

正本

檔 號：
保存年限：



衛生福利部中央健康保險署 函

100



5

台北市中正區衡陽路6號5樓之5(507室)

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號

聯絡人：顏其敏

聯絡電話：02-27065866 分機：2635

傳真：02-27069043

電子郵件：A111332@nhi.gov.tw

受文者：台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會

發文日期：中華民國113年9月16日

發文字號：健保醫字第1130664171號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

如抄 10/9 秘書長李志宏

擬公佈醫學會網站

林雅琪 10/9

主旨：檢送本署113年8月7日召開「113年第6次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」會議紀錄（附件），請查照。

正本：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議專家

副本：台灣婦產科醫學會、台灣泌尿科醫學會、臺灣兒科醫學會、財團法人醫藥品查驗中心(醫藥科技評估組)、本署醫審及藥材組(均含附件)

署長 石崇良

113年第6次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：113年8月7日上午9點30分

地點：台北市信義路3段140號18樓大禮堂

主持人：張禹斌主任秘書

紀錄：顏其敏

出席專家：

王院長植熙

吳副院長文正

吳教授美環

洪主任芳明

施教授壽全

胡教授芳蓉

徐院長永南

陳教授振文

曾教授嶽元

台灣復健醫學會

蔡文鐘、盧璐

台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會

力博宏、李志宏

台灣神經學學會

甄瑞興

台灣小兒神經醫學會

陳慧如、林宏琪

台灣外科醫學會

林有德

台灣腫瘤消融醫學會

許雅婷

台灣肝癌醫學會

李懿宸

中華民國放射線醫學會

柳建安

台灣消化系醫學會

蘇東弘

台灣消化系外科醫學會

樊修龍

社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國

洪經勝、吳明訓

聯合會

請假專家：林院長宏榮、林主任啓禎、周副院長輝政、鄭院長隆賓

何顧問弘能、李教授宏昌、陳院長文鍾、楊院長志新

台灣醫事檢驗學會、台灣男性學暨性醫學醫學會、

台灣內科醫學會

列席單位及人員：

台灣婦產科醫學會

王炯琅

台灣泌尿科醫學會

洪健華

臺灣兒科醫學會

陳錫洲

財團法人醫藥品查驗中心

張慧如、朱素貞、林鈺婷、
何函軒、傅冠宜、侯宗盈、
陳詠晴

本署醫審及藥材組

賴秋伶、陳珏如

本署醫務管理組

黃珮珊、陳依婕、黃瓊萱、
劉立麗、陳世卿、蔡金玲、
黃思瑄、謝欣穎、何懿庭、
周筱妘、蔡政伶、黃明珮、
黃筠喬、蔡孟妤、宋思嫻、
蘇明雪

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：

一、專家諮詢會議未結案件辦理追蹤進度表。

決定：洽悉。

二、台灣神經學學會建議新增「多發性硬化症／視神經脊髓炎(EDSS)量表」診療項目案。

發言重點：

(一)案係配合112年第1次本會議決議，通盤評估各式量表納入健保衡平性、財務衝擊及優先評估急重難症項目，徵詢各學會意見後，再提本會討論。

(二)提案單位表示，新增 EDSS 量表等急重症罕病量表有助於臨床診

斷更為精確，惟使用量不多，每年僅約20多件；至於其他學會所提出各式量表，將與相關學會通盤檢視、評估，需運用於臨床確認診斷之項目。

- (三) 與會專家表示，考量評估量表項次較多，建議依其目的(如篩檢、診斷等)及必要性評估優先順序，並提供人數與目標族群等相關數據資料，以供決策參考。

決定：本案涉及各學會提出之各式量表，因影響健保財務甚鉅需通盤考量；建議台灣神經學學會再審視其納入健保之必要性，另由本署蒐集日、韓給付相關量表評估之支付方式，再提會報告。

肆、討論事項：

一、台灣婦產科醫學會建議修訂「陰道清潔」診療項目支付規範案。

討論重點：

- (一) 提案單位表示，由於病人對於「陰道灌洗」之認知與實際施行方式有所落差，導致偶有爭議事件造成基層診所申報被核刪，惟比例不高，為避免爭議，建議於診療項目支付規範中詳述適應症及執行方式。

(二) 與會專家表示：

1. 考量提案單位建議本案之診療項目名稱、支付點數均無需修訂，建議於審查注意事項明訂，尚無需修訂支付規範。
2. 另考量涉及西醫基層執行量及其審查共識，建議可參考眼科門診使用細隙燈檢查之審查規定，由提案單位研議訂定合宜審查規範。

結論：由本署分析各層級院所申報「陰道灌洗」情形，並朝向建立審查共識規範，以減少非必要處置申報。

二、台灣泌尿科醫學會建議新增「p2攝護腺特異抗原前驅物」診療項目案。

討論重點：

(一) 提案單位表示，以攝護腺特異抗原（PSA）、游離型攝護腺特異抗原（free PSA）為基礎，再增加檢測攝護腺特異抗原前趨物（p2PSA）計算出攝護腺健康指數（Prostate Health Index，簡稱 PHI），可作為區分良性攝護腺疾病與攝護腺特異抗原（PSA）濃度介於4.0至10.0 ng/ml 間的攝護腺癌病人，是否需要進一步進行攝護腺切片檢查之參考，減少不必要的切片檢查手術風險，及病人因自費 MRI 所造成的經濟負擔。

(二) 與會專家表示：

1. 藉由 PHI 數值排除3~4成病人進行後續攝護腺切片，可能有造成病人延誤治療之疑慮。另請提供該工具敏感度（sensitivity）或特異度（specificity）的相關數據。
2. 建議本項應作為「決定性檢查」而非「追蹤性檢查」，並於支付標準中規範是否支付後續 MRI 或切片，避免浮濫申報。
3. 建議中文名稱應比照 free PSA「游離攝護腺特異抗原」，修改為「二胺基酸攝護腺特異抗原前驅物」。
4. 依提案單位建議 p2PSA 支付1606點，且需併同申報 PSA 及 fPSA（各200點），才能換算攝護腺健康分數（PHI）；惟日本支付 PHI（包含三種檢驗 PSA、fPSA、p2PSA）約新臺幣600元，建議提案單位重新審視成本分析。

結論：考量國際支付價格較低且相關支付規範待釐清，由提案單位再蒐集資料，修訂後提會討論。

三、臺灣兒科醫學會建議修訂第二部第二章第四節復健治療第四項語言治療之執行專科專任醫師增列「兒科專科醫師具小兒神經次專

科醫師」案。

討論重點：

(一) 提案單位表示，本署113年7月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決議，通過「物理治療及職能治療」增列「限於執業於醫院之小兒神經次專科專任醫師」，前述接受治療兒童近8成語言遲緩及3成吞嚥困難，語言治療若能由小兒神經次專科與耳鼻喉科、復健科合作，可提供即時及連續性照護，故建議18歲以下兒童之語言治療，比照物理治療及職能治療，開放由小兒神經次專科開立處方。

(二) 與會學會表示：

1. 台灣小兒神經醫學會表示，目前兒科醫師多半於臨床醫療發現需語言治療個案，惟無法開立語言治療處方，需將其轉介到復健科門診，安排後續療育治療，未符合兒童全人照護觀點；另國民健康署113年7月1日實施「兒童發展篩檢服務方案」，實施分流制度，複雜之個案才進行聯合評估，為減少早療塞車問題，故支持兒科醫學會建議。
2. 台灣復健醫學會表示，現今復健科醫師人數相當充裕，已於各層級院所提供即時服務，惟考量不同專科教育訓練內容及深度之差異、發展遲緩早期療育現況治療師人力等資源有限及病人安全等因素，故反對語言治療增列小兒神經次專科得開立處方。
3. 台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會表示，開立處方醫師首重語言評估與治療，確認兒童聽力有無異常，銜接後續語言治療或建議先做電子耳、助聽器，故反對語言治療增列小兒神經次專科得開立處方。

(三) 與會專家表示：

1. 早期療育是由國民健康署進行評鑑，對於人員、場域進行規範，若不符規定，即取消資格，另執行早療評估易發生壅塞狀況，若增列次專科跨科進行處方，可否有實質上改善，應再評估，建議可透過跨領域團隊會議評估並解決相關問題。
2. 是否必要發展次專科開立處方，建議站在健保面向審慎考量，另建議從流程管理角度檢視現行早療流程規範是否合宜。

結論：涉跨專科醫學會之專業訓練及認定，未有共識，本案緩議。

四、本署醫審及藥材組建議修訂37042C~37044C「肝腫瘤無線頻率電熱療法」診療項目案。

討論重點：

(一)與會學會表示：

1. 「肝腫瘤無線頻率電熱療法」診療項目案，多數學會建議依提案單位於「肝腫瘤局部治療-小於3公分」、「肝腫瘤局部治療-大於3公分（含）小於5公分」及「肝腫瘤局部治療-大於5公分（含）」，分別修正下修為「小於2公分」、「大於2公分（含）小於4公分」及「大於4公分（含）」。
2. 多數學會建議腫瘤小於4公分取消特材事前審查，針對5公分以上之腫瘤大小，建議刪除肝動脈栓塞療法。
3. 我國因 B、C 肝防治達成肝癌整體發生率下降，相關財務影響可能會降低而非增加；於初次治療即將癌細胞消融的更乾淨，也能減少後續因復發而需要再次消融的支出。

(二)與會專家表示：

1. 取消特材給付規定肝腫瘤2-4公分之事前審查，與支付標準不完全一致，事前審查是否應維持4公分以上較合宜，以避免造成爭議。
2. 若非單一腫瘤，而是多腫瘤或轉移性腫瘤的情況，建議應進行

界定與規範，以免審查端造成爭議。

3. 支付點數若是以技術費為基礎，除了腫瘤大小之外，亦應考量使用消融針數的施行困難度。

結論：本項目涉及腫瘤燒灼範圍之技術複雜度及特材使用量，建議與會之學會，就支付標準細節內容凝聚共識，再提會討論。

五、本署醫務管理組建議修訂12211B「異常凝血酶原檢驗」診療項目案。

(一)與會學會表示：

1. 消化系醫學會表示，異常凝血酶原（PIVKA-II）用於「篩檢肝癌高風險族群」、「輔助診斷」及「治療後追蹤」，日本為利用甲型胎兒蛋白（AFP）、L3甲型胎兒蛋白（AFP L3）及 PIVKA-II 檢驗肝癌，惟增加大量財務支出，建議我國以最高風險族群肝硬化病人作為施行對象，並放寬肝硬化定義。另追蹤治療部分，肝癌確診病人胎兒蛋白小於20ng/ml，大多以20 ng/ml 為閾值，便可給付 PIVKA-II 檢測。
2. 消化系外科醫學會表示，若從影像發現肝細胞腫瘤，現行 AFP 診斷率約6成，若結合 PIVKA-II 可提升至8成，惟若全面均測 AFP 跟 PIVKA-II，財務衝擊會非常大，建議用於輔助診斷影像上懷疑肝癌之肝腫瘤，以及術前 PIVKA-II 異常之肝癌治療後續追蹤。
3. 社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會表示，日本 PIVKA-II 試劑分為定性跟半定性的部分，支付點數為288元，另考量價格與台灣有所差異，台灣試劑價格約500-515元，惟比例上使用病人數不多。

(二)與會專家表示：

1. PIVKA-II 價格為 AFP 之一倍，兩項皆執行者，在 sensitivity 或

specificity 均高於執行其中一項，PIVKA-II 敏感性較 AFP 高，惟確立診斷需靠影像學判斷，故於 bio marker 上花費較不高，若價格無調降就維持一年至多兩次。

2. 本項依提案單位計算1年約需支出1億多點，惟現今肝癌發生人數減少中，顯示B、C肝防治有成，另日本檢驗價格新臺幣（460元）僅為台灣（960元）的一半，故建議洽詢廠商可否降價至與日本相同。

結論：本案考量國際支付價格較低，為減少健保財務衝擊，宜就適應症放寬、徵詢調降試劑價格之可行性併同處理，待確認試劑價格是否有降低空間後，再提會討論。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午12時00分。