

104 年第 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」會議紀錄

時 間：104 年 09 月 10 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：李筱婷

干代表文男	干文男	陳代表彥廷	陳彥廷
王代表榮濱	王榮濱	陳代表福展	翁瑞文(代)
朱代表益宏	朱益宏	黃代表啟嘉	黃啟嘉
何代表語	何語	黃代表雪玲	黃雪玲
吳代表美環	吳美環	黃代表棟國	(請假)
李代表飛鵬	李飛鵬	楊代表秀儀	(請假)
李代表紹誠	李紹誠	楊代表政峯	楊政峯
林代表淑霞	林淑霞	葉代表宗義	葉宗義
林代表富滿	(請假)	滕代表西華	滕西華
林代表敬修	林敬修	潘代表延健	潘延健
林代表綉珠	林綉珠	盧代表榮福	(請假)
姚代表鈺	廖秋鐳(代)	賴代表振榕	(請假)
徐代表弘正	徐弘正	謝代表文輝	謝文輝
張代表金石	張金石	謝代表武吉	王秀貞(代)
張代表冠宇	(請假)	顏代表良達	顏良達
張代表嘉訓	(請假)	羅代表永達	羅永達
梁代表淑政	梁淑政	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
郭代表素珍	(請假)		
陳代表志忠	徐迺維(代)		
陳代表宗獻	陳宗獻		

(依代表姓氏筆劃排序)

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、劉于鳳、邱臻麗
中華民國中醫師公會全國聯合會	顏良達、王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	許家禎
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	洪郁涵、吳春樺、黃啟嘉
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國助產師助產士公會全國聯合會	許惠湄
台灣醫院協會	吳心華、林佩荻、陳俞文
醫藥品查驗中心	黎伊帆、朱素貞、陳嘉玲
台灣胸腔暨重症加護醫學會	簡榮彥、柯信國
台灣神經外科醫學會	劉安正
台灣放射腫瘤學會	趙興隆
台灣立體定位功能性神經外科及放射手術學會	黃全福
台灣小兒消化醫學會	陳慧玲、賴明璋
中華民國心律醫學會	羅力瑋
中華民國血液病學會	周文堅
社團法人臺灣皮膚科醫學會	楊志勛
中華民國急救加護醫學會	黃建華
台灣新生兒科醫學會	許瓊心
台灣消化系醫學會	邱正堂、陳建華
本署臺北業務組	黃偉銓、劉家雯、陳珮玲
本署中區業務組	巫明珠

本署企劃組
本署醫務管理組

詹孟樵
龐一鳴、李純馥、張溫溫、
劉林義、林淑範、劉立麗、
黃奕瑄、張淑雅、涂奇君、
吳明純、張巧如、林佑縉、
李筱婷、彭麗玲、丁香豔

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議辦事項辦理情形。

(一) 上次會議紀錄確認。

(二) 歷次會議決議辦理情形追蹤表中，有關燒燙傷急性後期整合照護計畫案，將於實施後 3 個月檢討乙節，將於明年第一次共同擬訂會議提報。

三、討論事項

(一) 增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 17019C 「支氣管激發試驗」等 7 項增修支付點數、適應症及支付規範乙案。

決議：本案同意修訂支付標準(詳附件 1，P6~P9)，修訂重點如下：

1. 編號 17019C 「支氣管激發試驗」之支付點數，與會代表同意改以現行支付點數 485 點，加計藥品成本及設備費用以 909 點支付。並請臺灣胸腔暨重症加護醫學會於學會內宣導，基於病患安全，檢查過程請使用經 TFDA 核發許可證之藥品。
2. 編號 37028B 「三度空間立體定位 X 光刀照射治療」及 37029B 「加馬機立體定位放射手術」等 2 項診療項目，依提案修訂適應症及規範，以利專業審查認定。

3. 編號 28017C「大腸鏡檢查」、49014C「大腸鏡息肉切除術」、49027C「大腸息肉切除術」及 49025C「大腸鏡異物取出術」等 4 項診療項目，因考量兒科病人有大腸鏡檢查之需求，同意放寬兒科消化學專科醫師執行。

(二) 新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目案「白血病即時定量 PCR」等 47 項。

決議：

1. 同意新增「白血病即時定量 PCR」、「皮膚鏡檢查」、「心跳停止之低溫療法」、「週產期新生兒低溫療法」、「左心耳閉合術」、「電子式內視鏡超音波」、「細徑(迷你)探頭式內視鏡超音波」等 7 項診療項目，修正後支付標準表 (詳附件 2，P10~P14)，如下說明：

(1) 「心跳停止之低溫療法」治療療程為 3 天，為利申報增列三項診療項目編號，第一天支付 9,068 點、第二天 1,500 點及第三天 1,500 點。

(2) 「週產期新生兒低溫療法」治療療程為 4 天，增列四項診療項目編號，並參考「心跳停止之低溫療法」之支付比例，第一天支付 10,000 點、第二天 3,994 點、第三天 3,000 點及第四天 3,000 點。

(3) 為避免「心跳停止之低溫療法」、「週產期新生兒低溫療法」不當使用，建議除監控使用量外，亦監控病人死亡情形，如有不當使用情形，應加強審查。

(4) 「電子式內視鏡超音波」及「細徑(迷你)探頭式內視鏡超音波」支付規範之不得同時申報項目，增列 28016C。

2. 餘達文西手術計 36 項及前列腺雷射手術計 4 項同意不
新增(詳附件 3，P15~P17)。

(一) 有關「全民健康保險區域醫療整合計畫(草案)」。

決議：因時間因素未及討論，本署將再召開臨時會議另行討論。

四、臨時動議

提案人：朱代表益宏

案由：「針對現行所有支付標準，依照成本分析表之方式，重新進行試算。」

決議：因時間因素未及討論，請提案列入下次臨時會議討論。

五、散會：下午 5 時 50 分

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 (17001-17021)

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
17019C	支氣管激發試驗 Bronchial provocation test 註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。	v	v	v	v	485 <u>909</u>

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28039)

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
28017C	大腸鏡檢查 Colonoscopy 註：限由消化內、外科及 <u>大腸直腸外科</u> 及 <u>兒科消化學</u> 專科醫師執行。	v	v	v	v	2250

第二節 放射線診療 X-RAY

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

二、其他治療方式 Other Therapy (37001~37047)

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
37028B	<p>三度空間立體定位 X 光刀照射治療 Stereotactic radiosurgery with x-knife</p> <p>註：一、含括一般及特殊材料費。 二、須符合適應症：</p> <p>(一)以腦顱內病灶直徑小於三公分或容積二十<u>十五</u>立方公分以下之腦內深部或侵犯功能區之動靜脈畸型、血管瘤及腫瘤、<u>病灶數目小於或等於三處之動靜脈畸型(含腦膜動靜脈瘻管)、聽神經瘤、腦膜瘤、腦下垂體瘤、顱咽管瘤、轉移性腦瘤或其他腫瘤(應附相關療效文獻佐證),惟轉移性腎臟細胞瘤及黑色素瘤不受病灶數目限制。</u>且須符合以下條件之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.曾接受開顱手術，但有殘餘腫瘤或腫瘤復發者。 2.開顱手術可能造成神經損傷或危險性大者。 3.有嚴重心肺疾病或其他內科疾病，不適合<u>侵入性手術或全身麻醉者。</u> 4.原發惡性或轉移性腦瘤，不適開顱手術，且限<u>Karnofsky Performance Scale (KPS) ≥ 70或 ECOG 0-1者，無其他部位轉移者或其他部位轉移經治療穩定者。</u> 5.<u>海綿狀血管瘤限病灶位於深部腦核或腦幹，曾有出血病史者。</u> 6.<u>顱內單側小腦橋腦角聽神經瘤寬度小於2.5公分(不含內耳道)者。</u> <p>(二)不適手術或其他傳統治療方式之三叉神經痛。</p> <p>三、全部個案須事前專案向保險人申請。 四、須有專任放射線治療醫師與專任輻射劑量計算人員，並向保險人申請核可實施。</p>		v	v	v	80000

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
37029B	<p>加馬機立體定位放射手術 Stereotactic radiosurgery with γ knife</p> <p>註：</p> <p>一、含括手術技術費、定位技術費、一般材料費及特殊材料費等。</p> <p>二、須符合適應症：</p> <p>(一) 以腦顱內病灶之三度空間直徑不大於3.5×3.5×3.5公分或容積二十立方公分，病灶數目不大於<u>小於或等於三處(含)</u>之動靜脈畸型血管瘤及腫瘤<u>(含腦膜動靜脈瘻管)、聽神經瘤、腦膜瘤、腦下垂體瘤、顱咽管瘤、轉移性腦瘤或其他腫瘤(應附相關療效文獻佐證)，惟轉移性腎臟細胞瘤及黑色素瘤不受病灶數目限制。</u>且須符合以下條件之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.曾接受開顱手術，但有殘餘腫瘤或腫瘤復發者。 2.開顱手術可能造成神經損傷或危險性大者。 3.有嚴重心肺疾病或其他內科疾病，不適合<u>侵入性手術或</u>全身麻醉者。 4.原發惡性或轉移性腦瘤，不適開顱手術，且<u>限</u> Karnofsky Performance Scale (KPS) ≥ 70或 ECOG 0-1者，無其他部位轉移者<u>或其他部位轉移經治療穩定者。</u> 5.<u>海綿狀血管瘤限病灶位於深部腦核或腦幹，曾有出血病史者。</u> 6.<u>顱內單側小腦橋腦角之聽神經瘤寬度小於2.5公分(不含內耳道)者。</u> <p>(二) 不適手術或其他傳統治療方式之三叉神經痛。</p> <p>三、電腦刀影像導引立體定位放射手術 (Cyber Knife Image Guided Stereotactic radiosurgery) 項目比照申報。</p> <p>四、全部個案須事前專案向保險人申請。</p> <p>五、須有專任放射線治療醫師與專任輻射劑量計算人員，並向保險人申請核可實施。</p>		v	v	v	149492

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費

三、大腸肛門處置 Colonand Anus Treatment (49001-49028)

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
49014C	大腸鏡息肉切除術 Colonoscopic polypectomy 註：1.包括大腸纖維鏡檢查。 2.提升兒童加成項目。 3.限由消化內、外科 及 、大腸 ⇒ 直腸外科及兒科消化學專科醫師執行。	v	v	v	v	4172
49025C	大腸鏡異物取出術 Colonoscopy, with removal of foreign body 註：1.包括大腸纖維鏡檢查。 2.提升兒童加成項目。 3.限由消化內、外科 及 、大腸 ⇒ 直腸外科及兒科消化學專科醫師執行。	v	v	v	v	5627
49027C	大腸息肉切除術 Polypectomy 註：1.經由大腸纖維鏡檢查後，依病情需要加做處置，本項目不含鏡檢費用。 2.提升兒童加成項目。 3.限由消化內、外科 及 、大腸 ⇒ 直腸外科及兒科消化學專科醫師執行。	v	v	v	v	1853

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

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12206~~7~~)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
12207B	<p>白血病即時定量PCR RQ-PCR(Real Time Quantitative PCR)for leukemia</p> <p>1.適應症： (1)含有BCR-ABL1之慢性骨髓性白血病(chronic myelogenous leukemia, CML)與急性白血病。 (2)含有PML-RARA、RUNX1-ETO、與CBFB-MYH11之急性骨髓性白血病(acute myeloid leukemia, AML)患者。</p> <p>2.支付規範：限具有通過CAP或TAF認證之分子實驗室院所申報。</p>		√	√	√	3571

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-2803~~9~~[44](#))

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
28043B	<p>電子式內視鏡超音波 Electronic Endoscopic Ultrasonography, EUS</p> <p>註： 1.適應症：縱膈腔病兆、慢性胰臟炎、膽胰系統腫瘤及囊腫、膽源性黃疸或急性胰臟炎、膽胰管狹窄、縱膈腔及腹腔淋巴病變、消化道進行性癌分期、後腹腔病灶（腎上腺、腎等）及左肝及脾臟病灶。</p> <p>2.支付規範： (1)不得同時申報28029C、28016C等相關內視鏡檢查及28044B。 (2)內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。</p>		√	√	√	5953

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>28044B</u>	<u>細徑(迷你)探頭式內視鏡超音波</u> <u>Miniprobe Endoscopic Ultrasound</u> <u>註：</u> <u>1.適應症：食道癌前期病變與癌分期、胃癌前病變與惡性腫瘤分期、小腸癌前病變與癌分期、大腸癌前病變與癌分期、膽胰管狹窄、消化道黏膜下腫瘤（小於/等於3公分）、膽胰管內腫瘤。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)不得同時申報28029C、28016C等相關內視鏡檢查及28043B。</u> <u>(2)內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>5029</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 (33001-33140~~1~~、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
<u>33141B</u>	<p><u>左心耳閉合術Left Atrial Appendage occlusion</u></p> <p><u>1.適應症：</u> <u>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：</u> <u>(1)無法長期使用抗凝血劑治療。</u> <u>(2)使用抗凝血劑治療下仍有全身性栓塞症。</u></p> <p><u>2.支付規範：</u> <u>(1)醫師需具心臟專科醫師資格。</u> <u>(2)醫師需具心房中膈穿刺經驗15例以上。</u> <u>(3)醫師需條件國內、外導師指導下親自操作5例經驗</u> <u>(4)醫院條件需有心導管室設備同時具有心臟內、外科訓練機構資格。</u> <u>(5)禁忌症</u> <u>I.心臟超音波影像(echocardiographic imaging)發現心腔內血栓。</u> <u>II.左心耳(LAA)解剖構造不適合。</u> <u>(6)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」。</u></p>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>28636</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~~~47093~~47100)

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
47094B	<u>心跳停止之低溫療法</u> — 第一天 (≤24小時)		√	√	√	9068
47095B	— 第二天 (>24小時~≤48小時)		√	√	√	1500
47096B	— 第三天 (>48小時)		√	√	√	1500
	<u>1.適應症：心跳停止患者，進行復甦急救後意識仍不清者(GCS<8)或無遵循口頭醫囑 (motor<6)。</u> <u>2.排除條件：</u> (1)恢復自發性循環大於12小時 (2)腦出血 (3)收縮血壓<90mmHg (4)大量活動性出血 (5)無法終止的致命性心律不整 (6)在心跳停止前即有失智或長期意識障礙 (7)末期疾病。 <u>3.支付規範：</u> (1)總治療療程為3天。 (2)不得同時申報項目：47037B「冰毯-12小時以內」、47038B「冰毯-12-24小時以內」、47049B「自動體溫控制床使用費」。 (3)特材另計。					
47097B	<u>週產期新生兒低溫療法</u> — 第一天 (≤24小時)		√	√	√	10000
47098B	— 第二天 (>24小時~≤48小時)		√	√	√	3994
47099B	— 第三天 (>48小時~≤72小時)		√	√	√	3000
47100B	— 第四天 (>72小時)		√	√	√	3000
	<u>1.適應症，須符合以下3項：</u> (1)出生週數≥36週 (2)事件發生後6小時內實施 (3)出生後有「中等嚴重度」至「重度」腦病變之證據。且有下列任一項之情形： I. <u>出生後一小時內嚴重酸血症(severe acidosis)，血液PH值≤7或base deficit≥16mmol/L(採血來源：動脈血或靜脈血均可)。</u> II. <u>出生10分鐘時的Apgar分數≤5分。</u> III <u>出生後持續急救至少10分鐘。</u> <u>2.支付規範：</u> (1)總治療療程為4天。 (2)不得同時申報47037B「冰毯-12小時以內」、47038B「冰毯-12-24小時以內」、47049B「自動體溫控制床使用費」。 (3)特材另計。					

五、皮膚處置 Dermatology Treatment (51001-51032~~3~~)

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
51033B	<p>皮膚鏡檢查 Dermoscope examination 1.適應症： <u>(1)皮膚癌症追蹤(黑色素細胞癌、基底細胞癌、鱗狀細胞癌、其它皮膚癌症等)。</u> <u>(2)皮膚角化、色素性腫瘤良性或惡性鑑別診斷。</u> 2.支付規範： <u>(1)每人每月限申報一次。</u> <u>(2)同一病灶第二次申報需間隔六個月，申報時需附病歷紀錄及皮膚鏡照片。</u> <u>(3)限皮膚科專科醫師執行申報。</u> <u>(4)不得同時申報編號51003C及25004C。</u></p>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>250</u>

不同意給付項目：達文西手術計 36 項及前列腺雷射手術 4 項

建議項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	申請單位	備註
1	達文西手術	一種微創內視鏡手術，為移除腫瘤侵犯或可能侵犯區域。	國立台灣大學醫學院附設醫院	達文西瓣膜成形術等 36 項診療項目（詳附件 3-1，P16-P17）。
2	綠光雷射前列腺氣化術	治療前列腺肥大之雷射手術。	國立台灣大學醫學院附設醫院及佛教慈濟財團法人台北慈濟醫院	
3	鈹雷射前列腺氣化切除術			
4	鈦雷射前列腺氣化切除術			
5	二極體雷射攝護腺挖除術			

附件、達文西手術

項次	醫令代碼	中文名稱	英文名稱
1	N26001	達文西瓣膜成形術	Da-Vinci assisted valvular and/or annuloplasty
2	N26002	達文西冠狀動脈繞道手術——一條	Da-Vinci assisted coronary artery byass grafting- one vessel
3	N26003	達文西冠狀動脈繞道手術——二條以上	Da-Vinci assisted coronary artery byass grafting- two vessel
4	N26004	達文西心內腫瘤切除	Da-Vinic assisted excision of tumor intracardiac
5	N26005	達文西房室中膈缺損	
6	N26006	達文西其他心臟外科手術	
7	N26007	達文西單側甲狀腺全葉切除	Robot-assisted unilateral total thyroidectomy
8	N26008	達文西 TORS	
9	N26009	達文西其他頭頸部腫瘤手術	
10	N26010	達文西肺葉切除	Da Vinci assisted lobectomy
11	N26011	達文西肺葉楔狀或部分切除	
12	N26012	達文西食道切除重建及腸造瘻	Da Vinci assisted esophagectomy, esophageal reconstruction and enterostomy
13	N26013	達文西縱膈腔腫瘤切除	Da Vinci assisted mediastinal tumor resection
14	N26014	達文西 Whipple 氏胰、十二指腸切除術	Da Vinci assisted pylorus-preserved pancreaticoduodenectomy
15	N26015	達文西胰尾脾臟切除術	Da Vinci assisted distal pancreatectomy and splenectomy
16	N26016	達文西膽道重建手術	Da Vinci assisted biliary reconstruction
17	N26017	達文西總膽管探查術及膽囊切除術	Da Vinci assisted exploration of biliary tract and Cholecystectomy
18	N26018	達文西右肝切除	Da Vinci assisted Right lobectomy
19	N26019	達文西左肝切除	Da Vinci assisted Left lobectomy
20	N26020	達文西肝臟移植——活體捐肝摘取	

項次	醫令代碼	中文名稱	英文名稱
21	N26021	達文西其他肝切除	
22	N26022	達文西根治性直腸切除術加腸造口術	Da Vinci assisted radical proctectomy with enterostomy
23	N26023	達文西直腸癌腹部會陰聯合切除術	Da Vinci assisted combined abdomino perineal resection for rectal cancer
24	N26024	達文西胃袖狀切除手術	Da Vinci assisted sleeve gastrectomy
25	N26025	達文西胃空腸繞道手術	Da Vinci assisted gastric bypass surgery
26	N26026	達文西亞全胃切除手術	Rorbot-assisted subtotal gastrectomy
27	N26027	達文西其他大腸直腸腫瘤切除手術	
28	N26028	達文西腎臟移植	Da Vinci assisted renal implantation
29	N26029	達文西根治性前列腺切除術	Da Vinci Radical Prostatectomy
30	N26030	達文西部分腎切除	
31	N26031	達文西其他腎藏手術	
32	N26032	達文西輸尿管膀胱手術	
33	N26033	達文西輸尿管取石術	
34	N26034	達文西子宮切除術	
35	N26035	達文西子宮肌瘤切除術	
36	N26036	達文西應用於其他手術	

104 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

今天召開 104 年度第 3 次醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，目前代表人數已過半，會議開始。先請各位代表翻開會議資料第 1-3 頁，確認上次會議記錄有沒有問題？好，沒有問題。請同仁說明辦理情形追蹤表。

李科員筱婷

各位代表、長官好，現在為各位說明辦理情形追蹤表，這次共有四個解除列管及兩個繼續列管。

解除列管分別有序號 1，有關安寧共照導入支付標準案，因各界對於方案之參與資格仍有不同意見 為避免爭議 本方案暫維持試辦方案執行。

序號 2，有關新增電子式內視鏡超音波及細徑(迷你)探頭式內視鏡超音波診療項目案，因提至本次會議討論，所以解除列管。

序號 5，有關復健治療支付標準調整案，本署近期將發文徵詢相關學會專業意見，再召開溝通會議討論，依過去溝通經驗，討論過程冗長，本案先解除列管，俟有共識再提案討論。

序號 6，有關燒燙傷急性後期整合照護計畫案，本署已於 104 年 9 月 9 日公告，所以解除列管，以上。

主席

好，謝謝，序號 3 跟 4，繼續列管。各位委員對於辦理情形有無意見？

朱代表益宏

請教一下，第 6 案關於燒燙傷急性後期整合照護計畫案，因為上次結論是實施 3 個月後要檢討，能不能告訴我們預計是什麼時候，因為若是已經公告的話，那個時間去推算其實很清楚。

主席

昨天公告。

朱代表益宏

所以在年底 12 月的時候？

主席

對，12 月中旬左右，正好滿 3 個月

朱代表益宏

所以我們會在年底 12 月的時候會有會議，是不是？

主席

3 個月後即 12 月中旬，若執行很順利沒有問題，則不用檢討。

朱代表益宏

可是上次的會議是說 3 個月後要檢討，如果沒有問題也要提出來做個報告嘛！是不是？

主席

可以，12 月份有沒有共擬會議？

龐組長一鳴

不好意思，先聲明 12 月資料，明年 1 月 20 日後才完整，所以如果 12 月開會，只能看到 10 月或 11 月資料，若委員急著要檢討就用 1 個月的資料，但若想落實 3 個月資料檢討，請各位委員忍耐一下。

朱代表益宏

只是確認一下，因為上次會議紀錄是說 3 個月後檢討，所以我想知道一下時間，那至於是 3 個月申報資料有了以後再檢討，或者 3 個月 12 月底後再檢討，我個人是沒有意見，那既然是要檢討，那就要把時間確定一下，這樣子以便我們追蹤事情的時候，知道什麼時候要做什麼報告，謝謝！

主席

醫管組的看法呢?12月有會議嗎?

林科長淑範

12月有預留一個臨時會。

主席

今年的第四次是什麼時候開?

林科長淑範

11月。

主席

11月太早，臨時會不一定召開，再來是明年的幾月?

林科長淑範

時間雖然還沒有排，但按照時程，預計明年3月召開。

主席

若12月召開臨時會，請將辦理情形跟各位委員報告，即便只有兩個月資料；若臨時會未召開，則明年的第一次會議檢討，好嗎？其他代表還有意見嗎？好，沒有就進入今天討論事項第一案，請宣讀。

討論事項

第一案

案由:增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 17019C「支氣管激發試驗」等7項增修支付點數、適應症及支付規範乙案。

主席

第一案，共有七項增修支付點數、適應症或支付規範。今天討論的提案，共邀請台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣神經外科醫學會、台灣放射腫瘤學會、台灣立體定位功能性神經外科及放射手術學會及台灣小兒消化醫學會的專家。從第一案支氣管激發試驗開始，這項診療項目是調整支付點數，請各位代表表示意見。

黃代表雪玲

主席，我想請教一下，這一項的第四點有寫年增率是 12%，它有估一個成長率用醫令量去算出來 0.1 億元，這個 12% 是怎麼估，在後面的支付標準項目年增率是寫 5%，有時候 5%、有時候 12%，我們不知道有什麼標準？

主席

好！請說明！

林科長淑範

這一項年增率預估 12%，是用實際申報資料計算，因為每一年都有申報醫令量，用 103 年相對 102 年實際醫令的成長幅度就是 12%，而年增率會預估 5% 左右，是一般如果沒有成長或是成長率較低，我們預估 5% 的成長率，因為不曉得明年會有多少成長。

主席

好！有預留成長的空間。

朱代表益宏

在那個資料第 16 頁，我看到的意思是，是說這個支氣管激發試驗是原來就有的給付，只是原來的支付是 485 點，現在要提高到 1,115 點。那調 1,115 點的理由事實上並沒有說明，只有說依照胸腔重症醫學會提供的作業流程去校正。但是以前支付標準不是都有一個表去說明為什麼增加這些點數，這是第一點；第二點，因為你說的這個預算是用新的醫療科技，後面講到 3 億，那是用新的醫療科技。那這一部份到底屬不屬於新的醫療科技？這個可能也要做個說明啊！不然就是這樣一筆帶過。如果是這樣邏輯，那其他的支付標準要調整不是都有產生這樣的問題了？以上！

主席

其他代表有意見嗎？

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

主席，因為這個案子我要延續，就是朱副的發言。我們想要問支氣管激發的試驗，稍為查了一下。它是在測試對於氣喘的病人，支氣管會發生什麼樣子的刺激，但是這個調幅 485 點調升到 1,115 點，除了會對於讓我們覺得說在支付標準表上面的相對性會有點質疑，那其他的項目如果以相同的理由就要調整，那怎麼做？那我們可以調得齊嗎？那第二點是說，我想要詢問專科醫學會對於這樣支氣管激發試驗是我們要去檢驗，對支氣管的反應試劑是什麼之外，還有一項是有沒有其他同功能的品項可以去運用。那在我們臨床的治療上面，這個東西的必要性是存在於什麼樣的個案情形。當然這個品項目前沒有設定有適應症，但是我們這樣調高之後，雖然有估了 12%，但是很有可能會超出的。謝謝！

主席

好！同樣這案子，謝謝！陳代表，請。

陳代表宗獻

因為它這個案是 17019C，那不知道基層院所過去歷史上所使用的量是多少？

主席

好！謝謝！同樣這案子，大家有意見嗎？如果沒有意見，先請專家，台大胸腔內科簡醫師跟北榮胸腔內科柯醫師說明。

簡榮彥醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

跟各位委員報告一下！這個檢查之所以會調升這麼多，其實最主要的原因是這裡面用的藥，Provocholine 以前是沒有藥證，現在是因為用藥安全的關係，所以就是要求要有藥證的藥，那有藥證的藥成本算起來這個藥做一次的檢查要將近 400 元，就是上面寫的 395 元，那很顯然原來的給付不敷成本，那我們當然是希望在這個檢查上面這個有藥證的藥是能夠保證病人的檢查安全；第二點是這個檢查一般是使用

在氣喘的病人，在經過正常的肺功能檢查仍然檢查不出來的時候，那我們就用這個激發的試驗的檢查，這也是目前唯一的一種檢查，沒有其他的替代的方法來做這個替代的氣喘方面的檢查。以上回答！

主席

柯醫師要補充嗎？沒有，請醫管補充。

林科長淑範

先補充第一個，朱代表提到要調升的理由。在上次專家小組討論的時候有特別說，在做激發試驗的時候，過程中必須做二~三次的流量容積圖形檢查，就是現在 17003C、支付點數 305 點，所以在過程中必須做多次的流量試驗，這是補充說明。另外，剛剛陳代表有提到過西醫基層有多少量，103 年申報醫令量為 160 件左右，它是整體申報醫令量 14,000 件中的 160 件左右，以上！

主席

好！

陳代表宗獻

在編列預算的時候分開編列，本來有不同總額嘛！就是還有一些屬於 C 表的，是不是也比照這樣的處理？

主席

好！這部份，為支付標準 B 表跨 C 表的部分，其預算都是足夠的。來！朱代表！

朱代表益宏

主席，剛剛這樣的解釋，我個人是不太同意啦！因為，第一個，如果這個 Provocholine 是最近藥證才拿到的，那許可證是哪時候才生效？這是第一點。我為什麼會這樣問，是因為這個檢查不是現在的檢查，以前就一直在做，那剛淑範提到的就是說要做好幾次的流量容積

圖形檢查，那以前做的時候就不需要嗎？以前做的時候就不用這個東西所以你給 400 多點，現在因為新的方式、新的什麼要求或是新的給付規定，它一定要再加上這些東西，所以要加錢，那應該是這樣理由才說的過去，如果以前也是這樣做，那只是因為這個藥加上去，那我覺得如果真的這個藥，真的以前沒有這個藥證，用沒有藥證的藥，那你現在改用有藥證的藥，要再多加 300 多，我是不反對本來就應該要有許可證的藥，如果真的這樣講的話，那增加 400 塊錢，那這是不是廠商的價錢，我不曉得健保署這一塊是不是有做一下調查，那如果真的加也是大概加 400 塊左右。以上！

主席

好！這個部份要請專家來做說明實際上操作的過程。請台大簡醫師說明。

簡榮彥醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

補充一下！事實上在這整個過程裡，要做 5 次的 Spirometry 肺容積檢查，所以總共最多要做 5 次，那說實在的 5 次做下來，以往整個時間大概是 50 分鐘到 1 個小時。那其實以這麼長的時間來看，人事成本一直都是不夠的，這一次因為藥證關係，在做成本分析時，把這一部份一起算進來，反而做了修正，那這個部份主要是這樣子調整。

主席

請醫管組說明，藥品的成本及醫師增加的耗用時間造成成本的增加。

林科長淑範

在上次做成本分析的時候，學會提出做的過程中，要做很多次的流量容積圖形檢查。所以，在整個過程裡面，醫師有耗用時間是 5 分鐘，可是主要是在醫事檢驗人員，因為做多次的檢驗，所以預估的時間就要 50 分鐘，所以在用人的成本裡面就要 560 幾塊。再加上剛剛有

提到激發試驗的藥品需要 390 幾塊，再加上其他的房屋設備，還有作業管理費用，就是 1,115。主要就是在用人成本，醫事人員的部份比較多，及以藥品增加的費用。以上！

主席

藥品有訪價嗎？

林科長淑範

因為它是內含的成本，無法收費。

主席

有去知道現在的價格嗎？至少知道醫院的收費。好！395 元是學會提供的，請學會先補充說明後，再接受其他代表的意見。

簡榮彥醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

那這藥品其實有請三家醫院提供價錢。那一支大概是 15,000 元，大部份這個藥品是可以分裝，那所以估計起來大概可以分給 50 個人，這樣除下去之後一個人大概就是 300 多塊，然後再加上 filter 的錢，所以整個算起來大概就是目前提供的價格。

主席

這是醫院的進價，對嗎？好，請~徐代表。

徐代表弘正

其實我們討論這個提案，主要的就怕說，將來有相同、類似的也用這種方式來增加，這是第一點；那第二次點就是提到這年成長率 12% 的估計到底是正確還是不正確。如果過完一年是 120% 那怎麼辦？那我們是不是要它的限定金額，然後去做像是總額管制一樣，相對地點數下降。當然我們今天完全不是針對胸腔科而言，而是我們擔心的是這樣，如果你想想看一個從 300 多增加到 400 多突然到 1000 多的時候，

它就有一個誘因，有一個誘因就是說，也許這個量就會大幅增加。那要不要去 monitor？

主席

好，羅代表。

羅代表永達

我想大家的看法都一致。因為如果我們現在全面檢討，那所有的支付標準可能都不夠。我舉一個神內的例子，所有做神內都知道它耗的時間很長，因為檢查項目很多，我不曉得為什麼只有這個案子會提專家會議然後做成這樣的決議，因為說實在話你問每一個醫院裡面，有很多項次，當年就是我們大家認為支付標準就是一個囊括的東西，否則你要是把每個單項都拿出來重新去檢討的話，我們很擔心開啟這樣的門。不相信喔！很多的學會知道原來支付標準是可以重新檢討的！那我相信很多學會是以各種辦法不管是透過其他的方式，然後就是希望能夠擠進這樣的專家會議，如果現在把所有的成本去重新計算的話，我覺得這跟潘朵拉的盒子一樣，打開來接下來就沒完沒了！所以我們始終不再去談支付標準的提高，這是我要提的第一件事情；第二件事情是我們先前提的新增的診療項目，這個不是新增的診療項目大家都知道，這是本來就有的東西，可是我們又開了另一扇門就是未來支付標準或是總額協商沒有這一塊的時候，我們加入新增的診療項目又開一扇窗，我現在的意思是說，當這個消息讓所有的學會知道、所有的檢查知道後，我們誓必要把成本重新分析過一次，否則幹嘛獨厚胸腔，絕對沒有去質疑胸腔他們現在成本不合理，我也相信現在這樣比較合理，是以前大家都不合理，那為什麼只拿這個東西來討論。這是我個人的意見，以上！

主席

好，還有代表於第二輪表示意見嗎？

廖代表秋燭(姚代表鈺代理人)

請教一下，它這裡提到它內含的 17003C 肺流量容積圖形檢查，那是不是說假設調高到 1,115 點，這個 17003C 就不能夠併報，它是內含嘛！是不是這樣？

主席

好！這問題，等會依序做第二輪的回應。請問代表對於這項有問題嗎？好，沒問題，現在請台北榮總柯醫師。

柯信國醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

我是台灣胸腔暨重症加護醫學會前任秘書長，這個案子我們跑了將近快 3 年，其實他最重要的觀念在於用藥安全。因為我們今天的給付標準偏低，所以很多的醫院都還在使用沒有藥用許可證明的藥物，不敢讓病人知道。為什麼我們學會今天要提出這個案子來，是因為這個用藥有藥證，是安全的用藥，那大家當然會提議到說，是不是因為使用具藥證許可的藥物，然後再加上其他的檢查等等，造成今天調高支付點數的幅度增加的特別高，我想大家都有這樣的疑慮在，但是我們還是要解決這樣的問題，因為這個已經是好幾年下來的問題，病人用的吸的藥，是一個沒有藥證許可的藥物，學會立場必須要處理也要反應給署內知道，如果說非要用無藥證許可的藥，病人每天都在吸一萬多的病人每天都在吸，如果有問題的話，那我們怎麼辦？所以這也是我們一直在困擾的問題。

主席

好，謝謝！醫管組說明。

林科長淑範

剛剛是提到，在過程中使用的 17003C 流量容積圖形檢查，內含於付點數，就是不能額外報 17003C 是正確的！

羅代表永達

聽學會的意思，這次為什麼提出來不是要重新檢討所有，好像就是因為藥證的關係。那我倒是有個建議，原來的錢再加上藥費的錢，這樣子是比較合理，否則你其他的成本似乎就要重新去檢討，那這樣對其他的學會比較公平啦！那這個提出來它是有道理，以前這個藥是沒有藥證，現在有藥證，那我們現在就加個藥證給他。你即使最高也是 485 再加上那個藥的錢這就是合理，那其他東西要檢討，就跟我剛剛講的一樣，是不是另外開的好幾扇門。以上！

何代表語

我想請教一下！103 年的醫令量 14,092，是不是一年執行 14,092 個案？我不清楚因為這裡寫（…是，人次）。另外，原來給你們的 485 點的點數的時候，你們認為你們藥品就用的 395 元，所以只剩下不到 90 塊的利潤，是不是這樣子？那你們 1,115 點是怎麼計算出來的？能不能給我一個公式？

主席

好，這項原來的藥品應該是 in-house 調配的，所以，事實上沒有藥證，現這次支付點數調整增加，主要金額於使用有藥證的藥品成本，再加上它的 tube，也因此順便修改檢查所用時間，基本上有這涵意，不完全是剛代表說的純粹耗用時間而已，有比較大的部份是因這個藥的錢！藥品原來是 in-house 調配，專家們知道原來的價錢嗎？我們也沒有資料。

朱代表益宏

我建議，這一部份其實針對其他的會議裡面沒有健保給付的調查，包括在藥品的共同擬定會議、特材的共同擬定會議，就是說原來健保沒有給付的他的自費是多少，或是醫院的進價是多少也可以調查出來，雖然不是很完整，但是至少有幾家代表性的醫院，或是從專家代表裡面的醫院提供一些資料進價、進貨資料，我覺得這是可以調查出來的，所以我是建議調查出來以後，我個人是不反對對於藥物，你要給付這

個我同意，但是你說其他的因為時間長，所以，我把人事費也加進來，以前的 filter 不夠加進來等，如果這個邏輯通過的話，那我等一下就要提一個臨時提案，就是建議所有的支付標準全部要全面檢討，所有的支付標準都是不夠嘛！那剛剛羅委員也提到，如果這個門開了，那其他都來跟你找一個名目，然後把所有的人事費不夠的時間、成本全部都算進來、儀器設備折舊的也算進來。如果這個邏輯是對的話，那我覺得就是應該要主動所有的支付標準都來檢討，所以我建議健保署先內部調查一下原來的藥是用什麼藥？多少錢？現在新的藥是多少錢？那你現在給付是多少錢？然後自己把它加上去，這是第一個；那對於使用沒有藥證的藥，健保署是不是要處理，還是這一部份是屬於 TFDA 要處理。那這一部份，既然你給付已經加了錢，或者說還有醫療院所還是使用沒有許可證的藥物，那這樣子會有什麼樣的問題，所以這可能要一併做處理。以上！

主席

好，謝謝！如果這項目修正之後，未來需使用具藥證的藥品，才可以申報。假定有醫院用沒有藥證的試劑來申報，就是違法，違反支付標準。對！這可能我們另案看怎麼稽核，其實支付標準就是這意思，改了之後就整體提升品質，學會這邊也一併要去 push 會員如果這一條通過的話，確實品質要提升，因為付費也提高！所以，這個是確定的！來，謝代表。

謝代表文輝

主席、各位先進，我是覺得其實針對像支付標準其實大家都有共識，基本上我們現在的各項支付標準都偏低，這個其實也是造成所有的醫療人員血汗的一個重要的基礎。你在醫院工作你拿的給付也就這樣而已。那醫院沒有太大的能力去改善。所以我是覺得未來像明年健保會協商，其實是應該多編一點資源來針對這種不合理的未改善。剛剛我們聽了其實也是很同情，做 50 分鐘才那麼一點錢，扣掉藥費後其實也才一點點而已。那事實上是不敷成本，所以我是覺得像明年的總

額應該針對這個撥出資源，針對這種不合理全面的像剛剛朱代表講的全面地來做檢討，哪些是優先科系很全面的來討論。那我也同意剛剛講的，沒有這種全盤的考量之前，那就先針對這個有藥證、沒藥證，這個很明顯嘛！就有差距。沒有藥證的藥如果是 200 塊，而有藥證的是 400 塊，那就馬上解決這個 200，這樣至少解決實際進步有藥證不要說影響到，結果大家還是要用那個沒有藥證的，這樣不好嘛！那如果明年真的編比較大的預算來針對這個改善是有必要的。反而是新增項目涵蓋面更廣的真的就要更小心啊！現有大家都覺得我們健保署包山包海來，還一直往外在擴增。而不去檢對這個基本的不足，基本本來不足的應該優先處理。否則再一直增加涵蓋面到時候又不能夠收山，本來低的無法改善涵蓋面又變大，這樣需要解決的問題又更大。所以我是很贊成未來要編更多的預算來針對這種本質本來就很偏低的原有項目，每一項應該要做一個全面通盤的考量。

主席

好！滕代表。

滕代表西華

主席、各位委員、與會的專業代表各位午安，主席剛剛有提到沒有使用這個藥證的就不能夠來申報，那我們會真的知道有經過藥品許可證的藥品。因為我們是用書面來審查，所以，這個確實我們是查得到。那第二個部份是，其實也蠻驚訝的是，有這麼多品項，如果是論病例計酬是包裹在裡面的話，我們有一些藥品，他們是有許可證，他們是試驗用藥、專案許可的，這樣的情況，那確實是不知道有多少！現在連罕病的藥都一直要求要申請藥證，那不知道其他部份有多少？我覺得這個案子如果通過，我剛剛也跟其他代表私下請教，如果它會有一個好處是說，因為這個誘因，就是我們鼓勵有許可證的藥品，或是法規上原本已使用有許可證藥品為原則沒有為例外，應該是這樣子，所以這個例外應該是要少數而不是多數，但是擔心的就是不知道這個是少數還是多數，剛剛講如果沒有辦法去掌握到，我剛剛講連朱代表

都搞不清楚這個是多數還是多數，那當然消費者更搞不懂是多數還是少數，所以假設這個在新增支付點數，剛剛健保署說人事成本就 560 塊，那如果扣掉的話就 500 多塊，就是從 400 多調整到 500 多，我不知道夠不夠，但是我也蠻支持藥費應該要給，因為有一個好處是，假設其他的醫學會或是其他的疾病，也有這種現象，那有一個誘因，讓他全部都浮出來，我覺得對病人安全來說可能是件好事。因為已經使用，卻沒有藥證，出了藥害也充滿爭議啦！就是不知道在藥害救濟方面有沒有辦法夠能充分的補償到，那當然也會增加醫療糾紛，特別是使用沒有許可證的藥，我覺得如果是為了病人安全，我們應該要去承擔，財務應該要去承擔這個風險，就是如果醫療院所核發的藥品，會導致我們支付的成本增加這個風險我們可能要承擔，那怎麼去調控，我們應該要再商量，所以我蠻支持，如果只是因為藥品的邁向合法或者是安全性比較高的基本的原則，健保 20 年不能夠再有這樣的情況繼續存在，我覺得藥費確實是可以考慮讓它可以增加，謝謝！

主席

其他還有嗎？請，最後一位。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

主席，不好意思剛剛何語委員他的提問說這個 14,000 多人，是怎麼來的，其實也就是我剛剛為什麼會問說到底這一項檢驗，它是用在於什麼情形？什麼樣子的個案病患？那他是一個治療過程的氣喘的病人，他治療過程是必要還是非必要。那必要是發生在哪種情形，是不是有這樣專業的資料可以讓我們知道，否則所有的氣喘病人都要用這個嗎？我是覺得有一點奇怪，還有就是每一個病人只要做一次就好，還是他多久以後要再做一次，這樣對於我們醫療上面，真的他是他的必要性存在的話，我們才可以再去討論說這個項目我們要不要來調整，或要怎麼來調整！

主席

剛剛王代表問什麼時候會做支氣管激發試驗，因為 103 年全年醫令量才 14,000 件，所以絕對非王代表所講的每一個人都做，請專家說明。

簡榮彥醫師（台灣胸腔暨重症加護醫學會）

這個檢查的條件就是說臨床上懷疑是這個氣喘的病人，但是他在經過一般的肺容量檢查是正常的時候，但是臨床上還是高度懷疑的時候呢，會再安排這個檢查，那這個檢查基本上有它的危險性，所以我們臨床上也不是非常喜歡排，但是還是有這樣的病人存在，所以說還是要在這個時候會進行這樣的一個檢查。

主席

好，這是專業意見，再來最後一個問題，因為這只是一個小提案而已，最後一位代表。等下提出一些建議案給大家參考，來。

徐副院長迺維（陳代表志忠代理人）

我的建議就是要考慮到專業喔，不是說每個病人都要做，因為氣喘，如果說它真的是氣喘它不一定隨時會發作，這個我們不會有，但是萬一它發作就死給你看；所以說必須讓專業師有這個武器，大概也不會每個人都去做，因為它有危險性，所以它要有醫生在旁邊 standby，對不對？所以其實它的耗用成分是滿高的，我一直很好奇就是您之前的那個費用是？因為它的藥是因為被定義為衛材才沒有藥物許可證嗎？還是因為它本來就有藥品許可證…（過去是 in-house，自己調的）。

主席

過去沒有藥證時亦有給付，但至少它是可幫助病人的方法。最後一個沒有處理的，是多位代表都在說，到底是藥品造成成本的增加？還是也有因此把原來支付偏低的成本增加？這是多數幾位代表都在 argue 的事，因大家 argue 是否其他項目也都有類似情形，對嗎？所以建議原來的支付點數是 485 點，因目前無法知道原來 in-house 調的藥

成本是多少，所以我們假設 485 點是一個工錢，現在有藥證的藥品其藥費及儀器耗材 424 元，我們將 485 點加 424 點為 909 點，不處理所謂耗用時間增加的成本。所以，現在只要回算的那個差額，也就是原來的點數是 485 點，各位可以看第 16 頁，485 點這個地方其實有可能是 in-house 調藥也需要成本，但現在沒有人知道成本是多少，但它還是有一個判讀的成本，對嗎？大家爭議的是會不會藉這一次新藥證進來去調高原來判讀的成本，大家很計較這塊，所以我們把那塊先消掉，只把 485 再加上這次新藥及 tube，還有儀器設備的成本，把它外加上去就等於是新藥成本為 424 點，我們有一個成本分析，所以 485 點加 424 點。

對，這你們沒有看到，因為如果連細項都要印的話會很厚一本，因為一個案子就這麼一本，如果會後大家願意看的話可以會後找同仁提供參看，我建議就是如果大家在乎是否會用一個新藥證的理由調高現在的項目支付點數，我們就先把那塊拿掉，只有原來那個點數，再加上這藥及設備的成本，所以加起來為 909 點，原來學會建議校正之後是 1,115 點，因此下修為 909 點，這案子我們就讓它醫療品質提升，這是第一點；第二點，有代表擔心是否大家沒有用它？或將來怎麼審查？其實不是只有這項有問題，是很多項目以後算新的檢查或新的材料等，都希望依照仿單是 single use，我們也很擔心過去大家沒有特別強調是 reuse，所以現在正發展將來所有使用這些東西都要把條碼也一起申報，我們就會確保醫療品質，因每一個號碼其實是批號，不會重複的，等準備完之後會通知所有的醫令申報皆這樣申報，即可確保每一個病人用的都是我們原來講好的品質，因為我們在算成本的時候就已經用 single use 算進去。

還有一個代表的問題沒有回答，現在我們估計的 12%，當然這叫估計，會不會調高支付點數使得申報量增加，超過現在算的金額，我們一段時間都會再重新清算一次，並跟大家再定期報告每個新增項目，好~這建議可以嗎？來~朱代表。

朱代表益宏

主席，我要抗議一下，因為我記得在前面不知哪次會議，因為是我提的案子，那個成本分析表應該要附給所有代表，當初主席的裁示是沒有問題，但是我覺得不應該是健保署上或是專家會議裡面有成本分析表，但在這會議上僅有一個數字告訴我們，這個我要再次抗議，因為我記得主席當時裁示是可以提供沒有問題，所以這次主席手上有東西而我們不知道，我要抗議，包括後面~。

主席

沒關係，等下馬上印給大家，包括後面每一項都印，每個代表都有一份所有的成本表，當然這項成本表校正是 1,115 點，現在下修為 909 點。

朱代表益宏

另外關於這一案，因為剛剛講的是原來用的藥其實不是沒有藥證，他是經過調配，是不是經過藥局、藥劑師的調劑後，如果是這樣是可以用的。如果有藥證的藥，去把它稀釋或是做其它處理後，是可以的。如果是這樣子的狀況，我建議這藥物的方式用另外支付，就是你有用我就給。因為如果這藥只有這間有，會變成一個獨占市場，他這次 300 明年收 500，你怎麼辦？所以我是建議說，現行如果是用院內藥劑師自行調劑的方式就用原來的申報，如果有用這個藥物就額外去報的方式來處理，這是額外建議，謝謝。

主席

請專家表示意見。

柯信國醫師(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

重申一下，目前使用是沒有藥證，就是一些化學製劑各醫院買回來再做濃度調整，這就是為什麼我們一直在重申病人用藥的部分。第二個把這個藥獨立成藥品，其實之前學會也試過，因為這包含在檢查

項目裡面，所以它算是試驗用藥的部分，你把它包含在藥品部分會造成困擾，就是剛提到有的醫院是無藥證的，他說我可能有用再跟病人收錢，所以我們還是會擔心這無藥證的狀況，所以如果要解決的問題，應該是全面性的合理來給付，而且要 monitor 才能根絕這個問題。

何代表語

主席、各位委員，剛剛主席裁定說 909 點，就是原 485 點加藥品 341 加儀器 83，我剛才自己算是 808，我剛給葉代表看，因為現在提出的 341 元本來就含購買的成本在裡面，你們 485 裡面也有要買藥品的錢，還有肺量儀不能用新進來的成本去核算，也許這一臺已經用六年了要折扣掉沒有到 83 塊，因為有折舊掉，所以我算出來是 808。我不知道，主席是怎算出來？

主席

我再說明，何代表看的資料等下會發給大家，其實只加藥的錢、tube 及肺量儀設備的七年折舊每分鐘成本，一共是使用五十分鐘，以每分鐘成本計算，所以已折算過，所以何代表講的折舊都算過。再來原來支付標準裡面講的 485 點，沒有人知道它調藥成本多少，所以我們才做一個修正建議。這張也沒什麼秘密，會發給大家看，以後每一項支付標準調整成本分析皆發給大家看。因為我們這案子也討論蠻多時間，我們是否就到這，909 點，通過，謝謝。第二案，請大家表示意見，主要嚴訂適應症，這部分邀請有幾位專家來做說明，請專家先說明。

黃全福醫師(台灣立體定位功能性神經外科及放射手術學會)

主席、各位代表大家好，我是代表立體定位功能性神經外科及放射手術學會，這些修訂的部分，我有一個建議就是說~我這邊有一份資料不曉得能否到大家手上，因為在聽神經瘤的部分，第六頁的第六項：顱內單側小腦橋腦角之聽神經瘤寬度小於 2.5 公分，我翻遍所有的文獻~就是比較大的聽神經瘤他們都界定在 3~4 公分，那做加馬刀的話，

他們的腫瘤成功率控制的比例可以達到 90%左右，差不多有 10%是以後需要開刀的，就是它小腦橋腦幹的地方可能壓迫的比較厲害，所以我是建議這 2.5 公分是否可以適度的放寬到 3 公分？

主席

黃醫師，這是經過專家諮詢會議討論過，所以是訂小於 2.5 公分，本項為何提出來討論，因為過去加馬刀使用對於病灶的大小存有專業上的爭議，而現在這部分是經過專家諮詢會議嚴格訂定，我們也請的專家是來協助 defensive 諮詢專家的決議，不過黃醫師的意見也可以供大家的參考，看看是否 2.5 改 3 公分。

黃全福醫師(台灣立體定位功能性神經外科及放射手術學會)

是~我這裡有一份資料不曉得能否到大家手上(主席：可以呀，當然可以)，我列的表有五篇 paper，他們總共有 171 人次，有的有 21、24、28、65、33 個，這比較大的他們建議是說大於 3 公分，有的是 3~4 公分，至少是 3 公分，所以我們想說這 2.5 公分是否太嚴苛了？

主席

好，謝謝~接下來我們代表有沒有意見？

羅代表永達

這是個體制，如果 2.5 公分代表的是學會的結論，那各別的醫師在這邊又提，應該就重來，因為大家都不知道，不應該在這邊再做討論。

主席

對~我可以理解，其他代表有意見。

徐副院長迺維(陳代表志忠代理人)

我也覺得如果這樣，應該再退回專家諮詢會議討論。

主席

是，同意，還有其它意見嗎？

朱代表益宏

我想請教關於適應症，就是原來我們資料的第 17、18 頁，原來的適應症有四項，但現在看起來比較嚴格，第五、六項算是新增的嗎？(對，是新增)對~我知道是新增，但比如說海綿體血管瘤，他有出血病史的病人，它原本沒有 r-knife 是用什麼方式去處理或它原本就用適應症一，包含執行，以及第六項小腦橋神經瘤，以前如果有這樣的疾病，它是用適應症一、顱內病灶用加馬刀還是說以前的病人不能用加馬刀這次是把它放寬。

趙興隆醫師(台灣放射腫瘤學會)

主席、各位代表，放射腫瘤學會在這邊報告，剛剛朱代表提到的第五、六點，這原先是在第一點裡面，它是概稱裡面，只要是血管瘤或是聽神經瘤都可以治療，我們在第一點把它刪掉後再單獨提煉出來再加入限制，實際上是把它限說。舉例說，第五點海綿狀血管瘤如果之前有，只要小於一定的大小都可以申請，現在因為海綿狀血管瘤大部分發生在淺層，所以我們現在把它設定在必須比較深部地方，且必須有出血的病史，因為它出血的機率相對跟其它血管瘤比起來比較低，所以等於限制的比較嚴，第六點其實也是一樣，所以嚴格來說這不是放寬也不是新增，它只是限縮，只是將第一點拿出來增加提煉而已。

主席

謝謝，其他代表對這項有其它意見嗎？

朱代表益宏

是不是請專科醫學會也能說明一下是什麼理由要限縮新增？因為一般看到的都是要放寬，是什麼理由是覺得原來的不夠、有點浮濫還是有些疾病限在不需要用這方式就可以處理？請說明為何要限縮？

主席

好~麻煩趙醫師。

滕代表西華

如果限縮之後，會不會跑到自費？

趙興隆醫師(台灣放射腫瘤學會)

後面問題我先回答，限縮之後的確有可能跑到自費，這是第二個，但可能要看主治的醫師。關於第一個問題，因為提出修正不是放射腫瘤學會，所以他們提出來的問題及動機、背景如何我不是很清楚，只是我們是相關學會所以一起參與。我個人過去也是健保署台北市的審查委員，我了解的大概過程以海綿狀血管瘤來講，基本上因為它血壓變化不強，出血機率相對比較低，所以在委員審查共識裡面就出現要有出血病史才可以，可是在這情況下因為原始的條文沒有，常造成申請後複審不過，不知道是不是這原因提出修正，我不曉得，我只是就我個人知道的部分，跟大家報告，以上。

主席

這部分請淑範補充，關於修正的原由。

林科長淑範

這案子其實在專家會議裡面已經討論過很多次，每次在討論的時候，其實在神經外科、放射腫瘤或是立體定位功能性神經外科及放射手術學會裡面有很多不同的意見，是因為在審查的時候，尤其在個案審查的部分，在原來的規定是概括性規定，在審查時可能會有灰色地帶不容易判斷，就會讓審查醫師背負很大的責任，所以在討論裡面我們整合了很多學會的意見，讓各學會之間有個共識，能夠把它明定清楚讓審查醫師容易做判斷，也不用擔付很多各界的質詢或質問。另外滕代表提到若不符適應症的時候會不會有自費的增加，這不無可能，只是不符適應症的時候，在支付標準裡面還是有其它傳統的手術可以使用，其實病人有很多的选择，以上。

主席

這部分回到專業判斷，這項因為是事前審查項目，所以過去本來就常有爭議審議案件，耗費非常多成本在這爭議上。剛剛請來的專家是黃醫師，提出 2.5 公分要改 3 公分的建議，因為本案已通過專家諮詢會議為各學會的共識，今天不便於這會上改，但若黃醫師還有意見，仍可以透過學會再回到專家諮詢會議做處理，今天暫時列為紀錄。其他代表還有沒有意見？

滕代表西華

剛淑範的說明，我為何要這樣問，因為原本是在原發惡性腫瘤裡面它其實是可以適用這個支付標準，那現在刪除後，還要無其他部位轉移或是其他沒有部位轉移還要經治療穩定，因為這東西貴，不是一仟兩仟的~如果不符合適應症那病人~假如說如果今天限縮是因為浪費我覺得是應該，但也要防止移轉到病人自費。

趙興隆醫師(台灣放射腫瘤學會)

主席我補充一下，不好意思，因為代表有一個誤解，針對第 4 點原發惡性拿掉並不是限縮只有轉移的可以，他前面括弧一裡面顱內病灶就包含原發惡性，它要符合以下六點之一就可以，它並不是把原發拿掉，所以原發病灶還是可以申請，只要符合一到三跟第五、第六還是可以申請的，不是代表剛剛想的那樣，以上說明，抱歉打斷你的發言。

滕代表西華

謝謝醫師補充的說明，這樣就更清楚，但是如果限制某一部分的申報還是有可能跑到自費，健保署的說明是說還是有其他方式供醫院申報供病人選擇，是那些方式？它有沒有適應症上的差異，還是其實醫院還是會鼓勵病人去用自費來取代其他的選擇？

主席

好，請專家表示意見。

劉安正主任(台灣神經外科醫學會)

我是仁愛醫院神經外科劉安正主任，代表神經外科醫學會跟各位委員報告，在之前的專家會議，神經外科醫學會有參與討論，而在神經外科醫學會的裡面，有做手術的會員也有進行放射治療的會員，所以在各項討論都有兼顧病人不同的治療方式。這次適應症修編主要是因為健保署有很多專案審查委員在過去曾遭受到額外的壓力需要去說明為何有適應症的差異性(那些病人可以做放射治療、那些病人不可以做放射治療)。經過專家會議裡面由專門做放射治療的醫師跟做外科手術治療的醫師雙方進行討論，依據這幾年來實際成效和國外論述的治療效果，在適應症上明確的討論並達成定義的限縮，來確保病人接受的治療是比較好的效果，而不是只有幾個 trial 或幾篇 paper 就去論斷，這樣一方面可以解決審查委員之間的差異性，也可以讓議員或是健保署在審視的時候減少適應症訂定不明確之下導致的引用落差。透過很多次的會議，在幾個學會的努力下達成共識確保這樣的限縮是沒有對病人造成傷害，而且符合適應症條件的病人治療效果是比較好的。但是現在大部分民眾的心理層面是偏向能不要進行手術治療就選擇不要手術。但是在我們神經外科以手術為主的立場當然是主張可以手術治癒的疾病還是以手術治療為優先；比如說剛剛腫瘤學會的專家提到比較表淺的海綿狀血管瘤，其實它手術治療成效很好，何必讓病人冒著復發的可能進行放射治療！到最後病人還是得接受手術，平白接受放射線輻射又浪費健保資源。所以這次細部修改適應症的確是為了捍衛病人在符合適應症的規範下達成應該有的專業治療效果。至於委員提到是否會有一些病人偏向自費進行放射治療，學會就沒辦法去左右民眾的期許了，以上報告。

主席

好，這部分尊重專家專業判斷，如果各醫院臨床專家推薦有效治療，對於治療成果及醫療責任是保險對象及臨床專家各自負責，我們也沒辦法處理，只要醫師執行就有他的責任，我們這邊是規範支付。

何代表語

主席我想請教一下，我們共同擬定會議下，這個案子是一定要我們通過嗎，還是說專家諮詢會議通過健保署就接受了？

主席

跟各位說明，為什麼本項會在本會議討論，因為它寫在支付標準裡，所以修改支付標準表就要提到共同擬訂會議，這是依照法律的規定。

何代表語

如果說它這還沒有經過專家諮詢會議的決定（~已經經過了）~通過了，現在又要退回去到專家諮詢會議。

主席

這案子已經完成程序，所以提到共擬會議請大家再確認，因此剛才會說黃醫師若還要修改的地方即不接受，因為要改就須回到專家諮詢會議。

何代表語

那我們今天是不是要通過這一案？

主席

是。

何代表語

那我們就通過它吧。

主席

好，謝謝，這案子是不是就尊重幾個學會共同意見，弭平過去爭議，另外也增進病人加馬刀的安全。好，第三部分是大腸鏡等 4 項診療項目增加兒科消化學專科醫師來執行，有沒有問題？來請~

羅代表永達

我只有一個小小問題，這台灣小兒消化醫學會針對這個案子有提出兒童加成，後來的結論是有沒有加成？

林科長淑範

台灣小兒消化醫學會於本案建議在 28017C 大腸鏡檢查，由現在的兒童加成修訂為提升兒童加成，就是加成會比較高，經徵詢專家意見認為類似很多的內視鏡檢查都沒做提升兒童加成，所以建議沒有通過。

主席

好，謝謝，其他有無意見？若沒有意見，即增加兒科消化學專科醫師也可以執行，這不增加醫療支付，謝謝兒科的陳醫師跟賴醫師，這案子通過。接下來，第二案。

討論事項

第二案

案由：「白血病即時定量 PCR」等 48 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目案。

主席

這提案，共七項新增，現在已將新增診療項目的成本分析表給各代表，這成為例行，爾後新增修診療項目將成本分析表提供與會代表，有助於會議討論，現在採逐項討論。請看第 33 頁，第一項是白血病的即時定量 PCR，這部分請大家表示意見。

潘代表延健

主席、各位代表大家好，在討論各個項目之前我有一個問題想先釐清請教一下，就是我們新增的項目預算是三億元，那這邊第三點有提到經公告實施有 8 項預估是 1.513 億，還有 1.487 億。這裡面看起來推算就是這三億元用在今年的新增項目裡面，我記得我們在健保會裡面好像有提到每一新增項目材料或藥品我們應該要推估三至五年的用量的改變，所以就是說去年、前年或是這幾年內，新增項目裡面，在今年的成長率，這個估算是否有放到這三億裡面。

主席

現在沒有。

潘代表延健

那是不是我們在推算這個費用的時候應該先把這個金額剔除掉？

主席

現在的 3 億就是用至今年的項目，潘代表關心的是過去的，剛剛有講這問題應該是我們要定期算給大家。淑範，健保署下一次什麼時候會做一個彙整報告？年底，可以嗎？

林科長淑範

在健保會報告裡面，我們都有把每一年新增的項目、新增的預算，為它也是公開在網站上；不過，如果需要，我們可以把它印下來給大家參考。

潘代表延健

不過這個，因為它有時間上的落差啦，就是說，假設今年它的用量是增加的，費用增加了，我在年底才去發現這個數字，但事實上今年的費用又已經被其他新增的項目都吃完了，所以它只是一個參考；然後讓大家覺得遺憾說~又有這麼多錢，但是，它是沒有來源的！所以，是不是能夠在我們這個支付、這個討論，如果有新增項目的時候能夠

把這個支出的費用裡面也把這一項也預估進來，這樣的話才能夠比較精準去抓到，我要分配到每一個新增項目裡面來。

主席

好，謝謝。

滕代表西華

您的意思就是說，比如說是 103 年核准的新增項目，假設這樣，然後要知道在 104 年它的使用變化，跟 103 年估算的一樣不一樣，是不是？那是因為 104 年新增診療項目 3 億的預算，是在 103 年總額協商，單純針對 104 年新增診療項目，它就會 cover 今年新增的費用。因為跟 103 年核准的這個支付標準的適應症增加的費用，它有可能影響 104 年總額沒有錯，或影響 105 年；可是，它會在別的費用裡面去 cover，應該不會佔到新增的支付標準啦。所以，我的理解是說，這個新增的 3 億，應該是只有今年新增的錢，它不應該同時去 cover 103 年的錢，甚至是 102 年的新增的支付項目。

潘代表延健

我舉一個例子，我們看第 33 頁這一張表，它這裡面就有一個新增成長率是 5%，所以，我們在算的時候就是 103 年。假設說，它每年的成長是 5% 啦~假設這估算是對的！但是，因為我在算這第一年的時候，我就估 5% 而已；但是，在隔年它是量增加喔~這是量的增加；這個跟我們在講其他的那個總額的成長，其實那是不一樣的，所以，我們在健保會一直在強調，就是說，因為這個所有的這個新增項目的成長，就是說，第 2 年到第 5 年這中間的這個費用增加了支出，事實上是沒有真正的反應在這整個總額裡面，所以我們才說要每年去監控有沒有多在這個總額裡面。

主席

好，這問題健保署會監控。不過，因為新增支付標準不是只有把每一項加總。事實上，算這3億預算要用掉多少錢，已經都把替代的扣掉！是淨增加！每一項目替代的不一樣，所以它是非常複雜的計算，就算要回溯，我們也是經過非常複雜的計算，才知道淨增加多少。有可能所有的估計都有誤差，現在推估預算，也有可能高估及低估，所以變數非常多。但代表一段時間再回溯，可以理解，我們願意提供，但也須花點時間做計算。不過，事實上都不是非常精確，因為有很多的替代項目是沒有辦法計算，且也可能有新增需求，所以這事情我們會有一段時間跟大家 review，今天討論的還是今年的預算，而且是淨增加的費用，不是總增加，也是扣掉替代的淨增加的錢。好，我們現在開始逐項討論。

朱代表益宏

我覺得是這樣，剛剛潘代表提到的，其實我們這個會，除了可能付費者也要去考量啦。其實新增的項目，就是以前沒有，新增出來的，它事實上有一些遞延效應啦！比如說，今年我們編3億，實際上我們可能用了2.5億，或是3億剛好用完；但是，第2年這個3億可能，到第2年可能就變成5億、6億；但是，你第2年這些東西，事實上沒有新的預算進來，你只有所謂的非協商因素去滾，每一年滾個3%、5%，所以那個遞延效應在第2年、第3年就不夠了，就表示說當年編的預算在第2年、第3年事實上是不足於支應這個問題；那不足以支應的話怎麼辦？就只好影響到其他技術性，就是勞務性的這個~支付標準點數就變少了；或是健保署現在說，因為現在點數變差，所以每家醫院就自己斷頭，行政核減，核減率就提高，就會產生這些問題；那這個問題可能在總額剛開辦的時候不明顯，但是現在已經做了十幾年了，事實上對整個醫療體系，包括四大皆空，這其實是很大的因素啦！所以我覺得付費者這邊也要體諒，確實有這個問題存在；那我們也希望說總額在檢討的時候，是不是有這個機制，比如說，過了3年、5年回過頭來看，當初確實編的不夠的時候是不是我們要在針對這些項

目在去把總額在做某些程度的補充。不然的話，如果都是矇著眼睛，這個東西都不看的話，那最後就是台灣的醫界、醫療就是空得更厲害，四大皆空更厲害嘛！然後，就是~大型化越來越大，因為它有經濟規模，成本降低，就醫療機構越來越大，就會變成這個問題。這個我想也不是滕樂見的啦！滕代表一向很關心我們醫療產業，這樣子的空洞化，跟這種變化，我相信滕代表應該也看不下去啦！謝謝。

主席

好，這題目請到健保會討論。好，請陳代表。

陳代表宗獻

其實關於我們的總額費用的編列，經過了十幾年的時間，這中間~新藥、新科技這個部分一直沒有辦法有很好的一個調整和 monitor 的機制；但是，好不容易我們過去在爭議那個新藥的替代率等等，現在大家都已經跑出一個可以接受的遊戲規則出來。那換句話說，大家也同意說追蹤5年；因為，以藥來看的話，藥的那個~變化是最快的，就是說第1年的使用量絕對遠低於我們編列的費用，但是到第5年是編列費用的5倍，基本上是這樣；但是，這一些我不知道，是不是說我們也不是說只有跑出來、跑看看，可不可以我們從今年，還是從某個年度~從今年開始的話，我們今年編列的3億，把3億都用光，那麼明年呢，明年這個費用還在，因為它本來就編在base裡面嘛！新藥、新科技有成長率的，但是它的成長率，假使說，我們基層是3%、醫院是5%來講的話，那5%好像是可以match啦；但是，沒有人可以說服說，它只有成長5%，這個數量還是要算出來，最好是可以在7月份的時候，就是在第2年的7月份的時候把這個算出來，我們在總額協商有一個憑據，就是誰都沒有吃虧，那我們也不必從我們的其他科別去挖費用出來。像我們基層平均是0.9，那平均0.9，如果這個部分增加超過一個數量的話，它就會造成我們平均點值下降，平均點值下降最會受傷的就是外科跟婦產科，因為他們80%是浮動的，所以這個部分，是不是我們在這裡也可以訂出一個遊戲規則出來，這樣每年7月的時候，

檢討前面的過去那一年所使用的那一些量到底是多少，這可以算的出來。

主席

可以，我們就照這樣做。請，吳代表美環。

吳代表美環

主席、還有各位先輩，那個我想對新科技的想法，有時候可能還是有一點我們現在是估不到的。像現在我們在討論的這個白血病的這個新的指標，還有等一下要討論的幾個東西，我覺得我們明年或後年看不到的東西是，因為這些改善的醫療成果，我們省下來的錢。因為今天我們會讓它提出來的新科技，大部分都是它有「很確實的臨床效益」。所以我在想說我們如果都是看它升高的點，我們會很焦慮；可是，我們都沒有看到「它減少用的錢」。問題是，改善要怎麼來估，這有點難；譬如說，白血病這個，因為這樣做，它的化療做了很多比較微細的調整，病人成果好很多，它就少住院、少什麼，可是這個真的很難估；我們可以試著來估，不過我覺得真的有點難。

朱代表益宏

主席，我覺得這個就是我們為什麼要有一個專家會議，專家會議就要提供這些資訊幫助健保署去預估你的效果、成本效益；它的成本多少，它帶來的效果是多少，對財務的衝擊是多少，都要在專家會議討論啊！不然在這個會議上大家怎麼討論？我們都不是專家啊！都不像吳主任對於小兒科這麼專門嘛！所以一定要在專家會議裡面請專科醫學會提供相關的資料，如果專科醫學會都提不出來，然後說這可以有後面節省多少成本，那這個我們也沒有辦法去估阿！但是至少我們看到，至少看到的那個遞延效應，就是光從申報量的那個遞延效應，目前的這個3億是不足以支應，這是有evidence，數字上看得到的啦。所以健保署才會試著說，那我把它替代的東西也減掉，這事實上在申報也可以有evidence；所以我覺得說，這個事情真的要拜託，可能要

拜託健保署在專家會議上，是不是也要求專家、專科醫學會能夠替代，比如說，我預估十年這個病人可以活十年可以減少多少醫療費用也把它提出來，就把它列入你的財務衝擊裡面，大家一起去考慮。以上。

陳代表宗獻

我建議把我們那個基層總額把它核減下來，因為糖尿病的照護改善了後端的那些副作用跟併發症，它真的有 evidence 可以證明出來；換句話說，我們治療了 200 萬的糖尿病病人，每一個病人不但不應該給我們成長量，還可以幫我們扣錢，我就把它都捐出來好了。

主席

如果每一個專科醫學會，可以提供給我們減項，我們很高興。但不知道專科醫學會能不能？若為了有一個比較新的療法給病人。各位代表，也有天會成為病人，我們都一樣；不要儘站在醫師角度看問題。但是，吳代表剛這段話是非常重要的！其實有一些療法，事實上不是只有取代而已，它對病人的好是可以一路延伸下去的，後段併發症的減少、住院天數的減少，或者是將來的預後功能提升，後面每一個新增項目都不一樣，這無法完全講完。各位代表講很容易，但是真正要去定量、提供數據沒那麼容易，我們也是盡其可能。是否可以回到今天的每一項，好嗎？先從第一項。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

主席，不好意思，也是回應我們剛剛幾位代表剛提到的問題，也是要根據後面幾項要表示一些意見；就是，當然我們可以知道就是說健保署其實在資料的提供上面是越來越進步，我覺得這一點是可以給健保署一個肯定。那因為剛好最近幾次有參加了藥物的共同擬定會議，那對於剛才主席有提到，就是說我們對於這個項目、品項的使用、替代的效應，它所可能會增加的相關預算，其實我覺得藥物共同擬定會議那邊有一個很好的基礎，可以給我們醫療給付項目共同擬定會議來做參考。那其實在藥物的部分，他們對於第 1 年、第 2 年、第 3 年、

第4年會產生的情況，數量的~包括照護人數的預估、使用的頻率、次數，然後呢，它可能會發生的替代品項有哪一些，我覺得在藥物那邊是已經有很好的基礎，可以來給健保署作運用。那再來的話，就是說，我們在現行所看到的這一些費用的估算上面有一點遺憾的，就是說，我們通常都只看單一個品項，而去忽略了我們做這一項處置、做這一項檢驗、做這一項照護，它可能還會，或者是做這一項用藥，它可能還會在新增的一些醫療費用；例如，有一個用藥它可能需要用到某一項檢驗、檢查，那這個部分是剛好在上個禮拜已經通過了，我們在對於費用的估算裡面，就會請健保署應該要把當個用藥它可能會增加的檢查項目、醫令跟支付點數要給委員代表知道。那同樣的，在我們現在的這個醫療項目的討論裡面，剛雖然吳代表有提到就是說，可能對白血病那個檢查的部分，它可能會有增加什麼效益，那我覺得它增加的效益，也可以用醫令來表示啊！它可能會減少什麼樣子的醫令品項，或者減少多少住院天數，那個都是有數據，我覺得是可以這樣來計算。那還有就是，我們後面可能還會有提到的就是說，有一個就是「心臟停止跳動的低溫療法」；那這一個部份，我覺得有一點遺憾就是說我們只看了單一個品項它的費用增加多少；但是，它所可能會引發的住院費用，還有其他要連帶治療的費用，也都沒有在這個替代效應，或者在它費用估算上面呈現。謝謝！

主席

好，謝謝，我們進到第1項「白血病即時定量PCR」，大家有意見嗎？現在各代表手上都有成本分析表，請翻開第2張，是3,571點。請各位代表對這項表示意見。來，請！

朱代表益宏

能不能問一下就是這裡面關於人事費，每分鐘人事費的計算方式。因為這個問了以後，下面所有的都類似。

主席

可以，請醫管組淑範科長說明。

林科長淑範

現在目前在算成本分析，所用的用人成本的人事費用，是100年做RBRVS時候，同時有做各醫院的用人成本的調查。那次調查，參加的醫院有醫學、區域、地區都有，那北、中、南醫院都有醫院參加。調查的時候，我們利用醫院回饋的資料；在醫師的部分，我們用專科別進行調查，還有住院醫師、護理人員、醫事人員，還有行政人員的分類。資料蒐集之後，當然大家知道在資料處理上，一定會做極端值、錯誤資料的處理；處理完之後，我們按照醫院每一年的總薪資去算每分鐘成本，這每分鐘裡面我們會考慮到工作時數、工作負荷，算出每一分鐘的成本。所以在大家看到的資料，譬如說，第1項白血球即時定驗，是用血液病科的主治醫師每分鐘成本。下一項為皮膚科，主治醫師每一分鐘成本就會不一樣，是按照我們調查收到的資料，做專科別的醫師成本。以上說明。

主席

另外，一併跟各代表說明儀器設備是固定用7年的折舊、房屋用50年折舊。

林科長淑範

設備費用跟房屋折舊，因為每一家醫院可能性質不一樣，所以在攤提的年限會不一樣；所以我們採用的是主計總處對於醫療設備攤提的規定，它對醫療設備使用的時間是用7年來攤提；房屋設備，是用50年來攤提；所以，在算每分鐘成本的時候，也是會考慮到它使用年限、取得成本，以及使用率。以上。

主席

請說明每分鐘耗用時間如何計算。

林科長淑範

在耗用時間上，用人成本的部分，可以寫出 5 分鐘、10 分鐘，主要是在每一次新增項目的時候，在新增作業流程需提供包括術前、術中、術後，或是診療前、診療中或診療後，每一項必須寫很清楚執行的內容是什麼，參加的人員有哪些，每個人員耗用的時間有多少。所以這邊成本分析的耗用時間是按照作業流程裡面去累計出來的，因為要去做這些事情，才有辦法累計時間。

主席

另外，維修成本跟管理成本，請說明。

林科長淑範

在維修成本的部分，就是成本分析表中不計價成本跟設備費用，都是按照提案單位，它必須按照各醫院，使用的不計價成本跟設備費用。另外非醫療設備，在這邊有看到一個佔率是 7.53%，是按照以前的研究是用醫療設備的百分比來攤提，接下來除了房屋，就是大家提送的成本之外；下面的是維修費用，是用房屋折舊、醫療設備折舊，還有非醫療設備折舊的百分比來攤提；最後一項，是作業及管理費用，醫院在做作業管理費用的時候，包括了是行政人員的成本，除了上面用人成本裡面提到的行政人員跟工友跟技工之外，醫院在攤提其他成本的時候，還是有用人的成本會放到作業管理費用，這 3 個部分是用百分比來計算。這百分比的計算方式，同樣是在 100 年做 RBRVS 成本分析的時候，除了調查用人的成本之外，同時調查這些項目在醫院會計裡面攤提的成本有多少，計算出全國的平均值。以上。

主席

好，謝謝。請大家對於第 1 項表示意見。

潘代表延健

人事費用裡面，每人每分鐘的成本，注意到就是住院醫師、護理人員、醫事人員，你們都拉成一致了；住院醫師是每分鐘 16.5 塊，護

理人員是每分鐘 7.1，然後醫事人員是 8；但是，只有主治醫師是不一樣的。主治醫師不一樣，那這個會不會在專科之間就會有不等值這樣的情形。

主席

本來薪水就不一樣。

潘代表延健

但是這樣的情形，就是說，我們現在在評估的時候，我們是要按照科，不同的科，有不同的這個平均的費用；還是說，那個按照大的專科來看。因為看內科的屬性，像那個血液腫瘤科跟前面的這個胸腔及這個加護醫學會這也是內科屬性的，這兩個差距就有 33.6 元跟 44.4 元，這個是不是如果是不一樣就必須要有一個依據。

主席

其依據 RBRVS 那時調查出來，各專科別的薪資不同，醫師的薪資也不一樣，怎麼可以拉平呢？

潘代表延健

所以這完全是按照 RBRVS 的數據走。那剛才也提到，是用現場的那個調查？

主席

這是相對值，而主治醫師薪資是調查來的，是絕對值。今天不討論這張成本分析表，如果還有對這張表有意見，另外找時間討論。回到第 1 項大家有無意見？好，羅代表。

羅代表永達

第 1 項就是那個「心跳停止之低溫療法」？

主席

不是。是「白血病即時定量 PCR」。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

主席，想要問一下這個品項，一個病人會做的時間點是什麼時候？那它是不是一年有可能會做幾次？因為它估算是 4,725 人次，一年的總執行；那我們不知道說，這個 4,725 是怎麼估算來的？那大概用 4,725 是照護多少位病患？

主席

請醫管組說明。

林科長淑範

我們預估一年的執行量有 4,700 多次；可以從學會建議的適應症來看，適應症有 2 個；一個是有 BCR 白血病的病人，第 2 個適應症是有 PML 或者是有另外一個基因的急性白血病的病人。第 1 項適應症在去年大概有 1,100 人左右，推估年執行量是 4,000 多人次。這是去年醫院實際執行次數。第 2 項骨髓性白血病的病人大概有 200 人，年執行量是 500 多人次；經由累計計算去年大約是 4,700 人次，因為我們還保留一個成長率。

主席

好，謝謝。來，朱代表。

朱代表益宏

那請問一下這裡面主治醫師估計是 10 分鐘，我不曉得這個~因為這個項目它不是很清楚它怎麼做？是不是抽血，然後機器去跑 PCR 出來，然後會有一個 report 出來？如果是這樣，那是不是說明一下主治醫師這 10 分鐘，他主要是做判讀？還是做病患說明？還是？

主席

好，請血液病學會來說明。

周文堅醫師(中華民國血液病學會)

跟各位代表報告一下，就是在發這種報告的時候，我們最主要是參考幾點；第一個就是說，我們在發報告的時候，要先檢視一下整個實驗流程有沒有 positive control、negative control 等等這些數據，該有出來的要有出來，不能出現陽性的就是不能出現陽性；然後，整個這個 Amplification curve，就是定量曲線是不是符合條件。這些都看完之後，接下來要發報告，發報告的時候，我們不是只有看一個數據就發出去，我們一定要進去電腦看看病人最近的血球怎麼樣、最近做過什麼治療；最近前後，它的血液整個那個血液病治療的趨勢是怎麼樣，等等這些就是我們都總合起來之後，這個報告跟臨床是吻合的，我們才會發出去。假如說，這個報告，譬如說是強陽性，可是病人明明在臨床上就是一個很好的狀況之下，我們會在進去查查看，到底是哪個環節出問題。所以這個報告，基本上，是有一些專業，還有各種實驗室的這種技術的層面的各種考量，它不是自動化機器自動發送這樣子。

主席

謝謝，來，朱代表。

朱代表益宏

另外，就是因為醫檢師這邊有 60 分鐘，所以醫檢師他是同一台機器會做好多 case，一起 care？還是說他專門做這個，比如說，做母片或什麼，專門只做這個 case 要花 60 分鐘的時間來做這樣事情？

周文堅醫師(中華民國血液病學會)

那跟各位代表報告一下，基本上這個流程，第一個，醫檢師要負責抽血，抽完血之後，醫檢師再來就把血球分離，血球分離之後要有冰存的動作，冰存動作後，再來就進行核酸萃取；核酸萃取有包括 DNA 萃取，或者 RNA 萃取，再加上反轉錄這個動作；弄完之後，還有這個核酸品質檢驗，核酸抽出來的定量檢查，然後再分裝，再試管標記。這些都弄完之後才進入 PCR。不會說每天都做，我們一定是，譬如說，

集合一個禮拜的量做採集執行；但是，如果是前面到個步驟為止的話，變成是來當天就一定做掉。所以這些整個過程，其實如果從抽血到整個報告出來，其實可能要花掉 6 個小時的時間。大概是這樣子，這當中當然不是所有都 6 個小時，後面上機器的部分是一起上的；那前面的部分，是個別操作。

主席

這部分，醫管組純馥副組長再補充說明。

李副組長純馥

其實剛剛代表提那個問題，提案單位提成本時候，其實我們就問過提案單位；所以，其實我們已經攤，就是它每一次可以操作 4 個檢體的成本，所以已經把那個時間折下來。所以它原來是要 200 多分鐘，我們後來就是只攤成 1 個 case 大概是 60 分鐘，因為它一次可以做 4 個。這邊先說明一下，可能是因為我們寫在下面，那委員誤以為只有攤設備是 4 個，其實連時間都一起攤開來算。

主席

好，這案子大家有無意見？沒有，通過。下一案。

王代表榮濱

請教一下中國民國血液學會，有關那個用人成本、設備費用、房子折舊，這是固定模式了；但是那個試藥成本，因為如果你真正做 PCR，你光那個 RNA 的萃取，個種試藥的成本大概是現在報的 2 倍，所以說，這樣做下來會符合成本嗎？以上。

周文堅醫師(中華民國血液病學會)

我們就是，第一個試藥方面的話，有些是我們可以個別去買的，有些是 kits，是沒有辦法改變，那個就已經包括在成本裡面。那至於說，前面說什麼 tube、tibe 等等，我們只能說在大批採購使用，盡量去節省它的成本。

王代表榮濱

那是用 in-house 的，還是有藥證的？

周文堅醫師(中華民國血液病學會)

在 kit 方面，是用符合衛生署查驗過的才行。

王代表榮濱

那很貴耶，謝謝。

周文堅醫師(中華民國血液病學會)

對阿，所以才說這個把它提出來就是因為符合這個成本問題。

主席

這案是否就通過？好，謝謝。接下來第 2 項，「皮膚鏡的檢查」。請問各位代表有無意見？建議支付點數 250 點。好，沒有意見，通過。再來，「低溫療法」~「心臟停止的低溫療法」，12,068 點。請，羅代表。

羅代表永達

主席，因為現在目前給我們的資料裡面它有一個叫「北極日體溫調節主機」；因為現在目前「冷凍療法」在所有的那個~算是很夯的一個新的技術；但是，未來我們的支付標準裡面，有沒有規定一定要用這樣的床？因為這個床，你能裝的不多，同時有一個單位裡面，同時有兩個病人在 CPR~完以後；我的意思是說，以前早期用「冰毯」，或是用其他方式也是可以把那個冷卻下來，那未來這樣子，可不可以申報？還是說，一定要買這個機器以後才能申報？以上。

主席

來，請急救加護學會說明。

黃建華醫師(中華民國急救加護醫學會)

我是急救加護醫學會代表，跟各位代表報告，目前所執行的低溫療法，剛才代表所提到在過去用一般的冰毯或是相關方式的處置，在過去這冰毯大概是用在一個高溫發燒病人的控制，在實際的經驗上及學術的報導上，必須要用自動溫控回饋的儀器來處理，溫度才能夠達到穩定的一個效果，在這個醫療的效果上也有學術報告指出說，溫控不好的話，這個整體病人癒後是不佳的。那目前所以所通過並不是只有使用這個北極日這一項，那只要是有溫度自動回饋系統儀器，事實上是可以使用。

主席

謝謝，黃醫師。

羅代表永達

似乎在我們使用的支付標準裡面，並沒有把這些東西寫上去，因為這個的作法有很多種，當然有溫控是比較好的，這個我想都是確實的。可是問題就是說未來是不是只有買那個，因為國內只有幾家而已。大家都知道，他們現在大力在推廣，一台你現在固定 180 萬，你現在喊價喊到 200 多萬，我想大家都很清楚，有 100 多萬、150 萬、180 萬都有，那變成說只要指定一定要用這個機器，我印象國內沒有超過三家，就指定一定要用這個，否則的話我們就不給付，這個有點不太好啦！

主席

不是。

羅代表永達

我的意思是說我假設在我們支付標準裡面去把他強調這些東西的時候，我覺得剛剛學會回答說要做這樣的話，事實上是不好的，第一個；第二個就是說事實上可以達到這樣目的其實還有其他方式，那這樣子我們給不給付，我剛的問題是這個樣子，以上。

林科長淑範

這項成本，第一個是低溫療法，先解釋表格中不計價藥材，體溫調節系統的傳遞墊這個墊目前是不含在不計價藥材裡面，所以在專家會議上討論認為它先不含在這診療項目支付點數中。第二個是設備費用的體溫調節系統主機，是因為剛好是學會送的主機是北極日。用自動調節系統必須有一個主機，如果用不同廠牌的，還是有設備成本攤提，健保支付費用，並沒有特別指定廠牌，以上說明。

主席

以後這張表，”北極日”這個廠商名請不要出現。因有人會誤以為是否指定這家廠商，事實上沒有！設備成本將來會不會上升下降都有可能。我們 suppose 這邊是 185 萬的取得成本，就列給大家參考。

廖襄理秋鐳(姚代表鈺代理人)

我想請教一下就是說～他這個成本主要還是用人成本，因為一般看主治醫師以上這個成本耗用時間是 246 分鐘，4 個小時了，事實上通常我們在算成本的時候，如果說除非這個醫師是一直要待在這個病人的身邊他走不開，要不然的話是他走開可以去從事其他業務的時候，你把從頭到尾的時間算在這邊就會高估人事成本，所以我想要請教的是不是不能走開？

主席

請，黃醫師說明。

黃建華醫師(中華民國急救加護醫學會)

是，跟各位代表報告，在執行這項醫療的時候，因為病人一方面是剛急救完處於不穩定的狀態，再加上要把病人的溫度降下來，那事實上這時候包含心跳、血壓、血氧、體內的氧氣濃度或者是電解質這些，都是變化會非常的劇烈，所以這是必須要在現場追蹤。第二個就是說，因為病人溫度控制下降的速度以及穩定度，特別是在降溫的這

個階段，事實上我們也希望達到一個效率。所以這時候常常要立刻去調整一些這些所謂設定的標準以及一些方式，所以基本上在執行的時候，可以說大部分的時間基本上都是在病人的旁邊；當然你說坐在護理站用眼睛看著病人也是有可能，但是要離開整個現場基本上可能性不大。

主席

好，4個小時。來，朱代表再來黃代表！

朱代表益宏

主席其實這個病人都在 ICU 裡面，一個 ICU 可能 10 床或 15 床，就是一個主治醫師在那邊看所有的病人，只是這個病人在做這樣子的 Hypothermia 做低溫療法，我理解的是這個樣子，所以這裡特別去估 4 個小時，我覺得是不是事實上也要考慮一下？因為第一個 ICU 裡面還有診察費，事實上那個診察費如果是醫學中心的 ICU 的話，診察費事實上也是滿高的啦！已經有蠻高的診察費，然後這裡面給他估 4 個小時，如果做到這樣子的 CASE 的話，我覺得這一部分要考慮一下，這是第一點，我對於醫師的費用有點意見。第二點，我想請教一下，支付規範第 35 頁這邊有講到療程三天，第一天付 9,068、第二天付 1,500、第三天 1,500，所以他可以分段，他只用一天他只報第一天，是不是？用兩天就是 9,068 加上 1,500，那我不曉得為什麼要這樣子去區分，分成這三部份？理論上應該用得愈久風險會愈高，病人死亡率愈高。所以我不曉得這一部分，是有特別考量，就是說在第一天除了做這樣還有什麼特別的東西，要讓第二天、第三天差到大概三倍到四倍的這個費用。第三個就是這裡第 3 點 35 頁最後一行的特材另計，我不曉得是什麼樣的特材所謂特材是另計？（…傳遞墊）那現在給付另計是怎麼樣另計？已經有給付了是另外申報還是？

主席

目前低溫傳遞墊健保尚未納入特材品項，這要送到特材組討論。

朱代表益宏

送到特材那邊喔？那特材如果有問題的話呢？（主席：自費。）就自費，好，瞭解～那自費機器有給付，這樣子不是很奇怪？

主席

低溫傳遞墊自費，現在很多都這樣！來，請黃醫師回答。

黃建華醫師(中華民國急救加護醫學會)

是！那跟各位代表說明，至於說這類病人這個療程為什麼會三天的估計，基本上來講第一天為什麼會這麼重要？因為第一天屬於降溫期，那在降溫的時候，病人是處於相當不穩定的狀態，所以這個時候所需要花費的心血跟時間比較多，第二、第三天這個病人初步的這個狀況需要變動的部分會比較小，所以所估計的時間比較短，那為什麼會分為三天？主要是這類心跳停止急救的病人，有時候狀況非常的嚴重，有少數的病人不一定真的都能夠存活到三天之久，所以如果說病人在第二天若不幸往生的話，當然我們就只估計前兩天的費用，以上報告。

滕代表西華

兩個問題請教，一個就是低溫傳導墊最好要透過特材的共同擬訂會議去討論，可是因為肝和胃有連帶關係，這是一定要使用到這個東西啊！應該要包裹來討論，否則的話病人是在低溫傳導墊還沒有通過之前，又已經有跟健保申請這個審查，醫院是可以讓病人自費的，那一定會用到這個東西，我們不就是制度性在製造這種自費的合法期，我覺得這不太好，下次應該盡量在這種審查支付標準它能夠盡量包裹，不然的話其實病人一定要自費用那個東西。尤其是在緊急的時候，因為這個其實就是緊急剛好急救期，你說不用嗎？當然用呀，借錢都要用啊！當然我不知道那個貴不貴；第二個部分是在適應症部分的請教，要請教我們專科醫師，因為這邊是有寫說心跳停止進行復甦急救後意識仍不清，我想知道這種復甦急救是到什麼程度才算？是用分鐘數呢？

還是用什麼程度？第一點。第二個是排除條件裡面原本是把 DNR 列為排除，但它排除之後我們後面有幾個新增的這些排除要件的 6 跟 7，等於是說你目前疾病不管有沒有簽 DNR 你都給它排除，原本排除 DNR 我本來以為比較沒有爭議，但是因為可能考量到其他可能有比較還是年輕力壯病人，因為什麼其他原因可能救的活，我不知道是不是這樣子。所以人家已經簽了 DNR 了，然後家屬說不要救了，我說個笑話，我還有一個朋友把 DNR 刺在他的手臂上，怕醫師還給他救了。我的意思我要講是說，這個有沒有法律上的爭議，我覺得這個也是要去考慮。第二個部分，在第 6 跟第 7 心跳停止前即有失智或長期意識障礙，我們有沒有能力事先判斷？因為他就停止了，可能一時間找不到人或者你也沒有辦法去做查證的時候，有沒有辦法立即的去判斷，在末期病患更是可能不只有癌症，可能還有其他的，我的意思是說，在這種適應症上面，會不會在臨床上增加醫師的風險？就是醫病之間的風險，可能麻煩一下，謝謝！

黃建華醫師(中華民國急救加護醫學會)

非常謝謝代表的這個問題，那第一個問題就是說在建議適應症，心跳停止患者進行復甦急救後意識仍不清者，那在我們的急救就是大家做這個 BLS CPR，做到他停止的時候病人恢復自發性的、脈搏、血壓，就是病人的心臟自己跳了、血壓可以恢復了，這就是我們所說的 CPR 的復甦急救，在這個病人恢復自發性血壓、心跳，但是他仍然沒有辦法醒來，表示他腦部有受損，所以這是我們進行低溫治療。那低溫治療最主要目的事實上就是要增加這些病人可以清醒的機會，減少植物人的發生，也減少將來社會的負擔。所以在這個排除條件的部分，在這個 DNR 的部分事實上一開始這個我們有考慮，在專家會議中有討論，在最主要的問題是說 DNR 事實上簽署的是一個不知的未來，就是說他簽了 DNR，但是也許他這次發生的狀況並不是這樣一個…譬如說癌症正在治療的病人，也許他已經瞭解他的 DNR，可是他這次突然心臟病發作，但是他癌症也許還有 3~5 年的存活機率，這時候如果就在

這裡把他排除掉，那基本上也擔心說會影響病人的權益。但是相反過來，如果這個病人真的是一個末期疾病的話，那這樣子的一個治療可能事實上、整個花費上事實上就有點不太值得。那至於說在排除第6點在心跳停止前有失智或長期意識障礙，那當然這是我們根據現場如果可以判斷就可以做決定，現場不能判斷、沒有這樣證據的話，當然我們就不會把他列入這樣的一個排除條件。就是說原本狀況如果不清楚，我們就不會把他當作是已經失智，然後就故意不去救他這樣子，謝謝委員的題目，以上報告。

主席

謝謝～來，先請黃代表，再來這邊，然後干委員。

黃代表雪玲

我想問一下54頁這邊這張支付標準，這個支付標準以前過去在適應症我們就會直接寫適應症，排除條件通常都是寫禁忌症，這多加了個建議，建議就是參考、類似，這個建議是多的還是～，就參考醫師臨床上認定可以用那就是～例如下面這個排除條件，醫師如果臨床評估可以的話，他是不是可以做？我在想說建議這兩個字是不是多的？再來就是這個下面有寫特材另計，其實我們之前有說，過程面的都要含到支付標準來，這次特材又另計，那其實對我們醫院我們會比較希望特材都另計，因為這樣子比較好管理，因為前面又有含進來，現在又要括出去，到底署裡這邊有沒有一個訂價？到底多少錢？因為我前面看我們也曾通過三萬五的醫材，也有把它含進來，那像這樣子這次大概是已經多少錢了？所以我們含不進來，我們是不是有一個標準？其實我們管理面，我們比較希望特材能夠走特材那邊進來，那還有剛才講說現在這個特材要另外提到藥材會去討論，我查了一下他們下禮拜就有會期，但是這個醫材還未排在這個會期裡面，我相信那個空窗期應該是更長。所以我們一直覺得支付標準通過了，特材要跟民眾收費，是非常混亂，所以我們不知道這個材我們還要等多久。另外再來就是支付標準這邊有提到就說像第一天是九千多、第二天一千五，那如果

病人在第二天可能得到併發症就往生，或可能不想繼續住院，那這樣子我們醫令碼只有一個，那這個狀況下我們是可以整個一萬二報出去，我入帳的就會是一萬二，那如果像這個第二天走了，我們應該要怎麼樣去申請這樣的款項？那再來就是最下面的倒數第 2 點好像有漏字，最下面倒數第 2 個小括號那邊應該是要寫不得同時申報，漏了那幾個字。

主席

謝謝，請醫管組說明。

林科長淑範

真的是太謝謝了！幫我們看很仔細。第一個建議排除，「建議」是我們誤植了，我們會把它修正；第二個是三天醫令如何申報，我們會再修正總點數會不變，3 天的是 12,068 點，比較好的方法要編三個醫令碼；第二個提到我們特材為什麼另計？現在支付點數訂定方向是過程面的特材都能夠內含，對於這樣的項目，為什麼要單獨另計？第一個是它使用量少，沒有納入健保時，各醫院使用量較少，納入健保之後，而且使用量變大它可能降價，尤其是它有特定廠商的時候。我們希望納入健保之後它的量變大，讓大家議價空間大，一段時間之後、它降價之後再考慮納進來。漏字的部分，謝謝您，我們再補上去。

主席

好～謝謝！來，羅代表再來干代表。

羅代表永達

主席好，剛剛正好跟另外一位代表的意見正好相反，因為有建議、因為很多東西，尤其 6 跟 7，尤其是 7 末期，因為這種病人急救完很多就會死，他不是只要用這個，也就是死亡的時候我們怎麼審查？建議的意思應該是說希望醫師注意他這裡有需要嗎？如果把建議拿掉的話，那到時候就要去審查的時候，就必須要去證明他有沒有末期。哇，

那這個很麻煩，因為他的使用時間是在 CPR 完、成功完，很快的時間之內準備要用低溫療法，那這段時間如果沒有證明，後來用了以後發現說他家屬或者發現他是末期的時候，那這個審查的依據是什麼？這是我第一個請教的。第二個就是收縮壓寫小於 90mmHg，這個部分裡面有沒有包括使用藥物？因為如果使用藥物的話，這是一個很重要的問題，以上。

千代表文男

主席、各位與會代表抱歉我遲到，重要的事情不能分身，剛才聽了黃代表講、西華也講，在這個特材跟冰毯這兩項，特材是冰毯的一項，要多少錢？非使用不可必備的用，為什麼要用自費？如果是必備的，那應該包含在這一次裡面今天的共擬會議就把它加入，不要再什麼另計，人都要死了又多給他收一項，他心裡不就更加不舒服。所以我是希望說無論怎麼樣，如果不是必備，如果他要求那我們沒有話講，如果是必備一定要，就包含在內，何必再特材？

主席

來，請黃醫師再說明。

黃建華醫師(中華民國急救加護醫學會)

我回答關於這個醫療的部分，跟各位委員報告，血壓小於 90 這一點事實上是可以用藥物支持住這個血壓，這是根據國內外的建議以及各個治療指引，血壓如果是可以藥物撐得起來，基本上就可以使用，關於醫療的部分，以上回答。

主席

好，謝謝！最後一位徐代表。

徐代表弘正

這我請問專家也請問健保署，我們看到這個會心驚肉跳的是這個會不會落入 DRG，萬一落入 DRG，今天再給我更多，因為你的條件又要心跳停止患者，萬一落入 DRG 你們有沒有考慮過？

朱代表益宏

兩點建議，第一個就是 35 頁這邊講到末期疾病要釐清，所謂末期疾病可能要定義清楚，譬如說是在安寧療護裡面的非癌症的末期，它有幾個疾病項目，其實這個滿籠統的，建議這邊要釐清，既然你再支付標準裡面就會應該比較清楚，這是第一點。第二點就是支付規範裡面反正 3 天就是 12,068 點，我建議用時數，譬如說滿 24 小時給付多少錢、滿 48 小時…這樣子可能比較清楚，你用天的話，一般健保都是半夜 12 點去截天數，會變成說 11 點 CPR，然後用了以後第 2 天可能早上就 expire 了，但這樣會算成兩天，所以我建議用時數，就是你使用滿 24 小時就一個碼，滿 48 小時就另外一個碼，這樣可能會比較 ok 一點，謝謝！

主席

好，謝謝！兩個問題，一個為是否落入 DRG，另一個是一天括弧加 24 小時，括弧再加 24 小時，還有末期疾病等，請黃醫師先回答。

黃建華醫師(中華民國急救加護醫學會)

因為末期疾病有一些相關的科別也有一些定義，不過我們通常定義是說存活小於 3 個月我們認為是末期疾病，但是在這個地方，認知我想會以一個比較可以去估計的、可以去評估病人實際狀況的方式來去做審查，我想給未來的一個建議這樣子。

主席

末期疾病先尊重專業判斷，假定我們學會有更具體建議的時候，再回頭修正，這是末期疾病。另外 DRG 的部分，還有剛剛講，一天是否要括弧 24 小時之類，請醫管組說明。

林科長淑範

兩個問題分別回答，第一個是這樣的支付項目會不會落到 DRG 裡面去？應該是會，因為它是一個診療項目，會看到它落到它的 DRG 裡面去，在過去這樣子的新增項目我們必須找到它對應的 DRG，然後把它點數校正進去。第二個是謝謝朱代表提到用時數來呈現會比較好，這我覺得很好啊！我們可以這樣修改，以上。

主席

好，謝謝！就依此建議修改。

滕代表西華

做為病人代表還是要提一下，跟專科醫學會提醒和表示意見，我剛剛提到的就是原本 DNR 在法律上面是沒有爭議，但是你現在排除 DNR 的案件，我們也可以接受，但是因為譬如心跳停止前有失智或長期意識障礙都牽涉到主客觀判斷問題，尤其是失智症他可能程度、CDR、分數都有，那你在臨床上面那麼緊迫的時間裡面，就要面對判斷這個病人是不是在適應症排除之外，或是在適應症可能將涉及要不要跟病人收自費，所以事實上 6 跟 7，其實在一開始要對這個病人的時候，你可能會產生為難或者是臨床上的糾紛，所以包括我剛剛問的怎麼定義末期病患，因為你可能一開始沒有辦法查核到，或者是說其實有家屬來，也很少有家屬可以告訴你說這個病人就是，有時候醫師診斷三個月，偏偏我活半年，有時候診斷半年我三個月就走了，也有這樣的案例。我的意思是說，你們再想清楚是不是真的要 6 跟 7 這樣的標準？那我是覺得這樣子的標準可能會為難一線的醫師跟病人做處置的時候，會增加風險，所以還是要提醒，因為包括長期意識障礙跟失智症，都有程度上的差別，不要說末期疾病，所以我覺得這個可能要再進一步考量。

黃建華醫師(中華民國急救加護醫學會)

當然，這樣子的一個想法基本上我們是可以瞭解，但基於醫師的立場，我們希望能夠治療所有的人；另外一個角度就是說，我們也擔心說會不會過度讓這樣的一個醫療使用在不一定真的這麼需要的人身上，所以事實上這是一個中間的一個平衡。那如果說願意所有不管怎麼樣都給付其實當然我們也是可以做，只是因為基本上在一個很小心的狀況之下，並沒有很大的併發症，那我想這就是一個考量各種狀況，然後制訂出來的一個想法，以上報告。

主席

好，謝謝各位代表對這項的建議，對適應症第6點及第7點，先尊重專業判斷，假定未來釐清適應症有爭議，再來修正。

朱代表益宏

這一項其實為什麼大家對適應症會排除有意見？因為它其實是容易浮濫，其實醫院現在每天碰到很多在做 CPR 的病人，如果它 CPR 救回來以後，你就給他加上這個東西，事實上是有治療條件，事實上 CPR 救回來以後加上這個做低溫療法，過兩三天以後，腦壓降下來以後然後再讓他醒過來，但是很多 CPR 病人事實上我們臨床知道他不見得是 brain 的問題、可能 heart 問題、有其他器官衰竭的問題，所以你是救不回來的！那如果今天用了這個東西發現都小於三天，甚至你去監測死亡率，結果在一個禮拜之內可能都死亡了，結果付了這些錢，那我覺得這個其實叫無效醫療，但其實這個很貴，一萬多塊其實非常貴。如果每個 CPR 病人你都用了，用了以後事實上一個禮拜之內全部都死掉了，不見得全部啦，在某一個角度來講、在家屬的角度來講，這個其實就會像第二個 ECMO，所有的都找葉醫師來救一救、只要快不行了都找葉醫師來救一救，就會變成這個樣子。所以我建議是說，如果真的要通過，第一個適應症要把它訂，就是醫定要排除某些狀況不能用，第二個我建議要監控使用的醫療院所病患使用比例，用了以後都是在 2-3 天，都是一個禮拜死亡，那你是不是對於這個醫院使用這樣子的技術要再更嚴格的限制或是做加強審查或是怎麼樣怎麼樣……，不然

會變成說~他今天用上去反正你後面沒有東西，我只要符合治療指引都用，用了一天可以拿九千塊，那所有的 CPR 完了以後我都給他用一用都到 ICU，因為只要 CPR 回來以後有心跳、有循環、有血壓我就送 ICU，到了 ICU 全部把機器放上去，那個其實就是降溫啦！用一些藥物去做大腦的保護。當然降溫也不能降太低，會有其他的問題，當然要很注意他的生命徵象，但是確實有可能會濫用。

主席

這項各位今天提出來的質疑，專家會議上其實反覆討論很久，也有專家有這些共同質疑，所以才訂排除條件，就是為了擔心本來就已經結束，卻又執行這項診療項目。代表建議很好，這個項目如果健保支付後要去監控申報的情形，還有死亡率。假定有類似無效醫療的狀態，意思就是施行低溫療法其死亡率還是非常高的時候，就列入加強審查。我想這個黃醫師這邊，學會這應該認同吧？（黃建華醫師：非常同意）。好，這一項就列入會議紀錄轉給本署醫審小組做後續處理，這項是否討論到這就通過。好，下一項是週產期的新生兒低溫療法，這部分是針對週產期新生兒使用，這是治療療程 4 天，剛剛心跳停止之低溫療法是 3 天，大家剛已經充分討論過，還有意見嗎？來，請何代表。

何代表語

這個案子跟剛才的案子我的提議都有點淺見，我今天對於這個 7 項的新增醫療支付項目我都支持讓它通過，可是我在這裡有提出幾個建議，第一個建議就是有關醫療的專業，實際上我們是不懂的，我們建議衛生署的人員跟醫療專業專家共同去擬訂更好的細項，要不然我們坐在這裡聽你們講 30 分鐘，我們也搞不懂。第三個就是費用的問題，我們公務人員都是很老實的，所以他們如果列這個表讓我來算成果，我的算法不是這樣子算，但也尊重你們公務人員的算法，但是要精打細算，我認為要精打細算。第四個就是像設備 180 萬、170 萬我認為醫界的你們醫院協會，應該統合起來去跟他殺 8 折算、打 7 折算嘛～

為什麼要讓他開到 185 萬？我們這生意人不會說他開 185 萬，你剛才還講到買 200 萬，那裡面有問題嘛～採購有問題，對不對？你們那個把採購有問題都要加到這些的成本，這樣是不合理的規範。那我對於剛剛的週產期新生兒低溫療法整個看起來都很接近前面的這一項，我是建議你們醫療專家有什麼樣意見，如果沒有我就讓它通過，謝謝！

廖襄理秋燭(姚代表鈺代理人)

等一下，問一下這個是不是也要拆 1 天、2 天、3 天？那聽我們醫院裡面的醫師說，因為新生兒的作法跟成人的不太一樣，他是前面三天都要冰凍，那成人好像只要第一天冰凍，所以它不可能像它第二天就只剩下 1,500，我們覺得費用上不可以比照成人。

林科長淑範

報告一下主席還有各位代表，這一項在討論的時候專家會議中有提過，在新生兒這一項您可以看到其實我們是沒有拆天數，就是四天整個療程是 19,994 點。

廖襄理秋燭(姚代表鈺代理人)

那是不是小孩子第 2 天死亡，也是申報 19,994 點，這點我們要先確認一下，不然以後看到報告又把我砍錢。

主席

是否應拆分天數申報？請台灣新生兒科醫學會的專家表示意見。

許瓊心醫師(台灣新生兒科醫學會)

它低溫是前面三天用低溫。

主席

建議拆成兩級，三天跟四天好嗎？

許瓊心醫師(台灣新生兒科醫學會)

這種小孩子會這樣子救，通常大部分都救得起來。大部分的個案都是冰三天，回溫第四天，回溫的時間是尊重每個專業，有的醫院他回溫的速度很慢，有的回溫稍微快一點，如果回溫慢當然是一般建議說是回溫慢一點比較好，這樣其實是會超過四天。可是有這樣一點點的誤差，就是抓四天。

主席

謝謝許醫師，許醫師是馬偕醫院的新生兒科醫師。

吳代表美環

請教許醫師，如果是真的是有一些剛好天數因素，我在想為了以後減少這些好意造成的困擾，您覺得建議怎麼作比較好？

許瓊心醫師(台灣新生兒科醫學會)

當初也有考慮到這，可是因為這個個案非常的少，當初在專家諮詢會議的時候，在健保署這邊有聘神經科的專家，事實上臨床療程的時候作一半死掉的幾乎很少，我們沒有碰過，除非家屬要求撤除，那個機會很少，在過去我們就是因為還沒有碰過嘛，所以都是自費，就是會讓家屬簽同意書，那個都是經過審慎的考慮之後，一來就癱在那邊的我們就不會去進行這個治療那根本就沒有效。

吳代表美環

請教許醫師因為現在變成健保的給付項目，這在以後整個的邏輯上會有改變，所以就是說很少在馬偕醫院裡面跟整個國家來講會有點不一樣，所以就只是在想從專業的立場先作一些處理，以後比較不會有困擾。

許瓊心醫師(台灣新生兒科醫學會)

吳代表的意見是說我們要有一些案例…

主席

應該是講四天的 package 妳有什麼建議，因為剛剛成人已經是一天一天申報，兒童的部份現在是四天，一次申報，是否有可能沒有用到四天也申報四天呢？所以妳專業上有什麼建議？

許瓊心醫師(台灣新生兒科醫學會)

那種狀況就是沒有到四天就死亡的，如果是一般是不建議，如果要做就做到底，妳的意思是作一半死亡的？

主席

是否要像成人一樣拆成一天一天，妳建議呢？

許瓊心醫師(台灣新生兒科醫學會)

不然就用平均四天，如果是這樣子的考量就是把費用除以四。

主席

許醫師的意思是說除以四，然後作一天報一天？

許瓊心醫師(台灣新生兒科醫學會)

對。

吳代表美環

或是像大人一樣，前面幾天申報費用多一點。

許瓊心醫師(台灣新生兒科醫學會)

我們每天的醫療都一樣，每個花費都一樣，所以沒有分，每一天都是一樣，所以不分，如果有這樣子的考量的話，建議就是把處置費平均。

吳代表美環

如果新生兒於第 2 天死亡，就是以 19,994 點除以 4，均分費用申報。

許瓊心醫師(台灣新生兒科醫學會)

可以呀，我接受，可是在特材的部份就沒有辦法。

主席

特材，另計。

許瓊心醫師(台灣新生兒科醫學會)

那一套就是一套不能除以四。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

主席，剛這樣聽下來主席這邊是希望兩個案子都要通過，而且付費者這邊也有表示贊成的意思，但雖然主席說適應症已經在專家會議裡面討論過了，但是在我們會議上仍就是有爭議的，那我們覺得剛剛朱代表也有特別提到這樣子的這個使用是會產生浮濫，那我也覺得說那大家為了要拖過那個監控，那我們就讓那個病患 over 那個七天，那變成在病患的照護上面更不安寧了，我覺得跟我們整體安寧療護的推動還有無效醫療的管理是在精神上有很大的違背；那再來就是說因為這個部份是有涉及到特材自費，那特材自費這一段我也覺得會有大家最近在講的所謂的醫療階級化的問題產生，那特材那一段我們又還沒有討論，而且最重要的是現行的照護上面我們有沒有替代療法？假設他是有其它替代性的，那我們要在這樣子的特材也還沒有討論，然後又跟我們無效醫療還有安寧照護的推動，精神上有這麼大違背的東西納進來我們的健保支付嗎？雖然主席可能還是會要讓這兩案通過，可是我覺得還是要在這會議上再一次、再一次、再一次的呼籲，因為很重要所以要說三次。

主席

請，朱代表。

朱代表益宏

我想請問一下因為看到特材另計，我看到這邊已經有 cooling cap 就是冷卻帽，因為新生兒他頭大概就佔掉一半的體積，而且這個低溫

最主要的是保護腦，不是保護心臟或其它的 organ，所以我想請問一下因為吳代表也在這裡也是專家，所以如果沒有這個的話之前怎麼作？應該是有在作，這個第一個問題，因為不見得是自費吧？(..是自費) 自費吼，第二個問題我想請教那特材到底是哪些特材？主要冷卻帽放在裡面一萬多塊，還有什麼特材。

許瓊心醫師(台灣新生兒科醫學會)

whole body cooling 毯，需要低溫貼片約二萬五，馬偕醫院是楊院長去作募款給的錢，那個 cooling cap 當初健保署就是有來問說 cooling cap 跟 whole body cooling，雖然目前的趨勢是傾向於 whole body cooling 效果好，可是因為研究顯示 cooling cap 跟 whole body cooling 兩者到最後的效果是一樣，沒有 Evidence 說哪個效果好，所以我們尊重各醫院採購 cooling cap 或 whole body cooling，所以就是有提出兩種，那因為不一樣的特材，所以在處置費上面健保署是傾向給付一樣，特材另外算，cooling cap 跟 whole body cooling 其實那個特材到最後算起來是沒有差多少錢，可是效果健保署有來問，我們根據研究報告就是差不多。

朱代表益宏

其實聽起來他是兩種降溫的方式。

許瓊心醫師(台灣新生兒科醫學會)

對。

朱代表益宏

那妳這邊給付了這個，他到時候那時候又去申請一個特材 whole body cooling，事實上是有可能的嘛，對不對？就是我給他帶一個 cooling cap，然後身體給他用一個冰毯，那個貼片把他全部弄起來，因為那是另外給付的，所以這一部份可能我覺得這會是一個問題，因為聽起來講是不同的系統，一直只保護腦一個是全身都降溫。

許瓊心醫師(台灣新生兒科醫學會)

全身降溫也是保護腦。

朱代表益宏

對，就是當然全身降溫他的降溫效果一定比較好，這個我同意，但是我剛講的那個特材，如果要另外給付的話，另外申報的話，那這部份你要作什麼處理？他會不會申報了這個又去申報另一個特材？這個可能要注意一下；第二點在人事費，我其實對於人事費是有點意見，因為主治醫師 480 分鐘，用兩個住院醫師，護理人力看起來是三天(七十二個小時)，因為降溫三天最後一天回溫，所以整個療程是四天，但是用到兩個住院醫師我這不是很了解，這兩個住院醫師不可能只…，護理人力有可能，護理人力大概一個護理師照顧 1.5 到兩床，你這樣用 4,680 分鐘、72 小時我都覺得太多，如果你真的依照醫學中心 ICU，一個護理師照顧多少床去折算，那你這個又加上兩個住院醫師，回過頭來看到大人只有一個醫師，所以我覺得這個急救加護醫學會可能重症醫學會你們自己打屁股啊，人家 ICU 護理師也算上去，住院醫師也算上去，你再算上去的話你們那邊再加一萬塊，所以我覺得說這一部份我覺得健保署的邏輯可能也要注意，那同樣的東西都在 ICU 使用其實性質類似，只是一個用大人一個用小孩，結果在人力成本計算上有這麼大的邏輯不一樣，兩個我們沒有意見，但是我覺得說這個邏輯是要一致的，如果你要算護理人力的話，護理人力也不應該算那麼高，如果要算住院醫師人力，等於兩個人力用掉 960 分鐘確實也偏高了。

林科長淑範

朱代表，是我們表格呈現的不好，大家可以看到您提到的冷卻帽系統療法，因為我們雖然是第一個列主治醫師 480 分鐘，要照顧四天，所以我們每天攤提了一點時間，成本小計是 17,280，下面是住院醫師跟護理人力，雖然列項可是成本小計沒有計算，因為會在 ICU 照顧，所以提案單位表列住院醫師，我們建議不要列計。

主席

就是沒有列項。

林科長淑範

護理人力有列，可是沒有列成本小計，這個特別跟護理師公會全聯會代表說明，在專家會議上確實有討論過，因為冷卻帽之前，如果要冷卻可能是用冰毯或冰塊，護理人員花更多時間，因為要不斷的去測量體溫要記錄，用這個系統後護理人員是省時間的，因為她有所有的自動系統在幫她監控，所以護理人員不會增加原來的時間，這是專家會議的考量，另外朱代表有提到不計價藥材 cooling cap，因為我們有列項目，但是成本小計沒有列計，以上。

主席

好。

朱代表益宏

所以 cooling cap 是沒有列項計算。

主席

專家諮詢裡面就直接把 cooling cap 成本刪除。

朱代表益宏

醫師的這部份是不是依照…

主席

480 分鐘。

朱代表益宏

對，依照前面那個，如果是三天，編 260 分鐘。

主席

246 分鐘。

朱代表益宏

那這邊四天的話，是不是依照比例，看要依照哪個比例。

主席

四天，所以應該是幾分鐘？這個部份專家有意見嗎？所以朱代表你認為應該修正多少？

朱代表益宏

建議比照大人 246 分鐘，分三天。

主席

大人 3 天是 4 小時，這邊 4 天是 8 小時，所以是否有下修的可能？

許瓊心醫師(台灣新生兒科醫學會)

沒有，因為當初我們學會提出來的人事成本，我已經在學會大家都覺得是這個是太低了，那可是醫管組這邊一直跟我講了很久，我們就說好，那你們決定怎樣，不知道；當初我們覺得醫生跟那個護理師，就像你買了一台高頻呼吸器在那裡，你不可能就是機器擺在那裡，孩子不去顧他，你不能用那種想法去說你有一個體溫調節器，你就降低護理人力，那護理師更是要去看那個機器，我是覺得這種想法是已經跟學會的想法不一樣，所以我們就已經退到這裡了，我們覺得醫生跟護理師不可能在一個 whole body cooling 的孩子丟在那裡任由機器去擺布，那是不可能就像你用呼吸器也要去監測。

林代表綉珠

謝謝，剛剛許醫師提到的，事實上，我在看這兩張資料以及跟前面提到的部份，都出現一樣的狀況，就是在所有的工作當中好像都沒計算到護理人力，健保署剛提到說因為病患戴上 cooling cap 就可能不需要護理人力去 care，事實上並不會，她一樣要非常 close monitor 去照顧這個病患，所以，我認為任何一個技術，如果護理人員有貢獻

的話，就應該納入在計算公式當中，而不是以 ICU 原本就一床配置二個護理人員在那邊，所以就不需要算進去他的貢獻度。

主席

淑雅妳的建議，分天是怎樣？

張技正淑雅

跟主席、代表報告一下，基於支付的一致性，大人是拆三天來給付，第一天是三分之二的 pay 然後第二、三天都是三分之一，那在這邊我們是不是建議在第一天的話因為小孩子的 survival rate 會比較高的情況之下，在第一天把設定為 10,000 點，第二天的話大概是 3,994 點，第三、四天平均為 3,000 點，以上。

朱代表益宏

學會不是建議支付點數平均除以 4 天。

張技正淑雅

因為在專科醫學會剛剛問了許醫師，許醫師是說 OK，因為基於支付的一致性，因為大人在 survival rate 也是在第一天耗用時間比較長，所以我們會建議比較傾向支付一致性，讓大人跟小孩都一樣，以上。

朱代表益宏

那妳在計算成本的時候為什麼沒有支付的一致性？

黃代表雪玲

我補充一下，那個小孩要冰三天，大人只要冰一天，那冰三天的過程醫師投入的 care 就比較多，是我們醫師告訴我，我也不知道是不是這樣，所以我們剛才會比較支持，就是她剛才講的前面幾天權重一定要比較多，後面權重比較低，不能把它除以四，除以四不公平因為我投入的成本是在前面幾天比較高。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

主席，這個案子我還是要再一次的提出來請大家審慎的考量，因為這些個案一定會住到 ICU，現行的費用計算出來考量了人力，好像又再人力的計算上面又很奇怪，那對於真正有付出勞心勞力在照顧病患的醫師、護理人員，他們在這個支付點數拿到多少的報酬我們不知道，那這個案子的通過變成到最後是不是就圖利了財團跟廠商，我們真的很不希望是這樣的結果，還有剛我們在今天討論總共有七項，那我覺得就是說我們每一次在這種費用預估上面當然大家都很戰戰兢兢，然後也很仔細的作出這樣子的資料，可是結果呢？結果的承受是醫界在承受，是在我們的總額裡面大家來浮動，那對於計算的人，對於提出這樣預估的人，應該要擔負的責任呢？那在藥品的部份，是有一個廠商的部份跟健保署會作一個價量協商的機制，那對於他的預估跟替代效率是有一個約束力跟管控力，那既然我們都願意要來 monitor 費用，那我建議就是說是不是對於我們未來要討論的這些新增的品項也應該要有類似價量協商的機制來處理，那我們在管理上跟總額上面才不會背負太大的這種負擔，那也更能夠去讓我們的民眾一起來監督，讓我們以後健保的制度才可以比較穩健一點，不要每幾年又要重新討論一次，謝謝。

主席

好，謝謝，其他代表還有無意見？

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

最後我問一下，我說如果付費者代表，今天這個小孩子如果在第三天的時候死亡，當然他們說機率很少，但是第三天就因為給付比較低一點了，所以醫護人員疏於照護，我跟你講喔，這種氛圍會不會形成，當然今天民眾瞭不瞭解我們給付分到這麼細，所以今天我們討論那麼多時間，光這錢怎麼去細分，我覺得大家要顯示這個問題，到時候如果產生出來說，哎呀！你就是因為第三天錢比較少，所以投入的人

力就降低，這罪擔下來，就如秀貞小姐所說，這全部還是得由醫界來擔，所以我想，大家再思考真的要讓它過的話，過了，整體費用裡面做多少就直接算就好了，我個人覺得你去拆第一天多少第二天多少，沒有意義，只會徒增另外一個問題的產生。

陳代表宗獻

我們在第一案的時候，主席有同意嗎？就是說我們未來的費用會去做預測，而且會在7月份之前做一個統計，以便在9月份的時候大家有一個比較好的思考的基礎，這樣子。

主席

好，我們回到這裡的療程是4天，剛有兩個方向，一個是比較高的比重放前面，所以有建議也是許醫師同意的，也就是第一天為10,000點、第二天為3,994點、第三天為3,000點及第四天為3,000點這是一種；另外一個，許醫師也建議說除以四。好像都可以，是嗎？許醫師是否認為都可以？

許醫師瓊心(台灣新生兒科醫學會)

我認為都可以，其實因為我們碰到需要這樣拆的個案不多啦。

主席

是，所以最終還是四天。醫師的時數，朱代表是認為太多，標準不一致。許醫師要不要再說明8小時。

許醫師瓊心(台灣新生兒科醫學會)

住在加護病房小孩子在那裡，怎麼會太多？8小時工作時間，我們幾乎都在那專責，ICU就是專責醫師。

朱代表益宏

許醫師跟你報告一下，因為前面那個案子，就是大人的低溫療法的時候，不知道妳在不在（在啊！），急救加護醫學會重症醫學會他們

是3天計算246分鐘，實際上也是三天都在ICU裡面都使用，同樣都是close monitor這樣子的病人，但是算的醫師成本耗用時間是246分鐘，我的意思是說，如果你今天是四天，當然也是close monitor你可能分秒不離的都在看這個小孩，但是是不是你算這480分鐘，那人家是246分鐘幾乎差了快到1倍，所以才說這中間之邏輯一致性，是不是要把他拉齊，因為不能說小孩子照顧這樣子的病人，小兒科醫師就會花比較多的精力，大人的ICU裡面花的精力就比較少，我覺得這個是不公平的，不能這樣講，所以才講說這個邏輯性應該要一致，如果大家覺得說醫師都很花精力，那你要比照小兒科，我沒有意見，那你就加大人ICU的這個點，對不對，那我不知道，當然也要各位委員同意，但是大家覺得我付不了這麼多錢，那我們還是比照大人ICU，那我覺得沒有道理讓小孩ICU的醫師在做成本評估的時候是用480個分鐘。

主席

所以說朱代表的意思是醫師的時間應該用5小時，不能用8小時。

許醫師瓊心(台灣新生兒科醫學會)

這個成本分析都是各個醫院的財務室算出來的，而且我老實講拉，我手頭有三家醫院的，不會是三個財務室都講好了，結果他們算出來的時間都一樣，那也許他們財務是有他們專業的算法吧！事實上我手頭有三家，台大、馬偕、奇美，不約而同的時間是一樣的，我想他們有一個固定的專業算法，這是我不太知道，我告訴他們是怎樣的作業流程，他們算給我的三家醫院不可能自己私底下講好了花多少時間，你們可以看我這邊手頭就是有，三家醫院的時間都一樣，所以他們有專業的算法。

主席

請我們的專家學者，吳代表美環。

吳代表美環

那個我其實了解朱代表的意思，那我剛剛在算，用您剛剛提到的大人的時間 3 天，除以 3 再乘以小孩子的時間是 4，應該是 328 分鐘，那為什麼我們用 480 分鐘，我們再用 480 除以 328 是 1.4，那這些就很剛好反應了住院的小朋友需要多出來的醫護人力，因為我們用一個最簡單的我們來看那個任何一個醫療處置，小孩子要處理的時間跟他的醫療人員，1.5 的估計在一個新生兒，我是覺得真的是不過分，因為我們這個沒有兒童加成項目，這個不是兒童加成項目，所以這個地方把這個兒童的困難度加進來，用 1.4 來算影響因子，可能就是為什麼他們三個醫療，他們算成差不多分數的，基本上在一個這麼小的跟這麼大的，的確是有他需要時間的不同。

朱代表益宏

這個我不知道，大人的在這邊你要不要表達意見，你是不是同意你們 ICU 照顧的病人，小兒科專科醫師他們做的都比你們高 1.5 倍，我個人不同意，我本身是麻醉科，我也做過 ICU，所以我個人對於這樣某些小孩新生兒的處理手術我同意，那個確實是比大人精細，譬如說我們麻醉科在做小孩子放那個 endotracheal tube 時候確實比大人困難，這個我同意，且打點滴比較困難沒有問題，但是做這樣子的治療，這個東西其實是整個治療，包括 close monitor 我不認為那一部份跟大人的會有不一樣，我不認為是不一樣啦，所以我才會用這樣剛剛去提說，為什麼大人的 ICU 裡面，處理這樣子的病人是用這種邏輯，在新生兒這邊要有不同邏輯，我才去質疑。

吳代表美環

我了解，我了解您的意思，現在就是說我舉個例子來講，我買個小 baby 做 cooling，大人要做一個 cooling，其實讓到一個代謝性酸中毒，其實溫度要低很多度，可在小孩子有時候會有很特殊的狀態要把他低溫，就只有低 1.5 度，就很厲害的那個代謝性酸中毒，所以我覺得他們要在那邊 close monitor 的時間點，還有就是說我們有看過小孩子只有降 1 度，就在那邊全身顫抖，所以我覺得他們要用的那個

cooling 不一定說他比較小好像比較容易冷，他們要 monitor 的變化其實比較大，也就是說小孩子的波動很大，所以那個醫護人員要去做 monitor 的密度，的確是比較高。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

我想朱代表可能也不必再提了，其實急診專科醫學會人家算出來就是不一樣，今天我們又不是很專科的立場去談這個問題，我們只能提醒要注意就好了，人家都已經解釋了，就接受好了拉，這個再這樣談下去。

朱代表益宏

這樣解釋是不合理的解釋，因為專科醫學會總是要有一致性嘛！

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

當然，在 ICU 裡面，我是不太相信小孩子會亂動拉!?

主席

會。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

當然有嘛！

主席

會亂動。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

所以阿，你知道那個太小的，有時候抓起來真的很有困難度，就像我們今天在支付上原本對小兒科某些加成，我們都已經做了，那做了就已經做了，反正那還能怎樣，所以我是覺得最重要的一點是成人專科醫學會，如果他沒有意見說他受到不當的對待，這樣就好了。

主席

早一點講，成人是否有覺得不當對待？請中華民國急救加護醫學會黃醫師表示意見。

黃建華醫師(中華民國急救加護醫學會)

基本上我個人沒有意見，因為我相信不同的加護病房，外科、內科、兒科事實上都承受不同的壓力，以及不一樣的精細程度，那小朋友的確真的是很難照顧這我想我也同意，但是大人真的也不容易照顧，我想各個有各個不同的 setting，我想就從各個不同 ICU 的 setting 去做自己的估計，那我覺得這應該是一個正確合理可以接受的方法，所以基本上成人的部份從我們成人的觀點去做這樣的計算，那我們也尊重兒科、新生兒科從他們的加護病房去做他們的計算，那我想基本上我們尊重各個加護病房的獨立性以及各個的計算，以上報告。

主席

謝謝黃醫師，黃醫師也沒有覺得不夠。我們許醫師認為真的比較費心力，我們過去對很多小孩子治療處置手術等項目都有採加成，而這項沒有兒科加成，所以我們應該要給小朋友這部份，現在生育力也比較低。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

自己加成了啦！

主席

沒有，真的是小孩子照顧上比較困難，最後一位發言，謝代表。

謝代表文輝

我是覺得大家風度都很好，但是我覺得這是代表要承擔的責任，我是覺得處理事情他有一定的邏輯，在這件事情基本上要符合邏輯，因為各自獨立去算當然算出來會不一樣，那你現在不一樣再來找理由來說為什麼會不一樣，我們在這裡也從來都不曾說專業單位自己算算就照這樣給你們，如果這麼好講話，那會需要我們代表在這邊開會討

論，我們當然要考慮他們的合理性，我是認為基本上還是要符合邏輯，應該和大人要一樣，我們在小兒科常常提出來哪些項目，這個困難度比較什麼的我們就給他特別加成，這個應該是小兒科醫學會去爭取，這個項目列到加成項目他自動就會加 40%或 50%他就會加上去了，但是在訂這個價格當然要符合這個邏輯就應該比照大人的一致，這樣才代表我們公平，比方說大人的科系醫師很客氣，我們就說好啦好啦你吃虧，如果也是屬於小兒科裡面一些處置項目，這個比較困難要加成都訂，甚至分年齡都有加成，這個項目在這裡訂如有困難度，那麼小兒科醫學會裡面的專家，就這項要求列入加成項目再去加成這才合理。

主席

好，謝代表也講的很有道理，醫管組是否應該再說明。

李副組長純馥

支付標準針對兒童加成項目，基本上是因為那個項目大人小孩都會用到，所以當在申報的時候，針對不同年齡層的小孩可以給予加成，因為不是針對小孩專用而是大人及小孩都會用到，可是本項很顯然他訂下去就是小孩專用，所以再去作兒童加成就會有點邏輯不太對的感覺，所以既然大家都承認說兒科醫師在這塊會投入比較多的心力，應該現在就加成給他，就在這個項目本身的支付點數去呈現，而不是再去另訂一個兒童加成，因為本來就是針對兒童專用項目，不應該有兒童加成的概念在裡面，本項已是針對週產期，實已經去限定使用的年齡層，建議是就尊重學會的意見，用他原來的時間所估算出來的成本然後先讓他這樣試行，以上。

主席

好，謝謝。

朱代表益宏

那以後 DRG 呢？是不是屬於 DRG15？就是新生兒 DRG，所以那部份到時候又會再加成一次對不對？

李副組長純馥

新生兒的項目，基本上沒有作兒童加成，可是當時我們協商的時候有先針對兒科項目導入，整體總額先加成，所以會回算一個 MDC15 的加成率，可是那塊不是在處理他跟大人不同的加成率，所以我還是要說明。

朱代表益宏

所以妳的意思就是說這一部份到時候進到 DRG 裡面他還會有，不管你怎麼去算他加成會算在裡面，對不對？他還是有加成，我的意思就是說如果你這邊已經考慮到他跟大人不一樣所以我要給他加成，結果進到 DRG 裡面因為整個 DRG 不管 MDC15 或是其它的考慮又給他整體加成上去這樣對嗎？

吳代表美環

或者我再跟朱代表補充一下，當初算 RBRVS，小兒科醫師在算的時候，確實把它用的時間算的比較多，其實影響因素都算進去，這就是為什麼小兒科醫師的個人每分鐘成本比較低啦，所以這可能會讓您覺得在邏輯上~我知道您跟謝代表都是邏輯性很強的人，可是這邏輯其實一點都不難，因為他每分鐘本來就被低估下來，所以他的分鐘數需要多一點點，這本來就是一體兩面啦。

朱代表益宏

這樣我更覺得奇怪，因為剛剛講每一個人每分鐘成本，表示小兒科是被低估因為之前有加成，所以這邊回算出來是低估。

林代表淑霞

主席，本人今天都還沒有發言，因為這兩個問題真的討論的太久了，我只有一個簡單的建議。這兩項的處置特材都另計，假如這特材

是處置必備的話，建議執行的時間最好是搭配特材確定是否給付再公告執行，避免造成一線人員除了緊急救人之時，還要向民眾說明這項自付多少錢、那一項又是健保給付…，無形中增加工作人員之壓力負擔。建議將特材問題一併解決後再公告實施。

主席

現在不是沒有自費，而是全部自費，如果技術費先給付，就只剩下材料費自費，理論上自費是下降，雖還沒解決完全的問題，但比原來的好很多，至少減少一部分的自費，也讓一部分的人，有機會再存活，大家要從這觀念考慮，也許我們現在自己用不到，也許有一天你家人會用到。來~徐代表。

徐代表弘正

我只是提一個建議，現在五點啦，我剛算一下如果說小兒科就是被低估了每分鐘的成本，大概少了差不多六~8成，那如果我們用大的去乘的話，大概我算出來是 15,221 元給付，會少四仟塊，大家這邊是不是折衷一下，稍微也兩邊不要堅持，都用大人的醫師薪水去乘嘛，都是 ICU，就都用 ICU 基本標準乘以 328 分鐘，如果這樣乘起來在加上去得 15221，若覺得不夠就再加一點，就是兩邊不堅持取一個整數看多少，可不可以，吳代表？

許瓊心醫師(台灣新生兒科醫學會)

因為我們學會算出來的成本遠比這個高很多，所以我是認為我們已經勉強接受這點數，如果再降，我覺得非常不合理。

何代表語

主席，我提議通過這個案，你們講的都不合邏輯。我的邏輯就是小孩子就是要輕輕抱，大人我就是大力的把他抱起來，這是很簡單的事情嘛，我一個嬰兒一定會輕輕的去處理，只有一百個 case，現在少子化這麼嚴重，假使這一百個都能救活，我覺得很幸運。大人是五百

四十個，我不知道這是多還是少，但嬰兒也只剩一百個，我們就這一百個看看能救多少，對不對。

滕代表西華

我必須要說朱代表跟謝院長考慮的邏輯，確實是以後在考量支付標準要有一個原則性通則，可以有例外另訂規定，但是今天討論的不是只有新生兒的成本，我覺得這觀點是值得重視，因為不是只有這個支付標準。但是因為我們今天這案子是新生兒部分，我們跟新生兒計較就是跟國家的未來計較，能救的還是盡量救，我想不是錢的問題，可能是醫療人員投入的精力跟意願問題，假如他的費用差距不是那麼大，我們就是觀察看看，就是這樣的醫療費用究竟在運用上面~特別將來要不要併入 MDC 再考慮看看怎辦。因為新生兒給付確實長期以來不足，所以這一部分我也支持先讓他過。但是朱代表所提的邏輯問題，我覺得確實也應該要考量，否則以後我們確實都會因人設事，就每個對象不一樣的話，支付標準的變動性會變得非常的大，我也蠻同意的。但是新生兒部份，我覺得就盡量多一些鼓勵，讓醫療人員可以在比較寬裕的衡量空間底下救孩子，也謝謝兒科醫學會。

葉代表宗義

主席，我認為大人不要跟小孩計較，我們付費者四個通通都通過。

主席

好，謝謝，付費者都通過。我們已經講最後一個，講好幾遍。

李代表紹誠

主席剛才這邊舉手發言，就是因為主席剛講一句話所以我要發言，就是可能我們周圍的親朋好友會用到。我舉一個例子，臺中基督教醫院的副院長最近發生的事情，他到臺北回家打網球，在球場上心跳停止，剛好旁邊有醫生也去打網球，他居然隨身帶著 AED，當時在球場就幫他電，電不回來，送到台大醫院用最傳統的電擊也電不回來，結

果擺在低溫~ICU 的護理長跟臺中基督教醫院院長講說這個人就兩條路，一個是死亡，一個將來是白菜。臺中基督教醫院院長本來要退休要把位子交給副院長，結果副院長變這樣，他好難過。結果這個醫生就在低溫療法被救回來，救回來後他沒有任何的腦傷，看起來都很好，他醒來第一句話~也做為我們醫生的悲哀，他說：請問醫院評鑑現在做的怎樣？（..他腦子一定壞了）他現在已經回醫院繼續工作了。我只是覺得這是救命的。

主席

做低溫療法的時候，健保應該還沒有給付。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

主席，我們最後只有一點，監控量，因為這東西沒有別的，這樣做下去以後以三層級來講，對地區醫院非常的不利，要監控量。

朱代表益宏

多久監控？

主席

半年，就是明年七月協商之前。

朱代表益宏

我是建議包括這一個跟之前提到的，我個人認為都有可能濫用，新生兒可能還少一點，但是大人確實有可能濫用，所以我建議是說，是否三個月~或是申報量出來，包括是否有醫院在一週或兩週內病人還是死亡的狀況也能拿出來，而不是只有去看它申報量跟預算去掛勾。所以我建議這兩案子如果通過後，是否每三個月先看看申報量跟有沒有醫療院所用了以後病人仍在一週或兩週內死亡，如果真的有，你可以用 A 醫院 B 醫院等都好，至少讓我們知道某些醫院有這樣。

主席

這項跟葉克膜同規格，要監控確認是否無效醫療，我們這項列入紀錄，這項通過，謝謝許醫師跟黃醫師。接下來，看左心耳閉合術，請問各位代表對這有無意見？（沒意見，好，通過），下一案，是電子式內視鏡超音波，大家有意見嗎？

朱代表益宏

這個案子之前就提過認為它不是新增醫療科技，所以就退回去。結果現在又報出來，又是用新增醫療科技。

主席

好，請醫管組說明。

林科長淑範

在議程第 38 頁，第五欄寫到 104 年第 1 次共同擬訂會議的建議，建議有兩個，第一個是請學會再確認成本分析項目跟它的正確性，第二個是要提嚴謹的適應症，適應症的部分就在隔壁兩欄是學會提供的適應症，成本分析的部分是列在今天大家手上資料的第 31 跟 32 頁，請看第 31 頁，校正後的成本是 5,953 點，較上次提的是 6,997 點已經下修。學會主動調整 1,044 點，調整的項目，從這張表大家可能看不出來，若有印象的話，當時是特材 balloon sheath 比較貴，學會也在不計價特材的部分也做了大幅的修正，有一些藥水、過濾器的部分也主動刪除，另外設備部分學會也主動降低它的費用有做調整，這是以上說明。

主席

好，成本表在第 31 頁，各位代表有意見嗎？照上次會議決議，已進行修正。

朱代表益宏

上次會議其實有兩個問題，關於成本分析確實偏高，另一個就是這其實就是舊的支付標準，是做胃鏡加超音波是可以報兩個項目，同

樣的就是做電子式內視鏡超音波，只是以前的方式是兩個分開可以加起來，大概兩千多塊，2,250點。事實上，上次開會在質疑這東西其實沒有新的東西在裡面，只是以前都分開報，當然因為我們整個支付標準都偏低，本來就不敷成本，所以現在把它包裝一下，變成一個項目另外來報就要加錢，委員們對這部分就是有疑慮，這就回到第一個討論的案子，如果包裝一下就把人事費、耗材等等費用都加進去的話，那所有支付標準的邏輯就不對了，所以大家是質疑這兩點。那我不知道今天健保署還是認為它可以這樣報，那我等下要提臨時提案，所有的支付標準都要重新檢討，都依照這邏輯，既然你已經是舊的支付標準，但你換新的名目但做的內容一樣，用新的醫療科技去增加給付，如果是這樣，那所有的支付標準全部檢討，為什麼我們麻醉科就不能這樣比照，下次我改一個名字，全身性插管麻醉，我改新名字，現在是大概三千九百多塊，我報出來給它算一萬多塊，對不對，這樣邏輯不對。

主席

請台灣消化系醫學會陳醫師說明。

陳院長建華（台灣消化系醫學會）

首先，針對代表的質疑，先提出一點，為什麼要有電子式，第一個因為現在設備已經更新，超音波馬達的運轉在過去的話，事實上是機械式的，它容易磨損且壽命有限，影像品質也比較差。電子式影像操作會好點，技術上也不一樣，會內視鏡不會操作超音波，會超音波不會操作內視鏡，會超音波跟內視鏡也不會操作內視鏡超音波，因為它是要用內視鏡的技術去駕馭超音波這樣的管控，針對這病灶去做偵測，事實上，它的技術是比較難的，甚至假如說跟大家印象中所謂的ERCP例行性膽胰管攝影，技術性是比它高，這也是為什麼說在統計上全國一年舊的比例並不是太高，再來大家要知道，前十大癌症裡面消化系至少占四項以上，這裡面很多針對腸胃道的這些腫瘤的一些偵測跟分期以外，甚至非消化系的病變，比如說一直到胰臟、胸腔等裡面

都有很多需要類似技術的觀察。一個技術的插入事實上除了進去消化道以外，要針對可疑的病灶的位置先去找到以後要先觀察等等，裡面有很多針對其它的一些技術，所以器械不一樣，技術的要求也不一樣，再來，病人確實是有需要，因為十大癌症這裡面有很多癌症都需要這一類檢查，所以還是希望各位長官能夠多給我們支持，謝謝。

主席

這位專家是秀傳醫院的院長，陳醫師。請，謝代表。

謝代表文輝

陳院長我請教一下，現在我們做的這個跟過去我們報的，這兩個性質有什麼差別，最主要是設備，剛剛那朱代表指的就是我們 CT 以前是用 4 切 6 切的，現在大家買 128 切，價格高很多倍功能好太多，但 CT 的給付還是一樣。我其實很贊成朱代表提的觀念，我們現在新的都能透過這個算醫師...成本等等，而過去給付並不是像現在這樣算，我們也做的要死又賠錢，所以我是覺得若長官真的對新的都這樣算的話，我拜託醫管組的組長、長官，針對其它現有的支付依照 RBRVS 算一套出來給我們，到健保會協商時，我們就跟干代表、滕代表爭取調整過去比較少的部分讓比較合理，不然好幾年了，醫院團體說要調整支付標準都被打槍，支付標準絕對不能調。你們也要照這樣算支付標準才公平呀，新的都照算成本、護士費等等都算入，我們沒本事也不奢望現在就能全部改，但若有這樣的試算，我們開會就能拿這份試算資料去爭取說那些也要調整才不會覺得不公平。為何大家都希望能在這裡重新檢討一下，無論怎麼包裝都要重新檢討，因為這至少有一套方式，所以拜託龐組長，這不用拜託主席，拜託組長把現有的支付部分依新增項目的邏輯，也算一套，我們再來跟干代表、滕代表爭取支持，這些確實差多少，雖然沒辦法一次改變，但起碼可以慢慢調整，這是我誠懇的建議。

主席

好，謝謝，建議我們就錄案。針對這一項，大家意見如何？這案子是不是就通過？好，一樣的問題請不要再提。

朱代表益宏

我這邊先講一下，因為時間的關係，因為我不知道主席什麼時候宣佈散會，我先提一個臨時提案，我先預告一下。

主席

好，臨時提案要等提案討論完再提。電子式的內視鏡超音波通過嗎？好，謝謝，通過。

潘代表延健

主席，如果要通過電子式的內視鏡超音波，支付不得重複申報這部分，因為替代的是這兩項，是否這兩項都能全部明確的寫在這裡面，因為這邊只有寫 28029C，28016C 並沒有寫，後面那句話照寫沒關係，只是這兩項都要寫入。

主席

好，28016C 請明確都寫入不得同時申報，另外原不得同時申報文字「相關內視鏡檢查」文字仍保留。

主席

好，確定電子式內視鏡超音波通過。下一項迷你探頭內視鏡超音波的部分，請，潘代表。

潘代表延健

在計價材料這邊第一項，我想請教這為何算是計價材料？因為它是迷你的視訊軸轉接器，這部分算是千分之三，這東西的概念應該不像是會損耗的材料在運用，我想請教專家的意見這事如何算入？

陳院長建華（台灣消化系醫學會）

跟代表報告，這個的操作就是類似傳統的胃鏡，大家假如知道傳統胃鏡有個管腔可以插入，比如說我們做止血，從管腔插入止血器械去做止血，這個技術的話就是從管腔裡面插入非常細小的超音波探頭，插入管腔裡面對這病灶做觀察，這超音波必須要運轉，它本身就屬機器，會損毀掉，到一個年限事實上就會損毀掉，假如各位把它看成折舊的觀念，回過頭來看這設備費用就有折舊攤在那邊，所以在做內視鏡超音波的時候，事實上有超音波的主機跟內視鏡的主機，同時要看超音波鏡頭跟內視鏡的鏡頭，所以其實有點不太一樣。

潘代表延健

所以這樣聽起來它比較像設備的折舊，而不算在材料裡面。

陳建華院長(台灣消化系醫學會)

跟代表報告，剛剛講過，因為空氣對超音波的觀察是不利的，在做腹部超音波時醫師都會抹一些凝膠阻斷你跟空氣之間。在做內視鏡超音波時，這些器官、管腔是要被吹氣的，沒吹氣的話裡面皺皺的會看不到路徑，所以要吹氣，可是吹氣進去後要看超音波必須要把氣抽走，然後要再灌水，這樣還不夠，因為器官跟超音波的探頭還是沒辦法密合，所以會有一個 balloon sheath 類似保險套的東西，那地方也要灌水，所以說一個是病人的腸胃道要灌水，另一個是機器本身跟腸胃道 balloon 也要灌水，坦白跟代表報告，因為當初學會是把它犧牲掉，所以會看的到 balloon sheath 成本沒有算進去，因為我們把它漏掉，所以才會比前面看的還要低，以上報告。

主席

好，這還算是少算，到這裡各位代表有沒有意見？好，沒有意見我們就通過，謝謝。我們今天新增項目都討論完了，我們事實上還有一個討論案是有關區域醫療整合計畫，因為現在時間已晚，但這計畫非常急迫且重要，所以我們徵詢委員們的意見於這個月底或是下個月

初，加開臨時會，到時候先討論區域論人整合計畫，如果有其它新增項目就列為第二案，今天討論到這裡。

黃代表雪玲

看第 21 頁的地方，第 3 點有估全年預算是八千九百多萬，可是跟後面推估預算數字不一致。

主席

是九千四百多萬，數字誤植，宣讀時有改，謝謝。現在是臨時動議，請朱代表。

臨時動議

朱代表益宏

我希望能夠正式立案，因為今天也不可能討論，所以希望下次第二案就討論。針對所有的支付標準，現行的支付標準都依照這樣子的方式能夠重新做試算，試算以後當然可能也沒辦法在年度去反應，但是那個資料其實對於整個醫療目前四大皆空或者各方面，甚至以後在支付標準調整都有很大的幫忙，所以希望能夠正式錄案，下次第二案討論這個案子。

主席

好，謝謝。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

主席，有兩個建議，第一個部分比較簡單，針對我們新增的這個品項，在未來監控的時候我們希望數量跟費用可以分層級來做統計呈現。

滕代表西華

是要附議朱代表嗎？

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

沒有沒有，另外第二案

滕代表西華

那就先討論臨時提案是否成立。

主席

好，朱代表的臨時提案，要提一個書面，今天沒時間處理，大家同意這個臨時提案嗎？

附議。

好

于代表文男

要做一個新的各項單價的分析、折損分析，跟著時代是應該要做的，但是裡面我看這房屋折舊費、設備折舊費，設備有時候都一成或百分之25或者多少，我想那個很不合理。你現在提新的建議新的試算裡面，不應該呈現這個東西，如果是房屋，你若是用租金多少要算多少可以換算得出來，折舊率你要用什麼幾百年？幾十年？去計算，那個都不準，如果這樣算的話永遠算不完，要算的話就要算得很清楚，你們這套就是不夠標準。我剛剛跟何委員就在談這個問題，資料出來我們再來商討。我不是相對論，每一個條件、量、價錢，那個是隨著時機的不同，量跟單位要算得很清楚。

主席

好，謝謝。朱代表的提案要記錄，因為成立為臨時提案，成為下一次提案，沒有關係都可以討論，再來，還有嗎？

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

主席，我們是希望可以分層級來呈現。

主席

好，這建議案。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

那再來還有第二個部分的建議是說，因為剛我一直有提到說雖然我們會做費用的監測，但是我們對於預估還有他實際管控部分，我們希望它有比較具體的機制，是不是可以把價量協商的這樣的模式，把它放進來在我們對於費用預估還有費用管控上面？

主席

連這個都要價量協商！？

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

但我們這問題，就是因為我們都沒有一個具體的機制

主席

什麼叫做價量協商？這提案建議須想清楚再提。來，謝代表
謝代表文輝

因為新藥是有廠商來申請，所以他估的他要負責。廠商估的一年多少費用廠商要負責，那支付標準價量協商是有困難，但是我是覺得剛剛秀貞講的費用預估，還有未來成效…。

主席

好，我們盡量做，但我們不是天底下最厲害的人，有些議題全世界都做不到的事情，健保署也無法做到。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

我是想要把它書面化，但是我覺得可能用價量協商這樣子的文字來講，會給大家帶來很大的衝突，是可能我表達能力不好。

主席

你知道什麼是價量協商嗎？

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

我知道，我們上個禮拜 9 月 3 日才談過。

主席

秀貞我認為你誤會了。「價量協商」？請問我們的診療項目要跟誰價量協商？如低溫療法，如果可行的話要跟誰價量協商？

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

我才說我這樣子的一個文字可能會讓大家很衝突，但是我的本意是說，因為我們對於每一項新增的照護，我們認為可以讓我們的民眾醫療更有保障，那也可以讓我們的醫療其他費用的使用會減少，它是對於我們整體健保的照顧是有正面成效的，所以我是認為這一段，我們怎麼去讓它可以更呈現。

主席

這叫價量協商？

朱代表益宏

報告主席，我想今天秀貞她也是代表也是委員，她今天會有這樣子的想法也是因為謝理事長希望她做這樣子的表達，所以我覺得主席也應該是要尊重委員不同的發言，我覺得這樣子去質問確實不好。

主席

不是，朱代表。我是認為不合理完全不知道在說什麼，怎麼成立呢？我們也無法答應。

謝代表文輝

我講一下，意思其實是這樣，剛剛聽秀貞講完大概知道秀貞在說什麼，可能使用的方式不一樣，其實基本上和大家的觀念其實是一樣的，也就是說我們現在新增很多項目，未來的預估沒有人說得準，也沒有很好的辦法，，這個大家都能體諒，所以就是盡量預估，盡量設想以後會怎樣，盡量在使用 criteria 訂的嚴格，但是其實大家也都沒有把握，事實上在醫界執行面這方面，大家越做越辛苦這個也是事實。包括葉金川這些老前輩，也都說再 10 年、20 年，所有的私人醫院會全倒閉關門，只有公家不會倒閉因為它虧損沒有關係，所以我是覺得在這狀態下，大家有一個危機意識，新增的項目要非常的謹慎，剛剛其實主席、組長都答應了嘛，就是會有定期的追蹤它的結果出來，出來的話，真的我們要很嚴肅面對，因為若是他真的浮濫，我們要想個辦法，不行的話，也許我們要取消，其實就是真的要很負責任地去追蹤，看要三年或五年，這些追蹤出來的結果要真的面對，不要像新藥科技，其實拿出來就說它有替代率，但是替代率又講不出很準確的能夠替代多少，沒有人知道，到最後的結果就是全部的其他醫療服務要背負要分擔，但最主要，所謂價量的觀念意思是指真正的負責去追蹤資料，而且很負責任地去回應，大概是這樣子的意思啦。謝謝。

主席

好，兩邊語言共同理解，溝通才通。不能隨便放個 term 在這，彼此不知道說什麼，有講沒有通。大家的建議我可以理解。我理解委員

要 monitor 將來費用的狀況，我們盡力，但有很多是可以講得出來卻算不出來的，那部分就是限制。好，謝謝幾位委員還留到最後，其實很多委員已經離開，會開到這裡，下一個提案請醫管組，這個月底或下個月初之間找一天多數委員可以出席的時間，再召開一個臨時會討論，謝謝。