

「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」

112 年第 1 次會議紀錄

時間：112 年 3 月 30 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良（下午 4 時 35 分至 5 時 17 分李副署長丞華代）

紀錄：蔡孟芸

彭代表家勛	彭家勛	陳代表俊良	陳俊良
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	黃啓嘉(代)
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
游代表進邦	游進邦	黃代表克忠	黃克忠
李代表佳珂	李佳珂	謝代表偉明	謝偉明
陳代表志忠	陳志忠	劉代表淑芬	劉淑芬
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	李代表承光	李承光
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	林桂美
朱代表文洋	朱文洋	吳代表茂昌	吳茂昌
朱代表益宏	朱益宏	陳代表淑華	陳淑華
李代表紹誠	李紹誠	李代表永振	李永振
林代表恒立	林恒立	何代表語	何語
王代表宏育	王宏育	陳代表杰	陳杰
黃代表振國	黃振國	陳代表莉茵	陳莉茵
賴代表俊良	賴俊良	陳代表振文	(請假)
洪代表德仁	洪德仁	施代表壽全	施壽全
吳代表清源	吳清源		

列席單位及人員：

中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、吳韻婕、黃瑋絮
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
台灣醫院協會	吳昱嫻、顏正婷、吳心華、 許雅琪、王秀貞
醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中 心醫院	鍾邑林、林嘉莉
台灣神經創傷暨重症學會	石富元
台灣神經學學會	王嚴鋒、吳逸如
台灣放射腫瘤學會	趙興隆
社團法人台灣兒童心臟學會	陳俊安
花蓮慈濟醫院	張睿智
中華民國心臟學會	李永在
臺灣病理學會	賴瓊如、杭仁鈺
台灣泌尿科醫學會	顏敬恒
台灣乳房醫學會	葉顯堂
臺灣燒傷暨傷口照護學會	黃慧夫
中華民國癌症醫學會	陳偉武
社團法人臺灣皮膚科醫學會	趙曉秋
台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會	姚宗杰
台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會	李志宏
中華民國血液及骨髓移植學會	李啟誠、蔡承宏
台灣腎臟科醫學會	許永和
黃尚志副院長	
宋俊明主任	

台灣急診醫學會	王斯弘
台灣護理學會	張麗銀
社團法人台灣居家護理暨服務協會	陳素珍、邱青萸
台灣居家醫療醫學會	王維昌
台灣在宅醫療學會	陳家宏
財團法人醫藥品查驗中心	張慧如、賴美祁、朱素貞、 謝東穎
衛生福利部國民健康署	魏璽倫、林莉茹、徐翠霞、 許幼欣
衛生福利部疾病管制署	李佳琪、馮琦芳、曾毓珊
衛生福利部全民健康保險會	邱臻麗、林劭璇、盛培珠
衛生福利部社會保險司	白其怡
本署副署長室	李丞華
本署主任秘書室	張禹斌
本署醫審及藥材組	張淑雅、杜安琇
本署醫務管理組	黃兆杰、劉林義、張作貞、 陳依婕、許博淇、王智廣、 劉立麗、葉若涵、蔡金玲、 黃聖峯、黃思瑄、陳玫吟、 吳倍儀、蔡政玲、何懿庭、 顏其敏、周筱妘、楊庭媽、 蔡孟好、張艾琪、宋思嫻、 林煜翔、蘇明雪

一、主席致詞：略。

二、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形：

(一) 會議紀錄：

1. 為避免閱讀者誤解，依與會代表意見，每項提案紀錄分為說

明段、決定或決議段，將修訂重點寫於說明段，報告案照案通過則於決定段書寫洽悉，另代表提出不同意見所做成修正，於決定或決議段敘明。

2. 與會代表建議上次會議紀錄中討論事項第二案酌修文字，原「收案條件：陸、二收案注意事項」修改為「收案條件：陸、二、收案注意事項」。

(二) 會議程序：統一本署對外召開各項會議議程，依次為主席致詞、確認上次會議紀錄、報告事項第一案為「歷次會議決議事項辦理情形追蹤」，並請本署企劃組訂定一致性規範並周知全署依循辦理。

(三) 決議事項辦理情形：

1. 修訂「全民健康保險急診品質提升方案」（序號 1）：本方案之修訂已列為本次會議報告案，爰先予解除列管，再依本次報告結果於下次會議追蹤。另考量本案係依與會代表建議，每半年(每年第 1、3 次會議)於本會議呈現「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」執行情形，後續將列為報告案定期報告。
2. 增修「學齡前之兒童特殊家庭功能評估」等診療項目案(序號 2)：19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」研議訂定審查注意事項，尚在研處中，爰本案改為繼續列管。
3. 其餘項目依議程所列解除列管。

三、優先報告案：112 年-113 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」議事規範。

說明：因應本會議新一屆期委員甫遴聘，向本會議代表宣讀本會議相關規範重點，若代表有應自行迴避相關議案之討論，請自行迴避。

決定：洽悉。

四、討論事項：

(一) 增修「直腸癌術前低分次放射治療」等 56 項診療項目案 (詳附件 1, P8-P29)。

說明：修訂重點如下：

1. 新增「直腸癌術前低分次放射治療」、「慢性偏頭痛肉毒桿菌素注射技術費」、「難治型顱內高壓之低溫療法-首日/第二至七日(每日)」等 4 項。
2. 修訂 36021C「3D 電腦斷層模擬攝影」等 33 項支付規範文字、19 項腹腔鏡相關手術支付規範刪除廠牌名稱「達文西」相關文字，未來所有機械手臂輔助手術之手術費均得比照胸(腹)腔鏡手術費用申報。

決議：

1. 修訂 68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」醫院條件門檻，為明確案例數計算方式，修改為「過去三年每年平均或近一年」。
2. 同意修訂 39023B「肉毒桿菌素注射費」之特定適應症每療程申報注射上限，另考量支付規範中「局部肌張力不全」部位廣泛，修改為「斜頸症」。
3. 放寬 29009C「乳房細針穿刺」及 29035B「乳房病灶粗針穿刺組織切片(單側)」申報次數，為使申報方式更臻明確，修改為「單一病灶限申報一次，兩個以上病灶限申報二次」。
4. 修訂 49031B「留置性導便裝置」將所需高價醫材包裹於診療項目支付，與會代表建議依特材收載流程研議，另成本應重新訪價及考量疫情影響調整浮動點值估算方式。
5. 30022C「特異過敏原免疫檢驗」與會代表表示西醫基層適用範圍應考量臨床需求並明確定義後再議，爰醫院部門先予通過支付規範修訂，並於一年後追蹤該項執行情形，西醫基層暫保留。
6. 餘項目照案通過。

(二) 新增「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」(詳附件 2, P30-P51)。

說明：為提升大腸癌、口腔癌、子宮頸癌、乳癌、肺癌篩檢結果為疑似異常個案之追蹤及確診品質，院所如完成院內轉介或院外轉診、追蹤確診、健保申報及登錄衛生福利部國民健康署「癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統」，支付追蹤管理費(400-800點)、診斷品質管理費(1,200-1,700點)。

決議：

1. 同意新增本計畫。
2. 申請本計畫大腸鏡診斷管理品質費者，如發現息肉當次未予切除者需記錄理由，另須將大腸鏡檢查報告上傳。
3. 原篩檢院所依本計畫規定以健保電子轉診系統進行跨院所轉診者，請確診院所依規範期間回復確診結果予原篩檢院所。
4. 請本署與國健署參考與會代表建議，共同研議資訊面(癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統、電子轉診平台等)提升效率之可行性。
5. 由本署業務單位依決議事項酌修文字。

(三) 新增「慢性傳染病照護品質計畫」。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

(四) 有關運用 112 年西醫基層總額預算調整門診診察費案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

(五) 有關 112 年醫院總額部門專款項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」運用方式案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

(六) 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫修訂草案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

五、報告事項：

(一) 西醫基層總額增修開放表別項目案。

決定：因時間因素，保留至下次會議報告。

(二) 修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。

決定：因時間因素，保留至下次會議報告。

(三) 有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護通則新增「機構」定義案。

決定：因時間因素，保留至下次會議報告。

(四) 有關全民健康保險醫療費用審查注意事項部分條文增列至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準案。

決定：因時間因素，保留至下次會議報告。

(五) 修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版 112 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。

決定：因時間因素，保留至下次會議報告。

六、臨時提案

(一) 有關恢復實施醫院門診診察費合理量案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

(二) 西醫基層總額增訂「頸動脈聲圖檢查」開放表別項目案。

決議：因時間因素，保留至下次會議報告。

七、散會：下午 5 時 52 分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二節 住院診察費

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
02025B	<p>出院準備及追蹤管理費</p> <p>註：</p> <p>1.醫事機構條件：須設有出院準備服務小組，定期召開會議，檢討、修訂出院照護計畫架構、流程等，並能具體解決問題，且記錄完整。</p> <p>2.服務項目：</p> <p>(1)出院準備服務計畫：提供營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊，提升病人及家屬居家自我照顧能力、提供生活適應訓練、社會經濟及心理層面諮詢等疾病相關之計畫及指導。</p> <p>(2)每位個案應進行一次以上之跨團隊溝通協調。</p> <p>(3)評估個案需求，協助轉介全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群、各類居家照護、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、長照機構等後續照護資源。</p> <p>(4)提供電話專線諮詢服務。</p> <p>(5)出院後電訪追蹤至少一次。</p> <p>3.支付規範：</p> <p>(1)醫事服務機構應檢附計畫書(敘明收案對象及執行方式)及專業團隊名單向保險人分區業務組申請核備後執行。</p> <p>(2)每人每次住院得申請一次。</p> <p><u>(3)排除出院後轉往同體系院所住院之案件。</u></p> <p>4.品質監控指標：同一疾病三日內再急診比率(含跨院)、同一疾病十四日內非計畫性再住院率(含跨院)。</p> <p>5.施行本項須依保險人公布之「02025B出院準備及追蹤管理費作業規範」辦理。</p>		v	v	v	1500

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
02027B	器官移植協調管理費 註：本項須併同下列器官摘取或移植手術之診療項目申報，不得單獨申報。 (1)器官摘取：68034B、68038B、75021B、75022B、75419B、76018B、76019B、73050B、75034B、76036B。 (2)器官移植：68035B、68037B、68047B、75020B、75418B、76020B、73049B。 <u>(3)異體骨髓/周邊造血細胞移植：94201B、94206B。</u>		v	v	v	5000

第三節 病房費

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支 付 點 數
03010E	加護病床 ICU (床/天)					
	--病房費				v	2852
03011F				v		2406
03012G			v			2406
03104E	--護理費 (第一天)				v	6131
03105F				v		5171
03106G			v			3868
03047E	--護理費 (第二天起)				v	4716
03048F				v		3978
03049G			v			2975
	註：1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。 3.使用加護病床患者以下列為限： 1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。 2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。 3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。 4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。 5)危命性不整脈（含心搏暫停後）患者。 6)休克患者。 7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。 8)急性中毒性昏迷患者。 9)肝硬化性肝昏迷患者。 10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。 11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。 12)癲癇重積症患者。 13)急性顱內壓增高危及生命者。 14)急性腦幹病變者。 15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。 16)新生兒黃膽過高需換血者。 17)出生體重低於一千五百公克之極度早產兒。					

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支 付 點 數
	<p><u>18)兒童進行高風險侵入性處置或手術，需加強監測或醫療者。</u></p> <p>18)其他危篤重症危及生命者。</p> <p>4.入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出：</p> <p>1)血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量··)。</p> <p>2)脫離呼吸器。</p> <p>3)病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。</p> <p>4)合併症已穩定控制者。</p> <p>5)已脫離急性期不需加護醫療照護者。</p> <p>6)家屬要求自動出院者。</p>					

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12214)

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
12207B	<p>白血病即時定量聚合酶連鎖反應法 RQ-PCR(Real Time Quantitative PCR)for leukemia</p> <p>註： 1.適應症： (1)含有BCR-ABL1之慢性骨髓性白血病(chronic myelogenous leukemia, CML)與急性白血病。 (2)含有PML-RARA、RUNX1-ETO、與CBFB-MYH11之急性骨髓性白血病(acute myeloid leukemia, AML)。 2.支付規範：限具有通過CAP(美國病理學會，The College of American Pathologists)或TAF(財團法人全國認證基金會 Taiwan Accreditation Foundation)認證之分子實驗室院所申報。 <u>3.執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。</u></p>		v	v	v	3571

第十一項 呼吸機能檢查 Respiratory Function Examination (17001-17024)

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
17024B	<p>胸部電阻斷面造影 Chest electrical impedance tomography</p> <p>註： 1.適應症：入住加護病房，且為柏林定義中重度急性呼吸窘迫症候群病人 (ICD-10-CM：J80)。 2.限內科、外科、麻醉科、兒科、急診醫學科、神經科及神經外科專科醫師執行。 3.須醫師及呼吸治療師在場共同操作，隨時提供必要之緊急措施。 4.執行本項至少需有十六個以上胸帶電極數，且執行本項時間至少六十分鐘，並應於申報時填寫執行起迄時間。 5.需檢附「胸部電阻斷面造影報告」備查。 6.每次住院以申報一次為原則，至多申報二次，並應於病歷敘明重複執行之原因。</p>		v	v	v	3883

第二十二項 診斷穿刺 Diagnostic Puncture (29001-29035)

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
29009C	乳房細針穿刺 Breast fine needle puncture <u>註：</u> 1.以病灶為單位，單一病灶限申報一次，兩處以上病灶限申報兩次。 2.無論側性或病灶數，影像導引設備僅得申報一次。	v	v	v	v	524
29035B	乳房病灶粗針穿刺組織切片(單側) Breast lesion core needle biopsy (unilateral) <u>註：</u> 1.適應症： (1)乳房惡性腫瘤Malignant neoplasm of breast。 (2)良性乳房發育不良Benign mammary dysplasia。 (3)乳房炎性疾患Inflammatory disorders of breast。 (4)乳房肥大Hypertrophy of breast。 (5)乳房腫塊Unspecified lump in breast。 (6)乳房其他疾患Other disorders of breast。 2.若須使用影像導引設備，得另申報編號19007C、33005B、33085B等導引項目。 3.申報時需檢附當次病理報告。 4.以病灶為單位，單一病灶限申報一次，兩處以上病灶限申報兩次。 5.無論側性或病灶數，影像導引設備僅得申報一次。		v	v	v	1623

第二十三項 過敏免疫檢查 Allergy Immunologic Test (30001-30030)

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
30022C	<p>特異過敏原免疫檢驗 Specific Allergen Test</p> <p>註：</p> <p><u>1. 限確診限IgE(12031C)大於其標準值或過敏原定性檢驗(30021C)異常，且為確認診斷Asthma、過敏性鼻炎者或未滿三歲者、異位性皮膚炎、其他IgE-mediated疾病(含急性蕁麻疹、食物或藥物過敏或全身性過敏)者申報。</u></p> <p><u>2. 一年內相同過敏原不可重複申報本項。</u></p> <p><u>3. 一年內以申報一、兩次為原則，若有特殊情況需增加檢測次數，應於病歷記載檢查之適應症並檢附相關資料佐證，並以四次為限，申報超過兩次以上者，應加強審查。</u></p> <p><u>4. 屬西醫基層總額部門院所，限確診為Asthma、過敏性鼻炎者或未滿三歲有異位性皮膚炎。</u></p>	v	v	v	v	1620

第二節 放射線診療 X-RAY

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

一、放射線治療 Radiation Therapy (36001-3602~~3~~4)

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
36021C	3D 電腦斷層模擬攝影 註： <u>1.適應症：放射治療前所實施之必要檢查及治療設計。</u> <u>2.含電腦斷層攝影費用。</u>	v	v	v	v	8500
<u>36024B</u>	<u>直腸癌術前低分次放射治療</u> <u>Rectal cancer preoperative intensity-modulated hypofractionated radiotherapy</u> 註： <u>1.適應症：</u> <u>(1)AJCC臨床分期大於等於T3或骨盆腔淋巴結陽性(N+)之直腸惡性腫瘤(C20)或直腸乙狀結腸連接處惡性腫瘤(C19)。</u> <u>(2)AJCC臨床分期T1N0或T2N0之下段直腸(距肛緣5cm以內)惡性腫瘤。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)申報時需檢附「治療計畫、病理和影像診斷報告」備查。</u> <u>(2)本療程採包裹給付，如未執行完全療程，依療程次數五次，按等比例核扣點數。</u> <u>(3)執行頻率：每人終生僅可執行一次。</u> <u>(4)手術後復發之病人如須再次(salvage)骨盆腔放射治療，不得執行本項。</u> <u>(5)不得同時申報：33090B、36001B、36002B、36004B、36005B、36011B~36013B、36015B、36018B~36020B、36021C、37006B、37013B~37016B、37030B、37046B。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>204966</u>

第三節 注射 Injection (39001~390256)

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
39023B	<p>肉毒桿菌素注射費</p> <p>Botulinum toxin local injection</p> <p><u>註：</u></p> <p><u>1.下列適應症，每個注射點得申報一次注射費，每個療程申報之注射費上限如下：</u></p> <p><u>(1)半面痙攣(G51.3)：4點(次)。</u></p> <p><u>(2)眼瞼痙攣(G24.5)：6點(次)。</u></p> <p><u>(3)斜頸症(G24.3、M43.6)：8點(次)。</u></p> <p><u>2.非上述任一適應症，僅可申報一次。</u></p> <p><u>3.支付規範：</u></p> <p><u>(1)需符合「全民健康保險藥物給付項目及支付標準第6編第83條之藥品給付規定第1節神經系統藥物1.6.2.Botulinum toxin type A-使用於眼瞼痙攣或半面痙攣或局部肌張力不全症」之使用條件。</u></p> <p><u>(2)不得同時申報：39026C。</u></p>		v	v	v	200
39026C	<p>慢性偏頭痛肉毒菌素注射技術費</p> <p>Botulinum toxin injection for chronic migraine</p> <p><u>註：</u></p> <p><u>支付規範：</u></p> <p><u>1.需符合「全民健康保險藥物給付項目及支付標準第6編第83條之藥品給付規定第1節神經系統藥物1.6.2.Botulinum toxin type A-慢性偏頭痛之預防性治療」之使用條件。</u></p> <p><u>2.不得同時申報：39023B。</u></p>	v	v	v	v	3664

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~47107)

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
47079B	癌症治療計畫諮詢規劃費 Cancer patient treatment planning and Consultation 註： 1.本項包含病人病情及體能狀況、最適合治療方式、住院及門診追蹤之配合度、預後因子、心理調適、經濟、工作、信仰、家族...等之諮詢、評估、計畫、治療建議、情緒處理及引導....等。 2.限病理診斷確定為癌症或復發之病人依治療計畫於治療完成時申報一次，惟肝癌病 毒 人無法施行病理組織檢查，得以影像合併腫瘤標記數值確定者比照申報。 <u>原位癌病人經多專科醫療團隊討論及安排後續治療追蹤，於治療完成時申報一次且申報時應於病歷上詳載相關會診紀錄及治療計畫等備查。</u> 3.提升兒童加成項目。		v	v	v	2800
47037B	冰毯 Ice blanket — 未滿十二小時 under 12 hrs.		v	v	v	413
47038B	— 十二至二十四小時 12~24 hrs. 註： 1.提升兒童加成項目。 2. <u>不得同時申報：47081B、47082B。</u>		v	v	v	780
47039C	熱敷或冷（冰）敷 Hot pack or cold/ice pack 註： 1.每日最多申報四次。 2. <u>不得同時申報：47081B、47082B。</u>	v	v	v	v	28
47094B	心跳停止之低溫療法 — 第一天 (≤二十四小時)		v	v	v	9521
47095B	— 第二天 (>二十四小時~≤四十八小時)		v	v	v	1575
47096B	— 第三天 (>四十八小時) 註： 1.適應症：心跳停止患者，進行復甦急救後意識仍不清者(GCS<8)或無遵循口頭醫囑 (motor<6)。 2.排除條件： (1)恢復自發性循環大於十二小時。 (2)腦出血。 (3)收縮血壓<90mmHg。 (4)大量活動性出血。		v	v	v	1575

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
	(5)無法終止的致命性心律不整。 (6)在心跳停止前即有失智或長期意識障礙。 (7)末期疾病。 3.支付規範： (1)總治療療程為三天。 (2)不得同時申報項目：47037B「 冰毯未滿十二小時 」、47038B「 冰毯十二至二十四小時以內 」、47049B「 自動體溫控制床使用費 」、47081B、47082B。 (3)特殊材料費另計。					
47097B	週產期新生兒低溫療法 — 第一天 (≤二十四小時)		v	v	v	10000
47098B	— 第二天 (>二十四小時~≤四十八小時)		v	v	v	3994
47099B	— 第三天 (>四十八小時~≤七十二小時)		v	v	v	3000
47100B	— 第四天 (>七十二小時)		v	v	v	3000
	註： 1.適應症，須符合下列三項： (1)出生週數≥三十六週。 (2)事件發生後六小時內實施。 (3)出生後有「中等嚴重度」至「重度」腦病變之證據，且有下列任一項之情形： I.出生後一小時內嚴重酸血症(severe acidosis)，血液PH值≤7或base deficit≥16mmol/L(採血來源：動脈血或靜脈血均可)。 II.出生十分鐘時的Apgar分數≤5分。 III.出生後持續急救至少十分鐘。 2.支付規範： (1)總治療療程為四天。 (2)不得同時申報：47037B「 冰毯未滿十二小時 」、47038B「 冰毯十二至二十四小時以內 」、47049B「 自動體溫控制床使用費 」、47081B、47082B。 (3)特殊材料費另計。					
47081B	<u>難治型顱內高壓之低溫療法</u> — 首日		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>6057</u>
47082B	— 第二至七日(每日)		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>2505</u>
	註： 1.適應症：因下列原因造成之顱內高壓，以傳統治療方式如：頭部抬高30度、降腦壓藥物、開顱手術、深度鎮靜且ICP仍處於 <u>20mmHg>10 min</u> 者，皆無法使顱內壓降低： <u>(1)出血性中風。</u> <u>(2)次重度或重度腦創傷 GCS 小於等於12。</u>					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p><u>2.禁忌症：</u></p> <p><u>(1)任意原因引起之休克。</u></p> <p><u>(2)在意外前即有失智或長期意識障礙。</u></p> <p><u>(3)腦死。</u></p> <p><u>(4)自發性低體溫者<32°C。</u></p> <p><u>(5)顱內有占據顱內空間病灶如血塊、腦水腫、水腦症等，符合手術適應症，但未進行手術者。</u></p> <p><u>(6)嚴重感染者。</u></p> <p><u>(7)呼吸窘迫症候群。</u></p> <p><u>3.支付規範：</u></p> <p><u>(1)限 ICU 執行。</u></p> <p><u>(2)同次住院，限申報「首日」一次，「第二至七日(每日)」至多六次。</u></p> <p><u>(3)申報時需檢附生命徵象及藥物使用紀錄。</u></p> <p><u>(4)不得同時申報：47037B、47038B、47039B、47094B~47096B及 47097B~47100B。</u></p> <p><u>4.限神經科、神經外科、兒科專科醫師執行。</u></p>					

四、泌尿系統處置 Urinary Treatment (50001-50036)

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
50023B	尿路結石體外震波碎石術 Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) for urolithiasis 第一次 first time		v	v	v	26920
50024B	第二次 second time 註：1.包括下列項目 including following items (1)治療費 treatment fee (2)一般材料費及特材費（不得再申報電擊棒之特材費用） general material fee & special material fee (3)機器維護費 machine maintenance fee (4)手術費 operation fee 2.第二次係指三十日內實施之第二次。 3.本項以「側」為給付單位，同側不同病灶之部位同日施行治療，以治療乙次計。 4.同日施行兩側治療，另一側以第二次計。 5.三十日內同側第三次以上治療，應檢具X光片專案申請，經保險人同意後施行，費用比照第二次申報。 6.申報費用應檢附當次暨前次實施體外電震波腎臟碎石術（ESWL）紀錄影本憑核。 7.麻醉費得另外申報。 8.完全鹿角結石之第一次治療，須事前專案申請並詳細說明其必要性。 9.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；離島地區醫療機構應有一名專任之泌尿科專科醫師，另一名泌尿科專科醫師得以兼任方式為之； <u>非離島地區醫療機構，若一名泌尿科醫師係以「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」全年全時段支援該院，得比照上述離島地區規定。</u> (3)應有下列經皮腎結石取石術及輸尿管鏡碎石手術設備： A. X光透視機 B. 腎臟鏡 C. 輸尿管鏡 D. 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））。 10.操作醫師資格：應具泌尿科專科醫師資格，並符合下列條件： A. 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。 B. 依操作機型，應有下列相關訓練：		v	v	v	19595

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>a. 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。</p> <p>b. 操作超音波定位機型，應有泌尿系統超音波訓練證明。</p> <p>11.適應症符合下列任一條件：</p> <p>(1)輸尿管結石零點五公分以上。</p> <p>(2)輸尿管結石未滿零點五公分且併有明顯阻塞性腎水腫、重複感染或重複腎絞痛者。</p> <p>(3)腎臟結石或腎盞結石零點五公分以上至二公分以下。</p>					

第七節 手術

第五項 胸腔 Thoracic

一、胸腔 Thoracic (67001-67055)

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
67050B	<p>胸腔鏡肺葉切除術 Thoracoscopic Lobectomy</p> <p>註：執行「達文西機械手臂肺葉切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。執行達文西機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具有胸腔及心臟血管外科或胸腔外科專科醫師資格。 2.經台灣胸腔外科醫學會或台灣胸腔及心臟血管外科學會核發達文西機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證，包括系統練習或操作達二十小時等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 		v	v	v	41752
67053B	<p>胸腔鏡肺分葉切除術 Thoracoscopic segmentectomy of lung</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.適應症 <ol style="list-style-type: none"> (1)早期侷限性肺癌 stage I。 (2)肺單元分葉內之癌症且心肺功能不佳者，不適合肺葉切除術者。 (3)具合併症且內科治療無效之感染性疾病。 2.含一般材料費，得另加計百分之十一。 3.執行「達文西機械手臂肺分葉切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。執行達文西機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： <ol style="list-style-type: none"> (1)具有胸腔及心臟血管外科或胸腔外科專科醫師資格。 (2)經台灣胸腔外科醫學會或台灣胸腔及心臟血管外科學會核發達文西機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證，包括系統練習或操作達二十小時等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明。 (3)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 		v	v	v	57344

第六項 心臟及心包膜(68001-68057)

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
68040B	<p>經導管主動脈瓣膜置換術 Transcatheter Aortic Valve Implantation(TAVI)</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：適用於嚴重主動脈狹窄病人，須同時具備以下二項條件。</p> <p>(1)必要條件，須全部具備下列四項條件：</p> <p>A.有New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。</p> <p>B.以心臟超音波測量主動脈開口面積$<0.8\text{cm}^2$、$<0.6\text{cm}^2/\text{m}^2$、經主動脈瓣平均壓力差$\geq 40\text{mmHg}$或主動脈瓣血流流速$\geq 4.0\text{m/sec}$。</p> <p>C.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。</p> <p>D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。</p> <p>(2)須具備以下條件之一：</p> <p>A.無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高，STS Score$>10\%$，或 Logistic EuroSCORE I$>20\%$。</p> <p>B.有以下情形之一者：先前接受過心臟手術（冠狀動脈繞道、心臟瓣膜手術）、嚴重主動脈鈣化（porcelain aorta）、胸腔燒灼後遺症，不可進行開心手術、曾接受過縱膈放射療法、嚴重結締組織疾病，導致不可進行手術、肝硬化（Child分級A或B），以及肺功能不全：FEV<1公升。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)醫院條件</p> <p>A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。</p> <p>B.醫院每過去三年每年平均或近一年需具五百例以上之心導管（含二百例以上介入性心臟導管手術）及二十五例以上主動脈瓣膜置換（含A型急性主動脈剝離）之手術案例。</p> <p>C.需具有心導管X光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少HEPA-10000等級之複合式（hybrid）手術室。</p> <p>(2)醫師資格</p> <p>A.須符合下述操作資格之心臟內科專科醫師及心臟外科專科醫師在場共同操作，隨時提供必要之緊急措施。</p> <p>B.具有專科醫師五年以上資格。</p> <p>C.具二十五例以上主動脈瓣膜置換手術（編號68016B），或三百例以上心臟介入治療之經歷（編號33076B~33078B經皮冠狀動脈擴張術）。</p> <p>(3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。</p> <p>3.不得同時申報診療項目：暫時性人工心律調節器、心臟超音波掃描、體外循環心肺支持系統（編號68052B）、血氧EKG監測等</p>		v	v	v	96975

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
	診療項目。 4.一般材料費，得另加計百分之十一。 5.需事前審查。					

第十項 大腸、直腸、肛門 (73001-73009、73011-73015、73017-73018、73020、73022、73026-73032、73037-73040、73042-73043、73045-73048、73051-73053、73056-73057、74201-74225、74401-74420)

註：本項編號 73001-73009，73020，73022，73030~73032，73037，73039，73043，73051-73053 與「第九項消化器 三、腸(除大腸、直腸外)」為共同項目。

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
74221B	腹腔鏡低前位直腸切除術 Laparoscopic low anterior resection of rectum 註： 1.本項不含加做之大腸或小腸造口（not including colostomy or ileostomy）。 2.執行「 達文西 機械手臂低前位直腸切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。執行 達文西 機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。 (2)經中華民國大腸直腸外科醫學會核發 達文西 機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證，包括系統練習或操作達二十小時等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明。 (3)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	63767

第十一項 肝、膽、胰 (75001-75034、75201-75222、75401-75430)

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
75025B	<p>腹腔鏡肝部分切除術 Laparoscopic liver resection - partial hepatectomy</p> <p>註：執行「達文西機械手臂肝部分切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。執行達文西機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具有消化系外科專科醫師資格。 2.經台灣機器人手術醫學會核發達文西機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證，包括系統練習或操作達二十小時等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 		v	v	v	38161
75026B	<p>腹腔鏡肝區域切除術 Laparoscopic liver resection</p> <p>— 一區域 one segment</p>		v	v	v	50722
75027B	<p>— 二區域 two segments</p>		v	v	v	54799
75028B	<p>— 三區域 three segments</p> <p>註：執行「達文西機械手臂肝區域切除術（一區域/二區域/三區域）」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。執行達文西機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具有消化系外科專科醫師資格。 2.經台灣機器人手術醫學會核發達文西機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證，包括系統練習或操作達二十小時等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 		v	v	v	84096
75030B	<p>腹腔鏡右肝葉切除術 Laparoscopic liver resection - right lobectomy</p> <p>註：執行「達文西機械手臂右肝葉切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。執行達文西機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具有消化系外科專科醫師資格。 2.經台灣機器人手術醫學會核發達文西機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證，包括系統練習或操作達二十小時等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 		v	v	v	70844

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
75031B	<p>腹腔鏡左肝葉切除術</p> <p>Laparoscopic liver resection - left lobectomy</p> <p>註：執行「達文西機械手臂左肝葉切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。執行達文西機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具有消化系外科專科醫師資格。 2.經台灣機器人手術醫學會核發達文西機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證，包括系統練習或操作達二十小時等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 		v	v	v	63093
75032B	<p>腹腔鏡擴大右肝葉切除術</p> <p>Laparoscopic liver resection - extended right lobectomy</p> <p>註：執行「達文西機械手臂擴大右肝葉切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。執行達文西機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具有消化系外科專科醫師資格。 2.經台灣機器人手術醫學會核發達文西機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證，包括系統練習或操作達二十小時等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 		v	v	v	102528
75033B	<p>腹腔鏡擴大左肝葉切除術</p> <p>Laparoscopic liver resection - extended left lobectomy</p> <p>註：執行「達文西機械手臂擴大左肝葉切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。執行達文西機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具有消化系外科專科醫師資格。 2.經台灣機器人手術醫學會核發達文西機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證，包括系統練習或操作達二十小時等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 		v	v	v	100723

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
75034B	<p>腹腔鏡活體捐肝摘取 Laparoscopic living donor hepatectomy</p> <p>註： 1.不得加計急診加成。 2.執行「達文西機械手臂肝臟移植—活體捐肝摘取」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。執行達文西機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有消化系外科專科醫師資格。 (2)經台灣機器人手術醫學會核發達文西機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證，包括系統練習或操作達二十小時等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明。 (3)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p>		v	v	v	90483
75422B	<p>腹腔鏡遠端胰臟尾端切除術 Laparoscopic distal pancreatectomy</p> <p>註：執行「達文西機械手臂胰臟尾端部分切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。執行達文西機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： 1.具有消化系外科專科醫師資格。 2.經台灣胰臟醫學會、台灣消化系外科醫學會或台灣機器人手術醫學會核發達文西機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證，包括系統練習或操作達二十小時等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p>		v	v	v	30337
75423B	<p>腹腔鏡胰臟體部分切除術 Laparoscopic body partial pancreatectomy</p> <p>註：執行「達文西機械手臂胰臟體部分切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。執行達文西機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： 1.具有消化系外科專科醫師資格。 2.經台灣胰臟醫學會、台灣消化系外科醫學會或台灣機器人手術醫學會核發達文西機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證，包括系統練習或操作達二十小時等，需檢附訓練課程、認證方</p>		v	v	v	28050

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
	式及認證培訓機構證明。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。					
75429B	腹腔鏡胰臟尾端切除術-脾臟保留 Laparoscopic distal pancreatectomy- spleen preservation 註：執行「 達文西 機械手臂胰臟尾端部分切除術-脾臟保留」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。執行 達文西 機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： 1.具有消化系外科專科醫師資格。 2.經台灣胰臟醫學會、台灣消化系外科醫學會或台灣機器人手術醫學會核發 達文西 機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證，包括系統練習或操作達二十小時等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	30582
75427B	腹腔鏡胰十二指腸切除術 Laparoscopic pancreatico-duodenectomy,Whipple type,with reconstruction (including partial gastrectomy) 註： 1.包括部分胃切除(Including Partial Gastrectomy)。 2.執行「 達文西 機械手臂Whipple氏胰、十二指腸切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。執行 達文西 機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有消化系外科專科醫師資格。 (2)經台灣胰臟醫學會、台灣消化系外科醫學會或台灣機器人手術醫學會核發 達文西 機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證，包括系統練習或操作達二十小時等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明。 (3)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	105087
75430B	腹腔鏡Whipple氏胰、十二指腸切除術(幽門保留) Laparoscopic pancreatico-duodenectomy,Whipple type,with reconstruction (pylorus- preserving) 註：執行「 達文西 機械手臂Whipple氏胰、十二指腸切除術-幽門保留式」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。執行 達文西 機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：		v	v	v	105087

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
	1.具有消化系外科專科醫師資格。 2.經台灣胰臟醫學會、台灣消化系外科醫學會或台灣機器人手術醫學會核發 達文西 機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證，包括系統練習或操作達二十小時等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。					

第十二項 泌尿及男性生殖

一、腎臟 Kidney (76001-76037)

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
76031B	(後)腹腔鏡部分腎臟切除術 (Retroperitoneoscopy) Laparoscopy, Partial nephrectomy 註： 1.腎半切除術 heminephrectomy 比照申報。 2.執行「 達文西 機械手臂部分腎切除」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，且須符合下列適應症及規範： (1)術前影像報告為非囊狀腫瘤或囊狀惡性腫瘤。 (2)除上述外，術前影像報告懷疑良性腎臟腫瘤，符合下列任一條件且需事前審查： A.符合影像學上腫瘤大於四公分或有出血疑慮。 B.單一腎臟或腎功能不全，須接受部分腎切除者。		v	v	v	34176

十、前列腺 Prostate (79401-79417)

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
79417B	腹腔鏡攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術 Laparoscopic Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection 註：執行「 達文西 機械手臂根治性前列腺切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報。		v	v	v	46756

全民健康保險癌症治療品質改善計畫（草案）

壹、依據

全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

- 一、112 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「癌症治療品質改善計畫」專款項下支應，全年度經費為 402 百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。
- 二、112 年全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「癌症治療品質改善計畫」專款項下支應，全年度經費 115 百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。
- 三、本專款預算支應本計畫所列給付項目及支付標準，至於執行本計畫之轉診、檢驗檢查、治療及手術等醫療費用，由醫事服務機構所屬總額部門相關預算支應。

參、目的

為提高肺癌篩檢及預防保健服務之大腸癌、口腔癌、子宮頸癌、乳癌（以下稱「癌症篩檢」）疑似異常個案，進一步完成診斷與治療，透過本計畫之追蹤管理及提升醫療院所診斷品質，建立以篩檢異常個案為中心之主動追陽管理模式，期能提升篩檢效益、早期治療及增進治療效率，降低罹癌風險與減少晚期癌症發生。

肆、計畫期間

自本計畫公告日起至 112 年 12 月 31 日止。

伍、參與計畫醫療院所

- 一、醫療院所資格：全民健康保險（以下稱本保險）特約醫事服務機構辦理下列衛生福利部國民健康署（以下稱國健署）預防保健服務癌症篩檢相關業務者：
 - （一）可辦理國健署預防保健服務之癌症篩檢服務及「肺癌早期偵測計畫」之醫事服務機構。
 - （二）可辦理國健署癌症篩檢結果為陽性或異常個案進一步確定診斷之醫事服務機構。
- 二、國健署應將執行本計畫之醫事服務機構名單送保險人，異動者亦同。

陸、收案條件

本保險保險對象接受國健署癌症篩檢服務且符合下列各癌別之條件者：

- 一、大腸癌

50 至未滿 75 歲民眾，經定量免疫法糞便潛血篩檢（2 年 1 次）結果為陽性。
- 二、口腔癌

30 歲以上嚼檳榔（含已戒），或吸菸者或 18 歲以上嚼檳榔（含已戒）之原住民，經口腔黏膜檢查（2 年 1 次）結果為下列情形之一者：

 - （一）高癌化初篩結果異常者：包括疑似口腔癌、口腔內外不明原因腫

- 塊、紅斑、紅白斑、疣狀增生、非均質性白斑、均質性厚白斑。
- (二) 其他經評估需作切片者：須經轉診至國健署審查通過之「確診醫院」或「確診及治療醫院」，由專科醫師評估須切片確診者。

三、子宮頸癌

30 歲以上婦女，經子宮頸抹片檢查（1 年 1 次）抹片判讀結果為非典型腺體細胞病變(AGC)或高度鱗狀上皮細胞病變(HSIL)以上者（抹片結果編碼為 5, 8-13, 15-18）。

四、乳癌

45 至 69 歲婦女，或 40 至 44 歲二親等內血親曾罹患乳癌之婦女，經乳房 X 光攝影檢查結果（2 年 1 次）為 Category 0(需附加其他影像檢查再評估)、4(可疑異常須考慮組織生檢)以及 5(高度疑似乳癌，須採取適當措施)者。

五、肺癌

具肺癌家族史之 45 至 74 歲女性或 50 至 74 歲男性，或 50 至 74 歲重度吸菸者，經低劑量電腦斷層檢查（2 年 1 次）結果為 Category 3(有結節但可能為良性)、4A、4B/4X(有異常結節)者。

柒、服務內容

一、篩檢結果為疑似異常個案之追蹤管理：由原篩檢醫事服務機構執行。

(一) 大腸癌

1. 執行項目：

- (1) 對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、大腸鏡檢查之準備與注意事項。
- (2) 確立診斷之醫療服務：與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台提供跨院轉診服務。
- (3) 追蹤並填報個案大腸鏡確立診斷及處置結果。

2. 追蹤管理結果之填報方式：

- (1) 須依據「確診醫事服務機構」通知之確診結果，填寫「國民健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單—B. 陽性個案追蹤結果」(附表 1，供參，最新表單請上國健署網站下載)，並上傳至國健署「癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統」(以下稱國健署癌整系統)。
- (2) 前開結果上傳資料可由原篩檢醫事服務機構委託之合作檢驗機構辦理。

3. 執行期限：

(1) 自個案接受定量免疫法糞便潛血檢查檢驗日起：

- A. 21 個日曆天(含)內須完成個案轉診，以健保電子轉診平台開單日期為認定標準。如屬同院所同科別或跨科者，由國健署透過癌整系統進行比對。
- B. 90 個日曆天(含)內須完成個案大腸鏡確立診斷之追蹤。

(2) 自確診醫事服務機構大腸鏡確立診斷完成隔日起 15 個日曆天(含)內,須完成追蹤管理結果之填報。

(二) 口腔癌

1. 執行項目：

(1) 對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、口腔切片之準備與注意事項。

(2) 確立診斷之醫療服務:與個案溝通就醫意向,並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台提供跨院轉診服務

(3) 追蹤並填報個案切片確立診斷結果(含病理診斷)。

2. 追蹤管理結果之填報方式：

須依據「確診醫事服務機構」通知之確診結果,填寫「國民健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單-B.個案複檢(確診)結果」(附表 4,供參,最新表單請上國健署網站下載),並上傳至國健署癌整系統。

3. 執行期限：

(1) 自篩檢日起：

A. 21 個日曆天(含)內須完成個案轉診,以健保電子轉診平台開單日期為認定標準。如屬同院所同科別或跨科者,由國健署透過癌整系統進行比對。

B. 60 個日曆天(含)內須完成個案切片確立診斷之追蹤。

(2) 自確診醫事服務機構切片確立診斷完成隔日起 15 個日曆天(含)內,須完成追蹤管理結果之填報。

(三) 子宮頸癌

1. 執行項目：

(1) 對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、切片之準備與注意事項。

(2) 確立診斷之醫療服務:與個案溝通就醫意向,並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台提供跨院轉診服務

(3) 追蹤個案完成切片確診。

2. 追蹤管理結果之填報：無。

3. 執行期限：自抹片採檢日起：

(1) 21 個日曆天(含)內須完成個案轉診,以健保電子轉診平台開單日期為認定標準。如屬同院所同科別或跨科者,由國健署透過癌整系統進行比對。

(2) 90 個日曆天(含)內須完成個案切片確立診斷之追蹤。

(四) 乳癌

1. 執行項目：

(1) 對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、複診/確診/手術

或治療之準備與注意事項。

(2) 確立診斷之醫療服務: 與個案溝通就醫意向, 並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台提供跨院轉診服務

(3) 追蹤個案完成複診或確立診斷結果。

2. 追蹤管理結果之填報: 無。

3. 執行期限: 自乳房攝影日起

(1) 21 個日曆天(含)內, 須完成個案轉診, 以健保電子轉診平台開單日期為認定標準。如屬同院所同科別或跨科者, 由國健署透過癌整系統進行比對。

(2) 60 個日曆天(含)內, 須完成個案複診或確立診斷之追蹤。

(五) 肺癌

1. 執行項目:

(1) 對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、追蹤檢查或切片確立診斷之準備與注意事項。

(2) 確立診斷之醫療服務: 與個案溝通就醫意向, 並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台提供跨院轉診服務

(3) 追蹤個案完成接受檢查追蹤或確立診斷程序。

2. 追蹤管理結果之填報: 無。

3. 執行期限:

(1) 自攝影檢測日起, 次月 20 日(含)內, 須完成影像檢查評估結果。

(2) 若個案經醫院評估結果為:

A. 「3 個月後檢查追蹤»: 應自攝影檢測日起 120 個日曆天(含)內, 完成檢查追蹤。

B. 「6 個月後檢查追蹤»: 應自攝影檢測日起 210 個日曆天(含)內, 完成檢查追蹤。

(3) 若個案經醫院評估結果為「需進行確診程序」, 或前開檢查追蹤結果為「需進行確診程序」, 應自評估或檢查結果日起 90 個日曆天(含)完成確診檢查。

(4) 由國健署透過癌整系統進行比對。

二、提升癌症診斷品質管理: 由接受轉診醫事服務機構執行。另為提高個案就醫可近性, 應設置就醫綠色通道。

(一) 大腸癌

1. 執行項目:

(1) 自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排, 包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意(含提供原篩檢醫事服務機構確診結果)、大腸鏡檢查注意事項及排程(含提供合適之清腸劑)。

- (2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果；如透過健保電子轉診系統接受轉診之院所，於規範期限內回復予原篩檢院所為原則。
2. 確立診斷：須完成大腸鏡檢查及處置；如發現病灶如息肉等而無處置者，應於病歷敘明理由。
3. 上傳報告：上傳「**國民健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單—C. 大腸鏡確診結果**」（附表 2，供參，最新表單請上國健署網站下載）及「**大腸鏡報告 (Colonoscopy Report)**」（附表 3，供參，最新表單請上國健署網站下載）至國健署癌整系統。
4. 執行期限：+
- (1)自個案接受定量免疫法糞便潛血檢查檢驗日起 90 個日曆天(含)內，須完成大腸鏡檢查並確立診斷及處置。
- (2)大腸鏡檢查完成隔日起 15 個日曆天(含)內，須完成上傳報告。
- (3)大腸鏡檢查確立診斷隔日起 15 個日曆天(含)內，須通知原篩檢特約醫事服務機構個案確立診斷及處置結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦同。

(二) 口腔癌

1. 執行項目：
- (1)自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意(含提供原篩檢醫事服務機構確立診斷結果)、切片確診注意事項及切片手術(含術後護理衛教及照護)。
- (2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果；如透過健保電子轉診系統接受轉診之院所，於規範期限內回復予原篩檢院所為原則。
2. 確立診斷：完成切片確診並上傳病理診斷結果。
3. 上傳報告：上傳「**國民健康署口腔黏膜檢查表及確診結果—C. 口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果**」(含病理診斷結果,附表 5，供參，最新表單請上國健署網站下載)至國健署癌整系統。
4. 執行期限：
- (1)自篩檢日起 60 個日曆天(含)內，須完成切片確診。
- (2)自切片確立診斷隔日起 15 個日曆天(含)內，須完成**品質指標上傳報告**(含病理診斷結果)**上傳**。
- (3)自切片確立診斷隔日起 15 個日曆天(含)內，須通知原篩檢醫事服務機構個案確立診斷結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦同。

(三) 子宮頸癌

1. 執行項目：

- (1)自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意（含提供原篩檢醫事服務機構確診結果）、切片確診注意事項及切片確立診斷。執行切片確診單位，應有陰道鏡設備，並將所見以影像方式儲存。病理切片應送國健署核可之病理醫療機構。
 - (2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果；如透過健保電子轉診系統接受轉診之院所，於規範期限內回復予原篩檢院所為原則。
2. 確立診斷：完成切片確診。
 3. 上傳報告：上傳「國民健康署子宮頸（陰道）切片個案資料登記表」（含病理組織切片結果，附表 6，供參，最新表單請上國健署網站下載）至國健署癌整系統。
 4. 執行期限：
 - (1) 自抹片採檢日起 90 個日曆天(含)內，須完成切片確立診斷或治療。
 - (2) 自切片確立診斷隔日起 15 個日曆天(含)內，須完成上傳報告上傳。
 - (3) 自切片確立診斷隔日起 15 個日曆天(含)內，須通知原篩檢醫事服務機構個案確立診斷結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦同。

(四) 乳癌

1. 執行項目：
 - (1)自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意（含提供原篩檢醫事服務機構確診結果）、複診、切片確立診斷等程序之安排。
 - (2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果；如透過健保電子轉診系統接受轉診之院所，於規範期限內回復予原篩檢院所為原則。
2. 確立診斷：
 - (1) X 光攝影檢查結果為 Category0 者：進行複診；複診結果為 Category 1、2、3 者，予以結案。
 - (2) X 光攝影檢查結果為 Category4、5，或 Category0 複診結果為 Category4、5 者：進行檢查、切片，以確立診斷。
3. 上傳報告：上傳「國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務疑似異常個案追蹤表」（附表 7，供參，最新表單請上國健署網站下載）至國健署癌整系統。
4. 執行期限：
 - (1)自乳房攝影日起，60 個日曆天(含)內，須完成複診或確立診

斷。

(2)自複診或確立診斷隔日起 15 個日曆天(含)內，須完成報告上傳。

(3)自切片確立診斷隔日起 15 個日曆天(含)內，須通知原篩檢醫事服務機構個案確立診斷結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦同。

(五) 肺癌

1. 執行項目：

(1)自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意(含提供原篩檢醫事服務機構檢查追蹤或確診結果)、檢查追蹤及切片檢查等程序之安排。

(2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構檢查追蹤或確立診斷結果。

2. 確立診斷：

(1)經胸腔專科醫師評估結果為「3 個月後檢查追蹤」或「6 個月後檢查追蹤」或「另進行斷腦斷層 (CT) 等檢查後評估檢查追蹤」者：須完成第 1 次追蹤(透過 CT 等方式觀察結節或肺部變化情形)，且第 1 次追蹤結果無須進行確診程序。

(2)經胸腔專科醫師評估結果為「需進行確診程序」或「另進行電腦斷層 (CT) 等檢查後評估需進行確診程序」或第 1 次追蹤結果為「需進行確診程序」者：須完成切片或細胞學診斷等確立診斷之檢查。

3. 上傳報告：上傳「國民健康署肺癌早期偵測計畫疑似異常個案追蹤表」(附表 8，供參，最新表單請上國健署網站下載)至國健署癌整系統。

4. 執行期限：

(1)檢查追蹤或確立診斷：

A. 若評估為「3 個月後檢查追蹤」者：應自攝影檢測日起 120 個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。

B. 若評估為「6 個月後檢查追蹤」者：應自攝影檢測日起 210 個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。

C. 若評估為「需進行確診程序」，或前開檢查追蹤結果為「需進行確診程序」：應自評估或檢查結果日起 90 個日曆天(含)內，完成確立診斷之檢查。

(2)自追蹤或確立診斷隔日起 15 個日曆天(含)內，須完成報告上傳。

(3)自追蹤或確立診斷隔日起 15 個日曆天(含)內，須通知原篩檢醫事服務機構個案檢查追蹤或確立診斷結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦同。

捌、給付項目及支付標準（詳附件1）

- 一、醫事服務機構須對個案提供符合本計畫服務內容後，始得申報本標準診療項目。
- 二、每一個案須有「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」二項申報編號者，方得分別支付「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」。
- 三、每一個案同一癌別週期，不得重複申報本標準。
 - （一）大腸癌：執行期限內首筆完成追蹤管理結果及確診報告上傳者。
 - （二）口腔癌：執行期限內首筆完成追蹤管理結果及確診報告上傳者。
 - （三）子宮頸癌：執行期限內首筆篩檢為疑似異常個案並完成確診報告上傳者。
 - （四）乳癌：執行期限內完成複診或確診報告上傳者。
 - （五）肺癌：執行期限內完成檢查追蹤或確診檢查報告上傳者。

玖、醫療費用申報、審查與點值結算

- 一、除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。
- 二、本計畫所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬同一事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核發之款項。
- 三、醫療費用申報：

（一）特約醫事服務機構門診醫療服務點數之清單段欄位填報：

1. 案件分類填報「E1」，特定治療項目代號依癌別填報如下：

- （1）. 大腸癌：申報 P7701C，填報「HM:大腸癌追蹤管理」；申報 P7709C 填報「HN:大腸癌診斷品質管理」。
- （2）. 口腔癌：申報 P7702C、P7703C 者，填報「HP:口腔癌追蹤管理」；申報 P7710B 者，填報「HQ:口腔癌診斷品質管理」。
- （3）. 子宮頸癌：申報 P7704C 者，填報「HR:子宮頸癌追蹤管理」；申報 P7711C 者，填報「HS:子宮頸癌診斷品質管理」。
- （4）. 乳癌：申報 P7705C、P7706C 者填報「HT:乳癌追蹤管理」；申報 P7712C、P7713B 者，填報「HW:乳癌診斷品質管理」。
- （5）. 肺癌：申報 P7707B、P7708B 者，填報「HX:肺癌追蹤管理」；申報 P77014B、P77015B 者，填報「HY:肺癌診斷品質管理」。

2. 就醫序號：請填報「ICC4」。

3. 部分負擔代號：請填報「009(其他規定免部分負擔者)」。

（二）特約醫事服務機構門診醫療服務點數之醫令段欄位填報：

1. 申報 P7701C-P7708B，醫令類別填報「G」，支付點數填報「0」，「執行時間-起」填報個案原篩檢日期、「執行時間-迄」填報「完成本計畫服務內容之執行日期」。
2. 申報 P7709C-P7715B，醫令類別填報「G」，支付點數填報「0」，「執行時間-起」填報個案原就醫診斷(或接受轉診)日期、「執行時間-

迄」填報完成本計畫服務內容之執行日期。

三、醫療費用核付、申復

- (一)醫療費用核付：由健保保險人定期提供院所申報資料予國健署依院所服務內容實際執行情形予以核定，每季提供保險人辦理醫療費用核付之依據。
- (二)醫療費用申復：院所依全民健康保險療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理申復，由保險人所轄分區業務組轉請國健署複查並回復。

四、點值結算方式：

- (一)本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。
- (二)全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

拾、計畫修訂程序

本計畫視需要檢討，由國健署邀集相關醫事團體代表及保險人等單位共同修訂，並依全民健康保險法所定程序辦理。如屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

拾壹、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

附件 1

支付標準

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
	追蹤管理費					
P7701C	-大腸癌	V	V	V	V	800
	-口腔癌					
P7702C	--高癌化初篩異常者	V	V	V	V	800
P7703C	--其他經評估須作切片者	V	V	V	V	400
P7704C	-子宮頸癌	V	V	V	V	800
	-乳癌					
P7705C	--Category 4、5	V	V	V	V	800
P7706C	--Category 0	V	V	V	V	400
	-肺癌					
P7707B	--Category 4A、4B、4X		V	V	V	800
P7708B	--Category 3		V	V	V	400
	註：由原篩檢醫事服務機構申報。					
	診斷品質管理費					
P7709C	-大腸癌_大腸鏡確診	V	V	V	V	1,700
P7710B	-口腔癌_切片確診		V	V	V	1,700
P7711C	-子宮頸癌_切片確診	V	V	V	V	1,200
	-乳癌					
P7712C	--確診及複診後確診	V	V	V	V	1,700
P7713B	--複診後為 Category 1、2、3 予以結案		V	V	V	1,200
	-肺癌					
P7714B	--確診或檢查追蹤後確診		V	V	V	1,700
P7715B	--完成第 1 次檢查追蹤予以結案		V	V	V	1,200
	註：由接受原篩檢醫事服務機構轉診之確診醫事服務機構申報。					

國民健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單

陽性個案追蹤結果

基本資料

姓名：

出生日期：民國 年 月 日

身分證統一編號/統一證號(外籍)

檢查醫療院所名稱代碼： ，門診日期：民國 年 月 日。

B 陽性個案追蹤結果

1. 前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有沒有接受後續確診？ ① 沒有； ② 有。
 2. 沒有接受確診理由為： ① 無法聯繫， ② 出國， ③ 搬家， ④ 死亡， ⑤ 拒做， ⑥ 其他 。
 3. 確診醫療院所名稱及代碼： ，確診日期：民國 年 月 日。
 4. 檢查方法： ① 大腸鏡， ② 乙狀結腸鏡加大腸鉬劑攝影， ③ 乙狀結腸鏡， ④ 大腸鉬劑攝影， ⑤ 其他 。
 5. 診斷： ① 正常， ② 痔瘡， ③ 潰瘍性大腸炎
 ④ 瘻肉， ⑤ 大腸癌， ⑥ 其他 。
- *如有瘻肉，瘻肉有無切除： ① 未切除， ② 已完全切除， ③ 未完全切除。
6. 癌症治療： ① 無，原因：
 ② 有做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼： 。

※本表由原篩檢醫事服務機構依據接受轉診之確診醫事服務機構通知確診結果上傳至國民健康署癌症防治品質管理暨資訊整合系統。可委請通過國健署認可的醫事檢驗機構辦理本項檢驗與資料上傳。

國民健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單
大腸鏡確診結果

<p>基本資料 姓名： 出生日期：民國 年 月 日 身分證統一編號/統一證號(外籍) 檢查醫療院所名稱代碼： ，門診日期：民國 年 月 日</p> <p>C 大腸鏡等確診結果</p> <p>1. 院名稱及代碼： 2. 大腸鏡檢日期(民國 年 月 日) 3. 檢查方法(可複選)：<input type="checkbox"/>①大腸鏡，<input type="checkbox"/>②乙狀結腸鏡，<input type="checkbox"/>③大腸鋇劑攝影，<input type="checkbox"/>④其他 4. 大腸鏡伸入最深位置：<input type="checkbox"/>⑩末端迴腸，<input type="checkbox"/>⑪盲腸，<input type="checkbox"/>⑫升結腸，<input type="checkbox"/>⑬肝彎，<input type="checkbox"/>⑭橫結腸，<input type="checkbox"/>⑮脾彎，<input type="checkbox"/>⑯降結腸，<input type="checkbox"/>⑰乙狀結腸，<input type="checkbox"/>⑱直腸，<input type="checkbox"/>⑲外科手術接合處，<input type="checkbox"/>⑳肛門口。 5. 診斷：<input type="checkbox"/>①正常，<input type="checkbox"/>②痔瘡，<input type="checkbox"/>③潰瘍性大腸炎，<input type="checkbox"/>④瘻肉，<input type="checkbox"/>⑤大腸癌，<input type="checkbox"/>⑥其他。 a. 如有瘻肉，數目 顆，最大 公分(小數點 1 位) b. 瘻肉切除：<input type="checkbox"/>①未切除，<input type="checkbox"/>②已完全切除，<input type="checkbox"/>③未全數切除，尚餘 顆，<input type="checkbox"/>④瘻肉未完整切除。 c. 有無檢體：<input type="checkbox"/>①無檢，<input type="checkbox"/>②有檢體</p>
<p>6. 病理報告</p> <p>病理機構代碼： 病理報告日期(民國 年 月 日) 檢體編號：<input type="checkbox"/> (以 A 到 Z 呈現，區分每一檢體) 病灶位置：<input type="checkbox"/>⑩末端迴腸 <input type="checkbox"/>⑪迴盲瓣 <input type="checkbox"/>⑫盲腸 <input type="checkbox"/>⑬升結腸 <input type="checkbox"/>⑭肝彎 <input type="checkbox"/>⑮橫結腸 <input type="checkbox"/>⑯脾彎 <input type="checkbox"/>⑰降結腸 <input type="checkbox"/>⑱乙狀結腸 <input type="checkbox"/>⑲直腸乙狀結腸接合處 <input type="checkbox"/>⑳直腸 <input type="checkbox"/>㉑外科手術接合處 <input type="checkbox"/>㉒肛門口 <input type="checkbox"/>㉓檢體位置不明(檢體位置不明，登記檢體距離肛門口 公分) 檢體病理報告： <input type="checkbox"/>①Adenoma: <input type="checkbox"/>④Tubular adenoma <input type="checkbox"/>⑤Tubulovillous adenoma <input type="checkbox"/>⑥Villous adenoma Adenoma 切除病理報告為 <input type="checkbox"/>①無 Low grade dysplasia 亦無 High grade dysplasia <input type="checkbox"/>②Low grade dysplasia <input type="checkbox"/>③High grade dysplasia (包括 adenocarcinoma in situ、intraepithelial adenocarcinoma 及 intramucosal adenocarcinoma) <input type="checkbox"/>②Serrated lesion: <input type="checkbox"/>④Hyperplastic polyp <input type="checkbox"/>⑤Sessile serrated adenoma/polyp <input type="checkbox"/>⑥Traditional serrated adenoma <input type="checkbox"/>⑦Serrated polyp, unclassified Serrated lesion 切除病理報告 (限 ⑤及 ⑥) 為 <input type="checkbox"/>①無 Low grade dysplasia 亦無 High grade dysplasia <input type="checkbox"/>②Low grade dysplasia <input type="checkbox"/>③High grade dysplasia <input type="checkbox"/>③Adenocarcinoma : 除病理切片的小檢體以外，均需記錄分化程度 <input type="checkbox"/>④Low grade differentiation(含 well 及 moderately differentiated) <input type="checkbox"/>⑤High grade differentiation(含 poorly differentiated adenocarcinomas 及 undifferentiated carcinomas) <input type="checkbox"/>⑨Others: <input type="checkbox"/>④Hamartomas: <input type="checkbox"/>①Juvenile polyp，<input type="checkbox"/>②Peutz-Jeghers polyp，<input type="checkbox"/>③Cowden-associated polyp <input type="checkbox"/>⑤Neuroendocrine neoplasms: <input type="checkbox"/>①G1，<input type="checkbox"/>②G2，<input type="checkbox"/>③G3 <input type="checkbox"/>⑥Inflammatory polyp <input type="checkbox"/>⑦其他</p>

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行大腸鏡確立診斷醫事服務機構上傳至國民健康署癌症防治品質管理暨資訊整合系統。

※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為衛生單位與原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理使用，以及衛生單

位作為政策評估使用。

大腸鏡報告 Colonoscopy Report

110.12

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行大腸鏡確立診斷醫事服務機構上傳至國民健康署癌症防治品質管理暨資訊整合系統。

※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為衛生單位與原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理使用，以及衛生單位作為政策評估使用。

個人基本資料(必要)： 身分證字號： 性別： <input type="checkbox"/> ①男 <input type="checkbox"/> ②女 姓名： 出生年月日：西元 年 月 日 年齡：	適應症(Indication) (必要)： <input type="checkbox"/> ①國民健康署糞便潛血檢查陽性 <input type="checkbox"/> ②自費健康檢查 <input type="checkbox"/> ⑨其他臨床目的施行之大腸鏡 (有下拉選項，選擇)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

大腸鏡檢醫事機構代碼(必要)：

病歷號碼(必要)：

大腸鏡檢日期(必要)：西元 年 月 日

檢查醫師姓名(必要)：

檢查醫師科別(必要)：①消化腸胃系內科 ②大腸直腸外科 ③一般外科 ⑨其他科別

時間登錄(24 小時制)：(選擇)

檢查開始時間： 時 分 秒

檢查至盲腸時間： 時 分 秒

檢查結束時間： 時 分 秒

大腸鏡伸入位置(Insertion level)最深位置(必要)：

- ⑩Terminal ileum ⑪Cecum ⑫Ascending colon ⑬Hepatic flexure
⑭Transverse colon ⑮Splenic flexure ⑯Descending colon ⑰Sigmoid colon
⑱Rectum ⑲Anastomosis ⑲Anus

檢查前用藥(Premedication)(必要)：

止痙攣藥物：①無(有下拉選項，選擇) ①有

止痛鎮靜藥物：①無 ①有(有下拉選項，選擇)

清腸用藥(Colon cleansing agent) (必要)：(可複選)

- ①PEG-ELS 類 ②Phosphosoda 類 ③ Magnesium citrate ④Castor oil 類
⑤Dulcolax ⑥Enema ⑨其他

清腸給藥時間(Preparation time)：(選擇)

- ①Morning single dose ②Evening single dose ③Split dose

清腸程度(Colon cleansing level) (必要)：

- ①良好(Excellent) ②適當(Good) ③尚可(Fair) ④不良(Poor)

抗凝血藥物(Anti platelet/Coagulant)：(選擇)

- ①無 ①有(有下拉選項，選擇) ②不知道(或不清楚吃何藥)

大腸鏡檢後併發症(Complication) (必要)：(可複選)

- ①Nil ①Significant bleeding ②Perforation ③Cardiopulmonary complication
⑨其他

檢體總數(必要): 顆(含增生性瘻肉)

臨床診斷(內視鏡診斷)結果 (必要)	
<input type="checkbox"/> ④ 正常	(選擇) <input type="checkbox"/> ①①Negative finding <input type="checkbox"/> ①②Negative finding in the observable segments <input type="checkbox"/> ①⑦Poor preparation
<input type="checkbox"/> ⑧ 痔瘡	(選擇) <input type="checkbox"/> ①④External hemorrhoids <input type="checkbox"/> ①⑤Mixed hemorrhoids <input type="checkbox"/> ①⑥Internal hemorrhoids
<input type="checkbox"/> ③ 瘻肉	<input type="checkbox"/> ① 增生性瘻肉 (選擇) <input type="checkbox"/> ①③Hyperplastic polyp
	<input type="checkbox"/> ② 腺瘤 (選擇) <input type="checkbox"/> ①⑧Tubular adenoma <input type="checkbox"/> ①⑨Tubulovillous adenoma <input type="checkbox"/> ①⑩Villous adenoma <input type="checkbox"/> ①⑪Sessile serrated adenoma <input type="checkbox"/> ①⑫Traditional serrated adenoma <input type="checkbox"/> ①⑬post-treatment residual neoplasm
	<input type="checkbox"/> ③ 其他瘻肉 (選擇) <input type="checkbox"/> ①⑬Inflammatory polyp <input type="checkbox"/> ①⑭Juvenile polyp <input type="checkbox"/> ①⑮Peutz-Jeghers syndrome <input type="checkbox"/> ①⑯Colon polyposis, familial <input type="checkbox"/> ①⑰Colon polyposis
<input type="checkbox"/> ⑩ 腫瘤	<input type="checkbox"/> ① 疑似惡性腫瘤 (選擇) <input type="checkbox"/> ①④Early colorectal cancer <input type="checkbox"/> ①⑤Advanced colorectal cancer
	<input type="checkbox"/> ② 其他腫瘤 (選擇) <input type="checkbox"/> ①⑱Lymphangioma <input type="checkbox"/> ①⑲Lipoma <input type="checkbox"/> ①⑳Carcinoid <input type="checkbox"/> ①㉑Submucosal tumor <input type="checkbox"/> ①㉒Colon MALToma
<input type="checkbox"/> ⑩ 發炎/潰瘍	(選擇) <input type="checkbox"/> ①⑱Colitis <input type="checkbox"/> ①⑲Non-specific colitis <input type="checkbox"/> ①⑳Ischemic colitis <input type="checkbox"/> ①㉑Infectious colitis <input type="checkbox"/> ①㉒Amebic colitis <input type="checkbox"/> ①㉓Ulcerative colitis <input type="checkbox"/> ①㉔Radiation colitis <input type="checkbox"/> ①㉕Pseudo-membranous colitis <input type="checkbox"/> ①㉖Drug induce colitis <input type="checkbox"/> ①㉗Cytomegalovirus colitis <input type="checkbox"/> ①㉘GVHD related colitis <input type="checkbox"/> ①㉙Crohn's disease <input type="checkbox"/> ①㉚Colonic ulcer <input type="checkbox"/> ①㉛Bechet's disease <input type="checkbox"/> ①㉜Proctitis <input type="checkbox"/> ①㉝Hemorrhagic colitis <input type="checkbox"/> ①㉞Colitis aphthosa
<input type="checkbox"/> ⑩ 其他異常	(選擇) <input type="checkbox"/> ①㉟Colonic diverticulum <input type="checkbox"/> ①㊱Colonic diverticulosis <input type="checkbox"/> ①㊲Melanosis coli <input type="checkbox"/> ①㊳Xanthoma <input type="checkbox"/> ①㊴S/P partial colectomy <input type="checkbox"/> ①㊵S/P left hemicolectomy <input type="checkbox"/> ①㊶S/P right hemicolectomy <input type="checkbox"/> ①㊷Situs inversus <input type="checkbox"/> ①㊸Colonic wall cyst <input type="checkbox"/> ①㊹Angiodysplasia (angiectasia) <input type="checkbox"/> ①㊺Lymphoid follicles <input type="checkbox"/> ①㊻Operation scar <input type="checkbox"/> ①㊼Suture granuloma <input type="checkbox"/> ①㊽Petechia <input type="checkbox"/> ①㊾Colonic tuberculosis <input type="checkbox"/> ①㊿Amyloidosis <input type="checkbox"/> ②①Mega colon <input type="checkbox"/> ②②Rectal varices <input type="checkbox"/> ②③Mucosa prolapse <input type="checkbox"/> ②④Intussusception <input type="checkbox"/> ②⑤colon fistula <input type="checkbox"/> ②⑥post endoscopy treatment scar <input type="checkbox"/> ②⑦Colonic stricture
<input type="checkbox"/> ⑩ 其他診斷	請填寫說明(必要):

第 N 個病灶處位置(必要)：

- ⑩ Terminal ileum ⑪ ICV ⑫ Cecum ⑬ Ascending colon ⑭ Hepatic flexure
⑮ Transverse colon ⑯ Splenic flexure ⑰ Descending colon ⑱ Sigmoid colon
⑲ Rectosigmoid junction(RSJ) ⑳ Rectum ㉑ Anastomosis ㉒ Anus
㉓ 位置不明(若位置不明，請登記病灶距離肛門口 公分)

- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「A 正常」者，病灶處位置無需填寫
- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「B 痔瘡」或「C1 增生性瘻肉」或「E 發炎/潰瘍」或「F 其他異常」或「G 其他診斷」或「D 腫瘤」且②其他腫瘤者，病灶處位置可不填寫
- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「C 瘻肉」(C1 增生性瘻肉除外)或「D 腫瘤」且①疑似惡性腫瘤者，病灶處位置必填且應為單選；其餘診斷得複選

第 N 個病灶處處置(必要)：(可複選)

- ⑩ Nil(未處置) ⑪ S/p biopsy ⑫ S/p hot snare polypectomy ⑬ S/p cold snare polypectomy
⑭ S/p EMR(Endoscopic mucosal resection) ⑮ S/p ESD(Endoscopic submucosal dissection)
⑯ S/p hemostasis ⑰ S/p biopsy and removal ⑱ S/p hot biopsy and removal ⑲ S/p hemoclippping
㉑ S/p tattooing ㉒ S/p stenting
㉓ S/p endolooping ㉔ S/p EPMR(Endoscopic piecemeal mucosal resection)
㉕ APC (argon plasma coagulation) ㉖ Other(其他處置)

第 N 個病灶處未處置(Nil)原因(必要)：(可複選)

- ㉗ Use of anti-platelet or anti-coagulant
㉘ Unexpected trouble during management (cardiopulmonary event, other complication, mechanical trouble, etc.)
㉙ Difficulty in management (will resect at another session of colonoscopy)
㉚ Difficulty in management (refer to other hospital)
㉛ Difficulty in management (refer for surgery)
㉜ Consent not obtained from the patient
㉝ Patient's schedule does not match (will resect at another session of colonoscopy)
㉞ Others

- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「A 正常」者，病灶處處置及未處置(Nil)原因無需填寫
- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「B 痔瘡」或「C1 增生性瘻肉」或「E 發炎/潰瘍」或「F 其他異常」或「G 其他診斷」或「D 腫瘤」且②其他腫瘤者，病灶處處置及未處置(Nil)原因可不填寫；「C 瘻肉」(C1 增生性瘻肉除外)或「D 腫瘤」且①疑似惡性腫瘤者病灶處處置及未處置時未處置(Nil)原因必填

第 N 個病灶處有無檢體(必要)：

- ① 無檢體 ② 有檢體(無檢體以下無需填寫)

檢體大小(內視鏡下大小)： 公分(小數點 1 位)

檢體編號： (以 A 到 Z 呈現，區分每一檢體)

- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「A 正常」者，有無檢體無需填寫
- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「B 痔瘡」或「C1 增生性瘻肉」或「E 發炎/潰瘍」或「F 其他異常」或「G 其他診斷」或「D 腫瘤」且②其他腫瘤者，有無檢體可不填寫
- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「C 瘻肉」(C1 增生性瘻肉除外)或「D 腫瘤」且①疑似惡性腫瘤者，有無檢體必填且檢體必須逐顆呈現

註 1：若病灶不止一個，請再自行增加欄位。

註 2：若臨床診斷(內視鏡診斷)診斷為「增生性瘻肉」，得無須送驗檢體；惟，需算在總顆數內。

註 3：若無病灶完全正常者，至少應附 8 張照片(盲腸、升結腸、肝彎曲、橫結腸、脾彎曲、降結腸、乙狀結腸、直腸)；若有病灶，應附病灶照片。(照片無須上傳，留於醫院存查)

註 4：**清腸程度**

- (1)良好(Excellent)：僅有少量的清澈糞水，且 95% 以上的腸道黏膜可被清楚觀察。
- (2)適當(Good)：較多量的清澈糞水佔據小於 25% 的黏膜，且 90% 以上的腸道黏膜可被清楚觀察。
- (3)尚可(Fair)：半固體的糞便可被清除，清洗後 90% 以上的腸道黏膜可被清楚觀察。
- (4)不良(Poor)：半固體的糞便無法被清除，且不到 90% 的腸道黏膜可被清楚觀察。

註 5：**併發症 Significant bleeding** 瘰肉切除後發生出血情形

- (1)中度(Moderate)：達輸血治療者。
- (2)重度(Severe)：接受介入性治療者，例如：經血管攝影栓塞、外科手術等。

國民健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單
個案複檢（確診）結果

基本資料姓名： 原住民：是；否 性別：男 女出生日期：民國 年 月 日

身分證統一編號/統一證號(外籍)

聯絡電話：() ；手機：現居住地址：**B:個案複檢（確診）結果**1.前項檢查疑似異常個案於檢查後 2 個月內有沒有接受後續確診？0 沒有；1 有。2.沒有接受確診理由為：1 無法聯繫；2 出國；3 搬家；4 死亡；5 拒做；6 其他3.確診（複檢）醫院名稱及代碼：，確診（複檢）日期：民國 年 月 日4.病理切片：0 無；1 有。5.診斷結果：0 無明顯異常，

經臨床診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變（如可區分白斑型態，請優先勾選080910）：

0 疑似口腔癌 12 紅斑 13 紅白斑 11 白斑 08 非均質性白斑 09 均質性厚白斑 10 均質性薄白斑
14 疣狀增生 15 口腔黏膜下纖維化症 16 扁平苔癬 0 其他。
經病理診斷(確診)為：21 口腔癌；22 上皮變異（23 輕度 24 中度 25 重度）；0 其他：

6.治療：

0 無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入1 有做手術、放療、化療或其他治療，治療醫院名稱及代碼 2 個案拒絕治療，理由

※本表由原篩檢醫事服務機構依據接受轉診之確診醫事服務機構通知確診結果上傳至國民健康署癌症防治品質管理暨資訊整合系統。

國民健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單
口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果

複檢(確診)醫院名稱及代碼：_____

複檢(確診)日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

臨床診斷(複檢)結果

⑩ 無明顯異常 ⑪ 疑似口腔癌 ⑫ 紅斑 ⑬ 紅白斑 ⑭ 白斑 ⑮ 非均質性白斑 ⑯ 均質性厚白斑

⑰ 均質性薄白斑 ⑱ 疣狀增生 ⑲ 口腔黏膜下纖維化症 ⑳ 扁平苔癬 ㉑ 其他

病理診斷(確診)結果 病理切片： ㉒ 無， ㉓ 有

㉔ 正常

㉕ 上皮過度角化或上皮增生(Hyperkeratosis and/or epithelial hyperplasia)

㉖ 輕度上皮變異(Mild dysplasia, SIN1, basal cell hyperplasia)

㉗ 中度上皮變異(Moderate dysplasia, SIN2)

㉘ 重度上皮變異(Severe dysplasia, SIN3)

㉙ 原位癌(Carcinoma in situ)

㉚ 鱗狀細胞癌(Squamous cell carcinoma)

㉛ Well differentiated ㉜ moderately differentiated

㉝ poorly differentiated

㉞ Benign epithelial tumors (Papillomas, Granular cell tumors, etc.) ㉟ 炎症反應(Chronic inflammation)

㊱ 疣狀癌 (Verrucous carcinoma) ㊲ others malignant tumors

㊳ 其他(others)

複檢(確診)醫師簽名(蓋章)：_____

複檢(確診)醫師執業執照號碼：_____

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行切片確立診斷醫事服務機構上傳至國民健康署癌症防治品質管理暨資訊整合系統。

※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為衛生單位與原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理使用，以及衛生單位作為政策評估使用。

國民健康署子宮頸（陰道）切片個案資料登記表

申報機構名稱：_____ 填表人：_____ 申報日期：_____

1. 個案姓名：_____
2. 出生日期：西元_____年_____月_____日
3. 身分證統一編號或統一證號：
4. 切片病理編號：_____
5. 切片採檢機構：_____
6. 切片判讀機構：_____
7. 切片日期：西元_____年_____月_____日
8. 切片報告日期：西元_____年_____月_____日
9. 病歷號：_____
10. 國籍別： 1 本國人士 2 外籍人士

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 11. 病理組織部位：(同筆切片可分子宮內頸及外頸：填04、05)
01 子宮頸 04 子宮內頸 05 子宮外頸
02 陰道 (備註：子宮頸全切除者申報陰道切片)
03 子宮內膜 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
組織部位 1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
組織部位 2 |
| 12. 手術方式：
01 全切除，例如：ATH, VTH, LAVH, radical hysterectomy, trachelectomy, vaginectomy 或其他方式
02 圓錐切片，例如：leep, conization, wedge resection 或其他方式
03 小切片，例如：punch, polypectomy, biopsy 或其他方式
04 子宮頸管搔刮術 (Endocervical curettage, ECC)
05 子宮內膜搔刮術 (Dilatation and curettage, D&C)
說明：部位為子宮內頸，手術方式可選填 01、02、03、04
部位為子宮外頸，手術方式可選填 01、02、03
部位為內膜，手術方式可選填 01、05
部位為陰道，手術方式可選填 01、03 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
手術方式 1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
手術方式 2 |
| 13. 子宮頸（陰道）病理組織切片結果（或診斷病名）：
00 Unremarkable cervical epithelium (no pathological change, no pathological diagnosis)
01 Benign epithelial lesion (Benign tumor, Inflammatory & reactive changes, myoma)
02 Mild dysplasia (Flat condyloma; CIN1; LSIL; VaIN1)
03 Moderate dysplasia (CIN2; HSIL; VaIN2)
04 Severe dysplasia (Carcinoma in situ; CIN3, HSIL, VaIN3)
05 Squamous cell carcinoma
06 Atypical glandular hyperplasia and dysplasia
07 Adenocarcinoma in situ
08 Adenocarcinoma
09 Adenosquamous carcinoma
10 Carcinoma (NOS, or other specific type)
11 Mesenchymal tumor, benign
12 Mesenchymal tumor, malignant
14 Squamous cell atypia / ASCUS
15 Dysplasia, Severity can not be determined
88 Inadequate specimen
99 Others : _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
切片結果 1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
切片結果 2 |
| | Others1 | Others2 |

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行切片確立診斷醫事服務機構上傳至國民健康署癌症防治品質管理暨資訊整合系統。
 ※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為衛生單位與原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理使用，以及衛生單位作為政策評估使用。

附表 7 國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

個人基本資料 (攝影醫院填寫)									
姓名	身分證統一編號								
	統一證號 (外籍)								
出生日期	年	月	日	聯絡資訊	電話：()				
	年齡：	歲			手機：				
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□□								
	縣	市鄉	村	路	段	巷	號	弄	樓
市	區鎮	里	街						
乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)									
醫院名稱					醫事機構代碼				
攝影日期	年	月	日	攝影判讀日期	年	月	日		
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (Category 0) 需附加其他影像檢查再評估 <input type="checkbox"/> (Category 3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查 (六至十二個月)				<input type="checkbox"/> (Category 4) 可疑異常須考慮組織生檢 <input type="checkbox"/> A. Low suspicion <input type="checkbox"/> B. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (Category 5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施				
	追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料) 複檢及確診請於 確認診斷醫療院所 或 確認診斷及治療醫院 進行；手術及治療請於 確認診斷及治療醫院 進行								
乳房 X 光攝影檢查結果為 (Category 0、3) 之複檢結果 (確診或確診及治療醫院填寫)									
複檢醫院名稱					醫事機構代碼				
複檢日期	年	月	日						
複檢主治醫師									
複檢方式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房 X 光攝影檢查； <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> 乳房磁振造影檢查； <input type="checkbox"/> 其他複檢方式：				該項複檢方式檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查(6 至 12 個月) <input type="checkbox"/> (4) 可疑異常須考慮組織生檢。 <input type="checkbox"/> A. Low <input type="checkbox"/> B. Moderate <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施。				
	乳房 X 光攝影檢查結果為 (4)、(5) 及複檢後結果為 (4)、(5) 之確診檢查結果 (確診或確診及治療醫院填寫)								
確診醫院名稱					醫事機構代碼				
確診日期	年	月	日	確定診斷	<input type="checkbox"/> 非乳癌； <input type="checkbox"/> 乳癌。				
確診主治醫師									
確診方式 (可複選)	病理診斷	<input type="checkbox"/> 細針抽吸； <input type="checkbox"/> 粗針穿刺； <input type="checkbox"/> 鈎針定位； <input type="checkbox"/> 立體定位穿刺； <input type="checkbox"/> 手術切片檢查							
	臨床診斷	<input type="checkbox"/> 超音波； <input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影； <input type="checkbox"/> MRI； <input type="checkbox"/> 其他： 臨床診斷檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查 (6至12個月)。							
手術	<input type="checkbox"/> 無，原因： <input type="checkbox"/> 拒絕手術； <input type="checkbox"/> 腫瘤轉移； <input type="checkbox"/> 中醫療法； <input type="checkbox"/> 其他 (請說明理由)。 <input type="checkbox"/> 有：日期 ____年____月____日； 手術醫院名稱：____ 醫事機構代碼：____，主治醫師：____。								
<input type="checkbox"/> 非手術切片病理結果 (局部淋巴結欄位可不填) <input type="checkbox"/> 手術切片病理結果 (以上皆須附病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)				分級 (Grade)				
	腫瘤大小 (Size)	x	x	cm	<input type="checkbox"/> 腺管原位癌 (DCIS) <input type="checkbox"/> 侵襲性癌 (Invasive carcinoma)				
	局部淋巴結 (Regional LN)	/	(Positive nodes/Total nodes)						
	病理分期 (Pathological Stage)	T:	N:	M:	S:				
癌症治療 (可複選)	有進行 <input type="checkbox"/> 放射線治療、 <input type="checkbox"/> 化學治療、 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療、 <input type="checkbox"/> 標靶治療、 <input type="checkbox"/> 免疫治療 治療日期：____年____月____日； 治療醫院名稱：____，醫事機構代碼：____，主治醫師：____。							<input type="checkbox"/> 未治療	

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行複檢或確立診斷醫事服務機構上傳至國民健康署癌症防治品質管理暨資訊整合系統。
 ※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為衛生單位與原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理使用，以及衛生單位作為政策評估使用。

國民健康署肺癌早期偵測計畫疑似異常個案追蹤表

個案基本資料 (攝影醫院填寫)									
姓名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號						
出生日期	年 月 日 年齡： 歲	聯絡資訊	電話：()						
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣 市 鄉 村 路 段 巷 號 市 區 鎮 里 街 弄 樓								
低劑量電腦斷層攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)									
醫院名稱		醫事機構代碼							
攝影日期	年 月 日	攝影判讀日期			年 月 日				
LDCT 攝影檢查結果	Modified Lung-RADS Category <input type="checkbox"/> 0 ; <input type="checkbox"/> 1, 2 ; <input type="checkbox"/> 3 ; <input type="checkbox"/> 4A; <input type="checkbox"/> 4B/4X								
低劑量電腦斷層攝影檢查評估結果 (攝影醫院填寫)									
評估醫師		評估日期			年 月 日				
胸腔專科醫師評估依據及結果	<input type="checkbox"/> 原 LDCT 影像	<input type="checkbox"/> 需之前影像對照。或攝影品質不佳，應重作低劑量電腦斷層檢查 <input type="checkbox"/> 每 2 年定期低劑量電腦斷層檢查 <input type="checkbox"/> 6 個月後檢查追蹤 <input type="checkbox"/> 3 個月後檢查追蹤 <input type="checkbox"/> 需進行確診程序							
	<input type="checkbox"/> 另進行 CT 等檢查	<input type="checkbox"/> 經 CT 等檢查後，評估__個月後檢查追蹤 (請填 3 或 6 或 24) <input type="checkbox"/> 經 CT 等檢查後，評估需進行確診程序							
重作或 3/6 個月後檢查追蹤結果 (追蹤醫院填寫)									
追蹤醫院名稱		醫事機構代碼							
追蹤日期	年 月 日								
重作或追蹤之評估依據及結果	<input type="checkbox"/> 本次檢查影像	<input type="checkbox"/> 每 2 年定期低劑量電腦斷層檢查 <input type="checkbox"/> 1 年後檢查追蹤 <input type="checkbox"/> 6 個月後檢查追蹤 <input type="checkbox"/> 3 個月後檢查追蹤 <input type="checkbox"/> 需進行確診程序							
	<input type="checkbox"/> 另進行 CT 等檢查	<input type="checkbox"/> 經 CT 等檢查後，評估__個月後檢查追蹤 (請填 3 或 6 或 12 或 24) <input type="checkbox"/> 經 CT 等檢查後，評估需進行確診程序							
肺癌篩檢疑似異常個案之確診檢查結果 (確診及治療醫院填寫)									
確診及治療醫院名稱		醫事機構代碼							
確診程序執行日期	年 月 日	確定診斷	<input type="checkbox"/> 非肺癌； <input type="checkbox"/> 肺癌						
確診方式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 手術切除或切片； <input type="checkbox"/> 電腦斷層指引切片； <input type="checkbox"/> 支氣管鏡檢查切片； <input type="checkbox"/> 超音波檢查切片； <input type="checkbox"/> 細胞學診斷 (含 bronchial washing/ brushing、胸水、痰液等)； <input type="checkbox"/> 其他_____								
非肺癌個案診斷 (可複選)	<input type="checkbox"/> 感染及發炎； <input type="checkbox"/> 肺結核； <input type="checkbox"/> 纖維化； <input type="checkbox"/> 塵肺病； <input type="checkbox"/> COPD； <input type="checkbox"/> 支氣管疾病； <input type="checkbox"/> 血管瘤； <input type="checkbox"/> AAH (Atypical adenomatous hyperplasia)； <input type="checkbox"/> 轉移性腫瘤 (原發部位 _____)； <input type="checkbox"/> 不明； <input type="checkbox"/> 良性或無異常； <input type="checkbox"/> 其他_____ (請填 ICD 碼，若無，則補充說明)								
非肺癌個案處置 (可複選)	<input type="checkbox"/> 手術切除； <input type="checkbox"/> 追蹤； <input type="checkbox"/> 藥物治療； <input type="checkbox"/> 其他_____ (請補充說明)								
組織學分類 (Histology type)	<input type="checkbox"/> 肺腺癌； <input type="checkbox"/> 鱗狀細胞肺癌； <input type="checkbox"/> 神經內分泌細胞肺癌； <input type="checkbox"/> 小細胞肺癌； <input type="checkbox"/> 其他_____								
肺腺癌分類	<input type="checkbox"/> 原位癌 (Carcinoma in situ)； <input type="checkbox"/> 微侵襲性癌 (Minimal invasive carcinoma)； <input type="checkbox"/> 侵襲性癌 (Invasive carcinoma)								
手術切除治療情形及手術病理結果 (須具病理診斷報告)	<input type="checkbox"/> 無，原因： <input type="checkbox"/> 拒絕手術； <input type="checkbox"/> 經評估不適合手術； <input type="checkbox"/> 其他 (請說明理由)：_____								
	<input type="checkbox"/> 有：日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日；主治醫師 _____ 手術醫院名稱： _____，醫事機構代碼： _____								
其他癌症治療 (可複選)	腫瘤大小 (Size)								× × mm
	病理分期 (Pathological Stage)								T: _____ N: _____ M: _____ Stage: _____ 無手術病理結果者，請填臨床分期 Stage: _____
其他癌症治療 (可複選)	<input type="checkbox"/> 放射線治療； <input type="checkbox"/> 化學治療； <input type="checkbox"/> 標靶治療； <input type="checkbox"/> 免疫治療； <input type="checkbox"/> 局部消融治療								<input type="checkbox"/> 未治療
	治療日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日，主治醫師 _____ 治療醫院名稱： _____，醫事機構代碼： _____								

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行追蹤或確立診斷醫事服務機構上傳至國民健康署癌症防治品質管理暨資訊整合系統。
 ※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為衛生單位與原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理使用，以及衛生單位作為政策評估使用。

112 年度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

第 1 次與會人員發言實錄

主席

今天在立法院審查順利，所以我趕回來跟大家一起開第一次共擬會議。首先今天是世界醫師節，祝福在座所有的醫師同仁先進，醫師日快樂，world doctor's day，也謝謝大家特別在過去這一段疫情當中全力以赴，讓我們大家都平安的今天都坐在這裡，一個都沒有少。宏育學長笑得特別開心，這一屆有幾位新任的代表，所以我就藉今天的機會跟大家介紹，因為我們代表很多，我就不一一介紹，特別介紹這一屆的新任的代表來讓大家熟悉。

我就按照同仁給我的名單來介紹，第一位是羅永達院長，羅代表。大家也都很熟悉了，其實在各項的總額裡頭，經常在協商的時候都給我們很多的指教。另外是陳俊良代表，他是中醫師，是我們的中醫總額的代表，在林口長庚紀念醫院中醫服務，請坐，大家不要客氣。第三位是吳茂昌代表，歡迎，吳代表請坐，他是代表中華民國醫事放射師公會全國聯合會，這個名稱還沒改嗎？學協會有的時候稱臺灣，有的時候稱中華民國，他是我們林口長庚紀念醫院影像診療部、醫事放射主任。第四位是陳淑華，大家都認識淑華，陳代表是我們衛福部社保司的專門委員。第五位是李永振代表，永振代表大家也應該很熟悉，他是健保會的委員，目前也是代表中華民國工商協進會來跟大家一起討論。第六位要鄭重介紹一下，是陳杰代表，歡迎陳代表，陳代表是我們健保會的今年的代表，是被保險人的代表，是中華民國全國總工會的榮譽理事長，也是前立法委員。認識陳代表甚久，謝謝他繼續給我們指導。再來是何語代表，何語代表就不用我介紹了，大家耳熟能詳，不認識他的就只能說資歷比較淺，歡迎何語代表，代表我們中華民國全國工業總會，也是屬於雇主代表。第八位是陳振文代表，今天好像沒有看到他出席，代表專家學者，目前是為恭醫療財團法人的常務董事，也是腎臟方面的專家。第九位是施壽全代表，施代表是這個馬偕醫院的前院長，在這個報章雜誌也經常看到施代表對我們整個健

保、醫療體系，甚至醫學教育都有很多獨到的見解跟指教，歡迎施代表來參與我們的共擬會議。

好，以上九位，除了陳振文代表還沒到之外，其餘都已經出席，跟各位介紹。接著就按照我們今天的議程，關於我們上次的會議紀錄，以及歷次會議決議的辦理情形，不宣讀我們就做個確認。在我們的會議資料的第1頁到第10頁，請我們所有代表看一下，如果對這個內容上有任何問題，都可以在今天的會議結束之前來提出，因為資料比較多，我們就不一一的宣讀，而且因為我們今天的討論案子也很多，為了節省時間，請各位參閱。

再來進入我們今天的報告事項，決議辦理情形，好，在今天會議資料的第11頁開始有一些歷次會議的決議辦理情形，請我們同仁。

李代表剛剛有舉手嗎？好，來，請。

李代表永振

在會議紀錄確認的部分，本人上一次沒有參加會議，但因為我們必須公告，從網上的資料的角度，有幾點提出來大家參考一下。第一個，報告事項裡面有十一項，其中有九項決定是洽悉，那兩項沒有洽悉，不曉得是有什麼不同考量。第二點，討論事項第二案，在資料的第5頁，第二行有一個大寫的「陸、二收案注意事項」，這個二收案注意事項是什麼意思？還是漏掉標點符號？另外在第9頁報告事項的第八案，決定的第二行有提到「9次」，是不是又漏字了？是前9次嗎？第三點，第11案只是報告收案的收案期延長，會有給分標準，由10分提高為20分，及新增獎勵指標等等建議，本計畫為國健署，我是這樣聽的，依據使用健保的總額，那健保署為保險人角色，若會中所提意見有抱疑，並強勢指導後，該計畫4月份在健保會提報的時候，明示給健保會委員知道，我個人是認為不應該只是建議請參酌，如果意見是正確的話，應該有決斷的處理方式。第四點，臨時報告的決定，為何是同意修訂，報告案怎麼會同意修訂？而不是洽悉。另外原計畫可以延續辦理的做法，是否符合在計算的時候給預算的原來的意思，大概看了之後這一個會議紀錄內容我有幾點請教或質疑，以上，謝謝。

主席

謝謝代表，雖然沒有出席，但是很仔細的閱讀了會議紀錄，也提出以上的指教，這個會議紀錄剛剛有提到說有十一案，那有的有洽悉，有的沒有洽悉，業務同仁可不可以先說明一下。

陳專門委員依婕

跟各位代表做說明，那之所以有的案子沒有寫到洽悉，是因為那個案子跟原本在議程上面的內容有所不同，那是經過當天會議的代表做一些討論以後，有修改了原先議程上的內容，所以我們沒有給予洽悉兩個字。那至於剛剛代表有提到在第 5 頁上方收案條件，然後是先寫國字陸、二收案注意事項，這個代表您的意思是這個是漏了什麼嗎？因為這個是指我們的第陸大點，裡面的第二小點，關於收案的注意事項這一點，要調整一些相關內容。

主席

第一個這個會議紀錄的寫法會讓人誤解，因為都在洽悉的逗點後面，又有修訂重點等等這樣。如果修訂重點是報告的重要的內容，沒有修改的話，以後都寫在說明。譬如說第一案，112 年會議召開時程如下表，這個應該在這個報告事項裡頭了對不對？但是要讓人家知道這個報告事項的重點是 112 年會議召開時程如下表，讓所有代表可以提醒以後的會議時間，所以要寫在說明，不要寫在洽悉，說明完的時候決定，沒有任何更動都按照報告通過，就洽悉，後面不要再帶字，這樣做很清楚。有的只是摘錄這一個報告事項的重點，寫在說明欄，然後這個決定的部分，就洽悉兩個字就好。那如果不是只有洽悉，因為報告完之後，代表有任何的意見，另外修訂了什麼事情，再寫在決定的部分，這樣就清楚了，免得造成代表的誤解。我們先把李代表的，剛剛的問題一個個解決，第一個這樣是不是第一個問題先解決？

李代表永振

署長英明，剛才幕僚的解釋我還是一頭霧水，就是說內容沒有改洽悉，但是你看第一案的洽悉，修正重點如下，你還是有修正，不是

照案。

主席

我再說明在第 5 頁報告事項二，因為這個報告事項就是要增修訂中醫支付標準，所以決定的洽悉的逗點後面的修正重點，指的就是這個報告內容的修正重點，所以我說不要寫在決定，要寫在說明。就是說這個案子的說明，我們這個增修訂中醫支付標準及 6 項中醫專款照護計畫案，就是下面寫的這些，然後完了決定就是洽悉，就不會讓代表有誤解，所以它的修訂重點，不是這個報告案之後又再修訂，是這個本身報告案的重點摘要。

李代表永振

報告案洽悉是 OK 的，但是如果沒有改正，就是洽悉兩個字。如果有改正的話，就是這個報告案洽悉了，但是修正後面再說明，如果討論案的話，應該是通過或同意，才能區隔案子。

主席

好，會議紀錄以後就照這樣修訂，不要造成代表的誤解。好，剛剛第二個問題？

李代表永振

第二點也是第 5 頁第 2 行，「陸、二收案注意事項」的二後面是不是要有一個頓號？要不然這樣看不懂，這是細節。

主席

好，加個頓號，來。

李代表永振

是不是這樣？我是確認。

主席

好，把它隔開，看看是頓號還是逗號，再確認一下，因為這個是本來這個文件裡頭這個照護計畫裡面有的，再注意一下。好，再來第三個。

陳專門委員依婕

第9頁的(八)，就是孕產婦全程照護的這個計畫，原先是前8次，那我們修改後為產檢9次，那這個指的是任9次，就是沒有卡一定要前9次，所以我們才沒有在這個9次前面有加文字，因為調整為任9次，全部14次是產檢的內容，任9次。

主席

所謂洽悉，逗點後面這裡，全部都是這個報告案的內容摘要，對不對？這個只是報告案的摘要，放在說明，每一個案子有一個說明，然後後面有一個決定，這完全沒有改就是洽悉，就照這樣改，把這個會議紀錄通通改過來，大家就不用那麼多爭議了。然後再來第四個，建議請國健署參酌？因為我沒有主持我也搞不清楚，是建請國健署參酌？所以這一個是報告對不對？報告完洽悉之後，另外代表有針對這個本計畫所提有一些意見，那這些意見並不是所有代表的共識，所以就請這個國健署參酌，意思是這樣？OK。

好，那再來臨時報告，這是臨時報告還是臨時動議？臨時報告，所以它這個報告也是洽悉是不是？沒有臨時報告案只有臨時動議，就是反正就是臨時動議臨時提出來在之前的會議紀錄沒有的，那就提請大家討論一下。好，我們請同仁下次特別注意這些會議規則。還有陳杰代表？

陳代表杰

沒有關係，我等一下在討論事項的時候。

主席

好，那我們後面再處理。這個會議紀錄按照剛剛的修正，重新做一些修正。再來歷次會議追蹤的情形。第一案簡單說明，會議都希望

控制在 2 個小時到 3 個小時，後面也都排了事情。

追蹤辦理事項

主席

以上 15 案都已經發布生效，所以業務單位建議解除列管，剩下序號 1 繼續列管，不曉得各位代表有什麼意見？請。

李代表永振

第一案，今天的報告事項第二案，也是這個主題，是有什麼區隔嗎？那下一次的會議是不是兩個修訂全民健康保險急診品質提升方案？照理講今天有提報告案第二案，應該是把上一次這個問題點可以修在裡面，再提出來。所以在第二案報告結束的時候，這一案應該是解除追蹤。

主席

代表的意見很好，第一案已經列入今天的報告案裡頭，報告後之後如果任何的決定再重新列管，這一案先解除列管。在待會的報告案，同一個案，報告完之後看有任何需要再列管的部分再重新列管，有的應該在待會就會討論到了，是不是這樣？

陳專門委員依婕

跟主席還有跟各位代表說明，我們序號 1 這個項目，之前有修訂了非常多急診品質提升方案裡面的獎勵項目，那這一次會繼續追蹤原因，請大家看到辦理情形的第 2 點，那原因是因為與會的代表建議，急診方案裡面有很多急診相關的監測指標，在這一次被刪掉了。但是還是希望能夠例行每半年到我們本會議來做指標結果的呈現。所以這個部分其實計畫本身已經修訂完成，這一次我們拿來繼續列管的原因，是因為我們每半年會把監測的結果秀在這張追蹤表上面，所以這次我們在說明 3，有把急診病人停留急診室超過 24 小時比例的執行情形，秀在第 21 頁給各位代表作參考，以上。

主席

這個不是這樣處理的，如果是本會決議的，是多久就要來報告一次，那就照這樣執行，就沒有什麼追蹤了，不然這個案子追蹤千千萬萬年，因為每半年來報告一次，這個案子永遠不會解除列管，所以就是說照這樣執行，所以解除列管，好嗎？就是每半年就在共擬會議的時候列為報告事項，就這樣。好，所以這個就按照之前代表的建議，每半年將這個追蹤的情形來這個會上報告，那這個案子就解除列管。好，來。

李代表永振

署長，我是不是再說明一下？剛才幕僚解釋我了解，每半年報一次，但是半年的話也完成了，也是在說明的地方交代一下，那些有已經完成了，那還沒有完成就列在今天的報告裡頭再繼續追蹤，那本來這一個就解除，這樣可能就很清楚了。那序號 2 這個我倒是覺得應該要繼續列管，因為你在說你的第四項，那個高危險妊娠胎兒生理評估所有這個列管單位還在研處，還在研處就是說還沒有結論不是嗎？怎麼會解除列管？

主席

來，現在就這個說明一下。

陳專門委員依婕

好，謝謝李代表的提問。那因為這個部分是跟審查有關的相關注意事項修訂，那因為不是本會議支付標準這邊要處理的權責，所以我們移給他們以後，原則上我們在這個會議解除列管，是，以上。

主席

審查處理事項列進去就是了，好。

李代表永振

可是還在研處啊...

主席

這個案子就先列管，請醫審把辦理情形報回來之後再解除列管，這個繼續列管，再請羅代表，然後之後再請朱代表。

羅代表永達

主席、各位先進大家午安，關於序號 11，我想在醫院總額是不是其他代表已經提過，因為這兩個雖然解除列管了，但是它的那個辦理情形，事實上這一次擴大地區醫院的照護對象。可是我們必須要經過藥師公會全聯會他們舉辦相關的這個研討會以後，我們才能夠被認證。但是據我們所知道到 5 月之前，聽說他們一年才辦一次到兩次，所以我們幾乎沒有辦法去參加這樣的研討會。也就是說它雖然解除列管，但是實際上沒辦法執行。那上次在醫院總額，醫院研商會議，會議裡面他們承諾要在 4 月、5 月重新去，就是說可以把這整個的那個時程可以往前推，甚至把研討會盡快舉辦，否則的話這個案子雖然是解除列管，但是沒辦法執行。因為除了地區醫院，有很多的醫院根本沒本身參加。那是不是請藥師公會全聯會，能夠做一些說明，或者是說這一件事情暫時不要解除列管，以上。

主席

請業務單位說明。

陳專門委員依婕

好，跟羅代表說明一下，那這個案子藥全會有行文來我們健保署，說明他們要修改他們的系統，因為今年我們修訂了非常多地方，因為要修改那個核備的系統，所以時程上可能還是要 4 月到 5 月這段時間來進行。不過藥全會發文的用意也是希望說，如果地區醫院的藥師，提早在 1 月就已經符合資格的話，可不可以回溯到 1 月 1 號生效？那這部分署的態度就是，原則上如果審核發現他確實是在 1 月以前，就已經完成這個計畫要求的資格的話，可以回溯，所以我們有回復藥全會這樣子的函文內容，以上。

羅代表永達

可是這個我們地區醫院不知道，我覺得這是一個很茲事體大。現在已經都已經 3 月底了，我們現在想去參加或者是要回溯，或者是要準備相關的資料應該盡早，否則這是一個專款，專款不只用不完，很多都還達不到我們現在目前的指標要求。所以我覺得這件事情是要繼續列管？或者是用其他方式來做。

主席

因為這個案子當時的只是一個修訂案，已經發布生效，所以這個追蹤也不知道在追蹤什麼。如果地區醫院發現這個案子雖然發布生效，但是實際上執行有問題的時候，就另起一案討論，才能知道問題在哪裡？所以可以提下一次會議的討論事項，或者是臨時動議都可以，讓我們請相關的單位，包含我們的業務單位跟執行單位，藥全會等等的大家一起來討論，這個案子基本上那一天只是討論方案本身，而這個方案已經發布了，後面的執行不可能一直掛在這上面，所以這個案子還是解除列管，那麼請地區醫院可以隨時提案進行討論。朱代表，請。

朱代表益宏

我先就羅院長這個案子，我也提出來一下，因為上次在醫院總額支付委員會議已經討論過這個案子了。那時候也是署長，我記得是署長親自主持的這個會議，還是副署長主持？那個會議中我們也已經表示過，這個藥全會速度太慢會影響專款的使用，因為這個是專款，而且地區醫院是歸地區醫院，是不能流用的。所以那時候是李副署長主持的，這兩個案子，兩個金額專款是不能夠流用的，所以當初就會質疑說，那地區醫院如果你資格不夠，這個專款會用不完，所以希望藥全會這邊要加速。那但是這件事情後續就不知道，剛才講的行文這件事情，我們也完全都不知道，所以我不曉得這個溝通上面是不是有什麼困難？因為地區醫院沒有資格，地區醫院不可能來做這件事，要回溯也沒有個案去做。因為這個申請的時候，要做很多的 paper work，如果這個藥師不符合資格的話，它不會去做這個案子。所以就算你今天醫院符合資格，藥全會沒有同意的話，那他怎麼去做這些 paper work？

所以這個會造成很大的困擾，所以我們是希望健保署這邊跟藥全會溝通，是不是他們內部的作業，既然委託藥全會做這件事情，那他們應該要加速來處理地區醫院相關的問題，這是第一個。

那我想我另外要提的，就是剛剛講的急診的這個留置超過 24 小時。第一個我當然同意主席講的就是解除列管，但是每半年以後報告一次。那但是就今天的這個在 21 頁這邊，我也覺得很遺憾，就是我們看到健保署這邊列出來這些醫學中心，從 108 年開始的，超過 24 小時這個比例，每一家醫院幾乎都沒有什麼改善。那我覺得這件事情應該是說改善的這樣子的過程應該要列管，就是說要有一些不管你用分區的管控，分區的這些指標，需要求這些相關的醫學中心要有改善，那目前是沒有看到。所以只是這些數字秀出來，其實是沒有意義。那這些數字事實上，在醫療資訊公開裡面也都看得到，所以我是覺得說這件事情列管是有它意義，是應該說有一些改善的措施，然後把它去做列管，以上。

主席

好，我想我們召開一次會議，很多代表都從百忙之中抽空出席，為了讓會議有效率，有一些案子都希望事先提出，讓相關的單位先預做準備，不然突然間的提出來，沒有辦法有任何的決議，也影響會議進行的效率。舉例而言，在地區醫院總額的方案，有關藥全會相關的執行，大家覺得速度太慢等等，因為完全沒有事先的資料蒐集跟研析意見，繼續討論下去，恐怕也是浪費大家的時間，沒有辦法做成決議。所以各位代表有任何希望在會議上討論的，都希望事先提出，讓我們能夠事先做會議準備，才能夠讓我們的會議有效率，不浪費大家出席者的時間，我想之後我們都按照這樣來處理。至於急診也是一樣，如果對於指標希望提出改善方案，也請大家提案，之後我們會跟相關的單位，包含急診醫學會一起討論之後再到會議上來報告討論。那以上的會議追蹤事項還有意見？來，請。

李代表永振

這次講的不是追蹤的範圍，是我們這一大項，各位看到最前面這

個，我們就會議議程的貳確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形。我看法是說，會議紀錄要確認 OK，那我聽我們幕僚同仁也說，已經有上一屆的代表確認過，所以我們只是了解一下，但是歷次會議決議事項的辦理情形，為什麼是確認呢？應該是署裡面對這種...

主席

這個是報告案，我直接修訂，我了解這個代表的意見，這個我們的議程都有標準的，這個議事規則，我們再改進。確認上次會議紀錄這是一件事情，歷次會議決議事項辦理情形這是報告事項，不要混在一起，所以確認上次會議紀錄以後都是列為議程貳，議程參一定是放在報告事項的第一案裡面，就會有這個歷次會議決議事項辦理情形的追蹤報告。好，所以那是在報告事項的第一案這樣，以後我們就這樣來處理，謝謝代表的指教。

李代表永振

我上一屆是參加中醫，中醫是這樣，是放在報告事項。那其他的研商會議不曉得是不是這樣。

主席

都是這樣，只要是我當署長的時候都是這樣，好不好？

李代表永振

那另外就是後面追蹤事項的呈現方式也各展其才，不一致，是不是要把它弄一個？這個比較不一樣的，沒關係，就把它列出來，要不然幾個研商會議，共擬會議都不一樣，這個怪怪的，謝謝。

主席

因為我們的單位太多了，請醫管組跟企劃組通知所有各單位，就是所有的會議標準議程就是這樣，不要不同的業務單位主辦的議程都不同，所有的會議第一項除了主席致詞之外，都是先確認上次會議紀錄，然後報告事項的第一案都是歷次會議決議事項的辦理追蹤情形，都這樣，看要報告什麼，要討論什麼再講，我們都一致。不同署長有

不同的作風，那我做的時候一律所有的會議都是這個程序。

李代表永振

這樣才對，這個要公告，外界認為健保署在做什麼。

主席

好，謝謝代表的指教，我們不斷的精進。好，還有沒有其他關於本案，如果沒有的話，我們就進入今天的議程參，優先報告案，真的議程很亂，報告還有什麼優先報告案，還有比較不優先的報告，可能業務同仁考量到有些代表比較忙，所以怕放在後面的報告，有的代表先離開了沒聽到，所以特別希望大家聽的放前面，優先報告。然後後面那個不優先報告事項，代表如果要先離開就可以的意思。來，優先報告事項。

優先報告案

112 年-113 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」議事規範。

主席

這個是共擬會議議事規範，因為這一屆第一次，有一些新任代表，所以業務單位就安排了這個報告，讓各位代表再 review 一下，所以以上的報告有沒有什麼問題？來，我們先請羅代表，再請這個李代表。

羅代表永達

主席，我想請教業務單位，那個 1-2 上寫列席單位出席以兩名為限，因為不曉得這個所謂列席單位，譬如說我們在這個會議裡面，我們是由醫院協會所派出來的代表。那這個所謂的列席單位是指醫院協會？還是說坐在後面的那個叫做列席單位？是不是可以對這個事情來做一個解釋？以上。

主席

好，來，請。

陳專門委員依婕

謝謝代表的提問，我們這邊指的列席單位是像台灣醫院協會，可能會另外派的幕僚出席的部分。又或者是我們討論案第一案，會邀請在增修診療項目的時候，邀請相關的學會出席，那這個時候，這些學會就是稱為列席單位，我們在開會通知上面有特別寫。

主席

最簡單的一句話就講完了，所有的會議通知上會列出出席者跟列席者，所以列席單位指的就是列在列席欄的，出席那個就是出席，所以這裡指的就是下面的列席。那麼特別是因為很多案子會涉及到相關的專業團體或學協會，那個時候都會邀請作為列席。所以這裡談的就是這個，以開會通知為準。

羅代表永達

因為這個會議對我們來講相對特殊，因為這整個討論的支付標準當中，醫院協會占很多的一個部分，可是醫院協會，如果邀醫院協會它還有另外有三個層級，那以醫院協會派一個代表兩個代表，並不足以代表所有的層級的醫院。所以我們如果列席代表，指的是像我們醫院協會兩位代表，那各層級的秘書長或者幕僚單位，想列席就不能夠來參加。所以我建議說，這所謂列席單位的這個部分裡面，是不是有層級的這個考量？譬如說我們這個醫院協會，我們有 12 位代表，那是不是可以有一個層級，醫院協會有 2 個代表，然後醫學中心有 2 個，區域協會 2 個代表，因為列席單位要做很多的紀錄，所以我是覺得如果說，剛剛幕僚單位所提到的，所謂列席單位是醫學協會叫做一個單位，那只能 2 位的話，是不是建議這裡可以放寬或者是修正？以上。

主席

看到我們共同擬訂辦法，在今天會議資料的優報 1-3 附件一，這裡就會提到各個代表，邀請的代表，所以在第三條裡面，醫院協會是第一次參加這個會議？我是第一次主持，我不知道參加是不是第一次？現在開始說明這個共同擬訂辦法。第三條這裡就會有所謂的代表，所

以它分別分為主管機關、專家學者、被保險人、雇主跟保險人事服務機構提供者。然後這個提供者的名額分配，提供者代表的名額分配是在第五條，所以第五條裡面又分為醫療給付費用總額部門的代表，還有下列醫事團體之代表各 1 人。好，所以下面醫院協會，這裡其實就是寫的代表 1 人，這是出席，這要代表出席的。

羅代表永達

出席另外有列席。

主席

列席看案子。因為今天這個是一個報告案，我剛剛已經提到為了讓議事效率能夠有效進行，如果對於共同擬訂辦法那麼有任何修正的意見，請提案給我們業務單位，我們另外安排下次的時間來討論這個辦法的修訂。好，我們今天這個是一個報告案，只是就目前執行中的會議的規則跟大家做報告，所以這個是一個報告案。那如果在沒有修訂之前當然就按照現行的規範來進行。還有意見嗎？來。

朱代表益宏

對，這個案子其實在我們這個辦法剛剛主席導讀的這個共同擬訂辦法裡，列席到底幾個並沒有特別規定，我看起來是沒有明文規定。只有在第八條，就是說案情如果有需要，則邀請這個相關的團體代表列席說明，這個就是說一些專家，或者是有一些特殊的專案邀請列席。但是剛剛羅代表去講的，就是說那譬如說醫院協會我們後面有一些秘書，他要來做一些紀錄，做一些這個追蹤，那每一個協會都有，後面有一些不同的，像主席轉過頭看一下，後面那些就是這些所謂，我們所謂詢問的列席，這個是不是不在這個規範之內？如果是不在這個規範，那當然就比較容易。但是如果說這個承辦單位、醫管組這邊要求以後不行，醫院協會除了坐在檯面上這 12 個代表，的坐在後面的最多只能 2 個人，那就會產生很大的問題了，以上。

主席

在優報 1-6，共擬會議也不是第一次開，我第一次主持，這不是第

一次開，開過好幾次了，怎麼今天突然間發現說現在議事規範有執行上的困難？我也嚇一跳，還是大家覺得我比較面生？考驗我一下，看我會不會主持，所以優報 1-6 這邊有寫列席單位出席人數以 2 名為限，這個是在二、(三)。那至於我後面那個我都沒有看到，所以我也不知道多少人，坐的下就來，但是主席的目的就是維持會議的順利進行跟會議秩序，後面看要坐幾個人就儘量坐，但是現在的議事規範裡面寫的就是 2 名，就是我眼睛看得到的地方 2 名。好，來，請。

施代表壽全

我算是經常參加健保署的會議，我有一個程序上的意見，凡是討論案就應該充分討論，我附和主席的意見。但如果是報告或者追蹤情形的辦理案，就不要討論，你一直討論，不就變成討論案嗎？針對報告案，覺得有什麼問題，就請另外提案討論，報告案一直討論，的確會影響我們的效率。

主席

我們的會議儘量要有效率，大家都很忙，一定都有一個預定的時間，大家今天來開會大概不會想說今天要開到晚上 11 點吧？大家一定後面也安排了。所以我們下次設一個開始時間跟結束時間，讓大家好預估。時間到未完等下次會議，慢慢來沒關係，所以我們把重要的在前面先處理，充分討論，報告的在後面，讓大家都有一個打算，不然大家車票都買好了，代表剩一半，不夠的時候喊散會就不開了，所以我想還是大家有一個共識，大概我們的會議讓它能夠順利進行重要的議程，我們好好的來選擇。

所以排在優先報告，主要是因應因為有新任的代表，包含新任的主席。所以這個我們業務單位先把這個相關的議事規範做一個報告，讓大家熟悉一下，當然這個後續如果在執行上有任何問題的時候，我們都可以提出來修訂。好，那這個報告案我們就洽悉。

那麼接著因為一般會議而言，都是報告事項在前，討論事項在後，那但是因為我們很希望這個需要討論的，能夠得到代表的充分意見的

討論。所以我們這個議程較一般的不同，我們先把這個討論事項放在前面，那麼希望這些需要借重我們各位代表的這個集思廣益，給予的指教放在前面。是不是我們就從這個討論事項來進行開始？好，謝謝各位代表的支持，那我們就進入討論事項第一案，請業務單位先行說明。

討論事項

第一案

案由：增修「直腸癌術前低分次放射治療」等 56 項診療項目案。

新增「直腸癌術前低分次放射治療」

主席

好，我們是要全部念完嗎？還是一項一項來？要一項一項，好，現在是討論 1-1 的頁碼，那新增直腸癌術前低分次放射治療，那麼這個有沒有我們列席的代表要補充說明的？

趙興隆理事（台灣放射腫瘤學會）

放射腫瘤學會沒有補充說明，以上。

主席

好，謝謝，請教各位代表對本項新增支付項目有沒有什麼指教？好，來，請。

游代表進邦

主席、各位先進大家好，首先我大概針對新增這個直腸癌術前低分次放射治療這個項目，我大概沒有太多的意見，不過，我心中有個納悶，就是它的支付的點數是 204,966，但是我們裡面有講到這個可以取代的一些通通加起來，那因為次數不一樣，大概是介於 238,247 到 278,976 點。那既然是這樣，現行的流程就是這樣，統一成新的項目的時候把它變成 20 萬。那你前面又說又會增加 1,018 萬點，那這個數字上，我就很不能理解說怎麼會這樣？而且我記得後面的文字臺灣腫瘤

醫學會認為說，放射性治療每一個照野他還嫌說這樣的點數是偏低的。結果我們把它綜合起來之後，整體的點數好像更低，我不知道這個怎麼說明說這樣子的話，那我就覺得新增整個都是照原來傳統方式去做就好了，以上。

主席

會議資料討論 1-1 頁數的說明二，開始有說明新增事項推估增加支出約 10.18 百萬點，這個是 4 項合計。那現在我們只討論第一項，(一) 這一項，這一項的評估是沒有財務增加。我再導讀一下，所以這一項沒有。那至於說我們的這個預估是合計在 23 萬到 27 萬點。那但是我們只建議支付 20 萬點左右，這個代表覺得說納悶，怎麼不照這樣給人家就好，我們業務單位說明一下。

陳專門委員依婕

跟各位代表說明，這個項目是低分次，就是病人去執行放射治療的次數可以減少，每一次的劑量比較高的放射性治療。因為次數減少，所以相對來說我們有去試算它的成本分析，它整體而言的成本大概是需要 20 萬 4966 點。那我們也有去看，過往如果是次數比較多的這些放射治療要去多少次，這樣合計起來算的支付點數加起來就是看到後面討 1-2 看到的，23 萬 8 千到 27 萬 8 千這樣子的點數。所以過往傳統的點數比較高，那現在用低分次高劑量的相對來說點數會稍微低一點，所以我們這邊寫不會增加財務支出，以上。

主席

意思是說更具有成本效益，成本比較低效果相同，所以這個成本效益比較好，來請。

游代表進邦

既然是這樣的話，那是不是在這個項目裡頭要去寫，書寫未來的治療的 SOP 是怎麼樣？因為你說次數劑量又比較低，假如沒有弄清楚的時候，大家到時候還是會產生一種混亂說，假如我的治療方式不是這樣的話，那是不是我就不符合這樣的一個收費標準的流程？我想這

個我們要講是說既然是這樣，那應該是要有一個比較標準的，大家可以認為說這樣的操作是沒有問題的。

主席

好，這個涉及到專業內容了，放射腫瘤學會要不要補充說明？剛剛關於代表的問題。

趙興隆理事（台灣放射腫瘤學會）

主席、代表，放射腫瘤學會這邊做說明。關於那個這個新設定項目的適應標準，在我們之前共同擬訂會議已經有討論過有，應該會到時候會列在裡面，只是在這裡沒有說明，那個適應症沒有說明，以上。

陳專門委員依婕

各位代表可以看到討 1-69 頁，我們本項修訂以後的支付標準的長相，在討 1-69 頁。在這裡面我們有敘明適應症的範圍，還有相關的支付規範，那支付規範也有說這個是屬於包裹給付的，包含低分次裡面總共 5 次的放射性治療，都有述明在我們的適應症跟支付規範裡頭。

主席

好，那有關（一）新增本項治療的支付標準，請問代表是不是同意通過？如果沒有意見我們照案通過，來，第二項，請說明。

新增「難治型顱內高壓之低溫療法-首日」、「難治型顱內高壓之低溫療法-第二至七日(每日)」

主席

神經創傷暨重症學會有代表列席，有沒有要補充？

石富元醫師（台灣神經創傷暨重症學會）

神創醫學會代表沒有要補充。

主席

好，謝謝。請問各位代表對本案有沒有什麼指教意見？好，沒有

的話我們就照案通過。再來，下一個。

新增「慢性偏頭痛肉毒桿菌素注射技術費」

主席

這一案神經學學會有代表列席，請問有沒有要補充說明？

王嚴鋒醫師（台灣神經學學會）

這個慢性偏頭痛不是痛很久就叫慢性偏頭痛，是有嚴格診斷標準的，而且這個是限制在難治型，那它跟醫美和一些其他適應症注射不同，而且可能要花蠻久的時間，而且我們需要經過學會訓練課程特殊認證，所以申請人其實不多。

主席

好，關於本案請問各位代表有沒有什麼指教？來，先請朱代表，再請李代表。

朱代表益宏

第一個我想請問一下這個所謂的認證，因為在那個 1-70 頁，討 1-70 頁這個支付標準裡面並沒有講說認證的條件是怎麼樣？那這個是第一個。那你這邊又限制說要做認證，所以這個要說明一下。第二個，就是說你的肉毒桿菌注射是 200 點，那現在這個 3,664 點，我不曉得這個醫管組當初在成本分析是怎麼樣？讓大家知道一下，因為差距還蠻多的，以上。

主席

好，那個業務單位要不要說明？

陳專門委員依婕

我先試著說明，有關於慢性偏頭痛這個部分的醫師資格認證，這裡有寫在我們的藥品給付規定，藥品給付規定裡面有敘明說，神經內科、神經外科的專科醫師需經台灣神經學學會訓練課程認證慢性偏頭痛診斷與 Botox PREEMPT 155U 標準注射法。那這個規定因為已經寫

在我們的藥品給付規定了，所以我們醫療服務的支付標準這邊就不再重複另外訂。那另外剛剛代表提到的成本分析表的部分，請各位可以看到我們討 1-59 頁，不好意思，1-60 頁，那本項慢性偏頭痛肉毒桿菌注射的技術費，我們把相關的成本，包含用人成本、不計價材料等等的成本有羅列在這邊，支付點數是 3,664 點，那主要是因為它的醫師還有護理人員執行的時間，相對來說比較長的原因，以上。

主席

好，來，請朱代表，還有意見？

朱代表益宏

成本分析我想請教，因為你這個是注射，它可能注射的時間可能技術性相對比較，我不曉得這裡一個主治醫師一個住院醫師是？住院醫師是來學習的嗎？還是說他是要做什麼樣的功能？以上。

主席

好，請神經學會來說明？

王嚴鋒醫師（台灣神經學學會）

神經醫學會在此說明一下，這個其實需要事前審查，所以它不是你想要打就可以打，藥物事前審查其實門檻很高，所以它規定就是難治型，要失敗三種以上藥物，所以其實藥物事前審查，目前就有很嚴格的規定，所以申請人其實很少。再來就是這個注射並不是像我們一般就打一針兩針，其實整個過程花費時間蠻長，要打 31 到 39 針，所以其實是需要一些時間跟人力，除了施打的主治醫師，其他的人力其實也不是在那邊站著看，需要有時候要幫忙固定，要幫忙止血，還要幫忙處理一些治療相關其他的事情，所以其實是有他的功能在的，以上。

主席

但是我想這個朱代表可能他關心的是這樣，因為在成本分析裡面就有寫了主治醫師以上 1 名，然後住院醫師 1 名，就是說這個住院醫

師是在協助執行？而不是學習的？不是來學的這樣，那如果這個醫院萬一沒有住院醫師的醫院？

王嚴鋒醫師（台灣神經學學會）

是，上次在專家會議也有討論過這件事，就是說基層可不可以執行？也可以執行，但是人力受限，花費時時間會很長，也就是說，我們在醫院這麼多人的話，執行會比較有效率一點，但基層還是可以執行。

主席

它可以由 2 名醫師來做，但是給付還是一樣。並沒有限制說你沒有住院醫師就只能一個人做，還是可以兩個人做，但是就是這個給付而已這樣，有一個類似像醫師助手，一個是主刀一個是助手概念是一樣。好，謝謝說明。抱歉，先請李代表，剛剛先舉手，再請黃代表。

李代表永振

謝謝主席，這邊有兩點請教，第一點就在資料的 1-3 上面提到，112 年執行件數為 773 件，扣除替代後增加 258 萬點，我算了每件差不多增加 3,338 點，那麼在 1-2 的資料那邊建議支付點數是 3,664 點，那反推一下，那麼原來的是 328 點，新建議點數是原來的 11 倍，它的原因是像剛才說明的這樣嗎？如果是這樣，成長到 11 倍對於社會保險的這種提供合不合理？這個大家考量一下，謝謝。

還有第二點，在這邊推估的話有提到成長 7%，是利用 109 年到 111 年的資料，後面還有幾個項目都是成長大概 7%、6.8%，甚至一個還有到 9%。但是我們署裡面對外媒體公告的，在三年疫情期間整體的就醫量，都比 108 年 down 很多，那為什麼現在採用疫情期間三年的成長率都是那麼高？是有特殊的什麼原因嗎？這邊請教，謝謝。

主席

最後一個問題我直接回答，因為剛剛代表所提到的，我們整個就醫的利用率下降，這個是整體。但是這裡面有一些是屬於剛性需求，

不管天塌下來他也得來的，所以現在看起來都是剛性需求，就是這幾個會增加的，就是這一種病人他沒辦法忍耐，疫情再嚴峻也要來就診，所以它會呈現增加的情形。

那剛剛有提到這個替代，因為現在目前是沒有這個支付，所以我想請教神經醫學會，目前還沒有納入的時候，這一類的病人怎麼辦？

王嚴鋒醫師（台灣神經學學會）

是，跟主席跟各位報告，先前是用這個 39023B 這個碼，也就是大概 200 點，所以是花費大概快一個小時，也就是 200 點。那其實對這個花費的心力來說，其實好像不太成比例。所以看起來好像成長很多，但是如果以這個這麼多時間人力的這個成本來估算的話，其實好像也不是太高的一個成長，應該是感覺從前是一個很不合理這樣的一個做法。

主席

應該這麼說目前在沒有新增這個項目的時候，我們找了一個貼近的項目，可是並不是這種做法。那是單次的那種做法，只是因為目前沒有的時候，我們這個第一線的醫療人員就醫者父母心，就是等於是這個為了病人好，還是得給他用這種方式來治療，只是因為沒有這個支付標準，所以只好找一個最近的。但是實在是很耗費人力，而且這個一次要打那麼多針，過去都是醫院自己吸收成本，所以現在來提出來。來，請。

彭代表家勳

主席、各位代表大家好，我是前任的神經學會的理事長彭家勳，我想替神經醫學會的同仁講幾句話。第一點就像剛剛主席講的，這個是剛性需求，因為這些病人都是用過其他藥物後，治療效果不優後才會使用，且要經過事前申請，所以不是想打就打。所以它為什麼在疫情期間需求成長？就是因為是剛性的需求。

第二點，以前打一針，200 點是指一般的肌肉疼痛注射的費用一針就是 200 點。可是這一類的病人要打 30 幾點，所以它花比較多的時

間，而且不是隨便亂打，還需要經過訓練的專科醫師，才可以執行。所以假設用 1 針 200 點計算，30 幾點要 6,000 多塊。目前這個計價已經自砍一半了。就像剛剛主席講的，實際上過去都是我們的神經科同仁是以佛心在服務病人，所以要請代表們多支持此案通過審查，謝謝。

主席

好，來，請黃代表。

黃代表振國

我不是神經科的，所以我要講公道話，在藥品共擬會議的時候，我們曾經針對 Botox 這個藥，在不同注射的地方進行討論，其實我比較有意見的是它的藥價，不是注射技術費。第二個，神經科的專科醫師留在醫院服務的已經非常少了，現在很多醫院的神經科醫師，因為可以做復健，所以很多流動到基層來。我們現在臨床上，包括用藥可能沒辦法用藥，還有坦白講有些新藥也非常貴，所以有時候整體治療效果並不好，這些病人真的是非常辛苦，我相信沒有多少病人願意被頭上被扎了 30 幾針，除了現在做醫美除皺美容以外，大概沒有一位願意打這個針。那 Botox 用得最多在自費，如果今天是用在醫美的情形下，我相信這技術費不只有兩三千點，那我們希望留住好的神經科醫師在醫院服務，所以我個人是蠻支持的，而且我個人是絕對不會做，謝謝。

主席

你最後那句，頓時不知道如何回應，個人是絕對不會做，這絕對沒有利害關係。好，來請李代表。

李代表飛鵬

我跟大家分享一個經驗，就是我有一個親戚，他真的是嘴巴一咬起來就痛死了這樣。那看了很多科的醫生，包括牙科、咬合、拔牙什麼東西，然後真的都不會好。那只有用這種 Botox，然後打了很多，都花了很多時間，讓他不必再去做 CT 做 MRI，做牙科做什麼花了很多錢，然後吃了很多安眠藥，吃了很多止痛傷肝傷腎。所以我覺得這

一個 Botox 打這個難治型的對病人的人生的改善，以及他的醫療費用的節省我覺得它是，我是很客觀的表示，應該是支持它通過，以上。

主席

好，請問還有沒有代表要發言？來，請李代表。

李代表永振

剛才先進所提的說明，或者說佛心這個我都認同。不過我只是在思考一個事情，目前一直在強調健保的財務陷入困境，我們推出來這邊共擬會議，又要推出滿漢全席，這樣會不會健保署將來會神經錯亂？將來如果要調整法規的時候，付費者代表又要降？所以就很為難。這個是很需要，那就是要錢，現在健保又沒錢，那怎麼辦？政府又沒有錢來公務預算，稅收比較好的時候就安靜，那整體的話要怎麼往前走？我是一直繞在這邊繞不出來，謝謝。

主席

好，謝謝李代表，因為李代表同時是健保會，剛剛講的是健保會責任，帶來共擬會，但是我們今天就共擬會的項目來先進行討論，從真正的有醫療需求，然後這個財務的影響，確實也是一個考慮，沒有錯，但是這個在共擬會議上，主要在醫療需求上來做討論會比較好，來，請。

朱代表益宏

剛剛李代表講這個是，我也是健保會委員，我也要講幾句話，這個案子就去突顯，健保對醫療醫界怎麼樣的態度是這樣，醫界為什麼會血汗就是這樣？意思就是這樣子，那你原來的注射你給他200塊錢，200點還要再打個折，難怪市面上就有很多輿論在講，通氣管比通水管還要便宜。因為以前的這些支付標準，包括這個200點都沒有經過成本分析，就用勞保的那一套，30幾年前的勞保支付標準就拿過來用，30幾年臺灣的經濟是怎樣，現在是怎樣，拿過來有很多項目沒有改，因為健保它每一年成長，付費者就把成長率壓得很低，沒辦法。既然沒有錢，只好挑有急需的項目先來調整，但是大部分都沒有調整，意

思是這樣。那我們在這個會議在很多場合也跟健保會，跟衛福部強調也講過，你應該就現在所有的支付項目好幾千個項目，應該整體去做成本分析，成本分析全部算出來，看看到底是差多少錢？然後健保會這邊逐年編列相關的預算，去把它補足，而不是眼睛蒙起來說沒看到，醫院自己這個歡喜做甘願受，這個我也要講兩句，謝謝。

主席

謝謝朱代表的指教。剛剛這一番談話確實重要，因為它都適用以下個案，所以以下個案我們就不再重複這個同樣的議題，這都適用，這個案子我們就一併發表完畢。類似需要談話會，我們健保署另外安排談話會，跟各位代表充分溝通，來，何代表。

何代表語

主席、各位代表，因為這個衛福部把何語設定了很多何語條款在規範，那健保署這一次看到說何語是麻煩的人，所以就聘請我當雇主代表，來參加這個開會。那我們衛福部的長官很英明，派了一個王牌的健保署長來，那王牌的健保署長今天開始主持會議，我一直在觀察王牌的署長怎麼出牌。那我們雇主代表這邊，我也推了一個李永振的這張牌出來，因為李永振代表在我們雇主代表裡面是非常優質，深入研討整個健保會，健保制度的一個很用心的代表。那因為何語條款的關係，我不是健保會委員，朱代表，我不是健保會委員，但是我今年會參加三次委員會議和總額協商，我會代表工業總會參加總額協商的過程。

我也知道健保會整個經費的困難，但是我聽了各位先進的表示以後，我也發現到，我們剛才那個代表神經科的醫師，你們委屈太久了，你們應該造反，早就要造反了，怎麼 200 塊拖到現在才出來？那事實上很多，醫療團體裡面很多不平衡性的項目是很多了，我也很清楚，那不平衡的項目很多怎麼去拿出來改進？我們李代表強調，因為他是精算師，每天都在算我們健保會要的財務的收支狀況能不能平衡，那我也敬佩他精算師的專業的經歷，還有他的執著，還有數字的掌控非常清楚。那我認為是這樣子，因為我們醫界既然你們認為有很多不公

平的項目，我建議你們把不公平的科別、項目全部清列出來。健保會縱然讓它很困難的財務支出，那就整個政府全民大家共同來承擔。坦白講我不贊成有些醫療項目就是太偏低，對執行那一科的醫師很不公平，這一點我認為不認同這樣子。雖然我在健保會鬼混了12年，但是我也認為應該衡平性的對待每一科的醫師，那是很需要的。

所以我認為因為聽了各位講剛才打一針200塊，那現在都要打30幾針，我支持這個案子先讓它通過。那署長也英明，而且是王牌署長，所以可以把一些不平衡性的科別，慎重的撈出來。現在電腦大數據這麼多這麼優質，而且電腦大數據都能夠抓出這些不公平的細項科目，那應該從這個角度去切入，來讓它這個不公平的醫療支出，這是我的意見，謝謝。

主席

好，謝謝我們最王牌的代表的發言，我們發現兩方已經有共識。現在回來，王代表要講話，他會說要增加健康投資，我們是不是精簡？因為我真的要拜託大家，其實除了我們代表之外，我們今天有好多的專業團體這些醫師，都放下他的病人到現場來爭取相關的這個支付標準，所以我是希望會議能夠有效率的進行，然後讓剛剛像譬如說有的案子討論完，我們的醫師們就可以離席，回到臨床去照顧病人，我們不要讓他們都留在這個會議室裡面，無法預期他的病人要什麼時候才看得到他。所以我們是請代表精簡發言，我是不想說按鈴，因為我要尊重所有的代表，但是希望我們所有的代表精簡發言，謝謝。

王代表宏育

對不起，我是王宏育王醫師我第一次發言，我很卑微的請求，我們開會最好是兩個小時結束了，三個小時是最有效率的，所以是看能不能五點結束，我也要回去高雄，還要回岡山看晚上的門診，後半段。我是這樣子說，像這個案子大家都贊成，我們就不需要花那麼多時間，謝謝。

主席

好，還有沒有要哪一位代表發言？好，再一句。

李代表永振

我講幾句，因為我會講這個最主要是幾年前就開始講，我們的費率上限 6% 很快就會突破，所以部有聽到好像想要去修，往上；但是基本問題如果不解決，再往 10% 只是時間的問題。另外一個如果修法不過，就是要縮減保險給付範圍，這法有明定的，在國內的話是易放難收，到時候那些決定的人為了選票，到底會做什麼樣的決定？我要不要未雨綢繆？剛才發言我是在考慮這一點而已，並不是說要不要給？謝謝。

主席

好，那我們現在就針對要不要給來發言，那麼這個支付標準是不是大家同意？好，同意，那我們就照案通過，那接著來第三，在討論 1-3，請業務單位說明。

修訂 36021C 「3D 電腦斷層模擬攝影」

主席

這個是不是由放射腫瘤學會說明？來，請。

趙興隆理事（台灣放射腫瘤學會）

主席，關於這點做說明，主要是因為這個名稱跟放射科的申報項目名稱有一點雷同，造成常常出現一些申報錯誤。所以我們對申報的這個說明限制做修正，對支出沒有影響，以上。

主席

好，這個只是過去已經在做了，在放射性治療之前的檢查定位。那只是說過去沒有這個支付項目，所以都另外報其它的相近的那個放射治療的，所以現在把它正名對不對？

趙興隆理事（台灣放射腫瘤學會）

跟主席報告，這個是過去就有的項目，由放腫科醫師執行及申報

但因為我們這一項有 3D 的名字，所以常有放射診斷科(影像科)的醫師會錯誤申報，所以為了避免報錯，所以做了說明修正，以上。

主席

OK，好，所以這個只是明確支付規範而已，OK，好，是不是就？來，陳代表。

陳代表杰

謝謝，付費者代表來代表發言，現在目前在討論這個議案等於它是從 1-49 到 1-51，那我是不是能夠建議大家看一下我們那個討論 1-5 裡面有提到一點，它要去修訂那個乳房細針穿刺以及乳房病灶的粗針穿刺，組織切片等兩項。那當然我拿到這個手冊以後後來我有做一個詳細的研究，因為像目前有關於乳癌的比例是非常高的，那像我們在修改說它本身假如穿刺的話，不管是你細針或者粗針只能夠兩次。只能夠兩次，那當然我個人認為這個議案應該要撤回，最主要是那個能夠保障所有的包括女性、男性也好，他本身他的所謂的就醫的權利。例如患者他檢查後疑似有乳癌，但是照到的影像裡面疑似有好幾處，但是本次會議討論當中提到就是健保給付的規定以病灶為單位每次就醫限申報兩次，等於只能夠申報兩個病灶點。那萬一假如說他影像出來有五個，這樣等於醫生要擲筊，看要刺哪裡比較正確，那這樣的話等於會傷害到整個所有的一些就醫的權利。

我希望提出這個議案提出來以後，我曾經有私底下跟一些我們勞工團體在那邊討論，大家覺得不可思議。那尤其我們國民健康署這幾十年來積極在推動所謂的乳癌篩檢計畫，那今年我們健保署，本次會議提案就以病灶數為單位每次就醫限申報兩次，那我個人的看法就是說，它等於是大開醫界的所謂的民主倒車，醫療倒車，所以說我是不是能夠具體建議，有關於本案在 1-5，以及 1-51 那一個部分希望能夠維持原案，不要限制他只有能夠所謂的病灶部分穿刺，以所謂的單位，每次限申報兩次為限，這一點我認為要導正，所以說建議我們這次會議能夠做一個修正，謝謝。

主席

好，謝謝，因為陳代表所提還沒有討論到，是在（八），我們現在是在三、（一），這是在討論 1-3 頁這裡，待會我們到那個項目的時候再請其它代表表示意見。好，對於這個 3D 電腦斷層模擬攝影，我們其實只是正名而已，所以明確支付規範。是不是就照案通過？好，謝謝，那再來（二）。

修訂 03010E 「加護病房 ICU（床/天）-病房費/護理費」等 9 項

主席

這個兒童心臟學會的代表，有沒有要補充說明？

陳俊安秘書長（臺灣兒童心臟學會）

主席、各位代表，基本上這個只是讓原本的這個加護病房適應症更完整的，也更符合現行的一個實際狀況，以上。

主席

好，所以它也是只是條件的補述，也沒有增加這個健保的財務支出，對不對？所以它只是增列那個適用範圍而已，加了一個「兒童進行高風險侵入性處置或手術，需加強監測或醫療者」。好，那是不是我們就照案通過？好，謝謝，再來（三）。

修訂 68040B 「經導管主動脈瓣膜置換術」

主席

這個心臟學會的代表有沒有要補充？

李永在醫師（中華民國心臟學會）

它這個問題是在於說主動脈剝離，因為以前如果單純包含的這個主動脈瓣手術的話，有很多醫院它其實是做這個主動脈剝離的時候順便做主動脈手術，主動脈瓣手術，沒有算進去。所以把它更寫得更詳細一點，然後把這個主動脈剝離的，也將 A 型急性主動脈剝離的手術把它算進去這樣子，只是把這個條件講得更清楚一點。

主席

這個在資料的討論 1-49 頁，它只是去修訂醫院條件，醫院條件這裡有限定醫院每年要執行 500 例以上的心導管，及 25 例以上的主動脈瓣膜置換手術案例，這個醫院要有個經驗，多少時間內要累計。每年比較難計算就是一年，有的醫院慢一點開始的他也有機會，就是他一年有執行到這麼多的案例，這是要明確化。那至於再把主動脈瓣膜的置換把它加進去，說它也含有這個 A 型、type A 的急性主動脈剝離的手術，其實這個是一樣的意思。這個應該現行大家也都是這樣算，只是把它這個文字上明確而已。來，請朱代表先發言之後再請劉代表。

朱代表益宏

這個 TAVI，這個應該就是 TAVI，對，那我不知道因為在這個項目的特材費用非常高，特材費用大概超過 100 萬，我印象中好像是非常高的一個特材。所以你現在這樣子做放寬，我不知道特材因為那邊會有，當初有財務的衝擊有一些管控。所以這邊去做這樣子的處理那會不會對於那邊就是在使用量，因為這邊說對於這個財務沒有影響，雖然事實上你是對於操作的醫院的一些資格去做某些程度的放寬以後，那數量會不會增加？這個是不是要說明一下？以上。

主席

這個手術的適應症的對象是沒有改變的，就是 TAVI 的對象是沒有改變，那現在只是在執行的醫院的條件上那麼它的計算基礎把它做改變。過去是用每年來計算，現在是用一年來計算，只是做這樣的條件的改變。適應的對象它沒有改變，換言之，多的改變只是讓本來要做的病人，他不用奔波去其它的地方做，他可能在地如果有醫院達到這樣的門檻，他就可以去做，意思是這樣而已。

朱代表益宏

原來的主動脈置換它是手術也可以做，也可以做開心手術去做處理。那後來有了 TAVI 這個東西，它侵入性更小，所以當初當然有訂了一些適應症，我印象中好像年紀多少幾歲，然後或者是血管硬化有某些程度的血管硬化。當然如果，有一些醫院做的限制，就是意思並

不是每一個醫師都可以做，現在對於限制的這個操作的醫師限制的話，那當然原來這個醫院它不符合做 TAVI 的條件，它可能用開心手術去做處理，但是現在放寬了以後他有可能去做 TAVI。所以這一部分因為特材，我強調的手術費，這個放寬我個人沒有意見，但是會不會對於特材那邊影響它的費用？因為剛剛強調一個 TAVI 特材給付大概就 100 萬，所以增加健保的財務壓力，如果有增加會非常非常的大。

主席

好，來，請游代表先，後面是剛剛說聽到聲音說要發言的是？好，那就請下一位，那先請游代表。

游代表進邦

主席，我大概針對這個「每年」改成「一年」，這個我有一些疑慮，每年的定義很清楚就是那個年曆，就是第幾年就第幾年，所以它一年也是有 365 天，那閏年的話就是 366 天，那你現在改成一年就 365 天，那到底從哪一天算？從哪一天結束？這個定義沒有講清楚，我是怕說以後會產生一些爭議。要不然就是說隨便算只要 365 天或者 366 天裡面有符合就好，我想應該把這個定義講清楚，要不然這樣反而會引起後面更多的混亂，以上。

主席

好，這個當時一定有人提案對不對？是不是請提案單位說明一下？這個為什麼要這樣子改？來，請。

張睿智外科部部長（花蓮慈濟醫院）

報告主席、各位先進跟各位前輩，我是花蓮慈濟醫院的心臟外科張睿智醫師。這個案子其實主要還是由花蓮慈濟跟東區的病人有相關，我這邊跟各位補充說明。因為這個已經有在專家會議做過討論，就是說因為在做 TAVI 手術的時候，重點是要病人的安全，那在做這個 TAVI 的時候必須有心臟內科跟外科的醫師同時進行執行。那在心臟 TAVI 手術的時候如果遇到併發症，最容易產生的可能是主動脈剝離，那當初是因為在花蓮在這個執行上面包含是技術跟它的醫院的本身設備上

是沒有問題。但是因為考量到花東的病人人數沒辦法因應到我們每年都有 25 例。所以專家委員就質疑說那這樣花蓮慈濟或者是說，其它比較偏遠的地區的病人能不能得到同樣安全性的手術？所以這時候才提出來說那他們這個心臟的手術，包含像是班特式主動脈的根部手術，或者是甲型主動脈剝離手術。也就是說當您遇到 TAVI 手術的併發症的時候，您必須證明您跟醫院的心臟外科醫師有能力處理這樣的併發症。所以這是以安全來做一些考量，所以才會把這個主動脈剝離合併進去。那當然當初在學會代表，包含心臟內科，包含胸腔心臟外科，還有包含介入性心臟學會都有討論說原則上都是希望說不要放寬，但是必須把主動脈剝離考慮進去。那以全國的目前的心臟手術，心臟主動脈手術跟主動脈剝離手術合併起來，這樣的手術根據專家的意見是不會增加這個總的這個 TAVI 的人數。那反而是針對這個偏遠地區的一些醫院會有一些幫助，不用讓病人再到北部來奔波，那以上補充。

主席

剛剛代表的意見是這樣，為什麼要把每年改成一年？這個有什麼樣的執行上的困難？

張睿智外科部部長（花蓮慈濟醫院）

報告，這個因為當初在訂一年的時候我並不在，但是後來我有聽前輩他們有說，因為如果你用年曆來看的話，其實我們心臟很特殊，我們心臟有一個跟溫度有相關，比方說我們冬天在我們主動脈剝離的發病率比較高。那如果說你今天因為你這個一年到，1 月到 12 月，跟來年的 1 月到 12 月，那也許你會總數上面就有一些差別，當然我必須說可能對於臺大醫院、振興醫院、北榮醫院沒有差別，可是也許在數字在 20 幾例上下，譬如說花蓮慈濟醫院、台東馬偕醫院，這樣的醫院，可能就會有數字上因為這個年紀，國曆年的這個 1 月到 12 月，或者是來年的 7 月到 7 月，中間就會有一些差別，所以這是必須要再這邊做補充的，以上。

李永在醫師（中華民國心臟學會）

這個心臟醫學會這邊再補充一點，然後為什麼用一年是因為有一些例如說最近那個屏東榮民總醫院他新設立了醫院，那它已經累積到25例，可是如果把它每年開始的話，那麼它這個累積的就是說111年跟112年它被拆成兩個部分，那麼它就要等到112年結束，然後113年才可以執行。那變成一年的結果就是說它符合25例以後，那麼第一年它符合，第二年它要符合，第三年它要符合這樣子。所以如果以它申報的例如說7月1號開始，那它第二次的7月1號它也要用同樣的數目去計算這樣子。

主席

我覺得我們的算法上，每一次申報的時候就要往前去算它過去有沒有經驗嗎？不會吧？應該是他要來申請取得這個條件的時候，他要來申請的時候吧？所以它是以申請時對不對？所以你申請時很簡單，就是說我要申請的時候提出我近一年，那個叫近一年的，一年的概念很模糊，就是我來提出申請的時候，那你說每年是什麼意思？每年是說過去三年平均每年多少才會這樣講，我們通常有兩種用語，一種就是過去多少時間平均每年多少，這是一種說法，過去三年平均有大小日，所以我過去三年都是用年度算的，平均每年多少，這是一種。另外一種是我申請的時候近一年，我來申請往前一年的這個時間裡面有多少例。所以我是覺得這個主要都是在看這個醫師的經驗，他的經驗，所以看你的經驗，比較簡單的方式就是就並列。就是比較有經驗的他一直在做，有在做的，他現在要來提出。因為這個講的就前半段在講心臟內科醫師，他在做心導管，後半段在講心臟外科醫師，他有瓣膜置換或者是主動脈剝離的手術經驗。所以這樣就簡單寫，醫院的過去三年每年平均或近一年，兩個都加上，這個代表的就是它這個醫院醫師的經驗，這樣就好了，就是這個過去三年每年平均或近一年達這個500例以上之心導管，500例以上是心導管，及25例以上，這樣就好了，這樣，我們就做這樣文字的修正就清楚了，知道問題在這裡。還有，還有意見？再來。

黃醫師啟嘉（吳代表國治代理人）

我是全聯會的代表黃啟嘉醫師，東部的偏鄉在統計上跟西部有些不太一樣，所以很感謝英明的署長支持偏鄉提出來的統計方式，因為照西部的統計方法，我們無法達到，也無法滿足偏鄉的需求，然而在社會保險的責任來講，偏鄉的醫療平權是最重要的，所以謝謝署長。

主席

這是計算部分給大家彈性，可是品質不變，就是醫師都是具有這樣的經驗資歷。好，那這一案我們就把文字略做修正之後通過，可以嗎？可以？好，謝謝。那再來往下那個（四）。

修訂 02025B 「出院準備及追蹤管理費」

主席

好，這個是限縮我們目前的給付規範，讓它在同體系內的不予給付，不曉得各位代表是不是同意？好，同意，謝謝，通過，再來（五）。

修訂 12207B 「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」

主席

好，病理學會有沒有要補充？

杭仁鈞醫師（臺灣病理學會）

代表病理學會補充，參考第二章特定診療第 24 節裡伴隨式診斷，有很多項目皆要求實驗室認證且機構應報經保險人核定。本案為在之前即核准的項目，希望能夠比照辦理，以上說明謝謝。

主席

這一項其實在適用對象上沒有改變，只是在檢驗的單位上要求他要通過實驗室認證跟造冊，所以這個只是更嚴謹，隨著那個法規的調整之後我們的支付規定也伴隨著做一點修訂，那是不是我們就照案通過？好，沒有意見的話通過，再來（六）。

修訂 50023B、50024B 「尿路結石體外震波碎石術」等 2 項

陳專門委員依婕

跟各位代表說明，那本案的提案單位是台東基督教醫院，那因為他地處偏遠所以沒有辦法前來，有提供書面意見。他的書面意見在桌上、各位代表的桌上，補充資料翻開來的第一頁。台東基督教醫院的意見是說因為醫事司負責的特管辦法這邊，其實早在 101 年就已經刪除本項 ESWL 已經解除列管了。所以相對來說泌尿科專科醫師兩名以上的要求也沒有在特管辦法被繼續列著。所以是希望說支付標準可不可以不要限一定要有兩名泌尿科專科醫師？

那各位請看到本署說明的這邊，那其實這個議題在 101 年刪除特管辦法，特管辦法刪除體外震波碎石的時候，我們共擬會議就已經有做過一些討論。當時泌尿科醫學會有表示，尿路結石還是要由泌尿科專科醫師依照結石部位大小成分或病人整體狀況來選擇最適合治療方法，也提到做這個也可能產生一些併發症，當次會議雖然是兩案併陳，那最後的結論是還是維持一定要有兩名泌尿科醫師的資格。那這個部分跟大家做說明。

那本案其實就是針對這兩名泌尿科專科醫師到底要不要限一定要是專任來做一些討論。那我們上一次已經針對離島地區有放寬可以一名為專任，另外一名是支援。這一次是針對台東這種地處比較偏遠的地區，考量到我們另外配合部裡面有一個醫學中心支援離島及醫療資源不足地區緊急醫療照護相關的計畫，它有全年全時段的支援醫師在支援該醫院。那這個案子泌尿科醫學會也是支持修訂，就是做了這樣子的修訂，以上。

主席

好，有要補充的嗎？泌尿科醫學會有沒有要補充？沒有？

顏敬恒醫師（臺灣泌尿科醫學會）

泌尿科醫學會報告報告，沒有補充。

主席

好，謝謝，請羅代表。

羅代表永達

主席，我想這個案子地區醫院裡面已經反應過很多很多很多次，這個規定裡面就像台東基督教醫院，它事實上並沒有同意現在目前用只限定臺北，醫學中心所支援的這個相關的這個計畫裡面才是一個專任一個兼任。其實這是一個很奇怪，很莫名其妙的一個概念，所有的醫院裡面包括我外科開 Whipple，這麼危險的刀，或者是我們換心都沒有人規定那一個專科裡面要兩個專科醫師，只有泌尿科不曉得為什麼做 ESWL 就一定要兩個專科醫師。結果它造成是很多的這個現象就是說，譬如說很多的醫院裡面，依規模不可能請三個醫師。因為如果說假設有兩個醫師，結果一個醫師離職，按照現行的規定裡面，一個月沒有補泌尿科醫師的話，包括醫師，包括護理人員包括相關的工作人員都不能做 ESWL。那你說需要專科醫師。現在目前 ESWL 一定是專科醫師臨床或者是那個相關的操作，這是一定的規定。可是為什麼要兩個醫師？現行的 ESWL 有規定要兩個醫師在嗎？有規定兩個醫師同時要到場嗎？都沒有？那可不可以給我一個理由，為什麼要兩個醫師？為什麼？那告訴我們說他們當然很多的危險會造成那個什麼那個 blood loss，那個會流血，這個在當時在全世界裡面的有規定有哪一個 paper 裡面講說當有兩個醫師的時候這樣的 complication 會降低？沒有，那個是所以你只要打 ESWL 就會有類似這樣的一個 complication，大家都很清楚，那我實在是不曉得，我很不願意在這裡講一句話，這是不是在圖利個別科別。否則的話，真的找不到為什麼一定要有兩個專科醫師才能做 ESWL，你可以規定一定要專科醫師蒞臨，我都同意，可是你不能規定要兩個醫師，那另外一個醫師到底要做什么？以上。

主席

好，朱代表要發言，來，請。

朱代表益宏

剛剛其實這個專委已經講得很清楚了。原來其實管制儀器設備的

那個特管案法，它都已經刪掉了，不需要兩個專科醫師了。結果我們這邊還是用比較嚴格的方式去限制說你這個東西應該要兩個專科醫師。但是實際上操作的時候只有一個醫師就夠了，事實上只有一個醫師就夠了。所以我們臺灣社區醫院協會事實上在之前，在 101 年我們就提案過希望要放寬，結果泌尿外科醫學會不同意，我們當然也不知道當初的理由為什麼不同意。但是顯然跟專業的考量是有點差距，所以我們是認為說如果真的是品質這個我們同意，再不然就是在這個條文裡面刪除這個所謂專任專科醫師，你加註說限由泌尿外科專科醫師執行就可以了，那就是一定不會有其它科去執行。確實地區醫院真的要聘很多的專科醫師是有它的困難性，很多地區醫院了不起就是一個，你服務很多偏鄉，不光是台東基督教醫院，更很多偏鄉的地區，它可能就是一個泌尿外科，它就沒有辦法做，它只好用內視鏡去做這個侵入式的這個碎石。如果有這種非侵入性的而且可以解決問題，我相信任何一個泌尿外科都可以做。所以我是建議是要放寬這個操作醫師的資格，以上。

主席

好，還有誰要發言？來，請。

陳代表志忠

身為這個共擬會議的代表，本身我也是一個泌尿科的老兵了。剛剛代表提到為什麼要有這樣的一個規範呢？其實在 101 年還有後續好幾次都已經討論過，討論的紀錄都在今天發的補充資料裡面。是這樣的，我們常常講臺灣是一個軍備競賽，醫療軍備競賽的地方，我們說走到路上不小心踢到一臺碎石機，臺灣碎石機的密度是在世界的排名很前面的。那如果排名前面，既然有這麼多臺灣地方這麼小，我們要照顧偏遠地方，在都會裡面其實不需要那麼多碎石機，就變成我們必須要講在有一些 indication 就可以放比較 loose。那我們以前也講過，如果只有一位泌尿科醫師，這個石頭你打了以後不只會出血的問題，它產生 stone drops 結石掉下來卡在輸尿管病人可能會造成 sepsis，造成那個敗血症，那要趕快要去處理，處理什麼呢？就是要做輸尿管鏡

把那個結石直接清除。如果只有一位醫師，怎麼可能這個醫師 365 天都不休假？這個是互相支援的一個概念，醫院馬上就可以把這個病人再做處理，或者要轉送，當初我們所討論的就是這樣的一個原因。那我是建議各個專科有各個專科的領域，再來我們還是要尊重醫學會本身的意見，否則這個專科醫學會就很難面對它的專業了，以上。

主席

這樣好不好？我們後面還有很多案，剛剛已經提過今天來的各個領域的專家很多，因為已經討論過，如果要在今天會議做出結論不容易，我還是希望先就本案所提的，只是在偏鄉的地方，剛剛提的可能是全面性的檢討，我們另案再討論，今天我們就先就這個本案所提的有用醫學中心支援離島及醫療資源不足地區，那這些有支援的醫師去，可以算是有一位，那另外本來也要專任一位，意思是這樣。那是不是就本案先討論就好？請。

何代表語

主席、各位代表，我記得這個案過去討論都非常激烈，那也沒有一個定案。那請他們再去協商協商，那今天又把這個案提出來，我想那個台東基督教醫院可能認為他們比較屬於偏遠地區，所以我認為說當初是同意離島地區照這個規定，能不能離島地區再加一個偏遠地區適用？加一個偏遠地區適用？比照著離島地區加個偏遠地區的規定來這樣子作業是不是比較恰當？第二點如果泌尿科的專科醫師他們認為不願意，那我建議這個案再去協商。因為我記得開了兩次以上的這個討論這個案子都非常激烈，用了很多時間，那是不是如果大家同意偏遠地區的概念去把它解決，我會贊成。那如果他們連偏遠地區的概念都不願意，那再去協商，要不然就是另案討論，謝謝。

主席

好，謝謝，那我們是先請彭代表，然後再請那個李代表。

彭代表家勳

主席、各位代表大家好，首先我表達支持主席剛剛的裁示，我們

就先專注討論本案內容，因為我支持台東基督教醫院所提的這個方案，就像何代表剛剛講的，它位居偏遠醫療不足的地區，而剛剛各位代表談的時候就會發現即使是都會區的地區醫院都很難聘到兩位泌尿科專科醫師，所以他們也在爭取，那何況是偏遠地區？以前我也在偏遠醫療資源不足的地區醫院服務，一個科要找兩位醫生，真的很困難，台東又非常遠，想必更加困難，若無變通辦法，就需請泌尿科醫學會協助去解決他們的人力問題，這個也是一個方式。假如泌尿外科醫學會沒辦法協助偏遠地區解決這個人力問題，讓這些偏鄉民眾能夠得到適當的照顧，就應該支持主席還有何代表講的，我們就針對這個偏遠地區變通方案先解決，那至於剛剛其它地區醫院提的問題，我覺得是可以再另案討論，謝謝。

主席

再請李代表。

李代表紹誠

主席、各位代表我李紹誠第一次發言，我認同主席跟何代表剛才的發言，因為東基他們現在都在做癌症針對於台東的這些募款蓋癌症醫院，連如果這一個東西還不給他通過，我覺得對台東的縣民是不公平的，但是主席剛才講的品質不能差，但是也不能夠因為有一些的不公平的東西影響到它的發展，對台東縣民來說是不公平，以上。

主席

好，謝謝紹誠兄，再請啟嘉代表。

黃醫師啟嘉（吳代表國治代理人）

好，謝謝王牌的署長，我也很感謝王牌的何代表。我想剛剛何代表的意見，我們在偏鄉出來的醫生都非常感動，其實今天這個議題應該是解決偏鄉的問題，花蓮是有慈濟，可是花蓮很大，從很遠的玉里到慈濟，用救護車開大概要一個半小時，是飆車，而且還出過車禍，還摔出去一個護士死掉了，曾經有這樣的情況，這個是兩三年前發生的事情。因此在偏鄉的話，一個半小時到不了醫學中心，即使是用飆

車的。

所以事實上偏遠地區是有需要的，當然我們在都會區要追求品質，也追求合理降低風險，但是在偏鄉是先求有，否則根本沒辦法解決問題。所以如果能夠處理偏鄉的問題，我想是今天這個議題的重點，後續地區醫院跟泌尿科醫學會的一些問題，應該回到醫院協會內部討論，那他們有共識以後我們大家都支持。

主席

好，黃代表來自花蓮，謝謝他每次來開我們署裡這個會，一大早就出門，一天少看了很多患者。好，這樣這個案子剛剛其實我們各位代表也都支持說為了要落實能夠病人能夠得到在地化的醫療，所以對於醫療資源不足的地區的規定應該有所彈性，但是品質不減，所以今天這個案子只是說它還是有兩名醫師，只是有一名是來自醫學中心的支援的醫師，不是自己聘的醫師，所以品質上並沒有下降。只不過不是兩名專任醫師，是一名專任，一名來自於醫學中心的支援，所以我們這個案子是不是就先這樣通過？至於還有一些偏遠地區，雖然還偏遠地區，也可以想辦法自己去找到兼任的還是什麼？那我們另案再討論，因為那個就要來定義偏遠地區比較麻煩，這個因為它的品質是沒有改變的，它還是兩名，一個是來自於醫學中心的，至於其他的偏遠地區的醫院，或者是地區醫院，這個都是應該要討論，我也覺得要討論。

這個是兩刃，因為我們讓這個都會區的地區醫院用兩名專任，他們拼命去找醫師，結果就是會排擠到偏遠地區就不容易聘到，這個也是一個考慮。另外要壯大這個整個基層醫療，也有這個考慮，不過這個問題涉及層面因為討論過好幾次，我們就另案再討論。我們先就本案讓它通過，是不是各位代表可以同意？好，聽到陳代表都 OK，謝謝，謝謝陳代表還有各位代表的支持，這一案就先通過。再來，(七)。

修訂 39023B 「肉毒桿菌素注射費」

主席

好，這個神經學會有沒有要補充？

吳逸如醫師（臺灣神經學學會）

我們沒有什麼要補充，但是我從 2000 年開始就是都是 200 點，就是每一次其實一個 hemifacial 可能打到 12 個部位，但是我們還是 charge 200 點，所以真的很希望就是說我們很努力的治療病人，然後也可以讓我們的醫師能夠多一點點的小小的收入這樣子，謝謝。

主席

好，這個就有一點跟我們之前討論的那個難治型的偏頭痛類似，就是現在申報的方式都是一次的，剛剛的難治型的偏頭痛，那現在又再把半面痙攣的、眼瞼痙攣的、局部肌張力不全也可以做到分別 4 次、6 次、8 次給付，但是還是以病人的需要，我相信醫師不會因為健保規定打 4 次，4 次打了就停，還是會把這個病人治療好。只是說為了在這個健保的這個財務上的考量，所以還是要訂一個次數，用這個來計算費用。那這個關於本案影響的財務是大概 800 萬點，不曉得各位代表？好，來，請黃代表。

黃代表振國

雖然剛剛我支持了那個極度偏頭痛的項目，但是我有一點要請教，半面痙攣跟眼瞼痙攣，這屬於在頭頸部的注射，這個要相當用心仔細，而且可能也沒辦法快。但是局部肌張力不全，這個注射到底一次要花多少時間？可不可以請神經醫學會說明一下？

吳逸如醫師（臺灣神經學學會）

好，針對這個問題我來回答一下。因為其實有一個很困難的就是斜頸症，一個斜頸症病人，他不管在走路或者是在做事情患者可能會歪一邊。施打的技術其實更困難，健保規定 150 單位，我們可能會打的肌肉是 6 到 8 塊或者是根據更多的情況會有更多的注射點。所以其實這是更困難的。

黃代表振國

不好意思因為我們有打同樣部位但不同藥劑，譬如說一般的肌肉注射，並沒有 200 點這麼高，所以如果這個通過的時候，也要考慮一般藥物的肌肉注射費用。這樣講比較不客氣，但因為臉部很精細，大部分的神經血管，甚至肌肉都在一起，其它的肌肉注射，如果要放寬到 8 次，我真的建議要謹慎，因為一般的肌肉注射費用並沒有那麼高。如果 1 次是 200 點，8 次是 1,600 點，那跟一般的藥物肌肉注射，我覺得要找一個平衡點，謝謝。

主席

來，請彭代表。

彭代表家勛

主席，各位代表大家好，此治療是個針對會議資料上所列的三個不自主運動障礙疾病它們都無法用藥物完全控制，與一般肌肉疼痛點的注射治療不同，例如像斜頸症，實際上是非常難以治療的不自主運動障礙疾病，治療上施打肉毒桿菌素就跟一般的肌肉注射大不相同，謝謝大家支持。

主席

我請教一下，這個斜頸症和我們這邊寫的局部肌張力不全，這是一樣的東西嗎？還是？

吳逸如醫師（臺灣神經學學會）

其中之一，但當初我們寫的應該是主要是斜頸症為主，那其它的 focal dystonia，有的是手的，手腳的，其實都是要看各種 pattern，不同的姿勢，你要打的肌肉是不一樣的，那甚至有的時候我們必須要用 echo guide 或者是 EMC guide 去找到最好的位置。那個 echo guide 和 EMC guide，其實我們都沒有 charge。

黃代表振國

主席，為什麼 Botox 可以打的是全身的肌肉？包括不全或者是 spasm 都有給付，所以假設今天是斜頸症，可能大家沒有爭議，但是

打到四肢，我覺得這個放寬要謹慎。那既然我們講了半面痙攣 4 次，眼瞼才 6 次，那如果斜頸 8 次，可能大家比較沒有意見，可是四肢我覺得是不是回到專家會議去訂定不同部位打的上限，因為這個可能比較難管控，它是個必要性，謝謝。

吳逸如醫師（臺灣神經學學會）

我們那個 8 次最主要的還是 focus 在 cervical dystonia，那可能就是說在...。

黃代表振國

那你就明訂，我覺得今天把它明訂斜頸症我個人沒意見，那其它的地方還是維持原來的。

主席

我們為了讓這個案子能夠順利趕快進行，是不是先就斜頸症的部分按照代表的建議，其它的再去明定各自是幾次這樣好不好？好，那這個案子呢我們就修正，局部肌張力不全改為斜頸症 8 次這樣，那其它再進一步釐清討論，來，請朱代表。

朱代表益宏

主席，做這樣的修正我不反對，我只是想請教一下這個支付標準因為只有醫院這邊能做，基層是不能做的。這一部分是不是？我不曉得那個為什麼？因為這個感覺起來一般門診是可以執行，那這一部分是不是全聯會，或者是健保署要考慮對於放寬這個支付標準這邊...。

黃代表振國

那個這樣講，我們有需求會提，謝謝朱代表提醒，謝謝你關心，我們有需要的時候會提，謝謝。

主席

好，因為沒有提案，就不在這裡討論了，我們這樣會沒有辦法聚焦，那個都要先評估的，所以沒有提案我們就不討論，好，那這個案

子就修正後通過，謝謝。再來（八）。

修訂 29009C「乳房細針穿刺」及 29035B「乳房病灶粗針穿刺組織切片（單側）」等 2 項

主席

好，因為這個陳代表特別關心，先請乳房醫學會說明一下？來，乳房醫學會，請。

葉顯堂副院長（臺灣乳房醫學會）

主席、各位代表大家好，乳房醫學會說明，現在因為影像醫學的進步，所以基本上在做乳房的影像學檢查，經常會發現有多處病灶。多處病灶假設可以在一次幫病人處理，得到一個組織診斷的話，對就醫的權利是一種維護。但是因為以前的申報只能申報一次，所以這個在剛剛代表有提到，就是以前我們為了病人權利還是會做這樣做，但是拿不到給付了。現在有一個初步的改善，就是可以至多申報兩次。那如果說能按照實際的穿刺數目申報當然是一個理想，可是也擔心有浮濫申報的問題，於是取其折衷的一個方式。

主席

好，請陳代表。

陳代表杰

好，謝謝，對不起，因為剛剛找錯了那個題目了。這個題目事實上是我非常關心，因為剛剛討論到 1-49 到 51，那因為這個剛好是在 1-50，關於要修正把原來那個所謂的單側的部分給刪除掉，那結果在後面的部分提到以病灶為單位每次就醫限申報兩次，無論側性或者病灶數，那個影像導引設備僅能申報一次。那當然它這個設限我相信只要開個記者會結果引起全國所有婦女大家非常的訝異，甚至會反彈不斷。因為現在目前有關於那個乳房乳癌的部分，事實上現在目前是很多，我講實例，我太太也乳癌開刀，那當然這一個乳癌這一個部分，事實上有很多的患者他到醫院去，結果他本身有照到那個影像的時候

都有好幾處，那你要叫那個醫師擲筊，要扎哪一個，是細針還是粗針。那萬一假如說他本身需要的病灶處比較多的話，你要求他只能夠兩例，我認為是非常不公平，那因為我們醫療最主要的目的是什麼？保護醫療品質，保障所謂的病患。那所以說我還是希望這一個議案能夠維持原案不要再修改，那我相信只要這個議案能夠讓社會大眾普遍知道的話，我相信第一個反彈的應該是婦女協會。所以我是用這個機會做一個建議，希望能夠維持原案。那況且我們國民健康署幾十年來就積極在推廣所謂的乳癌篩檢計畫，那當然最主要還是為了保障所有的婦女同胞她的身體安全健康，那所以說我還是再重複一遍，希望能夠維持原案，也拜託大家能夠支持，謝謝。

主席

我要釐清一下，原案不改的話是怎樣？現行規定是什麼？是不是可以再講清楚？現行規定。

陳專門委員依婕

好，跟各位代表說明，現行規定是因為我們沒有特別的寫，所以不管做幾次就是只能報一次，就是不管做幾個病灶就是只能報一次支付標準。所以現在其實我們這個案是想要把它放寬，先放寬到兩次，對，如果發現兩個病灶，不管是同側還是不同側，就是可以報兩次。那當時其實討論比較像是逐步放寬的概念，因為現在只能報一次，大家覺得臨床上其實不符合他們的需求。

主席

我聽起來是這樣，理想上是這樣，照完之後發現有單一病灶當然就沒問題，但是有多處病灶的時候，醫師應該就會依照他的判斷都會去做穿刺，這樣的話這是最理想，所以該報幾次就報幾次，做了幾次就報幾次，這是最理想。我當醫生最愛這樣，但是也擔心說這個之後造成有一些浮濫的情形，所以現在先把從每一次只能做一次，現在要增加成兩次，是放寬，不是限縮，是放寬。

陳代表杰

但是它是針對所謂的病灶數，病灶數只能夠兩例，那萬一假如說像他本身攝影出來的時候他發現他必須要，就是說比較詳細一點，或者是他的病灶數超過兩例。那超過兩例的情況怎麼辦？你叫他自費嗎？那當然相對就是說我們要相信醫師的品質，他的專業。所以說我相信中華民國所有的拿到醫師執照的醫師，我會很尊敬他，他不會浮報，你要相信他。

主席

我先說一下再讓陳代表發言，這個我很理解第一線怎麼執行，每一位醫師都擔心誤診，如果他看到了五顆，他就會做五次的，他不太會只挑一個，萬一他挑錯了，沒有那個診斷出來，最後他會變成他的醫療糾紛，所以沒有一個醫師會去甘冒這個險，所以他懷疑的當然也會經過臨床判斷，根據它的表現哪一個比較可能是惡性的，哪一個可能是過去已經追蹤，因為這個每一次追蹤他會去比較以前的影像。這都固定沒動的，他可能就覺得這個已經有穿刺過了，這一次就不再做，他會去挑說這個看起來比較高，有變化或者是它的形狀，或者是它的這個影像的呈現比較像可能有變化有這個惡性的可能性，他才會去穿刺它，他會去選擇，但是如果都覺得都有需要他還是都會做。

只不過過去我們只能給付一次費用，這一次把它變成兩次，那當然最好的就是我剛剛講的只要醫師覺得有懷疑就做，有做就給付，這我覺得最支持，但是這一次提出來的時候大家也經過討論，先是說逐步的，先兩次就好，所以其實我們醫師團體是很自律的，自己都講好，兩次，這一次就是就先從一次變兩次開始。這樣好不好？我知道陳代表很關心，他希望說醫師能夠覺得，醫師認為該做就做，幾次不要限制，我知道陳代表很仁慈，但是既然我們大家的討論經過專家會議的討論之後先是這樣，我們是不是先這樣？先做一段時間我們再檢討，好不好？好，來，陳代表。

陳代表志忠

我是沒有不同意見，對於當然對一個臨床醫師來講有多少病灶就應該去做，譬如說我們做攝護腺的切片一樣，不過我是說這個文字上

會不會造成誤解？以病灶為單位，是每一次就醫限申報兩次，那我有四個病灶，每一個病灶是不是四乘以二的意思？我覺得這個文字上會不會造成誤會？如果署裡面或者專家是認為每一次只准扎兩針，那就是不管病灶有多少個，你一次就扎兩次。只是報兩次，就是不管你有幾個病灶，你只能報兩次。

主席

我釐清一下，如果只有一個病灶就只能一次，兩個以上的病灶你還是只能兩次，意思是這樣。他很擔心說只有一個病灶我們就寫說限申報兩次，所以一個病灶都扎兩針，所以他的意思是說不要這樣寫可能太簡單了，如果這個單一病灶就申報一次，兩處病灶以上最高限申報兩次，是不是把它寫清楚，如果你是單一病灶就一次，那兩個病灶以上的那就是限申報兩次。這樣可以了？這樣就是大家的原意，那我們把文字釐清楚這樣，免得誤會，全部報來都兩次。大家都會報兩次來，這樣不好，這個我們就按照這樣修訂通過可以嗎？好，謝謝，也謝謝陳代表特別關心我們婦女同胞，好。這個案應該在三八婦女節的時候要宣布，那我們就再來是第九，(九)。

修訂 49031B 「留置性導便裝置」

主席

好，這燒傷暨傷口照護學會有代表出席，有沒有要補充？

黃慧夫理事長（臺灣燒傷暨傷口照護學會）

主席，這邊補充。這個就是燒燙傷的病人使用大量的抗生素之後，就會容易拉肚子，會導致污染傷口。所以燒傷學會提出來有一個「大便失禁套件」，它類似肛管的概念，但是它是有一個蒐集袋，是整組的設備。那麼學會提出來就是用這個設備可以作為糞便的導流，維護傷口的乾淨。但是提出這個就要配一個處置碼，就是 procedure 的處理。可是之前專家會議提出來的點值廠商無法接受，那麼這一次所提出來是說是不是把 procedure 這個處置跟材料搭配成一個，就是一個點值變 10,179 點。關於本診療項目健保點值，燒傷學會是沒有

特別的意見，不過我們要想提醒，如果將來有別的廠商有別的設備別的套件，然後出來在醫材的商業市場，那他們的成本不一樣的時候，我們是不是都是單一點數點值？那這個是未來的考量，以上補充報告。

主席

好，這個就是留置性肛管，而且它有限制在要燒傷病人是深度二度以上大面積燒傷，而且還要有下肢跟會陰部燒傷，而且大便失禁。所以這個其實人數不多，照我們的統計大概 100 多位，那這個因為這個醫材本身好像孤行獨市，一方面可能用的人也不多，所以它就是這樣，比較不容易談，我們繼續努力尋求看有沒有其它的產品能夠再引入，不然目前我們就只能先稍微做一些費用上的調整，來，請李代表。

李代表紹誠

請教一下是只適用於燒燙傷的病人，因為很多老人家隨後很多的 sepsis，用了大量的抗生素，躺在病床上又造成 pressure sore，那麼到最後就是一直在大便都有一直出來，那個傷口根本沒有辦法 control，那這樣的 case 適不適合使用？因為這個 case 真的很多，所以如果這樣去估財務的話可能是不是有...？還有它的適應症，以上。

主席

所以李代表是建議要擴大適應症這樣？還是？

李代表紹誠

我的意思說其實它現在提出來是留置肛管，那它現在只限燒燙傷。可是在臨床上有需要的人其實還真的不少，就是我剛剛講那些年紀大 sepsis，然後用了大量抗生素下去，然後它又造成又在長時間臥床皮膚就破了，肛門出來的 stool 跟它的 pressure sore。

主席

我了解，代表是要建議要擴大適應症，擴大給付對象，是不是？如果是這樣，因為我們還要回去跑資料才知道財務影響多大？

李代表紹誠

我會建議應該是要考慮那些。

主席

要擴大？好，再請代表是不是把一些建議事項給我們，我們再思考一下，因為還要做財務評估。來，請黃代表跟游代表。

黃代表振國

我們翻開討 1-35，在特材會議裡面預估的用量是年度 58 組，但是今天的會議資料告訴我們有到三倍的差異，所以廠商沒辦法接受專案會議的 7,000 到 8,000 點，如果當時數量是現在 178，三倍的量，廠商應該比較有議價的空間，這是我的建議，謝謝。結論的地方有一個預估年使用量，就是在特材或者是藥品的討論都有。

主席

跟代表直接說明，在這個 1-7 這個說明財務評估裡面是說根據這個適應症大概有 178 人沒錯，可是真正還要算這個失禁的比例，所以 25%，所以算出來大概也是 40、50 個人而已，58 個，所以這個是這樣算的，OK，來，請游代表。

游代表進邦

其實這個材料基本上算是高單價，當時署方這邊也包含給廠商要求在價格 7,100 到 8,100 之間能夠那個納入整個特材的程度。不過廠商就蠻硬的，堅持還是要以 11,700 塊的這個價格，所以後來就把它既然沒辦法，變成說把它包裹成處置(費)的，我在我看來這等於是把這個財務風險是移撥給醫院，這種東西是孤行獨市用得少，連健保署都壓不下來了，那你說醫院有辦法去壓到 8,100，然後讓整個處置用 10,179 點去做給付，我覺得這個基本上是困難的。而且以材料這麼高的價格，我也不認為說它應該跟處置合在一起，正常的流程應該是特材歸特材，處置歸處置，假如說這個特材真的沒辦法納入給付，就是等於自費特材，你至少讓處置可以先過，所以我想說把兩個讓它分開會比較好。

所以我基本上我不建議把特材納入處置裡面去算，以上。

主席

好，這個我了解了，我剛剛也跟同仁在討論說，我們有一點僵化，為什麼價格不能給他？因為我們的核價這個是輸入的，都是以什麼十國最低價，這個遠高於十國最低價。這個也就是我們難處，因為市場太小，所以我們現在比那個十國最低價，他開的價格比十國最低價高。所以依據我們的那個醫材的支付標準就沒有辦法砍了，違反規定了。所以這個是我們彈性不夠，缺藥就是這樣來的，就是沒有彈性沒有辦法說考量到價量的問題，價跟量經常有關聯性的，這個市場又這麼小，一年就4、50個而已，人家就不願意了，這是為什麼我說像這種，我們直接派人出去買了不就好了？國際價格都比我們低，美國一個要4,000、5,000塊，叫人家去買，一年才40、50個而已，買回來就好了，由健保直接供應，何必這麼麻煩，事情就很簡單，我想的很簡單，你說十國最低價才6,000，5,892美國的價格是這樣。

派一個人去美國買回來就好了，就是因為法規說一定要有一個廠商，有一個廠商這個廠商就是要一萬塊，不然怎麼辦？健保不能買啊，就直接委託一個人去外國，因為有規定說要輸入許可證明，還要查驗登記，全部成本灌下去，結果一年才買50支，當然我要把我這些成本通通放到這50支上面。這個價錢，這一定可以理解的，就是沒有這個彈性，對於這種罕用，我剛剛我之前就在記者會上也講到，尤其小孩子真的罕用，用得很少的，真的沒有廠商願意。你現在叫他用，成本反而高，還不如說我開一個門，由健保負責採購，然後我們就派人出去，美國6,000塊就買得到了，買回來要用的去用，charge就是不用charge，材料健保供應，這樣沒比較簡單？我覺得我的腦筋可能比較笨。好，那這個就還有？請，誰要先講？

朱代表益宏

主席，我先講。

主席

你都不會學習 lady first，來，前面女士先發言。

朱代表益宏

我不知道 lady 舉手，對漂亮的女生都不敢看。剛剛游代表講的，其實我比較同意游代表講的，因為這邊我們是主要是講技術費，那材料費這邊當然理論上應該是回到特材，那特材廠商不願意供貨，他不見得就是在特材裡面核價的方式它有很多種，一個當然十國最低價，或者十國中位價它是有一些標準，但是也有廠商用成本他把你的成本拿出來這也可以。那事實上在共擬會議的時候，這個特材共擬會議的也有，就是廠商實在不願意供貨，他在增加什麼這個什麼特殊性有一些加成的方式去處理。但是這邊你把它包進來我覺得第一個如果這個廠商要一萬塊通過，那你這裡給的是點數，那醫院怎麼跟廠商議價？這個還要再打個幾折，打個八五折吧，至少再打八五折。那不就是你跟民眾說這個我有支付了你們都可以用，結果醫院用一個虧一個，技術費也沒有，照顧費也沒有，全部都被廠商的一萬塊，全部都吃掉了。我覺得等於是吃醫院的豆腐，所以我覺得這邊還是應該就是這樣子的技術我們到底支付多少錢，那特材那邊歸特材那邊去處理，那如果真的廠商不願意支付，或者是價格實在是太高，健保署覺得划不來，那就開放自費。或者是用所謂的差額負擔也可以考慮，因為特材本來依法就是可以做差額負擔，那又很多支付的方式。但是你現在把它包裹在這邊，那你包括差額負擔，包括自付這些，完全都沒有這個機制，沒有這個能力，然後所有的醫院這邊就必須要去吸收這個相關的成本，對，因為我覺得是把財務的壓力完全轉嫁給醫院是不太好。

主席

我請教一下那個學會這邊，它有沒有替代性的材料？就是如果我們要用差額的醫材的話，那麼基本的原則是它有替代的，它只是比較 advanced 所以你用差額的方式做，這基本精神。就是說健保還是要提供 essential 的材料，所以如果沒有這個東西，那這個病人會怎麼樣？讓他一直流，流出來趕緊換藥，所以就是大家手忙腳亂，因為這些都是會陰有燒燙傷。

黃慧夫理事長（臺灣燒燙傷暨傷口照護學會）

對。

主席

所以他又大便失禁，所以他拉出來之後你沒有這個東西他就拉出來，拉出來就會造成傷口的感染，所以就會立刻換藥，每次換藥都很痛，他就要打那個止痛的藥，唉唉叫。我照顧過燒燙傷的病人，我可以理解這個是最痛苦的這個部位，這是最痛苦，又 sensitive 又很難 care，病人也難堪，這個真的是，是不是因為人不多。這個四五十個是我是我們先照這樣？我們來檢討，我們來檢討這種幾支的價錢談不攏的，也核不下去，這個就是很兩難，因為這個是少數的個案而已，一年沒有幾個，這些病人真的辛苦，是不是請大家就同意了？不同意，我就先離開接待一下外賓再回來，來，請還要發言？來請。

黃代表雪玲

我們不是不同意，我是覺得署這一次的估價，例如說在討 1-61 這個地方，這個這次的估價有一點，這個材其實健保署都說其實 8,100 一直議不下來，我們其實實務上在議也議不到 8,100，那你用 8,100 來做我們的成本價，去定出這個支付標準，對我們來講就是一個賠錢的，做一個就賠一個，我覺得這樣不合理，我們在估這一個。就要把特材包到醫令來，這個材應該也要估，你 8,100 根本就買不到，當然在討 1-61 這裡是有幫我們做點值校正，其實 8,100 進來，如果用 8,100 申報我還是會被點值折付，那署這邊還不錯幫我們做點值的一個反推。但是這裡在做的點值反推討 1-61 這裡，你又是用我們疫情期間的這些浮動點值來估 0.94，我們什麼時候浮動點值會有 0.94？我們真正的浮動點值能夠 0.85 就不錯，看最近一季比較符合實情的 111 年的 Q4 已經比較沒有疫情了，那時候的浮動點值是 0.827，所以如果以這個來反推才不是 8,571，應該是要更高，所以這個是，這個材不能用醫令把它包進來，然後這個成本就讓有採購的醫院都要吞下去，因為根本買不到 8,100 這個價格，所以我會建議，不可以用 8,100 來做成本估，我們根本買不到這個價錢。

主席

好，這個案子我就先交給李副繼續主持，大家再討論一下，等我回來也沒關係，有沒有準備晚餐？沒有，不然就需要準備晚餐。

主席(以下為李副署長丞華代)

這個留置性導便裝置現在大家還沒有共識，我們就先擱置，然後再來看怎麼辦。再看下一個 47079。

修訂 47079B 「癌症治療計畫諮詢規劃費」

主席

對這個有什麼要修訂或者補充的？如果沒有的話我們就照案通過，那第十一個 30022C。

修訂 30022C 「特異過敏原免疫檢驗」

主席

有請皮膚科學會、兒童免疫醫學會，還有耳鼻喉科醫學會三個代表協助說明。

趙曉秋理事長（社團法人臺灣皮膚科醫學會）

我是皮膚科醫學會，其實我們是贊成說要放寬那個年齡，因為其實我們還是，像異位性皮膚炎還是有在 adult-onset，所以是要限在三歲以下是不太合理的一個方式。那另外是要擴充是那個 IgE，他只要 IgE 是有增高的病人，其實他也是可以做這些檢查，要不然以前我們大概都還要再寫他有 allergic rhinitis，所以我們是贊成是要放寬，只是說放寬的部分會影響到多少的財務的衝擊可能就是要健保署去精算。

主席

請兒童免疫學會。

姚宗杰秘書長（台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會）

兒童過敏氣喘免疫風濕病醫學會報告，我想大家都知道少子化時

代小孩都生得少，每個都是寶，那過敏原檢測事實上是對過敏的病患很重要，但是其實不太貴的一個檢查，單次大概 1000 多點。過去這些給付的適應症，幾十年來從來沒有修訂過，事實上是不合時宜，我們也樂見這一次健保署願意能夠做一個合理的調整。但是我們希望不要浪費，所以相同的過敏原項目一年只能檢測一次不能重複申報。如果不同的過敏原項目也以一到兩次為原則，大家也不用擔心說會有浮濫開立，因為這個給付項目，前面還有一個先決條件是他要先測免疫球蛋白 E 一定要偏高才能驗，所以基本上也沒有什麼太大浪費的空間，我想特別我要幫最弱勢的兒童講一句話，18 歲以下兒童占了全國人口 19%，健保費用只用了 8%。兒童節快到了，希望各位代表高抬貴手，稍微多照顧一下我們兒童，國家未來的主人翁，以上。

主席

請耳鼻喉科學會李秘書長。

李志宏秘書長（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

耳鼻喉頭頸外科醫學會第一次發言，這個檢驗在我們耳鼻喉科的申報量並不多，本月初的專家諮詢會議已經有討論過，該次會議的意見的是健保支付點數從 95 年到現在都是 1620 點，所以除了考慮條件限制外，這個點數也有必要將來優先考量調整，以上，謝謝，請大家支持。

主席

我想三個專科醫學會大家都支持，那點數的部分我們將來再找機會檢討一下。那大家如果沒有特別意見，那我們就照案過？請。

黃代表振國

不好意思，我相信今天所有的基層代表都對三個專科醫學會的論點部分支持，但是，過敏原測試在臨床上，看看討 1-6 這邊講的，限一年兩次為原則，那四次為上限。大家知道我們現在能測的過敏原都是一個 package，就是一個套裝大概 32 種的 test，或者是 64 種。

那既然重點是針對不同的疾病，用現在所謂擴充式的測過敏原，臨床的需求性為何？必須要明定，而不是用三個科不同的疾病來區別。就像今天有一個報告裡面的 data 告訴我大多數的狀況，但事實上臨床並不是這麼 popular demand，我認同有些過敏很嚴重的小朋友常常需要就醫，甚至嚴重的過敏蕁麻疹等等這些個案，我們有需要去給付它更完整的過敏原測試。現在市面上就有所謂生技公司推出急性 128 和慢性 128 的 test，那我覺得不是給付的金額過低，而是臨床需求必須根據不同的程度，不同病況去給付不同的 item。

所以這個案子真的很籠統，我建議是否這三個專科能夠剛剛針對我剛剛講的，定義得比較仔細一點，如果沒有很仔細地去明定，建議這個案子不要概括性通過，謝謝。

趙曉秋理事長（社團法人臺灣皮膚科醫學會）

主席，我想對我們主要是針對異位性皮膚炎其實我們大部分會是用 MAST，它就是 36 種，我們最常還是塵蟎、灰塵、蟑螂或者是有殼類、貝殼類的食物。黃代表在講那個會測幾次其實大部分是在做 CAP，它是一個一個 panel，很多 panel，所以它會有時候會你猜錯了就會測第一個 panel 可能沒有，所以那應該在小兒科他們可能會用得比較多。對我們來說，大部分我們皮膚科還是以 MAST 為主，因為那個 70~80% 的人都是，都可以找得到他對什麼東西過敏。

姚宗杰秘書長（台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會）

回覆代表的提問，其實癥結點還是在給付太低了，他如果這個案子給付一萬點，一次驗一百種都沒有問題。一次給付 1600 點的情況下，事實上比較精準的 CAP 的檢查，他只能檢測 6 到 8 種過敏原，超過就會賠錢。所以實際上會分成不同的 panel，像吸入型過敏原的 panel，食物型過敏原的 panel，那一來像皮膚科代表說有時候會猜錯 panel，第二個是兒童容易有過敏的共病，很多病童是呼吸道過敏合併皮膚過敏，這時候一個 panel 事實上是不夠用的。這些過敏像是同時有異膚和氣喘的孩子，有可能一個 panel 不夠用時候，需要用到第二種。但是我相信醫師的專業，他也不會故意說多開給病人，事實上這個 PF

(physician fee)沒有多少錢，幾十塊而已，所以這樣不用太擔心這個問題。

那麼再來我想，最重要是我們在過敏疾病的診治裡面，環境控制跟改善一定是第一步。如果你能夠藉由過敏原檢測找出來跟病患犯沖的過敏原，他能夠去做積極的環境改善的時候，就可以減少過多因為過敏引起的不必要的急診就醫，以及過多不必要的藥物治療，我覺得這個才是對於我們現在在治療病人上面所謂的生活形態的改善，我覺得很重要的一項。它除了是一項檢查，它可以對於後面的衛教針對過敏的主動防治，應該有超過它檢驗本身的價值，以上。

黃醫師啟嘉（吳代表國治代理人）

主席，還有各位兄長，我是西醫基層總額的主委，也是全聯會基層醫療委員會的召委，那這個議題在我們全聯會基層是沒有討論過，所以目前都是我個人的意見，包括我現在的發言也是我個人意見。這個議題重點其實應該在要不要開放三歲以上，因為他本身的管控跟執行面早就在做了，其實我們管控得很嚴格，重點是要不要給三歲以上的做？那我們是不是針對要不要開放來談？執行頻率是加上去，是更嚴格，他原來沒有這個部分。

姚宗杰秘書長（台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會）

我呼應一下代表的意見，我想從學術的觀點來看，當時在訂定三歲以下(的異位性皮膚炎)才能驗，完全沒有任何學理的根據，當時訂定的就是一個不合理的規定，過度不合理的限制。那現在是開放三歲以上也可以驗，那我想回到問題的根本點，當時訂定三歲以下才能驗根本就是一個沒有學理根據的一個限制。

朱代表益宏

我還有另外一個問題，我也想請教一下專家，就是你的適應症，因為確診 asthma、過敏性鼻炎、異位性皮膚炎這個都沒有修正，應該是你增加一個其他 IgE-mediated disease，這個我不曉得數量會很多還是非常非常的少？這一部分因為感覺起來就沒有那麼特殊的疾病，那

雖然（含急性蕁麻疹、食物過敏、藥物過敏、全身性敏感），那我看起來就範圍會非常非常的大。這一部分是不是專家再說明一下，到底怎麼樣去 specify 這些最後一個項目的，怎麼讓它比較明確一點？還是只要有食物過敏、藥物過敏都可以做？以上。

姚宗杰秘書長（台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會）

我想問題的根本還是在於原本幾十年前的不合理限縮，以前的人以為過敏病只有氣喘、過敏性鼻炎跟異位性皮膚炎。那確實這幾年來其他的過敏，像是蕁麻疹，特別是全身型過敏反應，就是像過敏性休克這一種會死人的重症竟然也不能納入過敏原檢測，這個是完全不合道理、不合時宜的一個限縮。

朱代表益宏

我覺得的話不是這樣講，因為剛剛譬如說我們乳房腫瘤的，那當然你多個病灶，結果我因為財務的問題，我只能讓你可以做兩個病灶。那就學理上來講合不合理？不合理，剛剛署長也講了，如果他是醫師認為最好都不要限制我，那同樣的再回到這個也一樣，就是臨床當然專業，只要認為合理的這個懷疑我就應該做，你不應該限制我做。但是事實上總額是有限的，所以當然它才要去訂一些規範，那其他如果沒有達到這些規範，不是不能做，病人可以自費。事實上這個費用看起來也不是那麼高，病人事實上可以自費，所以我覺得說你要嚴格的限制還是有一些必要。那我覺得不能說以前就不合理，現在要完全開放，這樣子的想法我沒有辦法接受，謝謝。

姚宗杰秘書長（台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會）

對不起，我想應該沒有完全開放，我想只是在這裡為弱勢兒童講一句話，這個財務規劃就是大概 2600 多萬，我想如果站在保障弱勢兒童的方向，希望能通過。

黃代表振國

我跟大家講，臨床上我遇到最多的是新生兒帶著臍帶血就來驗過敏的，如果各位有朋友最近有生小孩，婦產科就在幫新生兒驗。其實

像朱代表講的，我們在西醫基層目前沒有討論過這個案子，容許我們帶回去討論，謝謝。

何代表語

主席、各位代表，這個案子討論的重點兩項，第一個是三歲要不要開放，那我認為三歲是開放到十二歲。因為我們在總額協商的時候，很多項目的給付都有一個十二歲年齡。那中醫也有編了一個兒童過敏性中醫療法，它也是限十二歲以下，所以我的建議是三歲放寬到十二歲，至少我在整個總額協商的很多項目裡面都有十二歲這一個部分。那是很合理的，那所以這個十二歲兒童，十二歲這個範圍內，我認為是在總額協商的很多科目醫療項目裡面都有這一項十二歲。

第二點我覺得這個過敏性，早期的過敏性跟現在過敏性不一樣，因為現在連水質也不一樣，空氣也不一樣，吃的牛肉，他吃的抗生素也不一樣，魚、海水污染的魚也讓你很多人過敏，連雞蛋，雞蛋它是屬於野生雞蛋還是飼養雞蛋，那飼養雞蛋有沒有放抗生素，有沒有放其他的添加劑，還有你的水果有沒有放那個農藥的助長劑，還有蔬菜全部都改變了。那因為整個食物的來源都全部改變，讓我們的兒童在過敏方面很複雜，坦白講，外面當然有很多私人的過敏性檢驗，你要檢驗不是只有說 32 項、64 項、128 項，它最高還可以 400 項檢驗寫滿，你只要付錢給我，我 400 項都可以幫你檢驗出來。

所以我的意思這今天這個案我建議三歲放寬到十二歲，第二個我建議因為只有 2,600 多萬我們就案先通過，讓它先通過去執行。因為這個兒童，我以付費者的立場我建議通過，因為這個兒童到目前為止，你到一個小學的班級去看二、三年級，好多學生都過敏，我也去觀察了，那也有很多家長反應這件事情。所以我們那個時候才會支持中醫有一項十二歲以下中醫的過敏，過敏中醫輔助療法。所以我才支持中醫的這一項，讓他十二歲以下的中醫過敏輔助療法。那既然這樣子，我認為這個案子應該讓它通過，因為現在學生裡面過敏太...好像有點傳染性的感覺，一班裡面一大群人都在過敏。所以我覺得這個事情不應該拖下去，第一個建立放寬十二歲，第二個 2,600 萬我們來看它的執行率，在 2,600 萬的範圍內讓它去執行這個案子。這是以上我的報

告。

主席

因為這個會議討論很久，我做這樣的建議，基層應該還沒討論過，所以基層回去慢慢討論，那今天醫院的代表因為看起來很多重症會在醫院裡面，所以我們是不是就先讓醫院的過，基層的就回去討論以後再來處理好不好？那先處理這些重症的，請。

嚴代表玉華

主席，不好意思，因為針對這個部分在醫院層級裡面推估的 2,300 萬，在討 1-51 計算結果我們是有一點點疑問，是否補充說明 2,300 萬怎計算出來的？

陳專門委員依婕

好，跟各位代表做說明，在討 1-51 頁下方註 6 的地方是本案特異過敏原的財務預估，那說明一下第一個，我們(1)有講頻率放寬的這一段預計會減少 6.4 百萬，那原因是因為我們有去看現在申報 30022 就是本案的這個項目適應症符合我們這次提的這些項目的總共的醫令量是接近 80,000 件，那我們就依它的申報次數，就是依一次、兩次、三次或者四次以上來做估算。那一次的人的占率就大概是 83.2%，兩次的占率大概 13%，三次的大概是 1%，四次的大概是 2.8%。那若訂定一年最多四次這樣算起來總共大概會執行 79,000 人次。因為有的人會報超過四次，所以我們現在規定最多只能報四次，以後財務會有一些減少。

那(2)這邊講的是刪除異位性皮膚炎限未滿三歲，意思就是以後三歲以上的人都可以異位性皮膚炎的診斷都可以來做申報，這段約增加 1,400 萬，那這邊的話我們也是先卡主診斷為異位性皮膚炎，而且他從來沒有申報過相關像 IgE 或者過敏原定性檢驗還有本案的檢測，那我們來算人數，然後有依年齡層來做一些區分。那一樣我們也考量到醫院如果頻率放寬，這些人的頻率也會有一些調整，所以用一樣的這個頻率的占率來做試算。那算出這個 1,400 萬。

那(3)的部分就是針對其他的 IgE-mediated 相關的適應症這邊大概

是 1,800 萬。那裡面也說明一下，我們就是用診斷碼是蕁麻疹、全身性過敏、全身型過敏或者食物或者是藥物過敏的這些診斷碼，然後一樣是沒有報過相關的檢測的這些人，人數在後面我們羅列了給大家作參考。那其實這邊也有參考學會給我們的相關的執行的百分率，譬如說蕁麻疹跟全身型的過敏，大約有八成的人會來執行，那食物過敏大概是 3% 的人會執行，那另外藥物過敏的話大概是 70% 的人會來執行。那這段的話也許可以扣合剛剛代表們在意的那點，就是不是只卡這個診斷，有沒有辦法再加述什麼樣條件的人會來執行這個項目，也許學會可以說一下這個 80%、3% 跟 70% 是怎麼樣估出來的，那我們用這個比率算出來了以後，大概增加的財務就是 1,800 萬。

那這邊的財務加起來以後，我們有依照醫院跟西醫基層的申報占率來做依比率來分，那醫院的話申報的占率大約是 89%，所以估出來 2,300 萬，西醫基層大概占 11%，所以是 286 萬，以上。

主席

我想西醫基層因為還沒有討論，所以讓你們回去討論。那醫院這邊會處理到比較重症的病人，所以比較有急迫性，至於說假如財務衝擊估得不準，我們就做附帶決議，就是一年後的時候再來看這個多少，再做適度的調整。

朱代表益宏

主席，這個醫院也沒有討論過，醫院總額都沒有討論過這個。

主席

來，我們到下一個，下一個修訂。

修訂 02027B 「器官移植協調管理費」

主席

請血液及骨髓移植學會李理事長跟蔡秘書長。

李啟誠理事長（中華民國血液及骨髓移植學會）

謝謝李副，那也跟各位代表報告，我代表學會發言，我們異體骨

髓幹細胞移植其實也是一種佛心的醫療志業。那異體的骨髓幹細胞移植其實都是很重大的疾病，比方說像血癌，或者是造血整個器官沒有辦法造血，那它的特殊性是說它這個捐贈者的話是異體，但是活體，就是活的來捐贈，比方說兄弟姐妹，或者是父母親，或者是用集體骨髓資料庫，甚至有可能是外國人，也可能我們可以到美國去美國的華裔捐過來。所以這個整個過程當中其實是很繁複的，那就是要配對詳細，要訪查很 OK，各方面的連繫，甚至有時候如果是非親屬還要去取髓。所以這些都很有賴所謂的器官移植協調管理師來好好的做好協調。那因為以前這個管理費只有給其他的固態器官的協調管理師，那所以我們就是經過多年的努力，那也特別提到署裡面來，那也就是比照來辦理。那這樣子其實以臺灣我們目前異體骨髓移植大概是 500 例左右，大概增加大概每年政府預算大概 2.7 百萬，不是說衝擊那麼大，那就是期盼各位代表能夠支持，謝謝。

主席

我想這個因為量非常少，而且能夠救命的，所以拜託大家支持。然後再來我們再往下看。

修訂 75025B 「腹腔鏡肝部分切除術」等 30 項支付規範文字

主席

先把它唸完再...

黃組長兆杰

請同仁一併把後面的先一併念完。

主席

各位代表對這一案有沒有什麼需要建議的？請陳代表。

陳代表杰

謝謝，報告主席，付費者代表陳杰發言。那現在目前有關於在討論 1-8 頁修訂 75025B 腹腔鏡肝部分切除術等 30 項，那我看到後面的討論第 1-53 頁，那 1-53 頁這個附表裡面它說 112 年建議修訂醫療服

務給付項目文字刪增表，那裡面很奇怪，就把達文西三個字刪掉，刪掉最主要它的用意在哪裡？是不是有其他的廠牌的機械手臂要納入健保給付的項目？那表示我們署裡面是不是要開放更多的廠牌機械手臂進入臺灣的醫療市場，給病患能夠有更多的一個選擇，當然這個立意良善，這個立意良善我們必須要肯定，我不反對。

但是目前臺灣的醫療市場裡面，除了達文西機械手臂除外，另外聽說我去打聽了，還有一個廠牌叫做美敦力，它就是 Hugo，那我就簡稱叫做美敦力三個字就好了，將它納入健保給付項目。但是我也非常好奇，這一段時間經過我去查證，發現美敦力在 2021 年 10 月才拿到歐洲的 CE 認證。但是歐洲 CE 認證只限用於婦產科跟泌尿外科，那我們這一次好像會議提案裡通過增加肝膽胃腸科的項目，那我認為必須要三思而後行，畢竟這個是醫療。

還有一點就是說它好像也還沒有經過美國 FDA 的通過，只有歐洲的認證，那結果它現在目前就要進入臺灣的這個醫療市場，那所以說令人匪夷所思。那當然我今天剛好要來開會以前有回到我過去服務的辦公室，再跟部分的我過去的同僚在那邊閒聊，他們對這個議題也非常有興趣，他說怎麼會忽然間有一個美敦力？他說其實美敦力在臺灣的臨床的實證好像並不多。那而且它本身只有歐洲的認證，沒有美國 FDA 的認證，那沒有關係，假如說我們這次的會議讓它通過我也不反對，但是第一點就是說希望能夠只限用於所謂的婦產科以及泌尿科，畢竟它只有在歐洲 CE 認證裡頭的項目只有這兩項，但是還有一點就是說它的健保給付的點數，當然不能跟達文西來相提並論。因為達文西它畢竟幾十年來，對臺灣的所謂的醫療幫忙也蠻大的，所以有很多所謂的比較包括是教學醫院等等都有達文西的機械手臂。那所以說他也造福很多的醫療患者。

所以我建議它本身申請的健保給付的點數以達文西核定點值的二分之一來計算，等於這兩個條件。第一個比照歐洲 CE 認證只能夠在臺灣的市場裡面限用於婦產科以及泌尿外科。第二個它本身的健保給付的點數以達文西核定點值的二分之一來計算，那這樣的話也能夠減少我們很多的健保負擔，那而且也能夠造福廣大的所謂的病患，讓大

家能夠有多一個選擇。而且能夠讓我們支出能夠減少，所以說我做一個具體的建議，以上。那這一份的話我就會交給我們那邊做詳細的一個紀錄(書面意見如 P145-P146)，謝謝。

主席

請陳莉茵代表。

陳代表莉茵

我是那個，就是被保險人代表陳莉茵第一次發言，我想請問一下也是這個把達文西這三個字，就是刪除了以後，那你們這個說明裡面有說 76031B 他的那個腹腔鏡在腎臟切除的時候，他有其他的廠牌可以付。那我們現在就是因為基金會也有幫助病患就是因為它這個有自費的部分，如果人家來申請的時候，我們怎麼去分配？就是如果它有其他的廠牌，我們怎麼去分辨他用的是哪一個廠牌？那他自付的部分是不是不一樣？這個是我比較覺得很疑惑的，希望能夠得到就是一個說明，謝謝。

主席

那同仁說明一下？

黃組長兆杰

跟各位代表說明一下，就是在醫療給付裡面，以往是都沒有寫廠牌的，因為我們是醫療給付項目的支付標準，只有在藥品或者特材的部分才會去訂到底哪一個廠牌。至於哪些廠牌可以使用，其實都必須經過臺灣 TFDA 的認證，或者適應症裡面有的，它才能夠執行，這些所有的醫事機構其實都知道。那沒有辦法拿一個沒有許可的，不管是醫療器材或者是設備就來做沒有拿到適應症的醫療項目。所以這個部分的話，在醫療給付項目裡面，我們不會去特別限制是哪一個廠牌。只是因為當初在跟大家討論這個案子的時候，大家以為達文西就是機械手臂，所以我們才會把它名稱寫成達文西。結果後來發現它是一個廠牌名，我們不應該把廠牌名訂在我們的支付標準裡面，所以有人來建議我們說你們在支付標準，應該循往例不要寫廠牌名，這個是本來

我們就應該這麼做的，只是之前我們沒有意識到這件事情，所以我們把它更正了。至於剛剛代表有針對說，它可以執行哪些項目，的確這就是我剛剛說的必須要符合我們 TFDA 相關的規定。

另外有代表建議說，是不是那個健保支付的金額到底要支付多少？我們目前比照現在不是用機械手臂的支付項目的點數在做支付。其實我們健保沒有多給錢，我們就是按照原有的不是用機械手臂的時候用人工的時候的點數去支付。那自費的部分到底要收多少？其實目前都是由各醫院他們去訂定標準。所以如果它的設備，它們認為有一些需要比較高的成本，那它的特材，就是耗材的部分成本比較高的，它可能就會訂比較高的費用。這個部分的話其實，我們也會規定，如果要收取自費，醫院必須要把它公布在相關的網站上面，讓民眾能夠了解到底它要收多少錢。

這個部分的話，民眾就可以參考各醫院的收費，來選擇到底他要在這家醫院使用還是在別家醫院使用，這是我的說明。同仁是不是要補充？

陳專門委員依婕

另外我補充剛剛陳代表問到一個問題，是我們申報那有沒有辦法區分它的使用的廠牌？那這個我們有寫在我們的議程裡面，這個我們修訂完了以後，在討 1-9 頁最上方這邊有一個 2，就是我們要配合這個項目的調整以後，我們在申報端就要請院所在申報給我們的時候要加註它使用的那個廠牌名，讓我們來方便統計它到底是使用哪一個廠牌的機械手臂手術，以上。

陳代表莉茵

我可以再請教一下嗎？就是說我是比較關心我們自己付了錢，因為我們自己要付錢。那我們有些病患他也要付錢，所以我們基金會是要補助他的，所以他是用了哪一個廠牌，或者是他到底就是要補助多少錢？這個錢會有差，會有不同的，就是不同的廠牌會有不同的價格。所以我們會想說如果我們站在病人的立場的話，我會想知道說我付了多少錢，我是用了哪一個廠牌的，那這個是不是有一個，我們如果要

把那個名字刪掉，我覺得是合理，那是不是會有一個特殊的 code 讓病人知道說我到底付了多少錢？我買了什麼樣的東西？什麼樣的服務這樣子。

因為我們這邊補助的單位的話，像我們基金會會補助，那我們也會知道說我們到底補助了什麼樣的東西這樣子。

主席

因為自費跟差額那邊我們不太會規範，但是就是尊重醫院的收費，他們受衛生局的一些規範，然後那部分有它的收據你可以看。那這些中大型醫院一般來講這個收據都是非常可靠。

陳代表莉茵

就是它的收據上應該會有廠牌的名稱？

主席

對，那一部分一般不會特別那個。

陳專門委員依婕

不會特別去規範它，我們就會知道說...。

主席

必要的時候，你可以要求說它要把診斷書，或者它的外科手術的紀錄給你，外科手術的 surgical note 的那個有時候就會寫比較清楚，就不見得在收據裡面。

陳代表莉茵

因為我們這個其實...。

黃代表雪玲

會有自費同意書會請你們簽署這樣。

陳代表莉茵

所以說我們病人會看到說我們到底是用了一個。

主席

必要的時候叫他印病歷，或者是印手術紀錄，手術紀錄一般會把那些材料，或者是相關的那寫得比較清楚。收據不會寫那麼細，因為收據都是各個項目多少欄位。會後我們再跟這個罕病基金會溝通一下看怎麼協助你們。

陳代表莉茵

所以我們如果在，如果我們在補助的時候，我們就是可能不能只有收據，可能要看一下就是...。

主席

等一下會後我們...

黃代表振國

那個跟陳代表報告，會後我再幫我再處理，我幫你處理這件事情，好不好？我私下幫你，OK。

主席

好，那我們這個案子就通過了，請陳代表，今天討一還沒有討論，後面還有討五。

陳代表杰

謝謝，對不起。

主席

大家發言。

陳代表杰

OK，我們現在就打開天窗說亮話，因為現在目前刪除達文西三個字就是因為臺灣目前為止大概只有兩個廠牌，一個叫美敦力，一個叫達文西。那沒有關係，你要給全臺灣的所有的醫療的付費者了解，到底它的收費標準在哪裡？我請衛福部這邊能公告，因為什麼呢？因為你說廠牌不一樣，當然廠牌不一樣價格不一樣。外面的車，BMW 跟國產的也沒辦法比，那當然相對就是說它本身原來達文西它是有經過美國 FDA 的認證，而且它本身在臺灣有很多的醫療的實證，那你現在

跟一個新的廠牌要進來，他本身在臺灣沒有那麼多的醫療的實證，那當然不能夠跟它相提並論。那我的意思說假如說真的要付給它點值的話，那也等於達文西原來這個點值二分之一來計算，我講這個應該是合理的，我不是為了錢，為了誰？為了我們整個健保給付裡面的所有的一些基金，那我們能夠減少支出。

第二點我們要保障所有的付費者他的權益，因為事實上它開放，我說我不反對，但是你本身一方面也要了解它本身它的所謂的安全性。因為它本身美敦力只有在歐洲 CE 認證裡面只有兩個科通過，這個可以查的，那我們現在目前要開放給它肝膽胃腸科多一科，你從裡面的資料去了解，我有去查。因為它原來只有婦產科跟泌尿外科，你現在要多一個肝膽胃腸科，肝膽胃腸科的病患是非常多，當然相對它現在目前用達文西機械手臂的也很多，但是用所謂的美敦力的，安全性夠不夠？我認為我們本身衛福部也有責任。那所以說以上藉這個機會做一個具體的建議，我現在已經打開天窗說亮話說得很白了，我不反對，但是要合理合情合法，所以以上藉由這個機會我再補充做一個報告，謝謝。

主席

好，我們把陳代表的發言逐字稿列成紀錄，那因為現在第二家廠牌還沒出現，等到第二家廠商出現的時候我們再來處理。那我們進入討論案二。大家節約一下時間。

李代表永振

各位醫生同仁有一點建議，我們討論案首先增加了費用，除器官移植協調管理費以外，支出的 60.89 百萬點，擬由「新醫療科技」項下支應，那今天討論裡面大部分有這個支付規範的修訂的主要內容是擴大適應症或增加執行的頻率。那這個部分在去年協商的時候稍微有提到但是並沒有深入討論。那如果細思這裡面的範圍，它是不是屬於新增的診療項目等等？好像有一點疑義。我並不反對今天討論的支付標準，但是它是不是屬於新醫療科技所謂的新增訂義或用途，這個我是提出建議再思考一下。

那為了了解新醫療科技預算使用的情形，是不是符合預算用途，在上個月的健保委員會裡面曾經建請健保署在4月份的會議裡面提出說明，新增診療項目新藥及新特材定義跟適用範圍。建議應該先確認本項預算使用來源這個部分是不是妥適，我說的妥適就照案這邊處理。如果不適當，建議應由合於的預算去支應，再重說一次，我不反對今天的內容，但是對於預算處理有一點建議。

主席

我們今天主要是支付標準，跟總額衝擊那邊，我們把代表的建議把他實質發言的紀錄移到那邊去。所以會議紀錄我們幫你的發言詳細記起來，移到醫院的總額那邊。那我們單純的話處理支付標準，那進入討論二。

第二案

案由：新增「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」。

主席(以下為石署長崇良)

這樣，我們先處理一下會議程序，因為我們還有很多案顯然也不可能今天討論完，這個太殘忍了。是不是我們大家先共識一下今天有沒有哪一些案子比較急的？我們原則上討論一下到第幾案我們就結束。另外我已經請同仁再加開臨時會，不會到6月，可能我們4月份就再加開一次，要趕快調查各位代表的時間，今天因為有些案子還有執行的壓力。因為專案的關係，沒有通過他們沒辦法執行，年度執行就會就延宕了。所以是不是先徵求大家的意見？我們今天是不是就那一個案子是急的？我們就讓其他人員可以先回家了，來，游代表，請。

游代表進邦

先第五案，因為第五案專款，趕快把它討論定案之後就可以趕快去執行了。

主席

第五案是不是？現在我們第二案你們都坐定了，等一下我們會討

論第二案，第二案完之後再第五案，是不是這個意思？好，來，還有沒有其他大家的意見？後面有意見？來。

李佳琪組長（衛生福利部疾病管制署）

謝謝主席，那我們是第三案，也是在健保專款要執行，就是跟第二案一樣是中長程計畫要執行。

主席

CDC 這個案子是新案還是舊案？

李佳琪組長（衛生福利部疾病管制署）

新案。

主席

新案都會討論比較久。

黃代表振國

主席，西醫基層一樣重要，但是我建議以時間做切點，不然我們西醫基層只是不講話。

主席

大家都想先。

黃代表振國

對，我不講話變成說我就是，所以你問我，我們西醫基層第四案也非常重要。

主席

我們就討論到這一案結束，就這一案討論完我們就結束了，因為現在也五點半了，然後我們4月再加開，是不是大家都可以同意？好，同意那我們繼續討論，陳代表。

陳代表杰

開完也沒關係。

主席

你體力這麼好，我們原則上這一案討論完我們就先結束，下一次我們加開，盡快調查所有代表的時間，好，這一案我們先請國健署說明補充一下。

魏璽倫副署長（衛生福利部國民健康署）

好，謝謝署長還有現場的醫界代表跟健保會的代表，這個案子簡單來講其實是希望透過癌症篩檢後的一些陽性病人，追蹤管理和立即診斷品質的一個精神，如同剛剛宣讀的，目前有五種癌症，所以我們會在追蹤管理的醫療機構跟診斷品質醫療機構這邊做一些相關的給付。那這個部分也有跟醫院代表還有基層代表都分別做過兩次以上的會議的討論，那目前為止收過的意見應該有都做過相關的回復，等一會如果有什麼相關的議題我們再做進一步報告好不好？

主席

簡單的說這個案子是這樣，原本國健署支付的都是篩檢的費用，但是篩檢後面沒有對這些陽追，就是如果有陽性發現的，後面要追蹤確診，所以追蹤確診的部分等於編列在健保來做一些鼓勵。好，來請黃代表。

黃代表振國

我本身在基層也做了 20 幾年的四癌篩檢，我發現很多癌症篩檢透過政府體系，甚至衛生單位在做，那篩檢人數就非常多，但是很多民眾去篩檢就結束了，所以就是漏於所謂的追蹤。那這個案子非常好的理由是，因為每個人都有他固定就醫的醫療院所，那如果這些陽性個案由他熟悉的就醫院所去追蹤，以我們看到的案例，大多成功率非常高，因為大多數的個案都信賴他長期依賴的家庭醫師，或者長期看的醫師朋友，也會轉介到比較適當的醫療院所去追蹤。

以這樣的情況我們發現追蹤率會提升很多，那政府花很多的費用在篩檢，很多篩檢後的結果沒有去追蹤真的很可惜，我相信這個案子如果能徹底執行，推廣之後一定可以增加陽性的追蹤率，報告到這裡。

主席

好，還有沒有哪位代表？我們先請何代表再請李代表。

何代表語

主席、各位代表，國民健康署編這個預算在總額裡面，現在是這整個癌症的篩檢的作業，可是現在這個裡面也有一個缺失，這個缺失就是說西醫基層，譬如講說大腸癌的檢查，我們現在付給他兩千五，但是西醫基層看到比較小的息肉他就不切了，不切了它就直接就檢驗完拿了兩項我們新型的兩千五百塊以後他就放掉了。一個是放掉了，一個就是告訴他說你要到大醫院去切息肉。所以他又重新跑到大醫院去切息肉，大醫院又重新給他做一次檢驗，重新再切這個息肉。現在大醫院也發覺到，他收到很多西醫基層只做檢驗不做切除。那這個個案到底情形怎麼樣？我想我們健保署要深入去了解一下。因為現在很多大醫院也反應了這件事情。

另外一點就是說我們這種癌症檢驗出來的陽性率，我們健保署要不要建立一套制度？轉診制度，就是說你發現到他檢驗出來有陽性的現象，硬性你要做轉診手續，如果你不做轉診手續，那你的檢驗就白做了。所以我是希望建議比較緊密的結合，只要你西醫基層檢驗到有陽性，你一定要開轉診單，轉到大醫院去再追蹤他的癌症發展狀況。這樣才不會漏失掉，因為有些檢驗完醫生跟他講說不是很嚴重，他回去也就不了了之。等到有一天發作了，來不及了。我的淺見是這樣子，密切的結合起來就減少癌症的發生。

主席

何代表後面提的這個很好很重要，就是類似像我們家醫群計畫一樣，要建立一個轉診的網絡。

黃代表振國

署長我可以回復何代表嗎？很感謝何代表的關心，我跟何代表報告，如果有這個案子你趕快跟我們講，臺北區我當主委副主委這麼久，西醫基層如果有這樣的醫療院所，聽到我名字他一定都會很討厭我，我跟大家報告以我個人為例，像大腸癌篩檢陽性，我們都轉給基隆的

醫療院所，還有台北像臺安、臺大，因為病人既然信任我們，我們就不可能讓病人對我失去信任。但是我們不可否認可能有何代表講的案例，我也希望會後何代表提供給我，說實在我管得比健保署還嚴格，但是何代表有這樣的訊息給我們，我想我們也會跑資料，如果健保署不跑，我自己會跑，跑出來再跟何代表合作一下。

主席

沒關係，我來處理這件事情，第一個就是說一定要有一個轉診對象，要參加這個計畫的，要有一個轉診對象，發現陽的時候要轉給誰，剛剛何代表是說要有一個轉診網絡，它是轉給誰去做後面的，譬如說大腸癌篩檢，它的這個糞便潛血反應是陽性，它要轉到哪裡去？做這個計畫要先建立它的轉診網絡，要提出來。第二個，剛剛講的另一個問題就是，會不會有人說，做一做之後，看到小的息肉，大息肉當然可能風險比較高，可能轉到醫學中心去，做小息肉沒切，叫他再轉診一次，就是多花錢，所以我們的機制就是這樣，現在不是要上傳檢查檢驗報告嗎？所以參加這個計畫的要領這個，就必須把做的鏡檢，大腸鏡檢的報告，不用照片沒關係，至少報告傳上來。那我們就會知道他有沒有，在很短的時間做了下一個，下一個的這個發現跟你前面這個發現落差很大，你說沒有，後面那個就有一個息肉他切，或者是你前面的包括有息肉小於兩公分，可是你卻沒有處理，又要再做一次，不是我們樂見。

我們現在還沒有強迫基層什麼報告都要傳，但是參加這個計畫的，要傳報告，不用影像，還是要影像也沒關係，大家討論看看，至少把報告傳上來，這樣人家也能夠追蹤，我們可以掌握這個病人，他自己也知道，後面好好處理，我們目的就是希望早期發現這樣癌症的病人，可以在前期的發現，不用到後面很痛苦，大腸癌萬一怎麼樣，切起來，都是大刀。這個對生活品質影響很大，所以這個剛剛提的是應該是後面的鏡檢，那個大腸癌的部分就是鏡檢問題。那是不是我們做一點 modify，計畫的要求，我們建議剛剛講的有一個機制，來，朱代表。

朱代表益宏

我想請問一下國健署這裡就是因為訂了一個指標，它的追陽率在 90%，因為我不在醫院協會，好像跟醫院協會開會的時候只有提到內容，但是追陽率 90%這件事好像並沒有跟醫院協會來談，那這個項目因為它是在醫院總額的專款內，所以到時候會列入醫院總額的評核項目。所以我是認為這個指標的 KPI 是不是國健署要再跟醫院協會再來協調一下？不然你這邊訂了一個指標，結果萬一醫院協會這邊執行起來有某些困難的時候，那你這邊訂死了，就造成醫院協會執行非常困擾，到時候變成說這是健保署的計畫，這是醫院協會執行的，然後國健署那邊好像都沒有關係，我覺得這樣很不好。所以這個數字，計畫的內容我不反對，但是我覺得追陽率 90%是不是要國健署這邊再跟醫院協會再討論一下？以上，謝謝。

陳專門委員依婕

跟朱代表說明一下，這個項目因為是在總額公告的時候，就是今年 112 年總額公告的專款，在後面的協定事項就有寫就是陽追率的目標是 90%，然後上面國健署在提案，就是議程裡面寫的這些人數其實也都有寫在那個總額公告的那個事項內容裡面，所以才會在之前的意見開溝通討論會的時候沒有特別提，因為總額公告已經有敘明了，以上。

朱代表益宏

報告主席，我可以發言？對，就是因為如果是部裡面核定的話，那我覺得這個百分比是部裡面裁定的說要達到 90%，那我覺得到時候評核的時候是不是可能看看是透過什麼管道？這一部分在評核會議的時候，健保署可能要說明一下，就是這個是部的裁定。那萬一在醫院總額這邊執行上沒有達標，或者是有一些狀況的時候，我覺得這一部分可能要在醫院總額評核的時候，要去做另外一個考量，以上。

主席

來，請。

賴代表俊良

主席、各位代表，大家好，這個癌篩追陽計畫相當完整。我請問一個期限的問題，篩檢陽性轉到可以做大腸鏡的醫療院所去，目前規定在確定診斷以後 15 個工作天內要把檢查結果，良性？或 tumor？通知原來做篩檢的診所，該診所接到這個通知後，也是規定在大腸鏡確立診斷後 15 天以內要到國民健康署癌整系統登錄。我們知道醫院在做 biopsy 出來要做病理切片，有時候還要固定染色，等 pathology 出來可能就要需要一個禮拜，不知道醫院現在的速度是否有比較快？等病理報告出來，還要再通知原來的院所，然後再到癌整系統去登錄，那 15 天的時間，會不會比較趕一點？我知道原來是規定 10 天，國健署接受反應後已經延長為 15 天。請教醫院這邊這些病理切片報告完成大概天數要多久？15 天期限會不會時間太趕？有沒有必要把 15 天再稍微延長？以上，報告。

主席

好，我們先說明一下剛剛那個 90% 的陽追率說明一下，然後等一下再請國健署說明有關於這個確診天數這些規定。說完了？我沒聽到，請國健署說明一下天數上已經跟醫院協會討論過了嗎？是執行上沒有問題了？

林莉茹組長（衛生福利部國民健康署）

已有跟醫院及西醫基層討論過了。

主席

現在是說我做了鏡檢，鏡檢完還要做病理診斷，這個時間上 15 天會不會不夠？

賴代表俊良

請問醫院這邊現在大腸鏡息肉切片到病理報告完成大概要多久？

主席

在討論資料的 2-7，講的 15 天是指大腸鏡確立診斷完成的隔日起 15 天內要完成追蹤管理結果的填報，所以這個填報就是要填報病理的診斷結果，換句話說就是做完鏡檢，從他做鏡檢的那天開始隔天起算，

15 天內要有病理報告，我覺得多數醫院都做得到，應該是沒問題，15 天是日曆天，等於兩個禮拜，這樣應該是 OK 的，我們這邊有兩位醫界...

羅代表永達

這個以往 10 天我們跟國健署討論過了，當時為什麼從 10 天變成 15 天，就是考慮到像過年，或者是特別的一些假期等等，所以後來原本從 10 天到 15 天，我覺得以目前的病理的染色人力，大概一個禮拜時間可以，那再加上一個禮拜的時間，就是當成緩衝的時間，目前醫院沒有提出任何其他疑義，以上。

主席

好，謝謝。

賴代表俊良

謝謝醫院說明，因為病理報告照規定是要通知原來篩檢的診所，診所再把報告傳到癌整系統，所以希望病理報告出來的第一時間能夠通知原來篩檢的診所，謝謝。

主席

好，謝謝賴代表，請黃代表。

黃代表振國

沒有，就是針對通知的方式，是不是能夠具體有效？如果只是一個書信寄回來，往往寄出來到醫療端收到可能會超過 5 天甚至一個禮拜，我是建議有沒有正常而且是明定的管道，讓所有的醫療院所，不管是醫院或者是診所都知道利用這個正常管道上轉或者下轉回來，不然醫院可能在 15 天以內寄出報告，但醫療院所可能會在 21 天或者 22 天才收得到，這個可能要確認一下。

主席

有要求一定要用寄的嗎？這個時代是不是 mail 也可以，或是...一

定要用到正本或郵寄？

黃代表振國

我剛剛其實漏講了，事實上 VPN 有上轉跟下轉，是否可以請醫院用 VPN 下轉的方式轉回該醫療院所？這樣就是我要強調的，我其實不是要強調所謂書面，而是說是否可以明定請醫院透過 VPN 下轉回原來的醫療院所？這樣比較有時效性，而且到底什麼時候轉也比較清楚。

主席

就是一致性規定，通通用 VPN 來傳送這個資料，這個我們健保執行有沒有什麼困難？還有醫院這邊執行 OK 嗎？如果 OK 我們就原則這樣，好，來，賴代表。

賴代表俊良

還有一個實務上申報的問題。如果做完篩檢，陽性再轉到醫院去做檢查，等報告出來，再輸入健保署規定的 P77 碼，但是病人已經做完檢查，也治療結束了，他不一定會再回到原來的診所，實務上不可能再用健保卡去申報。我建議可仿照現在代謝症候群的申報方式，有一個 MSPT 碼，當病患無法再度回診時，可以用來申報 P77 碼，在實務上會比較方便。補充說明代謝症候群在不是因為疾病就診時，比方說電話追蹤時可以使用 MSPT 碼，陽追計畫是否可以仿效這申報的方式，以上報告，謝謝。

主席

好，謝謝，本案不曉得還有沒有其他意見？來，李代表。

李代表永振

謝謝署長，我只是覺得投資健康 5.17 億即早發現處理，立意良善應該給予肯定支持。但是既然是投資的話，應該有所期待效益，就是可以請健保署去掌握這個證據。還有剛才也有提到代謝症候群，去年有留下很不好的印象，是不是請健保署可以留意一下支付標準這個方面到底合不合理？因為像以健保會代表的話並沒有辦法去掌控，去年就是為了這個在討論的蠻激烈，所以還請署在下個月要提出計畫的報

告。因為這兩個案應該有一點類似，所以可以深入去了解，然後掌握一下。

主席

它一定會有陽追的結果，陽追的結果診斷，其實就可以去比較他的那個 save money，可以省多少錢，這個國健署很會算這個，就到時候就有一個這樣的這個評估，這個就是我們李代表要看的，精算師很會算，就知道我診斷一個早期，這個可能切除出來，這個就不用開刀，後面省那些錢，就會省掉大腸癌的後面的治療費用，預估一下，在我們的成效做這樣的報告。來，現在請陳代表。

陳代表杰

謝謝，署長英明，因為這個議案事實上是非常好，因為全民健康保險癌症治療品質改善計畫，當然最主要是要保護我們國人的健康。我只一點，因為我今天來這邊開會，包括我們醫界一直喊說錢都不夠，講來講去都講錢，當然我現在目前發現這個項目裡面它大概總經費是 5 億 1700 萬元，是不是能夠這樣建議，只是建議，良心的建議，可不可以用公務預算？只有這一點建議而已，其他沒有，因為 5 億 1700 萬元可以來支應其他的一些今天在那邊吵了那麼久，為了一千多萬大家講成這樣，面紅耳赤，當然我是做一個建議而已，謝謝。

主席

謝謝，好，謝謝陳代表，給我們一點空間。來，朱代表。

朱代表益宏

剛剛基層有幾個建議我稍微再補充一下，第一個就是說因為目前基層在做的代謝症候群那部分剛剛講就一個代碼，但是醫院現在是沒有做。所以後續看如何填報，健保署要在醫院協會裡面說明一下，不然我們也不知道基層是怎麼去申報那個什麼 P77 碼或者什麼規定，這個可能要說明一下，這是第一點。

第二點就是剛剛黃代表振國有提到說，如果到醫院這邊來做的病理，希望透過 VPN 轉診的系統去處理，但是同樣的，是不是也請基層

這邊，也去宣導一下像這一類的病人如果他轉到醫院的話，他也請在那個 VPN 先去上轉，因為醫院這邊剛剛有幾位代表先走了，他也跟我講說希望我來代表發言一下，就是有些上轉過來其實都沒有在那個轉診平台去填。那結果變成這邊要求醫院病理出來之後在那邊填，我覺得這樣子可能也不是很好，所以應該這個是雙向轉診，所以我覺得或許日後可以，到時候如果真的是這樣處理以後這個包括上轉跟下轉的或許透過勾稽然後全聯會跟醫院協會這邊有必要資料出來再做一些協調，以上。

主席

好，謝謝，那本案就...還有？來。

黃代表雪玲

我想提一下，就是譬如說轉過來的個案其實我們做完病理報告，其實我們 24 小時就要上傳，因為現在有檢驗檢查上傳。其實我已經傳了，我還要再給這家院所一次，其實院所就卡在他沒有辦法直接去讀，因為你現在要求就是要健保 IC 卡才能夠去查病人的資料，這其實我們報告已經傳到健保署，健保署這邊可不可以把這個個案看要怎麼樣子給這些院所，其實不要一個工作很多次，我覺得我們這樣做要給健保署一次，然後再給他們一次，然後他們要再丟到國健署，這樣其實工是不是太多？我覺得這個工有沒有可能簡化？

主席

這個看看怎麼處理，系統之間直接自動就發生了，這樣會比較簡單。大家在這裡搞來搞去，花那麼多時間，研究一下，好不好？本案我們就稍微做一點調整，剛剛幾個注意事項，我們修訂這個計畫，好不好？系統的部分我們找國健署討論一下怎麼讓大家做一次工就好，不然要上傳到健保系統，又要到國健署的系統去登，又要再給轉診的這個診所一次，分三次工，我們來檢討讓它一次完成。好，謝謝，那這個因為目前剛剛有一個案子我離開了，就是留置性的導便裝置，那因為這個案子大家的意見是，那個費用太低的問題嗎對不對？所以大家的期待是多少？可以今天做決定，還是重算？

陳專門委員依婕

業務單位補充，一個方法就是我們再去訪一次醫學中心的採購價格，然後我們再來下一次臨時會的時候把資料呈現給大家看。不曉得這個方法大家？

主席

那就下次臨時會再討論，好，抱歉，那個...

朱代表益宏

剛剛那個案子其實我有建議就是說因為我們這個畢竟是支付標準，它是技術這一部分，但是特材包進來那不知道你能不能包得進來，這個其實是很大的問題。所以那個有沒有可能特材裡面就回歸到特材的這邊去處理，那這裡就暫時給這個技術費。然後那個特材那邊至於是要用剛剛署長講的太僵化，那是不是要做什麼樣的檢討？那我覺得署長內部可以再指示在那邊去處理，這樣子的話我覺得或許比較有彈性。譬如說那邊你經過一段時間有不同的廠牌進來以後，然後經過它又有價量調查，又有一些不同的那個控制價格的方案，會比較有彈性，以上。

主席

那就我們內部的時候自己討論，看用什麼方式，先討論一下。好，我們李副是很良善，他是說 CDC 的人來了，要不要再加一案，然後再結束，讓 CDC 也報告一下，不曉得各位代表能不能同意？不要，下課下課，請大家稍等一下，聽說便當在電梯裡了，請大家各位代表稍坐一下，便當馬上到，好，來，那個何代表。

何代表語

我建議署長重新解釋一下說如果這個診療費用裡面有含特材的部分不能用點值計算，要回歸現款。就是說你要回歸，譬如講說這個費用裡面有含了很多特材的材料在裡面，如果換算點值乘以 0.86 或乘 0.92 好了，那個點值就拉下來了，它的特材就要付這麼多錢，所以這樣很不公平，要換算回來，我給你實質的金額。實質的金額這樣子醫

院才不會吃虧，要不然做一樣賠一樣，做一樣賠一樣。

主席

有換算，它不是用調查的錢，它還要換算點值，但是因為可能大家的認知不同，換算那個點值不太一樣，我們換算的時候是用 0.94，醫院說沒有，好一點的點值大概 0.8 幾，大家兩邊的算法不一樣，我們再算一次。

何代表語

我補充一下就是說實際上廠商跟醫院要收的費用就是對比錢，如果不管你用 0.94 就是少 6%，就主要折回來金額越大，那折回來 6% 就價錢...

主席

這個調查...

何代表語

應該去怎麼把它回歸原來的點值的價格。

主席

好，那我們今天的會議正式結束了，謝謝。

達文西機械手臂醫療給付部分，將「達文西」3 個字刪除的議案

討 1-9 頁

(c) 75025B「腹腔鏡肝部份切除術」等 19 項

本人動議主張：

討 1-50 頁

原則同意「美敦力 HUGO 機械手臂」比照歐州 CE 認證項目；在台灣只限用於「婦產科及泌科外科」，不得用於「肝膽胃腸科」項目；其健保給付點數以「達文西」核定點值的 1/2 計算。

說明：

開放其他廠牌機械手臂納入健保給付項目，表示健保署擬開放更多廠牌的「機械手臂」(手術機器人) 進入台灣醫療市場，給病患被保險人有更多的選擇，立意良善；

目前臺灣醫療市場除了達文西機械手臂外，另一廠牌「美敦力 HUGO 機械手臂」(簡稱：美敦力) 將納入健康給付項目，但經查証「美敦力」於(2021 年 10 月)才拿到 歐洲 CE 認證，但「歐洲 CE 認證」只限用於 婦產科及泌尿外科，本次會議提案擬通過 增加「肝膽腸胃科」項目，本人認為不妥，絕對造成被保險人的恐慌，況且「美敦力」在台灣臨床實證又不多，疑似「美敦力」到今天為止還沒有拿到「美國 FDA」的認證，沒有「美國 FDA」認證的任何醫材都可以進入台灣的醫療市場嗎？令人匪夷所思；

本人再次強調暫緩開放「美敦力機械手臂」用於「肝膽胃腸科」，但健保署若同意「美敦力機械手臂」使用於「婦產科及泌尿外科」

納入健保給付，本人表示尊重，但因為「美敦力」在台灣臨床實證不多，而且沒有「美國 FDA 認證」，與「達文西」不能相提並論，其健保給付點數以達文西「核定點值」的 1/2 計算，這叫做「正確」「良知」；並可以減少健保給付的財務負擔，更不會排擠其他醫療項目的健保給付。將來「美敦力」在台灣臨床實證更多，再提案討論調高其點值。以上。懇請大會支持。謝謝！

陳志
112.3.30.