

「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」

107 年第 3 次會議紀錄

時間：107 年 10 月 25 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：黃思瑄

李代表偉強	李偉強	詹代表永兆	詹永兆
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
潘代表延健	潘延健	許代表世明	吳迪(代)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
林代表淑霞	林淑霞	賴代表振榕	賴振榕
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	王代表榮濱	林鳳珠(代)
謝代表文輝	謝文輝	郭代表素珍	郭素珍
謝代表武吉	謝武吉	廖代表大富	廖大富
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
林代表恒立	林恒立	劉代表志棟	何語(代)
王代表宏育	(請假)	王代表雅馨	柯怡謀(代)
黃代表振國	黃振國	張代表清田	張清田
張代表金石	(請假)	羅代表紀琮	羅紀琮
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	施壽全
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

衛生福利部全民健康保險會

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

台灣醫院協會

社團法人臺灣臨床藥學會

台灣胸腔及心臟血管外科學會

台灣麻醉醫學會

台灣介入性心臟血管醫學會

財團法人台灣急診醫學會

台灣在宅醫療學會

台灣家庭醫學醫學會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

周雯雯

邱臻麗、馬文娟、盛培珠、

吳晟浩

王逸年

潘佩筠、邵格蘊

宋佳玲

陳哲維、林筱庭

洪鈺婷

梁淑媛

鄭禮育、何佳儒

沈麗娟、黃莉蓉

周桓文、張效煌

簡志誠、郭書麟、吳昀禎

蔡適吉

陳健驊

張凱評

施錦泉

余千子、廖曉蓓、胡淑惠、

方淑雲、蔡美真、張于田、

黃寶玉

陳孟函

楊惠真

郭俊麟

彭錦環

吳千里

張淑雅

本署醫務管理組

李純馥、劉玉娟、谷祖棣、
王玲玲、鍾欣穎、林右鈞、
陳依婕、吳明純、宋兆喻、
鄧家佩、許博淇、簡詩蓉、
鍾欣穎、楊瑜真

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

- (一) 有關「支付標準成本分析調查案」(序號 1)，經會議協調，本案成本資料蒐集截止至 107 年年底為限，本案繼續列管。
- (二) 有關放寬「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」參與院所資格案(序號 2)，請藥師公會全聯會提供行文給胸腔暨重症學會之公文給健保署，由健保署協助了解，本案繼續列管。

三、討論事項

- (一) 新增「提升醫院用藥安全與品質方案」。

決議：

1. 同意執行醫院資格中，醫學中心及區域醫院部分修訂為「具有加護病床，配置持續參與該加護病房臨床藥事照護之藥師」。
2. 同意執行藥師資格修訂為「藥師於醫院執業年資累計滿 2 年或臨床藥學士或碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業」，另增列符合資格之藥師需於「107 年 12 月底前」由醫院藥事主管推薦並函送資料至藥師全聯會；地區醫院部分藥師資格文件部分修訂為過去 1 年中提出至少 20 筆「門診或住院」病人臨床藥事照護相關紀錄。
3. VPN 登錄資料中，除原臨床藥事照護介入類別外，增列「醫師或醫事人員接受情形」欄位以計算觀察指標。

4. 與會代表建議地區醫院之加護病房個案納入本方案獎勵部分，留供日後方案檢討參考。
5. 依本次會議決議修改之計畫內容，**詳附件 1，P7~P14。**

(二) 應用 107 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案。

決議：同意應用 107 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算 26.982 億元調整支付標準，財務推估約增加 27.12 億點，修訂後支付標準 (**詳附件 2，P15~P26**)，修訂重點如下：

1. 提升重症護理照護品質及持續推動「護病比與健保支付連動」，推估增加 9.86 億點。
 - (1) 加護病床護理費調升 5%。
 - (2) 全日平均護病比加成率由現行 3%、6%、9%、12%、14% 調整為 2%、5%、14%、17%、20%。
 - (3) 後續配合醫療機構設置標準公告確認護病比人力計算範圍後，再行調整本保險全日平均護病比人力計算範圍；護理品質報告增列「年資未滿 2 年之護理人員離職率」之季指標。
2. 暫不實施醫學中心及區域醫院門診合理量(不含精神科門診合理量)，本項合計增加 7.64 億點。
3. 調升 11 項特定處置項目支付點數，推估增加 2.80 億點，其中除「心肺復甦術(每十分鐘)」調幅為 32% 外，其餘項目調幅為 20%。
4. 地區醫院相關支付標準調整，推估增加 6.82 億點。
 - (1) 門診診察費：週六加計 100 點，週日及國定假日加計 150 點。
 - (2) 週六、週日及國定假日，除藥品、特殊材料及門診診察費外，其餘門診(不含急診)之醫療服務給付項目及支付標準增列 30% 加成。
5. 各項調整及財務影響評估 (**詳附件 3，P27**)。

(三) 放寬同體系醫院得申報轉診支付標準案。

決議：本次會議討論尚未獲共識，請健保署函請三層級醫院協會及醫師公會全聯會，就本案表示意見並請各協會先內部討論凝聚共識，並將專家學者之建議納入考量，本案暫保留再議。

(四) 107 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)增修「內視鏡射頻消融術 (RFA)」等 11 項診療項目及支付標準第二部第二章第七節手術分項案 (詳附件 4, P28- P 33)。

決議：

1. 同意新增「內視鏡射頻消融術 (RFA)」1 項診療項目，推估增加 24.46 百萬點。
2. 同意新增「冠狀動脈繞道手術-四條血管」、「冠狀動脈繞道手術-五條血管」、「冠狀動脈繞道手術-六條血管」等 3 項診療項目，推估增加 22.89 百萬點。
 - (1) 於冠狀動脈繞道手術相關診療項目註記「以實際執行血管數目申報，不得拆分項目申報」。
 - (2) 新增項目於公告實施後，本保險之外科審查注意事項第 29 點同步配合刪除。
 - (3) 請相關醫學會對會員加強宣導其申報規範。
 - (4) 本案 3 項新增項目於 Tw-DRGs 之給付，是否採外加方式，請錄案另行評估。
3. 同意修訂編號 96027B、96028B「麻醉深度監測」等 2 項於支付規範增列適應症條件，推估增加 36.97 百萬點。
4. 同意修訂編號 33141B「左心耳閉合術」支付規範，醫院條件修訂為「需有心導管室設備同時具有心臟內科訓練機構資格及專任心臟外科專科醫師即時支援」，本項不增加支出。

5. 同意編號 68034B「心臟摘取」刪除事前審查規定，68035B「心臟植入」及 68051B「心室輔助裝置」修正備註劑量單位、檢驗值及文字誤植，本項不增加支出。
6. 有關急診處暫留床病患申報「住院會診費」規範修訂案，本案暫保留，請急診醫學會提供實證數據後，再行研議。
7. 有關修正支付標準第二部第二章第七節手術分項乙節，囿於時間關係，本次會議未討論，移下次再議。

(五) 修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」(下稱方案) 中指標六品質提升費計算方式，以配合衛生福利部建議本署研議調升方案支付點數，鼓勵院所增加助產師(士)執業登記人數，提升母嬰照護品質案。

決議：囿於時間關係，本次會議未討論，移下次再議。

(六) 有關修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)」案。

決議：囿於時間關係，本次會議未討論，移下次再議。

四、臨時動議：有關社區醫院代表提出『為落實政策的推動，使資源真切的對應，有關全民健康保險支付標準「地區醫院加成」之適用定義』案。(本案與討論案第 2 案相關，併案討論)

決議：因無法達成共識，請提案單位依據付費者代表之建議，帶回再行研議更周延的方案，本案暫保留。

五、散會：下午 17 時 06 分

全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案（草案）

107 年 X 月 X 日健保醫字第 107XXXXXXXX 號公告訂定

壹、計畫依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

本方案由醫院醫療給付費用總額專款「醫療給付改善方案」項下支應。

參、計畫內容

一、計畫目的

建立醫院端完整的藥事照護模式，加強藥師執行調劑以外的臨床藥事照護，其內容包含輔導個案正確服用藥品觀念外，同時協助醫師達到合理用藥，並強化民眾的用藥安全，間接減少醫療資源的浪費。

二、實施方法及進行步驟

(一)醫療服務提供者資格與申請程序：

1. 醫院資格：

- (1) 醫學中心及區域醫院：具有加護病床，配置持續參與該加護病房臨床藥事照護之藥師。
- (2) 地區醫院：具有可執行臨床藥事照護之藥師。

2. 執行藥師人員資格：需同時符合下列條件：

(1) 醫學中心及區域醫院：

- A. 具藥師資格並於醫院執業年資累計滿 2 年，或臨床藥學士/碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業。
- B. 過去 1 年中，須實際參與加護病房團隊照護至少連續 6 個月，並提出連續 6 個月，每個月至少 10 筆的加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐證。

(2) 地區醫院：

- A. 具藥師資格並於醫院執業年資累計滿 2 年，或臨床藥學士/碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業。

B.過去 1 年中提出至少 20 筆門診或住院病人實際照護的經歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄為佐證。

(3) 符合上述資格之藥師，需由醫院藥事主管推薦後，由執行醫院函文將資料送至中華民國藥師公會全聯會（以下稱藥師全聯會），再由藥師全聯會負責召集審查會議，邀請藥師全聯會、臺灣臨床藥學會及台灣醫院協會（需有各層級）推薦代表進行審查，審核通過者。

(4) 執行醫院藥師資格申請表如附件 1、2。

(二) 藥師執行臨床藥事照護內容（每次均須有藥師簽核之書面或電子紀錄備查）

1. 提供用藥連貫性照護（medication reconciliation），確保病人在轉換不同照護單位時，有連貫性的照護。
2. 評估病人用藥，找出藥品治療問題（如：是否符合適應症、療效、安全性、疏於監測、遵醫囑性問題等）。
3. 新增或替代性藥品或停藥建議。
4. 病人用藥後之療效監測、藥物不良反應預防、偵測、評估與通報。
5. 執行藥品血中濃度監測。
6. 評估病人抗生素及其他藥品使用、劑量及頻次的適當性。
7. 辨識藥品交互作用。
8. 提供藥品諮詢。
9. 加護病房病人疼痛、躁動和譫妄等相關鎮靜止痛藥物之評估。

肆、醫療費用支付

一、預算總額分配：

(一) 醫學中心及區域醫院：3,500 萬元。

(二) 地區醫院：1,500 萬元。

二、醫學中心及區域醫院支付標準：

(一) 對入住加護病房病人提供符合實施方法及進行步驟之臨床藥事照護，醫院得申報「重症加護臨床藥事照護給付費（每日）(P6301B)」，每次支付 220 點。

(二) 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報 3 日之臨床藥事照護費，且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。範例如下：

以藥師介入次數 計算申報日數	加護病房 住院總日數	可申報日數
3 件*3 日/件=9 日	12	9
3 件*3 日/件=9 日	5	5

(三) 須以 SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) 撰寫型式書寫於病歷，始得申報重症加護臨床藥事照護給付費用。

三、地區醫院支付標準：

對於 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之門診病人，經發現有不適當的處方及用藥，提供臨床藥事照護服務，以提升用藥安全並減少重複給藥，醫院得申報「門診臨床藥事照護給付費 (P6302B)」，每件支付 100 點。

四、醫療服務點數清單及醫令清單填表說明 (暫定)：

(一) 案件分類：

1. 住院案件填報【4-支付制度試辦計畫】。
2. 門診案件填報【E1-醫療給付改善方案及試辦計畫】。

(二) 不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記—僅住院案件需填報本欄位：

填報【6-試辦計畫、安寧療護案件】。

(三) 特定治療項目代號—僅門診案件需填報本欄位：

填報【EF-提升醫院用藥安全與品質方案】。

(四) 執行醫事人員代號：填報執行之藥師 ID。

(五) 其餘依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

五、結算方式：

(一) 本方案之各項「臨床藥事照護給付費」，於全民健康保險醫院醫療給付費用總額「醫療給付改善方案」專款項下支應，並按季暫以每點一元支付。

(二) 年度結束後，併上開專款項下其他方案費用，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

伍、觀察指標

申報本方案臨床藥事照護費之院所，應按月至健保資訊網服務系統(VPN)登錄觀察指標相關資料，填報內容如附件 4。

● 觀察指標：

介入類別的分析以及醫師或其他醫事人員接受率。

分子：醫師或其他醫事人員接受之臨床藥事介入件數。

分母：臨床藥事介入件數。

陸、資訊公開

保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考，並得於保險人全球資訊網公開獲得臨床藥事照護給付費用之醫院名單，供各界查詢。

柒、計畫修訂程序

本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理；餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

「提升醫院用藥安全與品質方案」申請表（執行醫院）

基本資料

申請日期 年 月 日

醫院名稱	
醫院代碼	
評鑑類別	
連絡人姓名	
連絡人 e-mail 信箱/電話	

資格審查資料

項目		備齊 請打 V	審核結果	
			符合	不符合
醫學中心 區域醫院	1. 醫院具有加護病房之證明			
	2. 配置持續參與該加護病房臨床藥事照護之藥師 ^A			
地區醫院	具有可執行藥事照護之藥師			

註 A：得以醫院主管出具證明函、佐以藥師資格證明審查資料 3-1，證明加護病房確實配置持續參與臨床藥事照護之藥師

「提升醫院用藥安全與品質方案」申請表（藥師資格）

基本資料

申請日期 年 月 日

藥 師 姓 名	
身 分 證 字 號	
藥 師 證 書 號 碼	
服 務 單 位 全 銜	
連 絡 人 姓 名	
連絡人 e-mail 信箱/電話	

資格審查資料

項目	備齊 請打 V	審核結果	
		符合	不符合
1. 藥師證書			
2-1. 醫院執業年資累計滿 2 年之證明文件			
2-2. 臨床藥學士或臨床藥學研究所/醫院藥學組研究所畢業證書 ¹			
3-1. 醫學中心及區域醫院： 連續 6 個月，每個月至少 10 筆加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄 ²			
3-2. 地區醫院： 過去一年中提出至少 20 筆門診或住院病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄			
4. 醫院主管之推薦函			

¹ 2-1 或 2-2 符合其中一項即可。² 可參考臨床藥事照護介入分類。檢附的資料須能清楚辨別登錄時間及登錄者

全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案

支付標準

通則

- 一、本支付標準適用對象，為符合本方案所訂接受臨床藥事照護之個案。
- 二、「重症加護臨床藥事照護給付費」以每日為申報單位，惟仍應視病人病情需要，由符合執行資格之藥師提供服務才得申報，並非入住加護病房或住院案件每日固定支付此一費用。
- 三、「門診臨床藥事照護給付費」以個案每次門診就醫為申報單位，惟仍應符合本方案之收案對象，且視病人病情需要，由符合執行資格之藥師提供服務才得申報，並非每次門診就醫固定支付此一費用。

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
P6301B	重症加護臨床藥事照護給付費（每日） 註： 1. 須由本方案申請核備通過之藥師提供藥事評估始得申報。 2. 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報3日之臨床藥事照護費，且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。 3. 申報本項費用，應至本署健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。 4. 須以SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan)撰寫型式書寫於病歷，始得申報。			v	v	220
P6302B	門診臨床藥事照護給付費（每件） 註： 1. 需由本方案核備通過之藥師，對於2種以上慢性病且用藥品項達5項以上之門診病人，經發現有不適當的處方及用藥，提供臨床藥事照護者始得申報。 2. 申報本項費用，應至本署健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。 3. 須於病歷記載相關照護內容，始得申報。		v			100

健保資訊網服務系統 VPN—應登錄之資料

- 一、 個案及執行藥師資訊：個案 ID、入住加護病房且申報臨床藥事照護之起迄日期(醫學中心及區域醫院)、就醫日期(地區醫院)、提供臨床藥事照護之藥師 ID。
- 二、 臨床藥事照護介入種類，以及醫師或醫事人員接受情形：
登錄該次臨床藥事照護藥師之介入種類與次數，以及醫師或其他醫事人員是否接受該項介入。

■ 臨床藥事照護介入類別(4大類及23小項)以及醫師或其他醫事人員是否接受

項目	分類	建議處方	主動建議	建議監測	用藥連貫性	醫師或其他醫事人員是否接受
給藥問題(速率、輸注方式、濃度或稀釋液)		V				
適應症問題		V				
用藥禁忌問題(包括過敏史)		V				
藥品併用問題		V				
藥品交互作用		V				
疑似藥品不良反應		V				
藥品相容性問題		V				
其他		V				
不符健保給付規定		V				
用藥劑量/頻次問題		V	V			
用藥期間/數量問題(包含停藥)		V	V			
用藥途徑或劑型問題		V	V			
建議更適當用藥/配方組成		V	V			
藥品不良反應評估			V			
建議用藥/建議增加用藥			V			
建議藥物治療療程			V			
建議靜脈營養配方			V			
建議藥品療效監測				V		
建議藥品不良反應監測				V		
建議藥品血中濃度監測				V		
藥歷審核與整合					V	
藥品辨識/自備藥辨識					V	
病人用藥遵從性問題					V	

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第一部 總則

- 一、本標準依全民健康保險法(以下稱本法)第四十一條第一項規定訂定之。
- 二、各保險醫事服務機構適用本標準所列各診療項目，醫學中心、區域醫院及地區醫院依全民健康保險法施行細則第五十九條規定辦理簽定合約之特約類別及支付適用表別，該條文未明列之類別如下：
 - (一)基層醫療院所：指醫學中心、區域醫院及地區醫院以外之醫療機構（以下稱基層院所）。
 - (二)特約藥局。
- 三、經主管機關評鑑合格之各層級醫院精神科，依該院之支付適用表別點數申報；經評鑑合格之精神科專科教學醫院，依區域醫院點數申報；經評鑑合格之精神科專科醫院，依地區醫院點數申報。
- 四、各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，從事適用類別以外之診療項目時，得定期向保險人申請核可適用。
- 五、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。
- 六、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所訂點數申報後，由保險人按門診每一申報案件扣留十點、住院每一申報案件扣留五十點，作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 七、本標準各診療項目支付費用一律以點數計算，每點支付金額依據全民健康保險法第六十二條定之。
- 八、全民健康保險會協定之年度預算所訂之計畫或方案，其給付項目及支付標準依本法第四十一條所定程序辦理，並依各該計畫或方案之規定給付與支付。
- 九、本標準所稱「山地離島地區」，依「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」之規定辦理。
- 十、事前審查：
 - (一)依本法第四十二條規定，保險醫事服務機構為保險對象施行附表所列項目及各診療項目已規定應事前審查者，保險醫事服務機構應依規定申請事前審查。
 - (二)保險醫事服務機構向保險人申報事前審查時，應檢附下列文件：
 - 1.事前審查申報書。
 - 2.足供審查判斷之病歷及相關資料。
 - 3.前項應事前審查項目規定之必備文件資料。
 - (三)保險人應於收到保險醫事服務機構送達事前審查申報文件起二週內完成核定，逾期未核定者，視同完成事前審查。但資料不全經保險人通知補件者，不在此限。

(四)經保險醫事服務機構認定因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。

(五)依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申請或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。事前審查案件，申報或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。

十一、施行特定治療檢查檢驗項目，除本標準已明定適應症外，應符合行政院衛生署公告之「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」。

十二、經主管機關核定公告不給付之醫療服務項目如下：

(一) 近視手術治療。

(二) 非治療需要之人工流產，惟因性侵害受孕之人工流產醫療費用不在此限。非治療需要之人工流產係指以下項目以外之人工流產：

1.本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。

2.本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。

3.有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。

4.有醫學上理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。

(三) 酒癮、煙癮之戒斷治療。

(四) 以裝配眼鏡(含隱形眼鏡)為目的之診療項目，包括：眼科驗光檢查、交付配鏡處方及診察費等。(中華民國104年10月22日衛部保字第1041260715號公告)

十三、地區醫院週六、週日及國定假日之門診(不含急診)案件，申報本標準各診療項目(不含第二部第一章第一節門診診察費、第三部牙醫、第四部中醫及第八部品質支付服務)，依各該編號項目所訂點數加計30%支付。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

一、本節所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。

註：醫院一般門診診察費支付點數內含10%護理費。

二、本節所稱醫院每日門診合理量~~依下列計算方式分別設定~~暫不實施：

(一)醫學中心

$$\left[\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 3.55}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 10.71}{6} \right] \times 0.9$$

(二)區域醫院

$$\left[\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 2.60}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 15.24}{6} \right] \times 0.9$$

註 1.前一年門診量以前二年七月至前一年六月之門診量扣除急診、洗腎、慢性病連續處方箋、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、安寧居家照護、門診論病例計酬、職業傷病、65歲以上接種流行性感疫苗等醫療案件計算。

2.急、慢性病床應符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，並扣除洗腎及急診暫留床；專任醫師應符合醫師法之規定，並扣除牙醫師及中醫師。

3.急、慢性病床數及專任醫師數以保險人特約醫事機構管理子系統(MA檔)、特約醫事人員管理子系統(MB檔)中每月第一日之登錄資料為計算基礎。

三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

四、經衛生局登記為醫院但未經評鑑且未同意辦理住診者或評鑑不合格者，門診診察費適用地區醫院類別申報。

五、門診當日開立之檢查醫囑，另排定其他日期實施或轉檢者，檢查當日不得申報診察費，但檢查過程中因病情需要併實施其他診療處置，視為另次診療，申報診察費一次。

六、預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。

七、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。

八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。

九、全民健康保險醫療辦法第八條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。

十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計60%；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計30%；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計20%。其他未註有兒童加成之診察費項目，三歲(含)以下兒童

之門診診察費得依表定點數加計20%。

十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

(一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

(二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。

(三)地區醫院加成方式：

1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。

2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之二十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之四十三。

3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。

(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：

1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。

2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科及胸腔暨重症加護等科。

3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。

(五)醫院申報門診診察費四歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2。

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：

1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計20%。

2.四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計20%。

(二)七十五歲以上者加成方式(詳附表2.1.3)：不限科別各項門診診察費依表訂點數加計7.5%。

(三)婦產科、外科、兒科及內科專科醫師加成方式(詳附表2.1.4~附表2.1.6)：

1.婦產科、外科、兒科及內科專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加成，其中婦產科及外科專科醫師加成9%、兒科專科醫師加成3%，內科專科醫師加成3.8%。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加成。

2.加成專科別及門診診察費項目定義說明：

(1)外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。

(2)第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00139C、00140C、00158C、00159C、00119C、00149C、00120C、00150C、00168C、00169C及01023C。

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
	一般門診診察費					
	－醫院門診診察費(不含牙科門診)					
	1. 就診人次在合理量內：					
	醫學中心及區域醫院					
00154A	1)處方交付特約藥局調劑			√	√	260
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			√	√	287
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑			√	√	260
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			√	√	265
00170A	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			√	√	505
00171A	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑			√	√	483
	2.地區醫院					
00101B	1)處方交付特約藥局調劑		√			260
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√			287
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√			260
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√			265
00172B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√			505
00173B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√			483
	3. 就診人次超出合理量部分：					
00151B	1)處方交付特約藥局調劑		√	√	√	131
00103B	2)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	131
	4.3.金門馬祖以外之山地離島地區					
00105B	1)處方交付特約藥局調劑		√	√	√	260
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	287
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	260
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	265
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	505
00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	483
	5.4.金門馬祖地區					
00107B	1)處方交付特約藥局調劑		√	√	√	262
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	308
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	262
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	287
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	526
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	505

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
	<u>5.地區醫院假日加計</u>					
<u>00226B</u>	<u>地區醫院週六門診診察費加計</u>		<u>Y</u>			<u>100</u>
<u>00227B</u>	<u>地區醫院週日及國定假日門診診察費加計</u>		<u>Y</u>			<u>150</u>
	<u>註：</u>					
	<u>1.00226B及00227B限地區醫院申報。</u>					
	<u>2.開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方之案件不得申報上述加計點數。</u>					
	<u>3.應於開診前至本署健保資訊網服務系統VPN登錄開診資訊。</u>					
	<u>4.住院值班醫師不得為假日之門診看診醫師。</u>					
	精神科門診診察費					
	1.醫院					
01018B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	280
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	332
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	280
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	310
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	550
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	528
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)					
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	164
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	218
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	164
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	196
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	436
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	414
	<u>—地區醫院假日加計</u>					
<u>00228B</u>	<u>地區醫院週六精神科門診診察費加計</u>		<u>Y</u>			<u>100</u>
<u>00229B</u>	<u>地區醫院週日及國定假日精神科門診診察費加計</u>		<u>Y</u>			<u>150</u>
	<u>註：</u>					
	<u>1.00228B及00229B限地區醫院者申報。</u>					
	<u>2.開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方之案件不得申報上述加計點數。</u>					
	<u>3.應於開診前至本署健保資訊網服務系統VPN登錄開診資訊。</u>					
	<u>4.住院值班醫師不得為假日之門診看診醫師。</u>					

第三節 病房費

通則：

- 一、病房費及護理費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費及護理費不予計算；住院日期僅一天者，以當日最後入住之病房種類計算一次病房費及護理費，住院日期二天(含)以上者，其出院當日之病房費及護理費不予計算，另住院期間於非出院日轉床者，其轉床當日之病房費及護理費，以當日最後入住之病房種類計算。
- 二、保險對象住院，以入住一般病床為原則，如一般病床不敷供應，而願入住其他經濟病床者，應按經濟病床標準申報費用；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、各類病床應符合醫療機構設置標準之規定。
- 四、本節各項病房費所訂點數均已包括病床費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等。
- 五、一般病床支付點數不包括非保險病床自付差額費用及可另行計價之特定診療項目費用，但有特殊規定者除外。
- 六、正常新生兒費用，以57114C「新生兒費」項目，併母親分娩費用中申報，不得重複申報本章各項費用。
- 七、加護病床支付標準，原則依行政院衛生署87年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自89年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。
- 八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加成百分之十五。

- 1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。
- 2.符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格第一項、第二項之醫院。
- 3.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁>資料下載>檔案下載>《其他》。

(二)符合全日平均護病比之加成：

- 1.各醫院之急性一般及經濟病床(皆含精神病床)「全日平均護病比」，符合下表所列各該層級「全日平均護病比」之範圍者，其加成率如下：

全日平均護病比範圍			加成率	
醫學中心	區域醫院	地區醫院		
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	3%	<u>2%</u>
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	6%	<u>5%</u>
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	9%	<u>14%</u>
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	12%	<u>17%</u>
< 7.0	< 10.0	< 13.0	14%	<u>20%</u>

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

2.醫院應依下列時程至健保資訊網服務系統(VPN)填報「品質報告」，未填報者，本項不予加成：

(1)於費用年月次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒人數比率、急性一般病房感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項指標。

(2)於每季結束次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率、年資未滿二年之護理人員離職率等二三項指標。

(三)醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「結構性資料」，包含：急性一般及經濟病床（皆含精神病床）全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數、實際提供照護之護理人員數等資料；醫院並應保存每月「全日平均護病比」資料備查(參考格式請至保險人全球資訊網下載，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁>資料下載>檔案下載>《其他》)。

編號	診療項目	丁	丙	乙	甲	支付點數
		級	級	級	級	
03010E	加護病床 ICU (床/天)					
	--病房費				v	2852
03011F				v		2406
03012G			v			2406
03047E	--護理費				v	4277
						<u>4491</u>
03048F				v		3609
						<u>3789</u>
03049G			v			2698
						<u>2833</u>
	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。					

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支 付 點 數
	<p>10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。</p> <p>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。</p> <p>12)癲癇重積症患者。</p> <p>13)急性顱內壓增高危及生命者。</p> <p>14)急性腦幹病變者。</p> <p>15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。</p> <p>16)新生兒黃膽過高需換血者。</p> <p>17)出生體重低於1500公克之極度早產兒。</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>					

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~47102)

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
47029C	心肺甦醒術(每十分鐘)CPR 註：1.不足十分鐘者，以十分鐘申報。 2.每次以六十分鐘為上限。 3.提升兒童加成項目 <u>4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數755點申報。</u>	v	v	v	v	755 <u>1000</u>

二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035)

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
48001C	淺部創傷處理 Wound treatment — 傷口長 5公分以下者 <5cm	v	v	v	v	350 <u>420</u>
48002C	— 傷口長 5-10 公分者 5-10cm	v	v	v	v	468 <u>562</u>
48003C	— 傷口長 10 公分以上者 >10cm	v	v	v	v	616 <u>739</u>
	註：1.切傷、刺傷、割傷或挫減傷之複診患者依48011C-48013C申報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。 <u>3.屬西醫基層總額部門院所，48001C以原支付點數350點申報，48002C以原支付點數468點申報，48003C以原支付點數616點申報。</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
48011C	手術、創傷處置及換藥 Change dressing — 小換藥（10公分以下）small (<10cm)	v	v	v	v	47 56
48012C	— 中換藥（10—20公分）medium (10-20cm)	v	v	v	v	63 76
48013C	— 大換藥（20公分以上）large (>20cm)	v	v	v	v	104 125
註：1.包括材料費在內。 2.屬西醫基層總額部門院所，48011C以原支付點數47點申報，並 <u>基層院所申報48011C</u> 得加計40%。 3.屬西醫基層總額部門院所，48012C以原支付點數63點申報，並 <u>基層院所申報48012C</u> 得加計20%。 4.屬西醫基層總額部門院所，48013C以原支付點數104點申報。						

五、皮膚處置 Dermatology Treatment (51001-51033)

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
51001C	皮膚切片、穿片與縫合 Skin biopsy, and suture — 一針以下 one punch	v	v	v	v	290 348
51002C	— 二針two punches	v	v	v	v	360 432
51003C	— 二針以上over two punches	v	v	v	v	470 564
註：屬西醫基層總額部門院所，51001C以原支付點數290點申報，51002C以原支付點數360點申報，51003C以原支付點數470點申報。						

第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58030)

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
58009B	連續性可攜帶式腹膜透析 Continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD 1.初次CAPD患者指導費，CAPD instruction 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.限患者初次腹膜透析申報。 3.包括患者專門技術訓練，家屬指導及教材給予。		v	v	v	2847
58010B	2.CAPD患者輸液連接管更換材料費 CAPD single unit P.D. set transfer material fee 註：1.包括輸液管組更換準備包、導管管夾、輸液連接管、腹膜透析引流袋。 2.限術後使用CAPD患者申報。 3.植管當次四周內以申報一次為原則，若有特殊阻塞或感染需更換管路者，得另申報一次，最多以二次為限。		v	v	v	600
58011C	3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy (1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	v	v	v	v	8675
58017C	(2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis 註：1.包括： (1)醫護人員費 (nursing care) 5235點。 (2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。 (3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。 (4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。 2.每月申報一次。 3.患者中途停止治療入院，則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	8675
58028C	(3)全自動腹膜透析機相關費用(ADP monthly fee) 註：1.限居家長期使用全自動腹膜透析治療患者申報。 2.每月每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理費。 3.患者因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者，則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	2000
58012B	4.連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術。 CAPD,Tenckhoff catheter implantation 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.包含手術費及一般材料費。		v	v	v	3570 4284

107 年度「醫療服務成本指數改變率」調整項目試算表

類別	項目	推估財務影響(億點) —考慮降級醫院					
		序號	調整內容	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院
		預算(A)		26.982億元 (108年成長為28.083億元)			
護理	提升重症護理照護品質	1	調升ICU護理費5%	3.72	1.86	1.57	0.29
	護病比與支付連動	2	由3、6、9、12、14% 調整為2、5、14、 17、20%	6.14	1.89	2.9	1.35
刪除門診合理量公式		3	醫學中心、區域醫院均以現行合理量內點數支付	7.64	2.03	5.55	0.06
反映醫師投入心勞及檢討支付公平性		4	部分簡單縫合、換藥等 11項診療項目，調幅為 20%~32%	2.80	0.92	1.06	0.82
壯大基層醫療 ^{註2}		5	地區醫院週六門診診察費提升支付點數調升100點，週日及國定假日調升150點	2.41			2.41
		6	地區醫院週六、週日及國定假日，除藥品、材料及門診診察費外，其餘醫療費用加成30%	4.41			4.41
		合計(B)		27.12	6.7	11.08	9.34
		剩餘(B-A)		-0.14			

- 1.本表係依各醫院 106 年申報量進行估算。
- 2.假日門診診察費均不含急診案件，亦不含門診診察費中，屬於開具連續二次以上調劑且每次給藥 28 天以上之慢連箋處方案件。
- 3.壯大基層醫療鼓勵假日開診之配套措施：地區醫院應至 VPN 登錄開診資訊供 APP 查詢(如假日開診日期、開診科別)，且住院值班醫師不得為該假日之門診看診醫師。
- 4.降級醫院為郭綜合醫院、雲林基督教醫院
- 5.108 年醫院總額一般服務成長率(草案)為 4.080%

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33143、P2101-P2104)

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
33141B	左心耳閉合術 Left Atrial Appendage occlusion 註： 1.適應症：非瓣膜性心房顫動且臨床危險因子符合應使用抗凝血劑治療，同時有下列二者之一： (1)無法長期使用抗凝血劑治療。 (2)使用抗凝血劑治療下仍有全身性栓塞症。 2.醫師條件： (1)須具心臟專科醫師資格。 (2)須具心房中膈穿刺經驗十五例以上。 (3)須有國內、外專家指導下親自操作經驗五例以上。 3.醫院條件：需有心導管室設備同時具有 心臟內、外科 心臟內科訓練機構資格及專任心臟外科專科醫師即時支援。 4.禁忌症： (1)心臟超音波影像(echocardiographic imaging)發現心腔內血栓。 (2)左心耳(LAA)解剖構造不適合。 5.不得同時申報之診療項目及編號：29031B「心房中膈穿刺術」、18033B「經食道超音波心圖T.E.E」及18026B「心室造影」。		v	v	v	28636

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

二、其他治療方式 Other Therapy (37001~370478)

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
37048B	<p><u>內視鏡射頻消融術 (RFA)</u> <u>Endoscopic Radiofrequency Ablation</u> 註： <u>1.適應症：有病理切片證實之</u> <u>(1)扁平性之食道癌前病變、食道鱗狀細胞高度分化不良病變。</u> <u>(2)巴瑞特氏食道合併分化不良病變。</u> <u>(3)長度大於三公分且有腸黏膜化生之巴瑞特氏食道。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)同一病患以申報一次為限，六個月內若需再次執行RFA者，需經事前審查同意，其條件如下：</u> <u>a.需符合原始內視鏡射頻消融術治療之適應症；且</u> <u>b.需檢附內視鏡影像及病理組織學切片報告，確認有腫瘤殘存或復發；且</u> <u>c.需進行腫瘤重新臨床分期，且與第一次治療前分期比較，不能有惡化現象。</u> <u>(2)內含一般材料費及單一使用拋棄式之guidewire及spray catheter、內視鏡透明套。</u> <u>(3)不得同時申報72050B、28016C、47074C、47043B、47077B、71209B。</u> <u>(4)本項執行之麻醉費用另計。</u></p>		Y	Y	Y	17350

第七節 手術

第五項 循環器 Cardiovascular System

一、心臟及心包膜 (68001-680525)

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
68023B	冠狀動脈繞道手術 Coronary artery bypass grafting(CABG) — 一條血管 one vessel		v	v	v	44014
68024B	— 二條血管 two vessels		v	v	v	54161
68025B	— 三條血管 three vessels		v	v	v	60603
68053B	— 四條血管 four vessels		v	v	v	82610
68054B	— 五條血管 five vessels		v	v	v	87684
68055B	— 六條血管 six vessels		v	v	v	90905
	<u>註：以實際執行血管數目申報，不得拆分項目申報。</u>					
68034B	心臟摘取 Heart procurement		v	v	v	21166
68035B	心臟植入 Heart implantation 註：施行診療項目68034B、68035B之規定如下： <u>1.施行診療項目68034B、68035B手術之醫院及醫師條件如下：</u> (1)醫院條件： A.須為「中華民國心臟醫學會」及「 中華民國 台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。 B.應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。 (2)醫師條件： 手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。 <u>2.適應症施行本項之適應症如下，並應由醫院申報事前審查：</u> (1)心臟衰竭且Maximal VO ₂ <10ml/kg/min者。 (2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO ₂ <14ml/kg/min者。 (3)心臟衰竭核醫檢查LVEF<20%，經六個月以上藥物(包括ACE inhibitors、Digoxin、Diuretics等)治療仍無法改善者；如有重度二尖瓣閉鎖不全，經核醫檢查LVEF<25%者。 (4)嚴重心肌缺血，核醫檢查LVEF<20%，經核醫心肌灌注掃描及心導管等檢查，證實無法以傳統冠狀動脈繞道手術治療者。 (5)紐約心臟功能第四度，持續使用Dopamine或Dobutamine>5 g/kg/min <u>ug/kg/min</u> 七天以上，經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m ² 者。		v	v	v	183312

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>(6)心臟衰竭已使用ECMO、VAD等心臟輔助器且無法斷離者。</p> <p>(7)復發有症狀的心室性不整，無法以公認有效的方法治療者。</p> <p>(8)其他末期心臟衰竭，無法以傳統手術方法矯正者。</p> <p>3.禁忌症：</p> <p>(1)年齡65歲以上(年齡超過者需專案申請核准)。</p> <p>(2)有明顯感染者。</p> <p>(3)愛滋病帶原者，應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。</p> <p>(4)肺結核經證實者。</p> <p>(5)惡性腫瘤患者。</p> <p>(6)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</p> <p>(7)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。</p> <p>(8)A B O血型與捐贈者不相容者。</p> <p>(9)嚴重肺高血壓，經治療仍大於6 Wood Unit者，不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。</p> <p>(10)肝硬化或GPT在正常兩倍以上，且有凝血異常者。</p> <p>(11)中度以上腎功能不全者(Creatinine > 3.0mg/dl或Ccr<20ml/min)(需同時故腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。</p> <p>(12)嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted或FEVI/FVC<40% of predicted)。</p> <p>(13)活動性消化性潰瘍患者。</p> <p>(14)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。</p> <p>(15)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。</p> <p>(16)藥癮患者。</p> <p>4.需採行此一手術之病患，醫療院所皆應於事前提報保險人，由保險人邀集相關專家事先審查。</p> <p>5.不得加計急診加成。</p> <p>6.心臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、手術材料費由保險人給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</p> <p>7.一般材料費及器官保存液費用，得另加計68%。</p>					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
68051B	心室輔助裝置植入 Ventricular Assist System implantation 註： 1.適應症： (1)心臟衰竭且Maximal VO ₂ <10ml /kg/min者。 (2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO ₂ <14ml/kg/min者。 (3)心臟衰竭核醫檢查LVEF<20%，經六個月以上藥物(包括ACE inhibitors, Digoxin。 Diuretics等)治療仍無法改善者如有重度二尖瓣閉鎖不全，經核醫檢查LVEF<25%者。 (4)嚴重心肌缺血，核醫檢查LVEF<20%，經核醫心肌灌注掃描及心導管等檢查，證實無法以傳統冠狀動脈繞道手術治療者。 (5)紐約心臟功能第四度，持續使用Dopamine或Dobutamine>5 g/kg/min <u>ug/kg/min</u> 七天以上，經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m ² 者。 (6)心臟衰竭已使用ECMO等心臟輔助器且無法斷離者。 (7)復發有症狀的心室性不整，無法以公認有效的方法治療者。 (8)其他末期心臟衰竭，無法以傳統手術方法矯正者。 2.支付規範： (1)醫院條件： A.須為「中華民國心臟醫學會」及「 中華民國 <u>台灣</u> 胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。 B.應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。 (2)醫師條件：手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。 (3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。		v	v	v	91656

第十節 麻醉費 (96000~96026)

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
96027B	麻醉深度監測 Depth of Anesthesia monitoring — >12歲		v	v	v	1316
96028B	— ≤12歲 註： 1.適應症： (1)重大手術：移植手術、心臟手術、胸腔及氣道手術，且 在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (2)創傷手術：ISS score ≥ 15，且在半閉鎖式或閉鎖循環式 氣管內插管全身麻醉下進行。 (3)重症手術：APACHE II score ≥ 16，且在半閉鎖式或閉鎖 循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 <u>(4)在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行 相關手術，且需在麻醉紀錄單上全程載明TIVA (Total Intravenous Anesthesia) 劑量變化，且符合下列三項條 件之一：</u> <u>a. 麻醉時間4小時以上。</u> <u>b. 使用神經外科術中神經功能監測 (IONM)。</u> <u>c. 顱內高壓 (ICP)。</u> 2.支付規範： (1)不得申報本章節相關加成。 (2)96027B已內含一般材料費占62%；96028B已內含一般 材料費占77%。		v	v	v	2133

107 年度第 3 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

與會人員發言實錄

前言

主席

各位代表、本署醫管組跟分區業務組的同仁大家午安，謝謝您們今天來參加我們今年度第三次的醫療給付項目及支付標準的共擬會議，我們現在人數已經過半，會議就正式開始，請各位代表來看一下上次的會議紀錄，上一次的會議紀錄在第 1 頁到第 4 頁的部分。好，有沒有問題？好，如果沒有問題的話我們就暫時先確認，如果代表們覺得有問題可以會中提出。先進行決議事項辦理情形追蹤，請同仁開始。

黃科員思瑄

各位代表長官好，本次會議決議辦理情形追蹤表共 9 案。序號 1 「現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案」，依 107 年 6 月 14 日會議決議，請地區醫院協會儘速提供已蒐集完成之資料，本署醫務管理組彙整後，再邀集三層級醫院協會開會討論。迄今地區醫院協會仍未回復；醫學中心協會於 107 年 9 月 25 日已函復補充成本參數及作業流程資料；另區域醫院協會仍須協調成本分析明細資料提供格式，爰本案建議繼續列管。

序號 2 有關放寬「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」參與院所資格案，本案係因藥師公會全聯會建議將藥師納入「醫療給付改善方案」，且鼓勵藥師先參與計畫教育訓練，考量藥師公會全聯會無法提供會員參與教育訓練人數，供本署研議參考，本案建議解除列管，俟該會提供相關資料後，再行研議。本項列管建議勾選有誤，請代表見諒。序號 3 「全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案」，本署於 107 年 6 月 11 日函請 77 家醫學會提出執行上有困難之 DRG 項目、具體理由說明及建議處理方

式，截至 107 年 10 月 17 日，已有 44 家醫學會函復執行困難之 DRG，共計提出 808 項修訂建議；另有 16 家表示無建議或已併其他學會回復，尚餘 17 家學會未回復，本署俟綜整各學會意見後再提會討論，本案建議繼續列管。

序號 4「107 年度醫院以病人為中心門診整合照護計畫」修訂案，本項業於 107 年 6 月 21 日公告，並自 107 年 1 月 1 日起生效，爰本案建議解除列管。序號 5 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「辦理轉診費_回轉及下轉」等 5 項診療項目案，本項業於 107 年 6 月 26 日發布修正，並自 107 年 7 月 1 日起生效，針對支付規範所列「同體系醫療院所」後續辦理事宜，已於本次會議討論案第 3 案討論，如經確認同意，建議解除列管。序號 6 修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第三部牙醫英譯名稱及文字案，本項業於 107 年 7 月 26 日發布修正，並自 107 年 8 月 1 日起生效，爰本案建議解除列管。序號 7 新增「全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案」，本案已於本次會議討論案第 1 案討論，如經確認同意，建議解除列管。

序號 8「107 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修『迷走神經刺激術 (VNS)』等 3 項診療項目案」，本項業於 107 年 7 月 26 日發布修正，並自 107 年 8 月 1 日起生效，爰本案建議解除列管。序號 9 有關「糖尿病醫療給付改善方案」新增胰島素注射獎勵措施案，按 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式，於醫院及西醫基層「醫療給付改善方案」，除原 107 年執行方案，新增糖尿病病人之胰島素注射獎勵措施。擬於下次會議中提會討論，建議繼續列管。

主席

好，謝謝，一共有 9 項追蹤辦理情形，其中前 3 項追蹤期間均過長，特別第 1 項的部分是最久的，所以如果再繼續追蹤到一定的程度，可能我們再正式提案討論看要怎麼樣的解決，第 3 項的部分就是資料還沒有完備。好，其他部分大家有沒有什麼樣意見？好，共有 3 位，先請吳代表。

吳代表國治

序號第 5，這個部分上次副座有裁示後續辦理事宜，但好像都沒有相關的報告，譬如有沒有行文請醫事司提供「院前診所」、「聯盟診所」等同體系院所之定義。全聯會沒有收到請我們把名單送上來的公文，另外到底有沒有請各區業務組將同體系院所的名單彙集到署本部？最後，第 5 項決議是要半年後檢討，當然我知道今天的第三案也要討論，可是不論第三案有沒有通過，還是可以照做，因為這對分級醫療有很大的意義。我們基層認為如果有這樣的情況，對分級醫療是一個挑戰，所以應該要繼續列管，甚至加速進行，以上。

主席

好，謝謝吳代表，接下來是黃代表。

黃代表雪玲

我是想反映追蹤事項第一案，就是地區醫院跟區域醫院協會都是過了很久都不把資料送出來，是不是應該要給他們一個 deadline？或是，是不是如果不做就以醫中的版本，或是醫院協會能夠有一個共識、有一個版本，這樣也 ok，不然這個案子拖 2 年太久了，是不是應該要有一個期限？

主席

好，謝謝黃代表，請賴藥師。

賴代表振榕

主席，針對第 2 項目要解除列管，我是建議還是要繼續列管，因為這個案子...

主席

第 2 項是繼續列管。

賴代表振榕

沒有，但是文字上是寫說要建議解除列管，因為這個案我要報告

一下大概執行的狀況。去年我們爭取之後，也積極跟胸腔醫學會聯繫，要拜訪他們的理事長，安排看他們的講師名單給我們藥師公會的各縣市的持續教育來邀請、來授課，但是這個管道一直不通，這是我要先聲明的一點。廠商也很有誠意的說要來幫忙，但是就這個管道也一直不通，我們古博仁理事長也打電話，跟胸腔醫學會說我們是不是可以雙向並行，就是學會辦的開放藥師去上，我們公會邀請合格的講師也來上，但是後來我們公會要邀請這個都沒辦法做，因為沒有提供師資名單，所以後來我們就各縣市公會通知藥師...參加胸腔醫學會所辦的教育訓練。我們藥師有去上課，但是我們公會完全沒有辦法掌握藥師去上課的名單，實際上我所了解，應該上百人以上都有了，但是這個名單，我們署裡面來公文要我們提供，我們也跟胸腔醫學會請他們提供給我們，我們再轉過來，但是這個部分也是沒有拿的到，所以我建議，是不是由署裡發文給胸腔醫學會辦提供藥師去參加的人數、名單，因為我個人也有去上，既然這個案是我在這裡提出，我個人都去上了，但是我們公會確實掌握不到這個名單，我是建議這個部分還是要繼續列管，如果這個部分管道繼續不通，我是希望我們署裡面是不是可以開放，其實藥師...我們只要有胸腔醫學會，就是合格的醫師來上課，我們都是會誠懇地去邀請他們來上，可以由我們自己來主辦，我是希望說，當然這個案如果再提出來討論的時候，我是希望能夠這樣做，不然我們這個一直都動不了，好，以上，所以建議此案要繼續列管。

主席

好，其他大家還有沒有意見？沒有的話，請醫管組先說明。

王科長玲玲

有關同體系的這段，我們在六月份的時候就已經行文給醫事司，請他們就院前診所跟聯盟診所的這些定義提供給本署，醫事司回復給我們說，目前他們也沒有這方面的定義，所以也沒辦法提供給我們；再來就是說，我們目前為止，也沒有接獲醫師公會全聯會有相關名單行文給我們。

吳代表國治

我們沒有收到公文

王科長玲玲

這裡是寫，請您們提供給我們，我們不需要發文。本署各分區業務組陸續都有提供名單，我們有辦法認定確實不是同體系關係的就在本次會議提案裡面，在我們討論事項第三案裡面的說明四，已經有各分區提供給我們的名單，以上說明。

主席

第一項、第二項再補充說明？

王科長玲玲

第一項就是，目前的話，同體系我們還是用醫策會辦理...

主席

不是，我是說序號 1 跟序號 2。

王科長玲玲

序號 1 的這段，目前我們已經有備齊的醫學中心成本資料，現在因為區域醫院一直對於資安的部分，跟我們沒有達成共識，至於地區醫院的話是到現在為止都沒有辦法提出給我們。

主席

那第二項？

王科長玲玲

第二項這個我們當初是考量說，因為藥師公會全聯會應該掌握自己的會員，實際有去上課的情形，至於要由本署函請胸腔重症醫學會提供藥師受訓的名單，我們認為還是由全聯會自己主動提供名單，因為既然自己主動爭取這樣一個參與資格，那我想藥師全聯會應該主動做這件事情，等到他們可以掌握名單的時候，我們再來繼續討論放寬

資格。

主席

好，謝謝，那先從序號 1，確實本項已追蹤 2 年以上了，地區醫院的代表到底是願不願意提供？會有這個提案也是地區醫院提的，結果現在是地區醫院自己沒辦法提出成本，這件事情其實是已經膠著了 2 年以上，所以如果是沒有辦法提的話，我們這個案子就另外找其他的方法，就暫結案？請謝代表。

謝代表文輝

我是覺得...照我的理解，在這段過程，社區醫院協會是很認真地一直督促會員提供資料，但比較困難的就是，社區醫院協會其實很多會員都是很小間，根本沒有完整的會計資料，其實都沒有，所以有困難，我其實也同意可以用醫學中心或區域醫院的資料來整合，就是用醫學中心跟區域醫院有能力提出來，而且提出來要有公信力，就是說看完整的會計系統，提出來的數據才有說服力，地區醫院如果你沒有完整的時候，他隨便寫一寫，老實說正不正確誰也說不準，協會是很認真，我們就接到 3、4 次催促的函文來，說起來的資料很、那個維護的數目很少，所以是有困難，所以我是覺得參採醫學中心跟區域醫院比較上軌道的，可能比較有可行，因為這個還是要做，你沒有好的成本分析，未來在定價、未來在訂定支付標準都有很大的困難，這是我們的建議。

主席

好，這一項大家覺得怎麼樣？類似這樣的問題，每次地區醫院的代表提出來的是說你們的成本跟大醫院不一樣，可是真的要你們提成本又提不出來，這是一個非常矛盾的事情，另區域醫院提出，那區域醫院代表呢？

嚴代表玉華

區域醫院這邊報告一下，因為我們有蒐集會員醫院的資料，在同

一個品項回收回來的資料裡面有很大落差，所以我不太清楚是不是全部資料都要給你們，或者是依我們當初提供出去以中位數的方式呈現？或者是還有其他提供的模式可以讓我們回去再做修正，因為每家醫院的成本分析出來的資料實際上是很明顯的落差。

主席

所以當你們自己在算成本的時候，你們就可以體會這件事情有多麼的困難，但是要來講說我們的支付標準不合理，但是事實上要大家提成本，大家的 variation 很大的時候，最後一定是要折衷，本項是不是再給一個時間，在一個時間內如果沒有辦法收齊大家的意見，我們可能就要做一個決定好不好？我們今天先定時間好了，是不是等到今年的年底好嗎？最晚就是收到今年的年底，現在還有兩個月的時間，醫管組可以嗎？好，大家同意嗎？好，那我們今天對於這一項辦理情形就是再加一個第四項，經過今天會議協調，本案的資料蒐集就是以今年年底為限，大家希望能夠提供。第二項是藥師公會可以行文給胸腔暨重症學會去瞭解你們藥師參與情形，你有行文過嗎？沒有回復嗎？是打電話還是行文？

賴代表振榕

我們也有行文，也有打電話，所以我會覺得這個資料無法掌握，問題是會員各別跟胸腔醫學會報名參加他們辦的持續教育，所以我們公會是掌握不到人數。

主席

我的意思是說藥師公會全聯會有行文給胸腔暨重症醫學會。

賴代表振榕

我聽我們秘書處...因為我在我們開常務會的時候已提出來，說這個案應該到年底會開始要討論，所以我有提早在前兩個月就開始要我們秘書處作業，那最近一次的常務會理事長我有在追這一個事情，那理事長也是說他有聯絡，就是沒有得到回復，因為光行文不行。

主席

這樣子好不好，你行文給胸腔暨重症學會的公文給我們，然後我們來協助來瞭解說能不能請學會來回復給你們。

賴代表振榕

所以我是覺得這執行不力不是在我們公會，所以這個案應該是要繼續追蹤。

主席

好，這個就繼續列管好嗎？好，那再來的話是第五項，第五項剛剛吳代表所提的我們等今天提案第三案的時候我們一併討論可以嗎？來，請。

吳代表國治

我剛剛看了第三案的說明，並沒有上次第四項決議請各業務組蒐集轄區內同體系院所名單，沒有。

主席

正面表列或負面表列。

吳代表國治

他上面寫說 11 家醫院來函說他不是同體系院所，可是沒有各業務組送上來的資料，我想至少北區一定會送吧？可以去問北區，北區深受其害。

主席

好，來，謝代表。

謝代表文輝

上一次我們的會議有提到剛剛講的就是說，有疑義的，覺得自己不是歸類在...，他現在基本上是用醫策會的評鑑來定義，那如果大家有覺得冤枉的，你就自己提出來，所以今天討論第三案，基層的同仁

也不必緊張，就是顯然看起來基層的院所沒有人提出來，那就是照原來的醫策會的這樣認定，就照原來的，現在有提出來的，今天要討論的是有提出來，他覺得說我不是那個體系的，今天我們是討論這一部份，就是列在上面有名單的，今天是這個樣子。

吳代表國治

我是在講上次會議決議要辦理的事宜第四項，請健保署各分區業務組蒐集轄區內特約醫事院所屬於同體系的名單，院長提到的是另外一件事情，所以跟我講的是不同的事情。

謝代表文輝

今天我們的討論裡面的結果還不知道，那但有兩種可能，一個就是針對這個有疑義的覺得講的有道理，那我們就給他通過，那就在名單上有提出疑義的這些他就排除，他就是有，那另外一個大家也可以決議說，不管，反正有轉診那我們就給，那這是看今天大家的決定，應該是這樣子，今天的結果...。

吳代表國治

所以我的意思是說，這跟第三案要討論的內涵其實是不相同的，我們要看名單是什麼，這是第一個。第二個是說，第五項要辦理的事宜寫到半年後要評估申報情形，半年也還沒到，所以現在要解除列管我覺得不宜，應該要繼續列管，而且每次會議都要報告才對。

主席

好，這樣好不好，這個案子我們列在第三案，雖然有提案，但是看看大家討論的結果，再看看今天是否有決議，好不好？可以嗎，吳代表？可以，我們在解除列管之前，但是今天的提案還可以再討論，可以嗎？好，謝謝吳代表。好，我們辦理情形追蹤我們就到這裡，進入我們的討論事項，今天一共有六項，先從第一項開始。

討論事項

第一案

案由：新增「提升醫院用藥安全與品質方案」。

主席

好，謝謝，這個案子在後面的附件 2，頁碼討 1-7 到討 1-14，也是蠻多的內容品項，代表應該都有看到。我們優先邀請列席單位臺灣臨床藥學會的兩位藥師，黃莉蓉秘書長還有沈麗娟常務理事，哪一位要先說明？

沈麗娟常務理事(社團法人臺灣臨床藥學會)

主席，各位代表，非常感謝健保署今天邀請臺灣臨床藥學會出席，針對這案子來發表我們的意見。我是沈麗娟，目前是臺大藥學專業學院的院長，也是臨床藥學會常務理事，今天因為林慧玲理事長另外有會議，我跟黃莉蓉秘書長一起代為出席。

首先我們要表示的是藥師的培養，藥學系現在每年有十分之一的畢業生，他其實是接受臨床藥學士六年制的臨床藥學教育，我們叫作 Doctor of Pharmacy(Pharm.D.)，跟醫師的養成年限是一樣的，目的就是希望能夠落實以病人為中心的藥事照護，所以從加護病房的臨床藥事照護到藥師門診，都是過去超過十年醫院藥師們努力建立新的服務模式。所以我們也希望未來在健保署的給付，能夠朝向增加專業給付的方向去邁進，所以我非常感謝 9 月 13 日在今天的會議附件 1，李組長其實邀請了我們相關的單位，特別有台灣醫院協會的幾位委員大家一起來討論，得到大家很充份的意見跟討論後，我們的確看到今天提案的這個版本，跟我們 6 月 14 日在共擬會議的版本有很大的修正。最主要修正是考量從醫學中心到區域醫院到地區醫院，大家的執業模式可能是不一樣的，但是去進行臨床藥事照護提升病人安全、用藥品質是不變的目標，所以在目前的這個版本應該是經過大家的意見討論，非常感謝藥師公會全聯會，在這個部分做了修正，也謝謝健保署的支持。

我想在 6 月 14 日在共擬會議已經討論過這個案子，那因為我本人當天也有來參與，我聽到的是各位代表對這個案子表示同意跟贊成，只是當時有一些字眼或者是方法，大家希望能再做修正。所以目前這個草案，從執行內容到藥師的資格，到指標成效等等，我想都已經有明確的定義。

真的很謝謝我們今天能夠代表臨床藥學會來對這個案子發表意見，我上次第一次參加共擬會議，領悟到這個會議真的是非常困難的一個會議，大家要能夠達到共識是非常非常的挑戰；但是我相信這個案子呢，在經過大家充份的討論，我們的共識就是希望能夠讓我們在用藥安全的部分跨出一步，那跟我們過去藥事服務費的這個給付的部分是區隔的很清楚。我們共同目標是希望能夠使我們國人用藥安全能夠得到特別的保障，以上的這個部分，臺灣臨床藥學會代表整個藥師專業部分，非常支持這個案子，那希望各位代表能夠達成共識，今天能夠讓這個案子可以執行，以上說明，謝謝。

主席

好，謝謝，黃秘書長這邊有沒有再補充？

黃莉蓉秘書長(社團法人臺灣臨床藥學會)

謝謝，我們的討論是共同的，以上。

主席

謝謝，各位代表對這個案子有沒有意見？謝院長。

謝代表武吉

對於提案的三、執行藥師資格除藥學士畢業於醫院執業年資累計滿 2 年，這個我要請教一下，這有一點點排他性，我為什麼要講說有一點點排他性呢？第一個，以前的藥師可以考藥劑師或是藥劑生，現在藥劑生要到醫院來上班好像規定是不行還是怎麼樣，但是他們考上藥劑師資格的人，這裡除藥學士他們是副學士喔，這個是一個問題喔。

第二個，現在很多像康寧大學要改變成降為專科學校，他以後畢業學生如果也是藥學士而已啊，但是他能夠考的資格還是藥劑師，並不是藥劑生。所以說我是感覺上剛講的就是屬於大學的部分，還有科大的部分，我想在很多的學校很快就會改成專科學校，因為現在專科學校是非常實用的喔。

所以這一個我建議就是說，藥學士你應該要有所改變，你要給以前有對藥劑師貢獻的人，你不能排除他們阿，這等於是排除他們的一個現象。第二個就累計滿 2 年，他已經在別家醫院，別家醫院上班的年限有沒有算在裡面？應該也要給人家承認阿，醫院年資可以累計，所以我是感覺上這個你要寫得更清楚一點。你要給這藥劑師，以前的專科已經考到藥劑師的，你如果照這樣寫的話，變成他不算資格，是不是要修正一下？

主席

謝謝，羅院長。

羅代表永達

主席、各位先進大家午安，我只是對一些...我想這個案子這樣子已經充分討論過了，而且謝謝藥師公會對這件事情有很多的協調跟溝通，也很辛苦。我只是針對有些小細節東西請教藥師公會全聯會，第一個是，執行藥師資格中地區醫院有提到過去 1 年提出至少 20 筆的病人臨床藥事照護，很多的會員問我說這是包括門診跟住院，還是只有門診？因為我們未來只有執行在門診，你要住院相關的病歷還是只有門診的病歷？因為每一個醫院裡面他所留的固定格式，這是過去 1 年到 20 件，當時沒有一個固定的格式，未來要提出的格式是什麼？

第二個，審查的標準是什麼？因為看目前整個資料裡面他除了具有藥師，他的年資以外，這所謂的 20 件要到什麼樣程度會被通過？這是有很多比較小型的地區醫院裡面，他們一直覺得說他們當時沒有留這樣的資料，他們或許沒有完全 e 化，在這樣的情況下會不會影響到

他們的權益？是不是藥師公會全聯會能夠針對這個部分做一個比較清楚的說明。

另外一個我再重申一個，就是說這個錢其實就像我們支付點數跟財務影響當中的地區醫院(3)所寫的，事實上算起來其實應該是 1.16 億，但是因為剩下 2 個月，是不是因為這個意思？否則的話，將來是不是專款專用，也就是說萬一點數增加很多的時候，用點值的方式計算？這個大家先講，很顯然他們估是 1.16 億，明年要開始計畫，明年也協商完了，明年這樣下去的時候，如果假設我們不修正繼續下去，那個點值會變成一個笑話，可能點值變 0.1，以上。

主席

好，謝謝，確實這個是專款，所以當然就是要浮動點值。好，還有這一位嚴代表，來請。

嚴代表玉華

主席還有各位先進大家好，這邊大概提幾個小問題，希望能夠再釐清一下。針對區域醫院的部分，在資格的部分裡面有說到要持續固定參與，持續參與是沒有問題，但「固定」這兩個字是不是可以拿掉？另外關於醫學中心跟區域醫院的話，藥師在過去 1 年中要持續照護 6 個月，我想要請教資格審是每個月都可以審的嗎？或者只有一個時間點才可以審資格審？如果每個月都可以送審的話，這樣子的過去 1 年可能就會有時間的起迄。

另外在觀察指標的部分，有關醫師與其他醫事人員的接受率，我們可能想要再瞭解一下操作型定義是什麼？因為從字眼上面是看不出操作型定義的。接下來還有兩個表格裡面我們有比較大的疑問，就是在申請表的地方，醫學中心跟區域醫院裡面有提到要醫院具有加護病房之證明，這個是不是直接把他更改成開業執照影本就好了？另外申請表裡面還有提到要有醫院主管之推薦函，有關醫院主管之推薦函我就不太清楚這裡的用意是要做什麼？以上大概就是區域醫院提的問題，

謝謝。

主席

好，謝謝，潘代表。

潘代表延健

因為這個原來的案子，第一個就是說我們希望讓藥師能夠參與整個治療過程裡面，提供藥師的專業意見，所以醫學中心跟區域醫院它是著重在 ICU，ICU 的治療過程裡面，藥師給予用藥的專業意見；地區醫院是比較著重在後面慢性病照顧的這樣一個方案。我想這樣分應該也是沒有錯，但是就是說其實地區醫院裡面也有 ICU，現在在辦法裡面，假如說地區醫院他的 ICU 是不是就不鼓勵做這方面的藥師來參與，然後提升 ICU 的用藥品質，是不是在地區醫院的 ICU 在這塊是不是也應該要納進來。假如說這個辦法的精神是這樣，當然因為一開始在框列這 5,000 萬預算的時候，層級上面就是已經有分別、分開來了嘛！那是不是在我們社區醫院協會裡面是不是直接考量一下？就是說在這塊原來 1,500 萬社區醫院協會這個範圍裡面，也讓地區醫院有 ICU 的它也能提供這個服務，也有這樣子的一個鼓勵的作用，我提出這樣的意見，以上。

主席

好，謝謝！來，林代表。

林代表富滿

請問 3,500 萬跟 1,500 萬分配的預算基礎是什麼？可不可以讓我們瞭解一下？

主席

好，其他還有沒有？那我們先請臨床藥學會，有一些內容的部分要不要先回應一下，先從謝院長講的那個部分。

沈麗娟常務理事(社團法人臺灣臨床藥學會)

謝謝主席，那跟各位報告的是，我們現在全部台灣總共有 9 個藥學校，那這個部分包括大學的部分，還有技職的科技大學，其實大家都變成大學了，所以我們現在畢業的其實都是藥學士來考藥師執照。第二個部分就是 20 筆，就是在地區醫院有提到 20 筆到底是住院或門診，那因為當時是鼓勵我們地區醫院有這樣的一個服務，我們都可以認列，所以也並沒有特別說因為我們是要做門診，所以就一定要附門診，對於這個部分是擴大的部分，所以在這個文字上他的表達是這樣，如果委員覺得這個是在門診的服務把他強調是要門診的這個資料，其實也是可以把他做再次的更正。

那另外在審查的部分，因為整個給付要執行，所以他在我們應該是在規劃的時候，在剛開始要執行這個計畫的每一年就開始進行一次的資格審。的確在這個經費上面其實大家也看到，那到底經費的點值是 1 元 1 點，還是會變成 0.1 元，這個其實我們也是相當關心的一個事情，所以我們都希望從嚴的去做我們這個這些藥師的規範。所以在剛剛提到的地區醫院，當然有 ICU，可是當時在提這個方案的時候那大家覺得地區醫院在這個門診的部分，應該是更能夠使力的部分，那所以才改往門診的部份去進行；如果用這樣的邏輯，我是擔心說醫學中心或區域醫院會不會說，那醫學中心跟區域醫院也有門診，那醫學中心跟區域醫院應該要有門診給付。如果我們全部的經費有 5 億的話，不是 5,000 萬的話，我想這應該是可以執行，這個是部分的這些回復。那另外至於 3,500 萬跟 1,500 萬的分配基礎，當時其實看過很多的這個床數比，或者是給付的分配比，還有在各個不同層級藥師的比例，所以是按照這樣的一個推估，得到這樣的一個數據。

至於說剛剛委員們還有提到的問題是為什麼需要推薦函？那其實這最主要的是我們很清楚現在各個醫院，藥師的執業範圍其實很多的不同，那很多的藥師他可能還是在做基本的藥事服務的工作，我們是希望能夠藉由這樣主管的推薦函，我們確認說這位藥師他其實是在醫

院在從事比如說是加護病房的照護的部分這樣子，在我們的資格審查的部分，大概我剛剛有記錄到的問題大概如這個部分，不知道大家還有沒有我沒回答到的？謝謝。

主席

有幾個沒有回復到，就是討 1-11 頁的部分，就是配置持續固定參與什麼，那個固定兩個字；另外一個是潘代表提的是說地區醫院有沒有考慮地區醫院也有 ICU，好像這兩題沒有提到。

沈麗娟常務理事(社團法人臺灣臨床藥學會)

好，我再說明一次，謝謝主席，我一直很佩服主席可以主持這樣的會議。剛剛那麼多問題我的確有漏掉，第一個問題，固定持續，當時大家在討論的時候就是說，我們其實在進行所謂的臨床藥事照護，這個藥師他不是一天到這個病房去就好了，他是必須是 continuous 去照護這個病人，那特別是在這個病房的部分他就是要固定持續；那在我們第一個版本的時候用的是專責藥師，那可是當時委員因為擔心這個跟醫師的專任、專責有一些衝突的部分，所以我們後來改成固定持續是這樣的一個意思。那尤其在所有的藥事照護我們都是希望能夠落實在這個病歷的記載，在這個辦法裡面有寫，或者這個相當的紀錄。也就是說如果他在門診那筆的建議，他其實把他寫在他的處方評估上面，這個是事後沒辦法再回去補寫的部分，那其實在這個辦法裡面他就是保留了這樣一個緩衝的部分。

至於剛剛主席提到的地區醫院要不要 ICU？這個剛剛也提到過的是說，地區醫院當時在看到這個版本也覺得說他們可能比較主要的 service 應該以門診為主，ICU 相對是比較少的部分，所以也參酌了他們的意見去擬訂了門診的部分。那我們也是擔心說如果地區醫院要有 ICU，那醫學中心跟地區醫院要不要說他們也要有門診，那如果明年的預算有 5 億來執行這整個臨床藥事照護，我覺得是可行；可是如果只有 5,000 萬的話，我想以目前的估算恐怕是不宜擴大，以上，謝謝。

主席

好，謝謝沈院長，做了蠻多詳細的答覆。好像剛剛的第一題，謝院長提的是這邊我們執行的藥師資格，除藥學士畢業於醫院執業年資滿兩年，他認為可能過去以來有一些不是藥學士，就是在還沒有改制成大學之前那些老藥師，會不會因此而被排除在外，好像有這個意思吧？謝院長他講的是這個，當然以現在來講都是藥學士，可是還沒有改制之前，可能還是有一些比較資深的藥師他並不是藥學士，這樣會不會在執行藥師資格一開始就被排除，是不是這個顧慮？如果我聽起來是這個概念。

謝代表武吉

主席，我這個建議就是這樣好不好，那除藥學士這個，因為剛才主席也講得很清楚了，其實是專科現在已經沒有了。但是現在像康寧大學又要轉成專科了，所以就又會面臨到一些問題，我是建議說，除藥師外並於醫院執業年資累計滿兩年這樣就好了，就不會有排他性。

主席

好，這個建議是說不要限藥學士，只要是藥師，這個學會這邊覺得怎麼樣？就這一題這個部分，請全聯會。

賴代表振榕

主席，謝謝謝代表的指導，我想藥劑生現在在醫院服務已經是法律所不允許，所以應該是不可能再發生。那取得藥師執照在醫院工作滿兩年，我覺得這個是我們是可以同意，既然你有辦法取得藥師執照，就代表你一定是藥學士畢業，謝院長所擔心的未來大學轉變成技職，我相信藥學系在臺灣應該不會發生，因為現在學測成績要非常高才有辦法考上藥學系，所以要變成技職應該大概有他困難，所以這個部分我想謝院長，應該是可以這樣來做。

謝代表武吉

我現在擔心、我們要考慮以前都專科，比如說大仁藥專、嘉南藥專現在都改成科技大學了，但是以前他是專科，但是他出來考他是考藥劑師，他有藥劑師資格，等於你這樣的話你藥學士這樣子我就絕對沒辦法同意。

賴代表振榕

好，謝院長我剛剛已經表達了，就是我們用藥師，取得藥師資格。

謝代表武吉

用藥師就好。

賴代表振榕

對不對用藥師，我剛剛回復你一點點是說，因為以前...我再簡單說明一下，過去嘉南跟大仁所謂的專科藥師其實現在都是變成大學了，因為後來有另外一個管道，包括藥劑生很多也都到大學再去就讀就變成藥學士了，所以這一段當然謝院長是擔心、關心這個事情，我想這個應該是沒有問題。目前在醫院所服務的藥師，大部分應該都有資格了，那當然有沒有以前就存在的藥劑生，那這當然就有問題，因為藥劑生是原來在醫院工作的，只要他不離開他就是可以繼續工作下去。

主席

好，這個部分我們如果來大家聚焦一下，就是執行藥師資格這裡，就是除藥劑師於醫院執業滿兩年，就改成藥師，可以吧？大家有沒有意見？這樣子的顧慮就沒有了。累計這後面文字都不動，只有藥學士改成藥師，這樣可以，大家沒意見對吧，好，這樣大家就不會有爭議。

另外一個是討 1-1 頁的最後一行，地區醫院的部分，剛剛有在講說過去 1 年至少提出 20 筆的病人臨床藥事照護相關紀錄為佐證，這裡剛剛有討論是不是門診還是住院對不對？那大家的意見怎麼樣？門、住診都可以嗎？就直接寫進去，至少 20 筆門、住診的病人藥事照護，

門診或住診，這樣就沒爭議了吧？可以嗎？這樣修正就過了。

那再來是討 1-2 頁，這裡就是符合上述資格的藥師，剛剛是說 1 年審 1 次，所以是不是在 108 年的 2 月前大家推薦然後審查，可以嗎？還是今年的年底前？因為明年 1 月 1 日就要開始了，是不是年底以前大家提出來符合資格的藥師，經過醫院藥師主管推薦，把資料送到藥師公會全聯會，由全聯會召集相關層級的代表來進行審查，審查通過者就可以來申報本方案的費用，如果要明年 1 月 1 日開始啟動的話，年底之前一定要趕快送，還有兩個月，這樣可以嗎？

賴代表振榕

主席，我有一點不明白的要請教一下，因為這個 5,000 萬應該照看是今年要實施的部分，那這個案怎麼會今天通過以後要到明年才開始實施呢？

主席

這個計畫要報部、要核定，您們還有前置作業，今年恐怕有困難實施？

賴代表振榕

來不及？

主席

這怎麼來的及！

賴代表振榕

因為我以為是今天結束，明天就可以公告了啦。

主席

您這個計畫寫的就是太多前置作業啊！

賴代表振榕

另外一個請教，就是這個經費的部分，今年 5,000 萬照這個專款

費用挪到明年去，那明年是不是還是一樣 5,000 萬再加 5,000 萬變成...。

主席

沒有，就只有 5,000 萬，專款沒有累積概念。好，我們是不是就壓一個年底以前可以嗎？黃代表。

黃代表雪玲

我想請教一下，討 1-3 頁這個部分，有關 2.地區醫院括弧...

主席

等一下，我們把這個年底以前可不可以大家先有共識好嗎？可以的話，我們寫入就算修正了喔，可以，好，就是 107 年 12 月底前大家送，就趕快審，審完後就可以執行。好，再來問題是浮動點值，這個在討 1-10，寫很清楚「...採浮動點值計算...」，要看量，不知道怎麼樣就是採浮動點值計算。再來的話就是藥事主管推薦這件事情剛剛解釋過了，大家都可以接受吧？如果可以接受，我們就照原來的文字。還有就是討 1-11「...持續固定...」，原來是寫「專責藥師」，大家覺得「專責」有意見，就改成「持續固定」，就這樣吧，大家有沒有意見？來，請黃代表。

黃代表雪玲

想請教一下，就是討 1-3 頁這裡...

主席

對啊！「持續固定」大家有沒有意見？好，「持續固定」就是一直都在那裡做那個事，本來是寫「專責」，這裡是寫區域醫院跟醫學中心，配置在你們的加護病房，而且是持續固定參與臨床藥事照護的藥師。

陳代表志忠

我釐清一下，就是不能做別的事吧？

主席

可以，他可以做別的事，但是他臨床藥事照護這件事情是一直在做的。

陳代表志忠

好，那我沒意見。

主席

這樣可以嗎？沒有講他不能去做別的事，但是這件事情是一直持續固定在做的，假設他是很有經驗這樣子。

李代表偉強

主席，持續固定，好奇怪這又不是物件，我知道意思啦，只是我想說...

主席

那您要怎麼講？

李代表偉強

就「固定」兩個字可不可以不要？「持續」就好了。

主席

就這樣好啦，就「固定」拿掉好了，「持續」好啦，大家好像都在改作文一樣，大家有共識就行了，好，我們就是把「固定」兩個字拿掉。再來的話，最後一個就是 3,500 跟 1,500 是有事先協調過的，所以大概就是這樣。

好，那黃代表還有其他，然後嚴代表。

黃代表雪玲

我先問一下，就是討 1-3 頁這個地方，2.地區醫院(1)，這裡寫說「對於 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之門診病人，經發現有不適當的處方及用藥，提供臨床藥事照護服務...」，所以以這裡來看，然後

在後面是「...每件支付 100 點。」，所以應該是要有發現錯誤的才給 100 塊。

主席

當然啊！

黃代表雪玲

所以應該不是你們下面估算這樣的一個財務，下面估算根本不知道他錯誤幾件。

主席

沒錯、沒錯，所以下面是高估計。

黃代表雪玲

所以應該他要舉...所以這裡是不是應該要有一個指標要請地區醫院提出他們每個月的觀察指標，就是他每個月申報的錯誤的那個件數要記錄下來。

主席

現在沒有，沒有經驗值。

黃代表雪玲

對，所以他應該不會是 1,500 萬，對不對？

主席

沒錯，好，那個...

黃代表雪玲

他應該還要按月報告他們有多少。

主席

對，但是這個會有多少都要做了才知道，討 1-3 頁 2.地區醫院(1)這裡，剛剛修正門住診，是資格部分有門住診，但是真正要做的時候

要只有門診，這樣可以，還有沒有別的意見？來，嚴代表。

嚴代表玉華

主席不好意思喔，剛才提到的觀察指標，其操作型定義為何？

主席

接受度嗎？

嚴代表玉華

對，不太清楚操作型定義的分子、分母。

主席

好，接受度，藥學會這邊請說明。

沈麗娟常務理事(社團法人臺灣臨床藥學會)

所以在所有上傳的部分，就是說我們要去估計我們這個指標，那在 VPN 我們就是要求有進行所謂的介入紀錄的部分，都要到 VPN 裡面申報，而且要記錄的有一欄是有沒有被醫師或者是他的醫療人員所接受，所以他的分母就是全部介入的筆數，分子就是有被接受的筆數，以上說明。

主席

好，就是表示藥師覺得有問題，後來醫生有沒有接受藥師的建議，這個叫接受度，要上傳 VPN，這樣子才可以看出效益。來，潘代表。

潘代表延健

我想這個可能快要討論完了，我對我剛剛自己的看法，我還是要再表達一下，當然因為這個錢的分配，就是說最後要不要給 ICU，我是覺得尊重社區醫院協會，但是對於剛剛臨床藥師的代表所提的講法，我不能接受。因為你不能說地區醫院要求要有 ICU，那醫中跟區域醫院會不會要求要有門診，我們在座到目前為止都沒有提到啊！我剛剛一開始我就講到說，這個案子最原始的是因為我們希望臨床藥師能夠

走到重症，到 ICU 協助重症的病人在醫療照護裡面提供藥學方面最重要的關鍵意見，所以如果是用剛剛那個部分的講法的話，我是不能接受的，但是最後的結果是怎樣，我尊重社區醫院協會他們的決定，但是我覺得這個是一個趨勢，如果說我們要設立一個新的給付項目，我的目標就是朝向藥師真的要走向臨床，這是我們的目標，怎麼可以反向的去以這個當理由，所以這個是我最後要表達的。

主席

好，地區醫院代表有沒有什麼回應？來，請。

謝代表武吉

我不是回應他們這些，我不加入這個戰爭。我只是一個建議，我們主席很英明，我是覺得申請表這裡，在討 1-12 頁也要跟著改，就是「2-1.藥學科系...」因為以前有一些科系不符合嘛！再來「3-2....門診及住院...」要跟著前面改，可是他們的戰爭我不想加入。

主席

好，就是「資格審查資料」，討 1-12 頁裡的「2-1.藥學科系畢業...」再來是「3-2 過去一年中提出門診及住院至少 20 筆的病人...」是這 2 項吧？好，大家還有沒有其他意見？來，賴藥師。

賴代表振榕

主席，我想討論一個段落，我還是要代表藥師公會全國聯合會古理事長，謝謝各位支持，我想我們這一次的案本來是我們公會規劃是希望做急重症，當然我們社區醫院的代表也為了他們會員，覺得說因為 ICU 有的醫院不多，所以爭取說做門診，這我們也敬表同意。讓我們的藥師在醫院從門診到急重症都能夠發揮我們藥事照護的專長，也謝謝各位代表的支持，希望往後我們藥師的專業表現能夠獲得付費者代表的肯定，對我們的專業上有夠多的項目能夠繼續來執行，謝謝。

主席

好，謝謝，醫管組這邊還有要補充。

李組長純馥

我想跟藥師公會跟臨床藥學會確定一下，就是附件 4，討 1-14 頁裡面要請大家 VPN 登錄的裡面，因為您的第二點是寫說「...是否接受該項介入。」，那這個所謂的「是否接受」是您有勾選的就代表他有接受，是這樣嗎？還是說我還要另立一個欄位請他再去勾他做的這個建議對方有沒有同意，所以這個裡面是不是他要做一點 modify？這個表格的填寫要再做 modify 一下。

沈麗娟常務理事(社團法人臺灣臨床藥學會)

謝謝李組長，那這個表格其實我們只是去說我們 VPN 下拉的介入處置有哪一些項目，另外的確要加一個欄位，那這個部分我們在 VPN 的時候才能夠去算他的合格率，謝謝。

主席

這個表格如果有更動，麻煩會後再把他補過來好不好，然後併進去，這個案子大家還有沒有其它意見。

好，如果沒有意見最後我們就是對於潘代表剛剛的質疑，就是為什麼同樣提升醫院用藥安全及品質方案裡面，地區醫院沒有優先考慮 ICU，而是考慮所有的門診，這個建議就留供下一次這個方案檢討的時候參考，好不好，這個就做成一個決議，就是把潘代表對於本案的質疑留下一個會議紀錄，這個案子我們明年...如果順利的話，明年一月審查過了可以開始執行，也是到年底我們要修正的時候，我們整體來檢討，這樣好不好？

好，如果可以的話，那就非常感謝，這個案子我們就算通過，非常謝謝臺灣臨床藥學會秘書長還有沈院長來做說明，非常謝謝你們。好，我們現在進行提案二。

討論事項

第二案

案由：應用 107 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案。

主席

好，謝謝，因為過蠻久了，所以大家回憶一下。上一次會議我們其實通過的是護病比連動跟刪除區域級醫院以上合理量這兩項，所以這兩項是不是就不要再討論了，可以嗎？如果可以的話，來，請何代表。

何常務理事語（劉代表志棟代理人）

主席及各位在座的代表，我要請教一下幾項，第一項就是在 106 年匡列在醫院的 60 億的病房的費用，你們最後的執行情形怎麼樣？能不能提供一份報告給我瞭解，這是第一點。

主席

可以。

何常務理事語（劉代表志棟代理人）

第二點，107 年這個部分裡面有沒有包括原來匡列的加護病房 9 億多的項目在裡面？另外加護病房 9 億多支付標準項目能不能列出一份資料給我？

主席

好。

何常務理事語（劉代表志棟代理人）

這是我以上兩項的提問，因為明年還有一個急重症也編列了 12 億。因為明年 108 年匡列了急重症支付也編列了 12 億，所以我希望這三項，能夠落實在所有的匡列支付項目裡，這是我以上的報告，謝謝。

主席

好，有關 108 年因為還沒有核定下來預算，所以還沒有執行；那現在討論的是 107 年，那這是這樣。好，剛剛是建議說我們的護病比連動跟區域級以上刪除合理量，這兩項我們是不是就不用再討論了？可以嗎？大家沒有意見，沒有意見的話我們護病比就是通過了，然後包括人力的計算等等，還有登錄方式品質指標都算通過。然後合理門診量的刪除這裡頭，在我們的支付標準表裡面雖然今天是刪除，但是在上面支付標準表我們會把合理門診量這個東西是留著，然後括弧暫不實施，用這樣的方式來表達。

好，那我們就直接進到討 2-3 頁的(三)這個地方，就是有關簡單的換藥跟縫合，這個部分上次還沒有完全的確定，那就請看討 2-11 頁，這個部分大家有沒有意見？2.71 億調 20% 大家有沒有意見？沒有意見我們討 2-11 頁這個表是只有臚列醫中、區域跟地區，沒有列出來的是基層，事實上基層也有這些項目，那基層的部分我們會下一次的相關會議提出來，來，請陳代表。

陳代表志忠

我們看到這個表裡面把很多項目擺在一起，有的可能是因為過去一直都...大家覺得偏低了，譬如說我們講第 4 項小換藥，我印象裡面是 40 多點，現在是 47，接著看一下第 2 個 column，建議調整不管它到底是被低估多少，都是調 20%。我們能不能考量一下？有的的確像底下心肺復甦術，最後一個 58012B 是不是我們講的 CAPD 嘛？腹膜透析，它就只是放導管嘛？不是透析本身？那心肺復甦術這個十分鐘 755 點，網路上很多講說插管比這個...，是不是這些比較重的我們可以多調一點。

主席

那你建議要調多少？

陳代表志忠

調 20% ，應該多調一點。

主席

你覺得 20% 不夠嘛，那你認為要調多少？

陳代表志忠

調 40% 好不好？大家同意嗎？

主席

同仁要立刻算一下喔！問題是要調多少嘛？現在是陳代表您開始用喊的，對不對？我們不知道要怎麼辦才好，你們需要有共識嗎？還是就這樣就行了？

陳代表志忠

給我們幾分鐘。

主席

那我們休息 5 分鐘好不好...到 35 分。

陳代表志忠

不用 5 分鐘，2-3 分鐘就可以了。

黃代表振國

主席，我只是問原則問題，如果這一次醫院調，因為基層還沒有調，所以是不是以 B 表來通過？就是給 B 表加成，但基層適用 C 表，好不好？

主席

我們希望同時調啦，讓支付標準不要有兩套，因為對基層的外科醫師不公平，真的不公平啦。

(休息 5 分鐘討論時間)

好，各位委員請就坐，5 分鐘還沒到他們就達成共識了，好，那請李代表。

李代表偉強

跟大家報告一下，就是說我們大概目前會急救當然就是情況很不好，所以這個情況也不可能去做 over 的事情，目前 CPR 是每十分鐘 755 元。一般我們在急救以 30 分鐘為大概，如果 30 分鐘救不回來多半是宣布無效，當然特殊狀況我們另當別論。所以我們建議是說大概每十分鐘是否能提高到 1,000 塊的整數，那這樣子的時候一般若 30 分鐘也不會超過 3,000 塊這樣子，好不好。我們當然三個層級大家也溝通過一下，我也請教過麻醉醫學會，大家覺得這樣子還是一個合理的數字，以上。

主席

好，那只有改這個心肺復甦術是不是？其他的就維持這樣嗎？可以嗎？好，謝院長。

謝代表文輝

我們剛剛覺得這個急救真的是很辛苦的事，所以剛剛主席本來在談的...就是說成本分析真的要做啦，所以剛剛地區醫院也是...回去再推一次，六個分區選幾家醫院，總是要提出相關的成本分析來做。因為如果今天我們談這些支付標準要調高，後面如果有很紮實的成本分析那今天很好談了，哪些真的是最低，應該要調多少？剛剛我們大家都覺得這個 CPR 是真的一個很辛苦的事，我們都當過住院醫師在那邊執行，所以我們同意調到 1,000；但是他後面就會產生一個問題，就是可能會超過我們本來非協商因數的額度，大家也有共識超過也沒有關係，那一點反正放下去就是整個...大概是這樣。

主席

好，我們一個一個討論嘛，到這裡是在討論特定處置項目跟支付點數，所以大家有意見對於第 10 項心肺復甦術(每十分鐘)755 點要調

到 1,000 點，大家有沒有意見？好，如果沒有意見，就是除了這一項以外，其他都用 20%。好，何代表。

何常務理事語（劉代表志棟代理人）

我認為第 10 項調整我沒有意見，但是我認為第 11 項應該要降低，20% 應該要降下來 15%，因為它的母數太大了，基期金額太高了，同樣調 20% 就 700 多塊了。

主席

這個是在做透析前的植管，何代表的意見大家有沒有意見？

何常務理事語（劉代表志棟代理人）

因為這樣子總額金額才不會超出很多。

主席

好，大家覺得何代表的意見大家接受還不接受？

李代表偉強

這一個項目我了解是用在腹膜透析，其實現在我們是很鼓勵腹膜透析，所以在政策上我們應該是朝向，進到朝向腹膜透析而減少血液透析，當然我知道這也不是不調嘛，只是少調一點，我只覺得如果維持 20%，這個錢畢竟我們還是一個總額，洗腎是一個總額，那就等於說在這個情況下。

主席

這個不含在洗腎總額裡面，是在醫院總額裡面，門診透析總額只有透析，這是透析前。

黃代表雪玲

它 total 也才 100 萬，補不了前面那個 700 萬。

主席

所以呢？

謝代表文輝

沒有關係，我們認為超過一點沒有關係。

主席

好，就是維持 20% 的調幅，就原案對不對。那大家還有沒有其他還要修正的？沒有我們就是只修正第 10 項，那這樣增加的金額是 715 萬，那同仁正在精細的統計，最後還會跟大家換一張表，那這個第三的部分就討論到這裡，至於基層的部分，下一次相關會議重新估算再提出來。再來就是(四)的部分，地區醫院相關支付標準的調整，這部分大家有沒有意見？

黃代表雪玲

我是想問一下，為什麼醫中週日有這麼多的開診，我覺得應該沒有這麼多，這個統計有點問題，我們就沒有開診阿，區域醫院層級也有這個疑問。

主席

醫管組要不要說明一下，醫管組開診統計是什麼標準。

王科長玲玲

請各位代表看一下我們附件五，在討論的討 2-12 頁，我們這邊是用申報件數來去做統計。

黃代表雪玲

有申報門診診察。

王科長玲玲

確實是門診診察費，已經不含急診也不含代辦，確實是有申報件數。比如說我們北部的某家很大的醫院，在週日平均有 53 個開診日數，申報件數達到 1,601 件，53 個開診日，是有報診察費，並不是急診案件，因為我們當初統計出來，我們也有懷疑為什麼是這樣，但是件數是真的是這樣申報。

主席

好，有懷疑的私下再去了解，反正這裡就是有人次，有報診察費，還是說都報錯了，報錯就要處理了啦，報錯就要來自清一下，然後就要收回，假定都沒有的話，那會後就自清啦，可能是報錯吧？還是說我們需要把各醫院的報表回饋給你們，研究一下是不是報錯，有必要喔，可能是報錯喔，多報的。如果大家有這麼多的懷疑，醫中跟區域都回饋一下吧。好，這個 outlier 都在場，我們會後回饋好不好，如果回去大家發現是報錯的話，就自己來自清了，免得我們變成有問題。其他大家有沒有意見？沒有意見的話，這個預算就是在討 2-14 頁，現在是 27.05 億，那現在會修正成 27 億 1,200 萬左右，預算是 26 億 9,800 萬，所以有略超過一點點，大家有沒有意見？好，是不是都沒意見？沒意見本案就算全案通過了，那因為這個是今年的預算，所以今年可能要生效都要到 12 月，最快，所以只用一個月，最快不然就要明年 1 月 1 日。

臨時動議：為落實政策的推動，使資源真切的對應，有關全民健康保險支付標準「地區醫院加成」之適用定義。

謝代表文輝

我們有提一個臨時提案，應該是和這個有相關的，可不可以提出來討論？

主席

好，那徵求各位代表的同意，現在桌上有一個臨時動議，那是跟本案有關，所以是由謝代表、羅代表，還有附議是朱代表跟謝代表，是不是請提案人來說明一下。

羅代表永達

主席還有各位委員好，因為我們目前的這個政策裡面，國家一直很在乎我們的分級醫療，可是我們現在目前也有很多鼓勵地區還有基層診所，相關很多的這個規定裡面，有些模糊不清的地方。比如說 200 床，它明明規模蠻大的，按照我們現在評鑑的制度，它只要不申請升區域醫院或是醫學中心，它就叫地區醫院；可是我們當時之所以鼓勵地區醫院或是基層，是因為它規模不夠，所以我們給它很多的補助、很多的優惠，可是它的規模是夠的，它只要不申請區域以上醫院，就能夠享用相關的優惠。我們覺得這個對醫學中心、對區域醫院不公平，對我們地區醫院也不公平，所以我們就提出了這樣的臨時動議。簡單的講就是說，我們希望應該限在某種規模以下；如果是這些規模以上的話，理論上它就不該視為基層或是地區醫院，受到這個鼓勵跟優惠。那我們現在希望設定是 200 床以上，那為什麼 200 床，是因為我們有一個叫做資源不足地區，行政院有一個資源不足地區的鼓勵方案，它用的就是 200 床，那以現行醫事司相關的，雖然沒有這樣的規定，但是我們跟部裡面，他們也認為應該是有一個規定，因為時間來不及，所以我們目前只能在健保署這個地方，我們做一個大家的共識、相關的一個規定，那未來醫事司要修法或什麼，才會有進一步的一個依據，所以我們提出了這樣一個臨時動議，也希望大家能夠支持，謝謝。

主席

好，先請問你一下，這個地區醫院加成，限 200 床以下的地區醫院，結論是這樣嗎？那這個是現在所有支付標準表裡面，有地區醫院加成的都要改成 200 床以下，有沒有包含剛剛提案裡面的，壯大基層週六週日診察費的部分，有沒有含？

羅代表永達

全部包括，我們曾經考慮很多，這個提案事實上從我們地區醫院內部的共識，其實就遇到很大的困難。為什麼？因為的確我們有會員

是 2、300 多床的，在中部地區、北部地區都有 300 多床，那有很多地區醫院，他們也重新去審視，他們是不是真的需要 200 床以上，甚至有些醫院為了我們這些提案，主動從 210 幾床降到 200 床以下。也就是說事實上它是一個重新的盤整，包括政策，其實未來對於規模多大或多小，應該給適當的補助或優惠，應該有一個規範，否則我們現行評鑑的制度本身是有缺陷的，因為它只要覺得，現在醫學中心要減 2%，那我就不減，只要不申請，它自動就是地區醫院，我覺得這樣對相當多的醫療資源，本身是不公平的，以上。

主席

好，大家有沒有意見？請李代表。

李代表偉強

其實我當然可以想像，當初提這案子的背景，因為現在不要講那些刻意降級，那些畢竟還是傳言多，可是實際上還是少，我知道醫事司那邊也有些想法。我現在只想說，一般我們評鑑是 250 床，還不是 200，是 250 床，不過我也不管 250 也好 200 也好，我們其實有超過 300 家的地區醫院，分布在全國各地，它有些床位不少，超過 200 或 250 喔，可是當然它佔床率多少是一回事。可是這個政策下去之後，其實某種程度會讓一些，假設我們以 200 為界，200 到 300 甚至在 200 到 500 之間的某一些醫院，它給的床位數，它得要做一個選擇，它寧可往下降，假設 200 以下。這個我不知道，因為這是整個國家的醫療分布，所以不管是政府的醫院也好，財團法人的醫院也好，大的醫院小的醫院都是好，所以這樣政策下去，地區醫院有沒有思考一下說，這樣下去對邊緣的一些醫院，是一個好或不好，這應該有個討論，因為我不知道答案，因為平常我真的不知道；但是我知道不少在偏遠地區的醫院，它規模並不小，它都是地區級的，比方說像我們榮民體系，在玉里、在鳳林規模大，還有些是在台東或是蘇澳類似的，它規模都其實都在 200 以上，比 200 多一些的。那這些如果你把補助減少，對這些來說是一個雪上加霜的事情，所以這個臨界點的拿捏，我覺得要

斟酌一下，我也沒有個更好的數字，因為臨時動議嘛，臨時動議的東西，應該是要更好的研究，就是說他們可以提案，但他們可能是怕有些大醫院刻意降級來做。那第一個是不是真的有這種情況，那這種情況如果發生的話，有沒有其他方式、方法，還是一定要透過這種方式來做一個處理；那對健保署來說，健保署在做任何決議之前，可能也要跟衛福部裡面討論一下，因為這涉及到全國大的 delivery system 的改變，所以可能也要覺得說，提案我們支持它提案，可是不要那麼快做決議，可能需要做後面詳細的討論之後，才不至於說對某些好的，對某些又有我們現在想像不到的一些想法，多集思廣益一下，以上。

主席

好，據我們統計大概有 15 家，請何代表。

何常務理事語（劉代表志棟代理人）

我對於這個臨時動議的內容，我看了一遍以後，我又有不同的看法。第一點因為整個少子女化的關係，跟每個國家的地區經濟流動的關係，所以人口數會往都市集中，那鄉村化的人口數一直在遞減，所以因此我認為，過去在評鑑的標準我不知道，如果以過去的評鑑標準在地區醫院要 250 床以下，那區域醫院要 250 以上到多少床，那教學醫院要多少床以上，我認為這個標準，應該建議衛福部重新思考，去做評鑑標準內容的調整，這是很重要一個觀點。以前大學開放那麼多，所有的城市大學都招滿了，在區域上或者鄉村的大學同樣也可以招滿，可是現在少子女化產生以後，都市型的大學很容易招滿，地區型的大學就招不滿學生，那這是一個現象。那同樣一個現象，也變成未來在都市型的醫院，很容易有病患，鄉村型的地區醫院比較沒有病患，所以這整個評估的標準，要重新去檢討，這是很重要一個社會型態的改變。

第二點我建議這個臨時動議，這個一下子提出來，我想只有醫界比較清楚內涵，我們付費者 4 個不是非常了解，我覺得這個臨時動議，

請你們醫界做個專案研究，在下一次時候提出一個報告，讓我們了解清楚這個案的內涵，是有真正的數字跟做法是比較適當的，所以我的建議是這樣。

主席

好，謝院長。

謝代表文輝

我想這個案會提出來，是第一面臨比較迫切現在的問題，那關於因為現在衛福部也有一個振興地區醫院的專案，那我們也有在討論病床要怎麼設，那因為我們目前遇到一個困境，所以醫事司那邊也很支持說，我們這個總是一個支付的限定，這個和衛福部去訂一個法，那個差很多啦。這個限定就很像我們等一下要討論的案說，那就轉診的體系醫院，可不可以拿這個轉診的費用，這個法律也沒有規定阿！我們在這裡是有比較寬鬆的空間啦，所以可以我們先行試試看。

那麼為什麼是200床，剛剛我們醫學中心的秘書長李代表所講的，它講的那些在偏遠的，像花蓮、玉里那些精神科病院，其實它急性一般病床，都沒有超過200床，這個要先說明清楚。那其實也有像何代表講的，現在你在鄉鎮做一個燈塔型的醫院，那個生活圈就只有那間而已，急診也它在看，生產也只有一間，都沒有辦法200床以上，因為鄉下人口數不多。那今天為了要壯大社區，投入很多資源去地區醫院，所以現在已經有顯現跡象，有些區域醫院就要改成評鑑為地區醫院，地區醫院在現在評鑑沒有床數的限制，我們只有對區域醫院250床、醫學中心500床，以外你只要兩個評鑑沒有參加，都叫地區醫院。所以在醫院協會開會的時候，我們理事長就開玩笑說，現在地區醫院這麼好，政府都在給它鼓勵，不然我們長庚也改地區醫院，說起來是開玩笑啦，長庚醫院不可能做這樣沒品的事情；但是從法來說，以評鑑來申請地區醫院絕對過的嘛，醫學中心都會過了，地區醫院怎麼會不過，它如果過了就叫地區醫院，現在假日它看，你就要給它150點、

100 點都要給它，所有現在包括新竹要蓋三間醫學中心級的，它那個也鼓勵都變地區醫院了。所以我們要考慮，現在是盤點的時候，所有醫院你要定位清楚，你若真的要做地區醫院，你就用地區醫院的定位，地區醫院我們醫療法的定位是什麼，就是用一個生活圈，叫做醫療次區域最小的那個，你用那個做基礎，每 10 萬人口一家，這是我們政策規定，區域醫院就 40 萬，40 萬就跨多個生活圈。

所以現在為什麼要訂 200 床，因為法律都沒有規定，這 200 床的來源就是，我們獎勵以前醫療資源不足那些區域，獎勵的上限的定義就是剛剛說的，以一個生活圈為基礎，你不能夠去吃別區的，每 10 萬人口一家，它的上限我給你補助，上限就是 200 床；超過 200 床我認為你就不是社區的地區醫院，我不給你補助。所以我今天訂的案，當然不可能排除政府公開認證的，因為它沒法律規定地區醫院，但是它有公開認證社區地區醫院，我要給它設限為 200 床，所以你當然沒辦法排除 200 床嘛！所以大概就以 200 床為限定，政府正式公告認定的就是 200 床，那我是覺得現在很多區域醫院，以前是為了給付好一點、招牌大塊一點，跳級去做區域醫院，其實它本來的管區還是那個社區，好好把那個社區經營好、承擔起來，所以我們鼓勵回歸，我們也贊成它回歸做地區醫院嘛！有些你 250 床、300 床，實際佔床數住不到 6 成、5 成，那個大概也回歸，我們不能用制度去引導，讓人家去模糊定位，很多現在去申請設大醫院是以這個地區欠重症、大型的醫院，所以來申請；現在變成說地區比較好我不做區域醫院，那個位置本來就是欠區域醫院，不是欠地區醫院，你要趕緊限定適用的規格，我們這把它訂下去後會鼓勵，真的你要做區域醫院要定位重症的你就去定位重症，要做輕症的你就好好經營你的社區。要不然今天我們預算，地區醫院週末加成是 6 億多，這些醫院跳進來後可能會變成 8 億多、9 億、10 億多，稀釋所有我們在座醫學中心、區域醫院堅守本位的點值，這很不公平；而且它降下去也閃躲了那 2% 下降，我們不能有這個空間讓存心不良的人去用。

所以我認為，那個署裡其實有資料，這個下去會限制那 15 家都不是剛剛偉強兄所擔心的醫院，那些醫院哪有能力開超過 200 床，所以我覺得這有必要，這個下去之後，大家就好好選擇自己的定位，要做社區醫院就好好的做社區醫院，政府給你鼓勵，那你照顧很少的病人你的成本這麼高，所以我覺得這個要做，你看今年已經有幾間跳下來...幾間區域醫院跳下來做地區醫院已經過了，明年大家都在看，你優惠越來越多，大家都跳下去了，然後你降 2% 要怎麼執行？然後你這個加成，本來預計 10 億的，變成 20 億、30 億，結果拿去的都是大間的醫院，所以我覺得這是一個迫切趕快要...所以整個縮影大概這樣，那 15 家會涉及的醫院，其實署裡都有資料。完全沒有我們這些所講到的狀況，所以我覺得這應該在我們的總則，就是說我們政策是要獎勵社區的地區醫院，就是真的在每一個社區扎根，因為我們健保的支付，大家都知道在全世界我們是偏低的，偏低就是規模小是最大的吃虧，現在大家都變很大的醫院，就佔在人口很多的都會裡面，因為量大成本才會低嘛；現在就是我們想顧的，我們想顧的就是這些量小，但為什麼量小不能給它倒，那個位置的生活圈，就只有那間而已，像我們竹山秀傳，它就是拿獎勵的 200 床的醫院，在那個 10 萬的人口的竹山，24 小時只有一間做急診，生產也只有它一間。這種量能很小，當然我們補助是去補助它，不要讓大間的去分掉它的善意，所以我覺得這是很迫切需要的。因為這幾年開始地區醫院加成下去之後，情勢大變，大家都想找偏門，所以情況其實就是這樣。所以我們認為應該在總則裡面，所有對地區醫院加成還是差異對待，也鼓勵地區醫院的急診，診察費都補助 1 點 1 塊，因為它要出來做急診，我們就很鼓勵，因為一天可能看 30 個人而已，它也要一個醫師在那邊看，你在大間的一天幾百個，一個醫師多看好幾倍，所以這個我們給它補助 1 點 1 塊，然後現在如果有一間大間看這麼多，跳下來做地區醫院，它也拿 1 點 1 塊，這樣有理嗎？無理嘛！這樣到最後會鼓勵什麼，守規矩的人最吃虧，大家都不要守規矩阿，因為這都沒床數限制，我現在 1000 床，醫學中心沒關係啊，我下次評鑑改地區醫院就好了，這些加成我都有，

又不用降 2%，到時候台灣就沒醫學中心，也沒區域醫院，剩地區醫院，所以我覺得這是現在制度的缺陷。當然在衛福部那邊，振興地區醫院這個議題我也放下去，那衛福部收集相關的資料，也會去訂一個比較明確的，但是在還沒訂之前，這是我們健保已經先做了阿，因為事實上這次訂下去會影響到的 15 間都是什麼醫院？本來申請區域醫院，結果現在開始，本來今年要做區域醫院，現在不要了，都是這類的阿！所以補充說明，可能大家聽了就很清楚。

主席

謝謝，謝院長請。

謝代表武吉

剛剛謝榮譽理事長說很多了，但是我希望吳理事長我說的也稍微聽一下。

主席

哪一位吳理事長？

謝代表武吉

基層的，新竹的吳理事長，我們現在說的，提這個案子，大家最怕的就是新竹三間，如果新竹這三間擴充出來的話，嚴重性是很大的，所以說應該要考慮到這點，讓它不要延伸到很厲害的，而且蠶食併吞基層診所跟地區醫院的存在，感覺上應該也要有所著墨，謝謝。

主席

謝謝，請何代表。

何常務理事語（劉代表志棟代理人）

我聽了兩位提案人的說明以後，我是很同意支持基層醫療的建構，可是他們今天的臨時動議裡面，只有案由，說明講了非常多，沒有辦法，我不知道辦法是什麼。

主席

他的辦法就是承上，他的第四點就是辦法。

何常務理事語（劉代表志棟代理人）

沒有啊，他這邊也沒有寫辦法說地區醫院要加成多少之類的，這個不是辦法，這只是說明而已，說明讓我們聽，讓我們聽得霧煞煞，沒有提出一個辦法。它如果提出一個辦法說地區醫院要加成多少、那部分要補助多少或優惠的項目是那些等等，所以我到現在都看不出來他的辦法。所以講了這麼多，我很贊成健全基層醫療是必須走的方向，但是我建議他回去把整個辦法弄好，下次會議的時候提出來，要不然今天無法做成表決，那我就不同意這個臨時動議突然跑進來併入第二案。第二案是通過不通過？

葉代表宗義

第二案通過啊。

何常務理事語（劉代表志棟代理人）

第二案通過。那你這臨時動議是跟第二案相關，那你要通過這案，是要併入執行還是要另外立案？所以我認為內容是有不清楚的地方。

謝代表文輝

何代表說的對，通常都是案由、說明，後面還有建議辦法，抱歉，這第四點其實就是辦法，我現在一句一句講，讓大家瞭解一下。

因為這不是在講加成的部分，加成已經在 102 年開始逐步對社區醫院幫忙了，因為地區醫院都認為他們規模比較小、無經濟效益，各代表們都很幫忙。所以未來後續若照分級醫療政策，明年可能對這部分加注資源，所以我建議這資源應該要挹注真正社區艱苦的地區醫院，所以建議在健保支付裡面，總則裡面寫有關對地區醫院的加成或差異的給付，例如地區醫院若做急診的，就補助 1 點 1 元等，適用醫院條件，建議為急性一般病床（含急性精神病床）200 床（含）以下為限，

超過 200 床就不是了，依據目前在我們政府衛福部裡頭相關找的到對社區醫院獎勵設定的定義，就是 200 床，用這個做為界線。只要符合這條件，例如臺大醫院去做金山醫院，地區醫院也做得很辛苦也是賠錢，不論教會醫院或政府的醫院，只要有心做辛苦的醫院都應該一視同仁，因為這是公資源。

葉代表宗義

付費者代表絕對支持你們，現在他說的理由，只是在說程序上的問題，你就不用再多說了。我們不是反對你們，不用再花時間說明，後面還有其他案子要討論，會討論不完。

謝代表文輝

我再說一下，總則裡面要修改地區醫院相關的加成跟差異性給付，再增加一條，僅適用於急性一般病床（含急性精神病床）200 床（含）以下，就是這樣而已。

主席

謝謝，請何代表。

何常務理事語（劉代表志棟代理人）

這樣很不清楚，他說要併第二案討論，如果這樣子的話就不能夠併第二案討論，是獨立的動議案；若這樣，你是不是要用 108 年的醫療服務成本指數改變率的預算來做嗎？如果你是要改總則，也是一個獨立案子，跟第二案無關，可是你們剛剛一開始提說與第二案有連結關係，要併第二案討論。

主席

好，大家還有沒有問題，請柯代表。

柯代理人怡謀（王代表雅馨代理人）

今天本來不表示意見，可是王代表出國演講，我只是要說社區的部分，的確是目前非常重要。社區醫院很多東西目前都在萎縮當中，

我們看層級應該是一個金字塔型的層級，可是每次到區域醫院以下，好像就缺一角一樣。我們剛從聯合國西太地區的大會回來，我們聽到很多各國衛生部長有關 13 個 SDG 就是永續發展目標，在永續發展的計畫部分，有特別談到很多有關以社區發展做中心的例子，因此若以病人之用藥可近性，或就醫的方便性來加以討論而又沒有涉及到醫療服務成本改變率一些非協商因素或其他因素的話，這部分的標準應該可以做比較清楚的定義。因為誠如剛才討論到的，是的確蠻多傳言有些區域醫院居然會降下來變成地區醫院。我們知道署長一直希望分級醫療與壯大基層，能夠真正嘉惠所有的病患，且對健保的財務開源節流有所助益，我是覺得說如果醫學中心跟地區醫院之間對這部分的認定沒有太多疑義的話，在國際潮流以病人為中心的照護考量，又對病患將來的治療以及引導到基層都有幫助的前提之下，我覺得將來是可以來好好提一個案把它細緻化，讓各代表更清楚知道配套細節，把它付諸實施，對健保的永續是福氣，對國家的發展也是一個幸福，謝謝。

主席

請吳代表。

吳代表國治

剛剛被謝理事長點名，我現在是以新竹地區的醫師公會前理事長的身分發言，因為事實上在新竹真的很多醫院看起來是區域醫院的規模，可是卻用地區醫院來申報，包括未來可能要成立的那家醫院，所以可以理解謝院長提到的要把它劃分，精神上我們也很支持，因為國家的醫療架構一定要出來，不過以新的東西來說操作上會比較容易，已經既有而且在享受的東西要做切割，我是擔心不知道會不會有什麼問題，可能要想辦法解決，以上。

黃代表振國

我個人非常支持，現在所有層級都是以醫院名稱區分，包含醫學中心、區域醫院、地區醫院以及診所，事實上有很多院前診所規模不

亞於地區醫院，也是用診所的形式呈現，這造成給付混亂。我建議，第一，清楚地切割，如果一個地區醫院床數很多，這應該是醫療比較不缺乏的地區，人口密集度相當高，才有辦法維持這麼高的床數，這些應該不是量的鼓勵，需要質的提升，所以這些醫院應該往區域醫院或是醫學中心邁進。

第二，若不能很清楚地切割，應該有通盤的考量，讓不同層級的醫院能夠有不同差距的給付，鼓勵質的提升時應有更高的給付。還有建議如果真的無法清楚切割，可以用部分獎勵，補助訂上限，超過的床位就不獎勵，謝謝。

主席

好，請葉代表。

葉代表宗義

我有個建議我附和黃醫生，現在是大病看大醫院，小病看小醫院，那麼區域醫院跟地區醫院到底是大醫院還是小醫院？這個要分清楚。這問題如果要落實的話，如果沒有搞清楚，未來還是有問題產生，就像做生意一樣，柑仔店到最後如果不是開百貨公司、給你鼓勵去開百貨行，就是去開超商，變這個問題到最後柑仔店一定會關起來，是兩個極端的方向。現在我們有這個心、健保署也有這個心，將這個分級來搞好、來做好，但如果沒有搞清楚誰大誰小，以後的問題絕對會越來越多，到最後我若不是做基層的最好嘛！不然我就去做大間的，兩種而已，地區醫院跟社區醫院到最後很容易產生矛盾，我還是希望能夠把這部分釐清楚。為什麼它會不大不小，因為它自己本身沒有預算，以前很多次在總額協商他們吵說也要有總額預算，就是這個問題發生，因為是孤子嘛！到底要靠大的還是靠小的，不曉得可以靠那邊，所以應該要先釐清楚會比較好。

主席

謝謝，其他代表有意見嗎？這臨時動議有蠻多不一樣的意見，來

請教專家學者，請施院長指導我們一下。

施代表壽全

我認同這方向，應該讓地區醫院加成能夠有個限度，不過我覺得程序上是否能夠周延一點，雖然跟第二案有關，可是程序上應該更嚴謹、更周全、完整。而且醫院評鑑對地區醫院，其實是有一些定義，如果能夠把給付限制跟醫院評鑑有更好的溝通，跟醫事司這邊溝通會比較好，這是我的意見。

主席

請羅老師。

羅代表紀琮

主席、各位先進，主席點名，我不得不回應。本案提案人的意見是認為政府保障地區醫院的政策美意，不應被其他規模較大的醫院利用佔便宜。這個訴求我們都支持，因為資源本來就應該要做最有效的運用。鼓勵偏鄉醫療、保障就醫不便的人的就醫權益，是健保署一直以來在做的事情，雖然有時會有一些人不太理解。今天我們可以清楚看到，受這個案子影響的有 15 家醫院，如果案子今天通過且立即生效，對這 15 家醫院來說就是變天了。

另外，這臨時動議會跟第二案結合在一起，是因為第二案有調升地區醫院的支付標準。若我們將地區醫院的定義放在支付標準總則之中，並不合宜，因為定位問題係屬主管機關衛福部的權責。是否能夠有更多的時間、更多的溝通？同時也給這 15 家醫院一定的時間來調整，自己定位，比如說六個月。之所以要多給一點時間、空間，是因為這件事還牽扯到衛福部自己怎麼定位地區醫院，所以我覺得說要把這件事情做得圓滿一點的話，應該再給多一點空間、時間，讓相關的人有充分的準備跟說明；也讓這 15 家醫院在既定的前提下可以做相關的因應。因為要減床、降人力等也需要時間及調整成本，是否可以這樣建議？以上。

主席

謝謝兩位專家學者，也在關鍵時刻表示意見。因為這案子也是臨時動議，基本上多數沒有反對這方向，但感覺突然提出來，感覺上對於有影響的醫院在時間、空間上會太倉促，是否還有更周延地考慮的空間，這些東西沒有做提前對外的了解，比如跟醫事司討論等等。所以本案、臨時動議這個案子今天就暫時保留，沒有通過，因為多數代表認為太倉促，沒有通過並不表示案子就沒有了，我們留下來再做評估，下次找醫事司商量這會對醫療生態產生什麼影響，多方評估之後，我們下次會議再提出來大家討論，這樣可以嗎？請羅代表。

羅代表永達

主席，因為我們是提案人，剛主席做了很英明的決定，我在想是否今天的會議決議應該說大家都支持，但是希望在下次會議之前，署裡面能夠幫忙協助，包括這 15 家醫院有什麼困難或是醫事司有什麼調整。希望在下次會議時，不是由我們提，而是由署裡面正式提案，因為它裡面很多資料是我們沒有的。今天這個決議是不是這樣子？

主席

是。請何代表。

何常務理事語（劉代表志棟代理人）

我認為決議不能有支持的字眼，第一點，我在整篇裡面看不出來有寫 15 家地區醫院，只是用嘴巴講，那你今天要分配錢的時候才說，80 公斤以上的員工不能加薪，79 公斤以下的員工才能加薪，怎能變成這樣？是不是這性質？我認為這樣是不對的，我認為應該說本案交付小組去研究，擬定最具體的實施方案，提下次會議討論。不能說今天本案支持通過，其他再來研議。

主席

今天沒有通過。

何常務理事語（劉代表志棟代理人）

我們沒有支持今天要通過這個案子，所以要在分錢的時候才來界定，什麼可以分、什麼不可以分，不能這個樣子，他要寫得更完整後，才能從政策面去引導、去處理。

謝代表文輝

真拍謝，這案子有這麼多不同意見。首先，我要表明這不是今天突然講 80 公斤以上的員工不能加薪，是員工裡面本來就有正常 80 公斤以上訂不能加薪，而且每週要降 1 公斤體重，身體才會健康，健保的錢才花得少、不容易生病。現在有些人，因為有一條規定只要穿白衣服的人，不管你幾公斤都一樣加薪，也不用減體重，有人就鑽這個漏洞，我們只是希望能把穿白衣服，但卻有 80 公斤以上的人拉出來，要按照規定走。

再來，為何大家方向上都贊成，大家是贊成這方向，不是贊成這個案子；若贊成這案子，今天就通過了。大家是認同要公平給付，心機不好的人不要走閃，不然今天加這些錢，對我們地區醫院是沒有影響，事實上所有加進去之後，到最後吃虧的是醫學中心、區域醫院的代表，他們很守規矩，沒守規矩的這樣做，點值就降低，這對我們並沒有影響，我們本來就是地區醫院阿！今天提這個案子，是因為我們覺得對前面的醫學中心、區域醫院的代表感到抱歉，因為我們的案子讓他們受到衝擊，在這邊報說總共加起來多少錢，結果弄一弄變成好幾倍以上，大家點值都下降，這樣不行。我們是想要讓醫療制度越來越往好的方向，真正走向良性金字塔型，你要做基層的事情就認真做基層的事，在社區耕耘把社區照顧好。我們 106 年跟 105 年假日比例是降 10 幾%，萎縮；但是今天為了分級醫療，大間醫院說他們沒有要看，民眾要怎麼辦，所以地區醫院跳出來擔，這是很辛苦，常常是院長跟太太兩個人自己出來看診。但是為了這大目標，我覺得不能因為我們而影響到所有醫學中心、區域醫院，他們很善意的，說要壯大社區他們分了多少預算給我們壯大，但是我們不會用這個讓別的偷雞摸

狗的人去用，主要是為了這個。我也認同今天這個案沒有說很周全，也給相關的醫院一些緩衝時間，老師說得很對；我也很同意何代表說的，應該是算另一案，好好研究以後，這 15 間醫院的反應是如何，甚至這 15 家裡頭有些是申請區域醫院是為什麼，這已經開業一、兩年了，床都開了為何還不做區域醫院，這都要問問看，是為了要賺這些嗎？這我們都好好討論完，來檢討，選一個案來給他們一些選擇，看是明年起 6 個月還是一年以後，你們要重新選擇，選擇後我們來實施。這我是很贊同剛剛大家的意見，所以何代表說的我完全贊成，今天這個案當然沒有通過，今天大家支持就通過了阿，今天大家是對如何處置可以緩和一點，讓這些醫院可以選擇，這個我是贊成的。我們這個案大家都覺得方向是對的，但這個案做得仍不周全，好好把細節都研究好，下次就針對這個方向來處理，最好讓目前 15 家被影響的醫院有個緩衝期，謝謝。

葉代表宗義

這個問題是很大的事情，很嚴重的問題，我們是希望提出慎重的解決方案，一起來解決，我們不是反對。

主席

好，那這案子今天沒有大家的共識，沒有通過，需要更周延的考慮。下次如果再提的話，雙方再把資料交換一下意見，現在付費者代表是希望你们帶回去再研究。

羅代表永達

我們事先沒有資料，我只有 7 間，這很多都是原則上的問題。我們剛剛建議的結論是說，如果大家對這個方向，不是這個案子，我們希望署裡面可以透過兩個，因為這 15 家我們現在也不知道，能夠更周延的詢問他們意見，或是跟醫事司...下一次由署裡面幫我們提案。因為每次我們提案的時候，寫很細也是會被嫌，所以我們也需要這些資料。

葉代表宗義

可以呀，我們支持你啊，不用再講這麼多一樣的。

主席

是不是提案單位也接受付費者的建議，就是說今天這個提案有一點突兀，時間、空間還有周延性不太夠，所以付費者期待你們帶回去再研議一下，如果有需要我們補充資料給你們，我們就提供給你們，下一次會議再提出更周延的方案，我們再來討論。好，這臨時動議就這樣處理，剛剛的第二案就通過，接下來第三案。

討論事項

第三案

案由：放寬同體系醫院得申報轉診支付標準案。

主席

好，來，請陳代表。

陳代表志忠

我看到這個案子的時候，不曉得是不是我們惹起的禍，是這樣、緣由是這樣，我們向北區業務組抗議及申冤，因為我們申報這個費用的時候才發現我們不被支付，他說你是長庚體系，我們嚇一跳，我們什麼時候變成長庚體系？後來再追查，原來我們跟長庚簽過一個醫療合作計畫，有某幾科的醫生由長庚派來，用輪調的方式，現在還有一個科...我這個很公開的，因為我這個都有合約的，就是我們的 infection，感染科，他定期派醫生來幫助我們，因為我們實在招不到醫生，結果呢，就被醫策會把我們評鑑的時候，列為要迴避的醫院，那署方跟衛福部原來在全球資訊網把我們列入為長庚體系，我們嚇一跳，我們進長庚的網頁看，我們沒有在長庚體系啊！而且我們一定要聲明，我們的歷史比長庚悠久，我們從 1965 年開始就是一個主權獨立的醫院，跟

中華民國從 1912 年開始就是主權獨立的國家，比中華人民共和國 1949 年還長久，這個我要聲明的，所以這個是兩回事，本來不同體系的，我們被冤枉成同體系，所以這個就我們本身的立場來說明，等一下我們討論的時候再...區協有一些共識、想建議的我們等會再來說明，這個申冤哪！大人。

主席

好啦，什麼時候開始成立跟同體系一點關係都沒有，之前、之後也可以成為同體系啊，沒有一定要前後啦，不過這很好笑就對了，今天真是妙語如珠。

潘代表延健

我也覺得非常好笑...

主席

我也覺得很好笑，今天討論每一題都很嚴肅，但是大家都很幽默，來，請吳理事長。

吳代表國治

這個案子其實我們是反對的，至少基層是反對的，因為剛剛前面的會議辦理情形，我們就提到，分級醫療架構要出來，要一個金字塔型，事實上，當然不是指聖保祿，真正有體系的，在我們看來是違反分級醫療，我們講企業好了，像韓國一樣就是那幾個托拉斯，這對民眾是不好的，基層醫療也會全垮。另外就是上次的會議辦理情形提到半年以後要檢討，當然在這之前是先採醫事司的部分，院所也可以申訴。再跟各位前輩報告幾件事情，設標修改之後，診所移回醫院總額的部分，這些診所其實有幾個樣態，有的就真的乖乖回去，有的就關門了，有的是採用衛福部規定可以成立一家診所，他就成立一家診所，用他院所的名稱，那是可以，有的是怎麼樣呢？我就大聲點名，因為大家都知道了，跟苗栗某大醫院一樣，就找他的醫師去改成診所，還是用基層總額，可是錢又回去了，這個事情如果蔓延開，每個醫院都

這樣處理的話，那這個架構還會存在嗎？這是我們反對的理由，還有就是各分區業務組回報的部分沒有真正落實。另外健保署說明六提到這次協商的時候「...醫院及西醫基層總額協商時亦同意放寬同體系院所可申報轉診獎勵費用...」，我參與協商但我怎麼都沒聽到這個？醫院這邊有嗎？我今天還特地帶著議事錄、會議紀錄來，我查遍所有東西，沒有這樣的講法，怎麼會這個樣子？至少基層這邊我可以確認沒有，怎麼會在說明裡就這樣提出來？所以基於這幾個理由，基層這邊是完全反對的，以上。

主席

好，來請朱代表。

朱代表益宏

我覺得是這樣，當初這個案子通過的時候，主要就是說因為你有給獎勵，而且分級醫療本來就希望他是擴大，而不是體系內左手轉右手，這個我覺得原則應該是堅持，當然剛剛講的這幾家醫院他們也提出來，確實，比如說聖保祿他的年資本來就跟這個...差距很大，所以我覺得說，應該是允許他們這樣申訴，就是說他們也確實，然後署裡面也查證以後有這個確實的...比如說董事會不一樣、財務也是獨立的，只是有一個合作經營，現在有很多分級醫療，醫學中心不是什麼這個計畫、那個計劃，如果這樣，那都是這個體系，那個事情就會很麻煩了，所以我覺得說他應該是確實財務也不是、管理也不是、什麼都不是，只是有一個合作計畫這樣子，我個人覺得就應該給他排除，至於，明顯，比如說他同一個法人底下什麼，那個本來就體系或是...你怎麼講說他不是體系對不對？所以我覺得還是要有一些區隔，所以不宜把整個條文刪掉，應該是有異議的、確實他不是同一個體系的，管理也不是一個人、也不是左手轉右手，左手轉到右手、右手又放回自己口袋這樣子的狀況，我覺得是應該給他排除，謝謝。

主席

好，黃醫師。

黃代表振國

在座很多醫生都懷疑名單正確性，健保署能力有限，應該無法逐一查核資料，建議由法務部調查如資金流動部份，比較清楚。之前也曾經針對某些同體系的醫療院所調查，從金流就可以知道。現在網路查詢就可以知道院所創辦人，假若創建一個診所，後來又把他賣掉，是值得探討的情況。所以建議調查清楚，也不要冤枉任何醫院。

陳代表志忠

聖保祿只有一個。

黃代表振國

對，我知道，這個是冤枉的，但有些有沒有混水摸魚，請了解一下，謝謝。

主席

好，還有沒有？來，謝院長。

謝代表文輝

因為現在事實上因為分級醫療很多，像現在我們獎勵跨層級的支援門診，所以大概每一家基層院所大概...尤其現在又分級醫療，大概都會架構很多和大醫院的關係，當然如果說架構的那個關係很密切的，在醫策會的感覺，就是說在評鑑上可能醫生都認識，這個還有理由說，但是如果在...主要要看的其實是看他是不是同一個董事會，像佑民現在和彰基合作，坦白講就是付錢而已，像我買儀器，我都有付錢，那我跟他簽一個合約，我都買你的，所以可以比較便宜，就是這樣操作，所有的都是要付錢的，無論幫忙採購什麼都是要付錢的，這算哪門子的同體系？同體系是互通有無，你來這裡都不用，我們賺的一起分，沒有啊！事實上每項都付錢，只不過是一種合作關係，董事會完全獨

立，每一項要的服務都要付錢，如果你跟大醫院聯合採購比較便宜，但你知道我還要付錢嗎？有啦，是會比我自己單獨採購還便宜一點，但是大部分的成本我還是墊很高，這個大家要瞭解實際的狀況，整個醫院的主軸：董事會都完全不一樣、相關兩個真的金流你可以去查，服務都是付費的，那算哪一門的體系？體系是互通有無、同一個董事會、錢互相流動，這完全不一樣，所以我是覺得我同意，大家如果對這個體系都很排斥、都以異樣眼光那也無所謂，當然這個有兩個邏輯來看，第一個，如果我們認為說，即使是同體系的金山醫院的患者轉到台大醫院，我們也鼓勵，台大輕症的、在金山社區的也轉下去，我們也鼓勵，那這個當然就取消，哪有這樣說台大就不要轉金山，沒有這個道理，這些轉入金山社區的民眾的醫療連貫性，我們只不過是不希望他集中在台大，因為集中在台大的話，民眾要等很久，民眾小病去的話，重症都會被排擠，我們是希望他往下疏散，怎麼會管他是這邊的醫院，只要他有做，我從來都不排斥像大的財團，他如果像慈濟願意到全台灣 50 個都沒有醫生的地方去設立，那要鼓掌，我們以前很多外國的教會過去，我們大家都鼓掌、都送他榮譽公民，所以我們是要看他的行為，今天你痛恨他的是變成怪獸，你在做怪獸，你這是別人的捐款，你是要做民眾需要的，我們剛剛說的，葉代表說的，雜貨店一定倒的，但是雜貨店全倒了，全國民眾會有人幫他們說話嗎？倒了就倒了，你的品質就是比較差，人家統一 7-11 大財團的，但是他提供民眾最需要的就在附近，民眾不需要保證私人企業，我坦白說，是要保障對我們民眾好的企業型態，所以有人反對統一超商嗎？有人反對 7-11 跟全家嗎？沒有嘛！所以不要用這種很狹隘的，我們的邏輯是定位在我們全國真正要推動分級醫療，其實不應該排斥這個所謂體系，因為他如果是願意做這樣的行為，他把他大醫院的規模縮小，讓他回到每個社區，你當然要鼓勵，這是第一個層次。第二個，今天我們如果沒辦法接受這個觀念，那麼至少像這種有冤屈的，他提出異議，你應該放寬，不是這樣嗎？只要他提出來，我們查真的不同的董事會，他們的金流是購買任何服務都要付錢，這當然不是他的體系，自己的

體系就像自己的小孩，像我女兒回家吃飯我不會跟他收錢，對不對？如果回來吃飯還要收錢，那是假的啦！那不是真的女兒，我的意見是這樣。

主席

好，來，葉代表。

葉代表宗義

這個我搞到現在還不曉得什麼體系、不體系，真的啊！我們幾個付費者很可憐，都聽不懂，但是我不曉得說聖保祿還是聖保龍？他是宗教醫院嗎？清朝的時候嗎？因為...我請教一下，宗教醫院跟他們的醫院有沒有什麼優惠的問題嗎？跟其他的醫院，財團法人跟社團法人有沒有差別？

陳代表志忠

不是，我們是財團法人。

葉代表宗義

財團法人跟社團法人兩種醫院有沒有差別？

陳代表志忠

有差別，社團法人醫院的盈餘可以分配，財團法人醫院不能分配。

葉代表宗義

稅金呢？

陳代表志忠

稅金一樣，一樣付。

葉代表宗義

財團法人也要繳稅金嗎？

陳代表志忠

要繳稅金，只有土地稅有減免。

葉代表宗義

我為什麼要講這個問題？

陳代表志忠

房屋稅有減免。

葉代表宗義

因為如果你有優惠的話，變成有一些大醫院覺得，你這間有優惠，我就把你吃回來變成同體系，他以後會這樣做喔！我以前還不曉得說有沒有，如果說宗教醫院都有優惠，我可以找一些土地公廟，你可以開診所，會不會這樣做？可能會變成這樣出來喔！如果這兩個問題如果沒有解決，變成...真的，土地公廟也是宗教，所有的我們台灣的宗教非常多，各種各樣的，如果他對醫療上如果有幫助的話，會變成有這種矛盾以後會產生出來，我一個土地公廟的管理委員會我不能開診所嗎？診所跟你合作，大家都能優惠，怎麼不行？所以我還不曉得有沒有這個問題。

主席

好，潘代表。之後是黃醫師。

陳代表志忠

對不起，我本來要回應我們謝代表所說的，他說的...通常他講的我都非常支...一部分同意、一部分不同意，不過他剛剛講的我完全同意。我先回復一下謝代表，其實沒有所謂宗教醫院，喔！葉代表，我們以前...因為快吃飯時間到了，對，我很緊張，您不要打岔，您打岔我更緊張，沒有所謂宗教醫院，宗教醫院只是我們個別的信仰，在法律上面只有私人的醫院、財團法人、社團法人，只有這樣的區分，還有公立醫院，我現在...剛剛謝院長、謝代表所講的，真的，台大醫院

假設他有個病人治療到一個程度，剛好這個病人住在金山、住在北海岸，他把他轉到金山分院去，為什麼不應該獎勵？同樣的道理，如果中國醫藥大學他在台中有個病人，治療到一段期間，如果他剛好要回到台北去，他住在內湖，那他內湖有個分院，他轉到內湖為什麼不能獎勵？一樣的道理，如果這樣的話，我們真的是...除了剛剛所說的，應該冤枉的被排除應該是合理的，那沒有被冤枉，他的確是同體系，他互轉，但是他只要不要是從這邊轉到這邊、再轉回來、轉來轉去，就在附近的...也不能講是不是在附近，就在門前的那個其實我們是覺得其實不應該...門前診所，就是剛剛基層講的，只是那個也應該要怎麼去禁止，這個其實是需要很大的力量去做的，不過如果剛剛講的，謝代表講的，我們是不是可以設一個距離？我們不可能就算同體系自己搞一個距離，如果有一定的距離，你叫病人說，我明明在台北，我同體系在桃園搞一個醫院，或者在新竹搞一個醫院，這樣變成住在台北的轉去那裡，為了你自己的方便這個是不可能的，那個是不可行的，他也做不到，所以是不是距離上考量一下，不過也很感謝各位代表的支持，我們被冤枉的應該要申冤，謝謝。

主席

好，來，謝院長。剛剛是黃醫師耶，漏掉了，抱歉。

謝代表武吉

其實這個是我剛才那個...我們黃代表和吳代表所談的就是說基層要分開，我也曉得基層的痛苦，其實應該要分開的，至於醫院這方面，有一些真的是有距離，你要用距離來談，我們也不反對，但是其實這裡面很重要的一環就是說，也有曾經發生過在報紙登的很大的，就是說某一個單位有派很多的護理工作同仁去支援某一個單位，結果護理單位的同仁做到不爽，就向勞檢所檢舉，這個是不是有什麼原因。

謝代表文輝

你就把名字講出來。

謝代表武吉

我不敢，我不要。這樣的話應該是要審慎的考量，這是第二點。第三點就是說，以前他可能是這個體系的，但是現在衛福部那邊還沒有改，現在已經換到別的體系，這是也有的，那是不是這個...其實今天敢正式行文給我們健保署說他不是同一個體系的，他也要負一些責任，但是我們也是要跟他規定一下說，拜託各分區回去好好的處理，但是這個要落實的時間也是應該要快，不要說把這些體系弄得大家很難過，這樣也比較不好。

主席

好，來，黃醫師。

黃代表振國

初期為什麼沒有鼓勵同體系醫療院所互轉，第一，在設定上下轉的時候，很多的制度沒有建立完善的監控方式，而且經費有限。第二，應該以一個區域的概念，在一個區域的地區醫院或區域醫院本不要只限同體系，應該廣結善緣，擔當地區照顧者的角色，所以應該鼓勵不同體系的合作。該地區的醫院、診所願意上下互轉，才能達到分級醫療的目的，並不是反對同體系互轉，如果剛剛講的「距離」，很怕拿掉文字候，就沒有什麼防弊機制，例如接送病人轉診就診。所以在完善的防弊機制沒有建立之前，在有限的經費下，當然是逐步開放，所以建議暫時不要開放同體系互轉，因為現在沒有很好的監控機制，貿然開放，會佔掉真正分級醫療的預算。預算費用，希望能鼓勵「真實的」的上下轉診，剛剛有很多前輩提出金山的案例，不是太恰當，因為金山案例有特殊性，我很清楚。還有真的有宗教醫院以社團法人的形式成立，如北港、恩主公等等，甚至北港醫院是委託某個體系去經營，但說實在的沒辦法查那麼細。各位前輩意見非常好，在擴大辦理的時候也可以一併納入考量，但在初期都走不穩了，如何開放？我覺得用在真實上下轉的費用實在不足，謝謝。

主席

好，謝謝。那我們再來邀請我們專家學者表示意見，施院長。

施代表壽全

這是一個不太好回答的問題，醫院跟醫院之間，關係的深淺，非常多樣化，不過我想我基本的態度還是比較保留，因為所謂同體系的醫院，如果在轉診上申報支付，如果沒有一個很好防弊的方式，很怕會有利益輸送的問題，所以我的基本態度還是不是很贊成。但是今年會有這個同體系轉診要給它給付的問題，像剛剛謝院長他們也提到說，比如說一個醫學中心，在比較偏遠的地方有一個點，也許是一家相關的診所什麼，它的確是要做比較偏鄉的服務，它雖是同體系，但有轉診過來，其實也應該要給它鼓勵啦。所以我有一個想法，但是不知道會不會讓這個問題更複雜，當然大家剛剛有提到說，距離是一個可以考慮的，較遠的距離是可以給付，另外就是說假如同體系，我們要開放，那是不是能打折，比如說我們本來給付多少，但因為它是同體系，雖然還是要給它給付，但是打折打一半或者多少，只是這樣給付標準會不會變得很複雜，這是我的思考啦。我的基本態度是如果還沒有很好的防弊，防止利益輸送之前，的確先不要開放，若要開放的話，首先距離是一個思考，或者第二個就是，同體系也開放，但要打個折，這是我的意見。

主席

好，謝謝院長，羅老師。

羅代表紀琮

分級醫療是政策目標，所以提供支付誘因而來鼓勵轉診，理論上是合宜的政策手段。原先同體系醫院轉診不得支付的規範，是防弊措施。在這個前提之下，我們可以看到相關統計顯示，同體系醫院申報轉診支付的件數相對是有限的。我有二個問題，第一個就是：目前的這些轉診，有多少是為了轉診加成的原因來轉？有多少是不管是否有轉診

支付都會轉？換句話說，你是在誘因機制下，回應誘因？還是不管有沒有誘因都會轉？所以同體系轉診的申報案件才比較是反應真正的需求。這兩種狀況各占多少比例？在目前的規範下我是不曉得，但我建議：既然分級醫療是政策方向，轉診又是推動它的重要工具，我覺得不應該繼續加以規範。不過也不能不考慮 moral hazard(道德風險)的問題。所以事先要讓院所知道，同體系醫院申報轉診支付會面臨加強審查。總之，我覺得還是要鼓勵，比如說無規範先試行一年，然後再仔細分析相關轉診行為，最後再看是否修正以及如何修正，以確實達到政策目標。

主席

好，最後一位，謝院長。

謝代表文輝

我先聽了兩位專家的意見，我是認為這樣，道德風險就像基層講的，就像以前我們抓那個院前藥局一樣，現在最被詬病的，其實就是它這些醫院的院前院所嘛，它就自己操作這些東西，所以我是覺得那個距離就加一個限制，在這裡面你同體系，如果是同一個醫療社區，就是在你那個生活圈裡頭的，當然就不算轉診，那是你自己的，其他生活圈那當然就是另外的區嘛，你本來就是要轉出去，那個醫療次區域就是生活圈嘛。如果這個醫院，那它在這個醫療次區域裡面設的，就是院前診所，那轉出去的是非它醫療次區域的就是實際的轉診，因為不可能叫病人跨區來看嘛，如果要有距離，現在馬上可以用上的，就是醫療次區域。

主席

好，我們大概就是到這裡，還有嗎？

黃代表振國

剛剛提的有點意見，以龜山跟林口為例，只要一條街就跨區了，所以我還是覺得以距離算，不管幾公里，謝謝。

主席

好，沒關係，理事長這邊還有。

吳代表國治

基層基本上還是反對，因為現在設標已經規定醫療法人不能設門診部，除非在偏遠地區，那現在通過的話，就會讓人頭去設診所，所以基層還是反對的。

主席

好，這個案子還有？

陳代表志忠

它設人頭診所，你現在一點辦法也沒有，它就照常去領。

吳代表國治

所以業務組要回報啊，我們在北區都有告訴他們哪一些是，像苗栗我就講，只要掛鄉鎮名稱的診所，像後龍診所、公館診所、竹南診所通通都是同體系的人頭去開的，這我們都回報過了。

主席

好，謝謝大家。沒有去問也不知道要不要否認，其實醫院跟醫院之間的合作關係，本來資訊就不透明，而且那個基本上是五花八門的合作關係，我們也沒有人能掌握到，就像剛剛黃醫師講，還要請法務部去調查金流，那事情就又更大條了，所以我想這樣好不好，這個案子今天算是大家認為有討論空間，但是興利跟防弊之間到底怎樣去取得平衡，這確實是大家都著力在這裡討論，那麼我們上次在講這個案子的時候，因為是7月1日開始，我們有說上半年暫依醫策會規範內容執行，然後年底前要檢討，現在是10月，我們還有兩個月，那我這樣建議，這個案子認為贊成跟保留的都有，我們專家學者也有提出一些建議，就是折衷的建議，那這個案子會後就由健保署行文給三個層級的協會還有基層，全聯會再各自表示意見。因為請你們表示意見，

你們內部就會再討論形成一個共識，那我們在下一次會議，大家再來集思廣益，好不好。所以我們下個月的共擬會議再來討論這個案子，讓大家還有空間，那也請大家在討論的時候，將我們今天兩位專家學者提出來的建議，也納入考慮，他們有一些比較具體的建議跟辦法，也是一個思考的方向，那我們是不是就討論到這裡。

李代表偉強

謝謝主席的裁示。剛剛有提出來說，那到底有沒有這筆預算。

主席

有，只是怕用完會浮動。

李代表偉強

其實有預算嘛，如果沒有錢還討論這麼多，因為剛剛有提出這個質疑。

主席

在協商的時候，本署有把這個可能的預算匡列進去，但是基層並沒有表達支持的態度，他們沒有口頭上，但是那都是建議，還有嗎？
陳代表。

陳代表志忠

我們這個冤枉的，可以先申冤吧？

主席

申冤可以啦，反正申冤的不只你，申冤的很多。

陳代表志忠

申冤由署裡面來真正調查看看。

主席

我們會，我們也都是要試用半年之後再來改，好不好？因為現在各位看到我們這邊監控的數據也只有兩個月，所以都還是初期，是不

是容我們，我們確實要審慎一下好不好，當時我們的共識就是先做半年，所以半年現在還沒到，才兩個多月的數字而已，所以還有時間大家再稍微想一想，那我們今天要加班一下，接下來第四案。

第四案

案由：107 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)增修「內視鏡射頻消融術 (RFA)」等 11 項診療項目及支付標準第二部第二章第七節手術分項案。

主席

等一下，我們就一個一個來好嗎？首先大家看一下內視鏡射頻消融術，那這個資料在 4-23 頁，4-23 頁的部分包括適應症還有建議支付點數以及財務衝擊的評估、財務的預估在 4-23 頁，這部分請醫管組這邊再補充說明一下。

王科長玲玲

請各位代表看一下我們的附件 4-23 頁的第 1 項 RFA，這個是消化系內視鏡醫學會所提出來的，已經通過我們的專家諮詢會議，是同意給付，適應症總共有 3 個，其實已經歸列了非常明確的適應症，而且是必須要有病理切片證實的，另外的話在支付規範裡面，原則上 1 個病人是申報 1 次為限，如果六個月內要再做一次 RFA 的話要經過事前審查，事前審查也訂了 3 個條件，這個診療項目已經內含了一般材料費還有單一使用拋棄式的這些 guidewire 跟 spray catheter 這項，還有內視鏡的透明套，這些都已經包含在內了。另外也列了一些不得合併申報的項目，麻醉費的話是可以另外計的，那依照提案單位的估計，預估 1 年的執行量大概是 90 人次，以上。

主席

好，這個並不是很多人會碰到的，但是對於這些癌前病變的病人，事實上是有幫忙的，好，這個案子因為學會今天正好專家沒有來，那我們就請同仁補充說明，那大家有沒有意見？對，加班一下，因為我們的專家都來很久了，好嗎？好，這個案子大家有沒有意見？沒有意見，我們第一案就通過，接下來第二項。

好，這個部分是冠狀動脈繞道手術，我們原來是到三條血管，現在再新增四條、五條、六條，我們今天邀請到的專家是台灣胸腔及心臟血管外科醫學會有張醫師跟周醫師，那請張醫師還是周醫師要再補充說明？張效煌醫師。

張效煌醫師(台灣胸腔及心臟血管外科學會)

因為就所有需要進行冠狀動脈繞道手術的病人而言，全世界的平均繞道的數目大概是 3.5 到 3.7 之間，所以實際上大概有超過一半的病人其實都是在三條以上，所以在這種情況之下，我們大部分的情況其實在手術的給付來講都是低於應該的給付項目，所以就這一點來講，學會是希望說署裡面能夠按照、依照實際進行的項目來做手術項目的給付，謝謝。

主席

好，謝謝，其實四條、五條、六條的人數並不多，但是確實有人要做到四條、五條、六條的話，我們過去就沒有給予合理的支付，這是增進給付公平性，好，周醫師還有沒有要補充？沒有，來，請黃代表。

黃代表雪玲

我想問一下這個 Tw-DRGs 要怎麼給付？是不是外加？還是說 Tw-DRGs 會再拆分，不然實質開四條、五條拿不到他的定額。

主席

好，醫管組說明。

王科長玲玲

未來這個支付標準如果新增出來之後，我們就會用原本是三條血管的診療項目再以增加的點數校正進去 Tw-DRGs 裡面。

黃代表雪玲

定額，我們實際做的人就還是跟大家一樣定額，我覺得這樣不合理。

主席

Group 會不會再拆？會不會再分？

王科長玲玲

如果 Tw-DRGs 的群組要再拆的話，可能到時候就是我們再請相關單位提供給我們，看看怎麼拆會比較合適。

主席

要不然就要外加。

黃代表雪玲

對，外加。

主席

三條以上的可以外加，好，這個建議我們錄進來，再評估看看，好不好？但是這個新增支付項目先處理好不好？大家有沒有意見？好，如果沒有意見，我們這個項目就通過，再來下一項。

李代表偉強

主席。

主席

是。

李代表偉強

後面還有好幾項，我是不是建議說我們後面就不要再逐一念了，然後再請專門學會補充就好。

主席

好，就不再宣讀，第三個部分是麻醉深度監測，這個麻醉醫學會的簡理事長來了，那我們請理事長。

簡志誠理事長(台灣麻醉醫學會)

我們這一次主要是增加第 4 個 indication，就是他第 4 個適應症是在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下，只要在麻醉紀錄單上全程載明是 TIVA，就是 Total Intravenous Anesthesia 劑量變化，而且符合下面 3 個條件，第 1 個是麻醉時間 4 小時以上，第 2 個是有 IONM，第 3 個是病人有 IICP，這 3 個狀況、這 3 個 indication，那麼這 3 個 indication 目前...，在那天的討論會上，最主要的比較有爭議的是麻醉時間 4 小時以上，因為事實上會發生問題在目前國際或國內會發生的問題不見得要 4 小時以上病人就會產生有 awareness、或清醒的這種問題，那不過那天考慮的是為什麼會定 4 小時最主要是因為財務考量，4 小時以上的話目前 case number 比較少一點，那我們在醫學會的立場是對這個還是相對來講是我們覺得在導入期可以先這樣使用，但是未來我們再看實際使用狀況再提會裡面再做修正，所以目前我們是希望先以這 3 個 indication 先通過，來第 4 項的使用的適應症，以上。

主席

好，來，請潘代表。

潘代表延健

針對 4 小時這一部分，因為我有請教過我們醫院裡面的麻醉科的醫師，TIVA 本身他是比較不適合長時間的，因為如果說因為財務的考量改成 4 個小時，因為麻醉另外有麻醉的給付，那是不是也會間接的誘導說那我碰到這個狀況我就把他撐到 4 個小時，因為其實大部分就是說 2 小時還是應該比較恰當，所以是不是這部分應該要做一下調整，第 2 個就是說在顱內高壓的部分，因為我們這個麻醉科的醫師也表達就是說在這個病人開腦部的手術的時候，他現在是沒有碼在進行麻醉的深度的檢測，這一塊可能也要幫忙再考量一下，以上。

主席

來，請羅院長。

羅代表永達

主席，我不太懂這個邏輯，怪怪的，因為他的 4 的意思是說，他如果在做 TIVA 的時候，其他都符合這 3 個之 1，不是全部，也就是說如果說他假設說不管麻醉時間，他既沒有 ICP 又沒有 IONM，都沒有，那你用時間來那不是一個很奇怪的概念不是嗎？對不對，所以我覺得原來的東西，不管是財務標準，既然是通一，你 3 個裡面至少要 2 個，時間只是另外一個考量這樣而已，邏輯上應該是這樣子吧？所以我的意思是說，所以我不反對麻醉科他們很多的危險，所以我覺得我支持他原來的，就不用改了，因為他已經夠寬了，以上。

主席

好，那理事長這邊還要補充嗎？

簡志誠理事長(台灣麻醉醫學會)

我覺得這個...，現在是這樣子，我跟羅代表報告一下，那事實上 TIVA 的時候他是靜脈麻醉，這是最大的問題是因為每個人藥物在體內的分布狀況是沒辦法掌握的，我們只能大概計算，所以常常會我們以

為病人已經麻的夠深，但事實上病人是清醒的，是半清醒狀況，那所以如果沒有這個麻醉深度的監測器的時候，那麼產生這個病人中間醒來的機會是會發生的，那這個會發生的過程中其實不是...，但...，那今天之所以放這3個 indication，其中第2、第3 indication 是因為他在神經手術確實不適合用氣體麻醉，那所以只好用 TIVA、藥物、用靜脈注射的方式來麻醉，第2、第3是這樣子，那第1個時間是這樣，第1個狀況是就算不是這兩個 indication，但是他有其他狀況下我們需要用 TIVA 的時候，那這時候時間變長，時間一旦長，藥物在體內代謝的變化會更大，所以我們才說麻醉4小時以上的時候其實是絕對是需要，但是就像剛才另外一位代表說的，4小時以上的手術其實並不是太可以使用，所以今天列入這3個 indication，到最後我們在猜最常使用的會是...，用來申報主要是第2跟第3，那雖然是比以前好，但是實際上使用上可能還是不足，那麻醉醫學會在經驗的狀況之下我們認為是先通過也沒有什麼不好，因為反正以後再慢慢修正，我們是...，但是這個條文我在猜，實際使用之後署裡面跟麻醉醫學會會一起來做後續的評估，那我們希望未來有實際的數字跟資料，再來這個地方跟大家報告後續的調整，那今天我們是建議是先通過，以上。

主席

好，謝謝，來，朱代表。

朱代表益宏

主席，第1個，這個案子我支持麻醉醫學會，因為他的前提是要在做 TIVA，那 TIVA 他本身他就是全靜脈麻醉，他本身目前就沒有一個麻醉深度的監測，如果你是吸入性的麻醉，那你還可以測量他的 MAC，但是他不是，所以 TIVA 其實是最近差不多20年來發展出來的，那當然他有他的好處，但是他對於腦部的這個，到底被麻醉的程度他目前是沒有辦法監測的，所以他的前提就是使用在 TIVA，當然最理想的狀況你只要用 TIVA 就應該監測了，但是那個量會非常大，所以在麻醉醫學會討論的時候，我有參與他們討論，所以他們把他設限成4

個小時，因為 4 個小時案例其實非常非常少，不是說全身麻醉 4 個小時案例少，而是用 TIVA 再加上 4 個小時是非常非常少，因為一般的麻醉醫師也不敢那麼長的時間全部用 TIVA 超過 4 個小時，所以這是我要先表達第 1 點，大家不要想說 4 個小時量會不會太多或是怎麼樣，所以我還是認為說其實以他 list 的 indication 這 3 個其實是非常非常緊，非常非常緊，國外來看事實上是比這個要寬鬆很多，這是我要先報告第 1 點，第 2 點其實這個案子在我們大概應該半年前討論的時候就已經通過，當初我們會議中討論的案子就有包括第 4 點，那只是署裡面因為聽了某一位專家的意見認為這個有疑義，所以就報部公告的時候就把它拿掉，但是在會議上、在我們這個委員會會議上事實上通過的時候就已經包括了第 4 點，那所以我個人認為這個案子應該是給他通過，謝謝。

主席

好，這個是基於麻醉安全，然後也是擔心像潘代表講的會太多，所以最後就是折衷在麻醉時間 4 小時以上先納入給付，這個也獲得麻醉醫學會的同意，願意先這樣子來試試看，這個項目是分 >12 歲跟 ≤ 12 歲兩個支付點數是不一樣的，那所以會有不一樣的兩個碼，好，到這裡大家還有沒有其他意見？

黃代表雪玲

我想提一個就是，我記得朱副一直反映說麻醉的給付偏低，那是不是要趕快檢討一下。

主席

有調過了。

黃代表雪玲

好像 92 年到現在都沒有調，全身麻醉...

主席

有調過，對，麻醉有調，這個是新增，這是麻醉安全，這還不是麻醉原來的給付，好，先講這個好不好？好，大家有沒有對這項有別的意見？院長有沒有？好，那如果沒有意見的話，我們這一項第二度的討論我們就通過了，接下來是左心耳閉合術，好，左心耳閉合術我們邀請的是台灣介入性心臟血管醫學會的蔡醫師，來，請說明。

蔡適吉醫師(台灣介入性心臟血管醫學會)

大家好，我是新光醫院蔡適吉醫師，這議題本來是要由臺大醫院蔡佳醜教授來報告，那因為他人在國外，他請我來報告這樣子，那左心耳閉合術這個手術他需要的是一個團隊的合作，那上次的會議的結論，就是在做這個手術的時候，需要由除了心臟內科訓練機構的資格之外，另外就是心臟外科的專科醫師也要在場支援，那蔡佳醜教授他的意見是因為手術的風險大概是 1% 左右，那他風險包括說我們做的這個左心耳閉合術的器具他可能躲在心臟裡面的時候他可能會有脫落的風險，或者是心臟破裂的風險這兩個，所以他是建議說除了心臟外科專科醫師在場之外，需要在這個結論裡面可能要增加這個心臟外科醫師除了他在場，他同時需要具備的能力，例如說他可以做緊急的葉克膜的支援跟緊急開心手術來做緊急的處理，萬一這個病人在做這個手術的過程中有任何的併發症的時候，這個心臟外科醫師才能夠有這個能力來做處理，以上。

主席

好，謝謝，那有關左心耳閉合術大家有沒有意見？好，請潘代表，潘代表先。

潘代表延健

主席，因為他也是心導管處置的一種，所以剛剛那個專家所提到的風險跟其他的心導管相關的處置差異有多少？因為其他的心導管處置是不是也有要求要心臟外科醫師在場支援，他是在場支援，那是不

是意味著就是他 24 小時，除了心臟內科隨 call 隨到之外，心臟外科要跟著出來？所以在支援的這個字眼裡面是不是一定要強調在場？而且在其他的心臟外科處置裡面好像也沒有這樣的要求，所以在這一段是不是能夠再考慮一下？

主席

好，請學會蔡醫師，要不要回應一下？

蔡適吉醫師(台灣介入性心臟血管醫學會)

一般做心導管手術，如果是一般的心導管手術風險...，如果只有單純的診斷大概風險是千分之一，但是如果有做氣球擴張或是擺支架，那風險就稍微提高到 1%，那我記得是有做心導管手術的醫院資格，其實另外一個就是要心臟外科隨時來做 backup，因為那是很重要，因為我們在做這個收術過程中發生風險的時候，隨時需要這個團隊，包括心臟外科醫師馬上來做這樣的支援的動作，那蔡佳醜教授我聽他的意思，他主要是希望說能夠有這樣子的規範是擔心有的心臟外科他沒辦法做這個，或者是有的醫院沒辦法做這個緊急葉克膜的支援，或者是緊急馬上開心手術的這個，那這樣在我們做這個閉合術的時候，萬一如果出現狀況，我可能基於病人的安全，可能沒辦法很快的做處理這樣。

主席

好，來，潘代表。

潘代表延健

因為心臟外科醫師本來就是要支援的，因為我現在斟酌的是這兩個字，在場支援，因為在場支援就是說他就是要在跟著心臟內科的醫師，就是在心導管室裡面，他就在場，因為現在其實在做這個風險比較高的心導管手術的時候，本來心臟外科他就隨時都 standby，但是他不見得就是在場，所以在這個地方給付規定裡面，他規定這個嚴格的時候，未來在申報上面就會造成非常大的一個嚴格的限制條件，所以

他也會相對的會排斥掉一些他原來現在就能做的一些機構的一個狀況，所以說我是針對這個在場支援這個在場這兩個字是不是應該要拿掉？或者是改成及時支援還是把那個精神留著，但是不要這麼嚴格的寫，講說就是在場支援，我的意思是這樣。

主席

好，蔡醫師呢？

蔡適吉醫師(台灣介入性心臟血管醫學會)

非常同意，因為這個在場我覺得也是太嚴苛，因為目前臨床上我們如果有心臟外科醫師隨時在心導管室裡面看著我們做心導管，那他畢竟還是在醫院支援或者是立即支援是我們同意的，在醫院待命這樣子。

主席

在院，在院支援，在院，可以嗎？

蔡適吉醫師(台灣介入性心臟血管醫學會)

對。

主席

在院可以嗎？在場跟在院就差很多了，那就改成在院好不好？在院支援，來，請。

朱代表益宏

主席，如果這樣那我不知道...，我想請問為什麼要修？因為他如果原來的條文是有心臟內科、外科訓練機構，表示他一定有一定數量的專科醫師，他才能夠成為心臟內科或外科的訓練醫院，那他既然是有這些有一定數量的醫師，那他一定是可以達到隨時 on call。

主席

對。

朱代表益宏

對不對？那只是說...，所以我覺得如果是這樣，在院支援這個跟這個意思有什麼不一樣？

主席

有，還是不太一樣，在場應該是在現場，那在院的話就是不在現場但是...。

朱代表益宏

所以意思是會修得比較嚴格是嗎？

主席

寬，在院比較寬。

朱代表益宏

不是，我說跟原來的條件。

主席

那當然。

潘代表延健

這個我可能說明一下，因為之前在討論的時候，因為他寫說心臟內科跟外科的訓練機構資格，所以有一些機構他有醫師，或者是說有醫師可以支援，但他不見得有訓練資格，尤其是比較小的醫院，所以上次提到社區醫院或者是區域醫院。

主席

這個就不行。

潘代表延健

他可能不見得具有訓練資格。

主席

不行，就不行。

潘代表延健

那現在是改成心臟內科訓練機構的資格，但是心臟外科他是必須要有即時支援，要有 backup 這樣的一個體制，所以他等於是在某種程度上有點放寬。

主席

好，那我們就改成在院支援。

羅代表永達

我只是一個很好奇說要簽名嗎？否則怎麼知道他在院？去規定一個不一定做得到的東西不是很奇怪嗎。

林代表淑霞

主席，我覺得就是「在場」兩個字拿掉就好了，請問誰有辦法去勾稽說心外醫師到底有沒有在院？有沒有在場？其實都是攸關救人、救命的事情，我覺得只要規範必須有專任心外專科醫師進行支援就夠了。我覺得就醫生的天職自律性很高的，所以「在場」這兩個字我是覺得是多餘，也就是只要可以即時支援比較重要，不然改成即時也可以，因為真的很難去勾稽在場、在院，怎麼勾稽啊？

主席

好啦，學會覺得呢？即時支援安不安全？改「即時」你們覺得 ok 嗎？

蔡適吉醫師(台灣介入性心臟血管醫學會)

即時的支援應該是可以。

主席

好不好，大家取得最大公約數，即時支援。總之這個責任還是在

主刀的醫師，真的很辛苦，感謝你們。好，那我們就通過了，接下來是第4項住院會診費，這個部分是急診醫學會黃理事長，心臟摘取漏掉了嗎？心臟摘取這個部分來請說明一下，心臟摘取是請胸腔及心臟血管外科醫學會，也是張醫師嗎？還是周醫師？好，請周醫師。

周恒文醫師(台灣胸腔及心臟血管外科學會)

大家好，針對目前這個心臟摘取這一部分的臨床作業，我們需要有專門符合資格的醫師去做摘取，主要是個案的事前審查，就是被摘取的捐贈者要送審，不過目前這一部分應該在臨床上沒有意義，因為送審也不會說這個病人不能摘取，所以目前送審這個步驟應該是不太需要的。其他對於醫院跟醫師的條件，有資格做移植的醫院，都是要符合規定的條件，醫師的資格，各個有資格的醫院應該都會去做一個規範。另外就是後面這些強心劑的劑量單位的錯誤要去做一個修正，以上。

主席

好，在4-28頁的部分，醫管組還有沒有要補充說明？沒有，大家對於這項有沒有意見？來，請。

朱代表益宏

這項是把事前審查拿掉是不是？我覺得是大家考慮一下事前審查這件事啦...因為器官移植他是不是還是要有一些審查，只是說你要放在健保署還是其他的什麼地方去做處理，因為我不是很清楚。

王科長玲玲

補充說明一下，這一項只有把心臟摘取事前審查拿掉，我們的移植事前審查還是在，這是只有摘取，因為現在只有心臟摘取還有事前審查，其他的器官摘取都沒有，所以我們是為了拿這一項。

主席

因為那個有黃金時間的概念，所以真的會來不及，那我們可能當

時在...

朱代表益宏

但是你現在寫得是包括心臟植入...這個表上。

王科長玲玲

我們看一下 4-28 頁，其實因為當初支付標準的寫法裡面，在 68034B 心臟摘取這裡他的註有寫說，施行診療項目 68034B、68035B 的規定條件跟 68035B 一起合併寫，所以會變成說兩個項目都要事前審查。我們現在是把他的項目重新寫了一下，重新寫了以後，摘取就沒有事前審查。

主席

我們把心臟摘取的事前審查取消了，然後心臟植入還是要事前審查，精神上是這樣。好，大家有沒有意見？沒有意見的話我們就通過。接下來就是第 6 項心室輔助裝置植入，這個也有稍微文字修正，大家有沒有意見？沒有接下來就是住院會診費，請急診醫學會，來，請。

陳健驊主任(財團法人台灣急診醫學會)

主席、各位委員大家好，急診醫學會希望能夠放寬對急診病人只能申報一次會診費的規定，因為目前我們面對的急診病患病情複雜，而且牽涉到各個其他次專科的一個機會越來越多，如果限定只能申報一次的話，往往對於其他專科的會診醫師有點不公平，所以我們希望能夠放寬，依照急診病人的病情需要來做會診，以上，謝謝。

主席

好，這項大家有沒有意見？

黃代表雪玲

我是贊成，但是看到署裡寫得是不同意。

主席

醫管組說明一下，放寬每一科會診申報以一次為限，每一科。本來是以申報一次為限，現在是放寬為每一科會診，你總不能會兩個科當然就會兩次，你不能一個科會兩次，是這個意思，所以是放寬。

黃代表雪玲

他們是寫放寬，但署裡是寫不同意呀。

主席

我們哪裡寫不同意？4-6 的部分，請醫管組說明。

王科長玲玲

醫管組說明一下，基本上這個案子我們是考量說...其實急診就是一個不分科的制度，急診的醫師本來就是針對緊急的病患先做初步的診治，之後可能要收到各個科或是收住院再去做進一步治療。如果每一科都要會診一次，我們住院其實只有五次會診，住院這麼複雜的個案我們只有會診五次，如果急診每一科都要會診一次，到時候病人是不是到急診處去開始分別內、外、婦、兒整個這樣會，這樣整個看起來似乎就急診功能來講，我們覺得不是很妥適。

黃代表雪玲

住院的條件一樣嘛，是最多五次。

林代表富滿

可能收不上去，一直在急診也有可能，但是這種個案應該不多...。

朱代表益宏

你這個費用會增加多少？

王科長玲玲

我們用 106 年的申報件數去看，分別估算二-五次的話，增加大概會是 1,125 萬到 4,500 萬。

林代表富滿

有五次，可是不見得有這麼多。

主席

至少一千萬。如果每個人都會診一次的話，是不是這個意思？

李組長純馥

本來就一次，現在他要放寬一科一次，有一大堆次專科要怎麼算？
是要用部定專科還是次專科？

羅代表永達

第一個我想知道我們有多少預算？如果說假設排外...(1:11:18)當然大家都希望的確在急診室這裡很多東西是會診的需求，一次說實在話...醫院裡面有急診的都知道有時候他的判斷光一個內、外科就兩科了，這個東西要不要手術，光會到內科、會到外科就兩科了，所以一次是顯然不知道要報給誰，因為你會要給那個醫師，先報的才有會診費，第2報都沒有會診費，大家也都知道。我覺得這是不合理的，問題就是說我們財務到底能不能負擔？所以如果假設那個可以的話，上限五次，再不行至少我們放寬到三次，我想三次的意義至少代表內、外科或是...，因為急診室醫師都要 rule out，他剛開始懷疑什麼東西時候...他想確認這件事情，你會內科，內科應該想說外科先看，神經內科跟神經外科常常這樣子，但你會到外科去的時候，你頂多到三次我想已經很多了。所以我個人建議，如果假設我們財務能夠負擔我希望可以設上限，如果真的不行的話，我建議至少放寬到三次，以上。

主席

三次就是 2,200 萬，這還蠻多的耶。

朱代表益宏

那是一般的住院會診費，沒有再其他的急診加成...

李組長純馥

而且你這裡用...如果報到住院，還是會吃到住院五次的額度，一樣啊。

主席

還是說跟住院...如果轉住院就跟住院合併不超過五次。

林代表富滿

因為可能只有在急診，不會去住院，但如果這個個案又去住院，就歸屬住院的五次。

主席

現在擔心的是很多病人都在急診住到出院。

黃代表雪玲

這是因為沒辦法進去，不是我們愛讓他在急診呀...

羅代表永達

從進院到出院不管怎樣都不能超過五次，這是我們大家的共識。至少在急診室不管他在什麼情況下，我覺得一次都太少了

李組長純馥

不是，如果只是在決定是由哪個科要收，我覺得不能當作會診吧。

羅代表永達

急診最高三次，住診最高不超過五次啦...

林代表富滿

其實這個跟住院沒有關係，即使他在急診不管會診幾次，到住院就是現在的五次，不會再增加預算，只是針對那些在急診真的有多科會診需要的給它放寬，看是要兩次或三次，這對急診是必要的。

主席

施院長有沒有意見？院長太久沒有來，今天當然要多一點功課給

他...。

施代表壽全

我想基於病人安全考量，很多分科...，我想急診會診三次是可以的。

主席

既然急診病人轉住院還是一樣最多五次，是跟原來的一樣，現在如果只是急診沒有轉住院的那些病人，現在是一次，可是會不會每個人通通來會啊？這也是有點麻煩，這有點誘因，一直會一直會，那急診醫師的功能就...。

陳健驊主任(財團法人台灣急診醫學會)

主席，各位委員，我舉個例子來講好了，碰到一個重大外傷，我們可能需要好幾科醫師過來協助，學會是希望說能夠放寬啦。

主席

可是我的意思就是說，對於這種個案放寬當然是 ok，但會不會整體都來那邊，急診病人很多。

陳健驊主任(財團法人台灣急診醫學會)

理論上現在有核刪制度。

李代表紹誠

今天第一次發言，李紹誠第一次發言，我想像一下我們家人現在送到急診室是什麼狀況，我們就模擬那個場境，現在醫中裡面，過往我們當住院醫師在急診室，真的是會 call 很多科的醫師來看，現在的急診專科醫師，大概他一個人大概都 training 在那邊 stand by，他都可以一個人就...因為他現在已經是一個專科醫生，但是還是會有剛剛提到的那些狀況，我想那應該是設定一個 percentag，多少 percentag 是容許他可以多少次的會診，那這種方式就不會造成主席所思考的那種會診，那這種是不是可以被討論，以上。

主席

來，請。

朱代表益宏

現在其實大家認為一次太少我也同意，但是到底是要到幾次，三次、五次還是幾次，我建議既然身為一個專任，急診醫學會他是專家嘛，他應該要提供現在他們來看急診，住院不算，純粹急診完了就走了，那留觀我覺得，其實很大一塊模糊空間，我覺得是留觀那一塊，他就把他當住院，然後各科都來會診，那一塊我個人是覺得不應該鼓勵啦，而是要考慮今天他來了以後，來到急診室有多久之內我就走了，因為這一段到底會診的次數是多少，是不是請急診醫學會提供一下數字，然後去做一下財務評估，這樣子才會比較準，那如果說真的像這種 case，他們可能就要會診兩次、三次，那當然我覺得也應該要給它放寬啦，但如果他是留觀的病人，你給他會診個三次，其實很多留觀，住就住到出院了阿，就跟住院一樣阿，那當然不夠用，你現在規定一次當然不夠用，但是我覺得那是不合理阿，用急診留觀床當住院使用，本來就不合理，所以應該請急診醫學會去評估，比如他來急診完了之後，不是留觀的病人，在這邊待幾個鐘頭之內就離院的有多少是需要會診，提供一個數字，看看有多少 percent 需要兩次的會診，多少 percent 三次的會診，或是幾次的會診，那這樣大家才能去評估這個財務，如果量不多我個人也認為要放寬啦，但是如果量很多倒是有濫用，那可能就是限制，謝謝。

主席

好，謝謝。那這個案子今天算是還有點點爭議，不夠周延，所以這一項我們就是暫保留，那下一次請急診醫學會，可以提供進一步的經驗值，讓大家的疑慮減少，另外我們也不希望，放寬之後鼓勵急診暫留更多人，基本上現在有很多的急診暫留區，都比病房還大，都是布簾隔，然後就住到出院，這個如果再會診下去，一個人再開個兩、

三個會診，那個數字是蠻大的，那我們今天這個案子就算是暫保留，那我們請急診醫學會再提供意見。

陳健驊主任(財團法人台灣急診醫學會)

回應朱代表的問題，其實我們內部有統計過，如果不是住院的病患，是暫留的病患，大概兩次到三次。

主席

每一個人嗎？

陳健驊主任(財團法人台灣急診醫學會)

不是每一個人。

主席

所以你要提供多少比例的病人可能會這樣，如果說開放成兩個，等一下每個人通通變成兩個，這個是大家關心的，其實是要有一定比例的容忍度可以來接受，但是不能沒有條件的大家都可以會診兩次，那這樣就不好。所以下一次要麻煩，再提供比較好的實證的數據，因為我們可能沒有數據，所以我們這一項就暫保留。

柯代理人怡謀(王代表雅馨代理人)

我只想表達一下，我們都知道聞道有先後，術業有專攻，所以說其實病患有時候他在急診的時候，若真的面臨生死關頭，比較嚴重的狀況，那我們必須要給他合理的會診的時候，我們應該還是要有一定的容許量讓他能夠做。另外一方面，當然以付費者角度，那就是浮濫也是絕對不允許的，因為這樣子會壓縮到資源。所以我是蠻贊成主席說，如果有一個更好的配套、更好而且清楚的標準，的確可以來思考。不過我們還是要強調，剛剛所講的，有時候我們看到很多病患親友對摯愛在病床上受苦的無助，所以基於我們都有很多共同的經驗，如果在急診的時候，真的很需要適時不同專業上的會診，那我們就去看疾病的嚴重程度，或依照個個檢傷分類程度去思考，如果他真的需要依

照急診醫學會這些比較專業的角度去看，也許我們應該要有一點適度的彈性，可能對病患的生命也是一種極大保障，以上。

主席

好，謝謝。那我們這個案子，就是剛剛這樣的建議，我們就暫保留了，到現在已經快六點，我們就要下課了，因為人數也越來越少，其他提案就移到下次再討論，非常感謝大家留到這麼晚，我們今天會議就到這裡，謝謝大家。