

「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」

107 年第 2 次會議紀錄

時間：107 年 6 月 14 日（星期四）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	詹代表永兆	(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	(請假)
潘代表延健	潘延健	許代表世明	(請假)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	顏國濱(代)
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
林代表淑霞	林淑霞	賴代表振榕	賴振榕
嚴代表玉華	陳明晃(代)	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	王代表榮濱	林鳳珠(代)
謝代表文輝	王秀貞(代)	郭代表素珍	許美月(代)
謝代表武吉	謝景祥(代)	廖代表大富	廖大富
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
林代表恒立	林恒立	劉代表志棟	(請假)
王代表宏育	王宏育	王代表雅馨	王雅馨
黃代表振國	黃振國	張代表清田	張清田
張代表金石	(請假)	羅代表紀琮	羅紀琮
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	(請假)
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

衛生福利部全民健康保險會

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

台灣醫院協會

社團法人台灣臨床藥學會

台灣醫學中心協會

臺大醫院

三軍總醫院

台灣神經學會

台灣耳鼻喉科醫學會

社團法人中華民國糖尿病衛教學會

社團法人中華民國糖尿病學會

本署臺北業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

周雯雯

邱臻麗、馬文娟、盛培珠、

黃尚阡

王逸年

許家禎

宋佳玲

陳哲維、林筱庭

古博仁、洪鈺婷

梁淑媛

吳心華、鄭禮育

林慧玲、沈麗娟

江弘基

王奐之

陳元皓

尤香玉

黃仲鋒

陳宏麟

葉振聲

黃金蓮、劉家雯、方淑雲、

李幸珊、謝儀靜、陳韻寧

吳千里

黃育文

李純馥、劉玉娟、谷祖棣、

王玲玲、鍾欣穎、林右鈞、

陳依婕、吳明純、宋兆喻、

鄧家佩、許博淇

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

- (一) 有關「支付標準成本分析調查案」(序號 1)，請地區醫院協會儘速提供已蒐集完成之資料，本署醫務管理組彙整後，再邀集三層級醫院協會開會討論。
- (二) 「Tw-DRGs 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案」(序號 7)，107 年 3 月 20 日會議紀錄公開後，各界反映意見表示對於實施內容仍有疑慮，考量 Tw-DRGs 3-5 階段實施影響層面較大，本署已於 107 年 6 月 11 日正式行文徵詢各專科醫學會意見；另與會代表提出 4.0 版修正之通則先行公告之建議，併各醫學會回復意見再提本會討論。

三、報告事項

- (一) 「修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫英譯名稱及文字案」。
決定：洽悉。同意修訂第三部牙醫章節共 145 項診療項目英譯名稱及英譯文字，詳附件 1，P5~P29。

四、討論事項

- (一) 新增「全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案」。
決議：因與會代表對於方案之執行醫院與醫事人員資格、預算分配方式、指標訂定等項目有調整建議，請中華民國藥師公會全國聯合會另行邀集醫院團體討論，綜整意見並重新擬具方案後再提會討論。
- (二) 107 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「迷走神經刺激術 (VNS)」等 3 項診療項目案。
決議：同意增修訂 3 項診療項目如下，詳附件 2，P30~P31。

1. 同意新增 83102K「迷走神經刺激術（VNS）—植入」，支付點數為 18,242 點，推估增加預算約 1.01 百萬點；新增 56041K「迷走神經刺激術（VNS）—參數調整」，支付點數為 2,087 點，推估增加預算約 1.25 百萬點。
2. 同意修訂：84038B「人工電子耳手術（人工耳蝸植入術）」支付規範「聽語復健治療團隊」增列耳鼻喉科專科醫師。

(三) 有關「糖尿病醫療給付改善方案」新增胰島素注射獎勵措施案。

決議：西醫基層總額部門表示因 107 年「醫療給付改善方案」專款預算不足，建議俟 108 年總額協商爭取預算後再議；醫院總額部門代表同意先實施，並建議再酌修獎勵方式。請健保署參考與會代表意見，重新擬具方案提下次會議討論。

五、散會：下午 17 時 06 分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第三部 牙醫

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation

第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89015, 89088, 89101-89115)

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
89004C	前牙複合樹脂充填 Anterior teeth eComposite resin restoration in anterior teeth —單面 single surface	v	v	v	v	500
89005C	—雙面 two surfaces 註： 1.同類牙申報前牙複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C) 費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。	v	v	v	v	650
89007C	釘強化術（每支） Enforcing Use of pin , each 註： 1.需檢附術後X光片與填補合併申報。 2.僅限恆牙。	v	v	v	v	500
89008C	後牙複合樹脂充填 Posterior teeth eComposite resin restoration in posterior teeth —單面 single surface	v	v	v	v	600
89009C	—雙面 two surfaces	v	v	v	v	800
89010C	—三面 three surfaces 註： 1. 同類牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C) 費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1000

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
89011C	玻璃離子體充填 Glass ionomer - C ement <u>restoration</u> 註： 1.同類牙申報玻璃離子體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	400
89012C	前牙三面複合樹脂充填 Anterior teeth <u>Three-surface</u> composite resin restoration <u>in anterior teeth</u> 註： 1.同類牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1050
89014C	前牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for mesio-and-distal <u>two</u> proximal earies <u>(mesial and distal) surfaces in anterior teeth</u> 註： 1.同類牙申報前牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	1200
89015C	後牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for mesio-and-distal <u>two</u> proximal earies <u>(mesial and distal) surfaces in posterior teeth</u> 註： 1.同類牙申報後牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。	v	v	v	v	1450

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
89088C	牙體復形轉出醫療院所之轉診費用 Referral fee for dental restoration 註： 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。 3.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	200
89101C	特殊狀況之銀粉充填 Amalgam restoration for patients with special needs — 單面 single surface	v	v	v	v	450
89102C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	600
89103C	— 三面 three surfaces 註： 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	750
89104C	特殊狀況之前牙複合樹脂充填 Anterior teeth Composite resin restoration in anterior teeth for patients with special needs — 單面 single surface	v	v	v	v	500
89105C	— 雙面 two surfaces 註： 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。	v	v	v	v	650
89108C	特殊狀況之後牙複合樹脂充填 Posterior teeth Composite resin restoration in posterior teeth for patients with special needs — 單面 single surface	v	v	v	v	600
89109C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	800
89110C	— 三面 three surfaces 註： 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1000

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
89111C	特殊狀況之玻璃離子體充填 Glass Ionomer Cement restoration for patients with special needs 註： 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	400
89112C	特殊狀況之前牙三面複合樹脂充填 Three-surface Anterior teeth composite resin restoration in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1050
89113C	特殊狀況之複合體充填 Compomer restoration for patients with special needs 註： 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.限恆牙牙根齲齒申報。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	800
89114C	特殊狀況之前牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for mesio and disto two proximal earies (mesial and distal) surfaces in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	1200
89115C	特殊狀況之後牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for mesio and disto two proximal earies (mesial and distal) surfaces in posterior teeth for patients with special needs 註： 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。	v	v	v	v	1450

第二節 根管治療 Endodontics (90001-90020, 90088, 90091-90098, 90112)

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
90001C	恆牙根管治療 (單根) Endodontic s treatment of a permanent tooth with single root canal	v	v	v	v	1010
90002C	恆牙根管治療 (雙根) Endodontic s treatment of a permanent tooth with two root canals	v	v	v	v	2010
90003C	恆牙根管治療 (三根以上) Endodontic s treatment of a permanent tooth with three root canals	v	v	v	v	3010
90019C	恆牙根管治療 (四根) Endodontic s treatment of a permanent tooth with four root canals	v	v	v	v	4010
90020C	恆牙根管治療 (五根(含)以上) Endodontic s treatment of a permanent tooth with five(and above) root canals 註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。(期間限申報一次診療費) 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射X光片不在此限。 4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。 5.如同牙位九十天內重覆申報90001、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者申報。	v	v	v	v	5010
90004C	齒內治療緊急處理 Management of E ndodontic emergencies 註： 1.需記載具體處置內容。 2.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	150
90005C	乳牙斷髓處理 Pulpotomy of P primary tooth pulpotomy 註： 1.需附治療前X光片以為審核 (X光片費用已內含)。 2.六十天內，不得再申報90015C。 3.麻醉費用內含。	v	v	v	v	800

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
	難症特別處理 <u>Management of endodontic Difficult case special treatment</u> ，範圍如下所列各項：					
90091C	— 大白齒(C-Shaped)根管	v	v	v	v	1000
90092C	— 有額外根管者 (1)前牙及下顎小白齒有超過一根管者。 (2)上顎小白齒有超過二根管者。 (3)大白齒有超過三根管者。 (4)以實際超過根管數計算。	v	v	v	v	1000
90093C	— 根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折(非同一醫療院所)，以根管數計算。	v	v	v	v	1000
90094C	— 根管重新治療在 X 光片上 root canal 內顯現出 radioopaque 等有 obstruction 之根管等個案，以根管數計算。	v	v	v	v	1500
90095C	— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。(雙根管)	v	v	v	v	1600
90096C	— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。(三根管)	v	v	v	v	2400
90097C	— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。(四根管)	v	v	v	v	3200
90098C	— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。(五根及五根以上根管) 上列支付項目 90091C-90098C 申報說明如下列： 註： 1. 90091C-90094C 須檢附術前或術後舉證之 X 光片，其餘需附診斷、測量長度及充填完成之 X 光片 (X 光片費用已內含)。 2. GP 過度充填 (over filling) 不得申報 90095C~ 90098C。	v	v	v	v	4000
90010C	根尖逆充填術 <u>Retrograde Root-end filling</u> 註：以根管數計算，需檢附術後 X 光片 (X 光片費用已內含)。	v	v	v	v	900
90011C	牙齒再植術 <u>Intentional tooth Replantation</u> 註：不包括根管治療，需檢附術前及術後 X 光片以為審核 (X 光片費用已內含)。	v	v	v	v	1000
90012C	橡皮障防濕裝置 <u>Rubber dam appliance isolation</u> 註： 1. 銀粉、複合樹脂、玻璃離子體及複合體充填時，橡皮障防濕裝置視病情需要使用。 2. 使用橡皮障防濕裝置時，需檢附 X 光片或相片 (規格需為 3*5 吋以上且可清晰判讀) 佐證。(X 光片或相片費用已內含)。	v	v	v	v	150

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
90013C	根尖成形術或根尖生成術 Apexification or Apexogenesis — 前牙 a Anterior teeth tooth	v	v	v	v	500
90014C	— 後牙 p Posterior teeth tooth 註： 1.限開根尖式根管者(open apex)。 2.處置完成(根尖成形)後需檢附術前、術後X光片(術後X光片費用另計)申報，處置完成前之追蹤檢查，每三個月可視需要申報診察費及X光費用。	v	v	v	v	1000
90015C	根管開擴及清創 Canal enlarge & debridement Access cavity preparation, cleaning and shaping of the root canal system 註： 1.單獨申報此費用時，需檢附未完成充填前X光片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象不在此限。 2.已申報斷髓處理，六十天內不得再申報此項費用。 3.六十天內不得重覆申報。 4.本項目X光片費用已內含。 5.麻醉費用內含。	v	v	v	v	600
90016C	乳牙根管治療 Endodontic treatment of primary Milk tooth pulpectomy 註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報(如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C申報);如未完成，改以90015C申報。(期間限申報一次診療費)。 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象，如情況特殊無法配合，得不在此限，但應於病歷詳細記錄原因。 4.九十天內不得重複申報。	v	v	v	v	1010
90017C	恆牙斷髓處理 tooth-p Pulpotomy of permanent tooth 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	600

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
90018C	<p>乳牙多根管治療 Endodontic treatment of a primary Milk tooth pulpectomy with multiple canals</p> <p>註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加 90015C專案申報(如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C申報)；如未完成，改以 90015C申報。(期間限申報一次診療費) 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象，如情況特殊無法配合，不得在此限，但應於病歷詳細記錄原因。 4.九十天內不得重複申報。</p>	v	v	v	v	1410
90021C	<p>特殊狀況—保護性肢體制約 Protective physical restraint for the handicapped patients with special needs</p> <p>註： 1.治療需使用束縛帶於身心障礙者的四肢以防止躁動。 2.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」重度以上適用對象之牙醫醫療服務申報。 3.須檢附病患或監護人同意書及接受治療患者使用束縛帶的診療照片乙張。</p>	v	v	v	v	300
90088C	<p>根管治療轉出醫療院所之轉診費用 Referral fee for Endodontic treatment</p> <p>註： 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。 3.此項不得申請轉診加成。</p>	v	v	v	v	200
90112C	<p>特殊狀況橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance isolation for patients with special needs</p> <p>註： 1.治療需要時，需使用橡皮障防濕裝置費(限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報)。 2.使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證(X光片或相片費用已內含)。 3.含張口器費用。</p>	v	v	v	v	250

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91020, 91088, 91104, 91114)

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
91001C	<p>牙周病緊急處置 <u>Management of P</u>eriodontal <u>disease</u> emergency <u>yes</u> treatment</p> <p>註： 1.每月限申報二次，同一象限不得重複申報。 2.申報費用以次為單位。 3.不得與91003C、91004C、91005C、91017C、91103C、91104C或91019C同時申報。 4.此項不得申請轉診加成。</p>	v	v	v	v	150
91002C	<p>牙周敷料每次 <u>Periodontal</u> Packing</p> <p>註：1.1/2 顎以下。 2.合併手術主處置申報。</p>	v	v	v	v	120
91003C	<p>牙結石清除 Scaling — 局部 <u>L</u>ocalized</p>	v	v	v	v	150
91004C	<p>— 全口 <u>F</u>ull mouth</p> <p>註： 1.限有治療需要之患者每半年最多申報一次。 2.半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同限象不得重覆申報) 3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。 4.91003C需依四象限申報。 5.未滿十二歲兒童(「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外)非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。 6.此項不得申請轉診加成。</p>	v	v	v	v	600

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
91006C	齒齦下刮除術(含牙根整平術) Subgingival curettage (<u>including</u> Root planing)					
91007C	— 全口 F Full mouth	v	v	v	v	3200
91007C	— 1/2 顎 1/2 arch	v	v	v	v	800
91008C	— 局部 L Localized (三齒以內)	v	v	v	v	400
	註： 1.每顆牙應詳細記載六個測量部位之牙周囊袋深度，其中至少一個測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上。 2.申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。 3.以象限區域為單位，當該象限需接受治療為三齒以內時，申報91008C*1；當其需接受治療為四齒(含)以上時，申報91007C*1。 4.半年內施行於同一象限之齒齦下刮除術均不得申報費用。 5.申報91006C、91007C*3以上一年內不得申報牙周病統合性治療P4001C~P4003C。					
91009B	牙周骨膜翻開術 Periodontal flap operation — 局部 L Localized (牙周囊袋 5mm(含)以上 三齒以內)		v	v	v	3010
91010B	— 1/3 顎 1/3 arch (牙周囊袋 5mm(含)以上 四至六齒)		v	v	v	5010
	註： 1.申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。 2.費用包括手術費、X光檢查、局部麻醉、牙周敷料、拆線及十四天內之術後診察、處置費用。 3.同一病人，同一區域之91009B與91010B手術於兩年內不得重複申報，且應檢附兩年內牙科完整病歷並附牙周手術同意書(參考格式附表3.3.2)。 4.牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)囊袋紀錄表應以每顆牙六個測量部位為準。所需時間分別為四十分鐘及六十分鐘。					
91011C	牙齦切除術Gingivectomy — 局部 L Localized (三齒以內)	v	v	v	v	910
91012C	— 1/3 顎 1/3 arch	v	v	v	v	1510
	註： 1.包括牙齦修整術(Gingivoplasty)在內。 2.需附牙周囊袋記錄，每顆應詳細記載六個測量部位，其中至少一個測量部位為5mm(含)以上。 3.局部麻醉費用已內含。					

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
91013C	牙齦切除術 Gingivectomy for endodontic or restorative purposes 施行根管治療或牙體復形時，所需之牙齦切除術 註： 1.不得同時申報 91011C及 91012C。 2.應與根管治療或牙體復形合併申報。 3.局部麻醉費用已內含。 4.以合併之主處置齒位申報。	v	v	v	v	330
91088C	牙周病轉出醫療院所之轉診費用 Referral fee for Periodontal treatments 註： 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。 3.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	200
91014C	牙周暨齲齒控制基本處置 Plaque control 註： 1.牙菌斑偵測及去除維護教導。 2.需併同91004C、91005C實施，每360天限申報一次；併同91020C實施，每180天限申報一次。	v	v	v	v	100
91103C	特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs -局部 Localized	v	v	v	v	150
91104C	-全口 Full mouth 註： 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。 3.重度以上患者每六十天得申報一次。 4.九十天內(重度以上六十天內)全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用(同象限不得重覆申報)。	v	v	v	v	600
91114C	特殊牙周暨齲齒控制基本處置 Plaque control for patients with special needs 註： 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.牙菌斑偵測及去除維護教導。 3.九十天可申報一次。	v	v	v	v	250

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
91005C	口乾症牙結石清除-全口 Full mouth scaling for xerostomia patients 註： 1.適用口乾症患者之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。	v	v	v	v	600
91015C	特定牙周保存治療 Comprehensive periodontal treatment for patients with special needs -全口總齒數 9-15 顆 9<= no. of teeth<=15	v	v	v	v	2000
91016C	-全口總齒數 4-8 顆 4<= no. of teeth<=8 註： 1.限總齒數至少4顆且未達16顆之患者申報。 2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄（其中全口總齒數 9-15 顆者，至少 4 顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上；全口總齒數 4-8 顆者，至少 2 顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上。）及治療前全口 X 光片（須符合患者口腔現況，X 光片費用另計，環口全景 X 光片費用不另計）以為審核。 3.本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報 91006C~91008C 半年內不得申報本項目，另申報此項九十天內不得再申報 91003C~91004C、91006C~91008C。	v	v	v	v	1000
91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口 Full mouth scaling for pregnant women 註： 1.適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病歷記載，懷孕期間每九十天限申報一次。 2.費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指導。 3.申報本項後九十天內不得再申報91003C~91004C。 4.不得同時申報91001C、91003C、91004C、91005C、91014C、91103C、91104C 或91019C 同時申報。	v	v	v	v	800

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
91018C	牙周病支持性治療 Supportive Periodontal treatment 註： 1.限經「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段(P4003C) 患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段(P4002C)間隔九十天。 2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄以為審核（其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上）。 3.本項主要執行牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導，並視患者病情提供齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目，另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91006C~91008C、91015C~91016C。	v	v	v	v	1000
91019C	懷孕婦女牙周緊急處置 Management of periodontal disease emergencies for pregnant women 註： 1.限懷孕婦女之患者申報。 2.本項主要施行懷孕期間口腔照顧及牙周病緊急處置，視患者實際需求提供局部沖洗、塗藥、口腔衛教、孕期急性牙周緊急處理等醫療服務，申報費用以次為單位。 3.不得與91001C、91003C、91004C、91017C、91103C或91104C同時申報。	v	v	v	v	500
91020C	牙菌斑去除照護 Dental plaque removal 註： 1.牙菌斑清除。 2.每180天限申報一次。 3.限未滿12歲兒童申報。	v	v	v	v	200

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073, 92088-92095)

第一項 處置及門診手術

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
92001C	非特定局部治療 Nonspecific <u>Unspecified</u> local treatment 註： 1.包括局部藥物治療或燒灼或簡易脫白及其他相關必要措施。 2.三天內視為同一療程，三十天內限申報二次。 3.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	50
92066C	特定局部治療 Specified <u>Specified</u> local treatment 註： 1.阻生齒手術、膺復前手術、頭頸部感染之手術處理、囊腫之手術處理、牙齒再植或移植手術、顏面骨折合併顏面軟組織外傷手術處理、良性腫瘤（含重建）之手術處理、放射治療之病患、顫顎關節疾病之手術處理、大唾液腺疾病外科處理之術後處理。 2.拔牙後乾性齒槽炎、燒燙傷、化學藥物灼傷、扁平苔癬及嚴重之口腔潰瘍。 3.牙周病咬合調整，90007C拆除牙冠後填補。 4.三天內視為同一療程。	v	v	v	v	50
92002C	齒間暫時固定術，每齒 Temporary splinting each teeth for one <u>tooth</u> 註：需附術後X光片舉證。	v	v	v	v	100
92003C	口內切開排膿 Intraoral incision & drainage <u>with drains</u> 註： 1.腫脹區切開，引流，清創放置引流裝置並以縫線固定，傷口縫合及局部麻醉費用已內含。 2.限蜂窩性組織炎及組織間隙膿瘍申報。	v	v	v	v	510
92005C	拆線 Removal of stitches 每次 each time	v	v	v	v	50
92007B	鋼線固定 三齒以內 Closed reduction with <u>interdental</u> wiring fixation <u>for ≤3 or fewer</u> teeth 註：本項支付點數已包含局部麻醉費用在內，但不含拆除費用。		v	v	v	1270
92008B	鋼線固定(上顎或下顎固定術) 四齒以上 Closed reduction with wiring fixation <u>for ≥4 or more</u> teeth 註：本項支付點數已包含局部麻醉費用在內，但不含拆除費用。		v	v	v	2010
92009C	去除齒列夾板 Removal of splinting plate	v	v	v	v	360

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
92012C	拔牙後特別處理 Special treatment <u>Post-operative care</u> of extraction wound 註：包括Dry Socket 或縫合止血及局部麻醉。	v	v	v	v	160
92014C	複雜性拔牙 Complicated <u>Complex</u> extraction 註： 一、依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 二、全身性疾病患者或六十五歲以上患者或第三大白齒可依本項申報。 全身性疾病包含： 1.符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象。 2.心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。 3.服用抗凝血劑療程中。 4.洗腎病人。 5.張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。 6.曾經接受器官移植病人。 7.凝血障礙或白血球障礙病人。 8.經診斷有糖尿病或高血壓患者。 9.曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。 10.愛滋病。 11.免疫性疾病，長期服用類固醇病人。 12.肝硬化及癌症患者。 三、需檢附術前X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象經安撫無法配合者不在此限）。	v	v	v	v	900
92015C	單純齒切除術 <u>Simple</u> Odontectomy , simple case 註： 1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 2.包括牙瓣修整術，需檢附 X 光片 (flap repair) 3.本項目 X 光片及局部麻醉費用已內含。 4.適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋牙冠未及三分之二者。 5.阻生齒含智齒、白齒、小白齒、犬齒、門齒、側門齒及贅生齒等。	v	v	v	v	2730
92016C	複雜齒切除術 <u>Complex</u> Odontectomy , complicated case 註： 1.依臨床治療指引相關條文申報。 2.包括牙瓣修整術，需檢附 X 光片 (flap repair)。 3.本項目 X 光片及局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	4300

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
92017C	囊腫摘除術 Cystic enucleation — 小 S Small < 2cm	v	v	v	v	3000
92018B	— 中 medium Middle 2-4cm		v	v	v	3500
92019B	— 大 L Large > 4cm 註： 1.申報費用應檢附 X 光片及病理檢查報告。 2.92017C、92018B及92019B等三項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	5000
92020B	口內軟組織腫瘤切除 Intraoral Excision of soft tissue soft tissue tumor in oral cavity 註： 1.淋巴切除(lymphadectomy)比照申報。 2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 3.應附病理報告。		v	v	v	1800
92025B	腐骨清除術 Sequestrectomy -簡單,1/3顎以下 S Simple, case under involving less than 1/3 arch		v	v	v	2010
92026B	-複雜,1/3顎以上 complicated case Complex, involving more than 1/3 arch 註： 1.申報費用應檢附 X 光片。 2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	3010
92028C	繫帶切除術 Frenectomy — 簡單法 S Simple method	v	v	v	v	410
92029C	— Z字法 Z-plasty 註：本項目局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	570
92030C	前齒根尖切除術 Apicoectomy -anterior : <u>incisors and canines</u> 註： 1.需附術前及術後 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。	v	v	v	v	1800
92031C	小白齒根尖切除術 Apicoectomy - : <u>premolars</u> 註： 1.需附術前及術後 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。	v	v	v	v	2800

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
92032C	大白齒根尖切除術Apicoectomy- <u>∴ molars</u> 註： 1.需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。	v	v	v	v	4000
92035B	神經撕除法 Nerve avulsion <u>Neurectomy</u>		v	v	v	1200
92036B	口內植皮 Intraoral <u>Skin or mucosal grafts for intraoral defects</u>		v	v	v	2400
92037B	涎石切除術，在腺管中 Sialolithotomy, <u>within</u> in duct 註：本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	2010
92041C	齒槽骨成形術(1/2顎以內) Alveoloplasty, <u>involving less than</u> (under 1/2 arch) 註：需檢附術前X光片或照片以為審核（X光片、照片及局部麻醉費用已內含）。	v	v	v	v	570
92042C	齒槽骨成形術(1/2顎以上) Alveoloplasty, <u>involving</u> (more than 1/2 arch) 註：需檢附術前X光片或照片以為審核（X光片、照片及局部麻醉費用已內含）。	v	v	v	v	1070
92043C	顳顎關節脫臼整復 Dislocation, TMJ, closed reduction <u>Closed reduction of TMJ dislocation</u> — 無固定 W <u>Without fixation</u> 註：年度第一次可申報此項，第二次後只限申報92001C。	v	v	v	v	310
92044B	— 有固定 W <u>With fixation</u> 註： 1.申報費用應檢附手術記錄。 2.本項目局部麻醉費用已內含。		v	v	v	2010
92045B	自體牙齒移植 <u>Tooth</u> A <u>autotransplantation</u> 註： 1.需檢附術前X光片以為審核（局部麻醉費用已內含）。 2.含拔牙至固定為止。		v	v	v	2010
92047B	顎關節內注射 Intraarticular <u>Intra-articular injection of</u> <u>temporomandibular joint</u>		v	v	v	600

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
92050C	埋伏齒露出手術 Surgical exposure of impacted tooth 註： 1.限骨性埋伏齒即骨頭覆蓋2/3以上者。 2.僅限永久齒，同類處置以一次為限。 3.需檢附X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。	v	v	v	v	970
92052B	閉塞器裝置或手術導引板治療 <u>Obturator / Surgical stent (splint) therapy</u> 註： 1.限顎骨齒列外傷、顎部手術及癌症或腫瘤病人手術後處理。 2.含材料費。		v	v	v	5000
92053B	硬式咬合板治療 Occlusal bite splint <u>therapy</u> 註： 1.為同一療程，含診斷、所有處置、日後調整費及材料費。 2.病歷應詳實記載處置過程並附術後照片(照片費用內含)。 3.一年內不得重複申報本項。		v	v	v	4000
92054B	軟性咬合器治療 Soft splint <u>therapy</u> 註：含材料費。		v	v	v	800
92056C	骨瘤切除術 Tumor <u>eExcision of Bone tumor</u> , < 1 cm 註： 1.需檢附X光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。	v	v	v	v	5010
92057C	骨瘤切除術 Tumor <u>eExcision of Bone tumor</u> , 1 cm ≤ Bone tumor ≤ 2 cm 註： 1.需檢附X光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。	v	v	v	v	10010
92058C	骨瘤切除術 Tumor <u>eExcision of Bone tumor</u> , > 2 cm 註： 1.需檢附X光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。	v	v	v	v	15010

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
92059C	手術去除陷入上顎竇內牙齒或異物 Surgical removal of tooth or foreign body <u>within the</u> in maxillary sinus 註： 1.需檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.限不同醫師執行。	v	v	v	v	6010
92061B	矯正後之活動維持裝置(每顎) <u>Space</u> R retainer <u>treatment per jaw</u> 註： 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。		v	v	v	2000
92063C	手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of deep bony impaction of jaws <u>a deeply impacted tooth in jaw bone</u> 註： 1.下顎阻生齒牙冠最低處低於前一顆牙之根尖或距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者得申報此項。 2.顎骨骨性阻生齒低於齒槽骨脊下一公分。 3.需檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。	v	v	v	v	8010
92064C	手術去除解剖間隙內異物或牙齒 → Surgical removal of <u>a tooth or</u> foreign body <u>within fascial spaces</u> in pterygomandibular space → submandibular space → etc 註： 1.需檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.限不同醫師執行。	v	v	v	v	10510
92067B	癌前病變軟組織切片 <u>Incisional</u> B biopsy <u>for precancerous lesion</u> , soft tissue 註： 1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.應附病理報告。		v	v	v	1810

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
92068B	<p>癌前病變硬組織切片</p> <p>Incisional Biopsy for precancerous lesion, soft hard tissue</p> <p>註：</p> <p>1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。</p> <p>2.應附病理報告。</p>		v	v	v	2510
92065B	<p>口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護</p> <p>Oral and Post-operative care for oral-maxillofacial & neck malignancies malignant tumor post-op treatment</p> <p>註：</p> <p>1.口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護及其相關必要措施：</p> <p>a.口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護：皮膚的縫線囊腫、皮膚瘻管、淋巴液漏、皮膚、皮瓣供給處換藥。</p> <p>b.無法開刀的癌末患者換藥，如：oro-facial communication、頸部淋巴結轉移導致skin perforation。</p> <p>c.電療或化療前口腔評估計畫(pre-RT or pre-CT assessment)。</p> <p>d.電療後遺症，ORN照護換藥。</p> <p>2.術後三天同一療程。</p> <p>3.病史、理學檢查，必要時麻醉及X光檢查。(麻醉及X光費用另計)。</p> <p>4.不得同時申報92001C、92066C及非牙科處置。</p>		v	v	v	600
92088C	<p>口腔顎面外科轉出醫療院所之轉診費用</p> <p>Referral fee for oral maxillofacial surgery</p> <p>註：</p> <p>1.交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。</p> <p>2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。</p> <p>3.此項不得申請轉診加成。</p>	v	v	v	v	200

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
92069B	<p>複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板 Special <u>Occlusal</u> bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders</p> <p>註： 1.本項須符合下列顱顎障礙症功能檢查所述適應症中二項(含)以上，且經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行。 2.適應症： 1)下顎運動最大張口距：小於 35mm。 2)終極試驗：大於 5mm 或小於 1mm。 3)顱顎關節雜音之聽診：單或雙側具彈響(clicking sound)或軋髮音(crepitus sound)。 4)顱顎關節區觸診：單或雙側有壓痛。 5)外翼狀肌之拮抗試驗：單或雙側為「+」。 6)咀嚼肌觸診之檢查結果：一個以上肌肉之觸診結果為「+」。 3.一年內不得申報 92053 B 及本項。 4.病歷應詳實記載處置過程並附口內配戴照片(照片費用內含)。</p>		v	v	v	7000
92070B	<p>複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療追蹤檢查與調整 Follow up examination and <u>the</u> adjustment of special occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders</p> <p>註： 1.須先前有接受複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療者方得申報本項。 2.咬合板臨床調整申報，180天內每30天得申報一次，180天後每60天得申報一次。</p>		v	v	v	600
92071C	<p>簡單性口內切開排膿 <u>Simple</u> Intraoral incision & drainage (simple)</p> <p>註： 1.腫脹區切開、沖洗，局部麻醉費用已內含。 2.限口腔內軟組織膿瘍申報。</p>	v	v	v	v	210
92072C	<p>口乾症塗氟 <u>Topical</u> Fluoride application <u>in xerostomia patients</u></p> <p>註： 1.限口乾症患者施行申報。 2.含材料費。 3.90天可申報乙次。</p>	v	v	v	v	500

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
92089B	氟托(單顎) Fluoride tray/per jaw 註： 1.限頭頸部癌症病患放射性治療後施行申報。 2.需經印模後以乙烯-乙烯聚合醇共聚物(Ethylene-vinyl Copolymer)材質客製化氟托。 3.一年內不得重覆申報本項。		v	v	v	1500
92090C	定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Regular Periodic care for oral potentially malignant disorder (PMD) follow-up treatment 註： 1.須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸部口腔癌或癌前病變(PMD)患者，臨床診斷類別(ICD-10-CM)：紅斑(D10.3)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1)。 2.不得與「非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)」同時申報。 3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 4.應含口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)。 5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。 6.限九十至一百二十天申報一次；若距前次追蹤治療時間已超過一百二十天者，則以「非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)」申報。	v	v	v	v	600
92091C	非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Irregular Occasional care for oral potentially malignant disorder (PMD) follow-up treatment 註： 1.不得與「定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)」同時申報。 2.須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸部口腔癌或癌前病變(PMD)患者，臨床診斷類別(ICD-10-CM)：紅斑(D10.3)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1)。 3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 4.應含口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)。 5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。 6.本項適用距前次追蹤治療時間超過一百二十天者申報。	v	v	v	v	400

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
92092C	乳牙複雜性拔牙 Complicated <u>Complex</u> extraction of deciduous-teeth <u>primary tooth</u> 註： 1.限乳牙申報。 2.適應症包含： (1)全身性疾病(同 92014C 複雜性拔牙)。 (2)乳牙牙根 > 1/2。 (3)恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換牙。 (4)牙根骨黏合或 submerged tooth。 (5)外傷合併其它口內或嘴唇周圍的傷口。 (6)併生牙(fusion)。 (7)乳牙牙根彎曲。 (8)因外傷或齶齒造成之牙根斷裂。 (9)因外傷造成之牙齒牙齦內推(intrusion)。 3.需檢附術前 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象，無法配合照射 X 光片者不在此限。	v	v	v	v	560
92093B	牙醫急症處置 Oral and maxillofacial emergent treatment <u>Management of dental emergencies</u> 註： 1.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K04.0, K04.1-K04.99, K05.0, K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2, S02.5, L02.01, L03.211, L03.212)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。 2.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、牙髓緊急處理、牙周緊急處理、止血。 3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速率)與意識狀況(Glasgow coma score)等護理紀錄。 4.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92094C。		v	v	v	1000

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
92094C	<p>週日及國定假日牙醫門診急症處置 Management of dental emergencies on Sundays or in the national holidays 註： 1.限週日及國定假日申報，其日期認定同附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。 2.當月看診天數需≤二十五日，超過二十五日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。 3.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。) 4.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K04.0, K04.1-K04.99, K05.0, K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2, S02.5, L02.01, L03.211, L03.212)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。 5.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、牙髓緊急處理、牙周緊急處理、止血。 6.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B。</p>	v	v	v	v	800
92095C	<p>顎顏面骨壞死術後傷口照護 Wound care for osteonecrosis of jaws 註： 1.需有病理學報告或相關影像佐證。 2.三日內之同一處置視為同一療程。</p>	v	v	v	v	600

第二項 開刀房手術(92201~92229)

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
92202B	涎石切除術，在腺體內 Sialolithotomy, in <u>the</u> gland		v	v	v	1900
92208B	顴骨弓骨折整復術 Gillis method for Reduction of zygomatic arch		v	v	v	2610
92209B	顎骨折整復術 Open Reduction of the jaw s <u>bone</u> fracture — 單一骨折 single <u>Simple</u>		v	v	v	4130
92210B	— 複雜骨折 multiple <u>Complicated</u>		v	v	v	5700
92215B	顎骨重建術、金屬夾板（材料另計） Reconstruction of the jaw by metal splint <u>bridging plate</u>		v	v	v	4850
92218B	唾液腺切除術 Sialoadenectomy — 表淺或良性 s <u>Superficial or benign</u>		v	v	v	2470
92219B	— 惡性 m <u>Malignant</u>		v	v	v	4120
92221B	下齒槽神經抽除術 Peripheral neurectomy- <u>inferior alveolar nerve</u>		v	v	v	3780
92222B	顳顎關節脫臼手術整復 Dislocation, TMJ, complicated, open reduction <u>Open reduction for TMJ dislocation</u>		v	v	v	2750
92223A	顎骨矯正手術 Orthognathic surgery — 合併上、下顎骨切除術或Le Fort III型切骨術 Two jaw surgery or Le F <u>Fort</u> III Osteotomy			v	v	9270
92224A	— 單顎或二處 o <u>One jaw or two sites</u>			v	v	7730
92225A	— 一處 s <u>Single site</u> 註：(92223A-92225A) 限先天性臉部疾病、或肌病變導致畸形及咬合不正、外傷、及顎骨關節病變患者，事前審查報准後施行。			v	v	5410

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

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-560401)

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
56041K	<u>迷走神經刺激術 (VNS) 一參數調整</u> 註： <u>1.適應症：</u> (1) <u>無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病患。</u> (2) <u>頑固型癲癇病患定義：已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。</u> <u>2.支付規範：</u> (1) <u>特殊專科別限制：小兒神經內科、神經內科及神經外科之專科醫師。</u> (2) <u>執行頻率：每月一次。</u>				v	2087

第七節 手術

第十項 神經外科 Neurosurgery (83001-8310~~0~~2)

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
83102K	<p><u>迷走神經刺激術 (VNS) 一植入</u></p> <p>註：</p> <p>1.適應症：</p> <p>(1)無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病患。</p> <p>(2)頑固型癲癇病患定義：已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)特殊專科別限制：神經外科。</p> <p>(2)執行頻率：須事前審查，每人僅需執行一次。</p> <p>(3)不得同時申報 56037B「深部腦核電生理定位」、83056B「癲癇症腦葉切除術」、83084B「立體定位術-功能性失調」及 72029B「迷走神經切斷術」。</p> <p>(4)含一般材料費，得另加計 11%。</p>				Y	18242

第十一項 聽器 Auditory System (84001-84038)

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
84038B	<p>人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)</p> <p>註：</p> <p>限設有聽語復健治療團隊(包括耳鼻喉科專科醫師或復健專科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院申報，施行本項適應症如下：</p> <p>1.兒童：</p> <p>(1)兩耳聽力損失呈 $\geq 90\text{dB HL}$ (0.5、1、2、4K Hz)。</p> <p>(2)先前使用助聽器 3~6 個月以上，助聽後開放式語詞辨識得分 (PBK word) 0~12 %，或是噪聲下語詞測驗得分 $< 30\%$。無手術植入電極之禁忌。</p> <p>2.成人：</p> <p>(1)學語後失聰且兩耳聽力損失呈 $\geq 90\text{dBHL}$ (0.5、1、2、4K Hz)。</p> <p>(2)先前使用助聽器 6 個月以上，助聽後開放式語詞辨識得分 (PBK word) $< 30\%$。</p> <p>(3)無手術植入電極之禁忌。</p>		V	V	V	20250

107 年度第 2 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂 會議與會人員發言實錄

前言

主席

各位代表，開會時間已經超過七分鐘了，現在人數過半，會議開始，今天是今年第二次給付項目支付標準共擬會議，謝謝大家撥冗參加。請各位代表翻開上次會議紀錄，從第 1 頁到第 4 頁的部分請各位代表確認。請問有沒有意見？如果沒有意見，會議紀錄就確認。接下來追蹤辦理情形，請同仁開始。

宋科員兆喻

各位代表長官好，這次會議決議辦理情形追蹤表共 11 案。序號 1 「支付標準成本分析調查案」，本署前於 107 年 4 月 30 日再次函請醫學中心及區域醫院協會補充完整資料，並請地區醫院協會儘速回復 21 項診療項目成本分析調查。但醫學中心協會於 107 年 5 月 17 日函復本署表示無法提供 21 項調查項目之成本參數表及作業流程表；區域醫院協會於 107 年 6 月 1 日函復表示無法提供 21 項調查項目之成本分析表；地區醫院協會則尚未回復，本案建議繼續列管。

序號 2 藥師公會全國聯合會提出「新增臨床藥事照護費」案，因與本次追蹤表序號 11 相同，追蹤情形併該項辦理，建議解除列管。序號 3 有關放寬 COPD 醫療給付改善方案之參與院所資格，依 107 年 3 月 20 日會議決議，有關鼓勵藥師參與計畫教育訓練，因後續須監測藥師受訓情形，爰本項繼續列管，其餘解除列管。序號 4 「107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案、序號 5 支付標準增修「六分鐘步行測試」等 7 項診療項目案、序號 6 支付標準編號 83081B 及 83082B，支付規範增列口腔顎面外科專科醫師施行案，前述三案已於 107 年 5 月 31 日經衛福部公告自 107 年 6 月 1 日起生效，爰建議解除列管。

序號 7 Tw-DRGs 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案，因前

次會議紀錄公開後，本署接獲各界反映意見表示對於實施內容仍有疑慮，考量 Tw-DRGs 實施屬重大支付制度變革，近期將再徵詢專科醫學會意見，俟綜整意見後再提會討論，建議繼續列管。序號 8「107 年度醫院以病人為中心門診整合照護計畫」修訂案，目前正以程序辦理報部等行政作業中，建議繼續列管。序號 9 新增「全民健康保險婦女生育醫療整合照護論人支付制度試辦計畫」案，本案將依決議事項函復立法院及相關委員辦公室，建議解除列管。序號 10 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「辦理轉診費_回轉及下轉」等 5 項診療項目案，目前正以程序辦理報部等行政作業中，建議繼續列管。序號 11 藥師公會全國聯合會提出「新增臨床藥事照護費」案，本案將於本次會議討論，如經確認同意，建議解除列管，以上。

主席

好，謝謝，各位代表如果電腦有問題麻煩舉手，請同仁幫忙服務一下，免得大家看不到資料，現在有沒有人電腦有問題的？

王代表宏育

平板只能用橫的，你們說不能用直的。

主席

只能橫的嗎？真的，不能用直的。

王代表宏育

衛福部的可以。

主席

大家都可以用嗎？好，如果有問題的話再麻煩舉手讓我們同仁幫忙服務。歷次會議追蹤情形，大家有沒有意見？我想請問一下第一項，醫學中心跟區域醫院協會分別在最近來函表示無法提供資料，是無法提供還是時間太趕來不及提供？

現在是醫中及區域協會表達無法提供、地區醫院協會還沒有回復，請問醫中的代表是資料還在整理中？還是沒整理完？還是根本無法提

供？請醫中的代表說明。

李代表偉強

我記得大概幾個月前我們有討論過，後來我們提供部分的資料，三個部分醫中提供其中一個還是兩個部分，可是有一個地方是很細的資料。

李組長純馥

作業流程。

李代表偉強

其實很難去蒐集，能蒐集的東西我們都已經回復了。因為已經有一段時間以前了，能不能告訴我們是哪個部分尚未交？因為這是討論過的，承辦人員他們有討論過細節，有的地方實在是太細了，要作業流程、成本等。我們怎麼去蒐集這些東西？這麼多的檢查，如果後面有個表，相對起來會比較容易，能不能提供...很少人提供了，能不能請承辦人再回應一下好了，我們不是全部都給，也不是全部都沒給，我們給了其中一個還是兩個部分。

主席

區域醫院可不可以提供？

李代表佳珂

這部分我們協會再確認好不好？

主席

所以現在不知道是嗎？

李代表佳珂

因為印象中是有提供一部分。

主席

可是沒有完整的提供，就跟醫中一樣是不是？

李代表佳珂

對，因為我印象中我們都有，我們秘書處這邊還有檢視裡面的內容，確認一下差異，差異太大我們還退回醫院去做確認。

主席

OK，地區醫院到現在都沒有回復？

王副秘書長秀貞（謝代表文輝代理人）

原則上我們已經有發出去，那也有一部分的資料回來，但是因為回來的資料我們覺得太少了，所以持續的彙整當中，那確實在填答的過程也發現跟醫學中心的代表說明一樣，大家都覺得目前要提供的資料太細了，每一項都要填的完整的話，確實是有難度的。

主席

好，醫管組這邊有沒有要進一步說明的？

李組長純馥

跟各位代表報告，其實是我們被要求要蒐集成本資料，因為覺得已經施行支付標準一段時間，需要 renew。基本上各醫院在做成本分析一定會有一個依據，比如說需要的人力，人力的每分鐘單價其實都不一樣。我們現在收到資料，在醫學中心的部分其實是有成本分析的資料。可是更細項的部分，就是成本分析後面的意涵，比如成本參數、比如每一個護理人員每分鐘的工時金額，或是每一位醫師金額的部分，這部分是成本參數。

還有包括我們在做成本分析裡面會有一個作業管理費的比率，就是作業成本大概占整個診療項目的比重，因為有一些沒有辦法每一個項目算，他是一個 overhead 的概念，所以成本參數我們也希望 renew。民國 102 年的時候其實做過一次，RBRVS 的時候曾經做過一次，因為已經很多年了，我們覺得需要再更新，這是第一個部分。

第二，因為每一個診療項目都有一個作業流程，作業流程表是要去分析成本分析架構中的細項到底能不能連結在一起。這部分如果沒有提供，就只有一個成本分析，我們後續很難使用。所以我們是希望

補足這些資料。可能因為大家都很忙，所以回函都是歉難提供。另外就是謝謝，你們提供的項目我們都會參考，我們目前手上有的是 102 年蒐集的資料，資料是有點舊了，以上。

主席

好，既然大家都還在努力中，那就持續列管，來，請朱代表。

朱代表益宏

這個案子，我個人覺得其實還蠻重要的，我覺得支付標準成本分析當然應該要去把他算清楚，但是現在就變成都是公文往返，然後都是書面資料、公文往返，其實那個是沒有效率啦！像剛剛講的，聽起來醫學中心、區域醫院已經回復一部分，但是這邊講的是都還沒有回復，說歉難提供，所以我覺得這個中間可能有一些誤差，書面資料可能有一些誤解，如果署裡面覺得這個事情工作很重要，我是不是建議醫管組找三個學會的秘書處，就蒐集的資料私底下開一個會議，就秘書處而已，所以那個會議其實人數不會很多，就提供的定義，然後跟哪些地方有什麼困難、為什麼 102 年能提供，現在不能提供，這些問題大家討論一下，然後看看哪些困難點，要怎麼樣去協助解決，這個才能繼續往下走。

不然就是公文往返，說我不能提供給你，那剛剛醫管組聽起來的意思是說，他們是被要求辦理，所以沒有辦法辦就算了，我不知道是不是這個意思，如果這樣比較消極的話當然不太好，所以我是建議，如果署裡面覺得這個事情真的很重要，那是不是請醫管組私底下找三個學會的秘書處或是秘書長，然後大家來商量一下這個事怎麼繼續往下走，謝謝。

主席

好，謝謝朱代表，其他代表有沒有意見？好，後面那位請。

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

我是高雄長庚醫院黃仲鋒醫師，我代表耳鼻喉科醫學會來這邊開會，剛剛有提到 DRG 4.0，我們當然很高興說署裡在這次有尊重每個

專科醫學會還問我們有什麼意見。但是我們看到的是已經到 7 月 1 日都要實施了，其實問到學會的時候，學會有一點是說我們是真的提上來的東西是後面還會有開會討論嗎？還是只是我們提了一個東西，你們都還是一樣照樣實施？因為這個時間實在是太緊迫，而且我們耳鼻喉科其實是被你們歸納成所謂變異好像比較少的，幾乎 DRG 我們幾乎都會實施上去，事實上我只想知道說我們這次徵詢的結果是後續還會開會嗎？會找各個專科來嗎？還是就只是一個形式上的徵詢而已？

主席

好，謝謝，請王代表。

王代表雅馨

主席、大家好，剛才關於序號 1 這部分，我也是贊同朱代表的意見，我覺得說如果署裡是真的很想要把這件事情做好，這部分應該要更積極來做，如實際開會釐清目前執行的困難點，予以溝通處理。因為這個成本分析，我覺得是對整個健保的整個永續是非常的重要，因為我看這個案子每次都列在第一案，然後每次都是在繼續列管，我覺得這樣也沒有意思，同時也期望三個層級的醫院能與健保署通力合作，在往後有更積極的一個方式趕快把這個案子完成，以上。

主席

好，謝謝，大家還有沒有其他的意見？請。

李代表佳珂

如果這個案子要繼續下去的話，區域醫院這邊建議說，還是像朱代表的建議一樣，是不是署裡面直接跟我們這些秘書處或者協會有一個窗口共同召開會議，我們可能釐清一下細部的項目，這樣可能比較容易，要不然公文往返的時間有時候比較冗長，而且會電話反覆的詢問，我們在跟會員醫院說明的時候也比較有困難，所以如果這個案子要繼續的話，建議還是請署裡面召開會議，以上。

主席

好，謝謝，是李代表嗎？好，其他還有沒有對於這個追蹤事項辦理情形有意見，請，羅代表。

羅代表永達

主席，我想回應一下剛剛委員提到須要刪 DRG，因為大家都知道 7 月 1 日要實施這件事情是很重大的事情，可是到現在為止，我們得到消息是可能 7 月 1 日要暫緩實施，但是一直得不到署裡或是部裡很明確地告訴我們說暫緩，我們就知道是暫緩，又或者是說時程怎麼樣去延後。因為這件事情在我們上一次會議中已經討論過很多次了，我們得到的訊息，回去也跟我們會員講 7 月 1 日會實施，可是突然間又告訴我們暫緩實施，可不可以請署裡跟我們講比較清楚？比如說是暫緩實施，或是三個月不會實施，那我們就知道怎麼去因應。因為很多人很關心這件事情，以上。

主席

好，謝謝羅代表，大家對這個事情還有沒有要表達意見的？如果沒有，第一項剛才幾位代表建議開個小會去探討一下現在的狀況。現在看起來醫中有提供一部分，區域也表達好像有提供一部分，地區是有蒐集還沒有提供。這個事情是要三層級的資料都到位之後再來開會比較好。所以拜託地區醫院的部分先提供後請醫管組一併開個會去檢討，以加速這個案子的進行，好不好？這個案子持續列管。

另外 DRG 的部分，我們在上次會議 5 月 10 日（3 月 20 日）開會的時候是有達成共識的是實施時程。可是會議紀錄出去之後，就接獲蠻多的意見，不知道是不是我們代表在會上達成共識的背後意見沒有經過很好的整合，所以我們有接到很多的回饋意見，於是這個案子就沒有進入預告的程序。因為通常支付標準的修正是要經過預告一段時間，然後再正式公告實施。那原本 5 月（3 月）通過的時候是來得及預告，因為 5 月（3 月）那一批的支付標準都預告也公告了。可是當時大家的意見跟會議上得到大家的同意後要實施的是有一些落差，所以就沒有把會議決議有關 DRG 的部分做預告，因為沒有預告也就不會公告，現在的狀況是這樣。

我們希望更周延一點，因為大家對這件事情是很在意而且也很重視，所以為了周延，本署 6 月 11 日正式行文給相關 3 到 5 階段的學會，請學會表示意見，就是剛才黃醫師提到耳鼻喉科醫學會也有收到。請學會檢視 3 到 5 階段是不是有哪些 DRG 是覺得非常爭議，實施也顯有問題的，請學會幫我們找出來，也告訴我們爭議理由。希望能很快地蒐集大家的意見，因為這件事情已經一段時間了，各個學會也都非常的重視，而且也都開始在研究。相信 6 月 11 日出去的公文，理論上大家應該都知道有問題的部分在哪裡，我們也有給一段時間，希望能夠蒐集完整的資料。

蒐集完之後，要看我們能不能決定，或者還須要跟各學會進一步商量，這要看蒐集回來的情形，如果必要我們是會再找學會來開會。這些程序都走完之後，還是要回到共擬會議來討論這件事情。就是說，當時決議的時程因為這些原因，所以 7 月 1 日前也沒有預告，也就不會公告，也就沒有要實施。至於下一次再討論這件事情的時間點以及討論的結果，就會決定這件事情未來的發展方向，先向各位代表做說明。

各位代表也同意這個改變影響蠻大，所以我們非常的審慎，也很想多聽聽學會的意見，告訴我們怎麼樣做對臺灣的醫療生態會比較好，大家同意也覺得改成 DRG 會比現在論量計酬好等等的意見。希望是在有共識的情況下再來做會比較好。本案就持續列管，好，請羅代表。

羅代表永達

不好意思，因為剛剛主席有提到說，我們把那個發文給各專科醫學會，目前有很爭議的東西它有很多的不只是次類專科，還有次專科。比如胸腔內科裡面有氣喘專科，因為像氣喘、慢性阻塞性肺炎這些東西都是一而再、再而三，他就是 14 天再入院最大宗的其中一種，那類似這樣不曉得我們發文去的都是給胸腔科醫學會，還是我們也尊重其他再次專科的學會也會徵詢他們的意見，以上。

主席

好，請醫管組回應。

李組長純馥

謝代表的提問，我們其實也知道有很多次專科，所以這次是以曾經跟我們提過建議的專科醫學會，總共發文了 77 個醫學會，這裡面也含括很多次專科。除了部定的專科之外，我們也發文給相關或是曾經...，尤其是曾經針對我們很多支付標準的修訂或曾提過、與我們有公文往返的醫學會都一併提問，謝謝。

主席

好，來，請朱代表，然後再來請葉醫師。

朱代表益宏

主席，我想請問一下就是說，各界的反映是針對分類有疑義是不是？主要是這個分類的問題。

主席

都有。

朱代表益宏

還是怎麼樣？因為事實上是這樣，就是說這裡面其實包括了兩、三年前就已經通過的有一些基本診療的加成。

主席

對。

朱代表益宏

就有 4 個項目要取消，然後那時候也是說併這次一併，那個其實都兩、三年前就定案的東西，如果這邊還沒有定案，是不是某些已經確定東西可以先行公告，包括通則的那一部分，我是建議如果是這樣子的話是不是先處理那一部分，那個是沒有爭議的，那大家已經通過了，這一次大家如果對於分類或是這個所謂的基本診療加成有意見，那蒐集意見以後大家再討論，但是那個在兩、三年前通則那一部分是

不是先行公告，謝謝。

主席

好，謝謝，請葉醫師。

葉醫師振聲（社團法人中華民國糖尿病學會）

我是葉振聲醫師，代表糖尿病學會。謝謝國健署提供給我們共同照顧網後糖尿病患者的血糖控制及其他併發症可以在門診照顧得非常好，使得糖尿病住院減少，而空床增加，可以問問我們的代表，李代表李偉強，我們新陳代謝科住院病人越來越少。因此需要住院的病患都是病情比較複雜的，因此實施 DRG 之制度以後也不知道該怎麼辦，尤其長庚醫院的黃禹堯醫師，正在照顧 Diabetic Foot 病患，有神經、血管及感染之問題，住院都是一兩個月，所以他很擔心 DRG 上路以後怎麼應付，我答應他若有機會開會我會幫他爭取。因此 DRG 對我們糖尿病醫師而言，很少住院，空床很多，但一旦住院都很麻煩，因此 DRG 制度實在不適合我們糖尿病之病患，謝謝。

主席

好，謝謝，我相信糖尿病學會也會有接到公文。

葉醫師振聲（社團法人中華民國糖尿病學會）

最近要開始...。

主席

對，好，再麻煩你們把認為有問題的提出，包括爭議理由及建議，我們會再一次的綜整大家的意見後再來討論，或者是再提會討論。

剛剛朱代表所提的建議方案也會一併納入考慮，因為本案原計畫是要併修正的通則一併實施，但是現在得看資料蒐集回來的情形，實施時到底是要脫鉤處理還是要一併處理會一併考慮，必要時如果要提會就正式提會來討論。到這裡大家還有沒有其他的意見？好，請謝醫師。

謝院長景祥（謝代表武吉代理人）

我是覺得說，這一階段的 DRG 實在是聽到樓梯響，每次來就緊張一次，每次來就緊張一次，也很累。他有許多的爭議是真的，但是我覺得說這還是一個方向，那我的感覺是，這次 DRG 就是因為包山包海包太多了，所以這一次清理完了以後，應該把那些分階段，不要一口氣，野心那麼大，清完以後，把那些沒有爭議的先上路，那有爭議的再延緩。那不然的話，所有有爭議的在那邊跟沒有爭議的綁在一起，什麼事都做不了。

主席

是，對，這個也是我們現在在考慮的一個大方向，但還是要等回饋資料告訴我們，希望在時限內可以收到大家的回復。請黃醫師。

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

我是高雄長庚黃仲鋒醫師，沒有啦，每次聽到這樣的話，我們耳鼻喉科就會蠻擔心，因為我們每次都被人家拿來祭旗，就是因為大家都認為我們的爭議比較少。不過我想我們學會這一次會做一些反映，因為其實我們有一些病也是蠻複雜的，不是像大家想像說在醫院其實...，我們現在學會的名稱也改成耳鼻喉科醫學的外科學會，怕大家一直把我們當作是在看內科的，不過這是題外話。我們想要謝謝署裡面這次很尊重各個專科學會，還有在提問我們，我們是真的蠻感謝這樣子的，謝謝。

主席

好，基層的耳鼻喉科都是內科。

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

對，基層耳鼻喉科大概都是內科沒錯。

主席

所以也不能說都錯。你們也是外科，真的嗎？看比較多感冒吧！

林代表恒立

沒有。

主席

有啦！現在連臺灣人民都覺得感冒看耳鼻喉科還比較快一點。

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

在醫院的耳鼻喉科其實是跟外科的是一樣。

主席

是，我說診所。

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

診所醫師是占耳鼻喉科的多數。

主席

對。

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

不過相對的我們在大醫院的耳鼻喉科會變得蠻辛苦的，因為大家都會想要出去，所以大家也要體諒一下我們開刀的耳鼻喉科醫師，不是說耳鼻喉科醫師都在看門診。

主席

對，所以現在的 DRG 是用在住院，所以才要徵詢你們，因為耳鼻喉科會住院那就是不一樣的狀況。感謝大家這麼關注 DRG 的發展，也有支持的聲音，也有人認為有一些納入 DRG 會產生的問題，所以我們都聽到大家的一些建議，希望再蒐集一次意見，讓我們來決定下一階段怎麼走，大家可以雙贏，好嗎？這件事情因為沒有預告，7 月 1 日馬上就到了，當然就不會 7 月 1 日實施了，這是確定的。至於下一次的實施日期還是得提會討論、還是要經過大家的同意，這些程序一定照走，這樣可以嗎？好，這個追蹤辦理情形大家還有沒有其他意見？

如果沒有的話，就要進入報告案。先跟大家報告一下，就是報告事項一案、討論事項有四案，但是其中討論案第四案因準備不及，所以資料也都沒有提供給大家，第四案今天是不會討論的，報告事項第

一案。

報告事項

第一案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫英譯名稱及文字案。

主席

好，謝謝，這是牙醫修正支付標準英文名稱，大家有沒有意見？這案也請牙醫的專家幫我們看過，大家有沒有意見？好，沒有意見這案就洽悉，接下來是討論案第一案。

討論事項

第一案

案由：新增「全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案」。

主席

好，謝謝，這案子是藥師公會全聯會提案，那今天想要來跟我們說明的是臨床藥學會，還是藥師公會全聯會要先說明嗎？好，請賴代表。

賴代表振榕

主席，各位代表，大家午安。首先要代表我們藥師公會全聯會感謝健保署的長官還有健保會的委員，支持我們新增藥事照護費用，我想我們從健保開辦 20 幾年，我們藥師只有一個叫做藥事服務費，那藥事服務費其實應該是 focus 在藥品，就是我們在處方的一個確認、調劑、交付藥劑、病人用藥指導，這樣的比較一個粗淺的專業上的服務而已；但是藥事照護的話，我想各位從我們的資料上可以看到，我們是以病人為中心來提供連續性的照護，包括他可能是多種疾病、多張

處方，在住院病人來講他可能就是在多日住院當中，依據他生化值的變化，來提供我們藥事專業的服務。所以我想這個部分以病人來講的話，這應該是比較優質的醫療照護品質。

那本次我們所提出來的「重症病房加護臨床藥事照護給付」，各位可以看到我們的資料裡面，我們的規劃是不分層級的醫院，因為這在我們醫院評鑑裡面其實不管是從地區醫院、區域醫院到醫學中心，只要有加護病房，都會有評鑑所需求，必須有專責藥師來提供這樣的照護紀錄。所以我相信這是在我們目前台灣所有的醫院裡面，只要他有設加護病房，一定有藥師在服務，所以這個部分是未來在藥師，在專業的肯定上是能夠給他支持的。

第二個是我們的藥師資格，各位可以看到我們提出的條件，並不是那麼難，因為目前很多藥師已經在加護病房做專責的工作，所以這案如果今天獲得通過，那我相信各個醫院就能夠提出申請了。我們自己粗估過，保守估計差不多將近有 150 位藥師都可以來加入，各層級醫院都可以進來，我想這是一個粗估的資料，我相信是應該更多，所以這個案我覺得不是在我們的總額分割出來，而是一個新增的費用出來，我想這是我們多年來服務的藥師，很辛苦、很有使命感、很有責任的在照顧每一個病人，但是今天這個費用最主要是給我們專業的藥師一種肯定，一種支持，讓我們未來藥師在作業上能夠更提升他的士氣，還有他優質的服務。以上是我的說明報告，懇請各位代表能夠支持，謝謝。

主席

好，臨床藥學會有要補充嗎？

林理事長慧玲（台灣臨床藥學會）

從國內及國外的資料都顯示藥品造成的傷害，其後續的醫療費用遠超過藥品的費用。整體而言，健保過去多數的醫療給付，都著重在藥價，整體藥費的控管；事實上這樣對於品質的部分，沒有辦法更進一步的去提升。現今提出的方案是一個我們多年來一直在做的，我們

collect data 到今天，才敢提出來這樣的資料。同時我們也知道，不管是在醫院設置標準、不管在急重症醫院，都有加護病房提供藥事照護及人力配置的要求，我也相信全台灣好的醫院，全部都通過這樣評鑑的肯定。所有的醫院如果都通過評鑑，就應符合評鑑人力的要求，以及加護病房的要求，如果有提供給付，能夠讓我們更落實。我們也希望從這個等於是 pilot 的一個 program 去搜集資料，所以我們做很多的要求，要求要 document，因為我們希望去證明給付專業，不是給付材料，是我們未來可以走的方向；它不會提高我們的費用，反而應該是利用藥事服務去減少不必要的費用以及它後續造成的傷害，進而可能帶來整體醫療費用的減少。

這個方案我們希望是一個拋磚引玉，其實臨床藥事服務有很多個面向，此方案等於是一個試金石。我們先從重症的照護開始，希望從這裡面看到我們全國可以努力的一個方向，大家不要說只有某一些醫院可以做，我們希望所有的醫院都能夠共同往這個方向來提升醫療品質。我們也知道，過去的研究顯示，美國住院病人每一天死在藥品不良反映的有 3 百多人，相當於每天掉一架 747 飛機；我們如果有他們一樣的品質，也許我們就 10 天掉一架 747 飛機。所以我們希望用臨床藥師來減少藥品可能會造成的傷害，而且讓用藥更合理，能夠保障我們的品質，讓整體的醫療費用降低，此稱為 cost avoidance，是減少不必要的費用，讓整個費用能夠分攤到其它我們需要醫療的地方。這個只是一個開始，其實臨床藥事照護還有很多面向，我們只是先從能夠立竿見影的地方提出來，不曉得沈院長還有沒有要補充，謝謝。

主席

謝謝，好。

朱代表益宏

先提一個程序問題，因為我看你們的說明第一項，他是 107 年醫院醫療給付總額專款，所以這個案子是不是有在醫院總額支付我們先討論？因為程序上，一般如果是醫院總額的專款應該是在醫院總額先討論，然後那邊有了共識才會送到共同擬訂會議。像前面報告案，牙

科也是在牙科那邊討論，確定以後才會送過來。所以我想先請教一下這個案子是不是在醫院總額研商議事會議有討論過？

主席

看狀況。

朱代表益宏

那這個狀況是什麼狀況？

主席

因為這個是一個全新的。

朱代表益宏

全新的程序上也是應該在那邊先討論要有共識啦。

主席

沒關係，現在已經提到這裡，這裡是處理支付標準有關的議題。

朱代表益宏

主席，我剛問的要先回答我，有沒有討論過？

主席

有沒有討論過？有沒有要說明的，醫管組。

朱代表益宏

對阿，說明一下為什麼不到那邊討論，什麼樣的狀況？是什麼全新狀況不在那邊討論。

王科長玲玲

因為本項專款是我們醫療給付改善方案 P4P 的專款，其實專款醫院跟基層都有。

主席

醫療給付改善方案是西醫基層跟醫院都有的，既然是這個專款，我們就...

朱代表益宏

我是覺得說，涉及到兩個總額，當然提到這邊比較有道理。如果這個專款他事實上只用在醫院總額，那程序上應該就要在醫院總額先討論。

主席

好，已經提到這裡了，就今天先討論。

朱代表益宏

主席還是說明一下什麼特殊的原因。

主席

因為今天也已經6月了，好多的程序要走，我們最近的案子真的非常的多，但是共擬會議卻是修正支付標準一定要經過的會議，所以我們也已經延誤了很多次。今天就是提到正式會議來討論，我相信在座醫院的代表也大部分是醫院總額研商會議的代表，其實是有很大的重疊，所以一樣可以來討論。好，那現在這個案子說明完了，開放大家討論，請潘代表。

潘代表延健

主席、各位代表、各位專家大家午安，針對提出這個案子我個人是覺得是贊成的態度。因為從過去的經驗裡面，尤其是在比較大型的醫院裡面，藥師都會或多或少，不管是在住院或者是門診藥組的處方裡面，如果透過藥師的參與的話，的確是可以找出一些用藥裡面還可以再檢討的地方。對這整體整個照護團隊裡面加入藥師這樣的一個概念，我是持正面的態度。但是這裡面有一個規定我比較不懂，就是指標的設定。如果說我們這樣一個項目是以品質為出發點的話，在它指標的監測裡面，第一個就是藥師的介入跟醫師的接受程度，這是可以成為一個監控指標，因為這個表示說他有多少介入並讓醫師接受，表示說他的意見是被醫師接受的，這中間需要有很長的時間去做溝通，要培養默契，所以說這個是可以列為指標。但是後面那兩支指標我是覺得比較需要商議，用這個來證明說我的直接的藥費會下降，我覺得

這個跟原來要設定這樣一個項目裡面是有點矛盾的，我不覺得這個設到這裡面來當指標是合理的。

第二個部分間接的費用，間接的費用當然下面有提到就是說...如果有下列這幾種狀況，他會增加住院天數，所以會增加醫療費用，這個可能可以理解；但是如果把它間接把它直接導引說這個就是減少間接費用，也會讓人家誤導說你這個好像純粹就是費用出發點。所以我是建議，這個指標整個的描述上面是不是能夠做個修正，第1個直接費用藥費這部分，我是覺得不要直接做串聯。這是我的意見，以上。

主席

好，再來李代表，再來羅院長。

李代表偉強

其實很多大型的醫院，其實有臨床藥師參與這個重症照護行之有年，今天這個案子提出來的話，等於我們是肯定給他一個給付，所以我覺得應該是支持的。不過因為剛好這裡面文字本身，將來會影響很大，所以我還是希望有機會釐清一下或許更嚴謹。目前的評鑑標準裡面，加護病房是每20床要有1位藥師，這是對的；可是這邊有多兩個字叫「專責」藥師，「專責」跟「不專責」這兩個字各位知道，我們在評鑑就很瞭解專責定義，加護病房要有專責的主治醫師，專責醫師是說我的工作多半都在加護病房執行，我每個禮拜到加護病房以外的地方不能超過兩節，一節大概一個上午或一個下午。那我們藥師是不是也要這樣子？因為評鑑條文是藥師就好了，可是這邊加了「專責」，表示說將來每20床...假設若有200床加護病房，我就有10位專責藥師，這10位的專責藥師他就不能做其他事情，都要以這個為準喔。那這個東西就已經超過現有評鑑的標準，還是只是誤導兩個字而已，我只是釐清而已並不是說反對。

第二個，你現在在這評鑑條文裡面，藥師就是藥師，只要中華民國考到資格就是藥師，可是現在下面列了好多好多條件，也需要多少年經驗什麼什麼之類的，這個其實又比現在的評鑑調高了很多的...等

於限制住了，你要成為我專責藥師，一定要達到以下條件。這個東西將來勢必會跟我們的評鑑或跟我們的設標等等會有產生不一樣的程度，這兩個之間其實我們只希望說在我們支持這個案子的同時，也希望說不要把門檻調這麼高，也不要造成將來醫院為了要達到這筆錢，我得限制說只有哪幾位藥師可以當專責藥師，他才符合這個資格，不管是學歷也好、他的經歷也好，還有這些藥師將來就不能到加護病房以外的地方作業，現在病房外面作業其實也很忙，所以大部分也不是 full-time 在裡面。所以這兩方面是不是請提案的學會能夠說明一下，無意中寫這兩個字還是有特別的考量？從嚴給付其實是對的，只是說我不希望到時候造成評鑑標準又被拉高好幾個層級，以上。

主席

好，謝謝李代表，再來羅院長。

羅代表永達

主席、各位先進，我想藥師公會跟相關的學會提出這個，讓藥師能夠參與所謂重症這個，我想大家都會支持，這個無庸置疑，因為我們真的覺得團隊當中真的需要這個。可是我覺得藥師公會提出這樣一個很粗糙，陳義很高，但是做的過程當中事實上是看不到很多東西。第 1 個就是現在目前以 20 床去配置，顯然我們曾經做過...因為最近在衛福部裡面曾經有個振興地區醫院方案，我們曾經調查過地區醫院 ICU 裡面是在 15 床以下占 87%，也就是大部分不到 20 床，也就是說大部分即使有 ICU 可是他沒有到 20 床，我不曉得這規定裡面每 20 床配置一個藥師這部分，他到底能不能申請？就是 15 床以下在地區醫院裡面，有超過 15 床以下 ICU 事實上沒有這麼多。在這情況之下，這方案裡面這些既使有 ICU 也沒有用，因為按照這規定他是拿不到的，但是他們有沒有需要臨床藥師去介入？有，問題是光條件就不符合，這是第一件事情。

第二件事情就是剛剛李偉強代表所提到，他用「專責」，我們在評鑑大家都知道專責的意思就是除了這裡工作，其他地方譬如說專責醫師他外面的門診，他平常的門診是不能超過 2-3 診；也就是這個藥師

在做這些事情，其他不能做。地區醫院更糟糕，假設我有 8 床，我這藥師只能放在這個地方，別的地方只能做兩個早上的事情或者是做多少的事情。專責兩個字限制在評鑑是有相當的定義，他不是隨便寫兩個專責他就叫專責。好，那我們再來算看看，假設有一個地區醫院他有 20 床，他就專門做這個東西，他可以申請 220 點，一個月 220 乘以 30 乘以...他一個月薪水 13 萬多。講這個數字表示說，這個給的目前這樣的點數，到底是怎麼算出來？因為不太合情理啦，我們要把他 share 到的地方，這是我提出的第 2 點。

第三點就是在我們第 2 頁裡面，他的這個財務分析裡面，光看以現在財務裡面，假設藥師公會所提的這財務分析是對的，他的假設是說如果按照以 106 年這樣算的話，事實上是要到 1.23 億至 2.04 億，是因為今年只有半年，但明年假設還是 5,000 萬的話，不就是以後每 1 點只有 0.25 元。那我們假設拿到這個錢去給藥師，你們很辛苦我們要給你加薪，不好意思喔！220 點裡面再乘以 0.25，點值還可能更低，因為大家都可能會去申請這個錢，未來的點值就是 0.25，我們還沒做就讓他那個點值 0.25 是一個預期的點值數，我覺得這個很粗糙。

我們再回想說為什麼一開始對這個題目我們是支持的，可是這樣的方案我們是反對的。譬如我們上次那個護理師提出來的費用，為什麼我們這麼 concern，因為一開始的時候當錢不夠的時候，醫院裡面一定要去貼錢，就像當年護理師你要拿了 20 億，事實上各醫院全部加起來有超過 100 億的錢給護理師加錢，為什麼？因為不是新來的護理師去加錢，是舊的護理師也要加錢；那一樣的道理你拿了 5,000 萬，用醫院的點去補這個不足，剛也講這不屬於醫院總額，但他事實上是用到醫院總額的點數跟錢，就是很顯然不合理的一件事情。

再來看看這個指標，觀察指標裡面我說實在話，這觀察指標真的是很籠統，第一個他們的接受率，接受率是一個很主觀的東西。如果假設各個醫院裡面為了拿這筆錢，你要讓接受率很高一點都不困難，他本身並沒有很客觀的一個數字可以看得出來；他客觀的數字反而又不是他主要目的，他不是為了節省錢，他是要提高這個品質，否則我

想今天在座的消費者代表也不會因為認為說，給你 5,000 萬是為了省其他的錢，而是希望把對民眾的藥事服務能夠提高，這才是最主要的目的。所以我覺得這個是陳義很好的一件事情，這也是很好的指標，可是整個的方案裡面我覺得很多東西是我們反對的，以上。

主席

好，謝謝，意見等一下再一併回答，然後這邊請這位是廖代表。

廖代表大富

對，放射師公會全國聯合會支持這件藥事這個案例，這個非常棒的一個事情，對於我們醫事人員在 ICU 裡面都是各個醫事非常怕的一個單位。尤其是我舉一個例子，我們放射師對 ICU 接觸上是最多，我們每天都要推著 portable，就是說推著 X 光的設備到 ICU 的病房去照相，而且是 24 小時都要隨時 on call，一叫急件的話 30 分鐘一定要到，沒有到就出異常，那非急件是兩個小時要完成，這是我們放射師的工作。那給付呢？我們台灣的給付，我就做一個比較，我們有兩個長庚，一個叫台灣的長庚—林口長庚醫院，還有一個是廈門長庚。那個給付在台灣的給付是每照一張 200 塊新臺幣，而且第二張，如果說連續照兩張，第二張也要打 8 折。在我們廈門長庚，一樣的設備、一樣的人員、一樣完成這樣的程序，在廈門每完成一張是 210 塊人民幣，這個是目前的現況，我們台灣的醫事人員真的很苦。所以希望大家能夠支持這個案子，這是非常棒的一個開始，我非常支持這個案子能夠讓它通過，因為醫事人員真的太苦了，謝謝。

主席

好，謝謝。林代表，再來朱代表，再來王代表，然後是葉代表。

林代表淑霞

大家好，看起來這是一個類似試辦計畫，因為期間只有到今年的年底。首先我個人先表達，從病人用藥的安全以及品質，我個人是非常支持有其必要性。只是各位都知道，現在每年醫院評鑑的時候，在藥師的人力，都是醫院最緊張的，因為自從台灣有了醫藥分業，很多

藥師都開藥局去了，所以有時候很多醫院在找，尤其是臨床藥師真的很難找。因此我同意剛剛前面幾位代表提的，就是專責這個定義一定要用弄清楚，要不醫院也不知道這個人力在整個資源的運用要怎麼去調配，這是第一點。

第二點，因為今年的醫療給付改善方案是有 5,000 萬要做支付，如果試辦的成效不錯，未來財源的問題，可能也要去做一個審慎的考量，假如成效真的不錯，可能必須尋找財源來 backup 這件事情。至於為什麼訂 220 點，可能因為現在住院的 UD，每人日是 90 元，這是固定點值哦，因為這是 40 床 1 個藥師之評鑑標準，如果本案以 ICU 為原則的話是 20 床 1 個藥師，是否採這個概念去乘上 double 訂定的。可是如果用這個點值的概念，可能如同剛剛羅代表有提到，一點變 0.25，這樣好像對真正投入臨床的藥師不夠一個尊重。所以將來財源怎麼去 backup 這件事情，可能是要去考慮的。最後一點我想請問一下，這是一個試辦跟現在我們真正住院的 UD 的申報應該沒有關係吧？以上。

主席

好，再來朱代表。

朱代表益宏

謝謝主席，我以下是代表台灣地區醫院發言，我想第一個就是說這個案子，它在總額裡面是提升用藥安全跟品質方案，部裡面核定並沒有說是重症的用藥安全。所以其實剛剛羅代表有講到，這裡面基本上已經設了一個門檻，把 20 床以下的、ICU 設置少於 20 床的醫院就已經排除掉了，那部分其實大部分是地區醫院。所以我建議就是說其實這個方案不周全，我為什麼剛剛會提，就是應該比較周全在醫院總額討論以後再提過來。那我所謂周全什麼，他必須去考慮這 5,000 萬裡面，有一部分是提升地區醫院的用藥安全，那有一部分是放在所謂重症的用藥安全，那重症用藥或許是它訂 20 床加護病房，然後要怎麼樣規定；但是另外還有一部分，其實這裡面 5,000 萬有很重要的一部分，是地區醫院的用藥安全，也要給它做某些部分的考量，所以我覺得說這裡面其實缺少這一塊，它不是很周延，這是我要表達的第一點。

所以希望這個案子能夠再退到醫院總額，再去做更進一步的討論，至少這個案子對於三個層級，尤其是現在部裡面正在推所謂分級醫療，然後我們看現在這個案子下去，又把所有資源放到重症裡面去，事實上地區醫院用藥安全難道不重要嗎？難道署裡面就不重視地區醫院的用藥安全嗎？所以我覺得這個是不應該，這是第一點。

第二點就是說，這裡面剛剛大家提到一些指標的問題，另外我也提出來，就是說這裡面所謂的藥師審核是要藥師公會去審核；但好歹這個錢是醫院總額支付，醫院總額的錢，你好歹要審也是醫院協會去審吧，或是由醫院協會跟藥師公會共同來審！這樣才符合這個，如果今天是藥師公會的錢，那你就編到其他總額，這就沒問題嘛！由健保署跟藥師公會，或是健保署委託藥師公會來做這個事，但今天不管怎樣它是放在醫院總額的專款，我們再過幾天醫院協會就要代表整個醫院總額去做報告，那還要受到考核耶。那如果到時候考核時候，這個案子執行力有什麼狀況的時候，那是誰來負這個責任？在那個場合藥師公會不會去代表醫院總額來報告這個案子，還是由醫院協會來報，所以我覺得說在程序上、在各方面，這個還是要透過醫院協會那邊去處理會比較好。所以我基於這兩點，我認為應該要去醫院總額那邊做一個重新的討論，然後另外就是說，如果真的需要藥師要有一些限制，不是每個藥師都能做的話，必須要有醫院協會的代表參與在這個審核的機制裡面，謝謝。

主席

好，王代表，有兩位王代表，那先請雅馨。

王代表雅馨

主席、各位代表大家好，剛剛聽了大家很多的一些見解，還有一些比較技術性的問題。個人是非常贊成這個提案，因為我們就是以民眾、以病人的觀點來看，這是著重在一个整合性的連貫性照護，也是上次5月會議我提到我們病友的一些例子之後，我們現在整個健康政策系統裡面就是缺少一些整合、連貫性的照護。所以基本上我個人是非常贊同這個提案，我們希望也是說可以先實行，因為這邊是一個給

付方案，所以我個人的看法是說可以先試辦看看。然後我希望是說，它這個資訊上面，如果之後開始試辦的時候，就是藥師有進駐服務的部分，可以 po 在網站上讓民眾來了解，那民眾也可以依照這個部分來選擇，可能就是說我們可以做一些參考，那以上希望是說我們藥師公會，還有全國各位的藥師可以繼續努力加油，為我們民眾還有病友的安全來把關，以上。

王副秘書長秀貞（謝代表文輝代理人）

主席還有各位委員大家午安，對於這個案子，其實看到說明一，我們可以明顯的知道說，確實在醫院總額 107 年，醫療給付改善方案裡面有新增這一項，就是提升醫院用藥安全與品質方案。但是，從這個題目裡面沒有提到說，這個部分只能用在重症加護，如果要講說我們要去提升臨床藥事的照護，他的層面是很廣，不是只有在 ICU，包括我們的住院、包括我們的門診，在上個月的健保會裡面談到很多就是民眾用藥安全的問題，那其實在 ICU 是一個高規格、高密度的照護，病人是在我們醫院，基本上他會出現問題的機會是比較小；但是相對的，對於這些門診的病患來說，他們的用藥是更需要被關切的，因為我們有發現在上一次健保會裡面，我們談到很多重複用藥的問題，發生的其實不是在 ICU，也不是在住院，而是在門診居多。所以，既然我們有了這一筆預算，我們比較建議就是說，應該要把這一筆預算去放在我們比較少去關心到的，或者照護密度比較低的。

當然，藥師全聯會他們提出這個提案是很用心，但是我們覺得說，這一、兩年支付標準表對於重症加護已經大力的去加碼，往重症加護這邊來做給付的提升，我們現行的支付標準表對於藥劑的支付的部分，其實增加了這一項，不管他是以試辦計畫或是什麼樣的型態來出現，我覺得對於我們整個支付標準表的體制也一種比較突兀的存在；而且他的支付點數，是以每日 220 點，相較於我們目前住院單一 UD 處方是超過兩倍以上，那如果以他的預算數來看的時候，大家看點數很好看，可是你實際拿到錢卻少很多，我覺得這樣子的獎勵對於藥師朋友來講，或者是對於我們臨床工作的人來講，是一個假象，那種感覺反

而更不好，對於這個 5,000 萬的預算確實是非常有限。我還是比較建議，我們應該是用在於目前照護密度比較低的，但是他又有需要的，我們應該是把資源往那個方向去放，例如說可能在門診裡面有哪一些的個案，我們認為應該要加強他的臨床藥事照護的部分，我們針對那幾個對象來做一個試辦會比較好，以上。

主席

好，謝謝，來，這邊是朱代表。

朱代表世瑋

主席、各位代表大家午安，這邊是物理治療師公會全聯會，朱世瑋第一次發言，其實這個案子對我們醫事人員的介入其實是一個肯定，這樣的用意其實我們也是很支持，只不過這邊有個提醒，請大家看一下會議資料 1-4 頁，最下面那行字，柒、一、(二)「每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報 3 日...」，然後再往右邊走，到 1-5 頁上半部，該計畫中總日數的申報方式，是否是當藥師看到這個病人介入的時候，因為病情比較複雜，所以需要申報到 3 日；但是介入服務 3 次後本應該要申報 9 日，可是因為該病人只住院 5 天，結果反倒只能申報 5 日，我不曉得我這樣解讀對不對？可是我可不可以有另外一個建議，假如這樣一個病人真的需要高密度的介入，或是他的病情比較複雜時候，是不是要採用像 PAC 的設計制度，有分中程度跟高強度的服務，不要讓我們醫事人員的付出打折扣，應該就是給足，就是每次服務都給 3 日，每次就 660、660...一次給足，而不是被打折，我不知道我這樣解讀對或錯，以上建議。

主席

好，那葉代表。

葉代表宗義

可能我是在這裡講話，講話有時候參雜著臺灣話，抱歉，因為在健保會開會我都跟他們交代說，等一下如果說得比較激動，你就幫我叫救護車，因為我心臟有問題。所以這個因為我的立場上跟各位比較

不太一樣，尤其在裡面開會非常的溫和，氣氛都非常輕鬆，那我想尊重你們的意見，先聽你們的意見講話我再說。那麼這個因為我本身是商業的，我是商業代表，並不是健保會，健保會是他們兩位來，我是屬於工商代表來的，還有一個藥物的共同擬訂會議我也是藥代表，也是工商業代表，所以有很多場合我都是以一個工商代表講話。

因為這回藥物的問題，現在真正的搞得烏煙瘴氣，上一回的健保會為了藥物浪費的問題，他要提高 20%，講的大小聲，結果健保會裡面的委員搞得最後說，為了反對而反對，不知道反對什麼意見，反對到最後，以後沒有錢，連費率也不知道，不要升也好，不要漲價也好，健保倒了也好，還有這個問題會產生這個問題出來。所以我在說這個藥物的問題，現在藥的問題已經很嚴重了，已經很嚴重的問題，藥是在我們健保費裡面有四分之一，浪費也很嚴重的問題，這大家都知道。浪費有很多方向，並不是只是說醫生開的藥，也有患者拿回去的藥也有，但是我在健保會就有說，藥物浪費的問題這個是...，大家不能說你繳了錢，繳那些錢就是包山包海就包一輩子都包完，絕對不是這樣。當然還是要付出，尤其我們講了一句話，那我們也有醫生沒在健保裡面的，那你去沒有健保的地方，為什麼你可以完全付完你也甘願，健保你要給他減一下你就不要，是什麼理由，是什麼理由？所以這個問題因為...，當然我講這些話，藥師要負很大的責任，藥師負很大的責任，我常在說這句話，因為我們有 5,000 萬的預算叫他輔導這個問題，因為藥物浪費裡面他也有責任，不是沒有責任；那麼當然責任現在改進了很多，我覺得改進很多，以前我們去醫生館或是大的地方根本就不曉得裡面還有一位藥師在那邊，我也不知道那是藥師，我覺得那是醫生，但現在都曉得，而且講話都稍微開始對藥物的問題有在改善，確實改善。但是改善還不夠，真正藥物的改善，你說一包藥，像我們老人，眼藥水點下去，偉強帶我去他們那邊看眼睛，眼藥水點下去，那麼我講這句話，我在世界到處跑，我就說一句話，我們中華民國有這個醫生，我是這個代表、我是委員，結果我跟一位幫我看眼睛的劉外科主任，我跟他說這個藥點 28 天，老人哪有可能？老人一直抖，這不用 15 天就沒有了，我跟劉主任說，因為我兩個會議的代表，你提出

來，讓他 10 幾天不好嗎？他回我，葉委員，國家的資源不要浪費，絕對不要浪費，真的不簡單，點 1 滴跟點 2 滴，2 滴比較沒有作用，1 滴才有作用，2 滴反而浪費、反而沒用，我們有這個醫生，跟我好說歹說。所以我們的藥師也有很多責任要做，你藥拿出去，我今天老人看 3 種慢性病，我藥拿了整包回家，有早上、有中午、有晚上還有睡前，怎麼吃？你跟我說要怎麼吃，吃沒有兩天就亂了，你們看嘛，是不是浪費，是不是浪費。你不能說對醫生的事情...，也不能說對藥師...，但是我現在在要求，因為藥師是我們的會員，因為他們都有開藥局、開藥房，藥師裡面都有我們會員，代理商也都是我們的委員。

我站在藥師、站在藥的問題、站在商業界，我很公正講話，我絕對不會去貪污說製藥者，我也不會去貪汙說代理商，我也不會貪污說藥師，我說你們要做真的不簡單，因為藥的問題在全世界，不簡單，我們要顧。那麼現在我已經常在說，我常跟藥師說，如果你做得好，不會浪費這些，我們不要說 5,000 萬，5 億也要給你，你減起來，這錢要給你，你如果做的不對，我 5,000 萬給你減掉，我常這樣跟他說。

那麼他今天有這個案子出來，當然以前也有說...，因為在共同擬訂會議，在藥物共同擬訂會議，很多，我常跟健保會委員說，你們在要求好的藥物，新藥、新科技出來，但是人家他總額預算，大家醫院、小間醫院，會侵蝕到總額預算，人家一定罵，你們在這邊浪費，叫你們拿錢出來非常不甘願，我來負擔責任，在那邊是不一樣，不像我們這邊都是識事人，真正講話，我現在感覺不用叫救護車。但是在這個立場上真正已經講了這麼久，因為這個有期限，5,000 萬也沒多少，我剛才看了很多人講話，好像並不是反對，並不是反對，如果改進一下，我們改進一下，應該讓他實施，讓我們藥師讓他抬頭一下，那可以改進讓他共同負擔，這我感覺還是很好。我是贊成我們會裡面、署裡面給出來的案子，來改進、改善這個問題，這是我的意見，謝謝各位。

主席

好，謝謝葉代表，那好，我們葉醫師。

葉醫師振聲（社團法人中華民國糖尿病學會）

主席，我在臨床教學方面裡面、在醫師群裡，我是對醫藥這方面非常有興趣，實習醫師來上課的時候我都會講使用藥物的原理，若不是委員不能發言，那我就不要講了。

主席

葉教授來了，我們就聽一下好嗎

葉醫師振聲（社團法人中華民國糖尿病學會）

剛潘代表所說，我同意他的講法，這個案子大家是樂觀其成，但是說為了省錢就不一定，若藥師曉得某些藥物使用後會有副作用，這個藥就不適合，所以必需使用更貴的藥，那是不是節省呢？要記住提高品質一定要花錢，用更多錢，因此不要以省錢作為進步之指標，也不要以 747 飛機掉下來之類的比喻來加強訴求，若病人用藥不好，壽命縮短，醫療費用反而減少；相反的，醫療品質提高，壽命延長醫療費用增加，因此大家都不要講怎樣省錢作表現之指標(Key Performance index, KPI)，而是不要醫療浪費。

第二，現在講 precision medicine 精準醫療，是指每位病人服用的藥都是適合那位病人的，因此不是每個人都可以使用同樣的藥品。舉例來講，心臟科藥品 Plavix，對我們東方人而言，包括我們臺灣，應該有四分之一沒有效，需檢查基因(DNA)。我算一下預算是5,000萬元，有150位藥師可以申請，每位藥師大概一年可分到33萬元左右，但是這預算是給藥劑師或由醫院來分配也沒有講清楚。講到資格方面討 1-1（二）第2點，提到「連續6個月，每個月至少10筆的加護病房病人實際照護」，不曉得什麼意思，還是說隨便看10個病人就算了？剛剛有委員也有提到除了藥師學會外，醫師是否也可以參加？其實我們臨床也有所謂叫 clinical pharmacologist，例如：和信醫院的謝炎堯副院長，國防醫學院的童吉士教授，和國泰醫院的林敏雄醫師都是良好之人選。

主席

好，到這裡已經很多意見了，我們請提案單位回應或有什麼看法，

先請賴藥師。

賴代表振榕

謝謝各位代表的指教。我想我們在整個計畫案裡寫出說「每 20 床」這是因為評鑑上有這樣的文字，基本上你如果評鑑有加護病房，應該裡面就有設置藥師來做這樣的事情。我們的意思不是一定要 20 床才能夠有一個藥師來做，是希望加護病房都有藥師來做這樣的事情。所以如果對「每 20 床」，大家會覺得對於達不到 20 床的人是否就不能做了，我們可以尊重把它修正掉，我們最主要是加護病房，希望由藥師來做這件事情。

「專責」兩個字，有些代表也是很 care 的，我過去也是在醫院服務我也很清楚醫院的人力很緊，有的醫院能力如果夠的話，可能就有藥師專責在做，像林口長庚醫院就有兩位很資深的臨床藥師，這是我從以前知道到現在，但是不是每家醫院都有，我想我們都可以尊重這樣的意見。但是我覺得我們應該把加護病房的部分，藥師這麼多年的辛苦在做專業服務，給他一個鼓勵。當然沒有錯，剛才有位代表提到為何不放到門診或是放在哪邊，如果各位還記得去年 9 月我在這裡所表達的，是希望我們不是只有加護病房，是包括腎臟病、一般病房、門診跟化療病人等，都希望能夠提供專業的藥事照護；但是健保署的經費是有限的，所以在這有限的經費內，我們當然挑比較重要的來做。ICU 各位都很清楚，重症病房裡面如果一個病人能夠儘快地出一般病房，是不是可以增加重症加護病房需要照護的病人，獲得高質的照護需要，我想這應該是我們可以考量的。

剛才也有代表講說藥師資格的部分，應該要有醫院協會的代表，我想這我們都同意，因為當初在討論的時候，是依臺灣臨床藥學會跟藥師公會全聯會以這方向來考慮；如果各位願意的話，我想我們可以共同組成來審查藥師資格，我們樂觀其成，在這邊代表公會來邀請各位。第二個是說藥師的資格，我想就像上次我們在講 COPD，我們說我們藥師要進來做，大家也覺得藥師要 qualified，做糖尿病也是要 qualified，所以如果我們今天要做重症加護病房的藥師，只要他有藥師

執照就可以做嗎?，我覺得這樣 qualified 的問題好像是怪怪的。所以我們提出來的很簡單，只要你有做過的經驗。剛剛講的說 6 個月 10 筆 case，這代表這藥師過去就曾經一直在加護病房做照護，只要他提出申請時，他把過去所照顧的個案，把他的 document 寫出來，我們來看他的 document 而已，而且我們內部在討論時，提到有些藥師並非 10 個月都 round 同一科，他資料可能不是連續性的，我想我們主要是看他整個 case 的 document 內容來受理審查的，在內部裡面我們都有這想法跟做法。品質指標的部分，剛很多代表提出指教，當然省錢不代表品質一定好，這我同意，有時候你要品質好可能用的藥就要更貴，這也可能；但總是我們的目標就是如果能讓病人住院時間縮短，這也是品質，對不對，如果他住院縮短，他錢一定會下降，以這方向來看我們都可以做評估。所以如果在我們整個觀察指標裡面，各位代表有覺得哪裡不妥，我們也很歡迎各位提出我們可以量化評估的指標，因為這是我們健保署所希望能夠呈現出來的，也是我們必須能夠呈現出來的。所以我想這個案，因為今年已經剩六個月，沒有錯，我們將來這費用浮動可能會更低，甚至如羅代表所說可能 0.25、0.2，但是我們藥師做了這麼多年，連 0.1 都沒有，對不對？我們是要先爭取我們的品質、我們的專業的服務、對病人有效的服務，裡面能夠貢獻出我們藥師的專業價值，我想這以病人為中心的考量應該是能夠讓他今天通過，其他小的細項我們會後把他調整好，因為如果可以的話，我們可以試辦半年，從 7 月做到年底，我們就可以看出我們藥師介入這樣的服務裡面，到底成效指標如何，這是我簡單的說明。

我稍微報告一下去年 9 月，因為可能有些代表當時可能沒有參與這樣的會議，當時我們提出來的是有住院臨床藥師照護，裡面包括是加護病房、一般病房還有門診的臨床藥事照護，包括抗凝血劑的使用，還有首次的癌症治療評估指導，他用藥上要注意的事情等等。所以以我們當初提出來整體費用是要 8 億，我們也知道不可能，但是我們總是要反映出我們藥界，在以病人為中心照護裡面，我們藥師所希望能夠來積極服務的部分。所以我想今天我們只是說重症加護病房，其實重症加護病房全國的床數並不多，如果藥師的參與能夠把加護病房的

占床率能夠有很快的 rotate 的話，我想對重症病人應該是好的。以上是簡單說明，謝謝。

主席

好，臨床藥學會有需要補充的嗎？

沈常務理事麗娟（台灣臨床藥學會）

謝謝主席，這邊因為也有協助公會來執行這方案的擬訂，如剛剛賴主任所提到，執行醫院資格的確是只要具有加護病房而且配有專責藥師，為何 20 床配置專責藥師一人，是來自醫院評鑑的規定。至於專責這件事，只是在說明這位藥師應該是每天到加護病房，跟著整個 medical team 大家一起巡房，而且藥師照護內容就如剛剛議程說明三的第三點，進行所有的用藥評估之後，還要在病歷上留下紀錄，以 SOAP 的方式來撰寫，所以這是鼓勵所有已經在執行臨床藥事照護的藥師給予照護給付。為何要特別有一些藥師資格，因為我們是希望在今年在經費有限的狀況之下，能夠做一些比較符合品質的服務，也能夠蒐集所謂的品質指標。

至於品質指標我們分出所謂的 cost avoidance，就是說有時候我們在照護上並不一定是直接節省用藥的費用，而是節省後續有關於藥物不良反應的費用支出，所以我們所用的方法其實都是過去一些研究方面所應用的方式。因為剛剛也有提到，如果是要直接用在加護病房停留的時間，有時候這樣的指標其實受到很多參數的影響，不管我們是用直接費用還是間接費用，其實都有這些研究方法去對照，所以還是希望代表們來一起支持。我們說提的提升醫院用藥安全與品質方案，其實原來的確是 8 億，涵蓋一般病房以及門診的臨床藥事照護，在今年經費有限的狀況之下，我們才會把它限縮在重症加護的部分，而且希望是具有經驗及能力的藥師參與的狀況下來進行。如果今年的執行是有一定的成效，當然我們明年還是希望在可以考量整體成效的狀況之下，不會預算只有 5,000 萬，以上說明，謝謝。

主席

請朱代表，再來羅代表。

朱代表益宏

主席，剛剛藥師公會並沒有回答現在只用在重症，那地區醫院這塊怎麼辦。所以我具體建議這個案子，第一個，5,000 萬全部用在加護病房我個人不同意，他必須要有一部分要放在地區醫院的基層用藥等。因為經費事實上是不夠的，但是我覺得方方面面都要兼顧，所以藥師公會堅持這部分今年一定要放在加護病房，我想地區醫院代表是反對的，這我要先講好。所以我們希望藥師公會能夠再重新考量，比如說 5,000 萬的經費是否有 2,000 萬或 1,500 萬是放在地區醫院在門診用藥這塊，比如重複用藥等情形。因為這案子在部裡面核定時，並沒有指定一定要用在重症，只是說用藥安全，所以在地區醫院的用藥安全我覺得很重要，所以既然有 5,000 萬，當然應該是要一併重視這些事情，所以如果只用在重症這一部分，而不去考量其他的用藥安全，我個人是反對，謝謝。

羅代表永達

主席，因為我想跟在座很多位先進，都有一個基本的概念，就是說大家都希望臨床藥師在 ICU 裡面這件事被肯定，這個我同意，我們立場是一致的，問題是這個方案本身所列的很多細項的東西，考慮的不夠周全。我舉個例子，比如說 20 床，剛剛一直講說 20 床的定義是因為評鑑這樣要求，評鑑是說 20 床以上一定要有；可是 20 床以下我如果要設的話我能不能申請這個錢？我願意把品質做好，但是按照這個方案裡面他就是不可以。第二個「專責」兩個字我們剛剛也提過，真的專責不是亂寫的，不是我們想當然爾的專責，那如果這樣的話我建議 20 床拿掉，然後專責拿掉，這是我第一個要求。

第二個就是說，這個錢是要給醫院還是給藥師，我們公會的還有很多先進也提到，如果今天是給醫院，那醫院你給我多少我無所謂，可是問題不是阿，是當大家看到這個錢，我想包括藥師公會也是希望說，我們把這個錢用在藥師的身上，那他看到 220 點，然後你覺得我應該要給藥師多少錢？因為點值可能 0.25，就像當年這樣，到時候跟

你講說，不好意思喔我本來你要是 100 我給你 100 塊，那後來因為 220 點那個 0.25 我只有給你 50 塊，所以你那個 50 塊還要再繳回來，不可能是這個樣子嘛！所以你一開始給他的東西，你要跟他講的東西就要很實際，我覺得不應該膨風，既然只有 5,000 萬，我們就做 5,000 萬的事，所以我建議，那不然你 220 點就改成 100 點，等到有下次如果有其他的經費的時候，我們要增加再來增加，我覺得這個比較務實啦。否則光我都不知道這個數字本身對不對的情況之下，光憑我們提案單位所提到的數字都已經是這樣子了，如果我假設是部裡面真的去換算，搞不好那點值比 0.25 還要低！這個我們不知道，因為數字就是這樣子，所以我建議要不然就務實一點，至少點值要在 0.6 以上，那我想看起來比較不那麼差，如果你要把它換算成剛剛那個數字的話，其實你應該只給 50 點，那 50 點到底對藥師有沒有產生很大的鼓勵？

大家都喜歡講一句話就是，這只是一個開始，可是應該要慎始，我們很多的東西包括急診的品質提升計畫，當年就是規劃不好，所以到現在為止那個執行率都在 20% 以內，我們也一天到晚在講這些事情。我的意思是說這個本身的陳義是很好的，可是它方案本身的資源真的有問題。

第三我要談藥師資格的部分裡面，藥師資格規定一定要有 6 個月，而且要提出申請經過審核，我說實在話，現在找藥師，有一樣東西的確是很糟糕就是 rotation 很高，它的離職率很高。如果我假設有一間醫院裡面，我好不容易請了一個藥師，他有這個資格但他會不會跑了，我還要不要申請？那我要不要做？我也要做啊，可是因為他這個資格已經換了人，那變成我不只專責，我還有專人而且要保證他不會跑，他只要一跑了我的資格就沒有了。我覺得這件事情的影響很大，就是資格審核的部分裡面，大家的心裡面想都是醫學中心是這樣子，我們藥師有 30 個、40 個；在地區醫院裡面，藥師可能只有 10 個，如果說按照規定，一個有 ICU 有 15 床的醫院裡面，他可能藥師就是 12 個、13 個，真正負責的就是這 1、2 個，那這 1、2 個當中只要有時候會 rotate，那這個資格就沒有了，那是不是要重新申請？我的意思是說這個方案

本身真的有很多東西考慮的不夠周全。所以我兩個建議，可以跟我們討論完之後，或跟我們技術性討論完之後，再重新送一次，這就是我第一個提案；否則我認為今天若一定得通過，那至少有很多文字要修改的東西的，真的很多，以上。

主席

好，謝謝。藥師公會這邊，我在這邊講一下，因為我們本來有第四案，所以我們還會開臨時會，也不會說又拖很久。但是這個案子確實現在意見表達蠻多，我聽起來多數是支持這本案精神的，但是有一些細節上面需要再溝通。所以如果不再耽誤大家時間，今天是沒有辦法全案通過的話，我是建議說今天大致的意見已經都有表達，請藥師公會全聯會將本案再帶回去，可以在下次的臨時會再提出來。下次臨時會不會太久，因為我們還有好幾個案子要提，所以可不可以這樣？還是說要繼續再談？賴藥師你的看法？

賴代表振榕

看起來大家是支持的，但是技術上是有意見的，那我先回應一下羅代表剛提出的一點點問題。其實我們在提這案的時候，根本沒有想說這個費用要給藥師個人，就像藥事服務費，基層包括醫院都是給藥師嗎？我想也應該不是這樣計算的啦，這只是說藥師在做的專業給付，在醫院裡面能夠增加收入來重視藥師來做這方面的專業的一個支持，這樣的目的而已。如果要算錢的話，我相信一定是不夠的，這我們都很清楚，所以這不用擔心說，有這樣的費用以後，藥師要求加薪什麼的，這我想很難啦，我們自己都知道很難，我要提出這樣的案子的人，我都知道很難，我過去在醫院服務這麼多年，也都知道這都非常非常的難，包括什麼化療的藥事服務費提升，藥師的薪水就提升嗎？我想這都是不可能去關聯的，我想這羅代表可以放心啦。

那至於其它的部分，有些代表可能有一些堅持啦，那如果可以的話，我想就請我們理事長安排時間來拜訪溝通，因為在這裡一直談下去到五點又要動議，又要解散了啦，這樣一直談下去也不是辦法。但是我想我們藥師這方面我們是很希望本案能儘快執行，那儘快執行的

話才可以看出他的 outcome，那 outcome 出來之後，也希望健保署明年給的經費能夠酌增，如果剛我們報告去年 9 月提出來是 8 億，如果整體在醫院裡面不分層級，要來做的話，差不多要 8 億的經費。那我們也知道財務上有很大的困難，那我想沒關係，我負這個責任，這案我們就帶回去，我們理事長再跟其它代表溝通後再提到臨時會，但是還是拜託臨時會儘量排到前面，好不好，謝謝。

主席

好，有幾件事情，首先本案因為今天大家的意見，提案單位都有聽到，所以應該也是有價值的討論。只是一時之間，如果要修改文字，需要再有深入的討論空間，所以我們暫時不通過，這是第一點。希望藥師公會再做進一步溝通，再提出一個修正草案出來，有利於下次共同擬訂會議臨時會能夠順利進行。

第二點，這個專款現在是 5,000 萬，我們並沒有主張這個費用就是給醫院不給藥師，我們從來沒有這麼認為。我們認為應該要回到辛苦的藥師身上，我相信在座的醫院代表，應該沒有人會認為說這個費用是回到醫院，而對真正在做這個工作的藥師沒有得到回饋，這點我是非常反對的。那當然這個費用我們的對口還是到醫院，我們當然希望能回到藥師身上，所以不應該如此認為說，不管這個錢以後是 5,000 萬還是 8 億，全部都不會回到藥師身上，那為什麼我們要去花這個 8 億，而沒有讓辛苦的藥師得到回饋？所以這件事情我是不支持你的說法。我也不認為 5,000 萬是個小數目，這也是保費拿出來的。一樣的道理，至於說今年只剩下半年，那要如何來執行，以及現在設出來的點數，因為沒有做都不知道要花多少錢、會有多少人參加等等，現在不知道，因為這裡原來的設計也有審核機制，所以完全不知道他點值會多少，所以在這樣的情況之下，大家去想點值是 0.1、0.2、0.5，我也沒辦法理解。所以我想這些建議在修正的時候都一併考慮進來，本案就先討論到這裡，謝謝，再來是第二案。

討論事項

第二案

案由：107 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「迷走神經刺激術（VNS）」等 3 項診療項目案。

主席

好，謝謝，這項是新增迷走神經刺激術的植入跟參數調整兩項診療項目，推估預算是 2.26 百萬點，我們優先請神經學學會代表尤理事，北榮的神經內科醫師來補充說明。

尤理事香玉（台灣神經學學會）

非常謝謝健保署同意新增這兩項，最主要是迷走神經刺激術這項手術終於正名了。我們以前都找不到用哪個碼來報，這樣正名之後比較確定一點點。第二個就是參數調整，雖然這個金額不是很滿意，但是我們也是非常謝謝，讓我們不是作白工，因為做功德真的作很久了。我可以一個下午調 10 個病人，那你看我就幫醫院做 2 萬點，我全部都沒有收，因為找不到醫囑代碼，病歷書寫也顯得不完整，所以非常感謝。

其實這個不是只有造福醫生，那些流浪在外面的病人，因為沒有什麼給付項目或醫囑來做調整，所以他的電池沒有人調整，他裝下去要自費花 70 萬到 100 萬，現在有名正言順的醫囑的話，對於病人跟醫生都是很大的保護，所以非常謝謝，我們對於目前這樣的點數暫時沒有異議，但如果能增加更好，謝謝。

主席

好，三總的陳主任有沒有補充？

陳主任元皓（三軍總醫院）

主席，各位代表好，我們很高興這個案子能提到這個大會來做討論，我想這個之前對於這個治療，Refractory epilepsy，就是我們講的頑抗性的癲癇。在這整個癲癇的病患裡面，特別是抗藥性的病患裡面，

他產生的 incidence 大概 20~40%，那這類的病患對於抗藥性這個治療上面是很頭痛的，而且如果他沒有很好的這個可以接受切除手術的治療，基本上他的治療來講是一籌莫展，所以迷走神經刺激器是另外一個方法，雖然他在整個治療 documentation 上面的 report 基本上來講，造成所謂 cure 的 criteria，就是 seizure field 的 criteria，大概各家都差不多是五分之一而已，可是他對於病人真正的衝擊來講，他對於 incidence 的降低，對於很重要的不管是國內外的統計，對於他的急診的回診率都可以降低 99%，甚至尤理事他們的統計可以降到 100%，這個非常厲害。基本上在住院，還有門診的天數，這個回診率都可以降七成以上，那麼重要的財務衝擊包括像藥物的使用來講的話也可以降低 48%，比只有手術治療的部分大概 18%~20% 來講是很明顯的降低，而且對於病患所謂的癲癇所造成的猝死率，他們在美國神經學會也有提供很明確的報告，那麼從 5.5% 可以降到 1.7%，所以這些基本上在我們數據上他確實是一個蠻有效的治療，即使他被歸類為輔助的療法，那麼我們也希望他在這個過程裡面能夠得到所有代表的支持。

更重要的是至少我們能跨出第一步，對於我們手術治療能夠正名化，不會讓我們這些醫師作一些 under table 的事，這個我覺得很重要，在醫務管理上面這是很重要的里程碑，謝謝。

主席

好，再邀請台大的王醫師。

王醫師奐之（台大醫院）

我稍微講一下，我有去查一下我們醫院過去作 VNS 的手術碼，我們大概買單其實大概會買 VP Shunt 跟 Neurolysis，那我們查過這兩個點數加起來差不多剛好 1,800 萬點，所以在手術執行植入的這部分，算起來其實對健保財務幾乎是沒什麼增加的部分，那這部分可能如果大家覺得增加支出會由健保財務的衝擊，其實我們是把他正名已經有在作的事情把他有一個合理化的項目，謝謝。

主席

好，這個案子是在我們今年4月11日專家諮詢會議已經討論通過的，相關的支付標準在討2-19頁到討2-20頁，已經把這兩項相關的適應症及支付規範都列得非常詳細，支付點數也附在成本分析表裡面，這個成本分析也經過本署的校正，有關迷走神經刺激術植入跟參數調整兩項，大家有沒有意見？請，朱代表。

朱代表益宏

主席，在討2-15頁參數調整的分析表，因為他的成本分析主要是用人是主治醫師。

主席

是。

朱代表益宏

他是定在主治醫師，但是我剛聽說其它的醫事人員也可以作調整，是嗎？

主席

請神經學學會說明。

尤理事香玉（台灣神經學學會）

其實VNS從2010年開始，比較正式的代理商進來以後，大概只有300多台，提案的醫生把他估的比較多一點，說一年可以裝50台。我覺得他最大的barrier在這台機器，病人都要自費，最便宜是60萬，最高的小朋友可以到150萬。所以你覺得真的可以到50台還有所謂浮濫的問題嗎？這個18,000多點只是讓我們醫生正名這個手術而已，他從2010年到現在我們做的量大概就是這樣子，量會不會浮濫來自於病人經濟來源有沒有辦法負擔，所以這幾年我看他沒有呈現明顯上升的趨勢。只有在有一年，那個代理商要換了、要降價了，一台30萬的時候，那個月我們就裝很多，所以我想這個應該不會有浮濫的問題。

主席

大家還沒有意見？請，朱代表。

朱代表益宏

另外我想請問一下小兒神經科是部定專科嗎？

主席

小兒神經科是不是部定專科？

朱代表益宏

因為我記得會議上，大家是有共識就是在支付標準上訂，應該是以部定專科為主。

主席

這是限小兒神經內科、神經內科及神經外科之專科醫師。神經內科包不包括小兒神經內科？應該包括吧？學會這邊的看法呢？

尤理事香玉（台灣神經學學會）

其實應該是包括的，但是我們考 board 是不太一樣的，但是我是覺得這個部分，因為小兒神經科的醫師他們有小兒神經醫學會的部分，那如果你真的要把他認定為部定專科的話，那很多小孩子都沒有辦法得到照顧，這個是我們整個臺灣小兒科，特別是小兒神經人力缺乏的一個很大的問題。他們真的很多人是由他們調整的，尤其 VNS 放的小兒癲癇的效果是最好的，如果你把他設限他一定要在部定小兒神經專科的話，這個會造成很多病人的困擾，謝謝。

主席

好，這個部分很專業，而且這是針對頑固型癲癇，即是無法用抗癲癇藥物控制的頑固型癲癇病患，才用 VNS 來治療，所以他不是非常普及的病人，但是他卻是非常專業的醫療人力介入才有辦法處理，那這個部分請大家要尊重專業，而且這些醫師也不多。

朱代表益宏

我的意思並不是不尊重專業，而是說他既然是一個規定，今天你把他寫在支付標準他就是一個規定，那今天大家都同意有個所謂小兒神經他是一個專業，那如果另外又有人弄成另外一個專科你要不要再

去認定？因為他不是部定的專科，隨時都可以成立，可能 10 個人或 20 個人就能夠成立專科醫學會，事實上是這個樣子，所以我才講說，我建議這邊寫，不管你是小兒科還是什麼科，只要你受過某種訓練，類似像這樣子，這樣是不是會比較好一點，不然今天用一個小兒神經內科，那以後成立一個小兒神經外科他可不可以，我不曉得，那會不會有這些爭議性出來，所以我記得以前，我們在討論其它支付標準的時候，對於類似的意見，我們大家都希望回歸到部定專科醫師去討論，那以前幾個相對的支付標準調整也都是依照這個原則，所以我是覺得，你前面都是依照這個原則，這個也不應該破例啊，謝謝。

主席

好，有些項目，像我們有些新型開顱手術，個案也很少，那裡也有寫到非部定專科，大家當時討論也有認為說很特殊的部分不要太堅持，這個案子依然是如此。迷走神經刺激術，這個也是少數，非常不容易找到對的醫師的病人，他是需要的啦，所以我們是有些原則，但是有一些是例外要討論的，也不要太拘泥那些原則，否則的話病人找不到對的醫師，那也枉然。好，這個案子只有朱代表有這個意見，其它還有沒有意見？

王副秘書長秀貞（謝代表文輝代理人）

主席，我想要詢問，因為原本在專家諮詢會議裡面是有針對適應症的部分有提出建議，希望可以明確規範避免浮濫的申報，那我們看到後面的，是不是他後面新增的註 2 就是已經他的規範了嗎？

主席

對。

王副秘書長秀貞（謝代表文輝代理人）

那再來的話就是專家意見裡面我們有看到，因為在我們提案的說明裡面是只有寫預算數，看起來是不太大，那不過看到專家意見裡面發現他的預算數是根據，如果是植入術的部分，一年是以 50 人次來做估算，那如果是參數調整的部分，每個月一次是 600 人次來計算，那

我們想要詢問一下，對於植入術的部分，一年只估 50 人次。

主席

新的。

王副秘書長秀貞（謝代表文輝代理人）

較我們目前實際的個案數來講，他的比例呈現是怎麼樣？因為我覺得這個數據如果一年估 50 人次，當然因為第一年剛開始的時候，次數不會這麼多，但是後續對這樣的病患有可能會選擇新的治療方式，那對我們財務影響是很大的，是不是可以幫我們作個說明？就是說對於第二年、第三年、第四年來講，這樣子的預算數是不是會有一些變化？

主席

好，請學會。

尤理事香玉（台灣神經學學會）

這我可以告訴大家，目前日本跟韓國，特材跟手術都有給付，每年需相當的花費，但是我也希望今天在座各位，大家都是醫療同仁，請相信我們神經醫學，特別是癲癇這個部分，我們有非常高的自律的，我們學會成立其中有一個很重要的部分，就是自律，我們也是一直在參考，當日本跟韓國他開放的時候，我們一直在參考他們怎麼做事前審查，他的事前審查是這樣子的，日本他全開放後，他事前審查是非常嚴格的，他一整年政府給付大概 360 台左右，他的人口約我們五倍，算一算特材就算全部健保給付，有事先嚴格審查大約一年不超過 70 台。

主席

好，這案剛忘了跟大家說明，我們只付技術費，還沒有付基本的材料費，那個材料費非常的貴，應該是上百萬是不是？這個就跟我們人工電子耳是一樣的道理，我們先付了技術費，可是電子耳的部分，我們是後來才付。所以也是分階段，從技術費先付，最後才付到整個

材料費。現在這個 VNS 也是走人工電子耳的路徑，先付技術費，確實病人的負擔會先有所降低。

王副秘書長秀貞（謝代表文輝代理人）

澄清一下，因為這個避免浮濫申報是專家諮詢會議資料，請大家看討 2-3 頁，是專家諮詢會議提出來的，所以我們對於這個預估人次跟我們目前個案數，我是想要知道目前個案數情況，然後跟我們預估的比例，那當然我們也知道特材的費用是會影響，不過我們可不可拜託我們專家還是提供一下就於對於這種個案數到底是有多少？

主席

好，還有補充說明，剛剛已經講了一下。

尤理事香玉（台灣神經學學會）

就裝到現在大概 300 多台

主席

對啊。

尤理事香玉（台灣神經學學會）

人數就 300 左右，一年的話臺北榮總可以裝的，有一整年是零的，有一年是 7、8 個這樣子，很少。

主席

好，其實不用太擔心，確實他的障礙在經濟，也是一個很大的關鍵，因為金額實在是太大。請，朱代表。

朱代表益宏

這個案子能不能作一個附帶決議，因為剛剛講 101 年累積到現在 300 多台，可是看起來每年案例數是不多的，那剛也講是因為機器太貴，所以剛主席講了，我剛其實有點吃驚，就是會比照人工電子耳逐部開放，所以事實上人工電子耳整個 set 50 幾萬也是後來納進來，所以我想是不是能夠作個附帶決議，當機器考慮納進來的時候，這個支

付標準同步另外再作一個檢討。

主席

那當然啦，不過那個部分會被當成特材。

朱代表益宏

因為我們特材進來的時候就只討論特材，他不會在這裡討論。

主席

對。

朱代表益宏

但支付標準在這邊討論。

主席

對。

朱代表益宏

所以我是建議，當特材納入時，申報量就可能增加，所以對於技術費的支付是不是要同步要作考量？

主席

為什麼呢？

朱代表益宏

因為剛剛包括主席、包括專家，都強調目前這個量不會太多，所以預算才 200 多萬。

主席

那是兩件事情，我們現在討論支付標準，是討論單價。

朱代表益宏

對。

主席

那將來特材有放進來的話，那要額外預算啊。

朱代表益宏

不，我不是說特材的問題，我是說技術費。

主席

技術費要一併檢討嗎？

朱代表益宏

因為到時候他量增加的時候，技術費是不是要作另外考量，所以我提這個，因為剛剛大家都一再強調因為量不會很多，所以我們用這個量給他通過，包括主席、專家都是這個意思，都認為這個量不多所以大家不用擔心，那我也同意說目前量不多，但是一旦到主席剛講的好幾十萬特材納入後，那個量就不一定是不多，所以特材納入後，這個要有另外經費，但支付標準這邊是不是要同步作考量。

主席

好，我知道你的意思，你現在講的是 budget impact 的部分，並不是支付標準的單價要怎麼調整，是 budget impact。沒有錯，如果特材納入後，我們所有的 budget impact 至少要 follow 五年，有關這項如果是五年後導入，那就從導入後再 follow 五年，那我們會用五年 sum 在一起看，並不是每一項都看，確實很難估計，有些會多有些會少，但是累積起來不要超過，如果超過我們就是要再編預算來彌補，這都是我們有共識的。我們應該是每半年要追蹤一次，現在預計每半年要給大家 show 一下這個使用情形。好，陳代表。

陳代表志忠

我聽起來好像剛王代表詢問的一個問題，我們的專家很可能誤解了，沒有這樣回答到。現在是有一個 barrier 在，是因為特材負擔不起，我們比較想知道如果照學理上講，這個統計上，我們台灣目前人口是 2,300 萬人，以這樣的比例來講，這個我們 prevalence 值有多少。

尤理事香玉（台灣神經學學會）

這我可以告訴大家，目前日本跟韓國，特材都沒有給付，但是我也希望今天在座各位，大家都是醫療同仁，請相信我們神經醫學，特別是癲癇這個部分，我們有非常高的自律的，我們學會成立其中有一個很重要的部分，就是自律，我們也是一直在參考，當日本跟韓國他開放的時候，我們一直在參考他們怎麼作事前審查，他的事前審查是這樣子的，日本他全開放後，他事前審查是非常嚴格的，他一整年政府給付大概 360 台左右，他的人口，我現在要怎麼算。

陳代表志忠

我不是這個意思，我從來沒有懷疑醫療界同仁不自律。

尤理事香玉（台灣神經學學會）

所以其實就是說將來他納入的時候，我們都有準備的，但潛在人口這個很難估算，我們癲癇最大的大師流行病學告訴我們，大概有 30% 的病人是吃藥控制不好的，這裡面有 10%~50% 他們可能都是可以作癲癇手術的 candidate，但癲癇手術不是只有放迷走神經，我自己本身的醫學中心，在臺北榮總，我們作都是效率最好的，直接就切除或找到點就切除，那個是我們 first priority，真的不行的病人才做神經調控，這個是放在比較後面。我們知道這組病人完全都不會發作的機會是蠻低的，可是如果找到點作切除，我有 80% 的病人是不會發作，開完第二天就好了，那我為什麼要選神經調節，但是太困難的病人他還是需要選擇調控，神經調控確實索費很高，但他真的是有用，當我的病人整年都不用再送急診的時候，我就會覺得這東西是有用的，所以這是我的回答，謝謝。

主席

好，請陳主任。

陳主任元皓（三軍總醫院）

是，我回答代表剛剛的提問，就是說我們上次的專家議會分析裡面包括他們輔大所做的 data 裡面，我們的全臺灣的流行率來講的話，他根據國家發展委員會裡面臺灣 18 跟 12 歲以下的人口的话，他的這

個 refractory incidence 大概是約 39 萬，那麼兒童的癲癇的盛行率大概是 3.2%到 5.5%，那麼兒童的頑固性的比例是 23.2%，所以按照他的人口比例，18 歲以下，符合這樣裝的人的話大概是 90 位，那 12 歲以下的話是 60 位。

那麼我們也是很贊同就是說我們今天在討論的是屬於技術費的問題，當然站在病人那邊我希望能全額補助，不過我們也怕說這個補助以後，病人會把它當成一個 bonus。所以如果可以的話，我們之前有所謂的這個 DBS 的這個補付，如果補付第一次的電池，他們自己 co-pay 50%以上，這也是相當高的 barrier，那對病人來講的時候他們自己加入，我們也做到這些公平正義的補助，他們自己也必須要有責任來去負擔這個東西才不會有所謂浮濫的現象，這個是我的理解。

主席

好，希望有回答到大家的問題，陳院長，好，那大家還有沒有其他問題，來，請。

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

我是代表耳鼻喉科醫學會發表一下，因為剛剛有提到一些。

主席

是，黃醫師。

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

高雄長庚黃仲鋒醫師，我們提到一些人工電子耳的問題是每個地方他開展的方向是不太一樣，像我們電子耳雖然到今年終於有耗材的補助，其實我們的技術費還是沒有補助，我們的手術費是有補助，所以每個...

主席

手術費有。

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

手術費有，調機的技术費是沒有補助。

主席

調機的還沒。

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

我們本來這一次是有提出，不過大家可能沒有列入議案裡面。

主席

就慢慢來。

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

對，我想很多東西就是一步一步來，我想就是這樣。

主席

對。

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

但是我是很贊成說我們神經科學會他們能夠發展一個新的，然後對這些小孩子、成人很有幫助。因為就像說現在為什麼大家可以接受人工電子耳，因為這些小孩子裝了之後，他真的以後會講話，大人裝了之後他可以工作，他對社會是有回饋的，我不是裝了一個東西他就一直躺在那邊，永遠我們都要養他，我是在講這個，像癲癇的小孩子一樣，他不會發作，他其實後來可以回饋社會，所以我覺得對這些 case，我們應該儘量去幫忙他們，這是我的想法，謝謝。

主席

好，那所以現在等於有兩項，這兩項，VNS 跟參數調整，大家還有沒有其他意見？來。

朱代表益宏

另外再做一個建議，就是說剛剛因為也有提到說其實他們專科醫學會會非常自律，所以有沒有可能加上事前審查。

主席

有，現在是事前審查的。

朱代表益宏

因為在規範上面裡面沒有...

李組長純馥

有。

朱代表益宏

有嗎？

李組長純馥

討 2-11 頁。

朱代表益宏

須事前審查，好，ok，ok。

主席

好，所以大家還有沒有別的意見？好，如果沒有意見我們就先通過新增 VNS 的植入跟參數調整，好，請翻開討 2-2 頁，這裡頭要有一個修訂，就是人工電子耳手術有關建議耳鼻喉科專科醫師也可以加入這個團隊，那請耳鼻喉科醫學會要不要補充說明。

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

我是高雄長庚黃仲鋒醫師，第三次發言，這次修訂大概比較不涉及一些經費的問題，或許意見會比較少一點，但是我們比較希望的是有一個專科的尊重，因為像之前署制定這個案件的時候其實好像我們的學會是不是沒有參與到，所以就是沒有把我們的列入進去，因為事實上以我們後來要求的，其實我們要求列的是耳鼻喉科專科或復健科專科醫師，其實我們的意思其實我們也很尊重復健科的醫師，為什麼我們會寫這樣子？因為事實上現在在醫院裡面，幾乎這方面的病患，就是聽障的病患，其實他需要做聽覺的復健，他需要做語言的復健，這些 case 其實都是在我們耳鼻喉科醫師的指導或在治療之下，事實上復健科的醫師他們對這方面的參與不是那麼多，因為他還涉及到一些聽覺的問題，當然之前我想復健科醫師他們如果很樂意來參加這個團隊，

其實我們也很高興、很願意說大家多一點來，但是以現在各個醫院的情況，其實就是耳鼻喉科醫師跟聽力師跟語言師，因為語言師在耳鼻喉科事實上各大醫院幾乎都會有附語言師，所以我們事實上是處理的，但聽力師當然一定是在耳鼻喉科之下，所以其實我們比較堅持的還是說我們希望以我們本來提出的案件，就是我們希望就是耳鼻喉科或復健科醫師，不需要兩個都一定要有，當然我們還是很樂意復健科醫師來參加，但是事實上這個在專科、在整個醫院體系下，事實上復健科他們不會參與到我們這一塊的聽覺或是語言復健。

主席

好，謝謝，大家請看討 2-20 頁，討 2-20 頁就是這個醫令項目，就是人工耳蝸植入術的我們的支付標準，那確實在治療團隊裡面，我們漏掉了耳鼻喉科專科醫師，那剛剛黃醫師也一直在講，在醫院的耳鼻喉科就是外科，所以其實他是某種程度就是希望這一次把它修正進來，那各位代表有沒有意見？好，附議，所以我們就通過，通過，好，謝謝。

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

不好意思，就是我們要的是跟我們署裡面修訂的字有點不太一樣，我們是要加上「或」。

主席

再加一個或嗎？

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

對，因為這樣子對我們真的執行面事實上是比較合理的。

主席

好，那就修正，就是「耳鼻喉科醫師『或』復健科專科醫師」，然後頓號，聽力師、語言師這樣。

黃理事仲鋒（台灣耳鼻喉科醫學會）

對，這是我們原來提案的，謝謝。

主席

好，那我們就照黃醫師的意見修正，大家有沒有意見？沒有，我們這個案子就通過了，非常謝謝神經學學會還有耳鼻喉科醫學會的參加，接下來進入第三案。

討論事項

第三案

案由：有關「糖尿病醫療給付改善方案」新增胰島素注射獎勵措施案。

主席

好，謝謝，這個案子的緣由請看討 3-6 頁，就是今年的總額協商裡，「醫療給付改善方案」有一個決議事項就是要精進執行的內容，要將胰島素的注射列為品質獎勵指標，所以就今天這個案子的討論。好，今天有糖尿病學會跟糖尿病衛教學會的代表參加，我們先請葉醫師，再來陳醫師，好，請葉醫師先說明。

葉醫師振聲（社團法人中華民國糖尿病學會）

我先說明這個是由健保署提案的，我們學會是樂觀其成，不是我們學會提案。我們希望注射胰島素之病患越浮濫越好，因為大家都怕浮濫，相反的我們注射胰島素之病患數目不足的關係，因此希望他浮濫。原則上我們在臺灣只要跟老百姓講要開始注射，哇！老百姓都覺得注射胰島素大概是糖尿病末期了，在民間根深柢固的觀念，不是我們醫師不給病人打針，是病人根本不想打，這觀念很難改變。其實點數也不高，每年每位病人好像是 240 點，所以這個是鼓勵性質比較多，而不是要增加收入，我們希望越浮濫越好，也不表示什麼病人都可以使用胰島素，沒有得糖尿病病人不會叫他打胰島素的，因此我們學會是樂觀其成，若有人反對，我們也不知道怎麼辦，希望大家不要反對。

主席

好，謝謝。

葉醫師振聲（社團法人中華民國糖尿病學會）

因為不是我們提的，是健保署提的。

主席

好。我們提的。

葉醫師振聲（社團法人中華民國糖尿病學會）

我們是樂觀其成，對不對？

主席

樂觀其成，好，那衛教學會這邊有要補充嗎？

陳醫師宏麟（社團法人中華民國糖尿病衛教學會）

主席、各位代表大家好，我是衛教學會代表陳宏麟陳醫師，基本上這個方向我們是肯定的，當然就是有一些細節可能還要再討論一下。因為在這裡面施打的比率，在醫院部分 28%，在基層估算是 18%，這估算我也很好奇，因為以中區來講，我們已經實施一年的鼓勵，我們其實大概只有剛剛大概在 8% 左右而已，所以在這一塊。另外我們再看就是說，裡面提到的費用是在基層的部分估算是不足的，所以到最後是浮動的，這個其實我們也覺得說那這個部分是不是有可以討論的地方，還有再一點就是，在所謂的定義的分子裡面並沒有定義說要施打多久才算數。今天也許要施打一個月、兩個月、三個月才算數，這裡面沒有定義到，最後一點，因為目前其實在品質支付裡面，第一章是肺結核，然後再來是糖尿病，再來是 CKD 那我們看到現在的這一些費用跟這一些試辦的全部混在一起，就是說品質支付跟所謂的醫療給付改善方案這一些 COPD 混在一起，所以我們現在也希望說未來是不是有機會能夠獨立開來，因為我們現在會放在品質支付的，表示說這真的需要大家投注很重要的心力，以上，謝謝。

主席

好，那醫管組還有要補充說明的嗎？暫時沒有，那我們就開放委員們來討論，潘代表再來羅代表。

潘代表延健

謝謝，因為這個獎勵方案當然是鼓勵，但是如果我們的鼓勵的這個門檻或者標準是用百分位的話，這會變得很難去掌握，雖然我們是最大的醫院，醫學中心，我的 base 當然要超過這個門檻是相對容易，但是如果就個別的醫師來看，我們有沒有辦法把他轉換成比較實際的，譬如說多少病人，然後比率多少以上，這樣我的醫療團隊會比較容易去知道說我什麼時候我就是達標了，這樣鼓勵的效果會比較顯著，否則你到年底的時候才去做評比，啊！我沒過，或者我有過，這個他就不知道前面到底還有多少要你努力，而且這個東西其實因為在整個糖尿病的整合計畫裡面，這個團隊裡面還有個管師也付出努力了，所以說我想這是整個團隊大家一起的貢獻，那這個部分是不是在計算的原則上面有辦法再做一些調整，以上。

主席

好，羅院長。

羅代表永達

主席，我先 echo 剛剛潘代表所提到，我也都剛剛講了，因為醫院的醫師人數，大家看到討 3-2 頁，醫院的部門的預算其實是認為會用到 0.19 億，可是西醫基層只有到 0.05 億，那也就是說，醫師的裡面的部分所執行這個業務相關的東西人數是比較多，那以 100 個醫師跟 10 個醫師，你的 P75 的意義是不一樣的，所以我覺得醫院在做這醫方面他也很辛苦，所以如果假設你用這個百分位的概念的話，對醫院其實是不公平的，好，所以我也贊成潘代表，能不能把他絕對數值化，或者可以把醫院的 75% 降到 60%，至少他會對很多人很努力，但是在他其實相對於其他的醫師，事實上他的絕對數值搞不好是比他高的，可是他是在醫院評比，所以他相對的他就拿不到這個錢，那當然全部都有不可能，那我認為至少在醫院的這個部分裡面那個 75 百分位應該降低，譬如說降到 60 或是 50 百分位，以上。

主席

好，謝謝，再來黃醫師，再來李醫師。

黃代表振國

我肯定業務組的想法，這個治療還有精進跟提升的空間，才會有品質計畫獎勵的存在，在提今年的成長率項目時，就胰島素的注射有單獨提出專款項目，希望能普及到所有糖尿病治療的病人，而不只有參加試辦計畫的糖尿病病人。

第一個，質疑點是經費夠不夠，現在所有的論質計畫，包括糖尿病、TB、COPD、氣喘、CKD 等等，合在同一項專款預算裡。且多年來有很多的計畫已經是成熟、停止試辦了，就如高血壓試辦計畫一樣。

第二個，胰島素注射率是國人在全世界評比中一個比較低的項目，現有所提的計畫是獎勵已經在施打胰島素的醫生跟病人，去評比彼此的差異，額外給他一筆費用。施打胰島素有三難，病人難、醫師難還有給付很難，不備誘因。所以克服這三難一定要有額外的誘因，讓本來沒在打的醫生或者是病人，讓他能從不打變要打，但剛剛聽到原本預算只有 3 億，支出卻有 3.29 億，變成預算還要再稀釋，這錢是從其他已經做的事情中，share 過來，也會排擠其他的試辦計畫，聽起來就很沮喪，我擔心是否真的能獎勵到。

再者，這計畫方向是對的，妥適的方案再修一修，能夠提升明年的成長率，對糖尿病的病患，照護的品質能夠提升。我想提的是，現在糖尿病試辦計畫的試辦計畫內容需要檢討，問了很多沒有參加的醫師反映說，需要上課太繁雜，需要作業太繁雜，paper work 太多，我試問，沒有參加試辦計畫的診所照護品質有比較差嗎？也許可以 review 一下。

第四點，是希望能夠提高普及率，讓所有照護這樣病人的醫師或醫療院所都有提升品質的機會，現在的論質獎勵或是評比，比如糖化血素小於 7 的完成率，LDL 是不是完成，包括一些併發症的檢查，醫師是否已經做到照護的責任。其實這種評比應該所有的醫療院所都要參加的，而不是因為他取不取得學分，尤其在偏遠地區，不知道是上

課學分比較重要呢？還是花時間給病人多衛教、甚至治療更重要？而且，第二階段給付的比較低，是說病人不需要衛教？在座有照顧糖尿病病患的醫師都很清楚，病人隨時有可能因為病情變化、職業變化、生活型態變化，隨時需要衛教，結果計畫就分第一階段、第二階段，很 clear cut，只就你今天複雜的、有投入很多的專業人員、衛教師的才給這個錢，但病人有什麼病情來找你治療或探討，這都不給付。應該以達到治療的程度為最終評比，讓這個計畫能普及、能便利，而照顧到所有有需求的人，這是我的建議。還有想請問一下，現在到底有多少的糖尿病患有參加這個論質計畫？比例多少？謝謝。

主席

好謝謝，來，李代表再來王代表。

李代表偉強

我想說這個計畫，我們應該強力支持，雖然我不知道它提出的背景是什麼，我們在座都應該知道說，臺灣現在洗腎一年 400 多億對不對，洗腎的病患中有一半是因為糖尿病沒辦法控制好造成的，我們這邊花的錢，其實可以減少好多後面糖尿病的併發症，這省下的錢是非常可觀的，你可以看到我們臺灣在好幾次健康品質評比裡面，我們號稱我們有全世界前幾名的品質，結果我們有個很重要的病，糖尿病控制是不好的。我對糖尿病的了解都是背後這位葉教授教我的，他是我學生時代到住院醫師時代的教授。我在想說其實糖尿病試辦計畫已經做了超過 10 年了，那一直試辦 10 年其實蠻奇怪的，如果有效就應該變正式的，沒有效就應該退場，沒有一直用試辦的。我真的建議說，糖尿病的控制應該要結合就是，因為上一次討論什麼初級照護率這個事情的時候，應該要回歸到基層，因為醫院要照顧更複雜的病人，當然不是我們今天能討論，也不是這個計畫能 cover 的，而是我們應該要好好找專家學者，把我們整個糖尿病照顧病人是一個完整的，要慢慢擺脫我們之前的糖尿病試辦計畫，應該要有一個更完整的計畫，而且要符合，各位都知道現在我們指標要上傳了，glucose、HbA1C，現在健保署理論上是有 data 的喔，哪家醫院照顧得好，哪家照顧不好其

實一清二楚。但是問題是我們 10 年前在做糖尿病試辦計畫時沒有的東西，現在觀念也慢慢從醫院轉移到社區醫療去了，我真的覺得應該，健保署花一點點的錢，找相關國內的專家，一起好好設計下一個 10 年的糖尿病照顧，因為這才是我們國家的國病，而且它造成後面的併發疾病及龐大的支出。。

這個計畫我覺得杯水車薪，我也不覺得醫生是為了這個 100、200 點去鼓勵病人打針，病人覺得好像你鼓勵我打針，後面有錢拿那種感覺。所以我相信絕對沒有這個意思，如果把這個錢搞不好給病人算了，你還不如如何鼓勵病人去打針。我們在臨床上常鼓勵病人去打針的，可是他就是這個那個，剛剛講的三難的問題，我們如何讓病人有誘因，我就常常跟病人講，你如果不打將來會洗腎，你要選擇哪一個，他自然就會選擇它，因為他不知道嚴重性，所以我覺得說這個東西我們贊成，讓它去過、去做，那可是我們要準備下個 10 年的糖尿病照護計畫，走上現在國際的趨勢，以上。

王代表雅馨

首先我也肯定這個提案大部份的想法，但我有幾點想要請教，因為這個提案是寫說糖尿病醫療給付改善方案，新增胰島素注射獎勵措施，它這感覺上就是說鼓勵每個病友都要去注射胰島素，它並沒有說針對什麼對象，或是它的一些範圍，或是實行胰島素這個治療之後的一些好處，這些部分從這個資料上並沒有看出來，那就是說，我不知道這個提案是鼓勵每一位糖尿病患者，不論他是剛開始或是任何階段，只要一發現糖尿病，就儘量鼓勵去注射胰島素治療嗎？還是說它是有特定的有些部分，這是我的第一個問題。第二個問題說，剛剛也是李代表講到就是說整個糖尿病試辦計畫，整個未來 10 年的計畫，我們本身從病友民眾的觀點看到，其實現在目前糖尿病的一些計畫裡面，跟 CKD 是脫鉤的，其實很多病患，他去糖尿病照護網的時候，全部一直跟他講糖尿病，怎麼去控制血糖，可是並沒有講到 CKD 這一塊，所以有很多病患，他其實沒有這方面的照護意識，就是說糖尿病及 CKD 照護計畫應該有更積極的整合，要有一個更完善的整合計畫，而不是

讓我們病患獲得比較片面式的衛教，我們是期待說，未來我們國健署或健保署，很多政府橫向的連結上，應該更全面然後更積極，如 CKD 及糖尿病衛教資源整合，我們期待說未來有更積極及全面性的規劃與作為，以上。

主席

好，謝謝，那還有沒有別的有意見的？好，朱代表。

朱代表益宏

主席我想請問一下，這個案子看起來是希望要鼓勵胰島素的注射率，但是會不會造成就是這個方案實施以後，拿到獎勵的就是這些有在照顧糖尿病的醫師中某一部分的人，拿到金額獎勵的都是這些人，然後拿不到的 always 都拿不到，不管是因為病人的因素，醫院的因素，地理因素，會不會有這個問題，我是覺得既然要鼓勵，其實要去做考慮啦，應該是要想辦法讓拿不到的，他願意去拿，當然你願意去拿，目前健保署手上只有經費給誘因，所以說這個誘因是不是要做某種程度的調整，因為看起來比如說你本來這個基本獎就是排序達 75 以上，那我覺得這個排序排過來，排到平均值也高於 75 的，大概就是固定那些醫師，所以他每一次都可以拿到，中間有稍微變動的或許不大，或許有一點變動但是我覺得不大。第二個進步獎，進步獎或許他會有一些 revelation，下面很努力衝上去了，但下一個月可能又下來了，所以我覺得會有這個問題，所以我不曉得因為是署裡面提的方案會不會考慮到這一點，那當然現在因為沒有資料，我相信你們已經有基本資料可以去 run 出來，用歷史的資料已經可以評估，假設今天有 1,000 個醫師他是加入糖尿病照護計畫，到底每一個月可以拿到獎勵的有多少醫師，是不是都是，假設前 500 個醫師可以拿得到，後 500 個醫師拿不到，會不會有這個情形？

主席

好，謝謝，那還有沒有？來請李紹誠醫師。

李代表紹誠

關於這部分是不是有考慮，因為剛剛李偉強主任有提到就是說，這個糖尿病真的感覺上像是國病比肝病更嚴重，我們看到每年那麼多洗腎的新患者產生，那一定是前端沒有注意好，所以包括副座在 CKD 那時候，早期的時候就非常重視，到今天為止我們看不到特別好的一個結果，然後每年花在這個上面的錢，你說多也不多，少也不少，有沒有可能把這一塊東西，就是我剛剛講，我們未來 10 年好好去把糖尿病做成一個題目來做，做好的醫生我就給他很多的錢沒有關係，因為你把錢花在前端，後面省下來會更多，那是財產、健康更多的東西，我現在覺得我們一直在補破網的感覺，而不是一個整體的觀念，公衛應該要介入，可是我們現在公衛也看不到這方面的琢磨，所以像這一部分，我都覺得將來我們署本部可能將來要考慮把它做成一個糖尿病，一個專門的那也跟我總額脫鉤，就是一筆錢然後只要做糖尿病照顧好的，我就給你很大的獎勵金，醫生就好好去做這個事情，不要看糖尿病又看高血壓又看這個，就好好去照顧糖尿病的病人，給他很高的 pay 好好的做，這樣才有可能。

那胰島素台灣目前可能注射率相對比國外低很多，所以我們也希望在這一方面 push 醫生去，讓需要接受注射的人，可以接受注射，那往往這樣的病人過往因為藥劑的關係，現在也比較安全，所以現在 push 他注射比較沒有以前風險那麼高，那我還是建議說，這個當中有沒有可能一個配套，就是一年給他有 4 次，4 張試紙的費用，那試紙現在健保局 type1 有給，type2 沒有給，那一張試紙也才 8 塊錢，那國外的 paper 是如果胰島素有給他試紙的話，他的 outcome 會比好，因為說實在那個錢也不高，一張也才 8 塊錢，那 type1 給 type2 不給，好像又不太合，所以希望有這樣的東西擺進去，以上。

主席

好，謝謝，那醫管組這邊要不要回應？

王科長玲玲

有關代表所問的，我先解釋一下分子、分母的問題，注射率是按照家醫計畫裡面，現行就有一個「糖尿病會員胰島素注射率」，以同樣

的分子、分母定義，所以分母照護人數，就是有申報糖尿病方案管理照護費跟年度評估醫令代碼，前三碼是 P14 的。它的分子就是當年照護醫師，曾開 28 天以上胰島素，這樣子的個案我們會列入分子計算。

另外有關討 3-15 頁，這裡有一個代表提 28% 跟 18% 的問題，現行醫院的話，注射率大概是 17~18% 左右，所以我們推估一個 10% 的成長率，希望可以達到 28% 的程度。在基層的話，目前注射率大概是 7.6%，我們預估以 8% 來看，希望能夠同步成長 10% 左右，所以我們預估一個 18% 的注射率，然後再去反推這整個的人數。我們希望以收案人數去看，大概可以達到多少的注射率。

有關支付誘因的問題，原則上就是考量原本我們在糖尿病試辦計畫裡，我們的品質卓越獎已經有五項指標，那五項指標因為是要分別去計算它的排序，加總之後再來排序，那前 25% 的人才可以拿到。因為我們知道影響胰島素的注射率牽涉因素很多，不單是醫院努力去 push 病人就可以達到這個注射率，也有病患的因素，或者是我們整個醫療需要的因素。所以我們才希望說它不要跟原本的五支指標合併算，不然的話有可能導致某一些醫院在這支指標因為是 0 的情況下，品質卓越獎可能都達不到排序了，所以我們把它拉出來單獨做一個獎勵。如果說原本已經在施打的醫院或是施打的醫師，可以繼續去好好衛教他的病人，已經在打的儘量能夠 keep 病患，如果需要的話也有一個進步獎的空間，讓它可以逐漸進步，那如果原本沒有在打的醫院的話，他前一年參加試辦計畫是 0 的情況之下，第二年他的注射率只要達到平均值，我們也開始給獎勵，所以我們其實是有好幾個步驟的獎勵，那當然如果說對於百分位的取捨點，要 75 或 50 百分位，這個可以大家如果有意見的話，可以再來討論。

我們看討 3-15 頁這裡，在醫院的話，這張表在醫院的胰島素注射率，如果我們是用現在實際的注射率去做模擬，如果注射率是在 75 百分位的話，目前醫師數大概有 417 位左右，那如果是介於平均值跟 75 百分位之間會有 327 位，所以合計可以拿到獎勵金的大概有 744 位醫師，這是照目前的注射率去做模擬，那在西醫基層這方面，我們也

是有做同步的模擬這個狀況，那這個當然是為了預算來做這個評估，如果大家以後可以實施的更好的話，這個人數應該會再上升。

那西醫基層預算問題，本來今年的 P4P 的方案就是只有 3 億，這個方案指標沒有設的時候，其實預算已經不足。我們這個方案只有 0.05 億，其實不多，還是希望可以鼓勵醫師，努力 push 醫師說如果需要打胰島素的病人的話，可以好好的施打胰島素，至於說方案要不要做修訂，我們本來今年度就已經在收集意見了，我們會針對糖尿病這個方案，做一個比較完整性的評估，再來重新檢討看看方案內容要不要做修正，以上。

主席

好，基本上做這些回應，也是回應大家剛剛包括預算不足的部分。另外就是整個糖尿病醫療給付改善方案要全面檢討，甚至要跟 CKD 做某種程度的結合，這個都非常有可能。這個部分我們就列為明年的重點工作部分，明年一定要去處理這一塊。那至於剛剛大家有提到是說，百分位或者是絕對值，因為今年的錢也不是很夠，如果用絕對值可能會更快用完，所以如果先鎖定一個獎勵的目標在那裡，大家先試試看，也許不失為一個方法，請黃醫師。

黃醫師振國

第一個沒有回答我目前收案率，那個是胰島素施打率，我指的是收案率，糖尿病人的是幾？

王科長玲玲

醫院的話是 54.2%，西醫基層是 32.4%。

黃醫師振國

我剛剛講的重點就是這樣子，第一個既然預算不夠，西醫基層預算不夠，那這個獎勵是挪現有的預算，跟我們剛剛講過的，就是施打率比較高的前幾個醫生，這時候把板塊挪移，那這樣子的挪移過程中，有沒有對本來就已經在打的醫生，因為我其實 75% 有點遠了，我只有 50% 而已我做不到 75%，我這麼認真，原來的費用也被板塊挪移到給

前面的 top75% 以上的，這第一個質疑。

第二個我剛才講的很清楚就是說，既然這個大家與會代表都認為說，既然這麼重要，難道我們不去思索，用一個比較完整的計畫，而且現在是 6 月了，離明年總額協商也只有不到三個月，我們不如大家好好思索一下，有沒有一個比較好的方案，有新的一個模式，甚至現有的一個預算的挪移，來鼓勵這個方案做的更完整一點，而且像剛剛講的很清楚，32% 等於只有 67% 的西醫基層的糖尿病患，並沒有受到這個計畫的照顧，三分之二沒照顧的計畫，我們都不思索，我們只集中在原有三分之一的計畫的收案的去增進，我想這個可能對到時候成效是打折的，還有剛剛回應說很多 CKD 患者，事實上有不少是最近糖尿病的，所以他事實上是一個病人，同時是兩個計畫的收案，所以我會建議說，與其我們這麼倉促的只針對已施打個案的這個病的醫師去獎勵，不如思索說所有醫師，不論他施打量多少，都要比今年現況更好，就像剛剛有人講的，我一個個案也許鼓勵它 300、500 元，你今天只要比去年多，去年同期成長了就有鼓勵，我相信只有一直往前走，不要到年度結算的時候，不好意思喔，你今年進步了 10 個，後來進去後評比，你原來是 75% 現在是 65%，所以領不到錢甚至 50%，我想這個是打擊啦，這個邏輯大家懂，還有剛剛我真的很高興說，這個業務組很有企圖心很有理想性，我想了解一下我剛剛西醫基層，我聽到是 7.65，到底這五年、十年來成長率是多少，是從 5、4、3、2、1 上來到 7.65，還是說原來都是 7.65，那增加 10% 大家很清楚，7.65 增加 10% 的話應該是到 8 點多而已，就是就原有的個案成長，原來也許有 1,000 人施打，增加 10% 應該是 1,100 啦，不是所有病人都這樣增加，我做這麼好，我相信我們現在施打率就不會只有 7 點多，所以我是覺得對醫界的努力，應該要多給予掌聲，7.65 真的是不好啦，可是我希望明天會更好，而不是你 7.5 突然到 18，我想 18 這個願望可能沒辦法一年兩年就達成，我希望多點鼓勵，謝謝。

主席

好，還有嗎？

王代表雅馨

剛剛我問的問題還沒有回答，因為我剛剛是問說，這個是所有病患都適用？

主席

是的，胰島素是這樣處理。

葉醫師振聲（社團法人中華民國糖尿病學會）

我稍微回答一下子，外國某家醫院，每位新病人一開始就施打胰島素，發表在 Lancet，我們也希望我們的病人得糖尿病就開始注射胰島素，但是十位糖尿病病人當中，沒有一位會接受胰島素注射。以我們醫師醫療的立場，一開始得糖尿病的時候，從體外補助胰島素，希望胰臟有休息的機會是對的。

很多打針的病人，血糖控制不好，按照健保署，已經服用四種降血糖藥品了，血中 A1C 還是很高，表示對這個藥已經產生抗性，所以希望施打胰島素，不是整天打，而是睡前打一次而已，這樣病人免強可以接受。像陳宏麟醫師現在有 1,300 位糖尿病病人。雖然現在的病人數目很多但是沒辦法成長，他幾乎很多病人正在打針的，但是新增打胰島素的病人不多，他絕對分不到錢。是那些醫師有從來沒有打過針的病人打針個案會成長，這些錢應該不多，主要是鼓勵醫師。醫師看病是為了病人好，不是為了區區一點錢，這是很重要的觀念。

主席

好，那還有沒有其他意見？好，來請那個陳理事長。

陳醫師宏麟（社團法人中華民國糖尿病衛教學會）

主席我再補充一下，我回答一下，其實剛剛有個代表問說那是每個月要獎勵，這個是每年結算時候，現在都是 3 月的時候成績出來了，譬如說你在前 25%，你有 300 個患者在施打胰島素，一個患者 125 點，所以即使計算也許只是 4 萬塊多少錢，就是一年給這一次。那這個其實是鼓勵的意義，即使今天來參加這個會議，我覺得聽到大家對慢性

病未來要花很多錢，大家都一樣的共識，我也覺得是不是以後健保會的代表未來在這部分的時候可不可以幫忙，因為我們在前台、第一線的人覺得很辛苦，主席其實他的 slide 之前有告訴我們，你有加入照護跟沒有加入照護未來結果差很多，真的拜託你們，謝謝！

主席

好，爭取預算大家一定會努力啦！這個部分是這樣就是說...好，孟源。

張代表孟源

主席、各位代表大家好，因為我是腎臟科的副秘書長，所以說我們對腎臟科 CKD 跟糖尿病是不是要結合，我們是抱予期望。我們 CKD 的計畫很 open 耶，我們沒有要求很多，都可以加入阿，我們是很開放的態度，因為我們知道說慢性腎病這是國家重要的問題，只要願意加入我們都不會願意來上課，內、外、婦、兒、神經都可以加入啊！也不會要求什麼要其他護理人員，什麼都沒有。報告主席，我們全聯會不管是 COPD 或是 CKD 我們全聯會提的都是非常 open，但我還是尊重其他的人，畢竟每個...。我要回答我們代表的一個問題，任何一個 stage 都可以打胰島素這是很重要，因為我自己有個病人 25、26 歲而已，來的時候血糖 300-400，結果我短暫打，就像我們葉振聲教授提的，我短暫打了三至四個月的胰島素我就把他停掉了，他現在都不用再打了，因為有他讓胰島素休息的時間，讓胰臟休息的時間，結果他現在恢復，加上飲食、運動，他只吃一顆的 Metformin 或是有時候吃兩顆，早晚吃，就不用再打胰島素，血糖都正常，病人生活也很健康。所以胰島素不是可怕的東西，但是需要花很多時間去衛教，讓病人有信心，讓生活有期待，這樣子他才願意接受這種痛苦。

但是我覺得有個重要的一個問題，除了說這個計畫以外，我不知道第一型糖尿病他那個試紙有給付，但是事實上假如所有的病人都有可能短暫的打胰島素，胰島素控制得好不好，會不會有低血糖？這是大家很關心的問題。所以是不是說打胰島素的病人，我們對於健保是不是也能夠適當補助給付試紙的費用，只要有胰島素，他的針頭有補

助，試紙是不是應該有補助？但是不用像第一型糖尿病一天 4 片，他可能一天 1 片或是怎麼樣的方式來補助，我想費用不會很多啦。這樣對於接受胰島素治療非第一型糖尿病病人的話，第二型的，其實有第 1.5 型的，現在糖尿病是一個 back spectrum，他不是只有第一型、第二型，還有 1.5 型、1.7 型呢！那怎麼辦呢？就是根據胰臟上的 reserve 有關係嘛，所以我是覺得說給付不應該只是實施第一型，我們真的很困惑，但是若可以少一點、不用這麼多片也可以，這樣減少病人的負擔，以上，謝謝！

黃代表振國

我想今年的預算應該不太夠，就像陳醫師講的，做這麼好的醫生，其實已經不太 care 到底獎勵多少，這錢對原來用心的醫生，不是這麼實質的回饋。所以我建議在家醫計畫，只要每個醫師他願意增加一個個案、兩個個案，自然而然施打率就會提高。我以自己為例，照顧糖尿病人也差不多 2、30 年，我大概從三年前開始打，第一個病人掙扎了好久，跟病人循循善誘、遵遵勸導，甚至其中一個歐巴桑當場在那邊哭了十分鐘，才接受讓我打。我的經驗告訴我，要鼓勵原來不打的醫生，當打了第一個、第二個、第三個，他就會開始覺得病人真的比較好。

看到很多病人抽血結果，包括腎功能、肝功能，真的進步很多。我覺得不是多少錢能獎勵我，但對大多數不明瞭的醫生，甚至不明瞭的病人，甚至剛講過不太合理的給付，要如何來改善才是重點。所以建議爭取明年讓所有的醫生只要願意讓一個病人早點打胰島素，我們就給他鼓勵 500、1,000、1,800，明年施打率才有機會從 8% 到 12%。離協商還有三個月，好好跟兩個學會溝通一下，到底如何鼓勵有在用心的醫療院所，不管他已經做得很好的，希望他持續走下去，做得不好的給他機會繼續往上爭取。醫院收案率很高，五成，但基層呢？只有三成多，代表什麼意思？有很大努力成長的空間。所以建議，明年的預算爭取多一點，這個投資是划算的，包括胰島素打多 CKD 也變少了。另外，我覺得氣喘試辦計畫也應該有具體的檢討與改善，謝謝。

主席

我請問一下，現在這個案子本來是今年協商的一個專款，有需要給施打胰島素給予一些獎勵的措施，現在基層看起來是不想做，不想今年獎勵...先等明年多少錢有足夠預算再來...

黃代表振國

對不起，絕對不是這個意思，今天錢都不太夠，我們今天 COPD 又增加了，對不對...

主席

所以基層的態度是不是今年？

黃代表振國

我們期待有這個預算，非常期待有這個預算，而且預算能夠再多一點。

主席

但是今年的情況是覺得暫保留了，是這樣嗎？

黃代表振國

我覺得只剩下半年，方案推動也難鼓勵，不如以表現最好幾個院所，我們思考給他一個鼓勵方案，也許大家可以檢討一下，好不好？

主席

但是依眼前這個的狀況看起來預算本來就不足，然後再加這個的話就更不足，所以就暫保留，但是期待明年可以多爭取一點預算，基層的態度一定要。

黃代表振國

一定要爭取，我們堅定一定要爭取。

主席

好，醫院的代表呢？醫院的代表要不要先行實施這個胰島素的獎勵方案？

潘代表延健

我還是持我原來的看法，我贊成這樣的獎勵方案，但是技術面要調整。

主席

不要用百分位。

潘代表延健

因為百分比是預算好控制，但是對於獎勵來講，它的效果真的是很小，而且對於管理來講那是更困難，你根本不知道它到底有沒有辦法達標，它其實是很容易換算的，你希望達到哪裡，然後你去換算一個絕對值。

主席

這樣好不好，看來基層的代表是因為他們的預算本來就不足，所以這個胰島素注射的獎勵方案今年基層暫緩，明年爭取足夠的預算再來推動，這是基層的決議；醫院的部分是願意今年就開始，但是這個計算的方式可以再更明確一點，讓大家知道怎麼努力，百分位是不是要調整，例如多少以上之類的，讓自己可以知道自己有沒有達標，這樣子的方向我們就記下來，醫管組再研究一下這個方案做什麼調整，下次臨時會再提出來好不好，那這個方案就討論到這裡。

朱代表益宏

是不是醫管組另外再思考模擬的時候，是不是用現有的資料稍微模擬一下，會不會有我剛剛講的，就是固定那些人去拿到，然後其它人沒有得到獎勵的。主席我是建議醫管組在提方案的時候，是不是先考量這一點，如果主席認為這個不重要，就固定在哪，那我們在臨時會再談。

主席

好，我們多想一想，羅老師。

羅代表紀琮

剛剛好幾個先進都在說，越不打的人你越應該鼓勵他。我在想若從鼓勵的觀點來講，要和自己比較。就是說，如果從來都沒有打，或是以往打得非常少的話，只要多打到一個程度，就多獎勵一些。

主席

是不是重點放在進步的，而不是基本獎。

羅代表紀琮

對，整體而言，若 100 個人中總是只有 25 個人拿到這個錢，跟另外 75 個人也可以拿到錢的話，效果會差很多。

主席

大家的意見比較偏向於多一點放在進步獎，然後進步到一定程度就給獎，然後基本獎的，大家一起評比的，反正就是一直都在前面 25 的就還是那些人，那我們是不是多回到自己跟自己比有進步，不管你現在都沒有做，有做這些就給予獎勵，但是這個要重新算、重新盤點一下。來，李代表。

李代表偉強

我們醫院這邊就贊成照剛剛提的建議，我倒是鼓勵說，因為現在我還是認為糖尿病的病人應該要回到基層去好好的照顧。所以我也請基層代表這邊思考一下看看，當然錢一定是不夠，不過我怕到時候公告出來說，醫院做了但診所沒做，會不會對基層的形象有不好的影響？

主席

這是基層自己決定的。

李代表偉強

對，就是說錢當然不夠我也知道，對醫院來說這錢一定也不夠，不過從為病人好的角度來看，我們同意努力去做。

主席

這是他們要考慮的。

黃醫師振國

這個我想喔，當時去年我們爭取的是胰島素注射率的單項，那最後署方給的答案就是把那個單項挪回到論質計畫糖尿病裡面，那我一直說，我剛剛語帶保留的說，如果我們預算還有結餘的時候，我們就結餘款的部分，我們來獎勵這一塊，所以我們不是不獎勵，我們很願意獎勵，而且更需要更多錢來獎勵，獎勵的方式假如我們論質計畫專款有結餘的時候，我們從優來獎勵，已經有施打，成績優良的診所，我的但書在這裡，不是不獎勵。還有一點，我剛才講的，其實進步當然要鼓勵，但是我對於那種已經做得很好的醫療院所，我覺得也不要放棄他們，他們應該持續的保持這麼好的成績，照顧好病人，我希望都能進步，那我強調一點，我們並不是放棄，是因為預算不足，所以這個可能要澄清一下。

主席

好，至於說要不要做，我們下次新方案臨時會再提出來，大家再重新考慮。好，那我們今天就是討論到這裡，現在 5 點 6 分，那我們就開到這裡，謝謝大家。