「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」

106 年第 2 次臨時會會議紀錄

時間：106 年 8 月 9 日（星期三）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

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	(請假)	李代表飛鵬	李飛鵬
潘代表延健	潘延健	許代表世明	許世明
璩代表大成	王雪月(代)	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
徐代表弘正	陳信水(代)	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	(請假)	楊代表政峯	朱世瑋(代)
羅代表永達	羅永達	王代表榮濱	王榮濱
謝代表文輝	謝文輝	郭代表素珍	(請假)
謝代表武吉	謝武吉	廖代表大富	杜俊元(代)
朱代表益宏	吳淑芬(代)	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	王欽程(代)	王代表雅馨	王雅馨
黃代表振國	顏鴻順(代)	張代表清田	張清田
張代表金石	張金石	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	(請假)		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	張友珊
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
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、林筱庭
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷、秦語謙
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	王秀貞、洪毓婷、吳洵伶
台灣外科醫學會	李乃信
台灣乳房醫學會	曾令民、張振祥、黃其晟
台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會	葉國偉
台灣消化系內視鏡醫學會	陳建華
台灣胸腔及心臟血管外科學會	張效煌
本署臺北業務組	余子千、溫牡珍、張志銘、 王文君、謝儀靜
本署中區業務組	楊惠真
本署企劃組	吳志倩
本署醫審及藥材組	蔡佳倫
本署醫務管理組	龐一鳴、林寶鳳、谷祖棣、 張淑雅、王玲玲、林右鈞、 陳依婕、宋兆喻、廖敏欣、 涂奇君、林沁嫻、吳明純、 何承穎、林芝螢

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

三、報告事項

(一) 增訂中醫支付標準門診診察費診療項目「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」案。

決定：洽悉，修訂摘要如下，詳附件 1，P7-P8。

第四部中醫第一章門診診察費新增「看診時聘有護理人員在場服務者」(支付標準編號 A41、A43、A45、A47、A49、A51、A53)，及「看診時未聘有護理人員在場服務者」(支付標準編號 A42、A44、A46、A48、A50、A52、A54) 支付點數。

(二) 調升基層院所門診診察費第一階段合理量內開具慢性病連續處方診療項目(00140C、00150C、00139C、00149C、00182C、及 00183C) 支付點數 20 點案。

決定：洽悉，調升支付標準編號 00140C 等六項支付點數各 20 點，詳附件 2，P9-P13。

(三) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 14065C「流行性感 A 型病毒抗原」及 14066C「流行性感 B 型病毒抗原」刪除備註「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報」案。

決定：洽悉，本項自 106 年 7 月 21 日起實施，詳附件 3，P14。

四、討論事項

(一) 106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術」等 21 項診療項目案。

決議：

1. 同意新增診療項目 6 項：編號 63012B「乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術」、63013B「乳房部分切除手術併標準腋下淋巴廓清術」、63014B「乳房全切除手術併前

哨淋巴結摘除手術」、63015B「乳房部分切除手術」、63016B「乳房全切除手術」及 17022B「呼氣一氧化氮監測(FeNO)」，預算推估共計約 1.28 億點，詳附件 4，P15-P23。

2. 同意增修刪診療項目 10 項：修訂編號 33024B「逆行性膽道及胰管造影 E.R.C.P.」、56031B「經內視鏡括約肌切開術」、56032B「經內視鏡十二指腸括約肌氣球成形術」、63007B「改良式乳房根除手術-單側」、63008B「改良式乳房根除手術-雙側」、68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」、68051B「心室輔助裝置植入」、70205B「標準腋下淋巴廓清術」，及刪除 29034C「前哨淋巴腺切片術」改增列 63017B「前哨淋巴結摘除手術」、刪除 56033B「經內視鏡消化道華達壺腹切開併截石術」，推估減少支出約 1.29 億點，詳附件 4，P15-P23。
3. 不同意增修 5 項：「鐳 223(Radium-223)治療」、「攝護腺癌粒子植入近端放射治療」同步修改支付標準編號「37010B 組織插種治療」、「重症病人血清骨化二醇(維他命 D)檢測」、「神經監測術」，考量尚無臨床實證關於病人之 QALY 及經濟效益研究等，不同意增修。

(二) 應用 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算 (6,000 百萬元) 調整支付標準案。

決議：

1. 本案係屬 106 年醫院總額部門之非協商因素預算，已按各季分配之預算進行總額點值結算，且考量醫療服務給付項目及支付標準屬法規命令，爰依衛生福利部核定之公告實施日期辦理，不予追溯。
2. 西醫基層總額本項非協商因素預算已用於調升基層院所門診診察費，爰本次支付標準調整項優先反映於醫院總額 (詳附件 5，P24-P61)，並請西醫基層部門於 107 年總額協商時將同項於西醫基層部門執行所需之預算予以編

列。

(三) 配合 106 年 60 億調整重症項目，全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 調整適用之相對權重統計結果及支付通則修訂案。

決議：

1. 本案通過，惟考量醫院因應作業時程，修訂後之 4.0 版 Tw-DRGs 支付通則及分類表應予一定緩衝時間。
2. 配合 60 億調整重症項目，修訂後 4.0 版 Tw-DRGs 未生效前，以現行 3.4 版 Tw-DRGs 同步調整適用之相對權重及各項參數陳報衛生福利部核定公布。

(四) 應用 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算 (2,967 百萬元) 調整支付標準案。

決議：與會代表之意見及台灣社區醫院協會所提臨時提案均予錄案，本署將重新擬具方案並擇期開會討論。

五、臨時動議：無。

六、散會：下午 17 時 30 分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第四部 中 醫

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤ 50)	
A82	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	290
A83	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	320
A41	-- <u>看診時聘有護理人員在場服務者，且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</u>	505
A84	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	280
A85	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	310
A42	-- <u>看診時未聘有護理人員在場服務者，且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</u>	495
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分(>50)	
A86	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A43	-- <u>看診時聘有護理人員在場服務者，且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</u>	435
A88	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230
A44	-- <u>看診時未聘有護理人員在場服務者，且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</u>	425
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≤ 30)	
A01	— 看診時聘有護理人員在場服務者	335
A11	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	365
A45	— <u>看診時聘有護理人員在場服務者，且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</u>	555
A02	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	325
A12	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	355
A46	— <u>看診時未聘有護理人員在場服務者，且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</u>	545

編號	診療項目	支付點數
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分 (31-50)	
A03	—看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	260
A47	<u>—看診時聘有護理人員在場服務者，且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</u>	475
A04	—看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	250
A48	<u>—看診時未聘有護理人員在場服務者，且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</u>	465
	3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分 (51-70)	
A05	—看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	190
A49	<u>—看診時聘有護理人員在場服務者，且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</u>	415
A06	—看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	180
A50	<u>—看診時未聘有護理人員在場服務者，且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</u>	405
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)	
A07	—未開具慢性病連續處方	90
A17	—開具慢性病連續處方	120
A51	<u>—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</u>	325
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五〇人次部分(>150)	
A08	—未開具慢性病連續處方	50
A18	—開具慢性病連續處方	80
A52	<u>—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</u>	305
	6.山地離島地區	
A09	—看診時聘有護理人員在場服務者	335
A19	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	365
A53	<u>—看診時聘有護理人員在場服務者，且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</u>	555
A10	—看診時未聘有護理人員在場服務者	325
A20	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	355
A54	<u>—看診時未聘有護理人員在場服務者，且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</u>	545

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

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
	一般門診診察費					
	一 基層院所門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	v				352
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	v				250
00139C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				355 375
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑 (1-30人次)	v				352
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑 (31-40人次)	v				250
00140C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				330 350
00158C	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				555
00159C	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				530
	2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41-60)					
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00160C	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				475
00161C	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				450
	3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80)					
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160

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
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00162C	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				415
00163C	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交由本院所自行調劑	v				390
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五〇人次以下部分(81-150)					
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v				70
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				125
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				70
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				100
00164C	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				325
00165C	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				300
	5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)					
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	v				50
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				105
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				50
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				80
00166C	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				305
00167C	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				280
	6.山地離島地區					
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)					
00119C	1)處方交付特約藥局調劑	v				352
00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				355 375
00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				352
00150C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				330 350
00168C	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				555
00169C	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				530
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)					

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
00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00209C	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				475
00210C	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 (3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)	v				450
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00215C	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				415
00216C	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交由本院所自行調劑 (4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分 (>150)	v				390
00217C	1)處方交付特約藥局調劑	v				90
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				145
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				90
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				120
00221C	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				345
00222C	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				320
	<p>註：1.以上第1至5點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，以二十五日計算合理量。</p> <p>2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。</p> <p>3.以上第1至6點限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。</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
	4.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 6.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 7.本項支付點數含護理費29-39點。 8.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外，以山地離島地區50人次以下部分之支付點數申報。 9.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。					
	精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					
	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
	2.基層診所					
01031C	1)處方交付特約藥局調劑	v				338
00182C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				369 389
01032C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				338
00183C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				348 368
00184C	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				569
00185C	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				548
	—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

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
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 註：1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4.本項支付點數含護理費31-41點。 5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。	v	v	v	v	414

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

第一節 檢查 Laboratory Examination

第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14082)

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
14065C	流行性感冒A型病毒抗原 Influenza A Ag 註：除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。	v	v	v	v	150
14066C	流行性感冒B型病毒抗原 Influenza B Ag 註：除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。	v	v	v	v	150

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

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十一項 呼吸機能檢查 Respiratory Function Examination (17001-17024~~2~~)

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
17022B	呼氣一氧化氮監測(FeNO) 註： <u>1.適應症：6歲以上至12歲以下確診氣喘患者追蹤使用。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)申報次數：一年最多申報3次。</u> <u>(2)申報專科別：兒科。</u> <u>(3)執行限制：限受過操作訓練之醫療人員。</u> <u>(4)費用申報時必要之附件：檢測報告。</u>		√	√	√	748

第二十二項 診斷穿刺 Diagnostic Puncture (29001-29034)

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
29034C	前哨淋巴腺切片術 註： 不可同時申報 70205B。	√	√	√	√	610

本項移列至手術項目 63017B

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 (33001-33142、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
33024B	逆行性膽道及胰管造影 E.R.C.P. (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography) 註：1.含膽道鏡費用在內。 2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式導引線或雙頭導線及拋棄式內視鏡造影導管費用。		V	V	V	13461 15043

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56038)

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
56031B	經內視鏡括約肌切開術 Endoscopic sphincterotomy 註： 1.適應症： (1)經十二指腸乳頭膽胰管結石取石前。 (2)經十二指腸乳頭膽胰管組織獲取前。 (3)經十二指腸乳頭膽胰管支架置放前。 (4)經十二指腸乳頭膽胰管內視鏡術前。 (5)經十二指腸乳頭膽胰管異物取出前。 (6)膽源性胰臟炎合併膽管阻塞或肝生化功能異常。 (7)符合十二指腸括約肌功能異常。 (8)十二指腸乳頭狹窄。 (9)胰管癒合不全。 2.支付規範： (1)不得同時申報33024B及56032B。 (2)內含單次使用電刀、導管、導引線等費用。		v	v	v	42518 27331
56032B	經內視鏡十二指腸括約肌氣球成形術 Endoscopic balloon sphincteroplasty 註： 1.適應症： (1)經十二指腸乳頭膽胰管結石取石前。 (2)經十二指腸乳頭膽胰管組織獲取前。 (3)經十二指腸乳頭膽胰管支架置放前。 (4)經十二指腸乳頭膽胰管內視鏡術前。 (5)經十二指腸乳頭膽胰管異物取出前。 (6)膽源性胰臟炎合併膽管阻塞或肝生化功能異常。 (7)符合十二指腸括約肌功能異常。 (8)十二指腸乳頭狹窄。 (9)胰管癒合不全。 2.支付規範： (1)內含單次使用膽道氣球擴張球囊或膽道氣球擴張導管、導引線等費用。 (2)不得同時申報33024B及56031B。		v	v	v	22583 27025
56033B	經內視鏡消化道華達壺腹切開併截石術 Endoscopic papillotomy with stone extraction 註：已含內視鏡費用。		≠	≠	≠	33226

第七節 手術

第二項 乳房 Breast (63001~63044~~17~~)

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
63007B	<u>改良式乳房根除手術 Modified radical mastectomy</u> 乳癌根除術 Radical mastectomy — 單側 unilateral		v	v	v	13042 <u>25595</u>
63008B	— 雙側 bilateral 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.一般材料費，得另加計26%。		v	v	v	17407 <u>38393</u>
63012B	<u>乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術</u> <u>Partial mastectomy and sentinel node(s) excision</u> 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B、63017B。 (2)一般材料費，得另加計50%。		v	v	v	<u>15798</u>
63013B	<u>乳房部分切除手術併標準腋下淋巴廓清術</u> <u>Partial mastectomy + axillary lymph node dissection</u> 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B、70205B。 (2)一般材料費，得另加計25%。		v	v	v	<u>23637</u>
63014B	<u>乳房全切除手術併前哨淋巴結摘除手術</u> <u>Simple mastectomy + sentinel lymph node biopsy</u> 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63003B、63004B、63017B。 (2)一般材料費，得另加計33%。		v	v	v	<u>23390</u>
63015B	<u>乳房部分切除手術</u> <u>Partial mastectomy</u> 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B。 (2)一般材料費，得另加計54%。		v	v	v	<u>10046</u>
63016B	<u>乳房全切除手術</u> <u>Simple mastectomy</u> 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63003B、63004B。 (2)一般材料費，得另加計33%。		v	v	v	<u>18555</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
63017B 29034C	前哨淋巴腺切片術結摘除手術 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計56%。	*	V	V	V	6110 12656

第五項 循環器 Cardiovascular System

一、心臟及心包膜 (68001-68052)

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： 1.適應症：適用於嚴重主動脈狹窄病人，須具備以下二項條件。 (1)必要條件：(此四項條件須全部具備) A.有New York Heart Association Function Class II-IV之心衰竭症狀。 B.以心臟超音波測量主動脈開口面積<0.8cm²、<0.6cm²/m²、經主動脈瓣壓力差≥ 40mmHg或主動脈瓣血流流速≥4.0m/sec。 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。 D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。 (2)同時具備以下條件之一： 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%。 B.年齡為 80 歲或更大。 C.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。 2.支付規範： (1)醫院條件 A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。 B.醫院每年需具500例以上之心導管（含200例以上介入性心臟導管手術）及25例以上主動脈瓣膜置換之手術案例。 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。 (2)醫師資格 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</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
	<p>施。</p> <p>B.具有專科醫師五年以上資格。</p> <p>C.具25例以上主動脈瓣膜置換手術（編號68016B），或300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><u>(3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。</u></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監測等支付項目。</p> <p>4.一般材料費，得加計11%。</p> <p>5.需事前審查。</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	<p>心室輔助裝置植入 Ventricular Assist System implantation</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：</p> <p>(1)心臟衰竭且Maximal VO₂<10ml /kg/min者。</p> <p>(2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO₂<14ml/kg/min者。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(5)紐約心臟功能第四度，持續使用Dopamine或Dobutamine>5g/kg/min七天以上，經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m²者。</p> <p>(6)心臟衰竭已使用ECMO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><u>2.施行手術之醫院及醫師條件如下：</u></p> <p><u>(1)醫院條件：</u></p> <p><u>A.須為「中華民國心臟醫學會」及「中華民國胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>(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></p> <p>23.需採行此一手術病患醫療院所皆應事前專案向保險人申請。 <u>執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。</u></p>		v	v	v	91656

第六項 造血與淋巴系統 Hemic & Lymphatic System

二、根除性淋巴結切除 Radical Lymphadenectomy (70201-70214)

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
70205B	<p>腋窩淋巴腺清除術</p> <p><u>標準腋下淋巴廓清術</u></p> <p>Dissection of axillary lymphatics</p> <p><u>Axillary lymph node dissection</u></p> <p>註：</p> <p><u>1.適應症：惡性乳癌</u></p> <p><u>2.支付規範：</u></p> <p><u>(1)一般材料費，得另加計41%。</u></p>		V	V	V	<p>8170</p> <p><u>13515</u></p>

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

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
01015C	急診診察費 註：1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費46—73點。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成 50%、例假日(週六之中午十二時零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成 20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成 50%； <u>屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加成 20%規定。</u> 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。 5.地區醫院得依表定點數加成19%。 6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計100%，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 <u>7.地區醫院之兒童專科醫師申報得加計百分之五十。</u>	v	v			521
00201B	急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第一級		v	v	v	1652 <u>1800</u>
00202B	檢傷分類第二級		v	v	v	901 <u>1000</u>
00203B	檢傷分類第三級		v	v	v	606
00204B	檢傷分類第四級		v	v	v	449
00225B	檢傷分類第五級 註：1.檢傷分類依衛生福利部規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加成50%、例假日(週六之中午十二時零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加成19%。 6.內含護理費比率為32.04%。 7.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計100%，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 <u>8.兒童專科醫師申報得加計百分之五十。</u>		v	v	v	390

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
01021C	精神科急診診察費 註：1.精神科急診定義及範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費48-67點。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成50%、例假日(週六之中午十二時零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。 5.兒童加成項目。 6. <u>屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數550點申報，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加成20%規定。</u>	V	V	V	V	550 <u>901</u>

第二節 住院診察費

通則：

- 一、嬰幼兒病床得按主管機關登記之病床別，適用本節各項費用。
- 二、正常新生兒費用，以 57114C、57115C「新生兒費」項目併母親分娩費用申報，不得重複申報本節各項費用。
- 三、本節各診察項目皆為兒童加成項目，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。
- 四、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。
- 五、醫師應每日按規定巡房，未巡房者，不予支付住院診察費。
- 六、~~兒童專科醫師申報部分住院診察費(包括編號 02005B、02006K、02007A、02008B、02011K、02012A、02013B、02014K、02015A、02016B)得加計百分之六十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成。~~
- 六、兒童專科醫師申報部分住院診察費得加成，說明如下：
 - (一) 加護病房診察費及住院會診費(包括編號 02005B、02011K、02012A、02013B)，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，加成上限為 120%。
 - (二) 一般住院診察費及隔離病床住院診察費(編號 02006K、02007A、02008B、02014K、02015A、02016B)，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，加成上限為 150%。

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
02011K	加護病床住院診察費(天)				v	897 <u>1615</u>
02012A				v		806 <u>1451</u>
02013B			v			716 <u>1289</u>
註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。						

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
02024B	高危險妊娠住院診察費 註： 適應症： 1. 妊娠二十二週至三十二週早產病患。 2. 四十歲(含)以上初產婦。 3. BMI $\geq$ 35 之初產婦。 4. 嚴重妊娠高血壓。 5. 前置胎盤患者。 6. 多胞胎。 7. 胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 8. 妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病 (NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 9. 白血病。 10. 血友病(Coagulopathy)。 11. 愛滋病。 12. 產後大出血者。 13. 胎盤早期剝離。 14. 合併接受外科手術者。 15. 雙胞胎輸血症候群。		V	V	V	501 1253

第三節 病房費

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
	急診觀察床(床/天)					
03073A	--病房費(第一天)			<u>v</u>	<u>v</u>	367
03074B			<u>v</u>			306
03018A	--病房費(第二天起)			v	v	167
03019B			v			139
03075A	--護理費(第一天)			<u>v</u>	<u>v</u>	418
03076B			<u>v</u>			348
03042A	--護理費(第二天起)			v	v	167
03043B			v			139
	<p>註：1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。</p> <p>2.留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。</p> <p>3.僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。</p> <p>4.山地離島地區病患因故無法後送而須於衛生所(室)留觀者，依03019B及03073B「病床費」、03043B及03076B「護理費」申報。</p>					

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第七項 細菌學與黴菌檢查 Bacteriology & Fungus Test (13001-13029)

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
13017C	KOH顯微鏡檢查 KOH preparation 註： 1.除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數45點申報。	v	v	v	v	45 <u>75</u>

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18046)

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
18037B	胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波 Fetal, umbilical cord, or gravid uterine artery Doppler ultrasound 註：含胎兒超音波檢查。		v	v	v	760 <u>1140</u>
18038B	骨盆腔杜卜勒超音波 Pelvic Doppler ultrasound 註：含骨盆腔超音波檢查。		v	v	v	555 <u>1050</u>
18039B	無壓迫性試驗 Non-stress test		v	v	v	313 <u>517</u>
18040B	催產素挑釁試驗(胎盤功能試驗) Oxytocin challenge test 註：使用之點滴及藥物另行申報。		v	v	v	626 <u>700</u>

第十三項 超音波檢查 Sonography

通則：須將診斷結果附於病歷，申報費用應檢附報告。(19001-19018)

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
19003C	婦科超音波 Gynecologic ultrasound 註：1.不含杜卜勒檢查及立體組像。 2.不得同時申報19011C、 19013B 。	v	v	v	v	450
19007B	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等) Ultrasonic guidance for needle placement (eg, biopsy, aspiration, injection) 註：1.實施超音波導引下組織切片、抽吸、注射，除申報本項外，應再加報第二章第一節第二十二項診斷穿刺。 2.兒童加成項目。		v	v	v	1300 1500
19011C	高危險妊娠胎兒生理評估 Fetal biophysical profile 註：1.不含杜卜勒檢查及立體組像。 2.不得同時申報18013C、18014C、18035B、19003C、19010C、 19013B 。 3.適應症： (1)各種高危險妊娠情況：子宮內胎兒生長遲滯(IUGR)、糖尿病(DM)、妊娠高血壓症(含慢性高血壓與子癲前症)、羊水過多症、其他高危險妊娠狀況等。 (2)胎兒篩檢結果不正常：非反應性NST、陽性OCT、產科超音波檢查發現先天胎兒異常、杜卜勒超音波檢查發現胎兒臍帶血流異常及胎兒血管血流異常等。 4.胎兒生理評估為確認胎兒窘迫的檢查，在妊娠期間之檢查次數以兩次為限。 5.屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數1500點申報。	v	v	v	v	1500 1900

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
19013B	<u>陰道超音波</u> <u>Vaginal ultrasound</u> 註： <u>1.支付規範：</u> <u>(1)不含杜卜勒檢查及立體組像。</u> <u>(2)不得同時申報19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」及19003C「婦科超音波」。</u> <u>2.禁忌症：無性行為者。</u>		v	v	v	957

第十九項 病理組織檢查 Specimen Examination (25001-25026)

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
25012B	免疫組織化學染色(每一抗體) Immunohistochemical stains, each antibody 註： <u>1.每例以申報五種抗體為限。</u> <u>2.若屬下列特殊診斷種類，則申報以十種抗體為限。</u> <u>(1)T or NK cell lymphoma</u> <u>(2)aggressive B cell lymphoma</u> <u>臨床診斷為淋巴、造血和有關組織的惡性腫瘤 (C81-C97)及軟組織腫瘤C47, C48和C49 等，得放寬申報以10種抗體為限。</u>		v	v	v	1354

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28044)

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
28009B	肋膜腔鏡檢查合併切片 Thoracoscopy with biopsy 註：含一般材料費及特殊材料費。		v	v	v	4712 <u>8956</u>

第二十二項 診斷穿刺 Diagnostic Puncture (29001-29034)

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
29012B	胸腔穿刺 Thoracocentesis		v	v	v	962 <u>1000</u>
29013B	心包穿刺 Pericardial puncture		v	v	v	540 <u>800</u>
29033B	骨髓穿刺併骨髓切片 Bone marrow puncture with bone marrow biopsy 註：29014B與29032B同時施行時，以本項申報。		v	v	v	1248 <u>1500</u>

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 (33001-33142、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
33074B	單純性血管整形術		v	v	v	10800
33115B	P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): simple 複雜性血管整形術 P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): complex 註：1.應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。 2.包括選擇性血管造影 (Including selective angiography)。 3.施行「血管整形術(33074B)」原則上應已含括「四肢動靜脈造影33048B」，惟如因病情需要屬不同側時，得分別申報，其他特殊案例，則由專業審查認定。 4.單純性血管整形術係指一條血管之治療，複雜性血管整形術則包含2條血管(含)以上之治療。血管數計算方式： (1)上肢，以實執行之血管數計算。 (2)下肢，分為五部份(腸動脈、股膝膕動脈、前脛動脈、後脛動脈及腓腸骨動脈)，每部份算同一條血管。 (3)同一條血管內多處病灶仍算同一條血管。 5.提升兒童加成項目。		v	v	v	17327 20250
33075B	血管阻塞術 T.A.E.(trans-arterial embolization) 註：1.應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。 2.包括選擇性血管造影、診斷性血管造影及當日血管阻塞術後追蹤造影。		v	v	v	20250 22000

第五節 精神醫療治療費 Psychiatric Treatment Fee (45001~45102)

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
45037C	精神科住院病人特別處理費（每日） Psychiatric inpatient special care (day) 註：1.病患因受精神症狀影響，有攻擊或自傷之虞，治療團隊必須經常照護，並提供必要之心理、行為或藥物處置，以避免危險行為之發生。 2.本項治療限精神科專科醫師之醫囑執行。 3.不得同時申報45034C、45040C。 <u>4.屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數1031點申報。</u>	v	v	v	v	1031 <u>1547</u>
45082B	家族治療 (60分鐘) Family therapy 註：運用家庭動力或系統等理論，以治療精神疾病病人。限精神科醫師或精神科社工師(員)申報，並需附精神科專科醫師之醫囑及簽名。		v	v	v	515 <u>800</u>

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
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，惟肝癌病患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。 3.提升兒童加成項目。		v	v	v	2536 <u>2800</u>
47091B	淋巴水腫照護-徒手淋巴引流(須達 40 分鐘) Care of lymphoedema - manual lymphatic drainage 註：1.適應症：癌症末期淋巴水腫病人 2.執行人員：須接受淋巴照護相關訓練，執行完成後需有適應症、執行過程及執行時間的紀錄。 3.提升兒童加成項目。		v	v	v	335 <u>450</u>

九、婦科處置 GYM & OBS Treatment (55001-55025)

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
55015C	產後出血止血術 Hemosatsis procedures for postpartum hemorrhage 註：屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數 <u>6384點申報。</u>	v	v	v	v	6384 <u>11500</u>
55024C	子宮外翻復位術 Reversion of uterine inversion 註：屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數 <u>5781點申報。</u>	v	v	v	v	5781 <u>11562</u>

十一、呼吸治療處置 (57001~57029)

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
57012B	復原運動 Reconditioning exercise (time)		v	v	v	105 <u>140</u>

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
58014C	連續性全靜脈血液過濾術(每日) continuous veno-venous hemofiltration(C.V.V.H) 註：1.生命徵象不穩定，且必需為接受過透析治療者。 2.嚴重心臟衰竭合併肺水腫之病患。 3.開心手術數日內併發急性腎衰竭之患者。 <u>4.屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數2080點申報。</u>	v	v	v	v	2080 <u>3744</u>
58018C	連續性全靜脈血液過濾透析術(每三日) Continuous veno-venous hemofiltration dialysis (C.V.V.H.D) 註：1.生命徵象不穩定，且必需為接受過透析治療者。 2.嚴重心臟衰竭合併肺水腫之病患。 3.開心手術數日內併發急性腎衰竭之患者。 <u>4.屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數2580點申報。</u>	v	v	v	v	2580 <u>4644</u>

第七節 手術

通則：

- 一、各特約醫院實施手術，可申報「手術費」及「手術一般材料費」。
- 二、各項「手術費」依各節所定點數計算之。「手術費」包括術前皮膚剃雜預備與刷手消毒等費用在內。
- 三、各項手術所需之「手術一般材料費」及「過程面特殊材料費」，得依本節所定點數及表列加計比率計算；未表列者，其「手術一般材料費」，均依本節所定點數之53%計算之，包括：手術中使用之敷料，各類縫合線、刀片、外用消毒藥劑及生理鹽水、開刀巾、一般材料與器械折舊等費用在內。需用及特殊治療材料者，依全民健康保險藥物給付項目及支付標準相關規定申報。
- 四、各項所定點數均包括表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉等之費用。如使用特殊藥劑或特殊治療材料或其他麻醉時，得另加算申報。
- 五、同一手術野內之對稱器官，除有特殊規定者外，係指兩側之手術費用。
- 六、同一手術野或同一病巢內，同時做兩種以上手術時，或依病情可同時手術，而未同時施行者，依下列規定辦理：
 - (一) ~~經同一刀口施行之~~多項手術 同類手術或兩側性手術，第一項手術（支付點數較高者）按其所定點數申報，第二項手術 及第三項手術均 ~~（支付點數次高者）~~ 按其所定點數之一半計算；其餘不計。其餘附帶施行之手術則不另計算。
 - ~~(二) 經不同刀口施行同類手術或兩側性手術，其第一項或一側手術依其所定支付點數計算；第二項或另側手術，依其所定支付點數之一半計算；第三項手術依其所定支付點數之五分之一計算，其餘不計。~~
 - (二) ~~(三)~~ ~~經不同刀口施行~~多項不同類手術時，第一項及第二項均依其所定支付點數計算；第三項依其所定支付點數之三分之一計算，其餘不計。
 - (三) ~~(四)~~ ~~經同一刀口施行~~手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。本條所稱同一手術野或同一病巢，係指在同一手術區內，有不同器官，因同一病灶影響，須同時手術者，~~不同刀口，係指一病灶需由不同刀口，使能將病灶清除、修復者~~，同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之（如第二部第二章第七節第一項皮膚之各項手術 62001C-62072B，均依同類手術項目計費，其餘類推）。
 - (四) 多重創傷（ISS≥16）符合重大創傷之重大傷病資格者，進行胸、腹多項手術均依其所定支付點數計算。

七、凡為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗等，附帶之手術及處置，雖為本標準表所列項目亦不得視為副手術另報。

八、因第一次手術所引起併發症之手術，依其所定支付點數之半計算之，並僅計算一項；但第一次手術在他院者不受限制。

九、手術開始後，如因患者病況發生變化而中止者，按已實施之步驟最近似之手術項目申報。

十、凡門診可行之小手術，不得住院。

十一、急診病人因緊急傷病而必需立即手術者，其「手術費」得按本節所定點數加算30%，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。

十二、本節各項手術均為提升兒童加成項目，~~加成率分為以下兩種：~~「手術一般材料費」不得另按比例加算，病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之六十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成。~~診療項目項下加註「提升兒童加成項目」者，其加成率適用本通則第2項之規定。~~

~~(一)兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之二十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成。~~

~~(二)提升兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之六十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成。~~

第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001~64281)

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
64098B	顴骨，開放性復位 Zygoma ; open reduction — 簡單 simple		v	v	v	3750 7501
64099B	— 複雜 complicated		v	v	v	8250 16501
64108B	下顎骨骨折開放性復位（簡單） Open reduction of mandible(simple)		v	v	v	6664 11154
64112B	眼眶底開放性復位術 Orbital floor open reduction — 矽板植入 silicon sheet implant		v	v	v	7411 14081
64113B	— 自體植入 autograft		v	v	v	9700 18430
64115B	顎關節強直解除術 Release of T.M. joint ankylosis		v	v	v	5780 14450
64153B	斷指再接手術 Replantation — 一隻手指 one finger		v	v	v	17438 26157
64154B	— 二隻手指 two fingers		v	v	v	28680 34416
64155B	— 三隻手指 three fingers		v	v	v	41730 50076
64156B	— 四隻手指 four fingers		v	v	v	54770 65724
64157B	— 五隻手指 five fingers 註：限有顯微手術能力特約醫院實施，申報時應檢附術前術後彩色照片。		v	v	v	67800 81360
64162B	全股關節置換術 Total hip replacement		v	v	v	18891 19608
64164B	全膝關節置換術 Total knee replacement		v	v	v	19170 19608
64201B	人工全髖關節再置換 Revision total hip replacement		v	v	v	24984 32680
64202B	人工全膝關節再置換 Revision total knee replacement		v	v	v	24984 32680

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
64235B	近關節肩岬骨骨折開放性復位術 Open reduction for scapula fracture juxta-articular		v	v	v	5839 9804
64236B	髖臼骨折開放性復位術 Open reduction for acetabulum or hip socket fracture		v	v	v	8000 15901
64274C	臉、頸部癍痕攣縮鬆弛術 Release of scar contracture, face, neck 註：1.限有顯著運動限制者。 2.組織擴張器之植入或取出重建比照申報。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數6784點申報。	v	v	v	v	6784 10855
64275C	手、腳、會陰癍痕攣縮鬆弛術 Release of scar contracture, hand, foot, perineum 註：1.限有顯著運動限制者。 2.組織擴張器之植入或取出重建比照申報。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數6083點申報。	v	v	v	v	6083 9733
64281B	後足關節固定術、三關節固定術 Hindfoot Arthrodesis、Triple arthrodesis, etc. 註： 適應症：後足關節炎，跟骨、舟狀骨、方形骨或距骨骨折、病變或腫瘤。後足變形或不穩定（如扁平足、空凹足、內翻足、外翻足）。		v	v	v	8200 17093

第四項 呼吸器 Respiratory System

一、鼻 Nose (65001-65077)

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
65038B	上頷骨切除術 Maxillectomy		v	v	v	15106
65039B	— 部份 partial		v	v	v	17989 26628
	— 全部 total		v	v	v	17989 26628
65050B	鼻咽腫瘤切除術 Excision of nasopharyngeal tumor		v	v	v	16855 34891
65058B	脫手套法正中顏面手術併顏面骨復位術 Degloving midfacial surgery with facial bone reposition		v	v	v	14168 21956

二、喉 Throat (66002-66032)

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
66007B	喉軟骨整形術 Thyroid cartilage plasty		v	v	v	6372 10195
66008B	— 單純性 simple		v	v	v	11981 16773
	— 複雜性 complicated		v	v	v	11981 16773
66012B	全喉切除術不含頸淋巴腺根除術 Laryngectomy without neck dissection		v	v	v	18230 23078
66013B	全喉切除術併行頸淋巴腺根除術 Laryngectomy with radical neck dissection		v	v	v	28350 32603
66016B	垂直式（側方或前方）喉部份切除術 Vertical (lateral/anterior) partial laryngectomy		v	v	v	16200 18630
66017B	頸淋巴腺根除術 Radical neck dissection		v	v	v	16431 20859

三、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
67037B	支氣管內擴張術 Endobronchial dilatation 註：1.適應症 (1)不適雷射治療之氣管支氣管狹窄。 (2)不適冷凍治療之氣管支氣管狹窄。 (3)不適放置支架治療之氣管支氣管狹窄。 (4)於施行局部放射治療前之先前擴張。 (5)於放置支架前之先前擴張。 (6)支架發生阻塞之擴張。		v	v	v	1544 2779
67050B	胸腔鏡肺葉切除術 Thoracoscopic Lobectomy		v	v	v	32117 41752

第五項 循環器 Cardiovascular System

一、心臟及心包膜 (68001-68052)

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
68002B	心包膜穿刺放液術 Pericardiocentesis 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	1405
68008B	人工A.S.D. Rashkind 法 Creation, atrial-septal-defect Rashkind type, including-cardiac catheterization 註： 1.經靜脈或氣球法(transvenous or balloon method)。 2.提升兒童加成項目。		v	v	v	12950
68012B	插入或置換永久性節律器—單導線 Insertion or replacement of permanent pacemaker—Single electrode catheter 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	5484
68041B	插入或置換永久性節律器—多導線 Insertion or replacement of permanent pacemaker—Multiple electrode catheters 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	7174
68013B	經靜脈插入暫時性電極 Temporary insertion, transvenous electrode 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	4610
68015B	瓣膜成形術 Valvular and/or annuloplasty		v	v	v	35604 46285
68016B	主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術 Single valve replacement		v	v	v	40290 52377
68023B	冠狀動脈繞道手術 Coronary artery bypass grafting(CABG) — 一條血管 one vessel		v	v	v	38273 44014
68024B	— 二條血管 two vessels		v	v	v	47097 54161
68025B	— 三條血管 three vessels		v	v	v	52699 60603
68030B	心內膜切片 Endocardium biopsy 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	5042

二、動脈與靜脈 (69001-69040)

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
69033B	肺動脈瓣氣球擴張術 Balloon pulmonary valvuloplasty 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	26812

第六項 造血與淋巴系統 Hemic & Lymphatic System

一、脾 Spleen (70001-70006)

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
70001B	脾臟切除術 Splenectomy		v	v	v	12218 15884
70006B	腹腔鏡脾切除術 Laparoscopic Splenectomy		v	v	v	14661 19059

三、縱膈與橫膈膜 Mediastinum and Diaphragm (70401-70418)

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
70405B	經由腹腔之橫膈赫尼亞之修補 Repair of diaphragmatic hernia trans-abdominal		v	v	v	16059 20876
70418B	腹腔鏡Nissen氏胃摺疊術 Laparoscopic Nissen Fundoplication		v	v	v	14575 18948

第七項 消化器 Digestive System

一、口、唇及扁桃腺 Mouth,Lip & Tonsils (71001-71023)

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
71014B	舌骨上區清除術 Suprahyoid dissection		v	v	v	16722 19231
71019B	腮腺切除術，全葉摘除 Parotidectomy, total lobectomy		v	v	v	16576 24622
71020B	腮腺切除術，切除 Parotidectomy, excision		v	v	v	14080 21120
71022B	口腔複合性切除術 Composite resection for oral cancer		v	v	v	19409 24864

二、食道 Esophagus (71201-71225)

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
71208B	食道、胃瘻管縫合術 Esophagogastric fistula closure		v	v	v	8706 11318
71209B	食道切除術 Esophagectomy		v	v	v	37073 48195
71210B	食道切除再造術 Esophagectomy & reconstruction		v	v	v	43574 56646
71213B	食道再造術 Esophageal reconstruction —以胃管重建 with gastric tube		v	v	v	38093 49521
71220B	—以大腸重建 with colon		v	v	v	27635 35926
71221B	—以小腸重建 with small intestine		v	v	v	30018 39024
71214B	食道裂傷修補術 Repair of esophageal laceration		v	v	v	16783 21818
71215B	一般性食道癌摘除術（含淋巴節清掃） Simple excision of esophageal cancer, with lymphadenectomy 註：癌症病期二期以下（一、二期）為一般性（依病理報告）。		v	v	v	31361 40769

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
71222B	複雜性食道癌摘除術（含淋巴節清掃） Complicated excision of esophageal cancer, with lymphadenectomy 註：癌症病期二級以上（含）為複雜性（依病理報告）。		v	v	v	44307 57599
71217B	食道靜脈瘤曲張結紮，脾臟切除併近心端胃血管去除 Devascularization procedure — 經胸 transthoracic		v	v	v	18050 23465
71218B	— 經腹 transabdominal		v	v	v	17473 22715
71224B	胸腔鏡食道切除術 Thoracoscopic Esophagectomy		v	v	v	46273 60155

三、胃 Stomach (72001-72050)

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
72001B	胃切開術 Gastrotomy — 探查性 exploration		v	v	v	7703 10014
72002B	— 異物移除 removal of foreign body		v	v	v	7895 10263
72042B	— 潰瘍縫合及止血 with suture repair of bleeding ulcer		v	v	v	12999 16898
72006B	胃潰瘍或腫瘤的局部切除 Local excision, ulcer or tumor		v	v	v	11770 15301
72007B	胃全部切除術 Gastrectomy, total & anastroplasty 註：胃大塊切除術 enblock total gastrectomy 比照申報。		v	v	v	20915 27190
72043B	次全或半胃切除術及胃空腸吻合術 Subtotal gastrectomy or hemigastrectomy with gastrojejunostomy — 無迷走神經切除 without vagotomy		v	v	v	19799 25739
72014B	胃空腸造口吻合術 Gastrojejunostomy		v	v	v	11816 15360

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
72017C	胃造口術 Gastrostomy <u>註：屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數8892點申報。</u>	v	v	v	v	8892 11560
72018B	十二指腸縫合術（十二指腸潰瘍穿孔的縫合） Duodenorrhaphy, suture of perforated ulcer		v	v	v	11748 15272
72019B	胃縫合術（胃潰瘍穿孔及胃部傷口的縫合） Gastrorrhaphy, suture or repair wound, injury perforated ulcer of stomach		v	v	v	11530 14989
72031B	胃全部切除術併行脾或部份胰切除 Gastrectomy, total, with splenectomy or partial pancreatectomy		v	v	v	27148 35292
72032B	全胃切除及淋巴清除及腸胃重建 Total gastrectomy, with LN dissection, with reconstruction (any type)		v	v	v	30659 39856
72046B	95%胃切除及淋巴清除及腸胃重建 Near total gastrectomy, with LN dissection, with reconstruction		v	v	v	22706 29518
72047B	次全胃切除及淋巴清除及腸胃重建 Radical subtotal gastrectomy, with reconstruction		v	v	v	26146 33990
72045C	腹腔鏡胃造瘻術 Laparoscopic gastrostomy <u>註：屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數9158點申報。</u>	v	v	v	v	9158 11906
72048B	腹腔鏡胃亞全切除術 Laparoscopic subtotal gastrectomy		v	v	v	23759 30886

四、腸(除直腸外) Intestine (Except Rectum) (73001-73050)

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
73001B	腸粘連分離術 Enterolysis, freeing adhesion		v	v	v	11763 15292
73002B	腸粘連分離術 Enterolysis — 併行腸減壓 with bowel decompression		v	v	v	12537 16299
73003B	— 併有腸切除及吻合 with resection & anastomosis of intestine		v	v	v	15275 19858

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
73012B	根治性半結腸切除術加吻合術，升結腸 Colectomy, radical hemicolectomy with anastomosis, ascending colon 註：根治性橫行結腸切除術 (transverse colectomy Radical Hemicolectomy) 比照申報。		v	v	v	26344 31612
73014B	降結腸或乙狀結腸切除術併行吻合術及淋巴節清掃 Left hemicolectomy or sigmoid colectomy with anastomosis with lymph node		v	v	v	26663 33329
73045B	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術 Laparoscopic right colectomy and anastomosis		v	v	v	31180 37416
73046B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術 Laparoscopic Anterior resection and anastomosis (sigmoid colon resection) － 良性 benign		v	v	v	22514
73048B	－ 惡性 malignant		v	v	v	28220 35275

六、直腸 Rectum (74201-74223)

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
74213B	復原性直腸切除以及直腸、肛門吻合術 Restorative proctectomy with colo-anal anastomosis 註：本項不含加做之大腸或小腸造口 (not including colostomy or ileostomy)。		v	v	v	31258 37510
74216B	直腸癌腹部會陰聯合切除術 Combined abdomino perineal resection for rectal cancer		v	v	v	32737 39285

八、肝 Liver (75001-75023)

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
75002B	肝部分切除術 Partial hepatectomy		v	v	v	19186 24942
75003B	肝區域切除術 Segmental hepatectomy — 一區域 one segment		v	v	v	22043 28656
75004B	— 二區域 two segments		v	v	v	23816 30960
75005B	— 三區域 three segments		v	v	v	36062 46881
75015B	右肝葉切除術 Right lobectomy		v	v	v	30445 39578
75016B	左肝葉切除術 Left lobectomy		v	v	v	27114 35248
75017B	擴大右肝葉切除術 Extended right lobectomy		v	v	v	43966 57156
75018B	擴大左肝葉切除術 Extended left lobectomy		v	v	v	43192 56150
75023B	腹腔鏡肝臟囊腫去頂術 Laparoscopic fenestration for hepatic cyst		v	v	v	13236 17207

九、膽道 Biliary System (75201-75218)

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
75205B	膽囊消化管吻合術 Cholecystoenterostomy		v	v	v	10800 14040
75206B	總膽管全切除術 Total excision of common bile duct with reconstruction		v	v	v	14470 18811
75212B	總膽管十二指腸吻合術 Choledochoduodenostomy		v	v	v	13860 18018
75216B	ROUX-EN-Y 總肝管腸吻合術 ROUX-EN-Y hepaticojejunostomy		v	v	v	13259 17237
75218B	腹腔鏡膽管截石術 Laparoscopic choledocholithotripsy 註：經T-tube者比照申報。		v	v	v	17511 22765

十、胰臟 Pancrease (75401-75419)

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
75404B	胰臟尾端部分切除術 Distal partial pancreatectomy		v	v	v	13184 17140
75415B	胰臟尾端部分切除術-脾臟保留 Distal partial pancreatectomy - spleen preservation		v	v	v	13291 17278
75416B	胰臟體部分切除術-脾臟保留 Body partial pancreatectomy - spleen preservation		v	v	v	12810 16653
75410B	胰臟次全切除術 Pancreatectomy subtotal 註：Puestow procedure		v	v	v	14200 18460
75413B	胰臟空腸吻合術 Pancreatico-Jejunostomy 註：以 end to end 或 side to side 術式實施。		v	v	v	15151 19696
75412B	Whipple 氏胰、十二指腸切除術 Pancreatico-duodenectomy, Whipple type,with reconstruction 註：包括部份胃切除(Including Partial Gastrectomy)。		v	v	v	45670 59371
75417B	Whipple 氏胰、十二指腸切除術 幽門保留式 Pancreatico-duodenectomy, Whipple type,with reconstruction (pylorus sparing whipple op)		v	v	v	45670 59371

十一、腹壁 Abdominal Wall (75601-75615)

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
75604B	腹壁疝氣修補術 Repair of ventral hernia — 併腸切除with bowel resection		v	v	v	12720 16537
75605C	— 無腸切除without bowel resection 註： 1.割口疝氣(Incisional hernia) 修補術比照。 2.屬西醫基層總額部門院所，75605C支付點數以原支付點數 10778點申報。	v	v	v	v	10778 14011
75611C	腹壁疝氣修補術，嵌頓性 — 無腸切除 Repair of ventral hernia incarceration-without bowel resection 註：屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數 12014點申報。	v	v	v	v	12014 15618

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
75612C	腹壁疝氣修補術，復發性 — 無腸切除 Repair of ventral hernia recurrence-without bowel resection <u>註：屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數11559點申報。</u>	v	v	v	v	11559 <u>15027</u>
75615C	股疝氣修補術— 無腸切除 Repair of femoral hernia - without bowel resection <u>註：屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數9915點申報。</u>	v	v	v	v	9915 <u>12890</u>
75608B	腰椎疝氣修補術 Repair of lumbar hernia		v	v	v	8523 <u>11080</u>
75610B	腹腔鏡疝氣修補術 Laparoscopic herniorrhaphy		v	v	v	8848 <u>11502</u>

第八項 尿、性器 Uninary & Genital System

一、腎臟 Kidney (76001-76034)

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
76007B	根治性腎切除術併行淋巴清掃術或合併局部淋巴切除術 Radical nephrectomy with lymphadectomy,or with regional LND		v	v	v	12890 25780
76027B	根治性腎切除術 Radical nephrectomy		v	v	v	12743 25486
76028B	根治性腎切除術合併下腔靜脈瘤栓切除術 Radical nephrectomy without regional LND,with IVC tumor thrombectomy 註：有（無）併局部淋巴切除術之手術費用一致。		v	v	v	17039 34078
76030B	(後)腹腔鏡腎臟輸尿管切除術(Retroperitoneoscopy) Laparoscopy,Nephroureterectomy		v	v	v	18215 35790
76031B	(後)腹腔鏡部分腎臟切除術 (Retroperitoneoscopy) Laparoscopy, Partial nephrectomy 註：腎半切除術heminephrectomy 比照申報。		v	v	v	17088 34176

三、膀胱 Bladder (78001-78049)

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
78046B	膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術及尿道全切除術合併禁尿膀胱重建術 Cystectomy with pelvis LND with urethrectomy with continent reservoir reconstruction 註：有（無）併攝護腺根除術之手術費用一致。		v	v	v	33194 60063

六、睪丸 Testis (78601-78612)

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
78607C	隱睪單側睪丸固定術 Orchiopexy for undescended testis, unilateral 註： 1. 隱睪切除術比照申報。 2. 屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數 <u>9631點申報。</u>	v	v	v	v	9631 <u>12520</u>
78612C	隱睪雙側睪丸固定術 Orchiopexy for undescended testis, bilateral 註：屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數 <u>10099點申報。</u>	v	v	v	v	10099 <u>13128</u>

十、前列腺 Prostate (79401-79415)

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
79403B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術 Radical prostatectomy without pelvic lymph node dissection 註：含精囊摘除術(including vesiculectomy) 。		v	v	v	17584 <u>26050</u>
79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術 Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection		v	v	v	23089 <u>31171</u>

十一、會陰 Perineum (79601~79605)

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
79604C	會陰修補及肛門損傷修補 Repair of perineum with repair of anal defects 註：屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數 <u>7012點申報。</u>	v	v	v	v	7012 <u>9115</u>
79605C	會陰修補及括約肌修補 Repair of perineum with sphincter repair 註：屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數 <u>6469點申報。</u>	v	v	v	v	6469 <u>7762</u>

十四、子宮頸 Cervix Uteri (80201-80212)

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
80203C	子宮頸縫合術 Cervical cerclage 註： 1. McDonald's cerclage 比照申報。 2. 屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數2494點申報。	v	v	v	v	2494 4988

十八、自然生產、剖腹產及流產 Deliverysection、Cesarean & Abortion (81001-81036)

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
81004C	<u>無妊娠併發症之剖腹產術Cesarean section</u> 註： 1. 合併非治療性闌尾切除不另給付。 2. 屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數8902點申報。	v	v	v	v	8902 10237
<u>81011C</u>	<u>有妊娠併發症之剖腹產術Cesarean section</u> 註： 1. 合併非治療性闌尾切除不另給付。 2. 屬西醫基層院所西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原81004C支付點數8902點申報。	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>19999</u>
81028C	前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產 C/S due to placenta previa or placenta accreta 註： 1. 合併非治療性闌尾切除不另給付。 2. 屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數25420點申報。	v	v	v	v	25420 27962
81017C	無妊娠併發症之陰道產 Vaginal delivery in normal pregnancy 註： 1. 包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。 2. 屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數8902點申報。	v	v	v	v	8902 14000
81034C	有妊娠併發症之陰道產 Vaginal delivery in complicated pregnancy (defined as cases	v	v	v	v	19999

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>with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications)</p> <p>註：1.定義為子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。</p> <p>2.包括會陰切開術、縫合術及胎盤剝離等。</p> <p>註：</p> <p><u>1.適應症：</u></p> <p>(1)子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。</p> <p>(2)<u>妊娠二十二周至三十二周早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠)</u></p> <p>(3)<u>四十歲(含)以上初產婦。</u></p> <p>(4)<u>BMI≥35之初產婦。</u></p> <p>(5)<u>嚴重妊娠高血壓。</u></p> <p>(6)<u>胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。</u></p> <p>(7)<u>妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。</u></p> <p>(8)<u>白血病。</u></p> <p>(9)<u>血友病(Coagulopathy)。</u></p> <p>(10)<u>愛滋病。</u></p> <p>(11)<u>產後大出血者。</u></p> <p>(12)<u>胎盤早期剝離。</u></p> <p>(13)<u>合併接受外科手術者。</u></p> <p>(14)<u>雙胞胎輸血症候群。</u></p> <p><u>2.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。</u></p>					
81018C	<p>雙胎分娩</p> <p>Vaginal delivery of twins</p> <p>註：</p> <p><u>1.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。</u></p> <p><u>2.屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數23994點申報。</u></p>	V	V	V	V	<p>23994</p> <p><u>26393</u></p>
81019C	<p>多胎分娩</p> <p>Vaginal delivery of multiple pregnancy</p> <p>註：</p>	V	V	V	V	<p>26439</p> <p><u>29439</u></p>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>1.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。</p> <p>2.屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數26439點申報。</p>					
81024C	<p>前胎剖腹產後之陰道生產（接生費）</p> <p>註：</p> <p>1.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。</p> <p>2.屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數19489點申報。</p>	v	v	v	v	19489 <u>23386</u>
81025C	<p>前胎剖腹產後之陰道生產（雙胎分娩）</p> <p>註：</p> <p>1.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。</p> <p>2.屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數24165點申報。</p>	v	v	v	v	24165 <u>27165</u>
81026C	<p>前胎剖腹產後之陰道生產（多胎分娩）</p> <p>註：</p> <p>1.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。</p> <p>2.屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數27907點申報。</p>	v	v	v	v	27907 <u>30907</u>

第九項 內分泌器 Endocrine System (82001-82019)

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
82016B	<p>雙側甲狀腺全葉切除術</p> <p>Bilateral total thyroidectomy</p>		v	v	v	15626 <u>16177</u>
82014B	<p>腹腔鏡腎上腺切除</p> <p>Adrenalectomy</p>		v	v	v	10430 <u>19623</u>

第十項 神經外科 Neurosurgery (83001-83100)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
83017B	腦瘤切除 Brain tumor (I.C.T. / cephalocele) 註：限神經外科專科醫師施行。 －腦瘤大小3公分以內 ≤3cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計96%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	23106 29947
83018B	－腦瘤大小介於3~6公分 3~6cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計80%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	37399
83019B	－腦瘤大小6公分以上 >6cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計78%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	40869
83022C	椎間盤切除術 Discectomy － 頸椎 cervical	v	v	v	v	20074 30512
83023C	－ 胸椎 thoracic	v	v	v	v	16000
83024C	－ 腰椎 lumbar 註：屬西醫基層總額部門院所，83022C支付點數以原支付點數20074點申報。	v	v	v	v	13000
83033B	椎弓整形術 Lamino plasty		v	v	v	16080 28304
83040B	良性脊髓腫瘤切除術 Bemign intraspinal tumor, excision 註：限神經外科及骨科專科醫師施行。		v	v	v	23220 30186

第十一項 聽器 Auditory System (84001-84038)

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
84034B	顳骨全切除術併乳突鑿開術 Temporal bone resection with mastoidectomy		v	v	v	20250 35241

第十二項、視器 Visual System

四、鞏膜 Sclera (85601~85611)

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
85608B	鞏膜切除併植入或扣壓 Resection, scleral, with graft or buckling 註：提升兒童加成項目		v	v	v	11540

五、虹膜及睫狀體 Iris & Ciliary body (85801~85823)

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
85806C	小樑切除術 Trabeculectomy under microscope 註： 1.包括週邊虹膜切除術(peripheral iridectomy)。 2.提升兒童加成項目	v	v	v	v	6939

六、水晶體 Crystalline Lens (86001-86013)

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
86007C	水晶體囊外（內）摘除術 Extracapsular (intracapsular) lens extraction (ECLE) (ICLE) 註：1.包括虹膜切開術(including iridotomy)。 2.申報費用應檢附術前檢查結果、病歷影本、手術摘要。 3.提升兒童加成項目	v	v	v	v	7500
86008C	水晶體囊內（外）摘除術及人工水晶體置入術 Intracapsular (extracapsular) lens extraction under microscope + IOL insertion 註：1.包括虹膜切開術(including iridotomy)。 2.申報費用應檢附術前檢查結果、病歷影本、手術摘要。 3. Phacoemulcification + PCIOL比照申報。 4.提升兒童加成項目	v	v	v	v	9000
86011C	人工水晶體植入術 IOL implantation — 第一次植入 primary	v	v	v	v	1960
86012C	— 第二次植入 secondary 註：86012C為提升兒童加成項目	v	v	v	v	5000
86013C	— 調整術 reposition	v	v	v	v	5000

七、玻璃體 Vitreous (86201-86215)

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
86203C	前玻璃體切除術 Anterior vitrectomy (vitrector) 註：提升兒童加成項目	v	v	v	v	3446
86206B	眼坦部玻璃體切除術 Pars plana vitrectomy (vitrector) — 簡單 simple		v	v	v	9266
86207B	— 複雜 complicated 註：86207B眼坦部玻璃體切除術 1. 複雜之定義：加上網膜前纖維膜切除 (Removal of epiretinal Membrane)。 2. 一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計125%。 3. 上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 4. 提升兒童加成項目。		v	v	v	14780
86208C	晶體切除術合併玻璃體切除術 Lensectomy & vitrectomy (vitrector) 註：提升兒童加成項目	v	v	v	v	12330

九、眼肌 Extraocular Muscles (86601-86605)

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
86601C	斜視矯正手術-放鬆及切除 Recession and resection- strabismus — 一條	v	v	v	v	4134
86602C	— 二條	v	v	v	v	5438
86603C	— 超過二條，每增一條 註：提升兒童加成項目	v	v	v	v	1562
86604C	眼肌移植術 Transplant extraocular muscle 註： 1. 單眼。 2. 提升兒童加成項目。	v	v	v	v	4891
86605C	眼肌腱縫合術 Suture or tucking of extraocular muscle tendon 註： 1. 單眼。 2. 提升兒童加成項目。	v	v	v	v	3294

十、眼眶 Orbit (86801-86811)

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
86809B	眼窩減壓術 Orbital decompression		v	v	v	11572 16352

十一、眼瞼 Eyelid (87001-87031)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
87004C	眼瞼下垂前額懸吊術 Frontalis sling for ptosis 註： 1.美容手術不予給付。 2.提升兒童加成項目。	v	v	v	v	5449
87009C	眼瞼內翻矯正手術 Correction of entropion 註： 1.限由合併症引起患者申報，並包括植皮在內。 2.提升兒童加成項目。	v	v	v	v	4113
87017C	提上眼瞼肌切除術 Levator muscle resection 註： 1.先天性 (congenital) 不予給付。 2.提升兒童加成項目。	v	v	v	v	5820

第十三項 治療性先天殘缺手術 (88001-88054)

~~通則：本項各手術項目均為提升兒童加成項目，其加成率適用本節通則十二、2之規定。~~

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
88029C	嬰兒鼠蹊疝氣 Inguinal hernia operation 註： 1.限對一歲以下嬰兒施行手術時申報。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項支付點數以原支付點數8292點申報。	v	v	v	v	8292 10780
88031B	矯正尿道纖維黏連 Correction of chordee		v	v	v	13213 17177

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
96005C	硬脊膜外麻醉 Epidural anesthesia	v	v	v	v	2750 <u>3300</u>
96006C	註：— 超過兩小時，每增加30分鐘 <u>註：屬西醫基層總額部門院所，96005C支付點數以原支付點數2750點申報。</u>	v	v	v	v	240
96007C	脊髓麻醉 Spinal anesthesia	v	v	v	v	1500 <u>2250</u>
96008C	註：— 超過兩小時，每增加30分鐘 <u>註：屬西醫基層總額部門院所，96007C支付點數以原支付點數1500點申報。</u>	v	v	v	v	220

106 年度第 2 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 臨時會與會人員發言實錄

前言

主席

應到 33 人，實到 26 人，出席過半數，會議可以開始。各位代表醫管組的同仁及分區業務組同仁大家午安，非常抱歉這麼熱，雖然電風扇都已全開，但還不覺得涼快，須到三點才有冷氣，請大家多包涵。今天是臨時會，謝謝大家來開會，那今天的資料很多，現在會議就開始。先請各位代表來看一下上次的會議紀錄，在第一頁的部分，請問各位代表，上次的會議紀錄，大家有沒有意見？好，如果沒有，我們這會議紀錄就確認，接下來請看追蹤表，請同仁宣讀一下。

宋科員兆喻

各位代表、長官好，這次會議決議辦理追蹤表，總共有六案，序號一是支付標準成本分析調查案，按 106 年第一次共擬會議決議，醫學中心、區域與地區醫院三個層級協會，提供醫院名單及 21 項成本資料，然後在今年度最後一次共擬會議報告，所以本案建議繼續列管。序號二，106 年 DRG 適用之相對權重統計結果及支付通則修訂案 4.0 版，TW-DRG 支付通則項目，在 106 年實施之可行性及適用參數的計算，將併同醫院總額的醫療服務成本指數改變率所增加的 60 億調整重症項目決議辦理，本案將在今日會議討論，如經決議通過，建議解除列管。序號三，未列項申報方式案，本案 106 年 1 月到 6 月收載資料，預計提報 106 年第三次共擬會議報告，本案建議繼續列管。序號四，新增全民健康保險癌症化療、放射療法患者中醫門診延長照護試辦計畫，本案經報部核定，於 106 年 5 月 1 號生效。序號六，修訂全民健康保險急性後期者照護試辦計畫，本案經報部核定，於 106 年 7 月 1 號生效，這兩項都建議解除列管。序號五，調整西醫基層第一段合理量內門診診察費案，調高診察費 20 點一案，經公告在 106 年 3 月 1 號實施，有關假日開診率低於 25% 地區，本署已經函請醫師公會全國

聯合會持續了解各地區周日開診需要，以及監控基層院所開診率變化，預訂於本年度共同擬訂會議提案報告，本案建議繼續列管，以上。

主席

好，謝謝。各位代表對於上次決議事項辦理情形，上上次好幾次的，還沒有結案的部分通通還在追蹤，大家有沒有意見，請羅代表。

羅代表永達

大家午安，剛剛講到序號六，六的那個 PAC，我們是在 7 月 1 日公告就生效，到現在為止，因為它其中有兩個規定，一個是醫師要做六個小時的一個訓練，另外一個就是，物理治療師要去受過這個訓練，但是到現在為止，所有辦理活動裡面，包括那個醫師的，包括治療師，都是台北辦一場，然後高雄辦一場，台中沒有辦，一直到我們去反應完以後，昨天才接到通知，醫師跟職能治療師在台中有加辦，可是物理治療師還是沒有，我只是說以後類似像這樣的計畫，原則那個主辦單位，不能夠忘了我們還有台中，我們台中市現在已經變成第二大人口的都市，不要忘了我們，每次辦類似的活動都是台北有跟高雄有，就只有台中沒有，是不是可以以後對那個相關的計畫，責成承辦的協會一定要這樣子辦，謝謝。

主席

好，謝謝羅院長的提醒，我們同仁再來聯繫，儘速在北中南都能夠辦理。其他還有沒有代表有意見，好，如果沒有意見，我們這個辦理情形的部分就確認。在進入報告事項之前，我們跟各位代表們介紹有兩位新進的代表，兩位都是牙醫，一位是許世明代表，另外一位是羅界山醫師，許代表代表全聯會，羅代表代表牙醫門診總額，請各位互相認識，好，謝謝，那我們接下來就進入報告事項。

報告事項

第一案

案由：增訂中醫支付標準門診診察費醫令項目「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」案。

主席

好，謝謝，這一項是中醫的支付標準調整，大家有沒有意見？報告事項第一案就洽悉，接下來第二案。

第二案

案由：調升基層院所門診診察費第一階段合理量內開具慢性病連續處方項目醫令(00140C、00150C、00139C、00149C、00182C、及00183C)支付點數 20 點案。

主席

好，謝謝，有關報告事項第二案涉及西醫基層的門診診察費有開立慢性病連續處方箋者，在第一階段合理量調升支付點數 20 點。大家有沒有意見？沒有意見的話，這個案子就洽悉，再來第三案。

第三案

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準醫令代碼 14065C「流行性感 A 型病毒抗原」及 14066C「流行性感 B 型病毒抗原」刪除備註「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報」案。

主席

好，這個案子是西醫基層全聯會提出來的，大家有沒有意見？沒有意見，我們就洽悉，接下來進入討論事項第一案。

討論事項

第一案

案由：106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「乳房部分切除手術併前哨淋結摘除手術」等 21 項診療項目案。

主席

好，謝謝，這個提案有點長，謝謝大家耐心聽完。我們就一項一項來，大家可以各自表示意見。先從說明一「乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術」等 5 項，本會在 3 月 9 號已經討論過，後來退回到專家諮詢會議再討論了兩次，最後就有關成本的資料學會再重新檢送。現在大家就請看第 47 頁到 62 頁，第 47 頁是經過學會重送成本之後，經過本署校正之後的結果，是不是請同仁說明一下附件 1-5，第 47 頁的部分，我們校正的過程，先說明一下。

張技正淑雅

醫管組這邊先說明一下，在乳房醫學會重新送回的成本的部分，依照送回的用人成本的人數不動，再按本署 100 年調查的參數予以校正，時間也沒有特別的去校正。而且在主治醫師的部分，依照專家的討論，覺得這個手術的困難度是要反映醫師的投入心力，所以主治醫師部分，每分鐘用人成本還乘以 1.3 倍。在直接成本的部分，我們重新校正，再解釋之後，也是參採乳房醫學會送進來的資料，在設備的部分也是，我們除了年限跟房屋設備的參數部分，予以酌修以 7 年跟 50 年，房屋設備是 50 年進行校正之外，其他都是參採學會提供的送進來的資料，以上說明。

主席

好，這個部份我們已經多次開會，大家都建議要新增，所以成本資料已經做過校正。今天列席的有乳房醫學會的黃醫師、張醫師跟曾醫師，還有外科醫學會的李醫師都在場，如果代表們有什麼意見的話，請學會這邊也能一併說明。好，現在這一項先開放大家來表示意見，請謝代表。

謝代表武吉

那個我記得在上一次我有說過，現在有所改進，就是說以前的工友和技工，現在是有多一行，以前是只有住院醫師跟護理人員。那我請問一下，當一個患者從門診到住院的這個路程到出院，他需要不需要醫事人員？我要請教乳房醫學會。第二個，他需要不需要行政人員？為什麼他的每一個分單項裡面，這兩個單位，我是問醫事人員也替行政人員在講話，應該要有的就是要有。

我舉一個實際的例子，那個像醫事人員，如果在開刀開到一半的時候，他需要輸血，他輸血的時候需要輸血他要 250 C.C.還是 500 C.C.的輸血，是不是要有一個檢驗醫事人員，我們在評鑑中都有要求這些東西，要有檢驗醫事人員馬上來做這個，為什麼沒有這個醫事人員這個存在，是有排他性嗎？有排除他們的意味嗎？第二點就是說，行政人員，請問一下他從住院，從開始門診到住院的時候，難道都沒有行政人員來參與嗎？各位你們真的是有排他性，我希望我們現在我們的這個成本分析的結果是要雨露均霑，不要說獨到只有哪幾個，這是第一點。第二點就是說，像我們耗費主治醫師，耗費的成本我們乘以 1.3 倍，我是沒有意見，但是我要請教一下，到底我們開刀的 operation 的主治醫師，他的抽成，我曾經在有某一個 line 的群組裡面看到，某一個醫院的院長說他開了一個八、九個小時的刀，結果他拿的了只有六七千塊，為什麼？醫院的抽成抽太高，我曾經我問過了，為了這次的開會我特別去問，就有抽成 20%，有 30%，有 45%，醫學中心大部分都是 45%到 20%，區域醫院是在 45%到 65%，地區醫院是 80%到 100%，所以說，這整個的費用，我現在要給主治醫師的成長，我是不反對，但是我們要了解的就是說，到底你醫院這裡有沒有規定，醫院應該要直接給多少，要說清楚，這樣才對醫師和所有整個醫院的人員，才不會變成整個醫院被說成血汗，不要再這樣，我們要弄清楚，說清楚講明白，分析的分類得清清楚楚。

主席

好，謝謝，還有沒有哪位代表有意見，請羅代表。

羅代表永達

我想請教一下，我們那個主治醫師跟住院醫師的那個每人每分鐘的成本是怎麼算出來的，我很好奇，因為如果你跟他乘以每分鐘、乘以小時、然後乘以 22 天的話，那個一個住院醫師薪水 17 萬多，主治醫師 50 幾萬，我好像沒有拿過這種薪水，那想知道他怎麼算出來的，那這是第一件事情，第二件事，那個 1.3 倍的校正，很難得就是說，乳房醫學會拿出來的，然後我們的那個署裡面幫人家做校正，還比原來高，這是什麼道理，一般通常都會減低比較多，我們這裡的校正是提高的，那請特別解釋一下，以上。

主席

謝謝，那還有沒有哪一位代表有意見，好，請。

吳副院長淑芬(朱代表益宏代理人)

主席、各位先進大家午安，呼應一下剛剛謝代表所說的，因為這個部分裡面，我們在已經要 operation 的時候，一定要進到開刀房，那進到開刀房的時候，顧名思義，他一定有留一個 pre OP 跟 post OP，他還有清潔的一個部分，他可能還要需要紫消等等，我不曉得我剛剛講的這些東西含在醫生裡面，還是你要住院醫師、還是你要護士小姐去清潔這個部分，所以我覺得這個可能就要比較要去明確釐清，那是不是也要有這個清潔的整個消毒的過程，因為總不能說這一個病人開完刀之後，下一個直接就來開，沒有做到消毒的部分，所以以上我覺得這個成本的分析可能還是有一些些不是太周延的地方，懇請主席跟各位先進再做一些調整。

主席

好，謝謝，還有嗎？大家有沒有意見？針對三位代表，謝代表、羅代表、吳代表的意見，我們來說明一下。

針對謝代表的意見，請大家看一下，在 48 頁的每一個新增支付項目可看到的大項，包括用人成本、不計價材料或藥品，還有設備、房屋折舊、維修，另外還有一個在 48 頁最下面「作業跟管理費用」，這

個是列為總成本的 6.4%。所以事實上很多支援部門的成本係以總成本的 6.4%攤提的。另外就是醫師的部分，醫師的部分剛剛是講每分鐘的成本是怎麼來的？那這個部分我等一下請同仁來說明；還有 1.3 倍的部分，1.3 倍是在專家諮詢會議的時候，經由各科的專家認為這幾個項目顯有相對於勞心勞力的困難，所以特別給他加成，就是他困難度比較高，不是只有成本的問題而已。好，先請醫管組來說明一下，每人每分鐘成本的這部分。

張技正淑雅

主席、各位代表、專家大家好，有關於那個每分鐘用人成本的部分，目前我們是依照 100 年的 RBRVS 所蒐集到的實際的醫院數，我沒有辦法精準的跟大家講，大概是 10 幾家到 20 家醫院的成本重新串聯之後，依照各個就醫科別跟專科別，然後有一個自己的中位數跟平均值的數字。

主席

薪水。

張技正淑雅

薪水，然後外科的部分是 37.7，以上說明。另外為什麼加 1.3 倍的部分，並不是只有乳房醫學會這個案子有這樣子，那過去我們討論過的案子裡，例如在心臟外科，在比較困難的手術的部分，其實都予以反應 1.3，以上說明。

主席

好，淑雅可能還要再說明一下，除了我們的調查的所得以外，事實上時間也做了校正，並不是像羅代表剛剛這樣子的算法，你這樣子的算法沒有辦法回推到我們原來的薪資，那是有把所謂的沒有工作的時間扣掉，請再說明一下。

張技正淑雅

我們這個部分是以蒐集來的薪資之後，算每個人全年實際的上班

時數與工作負荷比去算出來每分鐘成本，以上說明。

主席

這並不是除以你想像的二十四小時，然後把工作負荷再算進去，所以是真正工作時間的每人每分鐘成本，所以如果這樣子換算回去的話，其實各專科別的醫師大概都是二、三十萬之間，但當時調查出來專科別之間確實不一樣，這樣子跟大家做說明。好，那不曉得有沒有回答到大家的問題。

謝代表武吉

主席剛才我們健保署的回答就是說，管理費用、作業及管理費用是直接成本乘以 6.4%，等於是 1,423 點，1,423 點有沒有反映到一例一休的問題，有沒有反映到一例一休的問題。第二點，我要請教一下，在第 49 頁，無菌外科手套是有 5 雙，是不是要 5 個人，但是我覺得很奇怪，男性的紙帽只有一個，女孩子也只有一個，那剩下 3 個是不用戴帽子嗎？

主席

好，謝謝。謝代表再追加了問了這問題，大家還有沒有其他問題，這個部份因為是學會這邊提的，請學會這邊說明一下好嗎？請曾醫師。

曾令民主任(台灣乳房醫學會)

謝謝謝代表的問題，帽子是盒，它的單位是盒，是用盒做單位。

謝代表武吉

一盒裡面的 1 而已嗎？

張技正淑雅

不是，代表我們解釋一下，它一盒的單位乘 0.1 是等於 10，十個。

主席

一盒帽子一百個，一盒有一百個帽子。好，謝謝，大家還有沒有其他意見？

謝代表武吉

如果中間有換人的時候，又再增加帽子、口罩？

主席

成本分析很難兼顧所有異常狀況，都是講一個平均狀況。學會也是依據各醫院正常狀況之下所耗用的這些材料來計價，我們是尊重學會所提的任何的成本，我們只是做公平性的校正而已，所有不計價成本應該是學會認為他們在整個手術過程中所需要利用的耗材。還有兩位、三位，那先請謝代表。

謝代表武吉

我還是不能接受，作業及管理費 6.4%，現在又一例一休，工資又這麼高，要乘以，如果是多一個小時，等於是半天，多三個小時、四個小時，就要一天，這種的 6.4%，是不是錯誤的，我是感覺上，你直接就算在這裡面的成本就好，不要算這些直接成本還間接成本，直接按那個，有便宜行事之嫌，我是建議要說清楚講明白，寫清楚，你不要讓在醫院的同仁感覺他是一個寄生蟲，等於沒什麼路用，我不希望被人家認為是這樣，我建議醫事人員和行政人員還是要拿回去分類，需求的東西要寫清楚。

主席

好，謝謝，吳代表。

吳副院長淑芬(朱代表益宏代理人)

我們看到不計價材料及藥品成本的部分，有一個兩吋 3M 的紙膠，不好意思，我不是說要去逐項討論這個東西，但是我覺得它的單位金額實在是差太多，我剛剛已經打電話問我們同事，兩吋 3M 的紙膠我們醫院的進價是 12 點多元，這邊居然只要 5.4，然後又說只要用到 0.5

捲，實際上的成本只有 2.7，我真的非常的懷疑，就這一點，我要去回推說這上面說的所謂不計價材料成本真的是~真的了嗎，一捲 5 點多塊，你們到哪裡叫？因為我們要回歸是我們醫院採購有人拿回扣嗎，怎麼會你這邊 5.4 買得到，我居然要 12 點多買得到，那這樣應該到隨便的一個醫療器材行都可以知道，你現在隨便到杏一、哪裡去買一捲 3M 的紙膠兩吋的 5.4 塊買得到嗎，我相信一捲隨隨便便大概也要二、三十塊一定要吧，所以這地方，我覺得這數據會讓我有很大的疑問，以上。

主席

好，謝謝，再來潘代表。

潘代表延健

謝謝，主席各位先進，我想要確認一件事，就是在第 93 頁這個支付標準表這邊，像 63007B 它點數是 25,595 嘛，那他的備註裡面有加...

主席

你已經跑到第 93 頁去了。

潘代表延健

對，他也是改良式手術、他有一個一般材料費，就是這每一個手術，他都有有一些一般材料費，但是一般材料費的比重都不一樣，是不是前面的成本裡面的那個材料，去換算出來還是怎麼樣，這個占率到底是用什麼去推算，所以用這個去乘以 1.26 就是剛才算出來的成本，我想確認一下。

主席

好，確認一下，還有沒有其他有意見？那我們先請提案單位乳房醫學會這邊來說明一下幾位代表們質疑的成本部分好嗎？

曾令民主任(台灣乳房醫學會)

我先回應一下剛才吳代表所講 3M 紙膠的問題，我們編列的 Mayfix 不是一般所說的 3M 紙膠，手術完一個病人只會用一小片而已，去蓋那個傷口，所以並不是您講的整捲的那個 3M，所以是不太一樣，這是 Mayfix。就是每個人大概約略一個十乘十公分的一個範圍而已。

謝代表武吉

主要是它的單位成本，它單位成本 2 吋 3M 的紙膠 5.4 塊錢，他們會懷疑說，這樣買的到嗎？

曾令民主任(台灣乳房醫學會)

對，原則是一片它是十乘十的一個 Mayfix 的一個價錢，並不是一捲。

主席

並不是一捲的錢，而是一片，應該是他買是買一捲，但是只用了一片。好，謝謝，那還有剛剛潘代表提到的，請說明一下第 93 頁。

張技正淑雅

我用表一說明，代表所講說的第一項校正的成本在第 47 頁，所有成本加起來總計之後是 23,665，我們就是把它不計價藥材的部分當作分子，其他部分加起來相除之後，就會有一個不計價藥材加計比率，因為它會有小數點的部分，在這裡整件是 23,665，那我們以整數為進位後，就是會多一點點的費用，所以在我們的表一第一項表列支付點數是 15,798 點，加計表列材料費百分之五十，整件會來到 23,697 點。

主席

好，這樣子可以理解了。因為這裡我們原來的手術章節所有不計價的材料都用 1.53, 53% 在加計，但是事實上，不盡然每一項都是 53%，有多有少，過去舊的支付項目沒有辦法一一重新釐清，為了讓所有的支付內容越來越清楚，新增項目我們都希望把不計價材料所做的占率能清楚的標示，不是只有這次，已經很久了。那當然標示之後就可以

還原其他用人成本還有設備成本的的計算方式。大家如果都能夠理解，回到我們其實很重要用人的部分，我們的支付能夠真正回到勞心勞力的醫護人員還有行政人員的身上，這個部分是我們從新的支付項目，就一直朝這個方向來邁進。

剛剛的謝代表提的 6.4% 有沒有反映一例一休這個問題，事實上 6.4% 是一個平均數，那一例一休會影響的其實是週六跟週日，所以不是每個手術都有週六週日的問題；還有就是說其實一例一休這個議題呢，目前勞動部也準備要修法，所以這裡收集的百分比是用一個平均的定率，也很難一一去把所有 involve 的人在這邊一一列舉。我們在算成本時很難精確，所以用一個定率的方式做一個表達，確實沒有辦法精確到那麼的細微。謝謝大家的建議，大家還有沒有意見？

謝代表武吉

我看到乳房醫學會，都沒有什麼回應，我是很堅持的就是醫事人員和行政人員一定要拆開，到底是多少費用，一定要拆開，所以以後在整個成本的計算，才能夠很落實，這是第一點。第二點，我看直接成本裡面無菌的 Ringer's 500 C.C. 一罐、一袋啦，以前算罐的，現在一袋 14.8，我們健保署我請藥事小組回答是不是 14.8，還有就是那個無菌的注射用水是 3.2，這根本現在買都 4 塊多，這是事實嗎？再來塑膠注射器帶針，這是安全針具還是非安全針具，這也是要講清楚，我是感覺上他們的這個，這一次的計算成本是有比上一次進步很多，所以我剛才才講，我對於他們醫師的 1.3 是沒有意見，但我有意見的是醫事人員的成本，還有行政人員的成本，還有 Ringer's，還有注射鹽水，再來注射針具 5 C.C. 和 10 C.C. 這個，到底是用安全針具還是不是安全針具，如果安全針具可以 1.6 元、1.8 元就買的到，我隨便你們。所以你們做的是不對的，你們計算成本是不對的，現在是，從今年開始如果你沒有用安全針具，衛生局是可以隨時舉發你，可以罰你，所以應該是要這樣處理。我不是在挑剔你們，我是在提醒你們，是好意在幫忙你們算清楚。

主席

好，請羅代表。

羅代表永達

我記得在之前會議已經提到，因為現在新增的項目裡面，把以前的技術費 physician fee，跟我們現在的材料費，你就直接乘以 1.53 嘛，那現在新增的這個部分就直接把它合在一起，那這其實造成醫院很大的困擾就是說，除非我們在把直接成本或是間接成本，或是材料成本當然是怎麼分別，否則現在目前大概台灣百分之九十以上醫院，大概都是直接跟醫師講，你的技術費的百分之多少是歸給醫師的，那我們很多的合約也都是這樣子，那未來如果在這樣的支付標準，直接把這兩個東西合在一起算的話，那我們不曉得怎麼跟醫師說了。所以我記得在前幾次的會議裡面曾經說，是不是可以在未來新增的部分裡面，可以告訴我們說，醫師的技術費是多少錢，或是它的另外的特材還是材料的費用大概是多少錢，可能我們逐漸走向不要用 53%，可是如果沒有區別出來的話，因為台灣遇到那個 physician fee 和 hospital fee 本來就是分開的，如果將來合在一起的時候，這個對整個醫院的運作會產生很大的問題，是不是可以有這樣的討論，或是做這樣的決議，以上。

主席

好，謝謝，當然支付標準的表達可以越來越去改良他，因為我們過去對於不計價特材的定率 1.53 已經行之多年，所以新的支付項目，現在表列的支付點數，其實就是扣除不計價材料以外的技術所有的成本，各位在醫院分 PF 的時候，通常都是用表列點數的一定比例。故表列點數還要再外加材料費才是我們真正付的錢。這個費用裡面有多少是醫師的，因為醫師你看，舉這個為例，他就是一個主治醫師，一個住院醫師，這個第 49 頁，47 頁也是一樣，一個主治醫師，一個住院醫師，然後還有護理人員等等，我們再也沒有辦法幫你去分說，哪些是醫師，主治醫師，哪些是住院醫師，哪些是護理人員，這些對我們來講，就是我們沒有辦法這樣子分到這麼細，或者是技工、工友等等，

所以我們當然就是回到醫院你們自己在設計你們自己支薪制度的時候，多予考量我們所表列的點數，且每個醫院現況都不盡然相同。

羅代表永達

因為現在目前我們在來開會的這個代表，我們有這樣的資料，事實上，只要一公告，很多的醫院他不知道原始的資料算出來的，那這樣的資料，即使他並沒有說是是一個秘密，是可以公開的，是不是可以讓所有的，因為新增這一兩年才開始有新增項目用這樣的方式，有沒有可能去公告或者是上網站告訴我們當時去算的時候，他的人事成本資料是這樣算出來，讓每個醫院裡面能有所遵循，或是可以知道他到底是怎麼來的，我們也比較好容易去說服我們主治醫師說，這個材料費不是本來，本來就不是你們的嗎？什麼東西不是你們的喔。

主席

好，謝謝，那來說明一下。

龐組長一鳴

本會議議程及會議紀錄都公開於本署全球資訊網，我最近也發現羅代表說的問題，就是說有點零散，我們會整理，我們要 reorganize 一下，所以給我們一點時間 reorganize，現在就已經在網上公開了。我再報告一次，現在就已經在網上公開了只是不好找，因為散在不同地方，那我們現在會 reorganize 得比較清楚，會用醫師的觀點，我們原來呈現的方式，因為網站上內容很多，呈現的方式可能不符合醫生的習慣，這個我們會去做修改，好不好？謝謝您的建議。

主席

好，本會議通過的支付點數，原始的成本分析表，現在是放在我們共擬會議的資料夾裡面。以後依你的建議，把通過的那個版本，最後把它整理在一個資料夾裡面，讓大家隨時可以參閱，這樣好不好？好，謝謝，那來請謝代表。

謝代表武吉

那我剛才所提的那個 Ringer's 那個 500CC 一袋是 14.8 塊錢，你沒有回答我。

主席

好。

謝代表武吉

還有塑膠空針 5CC 的到底是什麼東西，請學會來回答一下，還有就是你們的醫事人員還有行政人員這，那個 6.4% 夠嗎？

主席

好，謝代表你質疑的這一些，還有其他的問題嗎？要不要一次講完，我們請學會一次回答，好嗎？好，暫時沒有，學會的資料應該也是來自於醫院的行政部門提供，請曾醫師。

曾令民主任（台灣乳房醫學會）

我們在分析的時候，基本上是採平均值啦，就是還包含比較大的醫院跟小的醫院，那盡量取中位數，採平均值。

主席

好，謝謝，曾醫師的意思是說這裡列的，當然他是會去蒐集大、中、小型的醫院可能的價格去做平均，因為畢竟是一個價錢，所以可能截長補短，OK？那大致上是這樣子的一個成本，那個誤差一定有，但是不盡然是不合理的支付點數。好，大家還有沒有意見？好，如果這一項沒有意見的話，那就照附件 1-5 修正之後...還有？好。

謝代表武吉

對於醫事人員還有行政人員還是沒有回答我，6.4% 夠嗎？還是沒有回答我，還有 Ringer's 也沒有回答我啊，是用塑膠針具，又不是用安全針具，也沒回答啊！

主席

好，學會先回答一下好嗎？等會請醫管組回答 6.4% 的來源？

曾令民主任(台灣乳房醫學會)

謝謝代表的那個建議，那我們，當然我們這個會再估一個安全針具的價錢，兩個價錢都一起做參考。

謝代表武吉

請問您是那家醫院？

曾令民主任(台灣乳房醫學會)

台北榮總。

謝代表武吉

你們這個不是安全針具，現在你說以後要提供參考，現在是，是不是要叫台北市衛生局去查核，如果訂下去就死局了，你知道嗎？我現在是要阻止你們說不能定下去，我在替你們保護錢。

主席

好，謝謝，大致上不會誤差太大。安全針具這部份我們有，不曉得學會這邊要不要再說明一下。

曾令民主任(台灣乳房醫學會)

現在我沒有安全針具的一個價錢啦，所以現在沒有辦法立刻給代表一個回饋。

主席

好，謝謝，那再來的話我們請醫管組來說明 6.4%。

龐組長一鳴

謝代表是不是還有問題？

謝代表武吉

我注重的是醫事人員和行政人員各自去分開計算費用...

龐組長一鳴

那除了這個問題，還有沒有其他問題？

謝代表武吉

還有就是認為所需要的作業成本要做出

龐組長一鳴

那謝代表還有沒有其他問題？

謝代表武吉

作業及管理費用 6.4%。

龐組長一鳴

除了醫事人員費、行政人員費用、作業成本外，還有沒有什麼其他的問題？

謝代表武吉

目前沒有問題。

龐組長一鳴

我再請問謝代表一次，你是目前沒有問題，還是沒有問題？因為我怕我們對話會引發你的問題，我們兩個就一直對話，對話不完了，所以我會對不起很多代表，因為大家都很忙！

那個這樣子！因為謝代表可能還有其他問題，所以我們醫管組會後書面回答，以上謝謝！

主席

好，作業及管理費用 6.4%的由來是 RBRVS 醫院提供的成本做一

個平均，就是大家的行政管理成本去做平均，當然這個比例很難說一定是絕對，但是相對把這一部分的成本有提列，就表示其實是一個周延的成本分析，表示所有成本均有算進來。可是如果回到個案的時候，是不是就一定夠與不夠，那當然有可能有一些誤差。基本上對一個醫院來講，所提供的服務是這麼多種，每一項都有考慮到這個項目的時候，其實累積起來、就是一個很大的數字。那請各位能夠多多的諒解，我們也有技術上的極限。好，那大家還有沒有意見，好，謝謝。如果沒有意見的話，我們新增乳房部分切除手術併前淋巴結摘除術的5項，我們就通過，接下來我們就看呼氣一氧化氮這一項。那這一項的資料，這個是限制在兒科的部分，這個在上次開會，大家後來也是對於成本有意見，我們去訪價，請看附件 1-8 第 65 頁，請同仁來說明一下 65 頁的部分。

張技正淑雅

醫管組說明一下，針對成本的部分，所有的用人成本一樣，只有在主治醫師的部分，依照我們的專家諮詢會議討論的結果，這個判讀的結果還在醫師診察費的部分不列計，所以保留醫事人員的部分每分鐘的成本，不計價成本的耗材，我們也經過調查，目前有使用 8 家醫院的成本，那目前呢我們已經經過校正之後是 619，在 66 頁的部分，那設備攤平的部分，那的確調查部分在有使用的，大概平均使用年限是 3 年，所以在這個部分我們就修正為 748 點，以上說明。

主席

好謝謝，附件 1-9 就是訪價後的修正版本，這項大家有沒有意見？好，如果沒有意見，我們這項就通過，謝謝。

再接下來就是國字二的部分是增修「前哨淋巴結摘除手術」等 10 項，那這個部分是減少費用的部分，大家有沒有意見？一共 10 項，大家有沒有意見？好！

如果沒有意見的話，各位看一下預算來源，今年醫院總額新增診療項目的預算是 3.93 億元，之前已經新增 17 項，一共用了 2.63 億，

所以有 1.3 億元可以用在今年的新增項目，我們剛剛已經通過的部分切除跟前哨淋巴結摘除術這 6 項先用掉 1.28 億，然後前哨淋巴結摘除術這裡因為是減少費用支出，所以其實前後一共減少了 1.29 億，這個部分我們的預算事實上是足夠的。

另外請看 22 頁，22 頁的部分就是附件 1-17，大家可以看一下 1-17，1-17 一共還有新增項目，一共有 5 項，這 5 項在我們提專家諮詢會議的時候，認為這 5 項都還達不到可納入給付之標準，例如說還沒有實證證明對病人有利，經濟效益也不太足夠，所以是有醫院建議新增，我們在專家諮詢會議討論是不同意新增。

好，那這幾項請問各位代表對這些有沒有意見？如果沒有意見，我們這幾項不管是新增、增修的部分就通過，非常謝謝後面乳房醫學會、外科醫學會、兒童免疫醫學會的專家們來協助我們做說明，非常謝謝你們，謝謝！那我們接下來就看下一案。

陳建華醫師 書面補充說明(台灣消化內視鏡醫學會)

1.逆行性膽胰內視鏡檢查，有時因病例困難(約 1/5)需用上多跟導線，致操作醫師壓力沉重，建議貴署能提升一定比例的容許量，或實際審查是否核可使用兩枝以上導線的病例。

2.逆行性膽胰內視鏡檢查及治療，是為一微創手術，其屬高風險手術，也是醫療糾紛最高的手術之一。故建議能比照前哨淋巴結摘除手術給予加成 30-50%，以鼓勵操作醫師切莫因噎廢食。

3.少部分濫作醫療院所或醫師，不應影響正確醫療發展。本會已加強繼續教育訓練和內稽制度，浮濫申報件數應已減少。建議能試聘本會建議委員參與審查。如些能加強雙向溝通與回饋。

第二案

案由：應用 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算 (6,000 百萬

元) 調整支付標準案。

主席

好，謝謝。第二案是今年非協商醫療服務成本指數改變率，總金額是 89.2 億，其中 60 億健保會指定用來調整急重症的項目支付標準，我們請 45 個專科醫學會提供調整建議，一共需要 226 億預算，但總經費只有 60 億，必須排出優先順序，所以我們組了一個諮詢專家會議，協助我們做急重症調整的排序。今天提出來專家們的建議，調整項目有 1,716 項，整體的財務評估，在醫院部門是 59.43 億，西醫基層是 1 億零 6 百萬元，內容厚厚一本都逐項列在這裡。就這個部分，請代表來表示意見。來，請李代表！

李代表偉強

我想今天已經是 8 月 9 日了，其實從去年健保會決議要做這件事情，很重要的一個目標就是說能夠慢慢調漲這個急重難症的支付標準，同時另外方面減少相對初級照護，那經過這麼多討論，細節的部分我不再談，沒有一個方案是大家都滿意的，總是一個開始。只是我們今天看後面有提到就是什麼時候開始實施，因為我記得在前面幾次會議都有提到說我們應該是追溯到 1 月 1 號開始，但我今天看到這個健保署提案內容，我不知道是我的誤會呢？還是真的從公告之後才實施？原因是因為可能行政作業繁複，我擔心行政作業一定會有一點工作，但是前面已經有 7 個月發生的東西，而且超過今年 12 個月的一半，如果公告假設是今天公告，那也只不過是另外的 5 個月，那我們這邊有 60 億的錢，還是我的誤會我不知道。另外一點就是說前面其實兩季都過去了，有些扣錢去追補都扣掉了，這個一來一往之間是另一個更複雜的事情，所以說我不知道是否真的不追溯？在技術執行面上，我不知道我們署裡面有沒有什麼要補充說明的，以上。

主席

謝謝！待會一起說明。其他代表還有沒有意見？請吳代表！

吳代表國治

99 頁第四，牽涉到基層的有 106 百萬點，上面寫由 106 年非協商因素支應。我記得我們在醫療成本指數改變，那一邊的錢已經拿來調整我們的診察費，我們還有剩錢嗎？為什麼寫 106 年非協商因素？我想基層這邊如果說沒有費用來源的話，我需要基層這邊先把它 hold 住，不要跟醫院一起提升，否則會衝擊到一般預算，會衝擊到對其他項目的醫療服務，以上。

主席

好！謝謝！那大家還有沒有意見？請何代表。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

主席、各位代表。因為這個 60 億是我們在去年總額協商的時候，我跟謝天仁委員兩個人提出來的。那既然我們是放在醫院總額，為什麼會跑出西醫基層，還有一個 106 百萬的金額在這裡，我認為這個是不妥的。第二點，我還不是非常清楚你今天提出來的這個是不是符合整個急重症項目，如果非急重症項目，你們如何處理？或是依據 45 個專科醫學會提出來的 226 億裡面，你們從中拿出一些項目去支應，如果這樣子的話，是不是有不妥之處。還有認為如果現在列出來這些的金額，如果再追溯到 1 月 1 日的話不足夠，我想提出這些意見的詢問。

主席

好，謝謝！請藥師公會賴代表。

賴代表振榕

主席、各位代表，我記得這是第三次非協商因素的第一案，還是沒有考慮到藥師照護的部份。我記得第二次的會議主席有說要錄參，但錄參到底有什麼功能？結果錄了以後好像沒有什麼反應。我覺得急重症服務裡面，病人的醫療品質安全是非常重要的，但是醫療裡面一定會用到藥，藥的品質跟安全好像都是沒有在整個醫療服務品質裡面，我的感覺是這樣子。這一部份剛剛主席有講，在 1 月 11 日到 23 日徵

詢了 45 個專科醫學會，但是怎麼獨獨漏了我們藥師的部份？因為學會裡面都會開到藥，藥事服務裡面，在醫師我們是協助，我們絕對不是監督！我們是協助他把醫療的用藥安全跟品質提昇，把它的經濟效益提昇上來。所以，我們今天特別請醫院協會那邊，他們提供一份臨床藥師照護臺灣醫療迫切的需要，這一份資料提供給各位代表還有長官們做參考。

我們不去談國外，我想國外應該醫師代表都很清楚，從過去的資料我們可以看到，提供的資料第三個部份，這是我們臺灣的醫學中心，這是實際做出來的 data，我們藥師在即時就是醫師開出來的處方裡面有所謂的 near miss，還沒有造成傷害的就有 58000 筆，這不包括電腦系統主動直接擋下來的，所以，這一部份是在我們整個醫療安全性上，這是藥師可以來貢獻的。如果我們把這個醫學中心再推估到 20 個醫學中心的話，臺灣醫療上所謂的 near miss 所造成的 medication error 應該可能有 100 萬以上，但這個 100 萬以上如果我們沒有好好的借重藥師的專業幫忙來擋下來的話，那我不曉得這個影響到底會有多大。我們不是說醫師一定有什麼錯誤，我要表達的並不是醫師有什麼錯誤，我們可以看到第 7 點，實際上我們在醫院裡面藥師所做出來的貢獻。我們在腎臟科的病房裡面，我們藥師介入以後，他做了 2.4 倍用藥建議，這是幫醫師去建議他在用藥上的選擇性問題，在醫療品質上提昇的問題。我想這都是有數字上的提昇，而且這個資料都已經在 SSCI 裡面被接受的文章，所以這是有一定水準的東西才可以被接受。我們看到第 8 點，藥師在一些醫學中心也開始開所謂的抗凝血劑的門診，抗凝血劑的門診裡面，在藥師幫忙醫師做這些病人的介入照顧之後，在第 5 次它的值是可以達到目標，我相信在醫院裡醫師看診是相當忙碌，藥師可以來幫忙做這些事情，讓病人在服藥上的問題能夠提昇上來，我想這都是藥師可以做到的。在第 9 項裡面有提到有談到在化療的部份，我相信化療、癌症的病人愈來愈多，化療在治療之前，由藥師來幫忙醫師告訴病人在用藥上的一些反應該怎麼去治療，這都是會有正面上的幫助。所以，我們藥師在整個用藥安全跟品質上，應該是有很大貢獻來做。但是我看到在每年的非協商因素裡面，我們署好像都把藥師

當作不在戶口內的醫師人員！都沒有找我們來談，把我們的意見給表達出來，這一次我們很具體的提出，各位可以看後面那一頁，我們推估建議如果 266 億之外，當然今天只有 60 億，還有幾個項目未來會再提出來，是不是可以把醫院裡面的藥事照顧這一塊，不要又放在調劑費，調劑費實在是太少太少了！臨床藥事費目前依我們學會所提出來的，是住院的臨床藥事服務費，還有門診的臨床藥事服務費，我們只提一項就是抗凝血劑，第三個是癌症的病人。我們也推估如果真的讓我們藥師真的能夠做這些的藥師臨床服務差不多 8 億點，但這 8 億點裡面，如果各位有時間能細讀我們所提出來的資料，我們藥師在整個藥師照護裡面幫忙藥費的節省費可超過 2~5 億左右。所以，實際上你花了 8 億的錢，我們藥師可以回饋差不多是 4 分之 1，甚至是一半的費用再回饋回來，在用藥的服務品質及經濟效益裡面，藥師都可以做得到。

所以，真的我要再拜託主席、付費者代表、各位醫界代表幫忙在未來非協商因素在討論的時候，不要只有 45 個專科醫學會但都漏掉了藥，我很感謝代表剛剛在看乳房的時候，他有講到醫事人員好像都沒有感覺到，但實際上醫事人員都知道我們在醫院裡面都強調是 team work，但這個 team 好像少了幾個人，打起棒球好像就是少了很多人的感覺。所以，真的拜托未來，今天這 60 億我們沒有什麼可以再講，因為協商已經分配好了，但是後面還有，每年都有非協商因素，拜托一下說，如果在今年 9 月的時候，健保會裡面又有這樣的經費出來，請拜托一下我們付費者代表，能夠在經費要分配的時候，能夠有提供一個附錄的意見，說要藥界的代表一起進來做討論。我們要貢獻的實際上在醫院做臨床藥事服務所爭取到的費用，不是每一塊錢都到藥師的口袋裡面，這只是增加醫院的收入，增加藥師在醫院裡面感覺專業的付出是值得肯定的，以上！

主席

好，謝謝賴代表的說明，也補充了書面資料。大家還有沒有意見？請黃代表，再來謝代表。

黃代表雪玲

我們看第 173 頁，署裡在試算一般手術及多重創傷，可以看到中間的部份，在增加點數的地方，署裡指出 1.1 的成長率，就是多了 0.1 的成長。其實剛才在討論第一項的時候...

主席

不是 0.1 喔！是 10%！

黃代表雪玲

是 10%！在 67 頁，我們剛才討論前面那個，署裡面也有估是 10% 的成長率，我想問一下你們在算 100 頁到 169 頁，這些品項，為什麼你們沒有估這個成長率進來？我覺得這樣是不是費用上有低估，我們應該比照大家都成長 10%，是不是所有品項都應該要這樣子估？這裡看不出來有成長 10%。

主席

等下一起回答。還有沒有？來，謝代表！

謝代表武吉

其實，我在這裡補充剛才何語代表沒有講到的，這裡的說明一最後一行，整體調整方案並送全民健康保險費備查辦理，這個是要先送？還是不必先送？這是一個問題。

第二點，全民健康保險總額支付標準諮詢專家，我聽李伯璋署長講過有邀請過十大老，到底這十大老到底是哪十大老？我們應該要公開透明化，你不能夠黑箱作業，這樣的調整是黑箱作業，難怪剛才何語代表一開始就直接了當的說，這個作業是不是有問題，這個是我與何語代表都一樣，感覺上都是有問題的。

第三點，負責協助提供四大科重症調整的項目，我看了一些根本就不是重症，你們還是照樣調整。這是值得我們來考量的地方。

最後一點，剛才何語代表也談了，西醫的 106 百萬，我們翻開第 100 頁最下面有一個西醫基層的影響點數 2%，這個是怎麼出來的前面是 98%，醫院的是 98，A 加 B 是 100，這個是總額可以東看西，黑貓

白貓算起來都是貓啊是不是，我們搞不懂啊。

主席

謝謝！我們蒐集大家的意見後，一併說明。請，張代表。

張代表清田

主席、大家好，我看這個調整，有的調整好大，大概增加一倍以上到兩倍，這當然說有經過專家，我不曉得是不是有涵蓋主要的科別，因為每個人都是看得到大部份都是這樣子，婦科說它很重要，外科說它很重要，神經科說它很重要，就像我們會計師一樣，每個人都看得到。我現在很擔心你們所選的專家是不是每一科都有代表，還是只是你喜歡的，還是怎麼樣的，我不是很清楚，實際上我是同意有一些重症他的有一些給付，說實在話，開個那麼大的手術才給付個一、兩萬塊，我是覺得做那個壓力很大，難怪說有些醫師、我的一些同學開完刀要去解放幹嘛的，我真的才覺得，歐～原來是這樣子。很多同學都是從醫的，後來就轉行了！有些可能低的你把它調高，那有些調了一倍以上，那顯示有些原本是不是很低，那為什麼針對這個去調？有的原本就很高，怎麼不把它調下來？一定有高、一定有低嘛！我是說那這一塊是不是原則上我是尊重健保署，我只是說，在調這個的時候有沒有考慮到我講的這些 key point？謝謝！

主席

好，謝謝！來，陳代表。

陳代表志忠

支持剛剛李偉強代表所提的，我想釐清一點，假設是照這個方案去調整的，影響的數目，財務影響，這個是一年的影響還是？一年的影響你現在告訴我們說公告後才實施，多出來的錢該怎麼辦？

主席

我們不會有多出來的錢！那大家還有沒有意見？好，第一輪到這裡，請醫管組先說明。

龐組長一鳴

先回答多出來的錢怎麼辦，剛才何代表跟謝代表都提到一樣的問題，因為這個錢是醫療成本服務指數，是一般部門，不是專款，而我們總額協商是四季結算，它沒有另外再分支付標準調整，就會併原來的結算去調。因為它不是專款，是在一般部門，如果行政要追溯前面付的話，在第一季結算時，就要把這個錢要預先扣下來。我們作業雖然 60 億，但 60 億是個概數，不是一個絕對值，大家都知道很難調到剛剛好那個金額，我們事前沒有辦法 withhold 住，所以那個金額在第一季結算的時候就用了！我們現在原則是按照公告之後才開始實施，公告前的費用會併在一般點值結算裡面會去作結算，一樣是分到各個醫療院所去，後面的問題由淑雅說明。

張技正淑雅

因資料很多，很抱歉無法逐一表列欄位。這裡簡單說明一下計算原則，我們是用 105 年申報 base 去估算 106 年的執行量，所以這 167 項目，都有依照各項醫令各自的實際成長率予以反映。而手術部分特別註明成長率，是因為 ISS 大於 16 的執行量有限，而且有支付標準通則限制，我們沒辦法實際給予成長率，考量成長率有高有低，所以我們採手術項目的平均成數大概 10% 左右，來算出這數字，跟代表們說明，我們都有把成長率列入計算考量。另外專家諮詢會議代表涵蓋各個專科，不是單一專科。

主席

好，我來補充說明，有代表擔心不追溯，預算就沒有花掉，剛龐組長也說明，到目前為止已經結算第一季，因為支付標準還沒有調整，所以非協商的四分之一費用已作結算，第二季，另外非協商的四分之一，也一樣會結算掉。第三季預算要看行政程序何時完備，比如今天會議能否順利通過，通過後的報部公告，公告次月一號生效，所以完備時間還不知道。等行政作業確定後，生效當月我們會拆非協商的比例，沒有辦法反映的月份，就回到總額內去結算，可以反映就反映支付標準，第一年一定會這樣處理，而且不是第一次這樣做，例次用非

協商來調支付標準，都是這樣的做法。這一點大家都擔心，特別何代表也擔心追溯的錢夠不夠，但預算本來就在，而且六十億是以一整年估算，不是僅估算一個月或生效之後的月份的錢，一旦調整後，明年就是整年，就在基期內，這點希望大家能夠理解。

吳代表剛剛提到今年基層先不反映，為何西醫基層會連帶影響，因為部分調整項目有少數西醫基層也在執行，因為支付標準各層級均共用，所以會反映到。因為今年西醫基層的非協商因素預算，其實已經執行完，沒有餘款，所以今天提出來。如果基層願意以成本指數以外的非協商預算，用來調整支付標準，醫院基層支付標準就都一致，看大家同不同意，如果不同意，基層就暫時無法調整，結果就是造成同一個項目，在醫院執行跟在基層執行是不同支付點數，這點希望代表們能理解。如果會員有不同意見，要能夠說明因為你們的顧慮，如果是因為今年沒有預算，希望明年再處理，也請你們列入考慮，畢竟部分會員意見可能會反映到全聯會。每年都會有非協商因素成本指數改變率的費用，依照今年的進度，快一點可能九月或十月，差不多影響一季多。如果各位基層的代表認為今年不反映，我們會先備註，是不是明年納入考慮就請你們帶回去，這樣可以不可以？謝謝。

再來賴代表所提藥師照護部分，謝謝你提出來，因為有些說明，這案是不是可以併到下一案一併討論，因為六十億沒有包含你所說的項目，我們看看後面第 4 案 29 億調整案有無空間，再一併討論。

再來張代表提到調幅，請同仁說明共識，調幅最多是多少。

張技正淑雅

跟各位代表說明，我們的共識是通盤考量支付標準，若 102 年或 105 年已經有調整過的，優先不列入考慮，但不是不調整。單項重症項目調幅原則不超過 150%，所以在手術章節，最高調幅有 150%，最低調幅有 2%；麻醉部分，最高是 50%，最低是 20%；ICU 部分，調幅一致是 80%，以上說明。

主席

這調幅是專家諮詢會議達到的共識，因為調幅過大也不好，這樣其他項目沒有調整的機會，所以最後共識為調幅最多不超過 150%，而各別項目也有不同上限的共識。另外張代表提到專家是否涵蓋不同專科別，我們十位專家是涵蓋在大內科、大外科、婦產科跟兒科，所以大內科、大外科內的次專科，也都有涵蓋。

謝代表提到六十億調整項目定案後送健保會備查，這部分是健保會的決議，因為這項是他們在協商時特別指定要調急重症，所以如果我們獲得會議決議之後，當然會把辦理情形送健保會備查。

另外謝代表提到十大老，這是聘請的專家，我們尊重他們。也有代表提到這裡頭有無非急重症項目，若代表們認為哪一項不妥，有疑義，請提出來，如果沒有共識，我們可以暫保留。我們已經請專家們協助調整項目排序，我們也尊重專家給的建議，而今天是一個正式的會議，所以代表也是有代表性的，若你們覺得裡面有疑義的部分都可以提出來，我們就有疑義的地方來檢視他的合理性，這部分說明到這裡。剛剛何代表有意見，請何代表發言。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

是向健保會備查，可是我有正式提案，我上個月有要求這六十億能提供金額細項，類別細項跟金額細項要算給所有健保會委員參閱了解，不是把這個方案送給健保會備查就可以。

第二點，我當然尊重你們醫界的大老開會，可是有人認為有影響力的專科醫學會可能就分得比較多，沒有影響力的專科醫學會就比較吃虧，裡面有紅牌跟比較不紅牌的醫學會，所以這樣可能會偏離這急重症的要求。

還有我認為調整的部分除了醫院應得之外，如何落實給醫生的所得，這是我們比較關切的，我們當初提出急重症的用意也在這裡。我們不反對醫院應該得到這部分，但是也要落實給醫生的部分，不要讓醫生跟我們反應聽得到拿不到，這筆錢好像都沒有增加，這點我們比較關切。所以我們希望在這個月底的健保會裡面能夠拿到整個細項，我也希望今天應該讓他通過，這是 106 年的部分，不要拖到 107 年再

繼續，107 年也有該年的總額協商目標，我希望在 106 年落實，不要一件事拖到跨年度，這樣有違我們總額協商的精神跟目標。

主席

謝謝，請謝代表。

謝代表文輝

剛剛聽了以後，其實我覺得我們實際在參與各業務組的認知，因為這個非協商因素還沒有明確的定案，所以各分區在結算的時候，其實這一條款都還放在旁邊。但我也同意就是說，我們估的和實際的一定會有落差，所以即使有留一部分錢在那裡，未來要結算也可能有問題。沒有留？好。因為我們本來預知的是以前有很多項目是調整後往前追溯，也有這前例，如果有往前追溯我是覺得就沒有什麼好顧慮，如果沒有往前追溯要公告日開始執行的時候，我是建議這個案就應該跟第四案一起公告，因為他們都是非協商因素要下去做調整的部分。當然這是署裡很大的進步，就是把健保會認為重症要調整這是一個目標，另外部的指示是推動分級醫療還有一部分壯大社區~其實他們兩個角色完全不一樣。大醫院做重症是我們的期待，社區就是看輕症，所以分兩個不同項目來談這樣很好。之前長期以來健保都是齊頭式的，什麼都一起，結果就產生社區小型醫院在這裡面的不適應，覺得遊戲規則都對他不公平，現在大家分開我覺得是一個很大的進步。針對小醫院跟大醫院的各自需求分開來，這兩個都是部裡推動的非協商 89 億來做分級醫療，所以我認為如果這案子今天討論後，應該要第四案一起實施，這樣對大小醫院才是一個公平的資源分配，這是我們的建議，就是說，今天第四案也應該要同步啦，如果未來這 60 億是在九月份或十月份開始，那對壯大社區醫院的部份，我們也期待能一起開始，因為這樣才會讓人覺得很公平，幫忙大小醫院，謝謝。

主席

好，謝謝，請黃代表、李代表還有謝代表。

黃代表雪玲

我覺得這 60 億本來擺明就說要調急重症，如果不追溯就變成攤到點值大家攤，這樣就沒有鼓勵到急重症的院所，相對的初期照護就反而要追溯到一月，這兩個為何沒有相提並論，如果要追溯就要同步追溯，不追溯就要同步不追溯。其實就算同步不追溯也對我們急重症醫院不公平，因為你本來擺明就要調，若調了沒有追溯，就沒有獎勵到急重症的院所，只是點值大家攤而已，這樣是不合理的。我們是覺得這個地方應該要追溯，不能不追溯，我們會覺有追溯才有獎勵到急重症的院所，否則就等於白談嘛。再來就是想問第 98 頁，本來過去第三刀同類型手術是不給錢不能申報，現在健保署變成第三刀可以申報 1/2，我想知道署裡是如何估算？因為過去就沒有申報，請問這段是如何估算？

再來請教 $ISS \geq 16$ ，特別強調是要胸、腹部， $ISS \geq 16$ 也有可能是頭部、四肢，這樣是不是不是胸、腹部就不能申報百分之百，或是若同病人頭受傷，腹部也受傷、四肢也接肢，如果他做了那麼多項手術，是每項都能百分之百，還是只有做胸、腹的才能申報百分之百，這地方需要再確認一下。

主席

好，謝謝，李代表。

李代表偉強

我想這個案子應該支持讓他通過，這是第一點，只是可惜的是因為我們是到八月九日才來開會，這個後面還有行政作業，所以可能拖到九月正式公告，所以等於一年四季只剩下第四季可以用這個提高的急重難症的支付標準，這個今天的會議紀錄會留下紀錄發言，我相信對很多從事急重難症的醫院是很遺憾的消息，因為畢竟一開始希望一月份開始的，身為醫學中心代表與會，必須留下一個會議發言紀錄，其實當初衛福部提六大策略，為了要落實分級醫療，今天討論就很重要的一个部份，那假如說提高急重難症無法回溯去支付的話，那這段時間很多醫學中心及區域醫院因為初級照護比例未達目標而可能被扣款的部份，也請健保署考慮不予核扣，讓醫院有緩衝及努力的時間。

另外剛有請代表提到專業意見，哪些是急重難症，那些不是？其實我們必須說，病無大小，急不急是在於他發作的程度。比方說，膽囊炎可能不是很嚴重的問題，但是也有可能很急的時候，所以，急不急我覺得應該尊重專業醫學會的看法，既然前面專科醫學會都已經討論定案，我覺得應該尊重，實施一段時間之後再作全面檢討與調整，哪些漏掉哪些要再加進去，我覺得應該是定期討論，而不是把已經討論好的部份翻盤，這才是尊重專業意見，謝謝。

主席

好，謝謝李代表，再來請謝代表，再來葉代表。

謝代表武吉

剛才何語代表提到送給健保會的問題，我就不再說明，剛才我提到的諮詢專家的十大老問題，我們是要公開、透明、合情、合理，剛才何語代表也有講到說，不分大的小的，大科小科，你這十個大老，要怎麼...，我們要找那十個所謂的大老，有沒有層級之分？還是都是醫學中心的人，這一定要很透明化的來向我們說明的很清楚，他是怎麼選擇出來的方式，希望健保署能夠給我們了解一下。

第二點，這十大老到底是哪十大老，你要公開給我們了解這十大老到底是哪十大老。

主席

好，謝謝，那再來葉代表，再來施代表。

葉代表宗義

我看這樣好不好，剛才已經...我們的付費者在這個立場上來講是希望這個案子讓他通過，而且我們付費者裡面這幾個都是健保會的委員，當然這個案子一定要提到健保會，並不是去備查還要討論的，既然通過了，我們就有這個責任應該讓這個案子在健保會通過，這是我們一個最要的一個問題。

那個第二個問題，我是希望說這個案子能不能追溯從一月一日開始？不要再講什麼十大老，有專科...什麼的，這個問題越談越複雜，能讓他通過才是最重要的，能夠替你們解決，其實我們替你們解決事情的啦。

第三個問題，我是希望說，剛才我們主席也講過啦，既然這是重大病症，通過了以後，你們如果認為哪一項不是重大病症再來討論，這是一個非常民主的作法，這是我的提議，那麼我們在座的付費者代表都贊成主席的意見，贊成這個案子通過。

主席

好，謝謝葉代表，再來請施代表。

施代表壽全

我想講幾句話，雖然身份有點不太對，那十位大老我就是召集人，我的名字在報紙跟媒體上出現好幾次，至於其他幾位代表的名字，在某一期的今週刊有提出來。我感覺署長的邀請是有涵蓋不同層級，至於說是不是要醫學會才具有代表性，我個人沒有意見，我只是被邀請來協助討論。剛才何代表提到為什麼涉及基層 1 億多，因為我們的目標是分配給急重症，基層裡面也有一些在做急重症的，那些項目避免不了，所以 60 億裡面有 1 億多是基層。

再跟大家報告分配原則，我們裡面有三位內科，三位外科，還有兩位婦產科，兩位兒科，至於名單要不要讓大家知道，我沒有這個權利，也沒有特別意見。而既然是給急重症，所以我們的原則是加護病房住院診察費支付點數先調升 80% 後，再分配給內科系 35%、外科系 35%、婦科系 15%、兒科系 15%，所謂內外科系，是泛內外科系，不是只是指狹義的內科、外科。就整個服務量來講，其實我也很難說非常公平，但醫院經營者在看這個事情，婦兒科系分別分配 15%，是因為台灣的婦兒科真的非常困難，有時候比內外科更困難，所以大家共識這樣去分配。至於裡面有沒有非急重症的項目，因為十位都是專家，也會找相關的人共同討論得出結論，剛才主席有講，假如大家覺得有

疑慮，也請提出來，以上是我所作的補充說明。

主席

好，謝謝施代表作的補充，再來謝代表、陳代表。

謝代表文輝

主席、各位代表，我很認同剛剛李偉強李主任還有葉代表，因為我們今天為什麼會編這六十億，就是因為政策上希望推動分級醫療，也有用壓迫性的，就是大醫院你要把初級照護要下降，甚至第一季計算出來你沒有達標要扣多少，上一次討論雖然沒有說馬上結算，因為覺得執行面好像還有一些瑕疵，有一些問題還要改進，但是保留以後改進以後再看錢怎麼算，我是覺得就權責相符的精神，我們跟人家要求減輕症當然要同步給人家加重症，所以我是覺得追溯不合理，其實各業務組，追溯去結算再作調整沒有什麼問題，這個以前我們常常遇到，你要是遇到追溯，反正錢還沒有結算結束之前都是可以調整的，所以我是覺得這個因為是和政策有關係，我們推動分級醫療，要求人家釋出初級照護，這邊給人家加重症，當然要同步啦！這只是業務組在結算的時候麻煩一點未來在總結時多退少補，這個在業務組都不是問題，所以這是我的一個建議。

主席

好，謝謝，請陳代表。

陳副院長信水(徐代表弘正代理人)

各位代表，很感謝付費者代表，尤其葉代表剛提到有關於這筆錢要投入重症部份的這個肯定，那我想我大概就舉出幾點，我個人覺得那 167 項，我剛稍微看了一下，我覺得這十大老要不要公布，其實我也不曉得原來施代表也是十大老之一，我覺得他們專家的意見一定有他的一些考量，因為其實高度不同，我個人是覺得說大家高度不同，那一定會有一些整體的考量，我覺得這個應該是尊重，就像剛李代表說的，其實我覺得專家他們這些人一定是有一些代表性，所以他們的

考量一定是比較...高度是不同的，那我覺得是可以讓那些 167 項先實施以後，如果說有些不妥或還有漏掉的，覺得未來可以再做一些改進，那這個地方我想要肯定，那至於要不要公布，我個人是覺得這不是很重要，因為這牽涉到很多個資的問題，我覺得願意付出，我們擔心是有一些大老未來他不敢付出了，因為可能公開了以後，未來可能會受到一些什麼，我是覺得這個可能比較憂心，所以我覺得如果願意出來作事的大老，不管是大老，也許不是年紀很大的叫大老，願意出來做事我們應該給他肯定，我想大家都可以對那 167 項去做一些考量去徵詢。

第二個就是我比較配合其實就是像剛才很多代表都提到的，有關於這樣追溯會造成院所或健保行政作業繁複，我覺得院所絕對不會有這方面，我想署裡面常常給我們院所很多挑戰，我們都能夠欣然接受往肚內吞我們都可以解決，所以我覺得這個應該院所不會有問題，那有關於就是說追溯期的問題，我覺得還是應該要以健保會提到的，我是覺得應該從 1 月份開始，這樣是比較合理，因為重症一直都在做嘛。既然是要鼓勵急重症，而且他的項目要是合理的，我覺得他一直都在做的東西，我覺得應該正面鼓勵。那像剛才提到的初級照護，我想署裡面對初級照護不達到的核扣，我想也沒有說行政上會有一些繁複的問題，其實也蠻繁複的，我覺得說是不是說初級照護他實際上就是要照原來的方式去執行，是不是這個部分重症是鼓勵的，而且付費者代表都非常支持的話，我們是不是就可以用這樣的方式從開始回溯到 1 月份，如果已經過的話，這個是我個人的建議啦。我覺得這樣子的話，對一些在做急重症的醫院來講，其實他是真的是比較正面的鼓勵。我剛剛看裡面其實很多調整急診、ICU 這些，我覺得都是蠻重要的，而且兒科、婦科這個都非常好，因為我們知道這個其實很需要但現在又很少這樣的人才，對於這樣子的後一代的照顧我覺得是應該的啦~我個人的簡建，謝謝。

主席

謝謝陳院長，請李代表。

李代表飛鵬

我第一次發言，我是耳鼻喉科，所以我剛剛特別注意一下耳鼻喉科有那些項目的調整，沒有，所以剛剛施代表有特別提到十大老裡面沒有耳鼻喉科，我相信他們十大老。

主席

有，放在外科系。

李代表飛鵬

對，我們也是外科，耳鼻喉科也很大科，有時候開刀也要十幾、二十小時，所以他也有調整，所以我相信這十大老應該是公正的，雖然我們耳鼻喉科沒有去，還是有調整到我們耳鼻喉科過去比較低的項目，所以我個人認為既然已經委託十個專家來審查了，也感謝我們付費者代表也有共識讓這案通過，不然時間會很冗長，通過之後再來檢討就可以了。

第二點，我覺得健保署跟政府既然有鼓勵推動急重症的美意，那這筆錢一定要把它花掉，別最後還是沒有落實到，所以很多醫院做急重症的同仁都已經知道這訊息了，如果這經費已經編列了，我也贊成是不是能追溯到1月1日，他們本來就有期待，也能把這筆錢花掉，鼓勵真正做事的，謝謝。

主席

謝謝，請賴代表。

賴代表振榕

謝謝主席，剛剛主席也提到說後面討論案有沒有空間可以討論到這塊，但我看今天討論案好像空間並不大，因為經費都已經分配好了。所以我是想拜託代表跟主席，將來的非協商因素或今年九月在討論明年經費的時候，是否能將藥師照護這塊列入專案去做調整。我們在爭取的只是藥師在醫院裡面的專業表現的肯定，因為我剛有強調這些藥

事服務費，這三個項目給你們做大概有八億點，這八億點裡面還可以從醫療、經濟效益、服務品質、安全的提升等，可以節省二到五億左右，這可以做一個回饋，這錢也不是直接到醫院藥師的口袋，而是在醫院的收支裡面可以看到藥師在專業上的貢獻。所以剛主席說看後面討論時能否放入時，我個人是不清楚還放得進去嗎，因為過去經驗是今天雖然是討論案，但錢都已經分配好，我不知道還有什麼空間可以去調。雖然我剛發表意見，主席有說會入參，入參是什麼用語，這樣會有參考嗎還是只是這樣。所以拜託各位，如果各位覺得在醫療安全品質上，包括醫療經濟效益上，藥師藥事服務是有幫助的，在未來醫院的支付裡面能將這筆獨立出來，而不是用藥事服務費來涵蓋所有。而且現在藥事服務費很低，這部分跟藥師所付出的，藥師做得項目非常多，我想這不應該一點點，但是今天至少學會已經做一個完整的復健資料，如果可以的話，我們可以做簡報檔安排時間跟各位報告，謝謝。

主席

好謝謝，請問其他代表還有沒有意見？

黃代表雪玲

ISS 還沒有回答。

主席

好，等下一起回答。請謝代表。

謝代表武吉

我非常感謝剛才施院長，自己表示是召集人，我都很敬佩，但是我為什麼會希望要健保署能夠公佈這個名單，我是怕以後發生再類似的事情發生的時候，我們可以任由人家來選擇，就變成不能夠有公開透明而且合理的狀況，那我要求的主要原因是要公開、透明、合情合理，所以才要要求公開，以免以後被完全操控，我是不希望這種事情來發生啦，這次是不是有這種狀況發生我不曉得，但是我們是希望從

今以後不要有這種狀況來發生，一定要有它選擇的基本的方式。

主席

好，謝謝，再來何代表。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

因為我對這個六十億是很關切，所以上個月就有提案到健保會去了，但因為健保會上個月時間來不及沒有討論，移到這個月健保會要討論，所以我希望今天讓它通過，讓這個月的健保會，你們能夠把細項提到健保會來，這是第一個。第二個我建議還是要追溯到元月一日開始給付，這樣才等於當初我們付費者提出來的一些好意。第三個我建議藥師公會，你要提出明年度的非協商因素總額，希望你趕快提出來，如果你再不提出來，你現在講太多都沒有用，我看到藥師公會相當積極，所以你自己要趕快去爭取提出來。第四個基層有急重症，原先我們都不知道，如果知道，我們在去年總額的協商，我們就基層編列急重症預算。我在 107 年會把基層的急重症部分，我會考量會再來推動，謝謝。

主席

好，謝謝各位代表都提很多意見，我們是不是暫停一下，請醫管組就疑義先做澄清及說明。

龐組長一鳴

第一點謝謝大家對於本案的肯定，專家確實花很多心思討論，引用剛剛李偉強代表講的，真的沒辦法做到完美，但是我們盡量求公平。這一點我想實際在做臨床醫師的，應該可以感受到我們的用心。

第二點我還是說明一下結算的事情，最近才會開會討論，還沒完全確定第一季的點值，我們行政作業已經 ready，但是要會議後才會確認實際的點值。不過可以確定跟大家報告這個點值是 0.9 幾，追溯後一樣有後續的問題。當然行政上我們重做一次，大概一個月的時間跑

電腦是我們健保署的問題，但就實務上跟大家報告，剛剛黃代表提到第三刀的問題，淑雅也有解釋第三刀是用估算的方式，因為第三刀沒有申報，沒辦法追溯到第三刀，就會有人會被追溯到，有人不會被追溯到，像 ISS 也是，到時候這樣有實務上的困難。我們現在是希望實際第三刀能夠反映出來，那原來它也是沒有報的，所以有實務上的困難。不過可以跟大家保證，錢健保署沒有收回來，一定是用掉，只是用原來的支付標準分，還是用新的支付標準分而已。實務上做的可能會引發另外一種不公平的情形，所以我們才會建議從公告生效日後，才開始做處理。以上說明，謝謝。

主席

剛剛何代表提到希望這筆錢可以落實到醫師，我們同樣希望這樣，所以我們在正式公告生效之後，會正式發函給各醫院，希望這筆調整的費用，能夠真正落實到醫師的所得，這點我們會再做這項補強。

有關大家共同關心追溯的部分，這筆錢我一再的說明，沒有追溯不代表我們沒有把這一筆錢用在醫界，只是不同型式的用法。剛剛龐組長講的，現在已經在確認第一季點值，之後就要辦理結算。我們這次調整項目，今天提會討論才知道，實際上它在第一季是沒辦法算的，而且今天能不能通過本案，到這個時候也還不知道，所以第一季要追溯其實是有困難的。

這次代表們都在講兩件事，第一個是不追溯是不是錢就收回去，這一點我跟大家報告，錢就是沒有收回來，今年的非協商就是全部拿去結算，我們分四季結算。如果沒有反映的月份，就直接進行結算，這個案子何時可以公告實施，就從那時候開始重分配。第二個是這筆錢本來是要反映急重症，如果沒有追溯，是不是會讓大家失望落空。其實只是晚生效，但是一旦生效，就是永遠，就只是晚這麼幾個月。各位可以理解，健保會協商通過後，今年元月真正預算開始，我們正在籌備這件事情，這個事情有多麼複雜，是經過徵詢再經過排序，才會到現在，所以並不是一月份就知道哪些項目要調，是需要作業時間

的，而且要做到大家認為相對公平，是需要花一點時間，這個是第二點我要說明的。剛剛有提到扣款的部分要不要同等對待，因為是不同議案，就不同議案來處理，而且目前面對的困難不一樣，兩件案子不該綁在一起，我是希望大家能夠支持。

我們有很多代表，包括謝代表也都提出來說，是不是要公開我們十大專家的資料，我們會跟署長請示。如果本案順利通過，這個月健保署就應該把資料提到健保會，讓代表了解進度及內容。如果健保會的代表也建議公開專家名單，我們也會在署長同意之下，來跟代表做報告。以上說明，不知道大家有什麼意見，好，葉代表，謝謝。

葉代表宗義

這個案子好像都通過了，那剛才我們討論一個追溯的問題，追溯是從一月一日開始有困難，那麼如果由7月份開始是不是有困難？可以再講...如果這個月把他送到健保會，健保會把他決議通過，追溯從什麼時候開始，那怎麼辦？

主席

好，謝謝，有關公告之後何時生效，涉及到社保司，這部分的法令上還有行政程序問題，是不是請社保司的梁代表說明。

梁代表淑政

就行政面，如同健保署所講的有其結算作業的複雜；就法制面，衛福部在發布支付標準的修正時，一向是希望最好不要回溯，再者，在發布作業的過程中，也須會辦本部法規會表示意見，就過去的經驗，也常建議盡量不要回溯。以上說明。

主席

跟各位代表報告，我們的支付標準是法規命令，所以追溯其實比較不恰當，我們過去曾經做過一次，被認為是不妥當，之後我們就盡量不追溯。還是要重申，這筆錢一旦生效之後，就是一直都在的，所

以說鼓勵也要準備好，而且今年的預算一毛錢都沒有拿回來，沒有因為晚生效，預算就收回來，而是通通還是分配掉。

最後一項我們還是要謝謝施代表，施代表擔任我們這個諮詢專家小組召集人，非常的勞心勞力，也花非常多工作以外的時間，協助我們把這些項目優先順序做了定案，我們真的是非常感謝施代表。好，請羅代表。

羅代表永達

看一下 107 頁，序號第 151，因為這個項目佔了 3 億多，相當於 60 億當中的二十分之一，那我們剛才講的極重難症，就因為陰道式超音波就佔了 3 億多，我覺得似乎跟那個分配比例有很大的問題，這不符合比例原則，當然我相信婦產科是我們一個很支持的項目，但分配到二十分之一我覺得這樣子的數字是不合理，我當然知道很多十大老都有提到，但我覺得還是他不合理，以上。

主席

有關爭議的問題，我們等會請施代表協助我們說明。請謝代表。

謝代表武吉

我們看來就是有的調整 100%，有的調整 100 多%，有的調整 20%、30%，但是我要瞭解的是我剛才有說的乳房學會，我們邀請的就是把那細部分的很清楚，但是這個 20%，我現在所要講的就是說，我們調整後錢是跑去...我拜託我們的健保會委員也說，我們大家都是委員但我要說實話，這個錢是跑去醫生的口袋？還是跑去醫院的口袋？這比較重要，我要瞭解這個，跑去哪一個人的口袋？大部分都是跑去醫院的口袋，好像前不久在溫啟專教授也寫了一篇，也都有人在寫啦～這錢怎麼分配？是跑去醫院的口袋？調整這些我是希望這些錢是能夠鼓勵五大科，內、外、婦、兒跟麻醉科、急診科的需求，那我不希望這些錢是調整完以後跑到醫院的口袋去，已經有人寫了，我剛剛有講從 20 到 45 是醫學中心，45~65 是區域的，地區的是 80~100 差不多都醫

生拿去，地區是最有良心的。所以說要瞭解我們健保署你要這樣調整的時候，有沒有像剛才我們對乳房外科醫師同等的對待跟邀請來瞭解這些狀況？這是我不希望給醫院拿走了。

主席

謝謝代表，再來請李代表。

李代表飛鵬

李代表第二次發言，像謝理事長特別提到這些花下去的錢有沒有確實給醫師，由於我也有醫院管理的經驗，在這裡跟大家簡單分享。像婦產科，過去就是因為生產事故會被告，所以有一段很長的時間招不到年輕的醫師從事產科，我常想未來我們孫子的小孩若沒人接生，有可能要去國外生產。事實上，在醫院的產科，自然生產的 PF 醫院都沒有苛扣，為了鼓勵性質，診察費幾乎都給醫生了。但現在產科還是很難招聘到新人，所以剛會議中提到說這一筆錢有 15% 是分給婦產科跟兒科？我的想法是贊成讓兒科、婦產科先提高這一部份給付，改善執業條件，希望可以留住婦產兒科的人力，免得被大陸或外國來挖走人才，造成台灣婦產、兒科人力缺乏。

主席

好，謝謝！我們請施代表來幫我們說明。

施代表壽全

剛剛提到陰道超音波，是一個新增的項目，在我們十位專家討論過程中，我們也有提出本項檢查是不是急重症？當時為了這個事情，與座中兩位蠻有代表性的婦產科系專家討論，他們提出 B 表建議，意思是說執行的比較不會是基層，而大家也表示這樣的規範需要跟婦產科界的基層醫師溝通。再來就是例如子宮外孕等等的急症，也會做陰道超音波，他們預估這項檢查如果普及，可以取代 CT、MRI 等高費用檢查。所以在兩位婦產科專家所提這兩個理由下，我們後來是尊重專業及他們協調的結果，這是我針對當初會通過這項的過程說明。

謝謝謝院長關切醫院分配到費用，有沒有發給醫師這件事？基本上我想大部分醫院拿到這筆費用，診療費提高的話，會按比例再給醫師，大部分的醫院都是這樣子做。但是我覺得很多事情很難公平，因為醫院資源分配有時與評鑑很有關係，譬如急診要多少人才可以看多少病人，你要他們符合規定，就必須給他們比較多一點的資源。另外外傷科也是一樣，資源的分配通常有個比例，但為了要因應評鑑，就不得不要特別設置一些保障機制。一般醫院醫師費比率由 20%~60%，事實上有些公立醫院，也包括私立的馬偕，薪資結構可以說是一半社會主義一半資本主義，底薪十幾萬，醫師費分配就不會那麼高，但有的醫院底薪較少，分配就高，每個醫院狀況都不一樣，沒辦法一概而論，公平來講，錢是不是只有醫院拿走，我覺得應該不至於如此，大概以上幾點做回應。

主席

謝謝施代表給我們的說明，來，請。

羅代表永達

本來不想講，但施代表這樣講，我想講幾句話。第一個就是，因為 3 億多，今天不是三百多萬、幾千萬，也就是說這次在分配，對不起，規定只有在 B 表，事實上地區醫院裡面是不能用的意思，因為 C 表地區醫院裡面才能用。那現在很多的醫院在做的東西是產科比較難，婦科比較沒有這麼難，我想大家都很清楚，有很多的醫院或很多的診所他們現在是走婦科比較不生產，我的意思是說，依這樣的方式來做分配，很顯然沒有用到急重難症的這一塊，但是他所佔的比例又這麼高，我覺得...而且這個 957 點，事實上，我們像腹部超音波，做很多的超音波事實上也沒這麼高，我想所以很清楚我們給這麼高那表示說我們就是為了婦產科他們的收入來討論，如果是這個樣子的話，我覺得比例真的是太高，以上。

施代表壽全

再補充一下，當初先把加護病房的錢分出來之後，剩下的是 35%、

35%、15%、15%分配，的確像李副校長講的，我們覺得婦產科應該予以多元的鼓勵，但是婦產科的癌症部分，還有產科部分，過去都已經調整過。我不曉得我這樣算在替政府講話，就是說健保署有請 45 個醫學會回復調整建議，有回復才會作為調整的依據，若他們沒有回復，則比較難主動去調整。針對你提到的面向，其實我們都有考慮過，最後決定是尊重婦科兩位專家的建議及協調的結果。譬如說這個事情本來所有回應的調整需要 226 億，後來我們也只能專業討論選擇調整重點，婦產科調整的討論過程，的確有像你講得這樣疑問過，但是後來也尊重他們的決定。

主席

好，謝謝！何代表。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

婦產科這個部份我有去進行訪察跟拜訪，也想去瞭解婦產科這一次在這個部分有沒有分配到，可是後來得到的訊息是被阻擋掉，就是產科的提出來被婦科的阻擋掉，所以你們不要來吵啦，你這次先把婦科的部分先爭取到急重症的經費，明年你們再來爭取產科的部分，我得到的訊息是這樣子。所以我才一直講說，有紅的專業科目跟不紅的專業科的原因在這裡，我本來不明講啦，我很尊重這十大醫界大老，但是醫界的我們也不懂，所以你寫這麼多詳細的內容，你們認為這些都是急重症，我們也估當他們全部都是急重症，我們也不會說哪一項沒有，除非有一天我拿了這一本再去拜訪很多醫界的前輩，他才跟我講說這一項不是這項是，那我才會知道。那如果沒有，像我們這麼外行，我們自己生病都搞不清楚什麼病了，怎麼會知道這些是不是，我們尊重健保署裡提出來就是這樣子。

我認為討論這麼久，我們希望今天通過，剛才是不是已通過了？如果正式通過我們就希望通過，那你一直認為說你行政部門追溯很困難，你能夠在健保會把這個困難說服大家去同意，如果你不能說服健保會，健保會如何決議，從什麼時候開始，你能不能做？我不知道。

但是因為我的案已經提出去，這個月一定要討論到我的優先案，我的一個案就是 60 億的這個急重症的分配案，另外一個就是初級照護到底做得怎麼樣？希望能夠明細給我們提出報告案，所以這兩個案在這個月如果沒有被前面擠下來，應該是第一案、第二案就要討論我的案了，所以我希望今天能夠這個案通過，讓你們能夠充分的準備資料送到健保會，好不好？謝謝！我尊重施院長講的十大大老，我也尊重他，要不要公開不是我的希望，我們付費者不會認為說要公開、不公開不是完全絕對的，健保署你們去做任何決定，因為這個牽涉到個人，我也知道施院長講的很努力的人最後都會被排斥掉，像我就是這樣子，因為太努力了，就被排斥掉了，所以這沒辦法的事情，社會上就是這樣子，謝謝。

主席

好，謝謝。各位代表都有提早看到調整項目，裡面婦產科都有，不是只有產科，所以大家可以再檢視一下。好，我們已經充分討論過，大家的意見也都得到一些回復，是不是各位代表可以支持這個案子來通過？

謝代表武吉

我有一個建議，因為我們現在是台灣剖腹產率世界上很高的國家，如果是剖腹產繼續這樣下去，應該是要改變一下。自然生產的費用要提升，剖腹產的費用要下降，這樣就比較不會說選時間在生產。所以我是希望這個可以改善。

主席

好，謝謝。其實你可以看到本次調整項目，複雜生產不管是剖腹產或是自然生產，產科部分中困難、複雜、危險的，都有提高，請大家再檢視一下。好，請吳代表。

吳代表國治

我要再三確定一下，所以這次支付標準的調整排除基層？

主席

對，只有 B 表。

吳代表國治

那我在這邊也感謝何代表，對基層急診的支持，我們會做一些規畫再提出去，謝謝。

主席

好，謝謝。這個案子是醫院總額的 60 億就優先反應在醫院總額的支付項目，所以不涉及到 C 表的部分，好不好？而 C 表的部分，請我們基層的代表重新規劃。

好，如果大家沒有意見，我們這個案子就謝謝大家的支持，我們也非常感謝施代表，先謝謝施代表努力對這案做完整的說明，及過去以來對這件事情的投入，非常謝謝。接下來我們就下一案進行討論。

第三案

案由：配合 106 年 60 億調整重症項目，全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 調整適用之相對權重統計結果及支付通則修訂案。

主席

好，請同仁。這提案內文蠻長的，因為限於時間，可否口頭說明一下就好。

葉代表宗義

我看這樣，因為這是通則，我們乾脆這案通過就好~這絕對沒有意見嘛。

龐組長一鳴

我先來說明。

黃代表雪玲

因為這牽涉到 DRG 版本，還是需要討論。

主席

請重點說明一下。

王視察玲玲

請各位代表翻開我們第三本議程第 229 頁，我們從支付通則看起，這次的支付通則是根據原本公告沒有實施的 4.0 版來做修正。在第 229 頁第一章最下面的第二點，有關費用的範圍，原本在 4.0 版有關急診轉住院者，含急診及住院這條，配合我們現在的費用申報規定，所以把括弧內文字刪除。但是我們在計算 SPR 及權重的時候，急診轉住院的費用是有算進來，這樣在費用上比較不會有低估的情形。

接下來請看第 231 頁，有關支付點數計算原則裡面，實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，原本是小於 18 歲之先天性疾病個案，實際醫療點數全數支付，這次增加領有重大傷病之腦性麻痺個案。另外有關(四)一般自動出院或轉院個案，因為很多醫院跟醫師反映，在病人住院的初期很多檢驗、檢查都在前期。自動出院跟轉院個案因為按照平均論日來支付會有不公平的情形，所以這次我們修正為如果住院天數在幾何平均住院天數之前 1/2 者，每日支付點數會按照原本的計算公式計算之定額除以該 Tw-DRGs 幾何平均住院日數再乘以 115%。如果是在幾何平均住院天數之後 1/2 者就乘以 85%。

接下來請看第 232 頁，第八點是整個 MDC 的導入時程，這只是表上的更改，原本 4.0 版是 1,716 項，配合我們整個專科醫學會跟臨床醫師的建議，我們去做整併，變成 1,700 項。所以第一階段會從 224 項修改為 222 項、第二階段從 307 項增加為 309 項、第三階段除了暫緩實施項目以外總共為 1,089 項。接下來說明暫緩實施的項目，原本的 4.0 版是 53 項，這次有做增加，所以總共有 80 項左右，整個增加的內容詳列對照表上，主要是增加 PRE MDC 跟 MDC1 跟血漿置換術

相關之 DRG。

接著請代表翻到第 233 頁，第十四點(三)這部分，主要是整個 DRG 案件申報自費特材的方式，那目前我們本署已經有訂一些自費特材與替代品項之處理方式，比如本署醫審及特材組已公布使用人工膝關節跟髖關節自費特材沒有扣除健保被替代特材品項的處理方式。所以針對這項，我們刪除「未如實申報自費特材或其替代品項者，整筆醫療費用不予支付」之文字。

另外請翻開第 234 頁，在整個的分類架構跟原則方面，原本內科系 3.4 版沒有認定順序，在 4.0 版有增加 NON-OR PROCEDURE 跟其他。後來發現有很多內科項目即使有 NON-OR PROCEDURE，它的權重未必比較重，所以我們還是維持原本的 3.4 版，把這個刪掉。

接下來第 237 頁附表 7.2.1：不適用本部支付標準案件診斷及處置碼範圍，在癌症、性態未明腫瘤案件裡面 ICD-10-CM 增加一個代碼 O9A.1，同樣次診斷這塊也增加 O9A.1。

接著請看第 242 頁表 A，因為過去有放一些重複碼，所以這次把重複的碼移除掉。再請看第 247 頁另行核實申報特材項目，在過去的 4.0 版我們有四大類，這次新的 4.0 版增加了六類，主要是因為特材占實際醫療費用比較高，增加了心室中膈缺損關閉器、血栓清除裝置、液態栓塞系統；價差大的是人工電子耳；使用數量不一的是指白金線圈跟壓力偵測組。以上說明是整個支付通則修正的部分，相對權重跟 SPR 是按照 1,700 項跟新的支付通則去做計算。

主席

好，非常的細節技術，但我相信有些代表也是專家，可以協助看看有沒有問題。各位代表有沒有意見？請黃代表。

黃代表雪玲

先請問一下，因為我們目前在做 DRG3.4 版，意思是公告後就要全面實施 4.0 版嗎？若是這樣做的話，我們需要有作業時間因應，我

怕公告之後我們可能都來不及因應，因為整個邏輯架構跟現在的 3.4 版是有差異，因為多了六百多項，這可能需要給我們作業時間。

主席

好，謝謝，大家還有意見嗎？請潘代表。

潘代表延健

因為這個牽涉蠻多的，需要將數據放入電腦，所以後續資料是否可以提供給我們電子檔，而且這電子檔是可以處理的，比如 excel，不要是 PDF 檔。過去有一些資料是又夾雜一些文字，所以變成後面我們要再處理，所以希望這次能先把這部分區隔開。

我另外有一個問題，第 229 頁第二點，有關當次住院將「急診轉住院者，含急診及住院)」這部分刪除掉。這在 4.0 版裡面有沒有更明確，比如說本來是急診的病人轉住院，這部分定義可以更明確嗎，我們在申報上比較不會弄錯。第二個，原來在算 SPR 值的時候，有沒有把我們過去可能有部分在急診發生的算進來，這兩個應該要一致，就是申報原則跟 SPR 值計算原則要一致。

主席

好謝謝潘代表，還有沒有？那請醫管組來說明。

谷科長祖棟

先說明有關目前申報部分，因為前陣子有跟醫界溝通，急診轉住院的案件整個要報在住院，這件事情並沒有獲得共識，所以目前我們在申報時還是回歸申報的規定。但是我們在算 DRG 權重包括 SPR 等所有參數的時候，急診轉住院的案件是全部有算進來的，以上說明。因為若沒有算進來，有些費用會低估，DRG 的權重會被扭曲，以上。

主席

好，剛剛潘代表提到希望能夠提供比較合適的格式資料，因為這東西可能最後還要進到電腦，這個我們會配合提供。

另外就是黃代表提到第三階段，我們今天是所有 DRG 項目都做更新，包括權重，但是今天還沒有談到第三階段何時實施，只是先公告，我們在適當的時間再來談實施時間，今天並沒有要談到那一塊，好不好。李代表請。

李代表偉強

一個小的技術問題，剛提到現在並未談第三階段，只是把第一、二階段重新調整，用新的版本、新的數據及 SPR 講清楚，並且把急診的費用算進來，我相信健保署最後會有正式的公告何時施行 4.0 版，我希望公告內容能給所有醫院緩衝與準備的時間。因為大家都需要時間去更改電腦程式，有的醫院是自己有系統可以更改，但有的是靠外面的資訊廠商來做，不論是自己改還是請廠商更改，都是需要時間的。

龐組長一鳴

因為醫界訴求確實像李代表所說，所以我們第一個會公告文件，第二個會公告單機版，這是我們的承諾，會徹底執行，只是需要點時間讓醫界適應 4.0 版的營運後再做後續的調整。所以實際的執行、如何執行是要在這個場合討論，可是技術相關的文件和電腦 run 的程式，我們會再公告。

主席

好，這個案子確實需要有緩衝的作業時間，我們在報部公告後，在正式實施時預留緩衝，好不好？公告後過幾個月再實施，讓大家在作業時間，可以嗎？

黃代表雪玲

我不懂，支付標準已經調了，那這部分的 DRG 是要用新 4.0 版的權重來報嗎？

主席

實施的時候要用新的權重，支付標準科說明一下。

谷科長祖棣

我們現在會議資料算的是配合六十億先調整過了。

黃代表雪玲

所以我要用這 4.0 版本來做 DRG？

谷科長祖棣

那我們就另外算 3.4 版配合六十億調整的部分，再銜接這個 4.0 版。

主席

這樣可以？

李代表偉強

其實這樣巨大改變，大家都期待有時間，因為 CMI 也變了，CMI 影響好多評鑑等等，如果可以，我們前面能有一個試辦宣導期，希望能從明年 1 月 1 日新的一年度正式開始，讓大家比較好做。比方若十月開始用新版本，很多事情都會變得很複雜，以上。

主席

你們的意見我們會把它考慮進去，是不是先在網站上公告新版本時大家先開始準備，之後再衡量合適時間再來導入。大家還有意見嗎？

黃代表雪玲

先確定一下是否還會有 3.4 版的權重公告供申報？

主席

有。大家還有沒有意見？如果沒有，我們就通過。接下來第四案，請主辦單位說明一下，不用念提案，但請科長說明。

第四案

案由：應用 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算（2,967 百萬元）調整支付標準案。

谷科長祖棣

第四案是今年的社區醫院協會對於今年 106 年的非協商因素調整支付標準 60 億扣除後剩餘 29 億所提的支付標準修訂案。

地區醫院的建議案在今天桌上有補充一份社區醫院協會昨天才來的函，對於這案的修訂建議。我們參考 7 月 19 號的有召開相關的討論的會議，我們參考了會上大家的建議配合醫療網城鄉的均衡發展、重視偏鄉的醫療、急診以及醫師人力，由地區醫院負擔更多初級照護以落實分級醫療等。健保署根據大家的意見，調整不分檢傷分類的急診診察費，緊急醫療資源不足地區提高加成的部分，成數現在是 30% 建議調升到 40%。另外第二點是，建議調整住院護理費調整偏鄉加成，現在目前的支付標準偏鄉級距是 3.5%，建議調整到 15%。另外建議調整門診診察費的地區加成，按照現在目前的診察費加成各再調升 5%，所以在原來內科的部分是由 8% 調整到 13%，原來的外婦兒這三科調整，從 25% 調整到 30%。剛剛提到這四個部份的調整，預估合計的增加點數是 11 億。

主席

好，大家可以看一下 297 頁，297 頁是我們署裡依據社區醫院協會的建議，還有參酌我們開過相關的會議，大家希望能夠多重視偏鄉醫療，所以擬出來一個修正的建議案，但這個不是最後版本，今天提會再蒐集大家的意見。

剛剛我們同仁有說各位桌上有一張單張的 A4，就是「0809 臨時議案」，這是謝代表還有朱代表所提出來的，那這個部分等會我們也會請謝代表還有朱代表來說明。在 297 頁的部分，因為今年的醫療服務成本改變率是 89.67 億，所以剛剛前案已經討論 60 億，所以剩下 29.67 億。這個 29.67 億是在健保會協商的時候沒有指定用途的，現在我們是配合分級醫療，還有重視偏鄉，也為這個 29 億提出一個 proposal，

就是建議案。在 29 億這裡，這裡只用了 11 億，這個是我們的建議案不是最終案，現在我們來請謝代表來說明一下今天的臨時提案，來，請。

謝代表文輝

主席、各位代表、各位先進，主要這次因為非協商因素的部分，今年度是 89 億多，那 60 億是很早在健保會就很關注，因為要推動分級醫療，大醫院的釋出輕症調高重症是很重要的部分，所以那時已經有了決定，那剩下還有 29.7 億多。事實就分級醫療裡面，除了大醫院外，其實大醫院如果釋出輕症事實上是需要社區基層院所來承接，否則即使大醫院要釋出也不可能。我們長期以來，社區醫院大家很清楚，在現行制度下他是一直一直萎縮，顯然沒有辦法承接這個任務，所以把這個剩餘的來壯大社區醫院，大概也是衛福部宣示的六大政策策略裡面的很重要的一個宣示。

我是覺得關於社區的地區醫院其實他特性完全不一樣的。剛剛我們 60 億去調說，啊，他一個比較重症的我們就要給他高一點，還是他做比較多，這應該要拿比較多這種調整，很適合大醫院。小醫院其實因為量能少，他在小社區可能急診一天就是二、三十個，但是他最重要其實是人員周不周全，你有沒有人，有沒有一個 team 在那裡等著能提供服務。像我們看日本的無醫村，因為距離的關係，他那裡顧幾百個人而已，其實養不起一個醫師，但是在醫療政策上覺得那裡一定要有一個醫師，要不然沒辦法保障民眾，所以他們就是把這樣一個醫師的薪水給他來保障，一天也許只看三個五個也是 25 萬（每月），在 20 幾年前大概就是這樣。所以對於社區地區醫院的型態可能，我們要有完全不一樣的思維。你給他訂，我坦白講，依現在台灣的這種醫療狀況，你針對這些都地方醫院做的項目，給他調高一點，他也活不下來，同樣一個一般外科醫師，在大醫院和到地區醫院來做的量可能差好幾倍。所以地區醫院現在最艱難的就是說，你要給他一個維持基本的 team，夜間他就可以看西醫 urgent care，就是他可以自己走進來的急診，不然像我們現在網路常常在寫，連眉毛這裡被蚊子叮就來醫學中心的急

診，所以你社區如果能夠承擔起這些責任，患者不會跑這麼遠，絕對是就是在這裡就近又不用等。但是說最重要的，我們看那個 15 年前，還沒實行醫院總額的時候，所有的專家、醫院代表，一年半內開好幾次會，做成的醫院總額研議方案在裡面第四條就寫，調整支付標準的時候地區醫院你要給他考慮它不一樣，他主要是靠那個基本費用就是基本診療章，所以他要調基本診療章。我們長期以來大部分調的都是調技術項目費用，所以你調再多也沒用，他一天做不到三個，所以事實上他最重要的是維持那個團隊的那個基本的費用，所以我們提出來的案其實很簡單，只有幾項，都是基本診療章，那就是要讓他維持一個基本的 team，如果能夠把它維持，所有的地區醫院都跳下來急診，做比較簡單的急診，民眾會很幸福的，小急診在厝邊就都解決了，大醫院的急診的壅塞馬上就解決了。所以我是覺得說地區醫院這次提案的觀念就是以協助達成成功的分級醫療，讓地區醫院有辦法承擔起來，他有辦法維持一個好的住院的團隊，患者一般輕症比較多都能來這裡住，沒問題，門診有辦法請好的醫師有資源好來支撐，請這樣比較整齊的醫師來內外婦兒科要有辦法整齊，所以我們的提案很簡單，幾項而已，都是基本診療章不會像重症案 60 億那個 1,000 項，所以我覺得應該很快可規劃好。

因為副座 7 月 19 號有開過一次會，也聽很多人針對此案的意見，我們這次基本上和那次一樣，因此我表明一個基本態度，因為副座是說今天叫我們來說意見，時間也快五點，所以我很簡短的說我們的基本態度，就是說，我們是覺得說，署裡醫管組的長官好不容易很辛苦做一個 11 億的案，基本上都沒有牴觸我們的原則，也都是調整基本診療，所以我們的案我們願意把那個 11 億的案全部納到我們裡頭來，我們全部接受，但是我們比較不會寫，比較不好意思，因為我手上長官給我們的資料只有地區醫院的門住急的基本費資料，而我們署裡的案裡面有涵括一部份是區域醫院及其他層級都拿的到的，那個部分資料寫的是 11 億裡面有 1 億多，1 億 6 幾，其他層級可以拿到的，那個我們也接受。所以我們的案提供給長官來修正，就是說，第一預估的費用的比例，那個我們沒有辦法清楚掌控。第二個醫管組長官所提的目

前的 11 億的案，我們都願意把他概括承受在整體 29 億多的案裡頭，但是我們沒辦法寫，不會寫，拜託長官幫忙修正，長官今天交代我們說你附有意見來說一說，也請大家建議再整合 7 月 19 日會議中意見說一說，長官要拿回去整體修正過，修正後可能還要開一個臨時會。拜託大家支持，因為台灣的醫療失衡地方醫院代表長期在講，講到很多代表聽到說很膩，說一天到晚都在講這些，講到多可憐這樣，但事實也顯示地區醫院就真的一直關掉一直萎縮。最近因為署長很關心，有下去中部看，署長在 8 月 4 號下去中部，看各種類型的地區醫院，比較偏遠的、都會區裡面、還有比較專科的都下去看，看四間地區醫院。看了之後，署長也有很大的感觸，可能也有感覺到地區醫院有的在地方也是很認真做，民眾也很肯定，也覺得不應該讓地區醫院一直倒下去，前一兩天有一個聯合報報導，五、六個記者深度的調查，聽說花了幾個月的時間下去做的報告，其實看了讓人覺得很有危機感，所以希望大家都能支持。今天把我們基本的這個案、我們的態度，跟大家報告一下，因為時間的關係，我看就是請長官拿回去，他們最了解情形，實際的數目是要多少，他們的和我們的合在一起是怎麼寫，這個我們都尊重，那照副座的意思是說，反正這個案修訂之後，還是要經過一個法定程序，就是開一個臨時會來做決定，也希望說，因為地區醫院如果有辦法壯大起來，造福民眾，讓民眾就近取得好的醫療服務，也有辦法解決像現在那個急診壅塞及大醫院一直看小病的病況，現在他們小病要釋出來，我們絕對會把他承接起來，只要有資源給我們，我們會努力請好醫生，把那個團隊好好架構起來，來把社區的責任來承擔起來，謝謝。

主席

好，謝謝代表，然後，好，我們先請何代表，然後羅代表，然後再來這邊，好，先請兩位。

何常務理事語(劉代表志棟代理人)

主席、各位大家好，第一個因為今天這一筆 29 億 6,700 萬我們在總額協商的時候並沒有指定用途，所以我是支持健保署提出來的建議

案裡面的內容。那另外我有一點就是說，急重症的 60 億裡面社區醫院依健保署過去的大數據資料，他們可能會得到多少金額？6 億，這個 6 億，那再來我認為希望這個案子裡面放在地區醫院，我也支持初級醫院醫療照護要能夠把他建立起來，那所以我們希望在偏鄉醫療支付的比重，能夠提高他的百分比，假使你們在分配的時候，城市的地區醫院的比例，跟偏鄉醫療的比例要有一個百分比來做比較，那這樣才可以達到那個偏鄉醫療的發展，跟照顧比較偏鄉醫療資源缺乏地區人民的照顧率，這樣才是比較健全的推動方向，我是很贊成，基本上我贊成健保署提出來的分配案，但是我只是提出來我的看法跟建議內容做參考，謝謝。

主席

謝謝何代表，再來羅代表，等一下，再補充一句。

謝代表文輝

何代表是我最尊敬的代表他很積極參與，看資料都很認真。我要給大家拜託的就是說，你看我們全台灣要倒的地區醫院是不管偏鄉、不管一般非偏鄉全部遇到危機。所以，這次社區醫院代表提的方案是提高所有地區醫院的基本立足點，例如公平的立足點是 60，這邊才 30，你這樣提高起來，偏鄉也一樣提高，對偏鄉也有很大幫忙，那偏鄉其實我們以前也有很多專案來幫忙，也真的是很感謝，所有的代表重視偏鄉，那偏鄉的確也最辛苦，所以何語代表說的，我也覺得很贊成，那希望明年如果在總額裡面能夠為偏鄉再多投入更多資源，以前偏鄉有編很多專款，專款這個部分的加碼，這就要拜託各位代表幫忙。

主席

好，謝謝，羅代表。

羅代表永達

主席好，我想剛剛那個謝代表有提到，這次會來瞭解地區醫院，署長、副署長跟很多長官都有到中區去，那我們一直想呈現一件事情，就是這個我們常常在談都會區跟偏鄉，事實上有很多、將近百分之六

十以上的地區醫院，像有些在雲林、在大雅、在那個草屯、在善化，有很多這種醫院，他既不是都會，也不是偏鄉，可是他卻負責那一個地區裡面，生活生態可能只有兩三個鄉的地區醫院，你說他是大型的地區醫院也好，你說他是小，那他們所負責的這個地方，事實上他是很嚴重的，可是現在目前都給大醫院。我那天我跟署長直接報告說，現在我們面臨了三個困境，第一個，我們被認為是非都會又非指定的偏遠地區，所有相關的所有的補助我們都沒有拿到，但是我們這樣的危機是同時存在，那我在這個地方，我們在，我們自己認為我們在地區是很重要的，我們也認為我們很努力，我們的成績我們也在成長，可是在現行的這種重新分配的過程當中，我們是被排擠掉，我們是沒有的，所以我們要呼應的就是說，這一次的從這個的這個調整支付這個支付標準的過程當中，不要只有想到偏遠地區，有很多大部分的全面性的地區醫院都面臨同一個問題，我在這個當中，包括我們護理人員在場，我們剛剛講的第二個叫做我們有一個小規模的結構，我們同樣買一個超音波，我們要買一樣好的超音波，在醫學中心、在區域醫院裡面他可能用，他可能一個月可能用二十次、三十次，在醫學中心可能用五十次，在我們醫院可能用十次，可是我們還是得買這個東西，我們才能維持我們的急診、我們相關的這個東西那另外一個就是我們急診室，我們的 ICU，我們的規模都是十床、十二床、十五床，那這種十床、十二床、十五床你都要維持一個生態，事實上是很困難的，所以我們剛剛謝理事長談道就是說，要給地區醫院裡面一個設這個基本的量，這樣我們才能夠繼續維持我們那個地方裡面我們的職責，那我們真的很努力，這是我第一個要跟所有的代表報告。

第二件事我要提到，剛剛何語代表提到說，我們那個提議那個什麼急重症為什麼我們分到 6 億，我要跟你講說，最近有很多那種大型的地區醫院，那種 300 床、250 床以上的大型醫院，分了多少錢可能我們沒有數字，可是他未來是要留給做地區醫院的，他現在只是還沒有變成區域醫院而已，他當時設定的肯定規模是 250 床、300、350 床，那他們從一開始的規定的時候，他本來就是是要做急重症，可是現在我們的規定裡面，你一開始的前第一年、第二年他就是這個地區醫院，

他在這次的這個所謂的 6 億當中，他到底賺多少錢，沒有人知道，所以我覺得這些要先排除以後，我們再來重新談這件事情可能會比較精確。那我現在是說，未來我們在這個三年當中，因為我不知道這個行政命令或是法令什麼規定裡面，有沒有排除說，你本來跟跟醫事司，你申請的這個床數本來就 200，你本來就要做重症的，做成那個區域，做大型醫院的，要不要排除在這次的地區醫院裡面的重新分配裡面，這是我特別提醒的，兩件事情，謝謝。

主席

好，謝謝，那還有，請葉代表。

葉代表宗義

有時候我們很多案子，應該你們基層的不用說太多，說太多就浪費時間，要由外面的人來聽，來講。當然是這樣，我們政府的政策，現在大醫院跟小醫院這個問題，我們四個人也是支持你們，絕對是支持，那我為什麼會講這句話呢？現在商業來講，雜貨店，後來也有商店，再來超商，再來百貨公司，這個等於四級，現在不只四級，還有網路，那麼現在醫院變成什麼樣？醫院當然也有四級，那四級的時候，當然我們基層醫院、地區醫院，在哪？就是在這一個店鋪，現在最難做的就是店鋪，事實確實最難做，沒有一個，說起來要請人也難，你一例一休也要做，什麼都要做，我有一個深感，這個怎麼樣，當然最好做的就是大間醫院，大間醫院免稅，再來，雜貨店，那怎麼講雜貨店？你雜貨店做的時候，現在醫生到底有多少人，那個雜貨店到底多少人另外一回事，現在你去診所看，只有掛號，掛號就多少，我看掛號都好幾百個，那麼現在的這個掛號費一直提高，現在好像不用做，只要掛號費就能生存，這就是為什麼我說真正，還有一個健保卡保護，掛號費給他保護，掛號費現在都是平均都是 200 塊，大間的都 400 塊，有一天會漲到多少？1,000 塊。那所以你很多大醫院說沒人可請，我幹嘛還給你請，我自己我去租一間我就能開業，幹嘛還給你請。怪不得在這個台灣，做這個診所會很多，處處都診所，所以這個你要怎麼去處理，所以變成一個大一個小，那麼現在上回健保會就在說這個問題，

他說有很多弊端出來，所以這個問題跟商業的型態是一樣，商業的方式都一樣，所以我是覺得說，當然有考量，有可能我也是希望說我們四個人還是支持這個會裡面的建議，會裡面怎樣做我們就支持，但是還是要平均分配，不能說到最後分配不好的時候到時候會產生問題，支持歸支持，但是你一定要分配好，譬如說 6 億，6 億他就有了，怎麼還可以 6 億，現在就會發生問題，還有什麼分配，我們絕對支持。因為上一回的健保會裡面已經有提出了很多，很多案出來了，後來我們都踢去給健保署去處理，到最後還是很多問題踢去健保署，今天這一個案子，既然你今天有提出一個大醫院裡面的這個重傷病，我希望這個地區醫院，我們也能支持他這是應當的，這是我的提議。

主席

好，謝謝葉代表，那再來，請王代表。

王代表雅馨

主席、各位代表大家好，就是我剛剛有聽到那個謝代表的這些部分，那我就說以地區醫院這個部分，就以我們一般民眾跟一般的病友來講，我們比較就是比較 care 的就是說整體的這個可能就是說團隊的一個完整性，所以我是希望是說這部分的話，就是說因為現在說署長也在倡導這個分級醫療，可是實際上我知道有一些病友他可能到一些我們比較基層或是比較地區的時候，那可能沒辦法處理，又轉回去了，那我就覺得這部分其實就是，我們也希望這個地區、基層這端可以壯大，那我們也是希望說就醫的可近性，就是盡量在那個鄰近地區，我們就可以得到一個妥善的部分。所以就是說，以我們一般我們的觀點來看，就是說一個，就是維持一個團隊的完整，然後可以運作，我們病患過去的時候能得到一個團隊的一個比較完善的治療，這是我們比較關注的部分這樣，以上。

主席

好，謝謝，王代表，然後李代表跟李代表，來。

李代表偉強

地區醫院經營很困難，確實如此，健保署在 7 月 19 號的時候已經開過一次會議了，我今天有看了幾個提案，其實(7 月 19 日)那天都已經討論過了，今天的會議紀錄也附了當天的結論，所以就不重複那天已經討論過的東西。我只是建議說，健保署已經提了一個方案出來，那今天社區醫院協會又提一個補充資料，這補充資料我看到其實就又是跟以前不太一樣，那我相信也不可能在這個場合立即決定，我認為不夠嚴謹，可能要請健保署針對今天社區醫院協會他們所做的一個補充的這個提案，再請相關的專家學者，再做一個確定的討論。

其實我知道，其實不少的區域醫院也經營困難，區域醫院現在很兩極化，其實今天這篇文章所提到的 M 型化，我覺得反而是區域醫院的寫照，區域醫院現在大者恆大，小的更小，有些地方的區域醫院，因為我以前的工作到好多地方，他號稱區域醫院，其實他已經快變成地區醫院，他的困難度不亞於現在已經是在地區醫院，那我也必須講說，在很多大城市邊緣的醫院，不管是區域或是地區醫院，其實經營也都有困難，包括找醫護人員困難。我還是回到當初在 7 月 19 會議，我提過了，衛福部現在有個叫做八期醫療網計畫，八期醫療網計畫他其實是規劃未來整個的台灣醫療資源的架構，那架構出來後，你後面應該是要有財務上面的支持。我沒有參與那個八期醫療網計畫，不過至少我知道說，他先要有個重點是要把延續七期醫療網計畫縮小城鄉的差距，讓我們至少特別在三十分鐘之內民眾能夠得到必需的醫療，這是我記得得一個目標。那如果要呼應這個目標的話，光靠衛福部這邊還是沒辦法，還是要健保署這邊，透過財務的方法來做一個 support，支持的對象不管是區域或地區醫院，再加上參與分級醫療政策的，包括基層醫療，如果把這幾個地方一起彙整為一個方案，且健保署全力支持，將更可能發揮每一分錢的效益。

主席

再來，李代表。

謝代表文輝

主席。

主席

好，謝謝。來，李代表。

謝代表文輝

我要回應李代表的談話，因為七月十九日他談到醫療網第八期，因為沒看過，所以沒說話，我回家就很認真的看那個第八期，第八期的目標第一個就寫是要落實分級醫療，其實我們連第一步的落實分級醫療都還沒作，所以我是覺得談第八期，老實講是空中樓閣，沒有落實分級醫療，根本後面的第八期是作夢，所以我是覺得先把這一步做好，所以今天講要配合第八期，那是不可能的事，分級醫療都沒有，你要怎麼配合，所以我看過第八期的感覺，我做一個補充說明。

李代表紹誠

我想社區醫院、地區醫院經營困難，大家都知道確實是有些難處，但是這個難處可能有太多太多的原因。針對於今天社區醫院協會提出來的臨時提案的第四點，關於復健治療，因為在7月19號其實已經開過會了，那付費者代表都在這邊，當時都充分的討論了，這邊又提出來，我們還是要重申，就是說基本上有提到說不要復健科醫生才能開立處方籤，這個要說明的就是說，第一個復健科他是一個部定的復健專科醫師，他有他的養成教育、考試；第二個就是現在因為有這幾個科別也可以開處方，並不是說不能開處方，也只有到複雜的部份，還是尊重專科醫師，中度複雜以下都還是這幾個專科醫師都可以開喔，所以並不是說只有復健科醫師才可以開，大部分這幾個醫生、這幾個科別的醫生都可以開。

還是要強調就是說，社區醫院他們有他們的困難，但我們還是不能忽略民眾就醫的醫療品質，所以這一部分還是要尊重專業，所以在請相關專科醫學會討論的結果，是各專科尊重彼此的專業，維持一定的醫療品質，不宜開放，以上報告。

主席

謝謝，那大家還有？來請陳代表，等一下，你們兩位是誰先？尊重他第一次發言，請朱代表。

朱主任世瑋(楊代表政峯代理人)

不好意思，這邊是物理治療師公會全國聯合會朱世瑋第一次發言。其實我覺得部裡面、署這邊開始慢慢往偏鄉民眾需求去做考量，我覺得這是民眾之福。那其實在多年前，我們那時候有提過就是說，偏鄉的一些物理治療的部分，是不是能夠有這些資源能夠進去。我舉個例子，偏鄉的地區包含貢寮、以及阿里山鄉都有我們物理治療所進去了。但是相對的，這個部份我要回應的就是說，在我們這個臨時動議案第四點就關於物理治療的部分，其實我們目前面臨的一個困難，包含我們之前講過執行 PAC 中心肺治療的困難，比如說有些病人到那邊我不能做行走治療，也不能做行走訓練，因為骨科醫師他就不能開立行走治療，那這個病人他需要裝義肢，他需要做義肢訓練或行走治療，結果我們不能執行，這是我們一直在努力的部分，因為有些地方是沒有復健科醫師的，所以我們一直都希望這一塊能夠去做突破。

還有另外一個區塊的部分，可能跟今天這個議案比較沒有相關，但這個部分可不可以請部裡面或署裡面幫我們做一個規畫，就是復健科醫師報備支援到衛生所看診的診次不足的問題，一個禮拜報備支援一天，比如說是禮拜一，復健科醫師有進去衛生所看診，可是禮拜二、禮拜三、禮拜四、禮拜五，民眾想到物理治療所接受治療或是到衛生所的時候，結果沒有人可以開處方，那民眾怎麼辦？我覺得這個部分，我們署這邊要真的對偏鄉做規畫的話，應考慮是否讓偏鄉衛生所內的醫師可以開立處方，這個是我們物理治療所在各地成立，而且跟衛生所合作要幫這些偏鄉民眾做復健治療的時候遇到的一個困境，當然這個是題外話，只是說順道有這樣的議題的時候，希望署這邊可以幫我們做一點考量，以上。

主席

好，謝謝。請陳院長。

陳副院長信水(徐代表弘正代理人)

我想非常高興就是說，對於地區醫院的經營困難都有特別的 care，那我覺得當署裡面規劃了這個案子裡面，我覺得急診，還有住院偏鄉加成等等，我覺得都是蠻合理的規劃一個案子。我覺得對於社區醫院他們在做方面的辛苦，其實我們都可以理解。但是我覺得基本上 focus 哪些是偏鄉，偏鄉其實很難做一些界定，那我想在署裡面、部裡面，對於偏鄉他不是隨便定的，他一定有一個 criteria，所以我想這個應該是比較客觀的東西。至於今天我想社區醫院又有提出這個案子，因為上次的會議我沒有參加，但是有關於復健治療這個部分，他這樣子的提出，我覺得有點走回頭路啦。比如說我知道我們小時候，大概也沒有什麼專科醫師，一個 GS 的醫師他全部都可以開，可以開腦、可以開肚子、可以開什麼，可是整個醫療在進步到一個後端的時候，我覺得他本來就是有一些專業的分級出來了，這個分級出來了以後，其實我覺得現在目前來講，以復健的部分來講，地區醫院他跟區域醫院跟醫學中心的給付，幾乎已經都打平了，所以這樣子我覺得這個部分應該是 ok，那這個地方還要再把複雜的部份，因為我覺得複雜是更 rigid 的東西，如果讓他再去隨便地做一些氾濫，我覺得是不太好的。那剛剛治療師公會有提到說行走，其實行走我們不會開到複雜的，你有一個 postural 的東西，他從中度，他就可以做行走的訓練，所以這不是我們所謂講到的訓練—ambulation training，ambulation training 他基本上是一個中風病人所需要的訓練，那我想會回到地區、在地的一個，他是一個 maintain 的治療，所以基本上不是在急性期的積極性治療，所以我覺得，這個部分還是尊重當時很多代表有在充分討論，那署裡面也針對那時候的結論擬出這樣子的案子，我覺得這樣子的案子對地區醫院資源不足地區的討論，我個人是贊成的，所以我補充大概是這樣，謝謝。

主席

好，謝謝。顏代表。

顏醫師鴻順(黃代表振國代理人)

主席、各位代表，大家晚安，已經很晚了。我想，剛才社區醫療的醫院提出了這些新的訴求，我想我們都知道社區醫療其實在台灣四級醫療是非常辛苦的一群，那怎麼樣讓這些資源可以做更合理的分配，我們都很樂觀其成。在提的過程當中，有一項是跟基層連帶有點關聯的就是有關非屬檢傷分類的急診診察費調整，因為這個牽涉到 C 表啦，就跟剛才在提到說，在調整過程中連動到 C 表的這個部分，因為也沒有很好的財務評估跟 model 的評估，所以如果說剛才提的這些過了之後，是不是 C 表這邊由我們重新做評估，今年就脫鉤處理，這個是全聯會這邊的訴求，謝謝。

主席

好，謝謝。那大家還有沒有意見？

黃代表雪玲

我們都覺得地區醫院的確是需要受到照顧，但是有的地區醫院規模特別大的。前面提的那幾項是強調是偏鄉，這絕對是支持的，偏鄉的經營是絕對有困難。但是有些很大型的地區醫院看他們申報資料也有一年報好幾億的也不在話下。我們現在在醫學中心、區域醫院還包括基層都有實施門診合理量，如果這次要調整診察費的考量下，有些規模大的地區醫院是不是也要考慮實施門診合理量。因為我們都不希望醫師過勞，所以是不是這個地方也請署裡討論一下。

主席

好，謝謝，請林代表。

林代表綉珠

護理師護士全聯會也非常支持健保署的方案有關偏鄉部分，就是住院護理費偏鄉加成的部分，原來在我們設計的住院護理費加成當中本來就已納入偏鄉，不過我們還是同意偏鄉提高加成。剛謝代表臨時動議提到地區醫院整個的加成，我們在招募人力都清楚，不是所有的

地區醫院，都有人力招募的問題，因為地區醫院工作性質不太一樣，當然地區醫院壯大我們都樂觀其成。但認為偏鄉會更有護理人員的需求，我們全聯會贊成偏鄉加成的部分。

不過最後一點是假設這案子有通過，我們希望，因為健保署案對偏鄉護理費部分看起來加成蠻多的，一下子調到 15%，希望所有的醫院經營者能夠將護理費回應到護理人員的身上，讓護理人員願意留在偏鄉服務民眾，以上。

主席

好謝謝，大家還有嗎？謝代表，再來王代表，就最後兩位了，請謝代表。

謝代表文輝

剛剛各位代表的高見我們都聽到了，我們也很感激，大家都在醫療界，不是醫療界也都參與健保事務裡面都很了解。對社區、地區醫院的困難大家今天都有共識，這其實也是署裡的長官有共識，剛剛副座也講得很清楚，他們所提的 11 億案他們覺得並沒有要把它定案，就是提供更大~因為非協商因素總共有二十九億多，對地區醫院來講不是錦上添花，現在是雪中送炭，資源越多越好，如果非協商因素還有五十億或更多那更好，也許台灣地區醫院的振興可以更快點，所以長官的善意我們都很有感覺。剛剛講有些特殊形態的大型地區醫院，我坦白講的確有，但這要去查，因為我們有寫排除條件，這要拜託長官要思考，因為他們去醫事司的申請設立是說未來是要承擔重症的大型醫院，現在鼓勵地區醫院方案是要鼓勵他們多做些輕症，他們實際申請床數都是一般急性病床 250 床以上，總床數都 4、5 百床以上，都是區域醫院以上的大醫院規模。當然你現在一開始就應依他在醫事司申請目的為準則，做重症就做重症，免得未來又叫他減、型態要變多此一

舉。所以剛剛黃代表講的，我們有提出針對這種目前名目上屬地區醫院其實是假性地區醫院，只是過渡期還沒有評鑑，我是覺得這個要排除。不然未來又要管理他，反而還要強制他下降輕症，因此一開始就應該要求他吻合他申請的目標。

大家對偏鄉的困難都有共同看法，其實長期偏鄉在很多專案受到大家支持。現在老實講是不只偏鄉是所有地區醫院面臨一致的萎縮狀態、都有危機，如果非偏遠地區的地區醫院垮掉的話，分級醫療根本不必做，台北市或都會區的民眾看病是直接可以到醫學中心嗎，當然我們不希望分級醫療是這樣做的，那鄉下的鄉親不就變成二等國民，看病只能到地區醫院看。所以我是覺得要考量非偏鄉地區的地區醫院困難，報導說逐年一直降、一間間關，如果不正視地區醫院整體的營運危機那今天何必談分級醫療？謝謝。

主席

好，謝謝，王代表請。

王代表雅馨

剛有講到復健治療部分，因為我親友在車禍之後有接受復健科醫師一個良好的規劃，他的復健狀況很好，所以我是很肯定復健的專業。我剛聽到楊代表提到有些偏鄉的病患，一個禮拜只看一次復健，由家醫科醫師來做整合，針對偏鄉的居民像六龜若要做比較複雜的處方會比較不方便，所以是否復健醫師能跟物理治療師及署這邊做個整合，可以針對比較偏鄉地區的民眾做一個更完善、完整的服務，才不會只有一天，有種不足的感覺，以上。

主席

好，謝謝，這個案子我們今天花蠻多時間，今天至今會議已進行三個半小時，非常謝謝大家對本案從各方面都有提出不同的見解，我一開始也提了今天的提案並非最終案，因為大家又有提出對案，還是謝謝多數的代表對原提案的支持。但是現在有一個新的建議案進來也

要併同考量，剛剛藥師公會的賴代表也有一些新的想法，我們都會把它收錄，包括各位的發言都收錄，我們重新再來提一個比較完整的案子，我們會規劃再開一個臨時會討論。今天時間也晚了，我們今天這案子就僅止於收錄大家的意見，下次臨時會再來討論，有共識才定案，不曉得這樣的安排好不好？好，今天會議就到這裡，非常謝謝大家，部分還在場的代表，謝謝你們堅持到最後。

李代表紹誠

不好意思，這是我個人意見，以後開臨時會可不可以不要排禮拜三，因為我們常排禮拜二、四是開會時間，所以禮拜三是看門診時間。

主席

好，我們會盡量配合大家的時間。

羅代表永達

我也有話說，以前在早期開會大家有個共識是禮拜一、二盡量不要開，因為禮拜一大家真的很忙，後來大家都把時間排在禮拜三、四、五，包括門診透析等會議，這是以前的慣例，如果又要改的話，很多人又要再改變門診，這已是行之將近十年的東西。

主席

好好，近期臨時會如果真的有碰到大家不方便的，請多多包涵，常態性的會議會盡量配合大家固定的時間，非常謝謝大家能夠堅持到最後，謝謝。