

「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」

109 年第 2 次會議紀錄

時 間：109 年 6 月 11 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：蔡副署長淑鈴

紀錄：蕭晟儀

李代表偉強	(請假)	洪代表啟超	(請假)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
游代表進邦	游進邦	許代表世明	吳迪(代)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
郭代表咏臻	(請假)	林代表綉珠	林綉珠
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	陳志強(代)	林代表鳳珠	林鳳珠
謝代表景祥	謝景祥	郭代表素珍	許美月(代)
林代表茂隆	林茂隆	杜代表俊元	(請假)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	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	馬代表海霞	馬海霞
黃代表振國	黃振國	蔡代表麗娟	蔡麗娟
賴代表俊良	(請假)	紀代表志賢	紀志賢
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	施壽全
吳代表清源	吳清源		

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會

衛生福利部社會保險司

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

台灣醫院協會

中華民國放射線醫學會

台北榮民總醫院

台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會

台灣兒科醫學會

台灣兒童心臟學會

台灣泌尿科醫學會

台灣消化系醫學會

台灣病理學會

台灣胸腔暨重症加護醫學會

台灣婦產科醫學會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署企劃組

本署資訊組

馬文娟、邱臻麗、劉于鳳

周雯雯

王逸年

潘佩筠

陳哲維、吳春樺

洪鈺婷、張瑞麟

宋佳玲

林佩菽、曹祐豪、顏正婷、

吳心華、何佳儒、王秀貞、

趙昭欽

吳仁宏

柯玉潔

王瀛標

彭純芝

王主科

廖俊厚

徐士哲

賴瓊如、杭仁鈺

古世基

黃建霈、陳宜雍

方淑雲、賴燕貞、邱玲玉、

柯映瑄、徐佳瑜、陳建綸、

廖敏欣

廖智強

陳泰諭

陳啟舜

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

簡淑蓮

李純馥、吳科屏、蔡翠珍、
韓佩軒、王玲玲、張作貞、
洪于淇、陳依婕、楊秀文、
許博淇、楊瑜真、林美惠、
鄧家佩、沈瑞玲、黃思瑄、
宋宛蓁、宋兆喻、鄭碧恩、
陳孜孜、林毓芬、崔允馨、
賴昱廷

一、主席致詞：略。

二、報告事項：

(一) 有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準修訂草案縮短預告期間案。

決定：同意爾後全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準修訂草案縮短預告期間為 7 日，以讓病人儘早獲得醫療服務，提升保險給付效率。為讓院所有足夠時間因應，若公告日為當月 15 日（含）前，於次月 1 日生效；若公告日為當月 15 日後，則於次次月 1 日生效。

(二) 「109 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」報告案。

決定：洽悉。修訂重點如下：詳附件 1，P7~P13。

1. 同意開放支付標準編號 08036B「部分凝血活酶時間」等 17 項診療項目至西醫基層適用，且均明列「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」。
2. 上開開放表別項目，其中「甲狀腺球蛋白抗體」、「甲狀腺過氧化酶抗體」、「穿刺細胞檢查」、「胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波」、「葉酸免疫分析」等 5 項診療項目增列西醫基層適用之適應症。

(三) 修訂「全民健康保險末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫」報告案。

決定：洽悉。同意修訂「活體腎臟移植團隊照護獎勵費」，修訂重點如下，**詳附件 2，P14~P46**。

1. 尚未取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明，並接受親屬活體腎臟移植者，由 5 萬點提升為 6 萬點。
2. 新增已取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明未滿 6 個月及 6 個月以上，並接受活體腎臟移植者，支付 3 萬點及 1 萬點，並以保險對象移植時之透析院所為獎勵對象。

(四) 論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案。

決定：洽悉。配合 107 年及 108 年醫院及西醫基層總額醫療服務成本指數改變率增加之預算用於調整支付標準，同意調升乳癌醫療給付改善方案治療組合支付點數，及支付標準第六部論病例計酬編號 97004C「陰道生產」等 18 項診療項目定額支付點數，**詳附件 3、4，P47~P64**。

(五) 107 年下半年本保險特約院所提報支付標準未列項目之處理情形報告案。

決定：洽悉。

1. 同意 107 年下半年本保險特約院所提報支付標準未列項目之辦理方式。
2. 107 年下半年本保險特約院所提報支付標準未列項目總計 198 項，屬已列項計 138 項，辦理新增項目計 35 項，修訂診療項目計 10 項，另有 15 項尚待徵詢專家意見，後續將依未列項作業流程辦理。

三、討論事項：

(一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）新增修訂「All-RAS 基因突變分析」等 10 項暨更新編號 30103B

「PD-L1 免疫組織化學染色」估算財務支出案。

決議：同意新增修訂重點如下，**詳附件 5，P65~P72**。

1. 新增「All-RAS 基因突變分析」(支付點數 8,872 點)、「異常凝血酶原檢驗 (PIVKA-II) (支付點數 967 點)」、「膀胱內注射術」(支付點數 6,220 點)、「經導管肺動脈瓣膜置換術 (TPVI) (支付點數 109,842 點)」、「內視鏡修正式 Lothrop 手術」(支付點數 25,194 點) 共五項診療項目。
2. 上述「All-RAS 基因突變分析」因涉藥品還款降價等事宜，將待與藥商簽訂協議後與藥品生效日同步生效。
3. 新增「微創青光眼手術」一項請提案單位參酌與會代表之意見，重新評估手術名稱及支付點數後再提至專家諮詢會議討論。
4. 同意修訂編號 25012B「免疫組織化學染色(每一抗體)」及 19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」之支付規範；併刪除編號 33144B「血管阻塞術-Lipiodol」適應症之 ICD-10-CM 代碼，及第二部第二章第八節第三項骨髓移植技術費刪除通則一「本項限經保險人同意施行之醫院申報」之文字。

(二) 有關「全民健康保險遠距醫療給付計畫(草案)」案。

決議：因計畫名稱、服務提供者資格及支付點數等未獲共識，本署將蒐集各方意見後修正計畫內容，再提會討論。

(三) 有關修訂「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」計畫之居家照護「醫師」設置標準案。

決議：同意修訂重點如下，**詳附件 6，P73~P96**。

1. 居家照護醫師設置標準納入「兒童呼吸治療相關專科醫師（新生兒科、兒童胸腔科、兒童重症科）或兒科專科醫師」，其居家訪視照護對象條件以「未滿 17 歲呼吸器依賴患者為限」。
2. 惟兒科專科醫師訪視對象限「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。

(四) 有關新增轉診支付標準之同體系院所名單案。

決議：由各縣市公會提供名單後再提至本會議討論。

四、臨時提案

五、散會：下午 5 時 10 分

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

第三項 血液學檢查 Hematology Test (08001-08134)

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
08036 BC	部份凝血活酶時間 APTT (activated partial thromboplastin time) <u>註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>V</u>	V	V	V	180

第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

一、一般生化學檢查 (09001-09139)

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
09130 BC	葉酸免疫分析 Folic acid (EIA/LIA) <u>註：</u> <u>1.屬西醫基層總額部門院所，限貧血病人病因檢查申報，一年不得超過一次。</u> <u>2.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>V</u>	V	V	V	180

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12209)

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
12060 BC	DNA抗體 Anti-DNA、 Anti-dsDNA <u>註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	Y	v	v	v	300
12068 BC	甲狀腺球蛋白抗體 Thyroglobulin antibody <u>註：</u> <u>1.屬西醫基層總額部門院所，適應症：用於甲狀腺低下(自體免疫型)及甲狀腺癌病人。</u> <u>2.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	Y	v	v	v	200
12134 BC	甲狀腺過氧化酶抗體 Anti-TPO Ab <u>註：</u> <u>1.本項檢查與12054B僅可擇一申報。</u> <u>2.屬西醫基層總額部門院所，適應症：用於甲狀腺低下(自體免疫型)及孕婦甲狀腺功能異常。</u> <u>3.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	Y	v	v	v	200
12193 BC	B型利納肽(B型利納利尿肽) Pro-BNP/(BNP) <u>註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	Y	v	v	v	800

第八項 病毒學檢查Virology Examination (14001-14082)

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
14026 B C	輪狀病毒抗原 Rota virus Ag <u>註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>Y</u>	V	V	V	280
14058 B C	呼吸融合細胞病毒試驗 RSV screening test <u>註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>Y</u>	V	V	V	350
14064 B C	腺病毒抗原檢查 Adenovirus Ag test 註： <u>1.不論何種檢測方式。</u> <u>2.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>Y</u>	V	V	V	150

第九項 細胞學檢查Cytology Examination (15001-15022)

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
15007 B C	穿刺細胞檢查 Needle aspiration cytology 註： <u>1.含甲狀腺(Thyroid)，淋巴腺(Lymph node)，乳房(Breast)，肺臟(Lung)，縱膈腔(Mediastinum)，肝臟(Liver)，胰臟(Pancreas)，腫瘤(Mass)穿刺及鼻(Nasal)細胞檢查等。</u> <u>2.屬西醫基層總額部門院所，適應症如下：</u> <u>(1)甲狀腺結節或囊腫之鑑別良/惡性。</u> <u>(2)甲狀腺癌超音波陰影經治療後不消失。</u> <u>3.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>Y</u>	V	V	V	667

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
18037	 胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波 Fetal, umbilical cord, or gravid uterine artery Doppler ultrasound 註： <u>1.含胎兒超音波檢查。</u> <u>2.屬西醫基層總額部門院所，比照高危險妊娠適應症：</u> <u>(1)嚴重妊娠高血壓或子癲前症。</u> <u>(2)羊水過多或過少。</u> <u>(3)多胞胎併發症(如雙胞胎輸血症候群、羊水或胎兒生長異常)。</u> <u>(4)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。</u> <u>(5)妊娠合併內科疾病：糖尿病、腎臟疾病(NS、IgA、ESRD)或免疫性疾病(如 SLE)。</u> <u>(6)胎兒水腫或胎兒貧血。</u> <u>(7)杜卜勒檢查異常者之追蹤。</u> <u>(8)胎兒構造異常。</u> <u>(9)懷疑植入性胎盤。</u> <u>3.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>v</u>	v	v	v	1140

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
54043 B C	其他耳鼻喉囊腫之穿刺或引流 Other abscess puncture or drainage <u>註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專 任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>v</u>	v	v	v	150

第七節 手術

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

註：本項編號 63017 與「第二項 乳房」為共同項目。

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
62020 B C	二氧化碳雷射手術 CO2 laser operation <u>註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專 任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>Y</u>	v	v	v	3213

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
85818 B C	虹膜成形術：固定戳穿（顯微鏡下手術） Iridoplasty fixation transfixation (microsurgery) <u>註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫 師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>Y</u>	v	v	v	4204

七、玻璃體 Vitreous (86201-86215)

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
86206BC	眼坦部玻璃體切除術 Pars plana vitrectomy (vitrector) — 簡單 simple <u>註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>v</u>	v	v	v	9266
86207B	— 複雜 complicated 86207B眼坦部玻璃體切除術 註： 1.複雜之定義：加上網膜前纖維膜切除（Removal of epiretinal Membrane）。 2.一般材料費、20Ga 玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 125%。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	14780
86209BC	移位晶體摘除合併玻璃體切除術 Removal of dislocated lens combined vitrectomy(vitrector) <u>註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>v</u>	v	v	v	17550

八、網膜Retina (86401-86415)

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
86407BC	光線凝固治療 Photocoagulation therapy — 簡單 Simple <u>註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u>	<u>v</u>	v	v	v	3591
86408B	— 複雜 Complicated		v	v	v	9130

全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫

102 年 1 月 24 日健保醫字第 1020020699 號公告
102 年 7 月 29 日健保醫字第 1020033493 號公告修訂
102 年 12 月 20 日健保醫字第 1020003863 號公告修訂
103 年 12 月 31 日健保醫字第 1030014998 號公告修訂
104 年 12 月 25 日健保醫字第 1040034420 號公告修訂
106 年 1 月 16 日健保醫字第 1050016044 號公告修訂
107 年 5 月 1 日健保醫字第 1070005217 號公告修訂
108 年 1 月 2 日健保醫字第 1070017684 號公告修訂
109 年○月○日健保醫字第 1090000000 號公告修訂

壹、依據：

全民健康保險會協定全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、實施目標：

- 一、對慢性腎臟病之高危險群進行個案管理，以期早期發現，積極治療與介入有效延緩進入透析治療之時機與併發症之發生。
- 二、結合跨專業跨領域的醫療團隊，建立以病患為中心的慢性腎臟病整體照護模式，提升我國慢性腎臟病整體之醫療照護品質。
- 三、降低晚期腎臟病發生率。

參、實施內容：

一、慢性腎臟病(Chronic Kidney Disease, 以下稱 CKD)個案照護：

(一)參與院所：由具有下列資格醫療團隊之本保險特約醫療院所，向所屬全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組提出申請。

- 1、醫師：應至少有一名專任腎臟專科醫師，其餘腎臟專科醫師如為兼任，須報准支援並經保險人同意，始可參與本計畫。
- 2、衛教護理人員：領有台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣醫療繼續教育推廣學會與台灣腎臟醫學會共同舉辦之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明之護理人員。(持有 101 年以前三個學會各自核發之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明者亦比照辦理)

3、營養師：領有台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣腎臟醫學會共同舉辦之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明；或台灣營養學會腎臟專科營養師證書之營養師，得依相關法規規定以支援方式辦理，至少每半年為照護對象進行營養諮詢服務 1 次。

(二)照護對象：慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease,CKD)Stage 3b、4、5 期及蛋白尿病患。

1、定義：當次就診主診斷為慢性腎臟病 ICD-10-CM/PCS 為 N049(腎病症候群)或 N183、N184-N186(慢性腎衰竭)之病人，依疾病與腎絲球過濾率之程度區分之。

2、要求：

(1)收案前須向病人解釋本計畫之目的及須病人配合定期回診等事項，若在其他醫院已接受衛教應予註明。如腎功能再次惡化，符合收案條件時，可再次收案，惟不得申報新收案管理照護(P3402C)費。

(2)同一個案不能同時被 2 家院所收案，但實際照護院所仍可依現行全民健保醫療服務給付項目及支付標準，申報相關醫療費用。

(三)收案條件：

1、CKD stage 3b 病患：腎絲球過濾率(Glomerular Filtration Rate, 以下稱 GFR) $30 \sim 44.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 之各種疾病病患。

2、CKD stage 4：GFR $15 \sim 29.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 之各種疾病病患。

3、CKD stage 5: GFR $< 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 之各種疾病病患。

4、蛋白尿病患：24 小時尿液總蛋白排出量大於 1,000 mg 或尿蛋白與尿液肌酸酐比值(urine protein and creatinine ratio, 以下稱 Upcr) $> 1,000 \text{ mg/gm}$ 之明顯蛋白尿病患，不限各 Stage，主要包含 Stage 1、2、3a，即腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate, 以下稱 eGFR) $\geq 45 \sim 60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 之蛋白尿患者。

5、上述之病患，於院所之病史(或由他院轉來時他院之腎功能異常病史)，須符合慢性腎臟病之定義 (符合收案條件並有三個月以上之病史)。

※eGFR 之計算：

1、年齡0-16歲：採用新版的bed side Schwartz 計算公式。

$$\text{eGFR ml/min/1.73 m}^2 \text{ (Schwartz)} = 0.413 \times (\text{height in cm}) \div \text{serum Cr}。$$

2、年齡 16 歲以上：自 96 年度起均以 Simplified MDRD 公式為計算 eGFR 之標準公式。

$$\text{eGFR ml/min/1.73 m}^2 \text{ (Simplified MDRD)} = 186 \times \text{Scr}^{-1.154} \times \text{Age}^{-0.203} \\ \times 0.742 \text{ (if female)} \times 1.212 \text{ (if black patient)}。$$

※Upcr 之計算：

以同次尿液測量 urine total protein (mg/dl)及 urine creatinine (mg/dl)，Urine total protein / Urine creatinine $\times$ 1000 得 mg/gm creatinine。

(四)結案條件：

1、因腎功能持續惡化而接受腎臟移植者。

2、因腎功能持續惡化而必須進入長期透析者。

(進入長期透析者必須符合尿毒症重大傷病卡適應症，且必須完成附表 4「末期腎衰竭病患治療模式」衛教表。)

3、進入安寧療護：接受住院安寧、安寧居家療護或全民健康保險安寧共同照護試辦方案。

4、因其他系統性疾病造成轉他科治療或轉他院治療。

5、可歸因於病人者(不得申報結案資料處理費)：

(1)長期失聯(≥ 180 天)或病人未執行本計畫管理照護超過 1 年者。

(2)拒絕再接受治療。

(3)死亡。

(4)其他。

(五)照護標準及目標：

1、醫療：

- (1)依照 K-DOQI Guideline 給予病患最適切之醫療(另參考國民健康署與台灣腎臟醫學會出版之「慢性腎臟病防治手冊」)。
- (2)對於 Stage3b、4 及蛋白尿病患照護目標為阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。
- (3)Stage 5 病患照護目標為以周全的準備，在適當的時機經順利的過程安全地進入透析治療。

2、護理衛教：

除必須提供與教導適切的 CKD 衛教知識與資料外，且能掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療與照護上的必要訊息與溝通機會。

3、飲食營養衛教：

除必須提供與教導適切的 CKD 營養知識與資料外，且能掌握病患飲食配合狀況，提供醫師與家屬在醫療與照護上的必要訊息與溝通機會。

4、腎臟移植衛教：應充分揭露如活腎捐贈之手術方式、恢復時間及術後可能副作用等相關訊息，接受衛教對象應包含病人親屬，以提供充分資訊。

5、其他：例如社工師、藥師、其他專科醫師等，專業知識的諮詢。

(六)照護指標：

1、CKD Stage 3b、4 及蛋白尿病患（參照附表 2-5）：

- (1) 血壓控制在 130/80 mmHg 以下的比例。
- (2) 低密度脂蛋白膽固醇控制在 100mg/dL 以下，三酸甘油脂控制在 150mg/dL 以下
- (3) 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)控制在 7.5%以下的比例。
- (4) 完成護理衛教的比例。
- (5) 完成營養衛教的比例。
- (6) 以蛋白尿條件收案病患收案後 Upcr < 200 mg/gm 之比

例。

2、尚在追蹤之 CKD Stage 5 病患（參照附表 2-5）：

- （1）使用促紅血球生成素(Erythropoietin, EPO)的比例。
- （2）血紅素>8.5g/dL 的比例。
- （3）血壓控制在 130/80 mmHg 以下的比例。
- （4）低密度脂蛋白膽固醇控制在 100mg/dL 以下，三酸甘油脂控制在 150mg/dL 以下
- （5）糖尿病病患 HbA1c 控制在 7.5%以下的比例。
- （6）作好瘻管或導管之比例。
- （7）完成護理衛教的比例。
- （8）完成營養衛教的比例。

3、進入透析之 CKD Stage 5 病患，結案時須有記載下列資料（參照附表 3）：

- （1）使用 EPO 的比例。
- （2）血紅素>8.5g/dL 的比例。
- （3）血清白蛋白(Serum albumin)在 3.5 gm/dl (BCG)或 3.0 gm/dl(BCP)以上的病人比例。
- （4）選擇腹膜透析病人數及比例。
- （5）作好血液透析瘻管的比例。
- （6）沒有使用暫時性導管透析的比例。
- （7）由門診開始進入透析治療的比例。
- （8）完成護理衛教的比例。
- （9）完成營養衛教的比例。
- （10）Stage 5 結案病患追蹤超過 6 個月之比例。
- （11）完成附表 4「末期腎衰竭病患治療模式」衛教表的比例。
- （12）本年度該院所有申請尿毒症重大傷病卡之病患中，經本計畫收案照護後始進入透析者所佔之比例。

二、給付項目及支付標準(醫令代碼)：申報格式請參照附表 1 之末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫申報資料格式，並依規定於 VPN 資訊系統

上傳相關資料。

(一)新收案管理照護費(P3402C)：

- 1.依規定記載相關量表、記載病患病史記錄(詳附表 2-1),1 次 1,200 點照護費(含醫師照護費 400 點、護理照護費 200 點、營養師照護費 200 點、資料管理費 400 點),每人限申報 1 次。
- 2.須記錄檢驗資料(報告日期於就醫日期前後 3 個月內,必要項目有 1 項未執行,則整筆費用不得申報,項目詳附表 2-3)。照護個案資料(附表 2-1、2-2、2-4 為護理衛教、5-1、5-2 為營養衛教,2-3 為檢驗紀錄),留存院所備查。

(二)完整複診衛教及照護費(P3403C)：

- 1.收案後至少間隔 77 天方能申報,1 次 600 點(含醫護營養師照護費),每 3 個月申報(2 次申報間至少間隔 77 天)1 次。
- 2.須記錄檢驗等資料(報告日期於就醫日期前後 3 個月,必要項目有 1 項未執行,則整筆費用不得申報,項目詳附表 2-3)。其他項目請依病患病情需要檢驗,所有照護個案資料與檢驗均應記錄於追蹤紀錄表(院所留存,供備查,詳附表 2-2、2-3、2-4、5-1、5-2)。

備註：若已經符合收案條件的病患,當照護後 GFR 回復到 Stage 3a 或蛋白尿病患 Upcr < 1000 mg/gm 且 > 200 mg/gm 時也可繼續申報完整複診衛教及照護費。

(三)年度評估費(P3404C)：

- 1、本項(P3404C)申報前 12 個月,須至少完成申報「完整複診衛教及照護費(P3403C)」3 次,且須與 P3403C 至少間隔 77 日,1 次 600 點(含醫護營養師照護費),每人每年申報 1 次。
- 2、於完成年度檢查,須記錄檢驗資料(報告日期於就醫日期前後 3 個月,必要項目有 1 項未執行,則整筆費用不得申報,項目詳表 2-5)及追蹤照護項目(供備查,詳附表 2-3、2-5)。同年月發生 P3404C 及 P3405C 時,僅能申報 P3405C。

(四)結案資料處理費(P3405C)：須記錄檢驗資料,必要項目有 1 項未執

行，則整筆費用不得申報，項目詳附表 2-3 及附表 3。

1.符合下列情形之一者，1 次 600 點，同一院所同一病患限申報一次：

(1) CKD Stage 5：在收案院所至少追蹤 3 個月以上之結案個案
(至少須申報過一次 P3403C)。

(2) CKD Stage 4：在收案院所至少追蹤 6 個月以上之結案個案
(至少須申報過二次 P3403C)。

(3) CKD Stage 3b：在收案院所至少追蹤 6 個月以上之結案個案
(至少須申報過二次 P3403C)。

2.申報 P3405C 結案資料處理費時，應記錄病患「慢性腎臟疾病(CKD)個案照護結案表」(詳附表 3)、「末期腎衰竭治療模式衛教表」與「末期腎衰竭治療模式衛教病患滿意度調查表」(詳附表 4)等供備查。

3.如為本計畫第肆點實施內容中結案條件為 5 可歸因於病人者，不得申報結案資料處理費(P3405C)。

(五) Stage 3b、4 病患之照護獎勵費(P3406C)：給予照護一年後，糖尿病人 eGFR 下降速率 $< 6 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$ ；非糖尿病人給予照護一年後 eGFR 下降速率 $< 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$ 。符合獎勵條件者，每人每年限申報 1 次，1 次 1,500 點。已收案滿一年以上者，上年度最後一點為下年度起點。(詳附表 2-5)

(六) Stage 5 病患之照護獎勵費(P3407C)：給予照護一年後，未進入透析且糖尿病人 eGFR 下降速率 $< 6 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$ ；非糖尿病人給予照護一年後 eGFR 下降速率 $< 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$ 。給予照護一年後，雖進入長期透析或接受腎移植但糖尿病人 eGFR 下降速率 $< 6 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$ ；非糖尿病人給予照護一年後 eGFR 下降速率 $< 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$ ，且完成透析前瘻管或導管之準備。符合獎勵條件者，每人每年限申報 1 次，1 次 3,000 點。已收案滿一年以上者，上年度最後一點為下年度起點。(詳附表 2-5)

(七)蛋白尿病患之照護獎勵費(P3408C)：以蛋白尿為收案條件之患者，蛋白尿達完全緩解者 ($\text{UpCr} < 200 \text{ mg/gm}$) 之病患，符合獎勵條件

者，每人限申報 1 次，1 次 1,000 點。(詳附表 2-5)

(八)持續照護獎勵費(P3409C)：由本計畫收案照護滿 3 年，且完成申報 3 次年度評估費(P3404C)或第 4 年起每年完成申報年度評估費(P3404C)者，申報 2,000 點(含醫護營養師照護費)，每人每年申報 1 次，當年同時符合申報 P3406C 或 P3407C 或 P3409C 者，則擇一申報。

(九)預先建立瘻管或導管獎勵費(P3410C)：由本計畫照護之個案完成申報結案資料處理費(P3405C)，且結案條件為「2、因腎功能持續惡化而必須進入長期透析者」。首次透析沒有使用暫時性導管(含 Hickman catheter(69006C)及 perm cath(69039B)之長期置入血管導管)，且做好之瘻管或導管必須有功能可做為第一次血液透析或腹膜透析使用。每人限申報 1 次，1 次 1000 點。

(十)活體腎臟移植團隊照護獎勵費：

- 1.由本計畫照護之個案，完成申報結案資料處理費(P3405C)者申報：尚未取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明，並接受親屬活體腎臟移植者，支付本計畫照護團隊獎勵費用 60,000 點(P3411C)。
2. 由保險對象接受親屬活體腎臟移植時之透析院所申報：已取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明未滿 6 個月內並接受親屬活體腎臟移植者，支付獎勵費用 30,000 點(P3412C)。
3. 由保險對象接受親屬活體腎臟移植時之透析院所申報：雖已取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病者大於 6 個月以上，仍接受親屬活體腎臟移植者，支付獎勵費用 10,000 點(P3413C)。

三、醫療費用申報及核付原則：

- (一) 預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。
- (二) 屬本計畫收案之保險對象，101 年度起，P3402C、P3403C、P3404C、

P3405C、P3406C、P3407C、P3408C、P3409C、P3410C 及 P3411C

醫令代碼之費用，請併服務機構當月份費用申報。

1. 門診醫療費用點數申報格式之點數清單段欄位填報：

- (1) 案件分類：請填報「E1」。
- (2) 特定治療項目代號：請填報「K1」。
- (3) 就醫序號：請填報「ICK1」。
- (4) 部分負擔代號：請填報「009(其他規定免部分負擔者)」。

2. 健保卡登錄就醫類別 CA，不累計就醫次數，基本資料及檢驗資料仍由原健保資訊網 VPN 系統收載。

(三) 101 年度起，健保資訊網 VPN 系統之基本資料及檢驗資料申報欄位可以原定長格式或不定長之 XML 格式申報(詳附表 1:末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫申報資料格式—定長格式、XML 格式，後附 XML 格式結構說明)。

(四) 院所應於次月 20 日前上傳個案基本資料及檢驗資料至末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫健保資訊網 VPN 系統，未依期限上傳者不予核發本計畫相關費用。

(五) 就醫日期(掛號當日日期)及檢驗日期(報告日期)務必確實填入，且就醫日期與醫療費用申報之就醫日期須相符合，以利費用正確勾稽。

(六) 當年之費用及相關資料請於次年 1 月 20 日前申報受理完成(3 月底前核定)，未依期限申報者，不予核發本計畫相關費用。

(七) 保險對象接受親屬活體腎臟移植之透析院所申報 P3412C 及 P3413C 醫令代碼之費用，其醫療費用點數申報格式之點數清單段欄位填報如下：

1. 案件分類：請填報「E1」。
2. 特定治療項目代號：請填報「K1」。
3. 就醫序號：請填報「ICK1」。
4. 部分負擔代號：請填報「009(其他規定免部分負擔者)」。

四、保險人得舉辦本計畫執行概況檢討或發表會，由台灣腎臟醫學會或參與

本計畫之特約醫療院所報告，藉以進行計畫成果檢討及經驗交流。

肆、計畫評估：

預期效益如下：

- 一、促使慢性腎臟病患得到合宜之照護與有效利用醫療資源。
- 二、減緩慢性腎臟病病患進入尿毒症の時程。
- 三、慢性腎臟病照護團隊的照護品質能與全民健保支付制度扣連。
- 四、保險人能有效控制醫療費用（符合成本效益）。
- 五、慢性腎臟病病患照護品質的資料更趨透明化，以充分掌握或分享，並能成為醫療院所臨床上進行品質改善的工具。

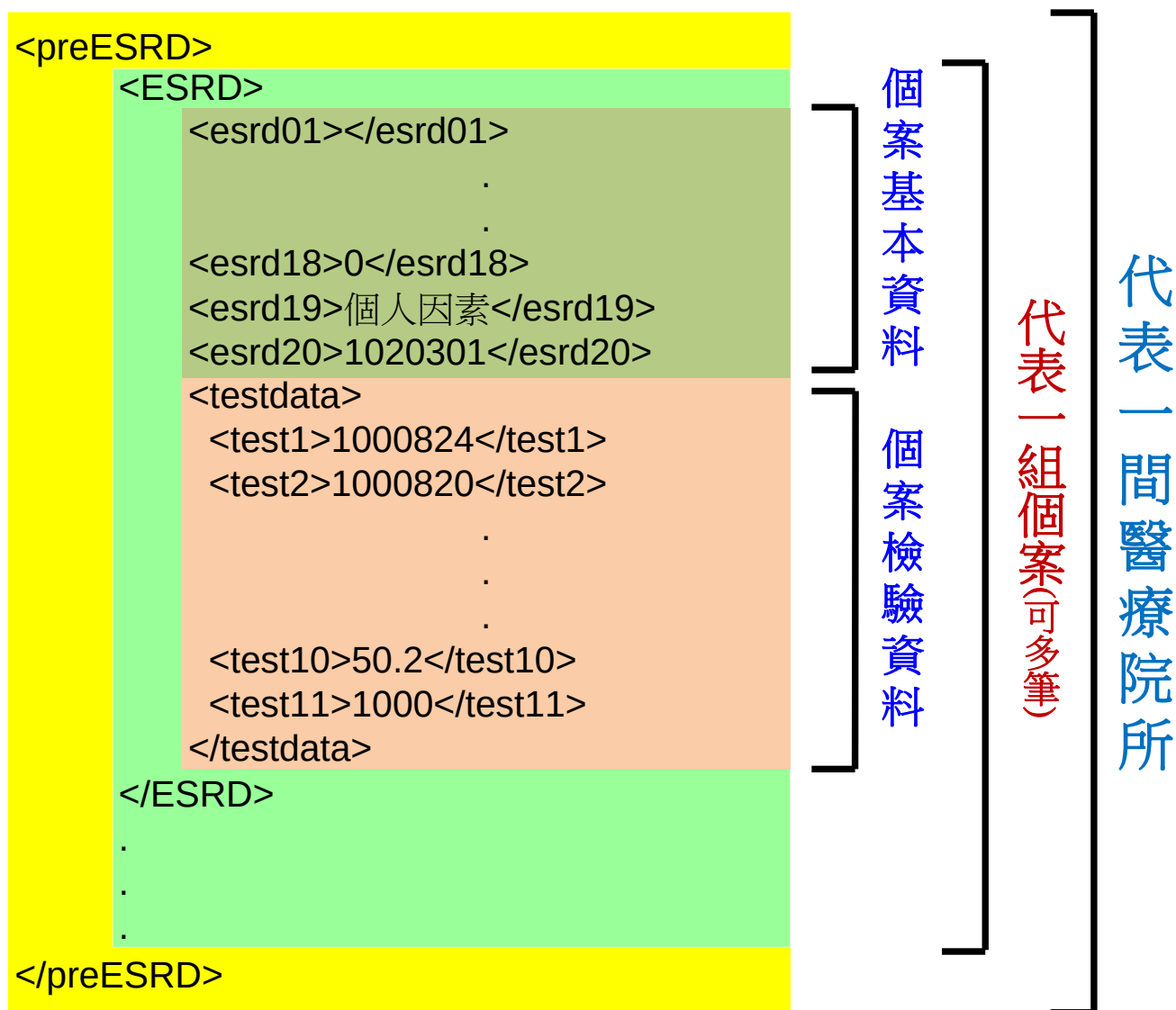
伍、計畫修正程序：

本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同研訂，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附表 1 Pre-ESRD 個案申報格式及填表說明

1. 批次檔案類型格式為定長檔(副檔名為.txt)或 XML 檔(副檔名為.xml)。
2. 批次檔案名稱不支援中文、不可包含特殊符號。
3. 批次檔案名稱之醫療院所代碼必須與登入之醫療院所代碼相同，費用年月必須與上傳之費用年月相同。
4. 批次檔案內容須採用健保署提供之定長或 XML 格式。
5. 批次傳檔案名稱規則如下：
 - (1) 若檔案資料格式為定長，則檔名為「esrd_醫事機構代碼_費用年月.txt」。
 - (2) 若檔案資料格式為 XML，則檔名為「esrd_醫事機構代碼_費用年月.xml」。
 - (3) 英文字母允許大小寫。
 - (4) 英文字母、數字、底線皆為半型。
 - (5) 檔名若不符合規則，則無法上傳成功。
6. 每筆資料長度為 256Bytes：基本資料區為 199Bytes + 檢驗資料區為 57Bytes

XML 申報格式示意圖



XML 拆解定長文字檔格式表

(一)基本資料區

項次	必要性	XML 欄位	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
1	*	esrd01	醫事機構代號	X	10	衛生署核可之醫事服務機構代碼
2	*	esrd02	個案姓名	X	20	1.中文字採使用 Big-5 碼，至多為 5 個。 2.外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形。 3.一律使用國民身分證上之姓名，若為冠夫姓者亦一併將夫姓填齊。
3	*	esrd03	個案身分證號	X	10	如為 A123456789 則輸入 A123456789，國民身分證統一編號或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼)

項次	必要性	XML欄位	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
4	*	esrd04	出生日期	X	7	(1)第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。 (2)第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 (3)第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。
5	*	esrd05	個案性別	X	1	1：男；2：女(限制格式與數字範圍 1-2)
6	*	esrd06	原發疾病	X	5	就醫日期於 105/01/01 以後請輸入 N049/N183-N186(如為蛋白尿病患則不限 Stage，可填報 N181-N186)
7		esrd07	原發疾病-ICD-10	X	9	不須填寫
9	*	esrd08	伴隨疾病_有無	X	1	Y:有 N:無 若 SYMPTOM_NO = N, 則其他伴隨疾病為非必填 若 SYMPTOM_NO = Y,則其他伴隨疾病至少填一項
10		esrd09	伴隨疾病_腎臟病	X	1	Y:有 N:無
11		esrd10	伴隨疾病_糖尿病	X	1	Y:有 N:無
12		esrd11	伴隨疾病_高血壓	X	1	Y:有 N:無
13		esrd12	伴隨疾病_心臟血管疾病	X	1	Y:有 N:無
14		esrd13	伴隨疾病_腦中風	X	1	Y:有 N:無
15		esrd14	伴隨疾病_肝臟疾病	X	1	Y:有 N:無
16		esrd15	伴隨疾病_免疫風濕疾病	X	1	Y:有 N:無
17		esrd16	伴隨疾病_其他	X	1	Y:有 N:無
18		esrd17	伴隨疾病其他說明	X	60	限 20 個中文字 若 SYMPTOM_OTHER = Y, 則 SYMPTOM_DESC 為必填
19		esrd18	結案原因	X	1	0：其他 1：腎臟移植 2：長期失聯(≥180 天) 3：拒絕再接受治療 4：死亡 5：進入長期透析 6：蛋白尿緩解 7：因其他系統性疾病造成轉他科治療 8：病人未執行本計畫管理照護超過 1 年者 9：進入安寧照護
20		esrd19	結案原因－其他說明	X	60	若 TREATMENT_STATUS=0，則 TREATMENT_OTHER 為必填。
21		esrd20	結案日期	X	7	1.個案結案的日期

項次	必要性	XML欄位	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
						(1)第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。 (2)第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 (3)第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。 2.若結案原因有填寫，則結案日期為必填。 3.結案日期不可小於檢驗資料的最大就醫日期。

(二)檢驗資料區

項次	必要性	XML欄位	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
1	*	test1	檢驗(報告)日期	X	7	個案在院所實際檢驗的日期 (1)第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。 (2)第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 (3)第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。
2	*	test2	就醫日期	X	7	1.個案就醫的日期 (1)第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。 (2)第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 (3)第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。 2.就醫日期不可大於結案日期。
3	*	test3	慢性腎臟病分期	X	2	3b-Stage3b 40-Stage4 50-Stage5 60-蛋白尿病患
4	*	test4	體重	9	3	單位：Kg，小數四捨五入取整數，如 57.5Kg 則輸入為 58，如 100Kg 則輸入 100
5	*	test5	收縮壓	9	3	單位：mmHg，如收縮壓為 120，輸入 120
6	*	test6	舒張壓	9	3	單位：mmHg，如舒張壓為 80，則輸入 80
7		test7	血紅素	9(3)v9	4	整數 3 位，小數 1 位及 1 位小數點

項次	必要性	XML欄位	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
				999.9		單位 g/dL，如 13.2g/dL，則輸入 13.2 若 STAGE = 60，則非必填
8		test8	血清白蛋白	9(3)v9 999.9	4	整數 3 位，小數 1 位及 1 位小數點 單位：g/dl，如為 4.3g/dl 則輸入 4.3 若 STAGE = 60，則非必填
9		test9	肌酐比值	9(3)v9 999.9	4	整數 3 位，小數 1 位及 1 位小數點 單位：mg/dl，如為 1.8mg/dl 則輸入 1.8 若 STAGE = 60，則非必填
10		test10	腎絲球過濾率	9(4)v9 9999.9	5	整數 4 位，小數 1 位及 1 位小數點 以 MDRD-S 公式計算，單位：ml/min/1.73 m ² ，如 50.16 ml/min/1.73 m ² ，則輸入 50.2 若 STAGE = 60，則非必填
11		test11	尿蛋白及尿液肌酐 酐比值	9(5)v9 99999.9	6	整數 5 位，小數 1 位及 1 位小數點 單位：mg/gm，如為 1000mg/gm 則輸入 1000 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C/P3408C，則 UPCR 為必填 若 STAGE = 60，則 UPCR 為必填
12		test12	低密度膽固醇 (LDL-C)	9999	4	整數 4 位 單位：mg/dL，如為 100mg/dL 則輸入 100 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C，則 LDL-C 為 必填 若 STAGE = 60，則 LDL-C 非必填
13		test13	三酸甘油酯(TG)	99999	5	整數 5 位 單位：mg/dL，如為 100mg/dL 則輸入 100 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C，則 TG 為必填 若 STAGE = 60，則 TG 非必填

定長文字檔格式表

自系統日 104/03/01 起上傳定長文字檔總長增加為 256bytes

(一)定長文字檔格式

項次	必要性	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
1	*	醫事機構代號	X	10	衛生署核可之醫事服務機構代碼
2	*	個案身分證號	X	10	如為 A999999999 則輸入 A999999999，國民身分證 統一編號或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護 照號碼)

項次	必要性	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
3	*	出生日期	X	7	(1)第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。 (2)第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 (3)第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。
4	*	個案性別	X	1	1：男；2：女(限制格式與數字範圍 1-2)
5	*	原發疾病	X	5	就醫日期於 105/01/01 以後請輸入 N049/N183-N186(如為蛋白尿病患則不限 Stage，可填報 N181-N186)
6		原發疾病-ICD-10	X	9	不需填寫
7	*	伴隨疾病_有無	X	1	Y:有 N:無 若 SYMPTOM_NO = N, 則其他伴隨疾病為非必填 若 SYMPTOM_NO = Y,則其他伴隨疾病至少填一項
8		伴隨疾病_腎臟病	X	1	Y:有 N:無
9		伴隨疾病_糖尿病	X	1	Y:有 N:無
10		伴隨疾病_高血壓	X	1	Y:有 N:無
11		伴隨疾病_心臟血管疾病	X	1	Y:有 N:無
12		伴隨疾病_腦中風	X	1	Y:有 N:無
13		伴隨疾病_肝臟疾病	X	1	Y:有 N:無
14		伴隨疾病_免疫風濕疾病	X	1	Y:有 N:無
15		伴隨疾病_其他	X	1	Y:有 N:無
16		結案原因	X	1	0：其他 1：腎臟移植 2：長期失聯(≥ 180 天) 3：拒絕再接受治療 4：死亡 5：進入長期透析 6：蛋白尿緩解 7：因其他系統性疾病造成轉他科治療 8：病人未執行本計畫管理照護超過 1 年者 9：進入安寧照護
17		結案日期	X	7	1.個案結案的日期 (1)第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。

項次	必要性	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
					(2)第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 (3)第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。 2.若結案原因有填寫，則結案日期為必填。 3.結案日期不可小於檢驗資料的最大就醫日期。
18	*	個案姓名	X	20	1.中文字採使用 Big-5 碼，至多為 5 個。 2.外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形。 3.一律使用國民身分證上之姓名，若為冠夫姓者亦一併將夫姓填齊。
19		伴隨疾病其他說明	X	60	限 20 個中文字 若 SYMPTOM_OTHER = Y, 則 SYMPTOM_DESC 為必填
20		結案原因—其他說明	X	60	若 TREATMENT_STATUS=0，則 TREATMENT_OTHER 為必填。
21	*	檢驗(報告)日期	X	7	個案在院所實際檢驗的日期 (1)第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。 (2)第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 (3)第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。
22	*	就醫日期	X	7	1.個案就醫的日期 (1)第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。 (2)第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 (3)第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。 2.就醫日期不可大於結案日期。
23	*	慢性腎臟病分期	X	2	3b-Stage3b 40-Stage4 50-Stage5 60-蛋白尿病患
24	*	體重	9	3	單位：Kg，小數四捨五入取整數，如 57.5Kg 則輸入為 058，如 100Kg 則輸入 100
25	*	收縮壓	9	3	單位：mmHg，如收縮壓為 120，輸入 120

項次	必要性	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
26	*	舒張壓	9	3	單位：mmHg，如舒張壓為 80，則輸入 080
27	*	血紅素	9(3)v9 999.9	4	單位 g/dL，如 13.2g/dL，則輸入 0132 若 STAGE = 60，則非必填
28		血清白蛋白	9(3)v9 999.9	4	單位：g/dl，如為 4.3g/dl 則輸入 0043 若 STAGE = 60，則非必填
29		肌酐比值	9(3)v9 999.9	4	單位：mg/dl，如為 1.8mg/dl 則輸入 0018 若 STAGE = 60，則非必填
30		腎絲球過濾率	9(4)v9 9999.9	5	以 MDRD-S 公式計算，單位：ml/min/1.73 m ² ，如 50.16 ml/min/1.73 m ² ，則輸入 00502 若 STAGE = 60，則非必填
31		尿蛋白及尿液肌酐比值	9(5)v9 99999.9	6	單位：mg/gm，如為 1200.6mg/gm 則輸入 012006 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C/P3408C，則 UPCR 為必填 若 STAGE = 60，則 UPCR 為必填
32		低密度膽固醇(LDL-C)	9999	4	整數 4 位 單位：mg/dL，如為 100mg/dL 則輸入 0100 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C，則 LDL-C 為必 填，未檢驗時請填 4 bytes 空白 若 STAGE = 60，則 LDL-C 非必填
33		三酸甘油酯(TG)	99999	5	整數 5 位 單位：mg/dL，如為 100mg/dL 則輸入 00100 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C，則 TG 為必填 未檢驗時請填 5 bytes 空白 若 STAGE = 60，則 TG 非必填

(二)定長文字檔範例

3501200000A9999999990240723158500	YYNNYNNNN01020301	陳小姐
拒	參	加
100101310010133b07004508102400044001900510013000010000100	計	畫

XML 拆解為定長文字檔的格式說明：

- 個案姓名(esrd02)、伴隨疾病其他說明(esrd17)、結案原因—其他說明(esrd19)的 XML 欄位，拆解為定長放置在基本資料區的最後。
- 若型態為字串(X)欄位長度不足位，則左靠不足補空白。
- 若型態為數值(9)欄位長度不足位，則右靠不足補空白。
- 小數點處理方式：
 - (1)若有小數點，拆解為文字檔必須把小數點移除，且補滿整數與小數之位數。
 - (2)範例：以檢驗資料第 5 項為例，9(3)v9 表示整數 3 位，小數 1 位，若 XML 為 89，則寫到文字檔為 0890。
- *：必填欄位；△：非必填欄位。

附表 2-1 (適用 P3402C) (留院備查用)

慢性腎臟疾病 (CKD) 新收案病患基本資料與病史紀錄表

有星號*者為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力勾選

I. 病患基本資料： CKD 病患編號： _____ - _____ (TSN 透析院所代號-流水號)

*基本資料：登錄日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

*姓名： _____ 病歷號碼： _____ *身份證字號： _____

*生日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 *性別： 男、女 血型： A、B、AB、O、未驗

婚姻： 已婚、未婚、離婚、喪偶、分居、同居、未明 宗教信仰： _____

教育程度： 無、小學、國中、高中 (職)、大專 (學) 以上

職業： 軍、公、教、農、林、漁、牧、商、工、礦、學生、自由業、家管、無、其他：

溝通語言： 國語、閩南語、客家話、原住民語言、其他： _____

主要經濟來源： 獨立自主、父母、配偶、子女、手足、政府、朋友

*目前居住地： _____ 電話： _____

*縣市： _____ *區鄉市鎮： _____ 村里： _____

路街： _____ 段巷弄樓號： _____

II. 病史記錄：

*本院開始 CKD 治療日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 主治醫師： _____

*原發病大類： _____ (請參照腎臟醫學會透析軟體疾病分類表)

*原發病細類： _____

*其他： _____

*發現至今歷史：時間： _____ 周； _____ 月； _____ 年

1. 病患腎臟疾病病史：(可複選)

(A) 過去病史：

* (1) 如何發現自己有腎臟病？

因出現不同之症狀就醫檢查發現	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
因懷疑自己有腎臟病求醫檢查發現	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
因服用若干藥物懷疑會影響腎臟求醫發現	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
因其他疾病檢查時偶然發現是腎臟病	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
因體檢或健康檢查偶然發現	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道

(2) 發現腎臟疾病之症狀前是否有下列症狀？

a. 沒有症狀 ☐ 是 ☐ 否 (請續答)

b. 有症狀如下，可多選

類似感冒症狀，一直未癒	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
蛋白尿或血尿	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
眼瞼浮腫或手腳水腫	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
背部肋骨下緣疼痛	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
時常覺得倦怠無力	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
夜裡無法入睡	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
血壓高，全身不適	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
夜裡頻尿，無法入睡	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
尿量減少	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
胃口不好	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
常有噁心、嘔吐之情形	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
爬樓梯時，容易有呼吸喘之情形	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道

有頭暈、眼花之情形或貧血	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
夜裡須採坐姿，才能入睡	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
* (3) 使用藥物病史：			
時常服用中草藥或偏方	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
時常因疼痛服用止痛劑	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
時常找其他方式打針，如（消炎、止痛）	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
使用不明藥物	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
其他：_____	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
(4) 就診方式：			
自行就診	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
他科轉入	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
經親朋介紹	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
經報章媒體介紹	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
其他：_____	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
* (B) 伴隨系統性疾病：(Co-morbidity，就醫時除腎臟疾病外已經存在的疾病)			
高血壓	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
糖尿病	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
鬱血性心臟病	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
缺血性心臟病	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
腦血管病變	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
慢性肝病/肝硬化	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
惡性腫瘤	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
結核病	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
高血脂症	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
視網膜病變	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
神經病變	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
貧血	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
自體免疫疾病	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
其他：_____	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
(C) 過去治療病史：			
未治療	☐ 是	☐ 否	
很正規治療	☐ 是	☐ 否	
注射紅血球生成素 (EPO)：	☐ 是	☐ 否	
曾輸血：	☐ 是	☐ 否	
服用中草藥	☐ 是	☐ 否	
服用 NSAID 止痛劑	☐ 是	☐ 否	
服用健康食品：_____	☐ 是	☐ 否	
* (D) 自我照顧狀況：			
完全獨立	☐ 是	☐ 否	
須旁人協助	☐ 是	☐ 否	
完全由旁人照顧	☐ 是	☐ 否	
抽煙：(____根／日，持續____年，戒煙____年)	☐ 是	☐ 否	
喝酒：(頻率：____量：____種類：____)	☐ 是	☐ 否	
運動：(頻率：____，項目：____)	☐ 是	☐ 否	
檳榔：(____粒／日，持續____，戒檳榔____年)	☐ 是	☐ 否	
*2. 其他疾病家族史：			
a. 糖尿病	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
b. 高血壓	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道
c. 心臟病	☐ 是	☐ 否	☐ 不知道

- d. 腦血管病變（中風） ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- e. 高血脂症 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- f. 腎臟病 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- g. 惡性腫瘤：_____ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- h. 痛風 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- i. 遺傳性腎臟疾病：_____ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- j. 自體免疫疾病 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

III. 收案前後使用藥物：

- 使用降壓藥：☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- ☐ACEI ☐ARBs ☐Other:_____
- 注射胰島素：_____ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- 使用降血糖藥：_____ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- 使用降血脂藥：_____ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- 注射紅血球生成素（EPO）：_____ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

IV. 住出院記錄（收案日起往前回溯一年內）

住院日期：____年__月__日至____年__月__日 /原因：_____

____年__月__日至____年__月__日 /原因：_____

V. 自我照顧評估與健康行為：

- 1.您每天有規則服藥？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- 2.您有依照醫師指示定期到醫院回診、檢查？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- 3.您定期（至少3次/週）保持運動嗎？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- 4.您有飲食控制？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- 5.您的最近血糖是否控制在飯前120mg/dl以下？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- 6.您的血壓是否控制在130/80mmHg以下？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- 7.您的體重是否控制在建議範圍？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- 8.有每星期至少一次定期測血壓？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- 9.您有規則記錄血壓值？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
- 10.您有定期追蹤血液檢查？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

說明： 1.本表已在國民健康署之腎臟保健推廣機構計畫使用多年，病患病史記錄較詳細，
但為顧慮院所層級與人力，標示*號之項目為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力勾選

2.本表為病患基本資料，請注意保密性。

3.門診新收個案，且依規定填報相關量表後，得申報本項收案管理照護費。

4.資料須留存院所備查。

附表 2-2 (適用 P3402C、P3403C) (留院備查用)

慢性腎臟疾病(CKD)個案照護追蹤紀錄總表

CKD 病患編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)

姓 名：_____ 性別：☐男 ☐女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身份證字號：_____ 出生日期：_____年____月____日 收案日期：_____年____月____日

衛教日期	_____年____月____日	_____年____月____日	_____年____月____日	_____年____月____日
衛教對象	☐ 本人 ☐ 家屬：_____ ☐ 其他：_____	☐ 本人 ☐ 家屬：_____ ☐ 其他：_____	☐ 本人 ☐ 家屬：_____ ☐ 其他：_____	☐ 本人 ☐ 家屬：_____ ☐ 其他：_____
衛教方式	☐ 個別衛教 ☐ 電訪 ☐ 團體衛教 ☐ 其他：_____	☐ 個別衛教 ☐ 電訪 ☐ 團體衛教 ☐ 其他：_____	☐ 個別衛教 ☐ 電訪 ☐ 團體衛教 ☐ 其他：_____	☐ 個別衛教 ☐ 電訪 ☐ 團體衛教 ☐ 其他：_____
BP (mmHg)				
BW(kg)				
腰圍(cm)				
臀圍(cm)				
BMI				
BUN (mg/dl)				
Cr. (mg/dl)				
血紅素(g/dL)				
CC-GFR(自行參考)				
GFR(MDRD-S) 或 bed side Schwartz				
Stage	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
藥物使用 降壓藥	☐ ACEI ☐ ARB ☐ 其他：_____	☐ ACEI ☐ ARB ☐ 其他：_____	☐ ACEI ☐ ARB ☐ 其他：_____	☐ ACEI ☐ ARB ☐ 其他：_____
胰島素	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
降血糖藥	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
降血脂藥	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
紅血球生成素	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
住院記錄 住院日期	_____年____月____日	_____年____月____日	_____年____月____日	_____年____月____日
出院日期	_____年____月____日	_____年____月____日	_____年____月____日	_____年____月____日
原因	_____	_____	_____	_____
衛教指導項目 (依代碼填寫)				
備註				
衛教師簽名				

說明：1.衛教內容請依 CKD 照護各階段之衛教指導項目編號填寫，按衛教次數依序填寫，資料留存院所備查
2.本表之功能在於提醒醫護人員，病患已接受或應接受追蹤檢驗與衛教之日期，本頁請置於病患病歷內或病患個案管理檔案中。

慢性腎臟疾病(CKD)照護各階段之衛教內容（附表 2-2 參用）

Stage 1：（半年追蹤一次）腎功能正常微量蛋白尿 GFR： ≥ 90 ml/min/1.73 m ²	
目標	衛教指導項目
●複述腎臟的構造與功能 ●認識腎臟疾病常見的症狀 ●認識腎臟常見之檢查 ●認識腎臟之檢驗值 ●認識腎臟穿刺之必要性 ●說出服用類固醇之注意事項 ●能說出如何預防腎臟疾病 ●願意配合定期門診追蹤 ●願意接受定期護理指導計劃方案	1-1. 認識腎臟的基本構造與功能 1-2. 簡介腎臟疾病常見症狀 1-3. 腎臟病常見檢查之介紹 1-4. 腎臟病常見檢驗值之介紹 1-5. 腎臟穿刺切片檢查之介紹 1-6. 類固醇藥物之護理指導 1-7. 腎臟病日常生活保健與預防 1-8. 教導定期追蹤之重要性

Stage 2：（半年追蹤一次）輕度慢性腎衰竭 GFR：60~89 ml/min/1.73 m ²	
目標	衛教指導項目
●瞭解腎臟疾病分期及進展 ●能辨別異常檢驗值 ●認識造成腎臟疾病之危險因子 ●判別高血脂高血壓糖尿病與腎臟病之相關性 ●能選擇正確之治療方式	2-1. 腎臟疾病分期介紹及注意事項 2-2. 腎臟疾病異常臨床檢驗值及處理 2-3. 簡介腎臟病之危險因子 2-4. 簡介高血壓及其併發症 2-5. 簡介高血脂及其併發症 2-6. 簡介糖尿病及其併發症

Stage 3：（三個月追蹤一次）中度慢性腎衰竭 GFR：30~59 ml/min/1.73 m ²	
目標	衛教指導項目
●認識慢性腎衰竭 ●說出慢性腎衰竭及常見之併發症與處理 ●認清腎臟替代療法之必要性 ●認識腎臟替代療法 ●瞭解正確透析時機 ●能參與討論腎衰竭之治療計劃	3-1. 簡介慢性腎衰竭 3-2. 慢性腎衰竭常見症狀與處理 3-3. 影響腎功能惡化的因子 3-4. 血液透析治療介紹 3-5. 腹膜透析治療介紹 3-6. 正確透析時機介紹

Stage 4：（三個月追蹤一次）重度慢性腎衰竭 GFR：15~29 ml/min/1.73 m ²	
目標	衛教指導項目
●持續影響腎功能惡化的因子 ●瞭解預防感冒及感染之重要性 ●認識貧血治療 ●持續認識慢性腎衰竭之併發症 ●持續認識腎臟替代療法 ●認識透析治療通路	4-1. 感染對腎臟衰竭之影響 4-2. 貧血治療：使用 EPO 與鐵劑治療 4-3. 慢性腎衰竭併發症之介紹與預防 4-4. 持續介紹透析治療（血液透析、腹膜透析、腎臟移植） 4-5. 介紹透析治療通路（動靜脈瘻管、雙腔透析導管、腹膜透析導管）

Stage 5：（二週至四週追蹤一次）末期腎臟病變 GFR： < 15 ml/min/1.73 m ²	
目標	衛教指導項目
●瞭解緊急就醫黃金時段 ●能說出血管通路種類與自我照護 ●認識透析治療合併症 ●能參與透析治療之選擇	5-1. 把握緊急就醫黃金時段 5-2. 血管通路的照護 5-3. 腹膜透析導管的照護 5-4. 透析治療合併症介紹（血液透析、腹膜透析） 5-5. 換腎準備須知介紹

附表 2-3 (適用 P3402C、P3403C、P3404C、P3405C)

慢性腎臟疾病(CKD)個案檢驗紀錄總表

CKD 病患編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)

姓 名：_____ 性別：☐男 ☐女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身份證字號：_____ 出生日期：_____ 年 月 日 收案日期：_____ 年 月 日

申報類別	新收案	追蹤 1	追蹤 2	追蹤 3	年度	追蹤 1	追蹤 2	追蹤 3	年度		結案
年/月/日											
BP (mmHg)											
BH (cm)											
BW (kg)											
MDRD-S 或 bed side Schwartz(ml/min/1.73 m ²)											
CG-GFR (ml/min) (自行參考)											
CKD Stage											
WBC (×1000/ul) (參考)											
Hb (g/dl)											
Hct (%) (參考)											
Platelet (×1000/ul) (參考)											
BUN (mg/dl)											
Creatinine (mg/dl)											
Uric acid (mg/dl)											
Na (mmol/L)											
K (mmol/L)											
Total Ca (mg/dl)											
P (mg/dl)											
HCO ₃ (meq/L)or TCO ₂ (參考)											
Albumin (gm/dl)											
CHOL (mg/dl) (參考)											
TG (mg/dl)											
HDL-C (mg/dl) (參考)											
LDL-C (mg/dl)											
AC Sugar (mg/dl) (DM)											
HbA1C(%) (DM)											
Urine Total Protein (mg/dl)											
Urine Creatinine (mg/dl)											
Urine PCR (mg/g)											
HBsAg (一次) (參考)											
Anti-HCV (一次) (參考)											
GPT (IU/L) (參考)											

備註：

1. 本表供收案期間所有檢驗資料彙整之用，含新收個案 P3402C、三個月追蹤 P3403C、年度評估 P3404C 及結案 P3405C，無底色者為規定填寫應做之檢驗項目，有底色者為參考項目可量力完成與填寫，本表須留存院所備查供抽審。
2. 蛋白尿病患(UPCR>1000mg/gm)，每 6 個月及 1 年須檢測 Urine PCR 一次。

附表 2-4：(適用 P3402C、P3403C) (黏貼病歷用)

慢性腎臟疾病(CKD)個案追蹤照護病歷記錄表

CKD 病患編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)

姓 名：_____ 病歷號碼：_____ 衛教日期：_____ 年 月 日

Stage :	GFR :	ml/min/1.73 m ²	/BP :	mmHg	/BW :	Kg	BUN :	mg/dl	/Cr :	mg/dl
---------	-------	----------------------------	-------	------	-------	----	-------	-------	-------	-------

第_____次衛教/衛教指導項目：

Stage I: GFR : ≥ 90 ml/min/1.73 m² ☐ 1-1.認識腎臟的基本構造與功能 ☐ 1-2.簡介腎臟疾病常見症狀 ☐ 1-3.腎臟病常見檢查之介紹 ☐ 1-4.腎臟病常見檢驗值之介紹 ☐ 1-5.腎臟穿刺切片檢查之介紹 ☐ 1-6.類固醇藥物之護理指導 ☐ 1-7.腎臟病日常生活保健與預防 ☐ 1-8.教導定期追蹤之重要性	Stage 2: GFR : 60~89 ml/min/1.73 m² ☐ 2-1.腎臟疾病分期介紹及注意事項 ☐ 2-2.腎臟疾病異常臨床檢驗值及處理 ☐ 2-3.簡介腎臟病之危險因子 ☐ 2-4.簡介高血壓及其併發症 ☐ 2-5.簡介高血脂及其併發症 ☐ 2-6.簡介糖尿病及其併發症	Stage 3: GFR : 30~59 ml/min/1.73 m² ☐ 3-1.簡介慢性腎衰竭 ☐ 3-2.慢性腎衰竭常見症狀與處理 ☐ 3-3.影響腎功能惡化的因子 ☐ 3-4.血液透析治療介紹 ☐ 3-5.腹膜透析治療介紹 ☐ 3-6.正確透析時機介紹
Stage 4: GFR : 15~29 ml/min/1.73 m² ☐ 4-1.感染對腎臟衰竭之影響 ☐ 4-2.貧血治療：使用 EPO 與鐵劑治療 ☐ 4-3.慢性腎衰竭併發症之介紹與預防 ☐ 4-4.持續介紹透析治療 (HD、PD、換腎) ☐ 4-5.介紹透析治療通路 (動靜脈瘻管、雙腔導管、腹膜透析導管) ☐ 其他：_____	Stage 5: GFR : < 15 ml/min/1.73 m² ☐ 5-1.把握緊急就醫黃金時段 ☐ 5-2.血管通路的照護 ☐ 5-3.腹膜透析導管的照護 ☐ 5-4.透析治療合併症介紹 (血液透析、腹膜透析) ☐ 5-5.換腎準備須知介紹	

認知評值：☐1.完全了解，能做到 ☐2.完全了解，不能做到 ☐3.部分了解 ☐4.完全不了解

行為評值：☐1.不願意接受 ☐2.願意接受 ☐3.已改變中 ☐4.持續維持

衛教師簽名：_____ 病患簽名：_____ (病患家屬簽名：_____)

說明：病患或家屬簽名後張貼於當次就診病歷內，作為申報「完整初診及複診衛教及照護費」查核依據，資料留存院所備查。

附表 2-5：(適用 P3404C、P3406C、P3407C、P3408C)

慢性腎臟疾病(CKD)個案年度照護評估紀錄表

CKD 病患編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)；

收案條件：第_____項(請填寫規則內收案條件 1, 2, 3, 4 呈現)

姓 名：_____ 性別：☐男 ☐女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身份證字號：_____ 出生日期：_____年 月 日 收案日期：_____年 月 日

年度照護起止日期：_____年 月 日至 _____年 月 日

1、檢驗資料：請將年度檢驗資料填入附表 2-3，並完成下項 3

2-1、年度照護指標 (Stage 3b、4 及蛋白尿 CKD 病患適用) (以最近狀況評估)

A.血壓控制在 130/80 mmHg 以下	☐ 1.是 ☐ 2.否
B.低密度脂蛋白膽固醇控制在 100mg/dL 以下，三 酸甘油脂控制在 150mg/dL 以下	☐ 1.是 ☐ 2.否
C.糖尿病病患 HbA1c 控制在 7.5%以下	☐ 1.是 ☐ 2.否 ☐ 3.不適用
D.完成護理衛教(完成 4 次)	☐ 1.是 ☐ 2.否
E.完成營養衛教(至少完成 2 次)	☐ 1.是 ☐ 2.否
F.符合 Stage 3b、4 病患之獎勵條件：收案時 eGFR 15-45ml/min/1.73m ² /year，給予照護 1 年後 DM 病人 eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m ² /year，非 DM 病人 eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m ² /year	☐ 1.是 ☐ 2.否 (請勾選 3-1)
G.符合蛋白尿之獎勵條件	☐ 1.是 ☐ 2.否 (請勾選 3-3)

2-2、年度照護指標 (Stage 5 CKD 病患適用) (以最近狀況評估)

A.使用 EPO	☐ 1.是 ☐ 2.否
B.血紅素>8.5g/dL	☐ 1.是 ☐ 2.否
C.血壓控制在 130/80 mmHg 以下	☐ 1.是 ☐ 2.否
D.低密度脂蛋白膽固醇控制在 100mg/dL 以下，三 酸甘油脂控制在 150mg/dL 以下	☐ 1.是 ☐ 2.否
E.糖尿病病患 HbA1c 控制在 7.5%以下	☐ 1.是 ☐ 2.否 ☐ 3.不適用
F.已作好瘻管或導管	☐ 1.是 ☐ 2.否
G.完成護理衛教(完成 4 次)	☐ 1.是 ☐ 2.否
H.完成營養衛教(至少完成 2 次)	☐ 1.是 ☐ 2.否
I.符合 Stage 5 病患之獎勵條件：收案時 eGFR <15ml/min/1.73m ² /year，給予照護 1 年後 DM 病 人 eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m ² /year，非 DM 病人 eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m ² /year	☐ 1.是 ☐ 2.否 (請勾選 3-2)

3、Stage 3b、4、5 及蛋白尿病患年度 eGFR：(不論是否符合獎勵皆須完成)

起始點檢驗日期：_____年 月 日

Serum Cr：_____ mg/dl, eGFR:_____ ml/min/1.73m², Upcr_____ mg/gm

☐CKD stage 3b、☐CKD stage 4、☐CKD stage 5、☐蛋白尿病患

終止點檢驗日期：_____年 月 日

Serum Cr：_____ mg/dl, eGFR:_____ ml/min/1.73m², Upcr_____ mg/gm

☐CKD stage 3b、☐CKD stage 4、☐CKD stage 5、☐蛋白尿病患

☐血液透析、☐腹膜透析、☐腎臟移植、☐安寧療護

年度 eGFR 變化速率：_____ ml/min/1.73m²/year

年度 Upcr 之變化：Upcr ☐ 是否小於 < 200 mg/gm

3-1、符合 Stage 3b、4 病患之獎勵條件：

☐1.收案時 eGFR 15-45 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，回復至 Stage 3b，或仍處於 stage 4 且 DM 病

- 人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m²/year，非 DM 病人 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m²/year
- ☐ 2. 收案時 eGFR 15-45 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，雖進行至 stage 5 但 DM 病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m²/year，非 DM 病人 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m²/year。
- ☐ 3. 不符合獎勵條件

3-2、符合 Stage 5 病患之獎勵條件：

- ☐ 1. 收案時 eGFR < 15 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，回復至 Stage 4，或仍處於 stage 5 且 DM 病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m²/year，非 DM 病人 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m²/year
- ☐ 2. 收案時 eGFR < 15 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，雖進入長期透析或接受腎移植 DM 病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m²/year，非 DM 病人 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m²/year，且血液透析者完成透析前瘻管之準備。
- ☐ 3. 不符合獎勵條件

3-3、符合蛋白尿緩解病患之獎勵條件：

- ☐ 1. 收案時 24 小時尿液總蛋白排出量大於 1,000 mg 或 Urine protein/creatinine ratio (Upcr) > 1,000 mg/gm 之明顯蛋白尿病患，照護一年後蛋白尿達完全緩解者 (Upcr < 200 mg/gm) 之照護獎勵費
- ☐ 2. 不符合獎勵條件

說明：

1. 本表為病患每年年度照護評估紀錄用，個案依規定追蹤後，Stage 3b、4、5、蛋白尿病患得於完成 3 次追蹤照護申報本項完整性醫師整體照護費及申請照護獎勵。本表須留存院所備查供抽審並貼病歷。
2. 以上 eGFR 之計算係以 MDRD-Simplified，16 歲以下之小孩係以 Schwartz 公式計算，Scr 測量以 Jaffe method。eGFR 下降速率所用之 Scr 以 100 年至 101 年間某時間點為基準值，而基準值之後 12 個月或 24 個月以內的 Scr 與 eGFR 為成果值，以基準值 eGFR 減去成果值 eGFR 求得 eGFR 下降值，換成 12 個月為每年 eGFR 下降速率。

範例：

起始點日期：100 年 1 月 5 日 (D1)， eGFR: 17.5 ml/min/1.73m² (R1)

☐ CKD stage 3b、☒ CKD stage 4、☐ CKD stage 5、☐ 蛋白尿病患

終止點日期：101 年 3 月 12 日 (D2)， eGFR: 13.5 ml/min/1.73m² (R2)

☐ CKD stage 3b、☐ CKD stage 4、☒ CKD stage 5、☐ 蛋白尿病患、

☐ 血液透析、☐ 腹膜透析、☐ 腎臟移植

年度 eGFR 變化速率：-3.429 ml/min/1.73m²/year

$$[(R2-R1)/(D2-D1, m)] \times 12$$

$$[(13.5-17.5)/(14)] \times 12 = -3.429$$

- ☒ 收案時 eGFR 15-45 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，雖進行至 stage 5 但 eGFR 下降少於每年 4 ml/min/1.73m²，可申報 P3406C。

3. 有關 Upcr 之計算係以某次尿液同時測定 Urine total protein 及 Urine creatinine，再計算 Urine total protein/Urine creatinine × 1000 得 mg/gm creatinine。取收案日為基準點，若經治療後，Upcr < 200 即已符合條件(完全緩解)，若經治療完全緩解並申請獎勵後，此病患蛋白尿再復發，則仍應納入追蹤照護。

附表 3 (適用 P3405C)

慢性腎臟疾病(CKD)個案照護結案表

CKD 病患編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)

收案條件：第_____項(請填寫規則內收案條件 1, 2, 3, 4 呈現)

姓 名：_____ 性別：☐男 ☐女 電 話 號 碼：_____

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

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

結案原因：☐1.進入血液透析 ☐2.進入腹膜透析 ☐3.接受腎臟移植
☐4.轉他院治療 ☐5.轉中醫或民俗療法 ☐6.因其他系統性疾病轉他科治療
☐7.死亡 ☐8.失聯 ☐9.其他
☐10.進入安寧療護收案

進入長期透析或接受腎臟移植病患

血管通路建立日期：_____年 _____月 _____日 / ☐1.A-V fistula ☐2.A-V graft ☐3.Perm Cath.
_____年 _____月 _____日 / ☐1.A-V fistula ☐2.A-V graft ☐3.Perm Cath

腹腔導管建立日期：_____年 _____月 _____日 / ☐1.預先建立 ☐2.非預先建立 ☐3.其他

腎臟移植日期：_____年 _____月 _____日 / ☐1.活體移植 ☐2.屍腎移植 ☐3.其他

腎臟移植醫院：☐1.台灣_____醫院 ☐2.中國_____醫院 ☐3.其他：_____

進入長期透析日期：_____年 _____月 _____日 (血液透析為開始透析日；腹膜透析為開始換液日)

首次透析管路：☐1.永久血管 ☐2.暫時導管 ☐3.CAPD 導管

首次透析方式：☐1.直接 OPD 透析
☐2.由門診入院透析 (或植管)
☐3.由急診入院透析 (或植管)

首次透析 (血液透析、腹膜透析) 或腎移植的住院天數：_____天

結案前最後之檢驗資料填入附表 2-3 最右欄

結案照護指標		
A.使用 EPO	☐ 1.是	☐ 2.否 ☐ 3.不適用
B.血紅素>8.5g/dL (最近一次)	☐ 1.是	☐ 2.否 ☐ 3.不適用
C.Serum albumin 在 3.5 gm/dl (BCG)或 3.0 gm/dl(BCP)以上 (最近一次)	☐ 1.是	☐ 2.否 ☐ 3.不適用
D.選擇腹膜透析	☐ 1.是	☐ 2.否 ☐ 3.不適用
E.做好血液透析瘻管	☐ 1.是	☐ 2.否 ☐ 3.不適用
F.沒有使用暫時性導管透析	☐ 1.是	☐ 2.否 ☐ 3.不適用
G.由門診開始進入透析治療	☐ 1.是	☐ 2.否 ☐ 3.不適用
H.完成護理衛教 (至少兩次)	☐ 1.是	☐ 2.否 ☐ 3.不適用
I.完成營養衛教 (至少一次)	☐ 1.是	☐ 2.否 ☐ 3.不適用
J.追蹤超過 6 個月	☐ 1.是	☐ 2.否 ☐ 3.不適用
K.完成「末期腎衰竭病患治療模式選擇之充份告知機制」衛教表	☐ 1.是	☐ 2.否 ☐ 3.不適用

進入透析時狀況：(參照尿毒症接受長期透析重大傷病卡申請表)

一、長期透析適應症：(請勾選)

☐ (一) 絕對適應症：肌酐廓清率 $\text{Ccr} < 5 \text{ ml/min}$ 或血清肌酐 $\text{Cr} \geq 10.0 \text{ mg/dl}$ 。

☐ (二) 相對適應症：

1. 糖尿病患者：

重度慢性腎衰竭且肌酐廓清率 $\text{Ccr} \leq 15 \text{ ml/min}$ ，或血清肌酐 $\text{Cr} \geq 6.0 \text{ mg/dL}$ 且伴有下列任何一種併發症者。【註：重度慢性腎衰竭之定義為慢性腎衰竭為期至少三個月且腎功能逐漸衰退者。】

2. 非糖尿病患者：

重度慢性腎衰竭且肌酐廓清率 $\text{Ccr} \leq 10 \text{ ml/min}$ ，或血清肌酐 $\text{Cr} > 8.0 \text{ mg/dL}$ 且伴有下列任何一種併發症者。【註：重度慢性腎衰竭之定義為兩側腎臟顯著萎縮（多囊腎例外）或慢性腎衰竭為期至少三個月且腎功能逐漸衰退者。】

二、伴隨症狀：(請務必勾選)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ 1. 心臟衰竭或肺水腫 | ☐ 2. 心包膜炎 | ☐ 3. 出血傾向 |
| ☐ 4. 神經症狀：意識障礙，抽搐或末梢神經病變 | ☐ 5. 高血鉀(藥物難以控制) | ☐ 7. 嚴重酸血症(藥物難以控制) |
| ☐ 6. 噁心、嘔吐(藥物難以控制) | ☐ 8. 惡病體質(cachexia) | ☐ 9. 重度氮血症 ($\text{BUN} > 100 \text{ mg/dl}$) |
| ☐ 10. 其他 (請說明)： | | |

三、相關疾病(Comorbidity)：

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 1. 糖尿病 | ☐ 2. 高血壓 | ☐ 3. 鬱血性心臟衰竭 | ☐ 4. 缺血性心臟病 |
| ☐ 5. 腦血管病變 | ☐ 6. 慢性肝疾病/肝硬化 | ☐ 7. 惡性腫瘤 | ☐ 8. 結核 |
| ☐ 9. 其他 (請說明)： | | | |

說明：

本表為 Stage 3b、4、5、蛋白尿病患申報結案資料處理費用填寫，資料另供申請重大傷病卡參考，本表須留存院所備查供抽審。

附表 4 (適用 P3405C)

末期腎衰竭治療模式衛教表

病人透析治療模式選擇之充分告知機制

CKD 病患編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)

姓 名：_____ 性別：☐男 ☐女 電 話 號 碼：_____

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

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

病患教育程度：☐不識字☐小學☐初中☐高中☐大專☐研究所

病患家庭狀態：☐未成年受扶養☐有職業獨立工作☐因病修養半工作狀態

☐因病無法工作☐退休獨立生活☐年邁或因病受照顧

陪同家屬：☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 兄弟姊妹 ☐ 家長 ☐ 其他：_____

衛教內容(確實執行項目請打勾)：

腹膜透析	血液透析	腎臟移植
☐ 透析通路和原理 ☐ 透析場所/時間/執行者 ☐ 透析可能產生的症狀 ☐ 適應症及禁忌症 ☐ 飲食/血壓/貧血控制 ☐ 其它(居家照護、社會福利等)	☐ 透析通路和原理 ☐ 透析場所/時間/執行者 ☐ 透析可能產生的症狀 ☐ 適應症及禁忌症 ☐ 飲食/血壓/貧血控制 ☐ 其它(居家照護、社會福利等)	☐ 移植的術前評估 ☐ 移植的優點和缺點 ☐ 移植的併發症 ☐ 適應症及禁忌症 ☐ 移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介 ☐ 其它(居家照護、社會福利等)

『末期腎衰竭治療模式衛教』病患滿意度調查表

1. 您覺得衛教的時間足夠嗎？

☐1.非常足夠 ☐2.足夠 ☐3.普通 ☐4.不足夠 ☐5.非常不足夠

2. 您對衛教的方式滿意嗎？

☐1.非常滿意 ☐2.滿意 ☐3.普通 ☐4.不滿意 ☐5.非常不滿意

3. 您對衛教內容瞭解嗎？

☐1.非常瞭解 ☐2.瞭解 ☐3.稍微瞭解 ☐4.不瞭解 ☐5.非常不瞭解

4. 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？

☐1.非常有幫助 ☐2.有幫助 ☐3.普通 ☐4.沒有幫助 ☐5.完全沒有幫助

病患或病患家屬簽名：

衛教者簽名：

說明：

1. Stage5 病患進入腎臟替代療法治療前須填寫。
2. 本項亦是『門診透析服務品質監測指標項目』中『對病人透析治療模式選擇之充分告知機制』之項目，為各院所方便作業，本表除留存院所備查供抽審外，請影印一份供進入透析患者留存。
3. 病患滿意度調查表之結果，各院所可將一年度結果統計作為該院參考。

慢性腎臟疾病(CKD)個案照護營養追蹤紀錄總表

CKD 病患編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)

姓 名：_____ 性別：☐男☐女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身份證字號：_____ 出生日期：____年__月__日 收案日期：____年__月__日

身高：_____公分 理想體重：_____公斤

一、檢測資料：有星號*者為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力勾選

日 期 項 目		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
MDRD-S (ml/min/1.73m ²)					
CKD Stage					
體位 測量	體重* (公斤)	水腫 ☐ 無 ☐ 有	水腫 ☐ 無 ☐ 有	水腫 ☐ 無 ☐ 有	水腫 ☐ 無 ☐ 有
	%理想體重*				
	校正體重 (公斤)				
	體位	☐ ☐ ☐ ☐ 肥 重 適 輕 瘦	☐ ☐ ☐ ☐ 肥 重 適 輕 瘦	☐ ☐ ☐ ☐ 肥 重 適 輕 瘦	☐ ☐ ☐ ☐ 肥 重 適 輕 瘦

二、營養評估及診斷：有星號*者為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力勾選

日 期 期 項 目		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		攝取量	建議量	攝取量	建議量	攝取量	建議量	攝取量	建議量
攝食 評估	熱量(Kcal)*								
	蛋白質(g)*								
營養 診斷 與 飲食 問題	熱量攝取*	☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足	
	蛋白質攝取*	☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足	
	補充低蛋白點心	☐ 總是 ☐ 經常 ☐ 偶爾 ☐ 無		☐ 總是 ☐ 經常 ☐ 偶爾 ☐ 無		☐ 總是 ☐ 經常 ☐ 偶爾 ☐ 無		☐ 總是 ☐ 經常 ☐ 偶爾 ☐ 無	
	飽和脂肪攝取 (吃肉時會吃肥肉及皮)	☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足	
	磷攝取* (全穀/堅果/調味料)	☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足	
	鈉攝取* (加工醃漬/湯汁)	☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足	
	鉀攝取 (湯汁/茶)	☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足	
	纖維質攝取	☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足	
	單糖攝取	☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足	
	水分攝取	☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足	
	磷結合劑使用正確性	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不良		☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不良		☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不良		☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不良	
	飲食控制動機	☐ 強烈 ☐ 普通 ☐ 勉強 ☐ 無		☐ 強烈 ☐ 普通 ☐ 勉強 ☐ 無		☐ 強烈 ☐ 普通 ☐ 勉強 ☐ 無		☐ 強烈 ☐ 普通 ☐ 勉強 ☐ 無	
	觀念正確性	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不良		☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不良		☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不良		☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不良	

三、營養介入策略與評估

營養衛教項目依臨床狀況與需求而調整，並將已執行項目記錄。

期 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
項	目				
衛 教 項 目	蛋白質食物與腎病之關係	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	簡易食物份量與代換	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	低蛋白飲食原則	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	糖尿病腎病變飲食調整	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	增加熱量攝取:油脂補充技巧	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	增加熱量攝取:純糖類補充技巧	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	低氮點心製作指導	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	低磷飲食	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	低鈉飲食	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	低鉀飲食	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	高膽固醇/三酸甘油酯飲食	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	營養醫療補充品使用	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	外食原則與建議	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	年節飲食指導	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	食慾不振飲食對策	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	咀嚼不良飲食對策	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
評 值	飲食計劃執行狀況	☐ 尚未執行 ☐ 待加強 ☐ 有進步 ☐ 全改善	☐ 尚未執行 ☐ 待加強 ☐ 有進步 ☐ 全改善	☐ 尚未執行 ☐ 待加強 ☐ 有進步 ☐ 全改善	☐ 尚未執行 ☐ 待加強 ☐ 有進步 ☐ 全改善
	飲食問題修正狀況	☐ 尚未執行 ☐ 待加強 ☐ 有進步 ☐ 全改善	☐ 尚未執行 ☐ 待加強 ☐ 有進步 ☐ 全改善	☐ 尚未執行 ☐ 待加強 ☐ 有進步 ☐ 全改善	☐ 尚未執行 ☐ 待加強 ☐ 有進步 ☐ 全改善
	飲食學習意願	☐ 強烈 ☐ 普通 ☐ 勉強 ☐ 無	☐ 強烈 ☐ 普通 ☐ 勉強 ☐ 無	☐ 強烈 ☐ 普通 ☐ 勉強 ☐ 無	☐ 強烈 ☐ 普通 ☐ 勉強 ☐ 無
	衛教後認知程度	☐ 完全了解 ☐ 大部分了解 ☐ 部分不了解 ☐ 完全不了解	☐ 完全了解 ☐ 大部分了解 ☐ 部分不了解 ☐ 完全不了解	☐ 完全了解 ☐ 大部分了解 ☐ 部分不了解 ☐ 完全不了解	☐ 完全了解 ☐ 大部分了解 ☐ 部分不了解 ☐ 完全不了解
	整體營養狀況	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不良	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不良	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不良	☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不良
營養師簽章					

附表 5-2 (適用 P3402C、P3403C)(黏貼病歷用)

慢性腎臟疾病(CKD)個案照護營養紀錄

CKD 病患編號：_____ (TSN 透析院所代號-流水號)

姓 名：_____

性別：☐男 ☐女

主治醫師：_____

病歷號碼：_____

出生日期：_____年 _____月 _____日

衛教日期：_____年 _____月 _____日

身高*：		目前體重*：		理想體重*：		(% of IBW)		校正體重：	
營養診斷與飲食問題	熱量需求*			Kcal/day		飲食計畫 主食：_____份 肉魚豆蛋：_____份 水果：_____份 蔬菜：_____份 油脂：_____份 低氮澱粉：_____			
	蛋白質需求*			g/day					
	熱量攝取*			☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足					
	蛋白質攝取*			☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		蛋白質食物與腎病之關係		☐ 有 ☐ 無	
	補充低蛋白點心			☐ 總是 ☐ 經常 ☐ 偶爾 ☐ 沒有		簡易食物份量與代換		☐ 有 ☐ 無	
	飽和脂肪攝取			☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		低蛋白飲食原則		☐ 有 ☐ 無	
	磷攝取*			☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		糖尿病腎病變飲食調整		☐ 有 ☐ 無	
	鈉攝取*			☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		增加熱量攝取:油脂補充技巧		☐ 有 ☐ 無	
	鉀攝取			☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		增加熱量攝取:純糖類補充技巧		☐ 有 ☐ 無	
	纖維質攝取			☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		低氮點心製作指導		☐ 有 ☐ 無	
	單糖攝取			☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		低磷飲食		☐ 有 ☐ 無	
	水分攝取			☐ 過多 ☐ 適當 ☐ 不足		低鈉飲食		☐ 有 ☐ 無	
	磷結合劑使用正確性			☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不良		低鉀飲食		☐ 有 ☐ 無	
	飲食控制動機			☐ 強烈 ☐ 普通 ☐ 勉強 ☐ 無		高膽固醇/三酸甘油酯飲食		☐ 有 ☐ 無	
觀念正確性			☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不良		營養醫療補充品使用		☐ 有 ☐ 無		
評估	飲食學習意願			☐ 強烈 ☐ 普通 ☐ 勉強 ☐ 無		外食原則與建議		☐ 有 ☐ 無	
	衛教後認知程度			☐ 完全了解 ☐ 大部分了解 ☐ 部分了解 ☐ 完全不了解		年節飲食指導		☐ 有 ☐ 無	
	整體營養狀況			☐ 良好 ☐ 尚可 ☐ 不良		食慾不振飲食對策		☐ 有 ☐ 無	
衛教對象簽章				衛教營養師簽章		咀嚼不良飲食對策		☐ 有 ☐ 無	

*為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力勾選

營養衛教項目依臨床狀況與需求而調整，並將已執行項目記錄。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第六部 論病例計酬

第一章 產科

通則：

一、本章各項目「得核實申報上限點數」、「得核實申報個案數比率」如下表：

項目名稱	支付代碼	層級	得核實申報 上限點數	得核實申報 個案數比率	標準住 院日數
陰道生產	97004C	基層院所	30570 <u>30581</u>	-	3 天
	97005D	助產所	27838	-	
剖腹產	97009C	基層院所	33465 <u>33476</u>	5%	6 天
自行要求剖腹產	97014C	基層院所	無	無	6 天
前胎剖腹產之陰道生產	97934C	基層院所	43292	-	3 天

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97004C	陰道生產		V				30570
97005D	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)子宮收縮良好 (2)惡露量正常 (3)會陰傷口癒合良好 (4)生命跡象穩定及自行解尿順暢 (5)教導病人 A.日常生活活動包括性生活 B.沐浴及個人衛生 C.乳房及傷口護理重點 D.排定返診檢查 (6)教導病人 A.嬰兒餵哺 B.嬰兒沐浴及照顧 C.小兒科醫師返診檢查 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)： 10D07Z3-10D07Z8、10S07ZZ、10E0XZZ、10A07Z6	V					<u>30581</u> 27838
97009C	剖腹產 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)體溫低於 37.7℃ 至少 24 小時 (2)傷口乾燥並癒合 (3)病人可進全食 例外：有其他因素必需改變飲食 (4)無併發症 (5)教導病人 A.日常生活活動包括性生活 B.沐浴及個人衛生 C.乳房及傷口護理重點 D.排定返診檢查 (6)教導病人 A.嬰兒餵哺 B.嬰兒沐浴及照顧 C.小兒科醫師返診檢查 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：10D00Z0、 10D00Z1、10D00Z2		V				30570 <u>30581</u>

第二章 婦科

通則：本章各項目「得核實申報上限點數」、「得核實申報個案數比率」如下表：

項目名稱	支付代碼	層級	得核實申報 上限點數	得核實申報 個案數比率	平均住院日數
子宮肌瘤切除術（住院）、子宮鏡子宮肌瘤切除術（住院）	97013C	基層診所	50725 <u>50756</u>	5%	6 天、 3 天
輸卵管外孕手術（住院）	97017C	基層院所	42952 <u>42986</u>	5%	4 天
子宮完全切除術（住院）	97022B	地區醫院	63840 <u>63864</u>	5%	7 天
次全子宮切除術（住院）	97027C	基層院所	60430 <u>60455</u>	5%	7 天
卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術（住院）	97033B	地區醫院	48668 <u>48698</u>	5%	5 天
腹腔鏡子宮完全切除術（住院）	97037B	地區醫院	85514 <u>85565</u>	5%	5 天
腹腔鏡卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術（住院）	97044C	基層診所	64751 <u>64777</u>	5%	5 天
腹腔鏡子宮外孕手術（住院）	97047C	基層診所	58530 <u>58552</u>	5%	3 天

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
97013C	子宮肌瘤切除術(住院)、子宮鏡子宮肌瘤切除術 (住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.門診回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0U590ZZ、0UB90ZZ、0U598ZZ、0UB98ZZ 4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	V				43483 43514
97017C	輸卵管外孕手術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼(ICD-10-CM)：O00.1 主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0U950ZZ、0U960ZZ、0U970ZZ、10T20ZZ、10D27ZZ、10D28ZZ、10T23ZZ、10T27ZZ、10T28ZZ、10T20ZZ+0UB50ZZ、10T20ZZ+0UB60ZZ 4.西醫基層申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	V				37624 37658

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
97022B	子宮完全切除術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.3) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0UT90ZZ+0UTC0ZZ、 0UT97ZZ+0UTC7ZZ		V			52994 53015
97027C	次全子宮切除術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.4) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0UT90ZZ	V				49684 49706

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
97033B	卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.5) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0UB00ZZ、0UB10ZZ、0UB20ZZ、0U500ZZ、0U510ZZ、0U520ZZ、0UB50ZZ、0UB60ZZ、0UT50ZZ、0UT60ZZ、0UT70ZZ、0UT20ZZ、0UT00ZZ、0UT10ZZ、0UT20ZZ+0UT70ZZ、0UT00ZZ+0UT50ZZ、0UT10ZZ+0UT60ZZ		V			39383 39413
97037B	腹腔鏡子宮完全切除術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.6) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0UT9FZZ+0UTC4ZZ、0UT9FZZ+0UTC7ZZ、0UT90ZZ+0UTC0ZZ+0UJD4ZZ		V			85514 85565

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
97044C	腹腔鏡卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.7) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0UB04ZZ、0UB14ZZ、0UB24ZZ、0U504ZZ、0U514ZZ、0U524ZZ、0UT74ZZ、0UT64ZZ、0UT54ZZ、0UT04ZZ、0UT14ZZ、0UT24ZZ、0UT24ZZ+0UT74ZZ、0UT04ZZ+0UT54ZZ、0UT14ZZ+0UT64ZZ 4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	V				64751 64777
97047C	腹腔鏡子宮外孕手術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.8) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼(ICD-10-CM)：O00.0、O00.1、O00.2、O00.8、O00.9 主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0U954ZZ、0U964ZZ、0U974ZZ、10T24ZZ 4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	V				58530 58552

第三章 一般外科

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
97220K	股及腹股溝疝氣手術(AGE>1，單側)(門診)				V	32760 34046
97221A				V		32760 34046
97222B			V			32760 34046
97223C		V				27078 27081
	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.3.5) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0YQ50ZZ、 0YQ60ZZ、0YQ70ZZ、0YQ80ZZ					

第六章 眼科

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
97605K	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.6.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：08RJ3JZ、 08RK3JZ				V	20739
97606A				V		20739
97607B			V			20739
97608C		V				20674 20675

第七章 耳鼻喉科

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
97716K	喉直達鏡並做聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去，無主要合併症或併發症（門診）			v	v	15608
97717A						<u>17450</u>
97718B						15608
						<u>17450</u>
	註：1.診療項目要求表（詳附表 6.7.4） (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 詳附表 6.7.0 3.主要合併症或併發症診斷碼(詳附表 6.7.5、 6.7.5.1、6.7.5.2)		v			15608
						<u>17450</u>

乳癌醫療給付改善方案支付標準

通則：

- 一、乳癌病人使用之特殊材料、藥品、診療或檢查項目，得免事前審查，惟治療組合 5 請依規定辦理事前審查，另 CT 及 MRI 即時報備系統仍依規定辦理。
- 二、醫院申報符合起迄期間之診療組合，若實際醫療費用大於下列定額費用時，以定額費用支付。
- 三、因實際醫療需要致更換治療計畫及組合者，以最後施行並完成之治療組合為支付點數。
- 四、病人中斷診療(非歸責於醫院因素)者，其組合之申報應依已施行之診療內容，改按最相近之組合申報。(例如：原申報治療組合 1-1，惟病人僅施行乳房全切手術及 1/2 療程之化學治療後即拒絕後續治療，醫院應改以治療組合 1-2 申報完成治療。)
- 五、診斷檢查、治療組合(除 5 荷爾蒙治療、6 化學藥物治療專案外)、追蹤檢查等同類別診療組合限各擇一組申報，各階段項目不得拆帳申報。
- 六、申報診療組合時應於編號後加填分期區別碼，說明如下：
 - 臨床分期或病理分期為 0 者，其區別碼為 0。
 - 臨床分期或病理分期為 1 者，其區別碼為 1。
 - 臨床分期或病理分期為 2 者，其區別碼為 2。
 - 臨床分期或病理分期為 3 者，其區別碼為 3。
 - 臨床分期或病理分期為 4 者，其區別碼為 4。
 - 臨床分期或病理分期為 X 者，其區別碼為 5。

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1501	再諮詢	門診診察	僅到院尋求再諮詢無任何檢查		623 (同一醫院以申報一次為原則)	
P1502	診斷檢查 1	臨床分期為 0,1,2 期之診斷檢查	新發病個案 已復發個案 註：無法確定臨床分期者為 X 期	乳房腫瘤病人依臨床分期進入不同診斷組合起至完成病理分期止，期間應於一個月內完成，特殊個案無法於期限內完成申報時，於病歷上註明備查。	15565 15624	
P1503	診斷檢查 2	臨床分期為 3,4,X 期之診斷檢查			14560 14606	
P1511	治療組合 1-1 治療滿一個月	病理分期為 0,1,2 期或局部復發(原部位復發或淋巴引流區復發)： 施行乳房全切除手術及化學治療及放射治療	新發病個案 已復發個案	1.新發病病患經診斷依病理分期決定治療計畫並進入治療組合起至治療結束、疾病復發、拒絕治療或死亡止。	71570 71896	
P1512	治療滿三個月			2.經診斷已確定為復發病患依其治療計畫進入治	76353 76630	
P1513	治療滿五個月				107736 108095	
P1514	治療結束				99937 100033	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1515	治療組合 1-2 治療滿一 個月	施行乳房全切除手術及化學治療		組合起至治療 每滿一年止。	71520	
P1516	治療滿三 個月				<u>71751</u>	
P1517	治療結束				72289 <u>72477</u> 51503 <u>51762</u>	
P1518	治療組合 1-3 治療滿一 個月	施行乳房全切除術 及放射治療			68008	
P1519	治療結束				<u>68343</u> 153498 <u>153500</u>	
P1520	治療組合 1-4	僅施行乳房全切除 手術			72294 <u>72569</u>	
P1521	治療組合 2-1 治療滿一 個月	施行乳房保留手術、化學治療及放射治療			82742	
P1522	治療滿三 個月				<u>82910</u> 59827 <u>60100</u>	
P1523	治療滿五 個月				75360 <u>75496</u>	
P1524	治療結束				73258 <u>73415</u>	
P1525	治療組合 2-2 治療滿一 個月	施行乳房保留手術 及化學治療			80613	
P1526	治療滿三 個月				<u>80866</u> 57021 <u>57090</u>	
P1527	治療結束				35471 <u>35577</u>	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1528	治療組合 2-3	施行乳房保留手術 及放射治療			84152 <u>84375</u>	
P1529	治療滿一 個月 治療結束				107037 <u>107061</u>	
P1530	治療組合 2-4	僅施行乳房保留手術			79101 <u>79256</u>	
P1531	治療組合 3-1	施行化學治療及放射 治療			67121 <u>67270</u>	
P1532	治療滿一 個月				68161 <u>68346</u>	
P1533	治療滿三 個月				100996 <u>101232</u>	
P1534	治療滿五 個月 治療結束				101935 <u>102036</u>	
P1535	治療組合 3-2	僅施行化學治療或 放射治療			68313 <u>68369</u>	
P1536	治療滿一 個月 治療結束				104351 <u>104412</u>	
P1537	治療組合 4-1	病理分期為 3,4,X 期或遠端復發： 施行乳房全切除或 保留手術及化學治 療及放射治療			72593 <u>72867</u>	
P1538	治療滿一 個月				141948 <u>142157</u>	
P1539	治療滿三 個月				231423 <u>231767</u>	
P1540	治療滿五 個月 治療結束				151328 <u>151592</u>	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1541	治療組合 4-2 治療滿一 個月	施行乳房全切除或 保留手術及化學治 療			72816 <u>72955</u>	
P1542	治 療 滿 三 個月				136002 <u>136082</u>	
P1543	治 療 滿 五 個月				152931 <u>153115</u>	
P1544	治療結束				103803 <u>104092</u>	
P1545	治療組合 4-3 治療滿一 個月	施行乳房全切除或 保留手術及放射治 療			71722 <u>72182</u>	
P1546	治療結束				127895 <u>128047</u>	
P1547	治療組合 4-4	僅施行乳房全切除 或保留手術			66533 <u>66726</u>	
P1548	治療組合 4-5 治療滿一 個月	僅施行化學治療及 放射治療			120121 <u>120713</u>	
P1549	治 療 滿 三 個月				121101 <u>121657</u>	
P1550	治 療 滿 五 個月				180745 <u>181043</u>	
P1551	治療結束				179949 <u>180619</u>	
P1552	治療組合 4-6 治療滿一 個月	僅施行化學治療			129363 <u>129482</u>	
P1553	治 療 滿 三 個月				129355 <u>129458</u>	
P1554	治療結束				171529 <u>171832</u>	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1555	治療組合 4-7	僅施行放射治療			118540	
P1556	治療滿一 個月				<u>118694</u>	
	治療結束				51617	
					<u>51808</u>	
	治療組合 5	乳癌荷爾蒙治療	須荷爾蒙受體檢查陽 性患者。		費用採論 量計酬申 報	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1557	治療組合 6	化學藥物治療專案 註：含 doxorubicin、 cyclophosphamide、 docetaxel、paclitaxel (或併用 gemcitabine) 等。	限病理分期為 1，2 期 已使用合併療法且腋下 淋巴轉移，動情素受 體陰性下，做為接續含 doxorubicin 在內之輔 助性化學治療。 須俟化學治療(排除診 療項目第 4 項)療程完 成後，與治療組合 1-1 或 1-2 或 2-1 或 2-2 或 3-1 或 3-2 等組合時程 併同本項目一次申報。 Gemcitabine 與 paclitaxel 併用， 適用於曾使用過 Anthracycline 之局部 復發且無法手術或轉 移性之乳癌併用療 法。須俟化學治療整體 療程完成後，與治療組 合 4-1 或 4-2 或 4-5 或 4-6，等組合時程併同 本項目一次申報。 化學療程中斷者，不得 另行申報。 本項目不計入獎勵措 施之計算。	化學治療之療 程內使用	222902 222904	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1560	追蹤檢查 1	病理分期為 0,1,2,3,X期之追蹤 檢查	新發病病患 在他院已完成治療病 患 復發病患	1.期間起點： 新/復發病患 以治療結束 日、續追蹤者 以前一年追 蹤結束日、他 院完成治療 病患以進入 參與醫院之 就診當日為 起點。	4073 4091 3937 3967 3880 3892 3777 3782	(本項支付 點數以年為 單位，最多 給付五年)
P1564	追蹤檢查 2	病理分期為 4 期或 曾於他院治療者之 追蹤檢查		2.期間迄點： 以申報追蹤 開始日期滿 一年、病人死 亡、疾病復發 或拒絕追蹤 為迄點。	9449 9502 9891 9910 9256 9268 9427 9446	(本項支付 點數以年為 單位，最多 給付五年)
P1561	追蹤滿三 個月					
P1562	追蹤滿六 個月					
P1563	追蹤滿九 個月					
	追蹤滿十 二個月					
P1565	追蹤滿三 個月					
P1566	追蹤滿六 個月					
P1567	追蹤滿九 個月					
	追蹤滿十 二個月					

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

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~~0~~1)

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
12011B	<u>異常凝血酶原檢驗</u> <u>PIVKA-II (Des-r-Carboxy Prothrombin)</u> <u>註：</u> <u>1.適應症：</u> <u>(1)肝硬化之慢性肝炎（含酒精性肝硬化），並符合下列條件之一：</u> <u>A.肝組織切片 Metavir F4或Ishak F5以上，另血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片。</u> <u>B.超音波診斷為肝硬化併食道或胃靜脈曲張，或肝硬化併脾腫大。</u> <u>C.電腦斷層或磁振造影檢查診斷為肝硬化。</u> <u>(2)肝癌接受根除治療之病人。</u> <u>2.執行頻率：每年兩次。</u>		Y	Y	Y	967

第十三項 超音波檢查 Sonography

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)、羊水過多症異常、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，在妊娠期間之檢查次數以兩次為限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

第十九項 病理組織檢查 Specimen Examination (25001-25026)

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
25012B	免疫組織化學染色(每一抗體) Immunohistochemical stains, each antibody 註： 1.每例(同次門診或同次住院)以申報五種抗體為限。 2.若屬下列特殊診斷種類，則申報以十種抗體為限。 (1)T or NK-cell lymphoma (2)aggressive B-cell lymphoma (1)淋巴瘤(lymphoma) (2)雙側乳癌病理檢體(bilateral breast cancer specimens) (3)不明原發部位惡性腫瘤(cancer of unknown primary) (4)惡性及來源行為不明性骨及軟組織腫瘤(malignant tumors of soft tissue, bone, and tumors of uncertain differentiation)		V	V	V	1354

第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101-3010~~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
30104B	<u>All-RAS基因突變分析</u> <u>All-RAS mutation testing</u> <u>註：</u> <u>1.適應症：符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第6編第83條藥品給付規定第9節抗腫瘤藥物9.27.Cetuximab及9.53.Panitumumab之轉移性直腸結腸癌患者。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)本檢測應包含KRAS(外顯子[exon]2、3與4)與NRAS(外顯子2、3與4)之突變分析。</u> <u>(2)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。</u> <u>(3)限具大腸直腸癌ALL-RAS基因檢測項目通過CAP(美國病理學家學會，The College of American Pathologists)、TAF(財團法人全國認證基金會，Taiwan Accreditation Foundation)或台灣病理學會之分子實驗室認證之實驗室。</u> <u>(4)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請經核定。</u> <u>(5)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。</u> <u>(6)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。</u> <u>(7)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次，醫療院所申報本項時需按「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」規定，上傳檢驗結果報告，未上傳者不予支付。</u>		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>8872</u>

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 (33001-33144、P2101-P2104)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
33144B	血管阻塞術-Lipiodol T.A.E.(trans-arterial embolization) –Lipiodol 註： 1.適應症： (1)HCC conventional TACE ：C22.0~C22.9 。 (2)Hypervascular tumor TAE ：D49.2 。 (3)Glue embolization for bleeding ：K92.2 。 (4)AVM/AVF embolization ：Q28.2 。 2.含一般材料費及 Lipiodol。		V	V	V	28591

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

四、泌尿系統處置 Urinary Treatment (50001-5003~~5~~6)

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
50036B	膀胱內注射術 Intravesical injection 註： 1.適應症： 膀胱神經肌肉功能障礙(ICD-10-CM：N31.0、N31.1、N31.9)、尿失禁(ICD-10-CM：R32、N39.41)、膀胱過動症(ICD-10-CM：N32.81)。 2.禁忌症： 嚴重尿路感染。 3.限泌尿科、婦產科專科醫師執行。 4.內含膀胱鏡及膀胱鏡注射針等費用。		√	√	√	6220

第七節 手術

第四項 呼吸器 Reapiratory System

一、鼻 Nose (65001-6507~~7~~8)

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
65078B	內視鏡修正式Lothrop手術 Endoscopic modified Lothrop procedure 註： 1.適應症： (1) 須經ESS手術後仍失敗復發，或frontal recess骨質新生沾黏之慢性鼻竇炎、慢性額竇炎。 (2) 急性復發性額竇炎。 (3) 鼻腔與鼻竇惡性腫瘤、額葉惡性腫瘤、嗅覺神經惡性腫瘤、顱骨及顏面骨之惡性或良性腫瘤、腦膜良性腫瘤、腦良性腫瘤或倒生性乳突瘤，且必須侵犯額竇。 2.一般材料費，得加計10%。		√	√	√	22904

第六項 心臟及心包膜(68001-680567)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
68057B	<u>經導管肺動脈瓣膜置換術</u> <u>Transcatheter pulmonary valve implantation ,TPVI</u> <u>註：</u> 1.適應症：須符合下列三項條件。 (1)<u>法洛氏四重症手術後或主動脈瓣狹窄接受Ross術後，發生肺動脈瓣嚴重逆流，造成右心室擴大，或有心衰竭症狀者。</u> (2)<u>以磁共振造影MRI檢查(至少具備以下任三項條件)：</u> A.<u>肺動脈瓣逆流指數(Pulmonary Regurgitation Index fraction > 30 %。</u> B.<u>右心室舒張末期容積 > 150 ml/m²。</u> C.<u>右心室舒張末期容積(End-diastolic Volume)/左心室舒張末期容積比大於1.7者或是右心室收縮末期容積 >80ml/m²。</u> D.<u>右心室收縮分率小於45%。</u> (3)<u>病人年齡十二足歲以上及五十歲以下，且體重三十公斤以上。</u> 2.禁忌症： (1)<u>右心室出口有形成aneurysm或肺動脈環大於32mm或小於14mm者。</u> (2)<u>冠狀動脈有異常途徑，繞於肺動脈基部後方或可能被植入瓣膜壓迫者。</u> (3)<u>殘留心室中膈缺損或任一側肺動脈嚴重狹窄需手術修補者。</u> (4)<u>合併左心室衰竭或冠狀動脈疾病需開刀者或放置血管支架。</u> (5)<u>嚴重肺動脈高壓(平均肺動脈壓大於等於30 mmHg)。</u> (6)<u>任何感染症尚未痊癒者。</u> (7)<u>腎功能異常。</u> 3.醫院條件： (1)<u>專任之兒童心臟內科及心臟外科醫師。</u> (2)<u>醫院每年需具三十例以上之先天性心臟病開心手術加上瓣膜手術之案例。</u> (3)<u>需具有心導管X光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少HEPA-10000等級之複合式(hybrid)手術室。</u> 4.醫師資格： (1)<u>由符合下述資格之小兒心臟專科醫師執行，且經社團法人台灣兒童心臟學會核發認證。</u> A.<u>具有小兒心臟專科醫師五年以上資格。</u> B.<u>具有三百例以上的先天性心臟病心導管介入手術的經驗</u> C.<u>須完成「經導管肺動脈瓣置換術」相關講習或操作訓練時數三十小時，並擔任手術第一助手五例以上。</u> (2)<u>須有心臟外科專科醫師隨時提供必要之緊急措施。</u> 5.不得同時申報診療項目：暫時性人工心律調節器、心臟超		<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>98957</u>

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
	<u>音波掃描、體外循環心肺支持系統（編號68052B）、血氧EKG監測，以及肺動脈瓣擴張術(編號68029B及69033B)等項目。</u> <u>6.一般材料費，得加計11%。</u> <u>7.需事前審查。</u>					

第八節 輸血及骨髓移植Blood Transfusion and Bone Marrow Transplantation

第三項 骨髓移植技術費 Bone Marrow Transplantation (94201～94209)

通則：

~~一、本項限經保險人同意施行之醫院申報。~~

二、適應症如下：

- (一)急慢性骨髓性白血病。
- (二)急性淋巴性白血病。
- (三)嚴重再生不良性貧血。
- (四)淋巴瘤。
- (五)惡性固態腫瘤。
- (六)骨髓形成不良症候群。
- (七)重症海洋性貧血。
- (八)其他嚴重免疫及造血系統疾病。

二、除第1、2、3項疾病及診療項目另有規定外，其餘均須事先報經保險人同意後實施。

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)

壹、前言

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

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

- 一、制度面上本國現有之組織架構如醫療組織、財務、體制是否能充分配合。
- 二、財務風險分攤之能力及責任歸屬。
- 三、藉支付機制提升照護體系運作的效率之誘因。
- 四、呼吸器依賴患者之特性如費用、利用率的分析及發生率、盛行率等流行病學之考量)。

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

貳、計畫目的

- 一、改善現行論量計酬之支付方式，加強醫療院所進行垂直性及水平性服務整合的誘因，以利提供呼吸器依賴病患完整性的醫療保健服務，並提升照護品質。
- 二、鼓勵醫療院所引進管理式照護，藉由設立亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房或發展呼吸器依賴病患之居家照護模式，以降低長期使用呼吸器病人占用加護病房或急性病房之情況，促使醫療資源合理使用。
- 三、評估不同階段之支付方式，包括論日計酬及論人計酬，對於呼吸器依賴患者之醫療照護品質及成效之影響，以做為日後全面辦理時品質監控及支付方式設計之參考。

參、計畫內容

一、參與計畫醫院之資格

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

(二)設置基準

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

(三)申請書格式

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

(四)其他

各參與之特約醫療機構應設有個案管理人制度，由專任或兼任之個案管理人員負責協調、溝通及個案管理安排事宜。個案管理人員可由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社工人員擔任。

二、給付項目及支付標準：詳附件二

三、醫療費用之申報

(一)參與計畫之申報

1、第一到第三階段以住院案件申報，第四階段以門診案件申報。

(1). 第一到第三階段使用呼吸器之各病房異動皆應「獨立」切帳申報。

(2). 第三階段未結案之個案至少須每60天始得申報乙次。

(3). 第四階段未結案之個案按月申報。

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

3、門診及住院醫療點數申報格式填報：

(1). 總表段之申報類別：請填報【1：送核】

(2). 點數清單段之給付類別：請填報【9：呼吸照護】

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

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

住院醫療費用點數申報格式點數清單段欄位填報：

a.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】、給付類別請填【9：呼吸照護】、就醫科別【AC：胸腔內科】外，其他欄位申報方式如下：

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

B. [申請點數]欄位=定額申報費用-部分負擔點數。

4、門診及住院醫療費用點數醫令清單段填報說明：

(1). 第一階段之申報：以論量計酬申報。

(2). 第二階段~第三階段之申報：

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

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，並填列執行起迄日期。

(3). 第四階段之申報：

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

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」。

C. 「總量」欄位填列實際申報天數。

(二)住院未參與計畫之申報：各病房異動皆應「獨立」切帳申報

病房	費用清單			醫令清單	
	申報類別	案件分類	給付類別	醫令代碼	醫令類別
ICU 呼吸器使用>21天	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	實際醫療費用醫令項目	依現行論量計酬申報方式申報
	申報時病患仍使用呼吸器但<21天，應暫緩申報，俟確認病患使用呼吸器滿21天為呼吸器依賴患者，或脫離呼吸器滿5天非屬呼吸器依賴患者後，依規定申報。				

亞急性呼吸 照護病房	送核	依現行論量計酬 申報方式申報	9	實際醫療費用醫令 項目	依現行論量計酬 申報方式申報
慢性呼吸照 護病房	送核	依現行論量計酬 申報方式申報	9	P1011-2C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令 項目	依現行論病例計 酬申報方式申報
	1.「實際醫療費用」>「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P 碼」+「得另核實項目」 2.當「實際醫療費用」<「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。				
一般病房(含 經濟病房)	送核	依現行論量計酬 申報方式申報	9	P1005K- P1012C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令 項目	依現行論病例計 酬申報方式申報
	1. 一般病房費用「實際醫療費用」>「P 碼」+「得另核實項目」時， 「申請金額+部分負擔」=「P 碼」+「得另核實項目」 2. 當「實際醫療費用」<「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+ 部分負擔」=「實際醫療費用」。				

四、病患轉介之流程：詳附圖。五、品質監控指標

(一) 結構指標

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

(二) 過程指標

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

(三) 結果指標：(以下之指標均以出院日為準)

1、品質監控指標

- (1) 平均住院日（不適用慢性呼吸照護病房）
- (2) 平均呼吸器使用日（不適用慢性呼吸照護病房）
- (3) 回轉率。

(4) 死亡率。

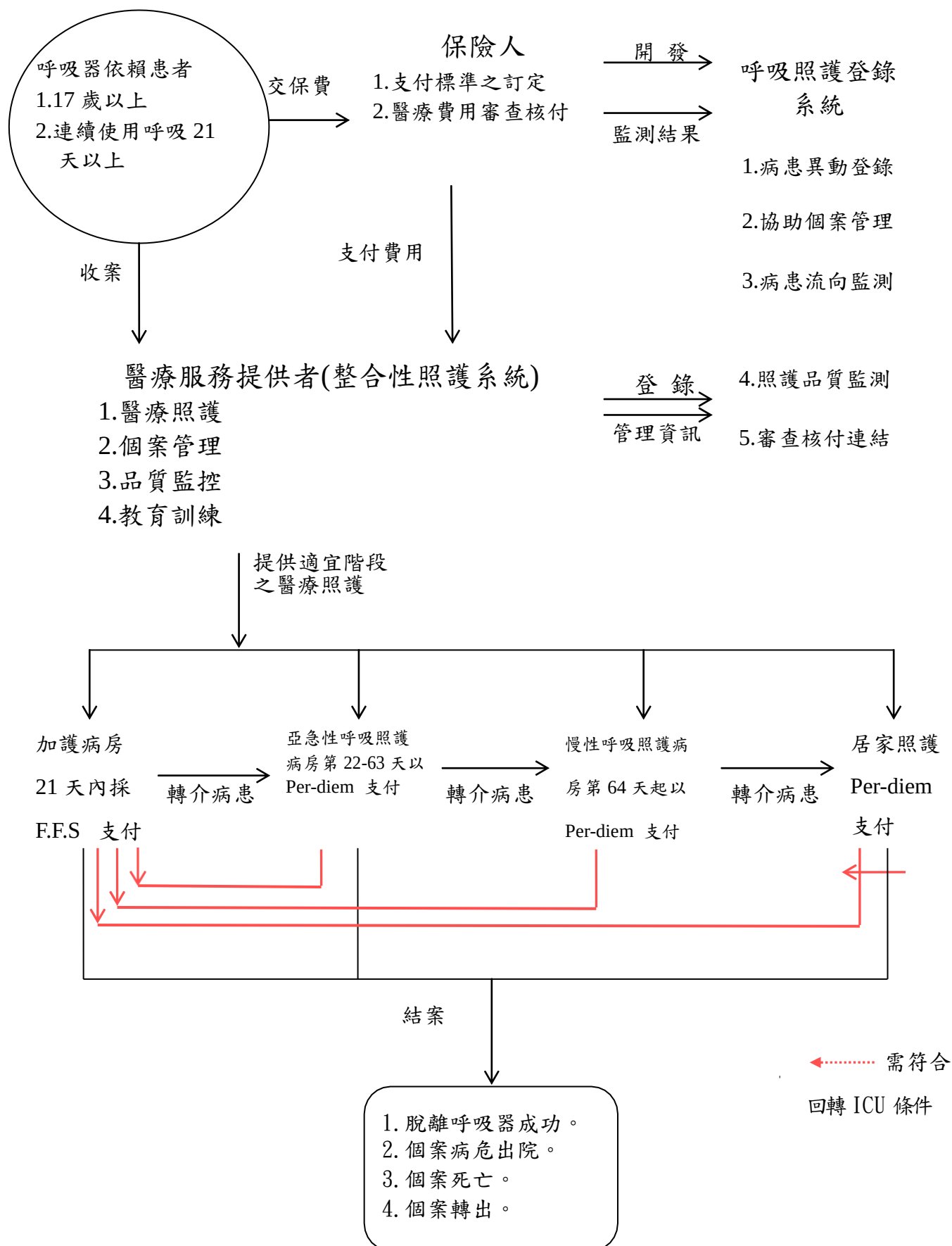
(5) 呼吸器脫離成功率。

(6) 未脫離呼吸器下轉居家照護比率

2、 被保險人（或其家屬）之滿意度。

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

附圖、呼吸器依賴患者整合性照護流程圖



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

壹、整合性照護系統醫療機構名單

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

第一聯 保險人存查
第二聯 醫院存底

- 備註：1.主要負責機構需將整合性照護系統內所有醫療機構全數填列，系統內其他醫療機構只需填列自家機構及主要負責醫院。
- 2.整合關係依在整合性照護系統(IDS)內主要負責醫院或系統內其他醫療機構以勾選方式填送。
- 3.本計畫鼓勵組成整合性照護系統，未組成之院所得不填報整合關係欄位之醫療機構資料。

貳、 配合措施：

一、 個案管理人措施

個案管理人姓名 ： 學歷 ：
經歷 ：
聯絡電話 ：
職掌 ： 1.
 2.

二、 個案轉介措施

三、 系統內醫院輔導措施

四、 醫療品質確保措施

參、 預期達成效益

本申請書連同醫事人員暨設備資料表共 頁

請惠予核定為荷。此致

保險人

發文日期： 年 月 日

發文字號： 字第 號

申請醫療機構名稱及代號：

負責人： 簽章 院所經辦人： 簽章

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

亞急性呼吸照護病房
慢性呼吸照護病房
居家照護機構

相關醫事人員暨設備資料表

全 頁，第 頁

序 號	職稱 代碼 *	專任或兼任(勾選)		姓 名	身分證字號	出 生 年 月 日	執業執照字號	設 備	
		專任	兼任					名 稱	型 號

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

附件二「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」

計畫給付項目及支付標準

第一章 呼吸器依賴患者全面納管

通則：

- 一、收案條件：呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B (侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用 57023B 之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用 57001B 或 57002B 後，因病情好轉改用 57023B 之呼吸器依賴患者；或居家照護階段，經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis；ICD-10-CM：G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy；ICD-10-CM：G71.2、G71.0)、脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy;ICD-10-CM：G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型 Pompe disease;ICD-10-CM：E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表 9.5 之收案標準者，再經本保險人分區業務組審查符合醫療必須使用呼吸器處置項目 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Bi-PAP，排除 Nasal PAP、CPAP) 之呼吸器依賴患者。註：呼吸器使用條件詳附表 9.1。
- 二、所有呼吸器依賴個案，自其連續使用呼吸器超過 21 天起，所有異動（轉入、轉出及結案狀況等）特約醫事服務機構應於 5 日（工作日）內上網登錄(含本計畫公告實施日前已開始使用呼吸器之所有個案)，未於 5 日內登錄者，自登錄日起才支付費用，若登錄不實者，費用不予支付，惟不可歸責於醫院者，不在此限，並由原登錄不實或未登錄者扣回相關點數。
- 三、脫離呼吸器成功之病患應改依本計畫以外支付標準申報，脫離呼吸器成功之定義：脫離呼吸器 ≥ 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~~漿交換術或輸血治療之病人，除依通則三規定及申報血液灌洗(58003C-58006C)、連續性動靜脈血液過濾術(58007C)、血漿置換術(58008C)、腹水移除透析(58013C)、連續性全靜脈血液過濾術(每日)(58014C)、血小板分離術(58015C)、二重過濾血漿置換療法(58016C)、連續全靜脈血液過濾透析術(每三日)(58018C)、緩慢低效率每日血液透析過濾治療(58030B)、輸血費(93001-93023)、輸血技術費(94001-94005)、抗感染安全尖端導管(CPC03A4703AR、CPC03A5123AR)等項目外，不得申報其他費用。

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

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

1. 應下轉而未下轉者，自應下轉日起每日醫療支付點數核扣標準如下：

(1) 醫學中心每日核扣6,710點

(2) 區域醫院每日核扣5,810點

(3) 地區教學醫院每日核扣3,750點

(4) 地區醫院每日核扣2,960點

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

(二) 「亞急性呼吸照護病房階段」：

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

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

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

(三) 「慢性呼吸照護病房階段」：支付標準及規定如附表 9.3。

六、呼吸器依賴個案於嘗試脫離呼吸器期間若仍住在亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房，得按亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房支付標準申報，嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數，呼吸器脫離成功者，即應轉出至一般病房。

七、因亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房滿床得轉至一般病房，採論量計酬並以病患適宜入住階段之費用為上限支付，餘應按本節支付標準規定入住各階段病房，病患俟後由一般病房再回轉至慢性呼吸照護病房、亞急性呼吸照護病房者，應累計其使用呼吸器之照護日數。

八、本整合性照護凡轉入各階段之日，不論何時，均作一天論，轉出該階段或出院之日，不論何時，其當日不予計算支付點數。

第二節 居家照護階段

通則：

一、適用本節之支付標準需事先報經保險人核准。二、收案條件須符合下列(一)或(二)項條件：

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

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

三、特約醫事服務機構需按附表 9.2 辦理並向當地衛生主管機關核備。

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

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

六、呼吸器依賴個案若係由醫院轉回家中或健保特約之一般護理之家照護者，只需依規定上網登錄，惟若所收個案非由醫院轉回居家或護理之家，則應由醫師評估其使用呼吸器之必要性，並檢具評估報告，送保險人分區業務組審查同意後上網登錄。未依規定辦理者，醫療費用不予支付。

附表 9.1

臨床上使用呼吸器的目的如下：

一、生理上的目的：

- (一)支持肺氣體交換
- (二)藉減輕呼吸肌肉負擔而降低呼吸功率

二、臨床上的目的

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

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

一、呼吸停止。

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

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

四、嚴重低血氧症。

附表 9.2

全民健康保險呼吸照護---居家照護設置基準	
人	設置標準
(一) 醫師	1. 由胸腔專科醫師、重症專科醫師、內科專科醫師、<u>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</u>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. <u>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。</u> 3. <u>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。</u> 由呼吸治療人員（專任或兼任，唯月個案數逾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。
(二) 呼吸治療人員	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。
(三) 護理人員	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）
(四) 個案管理人員	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。 4、 呼吸治療人員及個案管理人員之兼任，以同一院內人員為限。	

附表 9.3

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
加護病房 (照護日數 ≤21日)	急性呼吸 衰竭期		論量計酬	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： 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≥10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(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： 1. 同層級間轉介，照護日數累計。 2. 高層級轉低層級，照護日數累計。 3. 低層級轉高層級，照護日數不累計。 4. 以上「層級」係指「特約類別」。
亞急性呼吸照護病床(照護日數≤42日)	呼吸器長期患者(積極嘗試脫離呼吸器患者)	醫學中心 P1005K P1006K 區域醫院 P1007A P1008A	論日計酬： 第1-21天： 10,140點/日/人 第22-42天： 7,610點/日/人 第1-21天： 9,200點/日/人 第22-42天：	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

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
			6,910點/日/人	定。 3.氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)$\geq$40%且吐氣末端陽壓 PEEP$\geq$10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂)$\geq$90%或 PaO₂$\geq$60mmHg. 二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應依患者病情下轉適當之照護階段，下轉亞急性呼吸照護病床者，累計回轉前亞急性呼吸照護病床之照護日數。 三、病況若不適合積極嘗試脫離呼吸器者，不應轉入亞急性呼吸照護病床。 四、專業認定未積極嘗試脫離且無其他醫學上特殊理由之亞急性呼吸照護病床病患，以下一階段慢性呼吸照護病房費用給付。 五、本階段病患若有醫學上理由認定無須嘗試脫離呼吸器時，改以慢性呼吸照護病房費用支付。
慢性呼吸 照護病房	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1011C P1012C	論日計酬： 第1-90天： 4,349點/日/人 第91天以後： 3,589點/日/人	一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則： 1.各器官系統呈現不穩定狀況： 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 肝衰竭表現者。 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 2.外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 3.氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)$\geq$40%且吐氣末端陽壓 PEEP$\geq$10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂)$\geq$90%或 PaO₂$\geq$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≥ 3 gm%) 8. 無急性發炎狀態(體溫不超過38.5℃，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。 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、

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				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，未記載訪視紀錄者，予以核扣訪視醫療費用，首次申報費用應檢附訪視記錄。 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。 八、回轉加護病房照護者，病情好轉，應回第三階段或第四階段，回第三階段者，以 P1012C 支付。

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	1,560
醫學中心亞急性呼吸照護病房護理費/天	03049GA	2,340
區域醫院亞急性呼吸照護病房病床費/天	03013HA	1,160
區域醫院亞急性呼吸照護病房護理費/天	03050HA	1,740
慢性呼吸照護病房病床費/天	03003BA	395
慢性呼吸照護病房護理費/天	03028BA	441
呼吸治療人員訪視	05303CA	970
居家使用呼吸器/天	54007C1	590

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

附表 9.5

收案標準

一、居家個案須符合下列各項生理指標之審查規定：

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

二、17 歲以下(含)患者得依下列規定審查：

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

109 年度第 2 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

與會人員發言實錄

主席

各位與會代表、醫管組、署本部的各位同仁還有分區業務組同仁大家午安，非常謝謝大家今天來開今年第 2 次醫療給付項目支付標準共同擬訂會議，現在人數已經過半，我們開始今天的會議。先請各位看上次的會議紀錄，在第 1 頁到第 7 頁的部分，請各位過目一下，有沒有什麼問題？好，如果沒有問題，就暫時確定，如果在會議當中，大家有想到要修改會議紀錄的話，再麻煩告訴我們，接下來我們就進入決議辦理情形，請開始。

蕭晟儀辦事員

各位代表長官好，這次會議決議辦理情形追蹤共 14 案。

序號 1 Tw-DRGs 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案，本案經本會議 108 年第 3 次會議決議，由本署與台灣醫院協會共組工作小組，先行討論醫學會所提意見。本署已於 108 年 11 月及 12 月、109 年 5 月召開三次會議，並預計於 109 年 7 月 3 日召開第四次會議，後續工作小組將針對各醫學會所提涉再分類之 301 項建議，依各 MDC 別逐一擬訂資料分析之操作型定義，預計於本會議 109 年第 4 次會議提案討論，本項建議繼續列管。序號 2 109 年度起停止辦理加強慢性 B、C 型肝炎治療計畫案，本案已於 109 年 2 月 20 日藥物共同擬訂會議修訂「藥品給付規定」B 型及 C 型肝炎用藥之醫事服務機構及醫師資格，預計 109 年 7 月 1 日公告修訂之「藥品給付規定」，並將同步公告停止本計畫，建議繼續列管。

序號 3 修訂牙醫支付標準及牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，序號 4 修訂西醫基層門診診察費中文名稱及通則增列西醫基層離島假

日開診之獎勵措施，有關牙醫支付標準及西醫基層門診診察費中文名稱已公告自 109 年 4 月 1 日起生效，另離島地區牙醫基層診所及西醫基層診所，假日申報山地離島地區門診診察費得加成 20%自 109 年 1 月 1 日起生效，另牙醫門診總額特殊醫療服務計畫自 109 年 1 月 1 日起生效，這 2 案建議解除列管。

序號 5 支付標準新增「水通道蛋白 4 抗體」等兩項診療項目，已公告自 109 年 4 月 1 日起生效，故建議解除列管。序號 6 新增中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫報告案，已公告自 109 年 4 月 1 日起生效，故建議解除列管。序號 7 支付標準新增「HLA-B 5801 基因檢測」等 4 項診療項目，序號 8 修訂支付標準第二部第一章第六節調劑支付通則，這兩案目前最新辦理情形，已於 109 年 6 月 9 日陳報衛福部，俟衛福部核定後辦理公告作業，建議繼續列管。

序號 9 有關「急性後期整合照護計畫」配合 109 年修訂支付標準之住院診察費及護理費支付點數，調升住院模式每日照護費用及加註說明「當日無法治療」支付點數案，本案已自 109 年 1 月 1 日起實施，建議解除列管。序號 10 修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，本案已於 109 年 4 月 10 日公告，並自公告日起生效，建議解除列管。

序號 11 修訂 Tw-DRGs 3.4 版支付通則不適用範圍及分類表，暨 109 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案目前最新辦理情形，已於 109 年 6 月 9 日陳報衛福部，俟衛福部核定後辦理公告作業，另依上次會議決議請中華民國心律醫學會及台灣泌尿科醫學會函送修訂建議，本署於 109 年 5 月 18 日函請醫學會於文到一個月內表示意見在案，建議繼續列管。

序號 12 支付標準新增修訂「All-RAS 基因突變分析」等 3 項診療項目案，序號 13 「109 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」報告案，序號 14 修訂「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之

病人照護與衛教計畫」報告案，這三案將提本次會議討論，如經確認同意，建議解除列管。綜上，本次建議繼續追蹤列管 5 項，解除列管 9 項，以上。

主席

好，謝謝，辦理情形這個部分大家有沒有意見？好，如果沒有意見的話，謝謝大家，那接下來報告案第一案。

報告事項

第一案

案由：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準修訂草案縮短預告期間案。

主席

謝謝，這是報告案的第一案，內容係報告過去通過的支付標準項目，因為預告還要再等 2 個月，有時候甚至會跨年度，所以不合時宜。最近我們已獲得衛福部的同意，預告是法定的程序，但可以預告 7 日後報請衛福部公告後就可以實施，以上跟大家報告。大家有沒有意見，好，請雪玲。

黃代表雪玲

我對這預告天數修正沒有意見，但是公告的時候到正式實施可不可以有一段作業期程，像上次我們接到公告的時候是 4 月 3 日，只是生效日是 4 月 1 日，這樣院所都沒辦法有作業時間，就是希望能夠有一點點作業的時間，以上次 4 月 3 日才收到文，追溯至 4 月 1 日實施，那這幾天，已出院的病人部分負擔差額我們都沒有收到，也不敢向民眾追繳，卻要如實上繳健保署，應該給點作業時間。

主席

大家建議應該預留多少時間較合適？請黃代表。

黃代表振國

我們遇到的困擾是，我們的系統是資訊廠商提供的，包括程式修改。通案預告 60 天是 OK 的，但是遇到一些急迫性的，甚至影響民眾權益的，我們不反對能夠縮短。就像最近我們遇到 COVID-19，這種比較立即性的問題，我想類似這樣的情形，應該可以合宜縮短。

公告到實施前，只有在網站，甚至發文給各醫事團體或學會，光收發文都有時間差，甚至有要提不同意見的，也需要經過仔細討論才行。畢竟要提不同意見，不是隨便說反對就可以，要經過周密地思考或是蒐集、整併其他專家意見，這需要經過時間，所以我建議 60 天的原則不要去改。有法學專家跟我講，這是一個政府公告通則，但是如果遇到特殊案件，例如民眾的需求很急迫，因為很急迫，所以預計大家眾所周知，預告得以縮短。但是 7 天真的有點短，我建議縮短到 14 天可能較適當。

我們不是每天在開會或看公文的人，尤其是醫療提供者，甚至很多醫療團體也很忙，從一個議題產生，到有人發現問題、反映問題到蒐集意見，所以希望 60 天的公告期還是留著，但是例外情形還是可以縮短，這樣可以比較兼顧所有的需求及原則，謝謝。

主席

好的，謝謝黃代表。請吳醫師。

吳代表國治

政府訂定 60 天，一定有它的道理，基本上這是公務機關的統一規定，現在要把它打破，除非有它的用意，否則我還是建議用 60 天當

作一個基準，有意外的話，再例外處理。7 天或 14 天都要顧慮到院所的作業程序，也是要列出來基於什麼因素或理由，我覺得這樣比較四平八穩，而不要一次性改為 7 天或 14 天，以上。

主席

好的，大家還有沒有意見？

游代表進邦

我覺得那個公告那個 14 天，應該拆二件事情來看，因為以往在送，大家在修標準，修完之後，政府會公告 2 個月，對醫界來講，要等待 2 個月期時不方便。其實改為 7 天，我是樂見其成，只是說 7 天滿了，實施到發文之前，我建議是說，理論上，比如說發文日期在 15 號之前，大概是說，15 號之後是次月，15 號之前至少有個 7 天的準備期，就是給醫界知道這個大致的訊息之後，它有個因應期，我覺得這個比較重要，我想說，這部分應該對大家的幫助比較大，因為公告你覺得會看，但大部分的人不會去看，我覺得這反而拆開會比較好。

主席

您的意思是預告 7 天結束後，到公告有 7 天時間作業，還是說公告後 7 天再生效？

游代表進邦

公告的實施日期，公告日期之後一個禮拜給醫界反映。

主席

要有一個禮拜的作業時間，所以是公告後保留 7 日內作業時間再生效。現在有二個問題，一個是預告時間維持 60 天，一個是預告結束後到公告要有準備時間，對不對。剛剛游代表的意思是預告可縮短，但黃代表跟吳代表認為說可以維持現在 60 天，就例外情形再縮短。好，

其他代表的意見呢？

黃代表振國

以最近最熱門的，就是昨天公告的醫材調漲，昨天就有醫師跟我反映說這樣怎麼辦，我跟民眾怎麼收費？假設原來是收 2 萬，但現在公告剩 1 萬，我現在跟病人說白內障手術要等 8 月來開的時候少 1 萬，那 6 到 8 月要怎麼過？他們都問我說怎麼辦，我也說我不知道怎麼辦，因為最大的問題是，若公告涉及到收費標準的時候，醫療院所有一定的進貨成本時間差，假設他跟廠商議價，也必須要下一批才有辦法，若是因為給付下降，希望能夠反映成本，那也是一個時間差。所以很多作業方式，比較傾向維持現況的話，很多醫療院所，不管是像長庚這樣管理制度比較完善的，就有很好的團隊去管理內部；但相對越小的醫療院所，並沒有那麼好的管理機制的時候，他的反應可能就會比較慢。

但是我強調因為有時疫情的確有需求，就像剛剛講的，民眾馬上感覺到就是有需求存在，我也能體會政府要照顧民眾的心，那這種算是例外也不反對，但是能夠不要影響，以免到時候大家手忙腳亂，甚至醫療院所或民眾無所適從的時候，可能會比較麻煩。

至於剛剛講的，預告與實施的日期，如果預告是 60 天，那大家已經比較知道內容，至少在預告期，醫療院所知道要去做準備，因為只要有不同意見，我想預告之後 60 天，就可以收到院方及個人意見，謝謝。

主席

先請李組長。

李組長純馥

從我開始當支付標準科科長時，我們都沒有預告 60 天，都只有預

告 7 天。因為大家都知道既然已經都通過那麼長的協商程序，大家也都清楚要調整哪些項目，也都經過總額研商再提到共擬討論，然後再預告、報部，由部公告。所以這個程序其實是很長的，坦白講我們去爭取縮短預告時間，是因為這些項目已經透過協商的程序。所謂預告法令是指沒有通過協商，所以需要藉由刊登行政院公報告訴民眾，修改法令的內容，所以需要預告 60 天的程序讓大家討論。

可是我們的案子從專家會議、總額研商會議到共擬會議，這程序通常都已經超過 60 天。也就是說，修訂或新增這些項目，例如開放表別、調高診察費，這些都已經討論非常久，而且已經經過很多會議，甚至有的還要到健保會去報告，所以這次才會提案建議要不要縮短預告時間。

後來支付標準的預告為什麼變 60 天，是因為衛福部被記點，因為各部會在行政院裡面，會計算成績。衛福部因為有很多預告案都是小於 60 天，所以衛福部要求各司、署預告要 60 天。當時我們有衛福部說明以往支付標準都只有預告 7 天，因為已經經過冗長的協商程序。醫界、付費者代表等大家都清楚要調整什麼項目，甚至有些是依健保會的決議調整。

另外公告這件事為什麼會 3 號收到 1 號就開始實施呢？其實在申報上我們都是一個月一個月計，所以才需要從 1 月 1 日起實施。不然如果從 3 號開始實施，就會造成一個月當中，某段時間是 a 點數，某段時間是 b 點數，大家會很混亂，所以部裡面在公告實施時也有考慮這個因素。然後也考慮到大家想儘早拿到比較高的點數或是比較好的給付條件，所以有時候可能會追溯。但我們跟社保司已經有默契，為了讓大家提早知道公告的訊息，社保司在傳送公報中心同時，我們會同部收到類似公告的影本，然後開始簽辦公告訊息，請分區儘快轉給院所週知，甚至也透過 VPN 公告方式，讓大家即早知道。

其實黃代表也很清楚，4月1日生效的項目醫院也是5月20日以前才申報，我知道這可能會有一些費用調帳的問題。但我們這次報告把預告期由60天縮短為7天，也是之前在報告會議追辦事項時，代表反映為什麼要預告60天這麼長，所以主席才請醫管組跟部裡溝通，請部長同意支付標準案子有其特殊性，且一年頂多五次共擬會議加一個臨時會，對比部裡面各司、署在預告的案件數是少的，縮短預告60天的比例應該不會太高，因為這樣的理由我們還特別跟部內長官面報這個案子。

我們能理解大家的需要作業時間，原則上像DRG的案子要上路時，考量醫院需要改系統，會給大家3個月的作業時間，這種案子就不可能是4月3日公告，4月1日開始實施。因為我們很清楚，不只醫院需要作業時間，我們也要作業時間，所以如果涉及系統上需要大幅調整的案子，我們也會預留醫療院所及本署署內資訊系統的作業時間，同時給大家一些作業時間，就先說明到此，謝謝。

主席

好，吳醫師？

吳代表國治

其實是因為規定和其它部會比較不一樣，因為這是「得」，我認為「得」就是要負責任，那現在我們醫界理解，但其他人理不理解我們不知道，因為各種團體都有，人家可能會覺得奇怪，所以如果是有時效性的，也經過充分討論，那就說基於什麼原因，所以預告7天或14天，但如果要把所有的原則改掉，政治風險會比較大，我是這樣的想法。

主席

那，先請黃代表。

黃代表雪玲

我需要補充一下，我們自己在次月申報前調漲這沒什麼問題，只是牽涉到病人的部分負擔，因公文往前追溯，部分住院病人都已付清款項出院去了，因為大都是調高支付標準，我還要跟病人追繳部分負擔，說不出口嘛，所以這變成，呆帳扣繳，所以我們還是希望說不要再生效日往前推，這樣真的很難追。

主席

好，謝謝，因為公告的作業是由社保司辦理，請社保司的梁代表說明一下。

梁代表淑政

主席，各位代表大家午安，有關公告時間點距離生效時間能讓醫療院所有七天的作業時間，這部分我們盡量來辦理，讓大家在公告後有準備的時間。但因部裡會提前三天給公報中心作業，同時也會函覆健保署公告內容，因此，可以函覆健保署的時間來計算。

主席

好，現在的訴求有兩個，一個是所有的案件都縮短預告時間，還是必要時再縮短，這是黃代表及吳醫師的意見。另一個是醫院這邊訴求因為要資訊系統，要預留作業時間，希望公告到生效可以有 7 天左右的準備時間。有沒有弄錯大家的意思？沒有，好。

這件事情就我的理解，預告時間是不是維持原來的 60 天，之後每一件都徵詢大家意見，就是每個案子要預告時，都徵詢大家要預告多久。我們是希望，特別是支付標準的預告，剛剛純馥組長也講得很清楚，從早期就是 7 天，後來因為部的考核才變成 60 天。其實部也理解此類案件有特別性，藥品及特材也沒有預告 60 天，社保司要不要補充一下？藥品及特材現在的做法。

梁代表淑政

藥品與特材之個別品項、支付標準或給付規定之增修訂，經共擬會議討論過後，就直接公告，不用預告，但若是條文文字之增修訂就須要預告。因此其個別品項之公告生效日期有一定之規則，大概是每月 15 日以前公告，是下個月 1 日生效；15 日以後公告的，就次月 1 日生效。

主席

同樣都是支付標準，一個是藥物的支付標準，包括新藥、新特材，現在他們的作業時間是很快就生效。本共擬討論的是醫療服務項目，包括手術、處置或其他等支付標準，反而是落後生效。當病人急著要使用診療項目時還要等 60 天，有的人等不及，當他在 60 天時一定要做手術時，就會影響這些病人的權益。同樣藥品及特材也是一樣，有人急著要用藥，這在概念是相似的，所以我們才希望公平一點，希望縮短預告時間，加速公告生效。特別是這部分之預算都已經先行編列，診療項目沒有生效，預算也沒有辦法執行，而且這些項目大部分都是新增或是調升點數，如果延後生效也會影響醫界的權益，這部分剛才純馥組長也跟大家說明。考量病人權益、醫院權益都會受到影響，所以才去爭取儘早生效，提升給付效率。

至於醫院需要的作業時間，會後我們再跟社保司研究，盡量滿足大家的訴求，希望能有 7 天的作業時間，先請張醫師再來吳醫師。

張代表孟源

主席，各位代表大家好，其實關於這個預告時間的話，我們知道支付標準是根據健保法第 51 條，他是一個法規命令的，但是支付標準這種法規命令跟行政院的法規命令是有一點不一樣的，那一般的法規命令他有安定性，那支付標準的通則當然是安定性比較高，但是支付

標準的附件都非常多，那附件單一的項目搞不好加起來跟一個變化不一樣，所以說假如用一個法規命令的角度來看，它一定會有一個預告時間，一個公告時間，但是假如支付標準的附件，我們現在要討論的應該是附件的部分，是不是需要用到這個高規格，用到法規命令的修正，因為我們知道說根據行政程序法第 151 條跟 154 條，它有規定法規命令的修正、公告、修改有一定的時間，它是規定是說不得少於 7 天，我也不知道說為什麼行政命令會對以前健保署的預告時間會有一個糾正，我也不知道為什麼，那是修訂建議，為什麼會記點。

事實上是一個根據行政程序法，它只是說不得，它並沒有說一定要多久，那當然我們是贊成覺得這個做法，就是說假如過去是這樣子 ok，那就維持，那假如有些特殊情況，像對於一些民眾權益或是像一個急迫或是說像一個急性的疫情時候，需要立即修訂，其實我們醫界的同仁也不會反對，只是說這個問題是不是有需要請健保署當個法務，再去做個研究，然後再來做一個討論，我想這樣會比較周延一點，以上謝謝。

主席

等一下再請社保司就您講的這部分說明。

吳代表國治

其實我們並沒有堅持，只是建議執行，為了一個各部會要做的東西，即使我理解他的想法，可是不理解的一定有，那這個時候會不會造成署裡面的為難呢？就像昨天的事情一樣，如果說沒有討論的空間，每次只預告 7 天，有人可能會說 7 天來不及開會，所以我們建議特例就獨立作業，常例還是跟其他人一樣就好了。

主席

好，謝謝。

梁代表淑政

有關行政院有管考制度，這是對各行政機關的管考，由國發會制定一套標準來管考，每年定期檢視預告未達 60 天之案件，也有設 20 % 的彈性比例可以少於 60 天，但衛福部跟所屬機關就要把理由寫得很清楚。因此它跟一些法律規定沒有關係，主要是行政機關的管考機制。以上說明。

另外因為衛福部與所屬機關是一起管考的，所以署也跟部協調，這支付標準的預告一年有 5 次可以預告 7 天，也就是在 20% 範圍裡，所以是可行的。

主席

好，謝謝張醫師。

李代表紹誠

主席，第一次發言，其實 7 天扣掉禮拜六、禮拜天，其實是 5 天，所以這個 7 天定義到底是什麼樣一個狀況，所以他的實際工作日是只有 5 天，所以這個時間大家可以討論是含還是不含。

第二個，再來就是在基層是由廠商 handle 我們的軟體，所以我們會碰到廠商他的時間，所以我們是被人家 control，所以在這個過程當中，一定要廠商事前就要作業，減少後面我們時間的 delay，以上。

梁代表淑政

醫療服務支付標準的生效時間，都是在每月的 1 號，不同於一般法規的修正，就在公告日生效。因此署跟部都希望能盡量趕在生效日 1 號前公告，尤其是現在預告 60 天，為了讓已通過的案子，盡早實施，所以公告日期與生效日期就會很接近。現在預告期間可以短一些，就可以拉大公告日期與生效日期的天數，讓大家在作業上比較方便。

剛剛主席有提到如果公告日期在 15 號以前，就跟藥品特材一樣，次月 1 日生效，如果在 15 號以後，就次次月 1 日生效，這樣也有 14 天以上的緩衝時間，讓大家來作業，好不好？

主席

好，這樣是不是大家有取得共識？應該都有滿足大家的訴求，還有沒有？

梁代表淑政

現在部裡剛好有一支付標準案要公告，今天若決定要提前 7 天公告，可否從下一次開始？目前要公告的案子是 3 月 12 日通過的支付標準修訂，生效日期是 7 月 1 日，因此我們會盡量符合大家的要求，但如未能達成，請見諒。等今天會議討論如有要修正支付標準，再提早 7 天前公告。另外主席也有建議是不是跟藥品跟特材項目一樣，如果是 15 號以前公告，就次月一日生效，15 號以後公告，就次次月一日生效，這樣好不好？

主席

好，謝謝。謝謝大家的意見，也謝謝張醫師提供有關行政命令 level 的不同。事實上藥品跟醫療服務給付項目均為新增給付項目，都需要依行政程序法辦理預告。如果公告日在 15 日之前，就次月 1 日起生效，這樣至少有 14 天的準備期；如果是 15 日之後公告，就是次次月 1 日起生效，這樣就有一個月的準備時間，這樣大家是不是同意？這樣大家就有足夠的準備時間，不管是簡單或複雜的內容，如果遇到複雜的內容，例如系統要修改的比較多，再另案處理，這樣可以嗎？有沒有人有不同的意見？

李組長純馥

其實有一年非協商調整的項目，因為預算的關係，就曾追溯到 1

月 1 日起生效，這個有很多種狀況會影響，可能是協商的因素等。這次縮短預告 60 天，也是上次會議大家反應預告時間太長，我們才去爭取，結果部同意了，大家又說時間太短了，我就覺得很難做，我真的覺得我們同仁很辛苦，我是真的替我們同仁打抱不平。今天這件事情，如果未來都按照規定預告 60 天，到時候大家反映診察費要即刻生效，那就不要怪我們沒採納大家的意見，因為這是依照共擬會議的結論，謝謝。

主席

好，謝謝，大家互相理解，因為各位都代表了很多人的意見，所以才提這個報告。至於公告到生效日要給大家足夠的準備時間，這是比較恰當的做法。因為這些項目不管是專家會議、總額研商會議或是共擬會議大家都已經充分討論，討論時間可能已經長達半年。好，謝謝，那接下來第二案。

報告事項

第二案

案由：「109 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」報告案。

主席

好，這案是今年西醫基層開放表別的案子，大家有沒有意見？報 2-3 頁附件 1，這些項目是準備這次通過後就開放西醫基層可以申報，大家有沒有意見？如果沒有意見，我們這個報告案就通過。接下來，第三案。

報告事項

第三案

案由：修訂「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」報告案。

主席

這個案子是鼓勵末期腎臟病病人可以儘早接受活體腎臟移植，所以是在取得重大傷病卡之前進行移植的加碼鼓勵，跟取得重大傷病卡之後也有再給鼓勵，希望能夠促成活體腎臟移植，這個大家有沒有意見？好，如果沒有的話，我們這個報告案就通過。再來，第四案。

報告事項

第四案

案由：論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案。

主席

好，謝謝，這項是典型的支付標準修正，就是預告之後，公告實施，醫院或者是診所有用的話，一定會改到你們的電腦系統。可是這次調幅是非常的微幅，大家有沒有意見？好，有沒有意見？如果沒有意見，這個報告案就謝謝，通過，再來，第五案。

報告事項

第五案

案由：107 年下半年本保險特約院所提報支付標準未列項目之處理情形報告案。

李組長純馥

這案是之前在共同擬訂會議中，有代表提到很多未列項大家比照都不一樣，所以署裡作了大清查，清查後有一些項目其實是已列項，只是大家認知不一樣，造成申報上的不一致，這部分我們也已經釐清。依照上次的會議決議，需定期將處理情形及結果在共同擬訂會議上作報告，因此這案是例行性的報告。

今天各位代表桌上有一份補充資料，為了讓各代表們比較清楚，所以綜整成較簡單的表格。先跟大家說明一下，第一個是 106 年到 107 年上半年，總共收集 476 項，整個 review 完發現有 189 項本來就是已列項目，只是大家認知不一樣，所以我們就把它正名，也告訴院所以後就是報這些項目。

有些項目確實是需要新增，因此也發文請申報最多的醫院提新增，原來已經有 51 項在進度裡，可是醫院提的資料有時候寫得不是很清楚，所以來來回回多次請醫院補充資料。另外有些要提修訂適應症或原來的項目內容，醫院覺得不是非常妥適，這個有 81 項。綜整起來，還有 123 項，院所提報未列項名稱有疑義，我們有去問學會，可是學會沒回復，或是學會也去請教醫院，醫院沒有回復。整體來講，106 年至 107 年上半年的辦理情形是這樣。

107 年下半年，總共有 198 項，綜整後有 138 項已經是已列項，35 項是未列項，其中 16 項現行在研議新增，也就是正在辦理新增程序中，有 10 項是現有診療項目可能要提修訂，另外有 15 項院所提報未列項，可是名稱有疑義，會再請學會協助釐清。後面是所有的剛提到這些項目的明細，給各位代表作參考，

主席

明細沒有給。

李組長純馥

明細沒有給，對不起，明細其實議程的資料有。第一個我們非常期待，大家一起協力，因為我們也碰到很多院所抱怨沒有空寫新增項目等，如果我們不趕快按照新醫療科技的概念作 revise、修訂，大家一直用舊的項目，沒有辦法凸顯臨床醫事人員投入的心力。所以我們還是期待說，大家儘量協力，麻煩有申報的院所，儘量大家一起釐清，以上。

主席

謝謝，支付未列項之處理原本就是耗大的工程，但是醫管組很認真的一項一項去 review，該新增的就請醫院來新增，該修改的就修改。如果有比照錯誤，大家就公平的一致比照，免得 A、B、C 三家比照不一樣，造成支付的不公平。好，這案大家還有沒有意見？

當然也藉這個機會報告，麻煩有收到我們請託的醫院，該提新增的項目儘快提出，好不好，大家有沒有意見？

李組長純馥

補充一下好了，這些內容上要釐清的部分，我們都會放在全球資訊網給院所參考，所以也麻煩代表轉知院所，如果有疑義，可以上全球資訊網查詢。儘量大家申報一致，比較不會有疑義，以上。

主席

好，謝謝純馥組長，大家還有沒有意見？好，如果沒有意見，我們這案就確定了，接下來，討論案第一案。

討論事項

第一案

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)

新增修訂「All-RAS 基因突變分析」等 10 項暨更新編號 30103B
「PD-L1 免疫組織化學染色」估算財務支出案。

1. 新增「All-RAS 基因突變分析」

主席

這一項是新增「ALL-RAS 的基因突變分析」給付項目，我們邀請病理學會的賴理事長為大家說明。

賴理事長瓊如（台灣病理學會）

主席、各位代表大家午安，這個 ALL-RAS 基因突變分析的檢測事實上就是用藥的一個伴隨式檢測，所以應該是不可或缺。所以在專家諮詢會議也都獲各位專家的同意，我想這個應該是對病人是一大福音，而且在我們健保藥物的成本節省考量上也其實是正面的。至於在我們檢測的方法學以及它的準確度，我們也訂了相當嚴格的標準，有一些可能有對於方法學或敏感度有一點點疑問的地方，今天早上我們也有再跟台大醫院再行溝通過，請秘書長再做一點點的補充說明。

主席

好，謝謝。好，秘書長。

杭秘書長仁鈺（台灣病理學會）

謝謝主席，就是因為早上有接獲通知關於檢測敏感度的這個部分，台大醫院那邊是好像有一些疑慮，所以今天早上有再跟台大病理部的鄭主任溝通，其實這個檢測在送案的過程當中，台大的病理部醫師一直都是在裡面有做討論。因為 ALL-RAS Testing 主要的問題是因為目前台灣真正在使用的 IVD class III 醫材是沒有的，所以大部分都會還是依照第一個是使用沒有查驗登記的醫材，或是依照 LDT 的方式來做檢測。在這個部分其實我們有針對檢測的品質在支付標準裡面都有做

一些很明確的規範，所以這個部分大概就是比照 EGFR 的部分去做一體的適用。至於說檢測敏感度的問題，因為跟 lung cancer 比較不一樣的地方是，因為 lung cancer 的標本大部分是小的 biopsy，可是大腸癌就算是第三期，有部分轉移的病人還是會去做切除的部分，所以他的檢體通常都是比較大，腫瘤的面積就會比較大，所以在檢測上面來說，比較少會因為腫瘤不足所以敏感度不足造成一個偽陰性的結果。在這個部分其實溝通過後，台大病理部那邊其實也沒有太多的問題，以上跟大家做報告。

主席

好，謝謝，這個也是精準醫療一環，本署陸續會將伴隨式的檢測，特別是針對癌藥之伴隨式檢測納入給付，這個案子大家有沒有意見？好，請雪玲。

黃代表雪玲

不好意思，因為剛剛講是我們病理科主任對這個案子有很多偽陰性，怕效度不好造成一堆陰性，判斷若是偽陰性就有可能造成...它其實是沒有效益的，最後變成浪費了健保給付的這些用藥。既然溝通清楚了，我很謝謝大家，回去我會帶給我們家主任再確認一次。我這裡其實是要跟健保署謝謝一下那個說明二的地方，感謝健保署經我們多次反映後，終於採納我們的意見，有在這個材料或試劑的部分，有考量我們的浮動點值去做校正，這真的要再次謝謝健保署考量我們醫院的成本，謝謝。

主席

好，謝謝黃代表。黃代表曾提這案之後我們就交代同仁嗣後所有碰到這樣事情時，以浮動點值還原，再回算原來申報點數。討論案本來就請大家來給我們指正，如果有所不足，就提出來，讓我們把它做

好。好，這個案子大家有沒有意見？

有？朱代表。

朱代表益宏

我想請問一下就是在成本分析表討 1-39 的這個項目，因為我看名稱好像不太一樣。

主席

玲玲科長要說明嗎？

王科長玲玲

討 1-39 是原本提案單位提的項目名稱，之後經過專家諮詢會議討論，有將名稱修正。這個是提案單位原本提的成本分析表。

朱代表益宏

我是想請問一下，因為他這邊譬如人力成本，一個主治醫師需要花 25 分鐘，所以是主治醫師專門做這個項目，還是說...另外醫檢師要 260 分鐘做一個 test，所以是一個醫檢師 260 分鐘只能做這一個項目的概念，還是說他會分攤掉其他的，這是第一個。第二個因為最貴的是 kit 4,800 塊，我不曉得這個是 1 家還是很多家都有，還是什麼樣的情形？

主席

好，我們先請病理學會這邊，秘書長請。

杭秘書長仁鈺（台灣病理學會）

就是關於成本分析的部分，其實我們在專諮會議的時候都有討論過，因為這邊其實沒有附上表 003-2 的部分，如果有表 003-2 的部分其實可以看到說醫事人員跟主治醫師所耗費的這些時間都是在什麼地

方。包含就是說，通常一個組織來，我們需要先確認他是否是原本的診斷，大部分的情況之下，還是會需要去做組織的圈選，確認我們採取的是腫瘤的部分，不是正常的這個部分。之後報告出來的部分，也會要做判讀及發報告的部分，這些時間大部分是主治醫師所花的時間。另外一個關於醫事人員所花的時間，因為我們這邊所使用的成本分析其實是以 LDT 跟 sanger sequencing 的方式，像在這個檢測裡面他總共有 6 個 exon PCR 需要操作，所以他其實所耗費的時間，包含像是圈選組織然後做一些前處理、跑 PCR、跑膠這些過程，其實都是算在耗費時間的成本裡。

主席

好，謝謝，各位可以參看討 1-51 ALL-RAS 基因突變分析的診療項目的適應症支付規範。好，這案大家有沒有意見？如果沒有意見，我們給付項目新增 ALL-RAS 的基因突變分析，這就是我們的新增項目名稱。我們就通過了，謝謝病理學會，接下來第二項。

2. 新增「異常凝血酶原檢驗（PIVKA-II）」

主席

好，我們請消化系醫學會的代表徐醫師來跟大家說明，請。

徐醫師士哲（台灣消化系醫學會）

主席、各位代表、各位先進大家午安，這個異常凝血酶原檢驗 PIVKA-II 可以跟現行常用肝癌的腫瘤指標胎兒蛋白做一個互補的腫瘤標誌，之前在專家諮詢會議裡面也同意他是一個追蹤肝癌很重要的腫瘤標誌。之前有請學會這邊針對適應症去做一個建議，目前是建議用在比較高風險的病患，就肝硬化的病患，跟接受肝癌根治治療的病患，作為一個肝癌追蹤及監測的一個使用。我們建議追蹤的頻率就是

1 年使用 2 次。

主席

好，謝謝徐醫師，各位可以參看討 1-49 是適應症及支付點數，這個案子大家有沒有意見？好，請黃代表。

黃代表雪玲

我們醫師想請教這個頻率的次數是怎麼樣定義 2 次？有沒有可能有些病人比較特殊，有沒有可能開放到 3-4 次，如果做 3-4 次是一定不給付，是這樣嗎？

徐醫師士哲（台灣消化系醫學會會）

其實現行一些比較高風險的病人，我們以胎兒蛋白來說，大概是會定期 3 到 4 個月幫病人做一次追蹤，當然如果說希望可以更早發現病人的問題，可以更密集使用，對病人可能是有潛在好處，不過這還是要考慮整個財務的狀況。所以上次也是請學會去擬訂相對是平衡臨床上使用跟財務兼顧的這樣適應症。

主席

好，這個是經過專家諮詢會議討論的，也是大家共同的決議，兼顧財務的負擔及病人的需要。現在是以每年 2 次執行，大家有沒有意見？請，朱代表。

朱代表益宏

我能不能建議，因為每年兩次就會產生定義的問題，是 1 月 1 日到 12 月 31 日這樣算一年 2 次，或者是 6 個月一次，會不會比較容易執行起來？所謂的每年 2 次到底在申報上面如何認定，第 3 次怎麼認定他是第 3 次。

主席

請玲玲科 長說明。

王科長玲玲

我們年的判斷是用 365 天，不會以 1 月 1 日到 12 月 31 日認定。

朱代表益宏

所以如果是 365 天，他變成可能第 1 天作 1 次，1 個月之後又作 1 次，然後剩下後面的再作都不給付的概念，是這樣子嗎？

王科長玲玲

對。

主席

一年 365 天內只給付 2 次，這樣應該清楚，好，大家還有沒有意見？如果沒有意見，這案就通過了，非常謝謝徐醫師，接下來第三項。

3. 新增「膀胱內注射術(intravesical injection)」

主席

這案我們邀請台灣泌尿科醫學會廖俊厚主任，來，請說明。

廖主任俊厚（台灣泌尿科醫學會）

主席，各位代表好，本學會提出這個注射術的原因，主要是肉毒桿菌素對尿失禁的病患，其實目前是最後一線有效的治療方式，有效可以降低尿失禁次數，那之前在健保署也核准這樣的使用，可是他一直沒有相對應的手術代碼，所以過去有的時候會用其它手術代碼來取代，有的醫院會叫病人自費，但有的因為這樣，也不去執行這樣的業務，所以為了配合臨床所需，因此提出這樣的手術代碼申請，希望能夠符合臨床需求，以上，謝謝。

李組長純馥

這個項目放在討 1-53 頁處置章節。

主席

請問這案大家有沒有意見？

黃代表雪玲

我請教一下，我們醫師有問尿路迴流有沒有可能納入適應症？

主席

這邊只有神經肌肉功能障礙、尿失禁、膀胱過動症。

廖主任俊厚（台灣泌尿科醫學會）

尿路迴流過去就有一個手術代碼，是治療尿路迴流之膀胱三角下層注射術，所以我想要看尿路迴流是注射什麼東西。因為本身肉毒桿菌素之前的給付規範有他明定的給付規範，那這是一個術式的給付規範，所以我想可能要先清楚打的是什麼東西才能看適不適合這樣的一個注射術。

主席

雪玲，可以嗎？其它代表有沒有意見？好，如果沒有意見，本案就通過，謝謝廖主任，接下來下一項。

4. 新增「經導管肺動脈瓣膜置換術(TPVI)」

主席

本案請台灣兒童心臟學會王主科醫師說明。

王醫師主科（台灣兒童心臟學會）

主席，各位代表好，我是兒童心臟學會王主科醫師，我們知道這是針對法洛氏症的病人，法洛氏症是一個複雜性的心臟病，我記得在我學生時代，開刀的存活率大概不到 20-30%，現在存活率大概有 80%，所以代表這些都經過自然淘汰或者是經過在醫院的一些折磨之後的倖存者。可是這些病人到 10 幾 20 歲之後，他的肺動脈瓣膜通常多多少少會有點關不緊的狀況，其中 30% 需要換瓣膜。換瓣膜過去的技術只有用開刀，所以要推這些病人再進去開刀房的時候，我想對整個家庭的影響都非常的大。所以最近開始可以換瓣膜的時候，我們就引進這種技術。這種技術就是住院日非常短，4 天，開刀的話 2 個禮拜，而且還要在加護病房躺個 4-5 天跑不掉，這個技術只要在加護病房 1 天觀察一下，很輕鬆可以出院。但是這技術的確是需要一些磨練，因為要換膜、心導管要做很多，要熟悉，所以我們希望健保可以給我們這項技術費，也感謝健保署給我們這個機會報告。

主席

謝謝王醫師，王醫師在專家諮詢會議也前來指導。這項支付點數是 109,842 點，討 1-54 支付規範有詳細的適應症、禁忌症、醫院條件，請問大家有沒有意見？請朱代表。

朱代表益宏

請問討 1-54 醫師資格，我想先前我們有討論過類似問題，限定由社團法人台灣兒童心臟學會核發認證，我還是認為不妥。如果有另外成立相關學會就不能發證嗎？且這個又不是部定專科學會。當然我認可他們是有這方面的專業，但在支付標準上明定只能由他們發的認證，才能執行這樣的手術，這我認為不妥。

第二個，他在財務分析表上，我認為也應該討論一下，在討 1-43，當然醫師成本是很高，這我同意，但是他需要到心臟內科 2 位、心臟外科 2 位，4 位主治醫師做一個 case 是 230 分鐘，意思是 4 位主治醫

師要在那邊 stand by 230 分鐘不能做其他事情，概念上是這樣。但我相信臨床上不是這樣，像心臟外科就 stand by，他可能在其他地方做其他的事，真正需要有緊急狀況時他才需要來處理，所以我覺得這成本分析可能是還要再去做一些討論，以上。

主席

這部分請王醫師協助說明。

王醫師主科（台灣兒童心臟學會）

因為這個事實上是這樣，這種技術是比較有風險性在，通常我們做的時候會至少一個心臟外科在場，另外一個可能真的需要時，所以這位沒有錯就是 stand by。事實上心臟內科醫師可能不只 2 個，我們是根據 TAVI 的成本分析，TAVI 也是這樣，心臟內科醫師可能 3、4 個在裡面，有一次算一算裡面竟然有 10 幾個，還包括麻醉、護士，所以在導管室裡面幾乎占了 10 幾個人。所以這技術上因為比較困難，而且還是有點風險，如果說沒有辦法的話，差一點點結果就差很多，所以通常我們會請心臟外科醫師到場。我不知道這位醫師醫院有無包含這東西，因為現在我們是有定期在做，現在醫材還是讓病人自費，所以這大家看就知道，還是有些風險程度在。

朱代表益宏

大家開會表達意見，我也跟你講我沒有放過，我也不是心臟內科。我覺得不要用這種方式在會議表達，我只是很理性的在詢問。我也尊重貴學會的成本分析，但是我覺得應該是要忠實去呈現，你剛說有麻醉科，那你就寫麻醉師幾個、護理師幾個，如果每一次需要 10 幾個心臟內科在就寫 10 幾個。我覺得這樣是忠實去呈現，因為這個資料以後就是正式的會議資料，以後大家都能去查詢也查的到。當然如果算一算比這成本還要高，我也同意健保署應該要給他足夠的成本，但是我

其實不太認同你就寫 2 個心臟內科 230 分鐘、2 個心臟外科 230 分鐘，感覺起來就是 4 個醫師在導管室就是 4 個小時，事實上應該不是這樣，所以我覺得這部分就是要做忠實呈現。這無關我個人，如果想知道我個人是不是醫師或是做什麼事情，會後你可以來找我，我可以跟你講。

主席

朱代表是位醫師，剛剛有提到討 1-54，由社團法人台灣兒童心臟學會核發認證，這部分請再補充。

王醫師主科（台灣兒童心臟學會）

因為這種會做的病人不多，事實上我們遇到的病人不多，還是有大部分的病人需要外科醫師在場，我們做的就是有法洛氏症將來需要換瓣膜的病人約 6、70%，其他 3、40%是要回歸給外科，因為不是每個都可以換、不是每個都能用心導管技術換。至於剛剛朱代表所提，因為我們當時是以 TAVI 的成本分析，當時我們也知道 TAVI 狀況，心臟外科醫師在場，另外一個是 stand by,萬一有什麼事情發生馬上可以動手，我們狀況也跟他們類似一個換主動脈瓣、一個換肺動脈瓣。那其他的，我想可能要表達裡面所有的狀況，因為我們還需要有個人在旁邊看超音波，這些都是需要人力，只是說我們健保精算的很準，而且經過開會大家同意用這個表格。還有兒童心臟學會的事情，因為我們要認定醫院過去有無開過先天心臟病還有換瓣，還有執行醫師有無當過第一助手，這是得由兒童心臟學會核發認證，要看過去的刀跟病歷呈現，我想就可以做。

主席

謝謝，這個在專家諮詢會議也充分討論，至於成本分析表，因為這是兒童的手術，本項手術過程類似 TAVI，在專家諮詢會議專家也有幫大家檢視，因為複雜度比較高，所以支付點數比成人的 TAVI 略高

一點，能夠執行的醫師也不多，case 也有限。大家還有意見嗎？

陳院長志強（羅代表永達代理人）

我想專家可能誤會了，因為在這會議上，其實大部分大家討論事情是用邏輯來想，就是你呈現什麼資料就用你的資料來講。所以我想我們朱理事長的意思是說，你呈現的方式跟你的現實如果有落差的話，我們就是以你呈現的方式來討論，我覺得未來可以考慮這部分是不是更貼近確實一點，因為這樣大家就不會誤會。第二個我想講的事，由學會認定這事情，大家總是怕會不會長期...就是單一科，當然這個專業性未來台灣可能不會有第二個學會，但是有一些，因為也可能會出現第二個學會。我想表達的是說，未來如果，因為這是很專一性，也許未來一百年都是由這學會來認證，未來是不是有這個機會就是健保署同意有第二個學會也可以來認證，因為我們討論是通案，專家也可能只參加過一次，我們沒有辦法知道所有專業的東西，但是就以你呈現的資料做討論，我希望大家能夠互相體諒。

主席

好，謝謝。王醫師還有沒有補充？

王醫師主科（台灣兒童心臟學會）

我們是盡量呈現，只是說很多沒有辦法完全反映在裡面，因為他的困難度比較高，所以我只是希望各位代表能讓我們開始做這件事，謝謝。

主席

請紀代表。

紀代表志賢

剛剛朱代表所提的確是個通案，因為這種事情不只發生在給付，

包括在專科醫師訓練的時候，有些次專科政府沒有規定，但是對主專科就規定得非常嚴格。譬如說是不是要有 paper 才能去考試，諸如此類。我想這種事情未來會越來越多，所以就專業技術上沒有問題，確定貴學會也不可能再有第二個學會這麼專精，但之前好像去年也有發生類似的狀況，所以以後如果遇到次專科或是次次專科學會，類似這樣概念時候，對於資格認定，未來是不是可以有一個規劃或是原則，不然每次都會這樣的討論，以上。

主席

謝謝，這是兒童心臟學會，在專家諮詢會議也公認是有公信力，所以這個案子的個案數真的不多，也不是很多醫師具有這種資格，所以我們才接受由學會認證。當然未來如果有與兒童心臟學會類似的學會時再討論，這案子是不是就到這裡？請朱代表。

朱代表益宏

這個案子我不反對，這是一而再，再而三發生很多次，其實大家也都有共識希望盡量以部定專科為限，所以我覺得在專家諮詢會議時，署裡就應該先表達這個立場，不要到共擬會議的時候，都由我們代表來做黑臉，像我剛剛就被指責，其實我也不太高興，所以我覺得這種事情最好不要再發生，署方也應該適當的當一下黑臉。

主席

在專家諮詢會議時專科別都有討論，但這個確實比較特別。目前醫事司也在檢討部定專科，未來可能還會再增加，所以這段時間可能會有一些尷尬期，擴增後專科的範圍就比較大。謝謝大家的建議，這案子大家有沒有其他意見？請何代表。

何代表語

主席、各位代表，我支持這個案通過，因為我聽王醫師講，小孩

的心臟很重要，而且很難治療，因為小孩的心臟太小了。但我聽他講話太老實了，朱理事長是非常有名的醫師，而且能當選社區醫院的理事長，那很不簡單。他提的也是非常中肯的建議，我認為他剛剛有提到上次就是因為心臟醫學會也是為了資格的認定，我們爭議了很久，到第二次開會才做了決定。所以我認同朱代表建議，就是在健保署這麼專業的專家裡面，能夠馬上把他做成一個明確定案。我知道現在健保署女孩子很多，所以我看朱理事長不會變黑臉啦，他的臉蛋很英俊。我是支持這個案，我知道每天在醫院為小朋友開刀的醫師都很老實，我們也知道他們來到這裡也要學習談話術，謝謝大家。

主席

謝謝何代表，我們王主科醫師也是非常有名。大家有沒有其他意見？如果沒有，這項就通過，謝謝王醫師，下一項。

5. 新增「內視鏡修正式 Lothrop 手術(Endoscopic modified Lothrop procedure)」

主席

這個案子我們請王醫師說明。

王醫師瀛標（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

主席、各位先進大家好，這個案子主要針對慢性鼻竇炎處理，慢性鼻竇炎盛行率非常高，大概 6~10%，如果藥物治療失敗，就要做內視鏡鼻竇炎手術，問題是內視鏡鼻竇炎手術在過去的 2、30 年還是造成很多復發性頑固型的個案，這些個案之前是一直在重複施行鼻竇內視鏡手術，直到 10 年前台灣引進修正式 Lothrop 手術，這等於是鼻竇、額竇的終極性手術，可以解決頑固復發型額竇炎，我們學會認為如果這納入健保，長期而言其實可以減少健保的財政支出，因為它可以減

少病人重複施行內視鏡鼻竇炎手術的次數，讓病人的鼻竇炎得到緩解。另外他在顱底的惡性跟良性腫瘤或者是腦脊髓液滲漏，其實都可以做到很好的修復，所以我們學會是非常樂觀貴署把這項納入健保，以上報告。

主席

謝謝王醫師，請大家參看討 1-53 適應症部分，這項是手術項目，大家有沒有意見？好，如果沒有意見，恭喜王醫師就不用再說明，謝謝。接下來下一項。

6. 新增「微創青光眼手術」

主席

好，這項是眼科，邀請北榮柯醫師說明。

柯醫師玉潔（台北榮民總醫院）

主席、各位代表大家好，本院提出這項新增微創青光眼手術代碼，主要是希望在傳統小樑切除術之外，提供另外一個微創手術的選擇。較傳統手術，這手術組織破壞比較少，所以術後病患恢復比較快。但是在手術當中如何將導管置放到合適位置，讓術後眼壓也能得到有效的控制，其實在手術複雜度上並不輸於原本的小樑切除術，甚至在術後的照護上面，微創青光眼手術要付出的心力可能比傳統的小樑切除術還要來的高。所以這個手術的新增項目並不代表會取代小樑切除術，只是提供病患另外一個微創青光眼手術選擇，希望在病患接受度比較高的情況下，病患願意在疾病的比較早期就接受青光眼微創手術，讓眼壓得到更好的控制，以上報告，謝謝。

主席

謝謝柯醫師，這是青光眼手術，大家有沒有意見？請吳代表。

吳代表國治

請問一下，現在如何申報？

柯醫師玉潔（台北榮民總醫院）

目前因為我們醫院已經在實行這項手術，這項手術目前本身沒有健保碼，所以我們手術碼的部分是用傳統小樑切除術替代方案來申報，但是我們覺得還是應該為這項微創手術新增代碼。

吳代表國治

所以看起來新增的手術支付點數比原來傳統的還要低。另外我請教，聽說這還有特材可以用？

柯醫師玉潔（台北榮民總醫院）

是的，它其實是一個濾過導管，所以病患需自費這導管的費用。

吳代表國治

那這個導管以後呢？現在是健保給付了？

柯醫師玉潔（台北榮民總醫院）

目前是沒有健保給付，我們提出來的是手術碼，沒包含特材在內。

主席

這個是手術項目，有關特材部分，請醫管組會後轉給醫審及藥材組評估特材部分。

吳代表國治

還有一點，在討 1-35，預估年執行量註 6 有提到，「因藥物控制不佳而需手術的病患約 7%」，所以算出來預估年執行量是 4,374 人。這

個 7%是不是包含小樑切除術跟青光眼導管置入術？

柯醫師玉潔（台北榮民總醫院）

是，應該都是包含在內。

吳代表國治

那替代率 0.62%是不是 100 人只有 0.62 人會用到這手術？

柯醫師玉潔（台北榮民總醫院）

這是我們當初估算時，因為這特材費用是很高的，而且術後照顧相對比較困難，所以我們認為事實上會執行這項手術可能還是侷限在醫學中心，且要病患具有相當經濟能力能夠支付，所以我們認為他不會取代傳統的小樑切除術，只是提供病患一個選擇。

吳代表國治

我之所以這樣問，因為眼科醫學會給我的訊息是，他們認為這單價跟原來的小樑切除術跟青光眼導管置入術差距很大，而且降不下來。不過這手術在技術上及醫生訓練的部分，其實要花費更大的心力，所以這算出來的點數好像太低，當然我是尊重專家。另外也看到在討 1-30，有專家表示「本項手術在國內屬新技術，故國內患者術後療效追蹤，尚待更多實證證據」，我不知道這樣就把它導進來，是對病患好還是不好。而且，這個看起來是籠統的名稱。在討 1-30(二)「考量新醫療技術之發展，應有許多相關手術發展」，所以它名稱是用「微創青光眼手術」，但這到時候可能又包含很多東西，對以後只要是提出「微創」，可能就都是這個價格，那說不定醫師反而覺得用小樑切除術可以申報一萬多塊，用微創只能幾千塊，這樣對病人是好還是不好？這可能要列入考量。

柯醫師玉潔（台北榮民總醫院）

謝謝吳代表，當初我們提的時候，其實只是希望增加微創青光眼導管手術，可是在專家諮詢會議當中，就被指責只對單一品項而且 XEN 這是廠商取的名字，認為有疑慮，所以改成微創。的確「微創青光眼手術」是一個很大的範圍，可以有很多不同的選項，而在國內有其他可能的選項在內，所以也許的確就這一點，是不是可以在名稱上面做進一步的討論，以免到時候變成一個很籠統，日後在計價上面或是病人適應症上面會造成更多的困擾。

主席

謝謝，請陳院長，再來玉華。

陳院長志強（羅代表永達代理人）

其實我要提的也是討 1-30，因為我們很難看到替代率反而是低的、花費會更少。所以我想請教替代率 0.62%，這會替代的部分之所以少，是因為適應症的關係，還是經濟上的考量？跟小樑切除術，在診斷上的適應症 overlapping 率很低，還是 overlapping 率並不低，只是因為經濟上的考量，所以替代率很低？

柯醫師玉潔（台北榮民總醫院）

小樑切除術是所有眼壓控制不好的情況下，各種各樣的青光眼都可以執行。但是這個 XEN 微創青光眼手術是只能用在比較開放性青光眼，而且要在手術的區塊未曾接受過其他手術的狀況之下才適用，否則他的成功率會更低。

陳院長志強（羅代表永達代理人）

所以他範圍本來就小？

柯醫師玉潔（台北榮民總醫院）

對，他範圍的確是比較小。

嚴代表玉華

我主要是要針對這項的成本分析表，這項應該是在開刀房執行的，我想請教這項手術不需要麻醉醫師幫忙嗎？

柯醫師玉潔（台北榮民總醫院）

我們眼科的麻醉是眼科醫師親自執行，是在開刀房沒錯。

主席

也有其他項目可以報。好，大家有沒有其他意見？請李代表。

李代表紹誠

請教原本的傳統手術申報費用一萬多點，現在冠上「微創」，有人告訴我說這項手術會比傳統手術複雜更多，因為它時間變短，以至於它申報的費用變低很多。因為這樣，會不會還是回到傳統小樑切除術那邊去處理，他們對於這樣的支付點數，這麼低的情況下，將來不會有人再做這方面事情。剛吳醫師也有提到，很多術後的東西目前都還在評估，我們這邊貿然要通過這樣還未確定的，如果以病患角度來看這件事情，我覺得應該是有待商榷，這是我想要提的說明，以上。

柯醫師玉潔（台北榮民總醫院）

的確就醫師而言，我們要執行這項手術，確實耗材費用比較高，醫師心理壓力更高，手術過程當中的確提供的好處是手術時間短，但是在手術的精確度上，的確要比傳統手術要來的不可預測性是更高的。所以有這結果（手術費用支付點值較傳統小量切除術更低），是因為專家諮詢會議，純粹認為這個手術時間短的好處，所以把這點數降低。在醫生端來講，的確覺得很訝異、無法接受的結果。

李代表紹誠

主席，所以這根本矛盾，這項未定的東西，怎會擺在健保支付，

然後在民眾端是不確定、危險的，我覺得應該再討論。

柯醫師玉潔（台北榮民總醫院）

我覺得這個不是不確定的危險，是醫師要耗費更多的心力，術後因為結疤而需要再次進行清創的機會的確比傳統小樑切除術來的高一些，但是並不代表這是不好的手術，這手術時間的確是縮短、術後的恢復是快、組織破壞度少，這是他的好處。只是因為亞洲人容易結疤的體質，讓部分病人會因為術後結疤而需要再做進一步的清創。傳統的小樑切除術也是一樣的，但是病患在接受手術的過程中手術時間短、恢復快，這是病人得到的好處。所以這兩個手術我覺得是同樣存在，並沒有誰會取代誰，只是如果代表認為，的確在國內的報告時間不夠多，但是台北榮總已經經過大概一年半的手術時間，有相當的一些相關成果報告，如果需要我們可以再做進一步的說明。

李代表紹誠

所以應該費用要比傳統手術更高才對，怎會更低？今天如果不論醫學中心或區域醫院要做這個手術的醫生，如果冒著不可預測的危險，當然不會去碰這個東西。如果是要鼓勵醫療更進步，醫療的進步不應該是用時間來看，而是我提供這東西給病人之後，病人得到的好處是什麼，我覺得這是重點，我還是以病人端來看結果。所以這東西將來反而是阻礙了該技術的進步，因為沒有人要做嘛，給付又低，又有不可預知的風險，我覺得很矛盾。

主席

請柯醫師再說明一下，這個手術與小樑切除術相比，小樑切除術沒有含特材，但這個項目剛好有較昂貴的導管，因為現在是討論手術的費用，所以不包含特材費用，特材是自費。將來如果特材也含進來，這整包的手術費用就會非常可觀，但現在特材還沒有核價。

當時這個案子應該是眼科醫學會劉理事長一起來報告，學會是希望這個手術能夠先納入健保，減輕病人的負擔。剛剛提到有幾個爭議點，吳國治代表特別提到名稱用「微創」會不會被廣泛使用，柯醫師也表示名稱還有討論的空間。另外李紹誠代表也提到，技術的部分是否要再考慮技術的深度，而不是只是時間。看起來這些爭議都在幫眼科醫師爭取的更好的給付。

是不是這一案就不花更多時間再此討論，還是先回到專家諮詢會議，把今天會議各位代表的意見在專家諮詢會議討論後，如果有決議再提到共同擬訂會議討論。因為除了吳國治代表是眼科醫師外，其他代表都不是眼科醫師，只有真正在執行的眼科醫師更能夠體會這項手術對他們的意義。這個案子我們先謝謝柯醫師，今天沒有通過。

朱代表益宏

請問一下柯醫師，特材在北榮自費大概多少錢？

柯醫師玉潔（台北榮民總醫院）

7 萬。

朱代表益宏

7 萬，所以這通過以後，就是 7 萬 5 千元跟原來的 1 萬是差到...

主席

這 7 萬是北榮的自費價格。

朱代表益宏

所以我剛剛是問北榮啊，北榮的自費價格是 7 萬多元，這對健保的財務衝擊是相當相當大，嚇死人了，下次要嚴格把關。

柯醫師玉潔(台北榮民總醫院)

可是補充一下，不能因為特材貴就抹殺醫師必須付出的努力。

主席

不過這應該爭取的是手術費的部分，特材是產品，需從產品的觀點再來考慮。

朱代表益宏

我是建議，因為要再回到專家諮詢會議討論，是不是應該特材那邊也還在討論。

主席

還在蒐集。

朱代表益宏

對，是不是等到兩邊好了再討論，不然這項通過，結果特材不讓他通過不是很奇怪。

主席

沒有，剛剛 TPVI 的幾百萬特材也尚未納入健保給付。

朱代表益宏

這是比較奇怪的事情，如果能夠醫療與特才同步當然更好。

主席

同步當然是最好，但會有先後順序，因為牽涉到特材的預算是否足夠，特別是剛剛討論的 TPVI 特材是幾百萬。好，這個案子我們先留在這裡，麻煩柯醫師回去再跟劉理事長報告一下，好謝謝。接下來下一項。

7. 修訂編號 25012B「免疫組織化學染色(每一抗體)」

主席

謝謝，這案子請病理學會賴理事長說明。

賴理事長瓊如（台灣病理學會）

主席，各位代表，那這個免疫染色的上限的，我想我們針對一些比較困難診斷的案例，譬如像淋巴瘤和來源不明的惡性腫瘤，尤其目前雙側乳房同時有乳癌的病例個案其實也在增加，雙側乳癌的特徵其實也是常常有不一樣，所以也有必要在雙側的乳癌檢體執行這些跟治療預後相關的免疫染色的必要性，那也感謝署裡面在多次的專家諮詢會議裡面，經過精算以後，那同意在這 4 個適應症裡面得申報 10 種抗體為限，那我想這樣對於我們診斷的精準，有很大的幫助，那有了正確的診斷也能夠對病人施予非常正確的治療，以上說明。

主席

好，謝謝。這個是免疫組織化學染色的修訂，大家有沒有意見？謝謝賴理事長，再下一項。

8. 刪除編號 33144B「血管阻塞術-Lipiodol」適應症 ICD-10-CM 代碼

主席

好，這個案子我們請放射線醫學會的吳醫師。

吳主任仁宏（中華民國放射線醫學會）

主席，各位代表，當初在這個案子應該是，這個碼是去年通過的，可是通過的時候，聽說當初是為了後續統計方便，所以說把 ICD-10 碼硬串上去。可是我們知道後，以出血來看的話，不同部位的出血就

是不同的 ICD-10，然後我們如果說勉強串了一個碼之後，然後當初公告之後，其實很多醫院都反映說，因為每家醫院申報的方式不一樣，而且這種病人 comorbidity 非常多，每家醫院報出的碼都不一樣，結果根本都不能用，所以說由醫院協會發出要求說要把這些 ICD-10 碼把它刪除掉，然後經過討論之後，其實刪除後也會方便我們在臨床治療病人。然後除此之外的話，其實它的適應症，目前歸納的適應症總共有 4 個，另外對於手術完之後，淋巴管滲漏的情況用 TAE- Lipiodol，其實也是相當好的治療方式，然後目前並沒有含在這 4 大類的適應症裡面，我不知道各位代表同不同意把它也包含進去，以上。

主席

好，謝謝。原意是列有 ICD-10-CM 代碼的適應症，後來大家覺得太限縮了，會阻礙臨床使用的自由度。在專家諮詢會議上，同意尊重專業，而且專家認為這個項目不太容易浮濫，同意刪除所有適應症代碼，回到臨床專業自行判斷。大家有沒有意見？沒有，我們就通過了，謝謝放射線醫學會吳醫師，接下來下一項。

9. 修訂編號 19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」支付規範文字

主席

好，這個案子請婦產科醫學會黃醫師。

黃秘書長建霈（台灣婦產科醫學會）

主席，各位先進大家好，婦產科醫學會代表黃建霈秘書長向大家報告，高危險妊娠胎兒生理評估，對產科醫師來講是一個非常重要的檢查，因為當胎兒可能面臨危險的時候，我們必須靠這個檢查，來確認他現在是否遇到危險，必要時得幫助他能夠脫離不良的子宮內環境，若因為次數的限制不能做的話，那就會造成介入的延遲，延遲可能造

成這小孩子出生時候是缺氧性腦病變，或是胎死腹中這樣很可惜的狀況，那因為目前規定只有 2 次，對於一般高危險妊娠的產婦是夠的，可是對於一些危險性非常高的孕婦來講，它其實就變得不夠用了，所以我們是想說能不能夠解除這 2 次的限制。那按照美國婦產科醫學會 guideline，有一些最高危險群的，他可能一個禮拜就要做到 2 次，這樣的例子不是那麼多啦，在臨床上所占的比率，對這些非常高危險的孕婦來講，如果因為健保支付標準的規定，他沒辦法去做，或是變成要自費做，可能就不是那麼好，我們是建議能不能夠解除這一項限制。另外一點我們提出來是說，支付標準裡還有提到一個適應症是羊水過多，但實際上臨床上更需要的是羊水過少，所以我們是希望可以改成羊水異常，這樣會更符合實際上臨床需要的狀況，不然羊水過少的沒辦法做，這個也是奇怪，謝謝，以上報告。

主席

羊水異常需要改哪裡，已經改過了。好，非常謝謝黃醫師的說明，我們尊重專業，將限 2 次鬆綁，按照胎兒的需要做生理評估，大家有沒有意見？請。

許常務理事美月（郭代表素珍代理人）

中華民國助產師助產士公會全國聯合會我們非常呼應此案，助產人員在服務孕產婦照護過程中，發現高風險個案時，會轉介醫院的產科醫師，持續提供高危險妊娠的評估與診斷。剛剛秘書長講的很客氣，實際臨床上高危險妊娠婦女通常是很擔心胎兒的狀況，假如有這樣的限制，也會憂慮經濟上的負擔。通過此案，助產人員在照護高危險妊娠婦女時，可以與產科醫師共同向孕婦充分的說明，讓其安心，尤其是在少子女化的時刻，我們應該重視妊娠婦女的身心健康，以上。

主席

好，謝謝助產師公會全聯會。我們將「2次為限」刪掉，但是「超過2次」需在病歷記載檢查的理由，以兼顧審查醫師的需要。大家有沒有意見？如果沒有的話，謝謝黃醫師，接下來我們下一項。

10. 刪除支付標準第二部第二章第八節第三項骨髓移植技術費通則第一條「本項限經保險人同意施行之醫院申報」之文字

主席

好，謝謝。這案大家有沒有意見？沒有我們就通過了，那最後一項。

11. 有關 109 年 4 月 1 日公告實施之編號 30103B「PD-L1 免疫組織化學染色」估算財務支出

主席

好，這個 PD-L1 是現在 IO 用藥的伴隨式檢測，大家有沒有意見？如果沒有意見，這個案子也通過。有，朱代表。

朱代表益宏

我只是想問說廠商他出一半的，他是怎樣來付這一半的？

主席

廠商是用還款，分擔之後錢還給我們。

朱代表益宏

所以還款再回到總額裡面。

主席

對。大家有沒有其他意見？如果沒有這案就通過，非常謝謝賴理

事長、病理學會杭秘書長。第 6 項還需要再說明嗎？沒有了。好，討論第一案就到這裡，大家有沒有意見？那我們就下一案。

討論事項

第二案

案由：有關「全民健康保險遠距醫療給付計畫(草案)」案。

李組長純馥

因為時間的關係，我們大概簡單的說明了，第一個這個是我們在其他部門的預算，新編的一個遠距醫療，尤其是健保會的委員希望針對山地離島、偏鄉，那些專科不足的地方，可不可以用遠距醫療強化在地醫療，所以我們在今年的預算裡新增一個遠距醫療會診費。因為 COVID-19 的關係，本來在年初就要討論，但是延到現在，原則上還是希望限定在山地離島及偏鄉地區。

這些提供的基本上是兩端，一個是在地端要有醫師，遠距端也有醫師，是醫師對醫師，跟當時為了 COVID-19 居家隔離檢疫的人不能出來就醫在概念上是不一樣。因為健保要給付這部分，我們覺得初期還是要醫師對醫師的概念，原則上在地端的醫師基本上還是要先診療過病人，確定病人有這樣的需求，所以是醫師對醫師討論病情，透過部分的傳輸設備了解病人的狀況、做處置。

原則上我們的給付，第一個在地端本來就付了，所以遠距醫療是給付遠距端會診醫師的費用，是由總額其他部門之預算支應。這邊也包括急診的部分，一個是專科門診，專科門診有好幾種模式，有一種是病人本來就要去門診，有的可能是病人在門診間出現專科診治的需求，在門診中尋求遠距端的醫療服務，所以有不同的模式。

我們會有一些監測的指標，假設遠距端今天有一個醫師去會診，我們期待在地端的病人不用再舟車勞頓，所以我們也會監測他看病的情形，還有病人再去急診的情形，以及我們會評估醫師一個專科診看幾個病人。看一個遠距端的耳鼻喉科門診，但眼科門診就沒有看到，所以在地端也要讓在地的民眾了解，這個特殊的專科診，是透過遠距醫療，由遠端的專科醫師幫忙看診。所以我們會去看醫師的看診人次，因為這是服務量的部分，我們會有一個每人次的金額，原則上概念是這樣，我們也期待他是用計畫型的，如果大家要參加就要先提計畫給分區業務組核定後再給付，我就先說明到這邊。

主席

好，這個案子因為是全新的，健保研議要開始支付遠距醫療的服務，請，王代表。

王代表宏育

王宏育第一次發言，原則上我們是支持啦，但是我們有 2 個顧慮，第一個顧慮是，那每人次是 390 點到 1,800 點，從費用估計的話，算起來一年有 10 萬個案件？那這 10 萬個案件，就是說他有些人本來住在偏鄉，他得去大醫院醫學中心就醫，那現在他就改到衛生所去了，他到衛生所去產生的醫療費用，就變成本來是在醫院的費用，變西醫基層的費用，那這樣子的話是不是可以比照說我們分級醫療，也把這些費用給基層的總額，估這樣有 10 萬件，這個是我第一個意見。那第二個意見就是說，我們都覺得分級醫療是最好的，我們病人就是直接到診所找家庭醫師，「病人=>家庭醫師」是最前端，國家醫療的基石。診所如果看不好或是有需要再到醫院去，理論上病人跟診所之間如果符合條件的話，更應該可以遠距醫療。就像武漢肺炎疫情時，我們居家檢疫或是居家隔離的病人，這一次我們的通訊診療一樣；所以是不是也可以考慮居家醫療收案的個案，他如果有需要的話，醫師沒辦法

馬上去，也可以往這個方向開放通訊診療，給居家醫療收案的個案，那這樣的話，第一、他有需要的話就通訊診療，病人端可以馬上得到解決，第二、醫師也不用疲於奔命，第三、你們也可以節省一筆費用，因為醫師去要 1,550 點嘛，這樣的話就沒有多的費用，所以是不是也可以考慮我們這個方向，謝謝。

主席

好，謝謝王代表。王代表提到兩個問題，一個是總額，另一個是居家醫療。再來請吳醫師，然後游代表、朱理事長，還有雪玲。

吳代表國治

通訊診療辦法從 107 年 5 月公告到現在，一直沒有跟健保有所謂制度上的掛勾，當然 COVID-19 出來的時候已經有了，不過他是用急迫情形，那現在是要用山地離島偏僻地區，我看到依循也是通訊診療辦法，不過現在要請教的就是他這個地區，跟通訊診療辦法裡面所定的地區，我們是不是一樣，還是這個區域比他更廣？

主席

本署所提本案施行的地區先只有健保的山地離島、偏僻地區。

吳代表國治

那這個區域適用的範圍，跟通訊診療辦法規定的山地離島偏僻地區，範圍是不是通通都在這裡面，因為這是從通訊診療辦法裡衍生出來的東西，我有請全聯會的幕僚看了一下，好像恆春不在裡面，那這個在法律上的遵循，有沒有不合的地方，這個可能是要考慮的；那第二個是你們辦法這邊寫在地醫院，我看還是有衛生所，所以是不是應該要有一個更好的名稱，像是在地院所之類的，可能比較符合；第三個剛剛有提到是不是基層也要納入，因為把基層納進來，其實是東區給我們的意見，那可能要让大家思考。

主席

好，謝謝。再來請游代表。

游代表進邦

那當然這個遠距醫療納入支付標準，樂觀其成，但是這邊也有一個東西，兩邊好像不太對的，裡面有一個是論診次，每診次是 5,000 元，因為這本來不多，是保障他開專診，這個是合理的，但是如果是論服務量的話，每人次是 312，剛剛去查我們支付標準，現在我們看門診每人次大概是 260，還沒加成，這種看遠距，不是在診室馬上就能看，他還要通訊，還要連接，連接完之後才要看，事實上他不是當場看，他是透過醫生做一些溝通，事實上他花的時間比一般正常還來的多，那我說你這個給付方式，看起來假如說用 312 的話，你要看到 5,000 塊滿，大概要看快 16 個，那我覺得這個基本上是不太可能，有點像在扼殺說大家以後都看專診就好，不要去看那個每一次的這樣，我覺得這部分應該是做一些調整，我覺得可以比照那個成功分院，有講說一診大概 10 個，那 10 個除以 5,000 大概一個是 500 塊，這樣應該是比較合理一點。

主席

再來請朱理事長，再來雪玲。

朱代表益宏

我要提的是服務提供者，在討 2-1 吧，地區醫院其實在適用的範圍裡面，山地離島啦，醫療資源缺乏地區，恆春 3 家醫院都是地區醫院，但現在訂的遠距端，區域醫學中心的專科醫師，在地端是診所跟公立醫院，我們地區醫院就沒有，地區醫院在台灣 370 幾家，其實他負擔了很多偏遠地區、山地離島的醫療，他不但是遠距端，他也是在地端，因為很多地區醫院他承擔了很多這個，很多到山地無醫療的做

巡迴醫療，那事實上很多地區醫院已經在做了，譬如說我們南投這幾家地區醫院，都在到山地鄉去做這些事情，台東的很多地區醫院，也都到很多偏遠地方在做相關的巡迴醫療，那他如果是開放的，他當然可以跟在地衛生所去做，他就是一個遠距端的醫療資源，那像恆春3家地區醫院，如果需要大醫院的會診時候，當然他就是一個在地端，所以我覺得說這裡面最重要的一個，一個樞紐事實上是地區醫院，結果能不能拜託署方，就把地區醫院樞紐的角色是遠距端，又是在地端可以把它補充上去，地區醫院很重要，不要忽視我們地區醫院的存在，謝謝。

主席

好，謝謝，300多家很重要，請雪玲。

黃代表雪玲

我也是要反映這個支付標準的問題，因為這個看到急診就是現在急診檢傷分類的價格，其實我們做遠距的部分，這個我們其實要有機器設備嘛，還有傳輸也要費用，還要常常 call 資訊室，那個如果通訊有什麼問題，所以應該還要加一些行政成本，照支付標準這樣給付，其實不太合理，應該要給醫院一些成本的考量，那剛剛討論到那個論服務量的312，所以我們住院的會診費就已經409，那還是從我家走到病房去就好，那遠距我還得操作這些機器，跟對方這樣子視訊，其實是比較辛苦的，這個給付不管是門診或是急診的，可不可以有一些價格的考量。另外想問一下就是討論2-7，這裡下面的小括號2，就是每診次規定3小時，這一定要規定這麼長嗎？其實有時候可能沒有這麼多病人，這什麼叫同時段可以多點遠距會診，就是說我就坐在這邊，可以接收來義鄉，我可能也可以接受信義鄉或什麼鄉是這樣嗎？

主席

還有別的問題嗎？請李代表。

李代表懿軒

謝謝喔，其實像藥界也在研擬一些像遠距醫療照護的相關辦法，看到這樣的支付標準，其實蠻期待的，那只是說因為看到這個，當然跟各位代表講的費用支付其實並不一定相關，只是說因為藥物的費用是在原本總額裡面去支付，只是說因為在偏鄉的院所，備藥其實就是以他單純的科別為主，但是如果跨了專科遠距進來，那要落地在專科開藥的部分，當然就藉此跟醫界代表也表達說其實可以多利用在地的藥局資源，去做這個備藥的部分，以免不是自己專科原本的備藥，其實會增加很多成本，我想在藥師這邊都很樂意來合作這樣子。那第二個部分是，我之前其實有參與居家醫療整合計畫討論，我記得在宅醫學會本來就有提到這些跨專科會診的一個概念，在居家醫療整合方案的計畫裡面，他其實目前試行這個計畫，在山地離島地區和醫療缺乏地區，那如果在這些地區，執行的居家醫療整合計畫，是不是也可以符合這樣一個條件，這是我的疑問這樣子。

主席

謝謝，大家對於本案還有沒有別的問題，請紀醫師。

紀代表志賢

看到這個計畫，其實還蠻熟悉，因為 1995 年到 2005 年，衛生署在澎湖、金門、馬祖，金山試辦計畫，那剛好那時候在成大，我們是台灣第一個遠距醫療，所以這裡面在實際上會有一些行政上的問題，當時 4 家醫學中心，那時候可能有 4 個不同的報告，或 4 個不同的模式。

所以我是可以建議是不是說，我不知道他們資料還在不在，當時做那 10 年，到底大家經驗是怎麼樣，例如以急診來說，那時候為什麼

會由急診做，是因為那時候澎湖有緊急就要 call，那他們會在成大就找一個人，因為我那時候 young V，所以就找我，然後我第一年就寫了一個 paper，190 幾個 275 個 case，負責聯絡那個人其實拿刀沒辦法也辛苦，所以照會的人醫師有錢給付，被照會的人醫師也有有錢給付。

那第二個就是說他資訊硬體系統就是會出問題，當然現在我相信是比較不會，但是那時候有很多問題，所以技術 support 的該怎麼辦，不只是說錢的問題啦，就是說有一些細節的要講好，例如說你是不是跟單一的醫療院所簽約，還是你可以跟很多院所簽約等等，這些事情是可以詳細來講，。那遠距醫療我覺得對偏遠地區是非常重要的，我覺得是值得去往前走，以上。

主席

好，謝謝。再來陳院長。

陳院長志強（羅代表永達代理人）

我想表達的是，我覺得每次遠距醫療的會診，不管是急診還是會診，我建議支付點數要拉高，但是我認為這樣會診的頻率，理論上要監控，因為它不應該很高，大家不要忘記我們醫學系畢業，考上醫師執照的時候，不是只考我們原來的次專科，我們是全部的科都要考，所以理論上我應該是個不會生產的婦產科，不會開刀的外科，所以真正需要會診的，應該是說透過會診應該去讓在地的醫師，他的能力越來越好，那既然是這樣，那每一個會診都是很珍貴的，所以應該支付給多一點，但是頻率反而要注意，不要很高，因為怕的是什麼，大家都不管了，反正看這個會那個，看那個會這個，就變成很多便宜的會診，這是一個很沒有效率的治療效果，這是我的建議。

主席

謝謝陳院長。請李醫師。

李代表紹誠

剛談的是費用問題，我要談的是這會衍生很多我們沒有預期到的醫療責任，這可能會更嚴重，將來如果在這過程中沒有好好的搭配思考會有問題。第二個就是限於哪種狀況的人才適合，是一般門診的 case，還是只有急診，還是一些疑難雜症等等？我想可能要界定更清楚。第三個，就是我們基層在這個領域還沒有討論過，所以也覺得這計畫案是政府立意良好，但能否容許我們全聯會帶回去再進一步討論，跟署裡再請教一些相關有疑慮的部分，以上。

主席

好，謝謝，大家應該都表達了。請梁代表。

梁代表淑政

就是有關計畫的修訂程序，建議比照其他專款計畫之內容，就是屬於支付標準給付項目跟支付標準修訂依照健保法程序辦理，採用一致的寫法。

主席

好，謝謝，請張醫師。

張代表孟源

各位代表大家好，其實關於遠距醫療的計畫，我們知道是根據通訊診察治療辦法，這是法源依據，那是不是說既然法律是規定通訊診察治療辦法，遠距醫療跟通訊醫療，這兩者之間是否把名字合一會不會比較好？署裡面定這個名字的目的是什麼？距離的遠近，是指物理距離的遠近還是病人的就醫遠近？譬如說，假如在台北市，因為沒有電梯的大樓，病人根本走不下來，可能需要 3、4 個人用抬，病人太不方便。這樣的話，距離又不是很遠，但可能需要通訊，這是不是說...

這計畫大家抱以很熱烈的期待，所以這到底是不是不論近距端或是在地端，基層診所是否也可以包括在裡面？這也是可以考慮的，所以這大家都很期待的，尤其是一些高齡化、老弱的或是失能的病人越來越多，剛很多代表也提到居家醫療的病人，尤其署方又希望居家醫療的藥品能否整合，因為我們很多科別，家庭醫師對神經內科等也都是很了解，那是不是說這問題大家都可以討論一下，等到更完備的時候再提到共同擬訂會議來討論。我們全聯會也很願意把這問題帶回去再研究一下，以上，謝謝。

主席

謝謝，請李代表。

李代表飛鵬

第一次發言，有關遠距醫療的計畫，Telemedicine 現在是非常火紅的，聽說美國有間公司漲得不得了，顯然在這次的肺部感染變成很大的趨勢。我跟大家分享一下，我過去在萬芳醫院時，有被要求要做遠距醫療，我們要做最主要是萬芳醫院隔壁就是海巡署，海巡署最大就是有遠洋漁船，這些遠洋漁船的船員如果在船上生病，他們沒辦法救醫時，海巡署需要派一艘船過去將病人接回來或是判斷是否要送到就近港口。當時海巡署就是希望能用個電線，就跟電台那樣，就是看一個 case 收 1 千，事實上他隨時都會有狀況，所以需要 24 小時的人來協助他，當然我們其實是義務給他做，我們就把緊急醫療組合在一起比較好。這最後為什麼還是沒有辦法完成，第一個就是代表剛提到的法律的問題，因為我們的資訊沒有辦法得到很完整的病人資訊，做一個判斷如果錯了，如果做一個判斷這人不需要派船去，萬一結果死了要告我們，我們醫師要怎麼做決定。雖然做一次會診 1 千元好像很多，可是事實上是一個醫師 24 小時一個團隊在那邊待命，其實不划算。所以最後我們撐個一、兩年就沒辦法再撐下去，因為急診室也沒人力。

所以遠距醫療，事實上第一個可以節省病人的交通費，或是剛代表講的樓上搬下來，這些救護車的費用就很多了。第二個，不會讓病人轉來轉去浪費很多的檢查，因為專家第一眼就告訴他怎麼樣。所以我覺得遠距醫療如果實行，應該可以替健保省下很多錢。但是我覺得就是剛代表提的法律問題，健保署可否建立一個遠距醫療的法律，讓大家很完備，不只是急診跟離島，事實上，住在公寓沒有電梯的人，也可以會診，各級醫院、各級醫師事實上都可以會診。所以我覺得在做這件事情，是不是有辦法先擬一個計畫，找相關專家把這個遠距醫療的法源、SOP 跟各項能夠替健保署省錢，也順便擬一個可以做立法的機關，因為遠距醫療是一個趨勢，這當然是 Pilot Study 我沒有做過，所以也許也會有很多問題會出來也是一個可以作為參考，以上。

主席

請謝代表。

謝代表景祥

這遠距醫療是很好，也是一個趨勢，但是我是覺得這邊應該再稍微細緻一點，這樣才能真正對病人有幫忙。第一個，就是剛提的法律問題，這個會診的人會怕怕的。另外一個實際上問題，譬如說這地方限縮本保險特約區域醫院、醫學中心，那今天我是地區醫院我是骨科醫師，我很多病人在阿里山上開過刀，假如他們在阿里山上摔一跤，在阿里山上衛生所照了 X 光片，他們想把 X 光片傳給我會診，這是不行的。他必須傳給不是幫他開刀的醫師會診，這好像也是怪怪的。或是說他可能平常在某個眼科診所看，他阿里山上的醫師不可以把他的病歷傳給看眼科的診所會診，這也是怪怪的。因為這基本上，遠距醫療其實就是遠距會診，在地的醫師，這其實稍微有保障，在地的醫師至少跟遠距會診的醫師，醫師跟醫師間的溝通再跟病人解釋，可以減少一些醫療糾紛，但是也很難說完全避免。能用一個熟識的醫師，我

覺得這點倒也不需要把他排除，不要排除是那個層級，但是對於那些情況可以來會診，必須要滾動式的檢討，到底是什麼樣的 case、什麼樣的情況，可能要新的制度、必須滾動式的檢討，才能達到他的效果，以上謝謝。

主席

謝謝謝代表，以上大家有沒有意見？請醫管組先回應一下。

李組長純馥

謝謝大家的指正。根據代表們提到的內容我歸納幾點，第一個是預算來源，因為大家提到在地端的醫療會不會使用到總額費用。第二個是在地端本來有提供醫療服務，只是當地若有需要較專業的醫療需求，就需要有專科醫師。我們本來設想在偏鄉需要眼科的門診，但當地沒有眼科醫師提供醫療服務，這時候遠距醫療就可以提供遠端眼科醫師的照會，因此原本就要提供的醫療服務，當然在原有的總額裡。可是這個計畫的誘因是給遠端會診，因為是再多一個 plus，也就是醫師對醫師，所以遠端的部分是由這個會診的概念去支付，這是第一種。另外一種是，這個診本來就開在遠端，只是當地有診次，是有當地醫師也在評估病人病情等，然後與遠端醫師一起診治這個病人，所以有診次的費用。基本上這個誘因是針對會診及診次的費用，由這個醫院支應。原來他在醫院端，譬如說 IDS 本來就有看診，是以 IDS 的費用支付，概念上是這樣。

第二個是執行模式，確實 Telemedicine 包括 APEC 會議其實也都在討論這個問題，因為針對偏鄉 off-shore island 離島的醫療確實出現很多方案，包括 COVID-19 的衝擊，也讓大家開始思考醫療可不可以改為不接觸的方式來提供服務，以減少感染的風險。可是原來在議定預算時，還沒有發生 COVID-19，當時我們設想的是「遠距醫療」不是「通訊診療」，也不是各位代表們想像的 COVID-19 的醫療。因此概

念上的遠端會診模式是以偏鄉需要的專科診為主，原則上由在地醫院提出執行計畫，經過分區業務組審查及核定才能開始執行計畫，而並非今天院所想要開設遠端視訊門診就可以看診。

至於各位代表提到的居家醫療、居家照護可不可以透過這樣的模式來看診，這部分需要回到居家醫療整合照護計畫再討論。在今天討論的遠距醫療，希望能夠與居家醫療整合照護計畫切開。目前先踏出第一步，先針對醫師看診的部分，至於護理師或藥師的部分，可能要另案處理，而且當時的預算也沒匡列。

第三個是法源，原則上以「通訊診察治療辦法」為主，「通訊診察治療辦法」第4條有提到限定區域，基本上我們不會比他更廣，我們一定在法規下執行，所以謝謝吳代表的提醒，我們回去會核對。不過原則上，我們現在能開的區域，不會跳脫醫事司的規定，因為醫事司的「通訊診察治療辦法」範圍更廣，範圍包括家醫的病人、出院後的病人，基本上我們的給付沒那麼廣，因為目前在健保給付上總是比較審慎一點。

另外，大家在意服務提供者的資格，目前遠距端提供者只有區域級以上的醫院，我們設計的概念是專科門診，或許有些偏鄉地區無法提供這麼多的專科。我們很謝謝地區醫院或是基層院所都願意投入這個服務，放寬這個資格，大家應該是沒有太多的意見。只是我剛剛有提到這個計畫是需要 committee 審查，今天通過的計畫是院所要提供醫療服務時，還是需要先提一個 proposal，由分區業務組審查。因為提供這樣的醫療，第一個擔心品質，第二個擔心醫療糾紛等，所以我們還是要做相關的 review。所以遠端跟在地端若要開放層級，尊重代表跟主席決議。

再來是滾動性檢討，我們健保署的制度一直都是採滾動式檢討，甚至在這計畫裡面，我們都期許自己要先 review 那些條件。如果大家

覺得這些監測指標跟管理機制不是很妥善，計畫甚至都還訂有退場機制。如果你開一個專科診，每天看不到 5 個人，就像李代表講的這樣成本會很高，成本高又看不到病人，不妥適。所以基本上是希望看到開一個專科診之後，他的診次的費用。至於支付標準的部分，尊重代表意見及主席裁示，這部分我們都可以配合做修正，謝謝。

主席

基本上，討 2-4 的計畫目的是提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性，所以是本計畫的目的。在地端應該是限於山地離島、偏僻地區，因為當地專科醫師不足，如果民眾需要看特定專科就要從山地離島、偏僻地區奔波到都會區才有辦法看診。為了要縮短這個就醫障礙，於是開放山地離島或偏僻地區的院所可以尋找合作的醫院，合作的醫院可能是地區醫院、區域醫院、醫學中心，由在地端的院所跟合作醫院簽約決定什麼專科可以遠距醫療方式，當然也要有遠距設備及時間的安排。此計畫下，在地端如果真的有門診的病人有這樣的需求，大家就照兩邊簽訂的合約，直接執行遠距會診。

剛剛有些代表提到居家醫療的部分，居家醫療個案許多因為是都會區，我們再另案研究。但是本案的遠距會診，指的是兩邊都有醫師，只是在地端的專科醫師不足，譬如偏遠地區有家醫科醫師，現在有眼科病人需要照會，於是要找一個眼科醫師協助診治病人，由遠距端的眼科醫師共同診療後，還是由偏遠地區院所依據遠距端的醫師 order 記載病歷。因為病人是跟著病歷走，提供的醫療服務都記在病歷，也由偏遠地區的院所提供服務，概念上是這樣。所以剛剛代表建議比較廣泛的部分，跟本計畫的目的就有點限縮。

剛才組長說要提 proposal，是實施遠距醫療合作之雙方一定要先講好。以長庚為例，他可能可以供應五個點，那也是 OK 的，就是有五個鄉都找長庚醫院來做遠距會診，長庚可以一對多，或一對一，都

可以。但是要事先講好，這是有事先安排的遠距會診，而不是隨機的，這樣才可以把那次的會診做好。

所以剛剛講的幾件事情，就是開放在地端，在地端一定是限山地離島或偏僻地區，但是遠距端也就是照會端是全面開放，醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層都可以，只要大家講好合作，因為基層也有很多專科醫師，開放的是專科診，所以就請醫管組把遠距端之院所層級全面開放。

預算是在地端由原本的總額支應，遠距端就是支援端由這個專款支應。換句話說以前是一個醫師對一個病人、一個門診，現在是兩個醫師對一個病人，遠距醫師的費用用其他預算的專款支應，概念上是這樣，所以需要大家提 proposal。至於是什麼樣的狀況可以遠距會診，就由在地端專業判斷，我們就不再做任何限制，但是限專科支援。

李代表提到會不會有醫療糾紛的問題，這件事情當然就是要想清楚，在地端的醫師跟去照會的醫師，這就是第一步，可能要先試試看。但是我覺得李副校長講的很好，就是法律關係，或許一年之後可能要透過委外研究，即透過法律的研究釐清。

陳院長剛剛有提到是不是要監控不必要的會診，我們會監控。剛剛有提到支付點數，大家好像都不滿意，剛有人說 500 點，500 點大家可不可以接受。請朱代表。

朱代表益宏

第一個我們要反映一下，因為遠端雖然開放，但是在地端並沒有，譬如說恆春就三個機構，三家醫院三家地區醫院，恆春鎮其中一家是公立醫院，另外兩家是私立醫院。在地端，意思就是只能那家公立醫院做為在地端，其他醫院...你的在地端沒有開放。因為你的區域是恆春鎮整個包括。在地端你是限衛生所跟公立醫院。所以我就舉一個例

子，恆春鎮是你們開放的範圍之內，當地三家地區醫院，不同的鄉有不同的衛生所，所以就只有部立恆春醫院可以做在地端，其他兩家有需求就做不到啊。原來在恆春基督教醫院看了婦產科，請她只好到部立醫院去看，這也不通吧。所以我才講說地區醫院事實上是遠端跟在地端都有這個需要，拜託主席，是不是在地端這邊，也能夠開放在地的地區醫院。因為事實上我剛剛講的大概 370 家地區醫院，很多是散佈在偏遠的山地離島地區，可能那個山地離島地區就這麼一家地區醫院，很多是這樣，如果你把他排除，變成只有在地的衛生所能夠做在地端的話，這樣我覺得太狹隘。所以拜託主席是否可以予以開放。

第二個，剛剛大家提的醫療糾紛法律問題，我覺得這沒有辦法釐清，而且這個責任是遠距醫療辦法，就是在醫療法也要做認定。但是我是建議說既然要提 proposal，裡面一定要訂定遠端跟在地端的醫療糾紛的部分，在做為計畫審查的時候要去看一下。以上謝謝。

謝代表景祥

我是建議這個題目，其實「遠距醫療」會引起誤會，改成「遠距會診」可能比較好。

紀代表志賢

關於法定的問題，因為他有不同的模式，我們可能要去分說，我是遠端我是一位醫師，因為不是我的專業，我照會醫學中心、區域醫院、地區醫院的專家，那這醫療責任當然是我要負責，因為我是醫師我是開處方的人。那有些地方是沒有醫師的，可能就是專科護理師、可能是 EMT，這時候我在遠距離這個醫師，我下的指示，所以這兩種情況不太一樣，所以在我們這邊應該是沒有問題，就是遠端的醫師要負責。

主席

現在遠距醫療，醫事司那邊還有另一個計畫是在試辦 NP 及醫生合作的模式。這個計畫講的是醫師對醫師。請李副校長，再來王醫師。

李代表飛鵬

我第二次發言，我想這個偏遠資源不足跟離島地區遠距的部分，基本上是要提高醫療的品質，而且是這個遠距端的醫師他還會選擇會診，有適當的能力當然要會診他，他方便性、可近性更高，他如果有問題的時候，他就會送給他去處理，所以我認為在地的地區醫院應該要列入，因為他最方便，他也知道他有沒有能力，所以就近來彙整他，我覺得是一個好事情。地區醫院如果剛好有一個皮膚科醫師，這個不會看皮膚科，他彙整他，地區醫院當然也可以做這件事，而且還可以送給他。所以我覺得在地的地區醫院應該可以列進去，因為本來就兩端他們要選擇，譬如我們也會選擇找比較好的，所以我覺得在地的地區醫院也可以列入讓醫師去選擇，不要讓他一開始就限制。

主席

沒有，我們現在是全面開放。遠距端的全開，連基層都可以。在地端若是地區醫院亦可以。純馥組長這邊要再說明一下「通訊診察治療辦法」的地區。

李組長純馥

因為我們講的遠距端是指支援端，支援的人是哪一類院所，原則上只要有專科能力，應該問題不大。可是依照「通訊診察治療辦法」第 4 條，其實對於山地離島、偏遠地區的指定醫師要有幾個條件，第一個是該地區衛生所、衛生室或公立醫療機構的醫師；第二個是執行主管機關或其所屬機關有關山地離島地區醫療品質提升法定所定醫療機構的醫師；第三個是其他經直轄市或縣市主管機關指定的醫師。

原則上為什麼我們在在地端沒有寫得這麼廣，是因為限於這個法

規，基本上法規已經有限制，並沒有像大家講的這麼廣。因為他是法遵，是上位法規，所以就沒有逾越原來法規定義上所寫的。當然如果要去修正，是可以與醫事司溝通及討論。不過原則上因為計畫初期預算也有限，所以我們當時是依照法規的規定去訂定在地端是誰可以提供服務。

我們會提出這個概念，是因為 IDS 有些專科醫師確實要到偏鄉地區，IDS 計畫要派駐醫師去專科診確實是有困難，有一些醫師在派駐上的困難，我們想解決這樣的問題。當然我們也知道衛福部是一體的，這部分可以再去思考。初期我們也想說要把地方政府主管機關納進考量，所以有一個類似評選委員的概念審查這個計畫。我們這個計畫只是先公告一個概念，proposal 進來後都還要跟當地衛生主管機關共同審議，以上。

主席

謝謝。請朱代表。

朱代表益宏

所以剛剛念的通訊診察治療辦法第 4 條第三個經其他地方主管機關指定的就可以，剛剛組長有講政府是一體的嘛。所以我覺得地區醫院事實上有這樣的需求，如果說能夠把他列在在地端，透過醫事司那邊去溝通，那就變成縣市主管機關，因為如果審議過了，縣市主管機關就會核定，但是你現在方法不放，他就完全沒有機會。我剛剛講事實上就有很多偏遠地區或是山地離島地區，他在那邊就是地區醫院，他醫療資源事實上是缺乏的，就是某些特定的專科是不足的，你又不給他開放，只限定衛生所或是在地的公立醫院，我覺得這樣不好，所以才拜託主席是不是在在地端也能開放地區醫院，如果他真的有需要，他也不是說來就可以隨便做，還是要經過審議，主管機關他也會一起審議是否有這需要、有這能力。但是你這邊不列入，就算當地覺得有

需求，他也放不進來，以上。

主席

請王醫師。

王代表宏育

剛剛講到法律問題，我想第一個就是怎麼樣都沒有辦法避免，剛有講到理論上是在地端醫師要負責，但是如果遠距端醫師看片子看錯了，教錯了，那大家都有責任。所以也不一定是一定是在地端的醫師要負全責，因為這個現在都會留下紀錄，這是我的看法。

第二個剛朱理事長講的，恆春在地端的私人醫院，他當然可以求救，所以可以納入在地端。那這樣恆春的診所更可以求救啊，所以理論上，就講不完。醫院都可以變成在地端，偏鄉的診所當然也可以變成在地端。所以我認為說這個辦法都很好，但是都有很多問題，所以是不是要大家再想得更清楚一點。

主席

謝謝。請雪玲。

黃代表雪玲

我想請教退場機制，不是有衡量指標嗎，若小於5的話就要退場。假設我接了三家衛生所，我同一天看3個衛生所，都做遠距，如果我每個鄉都剛好接3個，對我來講我看了9個，可是對這三家衛生所是不是不及格？這樣子...我們可能集中同一天來，對我們遠端可能可以不會浪費人力，但對鄉鎮衛生所每天只有3個到最後會不會被判不及格？我想問一下退場機制，他還有寫到要考量、要跟全國指標比，所謂這裡的全國平均值，是指有參加遠距的機構來做平均值做比較，還是跟所有不管有沒有參加的全國平均值來做比較？譬如說急診的指標，

也許診所沒有急診，那這急診的指標是要看誰？是看我遠距端，還是在地端？那是看同儕？還是全國？也許醫學中心會比較希望用醫學中心的平均值當指標，若用全國的指標可能會對我們也許不公平。

再來是討 2-6 這個遠距端，在申報時候要申報就醫序號，可是健保卡在對方端，所以我們可不可就醫序號這地方用代號統一，譬如像 IC07，因為你們案件分類是 07，我們是不是可以用代號直接代表，不要用就醫序號，因為不知道健保卡的卡號。

主席

請吳代表。

吳代表國治

剛剛大家一直提到恆春，其實我很納悶，為什麼一直要把恆春放進去，因為我剛有提過，全聯會已經比對過就是差一個恆春，所以恆春擺進去就違反了通訊診療辦法的範圍，這是第一個，所以可能釐清就大概不成問題了。

第二個，通訊診療辦法第 4 條，是指遠距端的意思，現在這個遠距醫療，提出來的辦法，基本上比通訊診療辦法還要嚴格，嚴格地方有兩個，第一個是經過審查，在通訊診療辦法裡面，執行偏遠地區是不用經過審查，只有在三個部分，一個是緊急狀況的部分，一個是所謂的特殊狀況，特殊狀況是要寫計畫的，另外一個是偏遠地區，這個是不用計畫的，所以，這個辦法比他還嚴格的地方是要經過審查程序；第二個就是，我們在地端是要有醫師在的，基本上通訊診療辦法的在地端不見得要有醫師，他有護理人員就可以，所以第 4 條，是指在遠距端這邊的醫師身分，可能在法條上要先釐清楚，當然提出來的這個計畫，我覺得是一個很可行的方法，不過這個部分可能真的需要釐清。

主席

好，謝謝，李代表，最後一位。

李代表紹誠

我還是針對於這個辦法裡面，法律的問題，因為我想，我們在座有幾位都是在地方公會當過理事長的，我們常常在調處醫療糾紛的時候，常常就是因為整個醫療行為所產生的問題，典型的，我想都沒有問題，那如果今天只是彙整一個專科，如果典型的部分都沒有問題，就是非典型的時候，你的判斷上常常會讓這個遠端的醫師會 miss 掉，那後面衍生的醫療糾紛到法院之後，醫師永遠是被法官會 punish 的對象，這是通則，只要到了法院，法庭上，我們醫師大概都是屬於弱勢的，所以在這個情形下面，真的要小心法的部分，因為那是非常嚴肅的課題，因為非典型真的是沒有辦法，你就是再專家再厲害，你沒有任何的儀器或是當時的觸診或理學檢查，你是沒有辦法去作判斷的，但是後面衍生出來，出了人命之後的那個問題才會大，所以我覺得那個中間是要，只是看個皮膚有沒有發炎或怎麼樣，那都還小事，因為牽扯到人命出了問題，那個才會大事，所以提供給主事者參考，以上。

主席

謝謝，請，施代表。

施代表壽全

第一點，我贊成這個計畫改成「遠距會診」，因為遠距醫療應該是醫生對遠方的病人，醫生對醫生是一種會診，概念上應該如此。第二要把在地端的私立醫院、地區醫院納入，如果這個計畫的法源是「通訊診察治療辦法」，那就需要去修改辦法，才能夠推動，在辦法沒修之前，這個計畫是不是就走不下去了？我個人是同意把在地把私立地區醫院納入，但可能要先修改辦法。第三，法律問題，遠距會診跟在醫院裡面，譬如外科去會診內科或婦產科，然後發生了糾紛，到底要負

多少責任，結果都一樣，並不是我們醫生可以決定的。總之，我傾向於先把遠距醫療改成遠距會診，然後修改辦法，才能繼續討論下去。

主席

好，謝謝施代表，然後再來朱代表。

朱代表益宏

剛剛施院長提到的，因為在討 2-5 申請程序就有提到地方衛生主管機關核備函，且通訊診察治療辦法第 4 條第 3 項，即明列有「其他地方衛生主管機關核准機構」，所以這只要地方主管機關核准這個計畫，就適用通訊診療的...剛剛講的除了公立醫院、衛生所或是 IDS，仍有其他機構，其實不違法也不需修法。但是健保署這個辦法不放進去，則地區醫院就算有這個需求他也進不來、健保署不給付。所以我才說，是不是拜託署方，考量在地端把地區醫院放進來。剛剛王醫師提的我也同意，如果診所有需求，如果他有其他病人需要其他科會診也可以放進來，衛生主管機關核准就可以放進來，我覺得這個不應該去設限，設限後只會造成民眾不便，真的有需求，他只能到衛生所去，不是他平常看病的某家診所或地區醫院，但你做了以後，他只能到他熟悉的衛生所或是不熟悉的在地公立醫院，我覺得這造成不方便，不實際。真正處理後，後續怎麼辦，難道你要病人端全部都到衛生所看診，後續治療都到衛生所或是公立醫院？我還是要舉恆春，恆春三家醫院，三家地區醫院其實內部有分工，像恆春陽明醫院主要是外科系統為主，恆春基督教醫院主要是婦產科為主，部立恆春醫院是以內科系統為主。他們原則上有分工，你今天婦產科病人原來在恆春基督教醫院，對不起你不能，真正需要一些高危險或是其他專科，對不起，你要到部立恆春醫院才能做，那有這樣子，我覺得不方便，所以我認為說還是拜託署裡面，在地端也能夠開放區域醫院，因為確實有這個需求，以上。

主席

謝謝。我想今天這個案子大概沒辦法順利通過，還要再做修正，服務提供者的地區也需要再釐清，還有一些報備的程序、計畫名稱需要修正，支付點數也要重新核算。今天就蒐集意見好了，醫管組這邊修正後再重新提案，下次共擬會議再提出來，這個案子就暫且到這裡，接下來第三案。

討論事項

第三案

案由：有關修訂「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」計畫之居家照護「醫師」設置標準案。

王科長玲玲

第三案我簡要的說明，主要是修訂全民健康保險呼吸器計畫居家照護醫師設置標準。現行的居家呼吸照護醫師的設置標準是「由胸腔專科醫師或重症專科醫師或內科專科醫師至少一名（專任或兼任），至少每兩個月一次，每次至少一小時的訪視」。

本案是臺灣兒科醫學會建議兒童呼吸治療的相關專科醫師可以納入計畫的設置標準。經徵詢台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣內科醫學會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣在宅醫療學會、台灣居家醫療學會都表示同意。

這次修訂重點在討 3-2 頁，總共有三點，第一個是把兒童呼吸治療相關專科醫師，如新生兒科、兒童胸腔科、兒童重症科納入呼吸器居家的醫師設置標準。第二個是這些兒童呼吸治療相關專科醫師，居家照護訪視的對象，以「未滿十七歲的呼吸器依賴患者為限」。另外是醫師公會全國聯合會建議，偏遠地區是不是可以放寬只要兒科專科醫師就可以納入居家訪視範圍。為了要提高偏遠地區兒童呼吸器照護的

可近性，我們建議屬「全民健康保險醫療資源缺乏地區之未滿十七歲呼吸器依賴患者」，可以由兒科專科醫師進行居家訪視。本案主要是修訂計畫的居家醫師設置標準，原則上不增加預算，以上說明。

主席

謝謝，本案邀請臺灣兒科醫學會及台灣胸腔暨重症加護醫學會兩個單位來說明，先請兒科醫學會的彭副秘書長。

彭副秘書長純芝（臺灣兒科醫學會）

謝謝。這邊代表兒科醫學會說明，很感謝大家及署的支持。目前還是有非常少數的嬰幼兒在醫院住院重症後，轉為長期居家呼吸器照護。現行我們各家醫學中心確實有少數醫師會為了自己的病人，是以做義工的方式，隨居護所的呼吸治療師一起去訪視一至兩次，以確認寶寶是安全的。這樣的狀況也帶給居護所一些困擾，因為居護所也沒辦法申請給付。所以我們才希望在提升嬰幼兒呼吸器的居家照護品質時，可以申報給付，因為使用呼吸器的嬰幼兒有需要很多很多的關注。這邊很感謝所有的學會給我們的支持。

只是唯一想詢問的是在年齡的限制上，因為我們兒科對兒童的年齡認定比較常用的是十八歲以下，不曉得健保署的給付規定是採未滿十七歲或十八歲以下？在常態上有沒有一致的說法？因為這還是差在一點點，所以不曉得有沒有其他對兒童的給付是採用十八歲以下，還是都是採用未滿十七歲。希望這部分是能有一致的年齡介定。其它的我們沒有意見，謝謝所有代表的支持，也希望大家支持這案，謝謝。

主席

好，謝謝。這部分請醫管組先說明。

李組長純馥

因為居家呼吸器照護是延續呼吸器收案的條件。原來呼吸器計畫只收十七歲以上病人，當時開放兒科是有特殊原因，因為有一些腸病毒重症或是罕見疾病的兒童後續需要照護才納進計畫。所以那時候就以十七歲作定義。所以跟您解釋這要回到計畫的本身，謝謝。

彭副秘書長純芝（臺灣兒科醫學會）

好，這樣沒關係，就順著計畫走就好了。

主席

好，那這個案子大家還有沒有意見？請，李代表。

李代表紹誠

請問原來在做的十五歲、十六歲在做兒童但不是兒科醫生的人？

彭副秘書長純芝（臺灣兒科醫學會）

他們還是可以看兒童，應該是我們可以參與，但是我們沒有反對胸腔科等繼續參與。

李代表紹誠

OK。

彭副秘書長純芝（臺灣兒科醫學會）

我們沒有要介入這一塊，我們只是想要對嬰幼兒在早期發展階段，除了呼吸器還有很多面向要去留意照顧，我們想要提升他們的照護品質。

主席

好，那大家還有沒有意見，請，陳院長。

陳院長志強（羅代表永達代理人）

我本身是胸腔科醫師，然後我也長期參與，所以兒科醫學會提的這個案子，我很同意兒科醫學會的見解。其實他們的主軸應該是在比較小的小朋友，而且是那種先天性的。這些在發展過程中有比較特殊的專業性，所以其實我們是非常支持的。

主席

好，謝謝，那大家還有沒有別的意見，好，沒有意見，本案就通過，最後一案。

討論事項

第四案

案由：有關新增轉診支付標準之同體系院所名單案。

王科長玲玲

第四案是轉診支付標準，醫師公會全國聯合會增加同體系的院所名單，這次來增加的同體系院所名單，總共有 6 個體系 17 家院所。這些名單，經過北區業務組進行瞭解，因為大千的醫療體系的相關院所，含大千總共有 6 家院所，沒有提出具體的理由跟相關證明，北區業務組就按照醫院網頁刊登的診所訊息，或者是提供的網頁連結，診所醫師到醫院支援或隸屬醫院的護理之家跟診所的位於同棟大樓的這些內容去認定是屬於同體系院所，其餘的就按照院所回復的說明來判定，都是非屬於同體系院所，所以這次我們大概會新增大千體系的同體系院所名單。那其實大千體系在原本的同體系名單就有，我們只是會把這次新增的 5 家，就是排除掉大千，會再併進去，所以這次修訂完以後，我們原本同體系醫院大概是 269 家，再新增 5 家總共會是 274 家。如果獲得同意，我們就會修訂，公開在我們的全球資訊網，以上。

主席

好，這個部分大家有沒有意見？請，李代表一定有意見。

李代表紹誠

沒有，最後他們都跑了，我得留下來說明，那因為這個是北區，那我們北區剛剛在禮拜二開完支委會，那麼針對這部分我們有一些看法，就是因為接到通知就是說，要這些診所，去...，承不承認他是同體系的，那回來的，有不承認的，可是我們北區在地的公會通通知道他是同體系，所以他回來是說他不同體系，就像我們其中有一間醫院跟診所中間地下道是通的，他的病人可以從醫院扣卡轉到診所來，病人可以從地下室送過去的，結果他不是同體系，那這個東西就會變成我們在認定上面就會產生，因為他的回復跟我們地方公會的認定是有很大的差距，所以這中間，是不是有其他各區有什麼樣的問題，我們也不知道，但是我們還是希望以公會，我們冒著這樣的一個在當地被 challenge 的黑名，但是這中間就失去了我們真正原來想好好落實分級醫療這樣的一個事情，所以我們大概不論是全聯會或是北區，我們對這個事情這樣的一個意見，以上。

主席

好，這個意見是這 5 家有些人不承認是同體系，可是公會認為是同體系，那這個要由誰來認定？

李代表紹誠

我們決定是由公會來認定。

主席

公會來認定，公會認為這 5 家都是同體系，現在是確定？

李代表紹誠

我們有人認定「是」，那有人認定「不是」。

主席

那這怎麼辦呢？

李代表紹誠

所以...

主席

因為這個差別在於同體系不能申報轉診費。

李代表紹誠

是的，所以是不是容我們回去之後，我們北區再確認。

主席

是。

李代表紹誠

那我們如果是就是，不是就不是，這樣的態度來做。

主席

我們尊重，但是其他分區還留下來的代表同不同意他們的做法？其實你說這個簡單也簡單，嚴肅也嚴肅。一旦認定是同體系，互轉就無法申報費用，所以也是要審慎，避免糾紛。公會這邊如果願意承擔協助認定是同體系，當然我們就尊重，其他分區的代表接不接受由公會來認定，其實對我們來說，也很難認定，因為是不是同體系，可能是額外的法律關係與特約沒有關係。所以公會願意幫我們認定，我們認為是可行的，請，紀代表。

紀代表志賢

我覺得最了解地方事務的，就是公會，那是最接近事實的一個單位。

主席

所以紀代表也認為公會是可以認定的？

紀代表志賢

而且全國都可以這樣，那如果認定上真的有什麼問題，我們再提出來討論。

主席

OK，好，請，陳院長。

陳院長志強（羅代表永達代理人）

我想請問一下，因為如果公會認定就是的話，那需到這個共擬會議上再作確認嗎？我想請問的是這個問題。

主席

要，因為我們要核備。

陳院長志強（羅代表永達代理人）

所以是公會提議，而不是公會認定，因為這是不太一樣的。

主席

公會認定也是到會議讓大家再確認，然後決議，請，李代表。

李代表飛鵬

第三次發言，我覺得這個公會認定好像是在地區就知道，但是我覺得認定完了以後，如果是他們有關係，他們應該跟健保署來切結，他們真的跟他不是一個...

主席

你是說，這些診所要來切結？

李代表飛鵬

對啊，如果...。

主席

還是公會要來切結？

李代表飛鵬

診所要跟你領錢啊。

主席

診所跟公會不太一樣意見的時候，誰要來切結？

李代表飛鵬

沒有，公會不管怎麼認定，如果公會他們認定是...。

主席

那就是公會要來切結認定。

李代表飛鵬

不、不、不，如果說我們，因為這個東西，公會跟診所有一點灰色的地帶的時候，健保署因為是付錢的單位，你怕付錯錢或者是他領錯錢，他自己要跟健保署切結，我真的跟這家醫院沒有關係。

主席

可是公會認定他有關係。

李代表飛鵬

如果公會上認為他沒有關係也一樣，有灰色的都來切結是有關係還是沒關係，查到的時候就有點 little program，因為涉及錢溢領的問題嘛。

李組長純馥

這個是院所覺得他跟醫院沒關係，公會說他們兩個有關係，所以當然診所會想要跟你切結，問題是公會覺得他們是有關係的。

李代表飛鵬

但是如果說他有問題的時候，就告他詐欺。

主席

對，所以這個關係是什麼關係，是到什麼程度的關係？這個也是一個程度問題，有關係大家都是親朋好友。

李代表紹誠

因為我們有討論，就是這個診所，他回復說他跟他沒有關係，那他要切結，因為他到最後他如果真的有關係，他涉及就是詐欺，法律的層級。

主席

所以是診所跟公會去切結嗎？

李代表紹誠

我不知道，在法律層面我不知道該跟誰切結，但是我剛講這個案例就是說，他醫院跟診所地下室是通的，那這個已經夠清楚他是關係了，他的病人可以從醫院轉到基層來看，病歷也可以從醫院轉到基層，那看哪邊有利，他就往哪邊走，那這個東西說他沒有關係，我想，這說不過去，但是有些確實是，我們沒有辦法去查證，因為他的金流，

他們所有負責人都是獨立的，除非誰有法律的公權力去介入他的金流，就知道他有沒有關係了，可是我們沒有這個能力，也沒有這個權力，所以我們只能夠說，我們在地公會，大家都知道，只有他不承認，大概只有這種案例而已。

主席

你們是不是確定要再帶回去做確認？好，既然是公會要協助認定，而且要再帶回去，我們今天就不通過了，下一次再提出來，請，朱代表。

朱代表益宏

這個案子我覺得當然公會回去再做一個確認，但還是要在這邊再討論啦。

主席

對。

朱代表益宏

因為不能說公會認定他是有關係，硬要認定，我們也不會同意，這個其實公會會提出這個，就是總額的問題，認為你是門前診所，然後要吃醫院總額的概念嘛，那我覺得站在醫院總額的代表，立場當然也認為茲事體大嘛，因為你這個牽涉到總額切割的問題，到底他的服務量是歸基層總額，還是醫院總額，這個茲事體大，所以我才說，全聯會認定以後，我覺得還是要在這邊討論啦，那不能他單方面認定以後，我們就說他是同體系，以上。

主席

好，謝謝，還是再提會討論，請，黃代表。

黃代表雪玲

來來來，我來正直誠信一下，討 4-5 頁，台大體系那個地方，沒有寫到台大生醫，我們去年 12 月有一個生醫，那這個討 4-5 頁下面這裡台大體系，你們沒有把我們列在名單，不過我們一筆也沒有跟你們請。

主席

好，請補進去。

黃代表雪玲

所以我們正直誠信一下，加台大體系有一個新竹生醫。

主席

好，謝謝，我們就加進去，今天討論提案大概到這裡，請問有沒有臨時動議？如果沒有，今天會議就到這裡，非常謝謝大家，謝謝。