

「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」

105年第2次會議紀錄

時間：105年6月23日（星期四）下午2時

地點：中央健康保險署18樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李筱婷

干代表文男	干文男	陳代表志忠	陳志忠
王代表榮濱	王榮濱	陳代表彥廷	李明憲(代)
朱代表益宏	朱益宏	陳代表福展	(請假)
何代表語	何語	黃代表振國	黃振國
吳代表美環	(請假)	黃代表雪玲	黃雪玲
吳代表國治	吳國治	黃代表棟國	黃棟國
李代表飛鵬	吳明彥(代)	楊代表秀儀	(請假)
李代表偉強	李偉強	楊代表政峯	楊政峯
李代表紹誠	李代表紹誠	葉代表宗義	葉宗義
林代表恆立	林恆立	滕代表西華	(請假)
林代表淑霞	林淑霞	潘代表延健	潘延健
林代表富滿	林富滿	盧代表榮福	(請假)
林代表敬修	(請假)	賴代表振榕	(請假)
林代表綉珠	林綉珠	璩代表大成	王雪月(代)
徐代表弘正	徐弘正	謝代表文輝	王秀貞(代)
張代表孟源	張孟源	謝代表武吉	謝武吉
張代表金石	張金石	顏代表良達	(請假)
梁代表淑政	梁淑政	羅代表永達	羅永達
郭代表素珍	許美月(代)		(依代表姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

台灣放射腫瘤學會

衛生福利部社會保險司

衛生福利部全民健康保險會

衛生福利部疾病管制署

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫事放射師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

台灣醫院協會

醫藥品查驗中心

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

趙興隆

周雯雯

張友珊、馬文娟

黃淑華、謝宛庭

王逸年

許家禎

曾明宗

吳竹蘭、宋佳玲

陳哲維

洪鈺婷

梁淑媛

李麗青、陳俞文

吳彥慧

賴香蓮、張志銘、余千子、王文君

陳孟函

董玉芸

蔡佳倫

龐一鳴、陳玉敏、谷祖棣、張淑雅、林右鈞、王玲玲、涂奇君、陳依婕、李筱婷、宋兆喻、陳逸嫻、廖敏欣

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

三、報告事項：

(一) 修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部中醫通則及第一章一般門診診察費「註」文字。

決定：同意修訂支付標準詳附件1，P5~P8，重點摘要如下：

1. 增列通則九「中醫醫療院所該月份所有專任醫師因產假期間均未看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，

依門診合理量規定申報門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次」。

2. 通則五、六、七及第一章一般門診診察費備註2：依現有合理量邏輯，酌修文字。

(二) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號68035B「心臟植入」等4項診療項目之支付規範案。

決定：同意修訂支付標準詳附件2，P9~P13，惟編號55021C「骨盆檢查費」診療項目納入放射腫瘤專科醫師執行之附帶決議如下：

1. 請放射腫瘤學會提供訓練且獲得認證之專科醫師名單，以利費用勾稽。

2. 本項目申報情形，每半年提本會議報告。

(三) 104年之新增修診療項目申報情形。

決定：同意所提104年之增修診療項目申報情形報告內容。

(四) 105年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼品質提升獎勵方案(草案)。

決定：本案原則同意，惟自動化審查指標之指標3、指標5及指標6，須儘速與醫院協會確認指標定義，確認後並依程序報請衛生福利部核定後自105年7月1日起公告實施，修正之草案詳附件3，P14~P21。

(五) 本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式案。

決定：同意，惟附帶決議如下：

1. 請各分區業務組於必要時辦理申報格式之相關說明會。

2. 各層級、各醫院申報未列項目申報情形，每半年提本會議報告。

3. 請醫審及藥材組於下次會議說明相關配套措施(如未註記者，在審核時該如何處理、整理醫療費用審查注意事項中涉比照申報之條文)。

(六) 現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成

本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案。

決定：本案暫緩，由本署先邀集台灣醫院協會(包括各層級醫院代表)、醫師公會全聯會、專家學者及付費者代表等討論調查項目之代表性及成本資料收集方式後，再提至本會議討論。

#### 四、討論事項：

(一) 新增角膜處理費、快速結核病分子診斷及調整器官摘取手術與器官移植手術計13項案。

決議：

1. 新增角膜處理費乙項，因醫事司及眼庫執行單位表示內容須再修正，故暫緩。
2. 新增快速結核病分子診斷乙項，請醫檢師公會全聯會先洽疾病管制署採公務預算之可行性，並檢討建議適應症範圍及成本分析內容，再提本會議討論，故暫緩。
3. 同意調整器官摘取術4項及器官移植術7項，計11項支付點數案，修訂後支付標準詳附件4，P22~P29。

五、臨時動議：無。

六、散會：下午17時30分

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第四部 中醫

### 通則：

- 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。
- 二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：
  - （一）經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格（可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師）醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：
    1. 專任醫師每月平均每日門診量 = 【當月中醫門診診察費總人次 / (當月專任中醫師數 \* 23日)】
    2. 中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為50人(含)以下，申報編號A82、A83、A84、A85。
    3. 中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出50人以上，申報編號A86、A87、A88、A89。
  - （二）未符合（一）項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。
- 三、針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療（編號：B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94）。
- 四、針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。
- 五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸（合併傷科）治療合計申報量限四十五人次以內，其中內含複雜性傷科處置（編號：B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94）每位專任醫師每月上限為三十人次，超過三十人次部分改以通則七範圍醫令計算（每月申報日數計算方式：每月申報日數超過二十六日者以二十六日計；另屬全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案認定之醫療資源不足地區，每月以實際看診日數計）。
- 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及

針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53→~~B55~~、B62、B80→~~B82~~、B85→~~B87~~、B90→~~B92~~)每位專任醫師每月上限為六十人次，超出六十人次部分者五折支付。

七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十人次以下者，按表訂點數支付，在三十一至四十五人次之部分，編號：B42、B44、B46、B54→~~B56~~→~~B57~~、B61、B63、B81→~~B83~~→~~B84~~、B86→~~B88~~→~~B89~~、B91→~~B93~~→~~B94~~者，九折支付，四十六人次以上，編號：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94者，支付點數以零計。

八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量＝(當月針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置總人次／當月專任中醫師總看診日數)。

九、中醫醫療院所該月份所有專任醫師因產假期間均未看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，依合理量規定申報門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。

九十、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤50)	
A82	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	280
A83	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	310
A84	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	270
A85	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	300
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分(>50)	
A86	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A88	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≤30)	
A01	— 看診時聘有護理人員在場服務者	320
A11	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350
A02	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	310
A12	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分(31-50)	
A03	— 看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	260
A04	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	250
	3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)	
A05	— 看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	190
A06	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	180
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(70-150)	
A07	— 未開具慢性病連續處方	90

編號	診療項目	支付點數
A17	— 開具慢性病連續處方	120
A08	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五〇〇人次部分(>150) — <u>未開具慢性病連續處方</u>	50
A18	— 開具慢性病連續處方	80
	6.山地離島地區	
A09	— 看診時聘有護理人員在場服務者	320
A19	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350
A10	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	310
A20	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340
	註：1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指每位中醫師至少聘護理人員乙名以上。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。 2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。 <b><u>若專任中醫師該月份均未看診，除通則九規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段點數支付。</u></b> 3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。 4.支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。 5.每月申報日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月申報日數超過23日者以23日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月申報日數超過26日者以26日計；中醫總額支付制度受託單位與保險人認定之醫療資源不足地區，每月以實際看診日數計。	
A90	— 初診門診診察費加計 註：1.限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上（東區及山地離島地區以簽約滿一年以上）申報。 2.限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。 3.院所申報初診案件件數以每月申報診察費不為0之就醫病人ID歸戶人數之10%為最高申請件數。	50

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

## 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

## 第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

## 第一項 處置費 Treatment

## 九、婦科處置 GYM &amp; OBS Treatment (55001-55025)

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
55021C	骨盆檢查費 Pelvic Examination 註：1.限婦產科專科醫師申報，各醫療院所每月申報本項不得超過婦產科門診就診人次之百分之七十；另放射腫瘤專科醫師接受一個月婦科腫瘤相關訓練，於治療婦癌相關疾病時，亦可申報。 2.申報本項得加計65%。 3.無性經驗者施以肛診、會陰視診、外陰觸診亦可申報。	V	V	V	V	55

## 第七節 手術

### 第五項 循環器 Cardiovascular System

#### 一、心臟及心包膜 (68001-68051)

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
68035B	<p>心臟植入 Heart implantation</p> <p>註：施行診療項目68034B、68035B之規定如下：</p> <p>1.施行手術之醫院及醫師條件如下：</p> <p>(1)醫院條件：</p> <p>A.須為「中華民國心臟醫學會」及「中華民國胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。</p> <p>B.應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。</p> <p>(2)醫師條件：</p> <p>手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。</p> <p>2.適應症：</p> <p>(1)心臟衰竭且Maximal VO<sub>2</sub>&lt;10ml/kg/min者。</p> <p>(2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO<sub>2</sub>&lt;14ml/kg/min者。</p> <p>(3)心臟衰竭核醫檢查LVEF&lt;20%，經六個月以上藥物(包括ACE inhibitors, Digoxin。 Diuretics等)治療仍無法改善者如有重度二尖瓣閉鎖不全，經核醫檢查LVEF&lt;25%者。</p> <p>(4)嚴重心肌缺血，核醫檢查LVEF&lt;20%，經核醫心肌灌注掃描及心導管等檢查，證實無法以傳統冠狀動脈繞道手術治療者。</p> <p>(5)紐約心臟功能第四度，持續使用Dopamine或 Dobutamine&gt;5g/kg/min七天以上，經核醫檢查LVEF&lt;25%或心臟指數Cardiac index&lt;2.0L/min/m<sup>2</sup>者。</p> <p>(6)心臟衰竭已使用ECMO、VAD等心臟輔助器且無法斷離者。</p> <p>(7)復發有症狀的心室性不整，無法以公認有效的方法治療者。</p> <p>(8)其他末期心臟衰竭，無法以傳統手術方法矯正者。</p> <p>3.禁忌症：</p> <p>(1)年齡65歲以上(年齡超過者需專案申請核准)。</p> <p>(2)有明顯感染者。</p> <p>(3)愛滋病帶原者，<u>應符合捐贈者基準及待移植者之絕對與相對</u></p>		v	v	v	183312

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
	<p><a href="#">禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表規定。</a></p> <p>(4)肺結核經證實者。</p> <p>(5)惡性腫瘤患者。</p> <p>(6)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</p> <p>(7)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。</p> <p>(8)A B O血型與捐贈者不相容者。</p> <p>(9)嚴重肺高血壓，經治療仍大於6 Wood Unit者，不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。</p> <p>(10)肝硬化或GPT在正常兩倍以上，且有凝血異常者。</p> <p>(11)中度以上腎功能不全者(Creatinine &gt; 30mg/dl或 Ccr&lt;20ml/min)(需同時故腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。</p> <p>(12)嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI&lt;50% of predicted或 FEVI/FVC&lt;40% of predicted)。</p> <p>(13)活動性消化性潰瘍患者。</p> <p>(14)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。</p> <p>(15)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。</p> <p>(16)藥癮患者。</p> <p>4.需採行此一手術之病患、醫療院所皆應於事前提報保險人，由保險人邀集相關專家事先審查。</p> <p>5.不得加計急診加成。</p> <p>6.心臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、手術材料費由保險人給付，而 ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</p>					
68037B	肺臟移植 Lung transplantation —單肺 Unilateral lung		v	v	v	178634
68047B	—雙肺，連續性或同時性 bilateral sequential or en bloc double lung		v	v	v	246516

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
	<p>註：</p> <p>1.68037B、68047B及68038B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。</p>					
	<p>2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申報事前審查：</p> <p>(1) Group A 阻塞性肺疾病 (Obstructive Lung Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A.第一秒最大呼氣量(FEV1.0) &lt; 35 % 預測值。</p> <p>B.氧合指數(PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>) &lt;300。</p> <p>C.血中二氧化碳分壓(PaCO<sub>2</sub>)升高。</p> <p>D.引起繼發性肺動脈高壓(mPAP&gt;25mmHg)。</p> <p>E.臨床上活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。</p> <p>F.需長期依賴氧氣者。</p> <p>G.雖經藥物治療，仍長期有慢性呼吸道感染或已出現呼吸窘迫症狀。</p> <p>(2)Group B 肺血管疾病 (Pulmonary Vascular Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A.病人之活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。</p> <p>B.右心房平均壓力 &gt; 6 mmHg。</p> <p>C.平均肺動脈壓mPAP&gt;25mmHg。</p> <p>D.心臟指數(Cardiac index) &lt; 2.5 l/min/m<sup>2</sup>。</p> <p>E.病人之臨床病況逐漸惡化，需長期依賴氧氣者。</p>					

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
	<p>(3)Group C 囊性纖維化症或免疫缺乏症(Cystic Fibrosis or Immunodeficiency Disorders)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A. 第一秒最大呼氣量(FEV1.0) &lt; 40% 預測值。</p> <p>B. 血中二氧化碳分壓(PaCO2) 升高。</p> <p>C. 雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。</p> <p>(4)Group D 限制性肺疾病 (Restrictive Lung Disease) 符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A. 雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。</p> <p>B. 需長期依賴氧氣者。</p>					

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
	<p>3. 禁忌症：未控制及無法控制之感染。</p> <p>(1)有無法控制的感染者。</p> <p>(2)愛滋病帶原者，<a href="#">應符合捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表規定</a>。</p> <p>(3)肺結核未完全治療者。</p> <p>(4)有惡性腫瘤者，不宜肺臟移植：</p> <p>A. incidental renal carcinoma， in situ carcinoma(excluding bladder)， Dukes' A colon cancer， basal cell carcinoma， 以上四者不影響肺臟移植。</p> <p>B. malignant melanoma， breast cancer， GI carcinoma， lung cancer， 完全治療後，無癌症復發，未達五年者(disease-free interval &lt; 5years)。</p> <p>C.其他癌症，完全治療後，無癌症復發，未達兩年者(disease-free interval &lt; 2years)。</p> <p>(5)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</p> <p>(6)肝硬化或GPT在正常值兩倍以上且有凝血異常者。</p> <p>(7)中度以上腎功能不全者(Creatinine &gt; 3.0mg/dL或Ccr &lt; 50 ml/min/1.73 m2)(需同時做腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。</p> <p>(8)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。</p> <p>(9)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。</p> <p>(10)藥癮、酒癮患者。</p> <p>4.含合併施行體外循環之費用。</p> <p>5.不得加計急診加成。</p> <p>6.肺臟捐贈者若為非保險對象，捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、材料費由保險人給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</p>					

## 105年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)

### 編碼品質提升獎勵方案(草案)

- 壹、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。
- 貳、預算：105年度全民健康保險醫療給付費用總額「其他預算」中之「提升ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質」專款項目，**全年預算1億元**。
- 參、目的：鼓勵醫院強化住院病歷管理暨寫作品質，提升國際疾病分類 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，以及作為日後支付制度研修之前置作業準備。
- 肆、對象：提供全民健康保險住診服務之特約醫院。
- 伍、預算分配：扣除持續提升病歷管理及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，設教育訓練積分，全年預算2,000萬後，其餘以醫學中心、區域醫院及地區醫院104年全年門、住診醫療費用（一般部門+專款項目結算核定費用點數）占率分配。前述醫院層級之認定，以104年12月31日之特約層級為全年計算基礎。
- 陸、實施期間：105年7月1日起至12月31日止。
- 柒、支付方式：
- 一、強化住院病歷管理暨寫作品質：
- (一)設有專責任務編組，成員應包含臨床醫師及編碼人員，並填具申請書(附件1)，於**105年8月底**前向本署各分區業務組完成報備程序。相關品質提升小組，定期召開會議並有紀錄，另就會議決議事項設有追蹤考核機制。
- (二)申請書內容應包含編碼品質提升計畫、作業方式及審查機制。
- (三)工作小組檢討會議、改善措施及實施成效(附件2)，於106年1月31日前送本署各分區業務組備查。

(四)未依規定備查本項資料者，不核發本方案之各項獎勵金。

## 二、獎勵提升 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，全年預算8,000萬。

### (一)自動化審查指標：

1. 住診手術(處置)代碼對照醫令編碼正確率。
2. 主診斷明確率。
3. 主診斷編列側性之比率。
4. 損傷及中毒編列外因碼(V00-Y99)之比率。
5. 處置及診斷編碼符合率。
6. 特定手術申報特材之比率。

### (二) 指標計算方式與配分

獎勵指標	計算方式	獎勵標準值	獎勵標準	配分
1.住診手術(處置)代碼對照醫令編碼正確率	1.分子：分母之處置碼與醫令代碼對照正確之案件數。 2.分母：該院住院第1、2階段已導入 DRG 項目(案件分類5)，有該 DRG 分類表所列處置碼之案件。	醫學中心: $\geq 88\%$ 區域醫院: $\geq 91\%$ 地區醫院: $\geq 87\%$	該醫院層級 76百分位以上 51-75百分位 26-50百分位 0-25百分位 未達獎勵標準值	20 15 10 5 0
2.主診斷明確率	1.分子=分母中主診斷英文名稱中不含 unspecified 之所有案件數。 2.分母=該院住診所有案件數。	醫學中心: $\geq 68\%$ 區域醫院: $\geq 62\%$ 地區醫院: $\geq 56\%$	該醫院層級 76百分位以上 51-75百分位 26-50百分位 0-25百分位 未達獎勵標準值	30 25 20 15 0
3.主診斷編列側性之比率	1.分子：分母案件中任一處置碼與主診斷編列相同側性(如下表)之所有案件數。 2.分母：該院住診案件中任一處置碼編列側性所有案件數。 3.排除條件：主診斷無側性區分案件如 E000-E07、N20-N23、	醫學中心: $\geq 35\%$ 區域醫院: $\geq 43\%$ 地區醫院: $\geq 58\%$	該醫院層級 76百分位以上 51-75百分位 26-50百分位 0-25百分位 未達獎勵標準值	20 15 10 5 0

獎勵指標	計算方式	獎勵標準值	獎勵標準	配分								
	N132、N136、C770、C773、C774、C778、C18、C22、C73、N2581、J01、J32-J33、K11、I72、I77.7。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>處置</th> <th>主診斷</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Right Left</td> <td>Bilateral unilateral Right+Left</td> </tr> <tr> <td>Right</td> <td>Right Bilateral unilateral</td> </tr> <tr> <td>left</td> <td>Left Bilateral unilateral</td> </tr> </tbody> </table>	處置	主診斷	Right Left	Bilateral unilateral Right+Left	Right	Right Bilateral unilateral	left	Left Bilateral unilateral			
處置	主診斷											
Right Left	Bilateral unilateral Right+Left											
Right	Right Bilateral unilateral											
left	Left Bilateral unilateral											
4.損傷及中毒編列外因碼(V00-Y99)之比率	1.分子=分母案件中編列外因碼(V00-Y99)之所有案件數。 2.分母=該院住診案件中，診斷碼編列損傷及中毒編碼(S00-T88，排除 T15-T19、T36-T78、T82-T87)之所有案件數。	醫學中心:≥62% 區域醫院:≥72% 地區醫院:≥50%	該醫院層級 76百分位以上 51-75百分位 26-50百分位 0-25百分位 未達獎勵標準值	30 25 20 15 0								
5.處置及診斷編碼符合率	1.分子=分母案件中，處置碼第2碼與主診斷碼第1碼編碼符合之所有案件數。 2.分母=該院住診案件中，處置碼第1碼為0(內、外科系)及處置碼第2碼排除 W、X、Y、Z 之所有案件數。	醫學中心:≥68% 區域醫院:≥76% 地區醫院:≥78%	該醫院層級 76百分位以上 51-75百分位 26-50百分位 0-25百分位 未達獎勵標準值	30 25 20 15 0								
6.特定手術申報特材之比率	1.分子=分母案件中有申報對應特材的件數。 2.分母=該院全膝關節手術、全髖關節手術、人工水晶體植入術及冠狀動脈血管支架置入術之住診所有件數。	醫學中心:≥91% 區域醫院:≥95% 地區醫院:≥90%	該醫院層級 76百分位以上 51-75百分位 26-50百分位 0-25百分位 未達獎勵標準值	30 25 20 15 0								

註：1.計算各醫院獎勵配分時，需先達該層級醫院獎勵標準值後，依

其於該層級中所占百分位予以配分並取所有指標配分之平均值為獎勵配分。

2.例如：A 醫院有6項指標，指標配分加總共150分，獎勵配分為25分(150/6=25)；B 醫院有4項指標，指標配分加總共120分，獎勵配分為30分(120/4=30)。

(一)個別醫院獎勵金額=(該層級本項分配預算/該層級各醫院獎勵配分之加總)\*醫院獎勵配分。

(二)本項預算於年度結束後進行全年結算並採浮動點值結算，每點支付金額不高於1元。

三、持續提升病歷管理及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，設教育訓練積分，全年預算2,000萬。

(一)為促使全國醫院持續提升病歷寫作及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，鼓勵院際間相互學習、教學相長、籌組區域內讀書會，自105年7月1日起至105年12月31日止，參與本署各分區業務組或政府立案之相關學(協)會所辦理並經其認證符合本計畫內容之研討會、講習會等課程(含：病歷寫作、ICD-10-CM/PCS 編碼暨原則、生理解剖及藥理知識、電子病歷、Tw-DRGs、醫療費用申報等與病歷管理及編碼品質提升相關之內容)，給予認證積分，1小時時數等同一個積分，擔任講師者，1小時時數亦等同一個積分，惟同一天同一場以6個積分(小時)為限。

(二)本項積分認證與計算係以「醫院」為單位，參與獎勵方案之醫院最多採計20個積分(小時)，該院於同場如參與上課並擔任講師者，僅認證參與上課或擔任講師之1項積分。

(三)獎勵金額計算=(該院105年本獎勵方案核定教育積分/各醫院符合105年本獎勵方案核定的總教育積分)\*本項獎勵金額。

(四)本項預算於年度結束後進行全年結算並採浮動點值結算，每點支付金額不高於1元。

(五)各醫院教育訓練積分認證期間自105年7月1日至105年12月31日止，各

醫院請依附件3格式並檢附積分認證資料影本，於106年1月31日前送本署各分區業務組備查。

捌、本方案由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告，年度執行成果得於全民健康保險醫院總額研商議事會議中專案報告。

## 附件1

### 105年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼品質提升獎勵方案

#### 申請書內容與格式

- 一、 申請書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位、計畫執行期間。
- 二、 書寫格式：以 word 建檔，A4版面，由上而下，由左而右，標楷體14號字型，橫式書寫。
- 三、 申請書撰寫說明：申請書(含電子檔)內容應包含下列：
  - (一) 申請機構全銜及計畫名稱。
  - (二) 現況分析，包括每月編碼件數、編碼人員數、使用工具及現行作業流程及遭遇之困難及問題等。
  - (三) 計畫之目標。
  - (四) 計畫內容（分項說明），包含下列各項：
    1. 專責任務編組之組成（請檢附相關文件），包含臨床醫師及編碼人員及運作方式。
    2. 工作小組之作業方式、審查機制。
  - (五) 預期效益（應以量化說明）。
  - (六) 應辦理工作項目及進度（Gantt Chart）。

附件2

105年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼品質提升獎勵  
方案病歷管理委員會及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質工作小組

會議決議事項及追蹤考核機制

健保分區：臺北北區中區南區高屏東區

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

會議日期	工作小組檢討會議決議	改善措施	實施成效

### 附件3

## 105年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼品質提升獎勵方案

### 醫院教育訓練積分認證

健保分區：臺北北區中區南區高屏東區

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

認證日期	認證單位	課程內容	認證積分	備註

註：

1. 認證期間：自105年7月1日起至105年12月31日止。
2. 認證單位：包含健保署各分區業務組及政府立案之相關學(協)會。
3. 課程內容請填寫下列內容：  
病歷寫作、ICD-10-CM/PCS 編碼暨原則、生理解剖及藥理知識、電子病歷、Tw-DRGs、醫療費用申報等與病歷管理及編碼品質提升相關之內容。
4. 認證積分：
  - (1) 積分認證與計算係以「醫院」為單位，參與獎勵方案之醫院最多採計20個積分(小時)。
  - (2) 1小時時數等同一個積分，擔任講師者，1小時時數亦等同一個積分，惟同一天同一場以6個積分(小時)為限。
  - (3) 該院於同場如參與上課並擔任講師者，僅認證參與上課或擔任講師之1項積分。
5. 各醫院請依本表格填寫並檢附積分認證資料影本，於106年1月31日前送本署各分區業務組備查。

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

## 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

## 第七節 手術

## 第五項 循環器 Cardiovascular System

## 一、心臟及心包膜 (68001-68051)

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
68035B	<p>心臟植入 Heart implantation</p> <p>註：施行診療項目68034B、68035B之規定如下：</p> <p>1.施行手術之醫院及醫師條件如下：</p> <p>(1)醫院條件：</p> <p>A.須為「中華民國心臟醫學會」及「中華民國胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。</p> <p>B.應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。</p> <p>(2)醫師條件：</p> <p>手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。</p> <p>2.適應症：</p> <p>(1)心臟衰竭且Maximal VO<sub>2</sub>&lt;10ml/kg/min者。</p> <p>(2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO<sub>2</sub>&lt;14ml/kg/min者。</p> <p>(3)心臟衰竭核醫檢查LVEF&lt;20%，經六個月以上藥物(包括ACE inhibitors, Digoxin. Diuretics等)治療仍無法改善者如有重度二尖瓣閉鎖不全，經核醫檢查LVEF&lt;25%者。</p> <p>(4)嚴重心肌缺血，核醫檢查LVEF&lt;20%，經核醫心肌灌注掃描及心導管等檢查，證實無法以傳統冠狀動脈繞道手術治療者。</p> <p>(5)紐約心臟功能第四度，持續使用Dopamine或Dobutamine&gt;5g/kg/min七天以上，經核醫檢查LVEF&lt;25%或心臟指數Cardiac index&lt;2.0L/min/m<sup>2</sup>者。</p> <p>(6)心臟衰竭已使用ECMO、VAD等心臟輔助器且無法斷離者。</p> <p>(7)復發有症狀的心室性不整，無法以公認有效的方法治療者。</p> <p>(8)其他末期心臟衰竭，無法以傳統手術方法矯正者。</p>		v	v	v	183312

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
	<p>3.禁忌症：</p> <p>(1)年齡65歲以上(年齡超過者需專案申請核准)。</p> <p>(2)有明顯感染者。</p> <p>(3)愛滋病帶原者。</p> <p>(4)肺結核經證實者。</p> <p>(5)惡性腫瘤患者。</p> <p>(6)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</p> <p>(7)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。</p> <p>(8)A B O血型與捐贈者不相容者。</p> <p>(9)嚴重肺高血壓，經治療仍大於6 Wood Unit者，不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。</p> <p>(10)肝硬化或GPT在正常兩倍以上，且有凝血異常者。</p> <p>(11)中度以上腎功能不全者(Creatinine &gt; 30mg/dl或Ccr&lt;20ml/min)(需同時故腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。</p> <p>(12)嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI&lt;50% of predicted或FEVI/FVC&lt;40% of predicted)。</p> <p>(13)活動性消化性潰瘍患者。</p> <p>(14)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。</p> <p>(15)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。</p> <p>(16)藥癮患者。</p> <p>4.需採行此一手術之病患、醫療院所皆應於事前提報保險人，由保險人邀集相關專家事先審查。</p> <p>5.不得加計急診加成。</p> <p>6.心臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、手術材料費由保險人給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</p> <p><u>7.本項一般材料費及器官保存液費用，得另加計68%。</u></p>					

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
68037B	肺臟移植 Lung transplantation —單肺 Unilateral lung		v	v	v	178634
68047B	—雙肺，連續性或同時性 bilateral sequential or en bloc double lung		v	v	v	246516
	<p>註：</p> <p>1.68037B、68047B及68038B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。</p> <p>2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申報事前審查：</p> <p>(1) Group A 阻塞性肺疾病 (Obstructive Lung Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A. 第一秒最大呼氣量(FEV1.0) &lt; 35 % 預測值。</p> <p>B. 氧合指數(PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>) &lt;300。</p> <p>C. 血中二氧化碳分壓(PaCO<sub>2</sub>)升高。</p> <p>D. 引起繼發性肺動脈高壓(mPAP&gt;25mmHg)。</p> <p>E. 臨床上活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。</p> <p>F. 需長期依賴氧氣者。</p> <p>G. 雖經藥物治療，仍長期有慢性呼吸道感染或已出現呼吸窘迫症狀。</p> <p>(2)Group B 肺血管疾病 (Pulmonary Vascular Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A. 病人之活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。</p> <p>B. 右心房平均壓力 &gt; 6 mmHg。</p> <p>C. 平均肺動脈壓mPAP&gt;25mmHg。</p> <p>D. 心臟指數(Cardiac index) &lt; 2.51 l/min/m<sup>2</sup>。</p> <p>E. 病人之臨床病況逐漸惡化，需長期依賴氧氣者。</p> <p>(3)Group C 囊性纖維化症或免疫缺乏症(Cystic Fibrosis or Immunodeficiency Disorders)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A. 第一秒最大呼氣量(FEV1.0) &lt; 40% 預測值。</p> <p>B. 血中二氧化碳分壓(PaCO<sub>2</sub>) 升高。</p> <p>C. 雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。</p> <p>(4)Group D 限制性肺疾病 (Restrictive Lung Disease) 符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A. 雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。</p> <p>B. 需長期依賴氧氣者。</p>					

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
	<p>3. 禁忌症：未控制及無法控制之感染。</p> <p>(1)有無法控制的感染者。</p> <p>(2)愛滋病帶原者。</p> <p>(3)肺結核未完全治療者。</p> <p>(4)有惡性腫瘤者，不宜肺臟移植：</p> <p>A.incidental renal carcinoma，in situ carcinoma(excluding bladder)，Dukes' A colon cancer，basal cell carcinoma，以上四者不影響肺臟移植。</p> <p>B. malignant melanoma，breast cancer，GI carcinoma，lung cancer，完全治療後，無癌症復發，未達五年者 (disease-free interval &lt; 5years)。</p> <p>C.其他癌症，完全治療後，無癌症復發，未達兩年者 (disease-free interval &lt; 2years)。</p> <p>(5)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</p> <p>(6)肝硬化或GPT在正常值兩倍以上且有凝血異常者。</p> <p>(7)中度以上腎功能不全者(Creatinine &gt; 3.0mg/dL或Ccr &lt; 50 ml/min/1.73 m2)(需同時做腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。</p> <p>(8)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。</p> <p>(9)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。</p> <p>(10)藥癮、酒癮患者。</p> <p>4.含合併施行體外循環之費用。</p> <p>5.不得加計急診加成。</p> <p>6.肺臟捐贈者若為非保險對象，捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、材料費由保險人給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</p> <p><u>7.本項一般材料費及器官保存液費用，68037B得另加計69%、68047B得另加計75%。</u></p>					

四、腸(除直腸外) Intestine (Except Rectum) (73001-73050)

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
73049B	<p>小腸移植術 Isolated small bowel transplantation</p> <p>註： 1.適應症： (1)超短腸症：嬰兒或成人有超短腸的情形(嬰兒小於10 cm的空腸，或成人小於50 cm的空腸)並且沒有迴盲瓣。 (2)先天性黏膜病變，如： A.microvillus inclusion disease、B.tufting enteropathy。 (3)小腸局部性侵襲性腫瘤，如： A.家族性大腸癌肉症、B.類結締纖維瘤 desmoid tumor。 (4)因先天性或後天性的原因造成腸衰竭，使用全靜脈營養治療引起之併發症，如： A.肝臟病變、B.主要靜脈管道栓塞(超過兩處)、C.人工血管感染引發之反覆敗血症。</p> <p>2.相關規範： (1)需事前審查。 (2)人員及設備資格：執行醫師及醫院須通過衛生福利部(前衛生署)小腸移植執行醫師及醫院資格審核。 (3)<u>本項</u>一般材料費及<u>器官保存液費用</u>，得另加計14%<u>25%</u>。</p>		v	v	v	198868
73050B	<p>屍體小腸摘取術 Cadaveric small intestine harvest</p> <p>註： 相關規範： 1.執行人員及醫院資格須通過衛生福利部(前衛生署)小腸移植執行醫師及醫院資格審核。 2.不得同時申報之診療項目及編號：73010B(小腸切除術加吻合術)。 3.<u>本項</u>一般材料費及<u>器官保存液費用</u>，得另加計170%<u>96%</u>。</p>		v	v	v	25970

八、肝 Liver (75001-75023)

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
75020B	<p>肝臟移植 Liver(Hepatic) transplantation</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.施行本項及75021B或75022B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，並向保險人申請核備，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。</li> <li>2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申報事前審查：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)先天性膽道閉鎖</li> <li>(2)先天性肝臟代謝疾病，如                   <ol style="list-style-type: none"> <li>A.威爾遜氏病</li> <li>B.酪胺酸代謝症</li> <li>C.α1抗胰蛋白酶缺乏症</li> <li>D.家族性高膽固醇血症</li> <li>E.肝醣堆積疾病</li> </ol> </li> <li>(3)肝硬化，包括：                   <ol style="list-style-type: none"> <li>A.病毒性肝炎引起之肝硬化</li> <li>B.酒精性肝硬化</li> <li>C.不明原因之肝硬化</li> </ol> </li> <li>(4)原發性膽汁性肝硬化</li> <li>(5)硬化性膽管炎</li> <li>(6)原發性肝惡性腫瘤：限於肝硬化病人合併有小型肝癌者</li> <li>(7)Budd-Chiari症候群</li> <li>(8)猛爆性肝炎或藥物引起之急性肝衰竭</li> </ol> </li> <li>3.含合併施行心肺體外循環之費用，全部或部份肝臟植入皆以本項申報。</li> <li>4.不得加計急診加成。</li> <li>5.肝臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、材料費由保險人給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</li> <li>6.本項一般材料費及器官保存液費用，得另加計72%。</li> </ol>		v	v	v	248552

十、胰臟 Pancrease (75401-75419)

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
75418B	<p>屍體胰臟器官移植 Cadaver Pancreas Transplant</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.施行本項及75419B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，並向保險人申請核備，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。</li> <li>2.不得加計急診加成。</li> <li>3.胰臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢查費、手術費、麻醉費、手術材料費由健保給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</li> <li>4.施行本項適應症如下，並應由醫院申報事前審查：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，併有糖尿病合併症產生，如腎病變、視網膜病變、神經病變、心腦血管病變。</li> <li>(2)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，常因血糖過低或過高引發生命威脅者。</li> <li>(3)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，因血糖控制不易產生求學、就業及日常生活困難者。</li> <li>(4)第二型糖尿病患者，已使用胰島素注射治療，且合併有腎衰竭現象者，但胰島素注射量需少於1.5 units/kg/day，且無其他器官嚴重疾病。</li> </ol> </li> <li>5.本項一般材料費及器官保存液費用，得另加計72%。</li> </ol>		v	v	v	178634
75419B	<p>屍體捐胰摘取 Pancreas Harvest</p> <p>註：本項一般材料費，得另加計38%。</p>		v	v	v	108313

第八項 尿、性器 Urinary & Genital System

一、腎臟 Kidney (76001-76034)

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
76018B	屍體捐腎切除術 Nephrectomy from cadaver donor 註：1.包含單、雙側及準備、保存之過程。 <del>2.本項支付點數含一般材料費、捐贈者器官保存液及灌注費合計83%。</del>		v	v	v	60978 <a href="#">33321</a>
76019B	活體捐腎切除術 Nephrectomy from living donor 註：1.含準備及保存。 2.本項支付點數含一般材料費、捐贈者器官保存液及灌注液費合計80%。		v	v	v	64706 <a href="#">35948</a>
76020B	腎臟移植 Renal implantation 註：本項一般材料費及器官保存液費用，得另加計56%。		v	v	v	60000 <a href="#">106128</a>

# 105年度第2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

#### 主席

各位出席、列席的代表，午安，今天非常謝謝大家前來參與今年第二次醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議。這會議原則是一季開一次，如果必要時則可以開臨時會，而今天是今年的第二次會議。今天的資料非常多，還有補充資料在各位桌上，所以等下進行的時候，對於有補充資料部份會再特別提示大家換另外一本來看。

會議開始，先介紹參加的新任代表。首先介紹台灣醫院協會新推薦的代表，是北榮的李偉強(李主任)，李主任現在是醫學中心醫院總額的代表；另外基層總額的代表，先介紹黃振國(黃醫師)，還有三位還沒到，分別是吳國治(吳醫師)、張孟源(張醫師)、林恆立(林醫師)，可能都在路上，等會到了再跟大家補介紹。至於其他代表則照舊，今天的列席單位有放射腫瘤學會、CDC 及醫檢師全聯會，另器官捐贈協會表示無法參加，等會討論到相關議案時，再依序請列席單位表示意見。今天會議現在開始，先確認上次會議紀錄，請大家翻開第1頁到第3頁的部分。這部分各位代表有意見嗎？如果沒意見，會議紀錄就確認，接下來請確認上次會議紀錄追蹤的辦理情形，請翻開第4頁，請同仁說明。

#### 李科員筱婷

各位代表、長官午安，現在說明會議決議辦理情形追蹤表，有關序號1至3，增修牙醫、中醫支付標準及應用105年西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案，已於105年4月28號公告，並自105年5月1日生效，故解除列管。另序號4，105年 ICD-10-CM/PCS 編碼品質提升獎勵方案已提至本次會議，故解除列管，以上。另外，再跟各位補充說明，剛剛的三份資料，第一份就是之前開會通知單有發出去的會議資料，第二份資料就是第二次的補充資料，這是我之前已經有寄電子郵件給各位代表，第三份就是今天在會上補充抽換資料，以上，謝謝！

主席

好，謝謝。所以一共有三份資料，一份是正式資料、一份是補充資料、一份是會上抽換補充資料，謝謝，接下來進行報告事項第一案。

## 報告事項

### 第一案

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部中醫通則及第一章一般門診診察費「註」文字。

主席

好，謝謝。

這案在中醫門診總額研商議事會議的時候由中醫代表提出，診所的中醫師如果是女性，她生產的時候，她本人的門診合理量沒有辦法處理，對於這樣的診所是非常不公平，所以他們願意用總額的費用，去處理女醫師生產期間的合理量問題，因此在第三頁中醫支付通則裡面，增加第九項的說明，所增加的費用就由總額一般服務預算支應，這項大家有意見嗎？

來，請干代表。

干代表文男

我請問一下，今天的中醫師代表有來嗎？

主席

好像還沒到。

干代表文男

在路上？我發言不針對這個案子，這案我原則上同意，因為這個生產嘛，增加第九項沒有問題，然後現在詢問他說，我上次講的，新醫師要培訓的問題，他們有沒有在進行？我是要詢問他這問題。

主席

請等到代表來了再問，好嗎？

千代表文男

好，謝謝。

主席

本案還有其他意見嗎？好，若沒有意見，本案洽悉。接下來第二案。

## 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編號68035B「心臟植入」等4項診療項目之支付規範案。

主席

好，謝謝。這案，第一個是等待感染者為愛滋病的部分，依照器官捐贈登錄中心公文在第9頁，修正禁忌症的內容是第17頁到第20頁，最主要是20頁上面，每項器官都增加類似的文字，愛滋帶原者應符合捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表的規定，本案大家有意見嗎？有兩位，謝代表跟朱代表，好，哪一位？請。

謝代表武吉

我在這裡先請教健保署是不是有統計，在區域醫院和醫學中心，或者是地區醫院，應該地區醫院很少，幾乎沒有，在器官移植上它的分布，尤其醫學中心有19家醫學中心，區域醫院有84家，到底它們醫學中心有做哪幾項，哪一家有做哪幾項，有沒有這些 report 可以提供我們代表來瞭解，這是第一點。

第二點對於剛才第20頁這一方面，我是不持反對的意見，因為我們台灣人說一句話，開心就好。

主席

好，再來請朱代表。

朱代表益宏

主席我想這個放寬愛滋病，因為現在我們這次開會主要依據財團法人器官捐贈移植登錄中心的函，我想請教有沒有衛福部正式的函，因為我覺得用一個財團法人雖然算是公家捐贈成立的，但畢竟是財團法人，不是政府單位，所以我想原來是禁忌症，現在依法要把它放寬，我覺得要有衛福部正式的函文可能比較妥當，不然下次哪一個財團法人、社團法人，都跟你們要求要做這個做那個，署裡是要配合還是不配合呢，所以我覺得這個既然要放寬，而且在部裡面也開過好幾次會議，所以應該有正式的會議紀錄，或是正式的函示，如果這樣依照可能會比較妥當。

**主席**

好，謝謝，來請，潘代表。

**潘代表延健**

主席、各位代表，大家好，對於這議案本身放寬的部分我沒有特別意見，但是對於第三點的地方，財務的影響部分，這邊是說不影響財務，當然這是評估，就是說可能就是等待來源，譬如說器官移植，他在等待的人數這麼多，當你源頭來源的條件放寬的時候…

**主席**

本案係指等待捐贈的病人！捐贈器官是有限的，本案是排隊的人放寬。

**潘代表延健**

那就是原來他不是在這個等待的名單裡面，他是被排除的，我的意思是說他也有可能有一點影響，所以我是覺得這個結論是不是不要下的這麼早，也就是說在這一塊裡面，我們是不是把他放一段時間，這個還是實行下去，但是等於就是說有一段時間，譬如說到年底我們實際再 review 一下，對財務有沒有真正的衝擊，我是建議做這樣一個但書。

**主席**

好，謝謝，移植費用是總額外的專款，不在一般預算裡，當然也可以追蹤，但今天是先決定是否照器捐中心的建議，先放寬等待捐贈者的禁忌症？好，請，黃代表，再來謝代表。

## 黃代表雪玲

我也是要呼應潘代表，就是很懷疑這個不影響財務，像就是剛才講的婦科，這個骨盆腔檢查開放…

## 主席

現在先講第一個，下一個等下再討論，好嗎？來，謝代表，然後是林代表。

## 謝代表武吉

剛才我已經講過，高興就好，所以說我根本沒出反對的意見，但是我很 care 的一點，剛剛潘代表已經提出來，就是說不影響財務，但如果是器官移植完了以後，他是屬於垂直性的感染，這個到底這些愛滋病的費用要怎麼切割，這應該要…是由 CDC 來負責，還是由我們健保署來負責？這應該要有所區隔性，不應該這樣。現在我要討論的就是說，這些如果是有感染，那是誰要負責。

## 主席

現在這項指的是等待器官的人，不是捐器官的人。

## 謝代表武吉

我說的是等待的人。

## 主席

愛滋帶原者本來是不能進來排隊，現在可進來排隊，如果排到他，他也應該有機會接受器官移植。

## 謝代表武吉

本案，我剛剛說高興就好，但如果他就不幸感染到愛滋。

## 主席

不是，他本身就是愛滋病。

## 謝代表武吉

但是他也沒遇到沒他沒愛滋的(捐贈者)。

**主席**

不是，沒愛滋是現在的規定，本來就這樣。但現在是說一個沒愛滋的人的器官去捐給有愛滋病的人。

**謝代表武吉**

但是我是反過來要說的。

**主席**

但反過來就不是這案，這案是在說正常的人之器官可以捐給有愛滋病的病人，但是本來愛滋病是器官捐贈之禁忌症。好，林代表。

**林代表淑霞**

好，因為今天來這邊之前，稍微問了我們心移植的團隊，有關這個報告案，我想器官捐贈登錄中心這邊有開五次會議，尊重他們專業的一個決定，同意將受贈者禁忌稍微放寬，但是有個建議，我們前不久也看到，目前署本部或衛福部有一個想法，針對器官來源或供體，真的是非常難得，是一個很寶貴的社會資源，尤其是心臟只有一顆，因此是不是應該要重新去檢討，並呼應我們剛剛謝理事長講的是不是要讓所有醫院都可以執行心移植，是不是應該將可執行之醫院縮減？我也知道衛福部好像有在規劃修改相關規範的情事，亦即千勿浪費資源，這也是我們心移植團隊提出來的一個訴求，以上的建議。

**主席**

好，謝謝，這建議也不是本案，所以跟本案無關，我們純粹就記錄您的建議，我們是否還是聚焦在本案之意見？還有其他哪位代表對這案表示意見，來，謝代表。

**謝代表武吉**

我還是很 care 剛才我第一個提示的問題就是說，到底心移植，這些移植，心臟移植、肺臟移植、還有雙肺的移植，單肺和雙肺的移植，這到底是在台灣有哪幾家。

**主席**

對，剛剛已經去準備資料了。

## 謝代表武吉

有哪幾家在做，我們不要在這裡說，人家說我們在開會隨便亂說，我們不要去背那個黑鍋，我是跟主席建議，我們要處理的漂亮。

## 主席

相關的統計已請同仁準備，好了就發給大家，可以嗎？好，還有哪位代表有意見？好，剛有個問題沒有處理到，就是朱代表提說，是否只接受器捐登入中心的公文還是衛福部的公文，才做準？這部分大家有意見嗎，李代表。

## 李代表偉強

我是覺得說剛剛朱代表講話也是對的，要不然將來我們哪些該接受哪些不該接受，有時反而造成困擾，因為這份函當中其實看起來是一個過去三年間已經討論過而且是跟衛生福利部討論，所以我覺得既然討論應該會有正式的紀錄，而且器捐中心是財團法人，本身是受衛生福利部的監督，所以如果沒記錯的話，應該在立法院也好，或者是在很多相關的一些決議共識當中，都已經有過這樣子的討論，而且當初一開始提出這個需求的還不是器捐中心，可能是愛滋病相關的一些團體提出來的，所以我建議說，如果有正式官方資料不妨應該一併呈現，以昭公信，這樣子可能會比單獨一個器捐中心來函更具有說服力，而且具有官方的背書，我覺得這個應該是呼應他們的意見，謝謝。

## 主席

好，謝謝！同仁可以去補...

## 龐組長一鳴

不好意思，我建議一下！我們先敘述規定，器捐登錄中心應依醫學原理、醫療技術及專業水準訂定各器官類目之器官捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級或評分基準等事項，並報請中央主管機關備查。今天講的是適應症部分，確實應該是器捐中心訂的，但規定有個程序要報部備查，所以現在確定報部備查的程序有無完備，若有完備的話就應該跟部送來或跟他核定是一樣，如果沒有完備的話顯然這有些瑕疵，我們會確定這件事。但因為還要查，要有點時間，如果大家對實質條文沒有意見，就按照實

質條文討論。至於備查的程序跟醫事司確認後，會再來做最後的修改。

**朱代表益宏**

剛剛龐組長念的那個是...他們的章程是不是？還是？

**主席**

器捐中心的管理辦法。

**龐組長一鳴**

不好意思，是人體器官移植分配及管理辦法。

**主席**

好！若這內容大家沒意見，只是對於是否接受器捐中心的建議？因為今天題目也很多，這項原則上同意，但要確認衛福部那邊是否有備查，現在就請同仁去確認，如果可以，找到備查公文更好，我們再回頭通過這項，好嗎？好，這項就到這裡，大家還有其他意見嗎？

**謝代表武吉**

我剛第一個提示的問題呢？就是這些移植到底在台灣有哪幾家？

**主席**

有，現在正在準備，已經有了嗎？

**龐組長一鳴**

已經有資訊公開。可以請醫審及藥材組說明。

**主席**

好，請醫審及藥材組說明。

**蔡技士佳倫**

醫審報告有關器官移植，每兩年會公布執行器官移植的醫院，其存活率，心、肝、腎、肺這四個器官的存活率資訊，今年大概上禮拜也有發新聞稿，網站上也都有公布，謝謝！

**主席**

有數量跟存活率?有，好，因為代表想先看到，若可以的話印一份發給大家，好嗎？沒關係，我知道網站上有，但現在代表現場要，我們就印，印好之後就發給代表，所以不影響議事的進行，好嗎？謝代表，可以吧？

## 謝代表武吉

我是希望像這種狀況，我們醫審這方面要有充分的準備，這樣的話才不會影響我們開會的速度。

## 主席

沒關係，因為代表提出什麼樣需求，有時很難一一瞭解，但我們隨時補充。好，這案說明一的部分，大家是否同意？沒其他意見，先暫時洽悉。再來進入第二項，第二項是骨盆檢查費，放射腫瘤學會希望同意他們也能夠申報，因為他們經常對婦癌的病人做追蹤，今天這項有請放射腫瘤學會的代表，是否先跟大家說明，好嗎？趙醫師請說明。

## 趙醫師興隆(台灣放射腫瘤學會)

主席、各位代表，放射腫瘤學會在這邊報告，在這骨盆檢查費這部分，在放射腫瘤領域基本上針對非癌的病人，他在第一次治療前的評估就跟一般婦產科一樣檢查，第二個他在治療，他有一些腔內自療其實做的比骨盆檢查還更多一些技術，做完之後...癌症病人治療完之後，例行...剛開始每三個月，慢慢到每四個月、每六個月的例行檢查，也會做這個東西也包括抹片的執行。所以在整個治療的配套過程上也有會員反應，骨盆腔檢查這部分不能申報，在邏輯上有點奇怪，所以透過學會行文給署裡面，希望能夠開放這部分的申報，以上。

## 主席

謝謝！這需求在4/13也有提到專家諮詢會議，專家是同意，這項大家有意見嗎？來，請朱代表，再來黃代表。

## 朱代表益宏

婦產科醫學會有表示意見嗎？

## 主席

專家諮詢會議的時候是 OK 的。

**朱代表益宏**

因為專家會議他是很多人的，那我覺得這樣子...因為原來是限婦產科專科醫師執行，原來這個項目，那你現在要放寬其他的...

**趙醫師興隆(台灣放射腫瘤學會)**

更正一下，原來婦產科，一般醫學科、家醫科也可以。

**朱代表益宏**

但是你現在原來55021C 是限婦產科專科醫師申報，原來的規定是這樣子阿！所以如果原來家庭醫師也可以申報，那署裡面可能要去瞭解一下。

**主席**

原來是限婦產科，在16頁的支付標準表上有規定。

**朱代表益宏**

所以如果說現在變成...原來家庭醫師也可以申報，那個問題就很大囉～所以如果是限婦產科專科醫師申報，我覺得你還是要尊重婦產科醫學會是不是請他們表示一下意見？因為畢竟這裡你也講如果要放寬腫瘤專科醫師執行的話，他也要經過一定的骨盆腔檢查相關的訓練，要婦科相關檢查訓練。那這個訓練到時候是不是也要委託婦產科醫學會來執行，所以我覺得說這個放寬，包括他要受什麼樣的訓練？可能婦產科醫學會都要先表示意見才行，以上。

**主席**

專家諮詢會議的時候，有婦產科醫師代表在場，因為專家諮詢會議有邀集內、外、婦、兒的專家。

**朱代表益宏**

主席，因為我剛剛在講...第一個當然你專家會議同意，因為我們看過有的時候你們的專家委員會裡面專家他不代表專科醫學會的意見，他有時候來說是個人意見，所以這一部分當然我覺得比較慎重起見，你還是要尊重婦產科的專科醫學會，這第一點。第二點我剛剛也有提

到，就是說這裡面如果要開放的話，一定要受過...就你這邊還要規範他要受過相關的訓練，那這個相關訓練是到底...我想這個訓練你還是要委託婦產科醫學會來開這樣子相關的訓練，那這個相關訓練到底有多少個小時？訓練的內容是怎麼樣？也要婦產科醫學會表達相關的意見。所以我覺得這裡面婦產科醫學會的意見其實滿重要的！不然你後面怎麼執行？你這邊通過了，然後這邊規範說要受一定的婦科相關的訓練，到時候是腫瘤專科醫師自己訓練呢？還是其他的科也可以來訓練？

### 趙醫師興隆(台灣放射腫瘤學會)

主席、代表跟朱代表，放射腫瘤學會趙興隆在這邊報告，我是五月份接了這個，上次開會不是我參加，但是根據我們前任移交，放射腫瘤學會跟婦產科醫學會有討論過，但是我手邊是沒有相關的會議紀錄，第一個先澄清。第二個其實說骨盆腔檢查費在我們目前現在執行的業務裡，以婦癌舉個例子，以子宮頸癌來講，子宮頸癌的病人在做放射治療的時候，除了第一階段的體外放射治療，第二階段要做體內放射治療，要做體內放射治療它是一個相對比較侵犯性的治療過程，那它需要的訓練程度跟內容，基本上已經超過骨盆腔檢查的層面。那治療完之後的追蹤，我們也都一直在做這個項目，所以站在會的立場是認為說...這個都已經在做，但不能申報很奇怪，所以才會透過學會發函給署裡面。當時跟婦產科醫學會開會討論的時候，大家有一個共識就是說...要經過一定時數的訓練，其實這一定時數訓練不管是在PCY的階段或者是在我們自己放射腫瘤資訊的階段裡面，我們的訓練就是RIC的訓練裡面，其實都已經包含了婦產科訓練的過程，這個部分跟朱代表先說明，以上。

### 龐組長一鳴

麻煩請看會議資料第15頁有個附件，4月13日專家會議的會議紀錄第六，上述有關一定時程婦科相關訓練，放射腫瘤學會與婦產科醫學會研議，並將研議結果函知本署，所以有請學會去討論。學會討論後，今天會上補充或抽換資料這份，麻煩翻閱第1頁，放射腫瘤醫學會的函，主旨是說有關貴署來函請本會提供支付標準55021C「骨盆腔檢查費」修訂意見，並與婦產科醫學會研議相關訓練課程，相互研議結果如說明段，所以整個過程中有去跟學會談。而說明三有寫，婦產

科腫瘤訓練尚未取得放射腫瘤專科醫師者，則至婦科腫瘤等相關科別接受一個月以上之受訓，這案子學會是有跟婦產科醫學會等相關討論過的，這公文請大家參考，謝謝！

**主席**

好，請黃代表。

**黃代表雪玲**

就是剛才腫瘤學會也有提到，過去這項是不可以申報，所以我們大部分都是吞下去的，所以現在是開放申報，所以這費用理論上是增加，絕對不會是不影響財務的，再來就是剛才提到就是說，像這個品項，婦科要限70%，在第8頁的(2)這個地方，上面有說不影響70%這個的限制，可是若以你這個定義來講婦產科的醫師他會報，我們申報會是婦產科門診，腫瘤科我會報腫瘤科門診，所以這兩個指標應該是不會放在一起去做評比的，那70%就是限婦產科，那腫瘤科這邊應該是沒有限制才對。

**主席**

這部分專家諮詢會議的時候，醫管組也有報告過，有關70%的部分是否再報告？

**張技正淑雅**

各位主席、代表，醫務管理組報告，請各位代表翻到第14頁的部分，在這部分有討論，婦產科門診就醫人次的70%，我們經過檔案分析去跑的時候，發現他每月申報的人次占率大概是18~21%，平均是19.6%，原則上就是說他的門檻應該不會超過70%，以上說明。

**黃代表雪玲**

我知道，可是因為腫瘤申報科別會是不一樣的科別，所以你的算法應該是兩個是各自不同的，再來就是因為我們過去

**主席**

把它加進去吧！分子要加進去，分母一樣，分子加進去。

**黃代表雪玲**

因為你寫的是婦科門診，申報科別是在婦產科，我們腫瘤科會報血液腫瘤科，不會報婦產科，你在計算的時候分母根本就不會含血液腫瘤科。

**主席**

我們到時候計算，分母一樣，分子會把腫瘤科做的都算進來，但不超過70%，所以70%是不變的。

**黃代表雪玲**

這樣意思就是分母其實不含腫瘤科的病人，可是你分子卻含腫瘤科，這樣不是很奇怪嗎？這樣其實會虛增婦產科的這個比例，雖然現在是及格的狀態下，但是我…

**主席**

因為他們有表達說，這個次數真的非常少，趙醫師還要再…

**黃代表雪玲**

那其實我們過去是因為不申報，所以就吞下去，現在開放申報，我覺得這個絕對是影響醫療費用，不知道報出來多少。

**主席**

請，趙醫師。

**趙醫師興隆(台灣放射腫瘤學會)**

主席、各位代表，跟代表報告一下，就是說因為婦科他70%的設限，那他現在實際執行這麼多年來統計是18~21%，那以放射總額領域來講我們這個病是針對婦癌的病人，可是我們的門診病不是只有婦癌，所以實際上一般執行一個病人三個月一次，所以他的比例我沒有統計，但是我敢說絕對不會超過婦產科的比例，比例上是不會超過的，那我想署裡面提供的資訊是說財務不會超過，就是說如果你的預算是框在70%的話，即使開放加起來的比例也是不會超過70%，所以不會有財務上的影響，我想我的解讀是這個樣子，那如果說真的需要統計資料的話，我們可以把我們這邊申報是婦癌追蹤的病人，大概佔放射腫瘤追蹤病人的比例多少我們可以去抓，那可以抓出來大約的一個數字，但是實際上可以跟代表報告基本上數字應該是不會超過婦產科，因為婦

產科已經全部都是婦科疾病，他的比例都這樣，那在我們的領域上只是婦癌的病人，他只是所有治療的病人中一個更小的領域，所以理論上是應該是不會超過，以上報告。

**主席**

好，謝謝，再來干代表。

**干代表文男**

我認為這個是好事，現在婦女要生一個孩子也不簡單，是有連帶關係，我想這個是他已經做了這麼久，也是照護婦女，應該是這個案子我們讓它通過。

**黃代表雪玲**

沒有預算，事實上是沒有預算，他真的是沒有預算的。

**主席**

好，朱代表，然後再來徐代表。

**朱代表益宏**

其實就是剛剛雪玲講的，就是你錢從哪裡來，因為他量會增加，雖然沒有超過70%，但是現在你可能是婦科16~17%，開放有可能佔19~21%，但是不管怎麼樣，他的絕對數字是增加，因為現在是做了沒有申報，那以後做了就申報，所以他一定會有財務衝擊，所以這一部分署裡面說沒有財務衝擊，這個應該要修正，至於財務衝擊有多少，我覺得可能要再評估一下，那當然如果費用很少，或許大家可以接受，但是如果費用有一定程度的話那你還是要有財務來源，這樣會比較合理一點。

**主席**

好，謝謝，來徐代表。

**徐代表弘正**

第一個我想請問有沒有比較愚鈍一點，這個問題要怎麼樣去界定報告跟討論，我一直看到大家都在討論，我不知道對於報告是怎樣，第二個剛剛趙醫師提到的其實跟健保署所計算的公式是完全不一樣，

如果是以婦產科裡面，他是以婦科病人，那如果以腫瘤科裡面是不是要腫瘤科婦癌病人內的比例，還是說他百分之百都需要做內診的，這個就是會產生一些矛盾，剛剛我每次看到就是所有代表都講，這樣都不增加預算，不增加，可是我們看到很多，以後增加的幾乎增加的比例百分比都比較高，減少的百分比都比較低，跟預估，所以這裡不增加財務我也覺得很懷疑。

**主席**

好，謝謝，還有嗎？來，謝代表。

**謝代表武吉**

我是比較關心，我們叫人家做一些事情，一定要有一些成本概念，我看骨盆的檢查費用是55點，現在是增加了放射腫瘤專科醫師這一方面的，第二點他是申報本項費用加計65%，我算了加計65%總共是90點，請教腫瘤科和婦產科的，是不是能夠向我們報告一下成本，如果是做這一項的檢查，他實際所發生的費用醫療要用的東西，包括人事甚麼費用加上護理的費用甚麼費用包括在裡面，他應該會產生多少的費用，應該也要在這裡讓我們了解一下，因為我看這個支付標準和以前完全都沒有更動，我是感覺上，婦產科是我們在幫忙照顧培育的婦女，我們不要讓疾病又擴大，那到底這裡的費用90點乘以0.9是81塊錢，這樣的時候是不是他的這個費用是合理化的費用，謝謝。

**主席**

好，謝謝，其他大家有意見嗎？朱代表。

**朱代表益宏**

這個比較多話，因為看到這個放射腫瘤醫學會給健保署的函裡面，就是現場補充資料第一頁，這裡面有特別提到現在如果沒有取得放射腫瘤專科醫師的話以後就要受訓，所以包括現在的住院醫師，包括後來他都要有這個資格訓練，想請問署裡面，這個署裡面怎麼樣去認定他有受過這一個月的訓練，這是第一部分，因為目前我覺得沒有這個機制，所以署裡面可能要去考慮，因為如果是你的支付標準規定他要受過相關的訓練，署裡面就必須要去 identify，他要受過相關訓練才能申報這是第一點，第二點就是這個訓練項目 b. 裡面特別有講到實際參與婦癌專科醫師的臨床照護，我不曉得婦癌專科醫師，因為這

不是署定專科醫師，那是由婦癌醫學會他發的專科醫師，這樣如果是  
由婦癌醫學會發的專科醫師，他才有這個資格，我個人覺得不是很妥  
當，可能不妥，就是說可能因為他畢竟不是署定專科醫師，所以你這  
邊既然是在健保署裡面要去做正式的相關的規範，而且是做某些程度  
的限縮，我覺得還是要回歸到由部裡面部定的專科醫師可能會比較妥  
當一點，以上兩點。

**主席**

謝謝，還有嗎？好。

**謝代表武吉**

剛才我所想要的東西是不是只有在這兩張？（這個不是，這個是  
器捐那個）我知道器捐，（主席：剛剛的前案）這個是答覆朱益宏朱代  
表的（主席：對），但是我要的好像不是這兩張（主席：你要的還沒來，  
你要的還沒有印，你要的統計數據還沒有印），很奇怪他們就可以在  
報紙上公布，我們開會的時候竟然沒有資料可以給。

**主席**

對，現在趕快去拿，現在先等一下，不要亂掉了，我們現在還是  
先回到說明二這項，這個骨盆檢查費，來，黃代表。

**黃代表振國**

主席、各位代表，大家午安，我只代表全聯會請問一下，因為全  
聯會有要求說這個骨盆腔的檢查費在基層的申報的情形，是不是也可  
以提供我們做參考？這個好像沒有在附的資料裡面，沒有，第二個我  
針對我想我必須我想看增值點，就是所謂的骨盆腔檢查費應該有一定的  
定義跟規範，說實在為什麼當時只限婦產科能實施，一定有他專科  
的學理，那我本身是家醫科的，從來也沒有要求到要去做這樣的申報，  
那我想如果放射治療學會有這個訴求，應該必須能夠達到我們這個符  
合骨盆腔檢查費這個定義跟目的跟目標，至於他們目前的譬如說放射  
治療的費用過低的問題應該是另外一個 issue，我的個人看法，謝謝。

**主席**

好，還有嗎？有關基層的骨盆腔檢查費申報多少，同仁如果可以  
請做準備，大家對於這項好像需要趙醫師再說明，趙醫師有關這個公

文，你們的腫瘤學會的這個公文，有關這些訓練的內容還有專科醫師的部分是否請趙醫師再說明？

### 趙醫師興隆(台灣放射腫瘤學會)

是，跟主席、各位代表報告，因為之前不是我參加協調的，但是就我的了解跟各位代表報告一下，就是說當時跟婦產科醫學會接洽的過程裡面，因為我們實際上在我們科婦癌的治療中會有這個領域的需求，也有這個業務的執行，為了申報的話必須要有一個量化的 quantified 的 criteria，所以那時候大家討論就是說要到婦產科要去專業受訓，那這個受訓包括 PGY 或者是在住院醫師訓練裡面要出去 run，所以我們 RIC 的訓練課程，我們放射腫瘤專科醫師的 RIC 的訓練課程裡面的條例，我們目前正在著手配合修正，就是說我們之前有修正，就是說其中有幾個月要到外面，有幾個科，譬如說7個科，要選修幾個等等的，我們現在正在著手修正，把那個婦產科一個月受訓這個就把他加進去，加進去以後符合這個標準，所以符合這個標準才能報考專科，那拿到專科醫師的基本上以後認證申報這個問題大概以署裡面來講大概就可以解決，所以目前我們的解決方案跟做法是這個樣子，以上報告。

### 朱代表益宏

這個我個人覺得就是說，因為他現在如果是放射腫瘤他列入他們的專科醫師訓練計畫裡面，那他去 run 婦產科一個月，那 run 婦產科一個月我覺得這裡面就其實會有一點弔詭，就是說因為你是規定他一定要直接參與婦癌照顧病人的過程，還有婦癌的會議，但是我了解婦產科如果他去 run 的話他是整個參與婦產科的活動，不見得是針對，因為婦產科就包括一些婦科，甚至產科的一些活動，所以我不是很清楚就是說婦產科的對於這些放射腫瘤的住院醫師來這邊受訓他們有是不是安排針對婦癌的一些課程，這個我不清楚，但是他如果只是 general 去 run 婦產科整個包括參與他的 morning meeting，morning meeting 可能討論產科的病人，可能討論婦科良性的病人，那這樣子我個人覺得可能不見得適當，所以這部分請主席考慮，因為畢竟這裡所有限制是因為是在支付標準裡去受限，所以會變成署裡面必須要去考慮適不適當，而且照放射腫瘤醫學會的建議，就是說以後其實他也沒有這個問題，只要他的專科醫師，取得他的專科醫師就視同通過都

可以做這樣子，跟原來希望放寬的主旨是不是配合，我個人覺得存疑，以上。

**主席**

好，來趙醫師。

**趙醫師興隆(台灣放射腫瘤學會)**

那個跟朱代表報告，就是前的討論我沒有參與，但是我在猜可能是不是就是考慮到朱代表同樣的考量，所以他們在這個條件裡面提到去婦產科受訓的時候，這個受訓當然要有婦癌專科醫師，所以其實我們在前面的討論的時候，已經考慮到朱代表的問題，所以其實朱代表考量是非常正確也非常恰當，不過我想我們之前的代表也針對這個問題做過一些努力，所以訂出來這樣結果，以上報告。

**主席**

好，謝謝，大家還有其他意見嗎？現在有幾件事情，一個是由黃代表想了解基層的數量，現在準備中，但是跟本案沒有甚麼關係；第二是這項增加的費用，錢從哪裡來？有關財務的部分，代表們認為這項可能會增加費用，就把這項紀錄下來，大概每半年追蹤費用是否足夠，第三個部分是有代表提出來說，有沒有經過訓練要如何確認，這部分醫管組有甚麼想法？

**陳副組長玉敏**

經過學會認證以後，把認證過的名單提供給我們就可以去做。

**主席**

是否學會可以將將來受過訓練的名單給我們，讓我們鍵入電腦自動勾稽。

**趙醫師興隆(台灣放射腫瘤學會)**

可以看署裡面需要什麼樣的資料，我把資料帶回去，基本上應該不是問題，不過我是在想說，那個資料受訓得時候，等於是說我們再提早，我們可能就是譬如說他 R2去 train 還是 R3去 train，我們拿到是不是就往上報，是不是就鍵進去，還是要等到最後統一都到了專科醫師才報，就是說要怎麼樣執行我想我再跟承辦人討論，但呈報是

應該沒有甚麼問題。

**主席**

好，我們必須要有名單，將來腫瘤科申報必須要在名單裡面的，才視為合格，可以接受，這是第三點，還有嗎？

**朱代表益宏**

我剛剛替別請教婦癌專科醫師，因為他不是部訂專科醫師，這部分是不是要說明一下？

**主席**

部訂專科醫師，我們現在是放射腫瘤。

**朱代表益宏**

不是，因為他訓練的內容都要有實際參與(主席：他是婦產科)實際要參與婦癌專科醫師的臨床照顧、婦癌專科醫師的手術、婦癌專科醫師的門診。

**趙醫師興隆(台灣放射腫瘤學會)**

對不起我打個插，跟朱代表報告，就是說這個是我們等於是函文的內容，就等於是 undertable，實際我們會執行這樣，可是在公告的裡面，其實是他只說要婦癌相關的，他一定是婦科相關的訓練，所以在公告的部分是沒有甚麼違規什麼署訂專科這些問題，所以剛剛其實朱代表替我們想到很多，不過這個地方在公告的條例文字上面應該沒有違反部訂專科這個疑慮，應該是沒有，以上報告。

**主席**

最主要還是婦科的專科訓練，好，大家還有其他疑慮嗎？

**黃代表雪玲**

那剛剛那個比例是不是婦科歸婦科，腫瘤就不用有比例了。

**主席**

好，我們參採多數意見就不合併計算，婦科歸婦科，腫瘤部分拉出來另外統計，可以嗎？

## 陳副組長玉敏

可是依照現在支付標準，所訂之百分之七十，是以各醫療院所每月申報本項不超過婦產科就診人次的百分之七十，放寬只是將原來只限婦產科專科醫師申報，現在放寬多一個專科可以申報。

## 主席

現在其實距離很遠，但是大家關心，多出來的部分還是一個淨增加，這同意，但是寫在這裡仍不會影響院所權益，好嗎？我們會把它一起合併不超過70%，但是有關腫瘤科申報出來的量另計其財務衝擊。好，如果這樣大家可以接受，這案就…。

## 謝代表武吉

對於這提案還有他的費用預算評估，請說明。

## 主席

好，這項費用的支付，誰要說明？成本現在沒有，因為本來就有原來的支付點數。

## 謝代表武吉

這樣55點再乘以65%等於90點再乘以0.9的話。

## 主席

目前沒有人提出這個疑義。

## 謝代表武吉

但是我就認為這個不行。

## 主席

你有疑義建議要提案討論，本案是否OK？可以的話，就通過。

回溯前面那項，說明一的部分，剛發一份衛福部的公文，還有登錄中心跟衛福部准予備查的公文，這樣有吻合代表的疑義，有解除嗎？剛是朱代表，是嗎？可以嗎？這樣OK？好，如果OK的話，是否上面那項也洽悉？還有數量是嗎？數量已經發給大家，是嗎？有。

## 謝代表武吉

我有一個感到很奇怪的，這裡有心臟移植的，他的存活率，有腎臟移植的(主席：有案例數)，肝臟移植的，但是他2003年到2014年總共有13例的肺臟移植，他沒有分成單肺和雙肺，到底分布在哪幾家醫院也都沒有。

**主席**

好，我想如果個別代表另外有個別需要的話，我們另外再補充。

**謝代表武吉**

不是，主席，為什麼我會要求這個，因為現在 CA 的患者很多，所以我們也希望能夠都移植，能夠救很多患者，如果我們在這裡處理得很好的話，我們是否公布哪幾家醫院能夠有做這些。

**主席**

最後一頁，肺臟移植在最後一頁。(龐組長一鳴：肺臟移植很少。)

**謝代表武吉**

數據看來幾乎沒有，只有幾個(龐組長一鳴：肺臟移植很難。)

**主席**

不過，不管數量多少，都不影響說明一的內容，因為是兩件事情，但是代表想知道數量我們已提供，好，第一個部分是否也沒意見?如果沒有，這兩案就全部洽悉。剛剛許代表有提一個大哉問說，報告案跟討論案有甚麼區別，請醫管組說明。為什麼報告案也要討論?

**張技正淑雅**

因為在報告案的部分我們在提出來的邏輯裏頭是說，他依照法規面來修正以及我們討論過的共識，以專業度來講，應該說在我們署裡的立場爭議性比較小，所以列入報告案，至於討論的性質比較往費用、預算、人等的部份我們會列入討論案，以上說明。

**主席**

好，還是有一點不圓滿，因為也討論這麼久，報告案也討論這麼久就代表還是有討論，這個會後內部會再討論，好嗎?我們同意報告

案都可以討論的，好，謝謝，進入第三案。

## 報告事項

### 第三案

案由：104年之新增修診療項目申報情形。

#### 主席

在進一步說明後面數據之前，補充介紹今天新到的代表，基層的部分三位新代表都已經到了。一位是吳國治代表、一位是張孟源代表、一位是林恆立代表。好！謝謝！因為他們都比較遠所以慢慢來！好，張孟源很近，而且慢慢來。好，林恆立比較遠，可是人家高雄也比你早來！好，謝謝！請醫管組說明後面的表！

#### 張技正淑雅

請各代表翻閱補充第二份資料的第三頁，我們先說明表1-1的部份，104年8月1日新增的第1項30522C 幽門桿菌抗糞便抗原檢查，支付點數為376點，為替代表原支付標準30512C 碳13尿素呼吸道呼吸檢查幽門螺旋桿菌感染，原支付點數為1,160點。依照103年申報的醫令替代率50%，預估全國的執行量約15,992件，預估年增加費用請看 H 欄，可以扣減大約1,200萬左右。在104年8月1日公告實施之後到105年3月31日，8個月的申報醫令量為1,594件，申報醫令點數為599千點。同時我們去看它被替代項目的申報情形，在103年的同時期的話，大概申報量為23,929件，公告實施後新增的變化是25,871件。事實上，是沒有因為新增這一項診療項目而替減它原本替代項目的執行量。所以，實際上是淨增加599千點。依序第二項、第三項、第四項、第五項的部份，在這張表上都是以這樣作業方式呈現，在第二、三項是複雜3D 立體定位-單腔及雙腔，由原支付標準33091B 不整脈經導管燒灼術進行拆分新增，並以33091B 醫令量的各替代20%去計算，預估全國醫令量是734件，預估3D 立體定位-單腔年增加約600萬左右，3D 立體定位-雙腔約900萬。截至105年3月31日8個月的申報情形是307件跟312件。同年被替代33091B 的部份，約各替代約600多萬，所以它淨增加在3D 立體定位-單腔的部份是7,077千點，而雙腔的部份是8,572千點。在第4項跟第5項的話，小腸移植跟小腸屍體摘取，是全

新增項目，新增小腸移植目前只申報1件，小腸摘取沒有申報，淨增加是227千點。在第6~17項的費用是104年12月1日新增的支付標準的診療項目，第6項12077B 白血球及時定量檢查支付標準訂定是3,571點，當時提出的全新執行總人次為4,961人次，自公告實施到105年3月31日，4個月的申報189件，申報點數是675千點，淨增加則為675千點。接下來，28043B 跟28044B 這個部份是電子式內視鏡超音波檢查跟細徑（迷你）內視鏡超音波檢查。當時提出新增執行人次時，是以替代28029C 醫令量30%計算。並怕新增項目費用在未來的年限裡頭有它不足的情況，從104年12月起新增診療項目多給予5%的成長率計算，所以這邊的醫令量預估全國執行數是4,865跟1,1350，預估年增加點數大概預估在第一項電子式內視鏡超音波檢查約增加1,800萬，在第二項細徑（迷你）內視鏡超音波檢查預估3,100萬左右，實際申報情況跟替代項目扣減之後，實際增加了大概8,574千點。第九項是一個全新的醫療技術，支付點數是28,636點，目前執行只有1件、29千點。第4頁的部份，第11-16項是完全是新增加項目為淨增加點數，而第17項皮膚鏡檢查點、支付點數250點，依提案單位新出來完全新增加為75000人次，再加上可以替代現行支付皮膚鏡切片及第4級病理的費用，依這樣子的推估之後，目前的申報情是680人次，申報點數為170千點，扣掉替代的一個項目費用，淨增加大概是59千點。

在表1-2，第5頁的部份，是104年8月1日包裹支付過程面的特材項目，為33024B 的 ERCP 及28031C 的大小腸鏡的切片調整支付點數，當時我們預估費用大概1.54億，執行8個月的情形大概是1.2億。在修訂的部份，104年12月1日公告實施的修訂部份，第20項17019C 支氣管激發試驗，當時為了包裹藥費，增加了424點，預估增加約6,600千點，目前申報約1,800千點。

第21-27項為嚴訂適應症，以及拆分為新增診療項目，原則上是不影響費用。這部份在今天的會上補充資料說明第3頁的部份，我們稍為會有分析103跟104年同期的醫令量的變化及申報的狀況，請各代表參考，目前103年12月1日到104年3月31日同期的部份，這邊的話大概是553,873千點，同期我們公告實施之後，修訂這些適應症的話，同期醫令目前申報是528,611千點，約減少了25,000千點左右，以上報告！

**主席**

好！謝謝！這個表是因應歷次很多代表都很關心，新增診療項目預算執行情形，需要一段時間盤點。上次會議決議自104年起增修項目開始盤點，今天是將104年的增修項目執行情形進行追蹤報告，事實上自公告實施到現在，執行還不滿1年。這裡有幾件事情，我們一起來看，當時104年醫院總額的編列預算3億，實際上增修27項公告實施日為104年8月跟12月，並不是1月開始，當時預算推估約2.54億點，所以也沒有用掉3億。當然這預算推估有很多的假設，包括替代率還有數量，這都是透過專科醫學會提供的數據，我們暫列暫估。現在實際數據出來了，我們就驗證一下，因為沒有一件事情是這麼準的。驗證資料就是今天在報告的內容。後面有一個實際申報情形、扣除替代項目申報情形，以及 N 欄位為實際淨增加點數，把實際淨增與預算編列跟3億相比，驗證原來框列預算是否足夠？所以今天跟大家報告的就是這個部份的內容。因為它還不滿一年，所以理論上會一年之後才知道放進去的3億到底夠不夠？但是這3億放進去就到基期裡面！所以它就在我們的基礎裡面，我們應該要追蹤一段時間。我記得上次有代表說要追蹤2年或是更長，現在嘗試著照大家的意思來追蹤。好，這算是報告案，大家有意見嗎？請。

**朱代表益宏**

第一個這個資料，因為以後是半年嘛！對不對？

**主席**

對，半年追蹤1次。

**朱代表益宏**

所以，我不曉得之前，是去年8月...

**主席**

去年8月1日生效。

**朱代表益宏**

對！那再早的有資料嗎？

**主席**

再早的沒有開放，這是新項目。

**朱代表益宏**

不是！我是說再早之前我們開會的時候，新增的項目有做這樣子的那個嗎？

**主席**

這是上次的會議決議，從104年開始來追蹤...

**朱代表益宏**

104年大家才擔心是吧！

**主席**

不是，上次的決議就是說，試著從104年來進行報告，朱代表可以回去翻閱會議紀錄。

**朱代表益宏**

不知道啊！有？

**主席**

對，我今天有確認！

**朱代表益宏**

我是104年之前就開始擔心了！我不曉得其他代表是不是104年之後才開始擔心。

**主席**

我今天有去請同仁追蹤，當時我們記錄的全錄。請醫管組同仁唸給大家聽。

**朱代表益宏**

沒關係不用了！我只是覺得...

## 張技正淑雅

報告主席跟各代表，我們的決議是在104年12月本會議第4次與會發言實錄裡提及，我就摘錄最後的主席裁示部分：「這個案子其實應去追蹤，這是屬於新科技的預執行情形，這件事之前就有討論，每半年應該是合宜的。若按季報告因為才公告不久，說不定連一個個案都沒有，所以半年做一個追蹤，至於要追蹤多久，有的代表說兩年、五年，我們試著從今年開始做做看，若大家覺得數據不穩定，我們一邊追蹤，一邊看怎麼做，做到大家覺得公開監督預算支用情形，至於公佈到什麼程度呢？我們先做整體的公佈，如果代表有什麼特殊需求，我們再提出來等等。」以上報告。

## 主席

好！

## 朱代表益宏

我的意思是說，我們這個會議一直都在開放，比如說，開放適應症、開放醫師，那大家其實都認為財務有衝擊啦！那我剛剛為什麼講說我104年之前就很關心這件事，那我也記得之前好像有決議，就是每半年要討論，不是只有今年這些項目，我印象中應該不只這些項目，主席裁示半年要討論。剛剛那份12月的會議紀錄看起來是說，針對這些討論的項目主席裁示說要追蹤，像比如剛剛講的放射腫瘤科主席也裁示說...

## 主席

放進來！

## 朱代表益宏

都會追蹤，所以，我才問那之前是不是也有相關的報告。

## 主席

我們其實在對比的是說，每年總額協商的時候，都有編列新診療項目預算，每次這樣一個案一個案討論，日積月久不曉得所編預算在基期裡夠不夠？會不會爆掉了都不知道，還是太多了我們也都忘記了，

所以需要有一個機制評估，所以就從104年來做看看。今天我們用這樣的方式跟大家報告，大家可以想一下這樣的報告方式如何？是否合理？因為我記得我們在藥品的替代率也是爭議很大！醫療服務也是有替代的問題，我們用這樣的方式來跟大家 review，各代表可以先看一下這樣的方式，如果大家滿意，覺得公平合理的話，日後就用這樣的狀況長期追蹤，追蹤到一定程度就結束，成為一個慣例，免得大家永遠對於不知道結果，都成為我們會議的議題。

**朱代表益宏**

我建議這個資料以後是不是能提早給代表，因為這個是昨天的補充資料。

**主席**

Okay !

**朱代表益宏**

這個表看起來真的很複雜，所以大概要花點時間，能不能隨正式的資料一同附上來。

**主席**

好！

**朱代表益宏**

第二點就是，在這裡面我有看到說，裡面有一些比如說，嚴訂適應症、放寬執行科別不影響費用，所以都沒有列出來。當初討論是不影響費用的，所以就沒列出來。所以我是建議當初預估是不影響費用的是不是還是要做一個相關的比較？因為我們就是要看當初的預估對財務是不是有...

**主席**

有補！剛剛修訂適應症，有些是有訂、有些是放寬科別執行，在今天會上補充資料的第三頁，有補給大家。

**朱代表益宏**

有補就好，好！謝謝！對不起！

**主席**

我們在 review 時有看到，請同仁再把它補進去。像這樣的評估方式如果大家同意，以後每半年就做一次這樣的統計報告，好嗎？好！如果大家沒有其他意見的話，我們這案就洽悉！接下來第四案。

## **報告事項**

### **第四案**

**案由：105年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼品質提升獎勵方案（草案）。**

**主席**

這案是今年我們有協商一億元用來獎勵 ICD-10的編碼品質，有開過三次的會前會，大家有討論如何獎勵編碼品質提升的方案，大家手上的補充資料中，也有三次會前會的對照說明，對這案是否有意見？

**干代表文男**

這個 ICD-10到底大家現在會不會？還有現在還剩下多少錢？是否有照進度進行？

**主席**

ICD-10從今年元月開始就已經上線，這個方案主要目的是提升編碼品質，而這筆錢也要等本方案通過後才能分配。如果今天通過後，我們會先就醫院編碼出來的 code 進行品質的確認，再給予獎勵款，因此這兩部分是不太一樣。

**干代表文男**

如果到 DRG 的時候，ICD-10的碼太多了，尤其是 ICD-9到 ICD-10之間的轉換是否都通了？錢花下去有沒有效果？我擔心如果到九月協商時，如果又不行的話，怎麼辦呢？

**主席**

我們明天健保會中，本署會報告關於 ICD-10目前的 Coding 狀況報告。

### 羅代表永達

我想干代表一直很擔心的事情，是一個步驟，ICD-10只是 DRG 的前段而已，而且不是說 ICD-10好了後 DRG 就可執行，我想這都是一個階段性的概念。我想大家為了 ICD-10都很努力，開了很多次會，目的都是想把不會的變成會，不熟變成熟，所以大家其實都很努力，你看它裡面的東西，如果都會的話，讀書會、研討會都先把他們教會。我想請教第三十一頁裡面，這個方案通過後，就是讓各個分區去執行，讓裡面提到很多學協會的部分，認證的標準是不是有一定的標準或格式讓大家去填，還是要我們主動去報？上次開會前的會議我們就有提到這個部分。工作小組的檢討會議和我們現在的認證方式好像不太一樣。

### 主席

對，請同仁說明，謝謝。

### 王專員玲玲

第三點提升病歷管理及教育訓練積分的這一項，到時候各醫院的積分部分，我們會用統一的表格，請各分區業務組受理各醫院進行辦理這些課程的教育積分統計及認證。

### 羅代表永達

那學協會認證的部分，上次大家有共識是沒有從嚴去認可嘛，是這樣嗎？

### 徐代表弘正

干代表所關心的部分，其實現在我們醫院因為一定要轉，所以全部都轉了啦，但是當中編碼的正確性還在熟悉當中，當同一個疾病來時，到底要用哪一個 ICD-10碼去 CODING，可能還會有錯誤，因此這個獎勵是必要的。另一個在我們實務上有發現的狀況，CMI 值普遍往下下降，那可能其他區都無所謂，可是以中區來說，我們 CMI 值下

降的話，會影響到我們單價控管的幅度，也就是說我們的單價會隨著 CMI 值有所變動，那整體往下降的話，就會造成每個醫院的單價往下降，就會讓醫院被扣得更多了。所以我想建議署內在品質方案中，能不能去了解 ICD-10 與 CMI 值之間的關係，到底哪一個正確？如果真的是 CMI 值往下降，那應該要函令各單位自己做一個調整，而非讓醫院自己去承受損失。

## 主席

關於用 ICD-9 和 ICD-10 的 CMI 計算會不一樣的部分，請同仁記下來，請醫管組與各分區業務組聯繫，假如他們用 ICD-9 的標準在算這個指標，改成 ICD-10 後應該也要有一定程度的修正，這項請醫管組和分區業務組溝通。

## 龐組長一鳴

補充說明，ICD-9 轉 ICD-10 後，有很大的學問在裏頭，除了 DRG 之外，還有像院長講的初級照護率也不太一樣，後續還需要跟大家談，有些還要改，初級照護的指標還要請專業團體來幫我們解決。我先談它的概念，一個是診斷、一個是處置，而過去初級照護所講的主要是診斷，可是有些處置是比較 HIGH LEVEL 的，要綜合這兩個問題才能把真正的問題呈現出來，剛好趁這次 ICD-10 的時候，要做比較大的修改，不過這邊要特別講的原因是因為改的過程需要花一點時間研究，所以可能有一段時間大家還看不到調整的相關資料，因為要花一些基本工做一些研究，藉由這個場合向大家說明，也要向大家致歉，以上。

## 主席

這個部份我想醫管組有責任去和分區業務組溝通，有關 CMI 的相關指標要做一修正，用 CMI 扣連的指標都要改，要修改各區的管理辦法，這一定不能用過去基準來衡量的。

## 林代表富滿

有關第三十頁第五項的指標，處置及診斷編碼符合率，發現健保署統計資料範圍有誤，符合本項指標之主診斷第一碼範圍沒有全部納

入，後續我們將意見提供協會轉請健保署修訂。

**主席**

有影響到這個指標的文字或數據嗎？會影響到甚麼？

**林代表富滿**

會影響獎勵標準值。

**主席**

影響甚麼？基本值嗎？

**林代表富滿**

因我們無法跑全國資料，無法知道影響程度，目前看起來內容不對，想必影響獎勵標準基本值，尤其是第五個指標。

**龐組長一鳴**

這個細節有部分是醫審那邊，我們再和他們研究一下，原理先和大家說明，這原來的值原本是用1月的資料去算過的，當然條件有改的話，一定會改，但如果沒有改條件的話，就會照原來的基準值去看，這都是用方法去驗證過代表的，若有改的話，再按照相關的比例進行調整。

**主席**

還有意見嗎？如果大家沒有意見的話，林代表有保留三十頁的第五點，第五個指標保留，但是如果驗證後如果沒有問題，就照案通過，好嗎？

**黃代表雪玲**

剛才會前我也有給三跟六的指標。

**主席**

三跟六的指標？

**黃代表雪玲**

對，因為你們用這個條件去撈這些代碼是有一些問題的，會影響。所以我們有跟他們說細節要再討論，會上就讓它過。

**主席**

好，那就是三、五、六，有關基本值的部分再做確認，假定沒有問題就照案通過，其他代表有無意見？沒有的話，本案就洽悉，保留的部分請醫管組盡速和相關窗口進行確認，確認之後，如果大家都確認後，就按照程序報部公告。謝謝，再來第五案。

## **報告事項**

### **第五案**

**案由：本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式案。**

**主席**

好，謝謝，有關第34頁、35頁，這個是XML格式，請大家參閱，請問各代表有意見嗎？這部分請大家能夠配合，因為現在比照項目非常的混亂，各自定義各自比照，有的比高、有的比低，這樣也不是非常的公平，而且如果真的有太多比照項目，支付標準是否應該新增碼讓它適用，所以這件事希望大家能配合申報，一段時間來檢討，大家有意見嗎？這通過之後我們就會公告嗎？程序上怎麼進行？

**張技正淑雅**

跟主席報告，這次會議紀錄出來後，我們就函文給各分區，次月生效。

**主席**

就是會通函給各院所是嗎？

**龐組長一鳴**

我們會發函給各分區，分區會發函給各家院所。請各分區來研議，必要時辦說明會，還是有些程序的問題需要辦說明會，我們會請各分區處理。

**主席**

好，謝謝，因為這是申報格式，是否大家都同意這樣做？朱代表。

### 朱代表益宏

等到生效以後，是不是能夠先就未列項大家申報的狀況，有機會的話，大家做個說明？因為現在沒有資料。

### 主席

沒問題，每半年併同新增診療項目執行情形提本會議報告。

### 龐組長一鳴

這個目的就是要能夠得到數據，於本會議跟大家報告、檢討，想法上是如果到了一個數量，比照項目就應該變成表列支付標準項目，就調整支付標準，目的就在這裡，謝謝。

### 主席

好，本案說明四說明，每半年收集這些項目，做合理性的評估，然後提本會報告，這邊有交代，大家如果沒意見，這項就洽悉，再來第六案。第五案嗎，好，請。

### 謝代表武吉

未列項目我們希望是不是可以在這裡先簡單報告一下，未列項目它的可能擴充的項目是多少項？再來~我知道是未列呀，那是多少啊？費用多少啊？若不知道~以後變大海怎辦？但是應該以前沒管，現在應該要把它列出來，我們要了解一下嘛~

### 吳代表國治

主席，事實上在審查注意事項裡面就有幾個項目已經名列出來，像眼科裡面有個比照什麼申報，像那個就要獨立出來，所以是不是先把它抽出來，再給各專科醫學會，這樣效度比較快，這是各專科醫學會有共識，有共識就有這些東西。

另外我要提出另外一個問題就是，如果說格式弄出來，應該要註記沒註記的話，抽審的時候會做什麼樣的處理。

### 主席

這部分會再請本署醫審及藥材組來定義，剛剛吳代表講的也很對，審查注意事項裡頭已經有宣告什麼東西可以比照應該先整理出來，請醫審花一點時間整理。但是不影響這個申報，這還是照申報，因為申報出來也可以驗證說審查注意事項規定比照的到底是對還是不對，如規定比照 A 結果你比照 B，B 的點數還比較高或比較低，這樣就不公平，所以我想我們雙管齊下，一方面去檢查那邊比照項的規則整理出來，一方面請各醫療院所申報，最主要還是公平性的問題，第一個是公平，第二個是真的要知道支付標準是否有不足或是已過時，支付標準要與時俱進，免得我們的項目都沒有機會更新。朱代表，請。

### 朱代表益宏

我也覺得就是說生效以後，可能在醫審那邊看看審查注意事項是否需加強的。不要到時候，因為沒有做註記，被核檢或是有什麼狀況，結果就說明理由是比照申報，這樣我是覺得有點灰色地帶，所以是不是在審查注意事項裡面要註明，如果有比照但是沒有做註記，那就是依照原項目做審核，不要到時候說審查理由說因為沒申報就比照等等，又要求做註記又沒有做註記，到時候審查是要給他核檢還是不核檢還是怎樣？所以醫審那邊要做配套，以前是沒有，或許這樣在審查醫師那邊就認為既然比照也確實需要，所以他就給他可能比較高點數。那現在既然要求做註記，所以如果沒有註記的話，我覺得應該就是整筆要核檢或是看是要用什麼方式去處理。因為今天醫審也在，所以我強烈建議醫審這邊在審查注意事項要做同步修正，該註記沒做註記是要用什麼方式去比照，以上。

### 主席

朱代表的意見我們是全錄下來，我們會移請醫審小組去訂相關的配套，剛剛講的還是照做，就是醫審那邊去整理已經有在醫審辦法裡頭的比照項，其實這個項目在基層也有含括，基層跟醫院都有這種問題，我們是一體適用，申報歸申報，整理規整理，我們半年之後把收集的資料整理跟大家做報告，這樣好不好？潘代表請~再來朱代表

### 潘代表延健

謝謝，因為剛剛討論到後段的處理，如果現在審查注意事項裡頭

已經有清楚講到未列項，這部分當然就照這個去做，沒照這個做後段的懲處就要進來。其他是不是能夠用我們像試辦的精神，建議醫審再定後面這段可否採取比較開放的角度，幫我們去把問題找出來，事情一段時間以後再實質進入審查，謝謝。

**主席**

好謝謝，潘代表的意見我們也記錄下來，都是全錄的，我們會把這段跟剛剛那段一起移給醫審，朱代表請。

**朱代表益宏**

是不是下次開會的時候請醫審做一個說明，針對這個案子做了那些調整，不然若移過去變成醫審那邊若不處理，我們這個會沒辦法追蹤也不曉得結果怎樣，還是造成困擾，所以我建議在下次開會的時候請醫審就本案做了那些調整跟因應做一個報告。

**主席**

好，這項列入會議追蹤，下一次追蹤。林代表，請。

**林代表恆立**

我比較贊成吳國治代表剛剛講的，因為很多東西像剛剛很多代表都在質疑的是都沒有資料，我想這一方面應該是醫學會資料是最多的，包括他各種新的科技是比照哪一個項目去申報，像我們非常多的技術例如 RF，不知道要比照哪一些項目，這醫學會最清楚，那由醫學會彙整出來給大家參考，以後大家比較註記申報的時候才會有一定的規則，否則就會像主席剛講的，有的申報高、有的申報低，這樣會造成很混亂，到時候醫審也不知道是要刪還是加，這是非常大的困擾。

**主席**

當院所申報出來之後，如果大家的比照項是非常有問題的項目，我們會徵詢專科醫學會溝通討論，這都是後續作業，因為已經累積很久的問題，需要有一個比較好的解決方案。這樣大家可以嗎？黃代表請。

**黃代表雪玲**

我是不知道這樣，我們回去該如何整理未列項。

**主席**

我們會有說明會。

**黃代表雪玲**

醫師說這個就不是，你們又要把它報出來，到時候我不知道怎定義？所以醫師說了算嗎？是這樣嗎？

**主席**

我們說明會再討論這個，好嗎？謝謝，接下來第六案。

## **報告事項**

### **第六案**

**案由：現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案。**

**主席**

好，謝謝。這是我們105年第2次臨時會，我們代表決議對於一共21項，包括醫院協會建議的項目跟署本部各建議一半的項目加起來21項，要進行全國的成本分析，因為成本提報是一件很大的工程，所以請分區業務組辦說明會。現在大家看到39頁各分區回報說明會的結果，大概只有中區跟東區，像中區是南投縣地區醫院跟臺中市大臺中醫師公會表示贊成，其他的反對；東區的話是原則同意或擇要項填寫，沒辦法全部填寫；其他的都是強烈反對填表。這些對象包括醫院的代表跟基層的代表，所以這案請各位代表來表示意見。但先請醫管組說明法源依據，好嗎？我們是有法源依據的，請宣讀依照的法源。健保法的第80條，是否稍微宣讀給代表們。

**張技正淑雅**

健保法第80條主管機關為審議保險爭議事項或保險人為辦理各項保險業務，得請保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構提供所需之帳冊、簿據、病歷、診療紀錄、醫療費用成本等文件或

有關資料，或對其訪查、查詢。保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。前項相關資料之範圍、調閱程序與訪查、查詢等相關事項之辦法，由主管機關定之，以上。

## 主席

好，謝謝！各位代表對本案有什麼意見嗎？來，朱代表。

## 朱代表益宏

這個案子最早是我提的，但我要還原一下當初我原先的提案，我原先的提案是針對現有的支付標準項目做通盤的成本調查，但是我的提案是針對說這個項目是由學會提供相關的成本資料，後來是醫管組這邊說依照健保法80條要求說個別醫療院所都要提供，才会有這個案子出來，因為我為什麼當初會提，就是設想到醫療院所去提，特別是診所它提供有它的困難度，但是我們看到很多新增的醫療項目都是由學會這邊很詳細的分析資料，所以表示學會其實有能力對於他所執行的醫療項目去做成本分析的簡報，所以我這邊還是建議…初衷我是沒有變，希望針對現有的支付標準做全面性的成本調查。因為你新增的都已經做了，現有的大家都覺得這個支付偏低，到底偏多低？什麼樣的狀況，有些項目署裡面也覺得支付太高，到底高到多少？所以當然我覺得這個只有靠成本調查去處理，署裡面當初講說做過RBRVS做兩次，事實上RBRVS他也抽樣，而且中間的比對確實有很多問題，做出來所有的專科醫學會都不太服氣。所以我覺得就針對支付標準項目去做成本調查是有必要，但是我還是回歸我當初的初衷，我個人的建議是希望由專科醫學會先就這21項，專科醫學會來提供相關的成本資料，然後提會討論，以上。

## 主席

謝謝！還有嗎？來，請，干代表！

## 干代表文男

我就懷疑這個案子，我不針對人喔，我是身為這個代表性，這個議而不決，決而不行，講了老半天為了這個問題開了一、兩個多鐘頭，

最後我一個人撐到底，朱代表也講很多也爭取到最後，因為那天的結果決議是這樣子，要你們各診所醫療院所提供所有的資料，然後做一個綜合，才能說有依據。結果現在我看的六區都不願意配合，我想這個案子就不用討論，等到他們都拿來以後我們再來處理這個問題，如果沒有資料你就空講了嘛，這個會也是白開了！是不是這樣子？也不要說特別暫時擱置，請他們提供以後，有了這個資料每一項再去做，你新增的做了、RBRVS 也做了，你看看怎麼樣做一個最後的一個結果，提出來再討論，這個案子我想就暫時擱置啦~

## 主席

謝謝干代表，再來羅代表。

## 羅代表永達

主席，我想在各分組討論的時候我有參與，我只是一直很納悶，剛開始的時候大家想想那時候的初衷，為什麼醫院協會會支持？很簡單，以後如果說假設相關預算的時候，我們到底要先補誰？那以後有東西可以校正的時候，譬如說如果假設他應該要是100塊，某些項目他目前給的是60塊，有些東西目前給的是80%，有些是90%，如果這樣子要調，因為距離那標準值太低的東西我們應該先調，我們那時候的初衷是這樣子。但是那麼多的項目幾千項的項目怎麼調？所以我們要先去校正幾個項目，這21項目裡面一半由我們健保署提出來，一半是由我們來提出來，我們為什麼要提出這些東西，就是說…根據每個基層裡面，譬如說換藥、21項資料裡面，有些東西地區醫院比較多，有些區域比較多，有些醫學中心比較多，我們那些比較典範的東西我們拿來看看，看現在要按照我們新的方式的成本去算，如果算出來跟署裡面差不多，這東西將來要調就延後。如果假設算出來結果跟署裡面現在的給付標準差很多，將來就先調這幾個項目，當時的目的是這樣。所以這21項裡面不代表全部的東西，他代表某些東西的基準值的校正，結果說實在我說這次不曉得為什麼會變成這個樣子，第一個為什麼找各醫師公會，大家到現在知道全國目前醫師公會的全聯會大部分是基層組成的，很多的…當然不是全部啦~所以當時在開會的時候，到各組去的時候，我們很多的醫院本身是沒有被通知到，到後來我自己去我不騙你，我們為什麼會去？因為我後來接到一個訊息，我們的公會

裡面大部分去的人都是常務、理事，很多…百分之八十都是基層，當然不是全部，結果在現場的時候，我發現每一個分區幾乎都是這樣子，醫學中心裡面我代表我不能說我們其他人要，所以大部分是沉默的，可是基層真的做不到，基層對他們來講的時候，這就像我們目前看到這些反對的理由都很簡單，一個基層的一個醫師、一個診所怎麼去填那個成本，他必須要有護士多少？幾個小時？每小時多少錢？他們真的是做不到，你去問那些做不到的人，當然反對阿！剛開始的時候本來就是有兩個單位希望來做到這件事情，一個是專科醫學會，一個是由醫院協會，醫院裡面本來就有成本、基本的一些 data 參數，所以我們希望這些東西做得到，他完全都是出於善意，希望能夠補助這些的不足，否則將來健保會如果認為說我們要調整錢的時候，就像我們這次不得已又調到診察費或其他地方，而急重症要調是要誰先調，你不管哪一科要先調我們都沒有辦法調，為什麼，因為大家都覺得自己不夠，如果有一個比較客觀的數字的話，大家是不是都比較能夠接受，這是基於這樣的原則，問題說這件事的後來操作過程當中好像是找做不到的人去問，所以我還是再強調這件案子還是繼續下去，但是是不是由專科醫學會或者是由醫院協會來協助這東西的不足，我想這才是原始，並不是要去調整或是去抗爭什麼，我想這問題不在這裡，以上。

## 千代表文男

羅代表講的也有道理，但跟我們當初協調的想法不一樣，你說一個醫師不曉得自己的成本，最起碼是用千人力、萬人力都可以算出來的東西，今天提的眼角膜分析的非常清楚，不管事什麼會提的，每一科~你們寫最高還是最低也是要綜合去做一個平均，以後才能有對照，若大家都不提卻一直喊不夠，不夠的部分在哪裡？所以你們要提出來，希望你們提出來以後我們再來處理這件事情，因為你們理想太高，基層也跟你們想法不一樣、脫節了。我是希望你們都要寫，寫好大家再逐一去看然後才能知道在協商總額時如何協商，我想這個部分就暫時不處理了。這個議案暫時不出來，等你們資料送過來，不然資料怎麼算？你們認為太低，我們認為太高，這都沒有標準，等你們把資料拿來後做一個基數，無論學會或是個人診所都好。我知道你們心裡想替基層或是學會的成員多爭取，但是你們的理想跟他們想法不一樣，這是我的看法，這個案子就暫時擱置，等你們資料來才能解決問題，要

不然這再談兩個鐘頭還是沒有用。像那天晚上談到六點又是冬天，很晚才回去這樣都是耗時間。

### 吳代表國治

我們可以知道朱代表的苦心，而且當時 RBRVS 在處理的時候，當時也是，之所以不會成功，也是因為他也找一個點，比如眼科項目，我訂好之後其他科都要以這個為基準，我們當然會疑慮。朱代表這邊想到的是全面性的成本快捷評估，可是我覺得這部分困難度很大，就像剛剛幾個代表提到基層事實上是完全不可行，醫院還比較有能力做這件事情，而且找出來的項目會讓人不服氣，因為一定是不符合朱代表的想法。所以現在是不是有可能有各學會或各醫院認為偏低的自己主動提出來做成本分析，偏低的話就再提出來再去爭取費用，不要全部都找診所做，我想這不是很好的事情，我想這應該符合朱代表想要的目的。

### 朱代表益宏

我澄清一下我從來沒有希望基層要填，不是我的原意，所以吳代表不要說符不符合我的想法，因為我原來就沒有說希望基層填，是署裡面引用健保法第80條希望每個醫療院所填，這不是我的意思，我要澄清一下，不要造成誤會，不然基層會以為是我提出來的。

### 吳代表國治

我不是說你的想法希望基層做，而是你的想法希望尋求一個公平性，有的支付項目確實是偏低。

### 潘代表延健

因為上次討論這案子時，其實我們有表達贊成的意思，因為我們還是希望能夠朝向有成本基礎的定價，這樣才能消弭現在大家對很多定價的疑慮，有的認為太高有的認為太低，所以長遠還是要往這方面去走，我同意剛剛幾位代表講的，讓醫院協會、醫院能夠參與提供資料的角色，最後當然要做一些綜合，讓它到一個更公平的角度，所以在調查的項目裡面不要侷限，可能我們訂一個比較長的期間，把這些項目一段一段的清理出來，這是一個大工程，但希望能夠解決過去跟

未來的所有紛擾，以上。

## 主席

謝謝，還有嗎？好，這案共21項須做成本分析，醫院協會有建議10項左右加上我們10項，這21項有些也是基層在執行的，基層的成本是否跟醫院是一樣，因為大家都共用支付標準，也不清楚基層的成本是多少，如果大家真要探究成本，但都不提供，就都不知道了，醫院如果可以提供，但否每家都會提供也不知道，所以現在就變成我們在這裡討論。剛朱代表提到新增項目都由學會提出來，可是學會不是機構，學會能夠代表大家提出來也是徵詢醫院成本，一定是有醫院給成本資料才會提，學會本身也沒有成本，因為有很多是醫院成本而不是醫生成本，所以本身學會是很難有真正的成本，只有機構才知道。學會是透過醫院去收集，所以最終能夠提供成本的還是執行的機構，它才有完整的成本，所以不知道各位代表對於這些項目，是再繼續執行，剛吳代表有提到，全部做是工程浩大，但若各位有認為哪項偏低，可以主動提出這偏低項目的成本來討論，這是現在就有的機制，根本不是新增的，現在你隨時可以提，只要你主張這項目偏低要調整，我們以前在共擬會議也審議過大家覺得偏低的項目，這機制是一直都有，本來就可以改變。現在有代表說要全面來審視，工程當然浩大，是否這21項能夠收集幾家醫院就要代表成本嗎？這也有很大的問號，所以這目的可能要再想要怎麼達成。請，朱代表。

## 朱代表益宏

我想這個提案討論過很多次，我想大家都認同這個方向就是要弄清楚支付標準的成本到底在哪裡，不然就不會有說這個案子討論完以後再往下進展，最後有21項做全面調查。所以如果再要表達不同意見認為成本調查不好，我個人是覺得不應該，因為當初所有的會議大家都參與討論都認同說要做這樣的調查，現在只是說在這樣子的大方案之下，這成本到底要怎麼調查出來，因為看起來基層這邊是沒有辦法配合。只有兩個方式，一個就是說剛剛主席講得，由醫院協會先提供相關資料來做討論，就像干代表講得總要收集到資料才能做討論，現在都沒有資料這案子當然只能擱置。所以我建議是不是由醫院協會這邊就先就21項提出相關的建議案，然後我們再來討論。因為最早我的提

案全面調查也不是說這一次做完，而是分一年兩年慢慢做，總是要開始，也沒有說這一次就要到位，今年21項做出來大家認為這樣做事實上效果不錯，我們就可以進展再往下繼續推下去，三年五年十年~總有時間是做完了，總有時間是把整個項目是大家認為支付標準是比較合理的。所以我覺得這方向是要繼續做，只是我也不期待這21項做完就結束，然後以後的支付還是不足大家再來吵，而是說做完以後大家來看看這作法是否可行，若不行我們就再修正，若可行我們就繼續往下做。所以我建議既然基層沒辦法提供，第一個方式就是由醫院協會先來提供，第二個方式就是由當初醫管組的建議依照健保法第80條來處理，所以大概就這兩方向來收集資料。我再強調一下，我個人建議是由醫院協會這邊來提供，以上。

**主席**

來，醫管組。

**龐組長一鳴**

第一點，實務上協會和學會跟健保署都沒有權利義務關係，所以按照健保法要求特約醫療院所提供相關資料，法源上比較站得住。第二點，目前實際狀況，先說明當時各業務組主要找醫師公會的原因，因為我們從前做 RBRVS 相關調查，所以很多醫院都填過這些表，當時認定醫院比較沒有爭議，會找醫師公會因為基層院所數非常多，大部分沒有經驗，所以需要找這些人溝通，透過醫師公會來做，更何況不管醫院醫師還是診所醫師都是公會會員，所以說明會才以這方式來做。現在顯然我們遇到一個狀況是，有的人可以提供，有的人沒辦法提供，接下來可能還有問題，就是即便有人提供，有人認為他資料可靠也可能認為不可靠。理論上，現在跟健保報財務報表的人，如果有細項的成本分析表，最後的總結會跟財務報表是平衡的。所以有公開財報資訊的院所，報的資料是可以檢驗，有些醫院院所是沒有報財務資料，即便有報，你也可以說他沒辦法檢驗是不能相信的。所以現在要確定一個原則，假如要繼續做這件事情，要一致同意選擇相信某些能夠提供這些資料的院所，以後便以這個為準。所以若確定這原則之後，後續確實需要花點時間來做，這第一點。第二點要跟大家分享，即便美國蕭教授當時在做 RBRVS 的時候，他也沒辦法每一項做，因

為現在的格式叫作業成本，是把每一項細節的關鍵需要多少人、時間、流程，其實通通都有，即便教授當時在做 RBRVS 的時候，他也沒有辦法去決定每一項的作業成本，他是找一些重要的東西進行作業成本，其他則用相對值的觀念去拉的。所以如果確定每一項要用作業成本這是需要耗很多時間，大家要能夠忍受這件事。因此今天要決定三件事情，第一件事是否要繼續做。若要繼續，希望能有些代表性的醫院提供資料，且大家相信這些醫院的資料。第三件是先從某些項目逐步來做，但日常處理的支付標準很多，可能還是要用相對值的觀念來看這些項目，以上建議。

## 主席

大家有什麼想法?這是一個大題目。來，李代表。

## 李代表偉強

其實這是一個報告案，理論報告案應該不是去推翻，而是如何做的更好，大家集思廣益。我覺得看起來既然很多地方醫師公會的回覆並沒有說不贊成，只是公會覺得不應該是由它們來填，所以建議專科學會來填，我看他們每一項寫的蠻清楚的，他本身並不是反對這件事情，而是回覆誰來做這件事。我覺得很簡單，既然依法找到法令依據，這件事理論上健保署應該是有責任去定期調查的。我想在座很多人跟我們一樣，我們都在各縣市衛生局，現在醫院要提新的處置等都要附很完整的成本分析書，我們都去審查過。所以是不是請健保署主動跳出來，我們成立一個專案小組來做這件事，來找協會、學會，包括不同各層級也包括基層一起來做，一定會有有心人同意一起加入來做這件事。那這21項我看一下或許還有修正空間也不一定，因為將來這東西就像是個 reference，也就是這個 reference 出來之後，不管是比現在該調漲還是降低，我們公平面對這個結果，依據這個為參考，就跟當初幾年前做 RBRVS 是一樣的，RBRVS 差不多是四、五年的事了，物換星移，應該又要調整了，我們人事成本也調高了，很多東西也調高或許也下降也不一定，或許應該請健保署也找找看之前做 RBRVS 的項目來做參考，如果這些調整將來很多有跟著會做下一版的修正參考。不過這需要時間，顯然不是說做就好，不過我覺得還是要繼續推動下去，由健保署出來主導，邀請相關學、協會、專科醫學會包括基

層來組成一個小組來討論這件事情，我估差不多要半年的時間，可是至少是一個時間點，我們把它做出來半年後追蹤一次，我不知道可不可以。

## 千代表文男

我接到開會通知看到這個案子，我臉都黑了，幾個分區強烈反對，只有最後一個東區原則同意，朱代表~我不曉得~羅馬不是一天造成的，你們要細想，你們要去溝通後才会有答案，積土是從一粒沙開始不是一把泥土，是一粒沙慢慢開始。基層就不同意，你所有的醫師都不同意，你想得很美妙，我想你很委屈，因為你那天是講的最多，可以講給所有的醫師公會知道說朱代表已經盡了最大力量，結果大家都不買單。我想這個案子，主席就不要浪費時間，就到此為止，若有資料就提出來，沒有就算了，這不是三個月，這已經是一年的事情，再一兩年等他們拿資料出來，都很困難啦。就像我昨天在立法院，所有的立法委員有關徵審會資料都要簽名，簽下去就慘了，3%不過~爭議以後還3%的3%，85就通過~只有3%的15沒有過，再爭議會有多少~之後我也會提出來。我想這個案子，你的熱心我知道了，謝謝。

## 主席

好，這案就先討論到這，顯然朱代表還有大家都認為某種程度去 review 是 ok 的，我建議請醫管組先跟各學、協會還有公會組一個討論小組，討論方法怎麼做，提到下次會議討論，若可行，再依照健保法進行，這樣好嗎？這案雖不算有決議，但有後續，並非就此打住。謝代表。

## 謝代表武吉

剛才主席的決議我是覺得要修正一點點。你找醫師公會全聯會我不會反對，醫院協會還分三個層級你都要邀請，醫院協會不能代表我們，我的協會要比醫院協會大啊。

## 主席

我們都請，因為是方法學，大家討論可行的方法，因為目前方法顯然不可行。也包括醫師公會全聯會還有各層級的學會，大家都一起

來商量，我們也請專家學者看看能不能幫忙，付費者代表也可以參加。先開一個小型會議研究怎麼收成本的方法，包括代表性、怎麼收集，包括大小，大家稍微商量，下次會議提出來報告，大家覺得可行再往下走，好嗎？請，干代表。

### 干代表文男

希望這會還是要訂一個時間表，下一次會議~

### 主席

下一次會議是九月~

### 干代表文男

三個月後嗎~看能不能來的急~一年都沒有辦法了，三個月來得及嗎？

### 主席

如果三個月來不及就不提會，希望三個月內至少方法上大家要有個共識，然後再往下走，這樣可以嗎？第六案就做這個決議，下次來追蹤。接下來進入討論案，正好署長從部務會議回來，想跟各位代表見面說說話，請，署長。

### 李署長伯璋

好，各位代表大家好，因為我是520就任，剛好620是試用期一個月，我想大家可以信任我們，大家都是有心想把國內醫療生態做一個改善。各位也知道我來自醫界，我是希望讓台灣人民能夠享受到醫療福利，我們也要站在醫療從業人員角度去思考，好不好。所以各位不要客氣，因為健保是屬於每一個人的，既然進來做這個位子也就是健保署的大家長，當然責無旁貸一定會盡全力。其實每一個人提出來的意見，我們都會去思考有什麼改善的空間。我看今天提出來的題目提到一些支付標準也是一樣的概念，其實健保就這麼大，這個支付高、這個支付低，其實到最後說來說去都是一樣的都是工作上的 feedback，所以大家盡量討論不要客氣，隨時有意見就跟我們同仁~他們都很專業也在過去一個月給我很多指導，並沒有被洗腦，他們都跟我有很好

的互動，我也很感謝我們的同仁這一個月來的指導。昨天本來是健保法在討論第45條政府的36%，結果上去時立法委員沒在討論36%，而是討論健保核刪問題，本來我要去的時候他們都告訴我說不用講話，只要過去聽健保會意見、衛福部意見，然後就說尊重大家意見、立法院的決議。結果上去變成我們的事都在討論核刪問題，我們不會逃避，就是同仁都很認真在尋求方法。各位要知道一點，因為核刪問題絕對沒有不管理，以後核刪也會說明理由，盡量不寫代號，我們龐組長會跟資訊組把 VPN 系統建立好，讓大家有一個安全的平台。大家有用過 VPN 系統嗎，有用健康存摺嗎？因為我到衛福部開會都有跟大家說希望大家善用健康存摺，可是我們系統的寬頻還是要加強。因為我在衛福部要講健康存摺，我要來上班的時候我兩個兒子都有幫我上健康存摺讓我做一下業績，我自己也要上，但可能有些東西我還要再請教，我自己會慢慢去學，謝謝各位，我們繼續會議，謝謝。

## 主席

謝謝署長，接下來進入今天的討論事項，今天有三項，一項是角膜處理費、TB 快速分子診斷，另一項是器捐保存液跟器捐手術費。現在第一項角膜處理費，會前醫事司及眼庫的執行者認為還要再修正內容，所以今天不討論角膜處理費，只討論 TB 快速分子診斷，還有器捐保存液跟器捐手術費部分。請同仁從括弧二部分宣讀。

## 討論事項

### 第一案

**案由：新增角膜處理費、快速結核病分子診斷及調整器官摘取手術與器官移植手術計13項案。**

## 主席

先宣讀到這裡，討論完快速結核病分子診斷後，再宣讀下一案，好嗎？好，這案在去年5月8號本會議第一次臨時會曾經討論過，當時暫保留的原因，第一點是說這項檢驗費用，是否跟 CDC 公務預算支付重複，第二點是這項檢驗試劑是否取得國內的許可證，因為這兩項沒有釐清，所以暫保留。現在看第7頁，確實這項診療項目，沒有跟公務預算重疊，而且也取得 FDA 的許可證，因此今天就進入詳細討論。

它成本資料在第22頁，這是提案單位提出來的，提案單位是醫檢師公會全聯會，提出來2,431點，在23頁的部分，我們也提到103年第7次的專家諮詢會議討論，專家認為這項目具有即時性，且準確度高達98%，建議新增，並建議適應症及支付規範，請各位代表參閱第23頁，討論之前，先請醫檢師公會全聯會補充，請。

### 王代表榮濱

主席、署長各位好，裡面有一頁是成本分析，因為核可認證單位不只一個，但是成本分析文件只附一份，不是說我們特別指明這一家，怕被誤會，當時我們成本分析有三份，所以先跟各位說明，這一項的話，之前5月8號已經討論過一些細節，大家應該都知道了，今天醫檢學會代表也有來，所以有些專業問題，我們學會可以回答，謝謝。

### 主席

學會代表在哪裡?在後面嗎?好，請各位代表表示意見。請，謝代表。

### 謝代表武吉

這個問題，我感到非常質疑的地方是，第二點說明，請疾管署確認結核病檢驗費用來源及項目，但最後的結果還多了9,063萬元，這個財務應該是疾管署來付的，而不是健保署負擔，我要問的就是結核病到底是疾管署要列管的事情，還是健保署要列管的事情，這一定要釐清楚，如果是疾管署的，請退回給疾管署，因為他們把愛滋30幾億都丟給我們健保付，這個又要讓我們健保付，拜託，退回去。

### 主席

好，謝謝，今天 CDC 也有代表過來，麻煩請 CDC 說明。

### 黃淑華科長(疾病管制署)

疾管署進行報告，有關結核病公務預算的部分，依據傳染病防治法規範，結核病醫療費用的部分，是支付強制隔離的這個部分，以上補充。

### 主席

支付強制隔離的部分，因此對於這項檢測費用是沒有在公務預算裡面。

**謝代表武吉**

如果檢查出來，需要強制隔離怎麼辦?又沒有講清楚。

**主席**

需要強制隔離，就是 CDC 付錢了吧?請 CDC 說明。

**黃淑華科長(疾病管制署)**

補充說明，有關強制隔離的意思是，如果今天個案被強制隔離之後，其相關的病房費以及住院期間的費用，則是由疾管署核付。

**謝代表武吉**

現在我請教的是他檢驗出來是需要隔離，那麼檢驗是不是你們要負責阿?

**黃淑華科長(疾病管制署)**

有關今天所提快速結核病分子診斷的部分，使用時機應該是被診斷是否為結核病的那個時候，也就是說在那個時間點，事實上還不會進到後端強制隔離的部分。

**謝代表武吉**

你這樣子講是不對的，你知道嗎?這等於說健保署要替你們疾管署這邊幫你們做事，你知道嗎?這樣子不行啊，你們疾管署要自己負責。

**主席**

好，疾管署這邊的代表是黃科長。請，朱代表。

**朱代表益宏**

因為健保事實上已經有給付相關結核檢驗，在補充資料第20頁，我個人覺得現在這個快速檢驗，其實你看第7頁，疾管署也有做一些篩檢還有公務預算，也有一部分公務預算，所以我想說這個快速分子

檢查，是否能夠由疾管署再去編列預算，若快速篩檢出來後，確實有問題，再進到健保這邊，去做培養、做確定診斷，我覺得這樣可能比較合理，而且事實上這個不便宜！依照醫檢師公會分析，做一次要2千多塊，如果是這樣大家可能就會拿來作篩檢工具的話，那還得了！所以我建議說這個項目還是由疾管署編列公務預算，如果這個快速分子診斷確實有確診的話，再進到健保去做培養，那就是健保給付，就是確定診斷部分由健保來處理，哪有這樣子說快速分子篩檢也要健保署，那以後巡迴 X 光檢測全都弄進來好了，我個人覺得這個不合理，再不然就是疾管署每年編列預算放到總額裡面來，你又不放進來，又要健保去買單，沒有這個道理，而且我個人認為健保現在對於結核病的檢查這部分的給付已經足夠，不需要新增，謝謝。

**主席**

好，黃科長。

**黃淑華科長(疾病管制署)**

這邊跟代表們補充說明，有關結核病醫療費用支付部分，目前都是依據傳染病防治法的規範支付，如果說要再增加其他項目的部分，因為牽涉到修法的問題，所以可能牽涉的會比較多。另外有關快速結核病分子檢測的部分，事實上目前在健保署這邊已經有相關的支付標準支付，就我所知道目前所要申請的快速結核病分子診斷的部分，其實也是屬於快速分子診斷的項目之一，在這項目之外，事實上目前現行健保署就已經有支付標準。

**主席**

醫檢師公會，要說明嗎？

**吳常務監事竹蘭(醫檢師全聯會)**

我說明一下，健保署原來的分子診斷的項目，其實只是叫分子診斷，現在各醫院在執行的話，其實是在批次在做，所以它沒有辦法達到我們提到的快速的目的，所以我們當初講的支付規範很清楚，提到它必須在開醫令的當天報告，且限檢體，因為現在 PCR 在做也有可能是菌種。這部分我覺得大家在討論預算的時候，如果我站在病患的角

度來講我覺得這也跟病人安全有關，因為我們剛剛一直強調結核，其實我覺得結核在台灣的病人應該也是被照顧，不能因為他是感染症就不照顧他，我們應該也要照顧他，我們站在病人的角度想，今天痰培養陽性以後，將近有50%是 NTM，有可能醫師沒把握的時候，安全起見醫師也把他隔離開始用藥，對這些病人來說也是不公平的。另外來講，有一些母片陰性，因為診斷培養良性的病人有一半其實是母片陰性，那這50%的病人你隔了一個月以後才開始治療。事實上我有些親戚其實他診斷出結核，他的公司甚至告訴他說不要來上班，等到確診醫師說好了才可以上班，所以我們這個診斷可能不要完全從防疫角度講，我們也要站在病人的角度，我們事實上也要照顧結核病的病人，在專業的角度來講。其實我們設了很多的限制，因為我們知道費用有點高，雖然原有的費用他是不夠給付，所以我們提這個目的真的是站在病人的角度來講，我們也限制了很多，包括我覺得應該要加進去就是初診的病患，我們有很多的病患基本上是他已經有要去確認是不是，另外我們也可以限制他是痰檢體，那在這條件之下，其實我們稍微看過，真正在我們的實驗室裏頭，我們抹片陽性的病人大概每年是兩萬人次，其實有一半，可能不到一半是新的病人，再過來真正的新病人有一萬一千個，其實將近有五千多個抹片是陰性，這些全部加起來，我覺得跟健保署提的數量有一點點落差，另外就是我們現在在做的 TBPCR，我們去做了調查直接做檢體的大概每年有一萬八千多件，這裡頭還有一半是肺外結核，所以我們站在公會的角度，我們真正的著眼點是病人的安全，所以我覺得雖然肺結核是傳染性疾病，但這些病人是不是應該健保也可以給他更好的照顧，以上。

**主席**

好。謝謝，羅代表。

**羅代表永達**

主席我想請教個問題，P 3實驗室跟 P2實驗室有沒有差很多？

**吳常務監事竹蘭(醫檢師全聯會)**

在 P2跟 P3的實驗室是有差，但是在一般的認知裡頭，P3是 FOR 高濃度的操作的時候需要，我們的產檢體他其實濃度沒有那麼高，所

以在有安全櫃的地方就可以操作？

### **羅代表永達**

現在目前就是你的房屋的成本分析是 P3，但是你現在要求的是 P2，那這樣成本會一樣嗎？

### **王代表榮濱**

我說明一下，因為方法不同且廠牌不同，所以我說剛剛那一份分析表跟我手上這兩家分析表不同，因為現在健保給付的兩個 TB-PCR 的部分不一樣。所以他們限制很多，所以報告比較慢，因為做事很快，但是問題是成本高量有少，所以一般都集量一禮拜做一次，那不符合我們要快速診斷。

### **吳常務監事竹蘭(醫檢師全聯會)**

我補充說明一下，因為我們給的是三個方法，有一些方法是要經過濃縮的步驟，目前我們疾管署大部分都還是在 P2 PLUS，甚至 P3 等級實驗室在操作，但是我們有三個方法，有一個方法也許不用，所以跟你的方法學還是有一點差異。但是我們這裡頭提到的部分，至少你要有一個生物安全櫃的存在。

### **羅代表永達**

第一個就是你說要用 P2就可以，但你成本分析用比較高的 P3來做成本分析，這是我第一個質疑的地方。第二我要請教 P2在全國的家數大概有多少？因為在地區醫院跟某些醫院他沒有辦法做，他一定要外送，外送就會涉及到成本分析的主治醫師，因為去都是百分之百，主治醫師是在醫院端做的，可是這部分一定要外送，因為不是每家醫院都可以做，那有些區域或地區醫院，做一個虧一個，因為你全部都給人家，你在算成本分析的時候已經把我們的成本放進去，可是那錢是給人家。

### **主席**

好，這有要說明嗎？因為確實有主治醫師。

### **吳常務監事竹蘭(醫檢師全聯會)**

這裡的主治醫師應該是檢驗科的主治醫師吧。

### 王代表榮濱

因為這前提之下是我們希望在初診的時候就由醫院直接操作，因為這有時效性，如果你要這樣送的話，就做現在傳統的 PCR 就好，那個要有 P3實驗室。現在有最新的方法快速的不用 P3實驗室，隨到隨收一百分鐘後就有報告。

### 羅代表永達

現在在中區裡面都是集中在幾家做，去做的時候一定是送檢體過去，所以我剛問的第二個問題是說 P2到底有多少家，因為現在大部分的某些區域、地區醫院的實驗室他也沒有 P2認證，所以還是得外送。外送就涉及到兩個問題，一個是時效性，因為他不是這麼快速，一個禮拜才做一次，就去這個意義。第二個即使已經做到了，可是那東西都是外送，你現在所算的成本給付項目似乎都是給外送的單位，醫院做一個虧一個，這在成本分析上是有問題。

### 吳常務監事竹蘭(醫檢師全聯會)

不是，代表，我們當初要求的是當天要發報告才能用這項目，若是外送不能用這項目。

### 主席

不是每個醫院都有 P2實驗室這是事實，這個項目只限有 P2實驗室的醫院才能報。

### 羅代表永達

目前在操作裡面，的確是當天送過去，不過剛有位代表說一個禮拜才做一次，我很訝異，不是阿，我們很多東西都是當天做，可是即使當天做，現在分成兩部分，一個是操作面、一個是費用面，所以是兩不同的。費用面的東西我覺得這樣的給付方式似乎有偏高，這是一個問題。再來操作面部分，是不是我們在適應症當中只要有當天發報告就算數，我要問這兩個問題。

### 主席

大家可以看這一張，當時專家諮詢會議建議的支付規範及適應症，不是每個病人都需要檢測。支付規範第一個是要有 P2實驗室，第二個當天要發報告，第三個是檢體直接檢測然後申報，沒有說可以外送。你的意思是外送也可以當日發報告？請，朱代表。

### 朱代表益宏

主席，我想這個案子主要是希望病人來的時候，在很短的時間之內都給他一個確定的答案，到底 yes or no 嘛~到底有沒有 TB 嘛?但是如果照這個樣子看起來，結果他只有在少數的大型醫院才能夠去做，你怎麼樣去普及？診所能做嗎？不能做。地區醫院能做嗎？不能做。結果你又給他很高的給付，讓他集中在少數的大型醫院，去做所謂的快速，希望民眾去了馬上檢查，馬上就有結果，我個人覺得這個是不符成本效益，健保局九千多萬的新增預算，這筆照他們預估一年有三萬五千億，總共要花將近一億的新增醫療預算，快一億的這個費用進去以後，結果是讓少數的大型醫院，已經很擁擠了，現在你還要讓他再去那邊去做這樣子的擁擠，然後給他這麼高的費用。那健保現在做的東西難道不行嗎？我要講的就是說，健保給付本來就是一個普及性，真的要覺得這個很快、很重要，那你 CDC 編列公務預算，指定某些傳染病專責醫院可以做這個嘛~現在也不是沒有啊!本來就 CDC 有指定某些東西只能在某些地方做或是治療，對不對？如果確實這個有效，你 CDC 就編列公務預算，指定某些醫院能夠做這些東西。我個人覺得事實上你這個東西放在健保就是希望它普及，結果他今天限制就沒有辦法普及，根本沒有辦法讓民眾就診時後很快拿到結果，我不曉得這樣子花了一億的預算去支付這個東西有什麼意義？我個人認為是沒有意義。

### 主席

這個九千萬是怎麼算出來的？請醫管組說明。是否全部的都改成這個費用？剛才是 P2實驗室的量，請說明。

### 涂科員奇君

跟各位代表說明一下，就請各位代表看今天會上的補充及抽換資料的第9頁，原本預算費用是九千多萬的計算方式，是依照我們預估

的值，就是當時在專家會議討論的預估量，大概是3萬5、6千件左右，乘上它的支付點數2,431點，推估的財務影響。因為本項是分子診斷，所以我們考量現行項目的替代率，就是它會替代原本12182C 那一千點，假設全部替代進行估算，就會是5,335萬的財務影響，以上說明。

## 主席

這個3萬5千多人是只有 P2實驗室的量嗎？還是全國的量？若只有 P2實驗室可以當天取報告的話，量可能是高估，這只是在釐清數據而已。但是剛剛朱代表跟羅代表的意見是說，這樣是否只有大醫院才可以當天發報告。另針對 P2實驗室的醫院沒有辦法普及，這又是另外一個議題。所以各位代表再討論一下，但絕對不是九千萬，但是不曉得應該是多少。請，李代表。

## 李代表偉強

其實我覺得…第一個肺結核是一個台灣現在比較嚴重的問題，大家總算正視這個問題，越晚發現不僅對病人不好，對他周遭的人都不好，這我相信是共識，早點發現早點來解決，這個不只是解決公共衛生問題也是解決醫療問題，我們也知道肺結核現在會復發大部分是體弱多病的老人，還是一些免疫力改變，像癌症病人化學治療之後肺結核跑出來的，你很難想像台灣這麼進步國家，肺結核居然沒有控制好，所以不管這個錢是 CDC 或健保署出，坦白說我沒有意見，但是站在民眾、醫院跟很多立場來看，我們應該要給付這筆錢，不管來自哪邊，如果有天 CDC 願意編列錢當然很好。如果現在 CDC 還沒有預算之前，應考慮由健保給付。這個會不會真的量這麼大呢？坦白說我們也不知道，因為還沒真的做不知道，不過我倒提到一點說，如果我們今天限制他只能去某些醫院治療的話，病人不會去，因為他怕被貼標籤，這個在過去討論愛滋病的時候曾經討論過這問題，這些肺結核病人從過去經驗來看的話，往往他還不一定會到大醫院，往往可能到基層也有可能是到社區醫院，所以我覺得這些也不能忽略他們，因為這些病人相對起來社經地位可能不高，跑到大醫院要付這麼高的檢驗費用，他還不一定會來，所以如果站在整個防疫角度來看，盡量開放更多的管道，讓這些病人有更多地方去，所以不太應該受限。至於最後會不會真的集中到大醫院或集中到某些醫院，我們如果不做，其實很難去判

斷的，還有就是我們是每個病人都要做快篩嗎？其實從我自己臨床經驗來看不是的，很多病人第一個其實他不是唯一的，他有其他方法對不對，只是說現在很多病因來，X光一看幾乎就是了，這些病人也不需要再多這個東西，會需要快篩大多是模稜兩可才需要做這個檢查，那到底這個量跟我們現在取代性多少，我建議將來通過之後，半年後、一年後我們再來回顧看到底需要多少經費？是不是真的超過我們的負荷？要到九千萬還是三千萬、五千萬？我們就整個國家防疫來看，其實這個錢基本上我覺得是應該去投入的，我們也利用這個機會，如果可以的話我們做成一個附帶的決議，我們把這資料收集好透過健保署、CDC，甚至更高層的把當作一個很認真的事來看，現在有第一線、第二線、第三線各種不同的快篩方法，每一線需要用到多少量？它的經費多少錢？成本效益分析馬上要出來了，這筆錢將有機會跟國家或跟哪邊爭取到更好的特別預算來處理這邊，是不是解決我們肺結核很重要的一個工具。我是覺得說我們從這個角度切進去，以上。

**主席**

謝謝。來，徐代表。

**徐代表弘正**

這個我看剛剛主席講的限制都不是疾病的限制，我當然非常贊成我們李代表講的在防疫上需要，可是按照它上面的適應症其實是非常模糊的，幾乎每一個人都可以做，我們真的很擔心這個被濫用，如果說它有嚴格的被限制可，以把限制在需要快篩的才做快篩的話，我覺得我是同意呀～可是如果說今天有能力做的人，百分之百的病人全部用這快篩的方法，那我們要檢討為什麼以前可以不要用現在要用？因為沒有這個方法嘛～對不對？這個東西就是要有一個適應症真正的限制才可以。

**主席**

翻閱23頁這個適應症，你覺得太模糊，寫的不對，這適應症有討論空間，是嗎？

**李代表偉強**

應該要請專家再審視後修正。

## 主席

這應該是專家訂的，已經是專家訂的，如果代表們覺得不好，我們可能還要再提會討論。好，謝代表。

## 謝代表武吉

其實今天對黃科長好像在考一樣，很抱歉，但是我跟干代表意見都一樣，都認為是該你疾管署來負擔的財務你不要全部推入由健保署來負責，這是我們兩個人最基本的原則，我深切的來告訴你們，那剛才黃科長所講的在於結核病的防治還談到結核病的防治法，還談到隔離還談到照顧，剛才我們李代表也講到照顧，照顧對患者的照顧是大家都想要照顧的，但是現在你把所有的責任都推到健保署來處理，你是不對的，像在台南市以前的空軍醫院就變成一個隔離的醫院，養蚊子養在那邊是不是這樣？那也是你們疾管署在管的啊，這個是很明確的，你們應該要去負擔的責任和義務是你們要去負擔的，你不要完全推給健保署來處理這塊，還有我要深切的告訴你們，可能你們不曉得，我跟干代表可能都曉得以前肺結核日文叫はいけっかく、TB 啦，以前はいけっかく注射什麼你知道嗎？注射一種藥，叫 Streptomycin 在哪裡注射，我跟你們說我小時候都跑到我們家附近衛生所去，はいけっかく都在衛所所注射 Streptomycin，一次注射一支你都要乖乖的去注射，所以說你不要把這些拿到健保署來負擔，你們疾管署既然有這麼好的 idea 並不反對，但是你們的錢拜託你們編列出來，你們才來推展這個事情，這樣才是一個正確的方向，還有對於 P2跟 P3，你這邊第二十二頁寫 P3哦，這邊的第二十三頁你寫 P2哦，剛才也有代表對於適應症有質疑，所以我是感覺上今天這個問題不要再討論了，叫他們疾管署好好回去看錢是要怎麼負責這是最重要的。

第二、以前 TB center 是怎樣處理的，你台南還有一間 TB center，肺結核防治中心的醫院，你們都可以好好的處理，但這個拜託你們收回去自己處理不要再浪費我們健保署的錢也不要浪費我們的時間，而且你們的順序又不一樣，到此為止就不要再談了，談那麼多沒有什麼意思。

**主席**

好，CDC 科長還再說明一下。

**黃淑華科長(疾病管制署)**

不好意思，跟謝代表報告，首先澄清一件事情就是目前台南的胸腔病院不歸疾病管制署管理，那另外就是說今天這個提案並不是疾病管制署提出來的提案，另外就整個疾病防治費用的部份，事實上我想這幾年來我們跟健保署這邊一直有很良好的溝通管道，就是該屬於公衛的部份，CDC 絕對責無旁貸會去負擔這樣子的一個費用，但是一旦進入到醫療的部份，因為隨著整個行政院組織體系的改變，現在疾病管制署負責是公衛政策的訂定，至於在醫療的部份已經跟當初從慢性病防治局時代他整個統包，這個整個組織的改變所以整個角色已經跟之前的可能謝代表以前所認知的可能已經有一點不太一樣，那這個部份可能還是請謝代表諒解。

**主席**

好，提案單位不是 CDC，提案單位是醫檢師公會全聯會，這確實是這樣，來，朱代表。

**朱代表益宏**

主席我想請教一下，因為這個新增項目他的適應症有兩項，就是塗片是陽性，但是沒有辦法區分他是不是結核分枝桿菌或是塗片是陰性的懷疑是 TB 的病患，我想請問一下難道現有的給付作不到這個事情嗎？

**主席**

可以。

**朱代表益宏**

包括12182C、12183C 能不能達到同樣的目的？如果可以為什麼要多付這個錢只是為了讓他速度快一點，而且集中在少數的醫院作。

**主席**

醫檢師公會全國聯合會也知道事實是這樣，但是他們所提出來的是因為這是當天就可以作判斷，減少等待時間所耗掉的社會成本、個人的外部成本等，其實是有助益的。就是個人等待的擔心，說不定又傳染給別人外部性的部分，因為現在的給付大概是…，我不知道現在大概是等待多久，不曉得全聯會是否要再說明。

### 吳常務監事竹蘭(醫檢師全聯會)

我想因為現狀的健保給付只有一個叫 TB-PCR，那個 TB-PCR 的給付當初是因為他是一個很空泛的，所以大概給付是1,000塊，但是我們現在在科技的進步下就可以看得出來，這個給付如果說是每天來操作的話，如果一個合格的實驗室你包括 case 加 control 這些加起來其實1,000塊是不符合成本，所以現在醫院為了符合這個部份，大部份的醫院其實還是虧本做但是沒有辦法每天做，所以目前的作法大概就是一周作二次或三次或者是看檢體量，那這樣在作的時候的確，而且有一些方法學來說他的檢體是要經過前處理，所以在前處理的時候就像剛提到你可能甚至要一個 P3的實驗室出來東西再去跑 PCR，所以這個整個一整天是不太容易當天給他報告，那其實我們公會出來的是三個個案，其中有二個是比較傳統的方法只是他每天都要操作，所以他的頻率變得很高所以成本也變得很高，現在的1,000塊是根本連試劑的成本都不夠，那另外其實還有另外一個方法為什麼寫到 P2的實驗室，事實上有一個算是很新的方法，他不需要痰濃縮，他可以直接把痰檢體直接放到試劑裡頭，他自己會去做濃縮，所有東西都在一個 close 的 system，所以我們針對那個方法學，其實在 P2的實驗室可以作，但是這個試劑因為他是一個完整的套組他真的非常貴，光他試劑的價格我們的給付價格根本就不夠他的一半，所以公會其實我們真的是站在醫院裡頭服務的時候，我們真的平常上會碰到這種個案，真的大家都很掙扎，事後我們都會有些客訴就是說你把我關進去後來又說我不是，類似對大家的身心其實也是很煎熬，所以醫師，有的時候萬一試了又說我們太慢報，所以有的時候我覺得我自己是踮過這種病患，我是覺得站在病患的角度，我們現在是一個開發中的國家，其實真的這個檢驗的方法真的是在很多的方面都已經在作推動，所以是不是如果我們真的站在病患的角度多去想，我們可以把那個適應症的地方寫得更清楚，因為我們後面有一些相關的限制，當然我覺得如果說

在一個 P2 的實驗室，其實目前我們的區域醫院加上醫學中心起來，其實那個量應該數字也可以算是普遍，我承認在診所不能做，在地區醫院可能是不能做，但是有些地區醫院如果他有細菌室其實他也是可以做的，所以就病患的安全的角度來說其實~因為試劑的進步，有很多地方真的是成本非常的高，你要達到這種效益，真的有這種考量在。

### 潘代表延健

我說一下我的看法，因為時間的縮短的確可以降低風險，因為這風險來自於周遭包括醫護同仁，所以如果從正面的角度去看，是應該給這個項目一個機會。但是我是覺得在支付規範裡面，因為他限制必須要有 P2 實驗室跟當日發報告，如果可以確保可以當日發報告，其實 P2 實驗室這個條件可以拿掉。我們是不是把條件調整，我們病人不見得會跑到大醫院去，所以即使是診所，如果說這項目當日都可以 check 的到的話，大家都可以防守這蔓延的機會，所以是否在支付規範裡面做規範。第二個就是說，條件既然是 P2 實驗室，是否在成本的計算上應該把他下修將 P3 實驗室改成 P2 實驗室，所以這案子包括剛剛的適應症也要再去重新規範，是否這幾個部分都再做更嚴謹的條件，以上。

### 主席

好，干代表還有意見，請。

### 干代表文男

我先請問一下，你這個計畫有沒有爭取到疾管署的公務預算編列？你們全聯會提供的？

### 主席

干代表的意思是說醫檢師全聯會在提這案之前，有沒有先向 CDC 爭取公務預算能不能付，有沒有做，還是直接提案到這裡？

### 吳常務監事竹蘭(醫檢師全聯會)

這部分我想如果代表指的是說我們要去行文或是做什麼，的確是沒有，但是私下的溝通，我相信科長他們在這裡也很清楚，因為我們

常常討論事情都是說他們的預算，其實我們的學會也接了一些疾管署的品質提升的相關計畫。從我們的計畫可以知道他們的預算是一年比一年的少，且甚至於明年可能就沒有了，所以私下的了解裏頭，他們是覺得他們好像是沒有辦法。

**千代表文男**

第二個問題，你覺得快篩跟原來做的實驗距離的時間差多久？

**吳常務監事竹蘭(醫檢師全聯會)**

我剛一直都強調就是我這個快篩是當天給報告，甚至於我們剛剛…

**千代表文男**

原來的…

**吳常務監事竹蘭(醫檢師全聯會)**

原來的給付的部份，要看每個實驗室設定的時間…

**千代表文男**

一般來講。

**吳常務監事竹蘭(醫檢師全聯會)**

一般來講在這種部份三天到一個禮拜都有可能。

**千代表文男**

三天到一個禮拜，這人數多不多？一個禮拜作一次還是每天都作？

**吳常務監事竹蘭(醫檢師全聯會)**

不可能每天都做。

**千代表文男**

不可能每天都做，那這個目前肺結核快篩的結果人數多少？

**吳常務監事竹蘭(醫檢師全聯會)**

從我們調查的數據，就是疾管署有一些認可實驗室作檢體直接發報告的，我們統計出來的數字他一年是18,339件，這裡頭還有一部份不屬於我們這次提到他不是痰檢體，他是痰以外的檢體，所以我們的經驗預估裡頭，從現有裡頭這種 PCR 裡頭他的件數其實沒有那麼多。

## 干代表文男

主席，我想我以消費者的立場來看，這個他取的也不很詳細，希望他寫的詳細把所有的都分析清楚，我們不要講太多啦因為浪費大家時間，你寫清楚以後再提出來再研究，這個就不再討論。第二個你們不徵詢疾管署，你小看他，疾管署你們要檢討啦，你行政預算大家都不編，不管怎麼樣你們要先徵詢，他們該作的事情你都看健保太肥了都想卡一點油，這個不好啦，這個疾管署那邊先看看怎麼樣，然後兩個單位再去協調再提出來討論，這樣沒有效率啦你說的太多，我想這個不要再討論了。

## 主席

好，謝謝，一樣嗎？

## 朱代表益宏

我想詢問醫檢師公會，就傳統的檢查剛講三到七天，我想請問一下三到七天是你今天做了以後三到七天才有結果還是三到七天做，他三到七天才做，做的當天會有結果，如果是這樣他跟這個有什麼不一樣，這也是當天有結果，那傳統的方式也是當天有結果，只是傳統的方式他一個禮拜做一次所以你 specimen 送去他們沒有辦法馬上做，差在這裡嘛。傳統的東西事實上已經可以滿足，如果你每天做事實上就可以滿足這個需求，那我不知道為什麼還要用弄這個，所以剛剛干代表在問這個，我覺得醫檢師公會講的不清楚，你要讓干代表知道傳統的方式也是一天但是每個禮拜只做一次，如果你禮拜一做，你禮拜二送 specimen 你就要下禮拜一才能拿到，但是你禮拜一送 specimen 禮拜一當天你就能拿到。

## 吳常務監事竹蘭(醫檢師全聯會)

我補充一下其實我們當初提的是有三個方案，因為大家都覺得我

們不應該替某一家特別來去提，我個人的認知是這樣，其實現在是真的有比較好的技術，就像我剛講的我們傳統的 PCR 你必須要去作濃縮，到 P3實驗室裡頭去做 concentration，做完了以後拿出來的檢體才可以來做這件事情，所以他整個時間當天做當天發報告也是不太可能，因為你做 PCR 也要差不多四到六個小時，那我在裡頭處理也要半天所以當天發報告的確也有他的困難度，那另外一個問題當然也是成本的考量，所以他的操作非常的繁複，人力也消耗的非常多，現在真的是有那種技術就是他可以把痰檢體直接放進去兩個小時就有結果，那這個部份真的就是試藥非常的貴，他的試藥就是我們現在健保給付的快要兩倍，所以其實站在我專業的立場來看，我不想替廠商背書，但是真的就有這種技術，所以在一般的 P2實驗室就可以做，而且可以提供當天病患在那裡，早上做搞不好中午就有報告，所以這個時間真的是有差異。

### 謝代表武吉

剛才干代表也一直在問說有沒有請教疾管署，剛我也是一直在追疾管署的問題，這是第一點。第二點你剛才講了那麼多，我請教一下，台灣的廠商有幾家廠商他到底是什麼樣的狀況，其實我有一些話都不想講出來，這樣會很難堪，還要再講嗎？我看干代表的意見我們就不要再討論了，你把我們所懷疑的問題，P2跟 P3我也都講出來了，適應症也告訴你們了，那你們現在還是硬拗過去，哪有可能被你硬拗過去，不可能的嘛。

### 主席

好，謝謝，最後一位。

### 王代表榮濱

我還是有話要講，這不是叫拗，因為你本身對檢驗應該有清楚，你有參觀過 TB 實驗室嗎？你有看過 P3跟 P2的差別在哪嗎？我是覺得現在提出這個並不是為了錢，這個對我們沒有什麼好處啊，我們是站在防疫的立場上減少社會成本支出，那都不用講，這是道德勸說，現在目前我想你講的時候，我們是不是要替某家廠商或是有黑箱作業，其實我們這個總共有三家廠商，今天列的上面公文裡面只有一家，就

是一直在講 P3，因為剛我們那個代表也講過，另外那兩種方法一定要用 P3 要前處理，現在最新這個方法不用全處理，其實只要 for 一個他剛說到生物櫃，只要是檢驗室想買都買得起，沒多少錢幾萬塊而已，你一個 P3 實驗室至少你要做 P3 負壓的就要一百萬起跳，所以說我們並不是說這檢驗我們也可以不要做，那我們幹嘛那麼辛苦提出來，我們只是說你防患未然，任何一個疾病你等於發生問題...，好，今天你說疾管署我們沒有照會他，我們今天照會他，他給我的公文也是 negative，怎麼可能他會同意這個呢？對不對？那一般健保署是執行單位，所以我們想說我們也沒有資格要求疾管署幫我們付，上次 5 月 8 日會議紀錄裡面有了，所以說這個錢就是說這個費用支出到時候是由兩個單位協調，就像 HIV 一樣，我是覺得說，我們不是站在一個圖利廠商或黑箱作業或是各種人，我們是站在實驗室應該有的一個基本責任，所以我剛對這個...今天沒有通過我沒有意見，為什麼？我們不一定要做啊！

## 主席

好，大家都已經表達很多意見，事實我們也有代表是支持的，也有代表是質疑的，質疑的也提出來適應症，包括支持的也認為適應症模糊，還有是否一定要 P2 實驗室，這個也需要釐清。另外一個就是這成本裡面也有修正空間，剛醫檢師公會王代表提出來他們有送三份成本表，確實，但是三份的總價都很接近都是 2,400 多塊，所以我們是只取其中一份附在這裡，而這個成本大家也認為有檢討空間，所以今天並不是否決這案，這案還在，是否請提案單位對於今天代表所提的問題再作修正，包括剛有提到說是否也應該先洽 CDC，這個動作也先去作，這些疑義如果釐清，九月份的會議之前趕快再提出來，再次討論，這樣可以吧？這案今天還是暫保留並沒有否決。好，謝謝，接下一項。

## 主席

好，詳細的數據是 30~31 頁，這部分請問各位代表有什麼意見嗎？請，朱代表。

## 朱代表益宏

看起來就是腎臟支付要調高，當然新任署長就是腎臟移植的專家，這個我個人不表意見，但是我覺得說既然今天比照 CPT，健保署提出來的理由是比照美國的 CPT 的值去做調整，我想說這是不是一個通案？如果是通案的話，那其他支付標準是不是也要做相對比照？第二個就是說，既然是比照 CPT，應調降的這部分為什麼不處理？再不然你就是說，因為我剛剛前面一開始講的那句話，所以我們做這樣處理，那大家就這個案子就鼓掌通過就好。但是今天大家是在講道理的話，要比照 CPT，就是所有的支付標準為什麼我們一開始報告案講這麼久，就是認為特定診療的支付標準是偏低，是不是拿美國的 CPT 每個都來比一比？看看到底差在哪裡。如果給付太高的話我們也調降，給付不夠的應該調升，為什麼這個案子腎臟移植拿 CPT 來比？然後其他的東西不調降，這是我質疑的第一個。第二個就是說現在器官保存液原來是在摘取的那邊，我同意應該要放在移植，但是摘取的這一部分特材是不是要降下來？摘取這一部分事實上每一年也有增加，特材費也年年增加了好幾次，對不對？這裡面是不是也應該相對的把這個費用移到移植端這邊去，那移植費用給額外給付。所以摘取這一部分摘取端的特材要降下來嘛，這個我覺得應該是合理阿！不然你看譬如說心臟移植從84年一般材料是兩萬一到這個...我不知道現在加到多少了，看起來是加了一直往上加麻，連特材費都往上加，所以我覺得既然這樣子的話，你移過來那摘取端那一端相對保存液的費用要把它減下來，這樣子我覺得才合理啊！以上。

## 主席

謝謝朱代表的意見，其他代表有意見嗎？來，林代表。

## 林代表淑霞

有關器官保存液，台灣醫院協會在去年5月6號就已經提案了，現在已經105年6月整整一年，其實有一次會議討論過這項支付，會後我就有打過電話給我們署本部的幕僚，我說放在摘取是不對的，因為尤其是心臟移植摘取不見得是可以植入的醫院，因為它可能判腦死時是在無法執行植入的醫院，當然這樣的醫院不會去備著器官保存液~對不對？而且還有有效期限，當時我們就反映且透過醫院協會到今天提出來討論，時間是有一點晚，不過還是建議真的是要放到所謂的可以執行植入術的醫院，這樣才是一個正確的選擇，以上。

**主席**

謝謝，還有哪位代表有意見？來，干代表。

**干代表文男**

28頁裡面這個平均用了4包、8包、9包我看得懂，後面回覆家數6家、2家這個是商家還是醫院，採購的價格沒有一個標準？

**主席**

第一個回覆6家，是指6家醫院採購價格都不一樣，有一個採購價格範圍，就6,208~8,000。

**干代表文男**

怎麼會差這麼多？

**主席**

每家醫院採購價格不一樣，這是有可能的。長庚醫院很會議價，採購價格說不定是最低的，還有其他嗎？這大家參考就好，支付標準也是取一個平均或中位價格。干代表還有其他意見嗎？

**干代表文男**

這是核心醫療，換心、換肝，這個都是核心醫療，但是這個實體的捐贈現在來源是多？還少？我要請問...活體現在是多還是少？署長剛剛走了，他是做腎臟移植專家，現在來源是多還是少？這個價錢看怎麼樣健保署核定，看會不會便宜一點？消費者立場看會不會說中價的差距滿大的，看能不能較便宜點？

**主席**

支付標準是包裹支付，訂定一個支付金額，醫院再去議價，所以是內含支付點數。

**干代表文男**

最後健保署要付的是同一筆價錢。

**主席**

是的，健保署用6,400包裹內含於支付點數，醫院最後議多少就

算多少。

**黃代表雪玲**

如果是6,400我們當然回去會議這個價格。

**主席**

其他代表有意見嗎？針對朱代表一系列意見，請醫管組回應。

**張技正淑雅**

醫管組說明，報告主席及各位代表，這個案子依政策方向推廣鼓勵器官移植捐贈，蒐集 CPT CODE 器官移植手術項來做比較，目的是想要了解一下目前支付的現況，105年1月1日心臟及肺臟摘取費用也是同步配合政策調升20%支付點數。經過通盤了解之後，應調降的不調降是因為配合鼓勵政策的部分，鼓勵器官移植來源所以不調降，而在腎臟部分是明顯偏低，所以支付標準給予調整。另外一個部分，器官保存液價格，是針對31家的公立醫院調查採購價格，大部分回覆醫院採購價格都是6,400元，所以就以6,400以採購價格，再以醫院協會提供器官移植摘取使用的器官保存液包數進行計算，以上報告！

**林代表淑霞**

主席，我可不可以再請教一下，醫管組在心移植的部分跟美國 CPT CODE 相對比值，下面備註基準項1代表什麼意思啊？

**林代表淑霞**

相對是差不多的還是怎麼樣？

**主席**

CPT CODE 的支付標準，實際上這幾個移植手術都有很困難的部分，我們無法理解，有手術複雜度、難易度及耗用時間，所以參考美國 CPT CODE (RBRVs) 結果，確實發現有些移植手術跟美國是接近，就腎臟移植是距離比較遠，所以藉這個機會做調整。

**林代表淑霞**

應調降或應調升的那欄...

**主席**

是將心臟移植當作基準項為1，請醫管組說明。

## 龐組長一鳴

林代表的醫院是心臟專科醫院，如果用腎臟移植為基準項當作1，全部的移植手術都要調降，而且調幅非常大；如果用肝臟移植基準項當1，移植手術要調升。卡在中間，中心取個心當基準。

## 主席

現在沒辦法跟美國的絕對金額去比，只能用相對性難易度等相比。所以林代表是說心臟當作基準項是1，是多少錢？不能這樣比。因為整個物價、各方面水平全不同，只是想說這是有某種程度的反映在這裡。好，請，李代表。

## 李代表偉強

其實這個對任何的大醫院來說，移植手術執行量都很少，台灣的醫師費用快要比大陸那邊還便宜，應該搞不好已經比那邊還便宜，這個其實已經低到不合理，調漲也好，不調漲也好，只能說是反映一個情況，其實我坦白說，我真的也不喜不願意在這邊講，到時候又覺得好像是都在大醫院才有這個事情，會被調漲是不是好像都只跟某些大醫院有利。可是畢竟移植還是一個比較重要的事情，相信以後在其他會議會討論，是不是應該有這麼多的移植醫院啊？或是應該集中？這可能不是我們現在要討論的，可是不管怎麼樣，台灣現在的器捐真的是太少了，我們盡所能去鼓勵醫院，鼓勵我們的病人去捐出來。現在有個現象要跟大家來報告，這跟今天討論沒有直接關係，但有相對關係，像我們現在器捐的醫生有斷層現象，大家有沒有注意到這個問題？真的變斷層？我不知道台大跟長庚怎麼樣，一些現在來做器捐的醫生，頭髮也都很白了，我不知道我們魏院長的團隊怎麼樣，為什麼後繼無人呢？因為他做器捐，等半夜來做，後面的時候怎麼辦？他可能等一個月做不到一個 case，那他只好做其他什麼事情，所以某種程度不管調不調，都是希望說有機會把這個費用，做個小部分調整，試著調整的，幅度這可以討論，這可以從基準面討論或需要更多資料。若今天沒有討論成功，我覺得沒有關係，或許剛剛大家有提到有些資料可能還需要補充一點，包括價格等等是不是還可以更好一些回應，或是覺得適當的機會鼓勵這些國內有做移植的醫院，那我覺得是給他們一個

鼓勵。那這筆費用請教一下，這筆費用的調整它是跟我們其他的點數之間有沒有影響，我只是想確認一下~如果不影響其他人的話，專款的話，或許大家可以討論起來都可以彈性大一點，我怕會影響到別的其他點值等等的，沒有影響表示我的認知是對的。

## 陳代表志忠

因為這個跟我現在推動國際醫療有關係，國際醫療是以健保的訂價做倍數去加成，所以我常常看到你們講健保署的訂價，就是肝臟移植報出來的是120幾萬台幣，全部包括...就是看到的資料，那個到100多萬的我就覺得是太不合理了，反而就是說變成我再去...就是一個 case 啦，一個 total...包括全部，這樣子我自己加1.7倍事實上都還是...，因為現在做國際醫療的時候有時候太低價，會讓人覺得品質都很好，麼會低價到這種程度，人家就不太相信，所以我是覺得今天這個案子先過，就是說今天先調完沒錯，趕快去找一個方式，全部大家都拉高，趕快大幅度將肝臟、心臟都拉高，事實上真的是太低了!真的我現在看整個健保報出來整個 case 單價都太低，但這樣老實講也不見得好。就像才講其他的因素就是我們要培養年輕的醫師...很多的因素都不好，是不是找一個公式將全部都拉高，然後今天就先過這樣子也好。

## 龐組長一鳴

全部都拉高的議題，跟報告案第六案是有關係。

## 主席

干代表。

## 干代表文男

剛剛聽李醫師講的這個斷層，不是醫師斷層是全部都斷層，不只外科系連人都斷層了，什麼都斷層了，這個你們不要講，是要靠你們，公會能夠多招一點，你們醫師也不要說太多，這個都有開會紀錄可以看的。錢從哪裡來?剛才那檢驗項目要千多萬，不管怎麼樣，不能拿美國來比、不能拿哪個比，要我們自己的生活，15年前有比較好嘛?不要老是往頭都看到上面，沒有看到下面，我是最基層的代表來，我

是勞工付費者來，我看很多付不起的很多，每天為了付健保費吵架，所以說我們有時候要面面俱到，不是付高就好，應該付的、有能力付的付一點，沒有能力的通通提到高，我也知道提高，做好人啊~我在這付費者很厲害啊~但是後面有力嗎？後繼無力啦~我想是這樣子啦，這個案子剛講過了，別再講那些了。快散會啦~六點了！

## 主席

謝謝！多數的代表都支持通過，特別現在這種等待移植名單這麼多，還是要維持器捐手術的團隊，給予鼓勵，也是現在的政策。大家如果沒意見，是否就照這案通過，可以嗎？好，謝謝！

今天就開到這裡，謝謝！