

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

108 年第 1 次會議紀錄

時間：108 年 3 月 14 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

李代表偉強	廖秋鐳(代)	詹代表永兆	顏良達(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	(請假)
潘代表延健	潘延健	許代表世明	(請假)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
林代表淑霞	林淑霞	賴代表振榕	賴振榕
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	林代表鳳珠	(請假)
謝代表文輝	謝文輝	郭代表素珍	許美月(代)
謝代表武吉	謝武吉	廖代表大富	杜俊元
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	紀代表志賢	紀志賢
林代表恒立	林恒立	施代表壽全	施壽全
王代表宏育	(請假)		
黃代表振國	黃振國		
賴代表俊良	賴俊良		
張代表孟源	張孟源		
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

衛生福利部醫事司

吳淑慧

衛生福利部社會保險司

周雯雯

衛生福利部全民健康保險會

邱臻麗、方瓊惠

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年

中華民國牙醫師公會全國聯合會

邵格蘊、潘佩筠

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

吳明訓、宋佳玲

中華民國醫師公會全國聯合會

陳哲維、吳春樺

中華民國藥師公會全國聯合會

洪鈺婷

中華民國護理師護士公會全國聯合會

梁淑媛

台灣醫院協會

鄭禮育、吳心華、林佩荻

中華民國心律醫學會

馮安寧

臺灣病理學會

賴瓊如、郭冠廷

社團法人先天性成骨不全症關懷協會

程健智、林榆芬

台灣在宅醫療學會

李懿軒

本署臺北業務組

余千子、方淑雲、楊淑娟、

李幸諭、林育如、洪婉婷、

邱巍如、陳淑華、王豫馨

本署北區業務組

廖智強

本署企劃組

姜晴

本署醫務管理組

李純馥、谷祖棣、林淑範、

王玲玲、韓佩軒、鍾欣穎、

林右鈞、許明慈、簡詩蓉、

鄧家佩、楊瑜真、林美惠、

沈瑞玲

一、主席致詞：略。

二、報告事項：

(一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議議事規範說明及調整 108 年召開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時程案。

決定：經會後調查，暫定會議時間如下表，請代表預留時間。

會議名稱	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會
會議日期	108.3.14 (星期四)	108.5.9 (星期四)	108.7.25 (星期四)	108.11.22 (星期五)	視必要 再預約日期

(二) 修訂全民健康保險中醫急症處置計畫。

決定：洽悉。同意調升 P61002「中醫急症處置費」支付點數由 354 點為 500 點，修訂內容詳附件 1，P6~ P15。

(三) 修正支付標準第三部「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」文字案。

決定：洽悉。同意牙周計畫案件分類代碼由 15 修正為 19，詳附件 2，P16~ P17。

(四) 修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)」報告案。

決議：同意修訂，修訂重點如下，詳附件 3，P18~ P59。

1. 本計畫修訂重點摘要如下：

- (1) 居家醫療病人之整體照護需求，由居家西醫主治醫師整體評估，必要時再連結牙醫師、中醫師、藥師等其他醫事人員服務。
- (2) 新增醫院院外醫師、牙醫師及中醫師配合出院準備服務到院評估居家醫療服務需求，可申報訪視費。
- (3) 新增夜間及例假日緊急訪視加成，針對病人生命徵象不穩定等 8 項適應症之緊急訪視，給予加成 40%~70%；如訪視時間跨不同加成區間逾 30 分鐘，以較高加成區間計算。
- (4) 新增牙醫師、中醫師及藥師訪視服務。另明訂口腔治療項目

之塗氟及牙周暨齲齒控制基本處置，需併同牙結石清除執行。

- (5) 新增計畫管理措施，如 6 個月內未完成用藥整合之病人（不含安寧療護階段）應予以結案、無意願提供服務院所之退場機制等。
 - (6) 增修本計畫觀察指標與品質獎勵措施。
 - (7) 修訂西醫師每人訪視次數上限：取消安寧訪視之權值，即每月安寧訪視次數上限與居家醫療訪視一致，以 180 人次為限；增訂每日訪視人次以 8 人次為限，惟緊急訪視不納入計算。
2. 前次會議護理師公會全聯會建議新增護理人員陪同醫師訪視之費用，因醫師訪視費所訂點數內含護理及相關服務成本，爰本項不予新增，醫師訪視費內含護理費之呈現方式，列入計畫研修參考。
 3. 前次會議建議放寬「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之處方專科別限制，以利居家醫療訪視醫師整合病人用藥一節，另案召開會議研議，並依會議決議調整品質獎勵措施之操作型定義。
 4. 本計畫修正前已參與之照護團隊，無須重新申請參與，惟應建立牙醫師、中醫師、藥師之聯繫窗口，以利連結服務。

三、討論事項：

(一) 108 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「經皮移除心臟內電極導線」等 3 項診療項目。

決議：同意增修訂內容如下，詳附件 4，P60~P62。

1. 新增「經皮移除心臟內電極導線」（支付點數 36,963 點）及「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)」（支付點數 8,252 點），共二項診療項目。
2. 成骨不全症患者申報 33064B「X 光骨骼密度測定」取消每人終身檢查 3 次之支付限制，並規定檢測間隔時間應為 1 年以上。

(二) 有關修訂轉診支付標準案。

決議：

1. 來函聲明非屬同體系之 11 家醫院 (詳附件 5, P63), 自 108 年第二季起如執行轉診, 可申報轉診支付標準。
2. 各分區業務組蒐集之同體系院所名單 (詳附件 6, P64~P72), 後續請各分區業務組協助再次確認名單後, 提下次會議報告, 並自 108 年第三季起不得申報轉診支付標準。
3. 取消出院病患下轉至居家護理所之轉診支付。

四、臨時動議：無。

五、散會：下午 17 時 00 分

全民健康保險中醫急症處置計畫

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

針對急診常見病症，藉由中醫介入處置，減輕急診壅塞，減少病人反覆進出急診或滯留於急診觀察區。

三、適用範圍及收案條件：符合下列疾病適應症之急診病人，經急診主治醫師評估需中醫介入處置，且徵詢病人同意者。

(一)眩暈

1.適應症：ICD-10-CM前三碼為R42、H81。

2.排除急重症與危急病人。

(二)急腹症(腸阻塞)

1.適應症：ICD-10-CM前四碼為K31.5、K56.0、K56.5、K56.6、K56.7、K91.3。

2.排除緊急開刀與危急病人。

(三)胸悶、胸痛、心悸

1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為F41、F45.4、I20、I23.7、I49.9、K21、R00、R07、R12、R53，且符合下列情況之一者：

(1)心電圖為正常竇性節律(normal sinus rhythm)、竇性心律過速(sinus tachycardia)或竇性心律過緩(sinus bradycardia)等，抽血數值無明顯異常需矯正，影像學診斷亦無明顯異常，給予西藥症狀治療仍無法改善，導致仍需滯留於急診留觀或等床者。

(2)確診為特定疾病所導致之胸悶、胸痛、心悸，經西醫治療後症狀仍持續，導致仍需滯留於急診留觀或等床者。

(3)心肌梗塞溶栓治療危險評分(Thrombolysis in Myocardial Infarction risk score, TIMI risk score)大於4分者(其14天內之死亡率大於20%)，應與急診醫師討論，並酌情告知病人或家屬，再斟酌是否治療。

2.排除需接受緊急侵入性治療之病人(註：若經侵入性治療後，病人意識清醒且仍感不適導致須於急診留觀或等床者，則不在此限)。

3.排除生命徵象不穩定、需插管急救及其他緊急處置之病人。

4.排除須立即轉往加護病房之病人。

(四)軟組織疼痛

1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為M54.4、M54.5、M60.8、M60.9、M65.3、M65.4、M65.8、M65.9、M67.4、M70、M75、M76.3、S20.2、S23、S33、S40、S46、S47、S50、S56、S57、S60、S66、S70、S76、S77、S80、S86、S87、S90、S96、S97、L03。

2.排除急重症與危急病人。

(五)經痛

1.適應症：ICD-10-CM前四碼為N94.4、N94.5、N94.6。

2.排除懷孕、急重症與危急病人。

(六)偏頭痛

1.適應症：ICD-10-CM前三碼為G43。

2.排除急重症與危急病人。

(七)癌症疼痛

1.適應症：ICD-10-CM前四碼為G89.3。

2.排除急重症與危急病人。

(八)骨骼、關節相關痛症

1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為M02.3、M02.8-M02.9、M05-M19、M1A、M22-M25、M36.1-M36.4、M43、M45、M46.1、M46.4、M46.8-M46.9、M47-M51、M77、M80、M81、M84.3、M84.4、M84.5、M84.6、M79.6、S02、S12、S22、S32、S38、S39、S42、S49、S52、S59、S62、S72、S79、S82、S89、S92、S43、S53、S63、S67、S69、S73、S83、S93、S28、S38、S48、S68、S78、S88、S98。

2.排除急重症與危急病人。

(九)腦中風

1.適應症：

(1)出血性腦中風：ICD-10-CM前三碼為I61及I62，為非創傷性出血性腦中風，出血性中風指數(Intracerebral Hemorrhage score, ICH score)為0分。

(2)梗塞性腦中風：ICD-10-CM前三碼為I63，梗塞性腦中風到急診時美國國

衛院腦中風評估量表(National Institutes of Health Stroke Scale, 以下稱NIHSS)分數小於6分(不含6分), 未接收靜脈注射血栓溶解劑, 栓體舒注射液(recombinant tissue plasminogen activator, rt-PA, Actilyse)之病人。

2. 出血性腦中風病人, 排除下列情況者:

- (1) 非創傷性出血性腦中風, 排除蜘蛛膜下腔出血、硬腦膜下腔出血、硬腦膜外出血。
- (2) 生命徵象不穩定、需插管急救、及其他緊急處置之病人。
- (3) 接受緊急侵入性治療之病人。
- (4) 立即轉往加護病房之病人。

3. 梗塞性腦中風病人, 排除下列情況者:

- (1) 合併急性心肌梗塞病人。
- (2) 疑似腦出血(包括蜘蛛網膜下出血)病人。
- (3) 生命徵象不穩定、需插管急救之病人。
- (4) 接受緊急侵入性治療之病人。
- (5) 立即轉往加護病房之病人。

四、中醫急症處置照護流程, 詳附件三。

五、評估方式:

(一) 眩暈: 使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale, 以下稱VAS 量表)進行前、後測評估, 並於每次處置後記錄VAS 量表分數。

(二) 急腹症(腸阻塞): 使用VAS 量表進行前、後測評估, 並於每次處置後記錄VAS 量表分數。

(三) 胸悶、胸痛、心悸

1. 記錄病人針灸治療前、後之心跳及血壓。

2. 使用數字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)評估病人針灸治療前、後之臨床症狀改善程度, 以數字量化1-10表示, 最不舒服且無法離開病床為10, 可執行日常活動無不適為0, 並於每次處置後記錄於病歷。

(四) 軟組織疼痛: 使用簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain

Questionnaire, SF-MPQ)進行前、後測評估, 並於每次處置後記錄分數。

(五)經痛：

- 1.使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。
- 2.由中醫進行病案分析與臨床評估。

(六)偏頭痛

- 1.使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。
- 2.由中醫進行病案分析與臨床評估。

(七)癌症疼痛

- 1.使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。
- 2.由中醫進行病案分析與臨床評估。

(八)骨骼、關節相關痛症：使用疼痛評估(VAS 量表)及關節角度評估(range of motion，以下稱 ROM)進行前、後測評估，並於每次處置後記錄 VAS 量表分數及 ROM 數值。

(九)腦中風

1.出血性腦中風

- (1)由中醫進行病案分析。
- (2)記錄病人針灸治療前、後之昏迷指數(Glasgow Coma Scale，以下稱 Coma Scale)。
- (3)記錄病人針灸治療前、後之上下肢近端及遠端雙側的肌力分級(muscle power)。

2.梗塞性腦中風

- (1)由中醫進行病案分析。
- (2)記錄病人針灸治療前、後之NIHSS分數。
- (3)記錄病人針灸治療前、後之Coma Scale。
- (4)記錄病人針灸治療前、後之上下肢近端及遠端雙側之肌力分級(muscle power)。

六、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫急症處置」專款項目下支應。

七、申請資格：

- (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。
- (二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

八、申請程序：

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

九、申請資格審查：

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

十、執行方式：

- (一)醫師應對當次看診病人提供完整之診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。
- (二)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十一、支付方式：

- (一)本計畫之給付項目及支付標準如附件二。
- (二)本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十二、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案

件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「JK(中醫急症處置計畫)」。

3.本計畫之費用與當次西醫急診費用分開申報。

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

十三、執行報告：

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

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

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

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

十七、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險中醫急症處置計畫 給付項目及支付標準

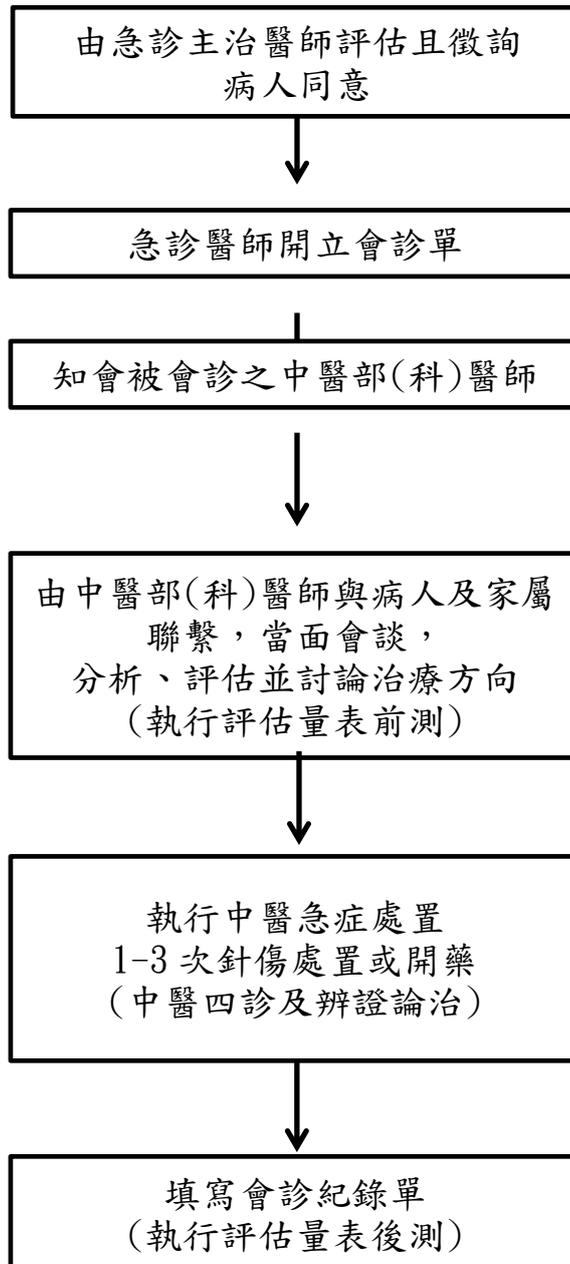
通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 三、本計畫之案件當次不得另行申報「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下稱醫療服務支付標準)之02005B「住院會診費」及第四部中醫各章節之診療項目，且本計畫之申報量不併入該院所原門診合理量或針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、本計畫之案件(同一個案)當次就醫之中醫急症處置費以申報三次為限。

全民健康保險中醫急症處置計畫 支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P61001	中醫急症診察費	521
P61002	中醫急症處置費	500 354
<p>註1：夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成50%、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。</p> <p>註2：每一個案該次急診期間，限申報一次中醫急症診察費(P61001)。</p> <p>註3：每一個案該次急診期間，中醫急症處置費(P61002)以申報三次為上限。</p> <p>註4：藥費及藥品調劑費依醫療服務支付標準第四部中醫第二章及第三章所列項目申報及規定辦理。</p>		

中醫急症處置照護流程



附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一)醫療費用

- 1.申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。
- 2.下列項目費用，不列入計算：
 - (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。
 - (3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。
 - (4)案件分類為159—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。
 - (5)案件分類為19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (6)案件分類為19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。
 - (7)案件分類為A3—牙齒預防保健案件。
 - (8)案件分類為B6—職災代辦案件。
 - (9)案件分類為19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。
 - (10)案件分類為19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)。
 - (11)案件分類為B7—行政協助門診戒菸部份。
 - (12)加成之點數。
 - (13)初診診察費差額。
 - (14)感染管制診察費差額。
 - (15)山地離島診察費差額。
 - (16)牙醫急診診察費差額。
 - (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。

(二)適用鄉鎮：

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

註：

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

(三)前述適用鄉鎮牙醫師如有以下情形，不適用本原則之折付方式：

- 1.該分區已結算之最近四季浮動點值之平均值超過 1.05 元，則該年度該分區專任牙醫師不適用本原則之折付。
- 2.專科醫師。
- 3.該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。
- 4.除第 1、2、3 項所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫門診總額研商議事會議同意者。

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

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

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

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

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

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

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

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

全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)

104 年 4 月 23 日健保醫字第 1040004024 號公告訂定

105 年 2 月 15 日健保醫字第 1050001413 號公告修訂

106 年 3 月 1 日健保醫字第 1060032768 號公告修訂

108 年○月○日健保醫字第 108*****號公告修訂

一、計畫依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、計畫目的

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

三、施行期間

自~~公告日~~108 年○月○日起至 110~~107~~年 12 月 31 日止。

四、預算來源

本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用由其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項下支應，其餘醫療費用由各總額部門總額預算支應。

五、醫療服務提供者資格

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

中醫師、藥師之聯繫窗口，以利連結服務。

(二) 訪視醫事人員資格：

- 1、各類醫事訪視人員以本保險特約醫事服務機構之執業人員為限，提供呼吸照護及安寧療護等居家醫療照護，應具備各該項目之服務資格。
- 2、訪視醫師：須具專科醫師資格；惟經保險人分區業務組審酌區域居家醫療服務資源後同意之醫師，不在此限。
- 3、牙醫師：須為參與「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊醫療服務計畫)之照護院所，且修習在宅牙醫醫療相關課程之牙醫師。
- 4、中醫師：執業2年以上(含)之中醫師。
- 5、藥師：具藥事人員2人(含)以上之特約藥局或特約醫療院所之執業藥師，並經中華民國藥師公會全國聯合會培訓及格，取得藥事居家照護遴選資格證書；惟位處本保險山地離島(附件3)與醫療資源缺乏地區之特約藥局或特約醫療院所，不受藥事人員2人以上之限制。

~~(二)~~(三) 照護團隊應有個案管理人員負責協調、溝通及安排相關事宜；個案管理人員可由醫師、護理人員、呼吸治療人員或社會工作人員擔任。

~~(二)~~(四) 特約醫事服務機構於參與計畫日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；終約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。

~~(四)~~(五) 特約醫事服務機構所屬醫師、牙醫師、中醫師至照護對象病人住家提供醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他醫事訪視人員至照護對象病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當

地衛生主管機關核准及保險人同意。

- (六)符合前述各項資格之照護團隊，由主責醫事服務機構向保險人分區業務組提出參與計畫申請書（附件 2，須檢附具體之照護團隊內、外轉診服務計畫與後送機制）。經保險人分區業務組資格審核同意後，始可參與本計畫；異動時亦同。

六、服務區域

以申請收案之特約醫事服務機構所在地 10 公里之範圍為原則，但~~全民健康保險法所稱本保險~~山地離島地區~~（附件 3）~~與醫療資源缺乏地區，及報經保險人分區業務組認定之特殊情形，不在此限，惟仍應以鄰近之特約醫事服務機構就近收案提供服務為原則。

七、收案條件

- (一)居家醫療階段：~~照護對象~~限居住於住家（不含照護機構），且經照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便者。病人之子女或照顧者、民眾因各種因素無暇接送就醫之長者或幼童等不符合前述收案條件者，如有就醫需求，應循一般程序就醫。

1、失能：指巴氏量表(ADL) 小於 60 分。

2、因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如重度以上失智症、遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。

- (二)重度居家醫療階段：除第(一)項條件外，另應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」（以下稱醫療服務支付標準）第五部第一章居家照護之收案條件；使用呼吸器相關服務之~~照護對象病人~~，另應符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」（以下稱呼吸器依賴患者~~整合性~~照護計畫）居家照護階段之收案條件。

(三)安寧療護階段：除第(一)項條件外，另應符合醫療服務支付標準第五部第三章安寧居家療護之收案條件。

(四)居家牙醫醫療服務：

- 1、本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，經居家西醫主治醫師評估連結。
- 2、出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，經主治醫師評估連結。
- 3、特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明確之醫療醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙（限腦性麻痺及重度以上肢體障礙）、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別）、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙（須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者）等。
- 4、「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之病人。

(五)居家中醫醫療服務：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，罹患癌症、腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷四類疾病，需要中醫輔助醫療協助者，並經居家西醫主治醫師評估連結。

(六)居家藥事照護：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，經居家西醫主治醫師判斷其專業能力無法處理之末期病患管制藥品使用諮詢、特殊劑型用藥指導（例如注射筆針劑型、吸入劑型等）。

~~(四)~~(七)基於給付不重複之原則，行動不便病人患者(一般)居家照護、呼吸器

依賴患者居家照護、末期病患安寧居家療護之收案對象，應自原照護計畫結案，始得於本計畫收案為本計畫之照護對象。

(五)(八) 同一照護對象病人於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。

八、結案條件

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

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

1、居家西醫主治醫師應透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人（不含安寧療護階段）近期之就醫與用藥資訊，於收案後 6 個月內完成用藥整合，以提升照護品質及用藥安全，若未於 6 個月內完成用藥整合應予結案。

2、本計畫修正前已收案之病人（不含安寧療護階段），應自本計畫修正公告後 6 個月內完成用藥整合，未於 6 個月內完成時應予結案。

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

(三) 照護團隊未提供居家醫療照護之病人，應予結案。

八、九、收案及審核程序

(一) 照護對象收案來源：

1、住院個案病人：經主診醫師評估，由出院準備服務轉介銜至參與本計畫之特約醫事服務機構收案；接受轉介機構之醫師得配合出院準備服務到院評估居家醫療照護需求。

2、非住院個案病人：

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

(二)收案程序：

- 1、照護對象病人經訪視醫事人員評估符合收案條件，開立收案申請書（附件 4），並擬訂居家醫療照護計畫（含照護期間、照護內容、訪視頻率等），由健保資訊網服務系統（以下稱 VPN）送保險人備查，保險人得視情況實地評估照護對象病人之醫療需求。但病人如需使用呼吸器相關服務，應先依呼吸器依賴患者照護計畫規定事先報經保險人核准，及登錄 VPN 呼吸照護系統。
 - 2、為利居家西醫主治醫師整合病人用藥，收案前應向病人或其家屬說明，請其簽署同意書（附件 5）；本計畫修正公告前已收案之病人亦應簽署同意書。病人如欲維持原就醫模式，無法配合用藥整合，則不予收案，已收案者應予結案。
 - 3、特約醫事服務機構應擇一最適照護階段收案提供照護，收案期間照護對象病人病情轉變，可彈性調整照護階段，無須結案後重新收案，但應於 1 週內（含例假日）於 VPN 登錄異動。
 - 4、訪視居家西醫主治醫師於照護階段轉換或照護期滿應重新評估，且每二3個月至少訪視一次，以確認照護對象病人病情變化，適時調整醫囑。
- (三)照護期間之計算，新收個案病人以收案日起算；若病情需要申請延長照護者，須俟上次照護期間屆滿前 30 日內始得申請，並以接續日起算。同一特約醫事服務機構同一個案病人，於照護期間截止日起 30 日內再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新個案病人申請；不符合收案條件者應

即結案。

(四)特約醫事服務機構應依訪視居家西醫主治醫師醫囑，擬訂居家醫療照護計畫以及排定訪視時間。訪視時，應查驗照護對象病人之全民健康保險憑證（以下稱健保卡）、身分證明文件，及自備讀卡設備逐次於健保卡登錄就醫紀錄，並於 24 小時內上傳予保險人備查；但有不可抗力或因特殊情況經保險人同意者，不在此限。

(五)特約醫事服務機構參與本計畫後之新收個案病人均應於收為本計畫收案之照護對象，原有個案病人於照護期滿應轉為本計畫之照護對象病人。

(六)居家牙醫醫療服務：

1、牙醫師對符合條件之病人首次訪視或提供醫療服務前，應先提出申請（附件 6），經社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會）核可後，始得至案家提供牙醫醫療服務。為增進牙醫全聯會審核作業，診所及地區醫院之牙醫師得由各縣市牙醫師公會彙整及安排後提出申請。

2、牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。

九、十、照護內容

本計畫之「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段之照護內容，包括：

(一)醫師訪視：

- 1、居家西醫主治醫師應整體評估依照護對象病人醫療需求，開立居家醫療服務照護醫囑，並得視醫療需要於病歷註明照會理由，連結牙醫師、中醫師、藥師等其他訪視人員服務。
- 2、提供一般西醫門診診療服務，但不包括手術、麻醉、血液透析、復健診療、慢性精神疾病居家治療等特定診療服務。

- 3、一般藥品處方箋用藥，得按病人病情需要，每次開給足夠用量。
- 4、醫師開立藥品處方時，應透過 ~~VPN~~，以健保醫療資訊雲端查詢系統~~健保雲端藥歷系統~~，即時查詢照護對象病人近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升照護對象病人用藥安全及品質。

(二)牙醫師訪視：

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

(三)中醫師訪視：與居家西醫主治醫師討論決定治療計畫(含治療療程)，提供針灸、中藥與傷科指導。

~~(二)~~(四)護理人員訪視：提供居家護理一般照護、特殊照護、臨終照護及案家自我照護指導等。

~~(三)~~(五)呼吸治療人員訪視：提供居家呼吸照護及案家自我照護指導。

(六)藥師訪視：提供居家藥事照護。

~~(四)~~(七)其他專業人員訪視：視需要由臨床心理師或社會工作人員訪視。

~~(五)~~(八)藥品處方調劑服務：照護對象病人所需之藥品，得由處方之特約醫療院所提供調劑與送藥服務，或由家屬持健保卡及處方箋至社區特約藥局或

原處方院所調劑領藥。照護對象病人獨居時，應提供適當之藥事服務。

(六)(九) 個案健康管理：穩定健康狀態、連結醫療及長期照顧服務資源。輔導新收個案病人查詢健康存摺(應經照護對象病人、監護人或其指定代理人同意)，以協助訪視醫事人員掌握照護對象病人就醫資訊，提升醫療安全與效益。

(七)(十) 24 小時電話諮詢服務：於照護對象病人發生緊急狀況時，提供照護對象病人及其家屬 24 小時醫療專業諮詢服務，必要時應啟動緊急醫療後送程序。

(八)(十一) 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)，並請照護對象病人或其家屬簽章；另應製作照護對象病人之居家醫療照護紀錄留存於案家，以利與其他醫事訪視人員或長期照顧服務人員提供整合性之居家照護服務。

十一、醫療費用申報、支付及審查原則

(一) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

(二) 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。

(二)(三) 本計畫收案及延長照護案件之醫療費用，經審核不符收案條件者，保險人不予支付費用。

(四) 居家牙醫醫療服務抽審時須檢附三年內之「口腔醫療需求評估及治療計畫」(如附件 7)。

(三)(五) 醫療費用申報：

1、特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下表列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄

位。

<u>照護階段</u>	<u>案件分類</u>	<u>任一特定治療項目代號</u>
<u>居家醫療</u>	E1	EC
<u>重度居家醫療</u>	A1	EC
<u>安寧療護</u>	A5	EC

- (1)居家醫療階段：案件分類 E1，任一特定治療項目代號 EC。
- (2)重度居家醫療階段：案件分類 A1，任一特定治療項目代號 EC。
- (3)安寧療護階段：案件分類 A5，任一特定治療項目代號 EC。
- (4)居家牙醫醫療服務：案件分類 16，特定治療項目代號(二)~(三)任一 EC，特定治療項目代號(一)請依病人類別填報【極重度 FS、重度 FY、中度 L4、失能老人 L2、居整病人 LC、出院準備 LD】。
- (5)居家中醫醫療服務：案件分類 31，任一特定治療項目代號 EC。
- (6)居家藥事照護：
- A. 特約醫療院所：案件分類依照護階段填報 E1、A1 或 A5，任一特定治療項目代號 EC。
- B. 特約藥局：案件分類 E，任一原處方服務機構之特定治療項目代號 EC。

2、其他欄位依居家照護案件，採同一療程每月申報一次：

- (1)「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報該月第一次訪視人員身分證號（若同日訪視人員一人以上者，優先填報順序為醫師、牙醫師、中醫師、護理人員、呼吸治療人員、其他專業人員、藥師）。
- (2)醫事訪視人員各次訪視費應逐筆填報醫令代碼、執行時間-起/迄、執

行醫事人員代號及就醫科別。前述就醫科別，醫師、牙醫師、中醫師訪視請以該次訪視實際提供之診療最適科別填報，護理人員訪視請填「EA 居家護理」，呼吸治療人員訪視請填「AC 胸腔內科」，其他專業人員與藥師訪視免填。

(3)呼吸器使用(P5406C)自使用日起算，轉出日不予計算，申報時「醫令執行時間-起/迄」請填至年月日。

(4)申報緊急訪視時，「醫令執行時間-起/迄」請填至時分，「支付成數」請依加成數填報；醫令執行時間-起/迄未依規定填報，該筆醫令不予加成。

(5)申報居家牙醫醫療服務費時，應依醫療服務支付標準，以醫令類別「4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」填報醫療服務之編號、數量與金額。

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

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

~~(四)~~(六)給付項目及支付標準：

1、個案管理費：

(1) 申請收案之特約醫事服務機構應負責提供個案健康管理及 24 小時電話諮詢服務，惟前述服務可由照護團隊合作提供。

(2) 每名照護對象病人每年支付 600 點：由保險人於年度結束後計算並支

付收案之特約醫事服務機構；未滿一年者，按月比例支付。年度間由 2 家以上特約醫事服務機構收案者，如於同一月份結案並重新收案，當月個案管理費，不論實際收案天數，支付首家結案機構及最終收案機構各 50%。

(3) 收案期間如連續三個月未提供病人居家醫療照護，則不予支付該區間之個案管理費。

2、各照護階段之給付項目及支付標準原則如下：

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

	呼吸治療人員訪視	病患自控式止痛論次計酬
	<u>藥師訪視</u>	<u>居家牙醫醫療服務包裹支付</u>
	其他專業人員訪視	<u>針灸治療核實</u>

備註：各照護階段內之給付項目應依照護對象病人病情實際需要提供，並非照護階段內各類醫事訪視人員訪視均須提供。

3、各類醫事訪視人員訪視費、夜間及例假日緊急訪視加成、居家牙醫醫療服務費、呼吸器使用費、緩和醫療家庭諮詢費及病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, 以下稱 PCA)等，依附件 1 之給付項目及支付標準支付。

4、藥事服務費、藥費及、檢驗(查)費及針灸治療費等：依醫療服務支付標準及「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定支付。

5、各類訪視人員每人服務人次上限如下，超過的部分不予支付訪視費用，惟夜間及例假日緊急訪視人次不納入計算；各類醫事人員每人每月服務人次上限：

(1) 醫師：每日訪視人次以 8 人次為限，且每月以 180 人次為限。

(2) 中醫師：每日訪視人次以 8 人次為限，且每月以 180 人次為限。

(3) 牙醫師：每日執行居家牙醫醫療服務(含評估訪視)達 5 人次以上，自第 5 人次起按 6 折支付，每日最多 8 人次為限，且每月以 80 人次為限；每位醫師支援每週不超過 2 日。

(4) 護理人員：每月訪視人次以 100 人次為限(含安寧療護)，僅執行安寧療護以 45 人次為限。

(5) 呼吸治療人員：每月訪視人次以 60 人次為限。

(6) 藥師、其他專業人員：每月訪視人次以 45 人次為限。

(1) 依各照護階段權重計算(詳下表)，超過的部分不予支付訪視費用。例

~~如：甲醫師訪視居家照護階段個案 70 次、安寧療護階段個案 3 次，當月服務人次為 82 人次(70*1+3*4)；乙護理師訪視重度居家醫療個案 60 次，安寧療護階段個案 10 次，當月服務人次為 82 人次(60*1+10*2.2)。~~

權值	醫師	護理人員	呼吸治療人員	其他專業人員
居家醫療	1	-	-	-
重度居家醫療	1	1	1	1
安寧療護	4	2.2	1	1
服務人次上限	180	100	60	45

(2)(7) 為確保照護品質，各類訪視人員執行本計畫之每月服務人次上限，與執行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者整合性照護計畫、牙醫特殊醫療服務計畫之特定需求者牙醫服務之服務人次歸戶合併計算。

(五)(七) 部分負擔計收規定：

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

(八) 點值結算方式：

- 1、本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用；其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之

服務」按季均分，採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元；當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

2、其餘項目之醫療費用：依各部門總額規定結算。

十一、十二、 觀察指標（排除已死亡個案）

（一）病人接受醫師照會中醫師/牙醫師/藥師訪視比

分子：中醫師/牙醫師/藥師訪視次數分計

分母：醫師訪視次數

（二）病人收案6個月後由照護團隊提供完整醫療服務，未於西醫門診（不含急診）就醫情形

1、病人未於西醫門診（不含急診）就醫率

分子：收案6個月後病人未於西醫門診（不含急診）就醫之人數

分母：收案6個月後之病人數

2、每人每月西醫門診（不含急診）就醫次數

分子：收案6個月後病人之每月西醫門診（不含急診）就醫次數總計

分母：收案6個月後之病人數

（三）病人收案後急診就醫情形

1、急診率

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

分母：收案3至6個月、6至12個月及12個月以上之病人數

2、急診就醫者每人急診就醫次數

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

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

3、緊急訪視率

分子：曾接受緊急訪視人數

分母：收案病人數

4、緊急訪視後 3 日內病人之急診/住院率

分子：緊急訪視後 3 日內，病人之急診/住院次數分計

分母：緊急訪視次數

(四)病人死亡前 6 個月內安寧療護照護率

1、安寧療護照護率

分子：死亡前 6 個月內曾接受各類安寧療護人數

分母：死亡人數

2、居家安寧療護照護率

分子：死亡前 6 個月內曾接受居家安寧療護人數

分母：死亡人數

(一)每人每年門診就醫次數

1、分子：照護對象門診次數合計

2、分母：當年度照護對象人數

3、居家訪視次數及院所門診次數分計

(二)每人每年住院天數

1、分子：照護對象住院天數合計

2、分母：當年度照護對象人數

(三)住院率

1、分子：照護對象住院人數

2、分母：當年度照護對象人數

(四)急診率

1、分子：照護對象急診人數

2、分母：當年度照護對象人數

(五)住院個案出院後14日內再住院率

1、分子：住院個案出院後14日內再住院之案件數

2、分母：照護對象來源為住院個案之出院案件數

十三、品質獎勵措施

為提升居家醫療照護品質，特約醫事服務機構提供病人實質整合照護，予以調高個案管理費。收案滿7個月(含)以上之病人，符合下列獎勵要件時，不論當年度收案期間，個案管理費均為2,000點；跨年度收案時亦同。

(一)病人(不含安寧療護階段)收案滿6個月後，由照護團隊提供完整照護，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。

(二)本次計畫修訂公告前，已收案之病人(不含安寧療護階段)，自計畫公告日起6個月後，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。

十二、十四、計畫管理機制

(一)保險人負責總體計畫架構之研訂、協調與修正。

(二)保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、輔導轄區醫事服務機構執行計畫、計算指標與核發費用。

(三)參與本計畫之醫事服務機構負責提供照護對象病人連續性之整合醫療照護。

十三、十五、退場機制

(一)參與本計畫之醫事服務機構，未依排定時間進行訪視且未事先通知照護對象病人、無故拒絕轉介單位或保險人轉介之病人、或參與本計畫有待

改善事項，經保險人 2 次通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。

(二)參與本計畫之醫事服務機構如涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫。

(三)特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

十四→十六、 計畫修訂程序

(一)本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，報請主管機關核定後公告實施，並送健保會備查。

(二)屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

十五→十七、 附則

(一)特約醫事服務機構至照護對象病人住家提供健保本保險居家醫療照護服務，得併行提供保險人代辦之醫療服務(如預防保健等)，其服務範圍與支付標準悉依各業務主管機關之規定辦理。

(二)本計畫施行期間，與現行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者整合性照護計畫雙軌併行。本計畫分二期逐步整合與推廣，每期三年，期滿應評估全面導入醫療服務支付標準。

(三)附錄：

1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)。

- 2、 末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)。
- 3、 新制與舊制身心障礙類別與代碼對應表。
- 4、 執行居家牙醫醫療服務相關規範。

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」給付項目及支付標準

通則：

- 一、醫令代碼屬 P 碼者，限參與本計畫之照護團隊特約醫事服務機構申報。
- 二、居家護理特殊照護項目如附表 1，居家護理一般照護項目如附表 2，居家照護治療材料表如附表 3；施行特殊照護項目及使用治療材料者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。
- 三、特約醫事服務機構照護團隊對同一照護對象病人於相同期間，僅可擇一最適照護階段提供照護，不可跨照護階段收案。
- 四、照護階段內之服務項目，由收案之特約醫事服務機構協調照護團隊合作提供，不得重複提供。例如：重度居家醫療階段之呼吸器依賴患者，所需護理訪視服務，應由主責護理人員提供全人照護，而非分別派遣多名護理人員進行訪視。
- 五、呼吸器依賴患者每月實際醫療費用未達 27,000 點時，以 27,000 點扣除其他機構申報之醫療費用後，支付提供呼吸器收案之特約醫事服務機構；照護期間不足十一個月時，依相同原則，按實際照護天數以每日 900 點計算支付。前述醫療費用不含牙醫師訪視費、居家牙醫醫療服務費、中醫師訪視費、安寧療護醫師訪視費、安寧療護護理訪視費、其他專業人員處置費、緩和醫療家庭諮詢費、臨終病患訪視費、PCA、藥費、藥事服務費及附表 3 備註所列特殊材料。
- 六、醫師訪視當日如於門診由同一醫師診治，醫師訪視費、門診診察費應擇一申報。
- 七、醫事人員至病人住家或配合出院準備服務到院評估居家醫療服務需求，如經評估病人不符合收案條件，不予支付當次訪視費。
- 八、緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師(不含牙醫師、中醫師)、護理人員及呼吸治療師。

(一) 適應症：

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

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

(三) 同一醫師對同一病人之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付。

(四) 加成方式：

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

編號	診療項目	支付點數
	醫師訪視費	
	居家醫療、重度居家醫療：	
05307C	醫師訪視費(次)	1553
05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)	1709
	甲類安寧療護：	
05312C	醫師訪視費(次)	1553
05323C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1709
	乙類安寧療護：	
05336C	醫師訪視費(次)	1088
05337C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1196
	註：醫師訪視費所訂點數含診察、處方、 治療處置 、 治療材料 、 <u>護理</u> 、電子資料處理及行政作業成本等。	
<u>P30006</u>	<u>牙醫師訪視費(次)</u>	<u>1553</u>
	註： 1. <u>於收案前訪視病人評估是否符合居家牙醫醫療服務收案條件，得申報本項費用，同一牙醫師同一病人每年限申報一次。</u> 2. <u>出院病人住院期間已接受同一牙醫師到院評估居家醫療照護需求(項目代碼P5410C)，當次收案不得再申報此項費用。</u> 3. <u>申報時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述理由。</u> <u>一病人清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上</u>	
<u>P30005</u>	<u>居家牙醫醫療服務費(次)</u>	<u>5700</u>
<u>P30007</u>	<u>一其他病人 居家牙醫醫療服務費(次)</u>	<u>3800</u>
	註： 1. <u>居家牙醫醫療服務費所訂點數含口腔預防保健、護理、診療、處方、治療處置、治療材料、電子資料處理及行政作業成本等；本保險給付項目不得收取其他自費。</u> 2. <u>每一病人以二個月執行一次為原則，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行。</u>	
<u>P5408C</u>	<u>中醫師訪視費(次)</u>	<u>1553</u>
<u>P5409C</u>	<u>山地離島地區中醫師訪視費(次)</u>	<u>1709</u>
	註： <u>中醫師訪視費所訂點數含診察(含傷科指導)、處方、護理、電子資料處理及行政作業成本等。</u>	
<u>P5410C</u>	<u>評估出院病人居家醫療照護需求(次)</u>	<u>1553</u>
	註： 1. <u>限醫院院外醫師、牙醫師或中醫師配合出院準備服務到院評估申</u>	

編號	診療項目	支付點數
	<u>報。</u> <u>2. 同一病人每次住院之醫師、牙醫師、中醫師到院評估至多各申報1次。</u> <u>3. 除牙醫師可自行評估收案之病人外，牙醫師、中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。</u>	
	護理人員訪視費 重度居家醫療： 一資源耗用群為第一類 05301C 護理訪視費(次) 1050 05302C 山地離島地區護理訪視費(次) 1155 一資源耗用群為第二類 05303C 護理訪視費(次) 1455 05304C 山地離島地區護理訪視費(次) 1601 一資源耗用群為第三類 05305C 護理訪視費(次) 1755 05306C 山地離島地區護理訪視費(次) 1931 一資源耗用群為第四類 05321C 護理訪視費(次) 2055 05322C 山地離島地區護理訪視費(次) 2261 甲類安寧療護： 一訪視時間一小時以內 (≤1 小時) 05313C 護理訪視費(次) 1650 05324C 護理訪視費山地離島地區(次) 1815 一訪視時間一小時以上 (>1 小時) 05314C 護理訪視費(次) 2250 05325C 護理訪視費山地離島地區(次) 2475 乙類安寧療護： 一訪視時間一小時以內 (≤1 小時) 05338C 護理訪視費(次) 1155 05339C 護理訪視費山地離島地區(次) 1271 一訪視時間一小時以上 (>1 小時) 05340C 護理訪視費(次) 1575 05341C 護理訪視費山地離島地區(次) 1733 註： 1. 資源耗用群分類：	

編號	診療項目	支付點數
	第一類：需居家護理一般照護項目之病人 第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人 第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人 第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人 2. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢、治療材料及電子資料處理等費用在內。 3. 上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。 4. 訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請 患者病人 或其家屬簽章。	
	呼吸治療人員訪視費	
P5401C	—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等呼吸治療人員訪視費(次)	1050
P5402C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1155
	—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等	
P5403C	呼吸治療人員訪視費(次)	1455
P5404C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1601
	註： 1. 限 訪視 呼吸器依賴患者申報。 2. 呼吸治療人員提供侵襲性呼吸器依賴患者呼吸照護時，護理人員不得再以提供氣切護理申報資源耗用群為第二類以上之護理訪視費。	
P5411C	<u>居家藥事照護費(次)</u>	<u>1100</u>
P5412C	<u>山地離島地區居家藥事照護費(次)</u>	<u>1210</u>
	註： <u>1. 居家藥事照護費所訂點數含用藥評估、用藥分裝、餘藥檢核、藥事服務、電子資料處理及行政作業成本等。</u> <u>2. 每次服務應由居家西醫主治醫師視病人醫療需要評估連結。</u>	
05315C	其他專業人員處置費(次)：限社會工作人員或心理師	1050
P5405C	山地離島地區其他專業人員處置費(次)：限社會工作人員或心理師 註：限 訪視 呼吸器依賴患者、 臨終末期 病患申報。 <u>諮商心理師限訪視末期病患。</u>	1155
P5406C	呼吸器使用(天) 註： <u>1. 限呼吸器依賴患者申報。</u> <u>1.2. 呼吸器使用期間，自使用日起算，轉出日不予計算。</u>	590
P5407C	緩和醫療家庭諮詢費	2250

編號	診療項目	支付點數
	註： 1. 限重度居家醫療階段申報。 2. 適應症：以進入末期狀態病患為主。 3. 相關規範： (1) 諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或家屬。 (2) 諮詢時間：每一 <u>個案病人</u> 諮詢時間至少 1 小時。 (3) 諮詢 <u>記紀錄</u> ：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病患之病歷及紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。 (4) 申報規定： a. 病患已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護或居家安寧照護，不得再申報此項費用。 b. 出院病患住院期間已接受緩和醫療家庭諮詢服務(項目代碼 02020B)，不得再申報此項費用。 c. 同一照護團隊對同一 <u>照護對象病人</u> 限申報二次。 d. 由 <u>居家西醫</u> 主治醫師執業之醫事服務機構申報此項費用。	
05326C	臨終病患訪視費	5000
05327C	山地離島地區臨終病患訪視費 註： 1. 限訪視臨終病患，且 ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Scale) 大於三級以上(含三級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2. 甲、乙兩類安寧療護醫事人員皆可申報。 3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	5500
05316C	病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, PCA) 註：限訪視 <u>臨終末期</u> 病患，所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。每一 <u>個案病患</u> 每月限申報二次。	1890

附表 1. 居家護理特殊照護項目表

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

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

附表 2. 居家護理一般照護項目表

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

附表 3. 居家照護治療材料表

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

註：矽質二又留置導尿管、矽質鼻胃管、PVC 氣切管、矽質氣切管及胃造口術管路衛材(須由醫師操作更換)等特殊材料，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行申報，支付品項以全民健康保險藥物給付項目及支付標準收載之特殊材料品項為限。

參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」申請書

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

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

此致 衛生福利部中央健康保險署



醫療院所醫事服務機構印信



負責醫師人印章

中華民國

年

月

日

全民健康保險山地離島地區一覽表

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

全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書

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

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

本申請書自開立日起 30 日內有效，逾期不予受理申請。

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

個案病人(或代理人)簽章：_____

評估醫事人員簽章：_____

醫囑醫師簽章：_____

全民健康保險居家醫療照護整合計畫
病人用藥整合同意書

附件 5

一、服務說明：

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

為提供整合性之居家醫療照護服務，居家西醫主治醫師將透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人近期之就醫與用藥資訊，於收案 6 個月內協助整合病人門、住診等用藥，以提升照護品質及用藥安全。

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

二、接受服務意向表達：

本人 同意 不同意 ○○醫院(診所)○○○醫師為本人居家西醫主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，可透過衛生福利部中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料，協助整合本人用藥及提供實質居家醫療照護。

此致 ○○醫院(診所)

立書同意人：

出生年月日：民國 年 月 日

身分證號：

代理人：

與病人之關係：

身分證號：

全民健康保險居家醫療照護整合計畫
牙醫師首次訪視或提供居家牙醫醫療服務申請表

申請日期 年 月 日、序號：

<u>病人基本資料</u>	
姓名：	出生日期： 年 月 日 監護人：
申請項目： <input type="checkbox"/> 訪視 <input type="checkbox"/> 醫療服務	
身分證號：	連絡電話：
居住地址：	
障礙類別：	3 個月內是否有自行外出的能力： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
居家病人來源： <input type="checkbox"/> 居家西醫主治醫師評估連結 <input type="checkbox"/> 自行申請 <input type="checkbox"/> 醫院協助申請 <input type="checkbox"/> 其他	
<u>病人申請資格：(請打勾)</u>	
<input type="checkbox"/> 1.本計畫之病人，經居家西醫主治醫師評估連結。	
<input type="checkbox"/> 2.出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，經主治醫師評估連結。	
<input type="checkbox"/> 3.特定身心障礙病人，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。	
<input type="checkbox"/> 4.「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。	
<u>醫病史 (Medical History)</u>	
父母：	相關證明影本(請附於後)
親屬：	備註：(1)本計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4)失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助對象，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本。
本人：	
病人主訴或其他注意事項：	
<u>***申請院所基本資料***</u>	
醫事機構名稱(全銜)：	
醫事機構代號：	
<u>一、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：</u>	
醫師姓名：	聯絡電話：
醫護人員姓名：	聯絡電話：
<u>二、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：【請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】</u>	
<u>三、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所【檢附居家牙醫醫療與後送醫療院所地圖，並請說明兩者之間的距離及所需時間】</u>	

全民健康保險居家醫療照護整合計畫

口腔醫療需求評估及治療計畫- 年 月 日、序號：

基本資料																								
姓名：				出生日期： 年 月 日				監護人：																
居家病人來源： <input type="checkbox"/> 居家西醫主治醫師評估連結 <input type="checkbox"/> 自行申請 <input type="checkbox"/> 醫院協助申請 <input type="checkbox"/> 其他																								
居住地址：																								
醫病史 (Medical History)																								
父母：				相關證明影本(請附於後) (1)本計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報個案病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4)失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助對象，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本。																				
親屬：																								
本人：																								
特別注意事項：																								
牙醫病史																								
以往治療內容簡述																								
上次施行治療項目：(1) <input type="checkbox"/> 牙周病緊急處理、(2) <input type="checkbox"/> 牙周敷料、(3) 牙結石清除 (<input type="checkbox"/> 全口或 <input type="checkbox"/> 局部)、(4) <input type="checkbox"/> 牙周暨齲齒控制基本處置、(5) <input type="checkbox"/> 塗氟、(6) <input type="checkbox"/> 非特定局部治療、(7) <input type="checkbox"/> 特定局部治療、(8) <input type="checkbox"/> 簡單性拔牙、(9) <input type="checkbox"/> 單面蛀牙填補 治療時間： 年 月 日																								
口腔現況																								
上顎：					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65										
乳牙牙冠		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	乳牙牙冠						
恆牙牙冠																			恆牙牙冠					
醫療需求																			醫療需求					
下顎：					85	84	83	82	81	71	72	73	74	75										
乳牙牙冠		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	乳牙牙冠						
恆牙牙冠																			恆牙牙冠					
醫療需求																			醫療需求					
填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled																								

一式三聯 第一聯送保險人分區業務組、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存

治療計畫

一、患者病人口腔醫療需求之現況及身體狀況為何？

二、擬訂口腔治療項目（請敘述處置內容✓勾選）

(一) 牙周病緊急處理

(二) 牙周敷料

(三) 牙結石清除 (全口或 局部)

(四) 牙周暨齲齒控制基本處置(需併同牙結石清除執行)

(五) 塗氟(需併同牙結石清除執行)

(六) 非特定局部治療

(七) 特定局部治療

(八) 簡單性拔牙

(九) 單面蛀牙填補

(十) 其他：_____ (請填寫)

三、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：

醫師姓名：_____ 聯絡電話：_____

醫護人員姓名：_____ 聯絡電話：_____

四、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：

【請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】

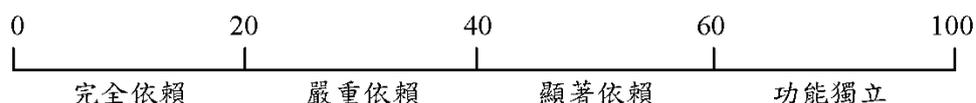
五、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所，居家醫療與後送醫療院所兩者之間的距離及所需時間：

六、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：

附錄 1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)

評估日期：_____年_____月_____日

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



附錄 2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)

<p>1. 癌症末期病患：</p> <p><input type="checkbox"/>高血鈣 <input type="checkbox"/>脊髓壓迫 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>出血 <input type="checkbox"/>腫瘤潰瘍 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>急性精神壓力，如自殺意圖</p>
<p>2. 末期運動神經元病患：</p> <p><input type="checkbox"/>虛弱及萎縮 <input type="checkbox"/>肌肉痙攣 <input type="checkbox"/>吞嚥困難 <input type="checkbox"/>呼吸困難 <input type="checkbox"/>睡眠障礙 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水 <input type="checkbox"/>心理或靈性困擾 <input type="checkbox"/>分泌物及黏稠物 <input type="checkbox"/>低效型通氣不足 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水</p>
<p>3. 老年期及初老期器質性精神病態：</p> <p><input type="checkbox"/>CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：<input type="checkbox"/>病人沒有反應或毫無理解力 <input type="checkbox"/>認不出人 <input type="checkbox"/>需旁人餵食，可能需用鼻胃管 <input type="checkbox"/>吞食困難 <input type="checkbox"/>大小便完全失禁 <input type="checkbox"/>長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮</p> <p><input type="checkbox"/>病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：<input type="checkbox"/>電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態</p>
<p>4. 其他大腦變質：</p> <p><input type="checkbox"/>嚴重神經疾病如：<input type="checkbox"/>嚴重中風 <input type="checkbox"/>嚴重腦傷</p> <p><input type="checkbox"/>末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態</p> <p><input type="checkbox"/>末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者</p>
<p>5. 心臟衰竭：</p> <p><input type="checkbox"/>CHF NYHA stage III 或 IV - 休息或輕度活動時會喘 <input type="checkbox"/>原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>經常因嚴重心臟衰竭症狀住院 <input type="checkbox"/>因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者 <input type="checkbox"/>曾有心臟停止或心肺復甦術病史 <input type="checkbox"/>常有不明原因的昏厥 <input type="checkbox"/>心因性腦栓塞 <input type="checkbox"/>左心室射出分率$\leq 20\%$</p>
<p>6. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而$PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$或$O_2$ saturation$\leq 88\%$ <input type="checkbox"/>FEV1$\leq 30\%$ of predicted <input type="checkbox"/>FEV1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過100/min <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>
<p>7. 肺部其他疾病：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而$PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$或$O_2$ saturation$\leq 88\%$ <input type="checkbox"/>FEV1$\leq 30\%$ of predicted <input type="checkbox"/>FEV1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過100/min <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>
<p>8. 慢性肝病及肝硬化：</p> <p><input type="checkbox"/>肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且(1)PT> 5 sec above control 或 INR> 1.5 (2)Serum albumin< 2.5 g/dl <input type="checkbox"/>PT> 5sec above control或INR> 1.5 <input type="checkbox"/>Serum albumin< 2.5g/dl <input type="checkbox"/>困難處理之腹水 <input type="checkbox"/>自發性細菌性腹膜炎 <input type="checkbox"/>肝腎症候群 <input type="checkbox"/>肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 <input type="checkbox"/>復發性食道靜脈瘤出血 <input type="checkbox"/>多重器官衰竭 <input type="checkbox"/>惡病質與消瘦</p>
<p>9. 急性腎衰竭，未明示者：</p> <p><input type="checkbox"/>已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/>病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/>嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/>惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/>因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者</p>
<p>10. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：</p> <p><input type="checkbox"/>慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD) 第4, 5期病患(GFR< 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/>病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/>嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/>惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/>因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者 <input type="checkbox"/>其他：_____</p>

附錄 3、新制與舊制身心障礙類別與代碼對應表

新制身心障礙類別 ¹	舊制身心障礙類別與代碼	
	代碼	類別
第 1 類 神經系統構造及精神、心智功能	06	智能障礙者
	09	植物人
	10	失智症者
	11	自閉症者
	12	慢性精神病患者
	14	頑性（難治型）癲癇症者
第 2 類 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	01	視覺障礙者
	02	聽覺機能障礙者
	03	平衡機能障礙者
第 3 類 涉及聲音與言語構造及其功能	04	聲音機能或語言機能障礙者
第 4 類 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	07	重要器官失去功能者-心臟
	07	重要器官失去功能者-造血機能
	07	重要器官失去功能者-呼吸器官
第 5 類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-吞嚥機能
	07	重要器官失去功能-胃
	07	重要器官失去功能-腸道
	07	重要器官失去功能-肝臟
第 6 類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-腎臟
	07	重要器官失去功能-膀胱
第 7 類 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	05	肢體障礙者
第 8 類 皮膚與相關構造及其功能	08	顏面損傷者
備註： 依身心障礙者狀況對應第 1 至 8 類	13	多重障礙者
	15	經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者
	16	其他經中央衛生主管機關認定之障礙者（染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷）

¹新制身心障礙類別：採行國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)

備註說明：

一、101年7月11日起至108年7月10日全面換證前，原「身心障礙手冊」及新制「身心障礙證明」同時並行，但身心障礙者僅會持有兩者之一。

二、新制身心障礙證明樣張如下：

(一)障礙等級：共分輕度、中度、重度、極重度等4級。

(二)障礙類別：揭露該民眾依新制鑑定後之障礙類別(第1類~第8類)，並以括弧【】註記其對應之ICF編碼。

(三)ICD診斷：除帶入該位民眾經鑑定後之「疾病分類代碼」，並於括弧【】中註記民眾舊制身心障礙類別代碼，以利證明使用人及各相關專業人員對應辨識。

中華民國身心障礙證明			照片黏貼處
身分證統一編號		【有效期限】	
姓名		年 月 日	
出生日期	年 月 日		
戶籍地址			
聯絡人	關係		
鑑定日期	年 月 日	重新鑑定日期 年 月 日	
障礙等級	輕度、中度、重度、極重度		

戶籍遷移註記	鄉鎮市區	村里	鄰	街路門牌	遷入日期	承辦人核章
障礙類別	第2類【B230】					
	ICF對應碼					
ICD診斷	3900【02】					
	舊制身障類別代碼					
必要精修者應填措施						

附錄 4、執行居家牙醫醫療服務相關規範

- 一、居家牙醫醫療服務流程圖如次頁所示。
- 二、首次執行評估訪視或居家牙醫醫療服務前，牙醫師須檢送申請表(附件 6)至牙醫全聯會，牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。牙醫師於首次執行評估訪視或居家牙醫醫療服務，須於次月 20 日前檢送病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」(附件 7)，正本送所屬保險人分區業務組、副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯會確認，得暫停執行居家牙醫醫療服務。
- 三、牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須依病人身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
- 四、一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。
- 五、牙醫師應於診療期間隨時注意病患之生理及心理狀況。
- 六、所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療紀錄備查。
- 七、提供服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。
- 八、牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。
- 九、耗材應由醫療院所自備。
- 十、設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。
- 十一、提供服務時若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
- 十二、依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
- 十三、未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，保險人分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。

執行居家牙醫醫療服務流程圖

階段	流程	A、牙醫師負責部分	B、病人家屬負責部分
執行醫療服務——前	<p>受理居家牙醫醫療服務需求</p> <p>↓</p> <p>牙醫師至病人住家執行評估訪視或醫療服務</p> <p>↓</p> <p>每次出診前置作業</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>牙醫師事前準備 A-1 至 A-4 之各項事前執行工作</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>病人家屬於事前須準備 B-1 →B-2 及至 B-3 事前準備工作</p> </div> </div>	<p>A-1 受理身心障礙病人或失能老人之居家牙醫醫療服務需求。</p> <p>A-2 提出居家評估訪視或醫療服務之申請。</p> <p>A-3 居家牙醫醫療訪視服務經牙醫全聯會核可後執行。</p> <p>A-4 事前聯繫病人家屬確實了解病人就醫前的身體狀況。</p> <p>A-5 至病人住家時，應事前備妥執行相關醫療設備器材架設擺放。</p>	<p>B-1 因病人身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知排定訪視之牙醫師。</p> <p>B-2 若牙醫師有執行侵入性治療行為，請病人家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，以利牙醫師為病人進行醫療服務。</p> <p>B-3 家屬責任：由家屬陪同就診並協助安撫病人情緒，事前告知牙醫師病患是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。</p>
執行醫療服務——中	<p>每一居家病人申請皆須符合 A-1 至 A-10 之步驟。若無執行 A-9 之步驟將無法申請健保費用。</p> <p>↓</p> <p>診療期間務必由家屬、熟悉看護、陪同病人就診(B-4 至 B-5)。</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>醫療器械設備及健保卡等作業</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作</p> </div> </div> <p>↓</p> <p>結束居家牙醫醫療服務</p>	<p>A-6 視醫療需求詳實記載。</p> <p>A-7 陪同醫護人員協助牙醫師安撫病人情緒，完成治療。</p> <p>A-8 醫療服務應事前明確告知家屬治療過程內容或術後注意事項及下次回診日期。</p> <p>A-9 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。</p> <p>A-10 牙醫師應於診療期間注意病人生理及心理狀況；若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送院所接手辦理。</p> <p>註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病人家屬或監護人書面同意書。</p>	<p>B-4 協助牙醫師完成治療</p> <p>B-5 接受牙醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。</p>
執行醫療服務——後	<p>醫療器械設備及健保卡等作業</p> <p>↓</p> <p>結束居家牙醫醫療服務</p>	<p>A-11 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由牙醫師自行妥善處理。</p> <p>A-12 教導家屬為病人清潔口腔衛教知識。</p>	<p>B-6 家屬應學習如何為病人做清潔口腔的知識。</p> <p>B-7 家屬應於平時固定為病人做口腔清潔，以維持口腔衛生。</p>

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

第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101)

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
30101B	<p>肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)</p> <p><u>EGFR mutation in vitro diagnostics testing</u></p> <p>註：</p> <p>1.適應症：</p> <p>(1)限復發或轉移性(第IV期)之非小細胞且非鱗狀上皮肺癌，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。</p> <p>(2)第IIIB期及第IIIC期，經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)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體積百分比。</p> <p>(2)限具肺癌EGFR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以醫療院所為單位進行申報。</p> <p>(3)限使用食品藥物管理署核准之第三等級醫療器材檢測試劑操作，並於檢測報告上註明方法學與檢測平台。</p> <p>(4)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。</p> <p>(5)限符合適應症規範下用藥前之伴隨式檢測每人終生限申報一次。</p>		Y	Y	Y	8252

第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30523)

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 (33001-33143、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
33064B	<p>X光骨骼密度測定 X-ray bone densitometry</p> <p>註：1.適應症如下：</p> <p>(1)內分泌失調可能加速骨質流失者（限副甲狀腺機能過高須接受治療者、腎上腺皮質過高者、腦下垂體機能不全影響鈣代謝者、甲狀腺機能亢進症者、醫源性庫興氏症候群者）。</p> <p>(2)非創傷性之骨折者。</p> <p>(3)五十歲以上婦女或停經後婦女接受骨質疏鬆症追蹤治療者。</p> <p>(4)攝護腺癌病患在接受男性賀爾蒙阻斷治療前與治療後，得因病情需要施行骨質密度測驗檢查。</p> <p><u>(5)成骨不全症。</u></p> <p>2.<u>符合前述第(1)至(4)項適應症者，保險對象</u>因病情需要再次施行骨質密度測量檢查時，間隔時間應為一年以上，且是項檢查以三次為限。</p> <p><u>3.符合前述第(5)項適應症者，因病情需要再次施行骨質密度測量檢查時，間隔時間應為一年以上。</u></p> <p>4.篩檢性檢查不列入本保險給付範圍。</p>		v	v	v	600

第七節 手術

第六項 心臟及心包膜(68001-68055)

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
68044A	<p><u>經皮移除心臟內電極導線</u> <u>Removal of Cardiac Lead from Heart, Percutaneous Approach</u> 註： 1. 支付規範： (1) 施行本項醫師資格需同時符合下列三項條件： <u>A. 具有心臟專科醫師資格(心臟內科、心臟外科、小兒心臟科)。</u> <u>B. 需於指導醫師在場協助下，完成至少五例或十條導線移除經驗，並經中華民國心臟學會或中華民國心律醫學會認證。</u> <u>C. 參加中華民國心臟學會或中華民國心律醫學會認證之講習及模擬課程(實際操作訓練或示範教學)。</u> 2. <u>含一般材料費，不另加計材料加成。</u></p>			<u>√</u>	<u>√</u>	<u>36963</u>

來函聲明非屬同體系院所並檢送相關資料之醫院名單

區別	醫院名稱	備註
北區	聖保祿醫院	非屬長庚體系
中區	亞洲大學	非屬中國醫體系
中區	弘光大學附設老人醫院	非屬光田體系
中區	清泉醫院	非屬光田體系
中區	員林何醫院	非屬秀傳體系
中區	竹山秀傳醫院	非屬秀傳體系
中區	仁和醫院	非屬秀傳體系
中區	佑民醫院	非屬彰基體系
南區	若瑟醫院	非屬天主教體系
高屏	旗津醫院	非屬阮綜合體系
高屏	博正醫院	非屬阮綜合體系

附件 6-1：原有體系之新增醫療院所

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
部立醫院體系	台北	7511070024	衛生福利部基隆醫院附設居家護理
	台北	7531060015	衛生福利部臺北醫院附設居家護理所
	台北	7531061030	衛生福利部樂生療養院附設居家護理所
	北區	7532010019	衛生福利部桃園醫院附設居家護理所
	北區	7535010020	衛生福利部苗栗醫院附設居家護理所
長庚體系	台北	7711060013	長庚醫療財團法人附設基隆居家護理所
	北區	7732070019	長庚醫療財團法人附設林口居家護理所
	北區	7732010013	沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人附設聖保祿居家護理所
慈濟體系	台北	7731050531	佛教慈濟醫療財團法人附設台北慈濟居家護理所
	南區	1139010013	斗六慈濟醫院
榮總體系	台北	7501160011	臺北榮民總醫院附設居家護理所
	台北	7534070522	臺北榮民總醫院員山分院附設居家護理所
	台北	7534030019	臺北榮民總醫院蘇澳分院附設居家護理所
	台北	7501161027	臺北市立關渡醫院附設居家護理
北醫體系	台北	7301200016	臺北市立萬芳醫院—委託財團法人臺北醫學大學辦理附設居家護理所
	台北	7331040019	衛生福利部雙和醫院附設居家護理所(委託臺北醫學大學興建經營)
	台北	7401170542	財團法人私立臺北醫學大學附設醫院附設居家護理所
馬偕體系	台北	7701100019	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人附設馬偕居家護理所
國泰體系	台北	4001110018	國泰醫療財團法人內湖國泰診所
	台北	7731110514	國泰醫療財團法人附設汐止居家護理所
	台北	7301020018	國泰醫療財團法人附設居家護理所
	北區	3533100027	民安診所
台大體系	台北	0401020013	國立臺灣大學醫學院附設癌醫中心醫院
	台北	7501190019	國立台灣大學醫學院附設醫院北護分院附設居家護理所
	台北	7131270013	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院附設居家護理所
中國醫體系	台北	7401111187	中國醫藥大學附設醫院臺北分院附設居家護理所
	北區	1333050017	中國醫藥大學新竹附設醫院
	中區	3503100091	中部科學工業園區員工診所
		3338120516	中國醫藥大學附設醫院地利村門診部
		1333050017	中國醫藥大學新竹附設醫院

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
國軍體系	台北	7501010516	三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處附設居家護理所
	台北	7501110511	三軍總醫院附設民眾診療服務處附設居家護理所
	北區	7132090028	國軍桃園總醫院附設居家護理所
		7512040020	國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處附設居家護理所
	中區	2503150018	成功嶺診所
高屏	2502090013	國軍高雄門診中心附設民眾診療服務處	
敏盛體系	台北	7401201140	景美醫院附設居家護理
	台北	7431061332	新泰綜合醫院附設居家護理所
	北區	3512013681	新竹科學工業園區員工診所
		7432011185	敏盛綜合醫院附設居家護理所
		7632060011	大園敏盛醫院附設居家護理所
		7632090019	龍潭敏盛醫院附設居家護理所
北市聯醫體系	台北	7501090014	臺北市立聯合醫院附設中興居家護理所
	台北	7501020012	臺北市立聯合醫院附設仁愛居家護理所
	台北	7501180022	臺北市立聯合醫院附設和平婦幼居家護理所
	台北	7501120017	臺北市立聯合醫院附設忠孝居家護理所
	台北	7101100026	臺北市立聯合醫院附設林森中醫居家護理所
	台北	7501150015	臺北市立聯合醫院附設陽明居家護理所
天主教體系	台北	7731030511	天主教耕莘醫療財團法人附設永和耕莘居家護理所
中英體系	台北	7331060020	中英醫療社團法人附設居家護理所
瑞光體系	台北	7201190013	同仁院醫療財團法人附設居家護理所
	台北	7401101421	泰安醫院附設居家護理所
李綜合體系	北區	3535031490	仁泰診所
聯新體系	北區	7632101118	壠新醫院附設居家護理所
		3432060513	壠新醫院桃園國際機場醫療中心
		7332010015	桃新醫院附設居家護理所
天成體系	北區	7632041034	天成醫院附設居家護理所
		7332020020	天成醫療社團法人附設居家護理所
大千體系	北區	7335010017	大千綜合醫院附設居家護理所
		3535061434	後龍診所
		3535091245	公館診所
		3535041745	竹南診所
澄清體系	中區	3536201405	里澄診所
彰基體系	中區	1537010111	漢銘醫院
秀傳體系	南區	3505370206	安南高家醫診所
	南區	3505380168	安平西醫診所

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
奇美體系	南區	2741200511	台南科學工業園區聯合診所
新樓體系	南區	3505070041	台新診所
阮綜合體系	高屏	4107350018	阮綜合醫療社團法人上順診所
	高屏	3507020049	永順診所
	高屏	3507360173	安順診所

附件 6-2：新增之體系及醫療院所

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
蕭中正體系	台北	1531010108	蕭中正醫院
		1531091130	清福醫院
		3531045498	福星診所
		7431011725	蕭中正醫院附設居家護理所
		7431091107	清福醫院附設居家護理所
仁安醫院體系	台北	1531130105	仁安醫院
		7431130878	仁安醫院附設居家護理所
仁愛醫院體系	台北	1531071030	仁愛醫院
		7431071061	仁愛醫院附設居家護理所
同仁醫院體系	台北	1531050077	同仁醫院
		7431050795	同仁醫院附設居家護理所
		7431050893	同仁醫院附設順安居家護理所
博仁醫院體系	台北	1501010010	博仁綜合醫院
		7401011333	博仁綜合醫院附設居家護理所
仁康醫院體系	台北	1531051172	新北仁康醫院
		7431050839	新北仁康醫院附設居家護理所
宏仁醫院體系	台北	1531020122	宏仁醫院
		7631020522	宏仁醫院附設居家護理所
板橋中興醫院體系	台北	1531010279	板橋中興醫院
		7331010020	板橋中興醫院附設居家護理所
陽明大學體系	台北	0434010518	國立陽明大學附設醫院
		7534010017	國立陽明大學附設醫院居家護理所
基隆市立醫院體系	台北	0211070012	基隆市立醫院
		7511070033	基隆市立醫院附設居家護理
連江縣立醫院體系	台北	0291010010	連江縣立醫院
		7591010013	連江縣立醫院附設居家護理所

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
新北市立聯合醫院體系	台北	0131020016	新北市立聯合醫院
		7531010533	新北市立聯合醫院附設居家護理所
仁祥體系	台北	3511041396	仁祥診所
		7611041061	仁祥診所附設居家護理服務部
羅東聖母體系	台北	1134020028	天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院
		7334020037	天主教靈醫會醫療財團法人附設羅東聖母居家護理所
		1534050024	杏和醫院
		7434050028	杏和醫院附設居家護理所
恩主公體系	台北	7731091023	行天宮醫療志業醫療財團法人附設恩主公居家護理所
		1131090019	行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院
普門體系	台北	1134070019	宜蘭普門醫療財團法人員山馬偕醫院
		4034010017	宜蘭普門醫療財團法人普門診所
仁濟體系	台北	1401190011	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設仁濟醫院
		1431060017	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設新莊仁濟醫院
		7601190511	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設仁濟醫院附設居家護理所
蘭陽仁愛醫院體系	台北	1134010022	財團法人蘭陽仁愛醫院
		7734010011	財團法人蘭陽仁愛醫院附設居家護理所
臺安體系	台北	7301010012	基督復臨安息日會醫療財團法人附設臺安居家護理所
		4001020019	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安診所
		1101010021	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院
康寧體系	台北	7701110015	康寧醫療財團法人附設康寧居家護理所
		1101110026	康寧醫療財團法人康寧醫院
新光體系	台北	7301150011	新光醫療財團法人附設新光居家護理所

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
		1101150011	新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院
亞東體系	台北	1131010011	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院
		4001180010	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會遠東聯合診所
		7631010017	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東居家護理所
礦工體系	台北	7311030517	醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會附設八堵居家護理
		1411030013	醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會臺灣礦工醫院
羅東博愛體系	台北	7334020028	醫療財團法人羅許基金會附設羅東博愛居家護理所
		1134020019	醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院
輔大醫院體系	台北	1331160010	輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院
		7431160072	輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院附設居家護理所
振興醫院體系	台北	1101160017	振興醫療財團法人振興醫院
		7301160017	振興醫療財團法人附設振興居家護理所
大安醫院體系	北區	1533051063	大安醫院
		7633051052	大安醫院附設居家護理所
中壢長榮醫院體系	北區	1532021338	中壢長榮醫院
		7332020039	中壢長榮醫院附設居家護理所
協和醫院體系	北區	1535010024	協和醫院
		7435010608	協和醫院附設居家護理所
東元體系	北區	1533050039	東元綜合醫院
		3533052311	艾微笑診所
		7333050013	東元綜合醫院附設居家護理所
長慎醫院體系	北區	1532021374	長慎醫院

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
		3512011276	新竹安慎診所
		3533031689	竹東安慎診所
		3533052044	竹北惠慎診所
南門醫院體系	北區	1512011185	南門綜合醫院
		7612011030	南門綜合醫院附設居家護理
為恭體系	北區	1135050020	財團法人為恭紀念醫院
		7735051070	財團法人為恭紀念醫院附設居家護理所
		1535051196	崇仁醫院
		3535041647	宏仁診所
重光醫院體系	北區	1535051178	重光醫院
		7635051050	重光醫院附設居家護理所
祐民醫院體系	北區	1532020215	祐民醫院
		7432021163	祐民醫院附設居家護理所
北區陽明醫院體系	北區	1532101091	陽明醫院
		7432101148	陽明醫院附設居家護理所
新仁醫院體系	北區	1533051072	新仁醫院
		7633051070	新仁醫院附設居家護理所
新永和醫院體系	北區	1532100012	新永和醫院
		3532082315	博濟診所
新國民醫院體系	北區	0932020034	新國民醫療社團法人新國民醫院
		7632020544	新國民醫療社團法人新國民醫院附設居家護理所
懷寧體系	北區	1532021383	懷寧醫院
		3532027047	懷寧內科診所
		7332020048	懷寧醫院附設居家護理所
弘大體系	北區	0935010012	梓榮醫療社團法人弘大醫院
		7335010035	梓榮醫療社團法人附設弘大居家護理所
怡仁體系	北區	1532040066	怡仁綜合醫院(桃園縣楊梅市)
		7432040097	怡仁綜合醫院附設居家護理所

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
聖馬爾定體系	南區	1122010021	天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院
		3540161067	聖光診所
台南仁愛之家體系	南區	1441060010	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設精神療養院
		3121041024	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設成功診所
詠馨體系	南區	1505310011	環馨婦幼醫院
		3521042903	詠馨婦產科診所
姚博琳體系	南區	1505340019	大安婦幼醫院
		3505350017	安安婦幼診所
		3521013475	婦兒安診所
		3522024285	嘉安婦幼診所
南區陽明體系	南區	1522011115	陽明醫院
		3522024230	民權診所
藝群體系	南區	3505310219	藝群南台診所
		3505320304	藝群皮膚科診所
		3505320395	藝群中華診所
		3505340306	藝群西門診所
信合美體系	南區	3521013644	信合美眼科診所
		3522024374	信合美診所
宏科醫院體系	南區	1541070045	宏科醫院
		3541071400	凱比吉診所
台全體系	南區	3539032288	虎尾台全診所
		3539051390	土庫台全診所
		3539091312	荊桐台全診所
		3539111426	二崙台全診所
		3539121422	崙背台全診所
		3539131811	台全診所

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
國泰德家體系	南區	3539061770	國泰診所
		3540011599	德家診所
		3540041668	國泰診所
國仁體系	高屏	1543010109	國仁醫院
		3543111309	國仁醫院附設高樹門診部
		3543014529	國新診所
馨蕙馨醫院體系	高屏	1502031095	馨蕙馨醫院
		1507300022	博愛蕙馨醫院
		3507300097	彌馨診所

108 年度第 1 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

與會人員發言實錄

前言

主席

各位共擬會議的代表、醫管組、分區業務組的同仁大家午安。今天是今年第一次的醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，現在人數已經過半，會議正式開始。首先，先進行上次會議決議事項辦理情形，請同仁開始。

宋科員兆喻

各位代表長官好，這次會議決議辦理情形追蹤表共 18 案。序號 1 「支付標準成本分析調查案」，有關區域醫院協會提供之成本分析表與成本參數表、作業流程表均無法對應，故本署於 108 年 1 月 29 日以電子郵件請協會再提供可對照之成本參數表及作業流程表，但該協會表示暫無法提供。本署刻正就醫學中心協會及區域醫院協會提供之 21 項診療項目成本分析表，比較兩協會資料之差異，及分析資料可用性，本案建議繼續列管。序號 2 放寬 COPD 醫療給付改善方案之參與院所資格案，本署已於 107 年 12 月 26 日函轉台灣胸腔暨重症加護醫學會回復藥師參與計畫教育訓練之相關資料，請藥師公會全國聯合會參考並鼓勵藥師參與計畫教育訓練，本案建議解除列管。序號 3 Tw-DRGs 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案，本署函請 77 家醫學會提出執行上有困難之 DRG 項目及建議處理方式。截至 108 年 1 月 14 日，已有 47 家醫學會函復執行困難之 DRG，共計提出 832 項修訂建議，將以現階段蒐集之意見進行後續研議。前述 832 項修訂建議，共計影響 923 支 DRG，將據以研議 Tw-DRGs 修訂方向，必要時邀集相關醫學會討論後再提會討論。綜整情形請代表參考辦理情形第 2 點，本案建議繼續列管。

序號 4 支付標準新增「辦理轉診費_回轉及下轉」等 5 項診療項目案，其中有關「診療項目施行半年後，就同體系院所之申報情形，再提會討論」一節，及序號 5「放寬同體系醫院得申報轉診支付標準案」，將於本次會議討論，如經確認同意，建議解除列管。序號 6 Tw-DRGs 108 年適用之相對權重統計結果案，已公告自 108 年 1 月 1 日起生效，建議解除列管。序號 7 修訂中醫支付標準及癌症患者加強照護整合方案，支付標準修訂案已公告自 108 年 3 月 1 日起生效；癌症患者加強照護整合方案已公告自 108 年 1 月 1 日起生效，本項建議解除列管。序號 8 修訂牙醫支付標準及牙醫門診總額特殊醫療服務計畫案，支付標準修訂案已公告自 108 年 3 月 1 日起生效；牙醫門診總額特殊醫療服務計畫已公告自 108 年 1 月 1 日起生效；新增「單側顱顎關節鏡手術」一項，與本次會議追蹤序號 14 相同，追蹤情形併該項處理，本項建議解除列管。

序號 9 增修 47065B「治療性導管植入術—末梢靜脈植入中心導管術 (PICC)」等 3 項診療項目及手術章節分項案，已公告自 108 年 3 月 1 日起生效，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」案，本案將提本次會議報告，如經確認同意，後續將依程序辦理計畫公告事宜；前次會議建議放寬「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之專科別限制一節，將另案召開會議研議，並依會議決議調整品質獎勵措施之操作型定義，建議解除列管。序號 11 新增 108 年「醫療給付改善方案—糖尿病病人之胰島素注射獎勵措施案」已公告自 108 年 3 月 1 日起生效，建議解除列管。序號 12「106 年至 107 年上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」，本署已於 108 年 3 月 11 日函知各分區業務組及提報院所已列項目之名稱及對應支付標準代碼，並公開於本署全球資訊網，請院所依規範申報。未列項新增項目計 83 項，刻正函請提報量最大之院所提供成本資料，以辦理後續新增療項目作業，上述作業將列入醫令自動化檢核，建議解除列管。

序號 13「108 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案」、序號 14 支付標準第三部牙醫新增「單側顱顎關節鏡手術」案、序號 15 支付標準文字修訂案等三案，皆於 108 年 3 月 4 日陳報衛生福利部核定中，俟衛生福利部核定公告，故三案繼續列管。序號 16 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」居家照護階段之收案條件案，已公告自 108 年 4 月 1 日起實施，建議解除列管。序號 17 修訂「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」案，已公告自 108 年 4 月 1 日起實施，建議解除列管。序號 18 修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，本案已於今日公告自公告日起生效，建議解除列管。

主席

謝謝，目前就只有剩下第一項跟第三項是繼續列管，其他都解除列管，大家有沒有意見？好，請賴藥師。

賴代表振榕

要問一下，第二項你們署裡面寄給公會的是有第二段的文字，但今天的資料看起來是沒有，所以解除列管這樣子是有一點問題，因為署裡面有一個公文來給我們，要我們在 1 月 30 日提供我們，就是 1 月以前我們要提供我們藥師要做 COPD 方案的藥師執行項目，我們也提上來，在 2 月 20 日署裡面說把我們提出來的項目轉給胸腔醫學會，然後說研議之後再處理，所以我收到書面資料是繼續列管，但在這邊變成沒有了，變解除列管，我不知道這個到底是哪邊出錯了？如果今天沒有來的話，是不是我們這個案就被解除掉？覺得這開會要很慎重，我書面資料帶來了，裡面是有第二段文字，我不知道怎麼會在這被解除列管，而且把第二段文字全部省略掉了，第二段文字我可以稍微念一下：「2.藥師公會於 108 年 1 月 30 日提供本署「新增藥師參與執行用藥整合服務之標準作業流程」，因涉及專業，故本署另於 108 年 2 月 20 日轉請相關學會給予建議，擬待彙整回復意見後再行研議。」，而且這個項目是勾繼續列管。

主席

好，謝謝。大家有沒有意見？如果沒有的話，請醫管組說明。

王科長玲玲

有關追蹤事項第二項，COPD 改善方案有參與院所資格，當時的決議是先鼓勵藥師參與計畫，後續等到認證這些人數參與的比例以後，我們再去研議藥師納入。所以這個案子我們先就藥師參與的人數這段，先做一個結案。

至於藥師公會全聯會這邊提出來的建議，就是藥師怎麼納入 COPD 的部分，應該是另案再來做一個討論，所以我們建議這個項目先解除列管，後續有關納入 COPD 的研議方案，再另案處理，以上。

主席

好，謝謝。好，黃代表。

黃代表振國

主席，針對這個案子，在之前有一次會議就討論過了，其實 COPD 的病人照護需要各個專業領域的醫事人員共同來努力，當然很樂意見到藥師願意來參加這個計畫。但是很重要的是，這個議案所謂的認證人數，跟釋出處方箋的比例，跟 COPD 的論質計畫成效有沒有關聯性？如果真的有明顯關聯性，當然要繼續列管。如果對於這樣的參與並沒有改變現在照護的品質，我相信也不要勞師動眾。今天是藥師來要求、明天檢驗師來要求，再來心理師、護理師要求，我相信醫事團體都願意來幫忙，這是好事，可是必須對這計畫的本質、成效及預期可見的差異性能提出意見，而不是只在乎署忽略了誰的存在。今天在座的每個醫事團體，我們都非常尊重，謝謝。

主席

好，謝謝黃代表，大家有沒有其他意見？請賴代表。

賴代表振榕

我想我有一點不同意剛代表所提的，本來 COPD 的用藥方式指導，除了醫師之外，藥師應該是暫蠻重要的角色，目前看不出他的成效是因為藥師沒有加入，這怎麼看出這對整個計畫影響如何，因為 COPD 的 device 使用，跟他會不會用、用對用錯，實際上跟在治療品質是有很大的差異。我們不是要爭取什麼，我們是覺得病人在這段照顧裡面，如果有一個藥師加入，尤其是社區藥局藥師，因為 COPD 的病人不見得都會回到醫院去，如果用藥上有任何問題，是不是可以就近到有受過訓練的藥師來幫忙他。至於有沒有列入，這是以後的事情，但是要让藥師來做事有一個身分。就像我自己參與整個教育訓練，現在目前我知道胸腔醫學會提出來有 1 千多人。我去台南成大受訓時，也碰到一位基層醫師，他在善化，我們在閒聊時，他也提到 COPD 的病人真的不是教一次就會了，他是要反覆的教。所以我想目前藥師都還沒進入，就要談對這計畫品質計畫有什麼改善，當然沒有數據可以看。但是如果藥師能加入的話，我相信是正向的。我不知道另案是要怎麼另案，除非今天有一個附帶決議說這會另案呈出來討論，當然就解除列管，如果沒有的話，我覺得要繼續列管，因為還沒有完成。

主席

請黃代表。

黃代表振國

我想藥師的關心，各醫療層級都很清楚。尤其各個院所都有專門的藥師為多，而且參加 COPD 計畫的醫療院所，除了醫師有去上課，我相信包括呼吸照護師等都有參與這個教育訓練。誠如剛才講的，藥師還分所謂的醫院的藥師、藥局的藥師？我不知道藥師公會的教育課程內容有這樣分嗎？不同的藥師在不同的執業場所，有不同的執業訓練嗎？若真的有，我們也很樂意來了解。

我剛強調的不是忽視藥師公會，而是處方釋出交付的行為，應該

請健保署統計對於 COPD 計畫的成效有沒有差異性？我們從不抹滅藥師在我們醫療團隊的功勞，如果交付跟不交付，是醫療院所自行調劑這行為有差異，社區藥局的藥師比醫院專聘的藥師會教，或比較會指導病人用藥，那我們各醫療院所也會虛心檢討，並且讓藥師學習相關的經驗；如果沒有，我相信各醫療院所專任藥師很專職也很專業，謝謝。

主席

好，謝謝。

賴代表振榕

主席，我想剛剛代表是誤會我的意思，我不是說只有社區藥局藥師有培訓來做這樣的事情，因為實際上在去年我們藥師去參加胸腔醫學會的受訓的藥師，是包括醫院、診所還有社區藥局，當然醫院的藥師、診所的藥師如果有經過培訓，因為當時是說藥師要 training，所以如果有，那當然他就有資格來幫忙，我強調地說社區藥局是因為民眾他如果回到他的周圍、他的住家，他要一個方便的諮詢，那應該可以找社區藥局，並沒有說醫院的藥師比較差或是診所的藥師比較差，因為當初是講說藥師如果經過胸腔醫學會的認證的資格培訓，就可以來參與這樣的計畫，對不對？我想會議紀錄可以參考的，所以我們在整個教育訓練裡面，我們藥師公會沒有自己辦，也沒有針對社區藥局藥師辦，而是只要藥師你都可以參與，所以我們實際上整個 1,000 多人的裡面，是包括醫院藥師、診所藥師還有社區藥局藥師。

主席

好，謝謝賴藥師，也謝謝黃代表大家互相討論。跟大家報告，有關這個案子，當時這個 COPD 的醫療給付改善方案藥師想要能加入，當時有討論藥師應該要參加一些教育訓練，因為醫師也要參加教育訓練，所以藥師就認為說是不是要有一些課程，協助藥師來取得這些教育訓練的資格。所以從這邊開始，我們就開始調查現在到底藥師有多

少人受訓，如果還沒有受訓的，就由胸腔暨重症加護醫學會舉辦的一些課程，通知藥師公會轉知藥師來參加訓練，對不對？到這裡為止，在辦理情形這邊我們已經知道了有多少藥師已經受訓，還有蠻多藥師想要受訓，課程也都通知藥師公會了。因為這個還要一段時間，讓這些藥師趕快 prepare 好，至於說這個案子到這裡，我們覺得是要先有一個初步的段落，等到藥師都有一定程度的受訓之後，回頭再來提要改這個計畫，那就是另外一個案子了。因為那就是修計畫，否則這個案子要列管到什麼時候？

因為這個已經告一個段落了，就當時訴求的是藥師能夠有機會去參與教育訓練。所以賴藥師這邊，我們是不是應該趕快就這個階段性的工作，讓藥師有機會去受訓、取得資格，今年底修這個計畫的時候，大家就可以再來討論說藥師怎麼樣來加入，這樣好不好？

賴代表振榕

主席我一個疑問，去年我們提出來的時候，目前已經我知道署裡面調查應該是 1,200 還 1,400 的藥師已經是受胸腔醫學會培訓資格夠的，取得資格的，剛剛講說繼續培訓，我也同意說藥師應該更多人繼續培訓，但是這個數字到底要多少？對不對？我是覺得是培訓有資格的藥師，他就應該可以開始啟動，當然我也不想說這個案一直卡住，我是覺得說，好，主席如果這樣的說明，我是可以接受，但是年底如果胸腔這樣一個 COPD 的計畫就必須要把藥師考慮進去，因為我們實際上...

主席

就是下次在修訂這個計畫的時候，大家都可以提出意見，那時候再討論。

賴代表振榕

可以，因為署裡面也要求我們 1 月 30 日我們提出我們藥師參與 COPD 的要去做的項目，署裡面也轉給胸腔醫學會去了。

主席

對，這個還要過程。

賴代表振榕

對，ok，我是可以接受這樣子，但是這個案不能說好像無疾而終了。

主席

不可能。

賴代表振榕

藥師就被好像是受訓完後什麼都沒有。

主席

不會，不會。

賴代表振榕

那這樣子的話，我其實不是在爭藥師的權益，是病人，病人實際上依我自己從醫學中心退出來之後，我在社區，看到病人實際上有 COPD 的問題，但是我不可能說因為我沒有受訓我就不去關心他，不去指導他用藥，這是這樣的事情，所以我們藥師是一定會去關心病人在用藥上的品質問題，所以我希望這個案是如果主席這樣說，因為我們這個都有做紀錄，那年底就應該要把他納入進來。

主席

年底在討論 COPD 的醫療給付改善方案的時候，這一年當中各界的意見都會納入，包括藥師公會的意見也會納入，到時候再一併來討論。因為那又是另外一個新的案子，是修改計畫的案子。我們就是階段性的把每一個應辦的事項做完，然後先解除列管。接下來要修改計畫時，因為每年這些 P4P 的計畫都有機會修改，都會滾動式的檢討，

實在不需要把一個過程面的問題一個一個列管。所以 COPD 計畫既然藥師公會有送案子來，署就一定有收案，那就會在下一次準備的要改的時候把各界的意見納入，可能不是只有藥師公會有意見，其他的學會例如胸腔暨重症加護醫學會也會有意見，因為計畫施行之後，他們也可能覺得有一些地方需要再滾動式的調整，是不是可以先這樣？

賴代表振榕

主席，我是可以同意主席的說明，但是我是覺得說既然我們署裡面已經有公會的資料，是有第二段文字，是不是可以把第二段文字把他放進去，然後解除列管，至少有一個紀錄在。

主席

謝謝，我剛剛講的都列入紀錄了。

賴代表振榕

好，可以，謝謝。

主席

好，謝謝，那這個案子大家還有沒有別的意見？如果沒有，這一段就洽悉，接下來報告事項第一案，第一案請簡短。

報告事項

第一案

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議議事規範說明及調整 108 年召開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時程案。

主席

謝謝，有關會議時間的部份，請大家先預留時間，年底的時候如

果還有太多案子沒辦法在第四次會議討論完，就會加開臨時會議。

另外後面三張投影片是提供給新代表，內容有會議的組成、會議進行方式，還有會議公開事項，我們的新代表好像就是紀醫師，再麻煩紀醫師自行參閱，就不再逐一唸了，好嗎？好，謝謝你。

另外補充被保險人代表和雇主代表兩人，一直都沒有參加會議是因為這是健保會推薦，署也會就另外兩席代表辦理遴選，所以這四席代表還沒有產生，確定名單之後就會通知他們來開會。好，以上報告事項第一案大家有沒有意見，好，請羅代表。

羅代表永達

以往會議都在禮拜四，說實在的為了參加這種會議，很多醫師都調整門診時間。記得當時有一個協議，儘量在三、四、五開會，因為禮拜一、二醫師總有一個時間是要看診開會的。我想這麼多年來都這樣，為什麼現在要調整在禮拜二？

主席

謝謝，有一個原因是因為我們藥品的共擬會議，有部分代表是重疊的。藥品的共擬會議有時候從早上開到下午，代表兩邊奔波，這邊走不開，那邊又無法開會。為了跟藥品的共擬會議時間錯開，所以我們有兩次是改成禮拜二開會，禮拜二開會大家比較不方便嗎？

黃代表振國

不方便。

主席

那三、四、五都可以嗎？那改成五可以嗎？

羅代表永達

當時就是告訴我們一、二要留給我們。

李組長純馥

因為我們的會議室都要一年前預約。

羅代表永達

我們就是已經寫上去了，臨時改...

主席

所以各位代表認為三、四、五比較好，比星期二好對嗎？

黃代表振國

報告主席，目前藥品共擬只有我跟謝前輩。

主席

不只啦，陳志忠代表也是啦。

李組長純馥

主席也是，代表也是。

黃代表振國

最好是四或五。

主席

四或五，但有時星期五會跟健保會的日期撞在一起。

陳代表志忠

禮拜天。

主席

禮拜天嗎？

黃代表振國

可以。

陳代表志忠

那看大家要不要加班啊。

主席

好慘哦！

朱代表益宏

我們是不是再調查一下。

主席

好，那我們再調查一下。總之今天的共識是禮拜一、二不好，其他的再排。可以下一次會議排出時間後再告訴大家，這樣可以嗎？下次4月23日可以嗎？

黃代表振國

不方便。

李組長純馥

不行，因為這是禮拜二。

主席

那等下會議中先去敲定4月份時間，第3、4次的會議就重新安排。

黃代表雪玲

第3次應該不用改吧。

主席

第3次OK嘛？那就第2和第4次會議。好，這案是不是就暫保留，

先往下討論。大家還有沒有意見，好，如果沒有的話，第二案請開始。

報告事項

第二案

案由：修訂全民健康保險中醫急症處置計畫。

主席

好，謝謝，這個是修訂中醫急症處置計畫，這案大家有沒有意見？好，請羅院長。

羅代表永達

上次在中醫總額裡面有提到，根據現行各總額當中的診療費是有差距，當時主席有裁示說先試行一段時間，過一段時間再來檢討，這些我們要不要稍微做敘述？

主席

已經在中醫的研商會議上有結論，決議寫在中醫的總額研商會議之紀錄內。

好，謝謝。其他大家有沒有意見？好，如果沒有意見，報告事項第二案就通過，接下來第三案。

報告事項

第三案

案由：修正支付標準第三部「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」文字案。

主席

好，謝謝。這個案子大家有沒有意見？好，如果沒有的話就通過，接下來下一案。

報告事項

第四案

案由：修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)」報告案。

主席

好，謝謝。這是居家醫療照護整合計畫修訂案，內容非常的複雜，會前已經跟相關的團體開過無數次的會議，至少是有3、4次，而且是非常大規模的會議，比今天會議的人數更多，與會的人非常廣泛，最後才得出來的結論。

因為居家醫療確實是未來高齡化所需要的，但是收案還是要嚴謹，才能夠滿足居家醫療個案的各方面的需求。很重要的一個精神就是由西醫師作為的一個 key man，如果有需要才可以照會其他專業人員，並不是每個人都去，顯然這個計畫參與的西醫師是扮演最重要的角色，而且應該要設法整合病人的用藥，能夠提供精準、更符合需求的居家醫療的服務。因為擴大參與怕會有浮濫的現象，也藉這一次的機會希望接受居家醫療的個案也能夠理解，要接受居家醫療，基本上就是要相信居家醫療的醫師可以提供完整、整合的照護，而不是仍在外面拿藥，讓居家醫療的醫師沒有辦法再提供進一步的協助。

這些都是過去遇到的有一些問題，藉由這一次的修正，希望能夠做更好的管理，讓真正有需求的人，可以得到更好的服務，相對的也提高一些支付的點數來做鼓勵。這個案子大家有沒有意見？好，請，羅醫師。

羅代表界山

居家整合計畫我認為是相當好的計畫，不過在這個草案裡，牙醫部門的部分，我有一些問題希望能夠釐清。麻煩大家看一下報告第 4-13 頁，在（十一）的部分，這邊有寫到每次紀錄訪視的時間，自到達案家起算，到離開案家為止，這個在定義上面沒有問題，但後面有寫到就說，並請照護對象病人或其家屬簽章，這會不會對於執行的醫師好像非常不信任還是...，這是我個人的疑問，再來後面這個部分，我們應該製作居家醫療照護紀錄留存於案家，以利其他的醫事訪視人員或長期照顧服務人員提供整合性之居家照護服務。我們在醫療站都有做醫療紀錄單，這是沒什麼問題，但因為病人他們是在家裡，沒有固定的地方來存放醫療紀錄單，所以如果我們存留於案家，是不是要制定一個新的格式？然後需不需要跟病人講說，下一次有誰來的時候我們通通都要紀錄在一起，這是第一個部分。

第二個部分是第 4-15 頁，麻煩大家看到第 4 小項，本計畫之各類醫師訪視費由其專任或兼任之特約醫院或診所申報，是不是可以在牙科的部分註明，居家牙醫醫療服務各醫師在原執業院所申報，因為在牙醫的部分，比方我在 A 診所執業，然後支援到 B 診所，再從 B 診所去支援到宅醫療，然後到宅醫療費用是在 B 診所申報，但執業登記又在 A 診所，這對我們牙醫在管理上面會有一點怪怪的。

再來麻煩大家看第 18 頁部分負擔的規定，這對我們牙醫部門是有點困擾，因為我們牙醫部門在執行到宅醫療（居家醫療）已經有一段時間了，我們長期以來都是照 50 元的部分負擔來收，我們可以理解法的規定，但也希望大家能考慮這些弱勢民眾，因為就醫不便、經濟還有醫療照護上都是比較需要支援，所以是不是可以在牙醫部門部分負擔的規定可以沿照我們舊的制度，或者說在研擬新的部分負擔收費的方式之前，我們先暫時照舊的方式跟病人收費，因為沒有跟病人收部分負擔的話，我們有違法之虞，不過如果部分負擔一次增加那麼多，造成病人就醫權益的傷害，對這個計畫也有傷害。

最後一個是第 25 頁，在支付標準表裡面，P30005 寫法稍微有一點怪怪的，是不是懇請把居家牙醫醫療服務（次）的這行文字提到最上面來。就是 P30005 和 P30007 包含於居家牙醫醫療服務（次）之下，P30005 就是病人清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，P30007 就是其他病人，這樣可能比較清楚。

這邊還有一點，不好意思占用比較久的時間，在牙醫部門我們比較堅持應該先進行訪視之後，再去進行治療，因為我們現在在治療的器材部分，並沒有強制規定大家一定要帶什麼器材，尤其病人的狀況又比較多，他到底病人家裡的環境是不是適合帶某些器材也不知道，所以如果沒有做訪視就直接貿然去做醫療的話，有可能對病人的安全是有所疑慮的，是不是可以在支付標準表裡面註明應該先做完訪視之後才可以進行治療，以上。

主席

好，謝謝羅代表，那其他大家有沒有意見？好，那個朱代表。

朱代表益宏

我想請問一下就是在牙醫師的訪視費，他的 P30007 的 5,700 還有 3,800 是有經過什麼樣的...？就是他做哪些事情然後你要給到這麼高的費用，這是第一點，那因為其他的醫師訪視都是大概是 1,500，那第二個就是藥師的訪視費，居家藥師訪視是 1,100，那比其他的醫事人員都高一點點，這個是不是也說明一下為什麼跟其他的醫事人員訪視費不太一樣？以上。

主席

好，謝謝，那其他大家還有沒有意見？好，請賴醫師。

賴代表俊良

感謝健保署對居家醫療緊急訪視提供一個機會，這個也是很重要的個人建議，因為這個緊急訪視不在每日的人數限制裡面，所以定義要

嚴謹一點，大家看一下這個附件一。

主席

附件一嗎？

賴代表俊良

對，附件一的緊急訪視適應症，因為這個是用原先的代碼去加成 40% 到 70%，那我覺得是不是可以比照我們急診診察費一樣，去設定一個專碼，這樣日後統計這些急診的緊急訪視的比例可能會比較單純一點。另外就是我們緊急訪視的加成方式，比方說我五點以後才離開就加了 50%，如果說四點五十分去，然後拖到五點五分才走，就可以加成了，所以我是覺得這個好像...。

主席

以抵達的時間嗎？

賴代表俊良

不，以離開的時間。

主席

以抵達的時間為主。

賴代表俊良

他是離開案家時，跨不同的加成區間，如果已經超過五點，理論上就加成，所以我是覺得應該像急診會登錄起迄時間，這個起迄時間，離開的時間是不是要給一個範圍，比方是 15 分鐘到 30 分鐘，以免被濫用，這是我的建議。

另外我們這個適應症裡面訂的這些像急診適應症都不是很嚴謹。我們現行的審查注意事項，急診的定義跟適用範圍我覺得定義的不錯，

所以我們在修這個緊急訪視是不是可以參考我們醫療費用支付標準緊急的定義去做一個比較嚴謹的定義，那另外緊急疼痛的 scale，我是覺得應該用數據，像 VAS scale 來制定。

第 8 點有一個經其他醫師評估有立即前往需要者，這個定義很模糊，這是為緊急訪視開了一個後門，我覺得應該今年先看看緊急訪視的比例怎麼樣，然後需要明年再來增修，這以上的報告，謝謝。

主席

好，謝謝賴醫師，再來是黃醫師，然後林代表，林恆立醫師有舉手嗎？沒有，好，那先請黃醫師。

黃代表振國

我想呼應我們賴醫師的意見，居家的訪視應該是以病人為中心，就是當病人已經沒有辦法到醫療院所，所以需要優秀的團隊，包括醫師、護理師、呼吸師、牙醫師、中醫師還有藥師等等，深入到病患的家中，我們把醫院的整合性照顧搬到病患家，基本上我想是這些病人平常就需要這樣的服務，甚至有時候定期有人去家裡照顧。

至於緊急的一定是突發狀況，就是沒辦法預期，而且病人的狀況也不適合直接送到醫院，如果他的生命徵狀已經有生命的危險，除非家屬願意讓他做安寧，但安寧有安寧的步驟，也不需要這麼多人去打擾，我不知道這對病人的家屬是好還是壞？

所以第一個就是緊急訪視，一定有他的功能、目的跟評估方式，那現在缺乏了一個很好的方式，到底哪些對象，經由緊急照護可以得到更優質的服務？這是第一個建議。而且我們五點後的夜間門診沒有加成，假日門診也沒有加成，很樂見署方注意到我們醫事人員的辛苦，我們也是凡人，所以希望五點以後，就有其他的支付標準能比照鼓勵。

第二個就是指標方面，因為團隊是以醫師為主，但是現有的指標如住院率、急診率，都是以醫師為主的指標，那到底其他的醫事人員，

如護理師、心理師、呼吸治療師、藥師的幫忙之後，有什麼差異？到底這個團隊有多優秀？我們看不出來。所以我建議，既然有這個費用，到底一個人去就好？兩個人去？三個人、四個人、五個人去之後，他們一起是否有不一樣的成效？我看到指標都沒有明訂，只有以一個簡單的醫事機構團隊，看不出呼吸治療師去了有什麼幫忙？藥師去了有什麼幫忙？護理師去了到底有哪些事項是非他不可？所以我會建議指標是不是要能夠凸顯一個團隊的好跟壞，如果好的團隊，分數給高一點，設置一個獎勵金，把省下的錢留在獎勵資優的團隊。

還有關於團隊的功能，健保署是否有比較簡單明確的指標，比如說重複用藥到底有沒有減少？我們也希望病患經由優質的團隊，到了居家之後，他的重複用藥可以得到整合，因為我看到給付藥師裡面有一個餘藥的項目，對不對？那經由整合，到底重複用藥的情況有沒有因為團隊進入，可以看到明顯的改善，我相信這樣以後在評估上能夠更客觀一點，不然有勞各位長官，真的很辛苦，因為提指標就要評估好壞，到時也很難呈現，所以我建議這麼多的預算，要能夠呈現他的差異性謝謝。

主席

好，謝謝黃醫師，再來林代表。

林代表綉珠

在這邊先感謝健保署經過我們上一次的建議以後，有幫我們稍微計算如果有護理人員陪同時，需要花費的點數，不過我收到 mail 的時候特別看到在第四項之(三)說希望我們能夠提供更詳細的成本分析、護理人力部分等等，可是我現在來到這邊開會的時候看到內容，那些字句都不見了，也就是說我兩天前收到的 mail 裡面的會議資料跟我現在是不一樣的，我非常氣憤，不知道健保署為什麼有這樣的的考量。

縱然說，這一次考量到護理費的部分，可是禮拜二給我們的資料當中有特別提到，建議由相關團體釐清護理人員陪同訪視之目的、成

本效益、護理人力部分等等，那也考量到是不是可以由其他人員替代，這個部分我不曉得醫師會不會覺得說護理人員的這些工作的效益是可以由其他人替代？不過至少留給我們機會，就是讓我們可以有機會去表達，可是現在看起來是沒有，那我不知道健保署考量是怎麼樣的情形，就是直接就把護理人員的這一部分，我們之前講的緊急訪視的費用等等的這些都沒有了，有人要覆議是不是？對，我的意思就是說，因為我才剛剛看了會議紀錄，如果是要這樣子更改，是不是事後要再補寄資料？避免說我們手上拿到的，跟來到現場之後的資料是完全不一樣的，以上。

主席

好，謝謝林代表，再來是林醫師還有紀醫師。

林代表恒立

主席、各位醫師，剛剛大家提到的的確沒有錯，可以參照急診的症狀的一些描述，大家會比較好依循。不過居家的病人，因為早上看到一個病人突然打電話給我說他昨天晚上跌倒、撞到，叫我馬上要去看，這種緊急的狀況跟急診的要求可能會有一點點不一樣，跟我們一般到急診處去看病的情況會有一點不一樣，所以可以參照說，因為病人如果你沒有去他可能就馬上去急診了，可能這種情況大概會比較常發生，所以這個地方是可以稍微放寬一下，讓居家的醫師可以好好地遵循。

第二個是有關護理師，的確我們要替他們說一些話，那有護理師跟基本上是可以協助醫師做非常多的事情，但是目前是完全沒有費用，是由醫師的診察費這邊來支付，那其實居家護理他的護理費用算是很高，算是跟醫師出訪的費用差不多，那所以在這個狀況底下其實怎麼樣做一個 balance，讓護理師跟我們醫師出去做居家訪視的時候可以有一點點這個補貼，未來應該可以考慮，那再來就是指標的部分，那目前都由醫師來做評估，我想，醫師要負全責這個應該是目前的考慮，

因為你要委託給牙醫師、委託給中醫師或委託給復健師，其實都是由醫生這邊來做評估跟決定，所以在這種情況之下，讓醫師來獨立承擔這個評估的指標，我想是蠻合理，因為這樣的話才能夠呈現說你委託給其他科醫師來共同照護的時候，有沒有這個成效來呈現，以上，謝謝。

主席

好，謝謝林醫師，請紀醫師。

紀代表志賢

不好意思，只是一個小小的問題，請看 4-3，這個大家之前都有討論過，所以我想要瞭解的是，我們的西醫師、中醫師還有藥師都有一個上限，牙醫師也有，可是牙醫師比較特別，還有限每天最多 2 件，然後第 5 件以後就要打 6 折。請問這個規定背後的邏輯或意義是？

主席

好，謝謝紀醫師，大家還有沒有其他意見？好，如果沒有的話，請賴醫師。

賴代表俊良

剛剛護理人員有講說居家醫療的話可以考慮給付護理費用，這個我深表贊同，因為現在醫師在做這個居家醫療，他不是醫師一個人去，他一定要帶至少一個到兩個護士，有時候醫師年紀比較大一點，太累了還要委託護理人員開車，到那邊所做的一些注射，一些治療，醫師一定要撥一些費用給護理人員，所以我是覺得如果經費允許的話，因為今年沒有，我覺得在下一次是不是考慮給付護理人員一些費用，謝謝。

主席

好，謝謝，大家還有沒有意見？如果沒有的話，我們是不是就剛

剛紀志賢醫師所提的牙醫折付，先請羅醫師回答好不好？

羅代表界山

那有關牙科的部分，他有人數上限的限制，我們是考量因為牙醫師他們所能夠承受治療到宅醫療病人的困難度還有風險度所來訂定的，一般來說，我們牙科在執行當中因為風險性比較高，侵入性的行為比較多，而且在牙科治療還有水的問題，所以我們花在治療的時間整體上來說比較久，大概一個時段三小時，合理的狀況下，應該不超過 2 位。一天合理的話，如果早上、下午都去，那是不會超過 4 位，但如果私底下來講說為什麼我們規定會那麼奇怪，我們也是因為牙科治療的費用是比較高的，我們怕有比較不正常的醫療行為發生，所以我們在人次、天數上的限制，就是合理量的限制，謝謝。

主席

好，謝謝。請羅醫師也回答朱益宏副院長所提的，為什麼你牙醫的 package 是 5,700 和 3,800？

羅代表界山

朱代表的意思？

主席

P30005 跟 P30007 是 5,700 跟 3,800 點的部分，請說明。

羅代表界山

P30007 是 3,800 是新的，那 P30005 的 5,700 是沿用以前到宅牙醫的費用，一直都是 5,700。

朱代表益宏

原來的支付標準嗎？

羅代表界山

原來以前的支付標準表。

主席

5,700 是牙醫特殊服務計畫裡面就有的，牙醫最主要很不一樣的地方是，因為要帶所有的器械去，還要帶一些急救設備去，這是沒有辦法 fee for service，所以牙醫是一個 package。當然也包括論次的錢也包含在裡面。就是牙醫論次的錢，以及他們所做的每一件事情。但是牙醫如果是處理臥床在家病人的口腔的問題，是有一定的風險，所以他們能做的範圍也有侷限。如果真的是比較侵入性的治療，牙醫團體根本不建議在家裡做治療，必須 move 到醫院去做，在有麻醉設備的情況下才做治療。因為牙醫的在宅醫療比居家醫療走在更前面，他們很早就提供身障的在宅牙醫治療，所以那一部分的經驗就 move 到居家醫療計畫，所以支付點數還有支付範圍、次數的限制，以及折付都是從那邊直接搬過來的，就沒有特別再去討論。但是到居家醫療後，因為原來在宅牙醫是針對身障的病人，現在整併過來就不一定限於身障病人，因為一般的患者也可透過西醫師轉介給牙醫師，所以就不限身障的人了，在這部分的點數就新增一個 3,800 點，因為這些人的障別程度比較低。

羅代表永達

就是 P30005 是身障的，P30007 是一般嗎？

主席

所以羅醫師剛剛提到代碼的名詞是不是稍微換一下，羅醫師是這個意思嗎？

羅代表界山

對。

主席

對，好，羅醫師要不要再補充？

羅代表界山

我們這個 P30005 和 P30007 還包括交通費還有護理人員費。

主席

對，是全包。

朱代表益宏

所有項目的其他醫事人員都是全包？

主席

沒有，其他的醫事人員是訪視費，另所提供的服務是 fee for service，只有牙醫是 total package。

朱代表益宏

應該是說，就是說他提供這樣的服務，那裡面的內容是不是要把他明訂出來。

主席

有訂服務範圍。

朱代表益宏

如果是這樣，那就應該在這邊支付標準裡面要去明訂出來會比較，如果是在別的...

主席

這裡有寫，在 4-25 頁的備註裡面。

朱代表益宏

預防保健、護理、診療...。

主席

處方。

朱代表益宏

處方、治療處置。

主席

治療處置、材料。

朱代表益宏

所有材料？

主席

所有的成本通通含在裡面。

朱代表益宏

所以我說這一部分事實上要寫清楚。

主席

有寫。

朱代表益宏

那訪視前面已經有一個訪視費了。

主席

沒有，訪視費是不一樣的。

朱代表益宏

對，你包括這裡面，居家包含什麼口腔預防保健、護理、診療、處方跟處置。

主席

牙科含的部分就是剛剛解釋。

朱代表益宏

我是建議就是說，第一個，畢竟跟那個身心障礙是不太一樣的，當初是認為說他除了到醫院有一些困難以外，那他當然還有一些麻醉的問題，有一些這個其他的問題，那這一類的病人你可不可以類比用同樣的就是把他帶過來，我覺得這個我個人覺得還要經過比較仔細的處理。

第二個是一般像這樣的項目都要經過一個成本分析，那成本分析裡面包括我在裡面做了什麼事情，處理了哪些東西，因為你看牙科的支付標準，現行牙科的支付標準，其實 5,000 多塊算是很高額的支付標準，以現行的支付標準，他當然在醫院裡面做同樣的東西，比如說你洗個牙，或是做什麼...，才幾百塊而已，了不起 1,000 多塊，但是這個東西你搬到那邊，當然我同意環境不理想，環境不理想，但是醫師去居家他環境也不理想，醫師能去也只有帶一個聽診器，對不對？那所以我覺得這個是每一個專業的專業人員到居家他必須要去克服的這些問題，那牙科說因為他要帶器械，當然我不否認就是費用高一點這 ok。但是我建議是說，讓他至少要做，我們給你高，你至少要做到哪些項目，要明訂出來。比如說你要做什麼東西，然後這些東西，因為這裡面你看他，比如說資料處理費，那每一個醫師去也要做資料處理費，每一個專業人員難道他不用做病歷紀錄嗎？也是要資料處理費，對不對？那這個 5,000 多塊、3,000 多塊到底他是，我覺得各職類要一致，就是說成本分析裡面他所執行的項目是要一致。

比如說牙科好了，去一次，剛剛講一個上午四個小時我只能做 2

人，那你一個病人至少要處理兩個小時，類似這樣總是要有一些限制，對不對？不然他今天去看一看嘴巴，張開啊，看一看，然後好，最後教你衛教刷牙，弄一弄，結束了，5,000多塊，是不是這個樣子我不知道，因為我不是專業，所以這個是不是算是他的處理費，這個我覺得總是要一個標準，不然什麼叫訪視？什麼叫處理？衛教算是訪視還是處理的一部分？護理算是訪視還是處理的一部分？更何況牙科醫師怎麼可以去做護理？

主席

好，這個羅醫師有要再說明嗎？

羅代表界山

有關朱代表講的，牙科在治療到宅病人坦白講是非常辛苦，有非常高的風險，坦白講也不太有太多的牙醫師願意去做這些。所以在我們的立場，是希望病人能夠得到最好的照顧，基本上我們也是希望鼓勵牙醫師去做，當然你所講的嘴巴一張開，什麼啊一下就...，我覺得這個對我們牙醫界來講是一個不好的說法，我不喜歡這個說法。

但是相對的，在每一個醫界裡面，各式各樣的人都有，所以這也是我們一直所要去避免的，我們也希望一定要有很多的限制，不然我們限制那麼多東西要做什麼？牙科如果到到宅醫療去，每次要帶的東西重達30幾公斤，我們幾乎把整個診所的器械通通搬過去，只剩下一個床沒有搬過去而已，我們還要帶急救設備、SpO2 Monitor 是全部都要帶的，我們除了要帶護理人員之外，還要帶自己的助手，因為護理人員基本上是照顧病人的生命跡象的這些...，我們專心在操作口腔的時候沒有辦法去關心到其他生命跡象的問題，所以我們還是要帶護理人員去，這也是我們自己一直在牙醫界內部，我們也一直被人家詬病說，為什麼我們要自己找自己的麻煩？我們自己牙醫師帶一個助理去不就得了嗎？為什麼我們自己還要規定說我們一定要帶護理人員去，或是我們要另外帶一個醫師去，我們當然是以病人的安全為優先。

朱代表覺得說這個東西好像看起來是很高，但是坦白講我們牙醫界不太有人要去做這個東西，真的，真心跟你講，如果是說要談成本分析的時候，坦白講我很希望能夠談成本分析，我們希望能夠做論次、論量，大家醫界有時候也是這樣子，大家有時候都是挑好吃的吃，那種難做的東西沒有人要做，坦白講我們牙醫師在推這些真的很辛苦，真的沒有人要去做，所以有時候麻煩大家將心比心，我們也是希望說能夠把病人照顧好，以上。

主席

好，剛剛朱代表有很多的質疑，請看報告事項的 4-38、39 跟 40，特別是 40 頁的部份就有朱代表剛剛關心的，服務的內涵以及攜帶的設備，包括所有的器械都寫在這裡，還有到達的時間以及所需的時間、治療的目標，這些表單都是牙科在宅醫療所使用的，而且還需要病人的同意，因為有些他們連馬達都要帶去，因為會用到水，會有滲到的問題等等。這些安全的顧慮在牙科的在宅醫療，從過去開始做的時候，就不斷把這些治療計畫、表單設計得越來越完整。

現在居家醫療要照會牙科的部分，就是把過去牙科建立的這些基礎直接搬過來，所以大家看到的是牙醫單價高，但事實上這是一個 package 的概念，跟西醫還有藥師的單次訪視費是不太一樣的。那還有其他問題嗎？

朱代表益宏

第一個就是說如果是這樣，我也不反對，就是說你要涵蓋這些東西，那我建議你要明訂在支付標準表裡面。

主席

已經寫在後面的表單。

朱代表益宏

因為你這個是一個申請表裡面說他要附的東西，但在支付標準表

裡面他並沒有...。

主席

表單都是這個計畫公告的附件。

朱代表益宏

其實支付標準表，我們常常會說，支付標準表他下面有個附註，他是有些規定，那我覺得是如果是這樣的話就應該要寫...。

主席

因為現在牙醫的部分是試辦計畫在進行，還沒有納入支付標準表，現在這是一個居家醫療的計畫，這個就是計畫裡的支付標準表。

朱代表益宏

第二個就是說，我還是建議明訂支付標準內容。

主席

已經明訂在計畫的附件裡，這是一整份的計畫，好，謝謝。陳代表要先發言嗎？剛剛還有很多問題要回答，請問是要提問還是要回答，還是要協助討論剛剛的事情。

陳代表志忠

剛剛主席提示看這個計畫，很詳細，口腔現況做檢查看什麼樣子，可是我找不到，要做的是什麼服務？

主席

在這裡有打勾，在報 4-40 頁。

陳代表志忠

我知道打勾，但是就好像我們給藥一樣，你說內科的用藥和外科的手術，要作了這個手術，符合這些才給這個費用，不管你作多少，

牙科我們是外行，很多治療項目，是不是要其中有一個就可以，或是作兩個可以？一個牙齒，或者兩個牙齒，給付是同樣的，當然這個是很辛苦的，機器都帶去了，我不是質疑費用，我的意思是假設他去看甲病人，檢查完了發現有一顆牙齒要補，乙病人有四顆牙齒要補，那這樣子是不是同樣的費用，是不是這樣子的概念，請教。

主席

好，知道，謝謝。

羅代表界山

這個 5,700 是一個單一的概念，當然如果在我的立場是論次又論量，當然要互相體諒。

陳代表志忠

我沒有反對的意思，只是舉例而已，像我們泌尿科作攝護腺的手術，本來是固定手術費用，進 case payment，DRG，只給一個價錢，後來修訂為刮了多少重量，就給不同的費用。

主席

好，謝謝陳代表。除了復健之外，報 4-12 頁就牙醫師訪視的部分在計畫裡面也有文字說明，請大家再參閱一下。等會兒還有意見再提出來，剛剛還有蠻多的代表還有提意見，先請醫管組回應，請淑範專委。

林專門委員淑範

剛才大家陸續提出的問題，我就按照頁次逐項的向大家說明，如果遺漏請大家提醒我。第一個是在報 4-13 頁（十一），羅代表提到去病人家訪視的時候，要紀錄訪視的時間、家屬要簽名，是不是會有不信任的感覺，還有紀錄單是不是要有一致新的格式。跟大家報告，這個不是新的規範，因為在原來的規範裡就有了，原來設計的目的是希望

醫事人員去看病人的時候，讓病人確實知道醫師真的提供他服務了，這是一個紀錄。

第二個是紀錄單的部分，因為現在每一家診所去病人家中訪視的時候，都有自己的紀錄格式，今天如果我們設計新的格式，大家就要再重新印一次，所以這項是不是維持現在現行的作法比較好一點。

接下來的問題是在報 4-14 頁，羅代表提到在牙醫師訪視的時候，因為現在的申報方式是訪視的診所帶回去申報，羅代表提出來問題是牙醫的部分有特別的規定，假設醫師在 A 診所執業，他去支援 B 診所，B 診所去訪視病人，可是要帶回去 A 診所申報，羅代表是這個意思嗎？那要跟羅代表抱歉一下，因為按照現在申報的邏輯，支援 B 診所，因為 B 診所去看病人，其實還是在 B 診所申報會好一點，因為我們會檢核醫師的支援檔，也會檢核醫師的執業時間跟紀錄。

接下來是報 4-18 頁，也是羅代表提到的部分負擔規範，羅代表提到現在的牙醫部分負擔，門診居家的訪視部分負擔收 50 元，在這邊我們規範是依照健保法 43 條，應該收 5%。跟羅代表報告，因為在牙特的計畫裡面是寫依健保法 43 條規定，這是寫在健保法的法源裡面，這是一個很明確的規範，所以是沒有辦法跟法源有不一樣的規定。

在報 4-19 頁，是黃振國代表提到的，指標的規範。現在指標的規範大家看到 4-19 頁，黃振國代表是希望有一些指標可以突顯團隊各類醫事人員的成果。跟大家報告，這次指標裡面，觀察指標是用結果面指標來看。這次的修訂，最重要的一個指標，就是 6 個月之後有沒有整合的成果，因為這是這次修訂的重點，是特地設這樣的指標。黃振國代表的意見我們會留下來參考，尤其代表提到重複用藥有沒有減少，這些我們都會觀察。

接下來是報 4-24 頁，有很多位代表都有提到對急診、緊急訪視的部分。第一個是適應症的部分，跟大家報告，適應症訂了 8 項，這 8 項其實是經過很多努力跟折衷討論，才訂出來的結果，會跟支付標準

急診的適應症稍微不太一樣，看起來是比較寬鬆的。是因為這些是醫師到病人家裡可以處理的情況，如果訂得跟急診一樣嚴格，病人直接到急診就好了，那時候因為有這樣子的考慮，是考慮到醫師可以處理。第二個意見是建議在加成方式的部份，現在有不同的加成時間跟加成比率，希望有不同的支付標準編號讓大家申報。跟大家報告，因為這是醫師訪視費，我剛才算一下我們的醫師訪視費有十幾項，大家可看報 4-25 頁都是醫師訪視費。如果按照這個意見，就會變成每個醫師的訪視費下面要列 4 項，會密密麻麻，這是不是大家要的？還是說我們只要在申報的時候，在申報成數的地方，就可以解決了，這樣會比較簡單一點點。

再來是跨時間的問題，15 到 30 分鐘這部分。

賴代表俊良

我的意思是說，因為有一些四點五十分去，五點三分離開，那這樣照現行的規定，他可以申請加成較高的訪視費，我們一般上班，下班的時候還要稍微整理一下東西，東西弄一弄就五點五分了，我們也不會報加班費啊。所以我是覺得緊急訪視費，可以比照我們急診規定輸入起迄時間嘛，那我們可以訂一個緩衝的區間，超過才申請緊急訪視費，五點一分就加 40% 不太合理，但照目前規定是可以的。

主席

賴醫師這樣子的建議是蠻合理的，可不可以建議在加成的方式，就是報 4-24 頁，做一點修正，請賴醫師再聽聽看。就是「以抵達案家時間計算，若離開案家時跨不同加成區間，超過至少 30 分鐘以上，就可以用較高加成區間計算。」這是不是吻合賴醫師建議的「有一個緩衝時間」，而不是超過 1 分鐘、跨比較高的時區，就付比較高的費用。

如果這個緩衝時間大家可以接受，以超過加成的區間跨時區，至少 30 分鐘以上，就可以用較高的來報，這樣可以嗎？林醫師可以嗎？林醫師有參加那個會議，這個有符合賴代表說的，如果有人取巧，就

多待個 1、2 分鐘就可以取得較高加成，這樣可以嗎？如果做文字的修正，大家有沒有意見？這是有點像防弊，但是又不要忽略了醫師付出的心力，本來是要鼓勵他，但是也不要取巧的空間。再請淑範繼續。

林專門委員淑範

接下來是報 4-27 頁，朱代表有提到，居家藥事照護費（次）為什麼訂 1,100 點。跟大家報告，因為一開始在規劃的時候，這個點數其實是比照耗用資源第一類的訪視費，當時在會上討論的時候，藥師是有個「藥事居家訪視」1,100 點，就是比照那個點數申報。

最後一項是，剛才林代表還有其他代表提到護理費的問題，在報 4-4 頁，就是我們新增的費用裡面，是不是含護理人員費。跟大家報告，因為這次在修正的時候，對於原來的支付標準、到現在對於急診加成又加了不少的點數，按照現行支付標準規範，大家都知道，門診診察費、住院診察費，其實都含護理人員費在裡面。所以我們建議這一項比照原來的作法，就是內含護理人員費，以上報告。

主席

好，說明完了，林代表剛才講的是護理費的部分。

林代表綉珠

還有一塊就是為什麼我們禮拜二收到的資料，跟現在的資料會是不一樣。

主席

剛剛淑範專委有回答護理費的部分了嗎？有回答了。林代表質疑為什麼會議資料不一樣，我們內部確實有再檢討過一次，下一次會做到出去資料就只有一個版本。這次確實是我們內部再檢討後做了一些修正。大家還有沒有其他意見，好，請羅代表。

羅代表界山

有關牙醫的部分就是說我們在執行居家的時候，其實之前一定要先執行過訪視評估才可以做，這個部分是可以加入的。

林專門委員淑範

對不起，這個漏掉到了，在報 4-25 頁。羅代表比較希望牙醫去做之前，可不可以有牙醫師訪視費(P30006)。這有一個比較特殊的規範，「於收案前訪視病人評估是否符合居家牙醫醫療服務收案條件，得申報本項費用，同一牙醫師同一病人每年限申報一次」所以它有這個規定在這裡。

主席

好，謝謝，我再補充一下，就是羅代表關心的部分負擔。因為寫入居家醫療計畫中，大家就是一視同仁了，而且母法有規定 5%，所以確實沒辦法...。至於在宅牙醫那邊因為是身障，身障本來就比較優惠，所以這件事情就不要在這裡再談了。好，謝謝，大家還有沒有意見，來，請林代表。

林代表綉珠

我還要呼籲一下剛剛也有代表提到在報 4-25 頁，牙科醫療含口腔預防保健、護理...，事實上我想在座都很清楚，牙科當中有請護理人員是非常少的。假設都是請牙助出去的話，我建議不要用護理這個 term，因為事實上他並不是真的護理。如果是這樣子的話，我要說的是他是違反護理人員法。

羅代表界山

那是不是應該要劃掉？

主席

劃掉吧。

羅代表界山

然後我再補充一下，我們牙科助理不算醫事人員，這是我強調的。

主席

所以就不要寫護理，那把報 4-25 頁的「護理、...」劃掉。然後其他的部分，如果有寫到護理的，在牙科的部分就全部刪掉。請再檢查一下，不要造成誤解。可以嗎，林代表。

林代表綉珠

好，我能不能再補充一點，就是剛還有其它代表提到說雖然他只是一個 package 的次數，可是事實上他的工作項目當中，我剛看了一下，真的是差異性非常大，包括了塗氟這一塊，這個病人只是去塗氟，他也可以 package 到 5,000 多點，我覺得這個部分，護理 1 毛錢都不能羅列出來，可是如果只是單純的塗氟，因為並沒有規範說，他需要執行哪一些項目之後，才能給付 5,000 多點，而是說任何一項都可以，塗氟這個動作事實上，我當然知道這個是非常 critical 的病人，需要很多人的協助才能夠去完成，可是會不會差異性太大。

主席

好，羅代表要回答。

羅代表界山

這個在我們的規範裡面，不能只有單純去塗氟，單純去做塗氟，牙齒沒有清過，口腔環境沒有整理過，只有做單純塗氟是沒有意義的，所以這種醫療行為我們自己也不認同，只有單純去做塗氟這件事情。

主席

所以在那個報 4-40 頁，有沒有要在文字上做說明的，讓大家可以放心，不要到時候帶了一大堆東西，然後只作這個塗氟這個簡單的動作。報 4-40 頁有沒有要做文字的補充？現在就立刻補充。

羅代表界山

我們可以補充的是，塗氟還有「牙周暨齲齒控制基本處置」要與「牙結石清除」要合併申報。

主席

OK。

羅代表界山

那兩項不能單獨申報。

主席

是3、4、5項要合併申報對不對？

羅代表界山

那兩項不能單獨申報。

主席

要做的話，3、4、5要一起做。

羅代表界山

塗氟、牙周暨齲齒控制基本處置要與牙結石清除合併申報。

主席

OK，那文字就補上去。麻煩會後再把文字給我們，就直接修進計畫，就排除了一些疑慮，好，那其他大家有沒有意見？

林專門委員淑範

對不起，我要請教一下羅醫師，因為在4-45頁，這個目錄四是施行居家牙醫醫療服務相關規範，其中第4點是「一位牙醫師須搭配至少一位醫護人員」，因為有這項規定，前面才會有一個護理。

主席

好，那這個怎麼改？

羅代表界山

護理還是先拿掉，反正醫護人員有醫師或護理人員，但大家在意的就是牙助，牙助不算醫事人員。

主席

所以應該怎麼寫？

朱代表益宏

意思就是說如果沒有護理，就是兩個醫師去。

主席

對，一位牙醫師至少搭配一位什麼？

朱代表益宏

醫師。

主席

就沒有「護」。

朱代表益宏

他可以搭配「護」。

主席

也可以搭配「護」。至少一位，沒有護理就要兩位醫師去。可以，聽懂了，如果沒有護理人員就是兩個醫生去。

朱代表益宏

所以你們在那個表格上面，因為要填護理人員姓名。

主席

對，那個也要改，謝謝大家提醒，顯然大家看得很仔細。

朱代表益宏

而且是不是他填表是不是整體。

主席

對，這是後來都要附在病歷上面的，這個都要。

朱代表益宏

所以是不是建議他要填這個表，只有姓名，連 ID 都一起，才可以去稽核他。

主席

好，這裡寫醫護人員的「護」都不行了，那姓名、ID？

朱代表益宏

醫護人員的「護」要移出來，要括號出來。

主席

對，但是姓名及 ID？謝謝大家提供意見，4-40 頁也做了修正。好，林醫師。

林代表恒立

主席，我想這個會增加牙醫師出訪的意願跟難度，但是這個部分是由醫師 refer 給牙醫師的。

主席

沒錯。

林代表恒立

所以這個部分我想護士如果可以話，因為我們護士基本上都是由牙醫師的同一診所去申報，那這個部分是不是可以由醫師的護士陪同去做。

主席

不管是哪一個護士，只要是護士陪同去就行，大家就是一個團隊。

林代表恒立

所以你們不管說由醫師的護理人員。

主席

不管護理人員來自哪裡，總之是病人完全優先，好不好？因為是個團隊，大家共用資源我們也不反對。好，請羅院長。

羅代表永達

我想請教一下，有關所有的居家護理、居家醫療，有沒有包括其他的那個牙醫師、中醫師，有沒有實質，比如說他是構成的內容是由誰。因為我們包括現在醫院協會，或是其他單位裡面，都有審查退費，但是這個案子都沒有抽審過，那是透過什麼樣的機制抽審的？

主席

業務組有同仁要補充嗎？我想這個應該都是列入抽審的範圍，也是委託醫院協會的醫師。

羅代表永達

對，包括他們談到牙醫師的，他們是做了哪些行為，會有另外一個牙醫師去看，他到底做的有沒有達到這個。

主席

會抽審，請紀醫師。

紀代表志賢

我這邊要報告一下，因為我們這邊是居家，那衛生福利部是有一個「特牙」，所以「特牙」有計畫書。那我們剛剛講說需要一位護理人員，我不知道「特牙」的是不是另外一位也是護理人員。也就是說這兩個的計畫，因為大家會有疑慮是不是「特牙」，「特牙」5,700 還真的是沒有人做。可是如果是居家的話，這裡面就很多項目。這兩個我們是不是要稍微區分一下，但這部分我不是專家。

羅代表界山

「特牙」的部分就是從那邊過來的，所以居家現在就是比較低的就是 3,800。

主席

是「牙特」。

紀代表志賢

那「牙特」另一個出去的也是護理師嗎？

羅代表界山

醫護人員。

紀代表志賢

因為不要變成特殊需求的那一段和這邊不一致。

羅代表界山

現在居家的部分已經放在特殊牙醫服務計畫裡面，現在的是從裡面挪出來到這邊。

主席

好，這樣子大家有沒有意見？好，謝謝，還有嗎？林代表。

林代表綉珠

我還是再提醒一下，雖然說護理人員在這次當中，並沒有被單獨的列出來，不過希望各位大醫師、牙醫師、居家醫師，在請護理人員去陪同之後，能夠真正的去幫忙照顧到我們基層的護理人員，而不是說它涵蓋在裡面，大家就覺得說，不要說隨便運用啦，我們還是希望說能夠獲得相關專業的尊重，那也希望健保署能看到護理人員在這方面的貢獻，能夠把它的護理費，真正的能夠獨立出來，讓所有的專業團體都能看到，而不是說所有牙醫也有、藥師也有，可是護理這麼必要的卻什麼都看不到，謝謝。

主席

好，謝謝林代表。其實護理人員跟醫師是緊緊綁在一起的，其他的人也都要經過照護，並不是每個人要去就可以去。反而護理可能是每次都在 package 裡面，所以護理人員的貢獻是最大的。我可以理解為什麼沒有把他單獨標出來，以後在修計畫的時候，再用其他的方式來處理，這樣好不好？

林代表綉珠

請列入紀錄。

主席

好，列入紀錄，我們紀錄會很多。好，謝謝。終於把居家醫療照護計畫，在大家努力的檢視之後，做一些修正，這些修正都非常地有意義，感謝大家的辛勞。這個案子就修正通過，再來報部公告。接下來討論事項第一案。

討論事項

第一案

案由：108 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「經皮移除心臟內電極導線」等 3 項診療項目。

主席

好，謝謝。這個案子一共有三項，我們就一項一項討論。第一項是「經皮移除心臟內電極導線」這案，我們邀請到心律醫學會的馮醫師來說明，請說明。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

主席好，這個案件大概就是因為我們有一些裝這個心臟節律器的病人，因為時間久了以後，他那個電線會黏在心臟裡面，那這個電線我們傳統是一般是不拔掉的，雖然是會把它剪掉，但是如果一旦感染後會非常麻煩，需要用外科手術去把心臟給打開，把它拿出來，那這個對病人的風險是非常高，現在國外大概已經快將近 10 年，他們用這個雷射的方式，用經皮的方式把它拿掉，對病人來講大概就是一個非常好的一個方式，當然相對上也會有風險，所以必須要有心臟外科這個醫師做 back up 我們才可以做這樣，而且必須在複合式的 hybrid room 裡面來執行這個手術，才會對病人的安全得到比較安全的保障，所以我們這個學會就特別提了一個新的案件，因為之前的給付案件通通都沒有，他跟一般的心臟內物的移除是不太一樣的，因為那個電線非常的長，那像是我們一般除顫器的上面有一個金屬的 cord，可能整根都會黏在這個心臟上面，一般如果用傳統、用暴力去拉的話，是沒有辦法拉掉的。

主席

好，謝謝馮醫師。請問各位代表對這一項有沒有意見？好，有兩位，先請嚴代表，再請黃代表。

嚴代表玉華

這邊有兩個問題請教一下，就是在附件 3 的部分，裡面有那個成本分析，在用人成本的部分，主治醫師的費用我不太清楚採用的標準跟計算的方式，因為看起來麻醉科、心臟內科、外科採用的標準都一樣的。第二個問題是，我們在支付共擬會裡面，實際上從以前到現在都是有一些新增的支付標準都一直在通過，可是我們從以前到現在都沒有看到我們通過的案子裡面，到底實際上一一年之後，是不是跟你們原來預估的跟所使用的經費是一致的，這個部分在未來裡面有沒有可能在提過來這裡，再讓我們知道一下費用的一個成效這樣子，以上。

主席

好，謝謝，請黃代表。

黃代表雪玲

這裡有提到說，這是含一般材料？是不是會有使用到特殊材料？那特殊材料的部分是自費還是健保？

主席

好，謝謝，請問還有沒有別的意見？請朱代表。

朱代表益宏

主席，經皮移除電極的那個，你的成本分析，因為他同時在只做這個治療的同時，需要一個心臟內科專科醫師，同時需要外科，然後同時又要有住院醫師，就是說他們同時都要在現場的意思？

主席

對。

朱代表益宏

所以這個我想確定一下，這是第一個。第二個就是說這裡面其實

成本分析很奇怪，心臟超音波，是還有經食道心臟超音波，是他使用 120 分鐘，表示整個過程都要心臟超音波跟經食道超音波都要一起來執行，所以真的是這個樣子嗎？我不曉得，這一部分可能要說明一下，不然的話感覺起來其實是...，連那個開刀房的更新工程，開刀房更新工程這個...。

主席

好，理解。大家對於成本表有一些意見，還有沒有人對這一項有意見？好，先請謝院長，再請馮醫師說明。

謝代表武吉

那個在用人成本上面，這個在 1-15 附件 3 這個有麻醉科醫師，有心臟外科、心臟內科、外科的住院醫師、內科的住院醫師，這都有費用，為什麼這沒有，這不必護理人員嗎？這都沒有去計算到，還有一個，有算到工友、技工，行政人員的部分難道也不必嗎？這我是感到...。

主席

好，謝謝，先請馮醫師說明。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

我先提一下成本，剛剛院長提得很好，其實我都有寫，可是送到健保局署時候都被刪掉了，麻醉費用是另計，因為這樣的病人是要上全身麻醉做準備開心的準備，因為一但是心臟或是大血管破裂根本沒有時間，你可能病人在兩、三分鐘就死掉了，他只有非常短的時間，甚至你...，還有很多東西還沒有寫在上面，比如包括你的心肺機、體外循環機全部都要 stand by 在旁邊，所以你能夠急救的時間非常非常的短，那當然出這個機會，你在越成熟的 center 做的話，他百分比是越低，他甚至只有 0.3%、0.5% 都不到，所以基本上，但是必須要有這些人員在旁邊，隨時隨即都在旁邊，你不在旁邊的話，你一旦出問題，等到

我到隔壁去叫心臟外科醫師來可能已經來不及了，病人就已經 die on table，所以心臟破掉跟大血管這個中央靜脈、上腔靜脈破掉這風險是非常高的，所以必須要有經驗的醫師去處理這件事情，這個才有辦法。那第二件事情就是關於食道超音波，食道超音波必須要有一個心臟超音波的機器擺在旁邊，你必須接食道超音波的東西，接上一個食道超音波的管子你才能看，你沒有食道超音波的機器，你有那個管子也沒有用，所以他是兩個機器，但是是用在一個只看超音波而已，這個超音波是食道超音波加心臟超音波的機器，才有辦法做這樣子的東西，而且他為什麼要放食道超音波就是他隨時都可以看到，你如果破了，血液跑到外面去的時候，你可以第一時間病人血壓還沒掉，你馬上就可以發現，就可以請到外科醫師來做這樣的幫忙。

主席

這個手術室更新工程呢？

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

手術室更新工程是因為必須要在混合式的，我們講的 hybrid room，心臟內、外科可以一起作的，因為導管必須在開刀房裡設一個心導管室，這個心導管室用的機器必須是各個角度都可以照的特殊機器，才能作這樣子的手術，如果你在一般的導管室作，其實風險非常的高，因為你沒有其它的東西可以 back up。

主席

好，謝謝。等一下還有其他問題在一起回答。醫師每分鐘成本都是 39.1 元部分，請醫管組說明，還有行政人員併於行政管理費用部分，也一併說明。

王科長玲玲

有關醫師每分鐘成本，在我們的專家諮詢會議是所有的專家達成共識。醫師的每分鐘成本是用各科醫師之薪資，算出的每分鐘平均薪

資，計算後是 39.1 元，所以這裡每一科醫師每分鐘成本都是 39.1 元。另外關於沒有護理人員成本部分，我要先澄清，提案單位送來的資料就沒有護理人員成本。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

有。

王科長玲玲

沒有。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

有。

王科長玲玲

完全沒有，成本分析表就在這裡。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

真的？

王科長玲玲

因為沒有護理人員成本資料，我們有打電話去詢問為什麼沒有護理人員成本，學會告訴我們是用醫事人員計算，所以有兩位醫事人員。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

兩位醫師人員？

王科長玲玲

兩位醫事人員。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

哦，是兩位醫事人員。

王科長玲玲

至於行政人員的成本，是併入「作業及管理費」裡面，所以這裡的行政人員每分鐘成本就不帶入計算。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

其實這個成本分析，這個跟我送出去的...因為這個提案是我寫的我知道，因為我有特別寫包括醫事人員，包括技術人員，包括放射師，我全部都有列在裡面，我送去的版本是全部都有。

主席

可是我們收到的時候就是這樣子。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

那我就知道了。

主席

這些資料全部都在專家諮詢會議中討論過多次，所以並沒有 miss 掉。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

我現在是沒有看到，我自己本身也覺得很奇怪啦，是真的，因為我都有送。

主席

好，嚴代表剛剛問為什麼醫師每分鐘成本都是 39.1 元，因為在這一屆專家代表之前，不同科別的醫師成本是不同的。這屆的專家諮詢會議代表認為要大家都一樣，比較不會有人的成本太高，有人又太低，所以從這屆開始就各科醫師每分鐘成本都一樣，先跟大家說明。

另外馮醫師要不要再補充說明，有沒有特殊材料要另計？應該沒了吧。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

就一般材料，就是一般開刀房會用到的。

主席

應該沒有其他要民眾自費的吧？

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

有，因為有些特材，是目前都已經進台灣很多年，但健保一直沒有給付，也沒有審它，譬如包括像必須要做剝離的雷射鞘管、雷射機器，如果你今天是黏得很厲害，你一定要用雷射去拔，不然你那個電線根本是拔不掉，黏死的，包埋在心臟，你根本拔不掉，這些特殊的材料是非常貴，因為之前我們都是叫病患自費，如果你真的要拔就花錢來拔，那他整個耗材...因為目前台灣有兩種方式可以作，一種就是如果它不是黏得很緊的這種，我們可以用手硬把它扯下來，可以，不過這個風險很高，在扯的當中會造成心律不整，心臟破掉。但是如果一般的電極導線可能可以這樣，但是如果像除顫器這種就不行，必須要用雷射的特殊材料，那特殊材料如果你是用手去硬扯的，在目前在國外的耗材大概一套的成本將近十萬，那雷射的機器，就是耗材而已，成本大概二十萬，所以特殊耗材沒有在裡面，這只是手術費而已。

主席

好，那就釐清了，黃代表 ok 嗎？再來請朱代表、謝代表。

朱代表益宏

我想再請教一下，因為這裡還是說對於醫師的成本，同時要有一個心臟內科跟心臟外科醫師，不是 stand by，他就是直接在那邊？

主席

一定要在現場。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

一定要在現場。

朱代表益宏

不能做其他的事？

主席

不能。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

不行，他一定要在現場。

朱代表益宏

就是內科、外科都要在 hybrid room 裡面？

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

對，沒錯。

主席

好，請謝代表。

謝代表武吉

對於設備費用方面請教馮醫師，這個在手術是在地上手術，還是在 table 上手術。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

table 上。

謝代表武吉

那為什麼沒有 table 的成本。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

有，都算在導管室建置的成本。必須有一個開刀房，但是 table 必須可以透 X 光，所以必須有一個心導管的設備才可以做這東西，必須在開刀房裡面建置一個導管室才可以。

朱代表益宏

神經導管是他處理的？

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

對。

朱代表益宏

我們這個心導管儀才 3,000 萬。

馮安寧醫師（中華民國心律醫學會）

我們醫院買這個導管室成本將近 1 億，必須要有這個設備對病人才比較安全。

主席

我想這個案子，提案單位已經把所有的成本精算到不行了，各位問的他們都已經算進去了，還有沒有意見？如果沒有，這個案子就通過，謝謝馮醫師。

接下來第二項是 EGFR，我們邀請病理學會賴理事長說明。

賴瓊如理事長（臺灣病理學會）

主席、各位委員大家好，我先說明 EGFR 的檢測，事實上這標靶的藥物，本來健保署就有給付了，但是 EGFR 的檢測健保卻沒有給付，但是是由藥廠支付、各個病理實驗室來操作，所以是事實上這原本其實並不是很正當的方式，而且也有一點跟藥廠之間可能有點利益的衝突，所以學會提出這樣的申請，讓標靶的藥物跟藥物伴隨的檢測給付

綁在一起，我們相信透過這樣正確的操作方式，對於我們檢測品質也有一定的規範跟保障，藉由這樣的給付檢測的模式，其實可以替健保署省掉不必要的標靶藥物經費的浪費，所以這是我們提出申請的最大理由，以上報告。

主席

謝謝，第二案 EGFR 的部分，大家有沒有意見？請林代表，再來朱代表。

林代表富滿

在討論階段有包括 LDT 的檢測方式，因現在沒納入給付，請問未來若以 LDT 檢測，是比照申報還是自費？

主席

請朱代表。

朱代表益宏

因為這個最大費用在所謂不計價材料之藥品成本，既然是「不計價」，為何最後要算進去？

主席

好，這是成本部分，其他大家有沒有意見？我先回答林代表剛剛的問題，LDT 這次沒有納入給付，另用藥我們也將修正只承認 IVD 的結果，以後的肺癌的標靶藥物，用藥的話一定要有 IVD 的 EGFR 檢測結果才可以給付的標靶藥物。

至於 LDT 確實在過去也有在用，那部分因為現在包括醫事司就醫院內的 LDT 在做規範，院外的實驗室，現在是 TFDA 在做規範，但現在都還沒有完整的規範並審查完成，所以我們不考慮在此階段將 LDT。因為 IVD 有合格的 kit，可以建立比較好的 SOP，結果也比較精確，這樣跟標靶藥物綁在一起，才是精準醫療，所以專家會議共識是希望從

IVD 給付，用藥的給付規定也會同步修正，以後只承認 IVD 的結果來做標靶藥物的使用。

另外這個案子很特別，過去這些費用因為都是由藥廠在支應，藥廠也同意降價，這些費用有一半是由降價而來，另外一部分再用今年的預算，大家有沒有意見？

林代表富滿

意思是以後用 LDT 做檢測，後續標靶藥品健保不給付？

主席

我們只承認 IVD 的結果，就算自費做 LDT 也不承認這個結果。成本部分，醫管組還有沒有要補充，請玲玲科長。

王科長玲玲

我們不計價材料不是指材料不計算或是不用計算價格，而是這項目裡面是屬於不能另外再申報的、已經包含在診療項目裡面的，這叫「不計價材料」。這裡最多費用的部分是在 kit。

朱代表益宏

那個 kit 現在供應只有一家廠商？還是很多家？

王科長玲玲

我們調查結果有三、四家。

朱代表益宏

所以都是這麼貴的費用？

王科長玲玲

我們這個已經是平均費用，有的比這個更貴。

朱代表益宏

那便宜的也有？

王科長玲玲

比較便宜的那間，目前只有核價還沒有通過。

朱代表益宏

另外我想請教，這裡放了一個醫事人員要 160 分鐘，那我剛剛大略算一下，這樣每分鐘 8 塊錢，等於他一個月大概 7 萬多塊，這可能是一個病理科的技術人員，但我只是覺得如果他是這樣操作，做一個 test 就要花一個人在那邊，160 分鐘只做一個 test 嗎？還是說他一個 kit 可以一次做大量或是做很多量？因為如果照這個醫事成本的話，去算醫事人員的話，那個人比如看顯微鏡 160 分鐘只能做一個 test？所以你給他是這樣的成本。

主席

好，謝謝。這個要病理學會來說明，有關成本的部分，我們請郭醫師。

郭冠廷理事（臺灣病理學會）

有關醫事人員成本的問題，他其實是 160 分鐘換算大概是 2 個多小時，這個必須從這個檢驗來看每個病人他都有他的病人的組織蠟塊，我們必須要將從病人的組織蠟塊由各醫療院所的組織庫調出來，然後切片、染色、圈選、抽取 DNA。每個醫院的流程都大致相同，就台大醫院而言，你一個 case 也是要做，一個 case 也是要做、二個 case 也是要做，因為這個是有時限。每一次做的話，抽 DNA 的流程，大部分我們現在的實驗室都是人工，人力的工時，整個檢驗花費 2 個小時，我相信應該是低估啦，所以人事成本中的這個醫事人員成本所包括的，事實上他從切片、染色、除蠟等等一些處理化學藥品的過程，以及抽取 DNA、DNA qualification、進行實驗以及結果分析整個流程，2 個

小時其實已經被低估了。我是覺得我們已經被低估了，好，我今天說實話，反正主席也在這裡，對啊，我覺得我們的人事成本就這個醫事人員的成分已經被低估了，不曉得這樣的解釋，代表是否可以滿意？謝謝。

主席

好，謝謝。大家有沒有別的意見？來，朱代表。

朱代表益宏

這概念上我覺得不太一樣，因為照你這樣算，就變成這個人 160 分鐘都在做這件事，實際上你去算，每個人一個小時，每一個人的薪資啦，就是一個人的薪資嘛，就是這個人專門做這件事情，等於說我做這個 test 的 160 分鐘只能做一個 test，而且我需要一個專業的人去做這個事情，當然在實際上操作不是這樣，他有分工啦，比如說專門做蠟塊，專門做染色體之類，但是我相信，一個實驗室他絕對不會說一個人 160 分鐘只做一個 test，應該是不會，所以我覺得說這裡面它應該有一個固定的比例是在做這件事，這樣比較合理，比如你整個 procedure 從收到 sample，整個過程可能需要 160 分鐘，但是不是中間可能我個人操作 13 分鐘、5 分鐘或是怎樣等等的時間，然後最後在機器上處理，那這樣會比較合理，但這樣看起來，你的用人成本，這個人完全是用人工操作，然後一個人 160 分鐘只能做一個 test，那這個顯然，就我的常識，覺得不是很合理，所以當然實際上怎麼操作，我不是專家，所以我不特別在這邊提出來，謝謝。

郭冠廷理事（臺灣病理學會）

這邊再回復代表的質疑，其實病理科的檢驗都是人力為主，那我們現在各個醫院的分子實驗室，基本上它跟我們一般病理科的服務是分開的，我們醫院評鑑有時候規定是這樣，所以每個醫事人員，就像剛才代表講的，每個人也許 involve 到這個 test 3 分鐘、5 分鐘，那我們是把它整體加起來，那我這邊是要跟代表報告，病理切片切一個片子，

大概 3 分鐘是切不下來的，5 分鐘也是切不下來的，那我們脫蠟也是需要脫蠟的過程，所以我必須強調，病理的檢驗很多都是以人工為主，即使是說抽取 DNA 的部分，至少目前我們大部分病理學會的病理實驗室抽取 DNA，依舊是以人工去抽，我們舉個例子，每一個 case 去除蠟、離心、elute、wash，都至少超過 10 分鐘以上，這樣一個 test 下來，其實你做了 100 個就等於是做了 100 乘以 10，就等於 1000 分鐘，所以這個時間其實是我們精算過的，當然代表的理想狀況可能像跟電視上的 CSI，所有的步驟都是自動化，但是國內大部分的病理科的分子實驗室，沒有辦法自動化到那個程度，因為我們目前大部分，病理分子實驗室其實都還是以人力為主，報告到這邊，那當然這部分就要看代表是否能夠接受這個答案，謝謝。

主席

好，謝謝。還有林代表跟黃代表。

林代表富滿

跟朱代表報告，這成本分析跟目前醫院實際成本比較算低，這邊的 test 成本 5 千元，已經是最便宜的，我們算出來的成本都超過 1 萬元，但為何對成本沒提意見，乃因看到經這麼多專家討論過，所以就勉強接受。再者這 8 千多是「點數」，若以浮動點值概念，根本做虧本，不是想像中的好賺。

黃代表雪玲

我要講的是點值問題，像這樣投入人力部分再把點值打折，像我們台北業務組已經到 0.8，這算完只有 6 千多而已，我覺得根本不敷成本，還有另一個問題，既然藥品調降，藥廠也是 1 點 1 元的扣回來，所以這邊應該也要反除浮動點值把點數調高校正回來。

郭冠廷理事（臺灣病理學會）

我要感謝另外兩位代表的支持，事實上就該給付點值而言，敝學

會是含淚接受，我可以跟各位講我們有醫院目前收自費是 1 萬多元，而現審查的給付點值 8 千多點，以我們醫學中心至少打 95 折來算，我不曉得有沒有 8 千多元？這點我先跟各位代表報告我們含淚接受。所以這個案子之後我們學會近期內不會再提出任何標靶藥物治療相關的分子檢驗的案子，因為不符成本。

再來在專家會議討論時，主席在這裡我就直接講，他給我們人事成本的分析是十年前的人事成本，因為他們沒有十年後的人事成本資料，來反映現在的人事成本，所以我只能說成本分析方面，人事成本是被低估了。敝學會是含淚接受，為了全民健保、為了全民健康，成本細節部份我們就解釋到這邊，謝謝。

主席

謝謝，那大家還有沒有別的意見？好，沒有的話這個案子謝謝病理學會協助說明，這個案子就通過。

接下來第三案是「X 光骨骼密度測定」，今天邀請成骨不全症關懷協會的程理事長在場，理事長有沒有要補充說明？

程健智理事長（社團法人先天性成骨不全症關懷協會）

沒有，我只是要再感謝健保這邊體諒我們比較特殊的族群，特別開放我們這個限制，再次的感謝，謝謝。

主席

謝謝，這個就是開放這些特殊族群，取消現行每年終身 3 次的限制，大家有沒有意見？好，如果沒有意見，這一項就通過了。

到目前為止，今年預算 4 億，大概用了 7,000 萬左右。剛剛嚴代表提到什麼時候可以知道通過項目使用的情形，我們大概半年會跟大家報告一次，就在共擬會議。好，謝謝，那這個案子就討論到這裡，接下來下一案。

討論事項

第二案

案由：有關修訂轉診支付標準案。

主席

好，謝謝，這個案子確實越來越複雜。這個是有歷史脈絡可循，一開始在去年的時候，大家回憶一下，那時大家擔心同體系會乒乓轉，所以就先採醫策會同體系的定義。接下來陸續有反應附件 1「聽說我是同體系，我又不是同體系」，特別聖保祿醫院已經講很多遍，陳副院長對不對？接下來依序好多醫院反應，竹秀、佑民，大家都來澄清跟他們是不同體系。其實我們也不知道大家是什麼關係、是怎樣合作？就出現附件 1 了。

接下來基層提出除醫策會定義外，還有很多同體系沒有納進來，我們請分區業務組調查，出現很多體系，所以附件 2-1、2-2 是這樣產生的。同體系本來大家就有意見，現在變成附件 2-1、2-2。接下來還有人要講，現在全國各醫學中心組成 75 個垂直整合的團隊、團隊聯盟 6 千多間院所，要怎麼辦？算體系嗎？還是這不是同體系？所以演變成今天這件事情變的有點複雜、很麻煩。因為這些轉診費可不可以申報，是建立在這些事情上面。

所以今天是要討論如何做比較好，因為有些人希望這樣、有些人又要那樣、有些人抗議我不是那裡面的，該如何衡量？現在開放討論。因為大家交代的事情我們都做了，來，先請賴醫師，接下來陳副院長，賴醫師先開始。

賴代表俊良

主席、各位代表大家好，我們知道分級醫療最重要就是讓病人能夠就近醫療，基層診所、社區醫院能夠達到一個全人照顧，讓醫院看重病，這樣子醫院也不會過勞。我看了一下轉診同體系有附件 1、附件

2，我相信這些都是較明顯的，還有一些潛在性的還沒有進來，因為有些醫院他會把醫院的醫師當作某家診所的負責人，這些轉診就會轉診到那邊去，所以我們在看這個同體系可能要再用顯微鏡去觀察一下。我記得在去年我們在這辦分級醫療的論談，我們醫管組的李組長有講過下轉率才 5%，診所轉上去的回轉率才 1%，這個數據實在是很難看，也許在經過宣導之後會慢慢提高，可是我覺得這數據很少。大家看一下我們資料 107 年 1 至 6 月，這是還沒有實施轉診誘因，下轉病人在同體系裡面是 28%；然後 7 至 12 月以後變成 16%，少了 12%，為什麼？因為沒有轉診誘因。站在醫院的立場，其實醫院這也是正常的，一定會轉自己的同體系，為什麼？因為每一年要下降 2%，這個老實講替醫院抱屈，這對他們來講是一個嚴刑酷法，因為要下降 2% 他們一定要這樣做，一定要下轉，那當然首選和自己有血緣關係的同體系院所。

如果為了提升下轉率 5%、回轉率 1%，開放這些同體系轉診可申請 200 塊，我相信數字會很好看，但是真正的基層診所還有社區醫院他沒有受惠啦。轉診型態費用 13.46 億根本用不完，上次有個資料就是申請 01038C 正確率本來只有 4 成，現在變成 5 成 5，只有 5 成 5 的正確率，是不是可以寬鬆認定經由轉診的...雖然他申報錯誤...可不可以補這些經費給醫院跟診所。另外有一些簡化行政作業，因為現在基層跟醫院在接收這些轉診病人，他要登錄的是開立轉診單的日期，而不是登錄當天的日期，這個很麻煩，這個病人那天到診所來看病你怎麼知道什麼時候開立轉診單，一定要有專人去 VPN 查詢，我是認為可以用病人歸戶去認定。

另外我建議平轉費用，現在基層的診所有一些是一般的家醫科診所，但是有很多專科診所，我們有開放跨表給這些基層來做心臟超音波，有一些 GI 的專科診所可以做胃鏡、胃超、腹部超音波還有大腸鏡，骨科診所也有 X 光設備。可是目前平轉沒有費用，基層就萎縮掉了，這個要照 X 光片，我不會轉到附近的診所，因為轉給診所沒費用。你要做腹部超音波或做胃鏡，也不會轉到胃腸科的專科診所，為了 200

塊這是人性嘛，一定會轉到醫院去，那醫院一直在做這些胃超、腹部超音波還有內視鏡，這不是重症，反而醫院過勞，然後基層診所日形萎縮，所以我是覺得是不是大家可以考慮平行轉診要給一些費用，這是我以上的報告，謝謝。

主席

謝謝，來，請陳副院長。

陳代表志忠

我們是苦主，一個小小的聖保祿醫院絕對不是私生子。我們比長庚體系歷史還悠久，快 60 年了，長庚才 40 年。緣由是因為醫策會有評鑑迴避的規範，我們為什麼被列入長庚醫院的評鑑委員不能來我們這裡評鑑，因為我們有跟長庚醫院簽訂的一些合作支援的關係，我們有幾科，本來有三個科，現在只剩一個科，是胸腔科的主治醫師，我們五個醫師有三個是長庚醫院輪派的。他們來幫助我們做胸腔科跟重症醫療，派的人不固定，每年或一年半換人。他們很坦誠說，那就不要去評鑑聖保祿，長庚就跟醫策會申報了迴避。我們是到了轉診的費用申報被拒絕才發現，我們已經申冤了兩次。現結果竟然把居家護理所，這附件 2 把我們的居家護理所也歸到長庚體系來了，我們今天才發現、收到這個資料才發現。

我們的董事會絕對沒有重疊，我們的組成、我們的資金來源和捐助的章程，我們是從教會來的費用，跟長庚醫療財團法人絕對是獨立的，我們就講了很多次。中華民國從 1912 年開始就是一個主權獨立的國家，聖保祿財團法人從 1965 年建院以後都是沒有在費用和人事，沒有跟任何人有財務上的關係，絕對沒有這樣的事情，那個是一個支援關係，所以搞得這麼複雜不是我們所能預見，我們只是申冤而已，所以我們就向北區業務組申冤，應該是去年 9 月到現在，以上說明。

主席

好，謝謝，其實已經不是一次聽您說了，您已經講好幾次，謝謝你，再來請羅院長。

羅代表永達

好，謝謝，我想這是3個不同的議題，講的說他淵源流長的歷史，剛剛我們那個陳代表有提到說，當時為什麼醫策會，事實上他有很多很 rough 的事情，我想大家都很清楚，所以才會有怎麼樣去弄，那事實上，我們回到這個東西，他最基本的東西，那些東西是被鼓勵的，因為是整合的問題嘛，我們希望在整合過程，當時是因為那個經費有限，所以我們有些東西是有排除的，當時是基於這樣的原則，在這個之前的跨層級，就是這樣實施，當時我就提到說，那有2個基本的概念，比如說財務的問題，或者是人事的東西，他如果有一致性的東西，我們才會認為說這個...對某些的這個聯盟他是有誘因的，我們希望排除這個誘因嘛。

我們現在看第一個議題，我們先談每個地方那個分區裡面，業務組可以去調查，我覺得它比較屬實，當然有沒有百分之百我們不敢說啦，但是你可以發現，現在目前附件1的，在附件2跟附件3裡面大部分都沒有，也就是附件2跟附件3他們調查的結果裡面，附件1通常是沒有，我想我們也尊重每個分區業務組，他的確是比較了解每個地區的運作，他是不是比較...那我們回到一個東西就是說，這個當年都是冤枉的啦，那冤枉的這個過程當中，我們在議題一裡面是不是說，這些就像我們建議事項裡面，這些我們就按照這個就不認定，這是我的第一個建議啦。就是我現在的議題一，就是之前所調整的附件1的這11個單位裡面，因為在附件2跟附件3裡面都認為他不是，這是由分區調查的嘛，對不對？那我想他比較屬實啦，這是我提到的議題一的部分，議題二的部分就回到另一個問題就是說，我了解啦，我們現在提到的附件1的部分，這些在後面都沒有被列入了。附件1呢？

李組長純馥

沒有，這是新的，其他的沒動。

羅代表永達

那只有附件 2 跟附件 3 嘛...，附件 1 是大家的來申訴的嘛。

王科長玲玲

補充一下，附件 2-1 跟附件 2-2 是各分區調查出來的名單。但是這是在原有的同體系名單之外另外調查出來的，所以要加上原來的體系醫院。

羅代表永達

我瞭解，OK。那這些 11 家，如果是按照這樣子的標準，請各分區調查是很清楚的，因為這些東西都曾經在分區裡去要求說，我們為什麼沒有，財務上、人事上，因為他們經營方式在總局裡面或許不清楚，可是在各個分區裡面他們是清楚的，所以我覺得應該其實在這個之前，在這次的醫策會之前那個案子裡面，事實上是委由分區自己去決定的，後來在我們兩年前的會議，跨層級的會(錄音檔 5-08:20)才又回到我們是不是用醫策會的名單，所以我們希望說如果這項事情由我們分區去認可，這是我第一件建議的事情。

第二件就是到現在為止，為了要達到這樣的目的，基層的代表也有提到，我們社區代表跟全聯會的代表，其實意見是一樣的，因為醫中跟區域裡面，他們在某一個區域裡面醫中跟區域的聯盟，他們原本的範圍真的是蠻大的，所以我們認為說，現在為止分級醫療還沒有很明顯的成果之下，我們認為不宜開放所有的...，不管是什麼體系的醫院，我們認為還是不宜啦，這是針對議題一、二的部份，以上。

主席

好，請李代表。

李代表佳珂

對不起，我想要確認一下，就是議題一的部分，只要是人事、財務獨立，病歷、資訊系統沒有共用，我就可以發函給業務組說我排除嗎？那這樣子應該有很多現行體系裡的醫院都可以排除，所以我覺得這樣子反而更混亂，如果依第一個議題的說明，可以排除的院所就很多。

第二個部分，像大台中的區域很廣，包括山城、海線和屯區，我們有體系醫院在霧峰，我們並不會因此就把住在台中市市區的病人轉去霧峰，病人的自主權利很高，就算我們要幫他轉，他也不會去。之前區協也有發文說，病人有很高的就醫自主權，不會因為我們把他轉到體系醫院，他就會接受。以前沒有支付轉診費用的時候，我們要轉到特定的轉診院所去，病人也不一定就會去那裡。

所以我覺得第一個，議題一的部分，要明確確認說，是不是只要剛剛這些條件成立，我就可以發文去給分區業務組。第二個要表達的是，我們大部分的醫療院所不會只將病人轉到體系醫院去，另外是民眾端也不一定會接受。

主席

好，謝謝，黃代表再來朱代表，然後再來謝院長。

黃代表雪玲

我想要提的就是這個感覺上體系好像就是原罪，就是大家共業要把他 K 死，你可以看看即使在過去沒給付我們其實就有在體系上進行分級轉診，並不是因為這樣子才有異動，這個推動以後你可以看到署裡這邊有算到轉診案件體系其實才占 4~5%，這個率並不很高，所以其實我們會建議就照署裡的版本，就先讓我們試看看，對有異常轉診，就這體系轉特多的那些院所，我們是不是再來給他說明，或是看他怎樣，針對他做稽核，不要一開始就把這些有體系的...好像我們之前該救的病人好像就沒救，就不能轉去我自己的醫院，這樣好像也不對，民眾就比較相信那裡，他有自己的選擇。

我們今天要推動是分級醫療還是要叫做照護什麼院所，也許我們標題是不是要改成...我們重點是要推動分級醫療，如果轉到體系難道就不是推動分級醫療嗎？我覺得感覺到體系好像犯了什麼歷史大罪一樣，大家什麼都不給，不只這個，我們還有跨院整合的時候，那個也是體系也是都不能，那邊已經有限制，這邊是不是考慮先放寬試試看？因為待遇其實不高，如果真的異常或是這個比例真的偏高很大，是不是大家再來檢討？

朱代表益宏

我是建議就是說確實這個體系的解釋，大家不同意見啦，但是我覺得就附件 1，大家來審視一下，大家來看一下是不是有不同意見，就是這個你還是認為有爭議，如果大家都認為附件 1 這條是排除嗎？那其他的就是依照原案，就是其他的體系，大家認為左手轉右手的還是不適當，這個確實是當初開會的共識，這我要先講就是說，確實大家認為左手，因為你有給額外的專題費用，所以你認為自己的左手轉右手，然後再給額外的費用，其實不適當，這個其實重點是說，因為你有給額外的轉診費，所以如果左手轉右手，又拿一筆轉診費，那當然不適當，但是它並沒有規定你不能左手轉右手，還是依照支付標準它可以轉，所以說這邊只是在處理左手轉右手，那其他的費用是不是不給，轉診的費用這個部分，我覺得這個合理。而且這個最早大家在討論這個案子的時候，大家是有共識的，所以現在回過頭來再去推推翻當初的共識，左手轉右手也是可以的，我覺得這樣不妥啦，等於從零開始嘛。

我覺得是延續大家認為說，左手轉右手不妥，所以我們要去同體系不給付，那對於附件 1 同體系大家有意見，那我覺得就大家把它 review 一下，如果沒有意見，那就照附件 1 大家認為沒有意見就把它排除，這個案子就結束了，不然的話要從頭開始阿，那就有人認為同體系沒有關係阿，你還是要給，那就有人認為同體系不能給阿，那今天怎麼開得完。所以我認為說還是應該延續上一次的大家的共識來討論，

這樣會比較好，至少大家認為同體系，左手轉右手額外給它轉診費是不適當的，我要再一次強調，因為這邊是有額外給轉診費，但是並沒有規定說你同體系不能轉，轉了之後你到這家，從 A 醫院轉到 B 醫院，你在 B 醫院的診療，你還是依照支付標準可以去報相關的支付標準，並不是不給付阿，只是中間的你所謂的 500 塊幾百塊，多的那個轉診費不給，那這個合理啊，所以你左手轉右手，你電腦搞不好可以直接轉，那你說給一個轉診費，這個不通啦，你拿到外面去給付費者聽一聽，他也不懂啦，對不對？所以我覺得這個件事情原則是大家共識，如果說這件事情大家都不同意，從頭開始，那這個案子就有完沒完。

主席

好，那還有沒有，大家還有沒有什麼意見？我們專家學者這邊有沒有？李代表先然後再請專家學者。

李代表佳珂

如果確認說第二個議題，大家不同意的話，那我們就要去明訂議題一，是不是人事、財務、病歷、資訊只要不共用，就可以判定不納入體系。我不知道這邊的委員有沒有辦法去判定是還是不是，所以我覺得回歸到第一個議題，健保署如何判定同體系，這個議題到時候就又膠著了。

主席

好，謝謝。那紀醫師，再來院長。

紀代表志賢

我看一下附件 3，社區醫院協會跟醫師公會全國聯合會，就是越靠近基層的他們都不同意放寬「同體系」，所以我覺得基層一定有他們專業的感受才會有這樣子的意見。第二個是我們應該讓基層更好做事，所以剛剛賴代表的提議我覺得很有意義，就是我們在基層這邊還有很多專家，也很多從醫學中心等院所出來，如果這塊可以放得更寬的話，

我們另一方面的困擾就相對會減少。第三點我是覺得台灣有 6 個健保的分區，但是每個地方的民風跟背景都不一樣，所以我覺得中央可以適度地把某一些作業下放到 6 個分區，只要把目標弄清楚、目標是什麼，讓各分組依自己區域的特色調整做法，達到目標。。

主席

好，院長這邊有沒有指導？

施代表壽全

我記得上次這個問題，我有表達過意見。原本我們的目標就是鼓勵落實分級轉診，所以要增加轉診費用的給付，在同體系裡面有一些爭議，我個人不記得為何會被提出來，說要增加同體系裡面的給付。

首先就是同體系的認定，像附件 1 裡面，有同一個名字的，也有同一個董事長的，說不是同體系，恐怕會讓人疑惑。第二是，同體系到底可不可以給轉診費？因為在比較大的醫院，門診要減 2%，其實面對很大的壓力。我以我們醫院來講，我們一直配合政府的雁行計畫，轉診一定是轉到基層，我們的作法並不會自己想設一家診所，而這個診所，我們根本轉診不到。所以我上次的意見是說，如果有人提出同體系轉診，是不是同體系認定之後，可以打個折，因為有人主張給付，有人主張不給付，所以不要說完全不給付。但這邊沒有表決制度，主席也很難裁示，是不是打個 5、6 折，畢竟轉診作業，也需要文書與行政處理。所以我上次提過，如果同體系轉診可以給付的話，就打個折。

主席

我們再請主管機關梁代表。

梁代表淑政

有關同體系之認定，在剛開始訂這個支付標準，就有很大的意見。現在健保署初步調查或整理，對於原本被認定為同體系但實際上不是的，如聖保祿醫院，本次已經有列入討論。就分級醫療的推動，今年

應該是第 2 年或第 3 年，對於執行成效還在觀察中。因此建議對於同體系之定義，可針對健保署在提案中之附件 1 及附件 2-1，進行討論，看是否需要做修正。

初步看到附件資料，有些同體系是跨區的，一個在台北，一個在北區或中區，是否就此列入同體系，可以再討論。原則上，應以民眾就醫需要或就醫行為改變為前提，來檢視其定義。可以執行一段時間，再來檢討。最重要的是要落實分級醫療，改變民眾就醫的文化。

主席

好，謝謝。今天醫事司代表也在現場，我們也請醫事司說明一下何謂「同體系」，是不是請醫事司來跟大家說明，請吳淑惠專員。

吳淑慧專員（醫事司）

本部辦理醫院評鑑及教學醫院評鑑時，所提同體系醫療機構，係指醫策會在辦理實地醫院評鑑作業時，評鑑委員迴避之參考，實務執行如同剛剛委員講的迴避情形；另從法律面上，目前醫療相關法規並無此名稱及相關規定。

主席

醫事司是管全國的醫療機構，但回復也很模糊。兩位院長要表達意見嗎？三位。來，請。

羅代表永達

我這樣建議，因為第一個議題二的內容太多，我想大家都反對，那我看我們署裡面有做很多準備，那他現在文字上的敘述是洪法人，洪董事長，那事實上包括內容，大概就幾個嘛，第一個就是同名稱啦，同名稱就是造成很多誤會的東西，名稱就一樣的，你告訴我他不是。那另一個是財務人事資訊定義，我相信不知道大家有沒有意見，如果假設就像剛剛代表有提到說，如果這樣你就跟分區講我不是，否則的話除了被認定了話，原則上就是有提出申請的，否則就是剛剛附件 2、

附件 3 有認可的就是同體系，我想這樣比較有一個操作型定義啦，否則大家今天也不會有一個結果，大家又回到原點。

主席

好，請謝院長。

謝代表文輝

因為剛剛施院長講的，我比較了解，竹山秀傳和彰化秀傳都同名，是因為黃明和有投資，他投資竹山秀傳外傳的 30% 股份，但是其他 70% 的股東是支持現在的院長謝輝龍，所以黃明和沒有實際主持其業務，所以現在我們認定竹山秀傳是彰秀的體系院，是有落差的。他也不會派醫師給他支援，跟到外面支援一樣的錢。基本像這樣，我們和彰基的合作，我們比較有廣泛的合作，我跟他簽合作之後，我們請對方醫師來支援，且醫師時間上若也能配合，院方就不會阻擋，這錢都照算，要什麼都用錢買的。就比如我和某藥廠商合作，之後買藥比較便宜，結果就變成我跟藥廠商是同體系不是很奇怪嗎。我覺得財務獨立很重要，今天如果財務沒有獨立，他今天來支援，錢是流通來流通去，這當然是體系，財務沒有流通、董事會完全不一樣，這怎麼算體系。

剛剛有談到我們跨層級，那時候其實有一個概念，當時第一次編列預算很少，所以理論上大家都不計較。但是大家記得在通過會議後，底下有個建議但書，下次如果預算有成長，應該要…像台大金山醫院是體系醫院，去支援其他醫院是虧錢的、是服務社會的，所以當然要支持。但是一開始費用好像只有 1 億，所以給所有的地區醫院沒有體系的醫院支援，但我們有但書，未來資源有增加的時候就考慮即使體系但有往下社區服務的也考量納入。今天這個像我們跨層級以後，一禮拜去支援 40 個診次，這關係也很深了，所以事實上這個所謂體系，這其實大家也要好好思考，當然如果要縮小打擊面，就像剛剛羅院長講的，我們先定義幾項出來，給各分區去認定，自己有問題的就反映，我是覺得如果同一個老闆當然不行、同一個董事會體系當然是不應該。

不然我們可以討論幾個定義，符合這個就是體系，不符合就不是同體系。

主席

好，謝謝，先請陳代表再來是賴代表。

陳代表志忠

分級醫療跨層級轉診、跨層級的合作，我想這個沒問題，全醫界都支持，但是現在就好像被誤判了，已經做在電腦裡面了，我們只是請求平反。

主席

好，謝謝，請賴代表，再來李代表。

賴代表俊良

在考慮分級醫療的成功，其實應該是看下轉率，醫院下轉基層或是社區醫院，所以我們在看這數據，不能把上轉跟下轉加起來。因為上轉很簡單，而且現在實施後上轉太多了，下轉才是成功的關鍵，我們看同體系下轉率有 16%，上次報告下轉到基層只有 5%，所以這比率差了三倍多。所以我覺得真正的基層沒有實質受益，很多基層診所都在抱怨分級醫療推行這麼久，都沒有下轉病人給他們。既然以前規則已經說明同體系的就先不要給付轉診費用，就照以前的規則。我們今天就先把同體系界定清楚，從寬認定，今天這樣才會有結果。

主席

李代表是最後一位。

李代表紹誠

主席，我第一次發言。這之前就討論過了，到最後聖保祿醫院一直在驗明正身。其實我們在意的是，我們轉上去之後有沒有轉回來？現在看起來我們轉上去很多，但是病人回不來，這轉診分級醫療的醫

院就像失去原先好的精神。但是同體系裡面是否就一定對或不對，剛有代表提到應該由各分區業務組自行來認定，各分區業務組有基層也有醫院，讓他們自己討論出來。因為其實北區要管到高屏也不知道他生態。就像台東的馬偕醫院，如果他不能處理，要後送的話，會送到台北馬偕，這很理所當然。台北馬偕處理完之後會下轉到台東馬偕醫院嗎？我們也不知道。但是說他們是同體系，好像也說不過去。

就像台大醫院轉到金山醫院，金山醫院上轉到台大醫院，所以這些東西有一些複雜，如果署本部要把這些攬在身上時，其實會很辛苦，但是又不能沒有一個很清楚的操作型定義，不然就會產生剛一開始主席說的事。我們還是很重視轉診的精神，如何去落實、落實的前提，這真的是同體系一定怎麼樣，不是同體系一定會怎麼樣，我覺得這當中很難說。就像羅代表說的，這東西就像是藝術，但是當要把他講到要怎麼樣的時候，覺得顧此失彼。所以署本部可能更有智慧，把他下放到各分區業務組去處理，中央只是把操作型定義弄清楚就好，以上。

主席

好，還有沒有，最後一位。

黃代表雪玲

我要回應，不能只看我們醫學中心的下轉率，我們很多醫師其實是沒有開轉診單就都直接跟病人說回原診所追蹤就可以，我們醫師並沒有這麼愛錢好嗎？我們醫師診間很忙，要開一個轉診單對他來講是一個蹂躪。我覺得是要比對病人轉來以後持續在醫院追蹤多久、在我們醫院看多久，不能只看我們下轉，這是不公平，要去追蹤分析。

我要再反映一下，我們下轉開出去的轉診單，其實因為到診所沒有什麼誘因，到地區醫院還有可能部分負擔優待。病人去診所，他轉診單不見得拿出來，就說台大叫我回來，醫師剛剛也講要 copy 日期，如果轉診單沒拿出來，又要查轉診平台，對一個小小的診所來講，他每天要看轉診平台，並不會這麼積極去看，這你們回去要宣導一下。

因為我們就是對健保署下轉都對不到，才 10% 多的配對成功，所以我們轉下去配對成功，很多因素。例如病人去了沒帶轉診單就不知道是我轉過去。還有例如 B 肝病人，他可能 6 個月要追蹤一次，我們開出轉診單因規定效期只有 3 個月，而病是在 6 個月以後才需就醫追蹤，屆時轉診單已失效，仍無法配對成功，所以對方也不會 key 是台大轉來的，所以轉診單是 3 個月有效，其實對我們來講下轉也不會拿到轉診費，醫師只是口頭跟病人講就以就近診所追蹤，像這樣的狀況，真的不能只看我們下轉，或下轉配對的成功率，這都不能代表我們醫學中心沒有把病人轉出去。

主席

好，謝謝。我想對大家來講這件事確實是非常困擾，自從同體系在我們分級醫療出現之後到現在就是紛紛擾擾。

跟大家請教一下，大家是否認為同體系，不管 definition 是什麼，同體系互轉是不支付轉診費的？這件事大家還是很堅持嗎？大家也都認為轉給自己的同體系都不應該支付嗎？如果是這樣，附件 1 的同體系，有 11 家來平反，大家同意排除嗎？至少過去這段時間就這 11 家來要求平反，沒有來的是不是就是真正同體系？

如果是這樣，附件 1 的這 11 家，過去以來一直都不能報，從今天會議之後就是平反。從下個月開始，第二季開始，第二季是 4 月，如果大家同意就是第二季開始，現在表列的 11 家如果有轉診就可以申報轉診費。大家沒意見的話，接著再看討 2-5 頁，附件 2-1 跟附件 2-2，這邊有同體系名單，這裡有居家護理所、醫院跟診所的關係，叫做「同醫院總分院（院區）、同法人、同董事會、同董事長或院所網站已宣稱屬同一醫療體系者」這幾個條件，由分區業務組調查結果，我們是要尊重還是？

陳代表志忠

這我們要跟分區的阿明組長要求。

主席

好，那我們是要尊重還是要？

主席

因為你們從那邊脫離了，現在又進來了。護理所的問題，等議題三再討論好不好。現在要討論的是討 2-1、討 2-2 頁有醫院跟診所之間的關係、附設聯合診所有關係的，是不是要一併納進來同體系。他們發生率不高，但還是同體系，有發生才會受到影響，所以跨區不影響，是不會發生的，這個部分大家有沒有意見？

沒有意見的意思就是說附件 2、附件 3，要再新增到同體系範圍，是這樣嗎？大家有沒有意見？社區醫院協會沒意見，醫中這邊也沒意見嗎？區域也沒意見嗎？好，那這就是納進來了，就是比照原來同體系不得申報轉診費。

黃代表雪玲

我覺得要給原院所自己確認，不能我們幫他確認。

主席

好，那但書是今天原則上先通過，再請分區業務組洽各個體系做最後確認，這樣可以嗎？

最後一個議題是議題三，議題三是出院的病人轉到居護所，可不可以申報轉診費。這件事情在去年的第三季，轉給居護所有 221 件，其中有 58% 是下轉給自己的居家護理所，這件事情大家的看法如何？

謝代表武吉

署的意見呢？

主席

署的意見是出院的病人，我們已經支付「出院準備」，那「出院準備」理論上就應該結合安排轉診，如果有申報「出院準備」就不可以重複申報轉診費，只能二擇一，可以嗎？還是說都不可以？

朱代表益宏

都不要啦，不要二擇一啦。

謝代表武吉

尊重副署長的意見。

主席

好，就是不行對嗎？大家有沒有意見？好，如果沒有意見，議題三就是不能申報轉診費，但是如果有幫病人做媒合，可以報「出院準備」，這部份大家有沒有意見？好，那三個議題討論完了，但也留下但書，就是附件 2 請分區業務組要協助確認，確認之後才納進來，這個生效日，請確認完成之後提下一次會議，再跟大家確認，可以嗎？

最後請同仁說明剛剛大家對於開會日期希望改期，下一次開會日期是什麼時候？請說明。

王科長玲玲

我們剛剛去敲了會議室跟主席時間，原則上第二次我們改到 5 月 3 日。

主席

5 月幾日？

王科長玲玲

5 月 3 日，星期五的下午。那第四次原本是 7 月 12 日，也是禮拜二，這個容我們回去再敲定好時間之後，會在這次的會議紀錄裡面註明時間。

主席

好，所以下一次是 5 月的上旬。剛剛講的附件 2-1、2-2 要再確認的部分，就在 5 月的會議跟大家確認。如果確認之後，這一批所謂的同體系，就會從第三季開始來生效。好，今天會議就到這裡，大家有沒有臨時動議？

朱代表益宏

開會的時間我還是建議是星期四下午的時間，像我就禮拜五也不行，每個代表可以的時間也不同。

主席

我們以多數代表的意見為意見。

朱代表益宏

下次的時間是 ok 啦。

主席

下次 ok 嗎？先謝謝大家，今天會議就到這邊。