

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

109 年第 1 次會議紀錄

時間：109 年 3 月 12 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	(請假)	洪代表啟超	洪啟超
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	陳瑞瑛(代)
游代表進邦	游進邦	許代表世明	簡志成(代)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
郭代表咏臻	郭咏臻	林代表綉珠	林綉珠
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	林代表鳳珠	林鳳珠
謝代表景祥	謝景祥	郭代表素珍	許美月(代)
林代表茂隆	王秀貞(代)	杜代表俊元	杜俊元
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	何代表語	何語
林代表恒立	林恒立	葉代表宗義	葉宗義
王代表宏育	林誓揚(代)	馬代表海霞	馬海霞
黃代表振國	黃振國	蔡代表麗娟	蔡麗娟
賴代表俊良	賴俊良	紀代表志賢	紀志賢
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	施壽全
吳代表清源	吳清源		

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會	馬文娟、邱臻麗、劉于鳳
衛生福利部社會保險司	周雯雯、白其怡
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	潘佩筠、邵格蘊
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、林筱庭
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
台灣醫院協會	林佩荻、曹祐豪、顏正婷、 吳心華
社團法人中華民國風濕病醫學會	曹彥博
臺北榮民總醫院	蘇勤方
台灣胸腔及心臟血管外科學會	吳悌暉
台灣復健醫學會	韓德生
台灣在宅醫療學會	張凱評、陳家宏
台灣居家醫療醫學會	郭啓昭
台灣婦產科醫學會	謝卿宏、黃建霈
台灣泌尿科醫學會	梁景堯
中華民國心律醫學會	林亮宇
台灣病理學會	賴瓊如、杭仁鈺
本署臺北業務組	王文君、黃芑青、施羽真、 張姿妤、王韋婷、黃寶玉、 郭庭
本署北區業務組	廖智強
本署企劃組	陳泰諭
本署醫審及藥材組	簡淑蓮

本署醫務管理組

李純馥、吳科屏、蔡翠珍、
韓佩軒、王玲玲、張作貞、
陳依婕、楊秀文、許博淇、
楊瑜真、林美惠、簡詩蓉、
鄧家佩、沈瑞玲、黃思瑄、
宋宛蓁、蕭晟儀、鄭碧恩、
陳孜孜、林毓芬、黃奕瑄、
吳柏彥

一、主席致詞：略。

二、報告事項：

(一) 新增「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(草案)」報告案。

決定：同意新增，計畫重點摘要如下，詳附件 1，P8~P23。

1. 照護內容：提供中醫診療四診診察、開給口服藥、穴位按摩指導、針灸等醫療服務；並給予患者中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載（雲端查詢）。
2. 給付內容：
 - (1) 加強照護費：依給藥日數及執行針灸項目，支付點數 900-2,350 點。
 - (2) 疾病管理照護費：進行中醫衛教、飲食指導等，限 60 天申報一次，每次支付 500 點。
 - (3) 治療功能性評估費：每 6 個月填寫「新收個案基本資料與病史紀錄表」及「生活品質量表(EQ-5D)量表」，每次支付 700 點。
 - (4) 新增糖化血紅素等 5 項檢驗費，本項檢驗費限雲端藥歷系統查詢患者資料未記錄檢查數據者，並由符合開具檢驗資格之中醫師申報，且以與西醫不重複檢驗為原則。

3. 請中醫師公會全國聯合會及台灣腎臟醫學會等單位，藉由繼續教育課程或教育訓練進行交流，以增進慢性腎臟病人照護品質。

三、討論事項：

- (一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）新增修「HLA-B 5801 基因檢測」等 4 項診療項目案。

決議：修訂重點如下，詳附件 2，P24。

1. 有關中華民國風濕病醫學會及臺北榮民總醫院提案新增「HLA-B 5801 基因檢測」，請提案單位參酌與會代表所提意見，重新評估適應症及支付點數後再議。
2. 同意修訂編號 67001B、67038B「胸壁切除術（小於/≥ 10 公分）」支付規範，增列「胸骨切除術比照申報」文字；併刪除編號 64005B「骨髓炎之死骨切除術或蝶形手術及擴創術（包括：頭骨、顱骨、胸部骨頭、股骨、肋骨、脊椎骨）」中之「胸部骨頭」文字。

- (二) 有關修訂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）第二部第一章第六節調劑支付通則案。

決議：同意通則增列「特約醫院、診所及藥局執業藥事人員產假期間，支援藥事人員得以該專任藥事人員數，依合理量規定申報藥事服務費，其餘支援藥事人員則遞補剩餘之合理量」規定，詳附件 3，P25~P26。

- (三) 「全民健康保險急性後期整合照護計畫」配合 109 年修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」之住院診察費及護理費支付點數，調升住院模式每日照護費用及加註說明「當日無法治療」支付點數案。

決議：同意修訂，修訂內容詳附件 4，P27~P73。

1. 修訂重點：

- (1) 住院模式之每日照護費用均調升 58 點：住院診察費

(天)調升 50 點、住院護理費調升 8 點，及新增六項「75 歲以上住院模式每日照護費」之支付標準。

(2) 編號 P5103B 及 P5109B「急性後期整合照護與一般強度／高強度復健費用(住院模式)-週日或國定假日」兩項診療項目名稱，修訂為「急性後期整合照護與一般強度／高強度復健費用(住院模式)-週日或國定假日或當日無法治療」。

2. 與會代表所提研修本計畫內容之相關建議，將另行召開會議討論。

(四) 有關修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)」案。

決議：同意修訂，修訂重點如下，詳附件 5，P74~P113。

1. 結案條件：照護對象居家醫療用藥整合時間由收案後 6 個月內延長為 1 年內。
2. 訪視人次：醫師每日訪視人次修正為以每日 8 人次為「原則」。
3. 品質獎勵措施：配合照護對象居家醫療用藥整合時間由收案後 6 個月內延長為 1 年內。照護對象收案滿 13 個月後，由居家醫療照護團隊提供完整照護者，年度個案管理費為 2,000 點。
4. 修正中醫師可自行收案擔任居家主治醫師，爰修正醫療服務提供者資格、收案條件、結案條件、收案程序、照護內容之文字敘述。計畫觀察指標並新增「病人每人每月接受中醫師訪視次數」規定。
5. 配合居家牙醫醫療服務移回 109 年牙醫特殊醫療服務計畫，爰刪除居家牙醫醫療服務內容。

(五) 修訂全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 3.4 版支付通則不適用範圍及分類表，暨 109 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。

決議：同意修訂，修訂重點如下，詳附件 6，P114~P153。

1. 第七部第一章通則三(十二)「複雜性多重骨盆腔器官脫

垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案」增列「陰道懸吊與固定術」(ICD-9-CM 代碼 70.77) 合併「膀胱直腸脫垂修補術」(ICD-9-CM 代碼 70.50)」之疾病組合。

2. MDC5 「循環系統之疾病與疾患」:

(1) DRG11203「經導管心臟病灶或組織剝除術」，依主診斷拆分為 DRG11203、11205、11206「複雜性心室不整脈/心房顫動/其他之經導管心臟病灶或組織剝除術」等 3 項 DRG。

(2) 中華民國心律醫學會建議 DRG11203「複雜性心室不整脈之經導管心臟病灶或組織剝除術」新增主診斷 I49.3，及 DRG11205「心房顫動之經導管心臟病灶或組織剝除術」新增主診斷 I48.3、I48.4、I48.92 一節，請中華民國心律醫學會另行函文供本署評估辦理。

3. MDC11 「腎及尿道之疾病與疾患」:

(1) DRG306、307「攝護腺切除術，有/無合併症或併發症」，依是否執行「雙極前列腺刮除術/汽化術」，拆分為 DRG30601、30602「雙極前列腺刮除術/汽化術，有/無合併症或併發症」，及 DRG30701、30702「經尿道攝護腺切除術，有/無合併症或併發症」4 項 DRG。

(2) 台灣泌尿科醫學會提議 DRG336、337「經尿道攝護腺切除術，有合併症或併發症」亦依是否執行「雙極前列腺刮除術/汽化術」再分類一節，請台灣泌尿科醫學會另行函文供本署評估辦理。

4. 109 年 7-12 月標準給付額 (SPR) 為 46,313 點，其餘適用參數詳附件 6，P114~P153。

四、臨時提案

(一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 (以下稱支付標準) 新增修訂「All-RAS 基因突變分析」等 3 項診療項目案。

決議：因時間因素未及討論之內容，將於下次會議討論。

(二) 「109 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」報告案。

決議：因時間因素未及討論之內容，將於下次會議討論。

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

決議：因時間因素未及討論之內容，將於下次會議討論。

五、散會：下午 5 時 30 分

全民健康保險中醫~~提升~~慢性腎臟病門診加強照護~~品質~~計畫(草案)

一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

早期中醫介入腎病~~患者病人~~，減緩腎病惡化，延緩洗腎時程，提升~~患者病人~~生活品質，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。

三、適用範圍

慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, 以下稱CKD) stage 2~5期之~~患者病人~~，主診斷為ICD-10-CM為~~N049(腎病症候群)~~、N182-N186(慢性腎病)~~或R80(蛋白尿)~~之病人。

(一) CKD stage 2：腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate, 以下稱eGFR) 60~89.9 mL/min/1.73 m²合併有蛋白尿(尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine protein/creatinine ratio, 以下稱UPCR) ≥150mg/gm，糖尿病患者的尿微蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine albumin/creatinine ratio, 以下稱UACR) ≥30mg/gm) 或血尿之各種疾病~~病人~~。

(二) CKD stage 3~5：eGFR < 60 ml/min /1.73m²之各種疾病~~病人~~。

~~(三) 蛋白尿病患：24小時尿液總蛋白排出量大於1,000mg或UPCR ≥1,000mg/gm之明顯蛋白尿病患，不限各stage。~~

四、預算來源

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「全民健康保險中醫~~提升~~慢性腎臟病門診加強照護~~品質~~計畫」專款項目下支應。

五、申請資格~~及退場機制~~

(一)申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。

(二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民

健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

~~(二)本計畫承作院所於生活品質量表(EQ-5D)量表回收率低於60%或CKD stage 3-5上傳檢查數據後測回收率低於60%者，隔年不得承作本計畫。~~

六、結案條件

(一)腎功能持續改善至stage 1。

(二)於收案期間，發生急性腎衰竭、接受器官移植~~換患者~~、接受血液透析、腹膜透析者。

(三)病人~~未回診~~中斷照護超過90日。

七、申請程序

中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附表件一)及其他檢附資料，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

八、申請資格審查

(一)中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月一日起計算。

(二)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

九、執行方式

(一)中醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。

(二)檢查數據：

1. ~~請於患者第一次就診~~收案時須檢附之檢查數據：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, 以下稱Cr)、UPCR (或糖尿病~~患者病人~~的採

UACR)、低密度脂蛋白(LDL) ~~⇒~~及糖化血色素(Hemoglobin A1c,以下稱HbA1C, 糖尿病~~患者~~病人必填)。

2. 屬 CKD stage 2 ~~患者~~ 後續每 6 個月須重新檢附本檢查數據。

3. 屬 CKD stage 3~4 ~~患者~~ 後續每 3 個月須重新檢附本檢查數據。

4. 屬 CKD stage 5 ~~患者~~ 後續每個月須重新檢附本檢查數據。

5. 本計畫所訂檢驗費限雲端藥歷系統查詢患者資料未紀錄檢查數據者及符合開具檢驗資格之中醫師申報，且以與西醫不重複檢驗為原則。

(三)疾病管理照護：

1. 收案時須填寫「CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表」(附表一) 及生活品質量表(EuroQol instrument,以下稱 EQ-5D) (附表二)，且每 6 個月執行一次。

2. 給予~~患者~~病人中醫衛教、營養飲食指導~~⇒~~及運動指導~~及~~並記載檢查數據記載 (雲端查詢健保醫療資訊雲端查詢系統)。

~~3. 生活品質量表(EQ-5D)量表，每 6 個月執行一次(附表二)。~~

(四)本計畫收案後~~應~~及每次依本計畫進行照護，均須完成各項支付標準所列之量表，並將收案對象之基本資料(包含~~BP~~血壓、Cr、eGFR項目)、量表結果、腎功能評估及慢性腎疾病分期數據於執行期限之次月20日前登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)，~~每次須完成各項支付標準所列之~~量表需並於每季結束上傳中醫全聯會，未登錄VPN者不予支付該次費用。

(五)~~本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。本計畫限單一診所收案，不得重複。~~

十、支付方式

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

(二)本計畫預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則

進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十一、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「~~00~~JP」(全民健康保險中醫~~提升~~慢性腎臟病門診加強照護~~品質~~計畫)。

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

十二、執行報告

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

(二)實施效益須包含下列項目：

1. CKD stage 2~3a之患者：eGFR較新收案時改善 (eGFR>新收案時)。

2. CKD stage 3b~5之患者：~~給予照護~~收案一年(或12個月)後，糖尿病患者病人eGFR下降速率 $< 6 \text{ ml/min/1.73m}^2 / \text{year}$ ；非糖尿病患者病人eGFR下降速率 $< 4 \text{ ml/min/1.73m}^2 / \text{year}$ 。

十三、退場機制：

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

(二) 本計畫之承作院所於生活品質量表(EQ-5D)之回收率低於60%或CKD stage 3~5病人之檢查數據上傳率低於60%者，次年不得承作本計畫。

- 十四、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。
- 十五、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

全民健康保險中醫~~提升~~慢性腎臟病門診加強照護~~品質~~計畫申請表

基本資料	院所名稱		院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷		聯絡電話		
	E-mail :				
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業資年	受訓課程日期
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
	保險醫事服務機構自評項目		請 V 選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
醫師是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反			
機構章戳					

(本欄位由中醫全聯會填寫) 中醫全聯會審核意見欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過。 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。 4 <input type="checkbox"/> 其他。 審核委員： _____ 審核日期： 年 月 日
-----------------------------	--

附件二

全民健康保險中醫~~提升~~慢性腎臟病~~門診加強~~照護~~品質~~計畫 給付項目及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數除另有規定外，係包括中醫師診療、處置、處方、~~藥費、調劑費~~、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸及傷科申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸及傷科申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報疾病管理照護費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及方式。
- 五、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- ~~六、本計畫所訂檢驗費限雲端藥歷系統查詢患者資料未紀錄檢查數據者及符合開具檢驗資格之中醫師申報，且以與西醫不重複檢驗為原則。~~

全民健康保險中醫~~提升~~慢性腎臟病門診加強照護~~品質~~計畫

支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P64001	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、 <u>調劑費</u> 、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	900
P64002	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、 <u>調劑費</u> 、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,250
P64003	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、 <u>調劑費</u> 、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,600
P64004	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、 <u>調劑費</u> 、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,950
P64005	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、 <u>調劑費</u> 、針灸處置費、 穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,300
P64006	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、 <u>調劑費</u> 、針灸處置費、 穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,650
P64007	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、 <u>調劑費</u> 、針灸處置費、 穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	2,000
P64008	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、 <u>調劑費</u> 、針灸處置費、 穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	2,350

編號	診療項目	支付點數
P64009	中醫慢性腎臟病加強照護費(未給口服藥、針灸處置同療程第1次) 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	800
P64010	中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第2~6次) 註： 1.限與P64009合併申報；同次療程結束後統一申報。 2.P64009及P64010每週限申報3次。	300
P64011	疾病管理照護費 註： 1.中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載(雲端查詢)。 2.須檢附相關檢查數據： <u>CKD stage 2 患者病人</u> 後續每6個月須重新檢附於病歷⇒； <u>CKD stage 3~4 患者病人</u> 後續每3個月須重新檢附於病歷⇒； <u>CKD stage 5 患者病人</u> 後續每個月須重新檢附於病歷。 3.限 <u>60天</u> 4週 申報一次。	500
P64012	中醫慢性腎臟病治療功能性評估： (1)CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表(附表一) (2)生活品質量表(EQ-5D)(附表二) (3) <u>需於病歷及本署 VPN 登錄病人血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, Cr)、UPCR(或糖尿病患者的UACR)、低密度脂蛋白(LDL)、糖化血色素(HbA1C, 糖尿病患者必填)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。</u> 註1： <u>每一個案限每6個月申報一次費用(每次須同時完成各項所列之量表)</u> 註2： <u>需有病人新收案或前一次功能性評估之量表及檢驗檢查，且已於VPN登錄者，使得申報本項。</u> 註3： <u>申報2次加強照護費及1次疾病管理照護費後，始得申報本項。</u>	1,000 700
<p>註1：<u>含藥費之加強照護費與不含藥費之加強照護費(P64009)，需≥28天始得相互轉換。</u></p> <p>註2：<u>P64001、P64002、P64003、P64004、P64005、P64006、P64007、P64008、P64009每次診療限擇一申報，且給藥日分不得重複。</u></p> <p>註3：<u>(P64005、P64006、P64007、P64008)及(P64009、P64010)不得併報。</u></p>		

檢驗費

編號	診療項目	支付點數
P64013	UPCR 尿蛋白與尿液肌酸酐比值 <u>UPCR</u> (Urine protein/creatinine ratio)	55
P64014	UACR 尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 <u>UACR</u> (Urine albumin/creatinine ratio)	80
09006C	<u>糖化血紅素</u> HbA1C (Hemoglobin A1c)	200
09015C	血清 肌酸酐、血 肌酸酐 Creatinine (B) <u>CRTN</u>	40
09044C	<u>低密度脂蛋白－膽固醇</u> LDL-C (Lowdensity lipoprotein cholesterol)	250
<p>註：本項限雲端藥歷系統查詢患者資料未紀錄檢查數據者及符合開具檢驗資格之中醫師申報。</p>		

附表一

全民健康保險中醫~~提升~~慢性腎臟病門診加強~~品質~~照護計畫 疾病管理照護衛教表單

□一、健康生活型態：

- 1.維持理想體重：BMI 介於 18.5~23.9。
- 2.適度運動：每週至少運動三次，如打太極拳、作用手功，每次 30 分鐘，可防止骨質疏鬆，並減緩及預防血管硬化，更可保持免疫力。
- 3.戒菸、不酗酒、不熬夜。
- 4.注意保暖。

□二、均衡飲食：

- 1.不宜大補特補，避免坊間常見的十全大補湯、藥燉排骨、薑母鴨、麻油雞等溫燥食物，會使邪氣留滯，火氣更大。忌油膩辛辣刺激食物，不宜進食生冷飲食。適量蛋白質攝取，避免大魚大肉。
- 2.水果：應避免楊桃，此外，富含鉀離子的香蕉和柿餅也要注意。
- 3.飲食宜營養豐富而清淡易消化，少鹽、少調味料、少加工品，減低腎臟負荷，以延緩腎功能惡化。
- 4.適量喝水、勿憋尿。運動飲料含有額外的電解質與鹽分，腎病患者宜少食這類飲料。


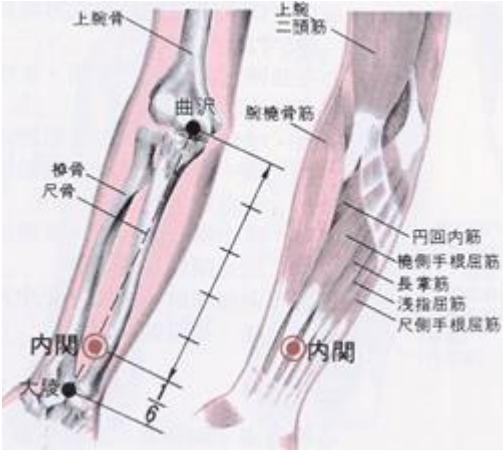

□三、不亂吃藥：

- 1.服用藥物應諮詢及遵從醫藥專業人員指導。
- 2.不濫用止痛藥及來路不明藥物。
- 3.不聽信偏方草藥。
- 4.不輕易聽信廣告成藥的藥效。

□四、自我監測及健康檢查：

- 1.原發性腎絲球腎炎需長期監控。
- 2.控制好原有的慢性病：糖尿病做好血糖控制，醣化血色素 $< 7\%$ ；高血壓做好血壓控制，血壓控制 130/80mmHg；痛風患者應控制尿酸。
- 3.觀察尿液型態：排尿頻率、尿液顏色、味道、尿量、是否為血尿或泡沫尿。
- 4.定期健康檢查：最好每半年做一次尿液和血液肌酸酐和尿素氮檢。40~64 歲者，每三年可做一次健康檢查；大於 65 歲，每年可做一次健康檢查。

穴位按摩：

	<p style="text-align: center;">合谷穴</p>  <p>位置： 手背拇指掌骨～食指掌骨之間，食指掌骨的中點處。</p>
<p>手部</p>	<p style="text-align: center;">內關穴</p>  <p>位置： 前臂內側（掌側），腕橫紋上2寸(三指橫幅)，兩筋（掌長肌腱與橈側腕屈肌腱）之間。</p>
<p>足部</p>	<p style="text-align: center;">太谿穴</p>  <p>位置： 足內側部，內踝後方，內踝尖與跟腱之間凹陷處。</p>

以上圖片來源：《經絡與穴道》

附表一

全民健康保險中醫~~提升~~慢性腎臟病~~門診加強~~照護~~品質~~計畫

CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表

一、基本資料：

姓名： 生日： 身分證字號： 病歷號： 性別：

職業： 教育程度：

二、病史記錄：

(1) 如何發現自己有腎臟病？

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

* (2) 發現腎臟疾病之後是否有下列症狀？

- a. 沒有症狀 是 否 (請續答)
- b. 有症狀如下，可多選
- 類似感冒症狀，一直未癒 是 否 不知道
蛋白尿或血尿 是 否 不知道
眼瞼浮腫或手腳水腫 是 否 不知道
背部肋骨下緣疼痛 是 否 不知道
時常覺得倦怠無力 是 否 不知道
夜裡無法入睡 是 否 不知道
血壓高，全身不適 是 否 不知道
夜裡頻尿，無法入睡 是 否 不知道
尿量減少 是 否 不知道
胃口不好 是 否 不知道
常有噁心、嘔吐之情形 是 否 不知道
爬樓梯時，容易有呼吸喘之情形 是 否 不知道
有頭暈、眼花之情形或貧血 是 否 不知道
夜裡須採坐姿，才能入睡 是 否 不知道

* (3) 使用藥物病史：

因疼痛服用止痛劑 沒有服用 偶爾服用 一個月1-2次 每周1-2次 幾乎每天使用
常常打針，如 (消炎、止痛) 沒有 偶爾打針 時常打針 (請填頻率) _____
服用中草藥或偏方 沒有服用 (若有服用，請寫下藥名與勾選使用頻率)

_____ 偶爾服用 一個月1-2次 每周1-2次 幾乎每天使用
_____ 偶爾服用 一個月1-2次 每周1-2次 幾乎每天使用
_____ 偶爾服用 一個月1-2次 每周1-2次 幾乎每天使用
_____ 偶爾服用 一個月1-2次 每周1-2次 幾乎每天使用

附表二



健康問卷

台灣正體中文版

(Traditional Chinese version for Taiwan)

EQ-5D-5L 照顧者版本：1

(請病人的照顧者設想他(她)[意指照顧者]
會如何評價病人的健康狀況)

在每個標題下，請勾選一個最能描述(請插入受健康評量病人的姓氏或名字，
如張先生或麗美) 今天健康狀況的方塊。

行動能力

- 他(她)可以四處走動，沒有任何問題
- 他(她)在四處走動方面有些問題
- 他(她)在四處走動方面有中度的問題
- 他(她)在四處走動方面有嚴重的問題
- 他(她)無法四處走動

自我照顧

- 他(她)能洗澡或穿衣，沒有任何問題
- 他(她)在洗澡或穿衣方面有些問題
- 他(她)在洗澡或穿衣方面有中度的問題
- 他(她)在洗澡或穿衣方面有嚴重的問題
- 他(她)無法自己洗澡或穿衣

平常活動 (如工作、讀書、家事、家庭或休閒活動)

- 他(她)能從事平常活動，沒有任何問題
- 他(她)在從事平常活動方面有些問題
- 他(她)在從事平常活動方面有中度的問題
- 他(她)在從事平常活動方面有嚴重的問題
- 他(她)無法從事平常活動

疼痛 / 不舒服

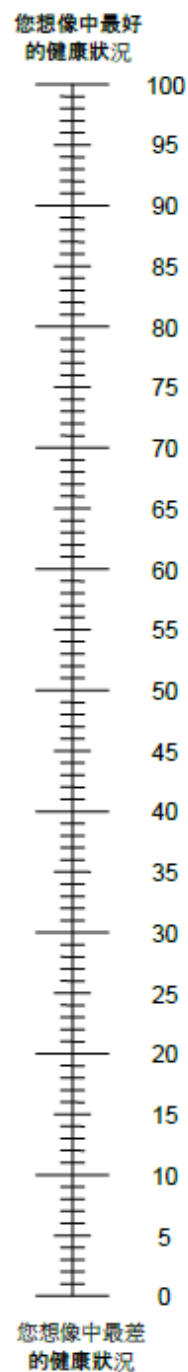
- 他(她)沒有任何疼痛或不舒服
- 他(她)覺得有些疼痛或不舒服
- 他(她)覺得中度疼痛或不舒服
- 他(她)覺得嚴重疼痛或不舒服
- 他(她)覺得極度疼痛或不舒服

焦慮 / 沮喪

- 他(她)不覺得焦慮或沮喪
- 他(她)覺得有些焦慮或沮喪
- 他(她)覺得中度焦慮或沮喪
- 他(她)覺得嚴重焦慮或沮喪
- 他(她)覺得極度焦慮或沮喪

- 我們想知道您認為 (請插入受健康評量病人的姓氏或名字, 如張先生或麗英) 今天健康狀況的好壞。
- 這個刻度尺有從 0 到 100 的數字。
- 100 代表您想像中最好的健康狀況。
0 代表您想像中最差的健康狀況。
- 請在刻度尺上打個“X”，指出您認為 (請插入受健康評量病人的姓氏或名字, 如張先生或麗英) 今天的健康狀況的好壞。
- 現在請在以下空格中，寫下您在刻度尺上標示的那個數字。

病人今天的健康狀況



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

第七節 手術

第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001~64281)

通則：骨折或關節脫位手術，不另支付徒手整復費用。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
64005B	骨髓炎之死骨切除術或蝶形手術及擴創術 (包括：頭骨、顱骨、 胸部骨頭 股骨、肋骨、脊椎骨) Sequestrectomy or saucerization & debridement for osteomyelitis 註：如係膿瘍切開者，應依切開創傷處理申報。		v	v	v	6802

第五項 胸腔 Thoracic

一、胸腔 Thoracic (67001-67055)

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
67001B	胸壁切除術(小於十公分) Chest wall resection<10cm 註： 1.胸壁切除至少應含蓋二個以上不同之組織(如骨骼,肌肉等)。 2.胸骨部分切除術(小於十公分)比照申報。		v	v	v	10858
67038B	胸壁切除術(≥十公分) Chest wall resection ≥ 10cm 註： 1.胸壁切除至少應含蓋二個以上不同之組織(如骨骼,肌肉等)。 2.胸骨部分切除術(≥十公分)比照申報。		v	v	v	15316

第六節 調劑

通則：

- 一、藥品費依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」有關規定辦理。
- 二、藥事服務費之成本，包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用。
- 三、醫院牙科門診申報本節門診藥事服務費用，應按調劑人員及處方類別，限申報 05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C 及 05212D 等項，惟 05219B、05220A 及 05221A 如符合相關規定，亦得申報。
- 四、本節各項目，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。（除基層院所外）
- 五、交付調劑醫療服務案件，診療之保險醫事服務機構，不得申報藥事服務費用。
- 六、依全民健康保險醫療辦法規定一次領取二個月或三個月用藥量之慢性病連續處方箋案件，其藥事服務費得相對申報二次或三次。
- 七、特約醫院藥事人員合理調劑量之計算，按月計算醫院各藥事人員合理調劑量，超過下列件數規定部分，其藥事服務費按支付點數之 50% 支付。

(一)綜合醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告醫院評鑑基準及評量項目之藥事人員 C 級設置標準，各層級合理調劑量如下：

1.醫學中心

- (1)住院處方每人每日 40 件。
- (2)門、急診處方每人每日 70 件。
- (3)特殊藥品處方每人每日 15 件。

2.區域醫院

- (1)住院處方每人每日 50 件；如採單一劑量每人每日 40 件。
- (2)門、急診處方每人每日 80 件。
- (3)特殊藥品處方每人每日 15 件。

3.地區醫院

- (1)住院處方每人每日 50 件；如採單一劑量每人每日 40 件。
- (2)門、急診處方每人每日 100 件。
- (3)特殊藥品處方每人每日 15 件。

4.上述綜合醫院所提供之精神科住院處方調劑藥事服務，比照本項(二)之 1.「精神科醫院」計算合理調劑量。

(二)精神科醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告精神科醫院評鑑基準及評量項目之 C 級設置標準，訂定合理調劑量如下：

1.精神科醫院

(1)住院處方

- A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日 50 件。
- B.慢性精神病床每人每日 200 件。
- C.精神科日間病房每人每日 200 件。

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

2.精神科教學醫院

(1)住院處方

- A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日 40 件。
- B.慢性精神病床每人每日 160 件。
- C.精神科日間病房每人每日 160 件。

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

(三)各醫院應於次月 15 日前至保險人健保資訊服務系統(VPN)登錄藥師人數及藥師總工作人日數，若該月 15 日適逢國定假日或例假日，則順延至下一個工作日。104 年 1 月起，醫院若無特殊理由未依規定於 VPN 登錄，則該院該月藥師總工作人日數以 0 計算。

八、前項醫院藥事人員合理調劑量計算原則：

(一)門、急診處方:係指本節各項門診藥事服務費診療項目。

(二)住院處方:係指本節各項住院藥事服務費診療項目。

(三)特殊藥品處方:係指本節放射性藥品處方之藥事服務費、全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費、化學腫瘤藥品處方之藥事服務費等診療項目。

(四)藥事人員合理調劑量計算次序為特殊藥品、住院處方、門急診處方，超過合理調劑量依支付點數之 50% 支付。

九、特約藥局如不符主管機關公告之「藥局設置作業注意事項」，其藥事服務費比照基層院所藥事人員調劑標準支付。

十、特約藥局及基層院所藥事人員合理調劑量(以每日實際調劑量計算)每人每日 100 件，山地離島地區每人每日 120 件，超過不予給付藥事服務費，特約藥局調劑件數不分處方來源一併計算。

十一、基層診所醫師兼具藥師資格者，於執登處所，依自開處方親自為藥品調劑者，以醫師親自調劑支付標準核給藥事服務費，且每日親自調劑處方以 50 件為限，超過 50 件不予給付藥費及藥事服務費。

十二、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員依法提供報備支援之調劑服務，併入接受支援特約醫院、診所及藥局之合理調劑量計算，採遞補專任藥師剩餘之合理量。

十三、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員產假期間，支援藥事人員得以該專任藥事人員數，依合理量規定申報藥事服務費，其餘支援藥事人員則遞補剩餘之合理量。

全民健康保險急性後期整合照護計畫

106 年 06 月 26 日健保醫字第 1060007890 號公告修正

106 年 09 月 30 日健保醫字第 1060033976 號公告修正

109 年 00 月 00 日健保醫字第 000000000000 號公告修正

壹、前言

因應人口老化，愈來愈多的病患在急性醫療後可能出現失能情形，將大幅造成對醫療體系、家庭及社會照顧之負擔或依賴，故需儘早規劃急性後期之醫療整合照護模式(Post-acute Care，以下稱 PAC)。雖然目前全民健保給付治療疾病所需之相關醫療費用，但國內急性後期照護模式尚未建立，跨醫療院所照護急性後期病人轉銜系統尚待整合，急性期穩定之病人憂心返家後的照護而滯留醫院，因此以再住院及超長住院方式因應急性後期照護需要，或造成照護強度不足，或為復健入住大型醫院之情形，對於醫療服務品質與資源使用效率亦有待改善。故透過支付改革，建構急性後期照護模式與病人垂直整合轉銜系統，依個別病人失能程度，在治療黃金期內立即給予積極性之整合性照護，使其恢復功能，將可減少後續再住院醫療費用、減輕家庭及社會照顧之負擔。亦可強化急性醫療資源配置效率，與長期照護服務無縫接軌，達到多贏的目標。

貳、計畫總目標

- 一、 建立台灣急性後期整合照護模式，以提升急性後期照護品質。
- 二、 建立急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統，以提升病人照護之連續性。
- 三、 確立急性後期照護之完整性及有效性，對治療黃金期之病人給予積極性之整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出。

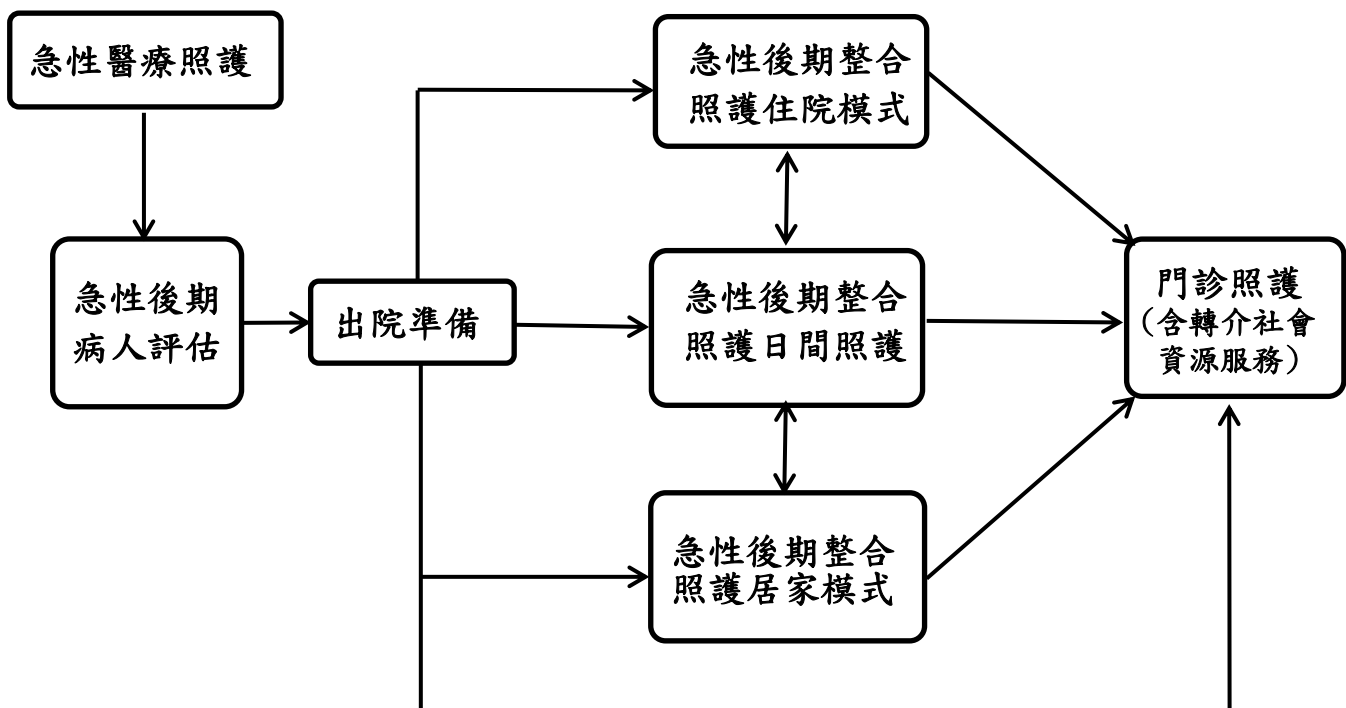
參、計畫期間：自 103 年 1 月 1 日起分階段實施（腦中風急性後期照護自 103 年 1 月 1 日起實施；燒燙傷急性後期照護自 104 年 9 月 9 日起實施，其餘各類照護自 106 年 7 月 1 日起實施）。

肆、預算來源

- 一、本計畫「急性後期整合照護居家模式照護費用」、「評估費及獎勵費」、「品質獎勵措施」費用，由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。
- 二、其餘「急性後期整合照護與高強度復健(住院模式)」、「急性後期整合照護與一般強度復健(住院模式)」、「急性後期整合照護與日間照護」、「燒燙傷急性後期物理治療-中度複雜治療、複雜治療」、「燒燙傷急性後期職能治療-中度複雜治療、複雜治療」、「心臟衰竭急性後期物理治療-複雜治療」、「心臟衰竭急性後期職能治療-複雜治療」等費用，由全民健康保險年度醫院醫療給付費用總額項下支應。

伍、照護模式及內容

由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當之急性後期整合照護模式，包含住院模式、日間照護模式、居家模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂天數上限。



一、急性後期整合照護住院模式

(一) 於區域醫院或地區醫院以住院方式提供急性後期整合照護，包括跨專業團隊整合照護、復健治療等。

(二) 經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他照護模式。

(三) 服務內容

1. 個人化之治療計畫。
2. 跨專業團隊整合照護(醫療、護理、物理治療、職能治療、語言/吞嚥治療、心理治療、社工、營養、醫療諮詢及衛教)。
3. 復健治療(生理、心理及銜接社會資源)。
4. 後續居家照護及技巧指導。
5. 共病症、併發症預防及處置。
6. 定期團隊評估。

二、急性後期整合照護日間照護模式

(一) 採取「日間照護」門診全天方式提供照護，提供個案的急性後期醫療照護。

(二) 服務內容

1. 醫師診療。
2. 門診復健治療。
3. 護理照護：傷口照護、主要照顧者照護技巧指導等(例如：換藥方式、導尿教導、便秘處理等)。
4. 轉介社會資源輔導。
5. 營養及飲食指導
6. 未來功能重建 (functional recovery)、職能輔導 (occupational recovery) 等身心各項復健。

- (三) 醫院需能提供上午及下午治療課程，時間以 9 點至 17 點為原則，符合臨床治療要求及病人意願，可於下午治療結束後提前返家。
- (四) 提供日間照護服務之醫院，需提供個案妥適的安置空間，並考量病人隱私，需有個別治療室或是可供遮蔽之場地。

三、急性後期整合照護居家模式

- (一) 適用條件：經專業評估無法接受本計畫住院照護模式、日間照護模式或門診復健治療，仍有積極復健潛能之急性後期個案，提供有期限之居家復健治療。收案個案接受本模式期間，不得重複接受「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第五部居家照護及精神疾病患者社區復健之服務。

(二) 服務內容

1. 物理治療師、職能治療師或語言治療師至個案家中提供急性後期整合性居家復健治療，時間 30-50 分鐘。
2. 運用簡易器材、就地取材、並透過家屬衛教方式，增進個案日常活動功能，及促進社區參與能力。
3. 居家復健需求評估與計畫擬定。
4. 居家物理治療包括：被動關節運動、擺位、床上活動及轉位訓練、肌力及耐力訓練、平衡訓練、行走訓練、心肺功能訓練、疼痛物理治療、慢性傷口輔助治療、輔具評估/使用訓練及指導、環境改善評估與諮詢、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。
5. 居家職能治療包括：日常活動功能及社區參與之促進與訓練、手功能訓練、輔具與副木之需求評估/設計/製作/使用訓練及指導、認知知覺功能訓練、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。
6. 居家語言治療包括：語言理解/表達障礙之評估與訓練、吞嚥障礙之評估與訓練、溝通障礙輔助系統之評估與訓練、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。

7. 治療頻率由專業評定（每週安排 1-6 次）。不同職類治療師至個案家執行居家復健服務，分別計算 1 次居家模式照護費用。

（三）執行人員資格：完成 6 小時急性後期照護與居家治療訓練課程之物理治療師、職能治療師或語言治療師。

（四）「急性後期整合照護居家模式照護費用」本項處方由承作醫院 PAC 團隊內專科醫師開立，執行之物理、職能或語言治療師因 PAC 計畫採跨院際團隊申請參加，可由承作醫院或團隊內符合資格之人員執行（例如病患居住所在地的社區醫院或診所或物理、職能治療所之治療師）。

陸、推動範圍

本計畫推動範圍包括腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡病患，其收案對象、結案條件、參與醫院條件、評估時程與工具詳附件 1。

柒、成效評量

一、個案評估方式

（一）以急性後期照護團隊會議方式進行。

1. 參與人員：急性後期照護團隊成員。
2. 會議頻率：收案會議，結案會議，定期之期中會議。
3. 會議紀錄：會議內容呈現於病歷，會議簽到表備查。
4. 紀錄內容：收案條件，結案條件，專業成效評量與目標設定，出院準備。
5. 品質管理指標：定期召開率 98% 以上，病歷完成率 100%。

（二）評量時機

1. 轉出醫院評估。
2. 承接醫院初評。
3. 期中評估。

4. 結案評估包含銜接居家環境服務，或與長期照護管理中心聯繫(符合長照收案對象)。

二、品質指標

(一)醫療共病處理成效

1.一年內死亡率

分子：分母個案於結案出院後1年內死亡個案數(勾稽「保險對象資訊檔(V_DWU_BASINS_INF)」)。

分母：當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

2. 30日內急診率

分子：分母個案於結案出院後30日內急診之個案數(含跨院)。

分母：當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

(二)功能改善及後續適當轉銜之成效

1.醫學中心病人轉至急性後期照護醫院比率

分子：分母個案轉至急性後期照護醫院入院之個案數。

分母：醫學中心符合本計畫收案對象個案數(排除已死亡個案)。

2. 14日內再入院率

分子：分母個案於結案出院後14日內再入院之個案數(含跨院)。

分母：當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

3. 30日內再入院率

分子：分母個案於結案出院後30日內再入院之個案數(含跨院)。

分母：當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

註：心臟衰竭計算6個月內再入院率。

4.個案之功能進步情形

以個案收案及結案時之核心評估量表進步分數計算。

(三)急性後期照護平均住院天數

分子：分母個案急性後期照護天數合計。

分母：當年度結案個案數。

(四)承作醫院品質報告指標

1.管路移除率

分子：分母個案管路移除個案數。

分母：當年度收案有管路個案數(已結案)。

2.非計畫性管路滑脫率

分子：分母個案非計畫性管路滑脫個案數。

分母：當年度收案有管路個案數(已結案)。

3.心臟衰竭治療指引推薦用藥之使用率：ACEI/ARB, Beta-blocker。

分子：治療指引推薦用藥之使用率個案數。

分母：當年度結案個案數。

捌、出院準備服務：各階段醫療院所皆應提供出院準備計畫，出院準備計畫應包括下列事項：

一、提供諮詢專線電話

二、居家照護建議

三、復健治療建議：居家自我運動或門診復健。

四、社區醫療資源轉介服務：針對有後續門診追蹤及門診復健需求之個案，提供居家鄰近可進行門診追蹤及復健之醫療院所名單及轉診資料。

五、轉介社會資源服務(包含居家環境改善建議、輔具評估及使用建議、生活重建服務建議、評估及聯繫長期照護管理中心、轉介社福機構辦理生活重建等)

六、心理諮商服務建議

七、評估轉介「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」居家醫療團隊

八、評估轉介「家庭醫師整合性照護計畫」社區醫療群持續追蹤

九、其他出院準備相關事宜

玖、給付項目及支付標準

本計畫照護費、評估費及獎勵費、品質獎勵措施等診療項目及支付點數詳附件 2。

拾、醫療費用申報及審查原則

一、申報原則

(一) 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

(二) 部分負擔計收規定：

1. 保險對象應自行負擔之門診費用，依全民健康保險法第 43 條規定計收，急性後期整合照護與日間照護費用按西醫門診基本部分負擔規定計收。急性後期整合照護居家模式照護費用，依居家照護醫療費用之百分之五規定計收。處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收。

2. 若屬全民健康保險法第 43 條第 4 項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第 60 條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

3. 保險對象應自行負擔之住院費用，比照全民健康保險法第 47 條慢性病房收取：三十日以內，百分之五；三十一日至九十日，百分之十。

4. 若屬全民健康保險法第 48 條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。

註：急性腦血管疾病急性發作後一個月內之就醫，免自行負擔費用，急性發作起算日，依跨醫院團隊聯繫逕行認定。

(三) 參與計畫醫療院所需於健保資訊網服務系統(VPN 系統)，上傳參與計畫個案及評估結果資料，並登錄必要欄位。

(四) 醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

屬本計畫收案之保險對象，其就診當次符合申報 P 碼者，於申報費用時，門診醫療服務點數清單之案件分類應填『E1』、整合式照護計畫註記應填『1』(腦中風)、『N』(燒燙傷)、『3』(創傷性神經損傷)、『4』(脆弱性骨折)、『5』(心臟衰竭)、『6』(衰弱高齡)。住院醫療服務點數清單之案件分類應填『4』，試辦計畫代碼應填『1』(腦中風)、『2』(燒燙傷)、『3』(創傷性神經損傷)、『4』(脆弱性骨折)、『6』(衰弱高齡)；轉出醫院急性期住院期間申報本計畫規定之費用，依原案件分類填報，試辦計畫代碼應填『1』(腦中風)、『2』(燒燙傷)、『3』(創傷性神經損傷)、『4』(脆弱性骨折)、『5』(心臟衰竭)、『6』(衰弱高齡)，本計畫相關復健治療項目需申報治療執行起迄時間及執行人員 ID。其餘依一般費用申報原則辦理。

(五) 急性後期整合照護居家模式照護費用

- 1.處方開立院所，交付處方箋應載明填報「案件分類」及「整合式照護計畫註記」。
- 2.處方接受院所，執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依規定填報「案件分類」及「整合式照護計畫註記」欄位。

(六) 申報方式：併當月份送核費用申報。

二、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。
- (三)未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付本計畫該筆評估費用，並依相關規定辦

理；另該筆評估費用被核刪後不得再申報。

拾壹、執行配套措施

一、計畫管理機制

- (一) 保險人負責研議總體計畫架構模式、行政授權與協調。
- (二) 保險人各分區業務組負責受理及初審轄區醫院團隊之申請計畫，輔導醫院團隊計畫之執行、指標之計算與費用核發。
- (三) 各計畫醫院團隊，執行急性後期照護個案之相關健康照護。主責醫院負責提出計畫之申請，團隊間之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。
- (四) 參與本計畫之團隊應積極參與急性後期臨床照護訓練、經驗交流分享，共同提升急性後期照護品質。

二、保險人於本計畫執行期間，對於參與計畫之醫療院所或跨院際整合的急性後期照護團隊，得不定期實地審查輔導(內容：設置標準及病床、人員配置、照護計畫(care plan)執行效度及病患評估信度等)；若經查不實，依本保險相關規定辦理。實地審查成員，包括保險人及其分區業務組或諮詢專家。

拾貳、實施期程及評估

- 一、參加醫院團隊應於計畫執行後，每半年提送執行成果報告(包含計畫運作執行現況、個案功能改善程度、再住院率、PAC 平均住院天數、出院後回歸居家或社區的措施等)，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，作為繼續或全面實施之依據。

拾叁、計畫申請及退場機制

- 一、 醫院應採跨院際整合團隊模式提出申請。跨院際整合團隊，應指派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、執行報告、聯繫管道及經費撥付等事宜。
- 二、 主責醫院提送計畫書及團隊內院所申請相關資料，向轄區保險人分區業務組申請，並經保險人審查通過。
 - (一) 申請參加計畫之合作團隊中，醫學中心為轉出醫院，符合本計畫收案對象之病人，原則上需將病人轉至急性後期照護醫院(簡稱承作醫院)。
 - (二) 承作醫院應成立「急性後期照護團隊」，對每位參加本計畫個案，訂定個人專屬之急性後期照護計畫(care plan)。
 - (三) 「急性後期照護團隊」應設置專責醫師，負責協調跨專業領域團隊運作。
 - (四) 承作醫院需符合醫療機構設置標準規定之復健醫療設施與相關專業人員標準。
 - (五) 承作醫院需在已有的現有病床中劃出「急性後期照護單位」，明確與一般病床區隔。
 - (六) 承作醫院應於所提計畫書通過後述明「急性後期照護單位」之床位數、床位編號、照護人力(專業別、人數、專任或兼任、各類人員醫病比)及照護設備。
 - (七) 新申請之承作醫院，除心臟衰竭因採門診個案管理模式，其餘腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡等適用範圍，除 105 年(含)以前參與本計畫之醫院外，地區醫院始得申請為承作醫院。
 - (八) 急性後期照護團隊，需完成急性後期照護訓練，並應派成員參與本計畫相關執行說明會。
- 三、 參與計畫醫院，未依規定每半年繳交成果報告、實地輔導或參與試辦有待改善事項，經過分區業務組發函 2 次皆未改善者，應退出本

計畫。

- 四、參與醫院於辦理期間，若因違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)致受停約或終止特約處分(含行政救濟程序進行中尚未執行處分)，應退出本計畫，停約1個月不在此限。若主責醫院退出本計畫，為保障保險對象醫療照護之延續性，醫院團隊得重新選定主責醫院，並經保險人同意後繼續執行本計畫，或終止參加本計畫。凡經停約或終止特約處分、終止參加本計畫者，自保險人第一次發函處分停約日或核定終止日起，不予核付本計畫支付項目費用。
- 五、上述停約之醫院，經保險人依特管辦法第38條至第40條但書規定，處以診療科別、服務項目或一部之門診、住院業務停約，且停約處分經保險人同意抵扣者，得申請經保險人同意繼續參加本計畫，但不得提供受停約診療科別或服務項目之醫療服務。

拾肆、其他事項

- 一、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。
- 二、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 收案對象、結案條件、參與醫院條件、評估時程與工具

附件1-1 腦中風

一、收案對象

(一)符合本保險公告重大傷病之急性腦血管疾病（限急性發作後一個月內）之病人，醫療狀況穩定，功能狀況具有中度至中重度功能障礙(MRS 3-4)，於參與本計畫之醫院住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。

(二)另前述疾病急性發作後 40 天內，符合下列特殊個案條件之一，且醫療狀況穩定，功能狀況具有中度至中重度功能障礙(MRS 3-4)，於參與本計畫之醫院住院，經急性後期照護團隊判斷具積極復健潛能者，亦可納入收案：

1. 腦中風發病兩週以後，因急性感染症而新增或調整靜脈抗生素注射藥物者。
2. 腦中風發病 30 天內，曾因有多重抗藥性菌株感染而需接觸隔離者。
3. 腦中風發病 30 天內，使用抗凝血劑，用藥四週後仍然未能調整至理想狀態(PT INR 1.5-3.0)。
4. 使用胰島素或口服藥物，腦中風四週後仍血糖控制不佳(空腹血糖 >200 mg/dl)，需要嚴密監控。
5. 腦中風發病 30 天內，加護病房住院超過兩週者。
6. 腦中風發病 30 天內，發生重大合併症、併發症(如心肌梗塞、靜脈血管栓塞、急性腎衰竭)接受特殊處置及手術導致住院延長者。

(三)醫療狀況穩定定義

1. 神經學狀況：72 小時以上神經學狀況未惡化。
2. 生命徵象：血壓、心跳、體溫 72 小時以上穩定或可控制。
3. 併發症：感染，血液異常，胃腸道出血等，治療後穩定或可控制。

(三)功能狀況分級定義

進入 PAC-CVD 的起始功能狀況以 Modified Rankin Scale (MRS) 為分級標準：無明顯功能障礙 (MRS 0-1)、輕度功能障礙 (MRS 2)、中度~中重度功能障礙 (MRS 3-4)，及重度功能障礙或意識不清 (MRS 5)。MRS 分級標準：

0 - No symptoms.

1 - No significant disability. Able to carry out all usual activities, despite some symptoms.

2 - Slight disability. Able to look after own affairs without assistance, but unable to carry out all previous activities.

3 - Moderate disability. Requires some help, but able to walk unassisted.

4 - Moderately severe disability. Unable to attend to own bodily needs without assistance, and unable to walk unassisted.

5 - Severe disability. Requires constant nursing care and attention, bedridden, incontinent.

6- Dead.

(四)具積極復健潛能判定原則

1. 具基本認知、學習能力與意願。
2. 具足夠體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。
3. 能主動參與復健治療計畫。
4. 具足夠家庭支持系統者為佳。

二、結案條件

急性後期照護以 3-6 週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到 12 週，如申請展延審查結果不同意，自保險人

通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他模式或門診照護。

- (一)個案功能顯著進步，經急性後期照護團隊評估，可出院回家進行自我復健者。
- (二)連續 2 次個案功能評估，經急性後期照護團隊總評，未進步或降低者。
- (三)經急性後期照護團隊評估，已不具復健潛能者。
- (四)進入急性後期照護時間，超過 12 週上限者。
- (五)保險對象自行中斷急性後期照護者。
- (六)死亡。
- (七)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、參與醫院條件

具備「腦中風急性後期照護團隊」之區域或地區醫院。

- (一)醫師：PAC-CVD 相關科別醫師（專任之神經科、神經外科、內科、家醫科或復健科任一有腦血管疾病照護經驗醫師）。

註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日 1 次巡診。

- (二)醫事人員：承作醫院需有專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任語言治療師、專/兼任藥師、專/兼任營養師、專兼任社工師(人員)、護理人員，至少各 1 名，其餘未竟事宜依其他相關規定辦理。

四、評估時程與工具：收案、結案、每 3 週定期評估(若有相關版權請醫院自行申請)

(一) 核心必要評估工具

1. 整體功能狀態。
2. 基本日常生活功能。
3. 吞嚥、進食功能。

4. 營養評估(Short Form)。

5. 健康相關生活品質。

6. 工具性日常生活功能。

(二) 專業選擇性評估工具

1. 姿勢控制、平衡功能。

2. 步行能力、整體行動功能。

3. 心肺耐力。

4. 感覺功能評估。

5. 認知、知覺功能評估。

6. 職能表現。

7. 重返社會能力評估。

8. 語言功能評估。

附件 1-2 燒燙傷

一、收案對象

- (一)燒燙傷病人接受急性期治療後，經急性燒燙傷團隊評估，因燒燙傷造成之功能缺損以致基本日常生活無法自理(Barthel index ≤ 80 分)，或傷口已逾二個月復原狀況不良，出院返家困難或居家照護困難者採住院照護模式；可出院者，採日間照護模式。
- (二)另病人需醫療狀況穩定，且具有充足配合復健之動機意願，以及積極復健潛能。具積極復健潛能應經過下列原則判定：
 - 1.具認知、學習能力與意願
 - 2.具足夠體力：每天可接受至少 1 小時以上之積極復健治療。
 - 3.能主動參與復健治療計畫

二、結案條件(符合以下任一條件者)

- (一)個案功能恢復達一定程度，經團隊評估，急性後期照護階段結束，可轉至慢性復健期者(一般門診復健)。
註：急性後期照護結案目標：功能恢復至可自行(或依靠輔具)吃飯、室內行走及如廁，且傷口照護達病患或家屬可居家照護之程度。
- (二)「住院模式」急性後期照護超過一定時間者：無後續功能性重建手術者，最長 3 個月；後續接受功能性重建手術者，於手術後其住院模式急性後期照護得延長 1 個月。
- (三)「日間照護模式」經 3 個月之急性後期照護，仍未達結案目標，經照護團隊判定仍有急性後期照護之需求及積極復健空間者，得向保險人專案申請延長，每次延長期間 1 個月，最多 3 次。
- (四)經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他照護模式。
- (五)保險對象自行中斷急性後期照護者。
- (六)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、參與醫院條件

- (一)具備「燒燙傷急性後期整合性照護團隊」
 - 1.需有專任之整形外科醫師或復健科醫師、專任物理治療師、專/兼任

職能治療師、專/兼任臨床心理師(或專兼任精神科醫師)、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師、護理人員、個案管理人員及燒燙傷諮詢衛教人員。照顧吞嚥或語言障礙患者，團隊另需有專任語言治療師。

註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日 1 次巡診。

2.提供日間照護服務之團隊，營養師得採兼任。

3.團隊內醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師、社工師(人員)，需提出 3 年內有接受燒燙傷相關的訓練課程證明(訓練時數達 6 小時)，醫院計畫審查通過後半年內需備齊證明。

(二)提供日間照護服務之醫院，需提供個案妥適的安置空間，並考量燒傷病人穿脫彈性衣之隱私，需有個別治療室或是可供遮蔽之場地。

(三)提供急性後期照護之醫院，需與上游燒燙傷中心醫院雙向聯繫，設置個案管理師擔任照護管理之角色，結合社福團體提供傷患完整之身心照護。

四、評估時程與工具：收案、結案、每 3 週定期評估(若有相關版權請醫院自行申請)

(一)核心必要評估工具

評量面向	評量工具
1.基本日常生活功能	Barthel Index
2.上下肢功能	關節活動度(Range of Motion 簡稱 ROM)

(二)專業選擇性評估工具

評量面向	評量工具
1.傷口評估	評估傷口癒合、植皮皮瓣、疤痕生成等狀況 Vancouver scar scale 或 POSAS (patient and observer scar assessment scale)
2.吞嚥、進食功能	Burn Specific Dysphagia Severity Rating Scale
3.營養評估	Mini Nutrition Assessment (MNA Short Form)

附件1-3 創傷性神經損傷(Traumatic Neurological Injury Post-Acute Care,簡稱TNI-PAC)

一、收案對象

年滿18歲，因創傷性神經損傷造成失能且發病60天內之病人，功能狀況具有顯著且持續之中度功能障礙（巴氏量表40至70分），醫療狀況穩定，於參與本計畫之醫事機構住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。

（一）醫療狀況穩定定義

- 1.神經學狀況穩定：72小時以上神經學狀況未惡化且已脫離神經損傷休克期。
- 2.生命徵象：血壓、心跳、體溫、呼吸速率及血液氧氣飽和濃度在過去72小時內穩定或可控制。
- 3.併發症已經穩定或可控制：深部靜脈栓塞或肺栓塞、自主神經反射異常、血壓心跳不穩定(如仍有明顯姿勢性低血壓)、感染、血液異常、褥瘡、癲癇、水腦、痙攣、胃腸道出血或無動性腸阻塞等。

（二）病人需醫療狀況穩定，且具有充足配合復健之動機意願，以及積極復健潛能。具積極復健潛能應經過下列原則判定：

- 1.具認知、學習能力與意願。
- 2.體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。
- 3.能主動參與復健治療計畫。
- 4.具可達到的治療目標。

（三）排除條件

- 1.嚴重精神疾病。
- 2.長期呼吸依賴。
- 3.末期疾病。
- 4.長期臥床，身體功能無法回復。
- 5.癌症仍需後續住院治療。
- 6.合併其他之多重創傷仍未穩定者，如仍有不穩定之骨折。
- 7.脊髓損傷。

二、結案條件（符合以下任一條件者）

急性後期照護以3-6週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到12週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他模式或門診照護。

- (一) 個案功能顯著進步已達創傷性神經損傷復健之預期功能目標，經急性後期照護團隊評估，可轉至慢性復健期者(一般門診復健或在家自我復健者)。註:預期功能目標以病人為中心導向，需綜合評估創傷性神經損傷部位可達到之最大功能、病人年紀、發作前之功能狀態、共病狀況及後續家屬可居家照護之程度。
- (二) 進入急性後期照護時間，超過 12週者。
- (三) 經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他照護模式。
- (四) 保險對象自行中斷急性後期照護者。
- (五) 病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、參與醫院條件

具備「創傷性神經損傷急性後期整合性照護團隊」之區域醫院或地區醫院：

- (一) 醫師：需有專任之神經外科醫師或專任神經內科醫師或專任復健科醫師。
註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日1次巡診。
- (二) 醫事人員：專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師(或專/兼任精神科醫師)、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師、專/兼任語言治療師、護理人員。

四、評估時程與工具：收案、結案、每3週定期評估(若有相關版權請醫院自行申請)

(一) 核心必要評估工具

評量面向	評量工具
1.基本日常生活功能	Barthel Index
2.工具性日常生活功能	Lawton-Brody IADL scale
3.健康相關生活品質	EuroQoL-5D(EQ-5D)

(二) 專業選擇性評估工具

評量面向	評量工具
1.腦傷認知功能評估	1)The Galveston Orientation and Amnesia Test 2)Rancho Los Amigos Cognitive Functional Grading
2.職能評估	職能表現測驗
3.語言治療評估	

附件1-4 脆弱性骨折(髖關節、脊椎骨折、膝關節、不穩定骨盆骨折)(Fracture Post-Acute Care,簡稱Frax-PAC)

一、收案條件

(一) 收案條件

經診斷為髖關節、脊椎骨折、膝關節或不穩定骨盆骨折之病症，發病或術後一個月內者。此個案須符合下列所有條件：

1. 因髖關節、脊椎骨折或膝關節或不穩定骨盆骨折而住院手術(包括內固定、半髖關節置換術及全髖關節置換術、膝關節置換術)，術後出現功能下降(巴氏量表40至70分)，經評估適合收案者。
2. 無併發症，或併發症但已可控制、症狀穩定者。
3. 醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。
4. 有復健潛能者。
5. 個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。
6. 病患年滿18歲。

(二) 醫療狀況穩定之定義

1. 生命徵象：血壓、心跳、體溫、呼吸速率及血液氧氣飽和濃度在過去72小時內穩定或可控制。
2. 併發症已經穩定或可控制：深部靜脈栓塞或肺栓塞、自主神經反射異常、姿勢性低血壓、感染、血液異常、胃腸道出血或無動性腸阻塞等。
3. 積極復健潛能應經過下列原則判定
4. 具認知、學習能力與意願。
5. 具足夠體力：每天可接受至少1小時以上之積極復健治療。
6. 能主動參與復健治療。
7. 具可達到的治療目標。

(三) 排除條件

1. 脊椎骨折併有脊髓損傷患者。
2. 嚴重意識或認知障礙。

3. 嚴重精神疾病。
4. 長期呼吸器依賴。
5. 末期疾病。
6. 身體功能退化已經無法回復之長期臥床病人。
7. 癌症病人須後續住院治療（化療、放療等）。

二、結案條件（符合以下任一條件者）

急性後期照護以1-2週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到3週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他模式或門診照護。

(一)個案功能顯著進步已達復健之預期功能目標，經急性後期照護團隊評估，可轉至慢性復健期者(一般門診復健或在家自我復健者)。

註:預期功能目標以病人為中心導向，需綜合評估損傷部位可達到之最大功能、病人年紀、發作前之功能狀態、共病狀況及後續家屬可居家照護之程度。

(二)進入急性後期照護時間，超過本計畫住院天數上限者。

(三)保險對象自行中斷急性後期照護者。

(四)任兩次評估間得分無進展者。

(五)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、參與醫院條件

具備「脆弱性骨折急性後期整合性照護團隊」區域醫院或地區醫院。

(一)醫師：需有專任骨科醫師或專任復健科醫師或專任神經外科醫師。

註:地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日1次巡診。

(二)醫事人員：專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師、護理人員。

四、評估時程與工具(若有相關版權請醫院自行申請)

收案、結案及每2週定期評估以下之核心必要評估工具。

(一)失能程度：巴氏日常生活量表(Barthel Activity of Daily Living)。

(二)疼痛指數：疼痛指數量表(Numerical Rating Scale；NRS)。

(三)Harris Hip Score(髖關節骨折適用)

附件 1-5 心臟衰竭 Heart Failure Post-Acute Care (HF-PAC)

一、收案對象

(一)收案條件(需符合下列所有條件)

1. 心臟衰竭，定義為左心室射血分率(Ejection fraction) $\leq 40\%$ ，且符合 ACC/AHA Stage C~D (若左心室射血分率大於 40%者須由心臟專科醫師認定其病因源自於心臟衰竭)，因為急性惡化 (acute decompensation) 而住院的病人。
2. 年齡 18 歲以上且經專業團隊評估具積極急性後期整合照護潛能 (定義詳如第(三)點)。
3. 若因急性心肌梗塞合併心臟衰竭住院者，當次住院必須符合左心室射血分率小於或等於 40% (left ventricular ejection fraction $\leq 40\%$)。
4. 當次住院 (index hospitalization)，經醫療團隊評估可出院者。

(二)醫療狀況穩定之條件定義

1. 心臟功能：心臟功能持續 72 小時未惡化 (無休息性呼吸困難、端坐呼吸、胸痛、肺部積水等，血氧飽和度 $>90\%$)，無惡性心律不整。
2. 意識清醒且生命徵象穩定達 72 小時以上。
3. 體重穩定達 48 小時以上。
4. 併發症：感染、急性腎衰竭、電解質異常等併發症病情穩定或可控制。

(三)具積極急性後期整合照護潛能者

1. 具有疾病學習動機意願者。
2. 能主動並有高意願參與疾病自我照顧執行者。
3. 具足夠的家庭支持系統為佳。

(四)排除條件

1. 因非心臟衰竭相關疾病而導致存活期小於六個月者。
2. 長期臥床大於三個月且無進步潛能者。
3. 因神經或肌肉骨骼系統功能下降，而無復健潛能者。

4. 嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病。
5. 長期呼吸器依賴者。
6. 重度心臟衰竭之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者。
7. 病人或家屬沒有參與意願。
8. 已安排於近期(一個月內)接受冠狀動脈繞道手術或心瓣膜手術者。
9. 目前正在洗腎或等待腎移植者。
10. 嚴重肺病需要長期居家用氧氣者。
11. 曾結案過者。
12. 治療上無法與其他(次)專科醫師達成共識者。

二、結案條件

- (一)病人死亡。
- (二)病人發生因心臟衰竭惡化導致再住院。
- (三)病人自行中斷或中途拒絕急性後期照護者。
- (四)病人發生嚴重合併症，經醫療團隊評估，不適合再進行急性後期醫療照護。
- (五)照護期滿 6 個月。

三、醫院條件

(一)專業團隊成員

承作醫院應具備有負責心臟衰竭照護之專任之心臟內科專科醫師或心臟外科專科醫師與心臟衰竭個案管理師之整合性服務(具備資格如註 1 及註 2) (每位個管師之個案上限以 50 例為原則)、專/兼任心臟外科專科醫師(當負責心臟衰竭照護為專任心臟內科專科醫師時)、專/兼任心臟內科專科醫師(當負責心臟衰竭照護為專任心臟外科專科醫師時)、專/兼任復健專科醫師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師、專/兼任社工師、專/兼任營養師、專/兼任藥師。

註 1:

- (1) 負責心臟衰竭照護之專任心臟專科醫師定義：領有中華民國心臟專

科醫師證書，執照登記於承作醫院，且須完成心臟衰竭急性後期照護六小時核心課程。

- (2) 承作醫院應需指派一至數名心臟專科醫師負責本案(被指派的醫師為負責心臟衰竭照護之心臟專科醫師)，其門診與專任的心臟衰竭個案管理師共同提供整合性門診照護服務。

註 2: 個案管理師之具備資格，需符合以下各項：

- (1) 專責心臟衰竭個案管理師: 當本案收案數在 ≤ 25 位的情況下，心臟衰竭個案管理師可以兼執行其他醫療業務，當收案數達 > 25 位時，心臟衰竭個案管理師不得兼任其他職務，需專任專責。
- (2) 心臟衰竭個案管理師應領有護理師執照登記於承作醫院。
- (3) 需完成台灣護理學會 N3 臨床專業能力訓練且通過 N3 審查合格者。
- (4) 臨床護理經驗需包含以下任一：
 - (I) 心臟科病房 ≥ 3 年
 - (II) 心臟科加護病房 ≥ 2 年
 - (III) 領有專科護理師證照者或已完成中央主管機關認定之專科護理師訓練機構的訓練課程證明者，且具心臟科病房或加護病房 ≥ 2 年之臨床護理經驗者。
- (5) 需完成心臟衰竭急性後期照護核心課程(課程時數 18~20 小時)。

(二) 設備及場地

1. 具有獨立的心臟衰竭門診，提供整合式心臟衰竭照護(此門診應具有負責心臟衰竭照護之心臟科醫師與專任個案管理師之整合性服務)。心臟衰竭急性後期照護執行內容(詳參附錄 1)。
2. 運動訓練環境須有血壓、心電圖、血氧濃度監視設備，可量化運動強度之運動器材，如直立式腳踏車、跑步機等，且須備有急救設施與領有 ACLS 證照的心臟急救醫療人員。

四、評估時程與工具：收案、結案、出院滿 1、3、5 個月定期評估(若有相關版權請醫院自行申請)

(一)核心必要評估工具

評量面向	評量工具
1.工具性日常生活功能	IADL(每次)
2.生活品質	EQ-5D (每次)
3.行走能力	6 分鐘行走測試 (出院前及結案評估)
4.活動功能限制評估	New York Heart Association functional class I ~IV (每次)
5.營養評估	Mini Nutrition Assessment (MNA Short Form) (出院前、三個月複評及結案評估)
6.心臟功能	心臟超音波 (出院前及結案評估)
7.藥物評估	ACEI or ARB or ARNI Beta blocker (出院前、三個月複評及結案評估)

(二)專業選擇性評估工具

評量面向	評量工具
1.疾病生活干擾	明尼蘇達心臟衰竭生活品質量表、KCCQ-12 生活品質量表、或其他生活品質量表

附件 1-6 衰弱高齡病患

一、收案對象

(一)收案條件(需符合下列所有條件)

1. 高齡病患 (≥ 75 歲，且具有帕金森氏症、失智症、慢性阻塞性肺疾病或第三期以上之慢性腎臟病) 因急性疾病入院 (住院時間 > 72 小時) 治療完成一個月內，仍具有功能下降狀態。
2. 臨床衰弱量表 (Clinical Frailty Scale, CFS) 評估後具有中度以上衰弱症且仍具復健潛能者 (CFS: 5-7 分)。
3. 醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。
4. 病患具有配合治療之認知與溝通能力，且具治療潛能，治療潛能係指病患於疾病上具有恢復之機會，且具有足夠配合治療進行之體力。
5. 個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。

(二)排除條件

1. 符合其他疾病類型收案之急性後期照護個案。
2. 具意識或認知障礙致無法配合治療。
3. 長期呼吸器依賴或疾病發生前即為長期臥床者。
4. 經診斷為末期疾病且採取安寧緩和治療者。
5. 病患經診斷重大傷病，且須頻繁住院治療者。

二、結案條件

急性後期照護以 2-3 週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到 4 週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他模式或門診照護。

(一) 個案功能顯著進步已達預期目標，經照護團隊評估，可返家或接受門診照護者。預期功能目標係依照病患之年齡與原有功能狀況，綜合評估病患所能回復之最大功能狀態而訂定。

(二) 已達照護日數之上限。

(三) 經兩次功能評估無進步者。

(四) 病患自行中斷照護計畫者。

(五) 病患發生嚴重併發症或急性疾病需密集急性醫療服務。

三、參與醫院條件

具備「衰弱高齡急性後期整合性照護團隊」區域醫院或地區醫院。

(一) 醫師：需有專任之內科、或家醫科、或復健科、或神經科、或神經外科、或骨科醫師，需經過六小時老年醫學相關照護訓練。

註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日1次巡診。

(二) 醫事人員：專責個案管理師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任語言治療師、專/兼任營養師、專/兼任社工師(人員)、專任藥師、護理人員。

四、評估時程與工具

依病患之共病、衰弱狀態、跌倒風險、多重用藥、營養狀況，收案、結案、每2週定期評估。

(一) 日常生活：巴氏日常生活量表 (Barthel Index)、工具性日常生活功能 (IADL)

(二) 衰弱程度：臨床衰弱量表(Clinical Frailty Scale, CFS)。

(三) 認知功能：SPMSQ

(四) 憂鬱狀態：Geriatric Depression Scale-5 Item (GDS-5)

(五) 急性譫妄評估: Confusion Assessment Method (CAM)

(六) 跌倒風險：STEADI 流程評估與介入

(七) 潛在不當用藥：2015年 Beer's criteria

(八) 營養狀況評估：MNA Short Form

(九) 生活品質評估量表：EQ-5D

附件 2 給付項目及支付標準

一、照護費

- (一) 住院模式各診療項目所定點數，已包含所需之住院診察費、病房費、護理費、檢查費、及復健治療費等費用。個案因病情需要，於住院期間執行其餘非屬本計畫支付之項目(藥費、藥事服務費、治療處置費、手術費、副木材料費、管灌飲食、符合第(七)項所列條件之吞嚥攝影檢查)，得按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準申報。
- (二) 保險對象住院，以入住急性一般病床、經濟病床、慢性病床、急性後期照護病床為原則；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- (三) 高強度復健係指每日需治療三至五次；一般強度復健係指每日需治療一至二次。治療內容包含物理治療、職能治療或語言治療之治療項目三項(含)以上，醫院得依個案病情需要調整每日各治療種類之次數。
- (四) 院所申報本計畫下表各項費用時，需比照現行復健治療申報方式，另行填列各治療種類之細項治療項目。
- (五) 屬本計畫支付標準及本保險支付標準所列之診療項目，參與試辦醫院不得向參與本計畫之個案收取自費。
- (六) 日間照護相關診療項目不適用入住各類療護機構之個案。
- (七) 吞嚥攝影檢查採核實申報，其適用條件如下：
 1. 反覆性肺炎。
 2. 進食時有明顯嗆咳。
 3. 講話有明顯的濕泡聲。
 4. 吞嚥障礙高危險受傷區：腦幹及多次中風。
 5. 中風前已有吞嚥障礙病史。
 6. 一年內曾留置氣切內管 \geq 30天以上。
 7. 目前留置氣切管。
 8. 欲移除鼻胃管，經評估有需求者。
 9. 其他疑有吞嚥障礙之危險，如：合併有嚴重活動及智能障礙。

(八) 燒燙傷急性後期照護住院模式於區域醫院或地區醫院提供，採論量支付。其中物理治療、職能治療、語言/吞嚥治療及心理治療等診療項目可視病患情況，增加至每日最多各二次，另放寬燒燙傷病人可接受語言治療之複雜治療。以上均應依治療紀錄核實申報，且不得與本計畫相關治療項目之支付標準併報。

(九) 參與燒燙傷急性後期照護日間照護模式之醫學中心，於燒燙傷病患急性期住院期間，為利患者及時恢復功能，亦可申報本計畫燒燙傷急性後期物理治療或職能治療項目，並適用前項放寬每日復健治療次數、提供語言治療之複雜治療，以及不得與本計畫相關治療項目支付標準併報之規定。

編號	診療項目	支付點數
P5101B	急性後期整合照護與高強度復健費用(住院模式) -每日必需治療三至五次	3587/日 <u>3,645/日</u>
P5141B	75 歲以上-每日必需治療三至五次	<u>3,729/日</u>
P5102B	-因醫院或病人偶發原因，當日治療<三次	2117/日 <u>2,175/日</u>
P5142B	75 歲以上-因醫院或病人偶發原因，當日治療<三次	<u>2,259/日</u>
P5103B	-週日或國定假日或當日無法治療	1300/日 <u>1,358/日</u>
P5143B	75 歲以上-週日或國定假日或當日無法治療	<u>1,442/日</u>
	註： 適用對象：腦中風、創傷性神經損傷。	
P5107B	急性後期整合照護與一般強度復健費用(住院模式) -每日必需治療一至二次	2411/日 <u>2,469/日</u>
P5144B	75 歲以上-每日必需治療一至二次	<u>2,553/日</u>

編號	診療項目	支付點數
P5108B	-因醫院或病人偶發原因,當日無法治療	1300/日 1,358/日
P5145B	75歲以上-因醫院或病人偶發原因,當日無法治療	1,442/日
P5109B	-週日或國定假日或當日無法治療	1300/日 1,358/日
P5146B	75歲以上-週日或國定假日或當日無法治療	1,442/日
	註： 適用對象：腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡。	
P5129B P5130B P5131B	急性後期整合照護與日間照護費用 -高強度日間照護(每日治療四次) -中強度日間照護(每日治療三次) -一般強度日間照護(每日治療二次) 註： 1. 適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡。 2. 限由團隊內專科醫師開立本項處方。 3. 需符合本計畫日間照護條件、服務內容及標準。 4. 本項包含本計畫所定日間照護服務內容所需各項費用。	2538/日 1938/日 1338/日
P5132C	急性後期整合照護居家模式照護費用 註： 1. 適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡。 2. 治療頻率由專業評定（每週安排一至六次）。 3. 執行人員資格：完成六小時急性後期照護與居家治療訓練課程。 4. 本項包含本計畫所定居家模式服務內容所需各項費用，由執行院所申報。 5. 承作醫院 PAC 團隊內專科醫師開立本項處方，因 PAC 計畫採跨院際團隊申請參加，可由承作醫院或其垂直整合團隊治療師執行，至案家提供服務需經報備支援。 6. 訪視紀錄簽名：每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間（自到達案家起算，至離開案家為止），並請照護對象或其家屬簽章；另應製作照護對象之居家醫療照護紀錄留存於案家，以利與其他醫事人員提供整合性之居家照護服務。	1455/次
P5506B P5507B	燒燙傷急性後期物理治療 — 中度複雜治療 — 複雜治療 註：	480/次 600/次

編號	診療項目	支付點數
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 急性後期物理治療－中度複雜治療需實施中度治療項目(PTM1- PTM14)合計時間超過五十分鐘，限由團隊內復健或整形外科專科醫師開立本項處方。 2. 急性後期物理治療－複雜治療需實施複雜治療項目(PTC1- PTC7)，限由該院復健專科醫師開立本項處方。 3. 限病人急性後期照護住院、日間照護期間，併病人就醫申報(日間照護為包裹給付，本項申報為不計價醫令)。 4. 參與本計畫之醫學中心，於燒燙傷病患急性期住院期間亦可申報。 5. 放寬每日復健治療次數(42001A-42016C)最多各二次，不得與本項併報。 	
<p>P5508B P5509B</p>	<p>燒燙傷急性後期職能治療 －中度複雜治療 －複雜治療 註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 急性後期職能治療－中度複雜治療，指治療時間合計三十分鐘以上之治療，且治療項目包含下列一項(含)以上治療項目：OT2、 OT 5、OT 6、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11。限由團隊內復健或整形外科專科醫師開立本項處方。 2. 急性後期職能治療－複雜治療，限手術後三個月內，治療時間合計三十分鐘以上之治療，且治療項目包含下列二項(含)以上治療項目：OT2、OT 5、OT 6、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11。限由該院復健專科醫師開立本項處方。 3. 限病人急性後期照護住院、日間照護期間，併病人就醫申報(日間照護為包裹給付，本項申報為不計價醫令)。 4. 參與本計畫之醫學中心，於燒燙傷病患急性期住院期間亦可申報。 5. 放寬每日復健治療次數(43001A-43009C，43026C-43032C)最多各二次，不得與本項併報。 	<p>480/次 600/次</p>
<p>P5133B</p>	<p>心臟衰竭急性後期物理治療－複雜治療 註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 實施複雜治療項目(PTC1- PTC7)。 2. 限經由心臟專科醫師排除高風險的個案(例如:有左心室內血栓、不穩定性血管斑塊、不穩定性心律不整...等)。此治療必須在此次收案後，由負責本案之心臟專科醫師評估此收案病人之病情已達穩定狀態，才可執行物理治療。 3. 因心臟衰竭屬重症疾病，限由心臟科醫師評估病情穩定許可下，才可轉介該院復健團隊中負責 HF-PAC 復健處方之醫師開立本項處方。 4. 須檢附運動當中之血壓與心電圖之監測值。 	<p>600/次</p>

編號	診療項目	支付點數
P5134B	<p>心臟衰竭急性後期職能治療－複雜治療</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療項目包含功能層級評估、日常活動調整與執行訓練、日常活動體耐力訓練、壓力管理、職前評估與訓練、生活型態再造(避除危險因子)、輔具與環境改善評估。 2. 限經由心臟專科醫師排除高風險的個案(例如:有左心室內血栓、不穩定性血管斑塊、不穩定性心律不整...等)，評估此收案之心臟衰竭病人病情已達穩定狀態，才可執行職能治療。 3. 因心臟衰竭屬重症疾病，限由心臟科醫師評估病情穩定許可下，才可轉介該院復健團隊中負責 HF-PAC 復健處方之醫師開立本項處方。 4. 複雜性有強度的治療限於門診照護期間，需經心臟科醫師評估病情穩定許可。 	600/次
	<p>註：復健治療項目編號</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.物理治療 <ul style="list-style-type: none"> PACPT1 電療 PACPT2 熱/冷療 PACPT3 水療 PACPT4 被動性關節運動 PACPT5 牽拉運動 PACPT6 按摩 PACPT7 鬆動術 PACPT8 降張力技術 PACPT9 傾斜床訓練 PACPT10 床上運動 PACPT11 姿態訓練 PACPT12 肌力訓練 PACPT13 耐力訓練 PACPT14 神經誘發技術 PACPT15 動作學習技術 PACPT16 平衡訓練 PACPT17 協調訓練 PACPT18 行走訓練 PACPT19 心肺功能訓練 PACPT20 呼吸排痰訓練 PACPT21 輔具評估及訓練 2.職能治療 <ul style="list-style-type: none"> PACOT1 姿態訓練 PACOT2 被動性關節運動 	

編號	診療項目	支付點數
	PACOT3 坐站平衡訓練 PACOT4 移位訓練 PACOT5 減痙攣活動 PACOT6 運動知覺訓練 PACOT7 知覺認知訓練 PACOT8 肌力訓練 PACOT9 協調訓練 PACOT10 動作再學習技巧 PACOT11 上肢(下肢)功能訓練 PACOT12 日常生活活動功能訓練 PACOT13 休閒運動治療 PACOT14 活動治療 PACOT15 輔具評估及訓練 PACOT16 副木製作 PACOT17 失能防治介入 PACOT18 上(下)肢矯治性治療 PACOT19 感覺功能再訓練 PACOT20 居家環境評估與改造 3.語言治療 PACST1 聽覺理解訓練 PACST2 聽辨訓練 PACST3 視聽迴饋法 PACST4 發聲訓練 PACST5 口語表達訓練 PACST6 溝通輔具評估與訓練 PACST7 說話清晰度訓練 PACST8 節律訓練 PACST9 語言認知訓練 PACST10 閱讀理解訓練 PACST11 書寫語言訓練 PACST12 口腔功能訓練 PACST13 吞嚥反射刺激及誘發 PACST14 吞嚥技巧訓練	

二、評估費及獎勵費

(一) 出院準備及評估、初評、複評、結案評估費

適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡。

編號	診療項目	支付點數
P5113B P5118B	轉出醫院出院準備及評估費(上游醫院醫師及團隊) -同團隊 -不同團隊 註: 1. 限醫學中心轉區域醫院或地區醫院、區域醫院轉地區醫院收案成功方得申報。 2. 每人每次發病限申報一次。 3. 須製作個案病況及轉銜確認報告書，並存放於病歷備查。本項評估至少需完成核心必要評估工具(腦中風需完成前四項、衰弱高齡需完成巴氏量表及臨床衰弱量表)。 4. 區域醫院、地區醫院轉本院 PAC 單位不得申報。 5. 不可重複申報本保險支付項目 02025B「出院準備及追蹤管理費」。	2000 1600
P5114B	承作醫院評估費(初評) 註: 1. 本項適用於個案轉銜至急性後期照護醫院後之初次評估，每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括病患情緒引導及處理，與病患或其家屬說明評估結果、整項治療計畫及溝通確認雙方治療目標，並製作個案初次評估報告書存放於病歷備查。 3. 心臟衰竭初評包括個管師篩檢符合 PAC 條件病人，經心臟科醫師認可後啟動心臟衰竭照護團隊，辦理初評、諮詢與銜接急性後期完整的出院後照護，於出院一週內回診確認收案後申報。	1000
P5115B	承作醫院評估費(複評) 註: 1. 個案收案後依計畫評估工具規定定期申報一次。 2. 評估內容包括向病患或其家屬說明評估結果及是否修正治療目標及計畫，並製作個案治療成效期中評估報告書存放於病歷備查。	1000
P5117B	承作醫院出院準備及結案評估費 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式，並製作結案之出院轉銜評估報告書存放於病歷備查。 3. 不可重複申報本保險支付項目 02025B「出院準備及追蹤管理費」。	1500

(二)轉銜作業、醫事人員訪視、臨床諮詢指導、居家訪視、轉銜「居家醫療照護整合計畫」或「社區醫療群」獎勵費

適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡。

編號	診療項目	支付點數
P5123B	<p>轉出醫院轉銜作業獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.每人每次發病限申報一次。</p> <p>2.需完成以下規定作業：</p> <p>(1)需提供病人或家屬 PAC 個案管理及衛教說明(留有完整諮詢內容紀錄、衛教時間至少三十分鐘、病人或家屬簽名)。</p> <p>(2)準備出院病歷摘要、轉銜確認報告書外，需提供承作醫院出院前三天病程紀錄(電子資料亦可)、生命徵象、護理紀錄、藥歷紀錄、重要注意事項等。</p> <p>(3)提供優質的個案管理轉銜作業，提供跨院住院轉診服務，病人免經掛號直接入住承作醫院病房。</p> <p>(4)拍攝活動影片向病人衛教說明或提供承作醫院病人活動影片進行病情交接，留有紀錄，加計 50%。</p> <p>3.不可重複申報本保險支付項目 02025B「出院準備及追蹤管理費」。</p>	1000
P5124B	<p>醫事人員訪視獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡</p> <p>(1)急性醫療醫院主治醫師或 PAC 團隊成員(需含醫師)至承作醫院探訪病人且留有紀錄，直接與承作醫院團隊成員溝通病情，並增加病人信心。</p> <p>(2)每位病人最多申報三次(限前三週每週一次)。</p> <p>(3)由急性醫療醫院申報本項費用；必須向當地衛生局報備支援。</p> <p>2.燒燙傷</p> <p>(1)整形外科醫師、復健科醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師之專業人員，至本計畫醫院就個案臨床諮詢指導且留有相關紀錄，每位病人首次急性後期照護住院、首次日間照護期間最多各三次。</p> <p>(2)以上人員需具有實務燒燙傷臨床經驗達二年以上。</p> <p>(3)由接受指導醫院申報本項費用；必須向當地衛生局報備支援。</p>	1000
P5125B	<p>承作醫院醫事人員居家訪視獎勵費</p> <p>- 一名醫事人員訪視</p>	1000
P5126B	<p>- 二名(含)以上醫事人員訪視</p> <p>註：</p> <p>1.每位病人最多申報二次(出院前後各一次)。心臟衰竭病人於收</p>	1500

編號	診療項目	支付點數
	案後進行。 2.病人結案前後，承作醫院 PAC 團隊成員至病人家訪視且留有紀錄，提供家屬居家照護衛教指導，及居家環境改造建議，時間至少三十分鐘，促進病人健康返家回歸社區。	
P5127B	轉銜「居家醫療照護整合計畫」收案獎勵費 註： 結案評估經轉介「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」居家醫療團隊收案成功，並留有紀錄備查。	1000
P5128B	轉銜「社區醫療群」持續追蹤獎勵費 註： 結案評估辦理社區醫療資源轉介事項，協助本保險家庭醫師整合性照護計畫會員轉銜至所屬社區醫療群持續追蹤，並留有紀錄備查。	1000

(三)其他

編號	診療項目	支付點數
	主責醫院提升團隊照護品質獎勵費 1.應召開跨院際醫院團隊會議，辦理個案研討、轉銜作業協調、教育訓練、提升試辦品質措施、彙總及檢討團隊內所有醫院品質指標、提供對照組等提升照護品質活動，上述活動應填報列於每半年繳交之成果報告書。 2.每家主責醫院團隊全年六萬點，所負責之團隊每增加一項推動範圍(腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡病患)且該項增加範圍年度收案數至少二十人以上，每項增加三萬點，團隊最高執行六項 PAC 範圍計二十一萬點。 3.本項免申報費用，分區業務組每半年審查成果報告書確認填報提升照護品質活動後，以補付方式辦理。	60000~ 210000/ 年
P5504B	燒燙傷家屬/照顧者之支持性心理社會個別諮詢衛教費	97
P5505B	燒燙傷家屬/照顧者之支持性心理社會團體諮詢衛教費 註： 1.限由團隊內專科醫師開立本項處方。 2.限病人急性後期照護住院、日間照護期間，併病人就醫申報(日間照護為包裹給付，本項申報為不計價醫令)。 3.團體治療一次最多以二十五人為限。	64
P5516B	燒燙傷門診個案衛教及個案管理費 —新收案	800
P5517B	—每季追蹤 註： 1.提供病人及家屬個案管理及衛教，協助社會心理重建，包含提供諮詢專線電話。 2.每季追蹤需與新收案或前次追蹤間隔三個月(九十天)。	800

編號	診療項目	支付點數
P5135B	<p>心臟衰竭銜接急性後期個案管理照護之衛教、居家照顧能力及防範惡化措施之指導獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.需完成以下規定作業：</p> <p>(1)需提供病人或家屬心臟衰竭 HF-PAC 個案管理及衛教說明(留有諮詢內容紀錄、衛教時間至少六十分鐘、病人或家屬簽名)。</p> <p>(2)需提供手冊以便病人執行居家記錄。</p> <p>(3)提供心臟衰竭個案管理諮詢電話專線，安排心衰竭急性後期門診，以及依病人的需求整合所需要的醫療資源與照護。</p> <p>(4)心臟衰竭個案管理師於病人急性期照護出院前，確認及考核個案可執行居家健康記錄之正確性(含血壓、脈搏、體重與二十四小時攝食量及排出量紀錄)、惡化症狀之辨識能力及應採取處理防止惡化之知識、急性後期照護居家期間個案如何與個案管師垂直聯繫的指導。</p> <p>2.每人限申報一次，於出院一週內回診確認收案後申報。</p>	2000

三、品質獎勵措施

(一)範圍：腦中風急性後期照護。

(二)門檻指標：本年度與上年度收案 ≥ 20 人，方可進入品質獎勵之評比。

(三)品質獎勵指標

1.出院後14日再入院率(占分20分)：

分子：分母個案中出院後14天內再入院個案數

分母：急性後期照護出院個案數

註：依目前VPN公布之院所別品質指標DA-1860

2.出院後30日再入院率(占分20分)：

分子：分母個案中出院後30天內再入院個案數

分母：急性後期照護出院個案數

註：依目前VPN公布之院所別品質指標DA-1860

3.出院後30日內急診率(占分20分)：

分子：分母個案中出院後30天內急診個案數

分母：急性後期照護出院個案數

註：依目前VPN公布之院所別品質指標DA-1860

4.功能進步率：結案-收案巴氏量表60分以上個案佔率(占分20分)

分子：分母個案中巴氏量表 ≥ 60 分個案數

分母：急性後期照護出院個案數

5.可避免住院率(占分20分)

分子：分母個案中當年度可避免住院個案數

分母：急性後期照護出院個案數

(四)計分方式(每項指標最高得分 20 分)

情形	前25百分位 之醫院	前26-50百分 位之醫院	較上年度進 步率排名前 25百分位	較上年度進 步率排名前 26-50百分位
得分	20	10	10	5

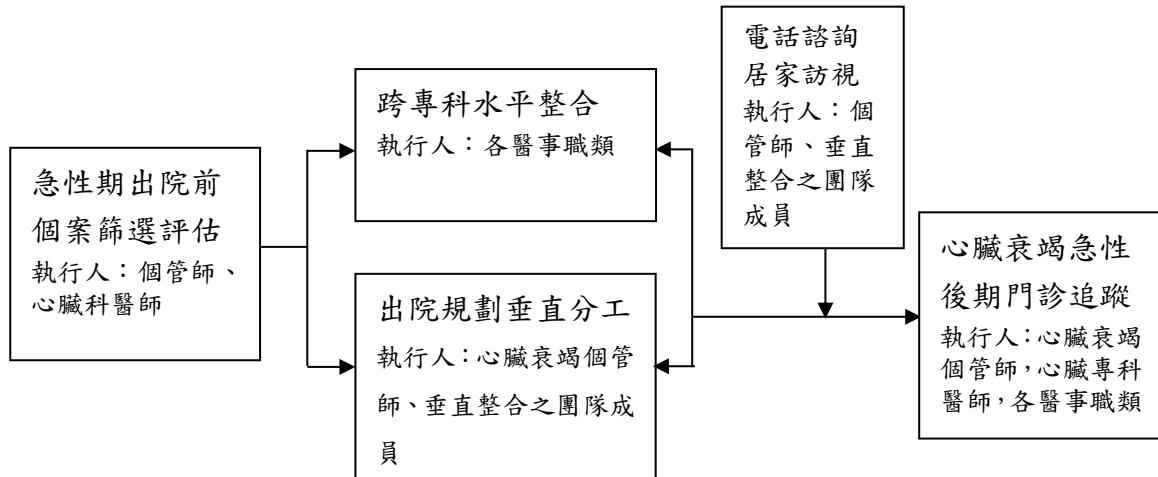
(五)品質獎勵支付：依計分方式計算各醫院品質獎勵總分，依本年度結案個案數，滿分者每位個案支付 2000 點，總分 < 60 分不獎勵，其餘按分數比例計算獎勵金。

「急性後期整合照護試辦計畫」計畫書內容與格式

- 一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位、計畫執行期間。
 - 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、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：
 - (一)申請機構全銜及計畫名稱、服務對象範圍(腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡)及照護模式。
 - (二)現況分析(含現行及預期急性後期照護病人數)。
 - (三)計畫之目標。
 - (四)計畫內容(分項說明)，包含下列各項：
 - 1.跨院際整合團隊之組成與運作方式，包含如何跨院提供整合式服務，與居家醫療照護整合計畫、家庭醫師整合性照護計畫之社區醫療群、跨層級醫院合作計畫等團隊提供整合照護，確保急性後期病人轉銜順暢措施。
 - 2.急性後期照護團隊之組成(請檢附相關文件)，包含各專業照護人力專業別、人數、專任或兼任、各類人員醫病比，及專業人員支援計畫。相關人力品質、如何確保團隊人員辦理量表評估之一致性。
 - 3.急性後期照護相關設備：「急性後期照護單位」之床位數、床位編號，所能提供急性後期照護服務及設備。
 - 4.團隊內各醫院照護品質之確保，病人合併症、併發症處理能力。
 - 5.團隊提供之急性後期照護之特色與發展性。
 - (五)預期效益(應以量化說明)：包含建立對照組、避免病人篩選措施(selection bias)、實驗組與對照組之校正。
 - (六)應辦理工作項目及進度(Gantt Chart)。
- 註：計畫書之人員、設備應區分現有或規劃承諾，審查通過後需符合，經保險人分區業務組確認並發函同意之次日起生效。

附錄 1 心臟衰竭急性後期照護執行內容

經由個案管理師協調下列流程，提供 Stage C~D 心臟衰竭急性後期照護。



- (一)心臟衰竭病人在症狀穩定期仍有 25% 突發性疾病惡化或猝死的風險，建議由熟悉病人病情且符合下列專業條件之承作醫院於個案管理模式進行水平整合式心臟衰竭急性後期照護。
- (二)為能完整的整合跨專科資源的醫療照護，承作執行的醫院應要配置專任之心臟衰竭個案管理師，至少一名負責心臟衰竭照護之心臟專科醫師主導 HF-PAC 的醫療照護，並決定病人狀況是否可承受執行各職能專業之建議。心臟衰竭個案管理師依據此心臟衰竭心臟科醫師的醫療指示，負責協調 HF-PAC 照護之跨專科醫療團隊的資源整合。
- (三)跨專科醫療團隊包含有：心臟專科醫師、心臟外科專科醫師、心臟衰竭個案管理師、復健專科醫師、物理治療師、職能治療師，營養師、藥師、臨床心理師、社工師、護理師。經由心臟衰竭個案管理師協調及整合各項醫療資源，進行以病人為中心之醫療照護，並且對於病患或主要照顧者施行自我照護訓練，達到降低再住院率及死亡率，提升治療的成功率，並使病人回歸社會功能。
- (四)垂直整合之團隊成員包含：隸屬於承作醫院負責心臟衰竭照護的心臟專科醫師以及心臟衰竭個案管理師、負責病患日常照護的社區醫師(例如社區家庭醫師)、社區居家訪視人員等。於個案管理模式，由心臟衰

竭個案管理師聯絡、協調、整合資訊以及病患需求。

(五)照護內容：

1. 住院中照護內容：

- (1) 篩選出符合心臟衰竭急性後期照護的個案。
- (2) 完成個人化的心臟衰竭相關知識及自我照護執行教育至少一小時，從病患個別性的需求中，共同擬定出所需要的疾病照護目標。
- (3) 完成自我照護能力及使用相關記錄工具之訓練（如體重監測、藥物使用知識、記錄攝食與排出量、惡化徵兆偵測及必要處理）。
- (4) 依準則所建議心臟衰竭用藥之使用率評估。
- (5) 營養評估與心臟衰竭飲食建議：過去飲食習慣的評估、現階段營養需求評估、未來營養規劃。
- (6) 負責心臟衰竭急性後期照護之心臟科醫師提供完整的治療計畫，包括：HF-PAC 期間所需要的追蹤檢驗及檢查（例如：後續之心血管評估性檢驗、檢查、心導管檢查或治療的時程）、設定病人 HF-PAC 期間應維持的體重範圍，交由個案管理師監督與追蹤。
- (7) 依據個案經濟、家庭資源狀況，視需要，會診社工師評估可提供的照護介入與資源。
- (8) 風險評估、檢測項目與執行：
 - a. 於出院前完成評估下列共病，包括：

吸菸、血壓過高、血壓過低、糖尿病、冠狀動脈疾病、高血脂、瓣膜性心臟病、慢性腎病、慢性阻塞性肺病、貧血、中風、低血鈉、低血鉀、心律不整、痛風、睡眠中止症、營養不良或肌少症、癌症、憂鬱...等病史。
 - b. 檢驗：

BNP or NT-proBNP, cardiac enzymes, electrolytes, albumin, CBC, BUN, Cr, Na, UA, liver function, glucose, lipid profile.
 - c. 心血管評估性檢查：

心臟超音波、十二導程心電圖、胸部X光。
心臟衰竭病因，CHA2DS2-VASc score計算(心房顫動之病人)、

血壓。

d.心理功能狀態：疑似憂鬱或家庭社會支持不足者，出院前或 HF-PAC 期間，經評估依臨床需要會診精神科或臨床心理師。

e.共病症風險控制教育：

糖尿病與慢性腎病飲食控制原則、營養不良問題：由營養師執行。

心臟衰竭的居家風險注意事項如水腫、感染、共病症有無風險、症狀惡化辨識：由個管師執行。

準則所建議心臟衰竭用藥、心律不整藥物、抗凝血劑、藥物安全性、交互作用、以及高風險用藥（如NSAID）評估：由藥師執行。

2. 出院準備內容：

- (1) 出院前應提供「心臟衰竭病人疾病手冊與居家健康紀錄手冊」，提供專任專責的心臟衰竭個案管理師諮詢專線手機與電話。
- (2) 出院前須確認病人已備妥下列自我照顧用具：體重計、血壓計、磅秤、量杯，並於出院前已能執行血壓、體重與 24 小時攝食量及排出量紀錄（可由主要照顧者或家人協助執行）。
- (3) 心臟衰竭 PAC 個案居家訪視之內容建議：病人 PAC 照護期間，承作醫院或其垂直整合之團隊成員（例如病患居住所在地的社區醫師或居家護理師），可至病人家中訪視，每位病患以 2 次為限，提供病人及主要照顧者居家照護能力評估、衛教指導、及居家環境改造建議，以促進病人回歸社區。有需要再次訪視之個案，將依個案屬性決定再訪視時間。
- (4) 後續運動訓練治療建議：依照病患身體及居所狀況，建議居家自我運動或門診復健。
- (5) 心臟治療規劃：針對個案病情，建議後續心導管、心臟節律器、去振顫器、心室輔助器、心血管外科手術檢查治療。

3. 出院後門診及居家照護追蹤

- (1) 門診照護條件：設立心臟衰竭門診，其專業成員包含有負責心臟衰竭照護之心臟專科醫師與專任專責心臟衰竭個案管理師，追蹤心臟衰竭病人的疾病知識與照顧行為，視需要強化病人及家屬的知識，安排後續檢驗及治療。出院後六個月內回診安排建議如下：出院後一週內完成第一次門診追蹤；三個月內每個月回診一次；第四個月起至結案前至少於第五個月內回診一次（若個案於 HF-PAC 的六個月內過程中遇有惡化狀況發生，個案管理師依據醫師指令，協助安排提前返診或醫師指令協助安排相關醫療照護）。
- (2) 個案管理師，提供電話諮詢與追蹤病人居家照護的執行狀況，每月至少一次，連續 6 個月。
- (3) 返診時，個案管理師協助檢視個案居家自我照護記錄(含心跳、血壓、體重、攝食與排出量)，強化心臟衰竭自我照護能力，遇有藥物種類或劑量變更時，依醫囑給予用藥指導，必要時轉介藥師諮詢門診。
- (4) 個案管理師依個案評估結果，水平協調整合跨專科的整合照護。
- (5) 個案管理師依個案需求，垂直溝通整合病患資訊，提供醫療諮詢，安排跨區、跨醫療院所的轉診等。

4. 心臟復健

- (1) 出院準備階段：復健醫師或治療師參與出院前評估、進行危險分級、出院計畫說明及臨床諮詢指導。
- (2) 門診階段：心肺功能監控下的中等強度運動訓練、肌耐力訓練（需於病歷中附上心肺復健進行當中之心電圖、血壓等生命象徵監視紀錄，以確保病人之安全性）。
- (3) 其他需要復健訓練項目，如呼吸訓練、肌力訓練、柔軟度訓練。
- (4) 節省體能訓練、職業需求訓練。
- (5) 上述(2)(3)(4)項復健治療，依病人狀況及需要施行個別化的強度進行復健訓練。

註：依據美國心肺復健學會之建議，以等張性、有氧性的運動為主，每週三至五次，每次 40 至 50 分鐘，並且維持三個月為一個訓練單位（但因心臟衰竭屬重症，個體差異化極大，需考慮安全性，依病人狀況設計個人化復健訓練的強度）。

5. 定期評估（初評、複評及結案評估）：評估項目、工具及量表（執行時間：初評：出院前完成，於出院回診確認收案後申報；複評三次：出院滿 1 個月、出院滿 3 個月、出院滿 5 個月；結案評估：出院後滿六個月該月）。評估內容詳計畫之評估工具。

全民健康保險居家醫療照護整合計畫

104 年 4 月 23 日健保醫字第 1040004024 號公告訂定
 105 年 2 月 15 日健保醫字第 1050001413 號公告修訂
 106 年 3 月 1 日健保醫字第 1060032768 號公告修訂
 108 年 5 月 30 日健保醫字第 1080033402 號公告修訂
109 年 0 月 0 日健保醫字第 109*****號公告修訂

一、計畫依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、計畫目的

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

三、施行期間

自 ~~108 年 6 月 1 日~~ 公告日 起至 110 年 12 月 31 日止。

四、預算來源

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

五、醫療服務提供者資格

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

各類訪視人員之聯繫窗口，以利連結服務。

(二) 訪視人員資格：

1、各類訪視人員以本保險特約醫事服務機構之執業人員為限，提供呼吸照護及安寧療護等居家醫療照護，應具備各該項目之服務資格。

2、醫師：須具專科醫師資格；惟經保險人分區業務組審酌區域居家醫療服務資源後同意之醫師，不在此限。

~~3、牙醫師：須為參加「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊醫療服務計畫)之照護院所，且修習居家牙醫醫療相關課程之牙醫師。~~

~~4、~~3、中醫師：執業 2 年以上（含）之中醫師，自 109 年起執行本計畫之中醫師均須經中醫師公會全聯會培訓，取得中醫師居家醫療照護資格證書。

~~5、~~4、藥師：具藥事人員 2 人（含）以上之特約藥局或特約醫療院所之執業藥師，並經中華民國藥師公會全國聯合會培訓，取得居家藥事照護資格證書；惟位處本保險山地離島（附件 3）與醫療資源缺乏地區之特約藥局或特約醫療院所，不受藥事人員 2 人以上之限制。

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

(四)病人之居家醫療主治醫師可由西醫師或中醫師擔任。

~~(四)~~(五)特約醫事服務機構於參與計畫日起前二年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；終約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。

~~(五)~~(六)特約醫事服務機構所屬醫師、~~牙醫師~~、中醫師至病人住家提供醫療服

務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准及保險人同意。

~~(六)~~(七)符合前述各項資格之照護團隊，由主責醫事服務機構向保險人分區業務組提出參與計畫申請書（附件 2，須檢附具體之照護團隊內、外轉診服務計畫與後送機制）。經保險人分區業務組資格審核同意後，始可參與本計畫；異動時亦同。

六、服務區域

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

七、收案條件

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

1、失能：指巴氏量表(Barthel ADL Index) 小於 60 分。

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

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

照護計畫)居家照護階段之收案條件。

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

~~(四) 居家牙醫醫療服務：~~

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

~~(五)(四) 居家中醫醫療服務：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，需要中醫輔助醫療協助者，並經中醫師及居家西醫主治醫師共同評估連結。~~

~~(六)(五) 居家藥事照護：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，經居家西醫療主治醫師判斷其專業能力無法處理之末期病患管制藥品使用諮詢、特殊劑型用藥指導(例如注射筆針劑型、吸入劑型等)。~~

~~(七)~~(六)基於給付不重複之原則，行動不便病人(一般)居家照護、呼吸器依賴患者居家照護、末期病患安寧居家療護之收案對象，應自原照護計畫結案，始得於本計畫收案。

~~(六)~~(七)同一病人於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。

八、結案條件

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

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

1、居家西醫療主治醫師應透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人(不含安寧療護階段)近期之就醫與用藥資訊，於收案後 612 個月內完成用藥整合，以提升照護品質及用藥安全，若未於 612 個月內完成用藥整合者，應予結案。

2、本計畫 108 年 5 月 30 日修正前已收案之病人(不含安寧療護階段)，應自本計畫該次修正公告後 612 個月內完成用藥整合，未於 612 個月內完成者，應予結案。

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

(三) 照護團隊未提供居家醫療照護之病人，應予結案。

九、收案及審核程序

(一) 收案來源：

1、住院病人：經主治醫師評估，由出院準備服務轉介至參與本計畫之特約醫事服務機構收案；接受轉介機構之醫師得配合出院準備服務到院評估病人之居家醫療照護需求。

2、非住院病人：

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

(二) 收案程序：

- 1、病人經訪視人員評估符合收案條件，開立收案申請書（附件 4），並擬訂居家醫療照護計畫（含照護期間、照護內容、訪視頻率等），由健保資訊網服務系統（以下稱 VPN）送保險人備查，保險人得視情況實地評估病人之醫療需求。但病人如需使用呼吸器相關服務，應先依呼吸器依賴患者照護計畫規定事先報經保險人核准，及登錄 VPN 呼吸照護系統。
- 2、為利居家西醫療主治醫師整合病人用藥，收案前應向病人或其家屬說明，請其簽署同意書（附件 5）；本計畫修正公告前已收案之病人亦應簽署同意書。病人如欲維持原就醫模式，無法配合用藥整合，則不予收案，已收案者應予結案。
- 3、特約醫事服務機構應擇一最適照護階段收案提供照護，收案期間病人病情轉變，可彈性調整照護階段，無須結案後重新收案，但應於 1 週內（含例假日）於 VPN 登錄異動。
- 4、居家西醫療主治醫師於照護階段轉換或照護期滿應重新評估，且每 3 個月至少訪視一次，以確認病人病情變化，適時調整醫囑。

- (三) 照護期間之計算，新收病人以收案日起算；若病情需要申請延長照護者，須俟上次照護期間屆滿前 30 日內始得申請，並以接續日起算。同一特約醫事服務機構同一病人，於照護期間截止日起 30 日內再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新病人申請；不符合收案條件者應即結案。

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

(五) 特約醫事服務機構參與本計畫後之新收病人均應於本計畫收案，原有病人於照護期滿應轉為本計畫病人。

~~(六) 居家牙醫醫療服務：~~

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

~~2、牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。~~

十、照護內容

居家醫療主治醫師應整體評估病人之醫療需求，開立居家醫療照護醫囑，並得視醫療需要於病歷註明照會理由，連結其他訪視人員提供醫療服務。本計畫之「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段之照護內容，包括：

(一) 醫師訪視：

~~1、居家西醫主治醫師應整體評估病人醫療需求，開立居家醫療照護醫囑，並得視醫療需要於病歷註明照會理由，連結牙醫師、中醫師、藥師等其他訪視人員服務。~~

~~2→1、提供一般西醫門診診療服務，但不包括手術、麻醉、血液透析、復~~

健診療、慢性精神疾病居家治療等特定診療服務。

~~3~~→2、一般藥品處方箋用藥，得按病人病情需要，每次開給足夠用量。

~~4~~→3、醫師開立藥品處方時，應透過健保醫療資訊雲端查詢系統，即時查詢病人近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升病人用藥安全及品質。

~~(二)~~ 牙醫師訪視：

~~1~~、~~經評估連結之病人，應與其居家西醫主治醫師討論決定治療計畫(含治療療程)，依病人病情需要提供牙醫醫療服務。~~

~~2~~、~~基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齶齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。~~

~~3~~、~~提供居家牙醫醫療服務時，應評估病人實際情形後攜帶適當牙科設備。建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備等相關物品。~~

~~(三)~~(二)中醫師訪視：提供針灸、中藥與傷科指導；如為居家西醫主治醫師連結之病人，應與居家西醫主治醫師討論決定治療計畫(含治療療程)。

~~(四)~~(三)護理人員訪視：提供居家護理一般照護、特殊照護、臨終照護及案家自我照護指導等。

~~(五)~~(四)呼吸治療人員訪視：提供居家呼吸照護及案家自我照護指導。

~~(六)~~(五)藥師訪視：提供居家藥事照護。

~~(七)~~(六)其他專業人員訪視：視需要由心理師或社會工作人員訪視。

~~(八)~~(七)藥品處方調劑服務：病人所需藥品，得由處方之特約醫療院所提供調劑與送藥服務，或由家屬持健保卡及處方箋至特約藥局或原處方院所

調劑領藥。病人獨居時，應提供適當之藥事服務。

~~(九)~~(八)個案健康管理：穩定健康狀態、連結醫療及長期照顧服務資源。輔導新收病人查詢健康存摺(應經病人、監護人或其指定代理人同意)，以協助訪視人員掌握病人就醫資訊，提升醫療安全與效益。

~~(十)~~(九)24小時電話諮詢服務：於病人發生緊急狀況時，提供病人及其家屬24小時醫療專業諮詢服務，必要時應啟動緊急醫療後送程序。

~~(十一)~~(十)每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)，並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家醫療照護紀錄留存於案家，以利與其他訪視人員或長期照顧服務人員提供整合性之居家照護服務。

十一、醫療費用申報、支付及審查原則

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

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

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

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

~~(五)~~(四)醫療費用申報：

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

(1) 居家醫療階段：案件分類 E1，任一特定治療項目代號 EC。

(2) 重度居家醫療階段：案件分類 A1，任一特定治療項目代號 EC。

- (3) 安寧療護階段：案件分類 A5，任一特定治療項目代號 EC。
- ~~(4) 居家牙醫醫療服務：案件分類 16，特定治療項目代號(二)至(四)任一 EC，特定治療項目代號(一)請依病人類別填報【極重度 FS、重度 FY、中度 L4、失能老人 L2、居整病人 LC、出院準備 LD】。~~
- ~~(5)~~(4) 居家中醫醫療服務：案件分類 31，任一特定治療項目代號 EC。
- ~~(6)~~(5) 居家藥事照護：
- A. 特約醫療院所：案件分類依照護階段填報 E1、A1 或 A5，任一特定治療項目代號 EC。
- B. 特約藥局：案件分類 E，任一原處方服務機構之特定治療項目代號 EC。

2、其他欄位依居家照護案件，採同一療程每月申報一次：

- (1) 「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報該月第一次訪視人員身分證號（若同日訪視人員一人以上者，優先填報順序為醫師→~~牙醫師~~、中醫師、護理人員、呼吸治療人員、其他專業人員、藥師）。
- (2) 訪視人員各次訪視費應逐筆填報醫令代碼、執行時間-起/迄、執行醫事人員代號及就醫科別。前述就醫科別，醫師→~~牙醫師~~、中醫師訪視請以該次訪視實際提供之診療最適科別填報，護理人員訪視請填「EA 居家護理」，呼吸治療人員訪視請填「AC 胸腔內科」，其他專業人員與藥師訪視免填。
- (3) 呼吸器使用(P5406C)自使用日起算，轉出日不予計算，申報時「醫令執行時間-起/迄」請填至年月日。
- (4) 申報緊急訪視~~加戒~~時，「醫令執行時間-起/迄」請填至時分，「支付成

數」請依加成數填報(非加成時段請填 100)；「醫令執行時間-起/迄」未依規定填報，該筆醫令不予加成。非申報緊急訪視時，「支付成數」請勿填報。

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

- 3、如可歸責於特約醫事服務機構申報資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。
- 4、本計畫之各類醫師訪視費由其專任或兼任之特約醫院或診所申報，護理人員、呼吸治療人員、藥師及其他專業人員訪視費由其專任或兼任之特約醫事服務機構於業務範圍內申報。居家藥事照護費、藥費、藥事服務費、檢驗(查)費由提供服務之特約醫事服務機構依規定申報，不得由護理機構申報，否則不予支付。

~~(六)~~(五)給付項目及支付標準：

1、個案管理費：

- (1) 申請收案之特約醫事服務機構應負責提供個案健康管理及 24 小時電話諮詢服務，惟前述服務可由照護團隊合作提供。
- (2) 每名病人每年支付 600 點：由保險人於年度結束後計算並支付收案之特約醫事服務機構；未滿一年者，按月比例支付。年度間由 2 家以上特約醫事服務機構收案者，如於同一月份結案並重新收案，當月個案管理費，不論實際收案天數，支付首家結案機構及最終收案機構各 50%。
- (3) 收案期間如連續三個月未提供病人居家醫療照護，則不予支付該區間之個案管理費。

2、各照護階段之給付項目及支付標準原則如下：

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

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

3、各類訪視人員訪視費、夜間及例假日緊急訪視加成一~~居家牙醫醫療服務費~~、呼吸器使用費、緩和醫療家庭諮詢費及病患自控式止痛處置及材料

費(Patient-Controlled Analgesia,以下稱 PCA)等，依附件 1 之給付項目及支付標準支付。

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

5、各類訪視人員每人服務人次上限如下，超過的部分不予支付訪視費用，惟~~夜間及例假日~~緊急訪視人次不納入計算：

(1) 醫師：每日訪視人次以 8 人次為限原則，且每月以 180 人次為限。

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

~~(3)~~(2) 中醫師：每日訪視人次以 8 人次為限原則，且每月以 180 人次為限。

~~(4)~~(3) 護理人員：每月訪視人次以 100 人次為限(含安寧療護)，僅執行安寧療護以 45 人次為限。

~~(5)~~(4) 呼吸治療人員：每月訪視人次以 60 人次為限。

~~(6)~~(5) 藥師、其他專業人員：每月訪視人次以 45 人次為限。

~~(7)~~(6) 為確保照護品質，各類訪視人員執行本計畫之每月服務人次上限，與執行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者照護計畫~~、牙醫特殊醫療服務計畫之特定需求者牙醫醫療服務~~之服務人次歸戶合併計算。

~~(七)~~(六) 部分負擔計收規定：

1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條居家照護規定計收，處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收。~~屬本計畫第七項「收案條件」之第(四)款「居家牙醫醫療服務」第 3 目「特定身心障礙者」或第 4 目「失能老人」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基~~

~~本部分負擔計收。~~

- 2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。
- 3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

~~(六)~~(七)點值結算方式：

- 1、本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用：其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」按季均分，採浮動點值計算，每點支付金額不高於 1 元；當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。
- 2、其餘項目之醫療費用：依各部門總額規定結算。

十二、觀察指標

(一) 病人接受醫師照會~~牙醫師~~、中醫師、藥師訪視比

分子：~~牙醫師~~、中醫師、藥師訪視次數分別計算

分母：醫師訪視次數

(二) 病人收案 612 個月後由照護團隊提供完整醫療服務，未於西醫門診(不含急診)就醫情形

1、病人未於西醫門診(不含急診)就醫率

分子：收案 612 個月後病人未於西醫門診(不含急診)就醫之人數

分母：收案 612 個月後之病人數

2、每人每月西醫門診(不含急診)就醫次數

分子：收案 612 個月後病人之每月西醫門診(不含急診)就醫次數總計

分母：收案 ~~6~~12 個月後之病人數

(三) 病人收案後急診就醫情形

1、急診率

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

分母：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之病人數

2、急診就醫者每人急診就醫次數

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

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

3、緊急訪視率

分子：曾接受緊急訪視人數

分母：收案病人數

4、緊急訪視後 3 日內病人之急診、住院率

分子：緊急訪視後 3 日內，病人之急診、住院次數分別計算

分母：緊急訪視次數

(四) 病人死亡前 6 個月內安寧療護照護率

1、安寧療護照護率

分子：死亡前 6 個月內曾接受各類安寧療護人數

分母：死亡人數

2、居家安寧療護照護率

分子：死亡前 6 個月內曾接受居家安寧療護人數

分母：死亡人數

(五)病人每人每月接受中醫師訪視次數

分子:病人每人每月中醫師訪視次數合計。

分母:每月接受中醫師訪視之病人人數。

十三、品質獎勵措施

為提升居家醫療照護品質，特約醫事服務機構提供病人實質整合照護者，予以調高個案管理費。收案滿 713 個月(含)以上之病人，符合下列獎勵要件時，不論當年度收案期間，個案管理費均為 2,000 點；跨年度收案時亦同。

- (一) 病人(不含安寧療護階段)收案滿 612 個月後，由照護團隊提供完整照護，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。
- (二) 本次計畫 108 年 5 月 30 日修正訂公告前，已收案之病人(不含安寧療護階段)，自 該次計畫修正公告日起 612 個月後，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。

十四、計畫管理機制

- (一) 保險人負責總體計畫架構之研訂、協調與修正。
- (二) 保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、輔導轄區醫事服務機構執行計畫、計算指標與核發費用。
- (三) 參與本計畫之醫事服務機構負責提供病人連續性之整合醫療照護。

十五、退場機制

- (一) 參與本計畫之醫事服務機構，未依排定時間進行訪視且未事先通知病人、無故拒絕轉介單位或保險人轉介之病人、或參與本計畫有待改善事項，經保險人 2 次通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。
- (二) 參與本計畫之醫事服務機構如涉及全民健康保險醫事服務機構特約及

管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫。

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

十六、計畫修訂程序

- (一) 本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，報請主管機關核定後公告實施，並送健保會備查。
- (二) 屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

十七、附則

- (一) 特約醫事服務機構至病人住家提供本保險居家醫療照護，得併行提供保險人代辦之醫療服務(如預防保健等)，其服務範圍與支付標準悉依各業務主管機關之規定辦理。
- (二) 本計畫施行期間，與現行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者照護計畫雙軌併行。本計畫分二期逐步整合與推廣，每期三年，期滿應評估全面導入醫療服務支付標準。
- (三) 附錄：
- 1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)。
 - 2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)。
 - ~~3、新制與舊制身心障礙類別與代碼對應表。~~
 - ~~4、執行居家牙醫醫療服務相關規範。~~

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」給付項目及支付標準

通則：

- 一、醫令代碼屬 P 碼者，限參與本計畫之特約醫事服務機構申報。
- 二、居家護理特殊照護項目如附表 1，居家護理一般照護項目如附表 2，居家照護治療材料表如附表 3；施行特殊照護項目及使用治療材料者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。
- 三、特約醫事服務機構對同一病人於相同期間，僅可擇一最適照護階段提供照護，不可跨照護階段收案。
- 四、照護階段內之服務項目，由收案之特約醫事服務機構協調照護團隊合作提供，不得重複提供。例如：重度居家醫療階段之呼吸器依賴患者，所需護理訪視服務，應由主責護理人員提供全人照護，而非分別派遣多名護理人員進行訪視。
- 五、呼吸器依賴患者每月實際醫療費用未達 27,000 點時，以 27,000 點扣除其他機構申報之醫療費用後，支付提供呼吸器之特約醫事服務機構；照護期間不足一個月時，依相同原則，按實際照護天數以每日 900 點計算支付。前述醫療費用不含~~牙醫師訪視費、居家牙醫醫療服務費~~、中醫師訪視費、安寧療護醫師訪視費、安寧療護護理訪視費、其他專業人員處置費、緩和醫療家庭諮詢費、臨終病患訪視費、PCA、藥費、藥事服務費及附表 3 備註所列特殊材料。
- 六、醫師訪視當日如於門診由同一醫師診治，醫師訪視費、門診診察費應擇一申報。
- 七、醫事人員至病人住家或配合出院準備服務到院評估居家醫療服務需求，如經評估病人不符合收案條件，不予支付當次訪視費。
- 八、緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師訪視費(不含~~牙醫師~~、中醫師)、護理人員訪視費及呼吸治療人員訪視費。

(一) 適應症：

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

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

(三) 同一醫師對同一病人之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付。

(四) 加成方式：

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

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

編號	診療項目	支付點數
	<p>註：-</p> <p>1. 限醫院院外醫師、牙醫師或中醫師配合出院準備服務到院評估申報。</p> <p>2. 同一病人每次住院之醫師、牙醫師、中醫師到院評估至多各申報1次。</p> <p>除牙醫師可自行評估收案之病人外，牙醫師、中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。</p>	
P5413C	<p><u>醫師評估出院病人居家醫療照護需求(次)</u></p> <p>註：</p> <p><u>1. 限醫院院外醫師、中醫師配合出院準備服務到院評估申報。</u></p> <p><u>2. 同一病人每次住院之醫師、中醫師到院評估至多各申報1次。</u></p> <p><u>3. 經居家西醫主治醫師連結之病人，中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。</u></p>	1553
05301C	<p>護理人員訪視費</p> <p>重度居家醫療：</p> <p>—資源耗用群為第一類</p> <p>護理訪視費(次)</p>	1050
05302C	<p>山地離島地區護理訪視費(次)</p>	1155
05303C	<p>—資源耗用群為第二類</p> <p>護理訪視費(次)</p>	1455
05304C	<p>山地離島地區護理訪視費(次)</p>	1601
05305C	<p>—資源耗用群為第三類</p> <p>護理訪視費(次)</p>	1755
05306C	<p>山地離島地區護理訪視費(次)</p>	1931
05321C	<p>—資源耗用群為第四類</p> <p>護理訪視費(次)</p>	2055
05322C	<p>山地離島地區護理訪視費(次)</p>	2261
05313C	<p>甲類安寧療護：</p> <p>—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)</p> <p>護理訪視費(次)</p>	1650
05324C	<p>護理訪視費山地離島地區(次)</p>	1815
05314C	<p>—訪視時間一小時以上 (>1 小時)</p> <p>護理訪視費(次)</p>	2250
05325C	<p>護理訪視費山地離島地區(次)</p>	2475
05338C	<p>乙類安寧療護：</p> <p>—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)</p> <p>護理訪視費(次)</p>	1155
05339C	<p>護理訪視費山地離島地區(次)</p>	1271

編號	診療項目	支付點數
05340C 05341C	<p>— 訪視時間一小時以上 (>1 小時)</p> <p>護理訪視費(次)</p> <p>護理訪視費山地離島地區(次)</p> <p>註：</p> <p>1. 資源耗用群分類：</p> <p> 第一類：需居家護理一般照護項目之病人</p> <p> 第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人</p> <p> 第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人</p> <p> 第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人</p> <p>2. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢、治療材料及電子資料處理等費用在內。</p> <p>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。</p> <p>4. 訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者病人或其家屬簽章。</p>	1575 1733
P5401C P5402C	<p>呼吸治療人員訪視費</p> <p>— 非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等</p> <p>呼吸治療人員訪視費(次)</p> <p>山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)</p>	1050 1155
P5403C P5404C	<p>— 侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等</p> <p>呼吸治療人員訪視費(次)</p> <p>山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)</p> <p>註：</p> <p>1. 限訪視呼吸器依賴患者申報。</p> <p>2. 呼吸治療人員提供侵襲性呼吸器依賴患者呼吸照護時，護理人員不得再以提供氣切護理申報資源耗用群為第二類以上之護理訪視費。</p>	1455 1601
P5411C P5412C	<p>居家藥事照護費(次)</p> <p>山地離島地區居家藥事照護費(次)</p> <p>註：</p> <p>1. 居家藥事照護費所訂點數含用藥評估、用藥分裝、餘藥檢核、藥事服務、電子資料處理及行政作業成本等。</p> <p>2. 每次服務應由居家再醫療主治醫師視病人醫療需要評估連結。</p>	1100 1210
05315C P5405C	<p>其他專業人員處置費 (次)：限社會工作人員或心理師</p> <p>山地離島地區其他專業人員處置費(次)：限社會工作人員或心理師</p> <p>註：限訪視呼吸器依賴患者、臨終末期病患申報。諮商心理師限訪視末期病患。</p>	1050 1155
P5406C	<p>呼吸器使用(天)</p> <p>註：</p>	590

編號	診療項目	支付點數
	1. 限呼吸器依賴患者申報。 2. 呼吸器使用期間，自使用日起算，轉出日不予計算。	
P5407C	緩和醫療家庭諮詢費 註： 1. 限重度居家醫療階段申報。 2. 適應症：以進入末期狀態病患為主。 3. 相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或家屬。 (2)諮詢時間：每一個案病人諮詢時間至少 1 小時。 (3)諮詢記紀錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病患之病歷及紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。 (4)申報規定： a.病患已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護或居家安寧照護，不得再申報此項費用。 b.出院病患住院期間已接受緩和醫療家庭諮詢服務(項目代碼 02020B)，不得再申報此項費用。 c.同一照護團隊對同一照護對象病人限申報二次。 d.由居家西醫療主治醫師執業之醫事服務機構申報此項費用。	2250
05326C	臨終病患訪視費	5000
05327C	山地離島地區臨終病患訪視費 註： 1. 限訪視臨終病患，且 ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Scale)大於三級以上(含三級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2. 甲、乙兩類安寧療護醫事人員皆可申報。 3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	5500
05316C	病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, PCA) 註：限訪視臨終末期病患，所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。每一個案病患每月限申報二次。	1890

附表 1. 居家護理特殊照護項目表

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

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

附表 2. 居家護理一般照護項目表

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

附表 3. 居家照護治療材料表

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

註：矽質二叉留置導尿管、矽質鼻胃管、PVC 氣切管、矽質氣切管及胃造口術管路衛材(須由醫師操作更換)等特殊材料，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行申報，支付品項以全民健康保險藥物給付項目及支付標準收載之特殊材料品項為限。

參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」申請書

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

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

此致 衛生福利部中央健康保險署



醫事服務機構印信

負責人印章

中華民國

年

月

日

全民健康保險山地離島地區一覽表

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

全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書

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

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

本申請書自開立日起 30 日內有效，逾期不予受理申請。

收案條件	<input type="checkbox"/> 1 有明確醫療需求 <input type="checkbox"/> 2 外出就醫不便，原因： <input type="checkbox"/> 失能(ADL<60) <input type="checkbox"/> 疾病特性： <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 3 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第1章居家照護收案條件 <input type="checkbox"/> 4 符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段之收案條件 <input type="checkbox"/> 5 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第3章安寧療護收案條件(續答附錄2 末期病患主要症狀表) (條件1、2為必要條件)
照護階段	<input type="checkbox"/> 1 居家醫療 <input type="checkbox"/> 2 重度居家醫療 <input type="checkbox"/> 3 安寧療護(續答 A~C) A.疼痛評估(0-10)： B.ECOG(0-4)： C.安寧緩和意願書或同意書簽署： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他照護需求評估	<input type="checkbox"/>1 有居家牙醫醫療需求，轉介至 <input type="checkbox"/> 21 有長期照顧服務需求，轉介至 <input type="checkbox"/> 32 有居家中醫醫療需求，轉介至 <input type="checkbox"/> 3 有居家西醫醫療需求，轉介至
第四部分：醫囑	
疾病診斷	主診斷：□□□□□□病名 次診斷1：□□□□□□病名 次診斷2：□□□□□□病名 次診斷3：□□□□□□病名
醫囑	<input type="checkbox"/> 更換鼻胃管： 天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他 ; 管徑大小： FR <input type="checkbox"/> 更換導尿管： 天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般橡膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他 ; 管徑大小： FR <input type="checkbox"/> 更換氣切管： 天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 鐵製 <input type="checkbox"/> 4 其他 ; 管徑大小： mm <input type="checkbox"/> 腸造口 <input type="checkbox"/> 胃造口 <input type="checkbox"/> 膀胱造口 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 膀胱灌洗： 天一次 <input type="checkbox"/> 傷口照護： 天一次 <input type="checkbox"/> 尿液檢查： 天一次，項目： <input type="checkbox"/> 血液檢查： 天一次，項目： <input type="checkbox"/> 呼吸照護評估與治療： 天一次 <input type="checkbox"/> 疼痛控制： <input type="checkbox"/> 1PCA <input type="checkbox"/> 2 其他 <input type="checkbox"/> 其他處置： <input type="checkbox"/> 藥物處方：
照護計畫	照護期間： 個月 訪視頻率： <input type="checkbox"/> 1 醫師 天一次，主治醫師： ，醫事機構名稱： <input type="checkbox"/> 2 護理人員 天一次，主責護理師： ，醫事機構名稱： <input type="checkbox"/> 3 呼吸治療人員 天一次，主責呼吸治療師： ，醫事機構名稱： <input type="checkbox"/> 4 心理師 天一次 <input type="checkbox"/> 5 社會工作人員 天一次

病人(或代理人)簽章：

評估醫事人員簽章：

醫囑醫師簽章：

全民健康保險居家醫療照護整合計畫
病人用藥整合同意書

附件 5

一、服務說明：

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

為提供整合性之居家醫療照護服務，居家西醫療主治醫師將透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人近期之就醫與用藥資訊，於收案 612 個月內協助整合病人門、住診等用藥，以提升照護品質及用藥安全。

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

二、接受服務意向表達：

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

此致 ○○醫院(診所)

立書同意人：

出生年月日：民國____年____月____日

身分證號：

代理人：

與病人之關係：

身分證號：

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

申請日期____年____月____日、序號：____

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

全民健康保險居家醫療照護整合計畫
 口腔醫療需求評估及治療計畫 年 月 日、序號：

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

十式三聯 第一聯送保險人分區業務組、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存

治療計畫

~~一、病人口腔醫療需求之現況及身體狀況為何？~~

~~二、擬訂口腔治療項目（請敘述處置內容✓勾選）~~

- ~~（一）~~ 牙周病緊急處理
- ~~（二）~~ 牙周敷料
- ~~（三）~~ 牙結石清除（全口或局部）
- ~~（四）~~ 牙周暨齶齒控制基本處置（需併同牙結石清除執行）
- ~~（五）~~ 塗氟（需併同牙結石清除執行）
- ~~（六）~~ 非特定局部治療
- ~~（七）~~ 特定局部治療
- ~~（八）~~ 簡單性拔牙
- ~~（九）~~ 單面蛀牙填補
- ~~（十）~~ 其他：_____（請填寫）

~~三、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：~~

~~醫師姓名：_____ 聯絡電話：_____~~

~~醫護人員姓名：_____ 聯絡電話：_____~~

~~四、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：~~

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

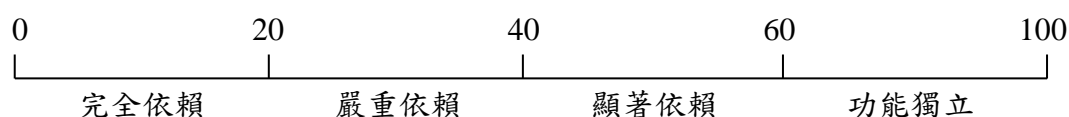
~~五、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所，居家牙醫醫療與後送醫療院所兩者之間的距離及所需時間：~~

~~六、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：~~

附錄 1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)

評估日期：_____年_____月_____日

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



附錄 2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)

<p>1.癌症末期病患：</p> <p><input type="checkbox"/>高血鈣 <input type="checkbox"/>脊髓壓迫 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>出血 <input type="checkbox"/>腫瘤潰瘍 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>急性精神壓力，如自殺意圖</p>
<p>2.末期運動神經元病患：</p> <p><input type="checkbox"/>虛弱及萎縮 <input type="checkbox"/>肌肉痙攣 <input type="checkbox"/>吞嚥困難 <input type="checkbox"/>呼吸困難 <input type="checkbox"/>睡眠障礙 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水 <input type="checkbox"/>心理或靈性困擾 <input type="checkbox"/>分泌物及黏稠物 <input type="checkbox"/>低效型通氣不足 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水</p>
<p>3.老年期及初老期器質性精神病態：</p> <p><input type="checkbox"/>CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：<input type="checkbox"/>病人沒有反應或毫無理解力 <input type="checkbox"/>認不出人 <input type="checkbox"/>需旁人餵食，可能需用鼻胃管 <input type="checkbox"/>吞食困難 <input type="checkbox"/>大小便完全失禁 <input type="checkbox"/>長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮</p> <p><input type="checkbox"/>病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：<input type="checkbox"/>電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態</p>
<p>4.其他大腦變質：</p> <p><input type="checkbox"/>嚴重神經疾病如：<input type="checkbox"/>嚴重中風 <input type="checkbox"/>嚴重腦傷</p> <p><input type="checkbox"/>末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態 <input type="checkbox"/>末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者</p>
<p>5.心臟衰竭：</p> <p><input type="checkbox"/>CHF NYHA stage III 或 IV—休息或輕度活動時會喘 <input type="checkbox"/>原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>經常因嚴重心臟衰竭症狀住院 <input type="checkbox"/>因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者 <input type="checkbox"/>曾有心臟停止或心肺復甦術病史 <input type="checkbox"/>常有不明原因的昏厥 <input type="checkbox"/>心因性腦栓塞 <input type="checkbox"/>左心室射出分率$\leq 20\%$</p>
<p>6.慢性氣道阻塞，他處未歸類者：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而$PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$或$O_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ <input type="checkbox"/>$FEV_1 \leq 30\%$ of predicted <input type="checkbox"/>FEV_1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過$100/\text{min}$ <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>
<p>7.肺部其他疾病：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而$PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$或$O_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ <input type="checkbox"/>$FEV_1 \leq 30\%$ of predicted <input type="checkbox"/>FEV_1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過$100/\text{min}$ <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>
<p>8.慢性肝病及肝硬化：</p> <p><input type="checkbox"/>肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且(1)$PT > 5 \text{ sec above control}$ 或 $INR > 1.5$ (2)$Serum \text{ albumin} < 2.5 \text{ g/dl}$ <input type="checkbox"/>$PT > 5\text{sec above control}$或$INR > 1.5$ <input type="checkbox"/>$Serum \text{ albumin} < 2.5\text{g/dl}$ <input type="checkbox"/>困難處理之腹水 <input type="checkbox"/>自發性細菌性腹膜炎 <input type="checkbox"/>肝腎症候群 <input type="checkbox"/>肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 <input type="checkbox"/>復發性食道靜脈瘤出血 <input type="checkbox"/>多重器官衰竭 <input type="checkbox"/>惡病質與消瘦</p>
<p>9.急性腎衰竭，未明示者：</p> <p><input type="checkbox"/>已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/>病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/>嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/>惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/>因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者</p>
<p>10.慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：</p> <p><input type="checkbox"/>慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD) 第4, 5期病患($GFR < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/>病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/>嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/>惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/>因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者 <input type="checkbox"/>其他：</p>

附錄 3、新制與舊制身心障礙類別與代碼對應表

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

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

備註說明：

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

~~二、新制身心障礙證明樣張如下：~~

~~(一) 障礙等級：共分輕度、中度、重度、極重度等4級。~~

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

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

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

戶籍遷移註記	鄉鎮市區	村里	鄰	街路門牌	遷入日期	承辦人核章
障礙類別	第2類【B230】 └─ ICF 對應碼					
ICD診斷	3899【02】 └─ 舊制身障類別代碼					
必要陪伴者優惠措施						

附錄 4、執行居家牙醫醫療服務相關規範

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

執行居家牙醫醫療服務流程圖

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

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

第一章 Tw-DRGs 支付通則

一、名詞定義

(一)相對權重(Relative Weight, 以下簡稱 RW)：

1. 計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。
2. 計算資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
3. 計算公式：「某 Tw-DRG 平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

(二)標準給付額 (Standardized Payment Rate, 以下簡稱 SPR)：

1. 計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(三)超過上限臨界點之醫療服務點數、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。
2. 計算公式：「全國合計點數/全國總權重」並經調整之給付值。
3. SPR 係按「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨界點之支付點數占總 Tw-DRG 支付點數之 5.1%原則」計算之「標準給付額」。

(三)病例組合指標(Case Mix Index, 以下簡稱 CMI)：

CMI 值計算公式： $\Sigma(\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}) / \text{DRG 總案件數}$ 。

(四)主要疾病類別 (Major Diagnostic Category, 以下簡稱 MDC)：Tw-DRG 之主要疾病類別為 PRE MDC、MDC1 至 MDC24，其內容及 Tw-DRG 分類條件如「全民健康保險住院診斷關聯群分類手冊(以下稱 TW-DRG 分類手冊)」。

(五)醫療服務點數上限臨界點：各 Tw-DRG 之上限臨界點，係以「實施前後總點數中平」及「全國超過上限臨界點部分之總支付點數占率為 5.1%」原則計算之各 Tw-DRG 之相同百分位值。

(六)醫療服務點數下限臨界點：各 Tw-DRG 之下限臨界點，以該 Tw-DRG 醫療服務點數之 2.5 百分位值訂定。

(七)醫療服務點數：醫事服務機構依據本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準，申報其所提供醫療服務之點數。

(八)幾何平均住院日：依相對權重計算範圍之資料，計算各 DRG 之幾何平均住院日，病患所需之住院日數應由臨床醫師專業判斷，若病患病情尚未穩定或治癒，各特約醫院不得以此要求病患出院；若經醫師認定應出院者，病患亦不得以此要求繼續住院。

二、各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或除病患同意使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。

三、下列案件不適用本部支付標準：

(一)主診斷為癌症、性態未明腫瘤案件：

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
癌症	140.XX-176.XX、 179.XX-208.XX、 V58.0、V58.1、V67.1、V67.2	C00.0-C94.32、C94.80-C96.9、 Z51.0、Z51.1、Z51.11、Z51.12、 Z08
性態未明腫瘤	235.XX、236.XX、237.XX、 238.XX	D37-D48、J84.81、C94.4、C94.6

(二)主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院：

ICD-9-CM	ICD-10-CM
996.8X V42.XX	D89.810-D89.813、T86.00-T86.09、T86.10-T86.19、T86.20-T86.29、 T86.30-T86.39、T86.40-T86.49、T86.5、T86.810-T86.819、 T86.850-T86.859、T86.90-T86.99、Z94.0-Z94.4、Z94.6、 Z94.81-Z94.84、Z94.89、Z94.9

(三)MDC19、MDC20 之精神科案件。

(四)主或次診斷為愛滋病、凝血因子異常或衛生福利部公告之罕見疾病案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
愛滋病	042	B20
凝血因子異常	286.0-286.3、286.7	D66、D67、D68.1、D68.2、D68.4

(五)試辦計畫案件。

(六)住院日超過 30 日之案件。

(七)使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)之案件。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
39.65	5A15223

(八)住院安寧療護案件。

(九)其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。

(十)使用主動脈內氣球幫浦(IABP)個案。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
37.61	5A02110、5A02210

(十一)生產有合併植入性胎盤、產後大出血或產後血液凝固缺損之案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
合併植入性胎盤	656.7X、 666.0X、 666.2X、 667.0X、667.1X	O43.011-O43.199 O43.211-O43.239 O43.811-O43.93、O72.0-O72.3、 O73.0- O73.1
產後大出血	666.1X	O72.1
產後血液凝固缺損	666.3X	O72.3

(十二) 複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案，共計 ~~±~~ ± 組：

1.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.4+70.77 +70.50	(0UT90ZZ、0UT94ZZ、0UTC0ZZ、0UTC4ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、 0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ)
合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、 0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、 0TSD0ZZ、0TSD4ZZ)

2.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.59+70.77 +70.50	(0UT97ZZ、0UT98ZZ、0UTC7ZZ、0UTC8ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、 0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ)
合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、 0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、 0TSD0ZZ、0TSD4ZZ)

3.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.50+69.22+70.92	(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ) + (0US90ZZ、0US94ZZ) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ)
合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ)

4.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.79 +69.22+70.92	(0U7G0DZ、0U7G0ZZ、0U7G3DZ、0U7G3ZZ、0U7G4DZ、0U7G4ZZ、0UMG0ZZ、0UMG4ZZ、0UNG0ZZ、0UNG3ZZ、0UNG4ZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0WQN0ZZ、0WQN3ZZ、0WQN4ZZ、0WQNXZZ) + (0US90ZZ、0US94ZZ) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ)
合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ)

5.

<u>ICD-9-CM</u>	<u>ICD-10-PCS</u>
<u>70.77 +70.50</u>	<u>(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、 0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ)</u>
<u>合併 59.79、59.5</u>	<u>上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、 0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、 0TSD0ZZ、0TSD4ZZ)</u>

四、參與各項醫療給付改善方案、試辦計畫，依其所訂支付標準申報，不適用本部各章節支付標準。

五、符合本標準第六部「論病例計酬」所訂條件之案件，應依本章通則所訂時程及支付標準優先適用。

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

(一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。

(二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：

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

2. 基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與保險人簽定合約之特約類別：

(1) 醫學中心，加成率 7.1%。

(2) 區域醫院，加成率 6.1%。

(3) 地區醫院，加成率 5.0%。

3. 兒童加成率：

(1) MDC15：「年齡小於 6 個月者」為 23%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 9%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 10%。

(2) 非 MDC15。

a. 內科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 91%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 23%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 15%。

b.外科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 66%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 21%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 10%。

(3)內外科系認定表詳見「TW-DRG 分類手冊」。

4. 病例組合指標Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公布之CMI值及下列成數加成。

(1)CMI值大於1.1，小於等於1.2者，加成1%。

(2)CMI值大於1.2，小於等於1.3者，加成2%。

(3)CMI值大於1.3，加成3%。

(4)各醫院CMI值依各醫院全部住院案件(不含精神病患、入住RCW及一般病房之呼吸器依賴患者)為基礎計算，由保險人每年年底公布，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。變更負責醫師或權屬別之醫院得向本保險之分區申請同意後比照原醫事機構代號之CMI值，資料統計期間後新設立醫院不得申請比照事宜。

5. 山地離島地區之醫院加成率：2%。

(三)實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

1.年齡小於 18 歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支付。先天性疾病個案係指主診斷如下：

ICD-9-CM	ICD-10-CM
740.XX~759.XX (不包括 744.43、744.46、744.47、 744.49、750.0、750.12、 750.13、750.21、750.22、 750.23、750.24、750.25、 752.51、752.52、752.69、 757.39)、478.33、389.11、389.9	Q00.0-Q99.9、E78.71、E78.72、G90.1、N64.82 (不包括 Q18.1、Q18.2、Q38.0、Q38.1、Q38.3、 Q38.4、Q53.00-Q53.02、Q53.10-Q53.12、 Q53.20-Q53.22、Q53.9、Q55.22、Q55.5、Q55.61、 Q55.63、Q55.69、Q81.0-Q81.2、Q81.8、Q81.9、 Q82.8、Q82.9)、J38.02、H90.3、H90.41、H90.42、 H91.90-H91.93

2.非本項第 1 點個案，按第(二)項原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之 80%支付，即 Tw-DRG 支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)*80%；實際醫療服點數高於點數上限臨界點，且 TW-DRG 支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以 TW-DRG 支付定額計算；實際醫療服點數高於點數上限臨界點，惟 TW-DRG 支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

(四) 一般自動出院或轉院個案，若其住院日數小於「該 Tw-DRG 幾何平均住院日」且實際醫療服務點數介於上下限臨界點範圍內者，依前述(二)公式計算之 Tw-DRG 支付定額，除以該 Tw-DRG 幾何平均住院日數，論日支付。

(五) 死亡及病危自動出院個案，依前述(一)至(三)項計算。

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

1. 生產 DRG 之權重僅計算當次產婦及一人次新生兒費用，新生兒如為雙胞胎以上得另計一人次新生兒費(多胞胎類推)。
2. 同次住院期間之安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬 MDC 導入時按其適當 DRG 申報及支付。
3. 次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用，應符合下列三項要件：

(1) 次診斷為癌症或性態未明腫瘤：

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
癌症	140.XX-176.XX、 179.XX-208.XX、	C00.0-C94.32、 C94.80-C96.9
性態未明腫瘤	235.XX、236.XX、237.XX、 238.XX	D37-D48、J84.81、C94.4、 C94.6

(2) 處置碼包括化療(化療注射劑始需編處置碼)、荷爾蒙注射療法(荷爾蒙注射療法始需編處置碼)或放療：

	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
化療	99.25	3E00X05、3E01305、3E02305、3E03005、 3E0300P、3E03305、3E0330P、3E04005、 3E0400P、3E04305、3E0430P、3E05005、 3E0500P、3E05305、3E0530P、3E06005、 3E0600P、3E06305、3E0630P、3E09305、 3E09705、3E09X05、3E0A305、3E0B305、 3E0B705、3E0BX05、3E0C305、3E0C705、 3E0CX05、3E0D305、3E0D705、3E0DX05、 3E0F305、3E0F705、3E0F805、3E0G305、 3E0G705、3E0G805、3E0H305、3E0H705、 3E0H805、3E0J305、3E0J705、3E0J805、 3E0K305、3E0K705、3E0K805、3E0L305、 3E0L705、3E0M305、3E0M705、3E0N305、 3E0N705、3E0N805、3E0P305、3E0P705、 3E0P805、3E0Q305、3E0Q705、3E0R305、 3E0S305、3E0U305、3E0V305、3E0W305、 3E0Y305、3E0Y705

荷爾蒙注射療法	99.24	3E013VJ、3E030VJ、3E033VJ、3E040VJ、 3E043VJ、3E050VJ、3E053VJ、3E060VJ、 3E063VJ
放療	92.2X	詳附表 7.0

(3) 核實申報項目：化療之核實申報項目為支付標準代碼為 37005B、37025B、37031B~37041B，或個案使用之化療藥品。放療之核實申報項目為支付標準代碼為 36001B~36015B、36018B~36021C、37006B~37019B、37026B、37030B、37046B。

4.使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合下列二項要件：

(1) 處置碼包含使用呼吸器：

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
96.7X、93.90、 93.91、93.99	5A1935Z、5A1945Z、5A1955Z、5A09357、5A09457、 5A09557、5A09358、5A09458、5A09558、5A09359、 5A0935B、5A0935Z、5A09459、5A0945B、5A0945Z、 5A09559、5A0955B、5A0955Z

(2) 核實申報項目為支付標準代碼為 57001B~57002B、57023B)。

5.施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：

(1) 處置碼包含洗腎：

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
39.95	5A1D00Z、5A1D60Z

(2) 核實申報項目為支付標準代碼為 58001C。

6.生物製劑。

(七)使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依前述(一)至(三)、(六)項計算 DRG 支付點數及另行核實申報點數外，得依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。

七、Tw-DRG 導入後申報醫療點數：本章通則六計算所得之 Tw-DRG 支付點數及通則六之(六)得另行申報項目之支付點數。

八、各 MDC 導入時程如下：

時程	DRG 或 MDC
第 1 階段(99 年 1 月 1 日起)	164 項 DRG(附表 7.2.1)
第 2 階段(103 年 7 月 1 日起)	MDC5、8、12、13、14 共 237 241 項 ^註 DRG(附表 7.2.2)
第 3 階段	(暫定)2、3、6、7、9、10
第 4 階段	(暫定)PRE、4、11、17、23、24
第 5 階段	(暫定)1、15、16、18、21、22

註：安胎相關之 6 項 DRG (DRG37901、37902、37903、38301、38302、384)、MDC5「循環系統」之 10 項 DRG(DRG11601、11602、11603、11604、11605、126、12701、12702、47804、47904)、MDC8「肌肉骨骼、肌肉系統及結締組織」之 7 項 DRG(DRG496、49701、49702、49801、49802、499、500)，第 2 階段暫不導入。

九、無權重之 Tw-DRG 應核實申報醫療服務點數，附表 7.3 註記※之 Tw-DRG 因個案數小於二十暫採核實申報醫療服務點數；依時程尚未導入之 MDC 案件，核實支付，俟導入後，依該年度之調整比率計算實際支付點數。

十、各 Tw-DRG 點值計算方式，依全民健康保險會年度總額協商結果辦理。

十一、本部各章節支付標準修訂時，跨月案件依出院日支付標準申報。

十二、若有經公認之新療法，醫事服務機構應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後，先行訂定診療項目，供醫事服務機構適用，俟彙集項目及完整資料後，再依本法第四十一條第一項之程序辦理。

十三、各 TW-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SPR)，由保險人每年年底依前一年醫療服務點數計算，並於次年適用。如附表 7.3。

十四、DRG 案件使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」之自費特材，其保險醫事服務機構收費及健保支付方式：

(一)病患同意使用符合上述規範之自費特材，保險醫事服務機構得收取該特材之全額自費。

(二)DRG 支付點數需扣除自費特材替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由保險醫事服務機構自行併同醫療費用申報。

(三)併同醫療費用申報資料：自費特材(含不給付項目及不符適應症之個案)之品項代碼、單價、數量、收取自費總金額；替代之原健保給付特材品項代碼、支付單價、數量及支付點數。

(四)自費特材收取金額不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。

十五、「TW-DRG 分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址 <http://www.nhi.gov.tw>)下載，其路徑為：首頁 > 主題專區 > DRG 住院診斷關聯群支付制度。

附表7.3 109年~~1~~7至~~6~~12月~~3.4~~3.5版 ~~1,062~~1,066項Tw-DRGs權重表

註：

- 1.本表每 1 權重之標準給付額(SPR)為~~45,387~~46,313 點，係以一百零七年一至十二月醫院住院符合 DRG 範圍申報資料(已校正一百零七年至~~一百零八~~一百零九年支付標準調整及一百零七、一百零八年特材價格調整)及支付通則規定辦理。
- 2.無權重者(計六十八項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
- 3.註記*者(計一百八十九項)為去極值後個案數小於二十件，依支付標準通則暫以核實申報醫療服務點數。
- 4.邏輯註記●者(~~三十四~~三十二項)為該組 DRG 違反單向邏輯已校正後之權重。
- 5 下限臨界點採實際醫療點數之 2.5 百分位計算； 上限臨界點為醫療點數之各 DRG~~89~~ 89.5 百分位。
- 6.DRG513 支付點數以「標準給付額」x「權重」計算，不得加計各項加成或其他另行加計之醫療點數。
- 7.資料期間：一百零七年一至十二月；製表日期：~~一百零八~~一百零九年~~十一月~~二月~~十九~~十五日。

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
PRE	1	10301	19.0740	*		20	833,974	979,217
PRE	2	10302	19.0413	*		30	794,323	958,842
PRE	3	48301	2.9959			17	29,007	325,472
PRE	4	48302	2.5564			12	21,794	302,601
PRE	5	48001	22.1410			23	663,478	1,860,231
PRE	6	48002	17.0281			21	683,762	1,018,539
PRE	7	48101	11.1369	*		24	358,045	738,030
PRE	8	48102	8.9077	*		11	7,895	886,807
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	-	*		-	-	-
PRE	11	48201	2.8996			13	30,897	305,155
PRE	12	48202	2.4279			10	24,362	269,449
PRE	13	512	16.0574	*		15	590,805	1,026,789
1	1	00201	4.1413			15	59,864	364,164
1	2	00202	2.6737			9	51,835	252,238
1	3	00101	4.8501			14	49,630	461,432
1	4	00102	4.3106			8	45,746	414,952
1	5	00301	4.7453			13	60,014	430,618
1	6	00302	3.9713			10	58,451	352,216
1	7	00401	2.7745			8	32,221	233,250
1	8	00402	2.2677			6	31,708	173,772
1	9	00501	2.8286		●	6	46,531	248,498
1	10	00502	2.8286		●	4	60,245	203,212
1	11	00601	0.4334			2	12,057	34,236

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	12	00602	0.3842			2	9,817	26,866
1	13	00701	-	*		-	-	-
1	14	00702	2.7023			7	33,464	233,828
1	15	00703	1.0239			4	17,304	102,788
1	16	00704	1.4397			6	15,483	166,867
1	17	008	0.8770			3	15,647	153,011
1	18	00901	0.8323			7	6,807	89,986
1	19	00902	0.4477			4	6,190	39,726
1	20	00903	0.7133			7	5,340	85,035
1	21	00904	0.4281			4	2,730	38,958
1	22	00905	0.8509			7	2,311	88,894
1	23	01001	0.7220			5	8,286	72,042
1	24	01002	0.8767			6	8,002	97,504
1	25	01101	0.5621			3	3,899	45,255
1	26	01102	0.5840			3	7,579	48,735
1	27	01201	0.8320			7	6,216	84,230
1	28	01202	0.8982			7	6,911	90,953
1	29	01203	0.6133			4	4,828	54,370
1	30	01301	0.7982			5	4,384	76,474
1	31	01302	0.6886			4	2,540	61,778
1	32	01303	1.0328			6	4,112	126,067
1	33	01304	0.7897			5	3,994	69,067
1	34	01401	1.5985			12	17,766	149,056
1	35	01402	1.0035			8	12,453	92,430
1	36	01403	1.4360			10	17,410	154,620
1	37	01404	0.9384			7	14,257	85,923
1	38	01405	1.2641			9	16,714	131,862
1	39	01406	0.8227			6	14,635	68,431
1	40	01501	0.8634			4	10,859	82,710
1	41	01502	0.6677			3	11,310	50,975
1	42	01503	1.0282			6	12,403	125,066
1	43	01504	0.6646			4	9,420	55,813
1	44	01505	0.6691			5	10,638	53,957
1	45	01506	0.5430			4	9,767	40,807
1	46	01601	1.0392			7	9,197	106,868
1	47	01602	0.7418			5	11,337	61,980

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	48	01701	0.6639			4	8,483	60,826
1	49	01702	0.5335			3	9,176	40,186
1	50	018	0.7493			6	7,948	68,515
1	51	019	0.5054			4	4,458	44,342
1	52	02001	1.8221			11	9,200	207,064
1	53	02002	1.1961			7	8,201	126,703
1	54	02003	2.4062			13	9,584	242,444
1	55	02004	1.5381			8	7,594	144,074
1	56	02101	1.8055	*		12	41,165	177,589
1	57	02102	1.4650			10	9,269	115,080
1	58	02103	1.7085			10	13,945	162,586
1	59	02104	0.9659			6	10,247	86,260
1	60	02201	0.8901			6	8,947	115,272
1	61	02202	0.5239			4	5,517	55,527
1	62	02301	0.9077			7	7,491	95,928
1	63	02302	0.5061			4	7,980	46,265
1	64	024	0.9336			6	8,327	99,685
1	65	025	0.5190			4	4,763	47,486
1	66	02601	0.5586			4	7,357	57,020
1	67	02602	0.3901			3	6,005	35,238
1	68	02701	1.2008			8	8,404	142,079
1	69	02702	0.6183			5	4,812	65,015
1	70	02801	0.7996			6	8,717	81,994
1	71	02802	0.9062			6	6,436	97,776
1	72	02803	1.4765	*		11	20,994	137,392
1	73	02901	0.5301			4	5,281	52,964
1	74	02902	0.5437			4	4,709	54,702
1	75	02903	0.4452	*		4	2,845	42,518
1	76	03001	0.7283	*		6	10,184	74,533
1	77	03002	0.4715			4	4,804	49,913
1	78	03003	0.8253			5	4,076	84,437
1	79	03004	0.4658			3	4,345	49,984
1	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	0.2420	*		2	2,773	18,547
1	82	031	0.4004			4	4,468	34,227
1	83	032	0.2818			3	3,738	22,069

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	84	03301	0.3730			3	4,450	33,370
1	85	03302	0.2424			2	2,595	19,497
1	86	034	0.8395			6	5,781	95,486
1	87	035	0.4892			3	4,461	45,039
2	1	03701	1.3138			4	22,786	127,213
2	2	03702	1.0371			4	22,424	104,698
2	3	03703	0.8642	*		4	17,276	65,853
2	4	03704	0.8608	*		3	31,078	50,266
2	5	03705	0.9522			5	18,686	76,346
2	6	03706	1.6424			5	31,542	134,841
2	7	03707	1.2949			4	32,394	96,986
2	8	04001	0.6316			2	13,571	52,396
2	9	04002	0.6184			4	9,053	59,539
2	10	04003	1.1406	*		5	19,946	58,197
2	11	04004	0.5330	*		7	17,955	30,230
2	12	04101	0.4974			2	15,076	33,527
2	13	04102	0.5388	*		3	15,729	47,822
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.5500			3	31,516	102,058
2	17	03602	0.8435	*		3	10,617	86,740
2	18	04201	1.2338			5	19,709	86,603
2	19	04202	0.4985			3	7,202	40,553
2	20	03901	1.8078			2	44,111	129,089
2	21	03903	1.1138			2	18,710	62,608
2	22	03902	1.4350	*		5	25,767	86,661
2	23	03904	1.0150			2	32,272	51,393
2	24	03905	0.5456			1	20,216	28,530
2	25	03906	-	*		-	-	-
2	26	03801	0.8685	*		3	19,178	84,828
2	27	03802	0.3868			2	8,513	38,967
2	28	04301	0.4469	*		6	5,835	24,045
2	29	04302	-	*		-	-	-
2	30	04401	0.5501			7	9,513	46,894
2	31	04402	0.3690			5	5,538	36,419
2	32	04501	0.6513			4	6,343	51,200

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	33	04502	0.5492			4	7,640	45,241
2	34	046	0.5423			4	2,722	52,440
2	35	047	0.3593			3	1,961	37,880
2	36	048	0.3178			3	2,264	28,293
3	1	04901	3.8661			10	54,800	364,708
3	2	04902	1.5984			4	48,980	100,600
3	3	06101	0.7218	*		4	16,706	63,252
3	4	06102	0.4198			1	9,749	29,056
3	5	062	0.5615			1	16,003	35,469
3	6	05301	0.9383			3	24,984	81,859
3	7	05302	0.8903			3	25,184	65,773
3	8	05401	1.6380	*		7	28,029	130,913
3	9	05402	0.9534			3	26,479	71,716
3	10	05701	0.9281			4	10,178	55,189
3	11	05702	0.5430			3	8,557	33,883
3	12	058	0.9080			2	22,795	52,118
3	13	052	1.4643			3	33,349	93,531
3	14	168	0.9257			4	15,007	77,040
3	15	169	0.7728			3	16,441	56,567
3	16	05601	0.7944			3	19,755	59,526
3	17	05602	0.5346			2	18,882	33,778
3	18	05001	1.2840			4	21,608	89,064
3	19	05002	1.0598			3	22,489	68,498
3	20	05101	1.0028	*		6	33,865	57,112
3	21	05102	0.6824			3	18,198	57,855
3	22	05501	5.7804	*		16	183,456	343,828
3	23	05502	2.0264	*		5	36,019	186,049
3	24	05503	0.8340			2	22,506	42,232
3	25	05504	0.7566			2	21,546	39,196
3	26	05505	0.7527			2	18,168	41,153
3	27	05506	0.5933			2	16,452	32,074
3	28	059	0.5747			3	21,334	29,545
3	29	060	0.6868			2	20,629	38,350
3	30	06301	1.7517			6	25,263	148,571
3	31	06302	0.9676			3	22,262	77,756
3	32	06401	1.1864	*		6	17,437	134,082

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	33	06402	0.7967	*		3	3,078	88,841
3	34	065	0.4289			4	5,147	36,172
3	35	06601	0.6880			5	5,421	83,382
3	36	06602	0.3325			3	4,998	25,610
3	37	06701	0.6157			6	8,268	63,829
3	38	06702	0.3353			4	6,025	27,762
3	39	068	0.4776			5	6,243	45,291
3	40	069	0.2855			4	4,295	24,268
3	41	070	0.2894			4	6,659	22,347
3	42	071	0.3295			3	7,120	26,253
3	43	072	0.3578			2	2,903	29,066
3	44	07301	0.6766			6	6,822	64,741
3	45	07302	0.4560			4	5,019	36,451
3	46	07401	0.7020			5	6,641	83,644
3	47	07402	0.4147			3	3,992	40,659
3	48	18701	0.5476			5	7,932	61,737
3	49	18702	0.4589			4	7,406	40,055
3	50	18703	0.5461			2	12,371	41,377
3	51	185	0.4424			4	4,348	40,227
3	52	186	0.3261			3	5,675	26,215
4	1	07501	3.6056			13	77,211	297,567
4	2	07502	2.9091			9	57,083	215,556
4	3	07503	2.9838			8	56,782	238,425
4	4	07504	2.4193			5	69,115	171,047
4	5	07601	1.7817			9	24,574	222,447
4	6	07602	3.4998			6	75,210	250,921
4	7	07603	2.0241			12	21,220	224,032
4	8	07701	0.9550			4	15,115	95,146
4	9	07702	3.2832			5	111,097	218,183
4	10	07703	0.9159			4	12,829	96,176
4	11	47501	2.7900			14	40,368	248,550
4	12	47502	2.0895			10	17,409	188,655
4	13	07801	1.3810			8	14,421	130,606
4	14	07802	0.9754			5	11,158	90,888
4	15	07901	1.5756			12	13,736	146,518
4	16	07902	1.1791			10	15,225	113,995

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	17	07903	1.3083			11	18,446	125,597
4	18	07904	1.5121			9	13,595	147,665
4	19	07905	0.8972	*		8	11,802	96,979
4	20	08001	1.2514			10	12,330	112,239
4	21	08002	0.8265			8	11,112	74,828
4	22	08003	0.9096			9	12,292	83,787
4	23	08004	0.9612	*		7	24,280	123,396
4	24	08005	0.7412	*		6	11,999	75,195
4	25	08101	2.1438	*		14	65,632	146,145
4	26	08102	1.3827			8	10,414	109,614
4	27	08103	1.3805			8	13,389	156,857
4	28	08104	0.8044			6	11,302	86,147
4	29	08105	0.7428			6	12,501	95,140
4	30	08106	0.4150			5	9,167	35,355
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	-	*		-	-	-
4	33	08109	0.4723	*		2	7,617	24,121
4	34	082	0.5045			3	3,987	46,330
4	35	08301	0.7581		●	7	6,135	87,272
4	36	08302	0.5108			5	6,622	47,686
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.7581	*	●	7	7,778	91,413
4	39	08402	0.3280			4	5,018	27,337
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	0.9973			8	10,631	93,499
4	42	086	0.7250			6	9,628	61,674
4	43	08701	1.5571			11	15,883	145,612
4	44	08702	0.7394			5	4,254	73,746
4	45	08703	0.7952			6	8,185	79,855
4	46	08704	0.5658			5	8,935	53,374
4	47	08801	0.8074			8	11,217	76,274
4	48	08802	0.5598			6	8,628	47,762
4	49	089	0.9358			8	11,942	92,832
4	50	090	0.5559			6	7,932	50,222
4	51	09101	0.4460			5	8,911	37,355
4	52	09102	0.3410			4	7,983	26,060

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	53	092	0.8321			6	4,210	91,471
4	54	093	0.6145			4	4,211	58,768
4	55	094	0.6260			6	6,621	61,261
4	56	095	0.3789			4	4,689	33,130
4	57	09601	0.6539			7	8,999	58,078
4	58	09602	0.4512			5	6,163	42,681
4	59	09701	0.4355			5	6,526	36,982
4	60	09702	0.3014			4	4,608	24,683
4	61	09801	0.3756			4	7,683	30,039
4	62	09802	0.3047			3	6,090	24,149
4	63	09803	0.4631			5	8,623	41,664
4	64	09804	0.3746			4	7,475	32,170
4	65	09901	0.4969			5	7,837	65,338
4	66	09902	0.6154			5	7,073	61,233
4	67	09903	0.6734			6	6,918	65,776
4	68	10001	0.4372			3	3,519	38,183
4	69	10002	0.4114			3	3,370	36,290
4	70	10003	0.4174			4	4,657	40,419
4	71	10101	0.6342			4	3,509	67,102
4	72	10102	0.7706			5	4,012	90,414
4	73	10103	0.4515			4	6,081	38,815
4	74	10104	4.0656	*		11	19,529	483,004
4	75	10105	4.2161	*		21	29,325	228,835
4	76	10106	0.7556			5	8,183	77,307
4	77	10201	0.3608			3	3,262	32,960
4	78	10202	0.5529			3	4,496	53,305
4	79	10203	0.3976			4	4,565	36,645
4	80	10204	0.4486	*		3	19,405	23,781
4	81	10205	-	*		-	-	-
4	82	10206	0.5929			2	4,881	95,610
5	1	10401	10.0430			17	294,055	549,471
5	2	10402	10.9894			19	308,804	595,679
5	3	10403	10.7904	*		18	361,999	569,751
5	4	10409	9.2376			18	348,839	508,906
5	5	10410	8.4416			15	326,782	433,853
5	6	10404	7.5515			15	193,275	463,234

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	7	10405	-	*		-	-	-
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	14.6909			10	456,652	815,875
5	10	10408	13.4831			6	466,713	692,612
5	11	10501	10.1625			15	277,966	575,387
5	12	10502	10.6994			17	332,050	814,640
5	13	10503	10.2677	*		14	399,395	598,631
5	14	10509	8.4043			15	232,930	507,898
5	15	10510	7.8836			13	279,379	417,230
5	16	10504	6.5795			13	174,383	371,199
5	17	10505	-	*		-	-	-
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	12.6307			6	425,788	695,064
5	20	10508	11.9564			4	277,849	626,222
5	21	10801	10.7677			8	194,573	609,654
5	22	10802	7.1516			3	162,161	377,872
5	23	10601	11.0740	*		21	549,749	579,791
5	24	10602	-	*		-	-	-
5	25	10603	10.4917			18	330,606	613,828
5	26	10604	9.9260	*		16	472,066	516,503
5	27	10701	9.3265			17	305,084	499,250
5	28	10901	8.7840			14	262,186	458,581
5	29	10702	8.0259			12	233,749	413,463
5	30	10902	7.3874			11	176,910	380,463
5	31	11001	10.8081			17	249,507	579,986
5	32	11005	6.9679			11	42,026	476,096
5	33	11002	3.6604		●	8	13,446	192,681
5	34	11006	2.4277		●	2	61,566	155,066
5	35	11003	5.0790			9	32,716	354,409
5	36	11004	6.6406	*		12	158,045	423,218
5	37	11101	8.5606	*		13	94,988	479,090
5	38	11105	5.1181			12	70,845	264,873
5	39	11102	3.6604		●	3	13,612	209,807
5	40	11106	2.4277		●	2	58,608	134,891
5	41	11103	4.8306			5	38,364	251,412
5	42	11104	6.5838	*		3	178,131	382,235

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	43	11301	2.0295		●	12	33,844	131,208
5	44	11302	2.0295		●	11	31,668	216,158
5	45	11501	7.6748			7	130,444	451,273
5	46	11502	7.3760			4	39,834	449,945
5	47	11601	2.5544			3	85,862	181,187
5	48	11602	3.4865			3	103,056	249,615
5	49	11603	3.5031			5	128,759	222,406
5	50	11604	3.0270			4	76,896	200,136
5	51	11605	6.2674			5	91,133	507,754
5	52	47801	4.5360			8	68,157	316,096
5	53	47802	1.5579			4	20,553	92,949
5	54	47803	2.0713			4	23,850	135,954
5	55	47804	3.9479			5	44,678	367,634
5	56	47901	3.3737			5	61,854	193,221
5	57	47902	1.5181			4	18,652	110,894
5	58	47903	1.9187			3	25,976	112,373
5	59	47904	2.8422			3	33,354	259,161
5	60	11201	3.4310			3	80,633	205,618
5	61	11202	2.8739			2	70,898	158,013
5	62	11203	3.3023			3	95,618	196,902
5	63	11205	3.7421			3	113,956	217,842
5	64	11206	3.1203			2	92,935	163,853
5	65	11204	1.8934			2	19,477	101,135
5	66	11401	1.1969			7	16,963	84,259
5	67	11402	0.7770			5	16,902	51,593
5	68	11801	2.8214			3	109,065	149,435
5	69	11802	2.5230			3	107,338	131,272
5	70	11803	2.2444			3	87,161	119,263
5	71	11804	2.0711			3	85,785	108,838
5	72	11701	1.8013			5	22,379	126,194
5	73	11702	0.7811	*		3	19,824	58,185
5	74	11901	0.7427			2	20,603	39,333
5	75	11902	0.5899			2	17,875	32,178
5	76	12001	1.4929			8	17,735	102,321
5	77	12002	1.1094			5	15,437	64,973
5	78	12101	1.5955			5	28,868	100,665

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	79	12102	1.7112			7	14,292	112,776
5	80	12201	1.1701			3	23,954	73,606
5	81	12202	2.2508			5	10,482	203,102
5	82	12301	-	*		-	-	-
5	83	12302	-	*		-	-	-
5	84	124	1.1601			3	21,123	65,850
5	85	125	0.8030			2	20,173	41,997
5	86	126	1.6211			18	16,600	153,936
5	87	12701	-	*		-	-	-
5	88	12702	0.8105			7	10,223	79,508
5	89	12801	1.1068			6	12,477	65,885
5	90	12802	0.7361			5	7,969	39,697
5	91	129	2.4926			9	17,625	131,807
5	92	13001	1.3646			6	9,253	99,724
5	93	13002	1.0613			5	7,845	67,405
5	94	13101	0.9544			5	8,971	67,860
5	95	13102	0.8349			4	3,777	49,650
5	96	132	0.5971			4	4,680	37,684
5	97	133	0.4179			3	3,638	26,848
5	98	13401	0.6152			5	6,622	41,533
5	99	13402	0.4407			3	4,745	28,915
5	100	135	0.7490			5	7,409	48,260
5	101	136	0.4659			3	4,586	30,142
5	102	13701	2.1844			3	5,989	147,430
5	103	13702	1.5206			3	5,238	99,279
5	104	13801	1.9813			6	13,713	244,713
5	105	13802	0.7934			5	8,268	52,322
5	106	13803	0.6719			4	7,471	43,779
5	107	13804	1.3740			6	34,422	77,060
5	108	13805	1.2917			6	20,987	77,024
5	109	13901	0.6299	*		4	20,081	56,481
5	110	13902	0.5851			3	4,855	34,565
5	111	13903	0.4434			3	5,608	29,572
5	112	13904	1.1950	*		6	37,867	66,078
5	113	13905	0.8817			4	18,148	57,133
5	114	14001	0.6225			4	6,650	40,845

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	115	14002	0.4424			3	4,865	28,538
5	116	141	0.6419			4	8,359	39,925
5	117	142	0.5173			3	5,667	33,014
5	118	143	0.4660			3	5,612	30,048
5	119	14401	0.9109			4	5,959	57,090
5	120	14402	0.9459			6	9,627	62,691
5	121	14403	0.6410			4	5,892	45,201
5	122	14501	0.7675			3	3,160	48,186
5	123	14502	0.7178			4	6,085	50,858
5	124	14503	0.4866			3	5,748	34,833
6	1	15401	7.0426	*	●	18	138,598	534,832
6	2	15402	3.3201			12	31,420	324,721
6	3	15403	3.1042			12	19,338	317,995
6	4	15404	2.8219			12	48,932	270,940
6	5	15501	7.0426	*	●	17	238,318	436,288
6	6	15502	1.2117			3	23,630	101,770
6	7	15503	1.6157			6	14,935	156,781
6	8	15504	2.0277			8	32,001	167,400
6	9	15601	13.0430	*		23	476,376	711,685
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	4.4475			13	82,206	397,216
6	12	15604	2.8553	*		7	29,042	268,452
6	13	15605	3.3189	*		11	121,543	174,327
6	14	15606	3.1885	*		7	45,298	241,855
6	15	15607	1.9137			8	35,192	211,766
6	16	15608	1.6448			7	38,577	122,671
6	17	14801	3.0438			13	41,696	276,554
6	18	14802	3.5879			16	45,511	396,652
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	1.4428	*		12	26,295	196,000
6	21	14805	1.9402			10	34,621	192,869
6	22	14901	2.4804			10	43,075	170,834
6	23	14902	3.1231			14	35,709	246,113
6	24	14903	-	*		-	-	-
6	25	14904	1.0159			4	22,266	156,411
6	26	14905	1.7764			8	12,833	157,747

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	27	14601	1.7425			5	19,999	187,673
6	28	14602	2.0863			5	18,749	212,595
6	29	14701	0.7567			2	19,259	54,374
6	30	14702	0.6982			2	18,616	59,480
6	31	150	2.5289			11	52,798	230,341
6	32	151	1.6370			6	44,320	122,091
6	33	16401	1.4483			5	40,292	80,788
6	34	16501	1.1461			4	35,250	65,446
6	35	16402	1.4777			7	35,768	81,824
6	36	16502	1.0145			5	30,834	59,962
6	37	16601	1.1771			3	37,604	67,078
6	38	16701	0.9974			3	34,522	56,985
6	39	16602	1.0486			5	29,676	59,467
6	40	16702	0.8404			3	26,922	44,044
6	41	152	1.4082			8	12,988	128,108
6	42	153	0.8257			4	12,045	95,956
6	43	15701	0.7690			4	9,414	46,116
6	44	15702	0.6343			2	17,159	32,472
6	45	15801	0.5391			3	8,748	34,178
6	46	15802	0.5322			2	16,387	27,216
6	47	16101	1.1279			3	36,218	62,694
6	48	16201	0.9068			2	34,192	47,230
6	49	16102	0.8092			2	26,629	42,673
6	50	16202	0.6528			2	22,115	33,780
6	51	159	1.2910			4	33,936	71,238
6	52	160	0.9057			3	30,121	48,729
6	53	16301	6.8221	*		21	254,260	404,384
6	54	16302	-	*		-	-	-
6	55	16303	5.1483			3	47,679	289,446
6	56	16304	3.3550			1	38,074	199,320
6	57	16305	3.0527			2	28,163	189,714
6	58	16306	1.5410			1	26,917	101,745
6	59	170	1.6122			6	24,059	168,266
6	60	171	0.9187			2	27,635	59,759
6	61	17201	0.7154			5	5,556	54,811
6	62	17202	0.6958			4	8,608	71,034

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	63	17203	0.6975			4	2,819	73,187
6	64	17301	0.6158			5	12,542	50,089
6	65	17302	0.4870			3	5,633	38,307
6	66	17303	0.4510			3	3,377	38,850
6	67	17401	1.1676			6	13,679	108,753
6	68	17402	1.2945			11	38,301	112,093
6	69	17403	0.7842			6	8,500	79,941
6	70	17404	0.7515			5	9,125	76,061
6	71	17501	0.9454			5	12,934	75,811
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4797			4	5,919	42,258
6	74	17504	0.4834			4	6,926	40,174
6	75	17601	1.4794			10	9,261	118,780
6	76	17602	0.9270			7	7,288	85,291
6	77	17603	0.7106			6	9,147	71,648
6	78	17604	0.4730			4	6,197	41,466
6	79	177	0.5532			5	7,511	49,751
6	80	178	0.3977			4	6,058	32,661
6	81	17901	0.6657			4	2,864	70,383
6	82	17902	0.8360			6	6,557	82,836
6	83	17903	0.5029			4	2,949	56,340
6	84	180	0.5963			6	6,945	56,971
6	85	181	0.4026			4	5,159	33,667
6	86	182	0.5282			5	6,092	49,194
6	87	183	0.3584			3	4,738	30,555
6	88	18401	0.3568			4	6,611	30,299
6	89	18402	0.2629			3	5,504	21,138
6	90	18801	1.5573			11	10,324	158,338
6	91	18802	0.6001			5	4,659	61,582
6	92	18803	0.6719	*		6	9,180	62,911
6	93	18804	0.8444			6	7,598	86,802
6	94	18805	0.7029			5	6,785	72,665
6	95	18901	1.0665	*		8	2,632	79,370
6	96	18902	0.3596			3	3,137	33,398
6	97	18903	0.5218	*		3	15,443	31,892
6	98	18904	0.5405			5	6,147	50,770

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	99	18905	0.4583			3	4,204	35,949
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.5141			3	7,466	51,956
6	103	19004	0.4365			3	6,039	44,746
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	-	*		-	-	-
6	106	19007	1.0877	*		6	8,598	89,394
6	107	19008	0.8298	*		3	13,236	71,665
6	108	19009	0.6350			4	6,846	62,276
6	109	19010	0.4166			3	3,821	38,399
7	1	191	3.1153			12	30,553	244,756
7	2	192	3.0413			9	46,039	220,400
7	3	195	3.0647			13	81,694	228,165
7	4	196	2.5059			10	70,079	181,825
7	5	197	2.3712			11	50,663	198,843
7	6	198	1.5753			8	41,874	117,193
7	7	49301	2.5515			9	81,356	145,019
7	8	49401	2.2154			7	74,352	122,308
7	9	49302	1.5313			4	40,484	84,297
7	10	49402	1.2635			3	39,358	65,443
7	11	193	1.6678			8	26,528	146,515
7	12	194	1.2527			6	22,499	108,183
7	13	199	-	*		-	-	-
7	14	20001	1.8926			8	21,824	167,295
7	15	20002	1.0858			5	11,667	118,601
7	16	20101	2.4781			9	37,431	209,556
7	17	20102	1.5290			4	43,281	98,229
7	18	20201	0.8891			6	8,449	91,441
7	19	20202	0.4716			5	6,137	44,775
7	20	20301	1.3942	*		4	58,455	70,574
7	21	20302	-	*		-	-	-
7	22	20401	0.5906			5	7,294	56,965
7	23	20402	0.7107			4	7,686	68,334
7	24	20403	0.5424	*		4	9,432	36,949
7	25	205	0.8528			7	7,969	92,463

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
7	26	206	0.5702			5	5,368	58,836
7	27	207	1.1254			6	11,660	93,234
7	28	208	0.7511			4	5,839	68,115
8	1	47101	3.8698			8	135,203	196,054
8	2	47102	3.6615			7	108,887	184,934
8	3	47103	4.5832			6	142,876	236,257
8	4	21701	2.1607			9	29,380	123,695
8	5	21702	1.4244			5	23,540	84,614
8	6	21703	2.2191			11	20,062	124,232
8	7	21704	1.4460			5	13,450	77,501
8	8	20901	3.4016			8	76,538	183,060
8	9	20907	4.4822			8	99,000	244,612
8	10	20902	2.8500			6	53,902	147,554
8	11	20908	4.0252			6	83,128	203,546
8	12	20903	2.5020			6	88,138	127,698
8	13	20904	1.9614			7	72,625	105,671
8	14	20905	2.5862			6	85,673	135,733
8	15	20906	1.0364			5	39,038	55,639
8	16	21601	1.2107			4	11,740	79,040
8	17	21602	0.8600			3	12,816	54,665
8	18	21001	2.8093			10	54,716	161,206
8	19	21101	2.0423			7	40,786	108,225
8	20	21002	1.8874			8	38,126	107,870
8	21	21102	1.4799			7	26,528	83,337
8	22	21003	1.6469			7	42,935	92,044
8	23	21103	1.3373			6	29,733	73,472
8	24	21201	1.9626	*		7	47,240	104,559
8	25	21202	1.4222			7	42,754	89,360
8	26	21203	1.7502	*		8	22,604	93,033
8	27	21204	1.2816			5	19,918	71,700
8	28	21205	1.7362			6	40,475	104,134
8	29	21206	1.3450			4	25,112	88,947
8	30	21301	-	*		-	-	-
8	31	21302	0.9300	*		4	23,788	54,090
8	32	21303	2.8191			13	35,235	192,758
8	33	21304	1.7487			10	27,152	93,504

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	34	21305	5.1438	*		24	177,020	285,481
8	35	21306	-	*		-	-	-
8	36	49101	2.1450			6	63,836	119,266
8	37	49102	1.7008			5	60,549	89,851
8	38	49201	2.6641			6	31,049	141,359
8	39	49202	2.1343			5	29,831	116,629
8	40	496	3.7901			8	83,962	307,413
8	41	49701	3.4197			9	69,649	258,451
8	42	49702	2.8883			7	65,427	216,813
8	43	49801	3.1120			7	83,484	226,532
8	44	49802	2.6444			5	80,044	183,873
8	45	499	1.5567			6	27,101	132,284
8	46	500	1.2398			4	25,134	91,669
8	47	501	2.1712			16	37,916	148,253
8	48	502	1.5811			11	27,754	103,032
8	49	50301	1.3051			4	26,454	73,158
8	50	50302	1.1501			4	28,609	66,643
8	51	50303	0.8585			3	19,910	49,278
8	52	50304	0.6529			2	17,495	39,396
8	53	21801	1.8887			9	50,553	115,579
8	54	21802	1.7324			8	36,203	100,023
8	55	21901	1.7656			8	42,259	99,982
8	56	21902	1.3038			6	28,485	73,320
8	57	21803	1.4793			6	37,349	85,501
8	58	21804	1.2810			6	26,611	72,882
8	59	21903	1.1635			5	24,992	64,701
8	60	21904	0.9063			4	21,718	50,472
8	61	22001	2.4398	*		14	100,022	175,547
8	62	22002	1.8784	*		8	48,704	139,228
8	63	22003	1.4969	*		8	34,724	82,605
8	64	22004	1.1627			6	33,980	65,279
8	65	22005	1.8588	*		6	45,955	140,447
8	66	22006	1.0126			4	22,412	64,676
8	67	22007	1.2722			4	26,333	70,401
8	68	22008	0.7937			2	23,167	45,512
8	69	23101	1.3704			5	21,387	75,988

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	70	23102	0.7205			3	14,512	42,756
8	71	23103	0.5435			2	13,970	29,753
8	72	23104	0.3849			2	12,982	22,141
8	73	23001	0.6742	*	●	3	24,070	81,482
8	74	23002	0.6742	*	●	3	20,431	36,508
8	75	23003	0.5213			3	14,758	26,622
8	76	23004	0.4427			2	14,499	25,946
8	77	22601	1.2442			5	17,604	70,866
8	78	22602	1.0910			4	19,559	67,334
8	79	22701	0.6010			3	12,731	36,282
8	80	22702	0.7347			3	16,202	44,332
8	81	22501	1.0905			5	21,302	59,856
8	82	22502	0.7419			4	14,218	43,413
8	83	22503	0.9820			4	18,247	56,564
8	84	22504	0.7331			3	14,941	41,757
8	85	228	0.7883			3	16,620	47,397
8	86	22301	-	*		-	-	-
8	87	22302	0.8979			3	26,580	51,996
8	88	23201	0.6736			3	8,801	36,980
8	89	23202	0.5413			2	12,415	28,750
8	90	22401	1.2339			5	27,890	68,675
8	91	22402	0.9567			4	24,315	53,048
8	92	22403	0.8380			4	21,782	48,249
8	93	22404	0.6691			3	19,652	38,638
8	94	22901	0.6035			3	12,040	34,728
8	95	22902	0.5664			2	12,181	32,858
8	96	23301	2.3401			9	51,940	181,772
8	97	23302	1.7296			7	45,552	111,462
8	98	23401	1.0033			4	22,205	58,394
8	99	23402	0.7159			3	19,621	42,923
8	100	23501	0.7470			5	6,431	45,703
8	101	23502	0.6372			3	6,538	37,056
8	102	23503	2.1490	*		9	39,569	163,179
8	103	23504	-	*		-	-	-
8	104	23601	0.7660			6	6,676	54,668
8	105	23602	0.5294			4	4,811	34,488

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	106	23701	0.4311			4	6,864	32,181
8	107	23702	0.4006			2	3,171	28,950
8	108	23801	1.3380			12	12,634	85,778
8	109	23802	1.0655			10	10,290	72,940
8	110	23803	1.1946			11	9,778	78,119
8	111	23804	0.9737			7	4,254	73,432
8	112	23805	1.0113			11	16,273	90,195
8	113	23806	0.9281	*		9	11,657	110,043
8	114	23901	0.6979			4	5,318	48,952
8	115	23902	0.4719			2	3,864	30,431
8	116	24001	0.7775			3	3,993	55,077
8	117	24002	0.9959		●	3	3,623	88,880
8	118	24003	1.0018			2	3,329	95,144
8	119	24101	0.4607			2	3,248	37,751
8	120	24102	0.9959		●	3	3,617	95,338
8	121	24103	0.8280			1	2,645	86,590
8	122	24201	1.1285			10	12,550	74,893
8	123	24202	0.7745			8	8,923	49,058
8	124	24203	1.4283	*	●	12	9,068	110,417
8	125	24204	1.4283	*	●	12	21,451	160,931
8	126	24205	1.0496			9	10,955	61,107
8	127	24206	0.7025			7	7,840	48,011
8	128	24301	0.8569			4	2,056	57,374
8	129	24302	0.4184			3	2,304	26,750
8	130	244	0.4961			4	3,810	33,313
8	131	245	0.3156			2	2,399	20,658
8	132	24601	0.6014			4	2,056	35,805
8	133	24602	0.4199			4	4,588	27,234
8	134	24701	0.6479			4	6,638	40,046
8	135	24702	0.4288			3	5,139	26,072
8	136	24801	0.8456			6	5,778	53,993
8	137	24802	0.4051			2	3,334	25,295
8	138	24901	1.0839			10	10,072	79,759
8	139	24902	0.8402			9	8,598	54,724
8	140	24903	0.7921			5	3,777	84,691
8	141	24904	0.4654			3	2,570	29,599

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	142	250	0.4565			3	5,696	30,481
8	143	251	0.3101			2	3,416	18,534
8	144	252	0.3742			1	5,355	22,203
8	145	253	0.4604			3	4,410	29,861
8	146	254	0.2976			2	2,688	19,002
8	147	255	0.3907			2	2,988	24,482
8	148	25601	0.7848			6	6,584	47,730
8	149	25602	0.6996	*		8	6,785	61,541
8	150	25603	0.6612			3	3,518	44,488
8	151	25604	0.4764			2	2,930	31,665
9	1	263	1.5240			12	17,204	145,990
9	2	264	0.9648			8	12,459	89,496
9	3	265	0.9485			6	12,627	89,779
9	4	266	0.6173			3	11,286	48,579
9	5	26801	1.6941			6	23,735	167,288
9	6	26802	1.6373			5	21,977	177,655
9	7	26701	0.6805	*		5	10,623	71,212
9	8	26702	0.2485			2	7,626	17,243
9	9	25701	-	*		-	-	-
9	10	25801	1.7454			5	41,779	107,705
9	11	25702	1.6517			5	48,868	84,644
9	12	25802	1.4789			4	35,789	75,792
9	13	259	0.9323		●	2	20,045	51,292
9	14	260	0.9323		●	2	21,469	53,646
9	15	261	0.5167			2	14,889	34,759
9	16	26201	0.8573	*		4	25,564	58,776
9	17	26202	0.5014			2	13,910	31,918
9	18	269	1.4875			8	14,982	146,494
9	19	270	0.7942			4	11,458	68,261
9	20	271	0.8832			9	7,029	90,757
9	21	27201	0.8925			8	5,235	99,689
9	22	27202	0.6953			7	8,295	61,988
9	23	27203	0.6564	*		6	8,280	70,107
9	24	27301	0.4590			4	2,635	53,325
9	25	27302	0.4784			5	6,101	40,385
9	26	27303	0.5595			6	5,963	46,558

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	27	274	0.4055	*		4	4,841	32,441
9	28	275	0.2910			1	2,056	30,971
9	29	27601	0.4174			3	4,394	47,962
9	30	27602	0.3953			3	2,508	34,879
9	31	277	0.6631			8	8,344	65,044
9	32	278	0.4240			6	6,904	36,806
9	33	27901	0.4609			5	7,110	41,645
9	34	27902	0.3395			4	7,094	29,729
9	35	280	0.4128			5	5,473	37,802
9	36	281	0.3092			3	4,117	26,219
9	37	282	0.3020			3	4,240	25,317
9	38	28301	0.4382			5	4,875	40,403
9	39	28302	0.5564			5	4,220	58,331
9	40	28401	0.3145			4	2,873	27,251
9	41	28402	0.3079			3	2,540	33,292
10	1	28601	2.6782			8	59,706	227,014
10	2	28602	2.1636			6	54,219	169,629
10	3	28801	2.0730			9	32,394	174,791
10	4	28802	1.7436			3	34,008	119,501
10	5	28501	1.7463		●	14	24,692	154,504
10	6	28502	1.7463		●	14	40,196	202,102
10	7	28701	1.3593			11	23,925	126,916
10	8	28702	0.9301			6	18,610	75,799
10	9	28901	1.2840			4	31,990	92,242
10	10	28902	0.7916			3	29,909	52,817
10	11	290	0.9600			3	31,099	52,125
10	12	29101	2.5401	*		15	111,764	131,515
10	13	29102	1.4252	*		5	67,780	92,738
10	14	292	2.1929			13	26,443	197,647
10	15	293	1.3373			4	19,381	132,136
10	16	29401	0.7317			7	8,121	75,204
10	17	29402	0.4011			5	5,995	35,790
10	18	29501	0.7454			6	8,792	74,181
10	19	29502	0.4525			4	3,643	49,760
10	20	29601	0.6354			6	7,138	65,235
10	21	29602	0.6679			6	6,563	68,947

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
10	22	29701	0.3562			4	4,764	32,048
10	23	29702	0.4871			5	5,753	44,418
10	24	29801	0.4604			4	5,706	48,033
10	25	29802	0.3608			3	4,668	37,296
10	26	29803	0.3561			3	3,700	31,979
10	27	29804	0.2437			2	3,424	20,434
10	28	29901	1.6449			4	6,657	325,607
10	29	29902	0.7252			3	4,585	65,665
10	30	29903	0.5207			4	2,901	75,232
10	31	29904	0.1861			2	2,614	20,456
10	32	30001	0.7122			4	5,651	71,474
10	33	30002	0.5945			4	4,006	69,811
10	34	30101	0.4927			3	3,616	41,145
10	35	30102	0.2657			2	3,070	27,502
11	1	30201	10.1007			15	267,013	536,493
11	2	30202	9.7955			15	263,553	511,058
11	3	30301	1.8260			6	19,386	151,860
11	4	30302	1.7762			6	17,011	128,648
11	5	304	1.1954			5	13,278	107,655
11	6	305	1.0457			4	13,530	82,265
11	7	308	1.0755			5	12,534	106,496
11	8	309	0.6102			2	10,611	57,019
11	9	30601	1.4405			5	49,779	73,549
11	10	30602	1.3953			5	25,260	78,209
11	11	30701	1.1551			4	45,561	62,286
11	12	30702	1.1482			4	22,653	58,774
11	13	310	0.8158			3	21,134	66,820
11	14	311	0.6212			2	20,889	40,984
11	15	312	0.6323			4	13,554	65,906
11	16	313	0.4866			3	13,304	41,165
11	17	314	0.8963	*		3	4,889	104,170
11	18	31501	1.4493			7	17,292	133,487
11	19	31502	1.1769			5	16,882	97,046
11	20	31601	1.1383			9	9,004	117,986
11	21	31602	0.8166			6	6,319	81,360
11	22	31603	0.7105			6	7,448	73,391

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	23	31604	0.5042			5	5,787	51,127
11	24	317	0.4193	*		3	8,040	42,443
11	25	318	0.4728			3	3,484	41,978
11	26	319	0.3414			2	3,580	31,611
11	27	320	0.7541			7	10,420	71,328
11	28	321	0.4630			5	7,516	39,823
11	29	32201	0.5603			5	10,128	50,911
11	30	32202	0.4394			4	8,701	38,487
11	31	32301	0.8205			3	29,449	55,176
11	32	32302	0.4971			3	4,198	42,399
11	33	32401	0.7274			2	29,262	43,963
11	34	32402	0.3768			2	3,378	28,515
11	35	325	0.6024			4	6,295	59,763
11	36	326	0.4914			3	4,806	51,459
11	37	32701	0.3638			3	4,269	30,236
11	38	32702	0.3474			2	4,269	45,400
11	39	328	0.5172			3	8,903	43,175
11	40	329	0.3960			2	8,021	27,560
11	41	33001	0.6258	*		6	22,447	33,151
11	42	33002	0.5403	*		2	13,123	49,655
11	43	331	0.8121			6	6,980	80,584
11	44	332	0.6456			4	4,909	59,997
11	45	33301	0.6059			3	3,829	70,466
11	46	33302	0.5860			3	4,281	62,379
12	1	334	-	*		-	-	-
12	2	335	0.6744	*		3	15,606	64,282
12	3	34101	1.3524			5	12,454	103,644
12	4	34102	1.1207			2	10,268	72,095
12	5	34103	2.9870	*		4	55,552	172,160
12	6	34104	2.7840			3	42,173	149,026
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	1.0108			3	16,668	62,975
12	9	33902	0.4865			2	15,580	27,846
12	10	34001	1.1473			2	20,007	66,255
12	11	34002	0.8992			1	19,659	55,783
12	12	34201	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
12	13	34202	-	*		-	-	-
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	-	*		-	-	-
12	16	336	1.1880			4	31,482	60,967
12	17	337	1.0138			4	28,469	52,216
12	18	344	-	*		-	-	-
12	19	34501	1.4795			6	16,671	108,990
12	20	34502	0.6641			3	16,693	39,085
12	21	346	-	*		-	-	-
12	22	347	0.4304	*		2	19,473	22,062
12	23	348	0.4494			3	3,812	29,031
12	24	349	0.3535			2	3,662	22,287
12	25	35001	0.7298			6	9,299	46,314
12	26	35002	0.5119			5	6,747	33,648
12	27	35201	-	*		-	-	-
12	28	35202	0.8652	*		5	12,243	103,011
12	29	35203	0.5411			2	3,966	29,291
12	30	35204	0.7403			3	3,007	58,766
12	31	35205	0.4050			2	3,146	29,892
13	1	35301	2.9270	*		9	95,511	224,881
13	2	35302	2.7254			7	88,712	164,831
13	3	35801	2.3877			5	79,103	144,859
13	4	35802	2.0000			4	68,278	109,740
13	5	35803	1.8344	*		5	62,826	114,675
13	6	35804	1.3936			5	44,417	78,818
13	7	35805	1.5488			3	45,379	86,096
13	8	35806	1.1189			4	23,076	61,079
13	9	35901	2.1626			4	78,537	118,846
13	10	35902	1.8643			4	63,525	95,633
13	11	35903	1.7302			5	53,101	95,004
13	12	35904	1.2814			5	41,152	70,457
13	13	35905	1.4443			3	41,080	80,408
13	14	35906	1.0305			3	23,595	55,779
13	15	36101	-	*		-	-	-
13	16	36102	0.9016	*		6	40,149	45,351
13	17	36001	0.6318			2	10,327	34,531

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
13	18	36002	0.4816			2	11,507	30,500
13	19	35601	1.1697			3	25,912	64,004
13	20	35602	1.0254			3	20,941	55,328
13	21	363	0.8310	*		3	22,331	89,950
13	22	364	0.4948			2	10,253	30,441
13	23	36501	1.7524			5	44,095	103,388
13	24	36502	0.9425			3	15,202	54,464
13	25	36604	0.5130	*		3	4,178	38,657
13	26	36704	0.4176	*		2	3,405	41,190
13	27	36801	0.6728			5	7,862	42,709
13	28	36802	0.4254			4	6,177	29,990
13	29	369	0.3118			2	2,472	21,788
14	1	469	0.3309	*		5	10,218	24,565
14	2	370	0.9707			5	34,525	59,566
14	3	371	0.7961			5	32,910	49,475
14	4	37401	0.7352	*		3	31,498	36,669
14	5	37402	0.4065	*		2	18,136	24,620
14	6	37501	1.0364	*		3	36,549	64,616
14	7	37502	0.8427	*		3	33,662	42,992
14	8	372	0.8816			3	29,518	45,667
14	9	37301	0.8180			3	29,911	42,307
14	10	37302	0.7579			3	29,208	39,063
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	-	*		-	-	-
14	13	37703	-	*		-	-	-
14	14	37704	2.1010			5	11,656	109,895
14	15	37705	0.8440			4	9,963	56,549
14	16	37601	2.6534	*		8	9,325	293,823
14	17	37602	-	*		-	-	-
14	18	37603	-	*		-	-	-
14	19	37604	0.6223			5	7,018	47,301
14	20	37605	0.4012			4	4,775	27,139
14	21	37801	1.2911			2	39,143	68,579
14	22	37802	0.9840			4	29,662	57,056
14	23	37803	0.4197			2	2,798	22,897
14	24	37901	0.3288			4	3,845	34,298

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
14	25	37902	0.5401			5	5,801	63,615
14	26	37903	0.4163			4	3,897	45,965
14	27	38101	0.7297			2	11,476	39,035
14	28	38102	0.4943			2	8,734	27,889
14	29	38001	0.4113			2	4,326	22,777
14	30	38002	0.3317			2	6,578	19,011
14	31	382	0.2423			1	2,513	12,991
14	32	38301	0.4116			4	4,777	41,573
14	33	38302	0.2769			3	3,291	27,494
14	34	384	0.4000			4	3,666	41,248
14	35	513	0.3383			5	-	-
15	1	N01	0.6997			4	8,522	73,900
15	2	N02	-	*		-	-	-
15	3	N03	-	*		-	-	-
15	4	N04	-	*		-	-	-
15	5	N05	4.9180			26	113,022	365,816
15	6	N06	2.7389	*		15	2,384	270,181
15	7	N07	3.7653			22	84,973	331,285
15	8	N08	2.3234			18	43,305	185,348
15	9	N09	1.7701			15	25,851	144,900
15	10	N10	1.5653			14	26,747	134,366
15	11	N11	2.4087			12	35,974	251,184
15	12	N12	1.2096			8	16,541	109,073
15	13	N13	0.7999			6	10,273	77,042
15	14	N14	8.6610			19	148,310	771,848
15	15	N15	3.0288			8	14,658	228,337
15	16	N16	1.6913			8	21,639	182,887
15	17	N17	0.7626			5	10,246	69,391
15	18	N18	0.4279		●	3	6,094	40,799
15	19	N19	0.4279		●	3	8,562	37,273
16	1	39201	2.9180			10	65,686	245,434
16	2	39202	1.9950			8	53,962	134,741
16	3	39301	2.0604	*	●	8	59,476	130,423
16	4	39302	2.0604	*	●	8	82,440	158,240
16	5	39401	1.3371			6	18,130	123,683
16	6	39402	0.8680			3	16,592	86,322

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
16	7	39501	1.1240			5	5,078	119,359
16	8	39502	0.6269			5	7,097	59,517
16	9	39503	0.4206			3	4,111	37,350
16	10	39601	0.6458			2	5,037	72,385
16	11	39602	0.6409			3	6,592	68,299
16	12	39603	0.3342			2	5,534	36,139
16	13	39701	19.0462	*		7	193,878	1,701,200
16	14	39702	8.5126	*		13	83,947	722,526
16	15	39703	2.6800	*		12	13,025	229,682
16	16	39704	1.5467	*		8	2,522	133,248
16	17	39705	0.9767			5	6,461	120,850
16	18	39706	0.4837			3	3,340	53,628
16	19	39802	0.8192			5	5,653	86,907
16	20	39803	0.8817			5	4,285	100,521
16	21	39804	0.4240			4	3,860	46,206
16	22	39902	0.4804			4	4,360	44,363
16	23	39903	0.3037			2	3,146	37,875
16	24	39904	0.3145			3	3,214	33,911
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-
17	3	401	-	*		-	-	-
17	4	402	-	*		-	-	-
17	5	40301	1.4985	*		7	4,408	168,134
17	6	40401	0.1456	*		1	2,484	8,951
17	7	406	2.5088			8	37,501	195,103
17	8	407	1.7795			4	24,361	129,877
17	9	40801	1.0998			4	12,228	109,691
17	10	40802	0.6773			3	8,837	57,325
17	11	412	0.4790	*		3	7,658	36,503
17	12	41101	0.4765			3	5,315	50,679
17	13	41102	0.4265			2	5,618	32,496
17	14	413	0.6882			5	5,283	78,303
17	15	414	0.4629			3	3,777	41,754
18	1	41501	2.2772			13	26,038	227,519
18	2	41502	1.1726			7	15,331	114,035
18	3	41601	1.0951			9	11,994	115,929

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
18	4	41602	0.6314			6	7,063	60,043
18	5	41701	0.8225			6	4,073	95,701
18	6	41702	0.5473			5	4,300	50,951
18	7	41803	0.8149			8	8,632	84,842
18	8	41804	0.5902			7	6,046	57,487
18	9	419	0.6795			6	7,724	66,298
18	10	420	0.4941			5	5,188	45,212
18	11	42101	0.6767			6	7,340	68,441
18	12	42102	0.3926			4	4,800	35,928
18	13	42201	0.4552			4	7,460	43,749
18	14	42202	0.3131			3	6,435	26,550
18	15	42301	1.7954		●	13	11,868	154,118
18	16	42302	1.7954		●	13	16,121	183,321
18	17	42303	0.8271			7	9,355	100,890
18	18	42304	0.4547			4	6,309	43,296
21	1	44001	0.6360			6	8,610	56,960
21	2	44002	0.5362			4	8,690	50,724
21	3	43901	1.0891			9	19,674	120,886
21	4	43902	0.8381			6	16,683	64,660
21	5	44101	1.0208		●	5	16,294	95,355
21	6	44102	1.0208		●	4	13,441	102,368
21	7	442	1.6044			8	14,960	157,360
21	8	443	0.8924			4	12,011	81,463
21	9	444	0.5110			5	6,048	47,422
21	10	445	0.3365			3	3,056	27,826
21	11	44601	0.4437			4	6,678	43,482
21	12	44602	0.2909			3	3,107	26,123
21	13	44701	0.5751			5	7,044	61,897
21	14	44702	0.2990			3	3,182	29,914
21	15	44801	0.4002			3	4,728	41,099
21	16	44802	0.2620			2	5,139	20,982
21	17	44901	1.0942			6	6,243	131,325
21	18	44902	0.7865			5	6,212	81,619
21	19	45001	0.6379			3	5,022	69,212
21	20	45002	0.3515			3	3,868	32,631
21	21	45101	0.8393			4	5,219	138,144

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
21	22	45102	0.4261			2	5,173	47,142
21	23	45103	0.5252			4	5,363	52,261
21	24	45104	0.2760			2	4,112	31,071
21	25	452	0.6576			5	4,747	71,465
21	26	453	0.3703			3	2,923	36,959
21	27	454	0.7551			5	5,655	105,925
21	28	455	0.4191			3	2,578	51,710
21	29	41801	0.9747	*		14	37,145	75,730
21	30	41802	-	*		-	-	-
22	1	50401	13.6313	*		24	69,130	947,366
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	13.7859	*		25	559,023	1,020,473
22	4	50404	-	*		-	-	-
22	5	50405	-	*		-	-	-
22	6	50501	4.5722			15	25,622	429,666
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	-	*		-	-	-
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	-	*		-	-	-
22	11	50601	4.8420			14	33,341	648,604
22	12	50602	3.9627			17	24,619	458,894
22	13	50603	2.3530			13	22,527	200,239
22	14	50604	1.6611			12	25,033	156,168
22	15	50605	4.0888			17	10,110	488,278
22	16	50606	3.2140			15	28,173	359,573
22	17	50701	1.4888			7	15,075	98,843
22	18	50702	1.4812			11	26,699	154,865
22	19	50703	1.2295			9	22,793	118,259
22	20	50704	1.2547	*		6	26,361	134,513
22	21	50705	1.5236			11	25,159	147,262
22	22	50801	1.0772	*	●	9	15,302	87,777
22	23	50802	1.2285	*		6	7,982	173,696
22	24	50803	2.7926			9	10,220	365,062
22	25	50804	1.9229			9	12,558	206,447
22	26	50901	1.0772		●	8	11,272	100,894
22	27	50902	0.6847	*		7	15,501	43,863

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
22	28	50903	1.2514	*		5	4,469	222,292
22	29	50904	-	*		-	-	-
22	30	510	1.4839			8	9,116	167,351
22	31	511	0.9285			6	6,547	92,605
23	1	46101	0.8365			3	9,137	119,051
23	2	46102	0.8562			3	14,090	121,589
23	3	46103	0.6616			2	13,927	56,533
23	4	46201	1.4277			21	17,591	109,426
23	5	46202	1.3132			20	12,092	95,610
23	6	46203	1.3574			21	14,970	101,923
23	7	46204	1.2116			13	10,168	90,898
23	8	463	0.7353			6	5,830	71,192
23	9	464	0.4663			3	4,672	38,956
23	10	465	0.4827			3	3,311	36,775
23	11	466	0.5097			3	2,550	48,208
23	12	467	0.8623			2	2,450	78,922
24	1	48401	5.7236			19	89,709	444,489
24	2	48402	2.3234	*		6	116,900	367,913
24	3	48501	2.0812			10	42,616	163,977
24	4	48502	1.6419	*		7	41,358	104,710
24	5	48601	3.2897			13	43,787	306,872
24	6	48602	2.1778			8	31,443	213,020
24	7	48701	1.0178			7	9,425	116,337
24	8	48702	0.6249			5	6,017	68,773
UN	1	46801	2.3592			10	21,068	244,983
UN	2	46802	1.2937			4	13,820	116,421
UN	3	46803	2.5444			8	24,628	295,165
UN	4	46804	0.8639			3	18,550	69,642
UN	5	47601	1.9769			11	15,449	174,009
UN	6	47602	0.9086			4	16,024	96,712
UN	7	47701	1.5222			8	15,995	157,301
UN	8	47702	0.8051			3	12,765	64,931
UN	9	47703	1.5087			6	14,009	198,953
UN	10	47704	0.8392			3	14,762	64,347
全國平均點數								49,719

109 年度第 1 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

與會人員發言實錄

前言

主席

各位代表、醫管組及分區業務組同仁大家午安，非常謝謝大家今天來參加共擬會議。今天是共擬會議今年的第一次會議，現在會議開始。

請大家看到會議的議程，先請各位代表確認上一次的會議紀錄，從第 1 頁到第 5 頁的，上次的會議紀錄大家有沒有什麼問題？好，如果沒有，進入報告事項。今天報告事項一項，討論事項共五項，我們依序進行討論。還有辦理追蹤情形，好，先從追蹤情形開始。

宋專員兆喻

各位代表長官好，這次會議決議辦理情形追蹤共 14 案。序號 1 Tw-DRGs 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案，本案經本會議 108 年第 3 次會議決議，由本署與台灣醫院協會共組工作小組，先行討論醫學會所提意見。本署已於 108 年 11 月及 12 月召開兩次會議，後續工作小組將針對各醫學會所提涉及再分類之 301 項建議，依各 MDC 別逐一擬訂資料分析之操作型定義，再依規劃期程與各醫學會溝通確認修訂內容，本項建議繼續列管。

序號 2 修訂西醫基層開放表別支付標準案、序號 3 應用 108 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、序號 4 修訂 47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」支付規範之人員資格要求案，及序號 5 Tw-DRGs 3.4 版 109 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案，這四案已公告自 109 年 1 月 1 日起生效，建議解除列管。序號 6 增修訂中醫支付標準及專款計畫案，有關中醫提升孕產照護品質計畫，及中醫癌症患者加強照護整合方案已公告自 109 年 1 月 1 日

起生效；中醫支付標準修訂案已公告自 109 年 3 月 1 日起生效，建議解除列管。

序號 7 支付標準增修「使用 TRH 注射液」等 5 項診療項目案，已公告自 109 年 3 月 1 日起生效，建議解除列管。序號 8 109 年度起停止辦理加強慢性 B、C 型肝炎治療計畫案，已請本署醫審及藥材組依本會議 108 年第 4 次會議決議，配合修訂本保險藥物給付項目及支付標準，及 C 型肝炎全口服新藥執行計畫。本案業經 109 年 2 月 20 日藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，俟藥物支付標準公告後，同步公告停止本計畫，建議繼續列管。序號 9 氣喘醫療給付改善方案修訂收案條件主診斷規定，及增加氣喘照護教育訓練課程單位等規定，修訂方案已公告自 109 年 1 月 1 日起生效，建議解除列管。

序號 10 修訂第三部牙醫支付標準及牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，支付標準修訂案目前辦理預告中，預告期間為 109 年 1 月 17 日至 109 年 3 月 16 日，後續將依程序辦理報部等行政作業。牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，已公告自 109 年 1 月 1 日起生效，建議繼續列管。序號 11 修訂西醫基層門診診察費中文名稱及通則增列西醫基層離島假日開診之獎勵措施案，序號 12 支付標準新增「水通道蛋白 4 抗體」等兩項診療項目案，目前皆辦理預告中，預告截止日為 109 年 3 月 16 日，後續將依程序辦理報部等行政作業，建議繼續列管。序號 13 修訂 109 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」，本案已公告自 109 年 1 月 1 日起生效，建議解除列管。序號 14 氣喘醫療給付改善方案，放寬醫院層級院所之收案條件規定，本案已公告自 109 年 1 月 1 日起生效，建議解除列管。綜上，本次建議繼續追蹤列管 5 項，解除列管 9 項。

李組長純馥

大家對於追蹤辦理事項有沒有什麼意見，因為主席先接個電話。好，請何代表。

何代表語

主席、各位委員，有關序號 6 的部分是中醫，中醫解除列管沒有問題，但是後面這裡無障礙設施一節，要等到西醫基層及牙醫總額部門之調整方案定案後，再進行一致性之調整。這部分我要請教主席，西醫基層及牙醫總額部分今年第一季有沒有提出來？

李組長純馥

好，還有沒有代表要再提問的？好，先回應何代表所提，有關西醫基層跟牙醫總額的調整方案，目前內部還在尋求共識。牙醫的部分主要是針對感控的部份去做調整，西醫基層部分還未有共識，所以這個部分目前是還沒有完全定案。

好，還有沒有？沒有的話我們就進行報告事項第一案。

報告事項

第一案

案由：新增「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護品質計畫（草案）」報告案。

主席

好，謝謝。第一案報告案是中醫慢性腎臟病照護品質計畫，可是這 title 好像需要改是不是？報 1-2 的地方是「全民健康保險中醫提升慢性腎臟病門診加強照護計畫」，請大家翻閱附件，報 1-3 「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」才對。

中醫的代表，洪代表跟吳代表有沒有要補充？

洪代表啟超

報 1-12 頁這個檢查費的第 4 項，好像是有做修訂。

主席

哪一個？第 4 項報 1-12 頁，哪一個地方要修正嗎？

洪代表啟超

這是我們修正過的嗎？因為這個資料名字好像有錯誤。

主席

這個資料哪裡還有問題嗎？來，請玲玲科長。

王科長玲玲

各位代表，附件從報 1-3 頁開始，是之前在總額研商議事會議上所提的草案，經過那一次會議我們修正部分文字及點數，加上社保司也提出一些文字修改的意見，因為必須配合總額協商的名稱，所以我們修改了計畫名稱，在這個修正計畫中已用底線及刪除線標示，這是跟上一次在研商議事會議草案不同的地方。

代表所提報 1-12 頁檢驗費的「備註」已經移到計畫內，在報 1-5 頁的第 5 點，「本計畫所訂檢驗費限雲端藥歷系統查詢患者資料未紀錄檢查數據者及符合開具檢驗資格之中醫師申報，且以與西醫不重複檢驗為原則」，以上。

主席

請問玲玲科長，報 1-3 頁草案的名稱「提升」是不是要恢復，現在正式的名稱是？

王科長玲玲

現在修改為「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」。

主席

好，是說明五的部分「提升」沒改到，是不是？兩邊不一致，是不是有個地方是要修正？是報 1-2 的國字五括弧內的「提升」要刪除。

好，各位代表有沒有意見？請紀代表。

紀代表志賢

今天因為這個案子，去翻了一下國內、外目前的文獻，我覺得這是一個很好的機會，讓中醫學界可以藉由這個計畫，將傳統醫學用在慢性腎病的處置。

在慢性腎病這塊，很多病人在臨床上就是一條不歸路，如果可以藉由這個計畫，然後是能有 evidence，這對於未來很多病人照護是很有幫助。等於是我們可以藉由這個計畫，產生一些有實證的資料，這是我們台灣對傳統醫學研究的貢獻，以上。

主席

對，謝謝紀代表，這個案子在提案前有先跟中醫界在總額研商會議討論。這個計畫收案的對象，都已經是 CKD 的 2 到 5 期的病人。換句話說，這些病人一定是在西醫治療下，然後又讓中醫收案，概念上也叫做中西醫合治。將來這組病人，就得跟只接受西醫的病人比較，例如同樣 stage 的病人在不同照護下結果會不會有不同，所以以後就應該要分組比較。大家請看報 1-6 頁，這裡列有本計畫效益指標，第一個是 CKD stage 2 到 3A 的患者，EGFR 要比新收案時要改善，stage 3B 到 5 的收案一年之後，糖尿病病人的 EGFR 要有一定的下降。意思是中醫也訂有療效評估指標，當然這也要看實證的結果。

第二個在討論這個案子時，中醫界提出 12 篇的 papers，呈現中醫過去也做滿多中醫照顧腎臟病的計畫，他們也希望能夠藉由過去實證的 paper 來證明對這類病給予中醫的治療是有幫忙的。大家可以看一下他們在照顧的過程中，是需要用西醫的檢驗數據來證明中醫的療效，但是又不會因為他用中醫治療而有重複的檢查，所以我們希望他們檢具西醫的報告，一方面從雲端資料去擷取，如果雲端資料沒有就由病人出具檢驗報告，由 VPN 收載，最後再來評估療效，這是有關西醫的科學證據。另一個是病人的生活品質量表，quality of life 有沒有因此改

善，是兩方面的評估。

所以這個計畫除了著重於中醫的治療外，也要給予衛教及飲食、運動的指導，輔以生活的改善，希望可以達到 stage 的改變，或是病人的數據可以達顯著的改善，這些計畫都有說明。請問大家還有沒有其他意見要表達？

賴代表俊良

西醫本來就有 CKD 的照護計畫，中醫也加入了，會不會這個病人，以後在收案的時候，中醫可以收、西醫也可以收，不會互相排擠嗎？可以重複嗎？

主席

可以重複收案，就是中西醫合治。大家還有沒有其他意見？馬代表。

馬代表海霞

想請問一下報 1-3 括弧一，我們看到尿液肌酸酐比值，這邊就一直出現這樣文字，但是在報 1-12 裡面那個 09015C，那個「酸」又劃掉，因為我不是這個專業，想請教一下。

主席

玲玲，有沒有哪個字又劃錯？

馬代表海霞

09015C 的「酸」，其他地方都有留這。

主席

09015C 肌酸酐，「酸」是不是多打了？

王科長玲玲

因為現在的支付標準 09015C 就是「肌酐、血」，如果對這部分有

疑慮要修訂的話，是要修正 09015C，因為這個計畫是沿用西醫支付標準。

馬代表海霞

那尿液的地方，譬如說 P64014 有加酸，因為我們不懂所以請教一下，謝謝。

主席

P 碼有沒有什麼文字問題？

王科長玲玲

這個 P 碼是這次新增的，這是尿液肌酸酐的比值，09015C 是測血中的肌酐，所以不一樣。

主席

OK，有比過嗎？玲玲有確定過嗎？好，已經確定過了。其他大家還有沒有意見？請李代表。

李代表紹誠

我想整個方向是對的，對於我們現在慢性腎臟病這塊，如果可以預防他進到洗腎這樣的過程，只要有任何方法可以改善，我覺得都是應該支持。但是現在問題是我們西醫跟中醫實在是真的是不同，如果參與這個計畫案是在中醫收案，又到西醫這邊來看病，不管它有沒有參與這個計畫案，它會告訴我們西醫，我們西醫可能會問他最近的狀況，或許他會告訴我們參與這個計畫案在服用中藥，但是我們對中藥真的完全可以說是...，所以是不是署本部也可以辦中西的一個研討會，讓不同的領域可以多收取、得到對方寶貴的東西，也成長自己。最主要是不會產生西醫或中醫對於對方的不瞭解，而產生負面的影響。譬如說我們看到很多洗腎，會說你可能是去吃了很多草藥、中藥、黑藥丸，事實上可能我們認知是錯誤的，所以這中間可能要注意這些事情，以上。

主席

教育訓練不是本署辦的，如果要辦教育訓練，腎臟醫學會應該邀請中醫交流，中醫師公會全聯會也應該邀請西醫交流。接下來請吳代表說明。

吳代表清源

謝謝各位代表給我這個機會，第一個我先回相關教育研討會的報告，相關我們的糖尿病衛教師其他的團隊，辦理相關的研討會，目前都在我們的規劃當中。其他像剛剛有提到中西醫合治，像我們之前在高醫有做相關研究，這一次希望我們藉由這一個計畫做更多的一個實證醫學，然後最主要希望能夠改善現在社會大眾盡量讓他不要進入洗腎，不要進入腎病末期，以上報告。

主席

李代表提到報 1-3 頁倒數第二行「申請參與本計畫之中醫師，須執業滿三年，並參加中醫全聯會所辦理繼續教育受訓課程。」繼續教育課程要邀請營養師、衛教師，還有腎臟醫學會一起參加繼續教育。李醫師的建議，我們是不是就把紀錄下來，建議腎臟醫學會，辦理相關教育訓練時也邀請中醫，說明西醫如何照護腎臟病人，這樣兩邊就會互相瞭解，這樣好不好？可以嗎？全聯會這邊可以嗎？

吳代表清源

可以，全力支持。

主席

全聯會這邊可以。如果腎臟醫學會有邀請中醫全聯會交流中醫如何加強慢性腎臟病照護，中醫全聯會一定要派專家跟腎臟醫學會說明，請，羅代表。

羅代表永達

主席，各位代表好，其實這是一個跨時代的部分，在台灣其實有很多的洗腎之前，吃了中藥，吃了外面的非中藥的草藥，沒有人知道，那在這個過程當中，很難得，目前中醫公會他們也把他整合什麼叫作中醫，什麼叫作中藥，什麼叫作草藥，他整個都是環繞這個計畫在跑，這是一個很難得的計畫，以前中醫提過很多像氣喘、助孕等等，事實上也都是平行線，很難得現在因為腎臟到 stage4、5 的時候，他一定會合流，因為他要洗腎。那很難得從 stage 3 開始，這段時間之內，很多人部份裡面以前是沒有資料，很難得有這樣的計畫，這是一個開端，我相信一開始的時候，將來會有很多的修正，如果這個計畫能夠一直持續下去，將來會有更多 evidence 出來，不管他有效無效，好或不好。

剛剛很多代表很擔心這種合流，其實這次中醫師公會全聯會也很難得，因為我本身是中醫總額協商的委員，他們之前也找過腎臟醫學會、找過醫院協會來討論類似藥劑，就是外面在這個草案當中，其實交過很多這樣子的類似意見。事實上就像很多代表講的，西醫很多沒有受過中醫訓練，他們上網去看的時候，有很多東西，現在目前中醫藥司公告，什麼叫作腎毒症，比如說：馬兜鈴酸，細辛，可是進一步的看有沒有交互作用，比方說你用紅花的時候，你會用 heparin，你用其它藥的時候，可不可以用西藥，這個時候西醫很多沒有受過這樣的訓練，根本不清楚。那也利用這個機會，中醫師公會全聯會他們也同意，儘量去把以前中國醫藥學院、長庚中醫學院，類似像這樣的 publish，讓更多的人去瞭解，哪些藥，這樣他已經定義什麼是中藥，如果他用到中藥這個部分裡面，他們是可以避免。至於草藥的部分，因為太多的草藥，太多沒辦法羅列在這個計畫裡，但是他們現在已經第一首比較重要，將來在中藥的過程當中，西醫醫師想要瞭解，可以透過這個計畫裡面，將來如果假設有延續性的話，事實上他有很多可以互相瞭解，我也期待這是一個開端，將來從這個地方開始，能夠加強兩個中西方面的合作，以上。

主席

謝謝，其實會有問題的都是不合法的中藥，現在是是正統的中醫與西醫合治。藉由這個計畫，上次開會時，腎臟醫學會有一些會員告訴我們，其實他們都知道病人在吃中藥，可是這些中藥到底是合法或非法，有時候資訊沒有那麼透明，也許病人自己都搞不清楚，所以現在由中醫師一起合治反而安全，相對於讓病人自己到坊間找中草藥更安全，這是一個比較適合發展中西醫合併治療的方法。請，馬代表。

馬代表海霞

謝謝主席，因為剛剛聽到中西醫要學術上的交流，真的是很高興，那我們病人一直被教導說，無論吃什麼藥，都要遵照中醫師或西醫師的處方指示，我們常會碰到一個問題，我們原來有吃些什麼藥，現在又碰到了，加了什麼藥進來，比如說我原來有吃西藥，現在又加了中藥，就一直被教導說要擔心是不是會加乘或減弱的效果，所以如果有這樣子的機會，中醫跟西醫互相在有一個研討會交流的時候，可不可以把藥師也加進來，因為我們是被教導說碰到吃藥的問題去請教藥師，所以有這樣子的機會的話，藥師如果願意進來的話，可以共同請，我們有這樣的問題可以請教醫師或藥師，以上，謝謝。

主席

謝謝馬代表，這都是繼續教育過程中需要雙方交流的，中醫師全聯會的代表如果要發展繼續教育過程，剛剛馬代表的建議麻煩你們納入考量，請，何代表。

何代表語

主席，我們支持此案通過。另外一點就是因為每年統計出來洗腎最多的就是雲嘉南地區，成長率最高，那雲嘉南地區最重要的就是地下電台賣很多違劣藥。我曾經在台北有一個博士教授回去南部看他媽媽，整個桌上都是地下電台的藥，他回來跟我講，我說沒有辦法，因為地下電台很聰明，你聽我的電台，我就送你一台收音機，收音機的頻道就固定在他那個電台，他每天就是在聽他電台，而他推廣的藥。

我不知道衛福部有沒有去掃蕩這些地下電台在賣違劣藥，這是很重要的，南部的這些農民的教育水平，對藥的概念都不清楚，那電台一直鼓吹很好，叫那些偽證人在電台幫他鼓吹，他吃了多好多好，大家就一直買。

我很支持中西醫能夠合作，因為中醫五千年來也有他的歷史的技術背景跟專業方向，那西醫有西醫的優點，能夠中西醫合作，包括藥師也納進來，現在也有中藥師，也有西藥師，如果腎臟醫學會跟中醫全聯會跟西醫藥師、中醫藥師，四方面都能夠結合起來，對患者來講會提供很好的治療方向意見，這是我提供這個作參考，我支持這案讓他先通過，讓後續的去推動交流，我想中西醫應該要合作交流，因為現在生化科技裡，很多從中藥材裡去提煉生物科技的原料，以上報告，謝謝。

主席

謝謝，跟各位代表報告，我們還有一個會議是門診透析總額研商會議，這個會議是在處理透析病人的問題，希望能夠減緩或者是多角度的處理透析病人的問題。其中有部分就是何委員所提偽、劣藥或者是地下電台的問題，但這部分不是健保署的執掌，所以透析研商會議我們有邀請食藥署共同參與，這部分是食藥署的主責，他們在會上也回應，有提醒這些地下電台，不實廣告一旦有問題會依法行政。所以各位代表，這些都有在做，這部分也是列入追蹤，但因為那是在透析研商會議追蹤了，所以就不再繼續討論。請，李代表。

李代表紹誠

請教中醫師公會這邊，因為這計畫目的是中醫早期介入腎病患者，想請問一個意見，如果一直在洗腎的病人，中醫建不建議介入洗腎患者，對於洗腎患者他的療效如何，以上。

主席

請吳代表。

吳代表清源

這是一個算是醫學上的問題，依照我的經驗，其實我自己有很多洗腎的病人也有在吃藥。對不起我先簡單介紹一下我自己的背景，我是嘉義長庚醫院，然後我是中西醫雙執照，然後因為 10 年前 SARS，也是被隔離的第一批，從此之後我就開始走中醫了。我很多學生都知道我的故事，其實在我們醫院裡面，我常常跟我們腎臟科醫師做討論，然後有些藥能不能吃他們也很清楚，他吃了那些西藥我們也很清楚那裡面有什麼，所以我們自己經驗，還有一些文獻上的查詢，我們可以根據這些狀況，來提供一些相關的判斷，可是這個是僅限於個人的一些經驗，還有一些文獻的一些探討。

就剛剛代表所說的，我們希望藉由一些相關的研討會，把這些知識更進一步做更多研究的一個發展。不好意思，其實我本身也是長庚大學的副教授，所以我自己也有自己的分子生物實驗室，我的朋友也跟我合作一些氣喘的研究，將來我們希望能夠往遺傳方面做更多一些實證醫學，以上報告。

主席

剛剛李代表在問，如果洗腎中的病人中醫也可以幫忙嗎？

吳代表清源

有幫忙，據我自己的經驗是有幫忙，可是這個好像不在我們這個專案。

主席

李代表是詢問醫學的問題。

吳代表清源

那這邊可以講大概講一整天。

主席

那就要另外開課。

吳代表清源

希望在研討會可以分享大家的研究還有臨床經驗。

主席

好，謝謝。還有嗎？大家還有沒有意見？沒有意見的話這個案子就通過，待實施結果由中全會向大家報告。我也建議各醫院如果有設中醫部門，中西醫就應該多交流。腎臟醫學會跟中醫師公會全聯會，為了這個案子的推動，也應該多辦一點交流，不管是繼續教育課程，或是學術研討會，讓中西醫雙方可以相互瞭解，這樣對病人才有幫助。也希望藉由這個計畫的推動，讓正規的中醫可以幫助腎臟病人，而不是任由病人自己尋找偏方，這樣對他們的腎病並沒有幫助，這個案子是不是就討論到這。好，朱代表。

朱代表益宏

我想請教一下，就是在討 1-12，裡面有一些檢驗項目，因為這是從中醫專款裡面，所以大部分都是支應診療費、藥費，這個檢驗項目到時候還是會用專款支付？還是會回到中醫的一般門診去支付？還是說就是這一部分？如果說中醫收案做了相關檢查，然後西醫在收案的時候，是重複使用嗎？還是說，就是兩個部門的總額對同樣的檢查，這個費用是有差異的嗎？

主席

好，瞭解。請玲玲說明。

王科長玲玲

這邊的檢驗費會用這項專款，但有一個前提，中醫必須先看病人雲端藥歷上是不是已經有相關的檢驗值，確定沒有或是病人本身沒有

帶相關檢驗數據，中醫才能做這些檢驗。而且開立檢驗的醫師，必須符合可以開立檢驗單的前提，也不是所有中醫師都可以開。如果西醫已經有做過檢驗，就不能再做，中醫必須查，而且要把這些數據登載在病人的資料中。如果說中醫已經做了檢查，我們也希望藉由雲端，讓西醫可以瞭解。

朱代表益宏

這樣子的話，會不會以後也有可能中醫先收案，然後西醫在查詢雲端之後也去填入。

主席

這些病人都在西醫看病，西醫也有 Early-CKD 和 Pre-ESRD，但是也有沒有收案的病人，只是這些病人都在看西醫，所以會有 routine 的檢驗報告。這個案子就是請中醫師以不重複檢驗為原則，先去查現有的資料，如果有檢驗資料，就不需要再做；如果沒有且病人也沒有帶檢驗數據，就由有資格開單的中醫師開單。

朱代表益宏

會談到這個就是不希望中醫師要收案才發現沒有這個檢驗資料，我們可以做了檢查，然後才來做收案，這樣我個人是覺得比較合適。

主席

這種病人一直都在做這些追蹤檢查。

朱代表益宏

我只是要提醒這個是中醫的專案，他會為了收案需要這個檢查，就叫他到西醫那做這個檢查再回來收案，這樣子的話而不是為了西醫的診斷，西醫師診斷是認為有需要我就幫你做，這個部分我可能要先提，量應該是不會很多啦，但是因為他們是交互嘛，所以我也要提醒一下，特別是中醫師全聯會的會員，我們也不希望看到，因為西醫師也可以報這筆費用，若病人來的時候先到西醫那檢查完，我們再幫你

收案，這樣是比較不好。

主席

好，謝謝。葉代表。

葉代表宗義

我們請教我們那個中醫的代表，因為我是健保會裡面也是中醫的代表，我們很高興今天提出腎臟科中西合併。我希望呢，不是只有腎臟科醫師，在未來呢，不只是以前，我曾經看過應該跟眼科醫師，我看過很多眼科醫師，還有很多中醫師治療青光眼的問題，但是有效沒效不曉得，我並不是這專科，我是希望說中西醫呢，跟青光眼能跟眼科醫生互相交流，這個能更大貢獻我們眼科，謝謝。

主席

好，謝謝葉代表，請謝院長。

謝代表景祥

我想請問西醫這邊本來就有 Early-CKD 跟 Pre-ESRD 在收案，假如西醫這邊收了，中醫可以收嗎？還是中醫那邊收完，西醫這邊還可以收？

主席

兩邊可以重複收。

謝代表景祥

兩邊可以重複收。第二個意見就是說，這個從 stage 2 到 5 好像範圍太大了，我覺得這個東西在學術上面是可以討論一下，stage 2 根本是還不需要做任何介入的時候，stage 2 要做什麼，到 stage 5 要做什麼，這個範圍又變大，很難理解。

主席

好，吳代表請說明。

吳代表清源

謝謝各位代表。第一個，相關眼科方面問題我會轉達給全聯會相關眼科中醫醫師，將來有機會的話當然也希望拿夠再提出相關建議，這是第一個。第二個，剛剛提到 stage 2 到 stage 5，事實上我們其實一開始想把它給 narrow，對不起想把它縮展，可是我們覺得說第一個，因為假如經費有的話，我們希望能更早期介入更好，所以說我們會把它往前拉，拉到 stage 2。第二個站在學術立場上來講，當然是比較寬鬆一點，可是我們是站在健保立場上，我們是能夠照顧到更多 CKD。第二個，也能夠希望藉由這個計畫，將來我們在做評估會議的時候，發現哪一群病人可能更有效，然後我們再把族群更限縮，或者是在不同族群情況之下，適用不同的治療，這樣子的話我們比較不會浪費掉健保任何一毛錢，以上。

主席

好，謝謝，這些建議都要計畫推行後再逐步修正，沒有開始就沒有修正，所以這個案子到這裡。請吳代表。

吳代表國治

因為剛剛幾位代表提到檢驗的問題，可能要先釐清一下。基本上檢驗的資訊本來就是共享的，所以說如果他抽過是沒有問題。可是中醫那邊在法規上的規定，只要是中醫系畢業的中醫師是可以開檢驗單去抽血的，以上。

主席

是，基本上這個計畫希望中醫不要重複檢驗檢查，是以分享為前提，如果不行的話，醫師具有資格也可以開單，相關費用仍是由這個專款來支應。好，大家還有沒有別的意見，如果大家沒有意見，這個案子就通過，非常謝謝。接下來討論事項第一案。

討論事項

第一案

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修「HLA-B 5801 基因檢測」等 4 項診療項目案。

主席

好，這個案子有兩個項目，一個是 HLA-B 5801 的基因檢測，一個是胸壁切除術。優先邀請 HLA-B 5801 案的專家是風濕病學會的曹醫師向大家說明。

曹醫師彥博（社團法人中華民國風濕病醫學會）

主席、各位與會同仁大家下午好，我是曹醫師。今天主要代表風濕病醫學會來提供專家意見。Allopurinol 這個藥物確實一直都在藥害救濟排行榜上，而且榜上都是高居第一名，而且這個一旦發生很嚴重 SJS 或 TEN，往往造成醫師和病人之間有很多的醫療糾紛，而且甚至會造成病人長久難以抹滅的傷害。那考量到這一點，其實目前就是已經確定就是說這個基因與這個可能會發生這個危險的風險比，其實是滿高的，是多了 500 多倍，後面我們有附註一些資料，所以我們才建議說其實可以使用這個基因的檢測，來避免使用藥物可能造成的傷害。另外，台灣這個基因比例的陽性率大概是 15%，雖然目前現行沒有檢測情況下，不一定真的會發展成 SJS，但一旦產生就非常嚴重，所以就建請希望能增列這個健保項目。前兩次會議規範是有要求增列適應症細項，我們也已經把細項支付規範放在這次適應症如下，供主席及各位與會人員參考，包含痛風石、尿酸製作過多之痛風以及不適合 benzbromarone 等等之類的條件，這個細項也寫得比之前更加清楚，可提供其他醫師使用適應症來檢驗的參考這樣子，以上是風濕病醫學會簡單報告，謝謝。

主席

好，謝謝，還有一位專家是臺北榮總的蘇醫師。

蘇醫師勤方（臺北榮民總醫院）

主席、各位長官、各位醫療同仁大家午安，我是臺北榮總的蘇醫師。今天代表臺北榮總跟各位報告一下我們為什麼要將這個 B 5801 列入建議給付標準，主要是因為台灣現行在尿酸或是痛風治療上，目前選擇藥物真的十分有限，除了 Allopurinol，接下來就是 febuxostat 跟 benzbromarone 這幾種藥物。那我們在 2016 風濕病醫學會已經有列出關於 Allopurinol 一些使用建議的標準，就如同剛剛風濕病醫學會曹醫師所報告的，像是痛風石或者是 benzbromarone intolerance 的時候，會使用 Allopurinol 做後續藥物治療，那因為 Allopurinol 真的會造成嚴重 side effect，如果我們可以盡量透過事前檢驗去減少這樣子的發生機會，其實真的可以減少我們很多病友的一些負擔，所以建請主席還有各位長官同意將此項檢驗納入健保給付，謝謝。

主席

好，謝謝，現在開放大家討論。有關於這些基因檢測都限制每個人終生只給付一次，而且這個結果會永遠放在雲端系統供查詢。我們雲端系統很多資料都只放半年，以後會延長到一年，但像這種終生限給付一次的項目會永遠放在雲端供查詢，不受時間限制，所以做完一次就不再重複給付，大家都可以分享這個資訊。好，這項 HLA-B 5801 基因檢測，大家有沒有要提問題。來，請黃代表。

黃代表振國

這個議題非常好，但是晚了二十年。痛風治療早期只有 Allopurinol 或 colchicine，後來變成 benzbromarone，那 febuxostat 大概近 10 年來用的，其實在以前藥害救濟一年大概只有 10 到 20 位，我曾經兩年前打電話去藥害基金會問說到底一年剩多少人，他說機密不可奉告，所以第一個需要釐清的是到底 108 年有多少因為 Allopurinol 引起藥害救

濟 SJS，請署方去問一下，因為我打電話沒用，我兩年前就問過。

主席

請看討 1-4，在專家諮詢會議時有邀請藥害救濟基金會，他們有做一個報告，在討 1-4 有提到每年大概 20-30 例，而且是藥害排名第一名。

黃代表振國

我是問 107、108 年，不是平均歷年的報告，因為我們臨床醫師很清楚，以前 Allopurinol 用得相對比較高，後來變成 benzbromarone、febuxostat，我們大概知道 indication，為什麼會這麼熟呢？因為 febuxostat 曾經三度在藥品共同擬訂會議擴大適應症規範，我們討論得非常細，也相當久，所以有點瞭解。我們也調查盛行率，高尿酸值 270 萬人，根據調查 18.8% 會有痛風，這樣算起來台灣目前大概 50 萬人口曾經有痛風發作過。假設這檢驗都讓每個痛風病人都來做，我相信財務評估不是現在估的數字。第二個理由是，請署方可以跑一下這幾年在 Allopurinol 跟 benzbromarone，所謂兩塊錢的用藥上，在臨床應用的比例已經是下降很多，尤其剛剛風濕免疫學會提的適應症，就是 febuxostat 的適應症，所以臨床醫師是用開其他的藥來躲，因為老實講沒有人想要臨床的糾紛。Allopurinol 現在用得越來越少，如果發現不行就直接用 febuxostat，因為現在想法就是這樣子。

假設二十年前我們真的沒有其他選擇，只好用 Allopurinol 或是 benzbromarone，先去測是否有這個基因，讓高風險的人躲過不要用，我覺得很有意義。但是現在剛好顛倒過來，在臨床上用 Allopurinol 的個案已經逐年減少，而且 indication 是從未用過 Allopurinol，不是新用的，我們知道痛風的個案大部分都有家族史，很多人都是在青壯年開始發作，2、30 歲開始發作，除非特殊案例，癌症或特殊治療等等，大部分都有年齡上的限制，都是青壯年開始發作，很少到 7、80 歲才開始痛風。

所以第一個，一定要有它的目標族群，如果照目前假設不做任何

設限，我認為這個檢驗晚了 20 年，如果 20 年前是非常好的，20 年後如果驗完了，卻還是用其他藥物，就不知道驗這個只是為了研究嗎？只是探討基因 15% 嗎？我看專家會議寫得很清楚，擁有這個基因不一定會發生 SJS，沒有這個基因也不代表不會發生，不知道用了這些之後，這些醫師還敢用嗎？如果是我，我還是不敢用，當然勇敢的醫師我佩服他。

我建議今天這個指標要花錢，要有意義，如果只是做研究需要或是事後追蹤，我相信很多醫師還是不敢用，請大家考慮一下。

主席

黃代表的意見可能要請風濕病學會跟蘇醫師說明。

曹醫師彥博（社團法人中華民國風濕病醫學會）

好，謝謝代表的提議，我簡單回復代表的問題。因為這個 580.3 倍的研究其實是來自中研院的研究，是來自台灣的本土資料，也就是多了 580.3 倍的風險比，其實表示是說如果驗出來是陰性的話，因為本身發生率就很低，所以如果驗出來是陰性等同於幾乎可以說，我不敢，當然任何檢驗都有極限，但是透過這樣就是可以說是幾乎是不會發生。第二個，上面適應症，剛才代表說是不是就是 febuxostat 的適應症，不是喔。目前 febuxostat 適應症都有條件，包含 creatinine 肌酸酐大於等於 1.5，或是病人肝功能不好，還是病人已經使用 benzbromarone 等藥，UA 大於等於 6.0 以上等等，才能夠使用 febuxostat，febuxostat 是因為前面有條件才這樣，會有這樣原因，就是因為這個藥費是比較貴，它這個一顆藥 19 塊錢，如果是 Allopurinol 或 benzbromarone 一顆藥約莫 2 塊或以下。

整個健保支出以整體來看的話，如果透過這樣基因檢測，可以讓其他人有機會用到費用較低的藥，但是效果是 equivalent，那即使也沒有甚麼不好，因為畢竟 febuxostat 在去年有篇 NEJM 文章提到或許可能會增加心血管疾病的風險，雖然美國 FDA 那時候暫時請 febuxostat 提

出檢討和改進，但是後來沒有給它下架，但有要求在它藥物上面包裝增加警語說可能會增加心血管疾病的風險。

未來台灣漸漸高齡化、老齡化的社會，這樣的風險比，我們不得不列入考慮。不管是風濕病醫學會或是由榮總蘇醫師，我們所提出的意見是希望說讓國人有另外一個更安全的使用原則，也不要讓使用 Allopurinol 的醫師暴露在可能的臨床使用風險上，既然如果有個檢查，檢查過後就可以幫病人簡單排除掉可能未來的風險，而且是終生可以套用大家共享的資源，我覺得還是有其鼓勵的必要，這樣簡單回復我們代表的問題，以上，謝謝。

主席

好，謝謝曹醫師。蘇醫師還有要補充說明嗎？

蘇醫師勤方（臺北榮民總醫院）

謝謝曹醫師剛剛的回復，北榮這邊再提供兩個資訊給各位專家們參考。第一個是剛剛曹醫師有提到說中研院那篇研究，其實是 2015 發在 BMJ 的一篇 study 裡面，那篇收錄了台灣 2 千多個個案，然後使用 5801 基因去檢測，只要是 5801 檢測陰性的 case，沒有任何一位產生 severe 嚴重的皮膚表現，它最多只是癢癢或是疹子，但是沒有任何發生 SJS 或是 TEN 等嚴重的皮膚不良反應。當然這個檢驗我們知道有它的極限，我們沒有辦法百分之百跟我們病友講說百分之百不會發生嚴重的 SJS 或 TEN，可是就 study 的結果，在台灣本土資料看起來確實是可以大幅降低嚴重皮膚不良反應。另外希望可以跟各位專家分享的是，因為我們痛風的病友，大家都知道依據不同的狀況，我們需要將病人的尿酸降到 6 或是 5 以下，現有的藥物選項真的有限，在台灣只有三種是可以使用的。Allopurinol 其實有一個相對的好處是劑量是可以做調整，可以從一天 1 顆吃到一天 8 顆。所以當今天病人是 benzbromarone 降不下來，Febuxostat 也降不下來的時候，我們其實有時候會考慮 Allopurinol titration。

所以我們建議保留增加這個檢驗項目，其實是希望給我們台灣的病友多一個治療的選項，讓醫師們在用藥上有多一個治療的選擇，同時是在更安全、更沒有風險的狀況下面去進行治療，謝謝。

主席

好，謝謝。請吳代表。

吳代表國治

我看專家會議提到的是說，沒有帶有這個基因的病人仍然可能發生，這個仿單上面是有這樣寫。其實基本上仿單這樣寫，第一次要用的話，百分之百一定會抽，因為不抽，一發生就等著被告，因為仿單就是這樣寫，所以是百分之百一定會抽。所以西醫基層這邊的財務評估可能要給精確的數字，這個跑起來並不會很困難。

第二個是黃代表提到抽了就是要用，抽了不用怎麼處理。剛主席提到在雲端上面會放，這個在懲罰面是如何，你們會去撈資料嗎？像是抽過但重複抽就會被追扣回來，這部分是我比較在意的。另外，我也要請教這邊財務上面提到說醫院是 108 年醫院總額的 1 億元，為什麼是 108 年不是 109 年？

主席

好，請玲玲科長說明一下財務評估。

王科長玲玲

這個財務評估我們是做整體的評估，這裡確實沒有把西醫基層的量估進來，在西醫基層這塊我們會再評估，到時候再給全聯會數據。至於為什麼會用 108 年預算，是因為 108 年有一項預算是新醫療科技中的未列項，這個項目其實是醫療院所一直以來都用未列項在申報。因為我們這幾年要正式給這些項目辦理列項的程序，剛好 108 年有一筆預算 1 億元，我們會陸陸續續處理未列項，這一項的預算就會用 108 年的新醫療科技未列項來支應，以上。

主席

那除了這個以外，大家有沒有...。好，黃醫師，再來雪玲。

黃代表振國

很高興風濕免疫學會的代表說了一些我在藥品共擬會議沒聽到的話，之前在藥物共擬會議兩度擴大適應症的時候，尤其是 Febuxostat，特別強調它有 CV 的 risk 反而是我提出來的，順便也講一下，現在 Feburic 的健保價是 17.1 不是 19.3。還有很重要的是，既然這個有特殊性，醫院目前臨床上，大多數是用 benzbromarone 或者是 Febuxostat，如果這樣像你講的，早期有在使用 Allopurinol 的病人都已經安全了，那就不需要測了。現在是針對 Febuxostat 降不下來或 benzbromarone 降不下來的情形，事實上我有 104 年的資料，但這幾年沒跑更新。大家看一下專家會議紀錄，附件的 1-4，我想榮總的專家講得非常好，其實就是平均 20-30，因為這幾年用得少，所以數據應該比這個更低。

第二個就是因為怕有誘發申報之虞，數量上應該要嚴管一下，風濕免疫學會跟榮總的專家都認為有些因為用前面兩個藥降不下來，有這個需求性，所以我建議初期不是用在西醫基層而是用在 B 表，那這樣這些風免醫師的專家，認為有需求的個案讓他們去用，我想他們會更謹慎一點，不然我剛剛講的，以一年臺灣大概 50 萬人，每個人都測一下，就不知道我們費用還夠嗎？而且剛剛吳代表強調，假設驗完不用，有沒有罰則？對不對？應該限縮在初次痛風，或者是其他藥物控制不好的情況才會用。至於剛剛指教我的部分，那個討論我從頭到尾都在，如果您那天在場就不會問我這個問題，謝謝。

主席

好，謝謝，再來雪玲，然後再來謝院長，再來紀醫師。來，雪玲。

黃代表雪玲

這一個的支付點數是 2,163 點，我們這次沒有看到他的成本分析，

我們是醫院以試算加它的成本是大於 2,000 初，大概是 2,300，當然各院都會有不同，我們尊重健保署算出來大概是 2,163，也用這個在討論第 11 頁的地方，有估大概要花 700 萬點，其實這也是用 1 點 1 元去估。我們要反映的就是...其實算出來的成本分析 2,163 其實是元，其實這個檢測要花的成本，那個檢驗跟試劑就這樣占差不多八成，如果你今天給付 2,163 點我再被點值，這個一定是...因為他是檢測，一申報完，他最後給付就是用浮動點值來給付。

如果你是 8 折或 85 折對我來講就只剩下 1,800 左右，或是更低，因為點值現在都很低，如果這樣子是連我買藥跟試劑的成本等於就是他那個成本，這樣對我們來講，真正有執行的人，其實被打了折，那他是不符成本。所以我們是不是可以建議這個點數能夠稍微把它調高一點，或是能稍微點值稍微反除個 0.8，讓這個真正有執行的人不要虧本，是不是可以做這樣子？我知道在醫材部分的一樣的支付標準...他們醫材去買回來成本最後是有調校 0.8 幾的，那我們能不能比照？因為這個試劑真的他的成本就已經光耗材，就是耗材跟試劑就已經占掉 8 成以上的成本，那是不是可以針對這些做一些更正？

主席

好，謝謝雪玲，再來請謝院長。

謝代表景祥

我是覺得說，在專家會議說考量部分患者對代替藥物治療反應不佳，所以有對 Allopurinol 需求這個有道理，但是在這個適應症前 5 點就有點放水。第一個痛風石，很多痛風石的病人就是用 Benzbromarone 就可以治療很好啊，你為什麼要去花個 2 千塊去做這個檢測，然後再來用 Allopurinol，而且你不用也沒關係，這就太奇怪了！理由跟實際上不符合。今天這個東西假如要讓它通過的話，我覺得非常簡單，第一個適應症就只有一條，叫做他已經使用 Benzbromarone 或是 Febuxostat 這兩個藥治療反應不佳，就這一條就好了，其他就不要再有。因為現在這個是非常非常少。

我自己的痛風病人其實不少，我什麼都用，我的病人也曾經產生過 Steven-Johnson syndrome，弄了很久，但是我從來沒有覺得說有這些，現在幾乎不用，到目前為止，我覺得說幾乎沒有碰過用這兩個藥治療不下來，或許有些經驗比較多的醫生也有碰過，你真的有碰過，這兩個藥你用過了，真的不行了，你就病例上寫清楚、data 弄清楚來申請做嘛，我們就留下這一個 indication 就好了，把上面那句話原封不動抄下來就好了，不要把 indication 搞成五項，就只有一項，就是它的理由，就專家的理由抄下來就好了。

主席

謝謝謝院長，再來紀醫師。

紀代表志賢

我不是這方面的專業，不過我看那 guideline 裡面，第 31 頁，就是風濕病科對 gout 的指引，有寫到「不論是否攜帶 HLA-B 5801 皆可產生嚴重過敏，宜從小劑量開始使用」。所以如果 guideline 是這樣，我想問未來健保給付後是不是這個 guideline 或其他的 guideline 都會跟著改變？因為 guideline 改變就會影響後面臨床，包括可能發生訴訟...什麼都會有影響。第二個就是現在這個階段，是不是病人是用自費去檢測？

主席

好，專業的問題還是請學會說明好嗎？請曹醫師或蘇醫師再回應大家？特別對於適應症的部分。

曹醫師彥博（社團法人中華民國風濕病醫學會）

關於適應症的部分，剛才有其他的與會專家提出說...這個目前來看這樣提出來的適應症，確實就是您認為是有點不對，以專家的立場來講的話，我們學會的意見其實當初提這個的任務不是說他...應該反過來說是說，我們希望他這個醫師他有這個想法讓這個病人使用的時候，他有機會可以去檢測這個基因來保護自己跟保護病人，但是我們

不是說符合這些條件的人就非驗不可，或者是說他一定得使用，就像剛才與會的專家，那位專家提到說現在用 Allopurinol 的病人已經很少，沒錯我也用得很少，因為我怕被告，所以我很少用 Allopurinol，幾乎也不敢用，因為我沒有辦法檢測，我如果一旦發生一個 Steven-Johnson 我就吃不完兜著走，所以因為這樣子的情況之下，所以大家使用的藥物自然就會變少了，因為我們有別的選擇。

那 Allopurinol 本身它是不是就是這麼的危險呢？其實在國外其實很多都是使用更多劑量都是安全，因為國外的基因比真的沒有台灣這麼高，所以我們才必須得做這樣子的檢測來保護我們國人的安全。所以至於專家提到的適應症可不可以再做修訂？其實我以專家的立場來講，我覺得沒有反對的意見，因為畢竟現在確實使用 Allopurinol 的量非常的少，但是學會提出這個是希望說能夠保護病人，也保護醫療團隊。如果健保署這邊真的覺得這樣子做就是怕有浮濫申報之虞，或者是會導致這樣的點值過度的濫用，以致於就是健保入不敷出，其實我覺得這個其實是有調整的空間。因為如果你們希望說讓他限縮一點，但是還是可以滿足使用的條件下還是可以用，我相信我們醫療團隊這邊不會有任何意見，因為我們就是希望讓真的需要的病人獲得使用，以上是學會的報告。

主席

蘇醫師，沒有。好，請賴醫師。

賴代表俊良

這個財務預估是用 7% 的患者來算，Allopurinol 會造成 SJS，所以大家就很少用，所以 7% 是這樣預估出來的。但是如果現在開放檢測基因的話，它可能會誘發醫療的需求，我想財務的控管方面可能要小心。另外適應症限新使用 allopurinol 者，現在有雲端系統，我早上看一下，好像只到 108 年 8、9 月才看的到...那如果說這個是三年前用的藥

主席

半年的資料。

賴代表俊良

對阿，看不到啊，那在實務上實施的時候，臨床醫師怎麼確定是一個初使用 allopurinol 的問題。那另外剛剛主席有講過的，一生一次的，我是建議說可以設一個「一生一次專區」，像現在腫瘤標記專區一樣。讓基因跟等下要討論的 All-RAS，限一生一次的可以去查一下。另外 indication 我覺得應該要比較嚴謹一點，像現在 Febuxostat 痛風石開放，但是它有需相片或是 X 光來佐證，這個也沒有寫。另外就是尿酸製造過多的痛風，在臨床上醫師怎麼知道他是尿酸製造過多或它是攝取過多，所以這在適應症也有問題。另外利用 Benzbromarone 治療不適合，可能也是要設一個治療值是多少。剛剛謝院長講的，如果現在 Allopurinol 因為考慮它的 side effect，已經比較少用，那現在又有很多藥可以來取代它，是不是把他界定在簡單的適應症，就是你用 Benzbromarone，用 Febuxostat 沒有效的，需要用 Allopurinol，為了風險再來驗這個基因，我想這樣可能可以控管，臨床的使用會比較有意義。

主席

好，還有何代表，然後謝院長。

何代表語

主席，我要請教一下，第一個就是他的藥害的情形是怎麼樣？想要瞭解一下，會產生什麼樣的情形，吃了這個痛風藥會有什麼樣情形？

主席

好，來謝院長。

謝代表景祥

那個 SJS 症候群，他程度差別很大，有非常輕的就是起起疹子也沒事，有的會整片皮膚脫落搞得死去活來，甚至有死亡的案例，還有

送進加護病房搞半天的，救不回來的也有，但這種是非常非常非常的少。從前，在沒有任何藥物只有 Allopurinol 一種的時候，大家都閉著眼睛開，遇到就遇到，因為沒有任何其他的選擇。現在其實我開 Allopurinol 非常少，但是我還是會開，為什麼會開？因為我有碰到過他有尿結石，但我不確定他的尿結石是哪一種，這種東西，我要怎麼避免病人來告我，你講清楚，病人就不會告你，也告不倒你。我就直接告訴病人說因為你有這個東西所以我幫你選擇這個藥，這個藥有非常非常少的機會產生這個東西，所以我們就給你藥，就是開始我們就慢慢的，從比較輕的開始吃，一開始我絕對不會開慢箋一個月給他，我一定會開一個禮拜給他，吃一個禮拜再回來，我們再看一下，看到有起小疹子，就趕快停了，我也跟他講萬一你有很大的問題，我就替你申請藥害救濟，我也幫病人申請過藥害救濟。

所以這個東西，我們今天就在講說臨床上，以臨床上的需要一定要來測這個基因，我是覺得不需要，沒有這個必要性。但是專家講的說，有部分患者對這個反應不佳，會擔心這部分，那可以阿，那真的要檢測，我們也不要阻擋醫學的進步，我們就讓你測一下，但是適應症 1 到 5 都去掉，只剩下 1 條適應症，就把上面專家寫的寫下來，一定要寫清楚，不然可能會被刪掉。

主席

好，謝謝，再來何代表。

何代表語

因為我們對這部分都很外行，所以要從外行中去學習，所以要多問清楚。因為我看了健保署給我的電子資料以後，就很專心看這些專家開會。我也曾經把「亦有未發生」這五個字我也一直在探討，怎麼會「亦有未發生」，這中文字我想了很久。還有藥害有 20 到 30 例，我就一直想瞭解，剛剛謝院長已經有解釋藥害部分，因為有 15% 他有這個基因。那我現在接下來要提出幾個建議，第一個建議在討 1-13 附件 3，把基層診所打勾的部分刪掉，原因是讓醫院先去做，效果很不錯以

後，明年或後年再提出基層院所要不要做。

第二個建議，剛剛說 2,163 點夠不夠？這是健保署算的錢嗎，如果再用點數去算，剩下不到 2 千塊我不知道夠不夠，今天風濕病醫學會跟榮總醫師認為夠不夠？不要點數一換算認為不夠，才發覺虧損不想做。如果你們確實認為不夠，那是不是要加 10% 的費用上去。我是建議這兩項今天可以考慮讓它通過，臺灣醫療已經進步到類似全球第一了，全球第一連這檢驗都做不起，我發覺到就有點沒面子。而且這費用是 773 萬而已，這 773 萬醫院夠嗎，我不知道夠不夠，要不要再加 10% 上去？

主席

好，謝謝何代表。請王代表。

王副祕書長秀貞（林代表茂隆代理人）

各位代表大家午安，謝謝何代表幫醫界加油，但是這個油，應該讓藥害基金會一起幫忙加。剛已經有好幾位代表都有提到，其實基因檢測必要性的存在是怎樣，大家也都很具體的表明，包括我們謝景祥院長也提出希望適應症文字能調整。確實這用藥會產生藥害救濟，既然如此為何這筆錢一定要健保署來付？為何不能是藥害基金會對這筆錢有些投資呢若此檢測可預防再發生更多的費用，不應該所有的費用都是從健保出。前一陣子李伯璋署長也在媒體報導中發表一篇文章，提到現在健保財務的危機，我覺得健保真的照顧全體國民，對於我們的社會跟民眾有很大的貢獻，可是所有的費用全部跑來由健保支付，是正確的嗎？我覺得這件事情應該藉由本日會議向其他有關機關做反映。如果可以的話，這筆費用跟藥害基金會五五對分或是六四分，這樣健保還可以再去其他更有意義的事情，建議這部分成本反映的不足就讓藥害基金會一起來幫我們承擔，以上，謝謝。

主席

請朱代表。

朱代表益宏

主席，剛剛大家都有提到這個費用嘛，之前也有提到為什麼從 108 年未列項，今年都 109 年，但一直都沒有回答。我們之前好像也從來沒有先例說回溯，已經過了，然後今年再又說 108 年怎樣。如果真要過，這預算也應該是 109 年才合理，所以我覺得這預算編列的有問題，這是第一點。更何況剛剛秀貞也講，做了這東西，藥害基金會那邊付出又少，藥害基金會經費從哪裡來，都是從藥價差裡面，每一個藥品賣的時候就把藥害救濟的錢都加在裡面了，所以現在這東西產生 Steven-Johnson syndrome，這部分我覺得確實要去做慎重的考慮，預算的這一部分。還有就是在署裡面議程討 1-11 這張，表格裡面提到有被替代的診療項目 12176B，但我剛查了一下支付標準，HLA-ABC 主要是用在器官移植，他在支付標準裡面有提到器官移植在做配對時，要做這東西。所以我不知道為何有替代的效益，怎麼會被替代掉，照理來說應該是完全沒有，怎會寫到這裡，很奇怪。當然，如果是未列項就更不對，因為支付標準已明列器官移植使用，為什麼健保署之前會允許它用在未列項使用呢？這是顯然不對的，所以這不應該有替代的，以上。

主席

謝謝。今天不曉得會開到幾點，這才討論案第一案的前半段，我們先做幾點回應，再做決定。請玲玲科長說明被替代的診療項目，還有相關點數的計算。

王科長玲玲

有關被替代項目，因為這是由未列項申報進來，朱代表剛剛提的 HLA-ABC 就是院所未列項所申報進來的替代項目，所以我們在計算財務評估時，會把相關的財務做校正。

朱代表益宏

你們在審查的時候就應該把它挑出來，原來 HLA-ABC 是清楚寫器

官移植的時候，是 donor 或是家屬才能做這東西，寫得很清楚。你們未列項報出來，根本不應該用這個比照進來，說還有替代效益。

王科長玲玲

未列項申報是在總則的規定，是由院所用技術相似做申報。所以在費用報進來時，我們只知道這是用未列項註記申報，只能知道這是未列項。但是申報的合理性，朱代表說的對，還是要由審查專家認定。但是我們現在的審查專家沒辦法就院所申報的未列項每一項審查，所以我們現在正逐筆審視未列項到底報了什麼。我們也知道這項目，很多的醫療院所比照申報的不盡相同，所以這些項目我們會請專科醫學會或申報數量較大的醫院提新增項目，唯有列項後才能矯正現在用未列項申報不合理的情形，這是第一個說明。

第二個是有關成本，當初病理學會跟北榮送了兩份成本分析表，專家諮詢會議上已經就這兩份成本分析表討論，但發現兩個單位所提的人員、設備、不計價藥材都不是很合理。所以由這兩份的成本校正後，得出 2,163 點。另外，我們在所有的支付標準點數，都是用點數不是用元。

黃代表雪玲

可是他們提供給你們的成本分析應該是用元計算，就算你們覺得高估你們，他們也是用元，那你們綜合應該也是用元，不是嗎？要 7 百多萬你也是用元，不是用點。用 7 百多萬元是要給付這項，可是過到總額去，這個項目因為被打了點值後，實質上不會拿到 2,163 點，其實你撥的成本是 2,163 元，可是透過點值稀釋後，根本實質上不會拿到 2,163 元。

主席

好，謝謝。這個案子我可不可以先這樣建議，因為大家的意見透過溝通都有一些理解，現在比較多的爭議是適應症。這個案子在專家會議也連續討論兩次，第一次的討論時專家的疑慮跟大家都一樣，大

家可以看會議紀錄，所以才又討論第二次。

顯然這個案子也不是那麼急迫，確實可以再審慎，我們今天與會的風濕病醫學會跟臺北榮總的蘇醫師，有沒有可能參酌大家的意見，就適應症的部分再做討論，可不可以？曹醫師？

曹醫師彥博（社團法人中華民國風濕病醫學會）

主席，可以，OK，沒問題，謝謝。

主席

如果是這樣，我們今天這個案子就緩議，請學會這邊就大家關切適應症的部分做更精確的評估後再來討論，這個案子就討論到這裡，謝謝大家。至於有幾個問題還沒有回答的問題，包括這是否由藥害救濟基金會來處理，事實上藥害救濟基金會的基金用途有法定用途，這真的是有難處，請大家諒解。

好，現在討論第三項胸壁切除的部分，請胸腔及心臟血管外科學會吳醫師說明。謝謝曹醫師跟蘇醫師，謝謝你們。再來邀請吳醫師。

吳醫師悌暉（台灣胸腔及心臟血管外科學會）

主席、各位專家好，有單位提議新增胸骨部分切除手術，因為現行已經有胸壁切除術的給付，而按照解剖結構來講，胸骨是屬於胸壁的一部分。所以我們建議以現行的胸壁切除術申報便可，因此不予新增，謝謝。

主席

意思就是胸壁切除術增列胸骨切除術比照申報，最主要是這個地方，其實是文字上的修正，這項大家有沒有意見，非常謝謝吳醫師的說明，這項大家沒有意見就通過。

討論事項

第二案

案由：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六節調劑支付通則案。

主席

這一案大家有沒有意見？請黃代表。

黃代表振國

最近藥師辛苦了。現在少子化，我們要鼓勵的不只是藥師，所有的爸爸媽媽都要勇於生產。這樣的議題在會議上提出，我個人是蠻支持的，無論藥師是在診所、藥局、醫院。不過這個假要訂，就是限生產的八週。因為現在還有產檢假、流產假等，要訂好規範，不然到時候會爭議不斷。因為生產一定是懷胎足月才生，但流產假到底懷孕幾週很難擬訂，這會造成財政困難，所以這如果是生產的產假，我是非常支持。

藥師的同仁加油，口罩請繼續發下去，但是發口罩的同時也別忘了我們在座的醫療院所第一線醫護同仁真的很辛苦，請大家別忘了第一線醫護同仁每天都在打戰，謝謝大家。

主席

謝謝各位醫護同仁在第一線的付出，每次開完會，大家所反映物資的部分，我們都即時反映給指揮官。部長也一直強調只要防疫物資一到，會快速撥給大家。至於這個案子所提的是產假，不是流產假，是56天的產假。請李代表。

李代表佳珂

我贊成這個案子，但是這裡有特別講到，依藥事人員產假期間，署裡面怎麼確認確實是產假？

主席

要申報生產，玲玲科長有沒有要補充？

王科長玲玲

我們在做這項推估時，是用在執業登記期間該藥師確實有生產的案件，因為生產費用我們可以勾稽。

主席

好，因為生產有健保給付，所以資料庫勾稽得到。請嚴代表。

嚴代表玉華

我要請教有關支援藥師的部分，支援藥師若從甲藥局到乙藥局，乙藥局這位是屬於產假的藥師，處方箋張數甲藥局跟乙藥局是合併計算還是分開？

主席

請玲玲科長。

王科長玲玲

分開計算，是 by 醫院跟 by 藥師。這邊不是藥師到乙藥局支援，兩邊就一併計算，是分開算。

主席

好，合理量本來就以院所別計算，大家有沒有別的意見？少子化的狀況下，我們應該要支持女性生產，支付標準也要配合這樣的趨勢。好，如果沒有意見這案就通過，接下來第三案。

第三案

案由：「全民健康保險急性後期整合照護計畫」配合 109 年修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」之住院診察費及護理費支付點數，調升住院模式每日照護費用及加註說明「當日無法治療」支付點數案。

主席

謝謝，這個案子是配合之前支付標準調升點數，所以這部分應該是比較不需要再討論。但有復健醫學會來函建議的這部分，今天邀請復健醫學會的韓醫師，請說明。

韓理事德生（台灣復健醫學會）

主席、各位先進大家好，我是台大韓德生，代表復健醫學會出席。這一點主要是因為有會員反映在禮拜六，目前周休二日，所以有的醫院禮拜六是沒有排復健治療，那沒有排復健治療的時候應該用哪一個碼來做申報？但是我們在 P5109B 這個碼裡面，明確是說週日或國定假日，並不含週六，學會的意見是如果週六這個醫院並沒有執行復健業務的話，應該比照用這個碼來做，所以我們建議是把這個碼包含到醫院因排班沒辦法執行，也就是像週六或是其他沒有做復健的日子，謝謝。

主席

好，謝謝韓醫師，這個是非常好的一個建議，之前是我們的疏漏。因為現在醫院週六沒有提供常規的復健，但是有將週六算進來，所以院所就會報比較高的費用。學會這邊建議週六如果沒有提供復健服務時，應該比照「週日、當日無法提供復健治療」的醫令申報，這個讓大家有一個更明確的申報規則。好，這個案子大家有沒有意見？來，請林代表。

林代表綉珠

謝謝在急性後期整合照護計畫當中，看到住院診療費跟護理費的調整。其中住院診療費的部分從 371 點提升了 50 點到 421 點，應該是 13.5%，他是比照一般病床住院診察費。而護理費的部分，是放在所謂的區域醫院經濟病床護理費的部分，從 271 點提升了 8 點，大概只提了 2.95%。我不曉得我們醫護人員在臨床的照護上，醫生可以提高 13.5%，那為什麼我們一樣照顧病人只提高 2.95%？這個部分是不是應該

重新去審視。

我們一直在強調的就是，我想區域醫院跟地區醫院也都在談，護理人員所付出的護理措施，事實上，並不會因為他的病床是 4 床以上一間的經濟病床就會減少，或者是雙人房的就增加。所以這個部分我們建議，如果醫師可以比照一般急性病床的話，護理的部分是不是能夠也比照一般急性病床，如果沒有辦法比照一般急性病床，是不是住院護理費增加的幅度比例可以比照醫師診察費？事實上，護理人員在急性後期的部分付出更多，所以在整個調整的部分，是不是能夠有對等的提升。如果是說醫師的部分從 371 提到 421 的話，提了 13.5% 之後，我們同樣來提的話，即使提升了 13.5%，也只不過提到 307，我想這個部分，在座大家都知道說，以 PAC 來看，事實上護理的付出不會亞於醫師的診療的，以上。

主席

好，謝謝林代表，大家還有沒有意見？來，朱代表。

朱代表益宏

主席，因為這次調整是關於 PAC 的項目，其實我們社區醫院認為 PAC 目前大部分看到的效果跟數量是有限的，其實很多 PAC 的病人他還是留在醫學中心跟區域醫院，他可能自己平轉或是轉到體系內，所以我覺得說既然要修正，這一部分是不是應該要做相關的配套處理。

不然的話，因為其醫事司在年底有在研擬第九期的醫療網針對社區醫院定位有在研討，去年我們協會才跟醫事司一起去日本看 PAC 照護，其實認為未來社區醫院對 PAC 的照護是很重要的影響。但是現在看到並沒有，在健保推動 PAC 計畫並沒有足夠的下轉誘因啦。所以我認為既然這次在支付標準做同步的費用調整，應該在護理費調整的時候，是不是對於這一部分配套要一併去做考慮，因為這裡資料也沒有 show 出來，平轉或是到地區醫院的數量是不多啦。所以我是不是建議就是說，這個案子醫管組另外再訂立一個案子來討論，到底怎麼樣鼓

勵這些醫學中心跟區域醫院病人，符合 PAC 的條件應該要轉到地區醫院，我覺得這樣會更有意義，比你去調整這個更有意義，以上。

主席

好，謝謝，謝謝朱代表，再來請謝代表。

謝代表景祥

去年我跟衛福部主秘還有石崇良司長去日本看 PAC，他們真的做得非常好，問他們一天要多少錢，他們說一天要 4 萬日幣，臺灣要做到他們這程度一定是 4 萬日幣。

再來，因為當時主秘還有石司長提到說，會希望以後醫院之間開始有急性的跟慢性的，會希望慢慢地分別分流像日本的模式，主要就是因為臺灣的老年化越來越多、越來越多，那這些 PAC 要照顧好很簡單嘛，如果他再摔一跤再一次符合再送來住院。但是我們現在在做這個 PAC 時候，大部分整體的數據是怎麼樣？讓我們感覺做的有氣無力，有氣無力的時候有幾個方面，第一個叫做這個病族太少。那還有一點，影響很大，因為現在都綜合，很多醫院有很多小總額，它也框在小總額裡面。第二個多做的，因為醫院早就被斷頭了嘛，我又多做一些事情，做不完的時候他每個各區，把他列在鼓勵指標裡面。這一季的額度要做 7 個，我趕快把 7 個收到收滿之後就休息了，所以這樣的時候變成說整個意義很好的計畫變成一個例行公事沒有辦法落實，大概就是說變成在應付、交代，我是覺得說這樣子真的是有點可惜啦。真的是我呼應的話，這整個要重新檢討一下，不然真的現在做得有氣無力。

主席

謝謝，其他大家有沒有意見？好，剛剛謝代表在講日本，事實上日本在急性後期病房、人力需求配置比台灣高非常多，日本的人力、設施跟我們是天壤之別，當然成本就比較就高。可是我們的人力，大家要相對比較，我們只有日本的 1/3、1/4 人力。如果以 3 倍人力的點數計算，那就不對等。

現在衛福部醫事司確實也在規劃未來設置專責復健的醫院，未來我們的計畫也會配合設置標準重新訂定，但這跟現在計畫的 PAC 病房是不太一樣。如果復健醫院的設置標準有訂出來，我們再看要如何配合，到時候再來討論，這是第一點。

第二點等一下請行政科回應，剛才林代表說的住院護理費部分，是不是現在請同仁先回應一下？

韓專門委員佩軒

跟主席還有各位代表報告，這一次修改的部分，主席一開始就有講是針對支付標準的調整，所以大家可以看到支付標準的調整在病床費的部分，就是針對調升急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床等之住院護理費支付標準來調整，是調升 3%，我們是依據支付標準調整做調整，以上。

主席

護理費的部分是配合支付標準調整，並沒有再做額外的考慮。請林代表。

林代表綉珠

請問支付標準當中，醫師的部分是調升 13.5%嗎？

主席

住院診察費。

林代表綉珠

他們是調升 13.5%，護理費是調升 3%是這樣嗎？

韓專門委員佩軒

對，在紀錄上看到的是這樣。

主席

這個是 108 年協商的結果，109 年還沒有開始談。

林代表綉珠

可是我覺得這部分是不是要回歸到病人需要的護理照護人力再去計算？而不是說一般病房是這樣子，所以我現在用經濟病房費用 3% 去算，否則的話就回歸到原來一般病房的護理費一樣計算公式。就是 PAC 住院，因為診療費是用一般病床的住院診療費，為何護理費就是用區域醫院的經濟病床護理費來計算？我覺得這部分是不是要重新思考？

主席

討 3-1 的倒數第二行的部分，請佩軒專委說明。住院診察費是比照區域醫院的一般病床住院診察費調整，住院護理費為何是照區域醫院的經濟病床護理費調整，李代表講的是這個。

韓專門委員佩軒

跟主席跟林代表報告，這次的調整除了是配合支付標準調整外，在 103 年跟大家協商時，在護理費跟診察費成本的計算所依的基準就是這樣，我們沒有做調整也沒有做變動。當初在這護理費的部分是用經濟病床，住院診察費是一般病床。

林代表綉珠

我想所有計算都應該有所本，而不是說你們評估... 因為事實上用經濟病床的護理費，應該沒有經過護理全聯會的參與討論。如果用這樣的模式現在要繼續用的話，我覺得相當不合理，是不是應該重新考量，因為整個提升的比例也差很多，然後又用經濟病床為基準而不是急性一般病床，應該重新考量護理在臨床上的貢獻度，而不是延用原來的支付，錯誤的部分繼續錯誤下去，對我們的會員來說相當不公平。我也知道 PAC 推得有氣無力，我也在醫院裡面，可是，是不是應該要有更合理的方式讓大家願意投資在這，而不是為了配合一個政策，虛應一下這些事情。

剛剛主席有提到日本付了多少錢，我們請了多少人力，所以成本很高，可是這是導因為果，如果說，我要求就是很高，我要讓很多人力投注，它就要符合支付標準就要請更多人來。但現在看起來只是調升一點點，我想這部分是不是應該重新思考，我們好的政策推動是不是要投注更多更合理的經費才有可能達到它的效果，以上。

主席

謝謝林代表的意見。優先請朱代表。

朱代表世瑋

我是物理治療師公會全聯會第一次發言，因為其實這整個議題是針對病房費跟護理費的支付標準調整，所以大家可以看到...，這是第一點。第二點，我也 echo 朱理事長所提的，其實在我們線上會員區做這樣的反應，其實 PAC 有很多成效，包括在臨床上、廠商互動，我們都發現 PAC 效果都很好，假如這病人他能夠支應在病房的看護費用等相關費用，其實他留在醫院做這段復健的治療，對他都很好。雖然有些醫院是因為某些因素造成平轉或下轉的個案不足，若這計畫要做檢討時，我覺得後續可以再來討論也上。

主席

請羅代表。

羅代表永達

主席，其實對地區醫院來講，當在做 PAC 的時候，已經花很多力量去做，但是說實在，大家都可以看到，包括北區，我們是第一名，但是當目前病人數愈來愈少，就像剛代表說的會有氣無力，為何會造成這現象，實事上這案子已經很多年沒有檢討過，包括平轉、設置標準問題、支付標準問題，我們今天提出來的東西真的是冰山一小小角。

事實上整個草案執行這麼多年，已經有很多東西改變，我們只是增加很多的項目，但是誰來執行？可能對很多大型醫院他就是一個...，

但對地區醫院來講是很重要的一環，而且大家都知道包括復健醫學會等，PAC 對整個臺灣從急性到慢性當中銜接是非常重要的，這是大家都知道，怎會越做越無力，在這情況之下，事實上這個草案真的要重新檢討，但我不反對今天的案子。護理費真的是偏低，但這是另外的議題。但我真的提議，下次不管健保署或衛福部，包括長照司，對PAC整個草案應該重新看過，有很多東西經過這麼多年沒有大修過，每次談的都是增加那些項目而已，包括平轉、下轉，事實上已經跟四、五年前討論的東西不一樣。當然今天只談支付標準的部分，我也希望署裡面把它錄下來，接下來應該對整個案子應該重新檢討，以上。

主席

好，非常謝謝。大家還有沒有別的意見？朱代表再來何代表。

朱代表益宏

主席，我 echo 羅代表的意見，其他支付標準都有個專家小組去研討一些事情。是不是針對 PAC 這案子由署裡啟動，請社區醫院協會、物理治療師公會、復健醫學會、護理師公會等等，組一個工作小組檢討整個 PAC 在健保裡面執行的狀況，因為健保目前還是最重要的一個環節，不然醫事司那邊、衛福部有再多的政策，沒有透過支付去誘導是達不到的，但是現況確實是有問題的，有些 PAC 疾病訂的條件又非常高，比如心臟衰竭，幾乎沒有辦法在地區醫院做。其他有些 case 是可以做，地區醫院也為了 PAC 把病房改設，請了物理治療師、復健科醫師，結果沒有病人下來，全部都在上游的醫院手上不願意放出來，這都是問題。

所以我認為說，是不是能夠啟動工作小組來檢討 PAC 這件事情，而不是由醫管組來做。如果醫管組來做，我相信可能檢討一年也不會有結果，所以我建議是不是主席裁示請醫管組主導，我們幾個醫學會、社區醫院協會一起來配合，甚至護理也參與指導，PAC 這件事情怎樣進入長照 2.0 去做一個有效的銜接，我覺得非常重要而且非常有意義的，謝謝。

主席

請何代表。何代表完再請羅代表。

何代表語

主席我請教這個費用是不是上次我們有通過 108 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率，我們就是以這通過的金額去分配？

主席

對。

何代表語

就是 108 年有通過的那些款項，由那些款項去分配，那當時是說不予調整，後來就分配給它 3 億還是 3.5 億？我想瞭解一下，這是開會延伸過來，還是是一個新的案子。

第二個，日本的起薪現在是 40 萬日幣，臺灣的平均薪資是 4 萬 1,560 元，所以不能用日本的錢來比臺灣的錢。目前我們國民所得只有 2 萬 6 千美元左右，日本已經約 4 萬美元，所以不能用錢去衡量，我想用錢去衡量會氣死。我們是要用醫療結構跟醫療費用去檢討，我想瞭解這一點。既然這個案子都已經算出來，我們支持這個案子先給予通過實施，不然一直拖下去也不是辦法。

主席

好，謝謝何代表。請羅院長。

羅代表永達

我想對這個案子我們都支持，我只是補充說明一下，我舉個案子，像語言治療，地區醫院為了要做腦中風復健，要語言治療師，可是語言治療師薪資是非常高的，可是現在沒有 case 就只能做其他的，這些語言治療師效果是非常好，尤其是吞嚥。我們醫院自己也做了幾項研究，有經過語言治療師加入的吞嚥，後來吸入性肺炎病人大幅減少 90

%，也就是 CVA 的病人如果經過 PAC，到減少後面慢性肺炎引發併發症是非常有用的東西，可是說實在話現在目前就是沒有 case，以後社區醫院要不要做，類似這樣的事情，我覺得這個案子應該是更擴大的去看這件事情，以上。

主席

好，非常謝謝，現在請紀代表發言。

紀代表志賢

個人的經驗，其實家裡有長輩，以前沒有 PAC 計畫時都用是自費，可是那個對於一個老人家要復健真的很重要，PAC 的那兩個月，對我們家很重要。現在在醫學中心都有疾病認證，醫策會裡面譬如說冠心病或是中風，我覺得這部份醫策會可以針對醫中是在前頭，後面就要區域醫院跟地區醫院怎麼配合來做評定標準。

主席

好，瞭解。醫管組這邊科屏副組長要跟大家說明調整費用的部分。

吳副組長科屏

跟大家報告，請大家翻開討 3-51，這部分是今年 1 月 2 日時公布修訂的支付標準。請大家看（一）阿拉伯數字 2 的住院診察費，住院診察費下面的（2），當時是調整住院診察費的支付點數，調升的幅度是 13.5%，這是第一個。另外在阿拉伯數字 3 的部分，病房費下面提到的住院護理費支付點數，當時是調升 3%。這個案子是因為支付標準做了這樣子的調整，所以才有今天的提案。因為這個提案主要是比照同樣的調幅，來調整 PAC 點數，因為 PAC 是包裹式的給付，所以是比照的方式調整。

代表剛剛有提到為什麼用一般病床住院診療費去做調整，是因為支付標準是一般病床的住院診察費，在經濟病床的部分，還有急性精神科的病床，其實都是比照一般病床住院診察費這樣子申報。所以在

住院的診察費跟護理費部分，其實因為他都是用經濟病床的費用在支付。以上說明。

林代表綉珠

對不起，我想請問一下，剛提到的按區域醫院一般病床住院診察費是按經濟病床的意思嗎？我聽不太懂，因為你這邊寫是一般病床的住院診察費的部分，我當初用護理費的話是經濟病床護理費的部分，而且我們要強調的就是 271 提升到 279，只有 2.95%，連 3% 都不到。

主席

好，有要說明嗎？專委要說明嗎？

韓專門委員佩軒

大家可以看一下討 3-54，我們是照著這個支付標準在調整，所以在說明中也有提到在住院護理費的部分是從 271 調到 279，調升了 8 點，這個部分我們是依據後面討 3-54 的費用做等比例的調整。剛才我們副組長也講到這是一個包裹給付，我們就是依據這個支付標準調整來做調整包裹給付，以上報告。

主席

好，跟林代表說明一下，如果只看討 3-53 跟討 3-54，就是現行規定跟修正規定的點數對照表，有關討 3-54 護理費的部分，由 271 變 279，這部分也是直接比照過來。今天討論的都是現行的規定，只是配合支付標準的調整，所以這部分應該是沒有疑義的。

至於大家在說 PAC 的 performance 好不好，會不會有一些不轉診的問題，確實有可能，因為這個計畫並沒有強制性，所以會有一些選擇性。大家其實都覺得 PAC 非常的重要，雖然類比說日本做的很好，但是日本的人力是我們的好幾倍，所以支付的點數當然也不一樣。但是沒有關係，就大家覺得 PAC 還是很重要，而且我們過去在做 PAC，剛開始的時候就花很多力氣，而且成效也很好，但是有一段時間沒有追

縱這也是事實。所以今天是不是建議讓修正案先通過，因為這是配合支付標準調整。

我們另外再起一個會議來討論 PAC 計畫的成效，還有大家新的提議。這個計畫應該是去年還是前年新增了好多個項目，確實是有一段時間沒有再檢討了，我們就另外訂一個時間邀集相關學協會再來探討，然後也將大家剛才講得問題一起討論，好不好？大家一起研究如何精進。這個計畫很重要，是急性跟長照間很重要的銜接，而且以前接受過 PAC 的人也都很好的成效，但有可能不是每位有需求的人都有受益，對不對？因為很多人是沒有經過 PAC。這部分還有沒有合縱連橫及垂直整合的必要，我們再來探討。今天因為時間有限，這個案子是不是請大家讓他先通過好嗎？好，謝謝！有關林代表剛剛對於這件事情的建議，一併在修正時探討好嗎？

林代表綉珠

就麻煩列入紀錄。

主席

一定納入檢討，是整個計畫檢討不是只有護理費。好，非常謝謝大家，那我們就進到第四案。

討論事項

第四案

案由：有關修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫（草案）」案。

主席

謝謝，這是修正居家醫療照護整合計畫，剛剛同仁發給大家修正的資料，麻煩先說明，請作貞科長還是哪一位要先說明，剛才發的資料修正的重點。

張科長作貞

剛剛發的資料是補充更正計畫的結案條件，最主要是在討 4-11。原來的用藥整合，由 6 個月延長到 1 年，我們希望讓時間更明確，執行期間是 108 年 6 月 1 日起，為了讓計畫的時間更明確，所以在結案條件括弧二的第 2 點，原來的條文是「本計畫修正前已收案之病人，應自本計畫修正公告後 6 個月內完成用藥整合，未於 6 個月內完成整合者，應予結案」。因為我們希望讓時間更明確，所以修正為「本計畫 108 年 5 月 30 日修正前已收案的病人，應自該次修正公告後 6 個月內完成用藥整合，未於 12 個月內完成者應予結案」，為了時間的計算能讓分區更順利執行，所以增列時間。

主席

好，謝謝。大家有沒有意見？請郭理事長。

郭理事長啓昭（台灣居家醫療醫學會）

關於今天的居家醫療討論案，我們可不可以先看討 4-13，第 4 點，居家醫療主治醫師可由西醫師或由中醫師擔任，並由原本計畫之居家西醫治療醫師有關規定之居家西醫主治醫師文字改為居家醫療主治醫師，這裡就跟剛在討論中醫師跟西醫師身障整合一樣，另外會發生就是說，我現在問的就是說，那中醫師如果要收案的，西醫師可不可以收案？還是全部都給中醫師治療？這個就變成兩人都可收案呢？還是單人收案？這第一個我想要明確的講清楚，你說改成中醫師也可以收案，這個一直以來我們都沒有討論到，上次 109 年 1 月 3 日討論的時候，我們也沒有討論到這一點。請問既然是說兩個都是主治醫師，中醫師收案之後他有辦法 handle 所有疾病嗎？今天突然看到這一份文我是很 shock，我們從來沒討論的事情突然就跑上去了，這第一個。

第二點的話就是說，我們請看一下討 4-25，第五點的說明，醫師每日訪視修正以 8 人次為原則，並敘明排除所有時段之緊急訪視人次，上次我們有談到 8 人次，覺得這也不宜，因為已經限制每個月報 180

人次了，那依照我現在看的情況，真的是我也不知道該怎麼辦，你說以此為原則，為原則這句話聽起來就任人解釋，因為承辦人員隨時在改變，以我理事長每天所接收到的投訴案就是各式的投訴都有，各分區那個承辦人員他說為原則就是 8 人，他要解釋為 8 人，因為有一天蔡副署長可能升官去當次長去當什麼，這個講法又不一样了，每一個人來其講法都不一樣，所以我的意思就是說，我們要把他明確化，不能把他寫一個為原則，上次實際上我們是討論到把 8 人次都刪除了，這個後來又有醫師講說，我們 8 人次是不是為原則比較好，但是我個人以理事長的身分來看這個事情就是很沒確定的一件事情，我們希望我們條文是講得很確定，所以既然我們是以 180 人次，也就是說第五點的第 1 小點，醫師每月以 180 人次為限這樣就好了，其他不要是為原則，因為我們上次 1 月 3 日討論的時候是講，全國平均每天醫師看診人次是 5.7 人，5.7 人也小於 8 個人，所以我們不要再用，因為有時候我們去看，你就不知道看幾人，而且這裡還沒有排除，我下午 5 點以前不可以報急診費，那他又不能去看，就一定要叫病人等，因為我早上 8 個人看完，那下午突然有急診，那我怎麼申報怎麼看，什麼都不能做，又只能等到下午 5 點，我們上次討論過這件事情，但是今天寫出來的修正案裡面，又沒有針對這件事情解決，而又把這個以 8 人次為原則又直接把他冠上去，這其實上次討論過，除了一個醫師說希望為原則，但是實際上其他有做居家醫療的醫師，大概都全部反對。

剛剛在宅學會，現在已離開，你就知道我們居家醫療真的很辛苦，在宅學會剛剛那個張凱評醫師還在，在宅學會張凱評醫師今天也才看兩個病人而已，然後他又急著要去看病人了，我們居家醫療真的很辛苦，你不要已經限制我們 180 人次了，還要再限制我們每天幾人次，都搞昏了，所以我是覺得就不要再限制了，因為我們整個大體方向是講這個大體就好，不要再講很細枝末節。還有我知道健保署在預防什麼，預防有醫師可能一天看 2、30 個，我知道有 1、2 個醫師可能有報過這樣的情形，但是我覺得這是 1、2 個醫師的特例，然後又要把他冠到所有醫師身上去帶這個原罪一樣，所以我希望這個健保署方面是不

是能夠就是說，如果真的是這樣子，能不能由我們醫學會來跟他協調，就是說你的看診次數是怎麼樣，由我們醫學會自己出面，我們自己解決就可以。所以我覺得這個修正為以 8 人次為原則，這個大家解釋都不一樣了，承辦人員要怎麼講他就怎麼講的，所以我覺得應該要把這個字全部拿掉，我覺得應該改成醫師每月以 80 人次為限，這樣而已，其他每日就不要再寫了，我覺得這個是很重要的。

主席

謝謝郭理事長，其他各位代表還有沒有意見？請黃代表。

黃代表振國

剛剛講的中醫師、西醫師，我覺得主要照顧是誰比較重要，能夠讓個案得到最妥適的照顧，至於一天以 8 個人次為原則應該很清楚，但有一點我請教一下，因為在這案中，夜間跟假日所謂的不納入人次，是指不納入每天 8 人次為原則呢？還是把總數 180 也不算呢？就是說讓夜間跟假日看的就不在這 180 人次上限為原則，我知道做居家醫療的醫師同仁都很辛苦，但從另個角度來看，醫療品質也要兼顧，這樣可能會讓民眾比較認同。我想原則應該就是以一天 8 個人次，一個月 180，大概是 22.5 工作天，而且據我了解居家醫療很少橫跨時段，因為我們很多醫師在做，大部分同時段盡力把它完成，當然我們在意的不是一天有多少上限，往往是他們抱怨去一天最多只能看 2、3 個，個案數是不夠的，所以很多醫師不是個案數太多，而是太少，等於是專門跑出去，交通往返要很多時間。可是如果一趟時間內，我覺得能加上交通時間的因素最重要，如果一天工作 8 個小時以 8 個來講有點嚴苛，但是如果扣掉交通時間 4 個小時看 8 個，我覺得也還好，所以交通時間因素也要納入考量。

學會那邊也擔心因為換主管會有不同的想法，我覺得用個合理的公式概念來挹注，譬如每個案平均多少小時，或多少分鐘以內的，我覺得沒問題。但是如果像之前有發生過，在同個據點一次看好幾個，比如養護中心甚至共餐地點，這個弊案就發生了，我不願意樂見到因

為這少數特例，而影響到這麼好的計畫。

那第二點大家也知道，夜間 5 點加成，假日也加成，鼓勵這些醫師跟醫護同仁，去照顧這些個案，我覺得立意良好，但是反過來思考，假設他今天出了一趟遠門，結果只看了一個，我覺得錢才真的少，這是我的另類思考。所以我建議是不是考慮交通時間因素，讓這些有在做的醫師得到回饋，但是也別忘了品質很重要，謝謝。

郭理事長啓昭（台灣居家醫療醫學會）

這個我能不能補充一下，因為我想這位代表應該沒有做居家醫療，所以他應該不大懂得居家醫療的規定，第一個養護中心的我們不能收案，第二個共餐地點我們不能收案，所以他講的都不存在的事實。那我是真的一家一家去看的，他講的我們之前應該都有討論過，我們 1 月 3 日討論，我想大家都是做居家醫療的人在一起討論，我想因為他可能沒有做居家醫療，所以他講的都是居家醫療以外的事情，所以我想不好意思啦。

黃代表振國

事情發生在我臺北區主委的時候，不要這麼肯定。

郭理事長啓昭（台灣居家醫療醫學會）

我不知道，因為我的群組。

黃代表振國

群組裡頭應該知道我是當時的主委，請注意一下發言。

郭理事長啓昭（台灣居家醫療醫學會）

好，對不起，那發生是那個發生的人該負責任的，因為我們規定上就不准嘛，所以我們不准就重罰嘛，當然這個規定本來就這樣子，因為你不准的事情，就應該重罰，這是沒有問題的。

主席

好，謝謝理事長，請李代表。

李代表懿軒

主席還有各位醫界的前輩先進大家好，代表藥師公會第一次發言，其實除了代表藥師公會，自己本身也是在宅醫療學會的副秘書長，剛剛其實都有討論很多藥師的議題，真是不好意思，也謝謝各位代表的發言這樣子。那在中醫加入居家醫療整合計畫這件事情上面，上次本來是在武漢肺炎的配套措施開會開到所有中醫診所在參加居家醫療照護計畫時，好像只有兩家參與計畫，但是實際上我們在執行居家藥師的部分，其實很多我們不能收案進到這整個計畫只有長照，或是其他實際上其他很多病人他是中西藥或中西醫都看診，這是藥師本身有受過中藥的一些訓練的時候，就我們知道的部分可以用藥指導這樣，所以其實還蠻希望說中醫師其實如果可以有機會加入到這樣一個計畫，是一件很好的事情。

不過如同剛剛郭理事長有提到就是說，因為加入這個計畫的品質指標是關於用藥整合，不管是 6 個月還是之後放寬到 1 年時間，這個用藥整合責任可能會落在哪一位主治醫師上面，中醫西醫可能...過去其實西醫師要轉介的時候，要轉介中醫師的時候，也都希望說互相可以做一個團隊的方式去做整個照護，而不是以一個醫師為代表去做整合照護。還有包含牙醫師再回到原本牙醫師的計畫之後，其實這中間的資訊，如果有辦法在 VPN 系統上面，大家以一個個案為單位，互相去做一個資訊的整合，可能是實際有辦法幫助這個個案的醫療照護整合的方向，不是有一個主治醫師負責這件事情，如果是在平台上都有這樣一個資訊互相整合的話，可能也可以解決這方面的問題這樣子，以上謝謝。

主席

好，謝謝李代表，還有嗎？李代表。

李代表紹誠

所以這一個案子裡面，我印象中是以西醫為主，然後他如果需要中醫師，我們再去 call 他進來這個團隊，好像關係是這樣的關係，好像是這樣子。第二個是關於那個用藥整合，在各個分區去年辦的說明會裡面，大家對這一部分都比較有疑慮，就是因為 6 個月，現在改 12 個月，其實不是 6 個月、12 個月的問題，而是他擔心的是說，因為現在這個個案，他可能...既然是居家的，他應該是很多多重慢性病的 case，這樣的人比較多，現在都專科化了，所以在用藥整合上面，很多的醫師是不太敢去做太多的建議，因為後面會衍生出來的，譬如說這個病人是有內科的問題，但是他有內科所衍生出來的眼科的問題，但眼科的用藥，我們也不敢去整合這個藥怎麼樣比較好。所以在這個過程當中，如果用 cost down 這樣的精神去看的時候，醫生就會很怕掉進這裡面的整合所產生的醫療糾紛，到時候如果因為這個醫師整合了之後，而發生了一些非原先預期的狀況，或者是家屬或病人本身，他認為是因為你整合之後所產生的問題，我原來有用這個藥，現在你說這個藥你不需要了，那這個問題就很沒有辦法在第一時間馬上去做，後面就衍生很多的行政程序的法律糾紛。所以在分區座談會時候，大家對於用藥整合這件事情，是有疑慮的。

另外一個就是關於預立醫療照護諮商(ACP)跟預立醫療決定(AD)，這一塊也是一樣，就是一開始去，你就簽啦這些東西，在我們台灣人的習俗裡面對這些東西是蠻忌諱的，所以我跟他的關係還沒有建立很好的居家醫師的時候，就要去談到這個東西，也是大家覺得說，如果這樣的話就變成用藥整合，或是因為一些東西，個案要結案，而這個案子又從頭到尾都是這個醫師在 handle，那整個立意就會被這個東西給破壞了，所以這個問題提出來在這裡，給大家參考，以上。

主席

好，謝謝李醫師。其他大家還有沒有意見？請吳醫師。

吳代表清源

大家好，稍微簡單講一下我們中醫的立場，因為我之前常做居家

醫療，一天大概看 5 個病人，那也知道各位醫師非常的辛苦。可是我們高雄那時候中醫居家醫療是運用莫拉克風災捐款計畫讓我們中醫進去相關居家醫療，現在目前我們在嘉義縣之前的縣長也提供其他的一些經費，不過這都是捐款，讓我們去做相關的居家醫療。感謝這次健保署有機會讓我們中醫能加入居家醫療整合計畫。我很同意各位代表發表的意見，當然是一定要考慮到相關權責的問題，中醫是不是擔任主治醫師，其實我們常常會看到很多的病人說不想看西醫想看中醫，我一直跟他們勸說有些地方其實要由西醫做治療效果會比較好，所以他們也就較能接受作中西結合的相關治療。至於是不是接下來相關權責或是如何分配，我是非常尊重署裡的意見，也非常歡迎各位代表來跟我們做相關討論，以上。

主席

好，謝謝中醫的發言，其他還有沒有意見？我現在回應李藥師，李藥師在講的是現在中醫診所只有 2 家，這 2 家並不是居家醫療，居家醫療有 15 家，您說的 2 家是我們最近因為武漢肺炎徵求大家提供視訊，就是願意照顧居家隔離或居家檢疫病人提供視訊的中醫診所 2 家，大部分參加的都是西醫診所或醫院來參加視訊，這是第一點。

再來就是李理事長提用藥整合這件事情，確實這些病人就是在家住院的病人，為什麼有居家醫療、為什麼要求醫生去做用藥整合，這些都有一個時間序列的討論。基本上一開始居家醫療醫師開始服務的時候，這是在第一回合，應該是計畫的前兩年，當時大家參與及收案非常多。可是經過我們檔案分析，這些病人在外面都拿很多藥，不管是代拿藥或自己拿藥，就是病人拿很多藥，而且是跨科看病。而我們居家醫療是到病人家後才回報，病人的藥太多不知道該開什麼藥，因為病人已經有一堆的藥。所以我們才有第二回合的討論，因為醫師都已經去訪視，但也沒辦法開藥，因為病人的藥太多，所以醫師應該要幫忙做用藥的整合，所以才有用藥整合的規定。至少醫師要做用藥整合，否則醫師只是去衛教，病人還是繼續在外面拿藥。

因為醫師這麼珍貴的資源，能做事情如果有限，那居家醫療非常不值得，所以希望醫師能整合用藥。確實用藥整合有跨科的問題，所以我們也同意因為居家醫療醫師是主責醫師的概念，所以真的要跨科的話，主責醫師可以邀請其他專科醫師協助。用藥整合的目的不是要醫師刪除什麼藥，而是要把重複的藥刪除，而且要解決病人到處拿藥的問題。希望藥物經過醫師統整後，沒有重複用藥的問題，就由主責醫師開藥，這個病人就不應該再委託家屬到處去拿藥，這個精神是這樣。

經過很多回合的討論，一開始是設定 6 個月內的用藥整合，今年 1 月 3 日再邀大家開會時，大家反映因為 1 月 4 日就滿 6 個月，大家覺得時間太短。大家有心做用藥整合，但是時間不夠。所以這次修正才有這個脈絡，修正為 1 年，給大家更充裕的時間做用藥整合。會議上也有醫師反映，病人已經 6 個月內完成用藥整合。所以重點是醫師要把重複的藥拿掉，不應該讓病人拿這麼多藥。

另外一個剛剛有爭議的是中西醫的問題，一開始討論時是要主責醫師。原始的主軸是以西醫為主責的醫師，西醫如果覺得這個病人需要看中醫，而且病人也希望看中醫，就由西醫師轉介給中醫師，然後中醫師進去合併治療，或者是這個病人有牙醫的問題，需要牙醫師服務，也透過西醫的主治醫師轉介，原來的精神是這樣。可是後來因為中醫團體反映，他們認為主責醫師不一定是西醫師，也可能是中醫師，因為這個病人平常就是看中醫，所以是中醫先收案，這時中醫也可以成為主責醫師，中醫也可以去連結西醫，所以就做了這個修正。在這裡並沒有郭醫師講的不可以重複的問題，本來原始的精神就是跨科治療。本來以西醫師為主責醫師時，是可以因應病人的需要，由主責醫師轉介中醫師，現在只是平行。如果是中醫師先收案，也可以轉介給西醫師，西醫師先收案也可以轉介給中醫師，所以並沒有不能重複的問題，但是誰當主責醫師誰就要對這個病人負責。

還有郭理事長提到 8 人次這件事，以及「為原則」的問題，在討

4-25，原來我們是設定「每日訪視次數以 8 人次為限」，這也經過大家多次的討論，希望能夠維護品質。而且醫師到病人家中也不是 3 分鐘就離開。醫師診治一個如同在家住院的病人，基本上是需要一些時間維護看診的品質，以及我們到病人家中的機會成本，所以當時評估包含交通時間等等，才訂出每日 8 人次為限，每個月 180 人次為限。為什麼這樣限制，因為目前願意做居家醫療的醫師，都是有院所之門診及排時間去病人家，到目前為止只有一家診所是專責做居家醫療門診，即完全不看門診，只做居家醫療。郭醫師提到如果再加一家，那這兩家全部都在做居家醫療，是全責在做居家醫療診所。但是這也很難做到每天 8 人。有醫師反映 8 人次為限有一點侷限，後來經過討論後把它改成「為原則」。其實「為原則」就不是「為限」，所以是可以超過，但是一個月還是 180 人次為限，這樣解釋郭醫師可以理解嗎？如果分區質疑一天不能超過 8 人次，那就跟原意不對。其實我們這樣的規定也是為了提示，提醒大家一天不能太多次，如果太多次，我們可能會 review，而不是說 8 人次不行。這個中文的意思是這樣，其實也是從寬，從善如流，但是每個月還是 180 人次為限。

事實上有些診所，門診也看很多人，居家醫療也報很多，我們也覺得這樣醫師日以繼夜很辛苦。後來大家又認為工作時間以外也要加成，還有夜間緊急訪視，所以這個都加進去了，也給了財務誘因鼓勵，所以這次修正的是這些部分。這些修正並不容易，已經討論非常多次，因為居家醫療對台灣醫師來講是很多新的嘗試，及新的挑戰。特別是開業醫師照顧居家醫療的病人，就如同回到在醫院時照顧住院病人一樣，有非常多長期以來可能生疏的部分。也可能開藥的部分有些已經不熟悉，特別是跨科。剛剛李醫師提到眼科，因為本身是復健科、內科，不了解眼科的話，也可以請眼科專科醫師幫忙會診，然後主責醫師再做整合。

李代表紹誠

眼科也可以收案？

主席

也可以收案，可是通常這種病人眼科醫師比較少去做，原因是居家病人都是以大內科系為主，因為病人的用藥問題非常複雜。但是我們的計畫沒有排除哪些專科不行。先回應這幾個問題。如果有第二輪的提問就再討論。請李醫師。

李代表紹誠

剛剛提的就是說，譬如說我現在用藥我不太敢確定這藥該怎麼處理，所以我請另外一個專科來看...

主席

他也可以申報，但要先加入居家醫療，居家醫療現在不是只有一個醫師，是主責的概念，必須是團隊。

李代表紹誠

第二個就是用藥整合，現在改為 12 個月，我覺得建議 12 個月之後，是不是就這一部分再來看看是否有什麼問題？

主席

當然可以，因為現在已經占一倍的時間，我們當然期待看到更多病人能得到用藥整合。但是如果一年之後再檢討，發現病人還是在外面領很多藥，到時候我們又要另類思考。因為基本的居家醫療多數是收治臨終前的病人，就是居家安寧。但是我們其實是更放寬失能在家、不方便外出看病的病人，因為目前的就醫情況不好，因為他們都代拿藥，拿了一大堆藥也不知道怎麼吃，而且代拿藥時，開藥的醫師也許已經很久沒有看到病人，但還是繼續開藥。這些藥物是不是現在這個病人還需要用的，是一個很大的問號。來，請賴醫師。

賴代表俊良

剛剛我們講到那個主責醫師的問題，好像沒有回答郭理事長的問

題。如果這個是西醫收案的主責醫師，他需要他可以去照會中醫，中醫收案變主責醫師，他可以去照會西醫。現在問題就是說，如果中醫已經收案了，西醫覺得這個居家的病人有居家西醫的需求，西醫能不能再另外收案？，這個就像我們剛第一個報告案，中醫參與CKD的問題，我剛開始就問中醫收案了，西醫能不能收？我們認為是可以的，我們認為他是可以併行的。可是這個中醫跟西醫好像有人做主責醫師以外，另外一個就不能再收案了，只能被動的接受照會，這個要再釐清一下。

第二點就是關於用藥整合的問題，現在用藥整合碰到一個問題，有一些是專科醫師才能開的藥，比方說神經內科一些失智症的藥，那些都排掉了嗎？

主席

那些都排掉了。

賴代表俊良

另外如果這些藥你不常用，但醫院轉 case 給你，這些藥你的診所沒有，那怎麼辦？要釋出嗎？

主席

釋出，你要以病人為中心為考量，因為現在都是要團隊合作，藥局也是的團隊之一。

賴代表俊良

所以現在所有的專科用藥都排掉？

主席

其實我們有試著要整合失智症，可是精神科醫學會不同意，所以現在先排除。

賴代表俊良

這用藥不只是神經科。

主席

當然我們都考慮過，我們有徵詢做居家醫療的醫生，請他們告訴我們哪一部分有問題。限於專科別的那些問題我們都盡量排除，剩下的麻煩可以整合的盡量整合，精神上是這樣。還有沒有其他問題？

郭理事長啓昭（台灣居家醫療醫學會）

報告副座，我要講的就是說，我們現在講的都是限於健保署和醫師的觀點，我們一直沒有站在病人方的觀點看這件事情，這樣一直做下去一定會失敗。因為病人都有病人拿藥的習慣的地方，所以他這個病會跑去給誰看，所以我們現在最大的困難就是即使你有辦法整合起來，他也不要給你用。我跟你講，病人型態真的很多。

主席

理事長跟您報告，您現在在談的這個問題，您又忘記在整個談論過程中，這一點其實已經討論過。

郭理事長啓昭（台灣居家醫療醫學會）

但是我們很努力整合，這個我們會給他盡力做好。

主席

我們在這個計畫裡頭確實有一條規定，收案的時候就先問病人肯不肯配合做用藥整合。假定病人不願意又已經拿這麼多藥，你再提供居家醫療，再回頭反映無法開藥，再開藥就是重複用藥時，請想一下為什麼要收這個病人？這個在計畫精神已經落入，自從走入用藥整合後，就是希望病人簽同意書，願意接受用藥整合，這時醫生的能力才可以發揮，否則大家都只是去衛教而已。所以麻煩您看一下計畫的精神，有落入這一條，而且還有一個但書，本來是 6 個月，如果 6 個月

內沒辦法達到用藥整合就結案，因為病人也不配合。但是現在大家覺得6個月時間太短，就延長到1年，我們也期待真的能夠做到這樣。

李醫師有提到1年後是不是再檢討？我們1年後再評估經由這樣的努力，病人是不是更能配合，我們才值得這樣做。否則就像現在看到病人到處亂拿藥，在居家醫療疊床架屋，病人並沒有得到好的照顧，真正沒有得到好處的是病人，他還是一樣重複用藥。來，先請紀醫師，然後是羅院長。

紀代表志賢

我很贊成副署長說的，我們要回到計畫的目的，計畫目的有三個，剛去找一下我們國內發表的paper有300篇，但這300篇是多不是針對這三個計畫目的(大家可以看討4-3計畫的目的)。健保署提供這樣的經費，在數據方面是可以往這個方向去評估發表，以達到我們的目的。

第二個是關於中醫，在300篇裡面跟中醫有關的蠻少，我覺得中醫也是應該往這方面努力，讓證據來說話。譬如說以達文西為例，我看CDE他們在做非常精確的效果評估。我們或許不用到這個樣子的嚴謹，因為我們是在照護，但是至少我們的研究跟這三個目的希望相關，是不是未來要往這個方向去努力，要有數據。

主席

來，羅院長。

羅代表永達

這個議題從以前到現在已經很多次會議，今天時間已經討論了很久。其實我們專家會議是在這個會前就做的決議，我們請專家來最主要是提供我們的詢問，而不是我在跟醫學會，再重新跟他對話，這樣會前會的專家會議就沒有意義了。在座的發言應該是以代表為主，其他人幫忙解釋我們這個會議的延伸，而不是直接對話，如果是這個樣子，會前會專家會議做什麼。所以我的意思是說，我以代表的身分我

認為說支持這個案子，因為我覺得健保署對這部分考慮的很周全，應該是詢問其他的代表有沒有其他的意見，否則這樣的對話會繼續下去。

主席

謝謝羅代表，請何代表，再來朱代表。

何代表語

我支持中醫師納入居家醫療照護整合計畫。剛剛居家醫療醫學會的理事長一直講要站在病人的觀點看，我認為是不一定，如果站在病人觀點看，他要去見上帝的話，我們還要聽他的嗎？所以我認為醫師要有主導的能力，我上個禮拜有個朋友 80 幾歲在宅看護，他只給中醫師看，不讓西醫師看，我幫他安排教學中心的病房他也不要，他寧願讓中醫師來家裡看病，都自費，他都不用健保。所以我意思是說，把中醫師納入居家醫療照護整合計畫也是非常好的方向，讓病人有一些選擇，在計畫裡面也有提到，誰先接到這個 case，誰就是主責醫師，這樣就不會混淆不清。除非這個病人說現在要轉換為西醫師做居家照護計畫，再去轉換，要不然...我看副署長講得很清楚，最主要的是用藥的整合計畫，藥品太多了，所以我支持這個案通過。因為這以前已經推動好一段時間，也看到一些缺點也一直在修正。我希望中醫師能夠更廣泛加入居家醫療照護整合計畫的工作裡面，能發揮一點效益，這是個人意見。

主席

請朱代表。

朱代表世瑋

這邊朱世瑋第二次發言，其實我們在做居家計畫的系統，系統其實都差不多，所以如果遇到人事跟品質問題，我覺得大可可以開放到紀錄訪視時間，大家就可以一清二楚，這是第一點。第二點我想請問，

這個計畫可以抽血嗎？

主席

可以抽血，核實申報。最後一位，請李代表。

李代表紹誠

針對每日 8 人次為原則，我覺得對我們臨床去做的人是有彈性的。但是我希望署裡面對於操作型定義這部分，可以當有違反相關行政規定的時候，我舉個例，我們北區曾經有一個診所是去老人活動中心收案，他申報費用是全國的 P100，這個收案條件完全不符合相關規定，可是這個案子跳出來之後，在第一關，在行政就應該核刪，就不應該成為他收案的條件，最後卻需要我們審查醫師去看這個案子，這案子所有 case 都沒辦法審，所以這問題是應該在行政程序直接把它核掉，而不是讓我審查醫師去看一個我沒有辦法看的案件，這就是一個我們曾經發生的問題。也請人家喝了咖啡，他也願意把錢繳回，可是回去反悔，就開始跟署裡面打官司，我想副座也知道這個案例，後面衍生出來很多問題，其實在一開始的時候，如果行政就可以做處置的話，就不會要我們審查醫師去做後端得這樣的狀況。我也沒辦法有那個能力看幾百個這樣的案件。我也提出來就是我們曾經有這樣的經驗，所以將來，如果該歸行政單位處理，就不要再把醫師拉進來，以上。

主席

因為「每日 8 人次為原則」如果今天會議通過就會生效，但在沒有通過之前，還是「8 人次為限」，所以今天共擬會議通過，計畫公告修正生效後，就會變成「每日 8 人次為原則」，但是一個月還是 180 人次，我們會請分區每個月監控，超過 180 人次一定行政處理。

之前確實新的計畫剛開辦，因為大家踴躍參加的結果，我們也接受你提到處理得太慢，讓專審醫師處理。我想這個計畫公告修正後，我們會請分區能夠行政處理的部分就不再專案處理，但是如果需要專案處理的部分，請審查醫師還是得幫忙，好不好。這案子到這裡大家

有沒有其他意見？如果沒有，我們就修正通過，接下來第五案。

討論事項

第五案

案由：修訂全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）3.4 版支付通則不適用範圍及分類表，暨 109 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。

王科長玲玲

主席，因為現在時間比較晚，我就直接說明。

主席

好，請直接說明。

王科長玲玲

第五案是修正 Tw-DRGs 3.4 版支付通則不適用範圍跟分類表，及修正 109 年 7-12 月適用的相對權重統計結果案。有關通則的部分，現行 DRG 支付通則裡有一項「複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術個案」，現行是八組排除 DRG 的適用範圍，這八組在 103 年時也是台灣婦產科醫學會提供的。這次也是學會反映當時漏列一個合併的選項，所以希望再把這些項目列進不適用範圍。經過我們計算，確實是在 DRG 裡面，它的費用是有影響的，所以我們建議把它列為我們的排除通則項目，所以會從現行八組增加為十組。這是第一個通則不適用範圍排除。

第二個是修正分類表，因為中華民國心律醫學會及台灣泌尿科醫學會反映特定案件。第一個是中華民國心律醫學會所提 MDC5「循環系統之疾病與疾患」，學會表示現行「心臟不整脈電燒」個案皆屬 DRG11203「經導管心臟病灶或組織剝除術」，但「不整脈經導管燒灼

術—2D/複雜 3D 立體定位」這些支付標準搭配使用之診斷、電燒導管支付點數差異很大，部分高單價導管特材已依 add on 可額外加計點數，但因為加計大約 50% 左右，所以學會認為支付點數不敷成本，並提供資料給我們，作再分類的試算。經過學會提供的項次做再分類試算，發現 DRG11203 如果按主診斷拆分成「複雜性心室不整脈」、「心房顫動」及「其他」這三項 DRG，確實有費用上的差異。所以我們建議 MDC5 就按照學會建議做再分類。

另外是 MDC11「腎及尿道之疾病與疾患」，目前在「經尿道攝護腺切除術」與「雙極前列腺刮除術/汽化術」這兩種手術方式不一樣，發生之併發症與相關使用器械也不同，所以希望「攝護腺切除術」相關 DRG 依手術方式再分類。我們也按照學會的建議，將現行 DRG306、307「攝護腺切除術，有/無合併症或併發症」，按照是否有執行「雙極前列腺刮除術/汽化術」，拆分為 DRG30601、30602「雙極前列腺刮除術/汽化術，有/無合併症或併發症」及 DRG30701、30702「經尿道攝護腺切除術，有/無合併症或併發症」這四項 DRG。拆分之後，證實費用也是有差異，所以也是建議拆分。本次 DRG 拆分後，由 1,062 項增為 1,066 項。這是第一個部分。

主席

好，先到這裡，因為有三個學會對 DRG 有一些主張，我們也經過試算後才同意，先請婦產科醫學會謝卿宏院士。

謝院士卿宏（台灣婦產科醫學會）

謝謝主席，謝謝各位前輩，更感謝健保署能夠體恤，其實在我們當時在 103 年剛通過排除 DRG 之外的時候，我們就有反應這個新功能，但可能限於很多時空的限制，或是剛施行沒多久，就沒有幫忙。

這次很感謝，健保署能夠讓我們有機會再來表達一次，其實這個骨盆重建手術都不是單一器官的手術，他是多重器官，而且往往 DRG

幾乎都是單一器官或單一部分，那我們這邊是很多部分，而且是很複雜，一般來講，如果像陰道手術，我們往往可能是前壁一個項目，後壁一個項目，那就在 DRG 裡面，那可能 20~30 分鐘就完成了，那骨盆重建手術，不僅點數有差異，而且時間可能都 2 個多小時，所以跟各位報告，請各位代表多多支持我們健保署，感謝。

主席

好，謝謝謝院士。另外黃醫師有要補充嗎？

黃秘書長建霽（台灣婦產科醫學會）

其實署內的說明已經很清楚，還有這次的分析做得很好。也非常感謝主席、各位長官，因為過去會員們雖然賠錢還是認真在做，但如果能校正過來，讓我們可以不要賠錢，我想各位會員應該會做得更開心，也能幫助更多患者，懇請各位支持，謝謝。

主席

好謝謝，有關婦產科這部分，各位代表有無意見，沒有意見這項就通過。接下來請心律醫學會林教授。

林教授亮宇（中華民國心律醫學會）

主席還有各位代表，我是心律醫學會林醫師，因為心律不整分成很多種類，過去 DRG11203 實在是沒有辦法涵蓋所有術式。我舉一個簡單的例子，我們現在再分類的 A1、A2、A3，A3 這個單純性心室上頻脈手術大概一個多小時就可以結束，它用的器材跟 A2 這個分類，心房顫動或是心房撲動，大概四到五小時，差異是非常大。我想署內分析也做得相當的好，已經把中位數最大值跟最小值抓出來，所以懇請各位長官體恤我們第一線的醫師給予通過，謝謝。

主席

好謝謝，這項有關 MDC5 的心臟這部分大家有無問題？

黃代表雪玲

我要問一下，剛剛林醫師講的 A2 這類，就是心房顫動，我真的感謝學會跟健保署這樣，其實讓長期真的分類不完整的部分分類出來。真正有用 2D 跟 3D 價差真的差很多，用 3D 金額就差了 1 萬 2，再加上特材，特材也有差異，所以其實在經費就已經差快 1 萬 7，謝謝學會做了新的分類，這樣給付其實是比較好的。我剛剛聽到 A2 這類，我也聽到專家有念到心房撲動，我覺得 A2，大家看討 5-19，學會建議再分類 A2 的主診斷其實沒有把心房撲動放進來，但是他在講的時候有提到。其實心房撲動也蠻常用到 3D，這一個不整脈燒灼術，所以可以建議 A2 分類把心房撲動再放進來，這也漏了心房撲動的診斷。A1 的部分我們其實發現 I49.3，叫心室早期去極化 VPD，這個診斷其實也會常用到 3D 的不整脈燒灼術，是不是可以署裡這邊能夠把這些診斷再放到這兩類，第三類讓它屬於比較單純，其實我們剛才講的這幾個，其實在實際醫療花費比被現在歸到 A3 這類高很多，至少都是 1 萬點以上。

主席

好，請林教授。

林教授亮宇（中華民國心律醫學會）

抱歉，我想作業有疏失，心房顫動或心房撲動基本上花費的時間都差不多。

主席

是心房撲動有漏掉嗎？

林教授亮宇（中華民國心律醫學會）

對，心房撲動應該是在裡面。

主席

它的診斷碼是什麼？

黃代表雪玲

I48.3 跟 I48.92。

主席

那剛剛講的 I49.3？

黃代表雪玲

我們是希望放在 A1。

林教授亮宇（中華民國心律醫學會）

就是心室早期收縮，它也是複雜心律不整的一種，就是心室的不整脈，A1。

主席

依婕這邊查的結果如何？

王科長玲玲

我們當時分的這幾組主診斷是按照學會提供的再做分類。如果現在要再增加診斷，可能要重新計算財務。

主席

那這案今天就不能通過？

黃代表雪玲

今天可不可以先讓這案子過呢？

林教授亮宇（中華民國心律醫學會）

我贊成先通過。

主席

重新計算結果要半年後？

林教授亮宇（中華民國心律醫學會）

我想沒有關係，心房顫動跟心房撲動，撲動是比較混合型的，有的是很複雜，有的時候很單純，所以應該是以顫動放在 A2 趕快通過比較好。

主席

好，至少一步一步校正，如果沒辦法一步到位就分兩階段，大家可以接受嗎？

林教授亮宇（中華民國心律醫學會）

對，當初學會的評估可能也是一步一步達成的機會比較高。

主席

因為同仁剛才已經說明，如果今天再外加這些，整個財務都要重新估算，包括等一下討論的權重表都要重算。所以這案是不是今天先通過？但是雪玲的意見都紀錄下來，下次再修正時再加入，這樣可以嗎？林教授？

林教授亮宇（中華民國心律醫學會）

可以。

主席

那代表們還有沒有意見，請，朱代表。

朱代表益宏

這個案子我認為應該通過，我只是想說現在實際還是 3.4 版，1,066 支，到 4.0 的時候就很多，這個調整以後，4.0 的草案也相對會增加。

主席

對啊。

朱代表益宏

那我覺得這樣子下去...因為我知道其他各專科醫學會對 DRG 的分類，包括醫院協會內部也認為這些要再細分。

主席

有一個小組在討論。

朱代表益宏

對，我知道，我是說到時候是不是分出來全世界最多的 DRG。

主席

因為大家所求很多。

朱代表益宏

對啊，所以我是說這一部分其實署裡在拿捏可能要考量，因為 DRG 的精神，跟論量畢竟是不一樣的，但是當然他是一個 LUMP SUM 的概念，那你要框多大、框多小，這是確實是一個要考量的地方，那框太細的話，每個專業都可以提出很多理由，那框太細的話，事實上就不需要用 DRG 啦，現在就有 7、8 千項的項目就可以做。

主席

1 萬多項。

朱代表益宏

所以我覺得這個後續我覺得要檢討。

主席

我們建議朱代表參加 DRG 的工作小組，麻煩你去告訴大家不要再細分了，因為現在所有的訴求都是要再細分。

朱代表益宏

我知道，但是我覺得這一部分...我不是專家。

主席

我們今天先不討論這個。

朱代表益宏

我只是提醒說，主席在這邊要...

主席

好，DRG 的工作小組麻煩邀請社區醫院協會的理事長。這項就依照林教授跟大家共同的意見先通過。第三個部分是泌尿醫學會梁副院長，請梁副院長。

梁副院長景堯（台灣泌尿科醫學會）

謝謝，我是第一次發言，請大家看到附件 6，可以看到分類試算的結果。不過我想當時我們泌尿科醫學會提供的數據可能沒有很完全涵蓋這個項目，因為除了 306、307 這兩支 DRG 以外，還有 336、337 也是跟攝護腺切除有關的，而且 336、337 他的個案數更多，我們在 107 年，306、307 一共合計有 700 多件，但是 336、337 合計起來有 6000 多件，可見目前大部分泌尿科醫師在執行業務的時候，會落在 336、337。因此我們評估起來這個切分可能不會是切在 306、307，而是 336、337，但是牽涉很大，因為這個可能會影響整個 RW 值的計算。

主席

所以？

梁副院長景堯（台灣泌尿科醫學會）

就是...

主席

先這樣通過，是嗎？

梁副院長景堯（台灣泌尿科醫學會）

是，因為這是很多會員的期望，但是依照現實的狀況，336、337 個案數是更多。

主席

這個不是個案數多就一定要細分，是合理性。就是同一群本來就很多診斷，沒有一定要拆分。朱代表才剛講完，如果再拆就是每一個疾病就一個 DRG。

梁副院長景堯（台灣泌尿科醫學會）

因為我們看到的就是目前納入的這些醫令，包括 79413 到 79415，還有 79406 到 79412，事實上他執行的方式都是經由尿道手術，所以其實正確的落點應該會是在 336、337。

主席

可是今天這個草案也是學會提案的。

梁副院長景堯（台灣泌尿科醫學會）

是的。

主席

所以是不是要先照這個通過？

梁副院長景堯（台灣泌尿科醫學會）

了解，是。

主席

好，那大家對於泌尿科這一部分有沒有意見，好，如果沒有意見，這三項修正都通過，接下來第四項請簡單說明。

王科長玲玲

第四項是按照剛才修正的範圍，重新計算 109 年 7-12 月適用的參數。這幾項參數，跟 109 年 1-6 月的版本去做比較，除了 DRG 範圍的項目，骨盆腔的個案排除 714 筆，另外 108 年特材的價量調查共校正 398 項，住院總點數減少 0.37 億點，DRG 範圍總點數減少 0.25 億點。

另外 109 年增修支付標準部分，校正 504 項，住院總點數增加 40.06 億點，DRG 範圍總點數增加 22.76 億點。按照這樣的計算，今年 7-12 月的 SPR 值為 46,313 點，跟 1-6 月的 SPR 值 45,387 點比較，共增加 926 點。後面有個附件是整個分類表跟排除項目。另外我們附上一個原來在沒有修改 DRG 適用範圍及分數表的 7-12 月適用權重跟 SPR 值，提供各位代表參考，以上。

主席

好，謝謝，就是併入前面三項的修正，一個是通則修正部分診斷，不適用 DRG，以及泌尿道及循環系統的兩個 MDC 修正後的相對權重與 SPR 值，這部分是適用今年 7-12 月的權重。今天如果通過，大家可以先行修改醫院系統。這案大家有沒有意見，沒有的話這個案子就通過。

接下來有 3 個臨時提案，我們就依序討論。

朱代表益宏

主席，現在 5 點半。

主席

可是今天 RAS 的提案單位有來，要不要討論一案就好。

張代表孟源

我們是第二案。

主席

基層是第二案。

李代表紹誠

基層議事研商已經通過了。

何代表語

你們基層代表都離開了。

李代表紹誠

不是，因為這是在基層議事研商會議已經報告通過的，今天只是到這邊給大家確認，所以大家不需要再討論。

主席

我們徵求與會還在現場的代表，我們要繼續討論還是要延到下一次。有3位代表要下一次，其他代表呢？好，如果是這樣的話「All-RAS基因突變分析」這項，麻煩病理學會下次再來一次，賴理事長可以嗎？

賴理事長瓊如（台灣病理學會）

不行也得行。

主席

因為大家說時間太晚了。

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

因為剛講檢測的項目，現在因為癌症的這些用藥，全部都已經通過，所以當初這個檢測的費用是病人自費，所以再拖的話，因為今天有很多藥廠都說...，因為這個問題，那廠商要吸收，所以他們全部抗議，所以這個再拖不知道會拖多久。

主席

沒有，就是下一次，這個已經很久了，不是他們說的現在才開始發生，這已經很久了。

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

對。

主席

廠商已經付錢很久了，現在是我們要支付，但是支付也需要跟藥廠拆帳，並不是健保完全要吸收。所以藥廠原來出的錢還是要繼續出，只是看是要用還款或是藥價調降的方式，這些現在都在談判中，這些案子是並行的。只是我們是希望兩邊要同時生效，支付標準生效的時候，藥價部分也要談成，這個案子目前是這樣。當然今天如果可以通過是最好，因為藥品那邊已經啟動，但如果今天支付標準這邊沒有通過，大概會晚 3 個月。

另外我們也在研究，因為現在支付標準修正都要預告 60 天，我們正在研究看能不能縮短預告期，那部分也同步進行，所有可提升效率的方法我們都會努力。

現在在場的人數比較少了，因為 5 點半了，今天會議是不是就到這裡？賴理事長還有杭秘書長，抱歉你們要再來一次。好，謝謝各位代表，今天會議就到這裡，基層代表也不好意思，下次再討論，謝謝大家。