

102 年度第 1 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」會議紀錄

時間：102 年 3 月 28 日(星期四)下午 2 時

地點：中央健康保險局 18 樓大禮堂

主席：蔡副局長魯

紀錄：吳明純

出席人員：

王代表正坤 (請假)

朱代表益宏 羅永達(代)

吳代表志雄 (請假)

吳代表肖琪 (請假)

李代表永振 李永振

李代表玉春 (請假)

李代表明濱 張孟源(代)

李代表紹誠 (請假)

林代表淑霞 林淑霞

林代表富滿 林富滿

侯代表彩鳳 侯彩鳳

施代表純全 黃建榮(代)

洪代表啟超 洪啟超

徐代表弘正 徐弘正

高代表靖秋 高靖秋

張代表嘉訓 張嘉訓

曹代表昭懿 (請假)

梁代表淑政 梁淑政

莊代表維周 莊維周

郭代表正全 郭正全

陳代表川青 陳川青

陳代表志忠 陳志忠

陳代表宗獻 陳宗獻

陳代表彥廷 許世明(代)

陳代表雪芬 陳雪芬

曾代表中龍 曾中龍

黃代表建文 黃建文

黃代表啟嘉 黃啟嘉

黃代表雪玲 黃雪玲

黃代表棟國 黃棟國

黃代表鶴珠 黃鶴珠

葉代表宗義 葉宗義

廖代表學志 廖學志

盧代表世乾 王榮濱(代)

蕭代表志文 蕭志文

謝代表文輝 謝文輝

謝代表武吉 馬漢光(代)

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複雜性傷科相關診療項目每月申報量上限案。

決議：本案洽悉。全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫複雜性傷科每月申報量上限由 16 人次調升為 30 人次。

(二)修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準附表 3.3.3 牙醫「相對合理門診點數給付原則」案

決議：本案洽悉。

1.同意不列入計算之項目增列「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」乙項。

2.同意不列入計算之項目第 6 項「感染控制診察費差額」由 30 點調升為 40 點。

(三)101 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」1-9 月獎勵金重新計算案

決議：本案洽悉。

- 1.同意 101 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」1-9 月更正資料補付作業及避免劇烈影響 101 年 12 月獎勵金核定，各醫院重新計算後獎勵金之追扣補付，併入 101 年第 4 季獎勵金辦理。

四、討論事項

- (一)「支氣管鏡螢光透視檢查」等 8 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建議案。

決議：

- 1.同意新增診療項目及內容如下：

- (1)新增編號09138C「直接及間接膽紅素比值」，支付點數90點。不得同時申報之診療項目及編號為09029C及09030C。

- (2)新增編號12203B「C型肝炎病毒核酸基因檢測(HCV Genotyping Test)-一般聚合酶連鎖反應法(PCR)」，支付點數1,280點。另現行編號12202B「反轉錄聚合酶連鎖反應C型肝炎病毒核酸基因檢測」診療項目中英文名稱同步修訂為「C型肝炎病毒核酸基因檢測(HCV Genotyping Test)-即時聚合酶連鎖反應法(RealTime PCR)」。

- (3)新增編號80034B「陰道人工網膜外露修復術」，支付點數9,804點。不得同時申報之診療項目及編號為80008B及74419B。

- (4)新增編號80035B「陰道式會陰尿道懸吊術」，支付點數11,680點。不得同時申報之診療項目及編號為77029B及78030B。

- 2.不同意新增診療項目及內容如下：

- (1)「諾瓦克病毒抗原檢測」因多用於院內感染控制，不適合納入健保給付。

- (2)「熱刺激感覺誘發電位」尚屬研究階段，臨床實證不足。

3. 「支氣管鏡螢光透視檢查」及「內視鏡冷凍治療」2項診療項目暫保留，請台灣胸腔暨重症加護醫學會重新檢視其相關事項（包括中英文名稱、成本分析、適應症及執行醫事人員資格等），本局研議後再提會討論。

(二)修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 12196B

「HLA-B1502 基因檢測」等 7 項診療項目案。

決議：通過之修訂診療項目及內容如下：

1. 編號12196B「HLA-B1502基因檢測」：支付點數由3,285點調整為2,648點，備註增列需於健保卡藥物過敏欄註記藥物過敏基因型。其餘中英文名稱、適應症維持現行規定。
2. 編號18045B「傾斜床檢查」：執行人員資格由「限心臟專科醫師執行」修訂為「限心臟專科或神經科專科醫師執行」。另是否增列耳鼻喉科專科醫師乙節，將徵詢相關專科醫學會意見後，視需要再提案討論。
3. 編號64280B「重行脊椎後融合術-有固定物」：支付點數由16,340點調整為21,496點。
4. 編號28017C「大腸鏡檢查」、49014C「大腸鏡息肉切除術」、49027C「大腸息肉切除術」及49025C「大腸鏡異物取出術」等4項診療項目：修訂執行專科醫師乙項，維持現行規定。

(三)修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 01030D「助產所產後檢查」乙項診療項目案。

決議：

1. 編號01030D「助產所產後檢查」支付點數由160點調升為320點。檢查項目由一次修訂為「原助產所接生之個案，每人每次產後一個月內可申報四次」。

2. 助產所產後檢查採論量方式申報，論病例計酬項目編號97005D
「陰道生產」支付點數同步扣減已內含之「產後檢查」640點。

五、臨時提案

提案人：曾代表中龍

連署人：盧代表世乾、黃代表棟國

- (一)建議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之開會頻率應自六個月一次，修正為三個月一次，是否有當案。
決議：本案經本局說明將視議案需要召開臨時會後，提案人曾代表中龍主動表示予以撤案。

提案人：陳代表宗獻

連署人：張代表嘉訓、黃代表啟嘉

- (二)考量基層醫師可提供多樣性醫療服務及滿足民眾就醫可近性，建議維持102年西醫基層總額跨表項目9項案。
決議：

1. 婦產科醫學會及耳鼻喉科醫學會復函醫師公會全聯會表示，開放跨表項目給基層醫師執行不違背病人安全性，故同意編號65019B「鼻中膈鼻道成形術—雙側」、「81014B「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5分。」及81032B「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—中度：子宮內膜異位症分級指數6至40分」等3項診療項目開放至基層院所適用。
2. 本局將於102年8月時提供102年9項診療項目開放基層適用後

之醫療服務量及金額予健保會參考。

六、散會：下午 5 時。

102 年度第 1 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

吳科員明純

本次會議代表應到人數 37 人，目前出席 20 人，已過半數，請主席宣布開會。

主席

各位出席代表、列席代表及健保局同仁大家好，這是二代健保實施以後第一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，會議正式開始。這個會議名稱在 102 年前為給付協議會議。議程進行前，有關會議代表的組成有我們的專家學者及被保險人，是由健保會派的代表，其他組成多為原來各總額及全聯會的相關代表，我就不一一介紹。現在就按會議議程開始進行，先確認上一次的會議決議辦理情形。

李專委純馥

上次辦理情形裡面，資料第 8 頁有關於刪除支付標準 50023、50024 ESWL 尿路結石體外震波碎石術備註，原來辦理情形是報署核定中，在開會通知寄發後，衛生署在 3 月 21 日已經核定，核定結果還是依照健保局的支付標準，暫不修訂。

羅院長永達(朱代表益宏代理人)

衛生署是核定依照會議的決議，還是依照健保局的相關的規範？

李專委純馥

衛生署的函文有副知社區醫學會和泌尿科醫學會，同意依貴局意見維持現行規定。

羅院長永達(朱代表益宏代理人)

也就是說上次局裡面也有議程的意思，因為上次的會議是說社區醫院協會希望可以改成一個人，那因為跟泌尿外科醫學會的意見相左，所以才送署，那現在衛生署裡面還是堅持要兩個人這樣是嗎？

李專委純馥

是的

陳代表宗獻

及不及於診所基層人員？

李專委純馥

不及，還是只有在醫院。

謝代表文輝

在這個月當中是有幾個月空窗期，我們本來因為衛生署規定就是兩個人，而健保局沒有特別規定，後來因為衛生署把這個儀器列管的部分取消，這個空窗期的當中有沒有醫院就用衛生署的新規定去申請，有沒有？如果有的話可能要考慮那個空窗期的要給他重寬處理。

林視察淑範

在衛生署 101 年 4 月公告之後到去年 12 月底為止，我們統計是有一家醫院-署立澎湖醫院，報備一位醫師，同意醫院執行 ESWL。

謝代表文輝

那這一部份可能局裡要考量給他從寬處理，因為這當中的確是一個灰色地帶。

林視察淑範

在上次的會議裡面，在衛生署還沒核定前，健保局先用輔導的方式

處理，現在衛生署已經核定後，我們內部會再考量，有時間來讓他們補足這位不足的醫師。

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複雜性傷科相關診療項目每月申報量上限案。

主席

請委員針對第一個報告案，有沒有做說明或是提問的？如果沒有我們就按報告案的說明及修訂內容陳報衛生署公告實施。

第二案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準附表 3.3.3 牙醫「相對合理門診點數給付原則」案

主席

請委員審定報告案的第二案，對於修訂相對合理門診點數給付原則的這一部分，有沒有異議或是提問的？如果沒有我們就按報告案的修訂原則，依程序報衛生署核定發佈。

第三案

案由：101 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」1-9 月獎勵金重新計算案

主席

請委員針對報告案第 3 案，就是 101 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案的獎勵金重新計算案有無提問？行政部門有沒有補充的部分？

李專委純馥

因去年第 1 次採用 C1-C9 來填報，本來以為醫院對於 C1-C9 因為是比照評鑑標準，大家應該都會填，結果填完算完後，很多醫院回頭反映當時填報 C1-C9 的部份有些是填錯的，希望能做更正，在方案裏有提及如果有資料填報錯誤，按照分區業務組核定如果確實是行政疏失，我們是允許其更改的，但因更改時間影響到前面已經結算完成的部分，可能要做追扣補付，所以在這邊先做報告與說明。

主席

針對行政部門的說明，有沒有代表要提問。

高代表靖秋

請問是併入 101 年第 4 季還是 102 年第 4 季獎勵金。

李專委純馥

資料上面錯誤，更正是併入 101 年第 4 季獎勵金作追扣補付。

主席

說明最後應該是併入 101 年第 4 季獎勵金辦理。

廖代表學志

請問資料更正的時效多久？

李專委純馥

因是新設立的系統，比較晚在 VPN 上開放讓醫院登錄，因此給醫院比較長的時間完成登錄，當時有通知醫院截止時間，但是截止時間過後甚至已經核付完獎勵金，還有醫院申請更正資料，才會重新啟動結算。

廖代表學志

資料上面說尚有醫院正辦理資料更正中，表示現在還能做資料更正嗎？

林視察淑範

補充說明，議程說明二提到有 35 家醫院更正資料，是截至 2 月底的家數，更新完畢之後，還有醫療院所反映，12 月核付完看到資料後，來不及更新，是否能有第 2 次機會更新，因此第 2 次截止日在 3/15 日。

蔡主秘淑鈴

請代表看資料 34 頁，第 4 項有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過 1 次為原則，101 年方案因是新方案，本來醫院更正資料是 1 年 1 次，現因是第 2 次更正，才會慎重的提會報告，理由有 2 個，一是與原方案規定不同，但是反映更正資料的醫院太多，第 2 個原因是 1-9 月獎勵金已經發出，如有更正資料，將造成發出的獎金有追回的問題，造成再一次的重分配，基於上述 2 個原因，才提會報告確認，以免引發爭議。

徐代表弘正

勢必要說明一下，不是醫院喜歡更正，就我所知，因為是新的方案，當初連健保分區對定義有前後不同的詮釋，所以醫院後來發現算出來的數字和醫院自己算出來的數字有很大的差距，才發現定義上的不

同，所以我想因是第 1 次方案所引起的，不是醫院愛更正，應該就是照案通過。

黃代表雪玲

這個方案本來在 33 頁的地方有寫到，如果有更正應是自分區審核同意時之當月預算中支應，這次提案是不要在當月支應，而是要追扣 1-9 月，與方案寫的條文不同，這個方案在 29 頁第 1 點寫到其依據是衛生署的核定而且經過費協會的審定，去做這樣的更正，在程序上是不是可以。

李專委純馥

我相信當時沒有想到會 1-9 月會一起作業，才會造成 1-9 月一起補付，這次更正資料之補付點數約 9600 萬點，如果放在任 1 個月的預算（每個月預算為 1 億）中補付，都沒辦法核付獎勵金，是因為這樣才權宜，其實如果作業都來得及，更正資料的醫院也不多，每個月落實預算分配之結算，就不會有這樣的情形。

黃代表雪玲

這樣程序上是不是合法的。

陳代表雪芬

所以是要經過我們大家同意。

主席

行政部門當時為了實習護士及評鑑相關規定到底要不要併入計算的問題，公文往返多次，最後確定可登錄資料已經是 6 月以後的事，才會 1-9 月一次發放獎勵金，因為是第 1 年辦理，所以就像徐委員提的，不是醫院愛更正，實在是定義也不是很清楚，造成程序上有些問題，才利用今天這個機會向大家報告，請大家做最後的確認，當然希望 102

年就不要再發生這樣的事情。

郭代表正全

對健保局的這個權宜措施，本人是贊成，但是在此呼籲，102年可能還是會有這樣的問題，建議方案內容不要有太大的變動，除非更簡化，否則更複雜化只會讓這個問題在102年再度發生。

曾代表中龍

呼應郭代表的話，這個方案大致底定，以後盡量少變動，也贊成大家共同來承擔責任，但是也順便附帶一個決議，這個情形就到此為止，一直要大家共同來揹這樣的責任，也是不妥的。

陳代表雪芬

以後盡量不要用這樣的分配方式，看到9600萬點的數字也是嚇一跳，怎麼會差這麼多，這種要登錄還要確認的分配方式是非常不妥適的，希望102年的方案不要再採用這樣的分配方式。

主席

這個案子就依行政部門所提方式重新計算，但是希望102年方案不要再有這樣的情形發生，如果都沒有意見，就這樣確認。

討論事項

第一案

案由：「支氣管鏡螢光透視檢查」等 8 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建議案，提請討論。

主席

請委員針對討論案的第一案新增的檢查、治療處置及手術項目等進行討論。

林代表富滿

第 42 頁諾瓦克病毒抗原檢測，原申請單位建議支付點數為 950 點，但健保局建議支付點數 280 點，差距很大。請問彙整專家意見時，有沒有實際算它的成本，因為目前提供這個試劑的廠商，全台灣只有 2 家，一個試劑成本就 500 元，支付 280 元根本不符成本。

陳代表雪芬

可以逐案討論嗎？因為我們也有類似的問題要提出來。

主席

行政部門是否可以從附件開始逐案討論。

蔡主秘淑鈴

可以。

主席

這樣好了，為了節省時間，行政部門請宣讀附件第一項。

第一項「支氣管鏡螢光透視檢查」

陳代表雪芬

這一項與自體螢光支氣管鏡檢查是不一樣的，這是一個外接光源的作法，在成本分析的內容中，耗材完全沒有填，這項檢查一個早上頂多作 3 個案例，還要 4 個醫師加上技術員執行，當然並非所有醫師是全程，但至少要維持 2 個醫師人力，再加上技術人員，所以原成本分析 5 千 8 百多元已經是超低估，這樣的成本，在徵詢專家學者時難道都沒有意見，漏掉太多東西了！這是我首先第一個要說明的。

第二，比照支付標準編號 28038B 自體螢光支氣管鏡檢查之支付點數，建議支付點數 2,321 點，當然名目上非常相近，所以就用比照 28038B 支付點數，但我認為不是太妥適。我是希望妳們給專家的時候，專家也會說怎麼這裡面沒有藥品、材料的支出，這是非常的奇怪，反正我看那個成本分析內容真的是烏鴉鴉的就是超低估，低估下來的結果你又把它砍成這樣子，這是一定要提出來質疑的，因為像這樣的問題在待會的內視鏡治療的那一項也是有同樣的問題，不過這一項的問題比內視鏡的那項嚴重一點，所以如果內視鏡那個不動我沒有意見，可是這一項我希望在點數上面稍微做個考慮。

再來這兩項我們有提出一張單張的更正意見，我們的醫師有研究過那種寫法，因為醫師們不知道以後你們那些審查的標準有可能依據名稱，他們那個寫法會讓大家誤會原來的支氣管鏡可能不能報之類的，所以我想因為這樣我們討論一下我們做了今天一個更正的動作，就在這單張上面就這兩項的名稱，中文名稱和英文名稱都做更正，這樣子比較容易讓大家知道他的做法不是字義上寫的那樣，那這單張裡面也有寫出做法上面有哪些不一樣，在座很多專家可以判斷，原來是這樣一個狀況，所以我們把中文名稱和英文名稱做了個修正，我想這樣會比較清楚，就這兩項的部分跟各位補充說明一下，以上。

主席

陳委員除了對於新增的項目支付點數、不符成本的問題以外，另外一個就是針對新增的項目中文跟英文名稱做了更正，請其他委員先針對第一項就是新增的項目部分表示意見，請羅委員。

羅院長永達（朱代表益宏代理人）

我要提第 45 頁 C 肝的病毒核酸基因檢測...

主席

對不起，我們先討論第一項，請郭委員。

郭代表正全

我們過去所有的給付大概都是從醫療面需要去看，但是當初的預估跟後面實際執行費用有差異。所以我針對第一個項目有兩個意見，第一個意見，每個醫療項目應該有它的適應症，像第二個項目他就有寫適應症，可是第一個項目基本上他的支付點數也是相當高，是不是有一些適應症的需要？這是第一個。

第二個的話，可能跟每一個項目會有相關性，我記得在上次醫院的總額醫事會議我有提到，今年新增的這些項目 3.72 億，而實際上在我們健保局的各個評估上面大概都不會超過，可是我們現在要了解過去這兩年所有新增的項目回頭去看的話，是不是那些我們新增的項目是在我們原來預估的點數裡面，這一點是我比較關心的，那我為什麼要提出這個問題，因為基本上預估的點數合理不合理，後面看不太出來只是反映在點值，那點值在這樣點值節節下降的情況下，我認為這一段非常的重要，讓他合理反應也許今年估 3.72 億但實際上不是那麼一回事可能要 5 億或 6 億，那去年也有估實際上發生的最後結果怎麼樣，我們也希望早點同步是不是看到，每一年固定一個時點我們去了解一下，去年前年這兩年來所有預估的是不是跟實際上有吻合，那以便我們在調整在年度新增的項目做一個合理的調整。

主席

謝謝！郭委員提到兩個重點，一個是需不需要加註適應症的問題，第二個是我們預估產生的新增項目，會不會因為超出我們的預估數去衝擊到點值，這兩點，還有沒有其他委員表示意見？

李代表永振

剛剛郭代表提的數據值得我們注意，因為資料第 18 頁裡的數據看起來是滿樂觀的，今年有 3.72 億元，那還剩下 2 億多，這用掉 0.5 億，我本認為今年是 OK 的，但經郭代表一提，今年可能都還有問題，這會牽涉到後面估計量是不是偏低？如果估算要用以前的經驗數字，現在開放之後開支會變怎樣？在健保會開會每次都在提說好不容易歷年的收支差現在補的有剩出來了，二代健保補充保費收支情形現在仍不知道，那未來如果沒有辦法控制新開放項目的收支面，這才是一個大問題！是不是可以在這個地方用一個穩健的方式來考量，增加項目一定是好的但是將來錢從哪裡來？所以兩方面都要考慮，這樣才可以長長久久。

主席

謝謝李委員，請陳委員。

陳代表雪芬

主席我想要補充，因為現在在座都是給付協議會議代表，第一個我們很希望健保局每年不要在成長率的時候，壓著醫院這個團體說你們那邊要編 5 億 10 億，要放新藥、新科技，你們不要在那邊一直幫我們主張，這樣子的話我們就不用開這個會，我覺得是這樣子，所以這是個互動的關係就是說那邊不要押金額，今天就不要要求放新增項目進來，其實永遠都不要動也很好，讓大家不會有要花錢的壓力。我想我們每個代表要了解自己所背負的責任，到底在這個會上要談甚麼，如

果在那邊我們已經被要求要放 10 億做新藥、新科技的調整的話，那我們就必須要開會把預算做適當的處理，而不是大家看了那個錢又說那個又太多，所以我建議以後醫院總額的新增項就不要編任何預算，不要要求醫院要放成長率在此項，那這個會以後就可以不用開了，這不是意氣用事，是說大家好像搞不清楚狀況，就是說是因為當初那邊有壓著預算，所以才必須來調整一些支付項目，以滿足當時預估預算的執行。

主席

謝謝陳委員，李委員是好意，也是說避免新增的項目衝擊到點值，意義跟郭委員一樣。當然陳委員提到的是另一個層面，就是以後在健保會討論相關醫療費用成長的部分。還有沒有其他委員要表示意見？

陳代表志忠

我身為一個臨床醫生，沒有甚麼學問，尤其我不是胸腔科，看到這個更正名稱的我覺得好像有點奇怪，本來講 Bronchofluoroscopy，我們可以了解在做支氣管鏡的時候用螢光看到氣管或支氣管內的病兆顯示，我們其實不只在胸腔科在別的科做內視鏡也有這樣的做法，看到他螢光反射不一樣來判定他有沒病變來做刷拭（brushing）或夾取，可是看起來這邊說明更正名字叫變成胸腔螢光導引 Thoracic fluoroscopy-guided examination，我不知道那個螢光從哪裡打進去，因為我完全是外行人在座可能也沒有內行的人，如果這樣子我們是不是因為雖然這是台灣胸腔暨重症醫學會的，是不是應該問他們是不是這樣做名稱的更動是合適的，這樣的成本是不是算對還是算的不對，我想在座各位雖然都很有學問，可是我們不是專家，可能需要請教專家才能做決定，這一項。

主席

謝謝陳委員。接下來請謝委員

謝代表文輝

每年費協會編新增診療項目，我想那是一定要編，不可能說健保辦下去以後，新的項目都不增加，我想這對民眾是沒有辦法交代的，那當然現在有講了一個問題就是說，每年我們一定會有一個新增的項目幾億？，所以我們開始編列，這也是事實，因為預算當然要提，那外界對於覺得有迫切需要一定會要求健保局要把它列入，我是覺得這個必然的。那現在就是有一個關鍵，就是每次檢討完就結束了，那其實整個醫療行為是會轉變就像剛剛講的，那也許我們應該要，將幾年前通過新增的項目，現在每一年的變化是怎樣，是不是像預期說的花 0.05 億，還是明年是 0.5 億，接下來變 3 億 4 億，那真的會排擠一些原來醫療的服務，那個服務有些是必要的，那將他排擠那怎麼辦？醫院叫也沒人聽到，我是覺得也許我們要針對這個要做一個追蹤的資料來檢討，那以許追蹤出來三、五年，差不多第五年就穩定那個醫療型態就穩定，那以後也許我們就是追蹤五年、六年到那個成熟期，那這個成熟期又列為每年明年要新增的時候要增加這個項目的時候要增加談這個總額的時候就要拿出來參考，那就是說本來要編列 5 億，現在要編 10 億，所以每年應該要為這部分先調整 5 億，再來新增再調整 5 億才對，我想消費者代表顧慮也是這個，不要排擠現有的好的服務品質，要不然你不這樣誠實的面對，就好像陳代表雪芬說的就都不要，我是覺得應該要慢慢建立一個這樣的資料庫，慢慢我們能有一個趨勢出來，第一年會增長，第三年到哪裡，第五年大概到頂峰，第六年就穩定，有一個規範以後，以許我們就追蹤五年到六年，把這個就當作每年在做總額協商的一個重要的調整因素要把他調整，再來再給新增的才有意義，醫院也會覺得很有意願來幫忙推這種東西了。

馬院長漢光(謝代表武吉代理人)

我有點抱歉，我是胸腔科醫生，這個好像是醫學中心在做的一個高科技的檢查，費用其實一點都不貴，真的很便宜，可是裡面有幾點我覺得還是要幫忙一下，就是不含支氣管鏡費用檢查，這塊要列進去這個是很重點的，因為我本身也是審查委員，如果沒列進去我們就會有矛盾，就是說含不含氣管鏡，但是氣管鏡的外加這個費用，這個是第一個，那英文名字第二個我覺得也是改的很好因為他叫 Endobronchial Cryotherapy，就是說在氣管鏡裡面才能放的，那腸胃科可能也有做這個檢查，那費用合不合理我們就不知道了，所以第二個英文改的也是還不錯的，不過我還是說這個費用真的太低了，可是這個我不知道…

主席

好，來，羅委員完了以後我們再請…

羅院長永達（朱代表益宏代理人）

呼應一下剛才謝代表所提到的，因為我們在之前開會裡面，只要有新科技，前一段時間之內，在去年，局裡面都會把一些比較重大的，比如說像當時，我們把那個，樹脂石膏，把很多重要的那個，那個什麼新科技或是新產品引進的時候，當時的計算，是往前面二、三年，讓我們了解說這個當時是預估多少錢，那現在預算是多少錢，那實際上花多少錢，那我建議以後協議會議，如果只要有新的科技的話，在那次的會議裡面，應該要類似像這樣子，他不是要三二年做的一個決議，那以後請局裡面在那個開會之前能夠把這個資料給先我們，才不會造成說像這樣大家都來沒有資料，大家都來猜，每一次都是這樣的情形，那我記得以前有這樣子做過，但是在大概半年以前，突然間這個資料再也沒有直接給我們，我是不是就這樣提議，將來可以做這樣的決議，以上。

主席

好，黃委員發言以後，我就請行政部門做補充。

黃代表雪玲

我只是要補充一下，就是醫學中心問題這樣名稱的改變，其實最主要的是就是今天給的點數沒有辦法含支氣管鏡，所以我們才說改成這樣的名稱，讓他不含支付支氣管鏡外加的。

主席

請醫管組這邊做說明。

蔡主秘淑鈴

第一點，這個案子是胸腔暨重症加護醫學會提出，原建議點數是三千點，今天如果要去更改，我們建議還是回到胸腔暨重症醫學會評估，會比較恰當，因為這些都是醫學名詞。

第二點的是剛剛有提到本局建議支付的金額，本局建議之依據如下：學會向我們提出新增項目，首先評估專業上是不是需要，我們會徵詢多數專家的意見，以多數專家認為此項目是需要時才納入考量；第二點為成本估計，本局依據建議的單位所提成本分析表，再參考醫院之自費價格，二者作綜整衡量，再提出建議支付點數。第三點大家關心納入後到底要花多少錢？首先建議單位會先提出納入後一年大概要執行數為多少？我們會參考計算。另有委員提出累計一段時間看有沒有超過原編預算之問題，但因新增的項目，他不完全，少數有可能是新增的，但多數是新方法均會取代舊方法，故有替代效果。

針對這個本案，委員建議更動名稱，因專業名稱等修正，建議請胸腔暨重症學會重新考量後再提，比較審慎，因為我們也不希望列入支付標準後，是一個不對的醫學名詞。剛剛有委員建議這個項目應該訂適應症，這個問題也一併請胸腔暨重症醫學會再給建議，一併再收集

好之後再提本會討論。今天建議這個案子緩議。

主席

廖委員第一次發言，請。

廖代表學志

好，我只是針對這個委員做補充，就是說如果要回到醫學會去再討論，建議再增加一個施行資格的限制，(主秘：我們也一併來去問)，那另一個是有關於這個項目的追蹤，除了累計的項目總次數或是總金額外，我建議以後可以針對申請醫院的分佈作層級分析，讓我們知道一下申請醫院層級分佈，就是說這個新增項目到底是都在醫學中心，還是區域醫院或是在地區醫院施作，(主秘：沒有納進來，我們不知道呀)，對對，目前沒有，我說以後如果追蹤過去的項目的時候，(主秘：那是以後)，我們現在不是講說要把過去已經核准的項目拿出來追蹤嗎？檢討的時候也可以讓消費者代表知道說當初同意這些項目到底是不是真正能夠普級化讓大家都受益，還是說他只是集中在少數一些機構裡面這樣子。

蔡主秘淑鈴

還有一點我要補充，剛剛有委員提到，以後不要再編列新診療項目的預算，這個會議就不用開。剛剛謝委員有幫忙說明，因為付費者代表今天出席會議，所以，我想補充一下，民眾的需求真的很多，今天醫學會代替民眾向健保局提出新增項目申請，把這個新的需求提出來，健保局不可能停止不新增項目，如果健保沒有逐步，量力而為將新項目納入給付的話，民眾自費會愈多，會有很多人付不起，就會呈現就醫的不公平。雖然健保局沒有辦法含蓋全部新的項目，預算沒有這麼多，但還是應該逐步將民眾需求的新醫療納入給付。

主席

請陳委員發言後，再請郭委員。

陳代表志忠

我剛剛翻了這個資料，我想到一件事，對不起，因為今天我們不是代表任何一個學會，胸腔科提這個支氣管鏡不算在裡面，那其實其他很多都有類似的東西，要一體適用，別的科的做那個內視鏡跟處置的那費用也要分開算，而且剛提到，我相信我們現在健保的支付標準，我們看一下，哦，嚇一跳，一些很困難的那個支付點數甚至比這個還少，這個才有警覺性，如果算那個成本是到底符不符成本，我才發現，大家看一下，第 82 頁，第二部第二章第一節，很多都很不符我們算出來的成本，不知道怎麼辦，所以，提醒大家新增項目的時候，一定要算成本，舊的恐怕也要算成本，一定要取得平衡。

主席

好，那是另一個議題，請郭委員發言以後，再請林委員，請。

郭代表正全

剛才蔡主祕對新增的項目我想講的很清楚，因為有考量四個點，不過中間有二個點我想再提醒一下，因為像我們的新藥都會考慮這個藥對其他的替代性，那同樣道理新增醫療項目各學會應該也要了解，那有些不全然是這樣，例如血管支架，早期健保是支付血管支架，而同樣的塗藥血管支架是病人自費，可是當健保把這個納入進來說，病人只要自負差額，整個量的成長回過頭去看的話，我想跟當初會差異相當大，我只是在提醒說，這樣的四個要件下基本是 ok 的，但是有些變數可能要去考慮一下，以上。

主席

好，接下來我們請林委員

林代表淑霞

我在這邊只是要做一個補充建議，我想新增的這個項目，假如是對臨床診斷、臨床治療，甚至對民眾是有利的檢查，我們應該縮短一些行政作業程序，所以在這邊建議，是不是請健保局以高度的專業設計各領域申請支付標準項目之制式表格，其中亦可以採行必要欄位、非必要欄位之填入，譬如剛剛大家提到的這個檢查項目是否需要某專科來執行或是不需要，另外該項的適應症有什麼務必要填寫清楚的，以表格引導的方法協助完整的填入，包括成本的分析也可以設計在表格中來做校正。同時我記得以往本會必要時會邀請相關提案專科學會代表列席補充說明，因此當下便可以獲得共識或回應，現在的會議模式可能於來回行政程序上會浪費許多時間，將造成無法達到民眾及醫療的期待。

主席

好，謝謝，請羅委員。

羅院長永達（朱代表益宏代理人）

我剛那個提的建議，那個主席、主秘有問答，其實那個很重要的新科技，當那個主秘的意思是說很多事情截長補短，可是就是這樣，大家才會很擔心，因為過一段時間之後，大家其實每次這個數據其實都不精確，所以大家都會很擔心，所以我們建議是不是以後所有的新科技或是新的那個衛耗材進入的時候，一二年為限，我覺得一年是絕對不準的，但二年應該是比較穩定的成熟期，可以給我們一個數字，到底我們耗用了多少錢，讓我們可以比較說每次的預估，不管他有沒有替代性，到底差多少，那是不是可以預估，但其實大家都心知肚明，那些東西做了以後，別的東西不會做，我想在座的都很容易能夠了解，那還是主席能夠裁示說這個將來能夠說一段時間，一二年為期，可以

把這個數字給我們，可以編給我們，我想這樣對大家，不管是醫院與會的部份，或者是消費者代表裡面，這樣讓大家都能很清楚的知道到底這個預估值到底是差多少，以上。

主席

主席做裁示也要能執行，沒有辦法執行也沒有用，那我先請行政部門來做個說明，有沒有辦法就是像剛剛因為有一些不是替代性，有一些是有替代性，到底變化是怎樣，其實有其他的變數在，我比較傾向於就是如果各位代表覺得在健保會，就是以前要進入費協會協商總額的時候，你們要想知道像剛才郭委員提到的，如血管支架有塗藥與沒塗藥，到底這五年來使用的量或者是使用申請的點數是多少，如果你們只要列出這種大的量值，也許我們可以做，但新增項目有的真的很細微，就算只是從三十點調到四十點，或是新增某一個項目，也不全然代表是絕對替代，要叫我們去統計這個數據，到底意義何在？況且也要做的出來才行，我想這個可能大家要再去思考。請行政部門說明。

蔡主秘淑鈴

每一個新醫療技術替代項目都不一樣，也很專業。例如剛剛舉例的血管支架（stent），健保給付傳統支架，臨床上有了塗藥支架之後，支架愈用愈多，但是支架愈裝愈多取代了傳統手術，所以使用支架造成手術變少，所以每項新技術之替代項目我們很難一言以蔽之，而且每一項都是非常的專業，不是到場任何代表可以將每一項都講的很清楚，你希望我們計算服務量，量的統計一定不困難，困難在於取代什麼診療。我們的電腦絕對可以告訴你診療項目申報量，而且這非常容易，但此數字無助於解決大家現在的問題。另外數量多，價格應該下降，但是支付標準似乎沒有因為這個因素調降過，大家提到現在支付標準有偏低的情形，我們這次做 RBRVS 發現，人力成本在上升，其他成本是愈來愈便宜，所以，我們應該想一個機制來改善成本的改變。

主席

我想第一項是不是可以討論到這個地方，就是由剛剛蔡主秘所提到的，由台灣胸腔暨重症加護醫學會針對成本分析和中英文醫學上的名詞再做確定，另外還有委員提到適應症、執行醫師的資格是不是要有一些規範等問題，我們再徵詢相關專家學者以後，再提到這個會議討論，好，如果大家同意，我們就進入第二項「內視鏡冷凍治療」。

第二項「內視鏡冷凍治療」

主席

請委員針對第二項「內視鏡冷凍治療」，有關建議的點數跟相關的適應症，還有健保局綜整專家學者意見做審議，還有沒有要提出討論的，另外因為有一張未具名委員提出來的單子，就是一樣要把中英文名稱做修正，這個也是台灣胸腔暨重症加護醫學會提出來的，我不曉得這個是不是台灣胸腔暨重症加護醫學會的意見，因為沒辦法確認，所以請大家針對這個提出討論。

陳代表雪芬

這個我再補充，因為我們在看這二個項目的時候，都發覺原本這樣的訂法會有疑慮，也去參考美國 RBRVS 的內容，他們都是以甚麼鏡放在前，再加上做甚麼內容來區隔，我覺得這樣會比較清楚在做甚麼處置或檢查，所以我們就針對這去找當時提案的醫生，跟他討論到底應該要怎麼改比較合適。所以我看了那個成本分析內容，對於我這個原創者而言，那內容是不完整且缺漏的，就是說整個成本是低估的，對醫生來講這部份他們是不清楚，所以也難以苛責。那名稱的部份我倒是覺得，剛才馬代表有提嘛！基本上我們就改一個比較沒有疑慮的，不要說到時候醫院在申報的時候，又有人誤解，這是含鏡的費用，我想一定要讓申報的人跟做的人都沒有疑慮，那今天很多人提出意見很

好，畢竟同一個學會提出的項目，有些有放適應症的建議，有些又似乎放在目的裡面，讓大家很有疑慮，所以這件事情我不反對先都送回去，讓他們調整的完整才在下次會議中討論，以上。

主席

好，那陳代表建議第二項所謂的內視鏡冷凍治療，不管是英文的名字與中文的名字，還有適應症與相關的資格與成本分析，一樣再交由台灣胸腔暨重症加護醫學會做最後的 confirm，我們再按行政的程序來處理，好，沒有異議，我們就進入第三項。

第三項「陰道人工網膜外露修復術」

主席

請委員針對第三個新增項目，有沒有人要提出來討論，或是莊代表你是 obs（婦產科）委員。

莊代表維周

大概是一般產量跟那個是有疑慮的啦！支付點數 9804，一般材料費是 15000，加起來是二萬多，但加起來怎麼會是一千五百萬的那個，怎麼會是這個樣子，這個材料費比這個。

主席

好，沒關係，這個請行政部門做說明。

李專委純馥

這個是，可能是我們表達不是很清楚，是 9804 再加乘 1.53，就是乘上 53% 後就是一萬五啦！那乘上 1.53，是那 53% 是要加上去的材料費。

主席

要備註清楚，郭委員有沒有，請。

郭代表正全

因為今天有專家，這裡我想請教一下，因為我們有很多外科手術要 mesh，那早期我們 mesh 含在手術裡面的 1.53 裡面，那時候一個 mesh 大概二千多塊，可是現在 mesh 我知道有些是一萬多點啦！事實上在這樣的手術上，一個因為這樣材料不一樣，假設說實際上用一萬多塊的話，那原有的給付根本不足，這是第一個問題。

那第二個問題，我是希望說健保在試算這時稍為估計一下，像前一個呀！我是舉例而已啦，原來學會拿出算成本是三千五百塊，而健保算出來是二千五百七十三點，假設說一點是 0.92，前後差三分之一的錢，變成少了一千一百三十三，幾乎變作原來的點數的三分之二價格，會差很多哦！我想因為現在特材是大家比較棘手、爭議的問題，這個新增進來，應該要把內含的特材品項考慮進來，這樣比較恰當。

主席

好，我們請行政部門說明。

李專委純馥

這個項目，是他的手術，因為他的 mesh 是擺在體內，所以我們目前特材那邊有跟他們 confirm，他會新增一個 mesh 的代號，所以這個項目是不含特採的費用，是含一般材料，不含特材的部份。

主席

針對第三項還有沒有其他委員有意見，如果沒有意見，我們就照案通過，接下來新增項目第四項。

第四項「陰道式會陰尿道懸吊術」

主席

針對第四項，莊委員你有沒有要表示意見，還有沒有其他委員要表示意見，請李委員。

李代表永振

各位委員，剛剛提了項次這一項，因為我們估計今年增加了是 0.5 億，這一項就將近一半，好那我們看到最後的這一個點數，乘下來的話跟那個增加，那如果你這樣，因為他是技術的轉換，就是估二分之一，這樣將來是不是會二分之一轉，還是更多的轉，現在支付的點數這邊需不需要加以控管，如果說 ok，經過一年的經驗後，還可以控制我們再調整，這樣會不會比較好一點。

主席

好，謝謝李委員的意見，這邊有沒有，好，請醫管組參考，還有沒有其他委員，請陳委員。

陳代表志忠

主席，這個新增項目我記得健保局發函過給婦產醫學會提出來、也給泌尿科醫學會，我們在會裡也討論過，我們站在病人患服務的立場上，這一點就是說，因為當初申請是限婦產科醫生執行，我們希望把(蔡主秘：沒有呀!)，不不，我是說當初來文的時候，我們只是確定，確定說我們學會，(蔡主秘：我們沒有寫入支付標準)，我只是確定，我們有請泌尿科醫學會有反應過，應該是泌尿科或是婦產科專科醫師都可以執行，(主秘：我們沒有寫，就是沒有限制)。

主席

這個應該我們都是很持平的，就是說我們為民眾提供醫療服務，同時也會去徵詢專長學者意見，我們不是閉門造車出來的，另外我們也

會去收集如果做這一項手術，在一般被保險人有自費的情形，又是付了多少，然後我們會去評估，所以支付點數應該是 ok 的，好，那針對第四項如果沒有異議的話，我們就照案通過，接下來第五項。

第五項「諾瓦克病毒抗原檢測」

主席

好，請委員針對第五項病毒抗原檢測，有沒有提供意見或是相關提問，請黃委員。

黃代表雪玲

這個案子是我們醫院提的，我們當初在送的時候其實也有送成本分析，那剛才如同馬偕他剛才就有要先提案，那事實上我們進了耗材就已經是 500 元了，那健保局這邊的支付點數是 280 點，那如果再打個 0.85 點值反應的話，那就是 238，這個根本不符合我們成本，那我們剛才只是算耗材，當然你還要採樣那個裝那個 kite 的，還有技術費，這樣根本沒有辦法做，那我們有去訪察市場的行情，那其實大部份是落在 960 到 1200 左右，那應該是價格應該是我們覺得沒辦法執行的，那我們其實是蠻用心想要幫民眾，就是說讓這項檢驗讓他納入給付，那如果是這樣子如果是 280，那就沒有辦法。

主席

好，請醫管組專委先回應。

李專委純馥

我先解釋一下，其實沒有錯，當時他們提過來的 kit 成本是五百，可是沒有敘明那個五百點 kit 的一次可以做 96 組，你如果 control 二組，還可以做 94 組，雖說不是每一次開機都可以做到 94 組，可是不能只把每次假設只做一個人的費用在支付點數裡面，所以還是要去將 kit 成

本以可以做 94 個來攤提成本。另外，在算人力的部份，也是一樣只算做一個檢驗之成本譬如說他可以一次做三十個人或是四十個人，那這個實際我們本身就要做攤提，不可能用一個做的價格來付。

黃代表雪玲

當然我們不是一個，若以一個病人來算，那加二支 control，那其實一個病人要用到三個孔，三個孔，一個就是要 780 點，那當然你是說有同時做，但不是病人同時 96 個一起來，那是不可能，如果我們在送分析的時候，是有去預估多久來一個病人，是你看如果是，以馬偕醫院他們也是分析完也是這個價格，我們是大概是 96 個，大概是平均五十個，只能用到五十個，包括你們那個 control，因為如果你不是同時來，我下一個病人來，他一樣也是要用掉三個孔。

主席

好，接下來請陳委員。

陳代表志忠

我不曉得在座有沒有流行病學或者病毒學的專家，我不知道，當然這個診斷是不願意的，我不知道 Norovirus，如果診斷他這次的感染 Norovirus，是不是我們對病人的資料有什麼差異沒有，我們常常說這在流行了，流行，這個有流行病學的疑義，還是公共衛生的疑義，但是在醫療保險給付方面是不是妥當，這個也是應該要，我就只是舉這個所謂的流感的快篩一樣，這是意義不太大的，好，現在變成所有發燒的人給付你就要給他了，所以這個費用是非常高的，我只是，不是，我只是請教有沒有這方面的專家。

黃代表雪玲

我先補充一下，就是說如果你一來是腹瀉的話，很容易被誤以為是

細菌感染，就要趕快去做區分他到底是不是病毒感染，會差別在你的臨床上用藥，這個如果用藥用成細菌抗生素（陳代表志忠：這絕對不是...）

主席

好，專業上的在我們這個平台上討論大概也不會有結果，還有沒有其他委員要表示意見？不曉得消費者代表這邊的委員有沒有要表示意見。（侯代表彩鳳：我是不知道醫學常識是什麼？，但是價格差這麼多，他們願意做嗎？，其他代表：對啊！），剛剛我們純馥專委，也有做說明，以一個試劑可以做多少個人，跟病人不可能同時出現都做時，其實他們成本分攤也沒有除以 90 幾個，我不曉得你們有沒有要做說明。

李專委純馥

其實你們看一下這資料的 42 頁，就是當時台大醫院來提的時候，其實他有寫一個目的，他就是說要去確認急性腹瀉或急性腸胃炎致病原，協助院內感染控制，所以實際上他有一個部份會是一個 exposure，就是群聚感染的狀況出來，所以當然我們當時在算這個 kit 的時候，還是去攤提，我們是覺得檢驗這部份，還是要比較審慎，不可能說是單獨一個人或二個人我們就做了，價格才會修成這樣子。

黃代表雪玲

但一個 kite 的當然也不會是 238 塊，算完也不會是 238，這實在太離譜了，他不是一點一塊，點值還要乘上 0.85，我們在進貨的時候，其實是...

蔡主秘淑鈴

本項診療項目我們認為不是很有需要納入給付，因為這項是支付院內的群聚感染，釐清病毒感染的種類，病人本來沒有的事情，可能是

院內才感染所造成的，這部份成本，我們不需要去支付。但是我們認為，如果以避免繼續擴大的角度，才勉強同意新增。另外發生群聚感染，病人數很多，所以成本應該是要分攤才合理。如果代表們覺得支付點數不合理，我們也不認為要納入健保給付，應該是醫院要去承擔他的責任才對，並不是保險應該涵蓋的範圍。

主席

來，陳委員。

陳代表宗獻

流行疫情管控，像 H1N1 檢驗我們就非常的關切，因為它可以顯示出來現在整個流行的狀況，諾瓦克病毒抗原的檢測不一樣，如果我要讓它過，那麼支付碼拜託不要用 C 表好不好，，大家都用，一個月的量就會很可怕。

蔡主秘淑鈴、李專委純馥

是 B 啦！

主席

剛剛我們蔡主秘已經有提到，當時國立台灣大學醫學院附設醫院提出來是以協助群聚感染、院內感染控制為出發點，還有我們剛剛點數也是這樣設計出來的，如果大家覺得一般醫院只是針對個案去做，不符成本，剛剛我們蔡主秘已經建議這項不做新增，如果大家同意不納入由保險人支付，那這項就不納入新增項目，接下來第六項。

第六項「C 型肝炎病毒核酸基因檢測」

主席

針對第 6 項，請羅委員。

羅院長永達（朱代表益宏代理人）

這個項目，其實在對肝膽腸胃的醫師都知道 Real Time 跟沒有 Real Time，對 C 型肝炎並沒有那麼急，可是我們早期都用 Real Time，Real Time 的價錢大家可以看 45 頁，它那點數是 2,450 點，其實我們以前早知道有一般 PCR 那個做法，只是現在把它拉出來看是很好，可是大家看現在目前 42 頁，它兩者的支付標準兩個適應症是一樣的，那將來醫院去報的時候誰會去報低的，如果假設送到各分區的時候，哪一個審查醫師，怎麼知道，說實在這樣的東西很多，像”culture”，一般來說如果說妳用傳統的話大概醫師要五天到一個禮拜，可是現在有很快喔！很快到三天，三天就可以做出來，而且它可以用系統點數去知道它”culture”的結果，那如果這個通過的話，將來那個” culture”也一樣的要求，為什麼，因為它可以節省時間，可是有沒有需要這麼快，我覺得”culture”還比這個還急，因為 C 型肝炎本身沒有說我一定要在 Real Time 馬上知道這個結果，所以我覺得這是一個很奇怪的提案，這個早就要用一般來限定這個價錢，否則它必須把適應症，為什麼急著一定要用 Real Time 的結果，否則的話，除了一般診所，因為他兩個做法是不一樣的，一般外面的檢驗所，會用一般的來做，所有醫院不會有人來報這個數，所以就像剛剛陳委員，到底是用 C 可以做還是...，如果假設用 C 醫院才能做，那這一項提案就失去任何意義。

主席

好，還有沒有其他的問題。

王理事榮濱（盧代表世乾代理人）

我醫檢事公會全聯會代表，有關這一項檢驗，我是覺得 Real Time 跟一般 PCR 是有點重複，對使用者會有點 confused，因為一般 Real Time 老實說效果比較好，它做出來的對醫生的評判會比較容易，那如果說

一般的 PCR，現在國內還沒認證的藥，所以它還是 IN HOUSE (...國內有了)，所以說像這方面，就像羅委員說的會造成困擾，到底要選一個，那時候要報的人，報高、報低就很困擾，以上。

主席

好，謝謝王委員，還有沒有其他委員。請醫管組針對剛剛 Real Time 跟 PCR 做說明。

李專委純馥

其實這個項目是醫檢師公會提的，就是因為你們反應現實上有的試劑它不是 Real Time、有的是 Real Time，那如果說每個人都不是用 Real Time 都給我報 Real Time 那我們健保就會多支出，這個是不是 Real Time 那個報告上其實可以了解，我們還是認為說就我們支付上，我們還是需要把它拆分出來，這樣比較符合成本，否則你不是 Real Time 你用一般的 PCR，你都給我報 Real Time，也不對，這個是為減少以後醫院申報上的爭議，妳不是 Real Time 拜託就不要報 Real Time，因為這東西真的會有爭議，所以我們覺得真的需要把它拆分出來。

羅院長永達（朱代表益宏代理人）

我是 GS（一般外科）的，C 型肝炎，第一個，做出來是 positive 還是 negative，有沒有那個數字，你如果像剛剛醫檢師公會提到的，他如果不準，不準就不能上市，檢查出來的報告那個東西是不準的，但據我所知道它沒有變沒有不準，那今天假設健保局要去查 你用什麼查，叫他拿設備給妳們查，還是要去突擊檢查，就為了這個 C 型肝炎去檢查，去看他當時做是不是用不同試劑，你設一個同樣的適應症同樣的目的，只有差在試劑的做法，這增加醫院困擾，不要說引誘犯罪，我相信會很少人這樣去報，而且這兩個價錢差一倍喔！它不是差 50 點或 100 點，從 2,450 點到 1,280 點，將近一倍的差額，那為什麼會有這

樣的設計，我覺得這是不太合乎邏輯的事情，我只是提出來，否則現在我們不談，回家的話，大家都這樣報。

主席

來，請。

王理事榮濱（盧代表世乾代理人）

其實這個問題報告上就可以顯示出來，因為健保局就像上次碳 13 一樣的問題，報告上就可以顯現出來，而且健保局它有權隨時抽查、追查你的報告來源，是用哪一種方法做，所以你沒辦法提出證明，會被追扣，很慘。

林代表淑霞

主席，主席，那如果這樣“INDECATION”是不是要做些修訂，因為你現”INDECATION”是一樣的，所以是不是做些 modify 做區隔。

陳代表雪芬

還是訂不出來啦！我是認為說我們要抗議，我們醫院團體不是 Real Time 的就不會去報 Real Time 的項目。

羅院長永達（朱代表益宏代理人）

C 型肝炎為什麼要用 Real Time。

主席

好，還有沒有其他委員

王理事榮濱（盧代表世乾代理人）

因為 Real Time，它的”specific”比較好。

蔡主秘淑鈴

Real Time 一定有它的需要性才會去做 Real Time，就是水準的提高。如果你的訴求，沒用真正採用 Real Time，而報 Real Time，那是誠實的問題。今天很多醫學在進步，水準提高，提供有需要的人使用，如果你要從不同角度，認為誠實是不可靠的，那 Real Time 就不給付，因為 Real Time 及 PCR 試劑成本差很多，需要各位代表以共同角度討論產生共識。

主席

好，請徐委員。

徐代表弘正

我想這個其實說今天並不是說要增加 Real Time，是增加比較便宜，其實不需要考慮那麼多，就是把他放上去，如果真的有人要不誠實，再用不誠實的方法去做檢驗就好了，我覺得這東西應該是沒有那麼嚴重。

主席

好，謝委員發言以後我們就停止這個案子的討論。

謝代表文輝

我想理論上是這樣，如果看兩個準確性是一致的，那當然站在健保資源的使用，這種病沒有急迫性，當然是選擇比較低的價錢給付，沒有需要用比較貴，但像我們剛剛像我們代表說過他的準確度比較高，那我們消費者要思考，怎麼可能拿兩個，一個準確性高、一個準確性不高的來說都可以，那當然就是選準確性高的，這是站在民眾權益的立場，我是覺得要有這種基本思維，除非它有特殊狀況要用這個，那才能夠區分兩者的不同，不然準確度一個 90%、一個 70% 都可以，是跟你比較熟、還是本院員工都用準確度比較高的，這是造成醫院困擾，

所以我是覺得原則上應該，如果沒有急迫性，準確度沒差異，那健保當然選價格便宜的，健保財源也要顧好，如果準確性有差異，那我們再來討論準確性差異性差多少，如果差很多，再貴都要花，因為準確性高，如果是準確性差 1% 或 2%，理論上在學術上沒有很大的異議，財務又不是很好的情況下，還是要選擇比較便宜，我是覺得站在整個整體的立場是應該這樣討論。

主席

原則上我們相信醫院沒有用一般的 PCR 來報 Real Time，如果有這情況是涉及到詐欺，這已經是另外一個問題，所以我相信我們的醫事服務機構不會這樣。再者這是屬於尊重醫生專業上的判定，病人確有需要做比較精準的檢測處理，所以是用這樣的角度看。那我們剛剛問了醫管組，這一項是在 B 以上才可以申請的，所以我們還有沒有委員有其他意見，如果沒有，是不是就決議通過第六項，綜整專家學者意見後，確定支付點數為 1,280，接下來第七項。

第七項「直接及間接膽紅素比值」

主席

好，請各位委員針對第七項「直接及間接膽紅素比值」檢驗的新增支付點數 90 點，提供意見，請陳委員。

陳代表志忠

我想每一個學醫的人，從當學生就知道 Bilirubin Direct 有一個 RATIO，我們過去比較笨，機器沒有那麼發達都用手算，有 Direct 及 Total 就算出來，現在說機器比較進步它就算給你，就好像 CBC 那些算給你，算給你之後，現在新增加這個後，你說那兩個不准放，那我不知道那個目的是要幹啥，這一樣，你放一個 Direct、Total 90 點，那你報個 RATIO 不代表 Direct 及 Total，在判斷上，直接跟總膽紅素元，還

是要知道他的數字，以他的比率來看，它是阻塞性還是非阻塞性的黃膽，那只有一個比率是不能做判斷的，一定要有這兩個基本數據，你不准人家報，很抱歉我不知道台大醫院是我的母院、我很尊敬，為什麼會提這樣的方案，我是怕落入以後，我們很難去核定，它到底是三項一起報，還是只報這個 RATIO，我相信是沒有辦法去核定它到底是報三項還是報一項，就好像古早我們有一個尿液的檢查他的”sediment”和”routine”支付點數一樣，結果很早透過我們做審查到現在，很多漏洞，就變成同時報，很多就這樣過去，這個事情要注意，我實在搞不懂為什麼會有這樣的提案。

主席

好，請醫管組。

李專委純馥

我說明一下，這個項目，就如同我們這邊寫的目的一樣，其實現在有很多小孩有膽道閉鎖，很多醫生它知道要測 Bilirubin 可是他不知道要將這兩個數值相除成 RATIO，這確實是現在很多臨床已經出現這些個案後來得換肝，所以這對孩子來說，我們希望提早，所以才希望說在支付標準裡面如果新增這個項目去提醒醫師說，其實你應該去做這樣的 RATIO 沒有錯是醫學教育問題，可是你也知道健保會影響醫療，我想台大會提出是因為小兒科醫學會的理事長就是張美惠、張醫師，它專門在推動這個膽道閉鎖的篩檢，所以當然希望提醒臨床的醫師應該要去看這個 RATIO，那我也相信你的母院是台大，所以你很清楚，但不是所有都像你這樣 well train 的醫師會做到（哈！哈！），當然我們也不希望我們的給付上面去重複給，因為這是總額的關係，如果你已經算出個 RATIO，代表你兩個值都做了，那我們就只報 90 點，另外就不要算，不要重複申報，我們知道他會一起做，只是在健保支付上，我們不希望付到 180 點。

陳代表志忠

結論是一定付到 180 點。

黃代表雪玲

它會有重複領。(…不會啦！)

李專委純馥

我們會自動核減，我們會有 PHE 直接自動核減，所以只要我這邊寫不能併報，我們就會核減。

主席

來，請基層的委員表示意見。

莊代表維周

基層的非常感謝健保局來教我們，我們沒意見，因為這是 C 表，提醒這樣是 OK。

陳代表宗獻

我覺得不會不懂。

主席

我們消費者代表聽了他們的意見後，可以通過嗎？

徐代表弘正

怎麼會不懂，那基本的工夫。

主席

即使是會做，只是醫生有沒有去算那個比率。

徐代表弘正

我請教一下，他這個比率是機器直接算出來，咳！不知怎麼講，其實如果機器直接算出來，對機器的成本是沒有完全增加，那請問我們家的機器沒有辦法算出來，就那兩個，那這個申報對那些人，其實一點意義都沒有，那你難道醫學中心不能說機器跑出來，你就報 Bilirubin /TOTAL Bilirubin，那 RATIO 就拿來參考不就好了。

黃代表雪玲

這個不是我們醫院的問題，我們醫院的醫師都是 training 有素的，我們張醫師、張教授是比較擔心，怕有忽略，所以才建議這樣的模式，提醒大家注意這樣的 DATA，我們電腦一定自主動算好，不是因為我們電腦算不好，才提這樣的案，不好意思讓大家誤會。

陳代表志忠

我再講一句話，我們沒有意見，但不知道國外的支付標準有沒有這樣，如果沒有，我們中華民國變成全世界第一個，列這種支付標準。

主席

我們支付標準沒有完全對照國外的，請醫管組說明。

馬院長漢光（謝代表武吉代理人）

這是單點跟套餐的觀念，所以現在局裡面要我們吃套餐，不能單點。

李專委純馥

沒有，沒有。你也可以單點。

馬院長漢光（謝代表武吉代理人）

其實應該兩個分開看，就是要我們吃套餐的意思。

蔡主秘淑鈴

我說明一下，原來直接膽紅素(A 點)跟間接膽紅素(B 點)都保留，只是多一項 A/B，供大家選擇，點數也沒有增加，提案人張教授特別希望提醒大家針對膽道閉鎖的病人對數據多了解，重複申報的部分我們系統會自動檢核及核扣，執行上不會有問題。

主席

來，王委員請。

王理事榮濱（盧代表世乾代理人）

站在檢驗的立場來講，像那個”total cholesterol 除以 HDL 也是有個 RATIO，那現在又有腎臟醫學會規定”eGFR”也是用年齡跟”creatinine”去計算性別，那現在很多這個有 RATIO 出現的東西的話，Bilirubin TOTAL、Direct 其實老實說有一點多此一舉，像 Direct、TOTAL 你如果說以後肝膽學會有需要的話，要求檢驗室，機器都可以幫你算，你如果重複用個 90 塊在這邊，老實說很多診所會重複，增加你的困擾，到時候去刪會刪得很辛苦。

主席

來，徐代表。

徐代表弘正

我們是管理者，我們最怕的是，健保局做出了一個措施，引誘我們入罪，到時候就懲罰我們，那我這裡要先說，將來如果有人這樣多報的話，希望不要懲罰他，直接核刪就好，不要懲罰他，不放大，因為剛剛講這個 RATIO 出來了，以後很多 RATIO 都會跟健保局申請費用，請問健保局要不要給 RATIO 費用。

主席

來，李委員。

李代表永振

剛討論第 6 跟第 7 這兩案，讓我很 confused，例如第 6 案的需要性，有醫師代表認為沒有需要，那為什麼要用 Real Time，一定要擺在那邊。

徐代表弘正

Real Time 是本來就有的。

李代表永振

我知道，但是應該做一個檢討，當然這可以附帶在今天做結論。醫學我是外行，但一般 C 型肝炎應該是屬於慢性的，剛剛謝委員也一直強調，好像沒那種需要，健保就是要給，讓我有點 confused，現在健保的財務是不是有改善了？

主席

先針對第七項，請行政部門先做個說明，再針對第六項補充說明。

蔡主秘淑鈴

新增直接及間接膽紅素比值第七項只有申報 A、B 又報 A/B 才會增加支出，但是我們電腦系統會自動核刪 而且是行政核刪，不會擴大回推。本項純粹是專業上的一個建議，多一個項目給大家可以申報。

主席

好，請。

陳代表川青

站在付費者立場，我們是支持的，因為它預算並沒有增加，不管它用套餐或是簡餐，只要說健保局這邊控管，不引人入罪，那我們都支持，謝謝！

主席

好，那我們這個案是不是照案通過，謝謝，接下來請看到第 44 頁不同意新增項目。

不同意新增項目-「熱刺激感覺誘發電位」

主席

請委員針對附件七第 44 頁，不給付項目「熱刺激感覺誘發電位」表達意見。

黃代表雪玲

主席，不好意思，有一個請求，就是因為這項是我們提的案子，這裡在預估兩百多萬人，但全國預估我們並沒有這麼高，那今天我們在醫院跟醫師討論這個案子的時候，我們的趙醫師很希望今天在會上跟大家做一個小說明，不知道可不可以請主席同意，我們的趙醫師在我們列席單位那邊是不是給幾分鐘做說明後，有問題可以順便問他，在這結束後我們就請他離席，我們再進行討論，不知道這樣的請求是不是可以同意？

主席

我們委員可不可以同意？同意！OK，那就請趙醫師。

趙醫師

謝謝，各位委員給我這個機會做說明，那主要是因為我們附件七這個表格跟事實有點出入，容我跟各位做一個報告。

第一個出入，就是剛剛黃組長有說明的，我們一年預估的次數應該是一千五百次，如果換總點數應該是兩百萬點左右，那跟事實出入比較大。

另一個，我們提這檢查的目的，其實是要針對小纖維神經病變做一個診斷工具，那目前其實健保有核准的檢查項目裡面，事實上並沒有一項可以用來診斷小纖維神經病變，也就是說在專家的意見當中，它有提到用體感覺誘發電位，或者是感覺神經功能檢查，可以取代這個檢查，事實上這個可能是有點出入的，因為小纖維神經病變代表的是傳導感覺跟疼痛的路徑神經病變，體感覺誘發電位檢查，檢查的是平衡感覺跟本體感覺的路徑，所以事實上是沒辦法取代目前我們提出來新的檢查的功用。

因為事實上有這樣的出入，所以請求各位委員能夠再慎重的考慮一下。

主席

好，你先請坐。請委員現在要問問題，只能問專業上的問題，其他的問題就不要提問。

羅院長永達（朱代表益宏代理人）

請問一下趙醫師，做小纖維神經病的設備，跟我們現在目前做感覺神經，就像是一般做肌電圖等的神經感覺病變，那個設備是一樣的嗎？

趙醫師

跟委員報告一下，誘發電位就是要一個刺激器跟一個放大器，放大器的部分是一樣的，但刺激器它是需要額外一個熱刺激，所以目前我們市面上的所有誘發電位儀，事實上都沒辦法提供這個檢查。

羅院長永達（朱代表益宏代理人）

據我所知道，熱誘發刺激，你在做其他神經檢查當中，你只要換”detector”你就可以做出熱刺激的誘發電路，對不對？就是你在做其他的部分裡面，你只要換”detector”就可以做，對不對？不對，是”

stimulator”。

趙醫師

對，在過去”stimulator”一直沒辦法被發展出來，那是最近五年多以來才可以被使用，它那個熱刺激需要一個很快速的升溫，因為它有很快速的升溫，才能達到可以整合性的刺激神經的效果，才可以記錄到那個波形，所以熱刺激誘發電位跟傳統誘發電位的不同，其實後端的紀錄是一樣的，但取決於前端的刺激器。

羅院長永達（朱代表益宏代理人）

我的意思是說，現在目前如果在做，你會單獨只做熱刺激，一般在神經科檢查裡面會連體感誘發，跟其他誘發會一起做，就是說只是你在做的過程中換一個”stimulator”多做了一個，當你只是做小纖維神經病變，你會多做”stimulator”，是這個意思嗎？

趙醫師

跟委員報告一下，應該是說如果我們懷疑是小纖維的話，我們會單純只做熱刺激誘發電位，並不會去做體感覺誘發電位，因為體感覺誘發電位沒有辦法診斷小纖維神經病變。

羅院長永達（朱代表益宏代理人）

我的意思是說，你會在說體感覺神經功能檢查時候，才發現它是R/O（疑似）小纖維神經病變，我的意思是說，這個東西是一起做，現在如果要給付他，我是認為說他的”stimulator”到底值多少錢，因為他是同一個 procedure 當中的其中一個。

趙醫師

跟委員報告一下，我們一般的程序是這樣子，如果我們懷疑有神經病變，最先安排的是神經傳導檢查，神經傳導檢查是針對周邊神經特

殊的檢查，但是他一樣跟體感覺誘發電位一樣，面臨沒辦法診斷小纖維神經病變，也就是，小纖維神經病變檢查起來還是正常的，這時候我們就不會再安排檢查，因為你如果再做體感覺也是正常的，那目前能做的檢查就是皮膚切片，那個是微侵入性的檢查，它需要去化驗皮膚上面的小纖維神經，那熱刺激誘發電位的好處，就是非侵犯性的方式，可以用來評估小纖維神經的異常。

羅院長永達（朱代表益宏代理人）

它可以 conform 嗎?還是只是用來參考，我印象他只是參考不是 conform 的東西。

趙醫師

因為每一個檢查都有它的”specificity”和”sensitivity”，那我們現在還沒辦法提供他的”specificity”和”sensitivity”，但過去有很多文獻都證實，他是有個數據，在異常的話，它是可以對應到小纖維神經的退化。

主席

好，接下來請廖代表。

廖代表學志

請教一下，像這類新增檢查，他的 normal range 跟 normal data 現在已經建立了嗎？

趙醫師

因為過去是用臨床試驗的方式進行，那目前我們大概建立了 110 個正常人的 normal data，那這是本土性的。

主席

好，陳委員。

陳代表志忠

對不起，我這個不太專業，還是請教一下，我不曉得有沒有聽說這個一年估計執行次數是不對的，您說估計一年大概支付的點數是兩百萬，我有沒有聽錯？

趙醫師

兩百萬點。

陳代表志忠

如果是兩百萬點，除起來一年全台灣只有 1300 多個人。

趙醫師

對，我們預估人數大概是 1500 人。

陳代表志忠

是全台灣？

趙醫師

對，全台灣。

陳代表志忠

那能不能告訴我們一下 indication？

趙醫師

首先小纖維神經病變最常見的原因是糖尿病，因為糖尿病引起神經病變是他好發的併發症之一，但是並不是糖尿病神經病變的病人都需要作這個檢查，那糖尿病神經病變下面有分成很多不同的亞型，小纖維神經病變是其中的一種，那大多數的糖尿病神經病變是用傳統的....

陳代表志忠

這我們知道，我只是說你那麼講的話，全台灣有那麼多 DM 的 population，他有多少的比率需要做這個？

趙醫師

這就牽涉到 criteria，原則上就是臨床有溫度或神經痛的異常。

陳代表志忠

我需要一個數字，也就是說因為你只預估全台灣 1300 個檢查。

趙醫師

是，因為這是根據我們台大醫院神經病，針對小纖維神經病變一年的人數，那我們大概就是不到 100 人，然後去推估需要這麼多人。

陳代表志忠

全台灣有這樣病變的人，有十三分之一到台大醫院，因為我們剛算了一下有 1300 多人，十三分之一的人到台大醫院來了嗎？

趙醫師

對，這個數字我大概沒辦法，因為這個比較流行病學上的。

主席

好，請徐委員發言。

徐代表弘正

可能要让醫師知道一下，如果說這個是 conform，如果說一千五百人，那當你再檢查的時候就不是這個數字，那個是放大，那個是一定会放大，因為你要檢查才会有那個診斷出來，如果說你今天沒有檢查怎麼會有那個診斷出來，那一定檢查很多啊！

主席

你先針對專業上是不是要請教趙醫師？其它我們等一下委員再一起來討論。專業上請教趙醫師，因為他不是我們的代表，所以有一些統計他可能也不是很清楚，這樣有一點為難他。好，那我們消費者這邊有沒有要就教於趙醫師？

主席

還有沒其它委員要提問趙醫師的？如果沒有那我們就先請趙醫師離席。謝謝你今天來做說明，謝謝！

趙醫師

謝謝各位代表。

主席

好，各代表針對不同意新增的診療項目有沒有其他意見？是照案通過新增診療項目或不同意增列？

陳代表雪芬

我認為是可以考慮增列。

陳代表志忠

我不曉得，這個不是專業問題，這個健保局能不能說明一下，綜合各專家意見？那些專家地位是怎麼樣？

蔡主秘淑鈴

我說明一下，第一點，一年的執行總次數，趙醫師也不是很確定，我們會有這麼大的數量，是我們取代 20010B、20011B 跟 20041B。第二點，「熱刺激感覺誘發電位」我們也問過全國各醫學中心的專家，多

數專家回應，這項還是處於研究當中，應用還不是很廣，所以，我們認為在研究階段沒有那麼緊急的需求，使用的人也不是很多。以我們採用以多數專家的意見，認為本項目仍屬研究階段，待日後更成熟之時再來納入健保給付是不是會恰當一點，因此，這樣我們建議不同意新增，也沒有再進一步處理成本問題。

主席

羅代表請發言

羅院長永達(朱代表益宏代理人)

我支持健保局這次不同意新增，第一個，因為他還沒成熟，本身並沒有 specific，他即使有了他不是只有這個單子，他除了小纖維神經病變還有其它的類似，所以他沒有 conform，我剛也請教過趙醫師，他並沒有辦法說做這個就確定他，他還是需要做其它的檢查，那這樣的話就失去他的意義了。第二個，在健保財務那麼困難的情況下，真的很希望確定、有幫助的，能夠評估的東西再納進來，我想這才是比較成熟的做法，所以我贊成健保局暫時不增列，以上。

主席

好，附件 7-「熱刺激感覺誘發電位」不同意新增診療項目。針對討論案第一案，我做個最後的確定，第 1 項、「支氣管鏡螢光透視檢查」退回「台灣胸腔暨重症加護醫學會」重新擬定相關事項再報局討論，第 2 項、「內視鏡冷凍治療」一樣退回「台灣胸腔暨重症加護醫學會」重新檢視後再報局來進行相關的程序，第 3 項、「陰道人工網膜外露修復術」照案通過，第 4 項、「陰道式會陰尿道懸吊術」照案通過，第 5 項、「諾瓦克病毒抗原檢測」不列入、不同意，第 6 項、「C 型肝炎病毒核酸基因檢測—一般聚合酶連鎖反應法 (PCR) 照案通過，第 7 項、「直接及間接膽紅素比值」照案通過。

陳代表志忠

那個項次 3 「陰道人工網膜外露修復術」，extrusuon 應該改成 extrusion。

蔡主秘淑鈴

謝謝！

討論事項

第二案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 12196B
「HLA-B1502 基因檢測」等 7 項診療項目案，提請 討論。

主席

針對討論案二，包含放寬適應症及相關執行醫師資格等，各位可以參閱 48-49 頁之彙總表，除了項次一跟項次七有增加費用以外，項次二～項次六大部份只是針對現行支付標準的相關修訂，例如：項次二「限心臟專科醫師執行」現在放寬為「限心臟專科或神經科專科醫師執行」，請各位代表表示意見。

郭代表正全

按醫師在醫師法上賦予的權責包含診斷、處方、病歷記載、手術、麻醉等，所以理論上只要有醫師執照，這些項目他應該都可以做。那當然有些醫療專業性比較深，可能會涉及需透過訓練，所以我們同意在某些項目中有專科的要求。但事實上署定的專科醫師裡面，像「大腸鏡檢查」等，我們有消化內科、消化外科這樣的專科嗎？基本上我們清楚大部份是這幾個次專科在做，但需思考是否要再把它訂成規範，有一天假設另外有一個新的次專科出來，他也說他可以做的話怎辦呢？像有一些內視鏡，他是不是要寫限內視鏡專科醫師執行？所以除了署定的專科，我不太贊成又去做次專科規範，基本上沒有受過這些專科訓練，理論上不會去做，以上。

主席

謝謝郭代表提供的意見，請陳代表發言。

陳代表志忠

我贊成郭代表的意見，我不太了解，消化內科是署定的專科，可是消化外科好像不是，還有兒科消化專科好像也不是，這個不曉得是不是有改變。

主席

羅代表請發言。

羅院長永達(朱代表益宏代理人)

一般外科當時在 training 的時候，在某個年紀以上，其實當時沒有分消化外科等等這些，而且我們當時一直希望在支付相關規定裡面，儘量用國家法定的專科名稱，不應該是用消化外科，事實上消化外科不是在國家法定的專科內，我們不要去碰這個紅線。

另外兒科有小兒外科，但是沒有兒科消化專科，因為兒科有這個學會，如果要這樣子分的話，將來反而會越分越細，所以我建議消化內外科那個外科的意思是，只要是外科或內科醫師都可以做，以現在目前為止，醫療糾紛那麼多，就算你沒有給他限制，要是他不曾做，他也不敢做，尤其是那種息肉的東西要切割，到時會有出血的問題。但是相反的，若很多偏遠地區，他可能只有外科，沒有消化外科，他反而變成不能做，到時候病人會往別的地方跑，我想不只沒有禁止到不應該做的人，反而把本來會做的都弄成不能做了，這不是我們的初衷。

項次 2「傾斜床檢查」據我所知，眩暈有三個科都有，神經內外科、心臟科、耳鼻喉科，不曉得有沒有會過耳鼻喉科，大家都知道耳石脫落或者是內耳眩暈，其實很多傾斜床檢查他們也有在做，那為什麼沒有列進去？你現在沒有把他列進去，到時又要再弄一次，以上。

主席

請王代表發言。

王理事榮濱(盧代表世乾代理人)

我對 12196B 「HLA-B1502 基因檢測」有兩個建議，第一個建議是修改中文名稱，根據英文名稱-related drug gene typing，中文名稱應該改成「HLA-B 相關藥物基因檢測」會比較好。第二個建議是這個基因裡面的 test 有四種基因型，那其中 1511、5701 跟藥物安全並無關係，如果你放在裡面會誤用，建議只要保留 1502、5801，以上。

主席

謝謝王代表，就是現行中文名稱要改成「HLA-B 相關藥物基因檢測」，另外你提案只要保留 1502、5801 這兩個 type 就好，1511、5701 不要保留。

李專委純馥

其實我們會把 1511、5701 寫進來是因為，雖然我們新增的適應症並不需要做到這兩種檢測，可是我們擔心以後各種不同基因 type 陸續被研究發現，就越來越複雜，每次都要修。實際上不管他做幾樣，我們都是一個支付點數。若把 1511、5701 字眼拿掉，那以後是不是又要新增檢驗 1511、5701 基因 type 的支付項目?所以我們才想把項目名稱寫得完整一點比較好。

陳代表雪芬

我們病理檢驗科的意見是，修訂前後可能使用的方法學上是不太一樣的，如果說要把這四樣包在一起，剛檢驗師公會已經有講了，你們想改採用的是免疫方法，跟我們現行使用的定序法是不一樣的，用定序法基本上光一個 kit 就要二千多塊的成本，那你要從原來價格 3285 降到 2648，我是絕對反對的。另外如果以後你們決定要把這些都包進去，那大家每次都做一個就好了嘛，如果做一個、做二個、做三個或做四個都是一個價格的話，那人家為什麼要做四個呢？人家就一次做

一個就好啦，下次再來做別的。所以第一個我不贊成把原來的點數調降，若你們有不同的免疫檢驗方式，我認為要比照 Real Time PCR 一樣，另設一個較低的支付點數給他們用，因為那個方法學不同，精確度也比較低，以上。

主席

好，還有沒有其他代表要提供意見，請黃代表發言。

黃代表雪玲

我們醫師建議也是跟北榮一樣，希望保留 Real Time 那兩項，還有那四項是不是一定要同時作？如果沒有同時作，他下次還要再做另外二項是不是就不能作？另外請教註記入 IC 卡這件事，因為若患者做完沒有回來看報告就無法註記入 IC 卡，之後他可能又到別間醫院重複做，這樣會不會來回過頭來處分我們原先做的這家醫院？

李專委純馥

我先說明，第一個，本項目是因為患者有病要治療，醫師要開那種藥，擔心他用這種藥物會有不良反應，才先做檢測，所以照理說他還沒拿到藥他會離開嗎？第二個，因為現在有檢驗方法是可以一次去驗出他本身的基因 type，這樣就不需要分成四次作，所以我們限制每人一生申報一次。如果院所沒有拿到患者的卡，這部份確實會有沒辦法註記的問題。

主席

陳代表發言以前，我先說明因為基因檢測未來將會一直陸續研究出來，請大家思考一下在健保財務有限的情況下要開放到什麼程度？我們同仁是有他的考量才做這樣的設計，這部分要請大家了解，請陳代表發言。

陳代表宗獻

12196B 「HLA-B1502 基因檢測」，適用條件開放到痛風相關適應症，而 Allopurinol 藥物主要是減少尿酸的產生，知不知道痛風的盛行率?蠻高的，男性 15%，女性 4%，那麼高的盛行率，若開放下去可能會造成財務很大影響。在今天資料呈現的財務推估卻才增加 0.09 億而已，想知道我們在估算時是使用怎樣的一個 base 在計算。

主席

醫管組要不要作說明？針對增加的九百五十萬，它的 base 是什麼？

林視察淑範

我先解釋為什麼財務推估只有書面上看到 0.09 億，是因為其實我們有一部份降價，所以不是單純只預估痛風病人所帶來的預算增加，是同時有考慮到點數降價部分。

李專委純馥

原來支付點數 3285 點下降為 2648 點，推估預算有考量降價因素進來，所以會相互折抵。

黃代表雪玲

我們要補充一下，你們改變使用新的方法，臨床檢驗科反應這種檢驗方法，會使檢驗時間延長很多倍，民眾等待時間會變長。

主席

那你們醫生建議是什麼？維持現狀不修訂？

陳代表雪芬

基本上我們認為不做 1511 跟 5701 這兩個，只做 1502 跟 5801。

郭代表正全

剛醫檢師公會提的項目名稱有相關藥物字眼，那要檢測的東西太多，你若把他所有都涵蓋進來的話，我不曉得原來只是針對兩個型的做一個檢測，現在相關檢測全部都包進來，變成包山包海，我怕後面整個審查上會有問題。

主席

請陳代表發言。

陳代表宗獻

我講明白點，我不贊成把痛風加進來，因為現在使用 Allopurinol 產生的併發症是適用藥害賠償，將來有這個檢測，你沒有幫我檢測還給我用 Allopurinol，造成致命併發症的話，是醫療糾紛。另外事實上我覺得它所造成的財務風險蠻大的，因為潛在可以用的人約達一百二十幾萬人。

羅院長永達(朱代表益宏代理人)

他這是法定的 Stevens-Johnson Syndrome，這個東西若你一公告下去，將來沒有做檢測，萬一發生 Stevens-Johnson Syndrome 你馬上就要賠，你知道國家是願意賠的哦，那這樣的情況下我覺得陳代表講得是對的，我算了一下 950 萬去除點數總共才三千七百人，全國有一百多萬人，你才估三千七百人，這個數字差太多了。

謝代表文輝

全部都要做，不然就死定了，但是財務上付不起啊。

主席

請行政部門維持現狀不修訂，另增加 IC 卡的註記。請各位代表針

對第 49 頁的第 7 項，就是「64280B 重行脊椎後融合術-有固定物」增加支付點數這項有沒有意見？第 1 項先讓我們醫管組內部再討論一下。

好，第 7 項通過。第 2 項～第 6 項有關專科醫師的限定，先針對第 2 項「18045B 傾斜床檢查」，原來是「限心臟專科醫師執行」，現在開放到「限心臟專科或神經科專科醫師執行。」這部分剛也有提到耳鼻喉科，本案是否暫保留，先徵詢過耳鼻喉科學會意見。

林代表富滿

這項小兒科心臟科也會做，所以若要詢問其他次專科，建議一併詢問。

蔡主秘淑鈴

大家不建議一直增列次專科進去

林代表富滿

建議若要規範次專科，應一併考慮並詢問目前臨床有在執行的次專科，不然就不要規範。

謝代表文輝

早期 20 年前我在南投，一般外科頭部緊急傷我都開，現在你叫我開我不敢開啊，你開不成功會被人家告。現在觀念都是次專科專長，健保局不用煩惱品質而限制這個，醫師敢做就是敢負責，如果要訂的話，至少要寫符合衛生署規範的十幾個次專科，其它不是的，如果你要寫，就只能寫有受過某某相關訓練的，因為衛生署根本沒有這個次專科，而健保局是下屬單位，不可能另外去寫一個。所以如果是衛生署規範的當然可以寫，例如：小兒科專科醫師或是外科醫師，沒有的話你就只能寫，有受過內視鏡檢查或接受過大腸鏡專業訓練，只能寫這樣，我覺得在文字上最好不要去抵觸。至於長期來說我的看法是不

用寫，有醫師執照他做他就要負責。

主席

還有其他代表要發言嗎？

陳代表雪芬

有關最後一項「64280B 重行脊椎後融合術-有固定物」那一段，那段我們骨科醫生有意見說，今天這個過了還有一個問題，針對再次手術的部份，他其實還要做減壓手術的動作，還有多節骨融合的部份要處理，那個是沒有訂定支付標準的，是否可以允許骨科那邊對那兩項提出項目來，下次或什麼時候來做個討論？需要的話，我請他們屆時列席。

主席

可以，暫時保留

陳代表雪芬

還有別的項目其減壓手術跟其它關節也是要處理的部份，是不是我們下次可以請骨科醫學會提出來。

李專委純馥

本來就可以依程序提案，但是要排序。

主席

那第7項「64280B 重行脊椎後融合術-有固定物」調整支付點數先通過，至於減壓手術跟其它相關的支付標準再請骨科醫學會依相關程序提案。回到第1項「12196B HLA-B1502 基因檢測」。

蔡主秘淑鈴

我說明一下「12196B HLA-B1502 基因檢測」，第一點，同意大家的看法，現行支付標準的名稱及適應症不再擴大，就鎖定在癲癇症、三叉神經痛、腎原性尿崩症及雙極性之精神疾患初次需使用含卡馬西平 Carbamazepine 成份藥物病患申報。第二點，有關 IC 卡，因為基因型態不會變，所以這項是一人一生只能申報一次，為了真正落實一個人只能驗一次，所以希望寫入 IC 卡。如果病人到別的醫院就醫，因為有寫入 IC 卡，醫療人員知道他的基因型態，就不會再重覆做，所以建議說，維持現行的支付標準跟支付項目以及適應症，但是備註的部份，每人限申報一次，並建議明訂寫入 IC 卡。

主席

好，那就支付點數維持，就是沒有改變，對嗎？

蔡主秘淑鈴

本局第 1 次核定了 3285 點，透過外部單位告訴我們，相較於實際成本確實偏高，另外經過自費價格詢價，發現支付點數確實偏高，所以，我們借這次會議就把支付點數下修。

主席

好，對於價格，我們主秘已經說明，有按程序詢過價，也有外部單位告訴我們核價偏高，基於保險人管理原則當然是應下修，是否贊成下修為 2648 點？

好，那就維持現行的支付標準、適應症及相關規定，但支付點數下修為 2648 點。第 2 項次「18045B 傾斜床檢查」專科醫師資格限制，我們會去徵詢其它專科醫師，但只限於衛生主管機關所核定之專科醫師團體，至於次專科部分，我們是否依謝代表剛剛的發言，規範成有受過相關專業訓練即可。那第三項大腸鏡檢查的部分？

羅院長永達(朱代表益宏代理人)

主席。

主席

有請。

羅院長永達(朱代表益宏代理人)

我想那是同一個邏輯，我們是大外科的最後兩屆，其實我們當初在訓練的時候都有訓練，你現在又不讓我們做，其實在都會區他分科分得很細，沒有錯，可是愈到鄉下，甚至偏遠地區的的時候，他能做的東西反而愈多。你愈到鄉村，這樣的限縮反而對民眾的就醫便利性，反而是不利的，所以還是適用第二項之原則，你主專科可以由醫學會來回答，假設要談及外科裡面的次專科的話，由外科來限縮需受什麼樣的專業訓練。第三項裡面，我還希望增加家醫科，事實上家醫科在訓練的時候，對於胃鏡和大腸鏡，其實他們都有受過這樣的訓練，只是說他們平常不要做而已，所以我建議盡量不要限制到次專科，以上。

主席

醫管組。

李專委純馥

原本大腸鏡檢查是沒有限什麼專科，就是上次我忘記是誰，覺得為確保品質，還是要限某一些專科，去限消化內外科及大腸直腸外科專科醫師，結果限完以後，現在兒科消化科說，我們也有在做，我們不能做嗎？這很困擾，是否考慮將限制拿掉？

陳代表宗獻

我贊成拿掉。

李專委純馥

拿掉是指全部拿掉嗎？

主席

我確定一下，是要拿掉執行人員的資格，我現在講說三、四、五、六的項次，你們的建議是要執行人員資格限定要拿掉。

陳代表宗獻

次專科拿掉。

主席

次專科拿掉還是專科都拿掉？

蔡主秘淑鈴

全部不限嗎？

主席

講清楚喔！

陳代表宗獻

我講清楚，全部不限和限定次專科其實沒有什麼不一樣。今天要求有次專科資格，明天就會跑出很多很多次專科出來，因為給付項目被保障要某些次專科執行，這些次專科才能活下來，不然沒有人要參加學會啊！其實我們健保局大可，在資料申報上來後，從審查裡面去處理，也可以建立一套基準，譬如說，大腸鏡，從最基本的醫師看過多少、做過多少，到檔案分析、品質控管等等這些遊戲規則，你可以押著，但是等到有人報得不合理，或是品質方面出現病人投訴等等的狀況的時候，屆時才這個標準來分析他。不是以次專科來區隔的。

主席

謝委員。

謝代表文輝

因為我們醫師的執業年齡沒有限制，坦白講我現在六十出頭，以前沒有分科，我是大外科，我從頭開到腳，泌尿科、骨科，我全部都開，沒有一樣不開，脊椎、換關節，什麼都開，CVA 南投我開最多，我大概開一百多例，我大腸內視鏡息肉切除等都做，這些南投我是第一個做，還有像胃鏡、超音波等，做很多很多，但是我是外科專科醫師，在鄉下，我們醫院六十歲以上是主力耶!!你現在限制這個下去，什麼都不能做，沒有道理嘛!現在你那個次專科，那個好像變成保障特殊利益團體，一點意義都沒有，我非常同意陳宗獻講的，你在審核的裡面，覺得他不符合專業水準，你就跟他檢討啊!但其實我坦白講，醫師絕對有訓練才敢幫人家做，不然沒有一個敢幫人家做，有哪一個沒有受過大腸內視鏡訓練的，敢幫人家做?應該是不會。事實上，我是覺得那個次專科限制要拿掉，那個完全讓現在整個台灣醫療氛圍很不好，被次專科整個把持住，我是覺得這非常不好，沒有道理，其實也牴觸我們醫療，醫師他本來就可以做診斷治療、檢查，你為什麼用這個次專科來限制他，依憲法層級，這絕對是違憲的。

主席

好，行政部門的看法，要維持現在還是要修訂?

蔡主秘淑鈴

第二項傾斜床檢查因神經內科做很多暈眩病患，建議本項增列執行神經科專科醫師，第三到第六項大腸鏡相關檢查及處理，大家意見很多，建議暫時專科別維持現行的支付標準。

謝代表文輝

當時為什麼這樣限縮？

陳代表宗獻

對不起喔！這部分我是有存疑，但是我不敢做，我一個都不敢做。

蔡主秘淑鈴

就維持現行就好。

陳代表志忠

我覺得在醫療專業的執行上，保險人是不是要做限制？這可能是更值得討論的問題，若真的這幾個拿掉，其實我們支付標準表還有很多限制，是不是要一起檢討？

李專委純馥

不要啦！

蔡主秘淑鈴

檢討不完。

陳代表志忠

我的意思是這樣，大家如果有爭議，沒有共識的話，那就先維持。

蔡主秘淑鈴

對，就維持。

主席

謝委員。

謝代表文輝

主席。剛剛講的有道理，這其實是一個大原則的問題，現在你在很多項目都有限制，今天我們只針對這幾個，但是我覺得它分成兩階段，一個階段，大家來討論形成共識，那就整個原則都改，像有些國家根本都不會限制次專科，如果你有次專科的證書掛在那，就覺得這個比較厲害，但其實所有的醫師都可以執行，這是一個原則性，可以整體討論，好好思考。

第二項的部分，神經科是屬於衛生署的十幾個專科的認定，那你就這樣寫，但像心臟科醫師是沒有的，你就寫受過心臟科的專業訓練就好，我是覺得這樣比較不會被挑戰，不然衛生署沒有通過它是專科，你寫一個專科醫師，人家如果問你這個專科從哪裡來？至少在文字上我們把它做一個合法的修正，如果屬於衛生署正式公告的專科，我們就正式寫上去，如果不是，我們就寫有接受過相關專業訓練，我是覺得這樣比較站得住腳，應該好好的去檢討，是不是可以把這整個專科限制拿掉。

主席

好，這樣子好不好？第二項，剛剛我們蔡主秘說，是不是先讓第二項放寬到神經科專科醫師和心臟專科醫師執行？那要不要徵詢耳鼻喉科或其他科別，我們會後再來徵詢，這個就先讓它通過。那第三、第四、第五、第六項，是不是就先維持現在，之後通盤再來檢討，相關學會團體都可以提出來，我們再來一起檢討這一段，今天就是第三、四、五、六項維持現狀，就是不修訂就對了。

羅院長永達(朱代表益宏代理人)

已經四點多了，我實在很不想再重複講，但是家醫科和所謂的外科能做，一般內科能做，這件事情很多人在反應，包括地區醫院很多人都在反應，今天正好拿出來討論，才驚覺有這麼多項目被限縮。有些

項目譬如說心導管，你去限心臟內科，我沒有意見，因為那是一個很特別的做法，但是像大腸內視鏡，只要是我們外科在訓練過程中，誰沒看過內視鏡，但你現在限制一定要去考 GS，小兒外科的話還不行喔！一定要去拿消化外科，這限制對整個受訓練的現狀來說，是不符的嘛！所以我們剛剛在講說，既然有這麼多複雜情況，大腸內視鏡這部分是不是可以先不限縮，其他你要全部逐一去檢討，我們不反對。的確是有些東西像癲癇，你說一定要神經內科去看，我們沒有意見，但像有些項目是很 popular 在執行，為什麼還要限縮？尤其是在很多鄉下地方，以上。

主席

我知道羅委員的意見，但是因為現在支付標準是這樣，要拿掉還是要增加，當然大家都有意見，如果我拿掉現有的限制，可能直腸外科的也會來跟我們講其他的理由，所以我才會在大家沒有共識的情形之下，是不是維持現有的，就不去修訂？至於未來要去檢討相關的專科限定，這是另外一個 issue，我們是不是再另外去討論？今天針對第三、四、五、六項就是維持現狀，好不好？先這樣做決定。我重複一下提案二，就是第一個項次，是維持原來 HLA-B1502 基因檢測，提案單位所提其他包含的 5801 不要含進去，就是維持現在，相關支付標準的規定，也是維持，除了價格往下調到 2648 點，這是第一項。第二項是 18045B，所謂的傾斜床檢查，由現在的心臟專科醫師，放寬到神經科專科醫師和心臟專科醫師可以執行，那耳鼻喉科的部分，我們會再徵詢。第三項、第四項、第五項、第六項維持現狀，第七項照案通過，如果沒有其他意見，我們接下來提案三。

討論事項

第三案

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 01030D「助產所產後檢查」乙項診療項目案，提請討論。

主席

好，請各委員針對提案三，有沒有要表示意見的？請。

黃代表鶴珠

主席、各位委員，我是中華民國助產師、助產士公會，我是黃鶴珠。他有提出來可以四次，可是那個點數只有 160 點，一次 160 點，看那個 97005D 也是一樣嘛！那也是沒有增加四次啊！我的四次的意思是說，我是預防婦女和嬰兒的安全問題，假如說，生產後你出去跟他訪視的話，他產後心理上一定會有，要帶孩子又會產後的疼痛，假如是一次、二次，他是不夠，所以我們是預防他不要有產後的憂鬱，給他有一個溫暖的，還有給他有一種安全的，我們是要去訪視，去解決他一些問題，所以那時候我們是提議是要四次，二次是不夠的，一個月裡面，只有二次，在生產後第三天去一次，第七天去一次，以後呢？以後就不用了？所以我們是一個月裡面，一定要有四次，四次的話才可以符合婦女他們和嬰兒他們的要求，所以我說一次的話 320 啦！是 320 點。

主席

我先請問一下黃理事長，現在是可以只報一次，一次 160，是不是？如果按 56 頁的資料。

黃代表鶴珠

對。

主席

現在給你放寬到四次，一次報 160 點，對不對？

黃代表鶴珠

對。

主席

你是覺得現在支付點數不足，對不對？

黃代表鶴珠

對。

陳代表宗獻

320 四次啊！

黃代表鶴珠

一次 320，那個只有二次，就 640 嘛！你再增加兩次也是 640 啊！你說四次，一次 160，那和二次都一樣，那去做二次好了！那婦女生產以後，不是一樣嗎？那我們就不要了嘛！就不要再有四次啊！

曾代表中龍

我想我們生育率愈來愈低，整個政府真的的都在鼓勵這方面，我們訪視一次 160 點，我坦白講，連來回車資大概都超過那個點數！確實你對於助產師、助產士意願，就像剛剛黃理事長講的，我乾脆不要去就好了！那我們這樣的一個修正有什麼意義？是不是可以再精算一下，可不可以酌予提高，是不是 320 點？我是不知道，但是請局裡再考量事不是酌予提高，以上。

主席

所以我剛才問我們醫管組有沒有財源。因為這是從其他項目下去支應嘛！如果有，那 ok，如果沒有，我答應也沒有用啊！沒有錢付，我有先徵詢我們醫管組。來，請醫管組回應。

蔡主秘淑鈴

論病例計酬支付標準助產所，在一個月提供二次產後檢查，支付 640 點，一次是 320 點，助產學會的訴求是，一個月提供二次產後檢查是不夠，要增加到四次，有代表回應認為國人生的很少，四次應該合理，我們也同意支付 4 次產後檢查，一次 320，預算是足夠支付的。

主席

可以。

李專委純馥

就是在 case payment 那部份，就拿掉，就沒有含 640 點，那就 320 看他報幾次，好不好？

主席

那就比較不會有落差的感覺。這樣可以的話，我們就照案通過。好，有二個臨時提案，先處理這個比較簡單的。都有附議喔！這二個提案都有照程序，有書面，不是口頭而已，都有連署人和附議，我先請同仁念一下有關開會頻率那一案。

臨時提案

第一案

案由：建議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之開會頻率應自六個月一次，修正為三個月一次，是否有當，提請討論。

主席

請各位委員表示意見。全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法第二條有規定，至少六個月一次，必要時召開臨時會議，要確定每三個月開會一次嗎？。

蔡主秘淑鈴

我說明一下，在擬訂共同擬訂辦法的時候，對開會頻率曾經討論。條文的規定是，至少每六個月開會一次，是至少，但是議案多就是要多開。現在常規一季就召開一次會議，有可能到下半年的時候，如果沒有支付標準的調整議案，就少開一次，這是每六個月開會一次的精神，所以，各位委員，有案子一定會提會討論，原則上是三個月要開一次，但是到下半年，今年要修的支付標準已經修完，最後一次就不一定召開，所以在辦法中，特別規範至少每六個月開會一次，實際執行才不會違反規定。

主席

所以這個修不修，其實是 ok 啦！提案多的時候，我們不是也三個月開一次，還會召開臨時會，如果案子很多在手上，我們同仁也會要求召開臨時會，這個就維持原來，主秘提到的就是，他們對於會議召開的頻率也有做過討論。

曾代表中龍

主席，這樣子，我們當初接到通知說六個月一次，我們想說之前給付協議會議都是三個月一次，我們也考量到未來不管各個給付項目金額排擠上會愈來愈嚴重，以後大家對這個討論可能會愈來愈激烈，我們就想到說時效性，還有這個項目一多，像今天我們議案還算少的，就已經搞到這個時候了，人都已經快走光了。那其實局裡面剛剛主秘有說，事實上原則仍會安排三個月開一次會，剛剛兩位我們附議的代表，他們臨走都授權給我，我想說為了避免製造困擾，我直接撤案，Ok，以上。

主席

我想我們同仁有案子在手上的時候，也會召開臨時會。若我們覺得有一些事情需要充分討論，當然會召開臨時會，好不好？ok，那第一個案子就撤案。來，第二個案子。

臨時提案

第二案

案由：考量基層醫師可提供多樣性醫療服務及滿足民眾就醫可近性，建議維持 102 年西醫基層總額跨表項目 9 項案，提請 討論。

陳代表宗獻

這再念，人都要跑光了。簡單的說啦！時間真的是很晚，真的很抱歉。這個案子簡單的說，就是說我們在原來的總額協商裡面，今年度開始執行的有九個項目，後來有三個項目是基於病人安全等等，暫時不執行，那費協會要求如果不執行就扣掉預算。大家看一下有一個婦產科醫學會的函，第二頁，原來我們目前有在執行的是腹腔鏡式子宮內膜異位症手術，現在要開放的是剖腹式的子宮內膜異位症手術，就是開放剖腹式，剖腹式的裡面又分為輕、中度，指數六以上和五以下等等，其實就是剖腹式的。我們徵詢了台灣婦產科醫學會，(台灣婦產科醫學會可是衛生署立案的)，認為基層在執行上沒有問題，這第一個。再翻過來另一頁，鼻中膈鼻道成形術，就念一下醫學會的講法是，「這項是耳鼻喉科專科醫師養成訓練最基本的手術」，所有耳鼻喉科專科醫師在技術層面都能勝任，當然包含基層醫師。就安全上面來講，有些地方執行上是沒有問題，尤其有一些便利性問題例如偏遠、醫療資源不足地方開放的話，才是民眾之福啦！所以這兩個醫學會都支持這 3 個項目基層可以做，謝謝，也請各位代表支持。

主席

來，請委員表示意見，那醫管組這邊先作說明。

蔡主秘淑鈴

因為醫院主要以住院方式進行腹腔鏡子宮內膜異位術等三項手

術，所以，102年開放表別沒有列入同意項目，是基於病人就醫安全考量，也經過會議決議，暫時沒有納入。現在健保會認為協商是訂定九項跨表項目，只執行六項可能有扣款的問題，所以基層爭取九項都可以由基層院所執行。

陳代表宗獻

不是，我剛剛都沒講扣款。

主席

沒關係，讓主秘說完。

蔡主秘淑鈴

我認為健保會的看法跟現在西醫基層爭取3項跨表項目，唯一找到最大公約數就是，如果基層問過專科學會，同意門診可以做這些手術，並負責病人就醫安全，建議同意基層意見開放跨表。今年八月提供健保會今年九項跨表項目的執行量，開放跨表後，病患真的到基層的數量，由健保會再決定後續如何處理。

主席

好，同意我們主秘剛剛提到的。

陳代表宗獻

量的問題是這樣，第一年一定會非常的少，我想健保會的委員也會了解，就是剛開放還不知道啊！但是漸漸會上升，我覺得先公告啦！

主席

健保會委員有沒有要表示意見？

陳代表川青

支持。

主席

Ok，好，支持。那就照最後蔡主秘提到的方式來執行。沒有其他臨時動議，也沒有其他書面，今天會議就到這個地方，剛好五點，謝謝大家。