

「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 3 次會議紀錄

時 間：111 年 9 月 1 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

紀錄：蔡孟芸

彭代表家勛	彭家勛	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	黃代表克忠	黃克忠
李代表佳珂	李佳珂	謝代表偉明	林敬修(代)
陳代表志忠	陳志忠	劉代表淑芬	劉淑芬
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	李代表承光	李承光
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	林桂美
朱代表文洋	朱文洋	杜代表俊元	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	李紹誠	何代表語	何語
林代表恒立	林恒立	葉代表宗義	(請假)
王代表宏育	王宏育	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	(請假)
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、黃佩宜
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
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
台灣醫院協會	吳亞筑、林佩菽、吳心華、 顏正婷、吳昱嫻、許雅淇
台灣婦產科醫學會	黃建霈
臺灣燒傷暨傷口照護學會	吳思賢
台灣兒童青少年精神醫學會	陳質采
台灣兒科醫學會	陳錫洲
臺大醫院	戴春暉
台灣移植醫學學會	王叙涵
台灣介入放射線醫學會	莊博涵
台灣乳房醫學會	賴峻毅
台灣泌尿科醫學會	林承家
社團法人台灣社區精神復健發展協會	陳俊銘、江秀珍
台灣精神醫學會	郭錫卿
社團法人台灣居家護理暨服務協會	曾勤媛
台灣安寧緩和醫學學會	張賢政
台灣安寧緩和護理學會	謝玉玲
社團法人台灣失智症協會	湯麗玉
台灣神經學學會	劉建良
衛生福利部醫事司	劉玉菁、卓琍萍、莊惠閔
衛生福利部全民健康保險會	邱臻麗、林劭璇
衛生福利部社會保險司	陳淑華、周雯雯、白其怡
醫藥品查驗中心	張慧如、朱素貞
本署副署長室	蔡淑鈴
本署主任秘書室	張禹斌
本署臺北業務組	蔡美真、黃柏鈞、白宗燕、

本署北區業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

黃聖中、陳妍寧

利雅萍

王宗曦、林佩瑩

張淑雅

游慧真、劉林義、韓佩軒、
陳依婕、林右鈞、張作貞、
呂姿曄、鍾欣穎、許博淇、
王智廣、劉立麗、蔡金玲、
宋宛蓁、陳玫吟、劉志鴻、
楊庭嫣、周筱妘、廖韻慈、
崔允馨、陳逸嫻、高嘉慧、
蔡孟妤、張艾琪、宋思嫻、
林煜翔、詹文成、林煜翔、
蘇明雪

壹、主席致詞：略。

貳、決議事項辦理情形：

- (一) 新增「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」(序號 6)，本署規劃依社區醫院協會建議延長收件期限，惟是否審查將依審查小組決定，將續追蹤本案辦理情形。
- (二) 全民健康保險遠距醫療給付計畫修訂案(序號 15)，有關實施場域新增衛生福利部核定計畫之 110 年急診醫療站，為落實分級醫療，請醫事司提供前述急診醫療站名單及地點資料。
- (三) 其餘項目依議程所列解除列管或繼續追蹤。

參、報告事項：

- (一) 有關修訂牙醫支付標準及牙醫門診總額特殊醫療服務計畫案
(詳附件 1，P8-P30)。

決定：洽悉，重點如下：

1. 支付標準第三部牙醫通則三新增牙科門診分科醫師執行轉診個案加成規範，及增訂口腔病理科適用之診療項目，並配合修訂附表 3.3.4。
 2. 支付標準附表 3.3.3 之排除項目新增 91089C 糖尿病患者牙結石清除及 91090C 高風險疾病患者牙結石清除。
 3. 牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，醫療團牙醫醫療服務之限制由「每診次申報點數不超過 3 萬點…」修改為「每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過 3 萬點…」。
- (二) 增修「學齡前之兒童特殊家庭功能評估」等診療項目案（詳附件 2，P31-P44）。

決定：

1. 同意新增80036C「陰道息肉或肉芽組織切除術」（表定點數411點）等5項診療項目。
2. 同意新增49031B「留置性導便裝置」及修訂33113B「經頸靜脈肝內門脈系統靜脈分流術」，惟原規劃內含「大便失禁套件」及「RTPS/RUPS組」，考量其價格較高，建議依特材收載流程研議。
註：支付點數經本署會後移除上述醫材，重新校正後，分別為485點及31,570點。
3. 「學齡前之兒童特殊家庭功能評估」及「學齡前之兒童社會情緒發展團體心理治療」考量可由不同醫事人員執行，非僅限於醫師，將依代表建議重新校正醫事人員點數；另45102C「精神科社會功能評估」及精神醫療治療費通則亦配合前述2項研議後提會確認。
4. 修訂68035B「心臟植入」併同新增相關診療項目共9項：
 - (1) 同意修訂68035B「心臟植入」等3項診療項目，併同新增20045B「動作障礙相關量表之評估-執行二項以上量表」。
 - (2) 同意修訂19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」增列適應症「胎動減少」，為避免申報浮濫，將與婦產科醫學會研議訂定其審查注意事項內容。

(3) 同意修訂12090B「淋巴球毒殺試驗」併新增12214B「淋巴球毒殺試驗-同時檢測B細胞及T細胞」等2項費用，依代表建議自112年起由「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款支應。

(4) 29009C「乳房細針穿刺」及29035B「乳房病灶粗針穿刺組織切片（單側）」，考量基層診所與醫院之差異，將再與乳房醫學會研議審查原則後提會討論。

5. 修訂48001C「淺部創傷處理-傷口長小於五公分者」等20項之中文名稱及支付規範文字。

6. 因111年預算不足以支應上述通過之診療項目，本次通過之修訂68035B「心臟植入」、56037B「深部腦核電生理定位」、20043B「動作障礙相關量表之評估-執行一項以上量表」併同新增20045B「動作障礙相關量表之評估-執行二項以上量表」、19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」、12090B「淋巴球毒殺試驗-單獨檢測B細胞及T細胞」併同新增12214B「淋巴球毒殺試驗-同時檢測B細胞及T細胞」，俟112年預算通過再行後續程序。

(三)「111年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案。

決定：洽悉，同意14082B「人類免疫缺乏病毒抗原及抗體複合型試驗」開放至基層適用（詳附件3，P45）。

(四)全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4版112年1-6月適用之相對權重統計結果案（詳附件4，P46-84）。

決定：洽悉，Tw-DRGs 3.4版112年1-6月標準給付額（SPR）為51,787點，另配合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」修訂支付通則文字。

(五)轉診支付標準之同體系院所名單案。

決定：洽悉，維持現行同體系院所名單。

肆、討論事項：

(一)有關修訂「住宿型精神復健機構之復健治療（天）」支付點數

案（詳附件 5，P85-P86）。

決議：

1. 同意調升 05402C「精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)」支付點數為 582 點、05403C「精神復健機構(住宿型機構)夜間之復健治療(天)」支付點數為 169 點。
2. 代表建議於 112 年上半年優先就精神醫療相關診療項目之支付點數衡平性通盤檢討。

(二) 有關修正 111 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案（草案）」（詳附件 6，P87-P123）。

決議：同意修訂，重點如下：

1. 配合部分負擔改革方案，修正門診申報格式獎勵：新制部分負擔公告實施前完成每家獎勵1,000點，公告實施次月完成每家獎勵2,000點。
2. 新增適用「居家輕量藍牙APP就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)獎勵」，每家院所給付最高點數為 6,000 點，採浮動點值，全年結算，每點支付金額不高於 1 元。
3. 新增「就醫識別碼（健保卡資料上傳格式）」預檢獎勵指標：保險特約醫事服務機構配合安裝讀卡機控制軟體 5.1.5/3.5.2 版本以上、虛擬健保卡醫事機構正式版 SDK-v2.4.0 以上，並於 111 年 12 月 31 日前，每項「就醫類別」需以「健保卡資料上傳格式 2.0」預檢作業上傳成功至少 6 件，每家獎勵費用 11,000 點。
4. 放寬 01271C 環口全景 X 光初診診察等 9 項牙科檢查項目影像解析度最低需求限制。

(三) 修訂「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(下稱呼吸器計畫)案（詳附件 7，P124-P148）。

決議：新增「鼓勵亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房病人脫離呼吸器、簽署拒絕心肺復甦術（Do not resuscitate，DNR）及安寧療護獎勵措施」：

1. 按件獎勵：脫離呼吸器個案每件獎勵 5,000 點、簽署 DNR 個案每件獎勵 5,000 點、臨終緩和照護每件獎勵 20,000 點。

2. 評比獎勵：3 項指標依權值 2:1:3 計算，由高至低排序前 75 百分位之醫院將分階段獎勵：

(1) 前 25 百分位之院所，RCC 每一個案獎勵 12,000 點；RCW 每一個案獎勵 24,000 點。

(2) 前 26 百分位至前 50 百分位之院所，RCC 每一個案獎勵 9,000 點；RCW 每一個案獎勵 18,000 點。

(3) 前 51 百分位至前 75 百分位之院所，RCC 每一個案獎勵 6,000 點；RCW 每一個案獎勵 12,000 點。

(四) 修訂支付標準第五部第一章居家照護收案條件及各類安寧療護失智症收案條件案（詳附件 8，P149-P200）。

決議：

1. 同意居家照護收案條件由「清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上」修改為「清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，或因疾病特性致外出就醫不便」。

2. 同意各類安寧療護「老年期及初老期器質性精神病態」修改為「失智症」，收案條件明訂為 CDR3 分或 FAST7C 以上等臨床條件；另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之「極重度失智」增列「FAST 7 分以上」。

伍、臨時提案：無。

陸、散會：下午 5 時 00 分

柒、與會人員發言實錄（詳附件 9，P201-P262）

第三部 牙醫

通則：

一、醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目。

二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。

三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。

- (一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：
- 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。
 - 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第7項範圍。
 - 3.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

- 1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。
- 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。
- 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。
- 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。
- 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、[92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B](#)。
- 6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項。
- 7.符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之適用對象，計畫醫師於院所執行轉診醫療則不限科別得轉診加成。

(三)轉診加成規範：

1. 轉診加成同一療程之適用範圍：自轉診收治日起一百八十天內；同一療程之診療項目於同療期間皆予以加成。

2. 轉診加成轉出及接受轉診之醫師規範：

(1) 轉出及接受轉診不得為同一醫師。

(2) 基層院所可接受轉診之專科醫師互轉規範：

A. 非附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則之適用鄉鎮，同專科同層級可受理轉診，但不予以給付加成，不同專科不受此限制。但若該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師則不在此限。

B. 附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則之適用鄉鎮，同層級可受理轉

診，但不予以給付加成。

3. 同一病人之轉出每次限轉診一種科別。

4. 基層院所專科醫師接受同一病人轉診加成，九十天內僅以一次為限。

(四)(二)轉診單開立後三個月內應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

四、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。

五、「高齡患者根管治療難症處理」：治療七十歲以上病人申報第三章第二節根管治療之90001C-90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C處置治療項目，得加計百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加計百分之六十。

六、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表3.3.3)辦理核付。

七、牙周炎病人收取自費規範：

(一)牙周炎病人治療過程中，醫師若因病人病情特殊需要，應向其詳述理由，經病人同意並簽署自費同意書後，除下列項目及本法第五十一條所定不列入本保險給付範圍項目外，不得再自立名目向病人收取自費；本項自費項目之收費標準，應報請地方主管機關核定：

1.牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠（激進型牙周病患者及頑固型牙周病患者適用）。

2.因美容目的而作的牙周整形手術。

3.牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)。

4.牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病人)。

(二)違反前項規定者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十三條規定辦理外，並自保險人分區業務組通知日之次月起一年內，不得再申報本部第五章「牙周病統合治療方案」相關費用。

八、地區醫院、區域醫院、醫學中心於夜間(晚上九時至隔日早上九時)限牙醫師申報牙醫急診案件(案件分類為12及B6)之本部第三章第四節口腔顎面外科(92004C、92007B、92008B、92010B、92011B、92014C、92015C、92016C、92020B、92025B、92026B、92037B、92038B、92039B、92040B、92044B、92059C、92064C、92065B、92093B、92096C)及第二部第二章第六節治療處置臉部創傷處理(48022C、48023C、48024C)之處置費，加計百分之五十。若經西醫急診照會牙科，由牙醫師申報上述醫令項目亦加計百分之五十，費用由牙醫門診總額支應。

九、離島地區牙醫基層診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

附表 3.3.4 通則三之(一)第 3 項 符合轉診醫師資格之產製名單處理方式

項目	說 明
一、邏輯定義	1.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十以上者。
二、分區	六分區及全國
三、各分科定義	1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、 92021B 、 92022B 、 92053B 、 92054B 、 92067B 、 92068B 、 92069B 、 92070B 、 92097C 、 92098C 、 92161B 。 6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項。
四、計算式	1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡未滿十三歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項 (醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一)醫療費用

1. 申報之總醫療費用點數（含部分負擔）。
2. 下列項目費用，不列入計算：
 - (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。
 - (3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。
 - (4)案件分類為19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。
 - (5)案件分類為19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (6)案件分類為19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。
 - (7)案件分類為A3—牙齒預防保健案件。
 - (8)案件分類為B6—職災代辦案件。
 - (9)案件分類為19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。
 - (10)案件分類為19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)。
 - (11)案件分類為B7—行政協助門診戒菸部份。
 - (12)加成之點數。
 - (13)初診診察費差額。
 - (14)加強感染管制實施方案診察費差額。
 - (15)山地離島診察費差額。
 - (16)牙醫急診診察費差額。
 - (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。
 - (18)[糖尿病患者牙結石清除-全口\(91089C\)、高風險疾病患者牙結石清除-全口\(91090C\)](#)

(二)適用鄉鎮：

1. 台北市、原臺灣省轄內之臺中市、原直轄市之高雄市(不含旗津區)。
2. 該鄉鎮市區(縣轄市)戶籍人口數大於十萬且人口密度大於四千人/平方公里。
3. 保險人每年依上開條件公告適用鄉鎮(區)名單。

註：

1. 台北市【松山區、信義區、大安區、中山區、中正區、大同區、萬華區、文山區、南港區、內湖區、士林區、北投區】
2. 台中市【中區、東區、南區、西區、北區、西屯區、南屯區、北屯區】
3. 高雄市【楠梓區、左營區、鼓山區、三民區、苓雅區、新興區、前金區、鹽埕區、前鎮區、小港區】
4. 鄉鎮市區人口數以內政部統計為準。

(三)前述適用鄉鎮牙醫師如有以下情形，不適用本原則之折付方式：

1. 該分區已結算之最近四季浮動點值之平均值超過 1.05 元，則該年度該分區專任牙醫師不適用本原則之折付。
2. 專科醫師。
3. 該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。

4.除第 1、2、3 項所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫門診總額研商議事會議同意者。

註：以上第 2 項專科醫師，係中華民國牙醫師公會全國聯合會按季提供之轉診加成醫師名單之醫師；牙醫師以同期保險人醫院及基層院所牙醫師數統計為準；第 1、3 項每年公告一次名單。

二、折付方式：以醫師為單位計算各院所各醫師合計折付點數上限，並與院所審查核付點數比較，計算實際核付點數

(一)先計算每位醫師每月申報醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)，點數在五十五(含)萬點以下時維持原費用點數，超過五十五萬點時，則按下列分級予以折付：在五十五-六十五(含)萬點部分乘以0.78，在六十五-七十五(含)萬點部分乘以0.39，在七十五萬點以上部分乘以0.10之方式，計算當月該醫師折付上限總點數。

註 1：各醫師每月申報費用之計算，係於每月底針對已受理並完成轉檔之資料，啟動全國醫師別總費用歸戶，將各院所申報上月費用及當月補送上月以前之補報費用中該醫師申報之點數加計。因故上月執業費用於次月以後申報者(限發生年月費用未曾申報者)，追溯計算費用發生年月該醫師於其他院所執業費用之點數，並按規定加計折算費用，原已完成歸戶計算費用之院所則不予追扣或補付費用。

註 2：全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師 ID 檢核錯誤及醫師以 A 報 B 者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過一次。

(二)前開醫師折付上限總點數，按該醫師在多處院所申報醫療費用比例，計算該醫師在某院所之折付上限點數。

(三)計算各院所各醫師合計折付點數上限(=所有醫師折付上限點數合計+排除項目費用點數)。嗣後，該院所審查核付點數如大於折付點數上限，按折付點數上限核給費用；如小於折付點數上限，則按核付點數核給費用。

三、核付院所費用後，若有申復，致使審查補付點數加原核定點數大於折付點數上限時，以折付點數上限為給付限額。

111 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

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

旨在提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務。

三、實施期間

111 年 1 月 1 日至 111 年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 170,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)為執行目標。

五、預算來源

本計畫全年經費為 7.221 億元，其中：

(一) 6.721 億元由 111 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；另 0.5 億元由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。

(二) 本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。

六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：

(一) 適用範圍及支付標準詳如【附件 1】，除【附件 1】所列項目外，其餘項目按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。

(二) 申請條件：

1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。

2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上（至少 1 位專任醫師）會同

牙科矯正醫師實施。

3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）。

(三) 每點支付金額 1 元。

(四) 申報及審查規定：

1. 申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一) 填報 F4。
2. 服務量不列入門診合理量計算。
3. 服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(五) 申請程序：

1. 參與本計畫提供本項牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)申請，並由牙醫全聯會報送全民健康保險保險人(以下稱保險人)，經各分區業務組核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會，異動時相同，申請書格式如附件 1-1。
2. 保險對象因先天性唇顎裂及顱顏畸形需要齒顎矯正裝置及牙醫醫療服務，應由上述申請醫院向保險人提出事前審查申請，且該個案經保險人分區業務組核定後方可實施本項服務。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。
3. 審查應檢附下列文件或電子檔案：事前審查申請書、病歷影印本、X 光片、治療計畫（包括整個療程費用及時間），如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。
4. 唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正：免事前審查，治療成果(術前術後照片)以抽驗方式審核。

七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：

(一) 適用對象須符合下列條件之一：

屬肢體障礙（限腦性麻痺、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、及重度以上肢體障礙）、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別者）、頑固性(難治型)癲

癱、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)、發展遲緩兒童、失能老人(非屬上述身心障礙者)等身心障礙者。其中：

1. 腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前3碼為343加以認定，餘以主管機關公告之身心障礙類別認定【詳附件2】，符合資格者會於全民健康保險憑證(以下稱健保卡)中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記1，重度者2，中度者3，輕度者4，醫師可據以獲知身心障礙類別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。
2. 失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者(須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本)，其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL) < 60分，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」(以下稱失能老人長照補助辦法)之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。

(二) 提供牙醫醫療服務類型及申請條件：

**院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：

1. 初級照護院所

(1) 院所資格：

- A. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。
- B. 院所須二年內未曾因牙科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)第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2) 醫師資格：

- A. 自執業執照取得後滿1年以上臨床經驗之醫師。

- B.每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由牙醫全聯會認證通過。
- C.醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

2. 進階照護院所

(1)院所資格：

- A.可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。
- B.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）、無障礙空間及設施。
- C.需 2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師。
- D.院所須二年內未曾因牙科有特管辦法第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

- A.2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿 5 年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗。
- B.每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行

計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

C.醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

****醫療團牙醫醫療服務**

1. 由各縣市牙醫師公會協調或協助至少 2 位以上符合本項計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定，含 109 年增設 2 家為限)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材（含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等），方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。
2. 於社區醫療站提供本項計畫之牙醫醫療服務：於全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之社區醫療站，提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之社區醫療站應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。
3. 醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查，醫療費用須帶回執業登記院所申報。
4. 醫師資格：
 - (1) 醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。
 - (2) 自執業執照取得後滿 1 年以上臨床經驗之醫師。
 - (3) 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重

複)；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30 (含) 學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

- (4)醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

5.提供「特定需求者」牙醫醫療服務：

- (1) 服務對象：係指居住於身心障礙福利機構 (不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)或衛生福利部所屬老人福利機構 (或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。

- (2) 院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心或參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院、參與本計畫之進階照護院所且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構 (不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之患者，在患者床邊提供牙醫醫療服務。

(3) 牙醫服務內容及設備：

- A.基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。

- B. 提供特定需求者牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備 (含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。

(三) 費用支付及申報規定：

1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。

(1) 加成支付：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身心障礙患者得加 9 成、重度患者得加 7 成、中度患者（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病患者得加 3 成、輕度患者（含失能老人）得加 1 成；另申報牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付（支付標準編號 91021C、91022C、91023C），不得再依病人身心障礙等級別計算加成費用，其費用由一般服務預算項下支應。

(2) 本計畫不得併報全民健康保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫及全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫支付標準。

(3) 氟化物防齲處理（支付標準編號為 P30002）：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次，重度以上患者每 60 天得申報 1 次。

(4) 醫療團牙醫服務：

A. 得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。

B. 論次項目（支付代碼為 P30001）：每小時 2,400 點（內含護理費），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。

C. 社區醫療站牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。

D. 特定需求者牙醫醫療服務：

a. 得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 2,400 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時

至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。

- b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含訪視)，合計每日達 5 人以上，第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人；每位醫師支援每週不超過 2 日。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。

2. 費用申報之規定：

(1)申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號

(一)填報如下：

A.院所內服務：

非精神疾病者:極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童：FV

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF

B.醫療團服務：

非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN

精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF

發展遲緩兒童：FX

失能老人：L1

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG

C.特定需求者服務：

極重度 FU、重度 FZ

D.社區醫療站服務：

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH

(2)執行特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所，請影印下列證明文件，並黏貼於病歷首頁，以備查驗：

- A.有效之身心障礙手冊（證明）正反面，若為發展遲緩兒童應檢附由健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本。
- B.屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。
- (3)執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄健保卡，就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若患者醫療需求需麻醉科醫師支援時，須依相關規定向當地衛生主管機關辦理支援報備，並將相關資料函送保險人分區業務組核定。
- (4)醫療團牙醫醫療服務之限制如下：（不適用於特定需求者牙醫醫療服務）
- A.每位醫師支援同一機構每週不超過 2 診次。如有支援不同機構，每週合計不超過 4 診次，每月不超過 16 診次。
- B.每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過 3 萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過 3 萬點以上者，超過部分不予支付。
- C.至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過 150 人的單位，每週牙醫排診合計不得超過 3 診次，150 人以上 300 人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過 4 診次，300 人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診 5 診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議討論通過者除外。)
- (5)本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。
- (6)本計畫服務量不納入門診合理量計算。

(四) 申請程序：

參與本計畫提供特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所、醫療團牙醫醫療服務等各項申請應檢附相關資料紙本和電子檔，送牙醫全聯會審查，異動時亦同。

1. 申請為初級照護院所，應檢附下列資料：

- (1)申請書格式如【附件 3】。
- (2)身心障礙教育訓練之學分證明影本。
- (3)牙醫師證書正反面影本一份。

2. 申請為進階照護院所，應檢附下列資料：

- (1)申請書格式如【附件 3】。
- (2)2 位以上（含負責醫師）醫師個人學經歷等相關資料紙本（身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）。
- (3)身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會（包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A4 版面，由左而右，由上而下，（標）楷書 14 號字型，橫式書寫）。
- (4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。
- (5)牙醫師證書正反面影本一份。

3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：(含特定需求者牙醫醫療服務)

- (1)申請書格式如【附件 5】，並應檢附下列資料，書面紙本和電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會：

A.縣市牙醫師公會評估表【附件 6】

B.身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、

維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

(2)每年度結束後 20 日內須繳交醫療團期末報告【附件 8】及醫師個人期末報告【附件 8-1】兩份報告書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，一併函送牙醫全聯會審核，審核不通過或有違規或異常者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得停止延續執行本計畫。

(五) 相關規範

1. 每月 5 日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團(含特定需求者)通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件 7】。
2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】及【附件 5】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。
3. 院所或醫療團對患有智能障礙、自閉症及重度以上身心障礙病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。
4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項：
 - (1)醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查。異動時(包含新增或取消)應於次月 15 日前檢送，並確實

- 完成報備支援程序，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。
- (2)醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。
 - (3)費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須先至健保資訊網服務系統（VPN）登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。
 - (4)醫療團至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。
 - (5)每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。
 - (6)若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。
 - (7)就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依患者身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
 - (8)一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員，提供特定需求者牙醫醫療服務時，一位醫師須搭配至少一位醫護人員。
 - (9)至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或

- 公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位時，必須有老師或熟悉該患者狀況的人陪同就診。
- (10) 所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療紀錄備查，並謹慎為之。
 - (11) 若患者無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
 - (12) 耗材應由看診醫師自備。
 - (13) 治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。
 - (14) 患者所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫患者情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
 - (15) 若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
 - (16) 執行全身麻醉時，醫師及場所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除牙醫不足改善方案施行地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。
 - (17) 執行全身麻醉時，應以患者安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位患者之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。
 - (18) 配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 13】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。
 - (19) 未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。
 - (20) 牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。
 - (21) 提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」。

5. 牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。
6. 首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
7. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位（如：機構、學校或未設牙科之精神科醫院等），應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(<http://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。
8. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。

八、居家牙醫醫療服務：

（一）醫療服務提供者資格：

1. 醫師資格：須為參加本計畫照護院所之醫師，且已修習居家牙醫醫療相關課程。
2. 特約醫事服務機構所屬牙醫師至病人住家提供牙醫醫療服務，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。

（二）收案條件：限居住於住家（不含照護機構）且符合下列條件之一者。

1. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。
2. 出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。

3. 特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙（限腦性麻痺、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、及重度以上肢體障礙）、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別）、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙（須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者）或發展遲緩兒童等。
4. 「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象（以下稱失能老人），並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之病人。

（三）收案及審核程序：

1. 牙醫師對符合條件之病人首次提供牙醫醫療服務（含訪視）前，應先向牙醫全聯會提出申請【附件 15】，經牙醫全聯會核可後，始得至案家提供牙醫醫療服務。為增進牙醫全聯會審核作業，診所及地區醫院之牙醫師得由各縣市牙醫師公會彙整及安排後，向牙醫全聯會提出申請。
2. 牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。

（四）照護內容：

1. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。
2. 提供居家牙醫醫療服務時，應評估病人實際情形後攜帶適當牙科設備。建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備等相關物品。

（五）醫療費用申報、支付及審查原則：

1. 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。

2. 居家牙醫醫療服務抽審時須檢附三年內之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】。

3. 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，案件分類 16，特定治療項目代號(一)請依病人類別填報【極重度 FS、重度 FY、中度 L4、發展遲緩兒童 LE、失能老人 L2、居整病人 LC、出院準備 LD、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LJ】。

(2) 申報居家牙醫醫療服務費時，應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，以醫令類別「4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」填報醫療服務之編號、數量與點數。

(3) 醫療服務費用須帶回執業登記院所申報。

4. 本計畫服務量不列入門診合理量計算。

5. 本計畫服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(六) 給付項目及支付標準：

1. 居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準詳【附件 17】。

2. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含評估訪視)合計每日達 5 人次以上，自第 5 人次起按 6 折支付，每日最多 8 人次為限，且每月以 80 人次為限；每位醫師支援每週不超過 2 日。

(七) 相關規範：

1. 居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 18】。

2. 個案首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)前，牙醫師須檢送申請表【附件 15】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。個案於首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)後，須於次月 20 日前檢送病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】，正本送所屬保險人分區業務組、副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯會確認，得暫停執行居家牙醫醫療服務。

3. 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牙醫醫療照護紀錄留存於案家。
4. 牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身分影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
5. 一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。
6. 牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。
7. 所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄備查。
8. 提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。
9. 牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。
10. 耗材應由醫療院所自備。
11. 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。
12. 提供服務時若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
13. 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
14. 未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，保險人分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。

九、點值結算方式：本計畫預算係按季均分及結算。當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點 1 元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於 0.95 元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。

十、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規定計收。屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第 3 目「特定身心障礙者」或第 4 目「失能老人」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。

十一、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。

十二、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，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，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

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~~3~~4)

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
12090B	淋巴球毒殺試驗 Lymphocytotoxic test		v	v	v	1228
<u>12214B</u>	<u>—單獨檢驗B細胞或T細胞</u> <u>—同時檢測B細胞及T細胞</u> <u>註：</u> <u>1.同時檢測B細胞及T細胞時，不得申報二次12090B。</u> <u>2.活體器官移植及骨髓移植前配對，若同時由多名捐贈者進行本項檢驗，限申報二次。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>2000</u>

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18046)

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
18008C	杜卜勒氏血流測定(週 <u>周</u> 邊血管) Doppler flowmetry (perivascular) 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數150點申報。	v	v	v	v	158

第十三項 超音波檢查 Sonography

通則：須將診斷結果附於病歷，申報費用應檢附報告。(19001-19018)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
19011C	高危險妊娠胎兒生理評估 Fetal biophysical profile 註： 1. 不含杜卜勒檢查及立體組像。 2. 不得同時申報18013C、18014C、18035B、19003C、19010C、19013C。 3. 適應症： (1)各種高危險妊娠情況：子宮內胎兒生長遲滯(IUGR)、糖尿病(DM)、妊娠高血壓症(含慢性高血壓與子癲前症)、羊水異常、 <u>妊娠二十四週後之胎動減少</u> 、其他高危險妊娠狀況等。 (2)胎兒篩檢結果不正常：非反應性 NST、陽性 OCT、產科超音波檢查發現先天胎兒異常、杜卜勒超音波檢查發現胎兒臍帶血流異常及胎兒血管血流異常等。 4. 胎兒生理評估為確認胎兒窘迫的檢查，在妊娠期間若超過兩次須於病歷記載檢查理由。 5. 屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數1500點申報。	v	v	v	v	1900

第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-20044)

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
20043B <u>20045B</u>	巴金森氏症UPDRS動作障礙相關量表之評估 Evaluation of Unified Parkinson's Disease <u>Movement Disorder</u> Rating Scale (UPDRS) in Parkinson's Disease —執行一項量表 —執行二項以上量表 註： <u>1.本項目量表包含：</u> <u>(1)巴金森氏症UPDRS量表。</u> <u>(2)肌張力不全症FMDRS量表。</u> <u>(3)異動症UDysRS量表。</u> <u>(4)斜頸症TWSTRS量表。</u> <u>2.同次就醫執行二項以上量表者，不得拆分申報。</u> <u>3.每位病人每項量表每年限執行申報一次。</u>		v <u>v</u>	v <u>v</u>	v <u>v</u>	520 <u>800</u>

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28046)

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
28039B	支氣管鏡螢光透視檢查（含支氣管鏡檢查費用） Bronchofluoroscopy 註： 1.適應症：支氣管鏡直接目視下不可見之為肺<u>週</u>邊病灶，並經螢光導引定位進行之切片（biopsy）、刷拭（brushing）、沖洗（washing, lavage）。 2.不得與 28006C 支氣管鏡檢查合併申報。		v	v	v	5116
28042B	支氣管內視鏡超音波導引<u>週</u>邊肺組織採檢切片術 EBUS + Peripheral lung transbronchial biopsy 註： 1.不得同時申報28006C、33103B及28040B。 2.申報時須檢附當次病理報告。 3.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	13476

第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30526)

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
30521B	乙醯膽鹼刺激皮膚發汗測試 Acetylcholine stimulated skin perspiration test 註：適應症： 1.皮膚排汗異常。 2.異位性皮膚炎。 3.交感神經病變或副交感神經病變、糖尿病引起神經病變、 週 <u>周</u> 神經病變、及其他不明原因之神經病變引發的排汗功能異常。		v	v	v	450

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X 光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33145、P2101-P2104)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
33113B	經頸靜脈肝內門脈系統靜脈分流術 Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt 註： 1.施行本項之醫院及醫師資格如下： (1)具放射線專科醫師且實際從事介入性放射線治療之主治醫師以上資格。 (2)施行醫師應接受二年以上肝膽系統之血管攝影及血管系統之介入性放射線醫療訓練。 (3)須報經保險人同意後實施，且醫院及主持醫師資格有變更時應重新報保險人核備。 2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申報事前審查： (1)經內視鏡或內科治療無法控制之急性或再發之胃、食道靜脈曲張出血。 (2)經食道內視鏡或經積極內科治療無改善之肝硬化合併大量腹水。(3)頑固性大量腹水或經藥物治療無法改善之腹水所導致之併發症(如：腎衰竭、腦病變、或電解質不平衡等)。 (4)(3) Budd-chiar syndrome。 <u>(4)RTPS/RUPS 組另計。</u> 註：本項治療屬於替代性或選擇性之第二線治療方式。		V	V	V	20250 <u>31570</u>

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~47107)

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
47012B	週 周邊動脈導管置入術 Peripheral arterial line insertion 註：提升兒童加成項目。		√	√	√	842

二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035)

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
48001C	淺部創傷處理 Wound treatment					
48002C	— 傷口長小於五公分者 <5cm	√	√	√	√	420
48003C	— 傷口長五至十公分者 5-10cm	√	√	√	√	562
48003C	— 傷口長大於十公分者 >10cm	√	√	√	√	739
	註：1.切傷、刺傷、割傷或挫減傷之複診患者依48011C-48013C申報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。 <u>3.除於病歷註明處置日期、部位及大小，應有繪圖說明或處置前後彩色照片備查。</u>					
48004C	深部複雜創傷處理 Debridement					
48005C	— 傷口長小於五公分者 <5cm	√	√	√	√	2419
48005C	— 傷口長五至十公分者 5-10cm	√	√	√	√	3043
48006C	— 傷口長大於十公分者 >10cm	√	√	√	√	4792
	註： 1.指創傷深及肌肉、神經、肌腱、骨膜時之處理。 2.含縫合、接紮、擴創處理。 3. 申報費用時，請 除於病歷註明處置日期、 和 部位及大小， 並附 <u>應有繪圖說明或處置前後彩色照片</u> 或繪圖說明備查。 4.會陰部位擴創術按48006C申報。 5.屬西醫基層總額部門院所，48004C以原支付點數2016點申報，48005C以原支付點數2536點申報，48006C以原支付點數3993點申報。					

三、大腸肛門處置 Colonand Anus Treatment (49001-490301)

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
49031B	<u>留置性導便裝置</u> <u>Fecal incontinence diversion</u> <u>註：</u> <u>1.限住院病人符合適應症：深度二度以上之大面積燒傷同時包含下肢或會陰部燒傷，且大便失禁者。</u> <u>2.禁忌症：</u> <u>(1)疑似或證實有直腸黏膜損傷，例如嚴重直腸炎、缺血性直腸炎、黏膜潰瘍。</u> <u>(2)一年內曾經接受直腸手術。</u> <u>(3)有任何直腸或肛門損傷。</u> <u>(4)有大小顯著的痔瘡及/或症狀。</u> <u>(5)有直腸或肛門狹窄或壞死。</u> <u>(6)有疑似或證實的高低位乙狀結腸或直腸／肛門腫瘤。</u> <u>3.執行頻率：同次住院第二次申報需與前次至少間隔二十八天。</u> <u>4.大便失禁套件另計。</u>		Y	Y	Y	485

四、泌尿系統處置 Urinary Treatment (50001-50036)

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
50023B	尿路結石體外震波碎石術 Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) for urolithiasis 第一次 first time		V	V	V	26920
50024B	第二次 second time 註：1.包括下列項目 including following items (1)治療費 treatment fee (2)一般材料費及特材費（不得再申報電擊棒之特材費用） general material fee & special material fee (3)機器維護費 machine maintenance fee (4)手術費 operation fee 2.第二次係指三十日內實施之第二次。 3.本項以「側」為給付單位，同側不同病灶之部位同日施行治療，以治療乙次計。 4.同日施行兩側治療，另一側以第二次計。 5.三十日內同側第三次以上治療，應檢具X光片專案申請，經保險人同意後施行，費用比照第二次申報。 6.申報費用應檢附當次暨前次實施體外電震波腎臟碎石術（ESWL）紀錄影本憑核。 7.麻醉費得另外申報。		V	V	V	19595

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
	8.完全鹿角結石之第一次治療，須事前專案申請並詳細說明其必要性。 9.醫療機構條件： (1)應為醫院。 (2)應有專任之泌尿科專科醫師二名以上；離島地區醫療機構應有一名專任之泌尿科專科醫師，另一名泌尿科專科醫師得以兼任方式為之。 (3)應有下列經皮腎結石取石術及輸尿管鏡碎石手術設備： A. X光透視機 B.腎臟鏡 C.輸尿管鏡 D.至少一種經內視鏡碎石機（如氣動式撞擊碎石機超音波碎石機、雷射碎石機、電擊碎石（electrohydraulic lithotripter））。 10.操作醫師資格：應具泌尿科專科醫師資格，並符合下列條件： A.(1)實際操作體外震波碎石機五十例以上之經驗，經服務醫院審查通過，發給證明文件。 B.(2)依操作機型，應有下列相關訓練： A.操作 X 光線定位機型，應有輻射安全證書或輻射防護訓練證明。 B.操作超音波定位機型，應有泌尿系統超音波訓練證明。 <u>11.適應症符合下列任一條件：</u> <u>(1)輸尿管結石 0.5 公分以上。</u> <u>(2)輸尿管結石未滿 0.5 公分且併有明顯阻塞性腎水腫、重複感染或重複腎絞痛者。</u> <u>(3)腎臟結石或腎盂結石 0.5 公分以上且 2.0 公分以下。</u>					

九、婦科處置 GYM & OBS Treatment (55001-550257)

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
55026C	<u>陰道止血處置</u> <u>—冷凍或電燒</u> <u>Cryosurgery or electrosurgery for vaginal bleeding</u> <u>註：</u> <u>1.適應症：陰道經初步處置後仍顯著出血，而需要使用電</u> <u>燒、冷凍來止血。</u> <u>2.限婦產科專科醫師申報。</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>671</u>
55027C	<u>—藥物止血</u> <u>Topical treatment for vaginal bleeding</u> <u>註：</u> <u>1.適應症：陰道經初步處置後仍顯著出血，而需要使用藥物</u> <u>治療來止血。</u> <u>2.限婦產科專科醫師申報。</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>200</u>

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56043)

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
56037B	深部腦核電生理定位 Intraoperative Microelectrode recording of basal ganglia <u>註：（須符合下列條件之一）</u> 1. 限 治療巴金森病深腦刺激電極植入使用。 2.清醒開顱手術 亦得申報，且 須符合下列事項： (1)須檢附術中電生理報告。 (2)不得同時申報支付標準編號56018B。 (3)限神經外科、神經內科或復健科專科醫師施行。 3. <u>原發性肌張力不全(Primary Dystonia)經藥物、肉毒桿菌注射等非手術治療一年以上無效者。</u> 4. <u>遲發性肌張力不全(Tardive dystonia)經藥物、肉毒桿菌注射等非手術治療一年以上無效者，且由二位以上神經外科、神經內科、小兒神經科或復健科專科醫師評估適合接受DBS治療，並經事前審查同意。</u>		v	v	v	20081

第四項 眼科雷射治療 Ocular Laser Therapy (60001-60016)

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
	週 周邊(局部)網膜雷射術 Focal laser for peripheral retina					
60005C	— 初診 first visit	v	v	v	v	4330
60006C	— 複診 return visit	v	v	v	v	2180

第七節 手術

第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001~64281)

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
64029B	股骨頸骨折開放性復位術 Open reduction for fracture of femoral neck 註：包含股骨粗隆間或股骨粗隆 週 <u>邊</u> 骨折 including intertrochan or peritrochanteric fracture。		v	v	v	12000

第六項 心臟及心包膜(68001-68057)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
68034B	心臟摘取 Heart procurement		v	v	v	21166
68035B	心臟植入 Heart implantation a.註： b.1.施行診療項目68034B、68035B 手術之醫院及醫師條件如下： (1)醫院條件： A.須為「中華民國心臟醫學會」及「台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。 B.應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。 (2)醫師條件： 手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。 2.施行診療項目68035B之適應症如下，並應由醫院申報事前審查： (1)心臟衰竭且Maximal VO2<10ml /kg/min者。 (2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO2<14ml/kg/min者。 (3)心臟衰竭核醫檢查LVEF<20%，經六個月以上藥物(包括ACE inhibitors、Digoxin、 Diuretics等)治療仍無法改善者；如有重度二尖瓣閉鎖不全，經核醫檢查LVEF<25%者。 (4)嚴重心肌缺血，核醫檢查LVEF<20%，經核醫心肌灌注掃描及心導管等檢查，證實無法以傳統冠狀動脈繞道手術治療者。 (5)紐約心臟功能第四度，持續使用Dopamine或Dobutamine>5µg/kg/min七天以上，經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m²者。 (6)心臟衰竭已使用ECMO、VAD等心臟輔助器且無法斷離者。	v	v	v	183312	

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
	(7)復發有症狀的心室性不整，無法以公認有效的方法治療者。 (8)其他末期心臟衰竭，無法以傳統手術方法矯正者。 <u>(9)年齡七十歲以上需專案申請核准。</u> c.3.施行診療項目68035B之禁忌症： (1)年齡六十五歲以上(年齡超過者需專案申請核准)。 (2)(1)有明顯感染者。 (3)(2)愛滋病帶原者，應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。 (4)(3)肺結核經證實者。 (5)(4)惡性腫瘤患者。 (6)(5)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。 (7)(6)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。 (8)(7)A B O血型與捐贈者不相容者。 (9)(8)嚴重肺高血壓，經治療仍大於6 Wood Unit者，不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。 (10)(9)肝硬化或GPT在正常兩倍以上，且有凝血異常者。 (11)(10)中度以上腎功能不全者(Creatinine > 3.0mg/dl或Ccr<20ml/min)(需同時故腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。 (12)(11)嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted或FEVI/FVC<40% of predicted)。 (13)(12)活動性消化性潰瘍患者。 (14)(13)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。 (15)(14)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。 (16)(15)藥癮患者。 4.不得加計急診加成。 5.心臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、手術材料費由保險人給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。 6.一般材料費及器官保存液費用，得另加計百分之七十八。					

第十三項 女性生殖

三、陰道 Vagina (80001-80038)

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
80036C	陰道息肉或肉芽組織切除術 Excision of vaginal granulation tissue or polypectomy 註： 1.適應症：子宮切除或陰道生產後產生陰道息肉或肉芽組織。 2.限婦產科專科醫師申報。 3.同處病灶不得同時申報 55025C。 4.一般材料費，得另加計百分之四十六。	√	√	√	√	411
80037C	——併冷凍或電燒止血 註： 1.適應症：子宮切除或陰道生產後產生陰道息肉或肉芽組織，處置時發生陰道出血，經初步處置後仍顯著出血，而需要使用電燒、冷凍來止血。 2.限婦產科專科醫師申報。 3.同處病灶不得同時申報 55025C。 4.一般材料費，得另加計百分之二十一。	√	√	√	√	925
80038C	——併藥物止血 註： 1.適應症：子宮切除或陰道生產後產生陰道息肉或肉芽組織，處置時發生陰道出血，經初步處置後仍顯著出血，而需要使用藥物來止血。 2.限婦產科專科醫師申報。 3.同處病灶不得同時申報 55025C。 4.一般材料費，得另加計百分之三十二。	√	√	√	√	601

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
85806C	小樑切除術 Trabeculectomy under microscope 註：包括 週 周邊虹膜切除術(peripheral iridectomy)。	√	√	√	√	6939
85808C	週 周邊虹膜切除術 Peripheral iridectomy	√	√	√	√	2951

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
96025B	麻醉恢復照護費 註：1.本項須設有麻醉恢復室之設備且限施行96004C-96008C、96011C、96012C、96017C-96022C、 96029C 、 96030C 者申報（基層院所住院比照申報）。 2.不得申報急診加成。		v	v	v	120
96026B	麻醉前評估 註：1.本項限施行96004C-96008C、96011C、96012C、96017C-96022C、 96029C 、 96030C 者申報(基層院所住院比照申報)。 2.不得另申報會診費。 3.不得申報急診加成。		v	v	v	180

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14083)

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
14082BC	人類免疫缺乏病毒抗原及抗體複合型試驗 HIV Ag/Ab Combo Test 註： <u>1.不得同時申報14049C。</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>	V	V	V	V	320

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，或除病人同意使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」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、

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
	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)

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)

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
	+(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)

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

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(不含精神病人、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. 非前述個案，按(二)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%；實際醫療服務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；實際醫療服務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 (一)至(三)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：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。核實申報診療項目自核實申報迄日之次日起，即應於DRG內申報。核實申報相關規定公布於保險人全球資訊網Tw-DRGs支付標準。

(七)使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依(一)至(三)、(六)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。

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)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數，如附表7.3。例如：一

百十年下半年及一百十一年上半年公告之參數，係以一百零九年度申報資料計算，並分別於一百十一年上、下半年度適用。

- (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應出調整後之支付點數，故進行醫療服務點數差額校正，將調整前後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調整前後差值點數，校正 DRG 相關參數。

十四、DRG 案件使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」之「全民健保尚未納入給付特材品項表」(下稱品項表)所列特材，保險醫事服務機構收費及健保申報方式如下：

- (一)病人同意使用符合品項表之特材，保險醫事服務機構應依醫療法第二十一條規定辦理。
- (二)如收取特材自付費用，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布之「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、收取特材自付費用總金額；被替代之健保給付特材品項代碼、單價、數量及支付點數。
- (四)品項表特材收取之特材自付費用金額，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。

附表 7.3 11~~12~~年~~7~~1月至~~12~~6月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表

註:

1. 本表每 1 權重之標準給付額(SPR)為 ~~49,192~~ 51,787 點，係以一百 ~~零九~~十 年一至十二月醫院住院符合 DRG 範圍申報資料(已校正一百 ~~零九~~十 年起支付標準調整及一百十年特材價格調整)及支付通則規定辦理。
2. 無權重者(計 ~~六十六~~ 七十 項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
3. 註記*者(計一百九十~~四~~三項)為去極值後個案數小於二十件，依支付標準通則暫以核實申報醫療服務點數。
4. 邏輯註記●者(~~五十四~~ 四十八項)為該組 DRG 違反單向邏輯已校正後之權重。
5. 下限臨界點採實際醫療點數之 2.5 百分位計算；上限臨界點為醫療點數之各 DRG90 百分位。
6. DRG513 支付點數以「標準給付額」x「權重」計算，不得加計各項加成或其他另行加計之醫療點數。
7. 資料期間：一百 ~~零九~~十 年一至十二月；製表日期：一百十一年~~三~~八月~~二十~~七日。

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
PRE	1	10301	-	*		-	-	-
PRE	2	10302	-	*		-	-	-
PRE	3	48301	2.9603			16	29,890	361,645
PRE	4	48302	2.0582			11	19,438	244,941
PRE	5	48001	25.4562			23	802,692	1,985,337
PRE	6	48002	16.6616			21	721,893	1,096,633
PRE	7	48101	8.9822	*		24	142,686	829,356
PRE	8	48102	8.7370	*		21	34,355	795,687
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	-	*		-	-	-
PRE	11	48201	2.8136		●	13	29,605	289,773
PRE	12	48202	2.8136		●	12	25,483	385,500
PRE	13	512	15.7372	*		17	122,539	1,059,915
1	1	00201	3.9886			15	60,026	412,488
1	2	00202	2.6367			9	51,478	276,549
1	3	00101	4.7211			13	54,055	496,823
1	4	00102	4.5041			8	47,781	463,854
1	5	00301	4.9989			12	50,961	553,250
1	6	00302	3.8267			9	52,459	493,219
1	7	00401	2.5474			8	33,822	246,973
1	8	00402	2.0860			5	33,121	179,944
1	9	00501	2.6788		●	6	49,764	263,857
1	10	00502	2.6788		●	4	68,506	226,036
1	11	00601	0.4322			2	9,858	39,109
1	12	00602	0.3466			2	9,761	26,796

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	13	00701	-	*		-	-	-
1	14	00702	2.3852			9	47,387	243,706
1	15	00703	1.1613			4	15,584	160,279
1	16	00704	1.3719			6	18,783	185,707
1	17	008	0.7972			3	16,924	157,960
1	18	00901	0.5922			6	4,972	80,043
1	19	00902	0.3455			4	4,075	34,623
1	20	00903	0.5259			6	6,329	70,921
1	21	00904	0.3498			4	2,959	36,473
1	22	00905	0.8342			8	1,606	85,810
1	23	01001	0.7279			5	6,961	77,676
1	24	01002	0.7388			5	4,083	73,949
1	25	01101	0.5340			3	3,994	58,392
1	26	01102	0.5628			3	4,494	51,492
1	27	01201	0.7916			7	6,235	93,826
1	28	01202	0.8159			6	5,910	92,939
1	29	01203	0.6356			4	5,578	65,864
1	30	01301	0.8770			6	12,199	96,462
1	31	01302	0.6784			4	6,082	77,037
1	32	01303	1.0683			6	4,579	137,416
1	33	01304	0.8032			5	4,217	95,721
1	34	01401	1.4090			12	13,357	154,669
1	35	01402	0.8938			7	8,657	98,164
1	36	01403	1.2285			10	19,053	145,151
1	37	01404	0.7136			6	14,835	68,571
1	38	01405	1.0753			9	15,749	125,976
1	39	01406	0.6882			6	13,382	64,973
1	40	01501	0.6677			4	10,295	67,061
1	41	01502	0.5682			3	6,761	47,039
1	42	01503	0.7522			5	10,460	87,866
1	43	01504	0.5840			3	13,104	47,923
1	44	01505	0.5936			5	9,699	54,678
1	45	01506	0.4721			4	8,254	40,756
1	46	01601	0.9305			8	9,868	112,289
1	47	01602	0.7179			5	11,213	87,310
1	48	01701	0.6297			5	5,393	65,821
1	49	01702	0.4736			3	8,087	41,505
1	50	018	0.7453			5	5,811	86,031

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	51	019	0.5505			4	4,087	55,162
1	52	02001	1.7010			11	8,998	204,598
1	53	02002	1.1714			8	7,325	137,578
1	54	02003	2.2180			13	21,775	275,509
1	55	02004	1.4151			9	12,204	163,619
1	56	02101	1.4833			12	30,034	136,783
1	57	02102	1.1483			10	12,298	96,724
1	58	02103	1.6853			11	6,118	188,100
1	59	02104	1.0709			9	7,160	100,337
1	60	02201	0.6508			6	6,286	98,989
1	61	02202	0.5470			4	4,838	78,850
1	62	02301	0.8352			7	4,586	101,123
1	63	02302	0.3788			4	4,750	41,962
1	64	024	0.8661			7	7,594	107,315
1	65	025	0.4425			4	3,548	48,615
1	66	02601	0.5838			4	6,733	84,983
1	67	02602	0.3744			3	4,552	44,406
1	68	02701	1.0343			8	5,451	146,350
1	69	02702	0.5202			5	4,634	64,753
1	70	02801	0.7927			6	3,769	103,798
1	71	02802	0.8254			6	5,205	108,872
1	72	02803	0.3323	*		4	2,617	38,397
1	73	02901	0.4459			4	3,402	55,639
1	74	02902	0.4588			4	4,474	56,326
1	75	02903	0.2375	*		3	4,141	24,688
1	76	03001	0.3748	*	●	4	5,340	20,954
1	77	03002	0.3748		●	4	5,201	51,608
1	78	03003	0.9219			6	7,372	109,960
1	79	03004	0.4229			4	3,702	50,720
1	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	-	*		-	-	-
1	82	031	0.3398			4	3,001	37,459
1	83	032	0.2147			3	2,699	20,981
1	84	03301	0.3600			4	4,669	49,873
1	85	03302	0.1737			2	2,583	17,356
1	86	034	0.7628			6	6,052	99,634
1	87	035	0.4719			3	3,899	51,264
2	1	03701	1.2821			4	25,815	126,520

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	2	03702	1.0722			3	26,601	112,047
2	3	03703	-	*		-	-	-
2	4	03704	0.9458	*		4	49,376	54,213
2	5	03705	0.8595			5	21,753	80,965
2	6	03706	1.7724			5	38,498	157,848
2	7	03707	1.0204			4	33,400	83,548
2	8	04001	0.5894			2	14,867	54,749
2	9	04002	0.5096			3	7,758	51,614
2	10	04003	-	*		-	-	-
2	11	04004	-	*		-	-	-
2	12	04101	0.4820			2	15,576	36,724
2	13	04102	0.3816	*		1	14,457	33,756
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.4443			2	38,524	103,087
2	17	03602	0.4927	*		2	4,825	80,929
2	18	04201	1.0880			4	16,973	84,920
2	19	04202	0.4453			3	8,098	35,864
2	20	03901	2.4716			2	80,348	226,027
2	21	03903	1.1525			2	20,559	70,778
2	22	03902	2.0197			5	42,891	133,844
2	23	03904	1.0189			1	35,408	57,661
2	24	03905	0.5035			1	21,258	29,737
2	25	03906	0.5755	*		2	16,250	45,797
2	26	03801	0.9434	*		4	21,287	85,067
2	27	03802	0.4435	*		4	11,785	34,475
2	28	04301	-	*		-	-	-
2	29	04302	0.2008	*		5	5,312	14,469
2	30	04401	0.6151			8	8,370	74,814
2	31	04402	0.3512			6	5,571	40,359
2	32	04501	0.6139			5	9,348	58,251
2	33	04502	0.4898			4	6,238	48,928
2	34	046	0.4849			5	2,601	55,464
2	35	047	0.3242			3	2,363	38,506
2	36	048	0.2908			3	2,829	31,865
3	1	04901	4.6347			13	57,067	443,758
3	2	04902	1.8985			4	30,901	187,247
3	3	06101	0.6494	*		2	9,998	66,096

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	4	06102	0.3944			2	10,051	31,977
3	5	062	0.4947			1	15,289	35,993
3	6	05301	0.9015			3	26,229	79,386
3	7	05302	0.8652			3	26,148	70,819
3	8	05401	1.3688	*		6	41,431	270,115
3	9	05402	0.9631			3	28,992	77,761
3	10	05701	0.8344			4	10,238	49,505
3	11	05702	0.5051			3	9,920	30,953
3	12	058	0.8348			2	23,360	50,300
3	13	052	1.4096			3	36,862	100,242
3	14	168	0.8860			4	14,864	79,209
3	15	169	0.6964			3	15,534	56,665
3	16	05601	0.6073		●	3	20,050	45,261
3	17	05602	0.6073		●	3	17,630	55,269
3	18	05001	1.1134			4	30,185	82,553
3	19	05002	1.0048			3	27,372	73,345
3	20	05101	1.7296	*		16	39,984	313,377
3	21	05102	0.6717			3	5,997	62,472
3	22	05501	2.2086	*	●	6	64,811	331,108
3	23	05502	2.2086	*	●	6	29,158	208,317
3	24	05503	0.7556			2	24,456	43,487
3	25	05504	0.7160			2	23,614	40,907
3	26	05505	0.6880			2	16,667	41,855
3	27	05506	0.5435			2	17,888	32,304
3	28	059	0.5146			3	22,198	30,044
3	29	060	0.6523			2	21,828	39,393
3	30	06301	1.6253			6	26,627	163,549
3	31	06302	0.8659			3	21,342	76,010
3	32	06401	0.5774	*	●	3	21,869	49,075
3	33	06402	0.5774		●	2	10,057	41,503
3	34	065	0.3770			4	3,883	36,859
3	35	06601	0.4184			4	4,768	45,514
3	36	06602	0.2502			3	3,339	28,287
3	37	06701	0.5296			5	5,790	59,047
3	38	06702	0.3059			4	5,390	26,830
3	39	068	0.3990			5	5,482	43,450
3	40	069	0.2578			4	3,910	25,731
3	41	070	0.2911			4	6,391	26,741

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	42	071	0.3033			3	6,204	28,498
3	43	072	0.3152			2	3,267	24,504
3	44	07301	0.6040			6	5,081	64,855
3	45	07302	0.4243			4	4,793	39,191
3	46	07401	0.6001			4	6,016	91,720
3	47	07402	0.4200			3	7,176	42,565
3	48	18701	0.5163			5	10,628	46,718
3	49	18702	0.4109			4	8,738	35,962
3	50	18703	0.4875			2	13,159	41,843
3	51	185	0.4008			4	3,615	44,133
3	52	186	0.3214			4	6,274	29,800
4	1	07501	3.2093			12	58,276	318,114
4	2	07502	2.4466			7	43,595	220,029
4	3	07503	2.7987			8	66,624	254,160
4	4	07504	2.1967			5	73,275	172,846
4	5	07601	1.5529			8	25,788	205,384
4	6	07602	2.8442			5	93,445	224,826
4	7	07603	1.9896			12	21,439	252,462
4	8	07701	0.7975			4	21,326	87,235
4	9	07702	2.7250			5	98,086	206,605
4	10	07703	1.0583			4	12,616	119,798
4	11	47501	2.6095			14	38,965	270,426
4	12	47502	1.9912			10	21,876	196,309
4	13	07801	1.1315			8	13,279	130,659
4	14	07802	0.8904			6	9,368	98,966
4	15	07901	1.4588			12	13,754	164,729
4	16	07902	1.0800			10	13,842	121,408
4	17	07903	1.2572			12	20,172	134,569
4	18	07904	1.4972			10	16,324	191,756
4	19	07905	1.0899	*		11	17,537	117,978
4	20	08001	1.1672			10	10,707	116,456
4	21	08002	0.7276			8	10,002	75,385
4	22	08003	0.9145			10	14,464	93,736
4	23	08004	-	*		-	-	-
4	24	08005	0.3486	*		4	4,374	25,969
4	25	08101	1.6433	*		11	24,450	195,673
4	26	08102	0.8663	*		8	20,004	82,506
4	27	08103	1.4782			8	7,504	228,058

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	28	08104	0.5636			4	9,914	66,308
4	29	08105	0.9344			6	8,763	205,475
4	30	08106	0.3967			4	7,771	34,974
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	-	*		-	-	-
4	33	08109	0.7322	*		4	8,815	41,935
4	34	082	0.4704			3	3,658	50,946
4	35	08301	0.6249			7	4,069	78,507
4	36	08302	0.4228			5	5,175	47,478
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.2400	*		5	11,095	15,781
4	39	08402	0.2563			4	3,924	25,584
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	0.8965			8	10,787	99,980
4	42	086	0.6255			5	6,416	64,822
4	43	08701	1.5031			11	15,826	166,885
4	44	08702	0.7017			5	4,833	88,383
4	45	08703	0.7390			6	7,470	85,365
4	46	08704	0.5377			5	6,011	65,559
4	47	08801	0.7586			8	10,203	82,561
4	48	08802	0.5190			6	8,265	51,645
4	49	089	0.9286			9	12,311	104,713
4	50	090	0.5881			6	7,479	63,359
4	51	09101	0.4365			5	8,497	41,417
4	52	09102	0.3258			4	7,594	28,648
4	53	092	0.7153			5	4,390	92,294
4	54	093	0.5094			4	2,801	58,481
4	55	094	0.4804			5	5,730	57,787
4	56	095	0.2941			4	3,517	30,663
4	57	09601	0.6138			7	7,391	64,790
4	58	09602	0.5334			6	6,436	59,203
4	59	09701	0.4377			6	4,107	45,153
4	60	09702	0.3124			4	3,881	29,646
4	61	09801	0.3390			4	6,301	32,558
4	62	09802	0.2710			3	5,257	26,050
4	63	09803	0.4243			5	8,527	41,457
4	64	09804	0.3541			4	6,884	34,100
4	65	09901	0.3886	*		5	2,878	50,887

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	66	09902	0.5270			5	6,013	63,496
4	67	09903	0.5533			5	6,936	64,535
4	68	10001	0.3136			3	3,227	40,652
4	69	10002	0.3842			3	4,005	36,283
4	70	10003	0.3756			4	4,960	40,071
4	71	10101	0.5600			4	4,192	71,995
4	72	10102	0.6704			5	5,584	88,188
4	73	10103	0.3877			5	4,773	44,771
4	74	10104	-	*		-	-	-
4	75	10105	-	*		-	-	-
4	76	10106	0.6645			5	5,105	102,480
4	77	10201	0.3290			3	3,792	36,748
4	78	10202	0.4833			3	3,019	52,464
4	79	10203	0.2740			3	2,862	29,158
4	80	10204	-	*		-	-	-
4	81	10205	-	*		-	-	-
4	82	10206	0.4597			3	6,025	48,642
5	1	10401	9.3755			17	332,821	580,416
5	2	10402	11.0580		●	20	452,100	770,235
5	3	10403	11.0580	*	●	19	527,385	844,533
5	4	10409	8.6174			17	364,188	534,968
5	5	10410	8.4055			16	309,069	509,913
5	6	10404	7.2600			15	149,780	481,157
5	7	10405	-	*		-	-	-
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	13.4138			10	472,809	822,966
5	10	10408	11.7694			7	189,008	701,327
5	11	10501	9.5258			15	311,769	594,757
5	12	10502	9.7795			17	381,077	592,074
5	13	10503	9.6790	*		14	423,943	749,070
5	14	10509	8.2577			16	278,292	477,959
5	15	10510	7.2498			13	292,215	436,659
5	16	10504	6.7579			13	198,822	468,397
5	17	10505	10.7575	*		30	579,175	784,852
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	10.7675			7	123,711	696,083
5	20	10508	10.5194			5	30,272	614,760
5	21	10801	10.2347			12	208,010	652,561

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	22	10802	6.7252			3	160,420	401,444
5	23	10601	9.2450	*	●	14	372,790	675,096
5	24	10602	9.2450	*	●	14	491,447	594,525
5	25	10603	9.5270			17	385,507	648,565
5	26	10604	9.2050			14	436,211	570,156
5	27	10701	8.5486			17	309,733	525,056
5	28	10901	8.1316			14	279,105	483,997
5	29	10702	7.0072			15	246,986	451,203
5	30	10902	6.8718			13	226,948	436,135
5	31	11001	9.7349	*		16	187,338	629,408
5	32	11005	6.4035			7	29,050	368,199
5	33	11002	3.1683		●	8	14,912	183,196
5	34	11006	2.6266	*	●	2	68,644	177,511
5	35	11003	4.6275		●	8	28,408	308,091
5	36	11004	5.1633			8	173,803	399,755
5	37	11101	9.5037			15	245,219	600,119
5	38	11105	5.2797	*		14	57,218	365,693
5	39	11102	3.1683		●	3	9,738	209,418
5	40	11106	2.6266		●	2	59,622	167,441
5	41	11103	4.6275		●	5	35,692	292,266
5	42	11104	-	*		-	-	-
5	43	11301	2.1959			13	32,972	162,477
5	44	11302	1.5498			9	28,163	88,129
5	45	11501	7.9261			6	128,828	478,359
5	46	11502	7.2494			5	110,593	466,582
5	47	11601	2.4052			3	88,920	192,432
5	48	11602	3.3424			3	107,810	274,230
5	49	11603	3.2911			5	128,897	236,420
5	50	11604	2.6981			4	97,906	208,109
5	51	11605	5.5875			5	109,152	495,175
5	52	47801	4.2893			8	71,720	244,029
5	53	47802	1.6265			4	23,765	113,075
5	54	47803	1.9834			4	26,170	133,452
5	55	47804	3.9075			5	45,040	386,359
5	56	47901	4.0803			6	68,029	260,967
5	57	47902	1.5689			4	20,805	89,095
5	58	47903	1.9731			3	29,891	142,664
5	59	47904	2.7193			3	37,162	283,079

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	60	11201	3.4424			3	85,936	230,129
5	61	11202	2.6233			2	73,591	166,878
5	62	11203	3.2492			3	103,909	199,485
5	63	11205	3.8789			3	116,815	252,982
5	64	11206	3.0287			2	98,765	180,715
5	65	11204	1.7015			2	19,774	95,591
5	66	11401	1.0952			7	17,854	65,082
5	67	11402	0.6891			4	14,368	40,068
5	68	11801	2.6686			3	111,240	149,675
5	69	11802	2.4022			2	110,005	136,108
5	70	11803	1.9334			3	77,593	114,848
5	71	11804	1.8863			2	76,765	109,336
5	72	11701	1.8028	*		4	19,004	88,115
5	73	11702	0.9789	*		4	16,329	62,444
5	74	11901	0.6848			2	20,383	41,542
5	75	11902	0.5580			2	15,588	33,875
5	76	12001	1.4611			9	18,945	105,772
5	77	12002	1.0413			5	14,935	62,806
5	78	12101	1.4594			5	25,948	100,042
5	79	12102	1.3194			6	14,416	83,746
5	80	12201	1.0297			3	23,872	70,998
5	81	12202	1.1925			5	9,613	69,497
5	82	12301	-	*		-	-	-
5	83	12302	-	*		-	-	-
5	84	124	1.0679			3	21,116	66,468
5	85	125	0.7456			2	20,545	43,399
5	86	126	1.4670			17	19,115	156,797
5	87	12701	-	*		-	-	-
5	88	12702	0.7268			7	9,046	84,065
5	89	12801	0.8388			5	9,219	50,708
5	90	12802	0.7285			3	8,444	41,942
5	91	129	2.2238			9	14,615	134,650
5	92	13001	1.2373			7	10,082	105,299
5	93	13002	0.9867			6	7,317	62,087
5	94	13101	0.8303			5	7,532	65,728
5	95	13102	0.7930			4	4,835	49,059
5	96	132	0.5679			4	5,042	37,784
5	97	133	0.3751			3	3,596	26,187

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	98	13401	0.5210			4	7,032	38,469
5	99	13402	0.4085			3	5,339	27,595
5	100	135	0.6375			4	6,594	38,339
5	101	136	0.4431			3	4,659	31,040
5	102	13701	3.7676			3	5,247	288,217
5	103	13702	1.9663			2	4,619	159,734
5	104	13801	2.0380			7	10,338	118,819
5	105	13802	0.6846			4	6,786	44,393
5	106	13803	0.6212			4	7,168	43,703
5	107	13804	1.4717			7	38,385	99,781
5	108	13805	1.2099			6	29,669	102,951
5	109	13901	0.4232	*		3	5,243	55,514
5	110	13902	0.4530			3	7,221	33,526
5	111	13903	0.3907			3	5,328	27,394
5	112	13904	1.0708			4	19,780	77,341
5	113	13905	0.9193			5	14,531	77,918
5	114	14001	0.5390			4	6,351	36,314
5	115	14002	0.3771			3	4,490	25,270
5	116	141	0.5514			4	8,272	38,365
5	117	142	0.4353			3	5,218	29,458
5	118	143	0.3983			3	3,943	27,058
5	119	14401	0.9445			5	6,694	65,888
5	120	14402	0.9580			6	11,240	81,264
5	121	14403	0.5737			4	6,194	40,940
5	122	14501	0.7744			2	6,475	48,630
5	123	14502	0.6503			3	6,717	50,233
5	124	14503	0.4643			3	4,903	33,843
6	1	15401	7.2579	*		20	117,355	578,490
6	2	15402	2.9904			11	28,786	372,077
6	3	15403	2.5755			10	24,466	249,809
6	4	15404	2.9220			12	59,179	310,422
6	5	15501	6.3282	*		14	186,786	540,158
6	6	15502	1.1441			3	24,655	113,706
6	7	15503	1.5975			6	26,647	138,063
6	8	15504	2.0554			7	31,111	187,621
6	9	15601	-	*		-	-	-
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	3.2789	*		12	90,585	335,220

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	12	15604	2.7947	*		7	67,348	225,944
6	13	15605	9.0932	*		23	397,402	589,601
6	14	15606	1.3418	*		6	27,347	76,884
6	15	15607	1.9152			9	44,436	271,194
6	16	15608	1.5257			7	39,688	122,364
6	17	14801	2.8386			12	41,648	290,589
6	18	14802	4.1559			17	43,164	383,867
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	1.1840	*	●	5	33,729	236,442
6	21	14805	1.9309			10	35,647	230,613
6	22	14901	2.4055			9	47,979	192,596
6	23	14902	2.8536	*		12	47,053	342,398
6	24	14903	-	*		-	-	-
6	25	14904	1.1840		●	5	16,131	155,113
6	26	14905	1.8147			9	12,896	176,331
6	27	14601	0.8962			3	23,919	99,887
6	28	14602	1.6666	*		4	20,541	208,860
6	29	14701	0.7007			2	21,844	54,643
6	30	14702	0.7164			2	20,650	58,775
6	31	150	2.4395			10	55,636	252,231
6	32	151	1.5431			6	48,754	127,745
6	33	16401	1.3587			5	45,038	84,708
6	34	16501	1.0810			3	39,099	67,791
6	35	16402	1.3760			7	39,360	94,321
6	36	16502	1.0170			5	33,324	62,767
6	37	16601	1.0891			3	41,066	65,364
6	38	16701	0.9263			3	38,271	56,215
6	39	16602	1.0029			4	34,134	59,804
6	40	16702	0.7828			3	29,645	45,304
6	41	152	1.2755			7	15,690	147,378
6	42	153	0.6016			3	13,528	84,065
6	43	15701	0.6977			4	6,410	45,029
6	44	15702	0.6025			2	19,182	34,182
6	45	15801	0.4356			3	8,008	26,899
6	46	15802	0.4996			2	17,548	28,527
6	47	16101	1.0388			3	38,603	67,211
6	48	16201	0.8455			2	35,411	51,284
6	49	16102	0.7668			2	27,683	45,334

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	50	16202	0.5978			2	22,614	35,024
6	51	159	1.1802			4	34,073	74,431
6	52	160	0.8346			3	30,881	49,970
6	53	16301	-	*		-	-	-
6	54	16302	3.2164	*		18	115,614	241,883
6	55	16303	7.2839			4	47,500	458,127
6	56	16304	4.5805			2	38,448	294,526
6	57	16305	4.0159			2	30,096	270,145
6	58	16306	1.8166			1	27,514	133,573
6	59	170	1.4983			5	22,248	174,673
6	60	171	0.8628			2	29,356	70,130
6	61	17201	0.9102			5	7,052	123,882
6	62	17202	0.7704			5	13,950	82,967
6	63	17203	0.6614			4	5,614	77,488
6	64	17301	0.8339			4	12,071	128,734
6	65	17302	0.4381			3	7,456	42,800
6	66	17303	0.4427			2	4,579	44,720
6	67	17401	1.1124			7	10,795	121,696
6	68	17402	1.0853			9	34,231	90,007
6	69	17403	0.7114			6	8,258	85,259
6	70	17404	0.6705			6	8,058	79,493
6	71	17501	0.7743			6	5,519	68,387
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4178			4	5,571	41,709
6	74	17504	0.4050			4	6,018	39,929
6	75	17601	1.1915			10	15,526	126,881
6	76	17602	0.8522			8	4,123	82,726
6	77	17603	0.6603			6	7,878	77,406
6	78	17604	0.5107			4	5,764	52,634
6	79	177	0.5125			5	6,880	52,427
6	80	178	0.3447			3	5,837	32,760
6	81	17901	0.5255			3	3,607	66,591
6	82	17902	0.8150			6	7,481	84,395
6	83	17903	0.5061			3	3,307	60,634
6	84	180	0.5140			6	5,998	57,830
6	85	181	0.3237			4	4,700	32,408
6	86	182	0.4779			5	5,988	52,493
6	87	183	0.3040			4	4,657	29,555

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	88	18401	0.3488			4	6,449	34,437
6	89	18402	0.2586			3	5,095	24,329
6	90	18801	1.1413		●	8	12,186	111,180
6	91	18802	0.5458			5	4,465	63,867
6	92	18803	0.7309	*		7	13,027	54,417
6	93	18804	0.7690			6	7,163	100,887
6	94	18805	0.6537			6	6,867	79,343
6	95	18901	1.1413	*	●	8	38,109	140,988
6	96	18902	0.3115			3	3,182	31,394
6	97	18903	0.6720	*		5	8,995	66,203
6	98	18904	0.4892			5	6,475	47,541
6	99	18905	0.3899			3	4,265	37,588
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.5231			3	7,736	68,627
6	103	19004	0.4380			3	4,131	47,268
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	-	*		-	-	-
6	106	19007	0.7869	*		9	22,546	54,769
6	107	19008	0.2520	*		2	7,842	21,111
6	108	19009	0.5641			4	5,169	71,767
6	109	19010	0.3763			3	3,638	43,169
7	1	191	3.1450		●	11	33,934	280,841
7	2	192	3.1450		●	8	49,974	258,145
7	3	195	2.8802			13	79,385	254,524
7	4	196	2.4000			10	77,978	192,658
7	5	197	2.3192			11	52,631	231,559
7	6	198	1.6131			8	46,185	148,164
7	7	49301	2.3826			8	83,287	144,937
7	8	49401	2.0769			7	73,549	132,503
7	9	49302	1.4116			4	43,445	84,516
7	10	49402	1.1666			3	42,521	66,136
7	11	193	1.4762			7	26,266	151,934
7	12	194	0.9580			5	20,758	90,549
7	13	199	7.7069	*		21	191,202	435,017
7	14	20001	1.5721			6	13,936	155,077
7	15	20002	0.8898			5	11,184	110,652
7	16	20101	2.0694			7	40,745	209,408

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
7	17	20102	1.4082			4	47,550	105,347
7	18	20201	0.7965			6	8,298	95,490
7	19	20202	0.4218			5	5,604	46,894
7	20	20301	1.7161	*		11	55,232	129,285
7	21	20302	1.0963	*		5	11,988	114,229
7	22	20401	0.5166			5	6,538	58,330
7	23	20402	1.1315			7	16,095	151,583
7	24	20403	0.5403	*		5	2,491	56,871
7	25	205	0.7807			7	7,750	96,706
7	26	206	0.5086			5	5,555	58,241
7	27	207	0.9617			6	8,835	93,861
7	28	208	0.6436			4	5,437	69,353
8	1	47101	4.0651			7	107,413	233,481
8	2	47102	3.3135			5	136,366	193,497
8	3	47103	3.9977			6	148,712	227,094
8	4	21701	2.1812			10	35,116	125,782
8	5	21702	1.4282			5	22,305	91,743
8	6	21703	1.7746			9	20,449	121,627
8	7	21704	0.9666			4	13,785	58,028
8	8	20901	3.1317			8	74,125	185,586
8	9	20907	4.0286			7	101,864	228,137
8	10	20902	2.5481			6	62,211	146,969
8	11	20908	3.6833			6	85,996	208,894
8	12	20903	2.2258			5	87,407	127,768
8	13	20904	1.7842			6	73,766	107,196
8	14	20905	2.2780			5	85,746	130,436
8	15	20906	0.9545			5	38,978	61,648
8	16	21601	1.1552			4	14,563	76,733
8	17	21602	0.7838			2	13,656	54,591
8	18	21001	2.4673			10	56,273	147,430
8	19	21101	1.7571			7	44,582	103,971
8	20	21002	1.6772			8	40,321	102,303
8	21	21102	1.3363			6	23,433	85,024
8	22	21003	1.5008			7	42,978	93,267
8	23	21103	1.2051			5	30,882	71,640
8	24	21201	2.1985			9	46,820	209,151
8	25	21202	1.2834	*		8	44,564	109,288
8	26	21203	2.1361	*	●	6	28,115	199,443

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	27	21204	2.1361		●	5	28,286	207,125
8	28	21205	1.5713			5	39,408	98,207
8	29	21206	1.2891			4	25,612	114,081
8	30	21301	-	*		-	-	-
8	31	21302	-	*		-	-	-
8	32	21303	2.6935			14	34,341	180,311
8	33	21304	1.6655			10	30,573	92,710
8	34	21305	2.7899	*		18	25,773	250,845
8	35	21306	-	*		-	-	-
8	36	49101	2.0667			5	43,099	161,276
8	37	49102	1.6831			4	44,565	94,074
8	38	49201	2.2065			5	37,304	121,004
8	39	49202	1.9106			5	34,085	112,166
8	40	496	4.2033			8	91,229	407,239
8	41	49701	3.4387			9	80,746	296,775
8	42	49702	2.8787			6	72,185	243,711
8	43	49801	2.9359			7	88,621	247,411
8	44	49802	2.4461			5	83,346	192,384
8	45	499	1.4857			5	29,490	154,343
8	46	500	1.1677			4	27,424	98,327
8	47	501	1.9390			15	37,916	145,452
8	48	502	1.5879			12	29,032	112,266
8	49	50301	1.0597			4	30,296	68,881
8	50	50302	0.9640			3	30,958	58,588
8	51	50303	0.8158			3	21,721	47,761
8	52	50304	0.6156			2	20,445	38,139
8	53	21801	1.7710			10	52,794	128,905
8	54	21802	1.5535			8	38,935	95,339
8	55	21901	1.4020			7	38,640	84,884
8	56	21902	1.1909			6	28,973	70,464
8	57	21803	1.2990			6	35,426	78,760
8	58	21804	1.1423			5	26,265	70,997
8	59	21903	1.0274			5	26,030	59,522
8	60	21904	0.8035			4	22,016	48,333
8	61	22001	1.5010	*	●	14	81,530	87,602
8	62	22002	1.5010	*	●	7	55,687	153,286
8	63	22003	1.3615	*		7	37,105	93,498
8	64	22004	1.0451			6	30,144	67,111

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	65	22005	1.9234	*		6	44,154	111,622
8	66	22006	0.9529			3	19,023	59,289
8	67	22007	1.1610			4	28,810	83,076
8	68	22008	0.7492			2	23,268	46,019
8	69	23101	1.3532			6	23,812	93,014
8	70	23102	0.6986			3	14,335	45,113
8	71	23103	0.4996			2	14,677	30,896
8	72	23104	0.3530			2	13,874	21,553
8	73	23001	0.6979	*		2	29,525	250,444
8	74	23002	0.5046	*		2	18,348	45,866
8	75	23003	0.5312			3	15,685	34,005
8	76	23004	0.4145			2	15,701	26,299
8	77	22601	1.1786			4	19,078	70,570
8	78	22602	1.0133			4	16,844	60,450
8	79	22701	0.5736			3	13,674	36,685
8	80	22702	0.6338			3	14,431	40,962
8	81	22501	1.0151			5	14,636	56,991
8	82	22502	0.6802			4	14,311	45,449
8	83	22503	0.8897			4	18,835	57,163
8	84	22504	0.6765			3	16,052	43,634
8	85	228	0.7123			3	16,644	42,749
8	86	22301	-	*		-	-	-
8	87	22302	0.7460			3	26,291	43,886
8	88	23201	0.9414	*		2	15,492	57,487
8	89	23202	0.5327			2	14,250	32,200
8	90	22401	1.0926			5	26,718	74,578
8	91	22402	0.8331			4	24,585	49,210
8	92	22403	0.7321			3	22,161	45,507
8	93	22404	0.5901			3	20,523	36,020
8	94	22901	0.5397			3	13,355	31,904
8	95	22902	0.5189			2	12,700	31,681
8	96	23301	2.7074			8	59,911	268,564
8	97	23302	1.9435			6	46,617	235,564
8	98	23401	0.9595			4	24,469	63,329
8	99	23402	0.6650			2	21,553	40,880
8	100	23501	1.1530			6	8,006	98,763
8	101	23502	0.6770			3	2,978	41,060
8	102	23503	2.3751	*		22	10,781	131,928

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	103	23504	-	*		-	-	-
8	104	23601	0.8724			6	7,057	95,926
8	105	23602	0.7916			5	4,972	95,476
8	106	23701	0.4980			3	3,482	31,081
8	107	23702	0.3481			2	2,601	22,006
8	108	23801	1.2872			12	17,253	95,225
8	109	23802	0.9605			9	9,227	71,414
8	110	23803	1.1674			12	13,277	88,527
8	111	23804	0.9020			5	5,159	55,911
8	112	23805	1.3518	*	●	13	15,040	206,479
8	113	23806	1.3518	*	●	13	21,670	181,725
8	114	23901	0.6348			3	4,463	40,021
8	115	23902	0.4304			3	3,958	30,354
8	116	24001	0.7384			3	4,312	55,000
8	117	24002	0.7385			2	4,156	47,637
8	118	24003	0.3671			2	3,652	24,675
8	119	24101	0.4734			2	3,670	42,854
8	120	24102	0.5237			2	3,956	33,894
8	121	24103	0.1803			1	2,905	11,391
8	122	24201	1.0468			9	10,469	65,107
8	123	24202	0.7681			7	7,938	48,681
8	124	24203	1.8249	*		15	16,002	267,036
8	125	24204	0.9040	*		9	35,729	62,047
8	126	24205	0.8678			8	12,472	68,433
8	127	24206	0.7211			7	8,295	52,028
8	128	24301	0.8340			3	2,627	55,778
8	129	24302	0.3956			3	3,521	27,453
8	130	244	0.4532			4	4,175	31,389
8	131	245	0.2896			2	2,363	20,525
8	132	24601	0.6033			6	2,993	41,035
8	133	24602	0.3423			3	2,539	22,436
8	134	24701	0.5819			4	6,705	36,962
8	135	24702	0.3884			3	4,436	24,863
8	136	24801	0.7750			6	6,436	50,843
8	137	24802	0.3628			2	3,127	22,783
8	138	24901	1.0080			9	7,366	69,800
8	139	24902	0.8328			9	7,706	63,538
8	140	24903	0.7591			5	4,408	51,342

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	141	24904	0.4754			3	3,132	26,354
8	142	250	0.3964			3	4,562	26,322
8	143	251	0.2615			2	3,145	17,320
8	144	252	0.3463			1	7,329	21,962
8	145	253	0.4046			3	4,360	25,988
8	146	254	0.2668			2	2,474	17,785
8	147	255	0.3828			2	3,912	22,964
8	148	25601	0.8599			7	9,365	53,569
8	149	25602	0.6524	*		8	20,465	37,988
8	150	25603	0.6219			4	4,555	45,301
8	151	25604	0.4396			2	3,341	34,389
9	1	263	1.4844			12	17,765	160,875
9	2	264	0.9109			7	14,446	92,223
9	3	265	0.9184			6	12,802	105,253
9	4	266	0.5829			3	11,551	53,513
9	5	26801	1.7568			6	21,207	201,525
9	6	26802	1.1400			4	20,289	102,015
9	7	26701	0.4215	*		3	12,721	66,234
9	8	26702	0.2440			2	8,647	28,239
9	9	25701	2.2892	*		7	41,867	243,203
9	10	25801	1.5746			5	44,710	92,725
9	11	25702	1.4333			4	40,057	99,360
9	12	25802	1.3262			4	36,415	77,761
9	13	259	0.8563		●	2	19,024	47,502
9	14	260	0.8563		●	2	22,960	53,394
9	15	261	0.4654			2	15,517	34,572
9	16	26201	0.9222	*		3	23,031	96,077
9	17	26202	0.4306			2	14,515	31,587
9	18	269	1.3741			7	15,563	153,301
9	19	270	0.7234			4	12,079	69,035
9	20	271	0.8535			10	8,446	100,707
9	21	27201	0.8193			8	3,736	109,034
9	22	27202	0.5788			7	8,426	56,819
9	23	27203	0.6443	*		6	5,464	91,740
9	24	27301	0.3534			3	2,217	55,221
9	25	27302	0.4341			5	6,379	40,433
9	26	27303	0.4552	*		4	6,604	44,174
9	27	274	0.6105	*		4	3,234	91,768

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	28	275	0.1649			2	2,133	27,040
9	29	27601	0.4510			4	6,629	52,147
9	30	27602	0.3618			3	2,835	38,746
9	31	277	0.6212			8	8,468	70,889
9	32	278	0.3951			6	6,515	40,838
9	33	27901	0.4310			5	7,012	50,585
9	34	27902	0.3197			4	6,183	31,544
9	35	280	0.3642			4	3,105	40,280
9	36	281	0.2345			3	2,665	24,180
9	37	282	0.2503			3	2,689	28,495
9	38	28301	0.2862		●	3	3,935	34,946
9	39	28302	0.4391			4	3,801	57,674
9	40	28401	0.2862		●	3	3,720	30,969
9	41	28402	0.1810			2	2,829	23,663
10	1	28601	2.6606			7	60,771	266,796
10	2	28602	2.2119			6	56,943	208,839
10	3	28801	2.2661			14	13,874	227,800
10	4	28802	1.8508			3	66,880	140,396
10	5	28501	1.6711			13	20,888	174,176
10	6	28502	0.9343			9	16,415	98,790
10	7	28701	1.3216			10	19,728	144,167
10	8	28702	0.9443			6	7,447	88,299
10	9	28901	1.1927			4	32,084	109,058
10	10	28902	0.7334			3	31,400	58,340
10	11	290	1.0311			3	33,239	61,421
10	12	29101	1.3565	*		5	23,212	115,951
10	13	29102	0.6419			3	19,742	58,303
10	14	292	2.1700			13	27,437	228,835
10	15	293	1.3826			4	24,074	148,054
10	16	29401	0.7103			7	7,843	85,688
10	17	29402	0.3816			5	5,198	40,097
10	18	29501	0.6742			6	7,774	77,851
10	19	29502	0.4232			4	3,193	57,215
10	20	29601	0.5770			6	5,989	70,672
10	21	29602	0.6209			6	3,673	73,209
10	22	29701	0.3100			4	4,271	33,156
10	23	29702	0.4159			5	4,917	45,714
10	24	29801	0.6181			4	7,498	107,254

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
10	25	29802	0.3194			3	4,200	32,768
10	26	29803	0.2732			2	3,607	37,956
10	27	29804	0.2271			2	3,267	24,777
10	28	29901	1.0574			4	4,515	123,616
10	29	29902	0.8313			3	3,023	78,598
10	30	29903	0.7031			6	9,959	76,826
10	31	29904	0.1685			2	2,638	24,346
10	32	30001	0.5429			4	6,460	62,325
10	33	30002	0.4981			4	4,087	65,838
10	34	30101	0.4367			3	3,221	47,686
10	35	30102	0.2372			2	3,131	29,098
11	1	30201	11.7126			14	426,362	669,672
11	2	30202	11.1722			13	424,864	636,133
11	3	30301	1.8175			6	18,897	166,812
11	4	30302	1.7245			6	27,628	133,233
11	5	304	1.0674			5	11,540	111,493
11	6	305	0.9253			4	11,493	82,068
11	7	308	0.8611			4	11,257	109,243
11	8	309	0.5780			2	11,887	63,785
11	9	30601	1.5829			6	49,114	107,796
11	10	30602	1.2680			4	43,630	72,631
11	11	30701	0.9669			5	23,848	73,011
11	12	30702	0.8659			3	21,195	50,516
11	13	310	0.7546			3	21,030	70,894
11	14	311	0.5691			2	19,622	42,406
11	15	312	0.5540			3	12,087	66,947
11	16	313	0.4452			2	13,478	43,026
11	17	314	1.1767	*		3	13,903	115,519
11	18	31501	1.3620			6	17,159	146,520
11	19	31502	1.0824			4	16,185	106,175
11	20	31601	1.0714			9	8,969	129,516
11	21	31602	0.7310			6	5,006	80,172
11	22	31603	0.6470			6	6,731	77,058
11	23	31604	0.4559			5	5,666	52,453
11	24	317	0.5276	*		3	4,435	40,644
11	25	318	0.4704			2	4,085	46,727
11	26	319	0.3708			2	4,313	33,709
11	27	320	0.6856			8	9,462	75,102

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	28	321	0.4146			5	6,813	41,977
11	29	32201	0.5362			6	10,309	56,777
11	30	32202	0.4182			5	8,637	42,879
11	31	32301	0.7308			3	29,265	58,152
11	32	32302	0.4641			3	4,518	44,181
11	33	32401	0.6365			2	29,141	43,281
11	34	32402	0.3494			2	3,009	29,676
11	35	325	0.5302			4	5,005	60,366
11	36	326	0.4631			3	4,544	57,256
11	37	32701	0.3146		●	3	4,824	26,435
11	38	32702	0.3146		●	3	6,796	28,337
11	39	328	0.4547			3	8,135	40,684
11	40	329	0.3723			2	9,261	29,518
11	41	33001	1.0588	*		4	14,640	101,844
11	42	33002	0.3184	*		1	14,983	21,547
11	43	331	0.7701			6	7,219	90,658
11	44	332	0.6005			3	5,057	65,285
11	45	33301	0.4690		●	3	4,044	68,511
11	46	33302	0.4690		●	3	4,000	64,206
12	1	334	-	*		-	-	-
12	2	335	2.3651	*		9	81,451	162,703
12	3	34101	1.3092			5	12,250	108,258
12	4	34102	1.0974			2	7,082	79,584
12	5	34103	3.2595		●	4	60,635	178,511
12	6	34104	3.2595		●	2	57,191	190,147
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	1.0464			4	17,986	81,776
12	9	33902	0.4520			2	16,101	28,356
12	10	34001	1.1253			2	29,229	71,096
12	11	34002	1.0137			2	21,210	62,772
12	12	34201	-	*		-	-	-
12	13	34202	0.2270			2	3,699	22,841
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	0.2694			1	5,751	19,829
12	16	33601	1.1420			4	44,150	66,189
12	17	33602	1.0986			4	41,352	62,911
12	18	33701	0.9516			5	26,253	66,258
12	19	33702	0.9513			4	20,803	55,442

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
12	20	344	-	*		-	-	-
12	21	34501	1.1571			5	21,003	99,888
12	22	34502	0.6450			3	17,547	42,921
12	23	346	-	*		-	-	-
12	24	347	0.4091	*		2	22,580	22,985
12	25	348	0.4440			3	4,173	29,786
12	26	349	0.3483			2	3,842	22,506
12	27	35001	0.6459			6	9,353	46,541
12	28	35002	0.4715			5	6,792	30,345
12	29	35201	0.2498	*		5	13,730	13,877
12	30	35202	0.6836	*		5	12,530	70,492
12	31	35203	0.4480			2	3,230	24,930
12	32	35204	0.5693			3	3,589	35,858
12	33	35205	0.4054			2	3,274	28,638
13	1	35301	2.3540	*		6	89,854	223,236
13	2	35302	2.2334	*		7	80,449	130,761
13	3	35801	2.2074			4	86,653	127,936
13	4	35802	1.8258			4	68,329	108,945
13	5	35803	1.6979	*		5	61,075	141,365
13	6	35804	1.2896			5	43,268	82,707
13	7	35805	1.3919			3	47,405	85,635
13	8	35806	1.0112			3	26,174	61,653
13	9	35901	1.9569			4	72,321	112,894
13	10	35902	1.6878			4	64,147	97,452
13	11	35903	1.6220			4	51,878	92,679
13	12	35904	1.1746			5	41,960	71,129
13	13	35905	1.3300			3	43,335	79,976
13	14	35906	0.9269			2	21,425	55,206
13	15	36101	1.7943			4	56,212	105,509
13	16	36102	1.4838			3	48,888	94,091
13	17	36001	0.6000			2	14,631	36,518
13	18	36002	0.4854			2	11,213	35,027
13	19	35601	1.1137			3	23,438	64,437
13	20	35602	0.9925			2	20,076	57,890
13	21	363	0.4199			2	14,869	31,561
13	22	364	0.4742			1	10,943	28,008
13	23	36501	1.5963			5	42,962	104,264
13	24	36502	0.9316			3	13,998	56,759

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
13	25	36604	0.3219	*		3	2,884	25,346
13	26	36704	0.1948	*		1	2,994	21,060
13	27	36801	0.5947			6	7,940	41,062
13	28	36802	0.3668			4	6,474	26,119
13	29	369	0.2558			2	2,061	19,948
14	1	469	0.2094	*		3	3,421	27,307
14	2	370	0.9012			5	35,180	56,738
14	3	371	0.7319			5	34,174	45,695
14	4	37401	-	*		-	-	-
14	5	37402	0.6583	*		3	20,728	46,083
14	6	37501	1.1635	*		4	47,986	67,876
14	7	37502	0.8874	*		3	38,416	54,893
14	8	372	0.8210			3	30,636	48,024
14	9	37301	0.7525			3	31,179	44,991
14	10	37302	0.6901			3	30,009	39,457
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	3.0122	*		9	118,944	183,698
14	13	37703	-	*		-	-	-
14	14	37704	1.4901			6	11,185	73,244
14	15	37705	0.7917			4	6,200	58,061
14	16	37601	0.8412	*		6	8,208	87,019
14	17	37602	-	*		-	-	-
14	18	37603	-	*		-	-	-
14	19	37604	0.6579			4	6,670	49,002
14	20	37605	0.3226			4	3,937	23,027
14	21	37801	1.1680			2	40,592	66,094
14	22	37802	0.8892			3	27,850	55,967
14	23	37803	0.4922			2	3,113	28,147
14	24	37901	0.2977			4	2,970	37,021
14	25	37902	0.4666			5	4,736	58,802
14	26	37903	0.3593			4	3,910	44,057
14	27	38101	0.7593			2	11,601	46,586
14	28	38102	0.4956			2	11,130	31,221
14	29	38001	0.4426			2	8,109	26,722
14	30	38002	0.3961			2	6,199	24,785
14	31	382	0.2364			2	2,610	12,804
14	32	38301	0.3651			4	4,426	44,468
14	33	38302	0.2571			3	3,462	28,513

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
14	34	384	0.3655			4	3,573	44,745
14	35	513	0.3026			5	-	-
15	1	N01	0.7484			5	9,037	92,154
15	2	N02	-	*		-	-	-
15	3	N03	-	*		-	-	-
15	4	N04	-	*		-	-	-
15	5	N05	4.3375			22	28,924	411,467
15	6	N06	3.3082	*		24	109,585	311,165
15	7	N07	3.5651			21	83,322	359,860
15	8	N08	2.0691			17	37,404	195,518
15	9	N09	1.7105			15	32,078	146,199
15	10	N10	1.4527			14	28,961	129,301
15	11	N11	2.2857			12	40,936	263,339
15	12	N12	1.1456			8	19,515	127,858
15	13	N13	0.7704			6	11,393	79,877
15	14	N14	7.4963			19	115,403	732,499
15	15	N15	2.8905			9	16,005	298,592
15	16	N16	1.6668			8	24,683	201,999
15	17	N17	0.7620			5	12,188	78,779
15	18	N18	0.4484			4	6,869	47,970
15	19	N19	0.4267			4	10,399	40,658
16	1	39201	3.1329			11	60,873	294,930
16	2	39202	1.8577			7	70,919	158,295
16	3	39301	3.8347	*		12	143,248	217,293
16	4	39302	0.9341	*		4	52,352	53,290
16	5	39401	1.3004			6	19,402	135,701
16	6	39402	0.8155			3	17,031	88,544
16	7	39501	0.9825			5	3,550	126,077
16	8	39502	0.6021			5	7,863	63,712
16	9	39503	0.4364			3	4,971	43,884
16	10	39601	0.5063			2	4,169	74,817
16	11	39602	0.6329			4	6,863	68,897
16	12	39603	0.3617			2	6,471	37,965
16	13	39701	1.7594	*		5	19,121	368,045
16	14	39702	1.4328	*		4	13,294	272,661
16	15	39703	1.3944	*		12	12,500	323,304
16	16	39704	0.4839	*		4	5,327	39,609
16	17	39705	0.7905			5	4,542	109,314

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
16	18	39706	0.4599			3	3,345	56,806
16	19	39802	0.7749			6	7,029	99,489
16	20	39803	0.6811			5	4,506	83,029
16	21	39804	0.3823			3	4,116	49,196
16	22	39902	0.4299			4	4,021	47,921
16	23	39903	0.3748			3	3,718	49,213
16	24	39904	0.2445			2	3,404	32,423
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-
17	3	401	-	*		-	-	-
17	4	402	-	*		-	-	-
17	5	40301	0.4952	*		3	3,482	125,333
17	6	40401	0.1742	*		2	2,509	21,610
17	7	406	2.1262			7	32,074	185,676
17	8	407	1.7614			5	27,978	149,011
17	9	40801	1.3593			5	14,439	166,175
17	10	40802	0.5924			2	11,956	55,517
17	11	412	0.3467	*		2	6,215	39,651
17	12	41101	0.5187			2	3,798	59,093
17	13	41102	0.3997			2	4,170	33,676
17	14	413	0.7458			6	6,784	84,069
17	15	414	0.4540			3	3,872	48,062
18	1	41501	2.1250			13	27,011	247,150
18	2	41502	1.0436			6	17,349	113,306
18	3	41601	1.0475			10	12,312	125,980
18	4	41602	0.5639			6	7,236	59,857
18	5	41701	0.8631			8	11,764	104,854
18	6	41702	0.5668			5	7,762	56,789
18	7	41803	0.6968			8	7,020	79,586
18	8	41804	0.5331			7	6,419	56,505
18	9	419	0.5730			6	6,828	68,543
18	10	420	0.4142			4	4,369	46,021
18	11	42101	0.6887			6	7,197	84,754
18	12	42102	0.4086			5	4,527	40,691
18	13	42201	0.4083			4	7,642	42,441
18	14	42202	0.2927			3	6,350	28,177
18	15	42301	2.0235			15	18,063	198,086
18	16	42302	0.8751	*		9	15,502	82,317

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
18	17	42303	0.7077			7	7,687	96,482
18	18	42304	0.3912			4	4,618	43,951
21	1	44001	0.6508			7	12,790	74,264
21	2	44002	0.3917			4	6,439	39,699
21	3	43901	1.1326			8	19,737	113,757
21	4	43902	0.7233			5	17,802	66,910
21	5	44101	0.9994		●	5	11,326	109,614
21	6	44102	0.9994		●	4	13,817	116,634
21	7	442	1.5079			7	14,653	176,837
21	8	443	0.8425			4	13,005	85,397
21	9	444	0.4636			5	4,887	52,779
21	10	445	0.2695			3	2,915	26,967
21	11	44601	0.4965			4	2,751	64,116
21	12	44602	0.2467			3	2,988	27,798
21	13	44701	0.5906			5	3,246	75,510
21	14	44702	0.2529			3	2,952	29,891
21	15	44801	0.4091			4	4,585	38,276
21	16	44802	0.2205			2	3,097	22,459
21	17	44901	0.9728			6	5,143	132,360
21	18	44902	0.6883			6	4,626	88,287
21	19	45001	0.5137			3	3,147	64,421
21	20	45002	0.2783			3	2,698	30,493
21	21	45101	0.6753			3	3,113	104,869
21	22	45102	0.2943			2	2,886	43,628
21	23	45103	0.5860			4	2,910	74,088
21	24	45104	0.2205			2	3,594	29,266
21	25	452	0.5724			5	4,501	71,760
21	26	453	0.3067			3	2,926	36,332
21	27	454	0.7812			5	5,304	123,339
21	28	455	0.3581			4	3,671	53,179
21	29	41801	0.4640	*	●	7	7,078	33,889
21	30	41802	0.4640	*	●	7	23,410	56,064
22	1	50401	9.3077	*		23	60,861	951,164
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	-	*		-	-	-
22	4	50404	-	*		-	-	-
22	5	50405	-	*		-	-	-
22	6	50501	5.3624	*		15	61,337	722,609

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	-	*		-	-	-
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	-	*		-	-	-
22	11	50601	3.6523	*		15	42,407	483,042
22	12	50602	3.1903			15	15,548	383,184
22	13	50603	2.7010			15	30,799	285,396
22	14	50604	2.1800			13	25,703	223,482
22	15	50605	4.7136			19	43,126	571,414
22	16	50606	4.2514			17	40,059	481,030
22	17	50701	1.8887			8	12,728	222,827
22	18	50702	1.6242			11	28,399	177,868
22	19	50703	1.5480			10	19,986	150,186
22	20	50704	2.7110	*		13	41,111	333,867
22	21	50705	1.3116	*		7	10,141	134,019
22	22	50801	1.6835	*		13	22,302	137,257
22	23	50802	1.3000	*		9	21,610	111,045
22	24	50803	2.3395			10	9,370	260,756
22	25	50804	1.7933			9	12,780	228,930
22	26	50901	1.1694			6	2,859	74,069
22	27	50902	0.5431	*		5	13,913	41,204
22	28	50903	1.1120	*		6	14,121	128,392
22	29	50904	1.1531	*		11	27,565	67,599
22	30	510	1.4005			9	7,862	182,050
22	31	511	0.7787			6	5,667	88,892
23	1	46101	0.7525			3	9,308	136,434
23	2	46102	0.9058			3	13,810	148,024
23	3	46103	0.7446			2	14,371	65,874
23	4	46201	1.4249			22	19,022	118,806
23	5	46202	1.1906			19	9,388	99,506
23	6	46203	1.3302			19	10,179	119,783
23	7	46204	1.2440			17	12,621	107,504
23	8	463	0.6240			6	4,890	73,705
23	9	464	0.3911			3	4,199	34,707
23	10	465	0.4794			3	6,645	52,882
23	11	466	0.4934			3	2,844	52,652
23	12	467	0.7890			3	5,617	81,001
24	1	48401	6.0291			20	115,318	485,921

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
24	2	48402	2.1744	*		9	85,713	131,737
24	3	48501	1.7824			9	44,595	182,047
24	4	48502	1.3874	*		8	52,738	109,179
24	5	48601	3.0231			12	38,278	338,450
24	6	48602	1.6971			7	34,844	148,180
24	7	48701	0.8920			7	7,690	113,704
24	8	48702	0.6117			6	4,684	74,461
UN	1	46801	2.1736			10	21,619	260,048
UN	2	46802	1.1744			4	14,988	134,343
UN	3	46803	2.2490			7	19,009	327,841
UN	4	46804	0.9474			3	18,753	101,250
UN	5	47601	1.8923			11	23,068	192,835
UN	6	47602	0.8577			4	14,269	82,631
UN	7	47701	1.4592			9	17,836	167,682
UN	8	47702	0.7397			3	13,286	67,093
UN	9	47703	1.6453			7	13,720	189,359
UN	10	47704	0.8669			3	17,901	81,790
全國平均點數								55,547

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第二章 精神疾病患者社區復健

通則：

- 一、轉介社區復健之精神疾病診斷以符合全民健康保險重大傷病範圍之慢性精神疾病患者為限。符合轉介疾病診斷患者之收案及結案條件、評估方法、評估期間如附表5.2.1。
- 二、保險對象及其家屬或相關人員，向精神醫療機構或精神復健機構提出收案申請。精神醫療機構或精神復健機構受理個案申請後，應請精神科專科醫師評估，符合收案條件者開立轉介醫囑單。
- 三、精神醫療機構或精神復健機構於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，應檢具社區復健申請書，連同轉介醫囑單，送保險人核備，保險人得視情況實地評估其需要性；經核定不符收案或繼續收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由精神醫療機構或精神復健機構自行處理。本章病患之住宿費，不列入給付範圍。
- 四、社區復健收案期限以一年為限，並以收案日起算；若病情需要延長，應重新評估，符合收案條件者再開立轉介醫囑單連同社區復健申請書，於到期前一個月，向保險人申請核准延長，並以前次核准期限屆滿之次日起算，每次延長不得超過六個月，同一機構同一個案，於期限截止日起三十日內再申請者，應以申請延長案辦理，不得以新個案申請；不符合收案條件者應即結案。
- 五、精神復健機構(含日間型及住宿型機構)復健治療之診療項目：一般心理治療、一般團體心理治療、活動治療、康樂治療、產業治療、職能治療、會談治療、一般行為治療、家族治療、護理指導及相關服務；居家治療之診療項目：醫師治療、其他精神醫療專業人員處置。申報費用時應檢附診療紀錄。
- 六、僅接受精神復健機構(住宿型機構)夜間復健治療者，可同時接受精神復健機構(日間型機構)之復健治療(05401C)。
- 七、本章所訂點數均已包括人事費、第二部第二章第五節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，不得申報本章以外之費用。

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
05401C	精神復健機構(日間型機構)之復健治療(天)					600
05402C	精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)					508 582
05403C	精神復健機構(住宿型機構)夜間之復健治療(天)					126 169
05404C	居家治療醫師診治費(次)					1656

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
05405C	同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起，其診治費依本項申報。 註：1.診治費每一個案每人每月以二次為原則，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位醫師診治個案數，每日以八個為限；每月以二百四十個為限。					960
05406C	居家治療其他專業人員處置費(次) 註：處置費每一個案每月以二次為限，申報費用時應檢附訪視紀錄。					775

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)

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

- (1)111 年全民健康保險「醫院」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 2 億元，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (2)111 年全民健康保險「西醫基層」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 2.53 億元，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (3)111 年全民健康保險「牙醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 1.68 億元，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (4)111 年全民健康保險「中醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 0.98 億元，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (5)111 年全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目 15 億元，用於補助院所外其他醫事服務機構提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」及支付本方案資料上傳、提升智慧化資訊機制及全民健康保險居家醫療照護整合與全民健康保險遠距醫療給付計畫-虛擬(行動)健保卡獎勵金。如各部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目預算不足時，由本項預算支應。

4、適用對象及其條件：

(1)固接網路：

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

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

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

務需要者，最多可申請 2 組。

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

5、支付項目及標準：

(1) 特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費：

1. 按月先行依電信公司提供特約醫事服務機構繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額核實支付，但費用高於各層級特約醫事服務機構之支付上限者，其超過部分，不予支付。

2. 依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限，111 年各層級特約醫事服務機構支付上限如下，詳附件 3。

(1) 醫學中心：企業型光纖 50M，月租費 5 萬 4,561 元。

(2) 區域醫院：企業型光纖 20M，月租費 4 萬 5,201 元。

(3) 地區醫院：企業型光纖 10M，月租費 2 萬 5,857 元。

(4) 基層診所及其他醫事服務機構：一般型光纖 6M/2M，月租費 1,691 元；107 年 12 月 31 日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖電路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，111 年網路月租費支付上限為專業型光纖 1M 月租費 1,980 元。

(2) 特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：

1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額核實支付。

2. 支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限。111 年 4G 優惠方案支付上限 799 元，詳附件 4。

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

1. 上傳檢驗（查）結果：

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

(2) 獎勵條件費：須於報告日期之時效內將其檢驗(查)結果上傳。

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

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

- (3)支付方式：「報告型資料」者，每筆上傳醫令獎勵 5 點；「非報告型資料」者，每筆上傳醫令獎勵 1 點。
- (4)上傳時效及獎勵計算：
- ①24 小時內(或住院期間)：以獎勵點數之 100%計算。
 - ②逾 24 小時但於 3 日內：以獎勵點數之 50%計算。
2. 上傳醫療檢查影像及影像報告：
- (1)獎勵項目及支付方式：如附件 5-1。
 - (2)獎勵條件：醫療檢查影像及影像報告須於下列時效內上傳，方符合獎勵條件。
 - ①醫療檢查影像：須於實際檢查日期後之時效內上傳影像；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於實際檢查日期時間，須於補卡後之時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到影像日期之時效內上傳。
 - ②影像報告：須於報告日期之時效內將其影像報告上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後之時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期之時效內上傳。
- (3)上傳時效及獎勵計算：
- ①24 小時內：以獎勵點數之 100%計算。
 - ②逾 24 小時但於 3 日內：以獎勵點數之 50%計算。
3. 上傳出院病歷摘要：每筆獎勵 5 點。
4. 上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵 5 點。
- (1)醫令項目：詳附件 6。
 - (2)每筆上傳內容：包括 body height、body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach (側別/術別/入路途徑)、特材條碼等。
5. 居家訪視健保卡登錄暨上傳資料：每次獎勵 5 點。
- (1)醫令項目詳附件 7。
 - (2)保險醫事服務機構將提供保險對象之居家訪視服務登錄於健保卡後，於 24 小時內，經由健保資訊網線路上傳予保險人，每次居家訪視獎勵 5 點。
6. 特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵 1 點。
- (1)醫令項目詳附件 8。
 - (2)保險醫事服務機構向保險人申報之門住診醫療費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵 1 點。
 - (3)資料如經保險人查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。

(四)提升院所智慧化資訊獎勵費：

1. 配合使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案，全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用實施（下稱部分負擔新制），修正「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」獎勵

(1) 於部分負擔新制公告實施前，完成「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」修正且上傳預檢作業，每家獎勵1,000點。

(2) 於部分負擔新制實施次月，完成以部分負擔新制之「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」申報者，每家獎勵2,000點。

(3) 部分負擔新制公告實施日，依衛生福利部公告為依據。

2. 適用「居家輕量藍牙方案」將居家輕量藍牙APP就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)獎勵:

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

(1) 獎勵費:每家 6,000 點。

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

(3) 完成定義：

安裝「醫療資料傳輸共通介面API」，並以系統紀錄為依據。

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

3. 「就醫識別碼（健保卡資料上傳格式）」預檢獎勵指標：保險特約醫事服務機構配合安裝讀卡機控制軟體 5.1.5/3.5.2 版本以上、虛擬健保卡醫事機構正式版SDK-v2.4.0 以上，並以「健保卡資料上傳格式 2.0」版本，上傳就醫紀錄預檢資料。獎勵條件及內容如下：

(1) 111 年 12 月 31 日前以「健保卡資料上傳格式 2.0」預檢作業上傳成功。

(2) 預檢成功件數：各項「就醫類別」(*註)需以「健保卡資料上傳格式 2.0」預檢成功至少 6 件，每家獎勵費用 11,000 點。

***註：就醫類別-以 111 年 1 至 6 月「健保卡資料上傳格式 1.0」上傳就醫資料之就醫類別為準**

00-指定就醫之門診	AI-同日同醫師看診（第二次以後）
01-西醫門診	AJ-透析門診療程第二次(含)以後
02-牙醫門診	(新增)
03-中醫門診	AK-急診留觀(1100701 起)
04-急診	BA-急診當次轉住院之入院

05-住院	BB-出院
06-門診轉診就醫	BC-急診中、住院中執行項目
07-門診手術後之回診	BD-急診離院
08-住院患者出院之回診	BE-職業傷害或職業病之住院
09-透析門診(新增)	BF-繼續住院依規定分段結清者，切帳申報時(如長期住院 60 天以上切帳)需登錄一筆BF不須累計就醫序號，並連線即時查保
AA-同一療程項目以 6 次以內治療為限者	BG-門診當次轉住院之入院
AB-同一療程項目屬"非"6 次以內治療為限者	CA-其他規定不須累計就醫序號即不扣除就醫次數者
AC-預防保健	DA-門診轉出
AD-職業傷害或職業病 門(急)診	DB-門診手術後需於 7 日內之 1 次回診
AE-慢性病連續處方箋領藥	DC-住院患者出院後需於 7 日內之 1 次回診
AF-藥局調劑	EA-床號變更/轉床
AG-排程檢查	
AH-居家照護（第二次以後）	

(5)結算方式：

1. 網路月租費：

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

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

2. 提升院所智慧化資訊獎勵費項下，「居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)獎勵費」：由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目中支應，預算上限 1,800 萬元，每家院所給付最高點數為 6,000 點，採浮動點值，全年結算，每點支付金額不高於 1 元。

3. 「資料上傳獎勵費」及「提升院所智慧化資訊獎勵費」(除前揭居家輕量藍牙 APP 獎勵項目)之其他項目獎勵費：由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目中支應，採浮動點值，按季以每點 1 元暫付，全年結算，每點支付金額不高於 1 元。

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

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

附件 1

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案固接網路申請表

- 1、特約醫事服務機構名稱： 代號：
- 2、特約層級別：☐醫學中心 ☐區域醫院 ☐地區醫院
☐基層診所 ☐其他（ ）
- 3、參加本方案申裝之網路頻寬 型光纖 M、月租費 元。
另參加前裝設之網路頻寬 、月租費 元。
- 4、參加起始日期： 年 月。
- 5、是否承接其他醫事服務機構之固接網路：☐是 ☐否，如承接固接網路者，請填寫下列資料：
- (1) 原特約醫事服務機構名稱 。
- (2) 原特約醫事服務機構代號 。
- (3) 承接日期 年 月 日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)
- (4) 原特約醫事服務機構是否參加本方案☐是 ☐否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：
- ☐以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
- ☐以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
- 6、聯絡人姓名： 電話： 傳真：
E-MAIL：
- 7、特約醫事服務機構及負責人印章：
- ☐本機構已取得當事人同意，同意衛生福利部中央健康保險署將本次固接網路申請資料，提供予電信公司，供後續連繫固接網路線路安裝事宜。
- (請注意下列事項：
1. 承接固接網路之醫事服務機構，需向保險人申請參加本方案及向電信公司辦理繳款人變更(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)，始支付方案費用。
2. 醫事服務機構需於健保特約在約期間內，始支付方案費用。
3. 線路資料： AT (本欄供電信公司使用)

附件 2

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案行動網路申請表

- 1、特約醫事服務機構名稱： 代號：
- 2、特約層級別：☐醫學中心 ☐區域醫院 ☐地區醫院
☐基層診所 ☐其他（ ）
- 3、參加本方案申裝之行動網路類型☐4G、月租費 元。
- 4、參加起始日期： 年 月。
- 5、因應何類業務需申請行動網路：
☐居家醫療照護服務
☐西醫醫療資源不足地區改善方案
☐中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
☐牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
☐山地離島地區醫療給付效益提昇計畫
☐其他(請敘明業務需求)
- 6、申請數量：☐1組 ☐2組(如申請2組，請敘明原因及檢附相關佐證資料：)
- 7、是否承接其他醫事服務機構之行動網路：☐是 ☐否，如承接者，請填寫下列資料：
(1) 原特約醫事服務機構名稱。
(2) 原特約醫事服務機構代號。
(3) 承接日期 年 月 日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)
(4) 原特約醫事服務機構是否參加本方案☐是 ☐否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：
☐以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
☐以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
- 8、聯絡人姓名： 電話： 傳真：
E-MAIL：
- 9、特約醫事服務機構及負責人印章：

(請注意下列事項：請勿變更帳單週期，以免影響貴院(所)方案結算權益。

附件 3

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

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

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

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

附件 4

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

方案類型	優惠月租費率 (元/月)	最高收費金額 (單位：新台幣元)	方案內容
4G	175	799 元	方案數據服務通信費以「KB」計費，月租費可抵扣 1GB。 超過部分之資料通信費以每月實際傳送 KB 數量另計，每 KB 0.00023 元。

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

獎勵醫事服務機構上傳檢驗（查）結果之項目

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

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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
66	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)	1
67	14032C	B型肝炎表面抗原	1
68	14033C	B型肝炎表面抗體	1
69	14035C	B型肝炎e抗原檢查 HBeAg	1
70	14051C	C型肝炎病毒抗體檢查	1
71	15001C	體液細胞檢查	3
72	17008B	睡眠多項生理檢查	2
73	18001C	心電圖	2
74	18010B	頸動脈聲圖檢查	2
75	18015B	極度踏車運動試驗	2
76	18019C	攜帶式心電圖記錄檢查	2
77	18020B	心導管——側	2
78	18022B	冠狀動脈攝影	2
79	20001C	腦波檢查睡眠或清醒	2
80	20019B	感覺神經傳導速度測定	2
81	20023B	F 波	2
82	25003C	第三級外科病理	3
83	25004C	第四級外科病理	3
84	25006B	冰凍切片檢查	3
85	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	3
86	25024C	第五級外科病理	3
87	25025C	第六級外科病理	3
88	26025B	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描	2
89	26029B	全身骨骼掃描	2
90	26072B	正子造影-全身	2
91	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	2
92	28023C	肛門鏡檢查	2
93	30022C	特異過敏原免疫檢驗	1
94	33005B	乳房造影術	2
95	33012B	靜脈注射泌尿系統造影術（點滴注射）	2
96	33074B	單純性血管整形術	2
97	33075B	血管阻塞術	2
98	33076B	經皮冠狀動脈擴張術——一條血管	2
99	33077B	經皮冠狀動脈擴張術——二條血管	2
100	08010C	嗜酸性白血球計算	1
101	12031C	免疫球蛋白 E	1
102	17003C	流量容積圖形檢查	2

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
103	17004C	標準肺量測定 (包括 FRC 測定)	2
104	17006C	支氣管擴張劑試驗	2
105	17019C	支氣管激發試驗	2
106	14065C	流行性感冒 A 型病毒抗原	1
107	14066C	流行性感冒 B 型病毒抗原	1
108	18008C	杜卜勒氏血流測定(週邊血管)	2
109	09125C	濾泡刺激素免疫分析	1
110	09126C	黃體化激素免疫分析	1
111	12033B	補體 3—單向免疫擴散法	1
112	12034B	補體 3—免疫比濁法	1
113	12035B	補體 3(活化測定)—單向免疫擴散法	1
114	12036B	補體 3(活化測定)—免疫比濁法	1
115	12037B	補體 4—單向免疫擴散法	1
116	12038B	補體 4—免疫比濁法	1
117	27013B	濾胞刺激素放射免疫分析	1
118	27014B	黃體化激素放射免疫分析	1
119	15017C	婦科細胞檢查	3
120	09042C	攝護腺酸性磷酸酶	1
121	09111C	甲狀腺球蛋白	1
122	12022C	乙型人類絨毛膜促性腺激素	1
123	12052B	β2-微球蛋白	1
124	12072B	淋巴球表面標記-癌症腫瘤檢驗	1
125	12075B	白血球表面標記≤10 種	1
126	12077C	CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
127	12078C	CA-153 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
128	12079C	CA-199 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
129	12080B	SCC 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
130	12109B	成人 T 淋巴白血病病毒抗體	1
131	12120B	腫瘤多胜脢抗原	1
132	12163B	第一型人類嗜 T 細胞抗體(定性)	1
133	12182C	去氧核糖核酸類定性擴增試驗	1
134	12183C	核糖核酸類定性擴增試驗	1
135	12186C	染色體轉位基因重組之南方墨點法分析	1
136	12187C	短片段重覆序列多型性分析	1
137	12188C	染色體轉位融合基因之反轉錄聚合酶連鎖反應分析	1
138	12194B	代謝產物串聯質譜儀分析	1
139	12195B	Her-2/neu 原位雜交	3

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
140	12196B	HLA-B 1502 基因檢測	1
141	12198C	游離攝護腺特異抗原	1
142	12199B	人類組織相容複合物 I 類鏈相關基因 A 抗體篩檢	1
143	12203B	C 型肝炎病毒核酸基因檢測-一般聚合酶連鎖反應法	1
144	12204B	白血球表面標記 11-20 種	1
145	12205B	白血球表面標記 21-30 種	1
146	12206B	白血球表面標記 31 種以上	1
147	12207B	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法	1
148	12208B	生長刺激表達基因 2 蛋白(ST2)	1
149	14046B	EB 病毒囊鞘免疫球蛋白 G.M.A.(IFA 法)	1
150	25007B	細胞遺傳學檢查	3
151	25021B	染色體檢查(特殊)	3
152	27010B	絨毛膜促性腺激素—乙亞單體	1
153	27030B	攝護腺酸性磷酸鹽酵素放射免疫分析	1
154	27049C	甲—胎兒蛋白	1
155	27050C	胚胎致癌抗原	1
156	27051B	β-2 微球蛋白	1
157	27052C	攝護腺特異抗原	1
158	27053C	CA-125 腫瘤標記	1
159	27054B	CA-153 腫瘤標記	1
160	27055C	CA-199 腫瘤標記	1
161	27056B	抗-SCC 腫瘤標記	1
162	27059B	甲狀腺球蛋白	1
163	27076B	腫瘤多胜肽抗原	1
164	27083B	游離攝護腺特異抗原	1
165	30101B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)	3
166	06001C	酸鹼度反應	1
167	06003C	尿蛋白	1
168	06005C	尿膽素原	1
169	06006C	尿膽紅素	1
170	06008C	班尼迪克特反應	1
171	06009C	尿沉渣	1
172	06010C	本周氏蛋白試驗	1
173	06011B	乳糜尿之確定	1
174	06014B	酸鹼度(酸鹼儀)	1
175	06015C	亞硝酸鹽檢驗	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
176	06016B	脂肪染色	1
177	06017B	白血球酯酶	1
178	06503B	尿滲透壓檢驗	1
179	06504C	懷孕試驗－乳膠凝集法	1
180	06508B	紫質類檢驗	1
181	06509B	Porphobilinogen 檢驗	1
182	06510C	巴拉刈定性檢驗	1
183	06511C	四次尿糖	1
184	06512B	尿液糞紫質檢驗	1
185	06513B	尿液新陳代謝障礙檢測	1
186	07001C	糞便潛血化學法	1
187	07002C	糞便中膽紅素	1
188	07003C	阿米巴檢驗（直接法）	1
189	07004C	澱粉質染色	1
190	07005C	中性脂肪染色	1
191	07006C	脂肪酸染色	1
192	07007C	酸鹼值	1
193	07008C	糞便中尿膽素原	1
194	07010B	胰蛋白酶	1
195	07012C	寄生蟲卵－濃縮法	1
196	07013C	寄生蟲卵－計數法	1
197	07015C	還原物質測定	1
198	07017B	APT 檢測試驗	1
199	07018C	糞便白血球檢查	1
200	08001C	紅血球計數	1
201	08007C	血中寄生蟲檢查	1
202	08008C	網狀紅血球計數	1
203	08009C	紅血球形態	1
204	08012C	全套血液檢查II(七項)	1
205	08014C	血液一般檢查（白血球，紅血球及血色素）	1
206	08015C	紅斑性狼瘡細胞	1
207	08016C	紅斑性狼瘡因子	1
208	08017B	血清黏度	1
209	08021C	血塊收縮試驗	1
210	08022B	纖維蛋白原測定（定性）	1
211	08024B	纖維蛋白原測定(免疫比濁法)	1
212	08025B	凝血酶時間	1
213	08027B	骨髓細胞形態判讀	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
214	08028B	胚胎血色素量值	1
215	08029B	H血紅素檢查	1
216	08030C	血紅素電泳	1
217	08031B	紅血球脆性試驗	1
218	08032B	漢姆斯酸性血清試驗	1
219	08033B	自動溶血試驗	1
220	08034B	毛細管抵抗測定	1
221	08035C	血漿凝固時間	1
222	08037B	纖維蛋白降解產物－定性	1
223	08038B	纖維蛋白降解產物－定量	1
224	08039B	半定量血塊收縮試驗	1
225	08040B	變性血色素檢查	1
226	08041B	糖水試驗	1
227	08042C	骨髓鐵染色	1
228	08043C	蘇丹B染色	1
229	08044B	白血球鹼性磷酸解酶染色	1
230	08045B	凝塊溶解試驗	1
231	08046B	硫酸魚精蛋白副凝固試驗	1
232	08047B	過氧化酶染色	1
233	08048B	特異性酯酶染色	1
234	08049B	非特異性酯酶染色	1
235	08050B	酸性磷酸酶染色	1
236	08051B	肝糖染色試驗	1
237	08052B	胚胎血色素染色	1
238	08053B	漢斯氏體染色	1
239	08054B	血色素 A2 測定	1
240	08055B	凝血酶原消耗試驗	1
241	08056B	部份凝血激酶取代試驗	1
242	08057B	第二因子測定	1
243	08058B	第五因子測定	1
244	08059B	第七因子測定	1
245	08060B	第八因子測定	1
246	08061B	第九因子測定	1
247	08062B	第十因子測定	1
248	08063B	尿素溶解試驗	1
249	08064B	凝血酶原轉化試驗（包括測III、VII、X）	1
250	08065B	終端去氧轉化酶染色	1
251	08066B	優球蛋白溶解時間	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
252	08067B	第八因子之抑制因子	1
253	08068B	凝血酶時間矯正試驗	1
254	08069B	血小板凝集試驗	1
255	08071B	細胞化學染色	1
256	08072B	抗凝血 III	1
257	08073B	Isopropanol HR stability test	1
258	08075C	血液滲透壓	1
259	08076B	鋅化原紫質檢查	1
260	08077B	蛋白 C	1
261	08078B	α_2 抗胞漿素	1
262	08079B	D 雙合體試驗	1
263	08080B	第十一因子測定	1
264	08081B	第十二因子測定	1
265	08082C	全套血液檢查 III(五項)	1
266	08083C	平均紅血球血紅素量	1
267	08084C	平均紅血球血紅素濃度	1
268	08085B	血漿黏度	1
269	08086B	全血黏度	1
270	08087B	尿液纖維蛋白原分解物含量	1
271	08088B	混合性凝血酶原時間	1
272	08090B	血漿血色素電泳	1
273	08091B	等電點血色素電泳分析	1
274	08092B	混合性部份凝血活酶時間	1
275	08093B	不穩定性血紅素	1
276	08094B	尿甘酸化物酶染色	1
277	08103B	第九因子之抑制因子	1
278	09018B	粘性蛋白	1
279	09019B	r-球蛋白	1
280	09020C	鐵	1
281	09024C	二氧化碳	1
282	09028C	酸性磷酸酶	1
283	09034B	酚四溴鈉試驗	1
284	09035C	總鐵結合能力	1
285	09036B	腦磷脂膽固醇結合試驗	1
286	09037C	血氨	1
287	09039C	球蛋白	1
288	09047B	銅	1
289	09048B	鋅	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
290	09050B	乳糖	1
291	09051C	葡萄糖六磷酸脫氫酶	1
292	09052B	香莢杏仁酸定量	1
293	09053B	17 酮類固醇類	1
294	09054B	17 氫氧根腎上腺酮	1
295	09055B	尿動情激素	1
296	09057B	胺基左旋醣酸	1
297	09058B	胺基左旋醣酸脫氫酵素	1
298	09060B	丙銅酸	1
299	09061B	肌酸磷化同功酶	1
300	09062B	乳酸脫氫同功酶	1
301	09063B	D 型木糖吸收試驗	1
302	09065B	蛋白電泳分析	1
303	09066B	脂蛋白電泳分析	1
304	09067B	鹼性磷酸酯電泳分析	1
305	09068B	澱粉酶電泳分析	1
306	09069B	血清醛縮酶	1
307	09070B	羥基丁酸鹽脫氫酶	1
308	09072B	異枸橼酸去氫酶	1
309	09073B	維生素 A 定量	1
310	09074B	維生素 C 定量	1
311	09075B	後腎上腺髓素	1
312	09076B	5-核酸解酶	1
313	09077B	兒茶酚胺測定	1
314	09079C	麝香混濁反應	1
315	09080C	硫酸鋅混濁反應	1
316	09081C	殘餘氯定量	1
317	09082B	蔗糖溶血分析	1
318	09083B	乙醯膽鹼酶	1
319	09084B	β 脂蛋白	1
320	09085C	白胺酸胺酶	1
321	09086C	N－乙醯胺基葡萄糖甘酶	1
322	09087B	甲狀腺素結合容量	1
323	09088B	先天代謝異常有關之酵素定量檢查	1
324	09089B	有機酸定量檢查	1
325	09095B	總脂肪	1
326	09096B	胺基酸定性檢查	1
327	09097B	G6PD 定量	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
328	09100B	尿液蛋白電泳	1
329	09101B	蔗糖確認試驗	1
330	09102B	腺甘脫胺酶	1
331	09103C	胰島素免疫分析	1
332	09104C	胎盤生乳激素免疫分析	1
333	09105C	黃體脂酮免疫分析	1
334	09107C	游離三碘甲狀腺素免疫分析	1
335	09108C	生長激素免疫分析	1
336	09109C	17-氫氧基黃體脂酮免疫分析	1
337	09110B	骨原蛋白免疫分析	1
338	09113C	皮質素免疫分析	1
339	09114B	醛類脂醇酵素免疫分析	1
340	09115B	降血鈣素免疫分析	1
341	09116B	抗利尿激素免疫分析	1
342	09117C	甲狀腺原氨酸免疫分析	1
343	09118B	碳-副甲狀腺素免疫分析	1
344	09119B	促腎上腺皮質素免疫分析	1
345	09120C	催乳激素免疫分析	1
346	09121C	睪丸酯醇免疫分析	1
347	09122C	Intact 副甲狀腺素免疫分析	1
348	09123B	MM-副甲狀腺素免疫分析	1
349	09124B	血漿腎素活性免疫分析	1
350	09127C	二氫基春情素免疫分析	1
351	09128C	C-胜鏈胰島素免疫分析	1
352	09129C	維生素 B12 免疫分析	1
353	09130C	葉酸免疫分析	1
354	09131C	春情素醇酵素免疫分析	1
355	09132B	胃泌激素免疫分析	1
356	09133B	環磷酸腺酞酸免疫分析	1
357	09134C	糞便潛血免疫分析	1
358	09135B	乳酸 — 丙酮酸檢查	1
359	09136B	缺糖型式運鐵蛋白之分析	1
360	09137B	血清酮體定量分析	1
361	09138C	直接及總膽紅素比值	1
362	09139C	醣化白蛋白(GA)	1
363	10001B	銀	1
364	10002B	鋁	1
365	10003B	砷	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
366	10004B	金	1
367	10005B	鎬	1
368	10006B	鈷	1
369	10007B	鉻	1
370	10008B	汞	1
371	10009B	錳	1
372	10010B	鎳	1
373	10011B	鉬	1
374	10012B	鋅(原子吸收光譜法)	1
375	10501C	卡巴馬平	1
376	10502B	二苯妥因	1
377	10503B	甲乙琥珀亞胺	1
378	10504B	滅殺除癌	1
379	10505B	普卡因胺	1
380	10506B	立克菌星	1
381	10507B	乙苯嘧啶二酮	1
382	10508B	水楊酸	1
383	10509B	茶鹼	1
384	10510C	發爾波克	1
385	10511C	長葉毛地黃	1
386	10512B	Amikacin	1
387	10515B	力多卡因	1
388	10516B	奎尼丁	1
389	10517B	Disopyramide	1
390	10518B	健大黴素	1
391	10519B	托不拉黴素	1
392	10520C	鋰鹽	1
393	10521B	Imipramine	1
394	10522B	血中藥物濃度測定 — Cyclosporine-A	1
395	10523B	血中藥物濃度測定-二苯環丙氨	1
396	10524B	血中藥物濃度測定 — Desipramine	1
397	10525B	血中藥物濃度測定 — Phenobarbital (luminal)	1
398	10526B	血中藥物濃度測定 — Diazepam (valium)	1
399	10527B	苯重氮基鹽類濃度(定量)	1
400	10529B	血中藥物濃度測定-普潘奈	1
401	10530B	血中藥物濃度測定 — Dibekacin	1
402	10531B	血中藥物濃度測定 — Vancomycin	1
403	10532B	血中藥物濃度測定-氯黴素	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
404	10533B	血中藥物濃度測定-康絲菌素	1
405	10534B	血中藥物濃度測定 — Nortriptyline	1
406	10535B	血中藥物濃度測定-三環抗鬱劑	1
407	10536B	血中藥物濃度測定-FK-506	1
408	10537C	Sirolimus 全血濃度測定	1
409	10801B	毒物試驗（定性）	1
410	10802B	巴比妥酸鹽	1
411	10803B	乙醯對氨基酚	1
412	10804B	一氧化碳血紅素	1
413	10805B	氰化物	1
414	10806B	甲醇	1
415	10807B	乙醇	1
416	10808B	高鐵血紅素	1
417	10809B	血中農藥中毒濃度測定	1
418	10810B	安非他命檢測(免疫分析)	1
419	10811B	嗎啡檢測(免疫分析)	1
420	10812B	古柯鹼檢測(免疫分析)	1
421	10813B	大麻檢測(免疫分析)	1
422	10814B	天使塵檢測(免疫分析)	1
423	10815B	有機磷濃度確認分析	1
424	10816B	乙醯膽鹼酶紅血球(定量)	1
425	10817B	乙醇-酒後非駕駛	1
426	10818B	乙醇-酒後駕駛	1
427	10819C	殺鼠藥分析	1
428	11005B	不規則抗體鑑定	1
429	11006B	不規則抗體之沖出及鑑定	1
430	11007B	血小板抗體	1
431	11008B	特殊血型-Lewis antigen	1
432	11009B	特殊血型-D、E、C、e、c	1
433	11010B	特殊血型 — 特殊血型三大群以上	1
434	11011B	輸血反應探測	1
435	11012B	HLA 符合試驗	1
436	12001C	梅毒試驗	1
437	12002B	傷寒凝集試驗	1
438	12003C	抗鏈球菌溶血素 O 效價測定—溶血抑制法	1
439	12004C	抗鏈球菌溶血素 O 效價測定— 免疫比濁法	1
440	12005B	鏈球菌激酶試驗	1
441	12006B	布魯氏菌凝集素試驗	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
442	12008B	冷凝集反應	1
443	12009C	類風濕性關節炎因子試驗-乳膠凝集法	1
444	12010C	類風濕性關節炎因子試驗—被動血球凝集法	1
445	12011C	類風濕性關節炎因子試驗—免疫比濁法	1
446	12012B	冷凝球蛋白	1
447	12013C	C反應性蛋白試驗—乳膠凝集法	1
448	12014C	C反應性蛋白試驗 — 免疫擴散法	1
449	12016C	砂眼披衣菌抗原—酵素免疫法	1
450	12017B	砂眼披衣菌抗原—螢光法	1
451	12018C	梅毒螺旋體抗體試驗	1
452	12019B	螢光梅毒螺旋體抗體吸附試驗	1
453	12020C	肺炎黴漿菌抗體試驗	1
454	12023B	人體阿米巴體抗體檢驗	1
455	12024B	免疫球蛋白G—單向免疫擴散法	1
456	12025B	免疫球蛋白G—免疫比濁法	1
457	12026B	免疫球蛋白A—單向免疫擴散法	1
458	12027B	免疫球蛋白A—免疫比濁法	1
459	12028B	免疫球蛋白M—單向免疫擴散法	1
460	12029B	免疫球蛋白M—免疫比濁法	1
461	12030B	免疫球蛋白D	1
462	12032B	補體 1 定量	1
463	12039B	補體-5 定量	1
464	12040B	α 1- 抗胰蛋白酶 — 單向免疫擴散法	1
465	12041B	α 1- 抗胰蛋白酶 — 免疫比濁法	1
466	12042B	α 1 – 粘液蛋白（免疫比濁法）	1
467	12043B	α 2- 巨球蛋白 — 單向免疫擴散法	1
468	12044B	α 2- 巨球蛋白— 免疫比濁法	1
469	12053C	抗核抗體(間接免疫螢光法)	1
470	12056B	粒腺體抗體	1
471	12060C	DNA 抗體	1
472	12064B	可抽出的核抗體測定— Ro/La 抗體	1
473	12066B	基底膜帶抗體	1
474	12067B	細胞間質抗體	1
475	12068C	甲狀腺球蛋白抗體	1
476	12070B	冷凝纖維蛋白原	1
477	12071B	淋巴球表面標記— T細胞及B細胞定量	1
478	12073C	淋巴球表面標記— 感染性疾病檢驗	1
479	12074B	淋巴球表面標記— 免疫性疾病檢驗	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
480	12076B	淋巴球表面標記－其他疾病	1
481	12086C	人類白血球抗原－HLA-B27	1
482	12097B	庫姆氏血中多項抗體檢驗（直接法）	1
483	12098B	庫姆氏血中多項抗體檢驗（間接法）	1
484	12099B	庫姆氏血中單項 IgG 抗體檢驗	1
485	12100B	庫姆氏血中單項 C3 抗體檢驗	1
486	12126B	肺炎雙球菌抗原(乳膠凝集法)	1
487	12128B	腦膜炎雙球菌抗原(乳膠凝集法)	1
488	12129C	腦脊髓液快速測定	1
489	12130B	沙門氏菌抗原	1
490	12131B	志賀氏菌抗原	1
491	12132B	肺炎披衣菌(TWAR)抗原	1
492	12133B	抗 β 2 糖蛋白 I 抗體	1
493	12134C	甲狀腺過氧化酶抗體	1
494	12135B	抗角質抗體	1
495	12136B	DNA 分析	1
496	12137B	肌肉炎自體抗體組合	1
497	12138B	腎絲球基底膜抗體	1
498	12139B	腦脊髓液新隱形球菌藥物濃度試驗	1
499	12140B	T3+DR+, T3+DR-	1
500	12141B	劉氏 3+8+抗原, 劉氏 3+8-細胞	1
501	12142B	劉氏 2+15+抗原, 劉氏 2+15-細胞	1
502	12143B	抗原依靠性補體細胞毒殺試驗	1
503	12144B	自然毒殺細胞活力試驗	1
504	12145B	直接細胞毒殺試驗	1
505	12146B	免疫球蛋白 G1 量	1
506	12147B	免疫球蛋白 G2 量	1
507	12148B	免疫球蛋白 G3 量	1
508	12149B	免疫球蛋白 G4 量	1
509	12150B	胺基酸定量檢查	1
510	12151C	同半胱胺酸	1
511	12152B	In vitro IgG, A, M synthesis	1
512	12153B	混合淋巴球雙向培養	1
513	12154B	可抽出之核抗體 Jo-1	1
514	12155B	可抽出之核抗體 KI,KU(免疫擴滲分析法)	1
515	12156B	Ribosomal-P 抗體	1
516	12157B	腦脊髓液免疫球蛋白免疫電泳	1
517	12158B	尿液免疫球蛋白免疫電泳	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
518	12159B	尿液免疫固定電泳分析	1
519	12160B	免疫球蛋白 κ/λ	1
520	12161B	白血球介質-2	1
521	12162B	組織壞死因子	1
522	12164B	脂蛋白 a	1
523	12165C	A 群鏈球菌抗原	1
524	12166B	腦膜炎雙球菌抗原	1
525	12167B	組織胞漿菌抗體檢查	1
526	12168B	芽生菌抗體檢查	1
527	12169B	球孢子菌抗體檢查	1
528	12170B	麴菌抗體檢查	1
529	12171B	抗嗜中性球細胞質抗體	1
530	12172C	尿液肺炎球菌抗原	1
531	12173B	可抽出的核抗體測定— Sm/RNP 抗體	1
532	12174B	可抽出的核抗體測定— Scl-70 抗體	1
533	12175B	淋巴球變形反應—抗原刺激	1
534	12176B	人類白血球抗原 — HLA-ABC(單一抗原)	1
535	12177B	人類白血球抗原 — HLA-DR(單一抗原)	1
536	12178C	腎上腺抗體	1
537	12179C	Aspergillus 抗原測定	1
538	12180C	穀醯酸脫梭酶抗體	1
539	12181C	乙醯膽鹼抗體	1
540	12189C	肺炎披衣菌 IgM	1
541	12190C	肺炎披衣菌 IgG	1
542	12191C	尿液退伍軍人菌抗原	1
543	12192C	前降鈣素原	1
544	12197B	血中藥物濃度測定-Everolimus	1
545	12200B	人類白血球群體反應性抗體百分比篩檢試驗	1
546	12201B	抗環瓜氨酸月太抗體	1
547	13002B	阿米巴抗體凝集試驗	1
548	13004B	白喉毒力試驗	1
549	13005B	披衣菌檢查（定性）	1
550	13012C	抗酸菌培養	1
551	13013C	抗酸菌鑑定檢查	1
552	13014B	抗酸菌藥物敏感性試驗—三種藥物以下	1
553	13015C	抗酸菌藥物敏感性試驗—四種藥物以上	1
554	13017C	KOH 顯微鏡檢查	1
555	13019B	試管抗藥性試驗	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
556	13020C	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 一菌種【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC】	1
557	13021B	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 二菌種【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC】	1
558	13022B	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 三菌種以上【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC】	1
559	13024C	結核菌檢驗	1
560	13028B	困難梭狀桿菌抗原快速檢驗 (GDH)	1
561	13029B	困難梭狀桿菌毒素 A、B 快速檢驗 (Toxin A/B)	1
562	14001B	病毒分離及鑑定	1
563	14002B	腺病毒補體結合抗體	1
564	14003B	巨大細胞病毒抗體 補體結合法	1
565	14004B	巨大細胞病毒抗體 酵素免疫法	1
566	14005C	單純疱疹病毒 I II 補體結合抗體(各項)	1
567	14006B	麻疹病毒抗原	1
568	14007B	麻疹病毒 IgM 抗體	1
569	14008B	麻疹病毒補體結合抗體	1
570	14009C	腮腺炎病毒補體結合抗體	1
571	14010B	呼吸道融合病毒抗原	1
572	14011B	呼吸道融合病毒補體結合抗體	1
573	14012B	水痘帶狀疱疹病毒補體結合抗體	1
574	14013B	水痘帶狀疱疹病毒 IgM 抗體	1
575	14014B	肺炎漿胞菌補體結合抗體	1
576	14015B	副流行性感冒病毒 1 型抗原	1
577	14016B	副流行性感冒病毒 2 型抗原	1
578	14017B	副流行性感冒病毒 1 型補體結合抗體	1
579	14018B	副流行性感冒病毒 2 型補體結合抗體	1
580	14019B	副流行性感冒病毒 3 型補體結合抗體	1
581	14020B	流行性感 A 型病毒補體結合抗體	1
582	14021B	流行性感 B 型病毒補體結合抗體	1
583	14022B	日本腦炎病毒補體結合抗體	1
584	14023B	柯沙奇 B 型病毒抗體(每項)	1
585	14024B	柯沙奇 B 型病毒補體結合抗體(B1-B6)	1
586	14025C	腸內病毒 70 抗體	1
587	14026C	輪狀病毒抗原	1
588	14027C	輪狀病毒抗體	1
589	14028B	呼腸弧病毒抗體	1
590	14029B	小兒麻痺病毒第 1.2.3 型抗體各項	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
591	14030C	B 型肝炎表面抗原	1
592	14031C	B 型肝炎表面抗原	1
593	14034C	B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg—RPHA 法	1
594	14036C	B 型肝炎 E 抗體檢查	1
595	14037C	B 型肝炎核心抗體檢查	1
596	14038C	B 型肝炎核心抗體免疫球蛋白 M 檢查 (EIA/LIA 法)	1
597	14039C	A 型肝炎抗體免疫球蛋白 M 檢查 (EIA/LIA 法)	1
598	14040C	A 型肝炎抗體	1
599	14041B	D 型肝炎抗體檢查	1
600	14042B	弓漿蟲 IgG 抗體	1
601	14043B	德國麻疹血球凝集抗體效價 (H I 法)	1
602	14047B	EB 病毒核抗原抗體	1
603	14048B	巨細胞病毒核抗原抗體	1
604	14052B	單純疱疹病毒 IgM 抗體	1
605	14053B	單純疱疹病毒-1 或-2 抗原	1
606	14054B	腮腺炎病毒 IgM 抗體	1
607	14056B	腸病毒 71 型-IgM 抗體快速檢驗試驗	1
608	14058C	呼吸融合細胞病毒試驗	1
609	14059B	巨細胞病毒抗原檢查	1
610	16002C	腹水分析	1
611	16003C	胸水分析	1
612	16004C	胃液分析	1
613	16006C	腦脊髓液分析	1
614	16008C	關節囊液分析--常規檢查	1
615	16013C	關節囊液分析--偏光鏡檢查	1
616	27005B	游離甲狀腺素指數分析	1
617	27009B	胎盤生乳激素放射免疫分析	1
618	27012B	春情素醇放射免疫分析	1
619	27015C	胰島素放射免疫分析	1
620	27016B	胃泌激素放射免疫分析	1
621	27017B	鐵蛋白放射免疫分析	1
622	27018B	A 型肝炎放射免疫分析	1
623	27019B	二氫基春情素放射免疫分析	1
624	27020B	黃體脂酮放射免疫分析	1
625	27022B	C—胜鍊胰島素放射免疫分析	1
626	27024B	碳一端副甲狀腺素放射免疫分析	1
627	27025B	MM—副甲狀腺素放射免疫分析	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
628	27026B	Intact 副甲狀腺素放射免疫分析	1
629	27028B	維生素 B12 放射免疫分析	1
630	27029B	葉酸放射免疫分析	1
631	27033C	B 型肝炎表面抗原放射免疫分析	1
632	27034B	B 型肝炎表面抗體放射免疫分析	1
633	27035B	B 型肝炎 e 抗原放射免疫分析	1
634	27036B	B 型肝炎 e 抗體放射免疫分析	1
635	27037B	B 型肝炎核心抗體放射免疫分析	1
636	27040B	A 型肝炎免疫球蛋白 M 放射免疫分析	1
637	27043B	普卡因醯胺放射免疫分析	1
638	27058B	甲狀腺球蛋白抗體	1
639	27063B	脂蛋白酶元 B 分析	1
640	27064B	脂蛋白酶元 A1 分析	1
641	30102B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)	3
642	30103B	PD-L1 免疫組織化學染色	3
643	30104B	All-RAS 基因突變分析	3

註 1：報告類別代碼說明：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告。

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

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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別	每筆醫令獎勵金額(點)
32	32001C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）	2	7
33	32002C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）	2	7
34	32006C	腎臟、輸尿管、膀胱檢查	2	7
35	32007C	腹部檢查（包括各種姿勢之腹部檢查）	2	7
36	32008C	腹部檢查（包括各種姿勢之腹部檢查）	2	7
37	01271C	環口全景 X 光初診診察	無報告有影像	2
38	32009C	頭顱檢查（包括各種角度部位之頭顱檢查）	2	7
39	32010C	頭顱檢查（包括各種角度部位之頭顱檢查）	2	7
40	32011C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）	2	7
41	32012C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）	2	7
42	32013C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
43	32014C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
44	32015C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
45	32016C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
46	32017C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
47	32018C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
48	32022C	骨盆及髖關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
49	32023C	骨盆及髖關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別	每筆醫令獎勵金額(點)
50	01272C	年度初診 X 光檢查	無報告有影像	2
51	01273C	高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查	無報告有影像	2
52	00315C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察	無報告有影像	2
53	00316C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診 X 光檢查	無報告有影像	2
54	00317C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查	無報告有影像	2
55	34006B	顫顎關節 X 光攝影 (單側)	無報告有影像	2
56	34005B	測顫 X 光攝影	無報告有影像	2

註：醫令代碼 34004C(齒顎全景 X 光片攝影)、01271C(環口全景 X 光初診診察)、23506C(微細超音波檢查)、01272C(年度初診 X 光檢查)、01273C(高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查)、00315C(符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察)、00316C(符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診 X 光檢查)、00317C(符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查)、34006B(顫顎關節 X 光攝影 (單側))及 34005B(測顫 X 光攝影)因無報告，故僅須上傳醫療檢查影像，每筆醫令獎勵 2 點。

獎勵醫事服務機構上傳人工關節植入物之項目

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

獎勵居家訪視健保卡登錄暨上傳資料之醫令項目

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

項次	醫令代碼	中文名稱
20	05335C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅
21	05342C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(在合理量內)2.機構
22	05343C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)2.機構
23	05344C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(超出合理量)2.機構
24	05345C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)2.機構
25	05346C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(在合理量內)2.機構
26	05347C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)2.機構
27	05348C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(超出合理量)2.機構
28	05349C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)2.機構
29	05350C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)2.機構
30	05351C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)2.機構
31	05352C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構
32	05353C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構
33	05354C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
34	05355C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
35	05356C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
36	05357C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
37	05358C	醫師訪視費(次)2.機構
38	05359C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構
39	05360C	醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報

項次	醫令代碼	中文名稱
40	05361C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構－醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
41	05404C	居家治療醫師診治費（次）
42	05405C	居家治療醫師診治費-同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起其診治費依本項申報。
43	05406C	居家治療其他專業人員處置費（次）
44	05312C	甲類醫師訪視費用(次)-在宅
45	05362C	甲類醫師訪視費用(次)-機構
46	05323C	甲類醫師訪視費用－山地離島地區(次)-在宅
47	05363C	甲類醫師訪視費用－山地離島地區(次)-機構
48	05336C	乙類醫師訪視費用(次)-在宅
49	05364C	乙類醫師訪視費用(次)-機構
50	05337C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-在宅
51	05365C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-機構
52	05313C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)
53	05366C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)
54	05324C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)-山地離島地區
55	05367C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)-山地離島地區
56	05338C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)
57	05368C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)
58	05339C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)
59	05369C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)
60	05314C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(> 1 小時)
61	05370C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(> 1 小時)
62	05325C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(> 1 小時)-山地離島地區
63	05371C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(> 1 小時)-山地離島地區

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

獎勵醫事服務機構申報特定醫令執行起迄時間資料之項目

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

「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(111.04 費用年月份起適用，111 年 4 月 1 日)

第十五次修訂(111.0X 費用年月份起適用，111 年 X 月 X 日)

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，提供包括加護病房、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」及本計畫居家照護團隊組成條件(詳附表 9.2)。

(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.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.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.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。

D.申請點數(欄位 IDd85)。

(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)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)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)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】、【A7：安養、養護機構院民
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。

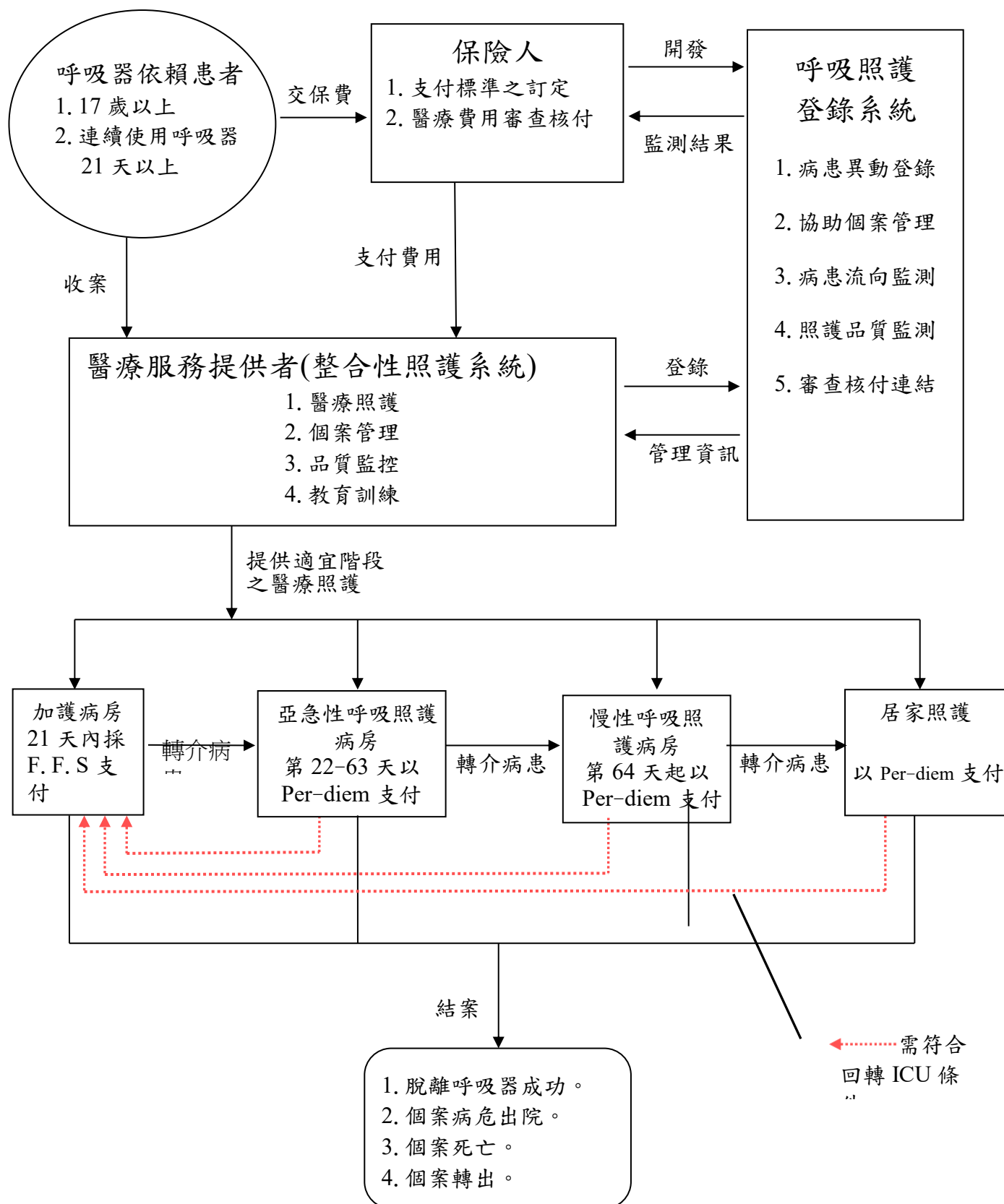
(5) 呼吸器脫離成功率。

(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。

相關醫事人員暨設備資料表

亞急性呼吸照護病房

慢性呼吸照護病房

居家照護機構

全 頁，第 頁

[illegible]

*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 ≥ 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)，提供包括加護病房、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，需進行血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)、連續性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。

九、鼓勵亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房病人脫離呼吸器、簽署拒絕心肺復甦術（Do not resuscitate，DNR）及安寧療護獎勵措施：

（一）經費來源：醫院總額「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」專款預算。

（二）指標項目（以下指標均依 RCC 及 RCW 病人分別計算）：

1. 脫離呼吸器案件（A）：當年度該院成功呼吸器脫離之個案數（以登錄 VPN 資料計算）。
2. 簽署 DNR 個案數（B）：
 - （1）當年度該院完成「預立選擇安寧緩和醫療意願書（本人簽署）」，並申報 DNR 虛擬醫令「DNR01」（大寫），醫令類別填報 G（專案支付參考數值），「支付成數」、「總量」、「單價」及「點數」等欄位填報「0」之件數。
 - （2）或當年度該院完成「不施行心肺復甦術（Do Not Resuscitate）同意書」，並申報 DNR 虛擬醫令「DNR」（大寫），醫令類別填報 G（專案支付參考數值），「支付成數」、「總量」、「單價」及「點數」等欄位填報「0」之件數。
 - （3）申報前述「DNR01」或「DNR」虛擬醫令，院所須留有相關證明文件備查，且同院所同病人限獎勵一次。
3. 臨終緩和照護個案數（C）：當年度及過去年度該院曾簽署 DNR 者（以申報健保卡註記及申報 DNR、DNR01 者計），該名個案臨終前 14 天內未使用 CPR；且醫院曾與該名個案家屬進行緩和醫療家庭會議（以 365 天內曾申報 02020B 者計）之個案數。

（三）獎勵計算：採年度結算，按各醫院 RCC、RCW 之前述三項指標執行成果，除規劃按件獎勵外，另設計指標評比獎勵，以鼓勵院所積極協助病人脫離呼吸器及提升病人臨終生活品質。

1. 按件獎勵：

（1）獎勵方式：脫離呼吸器個案每件獎勵 5,000 點、簽署

DNR 個案每件獎勵 5,000 點、臨終緩和照護每件獎勵 20,000 點。

(2) 全國總獎勵上限為當年度預算之 1/3，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

2. 評比獎勵：

(1) 獎勵方式：區分 RCC、RCW 二組，須為該年度曾申報呼吸器依賴 P 碼醫令且至少執行 1 項指標之醫院，加權計算 3 項指標值，權值分別為 2:1:3，經合計後由高至低進行排序。

1. 前 25 百分位之院所，依該院所收個案數(申報本計畫 P 碼人數)，RCC 每一個案獎勵 12,000 點；RCW 每一個案獎勵 24,000 點。

2. 前 26 百分位至前 50 百分位之院所，依該院所收個案數(申報本計畫 P 碼人數)，RCC 每一個案獎勵 9,000 點；RCW 每一個案獎勵 18,000 點。

3. 前 51 百分位至前 75 百分位之院所，依該院所收個案數(申報本計畫 P 碼人數)，RCC 每一個案獎勵 6,000 點；RCW 每一個案獎勵 12,000 點。

(2) 全國總獎勵上限為當年度預算之 2/3，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

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 呼吸器使用條件

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---居家照護團隊組成條件

人員	條件
(一) 醫師	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）
(五) 其他人員	需要時得設置物理治療人員、職能治療人員、臨床心理師及社會工作人員。
備註： 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 各照護階段支付點數及規定

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	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： - 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。 - 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。 - 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cm H₂O 仍無法維持 SaO₂ (SpO₂)≥90%或 PaO₂≥60mmHg. 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。 三、不同醫院之加護病房轉介，依下列原則辦理： - 同層級間轉介，照護日數累計。 - 高層級轉低層級，照護日數累計。 - 低層級轉高層級，照護日數不累計。 - 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	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： - 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。 - 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
				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 SaO₂(SpO₂) ≥ 90% 或 PaO₂ ≥ 60mmHg. 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。 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。 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。 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。
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	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： 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。 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： 氧氣濃度(FIO₂) ≥ 40% 且吐氣末端陽壓 PEEP ≥ 10cm H₂O 仍無法維持 SaO₂ (SpO₂) ≥ 90% 或 PaO₂ ≥ 60mmHg. 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。 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。

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	一、患者符合以下狀況得轉居家照護： 1.病人與呼吸器配合良好，且呼吸器設定如下： 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≥ 3gm%) 8.無急性發炎狀態(體溫不超過 38.5°C，白血球不超過 10000/mm³) 二、支付點數含下列各項費用： 1.居家呼吸照護小組各類人員訪視費： ●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一切設備及附件之供應。 5.設備維修費用。

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				三、收案時，個案已自備呼吸器等設備，以 P1016C (支付點數含備註二-1、2、3、5) 申報。 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。 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醫療費用，首次申報費用應檢附訪視紀錄。 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。 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。

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 居家照護階段收案條件(二)之收案標準

一、居家個案須符合下列各項生理指標之審查規定：

- (一) PCO_2 exceeds 50 mmHg or when hemoglobin saturation remains $< 92\%$ while awake.
- (二) $\text{FVC} < 50\%$ predicted or Pimax less than 60 cm H_2O : Upright and supine position examination, history and examination every three months.
- (三) $\text{PaCO}_2 > 45\text{mmHg}$, 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 FIO_2 .

二、17 歲以下(含)患者得依下列規定審查：

- (一) daytime hypercapnia ($\text{PCO}_2 > 50\text{mmHg}$).
- (二) sleep hypoventilation ($\text{PCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$) accompanied by oxyhemoglobin desaturation $\leq 92\%$ or a history of recurrent hospitalization for pneumonia or atelectasis.

第二部 西醫

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第三條附表（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療護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. 急性譫妄（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：

- （1）~~老年期及初老期器質性精神病態~~失智症

- (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(Myelodysplastic syndromes，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 RANKLigand 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三十天以上者，且占該院當月總照護人數百分之五十以上者，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)。

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)~~

一、失智症

失智症末期須符合下列 3 項條件：

1. 確診失智症。
2. 臨床失智評估量表 Clinical Dementia Rating (CDR) 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3 分以上)，或失智症功能評估分級量表 Functional assessment staging (FAST) 等級 7C 以上。
3. 合併一年內，發生以下任一種臨床狀況：
 - (1) 居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
 - (2) 營養不良（下列任一情境）
 - 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。
 - 明顯的體重減輕: 過去 3 個月下降 5% 或 6 個月內下降 10%。
 - 身體質量指數(BMI) 小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL。
 - (3) 兩次(含)以上跌倒，或者大腿骨骨折。
 - (4) 吸入性肺炎。
 - (5) 腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。
 - (6) 多處皮膚壓力性損傷(第 3、4 期)。
 - (7) 敗血症。
 - (8) 反覆發燒，既使已使用抗生素。
 - (9) 過去 6 個月中，出現兩次(含)以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院。

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) 急性譫妄(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 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
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 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
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) $\text{PT} > 5 \text{ sec above control}$ 或 $\text{INR} > 1.5$
- (2) Serum albumin $< 2.5 \text{ g/dl}$

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 N18.4、N18.5、N18.6、N18.9 (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及 N19 (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 期、第 5 期病人($GFR < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$)，或已接受腎臟替代療法 (血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
2. 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。
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 (Myelodysplastic Syndromes, 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)處於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（CDR3分以上或FAST7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代碼參考如下）

- (1)囊狀纖維化症：E84.9
- (2)亨丁頓氏舞蹈症：G10
- (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、R27.9、R29.810、R29.818、R29.890、R29.891、R29.898
- (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（依據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(屬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 Trisomy13、Trisomy18、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，或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）。
 - (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)前述適應症除已有長期醫囑之須立即處理之管路問題外，其他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三十分鐘，則以較高加成區間計算。
- 2.夜間(下午五時到未達晚上十時)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。

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：（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，如下：
 - 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（FeverR/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：

(1)~~老年期及初老期器質性精神病態~~失智症

(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(Myelodysplastic syndromes, 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。

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)前述適應症除已有長期醫囑之須立即處理之管路問題外，其他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三十分鐘，則以較高加成區間計算。
- 2.夜間(下午五時到未達晚上十時)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。

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)~~

一、失智症

失智症末期須符合下列 3 項條件：

1. 確診失智症。
2. 臨床失智評估量表 Clinical Dementia Rating (CDR) 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3 分以上)，或失智症功能評估分級量表 Functional assessment staging (FAST) 等級 7C 以上。
3. 合併一年內，發生以下任一種臨床狀況：
 - (1) 居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
 - (2) 營養不良（下列任一情境）
 - 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。
 - 明顯的體重減輕:過去 3 個月下降 5%或 6 個月內下降 10%。
 - 身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL。
 - (3) 兩次(含)以上跌倒，或者大腿骨骨折。
 - (4) 吸入性肺炎。
 - (5) 腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。
 - (6) 多處皮膚壓力性損傷(第 3、4 期)。
 - (7) 敗血症。
 - (8) 反覆發燒，既使已使用抗生素。
 - (9) 過去 6 個月中，出現兩次(含)以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院。

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) 急性譫妄(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 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
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 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
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) $\text{PT} > 5 \text{ sec above control}$ 或 $\text{INR} > 1.5$
- (2) Serum albumin $< 2.5 \text{ g/dl}$

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 N18.4、N18.5、N18.6、N18.9 (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及 N19 (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 期、第 5 期病人(GFR<30ml/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 (Myelodysplastic syndromes, 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)處於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（CDR3分以上或FAST7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代碼參考如下）

- (1)囊狀纖維化症：E84.9
- (2)亨丁頓氏舞蹈症：G10
- (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、R27.9、R29.810、R29.818、R29.890、R29.891、R29.898
- (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（依據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(屬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 Trisomy13、Trisomy18、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 6 月 1 日第四版修訂
111 年 9 月 1 日第五版修訂
111 年 0 月 0 日第六版修訂

壹、前言

全民健康保險(以下稱健保)自 85 年及 89 年實施安寧居家療護及住院安寧療護試辦計畫，並配合衛生福利部政策於健保 IC 卡提供安寧意願註記，於 98 年正式納入支付標準常態性支付。另為讓更多有意願接受安寧緩和醫療服務之末期病人，不須入住安寧病房亦有機會接受健保安寧療護服務，健保自 100 年 4 月起實施本試辦方案，以建構更完善之安寧療護共同照護服務模式。

健保安寧療護最初收案對象僅限癌症末期病人及漸凍人，98 年新增八類經醫師專業診斷符合安寧收案條件之末期病人，111 年新增末期衰弱老人、末期骨髓增生不良症候群病人、符合病人自主權利法第十四條第一項第二至五款所列臨床條件者，以及罕見疾病或其他預估生命受限者，期讓更多病人有機會接受安寧療護服務。

健保將持續推動讓有需求之末期病人得到高品質安寧療護之政策方向，與世界潮流同步並與 WHO 理念一致，協助病人與其家人在身體、心理和靈性等需求均能獲得緩解與支持，落實善終並維護生命品質。

貳、計畫目標

- 一、建立醫院安寧療護推動模式。
- 二、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、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、預算來源：本方案給付項目及支付標準(P4401B、P4402B、P4403B)

之醫療費用由醫院總額一般服務預算項下支應，採點值浮動方式。

肆、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)向全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組提出申請，經同意後始可申報。

(二) 醫院須成立「安寧共同照護小組」，該小組成員與資格：

1. 成員：

(1) 須包括安寧共同照護負責醫師及專任護理人員至少各 1 名，視必要得增設社工人員、心理師、宗教師或志工等。成員異動時，須通知保險人之分區業務組，否則不予支付相關費用。

(2) 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。

2. 資格：

(1) 小組成員皆須接受過安寧緩和醫療之相關教育訓練 80 小時以上。教育訓練內容須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，且講師群須含括醫、護、社各專業領域，並含 40 小時安寧病房見習。

(2) 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。

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 1），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：

1. ~~老年期及初老期器質性精神病態~~失智症。
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(Myelodysplastic Syndromes, 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，且須有原照護醫師簽章。
- 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)於健保資訊網服務系統(VPN)登錄相關資訊。

四、服務項目：詳如安寧共同照護服務內容及紀錄表(附件六)；附件六-1 至附件六-4 為選擇性表格，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：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、給付項目及支付標準：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，給付項目及支付標準詳附表 3。

(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)皆須進行訪視，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 1 次；每次訪視時間至少 30 分鐘。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。

(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 1 次，每次訪視時間至少 30 分鐘。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。

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。

伍、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) 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，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。

陸、附件表單包含有：

附件一：全民健康保險安寧共同照護試辦方案申請書

附件二：參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」服務說明書

附件三：安寧共同照護個案收案申請書

附件四：安寧共同照護護理人員訪視表及其他專業人員訪視表

附件五：安寧共同照護個案登錄健保資訊網服務系統(VPN)必要欄位表

附件六：安寧共同照護服務內容及紀錄表

附件七：安寧共同照護延長照護申請書

附表 1 收案對象之相關症狀條件

~~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)~~

一、失智症

失智症末期須符合下列 3 項條件：

1. 確診失智症。
2. 臨床失智評估量表 Clinical Dementia Rating (CDR) 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3 分以上)，或失智症功能評估分級量表 Functional assessment staging (FAST) 等級 7C 以上。
3. 合併一年內，發生以下任一種臨床狀況：
 - (1) 居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
 - (2) 營養不良（下列任一情境）
 - 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。
 - 明顯的體重減輕:過去 3 個月下降 5%或 6 個月內下降 10%。
 - 身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL。
 - (3) 兩次(含)以上跌倒，或者大腿骨骨折。
 - (4) 吸入性肺炎。
 - (5) 腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。
 - (6) 多處皮膚壓力性損傷(第 3、4 期)。
 - (7) 敗血症。
 - (8) 反覆發燒，既使已使用抗生素。
 - (9) 過去 6 個月中，出現兩次(含)以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院。

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) 急性譫妄(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. $\text{FEV1} \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV1 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 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV1} \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV1 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) $\text{PT} > 5 \text{ sec above control}$ 或 $\text{INR} > 1.5$

(2) Serum albumin $< 2.5 \text{ g/dl}$

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 N18.4、N18.5、N18.6、N18.9 (慢性腎衰竭; chronic renal failure) 及 N19 (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 期、第 5 期病人($GFR < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$)，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 (Myelodysplastic Syndromes, 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

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)處於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 分以上或FAST7 分以上）

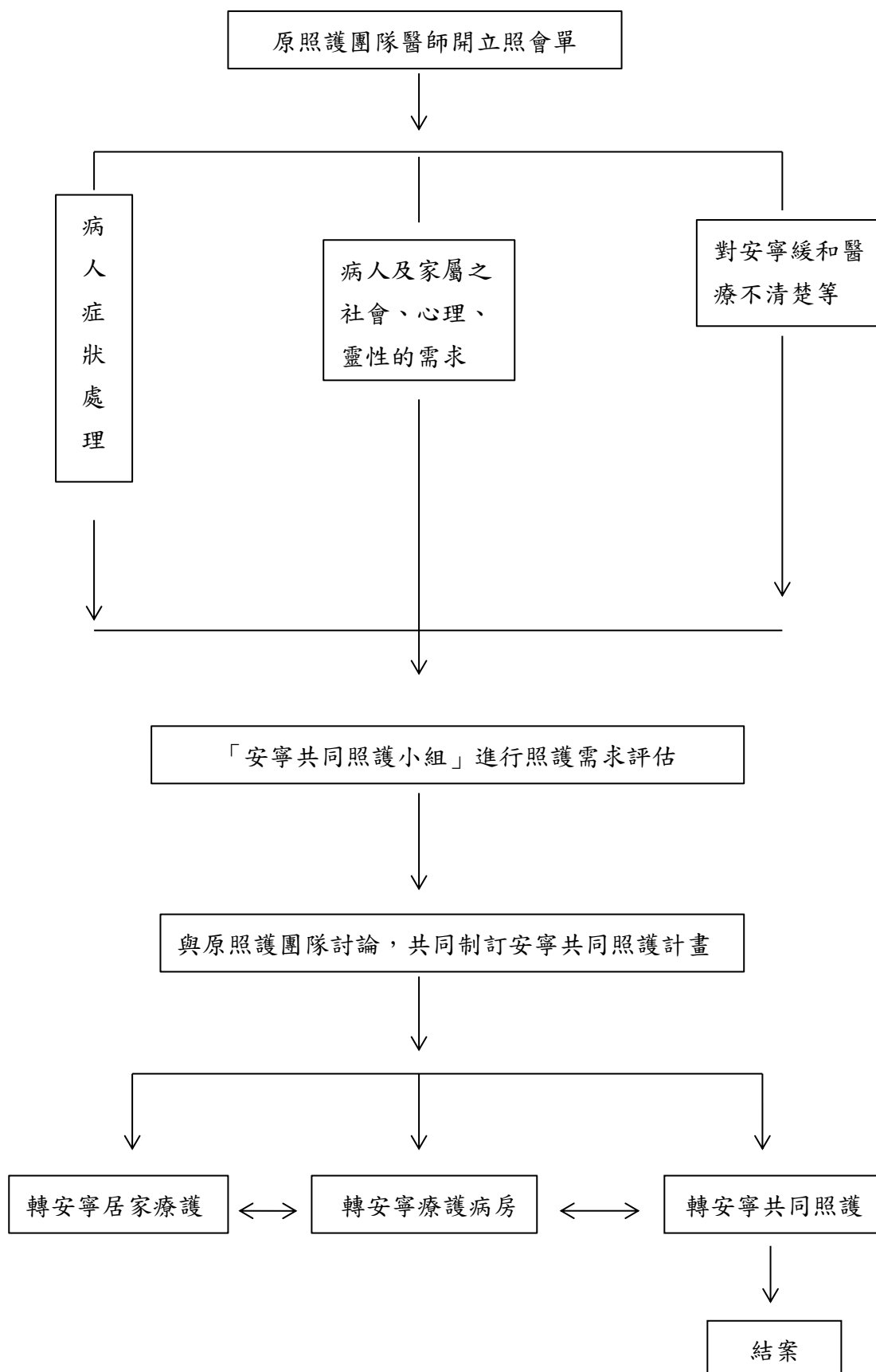
2.第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形（ICD-10-CM代碼參考如下）。

- (1)囊狀纖維化症：E84.9
- (2)亨丁頓氏舞蹈症：G10
- (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、R27.9、R29.810、R29.818、R29.890、R29.891、R29.898
- (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（依據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(屬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



附表 3

全民健康保險安寧共同照護試辦方案給付項目及支付標準

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)皆須進行訪視。 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 1 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，須與首次共照服務隔 1 週（7 日）。

P4402B	後續安寧照護團隊照護費(含醫師)(每週)(次) 註： 1.每週醫師及護理人員基本訪視次數至少各 1 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	後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次) 註： 1.每週護理人員基本訪視次數至少 1 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)~~ 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、末期骨髓增生不良症候群、末期衰弱老人、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，以及罕見疾病或其他預估生命受限者等病人，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
------	--	----	----

收案編號：_____ 附件三

安寧共同照護個案收案申請書

基 本 資 料					☐ 新收案 ☐ 重新收案	
科別		病房 床號		病歷 號	收案 日期	____年____月____日
姓名		☐ 男 ☐ 女	生日：____年____月____日		身分證號	
主診斷					ICD 前 3 碼	
轉移部位	☐ 無 ☐ 不確定 ☐ 肺 ☐ 肝 ☐ 腦 ☐ 骨骼 ☐ 脊髓 ☐ 其他_____					
收案時 DNR 簽署狀態		☐ 未簽署 ☐ 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： ☐ 知道 ☐ 不知道 ☐ 懷疑或半知半解 ☐ 無法評估 2. 收案時，病人對病情及預後認知： ☐ 知道 ☐ 不知道 ☐ 懷疑或半知半解 ☐ 無法評估 3. 收案時，家屬對病情及預後認知： ☐ 知道 ☐ 不知道 ☐ 懷疑或半知半解 ☐ 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	☐ 問題改善 ☐ 轉安寧病房 ☐ 轉安寧居家 ☐ 轉一般居家 ☐ 穩定出院 ☐ 瀕死出院 ☐ 死亡 ☐ 病人拒絕 ☐ 家屬拒絕 ☐ 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： ☐ （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： ☐ 知道 ☐ 不知道 ☐ 懷疑或半知半解 ☐ 無法評估 2. 結案時，病人對病情及預後認知： ☐ 知道 ☐ 不知道 ☐ 懷疑或半知半解 ☐ 無法評估 3. 結案時，家屬對病情及預後認知： ☐ 知道 ☐ 不知道 ☐ 懷疑或半知半解 ☐ 無法評估			
結案時 DNR 簽署狀態		☐ 未簽署 ☐ 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	時間
		____年____月____日	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： ☐ 無 ☐ 有（請詳述藥名、途徑、劑量、頻次）		

	3. 其他症狀處置之建議： ☐ 無 ☐ 有		

4. 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			
5. 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_____			
6. 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			
7. 協助其他療護模式決策： ☐ 無 ☐ 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健保資訊網服務系統(VPN)必要欄位表

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

- (一) 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~~失智症；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)
- (二) 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、延長照護必須登錄欄位(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)：

- (一) 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~~失智症；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)。

(二) 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份日常活動與作息；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、結案必須登錄欄位(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)：

(一) 結案日期

(二) 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。

(三) 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)

(四) 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：_____ ☐ 初步與 ☐ 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：_____

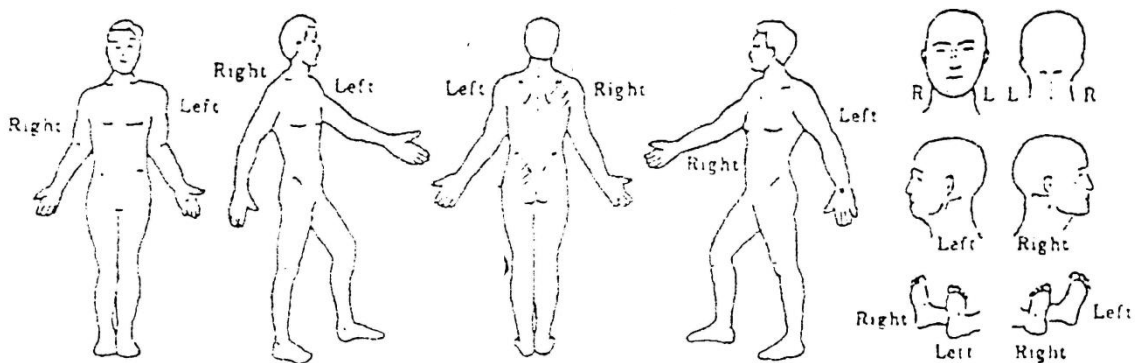
轉移部位：_____

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/ , , ”)(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

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

安寧療護持續疼痛評估表

日期	時間	疼痛 強度 (0-10)	處 方 藥物劑量、時間、途徑	呼吸 (分)	意識 狀態	其他 如副作用、情緒及治療後之反應等（加註護理方法）	簽名

藥物滴定紀錄

日期	藥物	按時給藥一天總劑量	p.r.n.給藥一天總劑量	全天給藥總劑量

※ 副作用請填寫代碼如下：

- 1.呼吸抑制； 2.鎮靜作用； 3.頭暈； 4.噁心； 5.嘔吐； 6.流汗
 7.便秘； 8.欣快感； 9.口乾； 10.皮膚紅疹； 11.其他（請註明）

※ 其他護理方法，如：想像治療、鬆弛治療、音樂治療、娛樂治療、寵物治療、芳香治療、指壓按摩、TENS 等。

安寧療護心理社會需要評估及照顧紀錄

姓名：_____ 性別：_____ 出生：____年____月____日 床號：_____ 病歷號：_____			第一主要照顧者		第二主要照顧者		
			姓名：_____ 地址：_____ 電話：_____ 年齡：____歲 性別 ☐ 男 ☐ 女 與病人關係：_____		姓名：_____ 地址：_____ 電話：_____ 年齡：____歲 性別 ☐ 男 ☐ 女 與病人關係：_____		
編號	日期/ 時間	問題情境	病人 (描述病人問題)	簽名	日期/ 時間	家屬(請指名) (請描述特定家屬問題)	簽名
		病情認知問題					
		情緒問題					
		意見分歧					
		家中有人意見特別強硬					
		缺乏溝通及溝通障礙					
		病人與家人關係障礙					
		無法作決定					
		經濟困難					
		遺產問題					
		後事處理問題					
		孤立隔離退縮					

病歷號：_____

安寧療護靈性需要評估及輔導紀錄 (選擇性表格)

姓名：_____

床號：_____

病歷號：_____

初次記錄日期：____年____月____日

記錄者：_____

一 般 資 料					
項 目			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			是：_____ 否	是：_____ 否	是：_____ 否
是否希望轉介靈性關懷人員			是：_____ 否	是：_____ 否	是：_____ 否
宗教對他的重要性 極重要 重要 不重要 不知					
是否祈禱/念佛/默想 常常 不常 從不					
是否需要宗教禮儀			是：_____ 否	是：_____ 否	是：_____ 否
是否需要宗教音樂及書籍			是：_____ 否	是：_____ 否	是：_____ 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

安寧療護靈性需要評估
及輔導紀錄（續頁）

197

安寧療護 善終準備紀錄單

病人姓名：_____
病歷號：_____
床號：_____

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

病歷號：

保險對象 姓名					性別	☐ 男 ☐ 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-10-CM			疾病名稱									
收案條件	☐ 1.癌症末期 ☐ 2.末期運動神經元 ☐ 3. 老年期及初老期器質性精神病態 失智症 ☐ 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						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)：_____			

第一聯：保險人備查
第二聯：院所備查

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~~失智症：

- ~~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 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~~
☐確診失智症 ☐CDR 臨床失智評分量表 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅 ☐FAST 失智功能評估分級量表等級 7C 以上 ☐居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時 ☐營養不良：☐吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食 ☐明顯的體重減輕：過去 3 個月下降 5%或 6 個月內下降 10% ☐身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL ；☐兩次(含)以上跌倒，或者大腿骨骨折 ☐吸入性肺炎 ☐腎盂腎炎或其他上泌尿道感染 ☐多處皮膚壓力性損傷(第 3、4 期) ☐敗血症 ☐反覆發燒，即使已使用抗生素 ☐過去 6 個月中，出現兩次(含)以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院

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 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ ☐ $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted
☐ FEV_1 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 $100/\text{min}$ ☐ 肺心症或肺病造成之右心衰竭 ☐ 合併有其他症狀(如：惡質、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 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ ☐ $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted
☐ FEV_1 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 $100/\text{min}$
☐ 肺心症或肺病造成之右心衰竭 ☐ 合併有其他症狀(如：惡質、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症

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) $\text{PT} > 5 \text{ sec above control}$ 或 $\text{INR} > 1.5$ (2) $\text{Serum albumin} < 2.5 \text{ g/dl}$ ☐ $\text{PT} > 5 \text{ sec above control}$ 或 $\text{INR} > 1.5$ ☐ $\text{Serum albumin} < 2.5 \text{ g/dl}$
☐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期、第5期病人($\text{GFR} < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$)，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：

- ☐處於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份日常活動與作息 ☐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	

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 3 次與會人員發言實錄

主席

各位委員各位代表午安，我們會議開始。開始之前先介紹一下，牙醫門診總額新任代表，黃克忠醫師，歡迎。

陳專門委員依婕

我們開始今天的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 3 次會議。那首先先確認前次的會議紀錄，請各位代表看到第 1 頁到第 6 頁。

主席

好，各位代表有沒有意見？好，沒有，我們繼續。

陳專門委員依婕

接著是前次會議決議的辦理情形追蹤，請同仁宣讀。

廖科員韻慈

各位代表、長官好。本次會議決議追蹤辦理情形共 16 案，更新的部分為**序號 2**修訂「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，本署將待婦產科醫學會函復有關全程及早產之產檢次數共識後，再提本會修訂，建議繼續列管。

序號 3新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案，本署已於前次會議報告，成大醫院與郭綜合醫院非為同體系院所，新仁醫院納入蕭中正體系。有關居護所是否納入同體系院所名單一事，因涉院所數多，將盤點並評估後再提本會議報告，建議繼續列管。

序號 4修訂「急診品質提升方案」，本署依急診醫學會建議，以現行擬訂定之急診病人留滯急診室超過 24 小時比率作為急診壅塞監測指標，統計 108 年至 111 年上半年執行情形，詳附件 2，建議繼續列管。

序號 5 111 年度鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案草案，因應部分負擔新制政策，預計年底實施。醫事機構需配合調整資訊程式與行政作業，為降低醫事機構衝擊以及部分負擔新制順利實施，已重擬相關獎勵措施提本次會議討論，建議解除列管。

序號 6 新增「住院整合照護服務試辦計畫」，業於 111 年 7 月 18 日公告，並自公告日生效。**序號 7** 修改全民健保保險對象代謝症候群管理計畫，業於 111 年 6 月 20 日公告，並自 111 年 7 月 1 日起開放診所收案，建議解除列管。

序號 8 修訂「迷走神經刺激術」等診療項目及麻醉費通則案。**序號 11** 修訂支付標準第六部病例計酬通則，及第七部第二章 DRG 分類架構及原則報告案，經衛福部公告自 111 年 9 月 1 日生效。**序號 10** 修訂「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻支付方式」計畫，本署於 111 年 7 月 4 日函請醫院協會提送修正草案，醫院協會於 111 年 8 月 8 日函附修正草案，將提本次會議討論，建議解除列管。

序號 9 西醫基層修訂「心肺甦醒術(每十分鐘)」等診療項目及新增 111 年「西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」案，62020C「二氧化碳雷射手術」，改成 62020B，經衛福部公告自 111 年 9 月 1 日生效。「西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」業於 111 年 8 月 1 日公告，並自 111 年 8 月 1 日生效。「心肺甦醒術(每十分鐘)」等診療項目點數調整，按陳前部長指示朝「一併調成一致為方向」，將爭取 112 年總額預算後提案，建議繼續列管。

序號 12 新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案，本署北區及中區業務組已函轉醫院檢具佐證資料，將提本次會議報告。**序號 13** 修訂支付標準第二部第一章第八節出院安寧療護，第五部第三章安寧居家療護及安寧共同照護試辦方案。經衛福部公告自 111 年 9 月 1 日生效。**序號 14** 修訂「精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療」支付點數案，依會議決議於 111 年 7 月 27 日召開修訂「住宿型精神復健機構之復健治療」支付標準討論會議，已提本次會議討論，建議解除列管。

序號 15 遠距醫療給付計畫修訂案，依衛福部 111 年 7 月 25 日函核定

同意，依核定事項配合 110 年已核定之偏遠地區遠距醫療建置計畫，施行地區由 109 年以前衛福部核定之遠距醫療計畫，修訂為 110 年以前核定，實施場域新增衛福部核定計畫之急診醫療站，本計畫業於 111 年 8 月 1 日公告，並自公告日起實施。

序號 16 增修支付標準地區醫院支付點數加計以及點值保障之適用條件案，建議先予解列，俟台灣社區醫院協會與相關醫院充分溝通討論，並凝聚共識提案後再議，建議解除列管。

綜上，本次建議繼續追蹤列管 5 項，解除列管 11 項。

主席

好，謝謝！各位代表有沒有誰先要說明？吳國治代表請。

吳代表國治

我請教一下，辦理情形裡都有所謂的公告，那公告內容是不是都按照我們共擬會議的決議在公告？因為我發現序號 15，公告的內容跟我們會議決議是不一樣的。那這樣子程序是不是合理的？那到底這次公告改的原由是什麼？

主席

社保司請先回應一下，也會請醫事司回應好不好？請。

梁代表淑政

有關代表所提到第 15 案遠距醫療這個計畫的部分，誠如代表所講的，這案子報到部裡面，部裡有做些修正。所增加計畫執行點的部分，考量這計畫在健保會協商 111 年總額時，屬中長期計畫的一部分，當時在協商時，有配合醫事司的計畫增加預算。至於在共擬會議討論時，代表對於分級醫療的顧慮，本部在核定时，我們也檢視了醫事司的計畫內容，因為它規範比較嚴格，屬於急診部分，而且只有 5 種疾病可以做遠距服務，所以放寬本計畫的執行點。

主席

好，醫事司請。

劉玉菁副司長（衛生福利部醫事司）

就我們梁組長所說明的，就是說在前次會議的時候大家有充分的討論，有一些顧慮。事實上我們的計畫執行，我們在這次會跟各位代表做一下補充，第一，它是一個行政院核定的計畫，第二，這些設置遠距會診的點，總共只有 70 個點，是衛福部經過嚴謹的計畫審查才通過的。那第三，這 70 個點已經有公務預算補助他們設備的費用了，所以它要有辦法執行實際的遠距會診，我們的計畫才有辦法來順利的執行。那這個對於偏遠地區的急重症的這個醫療的品質跟可近性跟效率都非常的攸關，所以我們在這一次會議特別再跟各位醫院的委員的代表去說明，第一個它的範圍非常的特定，第二個他們所處理的狀況也非常特定，就是我們表列的像腦中風、緊急外傷、心肌梗塞跟急診的這幾種緊急情況的遠距會診，才在我們的這個計畫內。所以我們大概補充一下原來在上一次會議委員有顧慮的這些面向。

主席

好。謝謝！吳國治代表請。

吳代表國治

那我就問上一次會議的時候，社保司有沒有參與？之前討論的時候，這種狀況你們沒有理解到嗎？那為什麼當時不提出來？所以這是一個。第二個關於程序，我剛剛一開始在問的時候就是說，之前的那些公告是不是都要照我們會議紀錄公告？我想應該是。

梁代表淑政

不一定。

吳代表國治

不一定嗎？那我們這個會在這邊是要做什麼？

梁代表淑政

因為是要報部決定。

吳代表國治

那需不需要跟醫界講一下？就是關於不是按照會議紀錄去執行的部分，不然以後這個會乾脆取消，全部都部裡處理就好了。基本上我們是相信健保署的，別人問我說那好幾千億的預算，你們計算的時候，漏了兩三億會察覺嗎？我說我們不會察覺，可是我相信健保署，我百分之百相信健保署。那這種互信的基礎如果不在的話，以後怎麼樣處理？

所以我覺得新增的急診醫療站，當時如果沒有討論到或漏掉什麼，那也就罷了。可是 109、110 年也是在這邊討論，而且我記得在去年第一次要過的時候，那時候是蔡副主持的會議，我就一直很在意這件事情了。為什麼？因為這本來是醫發基金出的錢，那試辦計畫在的時候，找的地方不是真正的偏遠地區，找了醫院還補助它儀器，譬如眼科補助眼底鏡、超音波等，然後做了遠距，可是它旁邊有一家眼科診所。所以當時大家也同意，就是下不為例。可是如果說 109 年改為 110 年，那以後改為 111 年，那這個地方永遠就是一個破口，變成部裡所有的計畫，你就一直以每一年的慣例，111、112 年一直下去的話，那醫院就是變成提款機，那這樣合理嗎？我們一直很在意這個事情，所以 109 年的時候我就提出來了，在 6 月討論的時候我又提出來了，那明確經過充分的討論之後，社保司也在卻不提，然後在這邊又逕行公告，那把這所有人當作什麼？這個程序上是不是有瑕疵？我就是要提出來這個問題，那這樣合理嗎？

梁代表淑政

對，誠如代表說的是不一定，經共擬會議討論通過的案子，本部大部分會遵照會議的決議核定。但這案子部裡也幾經思量與醫事司討論，就如之前所說的予以核定。至於社保司為什麼沒有在共擬會議中表示意見，因為本案之修正，一剛開始是健保署與醫事司討論的，社保司對於這修正內容不是那麼清楚，所以沒有在第二次討論的時候，提出說明。

吳代表國治

這個我沒辦法接受，109 年就在討論這個問題了。

梁代表淑政

這次修正是 111 年今年所討論的，這是針對 111 年總額協商，在協商 111 年總額協商的時候，配合醫事司在中長期計畫所提需求增加的新執行點。所以在共擬會議討論結束之後，才發現納入修正計畫中。我們也很審慎地跟健保署內部討論，署裡也非常正式地告訴我們說，這新增執行點在共擬會議沒有結論。

吳代表國治

可是其實討論過這個事情。

梁代表淑政

對，但因考量政策所需，為了落實政策的執行，除考慮它是屬其它預算項目，而且它的執行點，不是像吳代表所講與眼科有關，它是屬於急重症，而且屬偏鄉地區。因此，先讓它執行，但會作滾動式檢討，如果真的有影響到分級醫療，醫事司就會納入檢討，以上說明。

吳代表國治

其實我覺得這是花醫院的錢。

梁代表淑政

沒有，其它預算。

吳代表國治

我覺得醫界不是這麼不好溝通的，你們逕行要求署裡公告，我覺得這對我們醫界來講不尊重，是不是？而且這不應該弄成一個常例，以前是醫發基金的錢，現在要納稅人出錢，那付費者代表會同意嗎？所以我覺得逕行公告不是一個很理想的方式，好好溝通我們會同意，我是覺得像這樣的話太粗糙了。

主席

好。朱益宏代表請。

朱代表益宏

主席，這個案子我覺得我要支持一下吳國治代表，因為我們這個會議是健保法正式授權要決定支付標準的會議，這是有法源依據的。那通常都是我們這邊會議決議的時候報部核定，如果我們這邊有不同意見，用兩案併陳三案併陳，部裡面再去裁定，程序上其實是非常清楚的。這個案子，確實是我第一次知道我們報部以後，部裡還可以去修改去加加減減，我覺得這個真的是不妥。那社保司剛剛講說因為前面的會議沒有參與，都是健保署跟醫事司，社保司沒有參與，所以不知道，在開會的時候沒有提出這個案子，那我覺得是你社保司自己的問題啊，社保司不能這麼粗糙的因為沒有參與之前的會議，然後事後跟部長咬咬耳朵，然後部長就簽名了。那我們有什麼管道去跟部長咬耳朵呢？你們每天跟部長見面，我們呢？我們要見部長其實還要另外約時間。所以我覺得這個程序真的是真的是不好啦，我覺得可能社保司真的要檢討。那當然對於署長這邊來講也很為難，因為這部長核定了，依法你們報上去，結果部長核定的東西跟健保署報上去的案子又不一樣，對不對？但是這個關鍵點是社保司，怎麼可以說之前沒有提到的，然後我另外再跟部長講說這個要這樣這樣，我覺得是不好。如果真的是要這樣，那應該是臨時會或是這一次開會的時候，再提補來然後通過，這樣程序才完備。我覺得這個其實我要呼應支持一下吳代表，這樣子的話真的是我們這個會不要開了，因為開完會以後下一次你們社保司再跟部長講一講，那我們開的會全部都沒有用啊，部長就改了，因為部長聽你們的，因為事後只有你們會去跟部長咬耳朵，以上。

主席

大家知道政府是一體的，當然我們上面也有長官，你們的意見我們都有送進去，這中間也都有跟相關的單位對話，我們也有正式的公文過去。這些病人的治療的確是有一些大家不同的論述，我也知道，我自己的態度是先針對這些的問題就直接提出來，我們就先不要動，讓你們先提，我從來不會逃避問題的，這個問題我知道大家會有一些不同的看法，我想部長已經核定了而且公告，未來希望社保司覺得跟我們政策有落差的時候退回來，我們這邊再跟相關的醫事團體對話，我想就比較單純。不過，我想已經公告，我們先做做看，的確也不會說現在就造成我們一些權利受損。

當然在某些施行場域，就像前幾天我回到虎尾，我到若瑟醫院去演講，因為它有天主教他們教會聯盟在那邊開會，我就講說其實教會醫院也不太好做，原來你們就是屬於健保署的醫療欠缺的地區，雲林縣虎尾算是大鎮，結果雲林縣變成是偏鄉，你知不知道？所以很多人可能會很難接受。各位代表拜託你們，因為部長既然已經公告了，我們就先這樣做。當然你會覺得很委屈，本來我們共擬會議的一些內容，假如我自己沒有辦法決定的事情，跟大家的意見差得太遠，可以兩案併陳，大家就沒有話講了，部長核定了就只能接受。我覺得假如說沒有什麼特別，健保署沒有很特別堅持，當然原則上尊重我們醫界的各位專家的想法怎麼樣，我們就朝這個方向去努力。吳國治代表請說。

吳代表國治

我還是想請署裡這邊釐清，現在公告是 110 年，然後場域又加了一個急診醫療站，這個是只有在 109 年到 110 年中間申請的急診醫療站加進來，還是說包括其它的東西？就是 109 年到 110 年中間有沒有提其它的計畫進來？如果是只有急診醫療站，那當然我們可以理解，這個是漏掉了所以加進去，只要醫院代表都同意的話，我當然是沒問題。只是如果包含其它的，那就是又落到我們很在意的部分，違反部裡跟署裡分級醫療的原則，在 109 年到 110 年有沒有其它遠距的計畫，哪一個醫院提出申請要補助它儀器，然後它旁邊又有基層醫療站，那這個是大家不能接受的事情，這個就是之前大家討論的。所以我們要釐清這一塊好不好？

主席

請作貞專委回應一下。

張專門委員作貞

好，跟委員報告一下，那個核定，基本上就是針對 110 年醫事司所提的偏遠地區的遠距醫療建置計畫。這個建置計畫裡面總共是有 14 個網絡，基本上是針對它的一個急診醫療站，才會屬於這個計畫施行的場域，只有這一個計畫。

吳代表國治

裡面沒有像之前我們提出來的斗六、成功這些地區的醫院，那旁邊急診醫療是非常豐富的，沒有的話，那如果醫院代表同意，那當然我們也沒話講。

朱代表益宏

主席，這個案子是不是請健保署，就是把後補新增的到底哪些地區，然後有哪些所謂的急診醫療站，然後它的位置讓委員都知道，後補這個可以吧？應該不是機密，應該不會保密 30 年吧？

主席

好，沒問題。

嚴代表玉華

主席，想要請教是序號 6 的部分，這邊列管建議已經解除列管，我建議此案應該要繼續列管。因為，這個案子目前已經計畫公告，但實際上，不太清楚審查是已經進入審查的動作了？或者已經有要公告開始執行了？所以，這一個案子我會建議應該改成繼續列管。

主席

好，請。

陳專門委員依婕

是，謝謝代表的提醒。如果大家都同意的話，我們這個案子讓它繼續列管。那跟各位代表報告一下現在的進度，我們上禮拜有收到各個專業團體送來的審查小組的名單，那我們這個禮拜先成立審查小組，然後還有召開會議的相關事宜，我們會儘早開會，以上。

朱代表益宏

這個案子我記得在醫院總額的時候我們有提案，那個時候就是請我們再發函，後來我們協會有正式函文給署方，是不是再開放一段時間，我們有一些醫院事實上不知道這個案子什麼時候公告，什麼時候截止，因為你們只有公告在網站上，那社區醫院有些它沒有辦法每天都上網看那些訊息，

所以我們有正式函文是不是能夠開放延長，但是這個文沒有回，也不告訴我們可以或者不可以。醫院總額已經詢問過一次，是不是這一次有可能的話，就開放醫院多一點，反正要經過評選嘛，我覺得這個不會影響到那個預算啦。那我覺得讓多一點，尤其是地區醫院，讓它願意進來參加評選，其實是好事。

主席

好，OK，來，請依婕專委回應一下。

陳專門委員依婕

好。就是這個問題我們收到了，當然我們現在還在研議要不要開放，還沒有一個答案，所以還沒有回復那個公文，我們預計是要在審查小組裡面討論一下這個案子，以上。

朱代表益宏

所以審查小組討論完，那我們再申報來的及嗎？

主席

我那天的裁示說，公告時間過了，有一些醫院想要做，他們還可以再收案，但是，有一個但書，審查委員會它決定這個後面送的要不要接受，假如願意接受，我們就一起去 Review，看看哪一個是可以，假如審查委員覺得時間已經過了就是不收案，那就是針對那一部分去處理，懂嗎？至少我們繼續讓大家收，不過我們有一個但書，而且我們錢是 3 億，現在雖然不到幾個月，也許這 3 億不見得大家會用得完，找更多家願意用的，把這 3 億用掉大家得到一些經驗，就是像今天報紙也在報導，當然正反兩面，有一些人會覺得這樣下去會影響到健保的總額，變成部長他怎麼裁示錢從哪邊來，那樣好不好？所以我的意思是說不要這時候再研議，既然朱益宏代表有提到說報名，那既然說報名當然就要報名，可是有一個但書，因為畢竟這個遊戲規則當時是定在這個時間點，所以就是互相要有一個了解，這樣可以吧？

朱代表益宏

好，謝謝署長。

王代表宏育

不好意思，我講一下。我是覺得程序正義還是很重要，本來已確認到109年，現在又改成110年，我們討論決議改到110年，現在又要擴大範圍，現在我都沒意見。但是我覺得是不是一個附帶決議，以後我們決議的事就不要改，要改就開一個臨時會，看能不能附帶決議。

主席

可以。

王代表宏育

不然以後開會都沒完沒了，因為這個程序正義是我覺得最重要的。

主席

好，謝謝！我拜託社保司，我們的決議不太滿意的就退回來，我們再跟大家再開會那樣，好不好？好。

黃代表振國

小小的建議，就是進場的機制要有標準，什麼情況在偏遠地區得以設這樣的基層醫療站，那有進場機制，相對也必須要有退場機制，就是申請之後發現成效不好，或者是根本在醫療豐富地區，而且可能取代了原有的基層醫療，那也必須有一個退場機制，謝謝！

主席

好，謝謝。我是覺得重點是錢用在刀口上，真的就是說大家在工作的時候有一個成就感這樣好不好？好，來，繼續進入報告一。

報告事項

第一案

案由：有關修訂牙醫支付標準及牙醫門診總額特殊醫療服務計畫案

主席

好，謝謝！我們請牙科代表，請補充說明。

黃代表克忠

這是在 8 月 23 日研商議事會議裡面決定。很感謝署裡同意我們這樣修改。

主席

各位代表有沒有意見？來，請。

陳專門委員依婕

如果沒有問題，轉診加成就依照報 1-3 的內容來修訂。另外附表 3.3.3 在報 1-6 頁會加入糖尿病患者的牙結石清除，還有高風險疾病患者牙結石清除。另外牙特的計畫就是把平均每診次的概念那個文字寫清楚，寫進計畫之中，以上。

主席

好，謝謝！請。

嚴代表玉華

請教一下，關於牙科此案有提到轉診加成，其轉出與接受轉診之醫師的規範，這裡是有提到不得為同一位醫師，那如果同一家醫院裡面它是不同科的牙科，就是牙科之次專科，這樣子也是可以接受轉診的，是不是？

林醫師敬修（謝代表偉明代理人）

要看它處在的地方，如果是屬於附表 3.3.3 的話，那是不給付，是沒有加成的。那個就是屬於人口比較密集的地方，譬如說雙北或者是臺中市或者以前的舊臺中市或者是高雄這樣。

主席

這樣可以嗎？嚴代表，聽懂了嗎？上一次我們同仁有一個給牙科醫師看，把他轉到另外一個牙科醫師去，另外一個牙科醫師拔得不是很順，拔

到一半拔不下來，然後跟我講，我再把他轉到第三個醫師才拔下來，所以有時候牙科轉診也是要很小心，真的有需要才轉，不然互相轉來轉去覺得也不好，假如沒有問題，我們這個報告一就先這樣，好不好？那我們進入報告二。

報告事項

第二案

案由：增修「兒童特殊家庭功能評估」等診療項目案。

新增「陰道息肉或肉芽組織切除術」等 5 項

主席

好，謝謝！我們請婦產科黃建霈秘書長補充。

黃建霈秘書長（台灣婦產科醫學會）

主席、各位委員好！婦產科醫學會補充。提出這一項主要是為了正名，因為過去碰到一些困擾，就是子宮已經全切除包括子宮頸也切除，但是後來在陰道產生的息肉沒有點數可以報，就報子宮頸的息肉切除。一方面病人看到了也覺得很怪，第二個她去申請自己保險的時候，保險公司也會提出一些相關的疑問。所以大概最主要第一個為了正名。第二個其實在點數上，它其實完全有取代性的。我們可以看到說明上的第 29 頁的報表，那上面其實幾乎都是跟原來的點數是一樣，所以看起來是並不會增加健保的負擔，也不會占到其它科的，謝謝！再懇請大家支持。

主席

好，謝謝！關於這部分的話各位代表有沒有意見？請朱益宏代表。

朱代表益宏

先請教，因為這邊就這個報告案它其實項目還蠻多的，最後有講說預算今年是不夠的，好像說今年醫院總額只剩下 60 幾萬了，在支付標準調整新的診察項目只剩 60 幾萬，所以我不曉得現在討論的意思，包括後面討論的，是不是應該等到真的有預算的時候再來談，或者至少等到譬如說年底

部長已經核定，已經知道新的預算有多少錢再來往下走，會不會比較好？不然這邊都認為這個應該給，那個應該給，因為最後才會看到是這個預算沒有錢，所以大家到時候是同意還是不同意，這個就會造成困擾。所以我覺得是不是先來談一下，這筆預算到底怎麼樣，還是說今天大家先討論通過，然後明年再實施，還是說要等到明年有預算的時候，我們再來討論這幾個案子，以上。

主席

好，謝謝！我請依婕專委回應一下。

陳專門委員依婕

謝謝代表的提問。那請各位代表翻到報 2-44 頁，那翻到這一頁是因為我們有去估算，就是今年的新醫療科技診療項目的部分只剩下 63 萬，醫院總額的部分剩下 63 萬。可能可以通過的項目，我們有先排序，從最下面最下面就是今天討論的我們現在這個案，陰道息肉或肉芽組織切除術開始，這些項目有的不影響財務，有的增加一點點，預算尚足以支應，所以提到今天會議討論。那後面翻過來報 2-46 頁這邊有一部分是因為增加了財務衝擊，今年看起來沒有預算足夠支應，所以今天會議如果通過了，會等有預算以後，才報到衛福部去核定公告實施，因為每次共擬會議有決議的案子，我們後續還要先預告，然後還要依程序報部。那報部的這一塊，我們會等確定有預算以後才報部，就分兩批來實施、來進行，以上。

主席

好。可以嗎？

朱代表益宏

主席，我是覺得是不是有預算的時候我們再來。

主席

你的意思說今天不要開會了？

朱代表益宏

沒有，沒有，沒有，不是說今天不要開會，主席親自主持，怎麼可能說希望這樣。

主席

沒關係，我一直在陪你開會。

朱代表益宏

謝謝主席，謝謝主席。我是認為既然沒有預算，是不是應該等到有預算再來討論會比較好，以上。

主席

還有沒有代表有意見？

所以這第二案就是錢的問題。其實每一個醫生都為病人，當然我知道有時候支付標準部分沒有修改，想要對某一些科別是合理的，我們當然是朝這方面去努力，真的讓這些醫療人員所做的事情，當然就是要給人家。先通過或是不通過都可以決定，不要說不討論啦，至少說有一個進度。我相信我們同仁他們也不會沒預算也一直把它送上去，這個時間什麼時候宣布、什麼時候報部，那是另外一個事好不好？請。

游代表進邦

我原則上贊同，因為大家今天都來了，所以不討論，等於大家都白跑一趟。我認為可以先討論，但是就是一個原則，今年剩多少錢，就是公告那個金額的部分，剩下的就等明年總額通過，明年總額沒有新醫療科技，那就不用講了，就等到有錢的時候再來公告，我想這是可以先討論，公告就依照有錢的程度再擇期來公告。以上。

主席

好，謝謝！請。

何代表語

主席，我提議先通過。那至於後續有沒有錢，就是錢的部分授權健保

署去支配，我提議今天這個案子先通過。

主席

好，謝謝！請朱代表。

朱代表世瑋

主席，其實現在醫界也想做，署裡也想做，錢的問題，當然就是不影響的話，我也跟何語代表的意見一樣，先把它通過以後，那你們自己會酌參，那真的錢真的不夠，我相信也會再報部去要錢。那優先順序我們應該是尊重健保署的一些行政裁量權，然後讓它真的能夠為我們的付費者也好，病患也好，能夠真正的去找到比較好的一個系統。謝謝！

主席

好，謝謝！我想就是先討論，也不是說先討論就通過了，討論以後覺得不想過就不要給它過了，後面我們各個醫學會的人他們也來了，也是讓他們有機會參與討論，好不好？就是因為沒錢，我想我們的付費者代表大老在這邊，都聽到你們的聲音了，我想就是先這樣好不好？那婦產科這一部分的話，假如各位委員各位代表沒有什麼意見，那我們再進入下一個部分的討論。第二項。

新增「留置性導便裝置」

主席

我們請燒傷暨傷口照護學會吳思賢理事請說明。

吳思賢常務理事（臺灣燒傷暨傷口照護學會）

各位長官大家好，我是燒傷學會代表吳醫師。這一個導便裝置我們訂的規定，整個使用是非常的嚴格。要會陰部、還有下肢、合併有燒燙傷，必須要做重建來使用，而且必須要有附件提到的病情狀況才會使用。之前的討論有預估過這類病人的使用量，畢竟每年它的使用量不多，健保衝擊是0.61百萬點，不需事前審查，只會用在需要使用的病人，就是符合以上條件者。以上報告。

主席

好，謝謝。各位代表有沒有意見？因為這是屬於一個支付的一個概念。好，假如沒有，我們進入第三項。

新增「學齡前之兒童特殊家庭功能評估」

主席

好，謝謝！我們請兒童精神科醫學會陳質采常務理事，請。

陳質采常務理事（台灣兒童青少年精神醫學會）

好，非常謝謝署同意通過。因為情緒，目前是很多社會問題的根源，不管是社會安全網，或是憤怒的一個出口，所以我們覺得兒童的嚴重情緒障礙，協助家庭早期介入、評估後能適性回應、不落入互動的惡性循環是非常重要的，謝謝！

主席

他講話我都沒聽到。因為我昨天去 CDC，我覺得部長在講話我都聽不太到，我就昨天晚上打電話給 CDC 的主任秘書，我說茹秀，你去看一下他前面那個麥克風音量，到底能不能放大一點，大家都聽不到你知道嗎？以後大家在報告的時候，我已經認真在清我的耳朵。好，來。這一部分假如各位沒有問題，那我們進入下一部分第四項，好不好？

新增「學齡前之兒童社會情緒發展團體心理治療」

主席

好，陳醫師。

陳質采常務理事（台灣兒童青少年精神醫學會）

好，這樣有聽比較清楚。這一個部分主要是針對從小情緒比較敵意，還有就是比較憤怒，情緒張力或情緒起伏大的孩子，希望他們可以被早日介入，在同儕團體中習得相關的知能、改觀他們的經驗，以及學習相關的因應技巧和策略。

主席

好。各位代表有沒有要補充的？沒有，我們繼續下一個，來。

修訂 68035B「心臟植入」

主席

好，謝謝！這一部分各位代表有沒有意見？就是心臟移植年齡比較稍微放寬一點。好，沒有，我們繼續下一個。

修訂 56037B「深部腦核電生理定位」

主席

好，謝謝！我們請臺大醫院戴春暉醫師補充。

戴春暉醫師（臺大醫院）

目前健保已經有給付巴金森氏症的深腦刺激手術，巴金森氏症主要是偏向中老年人口的疾病，但是深腦刺激術有另一個很重要的適應症叫做肌張力不全症，這些病患大多是年輕人或小孩，由於目前是完全沒有給付的狀況，所以非常感謝健保署能夠提出並審查這一個項目，初步至少能夠補助這些病患在接受深腦刺激術的術前評估及術中監測的部分。未來希望有一天，健保署能夠像巴金森氏症一樣補助肌張力不全症的深腦刺激術治療，幫助這些處於弱勢的兒童、年輕人及家庭，謝謝！

主席

好，謝謝！各位代表有沒有補充的？

黃代表振國

主席，對於前面有補充可以嗎？剛剛有一個留置性的導管裝置，在附件的表寫得很清楚，是要到大便失禁才能給用，可是在議程的文字敘述上是腹瀉得以使用，是不是可以把它釐清，這個前後的標準可能寬鬆不一，這是第一個。第二個，當然我很認同心臟移植的年紀從 65 歲放寬到 70 歲，但是，不是核准率有沒有通過，我在意的是成功率有沒有也一樣好。如果

成功率一樣好，當然到幾歲我個人都支持。但是如果隨著年齡的增長，成功率越來越低，可能也請署方考量成功率的問題，謝謝！

主席：

好，謝謝！那個第一個部分，碧珠代表先問。

劉代表碧珠

我也是剛剛同樣的問題想要回頭再請教，也是剛剛留置性導便裝置這個的支付標準，我想請問一下，我剛剛試著在找，看有沒有成本分析資料，因為看起來這個支付標準的內容，裡面提到說，這個是一個處置費，但是它內含一般材料費的比率是 85%，所以我們可不可以知道這個材料費？到時候材料一直漲價，你的支付標準如果沒有跟著調整的時候，醫療院所在做這個處置的時候，事實上冒著很大的一個成本風險在這邊。所以我們想要詳細知道這邊的內容，到底包含了什麼東西？，這個的處置費只有占這個 15,780 點的 15% 的處置技術費，是這樣的意思嗎？這個部分提出來再請教一下。

主席

好，謝謝。請依婕專委回應一下。

陳專門委員依婕

謝謝各位代表。請看到報 2-29 頁，我們在支付規範裡面會寫適應症，適應症寫的是大便失禁者，所以我們前面提案文字描述得不好，抱歉，應該要寫大便失禁者，這是適應症文字，這有在專家諮詢會議裡面做過確認。那剛剛有代表提到的成本，請各位可以翻到報 2-40 頁，裡面最貴的就是材料的部分，所以剩下處置費的部分是剩下大概 15%，以上。

主席

是，謝謝。心臟移植我來講好了，事實上開刀重點不是年齡的問題，它本身病人的條件的問題。在做移植的時候，當然年紀越大，有一些狀況是不一樣。我們憑良心講，做器官移植的時候，其實年紀大的人，假如手術整個都做得很順利的時候，其實他的存活率並不比年輕人差，就是我們

的 aging，年紀大的人他免疫系統的一個改變，其實對排斥反而就更不會產生。所以說我一個病人那時候 68 歲了，他做完腎臟移植活了 17 年，到 85 歲。另外有一個病人也是 70 幾歲做移植。所以我常常在講一個概念，就是說老了還需要換嗎？各位想對一個民眾來講，他想說他的身體狀況很好，他可以有機會換到，可以再多活十幾年，對他的家人來講都是不一樣的禮物。所以我覺得說很多東西也不純粹說這個年紀大的問題，像我可能快要不符合你們的標準了，我覺得是每個人對於醫學倫理的一個看法，這一大部分大概是這個樣子。好，來，朱益宏代表請。

朱代表益宏

主席，因為這些資料都是早上才看到嘛。

主席

為什麼？我們失誤。

朱代表益宏

今天早上才給啊！所以我們都過過過，來不及回顧，我現在要提的是報 2-30，學齡前的兒童特殊家庭功能評估、學齡前兒童社會情緒發展團體性治療，因為在成本分析資料裡面都是用醫師來執行，算成本的時候，這兩個支付項目都是用醫師。但是在報 2-30 是不用醫師做的，譬如說是這個特殊家庭功能評估社工師可以做，然後這個情緒發展團體心理治療，這是臨床心理師可以去做，但是成本分析的時候都是用醫師的成本去做，所以我是覺得這個是不是要去釐清，如果是其他的醫事人員在執行，費用事實上是沒有到那麼高，但是全部都用醫師，因為這個所有的治療裡面最貴的就是這個人事費，那人事費事實上是醫師的費用最高，但是又允許其它的醫事人員去做執行，我是認為這邊是不是要去做一些修正，以上。

主席

好，謝謝。請回應。

陳專門委員依婕

好，謝謝代表。這個在討論的時候說有一部分比率會是醫生做，但也

有一部分的比率會是譬如說社工師或者是臨床心理師來執行，那如果代表們覺得可行的話，我們會後會去重新依照當時提案單位提的比率，去重新校正支付點數，然後提到下次會議來報告，因為這個項目看起來得用到明年 112 年的預算，所以我們還有一點時間可以做調整。

朱代表益宏

因為譬如說中間有一個項目在成本分析的時候，一個醫師要花 60 分鐘，它可能是團體治療，所以我是覺得說如果是這樣，那當然給的費用高是比較合理。但是如果它是社工師做，結果你又用醫師，然後給到那麼高的，我是建議還是要做調整，謝謝。

黃代表振國

主席，我也呼應一下朱益宏代表。其實我們對於這樣的心理治療，在基層的各分會都很頭痛，到底工時要怎麼認定？那既然合理調整他們的薪資，我覺得相對也必須要有合理的規範。我們在基層發現一個問題，譬如說第二個，學齡前兒童社會情緒發展團體性治療，那既然是團體，所以可能是 10 個、20 個，甚至 30 個一起參與，那到底需要多少的工作人員？我們舉復健治療為例，有一個工作人員跟個案的比例，是否能有一個合理的比例規範？那大概要做多久？這樣才有一個合理的支付點數，也能夠一併適用在其它的精神科治療方面。我們當然知道它原來要取代譬如社會功能等等，那其實是我們其它科別永遠不懂的，既然署裡面有一些支付合理點數工時的計算方式，也希望會後一併提供給我們全聯會做參考，謝謝。

主席

好，謝謝。目前來講，我們的一些支付點數其實都不太合理，在不合理的情況下...

黃代表振國

相對合理，那種不合理中的相對合理。

主席

對。各位要注意到一點，在整個目前的社會裡面，對小孩子照顧，應

該是我們國家的一個重點，如果願意花心力照顧小孩子，我覺得在國家的資源裡面會盡量擺在那個裡面，不過你剛剛提的建議的話，我們會去參考好不好？碧珠代表請。

劉代表碧珠

我還是回到剛剛的留置性導便裝置這個處置項目，如果說它的材料費，剛剛看你的成本分析裡面，這個主要材料費的成本就 8000 多塊錢，是屬於不計價。其實如果是這個的成本這麼高，列在不計價，其實是不太合理。如果是要通過這個項目，建議就把這個特材費用另外拉出來，採計價的方式給付，不要含在這個處置費裡面，拆分開來做支付會比較合理一點，這個在醫院營運上會有很大的一些影響，在這邊提出來。

張科長淑雅

報告主席跟代表，有關醫材其實它現在的產品設計，已經朝向它就是 for 一個處置一個技術來做，那假設今天共擬會議，要把這個必須要用這個裝置拿到列項來討論，就主席裁示的話，我們就配合辦理。到特材那邊能不能通過，就是另外一個共擬會議討論，這個部分可能就會影響到民眾的權益，以上報告。

黃代表雪玲

我們會比較贊成就是高價的醫材其實真的不要含在醫令裡面，因為真的很難檢討到它，就像我們之前有一個那個顯影劑，它一直綁在醫令裡面，它其實價格已經很高，就讓我們醫令沒辦法支付造成虧損，那其實我們在提到署裡搞很久才去調那個價格，所以我們會希望高價的醫材，還是盡量讓它回到特材組那邊去做給付。那另外我要感謝署裡，就是讓我們看成本分析，那這次在這邊特材幫我們用浮動點值來做調價，只是說我看到是用 110 年 Q1 到 Q4，可是我們去年有兩季其實是不合理的，那個點值會很高，所以那個調校是不合理，我會建議說是不是用沒有疫情的 Q1 或 Q4，如果你們之後有在算類似的東西，是不是那個調校用比較好的參考基期。

主席

好，謝謝。第一個是特材的話就是事緩則圓，因為講說特材要另外在

特材那邊討論，好不好？因為這種病人當然說，我想他就是 incontinence 大便失禁的病人好不好？的確我們有時候沒有提供那麼好的醫療服務，既然這個學會他們有這樣的一個建議，當然我們樂於給他們這樣的一個治療的空間，或者假如說這個特材比較貴的話，就另外再討論好不好？那這個提到計價的部分的話，我想我們會後再繼續討論這樣好不好？好，那我們繼續。

修訂 20043B「巴金森氏症 UPDRS 量表之評估」併新增「動作障礙相關量表之評估-執行二項以上量表」等 2 項

主席

謝謝，那我們請戴春暉醫師做補充。

戴春暉醫師（臺大醫院）

這與上述的深腦刺激術「深部腦核電生理定位」是相關的項目，最主要的目的是用來術前評估肌張力不全症的病人，由於他們身體狀況往往十分複雜，這些量表能夠幫助術前清楚評估他們的狀況，適不適合進行深腦刺激術這種特別的治療，謝謝！

主席

好，謝謝！那各位代表有沒有補充的？有神經科的代表嗎？

彭代表家勛

我是 echo 戴教授他的說明，因為此評估量表有它的必要性，而且此評估量表非常的專業且複雜，需要花很多時間評量，所以懇請所有委員支持，謝謝。

主席

OK，好，謝謝。各位代表還有沒有意見？沒有，我們就繼續好不好？來，繼續。

修訂 19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」

主席

好，謝謝，建霈秘書長請。

黃建霈秘書長（台灣婦產科醫學會）

好。主席、各位代表好！婦產科醫學會秘書長黃建霈醫師做補充報告。胎動減少的孕婦在一週內發生胎死腹中這樣悲劇的比例，比胎動正常的人要多兩到十倍，如果能夠即早發現，可以把胎兒救回來。現在臨床上 24 週以後的 baby，如果發現有這個問題，在那個週數出生已經有六七成可以存活，那救回來之大概只有三分之一有較大的後遺症。如果到 28 週的話，有八九成以上的存活率，有重大後遺症的比例小於 10%。過去在 24 到 28 週健保其實沒有給付關於胎兒健康狀況的檢查可以做，這些產婦她可能必須要自費。到 28 週以上雖然有所謂的胎兒監視器，但是胎兒監視器的偽陰性是 2%，意思就是，如果按照這上面推估，每年有一萬人次的話，有 200 個 case 會檢查正常，但是結果卻發生一週內胎死腹中的悲劇。那如果能夠通過這個胎兒生理評估，它的偽陰性只有千分之一，意思是大概可以降到只剩下 10 位，所以我們可以多救 100 多個 baby 回來。

那雖然在點數上會增加大概 1800 百萬點左右，包括醫院跟基層，可是我們從今年的上半年也發現，出生的人口已經減少了 10%，約 7000 人，這省掉的點數，我們當然不樂見這方面的點數支付減少，但是就是 2 億點，那全年來講可能今年會創臺灣光復以來，大概出生人數最少的紀錄。所以在這個少子化而且高齡化、高危險妊娠增加的孕產趨勢時代，婦產科醫師的確需要有更好的工具、更精準的工具來搶救我們的 baby，也希望主席跟各位代表可以支持，謝謝！

主席

好，謝謝。各位代表有沒有意見？請朱益宏代表。

朱代表益宏

我兩個問題，第一個就是這個項目跟前面的那幾個項目，帕金森、生長刺激等，健保署預估都是零成長，就是原來支付項目都是零成長，不曉

得這個是什麼樣的情形，因為我覺得我們所有支付項目零成長的是很少見的。那剛剛婦產科這個高危險妊娠，雖然新生兒是減少的，但是高危險妊娠是增加，因為產婦年齡都增加，高齡產婦越來越多。所以雖然新生兒人數減少，但是這個項目它也不見得是零成長，這是第一個。所以健保署就說明一下，零成長到底是怎麼樣的狀況會零成長。第二個就是增加妊娠 24 週之後胎動減少，所謂胎動減少有沒有比較明確的定義？還是說所謂胎動減少，這個是婦產科大家都知道，就是原來家屬自己在家裡算幾分鐘動一次，現在幾分鐘動一次，叫胎動減少，這個是不是要有比較明確的定義？以上。

主席

好，謝謝，依婕專委先回應，等一下再請秘書長回應。

陳專門委員依婕

好，是，謝謝代表。請看到報 2-33 頁，2-33 頁我們在計算的註 2 裡面 (1) 有去分析說原發性肌張力不全，還有續發性也就是次發性的肌張力不全，近三年來的人數，那有看到說 109 年跟 108、107 年比的人數較低，所以我們那時候是用零成長這樣的方式來做估算，以上。

主席

好，謝謝。請秘書長。

黃建霈秘書長（台灣婦產科醫學會）

胎動減少其實在醫學上沒有統一一定要怎麼來認定，不過按照美國婦產科醫學會的標準，它是說兩小時內小於 10 次。但是臨床上你要跟病人問說你有沒有兩小時內小於 10 次，有時候很難判定。那通常在執行的時候是，第一個產婦她自己有提出來她胎動減少，第二個或者碰到一些高風險妊娠的情況，醫師會主動問產婦說你的胎動有沒有明顯的減少？如果她答有，大概才會符合將來這個新增的適應症，那病人也不會主動去說我有這個問題，因為一旦她說有，就要被留下來檢查，她在醫院得檢查 1 個小時才能回家。所以我想病人也沒有那個動機去假裝然後主動來講說我胎動減

少然後要被留下來做這樣的檢查，對她也很麻煩。對於婦產科醫師來講，他光超音波的部分要花 30 分鐘詳細去評估她的項目，那其實所得到的報酬真的是很少，那才 1500 點，在基層來說。所以其實大家都是為了因為碰到有疑問，要確定這個胎兒是不是可以還放在子宮內，才會去做這樣的檢查，所以我們預計大概其實不太會有人會去多報這個檢查，以上。

主席

好，謝謝。請。

朱代表益宏

因為婦產科這個支付標準，它其實適應症有包含了其它高危險妊娠都在這邊，那現在主要一個問題是，如果說因為產婦說她感覺胎動減少，然後我們就開始做這個評估，那我覺得這樣子其實是會有一些...因為產婦並不知道有這個支付項目，所以，一定是跟醫師講說她覺得胎動減少，那醫師就說既然這樣符合這個適應症我們就給她做，但是做出來可能我覺得大部分搞不好都正常。所以我覺得至少在申報的時候，因為這個其實就很廣泛，那就會變成是不是會浮濫？這是第一個。那第二個，如果真的要列入的話，那我是建議健保署如果產婦符合這個適應症做這個項目，是因為胎動減少而做個註記，然後另外要看 outcome，統計一下婦產科醫師申報這個項目的時候，最後真的產婦、新生兒有什麼狀況的比例是怎麼樣，你搞不好做 100 個，最後只有一個有問題或者是 1000 個才一個有問題，我覺得如果沒有特別的規範，這個確實是我是擔心會有一點浮濫，以上，謝謝。

主席

好，謝謝。請簡單扼要好不好？

黃建霈秘書長（台灣婦產科醫學會）

好，這個其實之前有說，兩週內如果因為胎動減少而做一個檢查，它必須要明確的寫出來其理由，所以這個其實大家比較不用擔心說這個會浮濫。那至於說大部分做出來是正常，我預期絕對是這樣。可是當我們 100 個可以找到 1 個不正常，我們就把那個 baby 救回來了。那如果以每年 1 萬

人次來講，大概我們可以減少 100 多個這個悲劇發生，因為這個悲劇一旦發生，對於懷孕的媽媽，還有對產檢的醫師，它其實都是一個蠻大的衝擊。

主席

好，謝謝。假如民眾真的是萬一沒有找出來也是真的可惜，有時候我在想說很多東西到最後是醫學倫理的問題，醫師也不會說為了做這個超音波就什麼都沒有做就在拿錢，這不太可能的事情。那另外一個就是說我事實始終相信，假如說順利推動使用者部分負擔，我想民眾做這個東西，如果不是重大傷病，他應該付一點錢，所以就變成說醫師也要給他交代很清楚，你花這個錢的目的在哪裡好不好？那這個案子就這樣過去好不好？

朱代表益宏

可是這個案子定義一下還是比較明確，譬如剛剛講多少小時之內是什麼樣的狀況，我覺得明確一點會比較好。

主席

好，依婕專委說明一下。

陳專門委員依婕

謝謝朱代表提問。那這個部分的話，我們會後跟婦產科醫學會研議，把它詳細的審查規定列在審查注意事項之中，那這個案子是不是今天先讓它通過，那我們來訂定審查相關的規範，以上。

主席

好。那我們就進入下一個好不好？

修訂 12090B「淋巴球毒殺試驗」併新增「淋巴球毒殺試驗-同時檢測 B 細胞及 T 細胞」等 2 項

主席

好，謝謝！我們請移植學會叙涵，請說。

王叙涵秘書長（台灣移植醫學學會）

各位委員大家好，我這邊移植醫學會，基本上我們目前在申報這個 T 細胞、B 細胞檢測的時候，它是移植之前必須所做的項目，可以減少發生排斥的風險。其實它這個增加的跟百萬點數可能會有一點被誤判太高，因為其實我們目前在申報的時候，以舊的點值來申報，那新的點值申報只是把它合理化而已。目前舊的點值申報可能是第二點值我們申報兩次，那這個新的點值申報的方式可能會有一點被高估。那其實再換另外一個角度來看，如果一個成功的移植能夠推動的話，一方面對病人是有好處，另外一方面也是減低了譬如說腎臟移植或者是骨髓移植能夠成功的話，其實是大大減低了健保在另外一方面的負擔，以上報告，謝謝！

主席

好，這部分各位代表有沒有意見？請。

朱代表益宏

這一部分如果是在移植前必須要做的項目，建議這個費用由移植的專款去支應，因為費用移植專款應該包得下這一部分，而且它只有移植前才會做，其它也不會使用，所以經費我沒有意見，但是建議它的來源是移植專款，以上。

陳專門委員依婕

好，那如果各位代表同意的話，我們是不是把它寫到 112 年，在做結算的時候用這樣的方式結算。因為我們現在的結算，今年的結算方式已經決定了，所以我們是不是明年 112 年在做器官移植那一筆專款結算的時候，把這個項目也納進去，以上。

主席

好。沒問題我們就繼續下一個。

修訂 33113B 「經頸靜脈肝內門脈系統靜脈分流術

主席

好，謝謝！我們請介入放射線醫學會莊博涵醫師，請說。

莊博涵副秘書長（台灣介入放射線學會）

主席、各位代表好。這個經頸靜脈肝內門靜脈分流術，是針對一些肝硬化病患，有嚴重腹水或者靜脈瘤出血的病患，如果他不適合做移植手術的話，這是介入放射能夠幫助這個病人的一個最佳方法。由於過去給付的點值大概只能涵蓋它的一個耗材，就占了約 19,000 元，經署同意可以提升 54,090 元，一年估計個案數大概不到 20 人，希望主席跟代表能夠支持。

主席

好，各位代表有沒有意見？請。

劉代表碧珠

跟前面跟處置一樣的問題，我們當然是同意這樣的一個給付，但是這個耗材的費用，材料費用可能要另外拿出來計算，以上。

張科長淑雅

報告主席，有關這個醫材其實它以前就不在特材的計價裡頭，它就是要做這個處置。那如果代表真的要把它拉出來，我們都可以討論。只是特材共擬會議會按照特材考量這個該不該支付來思考，以上報告。

主席

好。其實錢在哪邊都是錢，在特材那邊，還是一樣算在我們總額裡面，所以說要放到專款，我也說好。重點是說，是不是可以給病人治療，那我覺得醫師認為說病人需要這樣去做，在健保能力內就是提供這樣的一個治療。碧珠代表，也是覺得要放到特材去，是不是？各位代表是不是每個都同意這個樣子？在哪一邊，特材那一邊也不一定會過，好像結論說都不要進來。

劉代表碧珠

因為從這個成本分析上面我們也看到，因為這個特材它屬於自費品項，所以現在把它納進來，我們同意，就是說病人有需要做這個處置，我們也認為應該要支付。但是問題是這個費用結構的合理性上，它應該是屬於材

料費，就把它歸到材料費，該是屬於處置費就把它歸到處置費，因為這樣子假設這個材料未來它的費用調漲或者怎麼樣的時候，醫院在這個地方是含在裡面，我們沒有辦法每年都檢討這個支付標準。所以這樣子兩邊來看的時候，我覺得會比較合理一點，以上。

主席

好，淑雅科長那邊可以補充嗎？

張科長淑雅

報告主席，可以。但是針對這個案子我還是提出，報告署長，一定要講。因為這個過去在診療服務項目，它一定要有這個才能執行，它沒有這個東西不能執行。那現在因為醫材變新了，就要拉到特材去計算的話，那這個成本可能就是我們還要再評估一下。

主席

好，謝謝，請依婕專委。

陳專門委員依婕

我們診療項目也說一下，因為就是我們現在特材核價的原則，主要是以植入物在核價。診療項目這邊如果是過程中使用的過程面醫材，它可能不是放在身體裡面的，這些項目我們會包含在診療項目裡面。那含在診療項目裡面就是有好有壞，給各位代表參考。

主席

醫管組跟醫審組彼此都是在署本部裡面，可是還是有不同的組別。來，請進邦代表。

游代表進邦

針對剛剛那兩個特材，因為這個特材大概算一算大概花 2 萬多塊了，因為這個變動太大了，所以對於整個支付標準來講，那個風險實在太高了，我是建議真的要拉出來，因為其實要特材拉到一個程度放到給付項目裡，雖然說每次都會用到，當然放在裡面也算是合理，但是風險太大，一個特

材變動，連同它本身特材連同處置都會影響，這個對未來健保的給付事實上是不利的。我認為拉出來之後，大家透明度會高一點。那廠商也比較不會做作怪，我認為這樣會比較好一點。

主席

好，謝謝。還有誰？請朱益宏代表。

朱代表益宏

其實我也同意拉出來計算比較好，因為對於健保署其實就像署長講的都是總額，而且它都是在一般預算，放這邊放那邊對於整體的點數是沒有影響。但是確實就是說如果拉出來的話，因為特材健保署它一段時間也會做價量調查，也會做調整。如果你沒有拉出來，事實上醫審那邊就不會做這件事情。那醫管也放進來 40% 以後，醫管也不會再去管這個東西了，那至少我覺得拉出來，醫審這邊它就會管到這件事情，所以有人在盯著可能還是比較好。

主席

好，謝謝，那我們就遵照代表的建議。那淑雅科長這個要到特材去討論，好不好？

陳專門委員依婕

那我補充一下，剛剛留置性導便裝置跟這個項目經頸靜脈這個項目，那如果大家同意的話，我們就把它材拉出來，然後點數我們會來校正，我們就先通過這樣子。

主席

好，來，我們繼續下一個題目。

修訂 29009C「乳房細針穿刺」及 29035B「乳房病灶粗針穿刺組織切片（單側）」等 2 項

主席

好，謝謝！我們請乳房醫學會賴峻毅醫師補充。

賴峻毅醫師（台灣乳房醫學會）

主席、各位代表，大家好，我是乳房醫學會賴醫師。這個案子就是我們在做乳房超音波的時候常常會看到這個 multifocal 多發性的 lesion，那這個多發性發生率大概可能就不算少，大概可能有一兩成，所有的就是會去做乳房超音波可能就會發現。所以如果她是在 BIRADS 4 以上的話，其實常常會去做切片，那因為過去的支付標準是給付切片一次，那對於兩個不同的病灶，或者甚至是譬如說不同邊，兩側各一個的時候，這樣就會面臨說可能就會一次沒辦法給付這樣子。所以這次的調整其實應該對於增加診斷確定性會很有幫助，希望各位代表可以支持，謝謝！

主席

好，謝謝！各位代表有沒有意見？請。

黃代表振國

我想請教一下 29009C 乳房細針穿刺，不太明瞭為什麼是在基層耗用 1.12 百萬點，在醫院反而比較少，這是第一個，有沒有列錯想要了解一下，這個在基層穿刺的比較多，等於多發性 multifocal 的腫瘤反而在基層就醫比較多。第二就是關於組織切片，竟然有增加的費用，組織切片在基層跟醫院到底各多少，可不可以解釋一下？

主席

好，謝謝，依婕專委請。

陳專門委員依婕

請各位代表翻至 2-33 頁，我們的統計資料分析出來，細針穿刺這個項目醫院的占率大概 45%，基層占率 55%。

黃代表振國

就是因為 multifocal 是 benign lesion，當然不是所有的 multifocal 都必須做 biopsy，一定要到某種大小，所以這個增加的費用，到底有沒有增加

它的效益，這是我第一個要了解的。第二，既然是基層比較多，代表疾病嚴重度是比較輕的，所以我建議是不是請乳房醫學會能夠訂一個比較嚴謹的標準，我當然知道因為它可能隨著時間，multifocal 不是所有都需要切片，它可能未來的一兩年都會再去切片，所以是不是可以把標準訂嚴謹一點？建議等健保署提供相關統計資料我們再來討論，不然我就覺得怪，照理說應該是疾病嚴重比較大的切得比較多，怎麼是疾病嚴重比較輕的切得比較多？謝謝。

主席

我覺得這個另外一個邏輯，其實外科醫師在訓練的時候，假如是看神經外科在開頭壓力很大，那其它科從腳開始開上來，到最後年紀大的時候就只有開 breast，其實這個基層跟醫院都一樣，本來就是在基層裡面，就是他沒有其它的毛病的時候，尤其像我們一般的女性，她在做穿刺應該照說風險是很小很小，以基層來講只是說做完了以後一個病人假如能夠早期診斷是最好，所以在看其實包括對一些癌症的相關的 NGS 或者是其它的一些治療的那個檢測的話，有時候在基層是比較弱一點的。請說。

黃代表振國

是不是也可以提供因為這個 biopsy 排除的惡性腫瘤，就是說到底陽性率多少？在基層多少？醫院多少？各個機構為何？其實也可以當作我們品質指標的揭露，就像今天主席講的，我們願意調高費用，可是當反而是 indication 比較寬鬆的醫療機構鼓勵多切片，我相信這個不是好意。所以我建議這個是不是能夠先保留？那等到詳細的資料提供之後，我們再來討論，謝謝。

主席

來，乳房醫學會。

賴峻毅醫師（台灣乳房醫學會）

也跟代表補充一下，就是目前的原則大概就是 BIRADS 在 4A、4B 以上，如果是 4A 的話它的最後 biopsy 出來會是癌症的機會是 2%到 10%，

那 4B 的話就是看起來非常的 high risk，那就會更高更多。那一般來講如果是 BIRADS 3 的，通常就不太會去 biopsy，這大概是現在執行的準則這樣子。所以一個做法是說是不是在申報的時候，就用這個去就影像上面的分級報告做一個限定這樣子。

主席

這個議題的話假如是黃代表提出來的話，我覺得值得我們去省思，其實在整個健保裡面，我們目前對 breast cancer 支付算是相當的好，比起其它的領域，畢竟有時候每一個癌症的病人在乳癌算是很高比例，而且它對整個家庭是很重要，所以變成我們在這一部分的話一直沒有說守得很緊。你說這個切片的話，這個是技術上等於說每一個技術不太一樣，不過技術上的風險是算最小的。假如說像肝臟的癌症或者是什麼東西，要做切片的話也不是那麼容易，而且不一定會切得到。所以這個部分的話，我想我就拜託依婕專委再跟乳房醫學會再討論，我們下一次再討論，因為這個也不是說沒有給付，只是說我們希望做得更好。那我們這個議題先過去好不好？那我們下一個。

修訂 48001C「淺部創傷處理-傷口長小於五公分者」等 21 項之中文名稱及支付規範文字及精神醫療治療費通則

主席

好，謝謝！關於這部分的話各位代表有沒有意見？請說明。

陳專門委員依婕

(2)跟(3)是要修精神醫療治療費通則，還有 48001C 要修精神科社會生活功能評估的支付規範，因為這個都是併同前面新增學齡前兒童特殊家庭功能評估跟團體治療項目，那些項目剛剛的結論是我們再把點數重新校正以後再提到這個會議來報告，所以這兩個項目會併同前面，就是下一次再提到這個會議報告，這一次先不通過，以上。

主席

各位代表有沒有做補充？碧珠代表？沒有，好。請泌尿科醫學會林承

家醫師。

林承家結石委員會主任委員（台灣泌尿科醫學會）

以上所說的三個適應症是我們學會依據治療效果，還有摒除一些可能造成的醫療浪費，我們的共識跟提出的意見，請各位委員和代表支持我們，謝謝！

主席

好，各位代表。請。

陳代表志忠

支持。

主席

陳志忠代表是哪一科啊？

陳代表志忠

沒事，沒事，我是代表廣大的病人支持。

主席

好，來，我們就這個案子先過去了，那我們請依婕專委做結論。

陳專門委員依婕

好，這次通過的項目再跟大家順一次，包含第一個「陰道息肉或肉芽組織切除術」等 5 項是通過的。報 2-2 頁「留置性導便裝置」會把裡面的醫材拉出來重新校正支付點數，所以這個項目也是通過的。「學齡前之兒童特殊家庭功能評估」跟「學齡前之兒童社會情緒發展團體心理治療」這兩個項目我們會在會後再跟提案單位確認點數，重新校正以後再提到這個會議來報告。那報 2-3 頁的「心臟植入」跟「深部腦核電生理定位」這兩項都是通過的。那翻過來報 2-4 頁「巴金森氏症 UPDRS 量表之評估」要改名字跟增列「動作障礙相關量表之評估-執行二項以上量表」這個案子也是通過的。那接下來下面的「高危險妊娠胎兒生理評估」這個項目通過，但是

要再跟婦產科醫學會來訂審查注意事項。那再來報 2-5 頁的上方這個「淋巴球毒殺試驗」這個項目通過，但是這邊也提醒一下，因為剛剛有說這個項目因為是配合器官移植，要移到器官移植的這個專款，那可能會涉及到一般服務的預算要不要移列的問題，因為裡面原本有一個 12090B 這個項目是原有的，「淋巴球毒殺試驗」這個項目是原有的項目。

然後再下一個項目（六）是「經頸靜脈肝內門脈系統靜脈分流術」，這個項目也是把醫材拉出來後剩下的點數來做為支付點數。那「乳房細針穿刺」跟「乳房病灶粗針穿刺組織切片（單側）」這兩個項目我們暫保留，會再統計後跟乳房醫學會溝通，看看怎麼樣訂立相關的審查原則。那其餘修訂的項目裡面（一）「淺部創傷處理-傷口長小於五公分者」這個增列支付規範是通過的，那（二）跟（三）「支付規範文字及精神醫療治療費通則」相關的這個部分配合前面的是先暫保留。（四）尿路結石及體外震波碎石術這個項目通過，那麻醉恢復照護費還有下面杜卜勒血流測定等十項要修訂文字的部分通過，以上。

主席

好，謝謝。我們就先通過，然後是說要給付的部分的話，我想就照程序慢慢來好不好？好，那我們進入報告三。

報告事項

第三案

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，這個各位代表有沒有意見？好，沒有我們就進入下一個。來，報告四。

報告事項

第四案

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)3.4 版 112 年 1-6 月適用之

相對權重統計結果案

主席

好，謝謝！請問一下各位代表對這個有沒有意見？沒有，我們繼續下一個。

報告事項

第五案

案由：轉診支付標準之同體系院所名單案

主席

好，謝謝！各位代表有沒有意見？請。

黃代表振國

我們先要釐清什麼叫策略聯盟跟同體系，我以上市櫃公司為例，它的財務都是獨立的，很多的子公司耳熟能詳，譬如說華碩子公司...等，我們都知道它是子公司啊，但是它就是有獨立的財務，因為它獨立都分別上市櫃。那如果我們現在都以財務獨立來當作同體系排除，我覺得是不是以後大家都是策略聯盟，都沒有同體系了？所以我覺得必須要很清楚，我們在好多時候會講到什麼叫做同體系，那這個獎勵何在？就是要以病人為中心，病人該去哪裡就轉到哪裡，那同體系它本來都是一家親，醫師都一樣，它左手轉右手，來賺取這個所謂同體系的轉診費，所以我覺得我們不排除這些醫療院所的同體系，甚至是策略聯盟，但是這個轉診費用的認定，這鼓勵應該是轉診到其它策略聯盟會好一點，這樣才不會浪費健保資源。所以我建議是把這兩個釐清，我們不反對他們策略聯盟或同體系，但是在鼓勵項目上的確要從嚴來審視，謝謝！

主席

好，謝謝！請付費者代表，何語代表補充一下？

何代表語

這個不是說財務獨立就不屬於它同體系，最主要是它有沒有股權在裡面，如果它本身沒有股權在它裡面的話，它就不能算為同一體系。剛才講到股票上市櫃公司，子公司當然也可以股票上市櫃，可是它有握有多少的股權在裡面，當然這個是它的子公司。最重要就是要去看它的股權有沒有持份，如果沒有股權的話，當然就財務各自獨立，那有股權也是財務各自獨立。所以我認為應該是從它的股權裡面去判斷它是不是同一個體系，應該是這樣子。

主席

好，謝謝！來，吳國治代表請。

吳代表國治

我覺得這個要考慮當時的原由是什麼，就是轉診，所以要去看它轉診的狀況，其實醫界都知道為恭被中國買走了，竹竹苗地區大家都知道。苗栗的公會幹部也都講了，說亞太醫院跟中國是沒有關係，這個在醫界會有人相信嗎？甚至在同體系的認定當中，公會都願意出來背書，我舉個例子在湖口的仁慈醫院跟它有一個聖母診所是相通的，病人送來送去的，結果新竹縣醫師公會來認定說這是同體系，可是到業務組的時候，只要醫院那邊一個文他們就採信，公會都敢冒這種風險說出來，但還是沒有用。所以我覺得這個到最後可能會一塌糊塗，真的要好好的去釐清怎麼樣去區別，比如說為恭醫院除了現有的醫師，是不是很多都是從中國那邊過來的醫師？真的要好好定義一下。

主席

我跟各位代表報告，我認為在健保改革裡面分級醫療是很重要，可是分級醫療絕對不是靠健保署在那邊每年要減少 2%，我不希望把這個壓力都放在醫院跟醫師身上。另外一個是我也是慢慢了解，其實是沒有什麼上下轉診在補費用的，本來你病人就看不完還補錢給你那沒必要，在醫學中心看病的時候，你的病人那麼多，時間有限，應該要轉出去就應該轉出去，所以我覺得你們也稍安勿躁，等到年底的時候能夠把部分負擔搞定的時候，我相信這個部分的話我們未來再來處理，好不好？

你們看到很多大的醫院在各個地方蓋醫院，我們也無能為力，對不對？我常在想說蓋醫院很容易，問題是要經營醫院不是那麼容易。不要一直想說要很多病人來給你看，醫院維持不下去就怪健保署，我覺得大家有一個認知比較好，好不好？我有時候跟我同仁講說，有事情可以講清楚，我們在對於一些違規查處的案子抓到了以後，到了爭議審議委員會去的時候都幫我們翻盤，那些委員每個人都有他們的想法，我想其實大家都心知肚明，可是人家就是會去找一大堆理由，這個社會就是這樣，在法院裡面一審、二審、三審，每一審的判決都不一樣，到底要聽誰的，對不對？既然人家有這樣講，這個我未來會處理，我們就先照這樣過去好不好？我們報告部分就到一個段落，我們現在進入討論事項好不好？那我們進入第一項討論一，後面的各個學會不好意思，你們要多等一下。

討論事項

第一案

案由：有關修訂「住宿型精神復健機構之復健治療(天)」支付點數案

蔡副署長淑鈴

署長出去一下，馬上就回來。那我們就繼續，這個提案其實有兩個協會跟學會要說明，第一個是臺灣社區精神復健發展協會的理事長陳理事長，在嗎？好，請你先補充說明，另外第二個再邀請精神醫學會的郭醫師郭院長，謝謝！那先請陳理事長。

陳俊銘理事長（社團法人台灣社區精神復健發展協會）

主席、各位代表，大家好！我是社團法人台灣社區精神復健發展協會理事長陳俊銘，非常謝謝主席跟各位代表再一次給台灣社區精神發展協會調整住宿型精神復健機構復健治療支付標準的機會。也耽誤主席跟各位代表一些寶貴的時間，請多多包涵跟見諒，謝謝！我先說明一下，精神疾病的個案除了靠規律精神科門診就醫，及依醫囑規則使用口服跟針劑藥物來穩定活性症狀外，另外可以藉由社區精神復健提供相關復健治療來改善患者負性症狀，穩定患者精神症狀，減少家庭親屬衝突，避免社會治安事件，增進社區鄰里和諧，使患者能夠穩定在社區中生活，這是我們社區精

神復健的功能跟目的，先予敘明。

我們一直在爭取調整住宿型精神復健機構復健治療費支付標準，在上一次的共擬會議裡面沒有辦法取得主席及各位代表的共識，經主席裁示保留，此次也再行研議，我們後續在 111 年 7 月 27 號召開的住宿型精神復健機構復健治療支付標準討論會議，主席裁示本協會應該依預算額度、支付衡平性跟凝聚共識三大方向來調整。我們依照這樣的三大方向來跟會員溝通協調，經過多次的一個考量跟折衷，會員的共識是參考慢性病房費用的調幅作為基本的調幅，再加上慢性病房費用當時生效的時間跟現在所產生的一個比例幅度，那計算出來合理的一個調幅是 14.5%，在上一次共擬會議的時候，原本提出來的是 600 點，那時候調升的幅度是 18%，考慮所謂的一個支付衡平性，我們協會的會員已經從 18% 調降為 14.5%。換算調整的點數是 74 點，也就是調整住宿型精神復健機構全日復健治療費由 508 點調整到 582 點。另外住宿型精神復健機構夜間復健治療費仍依健保署的建議，由 126 點調整至 169 點，這個的調幅大概是 34%，那所需的調整的經費依會議資料裡面的估算各為 1.53 億以及 0.029 億，合計 1.56 億。

最後，個人以及我們協會都是非常誠摯懇請主席及各位代表能夠體恤社區精神病患能有妥適的一個社區精神復健治療來穩定他們的精神症狀，和諧家庭鄰里，支持上述的一個調整點數，並請主席及各位代表能夠支持，再次感謝，謝謝！

主席

好，謝謝陳理事長，請精神科醫學會郭錫卿醫師發言。

郭錫卿院長（台灣精神醫學會）

大家好！精神醫學會郭錫卿發言。簡單這樣講，上一次會議保留，其實就是一個因素，就是支付衡平性的問題，也就是說在目前的健保支付，支付給住宿型復健機構的錢大於目前支付給慢性病房每日的錢。但是在成本結構上面，之前健保署也曾經發文給精神醫學會，請精神醫學會分析過成本結構，那大概慢性病房的成本大概是住宿型精神復健機構的 4 倍到 10

倍，因為不同的地區成本結構不一樣，請人的價格還有不同的大小規模，幾十床幾百床比例不同。所以大概講 4 倍以上，也就是說成本比較高，支付比較少，就是現在的支付標準，所以上一次沒有過。

但後來 7 月 27 號開了專家會議，得到四個結論，今天摘要了兩個結論，看了健保署目前的擬辦的方案還是決議讓這個增加，就是讓住宿型精神復健機構的支付點數還是調高，但是在上一次的那個專家會議裡面，在討 1-7 裡面有四點結論，尤其是第四點，簡單講如果支付衡平性不好的話，其實會影響到精神醫療架構的均衡發展，其實是不好的。所以上次的結論後來有寫到，「本署將朝向通盤檢討精神醫療支付標準，並考量各項目間支付點數的衡平性，透過連動性調整以提升支付誘因，進而改善現行精神醫療量能失衡」的狀態。我覺得健保署如果能夠這一點能夠做到，那我們今天支持健保署今天的擬訂的方案，也就是政策部分我支持，不過我們是希望那像這個項目，我剛剛列的這個項目，接下來能夠真的能夠實施，而且我也希望這樣一個支付衡平性的調整，能不能在一個特定的時間裡面，譬如說半年或者是一年之內提出一個調整方案，以上這是我們的期待，謝謝！

主席

好，謝謝！我坐這個位子也算夠久了，我是覺得對於一些支付標準不合理的，本來就是需要大家共同來討論，怎麼樣把錢用在刀口上。所以這一點我是沒辦法跟承諾怎麼樣一個時間，我自己一直都希望推使用者付費的部分負擔，整個路也是蠻苦的。不過就是說當我們假如錢不夠，很多事情我們理想都沒有辦法落實，只能互相給個時間。請依婕專委做一個回應一下。

陳專門委員依婕

是，謝謝！關於通盤研議支付標準修訂的這件事情，我們預計會從今年第四季開始還有加上明年一整年的時間，跟各個專科醫學會還有跟醫院協會還有醫師全聯會這邊一起，還有中醫師、牙醫師都會，坐下來好好的看一下我們支付標準怎麼樣訂那個點數還有相關的支付規範，還有章節歸類、中英文名稱等等的合理性都一起通盤的來審視，希望讓我們的支付標

準結構更貼近臨床實務，以上。

主席

好，這個案子各位代表有沒有意見？請。

朱代表益宏

這個案子在上一次沒有通過，就是因為所謂的支付衡平性，現在住宿型的長照精神疾病機構給它調，精神科慢性病房反而比較低，所以我覺得，第一個就是說考量所謂的衡平性是應該一併調整，這個才叫衡平性，但是剛剛依婕專委講的，健保署明年針對所有的支付標準要依照相關的精神做整體的檢討，這個依據以前 RBRVS(醫療資源相對值表，Resource-Based Relative Value Scale)的那個檢討經驗，一年搞不好都完成不了。

如果真的是衡平性的話，我們社區醫院協會很多會員都有慢性的精神住院病人，那這一部分我是覺得說應該要優先調整，而不是併到健保署整體的調整，應該針對慢性病房支付標準偏低這件事情要優先檢討，譬如說在半年之內健保署先提一個案子，因為9月份我們就要爭取總額，有沒有可能針對慢性精神住院這一部分先爭取到經費，然後在明年上半年就可以展開了，因為這樣才有衡平性。不然這個案子今天過了，我對會員沒有辦法交代，我們的會員就告訴我說，慢性精神醫院的病床它受到法規的管制更嚴，提供的醫療服務水準相對是更高的，而且它治療的比例會更高，結果支付標準比人家低，我是覺得這個是不合理。所以我是建議說如果這個案子今天要過，那健保署應該是優先譬如說在明年上半年就慢性病房整體的這個支付項目就優先調整，而不是併到通盤檢討的時候調整，不然的話我是建議就是等到那邊調整，這個案子同步再來調整，不然你現在過了，然後檢討了兩三年以後，搞不好我這個理事長也下臺了，那到時候這個案子誰來推動，以上。

主席

謝謝！請謝代表。

謝代表景祥

我是覺得說假如講到衡平性的問題，那我真的是無法理解說復健機構的給付會比慢性精神病還要來得高，真的是無法理解，怎麼想都是不對，我覺得沒有辦法說服我。那真的是要講有很多要檢討的時候，既然明年要檢討的時候，那是不是也把這個也納入明年一起來檢討？不然的話本來就復健機構比慢性病還要高了，現在再調高一點，我覺得在這個時間點我覺得說很難說服我要支持這個案子。

江秀珍常務理事（社團法人台灣社區精神復健發展協會）

主席還有各位代表，大家好！我是社區精神復健發展協會常務理事，我第一次發言。說到衡平性，我們都希望日間型跟住宿型機構還有醫院的慢性病房健保給付有衡平性，但是我們知道日間型給付是 600 點，我們住宿型的是 508 點，11 年來我們這一次提出來我們需要調整，去年醫院慢性病房有調升至 806 點，以病房來講的話 806 點，真的是相對低了一點。不過這一次我們要說的是在 110 年已經有提起預算的分配，其他總額共增加了 7.56 億元包含居家醫療、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務，主要在 111 年 6 月共擬會議有提到精神復健機構邊有 1.8 億預算。在今年 7 月與署裡的討論會有提到日間型是 600 點，因為衡平性及通膨關係，還有住宿型的人力、建置成本都比日間型高，希望今天能在預算執行內通過此案。

我們知道很多內外科疾病未好好治療是傷害自己，但是精神個案，若是沒有穩定治療，除了傷害自己外，可能造成家庭或社會傷害。因此當家庭支持度不夠時，全日型康復機構就有它存在的價值，而我們也都努力地在付出。

雖然政府政策希望個案回歸社區，我們也都朝著這個方向去努力，尤其是這十年來，我們在都會區推動小型的康復之家的設置，有很多都是三十幾床上下的規模，希望讓個案能夠有家感覺又比原生家庭更好的生活形態，在寸土寸金的環境中，能夠讓精神個案一個安身立命，可以復原的一個家。希望所有的與會代表能夠支持通過這一案，謝謝！

主席

好，謝謝！那各位代表有沒有意見要補充？來。

朱代表益宏

主席，剛剛提到，慢性病住院一天才給付八百多塊，現在住宿型的長照精神機構，除了復健治療費健保出五百多點以外，它還有長照 2.0 補助住宿費，加起來就遠遠超過慢性精神病房的整體費用，我是覺得這個真的是失衡的非常嚴重。所以我剛才講如果這個案子要過，第一個我當然認為說現在整體社會對精神病人的治療是不足，就是這個社會安全網是有問題的，所以政府才希望補。那現在社保司那邊最近才準備修訂醫療機構設置標準去增列所謂的強制住院，精神病房準備增列一個特殊病房。所以我是認為說這個案子如果有預算，我個人是不反對。但是我認為慢性精神病房這一部分要同步立刻檢討，而不是併到署方講的說那個整個大檢討再檢討，這樣子來不及，如果是這樣子的話，我認為說這個對慢性精神病房的經營是不公平，而且是顯有失衡。所以我剛剛才說如果這個案子通過的話，健保署應該在半年之內，如果可以的話，在明年上半年提出慢性精神病房相關的支付標準修訂，不然現在一天才八百多塊，這樣說不過去，差太多了，謝謝！

主席

好，謝謝！那各位代表還有沒有意見？請何語代表補充一下。

何代表語

主席、各位代表、各位先進，大家好！第一點我贊成今天先把這個案通過。第二點對於這個慢性病房調升的部分請健保署提出來，我們做整體的討論好不好？謝謝。

主席

好，謝謝！好，那我們就按照這樣好不好？在我們的醫療體系裡面，我們真的很多都是不合理，沒錢我就不曉得怎麼用，所以我通常在想說假如說我部分負擔搞定，就會變得比較有錢。

朱代表益宏

是不是請主席能夠至少在半年之內先提出來大家談談看，不然您不做這個裁示，大家都不動。

主席

不會，我們都自動自發。

朱代表益宏

報告主席，自動自發，你就裁示明年上半年之前。謝謝，謝謝！

主席

好啦。你看我們釋憲案要去修法，其實我們都有在做，去年說給我們三年，我就跟我們同仁說希望明年能夠把我們的案子推出來，因為畢竟這個東西首先要面對的，好不好？好，那我們就進入討論二，半年我說不定不在這裡，所以我每一天在這邊上班，都當成我在健保署的最後一天。

朱代表益宏

報告主席，半年我會幫你看著。

主席

來，繼續。

討論事項

第二案

案由：修正 111 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案（草案）」。

主席

好，謝謝！主秘張禹斌要不要補充一下？。

張主任秘書禹斌

簡單的講一下，剛剛專委所提的大概方向就是，因為改程式還是多少會有一點費用，但我們的獎勵是不太夠，但是至少這個預算編了，我們還

是把它發揮淋漓盡致，希望各醫療院所配合這些政策，幫我們把這些案子把它做好，以上，謝謝！

主席

好。謝謝！各位代表有沒有補充。王宏育代表，請。

王代表宏育

王宏育第二次發言，謝謝署有編這些預算，我們醫師很會看病，但是資訊能力不是很好，所以健保就醫識別碼對醫師他們來說這個是無字天書，我們就要靠資訊廠商來執行，這個我們不會，希望全聯會跟健保署跟資訊廠商可不可以坐下來談一談，讓我們診所不會是像是待宰的羔羊，人家要收多少錢就多少錢，這個是第一件事。就是說這個本來有一個時程，可能疫情 delay，那這一次我覺得如果 6 件健保就醫識別碼上傳成功就補助 11,000 元，也比以前乾脆，以前有 2,000、3,000、4,000，分好幾段補助，但是我們不知道資訊廠商跟我們收多少錢，我記得上個禮拜議事研商會也是希望健保署自己成立這樣資訊廠商公司比較好，我們就不用任人宰割，這是第一件事。

第二件事就是說我們討 2-53 就上傳又有很多新的規定，我記得好像有一個叫不上傳不給付作業，這是署長的理念，我為了上傳我盯得很緊，資訊廠商被我罵得半死，我們護理師很認真，1 月份我們上傳才 60%，但是 2 月 3 月就開始差不多有 90% 多了，但是不能沒上傳不給我錢，等於說我們做了 100 件你打九五折，有做的都應該給錢，所以是不是有一些補救的措施，上傳不成功那健保有一個機制給我們再補上來嘛。但是最重要的是，我統計了我上半年我申請的費用，獎勵金大概差不多 2500 元，一年約五千塊，但是我們給廠商的錢是不止這樣，光第一次可能要給他兩三萬，每年維護費用有的是兩千，有的六千，有的八千。那所以我的情況還不錯，我內科診所，都是三高病人看診，我那個病人都蠻老的，而且都是三高，我的檢驗還不少。那比我小的診所還是偏鄉，他可能一個月獎勵金 800 塊，你叫人家怎麼付那麼多錢給電腦廠商，所以如果檢驗上傳，我們是希望偏鄉的診所、業務量少的診所，是不是可以委請檢驗所代為上傳？不要說不

上傳不給錢。那這個都是近憂。

那還有一個遠憂，就是說我有看到說網路頻寬補助計畫 114 年退場，我們現在每個月要交中華電信大概 1,980 就是健保替我們付，健保署幫我們付，那退場是要我們自給付？還是叫中華電信不要收我們的錢？所以退場，是不是 114 年之前我們的科技會進步到說不要錢，我們就可以網路頻寬上傳？所以這個可能要拜託健保署要想辦法，一家診所一年就要多付 24,000 元，這個我是覺得顯然不合理。這是我個人的意見，謝謝。主席

好，謝謝，請。

黃代表振國

我接續我們王宏育代表，其實我今年認真地推廣檢驗上傳，包括跟 HIS 廠商溝通，自己也繳了錢，HIS 廠商也很有誠意，可是很多的軟體，包括嫁接各個介面從檢驗中心到診所端，診所端再上傳到健保署端，還是存在著很多有待大家共同努力的空間。我以上個禮拜一為例，我診所快篩陽的病例馬上上傳，總共上傳了 22 筆，其實 VPN 查到是沒有問題的，查我們上傳的結果也是 OK，但兩天後就有個案跟我講說他看不到他確診資料，再過兩天又一個告訴我沒有，我緊張了，我問我的 HIS 廠商，到底出錯在哪裡？他說黃醫師這個是常有的，聽到這句話我都嚇死了，這是第一個。為什麼我們從 VPN 上傳，可以查我們是不是有錯誤，可以檢核，檢核也正確，但我就漏了兩筆，為了那一天我只好把全部的資料都上傳，我上去比對，可能就為了兩筆。所以代表我們大量數據上傳的時候，資訊軟體的檢核機制可能有錯，這是第一個。當然我們也希望以後上傳都是方便、省時、省力，而且說實在不要花錢。

那第二點，我們當然很相信中華電信，但是健保署已經投入了這麼多給中華電信了，是不是中華電信是不是也可能做回饋，不要錢可能有點困難，至少在費用上應該下降到以前，大家知道一般的寬頻網路都有競爭性，可是因為中華電信沒有競爭性，它獨家的，因為是健保署支出，所以我們也沒有去跟他議價。如果 114 年真的會面臨到經費的困難，我建議明年就開始要議價了，那議價就往後延，假設是變 980，我們就可以拖延兩年，我

想付費者可能會同意，因為那個錢省下來沒有多花，我覺得這個比較務實。

其實我們都願意配合，可是的確很多的基層院所要應付這樣一個資訊爆炸的時代，要求越多，但是軟硬體卻趕不上這個速度，宏育很客氣說他是電腦文盲，我也是電腦文盲，不止文盲，現在眼睛也老花了。所以我建議有沒有一個比較簡單的方式，像是一鍵掃 QR code，那我們醫療院所就能夠做的，不要技術上靠資訊廠商。我們都不需要資訊廠商，說實在第一線醫師何樂而不為？但是如果做了這個領了一萬二，到時候要全數奉送給資訊廠商，甚至以這一次我們檢驗上傳為例，可能我自己領到的錢還不到我付給資訊廠商的一半，所以我覺得我們要生財有道，謝謝。

主席

來，請禹斌主秘回應一下。

張主任秘書禹斌

剛才王代表提的，我再跟一些大型廠商再談一下。這個錢講真的也不是那麼多，這個先講。第二個那個黃振國代表提的，今天署長有一點想要把我們的 HIS 給雲端化，就是健保雲的概念。現在是傳統的 client server(客戶端伺服器)的概念，還沒到雲端。如果到雲端以後，可能以後就會朝兩位所提的沒有那個問題。就是你開電腦後就是程式都已經在你的電腦上，你都不會有感覺，但現在不是，現在還要靠 HIS 廠商到每一個點去服務。我們希望明年全聯會能夠幫我們，讓所有 HIS 系統全部雲端化，那可能也要花個一年、兩年，那以後整個醫療體系的系統就不一樣了。我簡單跟各位做一個回應，謝謝。

主席

我請何語代表回應一下好不好？再來請劉國隆代表講一下。

何代表語

對於這種雲端上傳就是 50M 或是 10M、6M 各個等級，應該來講這要 100M。那第二點，我一直在想一件事情，就是說「偷掠雞也要一把米」，醫療團體要賺錢，難道連一些基本的數位化的設備都不願意投資，像我們企

業界在經營，不必政府講，就一直要投資數位化設備，會計軟體、財務軟體還有貿易軟體都一直要上，一直要更新，不更新就跟這幾個財稅單位還有什麼國稅局，還有當然官方網路就連接不上，你做生意就會 lose 掉。所以我一直想，衛福部從一開始要編那麼多錢去搞這個數位化的錢，那些錢應該是可以成立一家很好的公司來作業。這個公司只要提供整個整合，那來做才能夠非常有效。現在是說另外一個協會，醫師公會也要負這個責任，很難叫公家機關去找這些軟體公司來幫你，為什麼？軟體公司只要看到公家機關一出面，就獅子大開口，只有你們的協會是無利益團體，出面來跟這些軟體公司討價還價，才能夠得到非常有效率而且又很便宜的提供服務，這是很重要的一個概念。主要現在政府機關都要找一家廠商做什麼，一百塊就報價兩百塊，所以這些就是社會現象。那如果你是醫師公會或者醫療團體，你自己的協會出面整合起來，每個縣市的醫師公會跟軟體廠商做，我這個縣、這個市所有的店家多少家全部一起做，那費用就很低。所以很多事情是要有策略性去推動，這是我的感覺，謝謝。

主席

好，謝謝，我們請劉國隆代表做補充。

劉代表國隆

好，主席、各位代表，其實說真的，我也是在思考說像何語代表講的，每年給那麼多，我們為什麼自己不做一個非營利組織，然後去做開發平台。像我們建築師有用的軟體，以前我們也是說那個就營建署來做一個平台，我們營建署就說沒有錢。就從另一角度去思考，所以我們就有一個審查綠建築的一個平台的軟體，我們公會就自己花錢，創了一個平台，以後連線就是這是一個平台，平台以後維護費用，就固定跟所有的建築師收取，所有綠建築都要審查，然後就要丟上去。那丟上去，我們的維護費一年五百塊，每個建築師。沒有，不是每一件，是每一年，因為我們是用在維護費用，它那個叫做非營利組織，因為我們建築師公會也不是在賺錢。那這是一個模式，就是說你們的平台是需要有廠商嗎？還是你們就是請一些比較專責，尤其像醫院系統就是醫院系統，地區醫院就是地區醫院，基層就基層，那特約就特約，那你們如果自己本身可以去開發的話，可能你們以後

不用錢，我一年要兩億多，兩億多的開發，我想很多了。這是就一個平台的你們上傳系統的概念，那個跟署裡配合，署裡也不用管，也不用編錢，真的。因為使用者就這樣，然後公會就自己以後就會維護，署裡只要說我要改變什麼，那他們就自己就改變了，就好像我們營建署跟我講說要改變什麼，好，要改變什麼，那我們就自己去改。那改了以後，我就收他們錢，因為全國會原本就是收所有會員的錢，這是一個概念。

第二個就是上傳，因為我們要專線上傳，專線上傳那麼大，其實我在講另外一個組織，就是飯店管理系統，飯店管理系統也是一樣，我們專線系統，我們公會，旅館公會也去講，講一講，我當然不知道一定要中華電信嗎？去跟遠傳講，反正它也是專線，你用兩家來競爭。因為遠傳的機密系統，我相信它的安全性，我相信任何一個網路公司，它一定都有它的安全性，那個是國家現在 NCC 要求的一個安全控管的標準。好，我們就整個把它提著，我相信署裡也沒有什麼損失，搞不好每個月你專線上傳，也不用 500 塊，我們旅館公會就這樣，因為我們要報，旅館公會都要報，要報一些安全資料，要上傳給警政機關，它那些都有。你們也是要上傳給那個我們的健保署，那其實機制會蠻相同的。那是不是可以就是說允許不是遠傳，不是中華，如果跟中華講說，我們要跟遠傳講，或者是跟亞太講，他們就會嚇死了。那可能降，你們設限就不用那麼多。

主席

好，謝謝代表。請。

賴代表俊良

署長、各位代表好，署方推檢查（驗）上傳是相當好的政策，現在大家也都習慣上雲端查詢了，現在看病的時候，我們會主動到雲端去查詢這個病人所做的檢查數據及影像。如果說 A 院所沒有主動上傳檢查（驗）結果，這病人若跑到 B 院所就診，B 院所看不到先前的檢查（驗）結果，一定會再重新做檢查，造成重複檢查（驗），所以檢查（驗）上傳是一個相當好的政策。不過個人建議署方在推廣檢查（驗）上傳的時候，要用比較溫馨正向的方式，取代強迫負面的方式。初期 9 月 1 號有「不上傳不給付」

之說法，就比較負面，大家看了難免有不舒服的感覺。後來我發現有改成比較溫馨的說法，叫做「有申報應上傳」。個人覺得應該把它改成更溫馨、正向、更人性化一點，我們可說檢查（驗）上傳可共享雲端資訊，避免重複檢驗，我想這樣醫界，署方都會更熱心一起來推廣。

個人請教一個問題，現在檢查檢驗上傳率的計算，它的操作型定義是什麼？目前品質保留款或是家庭醫師照護制度都把上傳率當作一個正向指標計算。現在很多院所是把檢驗委外，由檢驗所申報上傳的。我記得署長跟主秘上次有講過，委外的上傳率可回歸原院所來計算，但至今書面上一直沒有看到明確的操作型定義說明，希望及早把這些操作型定義給講清楚。另外我們知道上傳有分抽血檢驗「數字型」的，也有 X 光、超音波、CT「報告型」及「影像型」的，那上傳率的計算，是只限於抽血檢驗「數字型」的？或是含「報告型」及「影像型」？我想這些都要把它講清楚，大家比較知道規則。在基層「數字型」、「報告型」還比較好處理上傳，但影像上傳因牽涉到 PACS 系統建立，在基層難度很高，要怎麼樣去輔導？需要大家集思廣益。

另外請問這些獎勵的點數如何發放？舉例超音波報告跟影像上傳，是要同時上傳報告跟影像成功才有 7 點獎勵，還是說只要有報告或影像之一上傳成功，就可分別給予獎勵點數？關於以上這些疑慮，建議署方要說明清楚。最後請問預期目標若要把檢驗（查）上傳率提升到 50%，我們知道這些獎勵經費是從其它預算總額給付，給付點數不大於 1，請署方預估一下，如果上傳率提升到 50% 的時候，獎勵點值大概是多少？以上報告。

主席

好，謝謝，請禹斌主秘做一個回應以後，我再做一個簡單的說明。來請。

張主任秘書禹斌

剛才那個賴代表提的，我想最近全聯會有收到我們的公文，檢驗檢查這件事情，署方最近會召開會議，就是針對你剛才提的怎麼把它一一拿出來釐清，這樣大概有方向，那也有憑有據，朝能做方向去處理。有些比較

困難地，可以慢慢再來循序漸進去改變，不知道這樣可不可以，我們最近來召開會議。

主席

好，我想這個議題不是那麼困難。你們想想看，現在你去要申報給付對不對？你申請就是給我看收據，不是嗎？現在全臺灣一年三億多件的那個申報費用，我們健保好像是一個人喊多少錢就申請了，你有沒有做，我怎麼知道？你沒有資料來的話，我就把你抽查，會很忙，一年有兩百多億的錢是等於沒有資料的，你說你很忙，沒時間送資料對不對？可是兩百多億是等於是大家的錢，大家的錢，要記得這一點。沒有那一種說沒辦法，我通常在講說每一個診所、每一個醫院它自己做不到，別人做得到的話，應該去學看看人家怎麼做得到的。每個人都需要 HIS 廠商，我們一個同仁他到金門醫院去的時候，金門醫院本來是上傳率只有 5%、10% 而已，他去了以後就變成 100% 了。所以我是拜託你們，因為然後我為什麼特別說這一點事情，有的事要溝通，不是這樣丟下去，什麼都沒有談的話，我們的醫界怎麼會知道說到底政策怎麼樣，自己關在屋子裡面在那邊做自己的事情。

所以上一次的時候在開會的時候，我們就發現說好像很多醫界都不知道問題在哪裡，他們就成立一個群組，然後跟醫界的一些理事長對話去蒐集大家的對話，然後做個回應。現在我們各個分區組長都有把資料給你們，請你們看哪裡還不夠的對不對？這個資料蒐集了以後，就是要做事情。不要以為只有兩百多億的問題，其實裡面有人有申報，想想看一個診所他對一個病人抽血，他可以報五個人？有。這是裡面的人檢舉，我們才知道說他一次替五個病人沒有抽血的，因為他不必付給那個檢驗師錢，可是他就是領健保申報的錢對不對？所以我是說這個東西很多壞習慣，真的是我是覺得我能夠做到的就是讓大家，可以得到該得到的，所以我拜託你們，我的意思重點就是說其實大家都要有這個 sense。

那個付費者代表，我是謝謝他們，他們當時給我們建立光纖系統，這一次我們防疫能夠做得起來，對不對？那 114 年就終止的話，我們這個都可以討論的。我們就是有一些基礎建設做得好，大家在做分級醫療、防疫

也可以做下來，本身應該朝正向去努力好不好？這個案子上一次開會過了，部分負擔從開始要做得時候，中間又碰到了公投、通貨膨脹，又是疫情，說實在的我做到最後也無力了，來請。

李代表承光

不好意思，我是醫檢師公會全聯會的代表。因為剛好就是檢驗師上傳這個部分，我們檢驗界這邊也是很挺這個政策。因為前一陣子有一個公文，很多基層院所收到其實都蠻擔心、擔慮的，然後就跟配合的檢驗所反應說，為什麼我的上傳率會不高。其實後來了解才發現，有些上傳率不高是他們其實分不清楚是有些是診所自己申報的案件，有些是給檢驗所申報的案件，當然是給檢驗所申報的案件，上傳就會歸到檢驗所的頭上。那其實很多診所它分不清楚整個，它等於它不知道他上傳率為什麼不高。

主席

所以最近我們各個分區的組長有溝通就趕快把那個資料補一補到各個分區去，會整個蒐集起來再重新再做處理。右鈞專委這個東西我說實在地，像這個東西一個政策在推的時候，不過他也是可憐啦，他前一陣子都在處理那個快篩試劑，都跑去外面開會，那我最近也是把那個工作換給那個企劃組，因為畢竟有時候醫管的業務需要專心，不專心的時候會出錯，所以我說這個東西，我算是就拜託這樣，一定要把大家的資料趕快蒐集，然後趕快去把它做一個定案，讓大家可以安心。其實說實在，這個東西都不是為了我們有什麼好處，而是說讓大家的問題就是我們的問題，我們把問題解決，就會好做事，這樣好不好？

李代表承光

真的，包括像前面有個代表說他有些診所的案件想要委外，這個檢驗給了檢驗所是不是委由他代為上傳，我想這個大家都可以坐下來討論。檢驗所不是不可以幫你上傳，只是那個有些細節很難擬訂，我要怎麼幫你上傳，因為我代碼是我的，我的跟你的的是不一樣的，這個都是需要大家坐下來開會討論。那禹斌主秘說最近會召開協調會，那如果可以的話，也可以邀請我們，大家一起坐下來討論。好，以上，謝謝。

主席

每一個申報了我們就匯一筆錢，完全都是二話不說，只是說有做沒做，誰知道，不是嗎？我的意思是說 COVID-19 的時候，有一些要自清，明明也知道這個診所有問題的，已經叫他自清，他不想自清，我就想算了，不要再碰這個東西。但是這個人假如他有這個紀錄在的話，其實他很多申報都有問題。申報有問題就開始去針對他的問題去好好把它檢討，到時候就發現，為什麼健保都知道，健保不可能不知道，假如都不知道，我怎麼去管理？我真的不是對你們不好，真的要把錢要回到大家應該有努力的人身上比較重要，這樣好不好？這個擔心的問題事實上是我們最近在處理，各位假如說沒有問題，我們就先照這樣好不好？好，那我們進入報告三，討論三，快。

討論事項

第三案

案由：修訂「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」計畫案

主席

好，謝謝，請朱益宏代表說一下。

朱代表益宏

因為這個案子是今年的專款，希望今天能夠通過，因為不通過的話這個專款的使用率會變成 0，我覺得是不好。而且在衛福部核准的明年總額裡面，還是有要鼓勵 RCC、RCW 脫離呼吸器跟安寧照護，還有繼續在政策方向裡面，這是第一點。那第二點當初我們台灣社區醫院協會提了很多版本，但是最後都有一些問題又退回去重新討論。那最後一次醫院協會用了一個類似像獎勵的方案，但是健保署好像內部評估以後認為這一部分還是有問題，所以去做了修正。對於這個修正案基本上我個人是支持，因為它有論量的，就是不管你做得如何，你只要有做就是有獎勵。那第二個就是整體如果你表現優良的話，前 25 百分位獎勵也比較高，26 到 50 的話

相對就低一點，那當然最後的四分之一就完全拿不到這個獎勵，對於這一部分我是同意，謝謝。

主席

謝謝，其它代表有沒有意見？在醫學倫理，針對一個病人來講，不管是簽署 DNR 或者是像脫離呼吸器，都是要用心，這個問題假如這個案子沒有問題，我們就過去好不好？好，那我們最後一個案子，請。

討論事項

第四案

案由：修訂支付標準居家照護收案條件及各類安寧療護失智症收案條件案。

主席

好，謝謝。請臺灣安寧緩和醫學會的秘書長，彭仁奎秘書長請說明。

張賢政副秘書長（台灣安寧緩和醫學學會）

好，彭秘書長他剛好另外有工作，張賢政醫師代表說明。在玉琴委員厚生會召開的包括精神科、神經內科跟安寧緩和醫療領域的專家的共識會議看起來這個在失智症的末期這一段是有共識的，所以那一天與會的健保署的同仁也就幫忙做後續的資料蒐集跟規劃，那這是第一個前提的說明。

再來就是因為有一些細節看起來是他對於那些用詞什麼的會有一些不一致，所以這是今天署方綜合大家的意見幫忙提供的部分。所以大家有共識的部分，就是 CDR 的分數在國際的趨勢是到 3 分，那國內的後來的病人自主權利法經過諮商，然後後來依照諮商最後的決定，然後執行的部分這個也是 3 分跟 FAST 7 分，所以這個部分是有共識的。所以在原本健保的失智症末期的給付，也建議比照這樣子去做修正。後續有一些很小的討論，其中有一個是說這兩個是不是要合併或分開，這個看起來大家會有一些不同的看法，那在安寧緩和醫學學會的看法是因為目前的法源還是不一樣，所以可能建議健保給付這邊暫時不去碰觸這個不同的法源，那還是要它暫時分列在不同的裡面。那未來國家的法律有一些相關的修正，或者是大家在臨床上運作得更成熟之後再去做整併。所以這個是安寧醫學會跟其它的

學協會可能有一些不盡相同的看法的部分。

那再來是用詞的部分，那這個也是幾次在署方這邊的會議在討論的。目前的健保的安寧的給付，每一個都有一些很細項的條件，那這些條件包括疾病的狀態跟臨床的症狀，所以每一次只要有一個給付的時候，就會列出一些臨床的症狀。那這些臨床的症狀，有時候國際的趨勢、專業的實證可能會一直在修訂，所以每次署方訂出一些東西就會不同，那包括這一次參考的，不管是英國 SPICT 或者是其它的一些文字訂出來的一些草案，那所以原本安寧醫學會的意見是建議不一定要一個字一個字寫出來，然後又反而會造成每次都要修訂就會不同。不過這個部分安寧醫學會沒有堅持，就是如果其它的安寧的領域的專家覺得應該有一些比較明確的條件，大家可以比較好操作，暫時也這樣子，也許在署長講的，未來我們在做整體的安寧的修訂的時候，其它的疾病的末期是不是還是用這樣子白紙黑字寫得很細，但是明明有照顧需求，可是沒有剛好落入其中一個條件，這個可以另外再去做修訂這樣。這個是第二個部分的意見。

那第三個部分是在回復署方的文的時候沒有著墨這麼多的，因為目前署方建議出來的草案是嚴重失智症，那安寧醫學會的建議如果是病主法就照病主法的條件，那舊的這個條件應該修正成失智症沒錯，但是建議是不是就用失智症末期或者是末期失智症這樣的用詞，就直接比較明瞭。那後面就是按照大家專家的建議，CDR3 分，FAST 7 分或者是 7 分擬訂的細項這樣，以上。

主席

好，謝謝。那我們再請謝玉玲理事長發言。

謝玉玲理事長（台灣安寧緩和護理學會）

有關於失智症，第三項裡面就有提到主要診斷為下列疾病已進入末期狀態者，所以不需要再加一個「末期」，請取消「且已進入末期狀態之」字眼。CDR 要 3 分符合國際的標準沒錯。但是嚴重失智，因為病主法裡面講的是極重度失智，本會建議研議達成共識，使用國際分級 0-3 分，同意(暫定)用「嚴重失智症」即可。謝謝。

主席

好，謝謝，那我現在請那個失智症學會邱銘章常務監事，邱銘章醫師在不在？好，劉建良醫師請。

劉建良醫師（台灣神經學學會）

第1點建議保留病主法的極重度失智症：末期失智症與病主法的極重度失智症是不同概念與採行不同法規，所以建議保留。病主法的極重度失智症它是CDR3分，再加上FAST 7分(7A就可以)；而安寧末期專家共識是CDR3分加FAST 7C，就是它是7的第三項，是相對嚴重的程度。

第2點不建議增加嚴重失智症名詞，避免造成混淆：現行失智症各階段的中文名詞太多，末期、重度、晚期等，其實容易造成混淆，所以增加嚴重失智症的說法，也會增加混淆。依照給付規定，其實條文前面已經有提到末期，下面的名詞其實可以依照疾病說明就好，所以建議採行使用“失智症”即可，末期就依照前後文的說明就可以，這樣可以避免新增名詞造成困惑。

第3點其他建議：是有關這個後面附件修改，建議附件七的附件4-66頁的部分，它提到第三點，建議也用新的收案條件來修改，不要沿用舊的條件，讓前後文件能有一致性。另外，草案裡面提到的就是CDR是等於3分，沒有大於3分的說法，而且ECOG要大於等於3分，這是一項。第二個是FAST要7C以上，這是第二項。希望這個部分也可以同步修改，謝謝，以上建議說明。

主席

請湯麗玉秘書長。

湯麗玉秘書長（社團法人台灣失智症協會）

謝謝主席。那我支持剛剛劉建良醫師所提的建議，謝謝。

主席

好，OK。那在座的代表有沒有什麼意見？曾勤媛理事長，請說。

曾勤媛理事長（社團法人台灣居家護理暨服務協會）

主席、各位先進大家平安。我是代表台灣居家護理暨服務協會來反映就是因疾病緣故外出就醫不便，不過這個也感謝很多醫學學會都支持這一點，那健保署的剛剛的建議有念過了，我再重複一次就是說因疾病特性致外出就醫不便，那個病人同時要有其中之一就是符合有明確醫療照顧需要及困難慢性病或出院需長期照顧之個案才可以收案。所以應該這就是謝謝健保署。那請問署長，是不是明年1月1號就可以落實執行了？

陳專門委員依婕

我先回應最後這一題，這一題是我們依程序會先預告，然後預告完了以後會報部核定以後公告，所以說不定可以比1月1號更早，就是看時程。

曾勤媛理事長（社團法人台灣居家護理暨服務協會）

謝謝，各位醫師們，你們都要謝謝他，因為你們常常出去的時候，護理人員都是免費的，因為這個條文可以讓護理也同時發揮角色，不是只有三管病人需要照顧，三管只是其中一部分而已。所以我覺得應該給健保署一個很好的掌聲。謝謝。

主席

好，謝謝，那各位代表有沒有要補充的？

劉代表淑芬

報告署長，主席，我代表護理師公會全聯會發言。事實上我們全聯會對於這個案子一向是非常地支持，特別是護理人員的角色擴展，還包括支付上的合理性跟公平性，所以我們是非常贊成這個案子，那也非常高興聽到健保署表示作業可以提前，如果可以更早更早的話，我想這個案子對病人而言有很大的助益，以上。

主席

好，謝謝。來。

黃代表雪玲

想問一下說，這個預算那個部分來源，這個感覺應該會增加不少，那

這個預算增加有沒有經費足夠？

陳專門委員依婕

這個預算來源是在我們其它預算的那個居家照護，就是名字很多很長的那個，73 億，今年的預算是 73 億足以支應。

主席

好，還有沒有？何語代表。

何代表語

我支持這個案，就是剛才有提其它預算在去年總額協商的時候有編了 73 億，那今年健保署一定會有增加，那增加了幾億，我們總額協商會不會讓它通過不知道，但是這個錢不是用在總額，醫院總額裡面，是其他預算裡面。

主席

好，謝謝。來。

游代表進邦

在其它預算是算醫院的總額成長，那有一天要放入一般預算的時候，就算到醫院的總額成長，不過這個要有個但書是未來假如放到一般預算是.....。

何代表語

其它預算沒有算在總額裡面。

游代表進邦

以後不會把它放在一般預算裡，一般的醫院的總額...。

陳專門委員依婕

因為這個是居護所，所以它現在目前總額的歸屬也不是在醫院總額裡面，是在其它預算。

曾勤媛理事長（社團法人台灣居家護理暨服務協會）

居家護理不是在總額裡面，對。

游代表進邦

居家照護醫院也有在做。

主席

就講清楚。

張賢政副秘書長（台灣安寧緩和醫學學會）

醫院的居家護理所會是另外的一個醫療機構，然後就另外申請居家護理的費用，所以醫院的醫師跟醫院附設的居家護理所（另外一家獨立的醫療機構）的護理師搭配合作出去訪視，然後醫院的醫師報醫師的醫療的費用，那居家護理師報居家護理師的費用。以上。

游代表進邦

那我們要釐清說這個以後會不會納入醫院的總額裡面去，就是以後就是一般，就是其它預算永遠就是其它預算。

陳專門委員依婕

應該是這樣講，醫院附設的居護所它就是另外一個特約醫事服務機構，所以它的總額在其它預算。

主席

這我會再釐清楚。另外就是說請教我們何語代表，事實上整個臺灣的一個健保，當年你協助讓我們從 ADSL 提升到光纖，讓整個一個建置這個機構，這也是我們一直在所謂的用 IT 去改善臺灣的醫療資訊。那他們都一直有在很擔心說 114 年的話，這個光纖的補助就要停止，那是什麼意思？

何代表語

因為 114 年要停止是我們署裡面提出的計畫，不是我們建議的。

主席

所以我們還是有機會可以跟你們再報告。

何代表語

對，就是健保署希望，因為從開始編到現在已經編 200 多億了，那每年都編 20 億、20 億一直編，還有其它預算又編了一筆，總共有兩筆錢，就是在每個醫療總額的項下有一個資訊的錢，還有我們其它預算又編了一筆錢，那是不是健保署的計畫在 114 年希望把其它預算這筆錢要停止，繼續留在那各單項總額的那個費用，我不知道。

主席

我是覺得基礎建設還是很重要。大家基礎建設的問題我們健保署會善盡責任做維護，請依婕專委做一個結論好不好？

張賢政副秘書長（台灣安寧緩和醫學學會）

不好意思，因為剛剛講的就是我們的安寧醫學會的會內的專家對於那個 7C，其實是 7A 也可以，就是分成兩項，但是我們也有共識就是不會在這邊堅持，所以就是尊重其它的安寧團體；這是我們的目標，就是去疾病化、去階段化這樣，所以就是後續再去努力，所以這邊尊重其它。那另外就是用詞的那個部分，這邊我們再提供給依婕專委，這看起來大家對於那個嚴重的這個比較不是醫療專業名詞是有意見的，就是大家共識好之後再提供給署方。

陳專門委員依婕

我試著現在就有共識讓代表們都看見，我們看討 4-28 頁，討 4-28 頁我們原先擬訂的名詞是嚴重失智症，那之所以寫嚴重是因為 CDR3 分，它是寫「嚴重」，所以我們原先在設計的時候寫嚴重失智症，但是因為剛剛學會們其實有提到一些意見，建議不要寫嚴重，因為裡面其實有寫清楚定義是什麼了，所以不曉得我這樣建議大家聽聽看，我們就寫「失智症」，然後失智症需符合下面三項條件，三個條件都要符合，第一個，是確診失智症，那第二個就是 CDR 的分數大於等於 3 分且點點點日常什麼這些，或失智

症功能評估分級量表 FAST 等級 7C 以上，那我們先 7C 以上，緩和醫學學會的意見我們會收錄。這一段先這樣。然後另外還有討 4-33 頁，因為病人自主權利法裡面也有另外一段話是嚴重失智症，對不起，4-32 頁，再往上一頁。因為病人自主權利法裡面有提到，所以我們第一條也還是留著，那極重度失智就是 CDR3 分以上或 FAST 7 分以上。

主席

好，請。

劉建良醫師（台灣神經學學會）

原則上同意目前的規劃，應該要明確訂定收案條件。但前面文字建議做點修改，CDR 應該還是最高三分，沒有大於三分。針對討 4-15 的附表說明，建議刪除”嚴重”兩字，加上”末期”，並刪除第二點的贅字，最後修改成如下文字：

一、失智症

失智症末期需符合下 3 項條件：

1. 確診失智症
2. 臨床失智評估量表 Clinical Dementia Rating (CDR) 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3 分以上)，或失智症功能評估分級量表 Functional assessment staging test (FAST) 等級 7C 以上。

其它沒有意見這樣，謝謝。

主席

我想這個案子就按照這些專家的建議去做修改，在我看來都是小菜啦，看病就是看病，還要做文字修改很麻煩。剛好到五點，今天案子也非常多，而且跟大家也都有一些相關性。我想各位還有沒有什麼意見要補充的？沒有，我們今天會議到這邊為止好不好？謝謝各位，謝謝。

