

「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」

111 年第 1 次臨時會會議紀錄

時 間：111 年 3 月 30 日（星期三）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：李署長伯璋（下午 3 時 00 分至 4 時 00 分蔡副署長淑鈴代）

紀錄：廖韻慈

彭代表家勛	廖秋燭(代)	蘇代表守毅	(請假)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	(請假)
游代表進邦	黃建民(代)	徐代表邦賢	吳迪(代)
李代表佳珂	李佳珂	謝代表偉明	(請假)
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	劉淑芬(代)
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	(請假)
周代表國旭	謝輝龍(代)	林代表鳳珠	李承光(代)
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	林桂美
朱代表文洋	朱文洋	杜代表俊元	(請假)
朱代表益宏	王斯弘(代)	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	何代表語	何語
林代表恒立	林恒立	葉代表宗義	葉宗義
王代表宏育	王宏育	劉代表國隆	張清田(代)
黃代表振國	王維昌(代)	陳代表莉茵	陳莉茵
賴代表俊良	賴俊良	江代表銘基	(請假)
洪代表德仁	洪德仁	陳代表志鴻	(請假)
吳代表清源	(請假)		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、吳春樺、黃佩宜
台灣醫院協會	吳亞筑、林佩菽、吳心華、 顏正婷、吳昱嫻、許雅琪
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
財團法人醫藥品查驗中心	張慧如
台灣醫院整合醫學醫學會	曾家琳
台灣家庭醫學醫學會	曾家琳、張曉婷
台灣老年學暨老年醫學會	張曉婷
台灣神經學學會	王培寧
台灣臨床失智症學會	王培寧
中華民國診所協會全國聯合會	陳敏玲、麥建方
台灣復健醫學會	韓德生
台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會	朱永祥
台灣咀嚼吞嚥障礙醫學學會	葉書銘
衛生福利部護理及健康照護司	顏忠漢、李雅琳
衛生福利部附屬醫療及社會福利機構 管理會	陳亭妤
衛生福利部國民健康署	魏璽倫、李惠蘭、薛曉筑
衛生福利部醫事司	彭美珍、莊惠閔
衛生福利部全民健康保險會	邱臻麗、盛培珠、林劭璇
衛生福利部社會保險司	周雯雯、白其怡
本署副署長室	蔡淑鈴
本署臺北業務組	林美惠、黃芑青、黃聖中
本署北區業務組	廖智強
本署企劃組	賴淑玲、林佩萱

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

張淑雅

張禹斌、黃兆杰、游慧真、
韓佩軒、林右鈞、張作貞、
李雨育、劉林義、呂姿曄、
鍾欣穎、陳依婕、洪于淇、
許博淇、王智廣、劉立麗、
蔡金玲、宋宛蓁、陳玫吟、
吳亮穎、劉志鴻、蔡孟芸、
蔡松蒲、周筱妘、劉勁梅、
陳逸嫻、崔允馨、高嘉慧、
蔡孟妤、張艾琪、宋思嫻、
詹文成

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)確認：略。

參、討論事項：

一、修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」(詳附件 1，P7-P20)。

決議：通過，重點如下：

1. 修訂失智症定義：

- (1) 比照本署「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」醫療品質資訊項目及「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之失智症定義。
- (2) 另有關台灣神經學學會建議刪除G91(水腦症)、台灣精神醫學會建議刪除F04(失憶症)一節，後續將俟本署醫審及藥材組彙整相關公、學會專業意見定案後，配合修訂。
- (3) 如刪除前開診斷碼，修訂後失智症定義為主、次診斷碼(ICD-

10-CM)：F01-F03、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31。

2. 放寬「失智症門診家庭諮詢費」給付條件，不內含於門診整合初診或複診診察費中，得另外申報，惟不得重複申請衛生福利部「失智照護服務計畫」個案管理費之「按月提供諮詢服務」費用。
3. 修訂醫師教育訓練內容，增列失智症基礎訓練，課程內容請台灣神經學學會、台灣臨床失智症學會和相關學會研議。
4. 鼓勵醫院開設「整合照護門診模式」，自111年7月1日起取消「非開設整合門診照護模式」（即整合式照護模式註記為X者）。
5. 申請醫院資格及退場機制增列全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第44條至第45條規定。
6. 「複診診察費」申報期限由原180天延長至200天（即須於門診整合初診後200天內申報）。

二、111年度「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（草案）」（詳附件2，P21-P59）。

決議：通過，同意增修下列事項：

1. 配合「111年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」，於方案公告實施前完成「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」改版者，獎勵每家2,000點。
2. 綁定「虛擬健保卡就醫」獎勵，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」及「全民健康保險遠距醫療給付計畫」規定辦理。
3. 「居家輕量藍牙APP就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)」獎勵費，每家最高6,000點。
4. 「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」改版費，每家最高7,000點，以及上傳即時性及完整性獎勵，每家最高7,000點，惟考量基層院所上傳資料前須再確認醫令代碼，非醫院於就醫類別範圍A之即時性獎勵時間，由≤1小時修正為≤3小時。

三、新增「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」(詳附件 3, P60-P72)。

決議：通過，重點如下：

1. 由醫院提出申請，審查小組進行審核，審查小組之專家學者由台灣醫院協會、中華民國護理師護士公會全國聯合會推薦(名額占1/2)。
2. 為避免名稱混淆，本計畫中「全責照護(skill-mix model)」文字修正為「住院整合照護(skill-mixed model)」，另「照護輔佐人力」不加「護佐」之簡稱。
3. 新增「住院整合照護管理費」項目，每人日支付750點。
4. 另衛生福利部護理及健康照護司須於本計畫報部核定前，提供自費收費參考標準及事先告知同意書之格式併同公告。
5. 執行本計畫期間，健保署將定期統計計畫申報情形，除提供台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會外，亦提供中華民國醫師公會全國聯合會參考。

四、全民健康保險遠距醫療給付計畫修訂案。

決議：建議再評估施行區域、會診科別及實施場域等放寬妥適性，再行討論。

五、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」等診療項目案。(詳附件 4, P73-P75)

決議：通過，重點如下：

1. 新增47107B「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」診療項目，每人獎勵3,000點，訂有適應症等支付規範。
2. 修訂68057B「經導管肺動脈瓣膜置換術」，刪除適應症限50歲以下之規定，並增列「執行前須經兒童心臟內外科召開討論會議，並附上其會議紀錄」。

肆、報告事項：

全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版 111 年 7-12 月適

用之相對權重統計結果再提會案（詳附件 5，P76-P102）。

決定：111 年 7-12 月適用之相對權重統計結果，配合 111 年 3 月 10 日本會議通過增修診療項目重新計算，標準給付額（SPR）為 49,192 點。

伍、臨時提案：

修改全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫（詳附件 6，P103-P119）。

決議：通過，重點如下：

1. 修訂獎勵費條件，參與計畫診所最少收案人數為 30 名，且年度檢驗檢查上傳率 $\geq 50\%$ ，診所品質指標得分排序前 25% 之診所，核付獎勵費 10,000 點；品質指標得分排序大於 25% 至 50% 之診所，核付獎勵費 5,000 點。
2. 國民健康署支付之獎勵費，除戒菸服務外，增加戒檳服務獎勵。
3. 照顧個案進步獎勵，採納入醫師依病況與病人共同訂定之個人目標值。

陸、散會：下午 5 時 00 分

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

106 年 2 月 9 日健保醫字第 1060001379 號公告修訂

107 年 6 月 21 日健保醫字第 1070008162 號公告修訂

108 年 3 月 14 日健保醫字第 1080003099 號公告修訂

111 年 0 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

壹、計畫依據

依各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果辦理。

貳、計畫說明

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

參、目的

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

肆、預算來源

由全民健保年度醫療給付費用總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應，~~以 2.5 億元為上限~~。

伍、執行方式

申請計畫之醫院(或整合團隊)~~可選擇~~需開設整合照護門診採行下列模式(可複選)，並檢附計畫書(附件 1)，向保險人各分區業務組提出申請，自保險人各分區業務組審查通過之月份開始實施。

- ~~一、非開設整合照護門診模式：同一保險對象如同一日於參與計畫醫院就診多科，並由最後就診醫師整合開藥及處置者，得僅收一次~~

~~部分負擔，惟不得申報本計畫之門診整合初診診察費、複診診察費，其餘相關醫療費用申報、支付及審查依現行規定處理。~~

二、開設整合照護門診模式

一、申請及審查程序：

(一)參與計畫之醫院(或整合團隊)：

- 1.(一)參與計畫醫院(或整合團隊)應先行報備整合門診之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳健保資訊網服務系統(VPN)，如有異動，重新報備並更新VPN資料。
 - 2.(二)醫學中心平日看診日每日至少開診 2 個診次，區域醫院平日看診日每日至少 1 個診次，地區醫院不限診次，並於門診時刻表及明顯處張貼說明。
 - 3.(三)若服務內容變動，應檢附修訂後計畫書向各分區業務組報備。
- (二)(四)承作醫師資格：不限專科別，但須完成 6 小時教育訓練課程(附件 2)，並取得證明。

- 三、(五)申請醫院資格：醫院於執行申請年之前一年起，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）~~第三十八~~38條至第~~四十~~40條或第44條至第45條中各條等歸因於醫院總額所列違規情事之一且經保險人處分者（以第一次處分函所載停約或終止特約日期間認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）。惟為保障保險對象就醫權益，保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。

(三)二、收案對象：

- 1.(一)保險對象最近 3 個月符合下列條件之一者，得予以收案照護：
 - (1)1.給藥日份 ≥ 28 天之案件中，最近 3 個月申報之主診斷中有 3 種(含)以上慢性病，並經 2 位(含)以上醫師看診者。
 - (2)2.最近 3 個月至少申報 2 次(含)以上慢性病連續處方箋且最近

3 個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達 10 種(含)以上，並經 2 位(含)以上醫師看診者。

(3)3.保險人建議應納入門診整合者。

註:前開慢性病係指主診斷為本保險公告之慢性疾病範圍者。

2.(二)保險對象或家屬同意接受整合照護服務且簽署本服務同意書者(附件 3)，始得收案。

3.(三)同一個案不能同時被 2 家院所收案，收案時，須向病人說明應配合定期回診等事項。

三、收案程序：

(四)(一)初診須完成周全性評估及照護計畫，周全性評估之內容及工具如附件 4 (若有相關版權問題請醫院自行申請)。

(五)(二)個案登錄及管控作業：

1.個案經醫師評估符合收案條件並簽署同意書後始得收案，醫事服務機構必須上傳個案資料至「全民健康保險醫院以病人為中心門診整合照護計畫」之個案登錄子系統，其必要欄位如附件 5。承作醫師須透過參與醫院向保險人各分區業務組申請，始能登入個案登錄子系統（網址：<https://medvpn.nhi.gov.tw/>，VPN服務項目/試辦計畫資料維護/基本資料維護）。

2.個案之首次資料登錄，應於保險對象實際就診日當日填報「收案日期」，方得收案。經保險人勾稽收案日期與申報門診整合初診診察費日期不符者，不予支付。

(六)(三)同一分區業務組轄區醫院，得選擇採院際共同整合照護方式，並依下列規定辦理：

1.推派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、保險人聯繫窗口、經費撥付等事宜。

2.應於計畫書內一併檢送各整合醫院之參加同意書。

3.整合團隊於計畫執行期間若發生個別醫院退出情形，須由主

責醫院向轄區分區業務組提出申請。

- 4.整合團隊之個別醫院，於計畫執行期間亦受本計畫「柒、退場機制」規範。

~~三、申請醫院資格~~

~~醫院於執行年之前一年起，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一且經保險人處分者（以第一次處分函所載停約或終止特約日認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）。惟為保障保險對象就醫權益，保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。~~

陸、費用申報及支付方式

一、本計畫之給付項目及支付標準：

(一)門診整合診察費

- 1.限開設整合照護門診模式申報。
- 2.診察費依看診階段(初診、複診)支付，支付標準如下：
 - (1) 門診整合初診診察費1,500點(支付標準編號 P5203C)，須完成周全性評估及照護計畫後申報。
 - (2) 門診整合複診診察費1,000點(支付標準編號 P5204C)，須依下列規定辦理：
 - ①限門診整合初診後~~半年~~**200天**內申報。
 - ②同一照護對象最多可申報2次。
 - ③含照護計畫之修正與調整。
- 3.申報本計畫之門診整合診察費者，不得另申報醫院門診診察費。
- 4.本計畫個案整合**完竣結束**後，~~則回歸一般門診(一般案件，不納入本計畫)~~**診察費回歸醫院總額一般服務預算，依一般門診診察費支付，不納入本計畫支應。**
- ~~5.失智症家庭諮詢費用已內含於初診或複診診察費中，不另支付。~~

- 6.5. 醫師提供整合照護，應於個案之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之科別、疾病別或藥品、處置或檢查類別等並檢附周全性評估相關資料，以備查核。未於病歷中載明以上整合方式並檢附相關資料者，不得申報整合照護模式註記。

(二)失智症門診照護家庭諮詢費用

1. 保險對象參與本計畫開設整合照護門診模式且於整合期間，
~~如經參與計畫醫院申報門診整合診察費之個案，則本項費用已內含於門診整合初診或複診診察費中，不得另外申報。~~
 2. ~~本計畫~~失智症病患經神經科或精神科專科醫師確診，經評估有諮詢需要，且患者之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating, CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表(Mini-Mental State Examination, MMSE) ≤ 23 者，醫院得提供諮詢服務，申報本項費用。
 3. 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(附件 6)，併入病人病歷紀錄留存。
 4. 支付點數：
 - (1) 每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘者：支付300點，申報編號 P5201C。
 - (2) 每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上：支付500點，申報編號 P5202C。
 - (3) 同院每位病人每年最多支給2次費用。
- 註：
1. 前項「諮詢服務時間」不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。
 2. 申報失智症門診照護家庭諮詢費用者，同一年度同一個案不得重複申請衛生福利部「失智照護服務計畫」個案管理費之「按月提供諮詢服務」費用。

二、特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報格式之點數清單段及醫令清單段填表說明：

~~(一) 非開設整合照護門診模式：同日多科就診，且僅收一次部分負擔者，門診醫療服務點數申報格式清單段之「整合式照護模式註記」(欄位ID：d13)應填「X」。~~

~~(二)~~ **(一)** 開設整合照護門診模式：_

1. 屬本計畫收案之照護對象，其就診當次符合申報初診及複診診察費者，於申報費用時，門診醫療服務點數申報格式清單段之案件分類應填「E1」、整合式照護計畫註記(欄位ID：d13)填寫方式如下：

- (1) 給藥日份 ≥ 28 天之案件中，最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病，並經2位(含)以上醫師看診者，應填「Q」。
- (2) 最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上，並經2位(含)以上醫師看診者，應填「R」。
- (3) 保險人建議應納入門診整合者者，應填「S」。

2. 醫令類別應填「0」。

3. 其餘依一般費用申報原則辦理。

~~(三)~~ **(二)** 失智症門診照護家庭諮詢費用：醫令類別應填「0」，醫令執行時間起迄請填報諮詢服務時間至年月日時分。本項併門診醫療費用申報，非當日執行，請比照排程檢查案件作業方式申報。

三、本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

四、審查原則

(一) 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。

(二) 申報本計畫支付項目，相關資料需存放於病歷備查，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，不予支付該筆費用並依相關規定辦理。

柒、退場機制

醫院於計畫執行期間因違反特管辦法第~~二十八~~**38**條至第~~四十~~**40**條**或第**

44 條至第 45 條等歸因於醫院總額所列違規情事，致受停約或終止特約**致受停約**處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，以第一次處分函**日期**所載停約或終止特約**起始**日起同步終止**參與**本**項**計畫，惟為保險對象醫療照護之延續性，分區業務組得視違規情節，可另予考量。凡經終止本計畫者，各項支付費用不予核付。

捌、執行配套措施

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

二、計畫管理機制：

- (一)保險人研議總體計畫架構模式、指標之開發與計算、行政授權與協調。
- (二)保險人各分區業務組受理及輔導轄區醫院申請計畫與觀察輔導醫院之執行，並得進行實地訪視瞭解其計畫實際執行情形。
- (三)各計畫參與醫院提出計畫之申請，推動整合照護模式，並參與保險人各分區成果分享活動。
- (四)保險人各分區業務組如審查發現整合照護個案病歷中未載明整合方式，或整合後仍發現有重複用藥或處置時，得核扣該個案之門診整合診察費，並依情況，請醫院提出說明或改善措施及列為下年度參與本計畫之資格參考。

三、監測指標：以收案個案照護滿1年之各項指標與收案前1年比較。

- (一)指標 1：照護對象每人西醫門診醫療費用^註。
- (二)指標 2：照護對象每人西醫門診申報件數。
- (三)指標 3：照護對象每人西醫門診藥品品項數。
- (四)指標 4：照護對象每人門診潛在不當用藥數 (PIM)。(以 2015 年 Beer's criteria 計算)
- (五)指標 5：照護對象每人門診急診申報件數(案件分類 02)。
- (六)指標 6：照護對象每人住院次數。(依入院日期歸戶計算。)

註：前述「西醫門診醫療費用」範圍，係指西醫醫院門診、西醫基層門診及門診透析之申請點數加部分負擔，包含交付機構之申報點數

加部分負擔，且排除下列之案件：1.中醫門診、牙醫門診、代辦案件、居家照護與精神疾病社區復健。2.慢性病連續處方箋調劑、診察費為0之案件件數不計。

玖、計畫實行評估

- 一保險人分區業務組得不定時至參與計畫醫院實地訪查或以立意抽樣審查方式確定計畫內容是否落實，以作為未來是否准予續辦之考量。
- 二保險人定期進行整體執行成效之評估，作為研修參考。
- 三本計畫所核付之款項，請參與醫院應用於鼓勵執行本計畫之整合單位或相關人員。

拾、訂定與修正程序

本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送副知全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

【附件 1】

_____醫院(院所代號：_____)

申請____年「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」

提報日期：

一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位。

二、書寫格式：以 word 建檔，A4版面，由上而下，由左而右，標楷體14號字型，橫式書寫。

三、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：

(一)整合照護門診照護模式：應敘明開設之整合門診名稱、照護目的及內容。

~~☐非開設整合照護門診模式(得僅填列(二)至(七))~~

~~☐開設整合照護門診模式~~

(二)請敘明以上整合門診之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳至健保資訊網服務系統(VPN)(請檢附最新應診時刻表、網路相關說明及張貼處照相等資料供參，如有異動，須重新報備保險人各分區業務組，並更新 VPN 資料)。

(三)本計畫照護對象之掛號、看診、用藥諮商標準作業流程。

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

(五)辦理本計畫除醫師外，其他醫事人員參與情形說明：

(六)辦理醫師及醫事人員整合照護相關教育訓練：

(預訂辦理日期及次數)

(七)整合照護宣導方式：

四、整合式照護醫療需求評估方式說明。

【附件 2】

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

醫師教育訓練內容

一、不限專科別，均須接受 6 小時教育訓練合格後(實體或網路課程)，才能參與本計畫。

二、課程內容如下：

(一)全人整合醫療理念。

(二)門診整合實務。

(三)多重用藥與不適當用藥評估原則。

(四)周全性評估與照護計畫擬訂。

(五)失智症基礎訓練。

三、各相關學會均得辦理教育訓練，授課講師可依授課時數抵免。

【附件 3】

醫院以病人為中心門診整合照護計畫 照護對象「用藥整合」暨「整合照護服務」同意書

為保障您的用藥安全，多科掛號之困擾，本院參與中央健康保險署「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，藉由醫院的整合門診，透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢您近期之就醫與用藥資訊，協助整合門、住診等用藥，除了節省您寶貴時間，更可提升您就醫品質。

本計畫鼓勵您於同一醫院接受整合照護服務，您如欲維持原門診就醫習慣，無法配合西醫主治醫師整合用藥、提供實質醫療照護，則不符合本計畫之收案條件。

我同意參加門診整合照護服務，○○醫院○○醫師為本人西醫主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，配合醫師整合用藥，提供實質醫療照護，並可透過中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療費用申報資料。

此致 ○○醫院

立書同意人：

出生年月日：民國____年____月____日

身分證號：

代理人：

與照護對象之關係：

身分證號：

【附件 4】

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

周全性評估工具內容

須至少包含下列評估重點(評估量表僅供參考)

- 一、日常生活功能：建議巴氏日常生活量表（Barthel Index）或(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)
- 二、衰弱程度：建議社區民眾健康行為調查綜合問卷或臨床衰弱量表(Clinical Frailty Scale，CFS)。
- 三、失智程度：建議簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ)或簡易失智量表(MMSE)或早期快篩簡易失智量表(AD8)。
- 四、憂鬱狀態：建議老人憂鬱量表(GDS)或憂鬱量表(CES-D scale)。
- 五、用藥整理：除須記載實際使用情況及重複用藥、建議以潛在不當用藥(Beers criteria)評估。
- 六、營養量表(MNA-SF)。

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

個案登錄系統必要欄位

一、新收案必登錄欄位如下：新收案日期、照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象性別、照護對象出生日期、醫師身分證號、醫師姓名及照護對象類別。照護對象類別如下：

Q：給藥日份 ≥ 28 天之案件中，最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病，並經2位(含)以上醫師看診者。

R：最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上，並經2位(含)以上醫師看診者。

S：保險人建議應納入門診整合者。

二、追蹤管理必登錄欄位如下：照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象複診次數、照護對象複診日期、醫師身分證號、醫師姓名。

三、結案（或轉診）日期必須登錄欄位如下：照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象複診次數、醫師身分證號、醫師姓名。

（一）結案（或轉診）日期。

（二）結案原因：

1：已完成申報初診診察費及2次複診診察費。

2：轉診進入其他院所。

3：長期失聯(≥ 180 天)。

4：拒絕再接受收案。

5：死亡。

6：保險對象未執行本計畫照護超過半年者。

7：醫院因歇業、停業、違約等因素退出本計畫。

8：其他：_____（應敘明原因）

（三）接受轉診院所保險醫事服務機構代號：_____

【附件6】

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定如下：

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

註：

- 1.失智症定義：主、次診斷代碼(ICD-10-CM)為 F01-F04、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31 及 G91。
- 2.諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。

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（草案）

- 一、 依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。
- 二、 目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。

三、 預算來源：

- (一) 111年全民健康保險「醫院」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目2億元，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (二) 111年全民健康保險「西醫基層」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目2.53億元，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (三) 111年全民健康保險「牙醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目1.68億元，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (四) 111年全民健康保險「中醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目0.98億元，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (五) 111年全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目15億元，用於補助院所外其他醫事服務機構提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」及支付本方案資料上傳及提升智慧化資訊機制獎勵金。如各部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目預算不足時，由本項預算支應。

四、 適用對象及其條件：

(一) 固接網路：

1. 保險人特約醫事服務機構應選擇申請裝設所需光纖電路之速率頻寬。
2. 特約醫事服務機構需檢送申請表（附件1）或採電子申請，由保險人分區業務組核定後辦理。

(二) 行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)：

1. 適用對象為事先經保險人同意提供居家醫療照護、或至醫療資源不足地區、山地離島地區等，非於院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構。
2. 申請數量以1組為原則，經分區業務組瞭解特約醫事服務機構有實際業

務需要者，最多可申請2組。

3. 特約醫事服務機構需檢送申請表（附件2），由保險人分區業務組核定後辦理。

五、支付項目及標準：

（一）特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費：

1. 按月先行依電信公司提供特約醫事服務機構繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額核實支付，但費用高於各層級特約醫事服務機構之支付上限者，其超過部分，不予支付。
2. 依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限，111年各層級特約醫事服務機構支付上限如下，詳附件3。
 - （1）醫學中心：企業型光纖50M，月租費5萬4,561元。
 - （2）區域醫院：企業型光纖20M，月租費4萬5,201元。
 - （3）地區醫院：企業型光纖10M，月租費2萬5,857元。
 - （4）基層診所及其他醫事服務機構：一般型光纖6M/2M，月租費1,691元；107年12月31日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖電路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，111年網路月租費支付上限為專業型光纖1M月租費1,980元。

（二）特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：

1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額核實支付。
2. 支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限。111年4G優惠方案支付上限799元、5G優惠方案支付上限599元，詳附件4。

（三）獎勵資料上傳項目：特約醫事服務機構須於「報告日期(或實際檢查日期)之上傳時效內」或「費用年月」之次月底前上傳下列資料，否則不予列計。上傳格式公布於保險人全球資訊網之健保服務專區之健保與就醫紀錄查詢項下。

1. 上傳檢驗（查）結果：

- （1）獎勵項目：如附件5及按「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」規定，須上傳檢驗(查)結果之診療項目。非獎勵上傳之檢驗（查）項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入上傳檢驗（查）結果獎勵金之計算。

(2) 獎勵條件：須於報告日期之時效內將其檢驗(查)結果上傳。

①如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後於時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期時效內上傳。

②如報告日期(或健保卡刷卡日期時間、實際收到報告日期)在住院期間，須於住院期間或出院後於時效內上傳。

(3) 支付方式：「報告型資料」者，每筆上傳醫令獎勵5點；「非報告型資料」者，每筆上傳醫令獎勵1點。

(4) 上傳時效及獎勵計算：

①24 小時內(或住院期間)：以獎勵點數之 100%計算。

②逾 24 小時但於 3 日內：以獎勵點數之 50%計算。

2. 上傳醫療檢查影像及影像報告：

(1) 獎勵項目及支付方式：如附件5-1。

(2) 獎勵條件：醫療檢查影像及影像報告須於下列時效內上傳，方符合獎勵條件。

①醫療檢查影像：須於實際檢查日期後之時效內上傳影像；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於實際檢查日期時間，須於補卡後之時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到影像日期之時效內上傳。

②影像報告：須於報告日期之時效內將其影像報告上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後之時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期之時效內上傳。

(3)上傳時效及獎勵計算：

①24 小時內：以獎勵點數之 100%計算。

②逾 24 小時但於 3 日內：以獎勵點數之 50%計算。

③上傳出院病歷摘要：每筆獎勵 5 點。

3. 上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵5點。

(1) 醫令項目：詳附件6。

(2) 每筆上傳內容：包括body height、body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach（側別/術別/入路途徑）、特材條碼等。

4. 居家訪視健保卡登錄暨上傳資料：每次獎勵5點。

(1) 醫令項目詳附件7。

(2) 保險特約醫事服務機構將提供保險對象之居家訪視服務登錄於健保卡後，於24小時內，經由健保資訊網線路上傳予保險人，每次居家訪視獎勵5點。

5. 特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵1點。

(1) 醫令項目詳附件8。

(2) 保險特約醫事服務機構向保險人申報之門住診醫療費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵1點。

(3) 資料如經保險人查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。

(四) 配合「111年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」，提升智慧化資訊獎勵項目：

1. 配合「111年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」，於方案公告實施前完成「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」改版者，獎勵每家2,000點。

2. 「虛擬健保卡就醫」之居家整合照護及遠距醫療申報案件之獎勵指標詳「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」及「全民健康保險遠距醫療給付計畫」規定。

3. 居家輕量藍牙APP就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)獎勵:完成安裝本署「醫療資料傳輸共通介面API」，並將醫療院所於居家輕量藍牙APP產生的民眾就醫資料批次下載至院所端醫療資訊系統(HIS)內。

(1) 獎勵費:每家最高6,000點。

(2) 需完成事項:於111年12月31日前完成安裝本署「醫療資料傳輸共通介面API」及將居家輕量藍牙APP就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)。

(3) 完成定義：

① 安裝本署「醫療資料傳輸共通介面API」，以本署系統之紀錄為依據。

② 居家輕量藍牙APP就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)，院所檢附相關佐證資料，函至本署為憑。前開函文及佐證資料需於111年12月31日前送達本署。

(4) 獎勵方式：本項預算上限1,200萬元，每家院所給付最高點數為6,000點，如完成家數大於2,000家，則在本項預算限額下，採浮

動點值，全年結算，每點支付金額不高於 1 元。

4. 「就醫識別碼（健保卡資料上傳格式）」改版獎勵指標：保險特約醫事服務機構配合安裝讀卡機控制軟體（Windows版）5.1.5版本以上、虛擬健保卡醫事機構正式版SDK-v2.4.0以上，並改以「健保卡資料上傳格式 2.0」版本，上傳每日就醫紀錄。

一、改版費：每家最高7,000點

(一)基本獎勵：111年12月31日前完成上傳作業，每家4,000點，於111年11月30日前完成者，始能參加「(2)上傳即時性、完整性獎勵」。

(二)額外獎勵：

1. 預檢作業：111 年 9 月 30 日前完成預檢作業，每家額外獎勵費用 1,000 點。
2. 上傳作業：111 年 10 月 31 日前完成，每家額外獎勵費用 2,000 點。

③ 計算方式：

- A. 預檢作業：111 年 9 月 30 日前以「健保卡資料上傳格式 2.0」預檢作業上傳「就醫識別碼」之各項「就醫類別」(*註)需預檢成功至少 6 件。
- B. 上傳作業：111 年 10 月 31 日前完成「健保卡資料上傳格式 2.0」相關軟體建置，並以該格式執行每日之就醫資料上傳成功。

***註：就醫類別**

00-指定就醫之門診	AI-同日同醫師看診（第二次以後）
01-西醫門診	AJ-透析門診療程第二次(含)以後(新增)
02-牙醫門診	AK-急診留觀(1100701起)
03-中醫門診	BA-急診當次轉住院之入院
04-急診	BB-出院
05-住院	BC-急診中、住院中執行項目
06-門診轉診就醫	BD-急診離院
07-門診手術後之回診	BE-職業傷害或職業病之住院
08-住院患者出院之回診	BF-繼續住院依規定分段結清者,切帳申報時(如長期住院60天以上切帳)需登錄一筆BF不須累計就醫序號,並連線即時查保
09-透析門診(新增)	BG-門診當次轉住院之入院
AA-同一療程項目以 6 次以內治療為限者	CA-其他規定不須累計就醫序號即不扣除就醫次數者
AB-同一療程項目屬"非"6 次以內治療為限者	DA-門診轉出
AC-預防保健	DB-門診手術後需於7日內之1次回診
AD-職業傷害或職業病 門(急)診	
AE-慢性病連續處方箋領藥	
AF-藥局調劑	

AG-排程檢查 AH-居家照護（第二次以後）	DC-住院患者出院後需於7日內之1次回診 EA-床號變更/轉床
---------------------------	------------------------------------

二、上傳即時性、完整性獎勵：每家最高7,000點。

① 定義：111年11月30日前完成「健保卡資料上傳格式2.0」上傳成功之額外獎勵。

A. 即時性：每家最高 3,000 點。

B. 完整性：每家最高 4,000 點。

② 計算方式：

A. 資料計算區間：111 年 12 月 1 日至 31 日之每日就醫紀錄資料。

B. 即時性與完整性之計算方式詳附件 9。

(五) 結算方式：

1. 網路月租費：

(1) 屬各總額部門之醫事機構，由各該部門「網路頻寬補助費用」專款項目支應，如預算不足時，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目中支應。

(2) 其他醫事機構，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目中支應。

2. 獎勵資料上傳項目：由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目中支應，採浮動點值，按季以每點1元暫付，全年結算，每點支付金額不高於1元。

3. 配合「111年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」，提升智慧化資訊獎勵項目：由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目中支應，採浮動點值，按季以每點1元暫付，全年結算，每點支付金額不高於1元。

(六) 保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料，相對應需增加之網路頻寬費用：依政府採購法及相關規定，辦理採購、簽約及核銷程序後覈實支付。

六、 本方案由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。
屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附件 1

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固接網路申請表

一、特約醫事服務機構名稱：代號：

二、特約層級別：☐醫學中心 ☐區域醫院 ☐地區醫院

☐基層診所 ☐其他（ ）

三、參加本方案申裝之網路頻寬 型光纖 M、月租費 元。

另參加前裝設之網路頻寬 、月租費 元。

四、參加起始日期： 年 月。

五、是否承接其他醫事服務機構之固接網路：☐是 ☐否，如承接固接網路者，請填寫下列資料：

（一）原特約醫事服務機構名稱 。

（二）原特約醫事服務機構代號 。

（三）承接日期 年 月 日。（註：承接日期應於參與起始日期當月或以後）

（四）原特約醫事服務機構是否參加本方案☐是 ☐否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：

☐以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

☐以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

六、聯絡人姓名： 電話： 傳真：

E-MAIL：

七、特約醫事服務機構及負責人印章：

☐本機構已取得當事人同意，同意衛生福利部中央健康保險署將本次固接網路申請資料，提供予電信公司，供後續連繫固接網路線路安裝事宜。

(請注意下列事項：

1. 承接固接網路之醫事服務機構，需向保險人申請參加本方案及向電信公司辦理繳款人變更(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)，始支付方案費用。
2. 醫事服務機構需於健保特約在約期間內，始支付方案費用。
3. 線路資料： AT (本欄供電信公司使用)

附件 2

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行動網路申請表

一、特約醫事服務機構名稱：代號：

二、特約層級別：☐醫學中心 ☐區域醫院 ☐地區醫院

☐基層診所 ☐其他（ ）

三、參加本方案申裝之行動網路類型☐4G、月租費 元。

四、參加起始日期： 年 月。

五、因應何類業務需申請行動網路：

☐居家醫療照護服務

☐西醫醫療資源不足地區改善方案

☐中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

☐牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

☐山地離島地區醫療給付效益提昇計畫

☐其他(請敘明業務需求)

六、申請數量：☐1組 ☐2組(如申請2組，請敘明原因及檢附相關佐證資料：

)

七、是否承接其他醫事服務機構之行動網路：☐是 ☐否，如承接者，請填寫下列資料：

(一) 原特約醫事服務機構名稱 。

(二) 原特約醫事服務機構代號 。

(三) 承接日期 年 月 日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)

(四) 原特約醫事服務機構是否參加本方案☐是 ☐否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：

☐以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

☐以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

八、聯絡人姓名： 電話： 傳真：

E-MAIL：

九、特約醫事服務機構及負責人印章：

(請注意下列事項：請勿變更帳單週期，以免影響貴院(所)方案結算權益。

附件 3

特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費上限：依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限(以 111 年為例)

特約層級別	網路頻寬	網路月租費支付上限
醫學中心	企業型 FTTB 50M	54,561 元
區域醫院	企業型 FTTB 20M	45,201 元
地區醫院	企業型 FTTB 10M	25,857 元
診所及其他醫事服務機構	一般型 FTTB 6M/2M	1,691 元

註1：107年12月31日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖網路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，111年網路月租費支付上限為專業型光纖1M月租費1,980元。

註2：保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費如有調整，將另行通知特約醫事服務機構。

附件 4

特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G、5G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限(以 111 年為例)

方案類型	優惠月租費率 (元/月)	最高收費金額 (單位：新台幣元)	方案內容
4G	175	799 元	1. 方案數據服務通信費以「KB」計費，月租費可抵扣1GB。 2. 超過部分之資料通信費以每月實際傳送 KB 數量另計，每 KB 0.00023元。
<u>5G</u>	<u>=</u>	<u>599 元</u>	1. <u>本方案使用既有頻寬，不另收頻寬（1M=500M 元）使用費。</u> 2. <u>本案免收新增組員設定費、組員異動費優惠。</u>

註：保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G、5G 優惠月租費率及最高收費金額如有調整，將另行通知特約醫事服務機構。

附件 5

獎勵醫事服務機構上傳檢驗（查）結果之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	06012C	尿一般檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、尿沈渣、比重、顏色、混濁度、白血球酯酶、潛血、酸鹼度及酮體）	1
2	06013C	尿生化檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、比重、顏色、混濁度、酸鹼度、白血球酯酶及酮體）	1
3	06505C	懷孕試驗－酵素免疫法	1
4	07009C	糞便一般檢查（包括外觀、蟲卵、潛血反應、硬度、顏色、消化能力、紅、白血球、粘液等）	1
5	08002C	白血球計數	1
6	08003C	血色素檢查	1
7	08004C	血球比容值測定	1
8	08005C	紅血球沈降速度測定	1
9	08006C	血小板計數	1
10	08011C	全套血液檢查 I（八項）	1
11	08013C	白血球分類計數	1
12	08026C	凝血酶原時間 Prothrombin time(一段式)	1
13	08036C	部份凝血活酶時間	1
14	09001C	總膽固醇	1
15	09002C	血中尿素氮	1
16	09004C	三酸甘油脂	1
17	09005C	血液及體液葡萄糖	1
18	09006C	醣化血紅素	1
19	09011C	鈣	1
20	09012C	磷	1
21	09013C	尿酸	1
22	09015C	肌酸酐、血	1
23	09016C	肌酐、尿	1
24	09017C	澱粉酶、血	1
25	09021C	鈉	1
26	09022C	鉀	1
27	09023C	氯	1
28	09025C	血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶	1
29	09026C	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶	1
30	09027C	鹼性磷酸酶	1
31	09029C	膽紅素總量	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
32	09030C	直接膽紅素	1
33	09031C	麩胺轉酸酶	1
34	09032C	肌酸磷化酶	1
35	09033C	乳酸脫氫酶	1
36	09038C	白蛋白	1
37	09040C	全蛋白	1
38	09041B	血液氣體分析	1
39	09043C	高密度脂蛋白－膽固醇	1
40	09044C	低密度脂蛋白－膽固醇	1
41	09046B	鎂	1
42	09064C	解脂酶	1
43	09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶)	1
44	09099C	心肌旋轉蛋白 I	1
45	09106C	游離甲狀腺素免疫分析	1
46	09112C	甲狀腺刺激素免疫分析	1
47	11001C	ABO 血型測定檢驗	±
48	11002C	交叉配合試驗	±
49	11003C	RH (D) 型檢驗	±
50	11004C	不規則抗體篩檢	±
51	12007C	α -胎兒蛋白檢驗	1
52	12015C	C 反應性蛋白試驗－免疫比濁法	1
53	12021C	癌胚胎抗原檢驗	1
54	12081C	攝護腺特異抗原 (EIA/LIA 法)	1
55	12111C	微白蛋白 (免疫比濁法)	1
56	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	1
57	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	1
58	12193C	B 型利納利尿胜肽原(B 型利納利尿胜肽)	1
59	12202C	C 型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法	1
60	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查	1
61	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)	1
62	13008C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算二分之一	1
63	13016B	血液培養	1
64	13023C	細菌最低抑制濃度快速試驗	1
65	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
66	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)	1
67	14032C	B型肝炎表面抗原	1
68	14033C	B型肝炎表面抗體	1
69	14035C	B型肝炎e抗原檢查 HBeAg	1
70	14051C	C型肝炎病毒抗體檢查	1
71	15001C	體液細胞檢查	3
72	17008B	睡眠多項生理檢查	2
73	18001C	心電圖	2
74	18010B	頸動脈聲圖檢查	2
75	18015B	極度踏車運動試驗	2
76	18019C	攜帶式心電圖記錄檢查	2
77	18020B	心導管——側	2
78	18022B	冠狀動脈攝影	2
79	20001C	腦波檢查睡眠或清醒	2
80	20019B	感覺神經傳導速度測定	2
81	20023B	F波	2
82	25003C	第三級外科病理	3
83	25004C	第四級外科病理	3
84	25006B	冰凍切片檢查	3
85	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	3
86	25024C	第五級外科病理	3
87	25025C	第六級外科病理	3
88	26025B	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描	2
89	26029B	全身骨骼掃描	2
90	26072B	正子造影-全身	2
91	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	2
92	28023C	肛門鏡檢查	2
93	30022C	特異過敏原免疫檢驗	1
94	33005B	乳房造影術	2
95	33012B	靜脈注射泌尿系統造影術(點滴注射)	2
96	33074B	單純性血管整形術	2
97	33075B	血管阻塞術	2
98	33076B	經皮冠狀動脈擴張術——一條血管	2
99	33077B	經皮冠狀動脈擴張術——二條血管	2
100	08010C	嗜酸性白血球計算	1
101	12031C	免疫球蛋白E	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
102	17003C	流量容積圖形檢查	2
103	17004C	標準肺量測定 (包括 FRC 測定)	2
104	17006C	支氣管擴張劑試驗	2
105	17019C	支氣管激發試驗	2
106	14065C	流行性感冒 A 型病毒抗原	1
107	14066C	流行性感冒 B 型病毒抗原	1
108	18008C	杜卜勒氏血流測定(週邊血管)	2
109	09125C	濾泡刺激素免疫分析	1
110	09126C	黃體化激素免疫分析	1
111	12033B	補體 3—單向免疫擴散法	1
112	12034B	補體 3—免疫比濁法	1
113	12035B	補體 3(活化測定)—單向免疫擴散法	1
114	12036B	補體 3(活化測定)—免疫比濁法	1
115	12037B	補體 4—單向免疫擴散法	1
116	12038B	補體 4—免疫比濁法	1
117	27013B	濾胞刺激素放射免疫分析	1
118	27014B	黃體化激素放射免疫分析	1
119	15017C	婦科細胞檢查	3
120	09042C	攝護腺酸性磷酸酶	1
121	09111C	甲狀腺球蛋白	1
122	12022C	乙型人類絨毛膜促性腺激素	1
123	12052B	β2-微球蛋白	1
124	12072B	淋巴球表面標記-癌症腫瘤檢驗	1
125	12075B	白血球表面標記≤10 種	1
126	12077C	CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
127	12078C	CA-153 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
128	12079C	CA-199 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
129	12080B	SCC 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
130	12109B	成人 T 淋巴白血病病毒抗體	1
131	12120B	腫瘤多胜酶抗原	1
132	12163B	第一型人類嗜 T 細胞抗體(定性)	1
133	12182C	去氧核糖核酸類定性擴增試驗	1
134	12183C	核糖核酸類定性擴增試驗	1
135	12186C	染色體轉位基因重組之南方墨點法分析	1
136	12187C	短片段重覆序列多型性分析	1
137	12188C	染色體轉位融合基因之反轉錄聚合酶連鎖反應分析	1
138	12194B	代謝產物串聯質譜儀分析	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
139	12195B	Her-2/neu 原位雜交	3
140	12196B	HLA-B 1502 基因檢測	1
141	12198C	游離攝護腺特異抗原	1
142	12199B	人類組織相容複合物 I 類鏈相關基因 A 抗體篩檢	1
143	12203B	C 型肝炎病毒核酸基因檢測-一般聚合酶連鎖反應法	1
144	12204B	白血球表面標記 11-20 種	1
145	12205B	白血球表面標記 21-30 種	1
146	12206B	白血球表面標記 31 種以上	1
147	12207B	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法	1
148	12208B	生長刺激表達基因 2 蛋白(ST2)	1
149	14046B	EB 病毒囊鞘免疫球蛋白 G.M.A.(IFA 法)	1
150	25007B	細胞遺傳學檢查	3
151	25021B	染色體檢查(特殊)	3
152	27010B	絨毛膜促性腺激素－乙亞單體	1
153	27030B	攝護腺酸性磷酸鹽酵素放射免疫分析	1
154	27049C	甲－胎兒蛋白	1
155	27050C	胚胎致癌抗原	1
156	27051B	β-2 微球蛋白	1
157	27052C	攝護腺特異抗原	1
158	27053C	CA-125 腫瘤標記	1
159	27054B	CA-153 腫瘤標記	1
160	27055C	CA-199 腫瘤標記	1
161	27056B	抗-SCC 腫瘤標記	1
162	27059B	甲狀腺球蛋白	1
163	27076B	腫瘤多肽抗原	1
164	27083B	游離攝護腺特異抗原	1
165	30101B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)	3
166	06001C	酸鹼度反應	±
167	06003C	尿蛋白	1
168	06005C	尿膽素原	1
169	06006C	尿膽紅素	1
170	06008C	班尼迪克特反應	1
171	06009C	尿沉渣	1
172	06010C	本周氏蛋白試驗	1
173	06011B	乳糜尿之確定	1
174	06014B	酸鹼度(酸鹼儀)	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
175	06015C	亞硝酸鹽檢驗	1
176	06016B	脂肪染色	1
177	06017B	白血球酯酶	1
178	06503B	尿滲透壓檢驗	1
179	06504C	懷孕試驗－乳膠凝集法	1
180	06508B	紫質類檢驗	1
181	06509B	Porphobilinogen 檢驗	1
182	06510C	巴拉刈定性檢驗	1
183	06511C	四次尿糖	1
184	06512B	尿液糞紫質檢驗	1
185	06513B	尿液新陳代謝障礙檢測	1
186	07001C	糞便潛血化學法	1
187	07002C	糞便中膽紅素	1
188	07003C	阿米巴檢驗（直接法）	1
189	07004C	澱粉質染色	1
190	07005C	中性脂肪染色	1
191	07006C	脂肪酸染色	1
192	07007C	酸鹼值	1
193	07008C	糞便中尿膽素原	1
194	07010B	胰蛋白酶	1
195	07012C	寄生蟲卵－濃縮法	1
196	07013C	寄生蟲卵－計數法	1
197	07015C	還原物質測定	1
198	07017B	APT 檢測試驗	1
199	07018C	糞便白血球檢查	1
200	08001C	紅血球計數	1
201	08007C	血中寄生蟲檢查	1
202	08008C	網狀紅血球計數	1
203	08009C	紅血球形態	1
204	08012C	全套血液檢查II(七項)	1
205	08014C	血液一般檢查（白血球，紅血球及血色素）	1
206	08015C	紅斑性狼瘡細胞	1
207	08016C	紅斑性狼瘡因子	1
208	08017B	血清黏度	1
209	08021C	血塊收縮試驗	1
210	08022B	纖維蛋白原測定（定性）	1
211	08024B	纖維蛋白原測定(免疫比濁法)	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
212	08025B	凝血酶時間	1
213	08027B	骨髓細胞形態判讀	1
214	08028B	胚胎血色素量值	1
215	08029B	H血紅素檢查	1
216	08030C	血紅素電泳	1
217	08031B	紅血球脆性試驗	1
218	08032B	漢姆斯酸性血清試驗	1
219	08033B	自動溶血試驗	1
220	08034B	毛細管抵抗測定	1
221	08035C	血漿凝固時間	1
222	08037B	纖維蛋白降解產物－定性	1
223	08038B	纖維蛋白降解產物－定量	1
224	08039B	半定量血塊收縮試驗	1
225	08040B	變性血色素檢查	1
226	08041B	糖水試驗	1
227	08042C	骨髓鐵染色	1
228	08043C	蘇丹B染色	1
229	08044B	白血球鹼性磷酸酶染色	1
230	08045B	凝塊溶解試驗	1
231	08046B	硫酸魚精蛋白副凝固試驗	1
232	08047B	過氧化酶染色	1
233	08048B	特異性酯酶染色	1
234	08049B	非特異性酯酶染色	1
235	08050B	酸性磷酸酶染色	1
236	08051B	肝糖染色試驗	1
237	08052B	胚胎血色素染色	1
238	08053B	漢斯氏體染色	1
239	08054B	血色素 A2 測定	1
240	08055B	凝血酶原消耗試驗	1
241	08056B	部份凝血激酶取代試驗	1
242	08057B	第二因子測定	1
243	08058B	第五因子測定	1
244	08059B	第七因子測定	1
245	08060B	第八因子測定	1
246	08061B	第九因子測定	1
247	08062B	第十因子測定	1
248	08063B	尿素溶解試驗	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
249	08064B	凝血酶原轉化試驗（包括測III、VII、X）	1
250	08065B	終端去氧轉化酶染色	1
251	08066B	優球蛋白溶解時間	1
252	08067B	第八因子之抑制因子	1
253	08068B	凝血酶時間矯正試驗	1
254	08069B	血小板凝集試驗	1
255	08071B	細胞化學染色	1
256	08072B	抗凝血 III	1
257	08073B	Isopropanol HR stability test	1
258	08075C	血液滲透壓	1
259	08076B	鋅化原紫質檢查	1
260	08077B	蛋白 C	1
261	08078B	α_2 抗胞漿素	1
262	08079B	D 雙合體試驗	1
263	08080B	第十一因子測定	1
264	08081B	第十二因子測定	1
265	08082C	全套血液檢查 III(五項)	1
266	08083C	平均紅血球血紅素量	1
267	08084C	平均紅血球血紅素濃度	1
268	08085B	血漿黏度	1
269	08086B	全血黏度	1
270	08087B	尿液纖維蛋白原分解物含量	1
271	08088B	混合性凝血酶原時間	1
272	08090B	血漿血色素電泳	1
273	08091B	等電點血色素電泳分析	1
274	08092B	混合性部份凝血活酶時間	1
275	08093B	不穩定性血紅素	1
276	08094B	尿甘氨酸化物酶染色	1
277	08103B	第九因子之抑制因子	1
278	09018B	粘性蛋白	1
279	09019B	r-球蛋白	1
280	09020C	鐵	1
281	09024C	二氧化碳	1
282	09028C	酸性磷酸酶	1
283	09034B	酚四溴鈉試驗	1
284	09035C	總鐵結合能力	1
285	09036B	腦磷脂膽固醇結合試驗	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
286	09037C	血氨	1
287	09039C	球蛋白	1
288	09047B	銅	1
289	09048B	鋅	1
290	09050B	乳糖	1
291	09051C	葡萄糖六磷酸脫氫酶	1
292	09052B	香莢杏仁酸定量	1
293	09053B	17 酮類固醇類	1
294	09054B	17 氫氧根腎上腺酮	1
295	09055B	尿動情激素	1
296	09057B	胺基左旋醣酸	1
297	09058B	胺基左旋醣酸脫氫酵素	1
298	09060B	丙銅酸	1
299	09061B	肌酸磷化同功酶	1
300	09062B	乳酸脫氫同功酶	1
301	09063B	D 型木糖吸收試驗	1
302	09065B	蛋白電泳分析	1
303	09066B	脂蛋白電泳分析	1
304	09067B	鹼性磷酸酯電泳分析	1
305	09068B	澱粉酶電泳分析	1
306	09069B	血清醛縮酶	1
307	09070B	羥基丁酸鹽脫氫酶	1
308	09072B	異枸橼酸去氫酶	1
309	09073B	維生素 A 定量	1
310	09074B	維生素 C 定量	1
311	09075B	後腎上腺髓素	1
312	09076B	5-核酸解酶	1
313	09077B	兒茶酚胺測定	1
314	09079C	麝香混濁反應	1
315	09080C	硫酸鋅混濁反應	1
316	09081C	殘餘氯定量	1
317	09082B	蔗糖溶血分析	1
318	09083B	乙醯膽鹼酶	1
319	09084B	β 脂蛋白	1
320	09085C	白胺酸胺酶	1
321	09086C	N－乙醯胺基葡萄糖甘脢	1
322	09087B	甲狀腺素結合容量	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
323	09088B	先天代謝異常有關之酵素定量檢查	1
324	09089B	有機酸定量檢查	1
325	09095B	總脂肪	1
326	09096B	胺基酸定性檢查	1
327	09097B	G6PD 定量	1
328	09100B	尿液蛋白電泳	1
329	09101B	蔗糖確認試驗	1
330	09102B	腺甘脫胺酶	1
331	09103C	胰島素免疫分析	1
332	09104C	胎盤生乳激素免疫分析	1
333	09105C	黃體脂酮免疫分析	1
334	09107C	游離三碘甲狀腺素免疫分析	1
335	09108C	生長激素免疫分析	1
336	09109C	17-氫氧基黃體脂酮免疫分析	1
337	09110B	骨原蛋白免疫分析	1
338	09113C	皮質素免疫分析	1
339	09114B	醛類脂醇酵素免疫分析	1
340	09115B	降血鈣素免疫分析	1
341	09116B	抗利尿激素免疫分析	1
342	09117C	甲狀腺原氨酸免疫分析	1
343	09118B	碳-副甲狀腺素免疫分析	1
344	09119B	促腎上腺皮質素免疫分析	1
345	09120C	催乳激素免疫分析	1
346	09121C	睪丸酯醇免疫分析	1
347	09122C	Intact 副甲狀腺素免疫分析	1
348	09123B	MM-副甲狀腺素免疫分析	1
349	09124B	血漿腎素活性免疫分析	1
350	09127C	二氫基春情素免疫分析	1
351	09128C	C-胜鏈胰島素免疫分析	1
352	09129C	維生素 B12 免疫分析	1
353	09130C	葉酸免疫分析	1
354	09131C	春情素醇酵素免疫分析	1
355	09132B	胃泌激素免疫分析	1
356	09133B	環磷酸腺酞酸免疫分析	1
357	09134C	糞便潛血免疫分析	1
358	09135B	乳酸 — 丙酮酸檢查	1
359	09136B	缺糖型式運鐵蛋白之分析	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
360	09137B	血清酮體定量分析	1
361	09138C	直接及總膽紅素比值	1
362	09139C	醣化白蛋白(GA)	1
363	10001B	銀	1
364	10002B	鋁	1
365	10003B	砷	1
366	10004B	金	1
367	10005B	鎘	1
368	10006B	鈷	1
369	10007B	鉻	1
370	10008B	汞	1
371	10009B	錳	1
372	10010B	鎳	1
373	10011B	鉬	1
374	10012B	鋅(原子吸收光譜法)	1
375	10501C	卡巴馬平	1
376	10502B	二苯妥因	1
377	10503B	甲乙琥珀亞胺	1
378	10504B	滅殺除癌	1
379	10505B	普卡因胺	1
380	10506B	立克菌星	1
381	10507B	乙苯嘧啶二酮	1
382	10508B	水楊酸	1
383	10509B	茶鹼	1
384	10510C	發爾波克	1
385	10511C	長葉毛地黃	1
386	10512B	Amikacin	1
387	10515B	力多卡因	1
388	10516B	奎尼丁	1
389	10517B	Disopyramide	1
390	10518B	健大黴素	1
391	10519B	托不拉黴素	1
392	10520C	鋰鹽	1
393	10521B	Imipramine	1
394	10522B	血中藥物濃度測定 — Cyclosporine-A	1
395	10523B	血中藥物濃度測定-二苯環丙氨	1
396	10524B	血中藥物濃度測定 — Desipramine	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
397	10525B	血中藥物濃度測定 — Phenobarbital (luminal)	1
398	10526B	血中藥物濃度測定 — Diazepam (valium)	1
399	10527B	苯重氮基鹽類濃度(定量)	1
400	10529B	血中藥物濃度測定-普潘奈	1
401	10530B	血中藥物濃度測定 — Dibekacin	1
402	10531B	血中藥物濃度測定 — Vancomycin	1
403	10532B	血中藥物濃度測定-氯黴素	1
404	10533B	血中藥物濃度測定-康絲菌素	1
405	10534B	血中藥物濃度測定 — Nortriptyline	1
406	10535B	血中藥物濃度測定-三環抗鬱劑	1
407	10536B	血中藥物濃度測定-FK-506	1
408	10537C	Sirolimus 全血濃度測定	1
409	10801B	毒物試驗（定性）	1
410	10802B	巴比妥酸鹽	1
411	10803B	乙醯對氨基酚	1
412	10804B	一氧化碳血紅素	1
413	10805B	氰化物	1
414	10806B	甲醇	1
415	10807B	乙醇	1
416	10808B	高鐵血紅素	1
417	10809B	血中農藥中毒濃度測定	1
418	10810B	安非他命檢測(免疫分析)	1
419	10811B	嗎啡檢測(免疫分析)	1
420	10812B	古柯鹼檢測(免疫分析)	1
421	10813B	大麻檢測(免疫分析)	1
422	10814B	天使塵檢測(免疫分析)	1
423	10815B	有機磷濃度確認分析	1
424	10816B	乙醯膽鹼酶紅血球(定量)	1
425	10817B	乙醇-酒後非駕駛	1
426	10818B	乙醇-酒後駕駛	1
427	10819C	殺鼠藥分析	1
428	11005B	不規則抗體鑑定	1
429	11006B	不規則抗體之沖出及鑑定	1
430	11007B	血小板抗體	1
431	11008B	特殊血型-Lewis antigen	1
432	11009B	特殊血型-D、E、C、c、e	1
433	11010B	特殊血型— 特殊血型三大群以上	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
434	11011B	輸血反應探測	1
435	11012B	HLA 符合試驗	+
436	12001C	梅毒試驗	1
437	12002B	傷寒凝集試驗	1
438	12003C	抗鏈球菌溶血素 O 效價測定—溶血抑制法	1
439	12004C	抗鏈球菌溶血素 O 效價測定— 免疫比濁法	1
440	12005B	鏈球菌激酶試驗	1
441	12006B	布魯氏菌凝集素試驗	1
442	12008B	冷凝集反應	1
443	12009C	類風濕性關節炎因子試驗-乳膠凝集法	1
444	12010C	類風濕性關節炎因子試驗—被動血球凝集法	1
445	12011C	類風濕性關節炎因子試驗— 免疫比濁法	1
446	12012B	冷凝球蛋白	1
447	12013C	C 反應性蛋白試驗—乳膠凝集法	1
448	12014C	C 反應性蛋白試驗 — 免疫擴散法	1
449	12016C	砂眼披衣菌抗原—酵素免疫法	1
450	12017B	砂眼披衣菌抗原—螢光法	1
451	12018C	梅毒螺旋體抗體試驗	1
452	12019B	螢光梅毒螺旋體抗體吸附試驗	1
453	12020C	肺炎黴漿菌抗體試驗	1
454	12023B	人體阿米巴體抗體檢驗	1
455	12024B	免疫球蛋白 G—單向免疫擴散法	1
456	12025B	免疫球蛋白 G—免疫比濁法	1
457	12026B	免疫球蛋白 A—單向免疫擴散法	1
458	12027B	免疫球蛋白 A—免疫比濁法	1
459	12028B	免疫球蛋白 M—單向免疫擴散法	1
460	12029B	免疫球蛋白 M—免疫比濁法	1
461	12030B	免疫球蛋白 D	1
462	12032B	補體 1 定量	1
463	12039B	補體-5 定量	1
464	12040B	α 1- 抗胰蛋白酶 — 單向免疫擴散法	1
465	12041B	α 1- 抗胰蛋白酶 — 免疫比濁法	1
466	12042B	α 1- 粘液蛋白 (免疫比濁法)	1
467	12043B	α 2- 巨球蛋白 — 單向免疫擴散法	1
468	12044B	α 2- 巨球蛋白— 免疫比濁法	1
469	12053C	抗核抗體(間接免疫螢光法)	1
470	12056B	粒腺體抗體	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
471	12060C	DNA 抗體	1
472	12064B	可抽出的核抗體測定— Ro/La 抗體	1
473	12066B	基底膜帶抗體	1
474	12067B	細胞間質抗體	1
475	12068C	甲狀腺球蛋白抗體	1
476	12070B	冷凝纖維蛋白原	1
477	12071B	淋巴球表面標記— T細胞及B細胞定量	1
478	12073C	淋巴球表面標記— 感染性疾病檢驗	1
479	12074B	淋巴球表面標記— 免疫性疾病檢驗	1
480	12076B	淋巴球表面標記— 其他疾病	1
481	12086C	人類白血球抗原 — HLA-B27	1
482	12097B	庫姆氏血中多項抗體檢驗（直接法）	1
483	12098B	庫姆氏血中多項抗體檢驗（間接法）	1
484	12099B	庫姆氏血中單項 IgG 抗體檢驗	1
485	12100B	庫姆氏血中單項 C3 抗體檢驗	1
486	12126B	肺炎雙球菌抗原(乳膠凝集法)	1
487	12128B	腦膜炎雙球菌抗原(乳膠凝集法)	1
488	12129C	腦脊髓液快速測定	1
489	12130B	沙門氏菌抗原	1
490	12131B	志賀氏菌抗原	1
491	12132B	肺炎披衣菌(TWAR)抗原	1
492	12133B	抗 $\beta 2$ 糖蛋白 I 抗體	1
493	12134C	甲狀腺過氧化酶抗體	1
494	12135B	抗角質抗體	1
495	12136B	DNA 分析	1
496	12137B	肌肉炎自體抗體組合	1
497	12138B	腎絲球基底膜抗體	1
498	12139B	腦脊髓液新隱形球菌藥物濃度試驗	1
499	12140B	T3+DR+, T3+DR-	1
500	12141B	劉氏 3+8+抗原, 劉氏 3+8-細胞	1
501	12142B	劉氏 2+15+抗原, 劉氏 2+15-細胞	1
502	12143B	抗原依靠性補體細胞毒殺試驗	1
503	12144B	自然毒殺細胞活力試驗	1
504	12145B	直接細胞毒殺試驗	1
505	12146B	免疫球蛋白 G1 量	1
506	12147B	免疫球蛋白 G2 量	1
507	12148B	免疫球蛋白 G3 量	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
508	12149B	免疫球蛋白 G4 量	1
509	12150B	胺基酸定量檢查	1
510	12151C	同半胱胺酸	1
511	12152B	In vitro IgG, A, M synthesis	1
512	12153B	混合淋巴球雙向培養	1
513	12154B	可抽出之核抗體 Jo-1	1
514	12155B	可抽出之核抗體 KI,KU(免疫擴滲分析法)	1
515	12156B	Ribosomal-P 抗體	1
516	12157B	腦脊髓液免疫球蛋白免疫電泳	1
517	12158B	尿液免疫球蛋白免疫電泳	1
518	12159B	尿液免疫固定電泳分析	1
519	12160B	免疫球蛋白 κ/λ	1
520	12161B	白血球介質-2	1
521	12162B	組織壞死因子	1
522	12164B	脂蛋白 a	1
523	12165C	A 群鏈球菌抗原	1
524	12166B	腦膜炎雙球菌抗原	1
525	12167B	組織胞漿菌抗體檢查	1
526	12168B	芽生菌抗體檢查	1
527	12169B	球孢子菌抗體檢查	1
528	12170B	麴菌抗體檢查	1
529	12171B	抗嗜中性球細胞質抗體	1
530	12172C	尿液肺炎球菌抗原	1
531	12173B	可抽出的核抗體測定— Sm/RNP 抗體	1
532	12174B	可抽出的核抗體測定— Scl-70 抗體	1
533	12175B	淋巴球變形反應—抗原刺激	1
534	12176B	人類白血球抗原 — HLA-ABC(單一抗原)	1
535	12177B	人類白血球抗原 — HLA-DR(單一抗原)	1
536	12178C	腎上腺抗體	1
537	12179C	Aspergillus 抗原測定	1
538	12180C	穀醯酸脫竣酶抗體	1
539	12181C	乙醯膽鹼抗體	1
540	12189C	肺炎披衣菌 IgM	1
541	12190C	肺炎披衣菌 IgG	1
542	12191C	尿液退伍軍人菌抗原	1
543	12192C	前降鈣素原	1
544	12197B	血中藥物濃度測定-Everolimus	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
545	12200B	人類白血球群體反應性抗體百分比篩檢試驗	1
546	12201B	抗環瓜氨酸月太抗體	1
547	13002B	阿米巴抗體凝集試驗	1
548	13004B	白喉毒力試驗	1
549	13005B	披衣菌檢查（定性）	1
550	13012C	抗酸菌培養	1
551	13013C	抗酸菌鑑定檢查	1
552	13014B	抗酸菌藥物敏感性試驗—三種藥物以下	1
553	13015C	抗酸菌藥物敏感性試驗—四種藥物以上	1
554	13017C	KOH 顯微鏡檢查	+
555	13019B	試管抗藥性試驗	1
556	13020C	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 一菌種【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC】	1
557	13021B	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 二菌種【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC】	1
558	13022B	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 三菌種以上【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC)】	1
559	13024C	結核菌檢驗	1
560	13028B	困難梭狀桿菌抗原快速檢驗（GDH）	1
561	13029B	困難梭狀桿菌毒素 A、B 快速檢驗（Toxin A/B）	1
562	14001B	病毒分離及鑑定	1
563	14002B	腺病毒補體結合抗體	1
564	14003B	巨大細胞病毒抗體 補體結合法	1
565	14004B	巨大細胞病毒抗體 酵素免疫法	1
566	14005C	單純疱疹病毒 I II 補體結合抗體(各項)	1
567	14006B	麻疹病毒抗原	1
568	14007B	麻疹病毒 IgM 抗體	1
569	14008B	麻疹病毒補體結合抗體	1
570	14009C	腮腺炎病毒補體結合抗體	1
571	14010B	呼吸道融合病毒抗原	1
572	14011B	呼吸道融合病毒補體結合抗體	1
573	14012B	水痘帶狀疱疹病毒補體結合抗體	1
574	14013B	水痘帶狀疱疹病毒 IgM 抗體	1
575	14014B	肺炎漿胞菌補體結合抗體	1
576	14015B	副流行性感冒病毒 1 型抗原	1
577	14016B	副流行性感冒病毒 2 型抗原	1
578	14017B	副流行性感冒病毒 1 型補體結合抗體	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
579	14018B	副流行性感冒病毒 2 型補體結合抗體	1
580	14019B	副流行性感冒病毒 3 型補體結合抗體	1
581	14020B	流行性感冒 A 型病毒補體結合抗體	1
582	14021B	流行性感冒 B 型病毒補體結合抗體	1
583	14022B	日本腦炎病毒補體結合抗體	1
584	14023B	柯沙奇 B 型病毒抗體(每項)	1
585	14024B	柯沙奇 B 型病毒補體結合抗體(B1-B6)	1
586	14025C	腸內病毒 70 抗體	1
587	14026C	輪狀病毒抗原	1
588	14027C	輪狀病毒抗體	1
589	14028B	呼腸弧病毒抗體	1
590	14029B	小兒麻痺病毒第 1.2.3 型抗體各項	1
591	14030C	B 型肝炎表面抗原	1
592	14031C	B 型肝炎表面抗原	1
593	14034C	B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg—RPHA 法	1
594	14036C	B 型肝炎 E 抗體檢查	1
595	14037C	B 型肝炎核心抗體檢查	1
596	14038C	B 型肝炎核心抗體免疫球蛋白 M 檢查 (EIA/LIA 法)	1
597	14039C	A 型肝炎抗體免疫球蛋白 M 檢查 (EIA/LIA 法)	1
598	14040C	A 型肝炎抗體	1
599	14041B	D 型肝炎抗體檢查	1
600	14042B	弓漿蟲 IgG 抗體	1
601	14043B	德國麻疹血球凝集抗體效價 (H I 法)	1
602	14047B	EB 病毒核抗原抗體	1
603	14048B	巨細胞病毒核抗原抗體	1
604	14052B	單純疱疹病毒 IgM 抗體	1
605	14053B	單純疱疹病毒-1 或-2 抗原	1
606	14054B	腮腺炎病毒 IgM 抗體	1
607	14056B	腸病毒 71 型-IgM 抗體快速檢驗試驗	1
608	14058C	呼吸融合細胞病毒試驗	1
609	14059B	巨細胞病毒抗原檢查	1
610	16002C	腹水分析	1
611	16003C	胸水分析	1
612	16004C	胃液分析	1
613	16006C	腦脊髓液分析	1
614	16008C	關節囊液分析--常規檢查	1
615	16013C	關節囊液分析--偏光鏡檢查	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
616	27005B	游離甲狀腺素指數分析	1
617	27009B	胎盤生乳激素放射免疫分析	1
618	27012B	春情素醇放射免疫分析	1
619	27015C	胰島素放射免疫分析	1
620	27016B	胃泌激素放射免疫分析	1
621	27017B	鐵蛋白放射免疫分析	1
622	27018B	A 型肝炎放射免疫分析	1
623	27019B	二氫基春情素放射免疫分析	1
624	27020B	黃體脂酮放射免疫分析	1
625	27022B	C－胜鍊胰島素放射免疫分析	1
626	27024B	碳一端副甲狀腺素放射免疫分析	1
627	27025B	MM－副甲狀腺素放射免疫分析	1
628	27026B	Intact 副甲狀腺素放射免疫分析	1
629	27028B	維生素 B12 放射免疫分析	1
630	27029B	葉酸放射免疫分析	1
631	27033C	B 型肝炎表面抗原放射免疫分析	1
632	27034B	B 型肝炎表面抗體放射免疫分析	1
633	27035B	B 型肝炎 e 抗原放射免疫分析	1
634	27036B	B 型肝炎 e 抗體放射免疫分析	1
635	27037B	B 型肝炎核心抗體放射免疫分析	1
636	27040B	A 型肝炎免疫球蛋白 M 放射免疫分析	1
637	27043B	普卡因醯胺放射免疫分析	1
638	27058B	甲狀腺球蛋白抗體	1
639	27063B	脂蛋白酶元 B 分析	1
640	27064B	脂蛋白酶元 A1 分析	1
641	30102B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)	3
642	30103B	PD-L1 免疫組織化學染色	3
643	30104B	All-RAS 基因突變分析	3

註 1：報告類別代碼說明：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告。

註 2：報告類別代碼「1」屬於「非報告型資料」；報告類別代碼「2」及「3」屬於「報告型資料」。

獎勵醫事服務機構上傳醫療檢查影像及影像報告之項目

附件 5-1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別	每筆醫令獎勵金額(點)
1	33070B	電腦斷層造影－無造影劑	2	15
2	33071B	電腦斷層造影－有造影劑	2	15
3	33072B	電腦斷層造影－有/無造影劑	2	15
4	33084B	磁共振造影－無造影劑	2	15
5	33085B	磁共振造影－有造影劑	2	15
6	34004C	齒顎全景 X 光片攝影	無報告有影像	2
7	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	2	7
8	28017C	大腸鏡檢查	2	7
9	18005C	超音波心臟圖（應包含醫令代碼 18006C（杜卜勒氏超音波心臟圖）或 18007C（杜卜勒氏彩色心臟血流圖）之影像報告）	2	7
10	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	2	7
11	18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2	7
12	18033B	經食道超音波心圖	2	7
13	18041B	周邊動靜脈血管超音波檢查	2	7
14	19001C	腹部超音波	2	7
15	19002B	術中超音波	2	7
16	19003C	婦科超音波	2	7
17	19005C	其他超音波	2	7
18	19007C	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)	2	7
19	19009C	腹部超音波，追蹤性	2	7
20	19010C	產科超音波	2	7
21	19012C	頭頸部軟組織超音波	2	7
22	19014C	乳房超音波	2	7
23	19015C	男性外生殖器官超音波	2	7
24	19016C	四肢超音波	2	7
25	19017C	經尿道(直腸)超音波檢查	2	7
26	19018C	嬰幼兒腦部超音波	2	7
27	20013C	頸動脈超音波檢查	2	7
28	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查	2	7
29	21008C	膀胱掃描	2	7
30	23504C	超音波檢查(B 掃瞄)	2	7
31	23506C	微細超音波檢查	無報告有影像	2

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別	每筆醫令獎勵金額(點)
32	32001C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）	2	7
33	32002C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）	2	7
34	32006C	腎臟、輸尿管、膀胱檢查	2	7
35	32007C	腹部檢查（包括各種姿勢之腹部檢查）	2	7
36	32008C	腹部檢查（包括各種姿勢之腹部檢查）	2	7
37	01271C	環口全景 X 光初診診察	無報告有影像	2
38	32009C	頭顱檢查（包括各種角度部位之頭顱檢查）	2	7
39	32010C	頭顱檢查（包括各種角度部位之頭顱檢查）	2	7
40	32011C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）	2	7
41	32012C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）	2	7
42	32013C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
43	32014C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
44	32015C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
45	32016C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
46	32017C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
47	32018C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
48	32022C	骨盆及髖關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
49	32023C	骨盆及髖關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
50	01272C	年度初診 X 光檢查	無報告有影像	2
51	01273C	高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查	無報告有影像	2
52	00315C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察	無報告有影像	2
53	00316C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診 X 光檢查	無報告有影像	2
54	00317C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查	無報告有影像	2
55	34006B	顳顎關節 X 光攝影（單側）	無報告有影像	2
56	34005B	測顱 X 光攝影	無報告有影像	2

註 1：醫令代碼 34004C(齒顎全景 X 光片攝影)、01271C(環口全景 X 光初診診察)、23506C(微

細超音波檢查)、01272C(年度初診 X 光檢查) 、01273C(高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查) 、00315C(符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察)、00316C(符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診 X 光檢查)、00317C(符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查)、34006B(顫顎關節 X 光攝影 (單側))及 34005B(測顫 X 光攝影)因無報告，故僅須上傳醫療檢查影像，每筆醫令獎勵 2 點。

註 2：醫令代碼 18006C (杜卜勒氏超音波心臟圖) 或 18007C (杜卜勒氏彩色心臟血流圖) 之影像報告併入醫令代碼 18005C 之影像報告，故醫令代碼 18006C (杜卜勒氏超音波心臟圖) 或 18007C (杜卜勒氏彩色心臟血流圖) 無須再單獨上傳醫療檢查影像報告。

附件 6

獎勵醫事服務機構上傳人工關節植入物之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	64164B	全膝關節置換術	4
2	64169B	部份關節置換術併整形術只置換股骨髁或脛骨高丘或半膝關節或只換髌骨	4
3	64202B	人工全膝關節再置換	4
4	64162B	全股關節置換術	4
5	64170B	部份關節置換術併整型術一只置換髌白或股骨或半股關節或半肩關節（半肩關節不納入收載）	4
6	64258B	人工半髌關節再置換術	4
7	64201B	人工全髌關節再置換	4

附件 7

獎勵居家訪視健保卡登錄暨上傳資料之醫令項目

項次	醫令代碼	中文名稱
1	05301C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(在合理量內)1.在宅
2	05302C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)1.在宅
3	05303C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(在合理量內)1.在宅
4	05304C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1.在宅
5	05305C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)1.在宅
6	05306C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)1.在宅
7	05307C	醫師訪視費(次)1.在宅
8	05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅
9	05309C	醫師訪視費(次)1.在宅－醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
10	05310C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅－醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
11	05321C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1.在宅
12	05322C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1.在宅
13	05328C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(超出合理量)1.在宅
14	05329C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)1.在宅
15	05330C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(超出合理量)1.在宅
16	05331C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)1.在宅
17	05332C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)1.在宅
18	05333C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(超出合理量)1.在宅
19	05334C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅
20	05335C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅
21	05342C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(在合理量內)2.機構
22	05343C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)2.機構
23	05344C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(超出合理量)2.機構
24	05345C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)2.機構
25	05346C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(在合理量內)2.機構
26	05347C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)2.機構
27	05348C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(超出合理量)2.機構
28	05349C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)2.機構
29	05350C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)2.機構
30	05351C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)2.機構
31	05352C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構

項次	醫令代碼	中文名稱
32	05353C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構
33	05354C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
34	05355C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
35	05356C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
36	05357C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
37	05358C	醫師訪視費(次)2.機構
38	05359C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構
39	05360C	醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
40	05361C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
41	05404C	居家治療醫師診治費（次）
42	05405C	居家治療醫師診治費-同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起其診治費依本項申報。
43	05406C	居家治療其他專業人員處置費（次）
44	05312C	甲類醫師訪視費用(次)-在宅
45	05362C	甲類醫師訪視費用(次)-機構
46	05323C	甲類醫師訪視費用—山地離島地區(次)-在宅
47	05363C	甲類醫師訪視費用—山地離島地區(次)-機構
48	05336C	乙類醫師訪視費用(次)-在宅
49	05364C	乙類醫師訪視費用(次)-機構
50	05337C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-在宅
51	05365C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-機構
52	05313C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)
53	05366C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)
54	05324C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)-山地離島地區
55	05367C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)-山地離島地區
56	05338C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)
57	05368C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)
58	05339C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)
59	05369C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)
60	05314C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)

項次	醫令代碼	中文名稱
61	05370C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)
62	05325C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)-山地離島地區
63	05371C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)-山地離島地區
64	05340C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)
65	05372C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)
66	05341C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)
67	05373C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)
68	05326C	臨終病患訪視費
69	05327C	臨終病患訪視費山地離島地區
70	05315C	其他專業人員處置費(次)-在宅:目前僅限於社會工作人員或心理師
71	05374C	其他專業人員處置費(次)-機構:目前僅限於社會工作人員或心理師
72	P5401C	呼吸治療人員訪視費－非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等 呼吸治療人員訪視費(次)
73	P5402C	呼吸治療人員訪視費－非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等 山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)
74	P5403C	呼吸治療人員訪視費－侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等 呼吸治療人員訪視費(次)
75	P5404C	呼吸治療人員訪視費－侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等 山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)
76	P5405C	山地離島地區其他專業人員處置費(次):限社會工作人員或心理師
77	05303CA	呼吸治療人員訪視費
78	P4101C	藥事居家照護費
79	P4102C	偏遠地區藥事居家照護費
80	P30005	到宅牙醫服務(每乙案)論次費用
81	P30006	牙醫特殊醫療服務計畫到宅訪視費

附件 8

獎勵醫事服務機構申報特定醫令執行起迄時間資料之項目

項次	醫令代碼	中文名稱
1	18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)
2	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖
3	18033B	經食道超音波心圖
4	18037B	胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波
5	18038B	骨盆腔杜卜勒超音波
6	18041B	周邊動靜脈血管超音波檢查
7	18043B	冠狀動脈血管內超音波
8	18044B	負荷式心臟超音波心臟圖
9	19001C	腹部超音波
10	19002B	術中超音波
11	19003C	婦科超音波
12	19004C	鼻竇超音波檢查
13	19005C	其他超音波
14	19007C	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)
15	19008B	超音波導引下肝內藥物注入治療
16	19009C	腹部超音波，追蹤性
17	19010C	產科超音波
18	19011C	高危險妊娠胎兒生理評估
19	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid)
20	19014C	乳房超音波
21	19015C	男性外生殖器官超音波
22	19016C	四肢超音波
23	19017C	經尿道(直腸)超音波檢查
24	19018C	嬰兒腦部超音波
25	20013C	頸動脈超音波檢查
26	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查（顱內血管超音波檢查）
27	23503C	超音波檢查（A 掃瞄）
28	23504C	超音波檢查（B 掃瞄）
29	23506C	微細超音波檢查
30	28029C	內視鏡超音波
31	28040B	支氣管內視鏡超音波
32	28041B	支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術
33	28042B	支氣管內視鏡超音波導引週邊肺組織採檢切片術
34	28043B	電子式內視鏡超音波
35	28044B	細徑(迷你)探頭式內視鏡超音波
36	28016C	上消化道泛內視鏡檢查

➤ **即時性：每家最高 3,000 點**

1. 屬於就醫類別範圍A(註*)，成功上傳比率 $\geq 80\%$ 。(獎勵 2,000 點)

分子：成功上傳就醫類別範圍A資料之上傳時間-就醫日期時間。

分母：成功上傳就醫類別範圍A之總件數。

2. 屬於就醫類別範圍B(註*)，成功上傳比率 $\geq 80\%$ 。(獎勵 2,000 點)

分子：成功上傳就醫類別範圍B資料之上傳時間-就醫日期時間

分母：成功上傳就醫類別範圍B之總件數。

3. 屬於就醫類別範圍C(註*)，成功上傳比率 $\geq 80\%$ 。(獎勵 1,000 點)

分子：成功上傳就醫類別範圍C資料之上傳時間為當日 23：59 前。

分母：成功上傳就醫類別範圍C之總件數。

➤ **完整性：每家最高 4,000 點**

1. 急診資料上傳完整性：每家 2,000 點

定義：急診進出資料上傳完整性之比率：就醫類別為【04-急診】時，AK-急診留觀、BD-急診離院、BA-急診轉住院及BE-職業傷害或職業病之住院上傳比率 $\geq 80\%$ 。

✧ 分子：就醫類別【AK-急診留觀】、【BD-急診離院】、【BA-急診轉住院】及【BE-職業傷害或職業病之住院】，其【原就醫識別碼(M16)】欄位資料，為就醫類別【04-急診】之【就醫識別碼(M15)】欄位資料件數加總。

✧ 分母：就醫類別為【04-急診】之總件數。

2. 病床資料上傳完整性：每家 2,000 點

定義：申報之病床號資料比對就醫類別範圍C(註*)及就醫類別AJ之上傳之【病床號(M50)】欄位資料，比對正確資料比率 $\geq 80\%$ 。

✧ 分子：就醫類別範圍C之上傳之【病床號(M50)】欄位資料比對申報資料正確件數。

✧ 分母：醫療費用申報病床號資料件數

*註

就醫類別範圍 A(非醫院 ≤ 3 小時； 醫院 ≤ 6 小時)	就醫類別範圍 B(非醫院 ≤ 4 小 時；醫院 ≤ 6 小時)	就醫類別範圍 C(當日 23:59)
01-西醫門診 04-急診 06-門診轉診就醫 07-門診手術後之回診 08-住院患者出院之回診 <u>09-透析門診</u> BD-急診離院 BA-急診當次轉住院之入院 AE-慢性病連續處方箋領藥 AF-藥局調劑 AI-同日同醫師看診（第二次以後）	02-牙醫門診 03-中醫門診 AA-同一療程項目以 6 次以內治 療為限者 AB-同一療程項目屬"非"6 次以 內治療為限者 <u>AJ-透析門診療程第二次(含)以 後</u>	05-住院 AK-急診留觀 BB-出院 BE-職業傷害或職業病之住 院 BF-繼續住院依規定分段結 清者 BG-門診當次轉住院之入院 DC-住院患者出院後需於 7 日內之 1 次回診 EA-床號變更/轉床

111 年「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

- 一、111 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「住院整合照護服務試辦計畫」專款項下支應，全年度經費為 300.0 百萬元。
- 二、本計畫以每點 1 元為上限，透過計畫遴選、核定經費額度及執行過程進行前端管控，若有超支，則以浮動點值支付。

參、目的

為強化醫院人員感控機制及有效運用住院照護人力，以病房團隊人員照護工作分級分工提供住院照顧，使病患也能獲得連續性及完整性的照護，提升民眾住院醫療照護品質，減輕家屬住院之照顧及經濟負擔，同時提升健保給付效益與支付效率。

肆、計畫期間

自本計畫公告日起至 111 年 12 月 31 日止。

伍、實施方法及進行步驟

- 一、本計畫由申請醫院提出執行計畫（申請表及計畫格式如附件 1），視申請醫院計畫及遴選結果，擇優增加醫院辦理，惟各層級醫院至少 1 家，核定後並於 111 年專款經費 300.0 百萬元額度內辦理。
- 二、申請醫院應符合下列資格條件：
 - （一）屬醫院總額範圍內之特約醫院。
 - （二）申請醫院依其型態、規模、所在地區及人力等不同條件，評估全院病床運用情形，提出因院制宜之試辦規模及管理機制計畫（含每日住院整合照護使用之估計人數及相關管理方式）。
 - （三）申請送件截止日：本計畫公告日起 15 個工作日內（以郵戳為憑），檢具申請醫院執行計畫書（附件 1）向所轄保險人分區業

務組提出申請（申請文件請自行備份，經受理後不予檢還）。

（四）保險人分區業務組於申請送件截止日起，7 個工作日內移送申請文件予保險人，由保險人邀請其分區業務組及衛生福利部護理及健康照護司等單位召開審查會議。審查會議核定結果由保險人行文通知申請醫院，並副知衛生福利部護理及健康照護司及台灣醫院協會。

（五）核定同意之醫院，自核定函發文日起，支付本計畫費用。

三、住院整合照護辦理方式：

（一）醫院依病房特性及病患疾病嚴重程度，安排適當照護輔佐人力，以病房團隊人員照護工作分級分工提供住院照顧，使民眾於住院流程中，醫院能讓家屬可以不用全時在醫院照顧病患(或自聘看護)，且病患也能獲得連續性及完整性的照護。

（二）提供家屬選擇權，可不參與條件：

- 1.家屬自行照顧。
- 2.家中原聘請之外籍看護工連續照顧。
- 3.自我照顧獨立之病患（日常生活活動 ADL 滿分者）。
- 4.病患特殊狀況，需要 1 對 1 照顧服務。

（三）醫院照護輔佐人力配置：

1.醫院依病患照護需求項目估算所需照顧時數，規劃住院整合照護人力最適組合（Skill-Mixed 模式），以照護輔佐人員每日 2 班或 3 班工時計算並配合床數計算照顧比，可採固定人員於病房服務，但院方得視病房特性及病患疾病嚴重程度，規劃人力配置及支援等彈性調度機制由病房統合運用，照護輔佐人力配置計算方式如下：

(1)人力計算：(現行各床所需照顧項目次數*每項目所需工時)之總和/1 位照護輔佐人力每日工時。

(2)照顧比計算：整合照護病人數/每班照護輔佐人力數。

2.人力來源不限於自聘，如採委外或特約方式，提報執行計畫時，應訂定相關管理規則。

(四) 醫院照護輔佐人力管理與業務範圍：

- 1.醫院應訂定照護輔佐人力臨床照顧之管理、監督與查核機制（含操作技術稽核），且有專責人員負責其招募、排班調度、工時、訓練、留用、品質制度等管理作業。
- 2.醫院照護輔佐人力應至少具備照顧服務員資格，醫院應依照護需求與人力現況，依衛生福利部所定業務範圍內（附件3）自訂適當工作內容，並視需要提供補強/進階訓練。
- 3.人員薪資條件：由醫院依人力來源、人力配置估算營運成本，衡量整體公平性，訂定具人員投入誘因之薪資福利（如夜班津貼、三節獎金、勞健保及勞退金補助，及投保第三責任險等）。

(五) 其他事項

- 1.醫院應訂有住院整合照護實施模式（含受理服務流程作業、推動病房科別、病床數、照護輔佐人力配比、收費金額與方式等）。
- 2.透過醫院網頁或院內宣傳機制，提供民眾「住院整合照護」資訊。

陸、醫療費用支付

一、預算分配：

(一) 111 年專款經費 300.0 百萬元額度內，透過申請醫院執行計畫審查，遴選醫院推動，並依本計畫核定各醫院之試辦金額辦理。

(二) 本計畫得於 111 年專款經費 300.0 百萬元額度內，視計畫遴選結果，擇優增加醫院辦理，並調整預算分配。

二、給付項目及支付標準：

(一)對入住急性一般病床病患，提供符合實施方法與進行步驟之住院整

合照護，醫院得申報「住院整合照護管理費（每日）」，每人日支付 750 點。

編號	診療項目	支付點數
P7201B	住院整合照護管理費（每日）	750

(二)醫院依實際服務之住院日數申報(自住院之日起算至出院日之前 1 日止)。

三、醫療費用點數申報格式

(一)案件分類：請依原住診案件申報。

(二)醫令類別：Tw-DRG 案件請以「X」填報；其他案件分類以「2」填報。

(三)「病床號」及「執行醫事人員代號」必填，其中「執行醫事人員代號」以照護輔佐人力人員 ID 填列。

(四)依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

柒、品質監控指標

本計畫由健保資料庫統計及試辦醫院填報指標如下（內容如附件 4）。

一、結構指標：

(一) 全院推動住院整合照護涵蓋率(急性一般病床)。

二、過程指標：

(一) 住院整合照護病床使用率。

三、結果指標：

(一) 滿意度(病患、家屬、護理人員及照護輔佐人力)。

(二) 住院整合照護病患平均住院天數。

捌、資訊公開

保險人得於全球資訊網公開參與本計畫之醫院名單、獲得本計畫整合照護費用及相關品質資訊供民眾參考。

玖、款項之運用

- 一、醫院領取本計畫之款項，應用於提升住院護理整合照護人力配置、照護品質及提高照護輔佐人力薪資及福利。
- 二、領有本計畫款項之醫院應依費用核付進度，每半年將款項之運用情形提報保險人備查，並於本計畫費用核付結束後 3 個月內完成全年款項應用情形報告（非屬本計畫之金額請勿填入），保險人應依本計畫費用核付進度，每半年稽核款項之運用情形 1 次，醫院如未落實前述規定，保險人將予以追扣是項款項。

拾、方案修訂程序

本計畫由保險人與衛生福利部護理及健康照護司共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第 41 條第 1 項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

拾壹、醫院得考量各項成本，就全民健康保險不給付範圍之費用，參考衛生福利部訂定收費項目及範圍，報機構所在地衛生局備查，調整時，亦同。並應事先妥適向病患說明，使其能夠知情同意。

「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」

申請醫院執行計畫書

一、基本資料：

申請醫院名稱：	
醫院代碼：	評鑑類別：
聯絡人：	職稱：
電子信箱：	
聯絡電話：	傳真電話：
地址：()	
全院急性一般病床開放床數：	
預計提供住院整合照護病床數（如採分階段推動，請註明）：	
全院推動住院整合照護涵蓋率（如採分階段推動，請註明）：	

二、執行計畫內容：

（一）具體說明醫院住院整合照護推動理念、專責管理部門與成果評估機制。

（二）詳述住院整合照護推動模式規劃：

1. 醫院評估全院病床運用情形，提出因院制宜之試辦規模及管理機制計畫（含每日住院整合照護使用之估計人數及相關管理方式）。
2. 所規劃推動整合照護病房科別、各病房推動病床號、床數及比率，以及照護輔佐人力名單（如申請階段尚未有確定/完整名單，應於醫院預計提供整合照護服務前 15 日完成補正），並請說明選擇該科/床數推動之理由。

3. 照護輔佐人力配置：人力來源、資格條件、招募方式、照護輔佐總人力數、照護輔佐人力配置計算方式依據。
 4. 如考量病床運用或病患需求提供不同形式之住院照護人力安排，包括提供 1 對 1 照護輔佐人員安排服務，應說明辦理方式。
 5. 實施方式：推廣宣傳機制、受理服務流程作業、護理及照護輔佐人力配比、照護輔佐人力與病患配比或人力配置方式、收費方式與金額等，前述資料如依各病房特性調整，請分別說明。
- (三) 具體說明醫院照護輔佐人員臨床照顧之管理制度與工作規範：工時、薪資福利、排班、調度、訓練、留用、業務範圍、與護理人員照護分工方式及品質監督機制等，倘人力來源採委外或特約方式，應說明相關管理規則。
- (四) 如規劃採分階段推動，請一併敘明理由、相關時程及擴大規模方式（未來醫院得依辦理成效，進行滾動式修正）。
- (五) 其他：醫院過往推動相關經驗及成效（如：住院整合護理、Skilled-Mixed 照護、住院友善照顧共聘、智慧共聘模式等）、本計畫相關創新規劃與健保政策推動建議等。

「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」

申請醫院審查作業及標準

一、審查作業流程：

- (一) 審查小組由專家學者（可由相關團體推薦）及衛生福利部相關單位代表組成，計 9-11 人，其中專家學者代表，由台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會推薦代表占有二分之一席次，召開審查會議研商計畫書審查項目及權重，並就申請醫院資格與執行計畫審查（必要時視疫情調整採書面審查），與提供本計畫推動專業意見，視需要得要求申請醫院出席審查會議進行簡報與詢答（醫院出席人數以 3 人為限）。
- (二) 前項審查小組審查，須有至少 7 位委員（外部委員 5 位）出席，依申請醫院提出符合本計畫中需求之執行計畫書，經送審查小組依審查標準評分，擇優核定。

二、計畫書審查項目及權重（得依本計畫審查小組建議進行調整）：

審 查 項 目	權 重
1.對計畫之瞭解（醫院推動理念、對國內外現況之瞭解程度與辦理經驗）	20%
2.計畫書完整性與可行性（各項規劃具體與明確性）	30%
3.計畫執行方式（執行方法與步驟、品質控制及相關期程是否恰當）	40%
4.本計畫相關創新規劃與健保政策推動建議	10%

三、評定方式：

- (一) 審查小組委員按「計畫書審查項目及權重」規定，於計畫書審查評分表(如表 1) 給予評分與審查意見。

表 1：審查意見表

項次	審 查 項 目	權重 (%)	醫院名稱
			評 分
1	對計畫之瞭解（醫院推動理念、對國內外現況之瞭解程度與辦理經驗）	20	
2	計畫書完整性與可行性（各項規劃具體與明確性）	30	
3	計畫執行方式（執行方法與步驟、品質控制及相關期程是否恰當）	40	
4	本計畫相關創新規劃與健保政策推動建議	10	
總 分 數(總滿分：100 分)			
審查意見			
審查委員簽名： 年 月 日			

- (二) 審查結果評定：以各委員給予總分數之合計總分數，計算總平均數，並以總平均分數高至低方式排定序位，分數最高為第 1 優勝序位，如遇總平均分數相同則以審查項目 2 與 3 之合計總分數高者為優勝，若仍相同則由出席之審查委員共同決定之，並製作過程紀錄。
- (三) 本案合格分數為總平均 75 分，且各項次分數不得為 0 分，始通過審查標準。
- (四) 各案審查分數及意見由審查辦理單位彙整總評表(如表 2)，經出席審查委員確認，併同相關附件，循行政程序簽報擇優核定。

表 2：總評表

醫院名稱 審查評比		醫院 1		醫院 2		醫院 3	
		總分	2+3 項 總分	總分	2+3 項 總分	總分	2+3 項 總分
審查委員							
A 委員							
B 委員							
C 委員							
D 委員							
E 委員							
F 委員							
G 委員							
合計總分數							
總平均分數							
是否達合格分數（審查標準）							
優勝序位							
過程 紀錄							
出席 委員 (簽名)							

醫院照護輔佐人力業務範圍及工作內容

工作項目	工作內容
一般事務工作	1.量身高、體重 2.回應叫人鈴 3.病床整理等 4.其他庶務工作
一般性技術工作 (非專業性)	1.協助病人及家屬環境介紹 2.登記輸出輸入量 3.床欄適當應用 4.協助遺體清潔與更衣 5.冰枕使用(含冰袋、冰囊、冰寶) 6.點滴更換通知 *7.在護理人員指導下，協助檢查、治療時環境與病人之準備 8.發現異常狀況立即通報護理人員等
身體清潔與舒適照護	1.頭部清潔 (洗臉、刮鬍子、洗頭、梳理及眼耳鼻清潔) 2.一般口腔衛生清潔(含刷牙漱口、口腔潤濕) 3.身體清潔 (床上擦澡、洗澡、會陰部清潔或皮膚照護) 4.足部清潔 5.協助大小便及便後清潔 6.更換尿布、看護墊 7.協助更換(穿脫)衣褲 8.更換床單被服類 9.指甲修剪 (糖尿病及灰指甲病人應由護理人員評估後，徵求家屬同意後始可執行)
排泄照護	1.倒蓄尿袋之尿液

	2.協助人工肛門便袋之更換清潔 3.便盆、尿壺、尿套便盆椅使用
膳食與給藥	1.協助用餐或餵食 *2.在護理人員指導下，維持個案生理機能之管灌食等
舒適與活動	1.協助翻身、拍背 2.姿位改變活動(如協助移位、上下床坐輪椅/椅子、輔具使用) 3.維持病人正確與舒適姿勢 4.協助副木/垂足板使用 *5.在護理人員指導下，協助溫水坐浴環境與病人之準備
安全維護	1.床輪、床欄固定 2.協助注意點滴、導尿管、氧氣導管等各種管路之通暢 3.協助注意病人臥床、行走、如廁、起坐時之安全,防止病人跌倒受傷害
其他	1.餵食/灌食器清潔 2.水分補充 3.協助庶務性工作 4.排泄後便器清潔 5.其他非專業性臨時交辦事項等 *6.在護理人員指導下，協助血壓、脈搏、體溫及呼吸狀況資料之收集 *7.在護理人員指導下，協助餵藥或灌藥

備註：打*號部分應提供教育訓練及標準作業流程

全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫 品質監控指標登錄

一、結構指標：

指標名稱	登錄頻率	說明（四捨五入取 至小數點下 2 位）
（一）全院推動 住院整合照護涵 蓋率	每季 (健保資料 庫統計)	前季住院整合照護開放床數÷前季全院 急性一般病床開放床數×佔床率×100 (%)

二、過程指標：

指標名稱	登錄頻率	說明（四捨五入取 至小數點下 2 位）
（一）住院整合 照護病床使用率	每季 (健保資料 庫統計)	前季整合照護病床總住院人日數÷整合 照護病患日數×100(%)

三、結果指標：

指標名稱	登錄頻率	說明（四捨五入取 至小數點下 2 位）
（一）滿意度 (病患、家屬、 護理人員及照護 輔佐人力)	每季 (試辦醫院 填報)	前季住院整合照護病房病患、家屬、 護理人員及照護輔佐人力對住院整合 照護模式滿意度調查結果
（二）住院整合 照護病患平均住 院天數	每季 (健保資料 庫統計)	1.前季住院整合照護病患總住院人日數 ÷前季住院整合照護病患總住院人次數 2.分子、分母皆包含自動出院、轉院及 死亡人數，算進不算出

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~47106~~7~~)

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
47107B	<u>成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食</u> <u>註：</u> <u>1.適應症（須符合下列各項條件）：</u> <u>(1)因腦中風、神經疾病、頭頸部癌症、喉部疾病、老年退化、</u> <u>結構異常等原因，導致吞嚥功能障礙而置入鼻胃管長期留置達</u> <u>三個月以上者。</u> <u>(2)恢復以口進食並有相關評估紀錄且未重置鼻胃管一個月以</u> <u>上。</u> <u>2.限復健科、耳鼻喉科、神經科、小兒神經科專科醫師、牙醫師</u> <u>及語言治療師執行及申報。</u> <u>3.本項限由執行吞嚥等口腔功能訓練且成功移除長期留置鼻胃管</u> <u>之照護團隊人員申報。</u> <u>4.申報頻率：每人每年同一傷病限申報一次。</u>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>3000</u>

第七節 手術

第六項 心臟及心包膜(68001-68057)

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
68057B	經導管肺動脈瓣膜置換術 Transcatheter pulmonary valve implantation ,TPVI 註： 1.適應症：須符合下列三<u>四</u>項條件。 (1)法洛氏四重症手術後或主動脈瓣狹窄接受 Ross 術後，發生肺動脈瓣嚴重逆流，造成右心室擴大，或有心衰竭症狀者。 (2)以磁共振造影 MRI 檢查(至少具備以下任三項條件)： A.肺動脈瓣逆流指數(Pulmonary Regurgitation Index fraction > 30 %。 B.右心室舒張末期容積 > 150 ml/m²。 C.右心室舒張末期容積(End-diastolic Volume)/左心室舒張末期容積比大於1.7者或是右心室收縮末期容積>80ml/m²。 D.右心室收縮分率小於45%。 (3)病人年齡十二歲以上及未滿五十一歲，且體重三十公斤以上。 <u>(4)執行前須經兒童心臟內外科召開討論會議，並附上其會議紀錄。</u> 2.禁忌症： (1)右心室出口有形成 aneurysm 或肺動脈環大於32mm 或小於14mm 者。 (2)冠狀動脈有異常途徑，繞於肺動脈基部後方或可能被植入瓣膜壓迫者。 (3)殘留心室中膈缺損或任一側肺動脈嚴重狹窄需手術修補者。 (4)合併左心室衰竭或冠狀動脈疾病需開刀者或放置血管支架。 (5)嚴重肺動脈高壓(平均肺動脈壓大於等於30 mmHg)。 (6)任何感染症尚未痊癒者。 (7)腎功能異常。 3.醫院條件： (1)專任之兒童心臟內科及心臟外科醫師。 (2)醫院每年需具三十例以上之先天性心臟病開心手術加上瓣膜手術之案例。 (3)需具有心導管 X 光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少 HEPA-10000 等級之複合式(hybrid)手術室。		V	V	V	98957

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	4.醫師資格： (1)由符合下述資格之小兒心臟專科醫師執行，且經社團法人台灣兒童心臟學會核發認證。 A.具有小兒心臟專科醫師五年以上資格。 B.具有三百例以上的先天性心臟病心導管介入手術的經驗 C.須完成「經導管肺動脈瓣置換術」相關講習或操作訓練時數三十小時，並擔任手術第一助手五例以上。 (2)須有心臟外科專科醫師隨時提供必要之緊急措施。 (3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核定。 5.不得同時申報診療項目：暫時性人工心律調節器、心臟超音波掃描、體外循環心肺支持系統（編號68052B）、血氧 EKG 監測，以及肺動脈瓣擴張術(編號68029B 及 69033B)等項目。 6.一般材料費，得加計百分之十一。 7.需事前審查。					

附表 7.3

111 年 7-12 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表

註：

1. 本表每 1 權重之標準給付額(SPR)為 49,192 點，係以一百零九年一至十二月醫院住院符合 DRG 範圍申報資料（已校正一百零九年起支付標準調整及一百一十年特材價格調整）及支付通則規定辦理。
2. 無權重者(計六十六項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
3. 註記*者(計一百九十四項)為去極值後個案數<20 件，依支付標準通則暫以核實申報醫療服務點數。
4. 邏輯註記●者(五十四項)為該組 DRG 違反單向邏輯已校正後之權重。
5. 下限臨界點採實際醫療點數之 2.5 百分位計算； 上限臨界點為醫療點數之各 DRG 90 百分位。
6. DRG513 支付點數以「標準給付額」x「權重」計算，不得加計各項加成或其他另行加計之醫療點數。
7. 資料期間：一百零九年一至十二月； 製表日期一百一十一年三月十七日。

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
PRE	1	10301	20.6288	*		27	931,859	1,649,525
PRE	2	10302	-	*		-	-	-
PRE	3	48301	2.7987			15	26,621	340,063
PRE	4	48302	1.8660			10	10,722	251,858
PRE	5	48001	24.6052			23	710,729	1,900,908
PRE	6	48002	17.0166			20	672,887	1,149,315
PRE	7	48101	-	*		-	-	-
PRE	8	48102	12.1031	*		24	589,320	658,866
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	21.6368	*		27	965,425	1,210,230
PRE	11	48201	2.7158			12	27,166	306,456
PRE	12	48202	2.6107			10	27,319	332,880
PRE	13	512	18.5355	*		20	751,051	1,205,031
1	1	00201	4.1633			15	64,212	403,369
1	2	00202	2.6469			9	51,497	254,918
1	3	00101	4.8502			13	54,074	491,297
1	4	00102	4.6225			8	47,687	454,208
1	5	00301	4.5843			13	61,090	425,654
1	6	00302	3.7388			10	58,857	372,390
1	7	00401	2.7406			8	33,378	253,998
1	8	00402	2.1301			6	32,622	176,979

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	9	00501	2.7175		●	6	46,240	255,337
1	10	00502	2.7175		●	4	57,687	203,641
1	11	00601	0.4326			2	11,216	34,445
1	12	00602	0.3674			2	10,901	27,659
1	13	00701	-	*		-	-	-
1	14	00702	2.2686			7	52,726	225,936
1	15	00703	1.0779			4	20,132	144,395
1	16	00704	1.3300			6	16,417	181,561
1	17	008	0.8411			3	15,754	157,490
1	18	00901	0.6289			6	4,280	83,257
1	19	00902	0.3826			4	3,119	37,050
1	20	00903	0.6525			6	4,514	82,133
1	21	00904	0.3394			4	2,663	31,289
1	22	00905	0.8044			6	3,111	86,652
1	23	01001	0.8434			6	7,194	88,705
1	24	01002	0.8025			5	6,228	77,244
1	25	01101	0.5169			3	4,175	53,706
1	26	01102	0.5884			4	5,470	53,544
1	27	01201	0.7765			7	6,434	81,624
1	28	01202	0.8570			7	7,181	93,151
1	29	01203	0.6269			4	5,213	61,695
1	30	01301	0.8613			6	10,247	71,386
1	31	01302	0.6873			4	5,095	63,428
1	32	01303	1.0106			5	4,704	137,574
1	33	01304	0.7053			4	4,929	74,272
1	34	01401	1.4748			12	13,328	156,261
1	35	01402	0.9110			8	8,722	91,516
1	36	01403	1.2701			10	19,027	146,662
1	37	01404	0.7916			7	13,315	74,468
1	38	01405	1.1090			9	15,780	127,032
1	39	01406	0.7160			6	12,819	64,478
1	40	01501	0.6850			4	9,050	63,563
1	41	01502	0.5935			3	8,986	48,975
1	42	01503	0.8196			5	11,168	92,084
1	43	01504	0.6279			4	10,526	53,404
1	44	01505	0.6034			5	9,660	53,810
1	45	01506	0.4921			4	8,557	40,305
1	46	01601	0.9164			7	7,890	105,931
1	47	01602	0.6361			5	8,709	61,701
1	48	01701	0.6173			4	5,852	62,152
1	49	01702	0.4869			3	10,308	38,595

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	50	018	0.8229			6	5,516	94,717
1	51	019	0.6286			4	3,793	59,083
1	52	02001	1.7724			11	7,968	195,852
1	53	02002	1.2078			8	6,951	137,529
1	54	02003	2.1808			13	26,606	229,527
1	55	02004	1.6230			10	9,177	168,685
1	56	02101	1.9613			13	15,486	222,393
1	57	02102	1.3328			11	21,035	109,652
1	58	02103	1.4781			10	12,297	181,867
1	59	02104	0.9679			7	6,295	92,158
1	60	02201	0.5484			5	5,597	77,577
1	61	02202	0.4503			4	8,052	47,424
1	62	02301	0.7824			6	5,980	83,328
1	63	02302	0.4552			4	5,350	49,946
1	64	024	0.8570			6	7,084	99,610
1	65	025	0.4626			4	3,657	46,725
1	66	02601	0.5646			4	5,792	65,482
1	67	02602	0.3711			3	4,516	39,671
1	68	02701	1.0781			8	5,881	145,328
1	69	02702	0.5280			5	4,277	63,882
1	70	02801	0.8224			6	5,537	109,036
1	71	02802	0.8201			6	5,278	104,773
1	72	02803	0.8639	*		6	5,755	80,213
1	73	02901	0.4512			4	4,427	51,843
1	74	02902	0.4689			4	3,971	55,947
1	75	02903	0.3417			4	2,076	33,424
1	76	03001	0.8870	*		7	19,940	128,903
1	77	03002	0.4372			4	4,906	43,809
1	78	03003	0.9398			5	4,233	136,830
1	79	03004	0.4051			3	4,473	46,655
1	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	0.1857	*		3	6,747	12,643
1	82	031	0.3651			4	3,343	37,123
1	83	032	0.2324			3	2,725	21,696
1	84	03301	0.4236			4	7,360	51,442
1	85	03302	0.2058			2	2,495	19,357
1	86	034	0.7744			6	5,681	95,358
1	87	035	0.4845			3	4,346	48,441
2	1	03701	1.4391			5	27,862	133,121
2	2	03702	1.0508			3	24,762	84,538
2	3	03703	0.6375	*		6	15,957	35,580

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	4	03704	-	*		-	-	-
2	5	03705	0.8763			5	20,470	78,834
2	6	03706	1.6201			5	36,977	148,599
2	7	03707	1.1260			4	33,316	87,848
2	8	04001	0.6385			2	15,202	56,926
2	9	04002	0.5442			3	7,481	50,444
2	10	04003	-	*		-	-	-
2	11	04004	1.0551	*		4	18,618	90,760
2	12	04101	0.5016			2	15,727	36,621
2	13	04102	0.5963	*		2	9,373	53,151
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.5074			3	33,891	103,250
2	17	03602	0.5773	*		2	9,752	86,862
2	18	04201	1.1564			4	17,006	87,358
2	19	04202	0.4499			3	6,858	33,993
2	20	03901	1.9823			2	30,286	147,693
2	21	03903	1.0449			2	21,022	56,806
2	22	03902	0.7814	*		4	20,054	58,142
2	23	03904	0.9654			2	33,001	52,806
2	24	03905	0.5211			1	21,093	29,453
2	25	03906	0.7943	*		4	11,136	70,682
2	26	03801	0.6526	*		2	13,608	35,854
2	27	03802	0.4384			3	7,910	33,994
2	28	04301	-	*		-	-	-
2	29	04302	-	*		-	-	-
2	30	04401	0.4754			7	6,102	53,828
2	31	04402	0.3449			6	5,501	36,483
2	32	04501	0.6264			5	8,702	59,146
2	33	04502	0.4934			4	7,304	44,940
2	34	046	0.4711			5	3,058	50,458
2	35	047	0.2989			3	2,396	34,707
2	36	048	0.2932			3	2,840	31,015
3	1	04901	4.4355			11	45,527	416,214
3	2	04902	1.9171			4	31,877	188,426
3	3	06101	0.7319	*		2	9,968	43,310
3	4	06102	0.4322			2	11,268	29,474
3	5	062	0.5513			1	16,361	36,060
3	6	05301	0.9593			3	25,365	79,434
3	7	05302	0.9306			2	26,620	72,354
3	8	05401	1.4763	*		4	47,870	115,488

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	9	05402	0.9409			2	26,050	67,067
3	10	05701	0.8541			4	8,226	47,861
3	11	05702	0.5161			3	10,390	29,503
3	12	058	0.8443			2	24,361	50,213
3	13	052	1.4490			3	32,273	102,164
3	14	168	0.8435			4	11,975	77,124
3	15	169	0.7315			3	16,912	55,867
3	16	05601	0.6503		●	3	20,623	40,975
3	17	05602	0.6503		●	3	17,088	78,768
3	18	05001	1.1258			4	27,777	78,464
3	19	05002	1.0358			3	25,242	72,149
3	20	05101	0.8208	*		6	15,861	120,071
3	21	05102	0.6531			3	21,184	48,785
3	22	05501	4.1622	*		7	44,660	291,297
3	23	05502	3.0133	*		9	66,922	274,894
3	24	05503	0.8047			2	20,049	43,712
3	25	05504	0.7278			2	23,901	40,651
3	26	05505	0.7444			2	15,499	45,916
3	27	05506	0.5635			2	18,004	32,505
3	28	059	0.5340			3	22,366	29,890
3	29	060	0.6450			2	21,611	37,529
3	30	06301	1.6727			6	25,961	154,286
3	31	06302	0.9167			3	21,737	76,266
3	32	06401	0.6647	*	●	3	15,678	62,594
3	33	06402	0.6647	*	●	3	13,019	61,940
3	34	065	0.3777			4	3,746	35,056
3	35	06601	0.5919			5	5,083	65,215
3	36	06602	0.2213			3	3,026	19,541
3	37	06701	0.5193			6	7,267	53,878
3	38	06702	0.3048			4	5,996	27,813
3	39	068	0.4306			5	5,429	45,173
3	40	069	0.2616			4	3,943	24,578
3	41	070	0.2862			4	6,263	24,953
3	42	071	0.3180			3	6,175	28,493
3	43	072	0.3331			2	3,254	26,605
3	44	07301	0.5890			6	5,553	61,234
3	45	07302	0.4295			4	4,291	36,749
3	46	07401	0.5792			4	5,346	74,831
3	47	07402	0.3816			3	3,444	39,293
3	48	18701	0.6164			6	9,673	65,382
3	49	18702	0.4374			5	8,999	37,066

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	50	18703	0.5193			2	12,328	42,831
3	51	185	0.4001			4	3,865	40,336
3	52	186	0.3246			4	5,975	28,694
4	1	07501	3.3432			13	63,204	306,753
4	2	07502	2.4904			7	54,561	205,013
4	3	07503	2.8635			8	51,262	250,715
4	4	07504	2.2766			5	71,386	169,163
4	5	07601	1.6604			9	21,196	198,001
4	6	07602	2.9650			6	73,636	217,850
4	7	07603	2.0670			12	22,086	254,361
4	8	07701	0.9979			4	20,814	104,975
4	9	07702	2.8438			5	101,444	203,815
4	10	07703	1.0543			4	13,976	110,921
4	11	47501	2.7125			14	39,599	264,617
4	12	47502	2.0911			9	16,031	211,741
4	13	07801	1.2836			8	13,195	133,446
4	14	07802	0.9576			6	10,161	104,118
4	15	07901	1.5535			12	14,313	157,555
4	16	07902	1.1047			10	13,971	117,944
4	17	07903	1.2773			12	18,595	130,777
4	18	07904	1.1053		●	9	10,161	118,731
4	19	07905	0.5447	*	●	6	7,908	35,248
4	20	08001	1.2062			10	10,760	116,100
4	21	08002	0.7166			7	9,128	73,144
4	22	08003	0.9117			9	13,814	92,152
4	23	08004	1.1053	*	●	9	31,585	106,369
4	24	08005	0.5447	*	●	5	5,945	46,575
4	25	08101	1.7083	*		12	42,598	105,688
4	26	08102	1.3760	*		10	35,579	140,521
4	27	08103	1.2420			7	9,247	156,193
4	28	08104	0.5575			5	6,746	59,232
4	29	08105	0.7731			6	10,510	108,699
4	30	08106	0.3896			4	8,982	37,291
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	-	*		-	-	-
4	33	08109	0.5986	*		5	30,977	33,893
4	34	082	0.4995			3	3,709	49,906
4	35	08301	0.5140			6	6,729	55,576
4	36	08302	0.4398			5	5,051	47,252
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.3714	*		5	4,668	24,801

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	39	08402	0.2621			4	4,243	24,618
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	0.8888			7	8,447	95,272
4	42	086	0.6362			5	7,388	59,095
4	43	08701	1.5191			11	16,974	156,018
4	44	08702	0.6764			5	5,196	81,756
4	45	08703	0.7639			6	7,923	87,354
4	46	08704	0.4815			4	6,756	49,709
4	47	08801	0.7571			8	10,205	79,574
4	48	08802	0.5254			6	8,059	49,873
4	49	089	0.9297			9	11,459	100,770
4	50	090	0.5492			6	7,204	55,500
4	51	09101	0.4329			5	8,444	39,569
4	52	09102	0.3387			4	7,377	28,839
4	53	092	0.7665			5	3,834	102,974
4	54	093	0.6032			4	2,947	66,319
4	55	094	0.5282			6	5,528	61,089
4	56	095	0.3026			4	3,759	29,797
4	57	09601	0.6045			7	8,321	61,321
4	58	09602	0.4524			5	6,412	42,885
4	59	09701	0.4296			5	5,204	40,825
4	60	09702	0.2994			4	3,943	27,986
4	61	09801	0.3472			4	6,621	30,910
4	62	09802	0.2737			3	5,749	24,560
4	63	09803	0.4535			5	8,525	43,031
4	64	09804	0.3741			4	6,954	35,358
4	65	09901	0.7314	*		5	7,571	98,594
4	66	09902	0.5393			5	6,806	61,377
4	67	09903	0.5931			5	5,551	60,466
4	68	10001	0.3216			3	3,964	31,049
4	69	10002	0.3703			2	3,466	37,782
4	70	10003	0.3653			4	4,608	36,586
4	71	10101	0.5876			4	4,515	67,288
4	72	10102	0.7362			5	7,046	98,390
4	73	10103	0.3939			5	4,088	42,786
4	74	10104	1.0233	*		3	15,783	96,587
4	75	10105	-	*		-	-	-
4	76	10106	0.5888			5	7,523	55,698
4	77	10201	0.3342			2	3,486	34,112
4	78	10202	0.5508			3	4,426	53,015
4	79	10203	0.2612			3	3,259	25,849

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	80	10204	-	*		-	-	-
4	81	10205	-	*		-	-	-
4	82	10206	0.4340			2	3,255	47,799
5	1	10401	9.6416			17	274,473	580,712
5	2	10402	10.9513	*	●	18	392,538	684,034
5	3	10403	10.9513		●	18	372,176	774,492
5	4	10409	8.8701			19	356,713	546,722
5	5	10410	7.9985			16	280,521	483,937
5	6	10404	7.1447			14	208,442	404,169
5	7	10405	-	*		-	-	-
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	13.9625			9	326,233	816,086
5	10	10408	12.6780			7	460,339	683,260
5	11	10501	9.6807			14	324,208	577,293
5	12	10502	10.0567	*	●	15	394,184	540,288
5	13	10503	10.0567		●	15	352,262	641,640
5	14	10509	8.2766			15	334,175	561,522
5	15	10510	7.6736			12	262,253	438,421
5	16	10504	6.5501			13	175,198	411,845
5	17	10505	-	*		-	-	-
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	12.0723			7	425,568	675,469
5	20	10508	11.2416			3	184,516	604,692
5	21	10801	10.7222			11	196,473	645,352
5	22	10802	7.0281			3	195,856	405,926
5	23	10601	11.5956	*		19	454,717	732,320
5	24	10602	-	*		-	-	-
5	25	10603	9.8997			17	358,740	543,405
5	26	10604	9.7384	*		17	396,894	623,884
5	27	10701	8.7896			17	317,469	507,069
5	28	10901	8.2286			14	270,741	462,561
5	29	10702	7.7809			15	236,888	505,750
5	30	10902	6.9802			11	210,092	389,489
5	31	11001	11.4497			18	233,057	670,622
5	32	11005	6.1462			8	26,956	398,233
5	33	11002	3.5569		●	8	16,188	193,130
5	34	11006	2.7632	*		2	64,871	195,109
5	35	11003	5.1549			8	32,489	304,422
5	36	11004	5.9437	*		9	166,059	425,270
5	37	11101	10.5365	*		14	341,373	716,526
5	38	11105	5.5289	*		10	86,448	314,945

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	39	11102	3.5569		●	3	14,674	221,274
5	40	11106	2.7207			2	62,586	152,998
5	41	11103	5.1420			4	51,081	312,600
5	42	11104	-	*		-	-	-
5	43	11301	1.9692			12	34,034	118,005
5	44	11302	1.8704			11	30,585	103,261
5	45	11501	7.8873			5	155,110	475,423
5	46	11502	7.4653			4	32,098	472,060
5	47	11601	2.5438		●	3	88,723	186,311
5	48	11602	3.4540		●	3	107,415	267,065
5	49	11603	3.3983			5	123,512	231,131
5	50	11604	2.6765			4	94,946	195,758
5	51	11605	5.4519			5	120,424	433,800
5	52	47801	4.3924			8	68,696	252,630
5	53	47802	1.5325			4	21,043	102,209
5	54	47803	2.0414			4	28,840	123,026
5	55	47804	3.9472			4	46,193	378,319
5	56	47901	3.6059			5	57,576	269,606
5	57	47902	1.4926			4	18,808	79,903
5	58	47903	1.9742			3	28,744	129,444
5	59	47904	2.8742			3	34,463	272,917
5	60	11201	3.4540		●	3	85,510	223,492
5	61	11202	2.5438		●	2	73,742	163,572
5	62	11203	3.2952			3	103,639	203,795
5	63	11205	4.0090			3	121,796	250,229
5	64	11206	3.0936			2	97,677	171,145
5	65	11204	1.8016			2	18,994	97,014
5	66	11401	1.1172			7	17,722	61,888
5	67	11402	0.7353			5	14,072	40,413
5	68	11801	2.6716			3	110,533	143,292
5	69	11802	2.3739			3	108,512	128,015
5	70	11803	2.1258			3	78,100	114,619
5	71	11804	1.8750			3	74,298	105,168
5	72	11701	1.6800			4	19,248	96,956
5	73	11702	0.7187	*		3	17,244	58,875
5	74	11901	0.7209			2	20,494	43,318
5	75	11902	0.5748			2	18,298	33,668
5	76	12001	1.4281			8	17,977	83,696
5	77	12002	1.0693			5	16,489	60,427
5	78	12101	1.5351			5	29,270	96,596
5	79	12102	1.5794			7	13,755	89,172

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	80	12201	1.1179			3	23,166	69,030
5	81	12202	2.0603			5	10,418	114,506
5	82	12301	-	*		-	-	-
5	83	12302	-	*		-	-	-
5	84	124	1.1145			3	21,477	61,162
5	85	125	0.7710			2	20,482	43,058
5	86	126	1.5878			18	11,884	143,362
5	87	12701	-	*		-	-	-
5	88	12702	0.7401			7	8,746	81,408
5	89	12801	1.1348			6	17,010	72,706
5	90	12802	0.9766			4	7,890	92,970
5	91	129	2.5733			10	14,775	155,242
5	92	13001	1.2927			7	11,525	81,364
5	93	13002	1.0171			5	7,416	55,096
5	94	13101	0.9325			5	8,221	68,159
5	95	13102	0.8098			4	4,386	43,692
5	96	132	0.5706			4	5,040	32,197
5	97	133	0.3969			3	3,479	24,001
5	98	13401	0.5878			4	7,608	32,817
5	99	13402	0.4330			3	4,742	24,876
5	100	135	0.7105			4	7,086	39,777
5	101	136	0.4482			3	4,825	25,806
5	102	13701	2.8292			4	5,300	207,454
5	103	13702	1.8641			2	4,955	141,756
5	104	13801	1.8237	*		6	9,455	103,140
5	105	13802	0.7472			4	7,249	46,017
5	106	13803	0.6482			4	7,117	38,071
5	107	13804	1.4114			6	29,163	107,237
5	108	13805	1.3095			6	28,845	101,664
5	109	13901	0.3578	*		2	10,920	71,105
5	110	13902	0.5615			3	5,153	33,246
5	111	13903	0.4233			3	4,929	24,625
5	112	13904	1.1164			5	21,216	109,869
5	113	13905	0.8718			5	20,997	58,453
5	114	14001	0.6026			4	7,529	34,170
5	115	14002	0.4199			3	4,152	23,834
5	116	141	0.6037			4	7,328	33,882
5	117	142	0.4886			3	5,738	27,022
5	118	143	0.4325			3	4,372	24,846
5	119	14401	0.8827			4	6,022	53,900
5	120	14402	0.9507			5	8,983	64,535

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	121	14403	0.6162			4	5,518	35,577
5	122	14501	0.7590			3	3,473	44,596
5	123	14502	0.7120			3	7,032	43,704
5	124	14503	0.4494			3	5,616	25,446
6	1	15401	7.8444	*		21	216,782	546,103
6	2	15402	3.4896			12	29,187	398,390
6	3	15403	2.5384			11	14,435	270,326
6	4	15404	3.0612			12	60,453	312,516
6	5	15501	5.6821	*		15	90,087	405,569
6	6	15502	1.1515			3	22,965	109,748
6	7	15503	1.7122			7	22,917	133,885
6	8	15504	2.1710			8	40,578	189,730
6	9	15601	-	*		-	-	-
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	4.0448			11	19,586	419,213
6	12	15604	2.5553	*		6	71,084	230,501
6	13	15605	4.2065	*	●	12	48,359	237,049
6	14	15606	4.2065	*	●	12	134,005	329,455
6	15	15607	2.0587			8	44,446	181,924
6	16	15608	1.6764			6	44,064	158,164
6	17	14801	2.8930			12	42,452	276,819
6	18	14802	3.5699			14	38,011	420,100
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	1.2269	*		7	26,517	259,542
6	21	14805	1.9939			10	35,264	221,545
6	22	14901	2.4908			9	45,651	183,253
6	23	14902	2.8981	*		12	45,765	342,522
6	24	14903	-	*		-	-	-
6	25	14904	1.0475			4	14,673	189,411
6	26	14905	1.8737			8	12,589	168,657
6	27	14601	1.2585			4	21,141	166,411
6	28	14602	1.4466	*		3	20,021	248,488
6	29	14701	0.7227			2	21,305	52,834
6	30	14702	0.6341			2	20,446	50,801
6	31	150	2.5065			11	56,780	238,912
6	32	151	1.5949			6	47,241	128,146
6	33	16401	1.4334			5	43,989	81,116
6	34	16501	1.1366			3	38,908	63,423
6	35	16402	1.4522			6	39,056	85,279
6	36	16502	1.0367			5	34,365	64,151
6	37	16601	1.1560			3	40,883	62,301

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	38	16701	0.9818			3	38,058	53,186
6	39	16602	1.0292			4	32,225	55,410
6	40	16702	0.8350			3	29,540	46,676
6	41	152	1.2181			7	12,734	132,409
6	42	153	0.7201			4	13,162	78,008
6	43	15701	0.7227			3	9,633	40,113
6	44	15702	0.6154			2	19,055	34,183
6	45	15801	0.5146			2	8,676	28,606
6	46	15802	0.5096			2	17,326	28,439
6	47	16101	1.1073			3	37,997	61,669
6	48	16201	0.8777			2	34,702	50,919
6	49	16102	0.7887			2	27,356	45,061
6	50	16202	0.6241			2	22,592	34,875
6	51	159	1.2478			4	34,475	70,464
6	52	160	0.8780			3	30,818	48,791
6	53	16301	6.6867	*	●	18	238,967	292,289
6	54	16302	6.6867	*	●	18	196,881	501,391
6	55	16303	6.8095			2	47,463	417,560
6	56	16304	4.4441			2	37,753	274,434
6	57	16305	3.6691			2	29,306	249,330
6	58	16306	1.8061			1	27,353	126,811
6	59	170	1.5668			5	25,093	170,023
6	60	171	0.9182			2	28,911	64,856
6	61	17201	0.8854			5	13,156	103,940
6	62	17202	0.7408			6	4,717	60,474
6	63	17203	0.6643			4	4,584	68,358
6	64	17301	0.6240			4	11,344	54,571
6	65	17302	0.4579			3	6,218	38,525
6	66	17303	0.4335			2	3,876	40,007
6	67	17401	1.0782			7	10,331	113,886
6	68	17402	0.6175			6	7,753	65,309
6	69	17403	0.7127			6	7,799	80,329
6	70	17404	0.6798			6	7,959	75,944
6	71	17501	0.7929			5	11,321	68,581
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4399			4	5,586	42,674
6	74	17504	0.4146			4	5,842	38,671
6	75	17601	1.1815			10	9,704	127,891
6	76	17602	0.6714			6	9,817	69,071
6	77	17603	0.6606			6	8,011	74,371
6	78	17604	0.5197			4	5,553	47,680

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	79	177	0.5114			5	6,766	49,628
6	80	178	0.3501			3	5,518	31,339
6	81	17901	0.6238			3	3,717	72,609
6	82	17902	0.8395			6	4,910	97,486
6	83	17903	0.5523			3	3,403	62,220
6	84	180	0.5237			6	5,800	56,541
6	85	181	0.3279			4	4,688	31,228
6	86	182	0.4772			5	5,769	49,211
6	87	183	0.3069			3	4,618	28,381
6	88	18401	0.3567			4	6,535	34,099
6	89	18402	0.2578			3	4,669	23,100
6	90	18801	1.4028			10	11,819	140,967
6	91	18802	0.5650			5	4,872	63,776
6	92	18803	0.7755	*		6	4,428	65,074
6	93	18804	0.8144			7	7,167	95,925
6	94	18805	0.6554			6	7,116	75,165
6	95	18901	0.8330	*		6	6,633	72,004
6	96	18902	0.3253			3	3,253	30,861
6	97	18903	0.4892	*		3	7,854	35,697
6	98	18904	0.4982			5	4,519	45,755
6	99	18905	0.4052			3	4,142	37,207
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.4555			3	6,010	52,344
6	103	19004	0.4515			3	6,864	49,663
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	-	*		-	-	-
6	106	19007	0.7937	*	●	6	7,164	92,746
6	107	19008	0.7937	*	●	3	15,634	98,709
6	108	19009	0.6395			5	6,754	72,471
6	109	19010	0.3623			3	3,834	40,704
7	1	191	3.2885			11	21,299	281,829
7	2	192	3.0829			9	42,015	236,320
7	3	195	2.9947			13	79,622	249,403
7	4	196	2.4470			10	71,942	183,887
7	5	197	2.4044			11	53,081	225,622
7	6	198	1.6765			8	45,927	144,966
7	7	49301	2.5193			8	78,921	150,395
7	8	49401	2.1972			7	75,289	132,787
7	9	49302	1.4941			4	43,399	80,985
7	10	49402	1.2285			3	42,354	66,370

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
7	11	193	1.5453			8	25,299	150,703
7	12	194	0.9863			5	21,457	83,617
7	13	199	-	*		-	-	-
7	14	20001	1.7438			8	15,400	163,229
7	15	20002	0.7504			5	10,482	73,672
7	16	20101	2.1636			8	43,014	200,395
7	17	20102	1.4703			4	46,095	105,855
7	18	20201	0.8127			6	8,126	92,504
7	19	20202	0.4304			5	5,708	46,154
7	20	20301	1.3138	*		7	22,080	99,806
7	21	20302	1.1583	*		5	41,653	69,438
7	22	20401	0.5280			5	6,702	56,300
7	23	20402	0.8959	*		6	5,546	136,130
7	24	20403	0.4804	*		3	5,434	55,041
7	25	205	0.7906			7	7,077	94,092
7	26	206	0.5152			5	5,722	57,159
7	27	207	0.9946			6	9,052	92,481
7	28	208	0.6569			4	5,534	66,810
8	1	47101	3.7873			8	142,496	218,588
8	2	47102	3.5675			5	149,748	202,933
8	3	47103	4.2715			6	147,963	231,458
8	4	21701	2.0482			8	32,203	110,854
8	5	21702	1.3403			4	24,164	75,796
8	6	21703	2.1442			10	21,100	129,559
8	7	21704	1.3876			5	14,057	75,637
8	8	20901	3.2222			8	73,499	174,898
8	9	20907	4.2439			7	101,040	228,233
8	10	20902	2.7080			6	61,806	145,630
8	11	20908	3.8393			6	84,313	204,511
8	12	20903	2.3375			5	88,464	127,115
8	13	20904	1.8670			7	73,969	104,445
8	14	20905	2.3886			5	85,709	130,698
8	15	20906	1.0105			6	38,108	58,822
8	16	21601	1.2480			4	15,379	73,545
8	17	21602	0.8716			3	12,946	50,996
8	18	21001	2.6843			10	54,841	163,866
8	19	21101	1.9190			7	46,678	104,273
8	20	21002	1.7987			8	39,594	99,430
8	21	21102	1.4280			6	26,747	81,068
8	22	21003	1.5728			7	43,361	90,519
8	23	21103	1.2607			5	30,679	69,212

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	24	21201	1.9234			8	53,104	176,060
8	25	21202	1.3970	*		8	48,626	73,944
8	26	21203	1.8120	*	●	8	49,637	192,427
8	27	21204	1.8120	*	●	4	34,581	159,348
8	28	21205	1.6533			6	41,954	101,156
8	29	21206	1.3240			4	25,776	111,834
8	30	21301	6.5093	*		27	286,391	993,513
8	31	21302	0.6855	*		6	23,106	45,512
8	32	21303	2.6570			13	35,447	145,837
8	33	21304	1.6483			8	26,249	90,598
8	34	21305	2.7993	*		19	46,461	206,686
8	35	21306	-	*		-	-	-
8	36	49101	2.0567			5	67,614	109,844
8	37	49102	1.6112			5	60,478	88,095
8	38	49201	2.5564			6	39,119	146,113
8	39	49202	2.0079			5	33,633	108,713
8	40	496	4.1311			8	94,129	368,266
8	41	49701	3.3962			9	76,255	278,555
8	42	49702	2.8990			7	71,508	232,242
8	43	49801	2.9779			7	87,762	233,868
8	44	49802	2.5157			5	82,641	186,669
8	45	499	1.5192			6	28,858	142,610
8	46	500	1.2195			4	26,836	98,109
8	47	501	2.0700			15	41,552	120,242
8	48	502	1.5590			12	29,164	99,222
8	49	50301	1.2355			4	30,221	66,977
8	50	50302	1.0824			3	31,085	58,723
8	51	50303	0.8299			3	22,008	44,723
8	52	50304	0.6199			2	20,618	33,763
8	53	21801	1.7360			9	38,663	97,513
8	54	21802	1.6665			8	35,858	98,710
8	55	21901	1.6310			8	40,253	91,906
8	56	21902	1.2455			6	29,060	68,508
8	57	21803	1.3975			6	35,859	78,216
8	58	21804	1.2256			6	26,937	69,066
8	59	21903	1.0992			5	25,687	59,702
8	60	21904	0.8582			4	22,142	47,173
8	61	22001	3.7429	*		21	78,464	270,060
8	62	22002	2.5262	*		10	42,827	134,307
8	63	22003	1.2944	*		7	28,048	104,692
8	64	22004	1.0799			5	28,527	64,197

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	65	22005	1.2221	*		5	43,527	78,062
8	66	22006	0.9776			3	19,402	55,534
8	67	22007	1.2748			4	26,089	84,561
8	68	22008	0.7737			2	23,317	44,416
8	69	23101	1.4048			6	21,440	95,843
8	70	23102	0.7124			3	15,307	38,679
8	71	23103	0.5345			3	14,657	31,603
8	72	23104	0.3693			2	13,883	20,624
8	73	23001	0.7309	*		1	23,195	86,166
8	74	23002	0.5033	*		3	18,949	45,695
8	75	23003	0.5153			3	15,607	32,366
8	76	23004	0.4325			2	15,607	25,856
8	77	22601	1.2066			4	18,573	68,067
8	78	22602	1.0560			4	19,979	60,299
8	79	22701	0.5858			3	13,317	33,591
8	80	22702	0.7168			3	15,020	42,670
8	81	22501	1.0295			5	17,500	63,072
8	82	22502	0.7087			4	14,835	40,566
8	83	22503	0.9355			4	17,755	54,141
8	84	22504	0.7018			3	15,852	41,306
8	85	228	0.7547			3	16,325	43,220
8	86	22301	-	*		-	-	-
8	87	22302	0.8395			3	26,727	45,947
8	88	23201	0.6566	*		4	14,705	37,127
8	89	23202	0.5261			2	13,608	29,201
8	90	22401	1.2233			5	29,168	78,588
8	91	22402	0.9227			4	26,015	52,393
8	92	22403	0.7992			4	22,577	43,982
8	93	22404	0.6362			3	20,472	34,817
8	94	22901	0.5713			3	12,985	31,784
8	95	22902	0.5368			2	13,004	30,535
8	96	23301	2.9043			10	59,818	269,167
8	97	23302	2.0026			7	49,916	365,856
8	98	23401	0.9980			4	24,251	57,848
8	99	23402	0.7062			3	21,072	39,839
8	100	23501	0.8901			4	6,882	91,990
8	101	23502	0.7636			4	7,023	59,130
8	102	23503	3.1953	*		18	80,155	173,859
8	103	23504	0.3483	*		7	16,043	18,382
8	104	23601	0.9231			6	6,153	92,777
8	105	23602	0.7156			4	4,454	87,904

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	106	23701	0.4919			4	4,255	41,196
8	107	23702	0.3903			2	4,057	23,368
8	108	23801	1.3168			13	13,154	87,608
8	109	23802	1.0389			10	8,668	65,384
8	110	23803	1.1663			10	10,473	85,303
8	111	23804	0.9240			6	4,942	51,393
8	112	23805	0.9584	*		11	11,861	69,432
8	113	23806	0.4057	*		4	16,265	58,931
8	114	23901	0.6539			4	3,930	38,670
8	115	23902	0.4476			3	3,877	25,066
8	116	24001	0.7727			3	4,440	41,807
8	117	24002	0.9761			2	4,101	58,188
8	118	24003	0.9408			2	3,666	51,110
8	119	24101	0.4642			2	3,526	24,998
8	120	24102	0.9639			2	3,317	60,786
8	121	24103	0.7736			2	2,751	42,236
8	122	24201	1.0879			10	10,426	65,133
8	123	24202	0.7769			8	9,580	53,155
8	124	24203	1.4925	*		13	9,207	223,616
8	125	24204	1.4829	*		18	25,219	83,400
8	126	24205	1.0745			9	10,134	72,972
8	127	24206	0.7020			7	9,194	39,362
8	128	24301	0.8228			3	2,576	44,929
8	129	24302	0.4093			3	3,646	23,005
8	130	244	0.4799			4	4,546	26,865
8	131	245	0.3015			2	2,407	17,758
8	132	24601	0.5785			5	5,556	31,420
8	133	24602	0.3906			4	3,683	26,168
8	134	24701	0.6193			4	5,768	36,368
8	135	24702	0.4036			3	4,280	24,352
8	136	24801	0.8192			6	5,644	46,650
8	137	24802	0.3940			2	2,965	22,534
8	138	24901	1.0301			11	11,012	63,065
8	139	24902	0.8076			9	7,038	55,995
8	140	24903	0.7780			4	3,967	41,283
8	141	24904	0.4882			2	3,055	26,231
8	142	250	0.4315			3	5,301	23,640
8	143	251	0.2945			2	3,123	16,229
8	144	252	0.3702			1	5,530	22,601
8	145	253	0.4421			3	4,729	24,279
8	146	254	0.2897			2	2,614	16,144

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	147	255	0.4138			2	3,514	27,289
8	148	25601	0.7810		●	8	7,153	45,832
8	149	25602	0.7810	*	●	8	12,742	106,121
8	150	25603	0.6651			4	5,511	38,551
8	151	25604	0.4831			2	3,393	29,473
9	1	263	1.4767			12	17,154	149,737
9	2	264	0.9159			8	13,338	90,038
9	3	265	0.9460			6	13,123	97,347
9	4	266	0.6022			3	11,335	52,729
9	5	26801	1.5547			6	24,353	164,141
9	6	26802	1.2766			4	20,215	116,345
9	7	26701	0.3512	*		2	12,849	21,291
9	8	26702	0.2544			2	8,348	26,045
9	9	25701	-	*		-	-	-
9	10	25801	1.6603			4	49,932	89,003
9	11	25702	1.5079			5	39,497	89,142
9	12	25802	1.4109			4	37,357	79,017
9	13	259	0.8997		●	2	20,704	47,875
9	14	260	0.8997		●	2	21,333	52,613
9	15	261	0.4950			2	15,675	34,977
9	16	26201	0.5906	*		3	16,424	51,603
9	17	26202	0.4326			2	12,578	31,008
9	18	269	1.4664			8	15,780	153,164
9	19	270	0.7612			4	12,349	70,012
9	20	271	0.8293			9	7,729	87,786
9	21	27201	0.7852			7	3,558	103,381
9	22	27202	0.6441			7	8,699	64,996
9	23	27203	0.6492	*		5	4,115	90,571
9	24	27301	0.3671			3	2,248	50,247
9	25	27302	0.4323			5	6,985	39,544
9	26	27303	0.3345	*		4	6,813	35,981
9	27	274	0.7370	*		5	2,107	90,623
9	28	275	0.1898			1	2,308	31,862
9	29	27601	0.4207			3	4,482	41,697
9	30	27602	0.4084			3	2,904	38,541
9	31	277	0.6310			8	8,167	67,887
9	32	278	0.3943			6	6,170	37,979
9	33	27901	0.4175			5	4,677	42,226
9	34	27902	0.3254			4	5,050	30,811
9	35	280	0.3572			4	3,220	35,860
9	36	281	0.2479			3	2,734	23,766

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	37	282	0.2908			3	2,969	31,650
9	38	28301	0.3269			3	4,093	36,145
9	39	28302	0.4725			4	3,869	61,426
9	40	28401	0.2851			3	3,154	28,035
9	41	28402	0.2105			2	2,741	26,228
10	1	28601	2.7616			7	60,765	257,349
10	2	28602	2.2855			6	57,018	196,946
10	3	28801	2.0241		●	11	31,041	176,017
10	4	28802	2.0241		●	3	46,158	141,035
10	5	28501	1.6950			13	24,619	186,156
10	6	28502	1.5305			11	22,630	159,323
10	7	28701	1.3539			9	22,466	128,352
10	8	28702	0.9171			7	15,475	95,635
10	9	28901	1.1638			4	32,075	104,700
10	10	28902	0.7468			3	29,883	55,349
10	11	290	1.0678			3	32,825	61,041
10	12	29101	0.9558			5	22,057	151,868
10	13	29102	0.6618			3	20,178	58,297
10	14	292	2.2205			12	26,859	217,381
10	15	293	1.4170			4	25,410	140,914
10	16	29401	0.7054			7	7,719	80,611
10	17	29402	0.3829			5	5,434	36,941
10	18	29501	0.6779			6	8,383	74,202
10	19	29502	0.4328			4	4,084	51,536
10	20	29601	0.5705			6	6,082	65,247
10	21	29602	0.5767			6	4,362	66,517
10	22	29701	0.3216			4	3,942	32,699
10	23	29702	0.4006			5	4,301	41,727
10	24	29801	0.5614			4	4,409	88,654
10	25	29802	0.2851			2	3,861	31,612
10	26	29803	0.2601			2	4,052	29,158
10	27	29804	0.2404			2	3,164	25,263
10	28	29901	1.2938			4	3,979	174,782
10	29	29902	0.4833			3	3,880	61,898
10	30	29903	0.6195			5	4,329	76,449
10	31	29904	0.5550			2	2,759	88,003
10	32	30001	0.6531			5	7,497	79,205
10	33	30002	0.4869			4	4,099	62,190
10	34	30101	0.4427			2	3,374	41,165
10	35	30102	0.2497			2	3,164	28,223
11	1	30201	13.5589			14	464,216	743,553

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	2	30202	13.1424			13	462,394	725,383
11	3	30301	1.8974			6	24,235	166,070
11	4	30302	1.7983			6	18,752	137,178
11	5	304	1.1290			5	14,499	109,416
11	6	305	1.0288			4	14,215	86,122
11	7	308	0.9900			5	14,640	106,612
11	8	309	0.6346			2	11,389	67,274
11	9	30601	1.4072			5	50,849	86,804
11	10	30602	1.3377			4	25,493	71,411
11	11	30701	1.0890		●	4	24,432	70,864
11	12	30702	1.0890		●	3	23,100	61,855
11	13	310	0.7628			3	20,964	65,863
11	14	311	0.5887			2	19,771	41,293
11	15	312	0.6882			4	15,452	64,887
11	16	313	0.4758			2	14,581	41,712
11	17	314	1.1720	*		3	17,436	109,447
11	18	31501	1.3807			6	17,851	140,112
11	19	31502	1.1087			4	17,968	103,478
11	20	31601	1.0829			8	8,673	124,820
11	21	31602	0.7255			6	4,579	82,334
11	22	31603	0.6548			6	6,525	74,541
11	23	31604	0.4478			4	5,380	52,664
11	24	317	0.4977	*		3	3,067	53,763
11	25	318	0.5102			3	4,718	49,253
11	26	319	0.3721			2	3,084	39,015
11	27	320	0.6914			8	9,291	72,095
11	28	321	0.4198			5	6,615	39,661
11	29	32201	0.5437			6	9,704	55,819
11	30	32202	0.4222			5	8,537	41,055
11	31	32301	0.7279			2	29,096	50,714
11	32	32302	0.4624			3	3,980	41,281
11	33	32401	0.6716			2	28,943	42,918
11	34	32402	0.3549			2	2,958	28,837
11	35	325	0.5799			4	5,967	61,718
11	36	326	0.4704			3	4,390	54,534
11	37	32701	0.4022			4	3,849	36,913
11	38	32702	0.2884			3	4,783	24,845
11	39	328	0.4681			3	12,094	40,150
11	40	329	0.3949			2	10,525	29,383
11	41	33001	0.8207	*		4	27,409	55,358
11	42	33002	0.5184	*		3	12,501	33,596

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	43	331	0.7694			6	6,897	85,776
11	44	332	0.6254			3	5,368	64,197
11	45	33301	0.5527			3	4,187	68,154
11	46	33302	0.5041			3	4,174	60,677
12	1	334	5.0770	*		27	154,035	351,724
12	2	335	2.6186	*		7	121,405	203,462
12	3	34101	1.2727			5	12,017	72,246
12	4	34102	1.1705			2	8,976	82,257
12	5	34103	3.2036	*	●	6	57,353	174,815
12	6	34104	3.2036		●	2	56,675	175,299
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	0.9781			3	17,634	52,297
12	9	33902	0.4777			2	16,335	27,909
12	10	34001	1.2880			2	20,050	76,168
12	11	34002	0.9636			2	21,189	58,357
12	12	34201	-	*		-	-	-
12	13	34202	0.6449	*		4	22,919	51,999
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	-	*		-	-	-
12	16	33601	1.1559			4	43,987	68,693
12	17	33602	1.1065			5	25,287	62,931
12	18	33701	0.9938			4	42,846	59,767
12	19	33702	0.9256			4	22,282	52,162
12	20	344	-	*		-	-	-
12	21	34501	1.3826			5	22,128	76,224
12	22	34502	0.6744			3	12,568	37,729
12	23	346	0.6092	*	●	2	23,176	26,147
12	24	347	0.6092	*	●	2	12,904	77,944
12	25	348	0.4436			2	4,314	25,508
12	26	349	0.3447			2	3,759	20,424
12	27	35001	0.7022			6	8,688	40,734
12	28	35002	0.4917			4	6,057	29,478
12	29	35201	0.5151	*		5	3,765	31,091
12	30	35202	0.6445	*		5	20,980	57,046
12	31	35203	0.5237			2	2,325	37,025
12	32	35204	0.7113			4	3,747	43,869
12	33	35205	0.4133			2	3,511	24,836
13	1	35301	4.3264	*		12	167,636	400,087
13	2	35302	2.5891			6	81,719	138,922
13	3	35801	2.2349			5	81,372	122,944
13	4	35802	1.8805			4	68,145	101,678

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
13	5	35803	1.7894			5	60,597	106,087
13	6	35804	1.3371			5	43,220	75,829
13	7	35805	1.4795			3	46,860	81,116
13	8	35806	1.0799			3	26,581	62,389
13	9	35901	2.0356			4	80,782	114,242
13	10	35902	1.7562			4	63,109	96,847
13	11	35903	1.6658			5	60,227	91,333
13	12	35904	1.2332			5	41,944	70,524
13	13	35905	1.3831			3	42,811	77,385
13	14	35906	0.9798			3	22,606	56,350
13	15	36101	2.0318			4	79,626	120,754
13	16	36102	-	*		-	-	-
13	17	36001	0.6357			2	13,230	41,780
13	18	36002	0.4729			2	11,503	31,785
13	19	35601	1.1105			3	20,603	62,526
13	20	35602	0.9970			3	20,245	55,766
13	21	363	0.4599			2	15,919	31,254
13	22	364	0.4862			2	10,471	29,653
13	23	36501	1.7108			5	46,311	96,960
13	24	36502	0.9387			3	14,251	50,246
13	25	36604	0.7315	*		3	8,862	84,410
13	26	36704	0.1876	*		1	4,083	22,642
13	27	36801	0.6514			6	8,440	35,420
13	28	36802	0.4042			4	6,149	22,624
13	29	369	0.2886			2	2,480	16,257
14	1	469	0.3099	*		4	5,046	25,547
14	2	370	0.9421			5	35,324	58,192
14	3	371	0.7611			5	34,177	47,593
14	4	37401	-	*		-	-	-
14	5	37402	0.6042	*		3	21,100	37,885
14	6	37501	1.1444	*		3	49,823	76,501
14	7	37502	0.9703	*		3	38,660	55,166
14	8	372	0.8476			3	30,683	48,064
14	9	37301	0.7867			3	31,066	44,688
14	10	37302	0.7202			3	29,957	39,374
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	-	*		-	-	-
14	13	37703	-	*		-	-	-
14	14	37704	2.1106			6	15,021	164,672
14	15	37705	0.7500			3	7,543	43,952
14	16	37601	0.9377	*		5	11,076	117,130

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
14	17	37602	-	*		-	-	-
14	18	37603	-	*		-	-	-
14	19	37604	0.5802			5	4,719	33,730
14	20	37605	0.3799			4	3,465	21,721
14	21	37801	1.2271			2	40,437	66,006
14	22	37802	0.9154			4	27,876	50,589
14	23	37803	0.3952			2	3,359	21,694
14	24	37901	0.2925			4	3,251	32,079
14	25	37902	0.4974			5	4,870	59,162
14	26	37903	0.3871			4	4,197	44,839
14	27	38101	0.7630			2	12,406	45,010
14	28	38102	0.5462			2	10,579	31,200
14	29	38001	0.4877			2	7,273	29,609
14	30	38002	0.4117			2	5,122	23,380
14	31	382	0.2220			2	2,032	12,528
14	32	38301	0.3806			4	4,063	41,980
14	33	38302	0.2624			3	3,564	28,029
14	34	384	0.4018			4	3,565	46,729
14	35	513	0.3185			5	-	-
15	1	N01	0.6723			4	9,676	66,147
15	2	N02	-	*		-	-	-
15	3	N03	-	*		-	-	-
15	4	N04	-	*		-	-	-
15	5	N05	4.4476			26	138,052	408,710
15	6	N06	3.6741	*		24	6,836	269,762
15	7	N07	3.7203			21	86,717	355,188
15	8	N08	2.3392			18	34,281	229,047
15	9	N09	1.8985			16	32,918	154,660
15	10	N10	1.4727			14	24,029	132,654
15	11	N11	2.4375			12	40,661	277,258
15	12	N12	1.1494			8	16,391	102,655
15	13	N13	0.8146			6	11,442	80,135
15	14	N14	7.0253			18	80,610	653,803
15	15	N15	2.8843			8	20,785	329,023
15	16	N16	1.6999			8	24,279	193,982
15	17	N17	0.7959			5	11,712	77,498
15	18	N18	0.4596			4	6,884	47,094
15	19	N19	0.4368			4	9,024	38,761
16	1	39201	2.9448			10	75,750	287,278
16	2	39202	2.4105			9	66,460	207,565
16	3	39301	3.6218	*		13	92,126	289,621

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
16	4	39302	2.4070	*		9	80,152	142,694
16	5	39401	1.5253			7	17,011	159,707
16	6	39402	0.8410			3	16,513	90,683
16	7	39501	0.9572			4	2,999	119,173
16	8	39502	0.6074			5	8,274	62,743
16	9	39503	0.4262			3	4,808	40,543
16	10	39601	0.7272			2	3,977	97,905
16	11	39602	0.6814			4	8,167	90,955
16	12	39603	0.3428			2	5,675	39,591
16	13	39701	6.4290	*		5	39,010	585,713
16	14	39702	0.7980	*		4	13,688	116,463
16	15	39703	2.3429			13	24,562	212,157
16	16	39704	-	*		-	-	-
16	17	39705	0.8188			5	4,084	102,593
16	18	39706	0.4725			3	3,215	59,706
16	19	39802	0.7684			6	6,347	88,109
16	20	39803	0.6952			5	4,360	85,464
16	21	39804	0.3970			3	3,643	51,391
16	22	39902	0.4443			4	4,496	45,251
16	23	39903	0.3707			3	3,209	49,375
16	24	39904	0.2625			2	3,574	31,887
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-
17	3	401	-	*		-	-	-
17	4	402	-	*		-	-	-
17	5	40301	1.0341	*		4	3,749	147,406
17	6	40401	0.1800	*		1	2,509	41,776
17	7	406	2.6181			8	54,237	235,833
17	8	407	1.7336			4	30,923	147,154
17	9	40801	1.1090			5	15,697	110,657
17	10	40802	0.6080			2	11,413	56,452
17	11	412	0.4982	*		2	12,393	34,902
17	12	41101	0.4322			2	3,803	36,269
17	13	41102	0.4172			2	2,782	31,072
17	14	413	0.7308			6	6,209	82,826
17	15	414	0.4372			2	3,671	39,080
18	1	41501	2.1604			13	26,747	237,903
18	2	41502	1.0831			6	16,094	109,729
18	3	41601	1.0419			9	11,698	121,723
18	4	41602	0.5736			6	6,891	60,079
18	5	41701	0.8100			7	11,094	94,151

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
18	6	41702	0.5211			5	9,753	54,886
18	7	41803	0.7188			8	7,467	82,880
18	8	41804	0.5607			7	6,952	60,657
18	9	419	0.5893			6	6,419	66,291
18	10	420	0.4235			4	5,034	41,834
18	11	42101	0.6667			6	7,086	75,950
18	12	42102	0.4215			5	5,048	43,186
18	13	42201	0.4155			4	7,430	39,669
18	14	42202	0.3018			3	6,033	27,848
18	15	42301	1.7829			14	34,274	162,210
18	16	42302	1.2272			10	6,167	112,634
18	17	42303	0.7163			7	7,561	90,384
18	18	42304	0.4142			5	5,249	43,921
21	1	44001	0.7024			6	9,904	60,065
21	2	44002	0.4681			4	6,629	47,583
21	3	43901	1.0920			7	17,676	114,133
21	4	43902	0.8103			6	15,037	74,863
21	5	44101	1.0047		●	5	11,828	112,925
21	6	44102	1.0047		●	4	13,635	112,460
21	7	442	1.5608			7	15,527	178,328
21	8	443	0.8635			4	12,016	85,020
21	9	444	0.4440			5	4,285	47,023
21	10	445	0.2801			3	2,909	26,568
21	11	44601	0.4666			4	4,069	55,478
21	12	44602	0.2706			3	3,657	23,084
21	13	44701	0.5241			5	4,794	60,228
21	14	44702	0.2492			3	2,639	25,759
21	15	44801	0.3336			3	2,840	25,906
21	16	44802	0.2568			3	4,265	26,874
21	17	44901	1.0169			6	5,195	130,743
21	18	44902	0.6710			5	5,219	80,345
21	19	45001	0.5417			3	3,178	64,950
21	20	45002	0.2916			3	2,687	31,182
21	21	45101	0.8153			4	4,481	148,884
21	22	45102	0.3180			2	3,308	33,491
21	23	45103	0.4901			3	4,147	59,215
21	24	45104	0.2416			2	3,366	26,655
21	25	452	0.5835			5	4,854	71,262
21	26	453	0.3253			3	2,975	34,466
21	27	454	0.6537			4	4,681	110,108
21	28	455	0.3148			3	2,749	40,349

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
21	29	41801	0.6739		●	8	6,280	105,101
21	30	41802	0.6739	*	●	8	24,424	61,015
22	1	50401	13.3976	*		26	154,131	973,501
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	21.9805	*		23	114,929	1,166,304
22	4	50404	-	*		-	-	-
22	5	50405	-	*		-	-	-
22	6	50501	3.6486	*		15	18,362	385,529
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	5.7335	*		28	98,394	1,060,828
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	-	*		-	-	-
22	11	50601	5.5301	*		19	82,184	657,200
22	12	50602	4.4746			14	17,260	554,085
22	13	50603	2.4531			14	23,139	233,410
22	14	50604	1.8350			12	29,634	175,876
22	15	50605	3.0431			13	32,055	303,736
22	16	50606	4.0672			17	26,655	471,851
22	17	50701	1.2928			6	19,436	154,677
22	18	50702	1.9100			12	33,164	194,263
22	19	50703	1.3249			9	18,329	138,022
22	20	50704	3.5374	*		10	23,575	455,618
22	21	50705	1.3264			8	23,435	150,071
22	22	50801	1.0507	*	●	8	5,727	103,667
22	23	50802	1.1009	*		8	8,364	86,376
22	24	50803	2.8330			11	21,253	343,646
22	25	50804	1.4123		●	9	12,603	128,224
22	26	50901	1.0507		●	7	11,045	134,675
22	27	50902	0.3957	*		4	5,748	38,417
22	28	50903	1.1747	*		9	24,439	97,303
22	29	50904	1.4123	*	●	9	22,303	274,748
22	30	510	1.3508			8	8,009	173,347
22	31	511	0.8811			6	6,005	106,029
23	1	46101	0.8140			3	10,406	124,956
23	2	46102	0.6570		●	3	13,443	112,108
23	3	46103	0.6570		●	2	12,117	61,475
23	4	46201	1.4725			22	19,770	115,610
23	5	46202	1.2662			20	12,350	99,787
23	6	46203	1.3372		●	21	15,828	103,051
23	7	46204	1.3372	*	●	21	30,283	104,827
23	8	463	0.6438			6	5,058	70,710

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
23	9	464	0.4361			3	4,503	39,640
23	10	465	0.3644			2	2,809	29,861
23	11	466	0.4944			3	2,869	47,586
23	12	467	0.7888			2	2,860	73,760
24	1	48401	5.9995		●	19	118,335	478,549
24	2	48402	5.9995	*	●	19	246,849	374,347
24	3	48501	1.9486			10	45,232	171,623
24	4	48502	1.2245	*		7	36,694	86,982
24	5	48601	3.0754			12	40,848	325,702
24	6	48602	1.8813			9	31,793	161,831
24	7	48701	0.9233			7	6,732	105,567
24	8	48702	0.5897			6	3,988	66,483
UN	1	46801	2.2420			10	23,346	251,060
UN	2	46802	1.2741			4	15,076	132,547
UN	3	46803	2.4457			7	21,271	334,146
UN	4	46804	0.9132			3	19,431	83,589
UN	5	47601	1.8429			11	26,647	183,590
UN	6	47602	1.0272			5	16,797	112,470
UN	7	47701	1.4544			9	19,630	163,173
UN	8	47702	0.7849			3	13,662	66,173
UN	9	47703	1.7451			9	17,478	246,515
UN	10	47704	0.8313			3	14,712	71,217
全國平均點數			52,784					

全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫(草案)

○○○年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○號公告修正

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫說明

代謝症候群被認為與腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病的併發症密切相關，將比一般族群增加 6 倍糖尿病風險、4 倍高血壓風險、3 倍高血脂風險、2 倍腦中風及心臟病風險。

代謝症候群與飲食、生活習慣息息相關，若能積極導正，就可免於心血管疾病的威脅。預防代謝症候群最好的方法就是改變生活型態，如規律的生活作息、健康飲食、規律運動等；不吸菸或適量使用酒精；多攝取高纖、低油、低鹽與低糖的食品，藉此達到減重及減腰圍等，減少罹患慢性疾病為主要目標。

如能針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群者改變飲食及生活型態，就可進一步預防或延緩慢性病之發生，以達有效慢性病之防治。

透過推行本計畫，結合疾病前期之危險因子防治，藉由醫療人員指導增進病人自我健康管理識能，期能實達慢性病防治之目的，減輕後續健保醫療資源負擔並提升給付效率。

參、計畫目的

- 一、藉由衛教及個案追蹤管理方式，提升代謝症候群患者自我健康照護。
- 二、以民眾健康為導向，透過罹病前期介入，改變生活型態及壓力調適，進而降低罹患慢性病之風險。

三、透過醫療人員指導，增進病人自我疾病管理識能，奠定自身疾病由病人與醫師共同管理責任之基礎。

四、強化代謝症候群個案篩檢後之介入與個案管理措施，減少國人由疾病初期發展為慢性病病人。

五、防治慢性病危險因子，由根本降低國人罹患慢性病風險。

肆、經費來源

全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「代謝症候群防治計畫」專款項目。

伍、計畫施行期間

自公告日起實施至當年底。

陸、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

一、有申辦成人預防保健服務之本保險特約西醫診所。

二、具有家醫科、內科專科醫師、有申辦成健或糖尿病共同照護網認證之醫師資格者免參與本計畫訓練課程，中華民國醫師公會全國聯合會、台灣內科醫學會及台灣家庭醫學醫學會可辦理教育訓練課程提供有需要者(核心課程如附件1)。完成4小時教育訓練課程時數，並取得訓練認證。若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將不予支付該醫師當年度之相關費用。

三、參與本計畫之特約西醫診所或醫師參與計畫之日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

四、符合前述各項資格之特約西醫診所，向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附件2)。經保險人分區業務組資格審核同意後，自保險人分區業務組核定日始參與本計畫。

柒、收案條件與服務內容、結案條件

一、收案條件：

(一) 年齡為20~64歲之保險對象，符合下列代謝症候群指標任三項者：

1. 腰圍：男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分或身體質量指數(kg/m^2)BMI ≥ 27 。
2. 飯前血糖值(AC)： $\geq 100\text{mg/dl}$ ，或已使用藥物治療。
3. 血壓值：收縮壓 $\geq 130\text{mmHg}$ ，舒張壓 $\geq 85\text{mmHg}$ ，或已使用藥物治療。
4. 三酸甘油脂值(TG)： $\geq 150\text{mg/dl}$ ，或已使用藥物治療。
5. 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性 $< 40\text{mg/dl}$ ，女性 $< 50\text{mg/dl}$ ，或已使用藥物治療。

(二) 本計畫收案期限自公告日起至10月底止。

(三) 每一診所收案人數上限為100名。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(VPN)查詢，不得為全民健康保險各醫療給付改善方案收案名單或與其他特約醫事服務機構重複收案。

二、服務內容

(一) 收案評估

1. 參與本計畫之特約西醫診所應向代謝症候群患者解釋本計畫內容，並確實告知患者收案。
2. 代謝症候群患者之相關資料管理(附件3)：
 - (1) 包含基本資料、生活習慣及相關檢測資料(含代謝症候群指標)。
 - (2) 依不同狀況收案個案情況，擬定流程完整的照護目標及策略，個案管理資訊化、衛教資料齊全且定期更新，注重個案評估及追蹤，並定期對收案個案舉辦相關課程。
 - (3) 依收案個案評估情形，交付「代謝症候群疾病管

理紀錄表」衛教指引(附件4)，含營養諮詢、健康諮詢、血壓自我管理(722紀錄，參考附件5)等，予收案個案進行自我管理。

(二) 追蹤管理：

1. 定期追蹤收案個案之代謝症候群五大指標之改善情形，提供持續性的電話諮商或訪視追蹤管理、協助進行個案健康評估、聯繫及協調照護計畫、規劃個案健康管理與疾病預防衛教(如其他預防保健項目、四癌篩檢之重要性等)。以使收案個案認知進步，照護行為及代謝控制也能獲得顯著的改善。
2. 個案於收案評估時，未達標準值之檢驗檢查項目，應至少追蹤1次。
3. 如個案合併有其他慢性病危險因子(如菸、酒、檳榔)，得併提供個案衛教指導或協助轉介衛生福利部國民健康署合約戒菸機構或戒檳服務醫院執行戒除服務(參考資料：衛生福利部國民健康署健康九九網站 <https://health99.hpa.gov.tw/>)。
4. 依個案管理情形資料建檔(附件3)。

(三) 年度評估：

1. 依收案個案代謝症候群五大指標之改善情形，擬定次年年度照護目標及策略。
2. 依個案年度評估結果資料建檔(附件3)。

(四) 結案條件(符合以下任一條件者可結案，同一院所同一收案對象經結案後1年內不得再收案)

1. 個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者。
2. 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者。
3. 個案拒絕或失聯 ≥ 3 個月。
4. 個案死亡。

(五) 管理登錄個案

1. 將代謝症候群患者之相關資料上傳至健保資訊網服務系統 VPN(同附件3)。
2. 參與本計畫之特約西醫診所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。
3. 參與本計畫之特約西醫診所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

捌、評核指標

參與本計畫之特約西醫診所，依下列指標達成情形，核發獎勵費用。

一、代謝症候群改善率(70分)

- (一) 診所收案個案之腰圍(男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分)減少3公分以上或身體質量指數 BMI(≥ 27)，下降1以上，且人數 ≥ 5 人以上，得10分。
- (二) 診所收案個案之醣化血紅素，原 $>7.5\%$ 下降10%，且人數 ≥ 5 人以上，得10分。
- (三) 診所收案個案之血壓，收縮壓140mmHg 以上降至130mmHg 以下，及舒張壓90mmHg 以上降至80mmHg 以下(得以722紀錄之血壓為原則，722紀錄須附存病歷)，且人數 ≥ 5 人以上，得15分。
- (四) 診所收案個案之三酸甘油脂，原200mg/dl 以上降到150mg/dl 以下，且人數 ≥ 5 人以上，得10分。
- (五) 診所收案個案之低密度脂蛋白膽固醇，原130mg/dl 以上下降10%，且人數 ≥ 5 人以上，得15分。
- (六) 診所收案之吸菸個案經醫療人員用藥或衛教指導後，期末自訴未再吸菸者，或受轉介戒菸服務個案經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者(於3個月或6個月戒菸結果追蹤7天內無吸菸者)，且人數 ≥ 5 人以上，得10分(戒菸服務及費用，仍由國民健康署補助計畫支應)。
- (七) 執行方式：由收案診所於當年度收案時同時上傳風險

控制項目及檢驗值(前測)，並於12月底前上傳再次檢驗結果(後測)，超過繳交期限者，檢測值以缺失計算。

二、個案完整照護達成率 $\geq 30\%$ (15分)

(一) 分子：診所申報年度評估費人數

(二) 分母：診所收案個案人數

三、介入成效率 $\geq 30\%$ (15分)

(一) 分子：個案經收案照護後，任何一項代謝症候群指標已達標並已不符代謝症候群患者人數。

(二) 分母：診所收案個案人數

玖、給付項目及支付標準：

一、收案評估費：

(一) 每人支付900點(支付代碼 P7501C)，同一個案同一院所僅得申報一次，代謝症候群相關之檢查檢驗項目(三酸甘油**脂**120點、低密度脂蛋白膽固醇250點、糖化血紅素200點、總膽固醇70點)費用已包含於本項所訂點數。

(二) 完成收案評估且收案後，才得申請本項費用。

二、追蹤管理費

(一) 每人支付200點(支付代碼 P7502C)，追蹤管理項目詳本計畫第二項服務內容，除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用已內含於本項所訂點數內。

(二) 申報收案評估費後至少須間隔12週才能申報本項費用，每年度最多申報3次，每次間隔至少12週。

(三) 同一個案於全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫收案者，不得重複支付該計畫個案管理費及本項費用為原則。

三、年度評估費：

(一) 每人支付500點(支付代碼 P7503C)，年度評估項目詳

本計畫第二項服務內容，除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用已內含於本項所訂點數內。

- (二) 申報追蹤管理費後至少須間隔12週才能申報本項費用，每年度最多申報1次。
- (三) 結案原因為失聯、死亡或拒絕收案者，不得申報本項費用。

四、獎勵費：

- (一) 參與計畫診所於計畫內至少收案30名，及年度檢驗檢查上傳率 $\geq 50\%$ ，診所品質指標得分排序前25%之診所，核付獎勵費10,000點；品質指標得分排序大於25%至50%之診所，核付獎勵費5,000點。

- (二) 因本計畫收案評估而新發現40歲以下保險對象具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，每個案獎勵150點，同一個案僅得獎勵一次。

1. 新發現定義：保險對象於收案評估前2年，於該收案診所門診就醫紀錄之主次診斷未申報前述疾病之國際疾病分類代碼。

2. 本項費用以診所為單位，每年撥付1次；由保險人分區業務組於年度結束，經審查通過後一個月內撥付費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆獎勵金。

- (三) 照顧個案進步獎勵：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，任三指標達下列條件者，每一個案獎勵500點，同一個案僅得獎勵1次：

1. 腰圍：減少3%以上。

2. 飯前血糖：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之飯前血糖個

人目標值。

3. 血壓：收縮壓降至130mmHg 以下，舒張壓降至85mmHg 以下。

4. 三酸甘油脂：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之三酸甘油脂個人目標值。

5. 低密度脂蛋白膽固醇：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之低密度脂蛋白膽固醇個人目標值。

(四) 參與本計畫之特約西醫診所，且與國民健康署簽訂戒菸服務補助計畫契約，機構內醫師完成國民健康署認可之戒菸服務訓練課程，取得學分認證，具有有效期內之戒菸服務資格，且首次提供戒菸服務之醫師(即不曾向國民健康署申請戒菸服務補助費用之醫師)，每位醫師獎勵500元(本項獎勵經費由國民健康署支應)。

(五) 參與本計畫之特約西醫診所，於收案評估、追蹤管理及年度評估時，每次評估個案戒檳動機、勸導戒檳、設定戒檳目標、強化戒檳動機、填報戒檳指導紀錄並上傳資料者，每位個案每次評估提供獎勵100元(每個案300元為上限，本項獎勵經費由國民健康署支應)。

二、當次個案追蹤管理，如未提供其他各項醫療服務、藥物費用，不得依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定申報，亦不得向收案個案收取部分負擔費用。

三、點值結算方式：

本計畫收案評估費、追蹤管理費、年度評估費及獎勵費採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元；當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年

結算，惟每點支付金額不高於1元。

壹拾、計畫管理機制

- 一、保險人負責本計畫之研訂與修正。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行計畫。

壹拾壹、退場機制

- 一、參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供個案管理服務、或參與本計畫有待改善事項，經保險人2次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達3次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。
- 二、參與本計畫之特約西醫診所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。
- 三、特約西醫診所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

壹拾貳、計畫修訂程序

本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序報請主管機關核定後公告實施，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告；並送健保會備查。

【附件 1】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫教育訓練課程

課程名稱	學分數
代謝症候群之篩檢與診斷？ — 台灣代謝症候群流行病學與防治	1
代謝症候群防治計畫執行介紹	1
代謝症候群防治之危險因子管理	1
代謝症候群防治之飲食管理及指導病人技巧	1

【附件 2】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫申請表

診所申請類別：☐新增 ☐變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	診所名稱			診所醫事機構代碼			
	計畫聯絡人姓名			計畫聯絡人電話：			
	計畫聯絡人 e-mail						
審核項目	項目			審查結果		備註	
	成人預防保健服務			☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	參與本計畫相關醫事人員資料表			☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	認證書面資料影本			☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
保險醫事服務機構	機構章戳			保險人審核意見欄	1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 其他 日期章戳：		本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日						

【附件 3】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫收案個案資料建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位：

(一) 新收案日期(YYY/MM/DD)

(二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師 ID、醫師姓名

(三) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

(四) 危險因子：

1. 抽煙：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸一包菸(含以下)、4.平均一天約吸一包菸以上

2. 檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼(平均>1 顆/天)

(五) 伴隨疾病：1.無、2.糖尿病、3.高血壓、4.心臟血管疾病、5.高血脂症、6.腎臟病、9.其他

(六) 檢查數據：檢查日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、飯前血糖值(mg/dl)、收縮壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、舒張壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、三酸甘油酯值(mg/dl)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dl)、身體質量指數 BMI (kg/m²)、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dl)、醣化血紅素(%)、總膽固醇值(mg/dl)

(七) 慢性疾病風險值：冠心病(%;1.高、2.中、3.低)、糖尿病(%;1.高、2.中、3.低)、高血壓(%;1.高、2.中、3.低)、腦中風(%;1.高、2.中、3.低)、心血管不良事件(%;1.高、2.中、3.低)

(八) 疾病管理指引：

1. 戒菸：1.不適用、2.戒菸指導、3.戒菸服務、4.同意轉介

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導：

a. 嚼檳史：(嚼檳 年；近 6 個月 1.<1 顆、2.≤10 顆、3.>10 顆)

b. 嚼檳原因：1.社交、2.提神、3.想嚼

c. 指導項目：1.評估戒檳意願、2.說明嚼檳對身體影響、3.設定戒檳目標、4.安排口腔黏膜檢查

3. 注意飲食熱量：

(1) 不適用

(2) 減少熱量：1.不適用、2.目標值 大卡/天。

(3) 減少項目：1.不適用、2.油炸物、3.甜食、4.鹽、5.含糖飲料、6.其他。

4. 規律運動：1.不適用、2.目標值(每週 5 天,每次 30 分鐘中等費力運動)_____。(請填運動項目)

5. 想達成的：

(1) 腰圍：1.不適用、2.腰圍 公分

(2) 體重：1.不適用、2.體重 公斤

6. 722 血壓量測指導：1.無、2.有

7. 其他叮嚀：

(1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dl

(2) 三酸甘油脂：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dl

(3) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dl

二、追蹤管理(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 追蹤管理日期(YYY/MM/DD)

(二) 追蹤方式：1.電話諮商、2.訪視

(三) 追蹤項目：1.營養諮詢、2.運動計畫、3. 營養諮詢及運動計畫

(四) 危險因子：

1. 抽煙：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸一包菸(含以下)、4.平均一天約吸一包菸以上

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導：

a. 近 6 個月 1.0 顆、2.<1 顆、3.≤10 顆、4.>10 顆

b. 指導項目：1.強化戒檳動機、2.提供戒檳技巧、3.支持行為改變

(五) 伴隨疾病：1.無、2.糖尿病、3.高血壓、4.心臟血管疾病、5.高血脂症、6.腎臟病、9.其他

(六) 檢查數據：檢查日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、收縮壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、舒張壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目

三、年度評估/結案(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 年度評估/結案日期(YYY/MM/DD)

(二) 危險因子：

1. 抽煙：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸一包菸(含以下)、4.平均一天約吸一包菸以上

2. 檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼(平均>1 顆/天)

(三) 伴隨疾病：1.無；2.糖尿病；3.高血壓；4.心臟血管疾病；5.高血脂症；9.其他

(四) 檢查數據：檢查日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、飯前血糖值(mg/dl)、收縮壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、舒張壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、三酸甘油脂值(mg/dl)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dl)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目

(五) 結案原因：1.個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者、2.病情變化無法繼續接受本計畫之照護者、3.個案拒絕或失聯 $\geq$ 3 個月、4.個案死亡、5.年度評估(尚未結案)。

(六) 疾病管理指引：

1. 戒菸：1.不適用、2.戒菸指導、3.戒菸服務、4.同意轉介

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導：

a. 近 6 個月 1.0 顆、2.<1 顆、3. $\leq$ 10 顆、4.>10 顆

b. 指導項目：1.強化戒檳動機、2.提供戒檳技巧、3.支持行為改變

c. 戒檳成果：1.減量、2.近 3 個月未嚼食、3.近 6 個月未嚼食

3. 注意飲食熱量：

(1) 不適用

(2) 減少熱量：1.不適用、2.目標值 大卡/天。

(3) 減少項目：1.不適用、2.油炸物、3.甜食、4.鹽、5.含糖飲料、6.其他 。

4. 規律運動：1.不適用、2.目標值(每週 5 天,每次 30 分鐘中等費力運動)_____。(請填運動項目)
5. 想達成的：
- (1) 腰圍：1.不適用、2.腰圍 _____ 公分
- (2) 體重：1.不適用、2.體重 _____ 公斤
6. 722 血壓量測指導：1.無、2.有
7. 其他叮嚀：
- (1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值：_____ mg/dl
- (2) 三酸甘油脂：1.不適用、2.個人目標值：_____ mg/dl
- (3) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：_____ mg/dl

備註：

參與方案之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸個案資料。

- 一、 醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦方案登錄系統後，可以點選個案管理選項，進行個案資料之登錄、維護及查詢事項。
- 二、 保險人分區業務組需確實將參與診所名單登錄於 HMA 系統。
- 三、 診所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將個案資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。

【附件 4】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫疾病管理紀錄表
(交付收案個案)

代謝症候群疾病管理紀錄表

病人姓名 _____ ☐收案評估/☐年度評估 _____ 年 _____ 月 _____ 日

基本資料與生活習慣		得到慢性病的風險(僅需收案評估時上傳)	
1.身高：_____公分		項目	風險程度
2.體重：_____公斤		冠心病	☐ 高 ☐ 中 ☐ 低
3.運動： ☐ 1.無 ☐ 2.偶爾 ☐ 3.經常(每週3次，1次30分鐘)		糖尿病	☐ 高 ☐ 中 ☐ 低
4.抽菸： ☐ 1.無 ☐ 2.偶爾 ☐ 3.經常		高血壓	☐ 高 ☐ 中 ☐ 低
5.檳榔： ☐ 1.無 ☐ 2.偶爾 ☐ 3.經常		腦中風	☐ 高 ☐ 中 ☐ 低
		心血管不良事件	☐ 高 ☐ 中 ☐ 低
代謝症候群五大指標(參考值)			
☐ 腰圍：_____公分		(男性 $\geq$ 90公分，女性 $\geq$ 80公分)	
☐ 飯前血糖值：_____mg/dl		(≥100mg/dl)	
☐ 血壓：收縮壓_____mmHg、舒張壓_____mmHg		(收縮壓 $\geq$ 130mmHg，舒張壓 $\geq$ 85mmHg)	
☐ 三酸甘油酯值：_____40mg/dl		(≥150mg/dl)	
☐ 高密度脂蛋白膽固醇值：_____40mg/dl		(男性<40mg/dl，女性<50mg/dl)	
☐ 身體質量指數(kg/m ²)BMI：_____ (≥27)			
疾病管理指引(醫師對病人說明治療用藥外，亦須改善危險因子的重要性)			
☐ 戒菸(>10支/日或尼古丁成癮度>4分可轉介) ☐ 戒菸指導 ☐ 戒菸服務 ☐ 同意轉介戒菸醫院/診所 ☐ 戒檳(<u>嚼過好幾次且6個月內有嚼檳榔</u>) ☐ 戒檳指導 ☐ 注意飲食熱量，目標值_____大卡/天 盡量減少 ☐ 油炸物 ☐ 甜食 ☐ 鹽 ☐ 含糖飲料 ☐ 其他(_____)。 ☐ 規律運動，目標值：每週5天,每次30分鐘中等費力運動。 ☐ 想達成的腰圍及體重：腰圍_____公分、體重_____公斤 ☐ 量血壓：指導722量測。 ☐ 其他叮嚀： <u>飯前血糖個人目標值：_____mg/dl、三酸甘油酯個人目標值：_____mg/dl、低密度脂蛋白膽固醇個人目標值：_____mg/dl。</u>			

_____診所，建議回診日期_____年_____月_____日

※本表請參照國民健康署提供之「代謝症候群管理計畫照護流程與指導手冊」執行。

【附件 5】血壓「722 紀錄」

血壓「722 紀錄」

※正確測量血壓 7-2-2(請-量-量)

1. 量血壓前30分鐘，勿抽菸、勿喝含咖啡因或酒精飲料。
2. 建議：
 - (1)回診前，量測血壓7天。
 - (2)每天早晚量2次：起床1小時內的吃飯及吃藥前，晚上睡前1小時內。
 - (3)每次連續量2遍，每遍中間要隔1至2分鐘。

我的名字。

天數		第 1 天	第 2 天	第 3 天	第 4 天	第 5 天	第 6 天	第 7 天	我的 回診 日期 月 日
○月/○日		/	/	/	/	/	/	/	
一 早 起 床 血 壓	第 1 遍								
	第 2 遍								
晚 上 睡 前 血 壓	第 1 遍								
	第 2 遍								

範例：收縮壓 140mmHg，舒張壓 60mmHg，格子內寫「140/60」。

111 年度全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

第 1 次臨時會與會人員發言實錄

陳科長依婕

會議即將開始，請各位與會代表就座。

主席

好，各位委員午安，那我想就上一次因為剛好有一些還沒有討論完，我們今天開臨時會繼續討論完，那我們也是儘快好不好？等一下因為三點我要到樓下視訊會議，那我在的時候就討論多少算多少，來，我們開始。

陳科長依婕

首先先跟各位代表說明一下今天桌上的會議資料，包含我們 3 月 10 日召開本會議的會議紀錄，以及臨時討論案第一案的書面資料也放在各位的桌上。那另外呢，還有我們討論案第五案，裡面有一個附件也是原本在 mail 給大家的資料裡面寫資料後補，我們一樣有印一張書面出來，是我們 3 月 9 日開專家諮詢會議的會議紀錄。首先我們先就上一次也就是 3 月 10 日的會議紀錄確認，請大家看到桌上書面資料的第 1 頁到第 11 頁。

主席

各位專家、各位委員有沒有意見？如果沒有的話，我們繼續，來。

陳科長依婕

接下來是前次會議決議辦理情形追蹤，請同仁宣讀。

廖科員韻慈

各位代表長官好，本次會議決議追蹤辦理情形共 18 案，更新的部分為：

序號 3 新增 111 年度 12 至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫，業於 111 年 3 月 11 日公告，並自公告日起生效。建議解除列管。

序號 5 修訂支付標準第四部中醫及西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫案，**序號 7** 增修支付標準各類病床「護理費（第一天）」等診療項目，**序號 8** 111 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案，刻正依會議決議辦理預告或報部等事宜。建議繼續列管。

序號 6 住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版 111 年 7-12 月適用之相對權重，配合前次通過診療項目重新計算，將提本次會議報告。建議解除列管。

序號 9 新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案，刻正請分區業務組釐清中。**序號 10** 新增修訂「進階影像導引插管術」等診療項目案，其中「尿路結石體外震波碎石術」待醫事司提供與學會討論達成共識後之修訂文字，再提本會議討論，其餘項目刻正依會議決議辦理預告等行政作業。建議繼續列管。

序號 11 修訂「急診品質提升方案」，刻正依會議決議辦理報部事宜，另請急診醫學會重新檢視急診壅塞相關指標，於日後會議追蹤指標訂定情形。建議繼續列管。

序號 12 修訂「思覺失調症醫療給付改善方案」，**序號 13** 修訂支付標準第五部「居家照護」及「安寧居家療護」增訂緊急訪視加成暨提高山地離島醫事人員訪視費用案，**序號 14** 修訂住院安寧療護、安寧居家療護及安寧共同照護試辦方案之收案對象範圍案，**序號 15** 居家醫療照護整合計畫修訂案，**序號 16** 修訂「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，刻正依會議決議辦理預告或報部等事宜。建議繼續列管。

序號 17 遠距醫療給付計畫修訂案已依與會代表建議及提問事項補充說明資料，將提本次會議討論。建議解除列管。

序號 18 新增全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫，將提本

次會議臨時討論案。建議解除列管。

綜上，本次建議繼續追蹤列管 14 項，解除列管 4 項。

主席

好，這些項目各位委員有沒有意見？沒有，我們繼續。

討論事項

第一案

案由：修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」。

主席

謝謝，這個計畫牽涉到疾病、還有專科醫師的問題，先請家庭醫學醫學會跟整合醫學醫學會曾家琳醫師表示意見。

曾家琳醫師（台灣醫院整合醫學醫學會、台灣家庭醫學醫學會）

好，謝謝主席及各位代表，關於此次以病人為中心的整合門診放寬關於失智症照護諮詢費給付，本學會的意見是它是否跟長照司的失智整合照護方案的個管諮詢費有重疊，可不可以重複申報？那如果是單獨項目的話，不能重複申報的話，是否是為了開放其他提供失智症共同照護的醫師能夠參與，也就是申請失智症諮詢費的醫師，是否應不限於神經及精神科確診，以上。

主席

謝謝，有關科別的範圍，請各委員等一下就這個部分來討論，接下來請老年醫學會代表。

張曉婷醫師（台灣家庭醫學醫學會、台灣老年學暨老年醫學會）

是，您好，我是臺北榮總的張曉婷醫師，代表家庭醫學會以及老年醫學會，那我們的意見其實跟整合醫學會類似，因為我們主要還是以家庭醫學科的醫師還有老年醫學科的醫師有提供這一類的病人很多的照護，不管是在門診、住院或者是在居家，所以希望是不是這個診

斷以及用藥醫師的科別可以再放寬，讓更多的病人可以接受到照顧，以上，謝謝。

主席

謝謝，那我們請神經學學會，還有臨床失智症學會王培寧醫師。

王培寧醫師（台灣神經學學會、台灣臨床失智症學會）

謝謝署長，我代表神經醫學學會跟失智症學會兩個學會發言。學會討論過後，我們整合的意見是診斷碼部分的修改，基本上尊重之前會中大家討論的決議，我們沒有進一步的建議。有關失智症的診斷上，學會還是強烈建議要由神經科和精神科醫師診斷，可是確診之後的諮詢的這個部分是可以放寬科別的。非常感謝署裡還有各個學會都同意在「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」的醫師教育訓練內容要增列失智症的基礎訓練，在討論事項的書面說明中的第2頁，本來說明訓練課程內容是請臺灣神經學學會和相關學會研議，學會希望能修改為課程內容請臺灣神經學學會、臨床失智症學會，還有相關學會研議，這一點上神經學會和失智症學會都已經溝通達成協議。

主席

好，謝謝。那我們開放請委員提出意見，先請王宏育代表。

王代表宏育

我是覺得說如果所有的醫師，他有在做居家做長照，有一些訓練，以後應該都可以做這些東西。那我個人是比較保守，我也不見得我們一定要診斷，所以他們兩個醫學會的意見，我沒意見，謝謝。但是我覺得開業醫師如果去做居家長照，我覺得受訓以後應該都可以，但是當然先有一個診斷是比較好的。

主席

好，謝謝，來，玉華醫師請。

嚴代表玉華

不好意思，我代表區域醫院協會提兩個問題，第一個問題是針對預計 7 月 1 日開始取消未開設實質整合門診模式，原則上未來這一群病人恐怕要面臨部分負擔繳費的問題，所以我想要了解兩個問題，第一個是目前以去年度資料，關於開設整合照護門診模式的這一群病人申報的次數，第二個我想要請教的是說，這群病人相對的要開始繳部分負擔的話，這樣子可以替署裡面多收多少的部分負擔？以上。

主席

來，李醫師。

李代表紹誠

針對這一個定義失智，其實很難去操作一定是 purify 的失智，因為常常是失能之後失智，也有失智跟失能 combine 在一起。那失能的部分是在復健科的領域裡面，所以就會產生無法那麼清楚說這個 case 就是一個失智，而他沒有失能，所以到底是失能造成失智，還是失智跟失能 combine，所以剛剛王宏育代表講得也很有道理，就是我們基層如果有在做居家的，這個基本上就很難去處理說一定是 clear cut 的一個東西，所以這個科別上面可能還是需要斟酌，因為我們復健科在做失能的大概沒有，這個沒有它的，本身就是在做整合，以上。

主席

好，謝謝，那洪醫師。

洪代表德仁

主席、各位大家好，我個人針對這個議題非常認同剛剛幾個專科醫學會的觀點，特別宏育理事長也提到，在實務上有在做居家醫療特別是安寧的這個基層醫師，常常會碰到有失能的一個狀況，所以我個人認為，在照顧上應該是放寬，但是這個失智的相關的診斷碼應該是要由專科醫師來做診斷，這樣的話基層就可以做延續性的一個照顧，以上報告。

主席

好，謝謝，還有沒有哪位專家？

劉專門委員林義

好，首先是針對曾醫師講的，就是這裡的諮詢費跟長照司所給的費用的差別，我們有去調長照司的資料來看，其中跟我們比較有關係的就是有一個叫做按月提供諮詢服務，就每月至少提供一次，然後一次就核給 150 元的這個部分。我們有去問長照司，這個部分比較類似什麼？他說其實應該是比較類似那種個案管理的部分，因為它是每個月給，那我們健保署這個給的就是諮詢的服務費，性質部分會有點不同，而且其實收案的對象可能也會有點不同，這個我們會再去跟長照司這邊做溝通，只是我們初步了解是說，因為它是按月給，然後每人每月給一次，然後就是給 1,800 元一年這樣子，所以他是說它這個類似，因為它要鍵很多資料，可能比較類似個案管理費，這是先說明。

然後第二個部分是有關剛剛提到的，大家可以看到討 1-6 頁，關於(二)失智症門診照護家庭諮詢費用的這個部分，其實剛剛大家在討論的是屬於本來的第二點，就第二點失智症病患經神經科或精神科專科醫師確診的這個部分，其實我們上次在討論時沒有共識，所以其實這部分沒有要修正，我們修正的是，本來的這個家庭諮詢的費用其實是併在初診跟複診的門診費用裡面，因為我們上次在講說這個計畫修正有去蒐集一些意見，有的醫師反應說其實家庭諮詢費用，他們覺得可以從寬，所以呢，就是可以再把它獨立出來整合成一個費用，就不要併在初診跟複診的費用裡面。這個費用我們去試算的結果，其實我們也認同。所以今天討論的重點是說把這個費用再獨立出來，沒有涉及到確診的問題。假如要涉及到這個部分的話，那恐怕也要等到有共識再說，因為剛剛聽起來好像也沒有共識，所以我們並沒有要修這個部分，我們是修有關家庭諮詢費用那個部分把它獨立出來，就等於是放寬的意思。

然後第三個，剛剛有代表提到說把 X 取消掉之後，大概對部分負

擔有什麼影響，假如我們用 109 年來看，109 年大概用 X 申報有 13 萬人，所有的部分負擔費用大概 4~5 千萬，這等於就是說假如把這個取消掉之後，對部分負擔影響大概 4~5 千萬這樣子，以上說明。

主席

大家有沒有意見？請。

曾家琳醫師（台灣醫院整合醫學醫學會、台灣家庭醫學醫學會）

主席，不好意思，關於長照司所提供的計畫裡面它的名稱叫個案諮詢費，與我們所謂的失智症家庭諮詢費其實裡面的內容重疊，如果監察院下來查一定會有問題，除非就是兩個只能取一個，不然他們就叫個管費，不可以叫個管諮詢費，我想大家對於財務上面，監察院，而且這現在用到健保署的錢，就整個總額裡面還是必須要注意。然後再來關於就名稱剛剛是說諮詢，而且個管師就是非醫師職類，跟我們這個本案所擬的就是非醫師所提供的諮詢，要有 15 分鐘以上、30 分鐘以上其實意義是雷同，那為什麼只給一次或給兩次，它其實就跟個管一樣，所以建議不能重複申報。

因為原本長照司的那個計畫幾乎都是神經、精神科在申請，那我們這個(整合門診)計畫既然是要擴大，要讓所有整合照護門診的醫師都要有失智照護的能力，那有沒有一定要確診，以臺灣的現實狀況來說，四分之一以上的老人都有失智，不可能都經過神經科確診，那我們其他老年醫學科、家庭醫學科、整合醫學科醫師還要不要提供失智症的整合照護服務？或者是說其他複雜多重疾病也有整合照護諮詢費？如果今天只限部份專科，綁定特定專科才能申請失智症家庭諮詢費，這兩個的想法是不一樣的。我們今天討論的大醫院內的整合門診，不涉及居家，也就在醫院內提供的整合性照顧，目前失智症病人散在神經科、精神科，也散在老醫科、復健科都有可能，這幾個科都有可能共同申辦醫院以病人為中心的整合門診，所以主要是這些醫師如果受過訓練，就會能診斷並提供服務，然而需要神經專科確診的目的跟使用特定專科用藥、重大傷病卡或者是跟身障的福利有關，這種才需

經由神經科確診，但是在以病人為中心的整合門診提供的失智症家庭諮詢，是不是要一定要經由神經科確診才能提供諮詢服務，本席認為不需要，謝謝。

主席

回應一下，各位委員要表態一下，謝謝。

劉專門委員林義

剛剛曾醫師提到有關確診那個部分，因為上次討論就是沒有共識。

曾家琳醫師（台灣醫院整合醫學醫學會、台灣家庭醫學醫學會）

沒有，上次討論說要不要確診，還要會後研議。

劉專門委員林義

然後假如是有關家庭諮詢費用這一塊，假如是說有異議的話，那要不要這一塊就不改，這一塊就還是併在那個診療費裡面，假如是大家沒有共識的話，那就再把它併回去。

主席

好，謝醫師，謝院長。

謝代表景祥

下一個階段就是把沒有開設整合照護門診的取消，所以我們合理的推測應該是這一邊的效果不彰，只有真正開設整合照護門診的效果比較好，但是是不是可以提供我們數據，有開設整合照護門診的用藥品項、住院、急診、費用等，收案後比收案前真的比較減少，如果我們要取消一個、留下一個的時候，總是要有些數據上的支持，我相信這些數據應該是有的，可不可以提供一下？以上，謝謝。

主席

那曾醫師有沒有經驗，有整合跟沒有整合的話效果有沒有不一

樣？

曾家琳醫師（台灣醫院整合醫學醫學會、台灣家庭醫學醫學會）

基本上我們在臺大醫院統計，就是實質整合跟資訊整合來說，其實每一家醫院資訊整合量很大，當時也為了配合門診減量政策，很多醫院都走了，臺大醫院這裡有代表，其實我們也是，可是我們也取消了。基本上實質整合還是這個是臺灣社會未來必須要的，而不是只是資訊整合。所以其實當時區域醫院代表、醫院協會代表在我們事前討論這個整合門診的方案那個 X 是不是就取消，當時是討論沒意見，那我想這個改變對很多地區、區域醫院會有一些衝擊，是不是真的從這個時候開始大家一起改變，就把這個東西就直接廢掉，重新開始這樣？謝謝。

謝代表景祥

有沒有數據？

劉專門委員林義

其實我們之所以有這個一樣的討論，就是我們在去年的評核會，這是評核委員做成的決議，相關的數據其實我們有提供到評核會上去，就是我們把有 X 的，就是未開設整合門診的跟 QRS 的整合門診部分的相關數據，我們就提供在去年的評核會議的資料裡面。那評核會委員也是認可，所以他們才做出這個決議，建議假如是沒有開設整合門診的這個模式，應該是要取消啦，然後把所有的資源都投注在有開設整合門診的這個部分，以上。所以相關資料在評核會上面都有。

主席

曾醫師，你講慢一點。

曾家琳醫師（台灣醫院整合醫學醫學會、台灣家庭醫學醫學會）

我想要節省大家的時間，因為我上次開會等到五點都沒輪到，我怕今天也會有人這樣，所以講快一點，請大家耳朵自動放慢一點。好，

那現在講整合門診的問題，除了我想剛剛失智整合門診到底要不要羅列需要多少醫師參加，另外就是 QRS 跟 X 的問題，今年直接就是準備要取消 X。現在家庭醫學會、醫院整合醫學會、還有老年醫學會，還有很多神經科、復健科其實大家都已經共同在做了，所以醫院端如果真正要做，應該是要鼓勵這些醫師，健保署的計畫裡面應該是要鼓勵真正實質做整合。其實我們實質在做真正整合門診的時候會發現不止前面三次要花很多時間，還有很多比較困難的個案，包括剛剛講說失智、失能這些都要合併在處理，前三次大部分處理是在藥物整合，那對於後面的失智照顧跟它的失能照顧，其實也是會需要增加診察過程的時間，所以我建議其實這個方案其實有待各學會大家一起來想辦法，怎麼樣把這個方案真正做出來，有一端在居家端的家庭醫師試辦計畫，有一端在醫院端的多重慢性病整合門診，勢必一定要兩端同時進行，臺灣才有辦法進行老人社會的醫療整合，也就是兩邊計畫應該都要一起做，以上，謝謝。

主席

謝謝，嚴代表你要不要再補充一下？嚴代表。

嚴代表玉華

我從消費者立場來看這個資訊整合門診取消，新制部分負擔應該很快就上路了，在上路之後，針對多科就診民眾，就要馬上改變他負擔的一個模式的話，我覺得他們在經濟上要承擔很大的支出。

主席

謝謝，請我們的科長還是林義做一個回應？

劉專門委員林義

因為這個計畫我們在二月份的時候，其實有找各層級以及專科醫學會來做一個初步的討論，下面這些就是我們比較有共識的部分，所以我們把它列出來，然後到這個會議上來報告。第一個是有關診斷碼的部分，應該大家都沒有問題，因為診斷碼就是我們全署會統一一致，

假如我們的品質資訊公開辦法裡面所定義的失智症的範圍怎麼樣，我們就會採取那個的定義。那第二個是有關放寬的部分，假如家庭諮詢費的部分，假如沒有共識的話，那我們就不列，不列的意思就是還是回到原來的診察費裡面去。那其它的有關教育訓練的部分，剛剛有講說是由神經學學會以及失智症學會跟相關醫學會的這個部分，我們把它加進去。然後再來是 X 的部分，因為是配合評核會委員的要求，因為它也是講說 X 的部分其實沒什麼成效，那所以我們就把它取消，然後把所有的資源都放在 QRS，真的有開設整合門診的這個部分。那第四點是有關退場的機制政策，這個應該大家沒有意見。那第五個是複診診察費的申報期限放寬，這個應該大家也沒有意見。所以大家沒有共識的就是有關家庭諮詢費的這個部分，這個部分要不要我們就維持原計畫，我們就不改了？以上。

主席

雪玲。

黃代表雪玲

建議還是可以分開申報，失智門診家庭諮詢費與門診看診不同，就是坐那裡半小時以上才給付 500 點，而且還跟很多家屬講來講去，若合併在初診、複診診察費這樣太不合理，其實上次討論會是有共識，我們希望還是維持原共識。

主席

沒關係，你們好做，這有意義的事情，就是要務實的做，能夠做就趕快做，好不好？

劉專門委員林義

那我們就照所有的決議，就是這裡寫的就通過。

曾家琳醫師（台灣醫院整合醫學醫學會、台灣家庭醫學醫學會）

那請問一下，會後何時要開修訂會議？因為其實上次專家會議只

有共擬會兩個禮拜前開，根本沒有辦法充分討論，而且上次會議有附帶決議要重新討論到底是確診，還是診斷的問題。我們沒有反對失智整合照護的個案諮詢費，只是認為第一不應該重複申報，第二這個資格明明整合門診醫師認證課程都必須要納入失智，那為什麼不是那些醫師就有資格做失智症諮詢，而通通必須要經過神經科確診？這是我們的疑惑，所以我們認為這個可以再細緻地修正，今年先上路沒問題，明年請務必修正，以上。

主席

好，那就先這樣好不好？何委員。

何代表語

主席、各位代表大家好，我在這裡提供的是一、這個門診整合照護計畫，我們沒有說很大的意見，但是我們認為醫療團體整合系統的完善設備，還有病人照顧和成效良好照顧周全的方向為依據。第二個就是執行面的作業，我們希望醫療執行者能夠取得共識的時候實施，我剛才聽到一個代表講到不得重複申報，我非常支持他這個觀點。第三點就是說後面訂定修正程序，最後改為「並送」，「送」刪掉，改為「並副知全民健康保險會」，「備查」刪掉，我在想副知全民健康保險會是要我們知悉？還是要我們了解？還是要跟我們報告？我想這個應該明確一點，就是說並副知全民健康保險會知悉，也沒有關係，那個副知全民健康保險會了解，因為你這個是屬於執行跟修正，也不必去做一個完整的報告，至少讓我們知悉或者讓我們了解，要不然會變成好像斷掉了，備查沒有只有副知，我建議說至少讓全民健康保險會了解。

主席

好，謝謝何委員，那剛剛何委員提到就是費用不可以重複。

劉專門委員林義

我們可以先上路再檢討。

主席

林義以後講清楚，因為已經過一關了，要是沒講清楚，大家講半個鐘頭，開不完，好不好？我們可以做到什麼程度就做到什麼程度，做不到就是做不到，好。那討論一沒有什麼問題，我們就進入討論二好不好？

黃代表雪玲

主席，對不起，我補充一下，因為我們曾醫師講的不可以重複是跟國健署另外一個計畫重複，跟本計畫無關，所以我們這個會議是沒有重複的，若要與國健署的計畫整併，可能要請衛福部再去做討論，不是我們這邊的問題。

主席

OK，好。我們進入討論二好不好？

討論事項

第二案

案由：111 年度「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（草案）」。

主席

好，謝謝，我想首先我要謝謝何語委員，在去年的健保總額裡面，其它部門有一個提升院所智慧化的資訊獎勵，那這一部分的話給我們一些經費，整個一個概念的話，我請禹斌組長跟各位再說明一下，我們在整個健保裡面推動這個整個資訊整合的一個概念，禹斌請。

張組長禹斌

西醫基層診所覺得他有上傳一些檢驗檢查給檢驗所，那檢驗所說他有上傳，結果在我們這邊的資料兜不起來，這是我們本來就要解決的事情。那在解決這個問題，想去跟健保會爭取這個預算，希望以鼓勵的方式或獎勵的方式讓診所跟檢驗所之間的上傳之間做一個解決。

第二點是處方藥的取得有偽造的，我們也研究了一個東西—就醫識別碼，以後病人去看病，他只有唯一一個單一號碼，這張號碼到醫院、到診所、到藥房全部都可以串起來，看似簡單，但這個號碼要讓醫院、診所、藥局都可以接受，必須還是在資訊系統端，必須去做一點修正，屬於比較大的工程，所以我們也是拜託健保會給我們一點預算，也是在這個方案裡面去做這件事情。第三個是遠距醫療，居家醫療的虛擬健保卡，我們鼓勵一些居家醫療的方案，因為比較偏鄉的地區，他可能居家醫療的虛擬卡會比較需要用，這我們也是讓居家醫療的醫師可以幫我們、幫這些家屬，或是病人做虛擬健保卡的設定，這也是一個簡單的獎勵措施給這些醫師。大概林林總總這些整個加起來大概是有這些費用，整個預算的來源是來自於健保會給我們的，那我們最後是希望說以後我們的醫療院所在就醫的時候，跟我們的資訊能夠更加地結合，以上。

主席

我想大概一整個邏輯是這樣，說實在就是說在目前我們健保署，這個臺灣的一個健保最強的就是說，我們很多醫療資訊能夠在雲端分享，這在各位每一次在開會的時候，其實國外要達這樣境界不容易，不容易在這個資訊的一個整合，的確是它的設備要去突破，那我也不會說把這個東西都丟到我們各個醫院、診所那些，沒有這樣講，所以你看當時兩三年前我們得到健保會支持的時候，我們就用光纖來建置這個系統的時候，以前是說先給一半，另外一半要看指標嘛，那我們跟陳時中部長報告，部長就同意說由健保去給付，所以現在每個月月租費就是整個健保支出了。

那這個當然是應該做，幫大家把一些裝備弄好是最重要，所以最近我們提出來這整個概念，就是你們在上傳會遇到一些困難的話，我們要一起解決。那當然等一下討論就其實你也知道說我們在推一個叫做不上傳不給付，其實看起來雖然是很狠，可是一點都不狠，因為其實王宏育代表他在高屏那邊也是說在做一個宣導，其實真的要不要做完全在個人，所以你們等一下在桌上，有一個那個指標，怎麼去操作，

就是我們自己健保署一個同仁到金門醫院去工作，金門醫院有 40-50% 的上傳率，可是他去了以後，就把它搞成將近 90% 的上傳率，那就請他寫一下 SOP，到底哪一些部分是我們各個醫療院所在申報的時候，常遇到的問題，就把整理給大家做參考。

那我要講的就是說，其實事實上我們在既有統計過我們一年有差不多 235 億的申報費用是沒有資料在電腦的，沒有在雲端，那所以你們不要以為那是小數目，其實不知道到底他有沒有報，有沒有做我怎麼知道，那他有做，沒有上傳的話，其實別家的診所、別家的醫院還是要再重做一次，其實你要知道那個錢都是我們的錢，所以說，還有一個問題是說，有很多診所會覺得很困難，有人就去分析，有的是 0%，有的是 100%，那我相信 0% 跟 100% 都是在我們醫療系統的人，所以這一部分的話，我們是朝向那方面去努力好不好？好，那醫療院所他做不到，是哪裡做不到？是因為每個人都是用同樣的一個資訊的概念，所以有一點，因為其實每一家它給 HIS 廠商維修的價格都差不多，這個東西已經跟那個沒有關係了，這個事實上就是大家都用，可是問題就是應該怎麼去改善，哪一個點是不行的時候跟我們講，我們會去協助好不好？這個問題我們提出來大家討論。

李代表懿軒

好，謝謝，我是藥師公會代表李懿軒藥師第一次發言。藥師公會一直都很支持資訊化的一些方案，尤其是像如果佈建在整個資訊可以透明，然後透過像是健康存摺，讓病人可以知道即時的資訊這個，我們一向都是支持，只是剛才組長報告有關就醫識別碼的部分，因為藥師公會這邊大部分是交付機構，包含檢驗所或者是物理治療所或藥局這些交付機構，萬一在這個開放機構上面的就醫識別碼上傳不確實或者是資料欄位有誤，導致交付機構沒有辦法達到這個資料上面的辨識，結果沒有辦法執行這個處方箋的所有詳細要做的事情，包含物理治療或者是檢驗檢查或者是調劑這些，那這個部分可能還是要請署方協助，就是說如果以後綁就醫識別碼之後，這個部分可能會有一些需要幫忙的問題，再麻煩，謝謝。

主席

謝謝，來，王宏育代表。

王代表宏育

謝謝署長。有關於網路頻寬，我們很感謝健保署，那其實我們全聯會很努力，我們到林俊憲委員的辦公室，全聯會把中華電信價格壓得很低很低，有很多原因就會成功。那要講就醫識別碼，要先講到檢驗即時上傳，因為檢驗即時上傳，我們的成績 110 年都很差，大概 10% 而已，那今年我也跟署長報告過了，就是說有很多診所，例如盧榮福醫師的診所，他拜託檢驗所檢查，但是我們健保的規定就是檢驗所檢查，如果地區醫院的話它可以自己報，診所一定要給檢驗所申報，那我們就不能報了，好不容易好像署方願意這方面多努力了，我們也跟檢驗所說你讓盧榮福醫師自己申報，那他現在的困難，他今天叫我一定要替他講，他的資訊廠商就跟他說，我幫你報可以，一個月你給我 500 塊，他還要再跟立人的檢驗所說，你一個月也要給我 500 塊，那第一次還要給我一萬塊。立人為什麼要給資訊廠商？立人就說盧理事長你自己付，所以變成他要先付 1 萬，每個月再給資訊廠商 1 千塊，然後他的量跟我大概差不多，差不多 1 個月 700 元，所以都賠錢，所以我的意思是說你要讓我們診所不賠錢，我們都很願意認真做，所以很早我就記得我們建議有一個公版，我看醫管組也知道公版做不出來。所以我是覺得，那個檢驗即時上傳說真的，說來慚愧，我們高屏共管會禮拜三舉行，高屏業務組又叫我們輔導，全高雄倒數第六名叫王宏育診所，我怎麼輔導我自己？我的成績很差，那為什麼很差？我真的很努力，所以有時候是有原因的，我贊成署長講的說我們都很努力去做，就像網路頻寬把它做好，但是錢要給我們啊。不要讓我們賠錢，因為盧理事長現在就是賠錢，他在考慮要不要賠更多。

第二件事就是就醫識別碼，就醫識別碼的情況其實跟網路頻寬問題都一樣，因為我們好像就被資訊廠商隨便他要殺要砍都可以，他們要多少錢，我們就要給他，不然沒辦法做，所以署方看能不能說資訊

廠商叫來談一談，看要收多少，這樣是最方便，那我們開辦費 7 千塊大概是不夠啦。另外的話，我知道說這裡還有一個完整性，有一個急診及時完整性，那住院完整性，我們診所可能拿不到，所以我是覺得開辦費能不能多一點，讓診所賠少一點。那檢驗即時上傳，顏鴻順理事長今天有傳給我，大概都要 2 萬塊以上，所以理論上來講是覺得我們應該一起合作，看能不能像網路頻寬一樣，大家都做得很好，這個也是我們希望的，我們都很願意共同努力，我覺得署長的理想很好，但是落實又為什麼成績不好，就是有原因的，謝謝，不好意思。

主席

好，謝謝，來。

林代表恒立

那個署長，就是感謝健保署跟健保會有這個 15 億提升院所智慧資訊的這個系統，那我們知道這個當初在協定的時候呢，裡面有一個協定的事項就是說，這些智慧的資訊系統是要提升檢驗所跟這個基層診所資料上傳率到 50%，那我們現在知道很多指標，把一些照護方案像家庭醫師照護制度或者是一些品質指標，包括我們今天等一下要討論的代謝症候群都有把這個檢查檢驗的指標，像代謝症候群就設定 50% 才可以拿到獎勵金。那現在就是說這個我可能要請署方來擬訂這個上傳率的界定，因為現在很多診所其實它因為照規定，有時候懶得自己申報，就是委外或者是外面檢驗嘛，讓檢驗所來申報，所以這些釋出的檢驗，當然是由檢驗所申報，診所就沒有申報。我們知道這個檢驗上傳，其實最重要的就是提升它的上傳率，還有正確性，並不是說重點在哪一個地方申報，如果是一些這個基層院所把處方釋到外面檢驗所來申報的時候，它有可能就剩下很少很少的檢驗要申報，比方說它去驗一個 finger stick，這個可以由我們自己申報。這些院所其實它不太可能再花一大筆錢，請 HIS 廠商來設定它這個檢驗，不可能又花個 2 萬塊，所以我是認為我們署方在制定這些檢驗檢查上傳率的指標，上傳率應該建議把診所跟基層院所要合併申報恢復的一個機制，我想

可能會大家比較好有好處。

第二點就是說我們這個 15 億用來提升這些智慧化的資訊，讓我們看到它是講到虛擬健保卡或者是藍牙 APP，還有剛剛討論的就醫識別碼，但是呢，好像沒有直接用在提升基層的檢驗檢查的一個費用，那我們知道現在這個基層檢驗檢查，我有查了一下，基層的話，頂多各區大概 10%到 20%，所以都是很低啦。這個其實它這個上傳目前我們要求是檢查跟檢驗，這個文字型的，以後可能還有一些報告，比方說超音波的報告、內視鏡的報告，包括影像都還要上傳，其實還有一段很長的路要走。所以基層也是很願意配合，但是希望就是說署方能夠在這個智慧醫療裡面專門一筆經費，來給付診所做一次性的檢驗檢查上傳，或者是檢驗所這個我們要跟 HIS 廠商才有辦法設定這個費用。然後呢，這個 HIS 廠商其實大部分收費大概一次至少 1 萬到 2 萬都跑不掉，然後我們剛剛看到的這個就醫識別碼，它只是說設定費是多少錢，其實應該我是覺得現在 15 億裡面，這個用不完，這一筆錢用不完，我是覺得應該編一次的預算來幫助診所來提供 HIS 廠商設定的一個費用，以上報告，謝謝。

主席

其實我說實在的，坦白講我覺得我對於醫界的態度事實上是一直都蠻互動的，要不然其實我們也有講過有一些上傳率是 0 的，審查醫師一天拿那麼多錢，就查這些就好了，那查一查我就說一年 235 億，那個錢不知道跑去哪裡了，我都覺得很懷疑，你知道嗎？

王代表維昌（黃代表振國代理人）

署長、大家好，其實剛剛署長提到說有 235 億的申報不見了，我覺得這個是真的我們大家要努力，像現在雲端藥歷看的普遍率非常高，就非常方便。那對於這個，今年的話，我當然一開始就不知道怎麼去上傳，後來我今年就全部把它改由檢驗所去上傳，那檢驗所上傳，我只有這個軟體費用，再請軟體公司要 2 萬塊，每年要維護費 6 千塊，那這其實是相當貴的，我們也不能說為了配合政策，不能說我不要，

所以這個費用其實剛剛前面有人講得很好，怎麼樣去補助讓 235 億補齊的時候，其實這個項目就出來了，大家去看的時候也不會重複檢查，所以這個倒是署方可以去檢討。那剛剛有一個輕量藍牙跟 QRcode 這個虛擬健保卡，是非常好的政策，可是我們發覺在居家醫療最大的困難還是在個案沒有手機，那要設定，要幫他綁定的要用戶口名簿，這個很困難，所以如果說戶口名簿這一部分能夠跳過，可能會更方便。再來就是說到藥局去拿藥，這個藥局一定要能夠掃 QRcode 的這個設備，才有辦法完成，要不然的話就是綁而已，謝謝。

主席

來請，我跟你講簡單講就好，我等下要去樓下開會了。

賴代表俊良

長話短說，感謝署長對於資訊費用的補助，那也同意署長剛剛講的藥費跟檢驗費其實有很多浮濫的部分，這個部分如果透過資訊系統是可以完整處理掉。但是其實剛剛幾位基層的醫師都有反應過，這個檢驗數量有大有小，有大的大概絕對跟你配合，完全沒有問題，可是有的人一天只檢驗一件，或者是一個禮拜才檢驗一件，那他要負擔上傳費用就是一個很大的問題。至於剛剛王理事長提到有關虛擬健保卡的事情，還有居家的行動的部分，其實我們量比較大的都完全配合健保署的這個運作，但是有的我想在座幾位長官都知道，有的診所一個月出去可能只有看三個病人，你要他配備這些東西，對他而言可能也是有障礙，以上，謝謝。

主席

好，謝謝。

洪代表德仁

主席，剛剛大家也提到，有的診所檢驗資料是自行上傳，有的是請檢驗所來上傳，可不可以不管是診所或檢驗所代為上傳這個部分，可以總歸戶算是開單的診所他的成績，那至於獎勵金一塊錢要給誰，

這個應該大家比較不會計較這個情況。這個問題如果可以歸戶的話，我想應該會很大的方便，那我們上個禮拜在臺北業務組共管會議也有討論到這個議題，也希望總署這邊如果可以來認同的話，很多事情都可以解決，以上報告。

主席

好，我請禹斌組長回應一下。

張組長禹斌

我稍微講，第一個一定會歸戶，歸戶後來算，然後你剛才提說那一塊錢怎麼分，那個再說。第二個我覺得今天的案子過後，我會請示署長說我們來開會，找全聯會還有代表跟 HIS 廠商一起坐下來談，今年把這件事整個解決掉，那以後就沒有問題了，明年、後年都沒有這些問題了，以上。

主席

好，何委員請。

何代表語

主席、各位代表，我提供一個事實跟現象跟大家分享一下，我自己創業 46 年，也有做進出口貿易，財政部就成立了一個關貿網路股份有限公司，那我們做進出口，進口原料、出口原料或者進口產品、出口產品我們就必須加入這個關貿網路公司，我們要繳年費，關貿網路公司就依據你前一年報關的筆數去換算你的年費要繳多少，每年帳單開來也不敢不繳錢，要不然你下一個年度報關沒有進入網路系統無法報關，無法出口報關，也無法進口報關，貨品到港口無法裝船進去，貨品到港口你無法領貨出來，這是我們整個使用者自己要付費的。那今天署長跟部長很好心、很用心，這個醫療當初沒有創辦一家衛生福利部醫療數位網路公司，這是很大的失誤，如果當初創立了這家公司，不僅可以跟醫療團體收費，又可以從很多方面收很多費用，今天變成說我們在健保支出方面編很多獎勵費用來鼓勵大家上傳，那我認為是

說沒有錯，就剛才有代表講到被資訊公司控制了，一年要收你 6 千塊的維護費，那就變成太龐大了，如果當初有這家公司的話，我想不是這樣子了，就整個扭轉改觀。說不定我們現在編了錢都可以足夠這家醫療數位網路公司的開銷都足足有餘，也許都做得非常好。現在變成說部長很用心，署長也很用心，一直在編這個經費來用獎勵的方式來鼓勵，那我們深入地來探討一下，件數多跟件數少的怎麼來分類別區分，怎麼作業、怎麼獎勵，這是很重要的。今天署長提了這個案出來，如果大家沒有意見，我們是不是可以先讓它通過？未來有哪些須修正的再重新去修正。我今天講這個，事實就是說像我們工商業界是要自己出錢的，我們要加入網路公司，要自己每年都要付錢給它，而沒有補助款，經濟部也不給我們補助款，這提供給大家做參考，謝謝。

主席

好，那我想謝謝何語委員，我們拍手謝謝何語委員。這個案子我們先這樣過了好不好？我們現在進入討論三，然後因為我要下樓開會了。好來，請說。

李代表承光（林代表鳳珠代理人）

不好意思，我這邊是醫檢師公會，那我知道，就長話短說，健保署有建置一個檢驗資料交換平台，我們這邊也是希望我們所轄的所有檢驗所、我們有公會會員去盡力配合這個方案，之後如果署方這邊要開研討會，也希望可以請我們一起參與這個討論，謝謝，我主要補充這個而已。

主席[15 時起為蔡副署長淑鈴]

剛剛主席已經說這案先通過，好，賴醫師。

賴代表俊良

沒有，因為剛剛提到這個檢驗檢查資料交換平台，那在南區我有參與健保署這個系統，還有跟一家檢驗所，這個東西就是說我們檢查這個診所開的單子，它可以即時跟檢驗所連線，可以去撈資料，就沒

有問題，就不會說兩邊的資料對不上，但是這個東西檢驗檢查跟這個上傳率只做了一半，因為它還是要拜託這個 HIS 廠商，這個單筆設定你要去設定一些項目，然後單筆上傳你要去自己下完整又自己去 KEY 很多資料，但是批次檔的話可能還是要 HIS 廠商，所以這個東西可能到時候還是要 HIS 廠商的幫忙。那另外我記得當初我們在做檢查用藥重複檢驗的 API 的時候，我記得我的診所不用花一毛錢，HIS 廠商就幫我弄了，然後他也會鼓勵我去加入中華電信的頻寬，然後我們不知道當初為什麼能夠很多 HIS 廠商都是很樂意地幫診所去做這個重複用藥檢查 API，我的系統是沒有收錢，我不知道其它。那我是覺得這個檢查檢驗的上傳模式，是不是可以採用這個模式？讓署方去考慮一下。

這邊我再建議就是說當然這個案子，我們今天讓它過，但是就是說我們知道就醫識別碼裡面，它有一個改版費 7 千塊，那我是覺得我剛剛講的這些智慧的一些措施，好像沒有把診所的 HIS 廠商檢查檢驗的設定費納進去，那我是建議這個就醫識別碼獎勵費應該是要再含 HIS 廠商檢查檢驗的設定改版費，那我們可能建議，可以的話把這個獎勵費給提高，以上的報告，謝謝。

主席

好，來，雪玲，然後再來謝院長。

黃代表雪玲

先提一下就是其實我們有些東西不是不配合上傳，就是有些譬如 one touch 的血糖，這個其實醫師是寫在 SOAP，我根本挖不出來，所以上傳不成功其實是有醫界的困難。那你們說未來就是要考慮即時上傳，6 小時就要上傳，就譬如說你們一般 X 光，現在一般 X 光你們給付是有兩個碼，一個第一張你們是 200，第二張要我們報 160，那這是兩個不同的醫令碼，可是在臨床端醫師絕對不會第一張幫你開 A 碼，第二張幫你開 B 碼，臨床的醫師一定是第一張 A 碼乘以三，正面、反面、側面三張，我們在現場計價就是 600，可是這個申報因為配合健保署，我會把後面兩張換成 B 碼去申報，這個如果要我們即時，是永遠

不可能跟最後申報一致，除非你們的支付標準要配合做修正，否則這個在未來的部分負擔計價也是會出錯，因為我現場醫師開三張，他就是開第一張醫令數量 3，我一定是用 600 去算他要收多少部分負擔，當場算不出來，就是第一張 200，第二張起要用 160 去計算金額，這個其實在很多醫院都有反應這個問題，未來檢驗部分負擔要收費，其實對院所會造成計價計不準確，那如果計價不準確，希望署裡這邊能夠從寬來認定。因為有很多其實是卡在申報規定太複雜，那我們都會在申報前去做邏輯轉換，配合健保署的規定把它轉正確。在現場要即時，有那麼多病人，我們沒辦法就在現場，我們都是後端批次去轉成健保規定。

接下來就是這個藍牙 APP 也一樣，你們希望我們去病人做居家服務的時候用藍牙直接上傳，可是很多醫院的醫令碼都不是用健保碼來做，你去現場 Key 健保碼，其實會增加很多作業時間，譬如說你一個醫材，健保署的醫材可能是十二個碼，可是在我們院所內可能是幾個數字就好了，去現場還要增加這麼多的作業時間，要當場 Key 完，所以其實增加醫師、護理師的作業時間，反而整個照護病人的時間縮短，這是健保署希望的嗎？應該不是，希望是否可以只先 Key 診察費就好？告訴健保署今天有來服務這個病人，回院所後再把今天做的各項服務再補傳給健保署，是不是有先在現場以藍芽傳輸診察費就可以拿到這個獎勵費？本計畫需完全上傳才給付覺得實在太嚴苛，要不然是否全數現場全部上傳給 6 千，沒有辦法現場全部 Key 完，再帶回院所 Key 的，是不是可以給 3 千？是不是可以給一點作業彈性，我們來配合做這個藍牙的系統？我們先前有與一些居家服務的人討論過，他說不可能在現場 Key 這麼多東西，一定是帶回院補鍵入，而且院內系統會幫它自動轉成健保碼上傳，你在現場 Key 十二碼的醫材要 Key 多久，Key 錯一個就錯了，又不會幫他做系統校正，這可能會造成錯誤增加，不知這個部分可以做一些考量放寬？謝謝。

主席

好，謝謝雪玲，然後謝院長，最後一位。

謝代表景祥

就醫識別碼的部分，那我們不曉得說改版費每家補助 7 千元是如何計算出來的，診所端的話，他們可能是套裝軟體，一家公司改了，就幾千家診所來適用，但是對地區醫院來講，廠商它說改版費多少，我們只能出多少，所以我希望也能夠了解說每次健保不管改什麼東西，我們 HIS 廠商他開多少錢就多少錢，一點討價還價的空間都沒有，它要多少就出多少，那配合這一些的時候，另外我們現在還沒有真正做好，也不知道，但是至少廠商跟我們講說以後看診速度變慢，因為每一筆都要上傳下來、上傳下來，每一筆都需要再跟健保局網路往返，所以我是覺得說有這些要改的時候，也希望說假如真正有補助的時候，也能夠真正能夠貼近實情，診所也說他們期間也是不夠，那對地區醫院來講那更是遠遠不足的。

主席

好，謝謝，紹誠。

李代表紹誠

請問一下，因為這個案子是 4 月 1 日就要上路，就後天的事情，那現在大家還有這麼多的因素，是不是可以考慮前面一個月不要那麼地嚴謹，還是說往後挪？這個建議，以上。

主席

好，醫管組要不要再回應一下？時程有 4 月 1 日這個事情，需要公告嗎？

鍾科長欣穎

不好意思，請問您說的 4 月 1 日是指哪一塊 4 月 1 日要上線？因為目前我們沒有公告任何一個是 4 月 1 日上線。

主席

所以沒有，是還要有一個公告程序。

鍾科長欣穎

對，我們其實可以請委員翻到討 2-68 頁，上面就有寫一些相關的改版費一些獎勵在什麼樣的時間點拿到什麼樣的獎勵費用，裡面都沒有 4 月 1 日，那我們如果能在今年的 12 月 31 日完成 2.0 上傳的部分，我們是每家最高改版費的部分會給你 4 千點，並沒有 4 月 1 日這個部分，以上補充。

主席

好，謝謝，賴醫師，最後一位了。

賴代表俊良

最後一個了，這個案子感謝通過，但是對於就醫識別碼，剛剛醫院同仁也有提出來就是說，這種即時性的獎勵在醫院是六個小時，那在我們診所是一個小時，剛剛已經有提出來有一些申報的碼，有時候我們有一些同仁還是行政人員都要再去 check，所以在基層一個小時真的是很趕，我建議能不能改成我們就醫院的一半，三個小時？

主席

好，改三個小時這件事情，在第幾頁？

鍾科長欣穎

在討 2-53。

主席

好，這個地方，非醫院是四小時、醫院是六小時，就醫類別這裡有兩個，基層是一小時，這個地方有沒有回應。

張組長禹斌

就照賴醫師講的改成三小時。

主席

診所改三小時，醫院還是維持六小時，然後剛剛有一個確定會修正的就是上傳率的計算，檢驗所跟診所合併申報，剛剛雪玲在講的 copay 的部分計價困難，因為跟本案比較沒有關係，所以我們就不在這裡回應，那我想如果 copay 相關的部分，就另案再討論。最後就本案如果今天通過的話，署裡面這邊還會找醫師公會全聯會還有 HIS 廠商，大家再好好議價一下。還有呢，其實大家提的蠻有道理的是量少的診所它也要做全套，量多的診所也是做全套，這個可能真的要跟 HIS 廠商好好商量一下，這個是集體協商。這個部分醫管組會後會積極地來辦理這件事情。好，本案我們是不是就討論到這裡？那就謝謝大家通過。接下來第三案。

洪代表德仁

是，提個小意見，剛剛主席有提到讓 HIS 廠商要跟這些系統串連，其實對診所而言，我們還是被 HIS 廠商宰殺的。

主席

當然，所以我們要集體協商。

洪代表德仁

所以我拜託一下，有沒有可能我們署裡面本身推這些東西能夠花一些錢，弄出一個公版，然後要求 HIS 廠商配合，那我們診所也來配合，這樣反而會比較快，而且比較簡單，那剛剛所提的一個這樣的資訊的精進要花多少億，這個我相信拿其中一點點的資源來做這樣的公版的一個設計，讓 HIS 廠商跟診所來配合，這個我想所花的資源是比較少，而且它的一致性會比較容易落實，以上報告。

主席

好，謝謝洪醫師，這個我們就來努力看看，謝謝。

討論事項

第三案

案由：新增「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」。

主席

好，謝謝，這個案子我們請照護司的忠漢專門委員再補充說明。

顏專門委員忠漢（衛生福利部護理及健康照護司）

主席、各位代表大家好，照護司這邊做一個補充，這個案子從過去一直到現在終於進到這裡來，非常謝謝醫院協會還有護理全聯會從過去對這個案子的很多的指正跟提供很多寶貴的意見。我們在3月2日的醫院總額研商會議之後，也依照主席指示，邀請了健保署、醫院協會及護理全聯會召開視訊會議，就大家所關心的點值還有品質監控指標、執行目標還有評選委員的衡平性，這幾個議題也達成了共識。那今天呢，這個部分我們因為一直溝通到今天中午，所以我們有一些文字必須要在今天臨時提出來做一些修正，請各位看討3-1頁，委員的遴選方式，原本我們是寫9-11人，然後透過會議研商計畫書審查等等，因為這個之前在我們3月8日的共識會議裡面，有同意專家學者代表是由台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會推薦代表占有二分之一席次，所以我們建議在這個地方就從9-11人之後，也就是逗點之後，能夠加上其中專家學者代表由台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會推薦代表占有二分之一席次，然後逗點才接後面的透過會議研商計畫書等等。

第二個修正的地方就是討3-2頁的第二行，因為大家對於整個試辦計畫的全責照護有很多不同的想像，那我們會擔心大家對這個想像以後造成整個試辦計畫的障礙，所以我們就再把全責照護這四個字修正成住院整合照護，然後以下的文字就一併做修正。第三個修正是照護輔佐人力的簡稱，以下簡稱護佐，這個大家也有很多不同的想像，為了避免剛剛我講的會模糊掉本案執行是一種整合性照護的一個精神，所以我們本計畫裡面的（以下簡稱護佐），還有包括護佐這幾個字都一併刪除。以上做一個報告，謝謝。

主席

好，那如果是這樣的話，護佐應該還有下面四的地方也有護佐，護佐四的部分也不要再出現，是嗎？

顏專門委員忠漢（衛生福利部護理及健康照護司）

對。全部都是把它修正成為照護輔佐人力。

主席

只要是護佐，就修正為照護輔佐人力。OK，好，就是全責照護改成住院整合照護是嗎？那請問英文要改嗎？

顏專門委員忠漢（衛生福利部護理及健康照護司）

英文 mix 後面要加 ed。

主席

好，那就是英文 skill-mix 的 mix 後面要加 ed。

顏專門委員忠漢（衛生福利部護理及健康照護司）

是。

主席

好，照護司已經做了修正，這個是在會前都跟大家商量過，那請問各位委員有沒有其它意見？好，來請。

劉代表淑芬（林代表綉珠代理人）

護理師公會全聯會代表劉淑芬第一次發言，非常謝謝照護司，我在中午的時候就此案與照護司才又做一次 confirm，謝謝照護司剛剛已提出修正。第一個部分，有關於遴選方式，是根據我們在 3 月 8 日的共識做修正，麻煩後面的討 3-5 括弧四的內容也要一併修正，這樣前後才會一致，這是第一個部分。

第二個部分的話，有關於護佐的簡稱，謝謝照護司同意修正，因

為護佐這個名詞定義，在各家醫院的工作執掌實在是落差太大，但都用這個名詞。至於我們剛剛所提到的全責照護這個 term 的話，說老實話在護理界，這個用意是非常好的，只是我們在推動的初期對護理人員來講是一個蠻大的 burden，也謝謝照護司直接改成住院整合照護，但是原來計畫內容有關全責照護的 term 都要一併修正，我覺得這樣子名詞修正之後比較清楚，也避免非必要的一些困擾。以上是對照護司的一些相關建議。

另外，在討 3-3 提到有關全民健康保險不給付的範圍的費用，我不太清楚這個費用是指什麼？是否請健保署說明，這是指說 ADL 這個部分健保不支付的這個範圍，請衛福部訂定收費的項目跟範圍等等嗎？第二個部分，這個收費範圍訂定之前，是不是建議可以跟付費者代表還有護理公會全聯會及台灣醫院協會大家可以共同提供一些相關的意見，也讓這個支付的項目跟費用比較接地氣，也比較了解到整個市場的需求跟狀況，在公告前是不是可以有一個會前會，讓這個部分可以讓它做得更加地完善？這個是有關於討 3-3。

另外同樣是在討 3-3 的給付範圍，我們的給付標準的項目跟支付標準住院整合照護管理費 750 點，這個我不太清楚住院整合費 750 點講的 scope 大概是什麼樣的情形，麻煩健保署能夠提供比較清楚的說明。我現在有一個比較想要請教的是，在前一頁的討 3-2 所謂的提供家屬選擇權，可不參與條件的這些人，他就不在支付的範圍，那假設病人住到住院整合照護病房的時候，就可以申報這 750 點，那家屬是不是要簽 copay 的同意書，我們後續才會做相關的申報？那同樣地，也跟這個連帶著，我們當然不希望有浮報，造成健保署認為我們好像有虛報的情形，但因為後面有提到我們還要填 ID 這件事情，如果我們是用同意書，等於家屬願意參與嘛，他也願意 copay，來代替每個個案去填照服員的 ID，這個行政流程是不是可以做一些簡化，因為這個文字我如果沒有記錯，是寫在討 3-7。這個是初步的以上的一些疑義，謝謝。

主席

好，謝謝護理師護士公會全聯會的代表淑芬，好，其它代表有沒有意見？好，謝院長。

謝代表景祥

感謝照護司真的很努力，這個辦法修了好幾次，因為幾次的會，我都有參加。但是有一點，我覺得說可能今天要先確認一下，因為在幾次會議裡面，我有提出來說我們看這個申請資格，各層級醫院至少一家，看起來它好像是說希望有少數醫院，那每一家醫院幾百床這樣子去辦，當時我也問了一下司長，因為我們的社區醫院協會的建議是說，希望多加一點，每一家不要那麼多床，這樣子的話，才比較有試辦的一個意味嘛。但是當時候司長是說，因為他就搞不清楚說到底有多少醫院要參加，說不定只有三五家，那只有三五家要參加的時候，不給他多床怎麼行？當時司長是這麼說，但是我回去之後就去附近做了一下功課，當然沒有說全面，至少我知道因為從 108 年開始就有住院友善計畫，住院友善計畫一共有 93 家醫院參加，108 年資料是這樣子。那我問過嘉義附近幾家，嘉義幾乎大家每一家醫院都有，大大小小都有參加這個住院友善計畫，問起來他們都說既然本來就有住院友善計畫了，這個計畫也是有點延續性的，它能被繼續做下去，這樣子算起來的話，應該要問一下，大家都願意參加的時候，應該還是以這個曾經參加過住院友善計畫的優先嗎？

那當時也有再談到，那天在開會也有提到，到底會不會 1 點不到 1 元，變成 0.8、0.9，這樣會不會造成很大的壓力？那也很謝謝照護司說他們會非常努力去管控，但是我稍微估算了一下，以三億點，假如說是每天 750 元的話，假設啦，我們是從六月開始執行七個月的話，理論上是可以一共提供兩千床，假如從七月開始，從六月開始到年底的話，可以提供兩千床。那兩千床假如說除以 93 家的時候，一家才二十幾張床啊。所以我覺得這個倒是不用太擔心，因為我相信這些 93 家已經有住院友善的大概都會參加，所以我們會希望這個遴選資格擇優核定，那擇優核定一家兩家，還是擇優核定三家、五家，還是擇優核定數十家，我覺得說擇優核定的時候，應該是之前有參加住院友善計

畫的應該要優先納入，但是床位的話，就是每一家都不要太多，你就管控在總床位在兩千床以下的時候，看什麼時候開始，那這樣子的話會比較妥善。以上報告，謝謝。

主席

好，謝謝謝院長。那其它還有沒有，大家還有沒有意見？來，請洪醫師。

洪代表德仁

主席，現在我發言是我個人的意見，非常感謝衛福部的照護司以及本署來規劃這樣的計畫，那我想這個正如剛剛謝院長所提的鼓勵大家的一個參與，所以我只有在第四項的預算控管這個地方，執行期間那就由本署提供，每個月提供執行的一個成果給我們的台灣醫院協會還有護理師公會全國聯合會，那這邊建議資料可不可以也同步提供給醫師公會全國聯合會，因為這個基本上我們全聯會也是在相關的醫療政策方面也都是有一些關心的，那也可以有一個資料讓全聯會相關的委員、幹部知悉這個計畫，有必要的時候提供一些意見甚至於來做推廣的工作。至於評核委員的部分，我想我們大概不會占評核委員的名額，以上報告。

主席

好，謝謝洪醫師，其它還有沒有意見？好，請嚴代表，玉華。

嚴代表玉華

我只是要請教一下有關於經費的部分，如果說未來實施的月份總共有七個月的話，那是會把經費直接均分到七個月，還是說經費在配的時候是怎樣分配法？不然怎麼會有這樣子？如果有超支的時候，則以浮動點值支付，這個詞，我不太清楚它的計算方式，謝謝。

主席

好，謝謝玉華，那其它大家有沒有意見？好，沒有，照護司要不

要先回應一下？

顏專門委員忠漢（衛生福利部護理及健康照護司）

謝謝各位代表的提問還有支持。首先針對這個代表提到討 3-3 的全民健康保險不給付範圍的部分，其實部裡面本來就指示照護司針對在醫院裡面的照護輔佐人力，不管醫院有沒有參加這個計畫，都應該去訂一個參考費用的收費標準，這個部分我們在討論的過程當中會邀請相關人員、相關單位來一起提供意見，這是第一個。那第二個就是在未來推動的執行細節，當然我們希望能夠盡量地簡化。那第三個就是試辦家數的部分，原來我們的草案是寫四家，讓大家很多的想像說只有四家，所以我們現在就把它拿掉，不預設任何的立場，由審查小組的專家委員代表等一起來共同針對它所提出來的計畫擇優核定。以上先做這樣的說明，謝謝。

主席

好，謝謝。

劉代表淑芬（林代表綉珠代理人）

不好意思，副署長這邊，我想請教一下就是剛剛照護司所提到的，非常謝謝同意關於這一些公告費用、項目跟範圍的討論，那是不是這些相關討論可以訂一個日子，在公告前就有一些協商會議？這樣子可能讓計畫的撰寫上面的話會更加地完整，以上，謝謝。

主席

好，謝謝，那忠漢這邊，這個計畫如果通過的話，你們需要有什麼程序跟大家講一下。

顏專門委員忠漢（衛生福利部護理及健康照護司）

這個計畫如果通過之後，我們針對照護輔佐人力的訓練、培訓這些，會另外訂相關的指引讓大家參考，這是第一個。那第二個就是費用的部分，因為現在健保的支付是住院整合照護管理費 750 點，在這

個之外，醫院應該會有一些相關的費用，這個費用就要由部裡面，從行政管理的角度去提供相關參考，就參考掛號費的方式訂一個參考收費標準，那訂定的過程當中，當然會開會請大家來提供意見，以上。

主席

好，那醫管組這邊，這個計畫通過後我們的程序，好，來，請說。

陳科長依婕

我說明一下，這個計畫如果今天通過的話，下一步我們就是報部核定，部核定之後，我們會公告實施，那也會搭配剛剛照護司說的他們會訂這個參考的收費標準，一樣會在計畫裡面看是不是放個附件，或是在公告的時候一起讓大家知道。另外剛剛代表有提到說是不是在討 3-2 頁，因為家屬有選擇權，如果他們不參與這個計畫的話，當然就不能再報這個住院整合照護管理費的 750 點。另外有一個情境是病人他可能住在我們現在所謂的住院整合照護病床，但是如果同樣沒有照護輔佐人力去照顧他的話，那一樣是不能報這 750 點的，所以它不是以病床、他住在什麼床的類別來認，而是以這個照護輔佐人力是不是真的有提供服務來認定，這是有關這一點的說明。

另外是有關剛剛嚴代表提到浮動點值，我們是設定全年會做點值的結算，所以如果全年有超過的話，可能會浮動點值，可是剛剛在討 3-3 這邊的預算控管，其實之前 3 月 8 日大家很在意的一件事情就是希望這個服務既然是新上路，希望可以不要走到浮動點值這條路，所以我們也在裡面訂有一些相關的譬如說我們在計畫審核的時候，就會以七成的預算來做相關的計畫審核。另外我們後續每個月也都會做相關的執行情形提供給剛剛說到的醫院協會、護理全聯會、醫師公會或者照護司一起來做參考，讓這個預算可以不要超過，不要變成浮動點值，以上。

主席

等一下，淑芬嗎還是碧珠？好，淑芬先開始。

劉代表淑芬（林代表綉珠代理人）

OK，剛剛就是謝謝健保署的回應，那我只是有點 confuse 一件事情，因為補助人力 750 點的這件事情，一定是要病人家屬他也願意參與，所以他參與一定會有同意書的格式跟形式說明要提供服務，所以我們才會提說是不是用同意書的格式跟形式，來代替你後面要我們填那麼多的什麼 ID，那表示說我一定要提供服務，否則我就違約了嘛，是不是可以用這個部分做代替。

另外我們必須面臨一個問題就是，現在有很多的家屬可能根本就不來了，他就擺在那也不出現，然後到出院的時候再來結帳，像這樣子的話，他可能需要很多照護，那這個照護他又不來的時候，我無法取得同意書，這個同意的過程是不是可以透過直接傳真過去家屬簽字回來，也代表他是可以同意、他願意參與，不然有很多根本就不出現的人，特別在 COVID 之後，這種現象是蠻頻繁的，辦完住院手續之後他再也沒出現，下次出現的時間就是辦理出院的手續。所以這樣的服務就會有一個 gap，這個 gap 是不是可以用另外一種方式，就是我取得同意的形式可以傳真或者是說其他的方式，讓他可以回傳給我們，那我們也同時可以申報這一筆的相關費用，也讓我們的照服員輔助人力，可以去做這個部分的照護，以上。

主席

好，請碧珠。

劉代表碧珠

其實我在想這個案子，剛剛就是照護司這邊有提到給付每天每人日是 750 點，那他們今年編的預算就只有 3 億，我也不知道到底會有多少院所，應該大家會很踴躍參加也不一定。可是我們還是要再提一次，因為這個案子一旦過了，我相信未來可能整個會變成一種照顧上的常態模式，如果是這樣子的話，我還是要提出來說，因為這個住院整合照護管理費，其實它就是一個人力的付出，坦白講，不應該說你

出院當天不算這個照護費，它不是病房費，過去我們講護理費不應該算進不算出，那個部分沒辦法改變，現在新增這個項目，如果我們還要繼續用，我付出這個人力照護之後，當天我既然做了服務，為什麼我沒有這樣的費用？這個邏輯不應該讓它一直存在下去。當然因為錢也很少，因為剛剛算起來3億如果這個7個月來算，1個月大概是2,000多個床日，換算你的平均住院1到6天，大概1個月只能照護的人數大概也只有不到400個人次，如果再把這個放寬，當然就會更少。可是我覺得這樣子的情況不應該是一個常態，不應該把醫療照護的人力的成本支出一直認為說你可以不用付錢，我一直認為這個不應該是這樣存在的，有沒有預算是一回事，可是這個如果一直這樣，每一次支付標準推算出來都是這樣，認為這是叫病房費，我還是要強調這個不是病房費，它是一個護理醫療，醫療護理的照護的費用，它是要人力實實在在地付出照護的，它不應該說你出院當天的照護我可以不給錢，我還是要提出這樣的一個申訴，以上。

主席

好，謝謝，照護司這邊有沒有要回應？請回應幾件事情，第一個是剛剛淑芬在講的這個，這個案子理論上如果沒有知情同意，將來結帳會有爭議，原因是什麼呢？原來這些病人他如果住健保床，他根本不需要出錢，那現在如果說他家屬沒有來，然後我們就提供給他這個skill-mixed服務，出院他是要自費每天一個金額的，不管那個金額現在是多少，所以會有收費的爭議。所以知情同意這件事情可能必須要家屬知道，但是知情同意的形式，剛剛淑芬在建議的是說是不是可以比較從寬？這部分照護司你應該要回應。

另外一個就是剛剛碧珠在講的，就是日數的申報這件事情，你們也需要回應。第三個要回應的是剛剛洪醫師在講說，這個報表是不是也提供給醫師公會全聯會參考？其實醫師公會全聯會跟本案是無關，因這個案子跟基層醫師是沒有關係，這個服務是提供給住院的病人，所以原來的案子並沒有不妥，並沒有遺漏，那我想照護司你針對這三點還是回應一下好不好？因為你是主辦單位。

顏專門委員忠漢（衛生福利部護理及健康照護司）

好，那針對第一點這個同意書的形式要從寬，我剛剛在一開始的補充報告裡面就是說，如果在執行細節，在照護司的部分都希望能夠簡化，這是第一個。第二個就是申報日數，我想這個牽涉到健保給付過去到現在針對出院當日要不要計算這個部分，在很多不同的地方都有這樣的一個規定，所以我們在試辦計畫的時候我們就參考既往的規定，因為它是一個試辦計畫，我們希望能夠儘快地先上路去試辦，然後再來做後面的檢討跟修正。第三個就是這個資料要不要提供給醫師公會全聯會，我們照護司是沒有意見，謝謝。

主席

好，那這個案子大概大家都有發言了，那麼還有嗎？

王代表宏育

因為洪醫師走了，我要替他講話。因為這個總額協商 3 億也過了，記者就一直在問我說全責護理，是不是都過了怎麼樣，所以我們全聯會還是會有一些壓力，那所以讓全聯會知道，因為全聯會也包括診所，也包括醫院，那他剛才不是代表他個人，代表全聯會，所以我覺得資料知會我們全聯會也好，不好意思，因為他不在了，我替他講點話。

主席

好，因醫師公會全聯會也有醫院的醫師，所以也想知道，我想這個應該沒有什麼問題，那就把它加進去，謝謝。好，那這個案子剛剛有一題是謝景祥院長不斷在提是說，這個試辦的規模究竟是少家多床還是多家少床，就是經濟規模，每一家經濟規模，我想這件事情當然也牽涉到經費有限對不對？試辦期間，然後跟規模當然是有關係。那我是不是建議照護司有關這問題，理論上你要籌組一個遴選小組？這個遴選小組剛剛已經修正過了，就是醫院協會跟護理師公會全聯會推薦的代表要占 1/2 的席次，其它的當然就是另外再聘專家學者，待大家在申請之後，擇優核定的時候，就應該把這些規模或者是層級各方

面做考慮？盡量讓醫院不要落入所謂的浮動點值，大家關心的是浮動點值這件事情，所以這個是麻煩照護司，因為報部核定之後，實施還有一段時間，還有遴選小組，就把這件事情也一併考慮進去。

另外一個就是剛剛有再提到這個成本，因為健保出了 750 點，但是實際上一個照顧輔佐人力一天的成本不是 750 點，所以它會有另外一塊差額，那這個差額呢，現在這個文字是說要報衛生局去核定一個支付標準，那就可能各院不太一樣，可能說不定也有物價的關係，大家不太一樣。這個部分照護司有義務要趕快去擬定一個大家可以接受的範圍，然後剛剛科長有講說就附在這個計畫的附錄裡面，讓大家知道說收費大概在什麼樣的範圍裡面好不好？這個也必須要在這個計畫報部核定之前要有所結論，然後放在附錄，一併讓我們報部來做核定，那這是第二點的部分。

那第三點的部分就是剛剛所有的文字修正，就是包括這個遴選委員要加 1/2 是兩個學會推薦，這是一個。另外一個名稱，那個全責照護就改成住院整合照護，英文 mix 加 ed。然後只要是護佐全部都刪掉改成照護輔佐人力，這三個所有計畫裡面牽涉到這三個的地方，就麻煩同仁會後一併修正這樣子。好，那這個案子是不是就討論到這裡。

劉代表淑芬（林代表綉珠代理人）

我想，不好意思，副署長，首先我要非常謝謝及 echo 區域醫院協會代表所提到的，的確，算進不算出這件事情，如果在這次試辦計畫裡面可以做一部分的調整，我覺得也是一個開始，如果可行的話，我覺得這個事實上是值得這樣做的。第二個部分的話，就是剛剛有關於家屬不來，怎麼樣取得適當的所謂的同意這件事情，剛剛好像照護司也並沒有回答問題，所以我聽不太出來，我們要怎麼樣才能夠落實去執行，要怎麼樣做。

主席

他必須文字上要去做修正。我想這件事情，因為跟民眾的介面會

有收費上的一個明確透明還有事先告知的義務，那這個部分一定要有一個，後面好像有附一個同意書，如果沒有的話，照護司要不要思考要有一個？你們要不要回應一下？照護司要不要回應一下？如果不需要同意書的話，那你知情同意要如何達成？

顏專門委員忠漢（衛生福利部護理及健康照護司）

這個我們的想法是應該是他在住院的時候，醫院是不是都有相關的知情同意的格式，那如果沒有的話，我們可以訂一個公版的，謝謝。

主席

是需要，因為這個將來如果有爭議的話，不知道要找誰申訴，特別有很多家屬都不出現的，那他可能會有一個自費的金額在這裡。好，那大概大家的討論就差不多，碧珠還有？

劉代表碧珠

我對剛剛就是照護司回應說這個住院的照護的管理費，比照病房費這個方式，其實就住院的服務裡面，它這個計畫案我就建議說是不是可以比照住院診察費的計算方式，從住院之日起算後面的刪掉，因為在住院裡面，住院診察費它是每一天都算的，醫師的診察費是每天都算的，沒有道理說住院的這個照護服務人員的這個服務的費用是出院當天不算的，所以在這邊你如果是用比照的方式，那是不是可以改成比照住院診察費的方式來處理？以上。

主席

好，照護司這邊還有要回應嗎？有嗎？這個如果照護輔佐人力一天有一個成本的話，住院那一天應該只有半天的成本，出院那一天應該也是 12 點以前辦出院，所以那一天的它的人力…。

劉代表碧珠

坦白講，我在想這個可能要稍微解釋一下，我今天那個人排進來了，我這個班到今天結束，我不可能馬上讓他去接另外一個班的，事

實上那就是一個人力被用掉了，所以沒有道理說我今天這個人力可以不付錢。

主席

我想這個知情同意的當下，必須讓家屬知道說，我的服務時間跟結束時間，例如說出院那一天我只服務到 12 點，入院那一天我可能從幾點開始來服務，我覺得這個都是要讓家屬知道。

劉代表淑芬（林代表綉珠代理人）

可能跟副署長報告，因為家屬很難控制，就是你特別是入院的時候他有來嘛，但是出院的時候他什麼時候要接回去，因為我們對民眾那邊的收費並沒有說 12 點過後你就另外收費，所以對他來講的話，他下了班，他有空、他高興、他樂意，他就來了，所以說呢，這個我們也都一直通知，我們希望床能夠盡快地運轉，可是有一些家屬是樂意配合，有一些家屬他有他的難處，他告訴我們，所以他的難處很難就不會來了這樣，直到他想來的時候他就來，所以其實我為什麼我會覺得剛剛碧珠委員代表，所提到的這件事情的確是我們會有一些難處的地方，我們沒有辦法說他們不來，我就不繼續餵他吃飯，他不來，我就不理他，沒有辦法，你還是得繼續服務他，不然的話這很不人道，這不可能的事情，這個可能有一些困擾。那第二個部分的話，可能也要麻煩就是我們剛剛所提到全責照護這裡面，term 不是只有討 2-2 裡面的文字，是所有計畫內容的全責照護這個 term 都同步要移除，謝謝。

主席

那現在大概只留下一個問題就是這個收費，那照護司你這邊其實是這樣，第一年才 3 億，剛剛算一算也不過是 2,000 床用滿，用滿的量，就是全部塞滿的 2,000 床，那其實大家規模都不大，以後需要參照今年的經驗，所以是不是這個版本先這樣上路？那依半年的經驗，如果告訴我們說實際的情形真的有如大家講的不合理，我們照護司就來修正，這樣可不可以？那其實現在已經三月，這個計畫實施前還要遴

選，真正上路其實是七月以後的事情，所以大家就勉為其難先這樣子試試看。因為還有一個遴選機制，這個時候也不見得大家都會來參與，而且也不見得想參與，如果很多人，也不見得每一家都會核定，因為就是經費有限，大家又不要浮動點值。好，那所以我想這個案子是不是就修正通過好不好？好，謝謝大家，謝謝。洪醫師，我剛剛已經把你的意見都放進去了。

洪代表德仁

沒有沒有，我另外的意見。那個護理師公會所提的，我個人非常深以為然啦，因為住院跟出院這兩個時段是這個個案，這個病人最需要照顧、溝通、協調甚至於去打電話的時候，那剛剛講人力的一個調度，其實是沒辦法用 1/2 的人力的情況，我們既然已經是一個試辦計畫，一個好的制度有沒有可能從這個試辦計畫我們就來做做看？那剛剛講的不是只管住院，出院的那一天我們不管就不給。

主席

沒有不給啦，沒有不給。

洪代表德仁

請主席明確裁示，這個住院跟出院當天都要給。

主席

不是不是，其實那只是一個算法，照護輔佐人員他是拿全天的錢，只不過在病人出院當日，他上午照顧一個人，下午照顧不同的人，所以他是拿一天的薪水的，所以請不要誤會。那我們就先這樣子半年，半年當中參與的醫院就盡量蒐集可能的問題，我們盡量在這個預算上控管，不要讓大家在浮動點值的問題，意思就是說參與的醫院，他既然已經雇了人，那個錢不要讓他還要倒貼。那這件事情也是，我覺得也是相對非常地合理地，這是人力嘛。好，那很重要一點就是剛剛講的能夠收的錢的範圍一定要在本計畫公告之前當成附件，然後一併公告，這樣才不會有爭議。忠漢這邊呢，對於同意書的部分一定要再仔

細地研究一下好不好？好，那還有嗎？來，請。

王代表斯弘（朱代表益宏代理人）

主席跟各位委員，這個計畫是一個試辦計畫，我這邊要提醒一點，這個計畫是家屬不用全職在院，那病患他可以得到連續性及完整性的照護，這是一個承諾，基本上我們的醫療照護就是提供醫療需求，可是住院整合照護看起來是必須滿足病患的生理需求，那生理需求其實跟醫療需求是不太一樣的，因為它是非常繁瑣的，他可能是需要吃飯的問題，可能要上廁所、換尿布等等，在這個計畫裡面，我們其實沒有看到它的人力計算跟這個照護比，我們除了考量病人的安全之外，還有要保障這一些我們所謂的照服員，因為他們也付出蠻大的勞力，所以這個是不是要有一個適當的規範，1 比多少？

主席

有啊，1 比多少，那個在算成本的時候就有算到，這個一定有啊，寫在哪裡？

劉代表淑芬（林代表綉珠代理人）

跟副署長報告，上次在共識會議的時候，大概也有提出來，因為住院整合照護計畫是 skill-mixed model，所以每家醫院的需求不一樣，所規劃住院照護整合的人力組合，各類病房需求不一，所以這一次的計畫我們先不訂定照護比例規範，這個是在 3 月 8 日的共識會議討論的，所以這一次沒有訂定是因為各家的那種狀況差異蠻大的，所以說，這一次我們並沒有去訂出來，當初照護司的確是有定，後來經過共識會議的討論之後，本計畫因為時間上面也比較短，所以我們先暫時不定比例，因為它的組合模式可能很複雜，以上。

主席

好，其實健保署協助估成本的時候是有這個比，要不然成本是算不出來的，是日薪。如果王院長這邊想知道的話，照護司私下再提供給王院長參考好了，那大家可以參考，或者是將來要試辦的院所有核

定之後，如果大家需要有這方面的參考，我想請照護司也提供給參與的院所知道，好不好？好，最後一項我要提醒剛剛淑芬一直在講說，如果這個病人是不符合前面選擇權的那四個，是不是我們每個人都可以申報這個 750 點，是錯的，一定要這個家屬同意你才可以申報，可以嗎？意思就是說如果他三不管地帶，那家屬也沒有同意，你千萬不要來申報這一個好嗎？好，以上就做這樣的修正，這個案子就通過了，非常感謝大家。

討論事項

第四案

案由：全民健康保險遠距醫療給付計畫修訂案。

主席

好，謝謝。因為上一次就是討論到這一題，然後大家有一些意見，那我請同仁把大家的意見蒐集之後，今天先用這樣子的回復，我們可以請委員再來討論一下，有沒有意見？好，請謝院長，謝院長的題目是第四題吧？

謝代表景祥

謝謝，這次看到補充資料之後，我終於知道 110 年實施的情形怎麼樣，那我是覺得說當我們已經以一個計畫試行了 1 年，第二年要做什么的時候，至少要有一個說到底做得怎麼樣、有多少效益分析，那這一次看到這個補充資料裡面，就是去年花了 8,000 多萬，那診次呢，113 個診次，433 人次。

主席

85 萬。

謝代表景祥

講錯了，85 萬點，那裡面，那一診是 5,000 塊，所以有 113 個診次，但是每個診次這個 total 加起來是 433 人，所以表示說一個診次大

概 3 到 4 個人。那這一個診次 3 到 4 個人，大概也分布散在這 113 次裡面，可能有的 5、6 個，有的 1、2 個。那原來的去年的計畫就有寫說，假如人數太少，不到五個要檢討，那顯然這邊都不到，我們也沒有看到這個檢討。那今年在擴大的時候，所以當去年做得事情沒有一個仔細的一個檢討，那明年就要擴大，我覺得是有一點怪怪的啦。

好，那我們再來看今年擴大的一個內容，擴大的既然是叫遠距會診，第一個這個開放的科別，大概加了幾個科別，第二個開放的地區又再加上說是那個醫療資源不足的地區，去年的時候它限離島和在山地，我倒覺得還有點道理，但是大家要注意到說醫療資源不足的地區，它是包括很多在西部的一個比較偏僻的鄉，但是問題是臺灣西部交通，我相信說半個小時之內到不到醫院的，甚至到不了區域醫院的非常少，你需要在這個地方，臺灣西部可能沿海，他 20 分鐘就可以到達區域級的醫院了，你還需要做一個這個遠距會診嗎？那遠距會診的時候，我們在看說，其實遠距會診有一個比較重要的，其它都是急診遠距會診，那對於偏鄉可能比較有幫忙。那急診遠距會診的話，一整年呢，才 13 個人次，所以我就看不出來去年做了這一些有什麼效益在裡面，那為什麼今年還要擴大？那擴大的理由跟科別是怎麼樣？舉例來說擴大腸胃科會診，腸胃科能夠在遠距會診上有什麼多大的幫忙？我開玩笑啦，我說我是骨科醫師，遠距會診那個地方沒有骨科醫師，他至少可以丟 X 光片給我看到，我來判斷這個 X 光片到底有沒有骨折，那你覺得說腸胃科醫師做不是急診的遠距會診能夠對病人有多少的幫忙？我覺得這些也都還是一個疑問，而且遠距會診跟遠距醫療這完全是兩回事情。

我昨天是很仔細地把這一邊的文字從頭到尾看了三遍，包括上次專家學者會議，其實專家學者的會議裡面，我們每個人的角度都不一樣，非常地多元，像很多人都主張說要慎重慎重，那再來的時候就是說在專家會議裡面，這些專家有多少人真的去遠距去看過，那我也是一樣，我沒有去看過，我也找了我們附近的診所有在做遠距醫療的，我說你到底做得怎麼樣，他就告訴我說反正有補助啊，不申請白不申請，就這樣子嘛。那有沒有多少病人，那有的話也是個位數。那去年，

他說去年因為還有那些補助那些設備的費用，像眼底鏡這些，我說這些你們花了這麼多錢買了這些設備有在用嗎？幾乎沒有在用，所以我是覺得在沒有把去年的效益、成本分析弄清楚之前，實在是不應該在今年還要再擴大試辦，以上報告。

主席

好，謝謝謝院長，那還有嗎？好，李藥師，然後再來紹誠，來，懿軒。

李代表懿軒

好，謝謝主席。感謝健保署認真地看待上次的提問的部分，之所以會提出這個電子處方箋的議題呢，我上次因為時間的關係，沒有多做解釋。不過因為第一個原則上，我是支持健保署現在擴大的方案，包含擴大的科別跟它的場域，但是我們可以想像在這些擴大的科別裡面，已經有像神經內科、胸腔科等等的科別，這一些在我們原本的藥物及支付標準裡面，其實都有一些藥物限制的就是科別的限制這樣子。那我是不太了解說到底這個遠距會診的部分是不是在地端的這個醫師是不是有把這個藥物及支付限制打開？如果沒有打開的話，那勢必會產生在地端的醫師是沒有辦法開立該藥物的情形，那需要由這個遠距端的醫師來開立該藥物的情形。所以我上次才會提到說，當把這一些科別納入的時候，確實有需要，但是當把這些科別納入的時候，我們會需要逐步來討論有關電子處方箋的事情，那才會完善整個的架構，以免他覺得有需要，但是藥開不出來。另外一個部分還有會牽涉到通常在在地端可能是基層醫療院所，那在遠距端可能是醫院層級，那就會又有這個費用的問題這樣子。所以這個可能就會有一併的考量，那這個是我的補充，謝謝。

主席

好，謝謝懿軒，再來紹誠。

李代表紹誠

主席，我非常 echo 謝院長的說法，這個遠距醫療其實我以前在那邊討論，我那時候有提過法的面，法的程度，因為牽扯到你如果遠距醫療，你提供的諮詢不夠的時候，你會讓醫師陷入到醫療糾紛這個範疇裡面，尤其是會危及生命的問題。那 typical 大家都會看，typical 就需要很多的類別來支持，所以開放遠距醫療，其實是針對於一些非典型的狀況，實在臨床醫師，當地的那個醫生他沒有辦法判斷的時候，又危及生命，這個時候遠距醫療才是突顯它的功能，而不是一般 OPD 的 case 也在那邊遠距醫療。就像剛才講的，臺灣西部根本沒有所謂你到什麼程度到不了醫院的那個狀況，所以我覺得這個遠距醫療如果要無限上綱，一直好像是一個趨勢，我覺得那個趨勢是不是對的，好像不太對，所以我覺得應該因為我們學會也曾經過去臺大賴金鑫教授協助 handle 這一塊，我也曾經請教過他，他說臺大是完全放棄，因為根本就是沒有辦法做，人力、財力然後整個投資下去，沒有實際的功能，所以這部分真的要好好地慎思，以上。

主席

好，謝謝，來，國治。

吳代表國治

上次啟嘉代表問的，我想可能沒有好好地給我們回應。我記得衛福部試辦遠距醫療相關的計畫，有關器械的一些補助，包含以前的醫療費用都是衛福部買單，然而上次在討論的時候，是要用健保費用，所以我們把它限制在 109 年。那如果 110 年又放寬了幾個就全收，這些地區說不定都是在地已有醫療資源的地方，我以眼科為例好了，醫院來做遠距，可是旁邊有一家眼科診所，這種情況就是要避免的，醫療資源如果這樣使用，那不是跟分級醫療有違背的嗎？所以我覺得部裡的一些政策，如果真的要透過健保去執行，我剛剛提到的 skill-mixed 也是一樣，包括等一下提到的代謝症候群計畫也是一樣的，我覺得至少整個方向要有一致性，而不是那個地方明明醫療資源是充沛的，現在就是要把它擴大，那我不曉得在今年當中它又擴大了多少？通過了

幾個計畫？這個是不是要跟我們回報一下？第二個就是說裡面的試行地區擴大了偏遠地區遠距醫療建置計畫，這個內容是什麼？是不是這個政策還是有違反我剛剛所提到的這部分？應該要深思。那最好是部裡的政策出來之後，透過健保署來執行的部分，那方向必須一致，這樣才能充分運用這些資源，以上。

主席

好，謝謝，來，維昌。

王代表維昌（黃代表振國代理人）

謝謝，其實我們當然從這一次烏克蘭戰爭以後，我們知道無人機很重要。那其實遠距醫療我覺得是很好的工具，可是我覺得就是要小心去使用，因為看這個遠距會診感覺起來比較像遠距門診，但遠距門診有一個缺點就是說這些門診，這些我們當然醫生診斷親自看病人，那其實我們用很多的遠距醫療，但是常常在機構端，你譬如說住院的那個養護機構，它傳給我們東西，我們再到現場去看的時候，會差很多。所以說即使是我會診的這個醫生，他可能對這個個案也是不清楚的，所以他遠距醫療其實有時候真的會有一些落差。那包括你看心臟科、腸胃科、神經內科，這些會診其實不如一個我們像居家醫療，不管你多遠他都到達的地方，那個地方去做一些臨床實際去看的，會更有價值。那遠距醫療我覺得是真正現場的醫師，他有需要去照會他所熟悉的一個個案，這個會比較有用。要不然這樣看起來，這整個計畫有點像遠距會診變成一個遠距的一個門診，這效果會很差。最主要是那個醫生對那個個案可能也不會很關心，可能也不會很專業去做一些判斷，所以我是覺得說很好的東西，我們小心來用，謝謝。

主席[16 時起為李署長伯璋]

我前面沒有聽，我聽你這樣講，我就很舒服，真的就是說大家要自己覺得自己不會的，再去 consult 專家，所以就是為什麼我常常上次跟你講說，我真的很不喜歡動不動下載上傳，上載下傳，你不會要問

人家，真的不會就要用心啦，不要只是說為了傳，那剛剛講的就是說，也是我們在講的問題就照會，是真的也知道說不是每一個醫師每一科都會，那所以不會的話問人家，那個才是重要的好不好？

主席

好，那還有沒有意見？謝院長。

謝代表輝龍（周代表國旭代理人）

我補充一下，我們醫院確實有做遠距醫療，對偏鄉-信義鄉衛生所來講幫助很大，我們支援兩種科別，一種是耳鼻喉科，一種是皮膚科，是醫師對醫師端，衛生所裡面的醫師他沒辦法確診個案，醫師將影像照完後，透過視訊到傳給耳鼻喉科醫師，院內耳鼻喉科醫師會教衛生所醫師診斷與治療。由專家指導一般科醫師，這是很有意義與價值。另外我們還有支援皮膚科，目前皮膚科醫師非常難找到，我們拜託李署長幫忙跟因為臺大黃院長請託，所以現在有一位皮膚科醫師在我們那裡，一個禮拜來一次兼診，他看了好幾個地方，包括看守所、啟智教養院、衛生所，實際上對偏鄉地區醫療提升整幫助很大，皮膚科協助衛生所治療有很大幫助，遠距醫療協助偏鄉醫療絕對沒有問題。當然現在要再擴大服務範圍，是不是有更加意義？這一點我想是每個科別不一樣，評估還要再仔細一點，整體遠距醫療對偏遠地區來講，遠距會診可以解決很多民眾就醫不方便的問題。我想大家應該是值得繼續推行，以上。

主席

好，謝謝，來，那個吳醫師。

吳代表國治

我想這個議題面向太廣了，就地區、就場域、就科別都非常多元化，我也認同院長講的話，可是我剛剛提的如果全部擺在這邊，其實是非常突兀的，這個可能要好好檢討一下。

蔡副署長淑鈴

好，因為剛剛大家提了蠻多問題，我大概回應兩點。首先第一點，就健保的遠距醫療現在是醫師對醫師，而且希望是偏鄉為主，那偏鄉為什麼需要？就是因為它次專科醫師不足，但是如果病人是在偏鄉看病，他可能當地是一個家醫科醫師或內科醫師，他真的有次專科的診斷上或者是確診上的一個疑問，他也不敢給這個病人做下一步的治療的時候，這個病人他的代價就是要從偏鄉到很遠的地方去看另外一個次專科。那現在的遠距醫療就是在解決這個問題，就是說如果只是我們眼前這位內科醫師他有一些疑問，他需要 consult，這時候的 consult 已經不是醫師對病人了，是遠距會診，所以為什麼健保遠距醫療的給付都跟在醫發基金的後面，就是因為醫發基金在前面，他用醫發基金去給，這兩邊的資訊都動起來，而且還要兩邊的設備也 OK，還要人員 training，特別它很多的錢是花在訓練，因為這個概念就像耳鼻喉科需要五官鏡，他需要在地方的醫師去操作五官鏡，把影像傳到遠距的次專科醫師，讓他協助診斷，是這樣子的概念。所以它有一些前置的投資是用公務預算，當它成熟之後，健保才接續去給付這個會診費。

那剛剛大家提的比較多的是，第一點 4-33 頁補充的就是我們在 110 年申報的情形非常地有限，對吧？謝院長一直在質疑說其實量也很少。另外一個質疑是 4-35 頁的第三，就是原來黃啟嘉醫師所提的，衛福部 110 年的為什麼我們馬上要放寬，對吧？這兩個其實是有一些爭執。那我要補充的是說，110 年健保開始給付的遠距，其實有很多的計畫，它的醫發基金都還在執行，所以我們有要求給付，不可以重複的，只要你公務預算有去給付這個會診費，我們就不要付，所以他們有很多的計畫，雖然我們納進來了，但是它還在公務預算期間，我們就不給付。所以我們這個數字並沒有完全反應所有實質上在做遠距醫療的數量，是只有跟健保申報的才在這裡呈現，這是第一個。

第二個就是大家在講說 110 年衛福部才核定的計畫，實施經驗有限，為什麼我們馬上要把它納入？擴大科別這件事情，看起來謝醫師也認為說那總要看到它的成果吧，特別是這些科別，那我覺得這個是

大家可以稍微討論一下，因為這個我們其實也還沒有看到 110 年醫發基金補助案實施的結果？因為前提是我們真的是需要去彌補次專科的不足，然後減少病人的往返奔波，另外一個我們需要前置有經驗我們再繼續，我覺得這些是可能大家關心。

最後一個就是大家在講說醫糾的問題，確實醫糾我們第一次在討論遠距醫療的時候，就已經討論過醫糾問題，因為是遠距會診，所以我們要求兩邊病歷都要書寫，特別是近端、病人端的醫師，他是做最後決定的醫師，他要不要參考遠距醫師的建議是這個醫師來決定的，那兩邊都有紀錄，我覺得這就有點像兩個醫師照顧一個病人的概念，只是沒有在同一個地點而已。以上先做這樣的回應，大家可以再表示意見，那署長已經回來了，謝謝。

吳代表國治

剛剛副座提到醫發基金這個部分，我們去年在討論的時候，已經提醒過要去試辦的地區，要找真正需要的，可是如果又把時間延長，那就跟上次通過的標準是違反的。那你看看它的區域，斗六、虎尾、恆春，這樣不太好吧？對不對？所以我覺得維持在 109 年通過的部分沒有問題，可是後面通過的，如果找這些在地都有醫療資源的，為什麼我們還要去補助呢？這是沒有道理的，以上。

謝代表景祥

我是覺得說，原來這個舊的方案我剛剛就講了，我覺得離島、山地是有道理的，但是現在弄到說醫療資源不足，那就是真的我們的沿海地區，嘉雲南的沿海地區很多都是屬於醫療資源不足，問題是它半個小時之內就可以到達區域醫院，這個東西要把它納進來，我就覺得實在是沒有什麼道理啦，又不是急診，現在講的又不是急診，所以我建議說這個真的是爭議很大，我是建議說今年就不要擴大了，就維持去年，但是我們到了年底或者是明年初的時候，再來仔細檢討這一塊，再決定說要不要擴大。

主席

紹誠。

李代表紹誠

署長，因為之前第一次討論的時候，針對於科別，那時候提出來就是說先做，要上路之後我們要檢討，看看目前實施的狀況如何，那我們還沒有看到目前的檢討，然後就要放大這些科別，所以這個跟當初那個時候的說法不一樣。第二個，當初已經決定這個科別，我們就不再去，可是次專科要看哪些科別的次專科才有它的意義，像耳鼻喉、皮膚科這種東西，講難聽一點，他也不會死，不容易死，那我們現在要處理的就是那些真的是會出人命的那些東西，你才真正那個 point 在那邊嘛。所以這個東西就是我如果要開放，應該是先開放心臟科，那個會出問題的，所以這個部分我是建議我們暫緩，然後等到我們之前那幾個科，三個科，我印象中，它做得成效怎麼樣，然後我們來檢討完之後，再討論後面要怎麼處理，以上。

主席

好，謝謝，姿曄你回應一下。

呂科長姿曄

先回應一下就是有關於衛福部公告的那幾個點，其實它公告的那些，剛剛吳醫師提出來的那四個點，其實這些點並不是納在衛福部 110 年的計畫，它其實是納在 109 年的計畫裡頭，所以其實在 110 年我們的遠距計畫，就已經把它納在裡頭了。

吳代表國治

所以繼續寫 109 年就可以了對不對？

呂科長姿曄

好，那這個部分我們會去修正。另外就是有關於剛剛謝院長他有提到說，我們這個計畫的執行成效可能執行率不是那麼高，先補充說

明一下，因為這個計畫，遠距計畫它雖然在 110 年 1 月就已經生效，但是實際上真正來推行，來申請執行的是在 110 年的 3 月，那多數的院所跟施行區域其實它都是在 110 年的 10 月才來申請，所以才會導致看起來我們施行的成效不是那麼地理想。另外剛剛藥師公會的李藥師有提到說，在那個科別藥物限制的部分，這個部分可能要麻煩請看討 4-22，我們的討 4-22 有一個審查原則，這個審查原則其實我們已經有寫，已經有提及說如果涉及特定專科別的診療項目及藥物，在地醫師參採各該專科資格遠距醫師建議後的處方，會視同符合健保給付規定，所以這個部分應該比較沒有問題。另外還有一個是針對這一次開放的這四個科別，在心內跟消化內科其實是在衛生福利部已經提供，現行的遠距計畫已經有提供了，然後在胸腔暨重症以及神經科，其實是參採我們現行 IDS 計畫裡頭，其實已經有部分的醫院已經有提供這樣子的科別，所以我們才把它彙整在一起，然後才來開放這個科別，以上。

主席

理事長。

王代表維昌（黃代表振國代理人）

再簡單報告一下，其實我看到這個遠距醫療真的是很值得長期去探討的題目，那我看到這個地方，我覺得有兩個地方有點重要，像在居家醫療的個案，有時候很需要去會診，那這個沒有會診的機制。第二個是我們照護機構現在有一個機構檢討就醫方案，這個地方也很需要會診，可是這個地方如果能夠把它建立起來，可能也會有很大的一個益處。那再來是說另外一個科別可能是安寧緩和照護，有時候這個個案發生了需求問題的時候，如果有醫院的醫師可以來，專科醫師來給我們做安寧緩和照護的會診，所以我覺得這三個地方是我個人覺得說是不是也可以值得探討？

主席

因為這個計畫我當時聽他們在報告基於兩個概念，一個是科別的

問題的話，因為一開始的時候，我們就有皮膚科、眼科和耳鼻喉科、還有急診，坦白講，我覺得真正有一些病人他需要照顧的，絕對不會只有這幾個科，那個死不了人的，那真的有時候就是剛剛講到一些心臟病或者是一些比較困難的疾病，這是第一個概念，就是遠距醫療在會診的功能。第二個就是場域的問題，因為場域的話，就是剛剛講說，因為有時候在某一個鄉鎮裡面已經有它本身次專科的醫師的話，我們就不希望說這些醫學中心把他們的影響力帶到那個地方去，所以我覺得這個是另外一個考量。所以就是在這整個一個概念裡面，我們有跟醫事司請教一些通訊診療的辦法，因為假設不改的話，其實就很多機構醫療服務就沒有辦法做到。那我請醫事司補充一下通訊診療辦法。

彭專門委員美珍（衛生福利部醫事司）

醫事司補充說明，通訊診察治療辦法經過多次會議，目前正在彙整各意見及修正中，初步共識新增服務對象及相關醫療資源不足地區。請示主席可否補充說明剛剛有委員所說的這一個提案四部分？因為這一次這個提案四有新增的一個是針對醫事司所提出的偏遠地區遠距醫療建置計畫，這個建置計畫我想要補充讓委員了解，我們這個 14 個轉診網絡其實就是依照我們過去國內所有 205 家的責任醫院去彙整分區，把它分成 14 個網絡區域，現在這個計畫是主要它包含了 70 個醫療院所，70 個醫療院所其實其中有 15 家是來協助 51 家針對偏遠地區的急診的部分，我們只限制在急診的會診，也是醫師對醫師。那我們這個計畫在醫事司所補助，只有在硬體的設施，並沒有會診費用。我們建置也是限制在他們這些醫院很缺乏急重症，包含急診、腦中風、心冠疾病還有緊急外傷的遠距醫療的設施而已。所以很希望能夠納入這一個健保遠距醫療的這個給付這些醫院的急診的會診費用。謝謝。

主席

謝謝，不過各位你們看一下 4-25 頁，因為我看這個就是我住虎尾、雲林縣，雲林縣虎尾就在中心你知不知道，相當於就是說雲林縣最熱鬧的地方，醫師最多，不過發現它是納入我們的遠距醫療，雲林縣縣

政府的地方，所以剛剛問了一下，因為三是以前在做遠距醫療的點，所以我覺得是這樣的，大概我之前講的重點是說，可能我們必須要面對這個科別的問題。那第二個是場域的問題，場域事實上因為面對分級醫療怎麼樣讓這個能夠有效，這個案子乾脆就是我們再提出來再檢討一下，我們再整理一下下次再討論好不好？因為就是有一些意見，但是我覺得這個可能也是因為遠距醫療要做，但我們醫師因為不可能每一科都會，像家醫科什麼都會，所以說這個我們自己要去拿捏好不好？好，那我們繼續討論五好不好？你們不要拖到五點。

討論事項

第五案

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」等診療項目案。

主席

謝謝，我想第一個就是鼻胃管留置放很久的問題，那當然這是我們目前復健，還有一些相關的專家會議也討論了一些，我想這一部分的話，我們今天也有請復健科醫學會、耳鼻喉科醫學會還有咀嚼吞嚥障礙醫學學會來，然後我想請三個醫學會先暫時保留一下，我們先聽一下我們的委員有沒有什麼問題要問的，你們再一起回答好不好？來，有人要問嗎，來請。

李代表紹誠

主席，我本身是復健科的，那這個案子之前有討論過兩次，專家學者會議，這裡面大概我個人提出兩個問題，第一個吞嚥的訓練拔除 NG，其實在基層是後面要去 follow up，這個 case 不可能在醫院裡面去 follow up 這個事情，因為它上面有操作型定義，所以在給付項目裡面卻沒有基層的這一部分，這個是不對的。第二個就是拔除 NG tube 在我們復健科來說很多是這種吞嚥訓練，那吞嚥訓練基本上它一定是一個長時間的，不會說今天做了一次，所以我們常常會在拔了 NG tube

吞嚥訓練，還有阻塞之後，我們又得再放回去，那就不符合這個操作型定義了。所以這裡面呢，吞嚥訓練現在目前的給付是掛一次門診申報一次，我希望把吞嚥訓練這一部分納入一個同療的概念，要不然你會增加診察費，然後每一次病人要去掛號，然後再去排等等，所以這個東西就分兩個事情來描述，以上。

主席

好，謝謝。

王代表維昌（黃代表振國代理人）

這個項目其實是真的很好，像我們看到最多這樣的個案是在養護機構，那我們去看的時候就覺得這樣的病人其實是可以拔管的，那為什麼不能拔管？所以說這樣的病人真的是在基層多，如果是放在醫院病人的話有一點困難。其實任何一個，包括居家醫療的醫師，他看到這樣的個案，家庭醫師應該他都有這個責任來幫助這個病人，所以我是覺得這樣的方案，其實是要考慮到整個機構如何去協助他們，現在這個長照其實也在那邊，其實機構的評鑑標準有拔管的這個部分。所以說如果能夠讓主責醫師去參與這個拔管訓練的話，我覺得是很大的一個意義，謝謝。

主席

好，謝謝。

劉代表碧珠

我想問一下就是限制的科別，小兒的那個部分一定要限制小兒神經科嗎？像那種小兒胸腔、小兒腸胃是不是可以參與？我是說有必要分到這麼細嗎？還是用衛福部定義的科別小兒科就可以？

謝代表景祥

這個計畫的立意是很良善啦，但是我是覺得說整個細節需要討論的地方還非常多，我們今天早上開部門會報的時候，他們每個月都要

報，他們上個月拔掉 5 個 NG，那這一些的時候，是一個長期不斷地訓練，所以我在看這個東西的時候，我就不太了解說第一個為什麼要 3 個月，而不是 2 個月，而不是 4 個月？那為什麼有這些科別的限制？再來這邊很重要其實是後面護理，醫師看一次嘛，那每天在他們的是護理，每天在跟他們的是照服員，所以我覺得說這整個的獎勵計畫是立意是很良善，但是好像跟現實的情況有點搭不太起來。所以我是覺得說好像這個應該是有關的專科或護理，或者是長照這一邊的時候，都應該要來再把它更完善一些，不然的話，我是覺得說感覺起來它的這些手段跟我們的目的不是很搭得起來。

主席

好，謝謝，那韓德生主任。

韓德生主任（台灣復健醫學會）

主席好，各位會員大家好。復健醫學會的代表，我是韓德生，我在臺大北護分院，我們主要執行的是復健科業務。

主席

針對他們的問題回答好嗎？因為上一次你們都已經講過了，我說上一次在專家會議就都有很多有討論過，所以才進來這邊，現在如果我們要通過的時候，希望前面這些專家他們能夠了解，所以盡量針對他們的問題點去敘述，請。

韓德生主任（台灣復健醫學會）

關於這個時間上面，我們知道鼻胃管有短期用途跟長期用途，短期用途可能是在急診或者是腸胃炎，給了一個禮拜之後 decompression 用。只要是使用超過一個月就算長期，所以在這個時間點裡面，純然是看財務面上面可以支撐到什麼程度，如果合理地應該是使用 30 天以上有換過管子，就是一個長期使用。國外如果長期使用，一般是打 PEG，不過臺灣沒有這樣的民情，所以理論上，使用 30 天以上有換管子就應該算是長期使用。那長期使用之後，我們如果能夠適當訓練，目前在

醫院體系，我先強調是醫院體系，會有語言治療。那在長照體系這裡面使用量估算，貴署的估算人數可能就要估得更多，因為在這個括弧二裡頭，它是用 4 到 6 個月，還有不再用管子的人數來做一個估算，所以如果把它拉到那種更長期的，就不知道會有多少。不過我要強調：如果長期使用鼻胃管，這長期應該是指超過 30 天以上。

主席

好，謝謝，那我們請耳鼻喉科及外科醫學會朱永祥主任。

朱永祥副秘書長（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

耳鼻喉科醫學會發言，我是副秘書長，我們耳鼻喉科醫學會在這個長期治療的話，還是以頭頸部癌症跟喉部疾病為主，這一方面的病人，年齡群都相對是比較中壯年，所以在癌症治療結束後還有喉部疾病開完刀後，基本上長期鼻胃管放置的機率不是那麼高，然後即使是拿掉以後，他們也沒有比較好的肺活量，它喉部的疾病基本上都還比較不容易長期留置，所以我相信這方面對健保的財務應該衝擊是比較小。

主席

好，謝謝，那我們請吞嚥障礙醫學會葉書銘主任。

葉書銘主任（台灣咀嚼吞嚥障礙醫學會）

我是吞嚥學會代表，博愛醫院復健科，也是博愛醫院吞嚥中心主任。前一次 3 月 30 日專家會議我是有參加的，剛剛復健李紹誠理事長提的問題，我們當時也有提出，就是基層如果在門診執行業務的話，用語言治療申報的點值有點過低，對基層的語言治療師來說，他們就會覺得說付出的勞務跟他們的實際上的申報是不合理的。如果門診要申報吞嚥治療，偏偏那個是一個非同療的項目，患者每次接受治療都要看一次門診，對基層申報是有困難的而且勞民傷財反而浪費。

另外，基層可能會覺得為什麼要限制醫院，我上次來開會的時候

條文就是這樣寫了，我也不是很清楚。只能說在過去的會議裡面強調這個費用主要是獎勵長期困難拔管的，所以說才會限制在放置鼻胃管三個月以上，因為是困難拔管的關係，患者訓練完之後還必須要配合一些檢測，包含吞嚥攝影，就是目前吞嚥檢測黃金標準，還有耳鼻喉科執行的鼻咽內視鏡，這些檢測比方吞嚥攝影很難在基層完成，可能是因為這樣才會將申報的資格限制在地區以上醫院。

因為更之前的會議我沒有參加，我是根據3月30日的會議內容回答剛剛的問題。至於長照跟基層要不要納入，我個人覺得拔除鼻胃管的計畫當然是越多人加入，最後的成果會越好。長照跟基層單位如果要想加入，他們也必須要有實際執行訓練的評估及紀錄，譬如說有語言治療訓練的紀錄，其實拔管是最後的結果，前面的訓練才是重點，不是說昨天患者不能吃，今天就能吃了，其實訓練的過程我覺得才是最重要的。所以如何讓這個過程執行很流暢，治療申報上不會讓一線的人員受委屈，我覺得才是這個案子能不能成功的關鍵。

主席

那個我們的數據跟你們的數據，現在你認為在臺灣多少人是 having on NG tube，就是說等於是比較依賴性的，不是那一種他開完刀在放的，你們的學會裡面估計大概有多少萬人？

葉書銘主任（台灣咀嚼吞嚥障礙醫學學會）

其實我們沒有做正式的估計，那臨床上就像剛剛韓主任講的，其實它有分短期留置跟長期留置，其實如果他能夠放超過3、4個月就算是長期留置，通常它都有一些拔管上的困難，不一定是只有能力上而已，有些是照顧上，因為他如果在機構照顧，管灌就是比較方便，管灌可能2、30分鐘結束，可是餵食可能要1小時，或者是有一些是失智的問題，所以這個問題蠻複雜的。我認為要能夠解除留置鼻胃管過多的現象的話，其實應該從短期留置變成長期留置就是在兩到三個月的時間點，如果患者放了一個多月，家屬也覺得說不好處理了，不想投入心力，也不想去訓練的時候，那患者就很可能變長期留置，所以

目前獎勵拔除長期留置的困難拔管方案，我不知道最後結果會怎麼樣，但我猜測可能會不如預期。

主席

不過我跟各位委員報告，其實事實上這是一個很現實的問題，因為在臺灣他們剛剛跟我講，放 NG tube 這個動作大概有 26 萬人，那裡面有一點申報就是短期的，也有一些人是長期，也就是說這個東西為什麼在立法院上面也一直在做質詢，就有這方面的一個考量，因為畢竟很多次要拔鼻胃管，很容易拔的沒有問題，現在是很困難拔的到底有沒有人要投入這個心力去做這個東西，所以剛剛其實是在講的是沒錯，就是說因為做這些工作，就是說那一些不是只有醫師，包括一些相關的技術員，他付出這樣一個代價在訓練，那可是問題就是在我們健保裡面的這部分我們是不給錢的。

這個跟禮拜六我去新生兒的死亡率的一個討論會裡面也是一樣，就有一些早產兒他生出來的時候，新生兒科醫師要在旁邊 stand by，可是健保就不給付這一塊的。在那邊站三個鐘頭也一樣對不對？那所以說我覺得這個東西有時候的確是因為歷史的共業一直這樣下來，但是我們現在當然就是對一些實務我們會去尋求怎麼去面對問題，所以他們提的這個東西，像上一次在專家會議也是有針對這個東西有討論，那只是大家當然都有一些建議給他們，所以也大概就是這樣才會到我們共擬會議。其實這個東西我想是這樣啦，就是說他要拿到這個錢也不容易，真的要做到成功，那我覺得說因為這個不是只有醫師，像張醫師有提到很多科的醫師會參與到這個，而且這個訓練不是講一下就好，一定要真的有心做，所以我個人是覺得說看你們啦，你們還有沒有什麼意見？因為這個東西事實上這個 budget...

張曉婷醫師（台灣家庭醫學醫學會、台灣老年學暨老年醫學會）

署長不好意思，我是臺北榮總家醫部的張曉婷醫師，是代表家庭醫學會，當然本來這個題目不是我們要參加，但是因為看到這個題目，我覺得因為很多病人是腦中風，或者是說老年衰弱這個都是家醫科的

醫師在照顧，還有呼應一下剛才王理事長，還有洪院長，其實我們很多居家的病人，就是透過我們很努力地照顧，然後轉介到我們的復健科的醫師或者是我們的耳鼻喉科的醫師一起努力，把這個長期留置的鼻胃管 remove 掉，所以我就想說是不是可以開放多一點專科，然後還有基層也可以一起 involve？其實這樣對病人而言都是有幫助的。以上，謝謝。

王代表維昌（黃代表振國代理人）

其實我有居家醫療拔管的經驗，也有機構拔管的經驗，但是居家醫療拔管的經驗，我是照會我們團隊裡面有復健科語言治療師，他到家裡去拔管，那個已經是巴金森症都臥床了，他還能夠成功拔管。那在機構也是一樣，我們就努力去把它拔，在國外其實有一個外展團隊，也就是說不管鼻胃管或尿管都應該要拔，尿管其實比鼻胃管還容易拔，可是就是說照護的人他常常醫院帶了兩條管路回來就不敢拔了。如果說有這個外展，我自己一個人沒有這個能力，我可以照會我團隊裡面譬如說整合醫療裡面的專科醫師去協助，這樣的成功率會高，所以我覺得這個都是要整合照護，可能不是一個醫生來，但是家庭醫師可能要進來，謝謝。

主席

來請。

李代表紹誠

誠如署長剛剛所說的這個錢不是一個 easy money，因為其實很多時候都不願拔是因為他拔了之後，2 天不到就要求再放回去，因為他沒有人力，沒有那個能力去 training，所以家屬你說 dementia 的病人要餵他，搞兩個鐘頭都餵不上一頓飯，那放一個 NG tube 很快的，所以這是國情的問題，所以剛剛誠如署長說立法院的質詢，我們臺灣的 NG tube 是全世界大概放的比例最高的。但是因為這一個東西真的是很難 training，有些大部分的 case，我在護理之家，我在安養院，我外勞就

按時給它 NG tube 就灌進去了，那我一個一個要去餵的時候，是不太可能的。所以這部分的錢不是那麼容易拿，它有一些操作型定義。那這一邊另外一個就是所以基本上是應該醫師，而不是，我看這裡面寫語言治療師也可以決定要不要拔，這個不應該是由技術人員決定他可不可以拔，而是他是一個 trainner，他不是一個決定要不要拔管的人，所以這個語言治療師應該是要拿掉，他只是一個 trainner 而已，以上。

主席

好，來，謝醫師。

謝代表景祥

以我的經驗，剛剛李理事長講得很對，就是我放在護理之家，我都不理他，直接 NG 灌最簡單了，但是這個是良心問題，所以我的護理之家是每個進來的人，每個新進來的人一定要擬計畫說如何拔管，那有些成功、有些失敗，那這一些，但我們盯得很緊，我們才能夠每個月都會有這些人來拔管。那再來的時候，我們會覺得說這一邊來講，它其實重點它不是在吞嚥訓練跟語言訓練，那是他整體的體力，那時候我跟李理事長去日本看他們 PAC，他們是整套的，就不是光做這個東西，病人沒有體力，你光去讓他做語言訓練跟那個吞嚥訓練怎麼可能？所以那邊有很多很簡單地，就是他們在那邊每天，我們看到日本那邊 PAC 的時候，每天就在那邊起立坐下、起立坐下，我們看得很開心地回去，我爸爸 92 歲了，我叫他每天起立坐下 100 下，他開始做得很喘，但是後來他有一天做到了，就很開心跟我講說他做到了，他做到了一天起立坐下 100 下，好不好？所以它是整體體力的一個訓練就對了。所以我是覺得這個計畫是很好，但是裡面還有很多的這些細節可能應該要再修正一下，謝謝。

主席

我想這個案子基本上說實在的就是這個錢難賺，只是我們也只給他一個鼓勵的方向，就是說假如這個東西我們同仁先針對這些意見再

做一個修訂給你們參考那樣好不好？來，朱代表。

朱代表文洋

我認同這個拔管這個計畫，因為事實上很多慢性病人，他在護理之家事實上就很多都可以經由 training 就把它拿掉，如果我們有這個給付的話，相對地可以更增加醫護人員或者是相關醫事人員來做這件事情，我覺得這個是很好的一個給付的一個想法，謝謝。

主席

好，那就先這樣了好不好？紹誠，不要再說了嘛。

李代表紹誠

沒有，我是說如果還要再討論，在後續的時候，就我剛剛提的就是把吞嚥訓練跟同療的概念，而不是門診只來一次的概念。

主席

依婕。

陳科長依婕

我綜整各位代表的意見，因為其實大家面對我們現在目前要推的這個項目，其實屬於獎勵的項目，就是感謝醫療團隊為了拔除困難拔管的病人、拔除鼻胃管的病人的一個獎勵項目，所以才訂有這個 3,000 點。這個項目其實原先在健保裡面，拔管其實我們不會另外給付，所以這個項目其實就是鼓勵性質的，這邊先初步做個說明。那我們這邊訂 3 個月，原因就是我們考量到要針對困難拔管的人，因為他可能在恢復吞嚥訓練這件事情上要額外付出很多很多的努力，而且又有剛剛提到的社會背景的一些因素在、家庭的一些因素在，所以我們才有這樣子的考量。另外剛剛基層這邊有提到說，其實基層的醫師也有能力，基層的團隊也有能力來執行，那這個如果要開放到基層是沒有問題，因為我們在基層也有編新醫療科技的預算，目前看起來其實這個預算應該是足以支應的，我們下一次可以在追蹤辦理情形裡面寫說我們的

健保署試算完以後，對於西醫基層的影響是多少，所以這個可以把它調整到西醫基層適用。

另外剛剛有提到說，就是執行團隊的這一件事情，執行團隊因為當時是考量到我們是獎勵，是感謝負責幫病人做吞嚥訓練或者是吞嚥檢查相關的團隊，所以那個時候才沒有把家醫科醫生列進來，那不是代表家醫科醫生不能夠轉介病人的意思，而是因為我們這個項目，這是健保第一次要做這種鼓勵拔管性質的項目，所以我們才會說，因為他們在過程中為了吞嚥訓練、吞嚥恢復的這件事情付出了很多心力，所以做這樣子的團隊設定。然後另外還有一個，是剛剛有提到同一療程的這件事情，那時候在專家諮詢會議上也有提到，所以大家看到我們在桌上放的討 5-3 頁、5-4 頁的專家諮詢會議的紀錄裡面有講到，在討 5-4 頁有一個括弧四，這是與會的專家有說像吞嚥訓練、吞嚥檢查相關的支付點數相對來說是偏低的，所以有建議我們健保署要去檢討。另外也有提到耳鼻喉科裡面有一個吞嚥治療，希望可以把它改成同一療程的這件事情，我們也有收錄，所以我們會另外另案啟動來做這件事情。那今天的話，主要就是就這個新增成功拔除鼻胃管這個 3,000 點的獎勵來做一個新增。以上是健保署的補充。

主席

好。

黃代表雪玲

補充一下小兒科的胸腔科，因為我們小兒胸腔科，它有可能會造成它肺部呼吸困難，所以要常評估他的營養，是否只列小兒專科就好，不要次分科。

主席

沒關係，這個我其實說實在地，只要認為真的對病人好，錢該花就要花啦。

謝代表景祥

我是建議拿掉醫師科別的限制，而且把基層診所也拉進來。

主席

來。

黃醫師啓嘉（吳代表國治代理人）

現在目前討論的是醫院部門，先不要討論基層好不好？

主席

好，來，所以第三個，經導管肺動脈瓣膜置換術這個東西有沒有意見？

黃代表雪玲

我們現在是覺得科別的問題，就是這裡既然把未滿 51 歲都取消了，表示它的年齡可以放更寬，可是這裡只限兒童心臟內外科，那正常的內外科可不可以加入？

陳科長依婕

我回應一下，因為今天相關的學會沒有來，就這件事情做個補充。因為經導管肺動脈瓣膜置換術主要是針對法洛氏四重症的病人，那這些病人通常都是在很小很小、小 baby 的時候，先天性心臟就有問題，所以當時願意把未滿 50 歲刪掉，就是刪除年齡限制的原因是這些小朋友可能長大了，因為現在醫療科技越來越進步，他們可能可以存活的時間比較長，所以才建議把這群，這個年齡限制給刪掉，但是原則上它還是由兒童心臟內外科的醫師主要在做。

主席

他們認為是他們把他從小照顧到，有，那天他們也有來，因為他們也同意就是說這個是他們小兒科在照顧的病人。

黃代表雪玲

我知道本院是大部分都在兒童的時候就開掉了，這麼大的還是由兒童開，我們外科的醫師是有處理。

陳科長依婕

要不要我們就先這樣通過？然後我們日後如果真的有需要修的時候，我們再來調整。

主席

好，我們先這樣好不好？那我們進入報告一好不好？

黃醫師啓嘉（吳代表國治代理人）

代謝計畫案要先報告。

主席

報告事項報一下而已，不要問就很快。

報告事項

第一案

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版 111 年 7-12 月適用之相對權重統計結果再提會案。

主席

謝謝，依婕科長補充一下。

陳科長依婕

這是我們校正上一次共擬通過的住院護理費和腎臟移植，以及新增診療項目那些項目以後校正完的結果，SPR 會增加 355 點，我們有重新計算權重表，後續會依這個新的權重表預告跟公告，以上。

臨時討論案

第一案

案由：修改全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫。

主席

好，有沒有問題？臨時討論案，那我們再進入這個案子，國健署你們講好了，比較快。

魏副署長璽倫（衛生福利部國民健康署）

主席、健保會代表還有各位醫界代表大家好，健康署這邊報告，這個計畫就是希望基層診所可以針對早期慢性病的個案做一些疾病管理來延緩疾病的進展，達到預防未來資源耗用的目的。就如李署長所說的，感謝上次 3 月 10 日的共擬會議是通過的，但薛次長有指示調整，從三個方向說明，就是增加個案期中追蹤的資料上傳的管理，與針對獎勵院所的條件，另一個是個案的獎勵條件，希望能夠來到強調個案疾病管理的績效導向。昨天下午本署也跟基層的代表、健保署、社保司等等做過討論，依據薛次長的指示修正，因此今天的資料修改的部分是在第 9 頁到第 11 頁的部分。再請大家參考，以上。

主席

好，謝謝。

黃醫師啓嘉（吳代表國治代理人）

我簡單跟所有的代表說明一下，在原計畫裡沒有限制收案人數要多少才能納入獎勵，誠如剛剛所講，這個有可能就是只有一個、兩個，他就參與獎勵，這個基本上在統計是不公平的，所以長官有說至少要有個基本的人數，最後就納入 30 個人，就至少要收到 30 個人才能夠參與獎勵的計算，那我們西醫基層同意。

那本來是要前 75% 都納入獎勵，我們西醫基層覺得這樣優劣之間的差異不大，所以我就說前 50%，而且分兩級，前 25% 一級，前 25 到 50% 再一級，那 50% 以下就不要再獎勵了，因為連前半段都沒進去，再獎勵就很奇怪，所以後來我們達到了共識。

再來有關飯前血糖後面這三項，下面有畫線的地方，它的精神就

是在於我們整個計畫，希望是一個病人參與健康照護的共同決策，同時以病人為中心，而不是一個絕對的標準，也就是說希望在這個計畫裡，是讓醫師跟病人共同討論，要達到什麼樣的目標，讓病人有參與感。另外就是我們希望能夠在這個參與過程中，改變的是一個生活形態，而不是只是一個單純的用藥，這其實是一個前瞻性的想法，那長官的想法我們支持，就是讓病人參與決策，然後不止在藥物上的治療，也有生活形態的改變，都一起參與，這個精神我們相當支持。

另外是國健署希望用它的公務預算來增加一個檳榔的戒除，在這個計畫裡，醫師能夠增加跟病人接觸的一個參與，那我們西醫基層也支持。我覺得長官那天把它退回來，當然在程序上我們西醫基層剛開始是覺得很奇怪，可是長官在做這些改變，跟我們溝通以後，我們對長官的指示都覺得讓這個計畫更加地圓滿，所以我們整個西醫基層是支持的。大概就是這一些修正。

主席

好，因為我看那一天我們健保署也很委屈，就撤回。

黃醫師啓嘉（吳代表國治代理人）

我知道，其實不是你們要撤，但是它讓你們撤。

主席

就是說讓我們提案，我們又撤回，人家問為什麼我們要撤回，我們都不敢講話。不過我想是這樣啦，因為這個東西上次都已經討論很多，那也拜託我們的西醫基層都真的必須要把它做好，而且這個東西我想既然都不是說像錢那麼多，而且也是一個機會，我們要做好，我常在講說其實這個東西你們最清楚怎麼做，那我們就尊重你們，你們就做好，以後讓人家看，不會覺得你們醫生都怎樣。

黃醫師啓嘉（吳代表國治代理人）

是說我們醫生不好。

主席

說你們醫生，所以一定要小心啦好不好？要結束了。

洪代表德仁

上上一次這個會議我有來參加，那我本來結束前，主席您結束前我要講一句話，那個時候沒有時間講，今天讓我講。健保署現在願意幫忙我們國家把國健署的，把長照司的從前端到後端整體健康照顧，擔當行政的協調的給付的這些工作，這個我們國家才有可能做一個完整的健康照護，我們國健署付出了心力，是非常非常地令大家敬佩，而且這個整合是最不容易的，那李署長您帶領的團隊願意來擔當像這樣子的責任，我想我們應該要給李署長還有國健署還有我們各級長官一個非常大的肯定，謝謝。

王代表宏育

大家不要緊張，我沒有要反對，我也沒有稱讚署長，我們看到第 14 頁，因為 14 頁就是我們建檔的欄位，所以我還是要拜託我們健保署是執行單位，這一些欄位看能不能對診所友善一點，就是說我們可能打個身分證號碼進去，很多資料就帶進去了，不用再打名字啦什麼東西啦，因為我們現在防疫很辛苦，所以這個欄位盡量就是比較聰明一點，讓我們省很多事，我要拜託這件事。謝謝。

主席

好，謝謝，回應一下。

洪代表德仁

健保署居家醫療相關的資料帶入就是這樣的情況。

呂科長姿曄

就是在之後如果計畫公告的時候，其實我們會在這一段時間規劃我們的 VPN 的介面，到底要怎麼讓大家都比較友善可以使用，我們會盡量朝這個方向思考，以上。

主席

我想我們國健署最近做了一個最偉大的一個動作，把我們國內一個重量級的人加入戒菸計畫。好，各位還有沒有什麼臨時提案？有沒有？好厲害，五點整結束，好不好？那我們就散會，謝謝。