

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

108 年第 1 次臨時會會議紀錄

時間：108 年 1 月 24 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

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

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

衛生福利部全民健康保險會

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

台灣醫院協會

盧豐華主任(成大醫院)

周明岳主任(高雄榮總)

李孟智教授(台中醫院)

陳亮恭主任(台北榮總)

中華民國(台灣)口腔顎面外科學會

社團法人台灣龐貝氏症協會

台灣胸腔暨重症加護醫學會

臺灣醫院整合醫學醫學會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署企劃組

周雯雯

邱臻麗、馬文娟、盛培珠、
吳晟浩

王逸年

連新傑、許家禎

宋佳玲

陳哲維、林筱庭

陳瑩珊

鄭禮育、何佳儒、吳心華、
林佩荻、王秀貞

盧豐華

周明岳

李孟智

彭莉甯(代)

羅文良

鄧慧娟、楊佳鳳、呂立、
楊玲玲、褚妍伶

黃坤崙

吳義勇

方淑雲、林育如、林于婷、
蔡育緯、徐佳瑜、施羽真、

郭巧宜、魏妤娟、蔡雅安、

黃鈺嵐

廖智強

張傳慧

吳千里

本署醫務管理組

李純馥、劉玉娟、谷祖棣、
林淑範、劉林義、王玲玲、
韓佩軒、洪于淇、鍾欣穎、
陳依婕、吳明純、許博淇、
簡詩蓉、鄧家佩、黃思瑄、
楊瑜真、林美惠、沈瑞玲、
李宛臻、張毓芬

一、主席致詞：略。

二、報告事項

(一) 106 年至 107 年上半年本保險特約院所提報支付標準未列項目之處理情形報告案。

決定：洽悉，摘要如下。

1. 屬已列項：將項目名稱及對應支付標準代碼公開於本署全球資訊網，並函知各院所其提報項目對應之支付標準代碼，依實際執行情形申報；屬 HTA 項目，將再向各院所重申本項申報規範。
2. 屬未列項：新增項目將請原提報量最大之院所辦理新增診療項目；現有診療項目修訂名稱或備註，將彙整提至專家會議討論。於未完成診療項目新增修訂前，依統一比照之支付標準代碼申報。

(二) 108 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案。

決定：洽悉，修訂重點如下，詳附件 1，P7~ P10。

1. 同意開放編號 09129B「維生素 B12 免疫分析」、12073B「淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗」、14074B「HIV 病毒負荷量檢查」、18007B「杜卜勒氏彩色心臟血流圖」、18019B「攜帶式心電圖記錄檢查」、20013B「頸動脈超音波檢查」、22017B「平衡檢查」、51018B「光化治療」、51019B「光線治療」、51033B「皮膚鏡檢查」、12202B「C 型肝炎病毒核酸基因檢測—即時聚合酶連鎖反

應法」共 11 項診療項目至基層適用。

2. 其中 12073B「淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗」及 14074B「HIV 病毒負荷量檢查」兩項，加註：「西醫基層院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報」。

(三) 支付標準第三部牙醫新增「單側顱顎關節鏡手術」案。

決定：洽悉，同意新增「單側顱顎關節鏡手術」，支付點數 19,677 點（表訂支付點數 12,861 點），並於支付規範明訂「限牙醫門診申報」，詳附件 2，P11。

(四) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）文字修訂案。

決定：洽悉，修訂重點摘要如下，詳附件 3，P12~ P22。

1. 第一部總則增列「第二部西醫、第三部牙醫、第六部論病例計酬」支付規範有關期間天數之定義方式。
2. 修訂第二部西醫編號 44501B「特殊心理社會治療—成人」等 8 項診療項目中文名稱，及併同修訂 47094B「心跳停止之低溫療法—第一天(≤24 小時)」等 7 項診療項目支付規範；修訂第八部品質支付服務第一章結核病 A1001C 名稱為「結核病例醫師確診診察費」且增列「不得與門診診察費同時申報」之支付規範。

三、討論事項

(一) 修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段之收案條件案。

決議：同意計畫增列龐貝氏症（肝醣儲積症第二型 Pompe disease；ICD-10-CM：E74.02）為居家照護對象，詳附件 4，P23~ P45。

(二) 修訂「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」案。

決議：同意修訂，修訂重點如下，詳附件 5，P46~ P49

1. 新增「基層診所專科醫師於星期六、星期日支援地區醫院」。
2. 調整每月接受支援上限，支付標準修正為「個別地區醫院每月

接受支援上限為 40 診次。當月星期六開診率達 100%且星期日開診率達 50%以上者，該月接受支援上限為 50 診次。」

(三) 修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」。

決議：同意增修訂內容如下，詳附件 6，P50~ P65。

1. 參與本計畫之醫院（或整合團隊），應檢附計畫書申請，並經保險人審查通過月份開始實施。
2. 執行模式：
 - (1) 未開立整合照護門診模式：醫院（或整合團隊）未開立整合照護門診者，同一保險對象如同一日於參與計畫醫院就診多科，並由最後就診醫師整合開藥及處置者，得僅收一次部分負擔，惟不得申報本計畫之門診整合初診診察費、複診診察費，同日就診多科由醫師認定。
 - (2) 開立整合照護門診模式：承作醫院應先行報核整合門診之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳健保資訊網 (VPN)，如有異動，重新報備並更新 VPN 資料；醫學中心平日看診日每日至少開診 2 個診次，區域醫院平日看診日每日至少 1 個診次，地區醫院不限診次。
3. 開立整合照護門診模式之相關規定：
 - (1) 承作醫師資格：不限專科別，但須完成 6 小時教育訓練課程(實體或網路課程)；各相關學會均得辦理教育訓練。
 - (2) 照護對象：本署不再主動提供名單，由參與醫院依保險對象最近 3 個月經 2 位(含)以上醫師看診，符合下列條件之 1 者予以收案照護：
 - A. 給藥日份 \geq 28 天之案件中最近 3 個月申報之主診斷中有 3 種(含)以上慢性病者。
 - B. 最近 3 個月至少申報 2 次(含)以上慢性病連續處方箋且最近 3 個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達 10 種(含)以上者。
4. 開立整合照護門診模式之費用核付：診察費依看診階段給付不

同點數，分別為初診、複診共 2 階段，並於整合完竣後，回歸一般門診(一般案件，不納入本計畫申報)。

(1) 整合門診初診費 1,500 點，含周全性評估及照護計畫。

(2) 整合門診複診費 1,000 點，初診後半年內執行，最多 2 次。

四、臨時動議：無

五、散會：下午 17 時 00 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

第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

一、一般生化學檢查 (09001-09139)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
09129 B C	維生素B12免疫分析 VIT-B12 (EIA/LIA)	y	v	v	v	180

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
12071B	淋巴球表面標記 Lymphocyte surface marker — T細胞及B細胞定量 Total T & B lymphocytes 註：單源抗體定量T及B細胞或E及EAC-rosette。		v	v	v	400
12072B	— 癌症腫瘤檢驗 Tumor/cancer 註：包含成熟T及B細胞檢查，輔助性及抑制性T細胞，殺手細胞及活化細胞之檢查。		v	v	v	1000
12073 B C	— 感染性疾病檢驗 Infectious disease 註： <u>1.包含成熟T及B細胞檢查，輔助性及抑制性T細胞檢查。</u> <u>2.西醫基層院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報。</u>	y	v	v	v	800
12074B	— 免疫性疾病檢驗 Immunological disease 註：包含成熟T及B細胞檢查，輔助性及抑制性T細胞，活化T細胞及其他HLA之單源抗體檢查。		v	v	v	1747
12076B	— 其他疾病 Others 註：至少包含五種有關T及B細胞檢查。		v	v	v	1000
12202 B C	C型肝炎病毒核酸基因檢測 HCV Genotyping Test — 即時聚合酶連鎖反應法 (RealTime PCR)	y	v	v	v	2450
12203B	— 一般聚合酶連鎖反應法 (PCR) 註： 適應症： 1.疑似感染C型肝炎(包含急性、慢性，及未知原因感染者)且C型肝炎核酸病毒量檢測結果為陽性患者。 2.未做過基因型檢測的C型肝炎陽性確定患者。		v	v	v	1280

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
14074 ^{BC}	HIV 病毒負荷量檢查 HIV viral load test 註： 1.限衛生福利部愛滋病指定醫院申報。 2.限用於愛滋病治療監測，每人每年限四次。 <u>3.西醫基層院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報。</u>	<u>y</u>	v	v	v	4000

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

通則：

- 1.特殊造影檢查所定點數包括速洗費、注射費、造影藥劑費、手術費在內，不得另行申報。
- 2.本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。

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
18007 ^{BC}	杜卜勒氏彩色心臟血流圖 Doppler color flow mapping 註： 1.已含超音波心臟圖，不得同時申報18006C。 2.適應症： (1)心臟手術或介入性治療前後之評估。 (2)瓣膜性心臟疾病。 (3)先天性心臟病。 (4)心肌病變或缺血性心臟病。 (5)主動脈病變。 (6)心臟衰竭。	<u>y</u>	v	v	v	2000
18019 ^{BC}	攜帶式心電圖記錄檢查 24hrs. Holter's scan 註： 1.包括材料費 (patient kit)在內。 2.限心臟專科醫師實施，申報費用應附檢查報告。	<u>y</u>	v	v	v	2800

第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-20043)

通則：本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。

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
20013 B C	頸動脈超音波檢查 (Dopscan)	<u>y</u>	v	v	v	800

第十六項 耳鼻喉系統檢查 E.N.T. Examination (22001-22040)

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
22017 B C	平衡檢查 V.F.T. (vestibular function test) 註：包括上肢、下肢偏倚檢查、起立檢查、眼球運動檢查、頭位變化檢查等項。	<u>y</u>	v	v	v	450

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

五、皮膚處置Dermatology Treatment (51001-51033)

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
51018 B C	光化治療 一天 Photochemotherapy (PUVA) daily 註：1.應於病歷上註明每次治療日期及劑量。 2.病情穩定者，同一療程以六次為原則。 3.每週至多可申報三至四次為原則。 4.適應症：乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒性皮癢症，或其他經公認照光治療有效之皮症。	<u>y</u>	v	v	v	855
51019 B C	光線治療 (包括太陽光、紫外線、紅外線)一天 Phototherapy (including sun-lamp、ultraviolet light、infra red)daily 註：1.應於病歷上註明每次治療日期及劑量。 2.病情穩定者，同一療程以六次為原則。 3.每週至多可申報六次為原則。 4.適應症：乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒性皮癢症，或其他經公認照光治療有效之皮症。	<u>y</u>	v	v	v	430
51033 B C	皮膚鏡檢查 Dermoscope examination 註： 1.適應症： (1)皮膚癌症追蹤(黑色素細胞癌、基底細胞癌、鱗狀細胞癌、其它皮膚癌症等)。 (2)皮膚角化、色素性腫瘤良性或惡性鑑別診斷。 2.支付規範： (1)每人每月限申報一次。 (2)同一病灶第二次申報需間隔六個月，申報時需附病歷紀錄及皮膚鏡照片。 (3)限皮膚科專科醫師執行申報。 (4)不得同時申報編號51003C及25004C。	<u>y</u>	v	v	v	250

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第三部 牙醫

第三章 牙科處置及手術

第四節 口腔顎面外科

第二項 開刀房手術(92201~922~~29~~30)

通則：

- 一、手術費用按「手術費」及「手術一般材料費」支付點數之合計點數計算之。需用及特殊治療材料者，經保險人同意後，另外申報請領。
- 二、各項「手術費」依本項各診療項目所訂點數計算之。
- 三、各項手術所需之「手術一般材料費」均依本項各診療項目所訂點數之53%計算之。
- 四、急診病人因緊急傷病而必需立即手術者，其「手術費」得按本項診療項目所訂點數加算30%，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。

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
92230B	<p><u>單側顱顎關節鏡手術</u></p> <p><u>Temporomandibular joint arthroscopy</u></p> <p><u>註：</u></p> <p><u>1. 需檢附術前一年內顱顎關節障礙初診特殊檢查表或顱顎關節障礙複診特殊檢查表。</u></p> <p><u>2. 本項支付點數已包含鏡檢費用、一般及特殊材料費、單一使用拋棄式刮刀及磨刀在內。</u></p> <p><u>3. 需檢附術前及術後之清晰照片。</u></p> <p><u>4. 限牙醫門診申報</u></p>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>12861</u>

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第一部 總則

- 一、本標準依全民健康保險法(以下稱本法)第四十一條第一項規定訂定之。
- 二、各保險醫事服務機構適用本標準所列各診療項目，醫學中心、區域醫院及地區醫院依全民健康保險法施行細則第五十九條規定辦理簽定合約之特約類別及支付適用表別，該條文未明列之類別如下：
 - (一)基層醫療院所：指醫學中心、區域醫院及地區醫院以外之醫療機構（以下稱基層院所）。
 - (二)特約藥局。
- 三、經主管機關評鑑合格之各層級醫院精神科，依該院之支付適用表別點數申報；經評鑑合格之精神科專科教學醫院，依區域醫院點數申報；經評鑑合格之精神科專科醫院，依地區醫院點數申報。
- 四、各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，從事適用類別以外之診療項目時，得定期向保險人申請核可適用。
- 五、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。
- 六、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所訂點數申報後，由保險人按門診每一申報案件扣留十點、住院每一申報案件扣留五十點，作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 七、本標準各診療項目支付費用一律以點數計算，每點支付金額依據全民健康保險法第六十二條定之。
- 八、全民健康保險會協定之年度預算所訂之計畫或方案，其給付項目及支付標準依本法第四十一條所定程序辦理，並依各該計畫或方案之規定給付與支付。
- 九、本標準所稱「山地離島地區」，依「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」之規定辦理。

十、事前審查：

- (一)依本法第四十二條規定，保險醫事服務機構為保險對象施行附表所列項目及各診療項目已規定應事前審查者，保險醫事服務機構應依規定申請事前審查。
- (二)保險醫事服務機構向保險人申報事前審查時，應檢附下列文件：
 - 1.事前審查申報書。
 - 2.足供審查判斷之病歷及相關資料。
 - 3.前項應事前審查項目規定之必備文件資料。
- (三)保險人應於收到保險醫事服務機構送達事前審查申報文件起二週內完成核定，逾期未核定者，視同完成事前審查。但資料不全經保險人通知補件者，不在此限。
- (四)經保險醫事服務機構認定因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。
- (五)依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申請或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。事前審查案件，申報或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。

十一、施行特定治療檢查檢驗項目，除本標準已明定適應症外，應符合衛生福利部公告之「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」。

十二、經主管機關核定公告不給付之醫療服務項目如下：

- (一)近視手術治療。
- (二)非治療需要之人工流產，惟因性侵害受孕之人工流產醫療費用不在此限。非治療需要之人工流產係指以下項目以外之人工流產：
 - 1.本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
 - 2.本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
 - 3.有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。
 - 4.有醫學上理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。
- (三)酒癮、煙癮之戒斷治療。

(四)以裝配眼鏡(含隱形眼鏡)為目的之診療項目，包括：眼科驗光檢查、交付配鏡處方及診察費等。(中華民國一百零四年十月二十二日衛部保字第一〇四一二六〇七一五號公告)

十三、地區醫院週六、週日及國定假日之西醫門診(不含急診)案件，申報本標準第二部各診療項目(不含第二部第一章第一節門診診察費)，依各該編號項目所訂點數加計百分之三十支付。

十四、第二部、第三部及第六部診療項目備註中有關期間天數之定義方式：每週(每星期)係指七天，一個月係指三十天，三個月(季)係指九十天，六個月(半年)係指一百八十天，十二個月(一年)係指三百六十五天，十八個月(一年半)係指五百四十五天，二十四個月(兩年)係指七百三十天。每年係以日曆年計。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第三部 牙醫

通則：

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

二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。

三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報30%加成費用。

(一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：

1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。

2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第6項範圍。

3.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在15百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數60百分位(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單產製由牙醫總額受託單位每年依附表3.3.4產製名單通知。

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除90004C、90006C、90007C、90088C外)，及91009B、92030C~92033C。

2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除91001C、91003C、91004C、91088C外)，及92030C~92033C、P4001C~P4003C。

3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除92001C、92013C、92088C外)。

4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除89006C、89088C外)。

5.兒童牙科：十二歲以下執行上述醫令項。

6.符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之適用對象，計畫醫師於院所執行轉診醫療則不限科別得轉診加成。

(三)轉診單開立後三個月內應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

四、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成30%，若同時符合轉診加成者，合計加成60%。

~~五、診療項目備註中有關期間天數之定義方式：三個月係指九十天，半年係指一百八十天，一年係指三百六十五天，一年半係指五百四十五天，兩年係指七百二十天。每年係以日曆年計。~~

~~五~~六、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表3.3.3)辦理核付。

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

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

第五項 心理社會復健治療費 Psychosocial Rehabilitation Treatment Fee (44501~44505)

通則：

- 一、實施心理社會復健之適應症，包括肢體傷殘、中樞神經系統損傷、發展異常、慢性疼痛或其他先天後天疾患經評估有心智功能下降、情緒困擾或行為異常，導致社會適應功能不良需心理治療者。
- 二、除有特殊規定外，所支付點數均包括治療費及材料費在內。

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
	特殊心理社會治療 Re-educative psychosocial individual psychotherapy					
44501B	— 成人 adult		v	v	v	344
44502B	— 6歲至15歲 6 to 15 years old		v	v	v	430
44503B	— <u>未滿</u> 6歲 以下 under 6 years old		v	v	v	515
	<p>註：從系統觀點探討個體本身與環境特質，運用心理治療原理介入，形成情緒、認知與行為的改變，以提昇病人社會心理適應能力。針對不同類型病人之治療內容包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 嬰幼兒發展治療 (Neurodevelopmental therapy) 2. 遊戲治療 (Play therapy) 3. 認知行為治療 (Rational-Emotive therapy) 4. 行為功能分析與行為改變技術 (Functional behavioral analysis and behavioral therapy) 5. 神經心理復健策略 (Neuropsychological rehabilitation strategies) 6. 職業諮商 (Vocational counseling) 7. 其他 (Others) <p>本項治療限由臨床心理師執行，申報時應附復健科專科醫師醫囑及簽名。</p>					

第五節 精神醫療治療費 Psychiatric Treatment Fee (45001~45102)

通則：

一、除有特殊規定者外，所訂支付點數均包括治療費及材料費在內。

二、本節各精神醫療治療項目除(45087C~45089C、45013C、45090C、45091C、45046C、45085B、45092B、45093B、45098C、45099C)外，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿二歲所實施之診療項目點數，依表定點數加計百分之三十；年齡在二(含)歲至六歲者依表定點數加計百分之二十。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
45087C	特殊心理治療 Re-educative individual psychotherapy —成人 adult	v	v	v	v	344
45088C	—6歲至15歲 6 to 15 years old	v	v	v	v	430
45089C	—未滿6歲 以下 under 6 years old 註：利用特殊心理治療技術，以協助病人了解自我、形成病識感、提升病人適應環境技巧、降低病人的主觀挫折及不良行為，本項治療限由精神科醫師或臨床心理師執行，申報時並應附精神科專科醫師之醫囑及簽名。	v	v	v	v	515
45013C	深度心理治療（每40分鐘） Intensive individual psychotherapy —成人 adult	v	v	v	v	1203
45090C	—6歲至15歲 6 to 15 years old	v	v	v	v	1460
45091C	—未滿6歲 以下 under 6 years old 註：利用深度心理治療技術，以協助病人改善客體關係（object relation）、強化心理防衛機轉、解決內在衝突或改善其認知行為偏差。本項治療限由精神科專科醫師執行，申報時並應附治療紀錄。	v	v	v	v	1718
45046C	生理心理功能檢查 Psychophysiological function examination —成人 adult	v	v	v	v	344
45098C	—6歲至15歲 6 to 15 years old	v	v	v	v	387
45099C	—未滿6歲 以下 under 6 years old 註：包括MSE(Mini Mental State Test, BDI等)	v	v	v	v	430

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
45085B	精神科診斷性會談(次) Psychiatric diagnostic interview (time) —成人 adult		v	v	v	1031
45092B	—6至15歲 6 to 15 years old		v	v	v	1203
45093B	— <u>未滿6歲</u> 以下 <u>under 6 years old</u> 註：1.包括病史、心理狀態評估、社會功能評估及病人治療之計畫(安置)等。 2.限精神科初診(含新住院病人)或他科要求會診時申報。 3.限由精神專科醫師施行並於病歷詳細記載治療情形。 4.申報時須附載有該精神科專科醫師簽名之治療紀錄。		v	v	v	1375

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~47102)

通則：本項各處置項目皆為兒童加成項目，另部分診療項目項下加註「提升兒童加成項目」者，其加成率適用本節通則六、2之規定。

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
47037B	冰毯 Ice blanket — <u>未滿</u> 12小時 以內 under 12 hrs.		v	v	v	413
47038B	— 12~24小時 12~24 hrs. 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	780
47094B	心跳停止之低溫療法 — 第一天 (≤24小時)		v	v	v	9068
47095B	— 第二天 (>24小時~≤48小時)		v	v	v	1500
47096B	— 第三天 (>48小時) 註： 1.適應症：心跳停止患者，進行復甦急救後意識仍不清者 (GCS<8)或無遵循口頭醫囑 (motor<6)。 2.排除條件： (1)恢復自發性循環大於12小時。 (2)腦出血。 (3)收縮血壓<90mmHg。 (4)大量活動性出血。 (5)無法終止的致命性心律不整。 (6)在心跳停止前即有失智或長期意識障礙。 (7)末期疾病。 3.支付規範： (1)總治療程為3天。 (2)不得同時申報項目：47037B「冰毯- <u>未滿</u> 12小時 以內 」、47038B「冰毯-12-24小時以內」、47049B「自動體溫控制床使用費」。 (3)特殊材料費另計。		v	v	v	1500
47097B	週產期新生兒低溫療法 — 第一天 (≤24小時)		v	v	v	10000
47098B	— 第二天 (>24小時~≤48小時)		v	v	v	3994
47099B	— 第三天 (>48小時~≤72小時)		v	v	v	3000
47100B	— 第四天 (>72小時) 註： 1.適應症，須符合下列三項： (1)出生週數≥36週。 (2)事件發生後6小時內實施。 (3)出生後有「中等嚴重度」至「重度」腦病變之證據，且有下列任一項之情形： I.出生後一小時內嚴重酸血症(severe acidosis)，血液PH值≤7或base deficit≥16mmol/L(採血來源：動脈血或		v	v	v	3000

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>靜脈血均可)。</p> <p>II. 出生10分鐘時的Apgar分數\leq5分。</p> <p>III. 出生後持續急救至少10分鐘。</p> <p>2. 支付規範：</p> <p>(1) 總治療療程為4天。</p> <p>(2) 不得同時申報47037B「冰毯-<u>未滿</u>12小時以內」、47038B「冰毯-12-24小時以內」、47049B「自動體溫控制床使用費」。</p> <p>(3) 特殊材料費另計。</p>					

第十節 麻醉費 (96000~96028)

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
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 — 未滿二小時 以內 under 2 hours	v	v	v	v	3582
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，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 — 未滿二小時 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 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，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

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第八部 品質支付服務

第一章 結核病

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
A1001C	結核病例 醫師發現 確診診察費 註：該病例須經疾病管制署確認登記為結核病確診個案， <u>才可申報本項費用，且不得與門診診察費同時申報。</u>	v	v	v	v	750

「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫

保險人(89年5月2日)

第一次修訂(89年6月27日)

第二次修訂(89年8月19日)

第三次修訂(91年11月01日)

第四次修訂(99.01費用月份起適用，98年07月24日)

第五次修訂(99.01費用月份起適用，98年11月06日)

第六次修訂(99.09費用月份起適用，99年08月10日)

第七次修訂(102.01費用月份起適用，101年11月22日)

第八次修訂(102.08費用月份起適用，102年07月29日)

第九次修訂(104年5月25日)

第十次修訂(105.04費用月份起適用，105年4月1日)

壹、前言

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

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

- 一、制度面上本國現有之組織架構如醫療組織、財務、體制是否能充分配合。
- 二、財務風險分攤之能力及責任歸屬。
- 三、藉支付機制提升照護體系運作的效率之誘因。

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

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

貳、計畫目的

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

參、計畫內容

一、參與計畫醫院之資格

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

(二)設置基準

各階段特約醫事服務機構需符合行政院衛生署「醫療機構設置標準」及本計畫支付標準附表 9.2 規定設置。

(三)申請書格式

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

(四)其他

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

二、 給付項目及支付標準：詳附件二

三、 醫療費用之申報

(一)參與計畫之申報

1、 第一到第三階段以住院案件申報，第四階段以門診案件申報。

(1). 第一到第三階段使用呼吸器之各病房異動皆應「獨立」切帳申報。

(2). 第三階段未結案之個案至少須每60天始得申報乙次。

(3). 第四階段未結案之個案按月申報。

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

3、 門診及住院醫療點數申報格式填報：

(1). 總表段之申報類別：請填報【1：送核】

(2). 點數清單段之給付類別：請填報【9：呼吸照護】

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

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

住院醫療費用點數申報格式點數清單段欄位填報：

a.欄位 IDd66「診察費點數」-欄位 IDd82「嬰兒費點數」分項

費用欄位：將醫令清單醫令類別「4」實際發生之醫療費用，比照論病例計酬案件之歸屬方式申報。

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

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

d. 申請點數（欄位 IDd85）。

(a) 若：定額申報費用 > 合計點數

則：[申請點數]欄位 = 定額申報費用 - 部分負擔點數

(b) 若：亞急性呼吸照護病房定額申報費用 < 亞急性呼吸照護病房合計點數

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

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

(d) 同一月份同一個案申報二次以上者，流水號請連續編號。

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

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

B. [申請點數]欄位 = 定額申報費用 - 部分負擔點數。

4、門診及住院醫療費用點數醫令清單段填報說明：

(1). 第一階段之申報：以論量計酬申報。

(2). 第二階段~第三階段之申報：

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

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，並填列執行起迄日期。

(3). 第四階段之申報：

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

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」。

C. 「總量」欄位填列實際申報天數。

(二)住院未參與計畫之申報：各病房異動皆應「獨立」切帳申報

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

四、病患轉介之流程：詳附圖。

五、品質監控指標

(一) 結構指標

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

(二) 過程指標

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

(三) 結果指標：(以下之指標均以出院日為準)

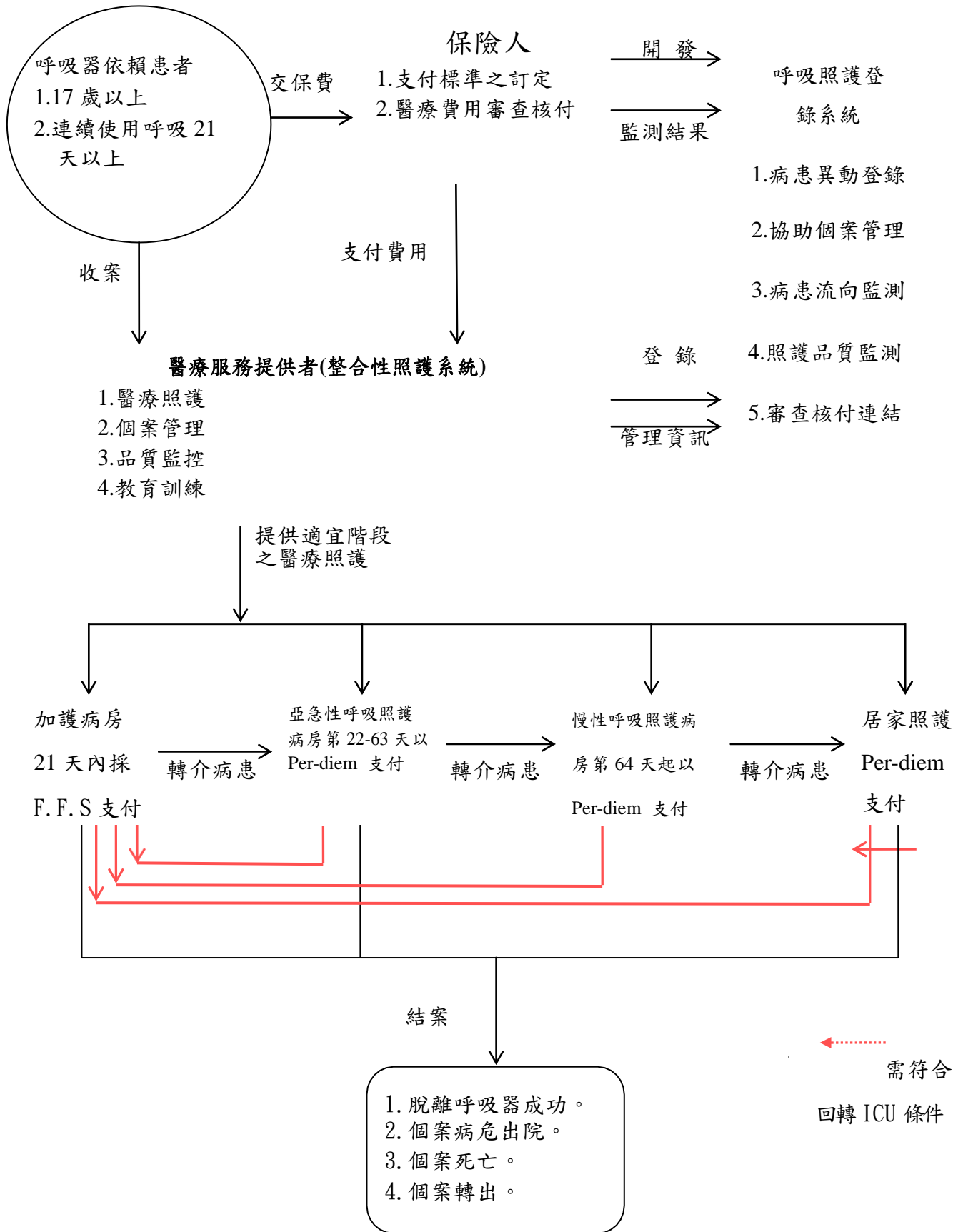
1、品質監控指標

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

2、 被保險人 (或其家屬) 之滿意度。

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

附圖、呼吸器依賴患者整合性照護流程圖



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

壹、整合性照護系統醫療機構名單

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

第一聯 保險人存查
第二聯 醫院存底

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

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

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

貳、配合措施：

一、個案管理人措施

個案管理人姓名 ：
學歷 ：
經歷 ：
聯絡電話 ：
職掌 ：1.
 2.

二、個案轉介措施

三、系統內醫院輔導措施

四、醫療品質確保措施

參、預期達成效益

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

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

亞急性呼吸照護病房
慢性呼吸照護病房
居家照護機構

相關醫事人員暨設備資料表

全 頁，第 頁

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

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

附件二「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」

計畫給付項目及支付標準

第一章 呼吸器依賴患者全面納管

通則：

- 一、收案條件：呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B (侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用 57023B 之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用 57001B 或 57002B 後，因病情好轉改用 57023B 之呼吸器依賴患者；或居家照護階段，經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis; ICD-10-CM: G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy ; ICD-10-CM : G71.2、G71.0)、脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy; ICD-10-CM : G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型 Pompe disease; ICD-10-CM : E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表 9.5 之收案標準者，再經本保險人分區業務組審查符合醫療必須使用呼吸器處置項目 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Bi-PAP，排除 Nasal PAP、CPAP) 之呼吸器依賴患者。註：呼吸器使用條件詳附表 9.1。
- 二、所有呼吸器依賴個案，自其連續使用呼吸器超過 21 天起，所有異動（轉入、轉出及結案狀況等）特約醫事服務機構應於 5 日（工作日）內上網登錄(含本計畫公告實施日前已開始使用呼吸器之所有個案)，未於 5 日內登錄者，自登錄日起才支付費用，若登錄不實者，費用不予支付，惟不可歸責於醫院者，不在此限，並由原登錄不實或未登錄者扣回相關點數。
- 三、脫離呼吸器成功之病患應改依本計畫以外支付標準申報，脫離呼吸器成功之定義：脫離呼吸器 ≥ 5 日，5日中之第1日，若使用呼吸器小於6小時(不含)，則當日可視為未使用呼吸器(得計算為5日之第1日)；惟連續中斷之第2~5日必需是完全沒有使用呼吸器才能視為脫離成功。

四、結案條件：

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

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

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

六、收治呼吸器依賴患者之院所應積極協助病患嘗試脫離呼吸器，一般病房

(含經濟病床)或慢性呼吸照護病房收治之個案，在本次呼吸器依賴期間，非曾依規定階段由上游病房下轉者，均應提出事前核備，否則費用不予支付，依規定提出事前核備經專業審查認定確為長期呼吸器依賴患者，後續轉至其他病房得免事前核備，惟病患送事前核備結果如有後續追蹤之必要

(如後續病況緩和時可再次嘗試脫離呼吸器等)，或經保險人分區業務組認定需加強審查者，應配合再次提出事前核備。

註：上游病房係指下列條件之一

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

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

第二章 整合性照護

第一節 住院照護階段

通則：

一、符合下列(一)或(二)項條件者，需適用本節支付標準：

(一)事先報經保險人核准。

(二)收治符合呼吸器依賴病患定義之一般病床。

(三)17歲以上呼吸器依賴患者。若符合前二項條件惟未滿17歲需申請本支付標準者，

可向保險人各分區業務組申請專案認定，若經同意應依本節通則規定申報醫療費用，未選擇依本章規定辦理者，當其滿17歲時，特約醫事服務機構應改依本章規定辦理。

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

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

三、本計畫鼓勵組成整合性照護系統(IDS, Integrated Delivery System)，提供含括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房各階段照護；各照護階段之支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4，其中亞急性呼吸照護病房及慢性呼吸照護病房階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行血液透析

(58001C)、腹膜透析(58002C)(含透析液及特材)、連續性可攜帶式腹膜透析

(58009B-58012B、58017C、58028C)(含透析液)、氣管切開造口術

(56003C)、緊急手術、施行安寧療護共同照護費(P4401B-P4403B)及緩和醫療家庭諮詢費(02020B)外，不得申報其他費用。

四、經醫生診斷為 Myasthenia gravis(重症肌無力症，ICD-10-CM：

G70.00;G70.01)且領有重大傷病證明者，經神經內科專科醫師認定，需進褥漿交換術或輸血治療之病人，除依通則三規定及申報血液灌洗(58003C-58006C)、連續性動靜脈血液過濾術(58007C)、血漿置換術

(58008C)、腹水移除透析(58013C)、連續性全靜脈血液過濾術(每日)

(58014C)、血小板分離術(58015C)、二重過濾血漿置換療法(58016C)、連續全靜脈血液過濾透析術(每三日)(58018C)、緩慢低效率每日血液透析過濾治療(58030B)、輸血費(93001-93023)、輸血技術費(94001-94005)、抗感染安全尖端導管(CPC03A4703AR、

CPC03A5123AR)等項目外，不得申報其他費用。

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

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

1. 應下轉而未下轉者，自應下轉日起每日醫療支付點數核扣標準如下：

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

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

(二) 「亞急性呼吸照護病房階段」：

1. 照護日數最長為42天(含嘗試脫離期間)，未依患者病情及本規定下轉，自應下轉日起醫療支付點數以慢性呼吸照護病房或適宜入住階段標準支付。加護病房下轉至本階段個案，若下轉後合計使用呼吸器日數未達呼吸器依賴患者定義即脫離成功、轉出或死亡(含自動出院)者，其於本階段之支付點數仍按本階段支付標準支付。

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

(三) 「慢性呼吸照護病房階段」：支付標準及規定如附表 9.3。

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

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

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

第二節 居家照護階段

通則：

一、適用本節之支付標準需事先報經保險人核准。

二、收案條件須符合下列(一)或(二)項條件：

(一) 呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B (侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-

PAP)，惟使用 57023B 之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用 57001B 或57002B 後，因病情好轉改用 57023B 之呼吸器依賴患者。

(二) 經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis ；

ICD-10-CM：G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy ；

ICD-10-CM：G71.2、G71.0)、脊髓肌肉萎縮症

(Spinal muscular atrophy。ICD-10-CM： G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型 Pompe disease;ICD-10-CM：E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表 9.5 之收案標準者；

病患經專業審查同意收案後，每年評估 1 次，3 年以後除有特殊理由，原則不再評估。

三、特約醫事服務機構需按附表 9.2 辦理並向當地衛生主管機關核備。

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

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

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

附表9.1

臨床上使用呼吸器的目的如下：

一、生理上的目的：

- (一)支持肺氣體交換
- (二)藉減輕呼吸肌肉負擔而降低呼吸功率

二、臨床上的目的

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

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

一、呼吸停止。

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

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

四、嚴重低血氧症。

附表9.2

全民健康保險呼吸照護---居家照護設置基準	
人員	設置標準
(一) 醫師	由胸腔專科醫師或重症專科醫師或內科專科醫師至少一名（專任或兼任）可提供每位病患至少每二個月一次，每次至少一小時之訪視。
(二) 呼吸治療人員	由呼吸治療人員（專任或兼任，唯月個案數逾30名時，應至少有一名專任）可提供每位病患每個月至少二次，每次至少一小時之訪視。
(三) 護理人員	至少一名專責訪視護理人員，可提供每位病患每個月至少二次，每次至少二小時之訪視。若每名專責訪視護理人員每月訪視超過四十五次後，則需增加一名。
(四) 個案管理人員	由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社會工作人員擔任（專任或兼任）
(五) 其他人員	需要時得設置物理治療人員、職能治療人員、臨床心理師及社會工作人員。
備註：	
<ol style="list-style-type: none"> 1、 本項居家照護應由醫師指導之團隊提供服務。 2、 呼吸治療人員依呼吸治療師法規定辦理，並具有二年（含）以上臨床呼吸治療工作經驗者（不含六個月受訓期間） 3、 專責訪視護理人員至少一名具備二年以上內外科臨床經驗。 4、 呼吸治療人員及個案管理人員之兼任，以同一院內人員為限。 	

附表9.3

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
加護病房 (照護日數 ≤21日)	急性呼吸 衰竭期		論量計酬	<p>一、 患者符合以下狀況，得延長加護病房照護，每次以7日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各器官系統呈現不穩定狀況： <ul style="list-style-type: none"> • 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 • 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 • 肝衰竭表現者。 • 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 • 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 氧氣狀況不穩定者： <ul style="list-style-type: none"> 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂)≥90% 或 PaO₂≥60mmHg. <p>二、 各器官衰竭狀態已獲得控制時，應下轉亞急性呼吸照護病床積極脫離呼吸器。</p> <p>三、 不同醫院之加護病房轉介，依下列原則辦理：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 同層級間轉介，照護日數累計。 2. 高層級轉低層級，照護日數累計。 3. 低層級轉高層級，照護日數不累計。 4. 以上「層級」係指「特約類別」。
亞急性呼吸 照護病 床(照護日 數≤42日)	呼吸器長 期患者(積 極嘗試脫 離呼吸器 患者)	<p>醫學中心</p> <p>P1005K</p> <p>P1006K</p> <p>區域醫院</p> <p>P1007A</p> <p>P1008A</p>	<p>論日計酬：</p> <p>第1-21天： 10,140點/日/ 人</p> <p>第22-42天： 7,610點/日/人</p> <p>第1-21天： 9,200點/日/人</p> <p>第22-42天：</p>	<p>一、 患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各器官系統呈現不穩定狀況： <ul style="list-style-type: none"> • 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 • 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 • 肝衰竭表現者。 • 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 • 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
			6,910點/日/人	<p>定。</p> <p>3. 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂) ≥ 40% 且吐氣末端陽壓 PEEP ≥ 10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂) ≥ 90% 或 PaO₂ ≥ 60mmHg.</p> <p>二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應依患者病情下轉適當之照護階段，下轉亞急性呼吸照護病床者，累計回轉前亞急性呼吸照護病床之照護日數。</p> <p>三、病況若不適合積極嘗試脫離呼吸器者，不應轉入亞急性呼吸照護病床。</p> <p>四、專業認定未積極嘗試脫離且無其他醫學上特殊理由之亞急性呼吸照護病床病患，以下一階段慢性呼吸照護病房費用給付。</p> <p>五、本階段病患若有醫學上理由認定無須嘗試脫離呼吸器時，改以慢性呼吸照護病房費用支付。</p>
慢性呼吸 照護病房	呼吸器依 賴患者(經 判斷不易 脫離呼吸 器者)	P1011C P1012C	<p>論日計酬：</p> <p>第1-90天： 4,349點/日/人</p> <p>第91天以後： 3,589點/日/人</p>	<p>一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則：</p> <p>1. 各器官系統呈現不穩定狀況： • 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 • 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 • 肝衰竭表現者。 • 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 • 嚴重感染仍尚未控制穩定者。</p> <p>2. 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。</p> <p>3. 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂) ≥ 40% 且吐氣末端陽壓 PEEP ≥ 10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂) ≥ 90% 或 PaO₂ ≥ 60mmHg.</p> <p>二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應回慢性呼吸照護病房，並累計回轉前慢性呼吸照護病房之照護日數。</p> <p>三、本階段申報項目，需依病患入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數累計計算。</p>

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				四、「本階段審查原則：依據全民健康保險醫療費用審查注意事項審查原則辦理」。
居家照護	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1015C P1016C	論日計酬： 900點/日/人 310點/日/人	<p>一、患者符合以下狀況得轉居家照護：</p> <ol style="list-style-type: none"> 病人與呼吸器配合良好，且呼吸器設定如下： <ol style="list-style-type: none"> 使用穩定的換氣方式。 氧氣濃度$\leq 40\%$。 呼吸道最高壓力變化不超過10cm H₂O。 吐氣末端陽壓(PEEP)≤ 5 cm H₂O。 不需調整吸氣靈敏度。 每日有穩定的脫離時間(<18小時)或完全無法脫離。 病人在使用呼吸器時，完全沒有呼吸困難的感覺。 動脈血液氣體分析與酸鹼值均在合理的範圍(PaO₂≥ 55mmHg，PaCO₂≤ 55mmHg，pH：7.30 - 7.50) 電解值在正常範圍內。 心臟功能正常，且無威脅生命的心律不整出現。 甲狀腺、肝、腎功能正常，中樞神經系統功能穩定。 適當的營養狀態(Albumin≥ 3 gm%) 無急性發炎狀態(體溫不超過38.5 C，白血球不超過10000/mm³) <p>二、支付點數含下列各項費用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 居家呼吸照護小組各類人員訪視費： <ul style="list-style-type: none"> 呼吸治療專業人員訪視次數每一個案每月至少二次。 護理師訪視次數每一個案每月至少二次。 醫師訪視次數每一個案每二個月至少一次。 治療處置費。 治療材料費：含居家呼吸照護治療處置時所需治療材料之使用或更換。 設備供應費：含居家呼吸照護所需一切設備及附件之供應。 設備維修費用。 <p>三、收案時，個案已自備呼吸器等設備，以P1016C(支付點數含備註二-1、</p>

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				2、3、5)申報。 四、上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險特約醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。 五、應確實記載訪視個案之訪視紀錄，訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章，未記載訪視紀錄者，予以核扣訪視醫療費用，首次申報費用應檢附訪視記錄。 六、申請本項給付者，不得再申請本保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護之支付。 七、患者得依病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房，回轉加護病房者須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準加護病床使用適應症，不符合適應症而回轉者，以 P1012C 支付。 八、回轉加護病房照護者，病情好轉，應回第三階段或第四階段，回第三階段者，以 P1012C 支付。

附表9.4

項目名稱	編號	支付點數
醫學中心亞急性呼吸照護病房病床費/天	03012GA	1,560
醫學中心亞急性呼吸照護病房護理費/天	03049GA	2,340
區域醫院亞急性呼吸照護病房病床費/天	03013HA	1,160
區域醫院亞急性呼吸照護病房護理費/天	03050HA	1,740
慢性呼吸照護病房病床費/天	03003BA	395
慢性呼吸照護病房護理費/天	03028BA	441
呼吸治療人員訪視	05303CA	970
居家使用呼吸器/天	54007C1	590

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

附表9.5

收案標準

一、居家個案須符合下列各項生理指標之審查規定：

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

二、17 歲以下(含)患者得依下列規定審查：

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

全民健康保險跨層級醫院合作計畫(草案)

104 年 2 月 2 日健保醫字第 1040000991 號公告

106 年 1 月 17 日健保醫字第 1060000492 號公告

107 年 4 月 25 日健保醫字第 1070005238 號公告

壹、計畫依據

依據全民健康保險醫療給付費用總額協議結果辦理。

貳、計畫目標

- 一、鼓勵醫療院所跨層級合作，建置區域性醫療支援系統。
- 二、促進醫學中心、區域醫院及基層診所醫師支援社區醫院，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，讓醫學中心、區域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、預算來源

全民健康保險醫療給付費用總額其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下「跨層級醫院合作計畫」，全年預算 1 億元。

肆、申請條件

- 一、參與醫療院所須為全民健康保險(以下稱本保險)特約院所，且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。
- 二、醫療院所應採「跨層級合作團隊」模式提出申請，團隊應指派一地區醫院為主責醫院，負責提送計畫書、提供聯繫管道及經費撥付事宜。
- 三、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：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」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。

伍、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)醫療院所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)參與之醫療院所應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)支援類別：

- 1.醫學中心與區域醫院之醫師支援地區醫院。
- 2.基層診所皮膚科、眼科、小兒科、耳鼻喉科專科醫師支援地區醫院急診。
- 3.基層診所專科醫師於星期六、星期日支援地區醫院。

(二)接受支援之地區醫院，應於每月醫療費用申報時，一併將下列資料造冊上傳至健保資訊服務網系統(VPN)：

1. 派出支援醫療院所之醫師檔資料，包括：醫療院所代號、醫院名稱、醫師ID、醫師姓名、支援科別、接受支援醫院名稱、接受支援醫院代號、支援診次數、實際支援起迄時間。
2. 接受支援醫院之電子檔資料，包括：醫院代號、醫院名稱、支援醫師ID、支援醫師姓名、支援科別、支援醫療院所名稱、支援醫療院所代號、接受

支援診次數、實際支援起迄時間。

(三)支付標準：

1.每診次支援費用 3500 點。每診次至少以 3 小時為計支單位，未達 3 小時不得計算診次。

~~2.個別地區醫院每月接受支援上限為 40 診次。~~

2.個別地區醫院每月接受支援上限為 40 診次。當月星期六開診率達 100%且星期日開診率達 50%以上者，該月接受支援上限為 50 診次。

3.每診次支援費用之支付標準編號為 P62001。

(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，暫以每點 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，醫學中心、區域醫院保留一定名額予地區醫院轉診之病人，地區醫院則協助掛號等就醫安排，並回報成果。

四、主責醫院提供滿意度調查結果，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. 調查對象：計畫期間，接受過支援醫師診療或治療之社區民眾。
3. 調查時間：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. 調查對象：計畫期間，參與支援之醫師及醫院。

陸、評核指標

- 一、參與本計畫民眾就醫滿意度 $\geq 85\%$ 。
- 二、分級醫療指標：接受支援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」：接受支援地區醫院「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：以保險人「醫療品質公開網站」院所別醫療品質資訊之資料分析，

受補助地區醫院下列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。

柒、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。

捌、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)醫院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。
 4. 執行計畫期間，經保險人各分區業務組評核、稽查，發現申辦醫療院所提供之醫療服務內容有違背本方案目的或規定時，保險人各分區業務組得終止該醫療院所計畫之執行。
 - (二)醫院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。

醫院以病人為中心門診整合照護計畫(草案)

106 年 2 月 9 日健保醫字第 1060001379 號公告修訂

107 年 6 月 21 日健保醫字第 1070008162 號公告修訂

000 年 00 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

壹、計畫依據

依各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果辦理。

貳、計畫說明

多重慢性病患乃是我國醫療照護系統中最重要之資源使用者，且隨著我國人口結構之逐年老化，多重慢性病的盛行率將逐年升高，其醫療照護課題也將愈趨重要。就提高慢性醫療照護品質及控制醫療成本之觀點而言，如何改變現行醫療照護模式，使成為適合多重慢性病患之整合性醫療照護模式，乃當務之急。

參、目的

- 一、提供多重慢性病人適切、效率、良好品質之醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全。
- 二、配合總額支付制度，提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療之適當整合。
- 三、對於病情穩定之病人，逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。

~~肆、計畫期間：107年1月至107年12月。~~

伍肆、預算來源

- 一、由全民健保年度醫療給付費用總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應，以2.5億元為上限。
- 二、本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

~~伍、推動策略~~

- ~~一、透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於門診就醫病患提供整合式門診照護服務，避免因重複及不當用藥、重複檢驗檢查、處置等，而影響民眾健康並耗用醫療資源。~~
- ~~二、民眾不須登記或簽署同意文件，不限制民眾就醫醫療院所。~~

陸伍、執行方式：

一、未開立整合照護門診模式：

(一) 醫院(或整合團隊)未開立整合照護門診者，同一保險對象如同一日於參與計畫醫院就診多科，並由最後就診醫師整合開藥及處置者，得僅收一次部分負擔，惟不得申報本計畫之門診整合初診診察費、複診診察費，其餘相關醫療費用申報、支付及審查依現行規定處理。

(二) 參與計畫之醫院(或整合團隊)：106年已參與本計畫承辦醫院(或整合團隊)。若服務內容變動，需檢附修訂後計畫書(如附件1)向保險人各分區業務組提出申請，報備並自保險人各分區業務組審查通過之月份開始實施。

二、主要運作開立整合照護門診模式如下列所示：

(一) 參與計畫之醫院(或整合團隊)：

1. 參與計畫醫院(或整合團隊)，請於檢附計畫書(如附件 1)時填寫(可複選)，並說明實際運作方式及其內容向保險人各分區業務組提出申請，並自保險人各分區業務組審查通過之月份開始實施。

2. 承作醫院應先行報備開設整合門診者，每週至少 1 診次，每診次至少 3 小時，之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳健保資訊網(VPN)，如有異動，重新報備並更新VPN資料；另醫學中心平日看診日每日至少開診 2 個診次，區域醫院平日看診日每日至少 1 個診次，地區醫院不限診次，且並於門診應診時刻表及明顯處張貼說明。若服務內容變動，需檢附修訂後計畫書向各分區業務組報備。

(二) 承作醫師資格：不限專科別，但須完成 6 小時教育訓練課程(如附件 2)，並取得證明。

~~(一) 高齡醫學或失智症整合門診〔A〕：由醫院整合治療團隊，提供失智症或65歲以上高齡病患一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為K)~~

~~(二) 三高疾病整合門診〔B〕：由醫院整合治療團隊，提供罹患高血糖、高血脂、高血壓疾病患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為L)~~

~~(三) 罕見疾病或重大傷病整合門診〔F〕：由醫院整合治療團隊，提供罹患罕見疾病或重大傷病患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為G)~~

~~(四) 主責照護整合模式〔D〕：無法開設整合門診，惟可指定由主責醫師負責整合，如需照會其他科，仍由主責醫師診療，綜整開立處方箋，並於病歷上記載以備查詢。本項限地區醫院內科、家醫科~~

申報，並於診間外牆張貼「本門診提供整合照護服務」。

(五) 其他整合門診[E]:由醫院整合治療團隊，提供非屬以上(一)至(三)之患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態亦為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為M)

二(三) 照護對象：

1. 由參與醫院依保險對象最近3個月且經2位(含)以上醫師看診且符合下列條件之1者，得予以收案照護：

- (1) 給藥日份 \geq 28天之案件中最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病者。
- (2) 最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上者。
- (3) 保險人建議應納入門診整合者。

註:前開慢性病係指主診斷為本保險公告之慢性疾病範圍者。

2. 保險對象或家屬同意接受整合照護服務且簽署本服務同意書者(如附件3)始得收案。

3. 同一個案不能同時被2家院所收案，收案時，需向病人說明應配合定期回診等事項。

(四) 必要評估工具：周全性評估(如附件4、若有相關版權問題請醫院自行申請)。

(五) 個案登錄及管控作業：

1. 個案必須簽署同意書且符合前開收案規定相關條件，始得收案。(參與之醫師須透過院所向保險人各分區業務組申請，始能登入個案登錄系統(網址：<https://medvpn.nhi.gov.tw/>)(個案登錄系統必要欄位如附件5)。

2. 個案經醫師評估符合收案條件，醫事服務機構必須上傳個案資料至「全民健康保險醫院以病人為中心門診整合照護計畫」個案登錄子系統。

3. 個案之首次資料登錄，應於保險對象實際就診日當日填報「收案日期」，方得收案，否則不予核付。

4. 經保險人勾稽收案日期與申報門診整合初診診察費日期不符者，不予支付。

(一)重點照護對象

~~106年參與本計畫醫院(或整合團隊)已收案之重點照護對象。106年重點照護對象條件如附件2。~~

(二)自行收案照護對象

~~參與本計畫醫院(或整合團隊)得於整合門診自行選定整合照護之對象如下：~~

- ~~1.不在106年所收案之重點照護名單中，罹患2種(含)以上慢性病，需2科以上治療之慢性病人、重大傷病或罕見疾病病人。(例如慢性病中青光眼、視網膜變性同為眼科診治疾病，不得申報整合照護註記)。~~
- ~~2.保險人於計畫期間另外選定或醫院提報經保險人分區業務組確立之就醫異常或高診次病人。~~
- ~~3.醫院前一年自行收案照護對象。~~
- ~~4.非前述對象，但成立整合門診，確實進行整合照護服務，報經分區業務組核定同意之病人。~~

四、(六)本計畫採計之醫療費用範圍，係指西醫醫院門診、西醫基層門診及門診透析之申請點數加部分負擔，包含交付機構之申報點數加部分負擔，且排除下列之案件：

- (一)1.中醫門診、牙醫門診、代辦案件、居家照護與精神疾病社區復健。
- (二)2.慢性病連續處方箋調劑、診察費為0之案件件數不計。

五、(七)同一分區業務組轄區醫院，得選擇採院際共同整合照護方式，就各醫院依本計畫柒、三、(一)擇定之「重點照護對象」共同照護。

- (一)1.採院際共同整合照護方式醫院，應推派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、保險人聯繫窗口、經費撥付等事宜。
- (二)2.應於計畫書內一併檢送各整合醫院之參加同意書。
- (三)3.整合團隊於計畫執行期間若發生個別醫院退出情形，須由主責醫院向轄區分區業務組提出申請。退出之醫院當年度整合成效獎勵費用不予核付。

六、(八)整合團隊之個別醫院，於計畫執行期間亦受本計畫壹拾柒、退場機制規範。

~~五、本計畫玖、三、(四)之各項整合成效指標計算，如參加醫院中途申請退出計畫，或整合團隊之單一指標合併計算，未達該項成效評量指標時，該項指標費用不予核發。~~

捌、(九)參與計畫之醫院資格

醫院於執行年之前一年起，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第38三十八條至第40四十條中各條所列違規情事之一且經保險人處分者（以第一次處分函所載停約或終止特約日認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）。惟為保障保險對象就醫權益，保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。

玖陸、費用申報及支付方式

~~一、照護對象當次就診罹患2種(含)以上疾病，依本計畫門診整合模式就醫者，該筆案件於申報醫療費用時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報本計畫柒、二之照護模式註記，其餘欄位依照原方式申報。另案件分類非為04、06、09及E1案件者，不得申報整合照護模式註記。~~

~~二、整合照護對象如於整合門診由多科醫師共同看診或以會診他科醫師方式提供整合照護時，可申報多筆診察費。(請於各診察費醫令項目之p16醫事人員欄填報該醫師ID)~~

三一、費用核付：

(一)個案門診整合診察費

1. 限開立整合照護門診模式申報。照護對象當年度申報整合照護模式註記者，每人每次支給「個案門診整合費」120點，如獲得國民健康署「高齡友善健康照護機構」之認證，每人每次門診整合費增加10點，每人全年最多支給4次費用；惟依本計畫柒、三、(二)「自行收案照護對象」最高支給人次數不得超過本計畫柒、三、(一)「重點照護對象」收案支給個案門診整合費人次數(含當年重點照護名單未就醫死亡人數)。

2. 診察費依看診階段給付不同點數，分別為初診、複診共2階段，整合完竣後，則回歸一般門診(一般案件，不納入本計畫)，另失智症家庭諮詢費用已內含於初診或複診診察費中，不另支付。

(1) 門診整合初診診察費1,500點(支付標準編號 P5203C)，須完

成周全性評估及照護計畫後申報。

(2) 門診整合複診診察費1,000點(支付標準編號 P5204C)：

須依下列規定

①限門診整合初診後半年內申報。

②同一照護對象最多可申報2次。

③含照護計畫之修正與調整。

3. 申報本計畫之門診整合診察費者，不得另申報醫院門診診察費。

24. 醫師提供整合照護，應於個案之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之科別、疾病別或藥品、處置或檢查類別等並檢附周全性評估相關資料，以備查核。未於病歷中載明以上整合方式並簡述資料檢附相關資料者，不得申報整合照護模式註記。

~~(二)「同診間多科醫師共同照護者」個案門診整合費加成~~

~~整合門診由2位(含)以上醫師於「同診間」共同看診(限申報K、L、M、G照護模式)且申報2筆(含)以上之診察費者，每人次「個案門診整合費」再額外支給60點，惟每人全年最多支給4次費用。~~

(三二)失智症門診照護家庭諮詢費用

1. 參與本計畫開立整合照護門診模式且已申報門診整合診察費之個案，因本項費用已內含於初診或複診診察費中，不得另外申報。

12. 本計畫失智症病患經神經科或精神科專科醫師確診，經評估有諮詢需要，且患者之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating, CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表(Mini-Mental State Examination, MMSE) ≤ 23 者，醫院得提供諮詢服務，申報本項費用。

23. 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件 36)，併入病患病歷記紀錄留存。

34. 支付點數：

(1) 每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘者：支付300點，申報編號 P5201C。

(2) 每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上：支付500點，申報編號 P5202C。

(3) 同院每位病人每年最多支給2次費用。

註：前項「諮詢服務時間」不包括醫師診療及失智症評估量表填

報時間。

45. 醫令類別填「0」，醫令執行時間起迄請填報諮詢服務時間至年月日時分。本項併門診醫療費用申報，非當日執行，請比照排程檢查案件作業方式申報。

一二、特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報格式之點數清單段及醫令清單段填表說明：

(一) 未開立整合照護門診模式：同日多科就診，且僅收一次部分負擔者，門診醫療服務點數申報格式清單段之「整合式照護模式註記」(欄位 ID：d13)應填「X」。

(二) 開立整合照護門診模式：

1. 屬本計畫收案之照護對象，其就診當次符合申報初診及複診診察費者，於申報費用時，門診醫療服務點數申報格式清單段之案件分類應填「E1」、整合式照護計畫註記(欄位ID：d13)填寫方式如下：

(1) 給藥日份 \geq 28天之案件中最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病者，應填「Q」。

(2) 最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上者，應填「R」。

(3) 保險人建議應納入門診整合者者，應填「S」。

2. 醫令類別應填「0」。

3. 其餘依一般費用申報原則辦理。

(三) 失智症門診照護家庭諮詢費用：醫令類別應填「0」，醫令執行時間起迄請填報諮詢服務時間至年月日時分。本項併門診醫療費用申報，非當日執行，請比照排程檢查案件作業方式申報。

三、審查原則

(一) 依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

(二) 申報本計畫支付項目，相關資料需存放於病歷備查，未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，不予支付該筆費用並依相關規定辦理。

(二) 整合成效獎勵費

1. ~~照護對象屬本計畫柒、三、(一)「重點照護對象」，且當年度申報整合照護模式註記達2次(含)以上者，依以下7項「整合成效指標」計算獎勵費用，每人全年最高支付1,000點。~~

2. ~~7項整合成效指標之定義詳附件4，其計分方式如下：~~

~~1-6項指標每項最高以10分計算，指標7為加分項目，最高10分，惟7項指標合計最高以60分計算。)~~

~~指標1：照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用(院內與院外)~~

~~指標2：照護對象平均每人每月西醫門診就醫次數(院內與院外)~~

~~指標3：照護對象平均每人每月西醫門診藥品項數(院內與院外)~~

~~指標4：照護對象全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率。~~

~~指標5：照護對象全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率。~~

~~指標6：照護對象全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率。~~

~~指標7：照護對象中罹患高血壓或糖尿病等病人之可避免住院率(以上各類疾病照護人數須達20人(含)以上者，方列入成效計算)。~~

~~指標1計分方式如下：~~

參與醫院 成長率及分位數	成長率 $\leq 1.5\%$				成長率 $> 1.5\%$
	前25百分位數	前26~50百分位數	前51~75百分位數	高於75百分位數	
得分	10	8	6	4	0

~~指標2-6計分方式如下：~~

參與醫院 成長率及分位數	成長率 ≤ 0			成長率 > 0
	前25百分位數	前26~50百分位數	高於50百分位數	
得分	10	8	6	0

~~指標7計分方式如下：~~

高血壓或糖尿病等病人之可避免住院率	可避免住院率=0	可避免住院率 > 0	
		前10百分位數	前11~15百分位數

得分	10	6	4
----	----	---	---

3. ~~整體整合成效獎勵費=1,000點*7項指標分數累計值/60*該醫院(或整合團隊)符合獎勵人數。~~

4. ~~指標1-6成效評量之比較基期為執行年之前一年同期。指標7成效評量值以計畫執行期結果計算。~~

5. ~~當年該院如已申報該個案參加保險人其他計畫方案 P 碼醫令案件時，該個案不列入成效計算。~~

(二) ~~本計畫「失智症門診照護家庭諮詢費」先以每點1元支付，年度結束時併本計畫其他各支付項目費用辦理結算。~~

(三) ~~本計畫除失智症門診照護家庭諮詢費外，其餘各項費用不併門診醫療費用申報，由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，每年於年度結束後辦理結算，如預算不足，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，並於追扣補付系統辦理帳務處理。~~

壹拾柒、退場機制

醫院於計畫執行期間因違反特管辦法第三十八條至第四十條或終止特約致受停約處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）以第一次處分函日期所載停約或終止特約日起同步終止本項計畫，惟為保險對象醫療照護之延續性，分區業務組得視違規情節，可另予考量。凡經終止本計畫者，各項支付費用不予核付。

壹拾捌、執行配套措施

一、參與本計畫之醫院(或整合團隊)目標管理點數額度調整:由保險人各分區業務組與轄區醫院依現行作業原則共同議定，惟對於本計畫之效益應予考量。

二、計畫管理機制：

(一)保險人研議總體計畫架構模式、指標之開發與計算、行政授權與協調。

(二)保險人各分區業務組受理及輔導轄區醫院申請計畫與觀察輔導醫院之執行，核發費用，並得進行實地訪視瞭解其計畫實際執行情形。

(三)各計畫參與醫院提出計畫之申請，推動整合照護模式，並參與保險人各分區成果分享活動。

(四)保險人各分區業務組如審查發現整合照護個案病歷中未載明整合

方式簡述資料，或整合後仍發現有重複用藥或處置時，得核扣該個案之「個案門診整合診察費」人次費用，並依情況，請醫院提出說明或改善措施及列為下年度參與本計畫之資格參考。

三、監測指標：以收案個案照護滿1年之各項指標與收案前1年比較。

- (一)指標 1：照護對象每人西醫門診醫療費用。
- (二)指標 2：照護對象每人西醫門診申報件數。
- (三)指標 3：照護對象每人西醫門診藥品品項數。
- (四)指標 4：照護對象每人門診潛在不當用藥數 (PIM)。(以 2015 年 Beer's criteria 計算)
- (五)指標 5：照護對象每人門診急診申報件數(案件分類 02)。
- (六)指標 6：照護對象每人住院次數。

註：每人住院次數依入院日期歸戶計算。

壹拾貳玖、計畫實行評估

- 一、保險人分區業務組得不定時至參加計畫醫院實地訪查或以立意抽樣審查方式確定計畫內容是否落實，以作為未來是否准予續辦之考量。
- 二、保險人將於本期計畫執行9個月後，進行整體執行成效之評估，作為研修參考。
- 三、本計畫所核付之款項，請參與醫院應用於鼓勵執行本計畫之整合單位或相關人員。

壹拾參、訂定與修正程序

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。

附件1

_____醫院(院所代號：_____)

申請____年「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」

提報日期：

一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位。

二、書寫格式：以 word 建檔，A4版面，由上而下，由左而右，標楷體14號字型，橫式書寫。

三、~~一、執行計畫內容~~：計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：(未開立整合照護門診模式者，得僅填列(三)至(七))。

(一)主要開設整合門診照護模式：應敘明整合門診名稱、照護目的及內容。

高齡醫學或失智症整合門診(A)或(K)

三高疾病整合門診(B)或(L)

罕見疾病或重大傷病整合門診(F)或(G)

主責醫師整合模式(D)(請敘明科別_____)

其他整合門診(E)或(M)

(其他整合門診請逐項敘明門診名稱、照護目的及內容)

(二)請敘明以上整合門診預定每週開診時段；另整合門診如由2位(含)以上醫師於同診間共同看診情形，請將其開診時段、醫師數及預計每診人次，另外區分註明。之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳至健保資訊網(VPN)(請檢附最新應診時刻表、網路相關說明及張貼處照相等資料供參，如有異動，須通知重新報備保險人各分區業務組，並更新 VPN 資料)。

(三)本計畫整合照護對象之病人掛號、看診、用藥諮商標準作業流程。

(四)整合門診或主責醫師如會診他科醫師，綜合評量發現有用藥處置重複情形，請敘明聯繫處理之方式。

(五)辦理本計畫除醫師外，其他醫事人員參與情形說明：

(六)辦理醫師及醫事人員整合照護相關教育訓練：

(預訂辦理日期及次數)

(七)整合照護宣導方式：

四、整合式照護醫療需求評估方式說明。

附件2

醫師教育訓練內容

- 一、 不限專科別，均須接受 6 小時教育訓練合格後(實體或網路課程)，才能參與本計畫。
- 二、 課程內容如下：
 - (一) 全人整合醫療理念。
 - (二) 門診整合實務與申報。
 - (三) 多重用藥與不適當用藥評估原則。
 - (四) 周全性評估與照護計畫擬訂。
- 三、 各相關學會均得辦理教育訓練，授課講師可依授課時數抵免。

附件3

醫院以病人為中心門診整合照護計畫 照護對象「用藥整合」暨「整合照護服務」同意書

為保障您的用藥安全，多科掛號之困擾，本院參與中央健康保險署「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，藉由醫院的整合門診，透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢您近期之就醫與用藥資訊，協助整合門、住診等用藥，除了節省您寶貴時間，更可提升您就醫品質。

本計畫鼓勵您於同一醫院接受整合照護服務，您如欲維持原門診就醫習慣，無法配合西醫主治醫師整合用藥、提供實質醫療照護，則不符合本計畫之收案條件。

我同意參加門診整合照護服務，○○醫院○○○醫師為本人西醫主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，配合醫師整合用藥，提供實質醫療照護，並可透過中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療費用申報資料。

此致 ○○醫院

立書同意人：

出生年月日：民國 年 月 日

身分證號：

代理人：

與照護對象之關係：

身分證號：

附件4

周全性評估工具內容

須至少包含下列評估重點(評估量表僅供參考)

- 一、日常生活功能：建議巴氏日常生活量表(Barthel Index)或(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)
- 二、衰弱程度：建議社區民眾健康行為調查綜合問卷或臨床衰弱量表(Clinical Frailty Scale, CFS)。
- 三、失智程度：建議簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ)或簡易失智量表(MMSE)或早期快篩簡易失智量表(AD8)。
- 四、憂鬱狀態：建議老人憂鬱量表(GDS)或憂鬱量表(CES-D scale)。
- 五、用藥整理：除須記載實際使用情況及重複用藥、建議以潛在不當用藥(Beers criteria)評估。
- 六、營養量表(MNA-SF)。

附件5

個案登錄系統必要欄位

一、新收案必登錄欄位如下：新收案日期、照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象性別、照護對象出生日期、醫師身分證號、醫師姓名、照護對象類別。照護對象類別如下：

Q：給藥日份 \geq 28天之案件中最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病者；

R：最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上者。

S：保險人建議應納入門診整合者。

二、追蹤管理必登錄欄位如下：照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象複診次數、照護對象複診日期、醫師身分證號、醫師姓名。

三、結案（或轉診）日期必須登錄欄位如下：照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象複診次數、醫師身分證號、醫師姓名。

(一) 結案（或轉診）日期。

(二) 結案原因：

1：已完成申報初診診察費及2次複診診察費。

2：轉診進入其他院所。

3：長期失聯(\geq 180天)。

4：拒絕再接受收案。

5：死亡。

6：保險對象未執行本計畫照護超過半年者。

7：醫院因歇業、停業、違約等因素退出本計畫。

8：其他：_____（應敘明原因）

(三) 接受轉診院所保險醫事服務機構代號：_____

附件36

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定如下：

- 一、 照護對象姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表(MMSE)評量結果。
- 二、 依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
- 三、 諮詢服務之日期及起迄時間至分。
- 四、 提供服務者職稱及簽章(除醫師外，亦包含社工師或其他醫事人員)。
- 五、 接受諮詢服務者簽章及其與照護對象之關係(接受諮詢服務者包括照護對象或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。

註：

1. 失智症定義：主診斷代碼(ICD-10-CM)為 F01-F05、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31 及 G91。
2. 諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。

108 年度第 1 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 臨時會

與會人員發言實錄

前言

主席

各位代表大家午安，今天是今年第一次共擬臨時會議，因為有比較急迫需要跟大家討論的事情，所以今天召開臨時會。因為是今年的第一次會議，我們有幾位新的代表跟大家介紹一下。首先是西醫基層總額的代表賴俊良醫師；醫檢師公會全國聯合會的林鳳珠副秘書長；另外是專家學者，首先是原專家學者的施壽全院長，另一位是新聘紀志賢醫師，紀醫師是成大醫院急診部的主任。

好，會議就正式開始。首先請大家翻開上次的會議紀錄，從第 1 頁到第 8 頁的部分，請各位代表參考。大家有沒有什麼問題？好，如果沒有問題，會議紀錄就暫時確認，如果會議中大家覺得有問題的話，可以隨時提出來，現在進入上次會議的辦理情形追蹤。

宋科員兆喻

各位代表長官好，這次會議決議辦理情形追蹤表共 18 案。序號 1 「支付標準成本分析調查案」，依 107 年第三次共擬會議決議，成本資料蒐集截至 107 年年底為限，本署將彙整醫學中心協會及區域醫院協會回復之成本分析資料後，視診療項目、成本及當年度預算調整支付點數，以反應合理成本，本案建議繼續列管。序號 2 放寬 COPD 醫療給付改善方案之參與院所資格案，本署已於 107 年 12 月 20 日收到台灣胸腔暨重症加護醫學會回復藥師參與計畫教育訓練之情形，並於 107 年 12 月 26 日將相關資料函轉藥師公會全聯會參考，並請藥師公會全聯會提出方案修訂意見，本案建議繼續列管。序號 3 Tw-DRGs 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案，本署函請 77 家醫學會提出執行上有困難之 DRG 項目及建議處理方式。截至 108 年 1 月 14 日，已有 47 家醫學會函復執行困難之 DRG，共計提出 832 項修訂建議；另

有 26 家學會表示無建議或已併其他學會回復，尚餘 4 家學會尚未回復。本署俟綜整各學會意見後再提會討論，本案建議繼續列管。序號 4 支付標準新增「辦理轉診費_回轉及下轉」等 5 項診療項目案，依 107 年第三次共擬會議決議，除「診療項目施行半年後，就同體系院所之申報情形，再提會討論」一項繼續列管，其餘解除列管。

序號 5 有關「應用 107 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案」本項已於 107 年 12 月 27 日經衛福部公告自 107 年 12 月 1 日起生效，建議解除列管。序號 6 有關放寬同體系醫院得申報轉診支付標準案，本署已於 11 月 21 日函請三層級醫院協會及醫師公會全聯會，就是否同意同體系醫院得申報轉診支付標準一節表示意見，本署將彙整回復意見後再提至本會討論，本案建議繼續列管。序號 7「107 年支付標準增修內視鏡射頻消融術等 11 項診療項目」，及支付標準第二部第二章第七節手術分項案，有關支付標準增修案已經衛福部公告自 107 年 12 月 1 日起生效，手術章節分項案與本次會議追蹤序號 14 相同，追蹤情形併該項處理，建議解除列管。序號 8「Tw-DRGs 108 年適用之相對權重統計結果案」，已於 108 年 1 月 21 日陳報衛福部，建議繼續列管。

序號 9 的修訂中醫支付標準及癌症患者加強照護整合方案，支付標準修訂案已陳報衛福部；癌症患者加強照護整合方案已於 108 年 1 月 7 日公告自 108 年 1 月 1 日起生效，本項建議繼續列管。序號 10 修訂牙醫支付標準及牙醫門診總額特殊醫療服務計畫案，支付標準修訂案已陳報衛生福利部；牙醫門診總額特殊醫療服務計畫已於 108 年 1 月 4 日公告自 108 年 1 月 1 日起生效；有關新增「單側顱顎關節鏡手術」一項，將提本次會議報告，本項建議繼續列管。序號 11 修訂全民健康保險急診品質提升方案，已於 108 年 1 月 17 日公告自 108 年 2 月 1 日起生效，本項原建議繼續列管，建議修改為解除列管。序號 12 修訂 108 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫方案」，已於 108 年 1 月 4 日公告自 108 年 1 月 1 日起生效，建議解除列管。序號 13 108 共同擬訂會議時程案，會議時間業經會議確認，建

議解除列管。

序號 14 增修 47065B PICC 等 3 項診療項目及手術章節分項案，已陳報衛生福利部，建議繼續列管。序號 15 修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」，已於 108 年 1 月 9 日公告自 108 年 1 月 1 日起生效，建議解除列管。序號 16 修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」案，有關居家醫療訪視醫師整合照護對象用藥之配套措施，擬另行邀集相關學會開會討論。之後將依前述會議決議及增修內容，修訂計畫草案，再提本會議報告確認，建議繼續列管。序號 17 新增 108 年「醫療給付改善方案－糖尿病病人之胰島素注射獎勵措施案」已陳報衛生福利部，建議繼續列管。序號 18「108 年區域級(含)以上醫院門診減量措施之執行方式能否上半年維持以 106 年下降 2% 案」，醫學中心協會已於 107 年 12 月 19 日及社區醫院協會已於 108 年 1 月 19 日函文本署，預計於 108 年 3 月 6 日提醫院總額研商會議討論，建議解除列管，以上。

主席

好，謝謝。加起來一共有 18 項，其中除了第 11 項是原列繼續列管改成解除列管，其他就照原列，大家有沒有意見？請陳副院長。

陳代表志忠

還是再次喊冤，序號 4 同體系那個問題，這邊寫說「...除『診療項目施行半年後，就同體系院所之申報情形，再提會討論』繼續列管，其餘解除列管。」所以，其餘包括請各分區業務組蒐集轄區內特約醫事機構屬於同體系的院所名單，我們桃園有一個小小的聖保祿醫院，一直都被列為是長庚體系。所以很奇怪，病人轉去長庚，我們都拿不到轉診費用；他們轉給我們，下轉的費用我們也拿不到。長庚大概不會太在意，因為對長庚來講不是大問題，對我們來講是大問題。我們一直在講，就是案由這邊有寫說是因為當初引用醫策會辦理醫院評鑑所列的同體系名單，同體系名單只是因為長庚有支援我們某些科別的醫師，所以他們是不好意思來評鑑我們，他們是主動填報聖保祿要迴

避，免得落人口實，結果就被醫策會將我們變成長庚的一個附屬機構，這樣很不合理。

主席

謝謝。這項陳代表您可能誤會了，我們是針對這裡有一個決議事項第一點以外，其餘全部都繼續列管，因為第一項已經通過了。

陳代表志忠

是「...除『診療項目施行半年後...』」。

主席

對，這個寫法就是除同體系的這一系列有括弧 1 到括弧 5，這幾項繼續列管，因為這些都還在徵詢大家的意見。

陳代表志忠

我就說這個效率真的是...

主席

因為我們最近才接到各層級回復的意見，大家回復的意見還在彙整，下一次會議就會把大家回復的意見一起提出來。

陳代表志忠

沒關係啦，本來就很窮了，再窮一點。

主席

好，謝謝。那大家還有沒有對於追蹤情形有意見？好，從這邊開始，先請賴藥師，再來請淑霞。

賴代表振榕

謝謝。我是針對第 16 項，編號 16 這裡面辦理情形，說要請相關學會開會討論，我不知道這個相關學會有沒有包括藥師公會全國聯合會？如果沒有的話，可能我們的聲音又沒有被聽到。我是希望能夠有列我們，因為我們基層的社區藥局，居家照護這一塊，我們不知道怎麼跟醫療端來連結。因為醫師如果需要藥師來幫忙這一塊，我們是沒

有問題的。所以如果開協調會，請不要忘了藥師公會全國聯合會的成員。開會的時候我們再來提出意見。好，謝謝。

主席

好，謝謝賴代表，再來請淑霞。

林代表淑霞

主席、各位代表大家午安。我是針對序號 12，有關雲端即時查詢病患的方案，上次會議記得會中中華電信也有列席，就是在頻寬的部分，我記得醫中是可以到 70M，區域到 40M，然後地區可以到 20M，但追蹤列管事項並沒有特別記錄出來，當然也許在說明二有講到，最後有講說「超過部分由中華電信公司吸收。」是不是這樣的意思？

主席

你講的都是優規，加進去的都是優規，優規部分沒有寫。但是你講的是對的，醫管組有沒有要再補充？

李組長純馥

這個每一型的幾 M 這個部分是公訂的，當時我們在計畫裡面也有寫到，中華電信承諾是每個都會有一個優規。也因為這樣，所以地區醫院就會變成 30M，每一個層級都會加 20M，所以醫中會到 70M，就是 40M 然後加 20M。

主席

再加上優規，就是淑霞剛剛講的。

李組長純馥

對，預算部分原則上中華電信同意，他們會用帳單調帳的方式，盡量不超過專款的預算，所以原則上是不會採用浮動點值的方式來處理這個專款。

主席

好，請嚴代表。

嚴代表玉華

區域醫院協會嚴玉華，我要提的是序號 8 的部分。有關於 108 年 DRG 權重生效問題，剛才有報告此案 1 月 21 日陳報衛福部，我想要請教 1 月份的住院申報，是不是就可以依照這個預告版本之權重來申報？

王科長玲玲

目前雖然在報部階段，不過我們在編審系統，還有費用年月 1 月的申報就是以預告的這個權重申報。

林代表富滿

序號 4 轉診，申報的轉診量跟實際核付率，就醫學中心的調查，核付率大約 40%-60%。分析沒核付的原因，9 成是基層上轉，後續院所也看了，但對不到基層有申報轉出這個項目。除了請基層診所確實申報轉出外，建議接受轉診院所提供實際看診轉診單申復。

第二個就是下轉案件，部分病人還未至基層看診，因為轉診單有效期間 90 天，建議放寬比對上、下轉期間。

李組長純馥

我從第二點先解釋，就是轉診單是 90 天內有效，所以有可能不管是別人轉上來，還是你們回轉，都會在我們跑資料的時候，病人還沒有就醫的情形。所以針對你有一個往回轉，或是往下轉的動作，如果那個月沒勾到，我們在每個月都會再把這一筆再拿出來勾一次。所以如果這個月沒有核付到，我們一定會再跑多幾個月的資料，就是延長。當然有可能會出現您剛剛講的，這一個月報了，但是拿不到錢，那就是我們還沒有勾到病人有去看診的動作。我們系統是會針對那些因為時間還沒有到 90 天的，會把這些資料下一個月再勾一次、再重跑一次，大家理解我的意思嗎？原則是這樣，可是如果超過 90 天沒有，那很抱歉，我們就沒有辦法這樣子一直無效率的跑這個資料庫。

另外您剛提到的，有可能4到6月，開了轉診單，病人可能7月或是4月，可能6月來的時候你就沒有費用，可是如果6月開了轉診，可能7、8、9月，但是6月那時候我們沒有給付誘因，所以基層院所並沒有補報這個動作，就會出現你們有報200元的診察費，可是我們勾不到這筆基層或是其他醫院有報轉診的這個註記。

所以目前我們有跟分區說明，如果你們手上有拿到對方的一個轉診單，就提出給那個分區去做申復；如果你們的量很大，需要我們去比對，那我們是沒有辦法比對到這筆到底是誰轉過來的。我們是真的沒辦法比對，因為病人就醫是自由的，所以沒辦法知道病人前一次在診所就醫的資料是不是連結到這一次的轉診。所以這部分很抱歉，還是希望你們給我們比較具體的書面，因為沒辦法用系統性去幫你們比對到病人前面的基層就醫，就當作有完成轉診，這部分我們真的有困難。

黃代表雪玲

不知道可不可以先就我們7到9月有申報者，先往前比對計算4、5、6月，對方院所有申報醫療費用，就當作他是一對一，因為我對到是這家機構，先當他是可以。這種可以抽樣，不要讓我們全部舉証數千筆轉診單申復，這樣對醫學中心量大者非常吃重...因為你們是一季才核退，對方他有申報醫療費用，表示他有就醫的行為對不對？

主席

好，照原來設定的規則會逐步的再比對，然後再還原這個費用。那還有沒有其他意見？

黃代表雪玲

可不可以再提一下，就是說你們勾稽會有 delay 情形，因為你們都限制我們60天的申復爭議期間，那你現在勾稽時間往後，我們有可能你們這一季給我們訂，我發現他沒有，然後一直等、一直等，我要什麼時候申復？等到他90天後，就已經過了60天的申復，所以我們申復的期間能不能拉長？

李組長純馥

你們申報的，你們是報一個代碼進來，可是我們並沒有金額，就是醫院並不用報金額，所以我們是用類似獎勵金的方式，這部分我們會再跟分區討論，是不是給你們申復的時間太短。原則上我也理解說，我們每個月跑完資料，或是一季跑完這個資料，還是會有出現您剛講的，因為時間差的關係，我們下一季需要再 run 一次的情形。不過原則上我們的做法是只要這一筆我們有核付，我們就會註記，那筆資料下一季就不會再進來，所以可能到時候我們回饋給您的，會是逐筆的資料，讓你們理解我們付的是哪一筆的費用。

主席

好，謝謝。大家都釐清了，對於上次會議追蹤情形還有沒有別的問題？好，如果沒有的話，這個項目就確定了，接下來報告案第一案。

報告事項

第一案

案由：106 年至 107 年上半年本保險特約院所提報支付標準未列項目之處理情形報告案。

主席

好，謝謝，這個是一個很重要的案子，項目真的很多，也整理了很久。這案未列項的處理情形，大家有沒有意見？請看一下 1-2 頁，這擬辦是從附件四開始，附件四在各位的資料後面有附，附件四的部分就是我們會公告在我們的全球資訊網，告訴大家現在報的這些項目都是比照項，其實都已經有項目了，以後就按照這個支付標準項目來申報，不要再用很奇怪的東西把它當成是未列項，這個是附件四，我們會公布在全球資訊網。

再來是屬於已列項，是屬於我們 HTA 廣義的攝護腺癌根治性的攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴清除術。這部分已經有很多不一樣的

內容都列在附件五，這些其實都是同一個項目，大家申報的時候可以這樣做。另外一個就是屬於比照項，但是它是屬於支付標準確實是未列項，但現在大家都自己找一個比照項來申報，不過大家比照的又不一樣，所以附件六的部分就是統一這些比照項目，未來看是要新增，或還沒有新增完成之前，就請比照同一個項目來申報，這是過渡時期的做法。

此外，新增項目需要有人提成本及評估預算，所以我們會請申報量最大的院所來提供成本的資料，以上這些擬辦大家有沒有意見？如果沒有意見，我們的報告案第一案就算通過了，謝謝，那接下來第二案。

報告事項

第二案

案由：108年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案。

主席

好，這個案子是西醫基層陸續新增開放表別的項目，所以基層可以做的項目越來越多，這次一共有十幾項，大家有沒有意見？這些新增的項目在西醫基層都編有預算。沒有意見的話，報告案二就通過，接下來第三案。

報告事項

第三案

案由：支付標準第三部牙醫新增「單側顱顎關節鏡手術」案。

主席

這是上次會議討論的新增單側顱顎關節鏡手術，是牙科的項目。當時的爭議是會不會需要在住院執行，會不會跨到醫院總額費用，所

以暫保留。我們今天邀請口腔顎面外科學會羅文良主任跟大家說明。

羅文良主任（中華民國（台灣）口腔顎面外科學會）

謝謝主席，因為現在顛顎關節障礙患者越來越多，除了保守的藥物治療之外，關節鏡手術其實慢慢會越來越多，目前門診可以做，但是因為成本真的很高，因為原來的給付很少，那我們顛顎關節鏡是屬於比較 delicate，所以其實大概一、兩年鏡子就會壞掉，就要換一個，所以現在的給付稍嫌低一點，謝謝。

主席

這是門診做還是住院做？

羅文良主任（中華民國（台灣）口腔顎面外科學會）

門診做。

主席

所以這不會衝擊到醫院總額，是衝擊到牙醫總額。

陳代表志忠

病人是越來越多？

羅文良主任（中華民國（台灣）口腔顎面外科學會）

這是一個 option，我們在門診會先以關節沖洗當作 first priority，如果效果不好才會做關節鏡。

陳代表志忠

關節沖洗是什麼？

羅文良主任（中華民國（台灣）口腔顎面外科學會）

關節沖洗一樣就是打局部麻藥，放兩根 18 gauge 的針。

陳代表志忠

所以是 under direct vision？

羅文良主任（中華民國（台灣）口腔顎面外科學會）

不是，關節是 blind。

陳代表志忠

沒有 under direct vision？

羅文良主任（中華民國（台灣）口腔顎面外科學會）

對，沒有。

陳代表志忠

因為這邊估一年只有 50 個人。

羅文良主任（中華民國（台灣）口腔顎面外科學會）

不過如果這是牙科總額付的話...

陳代表志忠

我只是好奇，他這邊診療項目 92230B，中文是寫單側顱顎關節鏡手術，英文是 temporomandibular joint arthroscopy，聽起來好像不太一樣，我們通常講 scopy 是進去看一下，這邊要不要改一下，因為我們支付標準寫的通常是一樣，這要不要再詳細看一下，我是好奇啦。

主席

好，羅醫師還要再說明嗎？

羅文良主任（中華民國（台灣）口腔顎面外科學會）

沒有，謝謝。

主席

還有嗎？請朱代表，再來黃代表。

朱代表益宏

這個案子，因為上次牙科代表說有可能會用到，這次開會說確定不會用到，到底如何我是不知道。所以我建議在支付標準附註加「限

牙科門診申報」，既然牙科也說不會用，我們就做個這限定，如果住院就不支付，這是第一點。

第二點，這並沒有附成本分析，因為我開會前有先翻一下西醫的關節鏡 3,000 點，最高僅到 8,000 點，這個是 19,000 點，如果做過成本分析，為何西醫這麼低？所以這跟西醫的成本分析到底差在哪裡？因為這支付標準應該要有衡平性，主席也常這樣講，那西醫做一個關節手術才幾千塊，為何牙科就這個高，應該要拿出來討論，謝謝。

主席

好，謝謝，請雪玲。

黃代表雪玲

我有請教我們家的牙科醫師，他說這個關節鏡在國外有很多都是全身麻醉來執行，他還給我兩篇文獻給大家參考，這部分如果病人真的需要住院來執做的時候，那要如何申報？

主席

再來請兩位羅醫師說明。

羅代表界山

若於支付標準表中已新增「備註 4.限牙醫門診申報」，則不影響醫院總額。

朱代表益宏

收住院就是在醫院總額。

羅代表界山

施行全身麻醉不一定要收住院，門診手術可於當天出院，不會影響醫院總額。本會所提關節鏡手術是最新評估之成本分析，較為精準；如西醫代表認為目前西醫關節鏡手術給付太低，建議可重做成本分析後，自行調整支付點數。

主席

好，這個就是剛剛大家建議在備註裡面加一句「限牙醫門診申報」。

陳代表志忠

這個我是外行，這個是 American association of oral and maxillofacial surgeons，他這個是所有病人 all patient hospitalize...，可能我們台灣技術比較好，那的確我們國內可能做得比較好。

謝代表文輝

我是覺得基本上當然剛剛講的，一定要註明限門診申報，因為這是由牙醫總額提出來，不要影響到其他總額科。另外剛剛討論結果，因為我們現在四個總額分開以後，基本上若各別總額提出，大家若沒提出意見就是互相尊重，但是在基本上剛剛講的，整體健保的衡平性還是要注意到，所以我就有幾個像現在西醫包括基層和醫院，初診就沒有另外的診察費，我記得牙醫一開始初診就有 600 點，那初診當然大家就知道本來就比較麻煩，本來合理就應該這樣，我是覺得未來要整體考量，大家的衡平性要一致，既然牙科有初診費用，其他三個總額也要，未來看整體在檢討才會有一致性。不然有些總額點值比較低，卻沒做調整，這樣就看不出差異。

我參與健保快 25 年，當時...現在部長當時擔任牙醫師公會理事長，他很有遠見，他在政府要做推動政策時，第一個跳下去做，當然其他三個總額就會覺得他拿比較多，但為何在點值上面看不出來，像初診診察費就有 600 點，但整個總額衡平性會看慢慢看不出來，我是覺得健保署要整體來看，總額之間有什麼，其他應該都要有，相對技術水平差不多的，應該彼此都要檢討。未來有資源要挹注的時候，是那個總額比較缺乏的也比較看的出來，不然單純看點值看不出來，而且在支付上會有相當高的差異性，對其他科別也不公平。所以我是覺得這應該未來要做檢討。

主席

請朱代表。

朱代表益宏

為何我剛會問成本分析，因為他是屬於牙科手術，除了 19,000 點，還要再加上 53% 材料費，但是我們現在材料費另外算，所以不是 53%，是依照成本分析的結果，到底材料費是多少等等，所以這部分是不是也要回到這樣，如果大部分都是技術費，材料費不多的話，應該要做指標，不然做一個這東西要 30,000 元，53% 是 10,000 元，關節鏡材料費應該沒這麼高，都是 reuse，除了刮的刀片會貴一點，但也不會超過，所以我是建議還是回到成本分析，依照我們支付標準調整的原則，後來的支付標準調整原則在所有的支付標準裡面都有名列這裡面的材料費占多少。我不知道當初 30,000 點是如何算，因為牙科總額我沒有參加。

主席

謝謝，大家還有沒有意見？這項因為是牙科提的，所以就在備註裡面加一句「限牙醫門診申報」。另外等會同仁會拿上次會議成本分析表看一下不計價藥材所占的比率是多少，然後標註在這一項裡面。

另外大家提到衡平性問題，剛剛在報告事項之前有追蹤事項辦理情形第一項，大家認為現有的項目有不敷成本情形，所以大家提供了成本分析表。好不容易歷經一年蒐集成本分析，現在辦理情形已說明只有醫中跟區域醫院有提供，地區還是沒有提供，但是這個案子已經沒辦法再等，這 22 項部分會先拿出來談。接下來如果這些項目需要做衡平性的調整或現有支付標準要調整，就再一項一項檢討，每年用非協商因素來逐步調整，讓支付更公平，這是往後的作法。至於牙科的部分，也是用他們的非協商因素預算來做項目的新增，所以大家就是彼此尊重，以上說明。大家有沒有意見？

黃代表雪玲

因為基層比較不會遇到 trouble 個案，那如果真的遇到 trouble 個

案到醫中來，他真的需要住院的時候，這個 case 要怎麼申報？就讓他自費還是？

主席

什麼意思？

黃代表雪玲

就是若到醫中來，然後住院，是要如何收費，是讓他住院嗎？他也不屬於醫院總額。

主席

如果這一項是改成限牙醫門診申報的話，就表示醫院不能報這項，就是沒有項目可以申報。好，其他還有意見嗎？沒有意見的話就第四案。

報告事項

第四案

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）文字修訂案。

主席

這資料是有些數字的部分能更精確的呈現在支付標準裡面，讓大家清楚而不會混淆，大家有沒有意見？好，朱代表。

朱代表益宏

結核病的確診費納入 CDC，請問 CDC 到底要付什麼錢、負甚麼責任？一天到晚在政令宣導，錢都推給健保署，本來愛滋病是他們付，現在愛滋病也要健保來付。現在結核病，我不曉得，是剛才才看到，雖然以前付，以前如果不對，不代表現在是對。我覺得既然是 CDC 確診，那對於結核病 CDC 到底做了什麼事？只是宣導，還是...傳染病防治法不是費用要由主管機關來支付嗎？

李組長純馥

這項目是原來是TB的P4P計畫，一段時間後真的覺得成效不錯，是因為搭配DOTS等政策，這項目當時跟他們連結是「個案要通報CDC，且CDC確定個案是結核病」，才能申報確診的診察費，所以報這個診察費的個案我們會再去勾CDC的確診名單。至於CDC承擔什麼樣的公衛責任，其實有很多，包括推動跟我們合作治療病人及代辦業務等等。

主席

CDC負責open TB、還有DOTS到家裡去看病人服藥等。

朱代表益宏

傳染病防治法不是說傳染病的費用他要付嗎？

主席

有一部分是屬於醫療，事實上是有一些切割，健保支付的是其中的一小部分。這個項目也已經存在很久了，只是現在衍伸出來文字上讓大家不太確定，所以做修正。

陳代表志忠

我不曉得我有沒有聽錯剛剛長官說的，你們會去勾CDC確診的病患，那現在醫院要怎麼申報？醫院申報的時候你又說不准申報診察費、不准申報門診診察費，申報的時候怎麼知道CDC可以勾到？

李組長純馥

這個個案他第一次來就醫，可能沒辦法確診，可是會持續請他回來就診，因為他可能需要一些預防性投藥，後來再去確認，確定他是TB。要是收到CDC跟你回報說這個個案確實是，那次的就醫去報這個，那一次的診察費就不能報，是這樣子。原來他第一次就醫，比如說還不知道他是不是TB的時候，那個診察費當然可以報。我們這個概念是說，真的是你發現的TB個案，而且CDC也告訴你，是你第一個發現他是TB的，因為我們的系統裡沒有人有結核病的註記，是CDC

他們會告訴你，因為 CDC 有一個系統。

陳代表志忠

這一定要同一個醫生嗎？這會變成...

李組長純馥

沒有、沒有，沒有勾醫師，只有勾個案。

主席

各位代表看一下報 4-12 頁，報 4-12 頁就是這個項目，這個項目的診察費是高的，所以是確診之後申報，是報一次，其他的就用一般診察費來報，好，請謝代表。

謝代表武吉

我請教一下，這個 TB 確診，譬如說他來看三次，第一次未確認，第二次是痰液檢查，第三次都出來了，確診，就報這個 A1001C？

主席

750 點。

謝代表武吉

750 點，這樣第四次再來看的時候？

主席

一般診察費。

謝代表武吉

回歸正常嗎？

主席

對，回歸正常。

謝代表武吉

大家說清楚，比較不會混淆。

主席

就是擔心有些人以為確診報了這 750 點，當次還要再加報一個一般診察費，為了怕大家不清楚，所以在報 4-12 頁的註記就寫明「它就是一種診察費，然後不得再申報一般診察費」，因為它的費用已經較高了。好，大家有沒有意見？如果沒有意見，報告事項第四案就通過。接下來討論案第一案。

討論事項

第一案

案由：修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段之收案條件案。

主席

好，謝謝。這個提案就是希望龐貝氏症能納入居家呼吸器階段的收案對象。這個提案我們邀請到的是龐貝氏學會的代表，包括鄧代理理事長，還有呂醫師跟楊醫師，哪一位要補充說明？請楊醫師。

楊佳鳳醫師（社團法人台灣龐貝氏症協會）

主席、各位委員大家好，龐貝氏症大家可以看到，全國領有重大傷病符合這個診斷只有 83 個人，所以是非常罕見的罕見疾病，但它是我們台灣標準新生兒篩檢項目的其中一項。台灣在這個疾病的經驗、照顧都是全世界領先，因為我們是台灣目前唯一全國性篩檢龐貝氏症，包括我們臺北榮總還有臺大醫院呂立大夫，這兩家醫院為主。那 80 幾個病人，其實有 70 幾個集中在臺北榮總及臺大醫院，我們兩家醫院各有一個代表來。

這個疾病雖然現在有治療，但是依照我們的經驗，因為在台灣治療經驗已經 10 年了，它在口咽腔的肌肉的治療效果非常有限，所以變成在睡眠的時候，這種睡眠呼吸中止的症狀會比其他疾病明顯，但是我們的病人沒有辦法達到計畫上面標準的醫療給付後，病人還是在

使用，結果核刪之後，這個廠商跟病人要求的呼吸器租借費用，半年就要好幾十萬，病人嚇了一跳之後跟我說要退機，變成一退機就看到病人狀況很快速的惡化。所以我們提出這個龐貝氏症協會，因為這個疾病是有它的特殊性，不像一般我們的呼吸窘迫、呼吸衰竭是可以好，它是一個進行性的，且病人量也是非常的少，非常需要大家的一起協助，所以我們提出這個疾病加入這個照護系統，不要讓病人不斷的申復又核刪，讓病人覺得那就放棄，不要再使用。我旁邊是臺大兒童醫院呂立主任，也是兒童呼吸方面的專家，再請他幫我們補充。

呂立醫師（社團法人台灣龐貝氏症協會）

主席、各位委員，楊醫師剛剛大概講了一下龐貝氏症。其實它最主要的就是肌肉的問題，所以跟肌肉萎縮的這些類似。我看到討論事項的第五點，我特別要提一下，就是費用估算的這一塊，上面估計 83 人，但是並不是所有的龐貝都要用呼吸器，我想這個算法並不是很正確這樣。目前我們估計大概是三分之一的部分，所以只有三分之一的人需要，而且有一些人會依照本來健保的給付條件就可以符合的，所以額外增加費用的部分應該不會超過三分之一的人，所以 500 萬再稍微除三分之一，那個經費其實是非常有限。但是很重要的事情是，這些如果他早期用就不會一直反覆住院跟住 ICU，因為平常的 Lung 如果讓他 expansion 痰可以排乾淨的話，肺炎的發生率跟住 ICU 的機率就會下降，所以我覺得就長期來說，應該反而是比較省錢的。如果要談費用的那個問題的話，這邊簡單補充，謝謝。

主席

好，還有胸腔暨重症加護醫學會黃教授，沒有要補充。

黃坤崙教授（台灣胸腔暨重症加護醫學會）

沒有要補充，完全同意呂醫師的這個看法。

主席

好，謝謝。就是說我們原來估計的 83 人，其實是高估了，差不多只有三分之一，這個經費照我們的書面資料，大家可以看到這是醫

院總額外的專款，就是由其他總額項下來支應，所以對醫院總額來講是減少的。請問各位代表對這個案子有沒有意見？全部都支持嗎？好。

謝代表武吉

主席，我想請教一下，那個討 1-2 頁「轉銜長照 2.0 之服務」，這個是什麼意思？

主席

出院準備，我們現在付的出院準備追蹤管理費 1,500 點。

謝代表武吉

但是我對這個很感冒，因為當時去高雄宣導的時候，林萬億政務委員、呂寶靜次長拍胸部保證絕對不和長照 2.0 接軌，我有錄音哦，我有錄音都轉到雲端。

主席

我們這一項，由健保的其他總額去支付，是轉銜長照 2.0，就是所謂的出院準備跟追蹤管理費。原因是因為也是服務出院病人，讓他們順利的轉銜，這也是住院服務的一部分，但是因為怕衝擊到醫院總額，所以我們把他放在其他醫院總額項下。至於說這個病人經過轉銜之後是到長照，那就是由長照的經費來支應，如果他經過轉銜到居家醫療，就還是由這個項目來支應，這個項目就是包含支付居家醫療。

謝代表武吉

那我們是不是可以都轉到長照那邊就好。

主席

因為他就是剛好轉銜的過程，那也是我們醫院總額很重要的服務對象，住院病人要出院的時候，幫他做安排，所以應該是已經做了思考，才做這樣預算的安排。好，大家有沒有其他意見？如果沒有，我們就謝謝龐貝氏症協會兩位醫師、理事長，還有胸腔暨重症加護醫學會的黃教授，謝謝大家非常好的說明，大家都同意了，非常謝謝你們，

這個案子就通過了。好，接下來第二案。

第二案

案由：修訂「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」案。

主席

好。這是要修訂跨層級的醫院合作計畫，這個計畫原來的宗旨是考慮到地區醫院的專科別比較不夠，所以鼓勵其他層級的醫師可以到地區醫院去支援。因為地區醫院規模也比較小，所以我們做一個診次的補助，計畫原來的精神是這樣。

去年地區醫院也率先同意他們在假日要多開診，來彌補基層在假日開診率不高，以及在假日醫學中心的急診壅塞，所以我們有挪一些非協商因素的調整到地區醫院也是這個目的。現在地區醫院再次提出來 10 月 29 日行文給本署，文中提到假日的部分，原來基層是可以支援急診的部分，但有限科別，這個也是地區醫院比較不足的醫師科別，現在他們希望基層醫師也可以來協助地區醫院假日的開診。

我們過去在談基層的假日鼓勵開診的時候，一直希望對於基層假日的診察費可以提高，但是基層也提出很多的原因跟理由，認為說假日開診的不易包括藥師的不配合等等，很多的原因。我們覺得說既然是這樣，地區醫院是有藥師的，還有藥局，如果跨層級的合作可以也跨到基層醫師的話，是不是也更能夠去紓解假日大型醫院急診的壅塞，這是所有的邏輯。

現在這個案子就是社區醫院協會的建議，接下來是有一個綜整的考慮之後提出來的建議，就請大家來討論。不知道社區醫院協會有沒有一開始還要再補充說明的？

謝代表武吉

我們非常感謝署裡對我們的建議都很慎重，我代表我們協會向健保署感謝萬分。社區醫院協會其實我們是絕對非常配合健保署現在在

推廣的一些診療業務，我們現在也鼓勵禮拜六、禮拜天的開診，而且還有假日開診，都有，我們健保署的統計資料應該都有增加，但是我們到最後考量的結果，就是我們要考量到，到底我們這一億夠不夠？如果再增加的話，可能一億就會不夠，我們在這裡就拜託我們副署長在明年的總額協商的時候多幫忙一下，再幫忙爭取一下。第二，40 診次是不是能調整到 50 診次，我們就不要再擋，基層人手到醫院來支援，我們自己虧沒關係，我們乾脆一點，拜託診次提高。

主席

好，請秋燭。

廖襄理秋燭（李代表偉強代理人）

我想請教一下，這個部分看起來就是把門診支援診次再提高，提高之後反正是總額預算支付，但是現在一個問題就是病人來看的費用是醫院總額要支付，再來，因為現在是開放基層診所的專科醫師，現在健保署鼓勵地區醫院在假日開診，但是相同的是不是也可以鼓勵基層的專科醫師在假日開診，讓民眾可近性更高？因為這樣的話，如果基層醫師他來地區醫院來看診，把病人都帶過來，全部都是基層總額跑到醫院總額來的嘛，這樣子不是就是失去那個意義嗎？是不是也鼓勵基層診所在假日開診？

主席

好，大家意見都可以提出來討論，還有沒有？基層的看法如何？基層是對於假日最不配合的喔，請黃代表。

黃代表振國

我想澄清一下，我相信在座醫院的醫師是最清楚的，基層的醫師非常辛苦，我同學笑我是過勞的一群，一天看 3 節，一個禮拜看五、六天，扣掉開會之後，一個禮拜目前還要看到 16 節，所以我沒有偷懶，我是很認真在看診。但是很重要的一點是，在醫院的醫師，一個禮拜看超過 8 節的比例有多少？

現在回到這問題，不是不配合，是需求部分，到底有多少急診的患者剛好在禮拜六和禮拜天生病，一定要用到基層資源？我們可以統計禮拜六或禮拜天門診，有多少是在基層就醫但是領慢性連續處方箋，這些是屬於比較可以選擇性就診的病患，那比例有多少，這個才是重點，這是供需原則。

基層為什麼不配合？以目前需求來講，誘因有了就有人會去做，但我們在兩年前也提過「假日開診」的預算，預算提出來後，署方連讀都不讀，付費者則認為本來就是該做的功德，該做的功德為什麼還需要付費呢？所以在藥品共擬會議，為什麼我們的與會代表很堅持？邏輯很簡單，編列新藥產生的相關費用，署方本來就有責任及義務編列清楚，呈現應該有的評估後才能送出來，但每次都是提供很模糊的總預算，當天開會表示「我們會負責把資料提供給各位」，但是最後結論卻希望先通過一個魔鬼原則，之後再聘請專家，認真謹慎探討出一個給各位非常滿意的結果。結果如何，歷次受騙。剛剛我本來不想講話，像肺結核的案件我很清楚，疾管署踢給健保的時候說肺結核的病人有人權，所以本來就應該用健保。愛滋病病患需要用藥的時候，說愛滋病患也有人權，所以就是應該用健保給付，受刑人也有人權，所以最後都使用健保預算。但我覺得回到本質，到底需要多少基層的服務量？

第二個，到底要提供什麼樣的服務？第三個，我們要怎麼給付？最重要一點，要不要給錢？我最近覺得很沮喪，本來不想說的，但昨天接到訊息說健保會要重組，重組的結果是因為醫療服務提供者 10 個太多，35 席但醫療服務提供者 10 個太多，這什麼邏輯？我不懂。所以我們在座這麼多醫療服務提供者真的是十八般武藝都要懂。我們來開會每樣都要懂，真的很辛苦。所以我的建議是，假設今天各層級願意擔負他應有的責任，我覺得我願意適當的幫忙，但是為什麼我們基層不太願意這樣？你們知道我今年的連續假日九天要怎麼上班，是由我的員工去訂，由員工投票表決哪一天要上班、哪一天不用上班，結果他們投下去，我就按照他們意願上班，終於有人說「黃醫師你是

最過勞的，因為有人休前半天，你就是需要上班的那個」。所以我只能跟大家講說基層不配合。我這樣講好了，你問各行各業，沒有九天的春假請舉手，就是我們這群基層，所以我覺得社會要公平正義，不然就是我常講的，別人的事情做不完，自己的事情永遠很多，這樣觀念不對，我覺得必須權責相符。

在座的基層醫師都很認真，而且今天在座的各位都犧牲奉獻，從台中、台南各地趕來，為什麼？因為我們希望能夠有更好的醫療環境，當討論到給付項目增加的時候，希望費用也會增加，我講了很多次，每次在提藥價要比較所謂十國最低價，請問勞務成本呢？有沒有十國最低價？應該比一比吧，不要使這個醫療環境讓我們待不下去，謝謝。

主席

針對本案...，林醫師。

林代表恒立

針對本案，其實我有幾位醫界的前輩商量過了，就是有關假日加成的部分，其實中區有非常多的診所在假日是開診的，因為我們有限制月休幾日，他們也希望能夠比照地區醫院能夠有假日加成。剛剛黃代表其實講得很清楚，如果要比照但沒有費用，勢必是更壓縮基層努力的空間，你讓急診的醫師更血汗，這是在這個狀況底下為什麼我們一直反對急診假日加成的一個主要原因。如果署方這邊願意考慮像地區醫院的模式，有固定的預算、有固定的診次，這樣的話，我想基層可以接受的狀況就會比較好，就是創造所謂的三贏，醫界、民眾跟健保署的三贏，否則的話，如果單單提升醫界的利益來做這塊，我想沒有人願意承擔這個罪責。謝謝。

主席

有沒有具體的建議呢？

黃代表振國

具體的建議就是明年總額協商的時候，能列入專款來補助，不要再挪用所謂的非協商因素。

主席

請問你們是想表達這個計畫是可以衍伸到基層來使用嗎？具體的建議是什麼？

黃代表振國

我希望能夠有具體方案，如果真的需要提高星期六或星期天基層的假日開診，我很願意樂見，但是相關的費用必須研議。

主席

好，了解。謝院長。

謝代表文輝

我想這個因為現在我們個別基層和醫院的總額是分開的，個別操作，我想在醫院總額也很期待像剛剛基層代表講的，可以特別編列專款，但沒有幾個人爭取，所以其實我們也是在內部用我們的協商因素，這個內部協商因素是我們醫院總額裡面三個層級，大家就他的需求分配，然後把他放在這裡，所以我是覺得基層如果覺得這樣的方式很好，會鼓勵大家假日基層可以開診，明年基層的總額也可以去討論，也是和我們同樣的型態這樣去討論，討論出來如果大家贊同，那是基層的總額，我們樂觀其成，這個我想是沒有問題。當然，基層假日開診，我們也知道其實署裡也有期待基層，一開始是拜託基層，但是真的是一例一休以後真的是有困難，地區醫院假日開診其實也很辛苦、也很困難，但是至少地區醫院因為他本身有住院病人，所以在假日他本來就要維持有固定有醫師、有護士、有藥師、有檢驗師、有放射線師，所以來做這個稍微有可能，尤其是在社區醫院，他在自己的社區，也許他不是都會區，真的臨時有需要的時候，他可以再做一點，假日其實量很少，現在大家假日都休假、都出遊，真的有必要才會來。所以

我是覺得社區醫院協會考慮結果會認為說「我既然說我是社區醫院，社區的醫療需求就要買單，這是我們的責任。」，不然真的很辛苦，因為平常在地區醫院假日值班的這些...，雖然是整體的醫護人員很輕鬆，所以有的人說「只要有拿一些加班費，我就來上班。」，現在多加這個，他也許會工作量稍微增加，雖然有那些人，所以這個也是考量。

因為現在推分級醫療，大醫院的急診第一塞滿，第二就是逐步...就是比較輕的輕症要一直看診的話，可能像我們勞基法規定未來真得大家在假日是很難開門診，現在假日的話是偶爾有急切的需要，在社區鄰近的醫院可以來提供這個，這也是我們地區醫院願意起來承擔，就是因為我們是社區型地區醫院，這個社區是我們的責任，第二，社區醫院長期以來一直沒落，我們是覺得在民眾需要的這個空窗期，我們站出來，給民眾重新認識社區醫院，進來看看，社區醫院的服務跟設備也不錯，在我們最需要的時候，就有可能在中間不跑大醫院，來地區醫院。其實我們是有相當的理想，希望配合政策來推動分級醫療，當然，基層剛剛講，基層如果明年，你們就你們的總額，你們依我們這樣的型態，我們也樂觀其成。今天，這個案和基層其實是沒有很大的關聯，我們也很期待你們明年可以跟我們一起來努力、來照顧大家的社區，社區基層就是社區醫院和基層診所，希望大家一起來。

今天這個案是說，我們希望...剛剛署裡已經寫了裡面的擬辦這個，我們原則上同意，因為署裡才有資料知道大概他的經費規模在怎樣，所以我是覺得基本上沒有什麼意見，我們願意做，那就是盡量地做，所以我們署裡所擬的相關辦法我們基本上是...原則上就這樣應該可以。

主席

好，謝謝。不過這個案子在原始的討 2-3 頁，社區醫院來文的時候，特別提到是要增訂基層診所專科醫師支援地區醫院，所以基層診所才會掛上關係對不對，並不是無關，所以這裡...，當然基層診所都有表達意見的機會，還有補充嗎？

羅代表永達

事實上這個案子，從那時候我們開始宣示說跟基層診所的資源以後，各地區醫院裡面，包括東區統計的數字，地區醫院裡面在假日開診...週六、週日開診是增加，而且增加滿多的，我想這是一件很正向的一個計劃。第二，我想請教你所謂的開診率，因為上面寫的沒有很清楚，是不是可以在上面寫比較清楚一點？什麼叫開診率 100%、什麼叫開診率 50%，好不好？

主席

所以大家對於這提案沒意見嗎？好，大家有沒有其他的意見？我們是同意基層診所可以到地區醫院去支援，但是是在什麼樣的前提之下可以讓診次增加呢？是地區醫院自己就要在假日多開診，如果這點地區醫院都沒做到，還要再增加，那就比較不好。所以前提是我們已經挹注非常多的經費，希望地區醫院能假日開診，這個部分我們希望看到效果。如果說支援的診次要提高，前提是你們真的有去做到假日開診，同時診次提高，可以接受基層診所來地區醫院支援。

羅代表永達

等一下，我剛剛看開診率，計畫上面好像沒有寫得很清楚。

主席

就是「當月星期六開診率達 100%且...」。

羅代表永達

操作型定義是什麼？

主席

「禮拜六都有開診，百分之百，四個禮拜六都有開診，然後禮拜天至少有兩天有開診」，才可以提高診次，否則的話就不可以提高診次。好，大家有沒有意見？這個可以嗎？可以。請雪玲。

黃代表雪玲

請教一下，如果基層有辦法去支援助地區醫院，那他為什麼不在自己的診所開診？要領藥就去社區藥局領就好，問一下，就是，對民眾來講，他部分負擔在基層只要 50，我幹嘛去地區醫院？所以我在民眾的角度來看，也許在基診會比較好。再來，這個假日從基層搬到醫院總額來，如果週六基層開診又更減少，那整個病人的數字都到我們醫院總額這邊，我們點值就會被洗掉，影響醫院總額點值。

謝代表武吉

基層到醫學中心他們就不接受啊。

黃代表雪玲

不是，我是說他到你們地區醫院是洗到醫院的總額，一樣啊，基層醫院的病人 shift 到你們醫院總額來，我們總額就被洗下去了，所以我覺得這樣子應該至少要監控基層開的週六門診不能減少，甚至應該要增加，才有人力來支援他，不然這樣其實是不公平。

主席

確實啦，基層多服務一點，病人才不會跑到醫院總額，但是如果病人沒就醫的地方，最後跑到醫學中心的急診更貴。

黃代表振國

本來今天是抱著來聽各位發言的心態，因為現在有雙向轉診跟分級醫療，醫院如果把適當的病患試著下轉到基層來，當病患長期在基層就醫的時候，就是所謂家庭醫師的照護，對病患的病情照護具有連續性，需要用到假日看診的需求就會減少。我常常說，我現在就是開 7-11，就是一個禮拜開七天，最早開業的時候沒有勞基法，每天看十一個小時，所以其實我們認同，不管哪個層級願意禮拜六、禮拜天多做服務，但是強調一點，多服務的時候應有相對預算的挹注。

第二個，如果有人願意互相幫忙我不反對，但是也要顧及到各層級的醫療生態。當然，感謝各醫院層級有考慮到，希望我們爭取更多

服務的機曾，我當然認同。但是我們兩年前提案，當時提的是 24 億是用新的勞基法跟所有義務役的勞動，如果有這樣的預算進來，我們就能夠增加人力、物力。目前各位覺得問題在我們身上，但我相信我們有足夠的能力去擔應該擔的責任，應該要加強分級醫療，讓該下轉的病人趕快下轉，我想對於照顧民眾健康才是最好的。謝謝。

主席

好，謝謝。來，謝院長。

謝代表文輝

我是覺得剛剛我們醫學中心代表講的，的確這是應該憂慮，因為我們以前在總額其實剛開始是覺得醫院跟基層應該合在一起，因為其實病人他是可以跑來跑去的，當時因為基層希望服務出去，本來我們也有一個...這個大家還沒有改之前，我們有一個機制叫風險調校機制，就是應該要監控，所以我是覺得要監控。尤其再來分級醫療以後，到底有多少醫院的病人，因為分級醫療跑到基層診所，這樣他的總額就不太合理。所以本來應該就要監控這個，如果真的分級醫療非常成功，三年、五年以後，真的很多病人門診跑到基層去了，那基層總額當然要合理的調整，我們本來就有一個風險調校機制。這次因為地區醫院是首發說基層的來支援假日這個，我是覺得長官可以監控看看，看看影響差距多少，當然，最後面是要看醫院和基層診所的門診跑來跑去的情況，那個才是最準嘛，看了如果真的是他有影響到總額，可能沒有辦法 cover，這樣我們真的要檢討，這樣你後續的分級醫療才做的下去，你一級分下去，基層真的都很盡責任都開診後，他的額度一定要適度的給他。所以我是覺得這個大家講的憂慮的這個其實是...一剛開始...，就像我們醫中代表講的，地區醫院的部分負擔其實比較高，病人大概除非有必要，不然他也不要，他就等星期一再來看，不要禮拜天去看，這個其實是少數他的確有必要，若的確有必要我是覺得我們社區醫院願意來幫這個，但是大家憂慮的這個，也希望長官考慮到，我們本來就有這個風險調校機制，可以追蹤看看。謝謝。

主席

好，謝謝。大家還有沒有意見？好，請李代表。

李代表紹誠

針對這個案子，就北區來看的時候，我們很怕地區醫院跟診所是同個體系的，我們北區深受其害。這個東西可能我們要在這裡面把他寫進去，因為他們現在就是地區醫院可以把醫生在基層、在地區醫院流動，所以這樣的情況之下，因為可以跑到基層、又可以跑到地區醫院，我們永遠在玩這個遊戲是很累的，所以這個部分我希望可以考慮進去。

主席

好，請羅院長。

羅代表永達

我想剛剛基層診所提到的這些，事實上署裡面有考量，本來是說基層支援地區醫院是一到六跟日，這次特別排除，就是週六跟週日的支援之外，平常是沒有的，所以其實這些事情，剛才基層所提到的東西，在我們跟署裡面在協商的時候，其實已經考慮到了，以上。

主席

好，謝謝。那還有嗎？好，謝院長。

謝代表武吉

感謝基層同仁這麼關心，這案子是因為我和基層某個協會的理事長談過，他說基層的醫師也希望到地區醫院來服務，我說這樣也好，大家當作好朋友互相幫忙也不錯，互相交流也不錯，所以才有這個案子。我要跟主席報告一下，不是我們故意的，是我們有跟一個理事長討論過，他說可以，所以我們才出這個提案。如果是基層反對的話，我回去再向那位理事長再解釋一下，這個第三點就把它拿掉，也沒有關係啦。

主席

哪一個要刪掉？

朱代表益宏

一通過，照署裡案子通過就好了～

主席

好，總之剛剛雪玲在講醫院總額的這部分最好落實分級醫療，把醫院的病人下轉到基層。那基層的部分，收到新的下轉病人，保留其他的預算挹注，也不會影響到基層的總額，所以真正期待的是這樣。現在呢，假日是落空了，所以需要有點紓解，否則的話醫學中心現在最壅塞的急診就是臺大跟林口長庚，每天都 100 人以上在那邊待床，一直都這麼高。這一次過年這麼長的年假也是很大的考驗，如果天氣不好的話，病人流動或者是急診的機率就更高。

這一次我們確實監控了，對這长假期的開診率並沒有想像中的理想，大家休診的比例還是很高，我要特別拜託地區醫院假日幫忙開診，這一次的年假你們也沒有很大的開診，我們還要持續地監控，你們是不是有在這裡成為醫學中心急診的紓解管道，特別是這次的長假期，我們很認真在看你們的開診率。

謝代表武吉

我們都有做啊。

主席

不是十個都有，各縣市都要有，我們有在幫忙注意。好，其他大家有沒有意見？大家就站在合作的立場，但是如果因此延伸出李紹誠醫師講的，就是有一些後面的合作，我們就長期再看看有沒有這種現象，好不好？好，如果大家沒有別的意見，這個案子就通過了，還有嗎？

羅代表永達

我只是想講一個，過年的時候是不是可以有一些特殊的考量，因

為你說社區醫院每天都有門診跟急救的確是有困難。

主席

我們已經提供這麼多的預算進去了，所以就不要再有例外，特別在最需要的時刻更不能例外，如果再例外就是沒有需要了。好，謝謝，那討論案第二案就通過了，接下來第三案。

第三案

案由：修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」。

主席

好，我們有諮詢過一些專家，提出來的一個新的模式，我們這邊邀請到的是，整合醫學會高榮的周主任、台中醫院的李孟智教授，還有北榮的彭主任、成大的盧主任，另外還有一位是醫院整合醫學會輔大的吳義勇主任。針對這個案子，先邀請這些專家要不要先補充說明，哪一位要先說明？周主任要先說明，好，謝謝。

周明岳主任（高雄榮總）

謝謝主席。各位大家好，我是高雄榮總周明岳醫師。針對這個案子，就是如果，現在是把過往一些限制的科別也把他放寬，所以只要經過認證、有開立整合門診，有確實執行整合的情況下，就給予初診費跟複診費，給予點數的協助。

所以這個案子是希望在當初的一些限制條件之下，把它做放寬的部分。所以日後做開設的時候，只要該醫師有一個認證，那他就可以開立整合門診，不需要限制他的專科別，在申報的部分，就是依照他的初診，跟複診的部分來做申報，不再做其他的專科別的限制。

李孟智教授（台中醫院）

差不多都在書面上。

主席

彭主任有要補充嗎？沒有。吳主任這邊呢？

吳義勇主任（臺灣醫院整合醫學醫學會）

主席、各位委員大家好！謝謝大會的邀請，本人代表醫院整合醫學醫學會，希望大會能讓整合醫學醫學會主治醫師所看的門診，亦能列入「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」內，共同發揮此計畫的精神，提升醫療照顧品質。

主席

可以，不限專科別。我再跟大家報告一下，本來這個計畫，署這邊有提供「多重疾病忠誠病人名單」給醫院的，那些是有個案管理費的，這次全部取消，以後也不再給名單，因為我們發現過去給名單但是沒有做實質的門診整合；我們希望現在鼓勵是真正有做整合的，我們願意給比較高的診察費，而不是過去都沒有做什麼整合，仍然在報個案管理費，這是非常不公平的。

但是為了要有一個新的模式，就是討論的第3-1頁的國字括弧一，執行模式的第2點，我們希望未來要做這件事情的時候，是醫院真正去開整合照護門診，醫院就是要有這種門診，讓有這種需求的病人，在病人的同意之下願意進入整合門診，以提供真正的用藥整合，特別是多重慢箋的這些病人。因為這個是需要花時間的，所以我們有一個整合門診的初診費以及複診費。初診費就是申報一次（含周全性的評估與照護計畫），複診費半年內最多兩次，這樣半年內完成病人完整的門診多重處方箋的整合，也包含他之後的檢查、規劃等等，這個是我們這次修正的重點。但上次在會前會的時候，有邀請社區醫院，社區醫院覺得他們不太容易馬上開整合照護門診，他們希望維持現在另外一種作法，就是一個病人在同一天看多科，最後再作整合。這個模式是原本我們也有的一種作法，這個部分就還留著。是這兩個模式留著讓大家選一個，可以兩個都做，也可以各選一個做，但是支付的方式不盡然相同。譬如說第一種模式沒有開立整合照護門診，還是提供

給同一天看多科的病人，看完多科之後的整合服務，那種情況我們是同意的，就是一次部分負擔，這個是病人端還是維持一樣的，那我們怎麼付呢？病人看三科就付三科的診察費，就是照原本的這樣子，但病人只付一次的部分負擔，從病人端看是這樣，醫療機構端是看兩科就報兩個診察費，看三科就三個診察費，但是他能不能一天可以同時看多科，醫院就要幫他安排。

如果進到第二個模式，就是真正一個醫師開一個整合照護門診，病人是只看一個醫生，但是整合醫師幫他做多科用藥及治療的整合，這件事情就是我們覺得現在最需要的。而且有一些民眾，是真正願意這樣的，所以我們希望大家可以走入第二種模式。第二種模式，病人也是繳一次的部分負擔，但是醫師因為要花更多的時間來幫病人整合，所以診察費不一樣，剛剛已經報告過就不再說明。但是這樣的前提有一個很重要的關鍵是，病人如果進到整合照護門診之後，他不可以再到其他科趴趴走又重複拿藥，所以必須在病人同意接受整合照護門診，而且簽署同意書之後收案。在這樣的前提，如果可以順利半年內完成整合後，這個個案的追蹤照護費就予以提高，這樣就可以真正讓病人看多科變成看一科、看一個門診。這樣子長期的追蹤，對我們真正的整合醫療才有幫助，所以提出來這樣的修正計畫，所以今年我們就沒有再提供名單，以上請各位代表表示意見。先請張醫師。

張代表孟源

主席、各位委員大家好，整合性門診是非常有意義的，尤其吳義勇醫師是我的老師，也是我的老同事，我全力支持。但是整合性門診不只是在醫院，在開業醫基層也是需要很多整合，基層診所也是看到很多病人也是在多科看診、甚至在不同院所看診。尤其健保署，有一些新的概念。像比如說今天，整合性門診，醫院與基層診所有一個叫共同照護門診，就是我們跟醫院共同照護一個病人，雖然診所可能只有一個醫師，即使大家看很多科，也只能報同一個門診一天一次，也不會報很多次診察費，但事實上患者很多科的疾病，我們都把它整合在一張處方箋上，所以像這類的病人，是不是診所也有機會可以把基

層診所整合性門診納入因為我們基層診所確實是這樣子做病人整合之工作。

朱代表益宏

張醫師你們基層編列一個預算就可以呀，這是區域醫院的預算啊。

黃代表振國

我來修正一下，其實張醫師的意思跟我剛剛跟大家講的一樣，是立意良善。其實這個計畫的本身，就是我們真的以病人為中心，病人為中心就是我們考量點，而不是以醫院某專科的醫師為中心。所以假設今天一個病人，他在醫院接受以病人為中心的整合照護，的確對病人端、醫院端、健保端都是好事。我們清楚這個預算來自醫院總額，但是我想在明年的時候，我們基層是不是也能夠編列類似的計畫來推行，因為唯有這樣的好計畫，才能夠讓我們基層的病人跟醫師認真互信。

但是今年有個預算，我覺得可以考慮，現在不是鼓勵醫院下轉嗎？假設今天某個病人在醫院，符合以病人為中心的條件，看兩個醫師以上，甚至符合慢箋兩次調劑，但是受到我們醫師或是健保署等因素，他能夠到基層診所就醫，由一個醫師來幫他做符合這計畫的條件，我們把他成功整合之後，這筆費用必須由「基層總額轉診型態調整費用」下編列，由下轉引用這個條件來獎勵認真的基層醫師，把游移在各個醫院看很多科的病人，好好的整合。而且這個條件是要整合 10 種藥以上，這也是我們常常在做的。不過，這個費用不會用到醫院總額，也實質幫到病人，所以我建議今年可以這樣子試，明年我們再爭取基層以病人為中心的相關預算，謝謝。

張代表孟源

我再說明一下，基層診所絕對不會去占用到醫院總額，我們基層診所一定是用基層自己的預算，只是說整合性門診的模式，應該是讓基層診所也有機會為病患做整合之照護。我要再說明一下，因為不同

總額之預算是分得很清楚的，假如說有一些是轉診費用或其他的專款，我們一定是用屬於基層總額費用，在這裡再次的說明。

嚴代表玉華

目前有關於資訊整合部分，還是可以維持原來方案，就是說如果病人有三次慢性病疾病看診，原則上診察費還是維持原案，如果是這樣子的話，依照目前的診察費 483 點乘以 3 次也就是將近 1,500 點，我認為整合門診初診診察費用才 1,500 點，誘因在哪裡？這是我第一個疑問。

第二個疑問，在上次的會前會有提到醫師教育訓練的那一段，在那個時間點討論了很多開放雲端教育訓練(E-Learning)，可是這一次在方案看起來不是，而是交由各個學會來辦理教育訓練，若這樣可能會增加醫師很多外訓的機會，關於這個部分我不太清楚為何會做這樣的修正，以上。

朱代表益宏

因為現在變成所有計畫就是要額外上課，然後去做一個門檻，那這樣其實是沒辦法鼓勵他盡量去開，今天如果說醫師本身，比如說他是某一個專科，我舉例他是心血管專科，那新陳代謝他不懂，他怎麼可能去開這個整合門診，他也不敢開嘛，病人來他也不敢開，因為他不懂，所以我覺得說這個你規定他一定要上課，有些醫師本來就是受過相關家醫科這樣訓練，本身他自己有把握可以處理他的病人，你還規定他一定要去上什麼課，我覺得這個是多此一舉啦，而且醫師上課要錢，第一個要花時間，第二個交學費，所以我覺得說這個是大可不必，那我不知道說署裡面要求要 6 小時的課，是什麼特別的意義，我不知道啦，誰開課我也不知道。但是因為這是署裡的計畫。那上次聽說開會前會的時候，大家對這 6 個小時，已經有不同的意見了，但署裡面這次還是沒有修正，所以我不知道為什麼署裡面堅持你一定要上 6 個小時的課，上 6 小時的課你總是要有個目的啊，到底要他學什麼東西啊，如果告訴他這個整合照護的裡面，那還需要上嗎？所以我覺

得說這個，我去質疑這個 6 個小時的課程啦，到底有沒有實際上必要，如果沒有必要，我覺得署裡要考量，是不是要因為某些學會的堅持一定要上，你們就把它列進去，或是某個專家的意見認為要上，我覺得這個案子，最後草案還是署裡面提出來，表示是署裡面的意見，那 6 個小時其實大家已經在 argue 了，我還是拜託署裡面慎重地去考慮這 6 個小時的課程，因為原來在試辦的時候，另外一個方案也沒有這樣子的限制阿，那你現在說希望擴大，讓更多的人參與，弄一個 6 個小時，那個真的是擴大嗎？我懷疑，搞不好是更困難，這是第一點。

第二點就是剛剛講的，就是希望做整合的，就是真正開設整合門診的，那病人如果他在同一個醫院看第二個，整合不給付嘛，那如果病人他到別的地方去看，在整合內容裡的相關診次，那這個部分是不是需要做處理，我只是提出來，謝謝。

主席

先請羅院長，再來陳副院長。

羅代表永達

我想上次 12 月在當時會前會的時候，告訴我們說還有第二次會前會，所以這個版本跟我們當時有點落差，那很多人問我那天不是有去開會嗎，怎討論成這樣。我想那天有出席會議的人都很清楚，當然也謝謝署裡面幫我們考量，我要講第一件事情，當時在講的時候，主席跟我們說因為錢有限，希望能夠進階的處理，不要像以前這樣子，所以規定醫學中心要兩個門診，地區醫院要一個門診，那地區醫院現在包括我們中區，我們的指標裡面，大家都希望都是有意義的事情，可是在地區醫院沒有著墨，那在沒有著墨的情況下，當時又要要求我們的醫師，如果說假設要做，不管你是用資訊整合，還是非資訊整合，我們都要去受訓，我說實在話，他一點誘因都沒有，他還是拿你給他的診察費，而且甚至到最後 check 所有的藥品的那個醫師，他也沒有增加診察費，那到底是什麼誘因讓他做這件事情，一點誘因都沒有，反而增加他很多的麻煩，所以這整個計畫邏輯是有問題的。

第二個剛剛提到，我們那時候在開會的時候提到 6 小時的部分，到底有沒有需要？他的內容到底是什麼？用什麼樣的方式？我想當時開會的時候，這三個問題都有提出來過，可是好像沒有沒有直接列在我們草案裡面，也沒有作任何進一步討論或解釋。

第三個就是說，以前剛開始的時候，到底要整合哪些東西，是醫師認為有需要，他只要從此以後看三科都有，還是像我們今天草案裡面說給藥日份也要大於 28 天最近三個月申報等等，要這些病人才需要？事實上對地區醫院來講，地區醫院內科不會說糖尿病跟高血壓是兩個醫師看，通常都是一個醫師看。為什麼會有跨科，很多都是外科系跟內科系或者是復健科或其它科，那會造成什麼現象？如果假設我們今天沒有整合門診的話，有一個病人他可能因為內科系的感冒發燒，他趕緊就給消炎止痛的藥；可是他去看骨科，骨科又給他消炎止痛的藥。像我們在雲端裡面在同一天裡面，除非醫院本身自己有資訊的管控，否則的話就會出現胃藥或者是抗生素，或者是消炎止痛的藥，變成重複了。因為雲端是要 2 天或 24 小時才会有。所以我們當時就說，醫院裡面用資訊把關，他是有意義的事情，由最後一個開立的醫師來把關，對不對？可是這等於系統裡面，地區醫院的這一部分都沒有著墨，有沒有給人家所謂的誘因？反而增加了 6 個小時要去上課，我說實在的，我如果跟我們醫師...，所以我強迫他們，否則的話他們為什麼要上這個課。

我的意思是說，第一點 6 個小時的部分要上什麼課，有沒有可能其他方式，我想可能需要學會給我們進一步的解釋。第二點，我們也希望說最後確立的診察費，能夠增加點數，例如 50 點，最多開的那個整合的醫師。第三點，整合的目標不應該是只有這兩個條件，也要大於 28 天，或者是三個月申報 2 次，而是他認為需要，他可能跨 2~3 科，他又能夠進入整合的一個體系，所以我要講的就是說，事實上在去年的計畫裡面，資訊整合在地區醫院裡面花了很多心血去做，那有沒有效果，你看給藥數，在評鑑裡面所統計的平均給藥數一直在減少，事實上他的 EQ 在這裡，因為到最後一個醫師要開出去的時候

是用他的名字，用他的名字的話，當他發現很多類似的藥重覆的時候，他自動就減下來了，因為最後是用他的名字簽出去的，所以這個東西的確是有所謂醫策會裡面的統計數字，認為這個是有意義，並不是說以往資訊式的整合，是沒有意義的，以上。

主席

好，謝謝，請陳副院長。

陳代表志忠

我贊同兩位專家講的，我是針對醫師教育訓練內容表達意見。第一，不限專科別，我舉個例子，如果大家都是內科醫師，不管比較高度專科化的醫學中心，去比較大型的區域醫院，當然這病人同時有糖尿病、高血壓，那就跑去看有糖尿病、高血壓這樣的醫師，這樣整合的話，他們因為都是內科的醫師，他應該都有相關的內科知識，這不需要受專業訓練，那上了6個小時的課，剛講的課程內容，1~5不曉得這個目的是幹嘛。其實我們常常碰到，病人跑來找我們看病，泌尿科，是一些攝護腺肥大的問題，結果我一看，內科已經開了藥物，那我就說「他開了，可能要稍微調整一下，現在我們有限制不能開，因為雲端藥歷鎖死了」，那病人就說「下次都在你這邊拿藥可以嗎？」因為不限專科嘛，那我可不可以去看一個整合門診，那同時有糖尿病、高血壓，那你也不能寄託一個泌尿科醫師，除非他很厲害，他上完6個小時課，他就能開調整高血壓、糖尿病的藥，所以這6個小時我不曉得目的是幹嘛，更好玩的是，各相關學會均得辦理教育訓練，這個相關學會是什麼意思，所有專科醫學會都可以辦嗎？還是怎麼樣？

主席

好，謝謝，大家還有沒有別的意見？

廖襄理秋燭（李代表偉強代理人）

執行模式2開立整合照護門診模式，這裡寫到醫學中心每週平日看診日至少開診2個診次，我看不懂。是說1週2個診次還是每天都要2個診次，那1到5天就是10個診次。

主席

好，謝謝，我們對於大家討論比較多的是上課的內容，首先要補充，我們是針對要開立照護門診模式的醫師才要上課，如果你是維持在原來的1個人同日看多科的資訊整合的那種，那個沒有要上課。是針對附件2上課內容的部分，以及為何要上課、如何上課，我們邀請學會周主任來說明，請周主任。

周明岳主任（高雄榮總）

好，我補充說明一下有關教育訓練的部分，其實過往的話，我想大家在分科，科別分的很細的情況下，過往大家的操作都是針對單一的疾病，自己熟知的領域，所以我相信大部分的醫師都是沒有問題的。只是當然大家在既往的模式情況下，可能多少對於其他科或多重用藥的，多重慢性病的可能還是有一些狀況。所以如果有意願要參加整合門診，我想應該大家有相同的理念跟溝通，包含以前比如說戒菸，戒菸總是要有基本的認識；比如說以前的成人健檢、CKD，總是要有基本的認識。這個多重用藥的部分，當你希望說如果願意參加的人，他也能夠有一些基本的想法，跟有一些過往的經驗，大家可以在一個地方互相交流，我想可以把他執行的更好一點，誠如剛才主席補充的，如果是執行第一個部分的資訊整合情況下，事實上是不需要經過這些課程認證就可以繼續執行這些過程。

主席

誰來辦這個訓練跟收費？

周明岳主任（高雄榮總）

是，訓練過程的部分，當然也希望說各個有經驗的學會，都可以自己來辦這樣的課程，只要經過署裡面的核可，我想是大家也可以學會自己辦課程收費，這是開放的，只要課程大綱內容是大家有一致性，就可以來開放課程訓練的內容。

主席

好，謝謝，那還有沒有要補充？吳主任。

吳義勇主任（臺灣醫院整合醫學醫學會）

這邊要補充，事實上我們現在分科其實是非常的細，大家大概都是以 main medical 在治療為主，怎麼樣去整體的去評估一個多重用藥，常常看多科病人，事實上他常有身心社會這些問題，所以這周全性評估並不是所有的醫師。以前在醫學院裡面都有接受過這樣的一個訓練，相信有意願、要參加的醫師，一定會希望把自己的能力提升，相信在這個課上完以後，大家的能力應該是會更一致、更提升，而且做起事來會更放心。可能大家會覺得實際上好像都會按理想...理想上好像是這樣，實際上其實不見得是這樣，所以我可以維持還是希望能夠這樣維持。至於這個補助，如果這個在中央健保署能夠去補助，大家或許會比較沒有這樣的困擾，大家可能參加意願會高一點，謝謝。

主席

好，陳副院長。

陳代表志忠

我們真的覺得這是一個很好的出發點，這麼偉大的計畫要周全評估，我剛說 6 個小時真的不夠，60 個小時吧，需要很多學分才行，我們知道一個學分，一個學分是一個學期上 17、18 個小時不等，這我們不認為每人都要，這茲事體大。

主席

好，謝謝。

朱代表益宏

現在很多計畫，署裡都弄要上 8 小時，其實我質疑，那你衛生福利部推這什麼 PGY，院內感染等等，不就是學整合嗎？對不對，所以我覺得這個其實當然學會希望多上課，去推廣，開一些所謂的專業知識，這是可以理解的，但是我覺得署裡面，政策要自己去拿捏嘛，專

科醫學會如果今天跟你講我 6 個小時不夠，我要 60 個小時，那你署裡要怎麼拿捏，我覺得說其實真的這個上課在上次開會的時候，就大家已經有很多很多意見了，所以還是提出來，還是希望 6 個小時，如果是這樣子的話，我覺得推動真的會有困難，因為這樣我就走第 1 個計畫就好了，不要上課啊，對不對。我還是用原來整合的，幾個科來整合就好啦，如果硬要去推這個計畫那也 OK，反正對地區醫院來講，還是可以多科去看啦，專科看專科，是不是真的就能夠做到希望推到真正的整合，那做不到...，我跟主席保證，如果有 6 小時，絕對做不到，絕對不可能希望大家都真的去做到整合，你還是回歸到...真正整合，這個醫師有沒有能力去看這個整合，如果今天醫師沒有能力，他不會去看，摸都不敢摸，當他有這個能力，有自信的時候，你還要叫他去上 6 小時的課，這個是幹什麼，謝謝。

主席

等下請學會再幫忙補充一下，有些已經具有資格的人，是不是一定要上課這件事情。請張醫師。

張代表孟源

主席，各大家好，現在居家醫療也是要求我們基層診所，就是 6 個月內要把他的藥品做整合，對不對？

主席

對。

張代表孟源

所以我覺得說，署是肯定的基層診所所有整合的能力，所以我一直希望，能夠有一個單獨的基層整合性門診的預算，是不是我們基層也給我們一點點機會，去作整合性照護，上課的話讓開業醫也能夠去報名參加，所以開業醫願意好好學習一下整合性門相關之課程，希望學會開會的時候，也讓醫師公會全聯會知道有機會，提升基層診所的能力，也給基層診所一點點機會，以上，謝謝。

主席

謝謝，基層的問題，因為今天題目是討論醫院，基層是覺得很好，基層的家醫計畫本來今年的修正也有部分的這種精神，但這不是今天要討論的議題。但是如果將來學會有開課，基層醫師歡迎去參加，我相信沒有人會拒絕你們參加。

好，接下來請整合醫學會要不要再說明一下。現在有一些代表提出來是說是不是每一個人都要去上課？還是說有一些人本來就有能力來做，不需要上課？

周明岳主任（高雄榮總）

我記得上次在討論的過程有提到，比如說老年專科或者是家庭專科，事實上都有過往的經驗，但是如果又設了一個專科別，那其它專科又說為什麼老年專科比較厲害嗎？家庭專科醫師比較厲害嗎？因為大家誰也不服誰，那所以在這樣的情況下，只是比較簡單的，我們就不要去設專科別，包含開診的門診，當初本來也有設一些所謂的條款，那有些醫師就覺得說自己有能力，有些沒有能力我不要看，所以我們撇開所謂的專科別的部分，那大家來一視同仁，大家來一起努力，那如果又設了某個專科的條款，可能其他專科又要跳腳，所以這個部分也是大家要考量的部分。

主席

好，這個部分我們一開始就有很多的討論，為了怕說對某一些科別特別...，所以就不如大家都一致，好，那還有沒有意見？

王副院長雪月（李代表佳珂代理人）

如果這些課程，醫院以前就有辦過，那是不是就可以...這個要討論。

主席

可是課程內容是一樣的嗎？

王副院長雪月（李代表佳珂代理人）

周全性評估其實很多醫院都有辦過。

主席

那多重用藥的那部分？

陳代表志忠

你那個有向學會申請嗎？

王副院長雪月（李代表佳珂代理人）

以前辦過就可以了嗎？學會有申請過的。

主席

如果類似的，應該是有上過課就...，但是我們不希望有涵蓋這個內容，你要能夠舉證有涵蓋這些內容。好，請謝院長。

謝代表文輝

我是覺得這個討論下去沒有結論，因為你所謂課程內容要有全能整合醫療課程，你一定要有那個理念，才會來參加這個計畫，沒有理念都不會來參加，你就是有理念那還有什麼好上的。第二個，門診的實務整合與申報，這是健保署教我們的，講申報還上什麼課，去跟醫生講一講。第三個，多重用藥與不適當用藥評估原則，這我說一定要參與做這個門診的醫師，他就有本事，每一個醫師其實我們的基本訓練，從學校出來，從實習醫師，現在的住院醫師前段 PGY，有的醫師都很認真，他下班之後就是看雜誌，他有把握才敢開，沒把握哪敢開，所以你也不用擔心嘛，其實 6 小時可以教什麼，教 6 小時像多重藥物那種，那個是日新月異，那個其實每年都應該要上，其實都是每年自己在充實嘛，所以你上不完，你加一個這個東西實質上沒有意義，只讓人家看說一個形式，完全沒有意義，那為什麼我們要浪費這個，這個本來就應該拿掉。

主席

好，等一下請整合學會再補充，現在請醫管組看有沒有什麼要補充說明？等一下再請李醫師。

李組長純馥

我回應一下嚴主任提的，就是說如果我原來在開藥的診察費是400多，然後三張將近1,000多，可是您提的是他要開連續兩個月的慢性處方箋，才會到400多。如果只是長天期28天，大概只有265點，所以原則上這個誘因裡面其實不完全是去替代原來的診察費，而是我們希望是一個整合的概念，因為醫師還要說服被保險人或是他的家屬願意從過去看三個科或是兩個科以上的，願意都到這個醫師身上來開這樣子的用藥，這是比較需要一點點說明，所以他的診察費當然會不一樣，我想我先說明這個。

另外就是盧院長提到「為什麼要兩種模式？」坦白講原來我們也只有一種模式，事實上是會前會的時候羅院長有提到，因為這個是原來的計畫後來又把它更清楚定義的時候，我們討論過去只有資訊整合那一端的，覺得顯然不是非常妥適。因為實際上民眾根本沒有感受他被同一個醫師被照護、被整併的感覺，所以那時候我們才依照你們的意見是把原來已經在醫院，尤其在地區醫院，病人已經看了三科，而且這三科已經是同一天，透過系統性去做整併，才留有這個模式。只是在這個計畫裡面就沒有額外給予其他的診察費，就是原有已經三個診察費都給，如果套句剛剛嚴主任講的，我原來就有三個科，三個診察費，為什麼要用這個初診或是周全性評估的錢。我想概念上其實是希望讓現在很多都是老人家跨科在就醫的，其實是非常辛苦，我們總不希望我們老的時候都也要這樣子跑來跑來的看病，這樣真的很勞累。所以我們這個計畫基本上就是就原有的計畫去做強化，是我們只鼓勵有開立整合性門診的部分。第一種的其實是一種轉銜，如果一下子把這些部分都去掉，我們也覺得不是很妥適，因為民眾已經很習慣只繳一次部分負擔，如果不保留原有的模式，就變得沒辦法申報，所以我們把原來的模式留下來，可是並不給予其他個案管理的錢，以上。

李代表紹誠

我想整合性照護計畫是一個非常好的計畫，但是我從民眾端來看這個事情時候，會不會造成整個醫院裡面行政作業的混亂。因為剛剛主席提到說，要簽署參加這個整合計畫，他才可以被收案，那我們病人會這麼乖，他今天就是參加了這個計畫案之後，他覺得他再掛另一科時候，醫院可能不給他掛號了，因為他已經參加那個方案。這個有沒有考慮到在行政上會衍生的一些亂象，每天就會在門診間發生很多在那邊大聲小聲吵架，因為我不能再看別科，這可能要提出來對醫院端，可能在醫院行政流程上面會造成的困擾，以上。

主席

好，等一下我們整合學會這邊的醫師們，他們都有這種經驗，再來分享，再來羅院長。

羅代表永達

因為剛剛那個，事實上在上次會前會我就提出，就是希望有兩個這樣的模式，我不是反對，我是很謝謝署裡面有幫我們考慮到這個，資訊整合我剛剛也一直強調，他本身是有意義的。第二個我只是為他們請益說，如果說在現有這個模式，我當然知道這個整合預算只有2,500萬，在這個有限的情況之下，有沒有辦法給最後那個確立的一點點鼓勵，就是我剛剛提出的建議。那最後一個就是，在開立門診的那個模式當初那個收案條件當中，我希望能多一個像以前這樣醫師認為需要的，因為在現行的模式其實是非常嚴格的，事實上給地區醫院裡面，我們並沒有給任何鼓勵誘因，這樣情況之下，如果假設醫師認為他需要跨兩個科去看的時候，現在又規定他一次給藥要28天以上，最近3個月至少申報2次以上，這樣的型態，跟現在地區醫院資訊整合型態是不一樣，所以我剛剛的具體建議是說這個部分裡面，能夠增加一個醫師認為需要的，因為這個對署裡面並沒有其它東西給付預算的壓力嘛，這就是我剛剛所提到的這個部分，以上。

主席

好，謝謝，學會這邊有要回應的嗎？

周明岳主任（高雄榮總）

就對於剛剛前輩提的，在簽署之後能不能再看別科，他其實簽署之後並沒有一個強制力，他的希望是說個案也能夠自我要求，在有狀況的時候能夠跟盡量跟當責的醫師回報，所以他在掛其他科的時候，我們認為還是都可以掛其他科，甚至於他需要轉介到該專科處理，他還是得要到該專科的處理才對，應該是沒有這個疑慮說簽了這個名之後就不准去看別科，而是鼓勵他盡量在這個地方來就診跟拿藥就好。所以我認為行政上應該是不會產生這樣疑慮的部分。

那關於課程的部分，還是要再次說明一下。其實這個案子當初我們獲知的時候，應該是署裡面要取消掉這個整合門診的部分，那所以在全沒有的情況下，當然希望在預算有限的情况下，能夠在保留這樣整合門診模式，是不是在預算有限的情况下，能真正來鼓勵有真的在做整合這件事情的醫師，而不要把整個案子都給消滅掉，所以當初的緣由是在被消滅的情況下，我們希望能夠保留核心的部分，所以才希望能夠保留一些現有的模式。也希望說在真正做整合的時候，署裡面是用少少的錢，能夠看到真正整合的成效。所以也才希望有些品質的要求，希望能設計出在讓各個醫師在看診的時候能夠互懂語言跟理念，一起來做這件事情，所以才設計出這樣的內容。

那周全性評估在實證上來說，不管國內或國外在門診、在周全性評估之前後，其實在醫療耗費、在失能程度的情況都可以相當程度減少，所以才會有這些周全性評估，希望說藉由實證的情況下，藉由整合門診能夠真正的減少長者在醫療耗費或是藥品的使用，甚至功能的下降，這些在實證上都足以得以得到支持，所以才會有這樣內容出現，以上。

吳義勇主任（臺灣醫院整合醫學醫學會）

關於「病人會不會對整合醫學主治醫師的治療產生爭議？」發生

這種情況的機率很低，醫院整合醫學的精神是經由主治醫師直接提供病人整合性的醫療，讓病人接受更快速有效的診治，因此病人更容易對醫師產生信任。

主席

好，謝謝。剛剛那個羅院長有建議說，醫師建議，羅院長在 3-4 頁照護對象這邊有一個，1 括弧的 1、2、3，括弧 3 的部分就是「保險人或醫師建議應納入門診整合」，這邊加一個醫師，這個就修正。其他大家還有沒有建議，潘代表。

潘代表延健

主席，各位代表大家好，我對醫師教育訓練這一塊還是有一點疑慮。如果這幾個課程整合醫學會認為是必要的，這些觀念如果非常重要，我也覺得不一定要限於參加這個計畫的人，其實是大部分醫師應該要有機會接受到這樣一個概念。

第二個就是剛剛整合醫學會也提到就是其他學會也可以辦，但是希望能夠教材一致。如果是不同學會辦的，教材要怎麼弄到一致？這也是一個很大的困難，所以我覺得應該要把他，如果說這些學分是一定要上的話，這應該要把他變成網路的方式。也就是說大家都可以非常方便的，不需要用形式的那種課堂式的訓練，這些方式可能都可以。像現在醫策會他們針對評鑑委員的訓練，幾乎也全部都是網路的方式，網路的方式也可以測驗，那個課程所有的學員下載下來之後，他不是只有上課的時候才聽得到，是隨時都可以參考得到。畢竟原則的部分，他隨時可以去做參考。所以我覺得這件事情，如果要讓他普遍化，觀念能夠推廣的話，這個授課的型態一定要改變，是不是能夠運用網路的方式。

那第三個就是在病人對象資格上面，假如說他是在不同的醫療機構，發生這樣的不同的慢性病、拿不同的慢箋，甚至有一部分是重複拿的，因為現在有雲端嘛，那他是無限同一個醫療機構發生這樣的情形，只要這個醫師他有這個資格，他在其他醫療機構，跟他在自己醫

療機構，有這樣的狀況整合起來，甚至也符合這樣一個精神條件。

主席

首先那個剛剛講說授課能不能有網路授課，那我們就把它含在計畫，在 3-10 頁這裡，需接受 6 小時的教育訓練，括弧「含網路授課」好不好？含網路課程。我們這裡就是沒有限誰來開課，相關學會都可辦理，吳主任可以嗎？

吳義勇主任（臺灣醫院整合醫學醫學會）

建議六小時的教育訓練課程由北中南醫學中心或醫策會舉辦，以確保訓練品質，讓大家對整合照護有更深入的了解，並減輕各醫院自行舉辦的困擾。

主席

好，謝謝。

李組長純馥

看診日的每日。

主席

剛剛有修正 3-4 頁，林義專委要再做一下修正，是修正在其他地方是不是？

劉專門委員林義

剛剛羅院長有講，就是剛剛講到照護對象要怎麼界定的問題，請大家翻到 3-3 頁。我們現在本來就有兩種模式，一種就是沒有開立整合照護門診的模式，一種是有開立整合照護門診的模式，其實我們對象限制是只有限制在「有開立整合對象門診的模式」。剛剛羅院長講的，我們剛剛想了一下，就是說假如是沒有開立整合照護門診的模式，我們本來寫的保險對象定義是說「同一個保險對象，假如同一天在參與計畫醫院，只要是他就診多科，其實多科就是兩科含兩科以上，並

由最後的就診醫師來整合開藥及處置者」，我們本來是有限制案件分類是 04、06、09，就是慢性病的案子。還是說我們把這邊這個案件分類拿掉，就是醫師只要認為他是多科就診，醫院有確實幫他整合開藥及處置者就可以，這樣好不好？就把他修正在未開立整合照護門診模式這邊。

主席

後面就不修正。

劉專門委員林義

對，因為整合門診一定要限制一些對象的範圍，他如果沒有限制，就代表他開立整合的所有對象都可以來申請這個費用，因此後面整合門診一定要限制一些對象的範圍。

主席

這是開立整合門診的？

劉專門委員林義

假如這個對象都沒有限制，等於他開立整合門診的所有對象都可以來申請這個費用，費用就會爆掉。

主席

那就是 3-4 頁的不修正，只有修正前面 3-3 頁這樣好不好？然後課程的部分，大家討論很多，我想學會 3-10 頁這邊是寫相關學會來辦理，維持一定的教學品質然後有一定的內容，大家稍微一致性，含網路授課，讓大家都能夠很方便的學習，也能夠用網路去考試，這些都可以進行。紀醫師有意見，來。

紀代表志賢

主席、各位代表，有一個想法，請大家看附件 4「周全性評估工具」內容。我是急診醫師，其實整合照護的需求我們很容易遇到，這個很重要，因為常常病人來我們這裡，可能從三個診所或不同醫院，我們看藥單。現在有雲端藥歷很好，不然以前是很慘。我覺得如果說

周全性評估工具是一件很重要的事情，因為不知道這有沒有版權問題，我是建議署裡可以有一個公版。第二個就是如果他是一個工具，我們就要讓他變得很好用，理論上就是可以上網使用，是不是署裡面可以跟學會開發出來，因為這個工具出來之後，我們的課程要怎麼辦理就有依據了。讓每個診所、醫院很容易使用這個評估工具，工具會決定看診的方便及速度。

周明岳主任（高雄榮總）

這些的部分之前以PAC經驗的話應該是有一些醫院端可以code，當然這個會有公版，公版之餘是剛剛提到的是不是在上轉的部分，或者在健保管控的部分，是不是可以藉由原本PAC的模式，其實本來比較簡單的想法是說這個部分其實是會有一些公版的內容，供大家使用之後，是可以直接在病歷裡面做一個簡要的記載，因為包含照護計畫都希望能夠依照這些內容做記載的部分。但是署裡面有沒有比照PAC要上傳VPN這些可能要另外的做思考，版權的部分這些是都有去review過，版權是沒有問題的。

紀代表志賢

我澄清一下，以我一線醫師那我就可以方便在一個地方，這些點點點就出來的，不是只有書面document拿來參考，而是要很容易使用。這樣子也應該知道為什麼訓練課程是6小時而不是3小時、12小時，或是60小時。（急救的ACLS是16小時）

第二個就是說既然這是重要的，請健保署建議衛服部把他入PGY訓練內容，因為明年開始PGY就兩年課程，務必請醫策會把他放在PGY的某一個course裡面，必須每位醫師都要理解。

第三個就最後一個，我們歷屆整合照護計畫，因為我不是很清楚這一塊我們以前成效好不好？如果成效很好那當然就繼續，如果成效的確不那麼好，我覺得目前這個修訂計畫就是一個機會。

主席

好，謝謝，來朱代表，再來是富滿。

朱代表益宏

照主席剛剛講的，雖然就是已經表達很多不需要，但主席還是認為說需要上課嘛。那我這邊就建議說因為相關的學會，繼續教育推廣學會是可以，因為它不是專科醫學會，所以這一部分如果可以的話就變成我們謝理事長，他是這個學會的理事長，所以拜託謝理事長這個網路課程多開一點，不用視訊，網路課程就好。

主席

好，謝謝，特別「周全性評估」是我們開整合門診一個很特別的東西，需要大家都能夠去做。至於我們以前 PAC 計畫時候是要看功能有沒有改善，所以是有 reporting，這個部分是沒有 reporting，就是醫生對這個病人更加的了解，然後給病人做整合照護門診的時候可以更周延的考慮他的用藥狀態，這個是相輔相成的。所以這個結果應該是放在病歷裡面，讓這位整合醫師隨時在病人初診、複診、在以後的 follow up 都可以理解這個病人的狀態，所以這是課程的一部分。我們這邊寫的是相關學會，所以歡迎大家去開設，但是一定要有品質的課程內容，還要有符合資格的講師，然後最好能夠開發網路的課程，也可以讓大家重複學習。好，那大家還有沒有其他意見？好，先請富滿，再來雪玲。

林代表富滿

附件 4 的評估量表目前有六項，表示要申報這個項目就要完成這六張評估量表嗎？

主席

要做滿這六張才能有那 1,500。

林代表富滿

所以只要申報這項，就是這六個評估量表都要完成。

主席

是沒有要申報，是要附在病歷裡面，放在病歷裡面將來有機會您

才可以出示。

林代表富滿

所以只要要申報就是這六個都要完成？

主席

對，要完成。好先請雪玲，然後再來是彭主任要說明。請雪玲。

黃代表雪玲

我想問一下這個計畫有沒有緩衝期？第一個要教育訓練，第二個就是醫中要開 10 診以上才有可能，我們短期內擠不出這樣的診間，如果只開 2 診我是不是也是不能參加，這個參加要送計畫書。如果短期內湊不了 10 診是不是完全不能參加，如果沒有辦法這個那我們只剩下未開立整合照護模式跟失智的這種是不是也要重新送計畫書？

主席

好，醫管組說明。

李組長純馥

原則上他是過去計畫的新修訂，原則上還是要重新申請這個計畫書，因為要去 fit 我們新的計畫裡面到底是要施行哪一種。原則上是這樣，今天討論比較多的那兩類我們沒有說明一定要 either one 或者一種還是兩種，原則上那個是彈性，在醫院裡面要兩種都併行我們也同意，就是所謂一種是資訊整合，一個是真的開立門診性的整合。可是你要在 3-9 頁附件 1 的部分，提報計畫給分區業務組，我們會按照您的計畫再去做審定。當然如果您有會開失智症的那一塊也要寫進來，一併去表達你會開立哪樣子符合我們這個計畫裡面內容的部分。緩衝期應該就是以你們送計畫進來以後開始，因為還是要給我們一點審定的時間，還有要去核付，就是認定你們核付的條件。

主席

好，有一個是轉銜，這個計畫一旦公告，原計畫就失效，但是參加醫院要提新計畫，可以自己衡量，譬如說一開始還是要維持未開立

整合照護模式一段時間，在今年的幾月分開始也會有開立整合照護門診的時程，你們自己提，提在計畫裡面。

黃代表雪玲

現行就有 2~3 個是符合你第二類，但是你今天就要我們湊成 10 個就會有一點困難，那 2、3 個診是不是從開始就沒辦法執行，一定要等我們湊滿 10 個，這樣是有點困難，是不是可以給半年或緩衝期讓我們去湊滿 10 個，那開始有 1、2 個診，特別是醫學中心若有 1、2 個診就可以讓他先試行。

林代表富滿

目前還沒有辦理相關教育課程，提計畫書時醫師還未完成 6 個小時的教育，請思考這期間空窗期或其他補救措施？

主席

好，那醫管組有關這個提計畫內容是不是給大家有一點準備的彈性？

李組長純馥

其實我們在提這個計畫前的那一次會議上就有提到說，原計畫去做，做到新計畫上線。如果說，會後你們可以告訴我們說大概需要多久時間，或許我們新計畫可以那個時候再生效，這是一種選項。另外一個選項就是您剛剛提的，可不可以有一部分的條件是沒有達到，讓你們有一段緩衝期。譬如您剛提的每日兩個整合門診顯然有一些困難，那部分的話，我想會後可以透過 Q&A 的方式來跟分區討論之後，可能可以做一點彈性地一些處理，第一個我們是希望不要去影響現行對照護病人的權益為主。因為像有些醫院本來就有在開整合門診，只是他可能沒有達到診次，這個我們會後會再來研究。原則上我們是希望各位能夠支持我們這樣的一個概念，保留一點彈性給各醫院其他作業的模式，等一下看生效時間要不要也表達意見？以上。

主席

好，彭主任剛剛要表達。

彭莉甯醫師（臺北榮總）

這個我想這個計畫帶有兩個重點，第一個重點就是還是以病人為中心，第二個重點是整合，所以基本上我們在看這件事情的時候，我覺得還是以病人為中心來出發點來看。就是病人可能會除了內科的疾病以外，或者是剛有提到攝護腺肥大等等泌尿科問題。其實一個病人他可能還會有其他的一個面向，譬如說他可能有骨質疏鬆，可能有情緒上的問題，有可能會有營養上的需求，所以整合的目的不單純只是在做疾病上的整合，而是盡可能去看看這病人還有哪些的問題是需要醫界或醫生來幫忙，所以整合的目的我想在這裡，這是以病人為中心的目的在這裡。那整合當然就要依照病人的需求來做相對的一個整合。

剛才有提到 PGY 的部分，PGY 應該是在 2003 年 SARS 之後開始的，所以基本上 43、44 歲以上的醫生大概都沒有參加 PGY，而且在 SARS 之後的 PGY 一開始就是 3 個月，就是內科、外科跟社區，也沒包括營養、精神或失智等等的一個訓練，所以在這個部分、課程的部分，可能還是有他的必要性在，特別針對沒有參加過 PGY 或者是有心想要參加整合計畫這個醫生，但是覺得自己能力還不夠，這樣子的醫生其實我們非常鼓勵大家應該要來參加這樣的一個課程，還是回歸到以病人為中心來看待這個計畫，我覺得可能是比較重要的一件事情，是以上個人淺見，謝謝。

主席

好，謝謝，羅代表。

羅代表永達

我想問一下技術性問題，如果選擇模式一的人，後面計畫書的寫法跟模式二的計畫書寫法應該不一樣對不對？那包括譬如 3-8 頁有些監測指標，這些指標我們一定要做還是我們可以不用做？這不一樣的

嘛，所以後面這些我們是不用做的嘛？是，謝謝。

主席

好，謝謝，其他大家有沒有意見？來，李醫師。

李代表紹誠

請教一下，剛好整合醫學會在這邊，據我所知現在在醫院的整合門診好像是比較沒有那麼被病人看重，然後我想知道你們在實際執行面上做整合門診遇到那些困難？在制定政策的時候可以針對你們的困難來去處理，這部分既然是這麼好的政策，應該是讓他可以 run 的很充實才對，如果 run 的很不 smooth，就是我擔心會造成行政上的困難，現在又一天要開兩診能夠做到的，其實大概就是某一個 level 以上的醫院才比較容易做得到。所以我想知道整個醫學會現在目前在這一方面，實務上面有哪些困難？可以在政策制定時候可以給予解決這個困難，我覺得這很重要，要不然好的政策下來，到底是沒有辦法執行，我們講得半天的好還是沒有用，這是我想要請教，以上。

周明岳主任（高雄榮總）

不好意思，感謝前輩的拋球，過往的話其實是用忠誠個案，忠誠個案其實所謂忠誠是對一些醫院忠誠，也不見得是多重慢性病，所以過往的整合門診裡面事實上並沒有發揮到多重用藥在單一診間裡面所做整合，我們執行當然在過程上、實際上遇上的一些困難，包含譬如說院內的內規限制用藥，或者是健保的限制用藥，讓我們醫師沒有辦法去處方，他必須找各個次專科醫師，我想這是目前在整合上遇到最大的困難。病患會抱怨說，明明你們叫整合門診，叫我來這裡但你這個藥又不能開，叫我再去找其他的醫師開，那為什麼叫「整合門診」？我想這個是在執行上所面臨最大的困難。

另外就是譬如說重複用藥，他在其他醫師那邊有半個月的用藥，其他醫師還有一個禮拜的用藥，這些都是在重複用藥的列計上。在醫院管控之下，我們不能在該次開立用藥的部分，那些都是在行政技術上我們會遇到讓病患抱怨的部分。當然很多細節的部分，我們也跟署

裡面表達，我想在一些行政的技術層面上盡量減少民怨的情況下，應該也可以藉由這個機會來列入裡面的 Q&A，或者是其他任何方式讓民眾在這個整合門診的時候能夠得到服務。

另一方面是宣傳的部分，譬如說醫院他有宣傳，讓病患他有這個需求情況下，他也可以主動得到這個整合門診來尋求諮詢，在該醫師有能力範圍的情況下，大部分的慢性病用藥其實是可以得到一個支持，那少數一些需要專科去處理的當然還是要回到原本專科去追蹤，我想這是藉由宣傳的部分，包含政府宣傳，該醫院自己的宣傳都可以讓這些有需求的個案，可以主動找到他可以得到的服務，而不要讓有需求的個案得不到服務或找不到地方，我想這是民眾的困擾，不知道要去哪邊來看多重的慢性病，這是民眾遇到的問題，以上報告，謝謝。

主席

好，謝謝，吳主任。

吳義勇主任（臺灣醫院整合醫學醫學會）

一般民眾對整合醫學病房由不同主治醫師輪班 24 小時照顧，無固定一位主治醫師的制度較不熟悉，然而當病人住進整合醫學病房後，發現隨時可以接受主治醫師 24 小時治療與諮詢，減少會診，縮短住院天數，因此對整合醫學病房滿意度高，病情穩定後回到基層診所繼續治療。這部分未來仍需要衛福部、健保署及醫界同仁協力，讓民眾更瞭解整合醫學。

主席

好，謝謝。最後就是有一個說明，就是剛剛有提到用藥的部分，用藥的部分我們現在除了這個計畫，還有居家醫療都有同樣的問題，都是要幫病人做用藥的整合，也有跨科別的限制這些，我們會在 2 月 20 日為這個事情再開另外一個會議，那個結論就是應用到這兩個計畫。好，討論到這裡，大家都充分的表達意見，我們也做了微幅的修正，相關還有未盡事宜，包括怎麼樣讓過渡期還有一些彈性，我們會用 QA 來表達，好不好？好，這個案子我們就基本上討論到這裡，非常

感謝大家一起討論，那也做了修正，這個計畫就修正通過。

好，今天大概就是主要也討論完了，請問大家有沒有臨時動議？
沒有，好，謝謝，今天就開到這裡，謝謝大家，謝謝。