

102 年度第 5 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：102 年 11 月 27 日(星期三)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：李待弟

出席人員：

陳代表雪芬	陳雪芬	陳代表福展	陳福展
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蔣世中(代)
林代表富滿	陳星助(代)	吳代表志雄	吳明彥(代)
郭代表正全	郭正全	劉代表俊言	謝偉明(代)
廖代表學志	(請假)	陳代表彥廷	陳彥廷
陳代表志忠	陳志忠	高代表靖秋	林綉珠(代)
徐代表弘正	徐弘正	曾代表中龍	鄭喻仁(代)
林代表淑霞	林淑霞	曹代表昭懿	曹昭懿
羅代表永達	羅永達	吳代表進興	呂振富(代)
謝代表文輝	謝文輝	黃代表鶴珠	王敏華(代)
謝代表武吉	謝武吉	黃代表棟國	曾明宗(代)
朱代表益宏	(請假)	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	(請假)	葉代表宗義	葉宗義
陳代表宗獻	陳宗獻	李代表永振	陳炳宏(代)
盧代表榮福	(請假)	陳代表川青	陳川青
張代表嘉訓	張嘉訓	侯代表彩鳳	侯彩鳳
王代表正坤	(請假)	李代表玉春	(請假)
黃代表啟嘉	(請假)	吳代表肖琪	(請假)
陳代表憲法	蕭峻科(代)		

列席單位及人員：

衛生福利部醫事司	請假
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
食品藥物管理署	請假
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
台灣醫院協會	何宛青、林佩菽、王秀貞
中華民國牙醫師公會全國聯合會	朱智華
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺、陳哲維、陳思綺
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	林綉珠、梁淑媛
中華民國助產師助產士公會全國聯合會	王敏華
本署台北業務組	丁香豔、莫翠蘭、余千子、 陳佳叻、賴美雪
本署北區業務組	郭珮萱
本署中區業務組	何容甄
本署南區業務組	請假
本署高屏業務組	請假
本署東區業務組	請假
中央健康保險署	施志和、李純馥、林淑範、 林寶鳳、李待弟、張淑雅、 蕭靜怡、吳明純、張益誠、 涂奇君、方淑雲、詹孟樵

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)訂定 103 年「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」召開會議之時程案。

決議：本案洽悉。

(二)103 年度「全民健康保險藥事居家照護」試辦計畫。

決議：

1. 關於監測指標之訂定內容涉及藥師對醫師處方之評估及意見部分，經本會藥師公會與醫師公會之代表協商後，已獲同意修正，本案將依程序辦理報部核定。

2. 餘洽悉。

(三)有關修訂「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」案。

決議：

1. 本計畫修訂重點如下：

(1) B型及C型治療計畫合併為一版本，並修訂文字。

(2) 將相關藥物給付項目及支付標準規定章節放入本計畫內，以利民眾及特約院所查詢。

(3) 原規範院所專科醫師須專任資格乙項，醫院開放可由兼任醫師至非專任醫院診療服務，西醫基層暫不同意開放兼任醫師服務。

(4) 刪除原醫療資源不足及山地離島地區一定條件下放寬兼任之規範。

(5) 對於病患因不可控之因素，造成中斷治療者，予以開放於特定條件下(如懷孕或特定醫療因素)可再重新治療療程。

(6) 將矯正機關收容對象納入本計畫，並增列申報相關規定。

(7) 病患因本署委辦醫療服務、本保險其他專案計畫或於急診室就醫，同時併開立B型及C型肝炎用藥者，應分開兩筆申

報。

2. 餘洽悉。

(四)102 年全民健康保險醫療服務項目及支付標準診療項目「身體約束之護理監測照護費 (47092B 及 47093B)」申報醫療費用點數折付案。

決議：102 年全民健康保險醫療服務項目及支付標準診療項目「身體約束之護理監測照護費 (47092B 及 47093B)」申報醫療費用點數折付案，同意採全年折付、統一結算方式處理。

(五)修訂 103 年度「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案。

決議：本案洽悉。

(六)修訂 103 年度「全民健康保險腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」等 3 項中醫總額醫療照護試辦計畫案。

決議：本案洽悉。

(七)增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準案。

決議：本案洽悉。

(八)增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫支付標準案。

決議：本案洽悉。

(九)放寬全民健康保險醫療給付項目及支付標準編號 09117B「甲狀腺原氨酸免疫分析」等 7 項診療項目開放至基層適用案。

決議：本案洽悉。

(十)本次會議原報告案第三案及第十一案先行撤案。

四、討論事項：

(一)有關 Tw-DRGs 第 2 及第 3 階段項目導入案。

決議：由健保署邀請醫院團體，就本次會議醫院代表所提建議事項

進行溝通討論後辦理第2階段導入事宜。醫院代表建議事項如下：

1. 不反對導入第2階段DRG項目，惟建議相關配套措施包括：A. 建議支付通則二，規定屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報整筆醫療費用不予支付，修改為移轉至門診或急診申報部份之醫療費用不予支付。B. 對於6歲以下先天性疾病兒童、使用IABP病患等疾病嚴重度高之案件比照ECMO，排除於DRG範圍。C. 特殊材料不含於DRG包裹支付範圍。
 2. 第3階段相關前置作業因未完備，建議暫緩導入。
- (二)建議修訂全民健康保險醫療服務項目及支付標準診療項目「身體約束之護理監測照護費(47092B及47093B)」之相關規範及支付點數案。

決議：本案採本署修訂意見及醫界代表建議案，兩案併陳衛生福利部裁示，並按衛生福利部核定發布後實施。

1. 消費者代表及中華民國護理師護士公會全國聯合會代表基於維護病患權益及病患安全，同意本署採論日支付186點，限制申報4天及增加ICU不得申報之修訂意見。
 2. 醫界代表表示於尚未增列本項診療項目之前，醫院即依病患醫療需要提供本項服務，其費用內含於住院護理費中，若訂定每日約束支付600點恐為增加收入而多申報，引發道德危機之虞，建議刪除本項診療項目。
- (三)「胸腔鏡胸管結紮術」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：本案照案通過，內容如下：

1. 同意新增診療項目部分：
 - (1) 同意新增胸腔鏡胸管結紮術(67052B)、胸腔鏡肺分葉切除術(67053B)、胸腔鏡肺葉袖形切除術(67054B)及右心

室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式)(Rastelli operation) (68042B) 4項診療項目，及現行胸腔鏡食道肌肉切開術(71225B) 修定為「胸腔鏡或腹腔鏡食道肌肉切開術」。其中英文名稱、支付點數及相關規定詳如附件1。

(2) 另新增診療項目採包裹給付(一般材料費及相關設備費用)，其申報配套措施方式，事涉醫療院所申報作業程式變更，與會代表建議先行與醫界商議，如資訊面衝突過大無法執行時，上開同意新增診療項目之表列支付點數，將折算手術章節53%一般材料費用後之支付點數，報陳衛生福利部核定發佈實施。

2. 專家諮詢小組建議不同意新增項-「胸腔鏡心包膜切開術」，請原申請單位補充詳細說明後，再循新增診療項目程序辦理。

3. 不同意新增「胸腔內視鏡惡性縱膈腔腫瘤切除術」、「攝護腺冷凍手術」、「心臟體外反搏治療系統」、「神經刺激術」及「神經刺激術-參數調整」等診療項目。

(四) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號編號

83054B「腰椎腦脊髓液池體外引流」等兩項診療項目及總則十附表需事前審查之診療項目相關規範案。

決議：本案照案通過，內容如下：

1. 增列耳鼻喉科專科醫師可執行18045B「傾斜床檢查」、麻醉科醫師可執行83054B「腰椎腦脊髓液池體外引流」、修訂87010C「簡單眼瞼內翻手術」適應症、68037B及68047B「肺臟移植」增修訂適應症及新增禁忌症等。

2. 86013C「人工水晶體植入術-調整術」不列入白內障手術40例之計算範圍，並增列白內障手術事前審查檢附文件。

3. 修訂後支付標準詳附件2。

(五) 本次會議原討論案第三案先行撤案。

四、散會：下午6時。

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

第七節 手術

第四項 呼吸器 Respiratory System

三、胸腔 Thoracic (67001-67054)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明																																	
67052B	<p>胸腔鏡胸管結紮術 VATS with thoracic duct ligation</p> <p>註： 1.內含一般材料費及相關設備費用。 2.各加成項目後，支付點數如下：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2">編號後第7碼 (加成項目)</th> <th colspan="3">編號後第8碼 (加成比率)</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"></td> <td>60%</td> <td>30%</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>兒童加成 支付點數</td> <td><6ms 12,461</td> <td>≥6ms~2ys 6,230</td> <td>≥2ys~6ys 4,154</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>急診加成 支付點數</td> <td></td> <td>6,230</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">3</td> <td>90%</td> <td>60%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">兒童加成同時 具急診加成支 付點數</td> <td>18,691</td> <td>12,461</td> <td>10,384</td> </tr> </tbody> </table>	編號後第7碼 (加成項目)		編號後第8碼 (加成比率)			1	2	3			60%	30%	20%	1	兒童加成 支付點數	<6ms 12,461	≥6ms~2ys 6,230	≥2ys~6ys 4,154	2	急診加成 支付點數		6,230		3		90%	60%	50%	兒童加成同時 具急診加成支 付點數		18,691	12,461	10,384		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	31859	新增
編號後第7碼 (加成項目)				編號後第8碼 (加成比率)																																				
		1	2	3																																				
		60%	30%	20%																																				
1	兒童加成 支付點數	<6ms 12,461	≥6ms~2ys 6,230	≥2ys~6ys 4,154																																				
2	急診加成 支付點數		6,230																																					
3		90%	60%	50%																																				
兒童加成同時 具急診加成支 付點數		18,691	12,461	10,384																																				
67053B	<p>胸腔鏡肺分葉切除術 Thoracoscopic segmentectomy of lung</p> <p>註： 1.適應症</p>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	52351	新增																																	

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明																																			
	<p>(1)早期侷限性肺癌 stage I。</p> <p>(2)肺單元分葉內之癌症且心肺功不佳者,不適合肺葉切除術者。</p> <p>(3)具合併症且內科治療無效之感染性疾病。</p> <p>2.內含一般材料費及相關設備費用。</p> <p>3.各加成項目後，支付點數如下：</p> <table border="1" data-bbox="280 719 1069 1196"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="280 719 533 857">編號後第7碼 (加成項目)</th> <th colspan="3" data-bbox="533 719 1069 770">編號後第8碼 (加成比率)</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th data-bbox="533 770 708 815">1</th> <th data-bbox="708 770 884 815">2</th> <th data-bbox="884 770 1069 815">3</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <td data-bbox="533 815 708 857">60%</td> <td data-bbox="708 815 884 857">30%</td> <td data-bbox="884 815 1069 857">20%</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="280 857 336 943">1</td> <td data-bbox="336 857 533 943">兒童加成 支付點數</td> <td data-bbox="533 857 708 943"><6ms 21,940</td> <td data-bbox="708 857 884 943">≥6ms~2ys 10,970</td> <td data-bbox="884 857 1069 943">≥2ys~6ys 7,313</td> </tr> <tr> <td data-bbox="280 943 336 1028">2</td> <td data-bbox="336 943 533 1028">急診加成 支付點數</td> <td data-bbox="533 943 708 1028"></td> <td data-bbox="708 943 884 1028">10,970</td> <td data-bbox="884 943 1069 1028"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="280 1028 336 1070"></td> <td data-bbox="336 1028 533 1070">加成比率</td> <td data-bbox="533 1028 708 1070">90%</td> <td data-bbox="708 1028 884 1070">60%</td> <td data-bbox="884 1028 1069 1070">50%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="280 1070 336 1196">3</td> <td data-bbox="336 1070 533 1196">兒童加成同時 具急診加成支 付點數</td> <td data-bbox="533 1070 708 1196">32,910</td> <td data-bbox="708 1070 884 1196">21,940</td> <td data-bbox="884 1070 1069 1196">18,284</td> </tr> </tbody> </table>	編號後第7碼 (加成項目)		編號後第8碼 (加成比率)					1	2	3			60%	30%	20%	1	兒童加成 支付點數	<6ms 21,940	≥6ms~2ys 10,970	≥2ys~6ys 7,313	2	急診加成 支付點數		10,970			加成比率	90%	60%	50%	3	兒童加成同時 具急診加成支 付點數	32,910	21,940	18,284						
編號後第7碼 (加成項目)		編號後第8碼 (加成比率)																																								
		1	2	3																																						
		60%	30%	20%																																						
1	兒童加成 支付點數	<6ms 21,940	≥6ms~2ys 10,970	≥2ys~6ys 7,313																																						
2	急診加成 支付點數		10,970																																							
	加成比率	90%	60%	50%																																						
3	兒童加成同時 具急診加成支 付點數	32,910	21,940	18,284																																						
67054B	<p>胸腔鏡肺葉袖形切除術</p> <p><u>Thoracoscopic sleeve lobectomy</u></p> <p>註：</p> <p>1.適應症</p> <p>(1)肺癌病人腫瘤侵犯支氣管分歧處又不適合作全肺葉切除術的病人。</p> <p>(2)良性腫瘤侵犯肺葉分歧處欲切除有病變之肺葉而保留</p>		√	√	√	60666	新增																																			

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數	說 明																																		
	<p><u>功能正常之肺葉。</u></p> <p><u>2.內含一般材料費及相關設備費用。</u></p> <p><u>3.各加成項目後，支付點數如下：</u></p> <table border="1" data-bbox="280 533 1069 1003"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="280 533 533 667">編號後第7碼 (加成項目)</th> <th colspan="3" data-bbox="533 533 1069 577">編號後第8碼 (加成比率)</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th data-bbox="533 577 708 622">1</th> <th data-bbox="708 577 884 622">2</th> <th data-bbox="884 577 1069 622">3</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th data-bbox="533 622 708 667">60%</th> <th data-bbox="708 622 884 667">30%</th> <th data-bbox="884 622 1069 667">20%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="280 667 336 748">1</td> <td data-bbox="336 667 533 748">兒童加成 支付點數</td> <td data-bbox="533 667 708 748"><6ms 28,537</td> <td data-bbox="708 667 884 748">≥6ms~2ys 14,268</td> <td data-bbox="884 667 1069 748">≥2ys~6ys 9,512</td> </tr> <tr> <td data-bbox="280 748 336 828">2</td> <td data-bbox="336 748 533 828">急診加成 支付點數</td> <td data-bbox="533 748 708 828"></td> <td data-bbox="708 748 884 828">14,268</td> <td data-bbox="884 748 1069 828"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="280 828 336 873"></td> <td data-bbox="336 828 533 873">加成比率</td> <td data-bbox="533 828 708 873">90%</td> <td data-bbox="708 828 884 873">60%</td> <td data-bbox="884 828 1069 873">50%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="280 873 336 1003">3</td> <td data-bbox="336 873 533 1003">兒童加成同時 具急診加成支 付點數</td> <td data-bbox="533 873 708 1003">42,805</td> <td data-bbox="708 873 884 1003">28,537</td> <td data-bbox="884 873 1069 1003">23,781</td> </tr> </tbody> </table>	編號後第7碼 (加成項目)		編號後第8碼 (加成比率)					1	2	3			60%	30%	20%	1	兒童加成 支付點數	<6ms 28,537	≥6ms~2ys 14,268	≥2ys~6ys 9,512	2	急診加成 支付點數		14,268			加成比率	90%	60%	50%	3	兒童加成同時 具急診加成支 付點數	42,805	28,537	23,781					
編號後第7碼 (加成項目)		編號後第8碼 (加成比率)																																							
		1	2	3																																					
		60%	30%	20%																																					
1	兒童加成 支付點數	<6ms 28,537	≥6ms~2ys 14,268	≥2ys~6ys 9,512																																					
2	急診加成 支付點數		14,268																																						
	加成比率	90%	60%	50%																																					
3	兒童加成同時 具急診加成支 付點數	42,805	28,537	23,781																																					
68042B	<p><u>右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式)</u> <u>(Rastelli operation)</u></p> <p><u>註：</u></p> <p><u>1.適應症：法洛氏四合症、肺動脈發育不全合併心室中膈缺損、大動脈轉位症合併心室中膈缺損與右心室出口阻塞。</u></p> <p><u>2.內含一般材料費及相關設備費用。</u></p> <p><u>3.各加成項目後，支付點數如下：</u></p>		√	√	√	62842	新增																																		

編號	診療項目			基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
	編號後第7碼 (加成項目)		編號後第8碼 (加成比率)						
			1	2	3				
			60%	30%	20%				
	1	兒童加成 支付點數	<6ms 23,837	≥6ms~2ys 11,918	≥2ys~6ys 7,946				
	2	急診加成 支付點數		11,918					
		加成比率	90%	60%	50%				
	3	兒童加成同時 具急診加成支 付點數	35,755	23,837	19,864				
71225B	胸腔鏡或腹腔鏡食道肌肉切開術 Thoracoscopic or Laparoscopic Esophagomyotomy(Heller myotomy) 註： 1.內含一般材料費及相關設備費用。 2.各加成項目後，支付點數如下：				√	√	√	21059	增修

編號	診療項目			基	地	區	醫	支	說
				層	區	域	學		
				所	院	院	中	點	
								數	
	編號後第7碼 (加成項目)	編號後第8碼 (加成比率)							
		1	2	3					
		60%	30%	20%					
	1 兒童加成 支付點數	<6ms	≥6ms~2ys	≥2ys~6ys					
		7,493	3,746	2,498					
	2 急診加成 支付點數		3,746						
	3 加成比率	90%	60%	50%					
	兒童加成同時 具急診加成支 付點數	11,239	7,493	6,244					

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第一部 總則

第一部總則十 附表須事前審查之診療項目

序號	編號	診療項目名稱	適應症	備註
二	86006C 86007C 86008C 86011C 86012C 86013C 97601K 97602A 97603B 97605K 97606A 97607B 97608C	白內障手術		<p>1. 具下列條件之個案需事前專案向保險人申請。</p> <p>(1) 每月門住診白內障手術加總超過四十例之醫師；<u>前開40例計算不含執行醫令代碼86013C之個案，惟個案術前術後照片需保存於病歷內以供備查。</u></p> <p>(自事實發生之次月起算，每超過40例以上仍須申請事前審查，列管時間為六個月，期滿得由保險人評估是否繼續列管)。</p> <p>(2) 五十五歲以下施行白內障手術之個案。</p> <p>(3) 非眼科專科醫師施行之白內障手術個案。</p> <p>2. 申請事前審查應檢付下列文件：</p> <p>(1) 白內障術前檢查記錄：包括(一)裸視、矯正視力；(二)眼壓；</p>

序號	編號	診療項目名稱	適應症	備註
				<p>(三) 角膜、前房、水晶體；(四) 視網膜及玻璃體；(五) DBR 雙眼紀錄 (包括角膜弧度、眼軸長度及IOL度數) ；<u>(六) 白內障照片</u>。</p> <p>(2) 病患之中文手術同意書。</p> <p>3. 申報費用應檢附之資料依支付標準規定。</p>

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18045)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
18045B	傾斜床檢查 Head-up Tilt table test 註： 1.適應症如下： (1)首次發生暈厥合併頭部或其他身體部位之外傷。 (2)首次暈厥發生在工作中，並足以影響公共安全者，如：大眾運輸工具司機 (3)暈厥反覆發生而無明顯心臟疾病之病患。 (4)心臟疾病患者，反覆發生非心因性暈厥。 (5)鑑別迷走神經反應或姿態性低血壓引起之暈厥。 2.相關規範： (1)限心臟專科醫師或神經科或耳鼻喉科專科醫師執行。 (2)限一年申報一次。 (3)不得同時申報之診療項目及編號： A.心電圖監控(編號：18001C、18002B 及 47032B) B.血壓監控(編號：47033B) C.靜脈輸液相關費用(編號：39016B)。 (4)費用申報時必要之附件：完整之檢查報告(含血壓、心跳、藥物劑量、與病人症狀之紀錄)		v	v	v	3324	增列執行專科別

第七節 手術

第五項 循環器 Cardiovascular System

一、心臟及心包膜 (68001-68051)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
68037B	肺臟移植 Lung transplantation —單肺 Unilateral lung		v	v	v	178634	增修訂 適應症 診斷分 類及禁 忌症
68047B	—雙肺，連續性或同時性 bilateral sequential or en bloc double lung		v	v	v	246516	
	<p>註：</p> <p>1.68037B、68047B及68038B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。</p> <p>2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申報事前審查：</p> <p>(1)肺氣腫： A.第一秒最大呼氣量(FEV1.0)<25%預測值(使用支氣管擴張劑後)。 B.休息狀態動脈血氧分壓<50-60mmH。 C.血中二氧化碳分壓升高。 D.引起繼發性肺動脈高壓。 E.臨床上 FEV1.0逐漸惡化，危及生命。</p> <p>(2)不明原因肺纖維化症 A.肺活量或全肺量<60-65%預測值。 B.休息狀態血氧不足。 C.引起繼發性肺動脈高壓。 D.病人以內科治療，情況仍逐漸惡化。</p> <p>(3)原發性肺動脈高壓： A.病人之生理狀態為紐約心臟協會分類第三或四級。 B.右心房平均壓力>10mmHg。 C.肺動脈平均血壓>50mmHg。 D.心臟指數(Cardiac index)<2.5 l/min/m²。</p> <p>(4)囊性肺部纖維化症： A.FEV1.0<30%預測值(使用支氣管擴張劑後)。 B.休息狀態動脈血氧分壓<55mmHg。 C.血中二氧化碳分壓升高。 D.病人之臨床病況，逐漸惡化。</p> <p>(5)矽肺症與其他職業性肺部疾病：有慢性呼吸衰竭症狀，長期需要氧氣吸入。</p> <p>(6)支氣管擴張症及其他發炎之後遺症：內科治療無效，有慢性呼吸衰竭症狀，長期需氧氣吸入。</p>						

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
	<p>(7)先天性心臟病引起之Eisenmenger's疾病。</p> <p>(8)阻塞性細支氣管炎，包括藥物或慢性排斥引起者；內科治療無效，病況逐漸惡化，有慢性呼吸衰竭症狀。</p> <p><u>(1)Group A 阻塞性肺疾病 (Obstructive Lung Disease)：</u> 符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p><u>A. 第一秒最大呼氣量(FEV1.0) < 35 % 預測值。</u></p> <p><u>B. 氧合指數(PaO2/FiO2) <300。</u></p> <p><u>C. 血中二氧化碳分壓(PaCO2)升高。</u></p> <p><u>D. 引起繼發性肺動脈高壓(mPAP>25mmHg)。</u></p> <p><u>E. 臨床上活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。</u></p> <p><u>F. 需長期依賴氧氣者。</u></p> <p><u>G. 雖經藥物治療，仍長期有慢性呼吸道感染或已出現呼吸窘迫症狀。</u></p> <p><u>(2)Group B 肺血管疾病 (Pulmonary Vascular Disease)：</u> 符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p><u>A. 病人之活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。</u></p> <p><u>B. 右心房平均壓力 > 6 mmHg。</u></p> <p><u>C. 平均肺動脈壓mPAP>25mmHg。</u></p> <p><u>D. 心臟指數(Cardiac index) < 2.51 l/min/m²。</u></p> <p><u>E. 病人之臨床病況逐漸惡化，需長期依賴氧氣者。</u></p> <p><u>(3)Group C 囊性纖維化症或免疫缺乏症(Cystic Fibrosis or Immunodeficiency Disorders)：</u> 符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p><u>A. 第一秒最大呼氣量(FEV1.0) < 40% 預測值。</u></p> <p><u>B. 血中二氧化碳分壓(PaCO2) 升高。</u></p> <p><u>C. 雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。</u></p> <p><u>(4)Group D 限制性肺疾病 (Restrictive Lung Disease)</u> 符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p><u>A. 雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。</u></p> <p><u>B. 需長期依賴氧氣者。</u></p> <p>3. 禁忌症：未控制及無法控制之感染。</p> <p><u>(1)有無法控制的感染者。</u></p> <p><u>(2)愛滋病帶原者。</u></p>						

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
	<p><u>(3)肺結核未完全治療者。</u></p> <p><u>(4)有惡性腫瘤者，不宜肺臟移植：</u></p> <p><u>A.incidental renal carcinoma, in situ carcinoma(excluding bladder), Dukes' A colon cancer, basal cell carcinoma, 以上四者不影響肺臟移植。</u></p> <p><u>B. malignant melanoma, breast cancer, GI carcinoma, lung cancer, 完全治療後，無癌症復發，未達五年者 (disease-free interval < 5years)。</u></p> <p><u>C.其他癌症，完全治療後，無癌症復發，未達兩年者 (disease-free interval < 2years)。</u></p> <p><u>(5)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</u></p> <p><u>(6)肝硬化或GPT在正常值兩倍以上且有凝血異常者。</u></p> <p><u>(7)中度以上腎功能不全者(Creatinine > 3.0mg/dL或Ccr < 50 ml/min/1.73 m2)(需同時做腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。</u></p> <p><u>(8)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。</u></p> <p><u>(9)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。</u></p> <p><u>(10)藥癮、酒癮患者。</u></p> <p>3.4.含合併施行體外循環之費用。</p> <p>4.5.不得加計急診加成。</p> <p>5.6.肺臟捐贈者若為非保險對象，捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、材料費由保險人給付，而 ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</p>						

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	說明
83054B	腰椎腦脊髓液池體外引流 External lumbar cisternal drainage 註：限神經外科或麻醉專科醫師施行。	v	v	v	v	3324	增列執行專科別

第十二項、視器 Visual System

十一、眼瞼 Eyelid (87001-87031)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
87010C	簡單眼瞼內翻手術 Operation for entropion, simple 註： 包含賀氏手術 Hotz's operation。 <u>包含眼皮鬆弛(Dermatochalasis)及倒睫毛(Trichiasis)手術。眼皮鬆弛手術需個案眼皮鬆弛已遮到角膜1/3以上及影響視力始可施行，且需存放術前術後照片於病歷內供備查；倒睫毛手術需個案倒插睫毛已造成角膜表皮損傷始可施行</u>	v	v	v	v	3324	修訂註

**102 年度第 5 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**

主席

102 年度第 5 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議正式開始，現在就按會議議程開始進行。

一、報告事項：

第一案

案由：訂定 103 年「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」召開會議之時程案

主席

第一案是有關 103 年醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議的召開時程，如沒有異議我們就照案通過。第二案。

第二案

案由：103 年度「全民健康保險藥事居家照護」試辦計畫案

主席

請問委員對於報告案第二案，有關 103 年全民健康保險高診次藥事照護計畫有無意見。

郭代表正全

大家午安，同樣跟上次會議一樣，我們開會資料今天才看到，所以我也不曉得裡面跟過去的有什麼不一樣，這健保署可以補充一下。

林科長寶鳳

首先跟各位委員致歉，本案因迄昨天中午才跟藥事公會全聯會完成

草案議定，所以是熱騰騰剛出爐的，為了讓各位委員了解 103 年與 102 年有什麼不同，我們做了 103 年與 102 年對照表，並在說明欄說明修改之原因。我來導讀一下，請各位看今天的議程補充資料，第 2 頁到第 14 頁是主要條文的內容，總共 16 條，實質內容有修訂計 5 條，三個重點，第一個重點是第四條括弧二，在補充資料第 3 頁，我們 102 年照護對象有涵蓋報備支援照護機構之住民中用藥比較多者，惟因涉及藥師法第 11 條一處執業之規定未修訂，所以我們 103 年計畫將之刪除。第二個修訂重點是第七條，成效部分翻到第 4 頁，102 年我們目標是降低輔導對象輔導後與前一年同期比較門診醫療費用下降 12%，103 年則提高到 14%。另外 103 年也增加過程面 2 項監測指標，第一項指標是藥師發現問題率，每位藥師至少都可以發現每一個個案一個問題以上，目標值訂為 100%。第二項指標是對藥師回應比率，目標值為 50%，詳細的操作型定義在補充資料第 4 頁。第三個修訂重點是第十一條，103 年新增保險對象到藥局接受服務，支付點數 600 點，每次提供服務時間至少要 30 分鐘，所有有關個案管理的一些書面資料跟報告部分都比照到個案居家訪視一樣。第十二條關於獎勵措施的部分，103 年要達到門診醫療費用下降 16% 才能夠分配獎勵金。最後，第十五條，執行報告內容增加至少提供 1/100 個案管理專章說明。

主席

請委員針對我們同仁的補充說明，對於全民健康保險高診次藥事照護試辦計畫有沒有其他的提問。

郭代表正全

我確認一下，第 11 項，因為原來的計畫是希望到病人的居家去訪視，了解他實際上用藥、家裡堆積藥品的狀況，但假設當病人自己到藥局，病人會把所有家裡的藥品都帶來嗎，那這一段是否跟當初原來計畫藥師居家訪查好像有點出入，我不曉得這一段是否有所補充~

主席

好，請科長補充說明。

林科長寶鳳

謝謝委員的提問，103 年輔導方式，除了既有的到居家去提供服務外，另新增讓保險對象可選擇到藥局接受服務的模式。當然第一次是由藥師到病人居家就他所有的用藥如處方用藥、指示用藥、成藥、保健食品等做一個藥品整理跟用藥安全的評估，後續若不需再到個案家中，保險對象也有意願選擇到藥局，則新增的服務模式，可供其選擇，並非到藥局服務完全取代到居家藥事照護，以上說明。

林代表淑霞

大家好，我再 follow 一下剛郭特助的問題，本案說明有提到若到藥局需要提供諮詢 30 分鐘，不曉得這 30 分鐘如何監控。另外，去病人家中訪視跟病人到藥局，這中間差距只有 400 元，這對一個到家中去的交通費是不足的，好像有一點不太符合公平正義原則，請再思考一下。

主席

好，謝謝委員的提問，您的意思是 600 點再往下降？我聽到的是因為交通費不止 400 點，所以表示 600 點太高，要降成 400 點，交通費改成 600 點。

陳代表宗獻

我現在是想釐清第 4 頁的括弧三，藥師發現問題率的 AA 是什麼？

主席

等一下讓羅委員發言以後，再請你發問~

羅代表永達

主席、大家好，我對補充資料第 2 頁對照表第四點，想請教為何排除醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫，原本也排除西醫基層以病人為中心整合照護試辦計畫，為何就醫院繼續，基層就不排除，這是什麼意思？

主席

因西醫基層以病人為中心門診整合照護試辦計畫已經廢止，因此無須排除。請陳委員發言。

陳代表雪芬

我可以請教一下，那 102 年整個計畫是花多少錢？

主席

好，請科長一併答覆。

林科長寶鳳

我先答覆剛剛委員講到的時間問題，我們現在是只要提供服務就要過健保 IC 卡，所以起始時間是會知道且不可變更的，另照護結束的書面報告都需要保險對象簽名並有起始及結束時間紀錄，所以時間是可以知道並勾稽。

再來是有關預算執行率的部分，我記得去年預算執行率是九成二，應該有三千多萬，會後可以提供陳委員確切執行數（業提供委員 101 年預算 3,600 萬元，執行 3,325 萬元，執行率 92%）。另外，現在新增的監測指標 AA、CC，藥師公會全聯會都訂有不同代碼，不同代碼代表不同的意義，參考會議資料第 20-21 頁，以上。

陳代表志忠

對不起，我比較笨~我還是不知道時間怎麼由 IC 卡刷卡知道起訖的時間？

林科長寶鳳

我們的健保 IC 卡在過卡時會自動擷取電腦系統時間為起始時間，結束時間雖然未再過卡，但因為每次照護皆需填報書面報告，有起迄時間及病人簽名，可勾稽比對查證。

謝代表武吉

我們在第 8 頁的第十點，輔導次數的上限內容最底下有提到：並經藥師全聯會或保險人分區業務組評估核可者，到底核可的定義為何、藥師全聯會定義為何？我要報告一件事，你們貴署的分區業務組共有六大組，打電話去問患者，先保密是哪一組，已經有人氣我氣得半死我不說是哪一組。你們打電話給患者，某某先生你的健保卡有沒有丟掉、有無放在他人身上，再來問看醫生是看真的看假的，這是對醫院很大的汙辱，你知道嗎。患者對這事感受很不舒服，患者跟醫療院所反映，所以我才說貴署、貴分區業務組對小醫院或大醫院的汙辱有夠大的，但我們還是很尊重你們，這不知道該怎麼解決，麻煩解釋一下。

主席

好，以後各業務組電話訪視的禮儀訓練我們會再加強，實地查訪這部分我們也會責成違規查處小組，在每一年辦理教育訓練時也再加強。醫事服務機構如果有碰到這種情形，其實可以直接反應給各業務組組長，因為是不是事實我們當然不知道，如果有也不知是哪一位承辦同仁。但是就我所知道，各業務組已經很少用電話訪問被保險人，因為詐騙集團很多，我們也常被大家認為是詐騙集團，所以我們大概有 99%是不會打電話給被保險人，這我要稍微做說明。至於是否有些特殊個案，如有投訴等而打電話給被保險人，就個案了解事情經過，這

有可能，但比例很少。我們會請各業務組組長對同仁的電話禮儀注意加強，謝謝。

陳代表宗獻

那個我們第 20 頁有 AA 定義，我在想我們這指標有 100%，意思就是說我們應該有 100%機會出現第 20 頁表裡面的問題，如果我們再去看這些問題之後算一算，出現 100%其實很慚愧，醫生做成這樣，所以請問 100%的道理在哪裡，說明一下。

主席

科長說明。

林科長寶鳳

目標值訂為 100%這個部分，請大家看補充資料第 20 頁，這些 AA 代碼是由藥師公會全聯會依他們的專業所訂定。他們是覺得在輔導過程中每位個案至少會發現一項第 20 頁 AA 代碼的問題，所以目標值訂為 100%。委員如認為不可能達到 100%，也許有些是沒有問題的，那這個目標值可以討論，以上。

陳代表宗獻

要訂這個指標值，其實可以找醫師一起討論，因為從藥師角度，常常是以偏概全，例如，我的病人有尿酸過高但是我還是有必要用利尿劑。像這種情況，我的處方單到某一位輔導的藥師，他也許就會填報有 AA 代碼之「治療禁忌」，這並不妥當，這一部分你們應該要再思考一下。

黃代表雪玲

我想請教一下這個計畫到底具體成效在哪裡？我們醫院還是會接到要協助輔導的 case，重複用藥的 case 你們還是叫我們要輔導，我想

請問一下這些 case 能否先經過他們輔導，你說他們來我們醫院若我們再重複開藥給他，要扣我們錢，可是事實上我們又抓不住個案何時會來我們家，所以這些 case 可否讓他們先輔導。

林科長寶鳳

我們現在的高診次，以前一年門診就醫次數 ≥ 90 次者為定義，大概有四萬七千人，這裡面因為藥師居家照護所提供的服務成本比較高，預算五千四百萬元能夠輔導對象有限，所以我們從四萬七千人裡面篩選一些逛醫院、用藥品項數多的或領有多張慢方箋的個案約 7,000 人請藥師輔導，藥師輔導的對象分流出來後，剩下的部分約 4 萬人還是我們分區同仁做輔導，分區同仁認為有必要時，會請轄區院所來幫忙，所以有可能轄區院所也有這樣輔導的作業，以上說明。

陳代表宗獻

其實還是沒有回答到這個問題，我剛剛的問題就是多重慢性病的治療，可能發生有 AA 代碼問題，但卻是治療所必須~~

林科長寶鳳

這個是醫、藥雙方專業之間的對話，我想應該是由藥師公會全聯會代表來做說明，當初藥師公會全聯會提出有關發現問題的比率(AA)指標值可達百分之百，因涉專業，所以我們完全尊重專業。至是否有多重慢性病用藥會因治療需要產生治療禁忌 AA 代碼部分，這部份行政部門是沒有能力跟陳宗獻醫師對話。若覺得指標值訂 100% 太高，不應為百分之百，也許醫、藥雙方可以做討論，我們尊重專業，另外這只是一個監控指標，監控指標非成效指標，我們是用來監控藥師輔導過程面之貢獻，以上。

陳代表宗獻

我認為治療問題代碼這表格本身沒有什麼大的錯誤，基本上我們處方時，本來就會思考這些問題，但是直接接觸病人的醫師，他必須在兩害相權取其輕下做處方的決策，所以在這地方不能去評斷他的對錯。這個表格我不反對它繼續使用，本來就是基於專業的分工，依照護計畫內容多一個藥師來看，我們也不反對，對病人的安全更好沒有更壞，所以我是基於善意，也是一種專業分工的互相合作。AA 這指標是做為醫師跟藥師中間對話的使用，藥師有看法可以和醫師溝通，這樣會比較好，不宜用在指標或是任何一個成效，以免被誤用。這不是「成效」這是「見笑」，我們要讓事實還原，要看到事實的本相比較重要，才會真正對病人有幫忙，謝謝。

主席

科長，這樣看要做修正還是？藥師公會全聯會代表有無說明？

蔣副秘書長世中（蘇代表清泉代理人）

主席您好，我第一次發言，這裡面有很多就醫當時病情事實沒接觸到，只看到用藥但是沒有接觸到病理，而且我是覺得每個問題都存在專業資料，所以我應該是可以提升、討論當時是怎樣的情況下才用藥，否則最後變成統計都失真。事實上病人有很多狀況，不是每個病人都一樣，也不是每個狀況都可依照準則，所以醫師是依病人就醫當時狀況來做出判斷，但是如果統計表出來，AA 指標值部分高就表示醫生處方有問題，就會失真。我是覺得應該怎麼去修正，把它做得更好，而不是製造問題，最後變成醫療之間的爭議，以上報告。

鄭主任委員喻仁（曾代表中龍代理人）

各位先進，我稍微跟大家報告一下這是一個照護的對話過程，AA 是代表治療問題的代碼，CC 是醫師的回應，BB 是個案溝通的內容，這是一個對話的模式。當發現問題的時候，相同的，醫師的回應也會

把它記錄進來，並不是說我們發現這問題就定案醫師處方有很大的問題，這是一個新的模式，至於指標值的部份是否一定要訂成 100%是可以討論的，以上報告。謝謝！

主席

好，現在就是監測指標 AA、BB、CC 是否要存在？存在的話百分比要多少？我徵求一下各位意見，如果監測指標比率不要那麼高，將百分比往下降，可以嗎？

陳代表宗獻

這個厚~AA……，BB、CC 其實它跟成效是有點相關，BB、CC 就是發現可能有問題還是說跟醫師對話，而對話的百分比是多少這是 OK 的。AA 是不必要的，因為 AA 是工具嘛，第 22 頁藥物治療應該要改一下，要改比較客觀一點，這不是做判斷，而是藥師認為可能這樣，而醫師可能認為其實是怎樣，所以 AA 應該整個把它刪掉，留 BB、CC 代碼對話使用。

羅代表永達

剛剛委員他們說的是對的，我要呼籲一下。我是建議說其實包括消費者、包括社會大眾都希望試辦計畫裡面有那個成效，我們也怕那個結果會被誤用，我建議在 CC 醫師回應結果裡面再加一項：經討論維持原處方，否則的話裡面都是因醫師沒接受意見，問題沒有解決，到時候說三萬多件都是醫師亂開處方，這個給社會觀感很可怕的~

主席

科長，羅委員這意見如何？

林科長寶鳳

同意 CC 醫師回應結果代碼再加一項：經討論維持原處方。

陳代表宗獻

既然我們今天在做檢討，如果把 AA 拿掉，把它做為一個純粹檢討的工具的話，這個表格其實就可以再稍做修飾一下，比如說問題項目內容，另藥師公會可以討論如何客觀呈現比較好。

黃代表雪玲

我剛剛說我們接到輔導名單，我發現其實有些 case 從去年一直到現在一直都存在，比如說○○○，剛有說因為個案很多所以藥師沒辦法做那麼多，可否增列一項收案條件為由分區業務組指定要收案的個案。

林科長寶鳳

第 3 頁其實已經有這樣的收案條件，即西醫基層醫師或保險人分區業務組認為需要藥師專業輔導轉介是可以納入輔導範圍。另因為今天的討論事項、報告事項也很多，其他委員假如還有其他意見可以現在提出，若僅有 CC 或是 AA 的指標部分，則會後我們再跟藥師公會全聯會、醫師公會全聯會代表做討論（會後與藥師公會全聯會和醫師公會全聯會代表討論後修訂 20-21 頁之代碼及內容如附件），不耽誤大家的時間，以上。

主席

好，如果其他沒有特別要修正的，除了監測指標及指標代碼內容部分，請醫師公會跟藥師公會代表再做討論修正後，提報衛生福利部同意後公告實施。接下來報告案第四案~

第三案

案由：103 年度「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」案

主席

第三案

主席

本案已撤案。

第四案

案由：有關修訂「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」案

主席

請委員針對第四案，「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」發表意見，有沒有疑問或是討論，請陳委員。

陳代表雪芬

在總額談判時也是要吵這個，你們中間的寫法就一定要消費醫院，一定要寫列於一般服務 15.78 億元，我們已經跟你講說沒有這種事，還是要這樣寫。再來，這乙項，很多人在問這是什麼意思，這意思是說已經移列至一般服務部門，沒有核定額度，麻煩告訴我說試辦以來，已經申報 16.4 億元，意思是說一年可能是 32.8 億或是更多，這是什麼意思？從以前我們就希望說放在專款，若用超過看是要怎麼辦，你們也沒有回應。現在可以看得出來，102 年對醫院也很不公平，對西醫基層做法跟醫院完全不一樣，西醫基層還放在專款，醫院就被放到一般預算，而且還沒有核定額度。其實我們都知道這是什麼意思，這對外交代很好看，你們就坦白對他們講說不給醫院那麼多錢，醫院部門從一般預算去浮動就對啦。為何已經把醫院弄得這麼慘也不敢寫出來，因為事實上我們怎麼談也一定是談輸你們，也沒有辦法呀，不是嗎？

主席

蔣委員。

蔣副秘書長世中（蘇代表清泉代理人）

主席、各位委員大家好，我想這次的錢就不再談了，但是最重要一點是開放支援兼任醫師診療服務，我想原則上，基層在做這一塊的時候，是由基層專任的醫生來做，若他是支援兼任的，我是覺得回歸他自己診所或本身醫院來做。基層堅決反對開放支援兼任醫師，因為病人需要追蹤，若是在醫院做就醫院追蹤，或是診所專任醫師就是這方面專家，由專任醫師繼續追蹤照護。所以我們堅持不要開放支援兼任醫師。基層專任胃腸科醫生親自掌握每個病人的情形，檢視B、C肝檢驗報告及提供後續醫療照護或建議，這樣才符合病人安全及醫療品質，以上報告

主席

有關醫院部門陳委員剛提到的專款或是一般部門，因為這屬健保會的權限，可能我們只能呈現目前醫療費用使用情形，跟大家做個報告，假設說編列專款那句話劃掉，實質上也沒有特別大的意義，我們是就目前試辦計畫醫療費用的情形報告給委員了解。至於剛剛蔣委員提到開放至兼任醫師的問題，因為有一些部份是屬於B、C肝防治計畫，委員有一些意見、看法，是不是請李專委說明。

李專門委員純馥

其實是因為有部分，尤其是雲嘉南地區的B、C肝的帶原者數量比較多，針對比較沒辦法滿足腸胃科醫師看診，所以有部分醫院醫師是下鄉去，所以這一部分因為卡在一定要專任醫師，所以會出現可近性的問題，所以在肝炎及肝癌防治委員會那邊很多委員，都強力希望這一塊。現在所有的計畫都沒有卡專任醫師，只有這計畫是卡專任醫師，所以他們希望這一部份我們能夠做鬆綁，因為基層基本上是專款專

用，所以這部分實際上若不足是由其他部門去支應，所以蔣委員所提的問題，應該是比較不需要去顧慮。

蔣副秘書長世中（蘇代表清泉代理人）

其實對病人就醫權益及各方面治療，基層絕對沒有反對，主要爭論的問題，是這方案可能 104 年開始就會回到一般服務的預算，基層現在很多醫院附設診所，因為 B、C 肝牽涉到整個預算影響到很大，甚至一點點就能影響到整個基層的費用，所以我們堅持本身是腸胃科專任醫師或是本身是小兒腸胃科醫師，就由他們做好服務，若真的有需要就到醫院或是診所來做這方面服務，基層是堅持應以專任而非兼任。

謝代表武吉

剛才專門委員講得非常好，其實我是感覺上，不能讓患者認為，我們是刁難的團體。為何我會這樣講到這個，我們南部若是恆春的橋斷了，那邊沒有腸胃科醫師，若我們有開放兼任醫師，對偏遠地區老百姓是一個福音、福利，我是建議應該要開放的。

主席

請陳委員。

陳代表宗獻

B、C 肝在基層執行已經逐年在提高，比例從原來的兩三千萬一直到現在，兩億已經是剛好平衡，我們基本上會是希望：我們基層開業診所，如果是屬於腸胃專科，屬於可以執行 B 肝 c 肝的它就去執行。但如果不是，像我是家庭醫學科、內科，但是我沒有這部分的專科，如果我請一個支援的醫師，從中國醫藥學院請過來，然後我就開始做這個計畫，其實是不適當的，因為這個支援的醫師可能隨時會停止不再來，那明年我跟他的合作計畫叫停，這些病人怎麼辦？所以還是基

基本上要回歸到：診所的醫師它本身具有這樣的專科背景，那他來執行，這才可以連續性的照護。B、C肝治療並不是看一次感冒開個藥就完成了，它可能要一年兩年的時間還要追蹤，那所以還是要比較固定的醫師來看比較好，謝謝。

主席

請謝委員。

謝代表文輝

覺得大家都是在說表面的話，要徹底解決很簡單 就是應該要先確定基層絕對都放在專款專用，醫院明年起或是後年起，也要放在專款專用不足的都由其他部門撥補，這樣下去就都沒問題了。因為剛剛說的那些，其實最關鍵的問題就是我現在講的這個 所以應該像我們(副座)要真有解決的決心，就應該如上宣示，表示這是公平問題。不然老實說，陳委員是我好朋友，他剛剛說的專任的，但專任的有可能永遠都不變動，在你那永遠專任嗎?他也可能辭職阿，像你大的診所兩三個醫師，他也可能辭職，第二所謂兼任，如穩定的兼任一樣可以服務，所以我是覺得這個都不是理由，就民眾的觀點來講，當然是兼任的只要符合資格他就可以幫我服務啊，所以我是覺得其實爭議點都不在這上面，就對民眾來講，專任兼任只要他是合格的醫師，都應該替民眾服務，剛武吉講的，也是這個道理，有的比較偏遠的地方就是靠兼任，要不然那個地方的人就要跑到都會區來，這對民眾是不公平，但是關鍵就是制度的根本要合理，應該就是要宣示，基層用其他部門，所以你這個放心，我們以後就堅持這樣，從醫院拿出來對醫院很不公平的部分，我們下一年度我們努力爭取放入專款專用，不足比照基層的其他部門來補，我是覺得主席的態度應該是這樣的積極處理，對消費者才能交代。

主席

有關 103 年費用已經協商完成，因為現場也有健保會的代表在座，他們

應該也聽到大家的聲音，是不是要列在專款，這個當然在 104 年協商總額的時候大家可以再討論。

謝代表文輝

那個陳委員主席講的有聽到喔，他贊成喔。

主席

我沒有贊成不贊成，因為我沒有權力，我在健保會是列席而已。

謝代表文輝

列席要表示意見，專業的意見。

主席

這個試辦計畫裡面，基層的部分要不要開放到兼任醫師，或是醫院的部分要不要開放到兼任，那剛剛醫院的部分是傾向開放，基層是比較贊成不開放，請 BC 肝防治委員會報告一下。

李專門委員純馥

據我所知，上次是一個高雄長庚的醫師，在肝癌及肝炎防治委員會上一一直要求，希望開放兼任醫師可以去執行，因為主要他會到雲林及有些山地鄉因個案有這些需求，所以他們希望可以去，那如果說現在基層很堅持，因為上次提出需求的是醫院部門，那如果是這樣，是不是就是基層維持專任，那醫院的開放到兼任，那可是這裡面就執行上可能要說明清楚就是說，如果醫院的醫師到基層可能就不行，因為他是兼任的，一樣的就是基層的，現在就是會有一個問題，基層的醫師到醫院去兼任就可以喔。

蔣副秘書長世中(蘇代表清泉代理人)

醫院也可以寫說部分不行就好了。

李專門委員純馥

不好啦。

蔣副秘書長世中(蘇代表清泉代理人)

你如果認為這樣不合理，基層就不要了。

陳代表雪芬

基層到醫院支援的算是醫院的總額，不會是基層的總額。

謝代表文輝：

主席，世間做事情沒人是這樣，一國兩制，要就是都一致，哪有這樣。你們這個本來就一國兩制，基層其實就是專款專用，做超過其他部門補助根本沒影響，所以照理來看，基層應贊成兼任、專任都可以，因為他沒有財務負擔。醫院這邊有，醫院這邊應該來限制假設說，我們現在要花 35 億，你現在只有 15 億的預算或 20 億預算，照比例，全部的消化系的醫師，有多少個百分比可以執行，這樣才符合財務收支連動，你們現在二代健保不是說每樣都是收支連動，只有這沒連動，所以我覺得這案實在是莫名其妙，哪有說沒有說財務困難的部門說縮緊一點，完全財務不足的說開放什麼都可以，完全沒道理，這出去被人笑死，對不對，不然你也兩邊都一樣，條件都一樣，對醫院不公平的財務，我們下個年度盡全力爭取委員的認同，健保會委員在座也有兩位。讓你們在財務是真正連動，那這樣這個案出去，才稍微可以交代。為什麼連說基層和我們你們兩條件都一樣，明年我絕對給你爭取，這都不敢說，卻訂出這樣的遊戲規則一定被笑死，變成說低收入戶捐錢要捐多一點，收入不錯的人捐錢捐少點，這是什麼遊戲規則，這樣的話能交代嗎？所以長官應該要好好的想一想。

主席

好，還有沒有其他委員，請黃委員。

黃代表雪玲

主席，我們其實我們醫院就有實質這樣，因為雲嘉南欠專科醫師，我們真的派專科醫師下去讓他專任在那邊，可是他本來在總院的病人他就沒有辦法照顧他，那那個病人我們要轉給別的專科醫師，他就不願意去，他就不能加入這個計畫。這事實上對那個病人的權利是有影響的，所以我覺得今天那個醫師應該只要他有那個專科就應該讓他可以用，我覺得包括基層應該也是要給人家用，因為他過去 care 病人，他就是想要 follow 這個醫師，你不能讓他沒有醫師可以看，所以我們醫師還會回總院兼任一天下午，來照顧這個不願意離開的病人，那你讓他不能用，他就真的要找別的醫師他又不願意去，就會很困難。

謝代表文輝

醫院代表很有天良，你看。

陳代表宗獻

我現在沒有弄得很清楚，就是醫院的醫師，必須到基層來兼任才能去服務？

李專門委員純馥

是臺大的問題，原來台大的醫師後來到台大雲林分院專任，然後他回到自己臺大醫院看診就會變成兼任醫師。

主席

陳委員誤以為是到基層去兼任了。

李專門委員純馥

是這樣，他就是臺大醫師他後來到雲嘉南去看 B、C 肝病人。可是他原來的台大不行，所以希望要改。

陳代表志忠

這個已經不是今年發生的事，因為以前一直都這樣的規定 我們醫院都默默在承受我想很多醫院都這樣，因為現在胃腸科醫師自己去開診所是非常多，譬如說某個醫院，他本來在這醫院看胃腸科看了五年十年，他現在到地方去從事基層開業了，他有很多病患，他病患說，他也不願意到診所去看，他還是在原來的醫院兼任，可是他原本 B、C 肝病人他不能看了，我們只能把他轉給另外一個醫師看，那我們不斷接受到病人的投訴，為什麼同樣的這個醫師看，我不能給他看，要給另外新的醫師看，變成醫院在默默承受這不合理的政策 我們每次被投訴都是這樣的問題。

謝代表文輝

主席，我建議一下陳川青陳委員，我說的意思是這樣，今天我們知道也很理解基層的心情，大家都很緊張，這我們理解，如果開放兼任，我坦白講，因為很多醫院消化系的專科醫師到診所去支援，這個一定會增加費用，但是目前如果我們決定的話，明年度基層還沒問題，因為他是放在專款專用，他怕的是你們接著用對醫院的垃圾步數，它就死定了，所以我是覺得討論問題都坦白講，我是覺得這對患者是合理好的 所以我是建議放下去，醫院明年兼任可以他也兼任可以，初步沒問題，明年，這樣，我是覺得醫療院所大團結，到時醫院要放入一般預算的時候，我看陳宗獻委員，他也是健保會委員就努力跟我們一起捍衛說不行，都應該照他們這樣放入專款專用，不足則由其他部門撥補，我覺得這是促進醫療界的團結，明年我們拼後年的時候，拜託也要替我們講話，把我們的預算放入專款專用。

主席

這樣子，基層顯然是傾向不開放，醫院則是傾向開放，至於費用要擺在專款，這個是 103 年底要協商 104 年總額時的議題，我們現在就暫時不要去討論費用的問題。現在請消費者代表，還有我們健保會代表，表示他們的看

法是什麼，應該也要尊重消費者的意見。請健保會這邊，我先請陳委員，你贊成開放到兼任醫師還是不贊成。

陳代表川青

這個主席，我聽到基層醫院跟醫院他們之間對醫療醫師服務人員兼職不兼職問題，老實說我站在消費者被保險人的立場來看，是以方便可及性的方式的原則上，讓我們消費者能享受到對醫療照顧的品質，這才是我們想要的，那至於方式的問題 老實說你們的專業，你們兩造雙方去討論，只要是符合這個原則，我們都支持，謝謝。

主席

好，葉委員。

葉代表宗義

我比較沒有意見，你們討論好就好。

主席

接下來，我們有一個代表是陳委員是不是。

陳代表炳宏

這個議題涉及被保險人醫療權益，因此應重視被保險人的想法，並考量民眾就醫可近性。

陳代表宗獻

感謝醫師提到的 Part 2，我是贊成啦，但是我們主席裁定是不討論，就是關於費用不足的部分，其實我們基層的特殊性是滿特別的，跟醫院不一樣，因為醫院是分科 一個科有好幾個專科醫師在裡面，基層常常是 solo，就是一個醫師，如果我想要做 B 肝、C 肝治療，我首先須請一個專業支援的醫師。麻煩是，第一：就是能不能持續，至少。兩年，第二：支援醫師沒

有來的時候，這些病人怎麼辦？因為我們有規定，支援醫師的支援時數跟支援的人數是有限定的，因此，病人勢必要選擇在某一天的固定時段來，這個對病人是很麻煩的事情。所以，如果那個醫師他本身是腸胃專科，他就在那個地方定點，持續性的照護他可以做得好，但是如果用支援的方式是難，包括時間的持續，醫師病人中間關係的持續都很難做到。開玩笑說說，局(署)裡面的疑慮，只要在臺灣的健保制度下就會存在。這個部分其實就是主要的考量：照護品質，別到時候說：「我們的兼任醫師沒有來，請你到醫院去」，基層的 B 肝、C 肝病人好像踢皮球的踢來踢去，這一個我們不想讓它發生。

主席

好，最後請我們專委報告，因為她一直有參與 BC 肝防治計畫委員會，現在請她針對是不是要修正醫院的部分開放，基層的部分不開放，還是怎麼樣，做個說明。

李專門委員純馥

如果說，因為其實我們原來本來就有開放部分兼任，可是他是要求要長期兼任然後針對偏鄉地方，那如果說基層比較 concern 是兼任本身他擔心不是長期，那這裡可以把他定義是要長期兼任，那我們可以來思考看看說，這樣是不是比較可以滿足你講的，對病人來講它有方便性，可是它又不會馬上被中斷，那我們本身制度上其實設計也是可以移轉，也就是說如果他，他今天本來在這家診所，那後來這個醫生又回到醫院上班，那他這樣子的話，病人其實可以透過系統去轉移過去，就是他還是可以接續去收案只是他原來診所的部分去做結案，然後新的院所，就是說譬如說他可能到另外一家醫院去上班，那家醫院接續去做接案，其實在我們目前的系統上是可以銜接的啦，只是說提供一點建議就是說，因為不要讓人家覺得說我們一國兩制，那我們是覺得說如果能夠開放，還是兼任，那只是基層是不是要把它寫成是長期兼任。

陳代表宗獻

有辦法訂長期兼任嗎?沒辦法訂長期兼任耶，兼任兩年以上才夠，的確要兼任兩年以上，那但是長期兼任，醫院的服務醫師在醫院的規則規範下面，能不能這麼做是一個問題。

謝代表文輝

醫院有沒有辦法？

陳代表宗獻：

醫院會同意嗎？

謝代表文輝

為了穩定性的話那就應該規定，醫院後續要保證能服務三年的專任醫師才可以開，我是覺得如果對病人要有保障的話，應該這樣，醫院也要來簽一簽。

陳代表宗獻

我們出國幾天希望醫院來協助來兼任，都滿困擾的，因為各個醫院對外支援規定都不一樣，所以你會碰到，不同情況，不要只有想臺北，也要想一下向台中，雲林等等的，雲林的台大分院可能比較簡單，我們覺得台大的品質一向都讓人有信心 但是在別的地方就不一定了，台大可能會同意(支援)三年。

陳代表雪芬

我覺得我們不要講一國兩制啦，因為醫院的部分所謂會有兼任醫師這個問題，像每個體系都會有，像台大體系、榮總體系，都會有那種下鄉去當主治醫師，可是他原來在總院還是有門診有病人，所以這個狀況要呼應對醫院這邊是沒有問題的，那我們其實不想造成陳宗獻委員那個基層那邊的恐慌，

你覺得你們怎麼做比較好，你們就跟健保局(署)主張就好，我們醫院部分主張是就原本那個說法，我們是覺得那樣我們才有辦法去執行。

蔣副秘書長世中(蘇代表清泉代理人)

我想謝謝陳委員，我想真的基層會很緊張，不只是緊張，而且這預算，引發出來的問題真的很大，真的，我是覺得明年協商 104 年，大家一起在健保會我們幫忙，爭取充足的預算，我想那時候挪到專款專用，要怎樣開放，我覺得都沒有問題。但現在因為這支出比預期真的超出太大太多，到 6 月份為止就支出 1.2 億了，我們當時編的錢是 1.57 億，這還得了，這如果說萬一將來滾入一般服務預算，將來倍數從 2 倍到 5 倍，4 倍到 8 倍，因為這錢真的很大，所以我們不堪負荷，品質更應該要考量，因為這個也有醫師現有的照護。

主席

好，那我們這個案子，是不是就尊重基層目前的主張，基層暫不開放到兼任，好，接下來

謝代表武吉

健保署李純馥專委說的好，我們醫界不要認病患認為醫界在刁難，我在南部，專任是有困難的，我們還是要讓這些醫師可以到沒有該科醫師的地方提供照護，以恆春為例，若恆春變成孤島，仍有醫師可以協助，不是很好嗎?!

主席

因為醫院確實在執行上有困難，另外就是在 BC 肝防治委員會上，也有提出這個問題。

謝代表文輝：

蔣委員就說明年要幫忙你，你這樣裁定唉！

陳代表川青

依我們消費者的立場，我們是建議是希望能夠開放，這樣比較符合一些平衡原則，這是我們的想法跟立場，好不好。

主席

陳委員你要不要再考慮，表達一下消費者代表的意見。

陳代表宗獻

我們是實際執行面，實際執行面的話，如果你到基層來開業開個半年，就知道裡面的那個的狀況，因為裡面的那個專科別非常的多，同一個地區診所非常多，競爭非常激烈，什麼樣的醫療服務可以做都盡量要做，這個部分（費用）只有 over，不會 under，所以這樣下來，當然要考慮到財務上的影響，我一直不講財務是因為怕大家以為說為了錢、為了財務，但財務確實影響很大，因為現在 1.2 億只夠 6 個月，將來如果不夠，現在是從健保的其他總額來支付，那明年後年開始，如果跟醫院一樣從一般的話，那我們的錢要從哪邊拿？我們就是必須從外科婦產科那邊拿，因為這個不是說那個費用會從別的地方生出來，它一定是擠壓的，例如 10 公分以下 bedsore，給付原本就低，若再因為 BC 肝爆量，而削低給付，會很不合理。

主席

好，那這個案子我們就暫時維持，醫院跟基層各自的主張，就是基層暫不開放，接下來第五案。

第五案

案由：102 年全民健康保險醫療服務項目及支付標準診療項目「身體約束之護理監測照護費（47092B 及 47093B）」申報醫療費用點數折付案

主席

本案主要依 102 年 8 月 29 日共同擬訂會議會議決議之折付方式辦理，並陳報衛福部裁示，今天提出本案向各代表報告本署執行的方式。請羅委員。

羅代表永達

主席我想請教一下，各區的折付點值有沒有一樣，第二個大概是多少？

林科長淑範

本案每點折付金額，於各分區的每點折付金額會是一樣的，目前為止，按 102 年 1~8 月的申報點數有 4 億點，推估全年大概會有六億億點，跟原來新增案推估之預算約 580 萬元，大概是百分之一，會再加上本署分區目前執行加強審查的部分，加強審查的核檢率，推回後點值會再稍高一點。

羅代表永達

我們本來是 0.08，他的百分之一，不是 1 點百分之一。

主席

本案主要是本署執行折付案之執行方式報告，目的是讓各醫療服務提供者知道，另外一個潛在的議題，就是上一次開會的時候也有跟大家報告，新增支付診療項目時，用現在的資料去推估，可能都會出現這種情形。本報告案主要是說明本署怎麼來執行，讓醫療服務提供者了解我們在執行上的步驟，我在這裡跟委員做個說明。好，接下來第五案。

第六案

案由：修訂 103 年度「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案

主席

好，請委員針對第五案，就是全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照

護計畫，這個照護計畫是依照 102 年 11 月 19 日牙醫門診總額研商會議的決議辦理，這是一個程序要到共同擬訂會議做報告，如沒有異議或是修改，我們就會陳報衛生福利部核定後公告實施。如果沒有異議，我們就照案通過。請，謝委員有意見。

謝代表武吉

我們第 31 頁，P4001C，1800 點，P4002C，5000 點，P4003C，3200 點，這些點數怎麼算出來的，跟我們說明一下好不好。

主席

牙全會陳代表，要不要做說明。

陳代表彥廷

我們這個計畫，事實上從民國 99 年開始做辦理，那第一個階段的話主要是做牙周病前的檢查跟一些衛教的工作，第二個階段的話是做齒齦下刮除跟根面的整平，這個時候同時也會再做，病患的個別口腔衛生指導，第三個階段的話是評估它，治療前後的一個牙周改善的狀況以及他潔牙技巧上面有沒有進步的情形。

主席

還有沒有其他委員有意見，請謝委員。

謝代表武吉

第一個 P4001C，你如果說光西醫醫院的診察費是 228 點，在這本項只是執行的治療 X 光檢查治療牙周病的檢查，記錄這個，我們看病也都要有記錄，那這如果只照一張，我們醫院這邊是 200 點，這是多一個統合照護計畫手冊，我們的衛教指導，這個西醫這都有的事情，這好像和西醫的這個比例上好像差異性很多，這是不是，這到底是怎樣，是西醫比較不會，尤其醫院這方面比較呆，還是什麼原因，這差異性太大了。

陳代表彥廷

是沒有錯，不過我想各個專業上有各個專業在這一部分的一些需求，請謝代表看一下我們的第 36 頁，這個是我們在牙周病檢查記錄表上面的一個版本，它的整個執行起來應該是 20 分鐘到 30 分鐘的時間，那還要有一些訓練，要有一個助理，或者是護理人員協同的記錄，那這些其實都有花相當多的時間，跟我們一般的檢查事上是不可，沒有辦法視為同樣的一個檢查。

謝代表武吉

但是叫我們看這些，如果醫院的記錄表，也都不會少於你們 但我們的這種是要整個醫療上的公平性來說才對，我的要求是要公平合理。

主席

謝委員提供給陳委員的意見就供全聯會這邊做參考，因為這牽涉到支付標準的修訂，沒有改，原來就這樣子。

謝代表武吉

意見做參考等於沒有意義，感覺我們醫院就如同小孩，是被修理假的!!。

主席

我知道謝委員的意見，所以我請牙全會這邊做參考，以後在修訂相關支付標準的時候，是不是將謝委員的意見列入考慮。好，這個案子如果沒有其他提議的話照案通過，我們就進行第六案。

第七案

案由：修訂 103 年度「全民健康保險腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」等 3 項中醫總額醫療照護試辦計畫案

主席

本案與前案相同，是在 11 月 14 日中醫總額研商會議裡決議辦理的試辦計畫，我們照程序先提到共同擬訂會議裡報告後，再陳報衛福部核定公告實施。

謝代表武吉

我還是有一個建議，在 7-7 頁支付標準表「P33001 中醫輔助醫療診察費」350 點，為何西醫的「一般門診診察費 - 醫院門診診察費」是 228 點？第二點「P33031 針灸治療處置費」400 點，我們的「簡單治療 - 中度」、「中度治療 - 中度」只有 190 點而已，還有「P33032 電針治療」500 點，這是不是太高了點？還有什麼叫作一般治療呢？還有什麼「P33051 中醫護理衛教費」300 點？大署獨厚中醫部門，就是對醫院部門最不友善，尤其對地區醫院最不友善。

葉代表宗義

我想請教一下「顱腦損傷」是用什麼藥去治療？

陳代表福展

針對「顱腦損傷」患者，我們用藥物跟針灸去治療效果蠻不錯的，我的臨床患者有一個是因為車禍受傷幾乎為植物人狀態，他昏迷到現在可以走路了，現在只要拿一根拐杖就可以正常走路了，他療效蠻顯著的，所以我們應該把握治療黃金期，讓患者可以得到更好的治療。

主席

我看中醫也有兩個代表來，還有沒有要補充說明的？或是其他代表針對本案有沒有要提問的

黃代表雪玲

請教一下這跟急性後期照護計畫兩個是否可以重疊？

李專門委員純馥

基本上這個計畫的個案同急性後期照護計畫，收案對象亦為發病三個月內之新 case，醫院住院病患是可以兩項計畫都作，因為病患是可以中西醫結合方式來治療。

徐代表弘正

我本身是做復健科的，剛看到計畫的支付點數，也呼應謝理事長所提的 7-7 頁生理評估那個巴氏量表及國家衛生研究院中風評量表，這些評估量表不用十分鐘就可以寫完了，頂多二十分鐘，中醫這邊卻支付一千塊，反觀西醫我們做物理治療評估跟職能治療評估只有一百～二百多。中醫有中醫的總額，我只是給中醫總額代表一個建議，還有貴署訂定支付點數時應該要三個總額來比較，像巴氏量表是我們復健科在評估的，我們都很清楚這不是由一個特殊的中醫把脈還是調氣等在做，可是為什麼點數差距那麼大，以後要稍微改進一下，要不然我們看了非常眼紅，表示西醫整個總額額度是不夠的。

陳代表雪芬

我想我們這幾年不管是牙科調支付標準還是類似像中醫試辦計畫，我們都覺得說貴署不能好像都沒看到一樣，坦白講不是哪個總額的問題，很希望健保會委員可以多看看多學習，然後就會發現每年在談成長率的時候，為什麼西醫基層及醫院會那麼憤慨，這樣子的支付標準跟沒人管似的，基本上在健保會那邊都談完了，談完了就是給了一個額度，大家也不知道怎麼做，就把支付點數全部提高，所以我建議像診察費一定要把所有總額拿出來一起比較，讓委員們知道有些總額實在過得太好了，而醫院總額還差那麼多，也沒有人要幫醫院講話。我當然可以體諒主席每次健保會都是列席，可是主要提供資料是健保

署，我覺得你們應該還是要有公正第三者立場幫我們講話，像這樣的費用，讓醫院這些人真的看不下去，我想不是針對個人，而是公平性早就不存在了。

陳代表福展

「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」是要西醫醫院附設中醫部才能執行的計畫，所以不是獨厚中醫，應該是獨厚醫院。

另外生心理評估是要三個量表全部都做才可以申請，而且限兩個月一次，針灸治療基本是 200 點，但腦中風患者所要的針數還有針法會較複雜些，針灸量是一般疾病的兩三倍，所以也不是說特別提高支付點數。再換個角度說這個計畫只有幾千萬而已並沒有非常多，另外我們基層現在作腦血管計畫點值只有 0.5 而已，它所有的費用都要算在總額裡面來折付，原則上它所給付的費用比我們現在一般疾病的針灸治療還低，為什麼？因為它現在點值只有 0.5 而已，而且還會再繼續往下掉，我們預估會到 0.4 多，至於醫院我並不清楚，但在我們基層是這樣。

陳代表雪芬

主席，價量 P 跟 V 本身會互相關聯，其實我知道每個總額在玩什麼遊戲，有些總額把單價調得非常高，然後在每年健保會協商時讓委員覺得點值不好，可是它支付標準已經調得非常非常高，我覺得在這方面不能再放任某些總額部門這樣玩了。

主席

好，拉回我們今天的主題，針對本試辦計畫，剛提到那部分都不是在座跟我今天可以解決的。

謝代表武吉

中醫代表坐在我隔壁，又是高雄來的，要顧點情分；主席，我在此建議，中醫這些試辦計畫也開放基層中醫診所與醫院一起共同合作來做。另外「P33053 生理評估(限腦中風患者適用)」支付 1000 點，你說三個量表都要作，但據我所知作「巴氏量表」是個又危險又恐怖的事情，國內一開始「巴氏量表」連診所都可以開，但這是很危險的，在陳菊擔任勞委會主委時已經將開立醫院設定為區域醫院以上，原本地區醫院希望可以爭取開立，但審慎考量地區醫院恐難拒絕左鄰右舍要求，為免病咒罵及避免醫院遭違法風險，因此未爭取放寬至地區，後來證實這個策略是成功的，因為公家機關、區域層級及醫學中心的醫生都有被關的情況，大家要注意。

陳代表福展

第一，這些意見我會帶回我們中醫內部回去討論。第二，我們做這些評估項目，不只是填寫這個表而已，醫師還要做後續的療效研究報告，年底時都要送全聯會來檢核療效是否較佳，所以其實我們給付的項目點數都沒有偏高。而且「巴氏量表」也不是對外使用，是內部在做研究評估用的。

葉代表宗義

主席，我有一個意見，腫瘤手術化療放射線療法後使用中醫治療的效果如何？

陳代表福展

我們有位中醫師好像是跟澄清醫院合作，他的癌症患者非常多，他有做一系列的研究，發現癌症經過西醫治療配合中醫輔助的話，整個癒後、身體狀況及腫瘤大小等改善效果非常顯著，但因為那位醫師太忙了，一整天約有 200 多位患者，沒時間把研究結果寫出來跟大家報告，但事實上中醫的療效應該是很好的。

羅代表永達

我來替中醫講一下，那個報告是這樣寫的，第一：腫瘤手術化療後白血球變少時，中醫使用補氣用藥來調理後病患白血球的確有增加，有效統計意義是增加 40%，他們還達到增加 50%，白血球本來在化療後從 7000~8000 之間下降到 2000~3000 之間，配合中醫治療後可以提升 到 6000，所以中醫治療是有意義的。第二：化療過程當中病患會嘔吐或全身酸痛不適等，中醫透過推拿、針灸等方式減輕病患不適感。第三：對食慾改善有幫助，尤其是增加患者體力到他們可以活動，這對化療以後的評估是有意義的，以上是那個研究報告所說的。

陳代表福展

謝謝羅代表，事實上我也覺得這個計畫應該開放到基層來做，因為很多人用一般服務的費用在接受治療，這對患者來說有一個瓶頸，而且現在中藥材漲幅非常高，所以很多要開自費水藥來彌補不足，這方面我們中醫還會再努力，只是說我們中醫比較欠缺的是做報告這部分，沒有辦法把報告做得很好把成果呈現給大家，謝謝。

葉代表宗義

我為什麼會提出這個問題，因為我曾經參加過一個藥物委員會，他們曾經有提出一個藥，那是癌症末期所使用的藥物，但是到最後裡面很多專家都說那個無效，結果那個藥到現在還沒有拿出來，所以要注意，你們在這裡講有效，結果專家說無效，藥物療效那邊兩次都沒有辦法通過，中醫對此到底是有效還是沒效？效果如何？對化療後產生的後遺症又是怎樣？他們說的後遺症就是那個人就已經無效了，拿什麼藥治都無效。

羅代表永達

中醫最主要不是針對治療癌症，到目前為止還有少數幾個藥還在有

爭議，中醫現在是作放射化療後遺症的處理，不是針對癌症本身，你剛剛講的是有特定中藥在大陸說對癌症治療很有效，但後來在台灣實證證明效果不顯著甚至有害；但他們中醫現在提出來是處理做完化療所產生的後遺症這部分，這是兩碼子事。

葉代表宗義

那個研討會我有參加我曉得，因為化療後人活動力會下降，像要癱瘓一樣，他吃中醫會提高他的元氣，增加免疫力效果，會議上是講這個問題。

陳代表福展

其實中醫最麻煩的問題就是同一個癌症，假設是胃癌有十個人給我們治療，可能會用五種不同的方法，所以中醫很少有單一的藥物就能夠治療所有的疾病，所以我們很難做一個很好的評估去說明哪個中藥針對癌症輔助治療很有效，我們是針對患者氣虛陰虛等整體狀況來調理，從來不會單用一種藥來治療或輔助治療一種病，就像人參，有人說癌症可以吃有人說不能吃，其實不是，是要看這個患者適不適合，所以不能說人參有效你就吃人參，很多人會吃出問題。不可能一個藥對所有患者都有效，在中醫的立場來看是不可能的，所以中醫的辨証論治是非常重要的，謝謝。

陳代表川青

請教陳代表，你們中醫的部份對於病患化療後造成大量的唾液，以致沒辦法飲食，你們如何處理？

陳代表福展

我簡單說明，這個也是要辨証論治去看患者體質如何，但是我們比較常見的一種就是脾濕，那我們就要去燥濕，把這個脾燥乾之後他的

整個代謝就會正常，另外也有些患者是整個化療作完後會口乾，我們一樣會看他問題出在哪裡，然後去調理。

陳代表川青

有兩種現象，一種是先大量的唾液，所以他們沒辦法飲食，然後會反胃，對不對？如果說這邊有改善好了會造成口乾，對不對？口乾又是另外一種現象，所以對患者術後飲食跟他的生理都會造成很大的衝擊，不曉得你們怎樣處理？

陳代表福展

基本上這個問題對我們來說不那麼難，唾液很多的病患治療完後並不會變口乾，我說的是臨床上碰到有的是口乾，有的是唾液多，這兩者治療方式有可能一樣也有可能不一樣，最重要的是看患者體質，有的人是身體太濕，我們要把他燥濕，有的是身體太熱太燥，我們要滋陰。

陳代表川青

另外一個問題，上次在國內中醫藥委員會核定的化療藥，你們有在使用嗎？

陳代表福展

基本上不可能用，因為我們中醫藥費只有 30 點而已，用不起那個藥材，都變成用自費的。

陳代表川青

有自費的嗎？

陳代表福展

我自己那邊是沒有在用，我幾乎都用科學中藥。

黃代表雪玲

我想請教一下 7-7 頁，這邊有編列「P33051 中醫護理衛教費」還有「P33052 營養飲食指導費」，其實在我們西醫醫院，護理費就已經內含衛教費，我覺得中醫訂定的標準都蠻寬的，還可以編衛教費、飲食指導費，想請問這項營養治療的部份是誰來執行，在醫院都要營養師，可是營養師的費用都含在病房費裡並無另外給付，中醫的試辦計畫比我們西醫的試辦計畫給付好很多，我們試辦計畫只有個案管理費 200、300 元，你們的個案管理費就 2550，我們真的覺得是厚此薄彼。

陳代表福展

事實上我們不是全部項目都報，它是一個選擇性的，而且是有限制的，那當然這些建議我都會帶回去給我們內部研究，站在基層立場當然我們是不希望醫院他們領這麼多，因為不管是醫院或基層都是用同一個中醫總額。

黃代表雪玲

「P33052 營養飲食指導費」是誰來執行？

陳代表福展

應該是營養師吧，這個我不是很確定。

主席

好，這個案子沒有做特別修正的話，我們就按照程序陳報衛福部核定後公告實施。

第八案

**案由：增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫
支付標準案**

主席

請委員針對本案，就是增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準案，這也是依程序報到共同擬訂會議討論後，再陳報衛福部核定後公告實施，各代表有沒有要提修正或是特別意見的。

曾總放射師明宗(黃代表棟國代理人)

醫放這邊有點質疑，像這個「34003C咬合片 X 光攝影」從 60 點調升到 120 點，那我覺得他 120 點 ok 我們可以接受，但是他萬一說給 120 點的話，X 光檢查費第一張是 200 點，第二張是打八折就是 160 點，那 X 光檢查費就是嚴重的不符合標準，我們把他從成本來算一下，數位 X 光機一台將近 900~1000 萬，那全口牙 X 光機大概是 100 萬左右，一張乾濕的 X 光片大概要 100 塊，那我們一張咬合片大概是 10 塊上下，X 光檢查費要一個醫師、一個放射師，要有兩個工作人力；咬合片只要一個醫師，他們兩個成本是嚴重的落差很大，但 X 光片你才給 160 點，但是咬合片你給 120 點，所以總共這個過程裡面，X 光片是嚴重的被低估，目前 X 光本來是可以開業，但很多人不敢開業為什麼？因為光付一張 X 光片成本都不夠，所以我不知道這 120 點是怎麼評估的，萬一他評估 120 點是合理的，那 X 光事實上是嚴重的被低估。

主席

請牙總回應。

陳代表彥廷

跟代表報告，其實他兩者都不夠，剛有講到其實在 93 年我們有把初診診察費通過的時候，我們把所有的 X 光費用都調降，事實我們現在是調回原來的點數，所以基本上按成本分析事實上兩者都是不足的。

主席

如果其它代表沒有特別意見，第七案就照案通過，然後陳報衛福部核定後公告實施，再來報告案第九案

陳代表宗獻

對不起，這不是第八案，看一下補充資料第 21 頁「全民健康保險藥事居家照護」試辦計畫的藥事服務費．．．

主席

這樣好不好，藥事居家照護等整個修訂完，是不是我們等一下最後再討論有關 AABCC。

陳代表宗獻

那個已經談好了。

主席

我知道，所以等一下再來處理那一塊，不然這樣會亂掉，好不好？

陳代表雪芬

我知道我們講甚麼都沒有用，可是我覺得像今天這種處理方式很不妥，把非協商因素 1.58 億在牙科這邊以調高支付標準來做，而且大家都沒有意見，我們可能也不能有意見，那可以看得出來說他那樣做的結果，可能會讓明年點值不會太 OK 可能就是 1 點一元上下，那我們西醫基層跟醫院說我們是不夠到不行，我們都差 10 幾%，你們都讓他這樣子玩，那以後西醫要幹嘛？我覺得我們每個只能噢～看了非常非常敬表同意，可是有人這樣子玩的嗎？有人把那種非協商因素用支付標準表調整，把他這樣子包裹的通過嗎？真的可以這樣子嗎？

主席

好，這個意見因為超過本會的權限，我沒辦法回應。

陳代表雪芬

不能每次都這樣講啦。

第九案

案由：增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫
支付標準案

主席

請委員針對本案，也是依照 11 月 14 日中醫總額研商會議的決議辦理，提報共同擬訂會議通過以後，再陳報衛福部核定後公告實施，請中醫總額代表報告。

陳代表福展

因為我是基層所以對這些計算都非常熟，其實我們中醫的錢非常不足，那我們來看「C05 特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置一至三次)」2200 點。

陳代表雪芬

不用報了我們就通過了，這有什麼好報的。

陳代表福展

沒有，讓大家知道一下中醫支付點數沒有非常高，例如說：針灸治療費 280 點，我們要治療三次是 840 點，藥是 7~14 天我們最後以 10 天來計算。

謝代表武吉

你不要再報了啦。

陳代表福展

好，謝謝。

主席

好，第八案就照案通過，依程序陳報衛福部核定後公告實施。

第十案

案由：放寬全民健康保險醫療給付項目及支付標準編號 09117B「甲狀腺原氨酸免疫分析」等 7 項診療項目開放至基層適用案

主席

請委員針對本案，放寬基層支付標準編號 09117B 等 7 項診療項目開放至基層適用案表示意見。如果沒有異議，我們就按報告案內容，依程序陳報衛福部核定後公告實施。第九案撤案。

第十一案

案由：有關「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」推動辦理情形案

主席

第十一案是撤案的，接下來進行討論案第一案。

林科長淑範

主席，各位代表，因為討論事項第一案在上次的共同擬訂會議，已經…。

主席

沒有，那個第十一案已經撤案，那個 PAC 妳講一下。

林科長淑範

那個 PAC 其實已經在 10 月 7 日公告，在公告之後因為目前我們對於支付的部份現在是論日在支付，在論日支付時候其實我們現在還考慮到在論日裡面如果病人白天作完之後，晚上回家有這樣子的個案存在時候要怎麼支付，所以對於這段比較像日間照護的部份，我們要另外設計一個支付點數，所以這樣的修訂我們會併在下一次的報告案或討論案裡面跟大家報告。

羅代表永達

其實我也知道這個已經公告了，各院已在準備，大家都沒有考慮到日間照護的這個部份，因為他的意義是不一樣的，而且在這個之前的協商裡面跟醫界討論過很多次，那我不曉得未來是 貴署直接討論完就公告，還是要經過一次的會議裡面在作公告。

林科長淑範

下次會提到共同擬訂會議來，那到時候我們看我們修訂的程度來決定是要提報告案或討論案。

李專門委員純馥

現在公告以後我們各分區有在跟各分區的醫院也有釋出這樣子的訊息也有辦說明會，那程序是照走，現在是本來要提到這邊報告，其實我們已經公告，照理說不需再來報告，只是程序上有部份有希望能夠提到這邊報告，所以目前程序我們照走，就是我們 call for proposals 明年一月如果可以來得及，就一月開始做來不及就三月一日開始做，程序是照走，只是說本來在我們共同擬訂會議裡面有提一個報告案那只是先撤案而已。

羅代表永達

因為本來是規定 10 月 30 日最後一天那個計畫要送出來，各分區裡

面像中區，台中明天早上大家就要簽約了，所有的遊戲規則大家認為是明年一月一日要做，其中包括很多語言治療師的聘請，現在大家在搶語言治療師，如果變成三月一日開始你要事先讓我們知道，這個已經公告的東西，大家約已經簽的東西後來是有變數的，這個給我們在實行上我們會非常擔心跟害怕。

李專門委員純馥

很抱歉，因為這部份淑華科長她今天有另外的會議，那因為原則上我們還是要跟你講說，我們程序上公告還是照走，不會在這裡做變更，現在只是說本來要提報告案那只是先撤案而已。

謝代表武吉

是這樣子的啦，還有某一個協會曾經在你們還沒公告以前，就給衛生福利部跟 貴署，對於語言治療師跟職能治療師提出很大的疑義，那急性後期的這段的照護，提出很大的疑義，你們還是強渡難關，關關過，所以職能治療跟語言治療公文你們還沒有回答我們，我們現在還不能接受你們的公告，剛好在上週六台灣社區醫院協會有開理監事會，有理監會對這個問題，像羅代表也是我們常務理監事，他對，如果是有特定人選的話，我們會找特定人選用適當的法律程序辦理。

主席

好，因為這是一個撤案的案子，結果大家還是很有興趣，顯然這個案子未來在執行上很多人會做，那目前已經是公告了，剛我們李專委已經有做報告，就是公告的是沒有改變的，只是有部份的剛剛所提到，日間照護那塊要如何給付，因為還不齊全，所以本案暫時撤案，那我們是不是進行下一個討論案。

陳代表宗獻

現在我們已經進入討論案了，但是我剛提到報告案二的部份，因為牽涉到我們修正的 AA、BB、CC 的問題，那個什麼時候要來討論？不是討論，是要處理一下而已。

主席

好，那個請科長上來。

二、討論事項：

第一案

案由：有關 TW-DRGs 第 2 及第 3 階段項目導入案

主席

第一個討論案就是有關 Tw-DRGs 第二及第三階段項目導入，這個其實在上一次的共同擬訂會議已經有宣讀過，今天為了節省時間，本案就不宣讀直接進行討論。

謝代表武吉

我們上週的理監事會有一個決議，因為醫院這邊連續有兩年沒有導入被扣錢扣回去，我們的建議是說乾脆二、三、四、五全部一起導入比較快。

主席

我知道大家的看法，當然未來是蠻嚴峻的，我所知道的現在有所謂的負病比的問題，有醫師人力勞基法的問題，我自己個人看法提供給大家參考，就是 Tw-DRGs 做了將來就比較有垂直整合、品質這種概念出來以後，病床是不是比較不需要擴床，因為擴床後醫院負病比跟勞基法那塊成本問題會更嚴重，所以我的意思是說，大家如果今天同意的話，我們是不是先把第二、三階段先導入，當然你要四、五階段一起導入，我是覺得這樣步伐太快也不好啦，所以我想還是二、三階段

先導入，而且這在 103 年已編預算，先跟各位報告。

謝代表武吉

主席，我們那天理幹事決議是這樣子，反正我們沒人疼沒人愛，要死就乾脆做一次死好了，不要再拖了，再拖也沒有用，一~五階段就一起導入啦。

主席

我我想實錄都會呈現，也都會併案陳報到衛生福利部，所以如果學會那邊有這樣的意見，我們也都會在實錄上呈現，社區醫院協會是同意二、三、四、五階段同時導入，這個意見我們會併案陳報到衛生福利部，部怎麼裁示，我們會尊重。

謝代表武吉

乾脆做一次死好了。...

郭代表正全

我想地區醫院這樣談，我們就讓地區醫院優先導入，我有幾個問題，因為 DRGs 事實上從國外引進進來，他是先從審查面慢慢走到支付面，那第一階段我們已經走了幾年了？幾年中間事實上也有一些問題，為何第一階段可以這麼順利呢？因為第一階段是原來的 case payment，外科的有很明確的 procedure 大概很容易定義出來，可是到第三階段內科就進來囉，那個問題就差異很大，那我在這邊想請教 貴署，我們 DRGs 的分類是根據整個疾病診斷碼分類過來嘛，就我們國內目前疾病診斷分類的 coding 正確性大概有多少比例？

主席

好，coding 的正確比例請醫管組回應。

李專門委員純馥

因為我們組沒有執行 coding 的 review，要向醫審查詢此一資料。

郭代表正全

OK，我想我可以報告給在座的委員聽，大概平均正確性大概 60 幾%而已，那以這樣正確性不是很明確的話，你在分類上會有很大的差異，我今天代表醫學中心說明，因為這樣的分類下，竹竿菜刀放在一起最後是我倒霉，我先要特別強調第一個就是分類上的問題，那政策面要推這個我們清楚，可是技術面沒有談好，有很多東西都上面自己談好，政策面要做，要怎麼做？不知道，然後就在那邊弄，魔鬼藏在細節裡，我在上次健保會有提到，細節裡面有很多問題，像說第二階段我們過去有談過，我想 貴署也有誠意，我們也有表達一些意見也有做一些改善，我們今天還是對這個第二階段還是有其它意見，那第三階段從頭到尾都還沒講，我們醫學中心提出資料，但是因為我們學會要統合區域及地區醫院，資料沒有來沒辦法談，所以今天在講說，一~五階段全部都做，我想就讓地區醫院去做，我們只做第一階段就好，以上。

主席

我想郭代表的意見我很清楚，是不是因為第二階段有些細節討論得比較多也有共識，那我們是不是先導入第二階段，然後第三階段搜集大家的意見後再討論，這樣是不是可以。我們政策是希望二、三階段一起導入，但我們也不希望醫界或是醫療提供者衝擊太大，也會影響我們民眾就醫相關的問題，所以我們今天是不是就針對第二階段先把它導入，大家看還有沒有什麼意見，各位的意見，我們以後就一併報部，就先導入第二階段，是不是可以這樣子。

陳代表星助

主席還有各位先進，感謝健保局大概接受我們之前提的一些意見，那第

二階段部分，我們醫學中心協會有組成一個委員會有討論這個部分，那現在就是處在說怎麼提升效率，然後減少浪費跟維護民眾的權益，因為 DRG 是一個 Package，所以我們第一階段大概實施的經驗裡面，我們在第二階段裡面有一些支付通則會提一些建議，我現在提，大概有主要幾個部分，第一個就是支付通則的第二點，就以前 DRG 的部分，如果有一些費用移到門診或急診去執行的話，在支付通則的第二點說 DRG 整筆都刪除，那這個實際上醫院是有付出這樣的成本去照顧病人，所以我們建議說這個部分在第二階段實施之前，應該這通則要改成，如果轉移的部分刪除 不是 DRG 整筆費用刪除，這是第一點。第二點就是在支付通則的第三點，就是有關排除的項目，那我們在排除項目裡面提的建議有幾點，第一個就是我們原來是十八歲以下 DRG 的案件，是在超過核實上限的部分就完全給付，我們建議這裡要把它切成兩段，因為先天性疾病大概個案數很少，而且如果收到這些重症的醫院它付出的成本很高，所以我們建議拆成兩段，就是 6 歲以下，應該是要排除在 DRG，然後 7~18 歲維持現在的核實的部分，就是用完全核實上限給付這樣，那第二個排除的部分，是醫學中心一直有在提，像 IABP 的個案，這個嚴重度很高，而且整個病情的變化的 Variation 很大，那我們建議是 IABP 應該是比照 ECMO，要把它排除掉，這個是我們第二個建議，那個大概主要的部分，是支付通則的部分，第二階段是這樣，那第三階段我們還是重申，第三階段很多內科系的疾病進來，那我們希望說能用美國的 MS-DRG 之 MCC 當做一個參考的基準，那應該大家好好的討論，有關拆組的部分再來執行，以上做一個初步的報告。

主席

所以現在顯然第二階段剛剛林代表所提到的，如果我們尊重醫學中心的意見，就是把你們的意見在報部的時候一併呈現，那我們怎麼修正第三階段的部分，還是再搜尋資料，並聽取各界意見後再討論，是不是大家可以同意，剛剛醫學中心第二階段那一部分的意見，我們會再做內部的修正後，再跟醫

學中心來做討論。

郭代表正全

其實主席很明智，因為第三階段根本不可能，不過第二階段我們在看還有一個目前卡在這裡面有一個很大的問題，我認為是政策上的問題是不是要考慮，我們針對特材的部分，事實上，所有的 DRG 過去我們試算的基礎，是醫界有些根本特材是病人自費沒有算在裡面，那個基礎算不清，那我在這邊建議說，整個 DRG 要長期這樣走下去，讓醫界心服口服，是不是把所有特材剔除掉我重新算 DRG 的費用，那特材實際上有用，報多少，否則的話，我剛講的竹竿菜刀通通混下去，特材也有很多錢的，幾萬塊、幾千塊、幾百塊，那不一樣的特材不同的術式不太一樣，那這樣是不是會造成一些困擾，造成我剛講說魔鬼藏在細節裡面，我倒是建議說既然第二階段要做，沒差那一兩個月，是不是把特材所有切割 那這樣來算的話，我想大家都可以心服口服，同病同酬，那特材會涉及到不同的術式，醫生的技術不一樣他要用不同的，病人也同意，我想這一段，是不是可以今天在會議記錄裡面，也可以今天做一個表決，假設可以的話，我想我們樂意說，將第二階段，假如說這邊做一個明確的切割的話，我們倒也不反對，貴署來進行這樣的一個作業，以上。

主席

來，請，謝代表。

謝代表文輝

所以剛剛主席前面一直希望有一個結論，這當然大家都很期待 尤其主席更期待，那顯然剛剛聽了郭特助的意思和醫學中心，不像主席講的，我替他們澄清一下，他不是說第二階段就可以，第二階段他有前提的，有一些問題它一定要先解決，像那個特材要把它剔除，這樣才有考慮，還有其他問題都談完，第二階段才有可能，所以他現在講的意思就是，今天沒有共識，沒

有說二、三階段，二要先進去阿，二有很多問題，而且他提那個問題根本是要害主席 那沒辦法解決的，特材要切割掉，這個很有爭議，我知道現在署裡的立場不是這樣阿，所以今天結論可能不是像主席剛剛裁的，說第二階段他們也都有共識要下去做，第三階段再研究，那其實他剛剛提的那些，第二階段的那些問題，可能我們都沒把握可以解決，所以今天的結論就是，第二可以先討論，但是有很多基本問題還有歧異，那視討論結果後才決定，應該是這樣啦，我認為應該是這樣，你看我解釋的大家就比較清楚，不會誤會。

主席

沒有，我的理解是說，大家的意見就是醫學中心陳代表提到的通則所謂特材的部分，我們當然都會提報給部去了解，但是第二階段，我是覺得還是要導入，至於特材這一塊，就像謝委員剛剛講到的，是一個很大的議題，我們是不是先這樣來處理，請陳委員。

陳代表雪芬

我們已經講的很前面了，就是基本上醫學中心在 DRGs 討論的時候，就希望特材那段能夠另外算，我們可能也不是說像剛剛謝委員講說要害主席，那個部份先讓我們這邊能夠同意，才說你們能夠跟上級機關講我們可能願意幫忙，就是大家一起來做第二階段，所以我想這是有點不太一樣的，不要寫成我們現在是同意，我們是有但書，有先前那個立場，才有後面要不要上第二階段的問題，以上。

郭代表正全

對不起我沒有害主席的意思，我也想盡量幫忙，不過剛才謝董事長，因為他文章表達也非常詳細，確實他講的就是我要表達的，因為特材的問題是當前相當棘手的一個問題，這個不把它釐清的話，後面的 DRG 會沒完沒了，包括以後還有很多要開放新的技術等等，這個會有很大的問題，而且也是幫健保局解決這樣的一個問題，否則現在卡

在上面，不清不楚算出來的結果，包括我剛才講，你的疾病診斷的分類，本身 coding 就不是正確，用不正確的資料去分類出來的東西也是不正確，那最後倒楣一定是醫學中心最後倒楣，我敢這麼講，剛才地區醫院才說經營很辛苦，我在這邊我也要說醫學中心經營也很辛苦，尤其這 DRG 越來你導入進來，那內科 Variation 就相當大，這個我們也在擔心，你一樣肺炎，也有兩三千塊可以住院，也有二十幾萬要住院，當然我是用一個比較極端的例子，當我這樣導入就是說，那樣完全不太一樣，不像外科，我做膝關節手術，膝關節換的好換的壞大家都差不多，這個外科比較清楚，那慢慢的，你手骨折，到第二階段的骨折、有多重外傷的骨折斷成好幾節的，那你那是開放性的骨折或是怎麼樣，那完全不太一樣，那你把那個全部，只要骨折的，補在原來第一階段全部湊在一起，這是我們相當擔心的，所以你假設把特材拿開，其他的我想可以去歸類，包括剛剛我們陳委員提到的，那個 MCC 國外的就是說主要的併發症合併症，這些你分類出來，就是他嚴重度有分出來的話，這樣可能會比較，我想我們既然推這麼久，而且我們健保署也希望說利用 ICD-10CM/PCS，這些新的分類方式，其實沒差到那幾天，而且醫界到現在都還摸不著頭緒，行政 Coding 可能有醫師都還不太清楚到底怎麼去弄，這一段事實上有很大的路走，那以後你回過頭，當我們現在急著推上去，以後回過頭要追溯這些東西分類，我想又是大吵一次，所以我倒希望說，剛才謝文輝委員提的，確實是我想表達的，我並不是說這樣同意第二階段，假設在前面我剛才講這些條件下的話，我想醫學中心我們也樂意說，幫健保署的忙，要讓他推上去，以上。

林代表淑霞

我真的不想害大家，在上次本會我想我們也表達了許多意見。今天我代表區域醫院再強調幾點，其實也包括剛剛郭特助前面所提到的，

我們第一階段會這麼順利，是因為原 Case payment 轉換過來，但衍生特材問題迄今無法解決，所以郭委員建議將特材排除之措施，於此亦表示非常贊成。我舉一個非常實際的例子，不過要對淑範科長抱歉一下，我必須要講出來，醫療新科技特材及技術是為了提昇醫療品質或拯救生命。本人服務的醫院研發了人工血管接環（是首件由華人發明之植入性心血管特材），經由美國 FDA 通過 Approve 並貢獻使用在我國健保給付，它是主動脈剝離救治成功率高達 92% 的特材，但術後必須要拉長住院天數進行療護，結果醫療團隊救一個人，如依現行 TW-DRG 之定額標準，每一個案醫院均需損失約 29~31 萬元。主動脈剝離的死亡率在文獻是 30~50%，這幾年送到我們醫院使用人工血管接環進行拯救手術死亡率降到 3~5%（已發表多篇 SCI 影響係數極高的期刊），尤其像現在這個季節也是主動脈剝離最好犯的季節，醫院本著以救人為優先的使命，我們還是欣然承受每個個案造成醫院重大的損失，可是這真的是一點道理都沒！健保支付政策之制定，有很多地方真的是完全沒有了解到科技的進步，甚至是在臨床上的治療過程，有時候不是現在 TW-DRG 可以 Cover 的，這也就是為什麼我們希望將特材全部作排除。另貴署不是預定 2015 年導入 ICD-10-CM/PCS？何不等到 2015 年再全面來實施？在上次的會議大家也有提到，國外有實施 DRG，一定是固定點值，我們大家努力針對品質、成本管控弄半天，最後還是浮動點值，這是個符合 DRG 邏輯的給付嗎？本人已說過好幾次，全世界沒有任何國家於總額上限支付制度之下再實施 DRG 的。總之，我真的不是要害大家，包括我們與會付費者代表，請大家好好去思考，我們要不要在我國這麼高複雜度的支付制度之下，再全面推出雪上加霜的以 ICD-9-CM 版本作為疾病分類的所謂 TW-DRG。

主席

你要不要回應一下，醫管組。

李專委純馥

謝謝各位代表提供的很多的寶貴的意見，因為其實上包括剛剛郭代表還有星助主秘所提的那些建議，還有林淑霞代表所提的那些建議，事實上我們現在都…我們其實之前我們大概都有聽到各界的意見，那至於說相關的，因為其實涉及的層面非常的廣，因為如果要把特材另外去做計算，整體 DRG 的架構都要重新改過，包括到申報的格式等等，所以這部分是不是容我們會後再找相關的學會，我們針對這些問題，包括我們相關的試算，因為剛剛有提到兒科的部分，還有提到 IABP 的部分，那都要重新再做試算，那等我們試算清楚，還有剛剛星助主秘提到的 Major CC 的部分，我們其實有在思考，可是也不全然所有的 Major CC 都拆，因為其實我們看到有一些 Major CC 下去的時候是合併的，是把我們現在的，本來拆出來的 CC 合在一起的，所以這部分其實都要做過評估，否則我們貿然在這邊做任何的決定，對未來實行上都會有很大的困擾，所以是不是容許說我們在這個會上各位委員跟代表所提的建議，我們會後再做完相關試算再邀你們過來一起做討論，那有相關的共識之後我們再提會去做這個方案的討論，謝謝。

陳主任星助(林代表富滿代理人)

謝謝淑範跟純馥的補充，那剛剛提到那個第三階段之後的，為什麼我們覺得要很謹慎，順著郭特助提的，我現在接了另外一個研究計畫，其實已經有結果出來，用全國的資料去試算，如果把 Major CC 的部分拉出來，在目前的 DRG 裡面有 76%是有統計上顯著差異的，所以代表如過第三階段內科性的疾病進來，同樣一個肺炎的病人，然後他因為合併不同的複雜的次診斷的話，他的費用就有很明顯的差距，將近有四分之三，四分之三就是將近有 76%的差異，所以這個部分病人在第三階段之後內科系進來，剛有提到必須要很謹慎的來看，不然會變成有

Patient Dumping 的現象，或者有其他費用上面有落差的現象的話，其實推起來相對複雜度會高，他是建議應該在拆組的部分研議的比較謹慎一點，然後再來做，以上補充。

主席

還有沒有其他委員，請…

陳代表福展

其實也可能是健保署是不是有消費者的代表的壓力，其實以現在補充保費，目前的看起來是夠的，做 DRG 以現在這種做的方式對消費者不見得是好的，那消費者其實應該多表示意見，那其實在現在原來 Fee for service 其實全世界只要錢夠，Fee for service 對消費是最好的，就是你論項目計酬，該用的就用那消費者不用顧，那健保局靠審查，那其實後面醫院總額已經有一個總額上限在那邊了，我們量如果衝太多我們自己點值要稀釋掉，所以根本你不用擔心，你反而原來的制度對消費者最好，所以消費者這邊，理論上，你做 DRG 對你不見得是好，所以消費者應該…而且現在補充保費今年看起來是超收，沒有那麼大的財務壓力，事實上有時間大家坐下來好好談，第二階段、第三階段怎麼去做會更好，時間上面是夠的，我覺得是消費者是不是團體可不可以不要，不要給健保署、衛福部，一定要馬上做第二階段、第三階段。

徐代表弘正

區域醫院代表我們在講，為什麼這個大家會不想實施，就是這個衝擊太大了，可是如果有一個誘因的話，大家會想實施，就是說我們是不是實行了一、二、三、四、五，還是一、二、三階段 DRG 以後，把 Global Budget 的放棄掉，因為既然 DRG 了你為什麼有 Global Budget

呢？那應該保障點數才對，本來是試算清楚，因為這樣的話我們會很樂意趕快去實施，是不是。

主席

剛剛大家講的當然都有道理，就是第一個當然衝擊也是很大，然後在總額底下點值浮動，那各位可不可以在健保會去提案，就是如果 DRG 要導入，DRG 是不是保障點值，那其他的還是浮動，因為不是我們這個會的權限可以決定的，所以是另外一個議題，是只有在健保會才能決定要不要保障點值，或是在總額底下或是怎麼樣，這是健保會的權限，我只是說大家有這樣的看法，那第二階段跟第三階段，剛剛我們純馥專委有答應說會後還會再找相關學會或是醫界的代表，針對剛剛提到的一些問題做更多資料的收集以後，再提到會議來討論。剛剛林代表提到就是第二階段實際上會碰到的，如果有共識是不是先從第二階段或是怎麼樣來執行，你們在會上也可以一併討論，還有沒有其他委員有其他的看法？消費者代表這邊，不知道有沒有，健保會代表這邊不知道有沒有？

葉代表宗義

有很多人都講到消費者代表的意見，我在這邊也跟各位講，當然其實很多健保委員除了你們以外，很多人說 DRG 是甚麼，其實他也不知道，我說實在真的不是，因為他是甚麼他不懂他不知道，很多名詞也不懂不知道，那你現在說了大半天，他也搞不清，我來五年了，有時莫名其妙很多問題，這個問題必須跟你們，所以每個委員會我都有參與，有些問題我比較能釐清了，那這個當然因為我是消費者代表我也是雇主，雇主出錢出當然出比較多，但雇主是都生意人，其實醫院也是生意人，也比較瞭解說甚麼事情可以節省什麼事情不能節省，什麼是可以做，我的觀念跟他們較不太一樣，不是說他們一昧的節省，一

昧的就怎樣，我常常再三的說，認真賺錢才會富有、節省才会有錢，現在就是這種型態，所以有很多代表在說，我也很建議說，他有什麼建議要…一個月才開一個會，真的是甚麼事情他還摸不清楚，預算我會看，刪減預算我就爽啦！也有也會有這樣，但是這個問題他減掉預算就替消費者節省，也有榮譽感，但整體來說這是好還是壞不知道，循環上的問題很難講，但我還是很多時候都尊重我們主席，主席提這個案，他也有他的各方面的意見來，所以一定要聽主席的這是我今天較特別的，如果有說不對的地方，希望各位諒解，謝謝。

主席

好，討論案第一案不知道其他委員還有沒有意見，如果沒有其他意見，我是不是先做成這樣決議，就是剛剛各委員所提到的，譬如說通則要修改的、排除第二點第三點、還有 IABP 的這些問題，再請我們醫管組這邊邀請醫療提供者做相關的修正，如果可能的話，先把第二階段導入。好，就是把剛剛大家的疑點，再請大家來討論。接下來討論第二案。

主席

先回到陳委員剛剛提到的有關藥師居家照護的那個藥事服務費。

陳代表宗獻

那個私底下已經處理完了。

主席

處理完是不是？好，處理完了，再來討論案第二案。

第二案

案由：建議修訂全民健康保險醫療服務項目及支付標準診療項目「身

體約束之護理監測照護費（47092B 及 47093B）」之相關規範及 支付點數案

主席

請代表就本案，修訂支付標準診療項目「身體約束之護理監測照護費」提供意見，請羅委員。

羅代表永達

主席，我先請教兩個問題，一個是身體約束的計畫裡面 RCW 他可以另外申報嗎？那 P13-5 的當中為什麼會有一個呼吸照護病房論量跟論日的一個費用呢？因為是屬於 RCW Case payment 是不能申報，怎會有這個錢？

主席

請醫管組說明。

林科長淑範

P13-5 頁，是統計醫療院所申報情形，呼吸照護病房論量部分，按照論量申報的規定，在論量之後，以定額為上限，其實還是可以報，含在定額裡面，所以論量的部分可以報，但是在呼吸照護病房論日，是不能再額外申報。因此，呼吸照護病房論日跟精神科病房是不能申報的，在各分區業務組行政審查的時候，就會被核減。

羅代表永達

所以沒有這個費用，只有數量，對不對？（醫管組：對…）。好，第 2 經費的部分，本案修訂後未來費用超出後，要怎麼辦？

主席

會不會像今年一樣超出。

羅代表永達

目前就我所知道，很多醫院第四季大家都不報，以致於第四季的申報數量是不那麼正確，在這個情況之下，我們已啟動監控機制，而預算金額又超過了，我們打算怎麼辦？

林科長淑範

剛大家報告一下，如果這個案子通過了，明年 103 年本項支付標準項目每日支付點數會從 600 點調降到 186 點，其實是很低的，沒有誘因使大家再來申報，第二個，現在支付標準是沒有申報天數的限制，如果案子通過了，103 年將有最高限制申報天數為 4 天。

羅代表永達

我們已經幫你們算過，你今年五億點的申報點數，乘以 0.32，就是你剛剛所謂的數量裡面 0.3262，再乘以 186 再除以 600 這樣的話都已經將近五千萬了，當然裡面有限制申報天數 4 天，可是我要說是，這個連五億的基本數字，本身都是因為第四季的假設是錯誤的，因為當時如果我沒有記錯的話，支付委員會裡面，光前三季的時候就已經將近四億了，後來是大家都不要申報，所以才會停留在四億多到五億

之間，還是那個問題，就是說錢超過的時候，我們打算怎麼辦？因為這個案子本來應該在支付委員會裡面，應該先告訴我們會是怎麼樣的結果，結果他先送協議委員會裡面，直接調整支付標準，那我們也想知道預算，這個預算是怎麼來的，如果超出怎麼辦，就這樣。

主席

謝代表，請。

謝代表文輝

在我們的經驗，只要在新增項目以後，第一年都是最少的，第二年第三年他就爆發，越來越會報，所以你如果從今年算起來剩百分之1，本來如果五百塊，就剩五塊，本來是六百點就變成六點嘛！那理論上，第一年就這樣了，那應該訂在六點以下，按照這個經驗，新的醫療、新科技、新的項目便宜，大家不會報，貴的就越來越會報，當然現在有做部分限制，我們也不知道像剛羅代表說，第四季根本大家現在都沒在報，所以我覺得安全起見，應該訂在六點以下，這個比較合理。每次新藥、新科技、新的項目都是第一年，大家比較不會申報，第二年就上來了，上次開會就說新藥，第一年申報費用 4.5 億，當年預算 6 億多，可是第二年就申報 14 億耶，第二年實際成長的預算也還是六億多，結果實際開支是十四億多，第三年更不得了，所有新的項目都有這種特性，幾乎找不到沒有這種特性的，事實上，如果今年的

經驗是六點的話，怎麼可以把他定超過 6 點呢？我是建議訂 5 點才比較合理。

主席

那這樣好不好，因為護理師公會林代表先舉手，請她先發言，之後再請徐代表發言。

林副主任綉珠（高代表靖秋代理人）

護理師護士公會全聯會在這邊感謝健保署對這個案子的支持，也謝謝署對這個案子，做了非常詳盡的分析，讓我們了解到提報的單位有哪些？哪一些單位佔了較大的支出，看起來 ICU 是最多。回應謝委員提到的：這是一個新科技，所有的新科技都會影響到後面的申報。我要在這邊澄清的是，這不是一項新的科技，新的項目不等同於新的科技，這個案子跟人權有相當大的一個關係，在整個操作過程當中，事實上是依據醫囑執行，如果醫囑開立了，那大家去執行只值五塊錢，我想這就不需要在這邊討論了，因為這是根據醫囑之後才有的一些處置行為，這些處置行為產生的成本，應該不只有值 5 塊錢或 6 塊錢。至於署裡頭提到的部份，事實上我們也發現這個問題，就是實施之後，是不是使用時間過久等等之類的因素。不管是醫中或是地區、區域，我們都覺得說，要一起來努力把約束這個事情要降低、要減少約束。所以我們自己修正之後，也覺得病人不是說意識不清就應該約束，而是要躁動不安才適合去約束，這是我們主動提出來的，至於申報日數

由 8 日修至 4 日，全聯會沒有意見，因為我們本來就覺得，約束不宜長時間的去約束病人，這是病人人權的問題，至於調降支付點數，全聯會尊重整個署裡的意見，以上報告。

主席

好，謝謝林代表，再來請徐代表。

徐代表弘正

這個項目，絕對不會因為給付標準低，所以大家不願意做，為什麼？因為這個項目，原本大家本來都在做了，只是沒有那時候項目可以申報而已，可今天要考慮這一個問題，本來護理部門跟醫界，在做品質的時候，都是要降低約束，可是一但變成可以申報了，不是鼓勵約束嗎？我是覺得訂這個要很慎重，就是支付點數不要訂那麼高，不要訂那麼高，大家覺得如同雞肋，食之無味，棄之可惜，因為這東西很可能明年申報金額就又更大，我本來是想建議說專款專用拉，那就不要管了，可是好像又不能專款專用，這是我們的困難，如果說可以有一個限制的話，要訂什麼就沒有關係啦！因為這在學理上，是有誘因，我是覺得不對的。

主席

謝代表，請。

謝代表文輝

理論上，我是覺得在醫療上面，其實有很多從醫療專業來看，都是很必要的，但你不是每個都付錢，因為健保本來就是有考慮到他的財務因素，今天我們二代健保又講收支連動，其實每一個項目都要有它的財務來源，不然不應該再放下去，邏輯上是這樣，現在不是爭辯說，這個是怎樣，就像剛剛徐代表講的，該做的本來就在做，不給錢還是要做，理論上，醫療行為上覺得說這合理該做就做了。就像我們現在一直在批評，要減稅，減稅之前就要有新的替代財源，這是一個負責任的態度，現在這個早就大家就都在做，沒有錢也做，所以現在最重要的就是，護理單位應該對外要大力疾呼，說這我都有在做，然後都沒給我們錢，拜託健保會要想辦法，其他部門還有很多錢，要上街大力說這個，才會說這不是為了你們護理的權益而已，為了民眾的權益，才出來說話，對吧！大家鼓掌嘛！不能每次都說是為了護理自己的權益問題，所以我是覺得說要建立一個負責任的那種態度，財務看多少錢，我們就編多少錢，本來老實說這項目都有在做！，醫院都很有良心都在做，這要鼓勵嘛！這就像之前 B 肝、C 肝賠錢，即使賠，醫院代表也說兼任也要給他作，消費者代表葉代表、陳代表，你們一定要鼓掌肯定。我們今年執行這個約束項目已經變典範，所以現在每次在說新項目、新科技，這評估怎麼會準，當然不會準，號稱說五百萬可以完成，結果執行卻申報五六個億，差一百倍，現在都變笑柄知道嗎？所以我是覺得我們要負責任，不然都不要訂錢，算了就歸零，

什麼時候爭取到足夠的經費，合理有多少我們就用多少的錢，其實我在講的重點是這個，因為這都無關緊要，本來就都在做，我也很同意，不要訂一個相當高的，變得大家都拼命申報。

謝代表武吉

主席…（主席：請）。

這個是編五百萬，結果這跳到八九億，不是..是六億，這就是當時評估完全錯誤，這是第一點。第 2 點就是說，我們現在新的支付點數要一百八十六點，怎麼算出來的，我沒辦法算，這是因為這個約束，不是新的科技，這是新增的品項，所以醫界剛剛大家說過，正常大家都在做的工作，那都有買的東西，做這工作，所以說今年再投注五百萬點下去，是沒辦法決定的事情，再來修訂支付標準備註裡面有寫，每日要使用超過八小時，每人每次住院只能報四天，第 2 點適應症：意識欠清且躁動不安的病患，什麼是欠，欠這字是什麼意思？且又是什麼意思？這完全沒有意義的事情。第 3 點就是說，必須每日有醫囑、每班有護理記錄，我們現在已經被人罵血汗醫院了，還要再處理這個工作，沒必要的工作，所以說有一些東西都被護理同仁被罵我們醫院是血汗醫院，是由你們護理師護士公會全聯會逼出來的血汗，這也是健保署逼出來的血汗，血汗健保署嘛！所以我是感覺上這個約束，零，不要了，就不要了，我們沒那麼衰，就不要了啦！

林副主任綉珠（高代表靖秋代理人）

感謝兩位委員的建議，對於委員剛剛的說明，第一個要澄清的是，約束的部分事實上是醫護合作的，這個錢不會進到護理部的口袋，也不會進到護理人員的口袋；第二個部份，這是之前已經在做的事情，這些項目也不是護理師護士公會去制訂這些規範，在這之前，很早很早以前就講過，這個部份要回歸到評鑑，跟護理師護士公會沒有關係，是評鑑定出來的，那評鑑當中是各個大醫師、大管理師這些人去做訂定的。以前的約束，病人隨便綁一綁就好了，現在的約束有這麼多的條文需要我們去做，這個本來就是應該給付的部分，這個給付又不是說只有護理師單獨去操作就可以，是需要醫囑，需要病人家屬的配合，這些等等的動作，一連串的動作之後才形成的一個處置，這個是我補充的說明，謝謝。

主席

因為謝代表已經發言過，我們是不是先讓林代表發表意見。

林代表淑霞

剛剛我們護理師護士公會所提的，其實評鑑很多項目都沒有支付標準的啦，評鑑的規範就是歸評鑑的事情，不過我滿贊成謝謝我們今天兩位謝領導，今天真的這兩件事情講得最好，我是覺得這個預估預算，真的差距太遠了，而且我看起來其實將來反而會增加我們護理同仁的 Paper Work，反而會增加你們 Paper Work，所以這個付出的支援成本，可能高於很多很多，所以我個人這邊是滿贊成，也許將來有專

款來做，有這個費用再來做，那目前我覺得這個支付標準的設定新增的這個項目的意義真的是不大啦。

林副主任綉珠（高代表靖秋代理人）

我可以再補充一點嗎？剛剛提到的就是…護理紀錄這個部份，可是事實上我們是透過很多很多的方式在保障病人的安全，這是最重要的，為什麼會有這麼多關卡需要去做，事實上，怎麼樣從這些護理紀錄簡化…不管它是用 e 化等等之類的，事實上我們會同意把支付點數下降，也是因為我們發現到說，評鑑的過程當中已經改善得滿多的，它的要求減少了很多，那經過了這些 e 化之後，我們的護理措施也少了很多紀錄的部分，所以我覺得這個成本的下降是可以去了解，所以我們才會同意，可是並不是因為這些我們要求這樣的處置，而增加護理紀錄，這是我要澄清的，謝謝。

主席

這個案子其實已經是支付標準裡面的項目了，大家說要把它變成零，這有一點奇怪，因為支付標準項目，從來沒有哪一個項目是零的，所以這個我要先做說明，現在只是說從 600 點調為 186 點，然後有一些條件限制，大家可以針對這個表示意見完了以後，我請醫管組純馥專委對本案做說明，我們再來做決議。請，謝委員

謝代表文輝

剛剛為什麼建議 5 點，我是覺得每個建議都要邏輯基礎，那其實我講這個建議 5 點，我剛剛理由講得很清楚，新增的項目後來都是成長，都有事實前面所有的為依據，這我們看的都是這樣，第二個就是依去年再編這個預算的時候，為五百萬，所以用那個錢來算，再將申報條件限定比較嚴謹，可能不像今年的 6 億點，可能比較少，可是以後可能會成長，以前都成長很多，兩個相對來比，我說這個 5 點所以這個完全很有道理，而且有事實根據很科學，那訂一個五點有甚麼好處，第一個像主席說的，支付項目就已經訂了沒有那個歸零，至少要有，所以我們有嘛！這第一個。第二個，凸顯這個給付沒理，綁一個病患一天至少 8 小時，給付 5 點，以後我們護理團體，走上街頭抗議在那邊，牌子給他坐著…給 5 點而已，所以我覺得這些，護理界包贏的，這也凸顯什麼？因為其實現在所有給醫院的給付均偏低，牙科初診 600 點，我們的初診 228 點，所以事實上全部都偏低，才不會長官每次…，我跟他們相處已經二十幾年的老朋友，現在你只要有一個較合理的，他就說沒有啦！那有甚麼都偏低，也有什麼像約束費用，不錯喔！所以現在我們就讓每樣支付都一致都不好，而且我們這又有依據，我們不是隨便講故意要讓它變成 5 點！因為考慮新項目成長的特性，所以 5 點，這我的建議。

主席

好，最後一個發言後，純馥專委再做報告。

謝代表武吉

因為我是覺得剛才提出疑問 186 點是怎麼算的，(主席：好我等一下會…)，沒有根據，然後剛才我講得適應症也講了，欠和且的意思？我還是有問題，再來每班的護理呈現，我不希望醫院再被人說我們是血汗，還有護理師護士公會也是被人家講血汗，這都是不好，我是感覺上，謝代表文輝還是比較有良心，有 5 點，但是我剛才看來支付標準這本書有得是被刪掉的有很多被刪掉的，當時主席還在當組長的時候，人家在這裡長官就能夠刪這些東西，可以刪的，(謝文輝：有些項目是可以刪的)，不是不能刪的，是能夠刪的，那我是建議沒有就是刪掉，沒有就是 2 點就好。

謝代表文輝

主席，對不起，我說太低，像笑話不好，我是負責任的來處理事情，第一個建議刪掉，不然就訂 50 點，(謝代表武吉：50 點太高啦)，不然 30 點，不要個位數啦！

主席

我們怎麼估算出來，我請醫管組純馥專委做個報告，然後第二個大家關注的問題是推估預算經費，未來會不會又有不足，尤其類似今年這種情形，那我們做了這些限制以後，是依今年這些資料做出這樣的

推估，我對我們同仁很有信心，他們推估應該不會太離譜，所以是不是先請純馥專委做個報告。

李專門委員純馥

各位代表，其實過去因為新增，確實是用一個由提案單位所提的需求，預估全國大概是多少，因為沒有實行過，所以那時候沒有申報量，所以我們會有一個推估值，所以才會造成說今年在實行時候我們發現好像跟原來推估值有落差，我們趕快有一些補救的措施，所以才會有之前那個案子要去做折付的動作。那現在因為其實已經實行這麼一段時間，我們有 102 年 1-8 月的整體申報量，在推估上就不會這麼失真，那再加上說我們這次的修訂，其實也很謝謝護理師護士公會的配合，沒有反對本署把有一些項目做更嚴謹的規範，所以實際上第一、我們把原來有一個論次的跟論日的，現在完全都改成只有論日，每一個住院的個案最多申報四天而且 ICU 也不能再報了，包括精神科病房也都不報，那剛剛講得像羅委員講的呼吸照護病房更是，他就是論日，就是不可以再申報，所以可以知道說護理師公會已經非常嚴謹看待這個事情，那成本分析部份也是按照我們收集到的總體人力上護理人員所要投入的心力，我們做得一個成本分析的推估，那這個部份實際上跟原先 600 點差距非常的大，那我們是希望說如果委員還是有疑慮，那我們同意就是說我們還是會在每一季的這個總額的議事會議裡面去

報告這個項目整體申報的狀況，且我們現在大概各分區也開始在管控，我想在管控下這部份應該比較不會像過去這樣子有這麼大的量，那是不是可以同意按照我們署裡的方案，先讓它通過，因為坦白講一個護理措施，健保給付 5 點或 6 點，這個真的我覺得很羞辱人，如果我是護理人員寧可你給我 0，大家將心比心，或許確實這個項目過去我們是含在護理費裡面，但也造成現在護理人力的缺少，所以我們也了解有些項目確實護理投入一些心力上，我們確實要去跟反應投入心力成本，那我還是希望說各位委員能夠支持我們署裡面所提的方案，謝謝。

謝代表文輝

請問純馥專委，就是你現在意思是手上收集這些資料很明確，就是做這些約束以後，訂這樣的價格乘上這個次數就是五百萬左右，意思是這樣？現在修改規範算出來就是二千八百多萬，那和本來去年只有五百萬有差距，那其他的錢從那裡來。

李專門委員純馥

我們可能會從今年我們新增項目還有剩的大概七千多萬裡面，然後再加上這次我們有新增一些項目扣掉，我們還有六千多萬，所以是夠支應這次可能會增加，因為我們扣掉之前五百多萬，我們這次可能會增加二千多萬，是還夠支應，是用今年新增的錢來挪移這樣子來使用。

羅代表永達

可是這是 102 年，103 年…現在訂是 103 年，103 年在這次協商裡面這個東西並沒有增加。

李專門委員純馥

可是 103 年的新增有含 102 年基期滾進去，而且含成長率。

羅代表永達

不是，是五百萬滾進去成長率 3 點多呀。

李專門委員純馥

沒有啦！102 年的預算會滾到 103 年，所以我們有一部份二千多萬，是用 102 年的預算。

謝代表文輝

這個，我是覺得完全不能信賴的一個說法，第一點，所謂今年新增就算今年新增的項目的有剩八千多萬，你知道隔一年明年新增項目但不會剩錢，用這個基礎乘於多少的成長率以後不知是幾倍，就像我剛才舉的例，新增藥預算六億多，第一年支出 4.5 億，按照這樣算今年還有多二億，對吧？但是第二年卻變成 14 億多，所以你講得這種錢有來源，是完全沒有辦法說服大家，因為如果你這個有這樣的數據這樣持續可以下去，今天我對新增醫療新科技，大家不會有爭議，你每年十億，你又滾進去了，但事實上，所以我覺得這個裡面存在的事實說

你們都有在算，可見你們每年都知道，但是當我們吃虧的時候你們從來沒有講，就沒有下文了。

謝代表武吉

主席，這本書支付標準裡面 48011C 換藥要三個層級都是 47 點，48012C 是 63 點，48013C 是 104 點，20 公分以上 104 點，10 公分以下 47 點，這個如果再乘上 0.9 時就剩下 40 元而已，不是變 40 點，那麼這裡還那個 48011C 西醫基層加 40%，48012C 西醫基層加 20%，等於西醫基層的 48011C 是 65 點，但是我們醫院這邊是 47 點而已，這種有沒有公平，沒有公平嘛！這個已經是我已經在這種會議提出、呼籲了好幾次，這根本是不敷成本，而且給健保署也有很大的面子在努力在替患者來做一些事情，這些你們都不改善，你看這個一個約束這種，186 點和這些 47 點，我們是換一個藥賠一個，若是可以刪掉，這邊大中小換藥，你為什麼不增加一點呢？這是善意的嘛。

主席

好，護理師護士公會有沒有要再補充，(沒有，聽大家意見)，請陳委員。

陳代表雪芬

其實這個案子並不是說以前沒有在做的護理行為，這個以前一直在護理站都可以看到，但基本上要家屬同意，其實家屬也是非常掙扎，

就實務上來看，建議真的可以考慮不要再給錢，因為可能會有病人，可能會因為支付誘因，就一直被綁在那邊很可憐，以我自己的經驗，為了約束，我記得我也被我爸痛罵，因為他被約束事後覺得很氣憤，雖然我們明白有些病人剛退麻醉會躁動，因為他會拔管要約束！我反覆看他被約束了三、四次，其實這個案子要給錢的時候，我覺得有點錯愕，這為什麼要給錢，因為這對護理也是很為難，家屬都同意簽字才能做，而家屬簽字願意自己的親人被約束，所以我認為這個東西要給錢是非常奇怪的，我是建議不要給了！

主席

請陳代表先發言後，再請羅代表發言。

陳代表川青

有些醫院的這個經營者或是醫師或是應該退職的員工，都應該有一個很正面的來看待，假設你是他的角色，你會不會站在他的角度來看問題，我覺得每個人站在個人的立場來看問題，也不是很公平，雖然過去有在做，這是一個新增項目，嘗試著做嘛，健保署呢，他們也提出了很多的一些評估、數據來做基礎去試算一些點值，我想這是一個好的開始，我們先試著做看看，財務上有困難，將來我們在總額協商裡面再來討論，今年總是要起步，所以我們決議支持健保署所規劃的這個方案，而且對剛才所提出財務試算的一個基礎跟評估，我覺得蠻

客觀而且蠻精準的，不會太差，如果說錢不夠，我們當然以後再說，總是要先支持這個方案，我們消費者代表決定支持，謝謝。

主席

好，謝謝陳委員。謝委員還有意見

謝代表文輝

我，剛才因為開會都很無聊，所以說很多，所以基本上剛剛的爭論都不談，我針對的是覺得這個項目真的不宜，我們這個會如果真的是可以刪減也可以增加那些項目的話，這個真的不宜，為什麼？因為現在社會大家對醫界，尤其是醫療院所都說這個沒天良、很血汗的，到時不變成下行政命令大家都儘量要綁哦！（護理師護士公會：會這樣做嗎？）當然是不會，但是這個社會就是有人會跟你這樣講，那如果到時候又有護理工作人員裡面跟醫院有什麼糾葛出來亂指控，真是跳到黃河洗不清，這種東西我說坦白的，標準是很模糊的，所謂意識欠清，欠清那個，像我們在分神智的 GCS，那個有很大範圍，所謂不清是到什麼程度，所謂躁動，躁動的差距性也很大，那他就變成相當模糊的地帶，再說覺得應該要綁起來的病人，因為影響治療與安全，沒有一個護理人員、沒有一個醫院敢沒把他綁起來，因為那個製造很大的麻煩，搞不好蹦一聲會摔到地上去，賠不起，所以像這種東西，根本是含在護理費就好，現在你不要用特別給他給付，沒人敢保證醫療

院所裡面每個都很有天良，把這範圍放寬一點，為什麼不綁，稍為給他綁一下比較安全，不然怎樣你們要賠哦，也許行政單位只要這樣暗示一下，所以我覺得這個會引發道德危機，這個項目應該就是內含在護理費裡面，這不用說什麼，只要你說這個你沒給他綁，如果摔下去你要負責嗎？嚇一下就要綁了，那個定義範圍又非常模糊，GCS15分跟最低分3分的差這麼廣，躁動你也沒有一個定義呀，你的定義也任你寫的，你要綁就寫到那，這個當然都不是很好，會引發道德危機，我是覺得這個項目其實應該要拿掉。

陳代表雪芬

我再補充一下，因為我的經驗是同個家人四次被約束，我後來再想我會覺得說在某一個專科，根本就是為了護理照護方便而綁病患，可是在ICU可能是應該的，所以連我家屬都有這麼多意見，我是要講有些時候護理同仁那麼忙，也沒辦法照顧也是綁病人，可是那病人是清醒的，他會有很多的埋怨，所以我認為這應該回歸專業考量，我們不要用這種費用來 induce 需求，這樣不太好。

謝代表武吉

我建議因為這個議題討論這麼久，這個暫緩下來，下次再討論。

主席

請梁代表發言。

梁代表淑政

這個部份剛剛護理師護士公會全聯會已經講得很清楚了，是基於人權的部份來訂這樣的項目，相信醫界這部份也依照你們專業來去看這樣的項目是否適當或不適當，那這部份呢因為涉及到政策，那我看大家也都很充分的發言在自己的立場跟看法的部份，那是不是建議就是說二個案子併陳到部裡面來，那我們再考慮一下政策的部份以及在執行過程相關的情形。

謝代表武吉

這個不能夠二案併陳，這還沒有共識的共識，所以說應該在大家在下一次的支付標準共同擬訂會議好好再討論。

主席

謝委員，因為剛剛消費者代表、健保會代表…

謝代表武吉

我也是健保會代表。

主席

我知道，但是也有其他委員贊成，所以我們行政程序上，是不是就以醫療提供者跟專業的角度，建議消取本項支付項目，而健保署依相關數據資料提修訂支付標準，兩案並陳報衛生福利部討論，因為部裡面有照護司、醫事司，還有其他的法務人員跟相關人員去討論這個議

題後，依衛生福利部裁示執行。

謝代表武吉

這種解釋方式是不通的，這種我們這就在支付委員會那邊要充分討論，不是今天在這邊才討論，也不用兩案，現在就是我們留以後支付委員會再來好好討論。

陳代表川青

主席，我請教你們幾位醫師大老，這個意識不清的診斷裡面有一個標準嗎？要給病患約束應該有一個標準，護理師才有辦法去執行，這個所謂的生理約束。

羅代表永達

這個我來試著跟代表報告一下，我們現在昏迷指數就叫意識指數，就像剛剛謝委員講得 GCS，15 分，我們一般的定義是這樣的，依八分叫做 Coma，就是昏迷，12 分以上叫做不清楚，我們一般是這樣認為，可是不是這樣就一定要約束病患，譬如說他沒有打點滴或者他今天有附著呼吸管或有其他的插管，有插管就有這個危險就要把他拔掉。

陳代表川青

我同意羅代表你的說法，我的意思就是說你們專業的醫師應該訂一個很規範、很嚴謹的一個界限，那一個是屬於應該自體約束的，那一個是不在這個範圍之內，不要造成像剛才這個我們陳雪芬代表所講的

那種現象，我們不願樂見，也不希望看到這種事情發生，但是護理師護士公會提出有關人權的事情，因為不光是這個事情，但是我是覺得這個是你們專業的界限如果去界定的問題，執行面可以討論，後面還有幾案子，我們希望這個案子，一個是財務的問題，一個是人權的問題，一個是專業的，如何在一個界面上去做一個規範、約束，就這樣而已嘛！很簡單的一個議題，是不是？

羅代表永達

我講一下。

主席

請羅代表。

羅代表永達

第一件事情，就是說這是一個很弔詭的議程，提供者都說我們願意做，我們不要錢，然後消費者說我們要給你錢，你為什麼不要？這不是很奇怪的很弔詭的行為嗎？，第二件事情，就是說我們護理界明明知道到底是綁比較有人權，還是沒有綁比較有人權，當然是沒有綁比較有人權，所以說我們說沒有關係，你們不要造成這種道德危機，所以我們不要這條錢，我們憑著完全沒有經濟誘因的情形下，我們來做決定好不好，這樣會沒有人權嗎？

陳代表川青

很多病患的個案不能用一個問題來解釋所有的病情，所以這一個討論老實說我們可以會後來討論、爭論很多專業的經驗跟事實。但是我是覺得在會議上有一個共識，希望這事情不要再爭論太多，細節的問題醫師你們是專業，怎規範由你們請教就好，(羅代表永達：這第3個適應症是沒辦法規範)，我也曉得。

主席

這件事情已經討論很久，如果不修訂也沒有刪除，就是按現在600點繼續執行。所以健保署是基於權責，也確實有大家剛剛講的專業問題、人權問題或其他不一樣的想法。本署提出本項支付標準修訂-調降支付點數及相關規範，經費來源也大致上做了評估及說明，是不是就照健保署的方案先通過，專委剛也講每一季會提出目前申報的狀況與費用申報情形，是不是先這樣通過？

謝代表文輝

主席，我建議如果大家沒有共識，就用兩個意見，當然經過這樣講我不知道消費者代表是否知道我們的顧慮。如果消費者代表還是覺得要支付，我們就用兩案併陳，因為這樣未來醫界自己比較能夠解釋，未來萬一醫界因為有這個問題，病人被綁有爭議時，病人會說他不需要卻要綁是因為我們為了錢而綁，這樣我們可以提出查當時會議記錄我們是反對的，這是有道德危機呀！這種制度會引導變得鬆散隨便都

會綁病人。就兩案併陳，把我們的意見都記錄下來。

主席

會！送到衛生福利部裡面都是各位的發言實錄，不是只有我主席講的話而已。

謝代表武吉

主席，如果要兩案併呈，我是建議要寫清楚，適應症裡面限制意識欠清且躁動不安的病患，這定義要如何寫，要很清楚明白。

主席

好，我會把剛剛謝委員的意見也寫在適應症的定義是否要有更明確的界定，然後一併報部，這個案子我們就照決議兩案併陳來進行

第三案

案由：有關修訂「全民健康保險急診品質提升方案」案

主席

第三案是撤案的。

第四案

案由：「胸腔鏡胸管結紮術」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

主席

請委員針對討論案第四項，新增診療項目，提供意見。

陳代表雪芬

前面 1 到 5 項由胸腔及心臟血管外科學會提出來的項目，我們沒有意見。可是對於不同意新增的 6 項中的第 1 項，胸腔鏡心包膜切開術，資料在附件 17 的最後一頁，我事先已經把資料傳給健保署，其不同意新增的理由為，可依照 68049B 胸腔鏡心包膜開窗術來處理。本院醫生意見是，開窗術不容易將積水引流出來，很容易復發，尤其是在肺癌跟淋巴瘤的患者，復發積水機率非常大，所以胸腔外科的做法跟原來心包膜開窗術是不一樣的，我們希望可以尊重他們的意見，新增心包膜切開術這個診療項目，才不會因為用舊的術式讓病人比較容易復發，這也是實證基礎的。如果是資料補充的不夠齊全，可以再請他們補充，希望這項有一個還原的機會，其它部分我們沒有意見，以上。

郭代表正全

我比較關心的是，醫學會提出來這個項目時，是否清楚給付內容是全部都包括在裡面，包括一般材料、相關設備費用等，是過去認知上所謂的手術項目這樣的概念，我只是想確認一下。

主席

還有其他問題嗎？

黃代表雪玲

我想請問心包膜的切開術，學會提出來的點數是多少？資料中表示現行支付標準 68049B 已經是相同品項，是不是說如果醫院在做心包膜切開術，是可以比照 68049B 來申報？本院的醫師反映這個術式是跟 68049B 「胸腔鏡心包膜開窗術」是不同的，如果是這樣，建議在支付

標準 68049B 中備註心包膜切開術可以比照申報。

陳代表雪芬

我們建議是把它區分開來，因為兩個術式不一樣，一個是要先放引流管進去，等要弄得很乾淨後才能再重新縫，不像原本的只是切開，引流一下而已，兩個其實是不一樣的，不希望這樣比照申報。

黃代表雪玲

我們也是不贊成比照，但本院的醫師表示真的是不同的手術，卻要說是相同，所以如果寫在備註中，至少有一個代碼可以申報。

李專門委員純馥

我先回答陳代表提出的疑慮，是不是因為提案單位送的資料不是很清楚，造成專家諮詢小組這些醫生們認為它跟 68049B 是相同的，所以不建議新增。如果 貴院的胸腔或心臟血管外科的醫師們願意重新函送比較清楚的說明，健保署可以重新評估以後，再送專家諮詢小組會議討論。

另外，剛剛有代表提到現在是否可以比照申報，因為目前通則五規定是由專家自行認定，所以就依照通則五辦理。點數的部分，剛剛有代表提說到底專家諮詢小組是否知道提出的點數包含一般材料，我們在會上都有向他們說明。健保署是以學會送過來的資料，原來只有計算技術費，經過我們重新評估試算以後，把材料費一起算進去，所以是包含一般材料的錢。至於學會當時提的點數，請林科長說明。

林科長淑範

心包膜切開術，提案單位送的是兩萬七千點，現行診療項目心包膜切除術是兩萬四千點，所以兩者的點數其實是很接近的。

林代表淑霞

這邊要提出有關 EECF 心臟體外反駁治療系統的問題，是不是有專家建議要納入支付標準，沒有吧？我們醫院大概也很多這種情形，目前這個系統大部分的病人是利用商業保險來做給付，因為他的費用還蠻高的。在實證方面，在台灣個案還不是非常多，所以我在這邊呼籲不要又成為一個健保財源的一大負擔。

黃代表雪玲

主席，請問在第 15-6 頁，這幾個不納入給付的項目中，有寫到會再請教專科學會，所以這個是不是會持續追蹤進度？

李專門委員純馥

我們的意思是，如果這些學會有後續意見送過來，健保署會再以一個重新的流程進行評估。

黃代表雪玲

其中第 5、6 項提到，本署將洽詢台灣小兒神經醫學會、台灣癲癇醫學會，是已經洽詢完成了，還是未來還會再洽詢，所以這兩個案子還會有進度嗎？

李專門委員純馥

已經洽詢學會了，目前在等學會提供的資料

黃代表雪玲

另外，第 15-2 頁申報配套措施的部分，對醫院影響還蠻嚴重的，因為整個申報結構要大改造，署裡資料是希望未來有兒童加成跟緊急加成，要做標註，要另外申報一筆支付標準，比如第 15-2 頁下面提到要多報一筆 67058B33，要增加七碼跟八碼進來，這對醫院而言是一個大修改。而且兒童加成，已經不是現行的 60%、30%、20%，在支付標準調整後，燒傷病房診察費的兒童加成是 120%、90%、80%，還有一

些兒童的特殊處置，加成率是 100%、80%、60%，所以以後會有各種不同的兒童加成率，所以我們申報 33，人家統計還是不知道 33 的加成率是多少，我不曉得這樣做是有何意義。除了兒童加成跟緊急加成以外，其實還有專科醫師加成、急診檢傷分類的夜間加成、急診急救醫院的加成、手術加成、麻醉加成、牙科加成，是不是都要同步，以後支付標準寫起來可能會比六法全書還要大本，因為每一個都要標註它到底是哪一個百分比的加成，這樣真的是很複雜。

主席

所以現在代表除了對「胸腔鏡心包膜切開術」，以及第 15-6 頁中本來建議保留不討論的部分有意見外，對申報配套措施也有不同意見，還有沒有其他代表對於申報措施有意見，你們都贊成我們的設計？還是不贊成？

林代表淑霞

主席，有關兒童加成部分，醫院在執行面是很大的困難，我的意思是未來有沒有可能有一個統籌的配套措施，就是依據兒童的年齡直接加成，因為現在是每個項目的加成率不一樣，有的有加成，有的沒有加成，弄得醫院系統的設計上很混亂，就跟台大的黃代表說的，這個程式真的很難寫。

黃代表雪玲

不管檢驗、檢查、檢傷分類…統統都要加一筆，每一個診療項目都要加一筆，整個申報的格式要增加好多筆。

主席

申報方式請林科長說明一下。

林科長淑範

我說明一下，之前健保署曾經提過要把所有的加成，全部以額外申報的方式處理，當時大家不同意是因為覺得在申報格式上，或是申報的困難度比較高。所以本次是希望從新增診療項目開始，所以只有對於新增診療項目提出這樣的建議，目前新增 5 項，以後在申報新增的這 5 項時，大家會比較清楚。這樣設計的概念，是因為很多診療項目在申報時，急診與兒童加成是在成數的地方呈現，有很多醫師不曉得兒童加成跟急診加成的點數有多少。所以健保署希望以後新增項目可以用這樣的方式，讓大家了解兒童加成跟急診加成額外支付多少點數。。

黃代表雪玲

我覺得以後做統計真的會很複雜，因為大家不會記得幾年幾月新增這個申報方式，統計資料時可能會漏算或多算，會很複雜。

郭代表正全

各位，這個不講清楚，我還是不放心。第 15-2 頁一般手術項目，一般醫界的認知就是加成 53% 的一般材料，醫院的作業中兒童加成有一個程序在走。我不曉得為何這邊要寫包裹給付，單一支付就是單一支付，是不是有什麼特別不一樣？剛才台大的代表提的也有道理，不要把現行醫界申報的系統，為了新增的這幾項又另外搞一套出來，我建議用原來的比重來換算，點數最後還是一樣。照原本的程序走，可能醫院可以做。我剛剛看內容看不太懂，又怕裡面藏有玄機，所以大家不太放心，以上。

黃代表雪玲

這裡面我覺得可能不是資訊系統，可能還要重新寫資訊程式，因為要多兩個欄位不是那麼簡單，現在是申報 6 碼，要改成申報 7、8 碼，大家程式都要大修正。

主席

還有沒有其他委員有意見？付費者對於申報這一點比較不清楚，先決定是否同意本署意見，就是對於不同意的支付項目還要再請醫學中心、地區醫院補充資料，本署再依程序，提案到專家諮詢小組討論，先同意這個部分。有關申報措施，行政單位再討論。

黃代表雪玲

我認為應該要找申報同仁來討論這件事情，畢竟這些代表都不是做申報的。

主席

有關申報的配套措施暫緩，請各層級及各醫院的代表，針對申報部分溝通意見以後再做決定，可以嗎？

林科長淑範

主席，我要澄清說明一下，今天提出的申報配套措施，是因為表列的支付點數已經包含了一般材料費 53% 在裡面，如果最後討論結果是按照現在表列支付點數，到時候看到的支付點數就不是現在呈現的點數。

黃代表雪玲

其實剛剛提到的兒童、緊急加成，還有一個專科醫師加成，醫師也看不到，要怎麼在支付標準表中呈現，健保署永遠解決不了醫師希望看到的點數，應該請醫師自己找醫院的單位，請醫院統計給他。

李專門委員純馥

如果要按照目前的表列方式呈現，就是將現在的包裹點數除以 1.53。

主席

所以如果申報方式改變，沒有照健保署規劃的方式，支付點數就要跟著下修，如果大家同意，就照案通過。

第五案

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編號83054B「腰椎腦脊髓液池體外引流」等兩項診療項目及總則十附表需事前審查之診療項目相關規範案

主席

這是將適應症規範修訂較嚴謹一些而已，好，大家表示尊重專業，謝謝，那我們還有臨時提案要討論。

郭代表正全

澄清一個問題，照過去經驗，臨時提案今天當場拿出來可以讓在場委員表決，若我們表決不討論就是移到下一次，好不好，有人附議嗎？（大家表示附議）

謝代表文輝

既然不討論，我有問題想請教純馥專委，身體約束費用的資料原先預估花費五百萬是哪一個單位提出的？

李專門委員純馥

護理師公會全聯會。

謝代表文輝

不是我們署裡面喔。所以我特別要補充一點，護理師公會對此應該很內行，但他們預估的數字卻和實際差距那麼多，我就很懷疑是因為這個 600 點造成道德危機，我覺得要把這理由寫進去，以後真的有發生道德危機就跟醫院無關，免得患者住院被約束然後說我們愛錢。另

外一點，萬一真的通過這案子，我們拜託醫管組後續要追蹤是否引起爭議。

主席

臨時提案：有關是否再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」

謝代表武吉

建議不繼續討論!!

請問有關討論事項第二案，請問身體約束之護理監測費用預算 580 萬元是誰提出，我認為護理全聯會是先知!!原本設定 600 點會造成道德危機，請加入我們醫院代表的理由，以後發生道德危機，別說我們醫界要錢，且若該案通過，也應該要進行追蹤。

主席

好，我再確定一次，臨時提案今天不討論移到下次，今天我們會議就到此為止，謝謝，大家辛苦了。