

103 年第 3 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準  
共同擬訂會議」會議紀錄

時 間：103 年 9 月 11 日(星期四)下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：李副組長純馥(代)

紀錄：張巧如

姚代表姚鈺	廖秋鐳(代)	陳代表福展	翁瑞文(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
林代表富滿	林富滿	吳代表志雄	(請假)
郭代表正全	郭正全	陳代表彥廷	陳彥廷
李代表伯璋	李伯璋	林代表敬修	(請假)
陳代表志忠	陳志忠	高代表靖秋	林綉珠(代)
徐代表弘正	徐弘正	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	林淑霞	曹代表昭懿	(請假)
羅代表永達	羅永達	吳代表進興	吳進興
謝代表文輝	王秀貞(代)	黃代表鶴珠	黃鶴珠
謝代表武吉	謝武吉	黃代表棟國	(請假)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
陳代表宗獻	陳宗獻	李代表永振	李永振
盧代表榮福	(請假)	陳代表川青	(請假)
張代表嘉訓	張嘉訓	侯代表彩鳳	(請假)
王代表正坤	(請假)	李代表玉春	李玉春
黃代表啟嘉	黃啟嘉	吳代表肖琪	吳肖琪
陳代表憲法	張瑞麟(代)		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

周雯雯

衛生福利部全民健康保險會

張友珊、葉肖梅

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年

中華民國牙醫師公會全國聯合會

朱智華

中華民國醫事放射師公會全國聯合會	何介中
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺
中華民國藥師公會全國聯合會	王韻婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國助產師助產士公會全國聯合會	黃鶴珠
台灣醫院協會	楊智涵
台灣胸腔暨重症加護醫學會	郭許達、柯信國
台灣神經學學會	賴達昌
中華民國心臟學會	徐迺維
台灣泌尿科醫學會	林欣怡
中華民國骨科醫學會	林柳池
中華民國眼科醫學會	蔡紫薰、蔡忠斌
台灣放射腫瘤學會	呂志得
本署臺北業務組	丁香豔、余千子、張志銘
本署中區業務組	何容甄
本署企劃組	詹孟樵、江政謙、顏郁婷
本署醫審及藥材組	潘尹婷
本署醫務管理組	陳真慧、林淑範、王玲玲、 李待弟、陳依婕、涂奇君、 吳明純、張淑雅、張巧如

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄（議事錄）：請參閱(不宣讀)確認。

三、報告事項

(一) 支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單次使用拋棄式研磨鑽頭」等3項特材費用，修訂編號65016B「淚囊鼻腔造瘻術」等31項支付點數再次

訪價報告案。

決議：上開診療項目因應包裹過程面特殊材料之支付點數調整案，衛生福利部已於 103 年 9 月 1 日公告，惟部分代表對於採用之平均價訪價及實際可購買價仍有疑慮及考慮臨床使用情形，俟實行 3 個月，本署再次調查使用醫院購買價再提 104 年第 1 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告或討論。

(二) 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 104 年適用參數之統計方式及結果案。

決議：

- 1.104 年適用參數(詳如附件 1)，本署將提報衛生福利部核定後發布。
- 2.有關 Tw-DRGs 基本診療加成項目按支付通則不須每年重新計算，惟為了瞭解近年實施 DRG 後，就醫天數下降對上述加成項目之影響，將於明年 6 月底統計分析與檢討。

(三) 放寬全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案醫事人員申請資格案。

決議：

1. 同意增列泌尿科專科及山地離島地區具醫師資格且接受慢性腎臟病照護訓練者。修訂後「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」詳如附件 2。

2. 有部分代表建議要開放所有專科乙項，俟實行一段時間再行檢討。

#### 四、討論事項

- (一) 「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案。

決議：部分代表表示對本案之臨床專業情況有疑慮，俟邀請相關醫學會於下次會議再討論，故本案暫保留。

- (二) 「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位(單腔)」等 27 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案。

決議：因與會人數不足，延至下次會議再行討論。

- (三) 支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單次使用拋棄式過濾器」等 7 項特材之支付標準調整案。  
決議：

1. 同意骨科手術過程面必須使用關節鏡刮刀及磨刀包裹於 64244B「關節鏡下關節面磨平成形成術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術」，修正後支付標準詳如附件 3。另 64244B 及 64243B「關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創」之手術過程面必須使用止血(電刀)低溫氣化棒，因部分代表對於訪價結果有疑慮且不同意 64243B 與 64244B 同時執行時，止血(電刀)低溫

氣化棒採用之折付方式，爰將止血(電刀)低溫氣化棒以自費(Y碼)處理，列入特材品項研議支付，不予包裹於手術項內。

2. 單次使用拋棄式過濾器乙項，因代表及台灣胸腔暨重症加護醫學會均對訪價之結果有疑慮故本項特材暫保留，本次會議暫不討論。
3. 單次使用拋棄式肌電圖針乙項，與會代表均認為目前部份負擔偏低且本項不涉及急重難診療，應讓民眾自費使用本項之特材，爰不同意納入包裹給付過程面必須使用之特材。
4. 其他支付標準調整內容，因與會人數不足，延至下次會議再行討論。

(四) 中華民國眼科醫學會建議提高眼科手術診療項目編號 85608B「鞏膜切除併植入或扣壓」等 16 項診療項目之兒童加成比率案。

決議：因與會人數不足，延至下次會議再行討論。

(五) 藥事服務費合理量計算方式案。

決議：因與會人數不足，延至下次會議再行討論。

(六) 修訂「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」案。

決議：因與會人數不足，延至下次會議再行討論。

**五、散會：下午 5 時 50 分**

## 104 年 Tw-DRGs 權重表

註：

1. 本表每 1 權重之標準給付額(SPR)為 39,277 點，係以 10201-12 醫院住院符合 DRG 範圍申報資料  
(已校正 103 年支付標準調整)及支付通則規定辦理。
2. 無權重者(計 35 項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
3. 註記\*者(計 142 項)為去極值後個案數<20 件，依支付標準通則暫以核實申報醫療服務點數。
4. 邏輯註記●者(30 項)為該組 DRG 違反單向邏輯已校正後之權重。
5. 下限臨界點採實際醫療點數之 2.5 百分位計算；上限臨界點為醫療點數之各 DRG90 百分位。
6. 資料期間：102.01-12；製表日期 103.08.21。

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
PRE	1	10301	0.0000	*		0	-	-
PRE	2	10302	0.0000	*		0	-	-
PRE	3	48301	4.3067			17	31,207	353,496
PRE	4	48302	2.6591			11	20,048	238,507
PRE	5	48001	21.8463			20	558,717	1,448,222
PRE	6	48002	15.9749	*		18	572,592	813,584
PRE	7	48101	9.8824	*		22	115,755	844,507
PRE	8	48102	7.7693	*		16	16,103	508,123
PRE	9	49501	0.0000	*		0	-	-
PRE	10	49502	0.0000	*		0	-	-
PRE	11	48201	2.6337			12	28,121	219,880
PRE	12	48202	2.4165			10	19,952	282,112
PRE	13	512	14.6791	*		17	463,250	684,453
1	1	00201	4.1787			11	57,247	306,098
1	2	00202	2.8429			8	49,297	230,227
1	3	00101	4.6814			13	45,568	378,673
1	4	00102	3.6422			9	38,247	302,080
1	5	00301	4.5026			12	39,828	365,352
1	6	00302	3.3766			9	38,672	254,492
1	7	00401	3.2425			13	24,410	236,174
1	8	00402	2.5535			9	18,250	182,613
1	9	00501	3.4867			7	37,599	233,430
1	10	00502	2.5012			4	31,765	172,319

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	11	00601	0.4945			2	10,419	29,343
1	12	00602	0.4386			2	8,768	25,710
1	13	00701	3.4758			2	12,581	176,958
1	14	00702	2.1770			7	6,503	208,735
1	15	00703	0.7417			3	17,462	44,595
1	16	00704	1.8914			8	12,606	187,760
1	17	008	1.2246			3	14,400	123,503
1	18	00901	0.9250			7	3,749	99,535
1	19	00902	0.4551			5	1,946	47,132
1	20	00903	0.6718			6	4,908	59,639
1	21	00904	0.4170			4	2,948	33,005
1	22	00905	0.9084			9	4,694	77,536
1	23	01001	0.7839			4	3,604	69,686
1	24	01002	0.8396			5	2,448	77,125
1	25	01101	0.5956			3	2,926	45,192
1	26	01102	0.6073			3	2,749	45,253
1	27	01201	0.8680			8	5,732	75,272
1	28	01202	0.9332			7	5,834	87,880
1	29	01203	0.6452			5	3,744	51,222
1	30	01301	0.8460			5	7,314	62,724
1	31	01302	0.6711			5	5,882	49,967
1	32	01303	1.1209			8	5,809	98,010
1	33	01304	0.7128			5	4,102	55,613
1	34	01401	1.4081			7	6,850	142,588
1	35	01402	0.8817			6	6,335	80,844
1	36	01403	1.5321			9	12,213	146,217
1	37	01404	0.9456			7	8,803	78,192
1	38	01405	1.2206			9	9,462	112,689
1	39	01406	0.7322			6	7,116	58,128
1	40	01501	0.8980			5	6,947	71,319
1	41	01502	0.7131			3	4,990	50,234
1	42	01503	0.9566			7	6,303	88,746
1	43	01504	0.6014			5	4,272	42,017
1	44	01505	0.5586			5	5,642	40,620

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	45	01506	0.4598			4	4,785	31,347
1	46	01601	0.9164			6	4,701	87,639
1	47	01602	0.7002			5	5,811	54,027
1	48	01701	0.6260			4	3,614	55,525
1	49	01702	0.5193			4	3,509	36,607
1	50	018	0.6886			6	4,943	55,455
1	51	019	0.5125			5	3,734	39,636
1	52	02001	1.8086			10	8,674	165,413
1	53	02002	1.1743			7	5,006	119,058
1	54	02003	2.4179			11	11,722	210,087
1	55	02004	1.8421			9	8,428	156,563
1	56	02101	1.2979			6	5,076	150,245
1	57	02102	0.9772			6	5,355	95,486
1	58	02103	0.9738			6	6,312	95,580
1	59	02104	0.6565			5	4,964	59,909
1	60	02201	0.7003			6	4,609	53,378
1	61	02202	0.3885			4	3,781	28,366
1	62	02301	0.7896			6	4,128	72,835
1	63	02302	0.4470			3	2,469	38,151
1	64	024	0.8270			6	4,877	80,132
1	65	025	0.4408			4	3,062	35,691
1	66	02601	0.4249			4	4,047	36,074
1	67	02602	0.3432			3	2,886	29,981
1	68	02701	1.2074			6	5,829	127,656
1	69	02702	0.5962			5	3,731	58,056
1	70	02801	0.8403			6	4,402	89,800
1	71	02802	0.8623			7	4,115	84,836
1	72	02803	0.5421			5	4,063	42,893
1	73	02901	0.4509			5	3,516	41,764
1	74	02902	0.4471			4	3,135	42,622
1	75	02903	0.3369			4	2,180	26,713
1	76	03001	0.6423	*		6	6,268	46,135
1	77	03002	0.3757			4	3,479	31,404
1	78	03003	0.6320			5	2,989	66,983

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	79	03004	0.3353			3	2,119	33,544
1	80	03005	0.2793	*		3	9,970	12,804
1	81	03006	0.2083			3	1,941	15,458
1	82	031	0.3680			4	2,536	28,678
1	83	032	0.2439			3	2,071	18,442
1	84	03301	0.2864			3	2,600	23,482
1	85	03302	0.2075			3	1,930	15,974
1	86	034	0.7543			5	3,769	78,032
1	87	035	0.5039			3	3,073	43,057
2	1	03701	1.6366			6	10,243	137,331
2	2	03702	1.2583			4	13,357	109,373
2	3	03703	0.0000	*		0	-	-
2	4	03704	0.0000	*		0	-	-
2	5	03705	0.9456			5	17,133	68,283
2	6	03706	1.2690			5	21,722	87,821
2	7	03707	1.1475			5	19,663	84,042
2	8	04001	0.6983			2	11,202	48,488
2	9	04002	0.7658			5	6,375	63,006
2	10	04003	0.9386	*		8	11,406	41,339
2	11	04004	0.6009			4	7,075	48,123
2	12	04101	0.5648			2	13,812	30,542
2	13	04102	0.5717			2	4,011	41,437
2	14	04103	0.6614	*		2	9,908	54,837
2	15	04104	0.5185			2	12,365	27,229
2	16	03601	1.3498			4	25,485	86,355
2	17	03602	1.1477			4	12,554	86,464
2	18	04201	1.0445			4	4,472	72,548
2	19	04202	0.5032			3	4,199	33,571
2	20	03901	1.7652			3	50,466	89,015
2	21	03903	1.1810			3	21,885	56,769
2	22	03902	1.3023			5	23,305	66,624
2	23	03904	1.2993			2	39,959	57,750
2	24	03905	0.6318			1	21,020	27,740
2	25	03906	0.7613	*		2	8,333	32,675

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	26	03801	0.6228			4	14,216	45,581
2	27	03802	0.3846			2	3,790	34,551
2	28	04301	0.2620	*		3	3,446	18,213
2	29	04302	0.2413			4	1,851	19,277
2	30	04401	0.5841			6	4,906	58,469
2	31	04402	0.3476			5	4,280	29,449
2	32	04501	0.6686			4	4,474	48,119
2	33	04502	0.5312			4	5,588	37,589
2	34	046	0.5207			5	2,658	43,254
2	35	047	0.3871			4	1,926	33,229
2	36	048	0.3460			3	3,819	27,162
3	1	04901	3.9133			11	38,524	338,842
3	2	04902	2.0414			6	22,106	219,891
3	3	06101	0.6449	*		3	11,729	48,218
3	4	06102	0.5937			2	9,126	39,719
3	5	062	0.5536			1	14,366	27,800
3	6	05301	1.1209			4	21,710	68,241
3	7	05302	1.0336			3	22,141	58,128
3	8	05401	1.7457	*		7	48,982	96,730
3	9	05402	1.0609			3	22,570	58,031
3	10	05701	0.9328			5	6,919	40,837
3	11	05702	0.5204			3	7,276	23,003
3	12	058	0.8117			2	15,258	36,335
3	13	052	1.1072			3	19,046	65,362
3	14	168	1.0124			5	13,463	72,424
3	15	169	0.8551			3	13,504	55,412
3	16	05601	1.0787			5	20,957	73,492
3	17	05602	0.8418			3	16,156	50,336
3	18	05001	1.1514			5	25,564	67,445
3	19	05002	1.0319			4	25,195	57,125
3	20	05101	0.8694			4	14,496	53,098
3	21	05102	0.7944			3	17,483	46,386
3	22	05501	2.8696	*		10	24,380	206,074
3	23	05502	2.8562			8	21,269	188,229

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	24	05503	0.9365			3	23,258	40,262
3	25	05504	0.8756			3	23,559	37,804
3	26	05505	0.7352			2	16,045	31,426
3	27	05506	0.6341			2	15,923	28,247
3	28	059	0.6382			3	19,363	27,636
3	29	060	0.6790			2	18,792	30,727
3	30	06301	1.7258			7	17,753	132,681
3	31	06302	1.1237			4	17,065	76,268
3	32	06401	1.5968	*		6	5,515	155,410
3	33	06402	0.6500	*		3	3,350	34,863
3	34	065	0.3744			4	2,759	29,632
3	35	06601	0.4040			4	3,060	32,460
3	36	06602	0.3074			3	2,192	27,372
3	37	06701	0.4729			5	5,707	43,368
3	38	06702	0.2821			4	3,826	19,901
3	39	068	0.3774			4	3,703	30,804
3	40	069	0.2460			3	2,958	18,473
3	41	070	0.2482			3	4,164	17,125
3	42	071	0.3035			3	4,452	21,478
3	43	072	0.3749			3	2,641	25,131
3	44	07301	0.6938			5	4,302	57,535
3	45	07302	0.4736			4	3,837	33,210
3	46	07401	0.7377			4	3,026	65,969
3	47	07402	0.5526			4	3,915	60,171
3	48	18701	0.5304			6	8,226	41,463
3	49	18702	0.4743			3	6,505	37,507
3	50	18703	0.5802			2	9,099	39,867
3	51	185	0.3941			4	2,922	32,174
3	52	186	0.2764			4	4,033	19,685
4	1	07501	3.8922			13	62,867	260,014
4	2	07502	2.5801			8	47,207	177,171
4	3	07503	3.2222			10	33,616	209,539
4	4	07504	2.6520			6	63,454	154,504
4	5	07601	1.6050			7	12,266	145,193

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	6	07602	2.6754			11	22,247	258,296
4	7	07603	2.2786			12	15,463	195,706
4	8	07701	0.8923			4	11,157	65,622
4	9	07702	0.9166	*		4	14,481	70,879
4	10	07703	1.0094			4	11,303	90,515
4	11	47501	2.5320			10	13,552	218,786
4	12	47502	1.6070			7	7,646	170,159
4	13	07801	1.2855			9	9,949	109,824
4	14	07802	0.9621			7	8,679	76,524
4	15	07901	1.4294			10	7,942	120,622
4	16	07902	1.1882			9	8,624	99,566
4	17	07903	1.4387			11	13,321	114,221
4	18	07904	1.5779			11	8,734	129,320
4	19	07905	1.2352	*		10	35,363	56,743
4	20	08001	1.0936			9	6,525	87,250
4	21	08002	0.7693			7	5,906	63,994
4	22	08003	0.9555			9	9,355	76,857
4	23	08004	1.0847			8	4,697	92,338
4	24	08005	0.8178	*		5	21,870	47,431
4	25	08101	0.7938	*		6	7,599	62,523
4	26	08102	0.7071			5	2,160	60,350
4	27	08103	1.2969			7	6,041	130,437
4	28	08104	0.6263			4	2,958	61,801
4	29	08105	0.6076			5	7,387	59,053
4	30	08106	0.4922			5	6,051	40,630
4	31	08107	1.6645	*		11	11,959	174,786
4	32	08108	0.9012	*		6	6,101	67,147
4	33	08109	0.0000	*		0	-	-
4	34	082	0.5430			3	3,053	44,157
4	35	08301	0.7223			7	4,460	72,254
4	36	08302	0.4275			5	3,723	36,226
4	37	08303	0.5874			7	4,089	49,970
4	38	08401	0.2039	*		3	2,208	18,945
4	39	08402	0.2773			4	3,034	22,305

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	40	08403	0.3468			5	3,682	29,577
4	41	085	0.9360			7	6,166	79,838
4	42	086	0.6246			4	3,959	50,482
4	43	08701	1.2785			7	4,654	119,117
4	44	08702	0.8625			6	2,926	74,625
4	45	08703	0.7376			5	4,904	68,332
4	46	08704	0.5836			5	5,243	49,391
4	47	08801	0.7893			8	6,916	65,181
4	48	08802	0.5308			6	5,444	41,688
4	49	089	0.9735			8	7,053	86,104
4	50	090	0.5100			5	4,936	41,765
4	51	09101	0.3601			4	5,479	25,368
4	52	09102	0.3211			4	5,459	22,035
4	53	092	0.8503			7	5,486	75,278
4	54	093	0.6547			5	5,257	54,896
4	55	094	0.6515			6	4,451	58,952
4	56	095	0.3251			4	2,797	26,360
4	57	09601	0.6142			7	6,075	48,764
4	58	09602	0.4407			5	4,235	35,198
4	59	09701	0.4033			5	4,662	30,699
4	60	09702	0.2826			4	3,155	20,229
4	61	09801	0.3003			4	4,436	21,625
4	62	09802	0.2485			3	3,472	18,420
4	63	09803	0.4063			4	5,352	32,672
4	64	09804	0.3729			4	4,886	29,333
4	65	09901	0.4300			3	1,533	41,573
4	66	09902	0.5325			4	3,941	50,511
4	67	09903	0.5462			5	4,071	44,026
4	68	10001	0.2763			3	1,842	28,490
4	69	10002	0.3681			3	3,488	33,172
4	70	10003	0.3747			3	2,243	28,276
4	71	10101	0.6505			4	3,184	58,439
4	72	10102	0.8383			5	3,771	81,580
4	73	10103	0.3621			4	3,416	29,603

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	74	10104	1.0096	*	●	6	16,666	39,642
4	75	10105	0.8622			5	2,553	74,283
4	76	10106	0.8160			4	6,178	78,405
4	77	10201	0.3885			3	2,624	34,140
4	78	10202	0.6356			3	3,121	65,259
4	79	10203	0.2455			3	2,474	19,597
4	80	10204	1.0096	*	●	6	18,006	117,930
4	81	10205	0.1168	*		1	2,352	8,254
4	82	10206	0.5982			2	4,360	47,424
5	1	10401	10.8680			17	303,795	471,905
5	2	10402	11.7982			19	384,802	513,405
5	3	10403	0.0000	*		0	-	-
5	4	10409	9.9808			17	301,572	435,912
5	5	10410	9.0723	*		17	236,124	429,469
5	6	10404	8.3466			15	198,594	369,171
5	7	10405	0.0000	*		0	-	-
5	8	10406	0.0000	*		0	-	-
5	9	10407	17.3423			10	517,779	745,284
5	10	10408	16.5988			8	500,700	705,563
5	11	10501	10.5189			14	260,201	460,676
5	12	10502	10.2892			15	303,656	444,876
5	13	10503	0.0000	*		0	-	-
5	14	10509	8.8411			14	250,671	384,773
5	15	10510	8.1643	*		13	249,190	351,774
5	16	10504	7.4408			13	210,958	326,170
5	17	10505	21.8366	*		10	508,028	1,330,473
5	18	10506	0.0000	*		0	-	-
5	19	10507	13.8945			6	276,059	590,693
5	20	10508	13.5375			6	28,832	713,192
5	21	10801	8.6786			8	102,230	538,661
5	22	10802	6.6061			4	79,780	325,201
5	23	10601	12.7008	*		19	336,535	630,429
5	24	10602	0.0000	*		0	-	-
5	25	10603	11.2149			16	305,573	488,287

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	26	10604	9.9751	*		16	295,882	489,489
5	27	10701	10.6265			17	267,178	463,749
5	28	10901	10.0041			13	221,677	432,595
5	29	10702	9.1084			14	190,124	396,982
5	30	10902	8.5402			12	169,338	371,884
5	31	11001	9.9307			11	260,166	434,103
5	32	11005	7.0726			11	26,240	433,772
5	33	11002	4.4806			6	59,040	259,798
5	34	11006	2.1245	*	●	2	68,807	92,081
5	35	11003	4.3950			9	51,186	214,859
5	36	11004	4.3246	*		3	35,168	248,558
5	37	11101	8.5719			12	257,955	377,951
5	38	11105	5.9710			11	60,480	360,426
5	39	11102	3.4949			3	51,612	198,899
5	40	11106	2.1245		●	2	52,491	92,105
5	41	11103	3.9201			5	45,946	230,647
5	42	11104	0.0000	*		0	-	-
5	43	11301	2.1087			14	31,200	159,233
5	44	11302	1.5993			11	27,269	126,751
5	45	11501	7.7751		●	7	102,338	520,297
5	46	11502	7.7751		●	4	22,010	514,189
5	47	11601	3.1349			3	89,038	182,993
5	48	11602	4.0307			3	113,728	225,601
5	49	11603	4.0203			5	122,814	214,273
5	50	11604	3.0282			5	88,545	179,339
5	51	11605	7.5228			8	204,779	397,318
5	52	47801	4.2509		●	8	23,136	365,817
5	53	47802	1.7576		●	6	17,995	145,503
5	54	47803	2.0983			5	23,749	175,270
5	55	47804	4.2554			5	45,035	336,488
5	56	47901	4.2509		●	8	79,034	240,590
5	57	47902	1.7576		●	4	16,202	160,074
5	58	47903	1.8944			4	26,632	143,007
5	59	47904	3.3661			3	32,234	267,527

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	60	11201	3.5326			3	88,496	179,433
5	61	11202	3.1683			3	71,100	135,152
5	62	11203	3.3915			2	86,677	141,998
5	63	11204	2.1241			3	20,180	91,050
5	64	11401	1.2550			9	15,013	99,576
5	65	11402	0.7619			5	13,384	53,246
5	66	11801	3.3255			3	97,195	181,725
5	67	11802	3.0514			3	102,311	139,484
5	68	11803	2.5371			3	87,951	131,292
5	69	11804	2.3472			3	81,369	121,688
5	70	11701	1.5937			6	7,163	148,349
5	71	11702	1.3237			4	5,869	154,423
5	72	11901	0.8447			3	17,436	52,317
5	73	11902	0.6598			2	6,399	39,362
5	74	12001	1.5174			7	15,576	123,939
5	75	12002	1.2384			7	12,545	101,459
5	76	12101	1.7045			6	29,526	133,470
5	77	12102	1.2220			6	7,716	114,091
5	78	12201	1.1312			4	23,122	77,190
5	79	12202	0.6999			4	4,914	61,968
5	80	12301	2.2691			4	32,102	194,347
5	81	12302	1.3630			3	6,827	158,388
5	82	124	1.1886			3	21,215	50,782
5	83	125	0.8993			2	20,183	39,868
5	84	126	1.6010			12	7,961	142,037
5	85	12701	1.3302			5	5,177	132,354
5	86	12702	0.7236			6	6,064	63,509
5	87	12801	0.8118			7	5,169	68,908
5	88	12802	0.5737			5	5,212	55,952
5	89	129	1.1147			2	6,988	133,908
5	90	13001	1.0410			5	6,415	103,237
5	91	13002	1.0179			7	5,810	93,421
5	92	13101	0.8023			5	5,425	79,573
5	93	13102	0.8323			5	3,904	77,588

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	94	132	0.5726			5	4,156	46,687
5	95	133	0.3532			3	2,623	28,125
5	96	13401	0.4926			5	4,156	39,182
5	97	13402	0.3817			4	2,948	29,843
5	98	135	0.6787			5	4,873	58,996
5	99	136	0.4285			3	3,238	33,833
5	100	13701	1.0914			4	4,737	113,612
5	101	13702	0.6043			3	4,079	64,012
5	102	13801	1.6051			5	8,819	171,062
5	103	13802	0.6809			4	3,987	62,304
5	104	13803	0.5885			4	5,020	52,809
5	105	13804	1.5023			6	19,307	137,496
5	106	13805	1.2898			6	19,857	111,338
5	107	13901	0.5832	*		3	3,792	58,883
5	108	13902	0.4076			3	3,005	33,955
5	109	13903	0.3654			3	2,885	28,876
5	110	13904	1.1314			4	13,890	162,056
5	111	13905	0.8381			4	15,166	66,113
5	112	14001	0.5526			4	4,289	44,345
5	113	14002	0.3602			3	2,692	27,399
5	114	141	0.5301			4	4,373	39,926
5	115	142	0.4166			3	2,752	30,349
5	116	143	0.3791			3	2,485	30,511
5	117	14401	0.9308			6	4,457	84,961
5	118	14402	0.8165			6	6,239	79,734
5	119	14403	0.5567			5	3,379	50,151
5	120	14501	0.7717			3	3,129	69,552
5	121	14502	0.5683			3	3,629	52,044
5	122	14503	0.4104			4	3,516	31,601
6	1	15401	6.2032			16	90,017	403,223
6	2	15402	4.1188			13	37,069	322,150
6	3	15403	3.2770			14	22,373	247,882
6	4	15404	3.0207			11	46,961	242,818
6	5	15501	5.3512			15	22,377	314,749

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	6	15502	1.7509			5	22,971	146,482
6	7	15503	2.0497			7	16,014	143,609
6	8	15504	1.8604			9	31,023	124,688
6	9	15601	8.3357	*		21	176,202	707,594
6	10	15602	4.7529	*		16	102,335	202,772
6	11	15603	4.6372			15	71,727	325,720
6	12	15604	2.1809	*		6	24,182	148,113
6	13	15605	4.9340	*		12	95,449	448,617
6	14	15606	2.7400	*		8	34,802	284,543
6	15	15607	1.7306			8	40,221	128,522
6	16	15608	1.5433			6	40,500	97,590
6	17	14801	3.1139			13	51,811	213,151
6	18	14802	3.5203			14	35,858	274,985
6	19	14803	4.4689	*		11	62,234	280,762
6	20	14804	1.1831			6	18,067	85,326
6	21	14805	3.0590			13	45,674	235,838
6	22	14901	2.3952			10	49,631	141,357
6	23	14902	2.3858			11	35,602	163,176
6	24	14903	2.7538	*		10	74,302	154,972
6	25	14904	0.9080			4	18,635	56,213
6	26	14905	1.9606			9	35,716	134,322
6	27	14601	3.1918			12	38,695	199,745
6	28	14602	4.1774			13	70,321	309,251
6	29	14701	2.3709			8	24,980	146,357
6	30	14702	2.9522			9	31,348	181,900
6	31	150	2.2328			11	42,621	164,988
6	32	151	1.5884			7	35,054	98,631
6	33	16401	1.4484			6	37,722	62,401
6	34	16501	1.1147			4	32,918	47,906
6	35	16402	1.3917			8	31,871	60,040
6	36	16502	0.9854			5	26,155	42,859
6	37	16601	1.1647			4	33,629	50,002
6	38	16701	0.9583			3	31,128	41,118
6	39	16602	1.0622			4	25,960	44,979

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	40	16702	0.8919			3	23,950	38,742
6	41	152	1.2742			9	28,375	86,074
6	42	153	1.2255			9	17,084	79,385
6	43	15701	0.6649			3	10,791	29,562
6	44	15702	0.6457			3	13,694	28,687
6	45	15801	0.4542			3	7,869	22,267
6	46	15802	0.5642			2	13,240	25,509
6	47	16101	1.1793			3	34,132	50,376
6	48	16201	0.9999			2	30,909	43,436
6	49	16102	0.8495			2	24,751	36,312
6	50	16202	0.7341			2	21,775	31,646
6	51	159	1.2031			5	28,218	52,253
6	52	160	0.8702			3	24,493	37,522
6	53	16301	0.0000	*		0	-	-
6	54	16302	2.5071	*		7	90,216	114,926
6	55	16303	2.0368			3	36,161	109,388
6	56	16304	1.4841			1	32,113	76,007
6	57	16305	1.4365			2	26,889	74,927
6	58	16306	0.9520			1	25,940	54,570
6	59	170	1.8699			8	20,321	147,569
6	60	171	1.0724			3	22,361	66,528
6	61	17201	0.8048	*		6	4,059	65,221
6	62	17202	0.6782			5	10,873	50,707
6	63	17203	0.7173			4	4,171	61,963
6	64	17301	0.7703	*		5	12,725	51,489
6	65	17302	0.5259			3	6,186	37,916
6	66	17303	0.5126			3	3,239	38,071
6	67	17401	1.1255			5	8,141	94,900
6	68	17402	0.6164			5	6,269	53,109
6	69	17403	0.7228			5	4,775	66,785
6	70	17404	0.6568			5	5,768	56,944
6	71	17501	0.8122			4	3,943	81,838
6	72	17502	0.3782			4	5,360	28,663
6	73	17503	0.3786			3	2,772	29,439

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	74	17504	0.4015			4	4,367	30,972
6	75	17601	1.0292			5	5,646	102,902
6	76	17602	0.6401			5	4,483	56,990
6	77	17603	0.6454			5	5,495	55,480
6	78	17604	0.3964			4	4,192	31,179
6	79	177	0.5137			5	5,066	40,289
6	80	178	0.3531			4	4,011	25,756
6	81	17901	0.5578			5	2,823	57,613
6	82	17902	0.7081			7	6,006	59,666
6	83	17903	0.6189			6	2,352	55,343
6	84	180	0.5439			5	3,995	48,335
6	85	181	0.3200			4	2,731	25,585
6	86	182	0.4349			4	3,264	37,638
6	87	183	0.3111			3	2,999	25,107
6	88	18401	0.2505			3	3,389	18,397
6	89	18402	0.2470			3	3,217	18,465
6	90	18801	1.3255			11	10,782	112,501
6	91	18802	0.5321			4	2,873	46,304
6	92	18803	0.6334	*		6	15,221	53,450
6	93	18804	0.8617			6	3,551	76,407
6	94	18805	0.7806			6	4,169	71,352
6	95	18901	0.6959	*		10	11,979	44,260
6	96	18902	0.3082			3	2,181	24,824
6	97	18903	0.4610	*		5	4,303	28,247
6	98	18904	0.5698			5	3,870	50,479
6	99	18905	0.4621			3	3,050	30,740
6	100	19001	0.0000	*		0	-	-
6	101	19002	0.0000	*		0	-	-
6	102	19003	0.5135			4	3,174	37,607
6	103	19004	0.3860			3	3,748	34,381
6	104	19005	0.0000	*		0	-	-
6	105	19006	0.0000	*		0	-	-
6	106	19007	1.6778	*		9	11,017	232,671
6	107	19008	0.4313	*		4	7,247	25,124

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	108	19009	0.5737			4	4,216	61,410
6	109	19010	0.3800			3	2,304	36,111
7	1	191	3.2360			13	27,228	223,125
7	2	192	2.8337			9	39,731	189,876
7	3	195	3.1893			13	75,287	205,554
7	4	196	2.5157			9	63,557	153,680
7	5	197	2.2907			11	44,843	162,825
7	6	198	1.5709			8	40,168	98,282
7	7	49301	2.6539			9	73,098	125,841
7	8	49401	2.4095			7	66,194	112,880
7	9	49302	1.5851			4	38,399	67,664
7	10	49402	1.4261			3	36,924	60,876
7	11	193	2.4063			12	11,946	173,111
7	12	194	2.1796			9	9,115	160,897
7	13	199	6.5423	*		12	216,558	381,203
7	14	20001	2.5196			9	42,268	185,484
7	15	20002	1.3740			4	32,476	76,374
7	16	20101	2.7827			10	37,168	205,781
7	17	20102	1.6026			5	40,348	95,065
7	18	20201	0.9141			6	5,706	82,330
7	19	20202	0.4593			4	3,833	39,740
7	20	20301	1.3618	*		7	22,591	91,578
7	21	20302	0.0000	*		0	-	-
7	22	20401	0.5210			5	4,133	45,907
7	23	20402	1.0820	*		8	6,957	113,929
7	24	20403	0.3767	*		4	1,542	32,291
7	25	205	0.8309			7	4,815	80,503
7	26	206	0.5183			5	4,003	48,326
7	27	207	1.0966			6	5,780	90,965
7	28	208	0.6928			4	3,226	65,194
8	1	47101	4.6927			11	90,949	201,000
8	2	47102	4.6091	*		9	65,325	325,847
8	3	47103	5.3747			8	152,972	235,279
8	4	21701	2.4303			13	27,470	188,590

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	5	21702	1.5418			7	19,181	133,815
8	6	21703	1.8208			11	15,888	141,978
8	7	21704	1.0331			6	11,520	82,139
8	8	20901	3.4607			8	62,502	148,387
8	9	20907	4.6572			8	74,051	199,315
8	10	20902	2.9641			7	57,533	127,098
8	11	20908	4.2804			7	60,693	182,911
8	12	20903	2.9411			6	88,180	129,081
8	13	20904	2.0978			7	50,843	90,143
8	14	20905	3.1456			6	88,164	137,392
8	15	20906	1.5032	*		10	47,976	87,484
8	16	21601	1.1343			4	11,860	89,994
8	17	21602	0.7554			4	9,456	74,229
8	18	21001	2.8549			10	49,227	124,363
8	19	21101	2.0985			8	40,741	90,196
8	20	21002	1.8824			9	32,587	80,611
8	21	21102	1.5259			7	20,997	65,534
8	22	21003	1.7397			8	40,152	75,335
8	23	21103	1.5003			6	33,078	64,507
8	24	21201	2.1925			8	41,392	142,215
8	25	21202	1.6792			7	35,551	112,717
8	26	21203	1.6951			7	22,327	120,124
8	27	21204	1.1116			4	20,212	80,215
8	28	21205	1.6605			7	30,657	105,160
8	29	21206	1.2711			5	25,277	78,153
8	30	21301	3.7542	*		20	53,986	349,658
8	31	21302	2.7191	*		12	35,750	151,564
8	32	21303	2.8956			15	32,398	234,177
8	33	21304	1.7313			12	27,298	118,746
8	34	21305	1.0798			9	16,247	84,060
8	35	21306	0.6943			5	8,194	45,988
8	36	49101	2.3881			7	67,228	146,573
8	37	49102	2.0573			6	50,527	97,383
8	38	49201	2.7479			6	27,402	141,427

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	39	49202	2.3354			6	29,177	127,745
8	40	496	4.4629			9	83,098	287,152
8	41	49701	3.8213			10	64,566	254,941
8	42	49702	3.2364			8	58,369	219,549
8	43	49801	3.0003			7	40,876	199,131
8	44	49802	2.7578			6	44,308	174,200
8	45	499	1.6607			7	25,867	115,824
8	46	500	1.2712			5	19,009	78,462
8	47	501	2.0661			16	32,007	146,600
8	48	502	1.6996			12	21,877	126,888
8	49	50301	1.2550			5	23,661	72,874
8	50	50302	1.1482			4	24,765	61,650
8	51	50303	0.8413			4	19,614	54,364
8	52	50304	0.6425			3	17,316	36,379
8	53	21801	1.7609			9	31,408	76,888
8	54	21802	1.6702			9	30,937	72,439
8	55	21901	1.4762			7	24,958	63,955
8	56	21902	1.2888			7	24,375	55,163
8	57	21803	1.4568			7	29,669	62,903
8	58	21804	1.2662			6	23,422	54,629
8	59	21903	1.1921			5	21,873	51,373
8	60	21904	0.9429			5	19,057	40,744
8	61	22001	0.0000	*		0	-	-
8	62	22002	0.9803	*		6	17,112	55,345
8	63	22003	1.6839	*		10	40,602	114,342
8	64	22004	1.1433			6	24,102	72,176
8	65	22005	0.9255			3	22,805	68,922
8	66	22006	0.7055			2	18,064	36,732
8	67	22007	1.1707			6	25,237	75,501
8	68	22008	0.7655			3	20,170	43,300
8	69	23101	1.3084			7	16,967	106,953
8	70	23102	0.7102			3	12,432	47,904
8	71	23103	0.5632			3	11,792	38,018
8	72	23104	0.4167			2	11,333	22,300

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	73	23001	1.2114			6	14,589	106,519
8	74	23002	0.7529			4	15,953	50,665
8	75	23003	0.5503			3	12,906	37,493
8	76	23004	0.4650			3	12,667	26,983
8	77	22601	1.2829			7	14,237	108,047
8	78	22602	0.9456			5	17,754	65,395
8	79	22701	0.6050			3	10,446	39,221
8	80	22702	0.6961			3	14,687	44,616
8	81	22501	0.9822			5	13,046	42,150
8	82	22502	0.6379			4	12,086	27,617
8	83	22503	0.9398			5	15,003	40,679
8	84	22504	0.7088			3	12,250	30,584
8	85	228	0.7395			3	14,680	45,943
8	86	22301	1.2198	*		6	29,673	76,925
8	87	22302	0.8689			3	21,848	37,602
8	88	23201	0.6978			4	11,181	48,570
8	89	23202	0.5452			3	10,298	32,799
8	90	22401	1.1127			5	21,135	48,456
8	91	22402	0.9117			4	21,213	39,310
8	92	22403	0.8318			4	18,020	35,878
8	93	22404	0.6939			3	17,284	29,909
8	94	22901	0.5728			3	9,919	24,646
8	95	22902	0.5629			2	10,198	24,186
8	96	23301	2.5137			12	43,806	175,564
8	97	23302	1.8652			8	41,397	116,462
8	98	23401	1.0125			4	19,484	68,878
8	99	23402	0.7426			3	17,431	45,832
8	100	23501	0.5997			5	2,248	50,137
8	101	23502	0.3511			3	1,642	27,696
8	102	23503	0.9432	*		6	15,161	97,989
8	103	23504	0.2446	*		1	7,196	13,497
8	104	23601	0.5283			5	2,959	49,870
8	105	23602	0.2625			3	1,949	21,779
8	106	23701	0.5257			4	8,046	37,639

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	107	23702	0.3504			3	3,062	25,576
8	108	23801	1.3052			12	6,361	102,990
8	109	23802	0.9170			10	7,843	74,463
8	110	23803	1.1631			11	6,126	106,336
8	111	23804	1.1115			10	4,402	100,292
8	112	23805	1.5694			13	5,689	141,135
8	113	23806	0.6050	*		6	4,931	40,129
8	114	23901	0.6551			5	3,689	54,972
8	115	23902	0.4209			4	3,164	32,835
8	116	24001	0.6553			4	3,068	70,834
8	117	24002	0.6855			5	3,349	64,664
8	118	24003	0.3496			3	2,119	40,342
8	119	24101	0.3726			3	2,399	42,060
8	120	24102	0.4517			4	2,844	41,149
8	121	24103	0.1647			2	1,886	17,041
8	122	24201	0.9914			9	5,476	85,765
8	123	24202	0.6982			8	4,932	67,402
8	124	24203	1.5165	*		13	16,016	97,367
8	125	24204	0.4517	*		8	14,503	22,530
8	126	24205	0.6738			7	3,314	49,158
8	127	24206	0.6374			7	7,491	55,845
8	128	24301	0.8630			7	1,912	89,760
8	129	24302	0.4014			3	2,559	32,504
8	130	244	0.4457			5	3,079	38,361
8	131	245	0.2796			3	2,329	23,608
8	132	24601	0.5824			6	3,529	45,873
8	133	24602	0.3695			4	2,571	32,582
8	134	24701	0.5223			5	3,447	42,734
8	135	24702	0.3987			3	2,791	34,308
8	136	24801	0.7705			6	4,370	75,570
8	137	24802	0.3642			3	2,297	28,130
8	138	24901	0.9732			10	6,489	96,726
8	139	24902	0.7521			9	4,371	65,563
8	140	24903	0.6502			4	2,702	65,093

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	141	24904	0.3781			3	2,343	33,453
8	142	250	0.3430			3	1,973	26,176
8	143	251	0.2130			2	1,597	16,843
8	144	252	0.3345			1	2,416	19,026
8	145	253	0.3619			4	2,373	29,293
8	146	254	0.2373			2	1,858	18,082
8	147	255	0.2890			2	1,917	21,334
8	148	25601	0.9831			8	2,467	97,829
8	149	25602	0.5189	*		7	5,406	42,028
8	150	25603	0.5047			4	2,156	47,225
8	151	25604	0.3539			2	2,317	28,203
9	1	263	1.4658			12	12,715	119,880
9	2	264	0.9475			8	9,964	76,082
9	3	265	1.1697			8	10,230	95,113
9	4	266	0.8853			5	9,994	67,674
9	5	26801	1.0167			4	16,283	67,460
9	6	26802	0.8884			3	13,215	60,974
9	7	26701	0.6695			4	7,633	65,112
9	8	26702	0.3715			2	7,150	25,965
9	9	25701	1.7261	*		6	49,484	89,868
9	10	25801	1.4925			6	34,024	87,447
9	11	25702	1.5274			5	27,534	70,121
9	12	25802	1.4347			4	28,185	62,464
9	13	259	0.8400			3	15,844	40,813
9	14	260	0.8190			2	20,476	36,058
9	15	261	0.6452			2	17,840	36,501
9	16	26201	0.6725			3	15,093	42,230
9	17	26202	0.5619			2	13,477	30,918
9	18	269	1.1269			6	10,047	95,639
9	19	270	0.6175			3	8,870	40,777
9	20	271	0.8519			9	5,313	76,458
9	21	27201	0.8697			8	3,506	79,891
9	22	27202	0.7745			7	5,717	61,214
9	23	27203	0.8097			8	2,691	71,826

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	24	27301	0.4596			4	2,571	49,368
9	25	27302	0.5144			5	5,644	40,660
9	26	27303	0.4019			4	2,740	28,970
9	27	274	0.5336	*		5	12,658	34,627
9	28	275	0.2906	*		2	1,712	28,147
9	29	27601	0.5438			5	4,074	54,061
9	30	27602	0.3657			4	2,433	31,698
9	31	277	0.5922			7	5,444	50,386
9	32	278	0.3771			5	4,297	29,846
9	33	27901	0.3989			5	5,345	31,914
9	34	27902	0.3126			4	4,454	23,685
9	35	280	0.3360			4	2,337	26,502
9	36	281	0.2579			3	2,252	19,647
9	37	282	0.2472			3	2,106	19,622
9	38	28301	0.4412			5	3,395	40,199
9	39	28302	0.4964			5	2,901	47,206
9	40	28401	0.3061			4	2,795	25,204
9	41	28402	0.3136			4	2,404	26,881
10	1	28601	2.9146			8	41,008	231,842
10	2	28602	2.2615			6	39,302	152,272
10	3	28801	2.3765			5	45,404	150,088
10	4	28802	1.8612			3	43,092	103,936
10	5	28501	2.2617			16	21,277	169,887
10	6	28502	1.7210			12	21,101	140,223
10	7	28701	1.6054			12	16,702	128,471
10	8	28702	1.3919			10	11,811	109,187
10	9	28901	1.3088			4	31,064	78,270
10	10	28902	1.2283			3	30,691	77,441
10	11	290	1.0340			3	28,066	45,122
10	12	29101	0.8089	*		4	20,371	48,501
10	13	29102	0.6438			3	18,531	35,459
10	14	292	2.3431			10	23,054	175,845
10	15	293	1.7710			3	13,674	154,527
10	16	29401	0.6659			6	4,775	62,093

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
10	17	29402	0.3630			5	3,646	29,084
10	18	29501	0.6451			6	5,455	56,482
10	19	29502	0.4033			4	2,510	38,608
10	20	29601	0.5835			5	4,068	53,458
10	21	29602	0.6252			6	3,749	57,240
10	22	29701	0.3190			4	2,718	27,506
10	23	29702	0.4770			5	3,483	48,574
10	24	29801	0.3880			3	3,080	32,454
10	25	29802	0.3116			2	2,860	31,363
10	26	29803	0.3250			3	4,515	24,236
10	27	29804	0.2539			2	3,263	17,889
10	28	29901	4.3326		●	4	5,649	326,345
10	29	29902	4.3326		●	2	4,643	1,055,432
10	30	29903	0.6564		●	5	5,133	34,364
10	31	29904	0.6564		●	3	3,591	50,385
10	32	30001	0.6888			5	3,672	57,156
10	33	30002	0.6071			5	3,674	56,667
10	34	30101	0.4891			3	2,838	38,780
10	35	30102	0.2708			2	2,402	24,561
11	1	30201	8.4817		●	15	176,018	366,314
11	2	30202	8.4817		●	12	173,357	365,010
11	3	30301	2.1916			8	23,302	160,870
11	4	30302	1.8386			7	18,591	106,439
11	5	304	1.4440			6	19,722	102,737
11	6	305	1.3433			5	16,849	94,029
11	7	308	1.0455			6	12,053	92,265
11	8	309	0.8920			3	10,427	81,997
11	9	306	1.6059			6	25,224	69,189
11	10	307	1.0465			4	20,672	45,105
11	11	310	0.7235			2	19,728	44,230
11	12	311	0.6542			2	16,386	35,284
11	13	312	0.6450			3	12,624	46,484
11	14	313	0.5010			3	11,618	32,182
11	15	314	0.8919			4	16,920	66,075

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	16	31501	1.5877			8	17,330	117,407
11	17	31502	1.1020			5	14,932	75,417
11	18	31601	1.1464			8	6,734	104,848
11	19	31602	0.6600			6	3,987	55,877
11	20	31603	0.6767			6	4,728	63,010
11	21	31604	0.4371			4	3,222	37,780
11	22	317	0.4980			3	2,305	38,209
11	23	318	0.5775			3	3,380	47,854
11	24	319	0.5306			2	3,239	46,877
11	25	320	0.7283			7	6,204	62,699
11	26	321	0.3984			5	4,472	31,989
11	27	32201	0.4643			5	6,423	37,813
11	28	32202	0.4283			5	5,857	34,706
11	29	32301	0.8857			2	29,123	47,936
11	30	32302	0.3877			2	2,299	28,885
11	31	32401	0.8093			2	28,799	39,719
11	32	32402	0.3663			2	2,673	23,044
11	33	325	0.5715			4	3,625	51,028
11	34	326	0.4362			3	2,237	41,543
11	35	32701	0.3385			3	3,212	31,246
11	36	32702	0.2740			3	3,212	17,510
11	37	328	0.4076			3	2,245	30,672
11	38	329	0.3298			2	4,409	19,568
11	39	33001	0.0000	*		0	-	-
11	40	33002	0.4243	*		2	7,890	25,103
11	41	331	0.6985			5	5,298	62,027
11	42	332	0.5835			3	4,120	53,092
11	43	33301	0.5173			4	3,860	52,515
11	44	33302	0.4542			3	3,230	40,043
12	1	334	2.1050	*		12	34,443	119,557
12	2	335	1.5397	*		7	21,562	84,323
12	3	34101	1.1540		●	5	9,759	94,645
12	4	34102	1.1540		●	3	13,883	98,123
12	5	34103	1.9287	*		5	40,776	115,961

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
12	6	34104	1.8899			4	40,919	108,233
12	7	338	0.0000	*		0	-	-
12	8	33901	1.0620			5	15,331	97,033
12	9	33902	0.4922			2	5,561	28,679
12	10	34001	0.8659			2	17,798	58,935
12	11	34002	0.6715			2	14,309	41,652
12	12	34201	0.6405	*		4	7,139	43,820
12	13	34202	0.3345			2	1,847	24,495
12	14	34301	0.3175	*	●	2	6,151	17,270
12	15	34302	0.3175		●	2	7,162	16,886
12	16	336	1.2200			5	29,014	52,077
12	17	337	1.1384			4	28,028	49,257
12	18	344	0.0000	*		0	-	-
12	19	34501	0.9399			5	11,245	72,994
12	20	34502	0.6429			3	13,858	38,184
12	21	346	0.0000	*		0	-	-
12	22	347	0.4596	*		2	11,459	29,535
12	23	348	0.4213			3	3,274	33,102
12	24	349	0.3767			2	3,238	23,462
12	25	35001	0.6208			6	5,777	51,737
12	26	35002	0.4356			5	4,502	35,023
12	27	35201	0.3438	*		4	3,375	33,391
12	28	35202	0.8049			5	4,764	75,426
12	29	35203	0.4687			3	2,256	47,682
12	30	35204	0.5608			4	3,279	50,624
12	31	35205	0.3277			2	2,415	26,856
13	1	35301	3.6340	*		9	49,637	213,748
13	2	35302	2.5980	*		7	30,999	143,508
13	3	35801	2.7064			5	81,419	131,816
13	4	35802	2.2075			4	64,148	96,909
13	5	35803	2.3865			5	63,125	111,345
13	6	35804	1.4988			5	41,473	68,977
13	7	35805	1.6331			3	43,691	74,011
13	8	35806	1.2204			4	30,158	53,765

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
13	9	35901	2.4467			4	75,689	112,236
13	10	35902	2.1671			4	62,232	95,028
13	11	35903	2.0546			4	58,549	93,635
13	12	35904	1.4231			5	38,984	66,548
13	13	35905	1.6063			3	41,360	72,795
13	14	35906	1.1448			3	26,485	53,319
13	15	36101	1.2112	*		5	20,834	70,735
13	16	36102	0.7010			2	12,617	53,515
13	17	36001	0.6671			3	8,227	49,752
13	18	36002	0.5036			2	7,614	36,631
13	19	35601	1.3447			4	23,113	82,183
13	20	35602	1.1838			3	20,736	74,079
13	21	363	0.4668			2	11,303	23,473
13	22	364	0.5111			2	9,161	36,785
13	23	36501	1.6881			5	38,934	97,636
13	24	36502	0.9982			3	17,010	60,206
13	25	36604	0.2679	*	●	2	1,676	19,803
13	26	36704	0.2679	*	●	2	1,712	31,172
13	27	36801	0.5607			6	4,886	51,043
13	28	36802	0.3302			4	3,689	25,366
13	29	369	0.2570			2	1,990	23,218
14	1	469	0.2720			3	4,584	13,791
14	2	370	0.9292			5	29,147	41,756
14	3	371	0.8403			5	28,264	36,141
14	4	37401	0.0000	*		0	-	-
14	5	37402	0.7106			2	11,173	32,403
14	6	37501	2.3562			6	23,685	110,405
14	7	37502	1.2237			4	22,110	53,291
14	8	372	0.9506			3	20,576	51,801
14	9	37301	0.8807			3	20,979	39,390
14	10	37302	0.8572			3	20,353	36,677
14	11	37701	0.0000	*		0	-	-
14	12	37702	2.8230	*		15	59,080	146,006
14	13	37703	0.9577	*		4	23,233	55,032

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
14	14	37704	1.2027			8	3,106	89,840
14	15	37705	0.7332			5	9,010	58,233
14	16	37601	0.6637	*		3	7,425	33,581
14	17	37602	1.6187	*		9	9,388	93,934
14	18	37603	0.7180	*		4	9,858	51,636
14	19	37604	0.4924			5	4,129	42,664
14	20	37605	0.2966			4	2,921	24,123
14	21	37801	1.4388			2	34,551	61,099
14	22	37802	1.0072			4	21,889	58,544
14	23	37803	0.6907			3	2,266	58,818
14	24	37901	0.3408			4	2,816	32,740
14	25	37902	0.4508			5	3,669	43,835
14	26	37903	0.3813			4	2,701	38,573
14	27	38101	0.7565			3	7,298	60,457
14	28	38102	0.4912			2	2,961	35,036
14	29	38001	0.4173			2	3,021	27,724
14	30	38002	0.3512			2	4,753	20,619
14	31	382	0.2632			2	1,746	29,374
14	32	38301	0.3597			4	3,008	33,138
14	33	38302	0.2286			3	2,288	19,911
14	34	384	0.3634			4	2,517	36,119
14	35	513	0.3989			0	-	-
15	1	N01	0.6631			3	5,452	57,546
15	2	N02	0.8721			1	4,264	71,306
15	3	N03	1.4538			2	4,758	138,523
15	4	N04	3.4393			5	68,195	351,870
15	5	N05	3.0327			7	4,766	302,905
15	6	N06	2.9152	*		20	6,889	207,111
15	7	N07	3.5407			20	40,883	278,391
15	8	N08	2.7796			18	17,565	219,225
15	9	N09	2.0247			16	18,173	159,890
15	10	N10	1.6116			14	7,200	124,610
15	11	N11	2.3845			12	21,327	215,283
15	12	N12	1.6417			10	11,697	142,848

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
15	13	N13	0.8140			6	6,320	71,173
15	14	N14	6.0382			15	20,109	499,662
15	15	N15	2.3993			7	8,034	286,279
15	16	N16	1.7374			8	12,680	166,701
15	17	N17	0.9943			6	9,238	87,714
15	18	N18	0.5750			4	8,279	45,886
15	19	N19	0.3211			3	4,362	25,816
16	1	39201	2.8261			9	50,500	206,028
16	2	39202	1.8736			7	37,807	117,489
16	3	39301	2.3909	*		8	57,681	180,284
16	4	39302	1.8591	*		7	39,600	113,243
16	5	39401	1.5259			7	13,268	129,824
16	6	39402	1.0136			4	12,959	83,260
16	7	39501	1.2261			5	6,089	108,523
16	8	39502	0.5597			4	4,872	47,500
16	9	39503	0.4098			3	3,428	31,584
16	10	39601	0.9926			3	3,070	108,591
16	11	39602	0.4116			3	4,921	32,239
16	12	39603	0.3484			2	3,953	29,034
16	13	39701	3.8154	*		7	2,195	269,205
16	14	39702	0.0000	*		0	-	-
16	15	39703	1.6252		●	6	9,937	142,958
16	16	39704	1.6252	*	●	6	26,013	71,344
16	17	39705	0.7827			5	4,185	76,743
16	18	39706	0.4361			4	2,849	40,932
16	19	39802	0.8693			5	4,831	82,926
16	20	39803	0.8635			6	3,995	80,265
16	21	39804	0.4283			4	3,535	35,795
16	22	39902	0.4468			4	3,569	39,084
16	23	39903	0.5441			4	2,703	47,773
16	24	39904	0.3082			3	2,490	27,750
17	1	40001	0.0000	*		0	-	-
17	2	40002	0.0000	*		0	-	-
17	3	401	0.0000	*		0	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
17	4	402	0.0000	*		0	-	-
17	5	40301	1.2465	*		8	8,160	108,954
17	6	40401	1.0948	*		8	7,909	148,598
17	7	406	2.8218			9	21,994	187,700
17	8	407	1.8815			5	17,818	128,680
17	9	40801	1.1911			6	11,684	78,192
17	10	40802	0.7610			3	9,852	53,036
17	11	412	0.4885			3	8,191	28,392
17	12	41101	0.4204	*		2	6,917	39,534
17	13	41102	0.2655			1	7,475	13,526
17	14	413	0.7791			6	5,288	69,622
17	15	414	0.4380			3	2,602	34,301
18	1	41501	2.4312			13	19,136	203,429
18	2	41502	1.1317			8	13,265	92,954
18	3	41601	1.2385			8	7,714	115,054
18	4	41602	0.5808			6	4,550	50,857
18	5	41701	0.6502			6	6,327	61,162
18	6	41702	0.5261			6	5,282	44,733
18	7	41801	0.5990			7	4,727	57,189
18	8	41802	0.3536			5	2,141	25,004
18	9	41803	0.8172			8	5,174	78,972
18	10	41804	0.6029			7	4,491	53,756
18	11	419	0.6080			5	3,887	56,482
18	12	420	0.3727			4	2,742	32,749
18	13	42101	0.5039			5	3,568	44,044
18	14	42102	0.3239			4	3,101	27,293
18	15	42201	0.2661		●	4	4,368	18,703
18	16	42202	0.2661		●	3	4,174	20,192
18	17	42301	1.4880			11	6,116	150,255
18	18	42302	1.4488	*		11	7,588	100,881
18	19	42303	0.8102			7	5,450	82,141
18	20	42304	0.4036			4	4,149	33,937
21	1	44001	0.7779			7	7,740	61,940
21	2	44002	0.6943			6	7,433	58,404

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
21	3	43901	1.1835			9	17,158	90,664
21	4	43902	0.7398			5	12,849	50,805
21	5	44101	1.7243			8	14,089	150,621
21	6	44102	1.0002			4	11,191	84,003
21	7	442	1.7377			8	13,798	153,678
21	8	443	1.0015			5	9,221	80,682
21	9	444	0.4306			5	3,767	35,204
21	10	445	0.2774			3	2,212	20,425
21	11	44601	0.3390			4	2,576	25,446
21	12	44602	0.2479			3	2,149	19,475
21	13	44701	0.4931			4	3,505	50,574
21	14	44702	0.2386			3	1,872	20,155
21	15	44801	0.2556			3	5,401	18,207
21	16	44802	0.2000			2	2,566	16,808
21	17	44901	0.9935			4	3,559	113,896
21	18	44902	0.6390			4	2,583	63,984
21	19	45001	0.4264			3	2,082	40,351
21	20	45002	0.2361			2	1,766	22,220
21	21	45101	0.3444			3	2,715	55,112
21	22	45102	0.2715			2	2,032	23,765
21	23	45103	0.5246			3	2,825	51,345
21	24	45104	0.2042			2	2,110	19,759
21	25	452	0.6893			6	3,538	65,586
21	26	453	0.3509			3	2,121	32,820
21	27	454	0.8300			5	5,109	83,166
21	28	455	0.3530			3	2,364	30,392
22	1	50401	13.5009	*		24	391,347	707,075
22	2	50402	9.5616	*		22	47,313	719,097
22	3	50403	0.0000	*		0	-	-
22	4	50404	25.6385	*		29	98,520	1,084,711
22	5	50405	0.0000	*		0	-	-
22	6	50501	6.0389	*		8	18,542	552,157
22	7	50502	2.9758			9	1,597	303,883
22	8	50503	10.6860	*		9	87,055	645,439

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
22	9	50504	0.0000	*		0	-	-
22	10	50505	6.0211	*		3	27,498	784,856
22	11	50601	5.2398	*		20	73,985	335,292
22	12	50602	7.1824			17	21,011	702,848
22	13	50603	3.0985			14	25,390	334,535
22	14	50604	2.2503			13	21,687	156,563
22	15	50605	4.9409	*		18	34,440	549,718
22	16	50606	4.4395			18	28,539	331,532
22	17	50701	2.7712			11	22,426	281,039
22	18	50702	1.9064			10	20,837	148,129
22	19	50703	1.6396			11	22,338	129,689
22	20	50704	4.7858			15	16,999	425,900
22	21	50705	3.6906			13	23,992	399,310
22	22	50801	1.6055		●	9	10,554	111,507
22	23	50802	0.9363			7	10,751	85,191
22	24	50803	3.7613			14	23,663	279,446
22	25	50804	1.9233			8	9,600	134,563
22	26	50901	1.6055		●	7	7,756	173,446
22	27	50902	0.6150	*		7	9,675	40,995
22	28	50903	2.7750			8	3,993	301,921
22	29	50904	1.9139			7	5,343	202,162
22	30	510	1.0427		●	7	5,233	80,341
22	31	511	1.0427		●	6	3,980	98,388
23	1	46101	1.4690			8	11,633	135,099
23	2	46102	2.2893	*		5	18,127	283,791
23	3	46103	0.9967			3	11,789	61,382
23	4	46201	1.5703			23	15,308	100,639
23	5	46202	1.3913			22	15,068	87,570
23	6	46203	1.4692			23	10,152	85,788
23	7	46204	1.1967			18	12,584	85,206
23	8	463	0.5914			5	4,079	53,503
23	9	464	0.4156			3	3,346	32,743
23	10	465	0.3628			2	3,420	25,070
23	11	466	0.4146			2	1,300	33,033

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
23	12	467	0.8211			2	3,067	73,433
24	1	48401	5.4274			8	76,203	403,347
24	2	48402	4.9626			9	44,039	356,589
24	3	48501	2.2400			11	43,172	177,474
24	4	48502	1.9475	*		13	53,199	140,689
24	5	48601	3.3927			11	35,049	275,072
24	6	48602	2.8520			11	35,629	235,733
24	7	48701	0.9204			6	5,722	92,488
24	8	48702	0.5302			4	4,061	47,323
UN	1	46801	2.4375			11	14,901	214,574
UN	2	46802	1.1688			4	9,647	94,615
UN	3	46803	2.5942			9	7,442	270,182
UN	4	46804	1.0037			4	14,641	77,653
UN	5	47601	1.1628			6	17,604	94,184
UN	6	47602	0.7516			4	16,869	47,108
UN	7	47701	1.4925			9	13,306	126,857
UN	8	47702	0.7937			3	10,705	53,251
UN	9	47703	2.0965			7	10,245	248,027
UN	10	47704	0.9025			3	14,406	71,758
全國平均點數 41,559								

# 全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(草案)

100 年 01 月 01 日 第一版實施

102 年 01 月 01 日 第二版實施

102 年 07 月 29 日 第三版實施

103 年 09 月 11 日 第四版修訂

## 壹、前言

隨著人口老化與三高(高血壓、高血脂及高血糖)慢性疾病增加，慢性腎臟疾病患者持續增加中，慢性腎臟疾病初期並無明顯症狀，不容易發現，但是如果腎臟功能持續下降，最後變成尿毒症，就必須依賴血液透析、腹膜透析或腎臟移植，以代替腎臟功能。依據 2007 年資料，門診透析發生率每百萬人 415 人，列世界前茅。我國領有尿毒症之重大傷病證明的透析人數達 6.2 萬人，其 98 年健保門住診支出達 392 億，每年淨增加人數超過 2000 人，所耗用之醫療資源已成為社會與全民健康保險(以下稱健保)的沉重負擔。

全民健保保險人(以下稱保險人)目前針對之慢性腎臟病第 3b、4、5 期病患提供 Pre-ESRD 計畫，經腎臟醫學會實證證明可有效延緩腎功能惡化速度。為更進一步減少洗腎發生率，完整慢性腎臟病照護網絡，對於初期慢性腎臟病患者(第 1、2、3a 期)亦積極進行疾病管理，藉由醫療團隊提供完整且正確的照護，監測腎功能，提供治療及衛教措施，以預防、降低或延緩腎功能惡化，進而提昇慢性腎臟病患的照護與生活品質，減輕健保醫療負擔，達到三贏的目標。

## 貳、現況分析

依據國家衛生研究院溫啟邦<sup>註</sup>針對台灣 46.2 萬人超過 20 歲以上的世代研究結果發現慢性腎臟病第一期的盛行率 1.0%、第二期 3.8%、第三期 6.8%、第四期 0.2%、第五期 0.1%，以此推估台灣慢性腎臟病約 203 萬人，但是知道自己罹患慢性腎臟疾病的只有 3.5%。依其推估第一期病人數約 17 萬人、第二期病人數約 64 萬人、第三期病人數約 116 萬人，一至三期慢性腎臟病人數合計即高達約 197 萬人。註:Wen Chi-Pang et al. (2008),

Lancet, 371(9631): 2173-2182.

## 參、依據

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。

## 肆、目標

- 一、 建立以病患為中心的共同照護模式。
- 二、 依循治療指引提供初期慢性腎臟病患者完整的持續性追蹤治療。
- 三、 建立品質導向之支付制度。

## 伍、計畫內容

- 一、 參與本方案之醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組提出申

請，申請資格如下：

- (一) 健保特約院所，內、外、婦產、兒、家醫、神經、**泌尿科**專科醫師。除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師，其他專科醫師需接受本署認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少 6 小時(4 小時上課+2 小時 e-learning 課程)，並取得證明。
- (二) 設立於山地離島地區之特約院所，具醫師資格且接受本署認可慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少 6 小時(4 小時上課+2 小時 e-learning 課程)，並取得證明。
- (三) 參與本方案之院所與醫師，必須依照本方案內容之相關規定，提供初期慢性腎臟病患者完整之治療模式與適當的轉診服務。
- (四) 參與本方案之醫師，年度追蹤率小於 20% 者(指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者)，經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。

## 二、收案對象(給付對象)：慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 1、2、3a 期病患

- (一) 定義：經尿液及血液檢查後，已達本方案收案條件之慢性腎臟病患者。
- (二) 收案要求：收案前 90 天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷申報。收案時，需向病人解釋本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關衛教文宣資料。同一個案不能同時被 2 家院所收案，但實際照護院所仍可依現行全民健保醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。
- (三) 收案條件：
  1. CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate, 以下稱 eGFR)  $\geq 90$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup> + 尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine Protein and Creatinine Ratio, 以下稱 U<sub>PCR</sub>)  $\geq 150$  mg/gm (或糖尿病患者 U<sub>ACR</sub>  $\geq 30$  mg/gm) 之各種疾病病患。
  2. CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> + U<sub>PCR</sub>  $\geq 150$  mg/gm (或糖尿病患者 U<sub>ACR</sub>  $\geq 30$  mg/gm) 之各種疾病病患。
  3. CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> 之各種疾病病患。

※線上計算 eGFR—可使用台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」

網址：<http://kidney.tsn.org.tw/index.php> 點選【腎病指標】，

分別輸入性別、年齡及血液肌酸酐值 creatinine 可計算出 eGFR。

(四) 定期追蹤：依患者慢性腎臟疾病期別執行慢性腎臟病患定期身體檢查、必要尿液檢查與血液檢查及衛教指導項目，並將結果記錄於初期慢性腎臟疾病個案追蹤管理照護記錄表。

(五) 結案條件：

1. 腎功能持續惡化，其 Urine protein/creatinine ratio ( $U_{PCR}$ )  $\geq 1000$  mg/gm，或 eGFR  $< 45$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所。(Stage 3b 或以上)
2. 腎功能改善恢復正常，連續追蹤 2 次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。
3. 可歸因於病人者，如長期失聯( $\geq 180$  天)、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本方案管理照護超過 1 年者等。

(六) 照護標準及目標

1. 醫療：依照 K-DOQI Guideline(網址：

<http://www.kidney.org/PROFESSIONALS/kdoqi/guidelines.cfm>) 給予病患最適切之醫療，另請參考行政院衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)與台灣腎臟醫學會出版之「慢性腎臟病防治手冊」(國健署網站/搜尋)，或本方案之初期慢性腎臟疾病個案管理照護原則，詳附件一；並阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。

2. 衛教諮詢：除必須提供與教導適切的腎病衛教知識與資料外，必須能掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療上與照護上的必要訊息與溝通機會(附件二)。

(七) 病患照護目標：

1. 必要指標：

- (1) CKD 分期較新收案時改善 (如 stage 2→stage 1) ; 或
- (2) eGFR 較新收案時改善(eGFR>新收案時), 且下列良好指標至少需有 2 項指標由異常改善為正常。

2. 良好指標:

- (1) 血壓控制: <130/80 mmHg。
- (2) 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)控制: <7.0%
- (3) 低密度脂蛋白(LDL)控制: <130 mg/dl
- (4) 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)

三、 給付項目及支付標準: 參與本方案之院所, 依本方案提供已收案之初期慢性腎臟病患者常規性之完整性照護, 定期申報管理照護費, 支付點數詳附件三。

- (一) P4301C 初期慢性腎臟病新收案管理照護費(支付點數 200 點): 依規定上傳個案登錄必要欄位於 VPN 資訊系統(附件四), 照護個案資料及檢驗資料請登載於初期慢性腎臟病個案管理照護紀錄(參附表一、二), 留存院所備查(報告日期於就醫日期前後 2 個月內, 必要項目有 1 項未執行, 則整筆費用不得申報)。
- (二) P4302C 初期慢性腎臟病追蹤管理照護費(支付點數 200 點): 申報新收案後至少須間隔 3 個月才能申報本項, 本項每年最多申報 2 次, 每次至少間隔 6 個月。依規定上傳個案登錄必要欄位於 VPN 資訊系統, 照護個案資料及檢驗資料請登載於初期慢性腎臟病個案追蹤管理照護紀錄表(參附表二), 留存院所備查(報告日期於就醫日期前後 2 個月內, 必要項目有 1 項未執行, 則整筆費用不得申報)。
- (三) P4303C 初期慢性腎臟病患轉診照護獎勵費:

對於已收案照護至少 3 個月之初期慢性腎臟病患, 因腎功能持續惡化, 其

1. Urine protein/creatinine ratio ( $U_{PCR}$ )  $\geq 1000$  mg/gm ,
2. 或 eGFR <45 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> 者(Stage 3b 或以上)。

符合上述初期慢性腎臟病照護服務轉診條件者, 經轉診(請填寫全民健康保險轉診單, 參附件五)至參加「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所, 確認收案於該計畫後(請保存接受轉診院所回覆之轉診單於病

歷備查)，得申報轉診照護獎勵費，1次200點，每人限申報1次（鼓勵跨院或跨科轉診，但排除同一院所腎臟科互轉），並依規定上傳個案登錄必要欄位於VPN資訊系統。

- (四) 結案原因為恢復正常、長期失聯(≥180天)、拒絕再接受治療、死亡者，不可申報轉診照護獎勵費，但也需上傳個案之結案登錄必要欄位於VPN資訊系統。

#### 四、品質資訊之登錄及監測

- (一) 參與本方案之特約院所應依保險人之規定，登錄相關品質資訊。
- (二) 保險人之分區業務組得舉辦本方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約院所報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。

#### 五、醫療費用申報及審查原則

(一) 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依本保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

2. 門診醫療費用點數申報格式及填表說明：

- (1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報P4301C、P4302C、P4303C者，於申報費用時，門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『EB』；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

(2) 申報方式：併當月份送核費用申報。

3. 上傳個案登錄必要欄位(附件四)於VPN資訊系統。

(二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
2. 其餘未規定事項，依本保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

## 六、品質獎勵措施

(一) 獎勵單位：以參與方案之醫師為計算獎勵單位，該醫師照護之病人當年度內完成 2 次追蹤管理方得列入。

(二) 門檻指標：該醫師完整追蹤率 $\geq 50\%$ 。

### ► 定義：

1. 分母：當年度該院所該醫師收案之所有病人當中，排除第 4 季新收案之人數。

2. 分子：符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

(1) 當年度未申報新收案者 (P4301C)，其申報當年度追蹤管理(P4302C)次數達 2 次者。

(2) 已申報新收案者 (P4301C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

A. 如為第 1 季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數達 2 次者。

B. 如為第 2、3 季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數達 1 次者。

(三) 獎勵指標達成情形：病人當年度連續 2 次追蹤資料皆需達成。

1. CKD 分期較新收案時改善 (如 stage 2→stage 1)；或

2. eGFR 較新收案時改善(eGFR>新收案時)，且下列良好指標至少需有 2 項指標由異常改善為正常。

(1) 血壓控制：由新收案 $\geq 140/90$  mmHg 改善為 $< 130/80$  mmHg。

(2) 糖尿病病患 HbA1c 控制：由新收案 $\geq 7.0\%$ 改善為 $< 7.0\%$ 。

(3) 低密度脂蛋白(LDL)：由新收案 $\geq 130$  mg/dl 改善為 $< 130$  mg/dl。

(4) 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)：由新收案抽菸改善為戒菸。

(四) 符合門檻指標醫師，所照護病人符合上述 1 或 2 達成情形，每個個案數給予 400 點獎勵。

七、本方案之疾病管理費用 (P4301C、P4302C、P4303C) 及獎勵措施費用，由各年度全民健康保險總額其他部門預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項目支應。先行扣除獎勵金費用額度後，預算按季

均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則流用至下季，若全年經費尚有結餘，則年進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。保險人並得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修訂本方案之相關內容。

八、 資訊公開：保險人得公開參與本方案之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。

陸、 方案修正程序：本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告

## 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

## 第三項 筋骨Musculoskeletal System (64001~64281)

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
64243B	關節鏡手術 Arthroscopic surgery 註：以 <u>下</u> 二項點數皆含鏡檢費用。 一關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創 Arthroscopy with synovial biopsy, irrigation & lavage, debridement		v	v	v	3000
64244B	一關節鏡下關節面磨平成形成術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術 Arthroscopic shaving or abrasion arthroplasty, drilling or pinning or removal of loose body or osteochondral fragment 註：64244B項之材料費支付內容說明如下： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計103%。</u> <u>2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	8000

## 103 年度第 3 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

#### 林科長淑範

委員共 37 位，目前出席 21 位，已經過半數，請大家就坐，請主席宣布開始開會。

#### 主席

各位與會的委員，還有我們邀請的各醫學會的代表，還有相關的專家學者…等。大家午安，大家好，因為我們主席蔡副署長奉派去部裡開會，所以今天就麻煩我擔任主席，因為我們組長也公假出國，所以也不在，主秘也出國。所以由我主持，不過因為我們今天議程真的還蠻多，所以希望大家盡量~如果委員提的意見一致，那我們盡量縮減時間，就是有人提過同樣的意見，我們就以不重複為原則。我們今天有三個報告案，六個討論案，總共有九個案子，所以還蠻多的。我們先進入第二個，就是上次會議記錄跟歷次會議決議事項辦理情形，請宣讀。

#### 林科長淑範

跟大家用簡~

#### 謝代表武吉

主席，先程序問題，這個會議對我們醫界是很大的壓力，但是我對於健保署有一些事情都沒有去關注，也是非常的關懷呀！最主要是，高雄的氣爆案件，我們健保署有什麼做法和看法，有什麼作為一定要在這裡報告一下。第二點，現在沸

沸騰騰的，甚至於連什麼署長也要下台了那個單位的～餓水案件，這個是老百姓都有吃到的東西，我們在這裡也都沒有報告要怎麼處理，這裡應該首先也要對這兩件事情，先重點報告一下，怎麼一下子就要走入相關的問題呢？

### 主席

謝謝！謝委員的指導，那因為我們這次會議主要是針對支付標準，氣爆案的事情，我們在事情發生的當天，我們署長已經對外說明我們署的立場，也提到說我們也會去辦理後續的代位求償。我想委員非常關切，我也知道您在健保會也提出同樣的議題，我們也會在那裡做相關後續的回應，這邊簡單報告就是 7 月 31 號，事情發生後，他們的住院費用大部分都會在 8 月發生，然後在 9 月申報，所以我們目前掌握的訊息實際上還不是非常的明朗，不過我們目前有在統計，大概有將近兩百六十位是相關受害的人～就醫情形，我們會推估整季的費用，這費用部分，我們會在相關會議上做一個回應跟說明。因為我們今天的會議主要還是支付標準的修訂。至於餓水案件，因為那是另一個署的業務，所以我們比較難幫它說責任或甚麼問題。這部分我們確實是沒有考慮到，今天報紙也有寫到有可能有人會為此事負責，我想我們今天是不是還是回到會議的主題，也謝謝委員的關切跟關注。

### 謝代表武吉

你現在的回答，我再補充一件喔！因為好像是醫界和健保署被嚴重的欺辱，為什麼我會講這樣呢？高雄的氣爆案件，前進指揮所是在地區醫院發生的，地區醫院在做前進指揮所，結果在分送到 802 和阮綜合到高醫到義大和國軍海軍總院這

樣再把它分流分出來的，但是很可悲的一件事情，為什麼大家去獎勵、鼓勵這些氣爆的人的時候，為什麼我們醫界的人被忽略掉了，和健保署也被忽略掉了，這意思是我們應該替他們做的嗎？是不是？我覺得這種情形，氣爆案件就直接當場現場自費收費，這樣才對嘛，這算支付標準，一定有關係的嘛！應該要走這個路線才對呀，不然我們一天到晚做那麼多被當成像瘋子傻子一樣。這不應該呀！餽水案件也是一樣，他們也是要賠呀！怎麼可以不賠，光查封就會有效嗎？那沒效啦！健保署加減也要討一下，不然大家那麼窮，一天到晚醫界都被修理，這樣不對呀~

### 朱代表益宏

我覺得謝代表講的其實很有道理，因為氣爆案件剛剛主席有講，署裡是會代位求償，但是代位求償的經費事實上是進到安全準備金裡面。進到那裡，但是對總額是沒有幫助，那因為氣爆案多增加的費用事實上是由醫界來吸收，但是健保署另外申請的位求償是放在自己的口袋叫安全準備金啦！所以最後是由全體的醫院來買單，所以這一部分是不是應該做一個說明，就是說如果你代位求償(實際上)，特別是高屏分局，這些有服務到這些病患的人，你怎麼讓這些點數，讓實際上金額能回到醫院，我覺得這個要做一個說明，不是只有代位求償，不然代位求償事實上是放到自己的口袋，這樣沒有用阿！因為你總額還是那麼多阿，每一季的金額還是那麼多，最後因為你的服務量增加，所以點值浮動然後點值就比較差，現狀是這樣，所以這一部分可否請主席再更清楚說明一下，這些錢到底怎麼流來流去，還是確實可以回到~假設

有十家醫院真的有服務到病患，那它所提供的醫療服務確實讓它能夠有收入，不然變成氣爆以後最後署裡面安全準備增加了，結果醫界去付~等於醫界買單嘛，所以主席可能要做一個說明阿。

### 蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

我在這邊代替理學會講一句話啦！這是一個突發事件，以後可能也不會有，但這個突發事件我們全民對它的愛心已經捐了相當多的錢。這個案子很麻煩的一個點就是它都是燒燙傷為主，很多病人在這裡頭須要用敷料等一大堆，那些東西都是變成實質上的消耗，那我們在這邊像這種專案的情形，這幾家的醫院專案上來的時候，就針對這個專案，我們向高雄市政府申請救濟款項的實支實付，跟總額做一個切割，因為這個案子真的是一個特殊個案，這種特殊個案，我們要特殊方法解決，把民眾愛心真正流向去照顧這些病人，這個是重要的，所以我在這邊請主席也要考量這個點，怎麼樣實質把民眾捐的善款用到實質照顧這些病人。因為你要知道，我們在健保給付裡面針對燒傷燙傷的換藥是有限度的，但是很多人都是40%、50%大面積的燙傷，它所用的敷料非常的多，你說這些錢你叫民眾要自付我覺得健保說不過去，但是叫醫院自己吞下來也說不過去，所以應該針對這次氣爆案，請這幾家醫院呈列出每一個病患所用到的錢及所支付到的費用，當然各個醫院自己也會斟酌在人力上這些東西就不要太多的申報，能夠申報出來的就實質上運用在病患身上的，跟高雄市政府來申請這筆專款撥到這個地方來用，這點我會這樣建議，希望健保署也能考量這點針對問題來解決，要不然說真

的一句話，到最後這些醫院自己吞下去的結果絕對不好，照顧病人品質也絕對不好，要讓他們很放心的下去做才是重點，那我們照顧病人才是有好處，以上。

## 主席

謝謝蔡秘書長的說明，實際上我們，有關氣爆案我們已經馬上有給一個申報代碼，所以我們是可以從我們申報的資料裡面去分析目前整體花費的情形，不過很抱歉是目前我手上沒有這樣的資料，因為我剛剛講就是還沒有完全申報進來，因為八月份的費用是九月二十號以前申報，所以現在的資料其實是不完整的，那是不是容我們在會後如果委員需要，我們可以另外在其它比如醫院總額支委會那邊，我們可以針對這一部分費用做討論跟說明，也可請高屏業務組先就個別醫院現行狀況做一個分析跟了解，可是整體來說，因病人是會流動的，所以到時候我們還是會跨區再去分析，也就是說他雖然目前也許發生是在高屏，可是病人有可能會跨區有時候也會跨到南區就診，所以我們會綜整做全國性資料分析，不過因為現在目前手上確實也沒有資料，我們也承諾我們會注意它對各分區點值的衝擊跟影響，那是不是我們可以先進入~因為代位求償不是我們醫管組主責，不過實際上我們知道財務組他們那邊代位求償作業流程有時候快有時候慢~。這個部分我真的不清楚，對不起~

## 郭代表正全

我想謝委員剛才提及這件事，上次在健保會也有報告。今天醫界在不同的會議想表達的是對這件事的重視，那我可以跟諸位報告像敝院從氣爆案到現在一個月累計大概要近千萬

以上，那其它醫院我就不曉得，基本上，我想在事件節骨眼初期，健保署應該要有一個公開立場表達，因為若不是侵蝕到醫院的總額，再不然就是消費者最後這總額再加大，終究還是消費者買單，事實上這個都不公平，目前就是不清不楚，最後全部由高屏分局來買單，讓這點值稀釋也不公平。再來也沒有人去講這些氣爆的受害者要多久都算在整個專款，事件等一、兩個月後就沒有聲音了，接下來就會全部健保來付，也要講清楚到何時來做結束，所以今天我想有一個議題提出來，只是今天不一定可以解決，表示醫界對這件事的關心重視。總之，我想還是要在一定期間內給醫界一個明確的答覆，以上。

#### **蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)**

我想我在補充一下，我覺得醫界自己可以做一件事情，爆炸以後，多少人受傷就固定了，那在我們自己醫界針對這些病情從早期急性到後期可能需要的東西，自己做一個評估跟計算，這個東西是可以接受的，把每個病人所需的費用，大家陳報上來，彙整成這一次氣爆案當中，可能對這病人所需要的醫療費用，這個費用才能讓健保署跟高雄市政府針對大家善心捐款做一個處理，這樣才能切割，可能要通知各個醫院針對手上的個案要做一個事先的整理，至少要让健保署知道這次氣爆到底花多少錢在拯救這些病患，未來的東西也要稍微做一些評估，以上說明。

#### **主席**

謝謝，我一定要說明，其實我們高屏業務組在第一時間已經掌握名單，我剛剛有講，就是兩百五十九位，那這兩百五十

九位實際上我們會來分析費用花費的狀況，只是現行~因為我們都知道八月份的費用到九月二十號以前都可以申報，所以現在我們確實沒辦法明確告訴大家它在八月花了多少錢，那現在我們也是說~因為我們也了解如果大家希望說我們這個議題要處理，我這邊也承諾我們署裡面會針對這議題來做分析，在下次相關的總額支委會或是議事協商會裡面去做，因為那個是針對分區點值還有跨區就醫等等的這些問題，都可以一併在那邊做處理。因為我們今天議題確實非常多，而且很多都是新增的項目，我們也請了很多醫學會來，是不是我們這一部分討論可以先討論到這邊，在下次相關總額、相關議事其他會議裡，尤其醫院總額部分，我想我們一定承諾會在財務分析那邊去做報告跟釐清。是不是可以先做這樣子的回應，如果可以，是不是就讓我們按照今天會議進度先做一個決議情形的追蹤報告。

### 謝代表武吉

不是不給你說，不給你做一個最後 ending，但我覺得我們醫界跟健保署根本被人看成像俗仔、不知事的小孩一樣，所以我吞不下去的原因在這。第二點我在這講的是，人家去地方、去獎勵時，去看那些災民時，看那些消防時，還是環保時，結果他們是在說謝謝您、辛苦了。結果我們醫界在第一時間替這些患者，馬上招兵把所有的人都招回來趕快處理這些患者，結果有沒有受到獎勵。我聽說某家區域級醫院只有拿到40點，40點到底是多少？大概是四萬元的樣子，結果別人~一台車爆炸翻過來這樣而已（好像一支手機翻過去），沒壞那樣五萬，若炸壞二十萬。那我們變成何體統，如果沒有

好好替我們醫界爭取這些、應該得到的，給我們真心的鼓勵，不是錢的鼓勵你也應該派人去看看也是鼓勵，結果也沒有。我們健保署只會欺負我們醫界善良的人，健保署只會壓榨我們的一群人，所以我們變成逼不得已，一定要去幫忙他們一定要去做的事情，我們受苦受難而且不受到別人的鼓勵跟愛護，這一點我是吞不下去，這是第一點。第二點就是費用的問題，在高雄市 31 億還沒用到，那是別人的災款先處理，應該我們現在要先要求(這些費用)讓高雄市政府要納入哪一個單位，我們的點值才不會被稀釋掉，最主要的問題在這裡呀！一點點都不能馬虎，也不是馬虎，而是 missing 掉，不然永遠會被以為健保署跟醫界是應該做的，錯啦！不是應該的啦！所以有人說跟老百姓收費也不對，我認為那時收據，臨時災害我跟你收錢剛好而已，要的話再退錢其中裡面還有很多祕辛，我只是沒說出來而已，有很多要錢的祕辛，所以說我是感覺上健保署應該要提起擔當勇氣，我就是你的錢不然就來告，提出勇氣跟高雄市政府說，雖然陳菊跟我是熟識但這是該要的我們應該要去要。

## 主席

謝謝代表的提醒，那我們會盡可能幫大家做爭取，那我們是不是就先上次會議辦理情形追蹤表稍微做一下說明，如果大家沒有意見的話，我們就會進入後面的議題。

## 林科長淑範

請大家直接看到我們的第六頁，我就口頭先跟大家說明，從上次的決議辦理追蹤情形裡面，我們總共追蹤十一個案件，從第六頁到第八頁。有兩個案件我們會繼續列管，第一個是

在我們第六頁第一項是糖尿病照護方案裡面要把藥師放到照護團隊裡面，因為我們還要彙整醫事司、國健署的意見，所以這先保留。再下來是第七頁，安寧共照試辦方案原來是預定要導入支付標準，但還有一些意見還沒有彙整，所以這兩項繼續列管，那其他因為涉及支付標準的修訂，或者是專案的修訂，目前都已經報到衛福部核定公告。剩下的就是在第八頁的最後一項，最後一項是「納氏胸廓異常矯正術」有 11 項要修支付標準，那除了「納氏胸廓異常矯正術」這項還在詢問專科醫學會的適應症意見以外，其他的項目都併在這次的提案裡面去討論，以上報告。

主席

好，針對上次的辦理情形，各位代表有沒有意見，如果沒有，我們進入報告事項第一案。

## 報告事項

### 第一案

案由：支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單次使用拋棄式研磨鑽頭」等 3 項特材費用，修訂編號 65016B「淚囊鼻腔造瘻術」等 31 項支付點數再次訪價報告案。

主席

好，這個其實已經公告，只是上一次在會議的決議裡面提到還要再問其他層級的醫院現行採購價是多少，所以本署再函詢其他醫療院所目前的採購價格，詳分析資料的第 1-2 頁。跟 103 年 9 月 1 日公告實施修訂之診療項目包裹過程面特材價格比起來，實際上好像原來訂的價錢，甚至還比現在的整

體均價還來的高。因為已經公告實施，我們就針對這部分進行報告，如果大家有意見，再討論評估。

### 郭代表正全

就這一案，我的意見就是整個醫令申報量，因為醫令申報量有一些手術項目隨著環境改變會增加或減少，所以基本上你們在第 1-3 頁裡面算的項目共 508，我認為可能你在估計它整個量的時候需要比較合理客觀，根據實質上可能會增加的數字再做一個估算，以上。

### 主席

支付科要不要回應一下。

### 林科長淑範

對於服務量的部分，因為我們在估預算的時候，會多估 5% 的成長率，就是 102 年的實際申報量再多 5%，預估就是它的成長，以上說明。

### 主席

李代表，請。

### 李代表永振

主席、各位代表，我這邊兩點請教。第一點，在 1-4 頁的表醫學中心、區域醫院、地區醫院，他們的實際平均價格是隨著量增而下降，上次我們討論過，因為地區醫院量比較少，所以價格比較高，應該是合理。第 1-5 頁的表剛好反過來，是不是可以說明一下。第二點、如果第 1-5 頁是沒問題的，

地區醫院是不是有什麼好方法可以提出來大家經驗分享一下，因為量比較少可以得到比較好的價格，應該值得效法。這兩點請教，謝謝。

## 主席

請支付科回應一下。

## 林科長淑範

價量關係，大家通常會覺得量越大，價錢本來就可以比較低，所以從這邊開始到往後面看到，過程面特材的調查裡面發現這個關係在這裡面，似乎不是這麼成正比，尤其是剛剛提到的第 1-4 頁裡面地區醫院它的平均價格比較高，第 1-5 頁平均價格比較低，跟大家報告，我們實際作業時，會跟大家報告，其實醫院回報價錢裡面，除了回報品項、價格、型號，其實它要附說明或仿單，它沒有辦法做不實的證明，所以我們相信醫院報回來的就是它實際上現在的購買價，至於為什麼地區醫院會買到這麼好的價錢，其實我們應該請教地區醫院，說不定它可以給我們一些想法。

## 朱代表益宏

其實署裡面應該要去看，因為事實上會做這些特材的廠商不多，為何賣醫學中心比較貴，賣地區醫院比較便宜，如果你們講的訪價是對的話，那你們應該要去了解中間的狀況，這是第一點。第二點，第 1-4 頁，它的均價是 3823，我不知道跟第 1-5 頁的供應廠商是不是同一家，同廠商結果賣醫學中心跟地區醫院價錢有差異，這有違常理，我覺得這中間~當然因為我們沒有資料只能瞎猜。第二點就是第 1-4 頁，目前

核價是  $3753 \times 1.05$ ，我剛算了一下是 3941，結果地區醫院是 4033，你是用三個層級買的價錢做一個平均，結果在 1-4 頁是做一個虧一個，所以用均價去核，本來就不對，那如果真的差太多應該是分級去核價，第 1-4 頁進價比較高就核高一點，第 1-5 頁進價比較低就核低一點，這樣 ok。至少我看到第 1-4 頁的結果，地區醫院它是做一個虧一個。其實署裡面應該也要考慮~因為這個不是三家醫院，是地區醫院七家醫院的均價，除非你告訴我這七家醫院，六家醫院是三千七、三千八~只有一家她是買的特別貴四千三、四千四，它不是正態分佈，那是另當別論，那叫 outlier，但是你只有告訴我們平均，那我們就會覺得這平均對地區醫院來講是不公平的呀。因為我們不知道這到底分佈是怎樣呀，如果是一家兩家 outlier 要把它講出來，要把它提出來看呀，對不對。

### 林代表富滿

有關過程面特材的調查價格不一樣的情況，即使同一家醫院、同廠牌，只因大小規格不一樣，雖然衛署字號一樣，其價格就不一樣。因為特材的廠商及規格很多，調查呈現平均值，但同層級間其價格仍不一樣。另外在 1-4 頁的特材，使用在 83001B 等 25 項支付標準，前次會議討論時，此特材是用 2.5 支去算，所以在支付標準加計特材的時候，以 2.5 支特材價格換算加計 104% 反映；但在高頻熱凝療法的特材，83079B 支付標準只加計一支特材費用，但臨床上高頻熱凝療法，一次大概要用 2~3 支特材，所以如果支付標準現在無法反映的話，建議應該要保留調整空間，後續追蹤，如果醫療院所每次使用真的要 2~3 支，此項支付標準應該要調整。否則會產

生兩種情況，一個就是醫院請病人一次作一點；要不就是一支針重複使用，如此對病人都不利，所以支付標準訂定，應以實際臨床使用量為計算基礎，以上。

**主席**

這一部分是不是有相關醫學會可以表達一些意見，就是針對「83079B 高頻熱凝療法」。

**林科長淑範**

我想說明一下，這項目在包裹特材時，穿刺針或熱凝儀探針，那時候在跟學會討論時，它告訴我們說在做同一次裡面只要一次針，重複插針。剛才您提到是同一次裡面須要 2~3 支針，我們會再問問學會，實際上臨床上是如何做的。

**主席**

好，羅代表~

**羅代表永達**

主席、各位先進，其實這兩個東西大家看一下申報醫令數跟實際上有做的院所數除除看，就是量比較多價位比較便宜，第 1-5 頁 5554 除以 22 家跟 2448 除以 9 家，算出來地區醫院顯然數量就比較多，所以相對價格似乎也會比較便宜，第 1-4 頁，把 12237 除以 22 家，醫學中心顯然多很多，所以價格就會變得比較低，因為不是每家醫院都會做，所以某些地區醫院集中在做的話，它的採購量相對會比較高，所以價格會比較低，只是這樣而已。我想這只是特例，不是每家醫院都在做，只是少數幾間醫院集中在做而已。

**主席**

確實，羅代表提到也是我們當時要訪價所考量的，所以並沒有所有地區醫院都去問，是怕擔心去打擾到人家，因為他們沒有申報，我們有分析 102 年申報醫令量，瞭解執行院所再去做訪價，確實會有剛剛提的那個問題，我們問到可能他們本來量大的地區醫院。

**黃代表雪玲**

主席，下次這個可不可以公佈極大值跟極小值，我怕真的有幾個極端值，把這平均值拉低了。

**主席**

黃代表這個建議非常好，我們下次可以來做這樣子的更新，就是在訪問均價的同時，把最小值跟最大值把它列出來。

**徐代表弘正**

就是剛剛講的熱凝儀，就我所知我的經驗，因為我媽媽有做過，好像不止一支，所以我覺得要慎重考慮在不同科別不同方式，如果不是不止一支，看是要用什麼樣的申報方式。

**主席**

好。

**朱代表益宏**

現在的給付比地區醫院購買均價還要低，這個要怎麼處理？

**主席**

我們是有假設如果健保開始給付以後，實際上，尤其我們又訪了其他醫院的價格，我想大家都會想辦法會比這個價格低，雖然我們是 3941 點可是比 4033 點低，不過我相信你們的能力，我覺得如果這邊又再加的話，因為如果再加上來，因為其實我們已經算比醫中、區域醫院來的高了嘛，就是我們 3941 點其實比現在~可是我們相信現在是自費的市場，購買的價錢或許比較沒有議價的空間，如果開始健保給付以後，我們相信會比 3941 點低。

**朱代表益宏**

如果相信錯，那地區醫院是不是又再關幾家？

**林科長淑範**

大家在關心第 1-4 頁地區醫院平均價的部分，我們調查的地區醫院最小值 3000，中位數 3975，最大值有家醫院比較特殊 5200，所以其實也有最大跟最小，地區醫院最小可到三千，所以剛剛主席也有提到其實地區醫院的管理者其實在議價能力都非常好。健保購買之後不止這一項，很多項所有的價錢都會往下降，以上。

**朱代表益宏**

剛剛講的當然地區醫院也有極大值跟及小值，剛剛說好的只有 3000，但是壞的也有 5200，若這兩個撇開看，照剛剛醫管組說的中位數 3975 也是高於你的 1.05 倍呀。我只是說今天為何我要講這個議題，健保署其實在制定政策特別是給付時，必須要考慮到它層級有不同的特性，如果一刀切下去最後很多時候就是地區醫院倒楣嘛。那這就是為什麼從健保實

施後地區醫院會一家一家關，這就是很大一個原因。今天的事，也凸顯出我的中位數看起來還是比你給付的價錢還要高，表示醫院的成本高於給付價，現在是這個樣子，就是讓醫院做一個虧一個，我們還有其它的看單一項是不準，因為有的時候醫院經營是要截長補短，有的時候你多給一點、少給一點，但是地區醫院通常都是少給，多給的很少啦，買藥也是這個樣子，很多特材給付也是這個樣子，都是少給地區醫院的時候，那這個我們就要斤斤計較了。如果很多項目或者平均起來某些項目是多給地區醫院很多，那這個項目給的比較少，那當然能接受，但現在不是這樣，現在所有的給付都是地區醫院給的比較少都不敷成本，大部分都是這個樣子呀，所以地區醫院才會一家一家關，那我們當然覺得要斤斤計較。所以我覺得說要嘛，要整體調高給醫學中心、區域醫院多賺點，看付費者同不同意，但至少我覺得不要讓地區醫院做一個虧一個呀。

### 謝代表武吉

現在我們說講的就是三項特材訪價結果表，醫學中心 22 家、有的區域醫院 9、10、11 家，地區醫院有的 3 家，因為地區醫院有的沒做，難道區域醫院只有 11 家在做嗎？我是覺得區域醫院應該要訪價多一點，這是第一點。第二點，在這三項裡面，沒有看到量的數據跑出來~喔！（有..102 年申報醫令量），這樣寫我看不懂。那第 1-5 頁說地區醫院有訪價，我們藥品訪價就沒贏人，這個訪價會贏人，這根本笑話連篇，這種小量全部加起來也才 2448，這訪價我們也沒醫學中心的一半，結果你們卻說我們的價錢比別人低，我們比較會買，

你們教我們好了，所以今天這個案子我反對啦。報告案也是可以反對呀，監察院叫它再處理一次，不公不義的事怎麼可以。

### 黃代表雪玲

主席，如果要討論這個案子的話，我們第 6-9 頁的地方，也是有各個層級的採價，那醫學中心都明顯的偏高，尤其是下面第 6-9 頁，單次拋棄止血電刀低溫氣化棒，在醫學中心平均均價是一萬一千多，地區醫院八千多，差了三千塊，結果健保局這邊考量也是用平均價格，這樣我們一下要吞掉兩千多塊，如果要討論的話，應該要有一定的準則。

### 主席

是不是我們這個案子因為已經討論很久了，因為主要它是報告案，是不是我們就朱代表跟李代表發言，我們真的要節省時間，謝謝。

### 朱代表益宏

主席，剛剛主席也講過了，就是在宣讀的時候，就是講說雖然這案子已經通過，但若大家有意見是可以提出修正，很明顯的，這第 1-4 頁對地區醫院是很不公平的，這不能說已經報部通過所以不修正了，那跟剛剛主席說的顯有違背主席說的意思，如果這樣那就不要談，所有的報告案都已經報部通過了，都不用談、不準講，這樣不對呀。我覺得至少今天是要有一個記錄說對地區醫院，你的中位數出來的結果是對讓它做一個虧一個，必須要有補救措施，我覺得這是大家應該要有共識，也應該同意。我也同意剛剛醫學中心講的，到討

論第六案也有同樣的問題，對於你的核價事實上也應該給予考慮嘛。那你核價比它低，也要講一個道理呀，比如說我哪些沒有核價所以這個可以比較低，截長補短，要講一個道理出來，至少我剛剛講的地區醫院你只有抓短的沒有補長的，對不對？所以我覺得這個案子必須今天要有一個結論，就是說這對地區醫院不公平。如果主席沒有不做這樣子的結論，我想至少謝理事長剛也說他不會同意這案子。擺明了我覺得這個案子，至少也要把這事實做一個紀錄，對地區醫院確實它採購價是高於支付價。

**主席**

請李代表發言。

**李代表永振**

先與朱代表分享我在健保會的經驗，曾就報告案提出追蹤要求，當時主席的說明：對報告案的建言只是提供參考，你如果不同意的話可以另外提案討論尋求不一樣的結果。感謝羅代表點出一個方向，不是用總數，而是用訪價後的醫院之平均數，一時我覺得也對，但試算一下也不對耶，因為這樣子的話，區域醫院最多阿，每一項平均四百多阿，而醫學中心跟地區醫院都不到三百，但為何不是區域醫院最少，剛剛那個說明沒辦法解開我心中的疑問！謝謝。

**主席**

請吳代表發言。

**吳代表肖琪**

我想這個資料現在慢慢出來以後，大家跟買東西議價會比較好一些，朱代表我只是提醒您，如果只在第 1-4 跟 1-5 頁來看，左邊是 3941 與 4033 覺得吃虧的九十幾點的話，右邊就占便宜占了四百五十點，而且是兩千多的量，左邊是一千多的量，如果再算下去的話，如果我當時的遊戲規則就是去訪不同層級的價，資料出來以後，我相信明年的價錢，可能賣給不同的醫院的話 range 不會很大，試著走走看。

### 朱代表益宏

跟吳老師報告一下，單看這兩個，或許可以打平掉，但是我講說事實上在整個支付的過程裡健保署是沒有考慮到層級這一塊，包括藥物的，用單一支付價的問題是永遠都在。我今天特別這麼講，是要凸顯這個議題，我覺得說今天你用這兩個打平，我當然不同意，我覺得那你應該至少把支付價提高，至少要提高~讓人家買的到，對地區醫院來講，醫學中心我不知道，等到討論案第六案再來談，但是我覺得說至少對地區醫院能夠買的到，現在所有地區醫院的財務狀況都不好，沒有拿長的東西去補它，只看這兩個東西，那還有太多其他短的東西，所以我是覺得支付價應該針對地區醫院酌予調高，當然調高不用很多，如果你說別家會多給，讓我不知道，健保署就用不同的支付標準阿，付費者這邊也對於藥價也應該要求，採購多少錢就加成多少錢，加成 15%，對藥品的想法是這樣，買的貴就加成多一點，買的少就是本來就賺那麼多差價，這是藥費的概念。所以我個人是建議，對於支付標準能夠再酌予調高，至少地區醫院不要再虧本。

### 徐代表弘正

那個討論用一個方法，三個月以後請各個使用單位醫院提意見，我為什麼要這樣講，比如說裡面有拋棄式的鑽頭，為什麼只有這幾家用，以往有的醫院是不用這個，可是你有那個給付就會開始用，用了以後問題就會出來，其實這裡還是有問題，是不是很多都不敷成本，包含熱凝的價錢也是不敷成本，所以我剛剛講說議價能力是每家醫院議價能力，我們現在很可惜是健保署不幫我們議價，如果幫我們議價，所有價格就是一致。你們訂出價格來，我們就拿那價格再加成，不就得了，為什麼要讓每個醫院那麼可憐，所以不是地區醫院那麼多，因為沒有辦法議價，所以，這個是一個問題。

## 主席

我們是不是這個議題就討論到這邊，我們充分了解地區醫院的代表，在這邊對於因為議價後，產生的各層級間的價格差異，在第 1-4 頁確實有意見，因為我們才剛公告，為了避免頻繁更動造成大家困擾，是不是我們就按照徐代表的意見，就是實施後三個月，再重新針對有使用這些項目的院所，再做一次相關的調查，如果院所願意提供的話，我們再來做相關報告，是不是我們就可以先做這樣的決定，進入第二案。

## 謝代表武吉

主席，這種結論我是比較不能苟同，因為醫學中心買的比較貴也是要給貴一點的價格，醫學中心所做的層次較高，地區醫院較低，這不一樣的層次，我是覺得說議價能力，說我們在第 1-5 頁的議價能力較強，我不知道我們的能力強在哪，依申報量的數字來說，我們的能力也沒比別人強。今天雖然是報告案已經公告，但是公告三個月以後是不是再檢討，在

健保會總是有三個月、六個月再檢討，根本都沒有檢討。所以你說要三個月檢討，我都覺得是騙人的，若要檢討，我們定一個時間來檢討，好不好。

### 主席

我們下次開會是 12 月，因為我們 9 月 1 號開始實施，還不到一季量會不夠，可不可以明年的第一次會上我們做報告。明年的第一次會大概就是三月或是一月。

### 謝代表武吉

明年在座代表說不定換掉了，甚至可能死掉啦！也不一定呀，這樣不行呀，三個月就是...

### 主席

不會啦，因為我們在協商完以後有很多，而且申報會遞延，不好意思。

### 朱代表益宏

你沒關係，可是做的醫院要緊呀，我覺得你現在如果說三個月以後報告，因為三個月以後申報完還要議價，大概要拖到半年的時間，我認為不應該列報告案，如果確實對地區醫院是有問題的，那你應該要有一個處理方法，而不是拿來報告讓大家知道議價結果，可是還是繼續做，讓你報告幹嘛，我覺得三個月以後再議，會跟今天也差不了多少，所以我現在是說如果三個月以後報告，我可以同意，但是如果報告結果對地區醫院顯有不公的話，那就不是報告案，就必須列入討論案，請健保署必須做一個檢討方案出來，這樣才有意義，

不然你只是把做的結果跟大家講，報告完後又說繼續做下去，這樣又沒結論，又有代表說這是報告案不討論，又有代表說今天停止討論...所以我覺得說不可以這樣，而是三個月以後如果看到這結果確實不公平，那就不是報告案而是討論案，同時希望健保署能夠提出解決方案供大家討論，這樣才是解決問題。如果最後調查的結果是 OK 的，對地區醫院、其他醫院是一樣的，那可以報告一下，可是如果確實有問題的話，就不是報告案，所以我覺得說如果署裡蒐集到資料確實對地區醫院不公平，應該要改為討論案並請署裡面要研擬一個解決方案，以上。

## 主席

因為我比較擔心因為通常合約都談一年，我們現在雖然 9 月 1 號開始，可能有一些院所的合約到年底，它真的有新的採購價可能也是到明年，是不是我們明年的第二次或是第三次~我們會先蒐集資料，如果蒐集資料如朱代表說的大家價差很大，而且在地區醫院顯然是偏高的，那我們會主動提討論案，可以嗎？

## 王副秘書長秀貞(謝代表文輝代理人)

主席，我們地區醫院代表反應會這麼激烈，其實我們知道特材只是冰山一角，我們要採購的東西、虧本的東西是多麼的多，我們只是藉這議題來凸顯，我們的很希望既然大家都認為公告的採購價、平均價、最低價、最高價，是對採購有幫忙的，那你藥物的部分更應該公開，我們地區醫院在那部分虧了那麼多，那加的部分又要被說我們加，但是我們少的又不願意給。其實我們覺得健保的支付體制，就如同剛剛朱代

表所講，現行的單一藥價支付標準對我們地區醫院明顯是不公平，我們不能說這一項我們多，就好像全部多，事實上並不是如此，我們認為也不應該用這樣的數據給大家錯誤的觀念，以上。

**主席**

因為確實我們大會沒有參與到藥品的部分，我們會把您的意見轉給本署醫審及藥材組，不過可能不是這個共同擬訂會議去處理，是不是拜託先進到第二案好不好。

**謝代表武吉**

事情要一項項解決，不是用拜託就可以解決的。

**主席**

不是，因為大家時間真的非常寶貴。

**謝代表武吉**

到十二點我也跟你開。

**主席**

沒有啦，不好意思我們財務拮据。

**謝代表武吉**

沒關係，我們大家都不要吃便當反正都習慣了，我是覺得說這個對地區醫院不公平這件事情，剛才有回答三個月要處理，最後又改成半年、九個月、一年這什麼意思我想不通，所以這就是對地區醫院有污辱地區醫院的行為，所以我不能接受，三個月就是三個月來處理。

**主席**

謝代表

**謝代表武吉**

還有第二點，對於藥價，這裡也有藥材小組叫他報告一下，藥材的可以回答，也不是不認識你們，這是共同要處理的事情，這對地區醫院是一種污辱。

**主席**

因為我們上來醫審及藥材組的代表，是特材支付科同仁的不是藥品支付科的，那是不是我們先進到報告案二，等到他們有人上來再有人回應你這的部份好嗎？那至於你剛講的說，三個月為何變成六個月，我剛也提過因為很多合約是談定一年，那現在或許我們去問的價錢會跟我們之前問的一模一樣，這樣就失去你們剛講的這個，到底我們支付上對這些院所端的有沒有改變院所議價的能力，因為我們現在已經公開了這些訊息，我想你們會拿著這個訊息，告訴你們相關所屬的這個地區醫院代表，那你們的議價程度會不一樣的話，我們現在拿到的數據如果又是三個月內的其實算是還是舊的，所以我才說是不是拉長一點，到明年我們有收集三個月再來做。

**徐代表弘正**

這個我認同，我剛已經講了有很多醫院可能現在沒有用，他可能因為你這個給付開始他們就開始跟廠商談，所以我覺得你前面的調查還是可以再重新做，決對答案是不一樣，我覺得三個月還是可以三個月，所以我覺得三個月後我們就檢討吧。

**主席**

好，不然就是維持三個月，那我們進入第二案。

**謝代表武吉**

三個月，就是今年12月

**徐代表弘正**

明年啦。

**主席**

反正我們就是開始了，會盡快。

**謝代表武吉**

我的個性就是這樣，三個月是你講的，又不是我講三個月，你自己算三個月，不就是十二月要檢討，那你自己講的。

**主席**

依照我們同仁訪價的經驗，因為大家收到我們信的通常他還要一些時間去做收集，所以也可能沒辦法如謝代表所提的，我現在馬上就三個月就有資料，所以還是要給我們預留一點時間，否則資料可能都是不齊的，對你們也不公平坦白講是這樣，代表，我們並沒有說要怎麼樣，因為我們也很持平看這件事情，你們上次會議叫我們訪我們也是重新訪，可是你看我們也要一些作業的時間，所以是不是容許我們明年第一次會上去做報告，一樣是收集這三個月呀，因為他是要到年底嘛，那我明年的第一次會上去做報告可以嗎？

**謝代表武吉**

這樣不是要叫我含淚接受。

**朱代表益宏**

這個應該改成討論。

**謝代表武吉**

我跟你講，我含淚接受，你也要含淚接受。

**主席**

好，我也含淚接受，謝謝。

**謝代表武吉**

但是我跟你講，對地區醫院不公的，立即提出方案檢討改善。

**主席**

好，那我們進入第二案，謝謝。

## **報告事項**

### **第二案**

**案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 104 年適用參數之統計方式及結果案。**

**主席**

請代表們看對這個方案有沒有問題或是意見要提出的，請發表。

## 黃代表雪玲

在 2-1 頁這裡寫到，103 年支付標準調整會加進去做計算，想請問是什麼項目會採計什麼不會去採計？因為記得先前有通過腦神經外科脊椎手術，預算好像是 0.55 億，可是在這裡就沒有看到，他是不是有考量進來，沒有看到這個。另外要問的是在 2-1 頁(一)946 億點，就是說你校正後是 946 億點那跟 2-3 頁下面那個(1) 966.46 億點這兩個中間差距是什麼？不太懂為什麼有時候 946 億有時候 966 億，到底他的範圍是怎麼計算的？

## 主席

等會兒請醫管組回應一下，我先講點數的部份，因為我們本來支付標準在 DRG 這塊已經講得很清楚是用 102 年費用去算，那這次我們同仁覺得是說因為我們 103 年有一些過程面特殊材料，作了一些新增項目或是有一些調整，那這些項目如果要反應到 104 年的權重，可能對各位會比較公平，所以我們後來去作校正，那你剛剛提的那些項目其實是有算進來，只是因為東西很多所以沒有全部寫，也就是今年 103 年有調高支付標準的，我們在支付標準部份都會去做校正後再去算權重，那可能會有點落差是因為我們這一次的修訂裡面也要新增非常多項也差不多有五點多億將近六億新增支付標準或是修訂，那這一次如果我們會上，代表們有同意的話，是不是允許我們這次在報衛生福利部修訂這個權重的時候，一次做校正，那就免再提會，如果代表們同意這樣的作法，這部份我們也會一併做校正那就會適用到 104 年的權重。那另外剛剛黃代表提到的問題，因為我們同仁還在核對，請朱代

表先發言。

### 朱代表益宏

在 2-1 頁(一)用 102 年但是會把 103 年的這些支付標準調整回算回去，所以總點數有 921.8 億點變成為 946 億點，回算回去結果 102 年的總點數是 921.8 億點增加到 946 億點，我想請教一下因為我們基本光那個急重難就是 51 億，但是這邊怎麼算怎麼增加也只有 20 幾億是什麼原因是不是能夠做一個說明，還是說當初...主要是因為這個樣子。

### 主席

朱代表你的問題問完了嗎？我稍微說明因為我們確實去年 102 年是調 50.55 億，不過我們 DRG 有一些案件是排除的，或是有一些調整是在門、急診的，那就不會在這個費用裡面呈現，所以最後算到我們這個 DRG 的範圍裡面大概就是 20 幾億，那有一些是排除項目，比如說超過三十天的，如果調到住院診察費，排掉這類案件，他的貢獻就不會進來，其實我們跑完有去核對一下為何只有 20 幾億，後來分析大概就是有一些並不是都在住院，有一些是在門、急診。

### 朱代表益宏

另外請教一點，我們總共有四個項目是另外加成的，等於說醫院層級別、CMI、山地離島的這些不同，那你經過回算以後這些差距還是同樣的嗎？還是說有要這些加成有要去作調整？比如說你的層級別是不是還是一樣？還是處理完後還是一樣，然後 CMI 加成，我的意思說你現在只有重算這些 SPR、RW 這些資料，那對於加成的項目是不是也應該要一

併考慮去做，如果有變動的話也要去做一些相對的調整。

**主席**

請醫管組回應一下。

**林科長淑範**

先回應兩個問題。第一個是剛才有代表提到在 2-1 頁(一) DRG 申報範圍，我們這邊講的是醫療服務點數從 921.8 億點校正為 946 億點，那為什麼跟後面的 2-3 頁，DRG 範圍總點數 966.46 億不同，這裡要說明一下，因為我們是很複雜的計算過程後把他綜整很簡單的數字，在 2-1 頁(一)有提到是用 102 年住院申報資料，住院申報資料符合 DRG 範圍是 966 億沒有錯。接著後面看校正基本診療項目再把 102 年的急重難科別支付標準放進去，差就差在基本診療項目，因為有層級加成所以在基本診療章，102 年申報基本診療章住院病床費、護理費、醫師診察費這有差異的，每一項醫令都要校正成地區醫院，所以你看到校正完之後才 946 億跟後面的 966 億不同的，是因為多了一個校正基本診療項目這是說明。剛朱代表提到層級加成、CMI 加成、那些加成要不要再修訂，在這報告沒有特別作，是因為我們在支付通則裡面只有權重、SPR、上下限臨界點、平均住院天數是每年要重新公告，所以上述部份就沒有再做，以上。

**主席**

是不是先請林代表先。

**林代表淑霞**

主席，有件事想先確認一下，第一、剛剛貴署報告事項前面第一案是已經公告了對不對？那本案還沒公告，但是也叫報告事項，所以我已經 confuse。第二、Tw-DRGs 健保署的政策是要怎麼走下去，今年 7 月 1 日第二階段導入的時候遭到很多臨床大老很大的反彈，我相信大家記憶猶新，那麼現在就要公告 104 年相關參數？包括疾病分類碼 104 年到底是要用什麼版本，現在還不是非常清楚，是不是 ICD-10CM/PCS 要導入，現在都還不是很清楚，就冒然公告 104 年相關參數，我不知道會不會醫界是否混淆。本人覺得 DRG 應該是要作一個嚴謹的專案報告，讓大家了解台灣從實施 DRG 到現在到底是一個什麼樣的情況，實際效益為何？對民眾的利益、對醫療院所經營管理的衝擊，彼此之間關係怎麼樣，因為特材的問題到今天都還沒有解決，我們到底整個 DRG 要怎麼往下走都還不知道，所以要不要去公告 104 年的相關參數？這是我的建議，以上。

## 主席

我是不是稍微回應一下，依照通則的規定，我們每一年都要重新去算權重、SPR 值，至於我們未來要不要導入第三階段或是第二階段沒導入的 17 項，要不要再繼續導入，那是我們另外要去討論的議題，只是我們這個案子依照通則十三規定，每年要重新計算，所以每年要重新公告。那為什麼要在九月一定要先提會，是因為公告完以後，相關院所都還要再去改資訊的程式，所以我們一定要及早，這邊通過以後我們要報部核定，部核定後會直接公告，那您提的有關 DRG 未來推動方向，因為我們目前還在蒐集醫院及專科醫學會意見，包括二階的部分還有未來三階的部分，我們會在另外的會議

去做討論。確實我們有很多問題要去面對，也很謝謝代表對我們的關切，至於要用 ICD-9 的代碼還是用 ICD-10 的代碼，因為我們之前已經有跟醫界做一些盤點的會議，這個部分我們會儘快公告，讓院所有所依循，這部份我們會再等我們長官回國以後儘快跟他反映。那這個報告案部分，真的就是不管我們未來明年要不要導入第三階，或是今年的第二階要不要在明年，第二階有些沒有導入明年要導入，這可能不是這個提案要去解決的，那很抱歉我可能只能先回答到這邊，謝謝。

### 朱代表益宏

我剛剛講的加成的那幾個項目，雖然是在通則裡面規定，但是我覺得當初加成的時候，某些項目事實上大家也會有不同的意見，所以我覺得事實上每年在檢討的時候，那些項目也應該要拿出來看一下。舉個例子，譬如 CMI 加成，DRG 實施以後，醫院的 CMI 都會增加，這是其他的經驗，對不對？那這一部分是不是有必要再去做這樣的加成，還是從權重裡面反映疾病困難度，那我覺得這本來就是可以討論的項目。我們現在只是要求，既然已經有這些資料，每一年要檢討，是不是要把這些層級的差別，是不是還是原來那個樣子，CMI 原來有幾家，現在平均 CMI 是多少，現在大家是不是還要調整，我覺得這個本來這些項目不是說都不能改，只要在這個會議上大家有共識，我覺得是可以調整的，所以那個跟你的 DRG 怎麼計算，DRG 這麼專業的東西，怎麼計算的公式是沒關係的，加成純粹是要反映給付的成本夠不夠，用加成的方式算的不是那麼清楚，用加成的方式去反映嘛，所以我覺得說我也知道今天沒有資料，因為醫管組說這個你沒有算，

那我希望在下次開會的時候，把這個加成的資料補充上來，做一個報告案讓我們知道。然後明年開始，每一年的時候就是包括這些相對的加成，也能夠把資料呈現，這樣應該也不過份，那我覺得應該不光是報告案，如果顯有差異的時候，署裡面也應該提出來說建議要修正，某些加成項目要做一些不同的調整。

### 謝代表武吉

主席，我是對以前那個不信任，對你比較信任一些啦～2-1 頁 102 年增修訂支付標準：調整急、重症科別支付標準，在這我要跟主席稍微提醒一下，如果明年還有實施健保法 43 條分級醫療專審制度的時候，那這個要如何來處理。第二點我們也要替急、重、難科別的醫學中心或者是區域醫院，他們的加成要有適當比例的加成，不是只想要推動分級醫療專審制度，但是我還是很注重大型醫院急、重、難科別的加成，我們應該要有適當比例的加成，在這我跟主席提出這個建議案。還有第 2-3 頁我看不是很懂，(六) 的 3 點之(1)底下有個 A，特定核實項目申報點數：雙胞胎以上新生兒照護、化療，雙胞胎以上這種共有幾個，雙胞胎是要算雙胞胎還是三個以上才算在內，(雙胞以上是含的)，有大於等於要寫得清楚。再來就是呼吸器、洗腎及生物製劑之診療點數採核實申報，總共 20.49 億，我有聽我一些做呼吸器的同仁在說，好像你們今年又要減呼吸器的 RCW 這方面的 5%，這個是核實申報，還是核實刪減，正反面就是核實刪減，這稍微解釋一下。

### 主席

我先說明，實際上如果是屬於呼吸器依賴的個案是不在 DRG 的範圍裡面，因為他是排除的，那這裡講的呼吸器是說它是屬於 DRG 案例，可是他如果有使用到呼吸器或是洗腎或是生物製劑，他可以另外核實去做申報，這是在我們支付通則裡面規定，所以我們這個呼吸器跟您剛提的 RCW 為主的呼吸器依賴的病患是不一樣的，這個有點算緊急使用的，他不是長期依賴的個案，但當然還有使用超過 30 天也會排除掉，就是他整個案件都會核實申報。那至於您剛提到的呼吸器管控費用的部分，我們確實是一直有在做相關的檢討，那也是我們依照健保會要求再抑制資源不當耗用裡面，一直有被要求要去做相關的作業，那謝謝委員的提醒，那這個案子如果大家沒有意見，就同意，以上。

### 李代表玉春

主席、各位委員、各位代表，這一次的計算其實跟以前就是類似的做法，那其實只是重複做一次，當在推動 DRG 的過程可能也要去思考整體的衡平性還有跟總額預算這方面到底怎麼樣去做結合，否則的話大家都以這樣的調整，以價格來講大概調了 3.5%，那這個是原比總額，我相信應該是比物價指數高，因為如果其他沒有變的話，用的到的只有物價指數調整，其他其實用不到，因為其他在量上，他還會成長，那如果是一直用這樣方式，其實等於是壓縮其他，那這是不是我們要的政策，我只是提出問題！所以在推的時候，其實還是要定期停下來考量一下這中間的平衡，如果是我們想要的政策，我想說 OK，但就是說考量到這一定是越來越多，因為我們支付標準調的非常多，那是不是都是要百分之百反映，這會是一個需要考量的問題，就是給主辦單位參考，謝

謝。

### 謝代表武吉

剛才主席很謝謝你說申報核實，但你各分局都當我們是小偷～申報不核實，對你說是核實的核減，但對我們來說是不核實的核減，所以這個差異性就是很大，所以拜託你們要跟醫審，醫審不知來了沒，從剛到現在還沒來，這第一點。第二點就是說 Tw-DRGs 這個，應該要依民國 79 年到 80 年開會大家共同的共識案，研議方案第六章，那個就是說地區醫院應該是研議方案的裡面第六章，地區醫院的點值是應該保證點值 1 點 1 塊錢。

### 主席

這個可能 1 點 1 塊不是這裡能討論的，那我們這個案子～好，是不是先朱代表再來是王代表。

### 朱代表益宏

主席我想我還是要提兩點，第一個我想對於加成項目，希望主席能夠回應，就是說是不是我們下次可以檢討，因為你說層級的差距事實上 DRG 實施後平均住院天數減少，那真正層級的差距還是有這麼多嗎？因為基本診療平均住院天數降低，理論上，或許沒有那麼多，所以我覺得這個其實你們每一年都要去做一些 Review，這是第一點。第二點就是說，我覺得署裡面必須要去解決一件事，就是你現在 Tw-DRGs 以後會越做越多，而且以後的內科系統會進來，那目前各分區在對於管控的時候，大部分的分區業務組都要求斷頭，也就是說你可以不用申報，你在額度之內你不申報，那這個問題

到底怎麼解決，因為當醫療機構不把他實際上執行的案子申報出來，看到的事實上這 102 年，以後看到的不管哪一年就是叫做 garbage in garbage out，因為出來的東西就不是真實的，進去的東西就不是真實的，結果你用這東西去算他權重，算出來那也不是真的嘛，就沒有辦法真實反映了呀！那我們引以為傲的這個健保資料庫，事實上包括在座很多學者，很多老師做的這些資料，也都是 garbage in garbage out，因為醫院根本就不申報了，為什麼不申報？因為健保局的管控是叫醫院不要申報，反正你申報如果超過就給你斷頭，然後給你嚴審，所以醫院很多東西就自行吸收，特別是一些內科病人。所以我覺得健保局，署裡面對於這樣子目前在管理的方式，應該我覺得是要找一個機會在這邊也要做一個說明跟檢討，不然的話，事實上我們這個 DRG 做下去，會越來越扭曲嘛～因為你申報的資料不是你實際上的資料，尤其很多內科進來，用藥的時候，很多檢查要進來的時候，那個都很容易被刪啦。譬如說現在各分局都在嚴審 CT，多久之內重複做 CT，那很多醫院都是做兩次三次，病情需要做兩次，但我只申報一次呀，因為做兩次就要被核減，所以第二次我就不做了，事實上很多是這個樣子，這個問題到底要怎麼解決，這我們已經講了好幾年了，但是我覺得署裡面從來也不去面對這個問題，我們也希望說是不是在這樣子 DRGs 實施的狀況，能夠有一個時間我們做一個專案檢討，包括剛剛李玉春老師提的跟我提的這兩點，對於這個支付通則的加成，是不是要做調整。還有就是目前大家申報的數據，到底是不是確實？跟分局管控這一部分，是不是要能夠做一個綜合的檢討跟報告，謝謝！

### 王副秘書長秀貞(謝代表文輝代理人)

主席，因為討論到這個雖然是 104 年的參數，不過在 105 年我們在補報 1~5 月份的這個 DRGs 申報案件的作業上面，我們就發現了，在這一次補報案件裡面，相較於就是說婦產科跟骨科，我們原本五大科要去改善的支付點數他有被調降了，經過補報都必須要被追扣。這樣子的情況，是不是在 104 年參數調整這個事件裡面再次重演，是我們的擔憂。因為我們都知道這種婦產科跟骨科，其實他們付出跟投入的部分是我們要獎勵的對象，可是他卻因為這個制度的設計變成被處罰了，雖然他支付標準有被調整，可是他報了 DRGs 案件，它變成要被追扣，我一直想不出來原因是為什麼會造成，我們獎勵的對象，我們調升點數的科目，卻在 DRGs 案件被處罰。那還有我們的地區醫院還有很多夥伴也有反應，我們算出來的這個 DRGs 申報的點數，其實是全國的一個平均值，但是我們地區醫院在基本加成的部分，其實就是比其他層級少，變成我們加成的沒有，但又被要求要達到一致的標準。那這一段是不是應該要有一點點的處理？否則變成地區醫院實施 DRGs 就沒有意義呀！我們就沒有辦法加到 DRGs 的案件裡面去，我覺得這兩點是我們會員醫院有提出反應，然後我們也看到現況，的確是對於婦產科跟骨科是有被追扣，在達成 DRGs 案件上面會因於基本加成比例的關係，然後造成我們有比較不適合的地方，謝謝。

### 主席

因為時間的關係，我簡單的回應一下這幾位代表的意見。關於朱代表認為說我們是不是要去檢討相關加成的部分，那因

為我們都知道其實當時的那個加成在總額有去做協商，也就是說我們為了導入做了這些 CMI 加成或是基本診療加成，其實事實上是有額外從我們每年協商的總額裡面去做支應，那這部分我覺得如果我們要去做調整，基本上應該也是在那個額度內去做，否則他就是會牽涉其他的總額，這個部分。另外就是王代表提到為什麼我們 103 年補報，會有一些地區醫院反倒是少錢而不是多錢，那這個就是追溯到其實有很多案件，地區醫院論量已經控制的非常的低，因為我們這次調整完，有一些高風險的妊娠，或是一些生物製劑排除以後，在整體權重上有一些項目確實是有下修，那他下修以後，下限臨界點也下修，本來他這個案件應該是在下限臨界點之上，他要報 DRGs，他反倒變成核實，他其實就是會少了。所以那個就是因為整體支付標準調動以後，整體重算以後，就會有這樣子的風險，不可諱言，所以我們在這次的報告案裡面也提到，有些權重是上來，有些權重是下修，這就是一個平均概念的關係。因為我們都沒有去操作，唯一我們對於已經導入的項目，我們的保障做法就是我們不是用他實際醫療點數，而是用 DRGs 的點數去算權重。那就是因為擔心說，因為我們一直如果有導入的項目，他一直再做成本的控制，或是效率的提升，論量的點數越來越少，我們重新每年算權重他會越來越稀釋。所以我們這部分當時在開始做 DRGs 就承諾用 DRGs 的支付點數來做加成，來做重算。那至於基本診療的加成我一定要重申，其實基本上我們的支付標準唯一會因為層級別不同就是在基本診療的部分，那當時後導入 DRGs 的時候，因為算全平均費用會造成區域跟醫學中心會被下修，所以才會有回算加成。其實原來地區醫院，因為他

就是維持原來的點數，他本來是不用重算加成，可是後來再協商有另外 5% 去做加成，是這樣才會有層級別的差異，不是因為我們對地區醫院有特別什麼，應該是說地區醫院特別加 5%，醫中跟區域只是去恢復他原來因為導入 DRGs 所下修的部分，所以我想這部分我一定要稍微說明一下。因為從開始 94 年我接這工作到現在快要十年了，其實我非常清楚為什麼我們大家會有這樣一個感受，那我們也痛苦的是，因為我們沒有一次導入，所以很多東西的重算或是調整，都會有一些的風險，也很謝謝李玉春老師，特別提醒我們說，這部分如果一直加上去會不會對其他重症產生沒有導入支付 DRGs 會有衝擊，這部分我們會再來做評估。那我們這個案子是不是就到這邊？因為我知道大家時間寶貴，是不是我們可以.....

### 徐代表弘正

我來講我們醫院的困擾，第一個我要講說，譬如說這新實施的 Tw-DRGs 裡面，有一個 Cardiac arrest，就是到院前就死了，這一類的病人你不救，你在 DRGs 裡面是可以賺，你只要救回來住三天開始就虧錢，那請問這個 Tw-DRGs 到底是要鼓勵我們救人還是不鼓勵我們救人？那為什麼會這樣子，我也是瞭解了，就是因為當時找的整個 DATA BASE，就是以前大家都把那個當做主診斷，所以整個合算起來很多進來的，我不知道等一下那個主席會回答，那這問題對我們來講是非常的困擾。我們為了那一個 case，都是虧了二十~三十萬，那這個問題想就教。那第二個剛剛我們區醫院代表也提到，我們明年一月一日 ICD-10 就要實施了，那到底這個 Tw-DRGs 後面要怎麼走，你是不是要先用 ICD-10 來去算這

個 Tw-DRGs 每一個，才去換過來，還是明年要兩套系統這樣走，這對我們來講是一個很大的困擾。

## 主席

我先解釋一下就是剛你講的之前有大家質疑說為什麼醫死的比醫活的多嘛，那就是好像鼓勵大家把他醫死。我先解釋為什麼我們 DRGs 有些項目以最後存活的狀態來做分類，是因為就歷史資料看起來，存活的他可能會花比較少，然後死亡會差比較多，就是嚴重度會比較高，是因為我們後來整體統計分析起來，在論量的費用點數比較上，他確實是有差異，所以最後才會用存活狀態去做分類；可是大家用結果回頭看，會覺得這是一件很錯愕的事情我也知道，所以後來那個項目在 17 項裡面先 hold，就是有關於存活與死亡那個項目，那我先解釋。第二個你剛提到說，我們可不可以用 ICD-10 的這個分類去算 ICD-10 的落點，再算 ICD-10 的權重，第一個我們資料庫沒有 ICD-10 的申報，所以我不可能有 ICD-10 的結果。可是我們現在可以做的是說，我如果用 ICD-10 的邏輯跑完的，我們用 ICD-9 的權重，這個也是我之前去美國參加年會的時候特別問 3M 公司的代表，因為他在幫 CMS 在做這個權重，他也跟我講絕對不會有 ICD-10 的權重，他們沒有申報資料。一樣的在我們健保署，我們一樣沒有 ICD-10 的申報資料，唯一有是你們現在模擬編碼的東西，可是實際上他不是全面的，他是部分的項目，而且大家都還在演練中，不敢完全就拿那個數字來做分析做落點的一個探討。所以我想第一個我們當然盡量不要讓各位雙軌，因為雙軌真的很辛苦，就變得有的 ICD-10 有的 ICD-9，就大家會非常的辛苦，

可是我想這個不是在這裡，可能我沒辦法在這裡做討論，可能要另外一個主題，而且要討論非常的久。那也謝謝代表提出你們的疑慮一直在我們心中，因為你們的 suffer 也是我們的 suffer，因為你們兩套我也是兩套，如果今天未來 ICD-10 走兩套，我們健保署資訊這邊也是兩套的 afford，所以我想我們會盡量是朝一致的目標去走，那我們是不是這個案子就先確定到這裡？

**徐代表弘正**

第二個你誤會我意思，我剛不是醫活的比醫死的少，而是同樣是死的，死兩天跟死三天跟死四天差太多了，他如果一來就死了最好，我賺很多，我只要死了三天我把他救回來了以後，然後過了一個禮拜死，我虧 20~30 萬，請問我到底該不該把他救回來？這個要考慮啊～這個問題在你在算進去的那個 DATA BASE...

**朱代表益宏**

就是剛剛講...

**主席**

朱代表就是剛剛說你提的問題跟我們之前的已經.....。我已經講加成這部分是要透過協商，因為他是一定總額的，所以不是我算了以後變多或變少就可以調，因為他是要另外額度，否則他會侵蝕其他醫院總額的部分。

**朱代表益宏**

我沒有說第一個要在這邊調整，我剛剛提案只是說，希望找一次機會把這個做報告，然後也把你目前的加成，實際的狀

況做一個報告，然後大家再來談嘛～我為什麼講這個，我就講比如說你那個層級加成，實施之前假設都是用平均住院天數，某一個疾病都是平均住院天數五天，那你因為現在這個權重，是回到地區醫院的支付標準去算，所以當然你要把這五天的區域醫院跟醫學中心因為病房費跟護理費不同你要把他加回去嘛，所以有這個加成嘛。但是當它實施以後，這個疾病平均住院天數變成三天的時候，或是四天的時候，那你是不是還要再給他加成三天或四天嘛～還是你還是要給他加回五天嘛～那我覺得這本來就是應該可以討論，因為他跟你的那個相對權重是沒有關係的嘛～對不對？當它效率好的時候，平均住院天數少的時候，那你跟地區醫院的差距你就應該把他降回來，我覺得這是很合理的事情呀！對不對？

CMI 為什麼我其實...老師也在這邊，兩位老師專門研究 DRGs，我實在不知道為什麼在 CMI 要給加成，因為你從他的 RW 可以去反應嘛～疾病嚴重的你在它相對權重是可以去反應的。為什麼要對於 CMI 還要給它一個整體加成？結果它是整個醫院的加成，包括他 CMI 可能處理疾病是 0.5 或 0.6，因為它在這家醫院，你也給他做加成，這樣邏輯我是完全不知道，那我覺得這個事實上是完全可以檢討嘛！但如果主席認為說是支付標準調整在這邊不能談，那我不知道是在哪個場合可以談。總是這個場合要先報告出來，確實要在總額那邊調整的時候，那我們這邊有個結論，才可以移到健保會去談呀，對不對？那你現在只席連這個機會都不要，那我不曉得是有什麼特別的考慮，還是說某一個層級有特別的因素，所以主席不願意去把這個這些額外的加成拿出來談，這是第一個主席沒有回答。第二個就是對於那個各分局的管控跟申報資料

不實，實際上執行，因為斷頭以後造成我的資料數據是有問題的，這部分是要怎麼處理？主席也沒有回答！所以我才要再一次發言，我的請求也很簡單，就是說我們另外找一個時間，針對 Tw-DRGs 實施的狀況，包括我剛提的這些問題，我們能夠做一個討論，跟把數據拿出來，分局也可以就他們的管控方案跟斷頭，到底每家醫院有沒有斷頭、有沒有核實申報，這些把它拿出來討論嘛～就這麼簡單呀！

### 主席

有關朱代表提到說我們是不是要來檢討加成項目要不要重算部分，那考量我們再來要進入總額協商，協商完後有一大堆協商完要處裡的工作，是不是容我們抽空做完以後，我們再另外召開會議跟大家報告這個內容，然後還有就是您剛剛所關切的，包括為什麼要 CMI 加成，然後是不是權重就可以代表這一切等等的這個部分我們來做討論，好不好？那我們案子是不是先到這邊，那我們先到第三案，對不起，因為我們...對，我們已經都做不完，因為明年大家要上 ICD-10，都已經忙死了！坦白講是...

### 朱代表益宏

如果是這樣講都沒有時間，明年初要上 ICD-10，明年中要準備總額協商，明年底總額協商完以後又沒有時間，那永遠都不要談啊！

### 主席

不是，我確實很難在這邊去做承諾，因為我們還要請我們同仁稍微...

## 朱代表益宏

我建議希望各位委員表達是不是明年六月以前啦!明年六月以前。六月以前到現在還有快一年的時間，九個月的時間，我覺得這樣已經很寬容了耶～

## 主席

好，謝謝！就明年 6 月以前。

## 報告事項

### 第三案

案由：103 年全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案醫事人員申請資格案。

## 主席

我真的不會主持，已經兩個小時還在報告案第三案，是不是我們第三案比較簡單就不要念了，節省大家的時間。其實是這樣，因為我們本來的 CKD 計畫裡面，對於醫事人員尤其是專科醫師有一些限定，後面我們實行一段時間以後，泌尿科有來反應他們也可以照顧 CKD 的病人，另外針對比較偏鄉的離島的，是不是可以開放沒有專科醫師的醫師，他只要受過 CKD 的訓練也可以執行，主要的訴求是這兩個，我們按照這兩個訴求有請教腎臟醫學會，它們都同意，我們依程序還是要提到這大會，因為涉及支付標準的修訂，所以想借問各位，文字的修訂在第 3-4 頁，如果各位代表沒有意見，是不是...

## 羅代表永達

主席，我有意見，第一個就是 CKD 本身就是要擴大實施，既然每一個專科醫師只要受過 CKD 的訓練他都可以去看，其實他裡面並不難，我不曉得為何要設那麼多標準，因為泌尿科本來叫泌尿外科，它本來就屬於外科，大概 90% 以上的泌尿科醫師都有外科，它本來就有外科經驗，那科裡面也含很多科別，也就是說大部分醫師幾乎都在裡面，為何要特別寫這件事？另外就是偏遠地區，須要擴大服務，其實我建議只要在第 3-4 頁只要說各醫師或各專科醫師受過 CKD 專科訓練，這樣就可以了，為何要表列那麼多，我不懂阿。第二個現在目前開腎臟科的醫師，很多的腎臟移植是泌尿外科開的，你問他了不了解腎臟，他如果不了解怎開刀怎照顧，結果把泌尿外科醫師排除在 CKD 照護中，這很莫名其妙，我倒反而建議在(一)裡面寫：健保特約院所，各專科醫師，除腎臟、心臟、新陳代謝及泌尿外科專科醫師外，其他專科醫師需接受本署認可之慢性腎臟病照護訓練。應該是這樣才對泌尿外科才公平，如果我們照這樣修改，根本連偏遠地區的不用，因為只要醫師受到 CKD 訓練就可以這樣服務，我不曉得為何要把一個簡單的事做的那麼複雜。

## 主席

好，還有沒有，李代表請。

## 李代表伯璋

各位代表大家好，我是區域醫院推薦的代表，我為何有意見，事實上在健保署裡 CKD 真正有被收案的有幾個？你們自己

的統計資料裡面做 CKD 收案的醫師有兩種，洗腎的跟腎臟科醫師，不過大部分的人對 CKD 的案子沒甚麼興趣，所以不管北區中區的收案都很少，這是第一個。剛剛代表講的很好，讓大家關心腎臟病的發展。第二、我一直希望健保署能夠去算一個腎臟移植的病人它用的費用是多少，洗腎的病人費用是多少，隨便問一個代表都不知道。事實上 7% 的門診費用，可是病人都有合併症，因為在台灣洗腎的醫師有相當大的誘因，他們都不願意告訴國內病人到底洗腎的結果如何，你們知道洗腎會洗到死掉，存活率不高，臺灣病人都不知道洗腎會不會死，他們以前也說了，1991 年到 2000 年號稱 55%，可是去年新的統計 2000 年到 2009 年就變成 45%，他們有很多理由解釋存活率跟世界慢慢接軌，所以這裡面資料寫臺灣 CKD 照顧得很好，所以每一年增加多少，可是每一年死掉有一萬多人，現在又增加幾千人所以加一加，跟國外一樣，本來洗腎病人會成長，所以這計畫在做我是很同意，但是，假如是解決健保問題，我覺得健保署應該要發展、推動腎臟醫師，在美國歐洲都把腎臟醫師當治療病人的第一選擇，可在臺灣真症腎臟科醫師有照顧腎臟病人的僅 3%，因為根本沒人想照護，所以我建議健保署要算啦，我擔任代表今天第一次來開會，我跟大家報告，你們自己要搞清楚，這關係到我們每一個各層級醫院的結構，當然不是說我要跟腎臟醫師吵這些，昨天行政院公報就已經宣布，在臺灣器官捐贈者的配偶或三等血親，將來在等待移植的時候都會加分，所以我們就用這樣推動器官捐贈的概念，所以兩個部分，假如有誘因，人家才會做這種事，我是覺得該省要省，我算一個人一年 11 萬，但若有控制的話~一個病人 48 萬把它控制 43 萬，

所以我是覺得你們要自己控制一下，以上報告。

## 主席

謝謝李代表的建言，那針對腎臟的這個部份，洗腎的費用我們一直有在關切，甚至部裡面我們也組成一個 Team，包括跨單位的合作。那當然也在推動腎臟移植，我們也非常緊鑼密鼓有在跟器捐中心合作，包括從境外移植進來相關的勾稽也都在做。那這個案子很謝謝委員的提議，不知道其他代表還有沒有意見？現在因為羅院長提的這個改變是有點大，那因為我們比較沒有做過相關的試算，這個方案基本上是在專款，所以，我們比較擔心專款會不足，是不是我們可以先錄案，然後我們先施行一段時間，我們會再來評估，再提會好不好？先按照這個，因為，其實您剛剛講的內、外、婦、兒、家醫、神經、泌尿，大概都已經大範圍了啦！是不是可以先按照這個文字？謝謝！

## 李代表伯璋

其實，剛剛提的那個東西費用，理論上我想是一定還沒用完啦！我不騙你的，就是說，你們看健保署自己的資料，其實收案都只有收差不多 10%，你編那個費用一定是用都沒有用到的，還是說不同的會有不同的考量。

## 謝代表武吉

主席，呼應李院長的說辭，羅院長，我是覺得現在多一科泌尿科，因為你是腎臟的專科、移植的專家，你認為還有哪幾科，現在應該都要加入。我們要這樣想，主席有困難，我們先加幾項就好了，那剩下的下回再來加。

## 朱代表益宏

主席，我覺得應該是這樣想，就是說。第一個，你增加專業人員到底會不會增加費用，如果你把專業人員的資格開放更多會不會增加費用，對不對？那我覺得增不增加費用是看有沒有這麼多病人需要被服務，如果現在病人已經被服務的差不多了，都已經跑出來了、都已經收案了，那你再增加醫師，只是讓病人的可及性更高而已，對不對，那對病人是好的啊！但不會增加費用。第二個，如果真的增加費用，我覺得後段的，因為你們至少報告這個 CKD，是對於可以延緩他進到洗腎，它至少對費用是有幫忙的，所以我覺得這個本來就是應該把門檻降得愈低愈好，讓大家都能夠進來。如果主席真的怕費用不夠，我覺得你先開放三個月的時間試試看，如果真的不行再踩煞車啊！對不對，或是說部份用藥、用什麼樣點值浮動，這個都可以嘛！我覺得這個大家都可以討論，但是我覺得因為怕不知道會不會增加很多，然後費用沒有辦法管控，純粹從費用管控的事情來看，我覺得是沒有道理啦！更何況如果真的要講，那我也要說，如果是管控費用的話，那你找的這些是不是署定的專科醫師，不是署定的專科醫師那你怎麼可以把它列入在這裡面咧！更何況是一個正式的支付方案。

## 徐代表弘正

這個範圍已經很大了，其實就算把它加進去，真的增加不多！真的增加不多！這幾乎都已經包含了，除了我們復健科以外。我以為小兒科所以沒關係。

## 李代表伯璋

其實，你看臺北業務組，他有 11 萬符合 CKD 的病人，可是它真正被收案的只有 1200 多個病人，這個你們回去看，其實很多病人。因為腎臟科醫師真的也很忙，所以我是勸你們很多醫生幫你們看的話，好好照你們 criteria 去弄的時候，其實長長久久是可以對我們腎臟科病人是有幫忙的，我是覺得不錯的，假如剛好可以討論，你們可以好好研究一下。

## 主席

我們先照我們文字通過，就像剛剛講的，我們已經很廣泛了。那我覺得畢竟它是一個論質計酬的方案，那對於人員的資格上，我們可能還是希望有一定的確保。所以我們是不是先做這樣子的一個決定。那委員的意見，我們錄案下來，我們會盡快來看看，是不是說甚至再徵詢相關的意見。因為有時候，坦白講也有醫師跟我們講，你們不要寫進來，我們也不想進來呀！所以我們也不是真的說，我們面對的壓力也不是你們想像的啦！因為有時候我們開放了以後，分區就開始去催人家要進來，然後醫生就開始罵說，你們幹嘛把我們匡進來。我的意思是說，這部份是不是容許我們，先照原來的方案，那也很謝謝委員的提議，我們會來思考，就是說，是不是不要去限制專科，只有針對腎臟、心臟、新陳代謝不用受訓，其他專科只要有受訓的都可以來收案。那因為實際上，我們考量是說，如果你的病人中間這樣個案真的不多，其實你收，坦白講，你的成本是高的啦！所以我們還是希望它可能還是有一定相關的專科去做收案會比較妥適。那我們是不是進到討論事項第一案？

## 林代表淑霞

主席，要進入討論事項第一案之前，我有個不請之請。就是說，我們是不是可以以今天有列席的醫學會代表的提案先討論，因為他們在那邊已經坐了兩個多小時了，而且他們都是要照顧病人的醫師，好不好？

**主席**

再來的第一案就是專科相關的。

**羅代表永達**

主席，既然主席說要收錄，那我就講這一句話喔！今天所有的委員都是一致的意見，只有主席才是不一樣，這樣子！我希望把這一句話錄進去，好不好！

**主席**

林代表，你是認為從第幾案開始？第二案？第一案胸腔也有啊！第一案也有來，是不是我們從第一案開始？

**討論事項**

**第一案**

案由：「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案。

**主席**

各位代表對這個案子有沒有什麼意見？

**謝代表武吉**

主席，這個案子是新的案子。但我在健保會和這個會，經常提到換藥 48011C、48012C、48013C 這些連成本都不夠的東

西，為什麼謝天仁委員曾經講過：『我告訴你們，你們要調整支付標準連門都沒有，今年絕對不能夠調整。』今天這個支付標準能夠調整嗎？這是第一點。48011 C、48012 C、48013 C 為何都沒有討論，到現在我已經講過好幾次了，提案單位是健保署醫務管理組，這個為什麼沒有提呢？好像你們要讓這些醫院死就死、要活就活，這一點是不太公平。

第二點，這個胸腔鏡胸管結紮術支付標準，謝天仁有說過，如果要調整支付標準門都沒有，如果調整的話，以後要怎麼辦？

第三點，說明三最後一點材料費用成本占率 12% 調整為 11%。我先請問一下，材料費用有沒有包括行政人員的費用？有沒有包括護理人員的費用？因為現在你們勞動部的勞檢所，把我們每間醫院抓得沒地方跑，所以我昨天才接到一家醫院申訴說被罰四萬元，有的被罰得更多。所以這一次要調整的費用連行政人員的部份也要涵蓋在裡面。

## 主席

我先說明一下，這五項全部是新增的項目，所以它不是調整，我們會寫調整這個文字，是因為我們其實在上一次的會議，已經有提會要新增，只是大家覺得，我們有一些價錢怪怪的，要我們重新再 review 一次，所以有把成本分析的項目給醫院協會去再 review，重新再校正調整，這個調整是指那個調整，它全部都是新增的項目。

新增項目的費用來源，是我們在去年協商今年總額的時候，提到說我們對於有些新的材料，顯然是手術中、過程面要使用的，因為會增加民眾的負擔，希望由健保來給付，所以有

部份調高總額的成長率是用在這個部份。所以我們是用這部份費用來做調整，跟剛剛謝委員提到的說不能調支付標準不同，因為它確實不是調整支付標準，它完全是新增的項目。

至於您提的換藥的部份，我想我們也有酌量要調整處置項目，所以我們在今年協商明年總額也編了一些預算，我想我們可以把它列到明年，就是如果今年協商有通過，我們可以來把它當作明年的一個預算基礎。這個項目確實如我剛剛說明的，它是一個新增，只是說在支付點數上做了調整。至於你剛剛講的，材料費有沒有含行政人力的部份，確實它叫材料費就是不含人力，這個完全是指手術裡面要用的材料，那行政人力會在人力成本裡面去作攤提。以上。

### 謝代表武吉

所以說，調整這些費用還是不夠的，因為你在 4-3 頁有寫『有關行政人員費用，行政人員耗用時間一項，依據提案單位所提的數據，本署僅按 100 年 RBRVS 蒐集醫院成本所計算之全國參數校正行政人員每分鐘成本』。現在你們已經所收集的行政人員參數根本就是一般行政人員，而不是醫務行政人員的費用，所以說你們調整所使用的行政人員參數，我覺得根本是不對的，因為這是調整支付標準新增項目嘛！謝天仁說這是絕對不能調整的。要不然本月 25 日或 26 日他再來亂這部分的時候，我就給他亂到開花了。

### 主席

還有沒有其他代表？朱代表請

### 朱代表益宏

我想請問一下胸腔及心臟血管外科的專家，這是第一個。

沒有來？沒來這樣就不用講了。

### 黃代表雪玲

這個其實上次他們都有出席過，也討論過，上次是對它的成本分析，覺得不是這麼恰當。

### 朱代表益宏

抱歉，現在我要問的是專家的意見，主要就是它的量的預估啦！這個在座，雪玲妳能幫他回答嗎？不行嘛！對不對，第一年替代率 10%，第二年到底多少，這誰能替他回答，沒有人能替他回答，只能請專家來講，結果專家又不在，那要怎麼講？那我怎麼知道這財務預估是對還是不對咧？你現在說替代率是 10%，也許第一年 10%，那第二年會是多少咧？因為開放後使用量會增加，會不會變成 20%？30%？50%？到底它是用什麼樣的預估基礎，總是要說明一下，這些都不說明，結果算出來是增加 3000 多萬，我就不信了。我認為這樣預估是有問題的，因為專家也不在啊！沒有人替健保署背書嘛！

### 主席

跟朱代表說明一下，實際上我們雖然建議單位有寫一年預估的次數，不過我們確實有去參酌 102 年的申報量，也有去請教他們醫學會的意見，說它的替代率是多少，所以我們總體額度的預估是以後面申報量，如果替代 10% 的話，它的量不是只有 20 件，在第二項的部份，不是只有 20 件，實際上是比較高。我想如果我們每一次新增，委員都會提到說是

不是要定期去做監控，這一部份我們也承諾說，如果新增以後，我們會定期來報告使用狀況去做比較，那上次新增項目也在健保會有做了報告嘛！我想都可以看得出來，這個項目確實可能初期使用量跟後面會有點不太一樣，不過我想如果新增以後，我們可以承諾去監測它後續整體申報的情形。

### 朱代表益宏

問題是你承諾沒有用啊！因為你現在主要牽涉到財務預估，到底對總額的衝擊性有多大，對不對！你後來監測萬一超過之後那該怎麼辦？在健保會就說沒錢啊！對不對！所以我才要說今天醫學會講它的替代率是 10% 的依據是什麼？現在做得不多，那以後這個東西到底能不能取代？如果說沒有取代性，那當然你 10% 可能是固定，但是以後，一旦開放以後，而且給付幾乎相差了一半。比如說項次二，原來只有給付 38000 多點，現在給付到 63000 多點。我覺得那個取代性會增加，那個量會大，以後是不是還是 10%？第一年可能只有 10%，但是第二年呢？是不是 30%？還是 50%？甚至 100%？這總是要專科醫學會要來這邊發誓一下、背書一下，對不對！到時候我們回過頭來檢討的時候，才知道到底是講真的？還是假的？也有一個名字畫押，專科醫學會某某某在這邊有這樣子講啊！對不對！因為我們這個會議都要有紀錄嘛！那人不在，我是建議既然人不在先 holding，今天案子不見得討論得完，下一次還是要請他們來啊！不然這個案子把我們委員當作什麼，案子就都報上去跟署裡面講好就好了啊，我覺得這樣不太尊重委員。

### 主席

我們有邀請但沒來

**謝代表武吉**

主席，我替你講啦！我是建議這樣，這個案子就先 holding 下來。你給醫學會回覆說，有委員對於你們沒有參加，對委員不尊重，所以把這件事 holding 下來。既然他們沒有一定要來，那我們就沒有一定要給它成一個案啊！沒有一定要給它過啊！

**主席**

好，那我們還是先保留下次再邀他們過來做說明，那我們是不是進入第二案？

**科長**

對不起，我可不可以徵求大家一下？因為我們骨科醫學會理事長，他等一下有夜診要先離開，在骨科裡面其實有一個關節面手術在過程面使用的刮刀、止血棒、氣化棒要討論，那是不是先有機會讓理事長先說明一下？

**討論事項**

**第三案**

案由：支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單次使用拋棄式過濾器」等 7 項特材之支付標準調整案。

**主席**

在第三案的部份，由醫管組做重點式的說明。

**林科長淑範**

這次過程面之「單次使用拋棄式過濾器」等7項，從6-1頁(一)「單次使用拋棄式過濾器」這是在呼吸檢查、6-2頁(二)「單次使用拋棄式肌電圖針」、6-2頁(三)「單次使用拋棄式心臟血管異物取出器」、6-3頁(四)器官保存液、6-4頁(五)雷射光纖～輸尿管鏡取石術要用的光纖雷射、(六)單次使用拋棄式止血(電刀)低溫氣化棒及單次使用拋棄式刮刀，最後一項就是骨科會用到的低溫氣化棒、刮刀跟磨刀，那他的詳細資料在6-21頁，在6-21頁內可以看到這兩項特材會用在支付標準64243B及64244B，那64243B是會用到「止血(電刀)低溫氣化棒」，64244B是會用到「止血(電刀)低溫氣化棒」跟「刮刀及磨刀」，那每項都會用到一項的特材，那我們把這樣的特材去做訪價之後就加至該項診療項目支付點數，就在大家表訂的支付點數裡面，那這樣會調整支付點數，如64243B會從現行支付點數4,590點調升到8,160點，64244B會從現行支付點數11,240點調升到27,696點，以上。

**朱代表益宏**

因為這個主題牽涉到專科，是否我們先對骨科的第六項來討論就好了。

**主席**

對第六項代表有沒有什麼意見？理事長要先說明嗎？

**林理事長柳池(中華民國骨科醫學會)**

先看看代表有什麼問題？謝謝！

**主席**

黃代表

謝代表武吉

理事長要先自我介紹。

林理事長柳池(中華民國骨科醫學會)

我是中華民國骨科醫學會理事長

謝代表武吉

你是哪家醫院的？

林理事長柳池(中華民國骨科醫學會)

在三軍總醫院裡面的骨科部服務，現在是中華民國骨科醫學會的理事長，那今天代表中華民國骨科醫學會出席。

謝代表武吉

我現在請問一下林理事長，地區醫院又是買到最便宜，這是我連做夢都想不到的。

林理事長柳池

這個本身在 6-9 頁裡面有注意到，雷射光纖等特材都有去訪價，就在醫學中心、區域醫院、還有地區醫院都有去訪價，那它的價格都取一個中間值給我們，在過程面的時候給一個中間值，它的得來的價格是這樣子。事實上，醫院中心用的還比較高一點的價格，得到的結果是這樣的。請大家可以參考，謝謝。

謝代表武吉

因為是我是地區醫院、社區醫院協會的理事長，所以訪六家的價格，我認為太不妥當了，所以要不要加碼？就光是朱代表服務的那家醫院（中山醫院）就已經很大間了，他們家那一間就很大間了，很多來北部的就很多間了，只有訪六家價格平均值能夠平均嗎？不可能都比醫學中心都還低嘛！這把我打死都不相信的事情。

### 黃代表雪玲

它是不是有把價格填錯，把價格填得太低了？把那個單價都拉下去。

### 謝代表武吉

這六家醫院採購數字，是不是參加那個某中心的聯採？

### 主席

醫管組要不要回應一下？

### 科長

醫管組說明，因為這個訪價其實跟骨科醫學會沒有關係，訪價是健保署在訪價的，也是為了蒐集大家在購買這種過程面特材裡面，大家的購買價是多少？那我們在訪價的時候，當然大家最希望的是有申報這個醫令的，我們都去訪價。那可是這個工程真的是太大了。所以我們在訪價的時候是這樣子，醫學中心一定是我們訪價的對象 22 家，那對於區域跟地區醫院，譬如說我們的 6-9 頁，這個使用 64243B 區域醫院 102 年才 900 多件、地區醫院是 800 多件，對於這樣數量比較少的時候，我們有一個原則是，如果數量都很大，每一

家一年的使用量大於 100 件，一年的使用量大於 100 件，其實每個月攤下來就不多了，這樣是每個月的使用，一年的使用量大於 100 件，我們區域醫院、地區醫院一定訪 10 家，至少訪 10 家，那我覺得這訪 10 家，就使用量夠大，然後它具有代表性，就訪 10 家；那如果一年的使用量是 100 件以下，那我們就選擇前面，前三個家最多的醫院來訪價，所以每一個層級我們都會訪價到，那只會因為它一年的使用量稍為做調整。那所以剛才 6-9 頁可以看到說，地區醫院其實因為它只有 6 家，一年的使用量 100 件以上的大約只有 6 家，我們就這樣訪價。那可以看到其實蒐集回來，還是要再重申一遍，其實我們在訪價的時候，其實要很謝謝每一家醫院的配合，因為它在回饋這樣的價錢的時候，其實不是一個人說了就算，因為它其實必須透過它的會計，然後層層審核，因為它會計其實還是要有仿單，還是要有購買價出來，所以我們相信醫院，它們回報的價錢應該還是具有正確性的，以上。

### 謝代表武吉

這樣的意思是，地區醫院在 P6-10 頁，那這樣是要叫地區醫院不要做，愈做火愈熄去，這個訪價才 6 家，這 6 家是非常地乖，訪價都給你回答耶！那到底是不是說，你們要求的東西和他們地區醫院(地區醫院比較傻)，你們要的東西地區醫院有沒有都據實回報，還是有的裡面有減去，沒據實填報，我很煩惱這一項，你知道嗎？這有的地區醫院就比較笨，都不會據實填報，結果都變成價錢往下降，這樣就沒意思了嘛！

## 王副秘書長秀貞(謝代表文輝代理人)

主席，根據剛剛這樣訪價的一個選取的條件，我們這樣聽起來也很奇怪，就剛剛謝理事長有講到，如果按照這樣的訪價來核定支付價格的話，那麼那一些比較小的機構，它規模比較小，然後它默默在付出，在城鄉裡面的一些醫院，那它愈做愈不划算啊！那可以做這樣治療的醫院，那以後就會只剩下前面那幾位而已，以後的都不要做，因為做了就是虧。那對於那些醫院來講，我們覺得在訪價上面，假使我們真的是有考慮到平均的話，你大的規模、小的規模都可以分層級，那在整個層級裡面，你也可以分量多跟量少的不同的一個採樣，這樣分出來的話，覺得會比較有一個代表性會比較充足啦！那我們知道地區醫院，假使它做比較多就是那 6 家，那做比較少的咧！做中間的咧！他們又是採購怎麼樣。

## 主席

還有黃代表。

## 黃代表雪玲

我想問一下 6-21 頁，這個地方是不是有誤值，那個 64243B 寫的那個過程面需要使用的特材項目止血（電刀）低溫氣化棒，它價格明明應該是下面的 10,968，怎麼會是 3,400，這樣子我們的那個財務預估應該會有錯；就是 6-21 頁的第一項止血（電刀）應該訪價是 10,968，不會是 3,400，這是不是有誤值，所以那個預估的影響應該也有錯估。

## 科長

這一個我們要說明一下，請大家看到我們的 6-5 頁，在 6-5 頁的阿拉伯數字 3，因為止血（電刀）低溫氣化棒，會用在 64243B 跟 64244B 會同時都會用到，我們去統計我們的申報資料裡面，同時做 64243B 裡面，它同時有用 64244B 的有 69%，就是它同時會用到。所以我們就有去討論說，其實在同一個手術裡面，同時用了氣化棒，那其實它只要用一支就好了，它不需要重覆用兩支，所以我們在討論的時候認為說，其實在數量比較少的 64243B，它必須把它折價下來，這樣子在健保支付給醫院的時候，就不會再重覆支付一支氣化棒，這是說明。

## 主席

還有沒有要就教醫學會的部份，如果沒有的話，是不是？

## 朱代表益宏

我想請問一下林理事長，就這兩個項目因為它申報的量，64243B 一年的申報量 2,400 件，然後另外一個 64244B 一年的申報量 13,069 件。我不知道是不是說，就這樣申報量是所有的關節鏡都會，一般比如說它都會用到呢？還是說在一某些特殊的狀況才會報這兩個。

根據我的了解關節鏡，現在其實在各醫院都做的蠻普遍，所以如果是一般的關節鏡有可能用到，不應該是只有這幾個會有申報量的問題，會更多。

## 林理事長柳池

謝謝代表，事實上一般在 Surgical Arthroscopy 手術的時候才用得到，如果一般的話，很單純它是不會用到氣化棒，

氣化棒是在特殊的時候它才會用得到，所以它的量。但是前面那是它的單純性關節鏡手術，後面是 arthroplasty arthroscopic 手術，它做的手術，比如說像半月瓣軟骨切除術或是軟骨的成形術的時候，它就有用到它的 Bur 或氣化棒，本身這一些氣化棒，它是在比較特殊的情況下才去使用，謝謝！

### 朱代表益宏

所以如果是這樣子的話，它是在比較特殊的狀況之下，它是不是在支付標準裡面，去註明哪些特殊狀況之下才能使用，還是怎麼樣去處理這一塊？

### 林理事長柳池

因為它是過程面的時候，不只有氣化棒還有整理的東西，所以你去看 64244B 的時候，它有寫出來關節鏡下關節面磨平成形成術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術，這一些都有標在裡面。

### 郭代表正全

我請教理事長一下，就這個 64243B 還有 64244B 項目，它在講 69% 案件會是兩個手術野只會用到一支氣化棒，但是也表示說另外有 31% 的手術還是會用到一支氣化棒，那做單一的話就倒楣了！那我建議像這一種狀況還是應依實際使用申報，我今天假設只做 64243B 而已，其它沒有做，它使用 100% 特材卻只給 13% 的特材費用，這個於實務執行上會有問題的，以上。

### 主席

醫管組說明一下，當時為什麼要把它包進去沒有另外讓他核實。

### 張技士淑雅

跟各代表說明一下，因為現在支付標準增修政策方向為要包裹給付，跟骨科醫學會討論的時候，這兩個醫令的確要用到這兩項特材，只是在我們分析申報醫令量資料時候發現，兩項的手術合併手術的方式，有很高的機率 69%是合併手術，而骨科的申報方式，有可能極高同次（同時）手術是開兩側的膝關節，在申報方式的話會各為一，所以如果把他跳脫的時候核價計算，在申報方式會是難以控制的一個計算，所以才先採暫行我們來取一個來作，一個折扣的方式提案討論，以上。

### 郭代表正全

過去支付標準都是有類似這樣做，假設你同時這樣作什麼另外那個不能申報，我們支付標準以前也有作這樣的一個規定。

### 張技士淑雅

因為骨科手術申報是按不同手術野來申報，也就是說同次（同時）手術是開兩側的膝關節都可以申報 1，因為他是不同手術，沒有折扣。

### 謝代表武吉

請問一下，你的薪水難道有折扣？為什麼我們這個要給你折扣？回答一下啊，折扣啊。

### 張技士淑雅

跟謝代表報告一下，折扣的意思是同次手術的申報方式，以上。

### 謝代表武吉

同次手術是指左腳右腳，是不是這樣？你開左腳為主刀，右腳為次刀，那次刀就要折扣是不是這個意思？

### 林科長淑範

在骨科手術裡面，左腳右腳為不同手術野，所以他不會有同一手術野同項手術要折付的問題，剛才講到會有折付那不叫折付，就是以二分之一來支付，那是因為病患送到開刀房去手術的時候，其實我們付的是一個完整的手術，那在付第二項手術的時候其實我們會考慮到說他其實在用人的部份或是在器械的部份，其實他不像單次手術作一項需要這麼多，所以他會有說同一手術野第二項手術其實是有二分之一折付這個問題，以上說明。

### 謝代表武吉

林理事長，像這種回答，你不是代表你不太敢回答，關節鏡從左邊進去，另一個從右邊進去一樣是一腳啊，那是同一個手術野嗎？不同一個手術野嘛，林理事長，是不是這樣？

### 林科長淑範

膝關節手術野，左右腳是不同手術野。

### 謝代表武吉

我講的是同一腳，左邊跟右邊。

### **林理事長柳池(中華民國骨科醫學會)**

我想謝代表的 key point，真的那一點很重要的，意思是我做兩支腳，為何一支腳要折半這是 key point，那當然這是第一項手術單純性一個關節鏡手術，第二個是手術型手術，這兩個是不太一樣的，那我們裡面有個問題，今天一個人兩支腳來做的時候你只能報一樣不能報兩樣，真的是這樣，謝代表是講對了，那手術過程面的東西是不是要減價怎樣對不對，那氣化棒你可以考慮減半因為氣化棒可以使用兩次，可是真正手術費不能減半，他講到 key point，只不過我們一直在講，那剛剛謝代表幫我們講出來了，我們覺得心理非常舒暢。

### **朱代表益宏**

我另外想請教林理事長，「64243B 關節鏡手術 — 關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創」、「64244B 關節鏡手術 — 關節鏡下關節面磨平成形成術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術」如果這兩個提高了以後，會不會有可能到時在「64263B 膝關節半月軟骨修補術」這邊需變成做 64244B，因為我了解半月軟骨他破掉以後，可能會造成關節面的磨損，那事實上他也可能會這樣的處理，電燒、磨平，這樣也可有可能的。

### **林理事長柳池(中華民國骨科醫學會)**

對，沒有錯，有時候會有一些比較難一點的地方，在後腳的地方，因為他 smooth 的時候有時候沒辦法做的時候就會用氣化棒去做沒錯，他真的要做到這個地步。

**朱代表益宏**

現在其實我要講的意思是，因為健保署的估計量，一年就算 64244B 他才 15500 例，那我覺得是不是低估了，還是骨科醫學會在報的時候，這個大部在申報半月軟骨修補術，因為他的費用跟原來的「64244B 關節鏡手術 — 關節鏡下關節面磨平成形成術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術」類似，但是現在把這個醫令支付點數提高以後，結果執行半月軟骨修補的量就出來了，全部跑到這邊會不會有這種情形？

**林理事長柳池(中華民國骨科醫學會)**

一般來講的話，半月軟骨在手術的時候，就是關節鏡手術時候他一定要附一個照片，上面可以呈現出來，如果他亂報的話，異常量的話會從照片 show 出來。

**朱代表益宏**

我的意思是說，如果半月軟骨單純破掉，那你把毛邊剪一剪 OK，但是有些其它是磨了一些時間可能關節面已經變粗糙。

**林理事長柳池(中華民國骨科醫學會)**

對。

**朱代表益宏**

我不曉得可以申報，可能像這種情況他還是報「64263B 膝關節半月軟骨修補術」，但是現在有這個東西轉到這邊來會不會有這種情形。

**林理事長柳池(中華民國骨科醫學會)**

我相信有可能，如果覺得有需要的時候他會 drill，譬如說關節鏡小洞可以 drill 打洞，shave 或者用氣化棒去燒的話，我相信他有這機會，不過因為有總個量，我們關節鏡的量是怎麼樣，如果總個量是這樣的話，是不會增加的，因為關節鏡的量就是這個量，除非他有什麼特別的一些診斷增加病人數目，否則全台灣的量是固定在這裡。

### **朱代表益宏**

所以能不能提供全台灣關節鏡的總量大概是多少？你現在只有提供這兩個醫令「64243B 關節鏡手術 — 關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創」、「64244B 關節鏡手術 — 關節鏡下關節面磨平成形成術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術」，事實上膝關節還有另一個支付代碼「64263B 膝關節半月軟骨修補術」，我了解的是這三個，不知道是不是還有其它的，也請林理事長提供一下健保署。

### **林理事長柳池(中華民國骨科醫學會)**

就以我們三總為例「64263B 膝關節半月軟骨修補術」相對量減少非很多，因為他本身要能夠修補的時候他一定要有一個完整的半月狀軟骨的皮存，像衣服一樣要能夠被修補，如果他亂七八糟的話不太容易，那半月狀軟骨在 acute stage 才能做，所以他的量應該相對的少，我不曉得健保署這邊的申報件數是怎麼樣。

### **主席**

我們目前手上是沒有帶「64263B 膝關節半月軟骨修補術」的申報量上來，那我們這些項目 102 年申報件數，「64244B 關

節鏡手術 — 關節鏡下關節面磨平成形成術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術」申報件數是 13069 件，不過我們那時候跟專科醫學會談，還有我們後來提到專家諮詢會議上，大概他們都還蠻贊同的，因為這二項手術 64243B 跟 64244B 確實有時會併同施行，因為我們從統計資料上也看到是這樣，所以如果是 1+1 的給氣化棒，我們擔心會衝擊到健保財務，所以才會做這樣的一個調整，那當然對於單純做「64243B 關節鏡手術 — 關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創」他會有點吃虧，只不過個案大多是 64244B+64243B，所以我們是想說如果...

### 郭代表正全

因為妳剛有講到我們比較關心的，就專科醫學會當然就他們技術面醫師報酬這段他有去反映，但就特材氣化棒，這一部份是醫院要承擔，那我們成本一萬多只給我三千多怎麼可能，那醫院會去關心這個問題，所以變成事實上在討論這個大家面不一樣、接觸點不一樣，那我剛才在看的話的話，可以從支付標準做調整，就是說同時申報什麼，就只能申報一個特材，那就跑不掉最多還是報一個，但是當初我們要把特材包到手術裡面來，就是 100% 或是 90 幾% 全部都要用這個特材，可以把它包裹進去，若非如此，特材沒用就不應該報這個錢啊，我是認為這樣。

### 主席

那是不是如果大家同意的話，我們先把氣化棒移出來，然後刮刀及磨刀因為他只有單純一項就讓他留在裡面，因為其實拆了越細其實大家申報起來是辛苦的，那如果是包裹還是有

他的好處，那到時候如果有這兩項併行我們再來思考怎麼去，就是反正他兩項併行也是只能報一個氣化棒用這種邏輯去，那就比較不會有這個問題，好不好？那如果這項大家沒有多大問題，那我們是不是再往其它的項目去做討論。

**謝代表武吉**

主席，那個 6-21 頁建議包裹支付裡面剛才我們的解釋案，醫管組的解釋有一個折扣，這個折扣到底是什麼折扣的？這個我們要釐清楚一點。

**主席**

現在不折了，就是另外拿出來報就沒有折扣的問題。

**謝代表武吉**

但是我們剛林理事長講的手術野，也是也有折扣啊。

**主席**

那個是在手術通則，那個可能另外要關案作協談，如果那個東西更動，可能整個總額衝擊會更大，因為我們目前是有有按照同一手術野折付的概念，那以後大家都不折付要全部恢復，那個可能就會要再去重新核算財務，可能在這邊沒有財務分析的情形下，作任何的討論會比較不妥適，謝謝。

**謝代表武吉**

但是我們現在今天是「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」一樣也是在裡面，跟這本一樣。

**主席**

對，我們承認他是支付標準所以我也是說要修就是要修通則，只是修通則要另外再提案，因為要做財務分析，這不是代表一直希望我們對所有支付項目的調整都要做財務分析嗎？

### 謝代表武吉

為什麼這是陳年弊案，這陳年弊案以前我們怎麼講你們都有百分之一百的理由都可以回答，但是現在這些代表都是太年輕了，我也是年輕的代表我什麼也不懂，所以我們要重頭開始要好好的訓練，把陳年弊案修正成正的，負的變成正的，不對的變成對的，才對得起我們這個醫界的同仁，所以說剛我一開始講高雄氣爆的事情，為什麼任何一個地方都有去訪問唯獨醫院沒有去訪問瞧不起我們醫界嘛，就是我們健保做的太好了嘛，患者來我們就是要救嘛，所以他就不尊重我們醫界這個問題，所以為什麼今天我一開始就是這種心理上的痛要講出來，所以說我的建議說這個案子今天林理事長也來了，林理事長麻煩先聽我講一下，我講話是四面八方都在看。

### 林理事長柳池(中華民國骨科醫學會)

對不起，因為剛好再討論另外一個診療項目的量，所以很重要。

### 謝代表武吉

今天有幾個建議，你覺得這幾個建議有不對嗎？不同手術野也要除以二分之一，再來包裹式的折扣已經拆出來，主席說拆出來你認為這樣可以嗎？，好不好說明一下，今天理事長來，我是尊重他吶。

## 林理事長柳池(中華民國骨科醫學會)

謝謝代表支持，當然站在不管是醫院還是醫生的立場，事實上醫生沒有話講，醫生就是按規定做事，過程面醫院本身真的是考慮到醫院過程中所需要的材料，就是拋棄式的需要考慮到成本，我想他們爭取是對的，那醫生當然希望醫院能夠有希望一個成本的給付，不能讓他作一個賠一個，醫生少收一點手術費沒有關係，可是過程面特材不能讓醫院不能讓他作一個賠一個虧本，這是我們醫生的立場，我完全贊成謝代表剛講的，作的是兩個算一個實在是沒有道理，我是覺得要爭取來，因為我們爭取過太多次我們也不太想講話欸，講有時候很難，但是公平的原則是對的。

## 朱代表益宏

剛剛除了講到不同的手術野，就是兩支腳雙側同時做的話，事實上很多代表都講到醫院的特材都會吃虧嘛，那另外還有一點就是說你現在把他包進來以後，是用你平均的進價乘上5%，但這樣都有一個大前提的假設，就是大家採購是1點1元，但是把他包進來以後就變成「點」了。

## 主席

手術是1點1塊。

## 朱代表益宏

但是在醫院裡面事實上他是包進來是點。

## 主席

手術就是1點1塊，麻醉也是啊。

**謝代表武吉**

但是如果以平均點值。

**朱代表益宏**

平均點值的話就是 0.9 嘛！那是不是可以考慮把這個管理費增加。

**主席**

我們錄案研議啦！謝謝代表的意見，那我們是不是這個案子。

**朱代表益宏**

錄案何時要研議？這個研議不要亂開支票。

**主席**

這個要給醫審及特材小組要去研議。

**朱代表益宏**

那個醫審及特材小組，在不在？

**主席**

有，他們坐在那邊。

**朱代表益宏**

醫審及特材小組在嘛，剛主席講要研議，請醫審及特材小組要研議哦，下次看什麼時候我們要追蹤哦。

**謝代表武吉**

醫審及特材小組十八號就可以遇到了，馬上就可以研議。

**主席**

對不起，我們現在時間已經很晚了，我們是不是讓這個案子能夠順利，很多專科醫學會醫師等很久，我們這個案子先回到 6-1 頁，就是剛骨科已經討論完了，現在接著討論。

**林代表富滿**

所以「64243B 關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創」之支付標準不含包裹給付特材了嗎？

**張技士淑雅**

不是，那個氣化棒移出來了。

**林代表富滿**

所以，維持原來支付點數，不改了。

**主席**

對。

**林代表富滿**

那「64244B 關節鏡手術 — 關節鏡下關節面磨平成形成術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術」

**張技士淑雅**

那個氣化棒也是移出來了。

**林代表富滿**

對，所以 6-27 頁註 1 說明得另加計百分比要改；註 2 之拋棄

式特殊材料要註明「只含刮刀及磨刀」。

### **張技士淑雅**

會改，那個錢會重算。

### **主席**

會一起重新計算！那我們現在到 6-1 頁的（一）單次使用拋棄式過濾器乙項繼續討論。

### **林科長淑範**

6-1 頁的（一）單次使用拋棄式過濾器乙項，他是用在支付標準診療項目編號 17001C「萊特氏最高流量計」等 21 項診療項目，那這個過濾器我們在跟學會討論的時候，其實他們認為說增加過濾器後病患在做呼氣檢查的時候他可以過濾可以減少院內的感染，其實對於細菌性感染其實是非常有效的，那所以我們再來看到我們的 6-11 頁，那對於這一項把過濾器放進去，總共會調整 21 項編號 17 開頭所有的呼吸器檢查診療項目，那費用預估是三千萬左右，以上為簡單說明。

### **郭理事許達(台灣胸腔暨重症加護醫學會)**

過濾器和紙嘴可以避免重複使用造成的細菌感染，因不含在給付內，過去都是以自費。健保署考慮全民福祉，把自費的耗材過濾器納入給付，對受保人是好的。上一次會議中討論時，提出除過濾器外還有一個紙嘴，應該把紙嘴 4.5 元加上。因為紙嘴便宜一個只有 4.5 元，不讓病人誤解太多的自費項目，過去以收過濾器的名目收費，。所以這次討論只提出拋棄式過濾器的價格，沒有把紙嘴一個 4.5 元列入，希望

能再加上去。

**主席**

請醫管組解釋一下。

**張技士淑雅**

跟各位代表及郭理事長報告一下，我們在算這項成本的支付點數完全沒動，紙嘴本來就含在一般的材料那個也沒有扣，當初我們在談的時候以為他有替代費用的問題，後來經當次學會說沒有扣，所以我們這個訪價 33 塊是醫院回報後的均價，完全沒有扣紙嘴的成本。

**郭理事許達(台灣胸腔暨重症加護醫學會)**

所以不包含紙嘴的成本？

**張技士淑雅**

紙嘴 4.5 塊本來就含在支付點數裡面，就是在一般材料費裡面。

**林代表富滿**

「台灣胸腔暨重症加護醫學會」的意見，應該是說原來那個紙嘴就是應含，成本都是醫院吸收，建議此次應把此項納入成本一併給付。

**郭理事許達(台灣胸腔暨重症加護醫學會)**

因為以前沒有紙嘴只有一個塑膠銜嘴器，清洗後重複使用，現在改成紙嘴我想對病患是好的，可以避免傳染。以前紙嘴的費用比較少，沒有寫在裡面，所以現在完全要拆開的時候，

紙嘴應當反應出來比較合理。

### **陳代表宗獻**

我從兩點鐘坐到現在三個鐘頭終於開始講話，現在是這樣，這個 17001C「萊特氏最高流量計」我們在民國九十三年就有開放到基層診所來使用，我們來看 6-7 頁基層診所 102 年申報醫令量 88,704，但是沒有去訪價，所以變成不知道診所負擔是怎麼樣，現在看得到的是從醫學中心一路是往下是在上升價格，那基層診所價格  $33 \times 1.05 = 35$  也沒辦法符合他的成本，剛郭理事講的是目前都是用自費對不對？

### **郭理事許達(台灣胸腔暨重症加護醫學會)**

對。

### **陳代表宗獻**

這是第一個問題，第二個問題這樣我們算起來每年要增加 315 萬，但是我們總額在協商的時候，代表主張的是支付標準表的調整不要再跟我要錢了，所以這個部份我這邊能贊同的機會很小蠻困難的，因為後面那段沒辦法處理。

### **廖襄理秋錫(姚代表姚鈺代理人)**

這是檢查項目，將特材費內含而提高支付標準，醫院在計算醫師 PF 的時候，不管是手術或是檢查項目，都是以技術費或檢查費來給，但現在內含了材料費，而材料費成本是醫院在負責，若支付標準沒寫這項含過濾器是加了多少%的材料費，從+50%到+85%我們給醫師就變成+85%去給，醫院除了要付出材料成本還要 PF 成本往上墊高，這樣會有問題，

所以我建議檢查處置可不可以比照手術項目，把一些比較重要材料百分比也寫上去，要不然就是一定要公告計算原則，否則我們沒辦法接受，量太大了，醫院成本會不斷往上墊高。

### 陳代表宗獻

我們那個新藥新科技還是新特材在支付標準裡面如果要列進去的話要在另一個會議討論嘛，那現在包裹到這裡面的，變成在這個地方討論，一不小心就過去了，然後我們就不知道為什麼點值一點往下降，在這個地方也沒辦法處理，如果要通過，醫院要通過我沒有意見，要看大家的看法，但是我們基層是不贊成在把這個自費的項目放進來。

### 謝代表武吉

主席，剛陳代表說他第一次講話，剛才都我在講話，所以我現在因為他在講話，我暫時都不講話了。

### 主席

這個項目的調整，是因為我們那時候整體在收集自費材料時候發現這個部份也是很大宗，就是說他確實有這樣的情形，那我們想說這個項目確實有很多人在用，然後又涉及到相互感染的問題，所以我們希望可以買進來，不過我們可以體諒代表提到說，既然加了那麼一個新的材料在裡面，因為在同一個章節我們再思考看看，怎麼把他呈現進來，這個意見我們可以來考量。至於說那個紙嘴的部份，可否請郭理事大概說明，你們覺得還需要加多少點數，因為這個一定會衝擊到。

## 郭理事許達(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

上次提案的時候有提到一個紙嘴是 4.5 元。另外，拋棄式過濾器其實我們醫院買的價格都遠高過這個價格，我不曉得你們價格 28 元怎麼去...好厲害。

## 陳代表宗獻

我們現在基層總額的浮動部份是 0.85，所以現在給的點數再乘以 0.85，我看醫學中心都買不起這個東西。

## 主席

這裡是浮動。

## 陳代表宗獻

這是浮動的，因為他是檢查不是手術，只要沒寫元也不對，所以這個案子我建議不要討論。

## 主席

我們為什麼會一併考量，是因為我們一個支付項目在基層使用跟在醫院使用又不一樣，我們比較擔心會有衡平性的問題，那我們其實今年有為了去年 102 年醫院去調整急重難有編了一億，是給基層要去調去年 102 年的項目會影響到基層的部份，那部份其實最後調起來不到六千萬，所以我們推估這個部份是可以含括進去的，我們不希望一國兩制，真的會造成民眾的感受不一樣，因為民眾都大量的跑到大醫院去，就是覺得去基層得到的服務跟醫院不一致。

## 陳代表宗獻

你不能這樣講，我基層的就醫人數、就醫點數、服務量都一直在上升，我們現在管控已經管控到，一個月來看病第十一次就不給診療費，所以只要你開藥不管多少病，開藥只要超過第九項我就把你捉來看，我不覺得我們的服務量在下降，現在的問題是在於說訂這個的時候，不要把一些目前自費的項目一直把他納進來，我點滴在心頭，因為去年協商的時候，主席到後來講了一句話，就是說消費者已經認為我們現在的醫療服務品質和狀況，他們都覺得很滿意了，所以不想多加錢去買，何況這個完全不符合標準，如果說這個項目 44.8 地區醫院，那麼我們基層大概要 50 吧，然後再乘以我的點值 0.85，那我基層怎麼提供這個服務？還有第一年用六千多萬，第二、三、四、五、六年就出來了就不一樣了，那個成長的速度就不一樣了你也知道。

### 主席

這部份，付費者代表要不要表達一些意見，因為其實這個我們是有編新增預算要去支應，那這個東西如果沒有用過濾器有時候前面的人吹完以後，容易交互感染。

### 陳代表宗獻

有的用只是用自費而已，你不要什麼都把他包進來，如果你有辦法讓他作植牙可以報進來，我們什麼都包，以上。

### 主席

這部份，付費者代表要不要表達一些意見，因為其實這個我們是有編新增預算要去支應，那這個東西如果沒有用過濾器有時候前面的人吹完以後，容易交互感染。

**陳代表宗獻**

不是，這個問題，付費者意見我們非常尊重，但是你要看的是合理不合理的部份。

**朱代表益宏**

主席你給 33 元，地區醫院平均價 44 元這要怎麼解決？

**林代表富滿**

這裡是點。

**朱代表益宏**

手術費 1 點 1 元。

**林代表富滿**

此項屬於檢查。

**朱代表益宏**

檢查喔！還給他打折，請主席說明一下對地區醫院要怎麼交待，如果是點還要打八五折，地區醫院就做一個賠一半，44 元我是買元，那現在給我 33 點，33 點又乘 0.8，你知道我剛好 44 元，做一個賠二個，這個是不是請醫管給我們地區醫院一個交待。

**林代表富滿**

其實不只地區醫院買價的問題，醫學中心或區域醫院間都有同樣的問題，可能買的比這個更高，健保署是否可以提供訪價的廠商價格，讓醫院有重新議價的機會。

## 張技士淑雅

這部分涉及各醫院與廠商之間交易及廠商商業利益，健保署無權公開。

## 林代表富滿

部份項目的價格，跟實際買價差異大，值得探討。

## 朱代表益宏

主席先回答一下地區醫院，不要顧左右而言它，要對地區醫院如何交待？實際給 25 元，地區醫院買進平均為 44 元，怎麼跟我們交待，說這個包進來，你不是叫地區醫院去跳樓，這裡十八樓幸好窗戶弄起來了，不然所以地區醫院所有代表都要從這裡跳下去了，主席回答我的問題，不要不講話。

## 主席

其實你提的問題我很難回答你，因為這個本來就是訪價的結果。因為確實我們不可能全面性的訪價，目前它是自費的項目，我們也不知道誰在用、誰沒有用。健保署只是忠實呈現訪價結果。那我們在過去在訂價上本來就是用均價，我們也不是說去訂最高價，因為我們也被人家罵說，明明有比較便宜，為什麼健保署付這麼高。健保在訂價就像我們如果今天我們因為地區醫院是到 44 塊，所以我們要訂 44 塊。有些人就想，那你健保怎麼沒有幫我們把好關，為什麼讓它有這麼大的一個洞在那裡。如果大家對這個項目有這麼多的疑慮。

## 陳代表宗獻

基層的成本是多少，沒有訪價。

**主席**

公會要不要，幫我們問看看你們基層院所。

**陳代表宗獻**

我們沒有主張他報進來，因為要半價買蘋果的是你們，不是我。

**李代表紹誠**

我也是做了 3 個半小時，第 1 次發言，如果現在這項自費，並沒有造成一般民眾的困擾，署裡面承受這個壓力，現在你 run 的很 smooth，為什麼要把他包進來，造成這麼多的一個大家對於財務上的一個困擾。這個東西就讓它繼續自費嘛！我們不應該再去包山包海，然後包到讓人民覺得說，我愛怎麼做就怎麼做。我覺得我們應該要做另外一種的思維。民眾要被教育，有些東西是要他自己必須負擔的，以上。

**林代表淑霞**

主席，我呼應前面的代表講的。因為我們總額資源真的有限，我們應該把這個資源用在讓民眾可能真的會增加他真正的負擔，而且是危及健康生命的部分。那這個小額的錢，而且每一個層級每一個醫院採購，現在都還搞不定。現在快五點半了，要不要浪費時間在討論這樣的一個事情。就是說，這個案子要嘛就暫時先 HOLD 住，要嘛就是根本不要把它包進來給付。

**主席**

這樣好了啦，實際上大家也覺得說，因為這個案子確實大家

對那個價格上有一些爭議。那是不是我們先保留好不好。案子先保留，我們再收集一下，包括基層這邊的推估，我們也重新做一個推估。再來做後續的處理。那我們是不是進到第二案，就是單次使用拋棄式肌電圖針這一項。

**謝代表武吉**

主席，程序問題，清點人數。散會了！我算過了，不夠了。

**主席**

他們可能去洗手間，待會就回來。

**謝代表武吉**

再怎麼去洗手間，都還是散會。

**林科長淑範**

院長，其實我們後面坐很多的專家，來一趟真的是不容易。因為剛才林主任有提到說，其實有些真的是危及病人生命，或是比較重要的項目是可以先談。

**謝代表武吉**

這是程序問題，人數不夠，就是散會。

**林代表淑霞**

謝理事長，其實今天真的是很多醫學會在後面，陪我們一個下午。

**謝代表武吉**

我今天早上就來開會啦！

## 林代表淑霞

我剛剛就有提到，醫學會來的案子先拿出來討論。可是中間也討論一些跟醫學會不在場的案子，浪費好多時間。

## 謝代表武吉

不是說討論，人數不夠啦！

## 主席

他們兩個都在，還是超過半數。

第二案是單次使用拋棄式肌電圖針，因為這個確實，大家一直被收自費。

## 賴理事達昌（台灣神經學學會的理事）

我是台灣神經學學會的理事賴達昌，這個問題就是曾經民眾有反映。那就是那拋棄式的針，以往當時訂這個價格，早期並不是拋棄式的針，是那種 reuse 的針。所以檢查的項目是一千塊，實在一千塊不是很大，但因為檢查的項目很多，我們至少大概做三塊、四塊，四塊肌肉是最少要的，因為一個手是兩、三個神經，腳也是三個神經，所以有時候要做很多項，那有時候要做頸部跟背部，但是一根針就可以了。但原則上這個價格就是幾百塊，但是我們現在報的價格都是比較偏低，說實在是偏低啦！為什麼，因為本來那個價格就是不高，所以沒有醫院願意買那個比較好的針啦。那我們的希望是說，能夠價格好一點，我們可以用比較好的針是比較好。那對病人的服務是比較好。大家知道肌電圖用針是一定要的，必要是用針啦。它針是很特殊的針。那因為醫院是不敷成本

嘛，因為要技術員、要醫生，那個根本不敷成本。所以他們就是用比較便宜的針，那我們是說，如果是可以價格好一點，病人的服務會比較好。因為很多檢查，尤其是現在神經的病變很多，環境不好，那有時候糖尿病的病人目前數量很多，都會需要看他哪個神經是有問題的，所以我們希望那個針的價格稍微好一點，希望各位代表能夠跟我們參考一下，能夠同意。好的針讓病人比較舒服，扎起來比較舒服，大家知道打針，不好的針頭跟好的針頭就差了很多了，那如果是能夠有比較好的價錢，我們以後醫院慢慢會採用品質比較好的針，那可以對病人是有福利的，那希望各位代表能夠看能不能同意。我們如果是價格再調高的話，會用比較好的針。

### **李代表紹誠**

本人第2次發言，因為這裡面看也沒看到基層的訪價，基層也有在做，是跨表。這部分也是我提出的一個問題。

### **主席**

那個學會要不要說明一下，你剛講說，這個一百六十七點你是覺得太少是不是。

### **賴理事達昌（台灣神經學學會的理事）**

太少。因為大概大家都買台廠的針，因為每一家醫院，那剛才有個醫院反映跟我講的就是說，我們還是有的是會選擇三、四百塊左右針，有的人讓病人去挑，那病人會覺得那針做起來是比較舒服的，如果願意價格提高，以後整個醫院都會採用比較好的針，那不好的針，銳利不銳利、角度好不好，有時候那個針是反應好不好是差很多。

## 朱代表益宏

剛剛那個醫學會也講，其實這個針有很多種，比較銳利、比較不銳利嘛！我覺得這個東西放在自費裡面是 ok 的。對病人來講，你說這才一百多塊，我才不相信現在病人一百多塊會付不起，對不對。而且這個東西也不是說你沒有自費，他就不能做，對不對。那你一定要把這個東西包進來，我是不知道為什麼，然後你包一個價錢，以後他三、四百塊也都不能用，全部都只能用你這個東西，病人要挑好一點的也不能自費。因為你們規定是，如果這個東西在特材面已經給了，你就不能自費，病人沒得選。那如果病人要用三百塊、四百塊的要怎麼辦。要醫院買單嗎？這樣我覺得不對，這種思維其實不對。

病人要吃牛肉麵一塊牛肉，你現在說不行。醫院只能加一個比較不好的，不要說那兩個字的肉啦。

## 謝代表武吉

如果要這樣加下去，我建議全民健康保險署，改成全民健康保險福利署，這樣不是更好嗎？都包進來了，全包，肉餅也包、餛飩也包、油也包。

## 徐代表弘正

主席，這個是不是看學會的意見怎麼樣。如果這個真的像代表剛剛講的，把它變成自費，我覺得這個真的可以可行（...本來就自費啊！），那就不要討論了。

## 賴理事達昌（台灣神經學學會的理事）

現在就是說有民眾反映。我想可能是因為健保署有收到民眾的反映，希望就是不要用自費的方式，所以看看不就是說單請各位代表慎思看看，如果說能夠為了民眾的福利，那個針還是必要的，因為肌電圖就是要用針做必要的檢查。

### 主席

先給付費者代表好不好。

### 李代表永振

重覆我以前講過的，現在安全準備雖有一千多億，我要提醒這是要用五年的，目前按照主計處解釋及估計，今年就會去掉四百六十五億了。政府須負擔 36% 那個爭議還沒有解決，如果按照主計總處的解釋，安全準備很快就會用完！

第二點，全民健康保險是社會保險，社會保險只是提供一個基本的保障。另我們一直在談的被保險人自行負擔的部分，也沒有辦法去解決。所以大家在討論的時候，可不可以考慮這兩個因素。謝謝！

### 陳代表宗獻

我們在另外一個共同擬定會議裡面，討論一個藥，這個病如果沒有用這個藥，大概就尿毒就死了，小孩子的時候。主要用這個藥，號稱有用就可以繼續活，但一年要一千九百萬，那健保署也希望建議他把他放進去，我們現在是一個倫理問題。像這種一千九百萬你不付，他就沒有生命。這一種的我們就很掙扎，但這幾百塊錢、幾十塊錢，實在是不要一直包進來了，再包進來我們就不知道怎麼去面對那一千九百萬。我們要拒絕也是覺得很掙扎，就是倫理的問題。

## 朱代表益宏

現在其實他肌電圖是常態、很普通的檢查，現在很多都是 reuse，reuse 不是不能做，只要消毒好，事實上是沒有問題的。事實上是可以做。那病人如果他說不行，要用好一點的。那你給他自費也不行，一定要給他包一個。連醫學會都覺得這個價錢太低了。又沒有沒辦法包進來，好的三百塊、四百塊，那以後三百塊、四百塊也都不能用，包進來再用就是醫院巧立名目收費，那會判刑的，醫院會關。買一個針，如果健保局認真辦起來，醫院就關門了。有需要這樣嗎？所以我是建議這個東西不要包，回復到自費的市場。如果病人他真的沒有錢，他事實上還是可以做肌電圖嘛！不是說沒有這個針，肌電圖就不能做，還是可以做阿。對不對，只是用 reuse，那它有什麼危險嗎？沒危險。只要消毒好，做完這無菌的準備，是可以做的。一樣有效果，為什麼一定要把它放進來。有這麼急迫性跟必要嗎？

## 主席

如果說代表都不支持，那我們這個案子就先不導入，就先不給付。那我們是不是先把這一案討論完。第三個就是心臟血管異物取出。

## 謝代表武吉

不要，再講就亂掉了，我現在算起來，人數不到二分之一。這樣子，會議結束了。我要回去高雄耶，那明天下午還要來這開會。如果繼續討論，敢有決議，我一定處理。

## 主席

因為我們其實只剩兩個，就是器官保存液跟心臟血管異物取出。還是說，代表對於這個有專業的部分有沒有要提問的，現在我們先提問。那我們下次就不要請人家來這邊枯坐，就針對這個案子。有一些有專業問題的，我們是不是就先專家回覆。

### 李代表伯璋

我先請教一下健保署，第四案器官保存液，你現在把一些費用抓下來。那你們要從哪邊去給付？就是那些心臟摘取、肺臟摘取那些部分對不對。那我們知道心臟、肺臟這幾個費用去除了以後，那他不是 case payment，不過腎臟是 case payment，看 6-17、6-18。屍體捐贈切除術的手術費用抓下來，那我不知道你們那時候的打算是怎麼樣。從哪邊去給付？

### 主席

那個醫管組，有聽懂李代表的意見嗎？就說明一下 6-17 怎麼算的。

### 李代表伯璋

6-17、6-18 頁那邊，有一些手術費用，那開刀一定需要保存液，那現在價錢他們一直反映很貴，那貴你們現在就是要把他增加成本。我是在想說，我有跟蔡主祕反映，現在在做器官移植的時候，有時候會跨到醫院去做手術，譬如說成大醫院到泰安醫院去拿腎臟的時候，那因為我們手術的費用會以取器官的醫院去報，讓他們願意投入這個工作。那問題是，這保存液會從醫學中心帶過去。所以說不知道費用怎麼算。就是說，又沒有拿到手術費，自己要帶保存液過去，很不划

算，通常都會發生這種狀況。

就是說，手術費用本來就是對方在報，東西是醫學中心帶過去，那現在是說這個案子，我先跟你們報告，好好再討論一下，看看你們怎麼去協調會比較好一點。

**林代表淑霞**

李代表，那為什麼不由摘取的醫院自行備這個保存液呢？

**李代表伯璋**

因為摘取醫院，譬如說南門醫院它有捐贈器官，它不是移植醫院，它捐器官的時候，像台大團隊去拿器官的時候，或成大醫院去拿器官的時候，那個醫院不會備這個液體，這都有時效性。

**林代表淑霞**

所以加到摘取的手術診療項目是不對的，應該是加到進行植入術的醫院才對。這個保存液我知道，因為是獨賣，獨一個廠商，而且真的很貴，一點都不給降價。像我們的心臟移植也是這個情形。所以現在就是有關要包裹到手術的這一段，應該對象是針對植入術的手術診療項目而不是摘取術，這樣才對。

**主席**

那如果今天只是大家都贊同提高保存液的價錢，只是要放在什麼項目有意見，那是不是我們就按照我們重新去核算，我們可能問一下有在做移植的醫院費用申報的狀況，好不好，我們再來做調整。那醫管組這樣可以嗎？

那最後一個是心臟血管異物取出器。那個是，比較特殊的材料，它確實執行導管時，是有東西掉在裡面，需用那特殊材料去把他夾出來。請學會說明一下。

### **徐迺維醫師(中華民國心臟學會)**

心臟學會健保小組徐迺維報告，事實上放在身體裡面的東西越來越多，不論是心臟科的導管、或是腫瘤科用的 port-A catheter 等，它都有斷裂的可能性。至於是誰的責任？有時候很難說，剛開始沒事，放一段時間後自己掉下來。掉下來了以後，本來在靜脈的導管又跑到右心、肺，在動脈的導管又跑到腎臟，這些都有可能。所以它是一個不可預期的問題。做這個處置是去協助這一些受到不預期傷害的民眾，但是，之前的給付是一萬點，這光是從醫護人力，以及謝理事長所講的行政人員的成本來計算，一萬點是勉強打平。這個特材目前為止是沒有包含在健保給付裡面的，學會也曾經去調查過，大概有五個廠商目前有提供這項產品。那我們也稍微調查一下，這兩年每一年大概執行量是兩百多個左右，也不可能更多。所以我們的考量就是，第一點它的整個合宜性，這的確是我們民眾受到不預期的傷害。第二點責任歸屬是很困難的，這個特材也相對比較高價，所以我們認為說是不是可以由健保給付這一筆。也不是特別給付這個特材，而是包含在這個手術處置的費用中，讓民眾受到這個傷害的時候，能夠順利的解決這個困難。

### **李代表永振**

剛才有提到保存液，就是 6-17 頁。在 6-29 頁腎臟的部分也有這個問題，它就是把保存液整個劃掉，但是它放在第二項

改成一般材料費跟特殊材料費得另再加給 184%，另外一個是 174%，我昨天跟我同事算半天，算不出來這是怎麼弄出來的。因為這個差異蠻大的，都是六萬多點，你把它腰斬之後但是這邊又把它加上去，加上這一項的話，是不是另加 184%那就是變成可以加到 284%，那會變成多少點我不知道。這部份是不是應一起重新考量？

### 李代表伯璋

我想這個部分，我再跟你們好好的，把細節跟流程搞清楚，才不會。因為這是個長長久久的制度面，有時候實務跟那個還是不太一樣，好不好，這不急，這我們再研究。

### 主席

這個部分，我們就先保留的，還要再討論。那另外就是這個心臟取出物，代表沒有意見，我們是不是同意它（徐代表弘正：不行只能先討論，不能同意...，下次再討論）。好，那個雷射光纖的部分，是不是也請學會表達一些意見，或是說大家有沒有問題要問。第 6-4 頁，就是輸尿管鏡取石術及碎石術一併用雷射治療的。泌尿科醫學會有沒有意見（泌尿科醫學會：沒有意見），這是我們跟醫學會有討論過，那現在其實很多碎石術都已經適用雷射治療方式。

### 徐代表弘正

這價格會不會太低？

### 主席

因為它是其實是可以重覆使用的。因為他那個頭，雷射本身

的光纖是可以不同的病人去使用的。它是一直打，打到越來越短，然後再買一條。所以它不是整支的錢。

### 張技士淑雅

一般大概醫院回覆資料平均約一條光纖使用八到十次，但是在計算時，是以各醫院回覆一條光纖使用幾次，如是 10 次價格就除以 10 次，醫院報 5 次，就除以 5 次，並不是以統一平均次數來計算，而是以醫院為單位，計算單次使用光纖之價格。

### 徐代表弘正

我覺得這個東西為什麼不由各醫學會去收集資料，透過他們去要不是更好嗎？你們為什麼區域醫院及地區醫院只要了三家醫院，區域醫院每家都有在做。

### 主席

可能代表你不清楚每個醫學會，並不是每個醫學會都願意幫我們這個忙，而且他們也有一些蒐集上辛苦的地方，所以我們還是用我們健保署的人力跟物力。我們非常體諒你體諒我們，謝謝你，只是我們也不太敢壓榨醫學會。

### 徐迺維醫師(中華民國心臟學會)

學會能不能簡單報告一下。學會也想去拿資料，但學會是私人組織，健保署是公家機關，這個資料我們有時候是拿不到的。

## 討論事項

### 第四案

案由：中華民國眼科醫學會建議提高眼科手術診療項目編號85608B「鞏膜切除併植入或扣壓」等16項診療項目之兒童加成比率案。

主席

另外，我們有一個案子，我們眼科醫學會醫師從嘉義過來，是不是眼科醫學會先表達對這個案子有什麼看法。

蔡醫師紫薰(中華民國眼科醫學會)

代表們辛苦了，我們眼科醫學會有兩位代表，我是視力保健委員會的幹事，另外一位是嘉義基督教醫院的副院長蔡忠斌醫師，主要是去年因為五大皆空的問題，有做兒童加成給付的手術調整。但在我們兒童眼科的手術方面並沒有做這樣的調整，兒童眼科在現在眼科界也面對著五大皆空的問題非常的嚴重，因為兒童眼科的手術，第一個就是兒童眼球特別的小，而且要非常更精細，所以花的時間更長。第二就是兒童眼科，必須要做全麻的處理，一樣的手術在成人可以用局部麻醉，兒童一定要全身麻醉，風險高，時間也長。所以在一樣的給付條件下，現在願意做兒童眼科手術的醫師越來越少，我們只希望藉由合理的調整，至少要跟其他兒童外科手術做一樣的調整，讓兒童眼科的醫師，願意更投入這方面的手術，並且可以得到合理的回饋。這樣子，也希望我們的兒童得到更好的眼科照顧。

林代表淑霞

主席，我們是真的對不起兒童眼科，本來兒童加成現在我們所有的一個手術都是加成，怎麼會把這個漏掉呢？所以我想

沒有異議吧！

### 林科長淑範

解釋一下，它這個手術項目都是兒童加成，那現在手術項目都是兒童加成，那現在眼科醫學會提出來是提升兒童加成，就是本來 base 的兒童加成再往上提，那提高的程度是 7-1 頁的說明三，就是從小於六個月，從 60% 要變到加成 100%，六個月到兩歲本來一般的兒童加成是 30% 要提高到 80%，兩歲到六歲由一般的兒童加成是 20% 要提高到 60%，所以是提升兒童加成，這個措施是在我們五十億的時候，有一百五十項提升兒童加成項目，對於兒童特別難做診療項目，一般兒童加成再加成的意思。

### 林代表淑霞

預算支出多不多？（健保署：不多，約 3 百萬）。

### 蔡醫師紫薰(中華民國眼科醫學會)

跟代表們報告，這個金額不知道大不大，但是我覺得這是給一個願意做兒童手術的醫師的一些鼓勵，吸引後輩來做。現在年輕人願意做的人真的是越來越少。

### 徐代表弘正

我們在坐都支持，但是無法決定。

### 主席

知道，我們只是說，因為眼科醫學會真的來了，就讓他們表達。那我們下次還是會再重新做討論，好不好。那我們今天會是不是就到這邊。不好意思，因為我們還有一個很重要的

PAC 的案子，那因為這部分是部裡面很支持，我們會盡快再邀開會議。

## 討論事項

### 第六案

案由：修訂「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」案。

#### 吳代表肖琪

我也很好奇，為什麼護理之家不可以做，然後就要全部都封住，國外的 PAC 真的就是在居家在社區，那我們算了，現在一年，第一個月就花，藥費不算就是八萬以上。那有些個案可能本來就是回家的。那會不會因此就來這裡了。那我們都知道中風個案本來半年內 ADL 就是會恢復的，除非你有很強的證據說需要用區域醫院，這蠻貴的，不然我們社區性住院會越來越高，我還是要提醒，我去年說我反對在區域醫院急性病床做，應該要在社區的護理之家，你要區域醫院或地區醫院轉型的床去做護理之家，也可以解決我們現在護理人力不足的問題，因為護理之家的話，一個護士可以照顧十五床，可是我們如果要用急性病床的話，其實護理人力要聘足，好，那我們那如果不要花八萬多在區域醫院，我們只要補助護理之家兩萬塊或三萬塊，健保還可以省錢，可是實際上達到類似的效果，我真的還是要提醒這件事情，我還是要盡忠職守。

#### 徐代表弘正

我支持吳老師的意見，而且我跟你講，他們是為研究而做研

究，真的強烈的認為。而且我可以告訴你，做的結果很好，為什麼，selection bias。你知道嗎？絕對有 selection bias，而且有一些就像吳老師講，他那些人其實他可以到護理之家去，他就可以做復健，而且不要花那麼多錢，就可以。可是真正的嚴重的人進來這個你就倒楣了，因為真正出去的時候沒有一家醫院敢收他，因為我會被刪。這個不是 selection bias 嗎？而且他寫的結果，一天一定比一天好，為什麼，他要申報，而且他最後結果要好。要不然他後面六週又不能再延續了。所以不是一個完全扭曲的研究嗎？所以我會覺得說，他為什麼 104 年不加入新的個案、新的方法，就是他要維持原來的 sample。所以，請吳老師真的要注意這個案子。

### 李代表紹誠

主席我還是提一下那個，就是 PAC 的，你這個 MRS 是 2 到 4，你 2 跟 4 中間差的距離非常大，所以最後你出來的 outcome 是失真的。然後病人急性 outset，三個月，很多病人自己會進步，不是因為你做了這個事情他進步了。所以現在很多的問題，這個計畫案我看出來，簡直是一個失敗的計畫案，因為他的東西是很不精緻的東西，你把兩分的跟四分擺在一起算 outcome 怎麼可以。那大家到最後都會選擇好做的，重度複雜的就真的沒人要接。這是一個真的是要精緻一些，它的 outcome 是不可以這樣看，因為他三個月自然就會進步，你不要處理他，他就會進步的東西。你怎麼可以用那麼大的密集度去做一個他自己會進步東西。反而是在三個月之後，到兩年這段時間他的變化。還有一個就是，現在有人說不接的原因是你的檢驗費不在裡面，它的檢驗檢查不在裡面，那他今天他這個病人發燒了，他到底是肺炎還是泌尿道感染，他

需要還要再一次中風，那個檢驗檢查的費用不含在裡面。誰也會承擔不起這樣的一個延伸出來的費用，所以另外一個家屬，他根本不願意走 PAC 這條路，所以這個東西是很多問題的。

**主席**

好，謝謝，大家晚安，再見。