

「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」

103 年第 3 次臨時會會議紀錄

時間：103 年 12 月 24 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長魯

紀錄：張巧如

姚代表鈺	(請假)	陳代表福展	翁瑞文(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	(請假)
林代表富滿	林富滿	吳代表志雄	(請假)
郭代表正全	潘延健(代)	陳代表彥廷	陳彥廷
李代表伯璋	(請假)	林代表敬修	連新傑(代)
陳代表志忠	陳志忠	高代表靖秋	林綉珠(代)
徐代表弘正	徐弘正	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	林淑霞	曹代表昭懿	朱世瑋(代)
羅代表永達	羅永達	吳代表進興	吳進興
謝代表文輝	謝文輝	黃代表鶴珠	(請假)
謝代表武吉	謝武吉	黃代表棟國	(請假)
朱代表益宏	謝景祥(代)	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
陳代表宗獻	陳宗獻	李代表永振	李永振
盧代表榮福	(請假)	陳代表川青	陳川青
張代表嘉訓	張嘉訓	侯代表彩鳳	侯彩鳳
王代表正坤	張金石(代)	李代表玉春	(請假)
黃代表啟嘉	黃啟嘉	吳代表肖琪	(請假)
陳代表憲法	(請假)		

列席單位及人員：

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

葉肖梅

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

朱智華

中華民國醫師公會全國聯合會

吳春樺、陳哲維、黃幼薰

中華民國藥師公會全國聯合會

王韻婷

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	楊智涵、吳心華、林佩荻
醫藥品查驗中心	許雅蓉、黎伊帆、黃依寧
台灣安寧緩和醫學學會	翁益強、李嘉莉
台灣安寧緩和護理學會	蘇逸玲、邱智鈴、劉景萍、 劉曉菁、顏聆朱
台灣癌症安寧緩和醫學會	黃舒怡
台灣急診醫學會	顏鴻章
台灣急診管理學會	陳日昌
台灣消化系醫學會	王秀伯、邱正堂
本署台北業務組	王文君、蔡翠珍、李珮君、 陳秋雪
本署北區業務組	黃尹韻
本署企劃組	李佳芬
本署醫審及藥材組	詹素珠
本署醫務管理組	林阿明、李純馥、陳真慧、 林淑範、張美玲、王淑華、 張益誠、陳依婕、涂奇君、 吳明純、張淑雅、蕭靜怡、 張巧如、李筱婷、李待弟 王玲玲

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄（議事錄）：請參閱(不宣讀)確認。

(一)103 年第 4 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」會議紀錄文字修正：三、報告事項之(二)修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案之(5)修訂結算方式中，當季預算若有結餘，則「流」用至下季，文字修正為當季預算若有結餘，則「留」用至下季。

(二)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決議辦理情形追蹤表，列管建議異動如下：

1.解除列管 1 項：103-1-5 討，「修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病案」，因 103 年 12 月 23 日與相關單位召開之會前會，會上對於修正意見無共識。

經本會與會代表同意解除列管。

## 2.繼續列管增列 3 項：

- (1) 103-4-1 討，「增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第四節復健治療之語言治療相關診療項目案」，與會代表表示因決議辦理事項中，建議擬訂適應症乙項未完成，爰決議繼續列管。
- (2) 103-4-4 討，修訂「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」乙案，與會代表表示因決議辦理事項中，醫療不足之縣市乙項仍洽相關專科學會彙整意見，爰決議繼續列管。
- (3) 103-4-2 臨時動議，攸關「跨層級醫院合作計畫」，涉及轉診及分級醫療之政策，建議邀請衛福部就法及政策至本會報告，並就各單位權責分工，擬訂相關配套乙案，仍研議中，經衛生福利部及與會代表同意繼續列管。

## 三、報告事項

- (一) 增修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準」案。

決議：

1. 同意修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準」，修訂後支付標準(詳如附件 1，P13-P28)。
2. 其修訂重點如下：
  - (1)新增「特定牙周保存治療-全口總齒數 9-15 顆」等 7 項診療項目。
  - (2)修訂「重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」

等 41 項支付標準文字。

(3)調整「符合加強感染控制之牙科門診診察費」等 8 項支付點數。

(4)修訂「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之文字、「牙醫相對合理門診點數給付原則」之感染管制診察費差額及不適用範圍。

(5)另診療項目 91017C「懷孕婦女牙結石清除-全口」之註 3.與其他全口牙結石清除需間隔 3 個月，刪除「全口」2 字，文字修正為註 3.與其他牙結石清除需間隔 3 個月。

(二)有關放寬「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」醫事人員資格乙案。

決議：

- 1.同意放寬「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」醫事人員資格，開放所有專科醫師均可參加，
- 2.條文修正為健保特約院所，除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師需接受本署認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少 6 小時(4 小時上課+2 小時 e-learning 課程)，並取得證明。修訂後方案(詳如附件 2，P29)。
- 3.另與會代表建議泌尿專科醫師免接受慢性腎臟病照護訓練課程訓練乙節，本署將徵詢台灣泌尿科醫學會、台灣腎臟醫學會意見。

(三)修訂安寧療護暨一般居家照護支付標準案。

決議：

- 1.因本案於本會議前，已邀集醫院團體、專業團體召開會前會，故由討論案調整為報告案。

2.同意修訂安寧療護暨一般居家照護支付標準，修訂後支付標準(詳如附件 3，P30-P45)，修訂重點如下：

(1) 安寧療護：

- ①住院安寧療護：每日支付點數調整 30%，其中「相關醫療團隊照護費」敘明包含如社工師、心理師、物理治療師、職能治療師等安寧療護相關人員之照護費用。
- ②安寧共同照護：首次共同照護費及後續團隊照護費支付點數調整 50%，且放寬首次訪視後 3 日內入住安寧病房不得申報之限制，改為首次訪視當日入住安寧病房不得申報，並修改服務說明書為「參與『全民健康保險安寧共同照護試辦方案』服務說明書」。
- ③緩和醫療家庭諮詢費：支付點數調整 50%，放寬申報次數為 2 次並將急診末期病患納入適用範圍。
- ④安寧居家療護：依提供服務地點，拆分機構及非機構，其支付點數調整幅度，在宅調整 50%、機構 20%、臨終訪視費 100%。
- ⑤放寬乙類安寧居家療護（社區安寧）之護理人員為專責安寧居家療護人員，可合併提供一般居家照護或原診所相關業務，惟合併執行一般居家照護及安寧居家照護時，規範其訪視次數。

(2) 一般居家照護：

- ①比照安寧居家療護調整方式，拆分機構及非機構，支付點數調整幅度，在宅 50%、機構 20%。
- ②三、四級壓瘡護理中之 48004C「深部複雜創傷處理-

傷口長 5 公分以下者」或 48005C「深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者」得另行核實申報。

③增列通則「為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章節之保險醫事服務機構或護理機構應提供居家照護專業人員 24 小時電話諮詢服務」。

#### 四、討論事項

(一)有關支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」等 2 項特材之支付標準編號 28030C 及 72050B 二項診療項目調整案。

決議：

1. 同意將診療過程面必須使用之「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」及「單一使用拋棄式先端部固定環」納入包裹給付，調整支付標準編號 28030C「內視鏡切片」及 72050B「內視鏡黏膜切除術 (EMR)」二項診療項目，修訂後支付標準(詳如附件 4，P46)。
2. 針對「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」特材乙項，與會代表表示在地區醫院，本署訪價金額高於平均價格，有成本上的考量，經會上討論同意將該項特材之平均價格提高至 650 元，再重新計算包裹支付點數。

(二)104 年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼實作獎勵方案。

決議：

1. 同意修訂(三) 104 年全民健康保險國際疾病分類第十版 (ICD-10-CM/PCS) 編碼實作獎勵方案，修訂後方案(詳如附件 5，P47-P52)。

## 2.修訂重點如下：

- (1)採用之 ICD-10-CM/PCS 編碼版本，自 104 年 7 月起限 2014 年版本。
- (2)增加西、中、牙醫門診定額獎勵。西、中、牙醫診所除原以 ICD-9-CM 編碼外，另以 ICD-10-CM/PCS 編碼，於 104 年 7-10 月中，任 1 月次月 30 日前於本署「健保資訊網服務系統 (VPN)」之「ICD-10-CM/PCS 預檢醫療費用申報資料上傳」作業區，依現行醫療費用申報格式申報，並通過預檢檢核，中、牙醫診所即給予定額獎勵金每家 5,000 元，西醫基層診所方面，考量婦產科診所含生產之住診案件，業務較一般西醫基層診所複雜，定額獎勵金予以調高，惟調整金額由健保署醫務管理組於預算額度內重新擬訂。
- (3)醫院住診獎勵標準，除 103 年方案所訂 2 項標準外，增加標準 3：104 年 7-10 月任 1 月除原以 ICD-9-CM 編碼外，另以 ICD-10-CM/PCS 編碼於「健保資訊網服務系統 (VPN)」之「ICD-10-CM/PCS 預檢醫療費用申報資料上傳」作業區，依現行醫療費用申報格式申報，並通過預檢程式檢核，未通過或未進行預檢程式檢核者，不核發本方案獎勵金，已核發獎勵金者，則追扣已核發之全部獎勵金，獎勵點數維持不變。
- (4)本項專款預算按季採浮動點值計算暫結，且每點不高於 1 元。年底時進行結算，以全年預算扣除西、中、牙醫診所之定額費用後，醫院住診皆採浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。

(三)有關 TW-DRGs 案件「次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案實施化療注射劑」得另行核實申報項目之化療藥品相對應之處置代碼案。

決議：同意將 TW-DRGs 案件申報處置碼：「99.24 荷爾蒙注射療法」納入得另行核實申報項目「次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療」之要件，修訂後支付通則(詳如附件 6，P53)。

(四) 修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。

決議：

1. 同意修訂「全民健康保險急診品質提升方案」，修訂後方案(詳如附件 7，P54)。

2. 修訂重點如下：

(1) 急診重大疾病照護品質：

①放寬急性腦中風量表為 4-25 分。

② 重大外傷：增列主診斷為體表面積>20%之重大外傷，另方案附表一「緊急搶救手術或處置」另增列焦痂(筋膜)切開術(64197C)等 4 項處置項目。

③ 嚴重敗血症：

甲、每個案獎勵點數調升為 2,000 點，另主或次診斷由 038.9 修訂為 038.0-038.9，將 038.0-038.8 等特定疾病之敗血症納入獎勵範圍。

乙、另其他處置：刪除中央靜脈導管置入術(47015B)、納入乳酸-丙酮酸檢查(09135B)項目，且可就乳酸檢查(09059B)及乳酸-丙酮酸檢查(09135B)擇一處理、修改細菌學及

黴菌檢查方式為「至少完成 13016B 及『13001C 至 13026C 中之任 1 項』」。

(2)轉診品質：放寬向上轉診疾病別可平行轉診，調高向下轉診點數為 4,000 點。

(3)補助急診專科醫師人力：

①醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務每人次每月補助上限 1.5 萬點；地區醫院每增聘 1 名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助 3 萬點。

②不適用對象：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院、全民健康保險 104 年度「跨層級醫院合作計畫」之門診支援服務補助、衛生福利部醫事司「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」以及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師。

③設定地區醫院醫療利用監測指標：

甲、接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量，平均每月急診件數大於去年同期值。

乙、地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率，實施一年後不超過 3%。

3. 另部分與會代表建議若未來本方案預算較充足，可考量將偏遠地區急救責任醫院(燈塔型醫院)納入。

(五) 有關中華民國醫師公會全國聯合會針對「西醫基層院所合理門診量」提出之建議支付標準調整案乙案。

決議：

1. 同意「西醫基層院所合理門診量」支付標準調整案，修訂後支付標準(詳如附件 8，P63-P66)。

2. 修訂重點如下：

(1)看診日數：每月實際看診日數不足 25 日(不含 25 日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數 25 日以上者，以 25 日計算合理量。

(2)調整第一、二、五階段看診人次及第五階段支付點數。

(3)監控指標：

①由健保署醫務管理組與中華民國醫師公會全國聯合會討論確認指標及其操作型定義。

②監控結果處理方式：診所假日開診率低於前一年度之水準，則應恢復原制，以確保民眾就醫可近性不受影響。

(六) 有關新增「全民健康保險 104 年度跨層級醫院合作計畫」案。

決議：

1. 同意新增「全民健康保險 104 年度跨層級醫院合作計畫」，方案內容(詳如附件 9，P67-P70)。

2. 限於預算本計畫規範不適用對象，未來若資源足夠，建議偏遠地區醫院亦納入本計畫補助。修訂重點如下：

(1)醫療支援補助：醫學中心與區域醫院之醫師支援地區醫院，每診日補助 2600 點(派出支援、受支援各半)。單一地區醫院每季補助上限 26 萬點，費用逕撥入接受支援之地區醫院。

(2)適用對象：限於預算或已有其他計畫獎勵，本計畫不適

用對象如下：

- ①同體系醫院間(含委託經營)之支援：同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後參加。
  - ②「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」之地區醫院。
  - ③「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之地區醫院。
  - ④呼吸照護、精神專科醫院，註：最近1年申報就醫科別精神科(科別13)+呼吸照護(給付類別=9)之門住醫療費用(申請點數+部分負擔) $>$ 該院門住醫療費用50.0%。
  - ⑤參加「全民健康保險急診品質提升方案」醫院之急診支援。
  - ⑥衛生福利部醫事司「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」、衛生福利部醫事司「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。
- (3)落實跨層級合作，合作內容如下：
- ①對病患就醫程序安排(急診後送及下轉、轉住院或手術)。

- ②醫師及醫事人員專業訓練(建教合作、支援、醫療團隊訓練)。
- ③醫療資訊交換(電子病歷互通、醫療影像交換)。
- ③醫療設備共享。

(4)評核指標：

- ①民眾就醫滿意度 $\geq 85\%$ 。
- ②分級醫療指標：受補助地區醫院總門診就醫人次較去年同期增加。
- ③參加「全民健康保險醫療費用總額其他預算項目-鼓勵醫療院所即時查詢就醫資訊方案」：受補助地區醫院「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」 $\geq$ 當年全部醫院查詢率 60 百分位。
- ④醫療品質指標：以本署「醫療品質公開網站」院所別醫療品質資訊為準，受補助地區醫院各指標較去年同期下降。
  - 甲、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)、降血脂(口服)。
  - 乙、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜、抗憂鬱症。

五、臨時動議：無

六、散會：下午 5 時 40 分

(僅呈現需修改部分)

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

### 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

#### 第十節 麻醉費 (96000~96026)

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	說明
96017C	半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法 Semi-opened or semi-closed mask Inhalation general anesthesia — 二小時以內 under 2 hours	v	v	v	v	3582	明確定義， 避免審查上 誤解及爭 議。
96018C	— 二小時至四小時，每增加30分鐘 2-4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	895	
96019C	— 四小時以上，每增加30分鐘 over 4 hours,each 30 minutes added 註： 1.限麻醉科專科醫師施行。 2.牙科施行本項目須符合下列情況： (1)施行口腔顎面外科開刀房手術。 (2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。 (3)兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮的兒童，罹患廣泛的牙疾(含阻生齒)且，無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。	v	v	v	v	1119	
96020C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 Semi-closed or closed-circulative intratracheal intubation general anesthesia — 二小時以內 under 2 hours	v	v	v	v	3917	
96021C	— 二小時至四小時，每增加30分鐘 2-4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	895	
96022C	— 四小時以上，每增加30分鐘 over 4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	1119	

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	說明
	<p>註：</p> <p>1.限麻醉科專科醫師施行。</p> <p>2.牙科施行本項目須符合下列情況：</p> <p>(1)施行口腔顎面外科開刀房手術。</p> <p>(2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。</p> <p>(3)罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮的兒童，罹患廣泛的牙疾，無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。</p> <p>(3)<u>兒童</u>罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮<del>的兒童</del>，罹患廣泛的牙疾（<u>含阻生齒</u>）<del>且</del>無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。</p>						<p>明確定義，避免審查上誤解及爭議。</p>

## 第三部 牙醫

### 第一章 門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
00128C	<p>— 重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費</p> <p>註：限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫<u>適用對象之特定身心障礙者</u>牙醫醫療服務申報。</p>	v	v	v	v	<del>500</del> 520	<p>1. 配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。</p> <p>2. 調升點數。</p>
00301C	<p>— 中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費</p> <p>註：限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫<u>適用對象之特定身心障礙者</u>牙醫醫療服務申報。</p>	v	v	v	v	<del>400</del> 420	<p>1. 配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。</p> <p>2. 調升點數。</p>
00302C	<p>— 中度以上精神疾病患者診察費</p> <p>註：1.限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫<u>適用對象之特定身心障礙者</u>牙醫醫療服務申報。</p> <p>2.限精神病及精神分裂之患者。</p>	v	v	v	v	<del>300</del> 320	<p>1. 配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。</p> <p>2. 調升點數。</p>
00303C	<p>— 輕度特定特定身心障礙<u>者</u>(非精神疾病)<u>及失能老人者</u>診察費</p> <p>註：限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫<u>適用對象之特定身心障礙者</u>牙醫醫療服務申報。</p>	v	v	v	v	<del>300</del> 320	<p>1. 配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。</p> <p>2. 調升點數。</p>

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	說明
	<p>一符合加強感染<u>管制</u><del>控制</del>之牙科門診診察費</p> <p>1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份(&lt;=20)</p> <p>—處方交付特約藥局調劑</p> <p>—未開處方或處方由本院所自行調劑</p> <p>2.山地離島地區</p> <p>—處方交付特約藥局調劑</p> <p>—未開處方或處方由本院所自行調劑</p>						
00129C	—處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	<del>270</del> 285	1. 00129C~00134C 調升點數。 2. 修訂「感染控制」為「感染管制」。
00130C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	<del>270</del> 285	
00133C	—處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	<del>290</del> 305	
00134C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	<del>290</del> 305	
	<p>註：1.牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫院所感染<u>管制</u><del>控制</del>SOP 作業細則」執行，並依附表 3.1.1「牙醫院所感染<u>管制</u><del>控制</del>SOP 作業考評表」自行評分，自評合格者應將考評表函送至保險人所轄分區業務組，並於次月開始申報之。惟經抽查不合格者自文到次月起不得申報，三個月後得申請複查，通過者於文到次月起得再行申報。</p> <p>2.初次申報此項時，附上「牙醫院所感染<u>管制</u><del>控制</del>SOP 作業考評表」以為核備。</p> <p>3.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。</p> <p>4.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。</p> <p>5.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。</p> <p>6.本項支付點數含護理費 29-39 點。</p>						

附表 3.1.1 牙醫院所感染管制~~控制~~SOP 作業考評表

**B.軟體方面**

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1.完備病人預警防範措施	C.看診前詢問病人病史。			
	B.符合C，詢問病人詳細全身病史，並完整登載病歷首頁。			
	A.符合B，並依感染 <u>管制</u> <del>控制</del> 原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。			
2.適當個人防護措施	C.牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服。			
	B.符合C，視狀況穿戴面罩或眼罩。			
	A.符合B，並依感染 <u>管制</u> <del>控制</del> 原則「減少飛沫氣霧」執行看診。			
10.感染 <u>管制</u> <del>控制</del> 流程製訂	C.診所須依牙科感染 <u>管制</u> <del>控制</del> SOP，針對自家診所狀況製訂看診前後感染控制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。			
	B.符合C，診所定期全員宣導及遵循。			
	A.符合B，完備紀錄存檔。			

註一：在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據牙醫院所感染管制~~控制~~SOP作業細則步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉5°C以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

註二：在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無消毒設施時，應以清水去除器械表面口水或血液後，包裝完善放置於固定容器後攜至診所，循一般消毒流程進行消毒並記錄。

院所陪檢醫師簽名：\_\_\_\_\_ 審查醫藥專家簽名：\_\_\_\_\_

### 第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation

#### 第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89013, 89088, 89101-89113)

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	說明
89013C	複合體充填 Compomer restoration 註：1.限恆牙牙根齲齒申報。 2.每顆牙一年半內不得重複申報。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	800	加註病歷應記載內容。
89101C	特殊狀況之銀粉充填 Amalgam restoration — 單面 single surface	v	v	v	v	450	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
89102C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	600	
89103C	— 三面 three surfaces	v	v	v	v	750	
	註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象 <del>特定身心障礙者</del> 、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。						
89104C	特殊狀況之前牙複合樹脂充填 Anterior teeth composites resin restoration — 單面 single surface	v	v	v	v	450	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
89105C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	600	
	註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象 <del>特定身心障礙者</del> 、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。						

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	說明
89108C	特殊狀況之後牙複合樹脂充填 Posterior teeth composite resin restoration —單面 single surface	v	v	v	v	600	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
89109C	—雙面 two surfaces	v	v	v	v	800	
89110C	—三面 three surfaces 註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象 <del>特定身心障礙者</del> 、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1000	
89111C	特殊狀況之玻璃離子體充填 Glass Ionomer Cement 註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象 <del>特定身心障礙者</del> 、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	400	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
89112C	特殊狀況之前牙三面複合樹脂充填 Anterior teeth composite resin restoration 註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象 <del>特定身心障礙者</del> 、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1050	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
89113C	特殊狀況之複合體充填 Compomer restoration 註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象 <del>特定身心障礙者</del> 、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.限恆牙牙根齲齒申報。 <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u>	v	v	v	v	800	1.配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。 2.加註病歷應記載內容。

第二節 根管治療 Endodontics (90001-90020~~1~~, 90088, 90091-90098, 90112)

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	說 明
90001C	恆牙根管治療（單根）Endodontics	v	v	v	v	1010	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
90002C	恆牙根管治療（雙根）Endodontics	v	v	v	v	2010	
90003C	恆牙根管治療（三根以上）Endodontics	v	v	v	v	3010	
90019C	恆牙根管治療（四根）Endodontics	v	v	v	v	4010	
90020C	恆牙根管治療（五根(含)以上）Endodontics	v	v	v	v	5010	
	<p>註：1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。</p> <p>2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費）</p> <p>3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象<del>特定身心障礙者</del>無法配合照射X光片不在此限。</p> <p>4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。</p> <p>5.如同牙位九十天內重覆申報90001、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者申報。</p>						
90015C	<p>根管開擴及清創 Canal enlarge &amp; debridement</p> <p>註：1.單獨申報此費用時，需檢附未完成充填前X光片以為審核。全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象<del>特定身心障礙者</del>不在此限。</p> <p>2.已申報斷髓處理，六十天內不得再申報此項費用。</p> <p>3.六十天內不得重覆申報。</p> <p>4.本項目X光片費用已內含。</p> <p>5.麻醉費用內含。</p>	v	v	v	v	410	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

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	說明
90016C	<p>乳牙根管治療 Milk tooth pulpectomy</p> <p>註：1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。</p> <p>2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報（如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C申報）；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費）。</p> <p>3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之<u>適用對象</u><del>特定身心障礙者</del>，如情況特殊無法配合，不得在此限，但應於病歷詳細記錄原因。</p> <p>4.九十天內不得重複申報。</p>	v	v	v	v	1010	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
90017C	<p>恆牙斷髓處理 tooth pulpotomy</p> <p>註：限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫<u>適用對象</u><del>之特定身心障礙者</del>牙醫醫療服務申報。</p>	v	v	v	v	600	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
90018C	<p>乳牙多根管治療 Milk tooth pulpectomy</p> <p>註：1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。</p> <p>2.本項目於全部治療過程完畢併加 90015C專案申報（如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C申報）；如未完成，改以 90015C申報。（期間限申報一次診療費）</p> <p>3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之<u>適用對象</u><del>特定身心障礙者</del>，如情況特殊無法配合，不得在此限，但應於病歷詳細記錄原因。</p> <p>4.九十天內不得重複申報。</p>	v	v	v	v	1410	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

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	說明
90021C	<u>特殊狀況—保護性肢體制約</u> <u>Protective physical restraint for the handicapped</u> 註：1.治療時需使用束縛帶於身心障礙者的四肢以防止躁動。 2.限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 <u>重度以上適用對象之牙醫醫療服務申報。</u> 3.須檢附病患或監護人同意書及接受治療患者使用束縛帶的診療照片乙張。	Y	Y	Y	Y	300	配合特殊醫療服務試辦計畫特定身心障礙者於牙醫治療時，防止因躁動而影響治療品質。
90112C	特殊狀況橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance 註：1.治療需要時，需使用橡皮障防濕裝置費(限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 <u>適用對象之</u> <del>特定身心障礙者</del> 牙醫醫療服務申報)。 2.使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證(X光片或相片費用已內含)。 3.含張口器費用。	v	v	v	v	250	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~910148, 91088, 91104, 91114)

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	說明
91003C	牙結石清除 Scaling — 局部localized	v	v	v	v	150	
91004C	— 全口full mouth	v	v	v	v	600	
	註：1.限有治療需要之患者每半年最多申報一次。 2.半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同限象不得重覆申報) 3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。 4.91003C需依四象限申報。 5.十三歲以下兒童(全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象特定身心障礙者除外)非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。						配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
	<u>特定牙周保存治療</u>						
91015C	<u>-全口總齒數 9-15 顆</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>2000</u>	<u>新增項</u>
91016C	<u>-全口總齒數 4-8 顆</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1000</u>	<u>新增項</u>
	註：1. <u>限總齒數至少 4 顆且未達 16 顆之患者申報。</u> 2. <u>申報費用時，需附當次牙菌斑控制紀錄及一年內囊袋深度紀錄(其中全口總齒數 9-15 顆者，至少 4 顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上；全口總齒數 4-8 顆者，至少 2 顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上。)及治療前全口 X 光片(限咬翼片或根尖片，須符合患者口腔現況，X 光片費用另計)以為審核。</u> 3. <u>本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。</u> 4. <u>每 90 天限申報一次。</u> 5. <u>申報 91006C~91008C 半年內不得申報本項目，另申報此項 90 天內不得再申報 91003C~91004C、91006C~91008C。</u>						

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
91017C	<p><u>懷孕婦女牙結石清除-全口</u></p> <p>註：<u>1.適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病歷記載，懷孕期間限申報一次。</u></p> <p><u>2.費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指導。</u></p> <p><u>3.與其他牙結石清除需間隔3個月。</u></p> <p><u>4.不得同時申報91014C。</u></p>	Y	Y	Y	Y	800	新增項
91018C	<p><u>牙周病支持性治療</u></p> <p>註：<u>1.限經全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫核備之醫師，執行院所內已完成第三階段(P4003C) 患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段(P4002C)間隔90天。</u></p> <p><u>2.申報費用時，需附當次牙菌斑控制紀錄及一年內囊袋深度紀錄以為審核（其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上）。</u></p> <p><u>3.本項主要執行牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導，並視患者病情提供齒齦下刮除或牙根整平之治療。</u></p> <p><u>4.每90天限申報一次。</u></p> <p><u>5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目，另申報此項90天內不得再申報91003C~91004C、91006C~91008C、91015C~91016C。</u></p>	Y	Y	Y	Y	1000	新增項

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	說明
91103C 91104C	特殊狀況牙結石清除 <u>-局部</u> <u>-全口</u> 註： 1.適用全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象 <del>特定身心障礙者</del> 、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。 3.重度以上患者每六十天得申報一次。 4.90天內(重度以上60天內)全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用(同象限不得重覆申報)。	v v	v v	v v	v v	150 600	新增項 配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
91114C	特殊牙周疾病控制基本處置 註：1.適用全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象 <del>特定身心障礙者</del> 、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.牙菌斑偵測及去除維護教導。 3.九十天可申報一次。	v	v	v	v	250	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~920723, 92088-92089)

第一項 處置及門診手術

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	說明
92014C	<p>複雜性拔牙 Complicated extraction</p> <p>註：</p> <p>一、依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。</p> <p>二、全身性疾病患者或六十五歲以上患者或第三大白齒可依本項申報。</p> <p>全身性疾病包含：</p> <p>1. <u>符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象。</u><del>唐氏症、自閉症、腦性麻痺、智障、身心精神障礙、癲癇症、多重障礙及染色體異常。</del></p> <p>2. 心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。</p> <p>3. 服用抗凝血劑療程中。</p> <p>4. 洗腎病人。</p> <p>5. 張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。</p> <p>6. 曾經接受器官移植病人。</p> <p>7. 凝血障礙或白血球障礙病人。</p> <p>8. 經診斷有糖尿病 <u>或高血壓</u> 患者。</p> <p>9. 曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。</p> <p>10. 愛滋病。</p> <p>11. 免疫性疾病，長期服用類固醇病人。</p> <p>12. 肝硬化及癌症患者。</p> <p>三、需檢附術前 X 光片以為審核 ( X 光片及局部麻醉費用已內含，全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 <u>之適用對象</u> 經安撫無法配合 <del>之特定身心障礙</del> 者不在此限)。</p>	v	v	v	v	900	<p>1. 修訂部分文字及適應症。</p> <p>2. 配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。</p>

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	說明
92073C	<p><u>口腔黏膜難症特別處置</u></p> <p><u>Management of difficult oral mucosal disease</u></p> <p>註：<u>1.限經臨床特徵或病理報告確診為特殊口腔黏膜難症疾病患者申報。</u></p> <p><u>2.限口腔顎面外科、口腔病理專科醫師或經口腔癌統合照護計畫核備醫師申報。</u></p> <p><u>3.每7天申報乙次，診斷確立起360天內不得申報超過24次。</u></p> <p><u>4.病歷應詳實記載並檢附(1)病理切片報告(2年內)或(2)相關血液檢驗報告(2年內)或(3)詳細臨床病歷以為審核。</u></p> <p><u>5.不得同時申報92001C、92066C處置。</u></p>	Y	Y	Y	Y	600	新增項

### 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：

(6) 感染控制診察費差額(~~40~~60點)。

##### (二)下列牙醫師不適用本原則之折付方式：

1.該分~~花東~~地區已結算之最近4季浮動點值之平均值超過1.05元，則該年度該分區~~之~~專任牙醫師不適用本原則之折付。

(僅呈現需修改部分)

## 全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案

100 年 01 月 01 日第一版實施

102 年 01 月 01 日第二版實施

102 年 07 月 29 日第三版實施

103 年 11 月 01 日第四版實施

### 伍、計畫內容

一、參與本方案之醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組提出申請，申請資格如下：

- (一) 健保特約院所，~~內、外、婦產、兒、家醫、神經、泌尿科~~專科醫師除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師需接受本署認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少 6 小時(4 小時上課+2 小時 e-learning 課程)，並取得證明。

七、本方案之疾病管理費用 (P4301C、P4302C、P4303C) 及獎勵措施費用，由各年度全民健康保險總額其他部門預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項目支應。先行扣除獎勵金費用額度後，預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則流用至下季，若全年經費尚有結餘，則~~年~~進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。保險人並得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修訂本方案之相關內容。

(僅呈現需修改部分)

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

### 第一章 基本診療

#### 第八節 住院安寧療護

通則：

三、收案條件：

(一) ~~病患或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書或同意書(必要條件)~~ 符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人(必要條件)。

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

2. 其他 ~~大~~腦變質

五、本章住院照護費所訂點數已包括醫師診察費、護理費、病床費、相關醫療團隊照護費（包含如社工師、心理師、物理治療師、職能治療師等安寧療護相關人員之照護費用）、各項診療、處置費、藥劑費、藥事服務費、特殊材料費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得另外申報全民健康保險醫療費用支付標準所列項目，亦不得以其他名目向保險對象收取費用。

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	備註
05601K	安寧住院照護費（每日）			v	<del>4930</del> 6409	調升點數
05602A			v		<del>4930</del> 6409	
05603B		v			<del>4930</del> 6409	

## 附表

### 二、其他~~大~~腦變質

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

1. 末期大腦變質病患，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：

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

2. 末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

## 第二部 西醫

### 第一章 基本診療

#### 第二節 住院診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	備註
02020B	<p>緩和醫療家庭諮詢費</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：以現行住院<u>或急診</u>重症病患，且已進入末期狀態者為主。</p> <p>2. 相關規範：</p> <p>(1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或病患家屬。</p> <p>(2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 1 小時。</p> <p>(3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容記錄，並應併入病患之病歷記錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。</p> <p>(4)申報規定：</p> <p>a.另已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及居家安寧照護後，不得再申報。</p> <p>b.每人每院限申報<del>三</del><u>二</u>次。</p>		V	V	V	<p><del>1500</del></p> <p><u>2250</u></p>	<p>調升點數</p> <p>適應症增列急診重症病患</p> <p>放寬申報次數為二次</p>

# 第五部 居家照護及精神病患者社區復健

## 第一章 居家照護

通則：

九、院所申報護理訪視費，每位居家護理人員每月訪視個案數在100人次(含)合理量內者按原支付點數給付，超過100人次者，自第101個人次起，其訪視費依~~原支付點數6折~~表定超出合理量診療項目給付，請依本章各項超過合理量之護理訪視費支付代碼申報。若同時執行第五部第三章安寧居家療護乙類(社區安寧)，則每位居家護理人員每月訪視個案數在75人次(含)合理量內者按原支付點數給付，超過75人次者，自第76人次起，其訪視費依表定超出合理量診療項目給付。

十、為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章節之保險醫事服務機構或護理機構應提供居家照護專業人員24小時電話諮詢服務。

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	備註
<del>05301C</del>	一 資源耗用群為第一類 護理訪視費(次)(在合理量內)	✖	✖	✖	✖	<del>700</del>	調升點數 拆分機構 非機構
<a href="#">05301C</a>	1.在宅	√	√	√	√	1050	
<a href="#">05342C</a>	2.機構	√	√	√	√	840	
<del>05302C</del>	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)	✖	✖	✖	✖	<del>770</del>	
<a href="#">05302C</a>	1.在宅	√	√	√	√	1155	
<a href="#">05343C</a>	2.機構	√	√	√	√	924	
<del>05328C</del>	護理訪視費(次)(超出合理量)	✖	✖	✖	✖	<del>420</del>	
<a href="#">05328C</a>	1.在宅	√	√	√	√	420	
<a href="#">05344C</a>	2.機構	√	√	√	√	420	
<del>05329C</del>	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)	✖	✖	✖	✖	<del>460</del>	
<a href="#">05329C</a>	1.在宅	√	√	√	√	460	
<a href="#">05345C</a>	2.機構	√	√	√	√	460	
<del>05303C</del>	一 資源耗用群為第二類 護理訪視費(次)(在合理量內)	✖	✖	✖	✖	<del>970</del>	調升點數 拆分機構 非機構
<a href="#">05303C</a>	1.在宅	√	√	√	√	1455	
<a href="#">05346C</a>	2.機構	√	√	√	√	1164	
<del>05304C</del>	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)	✖	✖	✖	✖	<del>1067</del>	
<a href="#">05304C</a>	1.在宅	√	√	√	√	1601	
<a href="#">05347C</a>	2.機構	√	√	√	√	1280	
<del>05330C</del>	護理訪視費(次)(超出合理量)	✖	✖	✖	✖	<del>580</del>	
<a href="#">05330C</a>	1.在宅	√	√	√	√	580	
<a href="#">05348C</a>	2.機構	√	√	√	√	580	
<del>05331C</del>	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)	✖	✖	✖	✖	<del>640</del>	
<a href="#">05331C</a>	1.在宅	√	√	√	√	640	
<a href="#">05349C</a>	2.機構	√	√	√	√	640	

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	備註
	一 資源耗用群為第三類						
<del>05305C</del>	護理訪視費(次)(在合理量內)	✖	✖	✖	✖	<del>1170</del>	調升點數 拆分機構 非機構
<a href="#">05305C</a>	1.在宅	v	v	v	v	1755	
<a href="#">05350C</a>	2.機構	v	v	v	v	1404	
<del>05306C</del>	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)	✖	✖	✖	✖	<del>1287</del>	
<a href="#">05306C</a>	1.在宅	v	v	v	v	1931	
<a href="#">05351C</a>	2.機構	v	v	v	v	1544	
<del>05332C</del>	護理訪視費(次)(超出合理量)	✖	✖	✖	✖	<del>700</del>	
<a href="#">05332C</a>	1.在宅	v	v	v	v	700	
<a href="#">05352C</a>	2.機構	v	v	v	v	700	
<del>05333C</del>	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)	✖	✖	✖	✖	<del>770</del>	
<a href="#">05333C</a>	1.在宅	v	v	v	v	770	
<a href="#">05353C</a>	2.機構	v	v	v	v	770	
	一 資源耗用群為第四類						
<del>05321C</del>	護理訪視費(次)(在合理量內)	✖	✖	✖	✖	<del>1370</del>	調升點數 拆分機構 非機構
<a href="#">05321C</a>	1.在宅	v	v	v	v	2055	
<a href="#">05354C</a>	2.機構	v	v	v	v	1644	
<del>05322C</del>	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)	✖	✖	✖	✖	<del>1507</del>	
<a href="#">05322C</a>	1.在宅	v	v	v	v	2261	
<a href="#">05355C</a>	2.機構	v	v	v	v	1808	
<del>05334C</del>	護理訪視費(次)(超出合理量)	✖	✖	✖	✖	<del>820</del>	
<a href="#">05334C</a>	1.在宅	v	v	v	v	820	
<a href="#">05356C</a>	2.機構	v	v	v	v	820	
<del>05335C</del>	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)	✖	✖	✖	✖	<del>900</del>	
<a href="#">05335C</a>	1.在宅	v	v	v	v	900	
<a href="#">05357C</a>	2.機構	v	v	v	v	900	
	註：1.資源耗用群分類： 第一類：需居家護理一般照護項目之病人 第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人 第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人 第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人 2.所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢之檢查費、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.視訪時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章。 5.訪視次數每一個案每月以二次為限，出院後新收個案當次之訪視，不計算於當月訪視次數內；依病情需要多於二次者，申報費用時應檢附護理計畫，並詳述理由。						

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	備註
<del>05307C</del>	醫師訪視費(次)	✖	✖	✖	✖	<del>1035</del>	調升點數 拆分機構 非機構
<u>05307C</u>	1.在宅	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1553</u>	
<u>05358C</u>	2.機構	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1242</u>	
<del>05308C</del>	山地離島地區醫師訪視費(次)	✖	✖	✖	✖	<del>1139</del>	
<u>05308C</u>	1.在宅	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1709</u>	
<u>05359C</u>	2.機構	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1367</u>	
<del>05309C</del>	一同一醫師,應同一承辦居家照護業務機構之請,當日訪視個案在五個以上者,自第五個個案起,其訪視費依本項申報。	✖	✖	✖	✖	<del>600</del>	
<u>05309C</u>	1.在宅	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>600</u>	
<u>05360C</u>	2.機構	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>600</u>	
<del>05310C</del>	一山地離島地區同一醫師,應同一承辦居家照護業務機構之請,當日訪視個案在五個以上者,自第五個個案起,其訪視費依本項申報。	✖	✖	✖	✖	<del>660</del>	
<u>05310C</u>	1.在宅	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>660</u>	
<u>05361C</u>	2.機構	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>660</u>	
	註： 1.訪視次數每一個案每二個月以一次為限，若病人病情有顯著變化，需要多於一次者，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位醫師訪視個案數，每日以八個為限；每月以一百八十個為限。 3.訪視醫師，以與保險人特約之保險醫事服務機構之醫師為限。						

附表 5.1.1 居家護理特殊照護項目表

特殊照護群組	支付標準 編 號	診 療 項 目
1.氣切護理	56004C	換造口器 Change tracheostomy set 註：含氣切造瘻口處理 Tracheostomy care
2.留置導尿管護理	47014C 50022C	留置導尿 Urinal indwelling catheterlization 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」2 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 5.1.2 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	增列文字 作補充說 明
	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		

### 第三章 安寧居家療護

通則：

二、收案條件：

~~(一)病患或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書或同意書(必要條件)。~~

(一)符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人(必要條件)。

(四)主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者(相關症狀等條件詳附表)：

2.其他~~大~~腦變質

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	備註
<del>05312C</del>	甲類： 醫師訪視費用(次)	✖	✖	✖	✖	<del>1035</del>	調升點數 拆分機構 非機構
<a href="#">05312C</a>	—在宅	√	√	√	√	1553	
<a href="#">05362C</a>	—機構	√	√	√	√	1242	
<del>05323C</del>	醫師訪視費用山地離島地區(次)	✖	✖	✖	✖	<del>1139</del>	
<a href="#">05323C</a>	—在宅	√	√	√	√	1709	
<a href="#">05363C</a>	—機構	√	√	√	√	1367	
<del>05336C</del>	乙類： 醫師訪視費用(次)	✖	✖	✖	✖	<del>725</del>	
<a href="#">05336C</a>	—在宅	√	√	√	√	1088	
<a href="#">05364C</a>	—機構	√	√	√	√	870	
<del>05337C</del>	醫師訪視費用山地離島地區(次)	✖	✖	✖	✖	<del>797</del>	
<a href="#">05337C</a>	—在宅	√	√	√	√	1196	
<a href="#">05365C</a>	—機構	√	√	√	√	956	
	註： 1. 訪視次數每一個案每週以乙次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週乙次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位醫師每月訪視次數以四十五次為限。						
	一訪視時間一小時以內 (≤1 小時)						
<del>05313C</del>	甲類： 護理訪視費(次)	✖	✖	✖	✖	<del>1100</del>	調升點數 拆分機構 非機構
<a href="#">05313C</a>	—在宅	√	√	√	√	1650	
<a href="#">05366C</a>	—機構	√	√	√	√	1320	
<del>05324C</del>	護理訪視費山地離島地區(次)	✖	✖	✖	✖	<del>1210</del>	
<a href="#">05324C</a>	—在宅	√	√	√	√	1815	
<a href="#">05367C</a>	—機構	√	√	√	√	1452	
<del>05338C</del>	乙類： 護理訪視費(次)	✖	✖	✖	✖	<del>770</del>	
<a href="#">05338C</a>	—在宅	√	√	√	√	1155	
<a href="#">05368C</a>	—機構	√	√	√	√	924	

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	備註
<del>05339C</del>	護理訪視費山地離島地區(次)	✖	✖	✖	✖	<del>847</del>	
<a href="#">05339C</a>	—在宅	v	v	v	v	1271	
<a href="#">05369C</a>	—機構	v	v	v	v	1016	
	—訪視時間一小時以上 (>1小時)						
	甲類：						
<del>05314C</del>	護理訪視費(次)	✖	✖	✖	✖	<del>1500</del>	
<a href="#">05314C</a>	—在宅	v	v	v	v	2250	
<a href="#">05370C</a>	—機構	v	v	v	v	1800	
<del>05325C</del>	護理訪視費山地離島地區(次)	✖	✖	✖	✖	<del>1650</del>	
<a href="#">05325C</a>	—在宅	v	v	v	v	2475	
<a href="#">05371C</a>	—機構	v	v	v	v	1980	
	乙類：						
<del>05340C</del>	護理訪視費(次)	✖	✖	✖	✖	<del>1050</del>	
<a href="#">05340C</a>	—在宅	v	v	v	v	1575	
<a href="#">05372C</a>	—機構	v	v	v	v	1260	
<del>05341C</del>	護理訪視費山地離島地區(次)	✖	✖	✖	✖	<del>1155</del>	
<a href="#">05341C</a>	—在宅	v	v	v	v	1733	
<a href="#">05373C</a>	—機構	v	v	v	v	1386	
	註：						
	1.護理人員訪視次數每一個案每週以二次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週二次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。						
	2.每位護理人員每月訪視次數以四十五次為限。						
	3.護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代取藥、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用在內。						
05326C	臨終病患訪視費	v	v	v	v	<del>2500</del> 5000	調升 點數
05327C	臨終病患訪視費山地離島地區	v	v	v	v	<del>2750</del> 5500	
	註：						
	1.限訪視臨終病患，且 ECOG 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.甲乙兩類醫事人員皆可申報。						
	<u>3.服務內容需包含臨終訪視、善終準備、遺體護理及家屬哀傷輔導等。</u>						

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	備註
<del>05315C</del> 05315C 05374C	其他專業人員處置費(次):目前僅限於社會工作人員或心理師 —在宅 —機構 註: 1. 現暫定為社會工作人員或心理師。訪視次數每一個案每週以乙次為原則,若病人病情有顯著變化,需要多於每週乙次者,申報費用時應檢附訪視記錄,並詳述理由。 2. 每位專業人員每月訪視次數以45次為限。	v	v	v	v	<del>700</del> 1050 840	調升點數 拆分機構 非機構
05316C	病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, PCA) 註: 1. 所訂點數含PCA幫浦注射費、PCA裝置(set)、PCA袋(bag)等。 2. 每一個案每月限申報2次。	v	v	v	v	<del>1260</del> 1890	調升點數

## 全民健康保險安寧共同照護試辦方案

### 肆、計畫內容

#### 二、 收案對象：

(一) 經原照護團隊成員照會「安寧共同照護小組」後，共同評估符合下列末期病人條件，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務並簽署服務同意說明書(詳附件 2) (必要條件)。

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

1. 老年期及初老期器質性精神病態
2. 其他~~大~~腦變質
3. 心臟衰竭
4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
5. 肺部其他疾病
6. 慢性肝病及肝硬化
7. 急性腎衰竭，未明示者
8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

七、 支付標準：符合本方案之收案對象，接受安寧共同照護小組提供之完整性照護，醫院得申報共同照護各類專業人員訪視費，支付標準詳附件 8。

(一) P4401B 安寧首次共同照護費：每人限申報 1 次，給付 ~~1350~~2,025 點照護費，安寧共同照護小組 (至少含醫師及護理人員)皆需進行訪視，每一個案訪視時間至少 1 小時，訪視時間應於交班時紀錄並簽名，每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為 30 人(含)，超過合理量部分，健保不予支付。

(二) P4402B 後續安寧照護團隊照護費 (含醫師)(每週)(次)：每次給付 ~~1050~~1,575 點照護費，每週醫師及護理人員之基本訪視次數至少各乙次；團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄；未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。每次訪視時間至少 30 分鐘。

(三) P4403B 後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次)：每次給付 ~~850~~1,275 點照護費，每週護理人員之基本訪視次數至少乙次，團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄；未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。每次訪視時間至少 30 分鐘。

柒、 附件表單包含有：

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

## 全民健康保險安寧共同照護試辦方案支付標準

通則：

四、首次訪視~~後3日內~~當日入住安寧病房者，不得申報本方案各項支付標準。

編 號	診 療 項 目	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數	備 註
一、首次照護：原照護團隊醫師開立照會單，「安寧共同照護小組」進行訪視，且病患已簽署服務同意書。						
P4401B	安寧首次共同照護費 註： 1. 安寧共同照護團隊(至少含醫師及護理人員)皆需進行訪視。 2. 每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為30人(含)，超過合理量部分，健保不予支付。 3. 每一個案訪視時間至少1小時，訪視時間起迄於交班時紀錄並簽名。 4. 申報本項費用時，應完成醫師診療計畫、原團隊照會單及護理評估與照護計畫紀錄。 5. 每人每院限申報乙次。	V	V	V	<del>1350</del> <u>2025</u>	調升 點數
二、後續照護：指申報首次照護費後，依病人病情施行之後續安寧共照服務，需與首次共照服務隔1週(≥7日)。						
P4402B	後續安寧照護團隊照護費(含醫師)(每週)(次) 註： 1. 每週醫師及護理人員基本訪視次數至少各乙次。 2. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄。 3. 未滿1週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。 4. 每次訪視時間至少30分鐘。	V	V	V	<del>1050</del> <u>1575</u>	調升 點數
P4403B	後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次) 註： 1. 每週護理人員基本訪視次數至少乙次。 2. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄。 3. 未滿1週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。 4. 每次訪視時間至少30分鐘。	V	V	V	<del>850</del> <u>1275</u>	調升 點數

參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」病患權利說明暨服務同意書  
建議修訂版本

項次	現行同意書	建議修訂同意書	說明
題目	參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」病患權利說明暨服務同意書	參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」 <del>病患權利說明暨服務同意</del> <u>說明書</u>	本表為同意書，與病人權利較不相關，故刪除部分文字。
壹、	壹、試辦服務對象： 經醫師診斷或轉介之末期癌症病患、末期運動神經元疾病患者及下列疾病末期病人包括：老年期及初老期器質性精神病態(失智症)、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭，未明示者、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者等疾病患者；經原照護團隊醫師評估為末期病人，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務並簽署本服務同意書者。	壹、 <del>試辦</del> 服務對象： 經醫師診斷或轉介之末期癌症病患、末期運動神經元疾病患者及下列疾病末期病人包括：老年期及初老期器質性精神病態(失智症)、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭，未明示者、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者等疾病患者。 <del>經原照護團隊醫師評估為末期病人</del> ，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務 <u>並簽署本服務同意書者</u> 。	本項係說明服務對象，與收費標準無關，故刪除相關文字，餘酌增修文字。
新增本項		貳、安寧共同照護說明 「安寧共同照護」是指在住院中之病人有安寧療護服務之需求，可由原照護病人之醫療團隊之醫護人員照會同院之「安寧共同照護」醫療團隊，藉由安寧共照團隊人員依病人之病況，提供適宜之安寧照護服務。	為增加病人對安寧共同照護之認識，故新增本項。
貳	貳、服務項目：承辦安寧共同照護之團隊應提供下列之服務： 1. 症狀控制： (1) 提供疼痛、呼吸困難、噁心、嘔吐、腹脹便秘、意識混亂等常見末期症狀之適當藥物處置之建議。 (2) 對末期運動神經元患者提供疼痛、虛弱、肌肉痙攣等相關症狀之適當藥物處置建議。	<u>參</u> 、服務項目： <del>承辦安寧共同照護之團隊評估病人之需求應提供以下列之</del> 服務： 1. 症狀控制： <del>(1) 提供疼痛、呼吸困難、噁心、嘔吐、腹脹便秘、意識混亂等常見末期症狀之適當藥物處置之建議。</del> <del>(2) 對末期運動神經元患者提供疼痛、虛弱、肌肉痙攣等相關症狀之適當藥物處置建議。</del> <u>提供疼痛、呼吸困難、噁心、嘔吐、腹脹便秘、意識混亂、虛弱、肌肉痙攣等常見末期症狀之適當藥物處置之建議。</u>	1.修訂部分標題文字。 2.第1點整併文字：因現行安寧療護收案對象已放寬至8大非癌症病人，爰整併(1)及(2)各項症狀控制。 3.第2-5點文字維持，未

項次	現行同意書	建議修訂同意書	說明								
	<p>2.協助其他療護處置及病患身體照護(如噴霧處置、水腫按摩、腹部按摩、傷口換藥等);舒適護理指導(如移位、翻身擺位、床上擦澡、床上洗頭、美足護理、放鬆療法、皮膚護理、口腔護理、被動運動)及其他療護指導(如飲食指導、復健指導等)。</p> <p>3. 協助病人及家屬心理社會靈性需求之照護及轉介(如支持與傾聽、協助生命回顧、協助心願達成、生命意義之討論、人際關係的修復等)。</p> <p>4. 協助病人及家屬病情認知及重要療護模式之決策(如病情告知之技巧、DNR簽署決策、管路置入、營養與水分之取捨、及善終與出院準備等)。</p> <p>5. 促進病人或家屬彼此間的溝通及與醫療團隊間的溝通。</p>	<p>2.協助其他療護處置及病患身體照護(如噴霧處置、水腫按摩、腹部按摩、傷口換藥等);舒適護理指導(如移位、翻身擺位、床上擦澡、床上洗頭、美足護理、放鬆療法、皮膚護理、口腔護理、被動運動)及其他療護指導(如飲食指導、復健指導等)。</p> <p>3. 協助病人及家屬心理社會靈性需求之照護及轉介(如支持與傾聽、協助生命回顧、協助心願達成、生命意義之討論、人際關係的修復等)。</p> <p>4. 協助病人及家屬病情認知及重要療護模式之決策(如病情告知之技巧、DNR簽署決策、管路置入、營養與水分之取捨、及善終與出院準備等)。</p> <p>5. 促進病人或家屬彼此間的溝通及與醫療團隊間的溝通。</p>	修訂。								
參	<p>參、試辦計畫支付費用之規定</p> <p>1. 照護期限之計算，每一個案於收案醫院首次接受安寧共同照護之日起算，以1個月為限，超過1個月者，若病情需要申請延長照護，應經「安寧共同照護小組」診斷並填具安寧共同照護延長照護申請書提出專案申請，送本保險人核備。</p> <p>2. 病人或家屬得隨時要求停止安寧共同照護服務。</p>	<p><del>肆、民眾的權益</del> <del>試辦計畫支付費用之規定：</del></p> <p><del>1.照護期限之計算，每一個案於收案醫院首次接受安寧共同照護之日起算，以1個月為限，超過1個月者，若病情需要申請延長照護，應經「安寧共同照護小組」診斷並填具安寧共同照護延長照護申請書提出專案申請，送本保險人核備。</del></p> <p><del>2.病人或家屬得隨時要求停止安寧共同照護服務。</del></p>	本項與支付費用無關，故刪除標頭文字，修改為民眾權益；另為避免民眾誤會有住院天數規定，故刪除第1項文字。								
簽名	<p>本人已充分了解加入全民健康保險安寧共同照護試辦方案病人之權利義務，並同意接受服務。</p> <p>病人(或代理人)簽章：_____</p> <p>關係：_____ 日期：____年____月____日</p> <p>解說醫護人員簽名：_____</p> <p>日期：____年____月____日</p> <table border="1" data-bbox="220 1839 678 1899"> <tr> <td>文件編號</td> <td></td> <td>版次</td> <td>01</td> </tr> </table>	文件編號		版次	01	<p>本人已充分了解加入全民健康保險安寧共同照護試辦方案病人之權利義務，並同意接受服務。</p> <p>病人(或代理人)簽章：_____</p> <p>關係：_____ 日期：____年____月____日</p> <p>解說醫護人員簽名：_____</p> <p>日期：____年____月____日</p> <table border="1" data-bbox="754 1839 1225 1899"> <tr> <td>文件編號</td> <td></td> <td>版次</td> <td>01</td> </tr> </table>	文件編號		版次	01	未修訂。
文件編號		版次	01								
文件編號		版次	01								

(僅呈現需修改部分)

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

### 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

#### 第一節 檢查 Laboratory Examination

##### 第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28039)

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	備註
28030C	經內視鏡切片(每一診次) Endoscopic biopsy, each exam. <u>註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式生檢針及組織夾費用。</u>	v	v	v	v	<del>290</del> 940	1.調升點數 2.內含過程面特殊材料(單次拋棄式生檢針及組織夾)

## 第七節 手術

### 第七項 消化器 Digestive System

#### 三、胃 Stomach (72001-72050)

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	備註
72050B	內視鏡黏膜切除術 註： 1.適應症： (1)超過 2 公分無莖型之胃腸道息肉或黏膜病灶。 (2)早期胃腸道癌症(包括食道、胃、十二指腸、大腸、直腸)。 (3)胃腸道黏膜下腫瘤，如類癌(carcinoid)。 2.相關規範：不得同時申報之診療項目及編號： 28016C、28017C、28030C、28031C、47074C、49014C、47043B、49026C、49023C、73008B、74207C。 <u>3.內含一般材料費及拋棄式息肉切除環與先端部固定環費用，得另加計 63%。</u>		v	v	v	8199	內含一般材料費，得按表列點數加計

(新增本方案)

## 104 年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼實作 獎勵方案

- 壹、依據：全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。
- 貳、預算：104 年度全民健康保險醫療給付費用總額「其他預算」中之「ICD-10-CM/PCS 編碼」專款項目，全年預算 250 百萬元。
- 參、目的：鼓勵本保險特約醫療院所重視國際疾病分類第十版(以下稱 ICD-10-CM/ PCS)轉碼工作、做好全面轉碼之準備並進入實作階段，提升編碼品質。
- 肆、對象：提供全民健康保險住診服務之本保險特約醫院及門診服務之西、中、牙醫診所。

### 伍、資料申報

#### 一、醫院住診

##### (一) 申報方式

醫院於次月 30 日前依保險人規定之格式，於「健保資訊網服務系統 (VPN)」批次上傳該月申報之 ICD-10-CM/PCS 編碼案件。所採用之 ICD-10-CM/PCS 編碼，104 年 1-6 月須為保險人公告之 2010 年、2014 年版本，104 年 7 月起須為保險人公告之 2014 年版本。

##### (二) 上傳格式

- 1.檔案格式：csv 檔案。
- 2.檔案命名原則：醫事機構代號\_醫事類別\_費用年月\_序號\_icd10.csv  
如：0401180014\_22\_10301\_01\_icd10.csv
- 3.檔案內容：
  - (1) 第一列為 ICD-10-CM/PCS 版本及疾病分類品質稽核指標數字，以 2010 年版本編碼為例：2010,每月 ICD-9-CM 編碼之出院病歷數, ICD-9-CM 實際編碼人員數,每月 ICD-10-CM/PCS 編碼之出院病歷數, ICD-10-CM/PCS 實際編碼人員數。

(2) 第二列以後開始則為個案資料，格式如下：

醫事機構代碼,醫事類別,費用年月,申報類別,案件分類,流水號,身分證號,主診斷代碼,次診斷代碼(一),次診斷代碼(二),次診斷代碼(三),次診斷代碼(四),次診斷代碼(五),次診斷代碼(六),次診斷代碼(七),次診斷代碼(八),次診斷代碼(九),次診斷代碼(十),次診斷代碼(十一),次診斷代碼(十二),次診斷代碼(十三),次診斷代碼(十四),次診斷代碼(十五),次診斷代碼(十六),次診斷代碼(十七),次診斷代碼(十八),次診斷代碼(十九),處置代碼(一),處置代碼(二),處置代碼(三),處置代碼(四),處置代碼(五),處置代碼(六),處置代碼(七),處置代碼(八),處置代碼(九),處置代碼(十),處置代碼(十一),處置代碼(十二),處置代碼(十三),處置代碼(十四),處置代碼(十五),處置代碼(十六),處置代碼(十七),處置代碼(十八),處置代碼(十九),處置代碼(二十)。

#### 4. 注意事項

- (1) 同一月份資料可整批上傳多次（不可分批分筆上傳），惟檔名以序號區分，以後傳資料覆蓋前次上傳資料。
  - (2) 保險人進行資料格式檢核並於 VPN 回傳錯誤訊息，請醫院上傳資料後，至 VPN 查閱是否有錯誤訊息。
  - (3) 檔案格式之各項名詞定義，同保險人醫療費用申報格式，診斷及處置代碼依原編碼格式登錄（不含小數點）。
- (三) 錯誤編碼案件之處理：經保險人進行有效碼檢核認為屬無效碼者，由保險人每月將編碼錯誤報表回饋醫院。

## 二、西、中、牙醫診所門診

### (一) 申報方式

西、中、牙醫診所除原以 ICD-9-CM 編碼外，另以 ICD-10-CM/PCS 編碼，於 104 年 7-10 月中，任 1 月次月 30 日前於本署「健保資訊網服務系統 (VPN)」之「ICD-10-CM/PCS 預檢醫療費用申報資料上傳」作業區，依現行醫療費用申報格式申報。所採用之 ICD-10-CM/PCS 編碼，須為保險人公告之 2014 年版本。

### (二) 上傳格式

1. 同本署醫療費用申報格式。

2. 注意事項：

(1) 同一月份資料可整批上傳多次，以後傳資料覆蓋前次上傳資料。

(2)檔案格式之各項名詞定義，同保險人醫療費用申報格式，診斷及處置代碼依原編碼格式登錄（不含小數點）。

## 陸、獎勵標準及獎勵金計算方式

### 一、醫院住診

#### (一) 獎勵標準

104年特約醫院每月（費用年月）住診申報案件，除原以ICD-9-CM編碼外，另以ICD-10-CM/PCS編碼，並同時符合下列標準之案件，始能獲得獎勵。

**標準 1：**醫院該月以ICD-10-CM/PCS編碼之案件中，無效碼案件數不得大於當月申報ICD-10-CM/PCS編碼案件之5%，大於5%者，該月不核發獎勵金。

**標準 2：**醫院須每月於保險人「健保資訊網服務系統（VPN）」填報以下二項「疾病分類品質稽核指標」：

**指標 1：編碼人員每月以ICD-9-CM編碼平均出院病歷數**

**計算公式：**每月ICD-9-CM編碼之出院病歷數÷實際編碼人員數

**指標 2：編碼人員每月以ICD-10-CM/PCS編碼平均出院病歷數**

**計算公式：**每月ICD-10-CM/PCS編碼之出院病歷數÷實際編碼人員數

**標準 3：**104年7-10月任1月除原以ICD-9-CM編碼外，另以ICD-10-CM/PCS編碼於「健保資訊網服務系統（VPN）」之「ICD-10-CM/PCS預檢醫療費用申報資料上傳」作業區，依現行醫療費用申報格式申報門診案件，並通過預檢程式檢核，未通過或未進行預檢程式檢核者，不核發本方案獎勵金，已核發獎勵金者，則追扣已核發之全部獎勵金。

#### (二) 獎勵金計算方式

##### 1. 獎勵點數

(1)符合獎勵標準之件數（不含補報案件），達其每月申報出院住診案件（排除案件分類AZ及DZ案件）50%以下者，當月所有符合獎勵標準之案

件，每件獎勵 100 點。

(2).符合獎勵標準之件數(不含補報案件)，達其每月申報出院住診案件(排除案件分類 AZ 及 DZ 案件) 50% (含) 以上者，當月所有符合獎勵標準之案件，每件獎勵 120 點。

2.本預算按季以每點 1 元暫支，年度結束後全年結算，採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

## 二、西、中、牙醫診所門診

### (一) 獎勵標準

西、中、牙醫診所除原以 ICD-9-CM 編碼外，另以 ICD-10-CM/PCS 編碼，於 104 年 7-10 月中，任 1 月次月 30 日前於本署「健保資訊網服務系統 (VPN)」之「ICD-10-CM/PCS 預檢醫療費用申報資料上傳」作業區，依現行醫療費用申報格式申報，並通過預檢檢核。

### (二) 獎勵金額：

#### 1.中醫及牙醫診所：

符合獎勵之診所，每家給予定額獎勵金 5,000 元，採全年結算 1 次。

#### 2.西醫診所：

符合獎勵之診所(含無生產住診案件之婦產科診所)，每家給予定額獎勵金 4,900 元，提供生產住診服務之婦產科診所，每家給予定額獎勵金 7,000 元，採全年結算 1 次。

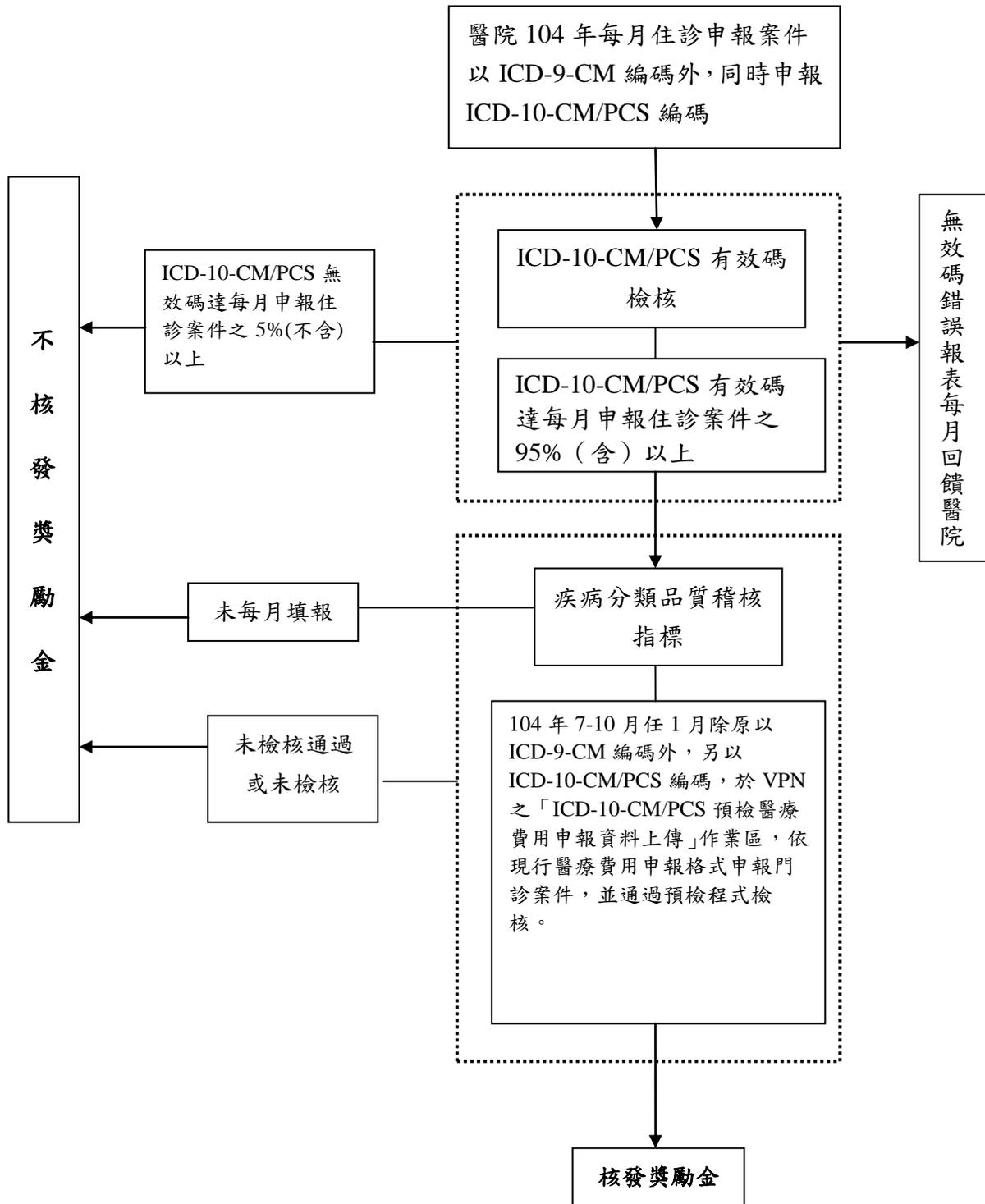
三、本項專款預算按季採浮動點值計算暫結，且每點不高於 1 元。年底時進行結算，以全年預算扣除西、中、牙醫診所之定額費用後，醫院住診皆採浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。

柒、獎勵金核付流程如后附表：

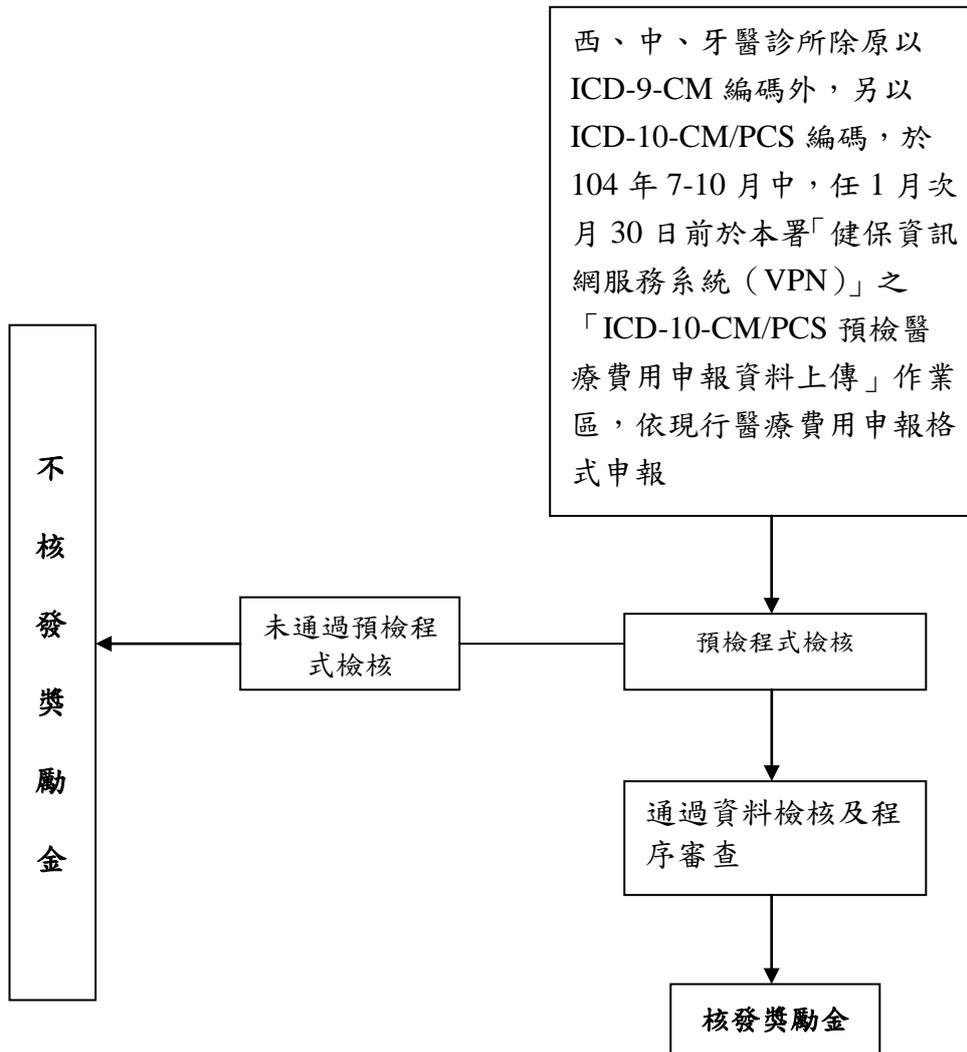
捌、本方案由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送健保會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附表、獎勵金核付流程

【醫院住診】



【西、中、牙醫診所門診】



(僅呈現需修改部分)

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

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

### 第一章 Tw-DRGs 支付通則

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

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

1. 生產 DRG 之權重僅計算當次產婦及一人次新生兒費用，新生兒如為雙胞胎以上得另計一人次新生兒費(多胞胎類推)。
2. 同次住院期間之安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬 MDC 導入時按其適當 DRG 申報及支付。
3. 次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用，應符合下列三項要件：
  - (1)次診斷為癌症(140.XX-176.XX、179.XX-208.XX)或性態未明腫瘤(235.XX、236.XX、237.XX、238.XX)。
  - (2) 處置碼包括化療(99.25, 化療注射劑始需編處置碼)、[荷爾蒙注射療法\(99.24, 荷爾蒙注射療法始需編處置碼\)](#)或放療(92.2X)。
  - (3) 核實申報項目：化療之核實申報項目為支付標準代碼為 37005B、37025B、37031B~37041B，或個案使用之化療藥品。放療之核實申報項目為支付標準代碼為 36001B~36015B、36018B~36021C、37006B~37019B、37026B、37030B、37046B。

(僅呈現需修改部分)

## 全民健康保險急診品質提升方案

101.05.01 第一版公告實施

102.07.29 修訂

104.00.00 第三版公告實施

### 壹、前言

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

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

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

健保署已加強宣導輕症病人不要到醫院急診外，並依行政院衛生福利部有關加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、衛生福利部醫事司及相關專科醫學會共同研擬本案，並與醫界協商，以試辦論質計酬計畫辦理，期提升急重症照護品質，縮短病人在急診室留置之時間。

## 伍、計畫構面

### 一、急診重大疾病照護品質：

針對急性腦中風、急性心肌梗塞、重大外傷及嚴重敗血症患，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵

- (一) 急性腦中風：係主診斷碼為 ICD: 433.00 至 434.91，美國中風量表 NIHSS 介於 ~~6~~ 4-25 分之急診病人，符合健保相關用藥規定，完成血栓溶解劑(r-tPA 健保申報碼:K000743248)注射之個案。
- (二) 急性心肌梗塞：主診斷碼為 ICD: 410.00 至 410.52、410.80 至 410.92 之病患，從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to balloon time < 90 min)。
- (三) 重大外傷：主診斷碼 ICD:800-904、910-929、950-959，ISS $\geq$ 16 之急診病人，或體表面積 >20%之重大燒傷，診斷為 948.2-948.9、940、941.5，從進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。
- (四) 嚴重敗血症~~患~~：主診斷或次診斷碼為 ICD: 038.0-038.9、785.59，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後 3 小時內給與予第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle-同時申報：~~47015B-中央靜脈導管置入術~~09059B 乳酸檢查 (或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13024-6C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查~~中任兩檢查項目~~)之個案。
- (五) 獎勵方式：(一)-~~(二)~~(四)達標者每個案支給 2000 點~~；(四)達標者每個案支給 1000 點。~~

### 二、轉診品質：

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

- (一) 向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、~~大量腸胃道出血~~嚴重敗血症等(詳附表二)。
- (四) 獎勵方式：符合向上轉診或平行轉診之病人，每個案獎勵 1000 點；符合向下轉診之病人，每個案獎勵 ~~2000~~ 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

### 三、急診處置效率

本項係以各項效率指標為基礎加以比較獎勵，藉以提升急診處置效率，舒緩急診的壅塞。

#### (四) 品質獎勵方式

##### 2. 進步獎：

- (2) 效率指標(3.4)各醫院本年急診人次較上年增加，每增加 1 人次 ~~支付~~ 支給 500 點獎勵。

### 四、補助急診專科醫師人力

#### (一) 醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務：

##### 1. 同體系醫院間（含委託經營）之支援：

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

##### 2. 支援規定：

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

##### 3. 補助方式：

- (1) 每人次每月補助上限1.5萬點。
- (2) 派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。
- (3) 每15班算1人次，1班至少8小時。限以急診專科醫師支援急診之班次計算，並以全院每月急診醫師支援急診服務班次之總和計算本項補助款。
- (4) 支援不足1人次則依班次比例發放本項補助款。

#### (二) 補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

##### 1. 補助方式：

- (1) 自方案修訂公告後，當年度地區醫院每增聘1名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助3萬點。
- (2) 增聘醫師未滿1人則依比例發放補助。

##### 2. 增聘急診專科醫師人數計算方式：

該地區醫院104年每月平均執業登記急診專科醫師人數(104年每月10日的有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12個月)與103年每月平均執業登記急診專科醫師人數(103年每月10日的有效執業登記護理人員數總和÷12個月)相比較。

#### (三) 兩項合計全年每家醫院補助上限為 1,800,000 點，超過點數不予補助。

#### (四) 本補助不適用對象：

1. 「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之

偏遠地區醫院認定原則之保障醫院。

2. 全民健康保險 104 年度「跨層級醫院合作計畫」之門診支援服務。
3. 衛生福利部醫事司「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」以及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。

(五) 地區醫院醫療利用監測指標：

1. 接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量：

(1) 指標定義：

當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每月看診人次。

(2) 目標值：每位接受補助之急診專科醫師平均每月急診申報件數大於去年同期值。

2. 地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率：

(1) 指標定義：

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

分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。

(2) 目標值：實施一年後地區醫院接受下轉案件之七日內回轉比率不超過3%。

## 陸、 醫療費用申報及支付給付及審查

### 一、 急診重大疾病照護及轉診品質獎勵申報規定如下

- (一) 急診重大疾病照護品質方面：第一至第三項疾病完成照護個案以編號 P4601B「急性腦中風、心肌梗塞及重大外傷照護獎勵」支付點數 2000 點申報；~~==~~第四項疾病完成照護個案以編號 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」支付點數 ~~4000~~2,000 點申報，~~==~~採每月申報~~==~~，醫令類別為 2。

(二) 轉診品質獎勵方面：

2. 下轉個案：轉出醫院以編號 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」支付點數 ~~4000~~2,000 點申報；接受轉診醫院，以編號 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」支付點數 ~~4000~~2,000 點申報。採每月申報，醫令類別為「2」。

### 二、 年度結束後 4 月底前辦理前一年度急診處置效率獎勵以及急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。各項獎勵以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

### 四、 經保險人審查發現登載不實者，除不支付~~奉~~方案計畫相關費用外，經確證日起至次年底不納入本計畫之獎勵。

## 柒、 品質資訊之登錄

### 一、 參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及

轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統 <https://10.253.253.243/iwpe0000/iwpe0000s01.aspx>），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

二、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統VPN中。

三、~~二~~有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過1次。

## 捌、 資訊之分享與公開

一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與~~+~~方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。

附表一、緊急搶救手術或處置

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

附表二、向上轉診或平行轉診疾病別

疾病碼	診斷碼中文名稱
410.00 至 410.52、410.80 至 410.92	急性心肌梗塞
433.00 至 434.91	急性腦中風
441.00 至 441.02	主動脈剝離
<del>456.20</del> 主診斷需為肝硬化(571.0-571.9)或門脈高壓(572.3)，且次診斷為 456.20。	食道靜脈瘤出血
<del>531.00-531.20、532.00-532.20、533.00-533.20</del>	<del>腸胃道出血</del>
<u>038.0</u> -038.9、785.59	敗血症
800-904、910-929、950-959	重大外傷

附表三、向下或平行轉診疾病別

疾病碼	診斷碼中文名稱
5789	胃腸道出血
<a href="#">531.00-531.21</a> 、 <a href="#">532.00-532.21</a> 、 <a href="#">533.00-533.21</a>	<a href="#">大量腸胃道出血</a>
560 <del>9</del>	腸阻塞
<a href="#">574-575</a>	<a href="#">急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞</a>
5761	膽管炎
5770	急性胰臟炎
486	肺炎
496	慢性氣道阻塞
682 <del>9</del>	其他蜂窩組織炎及膿瘍
4280	充血性心臟衰竭
7806	發燒
599	泌尿道感染
59080	腎盂腎炎
585	慢性腎衰竭
5715	肝硬化，未提及酒精性者
5722	肝性昏迷

#### 附表四

## 全民健康保險急診品質方案

### 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表

#### 一、基本資料

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

#### 二、急診重大疾病照護品質必登欄位

1. 急性腦中風照護(共 3 欄)：NIHSS 量表分數、藥品代碼(K000743248)、開始給藥時間。
2. 急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至 33078B 任一項)、開始執行時間。
3. 重大外傷(共 3 欄)：ISS 量表分數、治療項目醫令代碼(詳附表一任一項)、開始執行時間。
4. 嚴重敗血症患(共 11 欄)：收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下
  - (1) 抗生素藥品代碼、給藥時間
  - (2) 47015B、開始執行時間
  - (3) 09059B、開始執行時間
  - (4) 13001C 至 13024C 中任兩檢查項目、各自開始執行時間

#### 三、轉診獎勵品質必登欄位

1. 轉出醫院：轉出時間、轉出醫院代號
2. 接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號

#### 四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位

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

(僅呈現需修改部分)

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

### 第一章 基本診療

#### 第一節 門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一 基層院所門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在 <del>三十四</del> 人次以下部分(≤ <del>30</del> 40)					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1- <del>25</del> 30人次)	v				320
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑( <del>26-30</del> 31-40人次)	v				250
00139C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				355
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑 (1- <del>25</del> 30人次)	v				320
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑 ( <del>26-30</del> 31-40人次)	v				250
00140C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				330
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530
	2.每位醫師每日門診量超過 <del>三十四</del> 人次，但在 <del>五十六</del> 41-60人次以下部分( <del>31-50</del> 41-60)					
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450

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
	3.每位醫師每日門診量超過 <del>五十六</del> 六十人次，但在 <del>七十八</del> 八十人次以下部分( <del>51-70</del> 61-80)					
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390
	4.每位醫師每日門診量超過 <del>七十八</del> 八十人次，但在一五〇人次以下部分( <del>71</del> 81-150)					
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v				<del>90</del> 70
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				<del>145</del> 125
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				<del>90</del> 70
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				<del>120</del> 100
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				<del>345</del> 325
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				<del>320</del> 300
	5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)					
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	v				50
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				105
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				50
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				80
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				305
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				280
	6.山地離島地區					
	(1)每位醫師每日門診量在五十八人次以下部分(≤50)					
00119C	1)處方交付特約藥局調劑	v				300
00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				355
00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				300
00150C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				330

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
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 (2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)	v				530
00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 (3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)	v				450
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑 (4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分 (>150)	v				390
00217C	1)處方交付特約藥局調劑	v				90
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				145
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				90
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				120
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				345
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				320
	註：1.以上1-5點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以 <u>實際看診日數</u> 計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)， <u>以25日計算合理量</u> 。					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p><u>2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式：</u>  <u>每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日),應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日),得以當月全月日數計。</u></p> <p>3.以上1-6點限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。</p> <p>4.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。</p> <p>5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。</p> <p>6.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。</p> <p>7.本項支付點數含護理費29-39點。</p> <p>8.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外，以山地離島地區50人次以下部分之支付點數申報。</p> <p>9.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。</p>					

(新增本方案)

## 全民健康保險 104 年度「跨層級醫院合作計畫」(草案)

104 年○月○日健保醫字第○號公告

### 壹、前言

因應人口老化，多重慢性病人增加，部分病人有多看病、多拿藥、多做檢查之現象，且國內醫療體系缺乏有效整合，部分大型醫院常有急診壅塞情形，為促進分級醫療，更進一步減少跨院重複檢查、重複用藥與就醫情形，增進醫院跨院合作提供整合式照護，全民健康保險會總額協商編列專款預算，推動跨層級醫院合作計畫。期藉由本計畫促使醫學中心、區域醫院、地區醫院跨層級合作，推動醫療體系整合，減少醫院間的競爭，增進良性的互動，使醫療服務資源能做更合理、更有效益的分置，讓民眾就近獲得有品質、適切的醫療照護服務，使分級醫療得以逐步落實。

### 貳、計畫目標

- 一、鼓勵醫療機構上下跨層級合作，建置區域性醫療支援系統。
- 二、促進中、大型醫院醫師支援社區醫院，提升社區內醫療服務品質與內容，吸引民眾回歸社區就醫。
- 三、透過醫師支援模式，讓可以在社區醫院提供的醫療服務回歸社區，讓中、大型醫院醫師能更深入瞭解社區醫療需求，更願意投入社區地區醫院服務的行列，亦使社區醫院醫療團隊提升照護水準。
- 四、建立落實分級醫療及雙向轉診制度之基礎，減少健保、醫療資源重覆不當使用，民眾亦免受舟車勞頓之苦。

### 參、計畫依據及預算來源

依據 104 年度全民健康保險醫療給付費用總額協議結果，其他預算及其分配之「推動促進醫療體系整合計畫」項下「跨層級醫院合作計畫」1 億元。

肆、計畫期間：自 104 年 1 月 1 日至 104 年 12 月 31 日止。

### 伍、參與條件

- 一、醫院應採跨層級合作團隊模式提出申請，跨層級合作團隊應指派一地區醫院為主責醫院，負責提送計畫書、聯繫管道及經費撥付事宜。
- 二、於 104 年前與中央健康保險署簽訂為健保特約之醫院。
- 三、最近二年內不得有違反本保險特約管理辦法第三十八條至第四十條中所列違規情事之一者(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起

算。

四、限於預算或已有其他計畫獎勵，本計畫不適用對象如下：

- (一) 同體系醫院間(含委託經營)之支援：同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後參加。
- (二) 「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」之地區醫院。
- (三) 「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之地區醫院。
- (四) 呼吸照護、精神專科醫院，註：最近1年申報就醫科別精神科(科別13)+呼吸照護(給付類別=9)之門住醫療費用(申請點數+部分負擔) $>$ 該院門住醫療費用50.0%。
- (五) 參加「全民健康保險急診品質提升方案」醫院之急診支援。
- (六) 衛生福利部醫事司「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」、衛生福利部醫事司「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。

## 陸、計畫內容

一、組織運作：提供「以病人為中心」之連續性全人照護。

(一)、主責醫院負責提出計畫之申請，醫院團隊間之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及本計畫經費之分配作業。

(二)、醫院團隊應建立醫療品質提升及雙向轉診機制，提供全人照護。合作內容建議如下：

1. 對病患就醫程序安排(急診後送及下轉、轉住院或手術)。
2. 醫師及醫事人員專業訓練(建教合作、支援、醫療團隊訓練)。
3. 醫療資訊交換(電子病歷互通、醫療影像交換)。
4. 醫療設備共享。

(三)、參與醫院團隊需積極參與團隊提升照護品質活動，共同提升照護品質。

二、醫療支援之補助

(一)、醫學中心與區域醫院之醫師支援地區醫院。

(二)、受支援(下游)地區醫院，應於支援後併每月醫療費用申報時一併造冊以電子檔提供資料。

1. 派出支援醫院(上游醫院)之醫師檔資料，包括：醫院代號、醫院名稱、醫師ID、醫師姓名、支援科別、受支援(下游)醫院名稱、受支援(下游)醫院代號、支援診次數、實際支援起迄時間。
2. 受支援醫院(下游醫院)之電子檔資料，包括：醫院代號、

醫院名稱、受支援醫師 ID、受支援醫師姓名、受支援科別、支援醫院名稱、支援醫院代號、受支援診次數、實際支援起迄時間。

- (三)、補助辦法：派出支援之醫院每診日補助 1300 點、受支援之醫院每診日補助 1300 點，合計每診日補助 2600 點。單一地區醫院每季補助上限點數 26 萬點（以派出支援、受支援之補助點數合計）。註：同醫師同日之支援均以 1 診日計，不論上午診、下午診、夜間支援診次。
  - (四)、由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理，相關費用逕撥入接受支援之地區醫院。
  - (五)、本計畫預算均分至各季，暫以 1 元支付，當季預算若有結餘則流用至下季，當季預算不足時，以浮動點值計算暫付，並於年度進行結算，惟每點金額不得大於 1 元。
- 三、配合政策推動：落實「全民健康保險轉診實施辦法」，建立雙向轉診作業機制，上游醫院保留一定名額予下游醫院轉診之病人，下游醫院協助掛號等就醫安排，並回報成果。
- 四、民眾滿意度調查，俾做為次年度執行辦法修正及改善依據。
- (一)、參與本計畫民眾之就醫滿意度調查
    - 1. 調查工具：採問卷調查。
    - 2. 發放對象：計畫期間，接受過支援醫師診療或治療之社區民眾。
    - 3. 發放時間：計畫期間，不定時於社區醫院發放。
    - 4. 預估回收份數：每一主責醫院至少 100 份。
  - (二)、參與本計畫支援醫師及醫院之調查
    - 1. 調查工具：採問卷調查。
    - 2. 發放對象：計畫期間，參與支援之醫師及醫院。
    - 3. 發放時間：計畫期間，分期中與期末兩次。

## 柒、評核指標

- 一、民眾就醫滿意度  $\geq 85\%$ 。
- 二、分級醫療指標：受補助地區醫院總門診就醫人次較去年同期增加。
- 三、參加「全民健康保險醫療費用總額其他預算項目-鼓勵醫療院所即時查詢就醫資訊方案」：受補助地區醫院「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」 $\geq$ 當年全部醫院查詢率 60 百分位。
- 四、醫療品質指標：以本署「醫療品質公開網站」院所別醫療品質資訊為準，受補助地區醫院各指標較去年同期下降。
  - (一)、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)、降血脂(口服)。
  - (二)、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜、抗憂鬱症。

## 捌、實施期程及評估

- 一、 參加醫院團隊應於計畫執行後，依保險人規定格式每半年提送執行成果報告(內容包含轉診服務統計、專業訓練、醫院跨層級合作具體措施及成效)，全期完成應提出總報告予保險人分區業務組，俾作為未來是否續辦之考量。
- 二、 保險人將彙整各醫院團隊所提執行報告，進行整體執行成效之評估，作為繼續實施之依據。

## 玖、其他事項

- 一、 支援規定：支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。
- 二、 終止要件：
  - (一)、 院所如有下列情形之一者，應停止適用本計畫：
    1. 經查證申報不實資料者。
    2. 未能配合提供本計畫相關內容，經保險人發函兩次催繳未提供者。
    3. 轉診個案專案審查結果顯屬異常，或查有重大違規，且屬情節重大者。
  - (二)、 院所因故提出終止本計畫者，自停止日起本年內不得再申請加入本計畫。
  - (三)、 計畫終止日期：以保險人發函所載終止日期為準。
- 三、 辦理本計畫核發作業後，若有醫院團隊提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入補付者，其核發金額將自當年其他預算部門本計畫項下支應。
- 四、 本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

# 103 年度全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂第 3 次臨時 會

## 與會人員發言實錄

### 主席

委員人數已過半數，「103 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第 3 次臨時會開始，今天是平安夜，希望我們今天可以順利的、很快的完成任務。好，按照議程，第一個是上一次會議紀錄確認跟會議決議辦理情形，那我們先確認會議紀錄，有沒有文字錯字的修正。

### 李代表永振

會議紀錄的第四頁括弧 5 的第二行「流用到下一季」的流是留下來的留，用這「流」就麻煩啦！

### 主席

謝謝，請委員翻到上次的會議紀錄，確認第四頁，就是阿拉伯數字括弧 5 的第二行「流用到下一季」的流是留下來的留，不是流動的「流」，是停留的留。好，如果沒有其他文字的修正，我們上次的會議紀錄就確認，也謝謝李委員的提醒。接下來，上一次會議紀錄辦理情形。

### 張技士巧如

請委員翻到會議紀錄後面決議辦理情形追蹤表，這次我們表列有 16 項，其中有 2 項繼續列管，14 項解除列管。列管的部分，我們看第一項，是關於支付標準，糖尿病共照網醫事人員的相關資格問題，這部分在 103 年 12 月 23 日，跟相關單位已經開會討論過，因為會上對於修正意見都沒有共識，所以我們建議這一項先解除列管。第二個是有關安寧試辦方案導入支付標準案，這部分我們仍持續辦理中。最後編號 103-4-7，鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案，要特別說明的是辦理情形數字 2，為了「全民健保健康存摺」，增加收載

出院病歷摘要，我們有增訂一項支付項目，上傳出院病歷摘要，每筆獎勵 5 元，以上。

**主席**

好，對於辦理情形，委員有要提問或是表示不同意見的。請一李委員。

**李代表永振**

103-4-1 討論案及 4-4 還有後面臨時動議的 4-2 這三個案子在討論案裡面有結論是可以解除，但它附帶決議的部分好像還留著，那是不是要繼續列管？

**主席**

醫管組說明。

**林科長淑範**

103-4-1 討論復健科的支付標準調整，決議第 3 項相關適應症的擬訂，相關專科學會有給我們意見，同意適應症訂完後再解除列管。

**主席**

好，繼續列管，再來 4-4。

**林科長淑範**

103-4-4 是 B 型肝炎治療計畫，對於要開放西醫基層支援不足地區的部分，在辦理情形中我們會蒐集意見，我們也在肝癌及肝炎防治委員會上提案請防治委員會的委員給我們意見，這項我們也同意繼續列管，以上。

**主席**

接下來是臨時動議 4-2，就是跨層級醫院合作計畫。

### 林科長淑範

今天有跨層級討論的提案，現在討論的 4-2 涉及衛福部的政策方向，我們已經送到衛福部參考，是不是可以讓我們解除列管？

### 主席

針對醫管組繼續列管跟解除列管，以及李委員所提到的，就是前兩個繼續列管，我們已經行文還是部簽…

那是衛福部針對這個案子，當初好像有兩個意見，一個是針對一億該如何執行，今天有提到這會議上。另外牽涉到醫事司跟相關醫療政策部分，是否要由社保司來處理。請。

### 羅代表永達

主席各位先進大家午安，我覺得 4-1 臨時動議因為今天要討論，所以要不要列管今天就可以知道討論結果。4-2 的部份我們想知道，送到衛福部去以後，大家也都希望能在這個會上知道最後的結論如何跟我們報告，所以我是建議繼續列管，以上。

### 謝代表武吉

4-1 跟 4-2 臨時動議其實是不同的，4-2 的應該繼續列管，我和李委員的意見都一樣。

### 主席

好，社保司梁代表已經來了，針對上一次的跨層級醫院合作，涉及到轉診及分級醫療之政策，委員意見是這一塊要繼續列管，社保司看法如何？

### 梁代表淑政

這部分我們再回去跟醫事司討論，所以繼續列管是 OK 的。

**主席**

好，那就是臨時動議的 103-4-2 繼續列管。

**謝代表武吉**

主席，這個應該是要改健保法第 43 條才對，不是寫這樣的，跨層級醫院合作計畫，涉及轉診及分級醫療，所以依健保法第 43 條分級醫療轉診制度，要怎麼落實啊？

**梁代表淑政**

因為當時的臨時提案題目就是這樣的說法敘述，所以維持原提案內容。

**主席**

這是兩個層次，一個是跨層級，健保會對所謂的跨層級醫院合作的推動有疑義。另一個就是那天臨時動議裡涉及轉診及分級醫療的政策，這比較偏向醫事司的相關政策面，所以社保司把它帶回去討論，是分成兩個列管事項，4-2 我們就繼續列管。其他委員針對辦理情形還有沒有意見？如果沒有，我們就照剛剛增加三個繼續列管，其它不變，接下來，請。

**謝代表武吉**

103-4-7 報，辦理情形 2. 增列一項支付項目「獎勵醫事服務機構上傳出院病歷摘要」每筆獎勵 5 元，這 5 元夠嗎？

**主席**

我們是鼓勵，推估 22 億裡面的預算，是足夠支應。

**謝代表武吉**

那我們就改十塊。

主席

改十塊?! 財務衝擊更大，剛剛你還擔心沒錢。

黃代表雪玲

所以確定是元?

主席

先做一段時間，確定是點值浮動還是元? 是元! 好，沒有其它提問的話，辦理情形就只有這三項要繼續列管。接下來，報告事項第一案。

## 報告事項

### 第一案

案由：增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準案。

主席

請問委員針對報告案第一案有沒有提問或是要修正的? 好，請。

黃代表雪玲

我想請問一下有增加一個項目，第 13 頁肢體約束的部分，因為寫到的是治療，如果像塗氟或洗牙這種 CASE 是否可以申報，因為像有些小朋友在洗牙或塗氟也有需要的情況，那是不是也可以申報，因為這裡寫是「治療時須使用」，那預防性這種可以報嗎?

主席

牙總要不要做回應?

陳代表彥廷

因為我們這個專案裡面事實上一些預防性的也在這專案的給付裡面，所以它應該可以申報。因為它同樣是同一個專案。

**黃代表雪玲**

再請教第 15 頁，91017C 懷孕婦女牙結石清除-全口，這邊下面的附註 3 寫「與其他全口牙結石清除需間隔 3 個月。」那局部的就可以申報嗎？

**陳代表彥廷**

如果是局部的申報，它其實會跟全口牙結石申報有互斥性，所以它在一段時間內只能用療程申報。

**黃代表雪玲**

所以可以報局部嗎，因為每個地方局部跟全口都是排除~可是這裡只寫全口。

**陳代表彥廷**

我們這邊的用意都是同時排除沒有錯。

**黃代表雪玲**

你這裡寫的是全口。

**主席**

局部拿掉，全口拿掉，可以嗎？可以。好，還有沒有其他委員有疑義要提問？如果沒有就依剛剛的修正，「全口」劃掉，其它的就照報告案來執行，請委員洽悉。接下來第二案。

**報告事項**

**第二案**

**案由：有關放寬「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」醫事人員及醫事機構申請資格乙案。**

**主席**

請委員針對報告案第二案有沒有提問的，請。

**羅代表永達**

主席，開放給所有專科，這是我們上次在會上提出來大家的意見。但是我上次有提到說，因泌尿外科，其實現在目前換腎一定是泌尿科跟外科一起合作的，那泌尿外科醫師了不了解腎臟系統的問題，他非常了解，甚至被講是腎臟外科，是~非常了解。所以我的意思是說怎麼會把它排除在腎臟、心臟跟新陳代謝在外，我認為泌尿科不需要再接受訓練就可以參加CKD的收案，以上。

**陳代表志忠**

慢慢變成CKD，我們都會到腎臟科。

**李副組長純馥**

不是，因為原先只有內、外、婦產、兒、家醫、神經的專科醫師可以，除了腎臟、心臟、新陳代謝專科外，所以上次把泌尿科加進來，而且當時泌尿科醫學會講的就是在上面這裡，它沒有排除它不用上課，是後來大家覺得這些專科不要限，上課的部分大家都沒意見，只是說不用上課就只有腎臟、心臟、新陳代謝。現在如果要改的話，可能跟我們上次徵詢各個學會問題不太一樣。

**羅代表永達**

上次的會議裡面其實我就有這樣建議，可以調那個資料，因為泌尿外科，我不曉得泌尿外科學會理事長還是他們怎麼想這件事，因為

你問所有醫界裡面，泌尿科醫師對腎臟、泌尿系統的了解會不會比其它差，怎麼會把新陳代謝科、心臟科拉進來，竟然把泌尿科排除在外面，這是很奇怪的邏輯。我的意思是，這是兩個不同的議題，一個是他不用再受六個小時的訓練就可以，一個是什麼樣的醫師才可以接受六個小時的訓練。現在是所有受過六個小時都可以，問題是泌尿科的醫師理論上他不用再受這六小時的訓練應該也可以。

### 陳代表志忠

我說明一下，當初可能署裡面訂腎臟、心臟、新陳代謝專科，開始是這樣，因為我們現在慢性腎臟病其實最多就是糖尿病的病，第二個就是傳統上高血壓的病，不過心臟科是不是真的有去處理這塊我不曉得。

### 張代表嘉訓

主席，各位代表，我覺得這方案的醫事資格，我個人覺得邏輯上有點不太妥，為什麼設立在山地離島的特約診所只要經過訓練就可以做，在本島就不行，因為我覺得要做這種醫療給付改善方案，應該是要做全面性的，其實叫我們婦產科來做就覺得怪怪的，因為婦產科的病人反而沒有這樣的病。現在有很多醫師在專科制度實施以前，它並沒有辦法拿到這專科醫師，其實有很多一般科的醫師他也可以做。所以我倒是覺得，如果剛剛代表說的我也認同泌尿科其實不用上課，那其它醫師，我覺得只要有醫師的資格經過認證之後就給它證明的話，其實我覺得都可以做。全面性的做，看他願不願意去做，因為你把山地離島弄出來，是他們比較沒有專科醫師嗎？如果是這樣，是可以考量，但是我覺得這邏輯…因為你是設定醫事資格，你不能把山地離島特約診所資格下降，我覺得這樣邏輯上有點問題。你就開放所有醫師，只要訓練後就可以做，有幾科因為已經很熟了不需要訓練，我想這樣區別就很清楚，謝謝。

## 李副組長純馥

我要解釋一下為什麼它需要做一點訓練，因為我們這是論質計酬的方案，基本上在論質計酬我們有一些在收案之後需要做的內容跟需要負擔的一些責任，我們覺得這部分是需要透過一些訓練讓醫師們知道，其實我也了解所有醫師在醫事法裡面他甚麼病都可以看，並沒有限制，可是在我們給付上其實是對於我們相對應的品質上是可以要求，如果現在放寬到有些醫師不用訓練就可以做，或所有醫師只要訓練過都可以做，那我覺得相對來講，我們健保就要評估它對財務的衝擊，因為基本上這個論質計酬要另外編列論質方案的獎勵金，那部分其實是有一些額度在限制，因為目前它是專款，所以我覺得放寬的部分可能還是給我們時間做一些評估。我比較建議是不是這次先讓我們做做看，如果真的有窒礙難行的地方…因為這方案從 100 年開始到現在，其實爭議沒有很大，也沒有大家講的有這麼多醫師願意這樣，因為我們要看它的品質，所以是不是容留讓我們先這樣改。至於泌尿科醫師要不要再去受訓這事情，是不是也讓…因為今天會上並沒有專科醫學會，因為沒有找他們過來，是不是讓我們會後再跟專科醫學確認後再做調整，因為我們覺得或許他們有不同的考量，可能他們對於自己的專科在照護病人上，也希望配合我們的指引需要做一點點訓練也不一定。因為這次其實沒有要動那裡，這次是說要不要受訓這件事情當時是沒有爭議的，只是說要不要限這些專科去受訓，現在是放寬不一定要這些專科，只要是專科醫師都可以訓練，那偏鄉跟離島跟山地的部分才是說不需要專科醫師也可以訓練以後來做，那是因為考量偏鄉醫師執業本來就不容易，又希望能照顧這樣的病人，才會這樣開放，我們還是希望說讓我們先走走看，謝謝。

## 謝院長景祥(朱代表益宏代理人)

我想補充一下，我自己是骨科醫師，我有去上課我有收案，其實

每次我們在南區健保局開會，南區都千拜託萬拜託。因為大家都不想要做啦，老實講，因為拿兩百塊要做很多很多事情。我想受訓這方面分成兩方面，第一個應該是講說專業方面，像腎臟病的一些機轉，第二個是申報方面，假如說以申報的規定方面，這我想不用上課，反正要做的都會回去看，收的案子不符規定就不給付就做白工這 OK 呀！至於當初為何這一塊大家都做的意興闌珊，第一個錢很少，第二個為什麼我們要鼓勵大家去做，因為這種病人在腎臟科醫師手上非常少，因為他們的重點也不在這邊，他們重點在比較後期要洗腎病人跟 per-ESRD。這些病人在早期的時候通通都散在各科，各科都看得到這些病人，所以我們會希望這些醫師把這些病人顧好，延緩病人進入洗腎。所以兩百塊是花的有價值，其實真正願意做的醫師其實不太多，只要有人做，我是覺得應該要鼓勵。以泌尿科醫學會來講，我想所有的專科除了腎臟科之外，沒有人敢說比泌尿科了解，包括心臟科、新陳代謝科。考慮到財務的影響，不過我記得它的執行率都不太夠，財務應該沒有什麼影響。站在鼓勵的性質而且站在合理的性質，我也贊成說泌尿科應該是不用上這六小時的課，其他科的任何醫師只要願意上課我們都應該要歡迎才對，謝謝。

## 陳代表志忠

主席我分兩點來看，我沒有反對訓練，可是把泌尿科醫師受的訓練跟一個婦產科~對不起，去做一個訓練，這樣不太對~如果剛剛講說怎麼樣登入要求的標準，因為你這個訓練其實是從頭說起、細說從頭，從腎臟的生理等等講一遍，我們去上課大家的時間好像都不太多。第二個就是說山地離島跟都會區，會不會有山地離島說你們歧視我們，讓我們比較沒有專科的人也可以做，好像不太好。因為同一件事情有不同角度的解說跟看法。

## 主席

請醫管組回應一下，就是你剛剛的意思是因為這上一次有討論過，至於山地離島是否會有像剛剛陳代表提到的好像把他們看的比較低，不是喔！他們從來沒有，而且他們覺得這樣做會更好，所以這個不用擔心。民眾只要有多一點的資源，他們都贊成。現在比較有爭議的就是泌尿科的專科醫師要不要上六個小時課的問題，醫管組回應一下，其它的就照你們的方式去進行。

### 李副組長純馥

我還是要重申，因為上次的修訂是因為泌尿科醫學會來函希望可以列進去它執行的專科，可是並沒有去爭取要不要受訓，所以我意思是說我們現在去幫他主張也不是非常妥適，如果說他們自己公會內部的意見跟我們現在所主張的不一樣，當然理論上你們一定會認為他們應該會希望放在不需受訓那一塊，可是我的意思是說因為跟他之前當時提案內容並不是很一致，是不是容留我們會後跟醫學會做一次確認後再來做處理，原則上是不是先按照我們的案子通過。至於山地離島的部分，因為這是9月11日就已經開會通過而且方案已經公告了，這次只是要修改說不是山地離島的部分，是針對其他專科部分是不是不限專科，我想這是兩件事情，我意思是說我們並沒有歧視什麼，可是我覺得提供他們比較可近性的醫療也是山地離島地區民眾的需求，我想並沒有矮化它，因為我們也認為都是醫師，在醫事法裡他本來都可以做，只是我們在論質計酬上面要不要針對山地離島部分做一些調整，以上，謝謝。

### 主席

對，就是通過。有關泌尿科，因為副組長剛剛有提到其實他們上一次來提案是針對開放，至於要不要上課他們倒沒有說不要，那我們再去跟學會討論，請他們表示意見。

### 陳代表志忠

那我可不可以這樣…發文給學會，因為我們這禮拜六要開理事會，我們收到這些文，有時候處理上不知道真正的…有時候回這文沒有很深入啦！再問學會一次好不好，我沒有反對或通過。

**林組長阿明**

這個我們就發個簡便行文表給醫學會，好不好？

**主席**

好，那這個報告案通過！我們會發文泌尿科學會、專科學會，請。

**李副組長純馥**

可能還是要再發個文給腎臟醫學會，因為原則上這個計劃我想我們兩個學會都會要詢問，謝謝！

**主席**

好，那報告案兩案已經報告完了。接下來進行下一個議程，討論事項第一案。

**討論事項**

**第一案**

**案由：修訂安寧療護暨一般居家照護支付標準案**

**主席**

請委員針對討論案的第一案表示意見，一個是安寧療護，另外一個是一般居家照護支付標準的修訂，請。

**謝院長景祥(朱代表益宏代理人)**

委員們關心的安寧療護，其實他的重點在於，第一個家庭諮詢，第二個安寧的居家療護。我們看到這兩位立法委員的提案主要是諮詢

費跟居家安寧療護。但是我們這兩個案子修完以後，發現重點擺錯地方！它的重點把它擺在住院安寧療護，住院安寧療護要花到兩億多，其他的每一項都只有兩、三千萬。我覺得說在整個的安寧療護的照顧上，應該是有點擺錯重點。剛剛請工作人員幫我發了這一份，有關於安寧我的意見寫在這個地方，我們這邊翻到第二頁，簡單的來講我認為安寧諮詢重要性是大於安寧病房的。當然有錢的話我們什麼都做得很好，都放錢進去做嘛！但是假如資源有限的話，在上個禮拜來署裡開會的時候，他說資源就是有限，資源有限的時候，我們把所有的資源擺到安寧病房是不對的。資源應該放在前面的安寧諮詢，那以安寧病房目前來講，每天約有 4900 點，為什麼要提高 30%？我是沒有看到很詳細的成本分析。以安寧來講，安寧學會他們認為說，因為有很多很多的事要做，但是不要忘記這類似 DRG，有很簡單的案件、也有很複雜的案件，不是每一件案件都是非常複雜的案件。以我們目前安寧病房的收案標準，只要一個人他是中風臥床、失去意識的話，他就符合收安寧的條件。這種病人是非常多的，這種病人的照顧其實相對來講是很簡單的，這個病人在普通的病房照顧一天 2、3000 塊就 OK 了。我們現在把他們送到安寧病房去，一天花 4900 元還說不夠，還要再花到 6400 點，我覺得對於這些比較簡單的安寧療護病人來講，資源有點錯置。再來我要強調的是，重點其實是在諮詢。諮詢以目前來講，上次我看到健保署給的報告，今年一整年得到諮詢的大概是一萬個人次，我們台灣現在每年死亡人口數接近 16 萬，其中當然有些是意外的，去掉一些意外的，因病的話應該有 15 萬。這 15 萬去世的人口裡面，只有 1 萬個人受到這樣的諮詢，大部分的人還沒有受到諮詢就被拉去插管了。所以我是覺得這樣子不太對勁，應該要把重點擺到諮詢方面。草案裡面還有另外一點，要讓每人每院申報兩次，我覺得這個有點過多了。諮詢的話，會成功一次就會成功；不成功的時候，再去做第二次還是不會成功，不成功的諮詢我們就叫做無效諮詢。以諮詢

來講，現在規定是說諮詢時間一定要 1 個小時，有些諮詢要講很久，有一些可能只要講 40 分鐘、50 分鐘就 OK 了，不用說病人已經諮詢成功了，還去限制一定要是 1 個小時。我覺得假如我們把這個病房費要增加的費用，拿過來放到諮詢費這一邊，諮詢這一邊雖然是重點，但我覺得一次也夠了，不用弄到兩次。我們原本那一邊的預算拿過來這一邊的話，我們可以增加 10 萬個人次諮詢，10 萬個人次的諮詢能夠做好的時候，我想對於無效醫療這些都可以紓解很多。但這也不是訂一個法，這個東西就自動會執行了。其實醫院都不太願意去推這個諮詢服務，所以才會做到零零落落，所以一年才做到 1 萬次而已。在諮詢的時候，我們不要忘記說，安寧緩和條例對末期的病人醫師是應該，這邊是寫「應」喔！醫師的法定義務應該要提供病人一些選擇嘛！不要強調說我們去催 DNR，我們只要告訴病人說，你可以選擇，你要救我就幫你救，你覺得說你不想插管、不做心臟按摩，那我也尊重你的意願。問題是這個東西背後沒有跟著罰則，沒有罰則醫院做起來當然零零落落。所以這一方面來講，我建議健保署應該還是要有些作為。這個作為其實很簡單，已經有了，就有點類似外科醫師叫病人開刀一定要簽個手術同意書，當你看到末期病人來了，講都不講、一句話都不吭，就把他做插管一大堆通通都做了。這其實有違醫療倫理嘛！也是浪費健保資源，你事後調病歷從嚴核刪都是可以的。只要健保署有這個動作出來，我覺得安寧緩和諮詢讓 70、80% 以上的末期病人都能夠得到諮詢，按照他們的意願來選擇，這樣我們的無效醫療會省掉很多。所以以這幾個案子來講，我是建議我們應該要增加諮詢費，但是不應該把資源放在安寧病房，以上，謝謝。

## 主席

在其他委員沒有發言以前，我先請醫管組說明，因為謝代表剛剛提到一個很重要的議題，好像這個醫療配置是健保署自己憑空想像出來的。到底是怎麼配置的？過程是什麼？那這個過程出來以後，各位

委員想要再去挪動，如果沒有決議通過，當然是維持原案，但這整個過程不是健保署同仁自己配置出來，是有一定的程序。請醫管組回應。

### 林組長阿明

主席、各位代表，我想整個預算爭取的程序上面，大概跟各位委員報告一下。今年我們在總額協商的時候，我想大家都知道醫院部門提出 25 億，不過內容都只是一個數字。那我們跟醫院協會當時在會前會也有爭取這樣的一個訴求，所以我們當時是也有搭配醫院協會那邊原來爭取的 20 億支付標準調整；另外我們提到有 3.5 億的部份，那這邊我要說的就是說，原來我們在提報到健保會去報告內容裡面特別去提到安寧住院，還有安寧共照。當時在估算費用的時候，安寧住院的部分我們提了三成，那這邊大概 2 多億啦！共照大概五成。當時有考慮到共照這部分因為各個層級也都可以做，就是條件沒有像安寧住院那麼嚴苛啦！所以在比例上面，就有不同這樣的一個差距，最後大家委員會來共同協商的時候，最後定案就是在一般部門的時候增加 3.51 億。所以我想這整個預算的經費來源是從這邊來，當時並沒有特別去提到這個安寧緩和的諮詢費這樣的一個預算，不過我們後續因為剛剛有提到，立法委員當然也關心這個家庭諮詢這樣的一個經費，是不是能夠從次數跟點數上面做調整，它並沒有特別說要去開放到門診。這個家庭諮詢這樣的一個程序上面，確實那一天我們在 12 月 2 日開會前會的時候，我們也特別邀請黃勝堅院長還有相關的醫學會，大家也針對這一部份有交換過意見。那大家就是認為安寧緩和這樣的諮詢是要開一個家庭會議，在門診的部分確實很難去執行啦！應該是著重在住院，當然原來大家有要求是不是在急診這一部分，後來我們也試著開放到急診或是在住院這樣的情況，而不是在門診，我想在門診這樣的情況下，要執行一個小時是不太可能。那這個部分當天大家也是有這樣一致的共識，且當時大家也提到說在簽 DNR 大概只有占 5% 這樣的比例，而不是所有的安寧緩和都有這樣的照護。所以我想

跟直接去簽 DNR 安寧緩和照護，這是完全不一樣的東西，所以這個也是要去釐清。當時我們在提健保會去協商安寧照護，也不是因為最近立法委員的一個要求，而是之前監察院針對這個安寧療護支付點數偏低的部分，監察院也有提出一些相關的意見，請這個健保署應該從這個角度去切入，所以我們才會在 104 年去爭取這樣的預算，才有今天這樣一個安寧緩和相關的這個點數的一個調整，以上說明。

**主席**

好！謝謝醫管組的說明。接下來再繼續請各代表發表意見。

**翁醫師益強(台灣安寧緩和醫學學會)**

我代表台灣安寧緩和醫學會，我是在南投醫院的醫師。本學會因為在一直幫忙做安寧療護，我們強調的是服務啦！不是說簽不簽文件，的確我同意 DNR 不是我們的絕對，我覺得服務是一個很好的方式，就是儘量做到安寧緩和條例要求的身心靈嘛！我不是反對諮詢，我覺得諮詢或問病人本人，門診要看本人健保，可是在現實環境上你要問病人本人，你要問他安寧意願、要他簽意願書。在現實我們所有在做安寧都有點擔心，由於法律寫死了，病人是清楚的時候家屬簽是沒用的，那這時候在門診這麼緊迫的時候，是不是適合？我當然是樂觀其成，說老實話，但是要有配套、要把服務做好，我會希望比照 47079B，我知道我們健保有癌症治療計劃諮詢規劃費 2536 點，是不是能比照。開會是一回事，真正能不能給民眾安寧療護計劃諮詢規劃費，應該依照安寧緩和條例，病人什麼身心靈、他的疼痛怎麼調，譬如說嗎啡怎麼調？他喘的時候，可不可以用嗎啡？那個醫師給他諮詢要給建議啊！就算你給藥給得很好，可是他身體上的痛苦、面臨死亡心裡面的痛苦怎麼辦？要誰來幫忙？還有一些身體方面的照顧、翻身擺位，這個是不是要有一個團隊，而把這些都做好了，也真的落實給錢了，要做到讓民眾有感，對不對？現在是民眾要有感受，而不是簽完 DNR 就

不理，這樣也不好，我自己在醫院端就發現有時候開完安寧諮詢費以後，民眾也很無奈，因為在加護單位好像就說要拔管，就說好吧！覺得末期嘛！醫師說末期我們也同意，可是一下就拔掉，都來不及做四道人生，好像我們講的善終準備都來不及準備，因為簽了就趕快拔管。因為還要把資源給別人，我就覺得這有點受苦。民眾現在有點反過來，就有點擔心。我希望把它做順一點、做好一點，所以我是建議啦，如果可以把那個諮詢費用擴大或者是實質的內容讓民眾有感，不希望只是簽 DNR。因為插管我們醫師在交班時會問有沒有簽？遇到不好的病人，最好有簽。診間醫師都很緊張，護士也是。所以這個在教學上真的會有困擾的，那我是覺得是不是讓民眾有感，不要讓民眾覺得，我簽了你就不理我，這樣大家對安寧會有點害怕。我希望好好做，所以希望把後端也一起做起來，一起付這個費用那我同意。第二就是說，關於病房我這邊有實質的資料，某一家醫院，它安寧病房十幾床，101 年它大概 2029 萬，比 102 年多了一點 2178 萬，那它的成本是 2700 多萬跟 2800 多萬，如果照目前我們健保署給我們說要三成，算了一下還是不夠。這邊當然也有可能別的醫院成本比我們還要高，這家醫院算很努力在控制了。再加上我必須額外提一個不是那麼直接有關，但是有點關係，因為我覺得我們實務的工作醫師很可憐，為什麼？安寧病房醫師是專責，要特別訓練上一些課，那護士是 1:1，那在 4930 裡面事實上它還是有分配比制，我的病房費是比照一般病房也是 537 元，醫師費也是 353 元，護理費也是 643 元。可是你知道加護單位，他們醫護人力比我們多，病床費是 6000 多塊，這邊是寫 7000 多塊，然後它病房費是 2560，然後醫師費是 700 多，是比我們多一倍，護理費它們是 2:1 嘛！當然比我們多是合理，可是你知道多少嗎？他們 3840；而我們安寧病房的護理費只有 600 多耶！我們 1:1 為什麼會少於他們四分之一呢？這個我不曉得是怎麼來的？因為這個在實務工作上，我們老闆會說，你一個安寧病房顧一個人，不如去一般病房，

現在外面病房是 1:3，你可以多顧兩個人，所以我安寧病房現在透過國民健康署在做普查的時候，是在縮減的，因為醫院總要留著，的確不划算啦！所以如果大家希望以後有機會多了解的話，覺得這個是要去注意的。另外我要講一下剛剛那個諮詢費會減少，事實上在上次開諮詢會的時候，我就有抗議過了，因為他把我們的安寧排除了，那些人可能都沒經過我們安寧，合理講一下，今年癌症在明年國健署的規劃，醫學中心它要求 60%，表示癌症病人一年有多少人死亡？對不對？有多少發生？怎麼會少於 1 萬？不會啊！那些人都是非癌的那也不錯啊。至少以前非癌的很少做，所以我還是同意這樣繼續推。所以這資訊是這樣子的，我想給大家參考一下，是不是還是給我們安寧病房稍為提高一下，讓安寧病房不會那麼不願意做，也許有一些中小型醫院都可以做的時候不是更划算。這是我的理想，謝謝。

## 主席

好~謝謝安寧學會翁醫師的補充，還有沒有其他意見？請羅代表。

## 羅代表永達

主席，其實安寧這一塊我想每一個在醫療第一線從事的人員大家都很有感觸啦！我們真的是想把它做好，可是有些東西它是整個架構上一開始就有問題，譬如說設置標準。為什麼安寧的什麼費用會那麼高？因為設置標準就很高。人力、各方面的要求裡面真的都是很高，這樣的情況下這麼高的成本你把它放到社區醫院、把它放到基層裡面，我們的消費者可能通通要去思考，我們要給這麼多錢，對一個安寧的這樣照顧嗎？這樣做大家覺得要、真的應該要提高。可是我們現在普通病房品質點值這麼低，什麼都這麼低，我們有這樣的資源去做這一塊呢？設置標準要改嗎？我想這是一個很嚴肅的問題。所以剛剛講的，這是一個理想嘛！第二個，剛剛謝委員所提到的這個，我認為應該門診的時候，把這個諮詢推到前面去，到急診、到門診是對的！

這件事情對整件事情，讓所有的家屬盡快的去接受這個安寧的概念是對的。只是說要怎麼樣去配套，比如說，剛剛講到身心靈。一般在醫院住院裡面可以去找那個相關的護理師、營養師等等來做這一塊。如果門診真的要做，可以比照，可以去設一個配套，要做到一個什麼樣的程度再給一個給付，但是不要讓門診沒有做，這是我們所有站在第一線常常遇到的事情。所以我覺得應該把那個地方放寬，讓急診、門診都可以做，但是它必須要規定 1 個小時參與的人員要怎麼樣、要做一個紀錄等等。我覺得用這樣的一個配套措施會比較周延！以上。

## 主席

請張代表。

## 張代表嘉訓

我想，剛剛其實幾位代表的發言都非常有理。我是覺得這個會議當然可能沒辦法去談這個所謂安寧療護的這一塊到底資源怎麼分配？怎麼做？到底要給多少錢？成本夠不夠？這個我想應該是衛生福利部要去好好去規劃的事情。那我為什麼要講這樣的話呢，我們新北市…以我當理事長，我們在推就是社區居家的安寧療護。其實將來我個人是覺得，政府應該要往這個方向去思考，雖然說現在條件是完全還沒有成熟，可是我覺得這個是一個必須去規劃的一個方向。至於諮詢費跟所謂住院的安寧費用，這整個資源是怎麼去分配，其實一定是住院的覺得說現在的成本根本都不夠嘛！那諮詢是認為說你沒有提高，其實你要鼓勵諮詢，鼓勵諮詢才能夠減少後續的住院費用。所以我想這個都有道理啦！所以我是覺得健保署可以聽聽這個代表的意見，這整個事情要全盤的去規劃，不是只是單純從財務控管的這種角度去看。我只是針對這個發表意見；但我對於臨終病患的訪視費，大家看一下 64 頁，我是覺得這個跟我剛剛在談到那個 CPK 的那種理念是一樣的，很多訂出來都很奇怪的。臨終病患的訪視費，結果你說

你是臨終病患的申報訪視費僅限一次，然後你今年又把服務的內需包含臨終訪視善終的準備，還有遺體的護理，難道這個會報兩次嗎？人不可能死兩次嘛！也不可能晚生兩次。所以我覺得寫在這裡給人家感覺就是一個互信的問題，對不對，怎麼會臨終訪視你當然就是一次，怎麼還會特別去寫說你僅限一次，有人報了一次下次再去報這個嗎？這是報在病人，以病人為主體的嘛！所以我覺得這種規定就非常的奇怪，而且你現在新的服務內容還包括遺體的護理，那你幹嘛還要特別去跟他限定每位病患申報訪視費僅限一次，這個邏輯我還是搞不太清楚，謝謝。

## 謝代表文輝

主席、各位代表，我是覺得邏輯上如果臨終這一塊，我們希望全面的推動，那當然就像預防重於治療一樣，要把它推到前端。所以我們不要排除門診這一塊，當然每一個門診、急診，在任一個醫療的場域，哪一個場合，你覺得適合而且可以跟民眾這樣講得通，這樣就可以推動，那都應該給，所以我是覺得我很贊成謝景祥代表。重點原則上應該要放在前面那一端。前面那一端都努力完了，剩下沒辦法就在後面的就插管、做什麼的那就認了嘛。有人尊重人權，那不能強制說不行，後面不能插管、治療，我們不能這樣做！那就儘量在前端努力地去說服，所以應該開放門診各種場域，只要醫療的任何場域，我是覺得接觸到病人的任何場域，都應該給這個諮詢費、都應該提供給他！那這樣才不會受限於只在什麼情況之下，這是第一個。第二個，我們對於安寧病房，這真的要重新檢討，安寧病房一開始的架構，那搞得就像樣版嘛！標準那麼高！要弄這麼高，給付當然怎麼算都不對，所以這個要重新檢討，如果這樣是不對的，應該要現在要收起來。我們現在要規劃的是我們全國的民眾老的時候，未來都要經過這一關啦！那是要面對所有 2000 多萬人以後老了都要面對的，要有一致的標準嘛！難道允許說，以後有較高級的就用這個，那較…用那個。所

以我是覺得不要急著去調那個支付，如果那是錯的、那個其實是錯的。推動幾年都完全不動嘛！所有醫院怎麼算都不合成本，那也沒辦法安寧照護啦！講一個比較坦白，我們的財務能力沒辦法做這麼高級的安寧照護，所以我是覺得不要在錯誤那邊再加，不要害醫院又加強投資、又下去做、又下去設！為什麼要推社區安寧，最後那個才是我們真的政策的重點，所以我是覺得早早承認錯誤啦！訂的標準太高，推動這麼多年社區醫院幾乎沒有人設啦！所以我是覺得那個就是推不動的，不要在那裡再著墨，調得太高又害醫院都跳下去，不要啦！應該重點這個要重新考慮，主體是能做的安寧照護是什麼？就是以那個為主體來設，這個倒是真的要好好思考，我是覺得不然愈加愈死，到時候又加幾千塊，害我們回去也來考慮一下要不要去弄一個安寧病房。所以這個不好，本來就沒有那個條件、沒辦法，那一剛開始都是專家嘛！那專家設的標準高成那樣，所有的地區醫院，我們地區醫院協會算一算沒辦法了，人力成本、設備標準只是做個樣版而已，結果推了幾年，有推動嗎？都不動。現在是一直在講要鬆綁、要降低標準、要什麼的…，我是覺得那個錯誤的不要再一直深陷下去。

## 主席

請安寧緩和護理學會發表意見後，再請朱代表發言。

## 劉監事景萍(台灣安寧緩和護理學會)

謝謝前面代表的一些發言。那其實有關於家庭諮詢費的部分，我想我們在這個部份，我們也很贊成要在早期就去跟病人做這樣的資訊，甚至現在也都一直在推廣有關於預立醫療醫囑部份。可是就誠如剛剛署裡所說的，第一個，是不是有能夠在比較短的時間就能去做這樣的事情，這個也是跟翁醫師代表一樣，我想我們可能真的要去想後面的一些配套措施的部份。第二個部分是有關於住院的部份，從 20 年前在推動安寧如果這一件事情是錯的話，我想現在不會有這麼多的

醫院再成立有關於的安寧病房。第二個其實在安寧病房裡面，各個裡面其實就像很多疾病有分為重症跟輕微的，一樣末期病人他們有些是需要更 intensity care。其實我想在安寧病房，最重要的目的是要去提供這個。其實署裡面，也都有提供這樣的一些住院 criteria 給予一些制訂的部分。剛剛誠如翁醫師所講的，我們在成本上面不夠，可是我們為什麼還是要去做？其實我們就是看到末期病人的一些，在疾病嚴重程度的時候，必須更深入的一些照顧，甚至對家庭的一些照顧，所以在這個部份我們還是覺得應該在住院的部分還是要給予一些調整，謝謝。

### **朱物理治療師世瑋(曹代表昭懿代理人)**

主席、各位先進，這裡是物理治療師公會全國聯合會朱世瑋的第 1 次發言。其實我來自於慢性醫院，其實我們那邊的有 case 很多、也有 RCU。那我們在照護上也有很多遇到包含癌症末期的病人，我們家屬常常跟我講一句話，奇怪為什麼醫生沒有跟我講插管原來是這樣？插下去才知道看起來這麼痛苦。大概 10 個 patient 裡面大概只有兩成甚至到五成 patient 的家屬都說他的 information 真的是不足啦！所以我倒覺得醫療照護前端可以先做好的話，後面也才不會有這麼多的醫糾或者是這樣真的是遺憾的一個產生。而且至於說後面的醫療費用或是說後面的包含這一次因為這樣而增加一些醫療的費用，這部分我想署內應該要多一點的關心吧！以上報告。

### **主席**

請徐代表。

### **徐代表弘正**

說實在的真的是在醫院裡，要設置安寧病房。第一個考慮到的是成本問題，這裡做一個比較中肯的建議就是說，我還是認為開安寧病

房的醫院，投入的還是很多啦，基本上還是要把它提高啦！讓它成本能夠符合，那一方面謝代表提的那個意見也是非常好。是不是可以做附加的建議，以後在調整這個門診的部份，建議來相對得調整，因為現在事實上這個 4000 多提到 6000 多，說實在也不是太多。將來推廣到其他醫院裡面也可以多設的話，對病人來講也是一個福音，因為這個每一個人一定要經過的。

### 翁醫師益強(台灣安寧緩和醫學學會)

我可不可以代表社區安寧的發表一下，因為我現在在幫很多衛生局推社區安寧，包括開業醫院和社區醫院，像彰化我們有去員林郭醫院及卓醫院這種小型醫院，最近還有幾家小醫院要合作，那我們正在想說醫院端也許還是有病人可以做，他們還滿有興趣做乙類的，那我現在意思是說，安寧病房還是要有一個後端醫院要協助他們，因為他們困難的還是做不來，因為我自己做居家很久，社區可能有做，像我以前在醫學中心做的一種比較穩定的可不可以轉給他們接手，困難再回來給我沒關係，而且我真的要提醒大家講一下，因為真的是這幾年因為有那些大的醫院把安寧病房做到一個程度人家才會認可，民眾不是傻瓜啦！你做得不好人家還是不願意接受，他寧可去接受一般病房就好。譬如說我在南投醫院，我們就會發現說我只要跟病人好好講，也許他就像大家講不用住安寧病房 ok 呀！我剛去第一年，他說我是安寧醫院出來的所以轉安寧就很快，後來這幾年都沒有人再叫我說翁醫師我要轉哪裡，不用，他就在南投，可是那真的要付出很多的人力、物力。我覺得安寧病房是我的理想，因為安寧病房是一個可以讓我們至少看到那個目標可以往那裡，因為在國外安寧病房不會只靠健保，會靠社會資源，英國第一名他怎麼做，不是靠他自己英國的健保啦！他只付來的錢，設備全部都是從社會募款。當然台灣還不夠成熟，也許以後有機會，但你不把那個 model 放在那裡給大家來追求，很快這個大家會不接受安寧，寧可接受一般照顧就好，台灣的一般醫療真的

不錯，我上次去南區健保上課被糾正，那是四五年前，他說翁醫師我跟你糾正，不是癌症跟漸凍人那時候就兩個可以納入健保，所有末期都有在健保給付下照顧，只是沒進安寧病房，可是我們照護也不差，我就得到經驗嘛！可是今天安寧病房還是要讓大家知道做得更好是什麼樣子。台灣為什麼 2010 年得到亞洲第一，不是台灣人辦喔！是新加坡人辦，就是因為我們安寧病房在 quality 跟 cost 在健保，這兩個都跟健保有關，所以我希望還是讓安寧病房剛剛前面一個代表講你至少讓他打平吧！我們沒有要在那裡賺錢但至少打平，這是我的理想。

### **羅代表永達**

主席，我想大家都很清楚安寧病房現在要排進去是很困難，對不對？為什麼？就像所有的病人到醫學中心急診室，講的意思是一樣的，為什麼？因為那邊設備好，那邊什麼東西都好，所以我好希望到安寧那邊去。可是問題是不夠阿！為什麼？因為全國一年死 16 萬人，扣掉急傷突然死掉那種，大部分人都會進入癌末，那這些人全部假設未來都要高規格的死亡的話，我們問我們國家的財政願不願意負擔啦！如果那沒有問題，那大家都這麼的高規格，大家都在醫院裡面臨終；可是如果不是的話，就要另外思考到社區去的時候，社區沒有辦法提供這樣機構的時候，我們怎麼辦？我要問誰才能進入安寧病房？是有錢的人，還是有關係的人？要不然排不進去就是排不進去，現在全國所有安寧病房大家都要等，說要怎麼辦？所以我的意思是說，有很多東西我相信有這樣的東西，就像醫學中心帶領全部的醫療品質，這個我相信。可是我們現在要考慮我們的資源是有限的時候，怎麼樣可以落到社區裡面去，讓很多東西落到前源去，我覺得這個東西是我們在現有的財務上必須去思考的問題，以上。

### **潘組長延健(郭代表正全代理人)**

主席、各位先進，這邊提供兩個意見，第一個就是說，事實上現在醫學中心或者是比較大型的醫院設這個安寧病房，那是因為當初在發展的時候，除了健保的給付以外，這個最大的動力是在於評鑑，雖然入不敷出但所有大醫院都還是努力在做，把這個安寧病房撐起來。所以我們現在討論這個事情的時候，過去歷史背景我們還是要考量一下，今天在討論這個事情的時候，我們是不是能夠再退一步再想一下，其實這兩個議題基本上不完全互斥，因為大家都希望能夠推展安寧療護這工作。我這邊也十分的贊同，我們在前面的這個諮詢的部分一定要擴展到門診急診，但是後面的這個安寧病房的照護，還是有存在的必要，但是只是說在過去的推展的時候，我們發展錯了方向，照理說應該是一個正的三角型，也就是說在基層、在社區它應該是占比較大面的，在這個醫學中心或者比較大型的醫院裡面的安寧療護的病房是針對特殊病人的部分，它應該占的比重少，所以誠如剛才有些代表講的就是說，我們這樣一個重症的安寧療護，應該要受限，條件或許要放寬，也就是說在這個評鑑的條文裡面，不能夠再一昧的要求大型的醫院他一定要做滿多少這個比率的住院安寧療護，而是要往社區基層上面去走，所以我在這邊建議就是說，第一個因為現在住院的安寧療護的確是入不敷出，所以說在這個調整上面也應該予以維持，但就是說在整個條件裡面，是不是能夠拜託專業的安寧療護的學會裡面，對於需要在這個大型醫院做安寧療護的病人條件予以設定，就是說嚴格的控管，在比較中大型的安寧療護住院的這資源的設置上面，應該予以凍結或者是予以縮減，讓他能夠適度的轉介到社區或者基層裡面來。所以說在這個案子是不是能夠除了諮詢費的推展予以支持以外，在住院安寧療護上面也應該重視現在的成本入不敷出這個現狀予以支持，以上。

### 謝代表武吉

我今天所聽的一個是利益團體在爭取，一個是實務的專家大家在

討論，我們要回顧以前 20 年以前還沒健保開始，這些安寧的人都在哪裡去處理？都是地區醫院在處理的，很少在醫學中心。在我們開始推動安寧這個照護的時候，當時我就說這一定失敗的結論，現在結果是怎樣？是失敗呀！沒辦法在社區，我們剛潘代表所講如果到社區以後，他的家族要來看也較方便，什麼都很方便，我再舉一個例子，我們這個開下去要開多少？一個安寧護理之家花 3~5 萬就結束了，為什麼我們要花這麼多？結果我是覺得說你們利益團體再來這說這些，我感覺是沒意思。再來我說上禮拜在衛福部開安寧會議，那個梁淑政你有參加，健保署那個妳有參加，那天開會結論怎麼樣？大家也是說開放到社區裡面處理，所以我是覺得說今天你們這些利益團體，拜託，剛我們這復健科的代表也是這樣說，所以我是認為說這一個要再去做這些要問今天還是金山醫院的黃勝堅院長，再來明天就要去問臺北市聯合醫院黃勝堅總院長，就要去問這個人。這個人很清楚，這個人跟我和謝文輝去監察院給黃煌雄問，就是認定大家都一定要在社區裡做，對老百姓真的是很貼切，還是在診所做貼切，結果今天這個方向是有一點偏頗，有一點問題，所以說我是感覺上我們可以再考慮一下。

## 主席

這個資源到底怎麼來，當初在健保會是怎麼設定的，今天是針對這個提出執行方式，大家提到那些事情我們也都有所了解，但是這一點點資源，健保署無法去解決大家所有期待的事情。回到本案主題，當時候這個資源從健保會來，預算編列時使用範圍文字寫的很清楚，健保署只能依程序諮詢相關的專家學者來處理，所以大家想的我也知道，推到門診推到社區，我都贊成。但問題是，健保會預算並沒有落款這些東西的時候，沒辦法去處理這塊，那些理想都很好，就像大家講的，有辦法把所有的健保資源都弄在這一塊嗎？沒有！對不對！所以回歸這個預算在健保會的設定，是寫了些什麼東西，我們就鎖定在這上面去處理，不然你們說的很宏大的理想，我也沒有辦法在這裡做

解決，只能針對健保會交付的任務處理。現在請護理師公會發表意見完以後，再請健保會代表，接著醫管組針對 104 年預算編列及文字落款是什麼，以及要去執行的任務是什麼做說明。請。

### **林護理部副主任綉珠(高代表靖秋代理人)**

護理師公會全國聯合會對安寧療護給付的提升是樂觀其成的，因為我們的服務範圍包含了醫院跟居家的部分，所以我們也都看到了這些病人的需求，本案整個給付的提升，對我們而言有相當大的必要性。我要跟大家報告的是，這一個案子當中，除了安寧療護之外，還有一般居家照護支付標準，一般居家照護標準事實上已經十幾年來都沒有調升過了，誠如跟安寧療護是一樣的情形，我們希望病人能夠走向社區化、居家化，所以在這邊懇請所有代表能夠支持，讓本案的支付標準可以做一些調整，以上報告。

### **主席**

好。醫管組針對資源的來源做說明，就是當時候健保會在文字裡面是怎麼寫的？是什麼情形？然後我們再請健保會代表表示意見，是不是大家比較能夠聚焦，請。

### **林組長阿明**

這邊還是簡單再補充說明一下，為什麼要去調這些支付標準，大家很清楚，一定是當時健保會爭取預算來的，資料上面當天在協商的時候特別寫，安寧住院當時預估是 2.4 億，安寧共照是 0.2 億，共計 2.6 億；那另外的部分就是大家知道前幾天我們協商語言治療，大家也有共識，編列 0.9 億，所以總計是 3.5 億。當時 3.5 億編列在醫院總額一般部門裡面，是醫療強化資源支付的一個合理性，這部分可能要跟各位特別來說明。所以有這樣一個預算，健保會才請我們在 12 月底以前一定要去把支付標準調整完，然後再去報部，以上。

## 李副組長純馥

我想我們可以翻到會議資料第 53 頁，實際上我們在安寧住院的照護費，並沒有限制是哪一個層級，其實它是一個從醫學中心、區域醫院到地區醫院，我們都有給付的支付項目，所以我們是併同調整，所以要先聲明，我們並沒有去特別獨厚哪個層級，是一同做調整。當時這個調整也在健保會去做過討論，另外我們也知道說要推動居家跟社區，所以今年新增乙類的安寧社區的條件，是希望落實社區推動。所以我想這個部分我們一直都很努力，且你可以看到我們這次的調幅，在居家跟共照部分是百分之五十；住院的部分是百分之三十，可是大家覺得為什麼住院特別貴？因為確實住院成本是比較高，所以百分之三十算起來就會比較高，可是實際上我們就調幅來講，其實住院是低的；在共照跟安寧居家的部分，包括是社區安寧跟原本甲類的安寧，都是百分之五十，我們並沒有獨厚哪一個層級，是一併調整。我們希望大家一起來推動，我們也希望落實到社區醫院，所以一直在放寬相關的條件，健保在放寬這些條件已經承受很多的壓力，還是希望大家能夠一起為我們的病人著想。至於緩和醫療家庭諮詢費，上次 12 月 2 日謝院長在那次的會前會其實都有表達充分意見，為什麼我們沒辦法配合？是因為確實那個項目在今年總額協商在醫院部門並沒有編列預算，酌予放寬到急診跟放寬次數也是會影響醫院一般部門點值，如果要放寬到門診因為我們擔心的是財務的衝擊，所以我們並沒有反對謝院長的觀念，只是我覺得這部分可能要去考量到財務的部分，可能是未來 105 年試著爭取看看，是不是大家可以去思考在門診怎麼去做推動，那怎麼樣可以達到大家想要的，每個人都可以善終的一個概念。我還是要重申，這其實真的是為了我們的被保險人，因為我們也希望每一次在做安寧調整的時候，每個記者都問我說到底我可不可以在家善終，假設我家裡有這樣子的老人家，我可不可以拿到這樣子的一個服務。我們也了解，現在包括基層院所的推動或是納進來，其實

都有很多的阻力，因為主要是健保目前還是論量支付，還是會去給付一般急性醫療，每一人就會去選擇他到底要去到哪裡，健保只是提供一個選擇，並沒有代表每一個人都要走這條路，因為每個人都有他自己選擇的一個方向，謝謝！

**主席**

謝院長還有其他意見？因為總額協商已經寫得很清楚。

**謝院長景祥(朱代表益宏代理人)**

第一，因為上次我提的時候就是說資源不夠，老實講資源不夠我才覺得需要去檢討住院合不合理，假如說這一個東西都已經完全一點點挪動的機會都沒有的時候，那至少我覺得這一次放寬成兩次，我覺得不需要，就一次就好了，不要讓一個人講不通再換另一個人跟他講第二次，那就可以讓名額推到門診。門診不是說我在看門診的時候，隨便說說，是看了門診一定要轉介，看到有了需要就轉介到安寧的小組，讓他們另外約時間找家屬來談，我是覺得說應該還是要重點要放在諮詢才對。

**主席**

我知道你的意見，但是我們要依立法院的決議執行。

**李副組長純馥**

請大家看到會議資料的第 47 頁，我們加那一次我們也很掙扎，因為這立法委員已經下了主決議，那我們得遵守。這些立法委員包括田秋堇、楊玉欣、劉建國和楊曜等委員，在那次會上直接就要求我們要提高申報次數，我們也不敢無限制，只好多一次，可是不是每一個人都需要兩次，還是要看病人病患的需要，所以我想這部份是不是希望各位代表能夠支持，謝謝。

**主席**

請健保會代表。

**朱物理治療師世瑋(曹代表昭懿代理人)**

這邊我有一個疑問，我們會議資料第 56、57 頁這邊調整的內容，我們這次這些款項下來的時候，那我看 56 跟 57 這好像是我們剛護理人員代表所提，這跟我們安寧照護這部分是有相關的嗎？

**李副組長純馥**

這是居家護理部分。

**朱物理治療師世瑋(曹代表昭懿代理人)**

這邊調整的費用也是包含在我們剛所提的費用裡面，對不對？沒有嗎？

**李副組長純馥**

一般居家部分還有安寧居家都是在其他部門，沒有吃到一般部門，只是當時在討論總額的時候，有稍微提到這個部分大概是多少錢，只是我們在一般部門那裡只匡列屬一般部門的預算。

**主席**

請健保會代表。

**葉代表宗義**

對不起！這個我們兩個跟侯代表談過，講了很久，我們認為還是在裡面反對的人也滿多的，健保署裡面也受到立法委員的壓力，這個問題我們總認為他這個問題規劃不太完整，是否回歸原來，剛蔡副署長說的回歸過來，請健保署重新來規劃，規劃以後再拿給健保會是不是可行。

## 林組長阿明

因為在總額協商的時候，已經爭取 3.5 億，這 3.5 億就是調住院跟共照的這個支付標準，協定後就是 12 月底以前就要去調整完畢，要報部，這是協商事項的規定。不然不可能去調支付標準，因為一定有金額、項目，這本來就是 104 年協商的項目跟金額，就是要去執行。

## 李代表永振

主席、各位代表，我聽了這麼多的意見當然是在健保會爭取到這一預算筆，但那個時候沒有講的這麼細！我看到這個案的時候，心裡上是很擔心啦！調了 30%~100%不等，第一個感覺是說這樣錢夠嗎？剛才主席也提到，我聽出來好像是巧婦難為無米之炊，就是錢不太夠，既然是這樣子，聽起來區域醫院不滿意，醫學中心也是不滿意，是為了評鑑，還是虧錢！如果推了 20 年的實況是這樣，是不是要回歸過來，從長計議之後提案到健保會，把這個情況講清楚應該是 ok。

## 林組長阿明

我想如果去推安寧，後續會減少滿多一般的醫療費用，這個本來就是非常有急迫性的，因為現在當時在提這個支付標準調整的時候，就是一個 20 億加 3.5 億，20 億的大家就不同意，就是沒有比較具體的項目；不過在這安寧的部分，當時是同意 3.5 億來調整，調整當時我們健保署提的內容，就是住院安寧跟安寧共照，分別是 30% 跟 50%。那再下來的 3.5 億就是希望我們在 12 月底前把這一個調整方案報部，這個 3.5 億是明確預算，而不是說不明確。

## 主席

我補充一下組長講的，就是在協商 104 年總額 3.5 億裡面，在健保會爭取的時候，已經鎖定一個是住院安寧跟共照要去調支付標準，所以才有這個方案出來，健保會也同意編列 3.5 億，至於剛剛李代表

擔心有一些是不在這 3.5 億，是其他部門，所以我們同仁在 12 月 2 日開完會後有依目前的資料去做財務推估，才提到共同擬訂會議討論。所以那 3.5 億是當時在健保會就已經很清楚的是住院安寧跟共照的調整，才有今天這個案子；如果再回到健保會去報告，就變成明年沒有辦法去執行安寧的這一塊，這是第一個。第二個是立法院已經做成主決議，必須在 12 月底以前完成報部。這兩點是我在這裡請各代表瞭解，第一個有明確的總額協商預算，清楚是要做哪些事情，然後我們和安寧學會跟相關的團體開過會以後，用我們的資料去推估出來這 3.5 億是可以做這些事情的調整，第二個是來自立法院主決議的壓力，是在這兩個禮拜一定要有所結果，健保署才能去回應立法院。

### 謝院長景祥(朱代表益宏代理人)

我覺得說要減少節省費用的時候，資源絕對不是放在後面的安寧病房，安寧病房今天為什麼走了 20 年做得零零落落，就是一開始的設置標準設的太嚴，設了太嚴之後，讓醫學中心不符成本，讓地區醫院不願意踏入，現在一下子放寬，我們就回去要盤算一下了，我可能要回去申請 20 張床安寧病房，那大家都這麼想這麼做的話，到時候怎麼辦？第二點，現在講到說有關於財源，假如我們在講說諮詢費會吃到一般的總額，但是各位想一下，假如說我有辦法有十萬人次的諮詢成功的話，那要花兩億，我想後面省的絕對不止 20 億、30 億，假如今天我們覺得說這個政策在推下去有疑慮的時候，那健保會代表也在這個地方，我們從頭再來，我覺得才是一個比較負責任的辦法。不然每個醫院回去就計算一下，本來不划算現在變成很划算，就多設幾個安寧病房，前面該推的又沒有推，所以一大堆病人後面被插了管又送安寧病房或是怎麼樣的話，我覺得今天錯誤的決策，會讓我們真的要很努力去推安寧病房的，反而會遭到挫折，謝謝。

### 葉代表宗義

這案子討論太久了，這個案子跟健保會也有關係，健保會已經轉過來，立法委員主決議也來了。那麼其實這個案子應當不用再討論。照理講是不再用討論直接做報告案就好。是不是這樣？報告案就解決了，不必這樣，已經兩個會的授權給健保署了啊！

## 李代表永振

主席，我贊成葉代表的意見。最後的結果是立法委員已經有決議，在健保會也爭取到預算，就不要再討論了，改列報告案。今天代表們所提的這些建議，再整個做一個檢討，從長計議。這樣消費者權益才不會 delay 到，今天這個問題也能解決。不然被砍的話，有錢不能用。

## 主席

那我們就依葉代表跟李代表的意見，就是轉報告案。那剛剛各委員所發言的，我們在未來有關安寧的緩和治療或是一般安寧居護及一般居家照護以及相關門診的諮詢費用、緩和醫療家庭諮詢費用是不是有資源的時候我們再一併討論，這個案子就照案通過報部，謝謝。第二案。

## 討論事項

### 第二案

案由：有關支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」等 2 項特材之支付標準編號 28030C 及 72050B 二項診療項目調整案。

## 主席

請代表針對討論案第二案發表意見，林科長先作說明。

## 林科長淑範

對不起，先跟代表更正一下資料，在資料的第 77 頁最後一項

72050B 內視鏡黏膜切除術，在支付點數的部份，支付點數應該是 8,199 點，13,364 點是加計材料之後的點數，請大家更正成原來的 8,199 點，以上。

### 羅代表永達

主席，這個地區醫院，因為買的東西都比較貴，你看我們 28030C，現在這個是從 200 點，我也不能說自費調 909，你看我們成本就 708，而且這個是 18 家醫療院所訪價的結果。這個大概不會再差很多，是因為我們的量本來就比較少，我們的成本都 708。

當我了解是抓中平，這個未免加起來不夠原來的錢。中平對我們是一個很大的傷害，所以這個要不要特別考慮，或者是說用不同的給付方式或者是能不能稍微提高一點，以上。

### 林代表富滿

類似包裹給付案，本次調整只有提 28030C 內含該項拋棄式特材，惟實際臨床上會用到這個特材，包括 28031C、47027C 等都會用到。所以臨床會碰到，病人在不同的手術或是處置，有時需要自付，有時就可健保給付，將引發爭議。就如上一次通過的關節鏡手術，也是其中有一個手術有應含，另一個手術沒含，病人於不同手術，有的要自費，有的就不需自費。是故，建議一開始還不確定這個特材會發生在哪一些手術或是處置項目的時候，該項特材先以健保給付，一段時間後，再分析該項特材應含於何項處置，這樣對民眾來講，才不會因接受不同的手術或處置，有不同的付費方式。

### 主席

好，謝謝林代表的意見，還有沒有代表？醫管組請回應剛剛羅代表跟林代表兩位的意見。

### 林科長淑範

先回應林代表的意見，內含項目列的是 28030C 是內視鏡切片，代表提到 28031C 大腸或小腸纖維鏡切片，我們跟學會討論的時候，確實沒有提到這一項，我們可以再徵詢學會的意見，執行大腸鏡切片的時候，是不是一定用到這一個組織夾，屆時我們再來做調整。

剛才羅院長有提到，在地區醫院平均採購價是比較高，就是 700，我們訪價是 708，可是在我們的下一頁，就是 75 頁裡面，我們對於採購之後再加 5% 的一個作業管理費，加起來大概將近 620 塊。

我相信大家回去之後，看到這種價錢都會跟廠商做調整，提供大家一個資訊參考，還有一個協調的空間。以上。

**主席**

請林代表。

**林代表富滿**

我再補充，類似剛剛講的 28031C 的情況，在 72050B 也有同樣的問題。可能健保署針對某一個醫學會詢問，其他醫學會沒有詢問，恐顧此失彼。

舉個例子，含在 72050B 的這個特材，也會用在 49014C、47074C 上消化道的息肉切除，有點有含，有點不含，相關的爭議將一直出來。

**張技士淑雅**

醫管組解釋一下，回應林代表所提，我們都有考慮到相關的診療項目。先回答 72050B 乙項，在跟台灣消化系醫學會討論的時候，因為 72050B 當初列在手術項的一般材料費就含了這個錢，所以學會認為這個是可以不用調整，而 72050B 當初新增時的成本，並未列先端部固定環，所以只需要包裹此項特材費用調整支付點數。

第二個，就是說在 49014C 跟 49027C 大腸鏡的息肉切除術的部分，

因為此 2 項診療項目，已是 102 年調整支付標準調整項目，所使用之特材為拋棄式組織夾學會的立場也表示，這樣子的支付點數足以支應。所以這個部分是不予調，就是不調整。

**主席**

林代表，這個解釋可以嗎？

**林代表富滿**

不太能接受，既然本來就含了，為什麼 72050B 這次有調整。

**張技士淑雅**

不是，72050B 只包裹給付先端部固定環，息肉切除術不需使用先端部固定，所以在 49014C 跟 49027C 不會包裹給付先端部固定環這項特材。

**林代表富滿**

我了解，但是會提這問題是因，目前這個東西會用在某一種處置，可是未來可能新的技術，會用到別的地方，那支付標準需不斷的調整，太辛苦了。再次建議把這個特材另外給付，有用就申報，沒用就不要申報，如此對民眾也很清楚，健保也不會多支出，我覺得這是一個兩全其美的方法，還是請健保署考量。

**主席**

特材要不要包含的問題，這是比較大的議題，今天我們不討論。醫管組林組長說明一下。

**林組長阿明**

翻到第 7 頁提的意見，其實之前在調整的時候，本署在詢價的時候，有些地區醫院，價格有的也比較低，所以是有高有低，不是全部

都是高的部分把它壓下來。

## 羅代表永達

這個主席都已經這樣講了。每次調查看到地區醫院比較高，就是有一個特殊的狀況，就是那專科性，就是某專科他就只有做這個東西，如果他拿到別人 90%以上，其它的醫院普遍不會有這個結果。

可是只有某專科，他只做骨科，有六個或五個很多的骨科，所以他的採購量或許會比其他科低一點點，特殊的狀況不能拿到這裡當例子說啦。說你們地區醫院有時候比較高，所以現在比較低本來就應該這樣。這是不公平的一件事，這一定反對。不然跟廠商講說你要降給我，那如果不降給我你要怎麼辦。

不然是不要買嗎？不要做，要不然怎麼辦，你跟我說。

## 主席

健保會有消費者代表在這裡。因為目前這一部份，有的醫院是被保險人自費使用的方式。健保署今年也有這一筆預算，用意就是希望盡量替民眾減少自費負擔醫材，當然我們無法滿足各層級之間議價所產生的問題。

我也知道地區醫院確實因為量少。就像是去雜貨店買跟去大賣場買絕對不會一樣的價碼，這個我可以理解。但是健保署出發點是在於儘量公平，這是第一點我要做說明的。

第二個，剛剛有問林組長說這筆預算有沒有用，可否保留或是留用至 104 年，在這個禮拜五會在健保會上討論。也就是 103 年沒有調整預算是不是會被扣除。這兩點請大家了解，所以如果健保會最後決定，因為有給預算，由健保署去調整，在共同擬訂會議又沒辦法達到共識，那錢就收回去了，民眾可能自費的問題還存在。

醫事服務機構願意去處理這一塊的時候，又覺得要吸收，又覺得虧很大。當然我剛剛講，真的資源有限的情況下，沒辦法滿足所有大家想要達到這個預期的目標，這個是我特別說明。那不曉得還有哪個代表要表示，如果沒有就請健保會代表表達意見。

### 李代表永振

主席、各位代表，如果是這個樣子的話，要放出去反而有意見，那就把他保留嘛！如果不能留到下一年度，就放在安全準備。從長計議，如果真的擺不平的話，就不一定要把他花完嘛？反正我們收入是固定的，支出一定要花掉，等於是安全準備少增加，從長計議的話就放著。

### 主席

醫管組說明。

### 李副組長純馥

這個案子我們也了解說，因為我們在做過程面特材評估的時候，實際上我們今年編列預算到現在為止，我們還有 4.34 億還沒有用，所以我們在禮拜五的健保會也有提案，如果我們按照現行機制，因為編在一般部門，那如果沒有用那其實就會去挹注點值，那其實就等於沒有買到減少民眾自費這一塊，可是就是醫院的點值會往上走一點點。

那如果要挪到安全準備，可能要重新再去，要針對這個協商之後的決議案去做調整，如果沒用完的部分要扣留下來，那因為原先在 102 年協商 103 年並沒提到說，沒有用到的錢要扣留，所以按照過去機制，它是會放到一般部門，就會隨著挹注浮動點值。

### 主席

講比較白一點就是說，我們到時候編這個預算是要做什麼事，那大家沒共識沒做，錢當然最後是滾到點值裡面，但是對消費者來講是不公平。

### 謝代表文輝

這個 12.31 億點，這是不是就在新增醫療項目裡面，這完全是很離譜的事情，你現在說我今年用多少，那是你的第一年耶。你有沒有算去年，假設編給我們十億，去年做今年編十億的部分變二十億，多的十億你都沒講，這完全沒有道理。

你現在講的只是說今年編的二十億裡面的十二億這新增，就有沒有剩多少，明年搞不好你檢討了都沒剩，藥品甚至還超過，多三倍、四倍。我是健保會的代表，你佔我便宜，這一點都不公道。如果說去年、前年，本來第一年用，第三、第四年多多少。到時候你倒著算，照這樣算一算，前五年這樣累積我們也許還欠醫院這邊三十億，所以用這樣的邏輯去算，我今年花多少剩下的就是節餘？那是沒有道理，因為那是應該累積算下來的。

### 主席

我聲明一下，那個不是藥，那個是編的預算。是為了新增的特材科技，我知道謝代表想要表達的意思，但是請不要誤會健保署的意思。

### 謝代表文輝

一樣的意思，一樣是這條錢。那都是變動的，而且第二年、第三年通常都高過第一年。

### 主席

因為現在機制是這樣運轉，每年在基期裡面就會繼續滾，所以謝代表講的我也了解，但是這不是藥品，我只能說當時候我們去爭取這

個預算是要做什麼事，有鎖定我們的目標，健保署立場只是要告訴大家是這樣子。

### 謝代表文輝

就是說其實沒有什麼吃虧啦！如果算吃虧的話是醫療院所吃很大的虧講不出來這樣子。

### 主席

我沒有說吃虧，是說被保險人被要求自費的時候是不公平的。當時候我們編這個預算是為了讓被保險人不要因為新特材或新的科技東西進不來而被收自費，所以我們才去爭取這個預算。

### 謝院長景祥(朱代表益宏代理人)

假如這樣子的話，就算要編的時候，也是應該要編到至少說不要讓地區醫院虧本，619點現在又浮動點值，大概在0.8，剩下不到500塊。不到500塊的時候，我們要用700去買，那708是平均囉。那有一些量大的醫院他買很多，甚至還低，有的醫院買到750，那等於是說，某醫院去做一個就虧250，這也沒有什麼道理。

我們當然不在乎醫學中心或區域醫院這一方面他們就有一些利潤出來了，但至少說要讓地區醫院這一邊的時候，用這個沒有問題，至少不要虧本。

### 主席

請林組長說明。

### 林組長阿明

這個部分我還是比較希望就是說，因為剛剛主席也特別提到說，確實我們編是希望民眾不要一直去自費，所以我們才特別去編。那當然說我們沒有編這個預算，當然就是繼續民眾就要自己去自費，那這

一塊如果通過那變成明年還是會有 1 點多億，民眾要自己掏腰包，那我想預算編在那邊，我們還是希望這個部分是不是可以朝通過的方向去走。

## 主席

台灣消化系醫學會的王醫師，要不要針對剛剛大家的意見表示一下。

## 王醫師秀伯(台灣消化系醫學會)

我想這個案子，最主要是針對做內視鏡切片一個觀念，目前因為切片我相信在座的各位還有全國同胞，這一輩子應該都會接受到這個切片。那目前因為濺到血的醫材我們是不希望再重覆使用，過去的話，因為沒有這種給付的時候，我們都不會重覆使用切片夾，不要做切片不要重覆使用的話，那就是必須要病人付錢，因為大部分來講，我們學會大概 80% 以上都是我們學會做，我們醫生的立場，事實上不喜歡給病人收錢，因為我們要解釋，過去的給付兩百多塊，其實我們也不敷成本，學會當初覺得這一案的話，我們是比較偏重於贊成的立場。

因為我想這個兩百零多塊的話，再給病人收錢會產生很大的問題，尤其對病患來講是不公平。那另外就是，切片夾如果再重覆使用的話，這個會不會引起感染，這個也是個大問題啦！我想這是我們的學會立場。

## 李副組長純馥

主席，是不是剛剛其實地區醫院也不反對，只是他認為我們的平均價格在 74 頁裡面，真的是地區醫院買的確實比較貴啦！但是這是因為他還沒納入保險他還沒議價過，那如果未來我們是不是在這個項目酌於給他調高一點。

就是說不要用 589，可能我們調到 650，是不是說讓地區醫院至少不會馬上就有那麼大的 GAP，讓這個項目通過，這樣是不是說可以比較折衷，謝謝。

### 謝代表武吉

主席，我覺得這樣，這案如果要過，你就照這個調查，那地區醫院也有八間，總共有兩萬八千多件。這不是說沒有議價，絕對有議價，我們再怎麼會議價還是 708 塊，那現在再乘於點值，708 不就變成 708 點，現在就是 708 點變成只有五百多塊。所以說，主席，我是建議說，照這個層級下去處理。照比例。

### 主席

目前我們支付標準，對單一特材或是單一的支付項目去做。無所謂的層級。

### 謝代表文輝

我們每次都輸，阿明組長都沒有想辦法，每次都說中平，每次都是地區醫院輸。

### 主席

超出預算。

### 徐代表弘正

我提一個原則大家來深思，當然我們很尊敬各個專科醫學會的意見，這不是講這個應不應該列入支付，是講費用的問題，這個我們本身也是專科醫師，這跟專科醫師有什麼關係。這個是醫院能不能營運下去的問題，是預算的問題。

專科醫學會不應該對，我覺得健保署對支付，應該付多少錢不應該由專科醫學會決定啦，這第一點。(…學會沒有負責價錢啊！)

就是贊成合不合理列在這個支付裡面，就是要不要付這個價錢，這個價錢合不合理，專科醫學會說應該付，但沒有說要付六百塊、付五百塊嘛，不能這樣模糊。

第二點，剛剛講到你調查的那個詢價、議價是我們每個醫院去跟廠商買多少元進來的，這個是用點值付給醫院。預算中平是健保署中平了以後，其實大家每個層級醫院都受到拖累。

**主席**

醫管組，針對徐代表的意見說明一下。

**葉代表宗義**

這個案子對消費者是有利，而且如果這個不能保留的話，我們消費者代表認為應該讓他通過吧。

**朱物理治療師世瑋(曹代表昭懿代理人)**

主席，這有沒有另外一種想法就是說，可不可以請醫管這邊看看maxmium價格是多少。看地區醫院能不能接受。

**主席**

有啊！我們提出來最高就是 650。因為現在這個特材還沒有納入健保給付，所以議價的廠商會比較覺得他有他的獨佔性，如果納入保險的話，其實在議價空間是會大一點。地區醫院面對的問題我知道，用 650 是有評估過。我們健保會也贊成通過，是不是地區醫院就先同意。

一年以後是不是我們再做調查看看，如果真的還是地區醫院比較不敷成本，是不是還有預算來調整，我們再來想辦法就是說再去爭取。

**謝代表文輝**

設一個地區醫院的價。

主席

所以這個案子是不是我們就通過，調整的平均價格就是單一使用拋棄式組織夾用 650 點，那這個案子我們就通過。

## 討論事項

### 第三案

案由：104 年全民健康保險國際疾病分類第十版（ICD-10-CM/PCS）編碼實作獎勵方案（草案）。

主席

各代表對討論案第三案有沒有意見，先請醫管組作說明，說明完我們再請張代表。

林科長淑範

ICD-10 預計在 105 年實施，是從 104 年延後了一年，我們希望在這一年裡面大家都可以做好準備，也可以順利接軌。105 年編碼實作獎勵方案，按照健保會編的預算，在其他部門有 2.5 億元，目前分成醫院跟診所 2 部分，我們再看到 89 頁，就是醫院的部分，因為醫院在 103 年已經做了編碼實作，所以，原則上醫院的住診就是維持在原本的架構上不做改變，只有增加 104 年 7 到 10 月必須要通過預檢的作業，讓大家在 105 年申報的時候能夠很順利的接上。其他的作業的方式都是維持現在 104 年的作業方式。

在 90 頁，是中、牙、西醫基層的門診，也希望在 105 年申報的時候能夠順利從申報資料，在 104 年 7 到 10 月當中，只要診所任一個月通過預檢程式的話，就會給一個獎勵金，是定額五千塊錢的獎勵金，以上。

## 張代表嘉訓

主席、各位代表，首先感謝健保署對這個 ICD-10 的一個鼓勵跟獎勵，那我是想幫婦產科講個話，因為你這邊也寫含婦產科，為什麼特別寫含婦產科，診所就診所，為什麼會寫含婦產科 375 家，這是我個人的猜測，因為現在在基層的診所大概只有婦產科有住院，對不對。

所以我是覺得就資料的處理方面，其實你應該對有接生、有住院的婦產科，應該有比較多一點的獎勵，所以我覺得貴署是不是可以考量用預算中平的原則，把有做住診服務的婦產科診所，還是把他的獎勵金酌予提高。譬如說到六千、七千這個我就沒有意見。

醫院反正已經也已經獎勵很久了，其實今年重點是擺在怎麼樣讓基層在明年的時候，後年的時候能夠如期上路。所以我也不知道你現在把就是說含婦產科診所你擺 375 家，我就不知道為什麼特別把它標示出來，是不是你也覺得他們在資料處理，因為它有一些處置比較多手術，所以它應該獎勵金是不是可以跟其他的診所酌予分別。我剛剛也請教了其他基層診所的代表基本上他們也同意啦！

那當然這個錢預算中平，我們也不要說多增加，只是你怎麼去挪用，這是我的意見，謝謝。

## 主席

醫管組回應一下。

## 林科長淑範

我們大家想的都是一樣，因為有接生的婦產科診所，除了門診之外，還有生產的個案的住院費用需要申報，跟一般診所不太一樣，怕大家誤會說婦產科診所要不要通過住院申報格式的檢核，所以我們特別規範只要通過門診的檢核就可以拿到獎勵金。

主席

第二個問題是，可不可以多鼓勵婦產科診所。

林科長淑範

我個人認為，做比較多事情應該領比較多獎勵，不過要動到醫院那一塊，因為醫院本來是 104 年就有 1 億的獎勵金，今天如果婦產科 375 家增加了，那勢必會影響醫院的結算的結果。

黃代表雪玲

他說用診所。

林科長淑範

用診所的預算。

張代表嘉訓

診所你也用點值嗎？我剛強調只是做接生，有些婦產科都沒有做，那個包括在裡面。

主席

那個…

李副組長純馥

我要解釋一下，醫院住診的獎勵是要雙軌編碼，也就是說他除了原有 I-9 的編碼之外，還要上傳 ICD-10 的編碼，我們才用件數去算，原則上我們不敢給基層醫師壓力，是因為我們認為如果我們要求基層跟醫院一樣要模擬編碼然後要上傳…等，我們很擔心你們會覺得壓力很大，所以我們要求基層的婦產科就比照一般的婦產科，只要能夠上傳及申報進來，因為婦產科診所雖然有住院，其實件數也沒有像醫院

量那麼大。基本上醫院有 coder，所以是 coder 在兩套編碼，所以我們認為需要給醫院一點成本回饋，如果說你們希望比照醫院用模擬編碼的方式，這個可能要試算件數及對財務大概的影響，因為這個預算 1 億元不是只有西醫基層，還有中醫跟牙醫，除非是說西醫基層診所願意以原來的預算額度去浮動，那中、牙醫就是維持五千元，否則我覺得很難去解釋；醫院的部分，其實現行已經浮動點值了，可能也不適合調動，依我們推估點值已經降到 0.8 左右，因為預算真的不足，可是我們認為雙軌推動，其實對院所壓力當然非常大，所以我們才不敢寫進來，其實如果你們願意，當然我們樂觀其成，只是這部份我們要重新估算，那我先說明到此，謝謝。

**主席**

張代表知道我們副組長意思，對你的建議她不是拒絕，而是說她要回去算一下基層診所對財務的衝擊。

**陳代表宗獻**

如果這個額度署裡面有一個規劃，那這個部份去做，然後也是可以浮動也沒有什麼關係。

**主席**

所以你們基層是同意囉？如果也是浮動？

**張代表嘉訓**

可以。

**主席**

那婦產科？

**陳代表宗獻**

婦產科特別是加了一個住院案件。

主席

這邊到底是多少，你回去算一下。

張代表嘉訓

可以算一下，因為有一些大型的婦產科診所，一個月的生產量比醫學中心還多。

主席

有的聯合診所。

張代表嘉訓

對對對，真的是很多。

李副組長純馥

要雙重編碼。

張代表嘉訓

那沒有關係，如果他們願意拿到這個條件的話，我是覺得你要把它列入考量，因為它處理資料花下去的時間、人力，事實上是不一樣的。

主席

張代表的意見，我們研議一下對財務衝擊怎麼樣，如果不是衝擊很大，原則上在下次決議辦理情形裡去呈現或是作說明，如果衝擊很大我們也會作說明，是不是讓本案先通過，當初本來是 104 年要執行，醫界代表是說要有半年讓資訊系統去做修改，還有編碼人員這些問題，所以我們也決定就延到 105 年，但是從七月，等於半年以後，公

告半年以後，我們就開始要做檢核，這樣才能在 105 年趕上進度，所以這個案子我們是否照案通過，張代表的意見我們也會研議對財務的衝擊以後，在執行情形裡面作報告。

### 李代表紹誠

主席、各位代表，李紹誠第一次發言，就是另外一個問題，就是我不曉得跟這個有沒有關係，就是 ICD-10 如果要這樣做的時候，我們軟體的部份，HIS 廠商是不是要免費，因為這是政策的改變。

### 李代表紹誠

沒有，以前我們談的只要署裡面政策改變是整體的，那個費用就不是我們來支付軟體的費用，這個 5000 點不是改軟體費用的錢，以上我想請教這個部份。

### 主席

不可能有關廠商軟體的費用，這個健保會大概也不會同意。

### 李副組長純馥

其實我們知道說，診所在因應健保 code 的改變上，其實你們系統是需要去做更新，不管是醫院或診所，那現在就是沒有辦法補助你們軟體更新的費用，因為這不是屬於醫療費用，可是在我們計畫內我們是提供一個獎勵誘因，明年七月到十月，會在我們的 VPN 設置一個預檢系統，讓各位配合的資訊廠商可以來測試各醫院各診所，這個系統可不可以通過我們的預檢，那在 105 年你的申報才不會因為我改 code 而讓你沒有辦法申報，所以其實這個等於就是提供一個誘因，然後如果你有通過，表示你已經跟 HIS 廠商談妥而且他已經改好程式，他才能通過預檢程式，那通過預檢程式我們就給予一家 5000 元，就是“元”我們寫在計畫就是“元”，因為它在其它部門的經費，所以

它不會動到你們基層總額的錢，它是一個定額，那大家我想就很清楚，謝謝。

### 林組長阿明

現在就是因為一個 HIS 廠商他不可能剛好只有服務一家診所，所以做五家十家甚至一二十家都有可能，所以我想雖然一家是 5000，不過我想診所可以大家一起談，那收費上面應該會比較合理，以上。

### 主席

好，本案就照案通過，張代表的意見請醫管組作研議。接下來第四案。

## 討論事項

### 第四案

案由：有關 TW-DRGs 案件「次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案實施化療注射劑」得另行核實申報項目之化療藥品相對應之處置代碼案。

### 主席

在各位委員表示意見前，先請林科長作重點說明，為何會有所謂的化療藥品相對應之處置代碼案。

### 林科長淑範

請各位代表看第 96 頁，支付標準的規定 DRG 案件，因為癌症的病人本來就排除 DRG 範圍，可是有些住院病人主診斷不是癌症可是次診斷是癌症在住院期間，病人可能會使用化療或放療的藥品，對於這類非癌症入院原因，因為使用化放療費用比較貴，所以在 DRG 通則中規範化放療費用要排除，排除的條件，第一、個案必須使用化放療，而且他次診斷必須是癌症，而且要有執行化放療之處置碼，所以

在第 96 頁的(2)我們可以看到處置必須是化療 99.25，還有放療 92.2x。在臨床執行過程中，有些病人單純只用荷爾蒙製劑，荷爾蒙製劑處置碼就不是 99.25、92.2x，所以建議增加一個 99.24，讓單純只用荷爾蒙製劑他的費用可以排除在 DRG 範圍。

**主席**

每年有多少案子？

**林科長淑範**

在 92 頁，我們可以看到一年，有的病患是「化療＋荷爾蒙」或「放療＋荷爾蒙」，這些個案都可以排除，現在是剩下單純只用荷爾蒙，一年大約三十三件，醫療費用有十六萬，以上。

**主席**

只是讓醫院可以有多一個碼申報，因為有一些被保險人確實是這種情形。

**黃代表啟嘉**

支持。

**主席**

好，謝謝。

**林科長淑範**

主席，我再特別補充一下，因為這個會在明年公告，在公告的時候，以往我們對這種排除項目、核實申報的項目，重新調整權重，因為本案點數很少，個案數也很少。

**主席**

應該不會有什麼衝擊。

林科長淑範

請容許我們不要再重算，以上。

主席

好，謝謝。請。

賴代表振榕

我想請教一下，那這個藥在打的時候是不是也可以申報化療調劑費嗎？

主席

化療調劑費就照原來的申報。

賴代表振榕

可以算進去嗎？

林科長淑範

你說核實申報嗎？

賴代表振榕

對。

林科長淑範

不行。

賴代表振榕

所以我要釐清這一點。

林科長淑範

我整理一下您的問題，您的問題是說如果住院次診斷是癌症的，他的化療藥品核實申報，他的調劑費有沒有核實申報？

**賴代表振榕**

我的意思說，調劑費可以申報化療調劑費嗎？

**李副組長純馥**

另外的公告。

**主席**

好，我們謝謝大家了解也支持，那就照案通過。再來第五案。

**討論事項**

**第五案**

**案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。**

**主席**

本案是修訂「全民健康保險急診品質提升方案」，本方案在評核會有討論過，現在請醫管組林科長做背景說明後，再請代表針對本案表示意見，今天有邀請台灣急診管理學會跟急診醫學會兩位理事長到現場，我們等一下請他們補充，健保會代表等一下聽完各方面意見後，再依據共識做最後決定。我們先請醫管組林科長說明。

**林科長淑範**

主席、各位代表，急診品質提升方案，是從 101 年實施到現在，今年協商 104 年總額的時候，每年我們都會在評核會報告執行成效，這項的執行率其實一直都沒有很高，所以 103 年是編列 3.2 億，104 年為 1.6 億縮編了經費。跟大家報告一下本次調整重點有兩大塊，第

一塊是對於現行方案本身的修正，第二塊是對於地區醫院急診醫師的支援跟專任醫師的獎勵，對於現行方案的修正提案內容寫了很長，綜整幾個重點：第一、對於支付點數的調升，包括敗血症還有下轉點數的提升。第二個修訂重點係對於適應症的放寬。第三、對於向上轉診放寬到向上跟平行轉診，這些修訂內容，經過會前與專業團體還有醫院團體討論過有共識的部分。第二個部分是對於地區醫院支援跟專任醫師的獎勵部分，在我們補充資料的第3頁看到，對於這樣的獎勵，我們也很擔心支援會重覆配置，所以我們在規範有特別規範，同體系醫院的支援我們就不給付，還有就是衛生福利部類似計畫獎勵我們也不重覆給付，以上簡單說明。

## 主席

請各位代表針對本案，林科長剛也做了補充說明，代表們不曉得對這樣的修訂有沒有意見。請謝代表。

## 謝代表文輝

這個案因為剛開始規劃的方案執行效率很差，其實後來這案問市的時候我們就提出意見，這個沒有辦法解決問題，因為這案其實是針對報章雜誌一直報說大醫院急診室壅塞，在地上做 CPR 之類的，是要解除大醫院的急診壅塞。當時提出來的方案都專家擬的，我們一看在實務上絕對沒有辦法解決。今天急診為什麼壅塞，很簡單嘛！古早時候連診所都有在看急診，我們這些老醫生、所有地區醫院都在看，所以當然就分散了，只有重症才會到大醫院，而且大醫院也比較少，過去有這樣的背景。今天所有的診所都不看急診了，地區醫院三分之二都沒看了，幾乎快要四分之三都沒在看急診，搞不好還不止四分之三，當然都只能擠去大醫院。所以你的解決之道就是要讓地區醫院、社區醫院投入急診，因為對民眾來說是福氣，剛好在我的社區裡面就有一間醫院在做急診，他才會留在這裡。當然要幫我們一下，地區醫

院急診量比去年增加，給我們多少補一些，500 點。但是我們覺得基本上這個方案是錯誤的，你訂上轉、處理時間限制什麼的，但是沒床才沒辦法收，所以事實上沒辦法解決問題。大家就很忙了，還多一堆文書作業，當然沒辦法執行，所以額度被刪一半，現在即使你轉診從 2000 點變 4000 點、1000 點變 2000 點，你給付多十倍，預算不就可以執行了？當然不是這樣，而是基本原則就錯了，今天你解決壅塞就要從地區醫院開始。所以我覺得這是個機會，地區醫院要再多施點力，從補助地區醫院做急診開始。當然這個額度還是太少，補助一個醫師三萬元，我說坦白一點現在請一個急診的醫師，三十萬四十萬也不一定請到人。醫師出走到馬來西亞，人家的急診都是台灣的急診專科醫師，我們在這邊請不到，所以你補三萬元還不會很成功，我覺得以後你補助要多一點，讓他真正有辦法做。之前專家規劃的那個方案執行不力，現在又很多人對這個有意見，像補助地區醫院，一個醫師三萬，一個患者 500 點，真正在社區看病的患者，比他跑幾十公里以外去看急診，你多個 500 點、1000 點，都應該給他。所以這個案整個邏輯設計就錯了，除非你有辦法鼓舞社區，真的像過去那樣恢復投入社區急診，不然絕對沒辦法解決壅塞的問題。這案我是覺得不用再討論，會前會已經邀集所有的代表、三個層級討論完，只好先加減試試看，做得不行再重新規劃，急診要怎麼分流才是真正的重點。因為這個案從 3.2 億變成 1.6 億，你要再照這樣在弄下去，變成八千萬、四千萬，更不好，所以我覺得這沒有什麼好討論的，討論有共識就儘快讓他通過。

## 主席

好，謝謝。急診學會這邊有沒有意見，因為他們今天有派代表出席。

## 謝代表文輝

跟他們沒有關係，第一次他們都有參加，意見有表達過了，第一次會前會就參加了。

**主席**

沒有關係，你們可以表示意見，三分鐘，請。

**顏理事長鴻章（台灣急診醫學會）**

台灣急診醫學會發言，我想這個案子基本立意良善，就是為了提升急診品質，以學會的觀點，目前學會在推急診品質方案的部分還是著重在第一個，急救責任醫院的認定。我們想說如果真的要補助，希望說還是著重在 24 小時營業的醫院，針對於假日或是夜間；至於說補助人力，我個人建議不要限制在急診醫師，而是在廣泛性的只要願意來執班的醫師、來看診的醫師，都應該納入補助的方案，那這是我們表達的三個意見。第一個就是急救責任醫院，第二個著重在夜間假日的服務，第三個不要只限急診醫師，任何專科醫師只要他能提升急診看診品質，我們學會都樂觀其成，以上。

**主席**

謝謝。請黃代表。

**黃代表雪玲**

不是，要把那天我們的共識再寫進來，就是有些燈塔型的醫院，因為在同體系就排除了，因為今年預算的問題，所以這些燈塔型醫院都不能加入，就像金山分院其實我們都長期派人資助他的急診，現在就沒辦法申請他的補助，所以上次的共識是說因為今年預算問題。

**謝代表文輝**

主席，你要寫在結論上啊！

## 黃代表雪玲

哪一年要幫我們爭取預算？

## 主席

決議裡面加註，如果預算有增加的話，優先考慮偏遠地區急救責任醫院，是不是這樣的意思？燈塔型的，就是在偏遠地區只有那麼一家地區醫院。

好，這案剛剛台灣急診醫學會顏理事長的幾個意見，你們就卓參，在下次資源有限情形之下研議。目前資源就是那麼多，我們就照方案先這樣子執行，也希望我們台灣民眾需要急診的時候有更好的品質服務。接下來我們第六案。

## 討論事項

### 第六案

案由：有關中華民國醫師公會全國聯合會針對「西醫基層院所合理門診量」提出之建議支付標準調整案。

## 主席

請醫管組先做簡單扼要的說明，包括第一、目前合理門診量的計算方式？為什麼需要調整？對財務的影響或什麼情形會受影響？先摘要說明後，再請代表們表示意見。另外，最後一點有提到，因為這樣的調整後，保險人當然也會擔心，被保險人（民眾）的就醫可近性會受到影響，這也是需要提到共同擬訂會議一起討論的原因之一。

## 林科長淑範

西醫基層的合理門診量在計算的時候，有兩個概念，第一個是看診日數的算法，第二個是分階段，每一階段的看診人次跟支付點數；

在這次調整方案中，兩項都有調整。

第一個，看診日數的算法，現在的規定是看診不足 25 日者，以實際看診日計算，例如：只看 20 日就以 20 日計算合理量，如果實際看診日數大於 25 日，就以當月全月的日數計算，就是如果看診 25 日、26 日，看診日數都以當月份總天數計算，可能 30 日或是 31 日，西醫基層建議修改的部分是大於 25 日這一段，將看診大於 25 日以全月日數計算，改成看診大於 25 日以 25 日計算，也就是不論看 25 日、26 日、27 日，甚至看到 30 日，都只能以 25 日計算合理量，這是第一個修訂看診日數的規定的部分。

第二個，是調整每一階段的看診人次跟支付點數，請大家看到 102 頁，102 頁（二）調整第一、二、五階段看診人次，第一、二階段都增加 5 個人，第一階段從原來的 1-25 人次增加到 1-30 人次，就是增加前面兩階段的人次；第五階段從原來的 71-150 人次增加到 81-150 人次，減少 10 個人，所以這是人次的調整。

第三個，是支付點數的調整，第一階段到第四階段的點數是沒有調整的，只有第五階段支付點數從現行 90 點調整至 70 點，這樣的調整會造成影響？雖然預估一年只有增加 0.4 億，財務影響不大，可是如果往後看到 104 頁，是依據 100 年申報資料每一家院所實際看診天數及人次模擬，目前門診診察費醫療費用點數是 493 億，申報家數有 10,370 家，按照全聯會的建議方案模擬之後，醫療費用點數是 493.4 億，只有增加 0.4 億，可是各分局的影響就會有一點點差異，例如：台北業務組申報的院所家數有 3,034 家，因為這樣的調整會增加診察費的有 1,793 家，將近六成的院所會增加；南區申報的院所家數有 1,642 家，診察費點數增加的有 929 家，占率為 56.6%，但整體上南區的門診診察費醫療費用點數是減少的；東區有 51.4% 院所門診診察費點數會增加。

再來，請翻閱 105 頁附件 6-2，主要是觀察調整後對各月份的影響，調整看診天數的計算方式後，對於不同月份，例如大小月份，有沒有差別，所以我們從一月看到十二月，可以看到一月份申報院所家數有 9,869 家，診察費增加的家數有 3,008 家，增加的家數占率約 30.5%，二月有 9,848 家院所申報費用，可是有高達 73.5% 的院所診察費會增加，所以調整方案對大小月份的費用是會有影響的。

接下來，請大家看到 106 頁附件 6-3，是呈現看診天數跟看診人數不同時的影響，請看大月 31 日的時候，如果看診小於 25 日，並按照看診人次分成四等分位來看，看診人次越多則調整後而增加的診察費的比例會增加，再往下看，看診天數大於 25 日，看診人次越多的，診察費收入反而會減少，這是健保署對於不同月份不同診所規模所作的模擬，以上說明。

## 主席

好，謝謝。請代表對於西醫基層院所門診合理量的調整表示意見。

## 黃代表啟嘉

首先，我要站在消費者立場看這個問題，第一個，我認為全聯會提出來的方案是符合消費者的期待，因為過去消費者會覺得院所看 25 天跟算 30 天的算法，好像是占便宜的精神，但現在是不管看診多少天，就算看診 30 天也算 25 天，其實這對消費者、對民眾也比較好解釋。第二個，有沒有符合合理量的精神，門診診察費為什麼看診前 30 個病人比較高，看到後面 100 個診察費剩下 1/4、1/5，因為原來合理量的精神就是讓看診量多的醫生收入稍微做一些限制，避免一個醫生負荷過大，造成醫療品質下降，所以合理量的精神本來就是會削弱看診量多的醫師的收入；這次調整方案事實上是對看診量多的醫師更進一步做一些限制，當然影響不是很大，所以這案子也符合合理量的精神。我們非常支持健保署講的，怕影響民眾就醫權益，其實最近民眾

常常有一個詬病，為什麼人口數沒有增加很多，但是看診次數變那麼多，好像是醫界製造出來，但事實上並不是如此，這個是一個值得考慮的議題，民眾的看診次數好像超過人口增加的比例，造成總額的負擔，也造成健保永續經營的危機，事實上，這方案本身有一個前提，就是要考慮到民眾假日就診的權益，全聯會非常支持民眾假日就診的權益，也支持做監控的機制，萬一影響到民眾假日就診的權益，就回到原點，馬上在次月就回到原來的方案。至於如何監控，我認為不應從供給面，而要從需求面來看，甚麼叫需求面，民眾本身在假日就醫的比例是否因這制度而下降？如果沒有下降，假日就醫比例占全體就醫比例維持一樣的話，顯然民眾假日就醫的權益就沒有受到影響，因為民眾需求的滿足慾還是維持在原來範圍內，只是這東西下降本身在統計學上要以什麼為立意，應該要做進一步的研究，統計學上要差多少百分比才算是影響到民眾的權益。搞不好假日就診需求反而滿足的更好，這也不一定，因為新制度下去以後，醫師的執業型態會有甚麼樣的改變，會不會影響民眾的就醫型態，但是我認為在消費者立場來講，事實上是不會受影響的，尤其是有加上假日監控機制的話，對於民眾假日就診權益應該是不會影響的，因未否則會回到原點，這是全聯會提這個方案的緣由，請各位參酌，以上。

## 主席

好，謝謝。健保署對於調整方案並沒有異議，只是在監測指標的操作部分，基層公會與健保署的想法有落差，剛剛黃代表提的是可以做學術研究，還要標準差，健保署沒辦法做到，只能去看監測數據，所以操作型定義有點不太一樣。請醫管組說明一下監測值指標。

## 林科長淑範

不曉得是否大家手上有拿到一張補充資料？

## 陳代表宗獻

我先講一下本案的背景，會提到這個會議來討論，當然是做確認，但是我們在西醫基層研商議事會議裡面，已經從頭到尾做過一番的模擬跟討論，會議上也包含各個層級及消費者代表，並不是醫師公會全聯會提到這個會議的，本案是經過西醫基層研商議事會議討論通過之後，再提到本次會議討論，所以這個案子跟以前那些案子一樣都是討論過的。

## 主席

我知道，所以剛剛我說健保署並沒有反對這個案子通過。我是說基層公會對監測指標的操作型定義與健保署的操作型定義不一樣，只是要處理這一個問題。

## 林科長淑範

請大家看到補充資料，在 11 月 20 日西醫基層研商議事會議的決議共有四項指標，第一個指標是診所假日開診率，第二個指標是診所假日看診人次，第三個指標是診所看診天數，第四個指標是醫院假日急診量。對於這四個指標，健保署提出來定義在下面的操作型定義中，醫師公會全國聯合會也有來文針對指標提出修改意見及其定義。第一個是假日診所開診率，對於這項指標，健保署的意見是，因為是診所假日開診率，分母應該是當月假日的總天數，分子是平均每家診所這個月假日看幾天，就是假日開診率，這是健保署的定義。醫師公會有兩建議，第一個是診所假日開診率，定義是假日有開診的診所數除以總診所數，例如，共有 100 家診所，其中 50 家診所假日有開診，診所假日開診率就是 50%。第二個是診所假日開診天數占率，就是診所假日開診天數除以診所總開診天數，這是另一個指標定義，全聯會提出指標當然有它的定義來源，不過因為指標會受到分母的影響，導致整個指標變動，並不是非常理想的指標。第二個指標是診所假日看診人次，健保署建議應該是當月假日總看診人次除以假日總看診天

數，計算出假日平均每日之看診人次。全聯會提出診所假日看診人次比率，它是用比率概念，以診所假日看診人次除以診所總看診人次，也是同上面的問題。當天西醫基層研商議事會議中，第三個指標是診所看診天數，第四個指標是醫院假日急診量，最主要是要看=診所看診的天數是否減少，或是醫院會不會因為假日診所休診，導致醫院的急診量增加，所以提出這些指標，全聯會對這兩項指標沒有提出操作型定義，以上。

### 陳代表宗獻

其實我們的意思是一樣的，只是計算方法不一樣，方向也是相同。我不太記得那天我們有討論這些指標，不過我覺得還可以啦，其實這幾個指標都是可以討論的。第一個診所假日開診率，健保署的定義是當月例假日開診的天數除以當月例假日總天數，這個算法跟醫師公會全聯會的定義有一些差異，我自己覺得我們的定義可能有點問題，因為總診所數會一直增加，所以就依照健保署的定義。

### 主席

好，第一個就按照健保署的定義。

### 陳代表宗獻

第二個是假日開診天數，我們有一個假日開診天數的占率。

### 主席

假日診所看診天數在第三個，現在先討論第二個。

### 陳代表宗獻

健保署的看診人次跟我們的假日就醫人次比率的概念，基本上方向都相同，是要用哪一個的問題。

## 主席

哪一個指標比較好操作？

## 陳代表宗獻

其實假日開診天數占率和假日就醫人次比率這兩個指標是要合在一起看，為什麼？因為舊的門診合理量在執行的時候看診 25 天以上可以算 30 天，所以 24 天跟 25 天合理量差距非常大，舊的制度的合理量差 8%~10%，所以當時會出現一些狀況，就是假日診所開診看 1、2 個病人，就關門了，新的制度因為 24 日跟 25 日合理量的差距不大，所以期待能透過監測指標觀測到這種情況，所以舊的制度跟新的制度比較若有增加的話，就表示這制度有改善假日看診的狀況。畢竟假日開診一天，跟開診一個小時是不一樣，我們的重點是在這裡，不是要做甚麼有利或不利的東西，只是要把這些監控出來。

## 主席

第二個指標，剛剛陳委員有提到，現在就是要問同仁，因為有的時候從申報資料，我們很難從一天的看診人次去判斷診所是看一個小時或是開診一天，因為有的診所生意很好，有的診所禮拜天就只有一個、二個病人，也不能說就是只有營運一個小時，這樣子顯得太武斷。所以如何可以透過申報資料提出操作型定義。

## 陳代表宗獻

現在這兩個指標一起看的話，假日開診天數占率的時候，因為分母是開診天數，所以它的申報單位是天，不管幾家診所，總看診天數出來以後，再看假日的看診天數，比值就出來，再去看這天數裡面看了多少病人，所以第二個指標是假日看診的人次除以診所總看診人次，這兩指標配在一起，就會看到假日看診的天數跟人數，這兩個公式合起來，就會看到一天看診多少人，兩個指標合起來一起觀察，這

樣應該還可以啦。

## 林科長淑範

我表達一下，本項監控指標的目的是要看假日一天看多少人，剛剛陳委員提到要把兩指標放在一起看，最主要是假日開診天數就是第二個指標的分子，跟第三個指標假日看診人次，其實就是健保署指標的分子分母，其實我們都可以算，用健保署的指標也沒有什麼不好。

## 黃代表啟嘉

其實我要給健保署一個想法，其實我比較重視的是假日服務的比例有沒有下降，若是單看診所開診家數，卻使服務品質下降了，這是民眾損失，我們所有指標應是從民眾端、從消費者端來看診所假日服務比例有沒有下降。

## 主席

有關監控指標的操作型定義，健保署會後再跟全聯會討論，原則上健保署不反對調整，但是因為民眾就醫的可近性是會被拿來檢視的，而且也是健保署每次在向其他國家說明，或是評核會報告時提出的特色之一，如果這個特色也受到挑剔的時候，對西醫基層可能有不好的影響。有關指標的訂定，是不是請醫師公會跟醫管組會後再將它定義的更明確、簡單、易行、好操作，因為我們真的沒辦法像學術單位做研究一般，健保資料這麼多，且每天都在動態，實在沒辦法再去做校正、判斷有沒有變動、有沒有意義等。希望可以在保障消費者就醫權益之前提下兼顧，可以從健保申報資料很清楚分析出來。這個案子就先照案通過。接下來今天的第七案。

## 討論事項

### 第七案

## 案由：104 年度其他部門有關「跨層級醫院合作計畫」案。

### 主席

好，醫管組做說明，剛剛我們一開始說的會議決議辦理情形被列管的三個項目，這是其中一項，另外一項因為牽涉到醫療政策，所以社保司要帶回去跟醫事司討論，這是第一個說明。第二個是我們預算只有一億，那天我們開會有再討論，剛剛黃代表提到的，現階段實在沒有經費，我們也是希望像台大派去金山支援，因為是同體系所以就被排除在外，所以那次會議裡有要求說未來醫療資源夠的時候，要把偏遠性、同體系的也要納入，這個是在 12 月 18 日邀請各層級跟醫學會討論的結果，我們已經把那天大致開會的決議、討論情形列在這裡，醫管組要不要做個說明。

### 謝代表文輝

因為這個還是沒有，我替雪玲講一下，那天就像前面急診講的一樣，就是應該把這些燈塔型資源不足地區醫院也納入，所以我們前面雖有補了！行政院也有在計畫裡頭，但還是不應該排除，以後資源多的話這些還是要列入，其實同體系的也應該要列入，因為其實都是賠本去做的，我是覺得把這個再宣示一下，那我們這裡有幾位都是健保會的委員，明年度就拜託大力的增加這一部分的資源，不然可憐呀！

### 主席

要指標能夠達到。

### 林組長阿明

現在有兩個，第一個是點數的部分，當然這邊在第 21 頁的括弧 4，因為限制一億，所以原則上我們是每診日不是每診次啦，那派出支援、受支援合計是 2600 點，那單一醫院每季申請總金額是 26 萬點，

這是醫療點數補助的部分，另外一點就是在第 19 頁講的同體系，原則上當然是跟急診那邊定義一致，但我想還是要請教地區醫院這邊，因為我們同法人、公立醫院體系當然都沒有問題，現在大家比較有疑慮的就是它在檯面上當然也很清楚，有一些像私立醫院這部分我不知道社區醫院定義上有無建議。

**謝代表文輝**

可以分區認定。

**林組長阿明**

但是現在有時候去看，像是彰基體系要進到 Internet 去查，就是相同體系單位都在裡面。

**謝代表文輝**

有疑義的可以自行舉證。

**主席**

我們現在就是看不到資料。

**謝代表文輝**

所以有問題的就自己舉證。

**林組長阿明**

其實這部分有沒有其它…

**吳代表進興**

主席各位委員大家好，其實這個案子是相當好，理論上如果經費多一點更好；而計畫案內容~第二大點的括弧二的第 4 小點這地方，我是覺得這部分似乎有點美中不足，既然要建立轉診制度、要去落

實，其實醫療設備共享怎麼會只有檢驗資源共享，這有點美中不足，我建議是把括弧內的內容去掉，醫療設備共享涵蓋很多很好很好的設備，這是很好的一個方式，可以節省健保的費用…等各方面當然都相當好，以上。

**主席**

所以就「醫療設備共享」就好，後面括弧中的「檢驗資源共享、轉代檢」這句不要，這樣可以嗎，醫管？

**林組長阿明**

可以。

**謝代表文輝**

其實因為這個主要前提為什麼設這麼多限制，主要是因為只有一億，其實比較大的用意就是真的大小醫院合作，串聯給他達到分級醫療，大病到大醫院，小病到小醫院，在這樣的邏輯底下，其實全部都不應該排除，應該讓所有的醫院大小醫院它都合作，體系鼓勵它要串聯，不要都集中到大醫院去看。所以理論上支援如果健保會有這麼大的宏觀的理念，它應該全部都支持，當然現在在資源不夠的時候，我們當然就支持署的，明年有增加優先把這些補齊，燈塔型，它就是基礎不足，所以主席有宣示以後資源有增加優先這些醫療資源不足的給它補進去，甚至屬於同體系的大間醫院也是虧本去做，臺大金山都是在虧本，這個大家要有共識。剛剛大家講的認定當然都沒有問題，供應的這些體系，那麼到底下如果辦法我們也留一個就是各別醫院覺得有疑義就自己直接去舉證，提出財務等等舉證，上一次提過，這樣是保持一個比較好的彈性。

**主席**

如果大家沒有特別意見，這案當然就…因為預算這樣。不過我剛剛沒有說宣示，我只是說未來健保會有增加資源下來會把燈塔型醫院納入…那不是我可以宣示就有辦法，我先說明，我只是說未來如果有增加資源，也可以把燈塔型同體系納進來方案裡面討論，當然轉診或是分級醫療如果能把它建立起來，對各層級之間的功能發揮當然有它的功能，醫學中心就可以比較有時間去做急重症研究教學，這是我們的理想，當然資源投入以後是不是就一定有效我不知道，只是有一些監測指標呈現情形如何，我們會再做一些評估，有沒有委員還有其它意見，請。

### 林代表富滿

請問這計畫派出與受支援經費撥付對象？

### 林組長阿明

直接給地區醫院。

### 李代表紹誠

關於剛剛基層合理門診量部分，是不是可以順便~這禮拜有沒有可能趕快跟醫管組把操作型定義把它弄出來，我覺得時效上非常重要是因為如果可以在一月盡快讓它上路的話~我們是一季季的點值，所以不要一月是一個制度、二月是一個制度，這樣有沒有可能可以從一月開始做這事情，對於我們會比較方便，以上。

### 林組長阿明

定義我想我們會盡快，不過這邊我還是要提醒一下，因為這改變蠻大的，我不曉得全聯會有沒有其他配套措施，因為可能來開會知道就是這樣做~到時候下去，上下不一致，一會兒改變一會而又回到原點，我想可能也不是大家想要的，所以不曉得全聯會有沒有什麼配套

排班等等，不然到時候假日一定會縮，大家都跑到大醫院。

### 李代表紹誠

其實假日不用擔心，就像台北區跟北區曾經假日看診抽審，結果都還有大概將近三成到四成。

### 主席

那個是那時候的狀態，你們代表當然很清楚，來開會的當然清楚，但是很多基層診所醫師，說句老實話，派出來的代表不是醫師娘就是總務、掛號小姐，所以不是你想像的那麼理想，所以很多醫師看診，但是很多規定還有你們公會的活動，很多醫師都沒有在出席，我從三個業務組這樣走過，每次在推動業務其實有它的困難點。當然指標我們會趕快跟你確定，然後報部，剛剛我們組長的建議你們看有沒有配套，只要我們一監測有問題那就是回到原點也不一定。好，我們健保會委員有沒有特別的意見，沒有，我們今天就開到這裡，也祝大家聖誕節快樂、平安夜一路平安。