

「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」

103 年第 2 次臨時會會議紀錄

時 間：103 年 10 月 21 日(星期二)下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：蔡副署長魯

紀錄：張巧如

姚代表鈺	廖秋鐸(代)	陳代表福展	翁瑞文(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
林代表富滿	林富滿	吳代表志雄	吳明彥(代)
郭代表正全	郭正全	陳代表彥廷	陳彥廷
李代表伯璋	(請假)	林代表敬修	林敬修
陳代表志忠	陳志忠	高代表靖秋	劉淑芬(代)
徐代表弘正	徐弘正	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	林淑霞	曹代表昭懿	曹昭懿
羅代表永達	羅永達	吳代表進興	呂振富(代)
謝代表文輝	謝文輝	黃代表鶴珠	王敏華(代)
謝代表武吉	林茂隆(代)	黃代表棟國	(請假)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
陳代表宗獻	(請假)	李代表永振	李永振
盧代表榮福	(請假)	陳代表川青	陳川青
張代表嘉訓	張嘉訓	侯代表彩鳳	(請假)
王代表正坤	(請假)	李代表玉春	(請假)
黃代表啟嘉	(請假)	吳代表肖琪	(請假)
陳代表憲法	蕭峻科(代)		

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、葉肖梅

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年、李紹誠

中華民國物理治療師公會全國聯合會

曹昭懿

中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺
中華民國藥師公會全國聯合會	王韻婷
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	楊智涵、吳心華
醫藥品查驗中心	蒲若芳
台灣胸腔及心臟血管外科醫學會	鄭清源、林致源
本署台北業務組	黃金蓮、余千子、林勢傑
本署北區業務組	郭珮萱
本署中區業務組	何容甄
本署企劃組	劉昭蓮
本署醫審及藥材組	潘尹婷、朱秋琴
本署醫務管理組	林阿明、李純馥、陳真慧、 林淑範、王淑華、張益誠、 陳依婕、涂奇君、吳明純、 張淑雅、蕭靜怡、張巧如

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄（議事錄）：請參閱(不宣讀)確認。

三、討論事項

(一)「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 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及建議案。

決議：

1. 同意新增「胸腔鏡胸管結紮術」、「胸腔鏡肺分葉切除術」、「胸腔鏡肺葉袖形切除術」、「右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式)」及「鉬雅銘雷射手術 (Erb-YAG laser operation)」5 項診療項目，修正後支付標準詳如附件 1。

2.部分代表對胸腔鏡相關手術之替代率估算方式有不同意

見，爰請相關醫學會重新評估替代率，另本案新增診療項目於公告實施半年後，統計執行之醫令量及替代情形。

(二)「納氏胸廓異常矯正術」等 31 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及建議案。

決議：

1.同意新增「納氏胸廓異常矯正術」、「水刀清創」、「副甲狀腺亞全切除術」、「副甲狀腺全切除術」、「身體立體定位放射治療(SBRT)」、「生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測」6 項診療項目，修正後支付標準詳如附件 2。其他附帶決議如下：

- ①「納氏胸廓異常矯正術」乙項，部份代表表示凸胸個案不適用於「納氏胸廓異常矯正術」，故建議表列替代率為 100 %之適當性，請醫學會再確認。
- ②副甲狀腺「亞全切除術」及「全切除術」兩項，部分代表認為 2 項新增診療項目，支付點數明顯高於「單純性副甲狀腺切除術」，請醫學會擬訂適應症以避免不適當申報。
- ③「身體立體定位放射治療(SBRT)」之適應症乙項，部分醫界代表提供文獻表示，肝腫瘤治療範圍由 1.4~23 公分均可接受，且本案需事前審查，建議刪除「最大病灶 $\leq$ 5 公分」由審查醫師自行認定。爰請學會提供相關意見。
- ④另新增診療項目若屬 DRG 適用範圍，因本會上次會議已報告 104 年適用之參數、權重、SPR，且目前已陳報衛生福

利部，為避免 DRG 支付點數未反映新增診療項目，故由本署依本次新增診療項目及替代率項目支付點數差值，校正相關 DRG 權重的分子，分母不校正（全國平均點數不變），SPR 不調整的原則下，重新計算相關 DRG 權重。併同支付標準增修內容，陳報衛生福利部核定發佈。

2.暫保留「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位」-單腔及雙腔、「快速結核病分子診斷」、「支氣管內視鏡超音波導引」、「支氣管內視鏡超音波導引之「縱膈淋巴節定位切片術」及「週邊肺組織採檢切片術」、「電子式」及「細鏡(迷你)探頭式」內視鏡超音波等 8 項診療項目。與會代表表示上述新增診療項目成本分析結果與現行類似診療項目支付點數的相對性差異過大。建議徵詢相關醫學會提供意見後再提會討論。

3.其餘為專家諮詢不同意新增「無線電波射頻血管內閉合治療靜脈功能不全術」等 17 項診療項目，詳如附件 3。

(三)有關支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單次使用拋棄式過濾器」等 4 項特材之支付標準調整案。

決議：

1.同意「單次使用拋棄式過濾器」、「單次使用拋棄式心臟血管異物取出器」、「器官保存液」、「雷射光纖」等 4 項，過程面必須使用之特材以包裹給付調整診療項目 17001C「萊特氏最高流量計」等共 31 項支付標準診療項目，修正後支付標準，詳如附件 4。

2.「單次使用拋棄式過濾器」部分代表反映本署訪價之價格，

地區或基層醫療院採購特材有困難乙項，俟實施後若有相關問題另案處理。

(四)有關中華民國眼科醫學會建議提高眼科手術診療項目編號

85608B「鞏膜切除併植入或扣壓」等 16 項診療項目之兒童加成比率乙案。

決議：與會代表均同意修正內容，惟財務來源無法取得共識，建議所需經費列入 105 年總額協商，俟編列預算支應後再行修正。

(五)有關醫院藥事服務費合理量之藥師總工作人日數計算方式，暨地區醫院特殊藥品處方每人每日合理件數，以及支援藥師納入接受支援醫療機構、藥局之合理調劑量計算之規定等案。

決議：

1.同意醫院藥事服務費合理量之藥師總工作人日數計算方

式，採目前於健保資訊網服務系統(VPN)，由各醫院登錄「藥師人數」及「總工作人日數」之方式辦理。

(1)增列通則七：地區醫院特殊藥品處方每人每日合理量為 15 件。

(2)增列通則七(三)：各醫院應於次月 15 日前至本署健保資訊服務系統(VPN)登錄藥師人數及藥師總工作人日數，若該月 15 日適逢國定假日或例假日，則順延至下一個工作日，若醫院未依規定於 VPN 登錄，104 年 1 月起，若無特殊理由未於 VPN 登錄，則該院該月藥師總工作人日數以 0 計算，如有特殊理由則由分區認定。

(3)增列通則十二：特約醫院、診所及藥局執業藥事人員依法

提供報備支援之調劑服務，併入接受支援特約醫院、診所及藥局之合理調劑量計算，採遞補專任藥師剩餘之合理量，以上(1)～(3)修正後支付標準詳如附件 5。

2. 住院處方每人每日合理量 40 件之計算方法乙項，代表提出須參考醫院評鑑之算法或增加系數加成等意見，俟確認後再行調整。

(六)有關修訂「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」案。
決議：

1. 同意修訂「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」，修訂後計畫詳如附件 6。

2. 其餘地區醫院代表建議擬錄案研參：

(1) 建議本署召開相關會議時，請擴大舉行，將社區醫院協會等承作醫療院所納入。

(2) 建議擬訂強制下轉措施，以能落實本計畫。

(3) 建議簡化承作醫院必評之評估量表。

(4) 6 週照護期滿之延長照護申請，建議免再申請事前審查。

(5) 加強對社會大眾 PAC 宣導。

四、散會：下午 6 時 35 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

第七節 手術

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62071)

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
62071B	鉺雅銘雷射手術 Erb-YAG laser operation 註：含一般材料費，得按表列點數加計4%。		√	√	√	2848

第四項 呼吸器 Reapiratory System

三、胸腔 Thoracic (67001-67054)

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
67052B	胸腔鏡胸管結紮術 VATS with thoracic duct ligation 註：含一般材料費，得按表列點數加計32%。		√	√	√	25199
67053B	胸腔鏡肺分葉切除術 Thoracoscopic segmentectomy of lung 註： 1.適應症 (1)早期侷限性肺癌 stage I。 (2)肺單元分葉內之癌症且心肺功不佳者,不適合肺葉切除術者。 (3)具合併症且內科治療無效之感染性疾病。 2.含一般材料費，得按表列點數加計11%。		√	√	√	57344

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
67054B	胸腔鏡肺葉袖形切除術 Thoracoscopic sleeve lobectomy <u>註：</u> <u>1.適應症</u> <u>(1)肺癌病人腫瘤侵犯支氣管分歧處又不適合作全肺葉切除術的病人。</u> <u>(2)良性腫瘤侵犯肺葉分歧處欲切除有病變之肺葉而保留功能正常之肺葉。</u> <u>2.含一般材料費，得按表列點數加計4%。</u>		Y	Y	Y	58517
68042B	右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式) (Rastelli operation) <u>註：</u> <u>1.適應症：法洛氏四合症、肺動脈發育不全合併心室中膈缺損、大動脈轉位症合併心室中膈缺損與右心室出口阻塞。</u> <u>2.含一般材料費，得按表列點數加計29%。</u>		Y	Y	Y	48742

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

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18045~~5~~6)

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>18046B</u>	<u>生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測</u> <u>Bioreactance non-invasive cardiac output and hemodynamic monitoring</u> <u>1.適應症：</u> <u>(1)心臟手術患者，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。</u> <u>(2)心臟病人，使用數種強心劑。</u> <u>(3)各種休克病人，心臟血管功能衰竭，使用數種心臟藥物，亦無法有效改善者。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)限加護病房患者申報。</u> <u>(2)同次住院限申報 1 次。</u> <u>(3)執行本項時不得同時執行 18029B「心輸出量測定」及 18030B「第二次心輸出量測定」。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>3322</u>

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 (37001~37046~~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
37047B	<u>身體立體定位放射治療</u> <u>Stereotactic body radiation therapy(SBRT)/Stereotactic ablative radiotherapy(SABR)</u> <u>註：</u> <u>1.施行本項之適應症如下：</u> <u>(1)原發性早期肺部惡性腫瘤(依據2009AJCC分期定義為N0之$\leq$stage II)患者，病灶最大徑$\leq$5公分，ECOG status$\leq$2(或Karnofsky Performance Scale/KPS$\geq$70)，且須符合以下(high surgical risk)條件之一：</u> <u>A.poor pulmonary function，不適合接受lobectomy手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。</u> <u>B.年齡$\geq$75歲，致開胸受術可能造成嚴重損傷或危險性大，不適手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。</u> <u>C.有嚴重心肺疾病或其它內科疾病，經麻醉科評估不適全身麻醉者。</u> <u>(2)原發性肝膽單一病灶(可為原發性肝癌或肝內膽道癌，同時無肝外淋巴侵犯和遠端轉移)，肝功能為Child-Pugh A至B級，ECOG status$\leq$2(或Karnofsky Performance Scale/KPS$\geq$70)，病灶最大徑$\leq$5公分。且經評估無法進行下列之一的治療或下列之一的治療失敗者(依病歷紀錄)：</u> <u>A.手術切除</u> <u>B.血管栓塞治療</u> <u>C.電燒灼治療</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)需事前審查。</u> <u>(2)全療程為2週且分次治療以6次(含)為限，採包裹給付，如未執行完全療程，依治療計畫之治療次數按等比例核扣。</u> <u>(3)不得同時申報支付標準編號33090B、36001B、</u> <u>36004B、36005B、36015B、36011B、36012B、36014B、</u> <u>36018B、36019B、36021C、37007B、37008B、37013B、</u> <u>37014B、37016B、37018B、37019B、37029B、37030B、</u> <u>37046B</u>		<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>213662</u>

第七節 手術

通則：

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：

(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-62063Z2B，均依同類手術項目計費，其餘類推）。

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62070Z2)

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
62072B	水刀清創 Hydrosurgery debridement 1.適應症：<u>二度燙傷(含)以上及總燙傷面積 20%(含)以上，接受自體皮膚移植手術當次得申報水刀清創。</u> 2.支付規範： (1)<u>同一醫院同一病患同一傷害，限申報一次。</u> (2)<u>須事前審查。</u> (3)<u>不得同時申報支付標準診療項目：48015B、48016B、48017B、48029B 及 48030B。</u> (4)<u>一般材料費及單一使用拋棄式之微創噴射灌洗器，得加計 309%。</u>		V	V	V	10861

第四項 呼吸器 Respiratory System

三、胸腔 Thoracic (67001-67054~~5~~)

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>67055B</u>	<u>納氏胸廓異常矯正術</u> <u>Nuss Procedure for chest wall deformity</u> <u>1.適應症：</u> <u>(1)Haller index 或 CT index > 3.25。</u> <u>(2)有呼吸功能障礙，慢性支氣管炎，或肺纖維化病變者。</u> <u>(3)併有心理影響，經精神科醫師評估有矯治之需要者。</u> <u>2.支付規範：含一般材料費及單一使用拋棄式之內視鏡用保護套與高速切割系統（鑽頭），得加計 98%。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>14930</u>

第九項 內分泌器 Endocrine System (82001-82047~~7~~19)

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
82007B	<u>副甲狀腺切除術 Parathyroidectomy</u> <u>—單純性 Simple</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	10799
<u>82018B</u>	<u>—亞全切除術 Subtotal</u> <u>註：</u> <u>1.適應症：</u> <u>(1)嚴重之腎性副甲狀腺機能亢進（腎衰竭後併發之副甲狀腺機能亢進而無法以藥物控制者）。</u> <u>(2)原發性副甲狀腺機能亢進中病理變化為多顆副甲狀腺增生者。</u> <u>2.支付規範：含一般材料費，得加計16%。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>30119</u>
<u>82019B</u>	<u>—全切除術 Total</u> <u>註：</u> <u>1.適應症：</u> <u>(1)嚴重之腎性副甲狀腺機能亢進（腎衰竭後併發之副甲狀腺機能亢進而無法以藥物控制者）。</u> <u>(2)原發性副甲狀腺機能亢進中病理變化為多顆副甲狀腺增生者。</u> <u>2.支付規範：含一般材料費，得加計15%。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>30109</u>

不同意新增 17 項診療項目

項次	中文項目名稱	健保署說明
1	無線電波射頻血管內閉合治療靜脈功能不全術（單側）	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：此 2 項新增診療項目需使用之特材品項為健保內含序號 38「多尼爾雷射用光導管」、749「維納斯電燒快速閉合導管」、765「戴爾美德靜脈內雷射療法操作工具配件」等 3 項，為治療靜脈曲張之雷射治療，治療效果與標準靜脈曲張手術治療方式相同，且此種治療方式與醫美使用治療靜脈曲張之方式相同，屬醫美用途較高，爰不建議新增診療項目。
2	無線電波射頻血管內閉合治療靜脈功能不全術（雙側）	
3	內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法(點狀)	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：此 3 項新增診療項目需使用之特材品項為健保內含序號 819「巴瑞克斯歐拉電燒系統」及 820「巴瑞克斯哈囉燒灼導管及測量氣球」等 2 項之新醫療技術合併新式醫材治療方式，國內執行個案數尚少、尚無國內實證論文，目前僅有少數幾家醫院執行，爰不建議新增診療項目。
4	內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法-≤5 公分(線形)	
5	內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法->5 公分(線形)	
6	動脈內插管手術及動脈 PORT 植入術	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：以植入動脈 PORT 執行化學治療，屬少數醫院及少數醫師執行，非主流臨床治療指引，目前 99%仍以靜脈植入 PORT 為主，不建議新增本項診療項目，建議執行院所比照支付標準編號 47080B「治療性導管植入術—Port-A 導管植入術」支付 5,444 點申報。
7	1.高敏感度表皮生長因子受體突變分析(High sensitivity EGFR mutation test) 2.即時定性聚合酶連鎖反應 EGFR 基因突變檢測 (Real Time Qualitative PCR EGFR Mutation test)	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：申請健保給付預計申請健保給付 gefitinb 或 erlotinb 成分藥品治療之肺腺癌病患，羅氏大藥廠股份有限公司及台灣阿斯特捷利股份有限公司願意贊助 EGFR 基因檢測費用予醫療院所，病患無需自行負擔，爰健保以不重複付費原則，不建議新增本項診療項目。
8	ALK 基因螢光原位雜交分析(ALK FISH)	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：檢查目的係篩選出適合使用 Crizotinib 的病患，查 102 年 12 月藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第 6 次會議決議，已決議含 crizotinib 用於治療非小細胞肺癌之新成分新藥「截克瘤(Xalkori)200mg 及 250mg 膠囊」暫不納入健保給付，爰健保亦不建議新增本項診療項目。

項次	中文項目名稱	健保署說明
9	體外循環內毒素吸附治療	依 103 年第 5 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項新增診療項目需使用之特材，並無法吸附所有細菌產生之內毒素，價格甚高，且相關實證文獻表示本項治療成效並不顯著，又缺乏國內臨床實證，爰不建議新增本項診療項目。
10	雙眼鋃上眼瞼肌切除手術	依 103 年第 5 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項新增診療項目成本校正後之建議支付點數為 11,518 點，較按現行支付標準手術通則六(二)規定申報（即同一手術不同刀口，第 2 項手術得按表列支付點數 50%申報）之支付點數 13,358 點低，且同時執行雙眼鋃上眼瞼肌切除手術高險及困難度高，施行對象多為年長者，為避免誘發單眼手術變成雙眼手術之道德風險，爰不建議新增本項診療項目。
11	舌根或/及舌骨懸吊術 (Tongue Base and/or Hyoid Suspension)	依 103 年第 6 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項推估執行量高且所需特材之價格昂貴，考量臨床療效有限，且缺乏管理機制，爰不建議新增本項診療項目。
12	軟顎植入術 (Palatal Impant)	
13	腎動脈神經阻斷術 (Renal denervation (RDN))	依 103 年第 6 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項國外臨床療效之研究結果分歧，可能導因於研究對象種族不同所產生之治療反應差異，考量國內尚無臨床實證研究，且對於需使用 5-6 種以上降血壓藥品治療，或難以藥品控制之頑固型高血壓病患，於執行本項手術後仍需繼續服用降血壓藥品，爰不建議新增本項診療項目。
14	血小板 ADP P2Y12 接受器功能檢測(PRU)	依 103 年第 6 次支付標準專家諮詢會議之結論：臨床上經皮導管治療多採塗藥支架之材料，故因支架放置產生血栓之案件實不多，且得以血小板凝集功能等傳統檢測方法評估服用 ADP P2Y12 inhibitor 之效益，考量本項未納入國外臨床常規檢查項目，且未建立 cut-off 標準點，易產生臨床解讀差異，爰不建議新增本項診療項目。
15	薦神經調控暫時性經皮植入導線測試定位手術	依 103 年第 7 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項因缺乏國內臨床實證且國內技術尚未發展、所建議之適應症不明確、臨床使用個案數少，且非主要大小便失禁之治療指引等因素，以及該等診療項目植入式醫材昂貴，爰不建議新增本項診療項目。
16	虛擬實境復健(肌肉骨骼)	依 103 年第 8 次支付標準專家諮詢會議之結論：本案建議 2 項新增項目因缺乏支持度較強之實證文獻，目前國內係採研究計畫方式提供服務，僅有少數醫院發展，且服務個案極少，爰不建議新增。
17	虛擬實境復健(神經)	

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
17001C	萊特氏最高流量計—移動型 Wrights peak flow meter-portable <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>	√	√	√	√	50 85
17002B	最大吸氣壓及最大吐氣壓 Pi max and Pe max 註： <u>1.限呼吸器 weaning時申報。</u> <u>2.內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		√	√	√	50 85
17003C	流量容積圖形檢查 Flow-volume curve <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>	√	√	√	√	270 305
17004B	標準肺量測定（包括FRC測定） Lung volume with functional residual capacity 註： <u>1.包含流速—容積測定（flow-volume test）、肺通氣試驗（ventilation test）、肺餘量試驗(residual volume test)。</u> <u>2.內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		√	√	√	450 485
17005B	單次呼吸肺氮廓清試驗 Single breath nitrogen washout test <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		√	√	√	240 275
17020B	多次呼吸肺氮廓清試驗 Mutiple breath nitrogen washout test <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		√	√	√	300 335

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
17006B	支氣管擴張劑試驗 Bronchodilator test <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		√	√	√	450 485
17007B	標準支氣管擴張劑試驗 Standard bronchodilator test <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		√	√	√	800 835
17008B	睡眠多項生理檢查 註： 1.含EEG、EMG、ECG、EOG、respiratory airflow、thoracic respiratory effort、abdominal respiratory effort。 2.適應症如下： (1)睡眠呼吸障礙、猝睡症、睡眠行為異常、parasomnia 癲癇引起的睡眠中斷、神經肌肉疾病局限性胸廓異常合併睡眠問題。 (2)不得做慢性肺部疾病例行診斷。 (3)「困難處理失眠症」之鑑別診斷。 <u>3. 內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		√	√	√	4500 4535
17009B	一氧化碳肺彌散量測定 CO diffusing capacity <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		√	√	√	320 355
17010B	壓力容積圖形試驗 Pressure volume curve <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		√	√	√	240 275
17011B	壓力流量圖形試驗 Pressure flow curve <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		√	√	√	240 275
17012B	壓力容積圖形及壓力流量圖形試驗 Pressure volume curve and pressure flow curve <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		√	√	√	450 485
17013B	二氧化碳刺激試驗及閉口壓 CO2 stimulation test and mouth occlusion pressure <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		√	√	√	240 275
17014B	閉鎖容積試驗 Closing volume <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		√	√	√	270 305

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
17015B	缺氧刺激試驗 Hypoxic stimulation test <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		v	v	v	410 <u>445</u>
17016B	運動肺功能試驗 Exercise pulmonary function test (stress test) <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		v	v	v	1500 <u>1535</u>
17017B	全階呼吸量測定 Haloscale respiration 註： <u>1.限呼吸器 weaning時申報。</u> <u>2.內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		v	v	v	55 <u>90</u>
17018B	基礎代謝率 Basal metabolic rate <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		v	v	v	270 <u>305</u>
17019C	支氣管激發試驗 Bronchial provocation test <u>註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>	v	v	v	v	450 <u>485</u>
17021B	肺成熟度檢查－微小氣泡檢測法 Microbubble test 註： <u>1.適應症：妊娠週數小於38週，出生後發生呼吸窘迫之新生兒。</u> <u>2.內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u>		v	v	v	140 <u>175</u>

第二節 放射線診療 X-RAY

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33134⁵、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
33131B	經皮導管<u>血管內</u>\心臟內異物移除術 (<u>適用於留置異物處血管大小直徑為 > 7 mm 者</u>) Percutaneous transluminal catheter retrieval of vascular/intracardiac foreign body (<u>For the vessel diameter where the foreign body stands > 7 mm</u>) 註： 1.因遺失或移位而造成之血管內或心臟內異物。 2.提升兒童加成項目。 3.<u>各種材質之診斷性或治療性器械，導管或導絲因斷落、掉落或移位而留置於血管或心臟內所形成之異物，需移除或取出至體外者。由於各類夾取器之實際選擇尚得考量待取出異物之大小、長度、材質及材料硬度，爰建議本項目使用時機原則如下：適合使用於留置異物處血管大小直徑為 > 7 mm 之異物夾取器(如 standard、6-7 Fr.等型號)。</u> 4.<u>含一般材料費及單一使用拋棄式之心臟血管異物取出器。</u>		V	V	V	10000 <u>30356</u>
33135B	經皮導管<u>血管內</u>\心臟內異物移除術 (<u>適用於留置異物處血管大小直徑為 ≤ 7 mm 者</u>) Percutaneous transluminal catheter retrieval of vascular/intracardiac foreign body (<u>For the vessel diameter where the foreign body stands ≤ 7 mm</u>) 註： 1.<u>因遺失或移位而造成之血管內或心臟內異物。</u> 2.<u>提升兒童加成項目。</u> 3.<u>各種材質之診斷性或治療性器械，導管或導絲因斷落、掉落或移位而留置於血管或心臟內所形成之異物，需移除或取出至體外者。由於各類夾取器之實際選擇尚得考量待取出異物之大小、長度、材質及材料硬度，爰建議本項目使用時機原則如下：適合使用於留置異物處血管大小直徑為 ≤ 7 mm 之異物夾取器(如 mini、micro、3Fr.等型號)。</u> 4.<u>含一般材料費及單一使用拋棄式之心臟血管異物取出器。</u>					<u>35660</u>

第五項 循環器 Cardiovascular System

一、心臟及心包膜 (68001-68051)

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
68034B	心臟摘取 Heart procurement <u>註：含一般材料費及器官保存液費用，得另加計187%。</u>		v	v	v	17638
68038B	肺臟摘取 Lung harvest (donor pneumonectomy) <u>註：含一般材料費器官保存液費用，得另加計205%。</u>		v	v	v	15548

第七項 消化器 Digestive System

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
75021B	屍體捐肝摘取 Cadaveric liver harvest(donor hepatectomy) <u>註：含一般材料費器官保存液費用，得另加計120%。</u>		v	v	v	35500
75022B	活體捐肝摘取 Partial hepatectomy for livingrelated liver transplantation 註： <u>1.不得加計急診加成。</u> <u>2.含一般材料費及器官保存液費用，得另加計109%。</u>		v	v	v	42600

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
75419B	屍體捐胰摘取 Pancreas Harvest <u>註：含一般材料費及器官保存液費用，得另加計78%。</u>		v	v	v	108313

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
76018B	屍體捐腎切除術 Nephrectomy from cadaver donor 註： 1.包含單、雙側及準備、保存之過程。 2.本項支付點數含一般材料費、捐贈者器官保存液及灌注費合計83%。 <u>2.含一般材料費及器官保存液與灌注費用，得另加計184%。</u>		v	v	v	60978 <u>33321</u>
76019B	活體捐腎切除術 Nephrectomy from living donor 註： 1.含準備及保存。 2.本項支付點數含一般材料費、捐贈者器官保存液及灌注液費合計80%。 <u>2.含一般材料費及器官保存液與灌注費用，得另加計174%。</u>		v	v	v	64706 <u>35948</u>

二、輸尿管 Ureter (77001-77037)

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
77026B	輸尿管鏡取石術及碎石術 Ureteroscopy & removal of ureteral stone — 單純內視鏡操作方式simple endoscopic 註：含鏡檢費用在內。		v	v	v	5537
77027B	— 併用超音波或電擊方式with SONO/EHL 註：含鏡檢及超音波費用在內。		v	v	v	9259
77028B	— 併用雷射治療方式with Nd-YAG laser 註： <u>1.含鏡檢費用在內。</u> <u>2.77028B含一般材料費及雷射光纖，得另加計91%。</u>		v	v	v	7446

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

第六節 調劑

通則：

七、特約醫院藥事人員合理調劑量之計算，按月計算醫院各藥事人員合理調劑量，超過下列件數規定部分，其藥事服務費按支付點數之 50% 支付。

(一)綜合醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告醫院評鑑基準及評量項目之藥事人員 C 級設置標準，各層級合理調劑量如下：

1.醫學中心

- (1)住院處方每人每日 40 件。
- (2)門、急診處方每人每日 70 件。
- (3)特殊藥品處方每人每日 15 件。

2.區域醫院

- (1)住院處方每人每日 50 件；如採單一劑量每人每日 40 件。
- (2)門、急診處方每人每日 80 件。
- (3)特殊藥品處方每人每日 15 件。

3.地區醫院

- (1)住院處方每人每日 50 件；如採單一劑量每人每日 40 件。
- (2)門、急診處方每人每日 100 件。

(3)特殊藥品處方每人每日 15 件。

4.上述綜合醫院所提供之精神科住院處方調劑藥事服務，比照本項(二)之 1.「精神科醫院」計算合理調劑量。

(二)精神科醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告精神科醫院評鑑基準及評量項目之 C 級設置標準，訂定合理調劑量如下：

1.精神科醫院

(1)住院處方

- A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日 50 件。
- B.慢性精神病床每人每日 200 件。
- C.精神科日間病房每人每日 200 件。

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

2.精神科教學醫院

(1)住院處方

A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日 40 件。

B.慢性精神病床每人每日 160 件。

C.精神科日間病房每人每日 160 件。

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

(三)各醫院應於次月 15 日前至本署健保資訊服務系統(VPN)登錄藥師人數及藥師總工作人日數，若該月 15 日適逢國定假日或例假日，則順延至下一個工作日，若醫院未依規定於 VPN 登錄，104 年 1 月起，若無特殊理由未於 VPN 登錄，則該院該月藥師總工作人日數以 0 計算。

八、前項醫院藥事人員合理調劑量計算原則：

(一)門、急診處方:係指本節各項門診藥事服務費診療項目。

(二)住院處方:係指本節各項住院藥事服務費診療項目。

(三)特殊藥品處方:係指本節放射性藥品處方之藥事服務費、全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費、化學腫瘤藥品處方之藥事服務費等診療項目。

(四)藥事人員合理調劑量計算次序為特殊藥品、住院處方、門急診處方，超過合理調劑量依支付點數之 50%支付。

九、特約藥局如不符主管機關公告之「藥局設置作業注意事項」，其藥事服務費比照基層院所藥事人員調劑標準支付。

十、特約藥局及基層院所藥事人員合理調劑量(以每日實際調劑量計算)每人每日 100 件，山地離島地區每人每日 120 件，超過不予給付藥事服務費，特約藥局調劑件數不分處方來源一併計算。

十一、基層診所醫師兼具藥師資格者，於執登處所，依自開處方親自為藥品調劑者，以醫師親自調劑支付標準核給藥事服務費，且每日親自調劑處方以 50 件為限，超過 50 件不予給付藥費及藥事服務費。

十二、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員依法提供報備支援之調劑服務，併入接受支援特約醫院、診所及藥局之合理調劑量計算，採遞補專任藥師剩餘之合理量。

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫

102 年 10 月 7 日健保醫字第 1020033910 號公告

103 年 1 月 24 日健保醫字第 1030000612 號公告修正

103 年○月○日健保醫字第○號公告修正

壹、前言

因應人口老化，愈來愈多的病患在急性醫療後可能出現失能情形，將大幅造成對醫療體系、家庭及社會照顧之負擔或依賴，故需儘早規劃急性後期之醫療照護模式(Post-acute Care 以下簡稱 PAC)。雖然目前全民健保給付治療疾病所需之相關醫療費用，但國內急性後期照護模式尚未建立，各醫院照護急性後期病人轉銜系統尚待整合，病患不得不以超長住院方式或再住院因應急性後期照護需要，造成照護強度不足，或為復健入住大型醫院之情形，對於醫療服務品質與資源使用效率亦有待改善。故透過支付改革，建構急性後期照護模式與病人垂直整合轉銜系統，依個別病人失能程度，在治療黃金期內立即給予積極性之整合性照護，使其恢復功能，將可減少後續再住院醫療費用、大幅減輕家庭及社會照顧之負擔。亦可強化急性醫療資源配置效率，與長期照護服務無縫接軌。

文獻顯示腦中風患者再住院及超長住院情形普遍，為美國急性後期照護十大高需求疾病之一^{1,2}，約 62.6-74.5% 出院後 30 日內使用急性後期照護³。研究指出腦中風病人接受 PAC 可降低死亡率，改善健康結果⁴。國內研究指出腦中風病人有再住院⁵及超長住院情形⁶，14 日再住院率約 17.4%、6 個月內再住院率約 41.9%⁷、1 年內再住院率約 50%⁵，相較其他國家如美國 6 個月內再住院率 29.7%、澳洲 30% 為高⁷。腦中風亦為國內超長住院之首要疾病，約 10.4% 有超長住院情形，耗用所有腦中風住個案人日總和之 38.9%、住院費用總和之 47.8%⁶。患者發病一年內 51% 會面臨任何原因的再住院或死亡，一年死亡率平均為 18.8%⁸。另有研究推估約 10.11%-23.13% 腦中風病人可能需要 PAC，實施 PAC 後平均每人約可節省急性醫療天數 2.06-8.17 天；估算病床之使用約可減少 306-1,210 張⁷。根據國內榮民醫療體系執行急性後期照護之實證研究，在社區醫院提供跨專業團隊的急性後期照護，可以顯著促進病人功能的恢復和減少一年內死亡率 62%⁹；跨專業團隊提供之急性後期照護可以使病人身心功能、情緒、營養與行動力有明顯的進步¹⁰，PAC 照護 14 日、30 天內再住院率分別為 6.3%、12.9%，住院天數亦較未接受 PAC 照護者短¹¹，急性後期照護確實為一具有明顯成效的服務模式。國內目前無急性後期照護給付，急性醫療存在社會性住院現象，部分低估床率醫院為提高病床利用，以健保資源提供急性後期照護，許多急性期穩定之

病人憂心返家後的照護而滯留醫院，因此住院病人以再住院及超長住院方式因應急性後期照護需要，宜儘速建構完整的急性後期照護服務體系與財務支付機制，以強化急性醫療資源配置效率與無縫接軌的照護目標¹²⁻¹⁵。

依據 2011 年健保申報資料，符合重大傷病之急性腦血管疾病(腦中風)個案急性期連續住院天數長，追蹤 2.7 萬名個案，發病半年內因急性腦血管疾病之連續住院費用 30.9 億點，平均住院 17.8 天，連續住院超過平均天數之個案占率 28.1%。腦血管疾病緊急醫療處置仍主要集中在醫學中心(41.9%)與區域醫院(49.4%)。連續住院天數超過 30 天的超長住院之個案占率 16.2%，耗用所有腦中風住院人日總和 55.2%，住院費用總和 56.4%。超長住院個案仍多留滯在中大型醫院：醫學中心 53.6%、區域醫院 38.7%，地區醫院只佔 7.7%。現況顯示腦中風病患亟需急性後期照護，對有復健潛能者應可考慮優先轉承急性後期照顧。因國內各單位推動急性後期照護日趨成熟，經保險人召開多次專家會議，選擇共病及跨科較多之急性腦血管疾病(CVD)，優先試辦急性後期照護模式及轉銜系統之計畫，視試辦成果逐步推廣至其他有急性後期需求領域。保險人根據各專業團體提供具實證之專業建議(包括台灣腦中風學會，聯合復健醫學會、老年醫學會、物理治療師、職能治療師、聽力語言治療師等相關公會)完成「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫-以腦中風為例(Post-acute Care -Cerebrovascular Diseases)簡稱 PAC-CVD)」，提供支付誘因，期待提升急性後期照護品質，促進醫療垂直整合轉銜系統建立，並使腦中風病人在急性期後之失能及早恢復，減少病人長期失能風險，減輕健保醫療、家庭與社會負擔，達到多贏的目標。

貳、計畫總目標

- 一、 建立台灣急性後期照護模式，以提升急性後期照護品質。
- 二、 建立急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統，以提升病人照護之連續性。
- 三、 確立急性後期照護之完整性及有效性，對治療黃金期之病人給予積極性之整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出。

參、策略

- 一、 規劃急性後期照護體系與合理的支付方式，提升急性後期照護品質，並以全人照護理念，建立急性後期照護的模式。
- 二、 支付誘因採「論日支付」及「論質支付」支付模式，按醫療耗用密集度與病人進步情形，訂定合理的支付點數與支付期限。
- 三、 本計畫將分階段導入，逐步達成全面推動。

(一) 第 1 階段(試辦期 2 年，必要時得延長 1 年。試辦期間視需要得導

入其他疾病)：重點在於徵求專業團隊參與試辦，目的在建立腦中風病人急性後期照護模式，以提升急性後期照護品質；發展腦中風病人急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統，以提升病人照護之連續性；確立急性後期照護之完整性及有效性，減輕腦中風病人失能程度。包括建立具有結構面、過程面、結果面品質標準之腦中風整合性照護系統。

(二) 第2階段(擴大試辦期2年)：重點在徵求專業團隊試辦推廣，目的藉由試辦期經驗，推廣急性後期照護模式至其他疾病。

(三) 第3階段(推廣期)：重點在於擴大參與，目的在受益病人數與參與團隊數量持續增加，並可應用為急性醫療照護銜接急性後期、長期照護的有效照護模式。

肆、計畫期間：自103年1月1日至103年12月31日止。

伍、預算來源

本計畫「急性後期照護與高強度復健」、「急性後期照護與一般強度復健」醫療費用，由計畫執行期間之全民健康保險年度醫院醫療給付費用總額項下支應，本計畫評估費由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。

陸、照護模式

一、試辦範圍：

(一) 依個案進入 PAC-CVD 的「起始功能狀況」及「具積極復健潛能」為分級依據，按腦中風病患可能的照護路徑規畫五種「急性後期功能群組」(Function-related Group, 以下稱 FRG)。

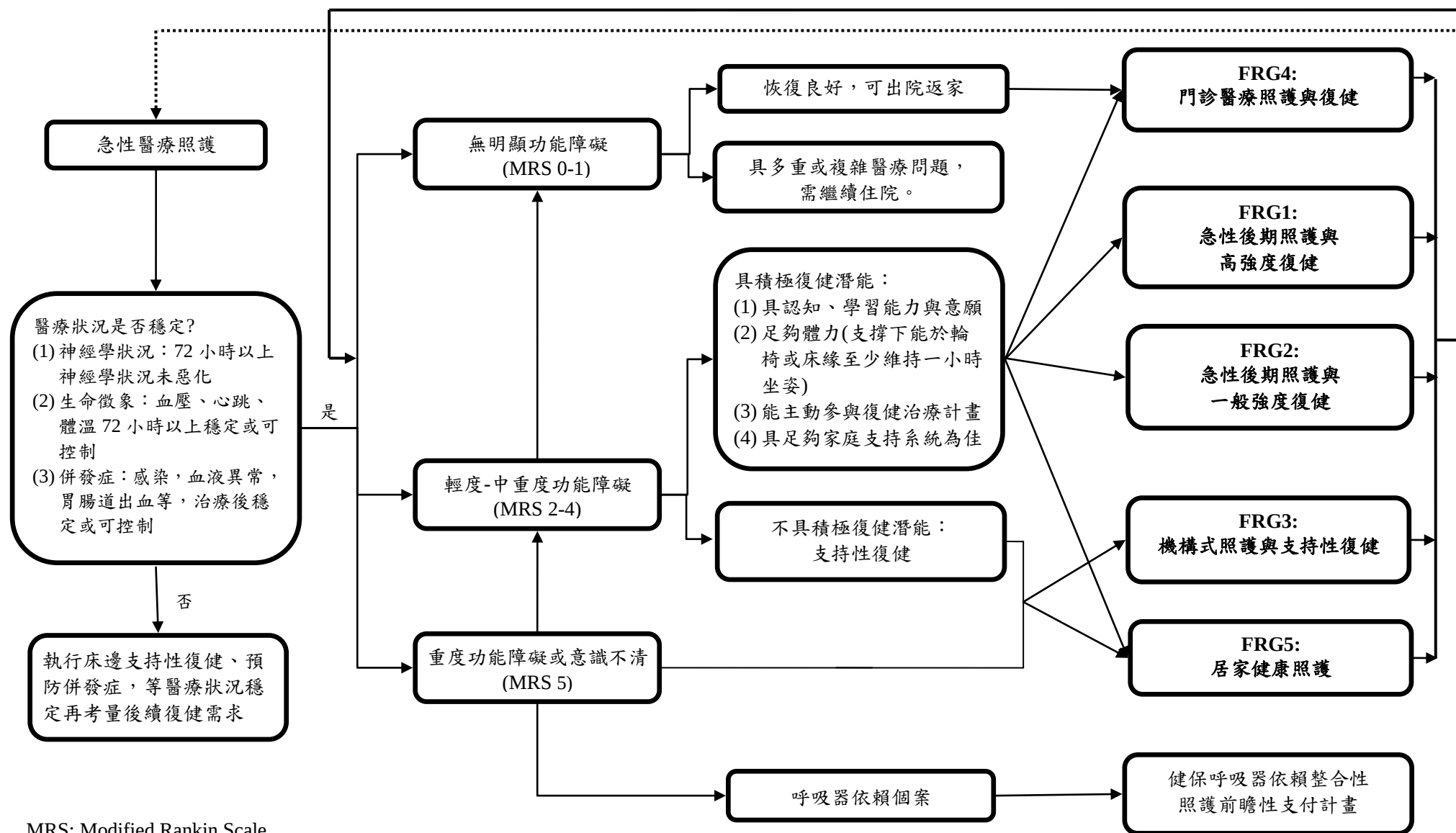
(二) 本計畫支付適用範圍：FRG1(急性後期照護與高強度復健)、FRG2(急性後期照護與一般強度復健)兩項，其餘 FRG3(機構式照護與支持性復健)、FRG4(門診醫療照護與復健構式)、FRG5(居家健康照護)，依現行全民健保相關規定辦理。

(三) 個案給付期間：以脫離急性期、進入 PAC-CVD 系統起 3-6 週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到 12 週，如申請展延審查結果不同意，自本署通知日起不給付費用。計畫返家者，包含銜接居家環境服務，或與長期照護管理中心聯繫(符合長期照護收案對象)。

二、提供照護之場所：

限在健保特約之區域醫院、地區醫院住院試辦。

三、PAC-CVD 整合性照護流程，詳如下圖。



MRS: Modified Rankin Scale

PAC-CVD 整合性照護流程圖

四、 PAC-CVD 功能群組照護服務內容，詳如附錄 1「PAC-CVD 各功能群組照護服務內容一覽表」，另急性後期復健治療內容提供如下：

- (一) 物理治療內容：物理治療評估及計畫擬定，包括成效評量、居家環境、輔具需求及家庭支持評量。物理治療主要藉由運動治療及動作誘發促進技術來協助恢復身體動作控制和功能自主。少數需要物理因子，如冷/熱/電療為輔助療法。
1. 疾病初期或非積極復健期者，包含關節活動度運動、牽拉運動、復健機械或人工輔助療法、傾斜台訓練、按摩、關節鬆動術、床上運動、知覺認知訓練、和呼吸排痰等，協助患者恢復和預防繼發性損傷或失能；玻巴斯神經發展治療法或本體受器神經肌肉誘發促進技術，促進感覺動作整合、誘發患者動作恢復等。
 2. 積極復健期者，包含床上和墊上運動、動作再學習、任務取向訓練、早期承重懸吊式跑步機訓練法、雙重任務訓練、復健機械或人工輔助療法、虛擬實境訓練、行動輔具使用等，以達到增強肌力、肌耐力、姿態控制、平衡、步態、協調能力與心肺耐力的訓練目標，同時兼具認知訓練功用。玻巴斯神經發展治療法或本體受器神經肌肉誘發促進技術，促進感覺動作整合、誘發患者動作恢復等。
 3. 上肢運動治療，使用功能性電刺激、侷限療法、玻巴斯神經發展治療法、本體受器神經肌肉誘發促進技術、機械輔助療法及虛擬實境訓練等。
 4. 少數情況下，使用物理因子輔助療法：冷熱交替刺激法用於降低肌肉張力，或冷療/熱療/電療/水療用於處理肩部疼痛。
- (二) 職能治療內容：職能治療評估及計畫擬定。預防繼發性損傷、失能預防。日常生活活動功能訓練（治療性活動設計）、活動治療、社交功能訓練。社區/社會參與訓練、心理社會適應。團體治療、休閒運動功能訓練、動作障礙：當代矯治性治療（侷限誘發療法、雙肢訓練、鏡像治療；機械輔助療法）、任務導向治療、改善與動作有關之個人因素、處理次發性損害、強化動作恢復、利用活動改善動作、感知覺、認知技巧、利用活動改善下肢功能及平衡；利用活動改善動上肢動作技巧。感覺、知覺、認知障礙：視知覺矯治性與適應性療法、忽略症矯治性療法與多重情境療法、失用症適應性療法與代償策略訓練、注意力損傷矯治性與適應性療法、記憶損傷矯治性與適應性療法、執行功能矯治性與多重情境療法。輔具、副木與居家環境改造。

- (三) 語言治療內容：含吞嚥或語言功能電刺激、口腔功能訓練、咽部肌肉功能訓練、間接吞嚥運動訓練、吞嚥反射誘發訓練、吞嚥代償技巧訓練、安全吞嚥技巧訓練、安全進食及喝水訓練、發聲訓練、聲帶功能訓練、說話清晰度訓練、溝通輔具評估與訓練、聽覺理解訓練、口語表達訓練、語言認知訓練、閱讀理解訓練、書寫語言訓練、非口語溝通技巧訓練、語言溝通與吞嚥障礙諮詢等健保支付項目。

柒、實施對象

一、符合本保險公告重大傷病之急性腦血管疾病(限急性發作後一個月內)之病人，醫療狀況穩定，功能狀況具有輕度至中重度功能障礙(MRS 2-4)，於參與本計畫之醫院住院，經急性後期照護團隊判斷具積極復健潛能者。符合下列特殊個案條件者，腦中風發病 40 天內可以納入收案：

- (一) 腦中風發病兩週以後，因急性感染症而新增或調整靜脈抗生素注射藥物者。
- (二) 腦中風發病 30 天內，曾因有多重抗藥性菌株感染而需接觸隔離者。
- (三) 腦中風發病 30 天內，使用抗凝血劑，用藥四週後仍然未能調整至理想狀態(PT INR 1.5-3.0)。
- (四) 使用胰島素或口服藥物，腦中風四週後仍血糖控制不佳(空腹血糖 > 200 mg/dl)，需要嚴密監控。
- (五) 腦中風發病 30 天內，加護病房住院超過兩週者。
- (六) 腦中風發病 30 天內，發生重大合併症、併發症(如心肌梗塞、靜脈血管栓塞、急性腎衰竭)接受特殊處置及手術導致住院延長者。

二、醫療狀況穩定定義：

- (一) 神經學狀況：72 小時以上神經學狀況未惡化。
- (二) 生命徵象：血壓、心跳、體溫 72 小時以上穩定或可控制。
- (三) 併發症：感染，血液異常，胃腸道出血等，治療後穩定或可控制。

三、功能狀況分級定義：

進入 PAC-CVD 的起始功能狀況以 Modified Rankin Scale (MRS) 為分級標準：無明顯功能障礙 (MRS 0-1)、輕度~中重度功能障礙 (MRS 2-4)，及重度功能障礙或意識不清 (MRS 5)。MRS 分級標準：

- (一) 0 - No symptoms.
- (二) 1 - No significant disability. Able to carry out all usual activities, despite some symptoms.
- (三) 2 - Slight disability. Able to look after own affairs without assistance, but unable to carry out all previous activities.
- (四) 3 - Moderate disability. Requires some help, but able to walk unassisted.
- (五) 4 - Moderately severe disability. Unable to attend to own bodily needs without assistance, and unable to walk unassisted.
- (六) 5 - Severe disability. Requires constant nursing care and attention, bedridden, incontinent.

(七) 6 - Dead.

四、具積極復健潛能判定原則：

- (一) 具基本認知、學習能力與意願。
- (二) 具足夠體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。
- (三) 能主動參與復健治療計畫。
- (四) 具足夠家庭支持系統者為佳。

五、結案條件：

- (一) 個案功能顯著進步，經急性後期照護團隊評估，可出院回家進行自我復健者。
- (二) 連續 2 次個案功能評估，經急性後期照護團隊總評，未進步或降低者。
- (三) 經急性後期照護團隊評估，已不具復健潛能者。
- (四) 進入急性後期照護時間，超過 12 週上限者。
- (五) 保險對象自動放棄或自行中斷急性後期照護者。
- (六) 死亡。

六、保險對象應自行負擔之住院費用，依重大傷病規定及比照慢性病房收取：三十日以內，百分之五；三十一日至九十日，百分之十。

註：急性腦血管疾病急性發作後一個月內之就醫，免自行負擔費用，急性發作起算日，依跨醫院團隊聯繫逕行認定。

捌、參與試辦條件

- 一、醫院應採跨院際整合團隊模式提出申請。跨院際整合團隊，應指派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、執行報告、聯繫管道及經費撥付等事宜(醫學中心除急性後期病患轉出醫院評估費用，不得申報本計畫其他支付項目費用)，且收案對象需為同院際團隊之病人。
- 二、申請通過參加試辦計畫之合作團隊中，醫學中心為轉出醫院，符合本計畫收案對象(醫療狀況穩定，功能狀況具有輕度至中重度功能障礙(MRS 2-4))之腦中風病人，原則上需下轉病人至下游急性後期照護醫院(簡稱承作醫院)。
- 三、參與計畫之跨院際整合團隊之醫院，於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。非主責醫院停約 1 個月不在此限。
- 四、承作醫院需提供復健治療服務(含物理治療、職能治療及語言治療)，且復健醫療設施與相關專業人員標準需符合醫療機構設置標準第三條(附表一綜合醫院/醫院設置標準)規定。

- 五、申請試辦計畫的跨院際整合團隊，應成立「急性後期照護團隊」，團隊應設置專責醫師，負責協調跨專業領域團隊運作，團隊成員包括 PAC-CVD 相關科別醫師（神經科、神經外科、內科、家醫科或復健科任一有腦血管疾病照護經驗醫師）、承作醫院需有專任護理人員、物理治療師、職能治療師、語言治療師、藥師、營養師及社工人員，至少各 1 名，其餘未竟事宜依其他相關規定辦理。承作之地區醫院得視實際照護病人需要，經報備同意後，語言治療師得採兼任方式辦理。
- 六、承作醫院需在已有的現有病床中劃出「急性後期照護單位」，明確與一般病床區隔。
- 七、「急性後期照護團隊」應對每位參加本計畫個案，訂定個人專屬之急性後期照護計畫(care plan)。
- 八、申請本計畫的跨院際整合團隊，應於所提計畫書評選通過後述明「急性後期照護單位」之床位數、床位編號、照護人力(專業別、人數、專任或兼任、各類人員醫病比)及照護設備。
- 九、每 4 床至少需 1 位物理或職能或語言治療人員(治療師或治療生皆屬治療人員)。承作醫院相關治療人員扣除每日申報上限人次之治療人員數後，皆可列入計算。
- 十、急性後期照護團隊，應派成員參與本計畫相關執行說明會(含訓練)。
- 十一、參與機構標準及需辦理事項，詳如下表。
- 十二、計畫執行期間，主管機關公告中期照護病房設置標準，承作醫院需於保險人規定一定期限內符合該公告標準。

PAC-CVD 之參與機構標準及需辦理事項

急性醫療醫院標準及需辦理事項	承作醫院標準及需辦理事項
1. 全民健保特約之醫學中心、區域醫院、地區醫院，依照各專業學會腦中風治療指引、衛生福利部(前衛生署)腦中風緊急醫療評鑑規範，提供腦中風病人急性醫療照護之醫院。 2. 參與本計畫跨院際整合團隊，參與該整合團隊之「急性後期照護團隊」運作。 3. 依個案的醫療狀況、功能狀況及「具積極復健潛能」為依據，規劃腦中風病患適當之 PAC-CVD 整合性照護流程。 4. 辦理出院準備服務。 5. 對符合試辦計畫個案(FRG1、FRG2)辦理轉出醫院評估。 6. 辦理個案急性後期照護跨院轉銜措施。	1. 全民健保特約之區域醫院、地區醫院，具急性醫療作業能力，試辦醫院需提供復健治療服務(含物理治療、職能治療及語言治療)，且復健醫療設施與相關專業人員標準需符合醫療機構設置標準第三條(附表一)規定。 2. 組成本計畫跨院際整合團隊及「急性後期照護團隊」，主導該整合團隊之「急性後期照護團隊」運作。 3. 個案入住 72 小時內提出個案急性後期照護計畫及目標。 4. 召開急性後期照護團隊會議，辦理評估。 5. 承接醫院於個案入住 72 小時內完成「急性後期照護個案功能評估表」期初評估。 6. 照護團隊依所擬計畫提供復健護理服務，每間隔 3 週進行「急性後期照護個案功能評估表」期中評估，評估寬限期 3 天。 7. 辦理結案評估（含銜接居家環境及照管中心聯繫）。

玖、個案評估方式

一、以急性後期照護團隊會議方式進行：

- (一) 參與人員：急性後期照護團隊成員。
- (二) 會議頻率：收案會議，結案會議，定期會議每三週一次。
- (三) 會議記錄：會議內容呈現於病歷，會議簽到表備查。
- (四) 紀錄內容：收案條件，結案條件，專業成效評量與目標設定，出院準備。
- (五) 品質管理指標：定期召開率 98%以上，病歷完成率 100%。

二、評量時機：

- (一) 轉出醫院評估。
- (二) 承接醫院初評。
- (三) 期中每 3 週評估。
- (四) 結案評估包含銜接居家環境服務，或與長期照護管理中心聯繫(符合長照收案對象)。

三、成效評量工具：本計畫之個案功能評估，需進行下列各面向之評估。

- (一) 整體功能狀態。
- (二) 基本日常生活功能。
- (三) 吞嚥、進食功能。
- (四) 營養評估。
- (五) 健康相關生活品質。
- (六) 工具性日常生活功能。
- (七) 姿勢控制、平衡功能。
- (八) 步行能力、整體行動功能。
- (九) 心肺耐力。
- (十) 感覺功能評估。
- (十一) 認知、知覺功能評估。
- (十二) 職能表現。
- (十三) 重返社會能力評估。
- (十四) 語言功能評估。

四、出院準備服務：各階段醫療院所皆應提供出院準備計畫，出院準備計畫應包括下列事項：

- (一) 居家照護建議
- (二) 復健治療建議
- (三) 社區醫療資源轉介服務
- (四) 居家環境改善建議

- (五) 輔具評估及使用建議
- (六) 轉銜服務
- (七) 生活重建服務建議
- (八) 心理諮商服務建議
- (九) 其他出院準備相關事宜

拾、支付標準：

- 一、 支付標準內容(詳附件 1、提升急性後期照護品質試辦計畫支付標準)，其餘未竟事宜依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」辦理。
- 二、 醫療費用申報及審查原則
 - (一) 申報原則：
 - 1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理。
 - 2. 試辦醫院需於健保資訊網服務系統(VPN 系統)，上傳參與計畫個案及評估結果資料，並登錄必要欄位。
 - (二) 審查原則
 - 1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付本計畫該筆評估費用，並依相關規定辦理；另該筆評估費用被核刪後不得再申報。
 - 2. 其餘未規定事項，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理。

拾壹、本計畫整體成效衡量

- 一、 成效核心指標，分為 MRS 2~4 三個等級分別統計。
 - (一) Modified Rankin Scale (MRS)。
 - (二) Barthel Index。
- 二、 急性後期照護品質 PAC 品質監測指標，詳附件 2，以衡量本方案整體成效。

拾貳、執行配套措施

- 一、 計畫管理機制
 - (一) 保險人負責研議總體計畫架構模式、行政授權與協調，辦理醫院團隊之評選。
 - (二) 保險人各分區業務組負責受理及初審轄區醫院團隊之申請計畫，輔導醫院團隊計畫之執行、指標之計算與費用核發。
 - (三) 各計畫醫院團隊，執行急性後期照護個案之相關健康照護。主責醫院負責提出計畫之申請，團隊間之醫療資源協調整合、醫療服務之

提供及醫療費用之分配作業。

- (四) 參與試辦團隊積極參與急性後期臨床照護訓練、經驗交流分享，共同提升急性後期照護品質。

二、~~團隊之主責醫院或參與醫院，於辦理期間，若因違反特管辦法致受停約處分(含行政救濟程序進行中尚未執行處分)，為保障保險對象醫療照護之延續性，醫院團隊得重新選定主責醫院，並經保險人同意後繼續執行本計畫，或終止參加本計畫。凡經停約處分或終止參加本計畫者，自保險人第一次發函處分停約日或核定終止日起，不予核付本計畫支付項目費用。本項移至退場機制~~

三二、保險人於本計畫試辦期間，對於參與計畫之醫院或跨院際整合的急性後期照護團隊，得不定期實地審查輔導(內容：設置標準及病床、人員配置、照護計畫(care plan)執行效度及病患評估信度等)；若經查不實，依本保險相關規定辦理。實地審查成員，包括保險人及其分區業務組或諮詢專家。

拾叁、計畫申請方式

醫院團隊應於 102 年 11 月 30 日(含)前檢附計畫書 10 份，向保險人各分區業務組提出申請(以郵戳為憑)。

拾肆、計畫審查作業

- 一、計畫書經保險人分區業務組初審，符合本計畫基本標準者，送保險人評選。
- 二、保險人邀請專家學者召開會議進行複審，並得邀請醫院團隊列席口頭報告。經保險人評選同意，並於全球資訊網公布最優試辦院所團隊名單。給予獲選醫院團隊準備時間，經保險人分區業務組確認並發函同意之次日起生效，各獲選團隊至遲應於 103 年 3 月 1 日起實施。

三、審查項目及配分：

項次	評 選 項 目	配分 (%)
1	是否符合本計畫之需求、本計畫之評估、背景資料、照護模式、轉銜系統及計畫完整性與合理性(含執行方法及步驟之周詳及可行性、人力及醫病配置適切性、如何跨院提供整合式服務、確保急性後期病人轉銜順暢措施，團隊內各醫院照護品質之確保，病人合併症、併發症處理能力等)	40

項次	評 選 項 目	配分 (%)
2	計畫之預期效益、效益指標、期程、執行進度及期限規劃之合理性（含品質控管、保證措施、完成 PAC 照護後，對病人出院後持續追蹤照護措施等）。	20
3	計畫預期目標及專業執行能力、適當性與相關工作成果（含專業資訊）能力、相關計畫承辦經歷、組織規模、技術人力、醫院設備及過去辦理類似案件之經驗及執行能力，包含相關人力品質、如何確保團隊人員辦理量表評估之一致性。	30
4	團隊提供之急性後期照護之特色、創新與發展性。	10
總計		100

拾伍、實施期程及評估

- 一、參加醫院團隊應於計畫執行後，每半年提送執行成果報告（包含計畫運作執行現況、個案功能改善程度、再住院率、PAC 平均住院天數、出院後回歸居家或社區的措施等），全期完成應提出總報告予保險人分區業務組，俾作為未來是否續辦之考量。
- 二、保險人將彙整各醫院團隊所提執行報告，進行整體執行成效之評估，作為繼續或全面實施之依據。

拾陸、新增醫院及退場機制(新增)

- 一、104 年起，現有獲選之醫院團隊可繼續參加試辦，以不接受新增醫院團隊為原則，但個別醫院可申請加入現有醫院團隊，由主責醫院提送修訂後計畫書，經分區審查通過後准予參與試辦(包含人力設備等實地審查)。
- 二、參與試辦醫院，未依規定每半年繳交成果報告、實地輔導或參與試辦有待改善事項，經過分區業務組發函 2 次皆未改善者，應退出本計畫。
- 三、參與試辦醫院，於辦理期間，若因違反特管辦法致受停約處分（含行政救濟程序進行中尚未執行處分），應退出本計畫，停約 1 個月不在此限。若主責醫院遭退場，為保障保險對象醫療照護之延續性，醫院團隊得重新選定主責醫院，並經保險人同意後繼續執行本計畫，或終止參加本計畫。凡經停約處分或終止參加本計畫者，自保險人第一次發函處分停約日或核定終止日起，不予核付本計畫支付項目費用。

拾陸柒、其他事項

- 一、 辦理本計畫核發作業後，若有醫院團隊提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入補付者，其核發金額將自當年其他預算部門本計畫項下支應。
- 二、 本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

「提升急診後期照護品質試辦計畫」申請書內容與格式

- 一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位、計畫執行期間。
 - 二、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由上而下，由左而右，標楷體 14 號字型，橫式書寫。
 - 三、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：
 - (一)申請機構全銜及計畫名稱。
 - (二)現況分析(含現行及預期急性後期照護病人數)。
 - (三)計畫之目標。
 - (四)計畫內容(分項說明)，包含下列各項：
 1. 跨院際整合醫院團隊之組成與運作方式，包含如何跨院提供整合式服務、確保急性後期病人轉銜順暢措施。
 2. 急性後期照護團隊之組成(請檢附相關文件)，包含各專業照護人力專業別、人數、專任或兼任、各類人員醫病比。相關人力品質、如何確保團隊人員辦理量表評估之一致性。
 3. 急性後期照護相關設備：「急性後期照護單位」之床位數、床位編號，所能提供急性後期照護服務及設備。
 4. 團隊內各醫院照護品質之確保，病人合併症、併發症處理能力。
 5. 團隊提供之急性後期照護之特色與發展性。
 - (六)預期效益(應以量化說明)：包含建立對照組、避免病人篩選措施(selection bias)、實驗組與對照組之校正。
 - (七)應辦理工作項目及進度(Gantt Chart)。
- 註：計畫書之人員、設備應區分現有或規劃承諾，評選通過後需符合，經保險人分區業務組確認並發函同意之次日起生效，各獲選團隊至遲應於 103 年 3 月 1 日起實施。

參考文獻：

1. Department of Health and Human Services Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare Program; Proposed & Final Changes to the Hospital Inpatient Prospective Payment Systems and Fiscal Year 2009 Rates; Federal Register. Available from: URL: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/PPS-Regulations-and-Notices-Items/CMS1227598.html>.
2. Hoverman C, Shugarman LR, Saliba D, Buntin MB. Use of postacute care by nursing home residents hospitalized for stroke or hip fracture: how prevalent and to what end? *J Am Geriatr Soc* 2008;56(8):1490-6.
3. Kane RL, Lin WC, Blewett LA. Geographic variation in the use of post-acute care. *Health Serv Res* 2002;37(3):667-82.
4. Buntin MB, Colla CH, Deb P, Sood N, Escarce JJ. Medicare spending and outcomes after postacute care for stroke and hip fracture. *Med Care*. 2010;48:776-84.
5. Tseng M, Lin H. Readmission after hospitalization for stroke in Taiwan: results from a national sample. *J. Neurol Sci* 2009;284:52-5.
6. Lee HC, Chang KC, Lan CF, Hong CT, Huang YC, Chang ML. Factors associated with prolonged hospital stay for acute stroke in Taiwan. *Acta Neurol Taiwan* 2008;17(1):17-25.
7. 吳冠穎, 吳肖琪, 洪燕妮, 吳君誠, 林麗嬋, 胡漢華. 台灣腦中風病人急性後期照護需要之探討. *台灣衛誌* 2012;31(3):251-62.
8. Chang KC, Lee HC, Huang YC, Hung JW, Chiu HE, Chen JJ, Lee TH. Cost-effectiveness analysis of stroke management under a universal health insurance system. *J Neurol Sci* 2012;323(1-2):205-15.
9. Chen LK, Chen YM, Hwang SJ et al. Effectiveness of community hospital-based post-acute care on functional recovery and 12-month mortality in older patients. *Ann Med* 2010 Dec;42(8):630-6.
10. Wei-Ju Lee, Li-Ning Peng, Yuan-Yang Cheng, Ching-Yi Liu, Liang-Kung Chen, Hann-Chin Yu. Effectiveness of Short-Term Interdisciplinary Intervention on Postacute Patients in Taiwan. *J Am Med Dir Assoc* 2011;12:29-32.
11. Wei-Ju Lee, Ming-Yueh Chou, Li-Ning Peng, Chih-Kuang Liang, Li-Kuo Liu, Chien-Liang Liu, Liang-Kung Chen, Yung-Hung Wu, and VAIC Study Group. Predicting clinical instability of older patients in post-acute care units: A nationwide cohort study. *Geriatr Gerontol Int* (2013).
12. 吳肖琪. 急性醫療與慢性照護的橋樑--亞急性與急性後期照護. *護理雜誌* 2008;55(4):5-10.
13. 戴桂英, 吳淑瓊, 江東亮. 美國老人醫療保險急性後期照護的發展. *台灣衛誌* 2006;25(5):323-9.
14. Pratt J. Long-Term Care: Managing Across the Continuum. 3rd ed, Maynard: Jones & Bartlett Learning, 2009.
15. Lee HC, Chang KC, Huang YC, Lan CF, Chen JJ, Wei SH. Inpatient rehabilitation utilization for acute stroke under a universal health insurance system. *Am J Manag Care* 2010;16(3):e67-e74.

附件 1-1

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫—以腦中風為例 每日照護費支付標準表

通則：

1. 各診療項目所定點數，已包含所需之住院診察費、病房費、護理費、檢查費、及復健治療費等費用。個案因病情需要，於住院期間執行其餘非屬本計畫支付之項目(藥費、藥事服務費、治療處置費、手術費、副木材料費、管灌飲食、符合條件之吞嚥攝影檢查)，得按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準申報。
2. 保險對象住院，以入住急性一般病床、經濟病床、慢性病床為原則；超等住院者，由保險對象按自付其差額。
3. 高強度復健係指每日需治療3-5次；一般強度復健係指每日需治療1-3次。治療內容包含物理治療、職能治療或語言治療之治療項目3項(含)以上，醫院得依個案病情需要調整每日各治療種類之次數。
4. 院所申報本計畫費用時需比照現行復健治療申報方式，另行填列各治療種類之細項治療項目。
5. 本計畫支付標準及本保險支付標準所列支付項目，參與試辦醫院不得向參與本計畫之個案收取自費。
6. 日間住院相關診療項目不適用入住各類療護機構之個案。

編號代碼	診療項目	支付點數
	腦中風病患急性後期照護與高強度復健費用	
P5101B	-前3週(每日必需治療3-5次)	3486
P5102B	-前3週(因醫院或病人偶發原因，當日治療<3次)	2016
P5103B	-前3週(週日或國定假日)	1200
P5104B	-第4週至第12週(每日必需治療3-5次)	2788
<u>P5191B</u>	<u>-第4週至第12週(每日必需治療3-5次)加成部分</u>	<u>698</u>
P5105B	-第4週至第12週(因醫院或病人偶發原因，當日治療<3次)	1613
<u>P5192B</u>	<u>-第4週至第12週(因醫院或病人偶發原因，當日治療<3次)</u> <u>加成部分</u>	<u>403</u>
P5106B	-第4週至第12週(週日或國定假日)	1200
	腦中風病患急性後期照護與一般強度復健費用	
P5107B	-前3週(每日必需治療1-3次)	2310
P5108B	-前3週(因醫院或病人偶發原因，當日無法治療)	1200
P5109B	-前3週(週日或國定假日)	1200
P5110B	-第4週至第12週(每日必需治療1-3次)	1848

編號代碼	診療項目	支付點數
<u>P5193B</u>	<u>-第4週至第12週(每日必需治療1-3次)加成部分</u>	<u>462</u>
P5111B	-第4週至第12週(因醫院或病人偶發原因，當日無法治療)	1200
P5112B	-第4週至第12週(週日或國定假日)	1200
P5119B	腦中風病患急性後期照護與高強度日間住院復健費用 -第1至3週(非週日或國定假日，每日必需治療3-5次)	3056
P5120B	-第1至3週(非週日或國定假日，因醫院或病人偶發原因，當日治療<3次)	1586
P5121B	-第4至12週(非週日或國定假日，每日必需治療3-5次)	2444
<u>P5194B</u>	<u>-第4至12週(非週日或國定假日，每日必需治療3-5次)加成部分</u>	<u>612</u>
P5122B	-第4至12週(非週日或國定假日，因醫院或病人偶發原因，當日治療<3次)	1268
<u>P5195B</u>	<u>-第4至12週(非週日或國定假日，因醫院或病人偶發原因，當日治療<3次)加成部分</u>	<u>318</u>
	註：治療項目 1. 物理治療 PACPT1 電療 PACPT2 熱/冷療 PACPT3 水療 PACPT4 被動性關節運動 PACPT5 牽拉運動 PACPT6 按摩 PACPT7 鬆動術 PACPT8 降張力技術 PACPT9 傾斜床訓練 PACPT10 床上運動 PACPT11 姿態訓練 PACPT12 肌力訓練 PACPT13 耐力訓練 PACPT14 神經誘發技術 PACPT15 動作學習技術 PACPT16 平衡訓練 PACPT17 協調訓練 PACPT18 行走訓練 PACPT19 心肺功能訓練 PACPT20 呼吸排痰訓練 PACPT21 輔具評估及訓練	

編號代碼	診療項目	支付點數
	2. 職能治療 PACOT1 姿態訓練 PACOT2 被動性關節運動 PACOT3 坐站平衡訓練 PACOT4 移位訓練 PACOT5 減痙攣活動 PACOT6 運動知覺訓練 PACOT7 知覺認知訓練 PACOT8 肌力訓練 PACOT9 協調訓練 PACOT10 動作再學習技巧	
	PACOT11 上肢(下肢)功能訓練 PACOT12 日常生活活動功能訓練 PACOT13 休閒運動治療 PACOT14 活動治療 PACOT15 輔具評估及訓練 PACOT16 副木製作 PACOT17. 失能防治介入 PACOT18. 上(下)肢矯治性治療 PACOT19. 感覺功能再訓練 PACOT20. 居家環境評估與改造	
	3. 語言治療 PACST1 聽覺理解訓練 PACST2 聽辨訓練 PACST3 視聽迴饋法 PACST4 發聲訓練 PACST5 口語表達訓練 PACST6 溝通輔具評估與訓練 PACST7 說話清晰度訓練 PACST8 節律訓練 PACST9 語言認知訓練 PACST10 閱讀理解訓練 PACST11 書寫語言訓練 PACST12 口腔功能訓練 PACST13 吞嚥反射刺激及誘發 PACST14 吞嚥技巧訓練	

註：吞嚥攝影檢查於本計畫可以核實申報之適用條件：

1. 反覆性肺炎。

- 2. 進食時有明顯噎咳。
- 3. 講話有明顯的濕泡聲。
- 4. 吞嚥障礙高危險受傷區：腦幹及多次中風。
- 5. 中風前已有吞嚥障礙病史。
- 6. 一年內曾留置氣切內管 $\geq$ 30 天以上。
- 7. 目前留置氣切管。
- 8. 欲移除鼻胃管，經評估有需求者。
- 9. 其他疑有吞嚥障礙之危險，如：合併有嚴重活動及智能障礙。

附件 1-2

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫—以腦中風為例 個案評估費支付標準表

編號代碼	診療項目	支付點數
P5113B	同團隊下轉醫院評估費(上游醫院醫師及團隊) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 須製作個案病況及轉銜確認報告書，並存放於病歷備查(參考格式如后附表 1)。下轉評估至少需完成核心量表。 3. 區域醫院、地區醫院轉本院 PAC 單位不得申報，同團隊醫院跨院下轉成功方得申報。	2000
P5114B	承作醫院評估費(初次) 註: 1. 本項適用於個案轉銜至急性後期照護醫院後之初次評估，每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括病患情緒引導及處理，及與病患或其家屬說明評估結果、整項治療計畫及溝通確認雙方治療目標，並製作個案初次評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 2)	1000
P5115B	承作醫院評估費(複評) 註: 1. 個案經轉銜後限每 3 週申報一次。 2. 評估內容包括向病患或其家屬說明評估結果及是否修正治療目標及計畫，並製作個案治療成效期中評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 3)。 3. 適合日間照護病人，團隊可提前辦理第 1 次複評，不需第 3 週方進行評估。	400 1000
P5116B	結案評估費(收案>3 週結案) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式，並製作結案之出院轉銜評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 4)	1200
P5117B	結案評估費(收案≤3 週結案) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式，並製作結案之出院轉銜評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 4)	1500
P5118B	不同團隊下轉醫院評估費(上游醫院醫師及團隊) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 須製作個案病況及轉銜確認報告書，並存放於病歷備查(參考格式如后附表 1)。下轉評估至少需完成核心量表。 3. 區域醫院、地區醫院轉本院 PAC 單位不得申報，不同團隊但需為獲選試辦醫院下轉成功方得申報。	1600

編號代碼	診療項目	支付點數
P5123B	<u>急性醫療醫院轉銜作業獎勵費</u> 註： 1.每人每次發病限申報一次。 2.需完成以下規定作業： (1)需提供病人或家屬 PAC 個案管理及衛教說明(留有完整諮詢內容紀錄、衛教時間至少 30 分鐘、病人或家屬簽名)。 (2)準備出院病摘、轉銜確認報告書外，需提供承作醫院出院前 3 天病程紀錄(電子資料亦可)、生命徵象、護理紀錄、藥歷紀錄、重要注意事項等。 (3)提供優質的個案管理轉銜作業，提供跨院住院轉診服務，病人免經掛號直接入住承作醫院病房。 (4)針對 MRS 4 分病患，若能拍攝活動影片向病人或承作醫院衛教說明者，加計 50%。	1000
P5124B	<u>急性醫療醫院醫事人員訪視獎勵費</u> 註： 1.每位病人最多申報 3 次(限前 3 週每週一次)。 2.急性醫療醫院主治醫師或 PAC 團隊成員(需含醫師)至承作醫院探訪病人且留有紀錄，直接與承作醫院團隊成員溝通病情，並增加病人信心。	1000
P5125B	<u>承作醫院醫事人員居家訪視獎勵費</u> 註： 1.每位病人最多申報 2 次(出院前後各 1 次)。 2.病人結案前後，承作醫院 PAC 團隊成員至病人家訪視且留有紀錄，提供家屬居家照護衛教指導，及居家環境改造建議，時間至少 30 分鐘，促進病人健康返家回歸社區。 3.若團隊 2 名(含)以上成員訪視者，加計 50%。	1000
	<u>主責醫院提升團隊照護品質獎勵費</u> 1.應召開跨院際醫院團隊會議，辦理個案研討、轉銜作業協調、教育訓練、提升試辦品質措施、彙總及檢討團隊內所有醫院品質指標、提供對照組等提升照護品質活動，上述活動應填報列於每半年繳交之成果報告書。 2.每家主責醫院全年 6 萬點，本項免申報費用，分區業務組每半年審查成果報告書確認填報提升照護品質活動後，以補付方式辦理。	60000

附件 1-2 之附表 1

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫－轉出醫院之個案病況及轉銜確認報告書（參考格式）

急性醫療醫院	個案姓名		急性醫療醫院名稱	
	生日		身分證字號	
	填表日			
	發病日		診斷	
	出院日			
	急性期主要處置(手術)			
	核心量表	面向	分數	備註
		1. 整體功能狀態		
		2. 基本日常生活功能		
		3. 吞嚥、進食功能		
		4. 營養評估		
		5. 健康相關生活品質		
		6. 工具性日常生活功能		
	專業量表	7. 姿勢控制、平衡功能		
		8. 步行能力、整體行動功能		
		9. 心肺耐力		
		10. 感覺功能評估		
		11. 認知、知覺功能評估		
		12. 職能表現		
		13. 重返社會能力評估		
14. 語言功能評估				
	其他			
治療方向建議	功能群組： ☐ 高強度復健（FRG1） ☐ 一般強度復健（FRG2） 治療種類： ☐ 物理治療 ☐ 職能治療 ☐ 語言治療			
急性後期照護醫院需要條件				
建議急性後期照護醫院名稱				
急性	院所名稱		電話或傳真	

第一聯：接受轉入醫院留存

第二聯：接受轉入醫院回覆轉出醫院

第三聯：原急性醫療醫院留存

後 期 照 護 醫 院	處理情形		☐ 已安排至本院接受住院治療 ☐ 未入院，原因如下：						
	診治 醫師	姓 名		科 別		醫師 簽章		回覆 日期	
急性醫 療醫院 簽章				急性 後期 照護 醫院 簽章			病患或家 屬簽名確 認		

附件 1-2 之附表 2

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫－承作醫院之個案 「初次評估」報告書（參考格式）

個案姓名		急性後期照 護醫院名稱	
生日		身分證字號	
填表日			
發病日		急性醫療醫 院名稱	
入院日 (收案日)		診斷	
核心量表	面向	分數	備註
	1. 整體功能狀態		
	2. 基本日常生活功能		
	3. 吞嚥、進食功能		
	4. 營養評估		
	5. 健康相關生活品質		
	6. 工具性日常生活功能		
專業量表	7. 姿勢控制、平衡功能		
	8. 步行能力、整體行動功能		
	9. 心肺耐力		
	10. 感覺功能評估		
	11. 認知、知覺功能評估		
	12. 職能表現		
	13. 重返社會能力評估		
	14. 語言功能評估		
病患預期 目標		病患情 緒引導 及處理	☐ 正常
			☐ 已處理，情緒問題：_____
治療長期 目標(需包 含功能性 目標)		治療 短期 目標	
治療預後 評估			

治療計畫 (治療種類、頻率、期程及內容)	功能群組： ☐ FRG1 高強度復健 ☐ FRG2 一般強度復健 治療種類： ☐ 物理治療 ☐ 職能治療 ☐ 語言治療 治療頻率： 治療期程： 治療內容： 是否有管路： ☐ 無 ☐ 鼻胃管 ☐ 尿管 ☐ 鼻胃管及尿管皆有 ☐ 其他 管		
急性後期 照護醫院 簽章		病患或家屬簽 名確認	

附件 1-2 之附表 3

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫－承作醫院之個案治療成效「期中評估」報告書（參考格式）

個案姓名		急性後期照護醫院名稱	
生日		身分證字號	
填表日			
發病日		診斷	
入院日(收案日)			
核心量表	面向	分數	成效
	1. 整體功能狀態		☐ 快速進步 ☐ 穩定進步 ☐ 無差異 ☐ 退步
	2. 基本日常生活功能		☐ 快速進步 ☐ 穩定進步 ☐ 無差異 ☐ 退步
	3. 吞嚥、進食功能		☐ 快速進步 ☐ 穩定進步 ☐ 無差異 ☐ 退步
	4. 營養評估		☐ 快速進步 ☐ 穩定進步 ☐ 無差異 ☐ 退步
	5. 健康相關生活品質		☐ 快速進步 ☐ 穩定進步 ☐ 無差異 ☐ 退步
	6. 工具性日常生活功能		☐ 快速進步 ☐ 穩定進步 ☐ 無差異 ☐ 退步
專業量表	7. 姿勢控制、平衡功能		☐ 快速進步 ☐ 穩定進步 ☐ 無差異 ☐ 退步
	8. 步行能力、整體行動功能		☐ 快速進步 ☐ 穩定進步 ☐ 無差異 ☐ 退步

	9.心肺耐力		☐ 快速進步 ☐ 穩定進步 ☐ 無差異 ☐ 退步
	10.感覺功能評估		☐ 快速進步 ☐ 穩定進步 ☐ 無差異 ☐ 退步
	11.認知、知覺功能評估		☐ 快速進步 ☐ 穩定進步 ☐ 無差異 ☐ 退步
	12.職能表現		☐ 快速進步 ☐ 穩定進步 ☐ 無差異 ☐ 退步
	13.重返社會能力評估		☐ 快速進步 ☐ 穩定進步 ☐ 無差異 ☐ 退步
	14.語言功能評估		☐ 快速進步 ☐ 穩定進步 ☐ 無差異 ☐ 退步
	其他		
整體成效	☐ 快速進步 ☐ 穩定進步 ☐ 無差異 ☐ 退步		
治療目標	☐ 不需修正 ☐ 需修正，修正後如下：		
治療計畫	☐ 不需修正 ☐ 需修正，修正後如下：		
急性後期照護醫院 簽章		病患或家屬簽名 確認	

附件 1-2 之附表 4

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫－「結案」之出院轉銜 評估報告書(參考格式)

個案姓名		急性後期照 護醫院名稱	
生日		身分證字號	
填表日			
發病日			
入院日 (收案日)		診斷	
預計出院 日			
核心量表	面向	分數	備註
	1. 整體功能狀態		
	2. 基本日常生活功能		
	3. 吞嚥、進食功能		
	4. 營養評估		
	5. 健康相關生活品質		
	6. 工具性日常生活功能		
專業量表	7. 姿勢控制、平衡功能		
	8. 步行能力、整體行動功能		
	9. 心肺耐力		
	10. 感覺功能評估		
	11. 認知、知覺功能評估		
	12. 職能表現		
	13. 重返社會能力評估		
	14. 語言功能評估		
	其他		
出院評估	社福長照評 估資源轉介	☐ 個案尚無轉介長照照管中心需要 ☐ 已確認個案取得長照諮詢管道 ☐ 已轉介至：_____縣市長照照管中心 ☐ 其他(長照以外社福資源)_____	
	輔具資源轉 介	☐ 個案尚無輔具或環境改造需要 ☐ 已確認個案購得或取得選購諮詢管道 ☐ 已轉介至：_____輔具中心	
	回歸居家及 社區生活	居家輔具及 環境改造建 議	☐ 尚無輔具或環境改造需要 ☐ 需要行動輔具 ☐ 需要日常生活輔具 ☐ 需要溝通輔具 ☐ 需要居家環境改造及調整

		居家活動建議及衛教	居家活動建議： 居家飲食建議： 居家照護注意事項： 其他建議：	
		生活重建服務建議		
		心理諮商服務建議		
出院後之 預計後續 照護方式	☐ 居家自行復健 ☐ 其他： ☐ 門診復健 ☐ 安置於療護機構			
管路移除情形	☐ 無 ☐ 移除鼻胃管 ☐ 移除尿管 ☐ 鼻胃管及尿管皆移除 ☐ 移除其他 <u>管路</u>			
住院期間非 計畫性管路 滑脫情形	☐ 無 ☐ 有發生			
急性後期 照護醫院 簽章			病患或家屬 簽名確認	

附件 2

急性後期照護 PAC 品質監測指標

依 MRS 等級分成 MRS2、MRS3、MRS4 等三個功能分組分別計算

(試辦第一階段列為品質監測指標，收集結果後做為第二階段擴大試辦之品質獎勵指標訂定基準值)

一、醫療共病處理成效

(一)個案收案後一年內死亡率

1. 分子:分母個案於收案後 1 年內死亡個案數 (勾稽倉儲承保檔的「保險對象資訊檔 (V_DWU_BASINS_INF)」)

2. 分母:前一年度收案個案數(含已結案及收案中)

(二)個案收案期間轉入急性病房轉入比率(即脫離醫院急性後期照護單位轉住本院其他病房或轉至他院住院)

1. 分子:分母個案於收案期間轉入急性病房個案數(含跨院)

2. 分母:當年度收案個案數(含已結案及收案中)

二、功能改善及後續適當轉銜之成效

(一)醫學中心病人下轉率

1. 分子:分母個案於下轉急性後期照護醫院入院之個案數

2. 分母:醫學中心符合本計畫收案對象入院後 30 日內個案數(排除已死亡個案)

(二)個案出院後 14 日內再入院率

1. 分子:分母個案於出院後 14 日內再入院之個案數(含跨院急慢性病房)

2. 分母:當年度院所出院個案數(排除已死亡個案)

※ 14 天內:(再住院日-出院日)介於 0 至 14。

(三)個案出院後 30 日內再入院率

1. 分子:分母個案於出院後 30 日內再入院之個案數(含跨院急慢性病房)

2. 分母:當年度院所出院個案數(排除已死亡個案)

※ 30 天內:(再住院日-出院日)介於 0 至 30。

(四)個案之功能進步情形

以個案收案及結案時之核心評估量表進步分數計算。

三、急性後期照護平均天數

1. 分子:分母個案急性後期照護天數合計

2. 分母: 當年度收案個案數(已結案)

註: PAC 住院天數與日間住院天數分別統計。

四、承作醫院品質報告指標

(一)管路移除率

1. 分子:分母個案管路移除個案數

2. 分母: 當年度收案有管路個案數(已結案)

(二)非計畫性管路滑脫率

1. 分子:分母個案非計畫性管路滑脫個案數

2. 分母:當年度收案有管路個案數(已結案)

附錄 PAC-CVD 各功能群組照護服務內容一覽表

群組	名稱	急性後期醫療照護與復健	專業領域	治療頻率與期限	收案條件與治療目標
FRG1	住院醫療照護與高強度復健(每天 3~5 次復健治療)	- 一般醫療狀況評估與處置。 - 神經學狀況評估與處置。 - 共病症處置：血壓、血糖、血脂控制；心臟、肺臟、肝臟、腎臟等臟器功能維護；認知、情緒、睡眠、行為等障礙治療；營養及體重維持。 - 血管疾病再發防治。 - 併發症預防與處置：感染（如吸入性肺炎、尿道感染）、消化道出血、壓瘡、失禁、疼痛、跌倒、癲癇等。 - 高密度復健計畫：代償或適應動作、感覺、知覺、語言或認知功能損傷，積極促進知覺-感覺-動作統合能力。 - 積極復健計畫與輔具提供：增進病患行動功能、日常生活功能與溝通功能，提升生活品質與重返社會能力。 - 預防繼發性損傷或失能。 - 提升家庭照顧者技能。	物理治療	- 週一到五： 1-2 次/天 30~60 分鐘/次 - 週末： 1 次/天 30~60 分鐘/次 - 計畫返家者： 居家訪視 1 次/療程(環境評估含社區適應)	收案條件： - 醫療狀況穩定； - MRS 2-4 具積極復健潛能 - 能負荷一天 1-2 次物理治療。 目標： - 積極復健，增進功能； - 預防繼發性損傷或失能； - 提升家庭照顧者技能。
			職能治療	1-2 次/天 30~60 分鐘/次 - 計畫返家者： 居家訪視 1 次/療程(環境評估含社區適應)	收案條件： - 醫療狀況穩定；動作、感覺、知覺及認知功能損傷者，或日常及社會功能失能者； - 且經專業評估認定具有積極復健潛能、能負荷一天執行 1-2 次職能治療者。 目標： - 提早參與執行生活職能； - 促進感覺動作統合、誘發病患功能恢復； - 預防次發性失能
			語言治療	視病人體力執行語言溝通或吞嚥治療，每週至少提供 5 次語言治療。	收案條件： 凡有語言溝通或/及吞嚥進食困難者，含：管灌進食者、有潛在吸入性肺炎危險者、無法安全進食者、進食量不足者、語言溝通困難者、書寫閱讀困難者。 目標： - 安全由口進食移除鼻胃管； - 增進語言溝通功能； - 提升家庭照顧者安全餵食與溝通互動技能。

群組	名稱	急性後期醫療照護與復健	專業領域	治療頻率與期限	收案條件與治療目標
FRG2	住院醫療照護與一般強度復健(每天1~3次復健治療)	1. 一般醫療狀況評估與處置。 2. 神經學狀況評估與處置。 3. 共病症處置：血壓、血糖、血脂控制；心臟、肺臟、肝臟、腎臟等臟器功能維護；認知、情緒、睡眠、行為等障礙治療；營養及體重維持。 4. 血管疾病再發防治。 5. 併發症預防與處置：感染（如吸入性肺炎、尿道感染）、消化道出血、壓瘡、失禁、疼痛、跌倒、癲癇等。 6. 低密度復健計畫：代償或適應動作、感覺、知覺、語言或認知功能損傷，促進知覺-感覺-動作統合能力。 7. 復健計畫與輔具提供：增進行動功能、日常生活功能與溝通功能。 8. 預防繼發性損傷或失能。 9. 提升家庭照顧者技能。	物理治療	1.週一到五： 1 次/天 30-60 分鐘/次 2.週末： 1 次/天 30 分鐘/次 3.計畫返家者： 居家訪視 1 次/療程(環境評估含社區適應)	收案條件： 1.醫療狀況穩定； 2. MRS 2-4 具積極復健潛能； 3.僅能負荷一天1次物理治療。 目標： 1.較低密度復健；增進部分功能 2.預防繼發性損傷或失能 3.提升家庭照顧者技能。
			職能治療	1.職能治療 1 次/天，每次 30-60 分鐘。 2.計畫返家者，每個療程 1 次居家訪視（環境評估含社區適應）。	收案條件： 1.動作、感覺、知覺及認知功能損傷者。 2.日常及社會功能失能者。 目標： 1.提早參與執行生活職能； 2.促進感覺動作統合、誘發病患功能恢復； 3.預防次發性失能。
			語言治療	視病人體力執行語言溝通或吞嚥治療，每週至少提供 3~4 次語言治療。	收案條件： 凡有語言溝通或/及吞嚥進食困難者，含：管灌進食者、有潛在吸入性肺炎危險者、無法安全進食者、進食量不足者、語言溝通困難者、書寫閱讀困難者。 目標： 1. 較低密度語言溝通或吞嚥訓練； 2. 增加口語表達詞彙量，提升聽覺理解程度；增進由口安全進食量，預防吸入性肺炎產生； 3. 提升家庭照顧者安全餵食與溝通互動技能。

103 年度全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

第 2 次臨時會與會人員發言實錄

林科長淑範

委員應到有 37 位，目前有 25 位已過半數，請主席宣佈開會。

主席

各位委員大家午安，今天是「103 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」的第 2 次臨時會，會議正式開始。先確認上一次的會議紀錄跟會議決議辦理情形。如果沒有文字上的修改或修正，我們就確認上一次的會議紀錄和會議決議辦理情形。現在就進入討論事項的第一案。

討論事項

第一案

案由：「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 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及建議案。

主席

請代表針對討論案的第一案「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 項全民健康保險新增診療項目提案，代表有沒有意見。請~

郭代表正全

主席請教一下，這些新增的項目，是完全替代現狀，還是只是新增而已？

林科長淑範

郭代表提到的問題是這些項目是完全新增還是替代項目，可從我們會議資料第 5 頁來看，我們把新增項目一一表列，第一項胸管結紮術是完全替代，第二項胸腔鏡肺分葉切除術，在後面可以看到 102 年申報量是 7500 件，替代率 10%，所以每一項在當初詢問學會時都會問是完全替代還是部分替代，費用預估也會做這樣的調整，以上。

郭代表正全

我剛才問這個的意思是新增的項目不是完全替代舊有的，就是舊有的項目應該還存在，這是第一個。

第二個的話，我記得上次眼科的一些手術項目我有特別提出來，副組長好像也有答應，就是裡面用到的特材應該要明列，讓我們知道哪些特材要扣掉，因為就醫院整個管理上，它跟醫師中間的一些協議，有些特材不應該在它跟醫師分配的考量，所以往後所有手術項目，我希望特材應該明列講是多少，可是現在整個一包起來，你跟我說材料費總共是多少，但材料費裡面有些是一般材料，有些是特殊材料，以前我們是另外申報，跟醫師沒有關係，但你現在把它混在一起，我們無從做起，所以我們希望健保署能夠交代清楚。

第三個，上次會議有些爭議，有些特材是過程中需要，但不是百分百使用，有些手術是兩項手術用一個，也有一個手術用一個，造成特材給我們的費用是除以二，結果我們兩個手術用一個占便宜，我一個手術用一個的費用卻拿 $1/2$ ，這樣對醫院來講會有很大的風險，所以我希望類似像這樣過程中間用到的特材，能把它剔出來另外報，希望貴署能遵循這樣的原則，以上。

所以就今天這五項有些沒有明列的特材，貴署是不是在會議中或會後來補充這樣的手術項目，包括什麼樣的特材，它的支付點數是多少讓我們知道，以上。

李副組長純馥

謝謝代表的指教，我們上次在眼科部分我們有特別把它含的過程面材料明列，那我們這次所做的材料費佔率百分比是含所有過程面會用到的一般跟特殊材料，至於要明列所有的材料確實會有一點困難，比如說用到紗布、空針等等的，我們原則上只列過程面比較特殊的材料且較昂貴的，因為我們目前所有的手術項目都沒有明列，希望代表可以體諒，如果我們已經寫它含多少%材料就是含整個手術過程面使用的所有一般或特殊材料，至於我們這個項目在當時如果要替代某一項目，我們在預估它所增加的費用部分就會針對替代部分做處理，實際上我們在做相關的新增或是修訂，都會在提案裡面做說明，這個項目因為我們在今年5月6日討論時，是代表認為需要再退回去給相關學會看材料費用有無問題，所以這次按照大家意見做一些調整，我先回應到這邊。

主席

如果代表不反對的話，今天我們也有請胸腔外科的鄭醫師，是否請鄭醫師做一個說明。

鄭醫師清源(台灣胸腔及心臟血管外科學會代表)

謝謝各位長官跟所有代表給胸心外學會有一個機會做我們的意見陳述，當然上次有做一下修正，因為當時可能有一些醫院沒有把內視鏡的設備成本算進去，所以這一次有做一些修正，不過我們調整之後整體點數仍相對偏低。剛剛代表提到的一般耗材跟特材，我們有做一下計算，如果把特材算進去，以肺分葉切除術做基準的話，理論上肺分葉切除術跟袖形切除術的技術性、複雜度比原先的肺葉切除術還高，花費的人力跟成本各方面都比較複雜，併發症也可能比較高一點，若用肺葉切除術來算的話，其實把這些因素加上，這兩種手術點數是偏低的，耗材的部分，我們還是不知道是否要把它明列，比如說超音波是不一定用到，若有病患用到，目前是有部分是請病人自費。而一定要用到的耗材，例如：自動縫合槍是否要把它列入特殊耗材，若不列入可能比較合理，若列入可能成本過低沒辦法接受，因為超過原先各醫院試算的費用。不知道這一部分來講，特殊耗材部分還是維持原先縫合槍是屬於自費的項目？

林科長淑範

剛剛學會提到兩個特材，一個是超音波諧波刀跟內視鏡使用的槍，目前都是屬於Y碼，以後會收載在我們特材底下，目前醫師向病患說明，經病人同意之後是可以自費的。

鄭醫師清源(台灣胸腔及心臟血管外科學會代表)

所以不在這幾%之內？

林科長淑範

對。

郭代表正全

這邊也是我比較顧慮的，你所說的材料費包括一般材料跟特殊材料。特殊材料一定要明寫呀！不然以後你說諧波刀等材料費都含在裡面呀！那怎辦？至於剛剛副組長提到紗布等材料本來就是不計價材料，我沒有要求要明列，這段在當初第一次在開眼科手術時，我已經說清楚，就是目前我們所定義的特材希望能明定清楚，以上。

林科長淑範

剛剛代表提到的希望昂貴特殊材料內含在支付標準時，能明哪些是內含的過程面材料，以後我們會按照大家意思，能寫清楚的會寫清

楚。本案這五項診療項目，都沒有現在的 Y 碼或是需內含過程面昂貴的特材，所內含的材料費都是一般材料，所以這些診療項目的特材比例比較低。

黃代表雪玲

它的註釋是否直接寫一般材料就好？

主席

請朱代表。

朱代表益宏

我想請問一下，看請問健保署或是鄭醫師，替代率的 10%是如何估出來，能否做一個說明？第二個就是剛剛鄭醫師提到用胸腔鏡來做這些手術，第一個它風險高、技術複雜、合併症比較多~那我不曉得納進來對民眾疾病治療到底有甚麼優點？

鄭醫師清源(台灣胸腔及心臟血管外科學會代表)

好，謝謝代表提出來的問題。這部分我不知道 10%是如何算出，不過基本上來講這是一個全新的手術，但是也沒有取代傳統的開胸手術。它是一個內視鏡手術，基本上有很多的優點，因為肺癌的病人目前是越來越多，特別是因為體檢的關係，很多早期的癌症都被診斷出來，所以原先傳統是做肺葉切除術，現在大家做的比較小一點，那肺袖狀切除術是因為長的位置比較特別一點，在分叉路口上，不過這幾年我看國內大部分醫院對肺癌的治療胸腔鏡手術已占八、九成，像我們醫院來講，大概有時候到 93%、95%，所以這部分來講，當然病人住院天數有縮短，但是現在有一項新的，肺分葉切除術，這是針對小於 2 公分的癌症，現在體檢這種案例做蠻多的，這部分切除的話需要花更多的時間，大部分醫院在這兩三年開始做，這已在日本已經做好幾年，預計會有越來越多類似的手術在台灣執行，相對來講可能初期會有一部分併發症稍微多一點，不過一般基本上內視鏡的手術相對傳統手術來講有很多的優點，包括住院天數會縮短、病人使用止痛藥、疼痛指數等等都會降低，這在過去這幾年也都有證實這一點，謝謝。

主席

請朱代表。

朱代表益宏

我覺得這有點奇怪，第一點剛剛鄭醫師說的 10%沒有回答，說不

知道怎麼來，所以健保署應該說明一下這 10%替代率怎麼來，因為照專家意見說這是全新手術其實沒有替代。

第二個，我不知道為何替代項目會選這兩項，因為傳統的也有 segmentectomy 也有 sleeve lobectomy，但是我不知道你這邊特別拿出來提是依據什麼？感覺起來好像健保署提的案子，胸腔外科醫學會也有些不太相同的意見啦！

主席

科長，10%是哪個學會的專家學者提出來，因為學會每次都派出不同代表。

林科長淑範

這個項目，在我們專家諮詢會議中，胸腔及心臟血管外科學會在討論替代率時，這是一個比較難的項目，到底要替代傳統手術的百分之多少或是胸腔鏡的百分之多少，其實不容易討論，所以我們就詢問學會若以胸腔鏡手術之 10%來估，會不會過少，因為他們沒有很明確的知道可以替代多少，可是就替代現行胸腔鏡的 10%的算法他們可以接受。

朱代表益宏

但是如果它替代的不是只有現行的胸腔鏡手術呢？還有傳統的 segmentectomy 或 sleeve lobectomy，你們有沒有估到這一部分？我不曉得~我想請問鄭醫師，這有可能取代傳統這些手術，還是它只會取代胸腔鏡手術，傳統的還是照樣做開胸手術？

鄭醫師清源(台灣胸腔及心臟血管外科學會代表)

好~我回答這個問題，當然這部分是這樣，開胸手術在過去所有不管大小醫院都有做，但這幾年，比如我們醫院在 2005 年開始做內視鏡手術，大概只有占 25%，但是隨著這幾年慢慢累積增加已達到 95% 以上，臺灣其他醫院大概大部分醫學中心裡面也差不多，一般區域醫院也會做，只是比例沒那麼高，分葉切除術在這兩三年來講，才慢慢比較增加，因為跟日本有交流之後，這方面開始做得較多，所以我想隨著時間的演進，替代率是比較高的。那當時我沒有參加到 10%部分的會議，不曉得 10%的緣由，長官剛剛有說明這部分過程。至於袖狀切除術確實是比較困難，現在大部分醫院是一部分做開胸，一部分做內視鏡，也已經有部分醫院已經完全純做內視鏡手術，比如說臺大醫院或甚至有些機器手臂做的肺袖狀切除術，但當然沒有像肺分葉切除術

的比例那麼高，不過我想，因為病人也希望比較不痛、比較快癒合，所以這是一個趨勢，隨著時間比例會越來越高。

徐代表弘正

事實上我們知道近來肺癌篩檢的部分，尤其是在體檢這部分越做越多以後，事實上這一部分是增加蠻多的，我現在擔心的是這些新增項目，一個六萬多、一個三萬八，會不會將來有一個 shift，如果病人可以這樣做的話，是不是醫師都會採取做六萬多的，這兩個項目有沒有明顯的分野在哪裡？至於剛剛朱代表講的 10%，我覺得真的很可議，因為越來越多 screen 出來的都要開刀，如果是這樣的話，將來萬一增加很多的話，不知道健保署有怎麼樣的處理？

主席

胸腔學會要答覆？還是科長這邊在開專家諮詢會議時有無這方面資訊？沒有。胸腔科針對徐代表意見有沒有回應？

鄭醫師清源(台灣胸腔及心臟血管外科學會代表)

回應代表的問題，我想時代在演進，醫師當然希望能夠提供比較好的服務，其實大家目標都相同，都希望能有比較不痛又安全的手術，所以這部分來講，確實回到用過去傳統開胸的手術會越來越少，這是自然趨勢而非刻意選擇，我想胸腔鏡手術還是有它的發展。

徐代表弘正

這新舊兩項都是胸腔鏡手術，有什麼差別？

陳代表志忠

因為你現在申請 segmentectomy，你要替代原有的 wedge or partial resection 手術，兩者都是胸腔鏡手術，有何差異？

鄭醫師清源(台灣胸腔及心臟血管外科學會代表)

我了解意思了，wedge resection 不是解剖性的切除，segmentectomy 是解剖性的切除，所以解剖性的切除相對比較困難，就像是一個西瓜要切，以前來講是隨便挖一塊這叫 wedge，現在如果按照解剖性來分的話，它可以降低癌症的復發率，可以得到較好的長期存活率結果，所以有必要做解剖性的切除。但解剖性切除相對花費更多時間，甚至比 lobectomy 更花時間。

陳代表志忠

泌尿科你也是拿全部比拿部分容易多了，解剖性的切除你要分的較仔細，要照血管分，主要是時間耗的比較多，但材料方面呢？不照解剖性切除來說，其止血方面應較困難，分得細止血較容易。

鄭醫師清源(台灣胸腔及心臟血管外科學會代表)

是，但是動脈、靜脈、細的支氣管都要一支支分很細~這時候要保留血管相對要花很多時間。

郭代表正全

主席，我想就這個替代率，雙方都有報告，事實上今天根本沒辦法討論，不過我剛剛算了一下費用的預估，就是用這樣評估下來，是不是我們把它當一個案例，因為我們每一年會有新增的醫療項目給付，至少這幾個項目我們來年再回溯看一下是不是差異很大，那以後這個替代率就有問題，因為今天沒有辦法討論一個結果，不過就剛才代表提到包括特殊材料，我建議還是要明列，沒有明列可能以後大家對所謂涵蓋的特殊材料包括什麼有疑義，這是我們比較擔心的，那這一個手術項目本來點數要增加，我沒有意見，因為醫師的貢獻這一部分，我想醫院還是要合理的回饋，我想這是必要的，但不能混在裡面，那一般材料的所謂不計價材料，這一種本來就不期待你們把它一一講出來，以上。

主席

有關郭代表所提特殊材料可以明列的話，醫管組是不是在下次會議就郭代表所提做明確回應，OK？另外，針對替代率確實很難在這邊討論出結果，當然，一年以後我們會再來回溯相關的統計資料，也許就能明確知道到底這種估法的正確率為何，這是未來一年後要做的統計。對這5項，還有沒有其它代表有不同意見，請朱代表發言，再請謝代表。

朱代表益宏

我想還是要請醫管那邊，例如六萬多塊的 segmentectomy，它的特材到底含了哪些東西，在這邊可不可以直接做個說明，這是第一點。第二點，主席剛剛提到一年以後檢討替代率，我記得在藥品跟耗材的會議上，他們都每半年就會累計來檢討，而且不是只有檢討一次，會持續的檢討，可能累積好幾年。從通過公告後半年開始，申報資料包括新增的項目及替代的項目都會報出來，我希望這邊也能這樣比照辦理。從新的共同擬訂會議開始，以後我們就做一個慣例，看半年是每

年一月或六月或什麼時候，半年就拿出來針對這些東西，包括新增項目、金額，跟被取代的項目、數量、金額。剛剛講到我們都質疑取代率不是 10%，以及它取代的項目不光只有這兩項，這一部分因為鄭醫師也在，是不是能夠做一個說明，就現在的胸腔手術不管是傳統的、OPEN 或是胸腔鏡手術，我們看到的這三個項目，在傳統你們是用什麼方式替代申報或是用比照申報等等，我相信鄭醫師在醫院都做過，那是用什麼方式來處理？當然，只有一家醫院不具有代表性，但是做一個說明嘛。再來請承辦及醫管組，再去詢問胸腔醫學會，你都要去把它搞清楚，到底所有胸腔手術裡面有取代哪些項目。

主席

來~謝代表，請。

謝代表文輝

主席，看這些調整是依據 103 年總額裡面新增支付標準編列之預算 12.3 億，如果照這樣的話，104 年明年好像沒有編列預算。

李副組長純馥

滾到基期了

謝代表文輝

滾到基期就很慘了，剛剛講說 6 個月或一年來追蹤它，可是新增藥品、藥材追蹤沒有用啦！statins 開放使用 102 年第一季、第二季，每一季就增加三億多，一年就增加十幾億，事實上討論的結果就是說它會改善，發作心血管疾病的人會減少費用，其實也沒有依據。如果你每年新編預算還有意義，不然一直追蹤，就說做完後比較不會復發，比較不會復發費用就會減少，但是從來也不會講說，不會復發就活比較久，那它後續醫療費用要從哪來，所以就變成 103 年有這預算 12.3 億，下次追蹤說花了 50 億 60 億、100 億等等，也沒有預算可以來，這相當弔詭，所以我覺得越談越無力感，剛剛鄭醫師在講說費用比較偏低，我是覺得在座所有各科，有那一科費用沒有偏低，每一科都不合理呀！所以我是覺得講這個意義不大。不過當然還是要追蹤，如果未來經過三年、四年後真的差距很大，拜託署內要爭取，因為無論新增藥品或診療項目，通常第一年用的最少，因為大家不熟，有的時候是開放比較晚。像這案討論過也許是到 12 月才開放，所以它用的量會比較少，那第二年、第三年呢？我們現在看起來大概要到五六年才會看到穩定的量，如果有詳實的數據以後，真的拜託長官要幫我們爭取編

列預算來支應，不然每增加項目進去，就是稀釋其它服務點值而已。現在點值已經很慘了，所以我是覺得追蹤要有效果，所以我也拜託藥品、藥材那邊追蹤的結果要真的能反映在未來預算的編列啦！所以這一章我們也是很贊成啦！

主席

請胸腔醫學會鄭醫師回應剛剛朱代表問的專業問題。

鄭醫師清源(台灣胸腔及心臟血管外科學會代表)

回答朱代表問題，我就第 1、2、3 項來回答，第一次胸管結紮術我們過去傳統是開胸，現在是內視鏡但沒有碼可報，所以我們用取代的碼，但那個碼沒有多少點所以我們也覺得不合理，所以當時學會覺得應該提出一個新建的碼來合理反應實際的成本跟所花費的時間跟人力成本。另外第二項，有關於肺分葉切除術我們現在是有做，但按照原先取代的 wedge resection 及 partial resection 來報這個碼，現在目前大部分醫院也是報這個碼，因為沒有類似的碼可以報了。

朱代表益宏

我想請問一下你講的第二個，所以現在做 wedge resection 及 partial resection 跟 segmentectomy 之間的大概比例是如何？假如一年 20 例的話，比例大概是多少。

鄭醫師清源(台灣胸腔及心臟血管外科學會代表)

現在大部分 wedge resection 是給年紀比較大，他不適合做 segmentectomy 或 lobectomy 的個案，所以現在越來越多新的個案被診斷出來，各家醫院來講這兩年做 segmentectomy 才是真正的開始，因為前兩年都是找日本專家示範之後大家才開始比較會做。目前大概十個裡面有三、四個個案會做 segmentectomy，但是報都是報 wedge resection，我們沒有適當的碼去報更高的點數，所以現在是比較偏低。實際上 lobectomy 現在大部分很多醫院都還是用 OPEN 手術來做，因為技術熟練度還沒有辦法完全用 pure 的內視鏡去做，不過有些醫學中心像台大他們已經有用內視鏡或是機器人手臂來做，那這部分也許隨著時間的演進會有更高的比例來做這樣類似的手術。

主席

請醫管組回應有關特材跟替代追蹤的部分可否做的到，請~。

李副組長純馥

第一個是代表關切的替代率，確實我們現在沒有辦法預期未來有多少替代，所以我們承諾在公告實施後半年就會在會議提出相關的檢討，把它真正的使用量，配合我們當時所認為會替代的量，一起做一個數量的呈現。

第二個就是大家對於我們到底含那些過程面的材料或是不含那些材料，我們承諾會後會一併在預告時做一個說明，也公告這些項目到底有含些什麼，哪些是可另申報或是目前先走自費的模式。

第三個部分，我想還是要說明，實際上我們當時在討論新增項目的時候，它其實有因應某些條件，所以我們在學會或專家諮詢會議時，都有明訂它的適應症，不是原來開 wedgeg 切除術的都可以轉過來做 segmentectomy 或是 sleeve lobectomy，而符合這些適應症的有多少病人，我們資料庫確實做不出來，所以我們確實沒有辦法目前告訴你們大概財務衝擊究竟有多大。不過誠如大家所說，過去它可能用傳統手術去報，那以後只是用新的手術項目申報，我們都會一併呈現，它不是完全新增，它是會替代某一些原有的給付。

我希望各位代表能夠支持，因為我們也希望新的科技能夠造福我們被保險人。既然這些項目其實已經實行多年，只是我們健保沒有合適的手術項目讓醫生、醫院申報，也造成一些收費上的困擾，我們希望說大家先支持讓它先進來，實際上之前我們對於成本分析結果也都有回饋臺灣醫院協會或是社區醫院協會等，請他們幫我們核對成本分析的資料，也謝謝各學會給我們的指教，所以我們也做一些調整。

我們誠摯希望說既然我們在 103 年有編這樣的預算就先讓它進來，至於相關的衝擊或是影響，在我們每一季議事協商會議部分就會看到對整個總額的衝擊，還有就是我們承諾半年以後會來檢討使用量，以上。

黃代表雪玲

我想請教一下，像這些手術會不會落到 DRG 裡面，如果在 DRG 的個案要怎麼處理，特別是這邊講到替代率 10%，那用平均值的概念一估下去，如果做這些新手術的人，用平均值來付的話，它一定沒有辦法拿到這樣子的金額。

林科長淑範

這些新增項目的適應症都是肺癌的病人，而肺癌病人不在 DRG 適用範圍裡面。至於第 6 頁右心室至肺動脈心導管連接術，它目前是

MDC5，是屬於目前已經導入的 DRG 範圍，不過我們現在倒回來看它們支付點數的比較，現在新增的是六萬兩千多點，替代項目大概是從五萬到八萬都有，我們會校正 DRG 的點數。

主席

好，請郭代表。

郭代表正全

對不起，我不反對這一案，不過就剛才專家提的意見，它的替代率可能會越來越高，所以裡面你們算 10% 的替代率，我倒希望貴署能夠把它高估一點，因為至少這個錢我們拿不回來，消費者會去看，這個錢沒花掉。但是如果你把它低估了，我們錢不夠，沒有人要補錢給我們，所以我寧願在這邊把它高估，那高估到多少，我想就用他們專業角度去估。

主席

好，剛剛郭代表的意見替代率 10% 是不是低估了，代表是不反對這案子，但替代率過於低估，學會你們是不是正式行文給我們，讓我們在公告時，一併修正。

鄭醫師清源(台灣胸腔及心臟血管外科學會代表)

好，那我們就把這個問題帶回學會去討論，再給確定的百分比，謝謝。

主席

好，討論第一案就謝謝代表的支持，我們就依程序呈報衛福部核定公布，公布實施六個月以後，就依剛剛代表的意見，要提報所需的利用情形，檢討替代率方面是高估還是低估。

朱代表益宏

第 6 頁的第 5 項，鉅雅銘雷射手術現在是完全沒有是不是?這邊看到它現行手術沒有列，但是又說它的療效同二氧化碳雷射，所以現在皮膚科他們是都沒有做雷射手術嗎?

林科長淑範

現在支付標準是二氧化碳雷射手術，其實現在二氧化碳雷射手術做的比較少，因為它是比較深層的傷害，所以那時候替代率並沒有說到要替代這一項，它是一個全新的東西。

朱代表益宏

但是它在治療上其實可以取代二氧化碳雷射手術，是這意思嗎？皮膚科醫學會在不在？

主席

今天沒有邀請皮膚科醫學會過來。

朱代表益宏

現在二氧化碳雷射手術一年做多少量知不知道？也都不知道～

主席

好，查完以後提供給代表做了解。第一案我們就按照各代表意見，照案通過並報部公布實施。接下來第二案。

第二案

案由：「納氏胸廓異常矯正術」等 31 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及建議案。

主席

好，請委員針對討論事項的第二案，因為這項目很多，總共有 31 項，經過好幾次的專家諮詢以後，最後只同意 14 項的新增診療項目，我們先針對同意的 14 項新增診療項目，請科長用附件 1 就是第 11 頁～第 16 頁，逐項的請各委員表示意見，這樣可能大家會比較清楚。科長，請～

林科長淑範

項目有點多，我們逐項跟大家簡單說明，從第 11 頁第一項「納氏胸廓異常矯正術」，本手術在傳統手術內，對於凹凸胸的個案，以前傳統方法是要將肋骨切除所以傷口大、復原時間長。納氏手術已經在國內施行很久了，技術已經成熟，所以我們納到支付標準裡，但是，為了要避免輕微、不需要的個案，研訂了適應症，一、是必需符合 Haller index 或 CT index 的條件。二、是有呼吸功能障礙或是有心理障礙需由經精神科醫師評估有矯治之需要者。在支付規定包含一般材料費及特殊材料費，在這裡特別回應一下，本項過程面的使用材料是包括內視鏡的保護套還有超高速的氣鑽鑽頭。「納氏胸廓異常矯正術」所要用到的矯正板，因為矯正板一條要十萬左右，每個病患使用的數量不一樣，所以本支付點數不含矯正板。這個手術在專家諮詢會議討論建議

的是 29,562 點，在替代項目裡是替代所有凹凸胸手術，故替代率是 100%。本手術在詢問專家時，技術耗用時間及困難度比傳統手術簡單，所以大家可以看到「納氏胸廓異常矯正術」支付點數比傳統開胸術低，可是它比較貴的是在還沒有納進來的矯正板的部份，以上說明。

主席

請代表針對本項「納氏胸廓異常矯正術」發表意見。

黃代表雪玲

不好意思，我有請教我們家的醫師，可是他說應該是只有替代凹胸沒有替代凸胸，他說凸胸不能用這個術式來做，我是沒有那個專業，他是那麼講，因為我看到上一版的適應症寫的都是凹胸，那這一版適應症又不太一樣。

主席

大部份用在凹胸是不是？

林組長阿明

幾乎啦！

朱代表益宏

凸胸沒有辦法。

林組長阿明

凸胸很少。

主席

那代表是不是覺得只寫凹胸，凸胸就不寫？

黃代表雪玲

是支付標準的名詞…

主席

哦～對不起，是支付標準的名詞。

黃代表雪玲

那個預算就會…

林科長淑範

所以您認為是我們的替代率 100%是有問題的，那因為這項比較節省費用的啦！

主席

請～

朱代表益宏

請問一下這邊列表列支付點數，表列支付點數 14,930 點，然後材料是 98%，所以他相加起來的支付點數是 29,562 點，那原來的支付點數是 35,833 點，所以專家同意降價嗎？

陳代表志忠

我是覺得要弄清楚，其實它不是叫取代，而且更不是 100%取代。

黃代表雪玲

對。

主席

如果沒有 100%替代，那我們再請黃代表你們或是學會給我們意見，剛講的凸胸是比較少的，那比例到底多少？我們就把他往下降，是 90%還是 95%還是 98%，這樣我們在公告的時候比較正確。

朱代表益宏

這個案子我知道當初最早草案出來的時候是有限年齡的，那這邊我們看到你們有限年齡，所以是把年齡取消掉了還是怎麼樣？因為事實上我知道幾次專家諮詢會議結論是這樣子我聽到的，因為我有做過這個麻醉，我聽到的這些外科醫師都在抱怨你給付怎麼降低了，結果你們說專家諮詢會議都同意，所以我不知道專家諮詢會議…

陳代表志忠

專家諮詢會議派一個二個。

朱代表益宏

專家諮詢會議到底是代表個人意見還是學會意見？因為我知道小兒外科醫學會對於這個也有意見，小兒外科醫學會好像也有來文到署裡有表達不同的意見因為你們有限年齡，所以這裡都沒有寫出來，這邊都寫專家諮詢會議結論，我聽到專家的結論都不是這樣子，怎麼跟你們了解的都不一樣。

陳代表志忠

那些專家沒參加。

主席

來，郭代表。

郭代表正全

我想在很多事件發生的時候，常常報紙就看到說從優撫卹，就從優來考慮，那像剛才前面那一項費用比較高，替代率比較低一點，那這個是費用調降說替代率 100%，我想可能用不同的思維來幫我們考慮一下，雙方會比較 happy 一點，以上。

黃代表雪玲

我要補充一下，其實我們醫師自己家的成本分析就已經是 3 萬多元，健保署只有 2 萬 9 千多元，其實他覺得不合理，只是剛說是專家會議我不敢提出來，不過既然在座代表覺得在價格上的確是有低估，我們還是要反應。

朱代表益宏

是怎樣算的？

謝代表文輝

專家算的。

主席

淑雅來說明一下。

張技士淑雅

跟各位報告，先澄清一下朱代表的意思，的確第一次我們要準備公告預告實施的時候，小兒外科醫學會的確來文，他來文訴求有兩點，第一、在我們第一次專家諮詢會議所有專家都認為避免輕症的使用，所以限定四歲，可是他們認為說很多小朋友應該及早治療，限定四歲反而錯過黃金治療期；接下來胸腔及心臟血管外科醫學會來文表達他們認為這樣子的一個適應症是不符的，所以我們這次的適應症是重新再徵詢醫學會的意見才呈現的版本。那第二、成本問題，當初提案時的確是 3 萬多一點，但是我們重新校正過成本，排除掉已經在 Y 碼的還有一些植入物的之後的一個計價方式，而且所有專家認為他的執行時間及困難度與傳統手術有一點點差異，那相對的學會也來表達說應

該是要分簡單跟複雜，那這個部份我們已經正式跟學會講在未來是可以再來提新增、修訂的部份，那當初我們在這個案子並沒有簡單跟複雜，以上。

主席

代表所提本項手術年齡的限制，醫管組已做了回應，至於凹凸是支付標準裡的名詞，替代率到底多少？是不是請黃代表提供一個數據給我們？

黃代表雪玲

我想我們家是可以提供，不過可能還是學會提供會比較準確。

主席

好，那我們就請學會提供給我們，如果代表們不反對，那我們第一項「納氏胸廓異常矯正術」就…

郭代表正全

我打個岔，我不是反對，就我們剛才第一案所提的特材明列，往後都要比照這個原則，我不再提了，以上。

主席

好，那以後有關特材，就按剛才第一案各代表的意見，也就是明確的在過程或是特殊特材明列出來，那我們第一項「納氏胸廓異常矯正術」就通過，再來第二項。

林科長淑範

第十一頁第二、三項，「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位」分為（單腔）、（雙腔），跟現行支付標準 33091B「不整脈經導管燒灼術」是 2-D 定位的方式。3-D 立體定位方式在新增項目，單腔是 45,109 點、雙腔是 49,177 點，不過要特別說明，因為這兩項支付標準 3-D 需要的電燒導管線現在已是另外給付，電極貼片已列為 Y 碼可以收自費，所以支付點數不包含過程面特殊材料，以上說明。

主席

好，請代表針對第二項新增「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位」表示意見。

朱代表益宏

這個為什麼新的跟舊的有差錢。

林科長淑範

因為要花時間啊。

朱代表益宏

「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位」比較簡單怎麼沒有減下來。

林科長淑範

是耗用時間的差異，上面那一項我們剛特別說明「納氏胸廓異常矯正術」跟傳統手術比起來，是傳統手術耗用時間長，所以耗用醫師成本較高，「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位」耗用時間比 2-D，沒有立體定位的時間長，所以他支付點數會比較高。

朱代表益宏

你現在舊的 2-D 定位他也沒有講複雜啊，如果都比較複雜的話照理說，2-D 搞不好他困難度比較高啊，3-D 因為解析度的關係可能比較容易啊，對不對？立體感更輕楚嘛應該比較容易啊。

主席

這個比較專業哦，你這樣問我們同仁也沒辦法明確的答覆，因為這是經過專家的討論，我們只能把專家的意見呈現在這裡，在座也有很多是醫界的代表，如果不是這方面的專家要答覆也答覆不出來。

朱代表益宏

今天專家有沒有來？

主席

下次是不是可以請朱代表當專家諮詢會議的專家？

朱代表益宏

我…我是委員就好啦。

郭代表正全

就我們今天所談的項目，中間有一些會涉及到 DRG，是不是一個統一處理原則，就是只要支付標準一動你那個 DRG 要怎麼來做一個校正，那原來編列的預算也要進來，不然你還是用原來那些，那每個 SPR

點值越來越低。

主席

郭代表剛提的是事實，統一做法趕快向代表做說明，就是如果新增的這些診療項目是在 DRG 裡面的，因為是新增，支付點數也有變更，DRG 如何處理，是不是給他們一個原則，現在就做說明，請～。

林科長淑範

代表們關心在 DRG 支付的時候，會不會因為我們支付標準調整，權重跟 SPR 跟著調，我們在上次的共同擬訂會議報告 104 年適用的參數、權重、SPR。我們最近已經陳報到衛生福利部，所以對於現在新增項目還有上次新增的關節鏡手術，因為如果全部重新算，所有每一支 DRGD 權重、SPR 都會影響到，如果大家同意的話，可以把這次大家同意新增的項目單獨校正它的相關 DRG，而且是校正權重的分子，分母不動，也就是全國平均點數不變，因為全國平均點數一動，所有 DRG 都會改變。所以建議校正 DRG 的分子，讓他的權重上升。同時，我們把這次修訂項目併同支付標準公告陳報給衛生福利部，請部重併同修訂 DRG 的權重。

主席

這樣 OK 嗎？

朱代表益宏

剛剛還是沒有回答，3-D、2-D 複雜到底哪裡複雜？這個 45,109 點是怎麼算出來的？我看起來他是用電腦其實是儀器設備更進步，那你給它給付比較高，那是不是鼓勵他軍備競賽，那我們地區醫院也在講你在鼓勵他軍備競賽，對不對？如果只是因為儀器設備比較好就給他較高的錢，這個就不對囉，所以要說明 45,109 跟原來的 33091B「不整脈經導管燒灼術」36,900 點到底是增加哪裡？你說他原來做半個鐘頭，現在要做一個鐘頭一個半鐘頭這樣才有道理，像那個「納氏胸廓異常矯正術」是這個樣子對不對，這個也沒道理。

謝代表文輝

那個沒有道理啊！因為儀器進步醫師做 3-D 壓力比較小更輕鬆、很快的就判定，時間應該是縮短的，成功率是更高的，這都是設備進階的關係，所以我們現在不知道你們訂的支付點數裡面，就是醫師手術費部份如果儀器設備往上提，那其實是醫院的投資增加，那這邊應該是增加費用沒有錯，那醫師的困難度並沒有增加反而減輕，所以那

個邏輯很亂，所以變成地區醫院勞心勞力值班，一年 365 天人家就不要給你錢啊，因為你都做這個簡單的算很必要，所以我是覺得有些邏輯長官應該要稍微釐清。

主席

醫管組針對剛朱代表還有謝代表，支付點數專家是如何估出來的，請做個報告。

張技士淑雅

感謝代表指導，成本分析表我們現在去拿，那先解說一下為何計算上新增的「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位」會比現有的 33091B「不整脈經導管燒灼術」(2-D 定位)多八千多塊，代表們想的我們也想到了，我們問過學會，雖然他是 2-D 跟 3-D 的不同，但是 2-D 的時間沒辦法取代，對於醫師他要找不整脈的頻率點它的時間還是一樣，那 3-D 的部份是因為他更困難時候那個時間是在加上去，他沒有取代掉原本 2-D 的時間，在學會的說明是這樣。

謝代表文輝

開放就好啦。

張技士淑雅

學會是說因為現在…

主席

比較專業的是不是不要為難我們同仁，因為她只是把專家的意見告訴大家。

朱代表益宏

先保留啦！下次請專家來，專家都不來，不知道的人還要替他背書，專家沒有來都保留。

主席

科長你要不要做個說明？

謝代表文輝

請專業的來講。

朱代表益宏

叫胸腔科「納氏胸廓異常矯正術」的專家來。

主席

消費者代表對於這一塊有沒有意見，因為這是對於比較複雜病況施以不整脈導管燒灼術，用 3-D 是比較先進的，比現有的 2-D 定位，當然是有增加一些支付點數，我們請消費者代表是不是有不同的看法。

謝代表文輝

剛剛聽到的專家意見是 3-D 定位時間也不會減輕，壓力是一樣的，那醫院要多花錢，把 2-D 升級到 3-D 那給付又增加，沒有一項好，全盤皆輸這樣誰要？一定是說有這 3-D 設備增加準確率，本來耗用半小時現在只要花五分鐘，所以做起來效果好這樣才對；剛才報告專家的意見，本來 2-D 耗用半小時，現在 3-D 耗用更久，那醫院多花錢增加這個設備，顯然邏輯是不會通，所以專家來我可以猜，不信你下次請專家來，因為 3-D 定位更清楚、成功率提高，雖然醫師會改進，本來眼鏡度數不夠，現在度數比較夠比較清楚，這一定是有這個道理，不然醫院去升級設備幹嘛？醫師要往前進步這樣就沒進步啊，所以用本來長官轉達的道理是沒有道理的嘛，又要多花錢，顯然這是說不通。

主席

請代表看第十一頁，主要臨床功能及目的可縮短手術時間、提高電燒成功率、減少復發及增加手術安全性。

朱代表益宏

那是一樣的啊！

謝代表文輝

那這樣他手術時間應該要減短，成功率要提高，現在反而是醫院成本提高。

主席

對啦，這個我們是包在裡面，我們現在是沒有切醫院的支付跟醫生的支付，是不是代表們可以支持這一項？

朱代表益宏

主席，那用 36,900 點支付這樣有差嗎？用原來「33091B 不整脈經導管燒灼術」的支付價這樣有差嗎？

主席

因為這是經過專家諮詢會議決議的成本分析，我們就這樣否決

掉，那以後專家學者很難去…，我們也很難做啦！請人家做了成本分析然後在共同擬訂會議上把它否決掉，這對我們行政單位是有點困擾。

林組長阿明

要不要先跳過？

主席

那第十一頁第二、三項，「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位」分為（單腔）、（雙腔）是不是暫時先跳過，等我們同仁把專家諮詢會議的相關資料拿上來跟大家報告以後，再請各位代表是不是支持？我們是不是先到第四項。

朱代表益宏

我建議保留啦！因為專家也沒有來，拿出來解讀又說你們又不是專家。

主席

朱代表，我們只能請專科學會的醫師必要時來做說明，這個會議並沒有辦法去邀請專家有一定要出席或必定要來出席，所以如果這樣顯然對於我們消費者來講是比較好的東西，反而不能使用，這個要請大家思考，現在跳到第四項「水刀清創」。

林科長淑範

第十二頁第四項「水刀清創」，本手術用在深度燙傷(含)以上及大燙傷面積 20%(含)以上患者接受自體皮膚移植手術清創用。那因為過去這個手術是用水柱強壓的原理，把壞死的組織燒掉，那在過去可能是用刀子清除，那他要植皮的時候他的出血量會多，而且疤痕會有過度攣縮的現象，功能會受到障礙，所以我們建議新增這項，那在專家諮詢會議上建議支付規範：同一醫院同一病患同一傷害，限申報一次。不得同時申報換藥的部份。那一般材料費及特殊材料費，得加計 309% 最主要是因為在過程中使用一個微創的噴射灌洗器，這個噴射灌洗器要 33,000 元，所以他的特材佔率較高。所以總共建議支付點數 44,422 點，以上說明。

主席

另外本項手術需要事前審查，有沒有代表針對第四項「水刀清創」要表示意見？如果沒有提問我們第四項就宣布通過，再來第五項。

林科長淑範

第十二頁第五、六項新增「副甲狀腺亞全切除術」、「副甲狀腺全切除術」，在後面可以看到 82007B「副甲狀腺切除術」，原來在副甲狀腺切除的時候並沒有區分切幾顆，台灣內分泌外科醫學會建議，會切多顆副甲狀腺都是腎臟病的病人，切一顆的通常是原發性的病人，所以他在做的時候耗用時間不一樣，所以建議按照甲狀腺切除的顆數分成三項，原來的 82007B 修改為「單純性副甲狀腺切除術」，新增兩項「副甲狀腺亞全切除術」、「副甲狀腺全切除術」，那因為耗用時間不一樣，可是使用特材是相近的，所以「副甲狀腺亞全切除術」建議支付點數 34,939 點，「副甲狀腺全切除術」支付點數 34,626 點，大家會覺得奇怪為什麼「副甲狀腺全切除術」的支付點數比較少，因為他是一次把四顆全部都切掉了，而「副甲狀腺亞全切除術」還要留一小部份，所以費用上稍微高一點點，這個問題在專家小組問過學會，既然支付點數很相近，要不要取一個項目一個支付點數就好，他們認為說其實是作不一樣的事情，希望在支付標準裡面能留下資料，以後在統計上到底有多少作「亞全」有多少是作「全切除」，以上說明。

主席

請代表針對第五、六項新增「副甲狀腺亞全切除術」、「副甲狀腺全切除術」表示意見。如果沒有提問我們第五、六項就宣布通過。

廖課長秋燭(姚代表鈺代理人)

主席，我想請教一下剛才有提到 DRG 不是要有一個處理原則嗎？那因為有些替代率並不是 100%，那舊的支付標準還是存在，然後用新術式跟舊術式會不會落在同一個 DRG？

李副組長純馥

會。

廖課長秋燭(姚代表鈺代理人)

對嘛，所以用舊的術式到時候用...，那新的術式...

李副組長純馥

權重會比較高。

廖課長秋燭(姚代表鈺代理人)

對嘛，權重是比較高的嘛，他會落在同一個 DRG，會嘛，尤其替代率低的可能就是 90%，假設替代率是 10%，那 90% 會因為這 10% 而受惠，

就這樣。

黃代表雪玲

可是這樣怎誰會鼓勵做新術式？這樣就沒有什麼誘因，因為事實上我做這項，可是我拿到的 DRG 給付是比較低的。

郭代表正全

現狀也是這樣，那我們只是把支付標準弄的比較清楚，所以我倒認為說剛才提的代表的意見，可以當後段我們以後在分析拆分的話，DRG 認為有必要再作拆分的時候，當一個依據，至少在申報裡面你知道是哪樣手術。

主席

郭代表及廖課長的意見確實是…這個我們在 DRG 分支或是分類的時候可能要去必要的調整。

朱代表益宏

現在你原來的支付標準變成「單純性副甲狀腺切除術」就是他只切一顆嘛，意思就是這樣嘛，那超過一顆的就是變成「亞全」，「亞全」跟「全切除」其實差不了多少，但是跟一顆的差距蠻大的，這裡面 16,522 點還含了 53% 的材料費，這二項差那麼多，你的成本分析是怎麼處理的為什麼只有用新的方式去處理他的成本分析，所以分析出來是 3 萬多塊，那舊的就不管它，還是說整個會去做一些通盤的，用同樣的標準重新去做考慮還是怎麼樣？

主席

我請同仁去拿成本分析上來再跟各位報告，就是剛朱代表想要了解的這一塊。接著到第七項「身體立體定位放射治療」。

林科長淑範

第十三頁第七項「身體立體定位放射治療」，這是一個包裹式的放射治療，現在放射治療都是分次在使用，這項是以單次高劑量的放射線去治療局部腫瘤，文獻呈現對於肺癌、肝膽癌症是有一定的效果，它的好處是說它可以提高療效縮短治療療程，相較於傳統治療需要七週，這個療法一到二週就可以完成療程，適應症部份經過專家討論之後，限定在二個原發性癌症，第一、原發性早期肺部惡性腫瘤，有以下適應症的規範；第二、原發性肝膽單一病灶，也有適應症的規範。在支付規範是需事前審查，而且療程是包裹式，分 2 週且分次治療以

6 次(含)為限。不得同時申報的部份總共有十九項，十九項包括模擬攝影、治療規劃、照射治療。本項支付標準在專家小組建議下，費用部份是 213,662 點，跟現行支付標準相比，假設按照現在的治療方式，一個療程需要 260,103 點，所以整個療程是節省費用的，請大家往後看預估年增加點數是二千八百萬，是因為學會告訴我們說它除了替代我們現在肺癌及肝癌已經在治療的病人之外，原來有一部份在是用自費的病人他也會進來做，所以我們預估增加二千八百萬點。

主席

請代表針對第七項新增「身體立體定位放射治療」表示意見。請～黃代表。

黃代表雪玲

我是要補充有關適應症的地方，適應症 1，那個 NO 應該是 N0，是數字 0 不是英文 O；還有適應症 1.(2)不是手術者，應為不適手術者，是適合的適，不是是不是的是；再來適應症 2. 病灶最大要小於 5 公分，那我們醫師有提供文獻其實現在是 1~23 公分都可以，那理論上是病人不適合手術才會要做，所以應該不要限制病灶大小，那因為他要事前審查，由專家來認定就好，所以是希望可不可以把 5 公分的限制拿掉，讓專家來認定是否符合適應症來執行。另外適應症 3. 不得同時申報支付標準編號，我們醫師建議因為 36004B 跟 36005B 這個是放射照影的片子，他覺得這個費用應該涵蓋在裡面所以也不能申報這兩項，這是我們醫師的建議 36004B 跟 36005B，一個是一張一個是兩張。

主席

醫管組林科長，剛黃代表提的可以嗎？

林科長淑範

對於誤植的部份我們會修正，還有適應症 3. 不得同時申報支付標準編號 36004B 跟 36005B 我們會補上去，對於病灶大小限制是在專家諮詢會上經過專家討論，是不是容許我們把這個意見詢問專家？

主席

就是交由事前審查的審查醫師去做，因為病患就是不能開刀，所以才來做這個，請學會針對取消病灶大小限制表示意見，如果同意我們就…，科長你的意思是再請學會表示意見是不是？

李副組長純馥

另外那個適應症 2.(3)支付規範應該是另外列，不應該列在適應症 2.(3)裡面，那個有點誤植，所以支付規範應該變成 3，原本的 3.不得同時申報支付標準編號就順延變成 4.，所以是所有的都要事前審查，不是只有這個適應症要事前審查，所以要說明清楚。

黃代表雪玲

第二十二頁那邊是寫的方式是對的對我們就沒特別講了。

主席

好，謝謝。接下來第八項「生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測」。

林科長淑範

第十四頁第八項「生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測」，現在的輸出量的檢測是侵入式的那就是在我們後面可以看到是用 FLO-TRAC 的方式把一個測量的導管放到血管裡面去，那在提這個項目的時候他覺得認為說其實它可以很快速的裝置跟操作，而且可以正確的診斷病因跟治療效果及減少它的併發症跟死亡率，而且可以提升醫療品質節省院方及健保整體支出，在專家諮詢會議的時候因為它可以用在非常多的地方，所以在討論上專家們認為其實應該要有一個適當的適應症，故在規範適應症的時候列了三項 1. 心臟手術患者，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。2. 心臟病人，使用數種強心劑。3. 各種休克病人，心臟血管功能衰竭，使用數種心臟藥物，亦無法有效改善者。那在支付規範的部份，1. 限加護病房患者申報。2. 同次住院限申報 1 次。3. 執行本項時不得同時執行 18029B「心輸出量測定」及 18030B「第二次心輸出量測定」。那在預估費用的部份大家可以看到其實是替代現行侵入式的心輸出檢測，原則上它是減少健保支出的，那因為它有些病人是在自費的，所以我們把在自費的病患放進來作計算的話預估一年會增加三千萬，以上。

主席

請代表針對第八項「生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測」表示意見？如果沒有提問我們第八項就宣布通過，接下來第九項「快速結核病分子診斷」。

林科長淑範

第十四頁第九項「快速結核病分子診斷」，提案單位是「醫事檢驗

師公會全國聯合會」，它的適應症主要是用在適應症 1. 塗片耐酸性染色鏡檢陽性的患者，但無法區分為結核菌或非結核分枝桿菌。2. 懷疑罹患肺結核，但塗片耐酸性染色鏡檢陰性的患者。因為這項是快速檢測，所以在支付規範上是 1. 需裝置有生物安全櫃的 P2 實驗室。2. 需收檢當日發報告。預估一年會增加八千六百萬，以上。

主席

請代表針對第九項「快速結核病分子診斷」表示意見。請～朱代表。

朱代表益宏

主席我想請問一下現在有哪些機構包括醫檢機構可以做這個？還有 P2 的實驗室？

主席

請「醫事檢驗師公會全國聯合會」的代表回覆。

呂理事振富(吳代表進興代理人)

這項其實目前在 CDC 疾病管制署是有規範一定要在他認可的實驗室才可以做，目前大概有二十家左右，那像我自己的檢驗所是一個認可的實驗室，那我一個月大概有一百五十件 case 所以其實量不大，其實我國 TB 的檢體一年大概有八十萬件，那我檢驗所大概佔了十萬件，所以要這樣推估應該在一萬～二萬多 case 而已，那這項為什麼會這樣列，因為我目前現在 TB-PCR 這塊，認可實驗室大概是每週只做一～二次，但是有些醫院他就是要趕快知道我這個病人是 TB，還是不是 TB，那因為要轉床或是要隔離或者要轉送出去這個都要趕快作決定的，所以這塊如果說你要做的話，你每一天要做都要帶一個 positive and negative control，所以這樣的醫院成本大概會有一千五 (1500) 至一千八 (1800) 之間，這不包括人工，這樣的成本理論上是合理的，要不然在醫院碰到 TB 的病人就是一個很兩難，所以我這個方法是希望能夠當天可以拿到檢體我就一個報告給醫師(決定)要不要轉床，以上。

主席

那個 P2 實驗室我們會跟 CDC 勾稽且要經過 CDC 認可的…

呂理事振富(吳代表進興代理人)

這在網路上都有。

主席

對，我們會去勾稽那個。

郭代表正全

我的意思是我們健保的給付應該是普羅大眾都可以用得到，那有一些屬於國家級的 CDC，像在 P2 實驗室不是一般醫院都可以用它是特定的，那像這樣的話我不曉得健保署跟 CDC 如何明確分野？這些不屬於健保給付的哪些是健保給付，像這個一進來的話將近一億八千多萬，我們剛講了大半天都是一兩千萬的項目，這個不得了一下子就進來…

林科長淑範

是八千六百萬。

郭代表正全

那是不是八千多萬以前沒有這個東西突然跑進來還是怎樣。

主席

剛郭代表提的屬於 CDC 公務預算，跟健保署的保險是怎麼分野，這個有經過立法院的決議跟規定，至於剛剛講的這一項，P2 是什麼情形，我們再請科長或「醫事檢驗師公會全國聯合會」的代表說明。

林科長淑範

如果 P2 實驗室的設備我有講錯請代表幫我更正，因為在專家諮詢會議討論的時候，曾考慮 P2 實驗室的數量，專家告訴我們 P2 是基本實驗室的設備，它不是 P3，P3 是比較高規格的，P2 在一般醫院的實驗室都符合 P2 的規定。

主席

請「醫事檢驗師公會全國聯合會」的代表說明。

呂理事振富(吳代表進興代理人)

其實這個技術的話是一般的實驗室是不能做的，這是屬於一個比較特殊的儀器在做，那這個部份的話所謂 P2，因為我們原先 TB 實驗室我們叫做 P2 plus，應該要設定在 P3 實驗室，P3 實驗室就是進去裡面的話你出來的時候什麼東西都要類似一個隔離的狀態，但是我們目前 TB 實驗室都是叫 P2 plus，就是 P2 再加一個 plus，這個 plus 是

made in Taiwan，這個 MIT 自己弄的，那我們現在目前 P2 的話就是我們一般實驗室，就是你在操作的時候也是在實驗室的無菌操作台上面去作 P2，但是我們 TB 要用到的 P2 plus，還是一樣意思是隔離的空間。細菌實驗室就是 P2，目前生化或是血清免疫就是 P1，就是這樣沒什麼隔離就是一般的。

主席

好，請羅代表。

羅代表永達

主席，各位先進，其實所有的 culture 裡面，如果假設這個我們讓它通過，將來那個數量一定超過這個，為什麼？因為有太多項 RCW 像很多的…我們只是懷疑，誰都希望趕快知道那個結果，可是有沒有這樣子的需要不知道，我們目前給他的適應症裡面是說當你希望能夠早點知道的話，這不便宜，你翻開我們現在的支付標準裡面，現在 culture 都是幾百塊錢而已，這個做一次要兩千多點，做一次要兩千多點，而且有很多東西都是為了它們剛開始的時候，就像我們一般做實驗要看一般細胞的培養或是我們膿的培養一樣，這個東西的給付太高而且一次就占八千多萬，這個對整個健保的力量太大了，所以個人我是反對這樣一個一下就進來，而且我認為應該是建議 CDC，如果認為這件事很重要的話，應該由 CDC 出錢，以上。

主席

哪一些是由健保給付，哪些是在 CDC，我請我們副組長這邊做說明。

李副組長純馥

目前公務預算支應 TB 這一塊，是針對強制隔離的那一塊，所以那其實相關的，就是如果不是強制隔離的個案，只是你們在醫院治療病人的過程裡面，你們發現疑似 TB 的個案，你們要去確診它是不是的時候，這個時候這個項目我們才會用到，那這個項目基本上，本來就不是 CDC 在支應，就是我們健保在支應，現在只是說我們要不要讓時間縮短，因為到底這個病人要往後送還是要留在醫院還是他可以在這個病房裡面跟其他人在一起，這個確實是會面臨到一些醫院在做保護隔離或是做強制隔離相關等等的一些措施上，需要快一點能夠做決策，那當然基本上我們再新增之前，我們也有去問過 CDC，他們也認為說，因為科技的進步，如果我們能夠及早讓病人確診，可以避免後續的

contamination，就是院內的感染，那可能還是可以減少整體醫療費用的支出，那當然適應症上來講我們其實有明訂，不是所有疑似的個案都要，它是第一個要耐酸性染色鏡檢陽性的患者，而且沒有辦法區分它到底是結核還是非結核的，第二個才是疑似 TB，然後它檢測是陰性的，那也就是說，其實基本上它不是所有個案都做 Rapid 的檢查，如果大家覺得還有一些疑慮或希望能夠再更明訂這個適應症，因為這個項目我們在專家諮詢會議也討論過，大家也覺得如果真的可以減少後續其他人，因為這樣被傳染 TB 要吃抗生素，其實對院內感染者來講也不是非常公平，所以能夠盡早阻斷這些病原的傳染，可能是會比較有效，或許前面的檢驗會花大，但是會省掉後面治療的費用，以上。

主席

剛剛郭代表他們有先舉手，請羅代表跟謝代表。

羅代表永達

主席，你看預估一年執行的總次數，依我們的經驗裡面，後來實際上發生的一定會比一年預估的總次數更多，你看這裡有三萬多件，三萬多件裡面，有沒有這麼多的必要，其實光在 H&E stain 出來就多了，真的是太多，你只要疑似就可以達到這個標準，我覺得如果真的要過的話，適應症這樣子太草率了。

謝代表文輝

我覺得這個單獨的一個項目，一下子耗用這麼多，連 CDC 它主要負責肺結核的，它都不要省了，我們在省甚麼，事實上我們台灣 TB 的病患到處都是，事實上我是覺得這完全沒有道理，這完全就是吃我們健保的費用，民眾繳交保費是要廣泛的一般醫療照護，你針對這政府應該要負責的法定傳染病，政府要出錢的，剛剛我們純馥長官說的話很像 CDC 的長官在講話，對吧！很像吧！所以我是覺得這個 CDC，如果他覺得不在乎，痛到很明確我再收尾，我們不用去改那些冤枉錢，因為這個只是針對少數政府應該很關切的法定傳染病的，他都不要省了，叫我們健保叫民眾來出這個錢，完全沒有道理，我是覺得這裡應該保留。

郭代表正全

我的意見跟羅代表一樣，從適應症第二點看，幾乎全部都進來了，只要你懷疑，雖然說前面甚麼染色陰性，那個照樣要做，幾乎全部都

進來，我倒認為說適應症，可能真的要有一個適應症要比較嚴謹一點，否則那個量確實是剛才兩位代表講的會沒有辦法控制。

呂理事振富(吳代表進興代理人)

因為我自己本身就是做 TB 的實驗室，所以我剛就跟委員講，我一個月只有 150，我們自己檢驗所是八千個檢體一個月，我國一年有八十萬個檢體整個台灣，我有八千個檢體，表示一年將近我有十萬個檢體，我是佔了八分之一，我們檢驗所佔了八分之一，當我一個月才用到 150 個 Test 這樣而已，現在目前給付是一千塊，當我推估的話是用 100 再乘以 12，大概是一千兩百件而已，這個三萬多件的話我覺得是高估了，原來本身就已經有一個叫做一千塊的，那個是屬於比對的原來沒有這個給付，但是我們是用一個類似的碼，然後去申請的而已，所以這個的話，你大概可以放心的，因為量不會那麼大。

謝代表文輝

剛剛我們聽了，檢驗代表，這專家就你專家這樣我是相信，因為你做的就是這樣，但開放去給所有的醫療院所…

呂理事振富(吳代表進興代理人)

不不不，不可能的事，因為你們不是做…

謝代表文輝

因為我們報了以後，我們就會轉檢，我們就是委託假設全台灣有三家在做，我們會轉檢給他做，所以事實上開放下去，我們就可以保證像剛剛所有代表所憂慮的，因為他們每一位不是像你這樣的專家，如果全台灣健保所有的檢體是交給你來檢查，那我相信一定可以控制在這麼嚴謹，很有專業素養的這個選擇，開放給醫療院所那就不一樣了，我開單就開下去，後面它不會管你前面怎麼說，我就做這個檢驗，所以它的費用就會像我們剛剛預估的這樣。

呂理事振富(吳代表進興代理人)

我可以回答嗎？其實大家都多慮了，因為現在目前，每一家醫院都有一定的總額，他一定會去控制這個量，不可能會漫無目的的去開這一項，因為這一項一開的話，會稀釋掉你們其他的一個總額，所以這個部分的話，絕對你們自己本身就會控制說你要開這項，要好好的考慮，不會啦，因為現在已經有一千點了，所以他只是增加一千多六

而已，只偶爾它也許就是我今天看到一個，那我就一定要今天就知道，所以那個量應該是很少。

朱代表益宏

照剛剛醫檢師的代表講的，現在他適用比照申報，我不知道這比照是怎樣，他自己比的？它是署裡面同意它是用這樣比照申報，CDC 同意用比照的方式申報健保碼，我不知道，但是 CDC 甚麼時候變成健保的這個支付標準的主管單位，我就不知了。其實 CDC 沒有權去說你可以比照，如果是比照的話 1,000 點也可以做，我們給他 2,431 點，你們這成本試算，想請問一下醫管組成本你怎麼算的，剛剛一句話這成本怎麼算的 1,000 點也可以做，CDC 說你用 1,000 點就可以做了，結果妳醫管組這邊算一算給他 2,431 點。

呂理事振富(吳代表進興代理人)

我回答這個，因為現在目前的話，一個禮拜，大部份的檢驗單位他只做一次，也就一個禮拜他只有星期三做，但是我現在星期一有遇到一個 CASE 我要做，我只有一個 CASE 的話，我要做的話要帶 positive and negative control，我剛講過只有一個 CASE 的話，它的成本大概是五、六百塊，所以你再加一個 positive and negative control，大概就 1,800 啦，那你人工成本呢？所以這個的話是屬於在 Special Case 的情況之下才會去做的，沒有說 routine 變成這樣子做，所以我們不是這樣，不是這樣的意思。

主席

廖代表？你沒有？你剛不是舉手？這樣子，這個案子保留，我們再請…因為郭代表還有幾個代表，有提到說適應症的規範是否再嚴謹一點，所以我請我們同仁再針對適應症的規範去請教學會跟專家後，來做一些規範，那這個案子我們就先保留，等一下我們同仁拿上來以後，我們等一下…

朱代表益宏

剛剛那個醫檢師，因為既然這個案子保留，剛剛主席裁示說，針對適應症再去做調整，那照醫檢師公會講說，一天只做一個 CASE，因為他有 positive and negative control，大概 1,800，試劑的成本大概 1,800，那你是不是要給他 2,400，如果一天只做一個 CASE，它的成本才 1,800。

主席

有關剛剛朱代表和呂代表提到的支付點數，我們一併也請專家學者還有學會這邊表示意見，好，那我們第 9 項就先保留，第 10 項。

林科長淑範

請大家看到資料的第 15 頁，把三項合併在一起看，是支氣管內視鏡超音波引導、在超音波引導之下做縱膈淋巴結定位切片、超音波引導之下做週邊肺組織的採檢切片，這些新增診療項目是在做肺部腫瘤的切片，傳統的支氣管鏡無法到達的一個病兆的部分，它如果加上支氣管鏡加上超音波探頭的時候，它比較容易定位，而且比較容易做採檢不容易有出血的現象，所以它總共有三種的項目，單純只有做超音波引導，建議點數是 7,365 點，包括一般材料跟拋棄式的特殊材料，拋棄式的特殊材料是包括是指支氣管內視鏡的超音波的氣囊，下一項超音波引導下做縱膈腔的淋巴結定位，建議點數是 14,198 點，包括特殊的材料、拋棄式的材料，除了剛剛提到的超音波的氣囊之外，還包括支氣管的抽吸檢針，下一項肺週邊組織的一個採檢片，建議點數是 13,657 點，同樣包括是超音波氣囊還有一個抽吸收減針，以上說明。

主席。

請委員針對第 10、11、12 三個項目，就是支氣管內視鏡超音波導引相關的三個支付項目表示意見，請姚代表。

廖課長秋燭(姚代表鈺代理人)

這個在上次會議，就上一次，這個不是手術項目嘛，對，所以手術項目你們都會寫說，額外加計材料費多少%，因為這是檢查或處置項目，那可不可以就是比照一個原則像這一種的話就是內含一般材料費和拋棄式特材總共多少%，因為你的點數增加很多是來自於特材，那我們在計算醫院的那個 PF 的時候就要分開。

郭代表正全

主席，這個我不是很同意，因為上次不小心同意了手術，那一個案例，那現在檢查、處置再進來的話，事情就比較複雜化了，因為一般我們手術說你可以再加 1.53 包括一般材料，檢查處置沒有，上次因為我們在算特材，認為某些項目事實上可以在相關的費用裡面，所以我們就不計價了。但是我認為說，假設檢查、處置要的特材，我認為還是另外列出來，另外申報，除非說這一個特材費用非常低，低到這

個本身就是不計價材料，像目前的話有一些內視鏡超音波，它用了剛才講的內視鏡球，像 GI 用的內視鏡球，那個特材事實上沒有多少錢，三百塊以內，所以我們大概把它當不計價在用，就內含的，但是像我們第 15 項這些，14 項、15 項，像電子式的內視鏡的話，那些特材都相當高，有些特材就要將近 6,000 塊了，另外現狀的話，大概醫院的話，因為假設純粹是一個檢查，一般就沒有再收甚麼特材，但是假設做治療的話，還有像剛才講的那個穿刺的抽吸檢針，那在電子式的內視鏡裡面，他有所謂指引細針穿刺，那個錢基本上那個費用包括處置的費用，目前現狀很多醫院都是沒有健保的比對，都是用自費在收，那你現在全部把它納進來，我不曉得這個你現在…像你第 14 項的話，還有第 13 項，14 項還有第 13 項，你的支付點數才 6,999 點，一個 5,980 點，那以醫院目前的話，目前在做這樣一個治療的話，基本上費用已經到將近 14,000 元的這樣一個費用，基本上我認為這個支付標準有一點跟實際上有出入，所以希望貴署能夠，這一段再考量一下，那有關往後再談所謂的檢查處置，是不是我們特材不要在裡面去把它複雜化，你用特材你用多少你去報特材，我們現狀還是有，基本上這樣對醫院來講，可能會處理上比較方便一點，以上。

主席

廖代表你同意嗎？

廖課長秋燭(姚代表鈺代理人)

因為看出來這裡面原本的支付點數其實是很低，變成這麼高主要是特材進來嘛，那特材進來不然特材就另外處理。

朱代表益宏

特材多少錢呀？

主席

特材比例就好。因為這個是內含的，(講一下特材多少錢) 六千…

廖課長秋燭(姚代表鈺代理人)

750 變 6,999 第 13 項，可見得大部分都是特材，阿都一起講你都一樣，一起談就是一起都有這個問題。

林科長淑範

第 15 頁支氣管內視鏡超音波兩項特材，第一項是超音波的氣囊，

我們調查的申請單位送錢來的單價是 500 塊錢左右。比較貴的是支氣管抽吸檢針，一支針要六千元，第 16 頁內視鏡超音波檢查的訊號轉接器是可以重複使用的，所以訊號轉接器很貴，可是它可以重複用 30 次，所以那個費用是可以攤提的，以上。

郭代表正全

那個沒有我講的費用裡面，你剛才講的那個氣囊 500 塊，我還跟你講 300 塊而已喔，比你還便宜喔。至於那個針，那個抽吸的針，是要六千塊，跟你講的一樣。至於你講的幾千，根本就在不計價材料裡面阿！並沒有另外再額外收費用；我講的費用是你另外電子式的內視鏡超音波要去做治療，這一部分的話，目前現狀醫院有很多都是用…因為沒有比對，是直接用自費在處理。阿你現在全部要進來，我不曉得那一條錢要怎麼用，至少那兩個加起來就將近一萬四千塊。

林代表富滿

剛剛提的兩個特材，六千塊那個屬於目前健保署公告可以自費品項裡面，本案納入包裹給付，但若這項目用在其他地方，就收自費，這樣會很亂，所以建議不要納入包裹，維持有用收費，這樣才不會用在不同地方，對病人收費不一，造成困擾。

主席

所以你們那邊的資料是胸腔科。

郭代表正全

有跨科別的，他們會對一些胰臟透過內視鏡進去，去做診治，對~實務治療~

李副組長純馥

如果~因為我們現在確實有時會遇到一些你們說的狀況，如果我們現在把 X 碼拿掉，爾後你們有出現這些問題，我們會跟特材討論看要如何處理。原則上，因為現在內部分工已經講好，只要過程面特殊材料它不是植入物，就一定要含在支付標準裡面。我知道委員是期待能另外列，是因為過去沒有這原則，所以有些是列了，可以額外報了，可是未來徵詢你們現在自費項目如果是過程面，我們署內原則是希望含在支付標準裡，除非它不是每一個都必須用的，可是如果它今天項目明顯是做切片或幹嘛是一定要用那個針，很抱歉我們沒有辦法讓它

另外去報，這有好有壞，好處是這價格訂的 maybe 是高一點，因為以後如果透過你們採購等等議價下來，不一定我們就可以反應在支付標準的修訂，可是特材我們是兩年做一次調查。所以實際上有好有壞，我覺得不完全都輸或都贏，一定會有一些狀況是可能你們贏我們輸，可是總之，這項目我們當時已經講好，所以還是希望先這樣處理。原則上我們同仁已經說很清楚，當時我們在協商時問醫學會有沒有跨科別使用，他說沒有，那如果回去你們發現有，跟我們反應，我們會處理。可是原則上只要 X 碼現在收自費，只要我們把它納進來，就要把 X 碼移除，就是不能再收自費，一定要走這樣的原則，不然會天下大亂。

郭代表正全

剛剛副組長提的我不反對，不過有幾個大前提，第一個就是過程面百分之一百全部都要用到的，第二個你有財源，第三個你現在估算整個用量是正確的，我們前段我們沒特別提，因為上次我跟朱代表都提過，有些手術本來就保障點值，特材我們就不特別提，但是在檢查裡面，你全部都是浮動點值這樣處理，我特材原本是一點拿一元，我再自費特材，你現在給我含進來然後估個價打個折再折讓掉，那我一個特材變成說整個賠本，我想醫院不可能這樣做，這一段我希望真的好好考慮一下，以上。

朱代表益宏

第一個就是支氣管內視鏡超音波導引現在支付點數是 7365 點，剛剛講事實上有爭議性，大家比較 care 特材財務，6 仟的是後面第 11 跟第 12，那我現在講第 10 個，我想說七千塊，因為現在超音波的肺檢，支氣管的超音波檢查費也沒那麼高，為什麼這項目的檢查技術費會把它拉的這麼高？你現在支付是 7,365 點~我意思是說一般超音波檢查沒那麼高~為何這項為支付到 7,365 點，它技術是難在哪裡，跟傳統的差別在哪裡？它主要是用支氣管的操作，但支氣管鏡的檢查現在支付點數多少？它主要難度是支氣管鏡的操作啊！那支氣管鏡的檢查 1600，這檢查你給它 7365，這是？不是支氣管鏡顯然偏低，就是這項目顯然偏高嘛！對不對。

李副組長純馥

這個項目基本上是要去找它的腫瘤，可是基本上它大部分會併做切片，為何它會單獨一項沒有含切片，有可能是它進去以後沒有找

到病灶所以沒有辦法切片，可是要給它一個項目，但實際上它過程~你看它原先點數是一萬四千多~也就是它的針是再加上去，在七千多再加上去，所以七千多確實是因為，基本上支氣管鏡、內視鏡它會有一些風險，因為它含有探頭還要含內視鏡，他要去看到器官裡面的一些異常。

朱代表益宏

你是說其實傳統的支氣管鏡檢查，它也是要去看看有沒有病灶、有沒有腫瘤嘛~

李副組長純馥

對，它只能看支氣管裡面的，它是要透過支氣管裡面看肺臟的，所以不一樣，這個技術不一樣，支氣管鏡它只能看支氣管本身的病兆，那如果你要看支氣管附近的肺臟本身的病兆是要透過超音波。

朱代表益宏

我了解你講的，那個其實是它儀器的關係，但是你操作的技術其實主要是操作支氣管鏡的技術，但是你看，當然支氣管鏡只能看到表面，支氣管內部的表面，那你超音波當然有一定的深度，但是你支氣管鏡一千多點，現在你給它七千多點，我現在要知道說，它的理由。

郭代表正全

主席，其實支氣管鏡跟內視鏡後面那兩項道理都一樣，剛剛朱代表有講了，道理都一樣，那原來的報…是像我們看…剛剛才在講支氣管鏡，那 13、14 兩個跟前面的是一樣，像內視鏡超音波還有內視鏡兩個加在一起，一般在做診斷的話，大概這兩個項目去報，那我不曉得這兩個項目變做現在新增的電子的，變作 6,999 它的問題同樣，我想可能去探究一下，到底問題在哪邊，但是就第 2 項的話，像第 14 項的話，我所了解的話，以往現狀假設有去做穿刺、去做治療切除，這一部分的話，一般是用自費在做處理，另外有我剛才講的特材，要六千塊的特材，還有一個自費的處置項目，我們去收這樣，那原有你們的內視鏡超音波還有內視鏡的檢查的那個項目就沒有再報了，所以你們現狀整個估算的量，事實上是低估了，一般醫院這一部分根本沒有在報，變作用自費在處理，那你今天用那個量去估算，你可以 Cover 所有不竟然，那我倒認為今天這四項的話，要不要稍微保留一下，就說剛才朱代表的問題，確實我也沒有特別去注意，就現狀用一個 750 點

加 1,500 點就可以處理掉，為什麼要變作 6,999 點，還有前面支氣管鏡七千多點，道理在哪？我想這兩個道理是一樣，也許有一個特別的意義，這我不清楚，特材費基本上那一段特材費不高，我剛剛的五百或三百塊，但後面那個特材就非常高，這一段麻煩。

主席

來，科長或是…

李副組長純馥

你們有沒有看它項目不可以同時申報，有一個 67051B，67051B 基本上它是一個手術，為什麼在這裡學會要要求不可以併報，其實這個項目基本上醫院已經用這三項在處理了，反倒我們收載進來以後，可以比較清楚到底它在幹嘛，你知道嗎？因為實際上，基本上 67051B 其實是比我們現在的價格還要貴。就是剛剛我們在討論胸腔鏡肺氣狀或部分切除，就是說當它進去看的時候，它只要看到病灶就可以併做了，所以我意思是說，實際上其實現在很多已經用內視鏡在做外科的這個項目，那我們只是希望說，把這個流程更明確化，而且其實基本上它這個內視鏡超音波，它也是一個新的手術項目，它基本上可以減少你從胸腔直接開刀的一個痛苦，而且它是邊在檢查併做切片或是做相關的處理，那可以再免掉一次 CT guide 的切片，所以其實基本上我覺得我們要去考慮就是說，科技它在進步，它一定有它的用意，我們第一個就是要增加安全，第二個就是要減少痛苦，那我覺得或許我們說明的不是很清楚，可是我意思是說實際上它是有它的那個流程，謝謝。

郭代表正全

對不起，很謝謝剛才副組長這樣提，我才想到因為剛才講的那個手術項目可以理解，但是回到 13、14 的話，到第 14 項的話，好像漏掉一個手術項目。

主席

那我們 10、11、12 是不是可以過，先討論這個，那一項你剛剛講，有一些是可以那個針，又可以跨，然後涉及到特材 X 碼到底要怎麼處理再來說…

郭代表正全

就 10、11、12，我的問題一樣剛才問題一樣手術項目是保障點值，你今天給我用到檢查處置的話，那一段怎麼去處理特材的問題，以上。

陳代表志忠

對不起，我們胸腔醫學會這個是胸腔加護重症醫學會提的，就是我們胸腔科的醫生提的，剛提說 67051B 基本上是胸腔外科的項目，在一個任何…我們這邊好…臨床醫師應該…這排應該很多臨床醫師，從臨床醫師的角度來講，不認為一個支氣管內視鏡超音波的導引跟一個 Thoracoscopic wedge or Partial resection of the Lung 是同樣的東西，如果我們從超音波看到頂多能 take biopsy，不可能就是說，它當然不能併報，它是診斷了以後過了 pathology 的報告以後，再去做這個手術，也許在同一次住院，也許出院了再住進來，這不能混為一談，我們倒是應該去看一下，原有的支付標準要有一致性，再支付標準表裡面，第二部第二章第一節就是第 81、82 頁，如列的這些內視鏡的超音波跟支氣管跟這個 28029 是內視鏡超音波是 750 點，註明內視鏡另計我這兩個一加起來的話，為什麼會差異有這麼大，另外我們注意有一個手術，因為我們不是胸腔科的醫生，有一個檢查就是在 28033C 那個診斷性的肺泡灌洗術，它的困難度絕對比這個高，從我們一個臨床醫師的角度來看，它只支付 1,800 點，還包含支氣管鏡的費用，如果我們因為一個設備的進化，而把它一個同等類似技術的東西，支付標準作這樣大幅度的區分的話，我可以相信，是不是鼓勵軍備競賽。

朱代表益宏

主席我覺得其實支付標準的一致性是很重要，你不能說因為有一個新的項目以前沒有，所以我就給它…不管是你用新的成本計算也好，用新的甚麼方式也好，但是那個標準就破壞掉了，這個就是我們剛剛去質疑，如果說今天你對於第 10 項，你的支付點數是兩千到三千，我個人是可以同意，原來的你支氣管鏡本來一千多塊再加上超音波再加上比較困難甚麼，弄一弄所以大概我給它三千塊，那這樣子我個人可以，但你加到 7,365，你總要有個道理，為什麼用原來的東西，原來的支氣管鏡的操作，這個東西其實最困難的就是支氣管鏡操作，不是每個人都會操作，那第二個困難就是，超音波的判讀，我操做到那個部位，我超音波看到甚麼東西，是不是有腫瘤，其實這兩部分，那我不認為說會從原來一千塊幾百塊的給付跳到七千塊這麼高，當然後面這兩個可能是因為取樣針的關係那個我就不講，但是這一個，光

光這個項目你的支付標準衡平性有問題，那我覺得你是不是鼓勵今天，如果這樣子，那我麻醉醫學會，我下次我把我的全身麻醉，我也改一個名字，然後來跟你申請六千塊、七千塊對不對，我改一個名字，稍微變一下，用比較新的技術來弄一弄，那就可以變成一個新的項目，以前也沒有，對不對，我覺得這樣子是不對，所以這個項目我個人覺得說，技術費…如果第一個剛剛這個副組長講的，我想我個人並不反對它進來，因為新的科技你本來就是要進來，你有經費的狀況之下本來就應該，但是你今天這個也不是散財童子，給它那麼高的錢，人家說怎樣我們就給他多少錢，我個人是不同意，所以這個費用如果說要用 7,365 我個人不同意，但是比如說用兩千塊、三千塊，那我覺得大家可以再來討論一下。

主席

請，謝代表。

謝代表文輝

其實我想這也都是專家，大概專家會議的建議，那如果是胸腔科的專家，我是認為他們覺得拿這樣子很合理，但這樣就沒有辦法交代其它科系類似的也是內視管鏡的，你以前都給他很低，那理論上我是覺得這裡沒有甚麼多高，和國外比起來這裡低的好可憐，但是就是一致性，要不然其他科系，同樣也是內視鏡再加個超音波的，我只有兩千多塊，那人家來問你就沒有辦法去解釋這個，所以第一當然都是很低，像剛剛朱代表講的三千塊，當然如果放到世界的水平給人笑死，但是你其他科系都是這樣子，所以我是覺得要相對就是類似不同科別的內視鏡手術加超音波的和人家要有一個相對的一致性，至少我們都加，我們本來這…我們健保署我們老闆就是很簡，就是這樣，大家都一樣，沒有厚彼薄尺，現在 11、12 其實也是跟基於實，所以我是覺得的這三個案就暫時保留，那請我們長官跟這些專家講，就拿其他科系內視鏡加超音波的是多少錢，給他們看一下，之後再重新調整一下，就比照其他科系，也是內視鏡加超音波的，大家差不多，不然它們提這個價格我也是覺得很低，胸腔鏡的確也有風險，所以我是覺得應該請這些胸腔科專家，重新再檢視一下，其他科系，也是內視鏡加超音波的類型的價格在哪裡，請他們重新再思考價格。

主席

好~區域醫院跟消費者代表這邊還有醫學中心還有沒有~目前暫時

沒有進來的是部分是收自費~針對第 10、11、12~還有沒有~保留？消費者的看法？

陳代表川青

主席，這裡是價格的平衡性問題，如果不是差異很大的話，消費者也能接受一些新的東西~好不好。

主席

那第 10、11、12 就保留。請醫管組針對支付點數的成本再做檢討，再提案討論。再來第 13、14 項。請~郭代表

郭代表正全

主席，那個第 13、14 項跟第 10、11 項好像，但是 10、11 項還多了一個 67051B 手術，所以費用才調高，可是第 13、14 項，費用是加甚麼東西我也不清楚，是可以比照吧，這五個項目把它同一列東西~因為都是內視鏡~

主席

好~還有沒有其他人贊成保留？好，醫管組有沒有要做說明？

林科長淑範

請看第 16 頁內視鏡超音波檢查，為何跟原內視鏡超音波成本差那麼多，就專科學會他們提出的成本，最主要差別是在用人成本差異，第二個是在設備上有差異，設備有增加蠻多費用，以上說明。

羅代表永達

千萬不要跟他們去談成本分析，因為成本分析每一樣沒符合成本分析，你要跟他說其他科系做內視鏡加超音波現在給人家多少錢，你這樣講怎會說的贏他們，你若跟他們用講的算成本分析，怎會講的贏對方~大家都偏低呀~

主席

我們請教消費者代表看法~一樣要保留還是針對~~~

陳代表川青

它這個儀器沒有跟現在的儀器比較先進或是比較好，或是對消費者比較減少疼痛，

主席

比較好一點點……，如果含內視鏡……

陳代表川青

好多少呢？要有一定的量化嘛～讓消費者不會有風險，減輕風險或者減輕疼痛，那也 OK 呀，有個量化的東西。

朱代表益宏

它這個應該是這樣講，以支付標準一個衡平性，其實它真的講第 13 項 6900 多我個人覺得不高啦！如果真的用國外的物價水準，各方面來比，其實它這個要的。但現在問題出在整個支付標準是太低，（其他科都很低）那你現在因為這一項把它加高了以後，那其他的項目會不會產生科技的不平衡性，這個問題就出來了。那會不會造成因為你這個特別高，那別的東西會不會就有濫用或反正其它我都申報這邊，因為差距太大，那這個問題就出來了啦。

主席

這樣子～好，同仁已經把成本分析的資料拿上來，就是第 13、14 項。（因為 11、12 已經講完了……）

林科長淑範

第 13 項內視鏡超音波為什麼會提出是 6,999 點？按照學會提出來的成本，校正用人成本、房屋設備的時間，用人成本的部分包括醫師、醫事人員跟行政人員，用人成本的部分 4,000 點，再加上不計價材料 1,571 點，裡面包括它可以重複使用的訊號轉接器；還有包括超音波的電子內視鏡、內視鏡清洗機，還有一些設備，還有房屋設備、作業管理費用，全部加起來就是要 6,999 點。

徐代表弘正

聽到這樣的分析，我跟各位講，你可以看得到的是若你把傳統的內視鏡去做用人分析，一樣那麼多錢，所以這個是完全不合理的，你知道嗎～用人成本佔了四千多塊，難道他有比傳統的用人有多嗎？因為它電子更好，它用人成本可以更降低，如果這樣子平衡比較的話，根本就不應該那麼多錢。因為我現在擔心怎麼樣～給付跳這麼高，其實是圖利廠商，這廠商要賣這個東西要好賣的，用我們原本沒有的，現在全部都要叫我們換，我們擔心的是，這個健保我們的費用會一直增加，我不是說不應該用新的東西，你不應該增加那麼多，你用用人成本來告訴我是絕對不能同意的。

陳代表志忠

請大家參考支付標準表 18043B 冠狀動脈血管內超音波，包括心導管檢查費用才 7,500 點，輕重失衡嘛，勾到冠狀動脈也才 7,500 點，然後現在支付標準，你這個心導管機器跟這個怎麼能比啊？設備跟那個困難度、危險度…

謝代表文輝

這個基本上我們換一個說，對這個新的講的我也都很贊成，成本分析…人數佔四千多塊，那現在就請問那人家本來支氣管鏡不然比照這個算算看，算下去不就也要五千多塊？我們擋不了，你幫我們算算看，我們人事錢不就不用人，我自己機器自動會做。你以前的都沒有這樣算，你現在對它就這樣算，我不是說你算的不合理，很有道理，本來就應該這樣算，不這樣算只有它這樣算，不然你也照這成本分析，人事費用你幫我算算看？你不就要多好幾倍給對方，我們沒辦法呀～拜託拜託。

主席

那我們是不是做成這樣決議，就是 10、11、12、13、14 保留，再做成本分析以後再提案討論；現在回到 2 跟 3 不整脈經導管燒灼術複雜 3-D 立體定位，一個是單腔一個是雙腔。來～成本要不要報告一下。

張技士淑雅

跟委員報告一下，這個成本的部分也是在於它用人的耗用時間，單腔的話要 40 分鐘，雙腔要 60 分鐘，還有它的設備是 3-D 的一個設備，以上報告。3-D 的在設備成本部分大概是 4,623，整體的他送過來的成本是 4,623，在單次的。

朱代表益宏

其實第二項跟第三項也有同樣的問題，因為你原來的給付，2-D 是三萬六千，現在變四萬五嘛～對不對？也有同樣問題。其實你要做這個說明要說你 2-D 的成本多少錢，你的儀器設備或許比較貴這個我同意，但是你說用花的時間呢？花的時間難道 2-D 就只要 10 分鐘、20 分鐘嗎？應該不是這樣子啦！可能也要 30-40 分鐘我想，說不定要更長一點，因為還要判斷立體空間還有經驗各方面，我個人認為花的時間其實會差不多，但是儀器設備可能會貴一點，這一個我同意嘛。所以我覺得說，因為這樣子你給付給他更高，那事實上你就是花錢給廠商賺，就是鼓勵軍備競賽啊。

徐代表弘正

在這一部分我有一個比較不同的見解，如果說 3-D 能夠證明比 2-D 更好，也許我們該要讓它進步，這裡面有個問題是，你的 indication 裡面排除 2-D 的某一些部分，萬一你不能排除，你就會讓所有的人都傾向於做 3-D，這個才是問題啊！你講的那個複雜太籠統了，那到底有哪些 2-D 做，就是 3-D 不可以做的那些診斷，是不是要請專家名列出來，因為這個會關係到你的替代比，你的替代率為什麼會低估就是在這裡。

陳代表川青

實際上我們很主張對這種新的特材大量的引進新的，重新更新嘛～設備更新，但是問題有個前提，就它設備的原始的成本跟現在傳統成本，不要用人事費用去 COVER 這個做個比較，個案比較，是比較不精準。我今天就設備來講，跟它的效果來講，那我們也主張，依各醫院裡面對這種新的特材都希望能採用，但是不能說是偏離太遠的、太多的價格，不但他們現在 2-D 也好，或是現在所使用傳統的也好，不能接受，我覺得沒有講出一個比較具體對消費者有利的這個部分做個分析，我們是覺得價格用這樣子複雜的去計算成本，然後拉高它的支付點數，是不太合邏輯啦！

朱代表益宏

這個從第二案開始到後面包括副甲狀腺這個，我為什麼會去提這個？因為第一案剛剛大家覺得那是你現在舊的支付標準比較高，現在把它減錢，確實納氏手術跟舊的傳統手術，它花的時間是比較少，新的這個納氏手術。但是相對的它住院天數縮短很多，以前因為你要開胸，要住加護病房兩三天，那大概要至少一個禮拜-十天才能出院，但是納氏手術大概三天到四天就可以出院，它是微創，我為什麼知道？我不是胸腔外科，但是因為我是做過它的麻醉，所以我很清楚它那個手術方式，就兩個小洞，所以病人恢復非常快。如果真的用成本分析整個評估起來，搞不好人家新的手術還更省錢，結果你給它給付低，照理說它替健保省更多的錢，應該給它維持，不要讓它更低，對不對？結果我們這邊是後面的不考慮，給付上給它調低，因為它花的時間比較少給它調低，然後其它的你看看，後面我們所有的項目給付都大幅提高，它也沒有替健保省到錢，結果你還把它給付大幅提高，我覺得這個是沒有邏輯性。所以我才想說，你剛剛講的 2-D、3-D，還有剛講的支氣管鏡跟內視鏡、胃鏡這些東西的超音波，其實技術含量差不多，

以我們臨床的醫師，雖然我不是專家，但是我覺得技術含量是差不多的，那唯一的就是儀器的解析度跟它可能更簡便，或類似像這樣子而以啊！但是對醫師的付出來講，我個人覺得其實差不多，那你前面給它這麼少，你現在這個給它這麼高，一個就是給廠商賺嘛！一個就是你前面的給付太低嘛！那為什麼不一併去做調整，一併去做考慮，這樣子你整個真的低的有機會把他調上來。你現在 RBRVS 做完以後也不動，對不對？也都不調也不動，真的給付偏低的，用一個相對去比較，科與科之間比較拉下來，然後也不去給它調整，那這個新的項目就給它大幅調整，如果這樣就鼓勵專科醫學會去用新的項目來取代舊的項目就好了。

林代表淑霞

主席，我想我們未來不管是過程面特材百分比要加進來，還是新增為支付標準，對於成本分析可能就是要去顧及以往支付標準之不足，否則可能會造成與舊的支付標準不平衡，那將來會引發可能是我們臨床科系之間的問題，同時也會誘導一些可能增加我們總額高額的那一部分，那真正要投入很大人力的部分，反而會造成成本計算新舊不一致性。所以我們可能要去思考用什麼樣的原則針對未來這些我們所謂的過程增加特材百分比，或新增的這些支付標準，在分析成本的計算，尤其在人事的部分，暫時配合舊支付標準之權重，以上建議。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

這個坦白講一句話，我發現健保署就是也很可憐，不是專家學者看到最後又變專家學者，其實付費者你們大概也有感覺就是說，今天為什麼都是這邊，這邊完全沒有，因為這邊談得很多都是醫院的問題。那醫院問題今天健保署的立場去做了很多分析，結果醫院代表沒有辦法接受的原因在於它分析的條件客觀因素，在加上很大的因素是新藥新科技的東西大家都要，但是這個增加的錢真的不是我們能負擔的，所以很多東西在這衡量之下，為什麼醫院要選擇去拒絕這樣的東西，希望它能夠再更合理，這東西真的要大家思考。不然～說真的一句話，我們在這裡講了半天，我實在替這幾個組長很委屈的說，講起話來要變成專家來說服這些醫院，但是這又好像不是他們專業，像純馥副組長剛講的一段話，我是越聽越緊張，到底真的是這樣的狀況嗎？還有一點，這裡面的差異看得出來，新藥新科技的東西對我們來講是大家追求的目標，但它的花錢真的是我們目前很難承擔的。所以我們一直強調在這個地方要跟付費者講一個重點，是未來對於新藥新科技，我們一定要成立一個專款，專款專用，用到差不多可以再納入健保，要

不然的話，這個新藥新科技一定會產生這個問題，民眾端有需要，醫院端阻止，這樣子的狀況會產生。這個東西可能在藥品共同給付會議上也是這樣子的代表結果。以上報告，謝謝！

主席

好！醫管組這邊對於第二、三項是要保留還是要尋求委員的同意？

徐代表弘正

主席，我們真的要知道那個 3-D 怎麼來的，如果這個 3-D 沒有做多大改變，只是用軟體讓它變成 3-D，我覺得這個費用增加九千塊太多了，是不是還是保留讓專家能夠解釋清楚。還有一個就我剛剛的疑慮，這個替代率跟 indication 一定有關係，有哪些是切到 3-D 做，哪些是 2-D 做要更明確，好不好？

李副組長純馥

是不是就我們先保留，那既然大家有這麼多疑慮，我們再商請心臟學會派代表來說明，那或許就會比較清楚大家所想的。那我覺得還是要回應一下，為什麼你們會發現說，我們在這次整個調整包括在這個買過程面特材的時候，在這個技術費上面，就是用人成本上面會增加，其實這個就是去反應現在醫院在收自費的特材，有一部分是要補充醫師技術費上的不足，那我覺得如果大家不去面對這個問題，就會出現我總額每年協商還是在成長。可是我有很多被保險人在收自費，那這自費有一部分是材料商拿走之外，我想一定有一部分費用是留在這些技術人員，就是操作這些醫師的身上，所以我覺得這還是得去反應，目前大家覺得急重難科別是不願意去走的原因是什麼，也就是用我們目前在支付標準的架構上，沒有辦法整體去調整，我覺得大家得去面對這些問題，是因為有一天我們都有可能是去使用到這些醫療的人，那我們需不需要自己要付這麼多的自費項目在裡面？我覺得這真的是…我也很兩難，確實我們不是專家，所以每一次在跟醫學會討論這項目，我們是請醫師從頭到尾講一次是怎麼操作的，甚至他要把那個類似教學的影帶帶過來，從頭教我們一次，我們才知道他要怎麼做。那確實是一種學習啦！我自己是覺得我學習到很多，相對來講我是覺得說我們今天能夠提升整體整個健保的品質，或是醫療的水準，我們還是要正向去看，因為難得付費者代表願意在總額裡面給我們成長率，那我覺得如果說真的是我們不好好做，其實我們是愧對我們自己跟我們的家人，以上。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

我講一下～今天幾乎可以發現一個問題，專家會議會過的到實際的執行面就會產生一些困擾，那我應該講的是專家都是站在一個比較，為民眾端、為提升的境界上，但今天健保的總額是一個大家的公共財，這公共財不能為了特定的人事去做特殊的用途，這個是不行的！所以這個點就是現在爭執很大的地方，包括新藥新科技都一樣，這一點就是大家一定要去思考每次專家會議會過，到了實務面在討論的時候，就問題一大堆的原因就在這裡，我覺得這一點是我們未來在整體方向構思的時候，這一點要去好好探討一下才對。

朱代表益宏

我覺得剛剛副組長講的很有道理，就是現在普遍的支付是不足，那現在健保在總額底下有一點經費，所已先就某些項目給它調整比較合理的狀況，當然這樣子的想法，我個人是可以接受，但是我覺得與其這樣做，不如把既然我們 100 年有做過 RBRVS，為什麼不把那整體的資料拿出來一次告訴付費者說，現在給付是偏低，比如說，偏低五成、六成，尤其是在用人成本在技術、在勞務成本上面是低到多少？我覺得你告訴付費者，應該是要告訴一個全面的，而不是用某些項目說現在有點錢我就用這些項目去調整，那樣也會失衡嘛，所以我倒是很期待說既然剛剛副組長提這個議題，我覺得應該找一個機會，雖然現在沒有做，100 年已經調查完了但是沒有去做，我覺得應該把那個資料分析出來，然後在這邊付費者也在，到底針對哪些項目，或是我們找出已經在支付的項目到底他會偏低或是 ok 的，不然醫界都在說給付不足太低，然後付費者都覺得我已經給你很多，夠了夠了，對不對？那我們就把真正 RBRVS 做出來拿出來看一看，到底是真的不夠還是夠，如果是不夠，不夠在哪裡？是技術費用太低還是給的特材太低，還是房租固定成本太低，我倒是很希望說如果我們有機會，把那個資料拿出來給大家看，看完以後不見得表示一定要衛福部去執行，對不對？看完以後也只是我們大家把他放在心上，也讓付費者瞭解確實現在在醫療給付上全貌是這個樣子，有了全貌以後，後面再調相對的支付標準時，大家也會比較有共同的基準點，所以我也徵求主席同意這樣想法，不知道可不可行？如果可行，或許醫管組這邊能夠思考一下，如果確實可行的話，我們找一次會議針對這個東西來做一些檢討，謝謝！

主席

好！那回到主題～就是提案二，我剛剛看了一下就只有第一項、第四項、第五項、第六項、第七項、第八項是同意。再回去副甲狀腺那項。

林科長淑範

這一項學會提出只切一個甲狀腺，跟亞全切除，就是 Subtotal 跟 Total 的成本分析，切一個甲狀腺那麼小的東西，切一顆跟切 Subtotal 要留一點點技術是不一樣的，跟切四顆不一樣，它切一顆的時候，Subtotal 跟 Total 用的時間是做單一切一顆的 1.5~1.8 倍之間，就是說切一顆它只要花 150 分鐘，切 Subtotal 的時候需要 270 分鐘，所以在用人成本的部分多了將近 14,000 點。在手術室裡面要醫師、要刷手護士、要流動護士、還要行政人員，所以，不是單一只有增加醫師的費用而已，還是增加其他相關人員的費用。

主席

這個統計上目前我們也分不出，就是說到底 Subtotal 是拿一顆還拿兩顆，這一項我不曉得朱代表可不可以同意，第五項第六項是不是可以同意讓它過。

朱代表益宏

他這個有幾個問題，因為差太多，今天我如果是外科醫生，我拿一顆跟拿兩顆，那乾脆拿兩顆算了啊！對不對？當然是專業啦～沒有錯！而且如果說真的，我個人是覺得如果你真的是用人時間比較多我同意啊！這個絕對是拿一顆跟尤其是 Subtotal 絕對時間會差嘛～

林科長淑範

按學會的意見，切一顆的是原發性的甲狀腺腫大，會切 Subtotal 跟 Total 的是腎性甲狀腺，腎性甲狀腺腫大的時候除了本身甲狀腺的問題之外，其實它本身還有腎臟功能的問題，所以學會認為支付標準應該做術式不同的切割，他們不可能會把單一原發性的甲狀腺去切很多顆或切 Subtotal。

朱代表益宏

如果是這樣子，那第五、第六項就要去它有一些適應症；第一個適應症要把它規定清楚，對不對？第二個就是說，如果真的因為時間增加，因為勞務成本增加，其實你真的回去算，因為你一萬六千多點，

你還要加 53%的材料費，其實他大概才一萬塊而已。一萬塊你增加的時間，就算這一萬塊全部都是勞務成本，不包含那些固定成本，全部都是人事的勞務成本，一萬塊啦！那你這邊做 Subtotal，剛剛講的增加百分之多少？不到兩倍啦！150 分鐘跟 270 分鐘大概兩倍，那也不過是兩萬塊嘛～如果我說全部這些不含固定成本，不含折舊，我都不算，水電這些我都不算，就算人刷手的費用，算開刀的時數，加一加也不過是兩萬塊，對不對？那現在你給它三萬塊，我是說這個是要有它的道理性，我不知道其他委員想法是怎麼樣，但是如果這個通過，那你這個第五、第六項你一定要去定義適應症，剛剛講合併腎臟，腎臟有問題的才能用這東西喔～因為我知道很多的甲狀腺，尤其是副甲狀腺腫瘤的話，它不見得是合併，那你只能…就算它全切你也只能拿一顆的錢，對不對？所以我是說這個要先在這邊要講清楚，照剛剛科長講的話，事實上是這樣子的意思嘛～如果我沒有理解錯誤的話～就算它是腫瘤，甲狀腺癌、副甲狀腺癌，但是它沒有合併腎臟的問題，你也只能算 simple，是不是這樣子？那我徵求朱代表請學會再給我們訂更嚴謹的適應症，那這個案子是不是讓它過？

主席

好～那我們就請學會給我們訂一些適應症，第五、第六項我們就照案通過。其它保留的部分，我們再徵求其他專家學者學會的意見以後再提，那通過的部分就是一、四、五、六、七、八項，我們就依程序報衛福部後實施，來提案三。

黃代表雪玲

主席等一下～剛才那個有幾項不予支付的裡面有一些現在健保署不付了，但被健保署歸列在內含材，是不是可以恢復到自費材去，譬如說：17 頁裡面有些手術不付了，那本來被你們判在內含材可不可以恢復成自費材。

李副組長純馥

我們通常公告後，特材 X 碼才會拿掉。

張技士淑雅

委員你可不可以再講清楚是在哪一頁？

黃代表雪玲

17 頁這個 3、4、5，什麼巴瑞特氏食道症……

張技士淑雅

委員的意思我聽懂了，在我們不同意給付的意思是整筆醫療費用加上特材也不給付，不給付的項目我們就不會開碼呀……，那個沒有碼阿！完全沒有碼～

主席

保留的部分就是維持現狀在處理，通過以後才有你剛剛講的問題，ok？

李副組長純馥

那個委員的意思是我們目前公告…就是我們這次提案不給付的項目，基本上已經認定是健保不給付的診療項目，所以相關用的特材我們就不會再給自費碼，你懂我意思嗎？就是源頭只要我健保現在不給付的診療項目，而且經過討論的，只要我們公告這些項目，因為這個項目所要用到的自費材，就不一定要去拿到自費碼，所以邏輯是這樣。

黃代表雪玲

像那個 820 跟 819 是被歸在預定要內含的那個項目內，所以現在要恢復成是可以收自費的，你在那個右邊有寫內含序號 819、820，（這個本來現在就沒有碼，因為它沒有碼，所以在往……）

主席

這個等一下你在會後再跟我們同仁來釐清。好！我們再回歸到討論事項第三案。

第三案

案由：有關支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單次使用拋棄式過濾器」等 4 項特材之支付標準調整案。

主席

這一案，上次會議有討論，請上次會議主席李副組長說明重點。

李副組長純馥

上次討論的會議時間關係加上所有醫學會都來，所以先徵詢醫學會意見，可是沒有進到實質討論。第一個項目，是單次使用拋棄式過

濾器，在資料 31 頁，這是做肺功能檢查可能會用到的一個過濾器，學會的意見，是因為我們訪價之後平均價格是 33 塊，學會是認為價格偏低，還有一個就是紙嘴的費用，沒有另外加進來，那因為我們覺得說紙嘴本來就是診療項目內含的材料，再加上過濾器我們是訪過價錢，有可能是單一醫院的一些價錢，所以我們當次會議並沒有因為這個意見而去改這個價錢，另外上次會議也有代表表示，因為價格不高建議還是維持自費，上次好像有這樣的意見，因為整個案子沒有充分討論，所以這個項目那時候就沒有做決定，以上。

主席

今天就逐項討論，先針對第一項，就是單次使用拋棄式過濾器，請各代表翻閱資料第 31 頁。

李副組長純馥

第一項過程面特材，為調整 21 項診療項目，初步預估預算總共是三千多萬。

徐代表弘正

因為上次我有留下來討論，我記得好像學會代表建議自費，所以乾脆還是列入自費。

林代表淑霞

建議還是列入自費，有點像消耗品。

主席

好，第一項過程面特材，原則就是建議維持目前的執行方式，本案不通過；再來第二項過程面特材，第 34 頁「經皮導管血管內\心臟內異物移除術」，請李副組長說明。

李副組長純馥

第二項過程面特材，「經皮導管血管內\心臟內異物移除術」，上次會議有討論到，是使用一些特殊的材料去移除血管內的異物時，可能有 stent 跑掉或是導管掉在裡面必須將異物移除。第一、不會時常發生，第二、臨床上遇到確實就很危險，所以希望健保能將這個過程面特材包含（買）進來，調整支付點數，請大家看三十四頁，因為以編號「33131B 經皮導管血管內\心臟內異物移除術」為例，102 年的申報數量大概有二百多件，如果包裹進來，主要是因為過程面特材較為昂

貴，且目前是在自費收取，那我們是希望能夠買進來，因為確實如果病患碰到這個狀況是還蠻危急的，危急的情況下又要讓民眾自費我們覺得實在是太說不過去了。

主席

請各位委員看第 34 頁，適應症也有做了一些說明。

黃代表雪玲

誠如剛我們特助有講這個材料，是屬於處置方面，訪價的時候是用我們醫院的進價去訪價，那納入健保後不僅是用成本價計算，而且點值還要再打折一次，所以我建議這邊的至少要恢復點值換算完要把這個價格提高，不然對我們醫院是兩層剝皮。

李副組長純馥

目前健保給付之特材品項也是都浮動點值，而且實際上這個病患是因為治療時異物斷裂，坦白講如果醫院還要讓病患自費，對於醫院的醫療風險可能也很大，因為在治療過程面東西掉在裡面又叫病患要自費你們想清楚哦。

李代表紹誠

這個事情上次開完會時，心臟學會代表有跟我提到，因為他沒有辦法確認到底是醫師操作出了問題還是病患本身的問題、還是特材，所以他們在這個過程當中，如果病患反應說是你們醫療上疏失造成，可是醫療提供者又認為說那個過程本身就有風險就會出現這個問題，因為「心臟血管異物取出器」單價不便宜，所以他們希望把包裹進來心臟學會的解釋是這樣，因為當這個事情發生時無法判定權責問題，以上。

主席

消費者代表聽的懂李代表解釋的意思，就是在過程中不管導管或 stent 沒有擺定位掉進去，過程中要把它取出，這個就是剛李代表提的，是有一些因為風險、不可預知的因素，所以心臟學會才希望包裹支付，要不然目前現在是自費，其實說句老實話這樣對病患來說也是不公平，因為是必需要使用這些特材處理，屬於比較危急的醫療處置，是不是讓它通過？好不好，不多啦！因為可能是特材不良品或是醫師在操作過程的風險，兩者皆有可能，納入健保就不要再跟病患收費，這個最好是不要發生。

李副組長純馥

不好意思我剛沒有講到第 34、35 頁，其實是同一類的，只是分成血管大小直徑不同，那越小可能會越困難。

主席

心臟學會當天會議是怎麼說的，請李副組長再說明一次。

李副組長純馥

那天來不及讓心臟學會的徐醫師說明，原則上基本是因為血管大小直徑不同，夾取複雜度就不一樣，所以我們有分成 7mm 以上跟 7mm 以下，所以價格有不同，如果大家支持第一項、應該希望第二項也支持，謝謝。

主席

好，如果代表沒有特殊意見，我覺得這個對病患還有醫生都是好的，我想我們應該是讓它通過。接下來針對第 27 頁第 3 項器官保存液，附件是在第 36 頁。

李副組長純馥

上次李伯璋院長有提出來，因為我們把器官保存液放在摘取，那實際有可能是植入的醫院去執行將保存液帶過去…

主席

等一下，請李副組長先說明器官保存液現在是怎麼使用、申報，然後再說明李理事長（院長）是怎麼建議，因為本來就有在支付、只是申報方式改變而已。

李副組長純馥

我先講器官移植在摘取器官時，基本上醫院去取器官的同時，為了要把器官帶回去給要被植入的被保險人那邊，會使用器官保存液保存摘取出來的器官，可能摘取跟植入是在不同醫院，就是捐器官跟受贈者是在不同醫院，所以執行摘取器官的醫院必須將保存液帶到捐贈者的醫院，健保本來就有給付植入跟摘取的費用，現在因為保存液，國際價格的飛揚，所以在實質上醫院沒有辦法含括，就是點數不足啦！所以這次要去做調整，那這個調整到底要放在植入，還是摘取的部份，上次李伯璋院長有提啦！他是希望放在植入的項目，因為他說大部份

都是植入的醫院去取，然後保存液是帶過去，可是因為我記得我們從健保開始給付保存液，就是放在摘取的項目。主要是因為說，它是在捐贈者那裡會發生這個費用，而不是在受贈者這裡，所以我們還是認為應該是放在摘取手術，因為過去我們可以允許合併申報，可是現在要求得很清楚，就是摘取的報摘取，植入報植入的，所以我們還是希望是清楚。那如果有植入的醫院去幫忙摘取，然後它帶保存液，我們是希望兩院自行去拆帳，還是由這個捐贈者的那個醫院來做摘取的申報，如果說台大醫院去到另外一家醫院去拿器官，而保存液費用要調整在植入手術，這個很奇怪，然後我們是希望另外那家醫院自己跟台大去做拆帳，就不用在健保這邊，因為這會很複雜、很混亂，所以我們還是希望在摘取這個保存液還是在摘取這個項目裡面，不曉得我這樣講，大家聽懂嗎？謝謝！

主席

這個保存液現在是有給付，是由摘取的醫院申報。今天這個提案提出來是有兩個重點，要委員支持。一個是支付點數有稍為提高，是因為這家保存液是獨買獨賣、只有 1 家是獨斷市場，所以價格有提高。器官移植醫學會認為我們現在支付點數已經無法支應，所以第一個是調高支付點數；第二個是，到底要由摘取的醫院申報？還是受贈者的醫院？目前健保申報規訂是報在摘取的醫院。李伯璋院長是專門執行腎臟移植，他是說希望由植入的醫院申報，那就會改變一些規則，請各代表表示意見。

林代表淑霞

好，前次會議我就在李教授的旁邊啦！其實後來回去我也問了，我們醫院是做心臟移植最大宗，很清楚的，捐贈出來並作摘取的醫院，不見得就是該院也是可以執行植入術的醫院，大部份都不是。所以此情況的醫院絕對不會花這個大錢購買庫存器官保存液隨時 stand by。一般來說只好由進行植入術的醫院將保存液攜帶著直接到摘取的醫院去拿回器官。所以務實來說，在實務操作面這個特材是應該要由進行植入術的醫院申報才對！我們早期都放在摘取的醫院，事實上在這拆帳也是很麻煩，對兩家醫院也是扯的清不清楚的，然後其實對摘取的醫院，他們也希望說，應該是回歸到採購醫院是植入的醫院，不是摘取但不能進行植入術的醫院。

陳代表志忠

在這個有做器官移植的醫院問題不大，噢！不，是問題才大。沒有

做器官移植的醫院問題不大。因為事實上我們沒有做器官移植的醫院。有的病人合適的，我們會有合作的，他來摘取，他帶來，他都帶來。現在問題是，如果是他本身有做器官移植他分配出去了，那個問題可能要想清楚。比如說，台大醫院先前有個捐贈者，他摘了不同的器官，要分配到別的醫院去，那到時候要怎麼算，好像是兩個不同的情況。

主席

對，只能報一次！

陳代表川青

這是實務面的問題啦！因為器官捐贈這個部份，我曾經也有去研究過，其實申報只能報一份嘛！雙方去協商嘛！看是怎麼去報就可以，因為各不同的案例，對不對？不同嘛！不一定是一個模式嘛！它可以有多種模式嘛！

李代表永振

我記得上次就是講到這個地方，李院長說他要回去做功課！不知道功課做得怎麼樣？

主席

李代表沒來。

李代表永振

沒來如何討論？

林代表淑霞

附帶說明，他那一天有說他要回去思考一下，再來回覆，但是他今天沒有出席。

李代表永振

對啊！我沒有記錯，他說要回去做功課！那功課沒有繼續下來，怎麼討論呢？

徐代表弘正

因為上次我有留下來啦！我是覺得傾向於應該是，就是維持原來的。因為我們普通摘取醫院自己沒有辦法準備那些東西，反正你要來的人，就帶著來，我覺得這個是對的啦！

黃代表雪玲

所以是受贈者身上。

李代表永振

就是回歸醫院實務面。

主席

這個案子是不是先讓它過，至於執行面，未來到底要報在摘取的？還是植入的？如果執行面上需要做改變，我們再公告，就是執行面的申報嘛！也就是申報的方式改變，目前就先維持這樣，支付點數稍為讓它提高一點，就是不要不敷成本嘛！Okay？

林代表富滿

這次增加的只有保存液價格增加而已，但第 43 頁備註增加”使用單一拋棄的都內含”，建議備註 2 刪除。

張技士淑雅

那我們這一次是不是寫說～

林代表富滿

可以不用寫！因為本來保存液就在裡面啊！

張技士淑雅

會不會我們公告調整之後，又有人跟我們講說保存液的錢又不夠了，會不會？

黃代表雪玲

現在特材均要求明列。就通通明列。

林代表富滿

這案沒有增加特殊材！只是保存液價格增加而已！

林科長淑範

主席，我建議一下，我們看到 43 頁。

主席

請各位代表看到 43 頁，75022B 跟 75021B。

林科長淑範

我們舉一個例子，75021B 屍體捐肝摘取，文字這樣修正註『1. 一般材料費及保存液，得另加計 120%。』，第二個備註就拿掉。所有的項目都比照這樣處理，好不好？

主席

好，就保存液。那我們這案子就照修正以後通過。再來第 4 項，請李副組長，簡單說明一下。

李副組長純馥

第 4 項是針對泌尿科做到那個輸尿管鏡的取石跟碎石會用雷射治療的光纖。這項目上次，學會是蠻支持我們提的這個案子，只是因為沒有時間討論到，代表人數不夠。這個雷射光纖，我記得上次我們有去解釋它可以重複消毒使用，雷射光纖會多次使用之後，它會愈來愈短，然後到最後就會不能用，這樣子！所以它價格一整支，不是只有一個病人，它可以重覆做，這樣子！

陳代表志忠

我是泌尿科醫師，第一點，事實上，早期這個支付標準訂的時候，不太用雷射，都用超音波，超音波其實是很不方便、管徑比較大，現在都用雷射，但是醫院不敢用雷射申報，因為我們用的不是 Nd-YAG 雷射，我們用的是 Holmium-YAG 雷射，怕項目不一樣會被健保署罰，那我建議這樣子，如果要調整的話，這個不要寫明 Nd-YAG 雷射（健保署：已經刪掉了），刪掉了，OK。第二個，這個不是越做越短，這個是打的時候雷射頭會分叉，我們就把它剪，一直剪剪剪，剪到不能用，所以這個支付點數我們學會沒有意見。

主席

其他代表對於我們剛剛陳代表的專業陳述，有沒有意見？

徐代表弘正

主席，我現在是要翻案，我剛剛打電話回去。第一案的過濾器，上次是因為學會代表是認為 33 塊太低，一直覺得這不敷成本，後來我打電話回去了，像我們這些小醫院很可憐，都沒有叫病人買，所以我們建議要把它放進去，都是醫院自己吸收怎麼可以。

主席

第 4 項大家反不反對？再回到剛剛第一項，Okay！科長說明！

林科長淑範

關於第 4 項，我們直接翻到第 45 頁，修訂的是 77028B 就是『輸尿管鏡取石術及碎石術』併用雷射治療，剛才代表提到的 YAG 雷射要把它刪掉，我們就直接刪掉，”併用雷射”在註的地方，應該是寫 77028B，它是『含一般材料費及雷射光纖，得另加計 91%』直接這樣

修訂，第 3 個註就刪掉。

主席

這一項沒意見，我們就通過喔！那回到第 1 項過濾器，剛剛徐代表是說要納入，剛剛是不同意包裹支付，是維持目前的做法，各位代表請提問，徐代表趕快再陳述一下。

徐代表弘正

因為上次的代表是說，有的要買進口的啊！品質要比這個高啊！這一些的理由，所以後來我們是說那這樣就維持現況作法。但是，實際上我們問了很多醫院都是自行吸收啦！事實上，現在沒有叫病人買，那我們當然是希望加減啊！不管是，你就不要買這麼好的嘛！所以我們建議就是，這個是台製的啦！台灣做的不要買進口的啊！

主席

現在是建議 35 塊。

徐代表弘正

如果可以加錢，那就更好了！

李代表紹誠

因為上一次這個表格，那我也是留到後面，因為它是 C 表，那 C 表基層也有在做，但是那個價錢基本上基層大概買不到這個價錢，所以上一次大家的建議，是說這個小錢讓病人自己去付，那吳肖琪老師當天我記得也是說，那個小錢讓病人自己去付，那如果醫院要自己支付、自行吸收，那你醫院自己要去衡量財力，它可以吸收就自行吸收。但基層 33 塊它是買不到啦！買不到，因為這裡面沒有基層的訪價。

朱代表益宏

主席，那訪價訪不到 33 塊，怎麼會有健保署價 33 塊，是不是再訪一次看看，尤其是基層那邊再訪一次看看。

徐代表弘正

我要講，不能這樣講！我們以前吸收，現在要繼續吸收啦！剛剛我贊同訪價，不能說老是叫病人自費嘛！我們醫院做的很好，我們說我們自己吸收，可是今天我們健保署既然有這個經費，那就應該是要讓健保署加進去，那我們可以討論價格是不是要提高啊！

主席

我請消費者代表表示一下意見，是先保留再訪價，還是就是說直接納入，但是基層就是會碰到可能 33 塊買不到的問題，那維持目前的

做法是，有的醫院自行吸收，有的醫院請被保險人自費，我們聽一下消費者代表的意見。

(大家討論中...消費者代表：一年財務衝擊是多少？，其他人回答是3500萬啦！)

徐代表弘正

當然這個東西我不知道說，有沒有醫院根本就不用這個東西，就直接吹，不知道啊！就直接吹啊！可是要想到說，現在有伊波拉病毒啊！什麼東西都有，你竟然不進步還要叫人家這樣。如果今天不給錢，我相信很多醫院就乾脆，我不用麻煩就乾脆叫你直接吹啊！請問這是進步嗎？對不對？我建議去訪價。

朱代表益宏

也是無菌的啊！

徐代表弘正

什麼重覆吹也是無菌，不是無菌，那是接在機器上面。

朱代表益宏

有消毒過啊！

徐代表弘正

沒有，不可能消毒，那個是接在機器上！你說保留重新訪價，這個我贊同！

主席

好，各委員是要先通過30塊，還是要重新訪價。好！先通過！那基層如果有碰到特殊問題，再提出來，我們再討論！對啦！就併同基層的那個做法！

林代表富滿

上次胸腔醫學會有提到要將紙嘴成本納入給付考量，因為胸腔醫學會現在不在，替他們表達。

林科長淑範

上次胸腔醫學會提的是說，有一個紙嘴，在用過濾器之前，要用一個紙嘴4塊錢。紙嘴應該內含在我們的檢驗費用裡面，這次為了說預防感染增加一個過濾器。

主席

好~那提案三就是都照案通過，但是第一項就是『單次使用拋棄式過濾器』通過，如果基層跟地區醫院，有以這樣的價格沒有辦法購買，

是否需要再調整支付價格的情形，我們再另案處理。接下來，第四案！

第四案

案由：有關中華民國眼科醫學會建議提高眼科手術診療項目編號 85608B「鞏膜切除併植入或扣壓」等 16 項診療項目之兒童加成比率乙案。

主席

請李副組長做說明。

李副組長純馥

這個是我們 102 年 50.55 億調整完以後，可能是遺珠，上次調整的小額手術加成眼科部分沒列到，這次眼科希望能比照，金額的部分是一年大概 338 萬，那我們由今年新增診療項目預算的 12.31 億去做支應，以上。

朱代表益宏

如果這個能過，102 年 50 億的部分，麻醉科才給不到一億，那我也要爭取，這又不是新增，新增診療項目預算部分去給，那今天付費者在健保會說要給你支付標準調整，也要有錢，有錢你調我沒意見。若這錢過了，麻醉科絕對也來跟你要。

主席

不是，現在是小兒科當時在調 50.5 億時，漏掉小兒眼外加成部分，這部分是不是先讓它通過？，至於小兒麻醉另案再提。

朱代表益宏

上一次~我已經在這會議上~我忘記是那一次~我已經說麻醉科是不是也要調，主席說沒錢，所以麻醉科沒有調進來。現在眼科你說要給它~那併麻醉科案子一起討論。如果這個先過我不同意，那有單科調整又沒有經費。

林代表富滿、林代表淑霞等

這是小兒眼外加成部分

朱代表益宏

麻醉也有小兒科啊！

林代表富滿

建議另外提！

朱代表益宏

所以一併提來一併討論。

謝代表文輝

我想在基本邏輯上有爭議的盡量保留，要就是一起這樣討論，而且實質上我們也很清楚，在我們各科系裡面，眼科老實講算是很熱門的科，我想不需要，就像如果現在有皮膚科有要加成什麼，我們也盡量保留，讓他們辛苦一下。事實上這補也補不了多少，而且這整個科系也不是很急迫的啦！而且基本邏輯也有點問題，後續有很多爭議~。

主席

請消費者代表這邊有沒有特別意見。

陳代表川青

剛才討論如果有言異的話，那就要慎重考慮了，因為錢不多消費者這邊是可以同意的。但是若有問題，要整個去考量一下。

朱代表益宏

如果要提，拜託麻醉科我下次也提個案子，拜託付費者也要給我同意呀！拜託一下！

主席

不過小兒麻醉已經有加成了。

朱代表益宏

是麻醉科已經有兒童加成了！但是小兒科的全身麻醉點數也不夠呀！我也可以算一套成本分析表讓你知道不夠呀！更何況麻醉科還是當初邱部長講的是那幾大皆空中的一個科別，內外婦兒總共調高 50 億，結果麻醉科調不到 1 億才給幾千萬，當時麻醉科也吞了沒說話。現在眼科並不是大家認為急需要處理的，結果這邊提幾千萬幾百萬就給它加，我是覺得沒有邏輯性、沒有道理。

主席

來~區域醫院有沒有意見。

林代表富滿

上次眼科醫學會提及，本案是針對小兒眼科年齡別加成，不是調整支付點數。因為不管哪一科，在小兒處置或手術都比大人複雜，建議通過，要不然小兒部分越來越沒有人要做。

黃代表雪玲

小兒眼科醫師真的比較少~真的。

朱代表益宏

半身麻醉 1500 點，從健保開辦至今要 20 年，一點都沒有調過。

主席

朱代表剛剛講的是麻醉支付點數，現在講的是小兒科的 6 歲以下的加成，而麻醉科一直都有針對 6 歲以下的給予加成，現在目前是眼科這幾個手術是沒有加成，不是支付點數。

朱代表益宏

主席，我覺得不能這樣說，不能說因為小兒麻醉科有加成，所以不能討論，因為小兒眼科沒加成所以可以討論，不可以拆開看這件事。第一個，可能在較大的醫學中心可能有分小兒眼科，事實上眼科訓練是全方位的，就像我剛剛講麻醉科有區分小兒麻醉，但是小兒麻醉科你有特別嗎？沒有嘛！那只是次專科裡面再細分次專科，並不會因為不給加成，造成小兒眼科沒有人看，我覺得不會，除非你今天告訴我眼科醫師也很缺，眼科醫師都不會看小兒科呀！

主席

好~醫管組這邊，要尋求支持還是保留？

林科長淑範

我表達當初他們來文的意見，眼科醫師專門做兒童的部分，但兒童部分因為加成年齡是 6 歲以下，加成項目只有 16 項，我們可以看到它加成的項目是斜視手術、小樑切除、眼肌的調整還有先天性水晶體的問題，所以是針對六歲以下較困難的手術做加成，而非所有眼科做到的項目都有加成，而且兒童眼睛這麼小真的不容易做，第二個手術的項目非全面性眼科加成，是選擇比較不容易做的項目做加成。所以還是拜託醫院的代表跟消費者的代表可以支持這一項。

主席

請大家看一下第 51 頁，它有針對 16 項診療項目，建議提高兒童加成的醫令代碼，計 16 項。

朱代表益宏

如果這邊加，之後會不會納入 DRG，DRG 裡面是不是有一個兒童加成。DRG 的邏輯本來就有兒童加成，另外 DRG 的 14 還是 15 專門就是小兒科的 DRG，有沒有眼科的這些項目？

林科長淑範

DRG 裡面 MDC15 只是針對新生兒，沒有小兒眼科。

朱代表益宏

那這裡不是有小於幾歲的不同加成嗎，那新生兒眼科勒。

林科長淑範

新生兒它還是會歸在 MDC2 眼科裡面，不會特別歸到。

朱代表益宏

所以 DRG 裡面，到時候你會再加一次對不對？同樣的邏輯嘛！你說你沒給它加成，所以這邊如果給它加，那 DRG 是不是要再給它加一次？

林科長淑範

兒童加成就是單獨論量計酬之下的加成，是指它技術的困難度、耗用時間比較多比較困難，所以給予的加成。在 DRG 裡面的加成是同一組的 DRG 裡面因為有大人跟小孩，所以小孩點數給大人稀釋掉，所以給加成，他們兩個加成的意義是不太一樣。

主席

我還是要尋求朱代表的同意，因為這裡面幾項像水晶體、先天性白內障，其實對小孩視力影響很大。如果小孩白內障沒治療好，對視力發展不好，也會影響日後的社會貢獻，我還是拜託朱委員這項可否先放行。至於你的訴求，可以另案提會討論，我主席立場應該是中立，因為是小孩，所以站在眼科立場，做這樣的表達，因為小孩真的很小，有產生這樣的問題也確實很少~是不是請你支持。

朱代表益宏

主席，我想這個事情，因為第一個它是確實這個東西沒有財源，他不是新增項目，硬要用新增醫療科技經費去給付，如果這樣講，我

也不堅持，可以讓它過。但是接下來我也拜託付費者這邊，麻醉科有很多項目從健保開辦到現在一毛錢都沒有調過，下一次我也請麻醉科醫學會也把它提出來，包括眼科從開辦後也調過幾次，有些調過好多次，像急診調了十幾次，很多支付標準調過很多次，但是麻醉科有很多項目從健保開辦至今一次都沒有調過，是不是我們針對一次都沒有調過的去做酌量調整，經費來源也是在新增科技裡。

謝代表文輝

不可以，你那個不是新增項目呀！

朱代表益宏

這也不是新增，你怎讓它過？如果是這邏輯，怎會讓它過？我剛剛講我不反對，但是我也希望能夠麻醉科提出也能比照財源是放在新增醫療科技裡面去處理。

主席

這個對小孩的視力發展真的很要緊，尤其像是斜視或白內障，我說句老實話，那對小孩視力發展真的很重要，而且全部只有 338 萬點。

朱代表益宏

剛剛主席這樣講我也不堅持，我也同意讓它過，但是我也只是講下次麻醉科提過來，大家不要用兩套標準來看這件事，我們也希望麻醉科雖然沒有經費，我們也是用新增醫療科技的經費來支持麻醉科，至於麻醉科要加多少，大家再來談。但是你不要到時候說沒有經費，或是找一些理由推翻掉，那我做為一個委員，我沒辦法同意。現在有委員反對，我下次就不會提呀！這案子我不會讓它過。

主席

消費者代表有沒有看法。

葉代表宗義

這個問題不要討論太久，也沒多少錢，其實我對眼科也很同情。

李代表永振

不是錢的問題，這個案子要附帶條件通過，不行。

謝代表文輝

健保署有一個推動政策費用，用這經費就沒有問題。

李代表永振

其實我比較贊成謝委員說的，大家有一個共識，因為這個很重要先讓它過，財源的部分找一個比較有正當性的。

朱代表益宏

如果主席要放其他部門，用推動政策，我沒意見。但是你放在新增，我絕對有意見。

林組長阿明

健保署說明一下，實際 102 年 50 億的部分是沒有調到那麼多，還是有結餘款，而這 338 萬，就是放在一般部門來支應。因為 102 年 50 億就是編列在一般部門而且已經滾入基期了，事實上是沒有用完約 47 億，如果大家很堅持，那我想就放在一般部門下支應，應該是夠啦！

朱代表益宏

那是 102 年的預算，在基期裡面。

林組長阿明

對呀！是在基期裡。

朱代表益宏

不不，本來今年 103 年就沒有這個預算，這我要講清楚，剛剛編的是 102 年，102 年在談總額是這樣，103 年本來就沒有這個預算，104 年也沒有這個預算，這是事實，我想付費者都很清楚，你不能這樣，全部東西都滾入基期裡面塞，本來事實上就沒有預算，你們謝天仁委員在健保會也有講，你要調整支付標準，就沒錢所以一毛也不給。那現在還剩多少啦（林組長阿明：3 億）這案子三百萬，那麻醉科還有兩億多，對吧？

主席

好，如果有附帶條件，我們這一案就保留。討論第五案。

陳代表川青

我反對喔！堅持要過，如果預算一般 OK、科目 OK，且不是用新增，這案子我們消費者絕對支持。他們是反對這不是新增項目，要放在一般，一般的餘額還有三億放在裡頭，好不好？

謝代表文輝

重新提案，是以新增預算支應。

陳代表川青

幹麻重新提案，沒有必要，會議決議改變以一般部門支應，做結論。

謝代表文輝

不是，理論上去年編的 50.5 億滾入基期，它不會有剩，它整個把錢放到大水庫裡面，平均點值 0.8 幾、0.9 幾~不會有剩，放到一般不會有剩啦！要放到專款部門結算才会有剩。你把它滾入基期裡面，全部都算在一起，所以點值算進去，平均點值 0.92，不可能剩錢呀。這沒道理，不能這樣講，照你說剩 3 億，就表示 102 年結算你少給我們 3 億，不可以再扣 3 億，它不是專款專用，只有專款才會有所謂的結餘，不然我們點值的 3 億你要還我們呀！所以滾入基期怎麼會有結餘呢？是專款才有結餘。所以組長拜託這個邏輯不通，102 年實質上點值 0.92 呀，一結算不會有真的有盈餘在裡面。除非~李代表會計專家也同意，可以找名目做一個專款。102 年的點值 0.92，全花完啦！哪有 3 億。

主席

科長你說明一下。

林科長淑範

主席、各位代表，討論到現在這個方案，大家一致的方向是它是可以被調整的、應該要調整的，只是經費有問題。因為在健保會朝向先有項目後，依照預估費用，在下一年協商的時候，列到協商項目裡面去，所以我建議這個項目大家先同意，它是應該被調整的，我們把它保留下。105 年成長率把它列到支付標準調整項目裡面，到時候也請消費者代表支持我們謝謝。

朱代表益宏

這樣我沒意見。

主席

如果對於我們科長的說明沒有意見，那我們這一項就照剛剛提的，大家都有共識，但是財源的來源，在 105 年總額協商的時候去爭取。

第五案

案由：有關醫院藥事服務費合理量之藥師總工作人日數計算方式，暨地區醫院特殊藥品處方每人每日合理件數，以及支援藥師納入接受支援醫療機構、藥局之合理調劑量計算之規定等案。

主席

這個提案內容可能大家都聽得不太清楚，本案主要是因為藥事服務費合理量的申報及計算問題，希望可以在不要增加醫院與健保署的行政工作之下，請大家討論究竟是甲案好還是乙案好，先請科長再簡單的說明一下。

林科長淑範

這個提案很長，我把它綜整一下，要討論的就是第五十八頁的擬辦中要討論兩件事情，第一個是藥師總工作日數計算，這個議題其實在前兩次的共同擬訂會議有討論過，到底是要從 VPN 申報，或是從藥事服務費的申報資料逐筆申報，當時討論的過程中，大家比較支持甲案，就是現在的執行方式，由醫院從 VPN 裡面申報藥師的人數跟總工作日數，但有單位建議應落實由醫院登錄每個醫令的執行藥事人員 ID，以確實計算每日調劑量，因此還是要提出來討論。

第二個在執行的過程中，因為我們特別在問答集中要求醫院必須至 VPN 登錄每月藥師人數及總工作日數，並設定緩衝期至今年年底，自明年 1 月開始，如果醫院沒有至 VPN 登錄，則該月藥師總工作日數以零計，這很嚴苛的規定，其主要原因是希望醫院能準時至 VPN 登錄，故建議在支付標準裡寫清楚，或是請大家可以給我們文字修改的意見。

第三個，為了因應藥師法規範藥師可以支援的規定，有關支援藥師合理量的問題，建議比照醫師合理量的計算方式，補專任醫師剩餘合理量，以上。

主席

所以，登錄方式大家是否都同意甲案？因為甲乙兩案的系統不一樣，甲案是醫院行政工作比較簡單，健保署也簡單。

藥師總工作人日數的資料來源，甲案、乙案有什麼不同，需要醫院增加什麼工作內容，請科長再簡單的說明一下。

林科長淑範

甲案就是現在的執行方式，醫院只要在 VPN 登錄兩個資料，一個是藥師人數、一個是總工作人日數；乙案就是醫院在申報資料裡面，每一筆藥事服務費後面要登錄一筆藥師的 ID。

羅代表永達

我們還是贊成甲案！另外有兩件事情想請教一下，通則七地區醫院中所謂的超過以下數字，例如：特殊藥品處方每人每日 15 件，地區醫院假設特殊藥品處方只有兩件，要怎麼計算？須不須要另外算一個人力？就是如果剛好某個藥師只做兩件特殊藥品處方，需不需要額外的人力，我只想請教這個問題。

林科長淑範

澄清一下，合理量的算法是看醫院有多少藥師，調劑可能包括門診、住診跟特殊藥品，我們會依照各種處方的權重去計算。

郭代表正全

因為剛才旁邊的委員正在熱切的討論，所以甲、乙案分不清楚，因為這個案子涉及醫院的權益，因為健保署在算藥事服務費合理量的時候，是從優撫恤，像剛才那個提到通則七，住院處方每天 40 件，是誰規定是 40 件？

醫院評鑑規定是 40 床要一個藥師，不代表 40 件，現在的規定一位藥師 1 天只能服務 40 件，是健保署自己算出來的，這跟評鑑的意思完全不一樣，門診我沒有意見，住院我有很大的意見。門診的話是算工作天 23 天，住院是每一天耶，一個月 30 天，甚至 31 天，那藥師休假的 7 天，醫院要去哪裡找藥師。所以評鑑是算平均整月 40 床他要一個藥師，所以我希望在算的時候，健保署的計算方法，應該再乘以一個係數，分母是 23，分子是 30，要這樣換算回來，要把這個部分加回來，住院因為健保署的定義跟實際上有很大的出入，這是第一點。急診併入門診計算，我沒有特別的意見。

第二點，剛才說從 104 年 1 月開始，如果沒有申報，全部以零計。我想這個太嚴苛啦！一般來講，規定大家還是要遵守，建議再加入「沒有特殊理由，而未依規定於 VPN 登錄」，例如醫院電腦當機，健保署的電腦也常常出問題，就可以再延幾天申報，為什麼醫院電腦出問題就不可以。我認為醫院有特殊的理由也應該要接受，原則上大家也都是照規定執行，不要硬梆梆的都不行，以上。

主席

好，如果醫院有特殊理由，由各分區業務組自行認定。

賴代表振榕

抱歉，藥師公會表達一下意見。剛剛郭特助講的對，住院如果用 40 件來計算的話，醫院會受不了，應該是要用床數計算，門診用處方的件數來算，這是合理。但是現在是天數的問題，住院當然是 365 天都有病人，門診是 23 天，但是在人力的計算上，因為現在有部分工時、支援藥師的問題，所以如果用人頭數計算的話，可能對於藥師合理工作量上會有一些問題。所以可能在報備支援，包括產假代班、兼職的藥師人數到底要怎麼去排除，可能要拜託健保署也要考量進去。

另外一個部分，當然我們也是支持甲案啦。在整個藥事服務費的調整，因為這個應該依照評鑑計算的，所以剛剛科長講，特殊藥品調劑每人每日 15 件，這個部分如果以評鑑來看的話，只要有特殊藥品不管是化療、靜脈營養是需要額外的藥師調劑，只要有特殊處方就要有一個藥師，超過 15 件要第二個藥師，而不是跟門、住診一起算，算法不是這樣的，因為特殊藥品調劑必須有另外特殊的調劑設備、空間種種的都算在裡面，藥事服務費完全是不同，不是說全部湊在一起算，這可能要把它釐清。

另外，藥師公會建議，應該在醫院層級評鑑中有依據人力標準分為 C、B、A 級，健保署應該鼓勵醫院，如果人力是超出評鑑的標準應該要加成藥事服務費給付的部分，藥師公會這邊有書面資料再送給署裡面做參考，建議如果評鑑達到 C 級的話加成 6%、B 級加成 7%、A 級加成 9%，醫院一定達到評鑑的人力標準，才能拿到更高的藥事服務費的點數，這是藥師公會要表達的部分，謝謝。

主席

剛剛醫院代表的意見大致上沒有問題，有關藥師公會最後提出的建議，請行政部門說明。

李副組長純馥

藥事服務費合理量基本上就是按照 C 級規範，醫院要符合 C 級，才可以用合理量內的價錢，現在反而 C 級還要加成，這好像有點倒過來講了，而且上次在規劃藥事服務費合理量時，已經調整過藥事服務費點數了，所以可能還要再考量財源的部分。我理解委員的意思，就

是希望醫院評鑑達 B 級、A 級再另外算加成，不過這部分還需要另外再去做核算，也要有財源，而且健保署也不知道現在哪一家醫院達到 B 級，哪一家達到 A 級，因為雖然健保署的算法是比照評鑑標準，可是實際計算上會有一點點複雜，不過就剛剛郭委員建議有關住院處方合理量的部份，會後我會請同仁再跟委員們做細節的交換意見，看應該怎麼調整，以上。

賴代表振榕

我建議如果以評鑑來看，他當然不是以醫院的總床數來算，是以佔床率算來算藥師的部分，我想藥師公會不會說一直站在藥師角度來看這個事情，但是既然這邊有寫到特殊藥品的調劑，如果醫療院所申請這個費用，我相信健保署也都會知道的，建議應該要分清楚是住院、門診或特殊藥品，這樣算人力是比較合理。雖然剛剛有表達說 C、B、A 級的加成，但這個藥師公會沒有很堅持，當然我知道要算也是有它困難，但是如果有些醫院願意聘足藥師人力的話，應該是要給予一些藥事服務費的鼓勵措施，這是一個建議。

主席

藥師公會的建議在本次會議這個案子要不要附加進去，可以再討論，因為目前是以現有的財源去做這樣的處理，請廖代表發言。

廖課長秋錫(姚代表鈺代理人)

我記得現在試評的時候其實已經不是分 C、B、A 級，而是符合、不符合、優良，所以如果要跟評鑑掛勾的話，以後就真的會非常複雜，這是第一件事情。第二個，健保署計算時，本來就會考量權重去計算，譬如特殊處方今天 16 件，多出來的一個人，不能讓他的其他時間是空在那邊，一定可以做別的處方，所以健保署當初在設計藥事服務費合理量就有考慮到，不需要再那麼複雜。

主席

有關廖代表的建議，我們會再通盤考慮，但是可能沒辦法完全符合您的意願，原則就是依照目前的權重來計算，未來還有檢討的空間，等執行一段時間以後，我們會再考量怎麼去跟評鑑做更細緻的配合，您的意見我們會先留做參考。

賴代表振榕

我要再表達一下，有關 60 頁郭代表剛剛提到的可能有錯誤的地方要把它更正好。

徐代表弘正

我還是要釐清一下，評鑑裡面每人 40 床是有考量佔床率，健保署也應該要考慮佔床率。

李副組長純馥

健保署以醫院申報的資料計算，就是已經考慮佔床率了，我一直不太瞭解郭特助的意思，藥事服務費的計算方法其實是已經考慮了醫院的佔床率，也就是有申報藥事服務費的住院床數，才會計算那一天要有一個藥師去做調劑。

郭代表正全

我的意思是不能寫件喔！所謂的 40 床一個人，不是代表一天有 40 床就要有一個人喔，應該變成 50 幾床喔！變成一天一個藥師可以照顧 50 幾床，因為他是用整個月去照護的。評鑑現在醫院有 400 床，要有 10 個藥師，這 10 個藥師就是可以照護這一個月，可是健保署不能算醫院每天一個人只能處理 40 個住院處方。

主席

有一些對於評鑑的執行面，是不是請醫學中心的廖課長再與醫學中心的其他幾位代表說清楚。

黃代表雪玲

等一下，等一下，我們跟特助的想法是一樣的！因為在評鑑的時候算的是整個月的人力，我沒有說要算床，他是算藥師每月 30 天的工作人日。

主席

藥師工作人日數會調整，到底是要算床數還是件數，等一下會後再去釐清，接下來討論第六案。

第六案

案由：有關修訂「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」案。

張專員益誠

報告第六案的重點，案由：有關修訂全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫案。那主要請各位委員看到第四點，就是說我們健保署推動，請看第六十三頁，我們從三月正式實施到現在滿半年，本署有對試辦計畫做檢討，那多數的病人(86%的病人)都能成效進步，經檢討品質成效良好，下階段推動收案數能夠增加，但是目前顯示病人仍滯留上游醫院，我們希望病人有信心，然後上游醫院有意願把病人送下來。請翻到六十四頁，所以我們在八月二十六號邀請所有國內十九家醫學中心還有十個醫學會來討論，然後才研訂了以下的修訂計畫。

那修訂計畫的重點，第一個就是鼓勵醫學中心發揮領導的角色，提升醫院照護品質，整個團隊的品質，增進病人的下轉信心，所以我們新增急性的醫院轉銜作業獎勵費用 1,000 點，那實質要做的是要好好的對病人做衛教，時間三十分鐘，然後勸說病人到好的 PAC 醫院，提供病人免經掛號直接入住至承作醫院的病房，住院良好的轉診服務。這是這 1,000 點的重點。

那第二項就是，新增急性醫院能夠訪視的獎勵費，也就是上游醫院到承作醫院去探訪病人，讓他有信心，然後，我們前三週每週可以一次，讓每個病人可以三次，這樣子每次 1,000 點。

第三個，主責醫院能夠提升照護品質獎勵費，每一個主責醫院，全年六萬點，然後還要負責辦理一些訓練，還有轉銜措施，提升整個團隊的品質。目前我們有三十九個團隊，三十九個主責醫院。

那第二大點，我們是要鼓勵承作醫院能夠收置複雜的病人，所以我們開放管灌飲食還有吞嚥攝影檢查可以核實申報，當然吞嚥攝影檢查的核實申報也不是沒有限制的，是經過專業學會與我們一起討論，總共有以下九種情況可以核實申報吞嚥攝影。

那第二個項目是每日定額的費用，第四週起能夠增加跟前三週相同。

那第三個部分是新增承作醫院增加居家訪視獎勵費，那這個是 1,000 點，也就是病人回家，做好居家的銜接，那這個最多可以報兩次。一次至少服務三十分鐘。那另外其中評估費由 400 點增加至 1,000 點，那至於第三大部分，有關 104 年擴大舉行，所以我們的醫院，因為團隊磨合需要時間，三十九個團隊也蠻多的，所以我們三十九個團隊不增加，但是如果有意願的個別醫院可以申請參加原有的三十九個團隊，由三十九個團隊的主責醫院來送件，那經過分區的行政審查，

來看能不能受理。

那第四個部分，是退場的機制。第一點是放寬了，也就是說本來停約一個月是不能參加計畫，現在停約一個月還是可以參加這個計畫。那另外，我們新增的是說，因為我們有一些實地輔導等等，如果有待改善事項，經過發函兩次未改善就必須要退場。那第五部分，品質監測指標，增加兩個 report card 的品質監測指標是「非計畫性管路滑脫率」跟「管路移除率」，這裡我們希望 PAC 能夠多收一些複雜病人，也是這一點是醫策會來建議的。

第二個「急性病房轉入率」文字調整為「轉入急性病房比率」，比較容易了解，但是實質內容不變。

第六個部分是我們確保病人進入 PAC 的權益，所以我們新增特殊的個案，腦中風發病四十天內可以納入收案，目前是限一個月內中風病人才可以，以下的這六種情況的病人也能夠…雖然中風超過三十天，平均在四十天以內，可是他也是可以增加來收案。以上的調整，每日定額的費用會增加 3564 萬點，獎勵費、評估費會增加 2700 萬點，全年的。以上的費用都以其他預算來支應，以上提請討論，謝謝。

主席

這個案子主要就是說我們在三月開始做了六個月以後有做檢討，也接受各界的意見。所以，獎勵的部分就是說醫學中心我們也給獎勵鼓勵下轉，然後承作也給獎勵。因為成果確實是在這樣的合作處理情形下，是有病人可以復原的比較好，然後回到家裡就不會有一些社會性的住院存在，這個是我特別補充說明。

第二個是十一月十七號，我們有特別在人力發展中心福華文教會館辦理一個 PAC 研討會，也有請幾家承作醫院來做一些經驗分享，在座的各位委員，如果有興趣，我們也請大家參加，這個是兩點我做補充。

羅代表永達

主席，我有備而來，今天就是為了這個案子而來。第一個我要表達的就是說，這一次的 PAC 裡面很多的社區醫院很盡心的去做，但是成果也很好，大家都知道，大概五個中風的病人有四個人可以走的回家，包括可以吞嚥。

這個相當明顯，我們醫院也有做，但是裡面因為當時設計的關係，

包括裡面今天提到管灌飲食，我第一個要提到管灌飲食，因為以往是不溯及既往，因為不溯及既往，過去這六個月當中有很多人，因為他鼓勵我們收重症，重症的管灌飲食為了當時的一句話說他就含概在裡面，所以他就沒辦法申報，上一次的臨時會又聊到這樣子，所以要求管灌飲食能不能溯及六個月的申報算不算，因為這是其他預算。但是這件事情是很莫名其妙的一件事情，這是第一件事我要表達的。

第二個事情就是說，在八月二十六號的當時，找了十九家的醫學中心、十個醫學會，竟然沒有找社區醫院學會，所有的承作醫院都沒有被邀請這是很奇怪的一件事情。所以今天我們準備了很多資料來說這些哪些東西，我們很仔細研讀所有東西的內容，包括未來的計畫。

包括幾件事情，我在這邊一一向各位報告，希望大家耐心的稍微聽我講一下。第一個就是我們希望建議管灌飲食的部分，希望能夠溯及既往這是第一件事情。

第二個，承作醫院在六十五頁的第三部分，我們先做的承作醫院醫事人員居家訪視獎勵費希望 1,000 點，這是新增的，但現在目前從急性醫院…醫學中心下轉下來的時候，只有一個醫師過來看，可是承作醫院要到家裡面去看的時候，那個地方往往是比较遠的，而且它至少要兩個以上的人力，包括職能治療人員跟物理治療人員。那你想想看，兩個人去一個地方至少半個小時到一個小時，你給他 1,000 點連交通費都不夠，因為交通費不能另外申請。所以我們建議，是不是提高獎勵點到每次 2,500 點，因為這是非常有意義的事情，所以我們提出第二個建議。

第三件事就是說，這次裡面大家可以看到在六十三頁裡面，目前醫學中心願意承作下轉的只有 42%，為什麼造成這樣的現象，醫學中心告訴我們因為很多重症他不願意。事實上他就是鼓勵這樣的病人在急性期以下它一定要下轉，包括重症有區域、地區醫院來承接。當年 RCW 的下轉有個東西很重要，超過 21 天用 RCC 的費用來給付，所以大部分用呼吸器的病人他願意下轉，所以我們是不是可以建議說因為上游病患來源變不穩定，我們希望說是不是可以規定病人住多少時間的時候，他也應該下轉到社區醫院、區域醫院下面的承作醫院，否則沒有這樣的措施的話，在很多區域、地區醫院承作醫院，他們做了很多投入以後，病患因為不穩定，這些病床不曉得要怎麼辦，所以我們希望是不是增加這樣的規定。

第三個，有些部分的評量表，在醫學中心，因為在上次的會議的

十九家醫學中心跟醫學會開會，結果他們把～大家看六十四頁的第四項有個下轉評估必評量表，六項減為前四項，這個東西在哪裡。在我們第九十頁的當中，因為時間的關係，那比較專業。我們一直覺得說，醫院的量表有很多東西是屬於管理出院的部分，那為什麼醫學中心他們下轉部分拿掉，那為什麼承作醫院要繼續作，包括九十頁當中的第三個、第四個，工具性的日常生活功能跟語言功能評估這兩個量表，我們覺得應該要同時拿掉，拿到出院的時候才需要來做。

其中第三項量表裡面，包括呼吸量表，我們認為評估的時間，應該是要初評一次、結案一次。不應該有三週以上的評估。因為語言功能量表裡面簡明失語症測驗的部分，這個量表建議來評估間隔是三個月。那目前每三個禮拜要評估一次，所以有語言問題的個案這個評估時間太短，而且每一次完整的 CCAT 評估花費一到兩個小時，除了病人體能無法負荷之外，所需要耗費的時間也太長，所以我們建議這個量表作一個修正。修正評估的頻率，初評的時候一次，結案的時候也一次，這次第三個。

第四件事，PAC 目前我們第三週以後延長時間的申請太過繁複，那這件事情我們透過很多的關係，透過分區跟上面表達。可是在這次的檢討會裡面竟然沒有，那我們為什麼會這樣講，因為目前入住三週以上的患者如果需要延長照護的話，需要在第四週就檢具所有相關量表的案件去申請，光這個東西有六十幾頁，那審查的時候非常的冗長，那患者等待的心理負擔也很高，到底他要不要出院、要不要結案。那審查通過之後，又可能因為 PAC 的患者的狀況進步就不用住院。那這樣的情況下，希望能夠提早出院又造成多重的浪費，那這樣的情況我們曾經表達過，因為現在承作醫院自行把關，讓個案延長的照護已經有連續兩次個案成功功能評估，那經過急性後期的評估(總評)，你有進步或者是降低者，都可以結案、都需要結案。已經有這樣子的把關之下，又有這樣的規定就會疊床架屋，造成後續很多的評估都浪費掉，而且要花很多很多的人力，所以我們建議 PAC 個案入住到第六週的時候，個案若經過 PAC 的團隊總評仍有進步空間，而且個案仍有意願配合治療計畫，就可以直接進入到六到九週的 PAC 的計畫，九週後個案有進步，才續延長到十二週，我覺得這樣才是比較可行的，那因為時間的關係，最後一項，PAC 宣導是顯然是不足的，我們目前很多社區裡面，我們都要主動去說有 PAC 希望他們到醫學中心的時候，能夠轉到社區裡面來，那顯然這是一個非常好的政策，而且目前執行的效果也很好。我們建議健保署，衛生福利部應該對這件事情應該多做宣導，

以上。

主席

有關第一個是否可以追溯，第二個是承作居家訪視的獎勵要不要調整，第三個是硬性規定下轉，第四個是量表，第五個是申請所謂的從三週六週九週十二週的問題，有請醫管組組長說明，請～。

徐代表弘正

我為了節省大家的時間，我這個是跟剛剛跟代表講的一樣為什麼只邀請十九家醫學中心，十個醫學會專家會議，真正在作事的人完全沒有參加，因為我們也是 PAC 底下下屬的，我不是說為了這個，所以我們剛可以聽到剛有那麼多的建議其實都是非常實際，包含了我也是審查委員，我們會發現審查委員拿到的資料不足以來判定它可不可以來延長，因為要求的東西沒有，所以我覺得本案退回重新討論或開專家會議，讓地區醫院提出專家來討論這沒有太多問題，譬如我講一個：中風四十天內我是不反對把他延長，但是大家看到第 66 頁 4. 使用胰島素或口服藥物，腦中風四週後仍血糖控制不佳(空腹血糖 > 200 mg/dl)，需要嚴密監控；什麼叫嚴密監控？我們知道空腹血糖 > 200 mg/dl 是很容易的事情，而中風的病人裡面，大概有 50% 的病人全部都有糖尿病，所以你是全部都開放到四十天，大概有一半的病人都可以開放。第 66 頁 5. 腦中風發病 30 天內，加護病房住院超過兩週者；為什麼要這個？為什麼不是一週？如果寫了兩週是不是會讓這個病患在加護病房待的時間多一點？他如果是 10 天那我乾脆住到 14 天，還有一個第 66 頁 3. 腦中風發病 30 天內，使用抗凝血劑，用藥四週後仍然未能調整至理想狀態(PT INR 1.5-3.0)；這點我沒有太大意見，可是腦中風的病患幾乎也是 60 幾 70 幾%都會使用抗凝血劑，那這樣的狀況 30 天 40 天，其實沒有差，那就乾脆開放到 40 天就好，那剛剛我們中心委員也提了意見，並不是醫學中心的主導醫院不想勸這些病患下去，而是他勸完了家屬說我不去就不去了，那他花了很多精神在評估在勸好像都拿不到給付，那這部份的給付有沒有？所以這裡面有太多的問題，我是建議退回請承作醫院一起來討論把事情釐清完再來給我們這邊作討論。

郭代表正全

對這個 PAC 當初我們醫學中心也是 support 健保署這個政策，所以在醫學中心大會裡面特別有這個研討會，不過開始作下來內部也是

反彈聲音蠻大的，因為每個人角度不太一樣，以羅代表的角度更多病患來我這裡更好，可是以醫學中心角度坦白講並不是不願意，我們很願意把這些病患趕快轉出去，現在是轉不出去，現在問題就在這邊，趕不出去，我倒希望這個制度有個漸進式的。因為現在分局的手法都不太一樣，像我們北區的話，我想這樣對北區不太好意思，但是溝通一下，就是給你規定很大比例的下轉沒有達到的話就給你扣錢，而且扣的錢還蠻多的，基本上醫院拼命作也是達不到這個目標，這個目標跟南北院區有時候差很大，我今天在這邊不是反對這個制度，而是應該漸進式然後用獎勵的方式而不是用罰的，作不到就罰，那我們醫生也抱怨連連，因為幾乎每個這樣的病人他都要去評估，評估完後就是最後剛徐院長講的一樣跟本病患不願意下轉，白講、每個都要評估到最後都是空，只有少數幾個願意下轉，還要拜託，那我希望這個東西我個人建議整個社會性的住院，就像當初在推 ICU、RCC、RCW 一樣慢慢漸進，那這個制度我希望能夠下轉下去，這個是一個好的完善，但是重點在醫學中心塞住下不去，這個問題也要幫醫學中心考慮一下，基本上不是醫院不願意，而是根本就轉不出去，以上。

廖課長秋錫(姚代表鈺代理人)

我們實際上在操作的時候，會去了解病患為什麼不願意下轉，其實很多原因，第一、有的是病患跟他講了老半天他就是不願意，第二、他寧可轉門診復健或是什麼樣其它方式，另外有一種是承作醫院拒收也有，其實他病情穩定，為什麼他拒收，因為評估之後認為說這個病患反到承作醫院他可能會超過你們給的定額，所以他拒收，那承作醫院拒收怎麼辦？另外還有我們遇到就是我們承作醫院沒有病床，所以很多種因素，那因為好像八月底的時候健保署有召開會議討論那我們也有醫師過來，那他今天特別有問我說事實上有一個就是醫學中心上游醫院不是有新增兩個獎勵費嗎？那他問我說他已經開始作了，那他可不可以追溯？我就跟他說我剛好來代理人家來開會剛好有這些資料，我跟他說不然你先把這些要準備的東西先備好，至少一些衛教、記錄什麼都把他備好，那到時我們在這邊再討論可不可以追溯，那當然我也不是要追溯到過去，他八月就講到現在問我說他希望醫院給他錢，我說連申報都沒辦法申辦要怎麼給他錢，所以這個部份是不是可以由十月開始或是怎麼樣，保留記錄保留一些憑證就好。

林代表淑霞

主席，前面幾個代表講過我就不再綴述，不過本案執行上的確仍有很多問題，例如本院也是加入的醫院，執行上面臨的困擾大概大同

小異。個人比較贊成郭代表所提的建議，本案是有意義的所以我們是鼓勵醫師把他當功德在做，相對貴署的方案應該是要鼓勵而不是用懲罰的性質，譬如：下轉沒有達多少目標即必須核扣點數，而且扣的點數那麼多，這對很多醫師投入這一段是不太公平的；再來就是下轉有時非醫院可以掌控的，包括剛廖代表講的，有些病人自己的意願真的是不願意轉，家屬考慮到可能是交通要轉的醫院的確是離他家太遠，家屬要去看也不方便，再來就是承作的醫院沒病床，譬如我們可以轉關渡，關渡說他沒病床，那麼平轉同樣是區域層級他們說我們是要跟他們有合約的醫院才接受，沒有合約醫院不接受，雖然現在有開放說沒有合約的醫院還是可以互轉，但顯然常遭婉轉拒絕，另請問貴署是否平轉無任何支付點數？總之其實不是大型醫院想將病患一直 keep 住，而是希望把病患轉出去但是很難轉出去，所以如同我們徐代表講的可能真的要就這些承作或參與的醫院，也許採行問卷調查甚至召開會議將所有的問題通通作收集，並檢討解決讓這個計畫可以繼續的走，我想這對民眾始終是好的。最後一點因為現在長期照護還沒有實施，但我們真的可以感受到很多家庭面臨親屬於現行制度下，在住滿三十天後轉來轉去甚至必須情商熟識的醫院幫忙，如果本計畫能成功後面接的就是長期照護的前置試辦模式之一，也許真的可以解決這些家庭的困難。我們常常接受到一些拜託是不是可以先轉到你這家醫院，後續再轉到那家醫院，好像人球一樣轉來轉去，真的我們要設身處地為有這樣困難的一些家庭想想。

主席

那個羅代表你先等一下，現在已經有那麼多問題了，你再提的話好像大家都聽你的問題，等一下要怎麼解決怎麼處理，因為你是站在承作下轉的立場，這個要轉下去的也有他的難處，現在我先請醫管組組長簡單作回應。

林組長阿明

我先簡單作回應，那看等一下專委再作一點補充，在檢討方面其實有到各分區各個試辦的團隊去，大概各分區共有十二場去做一個檢討，而且是站在承作醫院立場收集意見，那至於8月26日找醫學中心找專家來，為什麼特別去找所有的醫學中心來，我們就是希望他們可以下轉，所以剛醫學中心一直在抱怨很多病患不願意下轉，其實我們的目的當然是要下轉，就剛剛羅代表講的你們準備很多但是病患沒有，那這個部份，事實上我們也希望明年再擴大，所以我的意思是說，

其實也不光只有這個中風的病患，其實明年我們逐步擴大再配合上游醫院的下轉，我想這個對病人是好的，那到底應不應該強制，我想大家剛剛應該也有聽到，事實上在短時間也不宜去強制，事實上有可能他們對整個環境、各方面還不是那麼…，所以我們希望朝向比較鼓勵的性質而不是用強制的方式來處理，那另外剛提到說鼻胃管管灌飲食的部份，我想是可以考慮往前去追溯，那這是針對管灌飲食。

那至於居家訪視，我想之前討論說用結果 1000 點，剛羅代表講到一下子 2500 點，我想這個部份…

羅代表永達

你看目前即使全部都有，這樣加起來也不到幾十萬，但是他回到家中，若你願意去看他教他，這是非常有意義的事情。

林組長阿明

我這邊建議是不是先考慮加 500 點到 1500 點，因為其他大概也都算 1000 點，至於量表的部分，是可以再檢討，3 週以後延長的程序複雜，程序上也可以再檢討，只要不違反相關的一些規定。至於未來要加強宣導，我們也可以強化。我是建議這個部分，如果對下轉與承作是好的，我是比較建議今天能不能先讓案子通過，而其操作細節再來簡化。平轉的部分，我們是希望能夠下轉，所以平轉的部分我們是沒有獎勵。

羅代表永達

其實這些部分，是我們經過很多～社區醫學會中的長照委員會所討論後的結果，也謝謝組長給我們比較善意的回應。不過說實在話，這次裡面，包括：管灌飲食，它已經日積月累，我們考慮它是可以回溯，至於居家訪視可否提高到 2000 點，因為他是兩個人去，一定要物理治療師跟護理同時去，一般都是一個醫師去看做的怎樣而已。可是居家訪視跟一般訪視不同，而且我們有限制最多只能兩次，大家計算看看全部七百多人都去，也不過幾十萬，在這樣的情況下應該可以給予相當的鼓勵，否則 1500 點沒有人要去。至於我們剛剛所提剩下的部分，尤其是上游醫院的病人願不願意下轉的問題，其實當年 RC~ICU 走到 RCC 就是這樣的情形，但是我們也了解在這過程中需要很多磨合，但是我覺得有些東西是必須大家面對面談，我舉個例子，當年 RCW 的病人我們社區也是到醫學中心幫忙說啊！讓他們相信我們是很有誠意，我們是可以做得到的，如果假設沒有這樣的連貫，事情是永遠都

做不好的，至於剛剛說有些醫院是拒絕的，那就要拿出來討論為何這計畫他拒絕。我覺得這件事如果能夠解開，才有辦法擴大執行，這畢竟是試辦計畫，我們希望將來參加人越來越多，這樣才能全面擴大，這才是我們的目的。至於剛剛講的那些量表，我們會把結論送給署裡面參採，以上。

主席

第一個，這個案子要不要同意讓它過？第二個，剛剛管灌飲食，組長已經說他會去考慮，規定或是量表的問題，這檢討都沒有問題。另外現在唯一還沒有~訪視費是否要提高？這可能比較難一點，是不是先維持這樣，未來檢討時，我們再來看執行情況或是確實有這樣的需要，我們再來做調整，是不是先這樣~先維持這樣。

葉代表宗義

其實今天有六個案子，只有這個案子跟我們比較有切身的關係。所以我們三個付費者也都坐到現在很辛苦，還要趕回台中。我們剛剛聽了你們大醫院小醫院講的好像都沒反對啦！只是病房不夠的問題想讓病人轉出或另外一方收不到病人。我們三人的意見是說照這計畫通過，至於施行細則試辦以後再修正。

徐代表弘正

我是建議以後如果要開檢討會，真的是要擴大~。第二個我還是呼應剛剛組長說的，可以再加一個，如果居家訪視員是兩名的時候，給1500點，這樣就是符合，也不會違反前面的規定。因為你只有一個人去當然不給你1500點，但有兩名的話，可以~一位醫師若加一位職能治療或物理治療。

主席

這樣可以啦，就加在計畫。

李代表永振

我有一點請教，這試辦計畫本來執行到年底，怎麼修訂後變成沒有期限，怪怪的！

林組長阿明

應該這樣講，我們這個預算是編在其他部門，我們在協商104年的預算還是有，所以我們整個計畫還在延續~那沒關係~我們就寫到明年底，到時候再檢討，謝謝。

陳代表川青

那個訪視費我覺得應該要加，不然不會有醫生會去~醫師 1500 點是不會去的，我們的預算可否~因為這是試辦計畫要鼓勵醫師，我們支持，兩個人的話就增加，我們同意。

郭代表正全

對不起~我再兩分鐘，我原本反對，不過消費者既然做到現在，我想要他點成果，我只要求一點，這制度要漸進的不要用懲罰措施，現在全部用懲罰措施，我想分局不應該這樣，以上。

徐代表弘正

我再講最後一句，我一直覺得這計畫是為研究而研究，若真的實施，就像剛剛郭代表講的，各分局不能用別的方式懲罰，我知道現在很多分局這樣，請副座~

主席

好~我們會轉達各業務組組長，OK？

謝代表文輝

我是覺得因為訪視價格太低，不會有人做，因為多花錢。我是覺得一去這麼多個專業人員，2000 點是一定要給嘛~

主席

先這樣好不好，先 1500 點，做一段時間後還可以再檢討，那我們這案子就再加一句話，訪視費若兩人的話，提升到 1500 點。其他檢討時再說。謝謝所有的委員堅持到最後一分鐘。謝謝！會議結束。