄上去，其中包括像疝氣 hernia 再分成那個有沒有



異常，有沒有 scopy，有沒有異常，以及剛剛郭委員提到的多處骨折未到 multiple trauma 的 DRG，都是我們當時地區醫院協會提出來的，而且我記得當時在那會議上有提到那幾個部分要再做一些 DRG 的修訂，在這邊也都沒有看到，我只是覺得說雖然我們社區醫院佔的比例不大，但不能所有的文裡面都把我們拿掉，我們要提出一點抗議。

### 童委員瑞龍

羅委員我們沒有那個啦，你誤會了，因為謝武吉有去參加，在那個三樓啊。

### 謝委員武吉

沒有唷！羅永達委員出席很多次 DRGs 會議，前段討論 DRG 會議時我的確比較少出席，因於我那段時間較密集出國；於近日報紙中，關中說「政治人物常犯的兩個錯誤，一個是失言，一個是圓謊，不小心犯錯馬上道歉，比較容易處理，但犯錯還要強辯，推卸責任，問題就比較嚴重」；有關 TW-DRGs 問題列出有 100 多條，其中地區醫院也提出有 20 多條，但都沒看到相關內容的呈現，就如同羅永達委員剛才說的意見，所以建議本案比照報告事項第九案牙醫的案子，請保留，對於所提內容，我不能接受，請全案保留。

說明三的第二點雖然與醫院協會有多次開會，但醫院協會也於 11 月 26 日行公文給健保局，確確實實像我從上禮拜到今天，天天在開會，不是在這裡就是在衛生署開會，所以不是我們在推卸責任，也不是我們在閃避，或我們在做任何一個有規劃性的對抗健保局的行為。

對於特材方面剛剛郭特助已經講的很清楚了，我希望這是在兩邊都能夠有很好的協商以後再來處理，會比較完善、比較完美，不會像關中講的一樣，謝謝。

### 陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)

實際上我們很惶恐，如果要復談，今天這些資料裡面其實還

有很多需要再討論的，包括像說明 34 頁裡面都還有很多的問  
題，這是你們認為的、已經去訂的，更何況 DRG 的申報和一般的  
申報不一樣，其實我們也感謝健保局也接受了我們很多的意見，  
但有很多要修改的，而且申報程式的系統現在還沒有公告，我們  
1 月 1 日要做今天已經 12 月 15 日了，我不知道會不會來的及，  
這是一個問題，如果在第一階段的已經談好的，要去修改的，大  
家再看看能不能上。

第二階段因為資料實在太多，而且有很多真的應該要再給我  
們機會協商，因為這個一做下去尤其是婦產科和骨科的明年幾乎  
是百分之百進來，除了癌症以外，這涉及很大，我可以告訴各位，  
連台大醫院要徵詢第一年婦產科醫師，我們要 10 幾個，一位都  
沒有，沒有人要報名做婦產科住院醫師，所以我們希望慎重一  
點，而且今天手上沒資料，只有你們寫的那個，而那天拿出來的  
都沒有提供。

其實我今天有帶來，我只要舉一個例子，像今天的資料 34  
頁第四點的說明第 3，自行要求剖腹產原來第一年是用論病例計  
酬，現在說要改用 DRG513 申報，支付點數權重由現在的去回推，  
這個 OK，可是不能加成，我們為了這一個要去做申報就非常的  
困難，而且我們一再的不認為這個自行要求剖腹產為什麼健保要  
給，你就連 15,669 也不要給，就讓他全部自費，你如果要給就  
給，但照這樣的邏輯，就為了幾個案件要申報，我們的程式是很  
難做的，而且這個我是認為不合理，現在我們在台北分局也提出  
來我們的剖腹產率有多高多高，我們臺大醫院自己規定這種自行  
要求剖腹產我們絕對不接受。

如果你要特殊要求那你就自費，可是你現在這邊訂好這樣  
子，勢必以後我們自費，如果有人去投訴，你又要告我們自立名  
目去跟病人收費，所以我們認為這樣的作法是非常困難的，另外  
還有，在上一次討論資料的附件 16，上一次資料比較清楚，就  
是第 134 頁，我們一再的講說現在要鼓勵多生產，可是常常有很

多的孕婦是超過 35 歲才懷孕，就會有安胎的費用。

本來現在安胎的費用你們說另外申報，可是在這裡你看上次的附件 16，134 頁裏的二說同次住院期間的安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬的 MDC 導入時再按其適當 DRG 申報，那明年就導入了，這個你們也沒有出來啊，因為明年等於婦產科幾乎都進來了，可是這一條就沒有進來，就是還有很多的問題，不是今天像你們寫的這個一二三四五六然後第七就是報衛生署 1 月 1 日要實施，而且這個第二年真的牽涉非常非常的多。

因為在這個會上我們很多的委員對這個也不是很清楚，要這麼細節的去討論確實是會浪費很多的時間，所以可不可以保留，至於第一階段已經通過的，我們認為先報，讓我們 1 月 1 日也可以上路，這是我的意見，謝謝。

#### **郭特助正全(王委員正儀代理人)**

第二次發言，我想在費協會有做成決議就是要去做推動，國外在 DRG 的推動我想也是經過相當漫長的時間，我們比較擔心在第三階段內科一進來，可能問題會更大，我們覺得既然推了一個新的制度，不要急著一年就急就章推上，我希望有個緩衝，可能費協會的委員不是很清楚知道國外有這樣的制度，但醫界現在是表達真的還有很多的問題，我們不是說反對，只是認為先把這些問題處理掉再做，今天剛好有費協會的委員在場，我們希望這樣的意見，費協會委員能瞭解醫界有這樣的困難，不要逼我們 1 月 1 日馬上要再做，然後後年的 1 月 1 日第三階段要做，這個基本上有實質的困難，希望費協會委員也能幫忙在這方面做一個緩衝。

#### **張醫師孟源(李委員明濱代理人)**

主席，有沒有可能就是說，有些沒有爭議的部分大家可以商量先通過，有爭議的部分比如說剛剛醫院提到的多發性骨折還有婦產科的問題，因為多發性骨折在醫學上如果是一個是老年人，則其死亡率相當的高，例如說老人髖關節骨折一年的死亡率就有

30%，這對於一個病人的權益是影響相當的大，所以是不是這些部分還是稍微尊重醫療的專業，有些是要在醫療的經濟與專業達到一個適當的平衡點，謝謝。

### 謝委員武吉

我剛才已經說明了三個理由了，我一向說實話，感覺上既然大家的意見分歧這麼大，我們大家應該要討論的東西也都還沒討論完成，就匆匆忙忙要來執行這樣比較說不過去啦，如果說的過去就是硬拗的，我認為大家還是要好好的討論與商量。

第二點就是剛剛郭委員已說了，我們健保局的最高主管機關在有些地方，我是沒有參加，我聽說有些委員有參加，健保局的最高主管也承諾了一定要和我們醫院的代表來協商、共同討論，把它很圓滿的完成，這是我們最終目標。

第三點是，既然最高主管也承諾了這種協商的因素，我們就要做出合理而且又公平、公正的做法，我就覺得醫界和健保局之間不曾這麼緊張，我覺得今年特別的緊張，所以我認為如果能夠和諧的退一步，有疑義的地方大家討論到完成以後，再來推動第二階段我想就會很快了，就200多項，我想那比較好推動。

我一向說實話，有許多問題都未討論好，若要強行通過，健保局是太凹蠻，且有健保局長官也承諾說會與醫界好好討論，既然長官承諾，也請布要讓醫界有不好觀感，大家合諧點，把有疑慮的先釐清好，且第一階段僅剩100多項問題，應該會很快完成討論。

### 黃主席三桂

其實醫院的困境我也很清楚，不過站在行政單位的立場，我所接到的指示是第二階段是明年就要開始，我也非常同情醫界的狀況也深刻的了解，但健保局仍是要依照指示把這個案子向上呈報，這是第一點，公務人員就是要依法行政。第二點要表示說這個案子報上去，如果醫院要再跟署裡協商討論是否暫緩、特材以及幾項通則等問題，健保局都可從旁協助，只是目前必須先將這

個案子報上去，否則我算是失職，至於署會不會接納，考量暫緩一年，或是有共識的項目先上路其餘再討論，這些都並非我健保局副局長職權範圍可以決定的。

而醫院方面推動的困難我也很清楚，但仍是要先報上去，而最後結果如何，老實說我也無法確定。也許第一種批回來再跟醫界協商；也許是直接說既然如此困難那是否暫緩一年雙方再做討論，這些都無法預測。基於行政單位立場一定要說清楚，不能有所隱瞞，一定是要按照程序上報署裡，希望醫院方面能了解。

### **郭特助正全(王委員正儀代理人)**

謝謝主席，剛才提到長官希望在 100 年實施，但醫界並不是反對 100 年實施，而是希望不要急著在 1 月 1 日立刻上路。因為第一階段還有部分需要再修改，等改完以後第二階段大家同意的部分再切進來，能夠有這樣一個轉圜的機會。

### **黃主席三桂**

我也是希望，但是程序上 12 月底以前我一定把這個案子上報，至於什麼時候施行我都沒有意見。

### **童委員瑞龍**

請問主席要如何反映我們的意見？

### **黃主席三桂**

從謝武吉到羅委員到郭正全我們都將以實錄呈報上去，署裡一定會看到醫院的困難，但我一定要在年底前報上去，至於結果就是剛剛說的三種：第一，好，不要那麼急，緩一年；第二，再跟醫界協商；第三，邊做邊改。各位的情況我當然了解，但站在健保局的立場，這行政程序一定要完成。

### **童委員瑞龍**

我們是反對這個提案就這樣通過，有一些簡單的可以，但是第一階段特材部分還沒解決，第二個，100 年的也都沒有解決。當時健保局長官也承諾要先跟醫界協商完、有結論了再提到協議會議討論，誠如郭特助說的我們並不是 100 年不做，大家都談清

楚了，先撇開醫院立場站在病人的安全立場，因為 DRG 牽涉層面太複雜，勢必要把各項細則跟各層級的代表都能弄清楚，讓各醫院都能配合健保局，對病人的安全才有保障。所以在醫院協會的立場這個案子不能通過，僅同意上報衛生署，我代表醫院協會理事長要強硬地說明這些困難點。

### 黃主席三桂

我完全了解，醫院協會表示不贊成這個案子，而我行政單位還是要報上去，結果由署裡裁決。

### 羅院長永達(謝委員文輝代理人)

醫院協會所有代表對於 100 年實施方式看法一致，我要談的是今年的部分，之前蔡組長的協商會議裡有提到把 DRG 拆分出來的百分比夠不夠，有沒有達到標準，費用本身是否有意義，我想蔡組長應該記得那時的決議，都是我們花很多心血提出的數字，可是今天在修訂重點的四個裡面卻沒看到那三項，包括疝氣、scopy、多處創傷。

### 蔡委員淑鈴

腹腔鏡手術有啊，剛剛提的就是腹腔鏡手術。

### 羅院長永達(謝委員文輝代理人)

這是疝氣，那多處創傷的部分呢？

### 蔡委員淑鈴

這是第一年的部分嗎？

### 羅院長永達(謝委員文輝代理人)

對啊，就是第一年的部分啊。

### 蔡委員淑鈴

羅委員，當時我們通過的就是腹腔鏡再把它拆分出來，我們有放進去啊，就是國字二的部分，這是第一年的部分，為什麼要一直講我們沒有放進去呢。

### 羅院長永達(謝委員文輝代理人)

那疝氣的部分呢？

### 蔡委員淑鈴

疝氣的部分也就是分腹腔鏡。

### 羅院長永達(謝委員文輝代理人)

不是，是有 Complication 跟雙側，就是複雜性和雙側的本身要不要再拆分 DRG，另外一個就是剛剛提到的多處骨折部分，這是屬於比較技術性的問題，我記得當時拿到的會議紀錄是說這個部分願意再拆分出來的。

### 蔡委員淑鈴

我們同意的我們都會放進去。

### 羅院長永達(謝委員文輝代理人)

是，那 100 年的部分我就不用多說了，我想大家的看法是一致，我代表社區醫院，我們是一致的看法。

### 陳委員錦煌

主席，我雖然不是很懂，但既然副局長說三案併陳送到署裡去裁定，看能否不要急著 100 年 1 月 1 日實施，延後一下，這是我的意見。

### 黃主席三桂

不是三案併陳，因為醫院是反對的，我報上去是會寫醫院協會不贊成這案子，我只是說我們將案子上報後，我自己在猜測可能會有三種情形而做這樣的說明，不是說我要提三個案子。

### 陳委員錦煌

我的意思是照剛才主席說的三種說明報衛生署，因為醫界反彈這麼大。

### 黃主席三桂

不是，醫院不同意提案，所以不能這樣，我是行政上程序必須上報給署，因為我之前接到的指示是說第二階段明年就是要開始，那要何時開始，我一定就是要報給署，至於要做不做，署裏會給答案。

### 陳委員錦煌

衛生署 98 年就是拍板定案了，但是醫界反彈這麼大，對不對？

### 童委員瑞龍

當時要推動 DRG 就說實施半年要檢討，但是現在實施第一年了，對於嚴重、急重症的 DRG 讓醫院嚴重虧損，第一階段都沒有說如何補救、解決，還要進行第二階段，沒有考慮病人安全、沒有考慮醫院的虧損，就要一直做下去，我想醫院不能接受，99 年的部分你們都可以列出來這些嚴重虧損包括：急重症、多發性骨折、住加護病房、使用呼吸器，只有洗腎你們同意另外，那這些問題你們都沒有解決，都沒有明白表示給上級長官知道，那上級長官怎麼知道推動的困難度呢？

所以應該站在互動、了解醫界的立場，為什麼醫界不願意進去，就是因為每每都讓醫界自行吸收虧損，哪有說特材什麼的都用在病人身上，卻都要醫院自行來吸收呢？這實在沒有辦法。若要再舉例隨時都能提出來，醫院今天如果沒有困難，我們也沒有必要常常講這些話出來，就是醫院經營上有困難，實施的話對我們有很大的影響，像剛剛講的 100 年婦產科你也要好好考量，現在婦產科都沒人要做了，你還要做 DRG 去修理他們，我認為實在不應該，你們要公道人心，以健保局來說，女性員工有多於男性嗎？難道他們將來的就醫問題都不必考量嗎？

### 黃主席三桂

還有沒有人要說的？好，那這個案子這樣子處理大家聽看看，第一點，醫院協會很明白的表示不贊成在 100 年實施第二階段的 DRG 部分，相關的意見我們會在實錄的會議紀錄中呈現各位委員的表達。第二點，健保局按照程序還是要把我們自己所建議的案子呈報到署裏頭去，由署來做核定。我們寫這兩點，這樣可以嗎？

### 童委員瑞龍

關於第一階段特材部分還沒跟我們達成共識這點也要寫進



去。

**黃主席三桂**

好，沒問題。

**謝委員武吉**

不要說我們反對，我們不是反對 DRG，應該要這樣寫比較好，說我們希望能繼續討論，如果能夠討論好，我們絕對會配合實施。

**黃主席三桂**

好，那就是說，由於特材的問題，還有部分的項目，雙方還沒有達到共識之前，醫院協會是暫時建議不要先上去，希望等到協商完以後，有共識再提出來，文字上改這樣，各位委員表達的意見我們會據實陳報上去，我這裏的立場你們要諒解，因為我沒有報上去不行，至於要不要做其實也不是我能決定的。

**第二案**

案由：增列「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫支付標準之居家照護階段收案條件，使用非侵襲性呼吸器病患通則案。

**黃主席三桂**

本案是呼吸器計畫居家照護階段收案條件，擬增列使用非侵襲性呼吸器病患通則案，本案因有多位立法委員表達關心弱勢，而且病友團體也一再要求，時間也持續近二年，請諸位委員表示意見。

**陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

第 39 頁說明第 7 點，為何 APD 租機器的費用(指 58028C/全自動腹膜透析機相關費用)會在這裡突然出現？

**李科長純馥**

第 195 頁有提到目前定額外有一些可以核實報的項目，當時即把洗腎拉出來並逐項條列，但 58028C 是後來新增的就沒有寫進

去，所以併本次提案一併修正。

### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

因上週衛生署石處長主持一個會議有關 RCW 的設置標準，很多文字已字斟句酌，醫師部分就希望以後設置基準中不要寫重症專科，當時就裁示應用胸腔或重症醫師受過相關訓練者，此將成為未來署版的一個標準，此為第一點。

第二個部分在儀器設備裡的心肺血壓監視器不得少於六分之一在當時也刪除，刪除的原因是當時有請教多位專家認為這樣的規定太嚴格，因為每個病患的 CMI 值就是不一樣。

第三個是當時有問過呼吸治療師公會的人員是否已達到那個(足夠人數)標準，目前有很多地區醫院的床數約 20~30 床數，都需要這個資源，在人數還不是很充足的情況下，我記得三年前當時也是主席主持的會議中說先適用三年看看，到時後人數還是不足的時候，再考慮是否延長。

當時會議詢問 RT 公會表示人數不夠情形下，加上地區醫院很多都是在 30 床以下，事實上還是需要跨院的兼任，我們現行的規定是在同一個院內人員為限，對某些型態的地區醫院的 RCW 會造成一些困難，所以建議醫師部分文字上做修正，第二個比照衛生署版把心肺監視器後面括號中的文字刪除，第三個是建議呼吸治療師兼任之文字暫時延用二年。

### **蔡委員淑鈴**

衛生署最近在討論設置標準但尚未公告，所以本局不能提前改，要等新版設置標準公告會配合修正。

### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

因文字敘述不是加減的問題，而是一個原則問題要不要寫專科醫師。

### **蔡委員淑鈴**

但是本局要用公告的才能算數，今天可能你參與那個會議，但還沒公告前無法照你的意見來改。署長及副署長在很多場合一

直希望說我們儘量不要用專科醫師，除非是法定的 25 個專科醫師，以外的儘量不要入法。

### **李科長純馥**

計畫是在署還沒有公告正式之設置基準前，就先以健保計畫的設定一個設置基準，依支付標準規定，如果署已有相關明定，支付標準即會移除，也就是說不需要在二個地方訂同樣的東西，如果未來署公告，我們就會依照署的公告來執行，這個部分（呼吸器計畫的設置基準）我們就會撤除，如因醫事處及照護處有相關規定，支付標準不會重覆訂。

### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

如果這樣就建議暫時先不要修改。

### **蔡委員淑鈴**

本次提案主要是要放寬先天性肌肉萎縮症的病人，主要是跟各位委員報告有這個過程，其他部分均維持。

### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

每個醫院多多少少都有這種病人，從以前就是個問題，包括剛的腹膜透析也是我們一直在反應的部分，所以居家照護及腹膜透析的修訂我們是支持的。

### **蔡委員淑鈴**

本次提案腹膜透析主要是配合過去漏掉把它補進來，重點是通過讓非罕病的先天性肌肉萎縮症的病人，他如果達到一定的生理指標由健保給付居家的呼吸器。

### **郭特助正全(王委員正儀代理人)**

費用是其他預算嗎?(李科長純馥回應：是的)，說明二項第六點所提原則每年評估 1 次, 3 年以後則不再評估是指不再給付還是永久?(李科長純馥回應：永久)，如果是永久則違背健保支付的精神，這種情形超過六個月已進入長照，雖然沒有用到醫院部門總額，但用健保（其他部門總額）恰當嗎？其他預算是否足以支付這類案件？

**蔡委員淑鈴**

因為長照保險尚未開辦，我們也同意未來應納入長照。

**黃主席三桂**

同意通過，有關設置基準會配合署修正辦理。

**羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

201 頁備註 3(呼吸治療師兼任)是否再延用 2 年或暫時不做修正。

**蔡委員淑鈴**

本次會議第 8 點先不修，第 6 點及第 7 點通過修訂。

**黃主席三桂**

本案先這樣處理(第 8 點「呼吸照護病房設置基準」備註 3 呼吸治療師得跨院兼任文字先不刪除，第 6 點放寬居家收案條件納入先天性肌肉萎縮症及第 7 點為得另核實申報項目增列 58028C 通過修訂)。

**臨時動議**

**廖醫師敏瑩(蘇委員鴻輝代理人)**

第九案建請僅要保留複雜性顱顎障礙咬合板治療項目，留待下次討論，將地區醫院納入，其他部分已通過，且有時效性，請惠予同意通過。

**黃主席三桂**

各位委員是否同意？

**謝委員武吉**

感覺我們是被嚴重歧視屈辱的一群，本人認為還是不同意。