

# 100 年度第 2 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議紀錄

時間：100 年 04 月 28 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險局 18 樓大禮堂(台北市信義路 3 段 140 號)

## 出席委員

|       |        |       |        |
|-------|--------|-------|--------|
| 林委員芳郁 | 陳雪芬(代) | 洪委員啟超 | 洪啟超    |
| 陳委員明豐 | 陳瑞瑛(代) | 李委員明濱 | 張孟源(代) |
| 蔡委員正河 | 林富滿(代) | 吳委員德朗 | (請假)   |
| 王委員正儀 | 陳建立(代) | 蘇委員鴻輝 | 蘇鴻輝    |
| 郭委員宗正 | (請假)   | 施委員純全 | (請假)   |
| 李委員源芳 | 張景年(代) | 高委員靖秋 | 呂月榮(代) |
| 童委員瑞龍 | 郭許達(代) | 王委員治明 | (請假)   |
| 黃委員瑞美 | 黃瑞美    | 陳委員志明 | 陳志明    |
| 蕭委員志文 | 張克士(代) | 盧委員世乾 | 王榮濱(代) |
| 謝委員文輝 | 羅永達(代) | 楊委員麗珠 | (請假)   |
| 謝委員武吉 | 謝武吉    | 江委員銘基 | (請假)   |
| 林委員淑霞 | 林淑霞    | 石委員崇良 | (請假)   |
| 吳委員首寶 | 吳首寶    | 梁委員淑政 | 梁淑政    |
| 陳委員宗獻 | 藍毅生(代) | 鄒委員玫君 | (請假)   |
| 莊委員維周 | 莊維周    | 陳委員錦煌 | 陳錦煌    |
| 何委員博基 | 何博基    | 黃委員三桂 | 黃三桂    |
| 王委員正坤 | 王正坤    | 蔡委員淑鈴 | 蔡淑鈴    |
| 黃委員啟嘉 | (請假)   |       |        |

主席：黃副局長三桂

紀錄：廖子涵

壹、 主席致詞：略。

貳、 100 年度第 1 次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)確認。

參、 報告事項：

**第一案：**二代健保宣導案。

**第二案：**為符合支付現況，擬刪除全民健康保險醫療費用支付標準第七部論病例計酬部分診療項目之支付標準編號。

決定：

一、依提案建議刪除住院論病例計酬項目中非基層院所適用項目或不得跨表申報之支付標準編號，及其相關之通則、「得核實申報上限點數」、「得核實申報個案比率」、國際疾病臨床分類修正代碼、診療項目要求表。

二、第七部增列通則：已導入全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs) 之論病例計酬項目，適用 Tw-DRGs 之醫院應以 Tw-DRGs 支付標準申報。

**第三案：**「100 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」新增到宅醫療服務案。

決定：同意「100 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」新增到宅醫療服務案。

#### 肆、討論事項

**第一案：**修訂全民健康保險精神分裂症醫療給付改善方案。

結論：

一、同意修訂全民健康保險精神分裂症醫療給付改善方案之 100 年度起品質獎勵方式、品質指標、擴大高風險病人定義及收案標準中規則就醫及非規則就醫病人中「規則」等文字。

二、委員發言有關精神醫療與心理衛生部分，請節錄供主管

單位醫事處、國健局參考。

三、謝謝費協會代表陳錦煌委員關心預算部分，經醫管組蔡組長說明(本案預估 6840 萬，99 年支用 1470 萬)，各位委員可更了解預算使用情形。另請台灣精神醫學會陳正宗理事長轉達各院所鼓勵多收案。

**第二案：**全民健康保險醫療費用支付標準第九部第一章 Tw-DRGs 支付通則修訂案。

結論：本次同意事項如下列：

- 一、將 Tw-DRGs 支付通則三之(七)規範「使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(處置碼 39.65)之案件得以排除」修訂為「使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(處置碼 39.65)之案件」，即使用 ECMO 個案全部採核實申報。
- 二、修訂支付通則六、(六) 第 4 點之 (2) 文字規定，說明僅化療注射劑始需編處置碼，以符合疾病編碼原則。
- 三、100 年 1 月 1 日新增支付標準醫令代碼 37046B「多葉型準直儀合金模塊之設計及製作-每一照野」，因該項係屬於 Tw-DRGs 支付通則六、(六)第 4 點之 (3) 放療得核實申報範圍，故配合修改 Tw-DRGs 支付通則六、(六) 第 4 點規定，納入支付標準醫令代碼 37046B。
- 四、修訂通則六、(六) 第 5 點之 (1) 核實申報呼吸器費用之處置碼，增列 93.99 (其他呼吸處置)。

伍、散會：下午 4 時 06 分。

## 100 年度第 2 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議-發言摘要

### 報告事項

#### 第一案

案由：二代健保宣導。

#### 第二案

案由：為符合支付現況，擬刪除全民健康保險醫療費用支付標準第七部論病例計酬部分診療項目之支付標準編號。

### 李專門委員純馥

本案會移除，是因為論病例計酬項目導入 DRG 後，仍放在支付標準，使住院的定額有論病例計酬項目又有 DRG 項目，造成大家的困擾。所以，我們因應部分醫院的要求，將導入 DRG 的論病例計酬項目移除。針對基層的部分，我們還是會保留，不影響基層診所的申報。

### 何委員博基

第三段文字，「非基層院所適用或得跨表申報之支付標準編號」，目前基層是以跨表方式申報。在 3 月 29 日共管會議的審查注意事項第 11 項，子宮肌瘤切除及緊急情況下子宮切除，101 年以後是不是也可以跨表？已經申請同意跨表的基層診所，是不是可以繼續修？

### 李專門委員純馥

請大家看到會議資料第 67 頁，婦科的部分，我們把醫學中心、區域醫院、地區教學醫院的代碼移除，保留了地區醫院的代碼，就是要讓基層診所可以跨表申報。另外，因為輸卵管外孕手術，目前還沒有導入 DRG，所以，各層級的代碼都還保留。

### 何委員博基

所以，基層診所的權利沒有受損，謝謝。

### 羅院長永達(謝委員文輝代理人)

會議資料第 61 頁，助產所可以申報陰道生產，他們有住院的

部分嗎？

### **李專門委員純馥**

助產所的申報陰道生產採論病例計酬申報，沒住院。

### **羅院長永達(謝委員文輝代理人)**

目前為止，助產所一年的生產案件有多少？

### **李專門委員純馥**

目前手上沒有這個資料，是不是可以事後補給委員。

### **陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

剛才基層代表所提的問題，因為地區醫院有做 DRG 項目，還是會用 DRG 申報，是不是可改為基層跨表使用項目。如果保留地區醫院代碼，是不是地區醫院可以選擇論病例計酬申報，或是在通則寫明，比較清楚。

### **黃主席三桂**

本報告案洽悉。

### **第三案**

案由：「100 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」新增到宅醫療服務案。

### **黃主席三桂**

這個報告案牙醫支委會有討論過，牙醫代表是否有補充說明。

### **蘇委員鴻輝**

本案的修訂標準是上次各位先進提供的意見，我們在支委會跟健保局協商確實可行的流程，大部份意見都是注意到病人安全以及他必需經過西醫訪視醫師轉介，我想在適應症跟安全性上都有極大的考量，這是整個方案修訂的內容，謝謝大家。

### **黃主席三桂**

謝謝蘇理事長的說明，本報告案大家是否還要詢問？

### **黃委員瑞美**

我之前沒聽過，所以請教一下，剛說西醫的醫生轉介，有沒

有限定家醫科或其它科？

**蘇委員鴻輝**

並沒有這樣子。

**黃委員瑞美**

那包括安養機構的嗎？

**蘇委員鴻輝**

本案是到宅醫療，我想是不是安養機構要跟局內討論。

**黃委員瑞美**

精神弱勢一般來講，住在家裡的可能不是很多，大部分都會在安養機構裡面，他都是精神有狀況的不會在家裡，那種病人不多。例如說：伊甸基金這種病人在那裡很多，那個機構沒有包含進去，一般家裡照護的不多。

**蘇委員鴻輝**

目前未設牙科的精神醫院的我們已有醫療團提供服務。這個是一個新的醫療提供服務模式，我們先做一陣子看看，假如能增加比較多的服務對象，再來逐步的擴增，因為有很多相關的細節，要跟健保局討論清楚再進行。

**張醫師孟源(李委員明濱代理人)**

對於本計畫，牙醫願意居家服務，我們樂觀其成，而且這次牙醫提出來是由醫師轉介，其實最重要的是病人安全，牙醫師還要準備氧氣、急救設備等等，並且有護理人員陪同前往。我相信牙醫的專業應該相當都能夠勝任。稍維要補充的是，在法律上其實是沒有什麼問題，主要像本次收案條件第一項為「清醒時，50%以上活動限制」然而全民健康保險居家照護作業要點內的收案條件，因為居家照護作業要點一共有三項，第二項是說「有明確的醫療護理照護項目需要服務者」，第三項是說「病情穩定，能夠在家裡面進行」，所以收案的時候是不是還要再加一個「病情穩定」，如果「病情穩定」才收案對病人安全會更好。

**黃委員瑞美**

對不起，我還要講一次，因為這是在費協會裡面的一個專款專用，我還是建議我們協會大概注意一下，以我的了解，一般的不多，一般在什麼機構會多，不然費協會的總額可能會有狀況。

### **黃主席三桂**

謝謝兩位委員的意見，大家有沒有要詢問的？如果沒有的話，收案條件這個部份就參酌張委員的意見。

### **蔡委員淑鈴**

有關病情是否穩定，我們是併到 145 頁，因為本計畫個案是要由居家訪視的醫師轉介，所以居家訪視的醫師要衡酌這個病人病況適不適合轉介給牙醫師進行口腔醫療，所以病情穩不穩定在這一次的轉介評估應該要內含，由西醫師去認定這個病人接受牙科醫療是安全的，才可以轉介給牙醫，這個部分其實是不用再訂，是併到 145 頁服務對象需同時符合以下條件的第一項中辦理。

### **張醫師孟源(李委員明濱代理人)**

我想假如說居家訪視的醫師應該也要確認病情是否穩定，關於此點我也贊同健保局的看法。

### **黃主席三桂**

謝謝蔡組長的說明，我們這個報告事項洽悉，請宣讀討論事項第一案。

### **討論事項**

#### **第一案**

案由：修訂全民健康保險精神分裂症醫療給付改善方案。

### **黃主席三桂**

精神分裂症醫療給付改善方案要做修訂，對於本討論事項，請各委員表示意見。

### **陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

假設這個獎勵方式改變，那會增加多少？因為原來說 80 幾

家，獲獎的只有 5 家，如果這樣改了以後呢？

### 李專門委員純馥

依照品質獎勵部分會增加 929 萬點，就在 P17，這當然是以現在我們 99 年執行成果預估，如果我們把他放寬給付條件的話，如果今年放寬，大家達標的比率又再提升，或許會超過也不一定，不過這部份費用是在專款醫療給付改善方案去支應。

### 蔡委員淑鈴

其實本案修訂是 100 年要適用的，99 年本方案就已經實施，但這方案在 99 年訂的非常嚴格，所有的品質指標都要達到才可以得到品質獎勵，以致於在說明三，99 年結束經評估只有 5 家百分之百達到品質指標門檻，因此只有這 5 家領了 33 萬點的獎勵金，事實上品質指標達成度有 70% 的有 65 家，因原方案採最嚴格標準，所以導致於大家有努力有進步卻的沒辦法達到獎勵，只有五家是全部達到的，就因此只有 33 萬。本案第 1 年結束後召開專家會議，經檢討第 1 年之成果後建議修正部分規定，在 P17 說明六所述之預估金額，是以 99 年狀況去預估，如果我們放寬的話，可能給的獎勵款有九百多萬。事實上這計畫當時設定最嚴格的標準，是在所有論質計畫裡面設的最嚴的，當時在提本計畫也經過專家討論確定，當時比較樂觀的預估，大家認為做得到，後來實施結果不若原樂觀期待，原方案還是須實行，修改案就是今天 100 年修改的部份。

### 黃主席三桂

對於這樣的修訂，大家還有沒有什麼意見？

### 謝委員武吉

- 一、首先要了解的是收案的 36580 人，在精神科有精神疾病的患者，到底全國是有多少人？是十幾萬，還是二十幾萬？
- 二、全國有多少精神科家數，公立醫院占幾家？私立醫院占幾家？像在花蓮台東很多都是公立醫院，但是純粹

做精神科的是有幾家?有混合科的是有幾家?至於這  
81 家是否有這樣的差異性?

三、專家諮詢的團隊到底是哪些團隊?

### 蔡委員淑鈴

目前 99 年底，精神分裂症主診斷 295，領有重大傷病卡有 94000 人。本案在第一年收案率是 36000 多人，所以收案率 41%，本案參加的院所採自願參加，有參加的醫院主診斷 295 的病人要全收，所以當然有一些病人是因為醫院沒參加所以沒有收案，但是收案率第一年就達 41%，是非常高的，當然這要鼓勵繼續參加。另專家諮詢名單有：高雄市立凱旋醫院陳正宗院長、行政院衛生署桃園療養院陳快樂院長、八里療養院鄭若瑟院長、行政院衛生署嘉南療養院邱獻章院長、國軍北投醫院 羅時茂主任、羅東聖母醫院郭約瑟主任、清海醫院陳清海院長還有台灣精神醫學會的代表。

### 張醫師孟源(李委員明濱代理人)

這個方案對精神分裂病人有實質幫助且成效非常好，如能擴大收案對象更佳，尤其是精神分裂症是弱勢中的弱勢。但本方案中關於固定就醫病人一年要拿 8 次以上，有的時候是連續處方，一年要拿 8 次以上恐怕不是那麼容易，是不是說他一年要拿超過 8 個月就符合所謂固定就醫，而且有另一要件是要「且」就診精神科的次數大於全年就醫的 60%。我的想法是說，精神科的有一些精神分裂，他潛在性的危險、還有自殺，各種風險都比較高，我們希望收案條件能夠再放寬，甚至擴及到精神科有意願的話可以直接收，因為有些精神科患者不太願意主動就醫更難達到固定就診的標準，如果本方案能擴及到尊重精神科專業判斷，如果在醫療上有需要的精神科患者，都可以把他們收案，定期監控，這樣會更好。

另外，有些計畫要拿到品質指標是非常嚴格，本精神分裂論質計酬之方案，去年的指標就非常嚴格，絕大多數的參加精神科

院所均無法達成指標，但這些收案精神分裂患者在急診及住院均費用均大幅下降顯示本方案有在實質上的功效，未必須完全依據指標做評定才是正確。另外，像今年慢性腎臟病計畫就是非常嚴格，幾乎是達不到的指標，希望健保局今年執行以後，在明年如果發現品質指標大家達不到，也可以比照精神科做重新做一番檢討。

### 李專門委員純馥

有關於慢箋是算在這個次數內，就是如果說他是固定就醫，因為拿慢方箋，那次我們也算一次就醫，就算他拿慢箋去領藥那一次，我們也算回來，所以大於等於 8 次，其實就等於他固定服藥 8 個月，就是至少 8 次以上的意思。

### 蔡委員淑鈴

本計畫目的是希望精神分裂者患者可以透過個案管理，從不規則就醫變成規則就醫，所以規則就醫這件事情，參加的院所投入很多心力去追蹤這些患者，包括他的家庭，所以事實上是非常努力的，但這群病人能夠規則就醫，就是希望他能夠定期回院，至少按時服藥，那 8 次是專家最後討論出來的。我們第一年收案率 41%，我們得到很重要的結果，看到整個費用，門診是略為增加，就是他本來不看病的，回到門診來看；但是減少的是大量的急診與住院，所以他事實上是 cost- efficientness，就是這些病患的急診與住院明顯比以往減少很多，符合方案原訂之目的。另第 1 年品質評量指標，我們不只是徵詢剛剛講的那幾位專家的意見，還用三回合的德菲法去選取品質指標，是有效度的，當時大家認為這些患者確實需要努力協助，也希望大家能夠把患者照顧好，所以第一年當然要全力以赴。本方案是精神科醫師的共識，所以我們也很願意看到這樣的結果，在第一年都能達到的情形之下，100 年起計畫可以有品質的回饋款，實際上大家也都努力了，而且確實大幅減少急診及住院，所以我們才同意第二年如果指標能達到一定的程度，我們就願意給予鼓勵款。

## 藍醫師毅生(陳委員宗獻代理人)

品質增加的費用，預估明年會增加 929 萬點，請看 P177，新的收案方式有點改變，在非規則不得未固定就醫病人跟久未就醫病人裡面，以前是院所可以選擇你要參加的對象，現在這兩項都取消，變成都不得選擇，所以第一年的結果會這麼漂亮，再接著下來達成率的品質就不會這麼好，因為你是沒有辦法選擇病人，因為無法選擇，只要有 295 代碼的都要全部概括承受，那患者的達成率是否能跟之前一樣？這個可能要考慮。

## 李專門委員純馥

其實我們改的字眼只是希望不要再去有選擇那個字，實際上的意思就是要他們整批收，其實在 P177 裡面提到固定就醫的部份，我們會跑名單出來給院所，我會告訴你這些人固定在你這裡就醫，因為確實那個資料只有我們知道，你們不會知道，因為他有跨院的問題，所以我們會跑出固定就醫在你們這家院所，你就一定要收，如果你收案不到 80%，我們就不給基本承作的費用。而我們這次修改，只是希望不要出現選擇那個字眼，因為感覺好像病人被挑選，其實是一樣的意思。

## 謝委員武吉

我們非常感謝蔡組長剛才的報告，我在這裡還是要請教一下，我們除了 9 萬 4 千人以外，這些都領有重大傷病卡，還是有沒有去領重大傷病卡的，像我們高雄有一間寺廟，那一些人就是沒有領重大傷病卡，健保局是不是有去統計這些人，我不相信台灣只有 9 萬 4 千人，精神科的患者應該是一二十萬人應該跑不掉，對於沒有拿到的，還有多少人，我們希望能夠了解。

還有第二點就是說，擴大高風險病人的定義，修改為病患前一年曾因下列情形門住診就醫次數合計大於 4 次改為 3 次，這個 4 次改為 3 次的操作型定義是在哪裡？拜託稍微講清楚，這是第二點。

第三點剛剛組長有報告這裡所有的委員裡面，我所聽起來只

有清海醫院的陳清海是私人醫院，其餘的都是公立醫院的，這個私人醫院的比例為什麼這麼少？

### 蔡委員淑鈴

精神疾病的範圍非常的大，精神分裂症只是精神疾病的其中一個病而已，那我們先從精神分裂症開始做是因為精神分裂症這一群病人理論上是不會痊癒的，他的平均餘命也比正常人短，但是他在在保的這段期間，確實因為如果沒有好好的個案管理，定期服藥，有可能造成很嚴重的社會問題，甚至家人都會因此而受傷，或者嚴肅的後續問題，甚至自殺跟自傷都是因為他的病情沒有得到控制，所以我們當時跟精神醫學會還有我們這些剛剛的專家討論說，我們第一步是不是就這一群人先來試試看，努力來做個案管理，看有沒有效果。未來如果實證證明精神科的病人可以透過個案管理得到比較好的效果，就可以推廣到其他的精神科疾病。

其次我們邀請的專家，私立醫院除了清海醫院的陳清海院長以外，也有羅東聖母醫院的郭主任，當然我們認為這些專家長期在台灣精神科領域也都是 leader，所以我們來徵詢他們的意見，有公私立的，也有署立醫院的，也有市立醫院的，也有國軍的醫院，還有台灣精神醫學會，今天理事長陳院長也在座，如果有相關專業問題，我們也可以請陳院長來協助跟大家做解釋，謝謝。

### 謝委員武吉

我剛才所要了解的就是說，這個 4 次改成 3 次，到底你們專家的操作型定義到底是怎麼樣的？

### 陳理事長正宗(台灣精神醫學會)

謝謝主席，謝謝各位委員，其實精神分裂症的照顧，從我住院醫師就顧到現在，好的沒幾個死的比較多。我第一個要讓謝委員知道，這個方案其實是經過我們學會內部，公私立的院所都可以參加，那專家諮詢沒有來這個要道歉，因為台灣精神醫學所有的，單科的療養院所能夠跳到評鑑等級的教學醫院，只有高雄一

個慈惠，其他私人的都只有在專科醫院的 level，我知道我們學會裡面公立的醫院都會參加，目前全國有做精神科的 106 家，包含綜合醫院跟專科醫院，哪一些參加對不起我不知道，那這些 106 家都是有參加強制住院等，所以有 81 家有加入這個方案算不錯，但是也有可能 81 家裡面包括 5~6 個診所，所以我必須先聲明目前的情形。

那第二個操作型定義，各位數學都比我好，可以算一下，34 萬分給 5 家，做了一年，所以每一家都回來罵說，你們到底在做啥，那百分之百達到幾乎是沒有辦法達到，那後來達到的 5 家我所認知的都不是公家醫院，操作型定義主要是這樣，一個方案如果進行的不錯，我們希望下一次可以 inclusion，可以顧的更多，就是更多人可以參加，就是說原來的 3 萬 6 千多看能不能增加，最後這個是有一個令人 amazing 的數字，當然不是絕對的，這是初步的，跑出死亡在 98、99 年的比較，列入方案 36580 個，看得到的死亡是 26 個，我相信各位專家聽到會 amazing，我們台灣花這些錢就有辦法做這樣的方案，沒有列入的 53409 個，死了 1300 個，一個是百分之 2.4，一個是 0.07，所以我們學會其實有經過討論公立的部分，都認為這個不是為了錢，這個方案絕對不是為了錢，就是真的可以做更多啦。過去的數字告訴我們，精神分裂病的人口在台灣死亡率，比我們一般人口少了 22 歲，這個還有待努力，當然我們專科醫師要更努力啦，謝謝。

#### **張醫師孟源(李委員明濱代理人)**

其實我很認同陳院長的說法，我記得第一次發言我就希望擴大收案了，因為早就知道精神分裂病人死的很多，但是有一點就不太了解了，就是排除條件，第一個是慢性已經住院了，那當然是排除，但是為什麼領有兩張不同疾病的重大傷病卡要把他排除，因為他可能有精神分裂也有可能尿毒症，或是精神分裂也有心臟衰竭，像這種等於是多重疾病，他這種自殺率會更高，所以說是不是可以考慮擴大收案，沒有必要的障礙盡量把他排除。

## 謝委員武吉

我很感謝陳院長剛剛說的，我所要了解的是，那4次改成3次，那為什麼不改成2次，或者是從頭到尾都在這家醫院住院，因為你的死亡是26人，2.4%在外面那邊，我的意思是這些精神科的患者報紙都有在登，很多都關在狗籠裡，或關在家裡面，好幾個鑰匙鎖住不給他出來，這些都是侵犯性的行為，我覺得這些精神科的患者要如何，像我們高雄那個寺廟，要如何進一步來照顧，不要說出去的時候就像操兵一樣，肚子都綁著鐵鏈，是要如何處理這塊比較好，我們想替精神科的患者來考慮一下，你們這樣做很好，我跟張委員一樣，是不是能夠多擴大一點，比較好一點啦。

## 陳理事長正宗(台灣精神醫學會)

對不起，我比較認為它是逐步啦，因為一個方案做的好，要站的穩。那兩張重大傷病主要當時排除，是因為怕 contamination 太多，或是他有些事，當然我同意如果一個人洗腎又有精神病是最弱勢的，但是必須要看他臟別，那時候我們也擔心 contamination 隨著時間，診斷被人家引用，沒有把前一個重大傷病，例如，情感性精神病跟精神分裂病這樣的，其實對 total 的 effect 這不是很好，主要考量是這樣，但是照顧病人本來就是我們的職責，我們會努力，將來也許明年可以考慮降為兩次，越來越逐步增加看看案量，我覺得他是個成功的方案，雖然我們 total 的住院是少了1.5億。我出發前還有人打電話就是陳清海院長打給我，他說理事長你開會要好好講，我們 total 精神科的住院同樣一群人在一年是少了1.5億，移了2千萬到門診，要把數字看好喔，其實我是滿重視所謂私人醫療院所的。

## 陳委員錦煌

我也有意見，我的意見是很簡單啦，這個有關33萬提高到900多萬，我們的重點總額分配中要把他拉出來，讓我們委員知道，我今天簡單說一句話，我就不負責，我是費協的代表委員，

要送回那邊不是很麻煩嗎，那今天我不同意，要回到費協會處理，我希望，不要講精神科的問題，包括你們一些工作要緊的要拿出來討論，不要留到今天，因為我是費協的代表才知道，我們那裡的委員沒有人知道，不是我在這裡騙你，我在那裡也不知道，是今天看到公文才知道，你們從 33 萬提高到 900 多萬，5 家變成 81 家，增加快 1 千萬，費協委員都不知道，以我們付費委員確實不知道，如果我今天在這裡比較搞怪一點，送回去討論就比較不好意思了，這樣主席你們知道我的意思嗎。

今天我說不同意，再送回去重審，我同意給他過沒關係，但是這個 33 萬提高到 1 千萬，剛剛陳主任在講我就在注意了，這樣 5 家變 81 家，今天我做代表在這裡看到這個案才知道，對不對，這樣就沒意思了，在來我請教，喝酒打人是什麼病，那是躁鬱症還是精神分裂症，我們鄉下有個人喝酒就打人，家人把他送到某某醫院，在醫院沒喝酒就不打人，精神科醫師說這個不用開藥給他，可是回到家以後又喝酒打人，這個怎麼辦？這個就是精神分裂的認定，我不知道，我沒讀醫，在來我講說高雄什麼教的，錫安教，家裡長輩過世了又不回來拜，這是神經病嗎？然後再公祭的時候，兄弟當家屬答禮的時候站在旁邊當來賓，請問這位精神科的教授，這樣算什麼病，我搞不懂，我是勞工代表，我不會啦，這兩點是不是可以讓我了解一下。

### **陳理事長正宗(台灣精神醫學會)**

謝謝主席。第一個問題可能要看世界醫療的主流，前輩所說喝酒、打人要喝的程度跟打人的關連，其實社會在進步，所以若是自己知道喝了酒會不醒人事而沒節制，出車禍還是要負責任，這個大概在兩年前已經出現了案例，這是一個前提就是說社會要有共識，若知道會醉就要不喝。第二個喝完酒打人要喝程度，他到底是在什麼情況下。最後是兩個概念可能我們要全民推動，但是對健保局很不利，因為世界主流走的是 substance use disorder are brain disorder，就是說物質濫用是人類腦部的疾病，

但是過去從勞保時代，整個社會認為喝酒的、吸毒的不是病人是犯人，但是喝酒到最後有兩個嚴重的問題，我想神經科也會提出來失智症，有一些特殊名詞，其實會比較短命，這一部分就是視將來的共識決定。第二個部分是錫安教會那個我真的不知道，但龍什麼堂的我很清楚，政府其實透過醫療系統現在在準備，它將來會變康復之家，但是連房子都還沒有。從高雄縣衛生局到縣市合併的高雄市衛生局會去關心這一段，當然這裡面所居住的人需要定期去 screen 篩選好壞，而新的精神衛生法有公布，其實衛生署也準備且通過了要它建康復之家，目前狀況是房子還沒開始蓋，這不是健保的問題，是已經許可建康復之家，但是土地等等困難重重，但我相信高雄市衛生局會努力去做，畢竟也是我們的人，我也會參與其中。

#### **黃委員瑞美**

其實這個案子是去年就開始了，剛剛講說增加 900 多萬，可是在這裡很明白知道門診增加 0.2 億住院減少 1.5 億，整個 over all 來講的話，個案有去照顧對他是非常好的，以我所知很多醫師都是被逼要做，在機構醫院都是，因為這是 extra 服務，一定要有個管師去 follow 這些患者，因為患者都是跑來跑去。精神科醫師要照顧這些人是很累的，還要跟個管師配合，那些醫師要照顧 3、4 萬人，總共可收案有 9 萬多人，這種都是在社會上屬於邊緣的人需要有人照顧，所以我對這案是很正面給予肯定，我遇到的精神科醫師有些對這個方案感到心有餘而力不足，因為照顧起來實在是非常累。如果是以整個總額來看的話，事實上雖然給予那些鼓勵，但從整個來看是節省的，對精神科患者是很好的。另外剛剛講到精神科的問題，事實上不是精神科醫師就可以照顧，是一個團隊包括社會人士、社會局一起來照顧，所以，我相信高雄社會局或市政府也很用心，我們醫界也會幫忙，這是我的看法。

#### **陳委員錦煌**

我在這報告一下，以後若是醫界有重點協商麻煩先告知，不

要到現在才知道，我先跟各位報告，有比較重要的像這從 33 萬變 1000 萬就是重點，協商告知我一下，看有沒有需要。像現在協商，不然付費委員 8、9 個，我如果說反對他們又不高興了，我是做代表來的。沒關係，以後若是協商有需要的先提出來，有需要的就花，這樣就很公道，今天這案提出來就給予鼓勵，這樣好嗎？

**陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

主席，主要為了提 99 年我們原來編的醫療給付改善方案這個金額是多少？然後今年這樣子改了以後增加那麼多錢，剛剛好像也提到原來訂的額度還是可以支付，但是看起來 99 年執行率就不是很好嘛，是不是這樣？所以 99 年到底我們編了多少錢？然後花了多少錢？所以我也要跟陳委員報告是說，就是 99 年編的是多少？現在用多少？今年到底有多少錢？這樣改變後到底夠不夠？

**陳委員錦煌**

總數 99 年跟 100 年一樣差不多。

**陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)**

不知道啊，他們講出來說，因為我們也不知道，不是只有陳委員不知道，我們也是看了這個案子才知道所以才會問這麼多問題。

**陳委員錦煌**

蔡組長，我們請教你一下這筆錢醫院 4.87 億對不對？那個基層有 3 億，99 年的錢是不是跟 100 年差不多？

**蔡委員淑鈴**

關於謝武吉委員所提 178 頁所訂就診 3 次之問題，因本計畫是將病人分成兩組，一組為高風險病人，一組為一般病人，高風險病人的定義是前一年門住就醫次數合計大於 3 次者，因此該指標係病人分組指標，並不是只有門住大於 3 次的才收案。另一目的為對高風險的病人跟一般病人有不同程度的指標評估，所以才

把病人分兩組。另謝謝陳委員很關心預算的部分，事實上我們在99年的時候，因寬編這個計畫一定的金額在這個論質的計畫裡面，但執行完後檢討發現可以得到獎勵款的醫院很少，那就代表99年沒有用完那個專款的意思。100年我們在17頁說明本方案的費用影響評估係假設方案在品質獎勵款的規定做了一些修正後，以99年的資料，可能就會變成有900多萬的費用可以發來鼓勵大家的。所以對於陳委員關心的部份，整體來講跟去年比金額不會增加，也就是在專款的部分不會因為這次的修正增加。

**陳委員錦煌**

那個醫院跟基層、區域都不會再增加？

**蔡委員淑鈴**

不會比去年增加，所以這一點請陳委員能夠了解。

**陳委員錦煌**

要放寬這個81家只有5家100%可以拿到獎勵金？

**蔡委員淑鈴**

去年的結果，對。

**陳委員錦煌**

對不對，那今年就要寬列900多萬，那個就是要領獎金那個百分比就降低，70%能夠拿到。

**蔡委員淑鈴**

對，但是不會影響協商的總額，去年有估列品質獎勵費用，但沒有達到所以沒有領。100年協商專款時，因為去年的額度夠用，所以金額不會增加，所以陳委員在費用協商的時候不會看到以這個事由來增加費用。

**陳主任雪芬(林委員芳郁代理人)**

主席，這個案子所要達到的是規則就醫，這是我們最大的目的，其實在座委員對900多萬沒有太大意見，但是健保局一直沒有拿出原來的base是多少給我們知道，讓我們放心。我記得協商99年醫院總額時，這個方案就有估額度，額度到底是多少要

先讓我們知道，幕僚作業這樣確有疏失，畢竟一下子要從 33 萬切換到增加 900 萬沒人覺得妥適。我們承認這個案子是有必要要讓它成功。但是還有病人有病但仍沒就醫怎麼辦，沒看到在這個案子中有補強這一段。這個案子大家不要再著力於到底放寬之後是不是很多人拿到獎勵，我們知道這些透過德菲法產生的指標，坦白講真的很難達到，再怎麼放寬，照這樣的評量標準，明年也是很難達成，我可以先這樣講。希望大家針對重點討論，這個案子討論這麼久，很多地方有一點失焦。

### 謝委員武吉

感謝委員的發言，尤其陳委員是費協會最認真的委員，大家應該給他鼓勵鼓掌一下。我在這裡也感謝健保局剛才的回答，我比較不朝向費用的問題。9.4 萬名領有重大傷病證明的精神分裂症患者，是都會型發生較多？還是鄉村型發生較多？另外大家說發錢最多的是健保局，1 年 5000 億，第 2 個就是國健局。有沒有考慮預防重於治療，精神分裂症我不了解，應該是有遺傳性因素，一些是刺激性的環境因素，如果是刺激性的因素，國健局要做什麼工作，我們也都沒有看到，要拿健保的錢，我不反對，但要拿的合理，國健局要做的事還是要做，不是都叫健保負責。第 3 點，剛提到康復之家，什麼龍的，可能是我們家後龍，要做康復之家有點問題。陳理事長，請教你的看法，都會型的署立醫院把業務 BOT，好幾個被收押，署立醫院 BOT 衡量這種作法，我聽說衛生署成立體檢小組要檢討。如果署立醫院沒有 BOT，或市立醫院改成精神科專門收治，是不是一個方向？希望專家諮詢會議，上次只有 2 個羅東聖母醫院和清海醫院代表，也能夠有私立醫院代表，平衡一下，不會只有公立醫院的思惟想法。

### 蔡委員淑鈴

說明一下大家關心的預算，當時我們假設，所有規則就醫的病人全數收案 5 萬人，高風險收案 0.94 萬人，共收案 5.94 萬人，另預估所有院所品質指標 100% 達成，預估合計 6840 萬。但是

99 年實際收案 36580 人，基本承作費 1400 萬，獎勵金 34 萬。所以剛剛回答陳委員的問題，當時匡列 6000 多萬，執行 1400 多萬，本次提案通過 100 年增加 900 多萬，遠遠在額度內，不會增加協商的總額，甚至可能減列。

### 黃委員瑞美

我記得當時討論很多醫院反映這種品質指標要求做不到，怎麼可能 100% 達成，收案又難收，建議精神科專家要實際一點。

### 黃主席三桂

- 一、這個案子討論很久，本方案本次所提修訂，各位委員都認同，照提案通過。
- 二、委員發言有關精神醫療與心理衛生部分，請節錄供主管單位醫事處、國健局參考。
- 三、謝謝費協會代表陳錦煌委員關心預算部分，經醫管組蔡組長說明(本案預估 6840 萬，99 年支用 1470 萬)，各位委員可更了解預算使用情形。另請台灣精神醫學會陳正宗理事長轉達各院所鼓勵多收案照顧病人。

### 第二案

案由：全民健康保險醫療費用支付標準第九部第一章 Tw-DRGs 支付通則修訂案

### 黃主席三桂：

第二案是 DRG 的支付通則修訂案，對於這個討論案，請大家表示意見。

### 林委員淑霞：

針對 ECMO 的使用，其實我們醫院的魏崢魏前院長曾經就講過，ECMO 開放健保給付以後，這種情形一定會發生。事實上我們

也是很擔心 ECMO 有時候會浮濫的使用，其實反而是危及生命，現在既然又已經實施 DRG 了，通則的確是有必要做修訂。如果真的有使用 ECMO 就排除在 DRG 之外，而不是選擇性的。那這樣也可以避免增加申報的點數暨醫療資源的浪費。以本院比較大量在使用是贊成使用 ECMO 就直接排除在 DRG 之外。

**陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)：**

我還是要聲明，要不然大家以為醫院都隨便亂做，因為當初的條件是「得以排除」，所以「得」的話就是可以選擇，這幾天的報紙，我們最近真的是被罵怕了，我們就常想說是不是因為最近開始要談總額，所有醫院的所有什麼事情都開始罵，簡直罵到已經狗血淋頭，不曉得怎麼去處理。所以我們也要特別聲明，我們本來就說只要用 ECMO 就是算 DRG 案件排除，後來你們條文上是寫「得」，我也覺得很奇怪，後來去問了才知道，因為它寫「得」，所以我們就選擇，這個不要怪醫院取巧，健保局也是一樣嘛，好的你們就不講，像剛剛那個，預算編太多了然後就不講，用不完也不講，然後現編不夠的都要醫院吃下去一樣的道理，所以這幾天我們心裡面都難過得不得了，現在不是你調薪或者是什麼就可以解決的問題，全部都歸罪到醫院去，包括所有醫護人員的勞動基準，誰都不知道，就像謝文輝院長常常講，我們都希望我們的醫師做最好的，問題是我們的給付可能嗎？上個禮拜我們也跟醫政處說，你現在醫療機構設置標準要這樣訂，訂下來以後我們就說好，所有的我們照單全收，一年要增加兩百多億，這個錢從哪裡來啊？你現在護理費才六百多塊一天，

要我們現在醫學中心兩床病人就是一個護士，我們看一千五也不夠啊，倒過來看，我們護理人員的薪水只能一萬七千多，連那個 22K 都達不到。所以我要特別講的是，至少不要講的那麼難聽，說所有的醫院都是這樣子取巧，因為原來的條件就是「得以排除」，所以本來就是讓醫院可以選擇，不要把罪過全部都丟到醫院去。

**羅院長永達(謝委員文輝代理人)：**

我想對 ECMO，所有的醫院現在都有同一個問題，那天黃煌雄黃監委在講所謂的無效醫療這個部分裡面，大家都警覺到高科技本身對於這種費用的部分浪費，不能說全部都是浪費，當然對科技本身的追求有進步是有意義的，可是這個部分所占的比率太高了，也因為它太高，所以其實從一開始 ECMO 引進的時候，當時大家就一直很擔心這件事情，到底怎麼去規範？那天柯文哲醫師當場在這麼多人面前講"十個人才救一個"、"十個人才救一個"呢！花的錢是五百萬呢！這樣情況下未來只會更多。每個醫院裡面，現在很多病人要進去的時候，119 消防隊的救護車都問我們說：「你們醫院有沒有 ECMO?」，我說：「我們是地區醫院，怎麼會有 ECMO」。可是人家就說，那我不要送去你那裡，現在都已經有這樣的 complication 出來了，會認為說萬一要用 ECMO，可是你們醫院沒有，那要如何用？類似這樣的情形，所以我覺得衛生署跟健保局有時候要出來說個話，否則的話，什麼都要用 ECMO，那以後沒有 ECMO 就不要開醫

院嗎？真的是這樣子喔，錢還是另外一個其次，每十個救一個，平均救一個要五百多萬，可以多活多久？柯文哲醫師算出來說 30 天而已，談很多的無效治療，從這麼多數字來看的時候，我覺得應該要重新檢討這個問題。這個問題說實在話剛開始大家就有想到了，只是說現在經過一段時間以後，應該要從整個的醫療經濟、從我們現在的整個資源分配，從很多的角度要重新去看。我覺得健保局應該把這些東西的相關資料跟衛生署好好的做一個討論，是不是將來 ECMO 在某個程度上面應該排除在總額外，或者給付應該重新去規範，我覺得這才是比較根本的一個做法。

**黃主席三桂：**

基本上我們這個案子大家沒有意見，就是有關 ECMO 的使用方法，剛剛有三個委員也有表示，可能大家要再進一步來探討，十個救一個，救起來只有活三十天，可能也是一個很大的問題。我們這第二個案子通過。

**謝委員武吉：**

其實 ECMO 還會有人有提案，不是這樣就結束了，還沒結束。我是要請教一下 ECMO 在 99 年度總共用了多少億？全國幾千億？可以跟我們報告一下嗎？剛剛羅院長說平均救一個要五百多萬，才活 30 天，這樣有效醫療跟無效醫療要怎樣來分開啊？

**蔡委員淑鈴：**

台灣是全世界 ECMO 使用率最高的國家，而且大概我們占全世界的占率已經超過很大的比例。去年我們一共有 1,100 多例使用 ECMO，但是有救多少我們沒有去探討，屬於 DRG 的案件是 705 件。再來是要不要使用 ECMO，健保局是尊重專業，所以其實是專業把關問題，無效醫療不是今天提案的內容，這個提案是站在公平而言，我們原來訂得規則是尊重醫院之選擇，但是發現是這樣的結果，所以我們就由「得」改回「應」，這樣也是回到至少都是總額內的費用，我想大家能夠理解。至於說 ECMO 是否要要定適應症，不是今天的議題。

**陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)：**

請那些專家看能不能訂比較嚴格的適應症。

**羅院長永達(謝委員文輝代理人)：**

我們基本上都一樣，沒有人在那個當時可以做決定啦，現在就是說，當初健保沒有給付的時候，大家有很多的經濟壓力的時候，可能會重新考慮要不要裝，否則的話，你只要有健保醫療給付，在那種緊急情況，誰能決定誰要插管、誰要急救?這是不可能的事情。

**何委員博基：**

主席，其實在 4 月 16 號臺大公共衛生講座講這個問題，無效醫療，柯文哲教授在裡面有講過，他說：「ECMO 不裝會死，裝了可能會活啦，但是裝了也不會活就不要裝了，但是機率多低仍然要試，

還是要試著。」，講這個名言嘛，他也是講這樣「我十個救一個」，他說現在醫學院幾乎都要教生死學，以前老師都沒教，老師都說怎麼不救、還是要救，那葉醫師就下去了，所以我想 ECMO 還是應該... 這個要訂條件大概不容易去訂啦，家屬都一定會說，盡量救啦、盡量救啦，像我們台中市長夫人也是一定要救嘛，救回來嘛，所以什麼情況下要訂 ECMO 的條件很難說，常常家屬都還是要救，像最近報紙也常寫，不應該的情形也很多嘛。

**黃主席三桂：**

好，這個案子我們原則是通過。