

「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」

108 年第 3 次會議紀錄

時間：108 年 7 月 25 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	顏良達(代)
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	陳瑞瑛(代)
潘代表延健	張碧玉(代)	許代表世明	(請假)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	(請假)	林代表綉珠	林綉珠
林代表淑霞	(請假)	賴代表振榕	賴振榕
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	林代表鳳珠	林鳳珠
謝代表文輝	謝文輝	郭代表素珍	(請假)
謝代表武吉	謝武吉	杜代表俊元	(請假)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	陳晟康(代)	何代表語	何語
林代表恒立	洪一敬(代)	葉代表宗義	葉宗義
王代表宏育	(請假)	馬代表海霞	馬海霞
黃代表振國	黃振國	蔡代表麗娟	蔡麗娟
賴代表俊良	賴俊良	紀代表志賢	紀志賢
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	施壽全
陳代表俊良	(請假)		

列席單位及人員：

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	邱臻麗、馬文娟、盛培珠
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國助產師助產士公會全國聯合會	許美月
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、林筱庭
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
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	董家淇、鄭禮育、吳心華
中華民國心臟學會	張鴻猷
中華民國營養師公會全國聯合會	金惠民、陳珮蓉
尤營養師偉銘	尤偉銘
中華民國糖尿病學會	蔡世澤
台灣急診醫學會	黃集仁、陳健驊、張玉芬
唐鳳政務委員辦公室	詹壹雯、許恩恩
國立臺灣大學學院附設醫院	劉彥廷、詹志洋
財團法人醫藥品查驗中心	朱素真、陳宣如
本署臺北業務組	方淑雲、徐佳瑜、林育如、 余千子、吳欣穎
本署北區業務組	洪嘉霖、廖智強
本署企劃組	陳真慧、陳泰諭
本署醫審及藥材組	黃育文
本署醫務管理組	李純馥、吳科屏、谷祖棣、 王玲玲、陳依婕、吳明純、 楊瑜真、許博淇、林美惠、 鄧家佩、沈瑞玲、黃思瑄

一、主席致詞：略。

二、報告事項：

(一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部品質支付服務第二章、第三章及第四章附表 8.2.1~8.2.4、8.3.2、8.3.4 及 8.4.1 修訂案。

決定：洽悉，修訂摘要如下，詳附件 1，P5~ P28。

1. 於糖尿病或初期慢性腎臟病方案之 VPN 個案資料登錄系統增列醣化白蛋白檢驗值登錄欄位，由系統自動將醣化白蛋白換算為 HbA1C，並帶入 HbA1C 欄位。
2. 另於糖尿病方案 VPN 個案資料登錄系統之尿液檢驗下增加「無尿液可供檢驗之洗腎患者」選項。
3. 統一 UACR 於上述二方案之文字敘述方式，及增列計算 UACR 所需之檢驗項目。

(二) 修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第六部論病例計酬支付通則案。

決定：洽悉，修訂摘要如下，詳附件 2，P29~ P40。

1. 論病例計酬案件使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」之自費特材，其保險醫事服務機構收費及健保支付方式：
 - (1) 病患同意使用符合上述規範之自費特材，除自付差額之特材給付品項外，保險醫事服務機構得收取該特材之全額自費。
 - (2) 論病例計酬支付點數需扣除全額自費特材替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由保險醫事服務機構自行併同醫療費用申報。
 - (3) 全額自費特材收取金額不得計入本部所稱「實際醫療費用」計算。
2. 除病患同意使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自

費特材費用規範」規定之特材外，不得另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。

三、討論事項：

(一) 108 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「血管阻塞術-Lipiodol」等 6 項診療項目。

決議：同意增修訂內容如下，詳附件 3，P41~ P46。

1. 新增「血管阻塞術-Lipiodol」(支付點數 28,591 點)、「經導管無導線心律調節器置放或置換術」(支付點數 15,504 點)、「加護病房營養照護費—初次照護費」(支付點數 360 點)及「加護病房營養照護費—追蹤照護費」(支付點數 240 點)共四項診療項目。
2. 囿於 26078A「鐳 223 治療處置費」已包含藥師調劑費用，應不得再申報 05219B「放射性藥品處方之藥事服務費(天)」，爰修訂編號 05219B 支付規範。勘誤 58028C「全自動腹膜透析機相關費用」備註文字，及第五部居家照護附表 5.1.3「居家照護檢驗項目表」編號 10511 B「長葉毛地黃」自 93 年起已開放至基層適用，爰修訂編號為 10511C。
3. 爾後透過國家發展委員會公共政策網路參與平臺提案之增修診療項目，需先至本會議討論是否成案，如經討論成案後續再循增修診療項目之流程辦理。

(二) 應用 108 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案。

決議：因時間因素未及討論，將於下次會議優先討論。

四、臨時動議：無。

五、散會：下午 18 時 20 分

第二章 糖尿病

通則：

一、 參與資格：

申報本章費用之醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經地方政府共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

(一)第一階段照護：

1. 團隊醫事人員資格如下：醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各地方政府糖尿病共同照護網認證合格，地區醫院及基層院所之護理衛教及營養衛教人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。地區醫院及基層院所團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行(可包括護理師、營養師、藥師)，惟團隊仍需取得各地方政府糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。

2. 上述參與資格如主管機關有最新規定，從其規定。

(二)第二階段照護

個案完整申報新收案(P1407C) 一次、追蹤(P1408C)至少五次、年度評估(P1409C)至少二次後，另得視病情需要進行衛教服務，申報第二階段照護項目。

1. 醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會或國民健康署公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程八小時，並取得證明。

2. 限參與第一階段照護之醫事機構方能提供第二階段照護，第二階段照護醫師名單，醫事機構須向保險人各分區業務組申請同意。另第一階段照護醫師第一、二階段照護皆可執行。

(三) 申報本章費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於百分之二十者(指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者)，經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用(P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C)。

二、 收案對象：

(一)最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13) 至少同院所就醫達二次(含)以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼 (一)】收案。同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，但院所仍可依本支付標準申報相關醫療費用。

(二)經保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，個案若已被其他院所收案照護中(一年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。

(三)收案前需與病人解釋本章之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關文宣資料。

(四)結案條件：

1. 可歸因於個案者，如失聯超過三個月、拒絕再接受治療等。
2. 經醫師評估已可自行照護者。
3. 個案未執行本章管理照護超過一年者。

三、 品質資訊之登錄及監測：

(一)特約醫療院所應依保險人規定內容(如附表 8.2.4)，登錄相關品質資訊。

(二)特約醫療院所如依「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」規定，上傳收案個案之檢驗(查)結果，其值將自動轉入個案登錄系統。

四、醫療費用審查：

(一)申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
2. 門診及住院醫療服務點數清單及醫令清單填表說明
 - (1)屬本章收案之保險對象，其就診當次符合申報 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 者，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『E4』；住院醫療服務點數申報格式點數清單段之給付類別則填寫「C」。未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
 - (2)申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
2. 醣化血色素(HBA1C)及低密度脂蛋白(LDL)之任一病患檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自保險人文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

五、品質獎勵措施：

(一)門檻指標：以申報本章費用之醫師為計算獎勵之單位，符合下列門檻指標目標值之醫師，方可進入品質獎勵之評比對象。

1. 新收案率：

- 定義：指當年度符合收案條件(最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13) 同院所就醫達二次(含)以上之病人)中，排除已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案的人數後，新被收案的比率。
- 門檻目標值：醫師新收案率須 $\geq 30\%$ 以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

2. 收案人數 ≥ 50 人。

(二)品質加成指標

1. 個案完整追蹤率：

➢ 定義：

- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中，排除第四季新收案之人數。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之個案當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。
 - A. 已申報年度評估者 (P1409C 或 P1411C)，其申報當年度追蹤管理 (P1408C 或 P1410C)次數達三次者。
 - B. 已申報新收案者 (P1407C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。
 - a. 如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達三次者。

- b.如為第二季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達二次者。
- c.如為第三季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達一次者。

(3)當年度同時申報新收案 (P1407C) 及年度評估 (P1409C 或 P1411C) 者，以申報新收案 (P1407C) 之季別，依第(2)項之 B 原則辦理。

2.HbA1C<7.0%比率(HbA1C 控制良好率)

➤ 定義：

- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第四季新收案個案。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C<7.0%之次數比率。

3.HbA1C>9.0%比率(HbA1C 不良率)

➤ 定義：

- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有收案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第四季新收案個案。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C>9.0%之次數比率。

4.LDL>130mg/dl 比率(LDL 不良率)

➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

- (1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。
- (2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL>130mg/dl 之次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

5.LDL<100mg/dl 比率(LDL 良率)

➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

- (1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。
- (2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL<100mg/dl 之次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

(三)品質卓越獎

- 1.依各醫師新收案率分為二組(以新收案率≤ 55%及> 55%予區分，合計共分為二組)。
- 2.各組依上述收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率、HbA1C 不良率、LDL 不良率、LDL 良率等五項指標比率分別排序(收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率及 LDL 良率為由高排至低；HbA1C 不良率及 LDL 不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上五分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之二十五之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

➤ 收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案(P1407C)或年度評估 (P1409C)之病人歸戶數(如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶)。

(四) 品質進步獎

1. 依前一年度之各組個案完整追蹤率、HbA1C 不良率、HbA1C 控制良好率、LDL 不良率及 LDL 良率等五項指標為基準年，計算品質獎勵進步獎，惟醫師需有全曆年之指標為基準年，當得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算(即醫師需有二個完整全曆年申報本章費用)。
2. 門檻指標及品質加成效績計算方式同本通則五之(一)(二)規定。
3. 各組依兩年度之五項品質指標比率相減，五項品質指標中均需進步或持平，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 500 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付，並排除該年度品質卓越獎之得獎醫師。

(五) 品質進步獎與品質卓越獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用的百分之三十。

六、 胰島素注射獎勵措施：

(一) 適用對象：因糖尿病主診斷就醫且使用糖尿病藥品(ATC 前三碼為 A10)者，收案及非收案之糖尿病病人皆適用。

(二) 獎勵方式：按當年度糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算，每新增加一人，獎勵 500 點。

1. 胰島素注射定義為「胰島素注射天數達二十八天以上」。

2 新增胰島素注射個案數係指「前一年未注射胰島素或注射未達二十八天以上者」。

七、 本章之疾病管理照護費用(P1407C、P1408C、P1409C、 P1410C、P1411C) 及相關品質獎勵措施費用來源，由各總額別專款項目支應。

八、 資訊公開：保險人得公開申報本章之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金前百分之二十五之院所醫師人數，並於 VPN 系統中公開各組別每項品質指標第二十五、五十、七十五及一百百分位之指標值與各院所參與醫師門檻指標新收案率 \geq 百分之三十及收案人數 \geq 五十人之醫師各品質指標值，供參與醫師自行查詢與比較。

九、 符合本章之個案，若合併其它疾病且分屬本保險其他方案或計畫收案對象時，除依本章支付標準申報外，得再依相關方案或計畫申報費用。

十、 進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段管理照護費 P1408C、P1409C。

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
P1407C	糖尿病第一階段新收案管理照護費 註：1.照護項目詳附表8.2.1，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行。	v	v	v	v	650
P1408C	糖尿病第一階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目詳附表8.2.2，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案後至少須間隔七週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。	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
P1409C	<p>糖尿病第一階段年度評估管理照護費</p> <p>註：1.照護項目詳附表8.2.3，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1407C及P1408C合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。</p> <p>3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。</p>	v	v	v	v	800
P1410C	<p>糖尿病第二階段追蹤管理照護費</p> <p>註：1.照護項目參考附表8.2.2之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。</p>	v	v	v	v	100
P1411C	<p>糖尿病第二階段年度評估管理照護費</p> <p>註：1.照護項目參考附表8.2.3之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1408C及P1410C追蹤合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。</p>	v	v	v	v	300

附表 8.2.1 新收案診療項目參考表 (適用編號 P1407C) Components of the initial visit

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis</p> <p>(2) 營養評估, 體重史 Nutritional assessment, weight history</p> <p>(3) 過去及現在治療計畫 Previous and present treatment plans</p> <p>A. 藥物 Medications</p> <p>B. 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>C. 病人自主管理訓練 Self-management training</p> <p>D. 血糖自我管理及其使用結果 SMBG and use of results</p> <p>(4) 現在治療執行方案 Current treatment program</p> <p>(5) 運動史 Exercise history</p> <p>(6) 急性併發症 Acute complications</p> <p>(7) 感染病史 History of infections</p> <p>(8) 慢性糖尿病併發症 Chronic diabetic complications</p> <p>(9) 藥物史 Medication history</p> <p>(10) 家族史 Family history</p> <p>(11) 冠狀動脈心臟病危險因素 CHD risk factors</p> <p>(12) 心理社會/經濟因素 Psychosocial/economic factors</p> <p>(13) 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 身高與體重 Height and weight</p> <p>(2) 血壓 Blood pressure</p> <p>* (3) 23501C 眼底鏡檢 Ophthalmoscopic examination (視網膜散瞳檢查; 散瞳劑內含) 或 23502C 眼底攝影; 惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查 (23702C), 則不需再執行上述項目。</p> <p>(4) 甲狀腺觸診 Thyroid palpation</p> <p>(5) 心臟檢查 Cardiac examination</p> <p>(6) 脈搏評值 Evaluation of pulses</p> <p>(7) 足部檢查 Foot examination</p> <p>(8) 皮膚檢查 Skin examination</p> <p>(9) 神經學檢查 Neurological examination</p> <p>(10) 口腔檢查 Oral examination</p> <p>(11) 性成熟度評估 (如屬青春前期後) Sexual maturation (if peripubertal)</p>
<p>3. 檢驗室評估 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p> <p>※(2)09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合糖化白蛋白檢驗適應症個案, 得以 09139C(糖化白蛋白)替代)</p> <p>※(3)空腹血脂 Fasting lipid profile (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油酯 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)</p> <p>※(4)09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine</p> <p>※(5)09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)</p> <p>※(6)06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination</p> <p>※(7)12111C 微量白蛋白 (ACR)</p> <p>※(8)09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN</p> <p>□(9) (+)13007C 細菌培養鑑定檢查 (視情況而定) Urine culture (if indicated)</p> <p>□(10) (+)27004C 甲狀腺刺激素放射免疫分析 (第一型病人) TSH (type 1 patients)</p> <p>□(11) (+)18001C 心電圖 (成人) Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫 (Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2) 藥物 Medications</p> <p>(3) 營養治療 Medical nutrition therapy</p> <p>(4) 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>(5) 自主管理教育 Self-management education</p> <p>(6) 監測接受指導遵循度 Monitoring instructions</p> <p>* (7) 年度轉診至眼科專科醫師 (視情況而定) Annual referral to eye specialist (if indicated)</p> <p>(8) 其他專科醫師會診 (視情況而定) Specialty consultations (as indicated)</p> <p>(9) 同意接受持續性支持或追蹤的約定 Agreement on continuing support / follow-up</p> <p>(10) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>(1) 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education, DSME): 由糖尿病人和衛教人員共同參與的一種互動的、整合式及進行中的過程, 包括: a) 個體特殊教育需求的評估; b) 確認個體特殊的糖尿病自主管理目標之設定; c) 依個別的糖尿病自主管理目標進行教育及促進行為改變上的介入; d) 依個別的糖尿病自主管理目標進行評價。</p> <p>(2) 建議標準如下:</p> <p>A. 結構面: 病歷紀錄應包括: a) 描述糖尿病疾病過程及治療之選項; b) 營養管理之整合; c) 日常身體活動之整合; d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形; e) 血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形; f) 慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形; g) 生活型態改變—個人問題的診斷; h) 以促進健康為主來設定的目標, 及日常生活中問題解決的方式; i) 與日常生活中心理社會調適之整合; j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面: 病歷紀錄應包括: 個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及定期追蹤之情形, 並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面: 提供糖尿病自主管理教育的單位或機構, 應進行持續性品質改善計畫, 以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註

1. 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
2. 表列檢驗、檢查與服務項目中, 「※」及「*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目, 「□」註記表示為診療指引建議得視病人病情 (if indicated) 為選擇性執行項目。
3. 本表所列項目除有「※」、「*」及「□」註記項目得另行核實申報費用以外, 餘均內含於 P1407C 所訂費用之內, 不得另行重複申報。
4. 糖尿病學會建議若糖尿病人尿液常規檢查若未驗出蛋白尿, 可加做微量白蛋白檢查, 將微量白蛋白改為有條件之必要檢查項目 (註: 尿液常規檢查未驗出蛋白尿者。)

附表 8.2.2 追蹤管理診療項目參考表 (適用編號 P1408C)

Potential components of continuing care visits

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen</p> <p>A. 低或高血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia</p> <p>B. 自我血糖監測結果 SMBG results</p> <p>C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments</p> <p>D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems</p> <p>E. 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>F. 併發症的症狀 Symptoms of complications</p> <p>G. 其他醫療疾病 Other medical illness</p> <p>H. 藥物 Medications</p> <p>I. 心理社會方面 Psychosocial issues</p> <p>J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit</p> <p>A. 體重 weight</p> <p>B. 血壓 Blood pressure</p> <p>C. 先前的身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam</p> <p>(2) 足部檢查 (視情況而定): 足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination (if indicated): more often in patients with high-risk foot conditions</p>
<p>3. 檢驗室評估 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1)09006C 糖化血紅素 HbA1C</p> <p>A. 三個月一次為原則, 須配合初診及年度檢查的結果追蹤 (Quarterly if treatment changes or patient is not meeting goals)</p> <p>B. 如病情穩定一年至少二次 (At least twice per year if stable)</p> <p>C. <u>符合糖化白蛋白檢驗適應症個案, 得以 09139C(糖化白蛋白)替代</u></p> <p>※ (2)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p>	<p>4. 管理計畫評估 (Evaluation of Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2) 藥物 Medications</p> <p>(3) 血糖 Glycemia</p> <p>(4) 低血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia</p> <p>(5) 血糖自我管理結果 SMBG results</p> <p>(6) 併發症 Complications</p> <p>(7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia</p> <p>(8) 血壓 Blood pressure</p> <p>(9) 體重 Weight</p> <p>(10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>(11) 運動治療型態 Exercise regimen</p> <p>(12) 病人接受自我管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training</p> <p>(13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals</p> <p>(14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment</p> <p>(15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes</p> <p>(16) 自我管理技能 Self-management skills</p> <p>(17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated</p> <p>(18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>建議標準如下:</p> <p>A. 結構面: 按前次照護結果做追蹤應付, 病歷紀錄應包括: a) 描述糖尿病疾病過程及治療之選項; b) 營養管理之整合; c) 日常身體活動之整合; d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形; e) 血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形; f) 慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形; g) 生活型態改變—個人問題的診斷; h) 以促進健康為主來設定的目標, 及日常生活中問題解決的方式; i) 與日常生活中心理社會調適之整合; j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面: 病歷紀錄應包括: 個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形, 並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面: 提供糖尿病自主管理教育的單位或機構, 應進行持續性品質改善計畫, 以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註:

1. 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
2. 表列檢驗及服務項目中, 「※」及「*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目。
3. 本表所列項目除有「※」、「*」註記項目得另行核實申報費用以外, 餘均內含於 P1408C、P1410C 所訂費用之內, 不得另行重複申報。

附表 8.2.3 年度檢查診療項目參考表 (適用編號 P1409C)

Potential components of continuing care visits (annual exam)

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen</p> <p>A. 低或高血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia</p> <p>B. 自我血糖監測結果 SMBG results</p> <p>C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments</p> <p>D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems</p> <p>E. 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>F. 併發症的症狀 Symptoms of complications</p> <p>G. 其他醫療疾病 Other medical illness</p> <p>H. 藥物 Medications</p> <p>I. 心理社會方面 Psychosocial issues</p> <p>J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1)年度身體檢查 Physical examination annually</p> <p>* (2) 23501C 年度散瞳眼睛檢查 Dilated eye examination annually 或 23502C 眼底攝影；惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C)，則不需再執行上述項目。</p> <p>(3)每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit</p> <p>A. 體重 weight</p> <p>B. 血壓 Blood pressure</p> <p>C. 先身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam</p> <p>(4)年度足部檢查：足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination annually; more often in patients with high-risk foot conditions</p>
<p>3. 檢驗室評估 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1) 09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(糖化白蛋白)替代)</p> <p>※(2) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p> <p>※(3) 年度空腹血脂 Fasting lipid profile annually, unless low risk (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油酯 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)</p> <p>※(4)09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine</p> <p>※(5)09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)</p> <p>※(6)06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination</p> <p>※(7)12111C 微量白蛋白 (ACR) Microalbumin (Nephelometry)</p> <p>※(8)09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN</p> <p>※(9)18001C 心電圖(成人)Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫評估 (Evaluation of Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2) 藥物 Medications</p> <p>(3) 血糖 Glycemia</p> <p>(4) 低血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia</p> <p>(5) 血糖自我管理結果 SMBG results</p> <p>(6) 併發症 Complications</p> <p>(7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia</p> <p>(8) 血壓 Blood pressure</p> <p>(9) 體重 Weight</p> <p>(10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>(11) 運動治療型態 Exercise regimen</p> <p>(12) 病人接受自主管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training</p> <p>(13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals</p> <p>(14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment</p> <p>(15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes</p> <p>(16) 自主管理技能 Self-management skills</p> <p>(17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated</p> <p>(18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p> <p>建議標準如下：</p> <p>A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應對，病歷紀錄應包括：a)描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b)營養管理之整合；c)日常身體活動之整合；d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形；e)血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f)慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形；g)生活型態改變—個人問題的診斷；h)以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i)與日常生活中心理社會調適之整合；j)懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面：提供糖尿病自主管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註：

- 1.參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
- 2.表列檢驗、檢查與服務項目中，「※」及「*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目，「□」註記表示為診療指引建議視病人病情 (if indicated) 為選擇性執行項目。
- 3.本表所列項目除有「※」、「*」及「□」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1409C、P1411 所訂費用之內，不得另行重複申報。

附表 8.2.4 個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(P1407C) (~~建立病人基本資料後，病人身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出~~)

必填欄位：

- 1.新收案日期
- 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
- 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1C、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、糖化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)

4.Urine檢驗：

(1) 檢查日期、~~Urine microalbumin~~→Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)

(2) 因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報

- 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
- 6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

二、追蹤管理(P1408C、P1410C) (~~病人身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出~~)

必填欄位：

- 1.追蹤管理日期
- 2.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、糖化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)

三、年度評估(P1409C、P1411C) (~~身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出~~)

必填欄位：

- 1.年度評估日期
- 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
- 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、糖化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)

4.Urine 檢驗：

(1) 檢查日期、~~Urine microalbumin~~→Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)

(2) 因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報

- 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
- 6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

註 1.建立病人基本資料後，病人身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出

註 2.系統會自動將糖化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

(1)上述換算公式依參照「2018 糖尿病臨床照護指引」

(2)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算；若兩者同時填報，則以填報值為主

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐 (單位:mg/g)

註 4. eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」<http://kidney.tsn.org.tw>

點選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

第三章 初期慢性腎臟病

通則：

- 一、申報本章費用之醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組申請同意，申請資格如下：
 - (一) 健保特約院所，除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師需接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時(四小時上課及二小時 e-learning 課程)，並取得證明。
 - (二) 設立於山地離島地區之特約院所，具醫師資格且接受保險人認可慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時(四小時上課及二小時 e-learning 課程)，並取得證明。
 - (三) 參與之院所與醫師，必須依照本章規定，提供初期慢性腎臟病患者完整之治療模式與適當的轉診服務。
 - (四) 參與之醫師，年度追蹤率小於 20% 者(指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者)，經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。
- 二、收案對象：慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 1、2、3a 期病患
 - (一) 收案條件：經尿液及血液檢查後，已達下列條件之慢性腎臟病患者。
 1. CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate, 以下稱 eGFR) ≥ 90 ml/min/1.73 m² 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine Protein and Creatinine Ratio, 以下稱 U_{PCR}) ≥ 150 mg/gm (或糖尿病患者 U_{ACR} ≥ 30 mg/gm) 之病患。
 2. CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9 ml/min/1.73 m² 且 U_{PCR} ≥ 150 mg/gm (或糖尿病患者 U_{ACR} ≥ 30 mg/gm) 之病患。
 3. CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m² 之病患。
 - (二) 收案要求：
 1. 收案前九十天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷申報。
 2. 收案時，需向病人解釋本章之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關衛教文宣資料。
 3. 同一個案不能同時被二家院所收案，但實際照護院所仍可依本標準其他章節申報相關醫療費用。
 - (三) 定期追蹤：依患者慢性腎臟疾病期別執行慢性腎臟病患定期身體檢查、必要尿液檢查與血液檢查及衛教指導項目，並將結果記錄於「初期慢性腎臟疾病個案追蹤管理照護紀錄參考表」(附表 8.3.4)。
 - (四) 結案條件：
 1. 腎功能持續惡化，其 Urine protein/creatinine ratio (UPCR) ≥ 1000 mg/gm，或 eGFR < 45 ml/min/1.73 m²，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 病人照護與衛教計畫」院所。(Stage 3b 或以上)
 2. 腎功能改善恢復正常，連續追蹤二次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。
 3. 可歸因於病人者，如長期失聯(≥ 180 天)、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本章管理照護超過一年者等。

(五) 照護標準

1. 醫療：阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。
 - (1) 依照 K-DOQI(Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) Guideline(網址：<http://www.kidney.org/PROFESSIONALS/kdoqi/guidelines.cfm>) 給予病患最適切之醫療。
 - (2) 參考衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)與台灣腎臟醫學會出版之「慢性腎臟病防治手冊」(國健署網站/搜尋)，或附表 8.3.1 之初期慢性腎臟疾病個案管理。
2. 衛教諮詢：除必須提供與教導適切的腎病衛教知識與資料外，必須能掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療上與照護上的必要訊息與溝通機會。
3. 對於已收案照護至少三個月之初期慢性腎臟病患，因腎功能持續惡化，符合初期慢性腎臟病照護服務轉診條件者，經轉診(請填寫全民健康保險轉診單，如附表 8.3.6)至參加「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，並確認收案於該計畫。

(六) 病患照護目標：

1. 必要指標：
 - (1) CKD 分期較新收案時改善(例如：由 stage 2 改善為 stage 1)。
 - (2) eGFR 較新收案時改善(eGFR > 新收案時)，且下列良好指標至少需有二項指標由異常改善為正常。
2. 良好指標：
 - (1) 血壓控制：<130/80 mmHg。
 - (2) 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)控制：<7.0%。
 - (3) 低密度脂蛋白(LDL)控制：<130 mg/dl。
 - (4) 戒菸：持續六個月以上無抽菸行為。

三、品質資訊之登錄及監測

- (一) 特約院所應於個案登錄系統(VPN)上傳必要欄位(如附表 8.3.2)。照護個案資料及檢驗資料，請登載於初期慢性腎臟病個案管理照護紀錄(如附表 8.3.3、8.3.4 及 8.3.5)，留存院所備查(報告日期於就醫日期前後三個月內，必要項目有一項未執行，則整筆費用不得申報)。
- (二) 特約院所如依「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」規定，上傳收案個案之檢驗(查)結果，其值將自動轉入個案登錄系統。

四、醫療費用申報及審查原則

(一) 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依本保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
2. 門診醫療費用點數申報格式及填表說明：
 - (1) 屬本章收案之保險對象，其就診當次符合申報 P4301C、P4302C、P4303C 者，於申報費用時，門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『EB』；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
 - (2) 申報方式：併當月份送核費用申報。

- (二) 審查原則：未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。

五、品質獎勵措施

- (一) 獎勵單位：以參與醫師為計算獎勵單位，該醫師照護之病人當年度內完成二次追蹤管理方得列入。

- (二) 門檻指標：該醫師完整追蹤率 $\geq 50\%$ 。

► 定義：

1. 分母：當年度該院所該醫師收案之所有病人當中，排除第四季新收案之人數。
2. 分子：符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。
 - (1) 當年度未申報新收案者(P4301C)，其申報當年度追蹤管理(P4302C)次數達二次者。
 - (2) 已申報新收案者(P4301C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。
 - a. 如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數應達二次。
 - b. 如為第二、三季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數應達一次。

- (三) 獎勵指標：病人當年度連續二次追蹤資料皆需達成以下二者之一。

1. CKD 分期較新收案時改善（如由 stage 2 改善為 stage 1）。
2. eGFR 較新收案時改善(eGFR > 新收案時)，且下列良好指標至少需有 2 項指標由異常改善為正常。
 - (1) 血壓控制：由新收案 $\geq 140/90$ mmHg 改善為 $< 130/80$ mmHg。
 - (2) 糖尿病病患 HbA1c 控制：由新收案 $\geq 7.0\%$ 改善為 $< 7.0\%$ 。
 - (3) 低密度脂蛋白(LDL)：由新收案 ≥ 130 mg/dl 改善為 < 130 mg/dl。
 - (4) 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)：由新收案抽菸改善為戒菸。

- (四) 獎勵費用：符合「門檻指標」之醫師，所照護病人符合上述「獎勵指標」1 或 2 者，每個個案數給予 400 點獎勵。

六、本章之疾病管理費用 (P4301C、P4302C、P4303C) 及品質獎勵措施費用，由各年度全民健康保險總額其他部門預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項目支應。該預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算疾病管理費用，且每點金額不高於 1 元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

七、資訊公開：保險人得公開參與本章之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。

八、符合本章之個案，若合併其它疾病且分屬本保險其他方案或計畫收案對象時(例如：糖尿病等)，除依本章支付標準申報外，得再依相關方案或計畫申報費用。

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
P4301C	初期慢性腎臟病新收案管理照護費 註：應記錄「新收案個案管理基本資料參考表」(詳附表8.3.3)及 檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表8.3.4)。除檢驗檢查項 目外，其費用已內含於本項所訂點數內。	v	v	v	v	200
P4302C	初期慢性腎臟病追蹤管理照護費 註：1.應記錄追蹤檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表8.3.4)。除 檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案管理照護費至少需間隔三個月才能申報本項， 本項每年度最多申報二次，每次至少間隔六個月。	v	v	v	v	200
P4303C	初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費 註：1.限個案符合轉診條件，並經轉診至參與「全民健康保險末 期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，確 認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。 2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(如附表8.3.6，一份留 存院所)，並提供患者腎臟功能相關資料(如：初期慢性腎臟 病患者追蹤管理紀錄參考表及初期慢性腎臟病患者結案參 考表等)予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留 院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。 (鼓勵跨院或跨科轉診，但排除已參加Pre-ESRD計畫同一院 所的腎臟科互轉) 3.結案原因為恢復正常、長期失聯(≥180天)、拒絕再接受治 療或死亡者，不可申報本項。	v	v	v	v	200

附表 8.3.1 初期慢性腎臟疾病個案管理

一、慢性腎臟疾病(CKD)之分期:

分期	描述	估計腎絲球過濾率(eGFR)
Stage 1	腎絲球過濾率正常或增加,但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況	≥ 90 ml/min/1.73m ²
Stage 2	腎絲球過濾率輕微下降,併有蛋白尿、血尿等狀況	60-89.9 ml/min/1.73m ²
Stage 3	腎絲球過濾率中等程度下降 III a 期 III b 期	30-59.9 ml/min/1.73m ² 45-59.9 ml/min/1.73m ² 30-44.9 ml/min/1.73m ²
Stage 4	腎絲球過濾率嚴重下降	15-29.9 ml/min/1.73m ²
Stage 5	腎臟衰竭	<15 ml/min/1.73m ²

註:1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中,腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續大於三個月以上

2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等)

二、慢性腎臟疾病之篩檢

1.對於高危險群應定期檢查血中肌酸酐值及尿液(U_{PCR} 或 U_{ACR})

2.高危險群:

(A)高血壓、高血糖患者

(B)長期服用藥物者

(C)心血管疾病患者

(D)結構性腎小管異常,腎結石或攝護腺腫大者

(E)洗腎家族史或家族性腎疾病

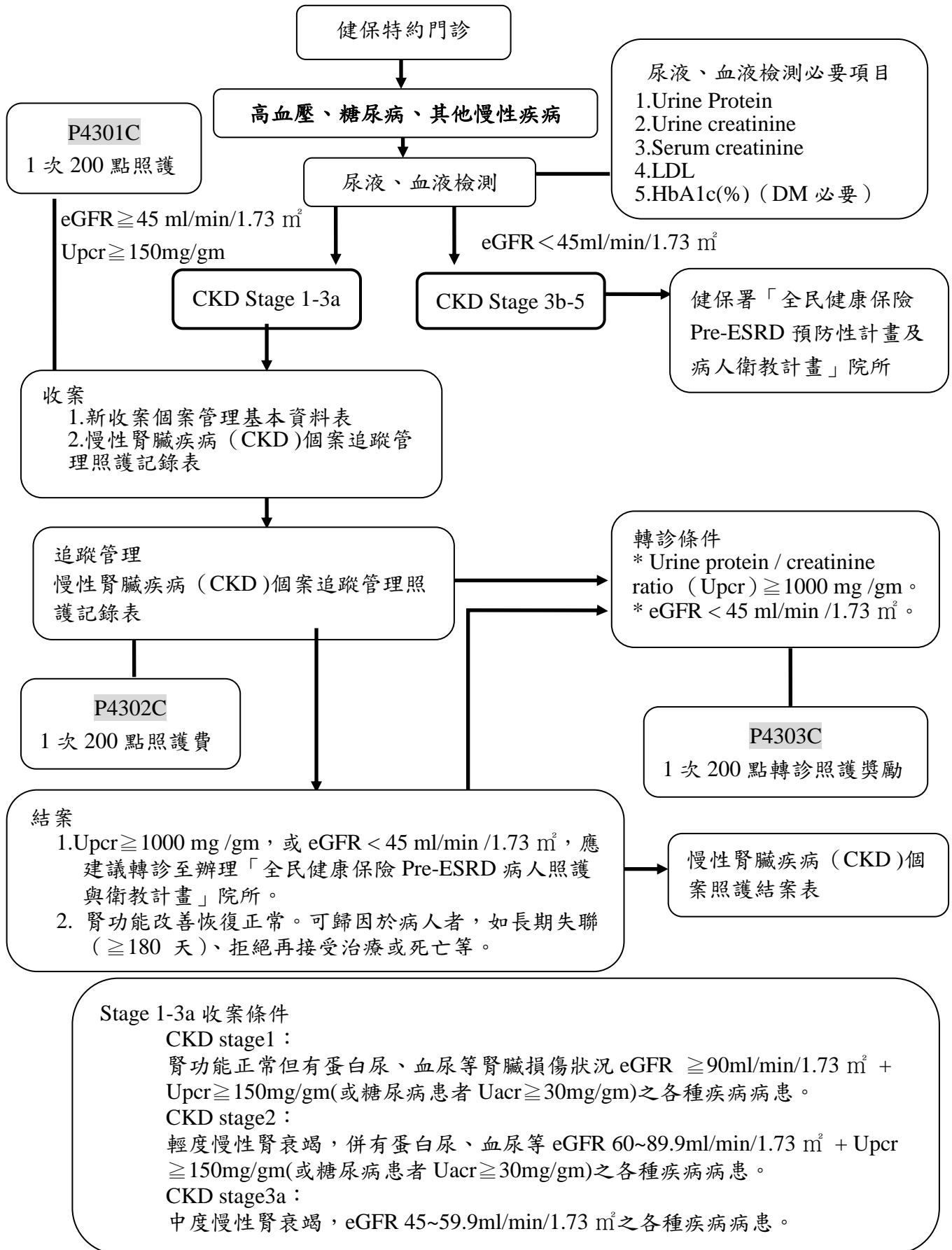
(F)潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE)

(G)長期食用中草藥者

(H)隨機性血尿或尿蛋白

(I)年紀>60 歲

三、慢性腎臟疾病管理流程



四、初期慢性腎臟疾病照護之衛教內容

<p>Stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況 eGFR：≥ 90 ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次</p> <p>Stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR：60~89.9 ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次</p> <p>Stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR：45~59.9ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次</p> <p>Stage 3b：中度慢性腎衰竭，eGFR：30~44.9 ml/min/1.73 m²，建議每三個月追蹤一次</p>	
目標	衛教指導項目
<ul style="list-style-type: none"> ● 認識腎臟的構造與功能 ● 認識腎臟疾病常見的症狀及檢查值 ● 如何預防腎臟疾病及其惡化，請勿擅自服食藥物 ● 願意配合定期門診追蹤 ● 願意接受定期護理指導計劃方案 ● 認識腎臟穿刺之必要性(U_{PCR} > 2,000 mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師 ● 認識高血脂、高血壓、糖尿病與腎臟病之相關性 ● 血壓、血糖、血脂、體種、腰圍與 BMI 之控制 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 認識腎臟的基本構造與功能 2. 簡介腎臟疾病常見症狀及檢查值 3. 腎臟病日常生活保健與預防 4. 教導定期追蹤之重要性 5. 教導服用藥物(包括中草藥及健康食品)前，須先徵詢醫師意見 6. 腎臟穿刺切片檢查之介紹(U_{PCR} > 2,000 mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師 7. 簡介高血壓及其併發症 8. 簡介高血脂及其併發症 9. 簡介糖尿病及其併發症 10. 飲食原則之指導(含衛教單張發放)

附表 8.3.2 個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位:

- 1.新收案日期、個案性別、出生日期、CKD Stage (1: Stage1; 2: Stage2; 3a: Stage3a)、伴隨疾病(1.無; 2.腎臟病; 3.糖尿病; 4.高血壓; 5.心臟血管疾病; 6.高血脂症; 7.慢性肝病; 8.癌症; 9.其他)、抽煙 (1.無 2.有)
- 2.基本檢查數據: 檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U_{PCR} (mg/gm)_
- 3.血液檢驗: Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、[無HbA1C檢驗者須填GA\(醣化白蛋白\)](#))

二、追蹤管理(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位:

1. 追蹤管理日期、CKD Stage (1: Stage1; 2: Stage2; 3a: Stage3a; 3b: Stage3b; 4: Stage4; 5: Stage5、抽煙 (1.無 2.有)
2. 追蹤必要檢查數據: 檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U_{PCR} (mg/gm)
3. 血液檢驗: Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、[無HbA1C檢驗者須填GA\(醣化白蛋白\)](#))

三、結案(轉出)(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位:

1. 結案(或轉診)日期
2. 結案原因: 1: 轉診進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」照護。2: 恢復正常。3: 長期失聯(≥ 180 天)。4: 拒絕再接受治療。5: 死亡。6: 病人未執行本章管理照護超過一年者。
3. 轉診Pre-ESRD計畫院所原因: 1: U_{PCR} ≥ 1000 mg/gm。3b: Stage3b。4: Stage 4。5: Stage 5。
4. 接受轉診院所保險醫事服務機構代號: _____

註.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位:

- (1)若兩者同時填報，則以填報值為主
- (2)上述換算公式依參照「2018 糖尿病臨床照護指引」
- (3)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算

附表 8.3.3 初期慢性腎臟病新收案個案管理基本資料參考表(適用編號 P4301C)

收案編號：_____	病歷號碼：_____
姓名：_____	身分證字號：_____
性別： <input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女	生日 西元：_____年_____月_____日 年齡：_____
收案日期：西元：_____年_____月_____日	
聯絡電話：(_____) _____ (_____) _____	
通訊地址：_____縣、市 _____區鄉市鎮 _____村.里 _____路.街 _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓	

教育程度：	<input type="checkbox"/> 1.不識字 <input type="checkbox"/> 2.小學 <input type="checkbox"/> 3.初中 <input type="checkbox"/> 4.高中(職) <input type="checkbox"/> 5.大專(學)以上		
職業：	<input type="checkbox"/> 1.退休 <input type="checkbox"/> 2.農 <input type="checkbox"/> 3.軍公教 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.服務業 <input type="checkbox"/> 7.家管 <input type="checkbox"/> 8.無 <input type="checkbox"/> 9.其它_____		
家族史 (若有親人有 罹患右側表列 中疾病，請填入 家屬代碼)	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 8.惡性腫瘤【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 9.遺傳性腎臟疾病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 3.高血壓【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 10.多囊腎【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 4.心臟病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 11.痛風【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 5.腦血管病變(中風)【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 12.自體免疫性疾病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 6.高血脂【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 13.其他【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 14.不知		
A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他			
個人健康評估			
伴隨系統性病	<input type="checkbox"/> 無		
	病名	初次診斷時間	病名
	<input type="checkbox"/> 1.高血壓	年 月 日	<input type="checkbox"/> 18.視力衰退
	<input type="checkbox"/> 2.糖尿病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 19.視網膜病變
	<input type="checkbox"/> 3.腎臟病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 20.B型肝炎
	<input type="checkbox"/> 4.缺血性心臟病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 21.C型肝炎
	<input type="checkbox"/> 5.心律不整	年 月 日	<input type="checkbox"/> 22.慢性肝疾病/肝硬化
	<input type="checkbox"/> 6.心臟衰竭	年 月 日	<input type="checkbox"/> 23.結核
	<input type="checkbox"/> 7.腦血管疾病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 24.甲狀腺腫
	<input type="checkbox"/> 8.腫瘤	年 月 日	<input type="checkbox"/> 25.癲癇
	<input type="checkbox"/> 9.貧血	年 月 日	<input type="checkbox"/> 26.精神疾病
	<input type="checkbox"/> 10.關節炎	年 月 日	<input type="checkbox"/> 27.攝護腺肥大
	<input type="checkbox"/> 11.高膽固醇血症	年 月 日	<input type="checkbox"/> 28.皮膚病
	<input type="checkbox"/> 12.痛風或高尿酸血症	年 月 日	<input type="checkbox"/> 29.良性腫瘤
	<input type="checkbox"/> 13.過敏性鼻炎	年 月 日	<input type="checkbox"/> 30.惡性腫瘤
	<input type="checkbox"/> 14.氣喘	年 月 日	<input type="checkbox"/> 31.神經病變
	<input type="checkbox"/> 15.慢性肺疾病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 32.自體免疫疾病
<input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍	年 月 日	<input type="checkbox"/> 33.其他	
<input type="checkbox"/> 17.功能性腸胃問題	年 月 日	<input type="checkbox"/> 34.藥物過敏 藥物名：_____	
<input type="checkbox"/> 35.食物過敏 食物名稱：_____			

危險因子	<input type="checkbox"/> 1.血壓高(130/85 以上) <input type="checkbox"/> 2.蛋白尿 <input type="checkbox"/> 3.高血脂(TG>150) <input type="checkbox"/> 4.低白蛋白血症 <input type="checkbox"/> 5.高血糖(AC>100) <input type="checkbox"/> 6.肥胖(BMI) <input type="checkbox"/> 7.懷孕 抽煙： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續每日：_____年_____支/每日 <input type="checkbox"/> 3.戒煙_____年 喝酒： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續：_____年 <input type="checkbox"/> 6.戒酒_____年 <input type="checkbox"/> 3.交際應酬 <input type="checkbox"/> 4.成癮 <input type="checkbox"/> 5.習慣性_____CC/每日 檳榔： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續_____年_____粒/每日 <input type="checkbox"/> 3.戒檳榔_____年
平時用藥習慣	<input type="checkbox"/> 1.處方用藥 <input type="checkbox"/> 2.中醫（中醫師處方） <input type="checkbox"/> 3.傳統草藥（無醫師處方） <input type="checkbox"/> 4.成藥 <input type="checkbox"/> 5.提神飲料_____ <input type="checkbox"/> 6.偏方 <input type="checkbox"/> 7.健康食品_____ <input type="checkbox"/> 8.口服止痛劑 <input type="checkbox"/> 9.針劑止痛劑 <input type="checkbox"/> 10.使用不明藥物 <input type="checkbox"/> 11.其他_____
健康知識與態度	1.如患慢性疾病是否按時就醫 <input type="checkbox"/> a.是 <input type="checkbox"/> b.否，原因_____ 2.請問您是否覺得體重與慢性疾病有相關？ <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 3.請問您是否瞭解慢性疾病與飲食生活習慣有相關？ <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 4.請問您是否每週至少運動三次，每次持續 30 分鐘以上？ <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 5.整體來說，您認為自己的健康狀況如何？ <input type="checkbox"/> a.非常不好 <input type="checkbox"/> b.不好 <input type="checkbox"/> c.普通 <input type="checkbox"/> d.好 <input type="checkbox"/> e.非常好

附表 8.3.4 初期慢性腎臟病個案追蹤管理照護紀錄參考表
(適用編號 P4301C、P4302C)

說明：本表之功能在於提醒醫護人員，病患已接受或應接受追蹤檢驗與衛教之日期，本頁請置於病患病歷內或病患個案管理檔案中

就診日期	年 月 日 新收案	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤
血壓 (mmHg) 【必要】				
身高 (cm) 【必要】				
體重 (kg) 【必要】				
腰圍 (cm) (參考)				
臀圍 (cm) (參考)				
抽煙【必要】 <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有				
BMI (參考)				
尿液試紙 (參考)				
蛋白質				
潛血				
尿糖				
Urine PCR(mg/gm) 【必要】				
Urine ACR(mg/gm) (參考)				
Uric acid (mg/dl) (參考)				
Serum creatinine (mg/dl) 【必要】				
eGFR(MDRD) 【必要】				
CHOL (mg/dl) (參考)				
LDL (mg/dl) 【必要】				
HbA _{1c} (%) (DM 必要)				
<u>GA(%) (DM 患者且無 HbA_{1c} 檢驗必填)</u>				
Sugar AC (mg/dl) (DM 參考)				
長期藥物使用(>3M) 降血壓藥 胰島素 降血糖藥 降血脂藥 降尿酸藥 NSAID 中草藥	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____
護理營養衛教記錄 衛教對象 衛教方式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____
醫護人員簽名				

附表 8.3.5 初期慢性腎臟疾病個案照護結案參考表

姓名：_____ 性別：男女 電話號碼：_____

病歷號碼：_____ 出生日期：____年__月__日 身份證字號：_____

收案日期：____年__月__日 結案日期：____年__月__日 原發疾病：_____

結案原因：

- 1.轉診 CKD 防治院所照護或進入「全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」
轉診日期：____年__月__日
轉診院所名稱：_____、院所代號_____、____科、醫師 ID _____
轉診原因： Urine protein/creatinine ratio (U_{PCR}) ≥ 1000 mg/gm。
 $30 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (Stage 3b)。
 $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者 (Stage 4)。
 $eGFR < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者 (Stage 5)。
- 2.腎功能改善恢復正常
- 3.長期失聯(≥ 180 天)
- 4.拒絕再接受治療
- 5.死亡
- 6.病人未執行本章管理照護超過一年者。

附表 8.3.6 全民健康保險院所轉診單

全民健康保險 院(所)轉診單(轉診至 院所)(院所參考)
 保險醫事服務機構代號：

原 診 療 醫 院	保險對象基本資料	姓 名	性 別	出 生 日 期	身 分 證 號
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日	
		聯 絡 人	聯 絡 電 話	聯 絡 地 址	
病 歷 摘 要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)		D.藥物過敏史：		
	B.診斷 ICD-10-CM 病名				
醫 院	1.(主診斷)				
	2.				
醫 院	3.				
	C.檢查及治療摘要				
醫 院	1.最近一次檢查結果		2.最近一次用藥或手術名稱		
	日期： 報告：		日期：		
醫 院	轉診目的		1. <input type="checkbox"/> 急診治療 4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目		
			2. <input type="checkbox"/> 住院治療 5. <input type="checkbox"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤		
醫 院	3. <input type="checkbox"/> 門診治療 6. <input type="checkbox"/> 其他				
	院所住址		傳真號碼： 電子信箱：		
醫 院	診治醫師	姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章
	開單日期	年 月 日	安排就醫日期	年 月 日	科 診 號
醫 院	建議轉診院所	(必填)醫院 (必填)科 醫師		轉診院所地址及專線電話	地址： 電話：
	處理情形	1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院 2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並住本院 病房治療中			
醫 院	治療摘要	3. <input type="checkbox"/> 已安排住本院 病房治療中 4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中			
	院所名稱	5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下			
醫 院	診所名稱	1.主診斷 ICD-10-CM：病名：		2.治療藥物或手術名稱 3.輔助診斷之檢查結果	
	診治醫師	姓名	科別	醫師簽章	回覆日期
醫 院	診所醫師	姓名	科別	醫師簽章	年 月 日

第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存
 第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所回覆轉出醫院、診所

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限使用一次

※以上欄位均屬必填，如無則填無

第四章 糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳

通則：

一、適用對象：

就醫主次診斷為糖尿病或慢性腎臟疾病 Stage1、2、3a 期個案；但若為本部第二章及第三章之收案對象，則依該二章支付方式辦理。

二、照護目標：

- (一)鼓勵建立院所內跨醫師、跨專科合作模式，共同照護糖尿病及初期慢性腎臟個案，提供糖尿病及初期慢性腎臟病個案符合治療指引之持續性追蹤服務。
- (二)鼓勵院所上傳個案檢驗結果，整合個案醫療資訊，以利即時查詢及追蹤。

三、資訊登錄：

院所應依本保險「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」規定，上傳檢驗(查)結果，不須另行登錄健保資訊網服務系統。

四、費用支付：

- (一)以院所為統計及支付單位，由保險人於年度結束後，依照院所年度內提供下列檢驗且上傳之個案數，予以核付回饋費用。
- (二)定期追蹤及上傳檢驗(查)回饋費：糖尿病或初期慢性腎臟病個案於同院所接受定期追蹤，且院所上傳下列檢驗(查)值，支付每一個案 200 點；同時罹患糖尿病及初期慢性腎臟病個案，於同院所完成定期追蹤及報告，則支付 400 點。

1.定期追蹤：

- (1)糖尿病個案於同院所每年接受三次 HbA1c 檢驗及每年接受 LDL、U_{ACR}(或 U_{PCR})、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務等檢驗(查)。
- (2) 初期慢性腎臟病個案於同院所每半年接受 eGFR、LDL、U_{PCR} (伴隨糖尿病者 U_{ACR} 或 U_{PCR} 擇一執行)、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務等檢驗(查)。

2.檢驗(查)值上傳項目：HbA1c、LDL、eGFR、U_{ACR}、U_{PCR}、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務。各檢驗(查)項目之醫令代碼、檢驗值單位及次數，詳如附表 8.4.1。

五、本章節費用由各總額別「醫療給付改善方案」及其他部門「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項目支應。

附表 8.4.1、定期追蹤檢驗(查)項目表

	項目	上傳醫令代碼	單位/內容值	次數/年
糖尿病個案	醣化血紅素 HbA1c	09006C	%	3
	低密度脂蛋白膽固醇 LDL	09044C	mg/dl	1
	U _{ACR} / U _{PCR}	Y00002	mg/g	1
	身高	Y00004	cm	1
	體重	Y00005	kg	1
	收縮壓/舒張壓	Y00006	mmHg 收縮壓結果對應報告序號 1 舒張壓結果對應報告序號 2	1
	抽菸/戒菸服務	Y00007	抽菸結果對應報告序號 1 戒菸服務結果對應報告序號 2 1：無 2：有	1
初期慢性腎臟病個案	腎絲球過濾率估算值 eGFR	Y00001	ml/min/1.73m ²	2
	低密度脂蛋白膽固醇 LDL	09044C	mg/dl	2
	U _{ACR} / U _{PCR}	Y00002	mg/g	2
	身高	Y00004	cm	2
	體重	Y00005	kg	2
	收縮壓/舒張壓	Y00006	mmHg 收縮壓結果對應報告序號 1 舒張壓結果對應報告序號 2	2
	抽菸/戒菸服務	Y00007	抽菸結果對應報告序號 1 戒菸服務結果對應報告序號 2 1：無 2：有	2

註 1.同時罹患糖尿病及初期慢性腎臟病個案，定期追蹤檢驗(查)項目及次數取最大值。

註 2.符合糖化白蛋白檢驗適應症之糖尿病病患，得以醣化白蛋白(09139C)替代 HbA1C

第六部 論病例計酬

通則：

- 一、當主診斷及主手術(或處置)碼為本部各章節所列疾病診斷碼及手術(或處置)碼時，依本部各章節所訂支付點數或相關規定申報費用。
- 二、本部各章節所訂診療項目分為基本診療項目、選擇性診療項目二部份，基本診療項目之實施需達所訂基本診療項目之 65%(以四捨五入取至整數位)，選擇性診療項目(或其他診療項目)若為診療必須仍應施行，惟其費用已包含於定額中不得另行申報費用。
- 三、個案出院時應符合本部各章所訂出院狀態。
- 四、申報費用時須詳填國際疾病臨床修訂號碼，包括診斷碼及手術(或處置)碼，若有其他合併症時應詳填次診斷、次手術(或處置)碼。
- 五、本部各章節所訂點數中，已包含病房費、診察費、藥事服務費、藥品費、各項檢查及治療處置費、注射費、麻醉費、手術費、一般材料費及特殊材料費等健保支付標準所訂相關費用。
- 六、本部各章節所訂項目，若未依規定完成治療，保險對象即因故出院者，整筆醫療費用應按實際醫療費用申報。
- 七、本部各章節所述「實際醫療費用」應以本部以外其他各章節所訂點數計算。
- 八、本部各章節中基本診療項目列有執行次數，每項目執行一次即視為完成，惟醫令項目之執行未依規定達 65%時，以「所訂全部項目中未執行項目×其個別執行次數」為核減項次。
- 九、本部各章節中基本診療項目中有※者為必要執行項目，若未執行，整筆醫療費用不予給付。
- 十、各章節中若術前、術中或術後列有相同項目時，視為一項，其執行次數為二者之合計。
- 十一、本部各章節列有「得核實申報上限點數」及「得核實申報個案數比率」，其中「得核實申報上限點數」係指各醫療院所該項手術案件中，其有次診斷或次手術(或處置)而致實際醫療費用在所列之點數以上者，得按實際醫療費用申報；「得核實申報個案數比率」係指依前述規定核實申報之個案數不得超過各醫療院所當月份該項手術個案數之比率。
- 十二、本部各章節所訂項目，若有公認新療法或公認新手術方式，醫療院所應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後先行訂定申報項目，供特約醫療院所適用，俟彙集項目及完整資料後，再另依全民健康保險法第四十一條辦理。

- 十三、若特約醫療院所計算得核實申報個案數未達一個案例時，得有一個案例核實申報，惟應同時符合申報上限點數之規定。
- 十四、特約醫療院所門診論病例計酬案件釋出處方者，應扣除釋出處方之藥費及藥事服務費後申報。
- 十五、本部各章節所訂項目執行率為百分之百之診療項目(例如第二部第一章病房費、診察費、藥事服務費等，以及本部之必要診療項目)之支付點數有異動時，依上述診療項目計算前後點數差額，配合調整本部定額支付點數及核實申報上限點數，其中第二部第一章項目次數，依本標準所列各論病例計酬平均住院日數計算；必要診療項目次數，則依本部各診療項目要求表所列次數計算。
- 十六、已導入全民健康保險住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)之論病例計酬項目，適用 Tw-DRGs 之醫院應以 Tw-DRGs 支付標準申報。
- 十七、論病例計酬案件使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」之自費特材，排除自付差額之特材品項，其保險醫事服務機構收費及健保支付方式：
- (一) 論病例計酬支付點數需扣除全額自費特材替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由保險醫事服務機構自行併同醫療費用申報。【醫令類別應填報：「D」(被替代之特材項目)、「E」(自費特材項目-未支付)或「F」(自費特材項目-不符給付規定)。】
- (二) 併同醫療費用申報資料：自費特材(含不給付項目及不符適應症之個案)之品項代碼、單價、數量、收取自費總金額；替代之原健保給付特材品項代碼、支付單價、數量及支付點數。
- (三) 全額自費特材收取金額不得計入本部所稱「實際醫療費用」計算。
- 十八、除病患同意使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」規定之特材外，不得另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。

附表 6.2.1 子宮肌瘤切除術(住院)、子宮鏡子宮肌瘤切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission II .Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III . Management 1.Medication 2.Nursing care	IV.Management 1.Surgical 2.Post-OP care V.Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1 2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 3.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 4.08013C 白血球分類計數*2 5.08018C 或 08019C 出血時間*1 6.08020C 凝血時間*1 (5.6 項二項得以 08026C 及 08036B 項取代) 7.09001C 總膽固醇*1 8.09002C 血中尿素氮*1 9.09004C 中性脂肪*1 10.09005C 血液及體液葡萄糖*1 11.09011C 鈣*1 12.09012C 磷*1 13.09013C 尿酸*1 14.09015C 肌酐(血)*1 15.09021C 鈉*1 16.09022C 鉀*1 17.09023C 氯*1 18.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉 氨基酶*1 19.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉 氨基酶*1	20.09027C 鹼性磷酸酶*1 21.09029C 膽紅素總量*1 22.09030C 直接膽紅素*1 23.09038C 白蛋白*1 24.09040C 全蛋白*1 25.11001C 血型測定*1 26.11003C RH (D) 型檢查*1 27.12001C 梅毒檢查*1 28.13007C 細菌培養鑑定檢查*2 29.18001C 心電圖*1 30.19001C 或 19003C 超音波*1 31.32001C 胸腔檢查*1 32.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查 *1 33.39004C 大量液體點滴注射*3 (6 歲以下兒童，本項得以57113B或 57120B或57121B或57122B項目 取代) 34.47003C或47004C或47006C或 47011C 灌腸*1 35.47014C 留置導尿*1 36.96026B 麻醉前評估*1	※37.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 38.57017B或 57018B Pulse oximeter*1 ※39.80402C 或80420C 或80415C 子宮肌瘤切除術或 子宮鏡子宮肌瘤切除術*1 40.96025B 麻醉恢復照護*1 ※41.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 42.47002C 薄荷擦拭*1 ※43.48011C或48012C或 48013C 換藥*3 44.55010C 會陰沖洗*2
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.2 輸卵管外孕手術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission II .Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III . Management 1.Medication 2.Nursing care	IV.Management 1.Surgical 2.Post-OP care V.Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 2.06504C 或 06505C 懷孕試驗*1 3.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 4.08013C 白血球分類計數*2 5.08018C 或 08019C 出血時間*1 6.08020C 凝血時間*1 (5.6 二項得以 08026C 及 08036B 項取代) 7.09002C 血中尿素氮*1 8.09005C 血液及體液葡萄糖*1 9.09015C 肌酐(血)*1 10.09021C 鈉*1 11.09022C 鉀*1 12.09023C 氯*1 13.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉 氨基酶*1 14.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉 氨基酶*1 15.11001C 血型測定*1	16.11003C RH(D)型檢查*1 17.12022C或27010B 絨毛膜促性腺激素 *1 18.18001C 心電圖*1 19.19001C或19003C 超音波*1 20.32001C 胸腔檢查*1 21.39004C 大量液體點滴注射*3 22.47003C或47004C或47006C或47011C 灌腸*1 23.47014C 留置導尿*1 24.96026B 麻醉前評估*1	※25.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 26.57017B或57018B Pulse oximeter*1 ※27.81002C子宮外孕手術*1 28.96025B 麻醉恢復照護*1 ※29.25001C或25002C或25003C 或25004C或25024C或 25025C病理*1 30.47039C 熱或冷冰敷*1 ※31.48011C 或48012C或 48013C 換藥*4 32.55010C 會陰沖洗*2
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.3 子宮完全切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission II .Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III. Management 1.Medication 2.Nursing care	IV.Management 1.Surgical 2..Post-OP care V.Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1 2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 3.08005C 紅血球沈降速度測定*1 4.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 5.08013C 白血球分類計數*2 6.08018C 或 08019C 出血時間*1 7.08020C 凝血時間*1 (6.7 二項得以 08026C 及 08036B 項 取代) 8.09001C 總膽固醇*1 9.09002C 血中尿素氮*1 10.09004C 中性脂肪*1 11.09005C 血液及體液葡萄糖*2 12.09011C 鈣*1 13.09012C 磷*1 14.09013C 尿酸*1 15.09015C 肌酐(血)*1 16.09021C 鈉*1 17.09022C 鉀*1 18.09023C 氯*1 19.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨 基酶*1 20.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨 基酶*1	21.09027C 鹼性磷酸酶*1 22.09029C 膽紅素總量*1 23.09030C 直接膽紅素*1 24.09038C 白蛋白*1 25.09040C 全蛋白*1 26.11001C 血型測定*1 27.11003C RH(D)型檢查*1 28.12001C 梅毒檢查*1 29.13007C 細菌培養鑑定檢查*2 30.18001C 心電圖*1 31.19001C或19003C 超音波*1 32.32001C 胸腔檢查*1 33.32006C 腎臟、輸尿管、 膀胱檢查*1 34.39004C 大量液體點滴注射*4 (6 歲以下兒童，本項得以57113B或 57120B或57121B或57122B項目 取代) 35.47003C或47004C或 47006C或47011C 灌腸*1 36.47014C 留置導尿*1 37.96026B 麻醉前評估*1	※38.96005C 或 96007C 或 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 39.57017B或 57018B Pulse oximeter*1 ※40.80403B 或80421B 子宮完全 切除術*1 41.96025B 麻醉恢復照護*1 ※42.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 43.47002C 薄荷擦拭*3 44.47039C 熱或冷冰敷*1 ※45.48011C或48012C或48013C 換藥*4 46.55010C 會陰沖洗*3 47.55011C 陰道灌洗*1
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.4 次全子宮切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission II .Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III . Management 1.Medication 2.Nursing care	IV.Management 1.Surgical 2..Post-OP care V.Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1 2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 3.08005C 紅血球沉降速度測定*1 4.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 5.08013C 白血球分類計數*2 6.08018C 或 08019C 出血時間*1 7.08020C 凝血時間*1 (6.7 二項得以 08026C 及 08036B 項取代) 8.09001C 總膽固醇*1 9.09002C 血中尿素氮*1 10.09004C 中性脂肪*1 11.09005C 血液及體液葡萄糖*2 12.09011C 鈣*1 13.09012C 磷*1 14.09013C 尿酸*1 15.09015C 肌酐(血)*1 16.09021C 鈉*1 17.09022C 鉀*1 18.09023C 氯*1 19.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨 基酶*1 20.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨 基酶*1	21.09027C 鹼性磷酸酯酶*1 22.09029C 膽紅素總量*1 23.09030C 直接膽紅素*1 24.09038C 白蛋白*1 25.09040C 全蛋白*1 26.11001C 血型測定*1 27.11003C RH(D)型檢查*1 28.12001C 梅毒檢查*1 29.13007C 細菌培養鑑定檢查*2 30.18001C 心電圖*1 31.19001C或19003C 超音波*1 32.32001C 胸腔檢查*1 33.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢 查*1 34.39004C 大量液體點滴注射*4 (6 歲以下兒童，本項得以57113B或 57120B或57121B或57122B項目 取代) 35.47003C或47004C或47006C或 47011C 灌腸*1 36.47014C 留置導尿*1 37.96026B 麻醉前評估*1	※38.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 39.57017BC 或 57018B Pulse oximeter*1 ※40.80404B 次全子宮切除術*1 41.96025B 麻醉恢復照護*1 ※42.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 43.47002C 薄荷擦拭*3 44.47039C 熱或冷冰敷*1 ※45.48011C 或 48012C 或 48013C 換 藥*4 46.55010C 會陰沖洗*3 47.55011C 陰道灌洗*1
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.5 卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission II .Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III. Management 1.Medication 2.Nursing care	IV.Management 1.Surgical 2.Post-OP care V.Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 2.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 3.08013C 白血球分類計數*2 4.08018C 或 08019C 出血時間*1 5.08020C 凝血時間*1 (4.5 項二項得以 08026C 及 08036B 項取代) 6.09001C 總膽固醇*1 7.09002C 血中尿素氮*1 8.09005C 血液及體液葡萄糖*2 9.09011C 鈣*1 10.09013C 尿酸*1 11.09015C 肌酐(血)*1 12.09021C 鈉*1 13.09022C 鉀*1 14.09023C 氯*1 15.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1 16.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1	17.09029C 膽紅素總量*1 18.09038C 白蛋白*1 19.12001C 梅毒檢查*1 20.18001C 心電圖*1 21.19001C 或 19003C 超音波*1 22.32001C 胸腔檢查*1 23.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1 24.39004C 大量液體點滴注射*3 (6歲 以下兒童，本項得以57113B或 57120B或57121B或57122B項目取 代) 25.47003C或47004C或47006C或 47011C 灌腸*1 26.47014C 留置導尿*1 27.96026B 麻醉前評估*1	※28.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 29.57017BC 或 57018B Pulse oximeter*1 ※30.80802C 或 80811C 子宮附 屬器部份或全部切除(卵巢 或輸卵管卵巢)*1 31.96025B 麻醉恢復照護*1 ※32.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 ※33.48011C 或 48012C 或 48013C 換藥*4 34.55010C 會陰沖洗*3
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.6 腹腔鏡子宮完全切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission II .Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III . Management 1.Medication 2.Nursing care	IV .Management 1.Surgical 2.Post-OP care V .Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1 2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 3.08005C 紅血球沉降速度測定*1 4.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 5.08013C 白血球分類計數*2 6.08018C 或 08019C 出血時間*1 7.08020C 凝血時間*1 (6.7 二項得以 08026C 及 08036B 項 取代) 8.09001C 總膽固醇*1 9.09002C 血中尿素氮*1 10.09004C 中性脂肪*1 11.09005C 血液及體液葡萄糖*2 12.09011C 鈣*1 13.09012C 磷*1 14.09013C 尿酸*1 15.09015C 肌酐(血)*1 16.09021C 鈉*1 17.09022C 鉀*1 18.09023C 氯*1 19.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1 20.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1	21.09027C 鹼性磷酸酶*1 22.09029C 膽紅素總量*1 23.09030C 直接膽紅素*1 24.09038C 白蛋白*1 25.09040C 全蛋白*1 26.11001C 血型測定*1 27.11003C RH(D)型檢查*1 28.12001C 梅毒檢查*1 29.13007C細菌培養鑑定檢查*2 30.18001C 心電圖*1 31.19001C或19003C 超音波*1 32.32001C 胸腔檢查*1 33.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1 34.39004C 大量液體點滴注射 *4 (6歲以下兒童，本項得以 57113B或57120B或57121B 或57122B項目取代) 35.47003C 或 47004C 或 47006C 或 47011C 灌腸*1 36.47014C 留置導尿*1 37.96026B 麻醉前評估*1	※38.96005C或96007C或或96017C或 96020C 麻醉*1 39.57017B或57018B Pulse oximeter*1 ※40.80416B 腹腔鏡全子宮完全切除術*1 41.96025B 麻醉恢復照護*1 ※42.25001C或25002C或25003C或 25004C或25024C或25025C病理 *1 43.47002C 薄荷擦拭*3 44.47039C 熱或冷冰敷*1 45.48011C 或48012C或48013C 換藥*4 46.55010C 會陰沖洗*3 47.55011C 陰道灌洗*1
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目		

附表 6.2.7 腹腔鏡卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院)診療項目

要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission	III. Management	IV. Management
II .Diagnostic study	1. Medication	1. Surgical
1. History taking	2. Nursing care	2. Post-OP care
2. Physical exam		V. Management
3. Lab test		1. Ward nursing care
4. Special procedure		2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06012C 或 06013C 尿液檢查*1	17.09029C 膽紅素總量*1	※28.96005C或96007C或96017C或
2.08011C 或 08012C 或 08082C	18.09038C 白蛋白*1	96020C 麻醉*1
全套血液檢查*2	19.12001C 梅毒檢查*1	29.57017B或57018B
3.08013C 白血球分類計數*2	20.18001C 心電圖*1	Pulse oximeter*1
4.08018C 或 08019C 出血時間*1	21.19001C 或 19003C 超音波*1	※30.80807C或80812C
5.08020C 凝血時間*1	22.32001C 胸腔檢查*1	腹腔鏡子宮附屬器部分或全部切
(4.5 項二項得以 08026C 及 08036B	23.32006C	除術（卵巢或輸卵管卵巢）* 1
項取代)	腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1	31.96025B 麻醉恢復照護*1
6.09001C 總膽固醇*1	24.39004C 大量液體點滴注射	※32.25001C 或25002C 或25003C或
7.09002C 血中尿素氮*1	*3 (6歲以下兒童，本項得以	25004C或25024C或25025C病理
8.09005C 血液及體液葡萄糖*2	57113B或57120B或57121B	*1
9.09011C 鈣*1	或57122B項目取代)	33.48011C 或48012C或48013C
10.09013C 尿酸*1	25.47003C或47004C或47006C	換藥*4
11.09015C 肌酐(血)*1	或47011C 灌腸*1	34.55010C 會陰沖洗*3
12.09021C 鈉*1	26.47014C 留置導尿*1	
13.09022C 鉀*1	27.96026B 麻醉前評估*1	
14.09023C 氯*1		
15.09025C		
血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1		
16.09026C		
血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1		
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.8 腹腔鏡子宮外孕手術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission	III . Management	IV .Management
II .Diagnostic study	1.Medication	1.Surgical
1.History taking	2.Nursing care	2.Post-OP care
2.Physical exam		V .Management
3.Lab test		1.Ward nursing care
4.Special procedure		2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06012C 或 06013C 尿液檢查*1	16.11003C RH(D)型檢查*1	※25.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1
2.06504C 或 06505C 懷孕試驗*1	17.12022C或27010B 絨毛膜促性腺激素*1	26.57017B或57018B Pulse oximeter*1
3.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2	18.18001C 心電圖*1	※27.81020C 腹腔鏡子宮外孕手術*1
4.08013C 白血球分類計數*2	19.19001C或19003C 超音波*1	28.96025B 麻醉恢復照護*1
5.08018C 或 08019C 出血時間*1	20.32001C 胸腔檢查*1	※29.25001C或25002C或25003C或25004C 或25024C或25025C病理*1
6.08020C 凝血時間*1 (5.6 二項得以 08026C 及 08036B 項取代)	21.39004C 大量液體點滴注射*3	30.47039C 熱或冷冰敷*1
7.09002C 血中尿素氮*1	22.47003C或47004C或47006C或47011C 灌腸*1	31.48011C或48012C或48013C換藥*4
8.09005C 血液及體液葡萄糖*1	23.47014C 留置導尿*1	32.55010C 會陰沖洗*2
9.09015C 肌酐(血)*1	24.96026B 麻醉前評估*1	
10.09021C 鈉*1		
11.09022C 鉀*1		
12.09023C 氯*1		
13.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1		
14.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1		
15.11001C 血型測定*1		
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.3.5 股及腹股溝疝氣手術（單側，門診）診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission II .Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III . Management 1.Medication 2.Nursing care	IV .Management 1.Sugsical 2.Post-OP care V .Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.39004C 大量液體點滴注射*1 (6歲以下兒童，本項得以 57113B 或 57120B 或 57121B 或 57122B 項目取代)		※2.96004C或96005C或96007C 或 96017C 或 96020C 或 96000C(局部 麻醉-本項限年齡≥18歲使用) 麻醉 *1 ※3.75606B或75607C或75613C或 75614C 或 75615C (基層院所股及腹股溝疝氣手術 (AGE<1，單側)(門診)得以 88029C 取 代) 鼠蹊疝氣修補術*1 4.25001C或25002C或25003C或25004C 或25024C或25025C病理*1 5.57017B或57018B Pulse oximeter*1
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.7.4 喉直達鏡並作聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去，無主要合併症或

併發症(門診)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of surgery	III .Management	IV .Management
II .Diagnostic study	1.Medication	1.Surgical
	2.Nursing care	2.Post-OP care
		V .Management
		1.Medication
收費代碼及處置項目		
※1. 96004C或96020C 麻醉*1		
※2.66002B或66032B聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去*1		
※3.25001C或25002C或25003C或25004C或25024C或25025C病理*1		
4.39004C 大量液體點滴注射*1 (6歲以下兒童，本項得以57113B或57120B或57121B或57122B項目取代)		
5.57017BC 動脈式或耳垂式血氧飽和監視器*1		
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

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

第五節 管灌飲食費及營養照護費

第一項 管灌飲食費

通則：

- 一、管灌飲食以醫院聘有專任之營養師並由主治醫師處方指定者為限。
- 二、特約住診醫院對於被保險人管灌食之計算，凡住院之日，不論何時入院均作一天論；出院之日，不論何時出院，其出院當日之管灌食費，不予計算。
- 三、本節所訂點數包括提供管灌飲食之所有相關成本。

第二項 營養照護費

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
05151B	加護病房營養照護費 — 初次照護費		√	√	√	360
05152B	— 追蹤照護費		√	√	√	240
	<p>註：</p> <p>1.適應症範圍：</p> <p>(1)一歲以上且入住 ICU 超過二天之個案。</p> <p>(2)未滿一歲且入住 ICU 超過二天之個案，須由醫師會診。</p> <p>2.申報次數：每案入住 ICU 最多申報六次，同日內限申報一次。</p> <p>(1)七天內：限申報 05151B 一次、05152B 最多二次。</p> <p>(2)超過七天：申報 05152B 最多三次。</p> <p>(3)不得同時申報編號 05151B、05152B。</p> <p>(4)同院不同 ICU 病房之入住天數需合併計算。</p> <p>3.執行人員資格：經中華民國營養師公會全國聯合會認證，執行本項之人員資格應向保險人申請核定，如有異動，仍應重行報請核定。</p> <p>4.申報時應有營養照護紀錄於病歷備查，內容需涵蓋：</p> <p>(1)營養評估。</p> <p>(2)營養診斷及處置。</p> <p>(3)營養評值、追蹤。</p>					

第六節 調劑

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫自 師調 親劑	藥員 事調 人劑				
05219B	放射性藥品處方之藥事服務費(天) 註：凡設置核子醫學部或核醫科，使用放射性同位素(如口服I-131以及其他身體各部位之檢查所需之放射線製劑均屬之)，且調劑藥師具有放射性物質操作執照，於核醫科特殊配製環境內調配，及申報本標準第二部第二章第一節第二十項核子醫學檢查一、「造影」所列項目(排除26009B甲狀腺刺激素試驗、26049B核子斷層檢查術、26074C碘-131癌症追蹤檢查-施打Thyrogen、 26078A鐳223治療處置費 三項)時，得申報本項。				v	v	v	225

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第二節 放射線診療

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-3314~~3~~4、P2101-P2104)

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
33144B	血管阻塞術-Lipiodol T.A.E.(trans-arterial embolization) -Lipiodol 註： <u>1.適應症範圍：</u> <u>(1)HCC conventional TACE：C22.0~C22.9。</u> <u>(2)Hypervascular tumor TAE：D49.2。</u> <u>(3)Glue embolization for bleeding：K92.2。</u> <u>(4)AVM/AVF embolization：Q28.2。</u> <u>2.含一般材料費及 Lipiodol。</u>		v	v	v	28591

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~4710~~2~~3)

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
47103A	<p><u>經導管無導線心律調節器置放或置換術</u> <u>Transcatheter Insertion or Replacement of Permanent Leadless Pacemaker</u> 註： 1.適應症範圍： <u>(1)心房顫動且心搏過慢之病患。</u> <u>(2)因病竇症候群或房室傳導阻滯以致心搏過慢之病患，但因沒有適當血管通路，而無法植入傳統節律器者。</u> 2.禁忌症： <u>(1)已植入以下醫療器材種類之病患：</u> <u>A.經醫師認定會干擾本項目之體內植入裝置。</u> <u>B.植入體內的下腔靜脈過濾器(Inferior Vena Cava Filter)。</u> <u>C.機械三尖瓣 (Mechanical Tricuspid Valve)。</u> <u>(2)股靜脈的構造無法容納 7.8 mm (23 French) 的導引鞘，或無法順利將裝置植入心臟右側，如因阻塞或嚴重血管彎曲。</u> <u>(3)病態性肥胖，導致無法與植入體內之裝置在 12.5 cm 內進行遙測通訊。</u> <u>(4)已知無法耐受本項目植入儀器物理特性之材質或肝素，或對顯影劑過敏而無法術前用藥者。</u> <u>(5)無法使用單一劑量 1.0mg 的 dexamethasone acetate。</u> 3.人員資格要求： <u>(1)心臟內科、小兒心臟專科醫師。</u> <u>(2)須接受且完成中華民國心臟學會辦理之「經導管心律調節器置放術」訓練課程(含網路課程及親授課程)，且須有至少五例由指導醫師陪同完成「經導管心律調節器置放術」訓練，並由學會提供合格醫師名單。</u> <u>(3)執行本項之人員資格應向保險人申請核定，如有異動，仍應重行報請核定。</u> 4.不得同時申報之診療項目：68012B、68041B 及 18026B。</p>			<u>y</u>	<u>y</u>	<u>15504</u>

第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58030)

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
58009B	連續性可攜帶式腹膜透析 Continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD 1.初次CAPD患者指導費，CAPD instruction 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.限患者初次腹膜透析申報。 3.包括患者專門技術訓練，家屬指導及教材給予。		v	v	v	2847
58010B	2.CAPD患者輸液連接管更換材料費 CAPD single unit P.D. set transfer material fee 註：1.包括輸液管組更換準備包、導管管夾、輸液連接管、腹膜透析引流袋。 2.限術後使用CAPD患者申報。 3.植管當次四周內以申報一次為原則，若有特殊阻塞或感染需更換管路者，得另申報一次，最多以二次為限。		v	v	v	600
58011C	3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy (1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	v	v	v	v	8675
58017C	(2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis 註：1.包括： (1)醫護人員費 (nursing care) 5235點。 (2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。 (3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。 (4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。 2.每月申報一次。 3.患者因故中途停止治療或入院後未使用者，則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	8675
58028C	(3)全自動腹膜透析機相關費用(ADP APD monthly fee) 註：1.限居家長期使用全自動腹膜透析治療患者申報。 2.每月每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理費用。 3.患者因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者，則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	2000
58012B	4.連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術。 CAPD,Tenckhoff catheter implantation 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.包含手術費及一般材料費。		v	v	v	4284

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

附表 5.1.3 居家照護檢驗項目表

支付標準 編號	診 療 項 目
06001C 至 06013C	一般尿液檢查 Uring test (支付標準編號最後一碼為 A 或 B 之項目除外)
07001C 至 07015C	糞便常規檢查 Stool test (支付標準編號最後一碼為 A 或 B 之項目除外)
08001C 至 08014C	一般血液檢查 Hematology test (支付標準編號最後一碼為 A 或 B 之項目除外)
09001C 至 09044C	一般生化檢查 Biochemistry Examination (支付標準編號最後一碼為 A 或 B 之項目除外)
10502B 至 10511BC	二苯妥因 Diphenylhydantoin 長葉毛地黃 Digoxin

108 年度第 3 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

各位與會代表大家午安，今天召開醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議今年的第三次會議，現在人數過半，會議正式開始。請各位先翻開上次的會議紀錄，在第 1 頁到第 6 頁，請各位代表確認會議紀錄。大家暫時都沒有問題，會議紀錄就暫時確認，會議中大家如果有意見，請隨時提出來，接下來是會議決議辦理情形的追蹤，請開始。

宋專員兆喻

各位代表長官好，這次會議決議辦理情形追蹤共 7 案。序號 1 Tw-DRGs 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案，截至 108 年 1 月 14 日止，本署共接獲 47 家醫學會所提 832 項建議，涉及 916 項 DRG。其中建議暫緩及核實項目合計 687 項，部分核實項目 123 項，再分類 70 項，編碼調整計 8 項及調升支付點數計 28 項。台灣醫院協會鑑於逐步導入 DRG 第 3-5 階段項目，對於臨床診療行為影響甚鉅，爰請本署提供上述 832 項建議，本署已於 108 年 6 月 20 日函復。鑑於本次學會建議暫緩及核實項目多達 687 項，且經檢視學會意見，多數為整體建議，如兒童、住院 30 天以上、複雜的共病等。因前述多數意見無法單純以統計資料試算確認納入 DRG 後之因應方式，考量臨床專業與總額委託共管精神，建議與醫學會溝通討論前，由本署與台灣醫院協會共組工作小組，就醫學會所提意見先行討論後，再依規劃期程與醫學會逐一溝通。本項辦理情形詳後補充說明資料，頁次第 11 頁至第 19 頁，本項建議繼續列管。

序號 2 修正 108 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫方案」，已於 108 年 7 月 12 日公告自 108 年 8 月 1 日起實施，

建議解除列管。序號 3 Tw-DRGs 3.4 版 108 年 7 月起適用之相對權重統計結果暨年度調整時程案，已於 108 年 7 月 15 日經衛福部公告自 108 年 7 月 1 日起生效，建議解除列管。序號 4 應用 108 年西醫基層總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案、序號 5 修訂支付標準第三部牙醫通則及部分診療項目支付規範案、序號 6 108 年支付標準增修「人工電子耳術後調圖」等 15 項診療項目已於 108 年 7 月 16 日陳報衛生福利部核定中，俟衛生福利部核定公告，建議繼續列管。序號 7 調整轉診支付標準之同體系院所名單案，本署已於全球資訊網公布修正後之同體系院所名單，新增之 55 個醫療院所自 108 年 10 月 1 日起，健保不支付同體系內之轉診費用，並已請各分區業務組轉知上述醫療院所知悉，建議解除列管。

主席

以上的追蹤辦理情形請各位參閱第 7 至 10 頁，如果沒有意見，有關第一案 DRG 的補充資料請參閱第 11 頁至 19 頁。好，大家有意見嗎？沒有的話就進入報告事項第一案。

報告事項

第一案

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部品質支付服務第二章、第三章及第四章附表 8.2.1~8.2.4、8.3.2、8.3.4 及 8.4.1 修訂案。

主席

本案邀請中華民國糖尿病學會的蔡世澤主任來跟大家說明。

蔡主任世澤（中華民國糖尿病學會）

主席副署長及所有的代表，我謹表中華民國糖尿病學會來跟大家說明，因為現在糖化血色素是評估所謂血糖控制良好與否的一個最重

要 indicator，但是有一些狀況下測得的 HbA1c，會 misleadingly low。例如有一些 hemoglobinopathy 的病人，腎功能不全的還有懷孕時期的就有等困擾，還好我們現在有一個健保已經給付的項目，叫作 glycated albumin (GA) 可以當替代指標。我們學會還提供了一個計算公式，可以將 GA 數值換算成 HbA1c，所以在有關品質評量時，需要的話將來就直接可以用代換公式，把他們報告的 GA，轉換成相當的 HbA1c，進行適當的分類，這樣在評比方面可以更公平一點。

第二個是有關已經沒有尿液的病人，我們現在還要求作微量白蛋白尿或尿液的檢測，這是不可能的事情，所以我們建議這類病人應把這個要求刪掉，不要列入考核項目，這是我們學會的統一見解，提供各位參考，謝謝。

主席

謝謝，因為這必需修正支付標準第八部品質支付服務的章節，資料在附件 2 的文字修正處，這部分大家有沒有意見？請黃代表。

黃代表雪玲

請教一下剛講的那個公式由系統自動轉換，那是各院所要上傳的時候是自己轉換，還是健保署這邊幫我們轉？

主席

由我們轉換，醫院還是填醫院的 GA 就好了，好，大家有沒有意見？沒有意見的話，報告第一案就通過。謝謝蔡主任，接下來，第二案。

報告事項

第二案

**案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第六部論
病例計酬支付通則案。**

主席

好，謝謝，這案是門診的論病例計酬部分，裡面有一些內含的自費項目應該扣抵的部分。在住院 DRG 早就這樣做了，門診的 case payment 還沒有做，所以現在要補正。這個會影響到的大概就是產科、婦科、還有一般外科及眼科比較多。基層會有很多的 case payment 部分。好，這個部分大家有沒有意見？請吳醫師。

吳代表國治

我不曉得這個提出來的原因是什麼，按照說明段第一點是因為眼科診所，還有後來醫院又發生同樣的事情，其實有違法該怎麼做就怎麼樣做，如果是為了這樣來設計這個機制，會影響更多的事情。第一個我要跟大家講的是，這跟 DRG 是不一樣的，我們也理解 case payment 與 DRG 同質性非常高，可是當時設計的時候並沒有像 DRG 這樣，有一個可以靈活處理的機制，case payment 是固定的錢，所以這中間還是有不一樣的地方。

在說明三要我們跟病人收全額的錢，是不是？譬如說人工水晶體的差價，現在是付約 2 千多塊，如果說按照這個特材規定，我們申報一個項目可以跟病人收 3 萬塊，扣掉 2 千多塊，按這個辦法是要跟病人全額收費，然後申報的時候再扣掉，這樣是不是病人要多出了？這是第一個。

第二個就是因為同質性很高，所以我們處理的時候，如果需要用什麼特材，並沒有再跟病人再多收費用了，如果多收沒有走特材的程序是違法的，可是我們就是收那個錢，當然違法的部分不討論。可是新規定提出來之後，我覺得不符合比例原則，中間提到有問題的時候是全額扣掉，這個在醫院處理的時候有一個靈活機制，像 DRG 我瞭解有所謂的上限臨界點、下限臨界點，還有各層級加成。

另外還有 outlier，可是在基層這部分通通沒有，如果說要這樣處理的時候，那這樣的話是不是也要把它用 DRG 的精神來做規劃比較好，

我覺得這可能會造成一些對病人不好的地方。

主席

好，那還有沒有哪一位有意見？來，請。

陳院長晟康（李代表紹誠代理人）

對不起，我是醫師公會全聯會李紹誠代表的代理人。就這個事情如果說大概在 10 年前或 20 年前來弄這個東西，我想大概並不會有一些執行上面或是比例上面的疑慮，我也追隨我們吳醫師的講法，就是說大家知道說要把 case payment 把他弄成跟 Tw-DRGs 一樣的話。

可是事實上這兩個東西其實在很多操作層面上是不一樣的，因為 Tw-DRGs 是允許一些 outlier 情形，他有 lower 跟 upper，超過一些 outlier 他還有一些可以如實申報，然後經過專業審查認為這是必要費用的時候，他還是會給付。所以你 Tw-DRGs 在醫院端的運作上面目前來講並沒有看到一些窒礙難行的地方，可是 case payment 最大的問題是在他當時是把以前我們有的臨床的表徵或臨床的醫令把他 summation 出來，一個大家能夠接受的公約數，那在門診裡面這樣子去處理。

還有一個比較重大問題，就眼科來講，你既然說這是一個 case payment 或 DRG 是一個包裹性的東西的時候，那事實上他包含的東西就像我們說明段寫的他包含很多，包含一些藥費、檢驗費、手術費、材料費、特材費都在裡面。可是就眼科的這個東西來講的話，現在我們開一個 case payment 的白內障總共給付是 20,655 元在西醫基層，裡面的手術費是 9 千塊，可以乘以 1.53 或 1.54 的東西的一些材料費，加上是 1 萬多塊，這個東西是在 20 年前的時候，大家在開囊外水晶體摘除術要縫合，20 年後的今天這個眼科手術的程序已經進到所謂微創高階的白內障手術，如果今天我們要把這個 case payment 跟 DRG combine 在一起去考量來做這個事情的時候，然後再加上說你不符合特材的支付費用的時候，整筆費用要核刪的時候，我覺得不但是比例上面不對，而且時空上面也不對，為什麼？因為原來給付的 9 千塊是 20

年前舊的方法，我們新的手術方法一些成本、技術那些東西會讓眼科根本在基層或者在醫院端的門診上面根本沒有辦法去執行，這是第一個。

第二個我要講就是這個特材的給付範圍，如果照我們署裡原本規範的話，是要我們署裡 approve 你可以用才叫做可以用的特材，所以這些東西基本上我講我的疑慮好了，如果今天我們照這樣的通則下去的話，只要違反我們署裡規定的特材支付範圍的話，你就整筆不宜處理。假設說今天我這個病人我是有白內障、青光眼兩個東西，我記得以前白內障在弄 case payment 的時候，我們常常跟分區的業務組，那時候分局講說今天加了一個青光眼手術是不是可以再報第二個手術二分之一，他說不行，因為 case payment 就是一個包裹，這些東西基本上大家已行之有年。可是今天如果用這麼嚴格的方法，連材料、特材通通下去的話，那假設這個病人是有青光眼又有白內障，你又限制這個也不行，以後這些病人就是所謂的不好處理的病人，將來有可能會變成人球，而且這個東西不是危言聳聽，基層的門診不能做，同樣這個範圍是適用在醫院的門診也會不能做。所以我是覺得說就這件事情來講，可能這個在執行面上會很大的窒礙。

第三點要跟大家報告一下，在我們說明段裡面的說法的話，跟剛吳醫師講的一樣，現在的申報如果變成 DRG 去申報的話，以前我們是譬如說 20,655 元是包含手術、檢驗、藥品再加一個特材 2,744 塊，那我們如果跟病人收自費水晶體的特材 3 萬塊，病人可以減掉 2,744 塊，所以診所端跟病人實際上只有收 27,000 多一點點，所以病人會覺得很高興的說我還是有享受到健保，只是健保給我的是基礎的一個水晶體，可是如果照我們這邊這樣講說，這個自費特材我醫療院所要跟病人收取全額的話，你在申報端上面你又特別講說所謂的健保實際費用是要扣掉自費的特材跟健保給付的特材，只有剩下那 17,911 塊的話，就像剛吳醫師講的民眾會覺得說你這東西弄下去以後，我怎麼本來可以享受 20,655 塊，現在變成 17,911 塊？所以這個部分是不是在操作上面署裡面有沒有想清楚？不然如果這些事情，因為是擺在通則裡面，你就

這樣執行下去的話，我很怕說會不會變成...這樣比喻不知道合不合適，會不會像舊版的一例一休啊？立意良好，執行困難，到時候民怨四起，以上，謝謝。

主席

好，謝謝陳醫師，那還有沒有其他代表？請何代表。

何代表語

第一個要請教的就是說...你們如何去發現他們這個違規的部分？從哪裡找來的？如果說違規的部分非常多，能夠全部每個個案都找出來嗎？那用什麼方法找出來？是抽檢？抽查？還是隨機抽驗？抽驗到的人就倒霉？沒有抽驗的人就沒事，就是我想要理解的是...怎麼樣去發現這些違規的個案，這是第一點。

第二點如果在這個文字上面竄改、侵吞，那不是只有扣錢耶！那是不是有刑責？是不是要移送法辦？我不知道。如果是這樣子的話，是不是個案很多？每個醫師都要移送法辦～因為你在這裡的文字上來講，這四個字已經構成刑責了，侵吞差額跟竄改，我不知道這個嚴重性到什麼程度。

第三點，我看你後面是整筆醫療費用不予支付，那如果整筆費用不予支付，假使你的抽點率，100個只抽到5個，95個就很僥倖我沒抽到就整筆錢拿來，我抽到就倒霉，那筆錢就被扣掉，所以這些整個制度上...我如果從整篇的看過去以後，我發覺到在整個設計上還是有缺陷，我不知道怎麼處理這種方式，以健保署這麼長久的經驗來講，怎麼樣處理是最周全的？這是我的看法。

主席

好，謝謝何代表，還有沒有哪一位有意見？我們先請醫審組說明，請育文專委。

黃專門委員育文

醫審組這邊補充說明，關於剛剛有提到說明一的部分有提到，近來就是因為我們有一個報導分析國內的人工水晶體的使用狀況，在我們資料庫中，從申報資料檔去看，有一些診所他全部都是用健保給付的材，後來有民眾提出質疑說他在那一家診所用了 100% 健保的材，可是他還是付了 1~2 萬塊的錢，所以請我們查明為什麼他要付錢，這是第一件事。

第二件事情是因為報載某醫院員工，因為人工水晶體現在是差額負擔，他不是全額自費，不管是差額負擔或者是健保全額給付的人工水晶體，其實健保都是付 2,744。醫院可能在申報的時候就疏忽申報真正使用的特材代碼而有錯誤。因為他其實是用差額負擔，可是醫院卻申報了健保全額給付，而民眾又被告知要收費。後來查起來是因為錯誤申報也更正了。因為整體來講雖然對健保財務上沒有損失，我們給付是一樣的、支付是一樣，可是事實上在整個資料庫來講它就是有錯誤。因為我們現在常常運用健保資料庫做很多的分析、統計，之後會有後續的一些處理，或者是運用，或者是對於特材的一些追蹤使用，如果資料庫不正確，病人明明是使用差額負擔，可是因為申報是健保全額給付，那在追蹤上其實就會是兩個不一樣的品項，就導致這個病人用藥或材的安全上是沒有辦法真正掌控。因此這個部分我們跟醫管組討論之後覺得應該照實申報，以上補充說明，謝謝。

主席

請醫管組說明論病例計酬跟 DRG 的關聯。

李組長純馥

其實 99 年那時候導入 DRG 是以 case payment 為主的項目把他轉成 DRG，那時候其實是想一併導進去，可是當時因為基層考量資訊程式的修改程度太大了，所以後來保留，在基層還是維持用 case payment，醫院才做 DRG，我先做這樣說明。

第二個因為導入 DRG 後，我們一樣面臨到自費特材的問題，因為

在 DRG 裡面是有處理的，如果有使用到自費特材，原來我們的包裹其實是含了健保給付的材，所以希望把健保給付的材從包裹扣除；醫院跟民眾收的就是自費與健保給付的差額來收取，不要重複收。

這一次只是針對論病例計酬部分比照 DRG 的設計邏輯。當然我們也理解在申報上面，在基層端可能系統要做一點更動，所以我們在說明裡面有比較詳細的去說明，就是要怎麼去申報？要怎麼去敘明這項 case payment 跟原來材料中間要怎麼去做計算？以上。

主席

先請吳醫師，再來請黃醫師。

吳代表國治

剛剛醫審提到有違法的，我們醫界是不會包、不做，若是現在申報採用新的方式，對於這種東西就能防弊嗎？好像沒有邏輯性，這是第一個。我們現在申報還是要把他寫上去啊，現在有管理規定。剛剛何代表很在意的東西我相信醫界當中一定有改善的地方，我們也不會包庇，尤其現在還有健康存摺，也列上去了，就像是說 100% 用健保片，結果踩到紅線，我們醫界也不會贊同這個事情，該怎麼處理就怎麼處理。這個東西我是覺得會影響到後續，畢竟在基層的 case payment 跟 DRG 沒有這樣靈活，不然在基層 case payment 訂所謂跟 DRG 一樣有上限、下限、臨界...這些東西，在操作當中需要用的時候不要讓我們自己吸收，給一個 range 讓我們去報這些東西，這樣子是比較好的。不然已經走這麼久的東西，現在要做改變一定會造成一些影響。

黃代表振國

我聽起來解讀有點不太一樣，大家清楚這個人工水晶體的給付是一定的，不管是用健保片或是所謂的自費片，給付都是 2 千 7 百多，如果用健保片當然就不跟病人收取任何費用，如果有病人選取所謂的自費片就付這個差額，那這兩家醫院因為申報方式都是用全額健保，事實上跟健保的財務是沒有衝擊的，不管是用健保片還是自費片，只

是申報的方式錯誤，我們現在聽起來是因為這樣，而不是像何代表講的刻意去浮濫申報，這個應該是行政上的疏失。基於在座都不是眼科醫師，到底我們用眼科的健保片跟所謂的自費片，如果因為登記申報不實有影響到民眾健康嗎？據我知道是沒有，只有管理上的方法可能要糾正，甚至要立刻改正，這個是我的見解。

第二，有自費的特材事實上是立意良善，其實我個人認為健保制度要所謂健保的財務跟國民的健康、跟醫療服務提供者能夠三贏的方式真的很難。我舉最近的 C 肝為例，C 肝用藥在先進國家像日本、韓國都有自付，這個新的技術、新的藥物進來的時候，照現在的健保財務都很難一時就能納入，健康不能等，但是財務也不能遭受如此大的衝擊，所以保留所謂的病人自付的選擇權，這是適當的、應該的。第一個能夠讓最新的醫療科技引進台灣讓全民使用，第二也不會造成財務衝擊。我們看到 C 肝像其他先進國家有自付的機制，比如說日本、韓國給付大概 20%，自負額 20%，原來費用只能治療 4 個人，就可以變成治療 5 個人，就不會像今年額度用完了，還要用明年的經費來挹注，如果當時的制度確定是可行的，我相信每年可以多治療 25% 的病人，事實上大家知道 C 肝用藥開始在用的時候，很多個案是去買印度或巴基斯坦的藥，也是要這個費用，你為什麼讓國民去買一個所謂學名藥廠，來自於落後地區的藥廠，然後付的錢是一樣的。我們現在發現既然用藥效果這麼好，但是為什麼財務沒辦法負荷，就是制度需要檢討。還有最近大家很清楚免疫抑制劑，800 壯士的故事，你知道還有多少人在外面等呢？這些醫務同仁的心真的在痛，因為到底哪些人是屬於 800 壯士今年可以治療的？我相信天人交戰。今年再加 100，那是 900 了。

我們台灣最大的人體實驗在哪？就是 IO 治療，我覺得像這個人工水晶體一樣，如果真的因科技在發展，有新藥新科技進來的時候，這個價位是否合宜？我覺得這個議題檢討的是到底民眾付的自非差額是否合理？因為如果合理，在國外就是這個售價，我們健保給付 2 千多塊，國外已經可能是 1 萬、2 萬、3 萬，我個人在藥品會議待很久，我

相信我們砍價是全世界有名的，往往砍到十國最低價，砍到幾乎很多藥商要哭了，那什麼意思？就是我們的把關是嚴謹的，我覺得這兩家診所如果真的只是因為誤報，用自費片然後申報健保的 2 千多，跟民眾收取差額，只是系統申報方式錯誤應以更正，甚至有所罰則，我覺得認同。但是，如果真的除了跟病人收所謂的自費，又跟健保多申請了 2,700，當然這要罰。所以我建議這個議題能夠留給很多的專家，尤其跟眼科相關的學會，甚至去討論到底人工水晶體應該自付額要多少？那些規模、那些格局可以做，如果公告給民眾周知，比如說我今天有不同層級的東西，選擇 A 層級了就支付 1 萬塊，B 層級就是 2 萬塊，C 層級 3 萬塊等等，未來有新藥讓病人自付的時候，也能夠跟健保署成立一個專門委員會，去審議申請是否合理，應該是這樣才對。

第二個假設這個診所真的很惡劣，不只是跟病人收了全額的自費人工水晶體，又跟健保署多申請了 2,700，我們這樣講好了...他只多申請 2,700，我們針對這 2,700 怎麼處罰可以制定一個遊戲規則，多收 2,700 罰三倍，我覺得 OK 啊！因為也提醒這些人不該犯這種小錯，對不對？2,700 有什麼好談的，對不對？而且以規模一個 2 萬多的手術多貪 2,700 這真的不合理，所以我覺得這個議題是討論如何讓眼科診所能夠正確申報以利健保署管理，這第一點。第二點，我們應該釐清自費人工水晶體民眾該付多少？醫病關係才會和諧，不然民眾覺得我付了 1~2 萬多，結果資訊公開那個診所是完全用健保片，那自費在哪裡？這誤解發生就會去投訴，不滿就怨聲載道，我覺得應該根本解決這個問題，讓制度可以走得又好又遠，民眾的健康、健保的財務，還有醫療服務提供者三贏才能成立，謝謝。

主席

謝謝黃醫師，那還有沒有？來，請富滿。

林代表富滿

原來在第三點的（一）之 1，現在眼科的特材都是差額給付，既然

本來就差額給付，應該還是維持差額給付，申報 case payment 的時候，不應該再扣掉健保給付點數才對啊。可是這邊寫的好像是本來是差額給付，要變成全額自費，看起來是這樣。

王科長玲玲

我補充說明一下，不管是 case payment 或現行的 DRG，如果是病人自付差額，健保付了部分的錢，病人只是付差額，不需要填替代品項，須填替代品項是指全自費特材項目。

林代表富滿

可是你的說明是這樣寫。

主席

好，這樣子，因為 case payment 現在不是只有眼科，還有外科的疝氣手術、婦科的子宮肌瘤切除、子宮外孕，還有腹腔鏡的卵巢切除、輸卵管切除、腹腔鏡的子宮外孕手術，還有產科的生產、陰道生產、剖腹產、前胎剖腹產的陰道生產等等，這些現在在基層或者是在醫院門診做的話都是屬於 case payment。這邊眼科是人工水晶體的摘除或置入對不對，這個量最大的，在所有的 case payment 裡頭量是最大的，但是呢，現在講的是說如果是 case payment，有用到自費特材的話要跟我們申報，然後在那一包包裏裡面要抵扣，唯一例外的是人工水晶體，因為人工水晶體現在是屬於差額自費的項目，所以目前醫院的自費如果是 3 萬塊，跟民眾收 3 萬減掉 2,744 收這個錢那 ok，但要告訴我們你是用自費的人工水晶體，就眼科來講是這樣。

但是如果就外科的疝氣手術、婦科手術跟產科手術就不然了，因為他裡頭若有用到自費，是屬於我們包裹裡面的就要抵扣，這樣可以理解嗎？好，這樣子才是正解。這個文字如果對於人工水晶體的部分講的不夠清楚，我們就再把修正。

至於剛剛黃醫師講的到底民眾該出多少錢？是不是要有規範？那

個在特材的共擬會議討論，因為那是另外一個問題。在這裡要修的是這個通則。剛剛何代表這邊提的是弊端，醫院也許只是表面上讓我們以為用健保片，實際上全部都用自費片，所以民眾就覺得奇怪，這個當然就是申報的問題，跟錢沒有關係。但是眼科以外的論病例計酬會跟錢有關係，大概做以上的說明，大家可以理解嗎？

吳代表國治

所以您意思說這邊所謂的特材分成兩個部分，一個是補付差額，一個是全自費的特材，但說明段的文字敘述會讓人誤解。

主席

確實有漏掉水晶體是屬於差額收費的特材，這一塊的文字我們再補充說清楚好不好？至於人工水晶體以外的，就是比照要抵扣的精神來處理。

現在跟我們申報 case payment 的眼科是大概占 96%~97%，剩下的都零零星星，第二名是產科，產科現在也有很多收費是自費的項目，那個部分有可能是需要做抵扣。就是過去沒有的，我們現在要把他補正過來。還是要再重申眼科的部分麻煩吳醫師跟陳醫師回去跟會員宣導，實際上用什麼片就要報什麼片，不要用 A 報 B 讓大家誤解是用健保片，但民眾明明到做的全部都是自費片，這樣當然問題很大啊！而且如果繼續這樣報，健康存摺也會出現用的是健保片，這一路的誤解就會下去，這個部分也是申報上大家是需要留意的。好，這樣子說明大家可以理解？

吳代表國治

說明段第一段衍伸出來的東西是人工水晶體，可是在後面講的通通都是不相關的東西，所以牽扯在一起，這個緣由好像跟後面會誤解。

主席

因為說明一的部分確實因為人工水晶體的案子，讓我們意會到 case

payment 漏了這一部分的規則，確實人工水晶體又是差額收費的項目，但是申報上還是因為有瑕疵造成民眾很大的誤會。所以有關眼科的部分申報要申報正確，其他非眼科人工水晶體手術的部分就要核實申報，自費的部分跟 case payment 只能申報差額就對了。

好，那這樣子大家有沒有意見？好，那先請何代表，然後再請黃醫師。

何代表語

因為這個人工水晶體，曾經有估到整個詳細的表，就是整個自付額的金額多少，這個表都有公告了，那既然都有公告了，眼科為何不依公告的金額，去做自付額的收齊，這是第一個重要的觀點。第二個你在文字上就寫這樣子，你竄改的話，這個職員將繳費用的自付差額寫進去竄改成健保全額給付，這兩個竄改就是你用不實的文字紀錄，讓公務員做不實的錯誤判斷，這是偽照文書罪，而且健保署都是公務員，就是讓公務員做不實的判斷，不實的做決策，那是偽照文書罪，你後面又寫一個侵吞差額費用，侵吞差額費用是貪污罪，所以我認為你們在提這個提案的時候，假使你們認為並沒有到那個程度的時候，你們的文字上需要怎麼做技巧，我認為這是很重要，這是第一個。

第二個如果你認為自付差額水晶體這個部分，原來你過去來講，如果現在發現這樣子，表示弊端不少，那弊端不少，這個案子你是不是今天這個案子暫時不會做已經包裹，那個水晶體自付差額的辦法跟規範，全部弄好再提下次的會議，再來做報告。

主席

等一下，請黃醫師先，然後再來吳醫師。

黃代表振國

很感謝何代表出來關心，我覺得這個制度一定要檢討，第一個所有眼科診所必須在明顯處公告，所謂的自費人工水晶體，跟級數的差

額表，讓所有接受手術前的病患、家屬能知曉，他現在用什麼人工水晶體，其一。其二，我擔心的是假設我今天用健保片但是跟病人收差價，其實這才比較惡劣，我是用 2,733 的健保片去跟他收 1 萬、2 萬，所以要去查的應該是人工水晶體到底要不要跟他收那麼多，這個我覺得是良心事業。至於語氣上，不好意思有時我不是這麼專精，文字上可以稍微和緩一些，現在動不動就國安問題，所以我覺得不要動搖國本，我是建議說，語氣上可以稍微和緩一些，讓我們有空間，讓這些醫療院所改進，甚至跟眼科醫學會討論，因為我不是眼科，可能我講這話回去會被罵，可是我覺得面對社會大眾的疑慮，該做的一定要去做，釐清所有疑慮，這樣才不會讓民眾認為院所用健保片去詐欺自費片，我的解讀是這樣。

因為現在所有診所都很可憐，面臨人力的流失，大家都知道，現在年輕人不太愛吃苦，我們常講的，我是末代堪用的醫生，很多醫生都不願意吃苦，你要知道什麼叫放假不見人，所以有可能業務承辦人員疏失，那應該要報自費，就給他簡單報全民健保，所以我覺得這個一定要好好宣導。

第二個我覺得聽起來其他醫院的應該要心酸，為什麼獨厚眼科，之前這個地雷達文西手術，我覺得他要講的就是同療程療效給付的概念，今天一個手術用傳統手術健保給付，我用達文西，不好意思民眾要自付掏腰包，這樣假設有一個比達文西更好的手術技術已經進來了，我們民眾享受不到，我覺得應該要有選擇權，或是所謂的差額自付，這個 AI 時代可能所有新科技、高科技都會進來，如果這高科技的醫療，能造福民眾的健康，我們就應該有個機制，讓這個科技能夠及時的幫助民眾，這個原來健保給付的金額應該還在阿，只是我現在做新的，我就願意從口袋付差額，那你不願意就是享受原有的，這樣才不會阻礙醫療進步。我講題外話，最近婦產科爆紅，以前所有婦產科醫生年紀都比我大個 10 歲，現在這兩年滿招為什麼？自費的市場蓬勃發展，生產包括育嬰中心，所以有自費市場，對台灣的醫療生態是有幫忙的，現在最蓬勃發展的是醫美、所謂的植牙還有婦產科，各位有沒有覺得

除了皮膚還有牙齒，我不知道還能做什麼？我們最終的健康在哪裡？以後所有的醫生，能照顧健康的醫生都凋零了，大家必須要正視這個問題，所以要檢討而不是獨厚眼科，應該所有的醫材，只要有改進的空間，都應該允許有自付差額的機制，謝謝。

主席

好，請吳醫師。

吳代表國治

我回應一下何代表在意的部分，其實這已經行之有年，而且那個差價要補多少，都已經做很久了，我相信大部分都可以照規矩來做，這是第一個。振國代表提到達文西這件事情發生，我們也不樂見，事實上我覺得健保制度應該要對先進醫療有所貢獻，我也知道現在法令只有特材可以補差價，其實我認為手術和診療的部分，甚至連藥都要能加入這些規定，不然健保卡著所有先進醫療，當時眼科之所以會 push 這個東西是為什麼？因為當時國外已經用小切口和這種特殊的人工水晶體，已經做了多少個案，可是台灣做的量非常少，阻力在哪裡？在健保，因為納保率這麼高，所有病人通通都是健保的病人，所以阻礙了先進技術的發展，其實可以用管理的規定去引導，這很重要，那像達文西也是一樣，現在基本的也不給，我可以理解你們認為這是個疏失，但其實你們可以去掌控，自費事實上是能讓台灣繼續領先世界的一個很重要的機制，我覺得健保署要有這樣的使命，讓台灣繼續往前走，要更能以自費來解決，這是我呼應振國代表所提到的。

主席

好，謝謝，請陳醫師。

陳院長晟康（李代表紹誠代理人）

我先跟代表講，以現在這個實際運作上面，剛剛我們這個說明一講的院所，他明明跟病人收了自費，然後又報健保，這個東西純粹只

是申報上面的錯誤，因為現在就眼科的自付差價的人工水晶體裡面，這病人你要跟他收多少自付差價，他會有一張表格，那個表格最底下有寫說，依據什麼什麼辦法，這個東西是可以跟病人收的，然後上面會有說你現在用哪一個廠商，健保碼多少，規格是多少，我的自費價格是多少，我扣掉 2,744 塊的健保的錢，所以我這次跟你收多少，那是一式兩份，這是與手術同意書跟手術紀錄，還有開完刀之後你植入的水晶體，每一個都會有一個身分證，那個身分證是上面有你裝的多少度數，哪一家廠商，是什麼時候出廠的，什麼時候到期，那些東西全部會交給病人，所以不會說我今天跟病人收，我就放健保的水晶體，我給你收自付差價，因為一看這就是不一樣，這隨便上網查一下都知道，這先說明。

所以我還是覺得就是剛剛說明一的東西，這個東西基本上比例不大對，因為現在的管理系統上面，已經做到更細了，只是差在說，署裡面認為說需要把這個 case payment 跟 DRG 擺在一起，可是我還是要請主席回憶一下是說，case payment 做這麼久你沒有進來，那 DRG 現在已經發展這麼久了，已經有一些東西，而且 case payment 他的資料裡面並沒有像 DRG 有這麼多的一些，考慮到個別醫療的狀況的情形之下，如果你今天就用通則把他塞進來的話，我還是在講那件事情，我很怕眼科以後有一些 case，不是只有我剛剛講的青光眼加白內障，這些東西如果說你把他縮到這麼死的話，你又沒有適當地去檢討說，你這個除了特材以外，還有一些手術的方法，剛剛像振國跟國治講的一樣，你到時候這些東西，沒有人願意幫他開，因為做一個不但是虧一個，做一個手術的風險是要到幾倍，而且要虧 10 倍以上，所以是不是在考慮 case payment 跟 DRG 的時候，不是只有把那個自付差價的可以抵扣的特材講清楚，而是手術的這些東西，因為現在剛主席也裁示說，有在用這些東西的 case payment 要導入 DRG，也就是只有那些東西，是不是可以一併去檢討，這樣可能會對我們台灣的健保跟醫療水平，才會真的有幫忙，以上。

主席

謝謝陳醫師，那還有嗎？請葉代表。

葉代表宗義

那個眼睛的問題最敏感，因為我現在戴了 3 副眼鏡，我曾經開過青光眼，開過白內障什麼都開過了，到現在我有些問題想問眼科醫師，第一個問題，青光眼為什麼不會好，台灣青光眼有多少人，為什麼別的病會好，青光眼這麼久好不了？那這個問題我們為什麼不往這個方向去走，第一個問題。第二個問題那眼科醫院也有一個麻煩的問題，比方說量眼壓，在這邊量眼壓，我等一下在那邊量眼壓，可能不一樣，那就產生一個恐慌症，你眼壓超過 20 或多少，你可能超過多少之後，就要重新評估。那我為什麼說眼科醫院裡面，那青光眼你隨時要注意到你的眼壓，那麼你常常要去量眼壓，那我是不是量一次眼壓，我就要掛號一次，那麼你常常進到醫院去量眼壓，那麼醫院裡面的護士小姐會不會不高興，那這一條裡面是不是要規定，你量眼壓也要部份或者怎麼樣，這一條你真正有一個麻煩，那麼我的眼睛搞到現在，吳治國先生或是什麼，現在我發現一個問題，我希望我們眼科醫師特別留意，我的這個眼睛開了 5、6 次兩側都有，20 年了，其中失明一個，五年前突然間有感光，三年前突然間閃光 200 度，上個月突然間我的眼睛 200 度還有近視 150 度怎麼來的，但是我已經點青光眼眼藥水點了 20 年，所以這個我提出一個共同意見，你怎麼會看到說現在量 200 度也出來了，量 150 度也出來了，所以這方面我們希望進步從醫學方面去求進展，那其他小數點的也該給人家就給人家，對整個醫療上，眼睛看不到也是很麻煩很淒慘的，看得見才能在這裡提供意見，這是我的建議。

主席

好，謝謝葉代表，其他還有沒有，請何代表。

何代表語

因為葉代表講到眼睛，因為我也是做眼鏡起家的，我 42 年前創業

就是做眼鏡起家。但是我並不對任何那一類別的醫師有意見，我今天所提的就是說，你在健保署這個制度裡面，你提這個案，把那麼嚴重的文字放在上面，這個是不是有經事實，經實際上，到底差別在哪邊，我們要弄清楚，這是第一個。

第二個我認為，實際上很多自付額的產品，所以你們意見都很清楚，都有自付，但是我比較清楚一點的就是，有很多自付額有些醫院，他都有公告版，這是健保給付的產品。第二點，你自付額產品，你要什麼產品多少錢，什麼產品多少錢，我看到比較詳細的就是那個心臟支架，可是你也知道，心臟支架也有衍生出不同的差別，6萬塊、7萬塊、8萬塊都有，應該用更好的自付額，塗藥支架、金屬支架都有，但是我有個看法就是說，你現在健保實施到現在超過25年了，為什麼這些事情還一直在發生，這表示我們的管理制度是有問題的。如果你認為這眼科這邊，我剛找別的醫界的先進，講得非常不錯，你應該由這些水晶體植入的眼科醫院、眼科診所也要把他公告出來，你哪些項目是健保自付額，哪些項目是自付額，那自付額要多少錢，你要不同的產品，健保給付之外，你的自付額就要多少錢，這個是很明確。另外一點我要跟醫界講，我們的患者什麼都不懂，坦白講你今天拿一個健保支付的水晶體配，跟拿一個3萬塊的水晶體給他看，他也搞不清楚效果在哪裡，因為沒有裝上去也不知道，裝上去像支架裝在心臟裡面，自己也摸不到看不到，感受不到，那怎麼知道那支要8萬塊，那支要6萬塊，還是用健保的1萬6千多塊，這不知道嘛，你水晶體現在植進去也不知道，因為還沒植進去以前，不知道那個水晶體好壞，我跟你講這個3萬塊植上去以後，看清楚螞蟻，那這個健保植上去只能看蟑螂，那講個玩笑話就是這樣子嘛。那如果這樣，那患者就會說，我要植這個可以看螞蟻的。

所以我的意思就是說，我們醫界你要很誠實的公開你的價目表，也要很誠實的拿那個樣品，你那個樣品很難拿出來給大家看，能不能講得很清楚說，你裝什麼會得到什麼效果，那讓患者自己去決定，那如果他自己要健保支付的，那就沒辦法，我就要健保支付，事實上

很多大眾還是希望健保支付，坦白講很多人的薪水，一個月要付 3 萬多塊也不容易，而我意思就是說，你這個案又寫到那麼嚴重，那你的制度要規劃在哪裡，這是很重要一個觀點，我今天意思不是說眼科醫師全部都在竄改，所以全部在侵吞費用，今天你提這個案就把文字寫得這麼嚴重，讓代表來干涉表示意見，而我認為你怎麼管理的很良善，那是最重要。

主席

好，謝謝。其他代表還有沒有對這個案子有意見？如果沒有，何代表關心的議題是民眾關心的議題，健保給付的人工水晶體跟自費一樣，只不過是自費片可能還可以防藍光、紫外線，比較多附加其他的功能。所以何代表的舉例，健保給付的都可以符合人體所需要的功能。當然有一些自費片標榜還有其他的功能，那就是成為選項。

第二個，何代表關心的就是自費要收固定費用，這一塊是特材收差額要不要訂上限的問題，這部份我們會另案討論，跟本案無關。這部份我們特材的共擬會議就會討論，所以這個部分分開處理。

第三個是剛剛陳醫師跟黃醫師都有共同提到，現在依照法規規定，要跟民眾收差額本來就要公告，本來就要自費同意書，這些事實上都是已經有的規定，這個部分就是要遵守，如果因此有讓民眾產生誤會，是因為院所說明不清楚的話，院所就要自行負責。

再來何代表不斷提到說明一的部分，好像寫得很嚴重，理論上這個說明一的部分，是 108 年 5 月 21 號有人投訴的內容，那確實也發現有申報不一致的地方，所以並不是我們刻意把它寫成竄改、侵吞，事實上這是民眾投訴的內容。另外黃醫師說如果有醫師給民眾裝的是健保的水晶體，但是又跟民眾收的是自費的人工水晶體的片子，這個就構成詐欺，這個是萬萬不可，一旦有這狀況，就是個案要面對的。

第三個問題大家在講差額負擔，我們現在健保法只有授權特材有差額負擔，技術跟藥品的部分沒有，所以未來這個要循修法的途徑去

辦理。好，這些問題大家都提完了，至於葉代表擔心青光眼的，我們要再另闢時間討論青光眼。本案我們還是重申，論病例計酬的部分，有關產科、婦科、一般外科、眼科，論病例計酬部分，如果有跟民眾收自費的話，原則上收全額自費，然後 case payment 要抵扣，其中人工水晶體因為已經採取了差額自費的收費方式，所以可以跟民眾收差額費用，但向健保申報整個 case payment，但是必須申報用的是自費的片子，不要造成誤解。有關文字內容的部分就請醫管組會後就人工水晶體部分補充文字修正，這樣子的結論可以嗎？

吳代表國治

請教一下，行政上抵扣意思是，比如說我們用特殊特材，這不是補差額的特材，病人也同意使用，所以收 3 千塊，然後我的 case payment 要扣掉這部分的錢，是這意思嗎？

主席

替代，比如說生產項目後面就有寫裡面包括什麼，如果其中某一項你用了自費，那就要抵扣。

吳代表國治

如果是其他不包含在裡面的特材，那可以換，是這個意思嗎？只要符合我們特材的明細。

主席

對，DRG 也是這樣，這樣可以嗎？好，請陳醫師。

陳院長晟康（李代表紹誠代理人）

主席，是不是剛剛你前面有裁示，因為就這個說明端的文字來講，對那個可以抵扣的特材的文字...

主席

我們會後再補充說明那一塊

陳院長晟康（李代表紹誠代理人）

對，跟眼科可以自付差價的特材，其實你沒有把他另外一個條文寫出來的話，大家都會搞混，以為民眾會要多繳 2,774 塊，所以說這個部分是不是修正？

主席

我的意思是要補述，至於人工水晶體的部分要再討論，跟這個不太一樣。人工水晶體的部分是指跟民眾收的時候就把健保部分抵扣掉了，對不對？那院所跟健保申報的還是白內障的全額 case payment，但是院所要告訴我們用的是自費的片子。現在這個第三項的這一塊，大家有時候會疏忽掉，那就造成民眾的誤會。

吳代表國治

所以意思是現在有三樣特材，一樣是補差額，就是人工水晶體。第二樣就是本來含在 case payment 裡面的特材，要用其他取代的時候，可以先收費再把它扣掉。第三個是不在這裡面的特材，還是可以跟病人收費，是這個意思嗎？

主席

那個就是健保不給付

吳代表國治

對，健保不給付，問題是我剛剛講的第三塊的東西是這部分基本上都是院所吸收，因為 case payment 在基層很簡單，比如說瞳孔太小，要是把虹膜撐開，那這個部分我自己吸收，然後就報 case payment，但新的申報程序就會讓病人自己出費用。

主席

我們沒有要打破你現在的狀態，我們只是說，如果裡面有內含...

吳代表國治

那我們可以跟會員宣導，只要廠商或院所提出來，走進特材申報的程序，就可以跟病人收費用了。

主席

但要來申請，我們會去判斷應該是內含的還是可以外收的，因為如果只是一個過程面的特材，硬要弄一個很類似的東西的話，那我們會認為那是內含的。

吳代表國治

所以我剛剛就一直在強調跟 DRG 會不一樣的地方，在 DRG 那邊有一塊 range，那現在是這個 range 我們吸收了，可是如果申報規定更改的時候，基層會再判斷。

主席

如果你要主張你要收自費，你要先跟我們報。

吳代表國治

那當然一定會走程序，可是院所知道這程序以後也會去思考，如果不划算就到醫院去，這個還是有機會發生。

主席

這個還是規則，醫院也一樣，醫院跟診所都是一樣的規則。

吳代表國治

醫院這部分有他的規範。

主席

沒有，這也是 case payment，是一樣的，就眼科來講，其實醫院跟診所都是做一樣的事。好，那這樣修正之後大家還有沒有建議？請那個謝院長。

謝代表武吉

我們現在要用的這個，目前情況都一樣啦，比較清楚。

主席

對，沒有，本來就一樣，好，如果沒有意見的話，本案就修正通過。有關文字的部分，醫管組就負責寫清楚，不要造成誤會。好，如果沒有意見，我們報告事項第二案就討論到這裡，接下來下一案。

討論事項

第一案

案由：108 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「血管阻塞術-Lipiodol」等 6 項診療項目。

主席

好，謝謝。先等一下，本案是討論案第一案，共有 6 項診療項目，逐項討論。這項我們邀請臺大醫院詹志洋醫師，請詹醫師說明。

詹醫師志洋（臺灣大學醫學院附設醫院）

我猜專家會議應該是放射線科陳醫師提出來。原則上，上次會議是討論限制適應症，所以我們是贊成提出的這幾個適應症。因為 Lipiodol 有蠻特殊的作用，所以應該限制不是所有的血管阻塞術都適用，我們是同意他們的建議。

主席

這項我再跟大家補充說明，血管阻塞術有一個特材 Lipiodol，目前只有單一廠商在供應，但最近價錢漲太多。因為這個特材是內含在診療項目裡，特材漲價就擠壓到專業技術的給付，所以醫院這邊提出調高支付點數的建議。經過專家會議討論之後，依照放射線醫學會的共識，考量 Lipiodol 漲幅太高，因此這次新增一個項目 Lipiodol。相關資料在討 1-27，分別在 3 月 6 日第一次討論、6 月 12 第二次討論。這案

是臺大醫院提出，Lipiodol 是顯影劑是一個載體，因為成本增加太多，造成這項支付點數必須做適度的調整，否則技術費支付是沒有辦法支應。這項大家有意見嗎？

黃代表雪玲

請教一下，既然只有 50%到 60%要使用，為何我們訂價格不能分成兩組，就像 CT 有顯影跟無顯影，這樣讓沒有執行的人也賺價差，我覺得不太合理。

主席

沒有，這個是有適應症。

黃代表雪玲

對呀，討 1-1 提到只有 50%到 60%要使用...

王科長玲玲

補充說明，原來的 TAE 沒有變，另外新增 Lipiodol，所以有兩項選擇。

主席

就是拆成兩個項目，一個是有使用 Lipiodol，一個沒有。大家有沒有意見？請朱代表。

朱代表益宏

所以這項是在沒有調整之前，原本就已經在使用？現在漲價？

詹醫師志洋（臺灣大學醫學院附設醫院）

對。

朱代表益宏

那如果現在分成兩項，原來使用的是不是應該減下來，因為原本

包括 Lipiodol，現在變成分兩部分，就是 Lipiodol 加進去，但原來的部分沒有減，這部分是不是要做一個調整，這是第一點。

第二點，我想請問增加 2 億也是不少的錢，這錢從那裡來？雖然是新的診療項目支應，但這錢是歸在那裡？

主席

預算在今年的新增診療項目。請紀代表。

紀代表志賢

其實也不算意見，這個藥的成本，大概這十幾年來增加了快十倍，因為它是罌粟花籽油去提煉。因為某些政治或經濟、廠商關係等，現在成本又增加了。我們知道它是獨家，但就我知道，中國大陸也有嘗試做這一塊，但中國大陸他們的藥要進來可能還有一段距離。但因為這個實在是太貴了，很多開發中國家其實支付不起。

所以我們這項支付標準是針對 Lipiodol 訂的？萬一有一天替代藥物進來，品質沒有那麼好、價格也很低，那也是同樣的支付點數？

主席

如果真的有這東西，就再另案討論。透過學會跟醫院告訴我們，目前 Lipiodol 臺灣就只有一家廠商供應，除了幫助影像顯示外，也是攜帶藥物的載具，所以對於某些特殊病人是需要的，沒有打 Lipiodol 的話，可能沒有辦法順利執行血管阻塞術。既然這是過程當中必要的材料，但是又面對超過 10 倍以上的價錢漲幅，為了解決病人面臨的困難，所以經過專家會的討論及同意，新增一個項目。大家有沒有意見？如果沒有意見的話，這項增加 8 千 8 百萬點，這項用今年新增診療項目的預算來處理。接下來第二項。

朱代表益宏

我剛剛問的呢？

王科長玲玲

說明一下，原本的 TAE 已包裹顯影劑，顯影劑不單只有 Lipiodol。以前 Lipiodol 沒有調升的時候它也包含 Lipiodol 的費用。

朱代表益宏

我意思是當初立這個案子，Lipiodol 是可以使用，所以你們當初進來的時候，一定有評估它的特材或是顯影劑的成本，對不對。

主席

當時很便宜，現在很貴。

朱代表益宏

那我想請問，當初所謂便宜，是跟一般的顯影劑一樣的，還是？

王科長玲玲

當初 TAE 支付標準，內含顯影劑大概 1 千多點。

主席

現在是？

王科長玲玲

現在是一瓶 5,500 元，平均一個病人用到 1.5 瓶。

主席

將近 7 千 5。

朱代表益宏

那現在支付點數是？

主席

原本是 2 萬 2，現在變 2 萬 8，因為這獨家供應產品。大家如果沒

有意見，本項就通過。

接下來第 2 項。這案是「經導管無導線心律調節器置放或置換術」，我們邀請中華民國心臟學會張醫師跟臺大醫院的劉醫師來說明。

劉醫師彥廷（臺灣大學醫學院附設醫院）

我是臺大醫院的劉醫師，這個案子就是 Medtronic Micra，簡單叫他 Micra，這個新的 Pacemaker 跟傳統不一樣的是在體外不會有傷口，所以是一個蠻新興的技術。這個技術在 7 月 10 日那一次會議中，我們已經把 indication 限縮到有真正需要的病人，包含 Af with SVR 或者是說傳統 Pacemaker 沒有辦法裝，不管是血管太小條，還是找不到很好的血管，indication 已經縮的很小了。在 7 月 10 日那時候我們已經討論過整個手術的 indication、contraindication，都做相當好的一個調整，那次的會議有討論到手術的時間，其實支付點數那次我們被砍了。所以臺大醫院這部分，大家討論以後，我們也是含淚同意這個點數被砍的結果。當然這個技術未來一定是對很多病人有幫助，所以還是希望這個案子可以順利通過，以上。

主席

好，謝謝，中華民國心臟學會張醫師有要補充嗎？

張醫師鴻猷（中華民國心臟學會）

我是中華民國心臟學會代表張醫師，ECHO 剛才劉醫師所講，其實這是要植入心臟節律器的一個手段。節律器本身是病患本身要自付的一個新耗材，大部分我們都會選擇符合適應症的病人，病人當然要願意付這個錢，但他一定也要有適應症醫師才會同意裝，好處是沒有傷口，不會有導線、阻塞血管，或是根本沒有血管可以走這個導線的問題。

譬如說，可能是洗腎或腫瘤癌症，已經植入了一些血管內的一些為了打化療或洗腎的通路，然後導致血管慢性阻塞，那傳統的節律器

已經無法可幫助他。這樣的患者他們受益於這個治療，當然相對來說，他們需要花一些錢來接受治療，所以目前適應症都已經限制了，所以並不會所有需要裝心臟節律器的患者都接受到這樣子的治療，人數其實已經比原本少了相當多。

主席

好，本案其實是類似人工電子耳的方式，因為特材太貴了，目前無導線心律調節器自費價格是 37 萬，其實是因為我們目前還沒有辦法全額來支付無導線心律調節器的 37 萬，所以先從技術費來支付。也就是這個「經導管無導線心律調節器置放或置換術」先給付，也許有一天無導線心律調節器價格合理化之後，也許再把它納入給付。

目前比較擔心的是，因為這是無導線跟現在的有導線，因為無導線感覺比較便利，擔心大家都換成無導線，或者是醫生鼓勵大家換成無導線。但是無導線的節律器 37 萬現在健保沒有付，所以才會限有一定的適應症跟禁忌症。這個部分現在估算技術費大概一年會增加一百萬點。大家有沒意見？請，朱代表。

朱代表益宏

限縮執行醫師，這可以說明一下嗎，我記得我們對於限縮執行醫師這一部分有些共識，我不知道這次怎麼會有一個什麼學會？

主席

心臟學會或心律學會。

朱代表益宏

心律學會是怎麼樣的情形？

主席

專家們有沒有要補充說明？請劉醫師。

劉醫師彥廷（臺灣大學醫學院附設醫院）

這個主要就是說像是作心導管一樣，或是如 TAVI 主動脈瓣膜的置換術一樣，有一些介入的人員的限制，當然作這一塊大部分都是心臟科醫師，所以那個時候會議中，就是有一個心臟內科跟小兒心臟專科。至於說心臟學會的認證，其實當初我們在會議中討論是說這個技術是新技術，所以需要有一定認證的階段，這樣才不會大家想裝就裝，原本是說可能要透過廠商一些教育訓練，不過後來那次 7 月 10 日會議是心臟學會願意承辦這個責任發給認證證明。簡單說就是一個 qualify 的醫師才能夠執行這個 Procedure 這樣子。

主席

有關朱代表關心的是專科醫學會部分，我們在專家會議的時候也對這部分也做了討論。本來是要用部定專科，但是專家們認為部定專科可能沒有能力去做相關訓練，所以需要次專科；另外醫事司現在也在檢討部定專科，將來可能會擴大部定專科的範圍。

所以在這種情況下，我們為了民眾權益著想，如果沒有把醫師資格做限制的話，品質會受影響，所以採行提案單位跟專家諮詢會議專家們的意見，本案採心臟學會或心律學會辦理的相關訓練，心臟學會跟心律學會也必須承擔起品質把關的責任。

朱代表益宏

那其他學會可以辦理嗎？

主席

其他學會應該沒在辦。

朱代表益宏

我說如果。

主席

不行，如果這樣寫就不行。

朱代表益宏

現在的草案是只有限這 2 個學會辦的教育課程才可以，心律學會事實上...不好意思我不是心臟科，我是第一次聽到，我同意就是執行醫師是要 qualify，我們應該是 qualify 受訓的內容，而不是 qualify 接受那一單位的受訓，所以我覺得應該要寫明受訓內容，至於那些單位開的課程只要符合受訓內容就可以，而不是只限心臟內科醫學會或是心律學會辦的課程。我質疑的是，健保署應該掌握執行人員的資格，這資格是上過什麼課、受過什麼訓，而不是由那一個學會去受訓。

主席

劉醫師這邊要補充嗎？

劉醫師彥廷（臺灣大學醫學院附設醫院）

所以代表的意見是，如果腸胃科不小心辦了 Micra 訓練營，我們也能夠給他們認證嗎？

朱代表益宏

如果腸胃科甚至精神科有能力辦，辦的資格就是 qualify，為什麼不同意？

主席

等一下我們請施院長指導。請看討 1-3 頁寫到，「心臟學會或心律學會辦理之『經導管心律調節器置放術』訓練課程(含網路課程及親授課程)，且須有至少 5 例由指導醫師陪同完成「經導管心律調節器置放術」訓練，並由學會提供合格醫師名單。」精神科學會或腸胃科學會可以辦嗎？剛剛是何代表先舉手，再來是謝院長，再請施院長。

何代表語

主席，我本來是要提出第 3 項文字的敘述，剛主席已經提出，但是我認為這是新增的項目，既然它是心臟的事情，就應該交給有「心」

的學會去辦，我是外行，如果由其他學會去辦，到底辦出來是否符合心臟的需要？我認為這費用只增加 1 百多萬，且是新增項目，我們支持他先通過，先讓心臟學會跟心律學會去辦理這些專業課程。辦完以後，一段時間以後，你們認為內科或其他科別有能力辦這些課程，以後再向健保署爭取，這都還沒開始做，我建議今天先通過這項，只增加 1 百萬點數而已，就讓這兩個學會去辦，比較專業，至少他們也是有「心」，如果找骨科來辦我不知道怎麼樣，我們先通過。

主席

謝謝，請謝院長。

謝代表文輝

我想會放這兩個學會，在當初討論的時候，有這兩學會的專家參與，現在比較糟糕就是包括心臟學會、心律學會，完全都不是部定專科，我想起碼要有部定專科，例如內科，它要不要辦是它的事，我是覺得把部定專科放入，再放入這兩學會就沒問題，還有小兒科。其實這一年也只有 1 百萬的市場，最有可能跳出來辦的是心臟科學會，我們不要限制這個，因為內容就是照我們要求的，在法律上也比較說得過去。

主席

我們請施院長，專家代表。

施代表壽全

我建議把兩個學會的正式名稱寫清楚，「中華民國心臟學會」與「中華民國心律醫學會」。當然部定專科只有內科，但內科一定不會辦，只有相當專業的心臟相關學會，才會去舉辦這種學術活動，所以我個人覺得，只要把學會名稱寫清楚就好了。

主席

請朱代表。

朱代表益宏

我剛剛 google 一下，它相關的就是臺灣兒童心臟學會、臺灣介入性心臟血管醫學會也不能辦，那我看它相關的也不能辦，為何就這兩個學會可以辦？所以我還是強調到底能不能辦應該是看課程，如果我剛剛講的這兩個學會有能力辦，但因為我們訂了這個辦法，他們就不能辦，這樣不對。為何我要提這個，因為這是一個門檻，你訂了這個，會不會以後為了要受這個訓，它的費用會不會受到限制。如果受訓的費用很高呢，這又產生另一個問題，所以我覺得這一部分，主席真的要深思。

吳代表國治

我有一個建議，因為部定專科不可能分這麼細，我知道部裡面現在有要評估次專科的分布情況，還有不是部定專科的學會。其實我們醫界也很困擾，像長照要介入的時候，我們去上課或做一堆事，結果又有一個長照協會出來，這到底怎麼回事。我建議署裡要跟衛福部好好研討，接下來如何有公正性、客觀性，是不是能責成部定專科，部定專科已經很久了，可是要讓部定專科知道，這是很 serious 的事情，讓他們能夠推薦，當然我相信這幾個專科也是很有名的，可是假如幾個醫師成立一個學會登記一下就可以辦理，這樣我們幾個代表會有所質疑，這制度應該要把它建立起來，因為這有長久的路要走。

主席

好，謝謝，李代表。

李代表偉強

今天上面列了兩個學會，坦白說都是心臟科裡面比較大的，也是名門正派。剛剛提到，有「心」的學會太多了，我意思是說如果今天有十個學會，有兩個來提這個案子，其他八個是否就不能？

第二個就是說這兩個比較好的學會，我們怎麼知道它很好？可是

我們經過這個計畫就要給對方背書。其實相同情況不止這個，太多了。剛剛主席有提到，現在 23 個專科醫學會，我自己是內科，內科比較有名的是腎臟，洗腎不可能到腸胃科、做胃鏡不會找心臟科，是誰讓專科越來越明顯？其實是我們的給付制度。因為在醫事司並沒有承認，很多都是民間團體，可是給付為了要追求更好的品質，才規定一定要有腎臟專科等資格，可是這些都不是政府正式認證，而是學會來辦的，也都做了 20 幾年，坦白說也做得不錯。可是現在同樣性質的學會越來越多，問題開始慢慢出來，剛剛這兩個都是歷史悠久的學會，可是有的學會歷成立不到 5 年，甚至 2、3 年，可是如果包到一個計畫後，它們就抓到一個東西，以後要學會認證之類才能做什麼事情。

我只是提醒說，就今天這個案子這兩個學會是不錯的學會，這個我沒有太多意見。只是以後這樣情形討論會越來越多，我記得之前在哪個地方有討論過類似的，所以我記得當時我們有個附帶決議，需要在正式專科下的次專科，還有次次專科，心臟科已經是次專科，心臟科裡面的心律又是一個，還有心臟超音波、心導管等等，每一科都有個計畫、都有個資格之類，健保署都會替他們背書。所以我是提醒我們還是需要有一個標準，這標準不是我們今天可以討論的，是要好好跟相關衛福部討論，不然最後都抓住這東西，要我們醫師都去上課，取得這資格才能操作，且定期每年之類要 renew 一次，我真的建議說我們以後要謹慎。不過這個案子我是贊成的，畢竟這兩個學會算是很大的學會，以上。

主席

謝謝。請朱代表，再來紀醫師。

朱代表益宏

剛剛偉強講的，我查了一下，心律學會民國 100 年成立，現在 8 年，小孩心臟醫學會民國 80 幾年成立，你今天訂了一個小孩心臟專科可以做，結果小孩心臟醫學會不能訓練，這是什麼意思？當然我不是

替小孩心臟醫學會希望爭取它們進來，我只是覺得在這樣的狀態下就會層出不窮，剛剛吳國治代表也提到3、4個醫師成立學會，那會不會放，這就會有爭議，畢竟不是部定專科醫師，誰都可以成立，內政部登記立案就可以成立。到底要怎樣去認證 qualify，這其實學問很大，我也沒有答案。

所以才認為說，對於認證醫學會資格應該是從寬，因為真正... 剛剛講的腸胃科他不可能辦，精神科也不可能辦，他沒有能力去辦，所以如果內科醫學會有能力去辦，為什麼要阻止不讓他去辦，這就變成門檻，這樣用健保的制度去設一個門檻，讓有能力的人做不到，這樣不好。所以才認為是否要做考慮，要定一個課程內容，符合這課程的學會來申請，如果健保署沒有這個能力去審核課程內容，不然就放寬，至少小孩心臟科醫學會他可以辦，明明定的是要有心臟科或小孩心臟科，結果小孩心臟醫學會不能辦，我覺得這沒有道理，謝謝。

主席

謝謝，請紀代表。

紀代表志賢

我是從人員資格要求在名稱上比較謹慎一點，人員資格要求是心臟內科跟小兒心臟專科醫師，其實發給這兩個證書的次專科學會應該是一定的。第二個是不是叫做「小兒心臟專科醫師」？因為我看上面寫兒童心臟科專科醫師。

主席

小兒心臟。

紀代表志賢

請問心臟科的專家們，兒童心臟科是那個次專科學會辦的？

主席

我們部定專科是小兒科，小兒科沒有次專科。

李代表偉強

部定只有兒童，小兒專科有，可是小兒專科現在也有小兒心臟、小兒腎臟、小兒免疫等等很多，這些都是再細分的。

主席

對，我們這邊寫的並沒有一定是部定專科。請何代表。

何代表語

主席我在這裡要提出來說明一件事情，剛剛吳醫師跟朱醫師說3、4個醫師就可以組成醫學會，是這樣子嗎？

朱代表益宏

是啊，內政部登記就可以。

何代表語

6個醫師就可以成立醫學會？因為人團法一法改三法時葉俊榮部長請我去開會，基本上你們醫師這部分有上面有一個基本法、醫師法，所以醫師法下面才可以成立很多醫學會之類。你們剛剛講3個、現在6個，是幾個人可以成立？一般都要30個以上才能成立團體，學會為何只要3個醫師就可以成立？

主席

好，請心臟學會代表張醫師跟劉醫師，在聽了大家這麼在意的學會部分後，有沒有什麼建議？

張醫師鴻猷（中華民國心臟學會）

其實我們自己設定人員資格要求也是為了病患的權益，因為這個手術本身有一個 learning curve，為了病患的安全必須設限。不能讓所有心臟科醫師想裝就裝這種新的節律器。現在不管是醫學中心、區域

醫院跟地區醫院的醫師，心臟科醫師都可以裝傳統的節律器。但這是因為緊急情況下病患心跳很慢，為了救命所以不設限。

但是我們當初認為這個新的節律器並不像原本的節律器，雖然它功能一樣，就是讓不跳的心臟跳，可是我們為了讓病患安全考量，所以自己把自己心臟科醫師做一個限制，要有裝置人員資格的要求，然後呈上來讓各位代表做一個認可，經過各位代表專家的意見，或許我們在描述上面有一些不盡完美的地方，又有一些部定等等醫師資格問題。但我們的初衷是希望藉由以前有經驗的醫師以及學會的力量來認證，讓病患可以接受比較好的醫療，我們希望的是這樣。

主席

所以現在關於學會的規定有幾種方式，施代表建議把心臟學會跟心律醫學會正名化，將中華民國心臟學會跟中華民國心律醫學會全銜把它寫出來。李代表認為這兩個學會雖然是次專科，但比較算是上軌道的學會。施代表跟李代表是認為這項可以先進行，但是現在還是卡在部定專科。先請謝院長，再請施代表。

謝代表文輝

我是認為學會這麼多，我是覺得評定優不優良也需客觀，尤其目前我們現場根本沒辦法來判定。我是覺得至少我們限定資格是心臟科專科醫師還有小兒心臟科醫師，至少這 2 個學會做承辦單位。為什麼不要只 1 個，1 個就容易把持，多個學會這樣可以競爭，這樣價錢會比較平實，因為這學會若學費太高，就可以到另外學會上課，絕對不要只准一家有訓練資格，這才不會壟斷。今天你限定心臟科專科醫師還有小兒心臟科醫師可以執行，理論上就比較不會有爭議。

主席

可是「小兒心臟」也不是部定專科。

朱代表益宏

心臟內科也不是啊，剛剛建議內科，主席又不採納。

謝代表文輝

因為剛剛講內科，因為內科底下分得很清楚。

主席

所以您的建議是把內科醫學會放進去，再放這兩個？

謝代表文輝

因為現在限定它的資格，就是這兩種醫師，都是次專科，不要再次次專科。

主席

就是心臟內科醫學會、小兒心臟醫學會是嗎？請紀醫師。

紀代表志賢

請問心臟科的專家們，兒童心臟科是那個次專科學會辦的？

謝代表文輝

他發的，不然用什麼認定才可以做？

張醫師鴻猷（中華民國心臟學會）

是小兒心臟科，我們在場好像沒有小兒科的專家。這個手術是節律器，節律器原則上就是一個老化的疾病，除非是先天性的心臟病或是先天性的房室結傳導阻滯，但是先天性的房室結傳導阻滯就不是我們適應症的範圍。我們適應症第一個就是心房顫動且心搏過慢，心房顫動是老化病，這本身就是老人家才會有的病。

第二個是病竇症候群這也是老人家的病，且還要沒有適當血管通路。房室傳導阻滯，小兒科有可能有這樣的病人，相對比較少，很多也都是到成年，大概 2、30 歲，這種患者是用傳統的節律器來治療，不會有這樣的患者去植入這次無導線節律器。因為前幾次開會並不是

派我來，我不是非常了解他們把小兒心臟專科列進去的原因，但是事實上這個病在小兒科絕對是非常的少。

主席

我們專家會議有小兒科的專家，他們認為他們也有。

張醫師鴻猷（中華民國心臟學會）

對，他們也有，因為當初我沒有參加會議，但我也同意把他們納進來。

主席

雖然個案不多，但是他們也會有。請李醫師。

李代表偉強

其實我覺得有一點點害怕，我們這邊其實都不是心臟科的專家，我們要做一個重大的決定，但我相信主席會更擔心，因為等於是把你的部分權力送出去。我只是看了有感而發，大家知道其實現在如果我們要做國外的這個國際醫療，假如說美國，美國這個 Blue Cross Blue Shield 是很大的保險公司，如果他的病人要在海外治療，假設說是榮總，他說我要給給付的話，他要給一本東西來填，意思說你榮總心臟科必須要符合我這個保險公司訂定的這個技術跟規範，才付錢。

我要講這些目的是什麼意思，現在你規定不是透過學會去認定的，而是保險公司要去確定，因為保險公司它接受客戶給它的保費，我今天願意把錢給付給某一家醫院，我要簽約，你要符合這個規範，但規範通過之後我還要來。可是我們今天的決策不是，我們決策是說透過某個學會，相信那個學會的訓練資格等，我們等於替它背書了。

主席

我們把這個資格授權請學會幫忙把關。

李代表偉強

對對對，問題就是其實我說這個授權其實是一個很...有一點...要有一個什麼專家審議，但我們可能有一些專家審議的東西，所以就不是在我們一般來審議，也就是說今天不管是今天這個 case 或是以後的 case，如果他真的是要透過什麼的話，應該是要經過一個很嚴謹的專家審議，知道這兩個學會或三個學會它真的有能力辦這個東西，它的課程內容經過誰審議之後，這是 ok 的，甚至符合國外的標準的，這表示是有背書了，那我才能知道它有能力訓練這些東西，還定期 auditing，要不然其實東西都不是我們訂的。

主席

李代表會議資料裡面有附兩次的專家會議，專家代表全部都在這裡，這個題目經過兩次的專家會議討論，包括大家在談的人員資格要求，也在專家會議討論的蠻久，最後才做成這樣的決定。

李代表偉強

所以像這樣的議題，所以我剛剛看到在這邊要討論的，其實基本上專家審核過了，我們這邊只是同意跟不同意。

主席

對。請施代表先，然後再來葉代表。

施代表壽全

我們要認定那幾個學會有能力、資格去訓練，我個人沒有意見。但我還是覺得，這個問題應該不必那麼複雜化，這邊所列出來的心臟學會與心律醫學會，是規模比較大的。小兒心臟醫學會的醫師，幾乎都是心臟學會的會員，就像小兒胃腸科，也幾乎都是消化系醫學會的會員一樣，所以不用擔心小兒心臟科醫師的權益會受到損害，所以就只要這兩個學會代表就可，問題不必那麼複雜化。

要講歷史，內科醫學會比某些次專科歷史還短，例如消化系與心臟學會成立後，才有內科醫學會，所以今天如果要把內科與小兒心臟

科也列進去，則兒科醫學會也要列進去，因為兒科醫學會是小兒心臟科的部定專科，這樣會變得很複雜。

主席

好，等一下先請葉代表，然後再請朱代表。

葉代表宗義

這個團體，站在台灣的人民團體，有 7 萬多個人民團體，那在我們醫學的團體到底多少我不曉得，那在人民團體裡面有一個法定的團體，比方說工業會的，他是工業會總會，它這不是協會，也不是學校的學，也不是協議的協，它是法令裡面規定的會，這不一樣，商...中華民國商業總會，那總會它就是屬於法令的會，醫師...我們醫師當然有中華民國醫師公會，聯合會它就是總會喔，這是法令規定的會，那如果你說協會，那是幾個人組織的會，那跟法令都不太一樣，這是第一個我們要特別了解。那麼我們醫師裡面法很多，那麼如果說無限次的，到底對我們有幫助，但無所謂啦，如果你要成立的時候，腳就可以成立一個協會啦。牙齒也可以成立一個協會，什麼都可以成立協會，你全部整身都可以成立協會，那麼這個協會如果對我們本身我們的醫療有幫助，無可厚非，如果說我們一定要補助，或者以後換我們要補助人家，這樣也可以成立一個會，那一定要錢嘛，那要爭取要做事情，就變成我們說問題，我們這個醫療的會產生很多問題。

這麼多年，一個心臟科裡面最奇怪的幾個會，那幾個會出來，那真正的醫師出來，替我們做事情，當然無所謂，如果不是呢，那變成很多會，有幾百個會出來，那目的會變成怎麼樣？不曉得，但是這個很簡單的問題，比方說剛才講的在正式的會，法令規定的會，法規定的會，它當然它有它的組織，它有它的規模，如果心臟協會是不是屬於裡面有，屬於這一個法令的會，那法令的會那當然是法的規定，規定那當然一定會先嘛，如果不是的話，那 3、4 個醫師可以組織一個會，那當然它這個品質又不太一樣啦，三兩個協會，兩個省，台灣省跟台

北市跟高雄市成立一個會，那又不一樣啦，所以這個你有沒有特別要釐清的，如果對我們有幫助的，當然，我們多多益加，對我們沒有幫助，未來可能對我們有妨礙的，我們就特別斟酌這個問題，這是我的提議。

主席

好，先請朱代表，然後再請何代表。

朱代表益宏

我覺得這個案子，我是建議是不是先暫緩，就是說至少到專家那邊再一次確認到底...

主席

這已經討論過了，已經討論兩次。

朱代表益宏

不是，主席，但是剛剛講專家裡面並沒有，因為剛剛講，剛剛我們這個專家講說基本上在它認定小兒科是很少執行的，但是...大家聽我講，但是，在專家醫學會因為小兒科的代表他認為他們也有 case，所以才把它列進去嘛。對，在專家會議裡面小兒科的代表認為他們也有 case，所以才把它列進去，本來依照我們專家的講法是本來只有心臟科醫學會可以做嘛，對不對？但是在專家會裡面小兒科的代表認為他們也可以做，所以就把它列進去嘛，所以我認為說這個其實就是剛剛講到的說，到底誰能做，這個其實這是健保署你授權啊，今天有參加專家會議，可能小兒科醫學會它有參加，所以他要爭取那你也做啊，那我剛剛講的，那介入性心臟醫學會，他事實上也是很多心臟內科的大老在那邊啊，中華民國介入性心臟醫學會對不對？

主席

也不是部定專科啊。

朱代表益宏

對，他也不是部定專科，但是你們專家會有沒有請他，如果你請他，說不定他也說他們也可以做啊，也可以開這個課啊。所以我才認為說，應該讓所有相關可以執行的醫學會再去表達，到底他們有沒有能力去承接，就像剛剛講的，今天腸胃科你就算問他，他也說對不起這個我不會做，你問精神科醫學會，他說對不起我也不會做，沒有能力的他就不會做嘛，但是如果有能力你沒有問到他，或是沒有邀請他到專家會議來開會的時候，他怎麼表達意見呢？就算他想做，但是你健保署沒有請我來表達意見啊，所以我才說應該再一次去詢問剛剛講的小兒心臟醫學會或是介入性心臟醫學會，到底他們有沒有能力去承辦這樣子的訓練課程嘛，這樣我覺得是比較周延，不然在這邊大家討論完，我個人是覺得如果只限定這兩個醫學會，我認為是不夠周延，謝謝。

主席

好，再來是何代表，再來我們再請劉醫師。

何代表語

因為我今天不想自己一個人跟你們醫界辯論啦，所以我剛剛打一通電話給內政部職業團體科科長陳永福，我跟他確認，到目前法律為止，沒有 30 個人以上，不准成立任何協會、學會，什麼公會，所以你們講 3 個、6 個都不符。因為我怕誤導這些年輕的小女孩子，以後說 3 個人就可以組一個協會，這個講出去誤導很大，我要在這裡澄清，沒有 30 個以上不能成立任何一個團體，怎麼可以隨便誤導這些年輕小女孩子、小男生，以後說 3 個醫師就可以組一個團體，這點要澄清了，我特別打電話給職業團體科陳永福科長，跟他確認一下。

第二點，我認為今天這個案子，應該要讓它通過，頂多頂多在這個心...我認為文字修正一下，剛剛我們院長提的，中華民國心臟學會及中華民國心律醫學會及其他心臟相關團體，對不對？如果沒有心臟

的還要來做人家心臟的事情，我認為這個不合邏輯啦，如果說一個胃腸科要來給我裝心臟支架，我敢給他裝嗎？不太可能啦，我認為，我希望修正一下，如果大家同意就這樣讓它通過了，好不好？

主席

好，那大家再發言一次後，讓提案單位也表示一下意見。

李代表偉強

基本上我是贊成這個案子通過，不過應該是說在確認名稱都完整以後，可是要擴展到所有其他的又有點太大了，不過其他團體它以後可以加入啊，就我的意思說並不是說我們今天通過這個案子是，目前申請是這兩個學會或三個學會，可是以後有人這樣修正...

主席

有人願意來辦的話再來修。

李代表偉強

都可以加入，我現在不會開一個空白支票給它，其他心臟相關就太大了，好不好？

主席

好，最後一位就是謝院長，然後再來請劉醫師。

謝代表文輝

因為專家開會已經邀請四次了，我想不要搞死你們，我是覺得說也要尊重專家會議的決定，像施院長講的，他們建議的那兩個學會把全銜寫清楚。第二個我是覺得我們建議，就是因為你限定資格是心臟內科專科醫師和小兒心臟...就把小兒兒童心臟科醫學會再加，我們建議，比較沒有爭議啦，我是覺得加那個...應該這樣就可以了啦，你裡面資格寫這樣嘛，你今天裡面如果寫說腎臟科醫學會的專家...專科醫師可以做，那你就應該把腎臟科醫學會放進去嘛，理論上是這樣啦，

因為你今天說它可以做嘛，那它的學會不能辦，這個我是覺得有一點爭議了。

主席

好，謝謝，我們最後請提案單位臺大醫院的劉醫師。

劉醫師彥廷（臺灣大學醫學院附設醫院）

感謝各位代表提出非常多建議，熱烈發言，我想有一些問題像是說部定專科只有內科，這個是我們目前無法更改的。其實我剛剛問了小兒科的同事，就是所有的小兒心臟科的專科，發牌的單位叫做心臟學會，中華民國心臟學會。也就是說發小兒科的心臟專科跟成人的心臟專科，都是他們發的喔。所以為什麼我們那個時候是交由心臟學會認證的，就像委員提的應該是正名為中華民國心臟學會，這是很 ok 的，因為所有的次專科牌都是他發的，包含小兒心臟科。那為什麼那時候會有心律學會，主要是因為很多心臟科的課程是大家互相辦來辦去的，就是今年你主辦，我協辦，之後明年就換你主辦，我協辦，所以那個時候才說這個東西既然是心律相關的，就跟心律學會互相交互蹲跳這樣子辦理，所以才會冒出一個心律學會這個東西，那當然委員的意見要把小兒心臟學會加進來，也是 ok，但是...

謝代表文輝

你這樣說，我認為小兒心臟專科，是誰發的，以那個學會為主嘛。

劉醫師彥廷（臺灣大學醫學院附設醫院）

都是中華民國心臟學會發的。

謝代表文輝

那就沒有問題啦。

主席

那這樣好不好，我建議把心律學會拿掉，就由中華民國心臟學會

辦理，這樣可以嗎？

劉醫師彥廷（臺灣大學醫學院附設醫院）

可以呀

主席

這樣大家 ok 嗎？

劉醫師彥廷（臺灣大學醫學院附設醫院）

可以呀，我們就只要認定是發次專科牌的。

主席

如果說最大公約數是中華民國心臟學會，那這樣大家同不同意？
這樣子提案單位也可以嗎？

劉醫師彥廷（臺灣大學醫學院附設醫院）

ok 呀，就他比較累。

主席

就請心臟學會辛苦一點，好不好，這樣好嗎？因為心律學會大家
覺得是次次學會。

劉醫師彥廷（臺灣大學醫學院附設醫院）

那可能就像剛各位委員提出把它正名是「中華民國心臟學會」，把
心律學會拿掉我們這邊是沒有意見，只是說心臟學會比較累一點。

主席

來，請謝院長。

謝代表武吉

該會有沒有可能改成「臺灣心臟學會」。

主席

沒有。

謝代表武吉

如果沒有就可以用中華民國。

主席

沒有，這個還沒，好，那我們就修正通過，就是人員資格要求須接受且完成中華民國心臟學會辦理訓練，並由學會提供名單才可以，好，這案通過。

接下來，下一案「加護病房營養照護費」我先說明一下，這是新增項目，但這個項目是因為民眾向國發會的提點子網站提議健保須給付營養照護費，這案經過 5 千人以上的連署在國發會成案。這個題目也經過我們專家諮詢會議，再提到共擬會議。因為屬於新增項目，但也是國發會列管的專案，所以從現在開始討論加護病房營養照護費這一段，行政院唐鳳政委辦公室有派兩位同仁在後面進行實錄，所有的發言要列入實錄，因為要回應給提案者還要資訊公開，這個程序先跟各位代表說明。

這樣的程序在我們的專家會議也一樣這樣做，原因是因為國發會認為所有提案都要進行公開的協作會議，專家會議跟共擬會議也是協作會議。所以我們一樣依造程序走，但是大家要注意會有實錄，本來共擬會議也有實錄，但那邊也會作實錄，先跟大家作一下口頭說明，我們就進入到第三案。

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

請問以後我們所有新增項目都可以透過外界，請問以後我們所有新增項目都可以透過外界，那以後民意代表什麼都可以來嗎？因為我們原來的共擬會議是醫院提出來或是專科醫學會提出來，那現在有透過...，我也覺得搞什麼，國發會，以後到總統府，或者到立法院都可

以嗎？這是很嚴重的問題，而且嚴重到說還要到現場來實錄，這樣給我們很大壓力，我們可不可以退席？我們不表示意見可以嗎？

主席

我跟大家說明一下，我們接到這個案子的時候，也跟你們一樣的想法，認為本來就有管道來受理任何新增項目，且這管道也是非常暢通的，包括提案人可以透過學會來向我們提出新增項目。就是因為這樣，我們認為本來就有管道，也不太建議新增項目都跑到行政院的提點子管道，但是可能提案人不知道有這個管道，所以就走了國發會的提點子管道，這次就是把這案受理進來。但是這個程序是因為在國發會已經成案了，所以必須進行這樣子的程序。

吳代表國治

我們有哪些會議是有逐字稿，哪一些會議是沒有的？

朱代表益宏

共擬本來就有。

吳代表國治

這有逐字稿？

主席

共擬本來就有逐字稿，你沒有看過嗎？

李組長純馥

你沒改過文字嗎？

吳代表國治

有的沒有逐字稿，藥品會議沒有，特材會議有沒有？

主席

藥材跟特材都是錄音。

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

不是，他是錄影。

吳代表國治

我們這個有逐字稿嗎？

主席

我們有逐字稿，所以吳代表你所講的每一句話通通已經全都錄了，而且每一次都錄了。好，這個案子因為有不一樣的方式，還有意見嗎？程序問題嗎？

朱代表益宏

我想剛剛陳代表所提到的這個事情要先確認一下，這個案子當然已經成案了，那未來是不是我們還要接受相同...，就是走相同的案子，因為這個案子你不可能再退回去，已經成案我接受，但是我覺得我們要討論一下，未來新起案的程序，是不是還是可以走同樣的管道再進來，還是說我們就不接受，我覺得這邊要討論一下。如果說我們這邊討論未來還是要走所謂傳統的提案程序，那未來可能國發會那邊...，因為今天國發會代表在，所以未來這種案子我們就會不受理，我想今天要先討論一下，或是說政策上，行政院決定說，不行，國發會的案子一定要一路暢通，只要有案子超過於 5 千人連署就必須列入討論，那也可以，我也同意，那就是必須要...，以後別的相關案子只要經過國發會的案子，只要經過國發會上網 5 千人連署就必須要成案，健保署就必須要處理，那我覺得這個事情我們要先確認到底是未來這個提案是不是增加這個管道，以上。

主席

我稍微修正一下，是國發會提點子平台。現在承辦這案如果在提點子平台成案的話，是唐鳳政委辦公室的同仁來做整個協作會議的實

錄。這個案子我們向行政院唐鳳政委辦公室報告，他們認為只要成案就要進行協作會議，利害關係人開好幾回合協作會議討論。我們跟他們爭取其實這個案子，我們類似的提案太多了，且本來就有一定的程序在走，所以不認為這個案子需要另外再開一個會議、再進行協作會議，那是疊床架屋。所以他們後來同意就走我們的程序，我們也同時不斷的跟他們表達，其實我們的申請管道是暢通的，類似這種提案應該建議轉到我們的系統裡面，我們都會受理，不會因為誰來建議我們就不受理，因為公家機關受理了就會錄案，這個我們有跟唐鳳政委辦公室做說明。我們希望以後就是都能夠循這個途徑，反正程序都一樣，過程也都是非常公開透明，而且是各種身份的人都可以一起來討論。請，朱代表。

朱代表益宏

針對我剛剛的問題就是說，到底未來循這個提點子平台這條路，還走得通走不通？這個我們要有一個結論啦。

主席

好，那這個案子因為跟本案...，本案是要討論加護病房營養照護費，朱代表的建議列入臨時動議好不好，成為一個案子再做一個決議，但是我們現在先討論本案，這樣可以嗎？

馬代表海霞

程序問題我是建議，我們既然有錄音了，那國發會那邊就不要採用我們的錄音就好了，這是我的建議，為什麼還要再錄一次。

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

給我們很大的壓力。

主席

我們的壓力比你更大，我們已經連續開了兩次專家會議。

馬代表海霞

我是覺得不是壓力的問題，而是我們公開透明，就要相信我們，不要再錄一次。

何代表語

主席。

主席

請，何代表。

何代表語

主席，各位代表，第一個，因為現在政府已經開放為公民提案權，那我認為公民他有權力提案，既然公民提案權有達到政府規定的標準，達成提案權的程序過程，政府就要接受，可是政府接受今天提到我們這個會議來，我們要不要讓他通過，是在座所有人來做決定，如果在座認為這案我們沒有必要給他加護病房營養照護費，就否決掉，那也可以同意通過給他一些加護病房營養照護費。提案權是公民的提案權，政府他是因為要接受公民提案權的一個平台，所以他必須把案子提出來，提出來今天要不要通過，實際上在座的可以做成決定，我們可以把這個案子全部否決掉，就是可以否決，公民有提案權，我們有否決權，大家不要忘了，你們今天來到這裡有同意權跟否決權，同樣可以否決掉。

另外一個我要再請教的就是說，我們在去年有編一個，醫療成本指數改變率裡面，有拉一個 9 億多作為加護病房的費用，那這個費用用完了沒有？我想了解分配完了沒有？這是第一個。

第二個在這個案子裡面，寫初次照護費 360 點、追蹤照護費 240 點，這個點值怎麼算來的，這個等一下我要瞭解。

主席

等一下，何代表，我們還沒有進入這一題，大家都還在程序問題，先不進入內部討論。大家提程序問題都是在說國發會提點子這樣程序進來的案子，以後要用什麼樣的方式來處理，這個案子我們列入臨時動議案。本案已經成案了，我們還是要進行，這樣可以嗎？

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

我想請問，本案的...

主席

本案剛剛有一個問題是哪一個單位要實錄，那現在我們這邊有錄音，他們那邊是實錄，現在馬上就在寫了，既然已經走到這裡了，我們的專家會議也是讓他們這樣做紀錄，而且他們人已經到場，所以我們這一次必須這樣來進行。

但是有一點跟大家報告的是，他們的實錄不會寫吳國治醫師講什麼什麼，他只有寫某人講什麼，不會列名。但是我們的實錄會寫吳國治醫師講什麼。這樣可以嗎？大家比較關心的是，名字會不會在上面，講的內容會不會出現，對不對？反而我們的實錄是吳國治醫師講什麼，黃振國醫師講什麼，因為他們都不認得你們，所以他們沒有寫，但是意見會寫，就是有一個人講什麼。

吳代表國治

到時候我們的逐字稿給他們就好。

主席

我們的逐字稿也是...

吳代表國治

逐字稿我們會確認。

主席

他們也會給你 check，他們速度很快，你可也以修改到你覺得 ok，他才公開，然後吳國治醫師的名字也不會出現，這樣大家放心了嗎？

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

我剛剛除了程序問題，我還認為，剛剛如果主席沒有講，我們根本不知道國發會還派人來。

主席

所以我才要先講。

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

所以這個給我們很大的壓力。

主席

所以我先講只有這一題才這樣，其他跟加護病房營養照護費無關都沒有。

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

請問今天這個案子的提案單位是誰？

主席

等會兒會介紹，我們還沒有進入，現在在講程序，我們先把程序解決我們就要進入本案，可以嗎？

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

所以今天健保署接受這個案子，等於是受到上面的特別指示，然後收案。所以這個例子一開...

主席

但是這個案子已經成案了，而且如果我們不這樣做，要為這個案子另外再開大會，而且要開好幾回合的大會，程序就是疊床架屋，因

為那個大會開完了還是要進到共擬，他才能夠進到我們支付標準修正流程。

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

要開什麼大會？

主席

就是要把可能的利害關係人一起開會。

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

不要這樣，搞什麼鬼啊。

葉代表宗義

我認為國發會，文應該是給衛福部，為什麼是給我們？

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

對啊。

主席

因為這個案子本身就跟本共擬會議有關。

葉代表宗義

第一個已經有關，第二個我們有權把他承受這案，也有權把他否決掉，但是他沒有權要求我們錄音給他，這兩碼子事。

主席

跟代表報告一下，基本上協作會議就是全程實錄的，如果我們不爭取說我們本來就有程序這樣走，我們可能還要為這個案子，可能要再開三次、五次的大會，然後之後再進到我們這邊真正來修改，會變成開更多場。因為其實邀請的人都是非常接近的代表，所以我們才跟國發會爭取，我們內部是 open 的，類似像這種東西太多了，不會只有

這一題，我們經常在討論這種提案，本來就可以進到我們系統來。事實上是這樣子，但是因為他已經成案了，所以跟各位代表報告這案今天必須要討論，好嗎？那大家釐清了，最後一個了好不好，請，謝代表。

謝代表武吉

國發會對我們是很關心啦，對老百姓很關心，也是非常感覺上是很感動，所以我是覺得說，國發會今天又派人來到這裡，又全程錄影。

主席

錄音。

謝代表武吉

這樣子對我們所有的代表，有一種嚴重的壓力，這種壓力是比某一個單位還更嚴重的單位，這是不對的方向，所以我是感覺上，既然跟國發會這個公民平台，有這個平台是很好，但是你要照正常的路來走，以後我們如果國發會在這種狀況的時候，是不是也一樣直接在這裡提案討論？

主席

好，我們剛剛有把這個事情拆兩塊了，一個是我們臨時動議，有一個案子來討論，以後類似這種案子到底要用什麼態度，我們也可以讓代表來討論，得到一個結論。

但是本案因為已經走到現在，而且是成案了我們才知道，所以我們今天因為這個案子後面的會議紀錄裡，這已經連續在專家諮詢會議中討論兩次，有結論才提到共擬會議走法定的程序，所以如果我們大家沒有太大的意見，現在就開始進到這個提案，好不好？還有？

吳代表國治

我建議一下，不要臨時提案了，剛剛講的東西就是做成附帶決議，

這樣才有威力，現在這樣不痛不癢，誰知道是不是針對這個程序。

主席

本案先討論完後再討論。

吳代表國治

在這個題目案先討論完之後，把剛剛主席提到的做為附帶決議，讓他們帶回去參考就好。

主席

好，那先討論本案，然後本案討論完之後，以後類似這種案子要如何處理就徵詢大家的意見，作成一個結論，這樣好不好？好，謝謝大家，那我們就進到本案，請宣讀。

好，謝謝。相關兩次專家會議討論的重點，請大家看討 1-7 頁及討 1-20 頁，就不再占用大家的時間。本案今天到場的是中華民國營養師公會全國聯合會的金理事長，還有本案提案人是聖馬爾定的營養師尤偉銘。補充說明就請金理事長說明。

金理事長惠民（中華民國營養師公會全國聯合會）

所有與會代表，剛才聽到大家的發言，很抱歉造成困擾！事實上因為我們營養師職類過去從來沒有參與過這樣子的會議，這次是因為我們有一位醫院的營養師，因為比較年輕，所以他是透過所謂的提點子公共政策參與平台提案，當初提了這個案子之後我們公會也才知道這件事情，因為需要 5 千人連署，其實 5 千人不是一件很容易的事情，當初尤營養師自己都覺得過不了要放棄了，不過後來就是因為我們公會會員覺得是我們自己營養師的權益，我們才協助他，讓這個案子可以成立。

現在經過兩次專家諮詢會議的討論，目前就是健保署所整理出來的共識，也就是現在大家看到的。其實我們營養師進入 ICU 照顧病人已經有三十多年的歷史，過去也從來沒有想過說，我們進 ICU 應該要

有 ICU 的給付，我自己是後期才知道這個消息，其實我原來不是理事長，我是這幾天才交接的。最近是因為聽到藥師公會他們也有申請 ICU 的藥事服務費這一類的給付，我們才突然驚覺到，為什麼我們營養師都沒有，剛好又有這個提案，所以我們才會很積極的協助處理這件事情。

事實上我們在前兩次專家會議，我們營養師公會，以及營養學會的一些代表，大家非常感謝很多 ICU 的相關醫師，或者是小兒科的醫師，甚至是院長級的，他們也都非常認同營養師，甚至納悶為什麼營養師跟醫師是一個團隊，在醫院工作這麼久，居然沒有給付，他們也覺得奇怪，好像是我們是醫事人員最後一塊拼圖！我想我也不浪費時間，就是請大家可以就這個議題來討論，初次訪視 360 點是經過很多次的評估推估出來的，那可能大家沒有機會仔細看他的紀是按照醫事人員每一分鐘平均薪資乘上營養師針對重症個案每訪視一次病人的平均時間數推算出來的，謝謝。

主席

好，再來請尤營養師。

尤營養師偉銘

主席、各位代表還有專家大家好，我是天主教聖馬爾定醫院的臨床營養師，很感謝就是有這一次機會，能夠到這麼大的共同擬訂會議，來提出一個加護病房的營養照護費。那健保給付的精神，應該就是有做事的話，應該會有一些 payment 給我們，可是我在臨床上面做了將近快 10 年的時間，發現到其實營養師就是長期在病房跟加護病房裡面協助醫師，去評估病人應該要吃什么，應該要吃多少，跟他後續出院的時候，應該有那一些營養照護，能夠讓他在醫院跟出院之後，能夠康復的更快更好。

可是後來我發現到在醫院裡面，並沒有比較適合的費用，也可以說沒有任何費用在營養師身上，於是就希望有一個管道，可以來提出

營養照護費這件事情。但我不曉得說我可以從醫院，請醫院的醫事部直接申請就好，但我不知道，所以我只是從我知道的管道，就是國發會這邊來提點子，我也沒有想到就是有機會成案，因為 5 千人裡面應該都是營養師，幾乎占台灣半數的營養師都希望能夠把這個議題，納入到這個會議裡面來，謝謝很多代表剛剛跟我們說的一些過程，我以後絕對不會再從這個流程進來，我會從醫院的醫事部裡面，請我們的類似像院長、副院長跟醫事部溝通之後，再提新增案，而不是從一個很不一樣的地方進來，造成大家的困擾，謝謝大家。

主席

好，謝謝，我們本案就提請大家討論。請富滿，再來是玉華。

林代表富滿

請問在討 1-28 計算的人次裡面，是不是每一個住 ICU 的病人都會有營養師去會診或去評估？因為那個次數，好像每個住進去的都會，這邊本來規範是 7 天以內只能追蹤 2 次，7 天以上只能 3 次，後面又有一個全案新增，住 7 天跟 11 天的那個次數，每一次都有預估費用，這個要請教。再來第二個請教是，為什麼是住院超過兩天才開始給付，有沒有文獻依據，為什麼一定要超過兩天？

主席

好，富滿這個意見等一下再一起回答，請玉華。

嚴代表玉華

我大概有兩個問題要請教一下，第一個就是有關支付點數，初級照護費跟追蹤照護費的 360 跟 240 的成本分析是怎麼出來的？第二個是適應症的部分，為什麼界定 1 歲以上跟未滿 1 歲，這部分怎麼去切割，我有去看專家會議紀錄，在會議記錄裡面，沒辦法明確釐清？然後稍微給聖馬爾定營養師鼓勵一下，因為很有勇氣到平台去提這樣的提案，謝謝。

主席

先請朱代表，再來紀醫師、再來何代表。

朱代表益宏

在專家會議的討 1-21，就是第二次專家會議有個結論，那我想第一個我想請教一下，就是承辦的資格，是營養師公會全聯會還要去做另外一個認證嗎？還是取得營養師證照就可以執行相關的費用？如果說要另外一個認證，這個標準我們就要把它寫出來，透過什麼樣的標準，什麼樣的認證。如果說他只是要去認證，變成一個空白授權，那這樣子我覺得不好，因為是牽涉到支付，所以那個要非常明確，這是第一點。

第二點就是，因為在專家會議裡面有提到說，營養師公會全國聯合會，要考慮到偏遠的地區營養師人力，那這一部分要怎麼解決？怎麼樣去做連結，怎麼解決？萬一偏遠的地區他有地區醫院，但是營養師人力缺乏的時候該怎麼辦？第三點就是，這個案子如果通過，那我覺得必須要去註記，就是他的來源是透過那個平台，而且未來也不宜作為提高醫院評鑑的設置基準，這個我覺得要把他寫清楚，要把它寫在會議的結論裡面，就是專家會議的結論，不是我的結論，謝謝。

主席

謝謝。再來紀醫師。

紀代表志賢

針對剛剛朱代表講的第二跟第三點，健保既然是有給付，那事實上就跟品質有關，那就應該會跟醫院評鑑有關，所以為什麼不宜列入評鑑標準，這是邏輯上的，希望能夠理解。

主席

好，謝謝。再來何代表。

何代表語

我還是剛才要提出來的，第一個去年有 9 億多的，從醫院醫療成本指數改變率撥了 9 億多給加護病房的費用，9 億 5 左右印象中，前年是 60 億重症病房，去年是 9 億加護病房，今年 12 億是急重症病房，那這個分配是不是重症病房 60 億，加上這個加護病房的 9 億多，跟今年的急重症 12 億多，是不是合併在做分配的工作？那分配的金額還有多少？這是第一點。

第二個剛才代表有提到，360 點跟 240 點是不是都有計算得來的點數？第三點我認為此案的點數費，列入年度的總額裡面，還是要未來由專案去支付，我是想先確定今天如果通過這案，這個錢的來源是要從他的總額去分配點值給他們，還是健保署這邊在其他預算裡面有哪一項可行方面的，還是要由這個醫療成本指數改變率的金錢來做這些？

另外一點，未來增加的這筆費用，是要列入基期裡面還是不列入基期裡面？最後一點，今年的總額協商已經完成，並沒有協商營養師提高費用的經費，假使這個案今天擱置掉，我們明年的總額裡面，再來列這一個專案給他，要不然每個人都會想辦法，透過這個公民提案平台來要，那我看其他類別的醫事人員都可以提出來，那現在 5 千人是很容易的，親戚朋友同學爺爺奶奶叫一叫，就超過 5 千人以上了，所以我覺得今天要慎重考慮這個案子，錢從那裡來，錢從那裡去分配？有那些錢可以分配？我想今天要弄清楚。

我認為紀錄都沒關係啦，反正我每天都上電視在叮嚀政府的政策，我不會怕的，所以你可以把它紀錄得很清楚，我的問題就在這裡，合理的就給，不合理的我何語是反對到底，死都反對到底，謝謝。

主席

還有沒有？羅院長，再來謝院長。

羅代表永達

剛剛那個何代表所提到的，因為這個國發會的平台，我們每一年講的低推估跟高推估，不都國發會的嗎？所以今年假設即使同意，但是我們沒有錢嘛，那就明年請國發會在跟我們談低推估跟高推估的時候，另外編列這邊專款給我們，那這樣這個錢才有著落阿。因為就像剛剛何代表所提到的，我們 108 年去年就提了，根本就沒有這個錢，大家也就想到可能會有排擠效應，所以真的是建議說，今天討論的這個細節裡面，是不是可以暫時討論，然後等到明年，既然是國發會的平台，他加一個專款給我們，那我們就知道，這個東西我們要用怎樣的角度來看這個案子，以上。

主席

好，謝謝，然後謝代表。

謝代表武吉

剛才何語代表還有羅代表，他們兩位都表明非常得清楚，錢從那裡來、該怎麼做，要說清楚。但是我是覺得說加護病房營養照護費，接下來適應症裡面，1 歲以上入住 ICU 超過 2 天的個案，還有未滿 1 歲入住 ICU 超過 2 天的個案，須由醫師會診，這個我感覺你適應症的處理方式，我感到非常懷疑，難道這些 1 歲以上，超過 2 天的不必要醫師嗎？你們這是營養師嚴重來藐視醫師的存在，那 ICU 是全部都是營養師來照護嗎？不對嘛，那應該是要共同合作，而不是寫這適應症的範圍，我覺得這寫的非常潦草。

再來申報次數，本案最多申報 6 次，同時申報 1 次，那 7 天內初次照護費、追蹤照護費 1 次到 2 次，這樣算一算，頭尾加總起來，這些很麻煩。

再來何代表也有講到，360 點的基礎，是怎麼算來的，240 點的基礎，是怎麼算來的？沒有人知道，這樣的話是對我們這些代表表示公平的處理方式嗎？公開的對待方式嗎？沒有非常公平吧，既然我們現在政府就是要走公平正義，我們就是要公平正義的方式來處理才對。

主席

好，馬代表。

馬代表海霞

我是想請教一下，第 6 次的專家會議裡面，結論裡面有寫到，未滿 1 歲的須由醫師會診，那 1 歲以上的並沒有提到醫師的會診，所以我這邊想請教一下，當時討論不論是不是在 ICU 的病人有沒有需求，一律都要有營養師的照顧，那它的依循是什麼？不論他有沒有需求，都要有營養師介入照顧的，這個依循是什麼？謝謝。

主席

好，還有嗎？再補充。

謝代表武吉

那我想請教一下，當然這個是因為在 ICU 一般所見到的都是沒有辦法進食，也有一些是能夠進食一點點的，如果是這樣的話，我們在醫師的處方，是不是營養師的權限超越醫師處方的權限？這是不是有違反醫師法的疑慮，我們要考量一下，所以整體的這個案子，應該要營養師和醫師好好的來研究這樣才對，不是這樣來做，這樣好像很籠統，這樣人家看沒頭沒尾，不知道怎樣處理才好，沒辦法說了。

主席

好，謝謝，還有嗎？葉代表。

葉代表宗義

我想請教一下，營養師的薪水是向誰領的？那他應該要跟醫院請求，怎麼會跑到這邊來，我這是第一個問題。越權了嘛，當然我很同情營養師，既然提出一億多，通過不通過這倒沒有什麼大事情，但是我是講體制上的問題，他將他的老父母的權力跨過去，跑到這邊來啦，當然這個問題，我們未來一定會特別注意到這個問題，而且錢的問題，

錢也是在總額預算裡面分出來的，那總額預算如果沒有這個錢，當然他也沒有辦法來分擔這個錢，錢是最重要，沒有錢什麼都沒辦法決定，總額預算是我們9月份嗎，9月份是不是你們醫院協會這邊有些案子提出來，或許如果能提出來，才有辦法解決，那他們營養師應該要跟你們談才對，不是跟我們在這邊談，這是我的想法，不曉得對不對，但是我還是同情營養師，因為畢竟都是醫師。

主席

那，再來這位是朱代表。

朱代表世瑋

主席及各位先進，我是物理治療師，物理治療師公會全聯會朱世瑋第一次發言，其實剛剛何代表也有cue到我，因為我本身也是醫事人員，其實ICU不管是在pediatric，還是在神內的ICU，我們PD進去的次數也算蠻頻繁的。我是覺得我會站在醫事人員的立場，其實你有付出當然會有一定的income，我覺得這個道理是不變的，因為畢竟你還是有付出，但我會覺得就整體照護來講，因為我們也是經過consult才能進去，因為像我們一直在爭取，在美國很多地區我們PT是不用diagnosis，就能夠自己下診斷自己做，但是在台灣其實我們都是要經過醫師的，這個我講真的，這個是不可諱言，但是這個假如是在健康人，或是一般在外面的門診的部分，我覺得還有討論的空間，但是我覺得在ICU我覺得沒有討論的空間，我覺得這個要尊重主責的醫師，他認為有營養的需求，你們營養師再進來，我覺得這個才是真的屬於，而不是我有病人，我營養師就介入，我覺得這對整個團隊是比較不尊重，因為你還是要經由醫師去討論，到底你要怎麼去做規劃，就包含謝院長提到，這個到底是可以feeding還是不能feeding，我覺得這個部分可以去討論。

第二個其實我可以建議，因為之前我們有經過很多途徑去爭取，包含PT一些我們希望要求的支付標準的修訂，假如是今年真的沒有這

樣的預算，或是沒有這樣的費用的話，其實我倒覺得可能要把這個案子挪到明年再來討論，有這樣的費用協商的時候再進來討論，因為這樣應該會比較合適，不然我覺得這樣的討論，其實比較不容易有結論，以上。

主席

來，請朱代表。

朱代表益宏

這個我也要請教，因為在討 1-20 的專家會議的會議紀錄，特別有提到，小於 1 歲的小朋友，他說大部分都是由小兒科醫師來負責，事實上是不需要營養師的介入，這個是專家的意見，所以我覺得這裡去訂小於 1 歲，營養師也要介入，或許真的是要考慮一下，因為專家都認為，那個其實都是靠小兒科醫師，直接去做相關的處理，所以這裡草案寫到說，小於 1 歲是要由醫師會診，但是醫師會診以後以現況的臨床照護，事實上不相符，我們所謂的會診是營養師請他來提供營養意見，但是照專家的意思不是這樣子，是照小兒科醫師就直接處理相關的，根本沒有會診的空間，所以這部分，我要把專家會議的內容也跟各位代表報告，請大家在討論這個案子的時候，真的要考慮一下，1 歲以下到底適不適合營養師的介入，謝謝。

主席

好，謝謝朱代表。是不是大家的意見都表達了？何代表。

何代表語

我最後再表達一點意見，因為像我們付費者其實搞不太清楚，醫院裡面有多少種專業類別的人，我們都不清楚，那今天我要講的，營養師全國聯合會的理事長，完全不盡責任嘛，非常完全不盡責，我當健保會委 11 年，從來沒有接到一通電話說，我們營養師在醫院裡面也扮演很大的角色，你們也幫我們爭取一下總額的分配，從來沒有，那

我們怎麼會知道在總額分配的時候，像我就很單純，像我剛才也講過，前年從醫療指數成本改變率拉了 60 億給重症病房，那我不知道重症病房有那些人，只是重症病房，既然有拉 9 億多給加護病房，我不知道加護病房配比有哪些多少人，今年有 12 億要給急重症病房，我們也不知道急重症病房，配比裡面有多少人，有營養師、物理師、復健師等等，我們也弄不清楚，我們只是這樣子提出來。但是你們基本上有一個組織，這組織是應該經醫療團體提出來說，你們在爭取每年度的總額預算的時候，也應該幫我們爭取一點費用，這是正常管道。

當然剛才各位先進講了很多話，那現在就是說提出來，我不知道健保署，一直請教說你今年這 3 項，60 億、9 億多跟 12 億都分配完了嗎？如果你沒有分配完，後續要分配的話，有沒有這筆錢去分配給他們，如果健保署說我有這筆 1 億多錢可以分配，還有另外一點，我說給加護病房營養照護費，那麼急重症病房的營養照護費要不要給他，還有重症病房的營養照護費要不要給他，如果你要給加護病房，也應該要給重症病房，也應該要給急重症病房加護照護費，都要一起給，不然這個以後裡面會吵架，加護病房的營養師有營養照護費，重症病房營養師就拿不到，急重症病房的營養師也拿不到，那就很不公平，所以我覺得健保署對這個錢的來源，等一下能夠回復我，我們在分配這些 60 億、9 億多跟 12 億的，還可以分配一些，那我想不只 1 億 3 千 6，你可以不可以分配到 3 億、4 億給全國的營養師，這也是我的看法，我是講的比較理性一點的觀點，不能說某些營養師拿到營養照護費，某些營養師全部沒有，像上次你們提出來在分配說 5 億給那個藥師的處方箋，每個處方箋都幾塊錢，我們都很支持啊，要雨露均霑，不能說這些藥師可以拿到，那些藥師就拿不到，所以我的建議是這個觀點，錢的部分先，有錢就好辦事。

主席

好，葉代表。

葉代表宗義

我也附議何語，其實這個問題我也非常同情營養師，因為以前每一屆的總額裡面，護理師公會每一次都拜託，每個都非常得辛苦，後來也搞到 20 億，後來很多護理師你問他，到底有沒有拿到錢，他們都笑笑地，我們也不曉得啦，當然我們盡到我們責任，在座我們都很尊敬，但是我們付費者，我們工商團體，我們付錢付最多，講話也講最多，但是我希望說一個管道，因為你們考核的什麼東西還是在醫院，醫院要給你們錢，那是在醫院，有沒有錢分配是在我們署裡面，這個問題以前有護理師的存在，那麼如果給了，未來一毛錢都沒拿到怎麼辦，我們這些人再怎麼解釋這個問題，又發生了問題，當然我認為錢是一個問題，但是也不能超越你們醫院的一個制度上的問題，當然我們是說整個醫療體制，整個所有的人，每一個人都非常盡責的做，為我們全民服務，這是我們最大的榮譽，謝謝。

主席

好，謝謝。請問大家對本案還有沒有意見？大家的意見我們現在就要來一一處理，那我們先請營養師公會全聯會，有沒有針對大家的意見要回應的，提案人尤偉銘先講。

尤營養師偉銘

謝謝各位代表給我們這麼多的建議，那我在這邊一一的回復，我想先回復我們的何代表，因為我發現到何代表問的問題，幾乎是很多人的問題，我相信何代表一定是非常的健康，因為健康到在醫院可能都沒有機會看到何代表，我們今天認識了之後，之後一定會拜會何代表，因為我覺得在醫院裡面見到大人物是很不容易的一件事情，真的是大人物，因為我在節目上面常常看到你，但是我在醫院從來沒看過。

先回復第一點就是我們點數 360 跟 240 怎麼來的，我們營養師在醫院裡面做評估的時候，評估一個病人在加護病房裡面，他應該使用什麼配分，他應該要吃什麼，他身上的生化指數等等的一些評估下來，初次評估所花的時間一定是最久的，所以他給付的點數是按照健保署，

還有我們推估的預算，大概是 60 分鐘到 50 分鐘內所需要花的錢，大約就是 360 元左右，然後追蹤為什麼會是 240 點的原因，是因為當我們初次評估完之後，當病人他第一次吃東西的量，第一次並沒有辦法灌食那麼多，所以第二次我們一定會在 1 到 2 天內，到底他吃的東西有沒有辦法符合到 70% 這麼多，所以我們不需要像第一次評估花這麼久的時間，而是在追蹤說他有沒有需要更改配方，比如說是不是需要一些元素配方，或是流質配方，把它改的更容易消化，所以他花的時間比較少，所以不會像初次評估的費用這麼的多。

那至於說為什麼會有 7 天內初次評估 1 次，追蹤 2 次，7 天之後會有追蹤 3 次，最主要原因是因為加護病房的病人，他的病情變化很快，不管是腹瀉還是電解質異常，都必須要不斷的去追蹤，不斷的去更改配方，才有辦法支持他在加護病房裡面的營養需求，所以 14 天內我們一定會短期間去讓他能夠達到他該有的營養需求量跟進食量，所以才會有這麼多次的追蹤，但是實際上這些費用並不是很高，因為我們在兩次的專家會議裡面，其實費用是一直在往下修，一直往下修，那修到最後是所有專家認可，然後健保署也認為說這樣的經費是足夠的，而不會超過健保署的經費預算，所以才會有這 7 天內 3 次，7 天以後又 3 次的費用，大概是這樣子來的。

再來是朱代表說的我們人員的規範，中華民國營養師全聯會應該是目前我們台灣最大的營養師團體，大部分的營養師，全台灣差不多有接近快 1 萬位的營養師，都是這個公會裡面的會員，所以說由這一個全聯會來認可我們加護病房營養師的資格，我覺得所有的營養師應該都會同意。

那後續的補充，我就交給我們全聯會的理事長，但我要先說明一下，我們全聯會的理事長並不是說這 1、2 天內才上任，他是我們前兩任的理事長，今年理事長退任之後，他又繼續再出馬，來接任我們理事長，所以他這次應該是第三任理事長，而並非這 2、3 天才上任的，所以後面的回答，就請我們金惠民理事長，跟各位代表報告，謝謝。

金理事長惠民（中華民國營養師公會全國聯合會）

不好意思，讓大家花了很多的時間，我想我也先簡單自我介紹一下，我是從輔仁大學畢業，之後就直接到三軍總醫院工作了31年，這中間我有出國公費進修拿到碩士，後來轉任台北市立聯合醫院，3年前退休；我在6年以前曾經做過2任的理事長，更早之前擔任過台北市營養師公會理事長。大家可能會覺得很奇怪，剛剛何代表也提到，怎麼從來沒有營養師來跟代表們討論我們營養專業的臨床給付？大家可能不知道，護理在我們醫療體系裡面，她們是我們10倍以上的人員數，她們其實是很有組織，也常常有機會在很多場合都有代表出席，所以很容易就反映問題，但在醫院裡面營養師人數少，工作愈來愈忙，整體而言是非常弱勢的。

我在40多年以前進醫院的時候，各方面都是才開始建置，台灣非常多的營養師其實都是到美國或歐洲進修回來的，將從國外那邊學回來的一套，在台灣逐漸建置，這十年來營養師的工作，增加了非常非常多的內容，但是在醫院基本的人力設置，幾乎幾十年都沒有什麼動。約在十年以前，那時候我也是全聯會理事長，我們有醫院設置基準的一次調整機會，過去ICU從來沒有規定要用任何一個營養師，僅僅是一般的急性病床每100床需聘用一個營養師，但十年前那次調整，醫院設置基準已經規定30床ICU就必須要用1位營養師，如果是15床就用0.5位，依比例計算。我還記得謝院長也在那個場合，營養真的是很小的一部分，再增加也增加不了多少人，那時大家都會定睛在護理人員，因為他們只要護病比一增加，對每一個醫療機構，都是很大的人力壓力。所以我們營養師其實已經做了很久，但是大家都非常忙，從來也沒有注意到給付的問題，在此先說明。

剛剛有代表提到為什麼是2天以上才給付，事實上在ICU住院，如果兩天就可以離開ICU的，多屬於輕症，譬如說做心導管，觀察overnight之後，可能就出去了，所以專家們覺得應排除，當然也有考慮到整體的經費，2天以內的會排除到ICU總人數約50%，之前重症

學會的副祕書長估計排除 2 成，後來精算之後是大 5 成左右，之前我們有提出依照 ICD-9、ICD-10 去設定營養照護的適應症，我們營養師公會全聯會為了這個案子，曾以 google 表單問卷調查，全台灣超過 300 位的 ICU 營養師回復我們，其中有 18 位負責 PICU，幾乎成人的 ICU 已經都是全面訪視，尤其是醫學中心，這也是因為在醫院評鑑裡面，已經如此在要求了！醫院設置基準有人力聘用，在評鑑也就已經要求要全面訪視；最近醫學中心的 ICU 評鑑已經規定 ICU 的每週 4 次查房，必須有 4 個職類的醫事人員共同參與，因考慮到營養師人力比較吃緊，所以是規定我們一定要參與至少 2 次的查訪！所以在評鑑相關的品質要求裡面，一直都有在描述營養專業的需求，我們也一直在配合執行。今天也有代表提到給付費用會如何使用？醫院本來當然就有付薪水給營養師，可是醫院花錢請了營養師，營養師卻沒有收入進來，我覺得這對醫院來講是不公平的，對任何一個職類而言，如果你沒有幫醫院賺到應該有的收入時候，那在很多的場合都沒有爭取權益的空間。在醫院工作非常辛苦，要應付各式各樣的評鑑，paper work 多到無法承受，有時候因應評鑑，從一年前就開始管制你不准出國，不准請假...，大家都非常非常忙，營養師也一直在流失。我們既然已經做了數十年，醫院也花錢請了營養師，但是對醫院來講此部分卻沒有 income，我覺得大醫院沒有問題，我們的品質還是一樣可以維持，我們的教育訓練也是不斷的在執行，但對於比較偏鄉的中小型醫院，花了錢請營養師，但卻沒有任何 1 塊錢的收入，你們就曉得，其實這是很現實的問題，作為教學醫院的評鑑委員，我們是會觀察到有一些我們認為病人營養照護的品質是不行的。我回到剛才有一個代表提到，我們現在有將近 1 萬人拿到國家考試的營養師證照，還需另外認證嗎？這就有點像醫師一樣，通過國家考是的是只是一般性的營養師，營養師有的是從事供膳管理，有的是做社區，長照系統現在也很多，但是以 ICU 需要照護病情複雜的重症病人，以我過去在三軍總醫院的經驗，如果沒有 7、8 年的經驗，我是不可能把 ICU 放給訓練不完整的營養師去負責的，因為 ICU 就全部都是重症的病人，是處在一個 acute 的狀況，有 sepsis 及多

重器官衰竭的風險，營養支持的途徑、營養量的調整、併發症的配合處置相當複雜又棘手！實證文獻非常多，營養師一直參與台灣 ASPEN-靜脈腸道營養支持醫學會，跟重症醫師有很多的合作，也是伙伴關係。另外就是重症醫學會，也都是我們有很多互相往來的醫學會。

那剛剛有代表提到 360 點跟 240 點的給付；為了這部分，偉銘營養師等花了很多時間收集美國和日本的給付資料，我們的費用規劃大概只有他們的十分之一，大家也都知道健保有總額的限制，所以目前是以時間來看，剛剛偉銘講的時間是譬如說營養師一早到了辦公室，會就自己負責的 ICU 病房進電腦查看，有哪些床是需要馬上去訪視的新入住病人，或是之前評估過需要去追蹤的，前置作業每位病人我們只估計 5 分鐘的時間，第一次訪視的時候我們要執行完整的營養評估，然後確認營養問題及營養診斷，然後需要規劃並執行營養處置，ICU 裡面吃的病人非常少，很多會使用到靜脈營養，TPN 或 PPN，營養師進 ICU 有一個很重要的功能就是盡早讓病人使用「腸道營養」，可以把 TPN 即早地 tapping 下來，這是可以省健保費用的，很多病人腸道功能不完整，是插鼻胃管甚至鼻腸管的，我們要配合醫囑開始一點一點的讓他試，挑個一個有實證基礎，病人又可以耐受的配方，讓他逐漸適應，當灌進去的量逐漸多的時候，醫生才敢把 TPN 逐漸的減量，這個過程可以防堵長期沒有食物進入腸道，導致腸黏膜組織萎縮，是我們在 ICU 裡面一個非常重要的角色，能夠由口進食的是非常少的。

剛剛有提到我們之前規劃的適應症，後來很多醫師都反對，說尤其成人的 ICU 已經是全面訪視了，就不需要再去設計適應症，醫師很忙，會增加麻煩的。至於 PICU，我們之前是希望尊重小兒科醫師，由他們會診！但專家委員裡，有兩位是我們小兒專家，一位是台大兒童醫院的院長，一位是馬偕兒童醫院的院長，他們後來都認為，PICU 還是由營養師直接全面訪視，但是一歲以下 new born 的 NICU 則由醫師決定；剛才我們有一位代表有提到之前專家會議的紀錄，小兒科醫師常常是自己處理病人的營養問題。確實如此！就像我之前提到的小兒專家院長，他也是常開玩笑，他也是我們營養學會的會員，我跟他也

曾一起出去評鑑，他也說明：1歲以內的小兒，有一些營養問題，小兒科的醫師就直接處理了，但有時候他們碰到一些需要用到特殊的 formula，並精算餵食量時，還是會希望營養師進來幫他們一些忙，這時他就會會診營養師；如果他自己可以處理，他就自己處理了，所以後來結論才確定：1歲以上的病人，一律不需要會診，但是1歲以下的需要透過會診，這是專家會議討論出來的。

那至於給付費用錢從哪裡來，剛剛何代表有提到，這就不是我們可以瞭解的，需要健保署來答覆。不曉得還有沒有什麼漏掉的。謝謝。

主席

好，請醫管組補充。

李組長純馥

剛剛何代表有提到去年針對重症護理品質提升這一塊，我們是有提升加護病房住院護理費，這部分預算是增加 3.72 億，那全日平均護病比加成率的調整是增加 6.14 億，這個其實是用去年非協商的經費，已經滾入基期了，今年加護病房營養照護費的預算是用新增支付標準 4 億的預算去支用，並沒有用到非協商，非協商的案子是下一案。

主席

等一下，剛剛的問題，基本上大概包括 360 點、260 點，後面都有附成本分析表，各位代表如果要了解怎麼算出來，可以看一下後面的成本分析表。另外一個就是本案我們把他視同新增診療項目，所以新增診療項目就是用今年的新增診療項目預算來支應。

有關如何支付，剛剛已經談過了，就是未滿 1 歲入住 ICU 超過 2 天的個案由醫師會診。這個是小兒科、新生兒科醫師自己提出來的。原因是他們說未滿 1 歲入住 ICU 的這些孩子們，大部分都是小兒科、新生兒科醫師就決定了病人的食物了，是不需要營養師的，由醫師全權負責。但是有非常少數是需要會診營養師的，所以在這裡才會寫「如

果是未滿 1 歲入住 ICU 超過 2 天的個案，就需要醫師會診」，營養師才進去。但是其他 1 歲以上入住一般 ICU 的，入住 ICU 超過兩天的個案，因為現在是所有的 routine 都是住超過 2 天，營養師才要進來，現在我們 ICU 住 2 天以內的，就是住不到 2 天的，占有 ICU 個案的 5 成，所以如果把這 2 天以內的拿掉，其實只有 ICU 住超過 2 天的，大概只有另外 5 成的人。依照醫院評鑑都是須由營養師進去做個案評估，所以我們才訂這樣的適應症範圍。

還有營養師全聯會這邊提出來的案子，他們初次評估跟追蹤評估所用的時間是不一樣的，所以在點數上就有一點區隔。住超過 7 天的，最多就是再給第 3 次就不再給了；如果住 3 個月、5 個月的也就只有這樣，這個也是一個上限的設定。

另外一個就是有提到，其實我們在專家會議也有提到說，有一些小醫院聘營養師不容易，在專家會議上就有做這個決議，本案如果執行之後，是所有有設 ICU 的醫院都可以來申報，當然前提是要有營養師。如果有營養師人力問題的醫院，營養師全聯會協助大家去找營養師來讓大家聘用。

至於大家提到說在討 1-21 頁，提到建議本項不宜作為未來要求提高醫院評鑑設置標準，確實我們專家會議有多位院長提出，往往健保給付之後就會變成醫院評鑑標準的要求，他們希望不要無限上綱，所以我們是把代表的建議錄下來，會後我們會轉給醫事司，但是我們不宜在這裡決定要如何做，因為設置標準及醫院評鑑等等，都不是健保署的職掌，所以我們只能建議，我們會轉給醫事司做參考，也把大家的關心轉給醫事司。

最後一項是，如果今天通過，他是用新增支付標準預算的專款。目前本案評估起來，可能需要的經費達到 1.36 億，我們目前還有餘裕，所以可以納入讓他提前生效，不需要再進入明年的總額協商，因為是新增支付項目的概念，以上。

羅院長、謝院長、然後何代表還有張代表，你還沒有發言是不是，那張代表先開始好了，他今天還沒有發言過。

羅代表永達

主席各位先進，其實我們剛剛有提到認證這個部分，每次只要一講認證就要上課、要考試，因為全國現在有 1 萬個營養師，以目前現在在各醫院的 ICU 起碼都好幾百人以上，那你用多久時間，你可以把他認證完，他如果一個月辦一場，不知道到年底能不能辦完，我都還很懷疑你知道嗎？

第二個，那個誰來認證誰，比如說這個學會裡面，比較有能力去看別人的能力嗎？所以由誰來決定他的認證，這是要考試的，大家看討 1-21 說他必須要筆試，而且這是必須要有十筆相關的資料，那誰考誰？

第三個，其實現在有很多已經在 ICU 裡面很久的時間，那這些人都沒有做其他的處理，他就是說也是要重新考，那這個人可能就像剛理事長講，在 ICU 裡面可能 10 年、20 年，那這些人都沒有做其他的處置。我擔心的是說，如果現在是 7 月底，如果按照一個月辦 3 場的話，一場可能要 2、300 人，否則到年底恐怕很多人，我們常常遇到這種事情，像復健科，居家復健的部分，我們從一開始都是秒殺，因為他這個將來如果有給付的話，每個醫院都開始眼睛，什麼時候可以開始報名認證，他是要筆試的，他也不是網路 learning，他是要筆試的，既然要筆試，筆試的話他一定要去參加某個地方的考試，這些東西在過去的經驗裡面都是非常可怕的，尤其是在比較偏遠的地區，比如在屏東，或是在台東，他能不能去那個地方參加考試，如果沒有的話就拿不到這樣的認證，所以我覺得如果要做的話，學會必須要承諾一些事情，在多久時間辦多少場，他的筆試內容到底是什麼東西，或者是你已經具備 ICU 裡面長期營養師的資格，我們怎麼樣來做處理，否則的話，單純一個認證兩個字，他後面所代表意義真的是後患無窮，每次那個費用對那個學會來講都是很大一筆費用，一筆 5 百塊錢就可以了，你

看幾百人，那這些都是增加很多的負擔，那你看這麼多人，這個其實是不太公平的，以上。

主席

好，那剛剛還有一位？那個何代表。

何代表語

主席，各位代表，第一點我想請教，如果今天通過，實施日期是要追溯還是不追溯？

主席

不追溯，就是預告、公告程序完成。

何代表語

第二點，剛才主席講的是要由健保署其他預算裡面...。

主席

是一般服務總額內的專款，今年已經協商過的新增診療項目專款。

何代表語

是醫院專款裡面 4 億去提撥嗎？

主席

對。

何代表語

還有這個部分你未來要用醫院的專款項目來支付嗎？

主席

因為我們每年都有編一個預算叫新增診療項目，一定會滾入基期，這個本來就在基期內的。

何代表語

那你明年 109 年也是要用。

主席

也會協商這個金額。

何代表語

也是用專款嗎？

主席

就是用一般總額內的專款。

何代表語

就是總額裡面一般的專項嗎？一般服務裡面的專項嗎？

主席

對啊，專項。每年都有這個項目，這個沒有在總額協商的時候，去把每項列出來。馬代表有意見嗎？

馬代表海霞

我對營養師的專業非常非常尊重，但是我個人覺得，評鑑要求的東西，跟健保的給付是兩回事，還有醫院的薪水都是兩回事，那醫院評鑑他有自己的要求，我是覺得比較不適合放在這裡面談。另外，我有看到營養師法，是有診斷、醫囑照護都有，就是在加護病房裡的病人狀況是比較不一樣，因為他一定是狀況比較不一樣，一定是狀況比較嚴重才進入加護病房，所以跟一般經過營養師就可以介入，這個情況是不一樣，這第一點是我自己一個想法。第二個是像剛剛主席有提到說，我們今年可以用醫院總額的專款來支付的話，那明年的協商如果不過的話，那又怎麼辦？那不一定啦。

主席

那已經進到基期了，進到一般服務的基期裡面。

張代表孟源

主席，我可不可以程序發言一下？因為如果你們大家都在討論要通過，剛剛的發言我全部撤回，不要列入任何紀錄。我把我的發言全部撤回。

馬代表海霞

我先把我的問題先請教完，所以到加護病房，你們每個病人都要去評估、去做紀錄等等都是要這樣的事情。

主席

好，謝院長。

謝院長文輝

我是覺得因為臺灣的狀況就是ICU的病人其實由主治醫師負全責，老實說治療如果沒治療好，要告也是告主治醫師，所以我認為要不要營養師來介入還是要主治醫師，由主治醫師認為需要就會診，至少在臺灣目前權責是這樣，所以我贊成張醫師剛剛講的，其實不管你是幾歲以下，1歲以上還是以下，主治醫師覺得有需要會營養師就會，我覺得這樣比較好，把責任釐清，不然事情沒有用好的話，會比較有爭議。

再來，這新增項目我也贊成，因為的確提高照護品質，也不會有問題，因為如果今天通過後，明年就滾入基期，就有預算了。現在就是說，在現行環境裡面，不管幾歲，因為都是主治醫師負全責，所有其他專科會診，也是主治醫師主導，他覺得能自己處理就自己處理，他覺得需要就會診，我覺得才符合現在目前醫療型態。

主席

好，謝謝，那還有嗎？先請雪玲，然後再來是富滿。

黃代表雪玲

我是要就是呼應一下羅代表剛提的，有關人員資格的部分，就是其實我們有一些 ICU 的營養師，但是其實經驗已經很豐富了，還要再經過認證，是不是在資格條件能夠有些放寬，甚至我們有些營養師其實都是老師級，那要進入 ICU 也不是說那麼容易，所以其實有一些其實已經很夠資格，是不是在資格條件可以放寬。

主席

好，來，富滿。

林代表富滿

我們營養師有給我一篇文獻，他們建議如果要讓病人的營養評估好，應該在 48 小時之內就要及早介入，所以我想問的是，假設這個病人，營養師在他住 ICU 第一天就進去評估了，後面住了五天，那這樣他第一天的評估費用可以申報嗎？

主席

可以，如果住 2 天以上就會有。

林代表富滿

所以就不會管要住 2 天以上才能申報？

主席

沒有，是 2 天以上的個案，才能申請初次照護費。

林代表富滿

好，謝謝。

主席

好，那還有沒有意見？來，何代表。

何代表語

我認為我們今天只通過加護病房營養照護費，我不知道中華民國營養師公會全國聯合會，你對於重症病房的營養師跟急重症病房的營養師...

主席

那就是加護病房，現在沒有什麼急重症病房，就是加護病房，只有加護病房跟一般急性病房。

何代表語

對，而我現在問的是說，你現在只給加護病房的營養師，那如果一般的重症病房跟急重症病房就不給？

主席

他就是加護病房。

何代表語

急重症病房就在加護病房？

主席

他就叫加護病房。

何代表語

那一般病房就不給？

主席

現在沒有給到一般病房。

何代表語

那未來如果一般病房，營養師再提出抗議的話，你們要不要給，我現在請教營養師公會。

主席

好，大家的意見都表達完了，那我們再特別邀全聯會說明認證好嗎？然後還有其他問題嗎？

馬代表海霞

目前我們在醫院需要營養師來的時候，是我們自費嗎？

主席

沒有，沒有。

馬代表海霞

病房內。

謝代表武吉

醫院付我們營養師錢。

馬代表海霞

病人有需求要請營養師也是？

主席

好，請全聯會金理事長。

金理事長惠民（中華民國營養師公會全國聯合會）

不好意思，剛第一回合忘記講認證的事情，其實可能大家所熟悉的醫院，多數負責 ICU 的營養師確實都是比較資深的，剛也有人提到都是老師級的，甚至有的工作都已經超過 10 年了，但是我們之前的專家會議確實也有一些醫師在提醒品質如何把關，我自己因為是教學醫院評鑑委員，全省跑過不少的中小型的醫院，確實有的時候，營養師可能剛剛進來，甚至 PGY 都還沒走完就直接去 ICU 了，可能牽涉到人不好找，有很多原因。

我們這次設計的考試，剛有一位代表提到了，時程確實很趕！我們之前就問健保署最早的可能什麼時候開始執行，那時候給我們答

案是 10 月 1 日，對於公會確實這件事是非常非常緊急的，所以目前在我們公會下面有一個醫院小組，就是全台灣的各級醫院的代表，我們都有討論這件事情；現在設計的是在公會網頁內有一個 e-learning 的頁面，我們邀請有 10 年以上 ICU 經驗的資深營養師，依命題範圍出題，預定整合為 50 題。我們會將台灣 TSPEN 去年整理出來的實證資料，就是重症醫學會跟靜脈腸道營養醫學會合出的一本中文的參考，它主要參考來源的美國 ASPEN，就是美國同等的醫學會 2016 年發表，跟歐洲的 ESPEN 2017 年發表的，以這這 3 份資料作為我們筆試的範圍。

我們預計出的題目，其實真的就是重症營養的基本功，我們會放在網站上，然後就請營養師直接上網去寫答案，我們還有資深營養師提醒考題要 random 更換次序，不然的話，大家都很忙，如果都 ABCD 照抄就失去意義了。我們就是讓大家上去看題目，不會就再下來讀一下，可以重覆上去考，所以我估計我們放上去後不到一個禮拜就一定要全部考出來，所以沒有要另外再辦教育訓練才考試。

考出來之後，我們會給他一個證明，之後就要送十份的紀錄，其實考試是最基本的知識，我們有營養師提出說考試過了不代表他的能力是夠的，所以我們仿藥師曾經提出來的，他們是每人要交 60 份實際在過去半年之內，照顧過病人的紀錄，提到藥師公會去審查，但是我們沒有這麼多審查人力，所以在專家會議上提出，我們只要求申請者在過去 3 個月照護病人的紀錄 10 份，代表他真的有在照顧病人，然後我們只要大概看一下。目前我們已經邀到 6 位資深的臨床組長，幫我們一起出題，然後我們會共同審題，所有出題的人共同審，看看有什麼問題。

過去我自己在考選部，大概有 20、30 年審查我們營養師考試題目的經驗，那我就會陪著他們一起來走這個流程，我們自己初審出來之後，會送我們相關的醫學會去複審，另外有關 PICU 的領域，我們會有 5 到 10 題放在網頁上給小兒 ICU 的營養師參考！不是考試，只是告知大家，這個是重點。這個時程我們已經全部規劃出來了，等到 10 份營

養記錄看完了之後，會給申請者一份 ICU 營養師的認證證明，憑證明至各區健保署登錄，那之後他就可以開始申請給付，希望不要擔誤到大家，能夠盡快爭取到這個經費，這是我們預計的認證過程。

剛有一個代表說他要回收他的發言，其實我也想趁這個機會回答他的疑惑。營養師進 ICU 已經是全球進步國家的現況，我們營養師所有的業務都是跟著西方國家在走，我們不會跑在最前面。事實上我們營養師進 ICU 也是全面的，這也是為什麼我們在專家會議的時候，各科的醫師，有小兒的，也有 ICU 急重症的，心臟的，很多科的醫師，他們都會提到，因為現在醫療體系大家都非常忙，如果你常規都在看了，讓他們再去開會診單很奇怪！如果我們現在要求一定要開會診單，那麼就會變成你反正就固定來看，醫師形式上再補會診單，覺得這是增加困擾。

那唯一當初想到的 PICU 想要會診，連我們兩位等於是馬偕跟台大的兒童醫院的院長都跟我們提，PICU 也不用，只要 NICU 1 歲以下會診即可；這都是專家們跟我們最後的討論，希望我們這樣子做的。事實上在 ICU 裡面是一個團隊，我想讓馬委員了解，ICU 裡面常規性的團隊，主治醫師一定是帶頭的，其實每一家醫院的設計不一樣，有的是當科醫師要進去，有的是 ICU 裡面有固定負責的 ICU 主任及醫師，是要全盤負責的，都固定會有查房。

ICU 裡面的成員都很重要，有一個專業是 RT，就是因為現在在 ICU 裡面很多病人都使用呼吸機，呼吸機的調整、要怎麼樣去脫離，這項專業是現在我們醫事職類裡面一個新興的科系，過去有的是護理人員轉任的，他們也非常非常重要，我們與 RT 有很重要的合作，對於使用呼吸機的個案，營養如何施予，如何調整才能順利脫離，這都有非常多的知識與經驗要累積。護理人員是一定不會少的。由於我是教學醫院評鑑委員，我常去很多醫院參加他們的 ICU 討論會，藥師、呼吸治療師、營養師都要參與。偶爾有些案例，社工師也會進來，碰到一些弱勢家庭，或超長住院，一直沒有辦法出去的時候，都是一個團隊共

同討論。主治醫師一定是一個 leader，他是發號施令的人，但是事實上現在醫事職類有各自的專業領域，醫師已經會仰賴不同職類的醫事人員，因為事實上是可幫他們分擔很多事，大家是一個團隊，我想這個是比較重要的。

剛剛我想馬偕的代表，我知道你們的營養課主任有反應，我們有通 Line，這裡提到的 2 天以上才「給付」，不是說兩天以後，我們營養師才去看病人，如果病人禮拜五半夜來，醫院禮拜六、禮拜天沒有臨床營養師值班的時候，很可能是星期一一大早的時候，就要趕快優先訪視，如果病人是禮拜一住進來，事實上第二天，營養師就已經全面都要看了，那營養師會看的 case，如果只是一個需要 overnight 觀察就離開的，我們當然就不要浪費時間，因為營養師要照顧的人非常多，所以我們照顧的病人，大部分一定會住院超過兩天的，不用擔心。

之前在專家會議時，重症醫學會的副祕書長一直跟我們提到，健保給付要求營養師一個禮拜可以有一次初次的訪視，然後大概兩天之內再一次追蹤，大概再兩、三天再一次追蹤，一個禮拜有一次初始的訪視，兩次的追蹤。有一些個案，我們是要一直不斷的調整他的營養量的，剛剛我們偉銘營養師有提到，因為重症病人的變化是非常非常大的，但是重症醫師專家強調，不是說健保給付一次你才看一次，營養師幾乎是要天天都要看病人的，對那種變化比較多的，一個團隊，及使醫師不查房，我們自己營養師也是要去依據其進步狀況調整灌食量的，所以其實這已經是一個全世界的常規了，我想這樣解釋，謝謝。

主席

好，兩位，蔡代表跟葉代表。

蔡代表麗娟

剛剛金理事長做個很多的解釋，我想我們都非常認同營養師在 ICU 裡面所扮演的角色，因為 ICU 裡面可能很多是有鼻胃管，或者是一些營養的介入跟支持是非常的重要。那現在剛剛其實已經好像有了結論，

我們願意支付這樣的一個營養師在 ICU 裡面的費用，但是營養師公會對於這樣一個給付，有沒有什麼樣的監控指標，去看有了這樣一個給付之後，到底營養的照護對於 ICU 病人在某一些...比如說，停留的時間或者是後續怎麼樣的一些指標裡面，去看到我們給付的這個營養師在 ICU 裡以後，它的成效是如何？那這營養師公會這邊，不曉得有沒有去參考怎麼樣的一些有一點 KPI，來看到這個給付之後，的確在醫療的品質上，病人的照護品質上有明顯的提升。

主席

好，謝謝，請葉代表。

葉代表宗義

我講得是大原則，現在我們已經快要 6 點了，等 6 點你以後結束你們就沒有結論，就下一次了，我們還要趕回去，我們明天還有健保會，我們很辛苦，在座的代表，你看我們 4 個付費者最辛苦都沒有走開，旁邊人都走開了，但是我們一個共同的決議，我們遵從主席的意見，主席怎麼樣解決，我們就遵從，這是我們付費者的共同意見，謝謝。

主席

好，謝謝，來，那何代表。

何代表語

我是支持這個案通過，主席裁決也會讓它通過，但是我有一個要求，明年 3 月份以前，希望健保署針對這個加護病房營養照護費，給我們做一個專案報告，在健保會做專案報告，附帶要求，3 月份以前給我們一份專案報告，那未來希望營養師公會每年度也給我們一些資料，讓我們參考，好不好？

主席

好，謝謝 2 位付費者代表。本案事實上在專家小組會議已經討

論兩次，專家小組會議的成員也有重症病房的主任，就是 ICU 的主任，也有院長，也有很多的專科醫師，大家跟營養師公會全聯會做充分的討論才有今天的提案，所以適應症的範圍是經過大家討論的。剛剛大家在質疑的是說，超過兩天的個案沒有經過醫師照會這件事情，就現在的常規已經是直接進去評估了，因為每一個個案都需要營養師進去評估，成為 routine，所以沒有經過這個程序。

另外一個大家對於認證的部分有很多的質疑，擔心有太多的困難，剛剛全聯會這邊已經提出了他們的方案，就是要透過 e 化的方式，非常的方便，最後也是 e 化來發證書。但是要來申報這個碼，必須取得資格的營養師要跟分區業務組來做報備、申請，以後這個營養師才可以來申請這個費用，所以這個程序應該還是算周延。

那另外一個就是剛剛蔡代表提到評估的部分，大家請看 1-21 頁，在這一次的專家會議，我們也非常的關心，就是 7 月 10 號的這一次，就如同營養師公會全聯會認為經由他們的評估，其實是會降低病人的併發症，縮短 ICU 的住院天數，這個是在倒數第三行。所以我們也在專家會議有要求本案執行之後，希望一年後，能夠請營養師公會提出成效評估，這個部分也要一點時間，至少要給他們一年，然後提出對於病人好處的部分。所以剛剛何代表有提說是不是明年的幾月，我認為應該是要給營養師公會全聯會一年的時間，讓全聯會這邊提成效評估之後，我們再送到健保會讓各位代表了解，這樣會比較合理。

何代表語

主席，我更正一下，我不是叫他們評估報告，我是說你在明年三月以前，他這筆錢總共用掉多少錢。

主席

那沒有問題，那個不叫成效評估，那應該是預算執行率。

何代表語

我沒有講成效，我說你針對這個案子給我們專案報告，

主席

好，我們會把執行情形在健保會來做報告。這個案子因為已經經過代表們充分討論，大概預算也在今年的醫院總額的一般總額內的專款還可以支應的範圍，總經費大概要 1 億 3 千萬左右，所以我們是不是讓這個案子就在這樣的架構之下通過，可以嗎？可以。還有嗎？好，請綉珠。

林代表綉珠

我們都很了解營養師在 ICU 是非常重要的，但我想知道，本案沒有提到一位營養師究竟一天可以申報多少個量？

主席

合理量是不是？

林代表綉珠

對。

主席

因為 ICU 也有幾床要有幾個營養師的配置，這個應該是設置標準裡面就有。另外我們有要求如果沒有做是不可以申報，不是每個個案都可以這樣報，必須要有營養評估紀錄，如果因為病人數太多做不完評估，未做之個案也不能申報，所以要有做才可以報，而且營養評估紀錄要附在病歷裡面。

林代表綉珠

怕的是他會做太多，因為事實上，一位病人初次接受營養評估，大概花 30 到 40 分鐘，可能有一些嚴重度較不高的醫院，病人雖然多住了幾天，可是也不是所有的病人的初次評估都需要花到那麼多的時間。我只是覺得用病人住的天數來計算，可能無法突顯營養師的功能，

建議用病人的疾病嚴重度等等去看，來突顯他們營養照護的必要性，這部分還可以再多補充一些說明。

主席

好，這是護理界林代表提出來，這項如果通過，全聯會一定要在成效評估部分，把這塊也放進來，會不會品質有問題，沒有好好去做評估等等。合理量目前我們沒在這邊呈現。請玉華。

嚴代表玉華

有個問題再釐清一下，在用藥品質的安全方案就寫得很清楚，藥師要去做什麼認證及提供什麼資料，可是這個項目從支付標準裡面是看不出來。

主席

有，要寫那些報告。

嚴代表玉華

所以在公告的這一端...

主席

有，請看討 1-28 頁，申報必要附件，內容需涵蓋營養評估、營養診斷及處置跟營養評值、追蹤，這是列入支付標準裡面。

嚴代表玉華

第二個就是申報醫令端是不是就是要把營養師 ID 填上去

主席

是，因為要個案來登錄，以後申報要用 ID，符合資格的 ID 才可以來申報這些碼。

馬代表海霞

我建議營養師全聯會建立一個合理照護量。

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

其實應該現在就要做。

朱代表益宏

照他們的成本分析，初次評估我大概抓 50 分鐘，複評大概差不多 30 分鐘，我猜啦，因為我看不到成本分析表。但是如果是這樣，初次評估他一天 8 小時上班，最多最多也是有個量，所以這部分可能確實需要(合理照護量)。因為這給付費用還蠻高的，而且照他們評估，初次要 50 分鐘，複評大概 30 分鐘左右，當然他就有一定的量，不然他翻一下病歷寫一下 10 分鐘，一天大概 20 個病人搞不好還全部一天看完，結果全部都給你申報，所以這不太合理。

主席

全聯會這邊有什麼看法？

金理事長惠民（中華民國營養師公會全國聯合會）

事實上，因為我們有醫學中心、也有教學地區醫院，病人的嚴重度確實不太一樣，所以當初我們初診估的是 40 分鐘，包括前置大概 45 分鐘，然後追蹤設計 30 分鐘。事實上在 ICU 裡面，營養師還要配合醫師查房，幾乎一個禮拜要查好幾次。雖然剛剛提及 ICU 重症的專家委員說，評鑑要求的是營養師只要配合醫師查房 2 次，事實上我最近聽到的，醫學中心在進入評鑑的試評，有的醫院仍然要求 4 次，這些時間我們就沒有辦法這麼複雜的去計算，就是去查房的時間，我們也都算為追蹤，我們用的時間就是這樣估計出來，如果疾病嚴重度低的，確實可能時間較寬裕，但我們只能取一個平均值。

何代表語

這案子剛才已經通過了，至於這個合理量部分，請健保署去規劃，下次給我們評估報告，未來一年評估報告，我們認為不合理的時候再

提出來。

主席

那這樣，我們謝謝各位代表，本案就是通過，合理量的部分保留，我們健保署跟全聯會會後再來探討，也寫入支付標準的規定，這樣好不好，好，謝謝，本案就通過。

張代表孟源

撤回啦。

主席

張代表？

張代表孟源

我把我剛剛的發言全部撤回，因為我覺得大家都既然覺得可以自動就進去，我也沒有什麼意見。

主席

剛剛了解之後，全錄還是會記。

張代表孟源

怎麼會有這種事情，我發言人已經說要把所有的發言全部撤下來，為何還要全部放進去。

詹研究員壹雯（唐鳳政務委員辦公室）

不好意思，我是唐鳳辦公室詹壹雯研究員，我澄清一下我們今天的實錄其實會有 10 天的編修期，我們並不是即時公開，剛剛您說的部份，我們這邊會由紀錄把您的發言刪除這沒有問題，我們會有 10 天的編修期，給大家確認後才會公開。

主席

好，那就放心了，本案討論到這裡就結束。我們討論一下附帶決議的部分，剛剛大家有提到說以後類似這個管道進來的話要如何處理，請各位代表表示意見。

謝代表文輝

因為這個是上級長官、上級政府的政策，開放一個電子平台讓大家提案，我想政府有他的想法給民眾更多的管道，理論上我們就要處理，處理就跟剛剛主席講的兩種方式，一種是他提申請我們就特別為了他開會，我覺得這樣更累，我覺得還是維持現在的方式，就來這裡一併討論，和我們其他正常管道的案子一併討論。當然，未來我們做為代表，也不應該他從那一個管道來有所差別，就是依自己的專業，該過就讓他過，不應該過的就不讓他過，不要因為他從那裡來。

主席

謝院長的意思是比照本案，再來朱院長。

朱代表益宏

主席，我覺得因為他透過平台聯署，應該是上網聯署，所以到底聯署人背景如何我們都不知道，畢竟在醫療這邊我覺得是有專業，所以我覺得應該要有篩選程序。因為像這個案子進來以後就到專家會議討論，你們就收案了，等到專家會議開了4、5次才到我們這邊來，逼得我們一定要討論下去，因為前面專家會議都討論了。所以我覺得如果不是循包括醫學會或是平常提案程序，要先經過我們共擬會議討論到底成不成案，如果成案，我們就交付專家會議討論細節，如果大家認為不行，這個案子根本不用討論，這樣我們就可以回復行政院那邊，在共擬會議討論之後是不成案。我覺得要先經過這程序會比較適當，而不是到專家會議已經進到實質討論，時間都花了，資料都蒐集了，到了我們共擬會議，被逼著一定要接案子繼續討論，這樣不妥。所以我認為如果透過那個管道，先在我們先立案，不進入實質討論，但是討論到底要不要成案，以上。

主席

好，請葉代表再來何代表。

葉代表宗義

這個一定要有分啦，這案子是國發會來的，如果是各縣市來的怎麼辦...

主席

國發會的平台是 open 給全國國民。

葉代表宗義

若比他的階級更低的有沒有。

何代表語

主席，雖然這個是公共政策網路參與平台，我希望你們行政院記清楚，雖然公民有提案權，我們有否決權，但是不要忘了健保法第 61 條寫得很清楚，我們總額協商以後，不能去變動任何支付項目，這是在健保法第 61 條寫得很清楚。在我們健保會的年度總額協商的規則裡面也寫得很清楚，經過我們總額協商，醫界代表跟付費者代表協商完以後的總額項目不得變更。第 3 項就是牽涉到你今天的費用，當然今天主席很靈活，用醫院的專案項目來做，假使醫院的代表全部反對，我不讓他進入新增項目的時候，我們付費者也尊重醫院代表的意見。但是今天你是新增項目，我的建議，未來如果有這種國發會來的公共政策網路參與平台的案子進來，專家學者開完會後，應該進入健保會，先由健保會討論決定後，再進入共擬會議決定要不要支付這筆款項，我認為程序上是這樣子。那因為今天這案子已經進到這個醫療共同擬訂會議，已經跳過健保會的決策了，所以我也尊重主席，用醫院總額裡面其他預算去支付，但是未來如果要增加醫療支付項目，必須經過健保會的總額協商程序，才是一個完整的程序，所以我認為如果當初健保署聰明的話，就把這個案子交給健保會決定。

主席

好，謝謝。請羅院長。

羅代表永達

其實我跟何代表講得很像。但是我要講得是說，雖然今天用的是新增項目，事實上他是排擠的，當時在協商的時候就是認為今年會有多少的新增項目，本來就會有這樣的想法，所以編這個預算。現在插入這東西，未來如果有新增項目，不好意思沒有錢了，這是一定的道理。所以我覺得國發會既然有這樣的平台，這麼便民、這麼好的用意，那很簡單，我們每一年我們編的高推估跟低推估，都是國發會協商，就編一個特別的預算或專款，就能避免跟健保會沒有關係，這是政府另外編的預算出來。否則的話，沒有帶錢，每次來就告訴我們要怎麼做，我覺得這是非常不合理的。因為今天有全程實錄，所以還是要把這段講完，以上。

主席

好，反正不記名的，都會紀錄下來。請葉代表。

葉代表宗義

剛才何語代表講的，由健保會通過以後再拿到共擬會議這邊。那麼如果健保會通過，這邊不通過怎辦，該怎麼解決？那就不用開啦，所以程序上還是要確定。

主席

大家對程序還有沒有意見？好，跟各位報告一下，本案今天的程序就是走新增診療項目，因為他就是新增診療項目。我們每年新增診療項目都有匡列一筆預算，但是新增診療項目很難完全知道那些項目，所以是先把預算匡列下來，可能有一部分知道會新增，有一部分還不知道。今天這個案子，就是因為正好現在已經 7 月下旬，目前還有預算，所以優先使用這項，當然也要經過各位代表的同意之後才可以做，

程序上這個案子是這樣。

但是現在有人建議，如果有類似這案子進來，先到共擬會議討論要不要成案；有兩個選擇，一個是先到共擬會議，另一個是到健保會。這兩個動作都是想要決定這案子要不要成案、要不要進入討論，而不是決定這案子通不通過。現在大家就有兩個建議，是要到共擬會議，還是到健保會。

我跟大家分析，因為這個已經是新增診療項目，理論上是不會到健保會，通常都是到共擬會議，因為依法就是共擬會議去決定診療項目跟支付標準，健保會只有在決定預算是多少，我們不要超過健保會核定的預算，但是這個預算用在哪些項目上就透過共擬會議來決定。

所以如果大家覺得這個案子以後要這樣走的話，就是兩個選擇，一個就是照現在的做法，另一個就是先到共擬會議做一個討論成案與否的提案，如果成案，我們再循專家會議，再回到共擬會議來做最後決定。另外一個就是直接進到專家會議，因為專家會議也在做准駁，很多項目到專家會議也會不通過，並沒有說一定都通過，所以這兩個選擇再就教大家。

對於何代表剛剛說要提到健保會，因為過去這案子目前整個程序是不需要到健保會。好，我們是不是就這兩個途徑，大家認為怎麼樣比較妥適先做一個討論。

朱代表益宏

我覺得因為今天這個案子讓很多代表不是很舒服，所以一開始大家會有那麼多的程序意見，為什麼不舒服，在這邊是強迫一個案子讓大家討論。那為什麼變成強迫一個案子，因為專家會議已經開了 3、4 次的會議。所以我的想法，如果不經過共擬會議確認到底成不成案，到時候又經過原來程序，專家會議已經開好幾次，到我們這邊委員會如果我們說不成案，這樣專家會議不是浪費時間。所以我覺得程序上一定要先經過到底成不成案，就算成案也要到專家會議討論，再來到

共擬會議因為沒有錢所以不通過也是可以。但是至少要先經過這個程序，可能在一開始就認為這根本沒有意義，我覺得不成案就直接否定。也可能覺得有道理，專家會議就先研究錢、適應症等等，但是真正回到這邊我們也有專家會議通過但是到我們這邊不通過，也是有啊，那到我們這邊不通過還是可以 reject 掉，所以我認為是走這個程序會比較好。

主席

好，請何代表。

何代表語

我尊重主席的決定，但是不要忘了這筆錢進入一般服務以後，營養師拿得到錢嗎？

主席

這個又是另外一件事了。

何代表語

對嘛，醫院如果不給，一樣的道理。未來要不要用專款專項去處理，如果要用專款專項，就要回到健保會。所以我的看法是，因為很多醫院，我們健保會通過的錢，他不是全部都給醫護人員，有的 50% 對 50%，有的 60% 對 40%，不要以為這筆錢全部都到醫護人員。雖然我們不管到制度那項，我們管不到啦，可是我們聽到很多醫護人員跟我們反映他們只拿 30%、40% 最高拿到 50% 而已。但是如果說營養師這個部份認為可行，就應當新的對象，就跟護理師一樣用專款專項來做，這筆錢就會很明確，每年列在醫院的專款專項裡面就很明確裡面有多少錢是給護理師用、給營養師用。

所以今年，為什麼護理師公會希望把 20 億拿出來在專款專項，不要放在一般服務裡面，我想這是都有用意的，我的看法是這樣。至於明年會不會把護理師 20 多億拿出來在專款專項，不用在一般服務裡面，

我想明天也要聽護理師給我們分析更徹底一點，謝謝。

主席

好，謝謝，那這是明天的提案。我們本案就是僅此於透過國發會平台進來的案子才走這個，至於其他透過醫學會或是相關學、協會我們還是直接進到專家會議，再到共擬會議。請瑞瑛。

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

我是要回應我們何代表，何代表每次都很重視我們醫療的問題。不過我說明，並不是各醫事人員申請的這些費用，都是要給他們的，這些費用，因為各醫院已經給他們薪水。今天他們會提出來，主要是說他們除了一般的服務以外，他們對於在加護病房 1 歲以下的小孩子、1 歲以上的小孩子，要特別做的營養諮詢或者是營養服務，所以要申請健保給付。我們都是按照市場的規定，除了公務人員的以外，其他的，他們都已經拿薪水，如果我們所有的費用拿回來的都要給醫事人員或護理人員，請問他們的薪水是要訂 0 嗎，然後你有收入我才給你這些錢嗎，所以不是這樣嘛，所以我大概只能做這樣的說明。也讓營養師公會了解，今天不管是 320 或者是 240，這個錢是訂在某個收費標準，至於錢怎麼應用，是另外一回事。

主席

請雪玲。

黃代表雪玲

我只是想問國發會受理的案子是一定要接收嗎？我們有自己的申請方式，是不是他們那邊能過篩，如果發現有人在提支付標準的增修，就跟民眾說走正常程序，我們一樣可以受理...。

主席

沒有錯，我們已經跟唐鳳政務委員辦公室有做這樣的說明，他們也理解，但是我們不敢保證以後是不是真的都沒有，所以今天做一個

決議也很好。萬一又有，我們有一個程序可以走。好，今天這個案子就做了一個附帶決議，以後如果還有這樣，盡量不要有，但如果還有，就照剛剛說的，先到共擬會議決定成案與否。大家同意的話，就做這個附帶決議。本案就討論到這裡。

現在是 6 點 15 分，非常辛苦大家。我建議大家是否就第 3 案，因為學會在這邊已經等很久，這只是文字修正，這項還沒有。文字修正不增加支出，這項討論完之後今天就到這裡，請宣讀，我們今天把討 1-4 的討論完。

好，本項為文字修正，一共有 3 個診療項目，大家有沒有意見？請雪玲。

黃代表雪玲

我想問(二)藥事服務費部分，為何藥事服務費變成有內含？因為我去調上次的成本分析，裡面並沒有藥事服務費，為何這次會變成含在處置費，我覺得不合理。

主席

請醫管組說明。

王科長玲玲

上次的成本分析表應該可以看得出來，有一段很長的時間估算是用在藥劑的調劑，這在成本分析裡面占了很大的費用。

黃代表雪玲

可是這是醫事，沒有藥事。

主席

鐳 223 就是一個治療，一個給藥。

黃代表雪玲

他不是還可以另外申報藥品？

王科長玲玲

藥費另外申報。

黃代表雪玲

藥事就有調劑跟服務等等，為什麼還要含在那。

王科長玲玲

這個支付標準的成本分析就已經含藥師的調劑，因為是放射性物質，要有另外的保存空間，設備、時間通通算進去，所以不應該再重複給付藥事服務費。

黃代表雪玲

這個案子其實也是我們家提的，我有請教我們放射師，他說他們沒有估藥事費。

李組長純馥

當時核醫學會有提到，醫師是 monitor，可是操作有的時候是護理師跟藥師，其實做的就是給藥的動作，所以我們認為不應該要再給一個費用，而且我們一般放射性藥品處方的處理跟這個不一樣。因為他比較特別是要另外儲存，所以這個費用包括他給藥完之後成品的儲存，所以我們認為他是整個過程都一起含括。

主席

好經過說明，還有沒有意見？如果沒有意見，就做文字修正。謝謝大家，討論第一案就討論完，今天還有準備第二個討論案，現在已經 6 點 20 分，已經很晚了，人數也不夠，謝謝，也非常抱歉急診醫學會在這邊等這麼久。

黃理事長集仁（台灣急診醫學會）

主席，我們都可以接受，但是我建議以當時有的案子在這邊，我希望時間的分配還是希望能把我們納入，我們也是有正式進入提案。我也建議未來跟急診案有關，應該要優惠我們一點，擺在第一案，不然我覺得...。

主席

下次的會議這個就是第一案。

黃理事長集仁（台灣急診醫學會）

我希望每一次都是第一案，我希望有優先預約權。

主席

好，謝謝，每個人都這麼希望。謝謝大家今天的開會，今天的會議就到這裡。