

101 年度第 3 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議紀錄

時間：101 年 9 月 06 日(星期四)下午 2 時

地點：中央健康保險局 18 樓大禮堂

主席：蔡主任秘書魯

紀錄：方淑雲

出席人員：

林委員芳郁 陳雪芬(代)

洪委員啟超 洪啟超

陳委員明豐 陳瑞瑛(代)

施委員純全 施純全

楊委員育正 林富滿(代)

李委員明濱 蔣世中(代)

翁委員文能 郭正全(代)

吳委員志雄 (請假)

郭委員宗正 牟聯瑞 (代)

黃委員建文 (請假)

徐委員永年 黃蜀雯 (代)

高委員靖秋 呂月榮(代)

童委員瑞龍 徐弘正(代)

王委員治明 (請假)

黃委員瑞美 (請假)

曹委員昭懿 曹昭懿

蕭委員志文 (請假)

盧委員世乾 王榮濱(代)

謝委員文輝 羅永達(代)

楊委員麗珠 (請假)

謝委員武吉 馬漢光(代)

江委員銘基 (請假)

林委員淑霞 王秀貞(代)

石委員崇良 (請假)

吳委員首寶 吳首寶

梁委員淑政

陳委員宗獻 陳宗獻

鄒委員玫君 (請假)

莊委員維周 李昭仁(代)

陳委員錦煌 (請假)

何委員博基 何博基

黃委員三桂 蔡魯(代)

王委員正坤 王正坤

蔡委員淑鈴 蔡淑鈴

黃委員啟嘉 (請假)

一、確認上次會議紀錄 (議事錄)：請參閱(不宣讀)確認。

二、主席報告 (主席致詞)：略。

三、報告事項：

(一)「二代健保修法重點介紹」、「全民健康保險對象免自行負擔費用辦法」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬定辦法」。

決定：洽悉。

(二)增修訂全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫診療項目「針灸合併傷科治療」之章節、診療項目及其相關通則案。

決議：洽悉，增修訂內容如附件，其重點如下：

1. 新增中醫第八章「針灸合併傷科治療」章節。
2. 新增中醫支付標準代碼 B80~B94，計 15 項針灸合併傷科治療相關診療項目。
3. 通則三，針灸、傷科及脫臼整復不得同時申報之規定，配合修訂為，針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療。
4. 通則六~九，中醫針灸、傷科等相關支付方式配合修訂，並增列針灸(合併傷科)治療相關支付標準代碼及診療項目。

四、討論事項

(一)建議 101 年新增醫療費用支付標準診療項目討論案。

決議：同意新增 8 項診療項目及不同意新增 4 項診療項目。

1. 同意新增之 8 項診療項目如下：

甲、新增「身體約束之護理監測照護費」：編號 47092B，次-每次為 2 小時，支付點數為 186 點；編號 47093B，日-使用超過 6 小時(含)，支付點數 600 點。備註為：1.適應症：限意識欠清、躁動不安的病人，無法遵從醫療措施或其行為可能對本身或他人具有傷害時執行。2. 必須每日有醫囑、每班有護理紀錄呈現、病患或家屬同意書、以及醫療團隊應適時討論或視情況解除行動限制並有紀錄。3. 精神科病患不得適用本項。

乙、新增編號 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」，支付點數 1,500 點，備註為：1. 適應症：現行住院重症病危之病患，且已進入末期狀態者為主。2. 相關規範：(1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或病患家屬。(2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 1 小時。(3)諮詢紀錄：應有完整的諮詢溝通內容記錄，並應併入病患之病歷紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。(4)申報規定：a. 另病患已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及居家安寧照護後，不得再申報。b. 每人每院限申報乙次。

丙、新增編號 12202B「即時反轉錄聚合酶連鎖反應 C 型肝炎病毒核酸基因檢測」，支付點數 2,450 點，備註為：適應症：1. 疑似感染 C 型肝炎(包含急性、慢性，以及未知原因感染者)且 C 型肝炎核酸病毒量檢測結果為陽性患者。2. 未做過基因型檢測的 C 型肝炎陽性確定患者。

丁、新增編號 14082B「人類免疫缺陷病毒抗原/抗體試驗」，

支付點數 320 點，備註為：1. 適應症：限於器官移植的捐贈者及接受移植的患者。2. 不得同時申報 14049C。

戊、新增編號 54044B 「耳石復位術」，支付點數 432 點，備註為：1. 適應症：良性陣發性姿勢性眩暈(Benign paroxysmal positional vertigo)。2. 費用申報須附治療紀錄。3. 限由耳鼻喉科或精神內科醫師執行。

己、新增編號 64281B 「後足關節固定術、三關節固定術」，支付點數 8,200 點，備註為：適應症：後足關節炎、跟骨、舟狀骨、方形骨或距骨骨折、病變或腫瘤。後足變形或不穩定(扁平足、空凹足、內翻足、外翻足)。

庚、新增編號 64279B 「重行椎間盤切除術：頸椎、胸椎、腰椎」，支付點數 14,379 點，備註為：1. 適應症：再發型椎間盤突出導致脊髓或神經根病變。2. 不得同時申報：83022C、83023C、83024C。

辛、新增編號 64280B 「重行脊椎後融合術-有固定物」，支付點數 16,340 點，備註為：1. 適應症：脊椎手術術後，再發脊椎病變導致神經學症狀，包含：(1)接受椎間盤切除後之脊椎病變。(2)接受椎板切除後之脊椎病變。(3)原脊椎融合後鄰近節段退化(Adjacent syndrome)不穩。(4)原脊椎融合術後，融合不全(Pseudoarthrosis)再發型椎間盤突出導致脊髓或神經根病變。2. 不得同時申報：64246B、83046B、83097B。

2. 「杵狀足(馬蹄內翻足)矯正操作併石膏固定」、「EB 病毒早期抗原和核抗原 IgA 抗體」、「聽覺輔具評估與驗證」及「類胰蛋白酶」等共 4 項，經參考綜整之專科醫學會及專家意見，不同意新增。

(二)全民健康保險醫療費用支付標準第九部第一章 Tw-DRGs 支付通則修訂案。

決議：

1. 配合「全民健康保險特約醫療院所收取自費特材費用規範(草案)」增修訂內容如下，本項修正之實施日期配合前述規範之公告實施：

甲、通則二修訂為，各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬支付標準及藥價基準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或除病患同意使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。

乙、新增通則十四，DRG 案件使用符合「全民健康保險特約醫療院所收取自費特材費用規範」之自費特材，其醫院收費及健保支付方式：

(1) 病患同意使用符合上述規範之自費特材，醫院得收取該特材之全額自費。

(2) DRG 支付點數需扣除自費特材替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由醫院自行併同醫療費用申報。

(3) 併同醫療費用申報資料：自費特材（含不給付項目及不符給付規定之個案）之品項名稱、品項代碼、單價、數量、收取自費總金額；替代之原健保給付特材品項名稱、品項代碼、支付單價、數量及支付點數。

(4) 自費特材收取金額不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。

丙、原支付通則十四遞延為通則十五。

2. 為符相對權重及標準給付額之實際計算操作過程修訂條文及內容如下：

甲、支付通則一(一)1.修訂為，計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(三)之 1.年齡小於 18

歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點全數支付之醫療服務點數、通則六之(六) 得另行核實申報點數、通則六之(八) 依 「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 9.4)規定加計額外醫療點數。

乙、支付通則一(二)1. 修訂為，計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(三)之 1. 年齡小於 18 歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點全數支付之醫療服務點數、通則六之(六) 得另行核實申報點數、通則六之(八)依 「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 9.4)規定加計額外醫療點數。

3. 支付通則六(七)論量計酬申報案件已屬「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」之項目，故刪除整條文字。原支付通則六(八)調整為六(七)。
4. 支付通則八規範之各 MDC 導入時程，因監察院與審計部多次以此查核本局實施 DRG 進度，為配合現行實際實施期程，擬將實施年度修訂為實施「階段」。
5. 特約醫療院所將屬當次住院範圍之相關費用轉移至門診或急診申報之審查作業方式，請本局醫審及特材組收集醫界意見召開會議研議，並於下次給付協議會議提出配合上述審查作業方式，修訂相關通則之建議案。

(三)修訂全民健康保險醫療費用支付標準 09121B 羧丸酯醇免疫分析等 5 項診療項目討論提案。

決議：

1. 編號 09121B 「羧丸酯醇免疫分析」建議開放至基層診所適用乙項，因中華民國醫師公會全國聯合會考量適用對象及醫療費用影響，不同意開放至基層診所適用，請該會研議適應症後再提本會討論。
2. 編號 50023B 及 50024B 「尿路結石體外震波碎石術」依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之原

規範之醫療機構條件及操作人員資格之限制，增列規範如下：

甲、醫療機構條件

- (1) 應為醫院。
- (2) 應有專任之泌尿科專科醫師二名以上。
- (3) 應有下列經皮腎結石取石術及輸尿管鏡碎石手術設備：X光透視機、腎臟鏡、輸尿管鏡、至少一種經內視鏡碎石機（如氣動式撞擊碎石機、超音波碎石機、雷射碎石機、電擊碎石（electrohydraulic lithotripter））。

乙、操作人員資格：操作醫師應具泌尿科專科醫師資格，並符合下列資格條件。

- (1) 實際操作體外震波碎石機五十例以上之經驗，經服務醫院審查通過，發給證明文件。
- (2) 依操作機型，應有下列相關訓練：
 - i. 操作 X 光線定位機型，應有輻射安全證書或輻射防護訓練證明。
 - ii. 操作超音波定位機型，應有泌尿系統超音波訓練證明。
3. 編號 57020C，診療名稱由「氧氣帳吸入治療費-每天，修訂為為「氧氣帳吸入治療費-每天(使用超過 6 小時計一天)」。
4. 編號 12195B「Her-2/neu 螢光原位雜交（Her-2/neu fluorescence in situ hybridization(FISH)）」診療項目名稱修訂為「Her-2/neu 原位雜交（Her-2/neu in situ hybridization (ISH)）」。

五、散會：下午 16 時 20 分。

101 年度第 3 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議-發言摘要 報告事項

第一案

案由：「二代健保修法重點介紹」、「全民健康保險對象免自行負擔費用辦法」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬定辦法」。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- (一) 書面第 40 頁，配合重大傷病核發事後查證機制，如果審查不符合重大傷病範圍，應立即通知申請人，並撤銷或廢止重大傷病證明。現在醫療院所發現病患重大傷病效期過期但未直接註銷，醫療院所根本不知道，認定病患具有重大傷病身分，後來發現病患表示已被註銷身分，事後還要有醫療院所舉證，其實我們沒有辦法去舉證，所以最好是電腦上直接註銷。
- (二) 就像上次一位受刑人，在監獄受刑，可是他的健保卡根本沒有被鎖，還是一直來看病，但是醫療院所不知道，繼續讓他看門診、拿藥，但結果都核扣醫療院所費用。所以像這種健保局查到，就直接用電腦註銷，為預防未來可能發生這種問題，希望直接於電腦註銷。

黃專員小美

重大傷病如果被查證撤銷，電腦都會記錄，而且健保 IC 卡會馬上更新，所以醫療院所的醫師看病的時候，讀卡時無資料，表示病患不符合健保重大傷病人身分。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

這是最近才這樣改的嗎?之前醫院常發生這樣的事情。

黃專員小美

註銷作業，很早已經就有了。

林主任富滿（楊委員育正代理人）

書面資料第 38 頁，刪除申請書加蓋醫院印信得免附診斷證明規定。是否表示以後除了申請書外還要有診斷證明，因申請書和診斷證明部份欄位重複，有些醫院已把二者合併，修改後在執行面，會要求二者同時都要附，建議只要申請書上有診斷證明的內容，就可以免附診斷證明。

蔡委員淑鈴

有些醫院有合併有些沒合併，一般而言申請書和診斷證明二個都要有，但若醫院將兩項文件合併成一項，應屬個案認定。

林主任富滿（楊委員育正代理人）

我在這邊提出來，是擔心執行面會依條文要求，引發爭議。

蔡委員淑鈴

絕大多數醫院都是分開提出，個別醫院有特別的情形再做行政上權宜認定。

何委員博基

書面報告第 36 頁，醫事服務機構違規情節重大之特約醫事服務機構，視情節輕重，於一定期間不予特約，是否有規範，何謂輕重，請詳細說明一下。

蔡委員淑鈴

- (一) 所陳述的是強調母法的精神，是屬二代健保法的一部分，執行面在特約管理辦法及合約內，目前已完成修訂。
- (二) 事實上，母法規定之永不特約。執行上原對曾經累犯不予特約，規範是十年，大家覺得懲罰太重，經由討論共識後於特管辦法修正改成五年。

(三) 特約管理辦法還是有違約記點、扣減十倍等，並對情節的部分也有說明，輕微的以輔導為主，違約記點的規定，與過去是相同的。

徐院長弘正(童委員瑞龍代理人)

中風的重大傷病卡，依規定健保只核准一個月，但病人如果住院超過重大傷病有效期限，按照健保局的規定要切帳申報，但後來健保局查核實施再入院，將其納入計算，建議應將此情形排除，不應該當做次日再入院。

蔡委員淑鈴

次日再入院不會變成查核的對象，它是一個品質或審查指標，不會成為查核的指標。

徐院長弘正(童委員瑞龍代理人)

可能各分局的做法不一樣，各分局就特別調這個案子過來交給審查醫師審核。

蔡委員淑鈴

這個情形是審查，不是查核。

徐院長弘正(童委員瑞龍代理人)

但也不應該算成 14 日內再入院。

蔡委員淑鈴

特例是否排除，我們可以把它納入紀錄。

羅永達(謝委員文輝代理人)

(一) 書面資料第 35 頁，非有經濟能力但拒不繳納保險費者，未繳清，均不予暫停給付。可是今天很多不繳錢，連部分負擔也不繳，造成醫院很大的呆帳，而且是刻意，如果說將來母法這樣規定的話，那誰繳錢啊？

(二) 中低收入戶者或是家暴者，大家都可以理解，但現在多加一個非有經濟能力但拒不繳保險費者，均不予暫停給付，給醫院非常大的困擾，尤其遊民三天兩頭到醫院，喝完酒把醫院的急診室當成打點滴及醒酒站。

(三) 書面資料第 45 頁開會頻率，將來會議是三個月還是六個月開會一次。

蔡委員淑鈴

第 35 頁非有經濟能力但拒不繳保險費者，可能造成醫院的困擾，但是我們更困擾，因為我們要追繳他的保險費。

羅永達(謝委員文輝代理人)

部分負擔有沒有可能就包含在這裡面?部分負擔我們也損失，這個損失的原因是從健保來的。

蔡委員淑鈴

他要繳部分負擔啊!

羅永達(謝委員文輝代理人)

他沒有錢繳啊!

蔡委員淑鈴

呆帳指的是部分負擔?如果暫行拒絕給付的話，則要繳全額，呆帳不是更多嗎?如果我們暫停給付變成自費，那不是整筆呆帳?

羅永達(謝委員文輝代理人)

健保具有社會福利的特色，應該由公務預算或其他預算來補貼，現在由大家一起來承擔，尤其是守法的人來承擔。

蔡委員淑鈴

(一) 這是立法院通過條文但對醫院來講呆帳反而是減少的，對本局言是要去追繳這些人的保費。

- (二) 書面報告 45 頁，以後本協議會議改了名稱叫做給付項目及支付標準共同擬訂會議，目前是一季開一次協議會議，將來至少六個月開一次會議，這是最低標準，必要時需召開臨時會，意思是說還是可以一季開一次。

李醫師昭仁(莊委員維周代理人)

- (一) 剛剛何博基理事長提到停約處罰的母法不改嘛!那特管辦法在二代健保有什麼修正?
- (二) 最近轄區院所發生一個診所及醫院是密醫，醫院可能是其中一個部門發生的問題；而對診所來講是一個很大的懲罰。
- (三) 在屏東縣以鄉下偏遠地區佔多數，有時候農忙，年輕外出工作，有些狀況是不得已，無法按照規定做診療或給付，事情發生後，文我都看了，處罰也都看了，條文是相當完整，是按照特管辦法處理，我們沒有意見。
- (四) 如果未來二代健保在特管辦法有機會修正的話，是不是對偏遠農業地區能審慎評估與權衡。

蔡主席魯

李委員剛剛提到的是涉及到上次中南部 17 家醫院檢調查核密醫的問題，署長對此也有做反應，已進行檢討與修法，但目前尚未公告。

報告事項

第二案

- (一)案由：增修訂全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫診療項目「針灸合併傷科治療」之章節、診療項目及其相關通則案。

蔡主席魯

本案通過。

討論事項

第一案

案由：建議 101 年新增醫療費用支付標準診療項目討論案。

蔡主席魯

我們先討論第一項「身體約束之護理監測照護費」。

呂秘書長月榮(高委員靖秋代理人)

有關第一項「身體約束之護理監測照護費」我們在 6 月 20 日給付會議上提的是每次兩小時不大於五次，也就是總共不超過十小時，事實上在 7 月 27 日健保局找我們全聯會代表在討論的時候，我們還是維持這樣的建議，依紀錄我們還是支持每次兩小時不超過五次，總共不超過十小時，所以我這邊還是維持原來的建議。

蔡組長淑鈴

- (一)「身體約束之護理監測照護費」曾於 6 月 20 日之協議會議通過，但是這是新增項目，外界擔心造成誘因，誘發約束案件增加，所以我們暫緩預告。
- (二)本局與護理師護士公會開會討論，護理師公會還是堅持原來的五次、十小時，支付點數 930 點。
- (三)今年的預算有限，這次要新增的項目也非常的多，今年新增診療項目的預算是三億，上一次新增四項已經用掉一億，今天只剩下二億元，並不是三億元，二億元的所須涵蓋項目總共有 12 項，每一項也都非常的需要，所以如果有一項用了太多費用，其他項目就沒辦法在今天的會議中新增，所以是不是在兼顧大家需求之下，本項新增的項目先採保守支付，將來如果沒有如外界擔心的問題，需要修正時再來修正。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

- (一) 急性病患一般約束是在二個小時以內，但大部分都超過六個小時，我們現在這樣訂其實有很多死角，譬如說規定每班都要護理紀錄，但訂六個小時，哪有每一班都有護理紀錄。
- (二) 約束病人對病房是一個很大的負擔，因為要常常去看，因為被約束的病人無法按呼叫鈴，這種病患有點像全責制，所以對每個醫院來講是更大負擔，而不是更小的負擔，所以我比較支持護理全聯會的看法，
- (三) 對於護理人員負擔所造成的影響，無法呈現在 CMI 值或 DRG，但它呈現的是對個別護理人員的負擔，建議要求稍為從寬，每 2 小時支付為 186 點，乘以 3 是 558 點，所以不成比例，理論上至少要大於 558 點以上，兩個小時都已經 186 點，六個小時是乘以 3 就 558 點，建議支付 500 點，顯然是偏低，所以比較支持全聯會以 930 點支付，如果說財務上可以的話，希望能夠提高。

蔡主席魯

有財源的話，支付點數不會成為討論重點，問題是現在只剩下二億，請大家要稍微思考對財務的衝擊，因為這是一個新增項目。

郭特助正全(翁委員文能代理人)

這次新增監測照護費區分每一次、每一天，後面有註明不得與 45037C 或者 45040C 同時申報，45037C 一天一千多點，這樣的管制是可行的，但是不得與 45040C 就覺得很奇怪，45040C 給付是很低，每一次幾乎就大於每一天，這是筆誤？有沒有精神科的代表？

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

這一項剛剛很多人提出很多問題，這是第二次再討論了，若

健保局支持這個案子的話，是否可以讓委員更了解它的必要性在哪裡。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

就像適應症所寫的，有的是怕他躁動性拔管，評鑑要求每一班都要有護理紀錄，確實造成護理人員很大的負擔。

蔡組長淑鈴

- (一) 新增此項目是為回應護理界的辛苦及反映護理人力的投入。
- (二) 羅委員有提到說，乘上 3 應該是超過 500 點，可以把支付點數略提升至 600 點，財務還可以因應。

李醫師昭仁(莊委員維周代理人)

- (一) 護理工作是很辛苦的，如果在點數許可的範圍內，同意提高點數。
- (二) 應要在適應症做比較明確的規範，不要有浮濫使用的情形。

郭特助正全(翁委員文能代理人)

- (一) 比較具體的建議是，這個項目不得與 45037C，也就是精神科住院病人特別處理費每一天，不得合併申報。
- (二) 但 45040C 建議拿掉，因是一般的，約束的話是額外的，只要約束，一般的就不得報，這好像怪怪的，因為它給付不是很高，建議 45040C 的限制應該把它拿掉。

林視察淑範

第二部第二章第五節第四頁，最後兩項就是 45037C、45040C，45037C 精神科病人住院特別處理費-每天，一天是 1031 點，第二項是 45040C 精神科特別護理，每日是 129 點，而 45040C 的備註四不能與 45037C 同時申報，是因這兩項具有同樣的性質。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

45037C 是要特別約束，意思說精神科只能用這個申報，因為他不一定是綁起來或可能還要把他關起來，也就是說精神科的病人住在精神科病房，若約束則申報這個項目。

郭特助正全(翁委員文能代理人)

- (一) 45040C 不得與 45037C 申報，對原來規定不能與 45037C 申報，沒有意見。
- (二) 同意新增 47092C、47093C 不可與 45037C 共同申報，但 45040C 這個項目可能要討論。

蔡主席魯

- (一) 剛剛蔡組長與羅醫師有提到，就是 2 個小時 186 點，6 小時就乘以 3，可以在財務容忍的情況之下接受 600 點，這一點大家應都有共識。
- (二) 至於適應症跟相關的規範的部分，特助有提到，這一部分是不是可以把精神科排除掉就好，這個好像是 B 表，診所是不行，所以應該可以解決了。
- (三) 未來財務上許可的話，且執行後沒有產生太大的誘發，造成財務衝擊的話，後續可以再檢討。

林視察淑範

- (一) 會議資料第 53 頁，「即時反轉錄聚合酶連鎖反應 C 型肝炎病毒核酸基因檢測」，在 6 月 20 日給付協議會議，有委員提出二個問題，第一個是支付點數的問題，第二個是每人限申報一次，這樣的限制條件適不適當？
- (二) 本局建議內容是因為人的基因不會改變，但委員有提到 C 型肝炎基因會改變，所以限制每人申報一次是不適當的。經諮詢專家及價格的調查後，把原來的 2000 點調升到 2450

點，刪除備註適應症每人限申報一次。

王理事榮濱（盧委員世乾代理人）

對於第二點未做過基因型檢測的 C 型肝炎陽性患者。建議加個確認兩字，否則會造成申報爭議。

蔡組長淑鈴

加在哪裡？

王理事榮濱（盧委員世乾代理人）

加在第二點，未做過基因型檢測的 C 型肝炎陽性確認患者。因為確認就是 HCV RNA 陽性，才可以進入第一個步驟，不然沒辦法分析。

蔡主席魯

謝謝，沒有異議的話，我們繼續第 3 小項。

李醫師昭仁（莊委員維周代理人）

- （一）支付點數如果真正反應成本的話，應該是沒有反對的餘地。
- （二）關於適應症方面，因為 HCV RNA PCR test 在整個 C 肝過程從 acute 到 chronic 應該都是如此，因為這是在醫院做的，基層應該不干涉這個，但可讓我們了解學習。

王理事榮濱（盧委員世乾代理人）

HCV RNA Genotyping 有分 IA、IB，台灣最多為 IB，IB 對小分子的藥物比較有效，所以當你在分型上，IA 是台灣比較少，如果一開始不知道他是哪一型，走的方向不對的話，療程會浪費，會再重來一次，所以你要區分，不要浪費前面療程。

蔡主席魯

沒有異議的話，我們繼續第 3 小項，這個是有關緩和醫療家

庭諮詢費，針對本項支付請委員發表意見。

林主任富滿（楊委員育正代理人）：

- （一）第 4 點申報規定，是指只要有參與住院安寧療護居家或試辦方案，就不能申報這個項目，還是支付項目不能重複申報？
- （二）居家跟安寧共照是針對病人，與此項緩和醫療家庭諮詢費不同。故若這樣規範，表示安寧共照跟居家的醫師做家庭諮詢，但不能申報本項，對他們不公平，建議規範成不得重複申報，而非不能申報本項。

蔡組長淑鈴

- （一）本局有給付安寧的住院、安寧共照與安寧居家，規定多少時間內可以做幾次，可以對一個病人重複多次。
- （二）如果病人清醒，就可以直接跟他談，病人若不清醒，當然是跟家屬談，本項新增「緩和醫療家庭諮詢費」，係指的是沒有經過上述安寧諮詢的病人。例如在 ICU 的病人，ICU 的病人並不一定有經過安寧諮詢，但很緊急，必要時介入跟家庭諮詢，病人就不用再受苦了。
- （三）因此本項新增項目應該要與安寧相關支付拆開，要不然是重複的。
- （四）本項諮詢參與人員特別涵蓋家庭，是因 ICU 病人不清醒時需要與家庭成員談，如果病人清醒當然是可以一起談，目前很多醫院都在做，但是我們沒有給付，本項是新增，是希望用於末期病患以減少無效醫療。

陳高級分析師雪芬（林委員芳郁代理人）

只有在 ICU 嗎？

蔡組長淑鈴

沒有特別寫 ICU，但事實上 ICU 最常會用到。

蔡主席魯

- (一) 剛剛蔡組長把增加這項給付的背景跟相關考慮都已經跟大家報告，現在醫院確實有在做，但是健保沒有給付。
- (二) 同仁這些想法規範，是希望不會造成重複申報。就如剛蔡組長講的，病人受苦家屬也受苦，是否在適當時間點跟家屬談或是跟清醒狀態的病人談，要建立怎麼樣規範才是最好的？大家可以討論，我們也可以建立共識以後來增加給付。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

蔡組長說明我們清楚，只是這個適應症我不知道是專家學者提出來？這樣會誤導以為是寫現行住院安寧療護為主，還是說要寫得很白就是已經病重、末期或是多重器官衰竭的病人，是不是要寫得明白一些。

蔡組長淑鈴

其實適應症講的是任何末期的狀態，會寫安寧的疾病，是因安寧佔絕大多數，一般來說是末期狀態的病人。

蔡主席魯

請大家幫忙想一想。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

覺得有一些其他問題，不是 5 千多萬的問題而已。

馬院長漢光(謝委員武吉代理人)

我覺得新增訂項目很好，但有訂每一個案諮詢時間至少 1 小時。對醫療人員是個壓力，好像要拿碼錶計時算一個小時。

蔡組長淑鈴

根據我們諮詢執行的專家，實務作業上大都不只 1 小時。諮詢過程規定執行時間是反映品質的一種方式。

馬院長漢光(謝委員武吉代理人)

剛主席有講到，其實很多人沒有為了錢，就已經在做，新增本項只是個誘因，綁一小時會讓醫院跳入陷阱，沒滿那一小時，那怎麼辦呢？

蔡組長淑鈴

你的建議是？

馬院長漢光(謝委員武吉代理人)

不要限時間。

曾秘書長中龍(王志明委員代理人)

如果用十分鐘就成功說服家屬的給不給？如果按照這個規定是不給的，就太不公平了。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

- (一) 安寧醫療團隊比照共照的資格，到現在為止地區醫院不到五十家，將來要參加資格受訓，因目前訓練的時數、場地，到現在還未與醫院協會進一步討論。
- (二) 社區醫院有很多末期安養的病人，的確是有此需要，很樂見過程有規範。
- (三) 現在很多地區醫院大都無法參加，所以安養醫療團隊，受訓之時數可能要有所區別。

蔡組長淑鈴

這項寫的是緩和醫療家庭諮詢費，參與人員部份是寫重症

“或”安寧醫療團隊，換句話是重症醫師也可以執行本項，所以也考慮到沒有安寧醫療團隊醫院，本項最主要是醫師有跟家屬進行諮詢。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

所謂的重症，是有重症的執照?各科的主治醫師，例如：腸胃科或者心臟科，或許沒有拿重症醫學會的專科醫師，重症是指醫師還是病人？

蔡組長淑鈴

是醫師。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

ICU care 的不一定是重症的主治醫師。

蔡組長淑鈴

您建議要怎麼改？

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

既然沒有限定誰才能安寧諮詢，主治醫師就應該加入，沒有理由一定要重症執照才可以，這是不合理的。所以主治醫師跟病患或病患家屬談較合理。

蔡主席魯

這個可以再繼續討論。

蔣副召委世中(李委員明濱代理人)

(一)有個建議，任何病都有可能病危，中文名稱方面可不可以改成病危緩和醫療家庭諮詢費。第二點在適應症，應該改成住院病危重症之主要診斷且進入末期，最後參與諮詢參與人員：包括重症、病危或安寧醫療團隊。

(二) 除重症外，任何的癌症病房 terminal stage 皆應適用，很多病危的病人並不一定發生在 ICU 內。如果僅適用於緩和醫療，則被認為一定要 consult 緩和醫療科，這樣的美意在地區醫院可能遲遲得不到緊急病危緩和醫療家庭諮詢效果。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

病人開完刀後腸沾黏最後到末期，必須再找重症醫師跟他解釋，顯然不符合現在實際的狀況，建議醫療團隊、病患或病患家屬就可以，比較符合現行的作業。

馬院長漢光(謝委員武吉代理人)

目的是要減少醫療浪費，但其實這項在病房都可以做，不應該限制在重症。

蔡主席魯

蔣醫師提到病危緩和醫療家庭諮詢費，這句話大家同意嗎？病危，然後再去訂相關規範會比較能夠釐清。大家的看法怎麼樣？就是剛蔣醫師提到的先去釐清。

李醫師昭仁(莊委員維周代理人)

- (一) 醫院宗教團體給予開導說明，是緩和病人及家屬的緊張情緒，整個中文名稱想不出比較好的。
- (二) 諮詢人員這句有問題，只要是醫療團隊就可以處理。其實剛蔡組長講重症可能指的是重症的醫師，我覺得應該是重症的病人，是不是比較合理。

蔡組長淑鈴

- (一) 建議這個新增項目不要寫病危，還是寫緩和醫療家庭諮詢費，但是適應症是安寧療護的主要診斷，就是癌症末期、運動神經元等，可以再 general 就是重症病危病人進入末

期狀態者。

- (二) 相關規範諮詢參與人員包括主治的醫療團隊、病患及病患家屬。
- (三) 諮詢時間有人提到十分鐘就可以完成，生死問題真的沒有那麼容易，除非病人本身已經決定，不需要跟他諮詢，多一點時間是代表過程的品質。
- (四) 基本上，通常認真在做這件事的人，真的不只花一小時，甚至是好幾倍，時間背後代表的是諮詢品質，過程很重要，以諮詢時間之規定建議仍保留，但本局不會以此去稽查，看重的是過程，紀錄一定要完整且要簽名，這也是保護醫院。

羅院長永達(謝委員文輝代理人)

- (一) 諮詢時間依經驗通常都是多次而不是一次，且不一定會超過一小時，這樣會造成很大的一個麻煩，一小時是指單一次，還是指總共，那就很難去界定，通常病人有好幾個家屬，很難一次講完，實際操作的人是有困難的，這是一種信任原則，如果一定要寫時間，建議至少半小時。
- (二) 外界認為醫師看門診應該要多延長時間，但常不知道要跟病人講什麼，規定要講半個小時或講一個小時，可能都是在聊天，所以要有意義，開始試辦的時候用半個小時來寫。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

感覺上每個個案至少諮詢時間，好像不應是每次，而應該是累計的時間。

蔡組長淑鈴

新增支付本項後，目前尚難估計有多少的量，所以建議保守一點，建議每一個病人在一個醫院限申報一次，若病人需要多次諮詢，還是只限申報一次。

蔡主席魯

- (一) 剛剛蔡組長已經說明，現在我們沒有辦法預估申報的量，先作這樣的規範，以後還可以再檢討，如果效果很好，無效醫療就可以減少。
- (二) 因為現在只有二億內處理這幾件新增項目，可不可以先這樣子決定，大家之後還可以再作檢討。
- (三) 未來不一定在支付標準適應症或相關規範做檢討，也可以在相關執行面上檢討。是不是先按照蔡組長的說明，先執行，因為還需要考慮財務的問題。

王委員正坤

建議諮詢時間是不是再加上加總兩個字，每科諮詢時間加總時間至少一小時，這樣就解決大家的問題而且也很保守，累計加總就可以很多次。

蔣副召委世中（李委員明濱代理人）

那叔叔、阿公、阿嬤每個都要講一次，我覺得累計時數亦可以。

蔡組長淑鈴

這裡也沒有講一次還是多次。

蔡主席魯

就個案只能申報一次，規範就這樣寫，執行上如果有哪些要改進的往後再檢討。

蔡組長淑鈴

溝通品質好亦可減少醫療糾紛。

蔡主席魯

接下來新增項目「64281B 後足關節固定術、三關節固定術」、

「64279B 重行椎間盤切除術：頸椎、胸椎、腰椎」、「64280B 重行脊椎後融合術-有固定物」，大家有沒有特別意見？沒有意見就照案通過。

蔡主席魯

接下來新增項目「14082C 人類免疫缺陷病毒抗原/抗體試驗」，大家有沒有特別意見？

蔣副召委世中（李委員明濱代理人）

HIV Ag/Ab Test 主要是用在醫院，如果基層會用一定醫院附設診所，所以還是醫院為主，基層診所不主張開放，改成 B 表就好。

蔡主席魯

就改成 B 表「14082B」。

林視察淑範

基層診所的勾勾畫掉。

蔡主席魯

下一個新增項目，「54044C 耳石復位術」，大家有沒有特別意見？

蔣副召委世中（李委員明濱代理人）

改成 B 表好了，先讓醫院做做看，因為這是新增項。將來基層有必要再列入。

蔡主席魯

基層勾勾劃掉，全聯會自己有共識就好。

王執行秘書秀貞(林委員淑霞代理人)

(一) 抱歉，反應較慢，健保局在新藥進入健保支付前，都會有廠商洽訂有價量協商，而且如果有超出當時洽定量的時候

都會有應對調整機制。

(二) 本案的各項，健保局也都細心的列出預估執行量，而且討論時都說試做看看，不知確實會有多少量，又部分項目預估量僅有 30 次，對於這些重點項目是否健保局於執行一段時間後應向委員會報告各新增品項的執行情況

蔡組長淑鈴

每年的預算都有在作追蹤，不會每一項都去看，但是會加總起來，這個機制一直進行但不是單項去核對。

討論事項

第二案

案由：關於全民健康保險醫療費用支付標準第九部第一章 Tw-DRGs 支付通則修訂案。

蔡主席魯

討論事項第 2 案是 Tw-DRGs 支付通則文字修訂，請委員發意見。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

(一) 很遺憾這次支付通則二的修訂未將 8 月 23 日提出的意見來做修訂，就是通則二的「將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」的部分，現在各醫院針對 DRG 案件已經不知道該如何申報了，6 個分區又做不同的說明或要求，尤其很多的心血管疾病和骨科病人都是先到急診，做了很多的相關檢查與檢驗，以確診病患是否要住院或開刀等，但現在是只要門診或急診有相關的費用被審查到就整筆不給付，這是醫院無法接受的。

- (二) 有辦法將每一個 DRG 比照 Case payment，把必要診療項目都列出來嗎？例如手術要有手術醫令碼和麻醉等，如果無法列出，那什麼叫做屬當次住院範圍之相關費用？有的分局是 2 星期內的費用都算，有的分局是門急診當次轉住院且剛好是 DRG 的，如果有在急診申報就全部核刪，這真的是非常的不合理。不然就是將「違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付」的文字刪掉，因為真的不可能為了幾百元的檢查，例如一個骨科案件就因 400 點的攝影檢查而整筆 10 幾萬都不給付，另外有一個心臟病小孩的案例，因住院前一天不舒服到門診，該次門診費用未併報被審查到，後續的 40 幾萬住院費用也全都不給付了，雖然現在已經沒有放大回推了，但還是整筆醫療費用不予支付。DRG 已實施很久了，遊戲規則應講清楚，且 6 個分區有 6 個審查辦法與要求。
- (三) 今日的文字修訂我們都沒有意見，惟獨這一條希望健保局重新考量。

蔡組長淑鈴

- (一) 8 月 23 日討論的是自費特材的配套措施，當日 99% 的時間都在討論 DRG 下要如何收取自費特材，那是該次會議最主要的目的，最後我們要結束之前確實有人提出審查的意見。
- (二) 當日的會議決議是審查部分，因為涉另外一組的業務，無法當場做決定。所以今天就只針對 8 月 23 日的決議來修正支付通則，如果委員今天希望審查方式也併同修改的話，那就要請醫審小組來做說明，建議請玉敏科長做說明。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- (一) 去年 11 月與醫學中心協會討論 DRG 第 2 階段項目分類表時，已針對這一點特別提過，另外醫院協會也代表醫院提

出，希望這一條要處理，已經提很多次了。

- (二) 自費特材要修改支付通則，希望是否能一併修改，但健保局都沒有處理，感到很遺憾，是否可以要求保留這條。

陳科長玉敏

- (一) 先說明剛剛提到 6 分局審查不同，是因 DRG 與過去做 Case payment 的複雜度不一樣，所以支付標準無法訂出必要診療項目，這是事實，所以審查需回歸專業去認定什麼叫 shifting，必須個案專業認定，故不能說 6 分局的審查不同。
- (二) 如果認為個案的核減不合理，可依現行申復及爭審的救濟程序處理，尤其是在整件核減的部分，已特別要求要註明理由，這些都有做到。
- (三) 另剛提到說針對整件核減的部分是否應有所回應與處理，跟大家報告，在去年 10 月 4 日召開的特材自費會議後，已有回應，已與醫界討論並獲大家同意，因為整件核減對醫界的衝擊很大，所以在審查的部分做一些方式的改變，本來是隨機抽樣回推改成立意抽樣且不回推。
- (四) 在今年 1 月實施後，本來 DRG 的核減率約 9% 左右，現在改成不回推後，已經 1% 都不到了，這就是對大家所做的回應配套措施，如果今天回過頭來整筆核刪的通則要去修訂的話，那大家就要考慮是否審查方式也要跟著去改變，畢竟 shifting 是 DRG 支付制度裏必須要去防堵的一個問題，總要有一些方法，如果兩邊都不去處理的話，會不會有大家擔心的問題，可能大家要考慮一下。

郭特助正全(翁委員文能代理人)

- (一) 比較中肯的說明，剛才玉敏科長講的沒有錯，但有一些要符合比例原則，上次有幾個 case 在急診才 100 多元，結果整筆幾萬元都刪掉，醫審也有接受這樣的原則。

- (二) 今天醫界擔心的是這個字眼就是「整筆醫療費用不予支付」，剛剛醫審也說回歸醫療專業審查，所以希望這個字眼不要在這邊，建議是否可以修改「除病患同意使用符合全民健康保險特約醫療院所收取自費特材費用規範規定之特材外，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院」，如果真的違反規定就由醫審去審查。
- (三) 如發現大宗的都移到急診，當然整筆核刪掉，醫界也沒有話講，所以要看比例原則，同意醫審講的，事實上已有做一些改善，但是這字眼會造成大家的不安，是否把它拿掉。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- (一) 是最近發生在臺北分局的，很多病人在開刀後，病理組織檢查或細菌培養在出院當時結果尚未出來，等到結果出來時，本來醫院都在門診申報，後來有個醫院去向分局要求解釋說到底這樣的費用要在哪裡申報，結果臺北分局說病人住院期間的病理組織切片檢查或細菌培養，如果保險對象出院後經判斷需加做相關染色檢驗，其產生的費用同意比照門診排程方式申報，不需另加收保險對象的部分負擔，也就是說可以申報這項費用，可是現在卻因為這個而整筆 DRG 不給付。
- (二) 陳玉敏科長講的沒有錯，現在是有做一點修正，但這是 97 年就規定的，原來的 DRG 也沒有包含此項費用，結果因為併案審查後發現病理應該歸在 DRG 申報，每一個委員審查的方式不一樣，有的也不見得整筆都不給付，就像剛講的骨科的例子，就因 400 點的 X 光檢查而整筆 10 幾萬都不給付，這句話寫在上面還是很擔心。
- (三) 雖然這是不同組的事情，但已經提了很多次，希望能在這次一起處理，如果可以處理的話，其他的都看過沒有其他

的意見。

蔡主席魯

陳委員和郭委員提到的都是個案專業審查上的問題，醫審在通則的部分要怎麼處理？剛剛郭特助的建議你們接受嗎？

陳科長玉敏

如果把「整筆醫療費用不予支付」拿掉的話，審查還是要依上游的規定，但是，這條如果不寫在這裡(支付標準)，反而會落入陳主任剛剛講的各分局的處理情形不一樣，因為有的就整筆核刪，有的就部分核刪，還是要在支付通則裏規定。

蔡主席魯

有些個案還是需要專審醫師去看，此案只是通則性的規範，不是針對個案，個案當然可以申復和爭議，通則性就是說如果有出現通則二這樣的問題才會整筆，個案還是透過申復和爭議來處理。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

但是已經兩年了，這個問題是不斷的發生，難道健保局不能去考量如何做是比較好的嗎，不要造成醫院很大的困擾啦，因為等一下又發現什麼問題，又是整筆不給付，每一季的審核都會有這樣的問題發生，因為在總局大概都不知道，在各分局都會有。

蔡主席魯

有關通則這一段是不是還是照列，至於個案審查行政上或是一致性的這一點，再請醫審及藥材組召集各業務組去做一些相關的說明，這樣是不是可以比較好處理。

郭特助正全(翁委員文能代理人)

(一) 因為這個寫上去醫界會比較擔心，有沒有可能在審查規範

上針對 DRG 做一個比較明確規範，因為過去這樣不成比例的核減，整筆核掉，不寫還好，一寫上去大家都照這個，這是醫界比較顧慮的問題。

- (二) 是不是一定要寫這個字眼，在審查也有過例子可以整筆核掉，不當的申報方式是健保局的權責，本來就可以處理，以前沒有這個通則也是這樣在走，不是嗎？

陳科長玉敏

- (一) 現在所有的審查規範都是配合這個支付制度去訂，像剛剛提到說提早出院的，或是說兩案我們認為是第一案的品質問題，只會扣一案，但是這個通則是，違反規定去故意分次或是把應該要含在裡面的 shifting 出去，這個是不同的情況，針對甚麼樣的情況怎麼去處理，都有很明確的規則。
- (二) 大家剛剛提到很多都是個案在認定到底是不是移轉，移轉如果說個案要去訂比例原則，說多少錢才是整件扣，多少錢才不是，要訂也是在支付標準訂，否則到時候一定不一致，因為現在基本通則就講說你不能把該內含的東西把它 shifting 出去，或是分次，原則就是這樣子。
- (三) 目前符合這種情況就是整筆扣，當然剛剛有講到有些個案也許是在 borderline，那 borderline 就是用申復、用爭審去處理。

郭特助正全(翁委員文能代理人)

- (一) 按照剛才的討論，一定要比例原則，一個 DRG 五萬塊的 CASE，結果 100 多塊檢驗，不可能為了那 100 多塊去逃避、分次。
- (二) 在審查一定有一個原則出來，原來是有信心，不過剛剛這樣講又沒信心了，反而這個一定要拿掉。

林主任富滿(楊委員育正代理人)

- (一) 如果寫在支付通則，當分局審查未依照規範核扣，表示未依法執行。因支付通則明確規範，只要 DRG 個案有一個項目在急診或門診申報，依規則就該整筆核扣。
- (二) 我們擔心跟碰到最大的問題是，臨床上多數都不是刻意要轉移至急診申報，因某些疾病到急診就會依病情進行必要處置，若這樣寫在通則，除非用行政作業搬帳，否則就會落到違反支付通則，此將突增人事成本。
- (三) 呼應郭特助建議修改的內容，我再複誦一次，『各 Tw-DRG……所訂各項相關費用，除病患同意使用符合「全民健康保險特約醫療院所收取自費特材費用規範」規定之特材外，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院。只要這個規範在，後續回歸審查，若審查個案確實屬刻意移轉，即依專業核扣，亦達到原規範的目的。』

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- (一) 刻意是很主觀的認定，就剛剛常舉例的骨折，一定是先來急診照 X 光，甚至照 CT，最後確定要住院、要手術，這是故意嗎？
- (二) 除非可以明訂哪些診斷的檢驗在急診是可以做，或者哪些是不可以做，而且第二階段要做的就是 MDC5 跟 8，都是骨科跟心血管科，如果第二階段做了，90% 都已經進去。
- (三) 核退就很麻煩，如果這個不講清楚，所有的審查醫師都是主觀認定 shifting，不能每次都是申復，總是要想一個比較合理讓醫院可以遵循的遊戲規則，不要把醫院當壞人。

徐院長弘正(童委員瑞龍代理人)

- (一) 建議整體字眼把它修正，但是可以委由審查委員的共識後再去訂詳細的規則，讓醫院也有所依循，不要在這邊就一

定要判死刑，真的是一定會有很多誤診。

- (二) 因為我也是審查委員，如可以有總局審查委員討論審查共識那就更好，對 DRG 該怎麼處理由審查共識決定，可是這邊一定要修正整體刪除字眼。

蔡主席魯

有共識的就先照案通過，再請醫審及特材組召開有關 DRG 案件審查的共識後再來修正，不然有關特材自費的辦法就走不下去，好不好？

陳科長玉敏

- (一) 剛剛提到有一些可能在門診或急診做醫療服務項目，記得醫管在申報規定有改，就是說還是可以在門診跟急診做，但應該含在 DRG 裡面的費用併在一起，不要再另外申請費用，這樣子是 OK 的。
- (二) 通則是一個原則的規定，大家現在爭執的都是在個案認定上，是不是 shifting 的一個認定上的爭議。
- (三) DRG 就是訂不出必要診療項目，如果訂得出必要診療項目，今天大家就不會有爭議，但是因為訂不出必要診療項目，所以才交由專業個案去認定，通則應該就是跟這個原則一樣。
- (四) 在審查的部分，確實也已配合改變審查的方法，就是在實施的初期，大家還在磨合的階段，已經把回推的部分，從隨機抽樣改成立意抽審，希望在這段期間，大家再凝聚共識，如果有更細的規範出來的話，可以有一個通案性的，再去訂到規則裡，這樣以後就會越來越清楚。
- (五) 建議這個部分還是維持，因為今天假設說支付標準訂不出必要診療項目，審查一樣也是訂不出來，還是要 by 個案去看。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

- (一) 以上的說明讓醫院很擔心，之前 DRG 被審的都是真的非常不符合比例原則，我們兩邊真的是非常沒有共識，希望今天主席可以針對這個部份讓醫院安心一點，因為剛剛聽來聽坦白講，如果這樣不要做 DRG 了，做很明確的 Case payment 就好了。
- (二) DRG 變得你們也怕我們，我們更怕你們來核減，個人覺得這樣非常不妥適，而且對於最後一段，"違反本項規定整筆..."誰會覺得這樣是可能安心？

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- (一) 陳玉敏科長講的，醫管已經訂 DRG 門診作業，除非每一項都講，那些是應該報在那裡，像門診的病人是為要確診才會在門診做。
- (二) 如果要規範的話，SPR 全部要重算，像以前 Case payment，兩個禮拜以內門診做全部到 Case payment 申報，是要這樣嗎？
- (三) 遊戲規則要一致，現在各分區對審查有不一樣的作法，醫管有訂嗎？剛剛講說醫管已經訂了，DRG 就講出來哪些的項目是不能報的。

蔡主席魯

我們今天健保小組梁組長也在現場，是不是請他站在比較高的高度來表示一下意見。

梁委員淑政

- (一) 今天的重點是在討論自費特材支付方式，是不是先針對這一項先做處理。
- (二) 另有關刪除第二項「整筆醫療費用不予支付」的部分，其因涉及審查相關事項，比較複雜，有可能需要修訂審查辦，

因此需要整體檢討。這個議題是不是就放在下一次會議來做處理，否則會 miss 掉今天所要討論的重點。

陳高級分析師雪芬(林委員芳郁代理人)

如果不合理就不應該這樣做，在座很多位都有表達疑問，因為在提供醫療的現場就是有遇到問題，要能說服我們同時這個很困難。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

這個建議已經一年多了，但是醫審完全沒有動，既然要修改通則就一併修改。

徐院長弘正(童委員瑞龍代理人)

- (一) 剛剛主席的最後的結論比較好，沒有爭議的部分先通過，但是剛剛討論整體刪除的部分，希望列入下次討論議題。真的不了解，局裡面怎麼會那麼的堅持，今天就算是改成專業審查也不代表不整體去刪除嘛。
- (二) 在審查委員的共識裡面，也不是要訂每一個細項，只是說原則性的訂出來，各局的審查委員就有所遵循。

陳科長玉敏

而且醫審當初已經回應了，在審查的部分確實已經去做了一些改變，今天大家認為支付通則要改變，那到時候就審查的方式需一併檢討。

蔡主席魯

針對特材有共識的部分先通過，如果自費特材的規範，不把他寫在支付通則就變成下一步走不下去。是不是這兩個議題要稍微把他做切割，醫審的看法？

陳科長玉敏

- (一) 其實這一部分就是因為當初支付標準沒辦法訂必要項目，

所以希望有一些比較緩和的措施。

- (二) 在審查的部分也確實是配合改變了，核減率已經不到1%，在初期導入的時候，用這樣的方式去處理，慢慢的累積形成共識，再去訂成規則。
- (三) 不可能說兩邊，一邊改變了，又要把這邊也去改變，那要兩邊一起併同考量。

林主任富滿(楊委員育正代理人)

- (一) 回應一下郭特助剛剛的建議，如果這樣修改，根本不違反審查現況，請大家再聽聽看，就是從第3頁「所訂定各項相關費用除了病患同意使用符合(全民健康保險特約醫療院所特材規範使用)之外，醫療院所不得將當次住院範圍的相關費用移轉到門診急診或採分次住院或另行向保險對象收取費用」到那邊句點就好了。
- (二) 如果發現要整筆核扣，不曉得為什麼要堅持，而且又有規範說不可以怎麼樣不可以怎麼樣，其實這樣在支付通則，醫院也比較安心，審查要扣也可以。

蔡主席魯

那這個第二項就先不做修正維持原來的，劃線的部分還是...

蔡組長淑鈴

劃線的部分建議先通過。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

可是這樣子還是擺在這裡啊。

徐院長弘正(童委員瑞龍代理人)

- (一) 是不是就照主席講的，下一次開會一定討論這一條，這樣子比較安心一點，今天如果寫在那裡，每一個人都會很堅持那一部分。

(二) 我是審查委員，其實也有整筆刪除過 DRG 的部分，譬如說 DRG 只要不符合規定，後面的全部被刪除。

(三) DRG 的病人已經開始被歧視了，DRG 的病人要去看別科的時候，別科都非常的小心，不敢給他做進一步的照護，因為怕被集合起來被刪除，譬如 DRG 的病人後來要做復健都沒有辦法去做。

蔡組長淑鈴

(一) 今天的修正內容，是因應 DRG 下收取自費特材的規範，醫界非常殷切希望能夠進行公告，今天的修正內容都是依 8 月 23 日會議共識修訂。

(二) 建議請醫審小組能另行開會討論，討論若有共識，若涉及通則之條文要修正，第四季的協議會議就再提案修正。

郭特助正全(翁委員文能代理人)

針對有爭議的這一段，下次一定還要再討論，今天增加的這一部分，我想原則上還是通過。

蔡主席魯

就請醫審再召開 DRG 審查共識會議。

陳科長玉敏

建議請醫界先提原則，建議甚麼樣的審查方式，本局來討論看看。

蔡主席魯

請各醫學中心或是各學會提供意見，綜整以後再召開會議。本案就照最後的決議通過。

討論案

第三案

案由：修訂全民健康保險醫療費用支付標準編號 09121B「睪丸酯醇免疫分析」等 5 項診療項目案。

蔣副召委世中（李委員明濱代理人）

- （一）針對睪丸酯醇免疫分析，這目的是良意，主要大部分都用在攝護腺癌病患，做一些治療追蹤用，但在不孕症的一些男性也會有。
- （二）但對基層來講，現在已經開始增加性福不性福的門診，將來一但開放，就會衍生醫療需求，尤其現在西醫基層台北區和北區浮動點值大概在 0.87 到 0.89 左右時，暫不宜開放此方面檢查。
- （三）未來此項目檢查看怎麼訂適應症，有必要的話明年再討論，現在不開放還是維持在 B 表。

曾總放射師明宗（江委員銘基代理人）

- （一）第三項碎石震波術，因為牽扯到醫用 X 光透視機，操作人員資格必須有放射師，但這裡面並沒有列放射師在裡面，它實是需要。
- （二）裡面有一個透視 X 光機裡面，透視 X 光機的操作人員就必須要有放射師。
- （三）受訓只是針對泌尿科醫師，須去原能會受訓，並不是說針對放射師操作的資格。

陳特助瑞瑛（陳委員明豐代理人）

衛生局有一個規定，震波碎石術要有一個放射師資格。

曾總放射師明宗（江委員銘基代理人）

因原子能委員會規範，X 光機的操作必須有放射師在裡面。

蔡主席魯

查證如果確實有這樣規定，就把它加進去。0912B「睪丸酯醇

免疫分析」乙項，如果沒有其他人反對，就按醫師公會聯合會的意見改成B放，必要時再檢討。

何委員博基

- (一) 個人是贊成開放，因為婦產科醫師不孕症的case也不少。
- (二) 贊成B改C，因為才用100萬，但尊重總額成長率專案小組。
- (三) 應該站在婦產科立場，不孕症診所的病人診所蠻多的，去年CA-125開放EIA沒有通過，今年睪丸酯醇好不容易B要改C，應訂適應症，接受全聯會的決議，但個人認為婦產科需要開放睪丸酯醇。

蔡主席魯

是不是請全聯會檢討，訂定適應症，如基層婦產科有需要此項診療項目，不開放也有不妥適之處。

王委員正坤

- (一) 開放基層使用的話，皮膚科醫師做不完，因任何一個男人女人只要青春期都可以執行，一年不知道要做好幾百萬件、幾千萬件。
- (二) 應該要贊成開放才對，事實上，雄性荷爾蒙不見得高才雄性禿，是sensitive的問題，如果一個醫師想要增加收入，也會對每一個雄性禿的病人檢查雄性荷爾蒙。
- (三) 因為很怕induce的效用，覺得先暫不開放，但是還是可以再討論，有討論的空間。

林主任富滿（楊委員育正代理人）

書面資料74頁，氧氣帳的吸入治療-每天，改成(大於等於18小時計一天)。但其他呼吸治療處置項目，如氧氣吸入都是超過6小時就以天計，建議比照或有何理由，為何獨獨這一項要大於等於18小時才以天計。

林視察淑範

新增大於等於 18 小時計一天來由，是因為在爭審會對這個項目一直追蹤，現行支付標準只有寫每小時跟每天，對於每天的定義大家都不一樣，因為一天是 578 點，一小時是 33 點，相除之下是 17.5 小時，所以我們放寬到 18 小時。

林主任富滿（楊委員育正代理人）

（一）請看 57003C 跟 57004C，也是每小時跟每天，就是大於 6 小時就以天計。如果這樣規範的話，臨床上可能晚上用到隔天早上出院，就不能以天申報。

（二）建議比照其他呼吸治療處置項目，超過 6 小時以天計。

蔡主席魯

林委員建議說 6 個小時做一天計，可能有醫事機構用這個去爭議審議，所以爭議審議委員會才會要求訂定。

林主任富滿（楊委員育正代理人）

贊成定幾小時以上，但是因為原來就有規範的小時。

蔣副召委世中（李委員明濱代理人）

小兒科也需要氧氣帳，治療細小支氣管炎嬰幼兒，不見得就要訂定每天大於等於用到 18 小時，計一天之規定。事實上有時候小孩子根本不願意待在裡面，待 6 小時就想鑽出來，且母親就得陪嬰幼兒在氧氣帳內一起睡覺。所以每天氧氣帳吸入治療時間不要定死，應該在一定範圍之內。

蔡主席魯

給一些建議如何訂定，六到十二，十二到十八。

林主任富滿（楊委員育正代理人）

氧氣吸入一小時 30 點，超過 6 小時以天計 360 點也不對等，現況就是如此。反而氧氣帳一小時才 33 點，一天才 500 多點，

給付已太低，建議比照其他項目大於 6 小時以天計。

馬院長漢光(謝委員武吉代理人)

要實證醫學，如果沒有根據應該是 6 小時會比較好，因為這樣子像誘導醫院一定要放，這個是違反醫學，除非有實證，所有的大人小孩都是通則，其實等於浪費資源而已，因為氧氣還是滿需要錢的。

蔡主席魯

就訂大於 6 小時。

王執行秘書秀貞(林委員淑霞代理人)

請問 50023B 及 50024B 為何突然會將醫療機構條件及操作人員資格列入支付標準表?可以告訴我們原因嗎?

林視察淑範

- (一) 體外震波碎石術為什麼要增加醫療機構的條件跟操作人員資格，是因為體外震波碎石原來在衛生署的特定醫療技術檢驗檢查醫療儀器施行或使用管理辦法裡面規範的。
- (二) 管理辦法在 4 月 16 日修訂，因衛生署認為 ESWL 技術已經純熟，不需要再由衛生署來管理，已經刪除規定。
- (三) 但泌尿科醫學會會來文強烈建議，認為 ESWL 的品質必須要兼顧，希望能夠在一個地方管理，所以建議放到支付標準，把原來的規定搬過來持續辦理。

馬院長漢光(謝委員武吉代理人)

剛剛說是不是一定操作 X 光機要有放射師，如果醫師有受過這個訓練，是不是要放射師不一定喔，還是請局查一下。

蔡主席魯

剛剛蔣委員給的意見會去查證，查證如果確實有明訂會訂定。

曾總放射師明宗(江委員銘基代理人)

- (一) 醫院對於輻射的應用，事實上有一些很浮濫，現原子能委員會對於輻射的品管要求非常嚴格，包括現在 CT 導入品管，將來透視 X 光機也必需導入，醫院只有放射師有辦法做品管。
- (二) 泌尿科醫師受訓 10 幾個小時，對於輻射方面並不是完全了解，平常的保養校正，還是必須要有放射師來做，以目前在醫院看到的情形，沒有放射師的話，很多影像的品質是有爭議的。

蔡主席魯

這一點同意，剛剛接受你的意見，會去查證，是原來設置標準就有，還是在各縣市衛生局有關輻射的規定，只要有就會把他列進來。

曾秘書長中龍(王委員治明代理人)

- (一) 57019C 每天 1 小時 33 點是不是把他提高，因為 1 天 6 小時就用一天來計 578，一小時 90 幾點，東西用越多應該價格越低才對，現在反過來，以後是不是每個人只要用 6 小時以上，反正就每一個病患都用 6 小時就好了。
- (二) 個人建議，這一塊在邏輯性上是有點奇怪，倒不如每小時像剛剛蔣委員講的，費用成本其實是高的，每一個小時乾脆點數拉高，只要核算點數，如果要給 578 點是一天的話，假如是 10 小時，就大概給 578 點，一天 10 小時以上就給 578 點，這樣比較合理，不然這個真的出去，人家在看說奇怪怎麼會有這種支付方式，這真的是滿奇怪的。

蔡主席魯

- (一) 你的意見當然也是很合邏輯，先暫時這樣定，因為原來的支付標準裡面是沒有，關於氧氣暫時這樣定，醫生不會故

意把不需要氧氣，一定要讓病人吸氧氣，專業上絕對相信醫生不會這樣。

(二) 而且吸太多氧氣也不是一定很好，所以相信醫生，還是當成是有需要才會去使用，所以會訂這剛剛同仁也講了背景是因為有人拿這個去爭議，爭議審議請本局定義，就這樣通過。

曾秘書長中龍(王委員治明代理人)

其實不是懷疑醫生啦，經營者有時候會做甚麼也不知道。

馬院長漢光(謝委員武吉代理人)

用氧氣一般不會超過 6 小時，請大家放心，大家沒有太計較這個錢，如果真的計較下去，當然以後可以用碼表，用多少算多少錢，可是難度真的很高，請相信臨床醫生不會隨便給病人用氧氣。

蔡主席魯

如果沒有其他臨時動議，我們今天會議就到這裡結束，謝謝。