

「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 次會議紀錄

時間：111 年 3 月 10 日（星期四）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 2 時 30 分後蔡副署長淑鈴代）

紀錄：蔡孟芸

李代表偉強	廖秋燭(代)	蘇代表守毅	蘇守毅
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	林敬修(代)
李代表佳珂	李佳珂	謝代表偉明	黃克忠(代)
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
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	朱世瑋
周代表國旭	周國旭	林代表鳳珠	李承光(代)
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	許美月(代)
朱代表文洋	吳淑芬(代)	杜代表俊元	溫建雄(代)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	黃啓嘉(代)	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	林誓揚(代)	劉代表國隆	劉國隆
黃代表振國	黃振國	陳代表莉茵	陳莉茵
賴代表俊良	賴俊良	江代表銘基	江銘基
洪代表德仁	洪德仁	陳代表志鴻	(請假)
吳代表清源	吳清源		

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、黃瑋絜、黃佩宜
台灣醫院協會	吳亞筑、林佩菽、吳心華、顏正婷、吳昱嫻
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
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	溫建雄
台灣泌尿科醫學會	周詠欽
中華民國重症醫學會	王晨旭
社團法人台灣急診醫學會	黃集仁、陳健驊
台灣麻醉醫學會	鄒美勇、鄭宏煒
中華民國風濕病醫學會	曹彥博
臺北榮民總醫院	曹彥博
台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會	張伯宏
台灣消化系內視鏡醫學會	張天恩
台灣腎臟醫學會	請假
台灣婦產科醫學會	黃建霈
台灣精神醫學會	郭錫卿
台灣兒童青少年精神醫學會	郭錫卿
台灣安寧緩和醫學學會	張賢政、翁益強
台灣安寧緩和護理學會	蘇逸玲
台灣安寧照顧協會	黃銘源
台灣兒科醫學會	邱舜南
社團法人台灣神經罕見疾病學會	劉青山
台灣胸腔暨重症加護醫學會	請假
台灣內科醫學會	林誓揚

台灣居家護理暨服務協會	曾勤媛、邱青萸
中華民國診所協會全國聯合會	陳宏麟、洪才力
台灣醫院整合醫學醫學會	樹金忠、曾家琳
台灣家庭醫學醫學會	曾家琳
台灣老年學暨老年醫學會	詹鼎正
台灣神經學學會	陳兆煒
台灣臨床失智症學會	陳正生
衛生福利部長照司	蕭玉梅
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、邱麗君
衛生福利部醫事司	彭美珍、卓琍萍、莊惠閔、 呂素蘭
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	陳淑華、周雯雯、白其怡
衛生福利部心理及口腔健康司	姚依玲
衛生福利部國民健康署	魏璽倫、李惠蘭
醫藥品查驗中心	張慧如、朱素貞
本署副署長室	蔡淑鈴
本署臺北業務組	蔡美真、陳雅惠、柯玲晶、 黃艾青、呂佳穎、朱沛語
本署北區業務組	利雅萍
本署企劃組	王宗曦
本署醫審及藥材組	張淑雅、簡淑蓮
本署醫務管理組	張禹斌、黃兆杰、游慧真、 韓佩軒、林右鈞、張作貞、 李雨育、呂姿曄、鍾欣穎、 陳依婕、洪于淇、許博淇、 王智廣、劉立麗、黃奕瑄、 蔡金玲、宋宛蓁、陳玫吟、

吳亮穎、劉志鴻、蔡松蒲、
周筱妘、廖韻慈、劉勁梅、
陳逸嫻、崔允馨、高嘉慧、
蔡孟妤、張艾琪、宋思嫻、
林煜翔、詹文成、林煜翔、
蘇明雪

一、主席致詞：略。

二、報告事項：

(一) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫及西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫案（詳附件 1，P12-P42）。

決定：通過，修訂重點如下：

1. 第五章傷科標準作業程序：修改「四診八綱辯證」為「四診八綱辯證（合理學檢查）」，並修改「理筋手法」為「傷科處置：傷科手法〔理筋手法、正骨八法〕、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定等各類傷科處置」。
2. 第五章「中度複雜性傷科一療程第一次」及「高度複雜性傷科一起始次」通則：「中度複雜性傷科療程第二次—第六次」及「高度複雜性傷科後續治療處置」原規範應以一般傷科申報，修改為以一般傷科、一般針灸、電針治療、一般針灸合併一般傷科、電針合併一般傷科申報。
3. 修訂第五章「高度複雜性傷科一起始次」通則：
 - (1) 新增同一院所同一病人申報第二次「高度複雜性傷科一起始次」需為新發生損傷案件並載明發生原因及時間，並加強審查之規範。
 - (2) 新增同一院所對同一病人再次受傷之申報頻率限制。

4. 附表 4.5.2 高度複雜性傷科（多部位損傷）適應症：新增適應症代碼 S96.29、S96.89 及 S96.99，並刪除 M13.0。
 5. 增訂第四章及第五章之針灸及傷科合併輔助治療虛擬醫令（CH01—CH10）以及明訂診療部位。
 6. 修訂第八章特定疾病門診加強照護：
 - (1) 腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷之診療項目申報條件，由「同時執行針灸治療及傷科治療」改為「執行針灸治療或傷科治療」。
 - (2) 修訂腦血管疾病適用範圍 ICD-10-CM 由「G45.0-G46.8 及 I60~I68」修正為「G45.0-G46.8、I60-I68」。
 7. 限「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務計畫及「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」申報第五章及第六章 E13 等 18 項不分療程及後續治療之傷科及針傷合併代碼。
 8. 配合中醫支付標準修訂，調整西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫，腦血管疾病適用範圍，ICD-10-CM 由「G45.0-G46.8 及 I60~I68」修正為「G45.0-G46.8、I60-I68」，另增訂「本計畫同一病人同一診療項目，每日限申報一次」規範。
- (二) 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 支付標準修訂及 3.4 版 111 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。（[詳附件 2，P43-P53](#)）。
- 決定：同意修訂 Tw-DRGs 支付通則有關「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」相關內容，並新增參數計算頻率及校正方式，另將依本次會議通過增修診療項目，重新計算權重後再提下次會議報告。
- (三) 增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各類病床「護理費（第一天）」等診療項目報告案（[詳附件 3，P54-P61](#)）。
- 決定：洽悉，支付標準增修重點如下：

1. 新增各類病床「護理費（第一天）」計 30 項診療項目。
 2. 修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九，同一療程疾病門診診察費規定，同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次，下列情形除外：
 - (1) 癌症放射線治療：每二週得申報一次。
 - (2) 高壓氧治療：每十次得申報一次。
 - (3) 減敏治療：每次得申報。
 3. 調升編號 76020B「腎臟移植」支付點數為 384,183 點。
- (四) 111 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案（詳附件 4，P62）。

決定：同意 80604B「輸卵管剝離術」及 80606B「輸卵管造口術」開放至基層適用，惟原西醫基層支付規範「同時進行不孕症治療，則不予給付」，修改為西醫基層及醫院總額均適用「為進行人工協助生殖技術而執行本項，則不予給付」。

- (五) 新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案。

決定：俟釐清居家護理所、成大醫院與郭綜合醫院、新仁醫院與蕭中正體系之間關係後，再提會報告。

三、討論事項：

- (一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「進階影像導引插管術」等診療項目案（詳附件 5，P63-P71）。

決議：通過，重點如下：

1. 新增 12213B「HLA-B*5801 基因檢測」（2,343 點）、28046B「深部小腸內視鏡」（42,721 點）、47105C 及 47106C「影像導引氣管內管插管術」（2,321 點/1,484 點）、65079B「內視鏡蝶腭動脈結紮術」（6,732 點）、96029C 及 96030C「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法-以影像導引氣管內插管」（7,733 點/6,896 點）共 7 項診療項目。
2. 有關修訂 50023B、50024B「尿路結石體外震波碎石術」放寬離島地區泌尿科專任醫師限制案，台灣泌尿科醫學會考量病人安全及離島醫院病人後送資源之可近性，朝向建議維持原規範，故請醫事司會後與學會討論，提供達成共識後之修訂文

字，再提至下次共擬會議討論。

3. 修訂 58011C「連續性可攜帶式腹膜透析-腹膜透析追蹤處置費」2 項診療項目支付規範。
4. 修訂自然生產、剖腹產及流產通則，將現行規範訂於審查注意事項之剖腹產適應症，改列於通則，另增列「曾因陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管者」及「多胞胎妊娠」等二項適應症。
5. 同意修訂 47031C「氣管內管插管」等 7 項診療項目之支付規範、英文名稱。

(二) 修訂「全民健康保險急診品質提升方案」(詳附件 6，P72-P85)。

決議：通過，重點如下：

1. 急診重大疾病照護品質獎勵：
 - (1) 新增主動脈剝離需緊急開刀，於 4 小時內進入開刀房，且存活出院之個案，獎勵 30,000 點。
 - (2) 新增主動脈剝離需緊急手術相關獎勵項目，原限「地區醫院」2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院之個案，轉入及轉出院所各獎勵 15,000 點，改為所有「醫院」符合前述規範皆可獎勵。
 - (3) 新增申報到院前心跳停止(OHCA)相關獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止(OHCA)病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心上傳資料。
2. 轉診品質獎勵：
 - (1) 新增符合向上轉診或平行轉診之病人，且能於60分鐘內轉出，轉出院所獎勵1,500點。
 - (2) 新增符合本方案急診轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房，獎勵轉出與轉入醫院各5,000點。
3. 急診處置效率：
 - (1) 保留原方案之「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時」每人 5,000 點獎勵，以及「地區醫院急診病人增加獎勵」；刪除其他觀察指標、維持獎等規範。

(2) 新增急性呼吸衰竭於急診緊急插管病人進入加護病房 < 6 小時，每人次 5,000 點獎勵，並依本次會議決議增訂影像導引氣管內管插管之醫令；另新增檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 < 8 小時，每人次 50 點獎勵。

4. 刪除「醫院總獎勵金額須分配適當比例給參與本方案的員工」文字。
5. 附表一「緊急搶救手術或處置」增列 33144B（血管阻塞術-Lipiodol）。
6. 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。

(三) 有關修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案，納入「精神科病人出院後急性後期照護服務」精神並擴大收案條件及照護服務案。（詳附件 7，P86-P96）。

決議：通過，重點如下：

1. 同意擴大收案條件：收案條件增訂「前一年診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者」，以及當年度新診斷病人；排除條件調整為僅排除「精神科慢性病房住院中病患」。
2. 同意新增高風險病人定義「前 1 年曾以主診斷 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25 強制住院者」、「前 1 年因思覺失調症住院 2 次以上者」及「就醫紀錄載有施暴史之病人」。
3. 同意調升發現費及管理照護費、新增發現確診費(650 點)、居家追蹤訪視費(1,500 點/次)及出院後追蹤訪視費(3,000 點/次)限出院後 3 個月內申報 6 次。
4. 出院後追蹤訪視費「須與公共衛生護士共同訪視」，修改為「與衛生局所屬護理人員共同訪視」，另考量本方案係鼓勵病人回歸門診追蹤照護，停止訪視條件刪除「病人轉回門診就醫、社區心理衛生中心或公共衛生體系持續照護者」。
5. 同意修訂方案指標：新增「社區關懷訪視共訪比率」等 5 項指標、刪除「平均每月精神科門診就診次數」指標、調整原「精神科不規則門診比率」為「精神科規則門診比率」。

(四) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章「居家照護」及同部第三章「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（詳附件 8，P97-P105）。

決議：同意支付標準第五部第一章「居家照護」及同部第三章「安寧居家療護」增訂緊急訪視加成 40%-70%，以及提高山地離島醫事人員訪視費用 2 成，並刪除附表 5.1.1 居家護理特殊照護項目表所列 48004C、48005C「深部複雜創傷處理」並修改備註文字。

(五) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第八節住院安寧療護、第五部第三章安寧居家療護及全民健康保險安寧共同照護試辦方案之收案對象範圍案（詳附件 9，P106-P155）。

決議：同意修訂，重點如下：

1. 增列收案對象：

(1) 末期骨髓增生不良症候群(MDS)。

(2) 末期衰弱老人。

(3) 病人自主權利法第 14 條第一項所列臨床條件者：

A. 第二至四款：不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智。

B. 第五款之 12 類疾病。

(4) 罕見或其他疾病預估生命受限者。

2. 參考與會專家意見，末期病人之評估應回歸安寧緩和醫療條例，刪除附表十、「1.由老年醫學/神經或精神醫學等相關專科醫師評估病人為末期」。

(六) 全民健康保險居家醫療照護整合計畫修訂案（詳附件 10，P156-P185）。

決議：

1. 山地離島地區訪視費用調高 2 成。

2. 新增虛擬(行動)健保卡綁定規範及獎勵金。

3. 其他相關規範及文字酌修：

(1) 新增「照護團隊得協助符合開立長照司『居家失能個案家庭

- 醫師照護方案』之收案個案開立『長期照護醫師意見書』」。
- (2)刪除「未完成用藥整合需結案措施」。
- (3)增訂「違規處分醫事人員2年內不得參與本計畫」之規定。
- (4)增訂「照護團隊逾6個月未提供居家醫療照護之病人，應予結案」規範。
- (七)修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整性照護前瞻性支付方式」計畫（詳附件 11，P186-P209）。
- 決議：同意新增「開業執照載有含收住呼吸器依賴個案之一般護理之家或住宿式長照機構」為收案地點，其中「住宿式長照機構」會後請長照司提供完整名稱；並明訂居家審查核減費用標的為「未記載訪視紀錄或記載不全者，予以核扣當日論日計酬醫療費用」。
- (八)全民健康保險遠距醫療給付計畫修訂案。
- 決議：代表建議應擬訂計畫執行資格規範及相關配套措施後，再討論。
- (九)修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」。
- 決議：因時間因素，保留至下次會議討論。
- (十)有關 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）。
- 決議：因時間因素，保留至下次會議討論。
- (十一)新增全民健康保險對象代謝症候群管理計畫（詳附件 12，P210-P224）。
- 決議：通過，重點如下：
1. 新增「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」，訂有收案評估費（900 點／人）、追蹤管理費（200 點／人）、年度評估費（500 點／人）及獎勵費（檢驗檢查上傳率 \geq 50%且品質指標排序前 75%獎勵 10,000 點、40 歲以下具腦血管等疾病且開始追蹤治療獎勵 150 點、照顧個案於 5 項指標任 3 項達標者獎勵 500 點，另本計畫醫師提供戒菸服務由衛生福利部國民健康署（下稱國健署）支付獎勵）。

2. 獎勵費（四）戒菸治療服務相關文字，請國健署提供修訂文字。
（十二）新增「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

四、臨時提案：無。

五、散會：下午 6 時 16 分

第四部 中 醫

第四章 針灸治療處置費

通則：

一、本章治療處置費用均內含材料費。

二、複雜性針灸治療之審查：抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.1、附表 4.4.2 及附表 4.4.3 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

編號	診療項目	支付點數
D01	一般針灸	
	—另開內服藥	227
D02	—未開內服藥	227
	電針治療	
D03	—另開內服藥	227
D04	—未開內服藥	227
D05	中度複雜性針灸	
	—另開內服藥	327
D06	—未開內服藥	327
	註：	
	1. 適應症：	
	(1)附表 4.4.1 所列疾病。	
	(2)無附表 4.4.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。	
	2. 支付規範：	
	(1)須針灸 <u>下列</u> 二個(含)以上部位： 頭頸部、軀幹部或四肢、任兩部位或以上。 <u>頭、頸、前軀幹、後軀幹、背、腰、股、左上肢、左指、左腕、左肘、左上臂、左下臂、左肩、右上肢、右指、右腕、右肘、右上臂、右下臂、右肩、左下肢、左趾、左踝、左膝、左大腿、左小腿、右下肢、右趾、右踝、右膝、右大腿、右小腿。</u>	
	(2)須合併以下任一輔助治療： <u>CH01</u> 拔罐治療、 <u>CH02</u> 刮痧治療、 <u>CH03</u> 熱療(含紅外線治療)、 <u>CH04</u> 電療、 <u>CH05</u> 放血治療、 <u>CH06</u> 艾灸治療或 <u>CH07</u> 眼部特殊針灸。	
	(3)治療時間合計十分鐘以上。	

編號	診療項目	支付點數
D07	高度複雜性針灸 —另開內服藥	427
D08	—未開內服藥	427
	<p>註：</p> <p>1. 適應症：</p> <p>(1)附表 4.4.3 所列疾病。</p> <p>(2)中度複雜性針灸適應症(附表 4.4.1)合併有附表 4.4.2 特殊疾病。</p> <p>2. 支付規範：</p> <p>(1)須針灸<u>下列</u>二個(含)以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。<u>頭、頸、前軀幹、後軀幹、背、腰、股、左上肢、左指、左腕、左肘、左上臂、左下臂、左肩、右上肢、右指、右腕、右肘、右上臂、右下臂、右肩、左下肢、左趾、左踝、左膝、左大腿、左小腿、右下肢、右趾、右踝、右膝、右大腿、右小腿。</u></p> <p>(2)須合併以下任一輔助治療：<u>CH01</u>拔罐治療、<u>CH02</u>刮痧治療、<u>CH03</u>熱療(含紅外線治療)、<u>CH04</u>電療、<u>CH05</u>放血治療、<u>CH06</u>艾灸治療或<u>CH07</u>眼部特殊針灸。</p> <p>(3)治療時間合計二十分鐘以上。</p>	

第五章 傷科治療處置費

通則：

一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

二、本章治療處置費用均內含材料費。

三、複雜性傷科之審查：

(一)病歷記載應依規定書寫，脫臼患者需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折患者需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。

(二)抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2、附表 4.5.1 至表 4.5.4 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

編號	診療項目	支付點數
E01	一般傷科	
	— 另開內服藥	227
E02	— 未開內服藥	227
	註：	
	1. 標準作業程序	
	(1)四診八綱辨證 (<u>含理學檢查</u>)。	
	(2)診斷。	
	(3) 理筋手法 傷科處置： <u>傷科手法 [理筋手法 (推、拿、揉、滾、按等)、正骨八法 (摸、接、端、提、按、摩、推、拿等)]、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定等各類傷科處置。</u>	
	2. 適應症	
	(1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。	
	(2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側韌鞘炎等。	
	(3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩(凝肩)等。	

編號	診療項目	支付點數
	<p>中度複雜性傷科療程第一次</p> <p><u>註通則：</u></p> <p>1. 適應症：</p> <p>(1)附表 4.5.1 所列疾病。</p> <p>(2)無附表 4.5.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。</p> <p>2. 支付規範：</p> <p>(1)須合併以下任一輔助治療：<u>CH01</u>拔罐治療、<u>CH02</u>刮痧治療、<u>CH03</u>熱療(含紅外線治療)、<u>CH04</u>電療、<u>CH08</u>藥薰治療、<u>CH09</u>膏布治療或<u>CH10</u>夾板固定治療。</p> <p>(2)治療時間合計十分鐘以上。</p> <p>(3)療程第二次-第六次以一般傷科(E01、E02)、<u>一般針灸</u>(<u>D01、D02</u>)、<u>電針治療</u>(<u>D03、D04</u>)、<u>一般針灸合併一般傷科</u>(<u>F01、F02</u>)、<u>電針合併一般傷科</u>(<u>F18、F19</u>)申報。</p> <p>(4)<u>不分療程</u>(<u>E13、E14</u>):</p> <p>A. <u>限「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫(案件分類=25、特定治療項目代碼(一)=C6)及「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(案件分類=22、特定治療項目代碼(一)=JR)申報。</u></p> <p>B. <u>前開計畫執行院所申報本項費用時，不得申報「一般傷科(E01、E02)」或「中度複雜性傷科-療程第一次(E03、E04)」。</u></p>	
E03	1. <u>療程第一次</u> —另開內服藥	427
E04	—未開內服藥	427
	2. <u>不分療程</u>	
<u>E13</u>	—另開內服藥	<u>327</u>
<u>E14</u>	—未開內服藥	<u>327</u>

編號	診療項目	支付點數
	<p>高度複雜性傷科一起始次</p> <p>通則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 起始次治療處置：係指該病人受傷部位初次到醫療院所做之治療處置。 2. 後續治療處置以一般傷科(E01、E02)、<u>一般針灸(D01、D02)</u>、<u>電針治療(D03、D04)</u>、<u>一般針灸合併一般傷科(F01、F02)</u>、<u>電針合併一般傷科(F18、F19)</u>申報，但「<u>中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案</u>」之醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫(案件分類=25、特定治療項目代碼(一)=C6)及「<u>全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案</u>」(案件分類=22、特定治療項目代碼(一)=JR)，則按 E13、E14 申報。 3. 須合併以下任一輔助治療：<u>CH01</u>拔罐治療、<u>CH02</u>刮痧治療、<u>CH03</u>熱療(含紅外線治療)、<u>CH04</u>電療、<u>CH08</u>藥薰治療、<u>CH09</u>膏布治療或<u>CH10</u>夾板固定治療。 4. 治療時間合計二十分鐘以上。 5. <u>同一院所同一病人申報第二次「高度複雜性傷科一起始次」需為新發生損傷案件並載明發生原因及時間，並加強審查。</u> 6. <u>同一院所對同一病人再次受傷之申報頻率限制：</u> <ol style="list-style-type: none"> (1)<u>不同部位：每三個月限申報一次。</u> (2)<u>同一部位：每六個月限申報一次。</u> 7. <u>傷科部位：頭、頸、前軀幹、後軀幹、背、腰、股、左上肢、左指、左腕、左肘、左上臂、左下臂、左肩、右上肢、右指、右腕、右肘、右上臂、右下臂、右肩、左下肢、左趾、左踝、左膝、左大腿、左小腿、右下肢、右趾、右踝、右膝、右大腿、右小腿。</u> 	
E05	1. 多部位損傷一起始次 — 另開內服藥	877
E06	— 未開內服藥	877
	註：適應症詳附表 4.5.2。	
	2. 中度複雜性傷科合併特殊疾病一起始次	
E07	— 另開內服藥	877
E08	— 未開內服藥	877
	註：適應症為中度複雜性傷科適應症(附表 4.5.1)且合併有特殊疾病(附表 4.4.2)。	
	3. 脫臼整復復位一起始次	
E09	— 另開內服藥	1177
E10	— 未開內服藥	1177

編號	診療項目	支付點數
E11 E12	註： 1. 適應症詳附表 4.5.3。 2. 起始次定義含再次復位。 4. 骨折復位一起始次 — 另開內服藥 — 未開內服藥 註： 1. 適應症詳附表 4.5.4。 2. 起始次定義含再次接骨。	1277 1277

第六章 針灸合併傷科治療處置費

通則：

- 一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。
- 二、本章各診療項目適用其內含單項針灸或傷科診療項目於第四章、第五章所列各項規範。
- 三、本章治療處置費用均內含材料費。
- 四、不分療程 (F69、F70、F73、F74、F77、F78、F81、F82) 及針灸合併高度複雜性傷科後續治療 (F71、F72、F75、F76、F79、F80、F83、F84) 限「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫(案件分類=25、特定治療項目代碼(一)=C6)及「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(案件分類=22、特定治療項目代碼(一)=JR)申報。

編號	診療項目	支付點數
F01	一般針灸合併一般傷科	
	--另開內服藥	227
F02	--未開內服藥	227
F03	一般針灸合併中度複雜性傷科	
	--療程第一次	427
F04	--療程第二至六次—另開內服藥	227
F05	--療程第二至六次—未開內服藥	227
F69	--不分療程—另開內服藥	327
F70	--不分療程—未開內服藥	327
F06	一般針灸合併高度複雜性傷科(1. 多部位損傷)	
	--起始次	877
F07	--後續治療—另開內服藥	227
F08	--後續治療—未開內服藥	227
F09	一般針灸合併高度複雜性傷科(2. 中度複雜性傷科合併特殊疾病)	
	--起始次	877
F10	--後續治療—另開內服藥	227
F11	--後續治療—未開內服藥	227
F12	一般針灸合併高度複雜性傷科(3. 脫臼)	
	--起始次	1177
F13	--後續治療—另開內服藥	227
F14	--後續治療—未開內服藥	227
F15	一般針灸合併高度複雜性傷科(4. 骨折)	
	--起始次	1277
F16	--後續治療—另開內服藥	227
F17	--後續治療—未開內服藥	227

編號	診療項目	支付點數
	<u>一般針灸合併高度複雜性傷科</u>	
<u>F71</u>	<u>--後續治療—未開內服藥</u>	<u>327</u>
<u>F72</u>	<u>--後續治療—未開內服藥</u>	<u>327</u>
F18	電針合併一般傷科 --另開內服藥	227
F19	--未開內服藥	227
	電針合併中度複雜性傷科	
F20	--療程第一次	427
F21	--療程第二至六次—另開內服藥	227
F22	--療程第二至六次—未開內服藥	227
<u>F73</u>	<u>--不分療程—另開內服藥</u>	<u>327</u>
<u>F74</u>	<u>--不分療程—未開內服藥</u>	<u>327</u>
	電針合併高度複雜性傷科(1. 多部位損傷)	
F23	--起始次處置治療	877
F24	--後續治療—另開內服藥	227
F25	--後續治療—未開內服藥	227
	電針合併高度複雜性傷科(2. 中度複雜性傷科合併特殊疾病)	
F26	--起始次	877
F27	--後續治療—另開內服藥	227
F28	--後續治療—未開內服藥	227
	電針合併高度複雜性傷科(3. 脫臼)	
F29	--起始次	1177
F30	--後續治療—另開內服藥	227
F31	--後續治療—未開內服藥	227
	電針合併高度複雜性傷科(4. 骨折)	
F32	--起始次	1277
F33	--後續治療—另開內服藥	227
F34	--後續治療—未開內服藥	227
	<u>電針合併高度複雜性傷科</u>	<u>327</u>
<u>F75</u>	<u>--後續治療—另開內服藥</u>	<u>327</u>
<u>F76</u>	<u>--後續治療—未開內服藥</u>	<u>327</u>
	中度複雜性針灸合併一般傷科	
F35	--另開內服藥	327
F36	--未開內服藥	327
	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科	
F37	--療程第一次	427

編號	診療項目	支付點數
F38	--療程第二至六次—另開內服藥	327
F39	--療程第二至六次—未開內服藥	327
F77	--不分療程—另開內服藥	327
F78	--不分療程—未開內服藥	327
	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1. 多部位損傷)	
F40	--起始次	877
F41	--後續治療—另開內服藥	327
F42	--後續治療—未開內服藥	327
	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2. 中度複雜性傷科合併特殊疾病)	
F43	--起始次	877
F44	--後續治療—另開內服藥	327
F45	--後續治療—未開內服藥	327
	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3. 脫臼)	
F46	--起始次	1177
F47	--後續治療—另開內服藥	327
F48	--後續治療—未開內服藥	327
	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4. 骨折)	
F49	--起始次	1277
F50	--後續治療—另開內服藥	327
F51	--後續治療—未開內服藥	327
	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科	
F79	--後續治療—另開內服藥	327
F80	--後續治療—未開內服藥	327
	高度複雜性針灸合併一般傷科	
F52	--另開內服藥	427
F53	--未開內服藥	427
	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科	
F54	--療程第一次	427
F55	--療程第二至六次—另開內服藥	427
F56	--療程第二至六次—未開內服藥	427
F81	--不分療程—另開內服藥	427
F82	--不分療程—未開內服藥	427
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1. 多部位損傷)	
F57	--起始次	877
F58	--後續治療—另開內服藥	427
F59	--後續治療—未開內服藥	427
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2. 中度複雜性傷科合併特殊疾病)	

編號	診療項目	支付點數
F60	--起始次	877
F61	--後續治療—另開內服藥	427
F62	--後續治療—未開內服藥	427
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3. 脫臼)	
F63	--起始次	1177
F64	--後續治療—另開內服藥	427
F65	--後續治療—未開內服藥	427
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4. 骨折)	
F66	--起始次	1277
F67	--後續治療—另開內服藥	427
F68	--後續治療—未開內服藥	427
	<u>高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科</u>	
<u>F83</u>	<u>--後續治療—另開內服藥</u>	<u>427</u>
<u>F84</u>	<u>--後續治療—另開內服藥</u>	<u>427</u>

附表 4.5.1 中度複雜性傷科適應症

ICD-10-CM	中文病名
G45、G46	其他腦血管疾病
G54	神經根及神經叢疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
G81	偏癱
G90	自主神經系統疾患
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	腦梗塞
I67	其他腦血管疾病
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M40	脊椎後彎症及脊椎前彎症
M41	脊椎側彎症
M42	脊椎骨軟骨症
M43	其他變形性背部病變
M45	僵直性脊椎炎
M46	其他發炎性脊椎病變
M47	退化性脊椎炎
M48	其他脊椎病變
M50	頸椎椎間盤疾患
M51	胸椎、胸腰椎及腰薦椎椎間盤疾患
M53	其他背部病變，他處未歸類者

ICD-10-CM	中文病名
M62.3	截癱性不動症候群
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
M80	骨質疏鬆症伴有病理性骨折
M87	骨壞死
M88	變形性骨炎 [骨 Paget (氏)病]
M90.5	歸類於他處疾病所致之骨壞死
M90.6	腫瘤疾病引起之變形性骨炎
M95.2	頭部其他後天性變形
M95.3	頸部後天性變形
M95.4	胸部及肋骨之後天性變形
M95.5	骨盆後天性變形
M95.8	肌肉骨骼系統，其他特定之後天性變形
M95.9	肌肉骨骼系統之後天性變形
M96	術中及術後併發症及肌肉骨骼系統疾患，他處未歸類者
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.2、S14.3、 S24.2、S34.2、S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、 S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	胸交感神經系統的損傷、胸、腹部，下背部和骨盆水平神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8- S44.9、S54.0- S54.3、S54.8- S54.9、S64.0- S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷

ICD-10-CM	中文病名
S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、S94.0-S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷

附表 4.5.2 高度複雜性傷科(多部位損傷)適應症

說明：損傷包含鈍傷(挫傷)(Contusion)，表淺損傷(superficial injury)，壓砸傷(Crushing injury)，擦傷(Abrasion)，拉傷(Strain)，扭傷(Sprain)，同時病歷主訴內容，診斷疾病須記載大於(含)兩個損傷部位。

ICD-10-CM	中文病名
M02.39	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
M35.2	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
M13.89	更年期關節炎，多處部位
M13.0	未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位
M12.89	其他明示之關節病變，多處部位
M12.9	未明示之關節病變，多處部位
M24.10	關節軟骨疾患，多處部位
M24.50	關節緊縮，多處部位
M24.60	關節粘連，多處部位
M24.80	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
M24.9	未明示之關節障礙，多處部位
M12.39	復發性風濕，多處部位
M25.50	關節痛，多處部位
M25.60	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
R26.2	行走障礙，多處部位
M25.9	未明示之關節疾患，多處部位
S00.00	頭皮表淺損傷
S00.01	頭皮擦傷
S00.03	頭皮鈍傷
S00.1	眼瞼及眼周圍區域鈍傷
S00.20	眼瞼及眼周圍區域的表淺損傷
S00.21	眼瞼及眼周圍區域擦傷
S00.30	鼻子表淺損傷
S00.31	鼻子擦傷
S00.33	鼻子鈍傷
S00.40	耳表淺損傷
S00.41	耳擦傷
S00.43	耳鈍傷
S00.50	唇及口腔未明示表淺損傷
S00.51	唇及口腔擦傷
S00.53	唇及口腔鈍傷
S00.80	頭部其他部位表淺損傷
S00.81	頭部其他部位擦傷
S00.83	頭部其他部位鈍傷
S00.90	頭部未明示部位表淺損傷

ICD-10-CM	中文病名
S00.91	頭部未明示部位擦傷
S00.93	頭部未明示部位鈍傷
S03.4	下頷扭傷
S03.8	頭部其他關節及韌帶扭傷
S03.9	頭部未明示關節及韌帶扭傷
S05.0	結膜及角膜損傷未伴有異物
S05.1	眼球及眼眶組織鈍傷
S06.31	右側大腦鈍傷及撕裂傷
S06.32	左側大腦挫傷及裂傷
S06.33	大腦挫傷及裂傷，未明示側性
S06.37	小腦挫傷，裂傷及出血
S06.38	腦幹挫傷，裂傷及出血
S07	頭部壓砸傷
S09.10	頭部肌肉及肌腱損傷
S09.11	頭部肌肉及肌腱拉傷
S09.19	頭部肌肉及肌腱其他特定損傷
S09.8	頭部其他特定損傷
S09.9	臉部及頭部損傷
S10.0	咽喉挫傷
S10.11	咽喉擦傷
S10.80	頸部其他特定部位表淺性損傷
S10.81	頸部其他特定部位擦傷
S10.83	頸部其他特定部位挫傷
S10.90	頸部表淺性損傷
S10.91	頸部擦傷
S10.93	頸部挫傷
S13.4	頸椎韌帶扭傷
S13.5	甲狀腺區域扭傷
S13.8	頸部其他部位之關節和韌帶扭傷
S13.9	頸部未明示部位關節和韌帶扭傷
S16.1	頸部肌肉，筋膜和肌腱拉傷
S17	頸部壓砸傷
S19	頸部其他特定及未明示損傷
S20.0	乳房挫傷
S20.11	乳房擦傷
S20.2	胸部挫傷
S20.30	前胸壁表淺性損傷
S20.31	前胸壁擦傷
S20.40	後胸壁表淺性損傷
S20.41	後胸壁擦傷

ICD-10-CM	中文病名
S20.90	胸部表淺性損傷
S20.91	胸部擦傷
S23.3	胸椎韌帶扭傷
S23.4	肋骨及胸骨扭傷
S23.8	胸部其他特定部位扭傷
S23.9	胸部未明示部位扭傷
S29.00	胸部肌肉和肌腱未明示之損傷
S29.01	胸部肌肉和肌腱扭傷
S29.09	胸部肌肉和肌腱其他損傷
S29.8	胸部其他特定損傷
S29.9	胸部未明示損傷
S30.0	下背和骨盆挫傷
S30.1	腹壁挫傷
S30.2	外生殖器官挫傷
S30.3	肛門挫傷
S30.810	下背部和骨盆擦傷
S30.811	腹壁擦傷
S30.91	下背部和骨盆未明示表淺性損傷
S30.92	腹壁未明示表淺性損傷
S33.5	腰(部)脊椎[腰椎]韌帶扭傷及拉傷(勞損)
S33.6	薦髂骨間關節扭傷及拉傷(勞損)
S33.8	腰(部)脊椎[腰椎]與骨盆(腔)其他部位的扭傷及拉傷(勞損)
S33.9	腰(部)脊椎[腰椎]與骨盆(腔)未明示部位的扭傷及拉傷(勞損)
S38.1	腹部、下背部及骨盆壓砸傷
S39.00	腹部、下背部及骨盆肌肉,筋膜及韌帶損傷
S39.01	腹部,下背部及骨盆肌肉、筋膜及韌帶拉傷
S39.09	腹部、下背部及骨盆之肌肉、筋膜及韌帶其他損傷
S40.0	肩膀和上臂挫傷
S40.21	肩膀擦傷
S40.81	上臂擦傷
S40.9	肩膀及上臂表淺性損傷
S43.40	肩關節扭傷
S43.41	喙突肱骨間(韌帶)扭傷
S43.42	旋轉環膜囊扭傷
S43.49	肩關節其他扭傷
S43.5	肩胛峰鎖骨間關節扭傷
S43.6	肩胛峰鎖骨間關節扭傷
S43.8	肩帶其他特定部位扭傷
S43.9	肩帶未明示部位扭傷
S46.00	右側肩部旋轉肌環肌肉和肌腱損傷

ICD-10-CM	中文病名
S46.01	肩部旋轉肌環肌肉和肌腱拉傷
S46.09	肩部旋轉肌環肌肉和肌腱其他損傷
S46.10	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.11	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.19	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S46.20	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.21	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.29	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S46.30	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.31	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.39	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S46.80	手臂肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.81	肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.89	肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.90	肩及上臂區位肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.91	肩及上臂區位未明示肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.99	肩及上臂區位未明示肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S47	肩部和上臂壓砸傷
S50.0	手肘挫傷
S50.1	前臂挫傷
S50.31	手肘擦傷
S50.81	前臂擦傷
S50.9	手肘及前臂表淺性損傷
S53.4	手肘扭傷
S56.00	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱損傷
S56.01	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.09	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.10	前臂區位其他及未明示手指屈肌、筋膜及肌腱損傷
S56.19	前臂區位其他及未明示手指屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.20	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱損傷
S56.21	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.29	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.30	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷
S56.31	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.39	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.40	前臂區位其他及未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷
S56.41	前臂區位未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.49	前臂區位其他及未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.50	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷

ICD-10-CM	中文病名
S56.51	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.59	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.80	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱損傷
S56.81	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S56.89	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S56.90	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S56.91	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S56.99	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S57	手肘及前臂壓砸傷
S60.0	手指挫傷未伴有指甲受損
S60.1	手指挫傷伴有指甲受損
S60.2	腕部及手部挫傷
S60.31	拇指擦傷
S60.41	手指擦傷
S60.51	手部擦傷
S60.81	腕部擦傷
S60.9	腕部、手部及手指表淺性損傷
S63.5	腕部其他及未明示扭傷
S63.6	手指其他及未明示扭傷
S63.8	腕部及手部其他部位扭傷
S63.9	腕部及手部未明示部位扭傷
S66.00	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱損傷
S66.01	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.09	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S66.10	其他及未明手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱損傷
S66.11	其他或未明示手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.19	其他或未明示手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S66.20	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱損傷
S66.21	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.29	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S66.30	其他或未明示手指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱損傷
S66.31	其他或未明示手指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.39	其他及未明示手指腕部及手部區位伸指肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S66.40	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.41	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.49	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S66.50	食指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.51	其他及未明示手指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.59	其他及未明示手指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱其他損傷

ICD-10-CM	中文病名
S66.80	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.81	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.89	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S66.90	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.91	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.99	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S67	腕部、手部及手指壓砸傷
S69	腕部、手部及手指其他及未明示損傷
S70.0	髖部挫傷
S70.1	大腿挫傷
S70.21	髖部擦傷
S70.31	大腿擦傷
S70.34	大腿外部壓傷
S70.9	髖部及大腿表淺性損傷
S73.1	髖部扭傷
S76.00	髖部肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.01	髖部肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.09	髖部肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.10	股四頭肌、筋膜及肌腱損傷
S76.11	股四頭肌、筋膜及肌腱拉傷
S76.19	股四頭肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.20	大腿內收肌、筋膜及肌腱損傷
S76.21	大腿內收肌、筋膜及肌腱拉傷
S76.29	大腿內收肌、筋膜及肌腱其他損傷
S76.30	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.31	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.39	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.80	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.81	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.89	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S76.90	大腿大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.91	大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.99	大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S77	髖部及大腿壓砸傷
S80.0	膝部挫傷
S80.1	小腿挫傷
S80.21	膝部擦傷
S80.81	小腿擦傷
S80.9	膝部及小腿表淺性損傷
S83.4	膝部副韌帶扭傷

ICD-10-CM	中文病名
S83.5	膝部十字韌帶扭傷
S83.6	上脛腓關節面及韌帶扭傷
S83.8	膝部其他特定部位扭傷
S83.9	膝部未明示部位扭傷
S86.00	阿基里斯跟腱損傷
S86.01	阿基里斯跟腱扭傷
S86.09	阿基里斯跟腱其他特定損傷
S86.10	小腿後肌群肌肉及肌腱損傷
S86.11	小腿後肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.19	小腿後肌群其他肌肉及肌腱其他損傷
S86.20	小腿前肌群肌肉及肌腱損傷
S86.21	小腿前肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.29	小腿前肌群肌肉及肌腱其他損傷
S86.30	小腿腓肌群肌肉及肌腱損傷
S86.31	小腿腓肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.39	小腿腓肌群肌肉及肌腱其他損傷
S86.80	小腿其他肌肉及肌腱損傷
S86.81	小腿其他肌肉及肌腱扭傷
S86.89	小腿其他肌肉及肌腱其他損傷
S86.90	小腿未明示肌肉及肌腱損傷
S86.91	小腿未明示肌肉及肌腱扭傷
S86.99	小腿未明示肌肉及肌腱其他損傷
S87	小腿壓砸傷
S90.0	踝部挫傷
S90.1	腳趾挫傷未伴有趾甲損傷
S90.2	腳趾挫傷伴有趾甲損傷
S90.3	足部挫傷
S90.41	腳趾擦傷
S90.51	踝部擦傷
S90.81	足部擦傷
S90.9	踝部，足部及腳趾表淺性損傷
S93.4	踝部拉傷
S93.5	腳趾扭傷
S93.6	足部扭傷
S96.00	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱損傷
S96.01	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱拉傷
S96.09	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱其他損傷
S96.10	踝部及足部區位姆長伸肌和肌腱損傷
S96.11	踝部及足部區位肌腱之姆長伸肌和肌腱扭傷
S96.19	踝部及足部區位姆長伸肌和肌腱其他特定損傷

ICD-10-CM	中文病名
S96.20	踝部及足部區位內在肌和肌腱損傷
S96.21	踝部及足部區位內在肌和肌腱拉傷
S96.29	踝部及足部區位內在肌和肌腱其他特定損傷
S96.80	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱損傷
S96.81	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱拉傷
S96.89	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱其他特定損傷
S96.90	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱損傷
S96.91	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱拉傷
S96.99	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱其他特定損傷
S97	踝部及足部壓砸傷
S99	踝部和足部其他特定損傷

第八章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

- (一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)患者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。
- (二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM：G80)患者。
- (三)腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8 ~~及~~ I60-I68)、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。

二、醫事服務機構及醫事人員均須符合下列條件始得申報本章費用：

- (一)中醫師需接受中醫全聯會辦理之「小兒氣喘疾病門診加強照護」、「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」及「腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護」課程各八小時，並由中醫全聯會於每季季底函送符合教育時數之中醫師新增名單給保險人登錄備查。
- (二)申報本章之中醫醫事服務機構及醫事人員，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

三、每位醫師每月本章節各項疾病照護申報上限為三百人次(合計上限為六百五十人次)，超出上限者費用點數支付為零，另小兒氣喘疾病及小兒腦性麻痺疾病每位患者每週限申報一次、腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護每位患者每月限申報一次。

四、看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。(詳附表 4.8.1)

五、特定疾病門診加強照護不列入診察費及處置費合理量計算。

六、為避免病~~患~~人重複收案，醫事人員收治病入後應於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，已被其他院所收案照護、不符適應症或已達結案條件者，不得收案。另腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷每季至少需於 VPN 填報巴氏量表分數乙次。

七、病~~患~~人經加強照護病程穩定後，應教育病~~患~~人自我照護，改按一般服務提供醫療照護；(1)小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標詳附表 4.8.2 說明。(2) 腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之患者應改按一般服務提供服務。

八、申報本章節之案件，當次不得同時另行申報本標準第四部中醫其他章節之診療項目。(B71 脈診儀檢查費及 B72 舌診儀檢查費及 C05、C06、C07、C08、C09 之藥費及藥品調劑費除外)

編號	診療項目	支付點數
C01	特定疾病門診加強照護處置費—小兒氣喘(含氣霧吸入處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、針灸治療處置費、穴位推拿按摩、穴位敷貼處置費、氣霧吸入處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1500
C02	特定疾病門診加強照護處置費—小兒氣喘(不含氣霧吸入處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、針灸治療處置費、穴位推拿按摩、穴位敷貼處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1400
C03	特定疾病門診加強照護處置費—小兒腦性麻痺(含藥浴處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、頭皮針及體針半刺治療處置費、穴位推拿按摩、督脈及神闕藥灸、藥浴處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1500
C04	特定疾病門診加強照護處置費—小兒腦性麻痺(不含藥浴處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、頭皮針及體針半刺治療處置費、穴位推拿按摩、督脈及神闕藥灸，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1400
C05	特定疾病門診加強照護處置費—腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置一至三次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、 同時 執行針灸治療 或 傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	2000
C06	特定疾病門診加強照護處置費—腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置四至六次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、 同時 執行針灸治療 或 傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	3500
C07	特定疾病門診加強照護處置費—腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置七至九次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、 同時 執行針灸治療 或 傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	5500
C08	特定疾病門診加強照護處置費—腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置十至十二次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、 同時 執行針灸治療 或 傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	7500

編號	診療項目	支付點數
C09	<p>特定疾病門診加強照護處置費—腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置十三次以上)</p> <p>註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及或傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。</p> <p>註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。</p>	9500

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

一、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。

二、目的：

針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。

三、適用範圍：

(一)符合下列任一項適應症，自診斷日起六個月內之住院病人，需中醫輔助醫療協助者：

- 1.腦血管疾病(ICD-10： G45.0-G46.8 ~~癱、~~ I60-I68)。
- 2.顱腦損傷(ICD-10： S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.3-S06.6、S06.8-S06.9)。
- 3.脊髓損傷(ICD-10： S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)。

(二)呼吸困難(ICD-10： J12-J18、J43-J45、J69、J70、J80、J81、J84、J90、J91、J93、J94、J96、J98、J99、P23、P24、P28、R06)之住院病人，當次住院需中醫輔助醫療協助者。

四、預算來源：全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」專款項目下支應。

五、申請資格及退場機制：

(一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。

(二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

(三)退場機制：前一年度結案患者之前測量表完成率低於 90%且後測量表完成率低於 50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，當年度不得承作本計畫。

六、申請程序：

中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

七、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

八、執行方式：

(一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。

(二)療效評估標準：

- 1.腦血管疾病：以美國國家衛生研究院中風評量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。
- 2.顱腦損傷：以巴氏量表(Barthel Index)、改良式創傷嚴重度指標 (Revised Trauma Score, RTS：包含呼吸次數，收縮血壓及 Glasgow 昏迷指數等三項生理指標)做為評估標準。
- 3.脊髓損傷：以美國脊髓損傷協會神經和功能評分(American Spinal Injury Association neurologic and functional score, ASIA score)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。
- 4.呼吸困難：以下列項目做為評估標準。
 - (1)呼吸頻率 (respiratory rate, RR)、心率 (heart rate, HR)、血氧飽和度 (oxygen saturation as measured by pulse oximetry, SpO₂)。
 - (2)巴氏量表(Barthel Index)。
 - (3)依病人狀況進行以下其中一項量表：
 - A.氣喘：氣喘控制測驗 (Asthma Control Test, ACT)。
 - B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表(COPD Assessment Test, CAT)。
 - C.其他：呼吸困難評估量表(Modified Medical Research Council, mMRC)。

(三)本計畫收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)。各項評估量表須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前，登錄於VPN。

(四)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請書之內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，並檢具中醫全聯會所發予之評估結果，向保險人之分區業務組申請計畫變更，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

九、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準如附件二。

(二)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。

十、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

- 1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
- 2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
 - (1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「C8(腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療)」、

「JC(顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」、「JD(脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」及「JQ(呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療)」。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

十一、執行報告：

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，執行報告之內容將做為下年度申請資格審查之依據。

十二、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

十三、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十四、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。

十五、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，~~送健保會備查，並~~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四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫申請表

基	院所名稱		院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷		聯絡電話		
E-mail :					
本	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
資	保險醫事服務機構自評項目		請 V 選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
料	機構章戳				

中醫全聯會審核意見欄 (本欄位由中醫全聯會填寫)	1 <input type="checkbox"/> 審核通過。 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。 4 <input type="checkbox"/> 其他。
	審核委員： _____ 審核日期： 年 月 日

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 給付項目及支付標準

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費項目(P33001)，不受同一療程規定之限制。
- 三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 七、本計畫同一病人同一診療項目，每日限申報一次。

支付標準表

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P33031	針灸治療處置費	400
P33032	電針治療	500

註：P33031、P33032每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生理評估(限腦中風患者適用) (1)美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33054	生理評估(限顱腦損傷患者適用) (1)改良式創傷嚴重度指標(RTS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33055	生理評估(限脊髓損傷患者適用) (1)美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33056	生理評估(限呼吸困難患者適用) (1)呼吸頻率(RR)，心率(HR)，血氧飽和度(SpO2) (2)巴氏量表(Barthel Index) (3)依病人狀況進行以下其中一項量表： A.氣喘：氣喘控制測驗(ACT)。 B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表(CAT)。 C.其他：呼吸困難評估量表(mMRC)。	1,000

註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。

2.P33053、P33054、P33055、P33056生理評估：

(1)須以個案為單位。

(2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。

(3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於VPN。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P33071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P33072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
P33073	中醫輔助醫療檢查費(微循環儀輔助)	500/次
P33074	中醫輔助醫療檢查費(紅外線熱象儀輔助)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)

第一章 Tw-DRGs 支付通則

一、名詞定義

(一)相對權重(Relative Weight, 以下簡稱 RW)：

- 1.計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。
- 2.計算資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
- 3.計算公式：「某 Tw-DRG 平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

(二)標準給付額 (Standardized Payment Rate, 以下簡稱 SPR)：

- 1.計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(三)超過上限臨界點之醫療服務點數、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。
- 2.計算公式：「全國合計點數/全國總權重」並經調整之給付值。
- 3.SPR 係按「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨界點之支付點數占總 Tw-DRG 支付點數之 5.1%原則」計算之「標準給付額」。

(三)病例組合指標(Case Mix Index, 以下簡稱 CMI)：

CMI 值計算公式： $\Sigma(\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}) / \text{DRG 總案件數}$ 。

(四)主要疾病類別 (Major Diagnostic Category, 以下簡稱 MDC)：Tw-

DRG 之主要疾病類別為 PRE MDC、MDC1 至 MDC24，其內容及 Tw-DRG 分類條件如「全民健康保險住院診斷關聯群分類手冊(以下稱 TW-DRG 分類手冊)」。

(五)醫療服務點數上限臨界點：各 Tw-DRG 之上限臨界點，係以「實施前後總點數中平」及「全國超過上限臨界點部分之總支付點數占率為 5.1%」原則計算之各 Tw-DRG 之相同百分位值。

(六)醫療服務點數下限臨界點：各 Tw-DRG 之下限臨界點，以該 Tw-DRG 醫療服務點數之 2.5 百分位值訂定。

(七)醫療服務點數：醫事服務機構依據本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準，申報其所提供醫療服務之點數。

(八)幾何平均住院日：依相對權重計算範圍之資料，計算各 DRG 之幾何平均住院日，病患所需之住院日數應由臨床醫師專業判斷，若病患病情尚未穩定或治癒，各特約醫院不得以此要求病患出院；若經醫師認定應出院者，病患亦不得以此要求繼續住院。

二、各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或除病患同意使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費尚未納入給付特材費用規範管理作業要點」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。

三、下列案件不適用本部支付標準：

(一)主診斷為癌症、性態未明腫瘤案件：

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
癌症	140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、 V58.0、V58.1、V67.1、V67.2	C00.0-C94.32、C94.80-C96.9、 Z51.0、Z51.1、Z51.11、 Z51.12、Z08
性態未明腫瘤	235.XX、236.XX、237.XX、 238.XX	D37-D48、J84.81、C94.4、 C94.6

(二)主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院：

ICD-9-CM	ICD-10-CM
996.8X V42.XX	D89.810-D89.813、T86.00-T86.09、T86.10-T86.19、T86.20- T86.29、T86.30-T86.39、T86.40-T86.49、T86.5、T86.810- T86.819、T86.850-T86.859、T86.90-T86.99、Z94.0-Z94.4、 Z94.6、Z94.81-Z94.84、Z94.89、Z94.9

(三)MDC19、MDC20 之精神科案件。

(四)主或次診斷為愛滋病、凝血因子異常或衛生福利部公告之罕見疾病案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
愛滋病	042	B20
凝血因子異常	286.0-286.3、286.7	D66、D67、D68.1、D68.2、D68.4

(五)計畫型案件。

(六)住院日超過三十日之案件。

(七)使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)之案件。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
39.65	5A15223

(八)住院安寧療護案件。

(九)其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。

(十)使用主動脈內氣球幫浦(IABP)個案。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
37.61	5A02110、5A02210

(十一) 生產有合併植入性胎盤、產後大出血或產後血液凝固缺損之案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
合併植入性胎盤	656.7X、 666.0X、 666.2X、 667.0X、667.1X	O43.011-O43.199 O43.211-O43.239 O43.811-O43.93、O72.0-O72.3、 O73.0- O73.1
產後大出血	666.1X	O72.1
產後血液凝固缺損	666.3X	O72.3

(十二) 複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案，共計十組：

1.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.4+70.77 +70.50	(0UT90ZZ、0UT94ZZ、0UTC0ZZ、0UTC4ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、 0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、 0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、 0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、 0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、 0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、 0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、 0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、 0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

2.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.59+70.77 +70.50	(0UT97ZZ、0UT98ZZ、0UTC7ZZ、0UTC8ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、 0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、 0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、 0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、 0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
	0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、 0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、 0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、 0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

3.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.50+69.22+70.92	(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、 0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、 0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、 0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ) +(0US90ZZ、0US94ZZ) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、 0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、 0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、 0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、 0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、 0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、 0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、 0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、 0UUF8JZ、0UUF8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、 0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、 0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、 0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、 0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、 0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、 0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、 0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、 0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

4.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.79 +69.22+70.92	(0U7G0DZ、0U7G0ZZ、0U7G3DZ、0U7G3ZZ、 0U7G4DZ、0U7G4ZZ、0UMG0ZZ、0UMG4ZZ、 0UNG0ZZ、0UNG3ZZ、0UNG4ZZ、0UQG0ZZ、 0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、 0UQGXZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、 0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0WQN0ZZ、 0WQN3ZZ、0WQN4ZZ、0WQNXZZ) +(0US90ZZ、0US94ZZ) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、 0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、 0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、 0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
	0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

5.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.77 +70.50	(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、 59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

四、參與各項醫療給付改善方案、計畫，依其所訂支付標準申報，不適用本部各章節支付標準。

五、符合本標準第六部「論病例計酬」所訂條件之案件，應依本章通則所訂時程及支付標準優先適用。

六、各案件依全民健康保險住院診斷關聯群分類表認定 Tw-DRG 後，依下列原則計算 Tw-DRG 支付點數：

(一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。

(二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：

1. Tw-DRG 支付定額 = RW × SPR × (1 + 基本診療加成率 + 兒童加成率 + CMI 加成率 + 山地離島地區醫院加成率)。

2.基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與保險人簽定合約之特約類別：

(1)醫學中心：百分之七點一。

(2)區域醫院：百分之六點一。

(3)地區醫院：百分之五。

3.兒童加成率：

(1)MDC15：「年齡未滿六個月者」為百分之二十三；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之九；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十。

(2)非 MDC15。

a.內科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之九十一；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之二十三；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十五。

b.外科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之六十六；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之二十一；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十。

(3)內外科系認定表詳見「TW-DRG 分類手冊」。

4.病例組合指標 Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公布之 CMI 值及下列成數加成。

(1)CMI 值大於 1.1，小於等於 1.2 者，加計百分之一。

(2)CMI 值大於 1.2，小於等於 1.3 者，加計百分之二。

(3)CMI 值大於 1.3，加計百分之三。

(4)各醫院 CMI 值依各醫院全部住院案件(不含精神病患、入住 RCW 及一般病房之呼吸器依賴患者)為基礎計算，由保險人每年年底公布，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。變更負責醫師或權屬別之醫院得向本保險之分區申請同意後比照原醫事機構代號之 CMI 值，資料統計期間後新設立醫院不得申請比照事宜。

5.山地離島地區之醫院加成率：百分之二。

(三)實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

1.年齡未滿十八歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支付。先天性疾病個案係指主診斷如下：

ICD-9-CM	ICD-10-CM
----------	-----------

740.XX~759.XX (不包括 744.43、744.46、744.47、 744.49、750.0、750.12、 750.13、750.21、750.22、 750.23、750.24、750.25、 752.51、752.52、752.69、 757.39)、478.33、389.11、 389.9	Q00.0-Q99.9、E78.71、E78.72、G90.1、 N64.82 (不包括 Q18.1、Q18.2、Q38.0、 Q38.1、Q38.3、Q38.4、Q53.00-Q53.02、 Q53.10-Q53.12、Q53.20-Q53.22、Q53.9、 Q55.22、Q55.5、Q55.61、Q55.63、Q55.69、 Q81.0-Q81.2、Q81.8、Q81.9、Q82.8、 Q82.9)、J38.02、H90.3、H90.41、H90.42、 H91.90-H91.93
---	---

2.非本項第 1 點個案，按第(二)項原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之百分之八十支付，即 Tw-DRG 支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)*80%；實際醫療服點數高於點數上限臨界點，且 TW-DRG 支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以 TW-DRG 支付定額計算；實際醫療服點數高於點數上限臨界點，惟 TW-DRG 支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

(四)一般自動出院或轉院個案，若其住院日數小於「該 Tw-DRG 幾何平均住院日」且實際醫療服務點數介於上下限臨界點範圍內者，依前述(二)公式計算之 Tw-DRG 支付定額，除以該 Tw-DRG 幾何平均住院日數，論日支付。

(五)死亡及病危自動出院個案，依前述(一)至(三)項計算。

(六)下列項目得另行核實申報不含於 DRG 支付點數，其點數亦不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。

- 1.生產 DRG 之權重僅計算當次產婦及一人次新生兒費用，新生兒如為雙胞胎以上得另計一人次新生兒費(多胞胎類推)。
- 2.同次住院期間之安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬 MDC 導入時按其適當 DRG 申報及支付。
- 3.次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用，應符合下列三項要件：

(1) 次診斷為癌症或性態未明腫瘤：

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
癌症	140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、	C00.0-C94.32、C94.80-C96.9
性態未明腫瘤	235.XX、236.XX、237.XX、238.XX	D37-D48、J84.81、C94.4、C94.6

(2) 處置碼包括化療(化療注射劑始需編處置碼)、荷爾蒙注射療法(荷爾蒙注射療法始需編處置碼)或放療：

	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
化療	99.25	3E00X05、3E01305、3E02305、3E03005、3E0300P、3E03305、3E0330P、3E04005、3E0400P、3E04305、3E0430P、3E05005、3E0500P、3E05305、3E0530P、3E06005、

		3E0600P、3E06305、3E0630P、3E09305、3E09705、3E09X05、3E0A305、3E0B305、3E0B705、3E0BX05、3E0C305、3E0C705、3E0CX05、3E0D305、3E0D705、3E0DX05、3E0F305、3E0F705、3E0F805、3E0G305、3E0G705、3E0G805、3E0H305、3E0H705、3E0H805、3E0J305、3E0J705、3E0J805、3E0K305、3E0K705、3E0K805、3E0L305、3E0L705、3E0M305、3E0M705、3E0N305、3E0N705、3E0N805、3E0P305、3E0P705、3E0P805、3E0Q305、3E0Q705、3E0R305、3E0S305、3E0U305、3E0V305、3E0W305、3E0Y305、3E0Y705
荷爾蒙注射療法	99.24	3E013VJ、3E030VJ、3E033VJ、3E040VJ、3E043VJ、3E050VJ、3E053VJ、3E060VJ、3E063VJ
放療	92.2X	詳附表 7.0

- (3) 核實申報項目：化療之核實申報項目為支付標準代碼為 37005B、37025B、37031B~37041B，或個案使用之化療藥品。放療之核實申報項目為支付標準代碼為 36001B~36015B、36018B~36021C、37006B~37019B、37026B、37030B、37046B。

4.使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合下列二項要件：

- (1) 處置碼包含使用呼吸器：

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
96.7X、93.90、93.91、93.99	5A1935Z、5A1945Z、5A1955Z、5A09357、5A09457、5A09557、5A09358、5A09458、5A09558、5A09359、5A0935B、5A0935Z、5A09459、5A0945B、5A0945Z、5A09559、5A0955B、5A0955Z

- (2) 核實申報項目為支付標準代碼為 57001B~57002B、57023B)。

5.施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：

- (1) 處置碼包含洗腎：

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
39.95	5A1D00Z、5A1D60Z

- (2) 核實申報項目為支付標準代碼為 58001C。

6.生物製劑。

7.新增診療項目且無替代既有項目者：本項因無法進行點數差額校正，故自公告實施日期起，得採核實申報，核實申報診療項目及申報期限公布於保險人全球資訊網 Tw-DRGs 支付方案問答輯(2)-支付通則。核實申報診療項目自核實申報迄日之次日起，即應於 DRG 內申報。

(七)使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依前述(一)至(三)、(六)項計算 DRG 支付點數及另行核實申報點數外，得依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。

七、Tw-DRG 導入後申報醫療點數：本章通則六計算所得之 Tw-DRG 支付點數及通則六之(六)得另行申報項目之支付點數。

八、各 MDC 導入時程如下：

時程	DRG 或 MDC
第一階段(九十九年一月一日起)	170 項 DRG(附表 7.2.1)
第二階段(一百零三年七月一日起)	MDC5、8、12、13、14 共 237 項 ^註 DRG(附表 7.2.2)
第三階段	(暫定)2、3、6、7、9、10
第四階段	(暫定)PRE、4、11、17、23、24
第五階段	(暫定)1、15、16、18、21、22

註：安胎相關之六項 DRG (DRG37901、37902、37903、38301、38302、384)、MDC5「循環系統」之十項 DRG(DRG11601、11602、11603、11604、11605、126、12701、12702、47804、47904)、MDC8「肌肉骨骼、肌肉系統及結締組織」之七項 DRG(DRG496、49701、49702、49801、49802、499、500)，第二階段暫不導入。

九、無權重之 Tw-DRG 應核實申報醫療服務點數，附表 7.3 註記※之 Tw-DRG 因個案數小於二十暫採核實申報醫療服務點數；依時程尚未導入之 MDC 案件，核實支付~~，俟導入後，依該年度之調整比率計算實際支付點數。~~

十、各 Tw-DRG 點值計算方式，依全民健康保險會年度總額協商結果辦理。

十一、本部各章節支付標準修訂時，跨月案件依出院日支付標準申報。

十二、若有經公認之新療法，醫事服務機構應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後，先行訂定診療項目，供醫事服務機構適用，俟彙集項目及完整資料後，再依本法第四十一條第一項之程序辦理。

十三、DRG 參數計算方式及頻率：

(一)各 TW-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SPR)，由保險人每~~年年~~年底依前~~一年~~半年醫療服務點數計算，並於次年適用。如附表 7.3。

算一次，每下半年度依前一年度資料計算次年上半年適用參數；每上半年度依前前一年度資料計算當年下半年適用參數，如附表 7.3。例如：110 年下半年及 111 年上半年公告之參數，係以 109 年申報資料計算，並分別於 111 年上、下半年適用。

(二)參數校正：如當年度增修訂支付標準，因無法於前一年申報資料反映出調整後之支付點數，故進行醫療服務點數差額校正，將新舊支付點數之差值點數，加入(或扣除)申報資料之醫療費用點數，並依每年特材價量調查結果之新舊差值點數，校正 DRG 相關參數。

十四、DRG 案件使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費尚未納入給付特材費用規範管理作業要點」之~~自費特材~~「全民健保尚未納入給付特材品項表(下稱品項表)」所列特材，其保險醫事服務機構收費及健保支付方式：

(一)病人同意使用符合~~上述規範之自費特材品項表之特材~~，保險醫事服務機構~~得收取該特材之全額自費~~應依醫療法二十一條規定辦理。

(二)~~DRG 支付點數需扣除自費特材自付品項費用替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由保險醫事服務機構自行併同醫療費用申報。~~如收取自費，保險醫事服務機構於申報 DRG 時，應扣除被品項表特材替代之健保給付特材之支付點數，且應併同醫療費用申報。對照檔請參閱保險人全球資訊網公告之「全民健保尚未納入給付特殊材料品項(自費醫材)與替代健保給付特材品項對照檔」。

(三)併同醫療費用申報資料：品項表(含不給付項目及不符適應症之個案)之品項代碼、單價、數量、收取自費總金額；被替代之~~原~~健保給付特材品項代碼、~~支付~~單價、數量及支付點數。

(四)~~自費品項表~~特材收取之~~自費~~金額，不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。

十五、「TW-DRG 分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址

<http://www.nhi.gov.tw>)下載，其路徑為：首頁 > 健保服務 > 健保醫療費用 > 醫療費用申報與給付 > DRG 支付制度 > DRG 住院診斷關聯群支付制度 > Tw-DRGs 支付標準 > 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs。

第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則

一、Tw-DRG 之診斷及處置代碼，以美國「2014 ICD-10-CM/PCS」版本為基礎。

二、名詞定義

(一)主診斷(Principal Diagnosis)：經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷，住院中產生之併發症或住院中管理不當產生之危害不得為主要診斷。

(二)開刀房手術或處置(Operating Room Procedure)：依「TW-DRG 分類手冊」所列項目認定。

(三)合併症或併發症(Comorbidity & Complication) 之認定條件如「TW-DRG 分類手冊」。

三、除 PRE MDC 外，MDC1 至 MDC24 之各 Tw-DRG，其主診斷須為該 Tw-DRG 所屬 MDC 主診斷範圍，詳如「TW-DRG 分類手冊」。

四、Tw-DRG 之編審依序，以 PRE MDC 優先，其次為 MDC24，再次為 MDC1-MDC23，惟 PRE MDC 中之 Tw-DRG48201、48202、48301、48302 等四項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。

五、在同一 MDC 中 Tw-DRG 之認定順序：

(一)外科系 Tw-DRG

- 1.有 OR PROCEDURE，且 OR PROCEDURE 與主診斷相關之 Tw-DRG。
- 2.有 OR PROCEDURE，但 OR PROCEDURE 與主診斷不相關之 Tw-DRG。

~~3.其他。~~

(二)內科系 Tw-DRG。

(三)前述(一)各點及(二)中，複合條件者較其中單一或部分條件者優先；

其他若出現符合二個以上 Tw-DRG 條件者，Tw-DRG 編審結果得以權重高者申報，若其中任一項無權重者，以該個案點數除以全國平均點數，所得值大於等於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於無權重之 Tw-DRG，若屬二個以上無權重 DRG 者依「TW-DRG 分類手冊」內流程圖順序認定，核實申報費用；所得值小於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於該有權重之 Tw-DRG。

六、MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。

七、正常新生兒照護仍併入生產 DRG 內。

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

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

九、全民健康保險醫療辦法第八條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次~~二~~，下列情形除外：

(一)癌症放射線治療：每二週得申報一次。

(二)高壓氧治療：每十次得申報一次。

(三)減敏治療：每次得申報。

第三節 病房費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03001K	急性一般病床 (床/天)					
03002A	--病房費			v	v	598
03004B			v			532
03077K	-- <u>護理費 (第一天)</u>				<u>y</u>	<u>1027</u>
03078A				<u>y</u>		<u>905</u>
03079B			<u>y</u>			<u>850</u>
03026K	-- <u>護理費 (第二天起)</u>				v	790
03027A				v		696
03029B			v			654
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03005K	經濟病床 (床/天)					
03006A	--病房費				v	336
03008B			v			302
03080K	-- <u>護理費 (第一天)</u>				<u>y</u>	<u>729</u>
03081A				<u>y</u>		<u>644</u>
03082B			<u>y</u>			<u>573</u>
03030K	-- <u>護理費 (第二天起)</u>				v	561
03031A				v		495
03033B			v			441
	註：1. 指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2. 護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03009K	嬰兒病床 (床/天)					
03023A	--病房費			v	v	1187
03024B			v			1083
03083K	-- <u>護理費 (第一天)</u>				<u>y</u>	<u>2844</u>
03084A				<u>y</u>		<u>2594</u>
03085B			<u>y</u>			<u>2426</u>
03034K	-- <u>護理費 (第二天起)</u>				v	2188
03035A				v		1995
03036B			v			1866
	註：1. 指足月出生四個月內或早於三十五週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒(正常新生兒除外)因疾病而需特別觀察治療者，或因早產需要特別養育者，以入住時之年齡判定。 2. 限無家屬照顧，二十四小時由醫護人員照顧者。 3. 本項非兒童加成項目。 4. 非註1之嬰兒住院者，以急性一般病床申報費用。					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03055K	精神急性一般病床(床/天)					
03056A	--病房費			v	v	598
03057B			v	v		532
03086K	--護理費(第一天)				v	1027
03087A				v		905
03088B			v			850
03058K	--護理費(第二天起)				v	790
03059A				v		696
03060B			v			654
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03061K	精神急性經濟病床(床/天)					
03062A	--病房費			v	v	336
03063B			v	v		302
03089K	--護理費(第一天)				v	729
03090A				v		644
03091B			v			573
03064K	--護理費(第二天起)				v	561
03065A				v		495
03066B			v			441
	註：1. 指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2. 護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03067K	慢性病床(床/天)					
03068A	--病房費			v	v	336
03069B			v	v		302
03092K	--護理費(第一天)				v	393
03093A				v		346
03094B			v			270
03070K	--護理費(第二天起)				v	302
03071A				v		266
03072B			v			208
03014A	精神科加護病床(床/天)					
03025B	--病房費			v	v	1305
03095A	--護理費(第一天)		v	v	v	2673
03096B			v			2474
03037A	--護理費(第二天起)			v	v	2056
03039B			v			1903

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
03016B	燒傷病房(床/天)					
	--病房費		v	v	v	1246
03097B	--護理費(第一天)		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1700</u>
03040B	--護理費(第二天起)		v	v	v	1308
03017A	燒傷加護病床(床/天)					
	--病房費			v	v	6495
03098A	--護理費(第一天)			<u>v</u>	<u>v</u>	<u>13298</u>
03041A	--護理費(第二天起)			v	v	10229
	註：1. C. V. P. 處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂點數內，不得另計。 2. 呼吸器、電擊、氧氣及C. V. P. 置入等另按實際使用申報。 3. 適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身20%，兒童大於10%；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身10%，兒童大於5%。 4. 申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮表處理之彩色照片，以備審核。					
03073A	急診觀察床(床/天)					
	--病房費(第一天)			v	v	367
03074B			v			306
03075A	--護理費(第一天)			v	v	439
03076B			v			<u>571</u> 365 <u>475</u>
03018A	--病房費(第二天起)			v	v	167
03019B			v			167
03042A	--護理費(第二天起)			v	v	175
03043B			v			151
	註：1. 急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2. 留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。 3. 僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。 4. 山地離島地區病患因故無法後送而須於衛生所(室)留觀者，依03019B及03074B「病床費」、03043B及03076B「護理費」申報。					
03020B	隔離病床(床/天)					
	1. 普通隔離病床					
	--病房費		v	v	v	960
03101B	--護理費(第一天)		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1593</u>
03044B	--護理費(第二天起)		v	v	v	1225
	2. 正壓隔離病床					
03021B	--病房費		v	v	v	1989
03102B	--護理費(第一天)		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>3301</u>
03045B	--護理費(第二天起)		v	v	v	2539

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
	註：指對免疫缺乏之重症患者，具有保護免於受外界感染源侵犯之特殊設計之病床。					
03051B	3. 負壓隔離病床 --病房費		v	v	v	1989
03103B	-- 護理費 (第一天)		v	v	v	3301
03052B	-- 護理費 (第二天起)		v	v	v	2539
	註：指對患有具傳染性疾病之病人，能夠不讓其病源體散布於社區或醫院內之特殊設計之病床。					
03053B	核醫病床 --病房費		v	v	v	2236
03099B	-- 護理費 (第一天)		v	v	v	2714
03054B	-- 護理費 (第二天起)		v	v	v	2088
	註：限行政院原子能委員會安全檢查及游離幅射測量合格之核醫病床申報					
03022K	骨髓移植隔離病床(床/天) --病房費				v	5337
03100K	-- 護理費 (第一天)				v	10925
03046K	-- 護理費 (第二天起)				v	8404

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支 付 點 數
03010E	加護病床 ICU (床/天)					
	--病房費				v	2852
03011F				v		2406
03012G			v			2406
03104E	--護理費 (第一天)				<u>v</u>	6131
03105F				<u>v</u>		5171
03106G			<u>v</u>			3868
03047E	--護理費 (第二天起)				v	4716
03048F				v		3978
03049G			v			2975
	註：1. 監視器、C. V. P. 處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。 2. 呼吸器、電擊、氧氣、C. V. P. 置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。 3. 使用加護病床患者以下列為限： 1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。 2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。 3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。 4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。 5)危急性不整脈（含心搏暫停後）患者。 6)休克患者。 7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。 8)急性中毒性昏迷患者。 9)肝硬化性肝昏迷患者。 10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。 11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。 12)癲癇重積症患者。 13)急性顱內壓增高危及生命者。 14)急性腦幹病變者。 15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。 16)新生兒黃膽過高需換血者。 17)出生體重低於一千五百公克之極度早產兒。 18)其他危篤重症危及生命者。					

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支 付 點 數
	4. 入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出： 1) 血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量··)。 2) 脫離呼吸器。 3) 病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。 4) 合併症已穩定控制者。 5) 已脫離急性期不需加護醫療照護者。 6) 家屬要求自動出院者。					

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第七節 手術

第十二項 泌尿及男性生殖

一、腎臟 Kidney (76001-76037)

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
76020B	腎臟移植 Renal implantation 註：一般材料費及器官保存液費用，得另加計百分之八十一。		V	V	V	106128 212256

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第七節 手術

六、輸卵管 Oviduct (80603-80608)

註：輸卵管之各項手術均包含單側、雙側，全部或部分之輸卵管，不得重複申報。

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
80604 B C	輸卵管剝離術 Salpingolysis with microscopic <u>註：</u> <u>1. 為進行人工協助生殖技術而執行本項，則不予給付。</u> <u>2. 屬西醫基層總額：</u> <u>(1) 適應症：因輸卵管沾黏而引起的腹部疼痛、腫脹，經保守性治療無效者。</u> <u>(2) 除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>y</u>	v	v	v	6665
80606 B C	輸卵管造口術 Salpingostomy without microscopic <u>註：</u> <u>1. 為進行人工協助生殖技術而執行本項，則不予給付。</u> <u>2. 屬西醫基層總額：</u> <u>(1) 適應症：因輸卵管開口閉合而引起的腹部疼痛、腫脹、水樣分泌過多，經保守性治療無效者。</u> <u>(2) 除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>y</u>	v	v	v	10739

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

第一節 檢查 Laboratory Examination

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-1221~~2~~3)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
12213B	<p><u>HLA-B*5801基因檢測</u> <u>HLA-B 5801 gene typing</u> 註： 1. <u>適應症：新使用Allopurinol 前且符合下列任一條件者：</u> <u>(1)尿酸製造過多之痛風。</u> <u>(2)經促尿酸排泄藥物使用最大耐受劑量後仍無法控制血液尿酸值6mg/dl 以下，需使用Allopurinol者。</u> <u>(3)具促尿酸排泄藥物使用禁忌症，如過敏、腎功能不全、肝功能不全等。</u> <u>(4)具尿酸成分之尿路結石病史。</u> <u>(5)接受化學治療之癌症病患用以預防急性尿酸引起腎病變。</u> 2. <u>已連續使用Allopurinol一個月以上或曾使用Allopurinol累計滿三個月以上者，不予給付。</u> 3. <u>為確保檢測品質，以LDT執行本項檢測，需具衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫。</u> 4. <u>限一生執行一次，若檢測結果為陰性，且一個月內未開立Allopurinol者，不予給付；另檢測後1個月若未將檢測結果上傳，亦不予支付。</u> 5. <u>內含一般材料費及檢測套組比率為百分之七十五。</u></p>		√	√	√	2343

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-280456)

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
28010B	小腸鏡檢查 Enteroscopy <u>註：不得同時申報：28046B。</u>		v	v	v	3375
28046B	深部小腸內視鏡 <u>Deep enteroscopy</u> <u>註：</u> <u>1. 適應症（須符合以下任一條件）：</u> <u>(1)疑似小腸出血(suspected small bowel bleeding)：慢性</u> <u>消化道出血者高度懷疑小腸病變，經一次以上完整胃</u> <u>鏡及大腸內視鏡檢查，仍無法找出出血原因，且持續</u> <u>性貧血或斷斷續續血便或黑便者。急性消化道不明原</u> <u>因出血經一次以上完整胃鏡及大腸內視鏡檢查後，仍</u> <u>無法找出出血原因，且持續有血便或黑便者。</u> <u>(2)小腸克隆氏症之診斷或治療(Small bowel Crohn' s</u> <u>disease)。</u> <u>(3)Celiac disease之診斷或追蹤(Assessment of Celiac</u> <u>disease)。</u> <u>(4)遺傳性腸道息肉症之診斷或治療(Hereditary polyposis</u> <u>syndrome)。</u> <u>(5)影像學上發現小腸病變需病理學上確診或內視鏡治療</u> <u>者。</u> <u>(6)小腸淋巴瘤或其他惡性腫瘤之診斷、治療及追蹤。</u> <u>2. 限住院使用。</u> <u>3. 限消化系內視鏡專科、兒科消化學專科及消化內視鏡外</u> <u>科專科醫師執行。</u> <u>4. 疑似小腸出血者，須檢附胃鏡及大腸內視鏡檢查報告資</u> <u>料。</u> <u>5. 不得同時申報：28010B。</u> <u>6. 內含一般材料費及「小腸內視鏡外套管」比率為百分之</u> <u>四十八。</u>		v	v	v	42721

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~471046)

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
47031C	氣管內管插管 Endotracheal tube insertion 註： 1. 麻醉插管不另支付。 2. 急救插管比照申報。 3. 提升兒童加成項目。 4. 屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數464點申報。 <u>5. 不得同時申報：47105C、47106C。</u>	v	v	v	v	835
47105C	<u>影像導引氣管內管插管術</u> <u>Video-Assisted Endotracheal Intubation</u> <u>—疑似或確診之空氣或飛沫傳染性疾病</u> 註： 1. 適應症： <u>(1)疑似或確診空氣或飛沫傳染法定傳染病、疑似或確診空氣或飛沫傳染其他傳染病。</u> <u>(2)兒童（未滿十九歲）符合下列任一情形：</u> <u>A. 困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。</u> <u>B. 緊急狀況：OHCA、緊急插管(需有會診麻醉科、急診科、胸腔暨重症科或外傷科之會診紀錄)。</u> 2. <u>不得同時申報47031C、47106C。</u> 3. <u>內含一般材料費及「甦醒球」、「單次拋棄式影像喉頭鏡葉片」比率為百分之四十一。</u>	v	v	v	v	<u>2321</u>
47106C	<u>—困難氣道或緊急狀況</u> 註： 1. 適應症： <u>成人（十九歲以上）：</u> <u>(1)困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。</u> <u>(2)緊急狀況：OHCA、緊急插管(需有會診麻醉科、急診科、胸腔暨重症科或外傷科之會診紀錄)。</u> 2. <u>不得同時申報：47031C、47105C。</u>	v	v	v	v	<u>1484</u>

八、耳鼻喉處置 E. N. T. Treatment (54001-54045)

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
54011C	鼻後部鼻流血處理 Complicated epistaxis (Post.) <u>註：不得同時申報：65079B。</u>	v	v	v	v	1130

第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58031)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
58009B	<p>連續性可攜帶式腹膜透析 Continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD</p> <p>1. 初次CAPD病人指導費, CAPD instruction 註: 1. 限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2. 限病人初次腹膜透析申報。 3. 包括病人專門技術訓練, 家屬指導及教材給予。</p>		v	v	v	2847
58010B	<p>2. CAPD病人輸液連接管更換材料費 CAPD single unit P. D. set transfer material fee 註: 1. 包括輸液管組更換準備包、導管管夾、輸液連接管、腹膜透析引流袋。 2. 限術後使用CAPD病人申報。 3. 植管當次四周內以申報一次為原則, 若有特殊阻塞或感染需更換管路者, 得另申報一次, 最多以二次為限。</p> <p>3. 腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy</p>		v	v	v	600
58011C	(1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	v	v	v	v	8675
58017C	<p>(2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis 註: 1. 包括: (1)醫護人員費 (nursing care) 5235點。 (2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。 (3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。 (4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。 2. 每月申報一次。 3. 病人因故中途改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療或入院後未使用者, 則按比率扣除腹膜透析未治療天數費用。 4. 病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療, 費用由住院之院所申報。 5. 申報腹膜透析追蹤處置費應確實追蹤病人治療情形, 病人由門診轉住院治療, 住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所, 告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等, 並於病歷記載。</p>	v	v	v	v	8675
58028C	<p>(3)全自動腹膜透析機相關費用-每日(APD daily fee) 註: 1. 限長期使用全自動腹膜透析治療病人申報。 2. 每日每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理 等費用。</p>	v	v	v	v	67
58012B	<p>4. 連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術。 CAPD, Tenckhoff catheter implantation 註: 1. 限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2. 包含手術費及一般材料費。</p>		v	v	v	4284

第七節 手術

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62072, 63017)

註：本項編號 63017 與「第二項 乳房」為共同項目。

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
62020C	二氧化碳雷射手術 CO2 laser operation 註： <u>1. 屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u> <u>2. 不得同時申報：65079B。</u>	v	v	v	v	3213

第四項 呼吸器 Respiratory System

一、鼻 Nose (65001-65079)

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
65072B	鼻雷射手術 Nasal laser surgery 註： <u>1. 須檢附經藥物治療三個月以上無效之證明。</u> <u>2. 不得同時申報：65079B。</u>		v	v	v	3108
<u>65079B</u>	<u>內視鏡蝶腭動脈結紮術</u> <u>Endoscopic Sphenopalatine Artery Ligation</u> 註： <u>1. 適應症：頑固性的後鼻出血經保守治療(包括觀察、局部加壓、靜脈止血劑滴注及鼻內填塞止血)無效。</u> <u>2. 限耳鼻喉科專科醫師執行。</u> <u>3. 申報費用需檢附保守治療無效之證明、相關影像學報告或照片。</u> <u>4. 不得同時申報：54011C、62020C及65072B。</u> <u>5. 一般材料費，得另加計百分之三。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>6732</u>

第十三項 女性生殖

八、自然生產、剖腹產及流產 Deliverysection、Cesarean & Abortion (81001-81037)

通則：

剖腹產適應症如下（需符合下列任一情況）：

1. Fetal distress（需附胎兒監視器報告）。
2. Failure to progress in active labor（產程進展不良）。
3. APH（placenta previa, abruptio placenta）（產前出血）。
4. Malpresentation（including twin with malpresentation）（胎位不正）。
5. Cord prolapse（臍帶脫垂）。
6. Induction failure（催生失敗者）。
7. Active genital herpes（生殖道疱疹者）。
8. Previous C/S（前次剖腹產）。請註明前次剖腹產之理由，前次為自行要求剖腹產者，如無特殊理由須再度剖腹產者，僅得以自行要求剖腹產項目申報。
9. Previous uterine surgery（先前有子宮手術者）。
10. Vulvar and/or vaginal condyloma acuminata, diffuse（陰部或陰道長尖形濕疣）。
11. Treatable fetal anomalies（e. g. gastroschisis, omphalocele, hydrocephaly）（胎兒先天不正常可治療者）。
12. Preeclampsia（子癩前症）with Uncorrectable severe preeclampsia、HELLP syndrome、Eclampsia。
13. Extremely premature fetus<1500gm（限有有限有 NICU 設備者）（嬰兒體重<1500 公克）。
14. Pelvic deformity（Sequal of poliomyelitis or traffic accident, etc.）（骨盤畸型）。
15. Fetal macrosomia（>4000gm EBW）（胎兒超音波預估體重過重>4000 公克）。
16. Cephalopelvic disproportion（CPD）（胎頭骨盆不對稱）。
17. Obstructive labor（e. g. myoma, ovarian tumor）。
18. Major medical complications（主要內科併發症）。
19. 經診斷為 HIV（+）者。
20. 曾因陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管者。
21. 多胞胎妊娠。
22. 其他特殊適應症，但須詳細說明。

第十七項、視器 Visual System

五、虹膜及睫狀體 Iris & Ciliary body (85801~85823)

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
85823B	青光眼導管置入術 Ahmed Glaucoma tube shunt surgery		v	v	v	9168

第十節 麻醉費 (96000~96030)

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
96020C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 Semi-closed or closed-circulative intratracheal intubation general anesthesia — 未滿二小時 under 2 hours	v	v	v	v	3917
96029C	— 未滿二小時-以影像導引氣管內插管-疑似或確診空氣或飛沫傳染性疾病	v	v	v	v	5155
96030C	— 未滿二小時-以影像導引氣管內插管-困難氣道或緊急狀況	v	v	v	v	4597
96021C	— 二小時至四小時，每增加三十分鐘 2-4 hours, each 30 minutes added	v	v	v	v	895
96022C	— 四小時以上，每增加三十分鐘 over 4 hours, each 30 minutes added	v	v	v	v	1119
	<p>註：</p> <p>1. 限麻醉科專科醫師施行。</p> <p>2. 牙科施行本項目「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉」須符合下列情況：</p> <p>(1) 施行口腔顎面外科開刀房手術。</p> <p>(2) 智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。</p> <p>(3) 兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮，罹患廣泛的牙疾（含阻生齒）且無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。</p> <p>3. 96020C 不得同時申報：96029C、96030C。</p> <p>4. 96029C 適應症：</p> <p>(1) 疑似或確診空氣或飛沫傳染法定傳染病、疑似或確診空氣或飛沫傳染其他傳染病。</p> <p>(2) 兒童（未滿十九歲）符合下列任一情形：</p> <p>A. 困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。</p> <p>B. 緊急狀況：心跳停止及呼吸窘迫之緊急插管。</p> <p>(3) 不得同時申報：96020C、96030C。</p> <p>5. 96030C 適應症：</p> <p>成人（十九歲以上）：</p> <p>(1) 困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。</p> <p>(2) 緊急狀況：心跳停止及呼吸窘迫之緊急插管。</p> <p>(2) 不得同時申報：96020C、96029C。</p>					

全民健康保險急診品質提升方案

101.05.01 第一版公告實施
 102.01.01 第二版公告實施
 104.01.01 第三版公告實施
 104.05.25 第四版公告實施
 105.03.01 第五版公告實施
 108.02.01 第六版公告實施
[111.**.** 第七版公告實施](#)

壹、前言

中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命。~~全民健康保險(以下稱全民健保)亦配合於 99 年 1 月 1 日起調增檢傷分類之急診診察費支付標準，並將夜間急診診察費用加成率由 2 成提高為 5 成，期盼醫院能因而提升急診照護之品質。~~

~~然而，國內多數醫學中心急診壅塞情形仍為外界及媒體關切，又依據全民健保 99 年 4 月至 100 年 3 月急救責任醫院相關統計，檢傷分類第 4 級及第 5 級病患病況較不危急，醫師可於 1 小時以後看診之病人，約占全部之 25%，此類病人應儘速加以紓解；第 1 級至第 3 級病況危急之病人急需住院個案中，仍有 17% 患者未於 6 小時內入住；急診病人滯留超過 24 小時者，檢傷分類第 1 級約占該類檢傷總病人次之 4.16%，又 23 家重度急救責任醫院檢傷分類計有 11 家占率大於 5%；顯示，醫院對於急診人力之安排，適時提供病人住院照護及適切的轉介作業流程未達相當的品質，除急診部門醫事人員工作負荷增加，並因而影響到急重症病患的醫療照護；急診服務品質仍有待進一步研擬改善之需要。~~
為確保急診重大疾病照護品質、落實以品質導向提升急診病人處置效率，全民健康保險(以下稱全民健保)自 101 年起以論質計酬方式，鼓勵醫院重視並提昇急重症照護品質及效率。

依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53% 延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)、[Nicholas\(2020\)](#) 等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4% 上升至 10.7%)。Richardson(2006)、[Adam\(2011\)](#) 等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006) 等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診醫療品質的低落，不僅影響病人的安全，~~更對有限的醫療資源造成一種無形的浪費~~同時也會造成醫療品質的下降。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)~~為已加強宣導輕症病人不要到醫院急診外，並依主管機關有關~~加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本方案，並與醫界協商，以論質計酬方式，期提升急重症照護品質及效能，~~縮短病人在急診室留置之時間~~適切滿足民眾就醫需求，保障全體國民生命安全與健康。

貳、目標

- 一、確保重大疾病照護品質。
- 二、落實品質導向轉診制度。
- 三、提升急診病人處置效率。

參、經費來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「急診品質提升方案」專款項目。

肆、參與資格：須為全民健保特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。

伍、計畫構面

一、急診重大疾病照護品質：

針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症惠及到院前心跳停止及主動脈剝離需緊急開刀病人，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵

(一)急性心肌梗塞：

主診斷碼(ICD-10-CM，以下同)為：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9之病患，從進入急診後經檢查適合者，於90分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為33076B至33078B經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to ~~balloon~~ wire time < 90 min)。

(二)重大外傷：

1. 符合下列主診斷碼，ISS \geq 16之急診病人，從進入急診後2或4小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

主診斷碼：

(1)T07

(2)S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-

S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79(前述第7位碼皆須為"A")

(3)S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92(前述第7位碼皆須為"A"或"B")

(4)S52、S72、S82(前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C")

2. 體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼，從進入急診後2或4小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

主診斷碼：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA

(三)嚴重敗血症：

主診斷或次診斷碼如下所列，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後3小時內給與予第一劑抗生素及6小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報：09059B 乳酸檢查(或09135B 乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成13016B及「13001C至13026C中之任

1 項」細菌學及黴菌檢查之個案。

主診斷或次診斷碼：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、
A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、
A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、
A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、
R57.8、R65.21

(四)到院前心跳停止(OHCA)：

1. 主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。
2. 申報本項 OHCA 獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止 (OHCA) 病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心 (E.M.R. Exchange Center, EEC) 上傳資料。

(五)到院前心跳停止(OHCA)且轉院治療：

1. 主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。
2. 申報本項 OHCA 獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止 (OHCA) 病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心 (E.M.R. Exchange Center, EEC) 上傳資料。

(六)主動脈剝離需緊急開刀：

主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.8、I71.5，需緊急手術者，於 4 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

(七)主動脈剝離需緊急開刀且轉院治療：

主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.8、I71.5，需緊急手術者，於醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

二、轉診品質：

為強化急診室重症病患上轉及穩定病患下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，使各急救責任醫院能各司其職，於第一時間依其能力完成病患醫療處置。

(一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、嚴重敗血症等(詳附表二)。

(二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有

效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任院或同層級或下一層級之醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等(詳附表三)。

(三)轉診作業

1. 醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。
2. 轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。
3. 轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。

(四)獎勵方式：

1. 符合向上轉診或平行轉診之病人，~~每個案獎勵 1,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。~~可申報之獎勵如下：

(1)轉出醫院以下列 3 項獎勵，擇一支付：

- A. 每個案獎勵 500 點。
- B. 能於 60 分鐘內轉出，每個案獎勵 1,500 點。
- C. 符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點，由保險人每季勾稽轉入醫院申報資料後，統一進行差額補付。

(2)轉入醫院以下列 2 項獎勵，擇一支付：

- A. 每個案獎勵 500 點。
- B. 符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。由轉入醫院以代碼 P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」或 P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，且住診申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。

2. 符合向下轉診之病人，可申報之獎勵如下：

(1) 每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

(2) 自醫學中心下轉之病患，得另申報以下費用：

A. 轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心標準支付，其差額以「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」另行申報：區域醫院支付代碼 P4609B，地區醫院支付代碼 P4610B)。

B. 轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費(支付代碼 P4611B)」，每次支付 1,000 點，每次住院最多申報 3 次。

三、急診處置效率

本項係以各項~~效率~~指標結果進行為基礎加以比較獎勵，藉以提升急診處置效率，舒緩急診的壅塞提升急診病人照護品質。

~~(一)觀察指標：~~

~~1. 非外傷病人檢傷分類各級住院比率~~

~~定——義：大於等於18歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)~~

~~計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率~~

~~計算方式：分子：大於等於18歲非外傷該級住院人次~~

~~分母：大於等於18歲非外傷該級病人次~~

~~(大於等於18歲非外傷該級住院人次 / 大於等於18歲非外傷該級病人次) * 100%~~

~~2. 外傷病人檢傷分類各級住院比率~~

~~定——義：處置碼介於48001C-48035C之外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)~~

~~計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率~~

~~計算方式：分子：外傷病人該級住院人次~~

~~分母：外傷病人該級病人次~~

~~(外傷病人該級住院人次 / 外傷病人該級病人次) * 100%~~

~~3. 兒科病人檢傷分類各級住院比率~~

~~定——義：小於18歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)~~

~~計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率~~

~~計算方式：分子：小於18歲非外傷病人該級住院人次~~

~~分母：小於18歲非外傷病人該級病人次~~

~~(小於18歲非外傷病人各級住院人次 / 小於18歲非外傷病人各級病人次) * 100%~~

~~(二)壅塞指標：急診病人停留超過24小時之比率~~

~~計算基準：病人到院時間-病人離院或住院時間~~

~~計算方式：分子：急診病人停留超過24小時病人次~~

~~分母：所有急診病人次~~

~~(急診停留超過24小時病人次/所有急診病人次) * 100%~~

~~(三)效率指標~~

~~3.1 完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6小時之人次~~

~~計算基準：完成急診重大疾病照護病人轉入加護病房時間-其到達急診時間<6小時~~

~~計算方式：完成急診重大疾病照護於六小時內轉入加護病房病人次~~

(一) 完成急性呼吸衰竭於急診緊急插管(門診案件分類為 02，插管代碼為 47031C、47105C、47106C) 之病人進入加護病房<6小時，或完成急診重大疾病照護之病人進入加護病房<6小時：每人次給予 5,000 點獎勵。倘同時符合緊急插管及重大疾病之案件，以重大疾病計算。

~~3.2~~

(二) 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率：每人次給予 50 點獎勵。

~~計算基準：病人轉入同一家醫院病房時間-病人到達急診時間<8小時~~

~~計算方式：分子：檢傷一、二、三級病人8小時內住院人次~~

~~分母：檢傷一、二、三級病人住院人次~~

~~(檢傷一、二、三級8小時內住院人次/檢傷一、二、三級病人住院人次)*100%~~

~~3.3 檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率~~

~~計算基準：病人離院時間-病人到達急診時間<4小時~~

~~計算方式：分子：檢傷四、五級病人4小時內出院人次~~

~~分母：檢傷四、五級病人出院人次~~

~~(檢傷四、五級病人4小時內出院人次/檢傷四、五級病人出院人次)*100%~~

~~3.4~~

(三) 地區醫院急診病人增加：

1. 計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算

2. 計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次

(四) 急診處置效率獎勵方式

~~1. 維持獎：壅塞指標小於或等於1%，且當年度轉出比率低於同級醫院之50百分位之醫院，若當年度效率指標3.2及3.3，均維持在同級醫院前25百分位，給予20點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數獎勵，若單項指標達到，則給予1/2獎勵。~~

~~2. 進步獎：~~

~~(1) 壅塞指標大於1%之醫院：~~

~~A. 效率指標3.2及3.3較前一年度進步8%以上：二項指標均達到者，每一醫院獎勵10點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到，則給予1/2獎勵。~~

~~B. 效率指標3.2及3.3較前一年度進步10%以上：二項指標達到者，每一醫院獎勵30點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到，則給予1/2獎勵。~~

~~(2) 效率指標3.4~~

3. 地區醫院當年急診人次較上年增加

每增加1人次支給500點獎勵。針對新成立之地區醫院，急診增加人次採下列方式計算：

A. (1) 有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。

B. (2) 無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」，乘以「無基期月份數」。

~~3. 效率指標3.1(完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6小時)：每人支給5,000點獎勵。~~

四、補助急診專科醫師人力

(一) 補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務：

1.同體系醫院間（含委託經營）之支援不予補助，包括：

同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。

2.補助方式：

(1)以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人每月補助上限3萬點。

(2)支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每15班算1人次(1班至少8小時)。支援不足1人次則依班次比例核算。

(3)派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。

3.支援規定：

支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。

(二)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

1.補助方式：

當年度地區醫院每增聘1名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助3萬點。

2.增聘急診專科醫師人數計算方式：

(1)該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均執業登記急診專科醫師人數相比較。

以104年為例：【104年每月10日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12個月】減【103年每月10日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12個月】

(2)增聘醫師未滿1人則依比例核算。

(三)前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為1,800,000點，超過點數不予補助。

(四)本補助不適用對象：

- 1.「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。
- 2.「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。
- 3.衛生福利部醫事司「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。

(五)地區醫院醫療利用監測指標：

1.接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量：

(1)指標定義：

當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每位醫師每月急診申報件數。

(2)目標值：大於去年同期值。

2. 接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率：

(1) 指標定義：

分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回轉醫學中心、區域醫院之急診件數。

分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。

(2) 目標值：不超過3%。

陸、醫療費用申報、支付及審查

一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵申報規定如下

(一)急診重大疾病照護品質方面：採每月申報，醫令類別為「2」。

1. 第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」申報，支付點數 6,000 點。
2. 第二項重大外傷疾病完成照護個案：進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者，以代碼 P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」申報，支付點數 10,000 點；進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者以代碼 P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」申報，支付點數 2,000 點。(兩者擇一申報)
3. 第三項嚴重敗血症疾病完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數 2,000 點。
4. 第四項 OHCA 完成照護個案：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 30,000 點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 10,000 點(兩者擇一申報)
5. 第五項 OHCA 且轉院治療完成照護個案：
 - (1)轉出院所：以代碼P4616B「OHCA轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報G，支付點數填報0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及VPN登錄內容進行勾稽後，依病患出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。
 - (2)轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼P4617B「OHCA轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數15,000點；存活出院者以代碼P4618B「OHCA轉入院所照護獎勵_存活出院」申報，支付點數5,000點。P4617B及P4618B兩者不得同時申報，且住診申報格式d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。
6. 第六項主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案：進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置，且存活出院者，以代碼 P4621B「主動脈剝離照護獎勵」申報，支付點數 30,000 點。
7. 第七項主動脈剝離需緊急開刀經轉院治療且存活出院個案：
 - (1)轉出院所：2小時內轉出者，以代碼P4622B「主動脈剝離轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報G，支付點數填報0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及VPN登錄

內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補付費用15,000點。
(2)轉入院所：2小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置且存活出院者，以代碼P4623B「主動脈剝離轉入院所照護獎勵」申報，住診申報格式d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號，支付點數15,000點。

(二)轉診品質獎勵方面：

1. 上轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。

(1) 轉出醫院

- A. 以代碼P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數500點。
- B. 於60分鐘內轉出者，以代碼P4624B「急診上轉轉出醫院30分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數1,500點。
- C. 符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第A、B項獎勵，補付獎勵差額。

(2) 接受轉診醫院：

- A. 以代碼P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數500點。
- B. 符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

2. 下轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。

- (1) 轉出醫院：以代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點。
- (2) 接受轉診醫院：以代碼 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4609B-P4610B「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」。

3. 平轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。

(1) 轉出醫院：

- A. 以代碼P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數500點。
- B. 於60分鐘內轉出者，以代碼P4625B「急診平轉轉出醫院30分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數1,500點。
- C. 符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第A、B項獎勵，補付獎勵差額。

(2) 接受轉診醫院：

- A. 以代碼P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數500點。
B. 符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

- 二、年度結束後4月底前，辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。本方案各項獎勵以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。
- 三、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
- 四、經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。
- 五、未達醫學中心評鑑基準急診48小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。

柒、品質資訊之登錄

- 一、參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之VPN登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統 <https://10.253.253.243/iwpc0000/iwpc0000s01.aspx>），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。
- 二、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統VPN中。
- 三、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過1次。

捌、資訊之分享與公開

- 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。
- 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。
- 三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。

玖、訂定與修正程序

本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附表一、緊急搶救手術或處置

健保碼	手術名稱
33075B	血管阻塞術
33144B	血管阻塞術-Lipiodol
64197C	肌腱切開或筋膜切開
64158B	斷肢再接手術
69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植
64237C	骨骼外固定器裝置術
67013B	氣管支氣管傷修補術
67002B	開胸探查術
67010B	肺單元切除術
67011B	肺楔狀或部分切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67023B	一葉肺葉切除
67024B	肺全切除術
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立
68006B	探查性開心術
68005B	心臟縫補術
68001B	探查性心包膜切開術
69009B	動脈縫合
75007B	縫肝術(肝損傷縫合,小於5公分)
75009B	縫肝術(複雜肝損傷之縫合或大於5公分)
75805B	剖腹探查術
83036C	硬腦膜外血腫清除術
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術
83039B	腦內血腫清除術
73010B	小腸切除術加吻合術
71206B	食道切除再造術
72014B	胃空腸造口吻合術
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
74206B	Hartmann 氏直腸手術
70001B	脾臟切除術
70002B	脾臟修補術
83080B	顱內壓監視置入
64022B至64024B	四肢切斷術
48014C-48017C、 48029B-48030B	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒 膿瘍之處理及換藥)

附表二、向上轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
急性心肌梗塞	I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9
急性腦中風	I63-I66
主動脈剝離	I71.00-I71.02
食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 K70.0、K70.10、K70.11、K70.2、K70.30、K70.31、K70.40、K70.41、K70.9、K73.0、K73.1、K73.2、K73.8、K73.9、K74.0、K74.1、K74.2、K74.3、K74.4、K74.5、K74.60、K74.69、K75.4、K75.81、K76.0、K76.89、K76.9；或門脈高壓 K76.6，且次診斷為 I85.11。
敗血症	A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21
重大外傷	1.T07 2.S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第7位碼皆須為"A"） 3.S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92（前述第7位碼皆須為"A"或"B"） 4.S52、S72、S82（前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C"）
體表面積 >20% 之重大燒傷	T31.20-T31.99、T32.20~T32.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T26.00XA~T26.92XA

附表三、向下轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
胃腸道出血	K92.2
大量腸胃道出血	K25.0-K25.2、K31.82、K26.0-K26.2、K27.0-K27.2
腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	K80.00、K80.01、K80.11-K80.13、K80.18-K80.21、K80.30-K80.37、K80.40-K80.47、K80.50、K80.51、K80.60-K80.67、K80.70、K80.71、K80.80、K80.81、K81.0-K81.2、K81.9、K82.0-K82.4、K82.8、K82.9
膽管炎	K74.3、K80.3、K83.0
急性胰臟炎	K85
肺炎	J18.9
慢性氣道阻塞	J44
其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02-L03、L98.3
充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9
發燒	R50.9
泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、N36.8、N39、N13.9、R31
腎盂腎炎	N12
慢性腎衰竭	N18.4、N18.5、N18.6
肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69
肝性昏迷	K72.91

附表四

全民健康保險急診品質方案 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、基本資料

1. 院所代碼、2.病人 ID、3.出生日期、4.進入急診時間(年月日時分)

二、急診重大疾病照護品質必登欄位

1.急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至 33078B 任一項)、開始執行時間。

2.重大外傷(共 3 欄)：ISS 量表分數、治療項目醫令代碼(詳附表一任一項)、開始執行時間。

3.嚴重敗血症(共 11 欄)：收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下

(1) 抗生素藥品代碼、給藥時間

(2) 09059B 或 09135B、開始執行時間

(3) 13016B、開始執行時間

(4) 13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間

4. OHCA(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

5. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄)：轉院前心跳數。

6. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

三、轉診獎勵品質必登欄位

1.轉出醫院：轉出時間、轉出醫院代號

2.接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號

四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位

1.費用年月、2.接受支援(地區)醫院業務組別、3.接受支援(地區)醫院名稱、4.接受支援(地區)醫院代號、5.支援醫師 ID、6.支援醫師姓名、7.派出支援醫院代號、8.派出支援醫院名稱、9.支援班次數、10.支援開始時間(年月日時分)、11.支援結束時間(年月日時分)。

全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案(草案)

111.XX.XX 第六版修訂草案

壹、計畫目的:

- 一、鼓勵醫療院所將財務誘因由量之競爭，逐步轉化為醫療品質之提升。
- 二、鼓勵醫師發掘病人，主動積極介入治療，使思覺失調症患者能固定規則接受治療，提高病患治療之依從性。
- 三、促使醫療院所提高思覺失調症疾病之醫療照護品質，以提昇病患之生活功能與品質、降低社會成本。

~~貳、計畫目標:醫療照護品質指標項目三年進步率總體達10%。~~

貳、收案對象:

- 一、領有重大傷病卡之思覺失調症(~~疾病診斷碼為 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25~~)或前一年診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者(主診斷碼皆為 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25)：

(一) 固定就醫病人：

1. 定義：病人前一年於精神科拿藥 ≥ 8 次，且於特定醫療院所之精神科就醫次數，大於其全年精神科就醫次數 60%。
2. 收案方式：由全民健康保險保險人（以下稱保險人）分區業務組定期產製名單交給該特定醫療院所收案。

(二) 未固定就醫病人：病人前一年於精神科就醫次數(含門住診)未明顯集中於某特定醫療院所(即固定就醫以外及久未就醫以外之病人)。

(三) 久未就醫病人：病人前一年連續六個月以上無精神科就醫(含門住診)資料者。

二、新診斷病人：當年度新診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者(主診斷碼皆為 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25)。

三、~~排除條件：~~

~~(一)精神科慢性病房住院中病人。~~

~~(二)同時領有2(含)張以上不同疾病之重大傷病卡者。~~

~~肆、收案標準：~~

~~一、固定就醫病人：~~

~~(一) 定義：病患前一年於精神科拿藥 ≥ 8 次，且於特定醫療院所之精神科就醫次數，大於其全年精神科就醫次數 60%。~~

~~(二) 收案方式：由全民健康保險保險人（以下稱保險人）分區業務組定期產製名單交給該特定醫療院所收案。~~

~~二、未固定就醫病人：~~

~~(一) 定義：病患前一年於精神科就醫次數(含門住診)未明顯集中於某特定醫療院所(即固定就醫以外及久未就醫以外之病人)。~~

~~(二) 收案方式：由保險人分區業務組定期產製名單交參與本方案醫療院所收案。~~

~~三、久未就醫病人：~~

~~(一) 定義：病患前一年連續六個月以上無精神科就醫(含門住診)資料者。~~

~~(二) 收案方式：由保險人分區業務組定期產製名單交參與本方案醫療院所收案。~~

參、 結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

一、死亡。

二、入監服刑。

三、失聯 26 個月以上(~~連續 2 個月未於收案醫療院所就診者~~)。

四、因轉診結案。

肆、 費用支付方式：

一、 確認收案人數

(一) 固定就醫病人：由參與本方案院所於年度開始前，與保險人分區業務組確認應收案名單；除有正當理由外，需全數收案，不得選擇病患，收案率需 $\geq 80\%$ 。收案院所應按月上傳新收案名單。

(二) 未固定就醫、久未就醫、新診斷病人：收案院所應按月上傳新收案名單。

(三) 個案收案月數之計算，收、結案當月均納入計算。

二、 病人群組風險校正：

(一) 高風險病人(high risk patient, HRP)：(符合下列定義之一者)

1. 定義：

(1) 病患人前 1 年曾因下列情形，門、住診就醫次數合計大於 3 次（不含切帳）者：

~~(1)~~A.以主診斷 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25 入住急性病房者。

~~(2)~~B.或以損傷(含自殺)及中毒(ICD-9-CM：800-999、E_CODE；ICD-10-CM：S00-T88、V00-Y99)於門、住診就醫者。

(2) 前 1 年曾以主診斷 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25 強制住院者(案件分類 B1：精神病嚴重病人送醫及住院案件)。

(3) 前一年因思覺失調症住院 2 次以上者。

(4) 就醫紀錄載有施暴史之病人。

2. 支付相對風險權值(relative risk)：1.5。

(二) 一般病人(general patient, GP)：

1. 定義：非屬高風險病人。

2. 支付相對風險權值(relative risk)：1。

三、費用核付：

~~(一)~~(一)發現費：為鼓勵早期介入，早期治療，以避免發病或減緩發病之嚴重度，且能輔導未規則就醫者積極尋求醫療協助，收案對象屬未固定就醫或久未就醫者，每一個案增加支付發現費 ~~500~~650 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

(二)發現確診費：為發掘病人，主動介入積極治療，收案對象屬新診斷病人，每一個案支付發現確診費 650 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

~~(一)~~(三)個案管理照護費：~~一般病人以每人每年 1000 點為個案管理照~~

~~護費支付基準，高風險病人依病人群組相對風險權值加權計算，
1000點*1.5=1500點。~~

1. 固定就醫病人以每人每年 400 點為管理照護費支付基準；未固定就醫病人、久未就醫病人及新診斷病人以每人每年 800 點為管理照護費支付基準。另依病人群組之風險權值加權計算：一般病人*1，高風險病人*1.5

~~1.2. 基本承作費：以「個案管理照護費」之 40% 計算，~~固定就醫病人收案率未達 80% 者，本項不予支付。

(1) 自個案收案當月起計算至年底，按一年所占月份數比例支付基本承作費；醫療院所上傳收案名單，由保險人分區業務組依實際情形辦理核付。

(2) 計算公式=A+B+C+D

~~一般病人收案總人月數/12*個案管理照護費(1000點)*40%+
高風險病人收案總人月數/12*個案管理照護費(1500點)*40%~~

A. 固定就醫之一般病人：收案總人月數/12*400 點

B. 固定就醫之高風險病人：收案總人月數/12*600 點

C. 未固定就醫病人、久未就醫病人或新診斷病人之一般病人：收案總人月數/12*800 點

D. 未固定就醫病人、久未就醫病人或新診斷病人之高風險病人：收案總人月數/12*1200 點

(四) 居家追蹤訪視費：

1. 適用條件：針對未固定就醫及久未就醫且未住院之病人。

2. 服務內容：提供居家訪視(限一年申報4次)。

3. 申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)，給付項目及支付標準如附表2。

4. 停止訪視條件：

(1) 病人轉回門診就醫、轉介至精神居家治療或全民健康保險居家醫療照護整合計畫。

(2) 病人因病情轉變而住院。

(五) 出院後追蹤訪視費：

1. 適用條件：針對前述高風險病人當年度入住急性病房出院者，由該入住醫院負責追蹤，並應按月上傳出院後追蹤名單。
2. 服務內容：提供居家訪視(訪視期為出院後3個月內，訪視次數以6次為限，且其中3次須與衛生局及其所屬護理人員或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視)。
3. 申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)，給付項目及支付標準如附表2。
4. 停止訪視條件：

(1) 病人轉介至精神居家治療、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、社區復健機構或社會福利機構。

(2) 病人因病情轉變而再住院。

~~(三)~~(六) 長效針劑注射獎勵措施：依當年度新增連續施打長效針劑個案人數計算，每新增加1人，固定就醫個案獎勵點數1,000點；非未固定就醫及、久未就醫個案或新診斷病人獎勵點數1,500點。

1. 連續施打定義為「長效針劑連續施打4個月以上」。
2. 新增定義為「前一年未施打長效針劑或施打未滿4個月者」。

~~(二)~~(七) 品質獎勵費：以「個案管理照護費」之60%計算。

~~(1)~~1. 由保險人分區業務組辦理照護品質指標評量，依照醫療院所年度達成情形，於年度結束後核付。

~~(2)~~2. 醫療院所以上年度自身基礎值為比較基礎，各項品質指標依一般病人組及高風險病人組分別計算及獎勵。

~~(3)~~3. 目標權值達成度 $\geq 60\%$ 始可獎勵，收案品質獎勵金額依照目標權值達成度計算，給予品質獎勵費之20%、40%、60%、80%、100%獎勵。

計算公式=一般病人數*~~個案管理照護費(1000點)*60%~~600點*

一般病人目標權值達成度 + 高風險病人數*~~個案管理照護費~~

~~(1500點)*60%~~ 900點*高風險病人目標權值達成度。照護品質評量之指標項目、目標值及權值如附表 1。

4. 出院追蹤品質獎勵費：當年度參與出院後追蹤照護服務之院所得依照目標權值達成度計算，給予出院追蹤品質獎勵費。

計算公式= 達成該指標目標值，給予出院後追蹤訪視達 3 次之病人數*200 點。品質評量之指標項目、目標值及權值如附表 1。

~~(四)~~(八)上開費用核付作業，不併醫療費用申報，由保險人分區業務組依計畫執行結果核定金額後，於追扣補付系統辦理帳務處理。

伍、計畫申請方式：

參與本方案之醫療院所應檢附計畫書向保險人分區業務組提出申請，經保險人分區業務組同意後實施。

陸、經費來源：

於醫院總額及西醫基層總額之專款項目「醫療給付改善方案」項下支應，如施行結果超過該專款預算數時，採點值浮動方式處理。

柒、參與本方案之醫療院所應成立專責窗口，負責接收收案名單及連繫等相關事宜，院方應依個人資料保護法之規定，負保險對象資料保密之責。

捌、績效評估：

參與本方案之醫療院所全年醫療照護品質指標執行結果，於次年 2 月份時進行總評，各參與院所全年品質指標權值達成度需 $\geq 40\%$ 。未達成之院所應提改善計畫，由所屬保險人分區業務組據以評量其是否得以續辦之資格。

附表 1 全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案品質評量指標

指標分類	指標項目	操作型定義		正負向	目標值	指標權值
		分子	分母			
收案品質獎勵指標	1. 平均每月精神科門診就診次數	精神科門診就醫人次	收案總人數*12	正	較上年度增加或≥ 1^{#2}	20%
	2. 精神科規則門診比率	精神科門診間隔未滿 30 天人次	收案總人次	正	較上年度增加	25%
	3. 六個月內精神科急性病房再住院率	半年住院二次以上人數(含跨院)	收案總住院人數	負	較上年度減少	25%
	4. 急診使用人次比率	急診(含非精神科急診)人次(含跨院)	收案總人數	負	較上年度減少	25%
	5. 失聯結案率	因失聯結案人數	總收案人數	負	較上年度減少	25%
出院追蹤品質獎勵指標	5. 社區關懷訪視共訪比率	期間共訪至少 3 次之個案數	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	100%	200 點/人
	6. 出院後 90 日內轉入社區資源或回門診就醫比率	出院後 90 日內轉介至居家治療、社區復健機構或回門診就醫	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	較上年度增加	200 點/人
	7. 出院後轉規則門診比率	病人出院後門診就醫間隔未滿 30 天之人數	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	較上年度增加	200 點/人
收	8. 強制住院發生人次比率	強制就醫人次	收案總人數	負	較上年度減少	參考

案 品 質 參 考 指 標	7 9. 固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數	固定就醫病人精神科急性病房總住院天數(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
	8 10. 固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率	固定就醫病人精神科急性病房住院人次(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
	9 11. 固定就醫且一般病人佔率之年度增加率	固定就醫且屬一般病人人數	思覺失調症門住診歸戶病人數	正	較上年度增加	參考
	10 12. 高風險病人規則門診比率	高風險病人門診就醫間隔未滿 30 天(含診療追蹤後就醫)人次	高風險病人總人次	正	較上年度增加	參考
	13. 因轉診結案且後續無就醫比率	後續無就醫人數	因轉診結案人數	負	較上年度減少	參考
	14. 住院率	一年內因思覺失調症住院人數	收案總人數	負	較上年度減少	參考

備註:

~~+~~ 指標項目年度自身比，以各醫療院所上年度全年值為比較基礎。

~~2. 第 1 項指標若平均每月精神科門診就診次數 ≥ 1 ，即達目標值。分子需包含處方箋釋出個案、分母排除轉診結案個案。~~

附表 2 居家追蹤訪視及出院後追蹤訪視之給付項目及支付標準

編號	診療項目	支付點數
P7401C	<p><u>居家追蹤訪視費(次)</u> <u>註：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <u>針對未固定就醫及久未就醫且未住院之病人。</u> <u>訪視次數每一病人一年至多申報 4 次，申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。</u> <u>所訂點數已包括人事費、精神醫療治療費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得申報其他費用。</u> 	1,500 點
P7402B	<p><u>出院後追蹤訪視費(次)-共訪</u> <u>註：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <u>針對高風險病人當年度入住急性病房出院者。</u> <u>本項限與衛生局及其所屬護理人員或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視始可申報。</u> <u>訪視次數每一病人出院後 3 個月內至多申報 6 次，且與 P7403B 合計出院後 3 個月內至多申報 6 次。</u> <u>申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。</u> <u>所訂點數已包括人事費、精神醫療治療費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得申報其他費用。</u> 	3,000 點
P7403B	<p><u>出院後追蹤訪視費(次)-非共訪</u> <u>註：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <u>針對高風險病人當年度入住急性病房出院者。</u> <u>訪視次數每一病人出院後 3 個月內至多申報 3 次，且與 P7402B 合計出院後 3 個月內至多申報 6 次。</u> <u>申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。</u> <u>所訂點數已包括人事費、精神醫療治療費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得申報其他費用。</u> 	3,000 點

附表 3 病人評估表(參考)

基本資料:			
年齡:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所: <input type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/> 朋友,宿舍,康家 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 機構	
患病時間:	年 月	精神科就醫: <input type="checkbox"/> 曾 <input type="checkbox"/> 否	住院次數:
收案: <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 復健機構	診斷亞型:		ICD:

*以下評估多項皆有者綜合考量,採較嚴重者

臨床病況(近一週)	出現頻率	生活影響	合計
1.精神病症狀 <input type="checkbox"/> 幻聽 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 邏輯障礙 <input type="checkbox"/> 聯結障礙	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔1-2天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅一些想法意念 <input type="checkbox"/> 3.僅態度或心情改變 <input type="checkbox"/> 4.影響其多數決定,判斷 <input type="checkbox"/> 5.致行為改變	
2.情緒症狀: <input type="checkbox"/> 激躁 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 混亂	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔1-2天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅稍微波動 <input type="checkbox"/> 3.態度改變,表情明顯 <input type="checkbox"/> 4.影響其多數決定,判斷 <input type="checkbox"/> 5.致行為改變	
3.負性症狀: <input type="checkbox"/> 社交退縮 <input type="checkbox"/> 情感遲滯 <input type="checkbox"/> 思考遲頓	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔1-2天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅稍微障礙 <input type="checkbox"/> 3.僅態度或心情改變 <input type="checkbox"/> 4.影響多數決定判斷 <input type="checkbox"/> 5.致行為或日常功能改變	
4.功能退化:	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.發生六個月以內 <input type="checkbox"/> 3.已一年以內 <input type="checkbox"/> 4.已一至三年 <input type="checkbox"/> 5.已三年以上	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.少數IADL差 <input type="checkbox"/> 3. ADL可,半數IADL差 <input type="checkbox"/> 4. ADL部分差,多數IADL差 <input type="checkbox"/> 5.個人衛生ADL皆差	
危險評估	出現頻率	生活影響(近一個月)	
5.干擾行為: <input type="checkbox"/> 怪異,儀式 <input type="checkbox"/> 破壞,污染 <input type="checkbox"/> 吵鬧,噪音 <input type="checkbox"/> 其他: _____	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔1-2天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.沒什麼影響 <input type="checkbox"/> 3.輕微影響周圍 <input type="checkbox"/> 4.顯著影響周圍 <input type="checkbox"/> 5.極嚴重影響周圍	
6.自傷 <input type="checkbox"/> 直接受精神症狀影響(如命令式幻聽) <input type="checkbox"/> 非上述 共發生: _____次(全算)	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.以前有,兩年內無 <input type="checkbox"/> 3.兩年內有,六個月內無 <input type="checkbox"/> 4.六個月內有 <input type="checkbox"/> 5.一個月內有	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅有一些想法意念 <input type="checkbox"/> 3.有計畫或準備性動作 <input type="checkbox"/> 4.有危險行為(如開快車) <input type="checkbox"/> 5.有具體自傷行為	
7.他傷: <input type="checkbox"/> 直接受精神症狀影響 <input type="checkbox"/> 非上述 共發生: _____次(全算)	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.以前有,兩年內無 <input type="checkbox"/> 3.兩年內有,六個月內無 <input type="checkbox"/> 4.六個月內有 <input type="checkbox"/> 5.一個月內有	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅有一些想法意念 <input type="checkbox"/> 3.有計畫或口頭威脅 <input type="checkbox"/> 4.有破壞物品或粗暴行為 <input type="checkbox"/> 5.有傷人行為	

8.物質濫用: <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 安眠鎮定 <input type="checkbox"/> 幻覺劑 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.以前有，半年內無 <input type="checkbox"/> 3.近一個月，約每週1-2天 <input type="checkbox"/> 4.近一個月，約每週4-5日 <input type="checkbox"/> 5.近一個月，幾乎每天有	<input type="checkbox"/> 1.功能毫無影響 <input type="checkbox"/> 2.精神或注意力有影響，一般工作尚可 <input type="checkbox"/> 3.損及工作能力，身體健康無礙 <input type="checkbox"/> 4.損及身體健康(如:肝功能，嚴重戒斷，胃出血等) <input type="checkbox"/> 5.損及日常生活功能	
就醫型態與支持	態度觀念	行為(最近三個月)	
9.病人治療態度	<input type="checkbox"/> 1.病識感良好 <input type="checkbox"/> 2.承認有某種精神病，但不完全正確 <input type="checkbox"/> 3.承認有某些情緒或精神問題(症狀)，但不是病 <input type="checkbox"/> 4.承認有某些非精神疾病 <input type="checkbox"/> 5.不承認有任何毛病	<input type="checkbox"/> 1.主動配合，門診及服藥規則 <input type="checkbox"/> 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 <input type="checkbox"/> 3.被動接受，常需提醒 <input type="checkbox"/> 4.要密切督導始接受治療 <input type="checkbox"/> 5.拒絕任何形式之治療	
10.家人支持度 關鍵支持者：	<input type="checkbox"/> 1.治療及疾病知識良好 <input type="checkbox"/> 2.認為病人有精神病，但治療觀念不足 <input type="checkbox"/> 3.雖認為病人精神疾，但明顯低估其嚴重度或治療之必要性 <input type="checkbox"/> 4.雖認為病人有精神疾病，但不想處理 <input type="checkbox"/> 5.不認為病人任何毛病	<input type="checkbox"/> 1.主動積極協助病人就醫 <input type="checkbox"/> 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 <input type="checkbox"/> 3.大致配合，但客觀能力上有困難，有心無力 <input type="checkbox"/> 4.很被動，常無法提供協助 <input type="checkbox"/> 5.無親屬或幾乎拒絕任形式之合作支持	
	以上總分		
GAF：	CGI-S： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.不確定 <input type="checkbox"/> 3.輕 <input type="checkbox"/> 4.中度 <input type="checkbox"/> 5.顯著 <input type="checkbox"/> 6.嚴重 <input type="checkbox"/> 7.極重		

六個月內治療計畫與意願：

治療／個管目標	治療方案／計畫	病人意見	家人意見
醫師：	個管師：	評估日期： / /	

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第一章 居家照護

通則：

- 一、本章限經主管機關核准設有居家護理服務業務項目之醫事服務機構或護理機構申報。
- 二、收案條件；收案對象需符合下列各項條件：
 - (一)病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。
 - (二)有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。
 - (三)罹患慢性病需長期護理之病人或出院後需繼續護理之病人。
- 三、收案對象屬住院個案，須經診治醫師評估，由診治醫師開立居家照護醫囑單，由診治醫院直接收案或轉介至其他設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構收案；非住院個案符合前條所列收案條件者，可向設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構申請。
- 四、保險醫療機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分條件及居家照護醫囑單(自開立日起三十日內有效，其中非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後二十四小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。
- 五、保險醫療機構或護理機構應擬訂完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，連同居家照護申請書、居家照護醫囑單影本，送保險人備查，保險人得視情況實地評估其需要性。
- 六、每一個案收案期限以一年為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具居家照護申請書送保險人備查；照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新個案申請。
- 七、照護項目以附表5.1.1居家護理特殊照護項目表及表5.1.2居家護理一般照護項目表為限；施行特殊照護項目者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。
- 八、院所申報護理訪視費，每位居家護理人員每月訪視個案數以一百人次為合理量(含同時執行第五部第三章安寧居家療護乙類【社區安寧】)；超過一百人次者，自第一百零一人次起，屬超出合理量。
- 九、為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章之保險醫事服務機構或護理機構應提供居家照護專業人員二十四小時電話諮詢服務。
- 十、緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師訪視費、護理人員訪視費。

(一)適應症：

1. 生命徵象不穩定。

2. 呼吸喘急持續未改善。
3. 譫妄或意識狀態不穩定。
4. 急性疼痛發作。
5. 發燒或突發性體溫不穩定。
6. 急性腹瀉。
7. 須立即處理之管路問題。
8. 其他經醫師評估有立即前往需要者。

(二)除已有長期醫囑之須立即處理之管路問題項外，其他項適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。

(三)同一醫事人員對同一病人之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付。

(四)加成方式：

1. 以抵達案家時起算，若離開案家時跨不同加成區間逾30分鐘，則以較高加成區間計算。
2. 夜間(下午五點到晚上十點)加計百分之五十。
3. 深夜(晚上十時至隔日早上八時)加計百分之七十。
4. 例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之四十。
5. 同時符合夜間及例假日，則加計百分之五十；同時符合深夜及例假日，則加計百分之七十。

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
05302C	— 資源耗用群為第一類 山地離島地區護理訪視費(次) (在合理量內) 1. 在宅	v	v	v	v	1155 1386
		05343C	2. 機構	v	v	v
05329C	— 資源耗用群為第一類 山地離島地區護理訪視費(次) (超出合理量) 1. 在宅			v	v	v
		05345C	2. 機構	v	v	v
05304C	— 資源耗用群為第二類 山地離島地區護理訪視費(次) (在合理量內) 1. 在宅	v	v	v	v	1601 1921

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
05347C	2. 機構 山地離島地區護理訪視費(次) (超出合理量)	v	v	v	v	1280 1536
05331C	1. 在宅	v	v	v	v	640 768
05349C	2. 機構 — 資源耗用群為第三類 山地離島地區護理訪視費(次) (在合理量內)	v	v	v	v	640 768
05306C	1. 在宅	v	v	v	v	1931 2317
05351C	2. 機構 山地離島地區護理訪視費(次) (超出合理量)	v	v	v	v	1544 1853
05333C	1. 在宅	v	v	v	v	770 924
05353C	2. 機構 — 資源耗用群為第四類 山地離島地區護理訪視費(次) (在合理量內)	v	v	v	v	770 924
05322C	1. 在宅	v	v	v	v	2261 2713
05355C	2. 機構 山地離島地區護理訪視費(次) (超出合理量)	v	v	v	v	1808 2170
05335C	1. 在宅	v	v	v	v	900 1080
05357C	2. 機構	v	v	v	v	900 1080
05308C	醫師訪視費(次) 山地離島地區醫師訪視費(次) 1. 在宅	v	v	v	v	1709 2051
05359C	2. 機構	v	v	v	v	1367 1640

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
05310C	<p>一山地離島地區同一醫師，應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案在五個以上者，自第五個個案起，其訪視費依本項申報。</p> <p>1. 在宅</p>	V	V	V	V	660 <u>792</u>
05361C	<p>2. 機構</p>	V	V	V	V	660 <u>792</u>

附表 5.1.1 居家護理特殊照護項目表

特殊照護群組	支付標準 編 號	診 療 項 目
1. 氣切護理	56004C	換造口器 Change tracheostomy set 註：含氣切造瘻口處理 Tracheostomy care
2. 留置導尿管 護理	47014C 50022C	留置導尿 Urinal indwelling catheterization 更換腎臟引流或膀胱引流管 Catheter change
3. 留置鼻胃管 護理	47017C	胃管插入(或更換) Insertion of nasogastric tube 註：更換胃管(Change N-G tube)比照申報。
4. 膀胱灌洗	50012C	膀胱灌洗 Bladder irrigation
5. 三、四期壓 瘡傷口護理	48001C 48002C 48003C 48004C 48005C	淺部創傷處理-傷口長五公分以下者 Wound treatment <5 cm 淺部創傷處理-傷口長五至十公分者 Wound treatment 5-10 cm 淺部創傷處理-傷口長十公分以上者 Wound treatment >10 cm 深部複雜創傷處理-傷口長五公分以下者 Debridment <5 cm 深部複雜創傷處理-傷口長五至十公分者 Debridment 5-10 cm 註：傷口程度分期係採用國際腸造瘻治療協會及美國國家褥瘡學會的分類法；本項護理含傷口評估、淺部或深部創傷縫合、接紮、擴創處理、教導家屬換藥技巧及預防其他部位壓瘡發生；糖尿病足末梢動靜脈阻塞之皮膚潰爛護理比照申報。訪視紀錄請註明處置日期和部位。
6. 大量液體點 滴注射	39004C	大量液體點滴注射 IV drip (林格兒氏液、Rock 液、生理食鹽水、葡萄糖液、因糖液或血液代用劑等)注射。 註：含靜脈留置針設立，觀察病患對注射藥物之反應、教導家屬觀察注射部位之狀況及維護靜脈點滴之通暢。
7. 造口護理	49004C 49005C 49020B 49021B 49022B	肛門切除後治療 Post APR wound care 人工肛門灌洗 Colostomy irrigation 三路灌洗 Three way irrigation 迴腸造口永久裝具裝置 Ileostomy, permanent appliance 迴腸膀胱永久裝具裝置 Ileum bladder, permanent appliance

~~註：48004C「深部複雜創傷處理-傷口長五公分以下者」及48005C「深部複雜創傷處理-傷口長五至十公分者」二項診療項目，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行核實申報。~~

註：依病人之實際需要由醫師開立醫囑者，得另提供48004C「深部複雜創傷處理-傷口長五公分以下者」及48005C「深部複雜創傷處理-傷口長五至十公分者」二項照護服務，並得核實申報。

第三章 安寧居家療護

通則：

一、申報本章各項費用之保險醫事服務機構需向保險人提出申請經同意後始可申報，並依醫事人員教育訓練資格分為甲、乙兩類：

(一) 甲類：

1. 設有安寧居家療護小組，小組內須包括安寧療護專責醫師、社工師及專任護理師等至少一名，且小組成員皆需受過安寧療護教育訓練八十小時(含四十小時病房見習)以上，另繼續教育時數為每年二十小時，小組成員更改時亦須通知保險人各分區業務組。
2. 地區醫院(含)層級以下，且過去三個月內，平均每月每位護理人員訪視次數在三十人次(含)以下之院所，其安寧居家療護小組內之「專任護理師」得以「專責護理師」為之；「專責」係指專門負責特定安寧業務，另可執行其他業務。

(二) 乙類：

1. 醫師及護理人員皆需接受安寧療護教育訓練十三小時(教育訓練課程如附表)及臨床見習八小時(其中至少於安寧病房見習二小時，以視訊及 e-learning 方式進行亦可)，始得提供社區安寧照護服務。醫師及護理人員每訪視一位居家病人可抵免見習時數二小時。
2. 辦理本項業務之基層診所，應以現行辦理安寧緩和醫療之醫院為後援醫院，後援醫院資格如下：
 - (1) 設有安寧病房或聘有安寧緩和醫學專長之醫師及護理人員。
 - (2) 設專門窗口負責個案管理。
3. 每年繼續教育時數為四小時(以視訊及 e-learning 方式進行亦可)。

二、收案條件：

(一) 符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人(必要條件)。

(二) 癌症末期病人：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如
 - (1) 高血鈣(Hypercalcemia)
 - (2) 脊髓壓迫(Spinal Cord compression)
 - (3) 急性疼痛(Acute pain)
 - (4) 嚴重呼吸困難(Dyspnea severe)
 - (5) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (6) 出血(Bleeding)
 - (7) 腫瘤(塊)潰瘍(Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)
 - (8) 嚴重嘔吐(Vomiting severe)
 - (9) 發燒，疑似感染(Fever R/O Infection)
 - (10) 癲癇發作(Seizure)
 - (11) 急性瞻妄(Delirium, acute)
 - (12) 急性精神壓力，如自殺意圖(Acute Psychological distress, Suicide attempt)

(三) 末期運動神經元病患：

1. 末期運動神經元病患，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及／或間接相關症狀者。

(1)直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

(2)間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。

2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(四) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者(相關症狀等條件詳附表)：

1. 老年期及初老期器質性精神病態

2. 其他腦變質

3. 心臟衰竭

4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者

5. 肺部其他疾病

6. 慢性肝病及肝硬化

7. 急性腎衰竭，未明示者

8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

(五) 經醫師診斷或轉介之末期狀態病人，其病情不需住院治療，但仍需安寧居家療護者。

(六) 病人之自我照顧能力及活動狀況需符合 ECOG scale(Eastern Cooperative Oncology Group Scale) 二級以上(對照 Patient Staging Scales, PS, Karnofsky: 50-60)。

三、服務項目：

(一) 訪視、一般診療與處置。

(二) 末期狀態病患及其家屬心理、社會及靈性等方面問題之照護。

四、收案及核備程序：

(一) 收案對象需經院所甲類安寧居家療護小組專責醫師評估或乙類醫師評估，開立「安寧居家療護收案申請書」(申請書一式二聯，第一聯送保險人備查、第二聯院所備查)，始得申請收案；保險服務機構或護理機構應擬定完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，檢具安寧居家療護收案申請書，送保險人各分區業務組備查，保險人各分區業務組得視情況實地評估其需要性。經核定不符收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由院所自行處理。

(二) 保險醫事服務機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分證明文件及居家照護醫囑單(非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後二十四小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。

(三) 對保險人各分區業務組核定結果如有異議，自核定通知之日起六十日內，應依序循申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。

(四) 安寧居家療護收案及延長照護申請案件，回歸一般醫療費用抽審作業。

五、照護期限：

- (一) 每一個案收案期限以四個月為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具安寧居家療護收案申請書送保險人分區業務組備查。
- (二) 照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請並以接續日起算，每次延長照護以三個月為限，不得以新個案申請。

六、為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章節之保險醫事服務機構或護理機構應提供安寧療護專業人員二十四小時電話諮詢服務。

七、本章節「訪視時間」之計算，自到達病患家中起算，至離開病患家中為止，且訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章。

八、本章節診療項目「機構」係指依「護理機構分類設置標準」、「老人福利機構設立標準」、「長期照顧服務機構設立標準」、「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」及「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」等法規命令設置立案之老人安養、養護機構、護理之家、住宿式長照機構、身心障礙福利機構之住宿機構或榮譽國民之家。

九、緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師訪視費、護理人員訪視費。

(一)適應症：

1. 生命徵象不穩定。
2. 呼吸喘急持續未改善。
3. 譫妄或意識狀態不穩定。
4. 急性疼痛發作。
5. 發燒或突發性體溫不穩定。
6. 急性腹瀉。
7. 須立即處理之管路問題。
8. 其他經醫師評估有立即前往需要者。

(二)除已有長期醫囑之須立即處理之管路問題項外，其他項適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。

(三)同一醫事人員對同一病人之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付。

(四)加成方式：

1. 以抵達案家時起算，若離開案家時跨不同加成區間逾 30 分鐘，則以較高加成區間計算。
2. 夜間(下午五點到晚上十點)加計百分之五十。
3. 深夜(晚上十時至隔日早上八時)加計百分之七十。
4. 例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之四十。
5. 同時符合夜間及例假日，則加計百分之五十；同時符合深夜及例假日，則加計百分之七十。

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05323C	甲類： 醫師訪視費用山地離島地區(次) —在宅	v	v	v	v	1709 <u>2051</u>
05363C	—機構	v	v	v	v	1367 <u>1640</u>
05337C	乙類： 醫師訪視費用山地離島地區(次) —在宅	v	v	v	v	1196 <u>1435</u>
05365C	—機構	v	v	v	v	956 <u>1147</u>
05324C	—訪視時間一小時以內 (≤1小時) 甲類： 護理訪視費山地離島地區(次) —在宅	v	v	v	v	1815 <u>2178</u>
05367C	—機構	v	v	v	v	1452 <u>1742</u>
05339C	乙類： 護理訪視費山地離島地區(次) —在宅	v	v	v	v	1271 <u>1525</u>
05369C	—機構	v	v	v	v	1016 <u>1219</u>
05325C	—訪視時間一小時以上 (>1小時) 甲類： 護理訪視費山地離島地區(次) —在宅	v	v	v	v	2475 <u>2970</u>
05371C	—機構	v	v	v	v	1980 <u>2376</u>
05341C	乙類： 護理訪視費山地離島地區(次) —在宅	v	v	v	v	1733 <u>2080</u>
05373C	—機構	v	v	v	v	1386 <u>1663</u>

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一章 基本診療

第八節 住院安寧療護

通則：

- 一、安寧療護是以完整的醫療團隊，運用積極的醫療措施及護理照顧，儘可能緩解病人因得到威脅生命疾病所造成之身、心、靈痛苦，以提升病人與家屬的生活品質。
- 二、本節各項目限經核准設有安寧療護住院病床之醫事服務機構申報，並應符合醫療機構設置標準附表（一）醫院設置基準表之安寧病房設置規範，安寧病房應有曾接受安寧教育訓練之相關專責專科醫師一人以上，安寧病房之醫師、護理人員、社工人員皆需受過安寧療護教育訓練八十小時（含）以上。另繼續教育訓練時數為每年二十小時，並提供相關教育訓練證明予保險人各分區業務組。

三、收案條件：

(一)符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人（必要條件）。

(二)符合下列任一疾病之病人（相關症狀條件詳附表）：

1. 癌症末期病人：

- (1) 確定病人對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
- (2) 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
- (3) 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如
 - A. 高血鈣 (Hypercalcemia)
 - B. 脊髓壓迫 (Spinal Cord compression)
 - C. 急性疼痛 (Acute pain)
 - D. 嚴重呼吸困難 (Dyspnea severe)
 - E. 惡性腸阻塞 (Malignant bowel obstruction)
 - F. 出血 (Bleeding)
 - G. 腫瘤 (塊) 潰瘍 (Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)
 - H. 嚴重嘔吐 (Vomiting severe)
 - I. 發燒，疑似感染 (Fever R/O Infection)
 - J. 癲癇發作 (Seizure)
 - K. 急性瞻妄 (Delirium, acute)
 - L. 急性精神壓力，如自殺意圖 (Acute Psychological distress, Suicide attempt)

2. 末期運動神經元病人：

- (1) 末期運動神經元病人，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及／或間接相關症狀者。
 - A. 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。
 - B. 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。
- (2) 末期運動神經元病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

3. 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者 ~~（相關入住症狀等條件詳附表）~~：

- (1) 老年期及初老期器質性精神病態

- (2) 其他腦變質
- (3) 心臟衰竭
- (4) 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
- (5) 肺部其他疾病
- (6) 慢性肝病及肝硬化
- (7) 急性腎衰竭，未明示者
- (8) 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者
- (9) 末期骨髓增生不良症候群(MDS)
- (10) 末期衰弱老人

4. 符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

5. 罕見疾病或其他預估生命受限者

- 四、住院照護費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日不予計算。
- 五、本節住院照護費所訂點數已包括醫師診察費、護理費、病床費、相關醫療團隊照護費(包含如社工師、心理師、物理治療師、職能治療師等安寧療護相關人員之照護費用)、各項診療、處置費、藥劑費、藥事服務費、特殊材料費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得另外申報本標準所列項目，亦不得以其他名目向保險對象收取費用。
- 六、本標準第二部第二章第二節第二項放射線治療、第六節第一項處置費 47091B「淋巴水腫照護-徒手淋巴引流」及第六節第二項血液透析治療等特定診療項目，得另行申報費用，惟該類案件採逐案審查。
- 七、病人屬癌症骨轉移病人並有頑固性之骨疼痛者、高血鈣末期病人，經心理、社會、靈性層面評估，需要繼續降低血鈣者，及癌症骨轉移病人經評估為病理性骨折之高危險群者，得另行核實申報雙磷酸鹽類(bisphosphonate)或 RANK Ligand 抑制劑(denosumab)，於使用期間需有成效評估紀錄備查，惟使用該類藥物需符合全民健康保險藥品給付之規定並採逐案審查。
- 八、當申報本章節之病人住院日數大於 30 天以上者，且占該院當月總照護人數 50% 以上者，採逐案審查。
- 九、以本章節支付標準申報之個案不適用本標準第七部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)。

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05601K	安寧住院照護費(每日)			v	6409
05602A			v		6409
05603B		v			6409

附表

一、老年期及初老期器質性精神病態

1. 必要條件：CDR 臨床失智評分量表為—末期(CDR=5)者：病人沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)

二、其他腦變質

嚴重神經疾病如：嚴重中風，嚴重腦傷，Multiple sclerosis, Parkinson's disease, Huntington's disease 等退化性疾病末期，合併以下狀況：

1. 末期腦變質病人，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)
2. 末期腦變質病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

三、心臟衰竭

心臟衰竭末期應最少符合下列二個指標：

1. CHF NYHA stage III 或 IV - 休息或輕度活動時會喘。
2. 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。
3. 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。
4. 雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀如下：
 - (1) 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者
 - (2) 曾有心臟停止或心肺復甦術病史
 - (3) 常有不明原因的昏厥
 - (4) 心因性腦栓塞
 - (5) 左心室射出分率(LV ejection fraction) $\leq 20\%$

四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

慢性阻塞性肺病 Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD

休息時就會喘，且病況持續惡化 (如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV_1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

五、肺部其他疾病

Cystic fibrosis, severe fibrotic lung disease 等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化 (如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV_1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

六、慢性肝病及肝硬化

必要條件：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且

(1) $\text{PT} > 5$ sec above control 或 $\text{INR} > 1.5$

(2) Serum albumin < 2.5 g/dl

合併下列任一項症狀

1. 困難處理之腹水 (Refractory ascites)。
2. 自發性細菌性腹膜炎 (Spontaneous bacterial peritonitis)。
3. 肝腎症候群 (Hepatorenal syndrome)。
4. 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 (Encephalopathy with asterixis, somnolence, coma)。
5. 復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。
6. 多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。
7. 惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

七、急性腎衰竭，未明示者

acute renal failure, unspecified

1. 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期病人
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 585 (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及 586 (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified)兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病人，屬慢性腎臟病 (CKD) 第 4, 5 期病人(GFR < 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期病人
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

九、末期骨髓增生不良症候群 (MDS)

Myelodysplastic syndromes 骨髓分化不良症候群，若治療後血球持續長期低下，應長期輸血且合併臨床之不適症狀，經原團隊診治後評估為末期病人。

ICD-10-CM 代碼：D46 (D46.0~D46.Z)

十、末期衰弱老人

1. 參考Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) 評估符合收案條件者。

2. 不願意使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：

(1) 電解質不平衡(Electrolyte imbalance)

(2) 急性疼痛(Acute pain)

(3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)

(4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)

(5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)

(6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)

(7) 癲癇發作(Seizure)

(8) 急性譫妄(Acute delirium)

(9) 瀕死狀態(Predying state)

3. ICD-10-CM 代碼：R54

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1. 第十四條第一項第二款至第四款：

- (1)不可逆轉之昏迷狀況
- (2)永久植物人狀態 (ICD-10-CM代碼: R40.3)
- (3)極重度失智 (CDR 3分以上)

2. 第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM代碼如下)

- (1)囊狀纖維化症：E84.9
- (2)亨丁頓氏舞蹈症：G90.3
- (3)脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8
- (4)脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
- (5)肌萎縮性側索硬化症：G12.21
- (6)多發性系統萎縮症：G90.3
- (7)裘馨氏肌肉失養症：G71.0
- (8)肢帶型肌失養症：G71.0
- (9)Nemaline線狀肌肉病變：G71.2
- (10)原發性肺動脈高壓：I27.0
- (11)遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
- (12)先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

1. 罕見疾病 (衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表)，預估生命受限者。
2. 先天染色體異常疾病、先天畸形(依本署全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。
3. 源於周產期的病況 (P00-P96)，預估生命受限者。
4. 染色體異常 (如 Trisomy 13、Trisomy 18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0~Q91.7、Q97.0~Q97.9)，預估無法活至成年者。
5. 嚴重之先天腦部異常 (如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9)，預估無法活至成年者。

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第三章 安寧居家療護

通則：

一、申報本章各項費用之保險醫事服務機構需向保險人提出申請經同意後始可申報，並依醫事人員教育訓練資格分為甲、乙兩類：

(一)甲類：

1. 設有安寧居家療護小組，小組內須包括安寧療護專責醫師、社工師及專任護理師等至少一名，且小組成員皆需受過安寧療護教育訓練八十小時(含四十小時病房見習)以上，另繼續教育時數為每年二十小時，小組成員更改時亦須通知保險人各分區業務組。
2. 地區醫院(含)層級以下，且過去三個月內，平均每月每位護理人員訪視次數在三十人次(含)以下之院所，其安寧居家療護小組內之「專任護理師」得以「專責護理師」為之；「專責」係指專門負責特定安寧業務，另可執行其他業務。

(二)乙類：

1. 醫師及護理人員皆需接受安寧療護教育訓練十三小時(教育訓練課程如附表)及臨床見習八小時(其中至少於安寧病房見習二小時，以視訊及 e-learning 方式進行亦可)，始得提供社區安寧照護服務。醫師及護理人員每訪視一位居家病人可抵免見習時數二小時。
2. 辦理本項業務之基層診所，應以現行辦理安寧緩和醫療之醫院為後援醫院，後援醫院資格如下：
 - (1) 設有安寧病房或聘有安寧緩和醫學專長之醫師及護理人員。
 - (2) 設專門窗口負責個案管理。
3. 每年繼續教育時數為四小時(以視訊及 e-learning 方式進行亦可)。

二、收案條件：

(一)符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人(必要條件)。

(二)符合下列任一疾病之病人：

1. 癌症末期病人：

- (1) 確定病人對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
- (2) 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
- (3) 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如
 - A. 高血鈣 (Hypercalcemia)
 - B. 脊髓壓迫 (Spinal Cord compression)
 - C. 急性疼痛 (Acute pain)
 - D. 嚴重呼吸困難 (Dyspnea severe)
 - E. 惡性腸阻塞 (Malignant bowel obstruction)
 - F. 出血 (Bleeding)
 - G. 腫瘤 (塊) 潰瘍 (Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)

- H. 嚴重嘔吐 (Vomiting severe)
- I. 發燒，疑似感染 (Fever R/O Infection)
- J. 癲癇發作 (Seizure)
- K. 急性瞻妄 (Delirium, acute)
- L. 急性精神壓力，如自殺意圖 (Acute Psychological distress, Suicide attempt)

2. 末期運動神經元病人：

(1) 末期運動神經元病人，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及／或間接相關症狀者。

A. 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

B. 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。

(2) 末期運動神經元病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

3. 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者（相關入住症狀等條件詳附表）：

(1) 老年期及初老期器質性精神病態

(2) 其他腦變質

(3) 心臟衰竭

(4) 慢性氣道阻塞，他處未歸類者

(5) 肺部其他疾病

(6) 慢性肝病及肝硬化

(7) 急性腎衰竭，未明示者

(8) 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

(9) 末期骨髓增生不良症候群(MDS)

(10) 末期衰弱老人

4. 符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

5. 罕見疾病或其他預估生命受限者

(三) 經醫師診斷或轉介之末期狀態病人，其病情不需住院治療，但仍需安寧居家療護者。

(四) 病人之自我照顧能力及活動狀況需符合 ECOG scale (Eastern Cooperative Oncology Group Scale) 二級以上(對照 Patient Staging Scales, PS, Karnofsky: 50-60)。

三、服務項目：

(一) 訪視、一般診療與處置。

(二) 末期狀態病人及其家屬心理、社會及靈性等方面問題之照護。

四、收案及核備程序：

(一) 收案對象需經院所甲類安寧居家療護小組專責醫師評估或乙類醫師評估，開立「安寧居家療護收案申請書」(申請書一式二聯，第一聯送保險人備查、第二聯院所備查)，始得申請收案；保險服務機構或護理機構應擬定完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，檢具安寧居家療護收案申請書，

送保險人各分區業務組備查，保險人各分區業務組得視情況實地評估其需要性。經核定不符收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由院所自行處理。

(二)保險醫事服務機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分證明文件及居家照護醫囑單(非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後二十四小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。

(三)對保險人各分區業務組核定結果如有異議，自核定通知之日起六十日內，應依序循申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。

(四)安寧居家療護收案及延長照護申請案件，回歸一般醫療費用抽審作業。

五、照護期限：

(一)每一個案收案期限以四個月為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具安寧居家療護收案申請書送保險人分區業務組備查。

(二)照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請並以接續日起算，每次延長照護以三個月為限，不得以新個案申請。

六、為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章節之保險醫事服務機構或護理機構應提供安寧療護專業人員二十四小時電話諮詢服務。

七、本章節「訪視時間」之計算，自到達病人家中起算，至離開病人家中為止，且訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請病人或其家屬簽章。

八、本章節診療項目「機構」係指依「護理機構分類設置標準」、「老人福利機構設立標準」、「長期照顧服務機構設立標準」、「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」及「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」等法規命令設置立案之老人安養、養護機構、護理之家、住宿式長照機構、身心障礙福利機構之住宿機構或榮譽國民之家。

附表

一、老年期及初老期器質性精神病態

1. 必要條件：CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：病人沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)

二、其他腦變質

嚴重神經疾病如：嚴重中風，嚴重腦傷，Multiple sclerosis, Parkinson' s disease, Huntington' s disease 等退化性疾病末期，合併以下狀況：

1. 末期腦變質病人，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)。
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)
2. 末期腦變質病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

三、心臟衰竭

心衰竭末期應最少符合下列二個指標：

1. CHF NYHA stage III 或 IV - 休息或輕度活動時會喘。
2. 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。
3. 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。
4. 雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀如下：
 - (1) 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者
 - (2) 曾有心臟停止或心肺復甦術病史
 - (3) 常有不明原因的昏厥
 - (4) 心因性腦栓塞
 - (5) 左心室射出分率(LV ejection fraction) $\leq 20\%$

四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

慢性阻塞性肺病 Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD

休息時就會喘，且病況持續惡化 (如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV_1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

五、肺部其他疾病

Cystic fibrosis, severe fibrotic lung disease 等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化 (如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV_1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

六、慢性肝病及肝硬化

必要條件：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且

(1) $\text{PT} > 5$ sec above control 或 $\text{INR} > 1.5$

(2) Serum albumin < 2.5 g/dl

合併下列任一項症狀

1. 困難處理之腹水 (Refractory ascites)。
2. 自發性細菌性腹膜炎 (Spontaneous bacterial peritonitis)。
3. 肝腎症候群 (Hepatorenal syndrome)。
4. 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 (Encephalopathy with asterixis, somnolence, coma)。
5. 復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。
6. 多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。
7. 惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

七、急性腎衰竭，未明示者

acute renal failure, unspecified

1. 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期病人
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 585 (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及 586 (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified)兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病人，屬慢性腎臟病 (CKD) 第 4, 5 期病人(GFR < 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期病人
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

九、末期骨髓增生不良症候群 (MDS)

Myelodysplastic syndromes 骨髓分化不良症候群，若治療後血球持續長期低下，應長期輸血且合併臨床之不適症狀，經原團隊診治後評估為末期病人。

ICD-10-CM 代碼：D46 (D46.0~D46.Z)

十、末期衰弱老人

1. 參考Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) 評估符合收案條件者。

2. 不願意使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：

- (1) 電解質不平衡(Electrolyte imbalance)
- (2) 急性疼痛(Acute pain)
- (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
- (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
- (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
- (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
- (7) 癲癇發作(Seizure)
- (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
- (9) 瀕死狀態(Predying state)

3. ICD-10-CM 代碼：R54

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1. 第十四條第一項第二款至第四款：

- (1)不可逆轉之昏迷狀況
- (2)永久植物人狀態 (ICD-10-CM代碼: R40.3)
- (3)極重度失智 (CDR 3分以上)

2. 第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM代碼如下)

- (1)囊狀纖維化症：E84.9
- (2)亨丁頓氏舞蹈症：G90.3
- (3)脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8
- (4)脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
- (5)肌萎縮性側索硬化症：G12.21
- (6)多發性系統萎縮症：G90.3
- (7)裘馨氏肌肉失養症：G71.0
- (8)肢帶型肌失養症：G71.0
- (9)Nemaline線狀肌肉病變：G71.2
- (10)原發性肺動脈高壓：I27.0
- (11)遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
- (12)先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

1. 罕見疾病 (衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表)，預估生命受限者。

2. 先天染色體異常疾病、先天畸形(依本署全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。

3. 源於周產期的病況 (P00-P96)，預估生命受限者。

4. 染色體異常 (如 Trisomy 13、Trisomy 18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0~Q91.7、Q97.0~Q97.9)，預估無法活至成年者。

5. 嚴重之先天腦部異常 (如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9)，預估無法活至成年者。

全民健康保險安寧共同照護試辦方案

100年4月1日第一版實施
102年7月29日第一版修訂
104年2月1日第二版修訂
104年8月1日第三版修訂
111年0月0日第四版修訂

壹、前言

全民健保保險人(以下稱本保險人)於85年開始配合實施安寧居家療護試辦計畫，自民國89年開始試辦安寧住院療護計畫，並配合衛生福利部政策於健保IC卡提供安寧意願之註記，並於98年9月除將試辦計畫正式納入健保常態性支付外，並新增8類經醫師專業診斷符合入住安寧療護病房之重症末期病人納入服務對象範圍。

另為更讓有意願接受安寧緩和醫療服務之重症末期病人，得依需要，亦有機會接受健保安寧療護共同照護，如此台灣將與世界潮流同步以及與WHO理念一致，使國家安寧療護照護進入另一個新里程。

貳、計畫目標

- 一、透過安寧共同照護計畫，建立醫院安寧療護推動政策。
- 二、透過安寧共同照護計畫，使住院中（不含入住安寧病房）或急診診療中之末期病人皆有機會享有安寧療護照護服務。
- 三、藉由安寧共同照護計畫，提高醫護人員、病人及家屬對安寧療護的認知，並進而增加醫護人員之照護技能。

參、計畫內容

一、參與試辦醫院及人員資格：

- (一) 醫院應填具「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」申請書（詳附件一）向本保險之分區業務組提出申請，經同意後始可申報。
- (二) 醫院需成立「安寧共同照護小組」，該小組成員與資格：
 1. 小組成員需包括安寧共照負責醫師及專任護理人員至少各乙名，視必要得增設社工人員、心理師、宗教師或志工等。

2. 小組成員皆需接受過安寧緩和醫療之相關教育訓練 80 小時以上(教育訓練需包含安寧緩和醫療的介紹、十大疾病病人之舒適照護、末期症狀控制、末期病人及家屬之心理社會與靈性照護、末期病人與遺族之哀傷輔導、安寧療護倫理與法律、溝通議題與安寧療護服務(含住院、居家及共照)相關表單制度與轉介等 7 大主題，且講師群需含括醫、護、社各專業領域，並含 40 小時安寧病房見習)，每年繼續教育時數醫師及護理人員為 20 小時(含院際案例討論、遠距視訊討論、e-learning 課程等)，並提出相關教育訓練證明，成員更改時，亦須通知本保險之分區業務組，否則不予支付相關費用。
3. 參與試辦之地區醫院過去 3 個月(每季季末計算)平均照護人數達 30 人以上，應設置專任護理人員 1 人，並應依個案增加比率酌增專任護理人員人數；惟照護人數 30 人以下者得以兼任人員任之。

二、收案對象：經原照護團隊成員照會「安寧共同照護小組」後，共同評估符合下列末期病人條件 ([相關症狀條件詳附表](#))，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務並簽署服務說明書(詳附件二) (必要條件)。

(一)癌症末期病人：

1. 確定病人對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
2. 病人有身心靈症狀亟需安寧共同照護小組介入。

(二)末期運動神經元病人：

1. 末期運動神經元病人，主要症狀有直接相關或間接相關症狀者。

(1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

(2) 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。

2. 末期運動神經元病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(三) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者 ~~(相關收案症狀等條件詳附表 1)~~：

1. 老年期及初老期器質性精神病態
2. 其他腦變質
3. 心臟衰竭
4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
5. 肺部其他疾病
6. 慢性肝病及肝硬化
7. 急性腎衰竭，未明示者
8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者
9. 末期骨髓增生不良症候群(MDS)
10. 末期衰弱老人

(四) 符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者。

(五) 罕見疾病或其他預估生命受限者

三、收案流程：

(一) 照會申請：

1. 原則上照會之申請，由原照護團隊醫師開立照會單，且需有原照護醫師簽章。
2. 由原照護團隊針對末期病人病況照會「安寧共同照護小組」，「安寧共同照護小組」經實際評估病人之病況，研擬符合該病人需求之安寧療護照護計畫，並據以提供照護服務，共同照護的流程詳附表 2。

(二) 紀錄及登錄安寧共同照護服務內容：

1. 專業人員於訪視及結案時應填寫「安寧共同照護個案收案申請書」(詳附件三)及照護紀錄(安寧共同照護護理人員訪視表及其他專業人員訪視表)(詳附件四)。
2. 參與本方案之特約醫療院所應依規定內容(詳附件五)於VPN 資訊系統登錄相關資訊。

四、服務項目：安寧共同照護服務內容及紀錄(詳附件六)，各項表單得視病人及家屬需要填寫，包括初步疼痛評估表、持續疼痛評估表、心理社會需要評估、照顧紀錄及靈性需要評估及輔導計畫等表單內容。

五、照護期限：照護期限之計算，以每一個案自接受首次安寧共同照護之日起，於該院所接受安寧共同照護以1個月為限，超過1個月者，若病情需要申請延長照護，應經「安寧共同照護小組」診斷並填具安寧共同照護延長照護申請書(詳附件七)提出專案申請，送保險人核備查。

六、病人照護評估指標：

- (一) 安寧共照後簽署 DNR 前後比率(比較)。
- (二) 收案至結案家屬病情認知(比較)。
- (三) 收案至結案病人診斷認知(比較)。
- (四) 因死亡結案病人，安寧共照介入天數大於 30 天之比率。
- (五) 轉入 ICU 病房比率。

七、支付標準：符合本方案之收案對象，接受安寧共同照護小組提供之完整性照護，醫院得申報共同照護各類專業人員照護費，支付標準詳附件八。

- (一) P4401B 安寧首次共同照護費：每人限申報 1 次，支付點數為 2,025 點。安寧共同照護小組(至少含醫師及護理人員)皆需進行訪視，每一個案訪視時間至少 1 小時，訪視時間應於交

班時紀錄並簽名；每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為 30 人(含)，超過合理量部分，健保不予支付。

(二) P4402B 後續安寧照護團隊照護費 (含醫師)(每週)(次)：每次支付 1,575 點。每週醫師及護理人員之基本訪視次數至少各乙次；團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄；未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。每次訪視時間至少 30 分鐘。

(三) P4403B 後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次)：每次支付 1,275 點，每週護理人員之基本訪視次數至少乙次，團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄；未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。每次訪視時間至少 30 分鐘。

八、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

- (一) 問題改善。
- (二) 轉安寧療護病房。
- (三) 轉安寧居家療護。
- (四) 轉一般居家。
- (五) 穩定出院。
- (六) 瀕死出院。
- (七) 死亡。
- (八) 病人拒絕。
- (九) 家屬拒絕。
- (十) 其他。

肆、醫療費用申報及審查原則：

一、申報原則：

- (一) 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

(二) 住院醫療服務點數清單：本方案首次及後續照護費請併入「治療處置費」欄位計算。

(三) 住院醫療服務醫令清單：醫令執行起迄為必填欄位。

二、審查原則：

(一) 本保險人分區業務組得不定期實地訪查，若發現個案照護紀錄不實者，本保險人得不予支付該筆照護費並依相關規定辦理。

(二) 其餘未規定事項，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。

伍、經費來源：本方案各類專業人員照護費用（P4401B、P4402B、P4403B）於醫院總額一般部門項下支應，採點值浮動方式。

陸、附件表單包含有：

- 一、全民健康保險安寧共同照護試辦方案申請書
- 二、參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」服務說明
- 三、安寧共同照護個案收案申請書
- 四、安寧共同照護護理人員訪視表及其他專業人員訪視表
- 五、安寧共同照護個案登錄系統(VPN) 必要欄位表
- 六、安寧共同照護服務內容及紀錄
- 七、安寧共同照護延長照護申請書
- 八、「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」支付標準

附表 1

一、老年期及初老期器質性精神病態

1. 必要條件：CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：病人沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。
2. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1)電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2)急性疼痛(Acute pain)
 - (3)嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4)惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5)嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6)發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7)癲癇發作(Seizure)
 - (8)急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9)瀕死狀態(Predying state)

二、其他腦變質

嚴重神經疾病如：嚴重中風、嚴重腦傷，Multiple sclerosis, Parkinson's disease, Huntington's disease 等退化性疾病末期，合併以下狀況：

1. 末期腦變質病人，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1)電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2)急性疼痛(Acute pain)
 - (3)嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4)惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5)嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6)發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7)癲癇發作(Seizure)
 - (8)急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9)瀕死狀態(Predying state)
2. 末期腦變質病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

三、心臟衰竭

心臟衰竭末期應最少符合下列二個指標：

1. CHF NYHA stage III 或 IV – 休息或輕度活動時會喘。
2. 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。
3. 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。
4. 雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀如下：
 - (1)因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者
 - (2)曾有心臟停止或心肺復甦術病史
 - (3)常有不明原因的昏厥
 - (4)心因性腦栓塞
 - (5)左心室射出分率(LV ejection fraction)≤20%

四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

慢性阻塞性肺病 Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD

休息時就會喘，且病況持續惡化 (如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV_1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

五、肺部其他疾病

Cystic fibrosis, severe fibrotic lung disease 等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化 (如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV_1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

六、慢性肝病及肝硬化

必要條件：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且：

(1) PT > 5 sec above control 或 INR > 1.5

(2) Serum albumin < 2.5 g/dl

合併下列任一項症狀：

1. 困難處理之腹水 (Refractory ascites)。
2. 自發性細菌性腹膜炎 (Spontaneous bacterial peritonitis)。
3. 肝腎症候群 (Hepatorenal syndrome)。
4. 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 (Encephalopathy with asterixis, somnolence, coma)。
5. 復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。
6. 多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。
7. 惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

七、急性腎衰竭，未明示者

acute renal failure, unspecified

1. 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期病人
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 585 (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及 586 (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified)兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病人，屬慢性腎臟病 (CKD) 第 4，5 期病人(GFR < 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期病人
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

九、末期骨髓增生不良症候群 (MDS)

Myelodysplastic syndromes 骨髓分化不良症候群，若治療後血球持續長期低下，應長期輸血且合併臨床之不適應症狀，經原團隊診治後評估為末期病人。

ICD-10-CM 代碼：D46

十、末期衰弱老人

1. 參考 Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) 評估符合收案條件者。

2. 不願意使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：

- (1) 電解質不平衡(Electrolyte imbalance)
- (2) 急性疼痛(Acute pain)
- (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
- (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
- (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
- (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
- (7) 癲癇發作(Seizure)
- (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
- (9) 瀕死狀態(Predying state)

3. ICD-10-CM 代碼：R54

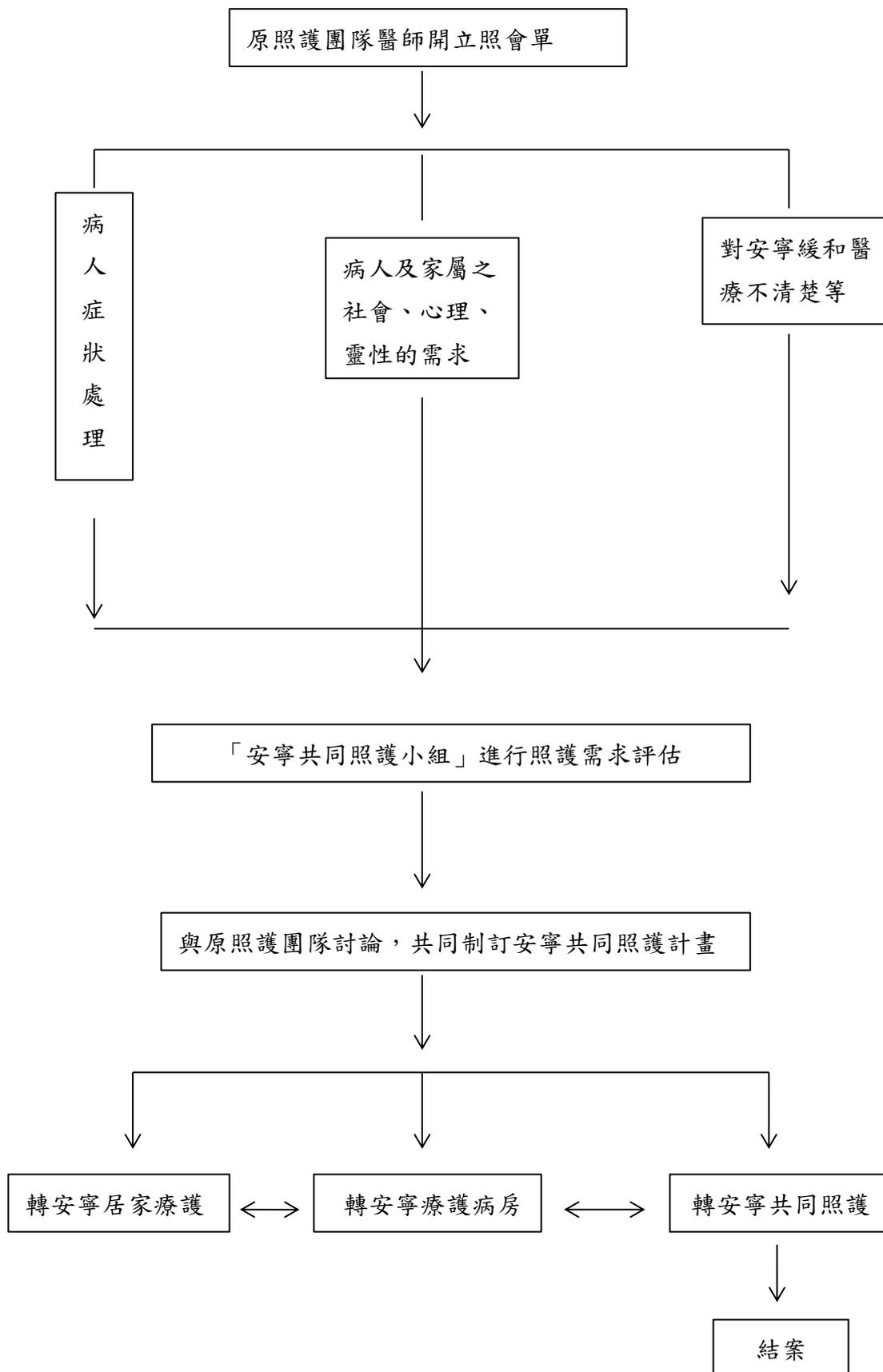
十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1. 第十四條第一項第二款至第四款：
 - (1) 不可逆轉之昏迷狀況
 - (2) 永久植物人狀態 (ICD-10-CM代碼: R40.3)
 - (3) 極重度失智 (CDR 3 分以上)
2. 第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM代碼如下)
 - (1) 囊狀纖維化症：E84.9
 - (2) 亨丁頓氏舞蹈症：G90.3
 - (3) 脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8
 - (4) 脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
 - (5) 肌萎縮性側索硬化症：G12.21
 - (6) 多發性系統萎縮症：G90.3
 - (7) 裘馨氏肌肉失養症：G71.0
 - (8) 肢帶型肌失養症：G71.0
 - (9) Nemaline線狀肌肉病變：G71.2
 - (10) 原發性肺動脈高壓：I27.0
 - (11) 遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
 - (12) 先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

1. 罕見疾病 (衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表)，預估生命受限者。
2. 先天染色體異常疾病、先天畸形(依本署全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。
3. 源於周產期的病況 (P00-P96)，預估生命受限者。
4. 染色體異常 (如 Trisomy 13、Trisomy 18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0~Q91.7、Q97.0~Q97.9)，預估無法活至成年者。
5. 嚴重之先天腦部異常 (如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9)，預估無法活至成年者。

附表 2
安寧共同照護流程



全民健康保險安寧共同照護試辦方案申請書

本院所申請參加全民健康保險安寧共同照護試辦方案，並同意遵照本方案內容及相關健保法規之規範

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請資料：

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

醫事機構負責人：

計畫聯絡人：

聯絡電話：

聯絡人電子信箱：

醫事機構特約章戳

(醫事機構印章)

(負責醫師印章)

中 華 民 國 年 月 日

備註：申請時，請檢送申請書、團隊專科證書影本(及受訓認證證明影本)，並請寄送至健保署各分區業務組。

參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」服務說明書

壹、服務對象：

經醫師診斷或轉介之末期癌症病人、末期運動神經元病人者及下列疾病末期病人，包括：老年期及初老期器質性精神病態(失智症)、其他腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭，未明示者、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者等病人，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務。

貳、安寧共同照護說明：

「安寧共同照護」是指在住院(不含入住安寧病房)或急診診療中之病人有安寧療護服務之需求，可由原照護病人之醫療團隊之醫護人員照會同院之「安寧共同照護」醫療團隊，藉由安寧共照團隊人員依病人之病況，提供適宜之安寧照護服務。

參、服務項目：

安寧照護團隊評估病人之需求，提供以下之服務：

1. 症狀控制：

提供疼痛、呼吸困難、噁心、嘔吐、腹脹便秘、意識混亂、虛弱、肌肉痙攣等常見末期症狀之適當藥物處置之建議。

2. 協助其他療護處置及病人身體照護（如噴霧處置、水腫按摩、腹部按摩、傷口換藥等）；舒適護理指導（如移位、翻身擺位、床上擦澡、床上洗頭、美足護理、放鬆療法、皮膚護理、口腔護理、被動運動）及其他療護指導（如飲食指導、復健指導等）。

3. 協助病人及家屬心理社會靈性需求之照護及轉介（如支持與傾聽、協助生命回顧、協助心願達成、生命意義之討論、人際關係的修復等）。

4. 協助病人及家屬病情認知及重要療護模式之決策（如病情告知之技巧、DNR 簽署決策、管路置入、營養與水分之取捨、及善終與出院準備等）。

5. 促進病人或家屬彼此間的溝通及與醫療團隊間的溝通。

肆、民眾的權益

病人或家屬得隨時要求停止安寧共同照護服務。

本人已充分了解加入全民健康保險安寧共同照護試辦方案病人之權利義務，並同意接受服務。

病人（或代理人）簽章：_____關係：_____日期：_____年_____月_____日

解說醫護人員簽名：_____日期：_____年_____月_____日

文件編號		版次	02
------	--	----	----

安寧共同照護個案收案申請書

基 本 資 料					<input type="checkbox"/> 新收案 <input type="checkbox"/> 重新收案	
科別		病房 床號		病 歷 號	收案 日期	____年____月____日
姓名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日：____年____月____日		身分證號	
主診斷					ICD 前 3 碼 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
轉移部位	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不確定 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 腦 <input type="checkbox"/> 骨骼 <input type="checkbox"/> 脊髓 <input type="checkbox"/> 其他_____					
收案時 DNR 簽署狀態	<input type="checkbox"/> 未簽署 <input type="checkbox"/> 已簽署 (如已簽署, 則請於照護結案右下方填寫簽署日期)					
1. 收案時, 病人對診斷認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估						
2. 收案時, 病人對病情及預後認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估						
3. 收案時, 家屬對病情及預後認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估						

※是否已預立遺囑或指定醫療決策代理人: 是 否 其他_____

※所指定之醫療決策代理人: 姓名: _____ 關係: _____ 其聯絡方式: _____

※婚姻狀態: 已婚 未婚 喪偶 離婚 其他_____

※教育程度: 大學以上 大學 專科 高中(職) 國(初)中 小學 自修 不識字

※宗教信仰: 佛教 道教 基督教 天主教 一貫道 天帝教 一般民間信仰 其他_____

※現在職業: _____ ※過去職業: _____

※簡要家系圖: _____

※原主治醫師姓名: _____

※主要照顧者(日): _____
(夜): _____

※緊急聯絡者姓名: _____
(電話): _____
(手機): _____

照 護 結 案		
結案日期	____年____月____日	結案原因 <input type="checkbox"/> 問題改善 <input type="checkbox"/> 轉安寧病房 <input type="checkbox"/> 轉安寧居家 <input type="checkbox"/> 轉一般居家 <input type="checkbox"/> 穩定出院 <input type="checkbox"/> 瀕死出院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 病人拒絕 <input type="checkbox"/> 家屬拒絕 <input type="checkbox"/> 其他 _____
※結案時, 下面 3 題資料若與收案時完全相同者請於此處勾選: <input type="checkbox"/> (若勾選者, 本欄以下 3 題得免重複填) 1. 結案時, 病人對診斷認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估 2. 結案時, 病人對病情及預後認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估 3. 結案時, 家屬對病情及預後認知: <input type="checkbox"/> 知道 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 懷疑或半知半解 <input type="checkbox"/> 無法評估		
結案時 DNR 簽署狀態	<input type="checkbox"/> 未簽署 <input type="checkbox"/> 已簽署	DNR 簽署日期 ____年____月____日

結案後追蹤日期及內容: _____

※共照護理人員簽章: _____

備註: 安寧共同照護相關表單, 請醫院妥善保存(10年), 以備審計及相關單位查核。

安寧共同照護護理人員訪視表

病歷號	姓名	照護日期	____年____月____日	時間	自 ____:____ 至 ____:____
------------	-----------	-------------	-----------------	-----------	-------------------------

問題與症狀評估

1. 主要症狀：病人 ECOG：____分（請填入 0-4 分）

a. 疼痛強度 ____分，請填入 0-10 分；若疼痛強度無法評估則請填答『99』）

For (cancer) pain： Acetaminophen NSAID Tramadol Demerol Codeine Morphine Fentanyl Adjuvant
（目前用藥） 其他 _____

For breakthrough pain： 無 有 _____

b. 便秘：嚴重度 ____分

c. 呼吸困難：嚴重度 ____分

d. 噁心嘔吐：嚴重度 ____分

e. 譫妄躁動：嚴重度 ____分

左列症狀請依評估時病人實際情形給予評值（0-4 分；若無法評估則請填答『9』）

0 分：無此症狀。 1 分：輕微，偶而發生，尚未造成病人困擾。

2 分：中度，已造成病人困擾，或因而限制了病人部分活動。

3 分：嚴重，時常發生，限制日常活動或明顯影響其注意力。

4 分：很嚴重，持續不斷，讓病人無法忍受。

2. 其他症狀：

意識不清 虛弱疲倦 食慾不振 口腔潰瘍 腹瀉 腹脹 腹水 腸阻塞 打嗝 咳嗽 上腔靜脈壓迫症候群 水腫

血尿 貧血 黃疸 皮膚癢 大小便失禁 尿液滯留 裏急後重 腫瘤潰瘍傷口 出血 暈眩 吞嚥困難 脊髓壓迫

壓瘡 感染 發燒 失眠 瀕死症狀 其他 _____

3. 心理社會問題：

病人：情緒困擾 疾病認知與適應困難 家庭互動溝通問題 經濟資源支持系統缺乏 心願未了與後事準備缺乏

無法評估 其他 _____

家屬：情緒困擾 疾病認知與適應困難 家庭互動溝通問題 經濟資源支持系統缺乏 心願未了與後事準備缺乏

無法評估 其他 _____

4. 靈性宗教需求：

病人：存在的孤獨隔絕感 面對死亡的焦慮與恐懼 對生命意義與價值的疑慮 對生命去向(死後)不確定 放不下 罪惡感

無法評估 其他 _____

家屬：存在的孤獨隔絕感 面對死亡的焦慮與恐懼 對生命意義與價值的疑慮 對生命去向(死後)不確定 放不下 罪惡感

無法評估 其他 _____

照護計畫與療護

1. 疼痛治療藥物之建議： 無 有

For (cancer) pain： Acetaminophen NSAID Tramadol Codeine Morphine Fentanyl Adjuvant 其他 _____

For breakthrough pain： 無 有

預防/處理便秘措施：無 灌腸 藥物/其他 _____

2. 協助其他症狀處置之建議：

藥物治療，如 _____ 緩解性化療 緩解性放療

療護處置：噴霧處置 水腫按摩 腹部按摩 傷口換藥 其他 _____

療護指導：飲食指導 復健指導 其他指導 _____

舒適護理：移位 翻身擺位 床上擦澡 床上洗頭 美足護理 放鬆療法 皮膚護理 口腔護理 被動運動

其他 _____

3. 心理社會問題照護：病人：支持與傾聽 轉介 提供適當處置 _____

家屬：支持與傾聽 轉介 提供適當處置 _____

4. 靈性宗教需求照護：病人：生命回顧 生命意義的討論 人際關係的修復連結 宗教信仰的加深 宗教儀式實行

後事交代 協助心願達成 轉介 其他 _____

家屬：生命回顧 生命意義的討論 人際關係的修復連結 宗教信仰的加深 宗教儀式實行

後事交代 協助心願達成 轉介 其他 _____

5. 協助病情認知：病人：診斷 病情與預後 DNR 簽署 家屬：診斷 病情與預後 DNR 簽署

6. 協助療護模式決策：

管路置入取捨 (Endotracheal tube NG tube Foley Chest tube/pigtail PEG/Gastrostomy/Jejunostomy

Tracheostomy other _____)

營養與水分取捨 (TPN IV fluid blood transfusion other _____)

藥物取捨 (antibiotics sedatives opioids steroids other _____)

檢查取捨 (影像檢查 血液檢查 病理切片 其他 _____)

死亡準備 (瀕死症狀評估與護理 遺體護理 臨終照顧場所 _____ 其他 _____)

出院準備 (本院安寧住院 本院安寧居家 本院一般居家 他院安寧住院 他院安寧居家 他院一般住院

他院一般居家 安養院 護理之家 其他 _____)

7. 轉介： 社工師 物理/職能治療師 靈性照顧人員 心理師 安寧居家護理師 精神科醫師 中醫師 營養師

輔助治療師(藝術/音樂/芳香) 其他 _____

8. 溝通：

溝通對象：病人 親屬 _____ 非親屬 _____

溝通原醫護團隊：主治醫師 住院醫師 護理長 主護護理師 社工 其他 _____

共照護人員簽署： _____

安寧共同照護其他專業人員訪視表

安寧團隊：醫師 社工人員 心理師 靈性照顧人員其他_____

病歷號	姓名	照護日期	____年____月____日	時間	自□□:□□至□□:□□
照 護 計 畫 與 療 護 建 議	1. 醫師紀錄：				

	2. 疼痛治療藥物之建議： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請詳述藥名、途徑、劑量、頻次）				

	3. 其他症狀處置之建議： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

4. 心理社會問題照護：病人： <input type="checkbox"/> 支持與傾聽 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 提供適當處置_____					
家屬： <input type="checkbox"/> 支持與傾聽 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 提供適當處置_____					
5. 靈性宗教需求照護：病人： <input type="checkbox"/> 生命回顧 <input type="checkbox"/> 生命意義的討論 <input type="checkbox"/> 人際關係的修復連結					
<input type="checkbox"/> 宗教信仰的加深 <input type="checkbox"/> 宗教儀式實行 <input type="checkbox"/> 後事交代 <input type="checkbox"/> 協助心願達成					
<input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 其他_____					
家屬： <input type="checkbox"/> 生命回顧 <input type="checkbox"/> 生命意義的討論 <input type="checkbox"/> 人際關係的修復連結					
<input type="checkbox"/> 宗教信仰的加深 <input type="checkbox"/> 宗教儀式實行 <input type="checkbox"/> 後事交代 <input type="checkbox"/> 協助心願達成					
<input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 其他_____					
6. 協助病情認知：病人： <input type="checkbox"/> 診斷 <input type="checkbox"/> 病情與預後 <input type="checkbox"/> DNR 簽署					
家屬： <input type="checkbox"/> 診斷 <input type="checkbox"/> 病情與預後 <input type="checkbox"/> DNR 簽署					
7. 協助其他療護模式決策： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					

專業人員簽署：_____					

全民健康保險安寧共同照護試辦方案

安寧共同照護個案登錄系統(VPN)必要欄位表

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

1. 科別、病房床號、病歷號、新收案日期、個案性別、出生日期、ICD前3碼、主診斷（1：癌症末期病人；2：末期運動神經元病人；3：老年期及初老期器質性精神病態；4：其他腦變質；5：心臟衰竭；6：慢性氣道阻塞，他處未歸類者；7：肺部其他疾病；8：慢性肝病及肝硬化；9：急性腎衰竭，未明示者；10：慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者、11：末期骨髓增生不良症候群、12：末期衰弱老人、13：符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者、14：罕見疾病或其他預估生命受限者）、轉移部位(1.無；2.不確定；3.肺；4.肝；5.腦；6.骨髓；7.脊髓；8.其他)
2. 基本評估照護指標：收案時DNR簽署狀態：(1：未簽署；2：已簽署)、收案時，病人對診斷認知：(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)、收案時，病人對病情及預後認知(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)、收案時，家屬對病情及預後認知(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)

二、延長照護(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

1. 延長照護日期、個案性別、出生日期、ICD前3碼、主診斷（1：癌症末期病人；2：末期運動神經元病人；3：老年期及初老期器質性精神病態；4：其他腦變質；5：心臟衰竭；6：慢性氣道阻塞，他處未歸類者；7：肺部其他疾病；8：慢性肝病及肝硬化；9：急性腎衰竭，未明示者；10：慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者、11：末期骨髓增生不良症候群、12：末期衰弱老人、13：符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者、14：罕見疾病或其他預估生命受限者）、轉移部位(1.無；2.不確定；3.肺；4.肝；5.腦；6.骨髓；7.脊髓；8.其他)。
2. 醫療品質指標：疼痛控制(疼痛對病人之影響)_____ (0-10)；呼吸

困難狀況(呼吸困難對病人的影響): (0:沒有發生呼吸困難;1:偶而有一些呼吸困難,但仍可執行日常作息;2:呼吸困難已造成困擾並因而限制了部分日常活動與作息;3:時常發生呼吸困難令病人無法忍受,作息與注意力明顯受影響;4:持續不斷呼吸困難現象)。

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

1. 結案日期
2. 結案原因:1:問題改善。2:轉安寧療護病房。3:轉安寧居家療護。4:轉一般居家。5:穩定出院。6:瀕死出院。7:死亡。8:病人拒絕。9:家屬拒絕。10:轉入ICU病房。11:其他。
3. 結案時評估照護指標:結案時DNR簽署狀態:(1:未簽署;2:已簽署)、結案時,病人對診斷認知:(1:知道;2:不知道;3:懷疑或半知半解;4:無法評估)、結案時,病人對病情及預後認知(1:知道;2:不知道;3:懷疑或半知半解;4:無法評估)、結案時,家屬對病情及預後認知(1:知道;2:不知道;3:懷疑或半知半解;4:無法評估)
4. 結案時DNR簽署日期

安寧共同照護服務內容及紀錄

姓名：_____ 性別：_____
 出生：____年____月____日
 床號：_____
 病歷號：_____

服務項目及內容	已執行日期/ 時間及說明	未執行理由	簽名
一、基本身體照顧：(請用紅筆圈選適用病人的措施)			
向原照護團隊及家屬教導與示範之照護，原照護團隊每日須執行之常規項目如下： 1.身體清潔：洗頭、洗澡、會陰沖洗、導尿管護理、口腔護理 2.舒適護理(並向家屬示範)：翻身、擺位、移位、抱病人上下床及輪椅，按摩、皮膚護理、被動運動、穿脫衣服、冷熱敷 3.身體治療(並向家屬示範)：灌食、抽痰、超音波 0.45%生理食鹽水蒸氣吸入、換尿布、排痰 4.惡性腫瘤潰瘍/壓瘡等傷口處理：_____ 5.其他：_____			
二、身體檢查及評估：(請簡要記錄異常發現)			
1.頭、頸部檢查及評估，發現：_____ 2.胸腔、肺檢查及評估，發現：_____ 3.腹部檢查及評估，發現：_____ 4.背部檢查及評估，發現：_____ 5.四肢檢查及評估，發現：_____ 6.會陰部檢查及評估，發現：_____ 7.意識狀態評估，發現：_____ 8.其他：_____			
三、症狀評估及療護方法、藥物指導：(請簡要記錄評估、指導與療護內容，依需求進一步使用相關表單)			

1.疼痛： <input type="checkbox"/> 初步與 <input type="checkbox"/> 持續疼痛評估表 2.吞嚥困難： 3.食慾障礙： 4.口臭/口乾/口腔潰瘍： 5.頭暈： 6.上腔靜脈壓迫症候群： 7.體溫障礙/發燒： 8.打嗝： 9.噁心/嘔吐： 10.呼吸困難： 11.咳嗽： 12.便秘/腹瀉： 13.腹脹/腹水/腸阻塞： 14.裏急後重 (tanasmus pain)： 15.大小便失禁： 16.尿滯留： 17.水腫/脫水： 18.淋巴水腫： 19.皮膚癢： 20.失眠/睡眠障礙： 21.意識混淆/譫妄： 22.倦怠： 23.瀕死症狀： 24.出血： 25.電解質不平衡： 26.脊髓神經壓迫：			
27.焦慮/憂鬱/麻木不仁： 28.憤怒： 29.其他：			
四、心理療護：(若需詳細描述，請填寫「安寧療護心理社會需要評估及照顧記錄單」)			
1.心理需要之評估與處理：如：疾病認知與適應困難、情緒困擾、自殺意圖、預期性哀傷、死亡議題等 2.傾聽及陪伴病人，使病人感覺被瞭解，被接受 3.協助病人與家屬之互動與溝通 4.瞭解病人與家屬的餘生期待，醫療抉擇，並協助完成之 5.協助處理未了心願 6.協助安排後事 7.引導病人作「鬆弛治療」、「想像治療」、「遊戲治療」、「芳香治療」、「藝術治療」等 8. DNR 的簽署 9.其他：			
五、靈性療護：(若需詳細描述，請填寫「安寧療護靈性需要評估及輔導記錄單」)			

1. 引導病人作「緬懷治療」及「意義治療」：引導對生命意義與價值的肯定 2. 協助病人與家人親友的四道人生：道謝、道歉、道愛、道別 3. 天、人、物、我、關係的修復與連結 4. 宗教諮商：對死後的世界不畏懼、信仰的加深、存在性孤獨與隔絕感的緩解、宗教儀式的實行 5.其他：			
六、病人社會層面及家屬的療護：(若需詳細描述，請填寫「安寧療護心理社會需要評估及照顧記錄單」)			
1.經濟問題評估及轉介 2.家中其他需要照顧者（如小孩、老人）之安排及轉介 3.協助家屬與醫院、學校（若病人為學生）、工作場所（若病人仍在工作）之間的聯繫及協調 4.家屬身體症狀與情緒問題的評估及諮商 5.家屬與病人之間、家屬與家屬之間意見不同與溝通出現問題之協調 6.家屬各種問題之回答 7.傾聽及陪伴家屬，使其感到被瞭解，被接受 8.協助原團隊與家屬召開家庭會議 9.高危險傷慟家屬之評估及傷慟輔導轉介 10.其他：			
七、瀕死症狀評估、死亡準備及遺體護理：(請同時填寫安寧療護善終準備記錄單)			
1.向原照護團隊及家屬教導與示範「瀕死症狀評估」與「遺體護理」 2.死亡準備及家屬喪葬事宜之諮商 3.其他：			
八、共照與原照護團隊的共同合作與討論			
1. 醫療方針的倫理思辨：如：管路置入、營養與水分、藥物與檢查之取捨、末期鎮定藥物的種類與劑量等 2. 後續照護轉介：出院準備、轉安寧病房、轉安寧居家等 3.其他：			

備註：本表為必填表單，請簡要具體記錄本次訪視之評估及照護內容，若有進一步之問題評估，請依附件六-1至六-4表單詳細描述與紀錄，另前述表單皆可連續使用。

安寧療護初步疼痛評估表

附件六-1
(選擇性表格)

姓名：_____ 性別：_____
 出生：____年____月____日
 床號：_____
 病歷號：_____

診斷：_____

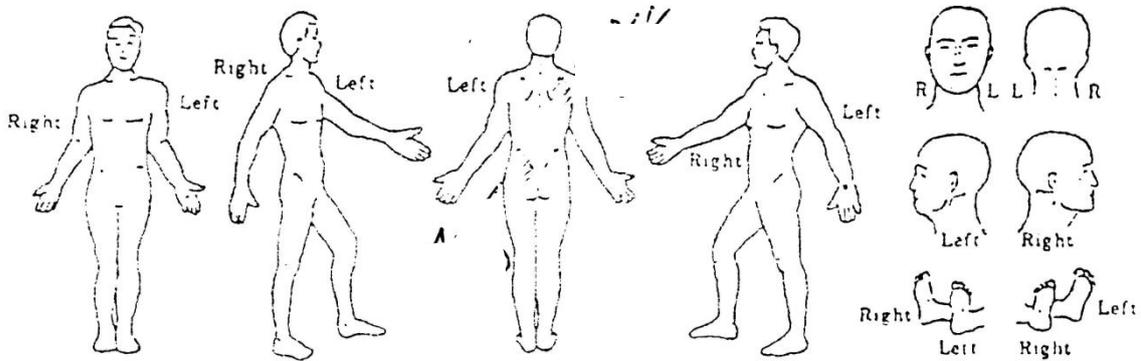
轉移部位：_____

評估日期：__/__/__ 評估者：_____

※ 目前意識狀態：清醒 嗜睡 半昏迷 昏迷(昏迷指數：E__M__V__)

※ 疼痛反應：逃避按壓 呻吟 愁眉苦臉 屈身 不敢移動 其他

※ 請標示疼痛部位，並附帶標示“疼痛強度/疼痛性質”(請參考下列提示，如左鎖骨之疼痛為“8/①,⑥,⑦”)(請標明“深層(內)”“淺層(外)”及延伸部位)



疼痛強度： 不痛 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛不欲生(學齡期以下兒童較不適用)

目前疼痛度_____最痛時_____最輕時_____可忍受度_____

疼痛性質：刺痛刀割痛鈍痛悶痛抽痛壓痛燒灼痛感覺異常痛戳痛其他_____

※ 從什麼時候開始痛_____疼痛發生頻率_____

每次疼痛持續時間_____一天當中最痛的時刻為_____

※ 緩解疼痛的辦法：按摩 熱敷 冷敷 不動 不碰觸 其他方式_____

※ 加重疼痛的因素：按摩 觸碰 移動 咳嗽 進食 其他_____

※ 因痛而伴隨發生之症狀(如噁心等)：_____

※ 因痛造成之影響：睡眠_____一般活動_____

食慾_____注意力_____

情緒(如憤怒、哭泣、自殺意圖)_____

人際關係(如暴躁、易怒、不安等)_____

其他_____

※ 其他附註說明：病人對於疼痛的特殊表達方式

安寧療護靈性需要評估及輔導紀錄

(選擇性表格)

姓名：_____	初次記錄日期：____年____月____日
床號：_____	記錄者：_____
病歷號：_____	

一 般 資 料

				病 人		主要照顧者		其他家人	
信仰/教派、宗派									
常去的教堂/廟宇									
熟悉的神父/牧師/師父之姓名									
電話									
是否希望有靈性關懷人員探訪				<input type="checkbox"/> 是：____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是：____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是：____ <input type="checkbox"/> 否	
是否希望轉介靈性關懷人員				<input type="checkbox"/> 是：____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是：____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是：____ <input type="checkbox"/> 否	
宗教對他的重要性①極重要②重要③不重要④不知									
是否祈禱/念佛/默想①常常②不常③從不									
是否需要宗教禮儀				<input type="checkbox"/> 是：____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是：____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是：____ <input type="checkbox"/> 否	
是否需要宗教音樂及書籍				<input type="checkbox"/> 是：____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是：____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是：____ <input type="checkbox"/> 否	
靈性上的助力(Strength)					靈性上的困擾(Distress)				
編號	日期/ 時間	說明		編號	日期/ 時間	說明			
		生命有意義與價值				生命無意義無價值			
		痛苦有意義				痛苦無意義			
		死亡有意義				恐懼死亡			
		相信死後生命				無助			
		認				無希望、絕望			
		安祥/平安				怨天			
		有希望				尤人			
		能寬恕及被寬恕				憂鬱			
		衝突化解與和好				罪惡感			
		接受生命的限度				不甘心			
		其他				不放心			
						憤怒			
						麻木			
						孤立隔絕			
						恩怨未化解			
						不能寬恕			
						自憐			
						自殺意圖			
						其他			

(選擇性表格)

病人姓名：_____

病歷號：_____

床號_____

安寧療護 善終準備紀錄單

家屬代表：_____ 地址：_____ 電話：_____

一、身體方面：	日期/時間	已作	未作(理由)	簽名
1 教導家屬作瀕死症狀之評估				
2 教導家屬為病人沐浴淨身				
3 教導家屬作遺體護理				
○若眼睛未閉，用膠紙貼住眼睛，等屍僵後再除去				
○若嘴巴未闔，用紗繃托綁下頷，毛巾捲軸墊住下巴				
○用紙尿布墊在褲內以盛接大小便				
○用熱毛巾淨身				
○換穿乾淨壽衣				
二、心理方面	日期/時間	已作	未作(理由)	簽名
1 聆聽病人最後心聲				
2 教導家屬如何與病人溝通				
3 教導家屬如何陪伴病人的死亡過程				
4 協助處理病人未了心願				
5 協助高危險哀傷家屬(病人的幼年子女、高年父母、及過分依賴的配偶)經歷哀傷歷程				
6 協助家屬之間彼此溝通				
三、靈性方面：	日期/時間	已作	未作(理由)	簽名
1 協助家屬按病人原有宗教信仰作死亡前的宗教準備(如：天主教徒的終傳聖事，佛教徒需準備彌陀被，助唸團等)				
2 協助病人處理良心上的不平安(如：人際衝突、恩怨)				
3 協助病人肯定死後的歸宿				
四、喪葬準備	日期/時間	已作	未作(理由)	簽名
1 教導家屬死亡診斷書之取得				
2 教導家屬葬儀社、殯儀館之連絡				
3 教導家屬區公所埋葬證明之取得				
4 教導家屬火葬或土葬之準備				
5 若病人為基督徒(天主教或基督教)，教導家屬在教堂舉行喪禮之準備				

安寧共同照護延長照護申請書

附件七

病歷號：

保險對象姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	受理日期	年 月 日	
身分證字號		原受理編號				受理編號		
聯絡	地址：					電話		
主診斷 ICD-9-CM		疾病名稱						
收案條件	<input type="checkbox"/> 1. 癌症末期 <input type="checkbox"/> 2. 末期運動神經元 <input type="checkbox"/> 3. 老年期及初老期器質性精神病態 <input type="checkbox"/> 4. 其他腦變質 <input type="checkbox"/> 5. 心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 6. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者 <input type="checkbox"/> 7. 肺部其他疾病 <input type="checkbox"/> 8. 慢性肝病及肝硬化 <input type="checkbox"/> 9. 急性腎衰竭，未明示者 <input type="checkbox"/> 10. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者 <input type="checkbox"/> 11. 末期骨髓增生不良症候群 <input type="checkbox"/> 12. 末期衰弱老人 <input type="checkbox"/> 13. 符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者 <input type="checkbox"/> 14. 罕見疾病或其他預估生命受限者			收案日期	年 月 日			
				本次收案核定日期	起日	年 月 日		
					迄日	年 月 日		
日常生活功能評估	ECOG (0-4)：_____							

一、病人主要症狀：

1. 癌症末期病人：
 - 高血鈣 脊髓壓迫 急性疼痛 嚴重呼吸困難 惡性腸阻塞 出血 腫瘤潰瘍 嚴重嘔吐
 - 發燒，疑似感染 癲癇發作 急性瞻妄 急性精神壓力，如自殺意圖
2. 末期運動神經元病人：
 - 虛弱及萎縮 肌肉痙攣 吞嚥困難 呼吸困難 睡眠障礙 便秘 流口水 心理或靈性困擾 分泌物及黏稠物 低效型通氣不足 便秘 流口水
3. 老年期及初老期器質性精神病態：
 - CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：病人沒有反應或毫無理解力 認不出人 需旁人餵食，可能需用鼻胃管 吞食困難 大小便完全失禁 長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：電解值不平衡 急性疼痛 嚴重呼吸困難 惡性腸阻塞 嚴重嘔吐 發燒，疑似感染 癲癇發作 急性瞻妄 瀕死狀態
4. 其他腦變質：
 - 嚴重神經疾病如：嚴重中風 嚴重腦傷 末期腦變質病人，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：電解值不平衡 急性疼痛 嚴重呼吸困難 惡性腸阻塞 嚴重嘔吐 發燒，疑似感染 癲癇發作 急性瞻妄 瀕死狀態 末期腦變質病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者
5. 心臟衰竭：
 - CHF NYHA stage III 或 IV - 休息或輕度活動時會喘 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡
 - 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者 曾有心臟停止或心肺復甦術病史
 - 常有不明原因的昏厥 心因性腦栓塞 左心室射出分率≤20%
6. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者：
 - 即使使用氧氣，然而 PaO₂≤55mmHg、PaCO₂≥50mmHg 或 O₂ saturation≤88% FEV₁≤30% of predicted
 - FEV₁ 持續下降且速度每年大於 40 ml 6 個月內體重減少 10%以上 休息時心跳超過 100/min 肺心症或肺病造成之右心衰竭 合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症
7. 肺部其他疾病：
 - 即使使用氧氣，然而 PaO₂≤55mmHg、PaCO₂≥50mmHg 或 O₂ saturation≤88% FEV₁≤30% of predicted
 - FEV₁ 持續下降且速度每年大於 40 ml 6 個月內體重減少 10%以上 休息時心跳超過 100/min 肺心症或肺病造成之右心衰竭 合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症

第一聯：保險人核備
第二聯：院所備查

安寧共同照護延長照護申請書

病歷號：

8. 慢性肝病及肝硬化：
肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且(1)PT > 5 sec above control 或 INR > 1.5 (2)Serum albumin < 2.5 g/dl PT>5sec above control 或 INR>1.5 Serum albumin<2.5g/dl 困難處理之腹水 自發性細菌性腹膜炎 肝腎症候群 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 復發性食道靜脈瘤出血 多重器官衰竭 惡病質與消瘦

9. 急性腎衰竭，未明示者：
已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 長期使用呼吸器 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 惡性腫瘤末期病人 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者。

10. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：
慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病人，屬慢性腎臟病(CKD) 第4, 5期病人(GFR < 30 ml/min/1.73m2)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 長期使用呼吸器 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 惡性腫瘤末期病人 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者 其他：_____

11. 末期骨髓增生不良症候群

12. 末期衰弱老人

13. 符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者：
不可逆轉之昏迷狀況 永久植物人狀態 極重度失智 主管機關公告疾病

14. 罕見疾病或其他預估生命受限者：
罕見疾病預估生命受限者 先天染色體異常疾病、先天畸形等預估生命受限者 源於周產期的病況預估生命受限者 染色體異常預估無法活至成年者 嚴重之先天腦部異常預估無法活至成年者。

二、醫囑：
 1. 疼痛控制：PCA 其他_____

2. 其他處置：噴霧 氧氣 排便 造瘻口 傷口 尿管 胃管 氣切管 其他留置管 檢驗 其他處理

3. 藥物處方：_____

4. 轉介：社工人員 臨床心理師 物理/職能治療師 專業靈性照顧人員

三、病人之身體照護：
 1. 需定期更換：止痛藥匣 尿管 胃管 氣切管 其他留置管：_____

2. 指導並協助家屬：褥瘡傷口換藥 留置管護理 造瘻口護理：_____ 口腔護理 灌食調理進食 灌腸 人工血管護理 更換尿袋/點滴瓶技巧 抽痰/扣背排痰/噴霧治療技巧 淋巴水腫按摩技巧 洗頭、洗澡、會陰沖洗 肢體活動及翻身擺位避免壓瘡 被動運動及病人移位 皮膚護理按摩 指導家屬照顧個案維持日常生活功能所需知識、技能及必要之家庭安全設備 其他護理項目：_____

四、病人與家屬心理社會諮詢與照護：死亡與瀕死調適 憂鬱 焦慮 其他_____

五、病人及家屬靈性宗教需求之照護：生命意義與價值探尋 靈性平安 宗教儀式進行 其他_____

六、善終準備：_____

七、醫療品質指標：
疼痛控制(疼痛對病人之影響)：_____ (0-10)
呼吸困難狀況(呼吸困難對病人的影響)：0:沒有發生呼吸困難 1:偶而有一些呼吸困難，但仍可執行日常作息 2:呼吸困難已造成困擾並因而限制了部分日常活動與作息 3:時常發生呼吸困難令病人無法忍受，作息與注意力明顯受影響 4.持續不斷呼吸困難現象

八、其他：_____

保險醫事服務機構	機構章戳
名稱：	
代號：	
地址：	
電話：	
申請日期： 年 月 日	

醫師簽名：

護理人員簽名：

全民健康保險安寧共同照護試辦方案支付標準

通則：

- 一、本方案支付標準已包括安寧共同照護團隊之醫師診察及護理費，各項安寧相關之診療、處置費不得再予申報（不得再申報項目係指本方案附件六「安寧共同照護服務內容及紀錄」各項服務項目及內容），亦不得以其他名目向保險對象收取費用。
- 二、以本方案支付標準申報之個案，不適用「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第七部全民健康保險住院診斷關聯群。
- 三、「後續安寧照護團隊照護費」以週為申報單位，惟仍應視病人病情需要，有提供服務才得申報，並非住院期間每週固定支付此一費用。
- 四、首次訪視當日入住安寧病房者，不得申報本方案各項支付標準。

編 號	診 療 項 目	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
一、首次照護：原照護團隊醫師開立照會單，「安寧共同照護小組」進行訪視，且病人已簽署服務同意書。					
P4401B	安寧首次共同照護費 註： 1. 安寧共同照護團隊(至少含醫師及護理人員)皆需進行訪視。 2. 每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為 30 人(含)，超過合理量部分，健保不予支付。 3. 每一個案訪視時間至少 1 小時，訪視時間起迄於交班時紀錄並簽名。 4. 申報本項費用時，應完成醫師診療計畫、原團隊照會單及護理評估與照護計畫紀錄。 5. 每人每院限申報乙次。	V	V	V	2025

二、後續照護：指申報首次照護費後，依病人病情施行之後續安寧共照服務，需與首次共照服務隔 1 週 (≥7 日)。

P4402B	<p>後續安寧照護團隊照護費(含醫師)(每週)(次)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每週醫師及護理人員基本訪視次數至少各乙次。 2. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄。 3. 未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。 4. 每次訪視時間至少 30 分鐘。 	v	v	v	1575
P4403B	<p>後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每週護理人員基本訪視次數至少乙次。 2. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄。 3. 未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。 4. 每次訪視時間至少 30 分鐘。 	v	v	v	1275

全民健康保險居家醫療照護整合計畫(劃線版)

104 年 4 月 23 日健保醫字第 1040004024 號公告訂定
 105 年 2 月 15 日健保醫字第 1050001413 號公告修訂
 106 年 3 月 1 日健保醫字第 1060032768 號公告修訂
 108 年 5 月 30 日健保醫字第 1080033402 號公告修訂
 109 年 4 月 10 日健保醫字第 1090033067 號公告修訂
 110 年 8 月 31 日健保醫字第 1100034165 號公告修訂
 111 年 1 月 22 日健保醫字第 1110800989 號公告修訂
[111 年 0 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂](#)

一、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。

二、計畫目的

- (一) 提升因失能或疾病特性致外出就醫不便病人之醫療照護可近性，減少病人因行動不便委請他人向醫師陳述病情領藥之情形。
- (二) 鼓勵醫事服務機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院。
- (三) 改善現行不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，以提供病人整合性之全人照護。

三、預算來源

- (一) 本計畫個案管理費及所列給付項目及支付標準(詳附件 1)之醫療費用，由其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」項下支應，其餘醫療費用由各部門總額預算支應。
- (二) [虛擬\(行動\)健保卡獎勵金由其他部門預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路寬頻補助費用」之「提升院所智慧化醫療資訊機制」支應。](#)

四、醫療服務提供者資格

- (一) 由本保險特約醫事服務機構組成整合性照護團隊(以下稱照護團隊)，提供含括「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段，並依其執業人員專長提供各階段之服務項目。照護團隊應提供團隊內、外轉診服務，確保病人轉介與後送就醫之需求，並應建立各類訪視人

員之聯繫窗口，以利連結服務。

(二) 訪視人員資格：

- 1、各類訪視人員以本保險特約醫事服務機構之執業人員為限，提供呼吸照護及安寧療護等居家醫療照護，應具備各該項目之服務資格。
- 2、醫師：須具專科醫師資格；惟經保險人分區業務組審酌區域居家醫療服務資源後同意之醫師，不在此限。
- 3、中醫師：執業2年以上（含）之中醫師，自109年起執行本計畫之中醫師均須經中醫師公會全聯會培訓，取得中醫師居家醫療照護資格證書。
- 4、藥師：具藥事人員2人（含）以上之特約藥局或特約醫療院所之執業藥師，並經中華民國藥師公會全國聯合會培訓，取得居家藥事照護資格證書；惟位處本保險山地離島（附件2）與醫療資源缺乏地區之特約藥局或特約醫療院所，不受藥事人員2人以上之限制。

(三) 照護團隊應有個案管理人員負責協調、溝通及安排相關事宜；個案管理人員可由醫師、護理人員、呼吸治療人員或社會工作人員擔任。

(四) 病人之居家醫療主治醫師可由西醫師或中醫師擔任。

(五) 特約醫事服務機構及醫事人員於參與計畫日起前二年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理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）；終約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。

(六) 特約醫事服務機構所屬醫師、中醫師至病人住家提供醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准及保險人同意。

(七) 符合前述各項資格之照護團隊，由主責醫事服務機構向保險人分區業務組提出參與計畫申請書（附件3，須檢附具體之照護團隊內、外轉診服務計畫與後送機制）。經保險人分區業務組資格審核同意後，始可參與本計畫；異動時亦同。

五、服務區域

以申請收案之特約醫事服務機構所在地 10 公里之範圍為原則，但本保險山地離島地區與醫療資源缺乏地區，及報經保險人分區業務組認定之特殊情形，不在此限，惟仍應以鄰近之特約醫事服務機構就近收案提供服務為原則。

六、收案條件

- (一) 居家醫療階段：限居住於住家（不含照護機構），且經照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便者。病人之子女或照顧者、民眾因各種因素無暇接送就醫之長者或幼童等不符合前述收案條件者，如有就醫需求，應循一般程序就醫。
 - 1、失能：指巴氏量表(Barthel ADL Index)小於 60 分。
 - 2、因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如重度以上失智症、遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。
- (二) 重度居家醫療階段：除第(一)款條件外，另應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」（以下稱醫療服務支付標準）第五部第一章居家照護之收案條件；使用呼吸器相關服務之病人，另應符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」（以下稱呼吸器依賴患者照護計畫）居家照護階段之收案條件。
- (三) 安寧療護階段：除第(一)款條件外，另應符合醫療服務支付標準第五部第三章安寧居家療護之收案條件。
- (四) 居家中醫醫療服務：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，需要中醫輔助醫療協助者。
- (五) 居家藥事照護：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，經居家醫療主治醫師判斷其專業能力無法處理之末期病患管制藥品使用諮詢、特殊劑型用藥指導（例如注射筆針劑型、吸入劑型等）。
- (六) 基於給付不重複之原則，行動不便病人(一般)居家照護、呼吸器依賴患者居家照護、末期病患安寧居家療護之收案對象，應自原照護計畫結案，始得於本計畫收案。

(七) 同一病人於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。

七、結案條件

(一) 病人死亡、遷居、病情改善無需繼續接受居家醫療照護、入住照護機構、拒絕訪視、收案期間住院逾 30 日或改由其他院所收案等，應予結案。

(二) ~~居家醫療主治醫師未提供實質整合照護(實質整合照護係指照護團隊提供完整居家醫療照護，進行用藥整合)：~~

~~1、居家醫療主治醫師應透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人(不含安寧療護階段)近期之就醫與用藥資訊，於收案後 12 個月內完成用藥整合，以提升照護品質及用藥安全，若未於 12 個月內完成用藥整合者，應予結案。~~

~~2、本計畫 108 年 5 月 30 日修正前已收案之病人(不含安寧療護階段)，應自該次修正公告後 12 個月內完成用藥整合，未於 12 個月內完成者，應予結案。~~

~~3、同一居家醫療主治醫師對前二款病人，於結案後一年內不得再申請提供居家醫療照護。~~

~~(二)~~ 照護團隊未提供居家醫療照護之病人，應予結案。照護團隊逾 6 個月未提供居家醫療照護之病人，由保險人逕行結案；如個案結案後須居家醫療照護服務，仍可再次收案。

八、收案及審核程序

(一) 收案來源：

1、住院病人：經主治醫師評估，由出院準備服務轉介至參與本計畫之特約醫事服務機構收案；接受轉介機構之醫師得配合出院準備服務到院評估病人之居家醫療照護需求。

2、非住院病人：

(1) 由參與本計畫之特約醫事服務機構直接評估收案。

(2) 由病人或其家屬向參與本計畫之特約醫事服務機構提出申請，或由各縣市長期照顧管理中心(及合約居家服務單位)、衛生局(所、室)、社會局(處)等轉介至參與本計畫之醫事服務機構評估收

案。

(二) 收案程序：

- 1、病人經訪視人員評估符合收案條件，開立收案申請書(附件 4)，並擬訂居家醫療照護計畫(含照護期間、照護內容、訪視頻率等)，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，由健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)送保險人備查，保險人得視情況實地評估病人之醫療需求。但病人如需使用呼吸器相關服務，應先依呼吸器依賴患者照護計畫規定事先報經保險人核准，及登錄 VPN 呼吸照護系統。
 - 2、為利居家醫療主治醫師整合病人用藥(係指照護團隊提供完整居家醫療照護，進行用藥整合)，主治醫師應於收案前應向病人或其家屬說明，請其簽署同意書(附件 5)；~~本計畫修正公告前已收案之病人亦應簽署同意書。病人如欲維持原就醫模式，無法配合用藥整合，則不予收案，已收案者應予結案。~~
 - 3、特約醫事服務機構應擇一最適照護階段收案提供照護，收案期間病人病情轉變，可彈性調整照護階段，無須結案後重新收案，但應於 1 週內(含例假日)於 VPN 登錄異動。
 - 4、居家醫療主治醫師於照護階段轉換或照護期滿應重新評估，且每 3 個月至少訪視一次，以確認病人病情變化，適時調整醫囑。
 - 5、為解決現行全民健康保險憑證(以下稱健保卡)寫入時間緩慢，減輕醫護人員居家訪視時攜帶沉重設備等問題，特約醫事服務機構得協助收案個案綁定虛擬(行動)健保卡，並應於綁定前向病人或其家屬說明並取得同意。
- (三) 照護期間之計算，新收病人以收案日起算；若病情需要申請延長照護者，須俟上次照護期間屆滿前 30 日內始得申請，並以接續日起算。同一特約醫事服務機構同一病人，於照護期間截止日起 ~~30 日內~~ 二週內(如遇例假日得順延之)再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新病人申請；不符合收案條件者應即結案。
- (四) 特約醫事服務機構應依居家醫療主治醫師醫囑，擬訂居家醫療照護計畫以及排定訪視時間。訪視時，應查驗病人之 ~~全民健康保險憑證(以~~

~~下稱健保卡~~ 健保卡(含虛擬(行動)健保卡)、身分證明文件，及自備讀卡設備逐次於健保卡登錄就醫紀錄，並於 24 小時內上傳予保險人備查；但有不可抗力或因特殊情況經保險人同意者，不在此限。

~~(五) 特約醫事服務機構參與本計畫後之新收病人均應於本計畫收案，原有病人於照護期滿應轉為本計畫病人。~~

九、 照護內容

居家醫療主治醫師應整體評估病人之醫療需求，開立居家醫療照護醫囑，並得視醫療需要於病歷註明照會理由，連結其他訪視人員提供醫療服務。本計畫之「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段之照護內容，包括：

(一) 醫師訪視：

- 1、提供一般西醫門診診療服務，但不包括手術、麻醉、血液透析、復健診療、慢性精神疾病居家治療等特定診療服務。
- 2、一般藥品處方箋用藥，得按病人病情需要，每次開給足夠用量。
- 3、醫師開立藥品處方時，應透過健保醫療資訊雲端查詢系統，即時查詢病人近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升病人用藥安全及品質。

(二) 中醫師訪視：提供針灸、中藥與傷科指導；如為居家西醫主治醫師連結之病人，應與居家西醫主治醫師討論決定治療計畫(含治療療程)。

(三) 護理人員訪視：提供居家護理一般照護、特殊照護、臨終照護及案家自我照護指導等。

(四) 呼吸治療人員訪視：提供居家呼吸照護及案家自我照護指導。

(五) 藥師訪視：提供居家藥事照護。

(六) 其他專業人員訪視：視需要由心理師或社會工作人員訪視。

(七) 藥品處方調劑服務：病人所需藥品，得由處方之特約醫療院所提供調劑與送藥服務，或由家屬持健保卡及處方箋至特約藥局或原處方院所調劑領藥。病人獨居時，應提供適當之藥事服務。

(八) 個案健康管理：穩定健康狀態、連結醫療及長期照顧服務資源。輔導

新收病人查詢健康存摺(應經病人、監護人或其指定代理人同意)，以協助訪視人員掌握病人就醫資訊，提升醫療安全與效益。

- (九) 24 小時電話諮詢服務：於病人發生緊急狀況時，提供病人及其家屬 24 小時醫療專業諮詢服務，必要時應啟動緊急醫療後送程序。
- (十) 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)，並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家醫療照護紀錄留存於案家，以利與其他訪視人員或長期照顧服務人員提供整合性之居家照護服務。
- (十一) 為減輕醫師提供到宅服務所需攜帶設備之重量，特約醫事機構得使用「居家輕量藍牙 APP」，以藍牙讀卡機取代健保 IC 卡專屬讀卡機、以智慧型手機或平板取代筆記型電腦，至個案家中看診及讀取健保卡(含虛擬(行動)健保卡)。
- (十二) 開立「長期照護醫師意見書」：本計畫收案個案同時符合長照司「居家失能個案家庭醫師照護方案」之「長期照護醫師意見書」開立條件，得由照護團隊內西醫師協助開立長期照護醫師意見書開立「長期照護醫師意見書」(開立及費用申報規範依現行長照司「居家失能個案家庭醫師照護方案」規定辦理)。

十、醫療費用申報、支付及審查原則

- (一) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。
- (二) 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。
- (三) 本計畫收案及延長照護案件之醫療費用，經審核不符收案條件者，保險人不予支付費用。
- (四) 醫療費用申報：
 - 1、特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位。
 - (1) 居家醫療階段：案件分類 E1，任一特定治療項目代號 EC。

- (2) 重度居家醫療階段：案件分類 A1，任一特定治療項目代號 EC。
- (3) 安寧療護階段：案件分類 A5，任一特定治療項目代號 EC。
- (4) 居家中醫醫療服務：案件分類 31，任一特定治療項目代號 EC。
- (5) 居家藥事照護：
 - A. 特約醫療院所：案件分類依照護階段填報 E1、A1 或 A5，任一特定治療項目代號 EC。
 - B. 特約藥局：案件分類 E，任一原處方服務機構之特定治療項目代號 EC。

2、其他欄位依居家照護案件，採同一療程每月申報一次：

- (1) 「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報該月第一次訪視人員身分證號（若同日訪視人員一人以上者，優先填報順序為醫師、中醫師、護理人員、呼吸治療人員、其他專業人員、藥師）。
- (2) 訪視人員各次訪視費應逐筆填報醫令代碼、執行時間-起/迄、執行醫事人員代號及就醫科別。前述就醫科別，醫師、中醫師訪視請以該次訪視實際提供之診療最適科別填報，護理人員訪視請填「EA 居家護理」，呼吸治療人員訪視請填「AC 胸腔內科」，其他專業人員與藥師訪視免填。
- (3) 呼吸器使用(P5406C)自使用日起算，轉出日不予計算，申報時「醫令執行時間-起/迄」請填至年月日。
- (4) 申報緊急訪視時，「醫令執行時間-起/迄」請填至時分，「支付成數」請依加成數填報(非加成時段請填 100)；「醫令執行時間-起/迄」未依規定填報，該筆醫令不予加成。如該次訪視為緊急訪視，應於「自費特材群組序號」填入「ECE」。

3、如可歸責於特約醫事服務機構申報資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。

4、本計畫之各類醫師訪視費由其專任或兼任之特約醫院或診所申報，

護理人員、呼吸治療人員、藥師及其他專業人員訪視費由其專任或兼任之特約醫事服務機構於業務範圍內申報。居家藥事照護費、藥費、藥事服務費、檢驗(查)費由提供服務之特約醫事服務機構依規定申報，不得由護理機構申報，否則不予支付。

5、特約醫事機構於山地離島地區提供服務並申報山地離島地區訪視費用：應於「特定地區醫療服務」欄位填寫「○○」，並於「支援區域」填寫山地離島地區之地區代碼。

(五) 給付項目及支付標準：

1、個案管理費：

- (1) 申請收案之特約醫事服務機構應負責提供個案健康管理及 24 小時電話諮詢服務，惟前述服務可由照護團隊合作提供。
- (2) 每名病人每年支付 600 點：由保險人於年度結束後計算並支付收案之特約醫事服務機構；未滿一年者，按月比例支付。年度間由 2 家以上特約醫事服務機構收案者，如於同一月份結案並重新收案，當月個案管理費，不論實際收案天數，支付首家結案機構及最終收案機構各 50%。
- (3) 收案期間如連續三個月未提供病人居家醫療照護，則不予支付該區間之個案管理費。

2、各照護階段之給付項目及支付標準原則如下：

照護階段	給付項目	支付標準
居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 藥師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 針灸治療核實
重度居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬 針灸治療核實
安寧療護	醫師訪視	訪視費論次計酬

照護階段	給付項目	支付標準
	中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 病患自控式止痛論次計酬 針灸治療核實

備註：

1. 各照護階段內之給付項目應依病人病情實際需要提供，並非照護階段內各類訪視人員訪視均須提供。
 2. 本計畫申報之中醫針灸治療處置費不列入全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準合理量計算。
- 3、各類訪視人員訪視費、夜間及例假日緊急訪視加成、呼吸器使用費、緩和醫療家庭諮詢費及病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, 以下稱 PCA)等，依附件 1 之給付項目及支付標準支付。
- 4、藥事服務費、藥費、檢驗（查）費及針灸治療費等：依醫療服務支付標準及「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定支付。
- 5、各類訪視人員每人服務人次上限如下，超過的部分不予支付訪視費用，惟緊急訪視人次不納入計算：
- (1) 醫師：每日訪視人次以 8 人次為原則，且每月以 180 人次為限。
 - (2) 中醫師：每日訪視人次以 8 人次為原則，且每月以 180 人次為限。
 - (3) 護理人員：每月訪視人次以 100 人次為限(含安寧療護)，僅執行安寧療護以 45 人次為限。
 - (4) 呼吸治療人員：每月訪視人次以 60 人次為限。
 - (5) 藥師、其他專業人員：每月訪視人次以 45 人次為限。
 - (6) 為確保照護品質，各類訪視人員執行本計畫之每月服務人次上限，與執行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者照護計畫之服務人次歸戶合併計算。

(六) 部分負擔計收規定：

- 1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條居家照護規定計收，處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收。
- 2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。
- 3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

(七) 點值結算方式：

- 1、本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用：其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」按季均分，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。
- 2、其餘項目之醫療費用：依各部門總額規定結算。

十一、 觀察指標

(一) 病人接受醫師照會中醫師、藥師訪視比

分子：中醫師、藥師訪視次數分別計算

分母：醫師訪視次數

(二) 病人收案 12 個月後由照護團隊提供完整醫療服務，未於西醫門診(不含急診)就醫情形

1、病人未於西醫門診(不含急診)就醫率

分子：收案 12 個月後病人未於西醫門診(不含急診)就醫之人數

分母：收案 12 個月後之病人數

2、每人每月西醫門診(不含急診)就醫次數

分子：收案 12 個月後病人之每月西醫門診(不含急診)就醫次數
總計

分母：收案 12 個月後之病人數

(三) 病人收案後急診就醫情形

1、急診率

分子：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之未經照護
團隊轉診之急診(案件分類 02)就醫人數

分母：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之病人數

2、急診就醫者每人急診就醫次數

分子：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之未經照護
團隊轉診之急診(案件分類 02)就醫次數

分母：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之急診就醫
人數

3、緊急訪視率

分子：曾接受緊急訪視人數

分母：收案病人數

4、緊急訪視後 3 日內病人之急診、住院率

分子：緊急訪視後 3 日內，病人之急診、住院次數分別計算

分母：緊急訪視次數

(四) 病人死亡前 6 個月內安寧療護照護率

1、安寧療護照護率

分子：死亡前 6 個月內曾接受各類安寧療護人數

分母：死亡人數

2、居家安寧療護照護率

分子：死亡前 6 個月內曾接受居家安寧療護人數

分母：死亡人數

(五) 病人每人每月接受中醫師訪視次數

分子：病人每人每月中醫師訪視次數合計

分母：每月接受中醫師訪視之病人人數

(六) 健保卡就醫序號以異常代碼申報占率

(於 111 年○○月○○日修正公告日後 6 個月起進行監測)

分子：健保卡就醫序號以異常代碼申報之居家醫療照護就醫件數。

分母：居家醫療照護總就醫件數。

十二、品質獎勵措施

(一) 為提升居家醫療照護品質，特約醫事服務機構提供病人實質整合照護者，予以調高個案管理費。收案滿 13 個月(含)以上之病人，符合下列獎勵要件時，不論當年度收案期間，個案管理費均為 2,000 點；跨年度收案時亦同。

1. 病人(不含安寧療護階段)收案滿 12 個月後，由照護團隊提供完整照護，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。
2. 本計畫 108 年 5 月 30 日修正前，已收案之病人(不含安寧療護階段)，自該次修正公告日起 12 個月後，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。

(二) 「協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金」，特約醫事服務機構於收案時協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡且符合下列條件者，每名保險對象限獎勵一次：

1. 須在「居家醫療照護整合收案申請書」勾選個案由特約醫事服務機構協助綁定並取得個案或家屬同意，並將佐證資料留存於病歷備查(需協助拍攝虛擬(行動)健保卡之相片、已完成綁定畫面截圖等)。
2. 特約醫事機構需於當年度收案期間有以虛擬(行動)健保卡方式申報該保險對象費用資料且成功。
3. 協助每名保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵費用 200 點。
4. 已綁定保險對象因手機故障/更換手機再重新綁定、已於本計畫結案後再由其他醫事機構重新收案並協助綁定、已由其他計畫(如：全民健康保險遠距醫療給付計畫)特約院所協助綁定等情形，不予重複獎勵。
5. 本項獎勵金由保險人每季計算，並支付予收案特約醫事服務機構。

(三) 「虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金」：促進院所宣導及協助民眾綁定虛擬(行動)健保卡之推廣意願，提供虛擬(行動)健保卡申報成功

之達成獎勵額度：

1. 獎勵指標定義：醫事機構(含交付機構)當年度以虛擬(行動)健保卡申報本計畫之件數/醫事機構機構(含交付機構)當年度申報本計畫之件數

2. 獎勵條件與費用：

(1) 第一階段(25% \leq 占率<50%)：提供本計畫申報案件，一般地區每件獎勵10點、山地離島地區每件獎勵20點；當年度累計收案 \geq 10人且有提供病人居家醫療照護之特約醫事服務機構，每家機構獎勵5,000點。

(2) 第二階段(50% \leq 占率<70%)：提供本計畫申報案件，一般地區每件獎勵20點、山地離島地區每件獎勵40點；當年度累計收案 \geq 10人且有提供病人居家醫療照護之特約醫事服務機構，每家機構再獎勵10,000點。

(3) 第三階段獎勵金(占率 \geq 70%)：當年度累計收案 \geq 10人且有提供病人居家醫療照護之特約醫事服務機構，除第二階段獎勵金外，每家機構再獎勵10,000點。

十三、計畫管理機制

- (一) 保險人負責總體計畫架構之研訂、協調與修正。
- (二) 保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、輔導轄區醫事服務機構執行計畫、計算指標與核發費用。
- (三) 參與本計畫之醫事服務機構負責提供病人連續性之整合醫療照護。

十四、退場機制

- (一) 參與本計畫之醫事服務機構，未依排定時間進行訪視且未事先通知病人、無故拒絕轉介單位或保險人轉介之病人、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，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。
- (二) 參與本計畫之醫事服務機構如涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理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。

- (三) 特約醫事服務機構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。

十五、計畫修訂程序

- (一) 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，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。
- (二) 屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

十六、附則

- (一) 特約醫事服務機構至病人住家提供本保險居家醫療照護，得併行提供保險人代辦之醫療服務(如預防保健等)，其服務範圍與支付標準悉依各業務主管機關之規定辦理。
- (二) 本計畫施行期間，與現行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者照護計畫雙軌併行。本計畫分二期逐步整合與推廣，每期三年，期滿應評估全面導入醫療服務支付標準。
- (三) 附錄：
- 1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)。
 - 2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)。

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」給付項目及支付標準

通則：

- 一、醫令代碼屬 P 碼者，限參與本計畫之特約醫事服務機構申報。
- 二、居家護理特殊照護項目如附表 1，居家護理一般照護項目如附表 2，居家照護治療材料表如附表 3；施行特殊照護項目及使用治療材料者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。
- 三、特約醫事服務機構對同一病人於相同期間，僅可擇一最適照護階段提供照護，不可跨照護階段收案。
- 四、照護階段內之服務項目，由收案之特約醫事服務機構協調照護團隊合作提供，不得重複提供。例如：重度居家醫療階段之呼吸器依賴患者，所需護理訪視服務，應由主責護理人員提供全人照護，而非分別派遣多名護理人員進行訪視。
- 五、呼吸器依賴患者每月實際醫療費用未達 27,000 點時，以 27,000 點扣除其他機構申報之醫療費用後，支付提供呼吸器之特約醫事服務機構；照護期間不足一個月時，依相同原則，按實際照護天數以每日 900 點計算支付。前述醫療費用不含中醫師訪視費、安寧療護醫師訪視費、安寧療護護理訪視費、其他專業人員處置費、緩和醫療家庭諮詢費、臨終病患訪視費、PCA、藥費、藥事服務費及附表 3 備註所列特殊材料。
- 六、醫師訪視當日如於門診由同一醫師診治，醫師訪視費、門診診察費應擇一申報。
- 七、醫事人員至病人住家或配合出院準備服務到院評估居家醫療服務需求，如經評估病人不符合收案條件，不予支付當次訪視費。
- 八、緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師訪視費(不含中醫師)、護理人員訪視費及呼吸治療人員訪視費。

(一) 適應症：

1. 生命徵象不穩定。
2. 呼吸喘急持續未改善。
3. 譫妄或意識狀態不穩定。
4. 急性疼痛發作。
5. 發燒或突發性體溫不穩定。
6. 急性腹瀉。
7. 須立即處理之管路問題。
8. 其他經醫師評估有立即前往需要者。

(二) 除已有長期醫囑之須立即處理之管路問題項外，其他項適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。

(三) 同一醫師對同一病人之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付。

(四) 加成方式：

1. 以抵達案家時起算，若離開案家時跨不同加成區間逾 30 分鐘，則以較高加成區間計算。
2. 夜間(下午五點到晚上十點)加計百分之五十。
3. 深夜(晚上十時至隔日早上八時)加計百分之七十。
4. 例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之四十。
5. 同時符合夜間及例假日，則加計百分之五十；同時符合深夜及例假日，則加計百分之七十。

編號	診療項目	支付點數
05307C	醫師訪視費 居家醫療、重度居家醫療： 醫師訪視費(次)	1553
05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)	1709 <u>2051</u>
05312C	甲類安寧療護： 醫師訪視費(次)	1553
05323C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1709 <u>2051</u>
05336C	乙類安寧療護： 醫師訪視費(次)	1088
05337C	醫師訪視費山地離島地區(次) 註：醫師訪視費所訂點數含診察、處方、護理、電子資料處理及行政作業成本等。	1196 <u>1435</u>
P5408C	中醫師訪視費(次)	1553
P5409C	山地離島地區中醫師訪視費(次) 註：中醫師訪視費所訂點數含診察(含傷科指導)、處方、護理、電子資料處理及行政作業成本等。	1709 <u>2051</u>
P5413C	醫師評估出院病人居家醫療照護需求(次) 註： 1. 限醫院院外醫師、中醫師配合出院準備服務到院評估申報。 2. 同一病人每次住院之醫師、中醫師到院評估至多各申報1次。 3. 經居家西醫主治醫師連結之病人，中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。	1553
05301C	護理人員訪視費 重度居家醫療： —資源耗用群為第一類 護理訪視費(次)	1050
05302C	山地離島地區護理訪視費(次)	1155 <u>1386</u>
05303C	—資源耗用群為第二類 護理訪視費(次)	1455
05304C	山地離島地區護理訪視費(次)	1601 <u>1921</u>
05305C	—資源耗用群為第三類 護理訪視費(次)	1755
05306C	山地離島地區護理訪視費(次)	1931 <u>2317</u>
05321C	—資源耗用群為第四類 護理訪視費(次)	2055
05322C	山地離島地區護理訪視費(次)	2261 <u>2713</u>

編號	診療項目	支付點數
	甲類安寧療護：	
	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)	
05313C	護理訪視費(次)	1650
05324C	護理訪視費山地離島地區(次)	1815 2178
	—訪視時間一小時以上 (>1 小時)	
05314C	護理訪視費(次)	2250
05325C	護理訪視費山地離島地區(次)	2475 2970
	乙類安寧療護：	
	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)	
05338C	護理訪視費(次)	1155
05339C	護理訪視費山地離島地區(次)	1271 1525
	—訪視時間一小時以上 (>1 小時)	
05340C	護理訪視費(次)	1575
05341C	護理訪視費山地離島地區(次)	1733 2080
	註：	
	1. 資源耗用群分類：	
	第一類：需居家護理一般照護項目之病人	
	第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人	
	第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人	
	第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人	
	2. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢、治療材料及電子資料處理等費用在內。	
	3. 上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。	
	4. 訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者病人或其家屬簽章。	
	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	
P5401C	呼吸治療人員訪視費(次)	1050
P5402C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1155 1386
	—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等	
P5403C	呼吸治療人員訪視費(次)	1455
P5404C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1601 1921
	註：	
	1. 限訪視呼吸器依賴患者申報。	
	2. 呼吸治療人員提供侵襲性呼吸器依賴患者呼吸照護時，護理人員不得再以提供氣切護理申報資源耗用群為第二類以上之護理訪視費。	

編號	診療項目	支付點數
P5411C	居家藥事照護費(次)	1100
P5412C	山地離島地區居家藥事照護費(次) 註： 1. 居家藥事照護費所訂點數含用藥評估、用藥分裝、餘藥檢核、藥事服務、電子資料處理及行政作業成本等。 2. 每次服務應由居家醫療主治醫師視病人醫療需要評估連結。	1210 1452
05315C	其他專業人員處置費(次)：限社會工作人員或心理師	1050
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 註：限訪視呼吸器依賴患者、臨終末期病患申報。諮商心理師限訪視末期病患。	1155 1386
P5406C	呼吸器使用(天) 註： 1. 限呼吸器依賴患者申報。 2. 呼吸器使用期間，自使用日起算，轉出日不予計算。	590
P5407C	緩和醫療家庭諮詢費 註： 1. 限重度居家醫療階段申報。 2. 適應症：以進入末期狀態病患為主。 3. 相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或家屬。 (2)諮詢時間：每一個案病人諮詢時間至少1小時。 (3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病患之病歷及紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。 (4)申報規定： a. 病患已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護或居家安寧照護，不得再申報此項費用。 b. 出院病患住院期間已接受緩和醫療家庭諮詢服務(項目代碼02020B)，不得再申報此項費用。 c. 同一照護團隊對同一照護對象病人限申報二次。 d. 由居家醫療主治醫師執業之醫事服務機構申報此項費用。	2250
05326C	臨終病患訪視費	5000
05327C	山地離島地區臨終病患訪視費 註： 1. 限訪視臨終病患，且 ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Scale)大於三級以上(含三級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2. 甲、乙兩類安寧療護醫事人員皆可申報。 3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	5500 6600
05316C	病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, PCA) 註：限訪視臨終末期病患，所訂點數含PCA幫浦注射費、PCA裝置(set)、PCA袋(bag)等。每一個案病患每月限申報二次。	1890

附表 1. 居家護理特殊照護項目表

特殊照護群組	支付標準 編號	診療項目
1. 氣切護理	56004C	換造口器 Change tracheostomy set 註：含氣切造瘻口處理 Tracheostomy care
2. 留置導尿管 護理	47014C 50022C	留置導尿 Urinal indwelling catheterization 更換腎臟引流或膀胱引流管 Catheter change
3. 留置鼻胃管 護理	47017C	胃管插入(或更換) Insertion of nasogastric tube 註：更換胃管(Change N-G tube)比照申報。
4. 膀胱灌洗	50012C	膀胱灌洗 Bladder irrigation
5. 三、四期壓 瘡傷口護理	48001C 48002C 48003C 48004C 48005C	淺部創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Wound treatment <5 cm 淺部創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Wound treatment 5-10 cm 淺部創傷處理-傷口長 10 公分以上者 Wound treatment >10 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Debridment <5 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Debridment 5-10 cm 註：傷口程度分期係採用國際腸造瘻治療協會及美國國家褥瘡學 會的分類法；本項護理含傷口評估、淺部或深部創傷縫合、 接紮、擴創處理、教導家屬換藥技巧及預防其他部位壓瘡發 生；糖尿病足末梢動靜脈阻塞之皮膚潰爛護理比照申報。訪 視紀錄請註明處置日期和部位。
6. 大量液體點 滴注射	39004C	大量液體點滴注射 IV drip (林格兒氏液、Rock 液、生理食鹽水、葡萄糖液、困糖液或血液 代用劑等)注射。 註：含靜脈留置針設立，觀察病患對注射藥物之反應、教導家屬 觀察注射部位之狀況及維護靜脈點滴之通暢。
7. 造口護理	49004C 49005C 49020B 49021B 49022B	肛門切除後治療 Post APR wound care 人工肛門灌洗 Colostomy irrigation 三路灌洗 Three way irrigation 迴腸造口永久裝具裝置 Ileostomy, permanent appliance 迴腸膀胱永久裝具裝置 Ileum bladder, permanent appliance

註：48004C「深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者」及 48005C「深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者」二項診療項目，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行核實申報。

附表 2. 居家護理一般照護項目表

支付標準 編號	診療項目
(免填報)	小量注射：如肌肉注射、皮下注射、靜脈注射
	靜脈點滴加藥
	藥物敏感反應試驗(Cytomack test, Penicillin test 等)
	濕氣吸入治療 Humidity inhalation、呼吸道抽吸 Suction、體位引流 Postural drainage
	被動性關節運動 Passive R. O. M.
	置入器皮下注射(port-A)及護理
	小換藥(10 公分以下) Change dressing small (<10 cm)
	中換藥(10-20 公分) Change dressing medium (10-20 cm)
	大換藥(20 公分以上) Change dressing large (>20 cm)
	拆線-傷口在 10cm 以下 Remove Stiches <10 cm
	拆線-傷口在 10cm 以上 Remove Stiches >10 cm
	一般導尿、更換尿袋、尿管護理、拔除尿管之膀胱訓練
	口腔護理
	塞劑給予、糞嵌塞清除 Cleaning fecal impaction
	甘油灌腸 Glycerin enema(大小量灌腸比照本項)
	礦物油留置灌腸 Retension enema(留置灌腸比照本項)
	一般身體檢查、護理指導(含胰島素注射及傷口照顧指導)
酒精拭浴 Alcohol packing、薄荷擦拭 Menthol packing	
會陰沖洗 Perineal irrigation care	
其它護理項目	

附表 3. 居家照護治療材料表

特材代碼	特材品名
NDN01	頭皮針
NDN04	靜脈留置針
CLS04	精密輸液套 (PRECISION ADMINISTRATION SET)
CEE01	延長管 (EXTENSION SET (T-CONNECTOR))
WDD08	人工生物化學覆蓋物 (ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL)
(免填報)	肛管(RECTAL TUBE)、小量灌腸器
	鼻胃管 (N-G TUBE)
	導尿包、導尿管(FOLY CATHETER)、蓄尿袋(URINE BAG)
	敷料類(紗布、棉墊、棉枝、棉棒、棉籤、棉片、膠帶)
	普通點滴套(IV SET)
	注射筒器、針頭、靜脈帽(IV CAP)、人工薄膜(OP-SITE)
	抽吸導管 (SUCTION TUBE)
	灌食空針 (FEEDING SYRINGE)
	生理食鹽水、蒸餾水
	優碘(AQ-BETA IODINE)、優碘軟膏、酒精
	KY-JELLY
	手套、口罩、紙治療巾
	壓舌板
尿糖試紙、血糖試紙、痰液收集器	

註：矽質二叉留置導尿管、矽質鼻胃管、PVC 氣切管、矽質氣切管及胃造口術管路衛材(須由醫師操作更換)等特殊材料，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行申報，支付品項以全民健康保險藥物給付項目及支付標準收載之特殊材料品項為限。

全民健康保險山地離島地區一覽表

縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園市	復興區	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
臺中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙太平島
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」申請書

基本資料	照護團隊名稱		照護團隊代號	(由保險人填入)
	主責機構		機構代碼	
	負責人		聯絡人	
	聯絡電話		email	
配套措施	藥品處方調劑方式	<input type="checkbox"/> 處方院所調劑後送藥 <input type="checkbox"/> 交付處方箋 <input type="checkbox"/> 其他：(請說明)		
	24 小時諮詢專線			
	個案健康管理措施			
	病人轉銜合作機制			
	轉診後送機制			

本院(所)及團隊內醫事服務機構同意於執行計畫期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象居家醫療照護。

此致 衛生福利部中央健康保險署



醫事服務機構印信

負責人印章

中華民國 年 月 日

全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書

1 申請收案 2 申請收案複核 3 申請延長照護 4 申請延長照護複核 5 照護階段轉換

本申請書自開立日起 14 日內有效，逾期不予受理申請。

收案日期	年 月 日	前次 核定迄日	年 月 日	申請日期	年 月 日
收案機構	名稱：	代號：	照護團隊	代號：	
第一部分：基本資料					
病人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女	出生日期	年 月 日
身分證號		電話	(日)	(夜)	
居住地址					
居住狀況	<input type="checkbox"/> 1 獨居 <input type="checkbox"/> 2 家人同住 <input type="checkbox"/> 3 親友同住 <input type="checkbox"/> 4 其他				
常用語言	<input type="checkbox"/> 1 國語 <input type="checkbox"/> 2 台語 <input type="checkbox"/> 3 客家語 <input type="checkbox"/> 4 原住民族語 <input type="checkbox"/> 5 其他				
主要 聯絡人	與病人關係：		聯絡電話/手機：		
社會福利 身分別	<input type="checkbox"/> 1 無 <input type="checkbox"/> 2 低收入戶 <input type="checkbox"/> 3 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 4 榮民 <input type="checkbox"/> 5 原住民 <input type="checkbox"/> 6 領有身心障礙證明				
第二部分：健康狀況					
意識狀態	<input type="checkbox"/> 1 清醒 <input type="checkbox"/> 2 嗜睡 <input type="checkbox"/> 3 混亂 <input type="checkbox"/> 4 呆滯(木僵) <input type="checkbox"/> 5 昏迷(或植物人) <input type="checkbox"/> 6 其他				
情緒狀態	<input type="checkbox"/> 1 平穩 <input type="checkbox"/> 2 憂鬱 <input type="checkbox"/> 3 焦慮 <input type="checkbox"/> 4 無法評估				
理解能力	<input type="checkbox"/> 1 良好 <input type="checkbox"/> 2 僅可理解簡單句子或關鍵字 <input type="checkbox"/> 3 無法理解 <input type="checkbox"/> 4 無法評估				
表達方式	<input type="checkbox"/> 1 語言 <input type="checkbox"/> 2 肢體表達 <input type="checkbox"/> 3 溝通輔具 <input type="checkbox"/> 4 無法表達 <input type="checkbox"/> 5 無法評估				
呼吸 (可複選)	<input type="checkbox"/> 1 自行呼吸 <input type="checkbox"/> 2 使用氧氣 <input type="checkbox"/> 3 使用侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 4 使用非侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 5 使用氣切管或氣管內管插管 <input type="checkbox"/> 6 其他				
進食	<input type="checkbox"/> 1 由口進食 <input type="checkbox"/> 2 鼻胃管灌食 <input type="checkbox"/> 3 靜脈注射 <input type="checkbox"/> 4 其他				
排泄	<input type="checkbox"/> 1 自行排泄 <input type="checkbox"/> 2 需協助排泄 <input type="checkbox"/> 3 大小便失禁 <input type="checkbox"/> 4 存留導尿管 <input type="checkbox"/> 5 腸造口 <input type="checkbox"/> 6 其他				
皮膚狀況	<input type="checkbox"/> 1 完整 <input type="checkbox"/> 2 損傷(部位： 大小： X X 等級： 類別： <input type="checkbox"/> 擦傷、割傷 <input type="checkbox"/> 術後傷口 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 其他慢性傷口：)				
日常生活 活動能力	ADL 總分： 分(請檢附 60 天內有效巴氏量表，細項如附錄 1)				
肌力	上肢(左： 分 右： 分)、下肢(左： 分 右： 分)				
疾病史					
第三部分：收案評估					
收案來源	<input type="checkbox"/> 1 住院病人，轉介醫院代碼 <input type="checkbox"/> 2 非住院病人(病患或家屬自行申請) <input type="checkbox"/> 3 非住院病人(衛生局、社會局、長照管理中心等轉介病患)				

收案條件	<input type="checkbox"/> 1 有明確醫療需求 <input type="checkbox"/> 2 外出就醫不便，原因： <input type="checkbox"/> 失能(ADL<60) <input type="checkbox"/> 疾病特性： <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 3 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第1章居家照護收案條件 <input type="checkbox"/> 4 符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段之收案條件 <input type="checkbox"/> 5 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第3章安寧療護收案條件(續答附錄 2 末期病患主要症狀表) (條件 1、2 為必要條件)
照護階段	<input type="checkbox"/> 1 居家醫療 <input type="checkbox"/> 2 重度居家醫療 <input type="checkbox"/> 3 安寧療護(續答 A~C) A. 疼痛評估(0-10)： B. ECOG(0-4)： C. 安寧緩和意願書或同意書簽署： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他照護需求評估	<input type="checkbox"/> 1 有長期照顧服務需求，轉介至 <input type="checkbox"/> 2 有居家中醫醫療需求，轉介至 <input type="checkbox"/> 3 有居家西醫醫療需求，轉介至
第四部分：醫囑	
疾病診斷	主診斷： <input type="checkbox"/> 病名 次診斷 1： <input type="checkbox"/> 病名 次診斷 2： <input type="checkbox"/> 病名 次診斷 3： <input type="checkbox"/> 病名
醫囑	<input type="checkbox"/> 更換鼻胃管： 天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他 ; 管徑大小： FR <input type="checkbox"/> 更換導尿管： 天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般橡膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他 ; 管徑大小： FR <input type="checkbox"/> 更換氣切管： 天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 鐵製 <input type="checkbox"/> 4 其他 ; 管徑大小： mm <input type="checkbox"/> 腸造口 <input type="checkbox"/> 胃造口 <input type="checkbox"/> 膀胱造口 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 膀胱灌洗： 天一次 <input type="checkbox"/> 傷口照護： 天一次 <input type="checkbox"/> 尿液檢查： 天一次，項目： <input type="checkbox"/> 血液檢查： 天一次，項目： <input type="checkbox"/> 呼吸照護評估與治療： 天一次 <input type="checkbox"/> 疼痛控制： <input type="checkbox"/> 1PCA <input type="checkbox"/> 2 其他 <input type="checkbox"/> 其他處置： <input type="checkbox"/> 藥物處方：
照護計畫	照護期間： 個月 訪視頻率： <input type="checkbox"/> 1 醫師 天一次，主治醫師： ，醫事機構名稱： <input type="checkbox"/> 2 護理人員 天一次，主責護理師： ，醫事機構名稱： <input type="checkbox"/> 3 呼吸治療人員 天一次，主責呼吸治療師： ，醫事機構名稱： <input type="checkbox"/> 4 心理師 天一次 <input type="checkbox"/> 5 社會工作人員 天一次

病人(或代理人)簽章：

評估醫事人員簽章：

醫囑醫師簽章：

全民健康保險居家醫療照護整合計畫
病人用藥整合同意書

一、 服務說明：

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」提供因失能或疾病特性致外出就醫不便病人居家醫療照護服務。由居家醫療主治醫師整體評估病人的病情，視診療需要連結其他醫師、中醫師、護理人員、呼吸治療師、藥師、心理師及社工等人員提供訪視服務。

為提供整合性之居家醫療照護服務，居家醫療主治醫師將透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人近期之就醫與用藥資訊，於收案 12 個月內協助整合病人門、住診等用藥，以提升照護品質及用藥安全。

病人如欲維持原門診就醫習慣，無法配合居家醫療主治醫師整合用藥、提供實質居家醫療照護，則不符合本計畫之收案條件。

二、 接受服務意向表達：

本人 同意 不同意 ○○醫院(診所)○○○醫師為本人居家醫療主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，可透過衛生福利部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及健保卡上傳就醫資料，協助整合本人用藥及提供實質居家醫療照護。

此致 ○○醫院(診所)

立書同意人：

出生年月日：民國____年____月____日

身分證號：

代理人：

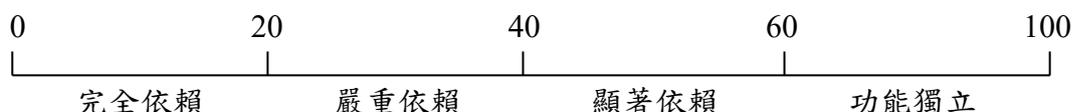
與病人之關係：

身分證號：

附錄 1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)

評估日期：_____年_____月_____日

項 目	分 數	內 容 說 明
1. 進食	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	自己在合理時間(約 10 秒鐘吃一口)可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時，應會自行穿脫。 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。 無法自行取食或耗費時間過長。
2. 個人衛生	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可以自行洗手、刷牙、洗臉及梳頭。 需要他人部分或完全協助。
3. 上廁所	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可自行上下馬桶、穿脫衣服、不弄髒衣服、會自行使用衛生紙擦拭。 需要協助保持姿勢的平衡、整理衣服或用衛生紙。 無法自己完成。
4. 洗澡	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能獨立完成(不論是盆浴或沐浴)，不需別人在旁。 需別人協助。
5. 穿脫衣服	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能自己穿脫衣服、鞋子，自己扣釦子、上拉鍊或綁鞋帶。 在別人協助下，可自己完成一半以上的動作。 不會自己做。
6. 大便控制	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	不會失禁，能自行灌腸或使用塞劑。 偶爾會失禁(每週不超過一次)，需要他人協助使用灌腸或塞劑。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
7. 小便控制	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能自己控制不會有失禁，或能自行使用並清潔尿套、尿袋。 偶爾會失禁(每週不超過一次)或尿急(無法等待放好便盆或及時趕到廁所)或需要他人協助處理尿套。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
8. 平地行走	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	使用或不使用輔具，皆可獨立行走 50 公尺以上。 需他人稍微扶持或口頭指導才能行走 50 公尺以上。 雖無法行走，但可以操作輪椅(包括轉彎、進門及接近桌子、床沿)並可推行輪椅 50 公尺以上。 完全無法自行行走，需別人幫忙推輪椅。
9. 上下樓梯	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可自行上下樓梯，可使用扶手、柺杖等輔具。 需他人協助或監督才能上下樓梯。 無法上下樓梯。
10. 移位	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	整個過程可獨立完成。 移動身體時需要稍微協助、給予提醒、安全監督。 可以自行坐起，但從床上坐起時或移動身體時需要他人協助。 不會自己移動。
總分		



附錄 2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)

<p>1. 癌症末期病患：</p> <p><input type="checkbox"/>高血鈣 <input type="checkbox"/>脊髓壓迫 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>出血 <input type="checkbox"/>腫瘤潰瘍 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>急性精神壓力，如自殺意圖</p>
<p>2. 末期運動神經元病患：</p> <p><input type="checkbox"/>虛弱及萎縮 <input type="checkbox"/>肌肉痙攣 <input type="checkbox"/>吞嚥困難 <input type="checkbox"/>呼吸困難 <input type="checkbox"/>睡眠障礙 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水 <input type="checkbox"/>心理或靈性困擾 <input type="checkbox"/>分泌物及黏稠物 <input type="checkbox"/>低效型通氣不足 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水</p>
<p>3. 老年期及初老期器質性精神病態：</p> <p><input type="checkbox"/>CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：<input type="checkbox"/>病人沒有反應或毫無理解力 <input type="checkbox"/>認不出人 <input type="checkbox"/>需旁人餵食，可能需用鼻胃管 <input type="checkbox"/>吞食困難 <input type="checkbox"/>大小便完全失禁 <input type="checkbox"/>長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮</p> <p><input type="checkbox"/>病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：<input type="checkbox"/>電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態</p>
<p>4. 其他大腦變質：</p> <p><input type="checkbox"/>嚴重神經疾病如：<input type="checkbox"/>嚴重中風 <input type="checkbox"/>嚴重腦傷</p> <p><input type="checkbox"/>末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態</p> <p><input type="checkbox"/>末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者</p>
<p>5. 心臟衰竭：</p> <p><input type="checkbox"/>CHF NYHA stage III 或 IV - 休息或輕度活動時會喘 <input type="checkbox"/>原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>經常因嚴重心臟衰竭症狀住院 <input type="checkbox"/>因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者 <input type="checkbox"/>曾有心臟停止或心肺復甦術病史 <input type="checkbox"/>常有不明原因的昏厥 <input type="checkbox"/>心因性腦栓塞 <input type="checkbox"/>左心室射出分率$\leq 20\%$</p>
<p>6. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而$PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$或$O_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ <input type="checkbox"/>FEV1$\leq 30\%$ of predicted <input type="checkbox"/>FEV1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過100/min <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>
<p>7. 肺部其他疾病：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而$PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$或$O_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ <input type="checkbox"/>FEV1$\leq 30\%$ of predicted <input type="checkbox"/>FEV1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過100/min <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>
<p>8. 慢性肝病及肝硬化：</p> <p><input type="checkbox"/>肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且(1)PT$> 5 \text{ sec}$ above control 或 INR> 1.5 (2)Serum albumin$< 2.5 \text{ g/dl}$ <input type="checkbox"/>PT$> 5\text{sec}$ above control或INR> 1.5 <input type="checkbox"/>Serum albumin$< 2.5\text{g/dl}$ <input type="checkbox"/>困難處理之腹水 <input type="checkbox"/>自發性細菌性腹膜炎 <input type="checkbox"/>肝腎症候群 <input type="checkbox"/>肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 <input type="checkbox"/>復發性食道靜脈瘤出血 <input type="checkbox"/>多重器官衰竭 <input type="checkbox"/>惡病質與消瘦</p>
<p>9. 急性腎衰竭，未明示者：</p> <p><input type="checkbox"/>已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/>病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/>嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/>惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/>因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者</p>
<p>10. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：</p> <p><input type="checkbox"/>慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD) 第4、5期病患($GFR < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/>病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/>嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/>惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/>因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者 <input type="checkbox"/>其他：</p>

「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫

保險人(89年5月2日)

第一次修訂(89年6月27日)

第二次修訂(89年8月19日)

第三次修訂(91年11月01日)

第四次修訂(99.01費用月份起適用，98年07月24日)

第五次修訂(99.01費用月份起適用，98年11月06日)

第六次修訂(99.09費用月份起適用，99年08月10日)

第七次修訂(102.01費用月份起適用，101年11月22日)

第八次修訂(102.08費用月份起適用，102年07月29日)

第九次修訂(104年5月25日)

第十次修訂(105.04費用月份起適用，105年4月1日)

第十一次修訂(108.04費用月份起適用，108年4月1日)

第十二次修訂(109.08費用月份起適用，109年8月1日)

第十三次修訂(110.07費用月份起適用，110年7月1日)

[第十四次修訂草案\(111.XX費用年月份起適用\)](#)

壹、前言

我國由於慢性照護的發展緩慢，因此長期依賴呼吸器患者佔用急性病房或甚至加護病房的情形時有所聞。為有效利用加護病房之資源，提升重症病患照護品質，避免因不當的利用加護病床致急症患者面臨一床難求的窘境，行政院衛生署(衛生福利部前身)於87年提出「改善醫院急診重症醫療計畫」，訂定「急性呼吸治療病床」及「呼吸照護病床」之設置標準，並責由全民健康保險保險人(以下稱保險人)研訂相關醫療費用支付標準，以落實計畫之推行。

為促使醫療資源有效應用，保險人研擬從支付制度改革，由現行論量計酬改為論日、論人計酬等前瞻性支付制度，並導入管理式照護模式，然而呼吸器依賴患者從急性、亞急性到慢性等階段，臨床上的變化非常多樣，而國內對於呼吸器使用者臨床預後、照護方式及成本、醫療利用狀況及醫療品質指標等，尚缺乏完整的資料，為此，保險人特邀請台灣胸腔暨重症加護醫學會各方面的臨床專家及學者組成「工作小組」，借重其專業及臨床實務經驗，共同規劃研訂呼吸器依賴患者之照護模式及支付方式，在規劃支付方式之過程，除廣泛蒐集各國近期實施之支付制度外，並考量本國以下現況，訂定本計畫：

一、制度面上本國現有之組織架構如醫療組織、財務、體制是否能充分

配合。

二、財務風險分攤之能力及責任歸屬。

三、藉支付機制提升照護體系運作的效率之誘因。

四、呼吸器依賴患者之特性如費用、利用率的分析及發生率、盛行率等流行病學之考量)。

由於至目前為止，我國尚無以特定疾病按時程多元支付之實際運作經驗，如能透過本計畫之運作及評估，找出缺點防治之道，並提出呼吸器依賴患者最具成本效益之支付制度之建議，使呼吸器依賴患者獲得整體性、高品質之照護，以為未來規劃其他疾病論日或論人計酬支付制度之參考，是本計畫規劃之最大期許。

貳、計畫目的

一、改善現行論量計酬之支付方式，加強醫療院所進行垂直性及水平性服務整合的誘因，以利提供呼吸器依賴病患完整性的醫療保健服務，並提升照護品質。

二、鼓勵醫療院所引進管理式照護，藉由設立亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房或發展呼吸器依賴病患之居家照護模式，以降低長期使用呼吸器病人占用加護病房或急性病房之情況，促使醫療資源合理使用。

三、評估不同階段之支付方式，包括論日計酬及論人計酬，對於呼吸器依賴患者之醫療照護品質及成效之影響，以做為日後全面辦理時品質監控及支付方式設計之參考。

參、計畫內容

一、參與計畫醫院之資格

(一)鼓勵組成整合性照護系統，提供含括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房及居家照護各階段照護。

(二)設置基準

各階段特約醫事服務機構需符合衛生福利部「醫療機構設置標準」及本計畫支付標準附表 9.2 規定設置。

(三)申請書格式

由各參與之特約醫療機構檢附「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫申請書(附件一)向保險人分區業務組提出申請。

(四)其他

各參與之特約醫療機構應設有個案管理人制度，由專任或兼任之個案管理人員負責協調、溝通及個案管理安排事宜。個案管理人

員可由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社工人員擔任。

二、 給付項目及支付標準：詳附件二

三、 醫療費用之申報

(一)參與計畫之申報

1、 第一到第三階段以住院案件申報，第四階段以門診案件申報。

(1). 第一到第三階段使用呼吸器之各病房異動皆應「獨立」切帳申報。

(2). 第三階段未結案之個案至少須每 60 天始得申報乙次。

(3). 第四階段未結案之個案按月申報。

2、 住院醫療費用點數申報格式總表段支付制度計畫案件醫療費用點數=點數清單申請費用點數（欄位 IDd85）+部分負擔點數（欄位 IDd84）

3、 門診及住院醫療點數申報格式填報：

(1). 總表段之申報類別：請填報【1：送核】

(2). 點數清單段之給付類別：請填報【9：呼吸照護】

(3). 第一階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【4：支付制度試辦計畫案件】、給付類別填【9：呼吸照護】外，其餘依論量計酬之現行申報方式申報；病患於本階段使用呼吸器但 < 21 天即轉出至亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房時，仍依上述規定申報，餘應暫緩申報，俟確認病患使用呼吸器滿 21 天為呼吸器依賴患者，或脫離呼吸器滿 5 天非屬呼吸器依賴患者後，依相關規定申報。

(4). 第二階段~第三階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【4：支付制度試辦計畫案件】、給付類別請填【9：呼吸照護】外，其他欄位申報方式如下：

住院醫療費用點數申報格式點數清單段欄位填報：

~~a.~~**A.** 欄位 IDd66「診察費點數」-欄位 IDd82「嬰兒費點數」分項費用欄位：將醫令清單醫令類別「4」實際發生之醫療費用，比照論病例計酬案件之歸屬方式申報。

~~b.~~**B.** 合計點數（欄位IDd83）及部分負擔點數（欄位IDd84）比照論病例計酬案件之方式申報。

~~c.~~**C.** 醫療費用點數合計(欄位 IDd86、88、90、92、94、96、98)： 比照論病例計酬案件之方式申報。醫療費用點數之計算（住院第 61、63、65、67、69、71、73 欄）比照論病例計酬案件之方式申報。

~~(A)~~D. 申請點數(欄位 IDd85)。

~~(A)~~(A) 若：定額申報費用>合計點數

則：[申請點數]欄位=定額申報費用-部分負擔點數

~~(B)~~(B) 若：亞急性呼吸照護病房定額申報費用<亞急性呼吸照護病房合計點數

則：[申請點數]欄位=(定額申報費用-部分負擔點數)+1/3*(合計點數-定額申報費用)

~~(C)~~(C) 欄位 IDd87、89、91、93、95、97、99 部分負擔欄位：
比照論病例計酬案件之方式申報，其他欄位比照現行申報方式。

~~(D)~~(D) 同一月份同一個案申報二次以上者，流水號請連續編號。

(5). 第四階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【A1：居家照護】、【A6：護理之家之居家照護】、給付類別請填【9：呼吸照護】、就醫科別【AC：胸腔內科】外，其他欄位申報方式如下：

A. 「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。

B. [申請點數]欄位=定額申報費用-部分負擔點數。

4、門診及住院醫療費用點數醫令清單段填報說明：

(1). 第一階段之申報：以論量計酬申報。

(2). 第二階段~第三階段之申報：

A. 定額醫令項目：醫令類別請填「2」，請集中於實際醫療費用醫令項目之前申報，並填列執行起迄日期。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，並填列執行起迄日期。

(3). 第四階段之申報：

A. 定額醫令項目：醫令類別請填「2」，請集中於實際醫療費用醫令項目之前申報。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」。

C. 「總量」欄位填列實際申報天數。

(二)住院未參與計畫之申報：各病房異動皆應「獨立」切帳申報

病房	費用清單			醫令清單	
	申報類別	案件分類	給付類別	醫令代碼	醫令類別
ICU 呼吸器使用>21 天	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	實際醫療費用醫令項目	依現行論量計酬申報方式申報
	申報時病患仍使用呼吸器但<21 天，應暫緩申報，俟確認病患使用呼吸器滿 21 天為呼吸器依賴患者，或脫離呼吸器滿 5 天非屬呼吸器依賴患者後，依規定申報。				
亞急性呼吸照護病房	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	實際醫療費用醫令項目	依現行論量計酬申報方式申報
慢性呼吸照護病房	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	P1011-2C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令項目	依現行論病例計酬申報方式申報
1. 「實際醫療費用」>「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P 碼」+「得另核實項目」 2. 當「實際醫療費用」<「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。					
一般病房(含經濟病房)	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	P1005K- P1012C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令項目	依現行論病例計酬申報方式申報
1. 一般病房費用「實際醫療費用」>「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P 碼」+「得另核實項目」 2. 當「實際醫療費用」<「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。					

四、病患轉介之流程：詳附圖。

五、品質監控指標

(一) 結構指標

- 1、照護小組各類照護人員之專業資格。
- 2、照護小組各類照護人員與病患之比例。
- 3、照護小組各類照護人員再教育狀況。

(二) 過程指標

- 1、照護小組各類照護人員之照護及在職教育品質。
- 2、內部品質監控指標：
 - (1)個案完整登錄比率。
 - (2)疾病嚴重度。
- 3、呼吸器依賴病患之個案管理與出院規劃完整性。

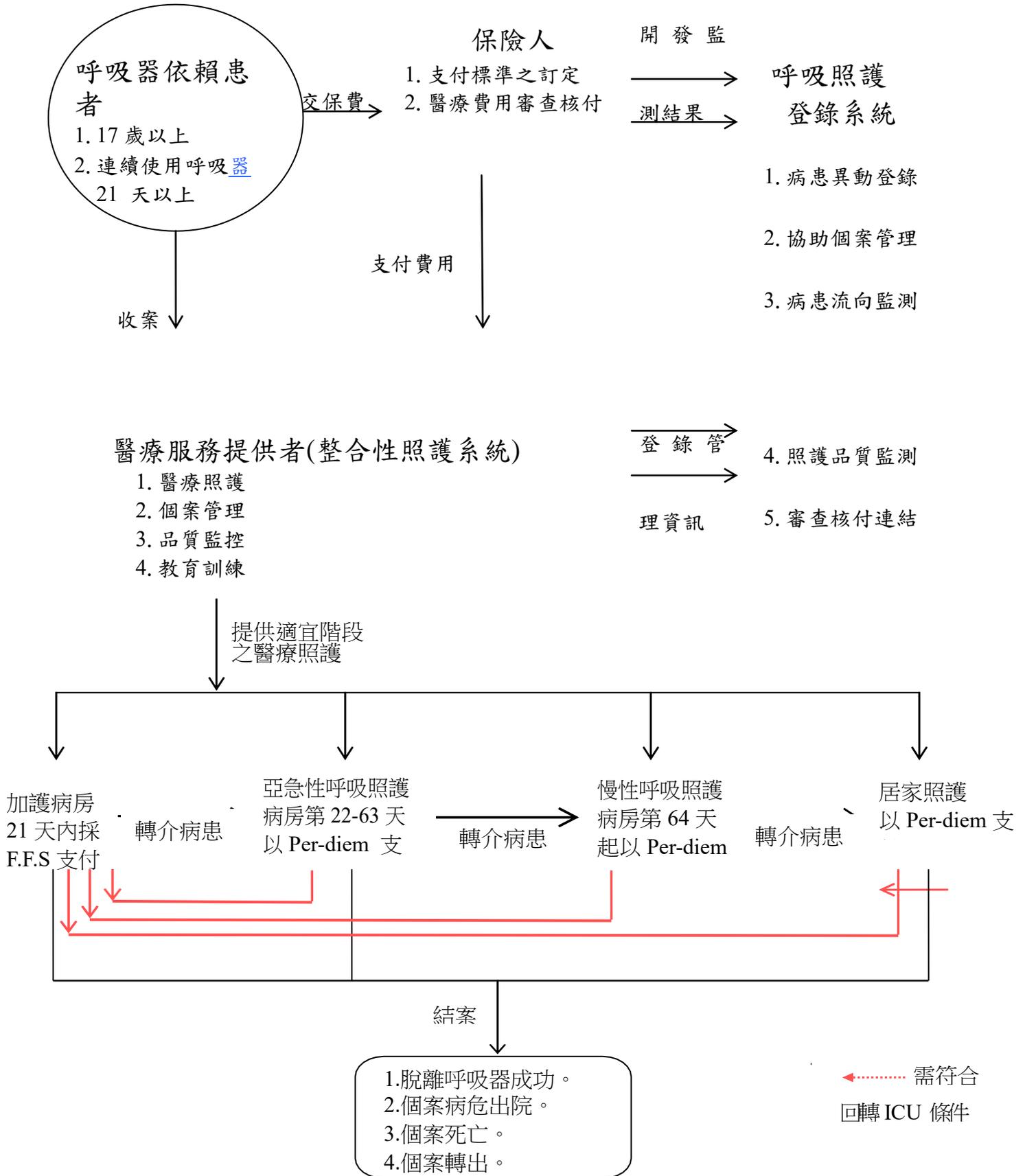
(三) 結果指標：(以下之指標均以出院日為準)

1、品質監控指標

- (1) 平均住院日 (不適用慢性呼吸照護病房)
 - (2) 平均呼吸器使用日 (不適用慢性呼吸照護病房)
 - (3) 回轉率。
 - (4) 死亡率。
 - (5) 呼吸器脫離成功率。
 - (6) 未脫離呼吸器下轉居家照護比率
- 2、被保險人 (或其家屬) 之滿意度。

肆、計畫修正程序：本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附圖、呼吸器依賴患者整合性照護流程圖



附件一 特約醫療機構參與「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護」前瞻性支付方式計畫申請書

壹、整合性照護系統醫療機構名單

整合性照護系統								各照護階段病床數 (床)					
醫療機構名稱	醫療機構代號	整合關係(勾選)		層級(勾選)				加護病房				亞急性呼吸 照護病房	慢性呼 吸照 護 病 房
		主要負責 醫院	系統內其他 醫療機構	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	居家照 護機構	甲 級	乙 級	丙 級	丁 級		

第一聯

保險人存查

第二聯

醫院存底

備註：1. 主要負責機構需將整合性照護系統內所有醫療機構全數填列，系統內其他醫療機構只需填列自家機構及主要負責醫院。

2. 整合關係依在整合性照護系統(IDS)內主要負責醫院或系統內其他醫療機構以勾選方式填送。

3. 本計畫鼓勵組成整合性照護系統，未組成之院所得不填報整合關係欄位之醫療機構資料。

貳、配合措施：

一、個案管理人措施

個案管理人姓名

：學歷

：

經歷：

聯絡電話：

職掌：1.
2.

二、個案轉介措施

三、系統內醫院輔導措施

四、醫療品質確保措施

參、預期達成效益

本申請書連同醫事人員暨設備資料表共 頁
請惠予核定為荷。此致
保險人
發文日期： 年 月 日
發文字號： 字第 號
申請醫療機構名稱及代號：
負責人： 簽章 院所經辦人： 簽章

備註：本申請書一式二聯由特約醫療機構填寫，經醫療機構負責人簽章後，逕寄本保險之分區辦理。

亞急性呼吸照護病房
慢性呼吸照護病房
居家照護機構

相關醫事人員暨設備資料表

全 頁，第 頁

序號	職稱代碼*	專任或兼任(勾選)		姓名	身分證字號	出生年月日	執業執照字號	設備	
		專任	兼任					名稱	型號

*職稱代碼：1：胸腔專科醫師，2：住院醫師，3：護理人員，4：病患服務員，5：呼吸治療人員，6：其他

附件二「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」 計畫給付項目及支付標準

第一章呼吸器依賴患者全面納管

通則：

- 一、收案條件：呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B (侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用 57023B 之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用 57001B 或 57002B 後，因病情好轉改用 57023B 之呼吸器依賴患者；或居家照護階段，經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis；ICD-10-CM：G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy；ICD-10-CM：G71.2、G71.0)、脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy；ICD-10-CM：G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型 Pompe disease；ICD-10-CM：E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表 9.5 之收案標準者，再經本保險人分區業務組審查符合醫療必須使用呼吸器處置項目 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Bi-PAP，排除 Nasal PAP、CPAP) 之呼吸器依賴患者。

註：呼吸器使用條件詳附表 9.1。

- 二、所有呼吸器依賴個案，自其連續使用呼吸器超過 21 天起，所有異動（轉入、轉出及結案狀況等）特約醫事服務機構應於 5 日（工作日）內上網登錄(含本計畫公告實施日前已開始使用呼吸器之所有個案)，未於 5 日內登錄者，自登錄日起才支付費用，若登錄不實者，費用不予支付，惟不可歸責於醫院者，不在此限，並由原登錄不實或未登錄者扣回相關點數。
- 三、脫離呼吸器成功之病患應改依本計畫以外支付標準申報，脫離呼吸器成功之定義：脫離呼吸器 \geq 5 日，5 日中之第 1 日，若使用呼吸器小於 6 小時(不含)，則當日可視為未使用呼吸器(得計算為 5 日之第 1 日)；惟連續中斷之第 2~5 日必需是完全沒有使用呼吸器才能視為脫離成

功。

四、結案條件：

- (一) 脫離呼吸器成功。
- (二) 個案病危出院。
- (三) 個案死亡。
- (四) 個案轉出。

註：嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數。

五、病患不論是否於同一特約醫事服務機構之住院、出院、轉入轉出次數，多次入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數均採論病人歸戶累計計算。

六、收治呼吸器依賴患者之院所應積極協助病患嘗試脫離呼吸器，一般病房(含經濟病床)或慢性呼吸照護病房收治之個案，在本次呼吸器依賴期間，非曾依規定階段由上游病房下轉者，均應提出事前核備，否則費用不予支付，依規定提出事前核備經專業審查認定確為長期呼吸器依賴患者，後續轉至其他病房得免事前核備，惟病患送事前核備結果如有後續追蹤之必要(如後續病況緩和時可再次嘗試脫離呼吸器等)，或經保險人分區業務組認定需加強審查者，應配合再次提出事前核備。

註：上游病房係指下列條件之一

- (一) 經保險人核准之亞急性呼吸照護病房。
- (二) 前述亞急性呼吸照護病房所屬醫療機構設立之加護病房。
- (三) 經保險人分區業務組依據 weaning rate 或 dependent rate 等條件認定之加護病房。

七、法定傳染病、燒傷病患或經疾病管制署感染控制措施規定建議入住隔離或特殊設備病房或罕見疾病病患得採核實申報醫療費用，惟仍需依本章通則二之規定辦理。

第二章 整合性照護

第一節 住院照護階段

通則：

一、符合下列(一)或(二)項條件者，需適用本節支付標準：

(一)事先報經保險人核准。

(二)收治符合呼吸器依賴病患定義之一般病床。

(三)17歲以上呼吸器依賴患者。若符合前二項條件惟未滿17歲需申請本支付標準者，可向保險人各分區業務組申請專案認定，若經同意應依本節通則規定申報醫療費用，未選擇依本章規定辦理者，當其滿17歲時，特約醫事服務機構應改依本章規定辦理。

註：年齡之認定採實際發生「費用年月」減「出生年月」計算，計算後取其「年」，若「月」為負值，則「年」減1，17歲以上係指前述計算結果大於等於17。

二、各階段特約醫事服務機構需符合衛生福利部「醫療機構設置標準」，17歲以下患者選擇適用本節支付標準規定者，亦應符合上述設置標準，惟其中病床若符合醫療機構設置標準嬰兒床或兒科病床之規定者，視同符合規定。

三、本計畫鼓勵組成整合性照護系統(IDS, Integrated Delivery System)，提供含括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房各階段照護；各照護階段之支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4，其中亞急性呼吸照護病房及慢性呼吸照護病房階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行血液透析(58001C)、腹膜透析(58002C)(含透析液及特材)、連續性可攜帶式腹膜透析(58009B-58012B、58017C、58028C) (含透析液)、氣管切開造口術(56003C)、緊急手術、施行安寧療護共同照護費(P4401B-P4403B)及緩和醫療家庭諮詢費(02020B)外，不得申報其他費用。

四、經醫生診斷為 Myasthenia gravis(重症肌無力症，ICD-10-CM：G70.00;G70.01)且領有重大傷病證明者，經神經內科專科醫師認定，需進鉀漿交換術或輸血治療之病人，除依通則三規定及申報血液灌洗(58003C-58006C)、連續性動靜脈血液過濾術(58007C)、血漿置換術

(58008C)、腹水移除透析(58013C)、連續性全靜脈血液過濾術(每日)(58014C)、血小板分離術(58015C)、二重過濾血漿置換療法(58016C)、連續全靜脈血液過濾透析術(每三日)(58018C)、緩慢低效率每日血液透析過濾治療(58030B)、輸血費(93001-93023)、輸血技術費(94001-94005)、抗感染安全尖端導管(CPC03A4703AR、CPC03A5123AR)等項目外，不得申報其他費用。

五、所有個案皆需依階段下轉(STEP DOWN CARE)之原則辦理，各階段若未依病情及本節通則規定入住，則依下階段或適宜入住階段之費用支付，並累計各階段照護日數：

(一)「加護病房階段」：除符合延長加護病房照護之狀況者外，照護日數最長為 21 天，主治醫師須隨時依患者病情判斷下轉，嘗試進行呼吸器脫離。

1. 應下轉而未下轉者，自應下轉日起每日醫療支付點數核扣標準如下：

- (1) 醫學中心每日核扣 6,710 點
- (2) 區域醫院每日核扣 5,810 點
- (3) 地區教學醫院每日核扣 3,750 點
- (4) 地區醫院每日核扣 2,960 點

2. 以上「應下轉而未下轉之部分」住院日數應累計於其應下轉之階段，第 1 日至 42 日累計於亞急性呼吸照護病房，亞急性呼吸照護病房累計超過 42 天部分累計於慢性呼吸照護病房。

(二)「亞急性呼吸照護病房階段」：

1. 照護日數最長為 42 天(含嘗試脫離期間)，未依患者病情及本規定下轉，自應下轉日起醫療支付點數以慢性呼吸照護病房或適宜入住階段標準支付。

2. 加護病房下轉至本階段個案，若下轉後合計使用呼吸器日數未達呼吸器依賴患者定義即脫離成功、轉出或死亡(含自動出院)者，其於本階段之支付點數仍按本階段支付標準支付。

3. 亞急性呼吸照護病房合計醫療服務點數大於定額時，除定額外，得加計申報『合計醫療服務點數』減「定額」之三分之一。

(三)「慢性呼吸照護病房階段」：支付標準及規定如附表 9.3。

- 六、呼吸器依賴個案於嘗試脫離呼吸器期間若仍住在亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房，得按亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房支付標準申報，嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數，呼吸器脫離成功者，即應轉出至一般病房。
- 七、因亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房滿床得轉至一般病房，採論量計酬並以病患適宜入住階段之費用為上限支付，餘應按本節支付標準規定入住各階段病房，病患俟後由一般病房再回轉至慢性呼吸照護病房、亞急性呼吸照護病房者，應累計其使用呼吸器之照護日數。
- 八、本整合性照護凡轉入各階段之日，不論何時，均作一天論，轉出該階段或出院之日，不論何時，其當日不予計算支付點數。

第二節 居家照護階段

通則：

一、適用本節之支付標準需事先報經保險人核准。

二、收案條件須符合下列(一)或(二)項條件：

(一)呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B (侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用 57023B 之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用 57001B 或 57002B 後，因病情好轉改用 57023B 之呼吸器依賴患者。

(二)經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis ; ICD-10-CM : G12. 21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy ; ICD-10-CM : G71. 2、G71. 0)、脊髓肌肉萎縮症 (Spinal muscular atrophy。ICD-10-CM : G12. 9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型 Pompe disease; ICD-10-CM : E74. 02)，且領有重大傷病證明並符合附表 9.5 之收案標準者；病患經專業審查同意收案後，每年評估 1 次，3 年以後除有特殊理由，原則不再評估。

三、特約醫事服務機構需按附表 9.2 辦理並向當地衛生主管機關核備。

四、符合本節收案條件之患者，因病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房時，視同符合住院照護階段收案條件，並適用本計畫第二章第一節相關規定。

五、支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4 本階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行安寧居家照護外，不得申報其他費用。

六、呼吸器依賴個案若係由醫院轉回家中或健保特約之一般護理之家或「開業執照載有含收住呼吸器依賴個案之一般護理之家」或「依長期照顧服務法設立之住宿式長照機構或設有機構住宿式服務之綜合式長照機構，於設立許可證書載有服務對象含『呼吸器依賴者』」照護者，只需依規定上網登錄，惟若所收個案非由醫院轉回居家或護理之家上述地點，則應由醫師評估其使用呼吸器之必要性，並檢具評估報告，送保險人分區業務組審查同意後上網登錄。未依規定辦理者，醫療費用不予支付。

附表 9.1

臨床上使用呼吸器的目的如下：

一、生理上的目的：

- (一)支持肺氣體交換
- (二)藉減輕呼吸肌肉負擔而降低呼吸功率

二、臨床上的目的

- (一)矯正低血氧症
- (二)矯正急性呼吸性酸血症
- (三)緩解呼吸窘迫
- (四)避免或矯正肺塌陷
- (五)矯正通氣肌肉疲乏
- (六)允許使用鎮定劑或肌肉鬆弛劑

基於以上的目的，使用呼吸器最主要的適應症就是急性呼吸衰竭，而急性呼吸衰竭的臨床表現可以是無法獲得足夠動脈氧氣濃度或維持足夠的肺泡換氣量或兩者皆有。因此，**使用呼吸器的臨床認定條件應為如下：**

一、呼吸停止。

二、急性通氣衰竭(PaCO_2 上升，且大於 55mmHg，伴隨酸血症， $\text{pH} < 7.20$)。

三、即將急性通氣衰竭：如每分鐘呼吸次數 > 35 次、自發性通氣量太小、呼吸驅動力不穩定、呼吸肌收縮力或耐力不足等。

四、嚴重低血氧症。

附表 9.2

全民健康保險呼吸照護---居家照護設置基準	
人員	設置標準
(一) 醫師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由胸腔專科醫師、重症專科醫師、內科專科醫師、新生兒科醫師、兒童胸腔科醫師、兒童重症科醫師或兒科專科醫師至少一名(專任或兼任)可提供每位病患至少每二個月一次,每次至少一小時之訪視。 2. 前述新生兒科醫師、兒童胸腔科醫師或兒童重症科醫師,限訪視未滿 17 歲之呼吸器依賴患者。 3. 前述兒科專科醫師限訪視「全民健康保險醫療資源缺乏地區」之未滿 17 歲呼吸器依賴患者。
(二) 呼吸治療人員	由呼吸治療人員(專任或兼任,惟月個案數逾 30 名時,應至少有一名專任)可提供每位病患每個月至少二次,每次至少一小時之訪視。
(三) 護理人員	至少一名專責訪視護理人員,可提供每位病患每個月至少二次,每次至少二小時之訪視。若每名專責訪視護理人員每月訪視超過四十五次後,則需增加一名。
(四) 個案管理人員	由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社會工作人員擔任(專任或兼任)
<p>備註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、本項居家照護應由醫師指導之團隊提供服務。 2、呼吸治療人員依呼吸治療師法規定辦理,並具有二年(含)以上臨床呼吸治療工作經驗者(不含六個月受訓期間) 3、專責訪視護理人員至少一名具備二年以上內外科臨床經驗。 	

附表 9.3

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
加護病房 (照護日數 ≤21 日)	急性呼吸 衰竭期		論量計酬	<p>一、 患者符合以下狀況，得延長加護病房照護，每次以 7 日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 各器官系統呈現不穩定狀況： <ul style="list-style-type: none"> 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 肝衰竭表現者。 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 2. 外科術後，2 週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 3. 氧氣狀況不穩定者： <ul style="list-style-type: none"> 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂)≥90%或 PaO₂≥60mmHg. <p>二、 各器官衰竭狀態已獲得控制時，應下轉亞急性呼吸照護病床積極脫離呼吸器。</p> <p>三、 不同醫院之加護病房轉介，依下列原則辦理：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 同層級間轉介，照護日數累計。 2. 高層級轉低層級，照護日數累計。 3. 低層級轉高層級，照護日數不累計。 4. 以上「層級」係指「特約類別」。
亞急性呼吸照護病床(照護日數 ≤42 日)	呼吸器長期患者(積極嘗試脫離呼吸器患者)	醫學中心 P1005K P1006K 區域醫院 P1007A P1008A	論日計酬： 第 1-21 天： 10,647 點/日/人 第 22-42 天： 7,991 點/日/人 第 1-21 天： 9,660 點/日/人 第 22-42 天： 7,256 點/日/人	<p>一、 患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以 7 日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 各器官系統呈現不穩定狀況： <ul style="list-style-type: none"> 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 肝衰竭表現者。 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 2. 外科術後，2 週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				<p>3. 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂)≥90%或 PaO₂≥60mmHg.</p> <p>二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應依患者病情下轉適當之照護階段，下轉亞急性呼吸照護病床者，累計回轉前亞急性呼吸照護病床之照護日數。</p> <p>三、病況若不適合積極嘗試脫離呼吸器者，不應轉入亞急性呼吸照護病床。</p> <p>四、專業認定未積極嘗試脫離且無其他醫學上特殊理由之亞急性呼吸照護病床病患，以下一階段慢性呼吸照護病房費用給付。</p> <p>五、本階段病患若有醫學上理由認定無須嘗試脫離呼吸器時，改以慢性呼吸照護病房費用支付。</p>
慢性呼吸 照護病房	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1011C P1012C	論日計酬： 第 1-90 天： 4,451 點/日/人 第 91 天以後： 3,674 點/日/人	<p>一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以 7 日為原則：</p> <p>1. 各器官系統呈現不穩定狀況： 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 肝衰竭表現者。 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 嚴重感染仍尚未控制穩定者。</p> <p>2. 外科術後，2 週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。</p> <p>3. 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂)≥90%或 PaO₂≥60mmHg.</p> <p>二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應回慢性呼吸照護病房，並累計回轉前慢性呼吸照護病房之照護日數。</p> <p>三、本階段申報項目，需依病患入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數累計計算。</p>

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				四、「本階段審查原則：依據全民健康保險醫療費用審查注意事項審查原則辦理」。
居家照護	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1015C P1016C	論日計酬： 900 點/日/人 310 點/日/人	<p>一、患者符合以下狀況得轉居家照護：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人與呼吸器配合良好，且呼吸器設定如下： <ol style="list-style-type: none"> a. 使用穩定的換氣方式。 b. 氧氣濃度$\leq 40\%$。 c. 呼吸道最高壓力變化不超過 10cm H₂O。 d. 吐氣末端陽壓(PEEP)≤ 5 cm H₂O。 e. 不需調整吸氣靈敏度。 f. 每日有穩定的脫離時間 (<18 小時) 或完全無法脫離。 2. 病人在使用呼吸器時，完全沒有呼吸困難的感覺。 3. 動脈血液氣體分析與酸鹼值均在合理的範圍 (PaO₂≥ 55mmHg，PaCO₂≤ 55mmHg，pH：7.30 - 7.50) 4. 電解值在正常範圍內。 5. 心臟功能正常，且無威脅生命的心律不整出現。 6. 甲狀腺、肝、腎功能正常，中樞神經系統功能穩定。 7. 適當的營養狀態 (Albumin≥ 3 gm%) 8. 無急性發炎狀態 (體溫不超過 38.5 C，白血球不超過 10000/mm³) <p>二、支付點數含下列各項費用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 居家呼吸照護小組各類人員訪視費： <ul style="list-style-type: none"> • 呼吸治療專業人員訪視次數每一個案每月至少二次。 • 護理師訪視次數每一個案每月至少二次。 • 醫師訪視次數每一個案每二個月至少一次。 2. 治療處置費。 3. 治療材料費：含居家呼吸照護治療處置時所需治療材料之使用或更換。 4. 設備供應費：含居家呼吸照護所需 5. 設備維修費用。

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				<p>三、收案時，個案已自備呼吸器等設備，一切設備及附件之供應。以 P1016C (支付點數含備註二-1、2、3、5)申報。</p> <p>四、上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險特約醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。</p> <p>五、應確實記載訪視個案之訪視紀錄，訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章，未記載訪視紀錄或記載不全或品質不佳者，予以核扣當日論日計酬訪視醫療費用，首次申報費用應檢附訪視記錄。</p> <p>六、申請本項給付者，不得再申請本保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護之支付。</p> <p>七、患者得依病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房，回轉加護病房者須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準加護病床使用適應症，不符合適應症而回轉者，以 P1012C 支付。</p> <p>八、回轉加護病房照護者，病情好轉，應回第三階段或第四階段，回第三階段者，以 P1012C 支付。</p>

附表 9.4

項目名稱	編號	支付點數
醫學中心亞急性呼吸照護病房病床費/天	03012GA	1,638
醫學中心亞急性呼吸照護病房護理費/天	03049GA	2,457
區域醫院亞急性呼吸照護病房病床費/天	03013HA	1,218
區域醫院亞急性呼吸照護病房護理費/天	03050HA	1,827
慢性呼吸照護病房病床費/天	03003BA	404
慢性呼吸照護病房護理費/天	03028BA	451
呼吸治療人員訪視	05303CA	970
居家使用呼吸器/天	54007C1	590

註：本表所訂點數已含於定額內，申報費用時，應填報項目編號、名稱、數量及金額，醫令類別填 4，本表未列者，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準其他章節規定辦理。

附表 9.5

收案標準

一、居家個案須符合下列各項生理指標之審查規定：

- (一) PCO₂ exceeds 50 mm Hg or when hemoglobin saturation remains < 92% while awake.
- (二) FVC < 50% predicted or Pimax less than 60 cm H₂O: Upright and supine position examination , history and examination every three months.
- (三) PaCO₂ > 45mmHg, with morning headache, abdomen paradox, and orthopnea
- (四) Sleep oximetry demonstrates oxygen saturation less than or equal to 88% for at least five continuous minutes, done while breathing the member' s usual FIO₂.

二、17 歲以下(含)患者得依下列規定審查：

- (一) daytime hypercapnia (PCO₂>50mmHg).
- (二) sleep hypoventilation (PCO₂ > 50 mm Hg) accompanied by oxyhemoglobin desaturation \leq 92% or a history of recurrent hospitalization for pneumonia or atelectasis.

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/m²)BMI ≥ 27 。
2. 飯前血糖值(AC)： ≥ 100 mg/dl，或已使用藥物治療。
3. 血壓值：收縮壓 ≥ 130 mmHg，舒張壓 ≥ 85 mmHg，或已使用藥物治療。
4. 三酸甘油脂值(TG)： ≥ 150 mg/dl，或已使用藥物治療。

療。

5. 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性<40mg/dl，女性<50mg/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 \geq 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 \geq 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(三酸甘油酯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) 參與計畫診所參與計畫年度檢驗檢查上傳率 $\geq 50\%$ 且品質指標得分排序前75%之診所，核付獎勵費10,000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，任一指標達下列條件者，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：下降10%以上。
 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：下降10%以上。
 5. 低密度脂蛋白膽固醇：下降10%以上。
- (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)。

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务、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		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
	參與本計畫相關醫事人員資料表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
	認證書面資料影本		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
保險醫事服務機構	機構章戳		保險人審核意見欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 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)、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.戒菸指導、3.戒菸服務、4.同意轉介

3. 注意飲食熱量：減少 1.熱量(目標值 大卡/天)、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. 想達成的腰圍及體重：1.不適用、2.腰圍 公分、3.體重 公斤
6. 722 血壓量測指導：1.無、2.有

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. 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)、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/m²)，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)，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≥ 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.戒菸指導、3.戒菸服務、4.同意轉介
3. 注意飲食熱量：減少 1.熱量(目標值 大卡/天)、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. 想達成的腰圍及體重：1.不適用、2.腰圍 公分、3.體重 公斤
6. 722 血壓量測指導：1.無、2.有

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 2. 體重：_____公斤 3. 運動： <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常(每週3次，1次30分鐘) 4. 抽菸： <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常 5. 檳榔： <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常	項目	風險程度	
	冠心病	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	
	高血壓	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	
	腦中風	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	
	心血管不良事件	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	
代謝症候群五大指標(參考值)			
<input type="checkbox"/> 腰圍：_____公分		(男性≥90公分，女性≥80公分)	
<input type="checkbox"/> 飯前血糖值：_____mg/dl		(≥100mg/dl)	
<input type="checkbox"/> 血壓：收縮壓_____ mmHg、舒張壓_____ mmHg		(收縮壓≥130mmHg，舒張壓≥85mmHg)	
<input type="checkbox"/> 三酸甘油酯值：_____ 40mg/dl		(≥150mg/dl)	
<input type="checkbox"/> 高密度脂蛋白膽固醇值：_____ 40mg/dl		(男性<40mg/dl，女性<50mg/dl)	
<input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> 戒菸(>10支/日或尼古丁成癮度>4分可轉介)			
<input type="checkbox"/> 戒菸指導 <input type="checkbox"/> 戒菸服務 <input type="checkbox"/> 同意轉介戒菸醫院/診所			
<input type="checkbox"/> 戒檳(>100顆/3個月可轉介)			
<input type="checkbox"/> 戒檳指導 <input type="checkbox"/> 戒檳服務 <input type="checkbox"/> 同意轉介戒檳班醫院/診所			
<input type="checkbox"/> 注意飲食熱量，目標值 _____ 大卡/天			
盡量減少 <input type="checkbox"/> 油炸物 <input type="checkbox"/> 甜食 <input type="checkbox"/> 鹽 <input type="checkbox"/> 含糖飲料 <input type="checkbox"/> 其他(_____)。			
<input type="checkbox"/> 規律運動，目標值：每週5天，每次30分鐘中等費力運動。			
<input type="checkbox"/> 想達成的腰圍及體重：腰圍 _____ 公分、體重 _____ 公斤			
<input type="checkbox"/> 量血壓：指導722量測。			
<input type="checkbox"/> 其他叮嚀：			

_____ 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		/	/	/	/	/	/	/	
一早起 床血 壓	第 1 遍								月 日
	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 次與會人員發言實錄

陳科長依婕

請各位代表就座，我們會議開始了。好，首先進行前次會議紀錄確認，請大家翻到議程第 1 頁到第 9 頁。

主席

各位代表有沒有問題？今天案子很多，我們繼續好不好？

陳科長依婕

好，接下來進行前次會議決議的辦理情形，請同仁宣讀。

蔡科員孟芸

各位代表長官好，前次會議決議追蹤辦理情形共 17 案：

序號 1 DRG 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案，本署已邀集各層級醫院學會召開溝通會議，就 DRG 雙軌推動及 ICD-10-CM/PCS 改版討論，會議決議考量 DRG 分類及資訊系統等需同步配合 ICD-10-CM/PCS 代碼轉換調整，建議本署完備 ICD-10-CM/PCS 改版工作，再辦理 DRG 雙軌推動事宜。後續將重啟與台灣醫院協會 DRG 工作小組會議，針對雙軌制度等重要議題研議修訂方向。

序號 2 107 年下半年特約院所提報未列項目處理情形及提案，35 項未列項新增項目中，19 項申請 16 家提報量最大院所提新增，院所均已回復增修建議，12 項結案，7 項醫院所回復辦理新增項目作業。另比照申報 10 項及涉名稱或執行內容疑義 15 項，續請院所補充說明後，依院所回復內容辦理新增診療項目作業，建議繼續列管。

序號 3 病房費支付通則案，依 111 年總額公告內容研議調升住院首日護理費並提本次會議報告。

序號 4 支付標準增修「乳房病灶粗針穿刺切片」項目案，「乳房病

灶粗針穿刺組織切片」110年申報42.92百萬點，扣除替代項目「乳房穿刺」替代點數6.97百萬點及「乳房腫瘤組織檢查切片術」替代點數55.31百萬點，實際減少19.36百萬點，不增加財務支出。另「經內視鏡施行食道擴張術」自109年12月起放寬適應症及執行次數，分析110年1-11月與109年同期件數，調整後增加995件，實際增加4.53百萬點，本署每半年於醫院研商會議報告近5年新增修訂實際執行情形。

序號 5 腹膜透析追蹤處置費修訂案，111年醫院總額專款腹膜透析追蹤處置費及APD租金編列1,500萬元，列入本次會議報告。

序號 6 修訂「腹腔鏡胃袖狀切除術」等項目案，為研議「大腸鏡息肉切除術」之支付合理性，將依111年公告總額預算經費，研議依學會建議修訂支付標準，並提至111年上半年專家諮詢會議提案討論。

序號 7 111年本會議時程案，會後調整110年第三次會議召開時間為9月1日，建議解除列管。

序號 8 修訂牙醫支付標準及牙醫3項專款計畫案、**序號 9** 修訂中醫支付標準及兒童過敏性鼻炎照護計畫案」支付標準部分經衛生福利部公告，自111年3月1日生效。另12至18歲的青少年口腔提升照顧計畫，衛福部於111年3月2日核定刻正辦理公告作業，其計畫於公告日111年1月1日生效。

序號 10 修訂轉診支付標準同體系院所名單案，本署中區業務組已檢送陽光精神科醫院非委託中國醫經營之佐證資料，將於本會議報告，建議解除列管。

序號 11 支付標準年齡計算方式文字增修案、**序號 13** 「修訂開放性股-股動脈或股-脛動脈或腋-股動脈繞道手術等診療項目案」，及**序號 14** 「白內障手術個案須送事前審查相關規定案」，經衛福部公告自111年3月1日生效，建議解除列管。

序號 12 修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」

之全程產檢及早產定義案。國健署自 110 年 7 月 1 日起，產檢次數由原 10 次調整為 14 次，本署於 111 年 2 月 7 日函請婦產科醫學會與國健署研議全程產檢及早產定義。再復本署修訂意見，建議繼續列管。

序號 15 新增糖尿病，及初期慢性腎臟病照顧整合方案，經衛福部公告自 111 年 3 月 1 日生效。

序號 16 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之針灸治療處置費不列合理量計算案於 111 年 1 月 22 日公告，並自公告日起施行。

序號 17 支付標準安寧居家療護通則新增「機構」定義案，經衛福部公告自 111 年 3 月 1 日生效，並以按長照司研議完善長照機構，安寧居家療護配套措施，建議解除列管。

綜上本次建議繼續追蹤列管 4 項，解除列管 3 項。

主席

好，謝謝，請問各位代表有沒有意見？沒有？我想第一項，因為 DRG 的部分，上一次討論的時候希望把 ICD-10-CM/PCS 先搞定再來處理，請問醫院協會誰是代表？誰負責這個部分？因為要拜託一下，昨天部長跟健保會委員開會的時候，就在 complain 健保署都沒有認真推 DRG，部長也有指示說怎樣的一個方向，我們 ICD-10-CM/PCS 先搞定再處理那個事情，好不好？拜託，來，請。

朱代表益宏

這一個是不是就看署方什麼時候要啟動小組，啟動的話應該醫院協會內部也有工作小組可以全力配合，現在就等署方那個一聲令下我們就全力衝刺了。

主席

OK，好，OK，這一部分各位沒有問題我們繼續好不好？報告事項一。

報告事項

第一案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫及西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫案。

主席

謝謝，請問中醫師全聯會有沒有補充？沒有？

蘇代表守毅

文字修正大概對財政並沒有衝突。

主席

好，謝謝，各位代表有沒有意見？沒有我們進入報告二。

報告事項

第二案

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 支付標準修訂及 3.4 版 111 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。

主席

好，那請問各位代表有沒有意見？沒有？我們進入報告三。

報告事項

第三案

案由：增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各類病床「護理費（第一天）」等診療項目報告案。

主席

好，謝謝，那請問各位代表還有需要補充嗎？好，請。

劉代表碧珠

這邊是想要就執行細節請教署，護理照費首日那個計算部分，因為我們看在這個急診的護理的留觀跟住院的這個住院的照顧的第一天，

其實都同樣的有做首日的加成，可是現況在醫院的申報，如果是從急診轉住院的時候，會要求併報。可是這裡的首日的加成只有針對第一次。所以如果這樣情況之下，變成說這個病人上到病房去的時候第一天護理費會不會因為可能在系統上的作業被併到急診，就沒有辦法分到住院第一天的護理費加成？在操作上執行上要麻煩署裡面幫我們做一個切割，不然會有急診轉住院的可能就併到急診去，就沒有實質上得到第一天住院護理費加成的一個美意。

主席

我請依婕科長回應一下。

陳科長依婕

是，謝謝碧珠代表的提問，關於這一點，我們到時候在執行面細節會強調清楚，如果從急診轉住院，住院的第一天那天的護理費是可以加成 30%，是可以報高點數的護理費。

嚴代表玉華

這邊也是要針對細節的部分就教一下，關於預算統計大概會用掉 10 億，這 10 億裡面的統計，有沒有包含 DRG 的案件？因為 DRG 如果依照剛才的報告案，已經都滾完了，所以首日護理費加成在今年 DRG 案件根本就不會有加成計算。

陳科長依婕

是，謝謝，謝謝代表的提醒。因為我們剛剛前面通過了 DRG 的報告案，是還不含這個報告三的支付標準調整的，那如果大家同意授權我們健保署先算好一版，然後接下來預告跟公告會用這個新的版本，然後我們 6 月的共擬會來會上報告一下我們新算好的權重，我想這樣我們彼此不要影響太大，以上。

主席

OK，好，謝謝。

游代表進邦

剛剛講的調升護理費第一天，總共整個三個層級加起來大概 9 億多不到 10 億。今年的這個總額大概是 30 億，那剩下的部分是不是要再調其它的項目？

陳科長依婕

我回應一下，因為當時這個預算裡面有一部分是延續去年 110 年度是要保障服務點值是每點 1 元的部分，所以剩下的預算應該會是在那個部分，延續去年。譬如說區域醫院以上加護病房的護理費，去年是先保障到每點 1 元，今年會繼續討論剩下部分的預算怎麼樣去做後續的保障。

主席

好，假如沒有問題我們進入報告四。

報告事項

第四案

案由：111 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案。

主席

好，謝謝，那請問這個案子各位代表有沒有意見？好，請。

朱代表益宏

這個案子在西醫基層總額討論過了，在報 4-4 這邊，就是在輸卵管剝離跟輸卵管造口，因為西醫基層這邊有特別註明說進行不孕症治療的時候不予支付。本來不孕症是健保法規定的不給付的項目，那西醫醫院這邊沒有這樣的附註，是不是把這個要拿到前面去？變成西醫醫院也是同樣，因為它既然是進行不孕症治療，本來健保法就是不給付的項目。所以這個項目是不是就拿到前面？因為醫院總額跟西醫基層總額就同一個項目，拿到前面，以上。

主席

好，請科長回報，回應一下，然後再請那個黃振國回應一下。

陳科長依婕

是，謝謝代表的提問，關於這一點因為健保法第 51 條寫的是人工協助生殖技術為本保險不給付的範圍。如果是有關於疾病，因疾病引起的不孕症治療的話，健保是有給付的。因為這部分我們有在西醫基層研商議事會議上有表達這樣子的意見，不過西醫基層這邊還是建議說只要是為了不孕症相關治療，而需要進行輸卵管的剝離術跟造口術的時候，在西醫基層這端不給付，以上。

主席

來，請黃振國代表。

黃代表振國

我想清楚的是不孕症治療本來就不在健保給付範圍內。這兩個手術不一定是為了不孕症，那我們認可只要不是不孕症治療的，而是因為疾病引起的我們會給付，以上。

朱代表益宏

黃代表振國講的確實是這樣，所以我剛剛才講說，因為那個健保法規定，所以是不是既然是不孕症的治療是健保法規定不給付的，那醫院這邊是不是就把它拿，拿到上面變成醫院跟這個支付標準是一個通則，不管是醫院的我們或者基層我們都適用。那至於下面的另外兩項基層因為開放表格比較特殊，所以它會限制一些專科醫師，那醫院這邊我個人沒有意見，我只是針對不孕症這邊，既然是有特別規定，健保法明明規定，那你只有限，限西醫基層這邊，那在整個讀起來又會造成人家的困擾。

主席

請淑政回應一下。

梁代表淑政

西醫基層代表表示這與健保法不給付範圍的項目是一樣的話，那原本健保法已經有規範了，就可以不用列在這裡，因為這目前就是這樣執行。如果醫院代表認為要把這些文字移到更前面端，那就應該要用健保法的文字，這樣才不會有爭議。

陳科長依婕

好，所以綜整社保司跟一些代表意見，那我們是不是把它變成，如果是為了協助人工生殖技術搭配這項治療的話那不給付，文字提到最前面，讓西醫基層跟醫院都適用。

朱代表益宏

可以，我可以。

主席

好，朱代表那就這樣好不好？進入報告五。

報告事項

第五案

案由：新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案。

主席

好，謝謝，那各位代表有沒有意見？來，請。

謝代表景祥

我覺得這邊有一點奇怪，就是有一些地方它連居家護理所都納入了，但是其實居家護理所應該很多人都有吧，到底要不要納入第一點。那第二點那個我知道郭綜合跟成大不是都已經合作了嗎？那他們算不算？對我們這個同體系的定義，不是是要更明確一點？

主席

好，謝謝。

陳科長依婕

我們說明一下，我們列了居護所的原因，是因為如果從居護所上轉到院所，就是到診所或者是醫院的話，這個按照現在的問答輯，是可以申報我們轉診相關的支付標準。所以當然如果是同體系的話，按照我們支付標準規定是不能夠申報，所以才會把一些相關的居護所列在這個同體系的表上，以上。

主席

好，成大醫院跟郭綜合醫院誰要回應。

賴代表俊良

這個可能再查證一下，現在沒辦法確切回應，直覺上不是。

朱代表益宏

我是覺得這樣子如果提出來的話，請南區業務組再確認一下，如果真的有必要，我們再修正。另外就是對於新仁醫院，因為新仁是社團法人，那我剛剛看了你們的附件，它是成立呼吸治療病房委託經營之類的，這樣的概念還是合作經營，因為它就有說新仁醫院的住院部是只有在他醫院，所以把它併到同體系的概念是包括，我不知道，因為同體系其實包括轉診這些都有一些會有一些影響，所以這一部分我不清楚是只是網頁介紹？因為網頁介紹看起來它就是五樓病房的那個地方這樣。

主席

請。

謝代表景祥

居家護理所我想我也有了，但是我從前，我的腦袋瓜裡面從來沒有想到說居家護理所要把它放進來。那我們從前在也不會從來也不會

去報這個轉診這些相關費用，但是假如說是居家護理所必須要進來的時候，應該 100 家以上的醫院會有居家護理所吧。那就大家都沒有，那表示說大家之前都不太對勁了。好，所以居家護理所要或者是不要，需要再做一個定義。假如說要的話就需要全國重新再普查一下，大概有幾百家的居家護理所必須要納進來，這是第一點。

那第二點成大跟郭綜合，因為這個已經是寫在系統上已經一年多了吧我記得。這個大家查一下就有，他們已經是完全整合了，我們知道的是完全整合了，這兩個沒有列進來是很奇怪的事情。

主席

我想這個案子我們先保留，整個再檢討以後再跟各位再提出來，好不好？來，請。

黃代表振國

我想得比較務實，第一個就是剛剛科長講到所謂轉診上轉下轉的費用，這是第一個。

第二個就涉及到跨總額了，譬如說醫院附設診所，我覺得同體系最大的澄清是在這個部分，如果它沒有做這兩件事情，我想其實在這個會議不是那麼重視。所以我會倒過來看，到底有沒有報所謂上轉下轉費用，以及有沒有涉及到跨總額預算的衝擊，這兩件事情，謝謝。

洪代表德仁

剛好，感謝這個署方每一年都有做新的分析跟變動。那基本上中區最近是因為仁愛醫院跟長庚醫院合作了，那我想那它的合作非常明顯，所以我想這個地方也請署裡面確認一下他們的狀況。

黃代表振國

沒有，委託長庚經營，但是我想這種案例會越來越多，但是就是看有沒有前面說的兩件事情，長庚不太可能從中區的醫院轉到其它醫院，這個也沒有什麼費用，我覺得重點就是有沒有申報，或者申報所

謂上轉下轉的費用，還有涉及到跨總額，就是醫院的預算挪移到基層來，這兩件事情釐清就好了，至於有些實質的互動，它就像剛剛前面講的，它沒有申報任何費用，我想也不要讓署方太累，我們顛倒過來看申報的內容來澄清就好了，謝謝。

主席

這個案子我們先保留，再檢討看看。

吳代表國治

我覺得這個議題是剪不斷理還亂，其實我們對於署長在推動分級醫療非常感佩，可是又是一個破口，這個破口的原因就是因為中央的法律沒有規定好。其實我們應該要做個決議請部裡去釐清這部分，不然很多診所到底是不是醫院延伸出來的？地方都知道，可是這邊會議卻不承認。

主席

先保留再整個再釐清，再跟各位報告。因為事實上，我上次有跟各位講過，其實我個人不認為說當時在推動分級醫療，上轉的要不要給錢，下轉給錢我是沒有話講，但是上轉的話，好像在打乒乓轉來轉去，這個案子我們先保留好不好？好，那我們進入那個討論一好不好？那我跟各位請假，因為我有一個行程，我先離開，拜託我們的那個蔡副署長繼續主持，好不好？

討論事項

第一案

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「進階影像導引插管術」等診療項目案。

新增「影像導引氣管內管插管術」等4項

主席

好，這個案子我們優先邀請重症醫學會的王醫師，請協助說明。

王晨旭理事（中華民國重症醫學會）

感謝各位。感謝各位代表各位委員，這個案子是在目前臨床實務上非常迫切需要的，尤其是在現在 COVID-19 盛行的時代，當臨床為病人進行插管時，如果有這樣的一個 video support 的話，實際上可明確降低感染的風險。若此案通過可以讓我們在臨床上更保護到我們基層的 staff 讓更多的人在插管的時候獲得更多安全，謝謝各位。

主席

好，謝謝，我們再邀請急診醫學會的黃理事長。

陳健驊常務理事（社團法人台灣急診醫學會）

主席和代表大家午安，急診醫學會代表第一次發言，其實在 COVID-19 的時候，各醫院都已經在用這個 video 來插管避免我們的醫護人員受到傳染。那所以我們也聯合了幾個學會，像重症，胸腔急重症，以及急診、麻醉這幾個學會一起來提出，因為我們會碰到不好插管的情況，有兩種，一種就是困難氣道，人的一個解剖構造不一樣的時候就是一個很難插管的一個情況。那第二個就是有這種傳染病的疾病，不只是 COVID-19，也有可能碰到一些開放性肺結核的一個病人。其實也都是增加我們醫護人員曝露的風險。那這個影像式導引術其實在國外已經是有實證，它可以減少病人的所受的，在插管時候所受的痛苦，然後增加我們那個插管的一個成功率。好，所以我們希望能夠，各位代表能夠支持這個議案，並通過這個議案，以上，謝謝。

主席

好，謝謝，請麻醉醫學會，麻醉醫學會今天代表是鄒理事長。

鄒美勇理事長（台灣麻醉醫學會）

謝謝各位代表和署裡面的長官。這個案子是由三個學會包括胸腔、急診、麻醉醫學會就此類高風險的病人，有傳染病的病人像 COVID-19 等等，還有困難插管的病人所作的一個提案。感謝各位的支持！麻醉醫學會所有麻醉醫師在這個疫情風暴當中，據統計，負責插了 90% 以

上的疑似或確診新冠肺炎病人的氣管內管。在我們北榮，都是由麻醉醫師去執行插管的。當然也有重症醫師還有急診的醫師可能會插到。希望大家支持，我們醫學會全體會員非常的感謝。

主席

好，謝謝，麻醉醫學會的鄭醫師有沒有要補充？沒有的話，好，謝謝，那這一項的財務衝擊在醫院總額約 1 億 2,000 萬，西醫基層約 100 萬。這部分大家有沒有意見？請黃代表。

黃代表振國

我覺得這個非常好，但是可以告訴我這樣的設備多少錢嗎？一套設備大概多少錢？

主席

OK，好，這是個問題，學會這邊有誰可以回答？

黃代表振國

因為真的非常好，尤其在 COVID-19 疫情期間。

鄒美勇理事長（台灣麻醉醫學會）

好的，麻醉醫學會理事長鄒美勇來回答，內視鏡插管設備有好多種類，大多價格都是由幾十萬台幣來起跳的，所以在過去我們其實投入了很多的成本，可是都沒有真正合理的一個給付，謝謝。

主席

好，謝謝理事長，請游代表。

黃代表振國

我可以繼續說。

主席

請。

黃代表振國

其實這個真的在新冠肺炎疫情突顯出，這樣的好設備對我們醫護同仁保護的重要性。所以我只對替代率有意見，大家看討 1-25，如果才幾十萬，我如果是醫院，我全部都換了，所以替代率應該是 100%，增加費用低估了，我知道這個可能對預算有衝擊，所以我只要跟在座的付費者代表提醒，明年如果醫院總額要提增加率的時候，請幫個忙，因為這個對病人的保護跟醫護同仁第一線的保護是很重要的。所以請健保署在預算上能夠做適度的調整，這麼好的東西，如果我是第一線負責插管的醫師，人家都有這麼好的防備，你還叫我用陽春的方式去插管，尤其現在年輕的醫師風險意識很高，所以我建議這個替代財務的部分，請把它適度的調整，今年總額已經定了，那明年在總額上是不是拜託健保署在提這個醫療預算的時候能夠斟酌，能夠保護我們第一線的醫護同仁，謝謝。

主席

好，這一項在專家會議討論的時候也有這個顧慮，故專家是訂有適應症，我想這個項目納入給付後也需要監控。

黃代表振國

這個我覺得剛好可以倒過來，我雖然不是專家，但是我們曾經在住院醫師或者實習生有插過管，我覺得風險很高，病人在就診過程，尤其在急診那麼急的時間，我覺得想法要顛倒過來，如何讓它普及，讓第一線都能更安全，而不是事後告訴我適應症，所以我的想法不太一樣，我覺得任何一個要插管的都可以用，因為急診在短短幾分鐘都要決定，你還看他是不是符合規定嗎？這樣剛好是本末倒置，謝謝。

主席

好，謝謝黃代表黃醫師，事實上我們 111 年的新醫療給付的預算只有 2.7 億。以現在訂有適應症之下估出來是 1.24 億，其實也是在大家斟酌再斟酌，才踏出第一步，這一項本署將監控未來申報的情形，

若有不足明年再爭取預算支應。請游代表。

游代表進邦

我想我對這個支付標準修訂沒有太大意見，但是因為它提供很多確診空氣或者飛沫傳染性疾病，這件事情以臺灣目前現狀沒有，沒大流行的話，增加的次數是有限的。但是假如今天像臺灣像香港那樣的話，這個費用就不得了，我認為說這個就不是健保總額可以承擔得起，這個假如說當國家發生大流行的時候，這個增加的費用應該是要由公務預算來支應，我想這一部分應該要把它列入這樣的一個但書。

主席

好，沒有錯，那一定是的，請朱代表。

朱代表益宏

這個我想也要請教一下健保署或麻醉醫學會，就是在討 1-43 頁。對，討 1-43 頁就是那個支付標準，那因為譬如說 96029 跟 96030，96029 跟 96030，那其實這個都是全身麻醉的項目，它必須要實施麻醉，所以你的支付的點數也會比較高，比前面那個單純的插管比較高。但是你在適應症這邊的所謂的 B 緊急狀況，看起來是跟麻醉比較沒有關係吧？還是說譬如說你這個緊急狀況是 OHCA 的時候又實施全身麻，OHCA 你怎麼實施全身麻醉？病人都已經 OHCA 了還要麻醉嗎？刀就劃下去病人也不會痛對不對？那譬如說緊急插管，然後可能在急診室，它不是在麻醉的狀況。除非真的是那種急診手術的時候才有可能就是所謂的緊急插管，或者是原來可能不是實施這個全身麻醉，或在其它的狀況之下，我突然要改全身麻醉，然後又碰到這些適應症，在會有所謂的緊急插管，在 96029 跟 96030 這個狀況，所以這個是不是麻醉科是不是要說明一下，就是原來訂的這個所謂緊急狀況是，是 96029 跟 96030 嗎？

主席

好，請麻醉醫學會回答。

鄭宏煒副祕書長（台灣麻醉醫學會）

麻醉醫學會回答，本來訂的這個 indication 是 for 影像導引式插管所需要的，當後來討論因為有全身麻醉的時候會有插管的需求，所以 indication 可以直接移下來，如代表所言，在 OHCA 跟緊急插管跟全身麻醉可能是沒有直接相關，但是全身麻醉主要碰到問題應該是一些疑似感染性，飛沫傳染傳染病之外，另外就是最常見就是困難氣道的部分，所以全身麻醉的時候把 OHCA 跟緊急插管可以做一個調整，以上，謝謝。

主席

好，這個部分是要把它刪掉嗎？這兩個狀況移除嗎？麻醉醫學會。

鄒美勇理事長（台灣麻醉醫學會）

麻醉醫學會理事長再次發言，我們當時設定這個支付適應症的時候，應該包括突然在麻醉中間有預期不到的困難插管情況，是非常的危急的，所以這樣的適應症應該被納入健保給付。

主席

重症醫學會這邊有沒有要回應？急診醫學會或者重症醫學會，因為原來專家會議確實有把緊急狀況把 OHCA 跟緊急插管也都寫在這裡，那現在有這樣子的提問。

陳健驊常務理事（社團法人台灣急診醫學會）

報告主席，急診醫學會代表第二次發言，那 OHCA 跟緊急插管應該急診會比較常碰到。所以在急診這邊我們是希望能夠保留，以上。

主席

現在就是麻醉的部分，剛剛朱代表有提到，都已經 OHCA 了還需要？請那個朱代表。

朱代表益宏

我建議就是說因為剛剛那個麻醉科醫學會理事長也講，確實有一些麻醉它有可能真的是所謂緊急狀況的，那需要用這個內視鏡去做全身麻醉，所以是不是就緊急狀況把 OHCA 然後後面的那個需要有，因為你在開刀房要上全身麻醉還要會診麻醉科，然後急診科也不可能進開刀房去執行 96029，胸腔重症外科也不會有會診。所以我是建議就是說緊急狀況就是看是第一不要寫緊急狀況，就寫緊急插管。那至於緊急插管，是不是麻醉科醫學會要再定所謂的緊急插管，因為這個給付是比較高一點，是不是要再做一些什麼樣的處理？這個我沒有意見，但是看起來 OHCA 跟這個後面的還要會診麻醉科、急診科、胸腔重症科還要有會診紀錄，這個跟 96029 跟 96030 是比較沒關係，它可能跟前面的那個處置項目有關係。但是這個跟 96029 跟 96030 比較沒有關係。

主席

好，謝謝，請麻醉醫學會的副秘書長鄭醫師。

鄭宏煒副秘書長（台灣麻醉醫學會）

麻醉醫學會發言，我們謝謝代表的提醒，緊急狀況我覺得我們可以修正為 IHCA，就是在院內的一個心跳停止來緊急插管的時候使用，因為可能是手術中或者手術前發生這個事，但是我們插完管之後還要進行麻醉跟手術的一個處置的話，應該是符合這樣的一個使用精神。

主席

所以文字要怎麼修？

鄒美勇理事長（台灣麻醉醫學會）

我們應該把 OHCA 或者緊急，將緊急的狀況改成 IHCA 應該是比較好的。

主席

那就是緊急狀況還要留嗎？

鄒美勇理事長（台灣麻醉醫學會）

IHCA 與緊急狀況，因為緊急狀況可能有些還沒有到真的到心跳停，但是緊急狀況下嚴重 VT、VF 或者是更嚴重的情形而可能需要插管的話，我覺得是可以列入給付範圍的。

主席

是不是確定文字？那朱代表可以接受嗎？把那個文字秀在那上面好嗎？改到那上面。

朱代表益宏

我只是說那如果是這樣那後面的括弧是不是也要刪掉？不需要會診，還要會診嗎？你已經在執行麻醉了還要會診嗎？

主席

需要嗎？文字要不要留下來？

鄒美勇理事長（台灣麻醉醫學會）

需要會診，麻醉醫學會發言一下，就是有時候在我們醫院裡面，病人在急診，可能有突然的狀況，遇到插管有困難，麻醉醫師會被 call 去急診室，雖然急診也是專家，可是麻醉有更多的利器，可能我們北榮比較常會有這種被緊急會診去急診室插管的情況發生。

主席

所以理事長你要不要建議文字，按照那個朱代表的意見，建議一個文字給大家看一下

朱代表益宏

我建議那個鄒理事長，因為剛剛講的在急診這邊緊急狀況要做急

救插管是有另外一個嘛，另外就是不是 96029，不是 96030 是多少，47 多嘛，所以如果麻醉科醫師被 call 到急診室去做這種困難的插管，它其實是申報 47031C 這個新的嘛。那但是 96029 跟 96030 它就是你在執行全身麻醉的，因為我用了這些特殊的技術，所以我把原來 96021 的，96020 的這個技術可以再增加嘛。所以另外另列了一個嘛，所以它其實純粹就是麻醉科執行麻醉，全身麻醉，當然這裡面還包括了你要有 monitor 要有什麼這些東西，除了插管這個技術以外，還有所有全身麻醉包括一般內含的藥物也都在這裡面，所以才有 50% 的這個費用。所以我覺得這個跟急診的那個急救插管這一部分是不一樣的，所以我才建議說它不需要有會診麻醉科，也不需要會診急診科，也不需要會診，就是會診紀錄。那個都是在急診室或者病房如果需要緊急插管的時候，你要會診這些科，人家來幫你去執行這些，這個項目的，好，所以我才建議這個其實是贅字。

主席

這兩項新增都是配合剛剛的 47105C，跟 47106C 所產生出來的麻醉費之提升。那這個適應症就不需要這樣寫，就直接寫配合那兩個醫令所執行的麻醉，是不是這樣就比較簡單一點？就也不要再去敘述這些事情，這樣子大家也比較不會有太多疑慮，可以嗎？其實實際上就是這樣。那我們在這裡頭就直接寫，就是這兩項就是配合 47105C 跟 47106C 所做得全身麻醉，這樣可以嗎？

朱代表益宏

不對？

主席

這樣也不好？

朱代表益宏

你這樣講 47105C 它是配合，它是配合 96020C。

主席

NO，反過來。

朱代表益宏

它並不是說我或者 47105C 我要全身麻醉來配合它，不是這個樣子，那個主從關係不一樣。

主席

你的建議是？

朱代表益宏

我講的就是這樣，你幫我講一下。

主席

好，請陳代表。

陳代表志忠

對不起，我們這個事情，就以原先就是其實有的很多已經在做了，有一個病人進來你就 OHCA 進來我們急診是不是要插管？原來是 under vision 插，那後來因為好多年前就開始可以用 video 來插，但是 video 成本高，電腦沒幾部嘛。我們要給 4710 多少？47105C，它這是一種。另外一種呢，插不進去，因為它氣道困難也是用 under vision 插，這個其實已經有的，已經做了很久了。這個就是 47106，這個是沒有問題的。好了，現在去前年了，應該 COVID 剛 outbreak 每個醫院都嚇得要死，你的病人假設有懷疑或者確診的，住到你的醫院裡面，那現在發生什麼要去開刀房開刀了，那誰敢去？誰敢去插管？誰敢去插？那個時候就穿著像兔寶寶這樣去插，看也看不清楚，所以最好有這個東西。那在那個 under 那個狀況底下，我們也給它完全全身麻醉，讓病人能接受手術，那就是 9 多少？96029 這個，那個是分開的事情，分開

的事情。但是如果麻醉醫學會立場我不曉得是不是這樣？他 under 在麻醉當中它的 risk 比較高，但是它從病房送到開刀房那個專用的開刀房，我們看武漢大疫爆發的時候，就是我們專用開刀房在裡面，那要負壓什麼有的醫院。他們插管都要用 47105C，然後麻醉的過程都要用 96020 這兩個加起來，這不同的狀況，我這樣說明不曉得清不清楚？

主席

請麻醉醫學會就文字有沒有什麼地方要修正？

鄭宏煒副祕書長（台灣麻醉醫學會）

麻醉醫學會報告，謝謝大家的建議，我們建議第一個，把括號二內的需有會診這些科別的紀錄可以先拿掉。然後第二個，緊急狀況後面的說明留下來心跳停止及呼吸窘迫之緊急插管。

主席

心跳停止，心跳停止跟呼吸窘迫。

鄭宏煒副祕書長（台灣麻醉醫學會）

括號內本來就是麻醉科執行的全身麻醉業務，所以應該可以整個移除。那 96029C 跟 96030C 其實 B 是一樣的，所以就是一樣的修改，以上謝謝。

主席

麻醉醫學會是建議，第一個部分 AB 的 B 對不對？緊急狀況，緊急狀況括號心跳停止及呼吸窘迫之緊急插管，然後括弧全部拿掉。然後是在 96，就是這兩項，96029C 跟 96030C 都做同樣的修正，是嗎？

鄭宏煒副祕書長（台灣麻醉醫學會）

是，對。

主席

這樣各位代表有沒有意見？好，如果沒有意見我們就做這樣的修正，非常謝謝麻醉醫學會的說明。那這一項我們就修正通過，那接下來第二項。

新增「HLA-B*5801 基因檢測」

主席

好，這個是 HLA-B*5801 的基因檢測，那我們邀請風濕病醫學會的曹醫師說明。

曹彥博副秘書長（中華民國風濕病醫學會、臺北榮民總醫院）

好，謝謝副署長，謝謝與會的各位長官，那這個已經經過好幾次的會議大家的討論了。那我們學會已經就是討論過數次，然後最後擬訂了一個，應該是經過各位專家集思廣益以後的建議，那也很謝謝的就是大家提供一些意見，已提供修正版本，財務評估如就如先前署內所提供的版本，我們學會會盡力的全力配合。

主席

好，謝謝，這一項大家有沒有意見？這一項財務支出是 5,000 萬，請謝代表。

謝代表景祥

這個討論了很久為什麼沒有過？爭議太多了。那我們來看，這個已經在 108 年，108 年討論了三項。這三項到現在還是沒有解決，第一個這個基因它可能發生的比率是比較高，但是呢沒有這個，這邊我們看這 108 年的這個紀錄，討 1-6 這一篇，未帶有基因的病患無論人種仍可能發生這個副作用。所以你測了沒有，就敢說沒有嗎？你不敢，好，那再來你帶有這個基因，帶有這個基因的病人用這個來治療的話，

亦有未發生的症狀的，也是不會發生這個症狀。那多少呢？比較多了，因為臺灣有這個基因的人占 15%，好，這個 15% 的病人有這個基因，那臺灣一年的藥害就醫大概是 20 幾到 30 個人。那所以就是你就算帶有這個基因有，那個也不是說，也是只有少數人不能去做嘛。

來，最重要的是第三點，他們這裡也是講得長期使用 Allopurinol 沒有不良反應的就不建議做了嘛。好，但是呢，基因檢測不能取代適當的臨床用藥安全檢測及病患處置。所以很多人不得不用，我自己是骨科醫師，我很多病人在用這個 Allopurinol，都是不得不用，都是因為他沒有辦法用其它的藥，在第一次用藥前我們不是做基因檢測，第一次用藥前叫做病人教育，你要告訴他可能發生嚴重的副作用，機會不大，但是要安慰一下機會不是很大，但是你要有一點點你就要趕快來看，這是重點。

那不是說你測了這個基因，除非沒有問題，那告訴病人放心吃藥，你能夠這麼做嗎？不行嘛。再來你測了，他基因有問題，那怎麼辦？你就叫病人不要吃藥嗎？因為現在這個藥在使用都叫做不得已，都是其它，其它的藥沒辦法，醫生都知道有這個問題，醫生做久一點你就會碰到，我自己就碰過。那所以都會非常非常的小心。那假如說你測了，你為什麼會去測？就是你其它的藥沒有辦法用了嘛，你才會去測，測了之後有這個基因 15% 的人有，你要告訴他說不好意思，你那個之前的藥用了不行，不能用，因為它可能 Renal function 不好，或者是說那你不要用，那這個藥你有這個基因，那我建議你不要用，那你大家藥都不要吃。

所以變成說這個為什麼會有爭議？就是說你做跟不做對你臨床提供的判斷跟你的處置沒有幫忙。不只沒有幫忙，可能還有害，你醫師要怎麼樣跟病人解釋你有這個基因我還是勸你吃這個藥，怎麼去講？後來假如說你沒有，醫生沒有去做病人吃了有問題了，他回來告你，你為什麼沒有跟我做這個基因檢測？我們就跟他講說基因檢測又不見得會準，所以我是覺得說這個東西通過，他不是錢的問題，好，但是就算站在錢的方面也不太對勁，你要花 5,000 多萬去預防 20 個，去預

防 20 個藥害救濟。所以我真的覺得說不太妥當，就是光看這個 108 年討論重點一二三，討論的這個東西的時候，就沒有辦法說服我說能夠接受需要去把這個檢測納進來，以上報告。

主席

好，我們請學會說明。

曹彥博副秘書長（中華民國風濕病醫學會、臺北榮民總醫院）

非常謝謝代表的提問，也謝謝代表於健保支出這樣大力的關心。那我在這裡回復代表，就是說這個基因檢測在之前臺灣的本土研究中研院的研究已經知道，有這個基因是會提高 580.3 倍造成 Steven Johnson 的機會。所以去分析那些發生這些 Steven Johnson 的病人，因為全部其實幾乎都是帶有這個基因陽性。所以這個關聯性是非常的確定的。那我也回復代表的意見是說，就是 allopurinol 這個藥是在大家走投無路不能用藥的時候才使用，這個其實也是與目前現實狀況不合，不管是美國風濕病醫學會，還是歐洲風濕病醫學所制定的治療期，allopurinol 與 benzbromarone 這兩個藥都是我們所謂的第一線用藥。但是臺灣目前使用 allopurinol 之所以會比較少，就是因為大家害怕這一個藥物造成可能的副作用，所以不敢使用，以至於大家就傾向於使用與 benzbromarone 以及第二線的 febuxostat 這兩個藥物。我們當初的討論其實也是擔心說可能會造成健保額外的財務破口跟財務支出，所以才會擬訂說如果已經使用長達一段時間就不予給付，是給新的個案才能夠給付此基因檢測。同時在給付的同時，因為使用這個藥物的價格是比 febuxostat 便宜很多，所以就讓其它的民眾有機會在透過這個檢測以後，可以使用比較便宜的藥而不是一下子就使用比較昂貴的 second-line 藥物。所以這個也是那時候我們在前幾次會議當中提出來供各位的代表建議跟參考說，為什麼我們需要有這樣的基因檢測，為什麼要這麼去處理？因為其實我們在這個 Steven Johnson 也好，或者是所謂的表皮溶解症候群 TEN，這都是對病人造成了很大的身心靈的損傷。同時也會對面臨這樣副作用的醫師及醫院同仁，造成很大的心理跟身

理上的壓力，所以那時候才提出說用這樣的方式，並且加以適度的規範，讓我們就是在使用這個檢測的同時也不會給健保增加過多的財務的支出的疑慮，那以上是學會簡單的報告，謝謝。

主席

好，哪一位？好，請。

李代表懿軒

藥師公會第一次發言，那其實藥師公會之前也有在關心這個藥害的部分，然後跟一些配合團體也都有討論到這個 HLA-B 5801 的基因型的部分。那剛才代表所說的這個部分其實藥師公會是覺得，不管是不是有沒有測這個基因型，我想都還是要跟民眾詳細的說明用藥可能的風險。那對照我們現在健保現行來說的話，我們 Carbamazepine 是有納入健保給付的，雖然說當然有一些 evidence 告訴我們說，它的那個就是相關性並沒有到這麼一定對等，不過我想還是有很大的機率 HLA-B5801 是在使用 allopurinol 可能會發生 Steven Johnson TEN 的狀況。那不是只有 Steven Johnson TEN 這樣的狀況，它的前置的醫療作業也都會花費我們醫療的相關的成本，所以我覺得在成本效益上面可能不是只有單看，藥害救濟這幾個案例，而是在藥害救濟之前在發生一些不良反應的時候我們在所有醫療成本一個支出，我覺得這些都要一併考慮，那所以就是雖然藥師公會不是總額執行單位，不過我想藥師公會這邊還是表達支持這個案子，謝謝。

主席

好，謝謝李代表，再來請陳代表，還有黃代表黃醫師。

陳代表莉茵

這個案，這個是一個 Steven Johnson 疾病我是有一點了解，因為這個檢測實際就是陳垣崇院士他發明的，所以說據我那個時候的了解，它不是罕見疾病，要跟各位講一下。但是它的確有這個特殊的問題。

如果說像有這個基因的人，他的那個情況，如果吃了不對的藥是非常非常辛苦的。所以我會認為說，如果可以用的話是真的要用一下，因為我記得每一年好像也沒有這麼多的人需要檢測，這個是好像那個痛風的病患要用的。那我們也有另外一種日本藥是不會引起這樣子問題的，我聽說是這樣，我如果記憶所及的話，那請各位醫師指正，謝謝。

主席

好，那再來我們.....。

黃代表振國

我想大家的共識就是要慎選病例，大家知道事實上現在 allopurinol 降尿酸的效果，只使用一顆的效果沒那麼好，那臨床上是必須用到第二、第三顆，所以請健保署統計現今降尿酸藥，直接使用 allopurinol 的比率應該很低了，剛剛我們陳代表講的，的確像 febuxostat 這個藥，現在包括醫院都在用，後來有放寬了使用的適應症，還有 benzbromarone 也才兩塊錢，大家知道健保的特色是什麼？萬物皆漲，但藥價每年在調降，所以我當醫生當了 30 年，我 allopurinol 越用越少，我建議這樣的檢測是必須要通過的，現有其它的降尿酸藥是已經有副作用或者不適合的時候才要驗，因為這個驗的錢比藥品貴太多了，而且臨床醫師只要一朝被蛇咬都怕草繩。我覺得可以請健保署提供，現在申報降尿酸藥到底多少比例採用 allopurinol？我覺得這個檢測是有必要，但是只限於非要用 allopurinol 的，其實我們都常問一些老病人，如果以前用過的敢用，那不敢用的坦白講基本上都沒用過，因為風險還是偏高，所以為什麼現在比例這麼少呢？實際上是第一線的臨床醫師都把它避掉了。

主席

好，謝謝。

黃代表振國

那順便補充一下，febuxostat 現在健保大概 10 幾 20 塊，有時候半顆效果就很好了，所以一天的費用大概也不到 10 塊錢，所以我覺得這個目前看起來還是慎選病例使用了。

主席

好，謝謝，請看討 1-35 頁，這裡有寫適應症，還有其它的相關的限制。所以其實大家都很審慎的在討論這一項，那個會議紀錄好幾次，所以就知道這件事情並不是第一次大家就完全認為是妥適的。但是經過兩輪三輪討論一直到最近的一次才終於把它訂下來，財務衝擊當然還是有了，有 5,000 萬左右。好，那各位代表有沒有其它意見？好，如果沒有的話，我們就非常謝謝風濕病醫學會幫忙，也謝謝代表的支持，這一項我們就先通過。日後還是要監測一下看這個檢測在通過之後的利用情形，因為畢竟討 1-35 頁裡面考慮了非常多的狀況，如果有超越我們所預期的部分，可能就是需要再提專家會議再來討論，好不好？好。那非常謝謝風濕病學會的曹醫師，我們接下來第三項。

新增「內視鏡蝶腭動脈結紮術」

主席

好，這一項我們邀請耳鼻喉頭頸外科醫學會張醫師，張醫師在嗎？

張伯宏主任（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

副署長、各位同仁大家好。那剛剛那個傳統後鼻出血的話大概在早期大概就是需要外部切口以及軟布填塞或請放射科做栓塞，那在內視鏡越來越進步之後，我們可以用內視鏡將蝶腭動脈做結紮，那大概有九成以上的效果，所以是有效的手術。那這幾年的話都是以內視鏡鼻竇手術做申報，所以說那學會的立場是希望把這個手術把它證明，把它獨立出來。

主席

好，謝謝，那這一項大家有沒有意見？好，沒有，我們就謝謝。

張伯宏主任（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

學會要我問一下這個它的一般材料費或者是特殊材料費有加成嗎？還是？

主席

這個是手術章節，手術費有另外加計，查一下。

陳科長依婕

好，討 1-41 頁，然後編號 65079B，我們在支付規範註 5 有寫一般材料費得加給 3%。

主席

OK，在這裡有寫，因為是依照成本分析表裡面所算出來的另外加給的百分比。好，因為我們現在的手術章節原來早期項目都是 1.53，後來新增的項目，在成本分析上特材占率沒有辦法完全用 1.53，有的超過 1.53 很多，有低於 1.53 非常的多，所以後來新增的項目都有特別每一項都標註，這一項的特材的占比是多少，這一項是 3%。好，如果沒有意見我們就通過，好，接下來第四項。

新增「深部小腸內視鏡」

主席

好，邀請消化系內視鏡醫學會張醫師，請說明。

張天恩醫師（台灣消化系內視鏡醫學會）

謝謝副署長還有各位代表，那深度小腸內視鏡在小腸的出血這個部分就是相較於其它的膠囊內視鏡或血管攝影加栓塞止血，這些方法其實還是有不可取代性。就是因為它既可以取得檢體，然後又可以做

直接的內視鏡止血。那因為過去這個東西，基本上就是大部分耗材等等的檢查費這些都是還有額外的麻醉費，其實林林總總加起來對病人來說是一個不小的負擔，那就是經過多次會議之後那它現在有機會可以改成健保給付，並且就是囊括了這個套管這個耗材的部分，所以就是非常感謝各位代表的幫忙，謝謝。

主席

好，謝謝張醫師。那這個的細部資料在討 1-36 頁。深部的小腸內視鏡訂有適應症，還有相關的規定。那它的耗材的比例是 48%。大家有沒有意見？好，我們這一項就通過，接下來。

修訂 50023B 「尿路結石體外震波碎石術」等 2 項

主席

好，謝謝，我們邀請泌尿科醫學會周主任。

周詠欽主任（台灣泌尿科醫學會）

長官他們考慮的是教育的親近性，那我們泌尿科醫學會我們是考慮的那個醫療的安全性，因為體外震波碎石的話，它並不是把石頭石打碎了就沒事了，真正的過失都是發生在打完以後，病人可能會那個腎臟出血，然後需要去做緊急栓塞，或者是做那個腎臟切除，或是感染變成敗血症。這個很多病人都要後送到那種大醫院去。在本島的話，雖然不是在都會區，他們要後送的話都很近就有醫學中心可以送來。在離島的話，如果發生這個問題，出血的情形是每 1,000 個病人就會有，每 400 個病人就會有一個人會有那個大出血。感染的機會又是 30%，當發生了這些問題，然後那邊是不是有能力處理？是不是來得及後送？這個是我們泌尿科醫學會比較 concern 的，所以我們覺得說既然都有這個規定了就不要再開小門，再給這個機會，不然對病人到底是好還是不好？這大概也很難講。

主席

好，我們再邀請衛福部醫事司的代表彭專門委員，請。

彭美珍專門委員（衛生福利部醫事司）

醫事司說明，此經過偏遠地區工作小組的提議，考量離島地區確實有這樣的需求，目前金門跟澎湖有泌尿科專科醫師。但是在每一家醫院只有一位，所以我們建議，針對離島地區有這樣的尿路結石的病人，是否可以提供服務，另外一位是兼任的，也就是說他旁邊的醫院可以過來做一個協助支援。我們的意見是這樣，但是如果是像剛才泌尿科醫學會所說，執行手術之後有相關的出血，這個我們希望就是說當時術後一定要有一位的泌尿專科醫師在病患術後的時候協助，以上。

周詠欽主任（台灣泌尿科醫學會）

因為有時候你處理不光是泌尿科醫師處理，你可能是一個敗血症，然後也可能需要緊急的去做血管攝影去那個血管室去止血，病人也可能有需要緊急的去插管去引流。有一些事情都是要後送到比較大的那個醫院才可以做的。在當地醫院你也大概沒有辦法做，我們很多有在打碎石的醫院發生 complication，也是要後送到大醫院去，那你在離島是不是可以來得及後送。而且碎石它不是一個急症，不是說你今天痛了就馬上，我們在本島的話，也是病人來了急診以後我們就會給他排一個 IVP，隔天 IVP 確定這個石頭，確定診斷是石頭了我們才打，我們如果沒有做這些檢查，健保審查就會把我刪掉。所以這個不是一個急症，你會在離島一個偏鄉那邊去做這個碎石。那考慮到那個治療的安全性，我們還是認為說這個不宜開放。

主席

好，這個是不同觀點，醫事司這邊是從民眾就醫方便，還有也是公費醫師留任相關會議的決議。泌尿科醫學會這邊質疑的是病人的安全，擔心萬一怎麼樣的狀況之下需要有一個團隊來 back up，覺得有風險。然後，大家的意見？請黃代表。

黃代表振國

綜合兩方的意見，我覺得泌尿科醫學會顧慮是需要的，但是當醫院要做這樣的體外碎石的時候，相信已經把必須的條件，包括能夠緊急處理狀況的醫師團隊都要備齊，所以我覺得可以寫清楚。那至於規模比較小的醫院要聘任兩個專任的泌尿科醫師真的有困難性，那我覺得就是例外，不是通則。因此我建議醫事司的考量也必須尊重，在例外的時候，我們把它備註很清楚，該有的風險、該有的必備條件也都應該注意，那才是一個完整的手術規定。我相信所有醫療院所在做手術，或者是處置前都已經做過相關的考量了，我想這個不是緊急手術，所以泌尿科醫學會針對體外碎石術的相關注意事項，告知這些要做的專科醫師，這也是你們認可的專科醫師，所以我覺得兩方的意見都尊重，但是要兼顧現實跟理想，謝謝。

主席

好，謝謝，還有沒有代表有意見？

周詠欽主任（台灣泌尿科醫學會）

我們在本島就是規定兩個醫師就可以執行了，因為有很多的後送的醫院，可能今天在桃園的某個鄉鎮，然後就有林口長庚可以送，它很近，所以它們就兩個就可以，那我們就規矩規定說你一定要來一些什麼血管介入的一些設備，怎麼樣的設備，因為它很快就可以後送。但是你今天如果為了這個要規定說外島你一定要有這些設備，然後是對外島的那些醫師更不公平。

主席

好，請陳代表。

陳代表志忠

我對於雙方的不同意見尊重，不過我對於這個修改的這個診療項

目裡面，最後那一小幾個字，實質操作過程專科醫師應在場照顧，這個是不待言明之事，好像是畫蛇添足，我建議不要寫。這樣好像說外島的做的時候專科醫師要在場，本島不用，這樣反而不太好，對我們醫師不尊重。

主席

它其實強調的是離島應由兩名泌尿科專科醫師，其中至少一名為專任，來，請醫事司的專門委員。

彭美珍專門委員（衛生福利部醫事司）

補充說明，原來訂定的兩名以上的泌尿科專科醫師，改為至少有一名專任的泌尿科專科醫師，及另一位是兼任的，兼任的來協助。那再來在術後，因為術後的時候，那至少要有一位的泌尿專科醫師留在那個離島，協助這個病人的術後的照顧，因為擔心他有後續的可能有尿阻塞或者是出血，是這樣子，以上說明。

陳代表志忠

那我更有意見，那你對外島的泌尿科專科醫師是那打完震波要等幾天？等病人三天以後才能離開返鄉探親？這個更是歧視性，歧視性。

主席

好，這個確實兩邊都尊重，但是怎麼樣讓它更周延？今天大家的建議我們就摘錄下來。然後再送請衛福部醫事司再研議，提出更周延的建議再提會討論？也希望泌尿科醫學會也可以幫忙，以周延規定，因為畢竟這是離島，剛剛泌尿科醫學會也提到離島要後送其實沒有地方可以後送，因為很遠，對不對？跟本島不太一樣。所以這一項今天就不再深入討論，因為會占用太多的時間。好，那接下來下一案。

修訂 58011C 「連續性可攜帶式腹膜透析-腹膜透析追蹤處置費」等 2 項

主席

好，這一項是腎臟醫學會，今天沒有派人，那這一項大家有沒有意見？這一項在醫院總額研商醫事會議已討論，來請游代表。

游代表進邦

住院就是假如說我依舊病人住院？還是接受腹膜透析，那費用就由住院的院所來...

主席

算在醫院總額裡面。

游代表進邦

不是透析的總額？

主席

是醫院總額，因是住院。

游代表進邦

那這樣的話變成說你拆天數所以一個月，一個月 1 筆，這樣會不會非常麻煩？

主席

依照比例。

游代表進邦

依照比例？

主席

對，這個我們在醫院研商議事會議大家已經看過一遍了，游代表

沒有參加，好，那這一項因為有另外有預算了，醫院總額今年協商的另外一筆預算是 for 這項，所以大家有沒有意見？沒有就通過了，接下來就再下一案。

修訂自然生產、剖腹產及流產通則

主席

好，這一項是剖腹產的適應症再增加兩項，好，請婦產科醫學會黃秘書長。

黃建霈秘書長（台灣婦產科醫學會）

主席、各位代表好，婦產科醫學會代表黃醫師提出說明。雙胞胎的自然生產它的風險是比較高的，尤其當嘗試自然生產失敗的話，它的風險更會是明顯增加。陰道的四度裂傷併發肛門瘻管的孕婦，因為有舊傷在，在下一胎生產的時候，如果舊傷又復發，通常在處理上會相當的困難。所以懇請大家支持把這兩項列入健保的適應症裡面。統計上我們看到議程中附件二的 1-28 也有預算的預估，大概每年會需要從自費改成健保的，在雙胞胎妊娠來講只占有所有 case 的 1%。然後陰道瘻管於四度裂傷後的十年來更是只有 7 個 case，所以這個兩個個案情況都屬於相當少，應該不會增加健保的負擔，所以懇請主席跟各位代表支持，謝謝。

主席

好，這個是增加兩項剖腹產的健保適應症，就是曾經陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管及本身多胞胎妊娠，大家有沒有意見？好，如果沒有意見，我們就謝謝婦產科醫學會的黃秘書長，通過。接下來下一案。

修訂編號 47031C 「氣管內管插管」等 7 項之支付規範文字及英文名稱

主席

好，這幾項都是修正支付規範的文字跟英文名稱，大家有沒有意見？好，如果沒有的話，就把預算來源跟大家再說明一下。

主席

看到第五點，這裡今天通過的預估醫院總額就要增加 2 億，其實我們醫院總額今年只有 2.7 億，所以我們會很注意這件事情。那西醫基層大概增加的不到 100 萬，所以其實還是 OK 的。好，大家有沒有意見？這個終於討論完了，有沒有意見？各位沒有就進到討論事項第二案。

討論事項

第二案

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。

主席

好，急診品質提升方案，這一次有比較大的改變。我們來邀請急診醫學會的黃醫師，來，請。

黃集仁理事長（社團法人台灣急診醫學會）

主席，還有各位代表我們現場各位先進那這個是我們在過去十年實施以後我們再把整個急診提升品質方案做一個修正。那麼在當時我們的時空背景跟現在來講，我們更著重在我們在急重症的一些品質的改進。尤其是主動脈剝離，我們也希望這種緊急的血管手術，如果在急救責任醫院能夠即時的把病人送進手術室，而且可以存活的話，是不是給予適當的獎勵？這樣對於時間急症的跟照顧就會更完備。

對於 OHCA 的部分，因為也配合衛福部醫事司現在在推 EEC 的電子交換，所以我們也是請急救責任醫院針對這一部分未來在做 OHCA 的請求的申報的部分也可以同步使用 EEC 做交換。那麼對我們

的電子病歷的一個維持，還有我們的品質也會有一定的水準，而且也可以維持同步上傳的一個原則。

對於轉診的品質，原則上我們還是希望有符合向上跟平行轉診的話，各醫院各層級的急診能夠串成一個網絡，盡快的把病人送到該去的地方，那麼也給予適當的獎勵。那在重症的部分，我們是希望有插管的病人，尤其是現在在疫情，或者是未來只要有插管都有一些呼吸道症狀，或者是呼吸衰竭病人能夠盡快送到加護病房去。這個部分主要是增加加護病房的獎勵，讓我們的整個急重症可以串成一氣。就是讓我們的運轉更有效率。那也可以確保重症病人不要長期滯留在急診，以上補充，也請各位代表支持惠予通過，謝謝。

主席

好，謝謝黃理事長，這一案大家有沒有意見？來，請陳代表。

陳代表志忠

首先代表全……，對不起，對不起。

主席

沒有沒有，來請陳代表、朱代表、游代表。

陳代表志忠

首先代表臺灣人民對於急診專科醫師在前線奮戰，保護我們健康表達敬意。有兩點意見，第一點討 2-1。

主席

討 2-1。

陳代表志忠

討 2-1 急診重大疾病照護品質獎勵那就括弧國字那裡，然後小一，

然後括弧二，新增主動脈剝離需緊急開刀，我們覺得真的可以活，時間來得及救活很多人，但是為什麼只有地區醫院兩個鐘頭轉出去才可以獎勵。全臺灣有 70 幾家區域醫院，不是每一家區域醫院都可以做。區域醫院在急診很快在診斷，如果把它假設在桃園地區轉到我們最尊敬的林口長庚醫院，為什麼不能給區域醫院獎勵？我可以告訴大家，在桃園的區域醫院裡面能夠 24 小時做的少於一家。我不知道署裡面能不能聽到區域醫院的一個呼喊。

主席

好，這一點是不是？還有第二點。

陳代表志忠

第二點我講的第二點是討 2-2。直接從底下往上看，括弧第五，這樣的一個規範寫在支付標準，著實不妥，這個一個不確定的法律概念，而且過去沒有這樣寫在這裡，我們表示反對的意見。

主席

好，第五。

陳代表志忠

就括弧五這個地方。

主席

再來請朱代表。

朱代表益宏：

幾點意見，就是剛剛講的那個主動脈剝離需要緊急手術，我不知道健保署是不是有什麼現況大部分都是大於 4 小時完成，所以才要有這個獎勵，希望鼓勵在 4 小時內？還是說現況其實已經大部分都是在 4 小時完成，結果醫院不用做任何的事情，又多加 3 萬？所以我覺得

就是說今天既然是鼓勵，就是說我們希望它做得要比現在更好才可以鼓勵，而不是說現在已經可以做到的，結果我還要再變相用一個方式去給它再加上支付標準。所以我覺得包括後面的這個，我覺得這個可能是對急診也可以說明一下，現況可能沒有達到這個標準，那我希望鼓勵能夠做到這樣的標準，然後我給他加，那這個我會支持。

當然如果現在已經是這個樣子了，那你再給他加就沒有意義了，那表示你的支付不夠，你要依循另外的管道去調整相關的支付標準，這是第一個。

那第二個其實這個費用健保會談過，健保委員其實也有一些意見，因為這個費用主要會編列在專款是希望解決急診室的壅塞。除了是提升品質以外，是要解決急診室的壅塞。所以我覺得這裡面在訂了這些全部幾乎都是獎勵，那你有沒有說急診室壅塞它就是要降低壅塞到什麼程度，才可以拿到這種獎勵？而不是說急診室壅塞依舊，然後它只要達到這些品質，醫院的品質然後就可以增加費用，但是急診室依舊壅塞。雖然有獎勵說你這個，譬如說什麼樣的狀況要，要在什麼時候進到 ICU 裡面，但是我覺得那跟現況，就是說應該是醫院有進步，真的有做到這個壅塞這件事情要，我覺得要去處理急診室壅塞，不然現在看到很多大醫院的急診室就是壅塞。然後甚至臺北市好幾家動不動就叫 119 不要送，那你就塞在那邊，那這個事情不處理，然後在這個所謂的品質去給他加，加這些錢，我覺得既然專款都要鼓勵是應該要，當然這個你不用，不用就被健保署就收回。當然要錢要用在刀口上，所以我認為說，是不是譬如說能夠加上一個急診室壅塞，壅塞的狀況或是滯留的狀況，或怎麼樣，沒有達到譬如說跟去年或者是跟前一季或者是跟前一月沒有什麼進步的話，它是不是給的相關獎勵可能要打折扣？有沒有可能有這樣子的概念？就是說你沒有進步我就給你折扣，雖然你的品質，這些品質獎勵我還是有可以獎勵，但是你拿的就，譬如說我只有給你打對折，或者是給你打幾折。讓你有一個動力說我要去改善我的急診室壅塞才拿到這麼高的獎勵嗎？以上兩點。

主席

好，來，請游代表。

游代表進邦

我剛剛對這個剛剛朱代表講的急診壅塞，感覺那個急診壅塞本來都是醫院的責任，我認為是有待商榷，因為其實真的有時候不見得說壅塞一定是醫院故意把病人留在急診，有很多因素，在這邊討論不完，我認為假如說要把壅塞加進來討論，這個獎勵方案大概也不用討論了。因為壅塞醫院才需要鼓勵效率，那假如說你還要抬一個壅塞的標準的話，基本上需要鼓勵的醫院都沒有資格獎勵(因為壅塞)，都沒有資格拿到這個錢，那也不用有效率了，這個方案大概不用推了。我認為說這個東西還是從正面方向去思考，去做一些獎勵。那可以訂定一些指標，看有沒有效果，那沒有效果就不用或者不要再獎勵了，我的看法是這樣。

另外我呼應剛剛陳代表講，那個括弧第五那個獎勵措施，這個我認為要刪掉。要不然這個獎勵方案不用做了，因為醫院光跟員工吵這個分配比例都吵不完了，到時候大概員工也沒有心去做這個事情。所以我說不要把這個東西強制在支付標準裡面寫這一段，因為這個東西該怎麼獎勵，醫院會有一把尺，而且大家的條件不一樣，你也很難訂定一個標準說要獎勵多少。以上。

主席

好，還有，請謝代表。

謝代表景祥

好，我覺得說那個主動脈剝離需要獎勵，我覺得相當地認同，但是看起來怪怪地，就是說在同一個醫院四個小時進去也獎勵，那不同的醫院，不同的醫院會比較複雜一點，也是要四個小時，那我是覺得說不同醫院四個小時應該是有道理的，因為你還要聯絡，你光是聯絡找到可以接的醫院，你可能打一家、兩家、三家、四家，你可能打了

很多家醫院，才能夠找到，所以這是有道理的。但是假如說這樣子說應該是不是，假如說同一家醫院嘛，同一家醫學中心，你到了急診室四個小時，我是覺得三個小時沒有進去開刀房，它的品質就需要檢討了。所以我是建議說，這個同一家醫院的時候，第一條的話，把那四小時改成三小時。那第二點，於地區醫院兩小時轉出，把地區兩個字拿掉，區域醫院也可以轉到醫學中心去，兩個小時之內轉出去，也是應該要拿到獎勵。以上，謝謝。

主席

好，謝謝，那還有嗎？有，來請黃代表。

黃代表雪玲

我剛才聽到說主動脈剝離需緊急開刀，於4小時內進入開刀房方案，有人建議要把四小時改成三小時，我覺得這個當初就是急診專科學會討論出來，這是人家專業判斷，不應該隨便給它砍來砍去，它做得到做不到，其實急診醫師才能夠評估，現場還有其它病人要照護，你還有手術室、ICU 是否能喬床出來，這需要很多作業時間。還有剛才社區醫院代表講說這個醫學中心滿床、急診滿床不改善，但剛才區域醫院還說要把主動脈剝離的病人也轉給醫學中心，我們本來還期望區域醫院能夠多做一些主動脈剝離個案救治，沒想到兩層級嫌我們急診太滿，但卻又要把病人再轉到醫學中心，我覺得我們醫學中心真的認真做，然後錢還一直被人家砍，那我就不了解，既然要講到調部分負擔，那不是就對醫學中心他們的作業就應該獎勵他的急重症，那你現在急重症好不容易提出一個急重症的方案來，然後這裡也要砍，那裡也要砍，病人在區域醫院也做不了，還要往醫學中心送，我真的覺得醫學中心真的很可悲。

主席

好，請劉代表、朱代表，不要脫離主題，還是講急診。

劉代表碧珠

我想我同樣呼應這個醫學中心的，就是剛剛提到的，因為其實這種急重症理論上在急診，它的團隊跟各方面都有這個合作跟它的時效真的是很重要，但問題是說這個時間，我相信是由不管是重症或急重症，應該是經過充分地討論，既然現在我們國家的政策希望說在分級醫療上，急症跟重症應該給予一些合理的增加它的給付，沒有道理在這個時候去調整這樣的一個範圍。我認為這四個小時，我相信坦白講要真的做到這四小時，很多醫院都要很拼，不是說，沒有做得醫院也許認為很容易，可是在有執行的醫院，他們要費多少的團隊合作，你才能夠達到這四個小時，才能去達到這個獎勵的目標。所以我覺得這不是在這邊用喊的，還是請尊重專業，以上。

主席

好，來，請朱代表，然後謝代表，然後就請急診醫學會的理事長，來請朱代表。

朱代表益宏

是不是就是讓那個健保署那邊，剛剛我有詢問嘛，現況它是不是執行的時間是不是都是……。

主席

對，還沒有回答，請理事長來說明。

朱代表益宏

健保署應該也有申報的資料，譬如說到進到急診室有一個時間，然後進到手術室也有一個時間。

主席

現在手上還沒有這個。

朱代表益宏

對，因為我覺得就是說，當然剛剛如果照幾位代表講到，如果說確實它現在很困難嘛，那大家都花很多時間，然後可能達成率只有 40 到 50%，那我覺得當然值得鼓勵，希望要到 60、70、80，但是如果現在已經 90%了，那你再鼓勵，那其實就是變相，我覺得這是變相去調整支付標準。我覺得支付標準高低是，如果覺得太低，那我就走那個支付標準調整的程序，這樣子可能會比較好。就是說你覺得這個項目支付標準不夠，那我確實花了很多心力去做這件事情，所以我要把支付標準調整，那你就走支付標準調整的程序，所以我認為說，這個不應該是放在這裡。但是如果說確實原來達成率沒有那麼高，那我希望它更高，那當然這個值得鼓勵。所以我覺得這個事情可能是要釐清啦，另外就是我記得這個專款在衛福部核定的時候，有附註的說明欄就有說要解決急診壅塞，好像是有說明吧，說要解決急診壅塞，所以我覺得急診壅塞這件事情，那因為我看這些相關什麼壅塞指標都刪除，那我怎麼知道這個加下去以後，它有沒有去解決急診壅塞這件事。雖然它急診壅塞有很多的因素，但是這個專款如果編在這邊的話，而且是希望要解決急診壅塞，我覺得是要達到政策目標，而不是說只是在做所謂的品質獎勵，然後在壅塞這邊相關東西全部都刪掉，然後我覺得這樣子可能也不好，以上。

主席

好，謝謝，來，請謝代表。

謝代表景祥

那假如說沒有，我主要是覺得說第一個四小時跟後面二加二，這個看起來明顯不合理啦，假如說覺得第一個四小時是合理的，OK，我可以接受，沒有意見。假如第一個四小時是合理的時候，後面轉入醫院應該是把它從兩小時變成三個小時，讓轉入醫院的時候，假如那麼困難的時候，讓轉入醫院的話讓它做一點獎勵。那地區醫院二小時之內轉出，那個地區真的是應該要拿掉，嘉義縣市有五家區域醫院，但是就是沒有醫學中心，你要五家區域醫院都能夠維持 24 小時開這個真

的強人所難。所以區域醫院很快地，我今天沒有人，我趕快找到轉出去，這個區域醫院也應該要獎勵，所以我就修正剛剛的那個我們只改第二，第一條四小時就不改了，第二條把地區醫院地區兩個字拿掉，那轉入醫院的話，應該兩小時應該改成三小時，我覺得這樣子才比較合理。

主席

好，謝謝，那我們就邀請急診醫學會的理事長回應一下。

黃集仁理事長（社團法人台灣急診醫學會）

好，謝謝主席，各位代表提的寶貴意見，那其實剛剛朱代表講的，我首先感謝陳代表對我們學會的肯定，非常感謝。那剛剛朱代表講的其實急診壅塞我們在這個方案裡面，在急診處置效應的獎勵部分，其實我們也有去做了一些調整。那壅塞其實是多方面的問題，但是對我們急診來講，我們希望急診的病人可以盡快到他可以接受更好照顧的地方，所以我們這一次的調整，主要是針對重症的病人，不要滯留在急診為主。那剛剛講急診壅塞，其實署裡面也有提了一個部分負擔的提高方案，所以事實上這個部分是等於我們跟民眾一起來改善這個急診壅塞的問題，但是對我們急診更迫切的是，這些重症病人可以因為這些鼓勵，讓我們的流程更優化，那麼可以盡快地讓加護病房後線大家可以加速一個團隊的照顧，所以這個部分也先回應處置效益的部分，包含重症病人如果直接可以轉到急診加護，醫院的加護病房，也是有鼓勵，所以事實上這部分我們是有兼顧到的。

那對主動脈剝離這件事情，坦白講有些病人進來，我們還是需要一些時間去處理診斷，還有一些.....所以我們抓四小時，是我們希望可以取到的最大優化值，那麼也有鼓勵的效果。那當然我們實施以後，我們也會去監控這些實施的一些成果，而且我們在品質方案裡面，我們事實上有加是希望可以存活啦，那當然一直到主動脈剝離，它本身是一個高致命性的疾病，那在我們急診醫師如果診斷出來以後，我們

希望跟後線，其實不是只有 CVS，剛剛有幾位代表談到，還有加護病房，還有診斷，還有開刀，因為它可能需要 bypass，還有主技術人員，所以這些可能隨時都在醫院 standby，所以我們希望有這個鼓勵，讓醫院整個可以重視這些疾病，讓流程可以更快，我們有機會搶救到這些病人。

那麼對於剛剛講的是不是要區域以上或地區，我覺得站在鼓勵的立場，我們當然希望就是說，不是只有醫學中心可以開，所以區域醫院如果願意的話，當然也可以。那是不是我們把它改成「醫院」以後，所有區域醫院就轉到醫學中心，這個也是當時我們考量，就是說如果有意願的區域醫院，應該是想辦法把他留下來，而且區域醫院都有這個中度緊急能力，如果在當時條件如果有符合這個條件，那我們也至少有鼓勵到區域醫院。那如果區域醫院要轉，我個人也不反對，就是說如果本來的設置條件沒有說一定要配置 CVS，當然還是轉到可以處理的醫院。

那麼第三點對於那個是否要分配給實施的原因，我們是因為這次疫情的關係，包含指揮中心在請我們去執行防疫篩檢，都有一些希望就是可以鼓勵到基層，不過我想我們這段不堅持啦，所以這 2-5 是可以拿掉，本會沒有意見，以上補充，謝謝。

主席

好，那另外邀請醫事司的彭專門委員這邊，醫事司這邊有沒有什麼意見？

彭美珍專門委員（衛生福利部醫事司）

沒有意見，希望各位委員支持。

主席

好，來請何代表。

何代表語

主席、各位代表，因為這一個案子它的重點需要新增主動脈剝離緊急手術的相關獎勵項目，還有新增申報到院前心跳停止相關獎勵，再來是獎勵，後面有一個急診處置效率，還有轉診品質獎勵，那麼在這裡，我要提出來的，我支持這個主動脈剝離緊急開刀四小時，那另外就是地區醫院這個地區拿掉，也可以改層級醫院或者說給醫院就可以。那麼我不知道這個急診的，如果說轉過來的話，它接受的醫院要不要從頭檢查起不知道，那如果不必的話，兩小時應該要進入開刀，要不然像主動脈剝離，我聽到的大部分死亡率很高，死亡率相當高，我在民間接觸的大部分主動脈，輕微的還好，重的主動脈大部分都再見了。還有再來就是一個急診處置效率，這裡又有一個地區醫院，我不知道這個地區能不能拿掉，這個我建議也是拿掉，就是說醫院急診病人增加獎勵，就可以了，每年就是保留原方案，完成急診重大疾病照護病人，進入加護病房小於六小時，這個應該是每個接受的醫院就可以，只要達到就可以，所以這個地區兩個字應該也是建議拿掉，這是我以上的建議做參考，謝謝。

主席

好，謝謝，那大家還有沒有別的意見？好，請朱代表，急診醫學會最後再來補充。

朱代表益宏

何代表這個可能有誤解啦，因為現在地區醫院，有的地區醫院它因為成本相關效益，所以很多地區醫院不開急診，那些急診就到大醫院，那就造成大醫院急診很多嘛，甚至第四級、第五級的都到大醫院，所以當然你這邊應該鼓勵地區醫院，要增加它的急診的病人，那開了才會有病人，門都關起來，怎麼會有急診病人對不對？所以這個醫院要增加獎勵的話，那醫學院已經塞了，你還要再給它獎勵，越來越多，越塞我給你越多獎勵，這行不通，這個跟何代表報告一下概念上是這樣子。

何代表語

我可以補充一句嗎？我對你們沒有誤解啦，這是沒有誤解，只是不了解。

朱代表益宏

這樣了解，沒有誤解。

主席

好，那急診醫學會這邊還有沒有要補充？這個項目在部定總額時，編了3億，並註明主要是疏解醫學中心的急診壅塞。所以理事長這邊，因為這一次的提案是尊重急診醫學會的意見，所以對於壅塞的部分，目前是用獎勵來取代過去的一些指標，那是不是有助於來疏解醫學中心的急診壅塞？這個也麻煩理事長跟大家說明一下。

黃集仁理事長（社團法人台灣急診醫學會）

好，那麼主席還有各位代表，我講急診壅塞有不同層次，也有不同的想法，但是對我們急診醫師來講，我們怎麼樣去維護重症病人的品質跟生命，這是最重要。當然有一些病人，譬如說我們之前也有說要疏導啊，鼓勵病人下轉到其它醫院，但是我想我們在於民眾的就醫自由度方面，我們還是給予尊重。但是對我們可以掌控的，尤其是在急診發生時效急症的部分，這一群病人，我們希望我們學會有經過集思廣益，那包含為什麼說從醫院轉診兩小時，我們就要進去，也回應代表，就是說因為地區醫院診斷出來以後，我們有這樣的獎勵，地區醫院就會跟醫學中心或區域醫院有緊密的連結，把這個轉診做好了以後，有機會就是直接到另外一家醫院的手術室或加護病房去的話，那麼對於急診的病人來講，他不用一直在各醫院急診室去經過會診或轉診，那我們希望有提供這樣對於整個團隊運作的誘因。所以我們是希望這一段，當然各代表給的意見我們都會好好地珍惜，尤其我們也知道健保資源是不容易啦，那我想這一段對我們急重症病人是有一定的

保護效果，所以我在這邊補充一些，請各位代表惠予通過，謝謝。

主席

好，理事長，剛剛朱代表一直在講說四小時內進入開刀房，現在的狀況是如何？

黃集仁理事長（社團法人台灣急診醫學會）

我們要很誠實地講，在我們急診轉診的網絡醫院，我們常常會看到這些發生主動脈剝離的病人，如果在第一時間有到適當可以處理，剛好手術室又有空的話，事實上是有機會在四小時內進去，但是我們常常看到的是很多這些醫院，因為主動脈剝離病人不會只有去醫學中心，不會，所以我們想四小時是因為我們是希望有合乎轉診的需求，然後我們在一定的時效內可以鼓勵接收醫院去做這些處置，所以我們現在手上並沒有很完整的數據，我很坦白講，因為我們這個部分是要爭取各個代表的支持，但是我們手上看到很多甚至從中部繞了大半個臺灣跑到中部的，就是因為在這個部分，我們希望有一些誘因以後，我們可以跟醫院還有 CVS 的重症團隊一起努力，來為我們的民眾一起把關，一起爭取時效。以上補充。

主席

好，謝謝，本案剛剛討論了很多，那剛剛急診醫學會有提到就是四小時之內，這個也是一個獎勵，特別這兩個品質獎勵，其實還有一句話是很重要，就是說且存活出院的個案，這一點就壓得很重在後面，因為前面不管怎麼樣，你最後這個病人必須要有救起來，而且是順利出院，才可以得到這個獎勵。所以那並不是只是說快一點把他送進去就結束了，是他真的有把他救起來，所以這個請各位代表能夠支持。另外大家討論比較多的是那個 1、2 的部分，就是地區醫院兩小時內轉出，大家有一些建議說要把地區兩個字拿掉，這個區域醫院有沒有意見？區域醫院是支持的。

陳代表志忠

那就是我們提的。

主席

對，那區域醫院想要這樣，那剛剛理事長這邊是認為說區域醫院是有能力的，理事長這邊還要不要再補充？

黃集仁理事長（社團法人台灣急診醫學會）

我們應該這樣講，因為在衛福部緊急醫療能力認定裡面，事實上有一些區域醫院它是有具備這個中重度可以處理能力，所以應該是說，所以我剛剛是說假設區域醫院不要因為這個條文以後，而就放棄發展這個重症的部分，所以我們在鼓勵的部分，當時為什麼放地區，是因為期望醫療協會，因為可以向上，那這個也對於區域醫院以上願意投入的有鼓勵的效果，那我是不希望說，因為我們把地區拿掉，但現在要拿掉也可以，我們就是利用最嚴實的狀況，所以我剛剛講的前提是說，醫院當時申請緊急能力檢定，如果它本身就具備這條件的，我們希望它可以在四小時內讓病人去開刀，而且可以存活，那這樣就減少轉診的風險嘛，而不是鼓勵說因為這條文，然後所以區域醫院就轉，我們是要回應陳代表這個部分。

主席

其實理事長認為區域醫院是很厲害的，對，那你就應該去爭取一，就是四小時之內把他救起來，就變成 30,000。如果就把他轉，就 15,000，請陳代表。

陳代表志忠

我實在不知從何說起，我們不忘初心，方得始終啦，作為一個醫療工作者，絕對不會因為 15,000 點的獎勵而去放棄往高層級去自我提升，報告理事長。

主席

所以結論是什麼？結論是要把它拿掉嗎？

黃集仁理事長（社團法人台灣急診醫學會）

好，如果是這樣，我們也同意啦，就是說地區先拿掉，我們就監測，那麼是希望陳代表回去就是鼓勵大家往最高層級發展。

主席

我們這個案子如果通過的話，我們就是嚴格的來監測看區域醫院是不是有往一，那這個就值得尊敬了，對不對？那就是這樣，好，那理事長這邊也同意先把地區那兩個字拿掉。再來的話，就是那個討 2-2，新增那個適當比例的這個，剛剛理事長也有同意說暫時先拿掉吧，是不是？好，理事長。

黃集仁理事長（社團法人台灣急診醫學會）

好，那我們剛剛，我們相信各醫院也都是很支持我們急診啦，所以我們這部分我想就不用畫蛇添足了，回應陳代表講的不確定的法律觀念。

主席

不確定的法律觀念，好，這兩個做修正之後，最後一項是不是有解決或者是減輕壅塞，我們日後就追蹤，我們再提出來再討論，來，請朱代表。

朱代表益宏

這個案子因為最主要是要解決急診壅塞，所以我們覺得就是說第一個，你還是要修正，剛才主席講你怎麼樣觀察，你現在說的怎麼樣做。

主席

朱代表要講的是說這個案子現在刪除了壅塞指標，還是有留一些是有助於解決壅塞的鼓勵項目，請科長這邊跟大家說明一下。

陳科長依婕

好，那補充一下要解決急診壅塞的處置效率這部分，在討 2-17 頁，就是急診醫學會還是有想到幾個希望能夠處理急診壅塞議題的項目，譬如說緊急插管的病人能夠即時進到 ICU，小於六小時內進到 ICU，或者是檢傷一、二、三級的病人轉入病房的時間小於八小時，那另外剛剛那個朱代表這邊有提到的是關於指標的部分，因為不管是在健保會還是在我們的其它的品質資訊公開網裡面，其實都還是例行有監測急診相關的壅塞指標，所以不會因為這個方案沒有了，沒有把這些指標列上去，我們就不監測了。

朱代表益宏

問題是之前的這些監測，事實上是沒有效果的，之前的監測，如果照科長講的，現在都有監測，那問題是每一次在那個健保會報告的那個品質指標，事實上變動非常小，對不對？那怎麼說它是有用或者是沒用呢？那你現在持續監測，持續監測沒有用啊，那依然我們常常看到的就是醫學中心這些急診室是塞在裡面，甚至 119 就叫他，你不要送了嘛，這個是依然發生嘛，那我同意剛剛急診醫學會理事長講的，就是說站在急診專科醫學會，他沒有辦法處理那麼大的一個 scope，他只能處理急診室的醫療照顧專業，那後來解決壅塞是要醫院更高層次，那怎麼樣把病人、病床給空出來，讓他快速能夠上去。然後在急診室他下面怎麼樣讓急診室那邊，如果第四級、第五級，怎麼樣讓他快速地能夠到，轉到別的醫院去接受其它的治療，對不對？那這個當然是超過急診室的能力，但是既然這個項目並不是給急診專科醫師，是給醫院的，對不對？所以剛剛第五才拿掉。所以就是醫院要去解決這些問題，所以我就說那急診，既然那個部長裁示了說要解決醫學中心的急診壅塞，那就應該針對這個項目，看起來因為這個項目裡面，剛剛講的這些東西，其實解決急診壅塞是有限的，效果是有限的。所以我

才講說，如果真的你就講，那你就要有個監控，不是叫監控，我不知道，主席，健保搞了那麼久，你覺得這樣的監控會有效嗎？我覺得是沒有效，因為這個費用已經編了五六年了，一開始就說要解決急診壅塞，然後解決到了現在，每一年這樣，而且這個經費每一年增加增加增加，增加了以後，急診室還是壅塞，不壅塞的醫院，它就是不會壅塞。那我們也知道很多醫學中心，因為壅塞，但是經過醫院院內的高層的處理完了，不壅塞也有啊，那有些醫院就是醫院不處理啊，說病人一直來，我沒有辦法，留給急診室自己去處理對不對？那就一直在那邊壅塞嘛，然後真的塞不下，太忙了，就叫 119 不要送而已。那我覺得這個是沒有解決這些問題，那既然有這筆費用，當然用在刀口上。那今天因為這個花了很多時間討論，會前也跟醫院協會討論，所以我也沒有說一定說這個案子不過，我也是支持啦，但是我覺得你必須要有一個更具體的方式來解決急診壅塞這件事情，那很遺憾，這個案子裡面是沒有看到更具體的方式，那如果說剛剛依婕講的說有這些指標，可以啊，那你就把列出，急診室那邊要列出，專科醫學會幫忙列出哪些指標來看，譬如說你在這邊，急診室待超過 48 小時的或者是怎麼樣，類似像這樣子，那等等，就是原來你指標都刪掉了對不對？那你不是要把這些指標，真正是不是能夠看到急診室壅塞把它放回來，然後我們按月或是按季監控，那甚至在醫院總額或是在我們共擬會議這邊來看嘛。那因為我覺得這個案子很重要的就是要解決急診壅塞這件事，品質的這件事情當然很重要，但是總之它可以從支付標準這邊去處理，它也可以解決一部分，但是這筆專款既然部長裁示的是要解決壅塞，那當然就要解決壅塞啊，但是就是說因為這個案子沒有看到解決壅塞，不是說完全沒有看到，沒有那麼多啦，所以我才說那這個應該要去處理。

那另外剛剛講到的那四個小時，因為急診醫學會它也沒有資料，但是健保署一定有資料，現在沒有嘛對不對？那我是覺得那這個事情是不是也告訴我們，譬如說現在平均的它的時間，假設是三個小時，那你現在四個小時給獎勵，那如果今天通過四個小時給獎勵 OK，但是

如果之前沒有給獎勵這件事三個小時，那你現在就應該要求急診醫學會回去要去處理，譬如說我希望半年以後變成兩個半小時，或是兩個小時，也可以這樣處理嘛對不對？但是總不能告訴我們都沒有數字，原來就是三個小時，現在四個小時，所以它不用做任何的改變，它就又多了 30,000，我是反對這件事情。既然是獎勵，就是應該鼓勵他要做得更好，而不是說現在已經做得到，現況就是這個樣子，然後我又用另外一個名目再增加指標，我是反對用別的名目，用巧立名目的方式，所以我才說那個包括這四個小時，署方是不是應該去統計一下沒有實施這個方案，沒有獎勵之前平均這個到急診室到進手術室是多少時間，也甚至 by 醫院去監控嘛。那我實施這個方案以後，是不是每一家醫院應該要做什麼樣的進步，沒有進步，你是不是每一按季你要提醒那家醫院，甚至回饋資料到那個急診醫學會或者是回饋資料給這個醫學總額那邊去，讓大家去討論這個方案到底它的效果如何。那因為當然只有一年嘛，如果真的做起來都沒有什麼進步，那當然明年這個方案就要再調整，沒有有效的當然要重新再調整，以上。

主席

好，謝謝。那學會這邊還有沒有要補充的？

黃集仁理事長（社團法人台灣急診醫學會）

我先針對壅塞這件事情回應朱代表，急診壅塞事實上在臺灣，事實上一一直在某些特定醫院，在某一些期間才會特別地明顯，尤其這兩年在疫情的衝擊之下，事實上病人的就醫事實上都積極有去做一些選擇，還有積極去做更好的健康防護，這是我們樂觀其成的。但是在急診的壅塞裡面，就我剛剛講的，我們希望先解決重症不要壅塞的問題，因為這個才是最需要關注，而且我們的資源有限，當然朱代表可以幫我們爭取更多的預算，我們就來做更多的事情。但如果只能說在這個有限的資源分配，我們急診本來就是在做資源分配，希望把資源投注在最值得投資的人上面，所以我希望壅塞這一級，我們會持續跟朱代表持續地關注啦，爭取合作。

朱代表益宏

不是我關注，是部長裁示的這個項目必須要解決。

黃集仁理事長（社團法人台灣急診醫學會）

那我們跟朱代表一起跟部長解釋這個，沒問題啦，我相信我們可以一起合作。

朱代表益宏

不用跟我一起啦，因為我是希望你們要提啊對不對？

黃集仁理事長（社團法人台灣急診醫學會）

我們有提了，所以我剛剛講說我們對於重症的直接住加護病房，我們希望在這個部分先解決，然後特定醫院的部分，我們再一起努力嘛，而且我們對於地區醫院，剛剛朱代表也講嘛，地區醫院我們都鼓勵啊，讓病人去，我們也有增加預算啊，所以這個部分，我們希望朱代表這個部分可以讓我們有更好的溝通，然後一起努力，這個東西我們一起努力。

朱代表益宏

報告理事長，我覺得是這樣子，就是說這個案子，我剛剛講我也是支持啦，我也是支持，對不對？我也沒有說反對說這個案子，但我只是說在這個過程中間，你要去解決壅塞的問題，那你如果雖然裡面有一些方案，但是你要去有指標去監控，我剛剛也講了，因為你現在你把壅塞的指標全部都刪掉了。

黃集仁理事長（社團法人台灣急診醫學會）

我們沒有刪掉，我們現在只是在做更有效的獎勵好不好？跟朱代表澄清。

朱代表益宏

那你就刪掉了，明明說把這個什麼壅塞指標什麼什麼刪掉嘛，那我才說，第一個，那你這個你總要監控嘛，那依婕說這個品質都有監控啊，那這些指標是不是那麼靈敏？如果不靈敏，搞不好還要再增加一些指標嘛，對不對？有了指標，我才知道這個方案下去有沒有改善嘛，那你不然就瞎子摸象，那如果急診醫學會連指標都不願意去提，那這個案子我認為這個有問題。我只是要求理事長你們去提一些壅塞的指標，比較敏感的指標，我們可以按季、按月，或者是按多少半年來監控嘛。那沒有效，那當然明年就要調整相關的內容嘛，那包括剛剛講的那個主動脈剝離也是一樣啊，原來的是平均是幾個小時，我這個獎勵下去變成幾個小時，有沒有幫忙嘛，如果都沒有幫忙，這個我也是反對的。

主席

好，還是要強調雖然叫做品質獎勵，它是背後它是當然有一個效率問題，就是幾小時內要進行，但是重點是它要有把他救起來，就是結果是好的。如果說他很迅速地進去，結果也不好，那也拿不到這個獎勵。所以這一點我們當然可以去提供說四小時之內，現在的效率是如何，我想會後如果有數據的話，都可以提供，或者是下一次會議可以來分享。另外既然部長這邊在核定總額時，確實有提到，這個專款是用來疏解醫學中心急診壅塞，那是不是我建議這個案子既然會前會，學會也有參與，是不是就先照現在版本，只是刪除那個討 2-2 的五倒數第四行的那個文字，還有那個地區兩個字刪掉，就是這兩個地方修正。那這個案子先行通過，但是呢，要請急診醫學會再做一件事情就是方案內確實有很多壅塞的指標，是鼓勵，沒有確實是整體的效率指標，是不是會後請急診醫學會跟我們醫管組討論，再重新 review 比較敏感的指標？下一次會議當成報告案，我們就按季來追蹤。然後一年之後，這個案子是不是在協商的時候還要留著，或者是再修正，我們就等到數據出來的時候再處理，這樣好不好？這樣理事長可以嗎？我

想今天大概就只能考慮到這裡，因為已經花蠻多時間在這個案子上。

黃集仁理事長（社團法人台灣急診醫學會）

我們會找時間跟署裡面溝通一下，有機會也請朱代表一起努力。

主席

當然當然，那你們請朱代表一起。好，那這個案子我就修正通過，那附帶的決議，黃代表，附帶的決議就麻煩醫管組這邊做紀錄，然後確實地執行。好，接下來第三案。

黃代表振國

等一下，主席，我提一個變更議程，不好意思，因為第十一案有時效性，這個計畫最後收案可能到10月，可能預算會有問題。

主席

第三案也是有時效性的，這個也是當前最嚴重的問題，所以這個也是很重要，我們就進到第三案，謝謝。

討論事項

第三案

案由：有關修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案，納入「精神科病人出院後急性後期照護服務」精神並擴大收案條件及照護服務案。

主席

好，這個案子大家有沒有意見？這個是精神醫學會的郭醫師這邊有要再跟大家說明嗎？

郭錫卿監事（台灣精神醫學會、台灣兒童青少年精神醫學會）

好，我簡單地報告一下。思覺失調症醫療給付改善方案，用一個

概念來說，目的就是讓思覺失調症的病人在出院以後能夠繼續維持在治療之中。它從幾年前開始，這個方案目標就是這個，因為思覺失調症病人的一個很重大的特色，也是我們最頭痛的問題，就是很多病人沒有病識感，沒有病識感之下，他可能住院中他會被治療，可是一出院，他在選擇不治療以後，有時候有症狀了以後，就產生一些上報紙、上新聞的一些問題。這次其實是心口司爭取到了預算，希望能夠全國成立 71 家社區心理衛生中心，在病人出院以後，能夠順利地銜接到公衛系統裡面的心衛社工。在我健保的部分，它編的這 6,000 萬，目的是讓醫院的工作人員、醫師、護理師、社工等等，能夠在精神病人在急性病房出院以後，能夠去訪視他，我們財務目標是六次，而這包括也期望能夠跟公衛體系，像我們剛剛講的社區心理衛生中心的這些工作人員能夠共訪。簡單講就是我們所謂的 PAC, Post-Acute Care(跟我們過去概念的 PAC 不同)，就是說我們把它順利銜接給公衛體系。所以我們把它放在這一個品質改善方案裡面。那修改細節就剛剛講的這些，我就不再重複了，大概整個精神是這樣子，謝謝各位代表。

主席

好，謝謝郭醫師，有做一些轉變，特別跟社區的公共衛生做一個連結。好，來請林代表。

林代表綉珠

護理師全聯會非常贊成這個案子，我想思覺失調症病人，事實上他回到社區，真的非常地需要有一連串的訪視，在整個案子當中，有一些疑問想要請教，第一個問題，在第三點的部分，新增居家訪視的費用 1500 點每次，使非固定就醫的病人能夠穩定就醫，這個部分沒有寫得很清楚，所謂的追蹤訪視人員為何？另外在第四個部分有提到就是說，其中 3 次須與公共衛生護士或者是心理衛生、社工或關懷員去做共同訪視的規定，因為護理人員法只有護理師及護士的職稱，並沒有公共衛生護士獨立出來的職稱。所以現在列在這邊的話，我們會有點 confuse，其它的護理師等等是不是就不能去訪視？第二個部分是說，

這些訪視人員是不是需要有一些特別的訓練，才能夠去做這樣子的訪視？我想在這個地方要請精神醫學會可能還要再去做一些比較明確的註記，因為不是一般的護理師就可以去參與這樣子的一個居家訪視，以上。

主席

好，那麼林代表代表的是護理師公會全聯會，那來，那個請郭醫師。

郭錫卿監事（台灣精神醫學會、台灣兒童青少年精神醫學會）

對不起，我先要說明一下，就是我們現在精神病人出院以後，我們會有一個轉介系統，會轉介到衛生局底下所屬的各個衛生所的公共衛生護士，這所謂公共衛生護士指的是衛生所的人員，對，那目前就是轉介給他們，但是現在心口司希望這個部分能夠有更好的架構，所以它獨立另外去設立 71 家我剛剛報告的心理衛生中心，那裡面會設很多的工作人員，其中尤其是就剛剛說的公衛護士，還有可能會增加很多的心理社工等等，希望能夠轉介到他們這個體系，公衛護士指的是這個這樣，以上報告。

林代表綉珠

所以我只是建議說修正...。

曾勤媛理事長（台灣居家護理暨服務協會）

謝謝，我是居家護理的代表，其實現在全國有居家，精神居家護理所，精神居家護理所就是護理師去接受過一些訓練，然後執行居家照護，應該把這些人列入才對，不是所謂的公共衛生，沒有這個 term，希望提供給這個心口司了解，謝謝。

姚依玲科長（衛生福利部心理及口腔健康司）

謝謝，謝謝主席跟與會的專家、學者。那心口司這邊大概就剛剛

的問題做簡要說明，其實我們這次爭取到這個 PAC 的目的是希望讓我們這一次在社會安全網所挹注進來到心衛中心的佈建，還有關懷訪視員還有心衛社工的人力進來之後，我們希望讓精神病人在從急性病房出院以後，他從醫療機構這一端的回到社區之後，能讓社區這些相關的人員做一個銜接，所以這裡目的是在建立就是我們目前社區的關懷訪視制度裡面，把所謂醫療機構病人從機構出來之後，跟社區做銜接，所以他所安排的這些接軌人員主要還是希望在衛生局端裡面的所謂的列入關懷訪視對象的關懷訪視人員。所以以上說明，大概目前我們在社區的關懷訪視的相關人員的類別，主要還是以公衛護士還有所謂的心衛社工，還有關懷訪視員為主。所以這裡主要是安排這樣的一個設計的機制，以上。

主席

好，來請郭醫師。

郭錫卿監事（台灣精神醫學會、台灣兒童青少年精神醫學會）

其實是這樣，因為現在不足啦，現在有居家護理所，但現在的衛生局的公共衛生護士，它現在不足，所以現在整個是希望架構能夠足夠地能在社區裡面照顧精神病人，那今天談這個問題就是醫院端怎麼樣把它順利地嫁接過去，其實是這個目的。

主席

好。

林代表綉珠

我想目的等等這些，我們都非常贊成，我們現在只是在 concern 的是說你這邊列的公共衛生護士或心理衛生社工，那這個 term 事實上是目前在護理人員法中，並沒有這樣子的歸類，而且我們有很多的公共衛生護理人員具護理師證照者，在從事公共衛生，可是你現在把它列成公共衛生護士，這個部分就限制了整個的這些申請的部分，我只是

在想到這個名詞的部分而已，那對目的等等我都非常贊成。

主席

好，請心口司。

姚依玲科長（衛生福利部心理及口腔健康司）

那如果是就所謂的文字上的部分，我們是不是就直接來修正說它是目前衛生局所涵蓋的公共衛生護士或者是護理師，就是我們把名字護理師...。

主席

現在還有沒有公共衛生護士？

姚依玲科長（衛生福利部心理及口腔健康司）

我不曉得，應該...如果它職缺沒有帶護士，那是不是就公共衛生護理師？公共衛生人員？因為現在不曉得，可能要看衛生所目前在編制上的職稱。

主席

現在是文字上在考慮這個 term 要怎麼樣修正，心口司是代表衛福部，這裡要不要先正名一下現在這個？

姚依玲科長（衛生福利部心理及口腔健康司）

因為不好意思，我們再跟衛生局端對話，所以我們用的都還是公衛護士，所以現在可能要去問衛生局的就是目前的編制名稱它到底用的是，可能.....好，那這部分我帶回去再做了解，然後是不是再給健保署這邊的相關業務同仁單位？

主席

好，請。

許常務理事美月（林代表桂美代理人）

助產全聯會代表第一次發言，依據衛福部的醫療機構設置標準，護理人員係稱護理師或護士，所以在衛生所也是 follow 這樣子的稱謂，所以沒有公共衛生護士的編制名稱。建議統稱護理人員，比較好運用，因為衛生所的護理同仁，有的是護理師或是護士，這樣子去推廣這個業務會更寬，而且這些護理人員可能在目前的工作上已經被訓練了，因為稱謂不對的話，就會找不到人去做這個業務。

姚依玲科長（衛生福利部心理及口腔健康司）

那我們這邊是不是就建議一個文字，文字是修正為衛生局或衛生所的護理人員，那不知道還有沒有什麼意見？

主席

好，衛生局或衛生所的護理人員或心理衛生社工，或關懷訪視員，好，還有沒有意見？來請洪醫師。

洪代表德仁

主席、各位大家好，這個我個人非常支持這樣的一個方案，那代表心理衛生的照顧是從醫院端、急性端被延展到社區。但是呢，我們剛剛心口司的長官特別提到，這裡的所謂的公共衛生護士或護理師是定義為衛生局或者是衛生所的護理師，那這樣的一個定義，我都覺得怪，怪的理由就是說，我們健保署的資源照理講是要用在醫療為主，那剛剛講的那我們就要找公部門的公共，我們現在不管，那個名詞已經取代了，公共衛生護士、護理師，這個顯然它是一個公共衛生的一個服務，那應該是要由衛福部去編列特別的預算來支應這樣的費用，那如果說這個案子要讓它可以執行，我不能認為應該是以我們的居護所或者是其它的護理師為主軸的這樣的一個考量，以上報告。

主席

對不起，心口司說完，再請我們科長說明。

姚依玲科長（衛生福利部心理及口腔健康司）

不好意思，跟代表報告，因為這個案子其實我們重點是讓醫療機構的人出來跟我們社區原本就有的機制的相關人員做共訪，所以其實是共訪制度，並沒有再把額外社區裡面的人力讓它有費用的補助，主要的補助還是放在醫療機構端，以上。

主席

好。

陳科長依婕

我要說明的也是一樣的，就是我們這個方案，思覺失調方案因為是在健保裡頭，那所以我們給付的對象就是特約醫院或者特約診所所有辦理這個服務的，支付院所這個出院或者追蹤訪視費就是出院後的病人，我們是希望醫院主動去追蹤這個病人有沒有後續的一些其它的需要，所以這個費用每次 3,000 點是給院所的，那其中是希望有 6 次裡面有 3 次是可以跟剛剛提到的這些人員一起共訪，以上。

主席

好，這樣子釐清了，雖然我們是共訪，但是並沒有支付費用，因為這些都是公務員，就是公務體系的人員，但是是希望他們能夠一起共訪，但是這個費用還是支付給醫院的(出院的那個醫院)。這樣釐清了，大家還有沒有其它意見？來請郭醫師。

郭錫卿監事（台灣精神醫學會、台灣兒童青少年精神醫學會）

這邊有個問題，討 3-15，括號五，出院後追蹤訪視費的底下的阿拉伯數字 4，停止訪視條件，這邊有幾項我們覺得不適合列進來，第一個，病人轉回門診就醫，大家想想看，我們這整個方案最重要的事情就是要病人維持治療，除了訪視，除了在公衛端的訪視以外，其實最

重要是要讓他能夠回門診就醫，所以他如果回門診就醫，就被拿掉，那豈不是就完全違反了這個的精神？除了這個門診就醫，我們認為應該拿掉以外，以及接下來第二行的最後面的社區心理衛生中心，因為我們現在就是要成立 71 家社區心理衛生中心，期望他能夠進入社區心理衛生中心的掌握，然後協助他繼續就醫，所以這個社區心理衛生中心也應該要劃掉啦。以及第三行最後的這個公共衛生體系持續照護，一樣，社區心理衛生就是屬於公共衛生體系，所以這個部分也應該不要列進來，我們是覺得這三個東西應該拿掉。以上，謝謝。

陳科長依婕

我先說明一下，當時新增這個支付標準的理由是擔心說有高風險的病人他出院以後，這個病人就 miss 掉了，所以才新增了這個訪視費用。那因為基於這樣子的想法，所以當時設定的停止訪視條件相對來說是比較嚴格一些，當病人如果有回到門診持續地就醫被追蹤，或者是他有被社區心理衛生中心在持續被關懷的話，這種我們就把他設定為停止訪視的條件。剛剛郭醫師您提到的，就是公共衛生體系跟社區心理衛生中心其實是一樣的，那我們可以把後面這個或公共衛生體系把它刪掉。以上是我們的說明。

姚依玲科長（衛生福利部心理及口腔健康司）

剛剛郭醫師所提的應該包含是社區心理衛生中心還有或公共衛生體系持續照顧者這兩個要件，因為其實社區心理衛生中心就是在銜接醫院端出來的個案之後，他會去做追蹤訪視，那如果這個社區心理衛生中心還是放在停止訪視的條件裡面，就沒有辦法做共訪，以上。

主席

所以還是要刪掉。對，所以就把社區怎樣？現在就是把社區心理衛生中心跟公共衛生體系這持續照顧者通通刪掉，這兩個刪掉。

郭錫卿監事（台灣精神醫學會、台灣兒童青少年精神醫學會）

門診就醫也應該拿掉啊，門診就醫。

主席

對，那門診就醫這件事情呢？門診就醫已經轉回門診就醫了，還要不要追蹤訪視？

郭錫卿監事（台灣精神醫學會、台灣兒童青少年精神醫學會）

理論上我們所有的病人都應該要轉回門診就醫，這是我們這個 295 方案幾年前設立的時候，最核心的精神就是這個，就要讓他回到門診，他沒有回到門診，那一切就都不用討論了。對，所以不能說回到門診就醫，這個他就要退出，這個案子就乾脆不要做了啊。

陳科長依婕

我們說的只是這個出院後的訪視費就停下來，可是這個方案本身沒有因為這個病人回到門診就結束，他還是可以申報我們這個方案的其它費用。

郭錫卿監事（台灣精神醫學會、台灣兒童青少年精神醫學會）

不過這一次方案的改革最大的是 PAC，那進入 PAC 這個方案的，他當然應該回到門診，所以那個，然後有回到門診就停掉 PAC，那這個 PAC 其實就等於沒有了。

姚依玲科長（衛生福利部心理及口腔健康司）

我這邊再補充說明，其實我們的社區關懷訪視的目的就是希望讓病人能夠規律服藥、規律就醫，所以今天如果你沒有讓他回門診，那就不是所謂我們要的規律就醫，所以我認為病人回門診這件事，其實它其實會停止它訪視是一個對病人來講是不好的，其實我們應該是持續去觀察病人的就醫情形。

主席

那其實是一個過渡，病人也許回診一次，就又不回診了，也許是這樣，他如果有持續回診，當然就不需要再去訪視，但是他如果有回來一次，然後又失聯，那這個時候社區還是要去關心他。

郭錫卿監事（台灣精神醫學會、台灣兒童青少年精神醫學會）

是，而且這個 PAC 只是出院後三個月內，以後也就沒有 PAC 這個東西了，那三個月他回來門診，那就要停掉，通常我們出院後是一個禮拜到兩個禮拜就要回門診，那他一回門診就停掉，那 PAC 就等於不用來了啊，就不用做了啊。

主席

如果大家覺得還要繼續對不對？可以就劃掉。好，還有其它的意見嗎？好，如果沒有的話，因為這一項也是現在非常重要的案子，那釐清幾件事情做了修正，一個是公共衛生護士改成衛生局所的護理人員，這樣子大家就理解了。另外，剛剛洪醫師在釐清說為什麼我們這個費用要去付給公共衛生的公務體系，這個也釐清了，並沒有，係支付給出院的醫院，但有三個月內至少要有三次是跟社區的社區心理衛生中心這邊的公共衛生體系去共訪，這是第二點。第三點就是討 3-15 的停止訪視條件，刪除了病人轉回門診就醫還有心理衛生中心還有公共衛生體系，這幾點修正好嗎？好，如果就這樣修正通過，謝謝。接下來討四。

黃代表振國

主席，我剛剛提出變更議程的部分，拜託您同意。

主席

是，我們來請教，變更議程是第十一案是嗎？第十一案，各位代表有沒有同意我們醫師公會全聯會希望能夠先討論第十一案？好，沒有意見，資料候補嗎？第十一案在各位桌上，就是代謝症候群的管理計畫，大家有沒有在桌上？沒有的，同仁趕快補上去，在這上面有沒有？

在 monitor 上面有，平板上面有。各位代表，如果沒有書面，就在平板好嗎？好，那請宣讀十一案。

討論事項

第十一案

案由：新增全民健康保險對象代謝症候群管理計畫。

主席

來請，我們請國健署。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

我先講一下，首先很高興今天又看到了很漂亮的主席，那另外也跟我最敬愛的何語學長致敬，因為感謝何語學長在去年總額談判的時候，同意這一筆費用給我們西醫基層，這裡再跟何語學長表達敬意。那我想這個內涵請黃振國醫師來說明一下。

黃代表振國

邀請國健署長官指導。

主席

好，請國健署的副署長。

魏璽倫副署長（衛生福利部國民健康署）

主席、健保會的付費者代表，還有醫界代表，大家好，大家午安。不好意思，這個案子呢，其實是健保中長程改革的方案之一，那當然它的主要精神其實是以疾病管理當一個工具，那對象是代謝症候群的病人，那主要是希望從它的一些危險因子的登錄還有藉由醫界，就是基層醫師的一些介入管理的部分，那當然主要的原則是希望避免疾病的進程還有一些共病導致一些資源未來的耗費。那這邊主要是要再提醒一次，就是有關公務預算的部分仍然是由國健署這邊的相關經費在

支應，包括戒菸服務或者是後續的如何參加戒菸的一些獎勵等等，那這個方案在草擬的過程當中，也很感謝健保署，那也跟醫界這邊做過至少四到六次以上正式或非正式的一些討論，然後才有現在方案的一個共識。那我在這邊先做個補充這樣。

主席

好，謝謝，那大家有沒有意見？現在就討論，如果大家對於這個有意見就提出來。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

我簡單講，這個案子對於過去成人預防保健沒有涵蓋的一些病人，還有對於所謂慢性病前期的健康照護是有幫忙的，尤其是 20 歲到 40 歲，有些已經有代謝症候群的患者，過去是沒有一個積極的計畫能夠介入，那現在可以讓他們避免在中老年以後進入慢性病，我覺得這個計畫意義非常大。

黃代表振國

謝謝健保署跟國健署長官的指導，其實我們在臨床上發現一個特色，尤其最近在打新冠肺炎疫苗，有機會接觸到一些比較年輕的族群，這些人平常沒有出來就醫，但我們發現可能有家族群聚，就是如果家長有三高，患者的子女都可能是代謝症候群的個案，但最主要是他沒有病識感，就是說這些族群不認為他是有問題的，然後這些問題、這些個案，也許過十年、二十年真的發生併發症之後，才發現其實是有問題的。還有我上個月發現一個案例，就是一個眼睛已經出血的個案，他血糖高到 500 都不知道，但他是因為這樣來找我。所以我覺得我們也許能夠及早介入一些潛在高風險的族群，來做行為的矯正，甚至是妥適的健康照顧，對未來他們發生併發症，甚至未來所使用的健保資源，真的可以減少一點，因為及早預防介入真的可以省到後續的照顧以外，可能也包含了無效醫療。所以也請各位代表能夠多多支持，謝謝。

主席

好，謝謝。那這個案子其實初看，因為後面這個金額全部是圈圈，就代表還沒有算出來對不對？那可能這個 population 會很多，如果真的認真看的話。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

先講我們當初那個金額，國健署這邊好像有建議一個金額，收案評估費是 900 點，這是含檢驗、檢查的費用，那檢驗、檢查其實目前在健保支付標準就已經有 640 點了，請黃振國代表來說明一下。

黃代表振國

這個案子誠如剛剛說的，其實我們跟國健署長官溝通大概三四次，跟健保署也溝通三四次了，中間有幾個考量，我就把圈圈的部分先填一下，第一個我們翻到討 11-9，那個費用每個人是 900 點，那為什麼是 900 點呢？跟大家報告，其實中間有幾項，可能跟收案的條件是不一致的，我們先看代謝症候群的條件是五項，就是翻到討 11-5，我簡單講討 11-5。

主席

我知道啦，你把這邊的那個檢驗結果加一加嘛對不對？

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

加一加，本身就有 760 點了，那換言之，900 點本身醫師大概只有 140 點做評估，但是我覺得對民眾來講其實是非常好的，所以新版不能只顧著賺錢，140 點還是要做。

主席

可是這個收案也是一定要重做嗎？還是它這邊有，雲端就有了對不對？

黃代表振國

所以我剛剛為什麼在收案的地方要指給大家看，事實上收案條件跟所謂的標準項目是不一樣的。

主席

是，收案評估費如果有內涵這些項目，事實上這些不一定是你們要的。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

我先講，個案是由國健署按照他的資料會有一些交付的，交付個案進來以後，雖然是按照代謝症候群的定義進來的，但是我們要做的檢查跟它的定義又不一樣，為什麼？因為我們要做的檢查是後續對民眾健康有影響的指標，所以那個疾病的定義指標跟後續健康相關的指標，兩者中間有差異，因此我們事實上還有一些成本要支出。

黃代表振國

我再補充一下，譬如說標準是空腹的血糖，但是我們是監測糖化血色素，因為事實上在臨床應用是糖化血色素，還有就是我們收案條件的高密度膽固醇，那其實在後續管理，因為低密度膽固醇對心血管疾病的相關性比較強，這就是為什麼我們希望包括這些檢驗，大家知道當你用健保資源的時候，必須有相關的診斷才能夠申報，譬如說糖化血色素，我們往往需要真的確診，可能”疑似”糖尿病，可是 ICD-10 裡面，”疑似”是沒有的，所以我們也不希望這些年輕人只是因為要提早幫忙他，我們就必須下這個診斷。所以有些檢驗，我們希望含括在所謂的評估費裡面，也能夠讓這些中年人、年輕人能夠及早知道他目前的狀態，那我們也發現很多個案，他事實上也沒有什麼症狀，其實血糖監測 100 上下，但是他的糖化血色素已經都高於 6，所以我覺得這個檢驗是必要的。那我們也不希望因為他做了這個檢驗，把資料留在健保資料庫，以後在申請保險給付的時候，會有什麼阻礙。報告到

這裡。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

然後再來是追蹤管理費只有 200 點，那年度評估費是 500 點，年度評估費這 500 點本身，如果需要做一些檢查經驗來做標準的時候，我們用一般服務預算吸收，也就是付費者沒有額外給我們任何錢，就是目前去年談判下來的一般服務預算就吸收掉了。那這個整體費用是專款專用，所以如果沒有用在民眾身上，原則上就會交回。那如果用到這個預算不夠的時候，它自動點值浮動，它也不會超支，因為專款專用，所以就是直接點值浮動就好了。

主席

獎勵費呢？至少空白的填一填。

黃代表振國

獎勵費就是參與計畫年度檢驗的上傳率到 50%，檢驗品質指標排序在前 75 百分位的診所得 10,000 點獎勵，10,000 點是只有一次 10,000 點，只有診所。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

它是以診所為單位，那診所如果有執行這個案子，它的上傳率要超過 50%，不管它收幾個個案。

黃代表振國

不管收幾個，只有前 20%，而且要同時有檢驗上傳率達 50%。

那第二個，如果因為參與本計畫，然後新發現 40 歲以下，就是我剛剛講具有心血管風險的人，而且開始接受治療的話，每個病人得到 150 點。

主席

150 點，那還有 1-11。

黃代表振國

還有就是討 1-11，就是所謂的個案照顧進步獎勵，那以這五個條件，我要修正一下，必須在五個條件有三個以上，任三項有達到的話，每個個案得到 500 點，五項裡面要任三點。

主席

所以講的是進步獎。

黃代表振國

對，進步獎。

主席

500 點啦。

黃代表振國

對，500 點，但是必須這五個條件裡面任三項，不是單一。

主席

下列任意指標任三項指標達到，對，這邊寫錯了。

黃代表振國

對，就跟代謝症候群一樣，五選三。同時要有三項，如果只進步一項不行。

主席

好，好，那這樣子空白的都填完了對不對？好，那大家有沒有意見？來請何代表，朱代表。

何代表語

主席、各位代表，我首先要講的就是我們黃啟嘉醫師跟黃振國醫師應該跟部長謝謝，不應該跟我謝謝，因為這個總額是部長核定的。那因為去年衛福部有四個案子是政策方向，那但是要我們健保會來支付錢，所以我們心裡的很捨不得，拿我們健保費當政府的政策目標。我最近看到日本醫學博士的書，第一本、第二本都寫說臺灣醫療會比日本跟美國提早崩壞，崩壞的原因有很多，很多內容，但是最重要就是臺灣都提早吃藥。那我簡單地講一下，我昨天晚上有跟陳部長建議說，衛福部要重新改變這個醫療指示服藥的標準，應該依據國際標準來做，我們的血壓訂 140，人家美國訂 150，還有糖化血色素我們訂 6.4，國際糖尿病學會訂 7 以下，那美國糖尿病協會訂 7，那飯前血糖我們訂 100，那國際糖尿病協會訂 115，美國訂 130，那飯後血糖我們訂 140，國際糖尿病協會訂 160，美國訂 180，所以我們都提早人家吃藥，所以提早人家吃藥吃很多以後，就提早洗腎，所以洗腎的就一大堆。所以這些都是……不是非常理想的用藥時機。

還有另外一個就是在日本的醫生重新要修營養醫學治療，就是一個保健概念，醫學保健的概念的課程，每個醫師都要修三學分，所以我們衛福部能不能重新把所有的醫師重新再修三個學分的保健課程，那觀念的改變。那對於這個案子，因為我現在才看，我本來就很笨，所以一直看就看無法看得很清楚，而且你的電腦的操作都有不一樣，所以無法看得非常清楚。那基本上既然這個標準做出來，我建議是通過，讓他們去執行，那希望能夠在半年或者一年向健保會提出一個執行的指標給大家參考，這是我的建議，謝謝。

主席

好，謝謝，那再來請朱代表。

朱代表益宏

這個計畫裡面除了在西醫基層的專款以外，那另外我看到說國健

署也提了很多公務預算。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

我先解釋，我跟益宏兄講一下，因為戒菸本身並不屬於健保範圍，所以我們不能夠以預算去支應健保。

朱代表益宏

我沒有說你們那邊怎麼樣，我只是，對，因為我看到國健署對於那個西醫基層這邊，就戒菸這邊有 500 塊的給付，是公務預算。那我想說那如果醫院這邊是不是同步，還是說只有限定西醫基層加入這個計畫以後才有這樣子的 500 塊？那如果醫院這邊，醫師也在做戒菸相關的這個，戒菸的治療以後，那個標準是不是國健署這邊也同樣有？

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

那是不是益宏兄這個部分應該是另外一個提案，這個不歸本案相關的。

主席

沒關係，跟本案無關，但是可以詢問啦，現在就問一下，現在就問，對，現在就請國健署回應。

魏璽倫副署長（衛生福利部國民健康署）

好，謝謝，這個當時候設計的確是希望，因為戒菸不是像我們現在也是在如火如荼在修菸害防治法，那希望基層能夠多參與我們本來就有提供的戒菸服務，所以有這麼一個，老實講是用公務預算一個誘因，因為讓供給面可以擴增，不過剛剛朱代表講的這個做法，容我回去再討論一下好不好？好，謝謝。

主席

好，帶回去討論。

朱代表益宏

希望也可以擴大，既然醫院也在做。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

我表達支持之意。

主席

大家都協助戒菸。另外就是附件二的部分，因為剛剛講的是點數對不對？我們同仁也有估了一下財務狀況，是不是請哪一位同仁跟我們講一下？

李專門委員兩育

跟各位代表報告，麻煩翻開討 11-20 頁，各位代表已經有講過包括我們左邊欄位有一些基本收案的費用，還有一些獎勵費的部分，那有關這個財務的部分，麻煩看到右邊的最下面的部分，我們是以浮動點值 0.8 計，然後去推估大概會有 3 億 8 千多點，這是我們的上限。然後扣除診所獎勵費，並計算每個案每年評估及獎勵費用後，推估可收案人數，大概是 16 萬 5,000 多人，那可以參與的診所家數，大概是 1,656 個診所數。以上是我們的說明。

主席

好，謝謝。其實以現在這個收案條件，應該這個 population 蠻多，16 萬其實比例不高，可能因為現在是人很多，先鼓勵收案，我也拜託執行這個案子的西醫基層，就是必須不要去選病人，因為你都選最相對健康的，那更需要幫忙的代謝症候群的病人會被遺漏。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

相對健康，指標反而達不到。

主席

沒有，我覺得這個收案標準，我自己可能也符合代謝症候群，我看了一下，那個很容易達到。

黃代表振國

大概就要排除，已經有排除同樣計畫的照護費，它糖尿病有排掉。

主席

所以就是因為人很多，如果以這個 criteria，其實符合的會蠻多人的。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

其實如果人多，我們反而很擔心到時候的點值。

黃代表振國

報告各位長官，這個案子是第一年，其實我們也在嘗試，為什麼這個案子討論了七八次，我們也希望有一個好的方案開始做，那為什麼每個診所上限只能收 100 名？其實我們同儕有很多人說，我能力很好要收幾千名，可是我們希望每個診所就剛開始好好做，所以為什麼我們自己把標準建得稍微高一點，現在具有資格的診所大概 6,000 多到 7,000 家而已，我們也設定目標，我們是用點值 0.8 估，但是實際上現在收案比，如果上限是估大概 25 人，但是我們都願意收到 100 名，這是什麼意思呢？我們點值到時候跑出來可能很低，但是我們西醫基層願意承擔這個責任，就是說我們先做做看，那也許大家覺得做得成效蠻好的，就像主席說的，這個潛在的族群非常多，如果長官及部會的代表也認可這樣的計畫，我希望來年有成長的機會，所以我們就是抱著犧牲奉獻的精神來做第一年，那請大家多多指導，謝謝。

主席

好，大家有沒有意見？好，請何代表。

何代表語

我可以請教兩位黃醫師，你們這個對象跟你們原來的家醫計畫的這些對象是否相同？

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

不能重複，照護費不能重新領，這個概念永遠存在。

何代表語

但是獎勵費重複領啊。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

原則上是不會重複啦。

黃代表振國

報告何代表，其實你擔心的是我們獎勵費重複領，但是如果真的有做這麼好的話，那個後面的價值是數以百倍、千倍，所以我們只怕人家做不好，也不怕人家做得好，報告到這裡。

主席

好，請陳代表，再來何代表。

陳代表莉茵

我有一個問題，因為我先生就是老菸槍，如果說那個 500 元的獎勵，他可能戒三個月以後，他又復抽了那怎麼辦？

黃代表振國

不好意思，那個獎勵的部分是國健署的，這是國健署戒菸的部分。我可以報告陳代表，我自己有在做戒菸，國健署事實上有完整的追蹤計畫，你說戒菸對不對？它有三個月、六個月追蹤，那也會評估該機

構所謂領獎的成功率與否，那我想這個國健署本來就有一套。其實也是我們掙扎的地方，坦白講，醫界是不喜歡把原來國健署的業務加在我們西醫基層身上，可是國健署非常有心，希望能夠多關心高風險的族群能夠戒菸，所以也把 2 億編在這個指標裡面，那至於三個月沒有成功的話，我跟陳代表報告，也許可以再找適當的醫生，可以轉介給我，我用我的道德勸說去試試看好不好？

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

陳代表，你剛剛對於戒菸這個議題，其實跟這個議案是沒關係的，但就是說後續應該怎麼追蹤，我覺得戒菸這個議題其實很需要重視，我是意思說這個議題是非常好的議題，到底怎麼樣才算戒菸成功，那應該在公預算上怎麼投入資源，我覺得這應該獨立來好好討論一下，另外有時間的話，其實我對戒菸這個議題很想討論，怎麼樣把錢用在刀口上。

陳代表莉茵

我跟你保證，非常地困難，復抽的機會非常地高。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

的確如此。

主席

好，那就是以觀後效，大家有沒有意見？先請劉代表。

劉代表國隆

那個其實這個案子是非常好，也應該要快速進行，但問題是我們剛剛也有在講說有關獎勵的問題，獎勵你說五個指標裡面有三個指標進步，那進步的程度是有百分比嗎還是？前面其實是怎麼樣？

黃代表振國

都有，都必須要跟自己比。

劉代表國隆

那比例是提升多少？

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

這樣講好不好？糖化血色素原來大於 7.5% 的，我們要讓病人腰圍減少 3% 以上，腰圍要減少 3% 以上，其實大家知道的話，就理解這個很困難。

劉代表國隆

事實上那個指標比較不會達成。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

我們只能盡力，飯前血糖下降 10% 以上，可能要嚇一嚇病人才會達到，因為跟他講再不去運動，可能會心臟病、會中風，講得嚴重一點，或許他就會開始認真運動，這個真的要達到指標的時候，我就需要額外地花費，就是我們必須要打電話去跟病人溝通，我的護士小姐會打電話問他，那我作為醫生也會問他到底有沒有運動，這個就是比較囉嗦的醫生會這樣做。

劉代表國隆

那我們陳代表剛才也有提了，就是說復發的機會很高，那是不是我們的獎勵就是不要重複？

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

其實戒菸有沒有復抽，這個監控其實要有一個客觀的標準，是不是由國健署這邊，讓我們來商討一個客觀標準，我會贊成，因為錢花在刀口上。

劉代表國隆

不要一直重複的獎勵啦，不然的話三個月又一次。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

我先講，我個人在做戒菸服務很多年了，我的目標是希望一個禮拜就戒掉，因為它一個療程就是一個禮拜，所以病人來找我，我就跟他講，你只要來五次就好，因為如果你沒有決心，你就不要來花這個錢，不要讓國家花這個資源。其實戒菸如果真的有效的話，一個禮拜就戒掉了。

劉代表國隆

那當然。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

那如果沒效的話，你把這個當作心理輔導，每個禮拜來，說實話是浪費公家資源。

主席

好。

劉代表國隆

就是附帶，不要重複獎勵。

主席

好，其它大家有沒有意見？

李代表懿軒

主席，這邊，是，就跟醫師公會建議一下，就是因為大家討論戒菸，我們就看到這邊，因為我知道之後那個戒菸服務訓練計畫有要更

改時數啦，所以建議就把六小時線上，再兩小時實體的括弧裡面的文字就取消就好了。在討 11-1，11-11，對不起，11-11 括弧四。

魏璽倫副署長（衛生福利部國民健康署）

我建議好不好？那個我也順便回應一下剛才陳莉茵陳代表的疑惑，那個 500 元是說他本來不是接服務的醫師，可是他願意加入這件服務，也就是這邊提到的戒菸治療服務訓練計畫，這個如果可以的話，可以把名稱弄得比較完整一點，就是參與國健署所指定之戒菸服務計畫，那就可以把括號內的內容就可以除掉了，因為那已經是我們公告的計畫。然後那個 500 元是因為他是新加入才有，那至於今天服務是另外一整套的，也有包括療程的一個戒菸服務計畫，那工商廣告，現在跟我們特約的戒菸服務就有 3,000 多家啦，也有藥局，也有診所，也有牙醫診所，也有醫院這樣。

主席

好，11-11 的四的文字你再給我們好不好？好，其它大家有沒有意見？好，如果沒有意見，我們這個案子就修正，還有哪裡？來，陳醫師。

陳宏麟理事長（中華民國診所協會全國聯合會）

主席、各位與會代表，我是診所協會全國聯合會陳醫師，那這裡面其實做一個補充，因為這個代謝症候群這個疾病這個管理，其實我們已經爭取了好幾年，那所以對我們來講這是一個代謝元年，那特別針對這些風險的管理，我們覺得也是相當地重要，那這也非常感謝部裡面跟署裡面，那以上。那第二個就是剛剛那個討論的 11-10，大家在講那個所謂的上傳率大於 50%，品質指標有沒有？那個得分排序，這個我想確定一下是前 25%還是前 75%？

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

前 25%。

主席

那這個也要修正，這邊寫錯了，這邊寫 75。總結本案有幾個修正，一就是獎勵費的一是 25%的診所，第二個是討 11-10 的三，進步獎勵是任三項指標達到，第三個修正的就是 11-11 的四文字的修正，請國健署會後給我們，那就做這三項修正，大家有沒有別的意見？好來，請梁代表。

梁代表淑政

有關獎勵費計算部分，如果都是由健保署作計算那括號二的阿拉伯數字 2，這一點要移到後面變成括號三，新增的一個項目。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

對不起，我要更正一下，剛剛計算用的是前 75%，預算在算的時候是算前 75%。

主席

到底是要 75%？那這個 75%就是 75%的診所。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

但是這個檢驗上傳如果是釋出的話。

主席

上傳率大於等於 50 也容易吧？

黃代表振國

不容易。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

我想請教一下，這個可不可以用如果是檢驗所上傳的話，可不可

以恢復啊？

主席

這個應該是要恢復吧。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

對，因為如果他檢驗所申報，檢驗所上傳，他同樣達到效果應該要恢復計算，好不好？恢復計算。

主席

這個案子理論上應該是 population 很多，但是就是鼓勵大家參與。好，大家沒有其它的意見嗎？沒有，我們這個案子就修正通過。好，接下來就是第四案

朱代表益宏

因為還有很多案，今天預計討論到什麼時候？

主席

署長指示儘量要全部討論完，所以我們快速一點，如果沒有很多的爭議的，我們就不要花太多時間。好，第四案。

討論事項

第四案

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章「居家照護」及同部第三章「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。

陳科長依婕

好，我簡要說明，現在我們健保有支付的居家服務包含居家醫療跟居家照護，那在居家醫療就是居整計畫裡面，現在已經訂有夜間、深夜還有例假日的緊急訪視加成，加成是 40%到 70%之間，可是居家

照護的這部分是沒有的，所以在我們去年 7 月召開一個居家照護跟居
整計畫相關的支付規範或者是行政相關的措施，這個整合討論會議裡
面有提到希望可以把兩邊拉成一致，所以這個案子主要是希望在居家
照護還有安寧居家療護的這部分也新增剛剛提到的夜間、深夜還有例
假日的緊急訪視加成，以上。

主席

好，大家有沒有意見？緊急訪視對這些提供居家服務的人都是很
大的壓力，所以為了病人著想，才會不得已要出來的，所以應該給予
鼓勵，大家有沒有意見？好，如果沒有，我們這個案子就通過。再來
第五案。

討論事項

第五案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章
第八節住院安寧療護、第五部第三章安寧居家療護及全民健康
保險安寧共同照護試辦方案之收案對象範圍案。

主席

好，這個案子也很簡單，就是我們健保的安寧療護的適用對象再
次擴大，其實在逐步擴大，最後都應該是臨終有需要的人都應該可以
得到安寧照護，這一次還是再擴大一些，所以理論上應該要尊重病人
的權益，要兼顧。好，大家有沒有意見？好請黃代表、朱代表。

黃代表雪玲

那我先講一下，討論一下這個討 5-34 頁那個第三，這裡有提到那
個末期衰弱老人，末期衰弱老人在小 1 這一點，寫說由老年醫學會神
經或精神等相關專科醫師評估為末期，我們想問一下這裡的等相關，
這個就不會是鎖在前面這幾個，譬如說像家醫科或者是緩和醫療的醫
師也可以來評估？

主席

這個其實如果是不鎖定，就連寫都不用寫。好，我們搜集了意見，再邀請我們相關醫學會來表示意見，來，請朱代表。

朱代表益宏

我想請教一下，這個經費來源。

主席

經費來源，請科長請說明。

陳科長依婕

好，我說明一下，我們的預算，會增加的財務支出，我們寫在說明四的地方，那推估會增加 1,873 萬點，這個是所有安寧的醫療費用，然後其中有分安寧住院共照及居家。

主席

1,873 萬點，預算來源。

陳科長依婕

好，那這個的話，因為我們是考量到其實不管是癌末還是八大非癌的病人，在死亡前利用安寧跟沒有利用安寧比較，其實利用安寧的人他相對來說整體的醫療費用是比較少的，所以對於整個健保財務來說其實是對，沒有增加財務支出。

朱代表益宏

哪有這個樣子去講說因為癌末，所以安寧就.....你這邊明明寫它增加了 1,873 萬，對啊，你會增加錢，那你的預算從哪裡來？這要有一個預算啊，那你說.....。

主席

減少的治療支出來相抵。

朱代表益宏

沒有，那你算出來，哪有這個樣？我覺得這樣子的講法太籠統，我覺得這樣，你再不然你就是把它含在今年支付標準的那個擴大支付標準對不對？有好幾億，6億，雖然你們那個，有6億啦，擴大給付範圍有6億，只是你們這個它都是特材或藥品，你們有編列嘛，那事實上是可以去編列對不對？再不然你們就是內部去協調，讓藥品那邊撥一點出來也可以啊，你總是要有經費來源，結果你說因為這個會節省它這個末期的費用，所以它就那個。未依總額你今年沒有預算啊，今年沒有新增的這個項目，剛剛前面幾個項目我們都有在專款其它總額都有編列預算，所以大家都不會有意見，但是這個費用吃到一般總額，但是沒有編列相關的預算，增加了1,800多萬，也沒有，對，增加了預算，那你沒有……那你這個到底怎麼辦？所以我是建議，主席，我建議，因為今年有6億的那個擴增，那個叫做什麼？擴增適應症還是什麼東西啊對不對？6點多億，有6.03億好像，那大概6億都是用在新藥，都是用在藥品，然後這個幾千萬是用在特材，我印象中是這樣，那我覺得你們署方應該內部去協調，那邊去做處理，把費用那邊挪到這裡來。對不對？但是如果你不做這樣的處理，這個沒有預算，然後那邊有6億多，那我覺得這樣是有問題的。

陳科長依婕

我們看一下討5-18頁，我們有把相關的數據放在裡頭，那因為現在我們實施安寧療護的對象只有癌症、漸凍人還有八大非癌，所以我們在二的(二)這邊呈現的是癌症跟八大非癌的狀況，那我們呈現的是死亡前一個月還有死亡前三個月，有用安寧療護的病人所有花費的醫療費用和沒有用安寧病人所有的醫療費用來做相比較，不管是死亡前一個月、三個月或者是癌症、八大非癌，他們在有用安寧療護的人整

體醫療費用比沒有用安寧的人是減少 8,000 到 64,000 之間。

朱代表益宏

主席，如果這樣的邏輯，那以後安寧都不用預算，因為它都是節省費用，概念上是這樣子，所有的安寧療護我要做得時候，甚至包括我要增加支付標準的時候，它都是節省費用啊，概念上是這樣嘛對不對？那這個概念，那要問大家，在座的代表大家同不同意啊，我是覺得這個概念是太籠統，不可以用這種方式啦。

主席

好，我們來請教大家。好，其它代表的意見，來，請游代表。

游代表進邦

我比較贊成朱代表的說法，因為這種統計有時候是有變數不一樣，比較專業說，你是用安寧跟沒有用安寧的差異到底在哪裡，我認為說其實現在的整個醫院的點值，現在一點沒有一塊錢啦，所以其實你要增加這些東西，其實應該比較合理的費用來源提出來我們才會比較安心啦，用這種方式，其實用這種方式就好像就是說你新增一個支付標準，那你說你可以節省哪些支付標準，所以都不會增加醫療支出，沒有人會相信這種說法啦，以上。

主席

好，那這個案子是增加 1,000 萬，那我們有一個專款是鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器，簽署 DNR 及安寧療護計畫。

朱代表益宏

但是你現在擴充的不是 RCC、RCW 啊，不是，那個專款 3 億是用 RCC 跟 RCW 病人去推廣他做安寧療護，那個是我們去部長談的啊，它的核定是這個樣子，對，核定是這個樣子，RCC、RCW 的病人，因為他是長期使用呼吸器在那邊，我們有些人稱為所謂的無效醫療嘛，

所以部長認為說這一類的病人應該鼓勵他去做簽 DNR 或者是去做接受安寧的服務嘛，讓他不要拖在那邊，一拖拖個十年，用呼吸器，甚至很多植物人嘛，所以才會有那個案子啊。

主席

那個案子還沒有擬定計畫吧？

朱代表益宏

有啊，那個案子是我們去跟...。

主席

不是，還沒有提詳細的計畫對不對？

朱代表益宏

詳細的計畫還沒有到部裡面，還沒有到署裡面，但是當初在核定的時候，那個醫院協會翁理事長在我去找部長的時候，我們事實上就講過，所以說那個案子跟這個是不一樣的啦。

主席

那相關醫學會有沒有意見？相關今天到場的醫學會有沒有意見？好來請。

張賢政副秘書長（台灣安寧緩和醫學學會）

安寧緩和醫學會副秘書長張賢政，那謝謝在座的各位代表還有各位專家，那先回答第一個，就是那個衰弱老人的末期認定，那我們建議認同剛才大家代表的建議，就是「相關專科」，那我們在其它的目前的相關的條文也是用這樣子的精神去處理的。但是有相關專科醫師認定為末期，這個是原本法律就有的文字，對，那我們原本那健保的給付就已經是法律要有的，所以這樣子就不需要再重複是 OK 的這樣子，但是末期兩個字要出現在裡面。整條刪掉的時候，末期兩個字要存在

這樣子。

主席

沒有沒有，那個是留著好不好？

張賢政副秘書長（台灣安寧緩和醫學學會）

好，那當然再來就是剛才費用的增跟減，跟它的來源，那謝謝，因為之前的前置的會議是署長自己帶領大家一起討論，那確實在感謝署方幫我們整理目前上面的這樣的一個表格，不管過去給付的癌症病人跟非癌症的病人使用了安寧緩和醫療之後，在死亡前花的錢會比較節省，這件事情在過去的癌症的疾病跟非癌症的疾病在末期的時候都是這個樣子。那確實我們沒有提出說我們現在納入這些東西在臺灣會長成什麼樣子，但是在邏輯上面推估只會省得更多，不會省得更少。

因為今天討論的疾病對象有幾個，第一個是衰弱老人，衰弱老人在過去不會認定進展到末期，通常都會是頻繁地進出醫院。然後再來是病人自主權利法符合臨床條件之後撤除它的那些人工營養、流體餵養等等，那這些人包括急重度的失智，然後原本的那個不可逆轉的昏迷跟永久的植物人狀態，那意思就是說今天納入的這些絕大部分的對象會因為有或沒有這些照顧，而存活的時間會比過去的差異更大，過去的癌症跟非癌症納入的這些病人，在過去的用安寧緩和條例來看的時候，它講的是短期內進行至死亡不可避免，那他們講的是幾個月的時間，意思是就算他不做安寧，他也在半年內就死了，可是我們今天討論的這些納入的對象，不管是衰弱老人或者是病主法適用的這些對象，這些對象原本如果沒有接受這樣子相關的照顧跟處置，他存活的時間很多都是用數年、數十年在計算的。那數年跟數十年，就算他大部分的時間是在長照系統去被照顧，但是在他急性變化進進出出等等的那些東西，預期只會比過去的臺灣健保給付的這些對象會更增加。

那當然就是尊重署方跟代表是到底是沒有算出數字來，那是不是應該要在總金額裡面再另外去抓還是說可以直接用這樣的東西去做說

明，但是依照我們的專業上面的分析跟規律，只會省更多，不會比過去的省得更少。那第三點是，不好意思，上次的那個準備會議的時候，提供給署方的部分，我們那時候討論了很多的細節，但是在 wording 的部分沒有去做討論，所以等一下在會後會把.....因為目前提的草案裡面的用詞有一些跟病人自主權利法的用詞沒有一模一樣，所以我們會建議就讓他跟病人自主權利法的用詞一模一樣，例如說會用臨床條件，不會用症狀這樣子的字眼。然後第十四條裡面的那些符合的條件就是全部都要符合，然後再來是第五款臨床條件，是由醫事司經過很嚴謹的程序才去公告，那大部分是罕見疾病，但是不是全部都是罕見疾病，所以裡面會有一些很小很小的細節，這個我們會後再提供。但是提供了就是依照病人自主權利法相關的文字，那不會超出那個範圍，以上。

主席

好，謝謝，那其它的協會，看看還有沒有要說明的好嗎？請神經罕見疾病學會的理事長，有嗎？

劉青山醫師（社團法人台灣神經罕見疾病學會）

我是劉青山劉醫師，代表社團法人台灣神經罕見疾病學會發表意見，感謝給我們學會能參與此法案，覺得贊成此案子通過，事實上罕見疾病病患，目前有國健署罕病照護計畫加上病人自主法的推動，確實給罕見疾病患者應有的身心靈照護，得到基礎的保障。如今將罕病患者納入安寧緩和的健保給付項目，是非常棒的建議，然而預算編列建議可由其他減少無效醫療費用來做精算，若是大力推廣罕病病人自主法之實施，反而是減少所謂的醫療支出，包括管灌，呼吸器，抗生素，甚至一些營養品，但這些必須經過安寧緩和醫療團隊之確認，及病人自主意願，實際上來講某方面講，是增加照顧罕病患者醫療群之工作上的複雜性。那但是長遠的話，能夠讓病人他的自主意志充分表達，我覺得是非常棒的。所以健保總額預算來講，我覺得罕見疾病安寧緩和的健保支出，在無效醫療的費用節省，並不會造成健保預算之大幅增加，我覺得可先試行一年，健保署再做精算。我認為本案，讓

病人帶有一個非常好的盼望，也讓罕見疾病醫療團隊之服務，得到應有的健保給付，謝謝。

主席

好，那大家有沒有其它的意見？來，請謝代表。

謝代表景祥

我覺得這個條文的精神是非常好啦，我是完全支持這個條文的內容，但是它的原始的沒有這個預算這個來源，這個就不對勁，這是原則的問題，其實我非常努力地在做這個病人自主權利法這一塊。那其實兩年前，我也跟署長報告過，是不是把病人自主權利法的諮商費納入健保給付，那當時署長就告訴我說，這個沒有法源，那所以那假如說今天當然這個邏輯，我同意這個邏輯是成立的，這些東西有可能節省經費，那假如說相同的邏輯是成立的，我們今天是不是應該要加碼，就把病人自主權利法就納入健保？就邏輯是一樣的嘛，那為什麼不能夠這麼做？就是健保它還是有它健保的法源，當時署長告訴我說這個東西於法不合，那我就懂了。那今天這個東西在沒有財源的情況之下要納入健保，就只講一句說，這個東西可能會節省經費，那這個邏輯就跟當初署長告訴我說把病人自主權利法的諮商費納入健保就於法不合嘛，我覺得這是相同的道理，以上報告。

主席

好，重複的就不要再講了，大家還有沒有別的意見？有不同的嗎？好，來，請蘇秘書長。

蘇逸玲秘書長（台灣安寧緩和護理學會）

附議病主法諮詢費希由健保給付，共有三點建議，第一健保給付1500及3500，第二基於預防重於治療理念，希望拓展擴大安寧教育、宣導病主法，減少病人痛苦，第三符合安寧緩和療護精神即可減少健保費之支出。報告完畢。

主席

好，謝謝，請盡量簡短。

朱代表益宏

我覺得這個案子今天確實它的精神我是支持啦，就是這一類的病人我們應該要接受安寧，但是就現在卡在預算，所以我是建議，因為在總額裡面，不管你的新的醫療科技 30 幾億的，新的醫療科技，在談的時候並沒有去列可能藥品要多少億，什麼要多少億，什麼要多少億，沒有，然後那個就是擴大相關適應症的時候，也並沒有說藥品是多少億，什麼是多少億，所以我是覺得這個其實署方內部可以去行政上的調整，你把預算移到這邊，然後其它部門的那些預算，新藥或者新特材把它做一些調整，其實可以滿足這個條件。但是如果你都不做，然後那邊也要做，然後這裡就是告訴大家說會節省費用，那我覺得是吃豆腐。

主席

好，來，請李代表。

李代表懿軒

可以提問嗎？不好意思，我藥師公會代表第三次發言，那我只是好奇就是說這個雖然是沒有編列預算，但是如果有經費的節省應該也是滾入總額，但就是說沒有各位前輩這麼資深，可是我就好奇如果今天可以從新藥、新醫療科技預算來挪移過來的話，那如果今天的這個推動安寧緩和這一件事情，有真的幫健保省錢的時候，我們可不可以把這個省下來的錢挪移過去新藥、新科技，不然新藥、新科技現在費用這麼少，那很多罕病的病人，還有很多癌症的病人也希望新藥它引進進來，但我覺得這個，我自己對於健保的理解大概是因為這個包含在總額裡面，但如果今天有一個費用的節省，有一些方案可以減少大家費用負擔、點值提升或者是有其它服務的話，那是不是我們可以去

嘗試看看？謝謝。

主席

謝謝，還是經費的部分，請張醫師。

張賢政副秘書長（台灣安寧緩和醫學學會）

不好意思，就謝謝各位代表的提醒跟相關的建議，那從剛才的討論其實大家就知道相關的專業領域的人有很多都是用，少數是用自費，然後更多是用免費，像謝院長的諮商就是用免費在做得。那實際上這樣子做下來，或者是像那個莉茵，陳莉茵代表他們在關注那個罕見疾病的，他們很多都是用額外的善心在做，即使是這樣子做，真的做完，病主法諮商會符合這樣的條件的，其實我們前面是覺得健保署的那個估計，人數其實是估得有點多，就是其實根本就符合這樣子的條件的機會的給付是低的。所以甚至，所以每一個人照健保過去，有依據的他是依照過去安寧給付的癌症跟非癌症，這些勢必死亡的人，那現在是讓更多的人，原本會在不好的生活品質狀況下活更久的人，裡面只有極少數經過複雜的、困難的病人自主權利法的諮商完成相關的文件的極少的人，但是每一個人都還是會是省錢的這樣子。那我個人非常認同在精神上面應該要有一個名目，但是也認同這個論述上面它會是一個節省費用的過程，那我知道在座的很多代表代表是在依照法規跟整個精神在處理這件事情，這樣不知道大家有沒有可能在不同的思考這塊，因為如果安寧緩和也有相關的議題在討論的時候，我們甚至覺得我們離國際差太遠太遠了，我們甚至應該要爭取更多的預算，把安寧緩和醫療照顧的期程再更往前，疾病別再擴大更多。那目前會提的署方幫忙邀請大家提的這些案子，其實是迫在眉睫，臺灣的相關法規已經走到那個程度，卻是沒有相關的費用的支付。那其它的落後國際更多的那些，應該要爭取更多的預算，這個我們這一次有學到了，以後就是應該要在從可能費用裡面要去談更多，不是只是在既有的框架裡面去討論節省這樣。以上。

主席

好，謝謝，大家都了解了，陳代表這邊還有要補充的嗎？

陳代表莉茵

這個東西其實我們昨天才開過會，就是去年因為是疫情的關係，我們就是支持支持這個諮商的費用，也才完成 66 位，基本上就是非常地少，就是說如果你在諮商費用不補貼的狀況之下，然後疫情不方便到家裡面去做，或者到機構裡面去做得時候，其實相對就是非常地少。我會認為說，如果在擴增的這個提案裡面，我覺得應該可以同意，但是我也同意朱代表的說法，就是要把這個費用算清楚，也是做相關財務工作，我是覺得說這個費用還是要算清楚，然後可能就是看看署裡面有沒有別的地方可以就是把這個算清楚的費用，可能不會太多，那所以說可不可以算清楚以後，看看會不會增加、增加多少，就是這個 1,800 萬從哪裡來。

主席

謝謝，好，大家其實講得都是同樣一件事情，對本案都是支持的，這是第一點。第二點，就是有關 ACP 的部分，不在今天討論範圍，這個跟今天的本案無關。第三個就是經費來源，那都僵持在這裡，那我們是不是可以先做一個決定，是本案原則上是通過，但是預算來源就請醫管組這邊再去就今年度的總額再去研究一下，看看有沒有其它可以勻支的部分，然後下一次會議跟大家報告這樣好不好？

朱代表益宏

主席，那要有預算才能執行，因為剛剛主席在結論請醫管組回去去尋找，那就是說等到找到經費確認以後，我們覺得這個案子內容暫時通過，但是要等到找到經費以後才能去執行嘛，不然找了以後，然後告訴你沒有錢，找不到。

主席

我們這個部分會去簽報給署長，請醫管組簽報給署長，就預算的部分該如何處理。

朱代表益宏

主席，這個不是簽報給署長，因為今天是大家會議嘛，那今天大家那個代表，後面的那個專家認為這個要過，但是在列席，現在的大家認為說要有預算來源嘛，這個是大家的共識，不是簽報署長，署長說沒有預算，來，我也要做，那要照這個結論嘛。

主席

好，就是要有財源才可以實施，這樣可以吧？好。

陳科長依婕

我說明一下，另外一個想法，就是我們現在目前新醫療科技的費用除了用於新增診療項目以外，其實我們平常修訂支付標準，譬如說增列適應症等等的，其實在診療項目端也是用新醫療科技的預算，不然一個方法就是我們這次的開放，我們先以新醫療科技的預算來支應，但是我們會觀察 5 年的期間會看它的替代率等等的，那到時候我們就連同就是替代的效果也一起算進去。

主席

至少這 1,000 多萬，今年先用這樣子的方式來支應。

朱代表益宏

不是，如果是今年用，那因為剛剛我們前面那個案子已經用掉了 2 點幾億嘛，所以你總共是 2 億 6,000 萬，2 億 7,000 萬，所以你這個 1,000 多萬，那你就要先扣掉，變成你後面支付標準調整的時候，對不起，你就會少掉這 2 億 7,000 萬，那我不反對啊，就是說這個你現在如果是在你的財源是用那個新醫療科技 2.6 億那邊去支應嘛對不對？

主席

那就是通過。接下來第六案。

討論事項

第六案

案由：全民健康保險居家醫療照護整合計畫修訂案。

主席

好，這個案子大家有沒有意見？居整計畫的修訂，好，基本上就是都是提高支付，有山地、離島提高支付，然後虛擬健保卡有一些獎勵，其它就是文字修正，好，如果沒有意見，這個案子就是通過了。接下來第七案。

討論事項

第七案

案由：修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整性照護前瞻性支付方式」計畫。

陳科長依婕

這個案子我簡要說明，那現在目前呼吸器的居家照護這個階段，目前民眾的收案，就是民眾住的地方只有包含在宅跟特約的護理之家，這些地方的入住的民眾，我們健保的服務才有送進去，那現在因為我們陸陸續續發現有一些住民、有一些收案的對象，他其實現在不是住在我們規定的在宅或者是特約的護理之家，那我們就有請分區去輔導說，應該要依照計畫的規定，入住到我們計畫規範的地點。但是我們接獲到一些民眾反應說，譬如說他們還是想要住在非特約的護理之家，或者是他們已經住在了住宿式的長照機構，這些其實都是在他們的設置標準或者是設立標準已經可以設置呼吸器相關病床的地點。所以他們反應說希望我們健保的這個呼吸器居家照護的階段，這個收案地點

可以放寬到我剛剛講的非特約的護理之家還有住宿式的長照機構也可以收案，那這是這個案子，我們也有詢問過長照司還有照護司相關的意見，那是規劃要放寬這個呼吸器居家階段的收案地點，以上簡要說明。

主席

好，這個部分就是現在已經有這些 RCW 病人住到非特約的護理之家跟住宿型的長照機構，那這些機構目前也都是合法，可以收治這些病人，那就如同像它的家就像住在這裡，大家有沒有意見？好，如果沒有，這個案子也通過了。

陳科長依婕

我補充說明一下，就是另外我們現在計畫的居家照護階段，在討 7-3 頁的說明八，因為我們現在支付規範裡面有提到，如果沒有記載訪視紀錄的予以核扣訪視醫療費用，那什麼是訪視的醫療費用，其實在實務上一直都有爭議，所以我們這邊把它寫得更明確，就是予以核扣當日論日計酬的醫療費用。當日是 900 點或是 310 點，把它定義清楚，這樣減少以後日後的爭議，以上。

主席

好，大家有沒有意見？好，而且也不增加財務支出，好，請長照司。

蕭玉梅技正（衛生福利部長期照護司）

主席，就是這個案子在那個討論 7-17 的部分，有關那個住宿式長照機構的名稱，我們會後提供比較正確的名稱，以免跟其它機構混淆，謝謝。

曾勤媛理事長（台灣居家護理暨服務協會）

要請教一下，我是居家護理及服務學會理事長曾勤媛，第二次發

言，那個關於剛剛講的呼吸器的個案可以住到非特約機構，那非特約機構請問他們有沒有要接受評鑑或督導？因為這個關係到整個住民的生活品質、照顧品質，我想了解，如果說有的話，那就是 OK 的。

主席

照護司在嗎？

顏忠漢專門委員（衛生福利部護理及健康照護司）

應該這樣講，就是他現在講的是給付，那在護理人員法或長期照顧服務法裡面都本來就有相關的要求評鑑跟督導，這個本來就有，這個沒有問題，而且要要求他們要符合設置標準的原則。

主席

好，第八案。

討論事項

第八案

案由：全民健康保險遠距醫療給付計畫修訂案。

主席

好，這個案子是遠距的擴大，施行的地區還有施行的科別，還有施行的場域都有放寬，給付也有增加，然後另外就是綁定虛擬健保卡推動跟獎勵金，大家有沒有意見？來，請。

朱代表益宏

主席，那我想這個部分也是要提醒署方就是說，這個不是預算，這個不是預算，主席，我眼睛裡不是只有錢。那是沒有啦，主席，這個實在是，你帶著有色的眼鏡看我。我是覺得這個遠距醫療當然是國家很重要的一個政策，但是我覺得必須也要在遠距醫療也要去處理所謂的分級醫療這件事情，也要去處理分級醫療這件事，因為現在看到

遠距醫療可能有一大部分是比較大型的醫院在執行，那不管是因為設備，因為醫療的資源，相對是比較充足。那這一部分，當然我覺得就是說大型醫院，不能說它不能做，但是我覺得在分級醫療的這個大的政策底下，遠距醫療是不是也要做一些相應的處理？那這個可能今天，我提這個案子跟這個要去放寬這些，我可能沒有直接意見，沒有直接的這個衝突，但是我覺得署裡面要去處理所謂分級，因為分級醫療也是署方在處理的政策，然後遠距醫療雖然是部裡面決定，但是你的相關的配套也要去處理這些相關的政策，不要到最後遠距醫療執行起來以後，全部都是大型的醫院在做遠距醫療。那它從難到北，搞不好臺北的醫院直接到屏東、到花蓮去做遠距醫療，OK啊，對不對？那我覺得這個其實就跟部裡面的整個分級醫療政策是有違背的，這個是有違背。

所以在執行遠距醫療，包括資格是不是要做一些處理？然後譬如說後送，萬一視訊不行的時候，要後送，那總不能屏東的後送到臺北，雖然臺北的醫院做遠距會診對不對？所以我覺得這個相關的資格是不是署方可能在未來在修訂的時候，其實要去做一些考慮，應該還是以就近生活圈這樣子的概念去執行所謂的遠距醫療，除非這個生活圈他沒有辦法做，沒有相關的這個專科去做會診，那當然再去逐步地擴大，用縣市去擴大對不對？但是如果這些完全都不去限制的話，那去放寬條件，慢慢放寬，會診的科別也放寬，那確實是有可能造成這個譬如說東部的醫院，結果它是臺北的醫院在做遠距醫療。那最後真的有問題，要叫你到時候坐火車到臺北來，我幫你看，還是你坐火車到臺北，我幫你辦理住院，這個我覺得就產生很大的困擾。所以我覺得這件事情在這裡面並沒有去處理。那但是我建議署方這個案子真的要慎重去考慮，遠距醫療推動相關的配套，因為這個部裡面也不會訂到那麼詳細的政策，這是健保署要處理的配套，以上。

主席

謝謝朱代表，還有沒有人有意見，請李代表。

李代表懿軒

是，主席，不好意思，占用大家的時間，這個本來預定就要說的，就是藥師公會有針對這個案子，我們是認為，我們支持遠距醫療的案子，遠距醫療現在推行到這個階段，已經擴大了，那建議署方未來還是要一併討論有關電子處方箋的部分，那未來不然這個沒有配套起來，會造成民眾很多在領藥上面的一些困擾，所以如果未來有要討論的話，藥師公會很樂意來提供意見，以上，謝謝。

主席

好，謝謝，那還有嗎？來請黃醫師。

黃醫師啓嘉（李代表紹誠代理人）

主席、各位代表，我想之前討論的時候，是說 109 年核定的部分可以繼續，可是這一次的案子，我發現改到 110 年核定的繼續，這個有點把它擴大的感覺，那其實是不是有必要擴大？說實話是我和吳國治代表兩個人之前已經研究過，因為國治很關心，但他今天沒辦法留到這麼晚，其實像恆春跟成功，它當地都有相關的診所，那這種去辦遠距醫療是有點怪。我在花蓮聽到慈濟醫院在報遠距醫療，他說我把醫學中心帶到部落去了，那還要分級醫療幹嘛？部落其實有就近的診所可以去，那遠距醫療就是重複的醫療浪費，因為他也不可能從花蓮飛到部落去，或者真的到部落去做需要直接處理的事情。那有些時候過度地擴大，本身其實是醫療的重複，而且對於遠距醫療的適用範圍來講是蠻奇怪的。

主席

好，謝謝，主管機關已訂有通訊診療辦法，醫事司彭專門委員在嗎？

彭美珍專門委員（衛生福利部醫事司）

醫事司這邊補充說明一下，有關剛才委員有所提到的，有關偏遠

地區建置的這個網絡需要就近，而不是從東部地區要由北部執行，醫事司所提這個 110 年到 111 年的偏遠地區遠距醫療計畫，至於支援的遠距醫療會診的醫院之外，我們另外在這個所在地所需要比較偏遠的，有它就近的網絡我們稱為網絡醫院可以就近來支援。舉例好了，就是像是在臺東，它雖然是臺東的這個關山慈濟醫院有需求，我們規劃就會就近找臺東分院，也就是臺北榮民總醫院的臺東分院先來做一個支援，而並不是直接找到臺東市的馬偕醫院，馬偕反而是它後線的支援醫院，這是有如委員所提用地域性的網路來做支援的計畫。以上說明謝謝。

主席

好，照護司有要說明嗎？

顏忠漢專門委員（衛生福利部護理及健康照護司）

照護司的部分是在布建，原住民跟離島地區有衛生所，那很多地區其實是由衛生所在做這相關的服務，以上。

主席

好，謝謝，請朱代表。

朱代表益宏

因為那個剛剛醫事司提到，我覺得這個很好，在整個建置的過程是有區域性的概念，那我覺得既然是這樣，那就應該在你們這個計畫裡面是不是也要把它納進來？譬如說把那個區域的概念讓它能夠進來，在健保署支付的遠距裡面，不要到時候這邊沒有規定，結果照護司那邊規定了半天，結果健保署這邊的就沒有規定，然後就開放了，那到時候大家來申請健保署這邊，申請錢的時候，又支付了。所以我覺得這個，我不知道中間會不會有矛盾啦，但是我覺得這個要處理，不然剛剛像那個全聯會啟嘉講的，確實啊，當譬如說他剛剛講那個臺東那邊，他明明可以處理，結果你用遠距去處理，那不光是說這個浪費所

謂的醫療資源，你還會折損在地的醫療。當這些在地的診所明明可以處理，結果你用遠距的方式拉到別的地方的大的醫院去處理，那在地的這個診所他沒有病人，沒有處理這些，他就慢慢萎縮萎縮嘛，就萎縮了啊，到時候它門就關起來了。

然後你在地就沒有這些資源啊，那你最後全部都是遠距，這個其實就像我要舉個例子，很多醫院一開，最近這個衛福部核准了很多大型的醫院，一開以後，周邊的所有小地區醫院跟診所全部關門，全部關門。那民眾原來就近，可能五分鐘、十分鐘在家裡有診所可以去的，結果關門以後，就要花二十分鐘、三十分鐘到那個大醫院，然後等個半天，因為很多人，人山人海，等個半天。那個怎麼會，以前我們3、40年的這個醫療，從健保開辦30年，20幾年、30年，就是現在這個狀況導致這個基層醫療一直萎縮嘛。所以我認為遠距醫療是不是拜託署方，如果醫事司已經有這樣的規劃，有兩年的規劃，那相關的條件是不是也要把它寫進來？不然的話，你沒有這樣子規範的話，那這個確實有可能發生臺東的這個需要或者是部落裡面需要，結果是從臺北這邊或者是從桃園，從臺中這邊去給他做遠距醫療，甚至高雄那邊給他做遠距醫療，這個是非常有可能的，而且搞不好已經在發生了。

主席

好，謝謝。健保的遠距醫療其實是做遠距的會診，特別是針對次專科的會診，就是開放科別，而且在地端是醫師對醫師，並不是直接醫師對病人，這是我們目前健保有給付的遠距的架構。所以並不是醫師直接對病人做遠距醫療，當在地端醫師的科別經評估沒辦法去處理眼前的病人需求，經過他的過濾，然後建議要去看次專科的時候，才透過遠距會診，是這個意思。所以各位代表，可能有把它曲解成直接取代了 primary care，其實是沒有的，是 primary care 過濾之後，才透過遠距會診，否則這個病人是要轉診，就是希望透過遠距會診，可以達到可近性的增進。好，那本案基本上是這個精神，也希望代表能夠再看一下方案的內容，至於剛剛提到幾件事情，一個是李代表這邊講

的電子處方箋的配套，還有朱代表一直在講的分級醫療，還有黃醫師在講的分級醫療等等，希望能夠也在這個計畫裡頭有所交代對不對？所以我們這個就收錄好不好？那本案就暫保留了，請何代表。

何代表語

主席、各位代表，提供一個參考，我看了裡面，當然它這個你在費用的部分就是每個地區的會診費用，那這個是一個概念，就是說我以地區為會診的概念。第二個，遠距醫療是病人直接去做遠距醫療，還是當地醫師提出遠距醫療，這個就不一樣了，比如講我是胃腸醫師，可是跑來了一個心臟科，心臟出問題的要來給我看，那我沒辦法看啊，那醫師就馬上透過遠距醫療當場在幫這個病人看心臟的部分，那這個胃腸科醫師可以共同來了解說你心臟現在出什麼問題，那這個遠距醫療的心臟醫師會提供給這個醫師參考，那教他怎麼處理，他怎麼作業，那可能就是一個遠距醫療，假使說如果你這個遠距醫療，是由當地的醫師或者是附近，在一個區域裡面的某位醫師提出來的遠距，不同科別的遠距醫療，那這樣就不會有這個問題了，不會有朱代表提的這個問題了。

主席

其實我們這個提案只是擴大適用範圍，並不是全新的計畫。而且它是醫師對醫師，所以我是覺得它就是一個彌補偏鄉次專科不足，而且適用地區都限偏遠，是偏遠地區的病人，如果沒有遠距會診，基本上病人是需要被轉診到大醫院。看能不能因為遠距會診取代那一次的轉診，也可節省病人社會成本及交通成本，是這個精神。朱代表好像是有一點誤會，以為它是醫師對病人，直接對病人，不是的，是醫師對醫師的。好，醫管組這邊想要再補充說明的部分，請副組長慧真。

游副組長慧真

是，我補充做說明。各位可以看到討論 8-17 頁，就今年施行地區擴增，包括山地離島地區以及資源缺乏及不足地區，以及剛剛代表所

提特殊場域，然後是鎖定一些特殊科別之專科需求，非無限擴大，比方說心臟內科、腸胃科、神經內科跟胸腔科的這種特殊科別，特殊專科不可能在山上地區都會有，但有需求時，才會利用遠距的方式，比方說長庚在實施復興鄉的時候，原有做五官科，可是發現在山上有一些需要心臟內科的病人，並不是所有專科都會在山地鄉，這種才會醫師對醫師來開放遠距會診。這個部分在11月29日我們與各醫療團體、各層級代表都有做過充分的討論才具以擬訂的。那在財務的部分，已有預算估列。那各位可能會想到，是否有法源依據，剛剛醫事司也有做說明，通訊診療辦法，目前都已經著手修訂，場域部分研議及調整。那在電子病歷或記錄，亦正進行研議跟討論。所以就我們目前遠距計畫修訂案而言，在今年要實施，無論就財源、就地區、就場域、就科別是充分討論完才擬定，那麼也希望與會委員代表可以支持。

主席

好，請謝代表跟朱代表。

謝代表景祥

這一個的話，就是我們了解這是醫師對醫師端啦，因為當初在遠距醫療的時候，這個 COVID-19 的時候，我有仔細研究過，那沒有參加，但是有一些也跟曾經有參加的醫院的醫師去聊過這些事情。那我覺得說，一個試辦計畫，那你要擴充之前的時候，你很多在專家的時候，你都只想到說在考慮的時候，參加的人都會想著把它擴大擴大，那但是呢，真正裡面的時候，我們就會知道說你在專家跟專家之間會診，第一個到底這個必要性是多少，舉例來講，假如會診心臟科在山上的時候，你有問題的時候，其實現在手機什麼東西都已經把資料傳了嘛，那另外一個 key point 就是大家沒有想到的一點就是說，那這樣子的時候，會診的醫師要負多少的醫療責任，這個會有問題，這個會有問題。假如說我們平常日常生活當中，我碰到困難的問題，我立刻打電話給認識的醫師，他可能同醫院，可能不同醫院，問他的意見，他就有提供意見之後，我根據他的意見下了決定，那我百分之一百負

責，我不會說弄錯了之後，發生了醫療糾紛說，那個是我同學某某某告訴我這麼做的。但是這個東西會，這個東西會有，因為你既然你正式開了會診，寫了那個意見，這樣子下去做得時候，萬一有問題的時候，這個東西其實大家其實是會有一點糾紛。那這個東西，一個東西做了，然後要擴大，擴大之前一定要有實施的檢討的這個報告公布出來，大家來研究說這個東西到底是不是值得擴大，還是這樣子就好了，那假如說是我們都沒有看到說這個檢討報告的時候，要我們去背書這個東西就是要擴大，那實在是覺得心裡有點不太安。

主席

好，這個其實在後面有附一個會議紀錄，是在去年的 11 月 29 日就召開的會議，來請朱代表。

朱代表益宏

主席，這個案子，第一個，我先表明，我是不反對，但是我只是說要提醒，原來的只有五官科，五官科事實上人數是比較少的，所以在偏遠地區他確實沒有相關的專科，但是你現在把它擴大到心臟科、腸胃科，這個其實在內科系裡面，心臟跟腸胃科人數是非常地多的。那就像剛剛這個啟嘉代表講的，很多在地的診所搞不好它就是心臟科、腸胃科的專科，但是他一般病也都看，所以會有這個情形。但是因為你這個案子是由在地端的，譬如說是衛生所它提出申請，他就提出申請，譬如說臺東的他就跟這個慈濟，我舉例來講，跟花蓮慈濟或者是臺北，因為剛好是他這邊認識或者是熟悉，他就提出申請要跟比較遠的大的醫院來做遠距醫療，那這是有可能發生的事情，但是他可能周圍有一些診所所有這樣子的能力，那不管什麼原因，他不去找周圍，結果他就找遠距，用這種方式來處理。我覺得署方是要去過濾這件事情，不是說他申請了，我跟哪一家，然後有這個能力，我就開放讓你遠距，結果在地的明明有一些地區醫院有這些專科，有一些診所，也有這些專科，也有能力，因為不熟悉或者是什麼原因，然後他就直接找遠距，所以我覺得這個就會造成困擾，這個就是問題所在。所以我才說這個

案子因為它當然在錢上面，它是有其它的給付，那不會影響到醫院總額，所以我對於經費的來源我是沒有意見，但是我只是說執行下去，你應該還是要考慮到在地的這件事情，讓在地優先。剛剛醫事司就講得非常好，在地優先這件事情要去落實，那在地優先就是分級醫療它的很重要的一個原則，就是以在地對不對？不是所有的事情都拉到大醫院，都拉到醫學中心去做。所以我剛才提醒說，那你在這個執行的，譬如說申請審核的程序裡面，是不是要配合醫事司剛剛講的內容？它有一個醫療網，然後譬如說臺東的是優先到哪裡，然後到哪裡，然後你超過這個範圍，對不起，你來申請，我也不同意。要有這樣子審核的資格，我只是在強調這件事情，以上。

曾勤媛理事長（台灣居家護理暨服務協會）

主席，我要發言。謝謝剛剛朱代表他一直在提就是在宅、在地，其實在 COVID-19 的時候，居家護理所的護理師就是扮演了很重要的一個連線，剛剛我一聽說只有醫生對醫生，在我的看到的現實面，好像在偏鄉不是，偏鄉連醫師都到不了，那誰來連線？可能要思考一下，居家護理師會連線給當地的診所，因為她(他)們很了解社區裡頭有哪一類的診所，他們自動就會連線，我認為說不是面對面就是遠距，因為我剛剛聽各位長官的意思，好像要離很遠，不是，在我從我的觀點跟我現在實際在運作的，是只要不是面對面就是遠距了。所以這個部分也請大家一起思考，事實上在地是最重要，那後面一定有其它 partner，這個就是社會，這個社區的共生。所以目前我們都希望居家護理所能夠跟各個專科醫師還有固定的醫師，幫忙做遠距醫療諮詢，因為固定醫師也做特別約診，所以在這裡提供一下個人的淺見，當然我覺得大家思緒都很周詳，以上報告。

游副組長慧真

主席，我補充說明，謝謝代表的意見。就是在申請的時候，各位可以看到 8-26，對於來申請的這些院所以及當地民眾需求的評估，這個是醫院提出評估申請，各分區業務組都會配合相關人員審核檢視，

而且要做遠距也有遠距相關的一些配備跟規格，那其實也都是院方要自行付出一定的成本跟費用。申請時，也一定會嚴守剛剛代表所提的申請資格跟需求審核。那至於是說在山上，剛剛代表有提到說個案或許會在居家，所以我們在這次的場域部分，也有特別針對山上居家個案，特殊專科可以實施遠距服務。以上補充。

主席

好，來，謝院長。

謝代表景祥

我剛剛很快地把那個剛剛副署長講的那一篇那個看過了，那一篇會議紀錄，那我覺得說並不是所有與會專家都一致同意這個東西要擴大實施嘛，我來念一小段。看診模式放寬要小心，醫療有醫療的專業，這種開放問題我們承擔不起這樣的風險。那第二點，依照現在健保給付的方式想要全部都納入給付，事實上是很可怕的資源使用，整體來說，各位都是醫療體系，重要的是你們覺得要怎麼樣去管理比較好，遠距醫療不宜盲目開放，預算仍應做有效運用。這好像是李署長講的，所以我想應該不是與會專家一致同意要開放啦。

主席

好，那我想這樣子，因為已經 6 點 15 分了，那剛剛同仁跟我講說可能要開臨時會，今天我們只剩下八、九、十二 3 個案子，但是說不定也會討論比較久，本案大家討論了也很久，也是有一些疑慮，我想這個案子就下一次臨時會再繼續討論。但是呢，今天各位代表所提的意見，醫管組就是要再做補充做準備，下一次在臨時會討論的之前，就由醫管組回應大家所提的這些疑慮，看有沒有主動要修的部分或增的部分，會後也跟醫事司、照護司這邊再做討論。好，那這個案子我們今天就暫時討論到這裡，就等於沒有完全通過，那下一次臨時會議繼續討論。那現在 6 點 16 分，非常感謝各位代表們，那何代表還有？

何代表語

建議未來你們有那個提案要資料後送的，原來是用 E-mail 進來給我們，資料後送完 E-mail 進來給我們，那如果沒有進來，至少像這個討論的時候拷貝要給我，因為譬如這個我們所用的習慣不一樣，而且你們的字太小，也是有點虐待我們老人家。

主席

好，謝謝，那我們今天會議就到這裡了，非常感謝遠道而來的代表，還有沒有討論到，讓大家等很久的，就非常非常地抱歉，主席沒有辦法把大家的提案都討論完，非常地抱歉。那下一次臨時會議再麻煩大家再來一次，也非常感謝大家留到現在，謝謝、散會。