

99 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：99 年 6 月 8 日（星期二）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（列）席單位及人員（如簽到單）

主席：黃副總經理三桂

紀錄：林淑範

壹、主席致詞：略。

貳、99 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：支付標準第七部論病例計酬第六章眼科附表 7.6.1「水晶體囊內（外）摘除術及人工水晶體置入術（單側）（門診）診療項目要求表」之麻醉項目增列 96000C 局部麻醉乙案。

決定：本案洽悉。

第二案：配合衛生政策指示 B 型肝炎高危險群幼兒接受 HBsAg 及 anti-HBs 檢驗由健保支付案。

決定：

- 一、按 98 年 12 月 15 日行政院衛生署肝癌及肝炎防治委員會 98 年度第 2 次會議紀錄，提案討論提案一決議後段文字【請修訂於「兒童健康手冊」、「孕婦手冊」等相關資料，並周知兒科、婦產科及內科等相關醫學會配

合宣導辦理】，故本案俟衛生署國民健康局正式宣導後，再進一步處理。

二、按現行本保險支付標準訂有 B 型肝炎檢驗項目，B 型肝炎高危險群幼兒之帶原檢驗，可由醫師臨床專業判斷進行檢查。

第三案：99 年「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫」文字修正案。

決定：本案洽悉。

第四案：「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」支付標準修訂案。

決定：本案洽悉。

肆、臨時報告事項

第一案：修訂「99 年度年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫」案

決定：本案洽悉。

第二案：有關「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」，與本計畫執行精神字義不清部分擬修訂文字案案

決定：本案洽悉。

伍、討論事項

第一案：新增全民健康保險醫療費用支付標準第九部 Tw-DRGs 第一章支付通則六之(八)，以因應新增全新功能類別特殊材料對 DRG 支付點數之影響案。

結論：與會醫界代表表達本案實施後影響醫院財務之疑慮，故本案保留，暫緩討論。

第二案：有關 99 年「提升住院護理照護品質方案」修訂內容案。

結論：

一、99 年「提升住院護理照護品質方案」，同意之修訂重點如下：

(一)品質登錄由每次 2 萬元增加為每次 3 萬元，一年支付 2 次。

(二)將醫學中心及區域醫院 RCW 之每護理人力每月服務床日，納入各層級醫院每月所需相關之護理人力計算公式。

(三)原停止本方案給付並依相關規定罰扣費用乙項，為明確規範執行起迄日期，文字修正為「以違規發生日期認定，並停止處分期間本方案之給付，並依相關規定追扣費用」。

二、有關修訂護理人力排序比率乙項，將本局及醫界建議案共 2 案陳報行政院衛生署裁定：

(一)健保局建議方案：修訂為排序前 70%者申報護理費點數加成 6%，排序後 30%者不加成。

(二)醫界建議方案：修訂為排序前 75%者申報護理費點數加成 6%，排序後 25%者不加成。

陸、臨時討論事項

案由：全民健康保險醫療費用支付標準急診五級檢傷診察費內含護理費比率及急診備註偏遠地區急救責任醫院修訂名稱案。

結論：

- 一、支付標準編號 00201B、00202B、00203B、00204B、00225B 各級檢傷分類診察費加註 6：內含護理費比率為 32.04%，點數介於 115 點～294 點。
- 二、支付標準編號 01015C(急診診察費)、01021C(精神科急診診察費)，以及 00201B、00202B、00203B、00204B、00225B 各級檢傷分類診察費之註 4，及有關「符合行政院衛生署公告之偏遠地區急救責任醫院」之文字，配合行政院衛生署 99 年 4 月 20 日衛署醫字第 0990261439 號公告，修訂為「符合行政院衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」。

柒、散會：下午 4 時。

99 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：支付標準第七部論病例計酬第六章眼科附表 7.6.1「水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)診療項目要求表」之麻醉項目增列 96000C 局部麻醉乙案。

陳主任瑞瑛

本案是增列門診手術的麻醉項目，住院相關 DRG 的麻醉方式是由醫師專業判斷碼？

李科長純馥

是的。

黃召集人三桂

如果沒有其他意見，本案洽悉。

第二案

案由：配合衛生政策指示 B 型肝炎高危險群幼兒接受 HBsAg 及 anti-HBs 檢驗由健保支付案。

何委員博基

出生後約 12 個月左右進行 HBsAg 及 anti-HBs 檢測，所提出生後約 12 個月包含範圍為何應明確定出？是否包括 1 歲、2 歲、3 歲或 4 歲應明確定義，否則後續結算一般服務點值時對費用會有影響。

現行婦產科及小兒科醫師等醫療團體可能尚不清楚 12 個月左右進行 HBsAg 及 anti-HBs 檢測這件事，所以建議應加強宣導。

羅院長永達

本案目前只屬 study，如果在 12 個月大時，發現病情不會那麼快硬化，但距離追蹤及用藥時間還很久，就所知 15 歲以前

尚無須投藥，只是增加病童母親的恐懼，醫師除了球蛋白外，其實無法提供具體醫療。

另所提擲節健保支出是很遙遠以後的事，此案只能當作 study 看，實施後之發生比例與預測是否相同，因無法在醫療上提供具體執行建議屬預防疾病，應由國健局支付，若要由健保支付實令人質疑。

蔣醫師世中

感謝健保局對 B 型肝炎帶原者高危險群幼兒之重視，本案為專家會議指出「母親為 HBeAg (+) 者，其所生幼兒帶原比率高，應於出生後約 12 個月左右進行 HBsAg 及 anti-HBs 檢測……」，因文字特別指出「應於」故應由衛生署進行教育宣導或轉請全聯會週知醫師相關訊息，以免引發後續爭議。

多數帶原者個案多在 1 歲前檢測出來，但 1~2 歲亦有此類個案，若政策只訂在 12 個月，有可能引起個案爭議，故政策實施前應先加強教育宣導較妥當。

目前推估 1 歲左右所需費用約 100~200 餘萬是合理的，但延伸問題是大於 1 歲的人要求要做時難道不能做嗎？故建議應審慎評估，並建議應由國民健康局追蹤，並評估補助，否則帶原者病患定期要求檢驗，對總額醫療費用點值會產生影響。

藍醫師毅生

所提擲節健保支出乙節值得商榷，少有小孩得肝硬化及肝癌，如依本案所提 1~2 歲之 B 肝帶原病童，每年檢查 1 次肝功能，如肝功能異常還可檢查超音波，整體費用並無法擲節健保費用，且亦有可能因個案糾紛造成醫師困擾。

何委員博基

現行規定 HBsAg 及 HBeAg 雙陽性打球蛋白免費，因有 HBsAg (+) 及 HBeAg (-) 單陽性個案爭議，因此目前病患若為 HBsAg (+) 及 HBeAg (-) 之帶原者，則經醫師解釋依規定無法免費接種球蛋白，如要打須簽同意書採自費打球蛋白，以預防後續產生醫療糾紛。

黃召集人三桂

請參考第 20 頁會議紀錄提案一決議，有關本案之宣導內容，請修訂於「兒童健康手冊」、「孕婦手冊」等相關資料，並周知兒科、婦產科及內科等相關醫學會配合宣導辦理。

另依委員發言意見，本案暫不通過，俟正式宣導、正式公告請學會配合後再進一步處理；另說明三已提到現行相關檢驗已可依專業判斷執行相關檢驗，故暫不處理。

第三案

案由：99 年「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫」文字修正案。

黃召集人三桂

委員沒有其他意見，本案洽悉。

第四案

案由：「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」支付標準修訂案。

黃召集人三桂

本案洽悉。

臨時報告事項

第一案：修訂「99 年度年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫」案

謝委員武吉

將 5 年經驗降為 2 年經驗，其間有何差異？

廖醫師敏榮

現行牙醫訓練機構已加強訓練，且 5 年醫療模式定型不易進入計畫，為提高身心障礙者就醫方便性，故放寬為 2 年，讓多一些醫師可進入計畫提供服務。

陳院長快樂

有關每年接受 4 學分以上教育課程訓練之說明，與申請條件中所列醫師須接受 6 學分以上教育訓練不同，請再確認。

黃召集人三桂

請業務單位確認。

(業務單位說明：須接受 6 學分以上訓練係進入計畫之條件，進入計畫後，每年須接受 4 學分以上再訓練。)

第二案

案由：有關「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」，與本計畫執行精神字義不清部分擬修訂文字案。

黃召集人三桂

本案洽悉。

討論事項

第一案

案由：新增全民健康保險醫療費用支付標準第九部 Tw-DRGs 第一章支付通則六之(八)，以因應新增全新功能類別特殊材料對 DRG 支付點數之影響案。

郭特助正全

幾點需要請教，本案是特材專家小組確認才進入方案評估，如果特材專家小組未採納列項的特材項目如何處理？特材專家小組做前段的認定，後段的實際評估，請說明是交給誰在做？採 75 百分位的實證基礎為何？健保局是不是可以提供例子供大家

參考，瞭解實際的影響為何？

沈組長茂庭

未通過專家小組特殊材料，按醫療辦法規定，應該使用已納入給付之品項。在 DRG 實施後，可能會有病患要求使用新特材的情形發生，本局不希望有病人自費新特材費用，醫院又向本局申報 DRG 費用的情形發生，所以，設計 add-on 方案，解決民眾自費的問題。

蔡委員淑鈴

有關特材提案至專家小組討論後沒有列項如何處理乙項，本局在實施 DRG 之後，不斷對外說明，如果醫院有使用本局未收載的特材項目，請儘速申請列項，不可以再收自費。本局設有特材專家小組，小組會議會邀請與議題相關的專科醫學會列席討論，就廠商申請項目、效益進行討論，形成共識決。經過專家討論列入健保給付項目的新特材，才會進入今天這個方案的評估。經過討論沒有列項的特材，表示這個特材並沒有廠商講的優點或實證不足，如果醫院仍堅持使用，一定要向病人說清楚，資訊要公開，同時考慮醫院有無鼓勵病患使用的情形。

特材在列項、議價及核定支付價格後，將進入 add-on 方案評估。如果屬於全新功能類別品項沒有替代項目，而且導致臨床診療型態或手術方式改變，例如已經公告的腹主動脈瘤支架，因為無法得知使用個案的醫療利用資料，所以採論量計酬方式申報，等到特材價格合理或醫療型態穩定後，恢復以 DRG 方式申報。如果屬於全新功能類別品項但有替代項目，本局是以替代品項的使用數量、新舊特材的價格進行統計，評估做用新特材的資源耗用是否大於原特材資源分佈的 75 百分位，如果大於 75 百分位，個案可以採用 add-on 方案加計額外點數；如果小於 75 百分位，新特材的費用則包括於 DRG 支付點數內，而且不可以另外病患收費。

使用新特材雖然可能減少住院天數、發生合併症或併發症等

資源耗用，或單純替代原來的特材項目，本方案是以資源耗用的角度規劃，沒有將全部可能的節省考慮進入，只單純評估新特材產生的效益，所以我們參考美國的作法，採用 75 百分位的數值。

如果委員需要，我們可以提供廠商已經申請，即將列項而且已經評估的項目，供委員參考。

郭特助正全

謝謝蔡委員詳細說明。特材專家小組雖有請相關專科醫師共同討論，但是，醫療專業上應該有些彈性。新特材納入健保給付前會有一段蘊釀期、成熟期，所以健保局對特材使用建議應該有些彈性，不要強制規定未納入健保給付就不可以使用。

特材納入健保給付時應該有相對的財源支應，一般特材納入給付主要是考量臨床上的醫療需要，不會直接同步考量總額的問題。雖然美國有 add-on 的制度，但是，美國沒有總額支付制度，是否屬於外加的費用，而國內已經實施總額支付制度，外加的點數仍是屬於總額範圍，會造成點值浮動，這是醫界擔心的部分。新特材納入健保後，如果支付能力、財源能力、總額成長的額度不足以支應，醫界就無法同意，局裡應該彈性處理，讓病人除了有健保提供的基本醫療服務外，藉由醫界資訊公開，讓病人有機會尋求較好的醫療選擇。

蔡委員淑鈴

有關財務的部分，在評估 add-on 方案時已經納入考慮，今年協商時已經列有新醫療科技、新材料的費用，實施 add-on 方案增加的金額一定可以涵蓋在協商的額度內。

沈組長茂庭

參與特材專家小組討論的醫師都來自醫院，也關心新特材對醫療費用的影響。

今年 1 月到目前增加 14 個品項，和 DRG 有關的有 6 項。除了腹主動脈血管支架沒有替代品項外，其他項目有替代品項的新特材，例如房中隔穿刺針、神風植入式心臟節律器、心臟燒灼系

統。這些新增的特材品項所增加的點數，會控制在協商成長額度的範圍內。

蔡委員淑鈴

補充說明，目前全新功能類特殊材料共計 19 特材碼，按本局提供的 add-on 方案評估，預估全年增加 1.54 億，如果通過實施只有半年，預估增加 7 千萬。99 年新醫療新科技大約留有 10 億，足以涵蓋 add-on 增加的點數。

陳主任雪芬

對於 10 億是如何估算出的結果，不論醫界或健保局可能都不容易算得清楚。根據以往醫院各部科共同討論的經驗，10 個專科會有 10 個意見，都不見得是醫院整體共同的目標，因此，專家小組討論可能會變成多頭馬車。我們希望專家小組的運作要透明，讓我們知道對醫界確實沒有傷害。

剛才提到的 6 項有替代性的新品項，希望能提供給醫界參考及評估其影響程度，至於其他項目的影響程度我們也不清楚是如何。所以建議在 DRG 支付制度下，調整特材專家小組的運作方式。

現況是，病患住院時同意自費 20 餘萬的新特材，事後又拿來向你們申訴，結果就是要求醫院必須退費，幾乎每一家醫院都碰過相同的問題，有些特材費用非常昂貴，方案中的 75 百分位或加計 50% 的點數都不夠特材的差價，醫院要如何自行吸收？

DRG 第 1 階段實施的項目，或未來可能實施的第 2 階段，針對費用的不確性定，醫界希望保守處理，不要讓醫界吃虧在眼前。

黃召集人三桂

有沒有直接的建議？

陳委員雪芬

我們希望 DRG 支付制度下特定金額以上的特殊材料，例如 3 萬以上，可以有不同的處理方式，因為有些特材費用非常昂貴在 10 萬甚至 20 萬以上，醫界和健保局雙方應共同討論，找出互相可以信賴的那一條線，以解決目前的特材問題。

蔡委員淑鈴

會使用這些特殊材料的 DRG，特材的佔率不同，並不是特材貴就會影響 DRG 的支付，不完全用特材的單價來決定 DRG 支付金額。

每一家醫院選擇使用新特殊材料也不同，不是 A 醫院使用新特材其他的醫院也會使用。醫院向病人收的自費價格的合理性是關切的重點，由醫院向廠商議價時，醫院的使用量是少的，申請列項後，由健保局用全國的使用量向廠商議價，量是大的。如果停留在醫院向廠商議價，以病患的角度而言，病患是沒有選擇的，必須付較高的價格，所以，我們認為列項的過程是重要，是為了全民的利益，對醫院來說，也可取得合理的價格，所以希望醫院為大家著想，在目前部分負擔方式、保費費率調整不易的情形下，病患不會接受自費 10 萬、20 萬，而且這個金額顯然是問題。

DRG 支付點數已經包含特材的費用，不過，使用新特材的點數超越內含材料的點數太多的時候，DRG 支付點數還可以有 add-on 的點數，而且專家告訴我們那個材料對民眾是好的，所以有 add-on 方案是對醫院比較好，對民眾更公平的方法，藉由健保局議價，以全民的利益為考量。

DRG 是包裹支付的概念，對於使用具有替代品項的新材料，而且材料點數佔 DRG 支付點數高的項目，影響程度會很大。如果支付點數固定，而不引進新的材料時，大家都是輸家，所以，DRG 並不應該阻礙高科技的引入，但是要找出一個折衷點。現在實施 DRG 的國家也都面臨同樣的問題，也不希望阻礙高科技的引入，也採取類似的方案。

陳主任瑞瑛

目前國內是採總額支付制度下實施 DRG 的作法，而且採預算中平，任何新增的項目對醫院都會有影響。健保局表示應該以民眾利益為考量，但是，在會前會時，2 位專家都詢問有沒有實證

證明新的醫材比原來的醫材好，而不是只聽廠商的說明。專家可以提供手術方式會不會改變的意見，但是新醫材的功能是不是比原醫材好，必須有實證資料。

健保局在會前會時提出 19 項，實際上是 20 項-安普拉茲血管塞有 2 個不同規格不屬於 add-on 項目，其他都是骨材，很多都是人工髖關節的醫材，例如第 8 項，大頭式全人工髖關節組，支付價 64,672。現行 DRG 支付點數中已經含原特材的支付點數，請健保局列出原醫材的品項及價格。DRG 實施可以掌控主要是住院天數、檢驗、檢查及藥品費用，減少不必要的浪費，但是，醫材是直接成本，新醫材只是替代原醫材，例如新醫材 64,672 點較原醫材 50,000 點，差額 14,000 餘點，健保局並不是將差額全部補給醫院，而是用了新醫材發生醫療點數，要大於 75 百分位才可以 add-on，而且只補 50% 的費用，所以實際上醫院可以補多少錢是未知數，因此醫院承擔全部財務風險，可能因此而不敢使用新特材，健保局鼓勵使用高科技的美意就沒有了。

根據實施 4 個月 DRG 的經驗，若依貴局提出方案，相同 DRG 因使用不同新醫材的使用而發生實際點數不同，是否有 add-on 醫院不知如何申請，申報格式、電腦程式也須要修改，所有的資訊是變動的，必須經過計算才知道可以加計點數，非常複雜，所以，我們認為在還沒實證新醫材可以減少醫療費用以前，為了一勞永逸建議將特定金額以上的醫材核實申報，重新計算 DRG 權重。

謝委員武吉

今天我特別要關注公平性、合理性的問題，剛才幾位委員對特材專家小組的詢問說明的很清楚，我認為專家小組的功能性及特殊性需要列表明細。

對於特材涵蓋的範圍有那些？小至針頭，大至邵曉玲用上百萬的特材都有，想請教目前實施的 DRG，尤其骨科、心臟科的特材，是不是有不符法令規定的地方。從另一方面講，從頭髮至腳

趾都是身體一部分，牙齒也是身體的一部分，但是，健保法第 39 條規定，義齒、不在健保給付範圍。全民健康保險醫療辦法中規定，保險對象義肢裝配之種類、給付範圍、次數、申請程序及給付限制。健保法第 39 條也規定，非具積極治療之裝具不在健保給付範圍，請問骨科項目的膝關節置換有具積極治療嗎？髖關節、腕關節、肘關節也有同樣的問題。健保局都是用健保法第 39 條的來規範醫界，甚至醫界提供健保局有關 DRG 的意見，健保局都沒有在聽。我們要合情、合理、合法，要有公平正義的原則，所以，膝關節、髖關節、腕關節、肘關節都是屬於「義」肢性質，應該進行合理、合法性的討論。

最後一點要討論到，民眾要有選擇性的權利，以大陸為例，民眾在投保地就醫自付額只要 15%，非投保地就醫則要 75%，而且大陸健保還有盈餘，國內健保就沒有辦法這樣管控。

羅院長永達

健保局擔心醫院收自費造成民眾受傷，但是，近些年來台灣醫療可以不斷的發展，是因為醫界很熱烈的引進新的科技，在談計畫經濟、自由經濟時，都提到要給醫界適當的誘因，如果沒有誘因就沒有動力，就不會進步，健保局和民眾都不知道醫界有苦說不出。

技術面，和骨科醫師討論後認為，目前藥材小組對於骨科醫材的材質、功能性和取代性的判斷，醫界有相當程度的質疑，例如髖關節有貴的陶瓷也有便宜的，範圍很大，而且特材的選擇會因為醫師受訓的結果而有所不同，小組不可能將每一項骨材都納入評估。我們也希望骨材小組直接面對醫界提出效果、替代率、使用時效、價格等強烈的質疑，甚至國外已經做了研究，骨材小組在價格上還是打了 5 折。我們可以從另一個角度想，健保局可以同意病房可以差額負擔，醫材就不同意。健保提供民眾的健康，但是，民眾要的舒適、要用的更好，難道不能讓民眾差額負擔嗎？

自費不至於剝削民眾，如果民眾要的更好的是品質，更好的特材。如果今天只有一個方案通過，可能造成醫院先觀察其他醫院新特材支付費用情形，而暫緩使用新特材。按照藥品的經驗，因為台灣市場不大，藥界為了不讓台灣價格壓低藥價，只好離開台灣市場，醫界買不到藥。所以，我們提出對案希望在 DRG 之下，特定金額以上的特材排除於 DRG，重新計算權重。醫界可以幫忙健保局宣傳，在健保之下可不花錢，但是，民眾要更好、更舒適的服務，就必須差額負擔，如此也有利於醫界的發展。

陳委員錦煌

希望健保局和醫界再加強溝通，這個案子先保留，再研議。

林主任淑霞

請大家回顧一下當初醫界為什麼反對實施 DRG，醫界認為國內引用了美國 1983 年 HCFA 的 Medicare DRG，它對急性醫療照護有很多不足的地方，美國發展到目前已經有 5-6 種不同型態的 DRG。另當政府有重大政策的實施一定要充份地讓大家瞭解積極的目的為何？許多文獻報告全球實施 DRG 國家的結果，健保局也很清楚，是管控醫療費用成長？國內已經有總額上限制度，已經是控制費用最有利的手段。是為了提升醫療品質嗎？所有文獻都告訴我們，實施 DRG 不會提升醫療品質。而衛生署認為實施 DRG 可以提升醫療效率，但是台灣的醫療服務較其他的國家已經非常有效率。

針對今天的提案，有 2 個建議，第 1 是 DRG 在計算權重、標準給付額都是引用歷史資料，早期衛生署公告差額負擔的特材項目並沒有包含在計算的範圍內，資料的基礎與現在給付內容是不對稱的，提供給健保局參考。第 2 是如果新特材是具有替代性，我們應該尊重專業判斷，在醫師以醫療效率、醫療品質的前題下建議民眾採取最有利的治療，而民眾也接受自付差額，我們不應該壟斷民眾的自由選擇權利。在不可替代性特材部分，如果是用在救急，例如主動脈剝離，應該採用論量計酬方式申報。長遠而

言，DRG 實施至今應該審慎檢討，才可以決定 DRG 要不要繼續走下去。

藍醫師毅生

我以基層醫師的角度來看，健保局希望 DRG 支付制度下不希望醫院向病患另外收取費，目前實施的 DRG 項目大部分都是手術項目，費用或住院天數相對穩定變化不大的項目，在價格方面，以實際醫學的角度來看，從研發到發表研究結果、得到共識，會有一段很長的空窗期。按照以前使用人工髖關節的經驗，國外引進的髖關節有大、中、小不同型號，對女性或年長者使用最小的型號，常常造成大腿骨裂開，因為對國人來講最小的型號都太大，所以新特材引進時應該給醫學中心時間，不能固定費用，因為不同特材型號也會造成價格上很大的差異。

黃委員佳經

今天討論後，我如何向院長或區域醫院協會報告？如何做建議？好消息是特材的購買價是 2 萬至 20 萬，以後健保局統一定價後 1 萬到 10 萬就可以買到。由於有很多未知數，對醫院的建議可能是用 1 萬到 3 萬或 4 萬，以上的都不要買，可能會對病人建議到可以吸收費用的醫院或醫學中心就醫，因為有很多未知數，不知到醫院虧損會多少，為了醫院要生存，所以會建議院長只購買 1 萬到 3 萬的特材，其他的就暫緩，先觀察一段時間再作決定。

嚴高專玉華

DRG 實施到現在已經 5 個月，除了特材的議題，還有很大的空間需要討論，是不是應該和醫界討論第 1 階段項目實施後的變化。

童委員瑞龍

DRG 已經實施 5 個多月，健保局以前說會和醫界討論實施的結果、對醫療生態的影響、對病人的安全性的影響，但是到目前

都沒有討論，現在又要實施新的方案，尤其這些特材對病人的安全是最重要的。

以台灣人民的聰明度，那一個國家在金融海嘯後，可以向台灣一樣走的平穩，是因為我們有很好的教育，才有辦法因應。我們的國民不是三等公民，不是別的國家不要用的拿來就用在病人身上，學了其他國家的部分就用在國內。美國也很提倡台灣的健保做的很好，台灣的醫界也絕頂聰明的人，應該和醫界好好的溝通，舉例來說，陳雪芬委員剛才提到，昂貴特材的耐久性、效果、舒適性，絕對是一分錢一分貨，以機器設備來講，為什麼要用的好醫療儀器，可能是因為它的幅射線比較小，準確率比較高，失敗的風險比較小，例如單面、雙面的血管攝影價格差 2 倍，但是要以病人的安全為考慮。我很佩服蔡組長為全國病人著想努力控制費用，但是除了錢的問題，也應該考量品質的問題，所以應該和醫界多溝通再討論這個案子，不然會造成醫界很大的傷害。原來的總額額度已經協商確定了，又再增新項目等於減少醫療的給付，健保局有時候也要為醫界的生存著想，目前能夠永續經營的醫院已經不多了，如果繼續減少醫療給付，以後病人只能按健保的規定使用，而不能使用好的特材，可能手術後會有復發的風險，為了病人安全、為了台灣民眾的福利、健康，我們希望健保局和醫院有良性互動，一起檢討 DRG 實施的影響，等檢討後，要有新的作為，我想醫界一定會充分的配合。

蔡委員淑鈴

Add-on 方案中的 75 百分位，並不是單純特材的費用，而是整體醫療費用的 75 百分位，超過的部分也是超過部分的整體醫療費用的 50%，並不是只有特材的費用。有委員提出特材費採用外加的方式，或特材費用採論量的方式的建議，但是，目前支付制度已經走到包裹支付的方式，我們不建議拆項再回到論量計酬。

99 年度醫院總額預算中新醫療科技保留 14.05 億，其中新

特材 2 億，預估 Add-on 方案實施半年增加約 7 千萬。

有委員提到方案可能剝奪病人選擇的權益，add-on 方案正好相反，在這個方案下民眾是可以選擇的，而且不需要自費。這個方案實施後是有使用新的材料的個案才適用可以外加點數的方案，如果病人沒有使用新特材就不會使用這個方案。

目前可以差額負擔的項目，例如陶瓷關節、特殊功能人工水晶體、塗藥血管支架，已經公告可以差額負擔特材項目，病患差額負擔的金額沒有算在相對權重內，所以，DRG 實施後仍然可以差額負擔。

有委員提到回去告訴醫院不要進用新的材料，因為病患是聰明的，醫院偏好使用最不好材料的資訊也會透明，在醫院競爭的現況下，引進新的材料可以讓醫院、病患有更多選擇，病患也不須面對很昂貴的自費。

第一階段 DRG 項目的檢討，在實施半年，有完整資料時，我們會邀請醫界召開檢討會。

黃召集人三桂

謝謝委員的意見，也謝謝蔡組長的說明。大部分委員的意見是還有疑慮，費協會代表陳委員建議暫緩再議，由雙方看法有很大的差距。這個案子就遵照陳委員的意見再議，今天就不做決定。

第二案

案由：有關 99 年「提升住院護理照護品質方案」修訂內容案。

林主任富滿

方案內容中護理人力修訂為排序前 70%（換算院所家數時，小數點無條件進位）者申報護理費點數加成 6%，排序後 30%者不加成，在缺點分析中，也描述排序後 30%醫院未獲獎勵，易引發爭議，為避免引發爭議家數，建議由排序前 70%增加為 75%。

醫學中心總家數，我們知道的是 19 家，但是計算的都是 20

家，應該是奇美醫院有分院算成 1 家，因是不同院區，是否可合併成 1 家。

黃召集人三桂

本案之建議方案是在 99 年 5 月 26 日與中華民國護理師護士公會全國聯合會及台灣醫院協會共同協商的結論，是非常不容易的，如果要再更動結論，可能要再開第 3 次討論會議。

羅院長永達

上次 99 年 5 月 26 日開的討論會議，都是大家互相讓一步討論出來的，但是在地區醫院因其組成較複雜，有精神專科醫院、RCW 病房、病床數少、門診量高等情況，大家都一起排序，總有不公平情形，因此在上次會議中，希望將排序提高至 80%，但因蔡組長認為太高，因而產生 70% 排序，希望今天能折衷將 70% 提高至 75%。

黃召集人三桂

2 位委員建議要將獎勵排序提高至 75%，建議將本案原建議方案即獎勵排序前 70% 院所及排序前 75% 院所，2 案併陳報署。

童委員瑞龍

前提是 0.22 億要分完，哪個案子沒關係。

臨時討論事項

案由：全民健康保險醫療費用支付標準急診五級檢傷診察費內含護理費比率及急診備註偏遠地區急救責任醫院修訂名稱案。

黃召集人三桂

大家是不是同意台灣醫院協會所提內含護理費比率，這個比率大家有沒有意見。

大家沒有意見，我們就按照台灣醫院協會提出的比率。

有沒有其他的臨時動議，如果沒有，謝謝大家，我們就散會。