

「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」

105 年第 4 次臨時會會議紀錄

時間：105 年 12 月 30 日（星期五）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

李代表偉強	李偉強	陳代表福展	(請假)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
潘代表延健	潘延健	陳代表彥廷	陳彥廷
璩代表大成	王雪月(代)	林代表敬修	林敬修
陳代表志忠	(請假)	林代表綉珠	林綉珠
徐代表弘正	(請假)	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	許國文(代)	楊代表政峯	楊政峯
羅代表永達	羅永達	王代表榮濱	王榮濱
謝代表文輝	(請假)	郭代表素珍	(請假)
謝代表武吉	王秀貞(代)	黃代表棟國	黃棟國
朱代表益宏	吳淑芬(代)	梁代表淑政	周雯雯(代)
李代表紹誠	古有馨(代)	葉代表宗義	葉宗義
林代表恆立	林恆立	何代表語	何語
盧代表榮福	王宏育(代)	干代表文男	干文男
黃代表振國	黃振國	滕代表西華	滕西華
張代表金石	張金石	楊代表秀儀	(請假)
張代表孟源	張孟源	吳代表美環	吳美環
顏代表良達	(請假)		

列席單位及人員：

彰化基督教醫院	莊武龍
中華民國糖尿病學會	李弘元
社團法人中華民國內分泌學會	李弘元
國立臺灣大學醫學院附設醫院	李弘元
亞東紀念醫院	張藝耀
台灣小兒神經醫學會	李旺祚
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	馬文娟、廖尹嫻
中華民國牙醫師公會全國聯合會	柯懿娟
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	曾明宗
中華民國醫師公會全國聯合會	黃幼薰、吳春華、陳哲維
中華民國藥師公會全國聯合會	陳瑩珊
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	林雨青
本署臺北業務組	林慧慈、王文君
本署企劃組	何恭政
本署醫審及藥材組	蔡佳倫
本署醫務管理組	陳玉敏、陳真慧、谷祖棣、 張淑雅、林右鈞、涂奇君、 陳依婕、吳明純、廖敏欣、 林沁嫻、宋兆喻

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

三、討論事項：

(一)有關調整西醫基層第一段合理量內門診診察費案。

決議：

1. 同意調高第一段合理量內門診診察費 20 點，最快 106 年 2 月 1 日公告生效，(詳附件 1，P5~P8)。
2. 「假日開診率低於 25%之地區」請醫師公會全聯會參考目前開診之科別分布，協助後續協調醫師週日開診事宜，並回復輔導結果。

3. 請藥師公會協助轉知藥局透過 VPN 登錄執業的時段，供民眾於行動快易通 APP 查詢。
4. 週日開診診所如需與藥局合作，請各縣市醫師公會理事長與藥師公會理事長自行協調。
5. 106 年非協商因素已調整完畢，依代表建議未來如要調整藥師服務費將調劑的複雜程度納入考慮，調升診察費時將多重慢性病等因素併入考量。

(二) 106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「連續血糖監測」等 4 項診療項目案。

決議：

1. 同意新增診療項目 2 項：編號 08134B「連續血糖監測」、12208B「生長刺激表達基因 2 蛋白(ST2)」，預算推估共計約 0.392 億點，(詳附件 2，P9)。
2. 同意修訂 19018C「嬰兒腦部超音波」註解文字，併同修訂名稱為「嬰幼兒腦部超音波」，由醫院總額部門及西醫基層總額部門非協商預算支應，預算推估共計約 0.09 億點，(詳附件 2，P10)。
3. 新增「醣化白蛋白(GA)」乙項暫保留，於專家諮詢會議重新評估支付點數、使用次數及成本分析後再議。

四、報告事項：

(一) 有關「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」修正失智症照護範圍報告案。

決定：洽悉。經彙整台灣醫院協會、台灣神經學學會、台灣家庭醫學醫學會及台灣臨床失智症學會建議，擴大計畫涵蓋範圍，推估符合計畫定義之失智症人數將達 17 萬人(目前約 3 萬人)，預算將增加 0.6 億元，尚在預算額度內，(詳附件 3，P11~P26)。

五、臨時動議：無。

六、散會：下午 17 時 00 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

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

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
	一般門診診察費					
	一 基層院所門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	v				352 332
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	v				250
00139C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				355
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑 (1-30人次)	v				352 332
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑 (31-40人次)	v				250
00140C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				330
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530
	2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部 分(41-60)					
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450
	3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部 分(61-80)					
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390

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
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五〇人次以下部分(81-150)					
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v				70
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				125
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				70
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				100
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				325
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				300
	5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)					
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	v				50
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				105
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				50
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				80
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				305
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				280
	6.山地離島地區					
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)					
00119C	1)處方交付特約藥局調劑	v				352 332
00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				355
00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				352 332
00150C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				330
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)					
00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450

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
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)					
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390
	(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分 (>150)					
00217C	1)處方交付特約藥局調劑	v				90
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				145
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				90
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				120
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				345
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				320
	註：1.以上第1至5點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，以二十五日計算合理量。 2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。 3.以上第1至6點限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 4.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 6.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 7.本項支付點數含護理費29-39點。 8.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外，以山地離島地區50人次以下部分之支付點數申報。 9.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。					

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
	精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					
	1.醫院					
01018B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	280
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	332
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	280
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	310
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	550
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	528
	2.基層診所					
01031C	1)處方交付特約藥局調劑	v				338 348
00182C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				369
01032C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				338 348
00183C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				348
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				569
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				548
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)					
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	164
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	218
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	164
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	196
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	436
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	414
	註：1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4.本項支付點數含護理費31-41點。 5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。					

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

第三項 血液學檢查 Hematology Test (08001-081334)

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
08134B	<u>連續血糖監測</u> <u>Continuous glucose monitoring</u> 註： 1.適應症： <u>第一型糖尿病(領有重大傷病證明)、新生兒糖尿病，或因Near-total pancreatectomy所致糖尿病等個案，且須符合下列任一條件者：</u> <u>(1)血糖過度起伏且最近六個月兩次糖化血色數(HbA1c)值都大於(含)8%。</u> <u>(2)低血糖無感症。</u> <u>(3)常有嚴重低血糖，需他人協助治療，最近三個月有因低血糖曾至急診診治或住院。</u> <u>(4)懷孕。</u> 2.支付規範： <u>(1)限門診使用，若為住院使用應事前審查。</u> <u>(2)一年至多執行二次，且間隔三個月以上。若一年執行超過二次者，需事前審查。</u> <u>(3)限糖尿病共同照護網醫療機構申報，執行檢查人員和判讀醫師、營養師、衛教師必須參加過有關連續血糖監測之訓練課程。</u>		Y	Y	Y	4842

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-122078)

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
12208B	<u>生長刺激表達基因2蛋白(ST2)</u> 註： 1.適應症： <u>慢性心臟衰竭NYHA Class III或ACC/AHA Stage D以上且病情急性惡化。</u> 2.支付規範： <u>不得同時申報編號12193B。</u>		Y	Y	Y	800

第十三項 超音波檢查 Sonography

通則：須將診斷結果附於病歷，申報費用應檢附報告。(19001-19018)

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
19018C	<p>嬰<u>幼</u>兒腦部超音波 Brain echo 註： <u>1.腦部超音波為嬰兒前囟門尚未關閉時才能操作的檢查。</u> <u>2.兒童加成項目。</u></p>	v	v	v	v	719

醫院以病人為中心門診整合照護計畫-劃線版

壹、計畫依據

依各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果辦理。

貳、計畫說明

多重慢性病患乃是我國醫療照護系統中最重要之資源使用者，且隨著我國人口結構之逐年老化，多重慢性病的盛行率將逐年升高，其醫療照護課題也將愈趨重要。就提高慢性醫療照護品質及控制醫療成本之觀點而言，如何改變現行醫療照護模式，使成為適合多重慢性病患之整合性醫療照護模式，乃當務之急。

參、目的

- 一 提供多重慢性病人適切、效率、良好品質之醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全。
- 二 配合總額支付制度，提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療之適當整合。
- 三 對於病情穩定之病人，逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。

肆、計畫期間：105年1月至106年12月。

伍、預算來源

- 一 由全民健保年度醫療給付費用總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支付本計畫之費用，採專款專用方式辦理。
- 二 105年度預算經費上限為3億元。
- 三 106年度預算經費依年度總額協議結果辦理。

陸、推動策略

- 一 透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於門診就醫病患提供整合式門診照護服務，避免因重複及不當用藥、重複檢驗檢查、處置等，而影響民眾健康並耗用醫療資源。
- 二 民眾不須登記或簽署同意文件，不限制民眾就醫醫療院所。

柒、執行方式：

- 一 參與計畫之醫院(或整合團隊)，檢附計畫書(如附件1)，向保險人各分區業務組提出申請，並自保險人各分區業務組同意之月份開始實施。原已參與計畫者得續適用，若服務內容變動需變更計畫書時，應向各分區業務組報備。

二、主要運作模式如下列所示，請於檢附計畫書時填寫(可複選)，並說明實際運作方式及其內容。開設整合門診者，每週至少1診次，每診次至少3小時，且於門診應診時刻表及明顯處張貼說明：

- (一) 高齡醫學或失智症整合門診〔A〕：由醫院整合治療團隊，提供失智症或65歲以上高齡病患一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為K)
- (二) 三高疾病整合門診〔B〕：由醫院整合治療團隊，提供罹患高血糖、高血脂、高血壓疾病患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為L)
- (三) 罕見疾病或重大傷病整合門診〔F〕：由醫院整合治療團隊，提供罹患罕見疾病或重大傷病患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為G)
- (四) 主責照護整合模式〔D〕：無法開設整合門診，惟可指定由主責醫師負責整合，如需照會其他科，仍由主責醫師診療，綜整開立處方箋，並於病歷上記載以備查詢。本項限地區醫院內科、家醫科申報，並於診間外牆張貼「本門診提供整合照護服務」。
- (五) 其他整合門診〔E〕：由醫院整合治療團隊，提供非屬以上(一)至(三)之患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態亦為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為M)

三、照護對象

(一) 重點照護對象

由保險人依下列條件順序，擷取前一年之申報資料，提供病患名單：

1. 罹患失智症病患看診之該院(或整合團隊)忠誠病患。
2. 罹患重大傷病或罕見疾病病患看診之該院(或整合團隊)忠誠病患。
3. 罹患高血糖、高血脂、高血壓至少 2 種以上患者，且前 1 年慢性病門診就診次數均超過 6 次(含)以上之該院(或整合團隊)忠誠病患。
4. 65 歲以上罹患 2 種(含)以上慢性病，需 2 科(含)以上看診之該院(或整合團隊)忠誠病患。

註 1：前 1 年係指執行年前 2 年 10 月至執行年前 1 年 9 月。

註 2：該院(或整合團隊)忠誠病患係以該病患在該院(或整合團隊)就醫之慢性病(案件分類為 04、06 者)、失智症、重大傷病或罕見疾病門診就診次數達一定次數且占各該類疾病跨院所總門診就醫次數比率超過 50% 以上者優先認定，惟如未有醫院超過 50%，則以超過 40% 且占率較高之醫院認定之。

註 3：前述就醫次數之計算，不計中、牙醫、代辦案件、居家與精神疾病社區復健、申報費用為 0 之代檢案件、慢性病連續處方箋調劑等。

註 4：排除對象包括已參與「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險區域醫療整合計畫」、「早期療育門診醫療給付改善方案」、糖尿病論質照護個案及死亡者。

註 5：慢性病定義：就醫資料中主次診斷屬於主管機關公告慢性病範圍診斷，且每種慢性病給藥日數全年累計超過 60 日。

註 6：重大傷病及罕見疾病定義：計畫執行前 2 年之各年就醫資料中主次診斷均有主管機關公告該等疾病範圍之診斷。

註 7：高血糖、高血脂及高血壓(三高)之定義，詳如附件 2。

註 8：失智症定義詳如附件 3。

註 9：65 歲以上老人之年齡以就醫年月-出生年月 \geq 780 月計算。

(二)自行收案照護對象

參與本計畫醫院(或整合團隊)得於整合門診自行選定整合照護之對象如下：

1. 不在保險人提供該院名單中，罹患 2 種(含)以上慢性病，需 2 科以上治療之慢性病人、重大傷病或罕見疾病病人。(例如慢性病中青光眼、視網膜變性同為眼科診治疾病，不得申報整合照護註記)。
2. 保險人於計畫期間另外選定或醫院提報經保險人分區業務組確立之就醫異常或高診次病人。
3. 醫院前一年收案整合照護病人。
4. 非前述對象，但成立整合門診，確實進行整合照護服務，報經分區業務組核定同意之病人。

四 本計畫採計之醫療費用範圍，係指西醫醫院門診、西醫基層門診及門診透析之申請點數加部分負擔，包含交付機構之申報點數；且排除下列之案件：

(一)中醫門診、牙醫門診、代辦案件、居家照護與精神疾病社區復健。

(二)接受其他院所代(轉)檢、慢性病連續處方箋調劑、診察費為 0 之案件件數不計。

五 同一分區業務組轄區醫院，得選擇採院際共同整合照護方式，就各醫院依本計畫柒、三(一)擇定之「重點照護對象」共同照護。

(一)採院際共同整合照護方式醫院，應推派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、保險人聯繫窗口、經費撥付等事宜。

(二)應於計畫書內一併檢送各整合醫院之參加同意書。

(三) 整合團隊於計畫執行期間若發生個別醫院退出情形，須由主責醫院向轄區分區業務組提出申請，退出之醫院當年度整合成效獎勵費用不予核付。

六 整合團隊之個別醫院，於計畫執行期間亦受本計畫壹拾、退場機制規範。

七 本計畫玖、三、(四)之各項整合成效指標計算，如參加醫院中途申請退出計畫，或整合團隊之單一指標合併計算，未達該項成效評量指標時，該項指標費用不予核發。

捌、參與計畫之醫院資格

醫院於執行年之前一年起，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 38 條至第 40 條中各條所列違規情事之一且經保險人處分者（以第一次處分函所載停約或終止特約日認定，含行政救濟程序進行中尚未執行處分者）。惟為保障保險對象就醫權益，保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。

玖、費用申報及支付方式

一 照護對象當次就診罹患2種(含)以上疾病，依本計畫門診整合模式就醫者，該筆案件於申報醫療費用時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報柒、二之照護模式註記，其餘欄位依照原方式申報。另案件分類非為04、06、09及E1案件者，不得申報整合照護模式註記。

二 整合照護對象如於整合門診由多科醫師共同看診或以會診他科醫師方式提供整合照護時，可申報多筆診察費。(請於各診察費醫令項目之p16醫事人員欄填報該醫師ID)

三 費用核付：

(一) 個案門診整合費

1. 照護對象當年度申報整合照護模式註記者，每人次支給「個案門診整合費」120點，如獲得國民健康署「高齡友善健康照護機構」之認證，每人次門診整合費增加10點，每人全年最多支給4次費用；惟依第柒點三、(二)「自行收案照護對象」最高支給人次數不得超過同點三、(一)「重點照護對象」收案支給個案門診整合費人次數(含當年重點照護名單未就醫死亡人數)。

2. 醫師提供整合照護，應於個案之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之科別、疾病別或藥品、處置或檢查類別等，以備查核。未於病歷中載明以上整合簡述資料者，不得申報整合照護模式註記。

3. 每一整合照護個案，醫院當年至少到保險人雲端藥歷系統查詢達1次(含)以上紀錄，方給付本項費用。

(二) 「同診間多科醫師共同照護者」個案門診整合費加成

整合門診由2位(含)以上醫師於「同診間」共同看診(限申報K、L、M、G照護

模式)且申報 2 筆(含)以上之診察費者，每人每次「個案門診整合費」再額外支給 60 點，惟每人全年最多支給 4 次費用。

(三) 失智症門診照護家庭諮詢費用

1. 本計畫失智症病患經神經科或精神科專科醫師確診評估有諮詢需要，且患者之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating, CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表(Mini-Mental State Examination, MMSE) ≤ 23 者，醫院得提供諮詢服務，申報本項費用。

2. 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件 4)，併入病患病歷記錄留存。

3. 支付點數：

(1) 每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付 300 點，申報編號 P5201C。

(2) 每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上：支付 500 點，申報編號 P5202C。

(3) 同院每位病人每年最多支給 2 次費用。

註：前項「諮詢服務時間」不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。

4. 本項併門診醫療費用申報，非當日執行，請比照排程檢查案件作業方式申報。醫令類別填「0」，醫令執行時間起迄請填報諮詢服務時間至年月日時分

(四) 整合成效獎勵費

1. 照護對象屬第柒點三、(一)「重點照護對象」，且當年度申報整合照護模式註記達 2 次(含)以上者，依以下 7 項「整合成效指標」計算獎勵費用，每人全年最高支付 1,000 點。

2. 7 項整合成效指標及其計分方式如下：

(1~6 項指標每項最高以 10 分計算，指標 7 為加分項目，最高 10 分，惟 7 項指標合計最高以 60 分計算)

指標 1：照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用(院內與院外)

指標 2：照護對象平均每人每月西醫門診就醫次數(院內與院外)

指標 3：照護對象平均每人每月西醫門診藥品項數(院內與院外)

指標 4：照護對象全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率。

指標 5：照護對象全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率。

指標 6：照護對象全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率。

指標 7：(1)照護對象中罹患高血壓或糖尿病等病人之可避免住院率，或(2)整合

照護病人健康存摺下載率(以上各類疾病及整體整合照護年度人數須達20人(含)以上者，方列入成效計算)

指標 1 計分方式如下：

參與醫院 成長率及分位數	成長率 ≤ 1.5%				成長率 > 1.5%
	前 25 百分位數	前 26~50 百分位數	前 51~75 百分位數	高於 75 百分位數	
得分	10	8	6	4	0

指標 2~6 計分方式如下：

參與醫院 成長率及分位數	成長率 ≤ 0			成長率 > 0
	前 25 百分位數	前 26~50 百分位數	高於 50 百分位數	
得分	10	8	6	0

指標 7 計分方式如下：

(1)高血壓或糖尿病等病人之可避免住院率	可避免住院率 = 0	可避免住院率 > 0	
		前 10 百分位數	前 11~15 百分位數
得分	10	6	4

(2)健康存摺下載率	30% 以上	26~30%	21~25%	16~20%	11~15%	5%~10%
得分	10	8	6	4	2	1

註：

- (1) 以上百分位數均先將各醫院統計結果由小排到大後再進行計算。
- (2) 指標7「糖尿病、高血壓可避免住院率」或「整合照護病人健康存摺下載率」將分開評比，並擇分數較高之一項分數納入成效計算。
- (3) 各項成效指標之定義詳附件5。

3. 整體整合成效獎勵費=1,000點 7項指標分數累計值/60 該醫院(或整合團隊)符合獎勵人數。
4. 指標1~6成效評量之比較基期為執行年之前一年同期。指標7成效評量值以計畫執行期結果計算。
5. 當年該院如已申報該個案參加保險人其他計畫方案 P 碼醫令案件時，該個案不列入成效計算。

(五) 本計畫「失智症門診照護家庭諮詢費」先以每點1元支付，年度結束時併本計畫其他各支付項目費用辦理結算，~~如預算不足，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。~~

(六) 本計畫除失智症門診照護家庭諮詢費外，其餘各項費用不併門診醫療費用申報，由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，每年於年度結束後辦理結算，如預算不足，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，並於追扣補付系統辦理帳務處理。

- 四 保險人各分區業務組如審查發現整合照護個案病歷中未載明整合簡述資料，或整合後仍發現有重複用藥或處置時，得核扣該個案之「個案門診整合費」人次費用，並依情況，請醫院提出說明或改善措施及列為下年度參與本計畫之資格參考。

壹拾、 退場機制

醫院於計畫執行期間因違反特管辦法致受停約處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)以第一次處分函日期所載停約或終止特約日起同步終止本項計畫，惟為保險對象醫療照護之延續性，分區業務組得視違規情節，可另予考量。凡經終止本計畫者，各項支付費用不予核付。

壹拾壹、 執行配套措施

- 一 參與本計畫之醫院(或整合團隊)目標管理點數額度調整：由保險人各分區業務組與轄區醫院依現行作業原則共同議定，惟對於本計畫之效益應予考量。

二 計畫管理機制：

- (一) 保險人研議總體計畫架構模式、指標之開發與計算、行政授權與協調。
- (二) 保險人各分區業務組受理及輔導轄區醫院申請計畫與觀察輔導醫院之執行，核發費用，並得進行實地訪視瞭解其計畫實際執行情形。
- (三) 各計畫參與醫院提出計畫之申請，推動整合照護模式，並參與保險人各分區成果分享活動。

三、觀測指標：不列入「整合成效獎勵費」之計算。

(一)照護對象院內(或整合團隊)固定就診率：監控本計畫實施後，門診病人跨院或跨層級流動。

公式：計畫期間照護對象院內(或整合團隊)就醫次數/照護對象在全部西醫門診就診次數

(二)雲端藥歷查詢率：

公式：整合照護病人查詢雲端藥歷之人數/醫院整合照護收案總人數

(三)健康存摺下載率：整合照護病人下載健康存摺之人數/醫院整合照護收案總人數

(四)自行收案對象整合成效指標分析

公式：比照第玖點三、(四)之指標公式

(五)保險人提供名單中未收案對象醫療利用變化：

公式：比照第玖點三、(四)之指標公式

壹拾貳、計畫實行評估

- 一 保險人分區業務組得不定時至參加計畫醫院實地訪查或以立意抽樣審查方式確定計畫內容是否落實，以作為未來是否准予續辦之考量。
- 二 保險人將於本期計畫執行9個月後，進行整體執行成效之評估，作為研修參考。
- 三 本計畫所核付之款項，請參與醫院應用於鼓勵執行本計畫之整合單位或相關人員。

壹拾參、訂定與修正程序

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。

附件 1

_____醫院(院所代號：_____)

申請____年「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」

提報日期：

一、執行計畫內容：

(一) 主要開設整合門診照護模式

高齡醫學或失智症整合門診(A) 或(K)

三高疾病整合門診(B)或(L)

罕見疾病或重大傷病整合門診(F)或(G)

主責醫師整合模式(D)(請敘明科別_____)

其他整合門診 (E)或(M)

(其他整合門診請逐項敘明門診名稱、照護目的及內容)

(二) 請敘明以上門診預訂每週開診時段；另整合門診如由2位(含)以上醫師於同診間共同看診情形，請將其開診時段、醫師數及預計每診人次，另外區分註明。(請檢附最新應診時刻表、網路相關說明及張貼處照像資料供參，如有異動，須通知保險人各分區業務組)

(三) 整合照護病人掛號、看診、用藥諮商標準作業流程

(四) 整合門診或主責醫師如會診他科醫師，綜合評量發現有用藥處置重複情形，請敘明聯繫處理之方式

(五) 辦理本計畫除醫師外，其他醫事人員參與情形說明：

(六) 辦理醫師及醫事人員整合照護相關教育訓練：

(預訂辦理日期及次數)

(七) 整合照護宣導方式：

二、整合式照護醫療需求評估方式說明

三、成效評核獎勵經費運用方式(部分應用於個案管理、衛教或藥物整合建議相關費用所需)

附件 2 三高疾病之定義如下：

整合照護病人須同時罹患 2 項以上三高中之疾病者

1. 年度申報主診斷碼為三高相關疾病且領有三高藥品之門診次數兩次以上且合計給藥天數大於 60 天或住院一次以上者

2. 診斷碼：

高血壓 ICD-9-CM： 401~405、437.2；

ICD-10-CM： I10~I15、I674；

高血脂 ICD-9-CM： 272；

ICD-10-CM： E7130、E752、E753、E755~E756、E77、E780~E789(不含 E7871 及 E7872)、E881、E882、E8889

高血糖 ICD-9-CM： 250、790.2、791.5、791.6；

ICD-10-CM： E08 ~E13、R730、R739、R81、R824

3. 藥品 (ATC)：

(1) 降血壓 C07、C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA；

(2) 降血脂 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX；

(3) 降血糖 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX。

附件 3 失智症定義主診斷代碼如下：

ICD-9-CM：

290、291.1、291.2、292.82、294.0、294.1、294.10、294.11、294.8、294.9、~~299.10、299.11、~~
~~310.1~~、331 及 293.1。

ICD-10-CM：

F01-F05、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997 ~~及 F843~~、G30、G31
及 G91。

附件 4 失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定如下：

1. 病人姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表(MMSE)評量結果。
2. 依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
3. 諮詢服務之日期及起迄時間至分。
4. 提供服務者職稱及簽章(除醫師外，亦包含社工師或其他醫事人員)。
5. 接受諮詢服務者簽章及其與病人關係(接受諮詢服務者包括病人或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。

註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間

附件 5 各成效指標定義

指標 1：照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用(院內與院外)

A1.計畫期間(院內與院外)平均每人每月醫療費用＝加總符合獎勵照護對象費用年月醫療費用/12 個月/符合獎勵照護對象人數。

B1.基期期間(院內與院外)平均每人每月醫療費用＝加總符合獎勵照護對象基期費用年月醫療費用/12 個月/符合獎勵照護對象人數。

$$X=A1/B1-1$$

指標 2：照護對象平均每人每月西醫門診就醫次數(院內與院外)

A2:計畫期間(院內與院外)符合獎勵照護對象西醫門診就醫次數(院內與院外)/月/人＝加總符合獎勵照護對象費用年月西醫門診就醫次數/12 個月/符合獎勵照護對象人數。

B2：基期期間(院內與院外)照護對象西醫門診就醫次數(院內與院外)/月/人＝加總符合獎勵照護對象基期費用年月西醫門診就醫次數/12 個月/符合獎勵照護對象人數。

$$X=A2/B2-1$$

指標 3：照護對象平均每人每月西醫門診藥品項數(院內與院外)

A3：計畫期間(院內與院外)符合獎勵照護對象開立之西醫門診用藥品項數/月/人＝加總 [計畫期間(院內與院外)符合獎勵照護對象在西醫門診開立不同用藥品項數加總/實際申報費用年月月數]/符合獎勵照護對象人數

B3：基期期間(院內與院外)符合獎勵照護對象開立之西醫門診用藥品項數/月/人＝加總[基期期間(院內與院外)符合獎勵照護對象在西醫門診開立不同用藥品項數加總/實際申報費用年月月數]/符合獎勵照護對象人數

$$X=A3/B3-1$$

※指標 3 加總[計畫期間(院內與院外)每人每月開立西醫門診不同藥品之品項數加總/實際申報藥品之費用年月月數]公式補充範例：

1.個別病患計畫期間藥品品項數之計算：

假設甲病患 201504、201505 開立藥品如下：

費用年月	藥品項目代號	院所
201504	A047792177	A
201504	B024603100	B
201504	B024708100	C

201505	A047792177	A
201505	B024708100	A
201505	B024708100	B
201505	B023016100	A
201505	B024603100	B

則甲病患費用年月 201504 開 3 種品項；201505 開 4 種品項。

2.各病患計畫期間(院內與院外)各費用年月西醫藥品品項數統計如下：

費用年月	201504	201505	2015/06	2015/12
甲病患藥品品項數	3	4	6	未就醫且未領藥
乙病患藥品品項數	2	10	2	3
丙病患藥品品項數	0	0	0	0
丁病患藥品品項數	3	2	0	4

3. [計畫期間(院內與院外)每人每月西醫門診開立不同藥品之品項數加總/實際申報費用年月月數]:

甲病患計算結果 $= (3+4+6)/3=4.33333\dots$ ，因有一個月未就醫，故實際申報費用年月月數為 3，而不是 4。

乙病患計算結果 $= (2+10+2+3)/4=4.25000$ 。

丙病患計算結果 $=0$ 。

丁病患計算結果 $= (3+2+4)/3=3$ ，因有一個月未開藥，實際申報費用年月月數為 3，而不是 4。

4.加總[計畫期間(院內與院外)西醫門診每人每月開立不同藥品之品項數加總/實際申報費用年月月數]
 $=4.33333\dots+4.25000+0+3 = 11.58333\dots$

指標 4：照護對象全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率

A4：計畫執行期間全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率

B4：比較基期之全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率

※全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率=

分母符合獎勵照護對象照護對象中同 ID 跨院所不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數/符合獎勵照護對象全國跨院所降血脂藥物之給藥日數。

$$X=A4/B4-1$$

說明：

1.門診(西醫基層+西醫醫院)之降血脂藥物(口服)給藥案件。降血脂藥物(口服)係指 ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。

2.給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6。

指標 5：照護對象全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

A5：計畫執行期間全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

B5：基期計畫執行期間全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

※全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率=

分母符合獎勵照護對象照護對象中同 ID 跨院所不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數/符合獎勵照護對象照護對象全國跨院所降血壓藥物之給藥日數總和。

$$X=A5/B5-1$$

說明：

1.門診(西醫基層+西醫醫院)之降血壓藥物(口服)給藥案件。降血壓藥物(口服)係指 ATC 前三碼=C07 或 ATC 前五碼為 C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。

2.給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6)。

指標 6：照護對象全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率

A6：計畫執行期間全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率

B6：比較基期計畫執行期間全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率

※全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率=分母符合獎勵照護對象照護對象中同ID跨院所不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數/符合獎勵照護對象照護對象全國跨院所降血糖藥物之給藥日數總和。

$$X=A6/B6-1$$

說明:

- 1.門診(西醫基層+西醫醫院)之降血糖藥物(口服)給藥案件。降血糖藥物(口服)係指 ATC 前五碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX，且醫令代碼第 8 碼為 1 者。
- 2.給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6)。

指標 7：整合照護對象中罹患高血壓或糖尿病等病人之可避免住院率

A7：15 歲以上該類病人住院主診斷為糖尿病或高血壓住院件數

B7：15 歲以上該類病人整合照護人數

$$X=A7/B7$$

說明：

- 1.A7 排除轉診、生產 MDC14、MDC15、同日進出之住院個案，高血壓並排除心血管手術案件
- 2.15 歲以上以就醫年月-出生年月 \geq 180 月
- 3.心血管手術案件係申報手術醫令前兩碼為 68 及 69 者

備註：以上 7 項指標共同規定如下

1. 「照護對象人數」指計畫執行期間醫院申報「重點照護對象」整合照護模式註記達 2 次(含)以上且未申報參加保險人其他計畫方案 P 碼醫令案件者 (但本計畫給付之失智症門診照護家庭諮詢費用醫令代碼 P5201C、P5202C，不予扣除)。
2. 符合納入計算範圍之門診費用受理日期小於等於次年 1 月底。
3. 各指標計算結果，以四捨五入取至小數點以下第 4 位 (如：0.00005 \approx 0.0001) 列計。

105 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第 4 次臨時會 與會人員發言實錄

前言

主席

各位代表、醫管組同仁和分區業務組同仁大家午安，先跟大家說新年快樂，今年辛苦大家了，非常感謝大家一路的支持，馬上在兩天就要新年了，今天請大家再來，真的是萬不得已，我知道有些代表係中南部來的，車票不太好買。台中還可以站回去，南部就會較辛苦，非常抱歉，因為今天之提案需要今年處理，而且我們付費者委員希望這一任能夠處理的部分在這一任處理完，我們就把之前還沒有討論完成的部分提到今天來討論。當然還是有沒處理完的，沒有辦法的就移到 1/18 的共擬會議再繼續討論，今天會議現在開始。

首先請各位代表先看一下我們上次會議的會議紀錄，第一頁到第四頁，各位代表對於會議紀錄有沒有問題？

羅代表永達

第三頁的 TB 快速檢驗暫緩擱置，到底是有沒有擱置啦？

主席

這裡有一點問題，TB 是已經不同意了，中間有一個分號是 NS1，NS1 是暫緩擱置，俟疾管署有具體說明防疫跟疾病診斷的實證資料之後再議。

羅代表永達

我了解，這跟消除疲勞跟恢復疲勞的意思是一樣的，暫緩擱置就是沒有擱置的意思。

主席

暫時擱置，TB 是沒有過的，謝謝。那當然 CDC 有進一步想再跟大家說明的，就再提會，但如果沒有的話，就沒有了，請問各位代表還有沒有其他意見？

好，沒有，會議紀錄就確認，我們今天一定不要耽擱大家太久，然後決議事項辦理情形，大家有沒有意見？醫管組有沒有特別要說明的？

只有兩項是繼續列管的，一項是 DRG 的權重，第二項是新增中醫放化療的延長照護，這個是要到健保會才可以動支，這兩項繼續列管，其他解除列管，大家有沒有意見？

哪一題？中醫的這個嗎？第幾項？第七頁嗎？序號的第幾項？

千代表文男

化療的那個。

主席

第七項，那時候健保會是說要到健保會報告，預算才可以動支，所以這一項先列管，其他大家有沒有意見？

沒有意見我們就確認了，接下來我們進入討論事項第一案，請同仁宣讀。

討論事項

第一案：有關調整西醫基層第一段合理量內門診診察費案。

主席

好，謝謝，請祖棟科長和玉敏副組長分別說明本案的附件，還有桌上的單張，那先請玉敏副組長。

陳副組長玉敏

各位委員，大家手邊有一張彩色的 DM，這是我們最近開發的查詢功能，目前民眾就醫時，不曉得附近有哪些院所，可以從三個管道，第一個，可以用手機下載我們行動快易通 APP，可以從裡面查詢；第二個，也可從我們的 WEB 去查，首頁裡面的一般民眾，然後查網路申辦及查詢的就醫資訊，就有一個看診時段的服務；第三個，如果無法使用電腦或手機的民眾，也可以撥打我們的專線：0800-030-598，大家請看右邊，我們健保行動快易通的九宮格裡面，就有提供相關的查詢，院所查詢就在左上角，左下角有急診待床，提供查詢急救責任醫院的住院待床，ICU 待床資訊。

請大家翻到背面，如果我們點選手機 APP 的院所查詢，就可以自行選擇要查詢的條件 KEY 值，可以用縣市鄉鎮、地址、診療科別、服務時段等查詢，也

可點選附近院所，查詢附近的類別或科別，就可以查到現在的所在地，半徑一公里內所有院所的資訊，這是提供給民眾的一個服務。

這邊要拜託醫界，這些資訊都是從各位在 VPN 登錄的資料彙集起來，所以請各位務必維護正確，包括平常日和看診日，以及週六、周日，今年的春節在 1 月 27 日到 2 月 1 日，這段期間也要拜託大家在 1 月 15 日以前上網登錄正確，才能提供民眾正確又快速的查詢

主席

謝謝，來，祖棣科長。

谷科長祖棣

跟大家說明一下，我們後面的附件，從第五頁開始統計西醫基層診所平均每周日看診家數，還有各個鄉鎮市區醫院周日平均每家每日三到五級急診人次。這是以地圖的方式，以顏色劃分不同區段的區隔。它的統計資料的陳述，從第七頁開始。請大家看一下第七頁，我們說明一下這個資料的描述，第一欄是流水號，第二欄是鄉鎮市區，再來是這個區的診所總數，再來是這個區裡面平均每個周日看診的診所數。

以新北市的石碇區舉例，它是有一家診所，然後每周看診數是零，再往後面看，周日的平均看診率就是 B/A ，周日的平均每日每家看診人次，以剛剛講的石碇區來看，一家診所沒有開診，開診率是零，可是他周日平均看診人次有 13，前面的零是因為一年有 52 周，如果這家不是 52 周都看診，它可能不到一半，不到一半四捨五入的話，它就變成零了，那數周有看診，平均的看診人次是 13 人。

在右邊是那個鄉鎮市區的醫院數，再來是這些醫院的平均每家每日急診三到五級的急診人次，再來是他的鄰近地區，鄰近地區指的是地圖上，該鄉鎮旁邊一圈的醫院數，再來是每家醫院每日急診三到五級的急診人次，再過去右邊，是剛剛講的鄉鎮市區周日有看診的診所數，它的科別，周日有看診的科別。以石碇區來看，因為診所數是零，這個零跟剛剛的零意思是一樣的，不是真的零，它可能是零點零幾，因為它可能很少。科別部分，是以系統登錄的執業執照科別來認定。

再看一筆作說明，請大家再看第八頁，第八頁流水號的 27，基隆市的仁愛區，解釋一下反灰的意義，就是剛剛在提案裡有宣讀的，像這個是診所 49 家，然後有 4 家開診，開診率是 8%，平均的看診人次是 25 人，那個地區沒有醫院，但是它鄰近的地區有 3 家醫院，平均三到五級的人次是 150 人，這個表是按照西醫基層的周日看診率由小到大做排序，按照率排序完之後，該地區的醫院或鄰近地區的醫院的三到五級的看診人次大於 140 人即以灰底標示，140 次是用所有醫院的三到五級的就診人次的六十百分位，超過六十百分位的就做標示，其中看診率小於 25% 的有 69 個區，大於 25% 的有 51 區，以上說明。

主席

好，謝謝。附表內資訊係指周日西醫基層看診的診所數，還有周日看診的平均人次、鄰近地區的醫院周日三到五級的急診人次，後面的看診科別也是周日有開診的那些診所科別。另外，補充一下，目前我們西醫基層周日有看診的比例平均是 22%，部分地區亦有 100% 開診的多數是當地診所數是只有一家的，那一家診所所有開診，就會 100% 開診，或者是兩家，大部分最多到五成左右，普遍最多是五成有開診，反而家數比較多的地區，開診率比較低，家數比較多的也有可能是假日急診三到五級比較多的地方，因為那邊可能住的人就多，那也可能比較接近都會區，請各位代表表示意見，來，請。

賴代表振榕

主席、各位代表，我想我要代表藥界向署裡反映一下，這個 APP 案做了，結果沒有藥局，那民眾看完診，到底要哪邊拿藥？當然診所可能聘有藥師，上次會議我好像請假沒有來，我們的先進有說藥師假日不上班的問題，對不對？！現在一例一休後，我相信基層診所的人事費用也都在成長，那是不是我們可以透過藥師公會和基層的診所進行媒合！就像剛剛科長所報告的資料，我們可以看到假日看診在偏鄉和都會區真的差異非常大。我來自台中，你可以看到台中中區它的開診量少，那可能因為台中中區已經在沒落了，你看到西屯區、南屯區它的開診量是多的，但是那個周遭附近也有很多藥局啊，而這個資料沒有啊，所以我會覺得宣導的時候應該要注意，要讓民眾知道說他要去拿藥的藥局在哪邊。

第二個問題我要表達的是說，這案我還是支持的，因為醫師看診很辛苦，

診療費應該是要提高，但是既然醫師看診開出來的處方，那就是要有藥師去調劑嘛，不管它是在診所內或社區藥局的藥師，這個在調劑費裡面怎麼沒有去考慮調整？這個原因我是不瞭解啦，或許是我們有其他藥師界的代表參加，沒有注意到這個問題，但這個案來到這邊我就在想，奇怪哩，看診完後這個藥到底誰調了？所以這個調劑費部份我是覺得要考慮進去，尤其是在我們署裡的長官在這個非協商因素，在調整這些改善後，可能要幫忙留意一下，因為我們每次共擬會參加的代表不一樣，所以我也會回去跟我們理事長說一下，以後代表參加的案要先做一個溝通，不然像我來到這裡了，前一個代表到底有沒有注意到或提出來，大概也不是很清楚，所以我真的要拜託我們署裡面，非協商因素有牽涉到藥的話，應該要把藥師的功能顯示出來。

那我們案裡面還有一個，食藥署要做偏鄉人力不足、假日調劑的那個部分，我也可以跟主席和各位代表報告，食藥署明年確實有一個專案計畫，想辦法怎麼解決偏鄉假日調劑藥物的問題，剛好我們理事長是叫我負責這個案的草擬，那一天我有跟署裡的長官報告，這個還有牽涉到法規的問題，你如果說到偏鄉去沒有藥師，那藥師藥怎麼去，有巡迴醫療，但藥怎麼巡迴？法律上可能還要去解決，所以這個會在明年度以前討論出來，以後這個偏鄉調劑藥品怎麼解決？但是在解決當中，如果你沒有誘因鼓勵的話，我相信還是沒辦法達到目標啦，巡迴醫療也是鼓勵醫師到偏鄉去服務嘛，那要解決藥的人力這一段，我向 TFDA 的長官提到說這個法一定要考慮，但費用可能需要署裡面這邊幫忙一下，未來如果真的法能夠解決，藥師的服務費能比照醫師的診療費部分，怎麼來做調整？以上，拜託跟報告，謝謝。

主席

謝謝。有關 APP 查詢是有藥局，但是沒有藥局開的時段，時段沒有調查，這個有缺，但藥局是可以查的，而且有地圖，現在缺的是藥局開診的時段，這部分要所有的藥局來跟我們登入看診日程表。

賴代表振榕

這個我帶回去，請我們藥局~

主席

有些藥局禮拜天是沒有開的，那我請醫管組啟動藥局的調查及登入。

賴代表振榕

我想可以這樣子做，假如我們知道那個地方的基層診所開診，我們盡量協調周遭附近的藥局假日要開業。我想這是我們可以來做的，我覺得可以來做這一段，但變成說我們不知道到底...

主席

現在我們在推廣健保快易通 APP，讓大家都查得到假日開診診所，那現在是藥局的時段沒有，是不是請賴代表這邊可以帶回去，我們會請醫管組通知所有的藥局，透過 VPN 把開業時段登入上來，我們就可以融在這個 APP 裡面，讓大家查詢，譬如說偏鄉或假日，診所是否有開？處方箋有釋出或民眾要去哪裡拿藥，這樣也有可以查的地方，好不好？

賴代表振榕

這邊我要補充一下，這個我想我一定會回去努力溝通，但是現在如果我們跟基層合作，我們有一部份也要拜託我們醫師公會的大哥們幫幫忙，假日有看診的診所，如果他開藥的品項能夠讓我們有一點點掌握，備藥也比較不會讓醫師擔心說去到那裡，病人拿不到藥，因為我們沒有備到藥的話，當然會造成民眾的困擾，所以這個部分，我們會繼續努力，也拜託基層診所這邊也能夠幫幫忙，盡量促成說，假如假日或是偏鄉，藥師要來幫忙病人取藥的方便性，我們會來努力的，謝謝。

主席

謝謝，那還有哪一位代表有意見？來，請。

吳代表國治

首先，要謝謝署裡，效率非常的高，12/20 研商議事會議討論之後，我那天已經看到署長手裡拿的這個，我想那個應該是署長吧，而且我們也會要求我們會員，把這些 DM 貼出來廣為宣導，之前確實是宣導不夠，變成很多民眾不知道去哪看病。

另外一個，全聯會這邊也按照署裡跑出來的資料，不過那個我們會帶回去研究，我們當時有跟副座提到，我看跑出來的樣態還是非常得多，比如說有開診，平均看了十幾個，然後那個區域裡面急診三到五級的病人還是很多，那表示是宣導不夠，把它宣導，就會有效果；有的是開診率很高了，可是病人還是很多，那些病人除以家數，每一家可能三、五個就把它分掉了，那個也是宣導的問題；有些確實是它的人力比較少，他這個區域裡面急診三到五級的病人很多，那個我們會鼓勵我們的會員開診。這樣的樣態不同，再把它濃縮下去的話，我覺得這個效率一定就會出來了，這個其實我們全聯會會帶回去研究。不過一些相關的配套措施，還是想請署裡協助，比如之前跟健保會有關經費的問題，還有剛剛提到的，其實像我們藥界的委員提到藥的項目，這些署裡如果能做一個媒合動作的話，全聯會這邊也很鼓勵我們的會員，共同把問題解決，不過今天看起來第二個擬辦那邊，診察費調高二十點及合理門診量，這兩件事情我們的觀點是認為這是兩件獨立的事，因為二十點這個我們有充分討論過，我想大家都收到這個議程，這個議程看起來突然昨天就修改了，我們很也訝異，程序上如果要調門診合理量的話，其實應該回到總額研商議事會議去討論，如果不這樣做的話，各總額研商議事會議形同虛設，大家都直接往這邊來最有效率，但這個會一定開不完，所以我建議這個要拿回去，更何況這次調整診察費是因為總額協商後所做的調整。那合理門診量的調整跟總額協商的成長率事實上是不相關的，任何時間都可以提出來，只要在預算中平的原則之下，都可以做這部分的調整，我是建議這兩個把它做脫鉤的處理，事實上研商議事會議已經通過的話，這個就能調高二十點，合理量部分我們全聯會也會帶回去研究，可以再提出來，以上報告，謝謝。

主席

謝謝吳代表，還有沒有哪一位代表？滕代表。

滕代表西華

首先，這個表沒有單獨把家醫科列出來，在今天的會議資料裡面除了內科、兒科，就是把它歸到其他科，我是覺得有點可惜啦！

主席

含在內科！

滕代表西華

但它不應該在內科！我覺得應該要單獨出來，因為你要作 GP 就是應該把家醫科列出來，不過這是小事！只是說看資料才提。我有幾點想法是這樣，應該要廢除所有看診天數 25 天的限制，為什麼呢？因為基層跟醫院不一樣，基層的開業醫自己就是老闆，基本上他是雇主不受勞基法的規範，除非他聘請的醫師跟所有的其他醫護人員、藥師等醫療人員，那是另當別論。那如果要符合一例一休是可以在休息日班的話，它自然形成 26 天的開業天數，它的工作體系，本人不算，雇主不受規範，他想要 30 天、31 天，天天都看診，他自己一個人沒有其他人，那當然可以。可是在其他醫療法規，還有我們健保的支付標準，它必須要搭配醫療人員，所以假設是這樣他要嘛增加他的加班費，在其他員工的例日，我講的不是休假喔！在例日的時候再另外聘人，來做醫療服務，他還是可以開 30 天的診，不是自然形成的最高開診量 26 日。所以，我覺得對這個開診 25 天的限制，我覺得是可以不必！那大家有點誤解一例一休，一例一休不是說你一定要休禮拜天，而是說你一個禮拜內一定要有一天不能工作要休假，就是一個人不能連續工作七日，所以原本假日的診所，診所的開業醫自己就是老闆，它如果選擇它的例日是禮拜一，休息日是其他天，或者休息日是禮拜天，例假日是禮拜一，那當然在休息日，若員工有上班、受雇的醫療人員上班的時候，就要給予現行勞基法修正案調高的加班費，這個在健保的會議上我們講婦產科那部份我有表達過意見。所以，它會增加的是加班費的成本，在其他的工作人員裡面，他至少一定會休一天，一天例假，就是做七休一這部份，之所以特別強調週日，是因為醫院在週日不開診，週六開診，會希望診所在週日能夠在醫院沒有開門診的情況底下，儘量能夠照顧到需要看病的病人，但是我要講，這個東西跟一例一休其實沒有關聯。所以，我支持全聯會的提案，週日開診的部份要不要另外加診察費，其實按這樣的邏輯看起來是不太合理。我剛剛講有的診所或者是新開業的醫師，它可能會有市場區隔，它會選擇在大部份的人不開診的時段開診，這也是一種經營管理的方式。那要不要用特別的診察費去鼓勵，我是蠻保留的。就像我對婦產科夜間的生產在健保會提到的一樣，我們不用加班費的名義去獎勵，而是如果特殊的時段，在生產上面耗費的人力跟其他的醫

療成本不一樣，它應該回到支付標準去，包括醫院體系，在夜間、在特殊時段生產都應該回到支付標準裡面去提，而不是用加班費這樣的名義，看起來在週日是有這樣的意涵。但是合理門診量是不是第一階段要放寬，我覺得沒有意見，特別是如果在週日醫院比較少開門診的部份，希望能夠去在合理門診量的第一階段裡面去放寬或是調整診察費，這一點是尊重醫師公會跟健保署的協商我沒有意見。但我是非常不鼓勵週日有特殊支付標準，因為用獎勵開診這種方式去解決，我覺得基層的開業醫自然會去評估。

最後一點是我們統計裡面，是鄰近醫院三到五級急診的病人，憑良心講，除非三級是被 Upcoding，除非是四級的 Upcoding，否則如果他真的是三級的急診病人，我不覺得診所吃得下來，他還是會去醫院或是診所直接把他轉去醫院，那多一次轉診、多一次診察費、多一次掛號費，民眾就要多一倍的時間，他就這麼急了，有沒有效益我自己是很懷疑的。所以，要算的病人應是四、五級的。這邊很多基層的開業醫師，我自己也許是外行啦！以我的經驗裡面，我剛剛講除非他三級是被四級 upcoding，若可以吃下真正三級的病人，那怎麼會是只調整 43 塊就能解決的事情。他需要人力檢驗、其他的設備，不是一般的診所，特別如果是特別專科，家醫科、內科可能還沒有辦法，很可能只有特殊的診所可以，比如精神科、復健科或是其他特定的科別，眼科或是什麼，傾向一些外科系的，它可能比較有辦法，我不曉得是不是在座的去指導。我覺得這個表裡面用週日三~五級顯然是對病人數有高估，我不曉得壯大基層有沒有那麼快可以吃下三級的急診的病人。所以，顯然這個預算會不會因為這樣就多估了，因為你把三級的病人算進來，那如果是這樣降低了醫院三級急診的病人，我們可能要知道醫院到底少了多少人，因為這跟醫院總額的算法也是有關係。我覺得在急診的加成獎勵或者其他的上轉彙整，這個都有關聯，不應該只是算這些部份，假如急診真的可以三級吃的下來，明年總額協商另眼看待。這是我的意見，謝謝！

主席

好~謝謝，滕代表！來~葉代表！

葉代表宗義

現在很亂，我感覺台灣只有勞方跟資方這兩樣，現在只有解決勞方的問題，

我們醫院也是這樣只有勞方跟資方而已，但我是站在資方，今天我絕對支持資方。今天裡面有提到一個 20 點的，我 100%的贊成！因為現在未來很多勞力、勞工，我們付出很多人力很多漸漸的會提高，提高到最後，所有百貨公司、所有什麼公司一定價格都調高。這個問題如果不依法，你說都不給他通過，我都覺得 20 點不夠，應該還要再增加，以後才不能有醫療的糾紛，或者是勞工、我們的醫護人員發生很多問題，我是絕對支持這個 20 點。謝謝！

主席

謝謝，葉委員！其他還有沒有哪位代表要表示意見？好~干代表！

干代表文男

大家都說勞方，我是純粹代表勞方。這個沒有對立，而且都很和諧。勞動形態已經改變，會造成成本的增加，這個大人小孩都知道，至於說要增加哪個地方，20 點夠不夠？還是會超過？我請教各位醫師跟所有的醫院負責人，你們知道這樣差多少嗎？如果沒有特殊的想法，我想這個案子就給他通過，三個月後，勞基法已經真正有進入一點的，才知道這個 24 點是否符合成本，如果不足的話，那個時候再怎樣調整一下，這樣比較溫和。要不然的話，今天說要訂 50 點或訂 100 點，我們都沒有關係，但是到最後總額分配錢已經在那裡了，但你不足，那怎麼辦？又不能追加，我想是先溫和，三個月以後，拿出來檢討，該調多少點再調多少點。這樣比較牢靠，不然這樣講不清啦！以上！

主席

謝謝，干代表！還有沒有哪一位有意見？好~如果都沒有意見，首先謝謝賴代表提的有關藥局的部份，故藥局執業的時段，透過 VPN 來登錄，這件事情我們就來啟動，登錄的結果我們就把它放在 App 裡面讓大家可以查詢，特別是禮拜天開業時段可以查詢。我們的時段是分上午、下午、晚上，這個部分再麻煩賴代表回去以後能夠轉知會員。另外，剛剛後面附的這個表，這個表的部份就包括診所的，最主要是假日診所的開診情形，開診不夠的區，我們有劃底線，麻煩賴代表也參考一下，那附近如果有藥局可以跟診所合作的話，應該更好！

其次是調高第一段合理門診量門診診察費 20 點，從 332 變成 352，那這一點我們是不是今天就通過？那通過，我們還是期待因為假日診察費沒有價差，

所以假日開診還是麻煩醫師公會全聯會能夠在開診率低於 25%的地區，優先協調當地的診所能夠在假日來幫助紓解急診不緊急的病人，不緊急的病人可以用門診來解決，那一個月內可不可以將輔導的結果來告訴我們。

吳代表國治

是不是我們帶回去，我們會請各縣市醫師公會去 review 一下跑出來的資訊，因為這中間的樣態，就像我剛剛講的，還是有不同的樣態，那我們還是會把它的優先次序訂出來，希望能跟署裡再坐下來，好好商量一下，怎樣按這次序，署裡是不是能夠認同，我們來做這個處理，至於其他的這個平台媒合的部份，還是要請署裡來幫忙。甚至其他的鼓勵措施，比如健保會的提案，這些還是請署裡來協助。

主席

我們先講開診的這一塊，這個資訊就麻煩全聯會把它帶回去研議，全聯會若對此資訊有意見都還要跟我們討論，我們都非常願意跟大家討論，釐清真正不足的地區在哪裡，然後請縣市公會的理事長，可以動員大家來協助這件事情，那我們希望這件事情能夠配合。另通過 20 點在我們的行政程序，基本上也要 2 月 1 日才會生效。因為有預告、再公告程序。

那第三點就是合理量，放寬合理量 25 天的限制，本案今天就不在這裡討論，那必要的時候就照吳代表的意見，再提到總額研商議事會議去討論，如果真有需要就採預算中平的方式去處理。最後滕代表提到的，我們後面的這個表沒有家醫科，我們同仁是說併在內科裡面，那真正如果要去確認的話呢！APP 就可以確認，APP 可以知道假日開診的是哪一家、哪一科，可以在我們 APP 進一步去確認。再來是葉委員、干委員，都是支持的。

最後我們原來提到健保會要動用緊急專款的部份，因為那個案子還在健保會沒有討論到，若屆時沒有討論到的話，大家再一起來看看要怎麼處理，好，以上這些這樣的決議，可以嗎？吳代表！

吳代表國治

這裡提到的是第一階段的合理量，不過事實上全聯會當時提案是建議一般門診山地離島跟精神科門診都是 1~30 人次調整，第一階段是不一樣的。

主席

我們算的時候山地離島是算 50 人次？還是 30 人次？我們算的時候是用原來的 50 人次，整個第一段，所以總金額才會是 21 億。

吳代表國治

我們是希望都是 1~30 人。

滕代表西華

我有印象，你們有一次會議我還去參訪，請健保會提供山地離島從 30 點放寬到 50 點，那現在理事長又要從 50 點放到 30 點。

主席

他本來就是 50 點！他現在意思是說，20 點只調他們第一段 50 人次的前 30 人次。

滕代表西華

不要啦！山地離島看到 50 人次的也很少啦！就是說高於 30 人次的人真的很少，沒有多少錢。

陳副組長玉敏

而且現在山地離島只跟一般地區診察費第一階段一樣價錢。

滕代表西華

對啊！Okay 啦！

黃代表振國

還有就是精神科。第一階段到 45 人，稍微多一點。

主席

現在我們的算法都是第一段，剛剛吳代表的意思是說，不管山地離島、精神科，或者是一般地區，它都只願意前 30 人次提高

滕代表西華

維持合理門診量，但只願意提高前面 30 人次的點數？

主席

我們現在這樣會超過一點點，但我們的會議協商成本指數是 21 億嘛！

滕代表西華

他其實看到第 31 個，他愈來愈累，你錢給他愈來愈少，這樣不要啦！愈來愈累，領的愈來愈少！這樣不好啦！(37:35)

主席

好~謝謝！請問這樣的決議還有沒有意見？請~賴代表！

賴代表振榕

補充剛剛醫界代表所說的，其實小事情不用馬上叫署裡出來協調。如果未來在假日門診的部份，地方的醫師公會跟我們藥師公會可以坐下來談，一起服務偏鄉的民眾，這 Okay 啦！所以，我們醫界幫忙一下假日有看診的醫師，他用的藥品也給我們知道，我們會來促成藥師配藥來服務。這樣服務如果順利的話，也不一定只有假日嘛！一到六都可以合作，我想各位也樂觀其成！因為一例一休剛剛滕代表講的嘛！加班費那個算起來就很可怕了！

第二個，我還是要再拜託一次了，藥師服務費署裡面真的要再幫我們考慮考慮，既然假日醫師有在調，我們的藥師服務費，我不是說今天一定要有什麼答案出來，但是只是說未來在這個部份，因為藥師服務費也是一塊的給付項目。所以，那也應該要幫我們考慮，因為我不知道這在協商的時候我們有沒有，這是最後講的，不再耽誤大家的時間，謝謝！

主席

好~謝謝！那隨著賴代表的這一塊，我們就再追加一個決議，就是有關週日開診診所如果有需要跟藥局合作，就麻煩縣市醫師公會的理事長跟藥師公會的理事長去好好談一談，各自處理。至於藥師服務費這部份是否要調？我們就錄案了，謝謝賴代表提出來！我們來看看有什麼樣的可能性。

滕代表西華

主席，既然賴代表的話錄案，那我講一下，最後一次擔任委員的會議，我講一下藥事服務費。我覺得全民健保雖然這幾年有另外在專款編列居家藥師的

費用，但我其實是不支持另外追加居家藥師服務費用。我支持的是藥師服務的病人要分層級，就是說他今天服務多少慢性病人，或是服務一些比較重度疾病的病人，他在調劑跟服務上面本來就比較複雜。或是在投藥途徑，像現在在宅醫療的，他其實在到宅的服務層面也比較高，我覺得藥師服務費應該要採用醫療給付的分級，當服務比較重度的病人、比較麻煩的病人、比較需要多科協調的病人，他要跟很多的醫師協調等等，跟他服務單一慢性病人、年輕人等，我覺得那個耗費的心力是不一樣的。假如藥師想要拿回審閱權，不是只有調劑，可以進一步發揮專業，讓醫師也可以看見藥師的專業。我覺得既然要錄案、要討論藥事服務費，我覺得是要通盤的檢討，藥事服務費應該要分層分級給付！謝謝！

主席

謝謝！好~那就是多了剛剛的那個要錄案的，再把滕代表的意見放進來，就是按照調劑的複雜程度，研議藥事服務費。

賴代表振榕

滕代表講到我們藥界的心聲啦！謝謝滕代表！

主席

我們就把調劑的複雜度也錄案！好~那請張代表！

張代表孟源

主席、各位委員大家好，我是覺得各個專業我們都尊重。其實剛剛滕代表提到的，很多的多重疾病，或者是多方面整合其實在這一方面，我是內科醫學系的，很多老人家多重器官的問題，所以是不是老人家多重器官、多重疾病，除了藥事服務費要調整以外，醫師的診察費希望也可以調整。因為這個方面的願望，我是說對於多重慢性病或是老年衰弱的一些病人的時候，這一類的病人，我希望在明年總額協商的時候也可以納入考量。因為我們這個案子，關於這種多重疾病的問題已經提了好多年了，不是今天而已。剛好主席有提到、委員有提到，我們就想說把我們這方面的願望也提出來跟主席、跟各位主席來報告，謝謝！

主席

謝謝！那我就再補充一下，剛剛藥事服務費要錄案，那事實上藥事服務費都是在總額內的！所以包括藥事服務費的調整都在非協商討論的範圍內。所以，今年的非協商成本指數已經用完了，今年比較沒有空間可以再討論這個議題了！那明年依然會有非協商費用。那不管是張醫師所談的，或者是賴代表所談的，都可以在明年的非協商來做調整、微調納入考慮，這樣可以嗎？可以喔！其他代表對於這一題，有沒有其他的意見？好~那我們這一題就討論到這裡，就確認了！謝謝！那我們接下來，下一案！

第二案

案由：106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「連續血糖監測」等 4 項診療項目案。

主席

好，謝謝，這題共有 4 項，請大家看 A3 那張，P29「連續血糖監測」，經上次討論，大家提出許多意見，特別是適應症條件，大家認為不明確，所以今天補充附件 2-1-1，這張左邊第一個是原提案的內容，也就是上次討論認為資料不明確。今天我們邀請內分泌學會、糖尿病學會、兒科醫學會跟提案單位彰基代表與會，希望能對於上次代表認為有疑義的地方再做說明。彰基的莊醫師請。

莊武龍醫師(彰化基督教醫院)

各位大家好，我們人低血糖的時候可能會發生車禍，若比較嚴重就會造成兩個家庭受損，我們會提出這個治療跟檢驗，目的是要降低病人的低血糖。這項檢查的適用族群，我們先訂在第一型糖尿病病人，第一型糖尿病病人是好發低血糖的族群，依台灣目前的統計，大概接近 80% 的病人是小於 40 歲，也就是這群人是非常具有生產力的。關於血糖過度起伏，上次大家認為不明確，我們提出更詳細的，最近 6 個月兩次糖化血色數值大於或等於 8%。至於第 3 點需要他人協助，是定義被路人發現倒在路邊或是發生車禍需要到急診診治，或是在家被發現且叫不醒，被送來醫院。可以有明確的病歷紀錄跟事實證明，所以在這兩點上就提出詳細可供參考依據，以上。

主席

再來請兒科醫學會丁醫師。

丁瑋信醫師(臺灣兒科醫學會)

大家好，我的意見跟莊醫師類似，關於定義不明確，我們做了條件說明。關於第 1 點，最近六個月兩次糖化血色數值大於或等於 8%，表示病人血糖長期控制不好，再加上血糖過度起伏，我想這臨床上醫師應該可以判斷。再來，嚴重的低血糖，如果有到急診或住院紀錄，也是需要連續血糖監測找出他的原因。我想經過這樣的修改，對於之後的審查條件會比較明確，大家也比較也遵循的規範，以上，謝謝。

主席

還有內分泌學會與糖尿病學會的代表李醫師。

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

大家好，我代表內分泌學會與糖尿病學會，關於連續血糖監測，學會的意見是此項真的有必要，因為第一型病人常常會有低血糖，低血糖就容易有意外，醫師會因為低血糖關係不敢積極控制，反而會變成高血糖，波動很大。比起原提案內容，這 4 個適應症都有明確的定義，所以本學會是贊成。

主席

好，附件 2-1-1 有三欄意見，剛剛提案單位莊醫師說明後，是否也同意兒科醫學會彙整的意見？因為原本彭基建議文字內容是不一樣，但現在是否已經統一成與跟兒科醫學會彙整的意見相同？是，那就請大家看中間那一欄，來開放各位代表表示意見。

羅代表永達

主席大家好，在附表 2-1-1 未來要執行部分，不應以中間那欄，我覺得提案單位的內容比較合理。再來成本分析裡面，有很多數字是不是很寬鬆，比如糖尿病的衛教師每人成本不低，又用到 85 分鐘，其實我們很多東西都有衛教，但這凸顯衛教成本很高。再來，我們 106 年總共有 3.93 億，還沒到 106 年我們已經用到 0.723 億，這項他的 Priority 很高嗎，我不知道，在我們這邊只是審這件事會不會過，可是我們把它用完以後就沒有喔，也就是我們目前只剩下 0.975 億可以使用。理論上應該是保留一點費用在年終的時候，追加新科技，可是還沒到 106 年就剩 0.975 億，如果這段時間有什麼就必須要排擠掉，因為它不像藥品

有替代率，它是一個新的東西，這用完以後就一定造成其他東西的排擠，我有這3個問題，以上。

主席

謝謝羅代表，請潘代表再來滕代表。

潘代表延健

我這邊是想問關於預估執行的次數，適應症裡面針對第一型糖尿病人跟新生兒糖尿病等3類病人，出現下列4種狀況就會納進來，所以這3類病人在全國的人數大概是多少？這可能會關係到全國母數這麼多，那這相對的百分比是多少？因為這會影響到我們整體預算推算的使用點數。第二個，我也跟羅代表一樣，糖尿病的衛教師耗用的時間，85分鐘是全程在跟病人的衛教還是？應該要交代一下這85分鐘所執行的內容，以上兩個問題。

主席

接下來滕代表。

滕代表西華

有關兒科醫學會後來修正的適應症，我有幾點請教。因為我們對象裡面除了第一型糖尿病跟新生兒，在第一點指的就是高血糖，第二、三點才是低血糖對吧？是，那第一點是六個月內兩次糖化血色數值大於或等於8%，新生兒顯然就比較困難對不對？我意思是這應該是兩三個月驗一次，這跟飯前飯後血糖不太一樣，我也不知道我講得對不對，我理解是這樣。假如是這樣，這最近六個月也就是三個月驗一次或兩個月驗一次，是嗎？若是這樣的話，我建議不要用最近六個月兩次，應該是明確說幾個月一次或者多久，會不會是比較有規範？我不知道可不可以，若可以，這樣也符合這條件。且新生兒有可能六個月內兩次？符不符合新生兒照護的即時性也請說明一下。

再來，有關第三點：最近三個月有因低血糖曾至急診診治或住院這部分，假如他是糖尿病共照網的病人或是家醫群，他就可能不會急診或住院？還是這檢驗本身必須是住院的病人才用的到，我意思是會不會有病人不是到急診或住院但卻符合這適應症？這是我第二個請教。

第三個，上次會議我有提到支付規範的第三點，我其實不是非常支持只限糖尿病共照網的機構申報，我比較支持彰基後來改的，就是需同時有醫師、衛教師跟營養師介入。這大部分是共照網才有這樣的 team，但我意思是，既然是這樣，技術上我們用彰基後來改的，也差不多接近共照網。且不用共照網的用詞，其實是有一種鼓勵，就是醫療院所非常認真，他雖然沒有加入共照網但也有能力照顧這樣的病人，不是把資源都放在試辦計畫的病人。這是我一貫的發言，對其他也是一樣的立場。所以是不是請兒科醫學會或內分泌學會跟糖尿病學會能否一併參考看看採彰基建議的第三點，謝謝。

主席

謝謝，羅代表請。

羅代表永達

我補充一下為何我贊成彰基的提案，因為他成本分析裡，有提到他必須要有糖尿病衛教師跟醫事人員介入才會有這麼多錢，否則是沒有，在我們兒科醫學會裡面的條件裡是不需要的，那錢要不要拿掉？我舉個例子，我們糖尿病衛教師每分鐘是 7.1 元，若 60 分鐘 8 小時，他每天日薪 3,408 元，若月薪是 7 萬 5 千元，這顯然是高估的。若採用彰基的話，我覺得這些都得刪掉，即使採用彰基的話這費用我也覺得高估可否解釋一下，以上。

主席

好，大家還有沒有意見？先請彰基莊醫師說明。

莊武龍醫師(彰化基督教醫院)

謝謝各位代表的發問，事實上這衛教不等同於一般糖尿病回診的衛教，因為做這項檢查，有很多的東西要先知道，比如說低血糖如何處理，或他平常本身不太會量血糖，或量血糖方式不正確。所以糖尿病衛教師必須重新確認跟教學。再來，若第一型糖尿病病人，他有可能有注射的技巧問題，若有問題就會影響我們的判讀，所以這些細節全部都需要重新確認。再者，以我們臨床經驗來說，有時會影響血糖的藥物，不只是糖尿病藥物還有其他科的藥物，所以包括雲端藥歷還有各位其他科醫師的用藥，甚至於抗生素或者一些免疫風濕科的藥物包含類固醇，都是需要做病例詳細記錄，甚至記錄到他何時吃，這都會影

響血糖的波動，所以絕對是紀錄的非常詳細，而且做連續血糖的紀錄，不是記錄血糖數值放上去就可以，還要同時記錄他飲食。吃什麼都要拍照，還要做血糖配對。雖然是寫衛教時間 85 分鐘，但它分好幾個部分，裝機前的衛教跟裝機後報告出來，針對報告所做的建議還需要再衛教一次，所以以我們平常的經驗來說，這其實不一定有高估。反倒是醫師耗用的時間，我必須說其實是低估，因為醫師判讀報告還需要跟營養師跟衛教師討論，光打字就不只 5 分鐘，我們現在用 10 分鐘其實是低估。

至於第一型糖尿病人數，在 2007 年論文統計可能大概 8 千人，目前到今年推估可能到 1 萬人左右。以上是我的回答，不知道各位委員還有什麼問題。

主席

好謝謝，兒科醫學會、糖尿病學會、內分泌學會，還有什麼要補充的？

丁瑋信醫師(臺灣兒科醫學會)

謝謝各位委員的發問，關於新生兒的糖尿病，目前認為是基因突變導致的糖尿病，通常得病以後，這樣的小朋友胰島素缺乏的情況是終生，所以一旦得到糖尿病以後就必須長期做注射。不過，最近對這些族群有一些口服藥的治療，所以新生兒糖尿病不是只有在新生兒時期才是糖尿病，他是在新生兒時期診斷得糖尿病，所以是終生得血糖控制，使用連續血糖監測判斷是有幫助的。

第二個，通常這些病人發生很嚴重很嚴重的低血糖已經昏迷或抽筋，大概比較少會送到診所，當然也是有可能但機會不高。不過如果大家建議他有低血糖需要其他人幫助而送到診所，我想把這條文修改只要有低血糖就醫的紀錄也是可以，可以送到常常去的診所做處理，只要有就醫紀錄就可以，非限定要在急診或住院。

再來，有代表提到不一定要糖尿病共照網，剛剛莊醫師說 CGMS 裝了以後其實後面的事情非常多，我們要怎麼判讀這樣的 data，他的飲食藥物等，這是需要非常多的 Team work 幫忙，當然，如果一個診所或機構同時有醫師、衛教師跟營養師，也可以做這樣的事情。只是我不知道一般的診所配備這樣的人力的機會大不大，只是提出共照網，是比較簡單的認定，以上。

主席

好謝謝，羅代表。

羅代表永達

針對支付規範，兒科醫學會提到的是執行檢查人員，彰基部分是明確的說醫師、衛教師跟營養師要介入，這兩種人員也沒提到要有課程訓練，其實在做層層的限制。如果假設醫師、衛教師跟營養師同時要介入的話，我覺得在規範裡面就要寫清楚，而不能只寫「執行檢查人員」就把它完全規範在裡面。

我剛剛說提的不是 85 分鐘，是每人每分鐘 7.1 元是怎麼算出來？第三個，我還是質疑這件事情的 Priority 有這麼高嗎？高到我們現在決定後就用掉 6 千多萬，未來 106 年我們有東西想納進來的時候，就會被排擠掉，因為這沒有替代性，所以我只是想問各位代表，這件事情是否在此時此刻就需要讓它通過？

主席

醫管組這邊要不要說明一下。

陳副組長玉敏

剛提到衛教師的成本估算，補充一下羅院長的估算方法。我們在算單項成本費用時，是乘以工作負荷比例，而且扣掉例假日，所以算出來的工時，是真正有投入的部分。例如醫師的工作負荷比例可能只有 60%，衛教師可能估 80%，就是一天 8 小時，只有 80% 工作負荷比例去乘，所以計算出的每分鐘成本高，但月薪無法這樣直接回推。有關單項成本公式，大家可以參考之前拜託大家調查醫院診療項目成本的資料，裡面有說明成本公式。

主席

好，林代表請。

林代表綉珠

在成本分析的部分，事實上糖尿病衛教師需要一段時間養成，不會由新進護理師擔任，所以我相信基本年資至少五到十年。大部分的醫院都是如此，且需經過很多的受訓跟課程，才有可能擔任糖尿病衛教師，所以相對的薪資結構會比較高沒錯。所以用 1 分鐘 7.1 元，他實際工作時間如果有 85 分鐘，雖不會全部都在做這件事，但如果專注在做 85 分鐘，他的單價成本會提高沒錯。所以

用 1 分鐘 7.1 元，事實上並不高，以上。

主席

好，請吳代表。

吳代表美環

我剛剛跟滕代表討論有關嚴重低血糖需他人協助的定義，為了讓以後的做事流程能順暢，如果低血糖先到診所處理，還是建議能再到醫院做些處置，所以是不是維持原來的建議會比較好點。

主席

原來的建議？

吳代表美環

就是兒科醫學會的建議會比較好點。

主席

好，請內分泌學會跟糖尿病學會~

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

補充優先次序的問題，第一型糖尿病病人在實際照顧上，會有一部分病人血糖起伏會非常大，透過連續血糖監測，是可以減少這些人送急診的費用及社會成本。再來，假如常常低血糖的病人，醫生會放寬他的血糖控制，就是控制的沒那麼好，這些小朋友或病人在未來發生併發症的機率會比較高，併發症處理的急性跟慢性的費用會更高，加上社會成本，因為糖尿病併發症，大部分是說有併發症後會失能，他就沒工作且需要有人照顧，如果考量這些的話，學會這邊是支持此項通過。

主席

好，請王代表。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

主席不好意思，因為剛剛潘代表問到有關針對此項預估一年執行的總次數是如何預估，剛剛好像沒有聽到答案。在我們目前討論的不論彰基版本還是兒

科醫學會的版本，都是有強調一年最多執行兩次。假使我們現在估算是以第一型糖尿病符合此條件的人數來做預估，則年度總次數顯然低估，預算也不會是所謂的 6 千萬而是 1.2 億，我們 106 年新增修預算大概會只剩 0.1 億。是不是能先確認我們目前估算的總執行的次數是如何計算？

再來，我們提案單位、兒科醫學會跟許多代表似乎是贊成，我想回過頭詢問一個問題，對於現行第一型糖尿病的患者，我們如何避免低血糖的發生，給予的處置是什麼，我們是用什麼樣的檢查或透過什麼模式來監測他的血糖？這部分，我們健保費大概支出是多少，相較於這一項能否做一個比較？以上謝謝。

主席

好，這部分學會有沒有要回答？

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

第一個問題，不是所有第一型糖尿病病人都需要做連續血糖監測，只有部分的人血糖起伏非常大才需要做，實際的數字可能要問彰基他們當時是如何推估。第二個問題，其實要裝連續血糖監測主要是看病人半夜的血糖，因為白天若他有症狀他會去測血糖，若他沒有症狀，他會定期測血糖。可是通常沒有人會每天在半夜爬起來看自己有沒有低血糖，所以有些第一型糖尿病病人長期低血糖沒症狀，他去睡覺後隔天叫不醒就送急診。第一型糖尿病患者測血糖，機器部分不給付，試紙有給付。這項目前是無法 cover，也就是新科技帶來的好處，以上，謝謝。

主席

好，謝謝，各位還有嗎？本項要再分幾階段讓大家討論達到共識。首先，代表提到成本、次數等問題，前提是這項是否要考慮要納入給付，若要，我們再討論如何修改適應症，若不考慮，這意見大家就參考。本項已經是第二次討論，要不要納入給付，用今年的預算來支應，大家看法如何？

羅代表永達

我個人是反對，但我希望在年中以後再來討論這案子，就我所知還有很多新的案子要提出來。若現在錢都用完了，其他就都不用考慮了。這順序性有這麼高嗎，就我所問到的，好像沒這麼高。我們今天如果支援是無限的，當然我

個人會贊成，可是當明年只有這些錢，你在還沒有到 106 年的開始，就把錢用到一大半，我個人是反對。

主席

好，羅代表的意見是反對，其他代表如何？請林代表。

林代表富滿

雖然預算有限，就目前提出來這項，剛剛討論來看是有給付的意義，應該就本項是否要通過健保給付來評估，而不是預期未來的預算會用完而決定此項不通過，等到半年後看有沒有其他案子再來討論。

主席

新的案子陸續都有，沒有停過，當然到今天為止，資料有整理好且開過專家諮詢會議，我們就盡量在今天提出來。但是後面提案還是有，當然我們依序討論，先到先送審先提，因為永遠沒結束。但還是聽聽各位代表的意見，請千代表。

千代表文男

我希望我們這裡的專家有、這個、兒童醫院的院長喔，請他來做一個比較正確的看法，因為這個很細很細，我們代表有的也、我是聽不懂這個東西，這個太細了、太專業了，是不是可以做一個分析、比較正確的分析，就不要耽誤太久，謝謝。

主席

好，吳代表難得來，今天特別來，為了這一題來的，好、來，請吳代表。

吳代表美環

其實也不是，因為我們比較了解，我比較接觸到的是孩子的糖尿病啦，孩子的第一型糖尿病跟一些比較早期發病，我們前幾天才看到一個一歲的，那他糖尿病之後就產生我們叫做 Ketoacidosis 酮酸中毒，那個都是用很厲害的臨床表現，而且住在加護病房，那個個案討論完畢的時候，其實結語就是說希望這個東西在健保能夠早日通過，讓這些小朋友不要這樣常常有這種狀況。所以我們那時候就很期待說這一次的會可能有佳音。不過，這裡我覺得可能那個、羅院

長擔心的是不知道大人那一塊有多大？那大人這一塊可不可以請大人這一邊來估一下這個數值？因為小孩子的量是很少、大概是、大概頂多、其實在台大醫院裡頭一直在治療的也是一、兩例，不是大人第一型的喔！他們是第二型比較多，第一型。

吳代表美環

是不是我覺得如果有個數值讓那個代表們覺得不會把明年的預算都用完，可能就會比較容易。那是不是這個數值可以再做一個說明？可能比這個數值、就不會是到零點多少億去。

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

提供幾個數字，第一個就是說大概領有重大傷病卡的第一型糖尿病的病人大概是 8 千人。

滕代表西華

這是現在的病人？

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

現在、對，那這邊提醒一下，通常連續血糖監測，我們是拿來診斷血糖的模式，所以做過一次、兩次，我們知道問題所在，就去改變治療，那後續通常隔年不用再做啦。也就是說他不是說每年做兩次，而是說一個人可能做一次或是兩次。那再來就是說，8 千裡面大概多少需要這樣？說實在我的門診病人會需要做到這個的沒這麼多，如果提一個數字可能、比如說 10 個 percent。

莊武龍醫師(彰化基督教醫院)

他們是說那個統計糖化血是不是 8 以上的，大概 30%，那個 30% 是每個人都去做，可是實際上不會 30% 的人去做。

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

所以或許搞不好就是 10 個 percent。

滕代表西華

一萬三千多是你的 MAXIMUM 最高還是？

莊武龍醫師(彰化基督教醫院)

對，一萬多人如果符合這個條件，假設只以血糖數值來看百分之 30，就是說如果說血糖數值如果都 8 以上的百分之 30，可是這個不是說他血糖高每個都一定要去做的這個，醫生也會評估有沒有需求，不是說血糖高就做。

吳代表美環

對，我想大家的擔心是目前沒有健保給付，關於以後變成健保給付，個案數會增加啦。那我想大家的考量也是一個要面對的事情，不過大家都很願意讓新科技可以被介入，所以你能不能再稍微把這個數值再~就是說不要讓大家覺得那個案會~因為有給付了嘛，我們就為了讓病人覺得說血糖控制比較好，那用的次數會不會增加這樣子。

莊武龍醫師(彰化基督教醫院)

我可以補充一個心理層面的問題，就是說如果我是病人的話，我不一定會願意接受這個檢查，因為第一個你還是要量血糖，第二個它是侵入式的，它不是一個糖果、它也不是一個玩具，所以不是醫師開立檢查就願意接受，我是覺得這 30%，還是偏高估。

羅代表永達

你要告訴我說 13,500 是怎麼來的？

主席

如果大家真的這麼希望知道 13,500 的話，我們請同仁說明一下 13,500 是怎麼來的。

張技正淑雅

謝謝主席跟各位代表，然後我幫他們解釋一下。13,500 人次怎麼算出來是因為學會當時提出計算第一型重大傷病的人數是 10,800 人。那這 10,800 人就如同剛剛彰基的醫師講的，約有 30~35% 的人全接受連續血糖監測，

學會當時我們大家專家討論的，是用 35% 的人在第一型裡應該每半年要去追一次，所以這樣的結果去計算 35% 的人，然後 3,700 人，那一年追兩次，這個數字算出來就是 7,560，7,560 是第一型 35% 糖化血色數大於 8 的人要被追蹤的

人次。剩下來就是大人的部分，在大人的部分因為要符合這些條件，學會跟專家的醫師大家都認為大概是 55%，在 10,800 人裡頭的 55%，約 5,940 人次，算出來就是 13,500 人次。謝謝，以上說明。

主席

這個喔，這個真的是極大值。這個極大值是說 10,800 人是我們現在第一型糖尿病的領重大傷病的病人，差不多是一萬人嘛。35%是高血糖，HbA1c 大於 8 的，那這個每半年要執行一次，就一年執行兩次的意思。但是呢另外有 55%，他是低血糖的，所以每一年執行一次就好。此外假設每個人都來，才會有 13,500 人次，那現在看起來，剛剛幾位醫師都認為，這個東西不可能每一個人都來嘛，那你們認為大概幾%會來，我們就打折啦。

丁瑋信醫師(臺灣兒科醫學會)

因為 35%是糖化血色數大於等於 8 的，而且要連續兩次，所以更嚴格。那另外 55%、我記得好像是糖化血色數小於 8，而且每年一次，所以後面那個是 0 啊!後面高所以那 55%是 0 啊。

主席

0 嗎？不是每年要執行一次？

滕代表西華

那萬一有昏倒或低血糖他還是會來啊!

丁瑋信醫師(臺灣兒科醫學會)

可是不會每個糖化血色數小於 8 全部都會昏倒。

主席

所以比例是多少呀，13,500 現在就代表每個人都來的情況下，而且每個人都做滿、該做滿兩次的就做滿兩次，那現在呢，實際上不會那麼高嘛是不是？

丁瑋信醫師(臺灣兒科醫學會)

一定不會這麼高。

主席

那應該多少嘛。

吳代表美環

12,000 好了，12,000。

主席

12,000 也太多了。

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

我自己的經驗，其實是大概~我自己的病人大概是 10 個 percent。

主席

10%那就是 13,500 的 10%嘛。

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

不是、不是、不是，10 個 percent 的、比如說 10,000 人的 10 個 percent，那就是、因為即使因為他血糖高，我們還有其他的工具可以做。

滕代表西華

沒有、沒有，醫師你的意思是說，剛剛是 35% 以下的那個高血糖大於 8 的，HbA1c 那 35%，理論上有比較高的比例會進來，我們就全包好了，那 3 千多。那你剛剛講的 10% 是那 55%、百分之 55 裡面是低血糖的人？

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

不是、不是。我的意思是 TOTAL 10PERCENT...

滕代表西華

那沒關係，那就是高血糖的大於 8 的我們現在全包。那你現在估 55% 會有多少，這樣會不會比較簡單？

主席

不是嘛，就不是這樣~

滕代表西華

不是這樣？

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

因為高血糖、高血糖不會每一個都來、都需要做...

滕代表西華

都不會來？反而是低血糖 55%的機率比較高是不是？

主席

也沒有，大概就是只有 10%。

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

低血糖只有我們不清楚他為什麼、然後懷疑他在半夜的時候，所以這個是絕對是高估啦，而且高估很多啦。

主席

好，那這樣打兩折啦！他說 10%，那我們就 20%嘛，主要是匡列預算衝擊，那每半年要 review 一次嘛，那有沒有超過或者是不足，那我們多一倍好不好，他說 10%，那我們 20%嘛。不是啦，就是 13,500 的 20%嘛，這已經是人次啦！13,500 的 20%人次啦！因為是不管他高血糖或是低血糖都差不多是十分之一嘛！

滕代表西華

他 10%是人數啦！好啦，那我們 13,500 的 30%啦，差不多啦！因為那 10%做兩次就 20%，20%再加 10%就 30%啦，一、三、五連年 4,000 人次這樣可以嗎？醫學會？那就半年來報、半年來報啦。我們再來看看有沒有濫用還是我們真的會不夠這樣...

主席

好、好，這樣喔，看起來大家對於人次如果有修正，是傾向於贊成對不對？好，那既然贊成，回到適應症這個文字喔，現在是兒科醫學會的中間這一欄，那大家還是有不同意見，有人認為彰基的文字比較好，那這個地方我們是不是請兒科醫學會還有吳代表、吳院長，你們兩位看要怎麼修正好不好？適應症的文字，兒科醫學會的代表、來。

丁瑋信醫師(臺灣兒科醫學會)

跟各位委員報告...

主席

做最後確認喔!

丁瑋信醫師(臺灣兒科醫學會)

兒科醫學會提出來是糖化血色數大於等於 8，因為這個是每次在醫院做的 Lab DATA，所以我們在病歷上可以查，那當然你變異大當然就是他同一個時間去驗血糖，可是這個是病人自己驗血糖機、在家裡平常日常生活，這個比較沒有、我個人認為比較沒有辦法 DOCUMENTATION 這樣子。

主席

所以一是維持嘛對不對、維持兒科醫學會。那三呢？三也維持是不是？現在我們先看三嘛，三有沒有問題、要不要改？就是急診跟住院這件事情，還是說我們還是維持急診跟住院？

丁瑋信醫師(臺灣兒科醫學會)

我個人是認為真的嚴重地區大概比較少...

主席

好，那這個是剛剛那個滕代表的疑問，現在應該 OK 吧？如果專家認為 OK 的話。好，那我們適應症就維持兒科醫學會彙整的意見，彰基有沒有意見？彰基 OK 嘛。

莊武龍醫師(彰化基督教醫院)

OK。

羅代表永達

我可以再補充一下剛剛那個學會裡面講前面那個適應症當中，我覺得彰基所提的東西這個才叫做起伏，那過度起伏，否則的話 HbA1c 兩個都大於 8%，那本來就是偏高不穩定，那個根本不用知道什麼。

主席

好，請說明。

莊武龍醫師(彰化基督教醫院)

各位，就是有的人血糖過度起伏，其實是他低血糖無感症造成了低血糖反彈，那如果各位醫師一直加胰島素劑量的話，就會有時候突然就 sudden death，所以如果醫生懷疑他這個高血糖、其實搞不好會有低血糖無感，因為叫無感就是他完全無感，所以你根本沒辦法偵測說他的低血糖，尤其又半夜。

吳代表美環

不是，那個羅院長的意思是說，你那個第二點、你剛剛講的第二點，您的第一點和第二點可不可以融合成...

羅代表永達

第二點沒有問題啦，就是你的那個血糖偵測本身的目的、其實這個有一點就是血糖過度起伏，那什麼叫做起伏？就是高低不定叫起伏，那兩個 HbA1c 大於 8 那個就不叫做起伏嘛，那個一定一高、這個才叫做起伏。

主席

他的意思是低血糖你就沒感覺了。

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

跟代表報告一下，其實這是執行上不容易的問題，彰基的版本雖然是我們認為比較好的定義，可是實際上執行不容易，兒科醫學會跟我們糖尿病學會彙整的意見是兩個，就是血糖過度起伏且最近六個月兩次糖化血色數(HbA1c)值都大於(含)8%；意思是說臨床醫師來判定他的血糖是否過度起伏，但是也必須要符合(HbA1c)值大於 8% 以上，這樣臨床醫師才會希望把血糖控制好，所以這個是針對實際執行上好不好執行所作的修改。

吳代表美環

所以要加個「且」就沒有問題。

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

對。

主席

好，加一個「且」；就是 1. 血糖過度起伏「且」最近六個月兩次糖化血色數 (HbA1c) 值都大於(含)8%。那如果這樣就適應症的部份大家還沒有別的意見？如果沒有的話我們適應症就通過。支付規範的部份，剛剛的意見是說要不要限糖尿病共同照護網，還有檢查人員既然需要衛教師、營養師要不要就寫清楚？那這樣才可以呼應後面的成本分析，這點兒科醫學會的看法怎麼樣，兒科醫學會現在算彙整單位對不對，你代表發言好了，要不然一個人講一個就不知道，來～請。

丁瑋信醫師(臺灣兒科醫學會)

我剛剛的意見就是這個主要是需要耗費大量的人力，所以必需醫師、衛教師、營養師同時，那如果有糖尿病共同照護網，那他是一個最基本的認定，那如果有這樣子訂定明文的話，是在執行上認定會比較容易，那如果代表認為把執行人員寫得清楚一點我個人是贊成這樣子的意見，就是醫師、衛教師、營養師等執行人員必須參加過相關訓練。

主席

OK，那要不要限共照網？你們堅持要限共照網。

丁瑋信醫師(臺灣兒科醫學會)

我建議。

主席

建議，好，請吳代表您來公評講一下，你是專家學者。

吳代表美環

這個說真的我不太熟悉，就遵照他們的建議就好了。

主席

來，請。

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

跟代表說明一下，其實共照網他裡面就是要有醫師、衛教師、營養師，那我在想兒科醫學會這個建議的想法應該也是執行面上，因為你假如是彰基的版

本，醫師、衛教師、營養師，你到時候在審的時候你要提供醫師、衛教師、營養師的名單給審查單位，但是如果說就是共照網的話，因為共照網本身他的定義就是這三個專業人員都要有，那後半就說執行檢查人員判斷醫師要接受訓練這個當時的想法是說，要做的人他要有想要做、對這個有興趣，那畢竟這是一個專業他必須再去上課，以上。

主席

來，請，羅院長。

羅代表永達

我比較擔心的是說你要有訓練的課程，那就要有證書對不對，那要有證書的話你就必須要開課，那就涉及到一個問題，在每一個地方裡面是不是都有開這樣的課，你的課程夠不夠的問題，你把他寫在上面當中的意思，那你要證明否則你這個實行上就有問題。

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

目前糖尿病衛教學會一年是三次在北中南已經有這樣的課程。

羅代表永達

共照網的就有啦，共照網本來就要求醫師、衛教師、營養師都要上共照網的訓練。

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

是。

羅代表永達

那你所謂的訓練課程是含那個還是不含那個？

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

訓練課程指的是連續血糖監測的訓練課程。

羅代表永達

我是說你們目前共照有很多課程，那課程裡面有有沒含連續血糖監測課程？還是你們要另外辦？

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

目前是另外辦。

羅代表永達

另外辦就是我剛問的那個問題嘛，每次另外辦，只要不是在台北、高雄，在其他區就很麻煩。

主席

好，那學會就要提供受訓學員的充分的課程。

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

這部份學會可以配合。

羅代表永達

上次 COPD 人家那個胸腔醫院科，他們就承諾一年 60 堂，干代表還要求每個縣市都要辦一次，我們就覺得這個好，完全沒有異議就通過了，我們很擔心的就是這樣每次要上課程的時候，第一個是要收費，收費是其次，在什麼地方辦、什麼時候辦。

主席

學會在這邊有沒有要承諾的？

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

其實糖尿病學會跟衛教學會都會辦，然後因為糖尿病學會今年會 update guideline，也會到各縣市~

羅代表永達

我剛講共照網都一直都有在辦嘛，你現在是另外辦嘛。

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

對。

羅代表永達

那另外，我剛講共照網都一直都有在辦嘛，你現在是另外辦嘛，那另外辦

的時候你們真的會願意只是為了這個項目辦那麼多課程是真的嗎？

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

目前其實就是北中南一年三場已經九場了，那如果其他縣市的話其實像桃竹苗這邊，雲嘉南這邊，另外東部這邊，學會可以配合。

主席

好，那我們就列入會議紀錄，就是學會加緊的在全國各地辦連續血糖監測的訓練課程。那我們是不是就同意這個文字修正成說...

陳副組長玉敏

可不可以請教學會，在我們執行這個檢測項目的衛教跟營養衛教，跟我們共照網的衛教有什麼特殊不一樣，我的意思說因為我們在共照裡面就有支付衛教費用，今天這個檢測項目特別提到這兩類人員的投入？可不可以說明一下？

莊武龍醫師(彰化基督教醫院)

謝謝妳的提問，其實我不曉得大家中午是不是吃這裡的便當，像有時候我們都會算什麼糖類份數，可是我們常作連續血糖的時候發現同樣一個營養師估起來的份數、吃不同家的便當，血糖變化就不一樣，先不要說是黑心還是什麼，我們作這個連續血糖有時候還要去算說他每單位胰島素所對應的含糖份量，那因為是已經精確到說每天吃的東西了，那可能不會只是教一般原則性的概念，就甚至還包含像有病患他吃的東西有時不是糖類問題，有時是調味料太多還要細調到就看他那天到底吃什麼，不會只是說原則上你平常什麼東西少吃、含糖類少吃啊這樣，所以他對飲食衛教其實比較精細。那另外就是說因為還涉及到胰島素的計算，那另外有些病患其實他不太會算糖類份數，可能有時候還是要特別教他，就是說以前你可能覺得他會了，可是實際上他可能估算有點問題這樣子。

主席

好，那大家還有沒有意見？如果沒有意見的話，我們那個文字就寫入執行的醫師、衛教師、營養師必須參加過連續血糖監測的訓練課程，好不好？那大家還有沒有意見？

滕代表西華

因為我們這個案子是半年要檢討一次，可是你課程如果沒有集中在第一季辦比較多的比例，你是在下半年辦，那就會造成上半年的執行案件數是技術上的偏低，因為他要經你的訓練才能申報，所以可能課程的規劃上面要儘量在第一季的時候，就應該要去完成大部份的課程，這樣看起來比較有助於病患或是醫療院所在執行這個專案，謝謝。

主席

這個，滕代表意見也把她錄案好不好？可以嗎？

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

可以再補充，我支持滕代表的意見，然後我也贊成我們要作監測，但是監測之後我們有哪幾種作法？

主席

什麼東西？

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

監測之後如果他明確的高出了這個預算，那我們能夠有什麼具體有效的做法，通過已經通過，可以減嗎？可以刪嗎？

主席

妳說預算嗎？預算的部份其實我們是整年的整批來看的，估算總是不會那麼的精確，有些是會高估有一些是會失準，那就是互相運用，那如果真有不足的話，可能就是要用其它的經費來補嘛。

好，那我們這個支付規範跟適應症就確認，那接下來我們就來看支付標準，剛剛我們那個件數已經確定是三成嘛，所以是 4,050 人次，那接下來我們就看成本分析的部份，因為這個單價是 4,842 點，那請看第 32 頁，這裡面金額比較大的是糖尿病衛教師的成本及 Sensor 的成本，大家有沒有什麼意見？大家對衛教師的成本討論的比較多，那大家還有沒有可以陸續對這個成本提出意見？這個 Sensor 我們醫管組有調查過成本嗎？說明一下。

張技正淑雅

由學會他們提供出來的採購成本。

主席

那請學會說明一下 Sensor 的成本，這麼貴啊！第 32 頁 2 千多塊，這是一個人就要用一個 Sensor？這是植入所以也不能 reuse，那你說明一下有這麼貴嗎？

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

實際上就是這個價格，其實自費會更貴，現在都是自費。

主席

現在是自費？

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

對，其實現在很多醫院都在做了，他 Sensor 就是這麼貴。

張技正淑雅

不好意思我們補充一下，這個我們事後有跟醫學中心做過訪價，有採購價格進來才算的，所以在成本這邊是按採購價之均價計算的。

主席

已經有查價過了？

張技正淑雅

是。

主席

所以 2,761 也是現在市場的均價，好，那大家對於這個成本還有沒有其它意見，請，滕代表。

滕代表西華

剛剛醫管組有回應就是再請問衛教師的部份到底做什麼？我要知道說這個衛教師在使用儀器在作監測，我也蠻同意莊醫師剛講的會做比一般糖尿病衛教還要複雜，可是這中間有沒有重複的部份？重複的部分有辦法扣除糖尿病共照

網的給付嗎？還是說他其實沒有辦法替代？

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

我說明一下，其實裝這個機器一來是怎麼裝啦，然後因為其實他是三到五天，我們醫院是裝七天，所以中間要教他怎麼記錄飲食，那再來就是做完以後會有七天的資訊，五分鐘測一點然後有七天的資訊，所以是非常複雜，那衛教師跟營養師根據測出來的模式跟他講，你每天這個時間點這邊都有問題。那跟原本共照網的差異在哪裡，因為你沒有這個資訊的話你不會去做這個衛教，包括裝機跟因為這個資訊之後來對他的衛教，所以這個衛教是跟著這個檢查之後才會有的，所以我的看法就是額外的。

主席

謝謝，其他大家還有沒有意見？還有沒有意見？好，沒有意見看來大家就是同意那個單價喔？4,842 點，那次數是 4,050，那這樣財務、財務的衝擊是多少？

張技正淑雅

大概 2,200 萬點。

主席

2,200 萬點，大家有沒有意見？好，沒有，我們這一項就通過。

張技正淑雅

主席不好意思，2,000 萬點。

主席

2,000 萬點，好，那就實際金額再詳細算。好，接下來我們看第二項是醣化白蛋白。醣化白蛋白，我們邀請到的也是李醫師喔。好，要不要跟大家說明一下？

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

主席、各位委員，大家好。我說明一下，目前大概測血糖，糖尿病人在測血糖，除了飯前、飯後血糖之外，常用的一個就是醣化血色素，那醣化血色素它是測這個血紅素上面的這個，它到底被接上多少比例的醣，那但是在比如說

洗腎的人，它的血紅素是有問題的時候，醣化血色素它會失真，那洗腎的人通常低估，也就是說他本來控制是不好的，但是因為他洗腎，紅血球不太好，所以測起來，他會覺得自己很好，那因為這樣的原因喔，這次提的這個醣化白蛋白，這個項目就是來彌補這個醣化血色素的不足，那它是測我們血中白蛋白到底有多少比例被接上醣，那它大概反應是最近一個月的平均血醣，那我看了一下就是說，議程裡面的適應症，那其實目前的版本的適應症跟當時我們送審的時候，其實是少了 4 項啦，包括說住院病人的血醣監測、新診斷的糖尿病人、初次使用胰島素的糖尿病人，以及剛調整胰島素的糖尿病人等等，那因為剛剛第一案喔，知道說其實這些新科技都會對健保的財務衝擊造成影響，所以，我們是可以接受目前版本的適應症。那但是這邊要說明的是說，因為少了 4 項適應症，之後預估每年執行的總次數，會大幅減少喔，就是在 30 頁那個拉開的那個表，本來是 1,238,000 次，我昨天有重新估計一下，少了這 4 項，它會降成 384,000 次。那這個其實會影響到成本估算，還有財務的負擔。那另外一點就是說，對於支付點數啦喔，我看了就是第 34 頁第七次專家諮詢會議的紀錄，那目前建議的 200 點其實是跟醣化血色素的支付點數一樣，那主要的理由是，根據北榮的作法，他們說 200 點可以 cover 這個成本。但是我昨天有電話去詢問北榮的這個陳主任，那確認之後，他們檢測並不是醣化白蛋白的項目，他們是檢測一個叫做 fructosamine，本項是另外一個項目，那 fructosamine 成本比較低，但是簡單說，它的結果不專一，就是比較不準啦，也只能代表兩周。那再來就是說，目前的檢測方法沒有統一，而且容易受到你吃這個藥、吃那個藥的影響喔，所以目前 fructosamine，全台灣也就只有北榮在做，那所以根據 fructosamine 的成本來推這個醣化白蛋白喔，GA 的這個成本其實是不合理，那 GA 的成本，我後來有去問一下，因為它的測定方法目前還在專利期內喔，所以費用沒有辦法壓下來。除此之外，目前可以測定 GA 的廠商就只有 1 家，所以就台大而言，醫療院所也不容易透過競爭或是比價來壓低價格。因為前面講到適應症的縮減，我們重新計算了相關成本，合理的成本應該要在 300 到 320 點之間，那跟各位委員說明，就是這個點數比起目前各有在使用的醫療院所，自費使用的 450 元，或是中國大陸的 350 元，其實都要來的低啦，那如果依據 300 到 320 點來估算，一年跟醣化血素 200 點的差距，大概 100 到 120 點，那一年大概是增加 3800 到 4600 萬點，那這樣的估計其實是建立在基層醫療院所也能開立的前提下，那但

是我看這個會議紀錄是限制基層醫療院所不能開，所以實際的財務衝擊會更低。在那個附件 2-5，第 41 頁不對，第 42 頁那個基層醫療院所沒有打勾的，那這個就看各位委員的意見啦，但是如果基層醫療院所不能開的話，實際上會更低喔。

接著我想說的就是說，為什麼我覺得這樣的點數增加是值得的。那因為如果比這個點數還要低的話，我問過我們醫院，醫院基本上會賠本啦，那賠本的話就不會有醫生開，那病人就沒有辦法得到，特別是洗腎，或是說懷孕的病人事實上在這個階段紅血球是不太一樣的，那沒有醫生開，就得不到血糖控制的好處，這樣的患者如果血糖沒有控制好，就像前面講，併發症的花費，包括中風、心臟病、失明、截肢，急性、慢性照顧的費用，或是另外一個就是孕婦，孕婦假如說血糖控制不好的時候，新生兒可能出生就會住加護病房，或是可能有一些先天的疾病，那處理這些急性、慢性的照顧的費用，其實會遠大於這個項目的支出，那我想這樣的情況也不是民眾之福，那也不是署裡希望看到的。所以簡單來說，就是針對適應症，我們是可以同意目前 42 頁的那個診療項目裡面寫的適應症，但是對於支付點數，就是建議要提高到 300 到 320 點，那以上。

主席

謝謝，那大家有沒有其他意見？本項在 12 月 7 號專家諮詢會議有討論到，各位代表可以翻到 34 頁，我們花了蠻多時間充分討論，雖然當天天李醫師無法出席，但是與會的專家代表最後都同意比照 HbA1c 200 點來支付，如果李醫師今天提出支付點數成本不敷，我建議還是回到專家諮詢會議再討論，今天就不討論，好不好？

至於本項基層應該適用，可能支付標準表弄錯。但因李醫師也提到本項預估執行人次，也會隨適應症範圍限制而有改變，所以我想整案拉回去專家小組再做確認後，再提到共擬會議，因為這裡的專家比較沒有同質性，好不好？好，謝謝，那我們這一案我們就暫保留了。接下來下一案，是，來請那個黃代表。

黃代表振國

建議一下，因為既然此項基層要開放。就這裡 42 頁來講。

主席

42 頁。

黃代表振國

此項檢查每年不得超過 6 次。以現行的 HbA1c 可以偵測 3 個月的平均血糖值，一年大概只執行 4 次而已。

主席

對

黃代表振國

假設，從 HbA1c 轉到 GA 來，可能增加的費用需要估算一下。

主席

所以我們全部都拉回去重新研究。

黃代表振國

還有第二，我記得 HbA1c 在基層初期要做的時候，檢驗所當時給的報價成本是 250，我們只有申請 200 點。當它量增加的時候，廠商雖有專利期，若有意願來擴展市場的話，就應該降價來謀取更多的量，而不是堅持價格。不能因為廠商不降價，我們就要提高我們的支付建議價，我想這應該是我們所要堅持的應該讓廠商先降價，謝謝。

主席

謝謝，HbA1c 的 200 點，到目前為止沒有人告訴我們不夠。ok，現在是 ok 的喔？

黃代表振國

現在是 ok，但是初期真的是做一個賠一個。

主席

好，那是初期啦，現在應該是很 ok 的喔。

黃代表振國

ok。

主席

還可以笑一笑對不對，好好好，那就不再往下講了嘛，對不對。好，那我們還是這一題我們就到這裡，反正還是要回到專家小組，來，干代表。

干代表文男

我想，這個已經結論出來了喔。第一個他講在這個，人事沒有那麼多啦，這邊醫師也講到說，這個成本不要那個高，200 塊就夠了，不用說加多少。

主席

沒有他剛剛講說要到 320 啦。

干代表文男

嘿，那多講的。

主席

不是啦，他講的是不一樣的東西啦。

干代表文男

不是不一樣啦，這邊都是專家，如果說是開放，基層開放這個是一定要開放，我們在這個~醫院以病人為中心的那個轉診制度裡面就特別加到，要加重基層的量跟功能，這裡都有這個放的因素在，所以這個~一定要，如果這樣講的話，幾乎就水道渠成了，價錢就沒有討論的餘地，覺得案子，就是 200 塊啦。人事就會減少嘛，醫院加下去以後，那個診所加下去以後，多也不多，這樣的話，這個案子就不要再擱置啦，就~

主席

干代表，不是這樣的，不一樣的。

干代表文男

嘿，不一樣？

主席

原本我們的專家小組會議結論是不會增加費用的，因為本項就是替代 HbA1c，可是因為今天李代表表示建議支付點數不敷成本，需調升，因為有價差，

所以是對財務有衝擊的。專家小組花很多時間討論，如果真的有不一樣的狀況，還是建議回到專家小組在討論後，再提到這個共擬會議。

千代表文男

不過、不過剛才這個黃醫師已經講了喔，也談到這個價錢一般來講可以了，如果說可以，為什麼還要？

主席

黃醫師講的不是這個呀，不一樣啊。HbA1c 不是 GA 啦。

黃代表振國

我是希望有一定量之後，廠商的報價能適度的下降。

主席

是、是。可是黃醫師講的是 HbA1c，不是 GA 喔。

滕代表西華

是 HbA1c 價格 200 可以，GA 要再降價啦。

主席

GA，我們今天沒有辦法在這裡講那麼細，花時間。沒有啊，可是千代表意思是說，人家 320 就給人家 320 啊，所以各自講不一樣。

千代表文男

是 200，200。

主席

可是李醫師說 200 不行嘛。

李弘元醫師(臺大醫院與內分泌學會與糖尿病學會)

200，200 最後會變成沒辦法開，因為健保有這個項目就不能自費。

主席

啊，對阿。所以我們，來。好，我們保留了。好，接下來看 ST2。來，請，ST2 我們是邀請張醫師，亞東醫院的張醫師，來請說明。

張藝耀醫師(亞東醫院)

主席、各位委員，那個 ST2 它這個蛋白，它其實是可以反映我們那個心肌損傷、心衰竭病人這個預後的指標，那跟他同質性比較高的，就是我們之前有在使用的這個 BNP，那它跟 BNP 的差別是在於它對於這個正常射出率，就是我們心臟收縮率正常的這種類型的心衰竭病人的預後能力是比較好的，那如果說有這些心肌、心臟衰竭住院的病人，如果追蹤他在住院期間兩次這個數值的 ST2 有沒有變化，對於這個病人之後的預後會更好。那所以就提出這個新型的指標型，那這個指標在美國的 2013 年都已經列為正式的這個心衰竭指標，以上。

主席

這項目大家有沒有意見?好，沒有意見，我們就同意納入喔。那大家對於成本及財務衝擊有沒有意見?本項建議支付點數是 800 點，財務衝擊是 1,900 萬，大家有沒有意見?好，沒有意見我們就快速通過。

張藝耀醫師(亞東醫院)

嗯，主席我補充一個，就是它 indication 的那個地方。

主席

好，要改。

張藝耀醫師(亞東醫院)

就是 Stage D 前面要加 ACC/AHA，就是這是不同的標準就對了。它不是都是 NYHA 的 class，這是兩種不同的評估標準。

主席

那請你把那個文字給我們好不好?

張藝耀醫師(亞東醫院)

好，ok。

主席

好，謝謝你。再來下一題是兒童，嬰兒的腦部超音波，我們邀請小兒神經醫學會的李秘書長，請。

李旺祚秘書長(台灣小兒神經醫學會)

那我想那個嬰兒腦部超音波，大概需要花時間，比一般超音波的時間都比較久，那過去一直都其他的一個兒童項目都有兒童加成，不過嬰兒的腦部超音波在過去都沒有加成啦，所以我們特別提出來，希望能夠比照其他的兒童項目，以上，謝謝。

主席

好，請看 39 頁喔，請醫管組說明一下。

張技正淑雅

因目前編號 19018C 沒有兒童加成，若依現行的兒童加成，小於 6 個月加成 60%，6 個月到 23 個月加成 30%，2 歲到 6 歲加成 20%，再以它 104 年成長率 10% 去計算，可以看到小於 6 個月部分的申報量大概是 1 萬 5 千件，6 到 23 個月大概 8 千 5 百件，2 到 6 歲大概 163 件，財務預估約 900 萬點。在基層診所大概是 120-130 件左右，財務預估是 55,201 點，所以總體推估預算大概是 900 萬點，以上說明。

主席

好，謝謝，請。

滕代表西華

在這個，我也不是專家，但是支付標準裡面寫的喔。是這本補充資料的 41 頁支付標準，特別註明它是前囟門還沒關閉的時候才能操作的檢查，可是醫令的量裡面有 6 到 23 個月，甚至有 2 到 6 歲，這個是怎麼會有量呀？這個時候不是都關起來了嗎？這麼大的孩子，還是有什麼特殊的情況？

李旺祚秘書長(台灣小兒神經醫學會)

抱歉，我再補充說明一下，其實比較大的孩子有時候它的囟門不會關，沒有關起來，有的到兩、三歲真的還沒關，所以就可以還是從那邊去操作，可以看的到。

滕代表西華

是喔。

李旺祚秘書長(台灣小兒神經醫學會)

是、是、是，有、有、有。

滕代表西華

就是已經關起來，有沒有就是要執行這個醫令，這個檢查的情況？

李旺祚秘書長(台灣小兒神經醫學會)

就沒有意義呀，做那個檢查就沒有意義，所以我們一般不會做。

主席

要請教李醫師一下，這個項目是嬰兒腦部超音波，可是怎麼會有超過 1 歲以上的孩子執行本項呢？

滕代表西華

有些人還是會沒有關起來。

主席

所以這個是對的？

李旺祚秘書長(台灣小兒神經醫學會)

對、對、對。

主席

可是我們這個項目叫嬰兒，合適嗎？

李旺祚秘書長(台灣小兒神經醫學會)

其實應該把那個中文把嬰兒刪掉，因為它的英文字是 brain echo，是腦部超音波，並沒有嬰兒這兩個字，我想當時候。

主席

那我們中文應該怎麼寫比較好？

李旺祚秘書長(台灣小兒神經醫學會)

腦部超音波就好了。

主席

可是腦部超音波有成人的阿。

李旺祚秘書長(台灣小兒神經醫學會)

腦部超音波，其實~嬰幼兒超音波可以。

主席

這個會到幾歲啊。

李旺祚秘書長(台灣小兒神經醫學會)

要看他的囟門有沒有關起來，那囟門，理論上，前囟門大概 1 歲半到 2 歲左右關起來，可是其實很多小朋友.....

主席

你現在有到六歲的耶。

李旺祚秘書長(台灣小兒神經醫學會)

對啊，到 2 歲的時候他一直都沒有關啊。

主席

所以我們要改成嬰幼兒?

李旺祚秘書長(台灣小兒神經醫學會)

對，嬰幼兒可能這樣會比較適合。

滕代表西華

所以最高是到 3 歲，3 歲以後如果還沒關就出大事了？

李旺祚秘書長(台灣小兒神經醫學會)

不過這真的是不一定耶，不一定，要看它的發展。

滕代表西華

最多到 6 歲。

陳副組長玉敏

6歲可以嘛?

李旺祚秘書長(台灣小兒神經醫學會)

其實6歲，有的到7、8歲都真還沒關耶，所以這個限制，只是說數目很少，假如說到這麼大還會沒關的話，其實我們會做磁針照影，不會做超音波，對。

主席

兒童，兒童不含嬰兒耶。

主席

嬰幼兒好了。好，那我們~來請黃代表。

黃代表雪玲

我對學會要提高這個給付，我是沒有意見，只是我想問一下就是，我記得我們支付標準有寫嬰幼兒的時候，其實他會把加成已經算在裡面，應該沒有需要再增加一個加成項。因為他這裡如果是腦部超音波是不是610，一般大人的，就是做腦部超音波，他這個兒童加值是本來就已經加上去的，如果這項要加成，是否其他的章節，有寫到嬰幼兒的品項，未來也會來要求加列兒童加成，再來我就要問的是，這個能算新增項嗎?他為什麼可以拿新增項的總額來付?這算新增項嗎?這個通常是調高給付，應該是用別的預算，對不對?

主席

那用非協商預算好了。

黃代表雪玲

所以我覺得這個有點~

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

如果是這樣，如果照剛剛那個黃代表的意見，他本身如果申報的時候，這個病患他本身是已經符合兒童加成的，那其實這個案子就不需要再提了

滕代表西華

那就不在支付通則裡面加成的。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

對啊。

主席

沒錯啊。

王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

那就不會發生說還要再提案的問題。

主席

檢查沒有每一項都有兒童加成。來，醫管組說明一下。

陳副組長玉敏

檢查的部分是要有加註兒童加成的項目，才得以加成，它不像診察費加成是訂在通則，如果訂在通則的，是可以全部加，但檢查是在個別項目，有註備註的才可以去做加成。

主席

好，第一，本項名稱改成嬰幼兒腦部超音波。第二，今天是同意了這一項的加成，基層會增加 5 萬 2 千多點，醫院增加 918 萬點。然後有代表提出來增加的支出，由何項預算支應，一個從新藥新科技的預算來，一個是從非協商，可是基層的非協商剛剛 20 億已經用掉了，但這 5 萬點應該還 ok，來，吳代表。

吳代表國治

我們當然基於病患的照顧，我們是同意啦，因為這個、這個錢不多啦，可是，我覺得我還是要反映一些事情喔，在第 28 頁。

主席

28 頁。

吳代表國治

對，第 28 頁，你這邊羅列出來的是說，這 5 萬 2 千多點是從這個新科技啦。對，那我記得之前通過了一個大小腸的鏡切片單一使用的，那個已經用掉了。

張技正淑雅

不是，跟代表說明一下，大小腸鏡切片單一使用包裹給付，實際的費用是兩千一百多萬，尚有一點點餘款，當時我們是填報整數為兩千兩百萬。

吳代表國治

喔，意思是說，因為我的印象在那邊是2,200萬，已經用掉了，那我說，這2,200萬很好用，這個也用，那個也用，那是不是下次有來一個新的東西就用下去了，但我還是要反映一下，希望以後能在新科技這邊寬列一下。

主席

好，寬列一些。大家覺得不應該用新藥新科技款項，要回到非協商，那我們這個案子通過，但是就是要挪用非協商的預算，ok，大家同不同意？

黃代表雪玲

主席，我還是要提一下，因為剛才想說那個兒童加成是要另外寫才有，可是在我~

主席

那個喔，沒關係，我們就格式統一就好。

黃代表雪玲

我是說，那在治療處置的章節也是會有這樣的情況，那以後會不會有像有一個章節叫嬰幼兒處置，那他現在這個部分，下面完全都沒有寫兒童加成，那會不會未來以後他們會不會寫說我這個嬰幼兒處置下面都沒有寫兒童加成，又來寫一個要增加兒童加成，是要通盤考慮，不是說到底是要調它點數，還是要調它兒童加成，這個可能要通盤。不然事後兒童處置那個章節也要來比照，也要加，我下面也都沒有寫兒童加成，可是它下面都是寫嬰兒的換血、嬰兒的照護，那是不是應該要統一考量。

主席

來，醫管組說明。

陳副組長玉敏

嬰幼兒處置章節是針對嬰幼兒設定的項目，它的成本已經含加成的部分。

另外有一些基本診療的兒童加成是訂在通則，而檢查是訂在單項裡面，是不一樣。

主席

好。

王代表秀貞

請問這一項是跟成人，成人是沒有做腦部超音波了嗎？

主席

有，有啦。

王代表秀貞

那腦部超音波的支付點數是多少？

主席

不一樣啦。

王代表秀貞

對那所以說，因為剛剛就是~

主席

不是報這一項，它另外一項，當然點數不一樣。對，大人是另外一項。

王代表秀貞

那我想要問說那一項支付點數是？

主席

查一下大人的超音波。好，我們是不是大家同意用明年的非協商來支應這一項？有沒有意見？醫院代表有沒有意見？醫院代表沒有意見喔？那基層有沒有意見？

滕代表西華

明年 60 億的那個要用在重症的裡面，就是如果要調的話，因為我不知道這個項目是不是重症，因為如果說凶門沒有關是不是很嚴重的病，我不知道，但

是如果是的話會不會有重複加成，或者是？

主席

不會重複加成。

滕代表西華

我不知道明年會不會再有，就注意一下這樣。

主席

當然，現在就是要從成本指數改變之預算部分，就是 60 億裡頭要保留一定的金額是這一項，然後基層的非協商就是支應 5 萬，應該 ok，好，醫院代表，在這裡還有很多醫院代表，沒有意見喔？沒意見我們就做一下會議紀錄，那這一項就算是通過。好，那最後一項報告案。

報告事項

第一案

案由：有關「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」修正失智症照護範圍報告案。

主席

好，謝謝。醫管組要不要再有什麼說明？

劉科長林義

跟各位委員報告一下這個計畫的背景，醫院以病人為中心門診整合照護這個計畫，它是一個兩年的計畫，所以實施的期間是從 105 年到 106 年，預算每年是 3 億元，是編在總額其他部門，這個計畫在 104 年執行數是 1 億多，評核會有要求說要增加這個預算的執行率，在我們今年協商明年總額的時候，總額協定也說要增加這個計畫的照護人數，因為這個計畫案已經做兩年，目前有院所反映其實失智症的範圍可以再擴大一點，所以我們有去問過醫院協會、家庭醫學會、神經醫學會，還有臨床失智症學會，其實大家的意見蠻一致的，就是說，大家認為說失智症裡面還有一塊是屬於阿茲海默症那一塊，也應該納進來，那一塊的範圍就是大家翻到第 44 頁這一部分，就是 G30、G31 跟 G91，也就是我們整理的這一個部分，以上說明。

主席

好，這個案子大家有沒有意見？增加失智症的部分，好，都沒有意見，都沒有意見就是支持喔，那沒有意見，我們本案就通過了。好，那今天我們大概要討論的就是到這裡，不曉得各位有沒有臨時動議？

王代表秀貞

主席不好意思，因為剛剛，嗯，我們那個討論事項第二案裡面有一個就是第三項的部分，剛剛醫師有說那個適應症的文字要做修訂，那我們不知道說，修訂完之後是不是跟專家這時候通過的是一樣，然後對預算是不是會有影響。

主席

ok，好，我們會 check，其他大家有沒有臨時動議？如果沒有我們今天就開到這裡喔，那祝大家新年快樂，非常感謝今天的開會，謝謝，謝謝。