

103 年第 2 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

共同擬訂會議」會議紀錄

時間：103 年 6 月 12 日(星期四)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長魯

紀錄：許怡琳

出席人員：

陳代表雪芬	陳雪芬	陳代表福展	翁瑞文(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蘇清泉、蔣世中
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
廖代表學志	(請假)	林代表敬修	林敬修
陳代表志忠	陳志忠	高代表靖秋	劉淑芬(代)
徐代表弘正	徐弘正	曾代表中龍	鄭喻仁(代)
林代表淑霞	林淑霞	曹代表昭懿	朱世璋(代)
羅代表永達	羅永達	吳代表進興	吳進興
謝代表文輝	謝文輝	黃代表鶴珠	(請假)
謝代表武吉	王秀貞(代)	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	陳川青

張代表嘉訓 (請假)

侯代表彩鳳 侯彩鳳

王代表正坤 (請假)

李代表玉春 (請假)

黃代表啟嘉 黃啟嘉

吳代表肖琪 吳肖琪

陳代表憲法 陳憲法

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

周雯雯

衛生福利部全民健康保險會

張友珊、葉肖梅

衛生福利部心理及口腔健康司

鄭淑心

中華民國中醫師公會全國聯合會

翁瑞文

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

劉素君

中華民國醫師公會全國聯合會

林忠劭、吳春樺、陳思琦

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、杜金錠

中華民國助產師助產士公會全國聯合會

王敏華

台灣醫院協會

何宛青、陳俞文

台灣精神醫學會

陳俊鶯

財團法人醫藥品查驗中心

許雅蓉、黃伊寧、林郁婷

本署台北業務組

莫翠蘭、馮震華、李如芳

陳佳叻、丁香豔、陳美玲

本署北區業務組

郭佩萱

本署企劃組

詹孟樵、江政謙、吳家銘

本署醫務管理組

林阿明、李純馥、陳真慧

林淑範、林寶鳳、蔡月媚

王玲玲、陳依婕、許怡琳

涂奇君、吳明純、張淑雅

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄（議事錄）：請參閱(不宣讀)確認。

三、報告事項

(一)放寬全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則六另開內服藥之針傷科治療處置每月申報量上限案。

決議：同意放寬每月申報量上限(由 45 人次放寬至 60 人次)，惟預算由中醫門診總額醫療給付費用非協商因素支應修正為一般服務部門內支應，修訂後支付標準詳附件 1。

(二)精神分裂症醫療給付改善方案更名為「思覺失調症醫療給付改善方案」案。

決議：

1. 建議衛生福利部心理及口腔健康司以公告方式周知全國「精神分裂症」更名為「思覺失調症」。

2. 同意方案更名為「思覺失調症醫療給付改善方案」。

(三)有關「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」擬導入支付標準案。

決議：與會代表對於本方案導入支付標準表示支持，惟對方案內「參與資格」尚有不同意見，故暫緩導入支付標準。由健保署邀集醫院團體及安寧相關專業團體討論，在兼顧可行性及品質的前提下，取得共識後，再提會報告。

(四)有關「全民健康保險特定檢查資源共享試辦計畫」擬導入支付標準案。

決議：同意導入支付標準，考量暫無法評估對西醫基層之財務影響，僅開放醫院層級申報。另為免各特約院所資訊系統重新設置，支付標準編號維持原試辦計畫 P 碼，修訂後支付標準詳附件 2。

(五)全民健康保險醫療費用總額其他預算項目－「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」，103 年下半年診所及藥局納入實施及其核付指標另行協商議訂案。

決議：

1. 同意通過103年下半年診所及藥局納入實施鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案及其核付指標，該指標詳附件3。
2. 醫院協會代表如對本方案之醫院核付指標有修訂意見，請於10日內來文建議。

四、討論事項

(一)修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號

05404C-05406C「精神疾病患者居家治療」等3項診療項目案。

決議：同意調升支付標準編號05404C-05406C「精神疾病患者居家治療」等3項診療項目支付點數，並放寬05405C每位醫師每日合理看診量由6個調整為8個及每月合理看診量由180個調整為240個，修訂支付標準詳附件4。

(二)103年全民健康保險提升住院護理照護品質方案。

決議：本方案支付方式之各項預算編列，以甲、乙二案提報全民健康保險會，二案支付方式之異同詳如下表，其餘內容照案通過。

支付方式	甲案	乙案
品質指標報告	未編列預算，但列入必要登錄項目	0.5億
通過醫院評鑑人力標準	12億	12億
補助新增護理人員數	3.5億	3.5億
偏鄉醫院住院護理費點數加成	0.5億	0.5億
一般急性病房每月三班平均照護人數	4億	3.5億
總計	20億	20億

(三)有關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項特材之支付標準調整案。

決議：

1. 通過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」、「單次使用拋棄式高速切割系統(鑽頭)」、「單次使用拋棄式高頻熱凝儀探針或穿刺導管」等3項特材之支付

標準調整案，修訂31項診療編號之支付標準詳附件5。

2. 於下次會議報告前述項目再次訪價結果。

(四)「納氏胸廓異常矯正術(Nuss Procedure for chest wall deformity)」等11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：與會人數不足，暫停討論，提報下次會議討論。

四、散會：下午 6 時 15

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第四部 中 醫

通則：

六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B55、B62、B80、B82、B85、B87、B90、B92)上限為四十五~~六十~~人次，超出四十五~~六十~~人次部分者五折支付。

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning (草案)

一、造影 Scanning (26001-26077、P2105-P2108)

通則：

1. 本項所定點數包括放射性藥物、注射、技術費、底片費及診斷費在內。
2. 本項各檢查項目 (除編號P2105C、P2106C、P2107C及P2108C外) 皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。
3. 編號 P2105C 至 P2108C 適用下列規定：
 - (1) 保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方院所檢具「全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像報告，以供診斷疾病之參考，若參考後仍重新施行檢查，則不得申報本項費用。本項申請程序、同意書格式、受理與回饋及作業流程圖等全民健康保險特殊造影檢查影像及報告作業說明，請至本署全球資訊網下載，資料路徑如下：首頁 > 資料下載 > 表單下載 > 醫療服務表單。
 - (2) 原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費，所訂點數包含檢查報告、製作影像、傳輸影像、造影複製片、X光底片、行政管理及郵寄等費用在內；第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費，所訂點數除鼓勵資源共享外，並包含影像下載、診斷判定費、底片整理及相關行政等費用在內。
 - (3) 保險對象特殊造影檢查影像及報告於原檢查醫院及第二次處方院所間之提供與申請，以乙次為限；病患自行攜帶複製片，經第二次處方院所使用並作成診斷報告，給予第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費。
 - (4) 影像之提供得以 PACS、衛生福利部全國醫療影像交換中心及複製片等方式提供。

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
26072B	正子造影 Positron emission tomography (PET)					
	— 全身		v	v	v	36500
26073B	— 局部		v	v	v	26500
	<u>正子造影原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費</u>					
<u>P2105C</u>	— 全身		v	v	v	<u>2445</u>
<u>P2106C</u>	— 局部		v	v	v	<u>1340</u>
	<u>正子造影第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費</u>					
<u>P2107C</u>	— 全身		v	v	v	<u>2445</u>
<u>P2108C</u>	— 局部		v	v	v	<u>1340</u>
	註：實施本項目須符合					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>1. 腫瘤部分之適應症：</p> <p>(1)乳癌、淋巴癌之分期、治療及懷疑復發或再分期。</p> <p>(2)大腸癌、直腸癌、食道癌、頭頸部癌(不包含腦瘤)、原發性肺癌、黑色素癌、甲狀腺癌及子宮頸癌之分期及懷疑復發或再分期。</p> <p>(3)上述(1)(2)之分期，治療及懷疑復發或再分期及相關規範如下：</p> <p>A.分期：評估腫瘤之期別。</p> <p>B.治療：評估腫瘤對治療之反應，擬改變治療方式時。</p> <p>C.懷疑復發或再分期：使用於患者已接受一階段之正統治療後，偵測疑似有復發或轉移及評估復發之程度(不得用於例行之追蹤檢查)。</p> <p>D.以上各階段須符合：經電腦斷層、核磁共振、核子醫學掃瞄等檢查仍無法分期者，或認定電腦斷層、核磁共振等檢查不足以提供足夠資訊以供治療所需者，且須於病歷中說明施行正子造影之必要性理由。</p> <p>E.配合腫瘤治療計畫者方得以正子造影作為療效評估項目，未有後續積極處置之計畫者，不得施行。</p> <p>2. 非腫瘤部分之適應症：</p> <p>(1)存活心肌偵測：限LVEF\leq40%以下且以(或認定)傳統心肌斷層灌注掃描無法做確切心肌存活者適用。</p> <p>(2)癲癇病灶術前評估：持續且規則性服用三種(含)以上抗癲癇藥物治療\geq一年，且近一年內平均每月有一次以上發作合併意識喪失者之術前評估。</p>					

第二節 放射線診療 X-RAY (草案)

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33134、P2101-P2104)

通則：

編號 P2101C 至 P2104C 適用下列規定：

- (1) 保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方院所檢具「全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像報告，以供診斷疾病之參考，若參考後仍重新施行檢查，則不得申報本項費用。本項申請程序、同意書格式、受理與回饋及作業流程圖等全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請作業說明，請至本署全球資訊網下載，資料路徑如下：首頁 > 資料下載 > 表單下載 > 醫療服務表單。
- (2) 原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費，所訂點數包含檢查報告、製作影像、傳輸影像、造影複製片、X光底片、行政管理及郵寄等費用在內；第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費，所訂點數除鼓勵資源共享外，並包含影像下載、診斷判定費、底片整理及相關行政等費用在內。
- (3) 保險對象特殊造影檢查影像及報告於原檢查醫院及第二次處方院所間之提供與申請，以乙次為限；病患自行攜帶複製片，經第二次處方院所使用並作成診斷報告，給予第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費。
- (4) 影像之提供得以 PACS、衛生福利部全國醫療影像交換中心及複製片等方式提供。

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
33070B	電腦斷層造影 Computed tomography (C. T.) — 無造影劑 without contrast		√	√	√	3800
33071B	— 有造影劑 with contrast		√	√	√	4560
33072B	— 有/無造影劑 with/without contrast 註：申報費用時應檢附報告。		√	√	√	5035
<u>P2101C</u>	電腦斷層造影原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費		√	√	√	<u>1340</u>
<u>P2103C</u>	電腦斷層造影第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費		√	√	√	<u>1340</u>
33084B	磁共振造影 Magnetic resonance imaging — 無造影劑 without contrast		√	√	√	6500
33085B	— 有造影劑 with contrast 註：1.本項須限經保險人同意之醫療院所實施。 2.申報費用時必須附上報告結果。		√	√	√	11500
<u>P2102C</u>	磁共振造影原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費		√	√	√	<u>2445</u>
<u>P2104C</u>	磁共振造影第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費		√	√	√	<u>2445</u>

103 年鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案-核付指標 (診所或藥局適用)

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付權重
1. 門診病人 健保雲端藥 歷系統查詢 率	第一季 > 5% 第二季 > 10% 第三季 > 15% 第四季 > 20% 註：按院所申裝 完成網路頻寬 開始計費之月 份適用第一季 指標達成率。	1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取 至小數點後第二位(四捨五入) 2. 分子：門診病人(藥局申報調劑病人) 查詢健保雲端藥歷系統人數 分母：門診病人數(藥局申報調劑病人) 註：分子及分母之人數以各季中同一家院 所、同一個身分證號歸戶後計算一筆。	50%
2. 特定醫療 資訊查詢關 懷名單網頁 開啟率	>90%	1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取 至小數點後第二位(四捨五入) 2. 分子：關懷名單病患網頁被開啟病人次 數 分母：關懷名單就醫人次數 (排除因系統異常等不可歸責於院所之原因者)	50%
3. 門診抽審 案件數位審 查	完成保險人分 區業務組認可 之試傳作業 後，並正式單軌 運作者	保險人分區業務組依下列方式評核： 1. 經認可之試傳作業後並正式單軌運作 條件如下： 門診醫療費用抽審案件之病歷資料，以 符合紙本替代方案規定之數位化方式 以數位全面單軌送審。 2. 經保險人分區業務組認可之試傳作業 後，除特殊狀況已向業務組報備外，皆 需以病歷電子檔送審。	50%
4. 健保卡 登錄處方及 上傳作業正 確率	≥90%	1. 健保卡登錄處方正確率： 分子：上傳處方簽章正確之醫令筆數 分母：健保卡上傳總醫令筆數 2. 符合健保卡上傳作業實施標準： (1) 健保卡登錄後 24 小時內上傳之件數 比率 (2) 健保卡上傳件數/申報件數之比率 (3) 上傳與申報資料比對「醫事人員 ID、 醫療費用、部分負擔、醫令、主診斷(藥 局及交付機構除外)」每項上傳比率	50%

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第二章 精神疾病患者社區復健

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	備註
05404C	居家治療醫師診治費(次)					4035 <u>1656</u>	調升點數及放寬醫師看診量上限
05405C	同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起，其診治費依本項申報。 註：1.診治費每一個案每人每月以二次為原則，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位醫師診治個案數，每日以 <u>八</u> 六個為限；每月以 <u>二百四十個</u> 一百八十個 為限。					600 <u>960</u>	
05406C	居家治療其他專業人員處置費(次) 註：處置費每一個案每月以二次為限，申報費用時應檢附訪視紀錄。					700 <u>775</u>	

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

第四項 呼吸器 Respiratory System

一、鼻 Nose (65001-65077)

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
65016B	淚囊鼻腔造瘻術 Dacryocystorhinostomy <u>註：</u> <u>1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計96%。</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	6586

第十項 神經外科 Neurosurgery (83001-83100)

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
83001B	腦微血管減壓術 Microvascular decompression 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計104%。 3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	19562
83013C	頭顱穿洞術（止血引流、穿刺檢查） Burr hole (trephination) for hemostasis, drainage or ventricular puncture 註： 1.如以顱骨穿孔術實施其他神經外科手術，按各該手術項目所訂點數申報。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計314%。 3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	3786
83014C	—每加一孔 one hole added	v	v	v	v	2571
83015C	顱骨切除術 Craniectomy 註： 1.包括異物移除(remove F.B) 或減壓(decompression) 或神經切斷(neurotomy)。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計131%。 3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	12650
83016B	頭顱成形術 Cranioplasty 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計148%。 3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	10380
83017B	腦瘤切除 Brain tumor (I.C.T. / cephalocele) —腦瘤大小3公分以內 ≤3cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計96%。 2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	23106
83018B	—腦瘤大小介於3~6公分 3~6cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計80%。 2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	37399
83019B	—腦瘤大小6公分以上 >6cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計78%。 2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。 註：限神經外科專科醫師施行。		v	v	v	40869

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
83036C	硬腦膜外血腫清除術 Removal of epidural hematoma 註： <u>1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計104%。</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	v	19371
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術 Removal of acute subdural hematoma 註： <u>1. 限急診患者申報並不得加算急診加成。</u> <u>2. 一般材料費及特殊材料費，得另加計106%。</u> <u>3. 上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>	v	v	v	v	18729
83038C	慢性硬腦膜下血腫清除術 Removal of chronic subdural hematoma 註： <u>1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計132%。</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	v	12530
83039B	腦內血腫清除術 Removal of intracerebral hematoma 註： <u>1. 限神經外科專科醫師施行。</u> <u>2. 一般材料費及特殊材料費，得另加計100%。</u> <u>3. 上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	21207
83047B	腦膜或脊髓膜突出修補術 Repair of meningocele or encephalocele 註： <u>1. 限神經外科及骨科專科醫師施行。</u> <u>2. 一般材料費及特殊材料費，得另加計110%。</u> <u>3. 上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	17315
83056B	癲癇症腦葉切除術 Brain lobectomy for epilepsy 註：1. 包括腦皮質及深部腦波圖(EEG) 在內。 2. 腦葉切斷術(lobotomy)、胼胝體 (corpus callasum)切斷術，焦點切除或破壞(focal excision or destruction)，腦下垂體切除術(pituitectomy)及大腦半球切除術比照申報。 3. 限神經外科專科醫師施行。 <u>4. 一般材料費及特殊材料費，得另加計77%。</u> <u>5. 上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	41175

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
83057B	經由蝶竇之腦下垂體瘤切除 Transsphenoidal removal of pituitary adenoma 註： <u>1.限神經外科專科醫師施行。</u> <u>2.一般材料費及特殊材料費，得另加計86%。</u> <u>3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	30571
83063B	顱內外血管吻合術 EC-IC by-pass 註： <u>1.限神經外科專科醫師施行。</u> <u>2.一般材料費及特殊材料費，得另加計99%。</u> <u>3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	21751
83064B	開顱術摘除血管病變 Craniotomy for vascular lesions — 腦血管瘤 aneurysms 1.無病徵的 asymptomatic 註： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計74%。</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	48388
83065B	2.有病徵的 symptomatic 註： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計73%。</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	50389
83066B	3.巨大的 giant 註： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計73%。</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	50000
83067B	— 動靜脈畸型 Arteriovenous malformations 1.小型 small ($D \leq 2.5\text{cm}$) (1)表淺 superficial 註： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計81%。</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	36000
83068B	(2)深部 deep 註： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計77%。</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	42000
83069B	2.中型 medium ($2.5\text{cm} < D \leq 5\text{cm}$) (1)表淺 superficial 註： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計74%。</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	48000
83070B	(2)深部 deep 註： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計72%。</u>		v	v	v	54000

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
83071B	<u>2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u> 3.大型 large (D>5cm) <u>註：</u> <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計70%。</u> <u>2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u> 註：限神經外科專科醫師施行。		v	v	v	60000
83079B	高頻熱凝療法 Radiofrequency coagulation 1.申請人檢附資料應符合之要件： (1)病歷應記載清楚、詳實及病史完整。須有理學檢查、術前術後 Image-guided、OP note、疼痛量表等相關資料，以佐證實施之必要性。 (2)需為中重度、慢性疼痛且經藥物、復健治療等保守療法3個月後未改善。 (3)單一部位首次實施前需至少施行一次影像輔助診斷性阻斷(image-guided diagnostic block),2週後倘症狀未緩解，才可施行 RF，需檢附影像副本以資佐證。 2.施行本項之適應症如下， <u>並應由醫院申請事前審查</u> ： (1)需為脊椎小關節症候群(Facet Joint Syndrome)引起的疼痛者。 (2)三叉神經痛、惡性腫瘤引起神經疼痛者。 (3)Neuropathic pain，如 postherpetic neuropathic pain 等。 (4)脊椎手術後疼痛症候群 (Failed Back Surgery Syndrome,FBSS)、慢性脊椎疼痛(Chronic spinal pain)、後背根神經節、其他周邊神經痛等。 3.治療次數與限制： (1)同區域重複治療以間隔6個月以上為原則，並應附施予高頻熱凝療法後之衛教紀錄與疼痛量表，個案病情如需於3-6個月內同區域重複施行者，應另檢附精神科醫師或心理治療師或疼痛科醫師之治療評估紀錄。 (2)一次施行一個區域，共分五個區域：腰薦椎、胸椎、頸椎、頭部、周邊神經等五大部位。同一手術野內同時施行多點處置，視為單一處置申報。 <u>4.一般材料費及特殊材料費，得另加計98%。</u> <u>5.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	5360
83087B	顏面神經減壓術 Facial nerve decompression <u>註：</u> <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計144%。</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	10900

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
83088B	顱底瘤手術 Skull Base Tumor Surgery 註：1.適應症：腫瘤必須大於3公分以上，或是位於 C-P angle 部位之腫瘤大於4公分以上。 2.申報時請附上術前以及術後之X光片。 <u>3. 一般材料費及特殊材料費，得另加計65%。</u> <u>4.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	84082

十三、淚腺道 lacrimal (87401-87417)

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
87405B	淚囊鼻腔造孔術 Dacryocystorhinostomy 註： <u>1.若使用矽質管留置，則加報53019C。</u> <u>2. 一般材料費及特殊材料費，得另加計93%。</u> <u>3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	7161
87406B	結膜淚囊鼻腔造孔術 Conjunctivodacryocystorhinostomy 註： <u>1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計88%。</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	8240
87415B	鼻淚管造口術 Dacrocycto-hinostomy － 簡單 simple 註： <u>1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計90%。</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	7760
87416B	－ 複雜 complicated 註： <u>1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計83%。</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	9700

103 年度第 2 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

與會人員發言實錄

林科長淑範

主席、各位代表，我們應到代表三十七位，目前已經二十二位過半數，請主席宣佈開會。

主席

好，請各位委員就座。天氣有點熱，因為我們規定二十八度才能開冷氣。現在已經要求冷氣往下調降兩度。各位稍微忍耐一下，等一下就會稍微涼一點。

現在就開始 103 年第 2 次的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，先確認上一次的會議記錄和辦理的情形。

林科長淑範

主席、各位代表，就第六頁辦理情形的部分有幾項需要特別跟大家報告的地方，先提出來說明。第一個是在我們第六頁資料裡面的，編號 103-臨-3 討論事項。在上次討論，放寬 56016B~56019B「腦神經外科術中特殊儀器使用費」更名變成腦神經及脊椎手術，那一次的費用預估我們是一千萬，代表提到，這樣的費用預估是偏低。我們經過徵詢專業意見，新調整預算。第一個是以主診斷，加上脊椎手術的醫令，在這些醫令，如果沒有申報超音波吸除機跟誘發電位監視機的話，我們當成以後會申報的一個最大量。以這種方法來估最大量的時候呢，預估申報點數會從 0.1 億點調整到 0.55 億點。

第二個要報告是，上次在西醫基層有提到，尿道切片術西醫基層是有哪些院所申報 79407C。目前有兩家泌尿科申報了八十六件。

第三個要報告是，上次在討論的時候，在視網膜手術預估的費用，對於新增的微創手術，沒有預估到替代過程面特材的財務，所以，調整之後，眼科整體過程面包裹所增加的預算從 1.263 億點調整到 1.77 億點。這是上次留下來要補充報告的事項，以上。

主席

請委員針對上一次會議決議辦理情形的追蹤有沒有疑義，或要提問的。

那我們就按照辦理情形確認完成。接下來進行下一個議程是報告事項。

報告事項

第一案

案由：放寬全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則六另開內服藥之針傷科治療處置每月申報量上限案。

主席

請問委員對於報告案的第一案，有沒有提問的。

朱代表益宏

請問為什麼是從非協商因素這邊去支應，上次我記得就是為這個東西，其實在這邊看也有爭議。那這一次，雖然不是西醫醫院，但是在中醫你們還是用非協商因素成長率支應。不知道是什麼理由，說明一下。

林科長淑範

第一個要說明的是，中醫在 103 年的時候，沒有編列支付標準調整的預算。中醫全聯會的代表，希望在合理量部分能夠做調整。所以是出從非協商因素去支應。

朱代表益宏

非協商因素有它計算的邏輯啦。我覺得不是說哪一個總額部門，要從那邊去支應就去支應。這個是沒有道理，如果這樣子那以後規矩就亂了。非協商因素本來它的每一個定義都很清楚，然後你怎麼計算。就是因為是公式計算出來的，所以它不能調整。所以才會變成非協商。我是覺得不應該開這個先例，如果中醫願意調，那你可以說在它的一

般預算裡面去支應。沒有編列新增的預算，要由一般預算去支應，付費者同意就 ok 啦。這邊寫到非協商因素你要開這個先例我是不同意啦。

林組長阿明

我想一般預算裡面本來就有含協商跟非協商，大體上因為 103 年中醫沒有編列一個調整支付標準之預算，之前其他部門這部分，也有類似這樣的情況。如果有調相關支付的項目或異動的話。那原則上如沒有相關預算，可以在一般預算項下來支應，以上。

陳代表雪芬

我想上次在別的總額有這樣的狀況的時候，我們就覺得說，你們都是故意要這樣子。對方也願意，兩邊都願意。然後就用這樣的一個名詞呼攏掉。

我建議，如果你們這樣子寫。就是寫一般預算，我覺得那是每個總額願意要吞的。我們不是中醫總額，我們不好表示意見。但是你偏偏要寫說非協商因素的話，其實非協商因素如果要被這樣子操弄，以後問題會很大。因為以後遇到醫院總額的時候，同樣的狀況一發生，大家都可以講你們就從非協商去弄，萬一我們醫院總額完全沒辦法吃下來，我們又要受傷一次。當時他們的總額在協商的時候，某些地方是做了什麼樣的但書我們沒有看到，可是這種事情一次就算了，兩次三次這樣變成常例我覺得就完全不應該，不應該用這樣的方式，變成一個常態，以上。

主席

還有沒有其他委員，請謝委員。

謝代表文輝

從這個案子這樣看起來，像它這種是中醫團體自己贊成、希望的。我是覺得應該就由他們的一般預算支應。尤其一般預算支應，我是覺得不必涉及比較嚴謹…就是說，我同意他們由自己的一般預算去支

應。

主席

報告案的第一案，說明三改成由中醫門診總額醫療給付費用一般預算內支應。

沒有其他提問的話，我們就進行第二個報告案。

第二案

案由：精神分裂症醫療給付改善方案更名為「思覺失調症醫療給付改善」案。

主席

在各位委員還沒提問之前，我們今天特別商請心口司的代表到現場，我們先請心口司鄭簡任技正大致的做個背景說明，讓我們委員了解，請。

鄭簡任技正淑心(衛生福利部心理及口腔健康司)

謝謝主席，還有各位與會的先進，那心口司在這邊做一些補充說明。那其實精神分裂症，過去以來，這樣子的疾病名稱會造成說我們有精神病人的家屬會因為這種疾病是比較忌諱的，就是說其實出來就醫的比率並沒有那麼的高喔。那根據國外的經驗，如果把這個 Schizophrenia 把他去更換它的譯名的話，事實上是有助於提升病人的就診率，那從幾個更換譯名的國家來看的話，它可以提高精神病人的就診率，可以高達百分之五十以上，事實上這個部分，我們更換它的這個譯名的話，其實可以有助於精神疾病去汙名化，那也很感謝我們健保署這邊有支持這樣的一個精神分裂症譯名的更換，也在相關的一些醫療給付改善方案裡面，那也配合部裡面這邊來做一個譯名的更正，那以上說明，謝謝。

主席

謝謝鄭技正，請。

徐代表弘正

請問一下，英文有沒有變。第二，診斷有沒有變。

主席

請心口司代為答覆一下。

鄭簡任技正淑心(衛生福利部心理及口腔健康司)

其實我們台灣精神醫學會今天也在，那我們心口司這邊還是簡單說一下，它的英文名稱原則上還是維持 Schizophrenia 是沒有改變的，那其實疾病診斷的準則這個部分呢，那我們就請精神醫學會這邊來回答，謝謝。

陳理事俊鶯(台灣精神醫學會)

其實除了中文譯名更改以外，其它是照原來的，沒有什麼變更。

徐代表弘正

那其它國家變到底怎麼變，他們是中文國家嗎？

陳理事俊鶯(台灣精神醫學會)

不是，基本上他們就是說認為，就是一樣是 Schizophrenia，可是在各國在翻譯名稱他比較不好，不一樣。不過基本上就是，我們這個感覺這個名稱是有從不同國家，比較偏向跟他們一樣。然後是在我們精神醫學會，會員大會裡面去票選，覺得大家比較認為哪個名稱比較符合去汙名化，那這樣去產生的。

徐代表弘正

比較擔心的是，不是精神科的專家，在看到這個名稱的時候，會把它廣義化，有很多失調症就會跑到 Schizophrenia 這邊來，那這邊精神醫學會是不是要特別說明它的 criteria 是怎麼樣 diagnosis criteria 是什麼。要不然我們現在復健也有很多失調的。家長都搞不清楚。

陳理事俊鶯(台灣精神醫學會)

我想主要的目的是為了去汙名化。那這個去汙名化過程當中，包含改了這個名字，那當然我想這個是要廣為宣導，要讓一般其他科的夥伴們還有一般民眾能夠去了解這樣的改變這樣子。謝謝。

朱代表益宏

想請問一下，你現在更名以後，當然跟這個沒有什麼關係，但是我們很多的，不曉得在…譬如說商業保險或者是其他的影響。有些地方或許對於精神分裂症有一些特別的，不管是優待福利或者這個相對的，你就只有在這邊修，還是我們這個心口司有其他的會同步去做相關的調整，包括譬如說商業保險或其他的，說明一下。

鄭簡任技正淑心(衛生福利部心理及口腔健康司)

謝謝委員的提醒，那其實這個更換譯名的話，其實在國內有很多的體系，在這個部分都需要去做配合，就是說心口司這邊，我們也陸續知會相關單位來針對這個部分可能相關的都來協助我們作一些宣導，那我們也會在這更名的過程中所造成的影響，那也會讓相關的這個單位，譬如說商業保險的主管單位能夠有所知悉。謝謝。

主席

請。

蔣副秘書長世中(蘇代表清泉代理人)

首先此案是經過精神科醫學會研議所做的決議，原則是尊重，但是在整個國家體制裡，如果還未更改前，建議支付標準裡所有項目還是依照現行為主，等到全國步調一致後，再列入考慮。

鄭簡任技正淑心(衛生福利部心理及口腔健康司)

我回應一下，因為現在各縣市衛生局已經要求各家醫院在這個月底以前，它的所謂資訊系統診斷名稱的中文還要診斷書整個全部要更改。那我想是全面性的，對，已經都每一個精神醫療院所都有接到，醫院都有接到各縣市衛生局的通知跟要求，那我們就是整個資訊系統裡面

的中文診斷名稱，整個都要做更正。

朱代表益宏

更名我不反對，但是我覺得程序上，既然是衛福部這邊決定好，我建議是不是用公告形式或是什麼，你只有用一個會議，這邊也沒有列出會議記錄，或許是不太適當。所以我建議說既然你是用全國相對其他機構，甚至包括金管會，都希望他們改，那應該是衛福部用一個公告的方式，那我們健保這邊當然依照公告配合辦理就沒有問題，不然你現在只是依照一個會議紀錄，我們這邊改了，萬一別的單位不改，那我覺得也增加一些困擾。當然只是改名我個人沒有意見，但是我覺得程序上請衛福部這邊去做這樣的處理之後，然後我們依照他的公告去配合辦理這樣會更適切，謝謝。

主席

心口司的看法？請李代表。

李代表永振

主席、各位委員好。這個是一項報告案只是讓我們知道，剛才代表提到。我個人看法是，能夠為病患來著想，立意良善，應給予肯定。但是有兩點要請教。

第一點剛才蘇代表已經提到，以前這個名詞大家都很清楚，害怕的時候可以躲開，若用新的名詞在初期怎麼辦？感謝蘇代表有考慮到商業保險。如果是發生醫療理賠，剛開始一定會有爭議，爭議時去對照還可以找得到根，那還 ok，但一般的社會大眾，有些人對這類患者很敏感，遇到時趕快躲遠一點，在初期怎麼去克服這個問題？

第二點，如果是去汙名化，新名詞等到大家都熟悉以後，還不是一樣又是另一項汙名化嗎？只是把原來講的是甲變成乙的名詞而已！另外，在初期大概可以讓家屬提高患者的就醫率，那熟悉之後呢？是不是又回到原來的就醫情況呢？這樣是不是有意義？提供參考。

主席

請心口司針對剛剛李委員還有朱委員提到的，第一個，是不是要用公告的方式比較正式，而且，向其他配合單位，如商業保險或其他非衛福部比較相關的單位也能了解。這是第一個。

第二個，剛剛李代表也是健保會的委員有提到，初期的立意是很好，但是未來大家都知道了以後，也是一樣。當然這個名詞看起來是比較沒那麼尖銳啦，對於可能會有這種病的人比較沒那麼尖銳。但未來對這個名詞熟悉以後，是不是也一樣會有那種情形，請心口司回覆一下。

鄭簡任技正淑心(衛生福利部心理及口腔健康司)

好，謝謝主席，就主席剛剛所提到的那三點來做一些回應。那第一個就是說，我們是不是用更正式的方式來把這個，更正後的這個譯名讓社會大眾知道，那這個原則上是沒有問題的。那部裡面這邊可以透過公告的方式，那透過公告的方式也可以來告訴相關政府部門，在 Schizophrenia 的這樣的一個中文的譯名我們已經做了更正。

那當然第二個就是說，我們目前除了精神科之外，還有其他的這個專科的相關的專業的團體，那當然再加強宣導這個部分是要持續來做的，那心口司這邊也會更加來積極的做一些宣導。

那至於說精神分裂症，他更名其實他本身精神分裂，這個就是給，為什麼就是會罹患疾病的民眾不願意就醫或者是家屬覺得說這種疾病很丟臉。帶到醫院去看的話，他們比較不傾向這樣做，所以我們是因為這樣的原因，我們希望說，能夠至少在名稱上面，中文譯名上面不要讓別人有不良的觀感，至少思覺失調這樣子的文字是比較平和一點的，不會從字眼上看出來，讓別人覺得，不是那麼的好聽。那其實從國外的經驗來講，更換譯名之後，大幅度的提升病人的就診，雖然說精神分裂就是思覺失調，當然這本來就是一樣的東西。但是其實隨著大家從名稱上看起來不是那麼的不雅。那其實這個真的對病人的就診，我們持續來觀察，這樣的譯名更換之後會不會有一些比較明顯的改善，這個我們會持續的來做一個監測，但是還是請各位委員能夠支持，就

是說其實做這樣子的一個中文譯名的更正，真的是有助於說我們病人權益的一個保障，希望這些病人不要因為這個疾病的中文譯名而不願意出來就醫，那其實如果病人出來就醫的話，也可以減少很多，就是說因為他沒有就醫所造成的一些干擾行為，或者是一些甚至暴力新聞對社會造成一些危害。所以這個部分還是懇請委員能夠支持我們這樣的中文譯名的更正，謝謝。

主席

請 徐委員。

徐代表弘正

是不是可以建議喔，我們的決議就乾脆等到心口司在全國公告以後我們就隨著改就好了，就不是由我們這邊來改阿，這個問題。

主席

大家誤會。報告只是讓我們這個委員會知道，另外剛剛心口司也做了回應，就是衛福部會依照程序做公告。

第二個，衛福部心口司也會透過各種管道向各專科學會或是各學會去針對這個譯名已經做了公告，醫療診斷跟相關的診斷的 criteria 也沒有改變，只是翻譯名字改成叫思覺失調症。今天這邊向各位報告是我們讓各委員知道，以後我們在健保會或是健保署的相關文件上出現的字眼會變成思覺失調症，像重大傷病卡裡面的重大傷病，現在叫做精神分裂症的話，以後稱思覺失調症。等一下會請醫管組這邊，我們怎麼來配合做，就是在重大傷病卡的資訊系統上相關的一些行政作業上會做怎樣的配合，所以今天只是一個報告案讓委員知道，不是我們先更正，是他們那邊已經都按照程序上走了，我們在這委員會上做報告，是這樣的意思。

陳代表宗獻

陳宗獻第一次發言，我只是單純的請教，我查了一下 wikipedia，他的英文名稱叫做 early psychosis，是 early psychosis 嗎？因為看起來好像都是這樣，就是思覺基金，有個 early psychosis

foundation, early psychosis 跟 Schizophrenia 一樣嗎？

主席

你要不要回應一下陳委員的意見？

陳理事俊鶯(台灣精神醫學會)

這個英文的名字就是叫 Schizophrenia，不管是在我們的診斷系統或是 ICD 上或是 DSM 這兩個系統，都是用 Schizophrenia 這個名稱。

李代表紹誠

想請教如果 thinking process disorder 要怎麼翻譯？

陳理事俊鶯(台灣精神醫學會)

就是這個！

李代表紹誠

就是這個？

陳理事俊鶯(台灣精神醫學會)

對，就類似這樣。

李代表紹誠

他不叫思覺是叫思考？

陳理事俊鶯(台灣精神醫學會)

應該是他再加一個覺，因為他是思考知覺的失調，整個叫思覺。

李代表紹誠

那 thinking process disorder，如果在這方面他只是一個很單純的，過往我們不太會診斷 Schizophrenia，不會去下這個診斷，因為他是一個 simple 的 thinking process disorder，那如果這樣的話會不會現在就是 thinking process disorder，這個 term 擺進去的時候你就會無限放大，這是第一個；第二個回過頭來說，其實現在憂鬱症有沒有污名化，從某個角度如果事先是雇主的話聽到一個憂鬱症病史的人來應徵的時候，其實是很擔心的，他憂鬱症犯起來是會 suicide 的，

所以這個東西我覺得一個疾病，當然從剛剛講的角度我同意，就像現在不叫育幼院也不再叫孤兒院，現在叫兒少家園，因為很多孩子過往成長的過程他是在育幼院長大的，所以當他到社會上的時候，他的 background 常常是負面的，所以現在改兒少家園，那我覺得那個還比較正面，但這個東西他是疾病，那憂鬱症是不是也要改，那我覺得這個東西可以大家思考，以上。

葉代表宗義

我們這個案子衛生福利部是不是已經決定了？有決定我們就不用再討論了，那他已經決定要做了，我們再討論也沒有意義，第二個問題、我認為現在講英文、國語啦，但是你思覺你把他講台語怎麼講？台灣人更多，所以你現在講英文講國語嘛，這個問題講出來又會變成怎麼樣？那麼搞來搞去，精神分裂症把他搞到思覺，那麼人家另外會有一個錯覺，就是可能多出一個毛病，多一個病因出來，是不是有這個問題，那麼如果衛生福利部已經准啦，已經實行通過那我們講也沒有用，我只是這個建議而已，謝謝。

陳代表志忠

我們國家的體制有點混亂，到底翻譯是學會的責任還是衛福部的責任還是國立編譯館的責任？因為現在衛生福利部有一個研究計畫是給台灣醫院協會病歷中文化的問題，也搞得很有爭議，我們大部份學的現代醫學都是用英文，若要翻成中文，那剛剛講說根據世界各國的例子，世界各國大概是指中文翻譯，中文翻譯用中文最大最多的人大概是對岸，還有香港、新加坡、甚至日本可能專有名詞，也有用漢字，不曉得他們怎麼改。說他們提高就醫率，那在使用英文的國家，國度裡面還是叫做精神分裂啊，Schizophrenia 拿到他們 common name(普通的語言)，不叫作 Schizophrenia 嗎？叫做什麼 thinking process disorder 諸如此類我是不知道啦。還是回到體制，到底衛生福利部有沒有權利做這個事，還是要透過國立編譯館，要不然的話我們一個專有名詞在台灣會有很多不同的翻譯。

黃代表啟嘉

那個既然是報告案我們應該過去好了好不好？因為討論完全沒有意義，沒辦法扭轉他。

陳代表宗獻

香港的確叫 early psychosis。

主席

這樣子，本案就照葉委員跟大家的意見，就是善意的只是為了避免污名化，這是衛福部心口司確實有跟台灣精神醫學會一起討論過才確定的，而且有一定的程序，衛福部也會按照程序公告，所以我們只是在這個地方先跟各委員作個報告，那是不是本案就照案通過。好，我們進行第三案。

第三案

案由：有關「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」擬導入支付標準案。

主席

好，請醫管組針對「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」導入支付標準案摘要說明。

林科長淑範

主席、各位代表大家好，這個案子起源於立法院對於健保署有很多的試辦計畫，認為試辦計畫在實施一段期間之後應該檢討，檢討之後應該導入支付標準就應該正式放入支付標準。所以「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」我們是從100年開始實施的，到現在已經三年了，所以我們檢討之後發現，在大家手邊的數據可以看到，本案的院所數、收案數、醫療費用都是很穩定的成長，而且安寧是我們未來推動的一個重要的政策方向；成效的部分，大家從3-1頁、3-2頁跟後面的附件都可以看到評估指標都是很正向的，往好的方面走。所以我們希望，這個方案已經實施三年，正式把他放在支付標準裡面，以後就不要再使用試辦計畫這樣的型態支付，以上。

主席

請委員針對本案表示意見，請羅委員先發言。

羅代表永達

這是一個報告案，可是這個決議裡面寫，如今討論同意才怎麼樣，這根本是一個討論案，既然是討論就好好討論，不是報告案，這是我第一個要提出來的，到底是報告案還是討論案。那第二個其實大家可以看到這個表格裡面，從 3-3 裡面可以看的到 102 年地區醫院裡面成長非常的多，其實這個理由就是以前我們一直在爭取的兩樣東西：一個就是承辦的醫院能夠擴大，因為以前早期都是在安寧協會裡面承辦，所以我們很多人根本沒有辦法報的進去，所以這個很顯現，我們社區醫院協會當時要求，把它擴大來舉辦的時候有很顯著的一個效果，在 102 年的時候正式實施以後，地區醫院裡面增長 171%。第二件事情就是當時也要求整個的安寧共照的團隊裡面，我們希望相關的教育訓練的時數要有所調整，我們看到 3-11 裡面的通則一的 2，那裡面相關教育訓練，當時有經過協商是要求 40 個小時的課程加上 40 個小時的實習，我希望在通則裡面是不是可以很明顯的這樣寫。否則的話，每個單位裡面的解讀、各個分區裡面都曾經有這樣的爭議過，我們希望乾脆就明寫「40 個小時的課程、40 個小時的實習」，不會像這個「相關教育訓練 80 個小時」，常常在爭議到底什麼是叫 80 個小時，這是兩件的報告，以上。

主席

謝謝羅委員，接下來請徐委員。

徐代表弘正

其實我剛剛第一個也是跟羅委員完全一樣，我本來是要請教到底什麼叫報告、什麼叫討論，那報告的話就不需要討論。那另外有一個就是說，我覺得那個標準，如果說要擴大實施，這個標準應該要放寬，不要說地區醫院，連區域醫院要實施這個我們都覺得很奇怪，原來我們這些專科醫師都能夠去處理這些病人的，結果現在一定要經過安寧

照顧學會同意以後才可以這樣。這我覺得應該是要放寬，我們是同意它放入支付，可是應該要用相關課程就好，而不是一定要經過那個學會辦理的這些課程。我不知道其它委員的意見，謝謝。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

主席，其實我們也認同徐院長講的，應該是要開放給各個單位來舉辦，不過其實署裡面已經在這樣做，所以我們台灣社區醫院協會今年已經舉辦第二屆相關課程，我們也看到成績，就誠如羅院長講的。目前健保安寧給付分有三種，安寧病房、安寧共照與安寧居家，其實共照支付點數跟病房的支付點數其實是有差異的，病房的支付點數是每日 4930 點，但是共照卻只有 1050 點，差了快五倍，那我們也要替這一些參與安寧共照的醫院抱屈。

對於剛剛羅院長有提出說，希望在教育的時數能夠明確標註，可是我們其實在過去一直有反映說，既然健保署公告醫師的必修跟護士的必修教育時數並沒有那麼高，而且每年又要求要有 20 小時的繼續教育積分，是不是藉由這次要來修訂的機會，把安寧共照的教育時數，讓它回復到以必修課程為時數要求，一開始踏入勢必會有不足，讓他們自己去補充，而且每年有 20 小時的繼續教育的要求，我相信這樣的事情對於推動會更有幫助。

主席

好，謝謝！來，朱代表。

朱代表益宏

其實在 3-11 頁這邊，第一個你參加資格他其實還是有很高的門檻，因為你參加資格就是說醫療院所它必須要有醫師跟護士都受過這個所謂的這個安寧療護訓練，那目前當然這個認定的訓練是 80 小時，不過那個是沒有根據啦，沒有法律根據，因為法律的根據是設置標準只有在安寧病房裡面有規定要 80 個小時而已，他沒有針對其他的人做安寧的時候也要 80 個小時，並沒有，所以這個是健保署單行法去規定 80 個小時，這個我要先說明。所以剛剛委員有幾位委員一直提到說，那你既然不是安寧病房，衛生署的設置標準也沒有規定要求的時候，那

健保署在這邊支付為什麼不把門檻降低，好這是第一點。因為你沒有降低的話，現在只要第一條一個醫院要做就必須要有醫師跟護士他都要有受過訓練，然後你到地區醫院才准說你護士可以用兼任，問題是你第一條就說醫師也要受過訓，護士也要受過訓，阿這有效嗎？其實是沒有用啦，你在第三條放寬也沒有用啦，所以我是具體建議第一個 80 小時是不是把時數降低？因為那個衛生署事實上在設置標準裡面並沒有規定，他只有在安寧病房裡面有規定而已，這是第一個。第二個把社區醫院的這個包括除了護士他可以 30 人以下，他可以用兼任以外，那醫師是不是也可以用兼任的方式來處理，兩個具體建議，謝謝！

主席

請李代表。

李代表永振

這個議案的關鍵應該是在說明一的第一行裡面，以前病房的供需不平衡，所以去試試看要怎麼樣解決這問題，結果議案裡面提出來的這些資料好像都成果滿不錯的所以要改變，但是對原來一開始要考量的事情好像沒有提出一個說明！既然這麼好，是不是應該把這個事項的平均成本，跟積極治療成本做一個比較，這樣大概有一個根據，如果這根據幅度還很大，剛才王代表有提到過，那應該去獎勵呀，或者剛幾位代表提到規定的一些條件也應該去考量，怎麼去放寬，這方向整個配合在一起對這個議案的幫助才會比較大，謝謝。

徐代表弘正

徐弘正第二次發言，我是區域醫院的院長，我真的把我的心聲講出來，我們一個護士小姐受過這個訓練，離職的話他就沒有辦法做，那沒有辦法做的時候的結果怎麼樣？我們還是一樣繼續醫療，也沒什麼關係啦，就變這樣子。事實上這個我是非常支持能夠介入這個，可以讓病人早一點瞭解他自己的狀況，可以減少醫療的浪費，而我們在討論到 80 小時，到底有沒有他的必要性，如果你是要設置安寧病房，我們沒有任何理由說不接受或是怎麼樣，這個只是一個安寧照護，光

是醫生護士要接受那個，其實它原來的訓練就已經足夠了，所以我這裡還是建議說，是不是署裡面能夠在這一方面真的要放寬，反而可以讓這個案子能夠得到更大的效果。

主席

請謝代表。

謝代表文輝

其實這個安寧療護，是所有的人的共識，大家都覺得在最後那一段，用很多重症醫療的規格來對這種本來就是沒有什麼希望的患者是很大的浪費，對患者而言，也是一種折磨。那其實安寧病房的設立有多久了，也有十幾年了，沒效嘛！因為由專家去弄，弄一個沒有人能達到，只有少數很好的、很大的醫院去做一個樣板而已，十幾年了，都沒效。那後來我們當然想希望這麼好的理念應該落實、應該真正的來推廣，所以我們本來就有共照，共照執行後，效果也不好，到 102 年是有地區醫院去爭取，你這本來就是大家到了末段的時候，大部份都是回到社區，都回到家裡去了，那你也要有辦法讓地區醫院可以去辦，所以這次你看 102 年開始執行後，開放地區醫院去辦後，護士用兼任的，條件放寬一些，讓地區醫院可以執行，你看這次數據出來有多好，每方面都是正面的，所以這個是要讓我們曉得，不要只是弄一個陳意很高的，而根本沒辦法實行的東西。現在應該就藉這個機會，大幅放鬆，讓所有的社區單位都有辦法去做，那你才能真正達到落實目的嘛！不然你看十幾年，證實根本沒辦法，古早用這麼高的標準，根本推不動，寧可覺得這樣做是正面的，做了以後慢慢成長，做久就會了。所以課程要大幅的把它放寬，條件過高的要把它放鬆，讓民眾在末期真的能享受到安寧的照護，所以我是覺得這一次導入支付標準是應該的，這幾年的數據可以看得出來。第二個在相關的條件，我是覺得今天也許在這麼短的會議裡沒有辦法，應該可以再召開、召集像社區醫院，這些醫院大家好好的來討論，把這些標準稍微放寬，如果需要社區醫院協會，因為我們有辦過它們的這些課程，我們也願意提供相關的資料，應該可以確保一定的品質給健保署，然後，我是覺得今天這個導入應該是大家都會支持，那就是裡面的一些標準怎麼讓它

更落實，讓所有的需要安寧照護的病人都可以接受這樣的方案。

陳代表川青

各位請翻開第 3-11 頁通則的參與資格，我覺得剛才幾位委員、代表所談的，小組成員主要是共照的醫師跟專任的護理人員至少各一名，其他的社工人員、心理師、宗教師、志工，應該把這做切割的，我覺得這些護理人員跟醫師，不應該受這 80 小時的規範，應該把門檻降低，因為它本身就有受這樣的專業知識跟護理的相關知識，所以應該把這個時數，不是一體適用，應該是分別拆開，這是我的第一個建議。第二個建議，我記得我們這個案子去年有討論過，我曾經也建議過是不是應該有一些倫理道德委員會的相關人員也來進入這個系統，因為這裡面有牽涉到家族利益的分配不均跟爭議的問題。譬如說，有律師的介入應該有，何況是社工師，因為這些遺族的分配、遺產的分配跟權利不平的家族的爭議，老實說，如果說憑這樣的一個共照小組還欠缺的就是一個律師公認、社會公認人士，能來確保這個案子比較圓滿，我覺得這兩點提出來做參考。謝謝！

主席

各委員的意見，是否先暫停在這裡，當時候其實也是跟安寧學會開過幾次會才訂出這些相關的規範，譬如說像參與資格、收案的對象等，我先請醫管組針對這個試辦的方案報告以後，如果可以讓它先導入，條件再改變，還是要先改變條件以後再導入，我們等一下再做決議。請醫管組。

林科長淑範

首先應該要先謝謝地區醫院，地區醫院對於安寧照護共照的部份，做了很多的投入跟貢獻。對於大家很關注的參與資格、教育訓練時數，有兩件事情，第一個是，有好幾位委員有提到，要把課程 40 小時跟實習 40 小時分開列，這沒有問題，因為這是文字上的描述。教育訓練降低門檻這件事情，在座大家都知道，這個議題大家都討論了很久很久了，從住院安寧到社區安寧，大家每次講到安寧兩個字就想到這件事情，在很多次的會議裡面，大家都認為安寧病房的照護，還是要有一

定的教育訓練來確保它的品質。最後一次會議的時候，我們同意會委託一個案子，或是找一個機會來研究，教育訓練時數應該達到什麼樣的標準才是符合病人的服務需求。第二個是，有代表提到，實施住院安寧有沒有比較節省費用，按照我們的統計結果，統計死亡前的病人，往前追溯有使用住院安寧或者是任何安寧照護計畫的話，他一個月內，第一個月，平均一個月大概可以節省三萬點，這是我們目前已經統計到的一個成效，以上的說明。

主席

請羅代表。

羅代表永達

主席，謝謝署裡面的回答。我們看一下那個第 3-3 頁，看到地區醫院的家數，全國地區醫院目前有三百多家，雖然目前成長的很快，不過也才 29 家，那你看看如果 29 家散佈到 23 個縣市鎮，平均一個縣市鎮還不到兩家，什麼意思，其實綜合型的醫院，有很多專科型的醫院，在末期的時候，其實他們也想參加，可是，我記得當時在跟安寧協會做協商的時候，曾經講過一件事情就是，好！我們現在要通過，當它放寬的時候，讓台灣繼續教育協會、受訓協會，來承辦這些課程，然後看放寬的時候是不是對這些事情有幫助，結果事實證明它的確是成長的很多。可是為什麼這麼多家它沒有辦法參加，就是那個門檻還是太高，它每次只要降低，有一些人可以過去。我舉一個例子，在上課跟實習有什麼不一樣，因為上課的時候，以前在安寧協會的時候，它都不在禮拜六、禮拜天，都在平常，它只要一公告，馬上就有某些大型醫院就滿了，因為它也不是每個區都辦，不像後來社區醫院在辦的時候，是每個區都辦，所以他才有辦法做到讓很多人能夠上這個課。實習的時候，禮拜六、禮拜天他們不讓我們實習，那都要用禮拜一到禮拜五，禮拜一到禮拜五平均一個醫師也要有 40 個小時，什麼意思？它就是要至少從早上去，平均至少要五天，把病人放著然後去那邊五天，你說這個門檻高不高，當然高啊！那對那個醫師來講，他得到什麼？他其實就是服務這個能力而已。那上課這個部份裡面，說實在話

的確，它有很多的觀念，我本身受過他們全部的訓練，80 個小時我都過，我深深的感受到，他有很多的部份的確是不一樣，可是實習的部份，實在是太長了，所以有很多人根本門檻不過。那我今天是一個院長，我可以把病人交給別人自己去上課，但不是每個醫師都做得到這一點的喔！結果因為我們的門檻設得太高，所以大家都做不到，整個全家的地區醫院裡面才 29 家參加，那個成績是真的很好嗎？其實他還不夠好，但是它也沒有屈服，因為它的確是因為這樣的放寬，讓很多人能夠參加，所以我還是剛才那個協商的結果，我認為這個門檻還是要往下調，那至於多少，其實有一個數值可以參考，也就是我們現在的居家，我們現在目前居家也只不過要求 13 個小時醫護來上課 8 個小時的實習，為什麼我們的安寧照護，其實現在目前大型醫學生的上課裡面，都已經有安寧的概念被列進去了，他們本身都已經受過訓，而以在座是我們 40 個小時裡面有很多是各科，如果是外科照護如何三管，內科如何照護，是這樣的情形。所以，換句話說，他們根本不用上這麼多的課，那在這樣的情況下，如果說假設我們在把這樣好的制度，正式從試辦變成納入的話，我覺得這個門檻還要再降低，這樣子才有辦法達到納入的真正的目的。那另外剛剛那個林代表所提到目前小組的成員裡面，是醫護人員有要求時數，其他是沒有要求的。他是小組成員裡面一定要。那至於說，其他的律師納入，因為這個不是安樂死，它有很長的時候都是在照顧的部份，所以還談不上，我們醫院實際上也還在照顧這樣的病人，還談不上在當時就寫遺囑，沒有這麼快，以上。

主席

這個案子聽起來大家都覺得是應該去推動。只是大家覺得門檻還是有討論的空間，那是不是我們這個案子還是就先繼續試辦，之後我們再跟安寧協會，還有醫界一起討論，是不是門檻可以再往下調整，我們再提到共同擬訂會，不是報告案，是要用討論案。好！朱代表，請。

朱代表益宏

第一個，我不贊成，其實這個會我們這邊本來就可以討論了，而且今天看起來大家也有共識要調降，那你請安寧協會，他如果他是可以一票否決，他好像是跟共產黨那個黨中央，他說怎麼樣就怎麼樣，一票否決，那我們這些委員的決議算什麼？我是覺得這樣子不對啦！今天既然大家有一致的共識，那應該是說，那我們是不是找大家來討論沒有問題，但是決議是要調降的，這種是可以做決議的，那你去找安寧協會做調降，那怎麼調？調降多少？做幾個版本來？我們這邊再討論這個才對，你不能說拿去給他，他說他不要調降然後又回到這邊，那我們這個委員算什麼？我是覺得不應該這樣子，他不應該有一票否決的權利，應該是說我們這邊有做這樣的決議說門檻要調降，那至於調降多少，可以請他專家表示意見，這個我不反對，但是你不能請他表示，他不同意然後這個案子就僵在這邊，這個不對，這個我要先表達這第一點。第二點，署本部可以去裡面查一下，衛福部在還沒有改衛福部的時候，還是衛生署的時候，是由王宗曦王副處長在衛生署召開醫療機構設置標準，裡面的會議記錄寫的非常清楚，安寧病房是要 80 個小時，但是他講其他的東西，因為是跟病房設置是沒有關係，那是由健保局來調整，所以他也做了一個結論，建議健保局對於相關的支付是不是要考慮把門檻降低。他是有做這樣的決議，那你今天既然不是安寧病房的支付，為什麼？我不知道為什麼健保署一定要，講的歹聽，給安寧協會綁架，他說怎麼樣就怎麼樣，我覺得這樣子不好，所以我是具體建議在座的委員，大家是不是能夠同意我這邊有一個提案，就是說這個案子，原則上，建議納入支付標準；第二個這個門檻一定要降低，包括受訓的門檻、時數的門檻，還有繼續教育，每年 20 個學分的門檻，都要降低啦！以上。

主席

我剛剛只是說這個案子，因為是報告案，那想說跟大家做報告以後，就是要將試辦的方案導入支付標準。當時候在試辦的時候，當然我們是找了醫界還有安寧協會一起來討論，這個會議上朱代表也有在

現場，羅代表也有，我沒有記錯的話，四位代表都在現場，所以那些教育時數，是當時候在那邊討論決定下來這個試辦方案，那現在要導入支付標準到底要不要調降，我們還是要繼續的去搜集醫界還有協會，就是安寧協會的意見，不是說他綁架我們，而是說我們徵詢大家的意見，就是我們要導入支付標準，這個條件是不是可以再放寬，讓這個效果會更好，所以不是說我們一定是照安寧協會的意見，沒有這個意思。上次開會的時候，也是大家在那裡討論有往下降了。

朱代表益宏

但大家對於這個時數一開始，不是主席主持啦，是另外一個，長頭髮的主持，我們講的意見他都不聽啊！但事實上結果是這樣子啊！

主席

那所以我說~好啦~這個案就先不導入，我們再徵詢各方的意見以後，如果要導入支付標準，是不是讓他的參與資格再放寬一點，讓效果更好，可以確保品質，如果有一些共識再提到這邊討論，好~如果大家都沒有意見，那我們就第四案~

陳代表川青

針對剛才羅代表所提的，安寧療護其實就是放棄治療，就等死，等死的一個不同概念，就是說他可以放棄治療進入安寧療護。對，我知道。那我是覺得，主席應該先建議導入，其他有關條件放寬，上次我們已經好像在另外一個會議，剛剛有人提出來，是誰說的問題，應該放寬，各位看到第 3-3 頁，它的區域醫院 29 家，他的病患才五百多人，593 人，少的可憐，比例原則，平均一個醫院大概二十個人，所以應該如何把地區醫院，鼓勵他們用點的配置，讓比較偏鄉的鄉鎮都能進入這個系統做廣泛的照顧，就地區的可及性來做考慮，如果是這樣看的話，大的很大小的太小，所以，這樣的話會壓縮地區醫院生存空間的發展，我覺得這個地方應該尊重地區醫院，他們的一些人才覓得跟這些組成一個 team 的一個考慮。謝謝！

主席

謝謝陳委員的意見，因為當時候在試辦的時候是尋求各方共識以後所訂出來的東西，現在只是要導入支付標準，我們就把條件往放寬方向，到底合不合適，這個可能還是要~這個好像是第一次碰到啦！所以我們是不是還是維持我剛剛的決議，就是先暫時還是用試辦，因為試辦地區醫院目前還是 OK 可以做沒有問題，只是說我要把門檻降低，要寫入那個支付標準表裡面是不是更慎重一點，我的意思是這樣子，不是說不導入，而是我在徵詢各方意見以後，我們會照大家剛剛的意見，就是門檻稍為再更低一點，然後在品質可以確保的情形之下，把它寫到支付標準裡面，是這樣的意思。

羅代表永達

應該分成兩個部份，一個是說不管導入跟不導入，要儘速再討論，不是再討論後才導入。我希望在今天，因為消費者代表比較清楚這整個事情，他對於這件事情的建議事項，我覺得要列入重要參考啦！這是每個人角度的不一樣，因為東西從品質一直從誠意很高，就跟這次的會考一樣，誠意這麼高，實行這麼差，一樣的道理。

主席

好~我們再徵詢各方意見有共識以後，再提到這會議上來做討論。

第四案

案由：有關「全民健康保險特定檢查資源共享試辦計畫」擬導入支付標準案。

黃代表啟嘉

全聯會代表，我很好奇這個錢是給基層還是給醫院？因為我們看支付標準在第 4-5 頁這邊都有費用出來，那是基層申請這個品項費用，那這個錢是給基層還是給醫院？它是算在基層總額？還是醫院總額？我覺得這一點可以先釐清~

主席

等一下喔！這個請醫管說明。

林科長淑範

在大家手上的第 4-5 頁，把原來的資源共享試辦計畫，導入支付標準的時候，支付方式分成兩種，一個就是正子造影原檢查醫院，它有全身或是局部的支付方式。原檢查醫院是檢查的醫院，如果第二家院所去調閱資料，會支付給第二家院所，所以第二家院所您可以看到，第二次的處方院所申請的一個影像及報告費。為什麼會勾到基層，因為第二次可能有基層院所向醫院調閱資料。

黃代表啟嘉

所以，如果是基層院所申請的費用，它會是給基層院所。那事實上就是由基層總額去支付啊！這是第一個。那這個有兩個問題，分兩個問題來講，第一個，基層總額裡面根本就沒有編列資源。所以如果你今天要移過來，那是否要先編列費用給基層總額，才能夠改變這個支付標準。我是建議這個支付標準編列費用以後再做修改，這是第一個。第二個，是我們現在對於基層總額衝擊最大的就是院前診所的問題，在院前診所的情況之下，院前診所也可能來申請這個費用，而且它更方便，它是同一個系統，他們還有一些業務上的鼓勵，希望他們多申請一點。這個對於基層總額的衝擊要考慮，在院前診所現在是一個問題的處理下，還沒有處理完善以前，我們沒辦法在支付標準做這個改變，我認為對基層總額的衝擊會太大。

主席

請問醫管組有沒有統計數字，目前有沒有基層診所申請這一部份的費用？

林科長淑範

報告一下，這個項目從 93 年實施到現在，我們先往前看 3 年的醫療費用，就是原來在申報試辦計畫的時候 P 碼的試辦計畫費用。絕大部份都是醫院層級在申請，只有 1 家診所 3 年內報了 6 次而已，所以，

是有非常非常小的費用在基層。

陳代表宗獻

現在這個問題是這樣，我們看第 4-5 跟 4-7 頁，4-5 跟 4-7 相關的這些檢查，它都是基層都沒有，就是只有在這個影像報告跟這個第二次處方特殊影像的費用它有，所以這對基層來講它是新的。不過，我現在是考慮到，如果我們的復健科對於中風的後遺症，還是對於骨骼等等的這些相關疾病，還在做復健的時候，目前是這樣，由病人去申請一個磁碟片，把它帶到醫療院所就看了，看了之後就直接判斷確定是這個問題那就做復健，那現在的不必喔，病人還是要帶著 CT 過來，但是他只要申請的時候，他就會拿到這個費用，這一個洞會不會很大。因為我們每年在做復健等等的，這些醫療付出是相當大的，事實上，原來呢，讓基層維持原來的狀況，拿著 CT，然後我們再從 CT 裡面去看，那我們的復健他絕對不敢不看啊！一定會看，看了以後也不會申請費用，那現在給他申請費用，除了院前診所可以來申請之外，大家都可以來申請，那沒有這樣的費用，這個是很可怕的喔！再過來第 4-1 頁裡面講，實施資源共享申報 1.31 億，預估節省費用 1.24 億。這個如果是拿到我們的健保會議裡面去的話，可能大家又要誤會了，又要解釋了。而這個明明就是節省呀，你們怎麼說這個要增加支出，這個部份原來不在裡面，現在加進來，我覺得把它拿掉。

主席

那我直接這樣問好了，是不是基層要排除。你們如果同意，那我們在支付標準裡面就直接把基層排除，就是資源共享只有醫院之間。

李代表紹誠

這個利益是好，但是會衍生出來不必要的費用，就是今天這個病人原來理學檢查就可以診斷出來他是什麼問題，那因為這個錢，點數看起來還不少，我覺得要求他回來到醫院去檢查，檢查之後回來看，我就上這個系統裡面去看這個東西，結果可以拿了額外比我自己本身看診的費用還高的費用，這個東西是不是比較有討論的空間。所以，剛剛主席才說是不是基層排除。目前我們病人都會從醫院自己 COPY 光

碟片出來給我們看，我們也不敢不看。

黃代表啟嘉

其實我知道我有點誤解，當然我知道你要講的，他可以限制疾病啦！它可以限制總額。

主席

來，陳代表。

陳代表志忠

我是就這個名稱上，不管是特殊攝影還有 CT、MRI、還有正子這幾個，它有寫是第二次處方的院所申請特殊造影檢查影像以及報告費。那假設這樣好了，比如說我是某一科的醫生如泌尿科醫師，這個病人在另一個醫院做了一個 CT 帶來，他帶來給我了，我看了，如果照這個人申請的費用及報告費，我們是不是要打一個報告給健保局，要出示一個正式的報告給健保局，那有的醫院他帶來的光碟或者我們上這個系統，可以看到原來醫院的報告，那如果原來醫院已經有報告了，那我的看法跟他不一樣，我自己要不要做成一個報告給健保局才申請這個費用。在程序上，那我的報告有沒有效，因為現在的規定是，這些特殊檢查是各科的專科醫師要打報告的，比方說 CT 要有放射科的專科醫師報告，雖然我們各個專科對自己專科項目的判定，我們有時候覺得，我們看的比放射科還準，可是我們打的報告你們不承認啊！

主席

那個報告不是健保承不承認，報告是抽審的時候由醫師在看。

陳代表志忠

對不起，我收回，收回對健保署的不敬！

徐代表弘正

其實這整個的利潤是很好，可是在做這個計畫的人真的沒有想到很全面的問題，像剛剛基層的問題，你增加的費用就會擠壓到別人的費用，對我們醫院來講，其實我們病人如果是在別的醫院做，如果他拿片子來我就看了，我也沒有申請呀，為什麼不申請，因為你申請多了，

它也會給你核檢呀，你超過量就給你核檢，這是看的到吃不到啦，真的是這樣，我倒建議貴署應該把這設備弄得更完備更方便，我們上去都查的到，這樣鼓勵所有的醫院不要重複做，這一點是正確，我現在有點懷疑，如果我這樣申請就是我如果不做會不會被核檢，我幾乎百分之百的告訴各位一定很容易被核檢，因為審查醫師在這裡，我如果看到復健科這樣申請，我一定會核檢，所以我不太建議來直接做給付方案，我倒是建議要把這系統做的更好，現在不應該由病人帶著片子拿過來，理論上應該是我上網可以抓下來可以查的到，這才是對的，對不對，老師。

主席

剛剛徐代表講的資料庫是有在建置，只是現在利用的情形也很低，我們現在只是在提供誘因，如果你們不正式導入還是要用試辦，我們沒有意見，剛剛基層也有說他們要排除，如果導入要排除我們就排除。接下來請朱代表~

朱代表益宏

主席，這個我覺得~我看它是 93 年定的，93 年我可能有參加，我也想不通當時怎會讓它通過，第一個就是說，也是希望影像不要重複去攝影，節省醫療資源的意義是正確的，但現在大部分的做法就像剛剛講的，病人可以帶一份報告，因為病人可以 COPY 一份資料，如果需要的話也可以申請病歷，再帶到第二家第三家醫師去看，現在做法是這樣，那這裡面就產生一個問題，第一個，病人去付了費用買自己病歷，那健保署又重複付了一筆費用給影像提供的單位，這很明顯我覺得是有問題的。第二個，我不知道署裡是否有這資料，因為你說影像交換，它主要是由第二家醫院下載一個固定表格去原攝影醫院申請病人影像，當然這會產生一些行政費用，如果是這樣，當然你要付費 ok，但是，是不是經過這樣才付費，還是說在其它方式申報也是要付費，我覺得細節上的支付，署裡面要釐清啦，等到真正納入的時候這些問題要處理，謝謝。

主席

我先請醫管針對目前的做法及要導入以後的做法，有沒有改變做個說明。在他們說明前，我先跟大家報告，我們提供這誘因，其實是避免這病人第二次照，第二次照的費用其實比我們提供這誘因還高，所以它是可以節省部分醫療資源。第二個，避免被保險人再度受到輻射或是其它不必要的傷害，大家可以想清楚，我先請醫管這邊針對試辦的時候如何執行，未來如何執行，做個比較明確說明後，各位再提供意見。

李副組長純馥

當時在設置這部分，確實如主席講的，是希望節省第二次施作的錢，所以我們給予提供跟後來接受的這兩院所各一筆錢，這一筆錢差不多加起來等於照 CT 的錢，可是我們希望至少這一部份是可以節省的，可是它有一個前提就是說，如果你今天參閱影像完以後，你還是要重新施作一次，你就不能申報這個費用，我覺得這部分是要把它訂清楚，很抱歉我們方案裡面是沒有提到，可是我們當時在設計這方案其實是有提到這部分，也就是說如果參閱影像完還要重新做一次，這部份是不給付的。確實我們現在交換方式有很多種，最大宗確實如各位代表所講，是由病人自己帶複製片過來，為何還要跟原醫院申請，只是要讓原醫院知道說您的片子有流到其他醫院在參考。還有一個用意是，今天如果是要由原醫院提供是需要病人同意，當然你今天沒有透過影像交換中心而是透過病人拿，表示病人是同意。可是如果透過影像交換中心，病人可能不知道，但我們是希望依照相關法令是需要病人同意，因為你是調他在其他醫院的病歷，所以我們是需要有一個申請的動作在裡面。我想原則上，科技一直在進步，你要用 PACS 還是 EEC 等，為何要寫要用 PACS，因為有些醫院本來跨院間，尤其是相關的聯盟醫院，他本來就有 PACS 在做交換，其實不同方式我們都可以提供，是希望資源能夠共享不要再重複做。可是如果病人病情確實是需要重複施作，這部分也不是說不行，只是說你就不要報這個，因為你只是 for 參閱影像，你還是再重新再做一次他的相關檢查，那我們想說這樣才

不會有浪費跟浮濫的問題，謝謝。

郭代表正全

我想大家顧慮的太多了，因為都是沒有在做才會顧慮，才會在顧慮，大概件數 102 年到 103 年 CT 從兩萬九百八十七件才變成兩萬四千八百多件，事實上不會增加很多，那為什麼，因為在線上這個東西花的時間很長，你搞不好有機會看兩三個病人呀，那要等呀，現在的平台提供的東西並不是很方便，我知道這當初是江副總的時代那時後訂出來，事實上背景大家並不是故意，是好意的，不過有一個東西剛剛陳宗獻委員提的，我認為他的顧慮是對的，應該要做一些規劃，像說我這家診所我沒有 MRI 幹嘛看這 MRI，然後再去申報這費用？因為是你本身有這設備，我不做我去申請，這樣才省~不然每一家診所都申請一個 MRI，看一個片子也有幾千塊，幾千點，我想這過去都沒規劃，我認為是需要規劃的~

主席

好，郭代表提議這個很好呀，因為要不要做這限制也是大家要有共識，目前從署裡相關資料，我們也發現有一些 CT 照出來幾乎，我不能說它不能看，幾乎沒有醫生敢打報告啦。所以未來我們要去清查超過幾年的 CT 的機器。目前我們是想要去做所謂 CT 幾年以上，如果調閱給審查醫師看，品質不佳比例都在某一程度以上，那我們針對這一台機器所照出來的影片是考慮不予支付，所以資源共享好處是資源不浪費，且對被保險人不造成二次不必要傷害。剛剛郭代表的意見很好，就是如果醫院沒有 CT 或 MRI 要不要規範，我是覺得目前醫院之間是還沒發現這樣的情形說非必要一定要申請。那基層剛剛已經同意要排除，醫院之間的資源共享，是否一樣讓它過。另外 EEC 那塊也積極在做，等 EEC 那個也更成熟。目前今年我們也編了 22 億是針對頻寬的部分也要給醫院、基層診所改善傳送影像品質，是不是可以讓它先過，有一些條件，還有大家提供的意見，必要時我們再做一些修正。請~陳代表。

陳代表志忠

剛剛本來想問的問題，我們長官已經說明了，如果申請了，覺得那個片子看起來不行，或著是沒有看到他要看的東西他還是做了，那這個就不能申請了，那有沒有期限？有沒有期限，我是問一下有沒有期限，多久以內，譬如說我看了，我就幫病人做治療了，你也許半個月、一個月後再做，那你把一個月前申請的費用就撤掉嗎？還是怎樣？

主席

這原則是臨床上去判定，我們沒辦法去規定說你現在看，所以你一個禮拜以後照這個就不算，原則就是說如果你的申請，在被抽審到審查醫生認為有必要去看整個的過程，他會去做判定，不是我們來規定到那麼細的東西，因為這涉及到專業，臨床病情可能每天都有變化。

陳代表志忠

那所以就是由抽審來決定，如果沒抽到他還是申請了這個費用。

黃代表雪玲

主席如果要納入，一個小小的意見想問一下，這個本來就有用 P 碼在申報，可不可以維持他用舊的 P 碼不要再換碼？其實他現在的申報的碼我們已經固定就用那個碼在申報，你錢也沒有再變，對醫院資訊系統不用再處理，像你們那個糖尿病試辦計畫也已經導入了，他還是維持它的 P 碼，可是在這邊又要換成新的健保碼，署裡面這邊有沒有固定的原則，我們不希望這樣變來變去的，是不是可以維持舊的。

主席

醫管？他這個意見可以嗎？可以，好。

徐代表弘正

我再強調一下，我贊成郭特助的想法，如果你要審是因為我看了以後我不做，不是我現在沒有我去看了我申請，那這樣沒有審阿，對不對，是不是要考慮到這個東西。

黃代表雪玲

主席我補充一下，其實這這個東西過去健保署不定期就會來立意抽審，3個月重複申請就會叫你說明，然後核刪，其實健保署是管得很嚴的。

林代表淑霞

如果真的要導入支付標準，在設計上可以再考慮一下，我們當然是鼓勵第二個醫療院所能夠去善用這樣的一個資源，很多好處在這邊不多做贅述，建議原始醫院提供的支付點數與使用醫院應有差異，因為現在兩邊的費用是一模一樣，應該是願意使用的醫院給付點數可以高一點，願意提供的醫院本身在申報上就有給過一次費用了，現在只是提供，是不是這個費用可以降低俾利鼓勵第二家醫療院所使用之意願，這是第一個建議。第二個建議，我們台灣推動電子病歷事實上是有相當好的基礎工程及條件，如果積極作為應該結果可以較 OECD 先進國家更具成效。建議衛福部應爭取編列預算繼續全面推動，主因我們有完善的健保 IT 作基礎，目前很可惜電子病歷已轉至 EEC 的資訊，上網查詢速度真的太緩慢，所以到現在為什麼醫生都不愛使用 EEC 交換醫療資料，同時很多資料上傳也還不夠完整，每一家醫院 PO 上去的資料亦很多欠缺。就 EEC 使用資安問題於規畫時即作過詳細分析、討論並已公告電子病歷相關法規。目前必須醫師卡加上病人的健保 IC 卡同步插考方能下載資料，就診時真的很方便的下載直接在診間就可以看，只要改善速度我相信所有醫生都願意配合使用資源共享，而且這也是一個環保兼具效率的作為，對病人而言也不要再去重覆做一個有輻射的檢查，這是非常好的發展方向。所以我們真的期待政府繼續推動 EEC。最後本人前面第一個建議，支付標準進行差異之別，我想有這個必要性，因為有了誘因鼓勵就會提高執行率，以上。

主席

好，謝謝林委員提供兩個意見。有關 EEC 的問題，衛福部我們再請

社保司這邊帶回去研議，至於提供比較高的誘因，這個還要考慮到對於財務的衝擊，是不是正式導入了實施以後我們看資料的情形再來做討論，是不是這個可以考慮。請，朱代表。

朱代表益宏

其實我是贊成導入，我其實也支持林委員的意見，因為你現在既然要導入，其實把原攝影的醫院現在就可以下降了，因為為什麼這樣講，大部分的都是跟病人收了自費去 COPY 片子，然後去拿到第二家醫院，現在第二家醫院去申請，那照剛剛署裡面講的是健保局會再主動付錢給他，給第一家醫院嘛，因為第一家醫院不知道他這個片子到底哪裡，拿到哪裡去，所以我覺得說，既然是這樣子的話，已經跟病人收了錢，你健保局還要再付他兩萬兩千四，還有這個幾點，那個點數也很高耶，那病人事實上他已經花錢去拿了那個複製片了，所以我是建議那個是可以降低啦！到是真的把那一部分的錢，你用預算中平的原則，對於他使用第二個醫療院所，使用複製片，你給他稍微提高，那個誘因提高我覺得是有意義，這樣比較有意義不然你現在是兩邊一人一半，一人一半，問題是提供的病人那邊又收了一點錢，那你怎麼辦，你是叫他不要收嗎，但是原提供的醫院又不知道病人拿這個片子是到第二家醫院去諮詢，他不知道啊！所以我是建議其實把原提供的醫院降低啦！降一半，然後一半挪到那個第二次使用的醫院，這樣比較合理！

主席

這樣好不好，因為這個是試辦導入支付標準，是不是先維持這樣導入，導入以後，如果成效越來越好，也確實可以節省資源，我們再來檢討後面到底要怎麼來提供誘因，讓它更合理，那這個是不是大家不要就…因為現在的都是這樣子在做，忽然間調降，那大家都不做了，變成好像導入以後就變成效果就更差的話也不好，是不是這個先導入，至於剛剛講那個申報碼不改，那我們醫管組剛剛初步是同意，那基層診所是要排除，OK？來，請。

謝代表文輝

因為這個其實有很崇高的理念，但是長期以來為什麼十幾年了，績效其實說起來是很普通的，因為坦白講，除非你有辦法嚴格控制，不准做第二次檢查，在很有效率的控制他做第二次檢查很困難的時候，這個是有困難，這個我們講有困難嘛，因為這個專業判定，你很難訂一個這個，所以理論上這個本來就沒有什麼誘因，坦白講你來就該像剛剛郭正全，郭代表講的，我乾脆給你重新做一個阿，還是看三個患者，還比你做這些卡贏，所以我是覺得這個案子用意很好，但是很難有誘因，所以做十幾年只有這樣子，那我是覺得，基本上如果我們這樣導入，也沒有問題啦！就導入就維持這樣，這個就是有一個交代，我對這個重覆我有鼓勵，這是正確的交代，但是實在是要有一些改變，不改變就是一直這要下去，一年提升一點點，為什麼剛剛我是覺得林代表和朱代表講的有一點點道理，我是覺得，因為這個主動權其實是在第二家醫院，第二家醫院他覺得因為有需要再做的時候，前面就已有做了，我來去跟他調，其實所有的主動權都是在第二家不是在第一家，所以如果你要讓這個量變大，你就是要鼓勵那個第二家，你要大力、鼓勵他，因為第一家其實是被動的，所以應該發動者要給他高一點，所以我是很贊成。如果說財務不要影響就中平嘛，裡面做個調整，那也許不要到甚麼一半割到那邊就變四分之三比四分之一，不要這樣，三分之一比三分之二，這樣大概可以。第二個，對原提供者的吃虧也不會很大，為什麼，其實一般原提供者有很多病人來了，他都會拿光碟回去，很多像西醫基層，他不會來申請這個錢，我們現在把基層排除我也贊成，那西醫基層他不會拿這個錢。如果我們不把它稍微下降的話，萬一有病人來質疑說，喂，你這個也跟健保申請一千多元，怎麼又跟我另外收錢？那個錢要退還給我，這個也很麻煩。你說沒有，申請的錢就比較少，所以你出這個錢包括在我的成本裡頭，所以你可以退錢啦，我是覺得這個以後對消費者比較好解釋。

徐代表弘正

這樣少兩百。

主席

這樣子好不好，先導入，剛剛大家的用意都很好，是不是要鼓勵第二家，或是怎麼樣，等過一段時間，我們再來看財務的衝擊怎麼樣再討論，因為就像剛剛講的，如果你要鼓勵第二家的時候，郭代表剛剛提到的，如果你沒有 CT 你是不是就不可以，所以那個要有配套，不是說我就是鼓勵，那就是跟基層一樣的走到那個情形，所以我們是不是先導入，導入以後過一段時間我們再來檢討，是不是要提供更好的誘因，然後要有甚麼樣的配套，好，是不是決議是這個樣子，基層是排除的，如果大家可以接受的話，我們就做成這樣的決議，因為我們後面還有很多案子，我們要討論的案子。

朱代表益宏

總要訂一個時間，這樣子。

主席

本案通過一年以後檢討好不好？總要實施一年，OK？來，報告案第五案。

第五案

案由：全民健康保險醫療費用總額其他預算項目—鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」，103 年下半年診所及藥局納入實施及其核付指標另行協商議訂案。

主席

來，請醫管林科長做個摘要說明。

林科長寶鳳

主席、各位代表大家午安，不好意思，因為西、牙、中診所間及藥局同質性低，在指標的訂定上非常困難，所以才遲至今天下午現場提供報告資料。請看今天桌上補充資料第 3 頁，我們預算來源是來自 103 年的其他部門的總額預算 22 億，用來鼓勵醫療院所即時查詢病患的就醫資訊，是在解決剛提到很多資訊在上傳或下載時頻寬不夠致等

待時間太長的問題。我們在 103 年 3 月 14 日公告的這個方案版本，採逐步穩定的推動方式，所以上半年是醫院部門先實施，截至昨天為止已經有 131 家醫院，大概占了三成的醫院家數，已經來申請辦理這個方案。下半年七月即將開始，依第 3 頁的第四大點適用對象及其條件的括弧一有提到：下半年假如診所或藥局有意願的話，可由分區業務組同意後辦理。同意辦理沒問題，重點是怎麼支付方案之費用，第五大點支付方式括弧一有特別提到：診所或藥局之核付指標另行議訂，所以我們今天才提到這會議。剛剛提到西、牙、中診所和藥局的同質性實在是太低，所以我們努力訂定了四項指標，這四項指標在今天補充資料的第 8 頁，第一項指標是門診病人健保雲端藥歷系統查詢率，第二項指標是特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率，第三項指標是門診抽審案件數位審查，第四項指標是健保卡登錄處方及上傳作業正確率，這四項指標的操作型定義都在評核方式裡面說明，並由診所或藥局跟我們分區業務組從這四項指標中協議兩項指標，每項指標支付權重是 50%，做為核付依據，指標達成率並按季調整，例如門診病人健保雲端藥歷系統查詢率第一季的話只要大於 5% 就可以達標，第二季是 10%，第三季是 15%，第四季是 20%；特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率只要大於 90%；再來門診抽審案件數位審查有實施的話就可以達到；健保卡登錄處方及上傳作業正確率要 90% 以上。事實上，特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率，依據我們醫審及藥材組表示，實績值已經達到 91~93%，所以訂 90% 應該是可以達成。健保卡登錄處方及上傳作業正確率的話，現在上傳正確率已經有 99%，登錄率有 95%，所以訂 90% 應該也是可以達成。門診抽審案件數位審查的部分，是只要抽審案件之病歷資料用數位方式全面單軌送審，我們分區業務組即可認定是達成的，所以訂了這四項指標，然後讓基層診所和藥局跟我們分區洽定選兩項就可以了。今天把這四項指標及支付方式提到這個會來報告，俟本會備查後，我們會依照程序報給衛生福利部核定後公告實施，以上報告。

徐代表弘正

這個東西本來我們醫院非常想申請，可是看到醫院條件相當困難，

那我們現在看到診所跟其它的，只有五項選兩項，那個好容易喔怎麼樣都能達到，我當然不是要跟他們比，我的意思是說如果你要五項選兩項，醫院是不是也一樣可以，就是按照補助來去看可以選，而不是說區域醫院一定要全部達到才可以選，雖然我們最後的金額比較高，可是我們可以達不到，我用選比較低的呀，這樣不公平呀，你要兩個去做比較一下，我們當時在想 6M 的兩萬多，若我一點點達不到我就要自付，我一個月就要 24 萬，不要看那是小錢，一年二十幾萬，原本我現在一年只要付五千塊就可以，我覺得方案範圍擴大我是贊成，可是補助方式要重新做調整，你可以達到多少補助多少，應該要一併這樣去做，因為你這案子是要鼓勵大家，都能夠頻寬大一點然後去拿資料，其實要是政府很有錢、大方一點，就不要想這些東西，全部提供，不是很好？

李副組長純馥

其實我們在醫院的方案，大家也有協商也提到這問題，所以後來我們用支付權重的意思，也就是說，如果住院病人雲端藥歷的查詢你有達到就是給 20%，那也是累加的。基層風險比較大是因為他挑兩個，兩個都沒達到搞不好都是零，那他若一個達到也就 50%，基本上你指標本身用意是在說如果今天你這個指標 20% 你達到我就給你那個錢的 20%，40% 達到我就給你 40% 的錢，當然你如果五項達到你就 100%。沒有錯，有可能如果讓你們選擇，你權重還是拉大嘛一樣會有風險，因為 total 還是一百，只是說坦白講我們對醫院當時我們開放頻寬這件事情，其實大部分還是希望醫院間資訊能夠相互傳遞啦，所以當然我們醫院中間要求包括抽審數位化這些等，都是我們想達到的指標，所以那時候沒有讓大家可以做挑選，基層因為它多樣性，尤其包括藥局，他不是每個指標都能用，坦白講，像中醫，中醫有需要查到那關懷名單嗎，因為它也沒有在開管制藥品，所以我意思是說當然這指標它就不適用，所以讓他擇適用的部分，因為我們很難針對診所訂不同的指標，因為診所這麼多~包括牙醫診所又不一樣，所以我們就想說針對基層部分就是這樣。醫院我覺得執行一段時間我們會來檢討看如何改，因為今天我們都沒有數字，直接要來改我覺得風險會很大。

郭代表正全

第一個指標的定義有清楚嘛，第二個指標我原來在想查詢關懷名單網頁指標不就是看用藥，那不就又回到第一個指標去了嗎，那剛剛聽副組長講才知道，你這個關懷指標是有特定的藥才會進來，所以你操作型定義是不是稍微加註一下，當然不一定要寫什麼，你是特定的藥才進來。第二個，這次健保署透過健保會整個費用協商有 20 億，那現在我比較關心的是現在是重賞之下必有勇夫，那之後錢花光大家又都抽出，該怎麼辦呢，我想這部分大家也稍微交換一下意見。

主席

建立資訊平台去避免重複檢查或用藥，這是我們一直努力的目標，如果效果很好，我們也是希望可以繼續辦理本方案。就像上次健保雲端藥歷發表會沈組長（現在是臺北業務組組長），他有講過的，我提供了一個苦瓜，你是要做排骨苦瓜湯還是鳳梨苦瓜湯都可以，你自己要去充分利用這個材料。所以有了藥歷資料庫，也要把頻寬加大，讓我們醫療資源可以更合理的使用，就像謝代表講的崇高的理想，這理想需要大家一起來努力，因為本次討論基層指標，所以醫院部分之指標建議，暫時保留。

陳代表宗獻

基本上我在年初的時候是不看好，不看好的原因是因為它月租費是七千多一年大概九萬多，本來就不容易推動。但是這次辦理台南醫療資源的考察，裡面有位醫師當場用筆電查詢資料，我是覺得這個可以推動，讓他比較容易上路，我倒是覺得基層應該努力一下。

蔣副秘書長世中(蘇代表清泉代理人)

這個意義非常好，但是就如同主席講的，做苦瓜湯或苦瓜鳳梨，已經準備材料，苦瓜沒有熟那真的是叫苦連天。其實基層不是說要錢這問題，而是希望所有的資訊都同步~基層是希望能夠同步知道醫院資料，這樣基層才可以去做，這樣未來全國才可能驅動。如果所有的預算足夠支應，要能長期實施，基層一旦加入明年若不補助也會造成混亂。

李代表紹誠

其實我要講的跟蔣委員差不多，我們該如何讓苦瓜變甜湯，剛好有付費者代表在這邊，因為這案子當初在初辦討論時，就為了維持的費用，是否可以在 104 年繼續編列，有很大的疑問，所以剛剛主席也提了，其實這也是大家比較擔心，我今天加入，那明年~一旦投入其實每天的費用其實會比這個高~但是大家也願意配合，因為這是對整個國家醫療體制也是很好的，所以是不是可以幫忙每年都編列這預算，因為這預算對我們來說是很大一筆費用，但是如果對國家整個衛生政策是很好我們需要你的支持。另外我們診所的頻寬不知道是不是夠用，因為很多是比較偏遠的診所，那些老先生老太太更需要這些東西，但是如果頻寬不夠好的，就沒有辦法做成好的湯，以上。

主席

好，這個一起努力，如果效果很好，我們消費者代表一定會支持。

徐代表弘正

我只是卑微的要求，我的意思是說可以把醫院的標準，如果說你達到幾項，我寧願補助基層的金額就好，我換個方式來講，因為你一定要我一個月交兩萬多，然後你補助我 50%、40%，我事實上並沒有必須要用到，我只是轉個方向，我也可以做得很好~

主席

醫院已經公告了，如果醫院這邊有哪些需要我們改進，我想在做檢討的時候，我們再一起來努力啦~請~

林代表富滿

我呼應一下，其實醫院很想做，但是為什麼許多醫院目前無法配合，因為指標困難達到，譬如門診要查 15%量，對於每天門診量三千、四千、五千的醫院，只要查一筆多 30 秒，將造成門診時間延長，所以頻寬加大不是問題，病患等候時間增加才是最大隱憂，門診量大的醫院要達到指標不容易，所以建議醫院指標下降，增加醫院參加的誘因，以上。

李副組長純馥

其實我剛剛有表達說我們有在蒐集指標達成的狀況，因為我們才剛做沒有多久，那如果說確實在指標上大家達成率並不高，我覺得可以再討論這個指標的定義或比率的部分，我是覺得可以再微調。可是今天沒有數據的情形下，大家這樣喊，我是覺得風險很大，所以我的意思是說健保署醫管組願意跟醫審及藥材組一起來討論，是不是我們擇期針對這方案再來討論。

朱代表益宏

主席這個案子因為是在三月公告，所以我想問一下它執行率到底是怎樣，這是第一個，第二個因為它是只有今年的預算，所以你擇期擇到年底就沒用啦，明年搞不好還沒有，所以我覺得真的要調整就應該儘快，比如說在一個月之內，醫管組就趕快跟醫院協商，我們就可以去做調整或追溯，不然你到年底八、九月，那時候大家都要忙總額協商，根本沒有時間，總額協商還有配套措施就做到年底，這案子就沒有了，所以我是建議希望這一、兩個月趕快檢討醫院這一部分~

主席

我們先確定基層診所這案子 OK，若沒問題，我們是不是就同意備查。

陳代表宗獻

我剛剛要談的就是說~基層裡面加下來是很多，其實可以跟中華電信談，儘量談低，我們希望是將來很便宜，我們就可以繼續用，不補也好，這樣就不用老是擔心說健保署是不是會編列這預算~

蔣副秘書長世中(蘇代表清泉代理人)

再補充一點，基層不是有 ADSL，與立法院去商談後，費用變成兩折或三折，所以不是不能談，將來加入的人多之後，也許健保署就可以去商談。~

主席

請醫管組就代表意見回應~

林組長阿明

因為現在基層診所還沒有真正進來，如果申請辦理的家數量大，我們會再跟電信公司談月租費調降的可能性，當時在健保會協商本項預算時訂有補助上限，現在科技進步很快，月租費七千多塊可能只有 2M 頻寬，到時候說不定可達 5M，也就是說未來科技進步很快~所以之後可能七千多可租到好幾 M 的頻寬。

主席

好~針對剛剛醫院擔心的那些問題，我們兩個月以後開檢討會，還是有其他建議~科長~

林科長寶鳳

其實基層剛提到的部分，因為我們在方案裡面有訂定基層診所是用企業型光纖 2M，月租費 7,436 元為支付的上限，頻寬要多大，是我們資訊部門評估的結果，也是他們去和中華電信公司議價的結果，當然以後也不一定是中華電信公司，可能是別的電信公司，因為市場競爭關係，可以談到更低的價格，也就是說我們資訊部門評估基層診所頻寬用企業型光纖 2M 是必要的，當然電信公司要更有競爭力，也許把 2M 變成更大的頻寬，但是我們是把補助月租費金額上限訂為 7,436 元，也是當初我們推估 22 億元的基準，當然可以議定到更大的頻寬是更好，這是對基層診所回應的部分。有關醫院的部分，醫院的指標在今天補充資料的第六、七頁可參閱，也是經過兩次會議討論的結果，有關指標達成率是否要再調降及指標項目是否修訂，建議請醫院部門代表在一週內來文提建議案，我們看看如果不用開會而直接採納，那會更有效率，也許可併基層診所部分一起來報部核定，以上建議。

主席

可以嗎，一週內醫院協會來文提建議案給我們~

醫院部門代表

建議會後兩週~~

林科長寶鳳

今天是六月十二日，基層診所部分預計七月一日實施，所以兩週有點趕，那不然十天好了。

主席

十天，好！好啦十天內拜託醫院協會這邊提出你們的建議案，假設像我們科長講的可以調整，我們簽給長官批准了，就一併跟基層診所部分一起報部公告以後實施，就不需要再開會檢討。好！那我們這個案子是不是就這樣通過。請！

吳代表進興

很不好意思，第一次發言，剛剛談的那個案子其實立意是真的相當好，但應該是要更全面性考量，是不是可以建議署裡，就是說現在藥局也進去了，那特約的醫事檢驗所理論上是不是可以也把他納進去。屆時我們當然也會鼓勵我們的這些業者儘量加入，以上。

主席

ok 你的意見等我們這個實施了以後，如果有擴充到其他功能的時候，我們會一併考慮進來，那我們這個案子就通過，接下來進入下一個議程是討論案。

討論事項

第一案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號05404C-05406C「精神疾病患者居家治療」等3項診療項目案。

主席

好，在委員還沒有提問之前我先請心口司的技正是不是可以做個

說明。

鄭簡任技正淑心

各位與會先進大家好，其實部裡面針對精神醫療資源在去年年底開始我們就召開多次會議，最主要是我們檢討現行病床，現在精神病床開放數大概是兩萬床左右，急性床大概七千床，慢性床大概一萬三千床，事實上，以精神病床來講，不管急性或慢性，它的占床率都是非常高的，但是我們回來檢討，是不是真的這麼多的精神病是需要住院的？其實部裡面也積極在推希望病人可以減少住院，轉向社區來積極接受復健，那也是呼應整個世界趨勢去機構化這樣子，其實我們目前看起來，急性床的占床率大概是八成左右，那慢性床已經接近九成了，那其實我們去檢討這些慢性住院的病人，其實大部分來講，他不需要住那麼久，甚至不需要有那麼多的慢性病人來住院，因此我們也是獲得健保署的支持，我們是不是積極來推動社區居家治療，讓這些經過慢性住院病情已經控制還算穩定的個案，可以回到我們社區，透過居家治療的話他一樣可以獲得很好的一個積極復健，能夠在醫療體系裡面維持一個很好的追蹤。再搭配我們整個社區的公共衛生體系，希望可以減少一些住院資源的花費，居家治療的支付額度也很久都沒有調整了，是不是藉由這次的機會，懇請各位委員來支持我們這樣的一個想法，也感謝健保署很支持我們多次的一個會議之下，討論出來的一個方向，以上報告，謝謝。

主席

好，委員先想一想，我再請醫管這邊做個回應，目前所謂居家治療有哪幾項診療項目？另外它們的支付是相同還是不同。請！

林科長淑範

在現在健保支付的居家照護的部分，目前有三大類，一類是現在大家看到的精神科居家照護，第二類是一般的居家照護，就是大家常說的三管病人的居家照護，第三類是安寧病人的居家照護。在這三類裡面大致上分為醫師居家訪視費、護理人員及其他人員的訪視費，在

目前為止，醫師訪視費在三類的居家照護都是相同支付點數，護理人員訪視費也是一樣，醫師訪視費都是 1,035 點，其他醫事人員的訪視費都是 700 點，以上說明。

主席

好，剛剛心口司也把緣由跟大家報告了，是不是大家支持精神疾病患者居家照護的醫師診療費跟其他醫事人員訪視費用均調高，請委員提供意見。同意？好！沒有異議，那我們就沒有異議通過！也謝謝各委員的支持，謝謝心口司的說明。接下來第二案。

第二案

案由：103 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案。

主席

好，請委員針對這個案子，如果大家沒有特別的意見，就通過子。我們還會到健保會做最後的報告，因為健保會希望在最快的時間內趕快定案執行。

朱代表益宏

一個就是三班護病比現在你用 3.5 億變 4 億嘛，但是裡面的標準並沒有在這邊提，對不對，所以要另外討論，那不是空頭支票或是怎樣，這是第一個。就是說你在這邊說要通過，但是那個三班護病比的標準到底怎麼獎勵在這邊並沒有出來，所以這個案子我個人覺得有點瑕疵，沒有那麼完整，這是第一點。第二點剛剛講那個，淑範有特別提到就是說立法院的決議，但是我看到附的都是臨時提案，立法院的臨時提案，所以我不知道說到底決議是什麼，因為我看到 7-6、7-7 頁都是提案，都是立法院的提案啊，所以我覺得說都是由立法院決議，那那個決議要拿出來，拿一個提案跟我們說立法院的提案，這個附件我是只有看到提案呀，立法院提案就是決議文喔，比健保署還要差。

林代表富滿

有關 7-3 (六) …違反相關條文之規定，因勞基法部份條文規定，

目前實務面尚需逐步調整，且各分區勞保局查核標準不一，有時並非醫院刻意違反，可能屬個別定義認定不一因素，尚有許多爭議部分，若一經查核就不能領取獎勵金，影響太大，建議先排除，敬請考量。

主席

對不起我先回應一下，剛剛林代表所提意見。當時候我們在召開這個討論會時候，確實也有委員在說，勞基法裡面是和很多不同的人員有關，所以請大家看 7-3，是如有違反護理人員相關的勞動法令的時候才算，不是去檢查清潔人員還是什麼掛號人員，而是違反護理人員相關的才有算，因為這個也是立法院決議要求的，所以我們已經界定清楚就是護理人員這塊而已。

郭代表正全

那個偏鄉地區護理人力加成 0.5%或加成 2%啦，他本身是沒有多少錢，五千萬，五千萬是沒有多少錢，但這個偏鄉定義，我認為還是要講清楚，因為以前我們早期長期來對偏鄉，我想有明確的定義，以前衛生福利部，那今天又加一個護理健康照護司的偏鄉，那他自己定義的那個偏鄉跟我們定義好像不太一樣。那講的比較好聽的，像現在台灣幾乎全部都市呀，台南市，市是直轄市嘛，那直轄市怎麼會有所謂偏鄉內？我認為這個整個定義真的要搞清楚，不過，我對這個偏鄉我認為還是不能偏離原則啦。我認為它的定義的偏鄉，好像跟我們認知看出來怪怪的，是不是可以做補充一下。

主席

純馥副組長你要說明還是我說明？那天在那個會議上照護司的部分。

李副組長純馥

其實那時候我們原來的名單是少的啦，只是後來大家有提到說，既然我們自己有 8 億，今年是 8 億，就是針對醫療資源不足的那個方案裡面，是不是要把那部份併進來，所以把兩個取最大化，只要兩邊

哪邊是就把他列進來，那因為主要是擔心說，因為如果我們一直持續推動這個方案，因為看到日本的例子是會讓偏鄉更找不到護理人員，因為大家薪水好以後就往都市去集中，所以希望針對偏鄉那塊另外給他補充。確實我們醫缺、偏鄉不同的定義，所以那時候確實照護司是有提出來，可是家數非常的少，在我們這名單裡面，大宗還是我們自己，那100多家是我們健保自己定義，他們好像只有10到20家左右，主要還是我們那所謂的偏鄉認定，就是我們現在有個點值保障偏鄉的部分，另外併同去說明朱代表講的這個護病比怎麼去分配，那時候為什麼沒辦法訂是因為那時候醫事司所試評的家數不是所有的醫院，所以當我們不知道現在標準在哪裡的時候，現在到底所有院所端的情況是什麼的時候，我們要去做分配，我們擔心那個量尺要怎麼訂，比較困難，且醫院評鑑有試評的標準，而且是兩套標準，所以確實我們也覺得這部分是不是應該全部的醫院都按照我們規定的操作型定義蒐集資料在我們健保署這裡，我們再用我們健保署蒐集完的資料，定義清楚的東西跑出各醫院的狀況，我們再來決定，不是開空頭支票，而是我們承諾我們一定會蒐集完資料再過來提會討論，因為今天如果沒有把標準訂出來，你也沒有辦法分配，那只是先匡列預算在那裡，那一定要是收集完資料，我們有數字之後才能來做討論跟分配。

主席

陳代表說完以後再請徐代表，然後再羅代表。

陳代表雪芬

我請教喔~因為三班護病比上次看到的資料就顯示醫中可能最差，再來區域，那可能再地區，我們最糟了，所以我想對於那種趨勢要讓我們知道，因為我覺得那樣對支應的分配是非常不公平的，都看起來就是剛好顛倒，狀況是顛倒的，那我們對護理團體有呼籲但沒有用，但他們就是要他們的訴求嘛，那這東西都到立法院去了，我想我們可以講話的地方真的是不多啦，不過我希望這邊能夠監控一下到時候各層級的分佈狀況，以上。

徐代表弘正

那個~應該是比較關心就是違反護理人員相關勞動法令，這裡還是寫得很模糊，譬如說是不是整年我犯了一次就整年領不到，而且這個違反勞動法令有輕重，像我們最輕的，我跟你講他們都來做成績的，他來了給我一個什麼理由，譬如說你今天這個護理人員，你要不要給他補休假還是要給錢，他說你沒有給他寫同意書，這也罰了！所以這個東西真的會很嚴重，這個是不是要大家討論一下那個輕重，是不是要等到很嚴重的才算，而且是按季算(這邊提的是按月份)……

林組長阿明

對~7-3 裡面是違規發生的月份數，違規一個月分就是扣一個月分。

主席

我知道大家 concern 的東西，其實這個 3.5 億，今天再把品質報告 0.5 億拿進來變成 4 億去做這個所謂護病比，這個其實因為目前醫院沒有全部評鑑完，而且是兩套。部裡面的政策是依工作小組開會的決議，在衝擊最小的情況之下，拿一部分來試著去做做看，然後也收集資料，所以是這樣來的。另外立法院對這個也很在意，所以才有臨時提案的決議文，就是違反護理人員相關勞動法令的不能領獎勵金，這個背景是這樣來的，所以我們已經盡量的把各方的意見，然後按照部的政策決定，拿最少的部分來做有關護理人力跟工作人數的護病比，這個怎麼來做調配，是這樣產生出來的，所以今天大家重點在於 3.5 億要不要增加到 4 億，就是那 0.5 億加進來，如果 ok，我們就會去跟健保會報告，還是說原來 0.5 億還是維持 0.5 億，3.5 億就用 3.5 億，這樣子我們就兩案併陳到健保會去報告，我們就照著健保會最後決定再報部核定。有關違反勞動護理人力的部分，到時候如果當月沒有拿到還是可以來申復，我們再看情節是什麼，也許我們還有一些討論空間，是不是這樣子讓大家比較能接受，因為大家都不往前走，一直擱在這裡，我們也走不下去，剛剛我把一些背景先跟大家做說明。請羅代表。

羅代表永達

第一個當然因為目前現在的獎勵標準還沒有出來的情況下，把所有的資源都放在那個地方，我覺得執行的影響更大，所以我個人我支持原來的方式，把它分成 0.5 億跟 3.5 億，我覺得 0.5 億的這個部分裡面還是要保留，因為 3.5 億現在目前充滿很多的變數。第二件事情就是這個獎勵標準為什麼當時在談那個住院標準的時候，我們地區醫院最喜歡講一些我們的差異性真的是很高，差異性很高的情況下你這個錢不曉得怎麼分，先分層級，層級再分百分比，如果跟地區醫院說到層級，我們有專門做 RCW 也算數，精神科的我們現在有急慢性的，那這種東西跟我們現在目前獎勵的這個護理人員，事實上他的要求是不太一樣的，那你所謂的把那個占床率弄上去，那你到時候要不要再分出來，說他充滿了很多變數，在這樣變數很多的情況下，又把很大的資源都丟在那地方去，我覺得那個影響所造成的不公平性就更高，這是我再談的。第三個就是其實這個計畫本身是一個鼓勵的計畫，可是現在是六月，六月份的時後到現在為止資料都還沒出來，那我說實在話，到時後再談獎勵標準的時候，一定會有很多的意見出來，這個意見因為很多個人立場都不太一樣，我相信還有得吵啦，那吵完以後到九月份十二月份的時候，像以前到十二月份，還有那個隔一年的一月份才通過再追溯的，那這個鼓勵就不知道怎麼樣，為什麼？因為明年不知道還有沒有這個預算，那到時候所達到的這個真正的獎勵標準的這個，我覺得又是做不到，我覺得這個獎勵標準那個署裡面要盡快，手上有什麼資料，就先用這個東西，否則等你收集完了可能是九月，九月大家吵一吵可能十二月，十二月如果在執行公告大概明年一二月，我們到底要鼓勵什麼！所以這是一個很大的問題。第四個問題就是說我們目前在 7-3 裡面，我不太瞭解他那個(六)的當中說違規發生日期認定，他是要停止處分或停約的月份數才不算，還是不太瞭解，我可能只是被警告而已我也沒有被停止處分停約處分呀，那要怎麼罰？他都只是罰錢而已，他並沒有停約或停止處分呀，那這樣子的情況之下，這個文字敘述到底有沒有問題？以上四個問題，以上。

主席

這個文字我們是引用立法院，我不敢說他有問題，這是第一個。第二個我們也是希望趕快執行，不是只有你們急我們也很急，但是因為太多人關注這個 20 億的處理，所以我們是希望大家都有共識的情形來執行。所以今天這個會議，如果大家贊成是仍維持用 3.5 億，那我們到健保會就這樣報告。如果大家同意 0.5 億併到 3.5 億加起來 4 億去做處理三班工作的護理人力護病比，那我也沒意見，我們會儘快做定案，讓健保會同意後報部核定然後來執行，才不會像剛剛羅委員提到的繼續吵，吵到九月、吵到十二月以後然後到明年，跟那個 50 億一樣，要補發就又增加很多行政上的工作，確實是有很多變數，所以請大家今天是不是可以做成決定，是 4 億還是 3.5 億。護理界代表劉代表請。

劉護理部主任淑芬

主席以及我們付費者代表、各層級的代表大家好，全聯會護理師公會代表劉淑芬第一次發言，首先非常謝謝大家對這個案子如此的重視，如此激烈的討論，讓我們覺得非常感激，表示各醫院對問題其實非常非常的 care，那有關於把這品質報告 0.5 億是不是要放到是三班護病比，全聯會這兩個案都沒有意見，我們都贊成，如果說大家覺得說要維持在原來的品質報告 0.5 億我們也 ok，如果是按照立法院的決議，一定要放在什麼三班護病比的 4 億，我們也同意，這兩個案對我們來講事實上我們都是支持的，那唯一有一件事情就是剛剛羅委員報告的，在三班護病比的獎勵標準；醫事資料收集上約後才會重新另訂，所以這個部分是後續要討論。那唯獨在資料 7-3 裡面有提到的就是在人員的計算那個的部分，提到包括護理長這一區塊我們有一點疑問，事實上我們原來講到三班護病比，在此也跟我們付費者代表特別的報告，三班護病比講的事實上就是直接照護的人數，就是一個護理人員真正花時間照顧病人的人數，事實上的話呢，護理長是比較沒有直接在照顧病人的，所以在全聯會這邊的意見，我們是希望排除護理長、專科護理師、個管師跟實習護士，因為實習護士也是目前大家爭議較大的，所以我們是建議比照目前評鑑條文的 2.3.7 的評量項目，目前 2.3.7 的評量項目今年 103 年也都出來了，事實上它原來講的就是護理

人員，我們會比較建議在這一塊的部分是要排除護理長、專科護理師、個管師跟實習護士，因為在下一期在有關獎勵標準制定的過程當中，在護病比的計算我們希望把他排除。那至於大家很 concern 的勞動基準法問題，的確是一個很大的爭議，其實剛剛很多先進都討論很多，因為目前各縣市的勞動局(勞動處)，其實他們的法令解讀落差很大，有些時候他可能只跟你口頭警告，我不知道如果口頭警告，我們的健保署如何得到資訊要口頭警告，(主席：我們沒有辦法用口頭)那有可能他有開單不處分，所以說這種認定處分多久，其實這個大家都很爭議，事實上當然是立意良好，但實施的過程當中，可能還有很多很多，跟大家先進考量的問題是一樣的，我們也是很焦慮，我們也不要變得說因為我們護理人員的關係，讓大家覺得說，事實上拿不到這筆款項，我想這原來是要鼓勵，而不是為了處分醫院、處分同仁，謝謝，以上。

羅代表永達

我只有一點要報告一下，在地區醫院裡面有很多的護理長，像在 ICU 裡面，住院例外，他是要照顧病人幾乎都入 team 的，對呀怎麼可能…我們工作量沒有這麼大，所以不可以從醫學中心角度看我們地區醫院或區域醫院。

主席

這個上一次在會前會，已經討論過了，有關拿這 3.5 億來試辦，就是兩套通通要報出來，所以今天不要再討論這個，好不好？我們是依工作小組希望拿 3.5 億或是 4 億出來，所以今天就不要再討論護理長或是專科護理師的問題，因為我們是兩套都會收集，所以拜託今天就不要節外生枝再去討論這個，未來怎麼做等評鑑有結論了，我們就會依評鑑來處理，因為每一家醫院的情況不一樣，每個專科護理師也不一樣，每一個護理長到底怎麼樣，是由評鑑去做決定，是不是這樣子今天就不要再討論這個部分，當然我知道護理界剛剛提出來是贊成，不堅持 3.5 或是 4 億，至於這個未來要怎麼排除，我想在評鑑那裏去討論，不要在這裡討論，因為健保署並不負責評鑑，我們今天只是要趕快把這個資料收集。那醫界是希望用 3.5 億，這邊是沒有特別意見，

來~醫管這邊。

林科長淑範

我有一個小小的建議，讓大家參考。因為在急性病房三班護理人數，跟方案中的醫院評鑑人力 12 億，性質相當的類似，如果不同意是從品質報告的 0.5 億挪過來，這 0.5 億可不可以從護理評鑑人力裡面原訂標準裡面 12 億挪 0.5 億到那個。(還是希望用 4 億去做三班平均護理人員數)，因為立法院特別要求要三班護病比連動的金額要提高，這個提高我們只有小小的要求就是 0.5 億。

主席

這樣好不好就用 4 億啦，兩案併陳。

朱代表益宏

是這樣講，就是我們這邊到底要怎麼分配還沒有出來要再談一次嘛，對不對？所以我是建議就是說這裡面包括護理界也同意用 3.5 億嘛，他們事實上是不反對 3.5 億嘛對不對，我們這邊做這樣決議，連他們當初的事主都贊成 3.5 億，那還有什麼好說話的。

主席

好，那這樣子啦，因為立法院也有要求，就是立法院的決議也是要考慮，那我們是不是兩案報告健保會以後，由健保會做最後決議我們再報部，如果可以就儘快的實施，就 4 億跟 3.5 億 2 種方案，希望護理界這邊也贊成兩案併陳。

劉護理部主任淑芬

我們謝謝主席這麼明確的抉擇，我們支持，謝謝！

黃代表雪玲

不好意思我還是有個小小的要問一下，就是 7-14 頁這裡寫到，以前我們都是次月 20 日，可是在 7-17 是寫次月的 30 日，所以是要放寬我們填報的時間嗎？其實因為現在填護病比，像 7-16 頁這個護病比因

為每天每個病房都要去填，以我們醫院來講這樣子可能一天就要填 60 幾個病房，然後 30 天算下來一個月就要填 1,800，然後如果現在公告以後我們要追溯往前五個月，這樣子我們要填的資料可能真的太多，這個現在是有要讓我們開放填報時間要放寬嗎？

主席

那個是每天還是 30 天？

李副組長純馥

她講的是 7-17 頁是不是？雪玲？確認一下，你是講 7-17 頁的(三)，通過醫院評鑑人力標準及一般急性病房每月三班平均照護人數每月數據，於次月 30 日前嘛。

黃代表雪玲

這裡寫的是次月 30 日前，你看一下 7-14 頁這裡，都是寫每季次次月 20 日，然後(二)那個也是，那個護理服務滿意度也都是寫 20 日，前面的 7-14 都寫 20 日，然後 7-17 的都寫 30 日，然後現在要問的就是那個，像 7-3 頁這邊寫到 7-3 頁(五)2. 這裡他寫的是每月每日三班都要，每日嘛，所以每日對我們來填會是一個很大的一個工作。

林科長淑範

先請代表看到 7-14 頁，就是雪玲提到在日期上的確認，7-14 頁在中間部分，通過醫院人力評鑑是在次月 20 日要完成登錄；在 7-15 頁，各層級醫院對於三班的急性病房的護理人員也是在次月 20 號前要完成登錄，接下來是 7-16 頁，最下面，是在說明各登錄資料的確認時間點。確認時間點就是在各月的月底 30 日前，為什麼登錄是 20 號，然後再有十天的資料確認。因為在過去幾年執行的過程中，醫院常常會提出資料登錄錯誤，所以會有再十天的確認時間，讓大家再確認一次，這十天是一個緩衝期，以上。

主席

這樣還有疑問嗎？等一下，吳教授這邊有疑問。

吳代表肖琪

大家好，記得在小組討論的時候，我是建議說一個月只要報一筆，也就是列出醫院聘了哪些護理人員，如果是執登一百位護理人員，每個護理人員姓名，在該月份是在哪個病房工作？是做護理長，還是做第一線病房照護？還是專科護理師？其實這樣三個變項，回來就可以做很多分析；而不是今天呈現的要醫院報出一個算好的數值，也不是算每一班別排班情形，我要問是甚麼情況之下變成要去算三班？是立法院的關係嗎？

劉護理部主任淑芬(高代表靖秋代理人)

我想那個，這是護理的部分，原來 2.3.7 裡面填報的，大家先去看 7-16 頁裡面，他是指每月每日平均，也就是白班你平均多少人(護理人員)，小夜多少人，然後大夜多少人，事實上是指每天的人數，30 天加總的總平均數要填上去而已，並不是要你每天上系統去填每日的人數，不是這樣子的。

黃代表雪玲

那 7-3 頁的 2. 就不應該是寫每月每日，這樣是不是有開放批次上傳的功能，不然真的是會填死這樣。

主席

細節的部分，我們再請醫管跟護理學會還有醫院這邊如果有疑義的部分，我們再…來，朱代表。

朱代表益宏

看起來現在大家都走火入魔了，既然你要叫它填，還要上網 VPN 去登錄 VPN 他要逐筆登錄，那要有錢耶，是不是從不管 3.5 億、4 億裡面，譬如說先撥一億出來登錄費用，剩下的是達到那個標準再去分獎勵，要不然你這個登錄，沒有，我還是在那個三班護病比那個總數裡面，但是裡面再把它分兩部份，一部份叫登錄費用，因為你現在要收集資料，不能吃免費午餐，也要付一點錢，所以 3.5 億或是 4 億，不管到

時候健保會怎麼決定，中間先拿一億或是五千萬出來，做為這個登錄的費用，只要有登錄大家就有成本。

主席

這個是題外話，因為我沒辦法決定你剛剛那個意見，所以這個到健保會討論的時候，你再提出來，還有沒有其他意見，如果沒有其他意見，我們就兩案併陳，接下來。

第三案

案由：有關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 項特材之支付標準調整案。

主席

請委員針對討論第三案，就是支付標準以包裹給付過程面的特材，調高支付標準乙案，在各位尚未提問之前，請淑範科長做個摘要說明。

林科長淑範

這次要新增過程面的特材包括兩個科別，為耳鼻喉科及神經外科，有三項過程面的特材，請大家看 8-5 頁，耳鼻喉科使用的「拋棄式研磨鑽頭」，經與學會還有跟專家討論後，調整支付標準項目為 65016B、87405B、87406B、87415B 及 87416B 等 5 項，以第一項「65016B 淚囊鼻腔造瘻術」為例，現行支付點數 10,077 點，本項需要使用一個「拋棄式研磨鑽頭」，經本署訪價後之平均價格是 2,686 點，加上作業管理費用 5%，建議包裹支付，其建議的支付點數請看 K 欄是 12,909 點，表列的特材就會佔表列支付點數 96%。最後是財務預估的部份，按照這樣子每個術式需要 1 個「拋棄式研磨鑽頭」，按照 102 年的申報量，本表 5 項術式申報量平均約 100~200 件，總共是 500 件左右，再加上 5% 的成長率去推估，包裹之後的財務預估，約增加 150 萬元左右。

在 8-9 頁，是神經外科手術需要使用的「高速切割系統」，該特材可以縮短神經外科開顱或者是鑽洞的時間，調整支付標準項目共有 25 項(8-9~8-13 頁)，經與學會及跟專家討論表示，「高速切割系統」按

照病人的不同，使用量從 1 個到 4 個都有，經驗值建議平均一個個案使用量為 2.5 個，以編號 83001B「腦微血管減壓術」來說，平均使用量為 1 個，可是因為按照平均的概念，此 25 項診療項目都以 2.5 個「高速切割系統」來計算，其訪價後之平均價格為 3,753 點，加上作業管理費用 5%後為 3,941 點，建議包裹給付後支付點數會提高到 39,906 點，那這是每項在估的方式，在財務預估中，申報的醫令量以有 5%的成長率計算，所以「高速切割系統」在 8-13 頁，這 25 項診療項目健保包裹給付後，約增加 2.38 億元。

最後 8-14 頁編號 83079B「高頻熱凝療法」，需要使用「單次使用拋棄式高頻熱凝儀探針或穿刺導管」，使用量是 1，訪價後之平均價格是 2,294 點，加上作業管理費用 5%後，是 2,409 點，在財務預估中一樣，按照 102 年申報數量加乘 5%的成長率，這樣預估會增加 3 千 2 百萬元，以上說明。

主席

請委員針對討論第三案提問。

李代表紹誠

這裡面包括就是以病人安全來看，第 8-9~8-10 頁，有些支付標準編號為 C 表，在基層怎麼可以做這些？所以建議全部把他改成 B 表。

林科長淑範

有關李代表提到的 8-9~8-10 頁有 5 項(83013C、83015C、83036C、83037C、83038C) 支付標準編號為 C 表，這 5 項從健保 84 年開辦就是 C 表，我們看過這幾年這五項申報量，西醫基層確實是沒有申報量。

主席

確定沒有申報量就排除。

郭代表正全

主席，我對這次修改有幾個原則，我想這邊要明示一下：第一、所有納入支付標準的特材，應該是百分之一百要用到，假設說有些人、

有用有些人沒用，建議還是不要納進來；第二個、就是有健保財源的挹注，有財源才講，沒有財源不能裝闊；第三個、就給付合理，剛我有注意聽淑範科長在報告的時候蠻有技術的哦！像 8-2 頁的第 2 點「特材價格按本署訪價後之平均價格 2,686 元」，那剛淑範唸的是 2,686 點哦！表示她知道，那我們現在的點值 0.85 的話，我認為這段是不是加乘那部份，要考慮到實際上點值的問題；第四個、以後在支付標準要說明清楚，不過我看這次醫管組有寫得清楚，就是含拋棄式，我想爾後有特材我希望有這樣的說明，以上。

主席

我直接問郭代表，你同意不同意調整？

郭代表正全

我同意，剛才講的第一項，我這邊像 8-1 頁「87415B 及 87416B」，這二項好像跟貴署講的百分之一百不用，因為我發現在敝院好像沒有用這個，是用鼻淚管的通條在用，也是健保給付，但是不用你們講的這些特材，那會有出入，那其它我沒看到不曉得。

朱代表益宏

主席，第一個我記得這個之前，醫管組跟醫院協會開過會前會，會中好像大家對這個案子有疑慮、有意見。第一、大家認為說，是否要包裹給付這個其實有很大的爭議性，現在是等於把一般特材跟鑽頭這個特材全部都要包裹進來，那這個是大家有所疑慮的地方；第二、因為包進來這支等於增加的特材是鑽頭還有鋸子，那我不曉得這裡講的訪價平均價格到底怎麼平均，會不會變成比較小的醫院他採購能力比較差，變成你進來以後他虧損就跟藥一樣，如果都用一個價錢平均價，那採購量大的那可能他中間還有一點價差，但是採購量少的呢？那他就慘了，變成要倒貼，所以可否說明一下這平均價格到底怎麼來的，最高、最低或是百分位到底是怎麼樣是否讓大家知道，尤其是地區醫院，包進來以後地區醫院反而用一個虧一個，如果是這樣是不符合公平正義，哪有讓最弱勢的團體，結果因為調整變成更差，所以我覺

得這個裡面包裹，這些平均價是不是能夠說明一下到底是如何計算？最低最高還有在地區及區域醫院價格是差在哪裡？

林代表富滿

請問 8-5 頁所列採包裹給付項目中，並非每次手術都會用到「單次使用拋棄式研磨鑽頭」，而且會用到這項特材的手術也不只所列這幾項，建議再詢其他專科醫學會整體考量，若需新增納入包裹給付手術項目，請專科醫學會提出，不然會變成這項特材使用在這些包裹給付的手術有給付，用在其他手術則要自費，會造成困擾；另外在特材平均價格裡面，各院使用的廠牌不同，採購價差異大(從 1000 元-4000 元不等)，現在以平均價二千多，計算，是否合理應再考量。

謝代表文輝

我覺得這案應該保留，就字面上的邏輯就不通，第一、訪價後之平均價格 2,686 元*1.05，理論上要是 2,820 “元”，現在特材都是浮動點值，應該再除以 0.8，照道理上來看，就沒有什麼道理，其實問題很大，我們要把整個包裹涵蓋一些特殊材料，只針對一些、一小部份，要作的話應該要整體來考量，等到有比較成熟一點的時候再來談，這個訂下去是不是以後所有的都要比照這樣全部都進來，其實基本上大家都有很大的歧異點。

林代表富滿

支付標準以包裹給付過程面特材模式，其實風險蠻高的，前面幾位代表都提到，因不見得每個 case 都會用到，若以包裹給付，可能增加支付點數，所以本案應全盤考量，而且每家醫院採購成本跟品牌不一樣，其中價格差異很大，用統一價格包裹式給付，會衍生其他相關問題，也增加支付不公之風險。

主席

針對剛代表們提到不見得每個個案都會使用到，是如何訪價的，平均價格計算基礎，請醫管淑範科長作說明。

林科長淑範

第一、手術項目是否每個個案都要使用，目前來看當然不是百分之百的個案每個都要用到，我們希望大部份約 80%的個案都要用，將該等特材包裹支付，這樣有什麼好處呢？可以鼓勵院所使用比較好的特材，有利醫療品質提升；第二、幫民眾買一個特材，減少民眾自費項目、減少荷包支出。財務預算由 103 年新增診療項目 12 億支應，到目前其實都是足夠的；第三、特材均價，經本署訪價而來，訪價對象目前為止，醫學中心為必要訪價對象，區域醫院主要是訪臺北市立聯合醫院及衛生福利部臺北醫院，地區醫院則以使用量多的為訪價對象，如目前本署針對肺功能檢查之過濾器，地區醫院都是本署進行訪價的對象。對於均價計算，即是將訪價的結果先除錯，例如：回覆的資料不是那個項目、價格差異過大等，當然有像代表提到每家醫院都有可能有很多個品項，所以醫院回覆可能現在實際使用的品項都有一起回報回來，經過除錯確認資料後，才納入均價作計算，例如：第一項「單次使用拋棄式研磨鑽頭」，平均價格為 2,686 點，最小值是 500 塊左右，最大值到 4000 點，中位數落在 3000 點，與平均價格已經很接近，這是我的說明。

主席

另外剛剛林代表提到有關其它專科需使用同樣之特材，經醫院及相關學會提出申請，本署將按照程序，請相關專科學會及專家代表討論，再提到本會議上討論。

朱代表益宏

主席，因為訪價都是訪使用量比較大的醫院，我剛為什麼不好意思打斷，那使用量小的醫院，有沒有去問到這些價錢，就是因為他採購量小才沒有議價能力，也不會找三四家一起進來，有一家用就不錯了，或是那個醫師要用那家就用那家，結果他的價格比你給付他的低，那別家有的可能用四千、可能用三千、有的用二千、四百，最後真的是就是平均成本三千多塊，量大他可以去平均，但是量少的地區醫院沒有這個機制，再不然就要去訂，例如：使用量少於多少，是不是讓

他核實支付，就是說當他沒有到達經濟規模的時候，用一個定價，當他又拿不到這個定價的時候，我覺得是不公平，這個是劫貧濟富。應該訂，例如：一個月十組或是二十組以內，要給他一個機制可以去核實申報，可以選擇他要用這個或是用核實申報，那我覺得這樣子才能讓他有一個公平的機會去處理這些事情，不然今天把他定死了以後，那對於採購量小的又沒有議價能力的醫院，最後就是走到像現在藥品一樣，藥價差總是都是比較小型的醫院吃虧，現在不就是說一直要去保護這些已經快倒的社區醫院，結果支付又給他這種划不來的誘因。所以我剛講的不是很好聽，確實這叫劫貧濟富。建議，第一、核實申報就不會有這個問題，不要做包裹給付，拉到特材裡面，可以核實申報的，有用就報、沒有用就不要報，用 400 塊就是報 400 塊、用 4000 塊就是報 4000 塊，這是最公平最不會有爭議的。所以我說我最反對包裹給付，但是健保署認為一定要包裹給付或是在座的付費者也認為一定要包裹給付，那我…；第二、對於使用量小的，例如：小於二十組，要給他一個可以處理的機制，如選擇核實申報，以上。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

主席，5 月份健保會委員會才就針對地區醫院困境的議題做一個專題報告，付費者委員都很認同在現行的制度裡面，對應該要幫助獲得比較公平的對待，可是我們看到這個議題就誠如我們朱代表所說，這是一個藥價問題翻版，讓我們地區醫院在這個手術競爭力上面又更弱了；過去這個總額的帳很難切得清，現在推 DRG 都覺得說要截長補短，可是我們地區醫院同樣發生問題，我們認為採平均數對地區醫院是公平的，可是地區醫院群組是很有限的，我們的母群體基數小，是很難讓我們截長補短的。

在上一次，健保署也有徵詢我們對 DRG 支付有什麼意見，其實我們對於第二階段要導入的包括骨科、還有地區醫院常見的疾病等，我們有提出我們具體的看法，但是署裡面好像並沒有正視，我們也想要藉由這一個提案，再一次跟向署表達現行的支付裡面或許對於群體很大、基數很大的醫院，可以自己去做平衡，但是對於我們這種地區型、專科型、專科數比較小的綜合型的地區醫院來講，我們跟本無法在現

有的額度裡面作平衡，無法有所謂的截長補短，所以我們希望這個議案是不是可以如我們朱代表所提的意見，那另外 DRG 部份也請署裡面再幫我們慎重考慮，謝謝。

主席

好，有關地區醫院三位代表提到大部份都是體制上的問題，是無法在本會議上來做解決。

謝代表文輝

現在最糟糕的一個就是我們全部都用齊頭式的同一套，其實慢慢會有改變，包括護病比其實各層級標準都不一樣。我是覺得本來就應該、可以做，也許對某些大醫院來講，也許是不錯，因為可以截長補短，但對地區醫院全部都短的、哪有長的來補，所以對地區醫院就要給特殊費用，這對病人是有好處，因為也許他在這個特材你給他核實申報，可能比平均數多幾千塊，病患就可以在地區醫院執行了，是有其它的效益會產生，而且沒有圖利小的醫院，因為實際上他就是買比較貴，所以我是覺得我們一定要有思維來看，就是說這種實際有差異的我們要去改變，所以像我們一直在推藥價要有多元藥價，依採購量的大小要有不同的採購基準，所以我覺得這個不是沒有辦法解決嘛！就是我們訂一個月作幾組以下的，15 或 20 組以下，我們認定他是很少的，他在採購上是沒有優勢的，看是定幾組，15 或 20 組以下我們就核實申報，那核實申報的價格，你們都查價了，這個廠牌報價是否合理你一看就很清楚，這樣才能讓社區醫院做手術，這些手術又不是很困難。

吳代表肖琪

我剛問過左邊跟右邊，有沒有可能從社區醫院協會，想辦法去作「開口合約」，「開口合約」就是買幾組到幾組時候是什麼價格。

朱代表益宏

我跟吳老師講一下，不太可能作類似這種「開口合約」，地區醫院

出面，因為廠商會考慮到配送問題，例如：偏遠地方配送成本會把他含進去，怎麼去談一個「開口合約」，談不起來啦！妳說整個達到多少的時候，沒有一個廠商會跟地區醫院談；第一、不像健保署有公權力，要嘛你就要有公權力，你不給我這個價錢我就用公權力去處理這件事情，你如果完全回歸到市場機制的話，那廠商一定是把所有的成本加進去，如一個月使用只有一副、跟一個月使用十副、一個月使用一百副是不一樣，一百副可能一次送貨就給送一百副，送貨成本是百分之一，一副的話送貨成本就是百分之百；第二、有些地區醫院，像是神經外科的刀可能臨時執行，可能臨時叫貨，臨時叫那廠商是不是還要有額外的人力，不是 on schedule 是臨時要調人配送，這也是他的成本，所以這就是為什麼很多沒有經濟規模的地區醫院，成本壓不下來的原因，由協會去談一個「開口合約」，沒有一個廠商會跟地區醫院或是任何一個協會去談所謂的「開口合約」，找大家來談大家都不來談，所以我們才講說，對於這類型的醫院使用量事實上很小或是他申報的品項只有一種兩種，是不是應該要讓他有個核實申報的機制，不然最後結果就是只好用比較便宜的，因為醫院只進一個廠牌，比較便宜品質較差的，那不是病人倒楣嗎？，第二、連廠商都不願意送，那我不作，那病患只好跑到大醫院去做，那社會成本事實上浪費更高，所以我們才講說這個其實在支付標準可以用備註的方式去處理，例如：一個月用量少於多少，同時是適用地區醫院的那我在什麼樣的狀況之下允許你核實申報，但是你的特材只有乘 53%，謝謝。

主席

本案對病患是好的，地區醫院的問題是整個體制的問題，特材的包裹處理方式，本署都是用一樣的辦理原則在執行，而地區醫院代表剛提到是另外的議題，本案是否就照這樣子通過，至於地區醫院的問題，那是體制上的問題，再另案處理。

朱代表益宏

剛剛我有提兩個方案，第一、用例外去附註；第二、核實申報；現在的特材支付，如果是核實申報是屬於比較特別的，現在都是核實

申報，核實申報也不會有這個問題，現在只是這幾項要改成包裹支付這個問題要處理，這次不去處理下次新東西再進來的時候，就更沒辦法處理，再不然就是在地區醫院上用核實申報。

吳代表肖琪

我剛問過使用量多不多，外科我還是相信服務量大的醫師或醫院，熟能生巧，如果醫師一年只做少數幾個真的就不要作。

朱代表益宏

這個跟吳老師報告，這個在五六年前就有人舉過這個例子，台大醫院的醫師會看新陳代謝科，看糖尿病很好很會看，在台大醫院可以看，結果到了診所不能看，為什麼？因為你支付標準的問題，所以現在意思就是說，今天這些地區醫院如果能夠作，第一、一定有自信，因為現在開壞了一個病人醫療糾紛是受不了的；第二、既然能作也有自信作，醫生都是在大醫院受過訓，我不相信他的品質會比大醫院差，如果真的這樣講起來，那地區醫院都不要做外科，如果這個邏輯是對的，那就讓台灣全部都蓋大醫院不要地區醫院，這樣就好了啊！只要大醫院跟診所兩級就好了，地區醫院要作什麼。

主席

請本署醫管組回應一下。

李副組長純馥

這邊要跟付費者代表說明，其實為什麼這個項目要包裹支付，因為是手術過程面必須要用的一些特殊材料，並不是用完以後放在病人身上，因為科技一直在進步，過程裡面使用確實很難去界定到底有哪一些東西，所以才希望說在支付標準裡面去把他寫清楚，那這次是因為這些項目已經在被收自費，那這些屬於比較重症的病人，被收自費其實坦白講，站在健保署的立場是覺得很不捨，為什麼？因為這些要開到顱，開到鼻腔連到顱室的這些鑽頭，實際上是要改進現行用鋸子在那邊鋸顱骨的方式，可以縮短顱骨開啟的時間，過去可能要鋸1~2個

小時才能把顱打開，現在用這個鑽洞的方式，這些高速切割系統有一個好處，就是碰到腦細胞後會自動停止，不會鑽進去傷害到腦細胞，所以這麼新的科技，當然希望應用到健保的病人，現在如果只是因為使用量的部份，讓代表覺得有疑慮，坦白講這個部份跟專科醫學會研商過，專科醫學會也認可我們這樣子的算法，因為實際在執行這個手術的醫師，也認為說這不是每個人都四支、也不是每個人都二支，有的人三支、有的人四支，那我們就以 average 就是 2.5 支計算，是可以接受，因為所有每一個相關的手術都用 2.5 計算。剛剛原先醫界代表認為，是不是弄到特材讓核實申報，其實我們特材針對某一類同功能的特材，也是單一價格，不可能依照每個廠商去訂不同的價錢，所以同樣這個問題一定會用均價的概念，在這裡出現均價，在那裡也一樣出現均價，唯一只是可以實際申報。實際上這個部份，也會有資訊落差造成某些病人被收自費，因為他不知道現在有新的特材代碼，但是我們包裹支付後，要開這個手術看到這個代碼，就知道裡面含了這個高速鑽頭，不能再跟病人收自費，所以還是希望代表們能夠支持，因為 103 年本署有編列預算，也沒有拿醫院總額來做浮動點值，這個預算也在額度內，又都是急重難的項目，因此還是希望代表能支持讓本案通過，確實我們制度一定是要一直更動，以後若有新特材進來要再去分析跟平均，那坦白講我們今天要新增的這些項目在地區醫院一年平均大概只有五例，真的是不多啦！實際上還是集中在醫學中心，所以我們還是希望代表們支持，因為如果這些都是我們的家人，我們真的不希望我們還要自費這麼貴的東西，謝謝。

主席

好，請健保會的李代表跟陳代表表示意見，是否贊成本案？

陳代表川青

主席，經過健保會的說明，站在消費者立場，這個案子我們百分之百的全力支持，如果說有一些細節的部份，會覺得大家相忍嘛！，因為這是比較重要的特材，而且平均是以 2.5 支來計算的，也不要計較，也不是總額裡面的，所以我拜託這個案子我們先讓他過，細節有爭議

的部份我們再看可不可以用其它方式解決，否則的話要是卡住這個案子，我是堅決反對其它案子我們也卡，我代表消費者，這個案一定要過，不要因為少數地區醫院無法執行，你們非要把這案認為你們可以執行，而把這個案子延遲，我覺得也不必要啦。

主席

好，李代表你的意見？

李代表永振

照剛才的評析，是有他的需要，不過各醫院的層級在成本上面，考量不太一樣，我是贊成像陳代表講的，這個地方要怎麼樣個別處理，讓大家可以去接受這樣可能會比較好。

謝代表文輝

主席，我也很贊成消費者，大醫院的代表也是相忍為重，沒有人講反對，基本上我們也支持贊成，只是說在技術上不能每次這樣東西就是修理我們，而且剛報告只有五例其實不只，為何會只有五例，像你那個車禍撞下去那個緊急開顱手術，現在我們衛福部還主張每個生活圈都要有一個中度的，就是可以開這個車禍緊急手術，因為車禍傷患急救時間很短，要在黃金時間裡面開，不能在制度上都卡住，剛剛講的更好，全國地區醫院手術只有五例，那當然應該允許核實申報，非常簡單，不會因為技術性或成本的問題卡住這個作救命的動作，那就地區醫院可以核實申報，其它實照現在講百分之九十幾就進入大家希望的狀態，也給地區醫院真的可以符合衛福部希望以後變成每個生活圈的中心，對不對？

主席

那個牽涉到支付標準的異動及所謂申報費用的管理辦法，沒有辦法在這裡討論。

謝代表文輝

就是在這裡討論啊，支付標準的訂定，就在這裡…

主席

我們這個共同擬訂會議沒有這個權力，所以這個案子就是照健保費委員消費者代表的意思讓它通過。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

主席，地區醫院的困境就是這樣堆疊而來的。

謝代表文輝

你們每次都這樣，每樣都不過。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

上次問我們要如何解決地區醫院困境，但對我們提出希望固定點值納入地區醫院門住診保障 1 點 1 元支付也不通過，說實在的對於地區醫院，為什麼會走到今天這樣，我們也很無奈，地區醫院的困難，就是現在的健保環境所造就的!!我們提出的具體意見不被接受，就連我們想要攔阻一些繼續會讓地區醫院發生悲劇的事情又要我們相忍!!

地區醫院不是沒有能力要來做這件事情，而是現在的環境跟條件一直在消滅我們的競爭力，我們不希望藥價已經走到這一步不能去幫我們解決，在這個支付點數裡面又同樣對我們施暴，我們覺得對地區醫院的醫師真的很委屈，地區醫院也很希望延攬更多更好的專科醫師來到我們的社區來服務民眾，但是現在支付點數不允許，我們就算去請了一個腦外非常有名醫師來到社區醫院想要服務民眾，沒有用啊!剛講說地區醫院開顱手術只有五例，大家知道嗎屏東最南端是恆春，但是距離恆春在往上一點的地方有一個叫枋寮，有個枋寮醫院，就投入了這種中度急救醫院的行列，執行有關腦神經外科救治這一段的服務，我們看到這個案子我們覺得很愧對那家醫院。請不要再削弱地區醫院的競爭力!!

郭代表正全

主席，我想醫學中心對這個案子不表示意見，好像對這個案子非常滿意，事實上不是這樣，我在這邊要澄清一下，好像這個對醫學中心

很好，那我想請教一下，爾後像 P8-16 的附件支付標準表，有寫特殊材料而且是寫單一使用之拋棄式特殊材料，那我不曉得在前面 P8-14 的附件財務分析表，跟 P8-16 是否有相對關係，就是說它要輔助說明，因為以後特材跟一般材料要加多少%，再醫院內部分配上面，要知道那些是醫生該拿，那些是醫生不該拿。如果變成類似 P8-14 一樣，當輔助說明，也是一個文件，那我的依據就可以根據這文件，這是第一個。第二點，所謂的特殊材料拋棄式，我不曉得以後的科技如何發展，現在給一個很籠統的名稱，現在可能是兩千塊，以後可能是五千塊、一萬塊，全部都包在裡面，那很慘呀。所以我們希望像上次眼科一樣，至少名列哪些項目包在裡面，可以名列清楚，這是我們比較微小的需求，至於說到底合理、不合理，基本上剛才我想也講得很清楚，大部分會用到的包在裡面，這樣我沒有意見。

謝代表文輝

主席，我是覺得這個意願低，今天剩下也沒幾個代表。第二個，針對這個決定，有基本的認知差異，我認為在這給付裡面，再明列一個附註說地區醫院可以核實申報，這完全絕對是支付標準共同擬訂會議的權責，這以前我們要加註什麼都是在這會議裡決定，這個我們有疑義，所以我請主席是否把支付標準的會議職掌說明清楚，及我們剛剛要求的是否為這會議的職掌？我們以前說要改變它定義、條件等都是在這邊討論通過，怎麼說支付標準附註地區醫院可以以核實申報的部分不屬於這會議的權責，不然是哪個會議權責？就是這個會議嘛！我們在藥品或藥材擬訂完以後，還是要來在這裡修訂，這裡就是法定單位呀，怎麼不是，我是覺得這先把它釐清楚，如果是，我們今天就在這裡討論清楚，這個案子過我們也樂觀其成呀。

主席

有關這個部份，健保給付特材政策已經很清楚，過程面使用之特材就是包裹給付調整支付標準支付點數，沒有特材申報碼讓本保險特約醫事服務機構核實申報，所以這個案子最多就是報陳衛生福利部的時候，把地區醫院代表意見完全呈現給衛生福利部由部卓參，過程面使

用之特材就是內含也沒有特材申報碼供醫院申報。

朱代表益宏

我覺得，第一個我要跟兩位代表，陳代表跟李代表，還有吳老師，因為你們是付費者健保會派來的代表。第一、我想地區醫院不是不贊成這個案子，我想先澄清，地區醫院是支持這個案子讓它過，但是我們不希望說這裡面，地區醫院反而是受傷害的一群，我相信三位代表也不希望政策做下去，結果地區醫院變這個樣子，所以我們才會提出地區醫院因為採購量比較小是否可以例外處理嗎？剛剛講的核實申報，健保署事實上它也不願意這樣做，因為行政作業上的困難，如果不這樣做，最後的結果地區醫院會越來越少。所以剛剛陳代表特別講到說先讓它進來以後再來調整，以後再來是沒有機會調整，除非今天陳代表在這邊能幫地區醫院壓著健保署說，先進來以後，半年以後檢討地區醫院到底成本如何，至少付費者代表替我們說話，我們也很高興，不要說進來以後再調整，結果大家都不調整，地區醫院就會越來越少；第二、剛剛主席講的說因為沒有碼，那是行政作業，不能因為行政作業結果，影響到整個政策推對，最後講地區醫院不願意進來，這對我們來講太沉重。所以我這邊一定要再三申明跟付費者代表，地區醫院是支持這個案子進來，只是我們不希望說進來以後地區醫院是做一個虧一個還要掏錢出來，我相信幾位付費者代表也不希望看到這個情形，那如果真的~我雖然不是健保署的承辦人員，但是如果真的沒有碼，因為地區醫院採購能力比較差，可以再多加成 10%、20%，這個沒有碼的，在加成上面可以處理，這個也是可以做的，所以我覺得說其實是有解決的方法，但是健保署不願意去用這解決方法，而是用比較簡單一刀切的方法。

主席

目前我們依法權限就是只能這樣做，既然支持這個案子就讓它通過，請宣讀第四案~

謝代表文輝

不要這樣，我想今天代表人數不夠，這種案子有爭議的不應該這樣，我是建議把地區醫院這次所提出的問題，提出一個解決的行政方案，其實我認為絕對不會違反政策的要求，甚至也可以在做完以後，送到部裡面去裁定說這樣可以不可以？把地區醫院的問題解決後，我們沒有反對呀，隨時都可以上路呀。

李副組長純馥

一定要再澄清，只要支付標準內含了特材，本署特材組是不會列項也不會去討論，所以絕對不可能會有另外的特材項目可以另外申報，因為行政管理上，不可能有一個內含項目又可以另外報。另外我們要說明，我們今天收的價格是醫院的採購價，而且是健保還沒有給付，還沒有大量使用的採購價，假設今天我們定在這個內含裡面，其實隱含未來你們醫院有去議價，它會 under 在我們這個價格底下。實際上，我覺得那部分代表是多慮，雖然說大家有講到浮動點值的問題，可是我覺得既然它是一個包裹給付，錢其實本來就有一些彈性空間在裡面，所以我還是希望說代表們能讓它通過，謝謝。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

主席，我們不是不願意通過，我們也很支持對於民眾應該要有保障，可是在每一次、每一次只要遇到地區醫院的問題，好像都回歸到這是政策面、體制面的問題，是現在會議沒有辦法解決，真的讓我們很無力，我們希望真的好好認真，不要再讓我們在這一種很基本公平面又去被忽略掉。

每一次、每一次都是再往上呈、再往上呈，那答案是什麼，都沒有改變呀！地區醫院就一直這樣弱勢下去，我們很負責任的願意要提出方法，可是我們提出方法又跟我們說不行，所以拜託部裡面或是所有代表或是付費者代表，也來幫我們想想辦法，至少不要讓不公平的情況又再度發生嘛！

主席

好，既然支持我們這個案子就通過。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

要幫我們想出方法呀！

主席

這是體制問題，不是本會議權責可以處理的。

陳代表川青

主席，如果說這個點值 1 塊錢跟 0.9、0.8，又討論到原點的話，我們今天就沒什麼好討論的，那是浪費時間，那我覺得把地區醫院的意見，就兩案併呈給上面的批，這個案子是一定先過再說，如果要再討論，實在是沒完沒了。

朱代表益宏

主席，地區醫院事實上不是只有為了反對而反對，我們連具體怎麼辦都處理了嘛！我們的建議都處理了，那你說沒有碼，沒有碼有沒碼的處理方式對不對？那我就不知道為什麼還不行，如果說今天在座都認為地區醫院確實這個是問題，大家為什麼不願意去處理，包括署裡也不願意去處理，對不對？我覺得這樣是不應該，連解決方法我都幫你想好該怎麼解決署也不願意，那就是擺明要讓地區醫院倒嘛！既然已經有過做市場調查，那為何不把三個層級的狀況拿出來看呢？

李副組長純馥

是不是地區醫院代表請你們提出這幾項的採購價格給我們，我們再做來併同考量好不好？如果說真的只是因為採購的問題造成這個有爭議，那是不是把我們今天所提的這幾個項目採購價格，麻煩你們協會提供給我們，那我們再來併同考量是否確實地區醫院採購的價錢沒有辦法達到這個部分，那我們再來考量是不是點數給它做一些調整之類的，否則現在因為沒有數據，我們很難去決定到底要加成多少，謝謝。

謝代表文輝

主席，我建議今天大家有共識要讓它通過，地區醫院的困境也是實

際的問題，另外一個很嚴重的問題就是，像緊急開顱的手術其實是政府一直推，希望在每個生活圈它都能夠做的，所以我是覺得今天如果沒有做成決議的話，就是地區醫院因為採購量小，由地區醫院協會協助大家給的資料，針對地區醫院的支付點數，依其實際需要去做，我們再做討論。

主席

既然支持，是不是就按照李副組長剛剛提的，地區醫院將採購價報送本署後通盤考量，但是無法在體制上，在支付標準另外定條件，本會議沒那麼大權力再定另一個支付標準。所以本案就通過，請地區醫院將採購價訂出來以後，再來討論包裹給付支付標準支付點數。

謝代表文輝

不然我建議這樣，比較可行，我們今天通過，附註地區醫院核實申報，用這樣的決議通過，上去如果衛福部同意就沒有問題，解決了，衛福部不同意，我們回來有把資料都收集好，再討論。

主席

政策就是過程面使用之特材，包裹給付調整支付標準支付點數，沒有特材品項及特材申報碼供院所申報，不可能給長官一個錯誤訊息去做決策，這是製造長官的困擾。

謝代表文輝

本來就有很多核實申報的項目啊！

吳代表肖琪

我覺得這個其實就是包裹案，因為我剛剛看到數字全國只有五件的話，讓我看是五家各一件？或一家地區醫院做五件？這幾家怎麼解決會比較單純，比如說在高雄，看能否拜託高雄有合作的醫院協助採購，採購價也就跟健保無關了，不然我憑心而論，說一年只開一次刀，其實風險很高喔。

謝代表文輝

老師我跟你報告一下，那是不可能的，因為開顱手術我們地區醫院一年開了不只五次，但是也沒有很多。

朱代表益宏

所以表示吳老師，健保署給你的資料是有問題的資料嘛~。

陳代表川青

主席，這個我跟各位報告，我是督導我們台北市政府有關採購部門，健保署也是公務人員同仁，對於同一採購的定價，對被保險人生命安全財產是有直接關係，它定的價，統包的價已經出來了，主席剛剛也建議你們，你們認為你們拿的進價是否跟原進口商會有不一樣，到底不一樣多少，你們提出來，我們再另案檢討，可不可以請你們先提出進價價格，醫院使用量大價格低，但是人家是訪價 2.5 次的平均價來計算，這樣可不可以，案子先通過然後你們去訪價，訪價的價格給健保署參考，再另案討論，有個伏筆也尊重你們的意見，這樣不可行？

主席

醫管組說明。

李副組長純馥

這個案子建議還是先讓它通過，支付點數點數如果說地區醫院它能夠在一個禮拜裡面能夠給本署採購價格，連同收據的影本寄給我們，我們可以來評估看看，是否我們確實定價偏低，導致你們沒有辦法實行，那如果是顯然這樣，我們再來跟我們長官報告說看做支付標準酌調。

朱代表益宏

第一個，一個禮拜那有可能收集台灣三百多家有在做的醫院資料，那是有困難的~那是有好幾家，散佈在很多地方~所以要我們做成本分析一個禮拜是不可能，所以我是建議~我們的想法是不管什麼時間~就算一個禮拜、兩個禮拜資料拿過來，那要檢討~今天不是健保署說資料

給我就只告訴我們資料是否一樣，你們怎麼檢討大家都不知道呀，應該是大家開會資料拿出來讓大家都知道，如果是這樣，我們同意。我們回去盡快把資料蒐集拿過來，健保署分析一下大家再開一次會呀，然後把你所蒐集的資料、層級的分析，確實地區醫院真的比較低的時候，那你就是要處理呀，而不是說大部分都沒有問題，只剩一兩家地區醫院有問題所以暫不處理，這樣不行呀，對不對。所以我是覺得說我們也同意，那大家把資料拿出來，我們也蒐集資料，但是之後我們也不希望做白工，蒐集資料以後最後告訴我們說只有三家地區醫院，所以這個案子量太小所以不要討論，如果是這樣結論那我們還討論幹嘛、還蒐集資料幹嘛？

謝代表文輝

主席，我建議長官既然這樣講，我們回去盡量蒐集資料、發票等，我們就盡速給醫管單位，當然如果你覺得對這些資料需要諮詢，我們願意你隨時通知我們就來說明，因為我們是每一季召開一次會議，所以下一季就告訴我們實際結果，地區醫院該如何調點數，好不好？

主席

首先，我先說明支付標準統一就是這樣，沒有辦法說地區醫院的支付標準是什麼，要我做這樣的決議，我也做不下去，只能說地區醫院把進價資料提供給健保署後，評估過程面特材均價是否落差很大，再去考慮所謂的過程面特材均價要不要調整，程序規則是這樣在運作，不可能違反規則去做。

朱代表益宏

如果照主席這樣講，變成我們蒐集資料，今天過了也沒辦法調整呀，我們蒐集有什麼用，真的是吃虧、有什麼用？

陳代表川青

主席已經很清楚的講，地區醫院把進價成本提出來跟健保署所定的平均價成本，看看落差是不是很大，落差很大健保署會檢討，如果沒有落差很大、差不多，就讓它過，但是一定要讓他先過，不過的話，

很多消費者來講、被保險人來講，都在天天在使用~。案子先通過，拜託，技術性的問題，你們先把數據拿過來以後再討論，這是信任的原則。

謝代表文輝

檢討過如果真的有這個事實，能做什麼補救。

林代表富滿

目前健保署詢價都是醫學中心，剛剛提過每家醫院採購成本跟品牌不一樣，其中價格差異很大，不是只有地區醫院買比較貴，因採平均價格，表示有一半醫學中心買價高於這個價格，建議各院回去比較採購價，若多數比這次給付價高，那請健保署評估調高給付，所以應該不是地區醫院的問題，可能每一家、每一層級都有問題，也可當作醫院跟廠商議價的依據。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

如果方案可以這樣平順解決的話，就不會有現在地區醫院買藥那麼貴的問題，這是相同的，所以我們才建議應該採多元藥價!!

很謝謝陳川青代表幫我們想這個方案，讓我們有機會真的把我們的成本這麼高的事實呈現出來，但是呈現出來之後呢？後續我們可以具體怎麼解決，我覺得那個才是關鍵，才是扭轉的啟動，所以真的還是很希望說，是不是可以等我們下次會議把相關蒐集資料，包括地區醫院、醫學中心跟我們區域醫院，都把資料拿出來，好好檢視之後，想出一個好的解決方法，再來通過。

主席

地區醫院口口聲聲說支持這個案子通過，現在過程面特材平均價格也接受你們意見，由地區醫院、醫學中心、區域醫院都蒐集資料再來檢討特材均價問題，那你還要說下次再討論，需要大家耗這麼多時間，可以請大家多思考一下。

朱代表益宏

這個事情本來就是既然要提資料，我們就是希望資料提的是有用的嘛！當然就是應該要在最短時間檢討這個案子，如果真的是給付有問題不公的話，就是要馬上處理呀！我覺得這個是很合理的事情。那我們提了價錢給健保署，健保署看一看說不要處理，那我們大家不是摸著鼻子。

吳代表肖琪

健保署已經說是自行詢價！

朱代表益宏

剛剛我就特別問，那怎麼詢的價，三個層級怎麼分佈，他說事實上他詢價的都是比較大型醫院，少數做的比較多的地區醫院它有詢到，層級沒有講嘛，剛剛是這個樣子呀。

林科長淑範

健保署過程面特材詢價的對象，第一個：醫學中心，還有區域醫院裡面的市立聯合醫院跟部立醫院。

朱代表益宏

署立醫院因為它是聯合採購，它訂了一個開口合約，所以每家醫院包括小型醫院、偏遠醫院，它也是要供貨，但是地區醫院很多是私人的，它沒辦法，做不到。市立醫院、聯合醫院它是用全部的~由政府出面去採購，不太一樣。

陳代表川青

剛才已經說，先把地區醫院進價的資料提供給醫管組，然後這個案子過了以後，下次會議再把結果來做報告，到底他們所評估的平均價是不是偏低或偏高，另外檢討，再另案報告，用報告方式呈現出來，然後這個案子先過，這樣可不可以，表示說你們的意見也會呈現在下次的報告裡面，但是案子讓它先過，然後我們再從這報告裡面來討論，到底這案子的平均價跟你們訪價是否有差、差多少，再來討論、再來

調整它的支付標準，這樣的話是不是比較妥適，可不可以？

朱代表益宏

我基本上我是支持陳代表講的，我希望說今天地區醫院蒐集資料以後，我們蒐集資料以後，要有一個機制；第一、要有一個全貌讓大家知道，而不是說健保署承辦人自己看一看，覺得差不多，就告訴大家「差不多」三個字就這樣過了，應該要把詢價的資料完整的拿出來給大家看一看；第二、如果真的是有不公平的時候，就要有調整的機制嘛，所以我說不是只有報告案，因為報告案講完以後，真的有不公平的時候，後續它說我已經過啦，等一年、兩年以後再來調整。所以我也拜託陳代表能夠支持我們，我們也同意你的想法，下次開會把這資料拿出來，但是如果對地區醫院有不公平，或是確實包括對醫學中心、區域醫院有不公平，那就是要做調整嘛~我的意思就是說，就是要承諾說在下次開會，確實有不公平的時候就是要調整嘛！不是說，到時候確實有不公平，但是因為已經過了。

主席

這個是一個比較新的科技，地區醫院有幾家可以做這個，大家心裡也有數，我不是說他們不該做，如果讓我們消費者一直在自費負擔這個新科技的東西，何況健保署也有編這個預算可以把它包裹在裡面，我是覺得如果大家這樣堅持的話，真的以後很難運作。

朱代表益宏

其實跟大家報告，現在是卡在~你說今天真的過，那下次有檢討的機制我們也會同意嘛！對不對？但是主席一直沒有鬆口說下次開會確實有問題時該如何處理，沒有說呀！所以我們只是希望說第一個蒐集資料，那下一次提出來不管討論還報告，但是確實是不公平的時候，你就要處理呀，要有一個承諾要處理，那這個案子今天要過沒有問題，反正下次資料攤出來大家來看就好啦，但是你沒有承諾，大家弄了半天，結果下次發現確實不公平，那一年後再來檢討，那你前面已經過了，這樣對地區醫院是不公平，我相信陳代表也不希望是這個樣子，

對不對~只要主席承諾下次開會會檢討，檢討確實有問題會修改。

吳代表肖琪

已經討論到晚上六點十分了，先過了再說，好不好。不然連我都不敢參加這個會議了。

朱代表益宏

請主席指示答應下次開會，不管是報告還是討論，提出來檢討，確實有不公平的時候修正，這樣就好啦！

吳代表肖琪

不一定需要下次修正，也許可以拿這個跟廠商議價。

朱代表益宏

第一個，很多地區醫院是沒有議價能力啦，所以如果說真的對地區醫院不公平，那我下次要請健保署或陳代表、吳代表幫忙去議價。

陳代表雪芬

沒有要攪局啦，我想我們還是要幫地區醫院講一句話，真的沒有議價能力，他們有他們的困難點，所以我認為其實可以讓它通過，下次那份資料拿出來，坦白講~一翻兩瞪眼，還不知是什麼樣的長相，我們到底是怕什麼~

主席

平均價的處理，因為價格有高有低，到時候訪價價格有高的、有低拿低的，你們不承認，要怎麼處理，對不對。平均價的東西本來就是有高有低、廠牌不一，不能說價高了就對、價低這個就不對了，沒辦法就馬上檢討說要怎樣，這個是有先前的作業做出來的東西。

朱代表益宏

但是現在顯見剛剛淑範科長講一半沒有講完，先前的詢價作業對地區醫院，我們去質疑它有問題嘛，對不對，事實上剛剛有講醫學中

心 19 家有啊，區域醫院找兩家，部立醫院跟市立醫院，都是公立而且連鎖，那地區醫院三百多家你找哪一間，有問謝理事長那間嗎？

李副組長純馥

要不要建議，就是說如果地區醫院真的願意幫我們蒐集你們的價錢，到時候我們會依照你們的價錢，跟我們蒐集的醫學中心跟區域醫院，我們會算一個均價出來，在下次會議做一個報告，可不可以。那這個案子今天我們先讓它通過，如果說下次報告我想代表就有機會對這個案子提出一些質疑好不好，謝謝。

李代表永振

建議原則上先通過，如果區域醫院跟醫學中心也有意見的話，下次再針對均價的部份提出來討論，這樣有個好處，可能利用此資料再去議價說不定更好。

主席

好，那就按照剛剛李副組長跟李代表提到的把三層級詢價結果，在下一次的共同擬定會議，有關均價的部分再提出來做報告案，那這案子先讓它通過。那我們第四案下次討論，今天開到這裡，散會。