

「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」

112 年第 1 次臨時會會議紀錄

時 間：112 年 4 月 27 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：石署長崇良(李副署長丞華下午 2 時至 3 時 8 分代)

紀錄：吳倍儀

彭代表家勳	彭家勳	陳代表俊良	陳俊良
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	黃啓嘉(代)
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	(請假)
游代表進邦	游進邦	黃代表克忠	吳永隆(代)
李代表佳珂	李佳珂	謝代表偉明	李明憲(代)
陳代表志忠	郭咏臻(代)	劉代表淑芬	劉淑芬
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	(請假)
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	李代表承光	蕭豐益(代)
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	林桂美
朱代表文洋	朱文洋	吳代表茂昌	吳茂昌
朱代表益宏	朱益宏	陳代表淑華	白其怡(代)
李代表紹誠	李紹誠	李代表永振	李永振
林代表恒立	林恒立	何代表語	何語
王代表宏育	王宏育	陳代表杰	陳杰
黃代表振國	黃振國	陳代表莉茵	陳莉茵
賴代表俊良	賴俊良	陳代表振文	陳振文
洪代表德仁	(請假)	施代表壽全	施壽全
吳代表清源	(請假)		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會

陳哲維、吳韻婕、黃瑋絜

台灣醫院協會	吳昱嫻、吳心華、林佩菽、 顏正婷、周貝珊
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
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
財團法人醫藥品查驗中心	張慧如、賴美祁、林鈺婷、 高嘉慧、李宥霖、陳韋伶
衛生福利部疾病管制署	李佳琪、馮琦芳、曾毓珊
台灣腎臟科醫學會	吳麥斯、楊孟儒、楊智宇
社團法人中華民國腹膜透析腎友協會	吳鴻來
黃尚志副院長	黃尚志
宋俊明主任	宋俊明
台灣神經學學會	藍聖星
台灣婦產科醫學會	陳宜雍
台灣急診醫學會	蔡賢龍
社團法人台灣護理學會	陳麗絹
社團法人台灣居家護理暨服務協會	曾勤媛
台灣居家醫療醫學會	請假
台灣在宅醫療學會	陳英詔、陳家宏
衛生福利部護理及健康照護司	顏忠漢、何秀美、李雅琳
衛生福利部全民健康保險會	邱臻麗、盛培珠、林劭璇
衛生福利部社會保險司	梁淑政
本署副署長室	李丞華
本署醫審及藥材組	張淑雅
本署醫務管理組	黃兆杰、劉林義、張作貞、 陳依婕、朱文玥、許博淇、 王智廣、劉立麗、葉若涵、 蔡金玲、黃聖峯、黃思瑄、 陳玫吟、吳倍儀、蔡政伶、

何懿庭、顏其敏、周筱妘、
楊庭媽、蔡孟妤、張艾琪、
宋思嫻、林煜翔、蘇明雪

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)
確認：略。

參、討論事項：

一、有關恢復實施醫院門診診察費合理量案。

說明：考量疫情已漸趨緩，各項防疫措施陸續鬆綁，規劃恢復實施醫院每日門診合理量。另將急性一般病床開放床數 250 床以上之地區醫院，納入門診合理量實施範圍。

決議：與會代表對恢復實施醫院門診診察費合理量案無共識，爰未獲通過，俟確認 106 至 107 年暫緩實施區域級以上醫院門診合理量理由及該理由是否存續後，再研議提會或報衛生福利部核定。

二、有關 112 年醫院總額部門專款項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」運用方式案。

說明：本案重點如下：

(一)「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(編列 1,000 百萬元)」：區域級(含)以上醫院調升急重症基本診療項目 02011K「加護病房住院診察費(天)」等共 17 項診療項目支付點數。

(二)「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(編列 500 百萬元)」：地區醫院調升診療項目如下：

1. 調升地區醫院住院護理費全日平均護病比加成，比照醫學中心及區域醫院之護病比級距予以不同加成率。

2. P1011C 及 P1012C 「慢性呼吸照護病房」等 2 項診療項目調升 3%，另急診診察費(含不分檢傷及按檢傷分類)調升 15%。

(三)本案因屬 112 年專款項目，規劃採計畫形式由本署統一核算補付點數差額，不調整支付標準支付點數。

決議：

(一)同意調升區域級以上醫院 02011K「加護病房住院診察費(天)」等 17 項診療項目支付點數。

(二)同意調升地區醫院慢性呼吸照護病房及急診診察費支付點數。

(三)有關住院護理費全日平均護病比加成，請台灣醫院協會與護理師公會攜回研議，再提會討論。

三、有關運用 112 年西醫基層總額預算調整門診診察費案(詳附件 1，P11-P14)。

說明：西醫基層總預算項目及調整說明如下：

(一)配合分級醫療，調高診察費：調升第一階段門診診察費支付點數 1 點。

(二)因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費：聘有護理人員且有調升其薪資之基層院所，醫師全聯會建議調升 1~30 人次門診診察費支付點數 6 點，另本署建議新增「提升基層護理人員照護品質加計」診療項目支付點數 6 點，支付規範明訂「限聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所，申報 1~30 人次門診診察費之案件得併報本項」。

(三)醫療服務成本及人口因素成長率：調升基層院所 1~30 人次門診診察費支付點數，本署考量預算用途，建議調升支付點數 2-3 點，另醫師全聯會建議調升 10 點。

決議：同意「醫療服務成本及人口因素成長率」預算用於調升基層院所 1~30 人次門診診察費支付點數 5 點，其餘依本署修訂版。

四、新增「慢性傳染病照護品質計畫」案（詳附件 2，P15-P36）。

說明：計畫重點如下：

(一)透過健保總額納入專款項下支應，為強化潛伏結核感染及愛滋個案治療與管理照護品質，包含三項子計畫，支付項目如下：

1. 潛伏結核感染治療品質支付服務計畫:支付開立治療費(500 點)、管理照護費(600-1,500 點)及獎勵費(800 點)。
2. 愛滋照護管理品質支付計畫:支付發現確診費(2,000 點)、管理照護費(350-1,000 點)及監測評估費(900 點)。
3. 長照機構加強型結核病防治計畫:支付檢驗/治療評估費(100 點)、結核菌快速分子檢測費(2,500 點)、潛伏結核感染檢驗費(3,500 點)及獎勵費(10,000-50,000 點)。

(二)另疾管署於會議上補充資料修正表四、愛滋檢驗數值上傳格式。

決議：同意新增本計畫，並依補充資料修正表四。

五、鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫（詳附件 3，P37-P52）。

說明：計畫重點如下：

(一)鼓勵院所新設腹膜透析室/中心：腎臟醫學會建議開辦獎勵費新設立 60 萬點、重新收治 40 萬點及輔導設立 20 萬點；本署建議新設立 30 萬點、重新收治 20 萬點。

(二)腹膜透析院所推廣獎勵費：依病人數成長率獎勵 1,000-4,000 點/人。

(三)提升腹膜透析院所照護品質獎勵：依品質指標計算全年總分達 70 分以上者獎勵費 5,000 點/人。

(四)鼓勵執行醫病共享決策(SDM)：腎臟醫學會建議 CKD Stage5 或血液透析治療 2 年內之病人執行 SDM，醫學中心、區域醫院 1,200 點/次、地區醫院及基層診所 2,000 點/次，本署建議醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所均為 600 點/次。

- (五) 腹膜透析轉診費(含上轉、下轉及回轉、平轉)：腎臟醫學會建議獎勵 20,000-40,000 點，本署建議 5,000-10,000 點。
- (六) 腹膜透析病人訪視費：腎臟醫學會建議醫學中心、區域醫院 3,500 點/次、地區醫院及基層診所 5,000 點/次；本署建議 1,200 點/次。

決議：同意新增。

- (一) 鼓勵院所新設腹膜透析室/中心：維持台灣腎臟醫學會提案開辦獎勵費新設立 60 萬點、鼓勵院所重新收治腹膜透析醫療獎勵費 40 萬點。
- (二) CKD Stage5 或血液透析治療 2 年內之病人執行 SDM，病人經 SDM 成功轉為腹膜透析治療，醫學中心、區域醫院 1,200 點/次、地區醫院及基層診所 2,000 點/次，其餘 SDM 病人未轉腹膜透析治療，依本署修訂版醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所均為 600 點/次。
- (三) 腹膜透析病人訪視費依本署修訂版 1,200 點/次，每半年 1 次改為每季 1 次，1 年中 2 次可以視訊方式進行。
- (四) 其餘部分依本署修訂版。
- (五) 本案通過後，請台灣腎臟醫學會研議腹膜透析更完善之照護模式，如比照家醫計畫 call center 或與居家護理暨服務協會合作居家訪視等。另請洽衛生福利部醫事司醫學中心評鑑指標腹膜透析率，將下轉腹膜透析病人納入指標計算。

肆、報告事項：

- 一、歷次會議決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

- 二、西醫基層總額增修開放表別項目案（詳附件 4，P53）。

說明：新增 18010B「頸動脈聲圖檢查」開放至基層適用並增訂適應症及支付規範，另修訂 19013C「陰道超音波」支付規範，增訂「診所支援診所之醫師」得開立處方及執行。

決定：洽悉。

三、修訂「全民健康保險急診品質提升方案」(詳附件 5, P54-P70)。

說明：修訂重點如下：

(一) 下轉—接受轉診醫院獎勵:

1. 新增對應醫令：P4626B/P4627B「區域/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)」。

2. 修改既有醫令名稱，加註「第二天起」：P4609B/P4610B「區域/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第二天起)」。

(二) 調整醫令類別申報規定文字：刪除醫令類別為「2」說明文字。

決定：洽悉，另請台灣醫院協會提供本方案附表二/三「向上/下轉診或平行轉診疾病別」修正內容後，照案執行。

四、有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護通則新增「機構」定義案(詳附件 6, P71-P72)。

說明：本案配合長照政策推動，支付標準第五部第一章居家照護通則增列「機構」定義及訪視個案所在地增列「住宿式長照機構」及「榮譽國民之家」。

決定：洽悉。

五、有關全民健康保險醫療費用審查注意事項部分條文增列至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準案(詳附件 7, P73-P76)。

說明：審查注意事項中屬「不得併報」或「限制執行次數及頻率」規定且執行逾 3 年之規範增列至支付標準，修訂 18013C、18014C「胎心音監視(3 小時以內/3 小時後每小時)」等 19 項支付規範。

決定：洽悉，另審查注意事項係供本署醫藥審查專家審查有所依循，爰本案所涉內容不予刪除。

六、修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版 112 年

7-12 月適用之相對權重統計結果案（詳附件 8，P77-P107）。

說明：

- (一) 112 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案，標準給付額（SPR）為 51,660 點。
- (二) 另配合本署 112 年 3 月 1 日修訂支付標準編號 33112B「經由心導管治療直徑小於 2.5mm 之開放性動脈瘻管」及 33114B「經由心導管治療直徑 2.5mm 以上之開放性動脈瘻管」，由現行 2.5 mm 修訂為 2.0mm，並將「瘻管」修改為「導管」，修訂 DRG11002、11102、11006 及 11106 之中文名稱。

決定：洽悉。

七、112 年醫院醫療給付費用總額專款「住院整合照護試辦計畫」（詳附件 9，P108-P128）。

說明：修正重點說明如下：

- (一) 醫院遴選核定：原核定各醫院試辦金額，改為核定各醫院試辦床數辦理。
- (二) 申請資格條件：申請醫院之試辦床數規模應審慎評估，且至少安排 1 個病房辦理。
- (三) 敘明醫院照護輔佐人員資格。
- (四) 品質監控指標：
 1. 「全院推動住院整合照護涵蓋率」指標修正操作型定義。
 2. 「滿意度」指標增加質性資料與正負面意見關鍵事項，另新增醫院管理者之調查。
- (五) 申請醫院執行計畫書規範：如為本計畫 111 年試辦醫院，應檢附執行成果報告及住院整合照護病床使用率分析，並於 112 年執行計畫書提出申請床數之評估依據及可行規劃。
- (六) 申請醫院審查作業：
 1. 112 年計畫審查項目內容調整並適當分配權重。
 2. 審查結果評定：將總平均分數評比方式，調整為序位法評比，如遇總序位合計數相同，以 2 年內未曾涉及全民

健康保險醫事服務機構特約管理辦法第 38 至第 40 條所列違規情事之一且歸因於醫院總額部門者，並以總平均分數高者為優勝。

(七) 報衛福部核定後公告實施，欲參加之醫院須於公告後 20 個工作日內提送申請書，請各分區預作準備。

決定：洽悉。

伍、臨時提案：無。

陸、散會：下午 5 時 28 分

柒、與會人員發言實錄(詳附件 10，P129-P196)

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

附件 1

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一般門診診察費					
	－ 基層院所門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	v				358 364
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	v				250
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				381 387
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	v				375 376
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	v				358 364
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次)	v				250
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				356 362
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	v				350 351
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555 561
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530 536
	2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41-60)					
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450
	3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80)					
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190

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
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一百五十人次以下部分(81-150)					
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v				70
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				125
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				70
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				100
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				325
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				300
	5.每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150)					
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	v				50
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				105
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				50
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				80
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				305
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				280
	6.山地離島地區					
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)					
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	v				358 364
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	v				352 353
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				381 387
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	v				375 376
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	v				358 364
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	v				352 353
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				356 362
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	v				350 351
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555 561
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八	v				530

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
	天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑					<u>536</u>
00205C	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70) 1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在在一百五十人次以下部分(71-150)					
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390
	(4)每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150)					
00217C	1)處方交付特約藥局調劑	v				90
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				145
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				90
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				120
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				345
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				320
<u>00246C</u>	<u>提升基層護理人員照護品質加計</u> <u>註：限聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所，</u> <u>申報1~30人次門診診察費之案件得併報本項</u>	<u>v</u>				<u>6</u>
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時二千公克以下的早產兒於未滿三歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.內含護理費比率為百分之一點五至百分之十五點三。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數 425 <u>426</u> 點申報。	v	v	v	v	468

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
	精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					
	2.基層診所					
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	v				344 350
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	v				338
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				395 401
00241C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	v				389
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	v				344 350
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	v				338
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				374 380
00245C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)	v				368
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				569 575
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				548 554
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)					
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	164
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	218
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	164
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	196
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	436
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	414

慢性傳染病照護品質計畫

○年○月○日健保醫字第○號公告自○年○月○日生效

慢性傳染病包括結核病及愛滋病，皆為世界衛生組織及聯合國舉目關注的疾病，也是我國長期不遺餘力投注心力與資源耕耘防治的疾病，且因傳染病具有外部性，當民眾感染傳染疾病後，除了會影響身心狀況，無法正常生活，亦會傳染予他人，並造成醫療費用支出，為提高慢性傳染病之照護品質，提於健保總額中長期改革計畫，依據衛生福利部 111 年 12 月 28 日衛部保字第 1111260443 號核定函，自 112 年始納入健保總額專款，強化潛伏結核感染及愛滋個案的治療與管理照護品質，整合健保與公衛資源，發展以病人為中心之疾病管理照護模式，提升疾病治療成效，穩健醫療照護品質，達疾病防治與有效運用健保支付價值的目標。本計畫由健保專款支應每年 2 億元，醫院總額 1.8 億元及西醫基層總額 0.2 億元，前述同項專款得相互流用，包括三個子計畫：(一)潛伏結核感染治療品質支付服務計畫；(二)愛滋照護管理品質支付計畫；(三)長照機構加強型結核病防治計畫。

(子計畫一)潛伏結核感染治療品質支付服務計畫

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「慢性傳染病照護品質計畫」專款項目。

參、方案內容

一、方案目的

- (一) 鼓勵醫療體系積極協助潛伏結核感染治療追蹤管理作業，即時轉銜公衛人員追蹤關懷潛伏結核感染治療個案於社區之服藥及治療情形。
- (二) 提升潛伏結核感染完成治療比率，避免成為活動性結核病，減少結核病個案所致健保醫療資源負擔及院內感染發生的可能性。

二、實施方法及進行步驟

(一) 醫療服務提供者資格：

1. 須為疾病管制署(下稱疾管署)潛伏結核感染治療指定醫療院所，名單請參見疾管署全球資訊網首頁>傳染病與防疫專題>傳染病介紹>第三類法定傳染病>結核病>治療照護>潛伏結核感染專區。
2. 院所應依潛伏結核感染治療個案及結核病個案之總照護數設置所需個案管理人員：

(1) 總照護數=潛伏結核感染治療個案數*0.5 +結核病個案數。

(2) 總照護數每達100人應設置專任結核病個案管理人員1人，並應依個案增加比率酌增個案管理人員數；總照護數未達100人者得以專責人員任之。

[註]專任：係指聘請個案管理師全職辦理個案管理相關業務。

專責：係指負責個案管理業務，但不限定其為全職或兼職辦理該業務。

(二) 服務對象：潛伏結核感染治療者。

(三) 醫療服務內容：

1. 醫療院所評估開立潛伏結核感染治療後，提供衛教並於疾管署結核病追蹤管理系統進行潛伏結核感染治療建檔開案，以轉銜公衛人員執行都治關懷送藥與監測服藥狀況。
2. 醫療院所辦理潛伏結核感染治療處方開立或轉換，及監測治療情形與副作用等，且將就醫照護資料登錄於結核病追蹤管理系統，管理照護期程達一定療程比例者，於結核病追蹤管理系統登錄階段鑑評資料。
3. 醫療院所即時登錄中斷治療或結束治療資訊於結核病追蹤管理系統，以利轉銜其他醫療院所接續追蹤管理或公衛人員辦理銷案作業。

肆、給付項目及支付標準(如表一及表二)

一、開立潛伏結核感染治療費：

(一) 每人支付500點。

(二) 院所須於結核病追蹤管理系統進行潛伏結核感染治療建檔開案、登錄下列資訊並經疾管署確認開始服藥後，才可申報本項費用：

1. 個案身分證號。
2. 診療醫師姓名。
3. 照護院所名稱。
4. 醫療院所個管人員。
5. 治療前胸部 X 光評估。
6. 潛伏結核感染治療起始日期及處方種類。
7. 性別、體重等其他個案資料。

(三) 醫療院所須運用智慧關懷卡診間查詢系統或結核病追蹤管理系統等查詢管道，確認欲治療個案確實符合疾管署潛伏結核感染檢驗及治療收案對象。

二、第一階段潛伏結核感染治療管理照護費(達1/3療程)：

(一) 每人支付600點。

(二) 院所照護達1/3療程且於結核病追蹤管理系統登錄下列資料，才可申報本項費用：

1. 如轉換處方，則須登錄治療處方轉換紀錄。
2. 歷次回診之領藥紀錄。
3. 歷次回診之臨床血液生化檢驗資料。
4. 副作用評估資料。
5. 管理照護達1/3療程之階段鑑評(含該階段個管師及照護院所資料)。
6. 如中斷治療，則須登錄。

三、第二階段潛伏結核感染治療管理照護費(達2/3療程)：

- (一) 每人支付600點。
- (二) 院所照護達2/3療程且於結核病追蹤管理系統登錄前項所列資料，才可申報本項費用。

四、第三階段潛伏結核感染治療管理照護費暨完成治療費(完成完整療程)：

- (一) 每人支付1,500點。
- (二) 院所完成治療且於結核病追蹤管理系統登錄前項所列資料(並須登錄結束治療)，才可申報本項費用。

五、潛伏結核感染治療品質支付服務計畫加入率達80%獎勵費：

- (一) 定義：指醫療院所當年度符合收案條件(醫療院所照護潛伏結核感染治療個案)對象中，有執行前揭任一診療項目且完成申報作業的比率。
- (二) 各院所全年度之「潛伏結核感染治療品質支付服務計畫加入率」如達80%，核付獎勵費每人800點。
- (三) 獎勵費以50人為上限。如院所收案逾50人，則以上限之50人計算獎勵費核付數。
- (四) 以上獎勵費達成情形，以疾管署於次年度2月底前自結核病追蹤管理系統下載之資料及院所申報資料計算結果為準，並提供健保署給付清單，由健保署逕行撥付獎勵費予符合院所。

表一、給付項目及支付標準

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
P7801C	開立潛伏結核感染治療費 註：須於結核病追蹤管理系統進行潛伏結核感染治療建檔開案，且登錄治療前胸部 X 光檢查資料，經疾病管制署確認開始服藥後，才可申報本項費用。	V	V	V	V	500
P7802C	第一階段潛伏結核感染治療管理照護費(達 1/3 療程) 註：照護個案達 1/3 療程後，須於結核病追蹤管理系統登錄階段鑑評資料，才可申報本項費用。	V	V	V	V	600
P7803C	第二階段潛伏結核感染治療管理照護費(達 2/3 療程) 註：照護個案達 2/3 療程後，須於結核病追蹤管理系統登錄階段鑑評資料，才可申報本項費用。	V	V	V	V	600
P7804C	第三階段潛伏結核感染治療管理照護費暨完成治療費(完成完整療程) 註：申報院所須於結核病追蹤管理系統登錄完成治療，且經疾病管制署確認，才可申報本項費用。	V	V	V	V	1,500

表二、潛伏結核感染治療處方與階段別對照表

診療項目	各潛伏結核感染治療處方服藥天數(次/天)					
	1HP	3HP	3HR	4R	6H	9H
開立潛伏結核感染治療費	開始用藥	開始用藥	開始用藥	開始用藥	開始用藥	開始用藥
第一階段潛伏結核感染治療管理照護費(達 1/3 療程)	≥9 天	≥4 次	≥30 天	≥40 天	≥60 天	≥90 天
第二階段潛伏結核感染治療管理照護費(達 2/3 療程)	≥18 天	≥8 次	≥60 天	≥80 天	≥120 天	≥180 天
第三階段潛伏結核感染治療管理照護費暨完成治療費(完成完整療程)	達 28 天	達 12 次	達 90 天	達 120 天	達 180 天	達 270 天

[註]1HP：每日服用 1 次 Isoniazid(INH)+Rifapentine(RPT)，共 28 天；

3HP：每週服用 1 次 INH+RPT，共 12 次(3 個月)；

3HR：每日服用 1 次 INH+Rifampin(RMP)，共 90 天(3 個月)；

4R：每日服用 1 次 RMP，共 120 天(4 個月)；

6H：每日服用 1 次 INH，共 180 天(6 個月)；

9H：每日服用 1 次 INH，共 270 天(9 個月)。

伍、醫療費用申報、審查與點值結算

一、除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、醫療服務點數清單及醫令清單填表：

(一) 醫療費用申報：特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單申報符合 P7801C-P7804C 者，於案件分類填報「E1」，特定治療項目代號填報「EG:慢性傳染病照護品質計畫-潛伏結核感染治療品質支付服務計畫」。

(二) 醫療費用核付、申復

1. 醫療費用核付：由健保保險人定期提供院所申報資料予疾管署依院所服務內容實際執行情形予以核定，每季提供保險人辦理醫療費用核付之依據。

2. 醫療費用申復：院所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申復，由保險人所轄分區業務組轉請疾管署複查並回復。

三、費用結算方式

本計畫預算按季均分，以浮動點值計算，且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。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

陸、評估指標

一、潛伏結核感染治療品質支付服務計畫加入率

(一) 分子：醫療院所照護潛伏結核感染治療個案且納入本品質支付服務計畫人數。

(二) 分母：醫療院所照護符合潛伏結核感染治療收案對象之個案人數。

二、潛伏結核感染治療個案完成治療比率

(一) 分子：醫療院所照護潛伏結核感染治療個案且完成治療人數。

(二) 分母：醫療院所照護符合潛伏結核感染治療收案對象之個案人數。

柒、資訊公開

保險人得於全球資訊網公開參與本計畫之醫療院所名單、獲得本計畫之品質照護費用及相關指標等資訊供民眾參考。

捌、計畫修訂程序

本計畫之修訂屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第41條第1項程序辦理；餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

(子計畫二)愛滋照護管理品質支付計畫

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「慢性傳染病照護品質計畫」專款項目。

參、方案內容

一、方案目的

- (一) 提升愛滋感染者確診時效及連結醫療體系接受治療照護。
- (二) 建立愛滋感染者穩定就醫習慣及服藥順從性，以維持病毒量抑制狀態，降低疾病負擔。

二、實施方法及進行步驟

(一) 醫療服務提供者資格：

1. 針對愛滋檢驗及通報之服務部分，須為健保特約醫事機構。
2. 針對個案管理照護及治療監測之服務部分，醫事機構應符合下列條件：
 - (1) 應為衛生福利部公告之「人類免疫缺乏病毒指定醫事機構」。
 - (2) 執行院所應依照護愛滋感染個案人數設置所需個案管理人員，照護個案數達100人，應設置至少1名專任個案管理師，未達100人者得以專責人員任之。照護個案數超過100人以上的院所，依照護個案人數增加個案管理人員數，每增加100人應增列1人，惟若照護個案當年度領慢性病連續處方箋2次以上者，以權重0.5人計算人數。

[註]專任：係指聘請愛滋個案管理師全職辦理個案管理相關業務。

專責：係指負責個案管理業務，但不限定其為全職或兼職辦理該業務。

- (3) 如當年度聘任個案管理人員不符合前項規定，次年度本子計畫診療項目之支付點數以8折計算。

(二) 服務對象：愛滋病毒感染者。

(三) 醫療服務內容：

1. 針對疑似感染愛滋病毒之病患，進行愛滋諮詢及檢驗。
2. 透過跨部門(包括：檢驗部門、行政部門等)或與合作之檢驗機構協調討論，訂定加速確認檢驗時效之措施。
3. 針對新通報確診3個月或曾中斷治療1年以上的感染者，應進行高密度的個案管理照護，包含衛教宣導、確認感染者服藥狀況、詢問其接觸者網絡及解決感染者健康生活層面的問題等，建立醫師、個管師及感染者等之間的互信基礎及服藥順從性。
4. 針對穩定就醫服藥3個月後之感染者，個管師仍應定期追蹤感染者就醫服藥情形，由於感染者服藥穩定後，會以慢性病連續處方箋領藥，故個管師應至少每3個月確認其狀況，並持續與感染者保持良好關係，以適時給予介入處置。
5. 穩定就醫的感染者，依據愛滋檢驗及治療指引建議之頻率檢驗病毒量及 CD4 一次，以評估監測治療結果與服藥順從性，並將檢驗資料上傳至指定系統。

肆、給付項目及支付標準(如表三)

一、愛滋感染個案發現確診費：

執行院所提供愛滋檢驗服務，經初步檢驗陽性並經確認檢驗陽性及完成通報流程者，支付2,000點(每位愛滋通報確診個案僅申報一次)。

二、新收案個案管理照護費：

對於愛滋通報確診個案，執行院所輔導其定期回診並遵醫囑服用抗愛滋病毒藥物，每月支付一次個案管理照護費1,000點(至多給付3次)；另針對通報後曾有領藥紀錄，但本次領藥日回溯前一年(52週)未有領藥紀錄之中斷服藥個案，視同新收案個案納入計算，且須於病歷記載相關照護紀錄。

三、追蹤個案管理照護費：

愛滋感染個案開始領藥日起算12週(即3次)後，執行院所應持續輔導其定期回診及服藥，每個月均有領藥紀錄者(含慢性病連續處方箋)，且每次間隔4週以上或按照慢性病連續處方箋規定完成領取藥物者，每12週(3個月)支付一次個案管理照護費350點，且須於病歷記載相關照護紀錄。

四、個案治療監測評估費：

執行院所提供愛滋感染個案醫療照護服務，並依「愛滋病檢驗及治療指引」建議時程進行相關檢驗(含 CD4及愛滋病毒血漿病毒量檢驗值,VL)，同時透過健保資訊網服務系統(VPN)平台，於收到檢驗報告1週內(收到檢驗報告為第0天)完成上傳(1年至少2次，格式如表四)，則可支付900點，且須於病歷記載相關照護紀錄。

表三、給付項目及支付標準

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
P7901C	愛滋感染個案發現確診費 註： 1. 須為健保特約醫事機構始得申報。 2. 每位愛滋通報確診個案僅能申報一次。	V	V	V	V	2,000
P7902C	新收案個案管理照護費 註： 1. 須為人類免疫缺乏病毒指定醫事機構始得申報。 2. 本項費用至多給付3次，適用對象為： (1) 新服藥感染者：第一次接受治療及服藥之感染者。 (2) 重新服藥感染者：通報後曾有領藥紀錄，但本次領藥日回溯前一年(52週)未有領藥紀錄之中斷服藥之感染者。 3. 從第一次領藥日開始每月支付1次，至多給付3次。 4. 須於病歷記載相關照護紀錄，始得申報。	V	V	V	V	1,000
P7903C	追蹤個案管理照護費 註： 1. 須為人類免疫缺乏病毒指定醫事機構始得申報。 2. 符合條件者，至多每12週支付一次。 3. 須於病歷記載相關照護紀錄，始得申報。	V	V	V	V	350

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
P7904C	個案治療監測評估費 註： 1. 須為人類免疫缺乏病毒指定醫事機構始得申報。 2. 一年至少檢驗(CD4及愛滋病毒血漿病毒量)2次以上，並透過健保資訊網服務系統(VPN)平台，於收到檢驗報告1週內完成上傳。 3. 須於病歷記載相關照護紀錄，始得申報。	V	V	V	V	900

表四、愛滋檢驗數值上傳格式^{註1}

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值下限	參考值上限
1	1	0	Z0000 (虛擬代碼)	1	CD4 細胞數	(填寫檢驗結果，數值填至小數點第2位) ^{註2}	cells/mm ³	無	無
2	1	同健保醫療費用點數申報之醫令序	14074C	1	病毒負荷量檢查	0:病毒量檢驗值小於200(copies/mL) 1:病毒量檢驗值大於等於200(copies/mL) ^{註3}	無	無	無
	1			病毒負荷量檢查-病毒量檢驗值	(填寫檢驗結果，數值填至整數位) ^{註4}	copies/mL	(填寫檢驗項目對應參考值上下限)		

註1:參考「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明」。

註2:請將該次檢驗之「白血球數」、「淋巴球佔白血球的比例」和「CD4 細胞佔淋巴球的比例」檢驗結果相乘。

註3:若填寫0則無需填寫病毒量檢驗值；1則必填病毒量檢驗值。

註4:當病毒負荷量檢查為「1」時必填。

伍、醫療費用申報、審查與點值結算

一、除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、醫療服務點數清單及醫令清單填表：

(一) 醫療費用申報：特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單申報符合 P7901C-P7904C 者，於案件分類填報「E1」，特定治療項目代號填報「EH:慢性傳染病照護品質計畫-愛滋照護管理品質支付計畫」。

(二) 醫療費用核付、申復

1. 醫療費用核付：由健保保險人定期提供院所申報資料予疾管署依院所服務內容實際執行情形予以核定，每季提供保險人辦理醫療費用核付之依據。
2. 醫療費用申復：院所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申復，由保險人所轄分區業務組轉請疾管署複查並回復。

三、費用結算方式

本計畫預算按季均分，以浮動點值計算，且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。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

陸、評估指標

一、感染者有服藥之比率

- (一) 分子：醫療院所當年度有服藥紀錄之人數
- (二) 分母：醫療院所當年度就醫之愛滋感染人數

二、服藥之感染者病毒量檢測不到之比率

- (一) 分子：醫療院所當年有服藥感染者最後一次病毒量(VL)檢測值低於200 copies/mL 之人數
- (二) 分母：醫療院所當年度有服藥紀錄之人數

柒、資訊公開

保險人得於全球資訊網公開參與本計畫之醫療院所名單、獲得本計畫之品質照護費用及相關指標等資訊供民眾參考。

捌、計畫修訂程序

本計畫之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第41條第1項程序辦理；餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

(子計畫三)長照機構加強型結核病防治計畫

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「慢性傳染病照護品質計畫」專款項下支應。

參、方案內容

一、方案目的

- (一) 由醫療人員提供衛教諮詢，增進照護機構住民及工作人員對於結核病及潛伏結核感染(LTBI)認知，並提高其接受潛伏結核感染檢驗及治療重要性之意識。
- (二) 藉由進行潛伏結核感染檢驗及治療，減少潛伏結核感染者後續發病成為結核病個案而造成機構內感染發生。
- (三) 針對經醫師評估為疑似結核病者，進行結核菌快速分子檢測，主動發現結核病個案，以及早診斷及早治療。

二、實施方法及進行步驟

(一) 醫療服務提供者資格與申請程序

1. 須為疾管制署(下稱疾管署)潛伏結核感染治療指定醫療院所，名單請參見疾管署全球資訊網>傳染病與防疫專題>傳染病介紹>第三類法定傳染病>結核病>治療照護>潛伏結核感染專區。
2. 每家照護機構限一家醫療院所主責本子計畫，統一申報相關費用，院所得另行委託採檢及送驗事宜，送驗之實驗室須為結核病合約或認可實驗室或具潛伏結核感染檢驗能力試驗證明。
3. 為利後續公衛轉銜都治關懷送藥服務(DOPT)，請於執行計畫前，函文報備照護機構所在地衛生局，若同一照護機構有超過2家以上院所同時申請，衛生局依轄區照護需求、徵詢機構意願等綜合評估結果裁定。若機構與院所因不可抗力因素終止合作以致更換

醫療院所，亦應報備機構所在地衛生局，並妥善完成照護服務之銜接。

(二) 服務對象：照護機構現住及新進之住民及工作人員，機構包含各類住宿型機構：老人福利機構、一般護理之家、精神護理之家、身心障礙福利機構、榮譽國民之家、住宿式長期照顧服務機構等。

(三) 醫療服務內容：

1. LTBI 檢驗：

- (1) 機構住民及工作人員，運用疾管署結核病追蹤管理系統查詢管道，由院所上傳照護機構人員名單後即進入開案及勾稽作業，確認未曾確診為結核病個案、未曾接受潛伏結核感染檢驗及未曾接受潛伏結核感染治療者，始得接受潛伏結核感染檢驗(查)，勾稽紀錄將提供健保署，以利後續申報審核。
- (2) 進行檢驗(查)前，醫事人員給予機構住民及工作人員衛教諮詢，說明結核病與潛伏結核感染相關知識。
- (3) 檢驗方法須為使用丙型干擾素釋放試驗原理，用於輔助診斷是否感染結核分枝桿菌。
- (4) LTBI 治療前之胸部 X 光檢查可併同機構年度例行胸部 X 光檢查進行(與潛伏結核感染檢驗間隔一個月內)。
- (5) 檢驗結果須上傳至結核病追蹤管理系統。

2. LTBI 治療：

- (1) 潛伏結核感染檢驗結果為陽性或不確定(mitogen-nil<0.5)者，須由潛伏結核感染治療指定醫療院所之醫師進行 LTBI 治療評估，評估時應有最近一個月內胸部 X 光檢查結果，確認排除活動性結核病後，始可提供 LTBI 治療。
- (2) 經合作醫師評估可加入 LTBI 治療之個案，須配合公衛執行個案管理及加入都治關懷(DOPT)，以保障用藥的安全性及完成療程，提升保護力。管理期程自收案日起至個案中斷或完成治療為止。

(3) 首次治療時，醫事人員應給予個案衛教諮詢，讓其了解治療重要性、治療方法、藥物可能副作用、副作用處理方式，提升治療順從性。

3. 結核病早期發現：

(1) 機構住民或工作人員胸部 X 光檢查疑似結核病者(包含結果為：活動性肺結核有空洞、活動性肺結核無空洞、肺結核鈣化、肋膜腔積水、支氣管擴張、肺浸潤、肺結節等)，留痰進行結核菌快速分子檢測。

(2) 機構住民或工作人員出現咳嗽超過2週、胸痛、發燒、體重減輕等結核病相關症狀，經醫師評估疑似結核病者，留痰進行結核菌快速分子檢測。

(3) 若當年度曾結核菌快速分子檢測為陽性，應於病歷敘明醫師評估需再次檢驗之原因。

(4) 檢驗結果須上傳至結核病追蹤管理系統。

肆、給付項目及支付標準(如表五)

一、照護機構結核菌快速分子檢測費：

對於胸部 X 光異常或經症狀評估為疑似結核病者，進行結核菌快速分子檢測，費用包含檢體採集、痰管及檢驗試劑、保存、運送、檢驗及報告上傳等作業，每人支付2,500點，同一個案每3個月限申報一次，且不得重複申報12182C、12184C。

二、照護機構潛伏結核感染檢驗評估費：

用於確認是否符合接受潛伏結核感染檢驗資格及提供民眾衛教與評估，每人支付100點，每人限申報一次，且不得重複申報 E4003C。

三、照護機構潛伏結核感染檢驗費：

用於檢體採集、採血管及檢驗試劑、保存、運送、檢驗及報告上傳等作業，每人支付3,500點，每人限申報一次，且不得重複申報 E4004C。另，檢驗結果若為不確定(nil>8)，得以疾管署公費試劑再次檢驗，並申報 E4004C。

四、照護機構潛伏結核感染治療評估費：

用於確認是否符合接受潛伏結核感染治療資格及提供民眾衛教與評估，每人支付100點，每人限申報一次，且不得重複申報 E4005C。

五、獎勵費：

(一) 包含檢驗獎勵費(A)、加入治療獎勵費(B)、完成治療獎勵費(C)等三類，每家院所依據年度達成情形進行給付，各類每年限給付1項，不重複給付該類其他項費用，如：照護機構潛伏結核感染檢驗人數總計為450人者，僅給付達300人之檢驗獎勵費(A4)，不再給付達100人(A3)、達50人(A2)、達30人(A1)之檢驗獎勵費。

1. 檢驗獎勵費(A)

- (1) 照護機構潛伏結核感染檢驗人數達30人之獎勵費(A1)：參與醫療院所當年度執行潛伏結核感染檢驗人數達30人(含)以上者，核付獎勵費10,000點。
- (2) 照護機構潛伏結核感染檢驗人數達50人之獎勵費(A2)：參與醫療院所當年度執行潛伏結核感染檢驗人數達50人(含)以上者，核付獎勵費20,000點。
- (3) 照護機構潛伏結核感染檢驗人數達100人之獎勵費(A3)：參與醫療院所當年度執行潛伏結核感染檢驗人數達100人(含)以上者，核付獎勵費30,000點。
- (4) 照護機構潛伏結核感染檢驗人數達300人之獎勵費(A4)：參與醫療院所當年度執行潛伏結核感染檢驗人數達300人(含)以上者，核付獎勵費50,000點。

2. 加入治療獎勵費(B)

- (1) 照護機構潛伏結核感染加入治療達70%之獎勵費(B1)：參與醫療院所當年度執行潛伏結核感染檢驗陽性符合 LTBI 治療者加入治療率達70%者，核付獎勵費20,000點。
- (2) 照護機構潛伏結核感染加入治療達75%之獎勵費(B2)：參與醫療院所當年度執行潛伏結核感染檢驗陽性符合 LTBI 治療者加入治療率達75%者，核付獎勵費30,000點。

(3) 照護機構潛伏結核感染加入治療達80%之獎勵費(B3):參與醫療院所當年度執行潛伏結核感染檢驗陽性符合 LTBI 治療者加入治療率達80%者，核付獎勵費40,000點。

3. 完成治療獎勵費(C)

(1) 照護機構潛伏結核感染完成治療達70%之獎勵費(C1):參與醫療院所當年度潛伏結核感染治療應完成治療者之完成治療率達70%者，核付獎勵費30,000點。

(2) 照護機構潛伏結核感染完成治療達75%之獎勵費(C2):參與醫療院所當年度潛伏結核感染治療應完成治療者之完成治療率達75%者，核付獎勵費40,000點。

(3) 照護機構潛伏結核感染完成治療達80%之獎勵費(C3):參與醫療院所當年度潛伏結核感染治療應完成治療者之完成治療率達80%者，核付獎勵費50,000點。

(二) 因個案檢驗結果、治療評估、治療期程須跨年度結算日完成者，併入次年度完成人數計算，如：個案112年12月開始進行潛伏結核感染治療，預定至113年6月始能完成治療，則該個案列入113年應完成治療人數計算。

(三) 各項獎勵費達成情形，以疾管署於次年度2月15日自結核病追蹤管理系統下載之資料計算結果為準，並於2月底前提供健保署給付清單，由健保署逕行撥付獎勵費予符合院所。

表五、給付項目及支付標準

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
P8001C	照護機構結核菌快速分子檢測費 註： 1. 對於胸部X光異常或經症狀評估為疑似結核病者，進行結核菌快速分子檢測，費用包含檢體採集、痰管及檢驗試劑、保存、運送、檢驗及報告上傳等作業 2. 同一個案每3個月限申報一次 3. 限照護機構內住民及工作人員，且不得重複申報 12182C、12184C	V	V	V	V	2,500
P8002C	照護機構潛伏結核感染檢驗評估費 註： 1. 用於確認是否符合接受潛伏結核感染檢驗資格及提供民眾衛教 2. 每人限申報一次 3. 限照護機構內住民及工作人員，且不得重複申報 E4003C	V	V	V	V	100
P8003C	照護機構潛伏結核感染檢驗費 註： 1. 用於檢體採集、採血管及檢驗試劑、保存、運送、檢驗及報告上傳等作業 2. 每人限申報一次 3. 限照護機構內住民及工作人員，且不得重複申報 E4004C	V	V	V	V	3,500
P8004C	照護機構潛伏結核感染治療評估費 註： 1. 用於確認是否符合接受潛伏結核感染治療資格及提供民眾衛教 2. 每人限申報一次 3. 限照護機構內住民及工作人員，且不得重複申報 E4005C	V	V	V	V	100

伍、醫療費用申報、審查與點值結算

一、除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、醫療服務點數清單及醫令清單填表：

(一) 醫療費用申報：特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單申報符合 P8001C-P8004C 者，於案件分類填報「E1」，特定治療項目代號填報「EJ:慢性傳染病照護品質計畫-長照機構加強型結核病防治計畫」。

(二) 醫療費用核付、申復

1. 醫療費用核付：由健保保險人定期提供院所申報資料予疾管署依院所服務內容實際執行情形予以核定，每季提供保險人辦理醫療費用核付之依據。
2. 醫療費用申復：院所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申復，由保險人所轄分區業務組轉請疾管署複查並回復。

三、費用結算方式

本計畫預算按季均分，以浮動點值計算，且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。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

陸、評估指標

一、**照護機構之潛伏結核感染(LTBI)檢驗陽性符合 LTBI 治療者加入治療率**

- (一) 分子：LTBI 檢驗陽性加入治療人數
- (二) 分母：LTBI 檢驗陽性且符合應治療條件人數

二、**照護機構之潛伏結核感染(LTBI)完成治療率**

- (一) 分子：完成 LTBI 治療人數

(二) 分母：加入 LTBI 治療人數

柒、資訊公開

保險人得於全球資訊網公開參與本計畫之醫療院所名單、獲得本計畫之品質照護費用及相關指標等資訊供民眾參考。

捌、計畫修訂程序

本計畫之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第41條第1項程序辦理；餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

「長照機構加強型結核病防治計畫」醫療院所申請表

基本資料	院所名稱		醫事機構代碼	
	聯絡人姓名		聯絡人電話	
	聯絡人 mail			
照護團隊	姓名	職稱(醫師專科)	工作內容	
照護機構	機構名稱		機構章戳	本機構同意配合辦理本計畫及都治計畫規定相關事項
	機構代碼			
	機構類別			
	機構人數			
保險醫事服務機構	自我檢核	<input type="checkbox"/> 為 LTBI 指定醫療院所 <input type="checkbox"/> 已檢附照護醫師完成 LTBI 訓練課程證明 <input type="checkbox"/> 已至 TB 系統完成照護申請 <input type="checkbox"/> 已完成 LTBI 檢驗採血管及試劑等採購備置	院所章戳	
	申請日期： 年 月 日			

「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」 (草案)

附件 3

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、計畫目的

- (一) 提升末期腎衰竭病人腹膜透析治療之占率。
- (二) 加強院所腹膜透析照護品質及病人自我照護能力，提升病人透析技術存活率與總存活率。
- (三) 鼓勵新設置腹膜透析中心/室，醫院及基層透析診所可組成共同照護團隊，相互支應，提升腹膜透析可近性及照護品質。
- (四) 鼓勵有效管理腎臟疾病，發揮醫病共享決策(下稱 SDM)精神，並藉由腹膜透析品質監控獎勵、及鼓勵腹膜透析醫療資訊化等，提升腎臟疾病整體醫療照護品質。

三、實施期間：自 112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日，惟本計畫(七之(四)項)涉全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)，自公告日起生效。

四、預算來源

- (一) 112 年門診透析服務總費用成長率 1%，約 433.5 百萬元，屬專款專用項目。
- (二) 預算先扣除預估之新發個案獎勵費及品質獎勵費額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第 4 季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

五、112 年度執行目標

- (一) 腹膜透析新發個案：占率 $\geq 10\%$ 。
(當年度腹膜透析新發個案數/當年度 ESKD 新發病人數)
 $\times 100\%$ 。(以最近一年腹膜透析新發個案占率之參考值為基準)
- (二) 腹膜透析盛行個案：占率 $\geq 8\%$ 。
(當年度腹膜透析盛行個案數/當年度 ESKD 盛行病人數)
 $\times 100\%$ 。(以 104 年至 108 年腹膜透析盛行個案占率之平均值為基準)

(三) 腹膜透析病人 1 年存活率： $\geq 94\%$ 。

(依據台灣腎臟醫學會 110 腎病年報腹膜透析病人 1 年存活率為基準)

(四) 腹膜透析病人 3 年存活率： $\geq 72\%$ 。

(依據台灣腎臟醫學會 110 腎病年報腹膜透析病人 3 年存活率為基準)

六、參與院所與申請程序

由具有下列資格之全民健康保險(下稱本保險)特約醫療院所，向本保險分區業務組提出申請。

(一) 醫師資格：

1. 應至少有一名專任腎臟專科醫師。
2. 設立於山地離島地區之特約院所，醫師資格須具有 2 個月之腹膜透析訓練(附件 1)且完成台灣腎臟醫學會舉辦之腹膜透析訓練班並取得及格證書，或得以腎臟專科醫師兼任之。

(二) 護理人員：領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會共同舉辦之腹膜透析訓練班上課證明者。

七、給付項目及支付標準

(一) 提升腹膜透析新發個案獎勵費

本項費用於年度結算時，由保險人以補付方式撥付。

項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
1.院所新設立腹膜透析室/中心 開辦獎勵費 註： 1.適用對象：新成立腹膜透析室/中心(附件 2)，且中心成立後 1 年內有收治腹膜透析個案，或 1 年內有與醫院共同照護腹膜透析病人。 2.本項所定點數包括醫師及護理人員訓練費、設立之軟硬體設施、及護理人員等費用。 3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責人、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再核付。 4.共同照護之定義：院所間簽訂共同照護合約(「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」醫院與診所腹膜透析病人共同照護合作備忘錄，如附件 3)，醫療相互支應。 5.新設置之機構須提交當地衛生局核准設立之公函。	V	V	V	V	600,000

項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
<p>2.鼓勵院所重新收治腹膜透析醫療獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：同時符合下列條件之院所</p> <p>(1)已設立腹膜透析室/中心，於本計畫公告日前1年(如112年1月1日公告，則前1年係指111年1月1日至111年12月31日)皆未收治腹膜透析病人。</p> <p>(2)公告日(含)後收治腹膜透析病人或公告日(含)後1年內有與輔導院所共同照護腹膜透析病人。</p> <p>2.本項所定點數鼓勵費用包括醫師及護理人員重新訓練費、設立之軟硬體設施更新、及護理人員等費用。</p> <p>3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責人、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再核付。</p> <p>4.共同照護之定義：院所間簽訂共同照護合約，醫療相互支應。</p>	V	V	V	V	400,000
<p>3.醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：同時符合下列條件：</p> <p>(1)輔導院所新成立腹膜透析室/中心，或輔導原已有設置之院所重新開始收治腹膜透析新病人。</p> <p>(2)且被輔導院所新成立或再啓用腹膜透析室/中心1年內有收治腹膜透析個案，或1年內有與輔導醫院共同照護腹膜透析病人。</p> <p>2.本項所定點數包括醫師及護理人員訓練費、及專家諮詢協助費用。</p> <p>3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責人、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再核付。</p> <p>4.共同照護之定義：院所間簽訂共同照護合約，醫療相互支應。</p> <p>5.被輔導院所須提交當地衛生局核准設立之公函。</p> <p>6.輔導院所可輔導一家以上的受輔導院所。被輔導院所，僅限被一家輔導院所輔導。</p> <p>7.輔導院所名單：由台灣腎臟醫學會指定。(如附件1)</p> <p>8.「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」醫事服務機構成立腹膜透析輔導申請書，如附件4。</p>		V	V	V	200,000
<p>4.腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費</p> <p>--首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達6個月以上者</p>	V	V	V	V	36,000 72,000

項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
註： 1.腹膜透析新發個案係指該病人近 3 年首次申報腹膜透析追蹤處置費。 2.持續係指每月皆有申報腹膜透析追蹤處置費。 --首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達 12 個月以上者(第 7 個月至 12 個月)(月)	V	V	V	V	10,000 20,000
註： 1.首次接受腹膜透析治療之新病人係指該病人近 3 年首次申報腹膜透析追蹤處置費。 2.同月若有兩家以上院所申報，以「執行時間-起」最早者計算。 3.核付當月申報腹膜透析追蹤處理費之院所，當月係指院所申報前開醫令「執行時間-起」之年月。 4.持續係指每月皆有申報腹膜透析追蹤處置費。					
5.加強病人自我照護品質處置費： 註：至少完成下列任一項，並於病歷中記載處置過程與結果於病歷。 1.執行腹膜透析病人之透析技術再訓練。 2.解決腹膜透析病人之突發之狀況。 3.處理腹膜透析病人營養問題。	V	V	V	V	加成 10%
6.腹膜透析個案，且持續接受腹膜透析照護達 3 個月以上獎勵費 註：適用對象：同時符合下列條件： 1.CKD stage 或已接受血液透析治療之病人。 2.腹膜透析前一年曾於該院所執行 SDM。 3.腹膜透析新發個案係指該病人近 3 年首次申報腹膜透析追蹤處置費。 4.持續係指每月皆有申報腹膜透析追蹤處置費。	V	V	V	V	10,000 20,000

(二) 腹膜透析院所推廣獎勵費

1、適用對象

(1)區域醫院(含)以上醫院，其申報腹膜透析(下稱 PD)病人數 5 人以上者。

(2)地區醫院、基層診所。

2、年成長率=【(112 年 12 月 PD 病人數 - 111 年 12 月 PD 病人數) ÷ 111 年 12 月 PD 病人數】X 100%

3、獎勵點數：

- 成長率 $\geq 3\%$ ：1,000 點 x112 年 12 月腹膜透析病人數。
 成長率 $\geq 5\%$ ：2,000 點 x112 年 12 月腹膜透析病人數。
 成長率 $\geq 10\%$ ：3,000 點 x112 年 12 月腹膜透析病人數。
 成長率 $\geq 15\%$ ：4,000 點 x112 年 12 月腹膜透析病人數。

註：

- 1.112 年 12 月若無值，則以該院所當年度最後一個月申報計算。
- 2.同一保險對象同月多家申報，以「執行時間-起」最早者計算；下轉個案不在此限。

(三) 提升腹膜透析院所照顧品質獎勵費：各項品質指標項目及計算方式，如下：

1、腹膜透析照護品質指標項目：

項目	各透析院所病人監測值達成率	得分	說明
1. 高濃度葡萄糖腹膜透析液 (2.3%、2.5%、及 4.25%) 的使用量	使用量占全部透析液 $\leq 55\%$	4 分 (季)	以院所為單位進行計算
2. 血鈉 ≥ 130 mmol/L	受檢率 $\geq 90\%$ 且合格率 $\geq 60\%$	8 分 (半年)	
3. 血鉀 ≥ 3.2 mmol/L	受檢率 $\geq 90\%$ 且合格率 $\geq 80\%$	8 分 (半年)	
4. 心胸比 (Cardiothoracic Ratio) ≤ 0.55	受檢率 $\geq 90\%$ 且合格率 $\geq 70\%$	14 分 (年)	
5. 殘餘腎功能之保留 新病人啟動腹膜透析的一年內，renal Kt/V 下降 ≤ 0.4 /半年	受檢率 $\geq 90\%$ 且合格率 $\geq 60\%$	10 分 (年)	
6. 腹膜炎發生率	每 100 人月腹膜炎 ≤ 2.0 次	14 分 (年)	
7. 住院率	每千透析人口 ≤ 435.28 人次	14 分 (年)	

2、計算方式：

- (1)收案需滿 3 個月(含)以上之個案，始列入品質獎勵費計算。
- (2)當年度該院所腹膜透析品質監測指標項目總分全年 70 分以上者，才得以分配獎勵金額。
- (3)核發金額計算方式：每家分配腹膜透析治療推廣獎勵金額 = 5000 點 X 當年度 12 月 31 日該院所腹膜透析病人數

(四)給付項目及支付標準表：

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
P8101C	對於 CKD Stage 5 或血液透析治療 2 年內 之病人，執行末期腎病治療方式醫病共享決策 (SDM)(次)	V	V	V	V	600
<u>P8102C</u>	對於 CKD Stage 5 或血液透析治療 2 年內 之病人，執行末期腎病治療方式醫病共享決策 (SDM)(次) 註： 1. CKD Stage 5 病人限每半年申報一次，惟如屬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之保險對象，當年度已申報「P3405C 結案資料處理費」者，自申報前開醫令之日起半年內不得再申報。 2. <u>血液透析治療 2 年內之病人係指保險對象當次就醫年—第 1 次申報門診透析案件(案件分類為 05)之費用年 ≤ 2 者。</u> 3. 血液透析治療 2 年內之病人，每一機構限每年申報 1 次。 4. SDM 範本及說明內容如附件 5。	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>600</u>
<u>P8103A</u>	對於 CKD Stage 5 或血液透析治療 2 年內 之病人，執行末期腎病治療方式醫病共享決策 (SDM)後成功轉腹膜透析加算			V	V	600
<u>P8104A</u>	對於 CKD Stage 5 或血液透析治療 2 年內 之病人，執行末期腎病治療方式醫病共享決策 (SDM)後成功轉腹膜透析加算	V	V			1,400
<u>P8105Q</u>	對於 CKD Stage 5 或血液透析治療 2 年內 之病人，執行末期腎病治療方式醫病共享決策 (SDM)後成功轉腹膜透析加算			<u>V</u>	<u>V</u>	<u>600</u>
<u>P8106Q</u>	對於 CKD Stage 5 或血液透析治療 2 年內 之病人，執行末期腎病治療方式醫病共享決策 (SDM)後成功轉腹膜透析加算 註： 1. 本項由執行醫病共享決策(SDM)，且該病人成功接受腹膜透析治療之院所申報。 2. 每病人限申報 1 次。	<u>V</u>	<u>V</u>			<u>1,400</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	腹膜透析病人訪視費(次)					
<u>P8107C</u>	1.實地訪視	V	V	V	V	1,200
<u>P8108C</u>	2.視訊訪視	V	V	V	V	1,200
	<p>註：</p> <p>1.院所自行、或由地區醫院或基層診所協助輔導醫院執行腹膜透析病人居家訪視，由實際訪視之機構申報。</p> <p>2.基層診所與醫院須簽訂共同照護合約。</p> <p>3.居家訪視完成須提供居家訪視單。</p> <p>4.本項訪視須間隔 90 天以上申報，如屬視訊訪視至少間隔 180 天始得再申報。視訊訪視依「通訊診察治療辦法」辦理。</p> <p>5.不得與支付標準 <u>第二部第二章第六節 58026C 居家訪視-居家透析治療</u>、居家照護第五部第一章居家照護所訂「護理訪視費」及全民健康保險居家醫療照護整合計畫之「醫師訪視費用」、「護理人員訪視費用」，同時申報。</p> <p>6.個案如同時為「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(下稱居整計畫)」之收案個案者，本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫，共同提供醫療照護。</p> <p>7.醫事人員執行相關服務後，於醫療院所病歷及照護機構診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章。</p> <p>8.申報規範：「特約醫事服務機構門診醫療費用申報格式」填列如下：</p> <p>(1)醫令段「執行時間-起(p14)」、「執行時間 - 迄(p15)」、「執行醫事人員代號(p16)」為必填欄位。</p> <p>(2)如為基層診所向醫院簽訂共同照護合約者，則基層診所申報之醫令清單段「醫令調劑方式(p2)」須填列「3:接受其他院所委託轉檢」及「委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號(p24)」需填列該醫院之醫事服務機構代碼。</p>					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
<u>P8109B</u>	<p>腹膜透析下轉及回轉獎勵費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 適用對象：醫院完成導管手術後之首次腹膜透析新病人，轉介回原照顧機構繼續腹膜透析照護。 2. 支付規範： <ol style="list-style-type: none"> (1)每一病人限申報一次。 (2)下列情形不得申報本項費用： <ol style="list-style-type: none"> a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件 b.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者 c.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者 d.Pre-ESRD 轉診獎勵費及 Early CKD 方案之「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費(P4303C)」 e.已申報醫療服務支付標準 01034B、01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」 3.申報規範： <ol style="list-style-type: none"> (1)本項之「醫令類別」填「G(專案支付參考數值)」，「總量」、「單價」、「點數」填0。 (2)其他申報規範同轉診支付標準(01034B-01038C)之規定。 		V	V	V	10,000
<u>P8110B</u>	<p>腹膜透析平轉獎勵費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 適用對象：醫院尿毒症病人轉介至其他同層級醫院腹膜透析導管植入手術並開始腹膜透析 2. 支付規範： <ol style="list-style-type: none"> (1)每一病人限申報一次。 (2)下列情形不得申報本項費用：a-e同上 3. 申報規範： <ol style="list-style-type: none"> (1)本項之「醫令類別」填「G(專案支付參考數值)」，「總量」、「單價」、「點數」填 0。 (2)其他申報規範同轉診支付標準 (01034B-01038C)之規定。 		V	V	V	5,000

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
P8111Q	腹膜透析上轉獎勵費 註： 1. 適用對象：地區醫院、基層診所轉介尿毒症病人至醫院執行腹膜透析導管植入手術並開始腹膜透析 2. 執行規範： (1)每一病人限申報一次。 (2)下列情形不得申報本項費用： a. 同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件 b. 已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者 c. 已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者 d. Pre-ESRD 轉診獎勵費及 Early CKD 方案之「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費(P4303C)」 e. 已申報醫療服務支付標準 01034B、01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」 f. 已申報醫療服務支付標準 01036B、01037B「辦理轉診費_上轉」 3. 申報規範： (1)本項之「醫令類別」填「G(專案支付參考數值)」，「總量」、「單價」、「點數」填 0。 (2)其他申報規範同轉診支付標準(01034B-01038C)之規定。	V	V			10,000

八、醫療費用申報及核付原則

(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)本計畫之醫療費用申報及核付原則：

門診醫療費用點數申報格式之點數清單段欄位填報：

1. 案件分類：請填報「05」。
2. 任一特定治療項目代號：請填報「K3」。

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

九、退場機制：未依保險人規定至健保資訊網服務系統(VPN)登錄品質資訊或登錄不

完整，經輔導仍未改善之院所，保險人各分區業務組得終止其參加本方案之資格。

十、保險人並得視費用支付情形，隨時召開會議研議修改本方案之相關內容。

十一、資訊公開：保險人得公開參與本方案之院所名單及相關品質資訊，供民眾參考。

十二、請台灣腎臟醫學會於下列時程提供本保險人下列院所名單及生效日期：

(一)簽訂共同照護之院所，由台灣腎臟醫學會認定，並於次月 10 日前將名單提報保險人分區業務組。另品質指標項目如屬現行慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳健保資訊網服務系統(VPN 系統)資料尚未收載者，請台灣腎臟醫學會於次年 1 月底前提供本保險人。請於次月 10 日前向本保險分區業務組報備。

(二) 下列資料請於次年 1 月底前提供本保險。

1.符合本計畫七(一) 1.院所新設立腹膜透析室/中心開辦獎勵費 2.鼓勵院所重新收治腹膜透析醫療獎勵費 3.醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心獎勵費之院所。

2.符合本計畫七(三)1.腹膜透析照護品質指標項目如屬現行慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳健保資訊網服務系統(VPN 系統)資料尚未收載者。

十三、本計畫如次年仍有編列預算，在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。

十四、預期效益

(一) 提升全國腹膜透析病人占率，降低國家總體透析醫療費用支出，體現透析醫療永續概念。

(二) 延長腹膜透析病人存活率，降低住院率，增進病人自我照護能力。

(三) 改善腹膜透析醫療品質，提升病人健康生活滿意度。

(四) 讓末期腎病病人更客觀自由選擇疾病治療模式與規劃未來健康人生，也讓健保資源之使用與分配更臻有效與合理化。

訓練醫院	地址
國立臺灣大學醫學院附設醫院	100 臺北市中正區中山南路 7 號
臺北榮民總醫院	112 臺北市北投區石牌路 2 段 201 號
三軍總醫院附設民眾診療服務處	114 臺北市內湖區成功路 2 段 325 號
財團法人基督長老教會馬偕紀念醫院	104 臺北市中山區中山北路 2 段 92 號
財團法人國泰綜合醫院	106 臺北市大安區仁愛路 4 段 280 號
台北市立聯合醫院仁愛院區	106 臺北市大安區仁愛路 4 段 10 號
臺北醫學大學附設醫院	110 臺北市信義區吳興街 252 號
台北市立聯合醫院忠孝院區	115 臺北市南港區同德路 87 號
新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院	111 臺北市士林區文昌路 95 號
振興醫療財團法人振興醫院	112 臺北市北投區振興路 45 號
臺北市立萬芳醫院-委託財團法人臺北醫學大學辦理	116 臺北市文山區興隆路 3 段 111 號
財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東紀念醫院	220 新北市板橋區南雅南路 2 段 21 號
天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院	231 新北市新店區中正路 362 號
衛生福利部台北醫院	242 新北市新莊區思源路 127 號
馬偕醫院淡水分院	251 新北市淡水區民生路 45 號
財團法人恩主公醫院	237 新北市三峽區復興路 399 號
台北慈濟醫院	231 新北市新店區建國路 289 號
財團法人國泰綜合醫院汐止分院	221 新北市汐止區建成路 59 巷 2 號
衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)	235 新北市中和區中正路 291 號
天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院安康院區	231 新北市新店區車子路 15 號
國立陽明交通大學附設醫院	260 宜蘭縣宜蘭市新民路 152 號
天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院	265 宜蘭縣羅東鎮中正南路 160 號
衛生福利部桃園醫院	330 桃園市桃園區中山路 1492 號
長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	333 桃園市龜山區公西村復興街 5 號、龜山區舊路村頂湖路 123 之一號
敏盛綜合醫院	330 桃園市桃園區經國路 168 號
聯新國際醫院	324 桃園市平鎮區廣泰路 77 號
國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院	300 新竹市北區經國路一段 442 巷 25 號
東元醫療社團法人東元綜合醫院	302 新竹縣竹北市縣政二路 69 號
財團法人國泰綜合醫院新竹分院	300 新竹市東區中華路二段 678 號
新竹馬偕紀念醫院	300 新竹市東區光復路二段 690 號
大千綜合醫院	360 苗栗縣苗栗市新光街 6 號
光田醫療社團法人光田綜合醫院	433 臺中市沙鹿區興安里沙田路 117 號
仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	412 臺中市大里區東榮路 483 號
童綜合醫院梧棲院區	435 臺中市梧棲區大庄里中棲路 1 段 699 號

訓練醫院	地址
佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院	427 臺中市潭子區豐興路一段 66 號
亞洲大學附屬醫院	413 臺中市霧峰區福新路 222 號
秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院	500 彰化縣彰化市南瑤里中山路一段 542 號
財團法人彰化基督教醫院	500 彰化縣彰化市光南村南校街 135 號
財團法人彰濱秀傳紀念醫院	505 彰化縣鹿港鎮鹿工路 6 號
國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院（斗六院區）	640 雲林縣斗六市雲林路二段 579 號
戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	600 嘉義市東區忠孝路 539 號
天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院	600 嘉義市東區大雅路二段 565 號
佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院	622 嘉義縣大林鎮平林里民生路二號
長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	613 嘉義縣朴子市仁和里嘉朴路西段六號
奇美醫療財團法人奇美醫院	710 臺南市永康區中華路 901 號
輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院	243 新北市泰山區貴子路 69 號
奇美醫療財團法人柳營奇美醫院	736 臺南市柳營區太康村 201 號
長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	833 高雄市鳥松區大埤路 123 號
義大醫療財團法人義大醫院	824 高雄市燕巢區角宿里義大路 1 號
安泰醫療社團法人安泰醫院	928 屏東縣東港鎮興東里中正路一段 210 號
屏基醫療財團法人屏東基督教醫院	900 屏東縣屏東市華山里大連路 60 號
台東馬偕紀念醫院	950 臺東縣臺東市長沙街 303 巷 1 號
佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	970 花蓮縣花蓮市中央路 3 段 707 號
長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院	204 基隆市安樂區麥金路 222 號
中國醫藥大學附設醫院	404 臺中市北區育德路 2 號
行政院國軍退除役官兵輔導委員會台中榮民總醫院	407 臺中市西屯區臺灣大道 4 段 1650 號
中山醫學大學附設醫院	402 臺中市南區建國北路一段 110 號
澄清綜合醫院中港分院	407 臺中市西屯區台灣大道四段 966 號
林新醫療社團法人林新醫院	408 臺中市南屯區惠中路 3 段 36 號
台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	701 臺南市東區泉北里東門路一段 57 號
國立成功大學醫學院附設醫院	704 臺南市北區勝利路 138 號
臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營	709 臺南市安南區長和路 2 段 66 號
國軍高雄總醫院附設民眾診療處	802 高雄市苓雅區中正一路 2 號
財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	807 高雄市三民區自由一路 100 號
阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院	802 高雄市苓雅區鼓中里成功一路 162 號
高雄榮民總醫院	813 高雄市左營區大中一路 386 號

腹膜透析設備應具下列設備：

(1)腹膜透析床。

(2)醫用氣體設備及抽吸設備。

(3)其他周邊設備：

包括污水槽、換藥車、點滴架、冰箱、X光看片設備或醫療影像系統設備、衛教視訊設備、加溫設備(電毯或微波爐)。

(4)手部衛生設備。

(5)紫外線消毒燈。

「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」
醫院與診所腹膜透析病人共同照護合作備忘錄

立備忘錄人

基層診所 (以下簡稱甲方)

醫院 (以下簡稱乙方)

為執行乙方「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，並確保雙方合作順利進行，特簽署本合作備忘錄(以下簡稱備忘錄)以規範雙方各自之權利義務，其內容如下：

第一條、甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵照醫師法、醫事法、全民健康保險法及其他相關法規之規定執行其業務。

第二條、甲方為參加全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，於執行本計畫前，應先具備合格條件；於照護個案後，並恪遵個人資料保護法，不得將個案資料外洩或移作他用。

第三條、乙方邀請甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵守各項有關法令，並尊重醫師之職權，不得妨害其職權之行使。

第四條、本備忘錄有效期間自民國○年○月○日起至民國○年○月○日止。屆期如雙方均願繼續合作時，仍須另簽署新備忘錄。若此計畫終止，則備忘錄自動失效。

第五條、甲、乙任一方擬終止本備忘錄時，應於預定終止日前三十天以書面通知對方，本備忘錄之終止始生效力。

第六條、任何一方違反本備忘錄或相關法令而受主管機關處罰確定，致影響他方權益時，受影響之一方得要求終止備忘錄，並由可歸責方負損害賠償責任。

第七條、雙方均應遵守相關之法律，如有任何糾紛，應先行協調解決，以期減少訴訟。

第八條、本備忘錄如有未盡事宜，得由甲乙雙方同意，以附約或換文補充之，其效力與本備忘錄同。

本備忘錄壹式三份，甲、乙方各執正本壹份為憑，另一份正本郵寄至台灣腎臟醫學會備查。

立備忘錄人

甲 方：

醫事機構代號：

負責醫師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

中華民國 年 月 日

乙 方：

醫事機構代號：

負責醫師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」

醫事服務機構成立腹膜透析輔導申請書

被輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

本院(所)申請自 年 月 日起接受

_____ (輔導機構名稱) _____ (輔導機構代號)

輔導設立腹膜透析中心，為保險對象提供醫療服務。

前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)或治療空間、設備及診療紀錄，以上如有不實，同意保險人不予支付相關診療費用。

本申請書壹式三份，被輔導機構、輔導機構、及台灣腎臟醫學會各執正本壹份為憑。

特約醫事服務機構及 負責醫師大、小印章	輔導機構印章及負責人印章

(請加蓋與合約相符之印信及印)

中華民國 年 月 日

末期腎衰竭治療模式衛教表

病人透析治療模式選擇之充分告知機制

病患編號：_____

姓名：_____ 性別：男 女 電話號碼：_____

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

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

病患教育程度：不識字小學初中高中大專研究所病患家庭狀態：未成年受扶養有職業獨立工作因病修養半工作狀態因病無法工作退休獨立生活年邁或因病受照顧陪同家屬：配偶 子女 兄弟姊妹 家長 其他：_____

衛教內容(確實執行項目請打勾)：

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

『末期腎衰竭治療模式衛教』病患滿意度調查表

1. 您覺得衛教的時間足夠嗎？

1.非常足夠 2.足夠 3.普通 4.不足夠 5.非常不足夠

2. 您對衛教的方式滿意嗎？

1.非常滿意 2.滿意 3.普通 4.不滿意 5.非常不滿意

3. 您對衛教內容瞭解嗎？

1.非常瞭解 2.瞭解 3.稍微瞭解 4.不瞭解 5.非常不瞭解

4. 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？

1.非常有幫助 2.有幫助 3.普通 4.沒有幫助 5.完全沒有幫助

病患或病患家屬簽名：

衛教者簽名：

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

附件 4

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
18010BC	<p>頸動脈聲圖檢查 CPA (carotid phonoangiography)</p> <p>註：屬西醫基層總額部門院所支付規範如下：</p> <p>1.符合下列任一條件，且頸動脈超音波檢查(20013C)發現內膜增厚1.0mm以上：</p> <p>(1)急性腦中風或腦中風病史。</p> <p>(2)65歲以上具高風險心血管危險因子之一(高血壓、高血糖、高血脂、吸菸史或有腦中風家族病史)。</p> <p>(3)疑暫時性腦中風(TIA)，且有突發性腦中風相關症狀(臉及肢體出現麻或無力、意識混亂、表達或理解力異常、視力障礙、中樞性頭暈、行走、平衡障礙或不明原因頭痛。)</p> <p>(4)曾經接受頭頸部放射治療超過十年以上。</p> <p>(5)脈動性耳鳴。</p> <p>2.除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</p>	√	√	√	√	900

第十三項 超音波檢查 Sonography

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
19013C	<p>陰道超音波 Vaginal ultrasound</p> <p>註：</p> <p>1.支付規範：</p> <p>(1)不含杜卜勒檢查及立體組像。</p> <p>(2)不得同時申報：19003C「婦科超音波」及19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」。</p> <p>2.禁忌症：無性行為者。</p> <p>3.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師或診所支援診所之醫師(接受支援之婦產科診所限執業登記醫師五人以下者)開立處方及執行始可申報。</p>	√	√	√	√	957

全民健康保險急診品質提升方案

- 101.05.01 第一版公告實施
- 102.01.01 第二版公告實施
- 104.01.01 第三版公告實施
- 104.05.25 第四版公告實施
- 105.03.01 第五版公告實施
- 108.02.01 第六版公告實施
- 111.04.01 第七版公告實施
- [112.XX.XX 第八版公告實施](#)

壹、前言

中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命。為確保急診重大疾病照護品質、落實以品質導向提升急診病人處置效率，全民健康保險自 101 年起以論質計酬方式，鼓勵醫院重視並提升急重症照護品質及效率。

依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53%延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)、Nicholas(2020)等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4%上升至 10.7%)。Richardson(2006)、Adam(2011)等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006)等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診壅塞不僅影響病人的安全，同時也會造成醫療品質的下降。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)為加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本方案，並與醫界協商，以論質計酬方式，期提升急重症照護品質及效能，適切滿足民眾就醫需求，保障全體國民生命安全與健康。

貳、目標

- 一、確保重大疾病照護品質。
- 二、落實品質導向轉診制度。
- 三、提升急診病人處置效率。

參、預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「急診品質提升方案」專款項目。

肆、參與資格：須為全民健康保險特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。

伍、計畫構面

- 一、急診重大疾病照護品質：

針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症、到院前心跳停止及主動脈剝離需緊急開刀病人，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵。適用之個案定義及其獎勵條件如下：

(一)急性心肌梗塞：

主診斷碼(ICD-10-CM，以下同)為：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9之病人，從進入急診後經檢查適合者，於90分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為33076B至33078B經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。

(二)重大外傷：

1. 符合下列主診斷碼，ISS \geq 16之急診病人，從進入急診後2或4小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

主診斷碼：

(1)T07

(2)S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第7位碼皆須為"A")

(3)S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第7位碼皆須為"A"或"B")

(4)S52、S72、S82 (前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C")

2. 體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼，從進入急診後2或4小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

主診斷碼：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA

(三)嚴重敗血症：

主診斷或次診斷碼如下所列，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後3小時內給予第一劑抗生素及6小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報：09059B 乳酸檢查(或09135B 乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成13016B及「13001C至13026C中之任1項」細菌學及黴菌檢查之個案。

主診斷或次診斷碼：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21

(四)到院前心跳停止(OHCA)：

1. 於收治急診之醫院治療後出院：主診斷或次診斷碼為I46.2、I46.8、I46.9及R99，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼I600000-I600003者)或存活出院(轉歸代碼為1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L者)之個案。
2. 經轉院治療後出院：主診斷或次診斷碼為I46.2、I46.8、I46.9及R99，於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於1小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼I600000-I600003者)或存活出院(轉歸代碼為1、3、5、D、E、

F、G、H、I、J、L 者)之個案。

3. 申報本項 OHCA 獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止 (OHCA) 病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心 (E.M.R. Exchange Center, EEC) 上傳資料。

(五)主動脈剝離需緊急開刀：

1. 於收治急診之醫院治療後出院：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.8、I71.5，需緊急手術者，於 4 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。
2. 經轉院治療後出院：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.8、I71.5，需緊急手術者，於醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

二、轉診品質：

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

- (一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、嚴重敗血症等(詳附表二)。
- (二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任醫院或同層級或下一層級醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等(詳附表三)。

(三)轉診作業

1. 醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。
2. 轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。
3. 轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。

(四)獎勵方式：

1. 符合向上轉診或平行轉診之病人，可申報之獎勵如下：
 - (1)轉出醫院以下列 3 項獎勵，擇一支付：
 - A. 每個案獎勵 500 點。
 - B. 能於 60 分鐘內轉出，每個案獎勵 1,500 點。
 - C. 符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。
 - (2)轉入醫院以下列 2 項獎勵，擇一支付：
 - A. 每個案獎勵 500 點。

B.符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。

2.符合向下轉診之病人，可申報之獎勵如下：

(1)每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

(2)自醫學中心下轉之病人，得另申報以下費用：

A.轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心標準支付，其差額以「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)」、「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第二天起)」另行申報。

B.轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。

三、急診處置效率

本項係以各項指標結果進行獎勵，藉以提升急診處置效率，提升急診病人照護品質。

(一)完成急性呼吸衰竭於急診緊急插管(門診案件分類為 02,插管代碼為 47031C、47105C、47106C，其中醫令 47105C 及 47106C 依支付標準公告日起實施)之病人進入加護病房<6 小時，或完成急診重大疾病照護之病人進入加護病房<6 小時：每人次給予 5,000 點獎勵。倘同時符合緊急插管及重大疾病之案件，以重大疾病計算。

(二)檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時：每人次給予 50 點獎勵。

(三)地區醫院急診病人增加：

1.計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算

2.計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次

3.地區醫院急診人次較上年增加

每增加 1 人次支給 500 點獎勵。針對新成立之地區醫院，急診增加人次採下列方式計算：

(1)有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。

(2)無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」，乘以「無基期月份數」。

四、補助急診專科醫師人力

(一)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務：

1.同體系醫院間(含委託經營)之支援不予補助，包括：

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

2.補助方式：

- (1) 以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人每次每月補助上限3萬點。
- (2) 支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每15班算1人次(1班至少8小時)。支援不足1人次則依班次比例核算。
- (3) 派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。

3. 支援規定：

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

(二) 補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

1. 補助方式：

當年度地區醫院每增聘1名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助3萬點。

2. 增聘急診專科醫師人數計算方式：

(1) 該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均執業登記急診專科醫師人數相比較。

以111年為例：【111年每月10日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12個月】減【110年每月10日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12個月】

(2) 增聘醫師未滿1人則依比例核算。

(三) 前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為1,800,000點，超過點數不予補助。

(四) 本補助不適用對象：

1. 「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。
2. 「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。
3. 衛生福利部醫事司「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。

(五) 地區醫院醫療利用監測指標：

1. 接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量：

(1) 指標定義：

當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每位醫師每月急診申報件數。

(2) 目標值：大於去年同期值。

2. 接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率：

(1) 指標定義：

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

分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。

(2) 目標值：不超過3%。

陸、醫療費用申報、支付及審查

一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵及申報規定如下(如附表五)：

(一)急診重大疾病照護品質方面：採每月申報，~~醫令類別為「2」~~。

1. 第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」申報，支付點數 6,000 點。
2. 第二項重大外傷疾病完成照護個案：進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者，以代碼 P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」申報，支付點數 10,000 點；進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者以代碼 P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」申報，支付點數 2,000 點。(兩者擇一申報)
3. 第三項嚴重敗血症疾病完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數 2,000 點。
4. 第四項 OHCA 完成照護個案：
 - (1)於收治急診之醫院治療後出院：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 30,000 點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 10,000 點(兩者擇一申報)
 - (2)經轉院治療後出院：
 - A.轉出院所：以代碼P4616B「OHCA轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報G，支付點數填報0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及VPN登錄內容進行勾稽後，依病人出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。
 - B.轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼P4617B「OHCA轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數15,000點；存活出院者以代碼P4618B「OHCA轉入院所照護獎勵_存活出院」申報，支付點數5,000點。P4617B及P4618B兩者不得同時申報，且住診申報格式d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。
- 5.第五項主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案：
 - (1)於收治急診之醫院治療後出院：進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置，且存活出院者，以代碼 P4621B「主動脈剝離照護獎勵」申報，支付點數 30,000 點。
 - (2)經轉院治療後出院：
 - A.轉出院所：2小時內轉出者，以代碼P4622B「主動脈剝離轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報G，支付點數填報0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及VPN登錄內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補付費用每一個案15,000點。
 - B.轉入院所：2小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置且存活出

院者，以代碼P4623B「主動脈剝離轉入院所照護獎勵」申報，住診申報格式d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號，支付點數15,000點。

(二)轉診品質獎勵方面：採每月申報

1.上轉個案：~~採每月申報，醫令類別為「2」。~~

(1)轉出醫院

- A. 以代碼P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數500點。
- B. 於60分鐘內轉出者，以代碼P4624B「急診上轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數1,500點。
- C. 符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第A、B項獎勵，補付獎勵差額。

(2)接受轉診醫院：

- A. 以代碼P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數500點。
- B. 符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

2.下轉個案：~~採每月申報，醫令類別為「2」。~~

(1)轉出醫院：以代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點。

(2)接受轉診醫院：以代碼 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4609B-P4610B、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵」。

3.平轉個案：~~採每月申報，醫令類別為「2」。~~

(1)轉出醫院：

- A. 以代碼P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數500點。
- B. 於60分鐘內轉出者，以代碼P4625B「急診平轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數1,500點。
- C. 符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第A、B項獎勵，補付獎勵差額。

(2)接受轉診醫院：

- A. 以代碼P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數500點。
- B. 符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉

入醫院之急診)，每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

二、本方案之醫令類別，除上述有特別說明（P4616B、P4622B）外，屬門診案件者為「2」、屬住診案件者為「K」。

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

四、三→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。

五、四→經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。

六、五→未達醫學中心評鑑基準急診48小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。

柒、品質資訊之登錄

- 一、參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之VPN登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。
- 二、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統VPN中。
- 三、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過1次。

捌、資訊之分享與公開

- 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。
- 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。
- 三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。

玖、訂定與修正程序

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

附表一、緊急搶救手術或處置

健保碼	手術名稱
33075B	血管阻塞術
33144B	血管阻塞術-Lipiodol
64197C	肌腱切開或筋膜切開
64158B	斷肢再接手術
69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植
64237C	骨骼外固定器裝置術
67013B	氣管支氣管傷修補術
67002B	開胸探查術
67010B	肺單元切除術
67011B	肺楔狀或部份切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67023B	一葉肺葉切除
67024B	肺全切除術
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立
68006B	探查性開心術
68005B	心臟縫補術
68001B	探查性心包膜切開術
69009B	動脈縫合
75007B	縫肝術(肝損傷縫合,小於5公分)
75009B	縫肝術(複雜肝損傷之縫合或大於5公分)
75805B	剖腹探查術
83036C	硬腦膜外血腫清除術
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術
83039B	腦內血腫清除術
73010B	小腸切除術加吻合術
71206B	食道切除再造術
72014B	胃空腸造口吻合術
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
74206B	Hartmann 氏直腸手術
70001B	脾臟切除術
70002B	脾臟修補術
83080B	顱內壓監視置入
64022B至64024B	四肢切斷術
48014C-48017C、 48029B-48030B	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒 膿瘍之處理及換藥)

附表二、向上轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
急性心肌梗塞	I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 I21、I22
急性腦中風	I63 I60-I66、G45
主動脈剝離	I71.00- I71.02 I71.03
食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 K70.0、K70.10、K70.11、K70.2、K70.30、K70.31、K70.40、K70.41、K70.9、K73.0、K73.1、K73.2、K73.8、K73.9、K74.0、K74.1、K74.2、K74.3、K74.4、K74.5、K74.60、K74.69、K75.4、K75.81、K76.0、K76.89、K76.9；或門脈高壓 K76.6，且次診斷為 I85.01 、I85.11。
敗血症	1.A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21 2.A20.7、A21.7、A22.7、A24.1、A26.7、A28.2、A32.7、A39.2、A39.3、A39.4、A42.7、A48.3、A54.86、B00.7、B37.7 3.O75.3、O85、O03.37、O03.87、O04.87、O07.37、O08.82 4.P36
重大外傷	1.T07 2.S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第7位碼皆須為"A"） 3.S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92（前述第7位碼皆須為"A"或"B"） 4.S52、S72、S82（前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C"）
體表面積>20%之重大燒傷	T31.20-T31.99、T32.20~T32.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T26.00XA~T26.92XA

附表三、向下轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
胃腸道出血	K92.2
大量腸胃道出血	K25.0-K25.2 、 K31.82 、 K26.0-K26.2 、 K27.0-K27.2 、 K25.4-K25.6 、 K26.4-K26.6 、 K27.4-K27.6 、 K28.0-K28.2 、 K28.4-K28.6 、 K29.01 、 K29.21 、 K29.31 、 K29.41 、 K29.51 、 K29.61 、 K29.71 、 K29.81 、 K29.91 、 K31.811 、 K50.011 、 K50.111 、 K50.811 、 K50.911 、 K51.011 、 K51.211 、 K51.311 、 K51.411 、 K51.511 、 K51.811 、 K51.911 、 K55.21 、 K57.01 、 K57.11 、 K57.13 、 K57.21 、 K57.31 、 K57.33 、 K57.41 、 K57.51 、 K57.53 、 K57.81 、 K57.91 、 K57.93 、 K65.2
腸阻塞	K56.60 、 K56.69 、 K56.7 、 K31.5 、 K50.012 、 K50.112 、 K50.812 、 K50.912 、 K51.012 、 K51.212 、 K51.312 、 K51.412 、 K51.512 、 K51.812 、 K51.912 、 K56.0 、 K56.3 、 K56.5 、 E84.11
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	K80.00 、 K80.01 、 K80.11-K80.13 、 K80.18-K80.21 、 K80.30-K80.37 、 K80.40-K80.47 、 K80.50 、 K80.51 、 K80.60-K80.67 、 K80.70 、 K80.71 、 K80.80 、 K80.81 、 K81.0-K81.2 、 K81.9 、 K82.0-K82.4 、 K82.8 、 K82.9
膽管炎	K74.3 、 K80.3 、 K83.0 、 K80.4
急性胰臟炎	K85
肺炎	A01.03 、 A02.22 、 A37.01 、 A37.11 、 A37.81 、 A37.91 、 A50.04 、 A54.84 、 B01.2 、 B05.2 、 B06.81 、 B25.0 、 B59 、 B77.81 、 J09.X1 、 J10.00 、 J10.08 、 J11.00 、 J11.08 、 J12.0 、 J16.8 、 J18.0 、 J18.9 、 J68.0 、 J69.0 、 J69.8 、 J84.111 、 J84.117 、 J84.2 、 J84.89 、 J84.9 、 J85.1 、 J85.2 、 J95.851
慢性氣道阻塞	J43 、 J44 、 J47
其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2 、 L02-L03 、 L98.3 、 L02.01 、 L02.11 、 L02.211 、 L02.219 、 L02.31 、 L02.411 、 L02.419 、 L02.511 、 L02.519 、 L02.611 、 L02.619 、 L02.811 、 L02.818 、 L02.91 、 L03.01 、 L03.03 、 L03.111 、 L03.119 、 L03.211 、 L03.221 、 L03.311 、 L03.319 、 L03.811 、 L03.818 、 L03.90 、 L05.01 、 L05.02 、 K61.0 、 K61.4 、 N48.21 、 N48.22 、 N73.0 、 N73.2 、 N76.4 、 H00.031 、 H00.039 、 H60.00 、 H60.13 、 J34.0
充血性心臟衰竭	I50.2 、 I50.9 、 I09.81
發燒	R50.2 、 R50.9
泌尿道感染	N36.0 、 N36.1 、 N36.2 、 N36.4 、 N36.5 、 N36.8 、 N39 、 N13.9 、 R31 、 B37.41 、 B37.49 、 N30.00 、 N30.91 、 N34.1 、

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
	N34.2 、 N41.3
腎盂腎炎	N12、 A02.25 、 D86.84 、 N10-N12
慢性腎衰竭	N18.4 、 N18.5 、 N18.1 -N18.6
肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69、 K74.1-K74.5
肝性昏迷	K72.91、 K70.41 、 K71.11 、 K72.01 、 K72.11

附表四

全民健康保險急診品質方案 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、基本資料

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

二、急診重大疾病照護品質必登欄位

1. 急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至 33078B 任一項)、開始執行時間。

2. 重大外傷(共 3 欄)：ISS 量表分數、治療項目醫令代碼(詳附表一任一項)、開始執行時間。

3. 嚴重敗血症(共 11 欄)：收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下

(1) 抗生素藥品代碼、給藥時間

(2) 09059B 或 09135B、開始執行時間

(3) 13016B、開始執行時間

(4) 13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間

4. OHCA(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

5. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄)：轉院前心跳數。

6. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

三、轉診獎勵品質必登欄位

1. 轉出醫院：轉出時間、轉出醫院代號

2. 接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號

四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位

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

附表五 急診重大疾病照護及轉診獎勵給付項目及支付標準

一、急診重大疾病照護品質

編號	項目	點數
P4601B	<p>急性心肌梗塞照護獎勵</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之急診病人。</p> <p>2.支付條件及規範：從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。</p>	6,000
P4612B P4613B	<p>重大外傷照護獎勵_2 小時內進開刀房</p> <p>重大外傷照護獎勵_4 小時內進開刀房</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：</p> <p>(1)符合下列主診斷碼且 ISS\geq16 之急診病人：T07、S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為 "A")、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第 7 位碼皆須為 "A" 或 "B")、S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為 "A" 或 "B" 或 "C")。</p> <p>(2)體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼之急診病人：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。</p> <p>2.支付條件及規範：從進入急診後 2 小時或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)。</p> <p>3.限擇一申報。</p>	10,000 2,000
P4602B	<p>嚴重敗血症照護獎勵</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：主診斷或次診斷碼為：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人。</p> <p>2.獎勵條件及規範：進入急診後 3 小時內給予第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報 09059B 乳酸檢查 (或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成</p>	2,000

編號	項目	點數
	13016B 及「13001C 至 13026C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查。	
P4614B P4615B P4616B P4617B P4618B	到院前心跳停止(OHCA)於收治急診之醫院治療後出院 —OHCA 照護獎勵_清醒出院 —OHCA 照護獎勵_存活出院 OHCA 經轉院治療後出院 —OHCA 轉出院所照護獎勵 —OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院 —OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院 註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99 之急診病人。 2.支付條件及規範： (1)P4614B、P4615B(於收治急診之醫院治療後出院)：出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。 (2)P4616B~P4618B(經轉院治療後出院)：於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。 (3)P4616B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾後，依病人出院實際狀況，每季統一補付(點數同轉入院所)。 (4)申報本項獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止 (OHCA) 病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心 (E.M.R. Exchange Center, EEC) 上傳資料。	30,000 10,000 同轉入院所 15,000 5,000
P4621B P4622B P4623B	主動脈剝離於收治急診之醫院治療後出院 —主動脈剝離照護獎勵 主動脈剝離經轉院治療後出院 —主動脈剝離轉出院所照護獎勵 —主動脈剝離轉入院所照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.8、I71.5 之急診病人，需緊急手術者。 2.支付條件及規範：	30,000 15,000 15,000

編號	項目	點數
	(1)P4621B：於 4 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。 (2)P4622B、P4623B：於醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。 (3)P4622B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補付。	

二、急診轉診品質獎勵

編號	項目	點數
P4603B P4624B —	(一)向上轉診 1.轉出醫院 —急診上轉轉出醫院獎勵 —急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(上轉)【本項由保險人勾稽計算】	500 1,500 5,000
P4604B P4619B	2.接受轉診醫院 —急診上轉轉入醫院獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(上轉)	500 5,000
	註： 1.中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。 2.適用向上轉診之疾病主診斷如附表二。 3.轉出醫院之三項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。	
P4605B P4611B	(二)向下轉診 1.轉出醫院 —急診下轉轉出醫院獎勵 —急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。	2,000 1,000
P4606B	2.接受轉診醫院	2,000

<p><u>P4626B</u> P4609B</p> <p><u>P4627B</u> P4610B</p>	<p>—急診下轉轉入醫院獎勵</p> <p><u>—區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）</u></p> <p>—<u>區域醫院接受</u>醫學中心急診病人下轉至區域醫院住院獎勵（第二天起）</p> <p><u>—地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）</u></p> <p>—<u>地區醫院接受</u>醫學中心急診病人下轉至地區醫院住院獎勵（第二天起）</p> <p>註：</p> <p>1.向下轉診係指重度級或中度級急救責任醫院或區域以上醫院，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至下一級急救責任醫院或下一層級之醫院之適當醫療機構。</p> <p>2.適用向下轉診之疾病主診斷如附表三。</p> <p>3.P4609B、及P4610B、<u>P4626B 及 P4627B</u> 為轉診病人當次住院之基本診療費用，該院層級與醫學中心層級支付標準點數之差額。</p>	
<p>P4607B P4625B —</p> <p>P4608B P4620B</p>	<p>(三)平行轉診</p> <p>1.轉出醫院</p> <p>—急診平轉轉出醫院獎勵</p> <p>—急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵</p> <p>—重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉）【本項由保險人勾稽計算】</p> <p>2.接受轉診醫院</p> <p>—急診平轉轉入醫院獎勵</p> <p>—重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉）</p> <p>註：</p> <p>1.適用平行轉診之疾病主診斷如附表二、附表三。</p> <p>2.轉出醫院之三項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。</p>	<p>500</p> <p>1,500</p> <p>5,000</p> <p>500</p> <p>5,000</p>

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第一章 居家照護

通則：

- 一、本章限經主管機關核准設有居家護理服務業務項目之醫事服務機構或護理機構申報。
- 二、收案條件；收案對象須符合下列各項條件：
 - (一)病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，或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）。
 - (二)有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。
 - (三)罹患慢性病需長期護理之病人或出院後需繼續護理之病人。
- 三、收案對象屬住院個案，須經診治醫師評估，由診治醫師開立居家照護醫囑單，由診治醫院直接收案或轉介至其他設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構收案；非住院個案符合前條所列收案條件者，可向設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構申請。
- 四、保險醫療機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分條件及居家照護醫囑單(自開立日起三十日內有效，其中非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後二十四小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。
- 五、保險醫療機構或護理機構應擬訂完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，連同居家照護申請書、居家照護醫囑單影本，送保險人備查，保險人得視情況實地評估其需要性。
- 六、每一個案收案期限以一年為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具居家照護申請書送保險人備查；照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新個案申請。
- 七、照護項目以附表5.1.1居家護理特殊照護項目表及表5.1.2居家護理一般照護項目表為限；施行特殊照護項目者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。
- 八、院所申報護理訪視費，每位居家護理人員每月訪視個案數以一百人次為合理量(含同時執行第五部第三章安寧居家療護乙類【社區安寧】)；超過一百人次者，自第一百零一人次起，屬超出合理量。
- 九、為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章之保險醫事服務機構或護理機構應提供居家照護專業人員二十四小時電話諮詢服務。
- 十、緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師訪視費、護理人員訪視費。
 - (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)前述適應症除已有長期醫囑之須立即處理之管路問題外，其他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)同一醫事人員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三十分鐘，則以較高加成區間計算。
 - 2.夜間(下午五時到未達晚上十時)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。

十一、本章節診療項目「機構」係指依「護理機構分類設置標準」、「老人福利機構設立標準」、「長期照顧服務機構設立標準」、「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」及「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」等法規命令設置立案之老人安養、養護機構、護理之家、住宿式長照機構、身心障礙福利機構之住宿機構或榮譽國民之家。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

附件 7

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十一項 呼吸機能檢查 Respiratory Function Examination (17001-17023)

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
17006C	支氣管擴張劑試驗 Bronchodilator test 註： 1.內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。 2.除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。 <u>3.不得同時申報17019C。</u>	v	v	v	v	485
17019C	支氣管激發試驗 Bronchial provocation test 註： <u>1.內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。</u> <u>2.不得同時申報17006C。</u>	v	v	v	v	909

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
18013C	胎心音監視 (3小時以內) Fetal monitor ≤ 3hrs <u>註：不得同時申報18035B。</u>	v	v	v	v	259
18014C	胎心音監視 (3小時後每小時) Fetal monitor, per hour after the first 3 hours 註：一日內累積監視超過六小時者仍以六小時計， <u>且不得同時申報18035B。</u>	v	v	v	v	45
18035B	胎心音監視(每日) Fetal monitor, per day 註： <u>1.限住院患者申報。</u> <u>2.不得同時申報18013C、18014C。</u>		v	v	v	550

第十七項 眼部檢查 Ophthalmology Examination (23001-23813)

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
八、網膜電氣圖 Nasolacrimal Apparatus (23701~23707)						
23706C	角膜活體螢光細胞染色檢查 Fluorescein stain of cornea <u>註：不得同時申報23401C。</u>	v	v	v	v	80

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28046)

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
28003C	鼻竇內視鏡檢查 Sinoscopy <u>註：可用於診斷鼻竇疾病，內視鏡鼻竇功能手術(functional endoscopic sinus surgery, FESS)手術前得申報一次，手術後三個月內最多申報三次。</u>	v	v	v	v	1332
28004C	喉鏡檢查 Laryngoscopy <u>註：不得同時申報28005B。</u>	v	v	v	v	500
28005B	喉頻閃光源內視鏡檢查 Stroboscopy <u>註：不得同時申報28004C。</u>		v	v	v	2080
28022C	子宮鏡檢查 Hysteroscopy <u>註：</u> <u>1.當次子宮鏡檢查結果為正常者，同一醫療院所以一年一次為限。</u> <u>2.子宮鏡檢查結果為異常而採取藥物或觀察處置者，追蹤以一次為限，應間隔三個月以上。</u> <u>3.子宮鏡手術治療者，術後三個月內得進行追蹤檢查，若結果為正常，應以一次為限。</u>	v	v	v	v	2034

第三節 注射 Injection (39001~39025)

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
39012C	靜脈曲張注射療法 Injection of sclerosing solution, multiple veins — 單腳 unilateral leg	v	v	v	v	421
39013C	— 雙腳 bilateral legs 註： <u>1.包括藥費 including drug。</u> <u>2.屬西醫基層總額部門院所，注射治療一年內(自第一次施行時間起算)，申報不得超過四次。</u>	v	v	v	v	483

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

第一項 一般復健檢查及治療(41002~41007)

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
41006B	等速肌力檢查 Isokinetic evaluation 註： <u>同一病人治療期間，一個月限申報一次，同一治療期間，至多申報三次。</u>		v	v	v	700

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

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
45049C	職能評鑑（每次） Occupational assessment 註： <u>每月最多申報一次，病歷上應有紀錄。</u>	v	v	v	v	687

第六節 治療處置

第一項 處置費 Treatment

七、眼科處置 Ocular Treatment (53001-53034)

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
53016C	換藥 Change dressing <u>註：</u> <u>1. 執行門診手術項目至多可申報術後換藥兩次，術後之期間不宜超過二個星期；隨後之門診複查、追蹤，不可再申報換藥費用。</u> <u>2. 角膜潰瘍點藥、包紮申報本項，因嚴重角膜潰瘍住院，施行換藥，每日最多限申報四次。</u>	v	v	v	v	40

九、婦科處置 GYM & OBS Treatment (55001-55027)

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
55009C	會陰沖洗 Perineal irrigation care —門診，每次 OPD，each time	v	v	v	v	54
55010C	—住院，每日 IPD，per day <u>註：C/S及婦科手術(ATH, VTH...)等患者，住院期間最多申報三次。</u>	v	v	v	v	64
55011C	陰道灌洗 Vaginal irrigation 一次 <u>註：婦科手術(ATH, VTH...)住院患者，手術前施行陰道灌洗，以申報一次為原則。</u>	v	v	v	v	60

第七節 手術

第十三項 女性生殖

五、子宮體 Corpus Uteri (80401-80430)

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
80423C	子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒 Hysteroscopic lysis of uterine adhesion or endometrial ablation <u>註：沾黏分離之主手術得以本項手術申報，六個月最多申報一次。</u>	v	v	v	v	12844

附表 7.3

112 年 7 月至 12 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表

註:

1. 本表每 1 權重之標準給付額(SPR)為 51,660 點，係以一百十年一月至十二月醫院住院符合 DRG 範圍申報資料(已校正一百十年起支付標準調整及一百十一年特材價格調整)及支付通則規定辦理。
2. 無權重者(計七十項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
3. 註記*者(計一百九十三項)為去極值後個案數<20 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(五十項)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 90 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：110.01-12；製表日期 112.03.16。

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	-	*		-	-	-
PRE	2	10302	-	*		-	-	-
PRE	3	48301	2.9676			16	29,889	361,645
PRE	4	48302	2.0632			11	19,438	244,941
PRE	5	48001	25.5283			23	803,454	1,986,447
PRE	6	48002	16.7126			21	722,657	1,096,623
PRE	7	48101	9.0041	*		24	142,686	829,356
PRE	8	48102	8.7584	*		21	34,355	795,668
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	-	*		-	-	-
PRE	11	48201	2.8204		●	13	29,605	289,772
PRE	12	48202	2.8204		●	12	25,482	385,496
PRE	13	512	15.7850	*		17	122,536	1,061,450
1	1	00201	3.9978			15	60,026	412,485
1	2	00202	2.6429			9	51,478	276,548
1	3	00101	4.7300			13	54,055	493,643
1	4	00102	4.5184			8	47,781	455,209
1	5	00301	4.9178			12	50,961	500,712
1	6	00302	3.8358			9	52,459	351,671
1	7	00401	2.5441			8	33,822	245,480
1	8	00402	2.0773			5	33,121	178,027
1	9	00501	2.6840		●	6	49,764	263,853

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	10	00502	2.6840		●	4	68,471	226,035
1	11	00601	0.4332			2	9,858	39,109
1	12	00602	0.3475			2	9,761	26,796
1	13	00701	-	*		-	-	-
1	14	00702	2.3908			9	47,387	243,705
1	15	00703	1.1641			4	15,583	160,279
1	16	00704	1.3754			6	18,783	185,707
1	17	008	0.7992			3	16,923	157,960
1	18	00901	0.5937			6	4,972	80,043
1	19	00902	0.3464			4	4,075	34,623
1	20	00903	0.5272			6	6,329	70,921
1	21	00904	0.3507			4	2,959	36,473
1	22	00905	0.8363			8	1,606	85,810
1	23	01001	0.7297			5	6,961	77,676
1	24	01002	0.7406			5	4,083	73,947
1	25	01101	0.5353			3	3,994	58,392
1	26	01102	0.5642			3	4,494	51,492
1	27	01201	0.7936			7	6,235	93,821
1	28	01202	0.8186			6	5,910	93,522
1	29	01203	0.6393			4	5,578	65,864
1	30	01301	0.8792			6	12,199	96,462
1	31	01302	0.6800			4	6,082	77,037
1	32	01303	1.0739			6	4,579	137,446
1	33	01304	0.8071			5	4,217	95,720
1	34	01401	1.4124			12	13,357	154,669
1	35	01402	0.8960			7	8,657	98,164
1	36	01403	1.2315			10	19,053	145,151
1	37	01404	0.7154			6	14,835	68,571
1	38	01405	1.0779			9	15,749	125,976
1	39	01406	0.6899			6	13,382	64,973
1	40	01501	0.6693			4	10,295	67,061
1	41	01502	0.5695			3	6,761	47,066
1	42	01503	0.7540			5	10,460	87,866
1	43	01504	0.5855			3	13,104	47,923
1	44	01505	0.5951			5	9,699	54,678

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	45	01506	0.4732			4	8,254	40,756
1	46	01601	0.9327			8	9,867	112,289
1	47	01602	0.7196			5	11,213	87,310
1	48	01701	0.6313			5	5,393	65,821
1	49	01702	0.4748			3	8,087	41,505
1	50	018	0.7473			5	5,811	86,031
1	51	019	0.5519			4	4,087	55,162
1	52	02001	1.7076			11	8,998	204,595
1	53	02002	1.1761			8	7,324	137,888
1	54	02003	2.2234			13	21,775	275,506
1	55	02004	1.4186			9	12,204	163,619
1	56	02101	1.4870			12	30,034	136,783
1	57	02102	1.1512			10	12,298	96,723
1	58	02103	1.6894			11	6,118	188,100
1	59	02104	1.0735			9	7,160	100,337
1	60	02201	0.6524			6	6,286	98,989
1	61	02202	0.5484			4	4,838	78,850
1	62	02301	0.8373			7	4,586	101,123
1	63	02302	0.3797			4	4,750	41,962
1	64	024	0.8682			7	7,594	107,315
1	65	025	0.4436			4	3,548	48,615
1	66	02601	0.5853			4	6,733	84,982
1	67	02602	0.3753			3	4,552	44,406
1	68	02701	1.0368			8	5,451	146,347
1	69	02702	0.5215			5	4,634	64,752
1	70	02801	0.7946			6	3,769	103,798
1	71	02802	0.8274			6	5,205	108,872
1	72	02803	0.3331	*		4	2,617	38,395
1	73	02901	0.4470			4	3,402	55,638
1	74	02902	0.4599			4	4,474	56,325
1	75	02903	0.2381	*		3	4,141	24,688
1	76	03001	0.3757	*	●	4	5,340	20,954
1	77	03002	0.3757		●	4	5,201	51,607
1	78	03003	0.9244			6	7,372	109,959
1	79	03004	0.4239			4	3,702	50,720

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	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	-	*		-	-	-
1	82	031	0.3407			4	3,001	37,459
1	83	032	0.2152			3	2,699	20,981
1	84	03301	0.3609			4	4,669	49,873
1	85	03302	0.1741			2	2,583	17,371
1	86	034	0.7647			6	6,052	99,633
1	87	035	0.4731			3	3,899	51,247
2	1	03701	1.2852			4	25,814	126,520
2	2	03702	1.0748			3	26,601	112,046
2	3	03703	-	*		-	-	-
2	4	03704	0.9482	*		4	49,376	54,213
2	5	03705	0.8616			5	21,753	80,964
2	6	03706	1.7768			5	38,498	157,848
2	7	03707	1.0228			4	33,400	83,547
2	8	04001	0.5932			2	14,867	54,894
2	9	04002	0.5111			3	7,758	51,614
2	10	04003	-	*		-	-	-
2	11	04004	-	*		-	-	-
2	12	04101	0.4835			2	15,576	36,724
2	13	04102	0.3825	*		1	14,456	33,756
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.4478			2	38,523	103,087
2	17	03602	0.4939	*		2	4,825	80,929
2	18	04201	1.0907			4	16,973	84,919
2	19	04202	0.4462			3	8,098	35,862
2	20	03901	2.4776			2	80,347	226,026
2	21	03903	1.1552			2	20,558	70,776
2	22	03902	2.0247			5	42,891	133,844
2	23	03904	1.0214			1	35,408	57,660
2	24	03905	0.5047			1	21,258	29,737
2	25	03906	0.5769	*		2	16,250	45,797
2	26	03801	0.9458	*		4	21,287	85,067
2	27	03802	0.4446	*		4	11,785	34,475

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	28	04301	-	*		-	-	-
2	29	04302	0.2013	*		5	5,312	14,469
2	30	04401	0.6166			8	8,370	74,814
2	31	04402	0.3521			6	5,571	40,359
2	32	04501	0.6154			5	9,348	58,251
2	33	04502	0.4910			4	6,238	48,928
2	34	046	0.4861			5	2,601	55,464
2	35	047	0.3250			3	2,363	38,506
2	36	048	0.2916			3	2,829	31,865
3	1	04901	4.6460			13	57,067	443,748
3	2	04902	1.9032			4	30,901	187,247
3	3	06101	0.6510	*		2	9,998	66,096
3	4	06102	0.3954			2	10,051	31,976
3	5	062	0.4959			1	15,289	35,992
3	6	05301	0.9037			3	26,228	79,385
3	7	05302	0.8673			3	26,153	70,819
3	8	05401	1.3722	*		6	41,431	270,116
3	9	05402	0.9655			3	28,992	77,855
3	10	05701	0.8365			4	10,238	49,504
3	11	05702	0.5063			3	9,920	30,952
3	12	058	0.8369			2	23,360	50,299
3	13	052	1.4130			3	36,862	100,242
3	14	168	0.8882			4	14,864	79,209
3	15	169	0.6981			3	15,533	56,664
3	16	05601	0.6088		●	3	20,050	45,261
3	17	05602	0.6088		●	3	17,630	55,269
3	18	05001	1.1161			4	30,185	82,552
3	19	05002	1.0072			3	27,371	73,345
3	20	05101	1.7339	*		16	39,984	313,371
3	21	05102	0.6733			3	5,997	62,471
3	22	05501	2.2141	*	●	6	64,811	331,108
3	23	05502	2.2141	*	●	6	29,158	208,315
3	24	05503	0.7575			2	24,456	43,487
3	25	05504	0.7178			2	23,614	40,906
3	26	05505	0.6897			2	16,667	41,855

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	27	05506	0.5448			2	17,888	32,304
3	28	059	0.5159			3	22,198	30,044
3	29	060	0.6539			2	21,828	39,393
3	30	06301	1.6293			6	26,627	163,548
3	31	06302	0.8680			3	21,341	76,010
3	32	06401	0.5788	*	●	3	21,869	49,074
3	33	06402	0.5788		●	2	10,057	41,503
3	34	065	0.3779			4	3,883	36,859
3	35	06601	0.4195			4	4,768	45,514
3	36	06602	0.2508			3	3,339	28,287
3	37	06701	0.5309			5	5,790	59,046
3	38	06702	0.3067			4	5,390	26,830
3	39	068	0.4000			5	5,482	43,450
3	40	069	0.2585			4	3,910	25,731
3	41	070	0.2918			4	6,391	26,741
3	42	071	0.3041			3	6,204	28,498
3	43	072	0.3160			2	3,267	24,504
3	44	07301	0.6055			6	5,081	64,855
3	45	07302	0.4253			4	4,793	39,191
3	46	07401	0.6015			4	6,016	91,720
3	47	07402	0.4211			3	7,176	42,565
3	48	18701	0.5176			5	10,628	46,718
3	49	18702	0.4119			4	8,738	35,962
3	50	18703	0.4887			2	13,159	41,843
3	51	185	0.4017			4	3,615	44,133
3	52	186	0.3222			4	6,274	29,800
4	1	07501	3.2172			12	58,276	318,113
4	2	07502	2.4526			7	43,595	220,029
4	3	07503	2.8056			8	66,624	254,160
4	4	07504	2.2020			5	73,275	172,845
4	5	07601	1.5567			8	25,787	205,384
4	6	07602	2.8512			5	93,444	224,825
4	7	07603	1.9946			12	21,439	252,459
4	8	07701	0.7994			4	21,326	87,238
4	9	07702	2.7317			5	98,086	206,605

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	10	07703	1.0609			4	12,616	119,797
4	11	47501	2.6160			14	38,965	270,424
4	12	47502	1.9962			10	21,876	196,308
4	13	07801	1.1343			8	13,279	130,659
4	14	07802	0.8926			6	9,368	98,966
4	15	07901	1.4624			12	13,752	164,729
4	16	07902	1.0827			10	13,842	121,408
4	17	07903	1.2602			12	20,172	134,569
4	18	07904	1.5008			10	16,324	191,756
4	19	07905	1.0925	*		11	17,537	117,978
4	20	08001	1.1700			10	10,707	116,456
4	21	08002	0.7293			8	10,002	75,385
4	22	08003	0.9168			10	14,464	93,736
4	23	08004	-	*		-	-	-
4	24	08005	0.3495	*		4	4,374	25,969
4	25	08101	1.6473	*		11	24,450	195,673
4	26	08102	0.8684	*		8	20,004	82,506
4	27	08103	1.4819			8	7,504	228,055
4	28	08104	0.5650			4	9,914	66,308
4	29	08105	0.9367			6	8,763	205,474
4	30	08106	0.3977			4	7,771	34,973
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	-	*		-	-	-
4	33	08109	0.7340	*		4	8,815	41,935
4	34	082	0.4715			3	3,658	50,944
4	35	08301	0.6265			7	4,069	78,504
4	36	08302	0.4239			5	5,175	47,478
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.2406	*		5	11,094	15,781
4	39	08402	0.2569			4	3,924	25,584
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	0.8987			8	10,787	99,980
4	42	086	0.6270			5	6,416	64,823
4	43	08701	1.5068			11	15,825	166,883
4	44	08702	0.7034			5	4,833	88,443

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	45	08703	0.7408			6	7,470	85,364
4	46	08704	0.5390			5	6,011	65,561
4	47	08801	0.7605			8	10,203	82,561
4	48	08802	0.5203			6	8,265	51,645
4	49	089	0.9309			9	12,311	104,713
4	50	090	0.5896			6	7,479	63,359
4	51	09101	0.4375			5	8,497	41,417
4	52	09102	0.3266			4	7,594	28,648
4	53	092	0.7171			5	4,390	92,294
4	54	093	0.5107			4	2,801	58,481
4	55	094	0.4816			5	5,730	57,787
4	56	095	0.2948			4	3,517	30,663
4	57	09601	0.6153			7	7,391	64,790
4	58	09602	0.5347			6	6,436	59,203
4	59	09701	0.4388			6	4,107	45,153
4	60	09702	0.3132			4	3,881	29,646
4	61	09801	0.3399			4	6,300	32,558
4	62	09802	0.2717			3	5,257	26,050
4	63	09803	0.4253			5	8,527	41,457
4	64	09804	0.3550			4	6,884	34,100
4	65	09901	0.3896	*		5	2,878	50,886
4	66	09902	0.5283			5	6,013	63,496
4	67	09903	0.5546			5	6,936	64,535
4	68	10001	0.3143			3	3,227	40,652
4	69	10002	0.3852			3	4,005	36,285
4	70	10003	0.3765			4	4,960	40,071
4	71	10101	0.5614			4	4,192	71,995
4	72	10102	0.6720			5	5,584	88,188
4	73	10103	0.3886			5	4,773	44,771
4	74	10104	-	*		-	-	-
4	75	10105	-	*		-	-	-
4	76	10106	0.6661			5	5,105	102,480
4	77	10201	0.3298			3	3,792	36,748
4	78	10202	0.4845			3	3,019	52,464
4	79	10203	0.2747			3	2,862	29,158

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	80	10204	-	*		-	-	-
4	81	10205	-	*		-	-	-
4	82	10206	0.4609			3	6,025	48,641
5	1	10401	9.4026			17	332,814	580,490
5	2	10402	11.0918		●	20	452,107	770,255
5	3	10403	11.0918	*	●	19	527,380	845,117
5	4	10409	8.6421			17	364,337	535,860
5	5	10410	8.1448			16	309,067	510,962
5	6	10404	7.2804			15	149,777	481,305
5	7	10405	-	*		-	-	-
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	5.8648			11	128,792	440,049
5	10	10408	4.7120			7	121,129	372,697
5	11	10501	9.5530			15	311,800	594,998
5	12	10502	9.8151			17	381,678	592,617
5	13	10503	9.7042	*		14	423,947	749,253
5	14	10509	8.2804			16	278,301	478,042
5	15	10510	7.2701			13	293,192	436,703
5	16	10504	6.7768			13	198,801	468,424
5	17	10505	10.8138	*		30	579,945	785,592
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	3.5457			7	17,235	317,083
5	20	10508	3.0345			5	11,895	282,703
5	21	10801	10.2644			12	208,036	652,549
5	22	10802	6.7420			3	160,420	401,444
5	23	10601	9.2718	*	●	14	372,767	675,867
5	24	10602	9.2718	*	●	14	491,437	595,405
5	25	10603	9.5528			17	385,487	648,548
5	26	10604	9.2295			14	436,192	570,138
5	27	10701	8.5741			17	309,743	523,995
5	28	10901	8.1569			14	279,101	483,990
5	29	10702	7.0249			15	246,979	451,172
5	30	10902	6.8898			13	226,951	436,134
5	31	11001	9.7610	*		16	187,335	629,390
5	32	11005	6.4193			7	29,050	368,207

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	33	11002	3.1762		●	8	14,912	183,196
5	34	11006	2.6330	*	●	2	68,643	177,501
5	35	11003	4.6416		●	8	28,408	312,285
5	36	11004	5.1757			8	173,786	399,752
5	37	11101	9.5281			15	245,301	600,277
5	38	11105	5.2941	*		14	57,218	365,780
5	39	11102	3.1762		●	3	9,737	209,422
5	40	11106	2.6330		●	2	59,621	167,441
5	41	11103	4.6416		●	5	35,692	292,220
5	42	11104	-	*		-	-	-
5	43	11301	2.2012			13	32,971	162,476
5	44	11302	1.5536			9	28,163	88,129
5	45	11501	4.4084		●	6	9,300	434,395
5	46	11502	4.4084		●	5	10,575	414,319
5	47	11601	2.4108			3	88,903	192,415
5	48	11602	3.3500			3	107,793	274,184
5	49	11603	3.2881			5	128,897	235,214
5	50	11604	2.6464			4	97,906	201,388
5	51	11605	5.5207			5	109,151	474,970
5	52	47801	4.2997			8	71,720	244,025
5	53	47802	1.6305			4	23,764	113,054
5	54	47803	1.9883			4	26,170	133,469
5	55	47804	3.9251			5	45,040	387,587
5	56	47901	4.0902			6	68,029	260,933
5	57	47902	1.5730			4	20,805	89,095
5	58	47903	1.9779			3	29,890	142,646
5	59	47904	2.7302			3	37,162	283,044
5	60	11201	3.4505			3	85,919	230,112
5	61	11202	2.6294			2	73,573	166,858
5	62	11203	3.2571			3	103,906	199,482
5	63	11205	3.8883			3	116,798	252,979
5	64	11206	3.0361			2	98,765	180,714
5	65	11204	1.7056			2	19,774	95,591
5	66	11401	1.0979			7	17,854	65,082
5	67	11402	0.6908			4	14,368	40,068

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	68	11801	2.6500			3	110,170	149,672
5	69	11802	2.4078			2	110,005	136,108
5	70	11803	1.9292			3	77,136	114,848
5	71	11804	1.8910			2	76,765	109,336
5	72	11701	1.8072	*		4	19,004	88,115
5	73	11702	0.9813	*		4	16,329	62,444
5	74	11901	0.6865			2	20,383	41,542
5	75	11902	0.5593			2	15,588	33,874
5	76	12001	1.4647			9	18,945	105,772
5	77	12002	1.0439			5	14,935	62,805
5	78	12101	1.4629			5	25,947	100,025
5	79	12102	1.3226			6	14,416	83,745
5	80	12201	1.0321			3	23,872	70,997
5	81	12202	1.1954			5	9,613	69,497
5	82	12301	-	*		-	-	-
5	83	12302	-	*		-	-	-
5	84	124	1.0705			3	21,113	66,470
5	85	125	0.7474			2	20,541	43,385
5	86	126	1.4706			17	19,115	156,797
5	87	12701	-	*		-	-	-
5	88	12702	0.7286			7	9,046	84,065
5	89	12801	0.8409			5	9,219	50,708
5	90	12802	0.7302			3	8,444	41,942
5	91	129	2.1955			9	14,615	134,649
5	92	13001	1.2403			7	10,082	105,299
5	93	13002	0.9891			6	7,317	62,087
5	94	13101	0.8323			5	7,532	65,728
5	95	13102	0.7949			4	4,835	49,059
5	96	132	0.5693			4	5,042	37,784
5	97	133	0.3761			3	3,595	26,187
5	98	13401	0.5223			4	7,032	38,469
5	99	13402	0.4095			3	5,339	27,595
5	100	135	0.6391			4	6,594	38,339
5	101	136	0.4441			3	4,659	31,040
5	102	13701	3.7769			3	5,247	288,213

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	103	13702	1.9711			2	4,619	159,734
5	104	13801	2.0429			7	10,338	118,809
5	105	13802	0.6862			4	6,786	44,394
5	106	13803	0.6227			4	7,168	43,699
5	107	13804	1.4753			7	38,384	99,780
5	108	13805	1.2129			6	29,668	102,950
5	109	13901	0.4242	*		3	5,243	55,514
5	110	13902	0.4541			3	7,221	33,526
5	111	13903	0.3917			3	5,328	27,393
5	112	13904	1.0734			4	19,780	77,341
5	113	13905	0.9215			5	14,531	77,918
5	114	14001	0.5403			4	6,351	36,314
5	115	14002	0.3780			3	4,490	25,269
5	116	141	0.5527			4	8,272	38,365
5	117	142	0.4364			3	5,218	29,458
5	118	143	0.3992			3	3,943	27,058
5	119	14401	0.9468			5	6,694	65,888
5	120	14402	0.9604			6	11,240	81,266
5	121	14403	0.5751			4	6,194	40,940
5	122	14501	0.7763			2	6,475	48,630
5	123	14502	0.6519			3	6,717	50,233
5	124	14503	0.4655			3	4,903	33,843
6	1	15401	7.2757	*		20	117,354	578,490
6	2	15402	2.9978			11	28,786	372,071
6	3	15403	2.5819			10	24,466	249,808
6	4	15404	2.9292			12	59,178	310,421
6	5	15501	6.3438	*		14	186,787	540,173
6	6	15502	1.1469			3	24,655	113,703
6	7	15503	1.6014			6	26,647	138,062
6	8	15504	2.0618			7	31,110	186,973
6	9	15601	-	*		-	-	-
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	3.2869	*		12	90,581	335,208
6	12	15604	2.8015	*		7	67,347	225,943
6	13	15605	9.1154	*		23	397,559	589,596

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	14	15606	1.3450	*		6	27,347	76,884
6	15	15607	1.9199			9	44,436	271,181
6	16	15608	1.5294			7	39,688	122,363
6	17	14801	2.8456			12	41,648	290,588
6	18	14802	4.1669			17	43,163	383,867
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	1.1869	*	●	5	33,731	236,442
6	21	14805	1.9373			10	35,647	231,152
6	22	14901	2.4125			9	47,979	192,593
6	23	14902	2.8606	*		12	47,053	342,397
6	24	14903	-	*		-	-	-
6	25	14904	1.1869		●	5	16,132	155,113
6	26	14905	1.8191			9	12,896	176,330
6	27	14601	0.8984			3	23,919	99,887
6	28	14602	1.6707	*		4	20,541	208,858
6	29	14701	0.7025			2	21,844	54,641
6	30	14702	0.7409			2	20,650	71,092
6	31	150	2.4439			10	55,635	252,222
6	32	151	1.5469			6	48,754	127,740
6	33	16401	1.3620			5	45,037	84,705
6	34	16501	1.0837			3	39,099	67,791
6	35	16402	1.3794			7	39,360	94,322
6	36	16502	1.0194			5	33,324	62,767
6	37	16601	1.0918			3	41,066	65,363
6	38	16701	0.9286			3	38,270	56,215
6	39	16602	1.0053			4	34,134	59,806
6	40	16702	0.7847			3	29,645	45,304
6	41	152	1.2786			7	15,690	147,374
6	42	153	0.6030			3	13,528	84,065
6	43	15701	0.6995			4	6,410	45,028
6	44	15702	0.6040			2	19,182	34,182
6	45	15801	0.4367			3	8,008	26,898
6	46	15802	0.5008			2	17,548	28,527
6	47	16101	1.0413			3	38,602	67,242
6	48	16201	0.8476			2	35,411	51,284

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	49	16102	0.7687			2	27,683	45,334
6	50	16202	0.5993			2	22,614	35,024
6	51	159	1.1831			4	34,072	74,437
6	52	160	0.8366			3	30,881	49,970
6	53	16301	-	*		-	-	-
6	54	16302	3.2242	*		18	115,613	241,882
6	55	16303	7.3017			4	47,500	458,126
6	56	16304	4.5917			2	38,448	294,526
6	57	16305	4.0257			2	30,096	270,145
6	58	16306	1.8210			1	27,514	133,573
6	59	170	1.5050			5	22,247	174,850
6	60	171	0.8649			2	29,356	70,130
6	61	17201	0.9124			5	7,052	123,877
6	62	17202	0.7723			5	13,950	82,966
6	63	17203	0.6630			4	5,614	77,492
6	64	17301	0.8359			4	12,071	128,734
6	65	17302	0.4392			3	7,456	42,800
6	66	17303	0.4452			3	4,579	44,827
6	67	17401	1.1151			7	10,795	121,696
6	68	17402	1.0880			9	34,231	90,007
6	69	17403	0.7131			6	8,258	85,259
6	70	17404	0.6721			6	8,058	79,493
6	71	17501	0.7762			6	5,519	68,387
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4188			4	5,571	41,709
6	74	17504	0.4060			4	6,018	39,929
6	75	17601	1.1944			10	15,526	126,876
6	76	17602	0.8543			8	4,122	82,726
6	77	17603	0.6619			6	7,878	77,406
6	78	17604	0.5119			4	5,764	52,634
6	79	177	0.5138			5	6,880	52,427
6	80	178	0.3455			3	5,837	32,804
6	81	17901	0.5268			3	3,607	66,591
6	82	17902	0.8170			6	7,481	84,395
6	83	17903	0.5073			3	3,307	60,633

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	84	180	0.5153			6	5,998	57,830
6	85	181	0.3245			4	4,700	32,408
6	86	182	0.4791			5	5,988	52,493
6	87	183	0.3047			4	4,657	29,555
6	88	18401	0.3497			4	6,449	34,437
6	89	18402	0.2593			3	5,095	24,329
6	90	18801	1.1440		●	8	12,186	111,180
6	91	18802	0.5471			5	4,465	63,867
6	92	18803	0.7327	*		7	13,027	54,416
6	93	18804	0.7709			6	7,163	100,883
6	94	18805	0.6553			6	6,867	79,341
6	95	18901	1.1440	*	●	8	38,109	140,988
6	96	18902	0.3122			3	3,182	31,394
6	97	18903	0.6737	*		5	8,995	66,202
6	98	18904	0.4904			5	6,475	47,540
6	99	18905	0.3908			3	4,265	37,588
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.5244			3	7,736	68,627
6	103	19004	0.4390			3	4,131	47,268
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	-	*		-	-	-
6	106	19007	0.7888	*		9	22,542	54,762
6	107	19008	0.2527	*		2	7,842	21,111
6	108	19009	0.5654			4	5,169	71,767
6	109	19010	0.3772			3	3,638	43,169
7	1	191	3.1973		●	11	33,934	285,427
7	2	192	3.1973		●	9	50,359	262,079
7	3	195	2.8873			13	79,385	254,525
7	4	196	2.4059			10	77,985	192,659
7	5	197	2.3248			11	52,630	231,555
7	6	198	1.6171			8	46,185	148,164
7	7	49301	2.3886			8	83,287	144,937
7	8	49401	2.0821			7	73,548	132,504
7	9	49302	1.4150			4	43,444	84,516

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	10	49402	1.1695			3	42,520	66,135
7	11	193	1.4798			7	26,267	151,938
7	12	194	0.9603			5	20,758	90,548
7	13	199	7.7257	*		21	191,204	435,013
7	14	20001	1.5760			6	13,936	155,077
7	15	20002	0.8919			5	11,184	110,652
7	16	20101	2.0918			7	40,745	210,161
7	17	20102	1.4141			4	47,550	105,720
7	18	20201	0.7985			6	8,298	95,490
7	19	20202	0.4229			5	5,604	46,894
7	20	20301	1.7203	*		11	55,232	129,280
7	21	20302	1.0990	*		5	11,988	114,229
7	22	20401	0.5179			5	6,538	58,330
7	23	20402	1.1343			7	16,095	151,582
7	24	20403	0.5416	*		5	2,491	56,871
7	25	205	0.7826			7	7,750	96,807
7	26	206	0.5099			5	5,555	58,241
7	27	207	0.9640			6	8,835	93,861
7	28	208	0.6452			4	5,437	69,353
8	1	47101	4.0750			7	107,413	233,481
8	2	47102	3.3216			5	136,365	193,495
8	3	47103	4.0076			6	148,712	227,094
8	4	21701	2.1865			10	35,116	125,779
8	5	21702	1.4318			5	22,305	91,743
8	6	21703	1.7790			9	20,449	121,627
8	7	21704	0.9690			4	13,785	58,032
8	8	20901	3.1394			8	74,125	185,585
8	9	20907	4.0404			7	101,864	229,329
8	10	20902	2.5544			6	62,210	146,969
8	11	20908	3.6935			6	85,996	209,853
8	12	20903	2.2313			5	87,406	127,768
8	13	20904	1.7886			6	73,766	107,195
8	14	20905	2.2836			5	85,746	130,435
8	15	20906	0.9614			5	38,978	62,294
8	16	21601	1.1580			4	14,570	76,733

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	17	21602	0.7857			2	13,656	54,591
8	18	21001	2.4733			10	56,273	147,427
8	19	21101	1.7614			7	44,582	103,971
8	20	21002	1.6814			8	40,320	102,303
8	21	21102	1.3396			6	23,433	85,024
8	22	21003	1.5045			7	42,978	93,266
8	23	21103	1.2081			5	30,882	71,674
8	24	21201	2.2040			9	46,820	209,150
8	25	21202	1.2865	*		8	44,564	109,288
8	26	21203	2.1415	*	●	6	28,115	199,442
8	27	21204	2.1415		●	5	28,286	207,124
8	28	21205	1.5752			5	39,407	98,206
8	29	21206	1.2924			4	25,612	114,081
8	30	21301	-	*		-	-	-
8	31	21302	-	*		-	-	-
8	32	21303	2.7000			14	34,341	180,290
8	33	21304	1.6695			10	30,573	92,710
8	34	21305	2.7968	*		18	25,773	250,872
8	35	21306	-	*		-	-	-
8	36	49101	2.0756			5	43,099	161,275
8	37	49102	1.6899			4	44,565	94,073
8	38	49201	2.2300			5	37,304	122,715
8	39	49202	1.9343			5	34,085	113,878
8	40	496	4.2128			8	91,229	407,239
8	41	49701	3.4471			9	80,746	296,775
8	42	49702	2.8855			6	72,185	243,687
8	43	49801	2.9403			7	88,621	247,099
8	44	49802	2.4421			5	83,337	191,254
8	45	499	1.4860			5	29,490	153,990
8	46	500	1.1690			4	27,424	98,108
8	47	501	1.9437			15	37,915	145,451
8	48	502	1.5918			12	29,032	112,265
8	49	50301	1.0626			4	30,296	68,912
8	50	50302	0.9673			3	30,945	58,651
8	51	50303	0.8174			3	21,721	47,760

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	52	50304	0.6170			2	20,442	38,138
8	53	21801	1.7754			10	52,793	128,904
8	54	21802	1.5574			8	38,934	95,338
8	55	21901	1.4054			7	38,640	84,884
8	56	21902	1.1939			6	28,973	70,463
8	57	21803	1.3024			6	35,426	78,768
8	58	21804	1.1457			5	26,265	71,069
8	59	21903	1.0300			5	26,030	59,593
8	60	21904	0.8059			4	22,016	48,434
8	61	22001	1.5047	*	●	14	81,530	87,602
8	62	22002	1.5047	*	●	7	55,687	153,285
8	63	22003	1.3649	*		7	37,105	93,498
8	64	22004	1.0475			6	30,144	67,111
8	65	22005	1.9285	*		6	44,154	111,622
8	66	22006	0.9551			3	19,023	59,288
8	67	22007	1.1638			4	28,810	83,076
8	68	22008	0.7526			2	23,267	46,531
8	69	23101	1.3565			6	23,812	93,013
8	70	23102	0.7003			3	14,335	45,112
8	71	23103	0.5008			2	14,677	30,895
8	72	23104	0.3538			2	13,874	21,553
8	73	23001	0.6996	*		2	29,524	250,444
8	74	23002	0.5058	*		2	18,348	45,866
8	75	23003	0.5325			3	15,685	34,005
8	76	23004	0.4155			2	15,701	26,299
8	77	22601	1.1815			4	19,078	70,570
8	78	22602	1.0158			4	16,848	60,450
8	79	22701	0.5750			3	13,674	36,685
8	80	22702	0.6353			3	14,431	40,962
8	81	22501	1.0176			5	14,635	56,991
8	82	22502	0.6818			4	14,311	45,448
8	83	22503	0.8918			4	18,835	57,163
8	84	22504	0.6782			3	16,052	43,634
8	85	228	0.7140			3	16,644	42,749
8	86	22301	-	*		-	-	-

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	87	22302	0.7477			3	26,291	43,877
8	88	23201	0.9438	*		2	15,492	57,487
8	89	23202	0.5340			2	14,250	32,200
8	90	22401	1.0951			5	26,718	74,575
8	91	22402	0.8351			4	24,584	49,210
8	92	22403	0.7339			3	22,161	45,506
8	93	22404	0.5915			3	20,523	36,020
8	94	22901	0.5410			3	13,355	31,904
8	95	22902	0.5202			2	12,700	31,681
8	96	23301	2.7140			8	59,911	268,568
8	97	23302	1.9484			6	46,617	235,563
8	98	23401	0.9619			4	24,469	63,362
8	99	23402	0.6666			2	21,553	40,876
8	100	23501	1.1559			6	8,006	98,762
8	101	23502	0.6787			3	2,978	41,060
8	102	23503	2.3809	*		22	10,781	131,927
8	103	23504	-	*		-	-	-
8	104	23601	0.8746			6	7,057	95,925
8	105	23602	0.7935			5	4,972	95,476
8	106	23701	0.4992			3	3,482	31,081
8	107	23702	0.3490			2	2,601	22,006
8	108	23801	1.2904			12	17,253	95,225
8	109	23802	0.9629			9	9,227	71,414
8	110	23803	1.1703			12	13,277	88,527
8	111	23804	0.9042			5	5,159	55,910
8	112	23805	1.3552	*	●	13	15,040	206,479
8	113	23806	1.3552	*	●	13	21,670	181,725
8	114	23901	0.6364			3	4,463	40,021
8	115	23902	0.4314			3	3,958	30,354
8	116	24001	0.7402			3	4,312	55,000
8	117	24002	0.7403			2	4,155	47,637
8	118	24003	0.3680			2	3,652	24,675
8	119	24101	0.4746			2	3,670	42,854
8	120	24102	0.5250			2	3,956	33,894
8	121	24103	0.1808			1	2,905	11,391

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
8	122	24201	1.0494			9	10,469	65,107
8	123	24202	0.7700			7	7,938	48,681
8	124	24203	1.8294	*		15	16,002	267,037
8	125	24204	0.9062	*		9	35,729	62,051
8	126	24205	0.8699			8	12,472	68,433
8	127	24206	0.7229			7	8,295	52,028
8	128	24301	0.8360			3	2,627	55,778
8	129	24302	0.3966			3	3,521	27,453
8	130	244	0.4543			4	4,175	31,389
8	131	245	0.2903			2	2,363	20,525
8	132	24601	0.6048			6	2,993	41,035
8	133	24602	0.3431			3	2,539	22,436
8	134	24701	0.5833			4	6,705	36,962
8	135	24702	0.3893			3	4,436	24,863
8	136	24801	0.7769			6	6,436	50,843
8	137	24802	0.3636			2	3,127	22,783
8	138	24901	1.0105			9	7,366	69,800
8	139	24902	0.8349			9	7,706	63,538
8	140	24903	0.7609			5	4,408	51,342
8	141	24904	0.4766			3	3,132	26,354
8	142	250	0.3974			3	4,562	26,322
8	143	251	0.2622			2	3,145	17,320
8	144	252	0.3471			1	7,329	21,962
8	145	253	0.4056			3	4,360	25,988
8	146	254	0.2674			2	2,474	17,785
8	147	255	0.3838			2	3,912	22,964
8	148	25601	0.8620			7	9,365	53,569
8	149	25602	0.6540	*		8	20,465	37,987
8	150	25603	0.6235			4	4,555	45,301
8	151	25604	0.4407			2	3,341	34,389
9	1	263	1.4880			12	17,764	160,882
9	2	264	0.9132			7	14,446	92,219
9	3	265	0.9207			6	12,802	105,253
9	4	266	0.5843			3	11,551	53,513
9	5	26801	1.7612			6	21,207	201,524

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	6	26802	1.1428			4	20,289	102,014
9	7	26701	0.4225	*		3	12,721	66,234
9	8	26702	0.2446			2	8,647	28,239
9	9	25701	2.2948	*		7	41,866	243,202
9	10	25801	1.5784			5	44,710	92,724
9	11	25702	1.4368			4	40,057	99,360
9	12	25802	1.3295			4	36,414	77,759
9	13	259	0.8585		●	2	19,024	47,502
9	14	260	0.8585		●	2	22,960	53,393
9	15	261	0.4666			2	15,517	34,572
9	16	26201	0.9244	*		3	23,030	96,078
9	17	26202	0.4317			2	14,515	31,587
9	18	269	1.3775			7	15,563	153,301
9	19	270	0.7251			4	12,079	69,034
9	20	271	0.8556			10	8,446	100,705
9	21	27201	0.8213			8	3,736	109,034
9	22	27202	0.5802			7	8,426	56,819
9	23	27203	0.6459	*		6	5,464	91,740
9	24	27301	0.3543			3	2,217	55,221
9	25	27302	0.4352			5	6,379	40,433
9	26	27303	0.4564	*		4	6,604	44,174
9	27	274	0.6120	*		4	3,234	91,772
9	28	275	0.1654			2	2,133	27,040
9	29	27601	0.4521			4	6,629	52,147
9	30	27602	0.3627			3	2,835	38,745
9	31	277	0.6228			8	8,468	70,889
9	32	278	0.3961			6	6,515	40,838
9	33	27901	0.4320			5	7,012	50,585
9	34	27902	0.3205			4	6,183	31,544
9	35	280	0.3651			4	3,105	40,280
9	36	281	0.2350			3	2,665	24,180
9	37	282	0.2510			3	2,689	28,495
9	38	28301	0.2868		●	3	3,935	34,946
9	39	28302	0.4402			4	3,801	57,674
9	40	28401	0.2868		●	3	3,720	30,969

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	41	28402	0.1814			2	2,829	23,663
10	1	28601	2.6670			7	60,771	266,795
10	2	28602	2.2173			6	56,942	208,837
10	3	28801	2.2717			14	13,874	227,800
10	4	28802	1.8553			3	66,880	140,395
10	5	28501	1.6753			13	20,888	174,173
10	6	28502	0.9366			9	16,415	98,789
10	7	28701	1.3249			10	19,728	144,166
10	8	28702	0.9466			6	7,447	88,299
10	9	28901	1.1956			4	32,084	109,057
10	10	28902	0.7352			3	31,399	58,340
10	11	290	1.0337			3	33,239	61,421
10	12	29101	1.3599	*		5	23,211	115,950
10	13	29102	0.6435			3	19,741	58,303
10	14	292	2.1755			13	27,437	228,830
10	15	293	1.3862			4	24,074	148,053
10	16	29401	0.7120			7	7,843	85,687
10	17	29402	0.3825			5	5,198	40,097
10	18	29501	0.6759			6	7,774	77,851
10	19	29502	0.4243			4	3,193	57,214
10	20	29601	0.5784			6	5,989	70,670
10	21	29602	0.6224			6	3,673	73,209
10	22	29701	0.3107			4	4,271	33,156
10	23	29702	0.4169			5	4,917	45,711
10	24	29801	0.6196			4	7,498	107,253
10	25	29802	0.3202			3	4,200	32,768
10	26	29803	0.2739			2	3,607	37,956
10	27	29804	0.2277			2	3,267	24,777
10	28	29901	1.0600			4	4,515	123,614
10	29	29902	0.8333			3	3,023	78,598
10	30	29903	0.7048			6	9,959	76,826
10	31	29904	0.1689			2	2,638	24,346
10	32	30001	0.5442			4	6,460	62,325
10	33	30002	0.4993			4	4,087	65,838
10	34	30101	0.4378			3	3,221	47,685

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	35	30102	0.2377			2	3,131	29,098
11	1	30201	11.7489			14	426,355	670,445
11	2	30202	11.2046			13	424,859	636,138
11	3	30301	1.8220			6	18,896	166,811
11	4	30302	1.7287			6	27,628	133,232
11	5	304	1.0703			5	11,540	111,488
11	6	305	0.9280			4	11,493	82,073
11	7	308	0.8636			4	11,257	109,260
11	8	309	0.5793			2	11,887	63,784
11	9	30601	1.5869			6	49,113	107,796
11	10	30602	1.2711			4	43,630	72,630
11	11	30701	0.9693			5	23,848	73,010
11	12	30702	0.8680			3	21,195	50,515
11	13	310	0.7570			3	21,029	70,893
11	14	311	0.5710			2	19,622	42,480
11	15	312	0.5554			3	12,087	66,947
11	16	313	0.4462			2	13,478	43,026
11	17	314	1.1796	*		3	13,903	115,519
11	18	31501	1.3654			6	17,159	146,520
11	19	31502	1.0851			4	16,185	106,173
11	20	31601	1.0741			9	8,969	129,516
11	21	31602	0.7332			6	5,006	80,172
11	22	31603	0.6486			6	6,731	77,058
11	23	31604	0.4570			5	5,666	52,453
11	24	317	0.5289	*		3	4,435	40,644
11	25	318	0.4715			2	4,085	46,727
11	26	319	0.3717			2	4,313	33,708
11	27	320	0.6872			8	9,462	75,102
11	28	321	0.4156			5	6,813	41,977
11	29	32201	0.5375			6	10,309	56,777
11	30	32202	0.4193			5	8,637	42,877
11	31	32301	0.7326			3	29,265	58,153
11	32	32302	0.4652			3	4,518	44,181
11	33	32401	0.6381			2	29,141	43,281
11	34	32402	0.3503			2	3,009	29,676

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	35	325	0.5315			4	5,005	60,366
11	36	326	0.4642			3	4,544	57,256
11	37	32701	0.3154		●	3	4,824	26,435
11	38	32702	0.3154		●	3	6,796	28,337
11	39	328	0.4558			3	8,134	40,683
11	40	329	0.3732			2	9,261	29,518
11	41	33001	1.0614	*		4	14,639	101,844
11	42	33002	0.3192	*		1	14,983	21,547
11	43	331	0.7720			6	7,219	90,705
11	44	332	0.6020			3	5,057	65,285
11	45	33301	0.4702		●	3	4,044	68,508
11	46	33302	0.4702		●	3	4,000	64,206
12	1	334	-	*		-	-	-
12	2	335	2.3710	*		9	81,451	162,711
12	3	34101	1.3124			5	12,250	108,251
12	4	34102	1.1001			2	7,082	79,584
12	5	34103	3.2674		●	4	60,635	178,511
12	6	34104	3.2674		●	2	57,191	190,146
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	1.0491			4	17,986	81,774
12	9	33902	0.4531			2	16,101	28,356
12	10	34001	1.1280			2	29,228	71,095
12	11	34002	1.0162			2	21,210	62,771
12	12	34201	-	*		-	-	-
12	13	34202	0.2276			2	3,699	22,841
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	0.2701			1	5,751	19,829
12	16	33601	1.1448			4	44,150	66,188
12	17	33602	1.1013			4	41,352	62,910
12	18	33701	0.9540			5	26,253	66,257
12	19	33702	0.9537			4	20,803	55,441
12	20	344	-	*		-	-	-
12	21	34501	1.1600			5	21,003	99,906
12	22	34502	0.6466			3	17,547	42,921
12	23	346	-	*		-	-	-

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	24	347	0.4101	*		2	22,579	22,984
12	25	348	0.4451			3	4,173	29,786
12	26	349	0.3492			2	3,842	22,506
12	27	35001	0.6475			6	9,353	46,540
12	28	35002	0.4726			5	6,792	30,345
12	29	35201	0.2504	*		5	13,730	13,877
12	30	35202	0.6853	*		5	12,530	70,492
12	31	35203	0.4491			2	3,230	24,930
12	32	35204	0.5707			3	3,589	35,858
12	33	35205	0.4064			2	3,274	28,638
13	1	35301	2.3597	*		6	89,854	223,242
13	2	35302	2.2389	*		7	80,448	130,761
13	3	35801	2.2119			4	86,653	127,935
13	4	35802	1.8303			4	68,327	108,944
13	5	35803	1.7018	*		5	61,369	141,365
13	6	35804	1.2928			5	43,268	82,706
13	7	35805	1.3953			3	47,405	85,634
13	8	35806	1.0137			3	26,174	61,653
13	9	35901	1.9606			4	72,321	112,894
13	10	35902	1.6920			4	64,147	97,452
13	11	35903	1.6252			4	51,778	92,678
13	12	35904	1.1775			5	41,960	71,129
13	13	35905	1.3332			3	43,335	79,975
13	14	35906	0.9292			2	21,425	55,206
13	15	36101	1.7987			4	56,212	105,507
13	16	36102	1.4874			3	48,888	94,091
13	17	36001	0.6015			2	14,631	36,518
13	18	36002	0.4866			2	11,360	35,027
13	19	35601	1.1155			3	23,437	64,434
13	20	35602	0.9940			2	20,076	57,883
13	21	363	0.4209			2	14,868	31,561
13	22	364	0.4754			1	10,942	28,008
13	23	36501	1.6002			5	42,962	104,264
13	24	36502	0.9339			3	13,998	56,759
13	25	36604	0.3227	*		3	2,884	25,346

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	26	36704	0.1953	*		1	2,994	21,060
13	27	36801	0.5962			6	7,940	41,062
13	28	36802	0.3677			4	6,474	26,119
13	29	369	0.2564			2	2,061	19,947
14	1	469	0.2100	*		3	3,421	27,307
14	2	370	0.9034			5	35,178	56,738
14	3	371	0.7337			5	34,174	45,694
14	4	37401	-	*		-	-	-
14	5	37402	0.6600	*		3	20,728	46,083
14	6	37501	1.1663	*		4	47,986	67,876
14	7	37502	0.8900	*		3	38,711	54,893
14	8	372	0.8230			3	30,636	48,036
14	9	37301	0.7544			3	31,179	44,990
14	10	37302	0.6918			3	30,008	39,457
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	3.0195	*		9	118,944	183,694
14	13	37703	-	*		-	-	-
14	14	37704	1.4938			6	11,185	73,243
14	15	37705	0.7936			4	6,200	58,060
14	16	37601	0.8432	*		6	8,208	87,018
14	17	37602	-	*		-	-	-
14	18	37603	-	*		-	-	-
14	19	37604	0.6595			4	6,670	48,992
14	20	37605	0.3234			4	3,937	23,027
14	21	37801	1.1708			2	40,592	66,093
14	22	37802	0.8914			3	27,849	55,966
14	23	37803	0.4934			2	3,113	28,147
14	24	37901	0.2985			4	2,970	37,021
14	25	37902	0.4677			5	4,736	58,802
14	26	37903	0.3602			4	3,910	44,054
14	27	38101	0.7613			2	11,601	46,586
14	28	38102	0.4969			2	11,130	31,265
14	29	38001	0.4437			2	8,109	26,722
14	30	38002	0.3971			2	6,199	24,785
14	31	382	0.2370			2	2,610	12,804

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	32	38301	0.3660			4	4,426	44,467
14	33	38302	0.2577			3	3,462	28,513
14	34	384	0.3664			4	3,573	44,745
14	35	513	0.3033			-	-	-
15	1	N01	0.7503			5	9,037	92,154
15	2	N02	-	*		-	-	-
15	3	N03	-	*		-	-	-
15	4	N04	-	*		-	-	-
15	5	N05	4.3487			22	28,924	411,540
15	6	N06	3.3163	*		24	109,585	311,165
15	7	N07	3.5741			21	83,322	359,860
15	8	N08	2.0743			17	37,404	195,514
15	9	N09	1.7148			15	32,078	146,199
15	10	N10	1.4563			14	28,961	129,301
15	11	N11	2.2915			12	40,935	263,339
15	12	N12	1.1485			8	19,515	127,855
15	13	N13	0.7723			6	11,393	79,875
15	14	N14	7.5169			19	115,401	733,509
15	15	N15	2.8976			9	16,005	298,574
15	16	N16	1.6709			8	24,683	201,998
15	17	N17	0.7638			5	12,188	78,779
15	18	N18	0.4495			4	6,869	47,967
15	19	N19	0.4277			4	10,399	40,658
16	1	39201	3.1405			11	60,872	294,930
16	2	39202	1.8622			7	70,918	158,295
16	3	39301	3.8442	*		12	143,241	217,301
16	4	39302	0.9364	*		4	52,352	53,289
16	5	39401	1.3036			6	19,402	135,705
16	6	39402	0.8175			3	17,031	88,543
16	7	39501	0.9850			5	3,550	126,077
16	8	39502	0.6037			5	7,863	63,712
16	9	39503	0.4374			3	4,971	43,884
16	10	39601	0.5081			2	4,169	74,831
16	11	39602	0.6345			4	6,863	68,897
16	12	39603	0.3626			2	6,471	37,965

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	13	39701	1.7637	*		5	19,121	368,045
16	14	39702	1.4363	*		4	13,294	272,660
16	15	39703	1.3979	*		12	12,500	323,296
16	16	39704	0.4851	*		4	5,327	39,609
16	17	39705	0.7926			5	4,542	109,314
16	18	39706	0.4611			3	3,345	56,803
16	19	39802	0.7768			6	7,029	99,503
16	20	39803	0.6827			5	4,506	83,029
16	21	39804	0.3832			3	4,116	49,196
16	22	39902	0.4310			4	4,021	47,935
16	23	39903	0.3757			3	3,718	49,213
16	24	39904	0.2451			2	3,404	32,423
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-
17	3	401	-	*		-	-	-
17	4	402	-	*		-	-	-
17	5	40301	0.4964	*		3	3,482	125,337
17	6	40401	0.1747	*		2	2,509	21,610
17	7	406	2.1315			7	32,073	185,675
17	8	407	1.7658			5	27,978	149,008
17	9	40801	1.3627			5	14,439	166,172
17	10	40802	0.5939			2	11,956	55,516
17	11	412	0.3475	*		2	6,215	39,651
17	12	41101	0.5199			2	3,798	59,076
17	13	41102	0.4006			2	4,170	33,675
17	14	413	0.7477			6	6,784	84,074
17	15	414	0.4551			3	3,872	48,062
18	1	41501	2.1283			13	27,011	246,863
18	2	41502	1.0462			6	17,349	113,306
18	3	41601	1.0500			10	12,312	125,980
18	4	41602	0.5653			6	7,236	59,852
18	5	41701	0.8652			8	11,764	104,838
18	6	41702	0.5682			5	7,762	56,786
18	7	41803	0.6986			8	7,020	79,586
18	8	41804	0.5344			7	6,419	56,505

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	9	419	0.5745			6	6,828	68,537
18	10	420	0.4152			4	4,369	46,021
18	11	42101	0.6904			6	7,197	84,754
18	12	42102	0.4096			5	4,527	40,691
18	13	42201	0.4094			4	7,642	42,441
18	14	42202	0.2934			3	6,350	28,177
18	15	42301	2.0285			15	18,063	198,086
18	16	42302	0.8773	*		9	15,510	82,317
18	17	42303	0.7095			7	7,687	96,482
18	18	42304	0.3921			4	4,618	43,950
21	1	44001	0.6524			7	12,790	74,264
21	2	44002	0.3926			4	6,439	39,699
21	3	43901	1.1353			8	19,736	113,757
21	4	43902	0.7251			5	17,802	66,910
21	5	44101	1.0018		●	5	11,326	109,613
21	6	44102	1.0018		●	4	13,817	116,630
21	7	442	1.5116			7	14,653	176,833
21	8	443	0.8446			4	13,004	85,397
21	9	444	0.4647			5	4,887	52,779
21	10	445	0.2702			3	2,915	26,967
21	11	44601	0.4977			4	2,751	64,114
21	12	44602	0.2473			3	2,988	27,798
21	13	44701	0.5921			5	3,246	75,508
21	14	44702	0.2535			3	2,952	29,891
21	15	44801	0.4101			4	4,585	38,276
21	16	44802	0.2210			2	3,097	22,459
21	17	44901	0.9753			6	5,143	132,359
21	18	44902	0.6901			6	4,626	88,287
21	19	45001	0.5149			3	3,147	64,420
21	20	45002	0.2790			3	2,698	30,493
21	21	45101	0.6769			3	3,113	104,869
21	22	45102	0.2950			2	2,886	43,628
21	23	45103	0.5874			4	2,910	74,088
21	24	45104	0.2210			2	3,594	29,266
21	25	452	0.5739			5	4,501	71,760

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	26	453	0.3074			3	2,926	36,332
21	27	454	0.7832			5	5,304	123,337
21	28	455	0.3589			4	3,671	53,179
21	29	41801	0.4652	*	●	7	7,078	33,889
21	30	41802	0.4652	*	●	7	23,410	56,064
22	1	50401	9.3305	*		23	60,861	951,160
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	-	*		-	-	-
22	4	50404	-	*		-	-	-
22	5	50405	-	*		-	-	-
22	6	50501	5.3755	*		15	61,337	722,604
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	-	*		-	-	-
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	-	*		-	-	-
22	11	50601	3.6613	*		15	42,407	483,042
22	12	50602	3.1982			15	15,548	383,183
22	13	50603	2.7077			15	30,799	285,396
22	14	50604	2.1853			13	25,703	223,481
22	15	50605	4.7252			19	43,126	571,405
22	16	50606	4.2618			17	40,059	481,025
22	17	50701	1.8933			8	12,728	222,826
22	18	50702	1.6282			11	28,399	177,867
22	19	50703	1.5518			10	19,984	150,185
22	20	50704	2.7177	*		13	41,110	333,867
22	21	50705	1.3148	*		7	10,141	134,019
22	22	50801	1.6876	*		13	22,302	137,255
22	23	50802	1.3032	*		9	21,610	111,045
22	24	50803	2.3452			10	9,370	260,753
22	25	50804	1.7977			9	12,780	228,930
22	26	50901	1.1722			6	2,859	74,069
22	27	50902	0.5444	*		5	13,913	41,204
22	28	50903	1.1147	*		6	14,121	128,392
22	29	50904	1.1559	*		11	27,565	67,599
22	30	510	1.4040			9	7,862	182,047

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	31	511	0.7806			6	5,667	88,892
23	1	46101	0.7544			3	9,308	134,925
23	2	46102	0.9080			3	13,809	148,023
23	3	46103	0.7464			2	14,371	65,874
23	4	46201	1.4284			22	19,022	118,806
23	5	46202	1.1935			19	9,388	99,506
23	6	46203	1.3334			19	10,179	119,783
23	7	46204	1.2471			17	12,621	107,504
23	8	463	0.6256			6	4,890	73,705
23	9	464	0.3921			3	4,199	34,707
23	10	465	0.4807			3	6,645	52,936
23	11	466	0.4946			3	2,844	52,652
23	12	467	0.7916			3	5,617	81,012
24	1	48401	6.0438			20	115,318	485,921
24	2	48402	2.1797	*		9	85,713	131,737
24	3	48501	1.7867			9	44,594	182,047
24	4	48502	1.3908	*		8	52,737	109,179
24	5	48601	3.0307			12	38,278	338,448
24	6	48602	1.7012			7	34,844	148,178
24	7	48701	0.8941			7	7,690	113,704
24	8	48702	0.6132			6	4,684	74,460
UN	1	46801	2.1673			10	21,570	258,595
UN	2	46802	1.1791			4	14,988	134,436
UN	3	46803	2.2550			7	19,009	327,906
UN	4	46804	0.9500			3	18,753	101,250
UN	5	47601	1.8970			11	23,068	192,835
UN	6	47602	0.8598			4	14,269	82,631
UN	7	47701	1.4630			9	17,836	167,682
UN	8	47702	0.7415			3	13,286	67,092
UN	9	47703	1.6494			7	13,720	189,355
UN	10	47704	0.8690			3	17,900	81,790
全國平均點數 55,411								

全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫

111 年 7 月 18 日公告

112 年 X 月 X 日公告修正

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

- 一、 ~~111~~112 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「住院整合照護服務試辦計畫」專款項下支應，全年度經費為 300.0560.0 百萬元。
- 二、 本計畫 ~~以每點 1 元為上限，~~透過計畫遴選及經費額度之匡列，於執行過程進行前端管控，~~若有超支，則以浮動點值支付。~~

參、目的

為強化醫院人員感控機制及有效運用住院照護人力，以病房團隊人員照護工作分級分工提供住院照護，使病人也能獲得連續性及完整性的照護，提升民眾住院醫療照護品質，減輕家屬住院之照顧及經濟負擔，同時提升健保給付效益與支付效率。

肆、計畫期間

自本計畫公告日起至 ~~111~~112 年 12 月 31 日止。

伍、實施方法及進行步驟

- 一、 本計畫由申請醫院提出執行計畫（申請表及計畫格式如附件 1），~~視申請醫院計畫及遴選結果，~~擇優增加遴選醫院辦理，~~惟各層級醫院至少 1 家，~~並於 ~~111~~112 年專款經費 300.0560.0 百萬元額度內，依本計畫核定各醫院之試辦金額床數辦理。
- 二、 申請醫院應符合下列資格條件及申請程序：
 - (一) 屬醫院總額範圍內之特約醫院。

- (二) 為利本計畫專款有效運用及建立有效醫院試辦規模，申請醫院依其型態、規模、所在地區及人力等不同條件，評估全院病床運用情形，提出因院制宜之試辦規模及管理機制計畫(含每日住院整合照護使用之估計人數及相關管理方式)，且試辦床數規模應審慎評估，確保執行計畫之可行性與執行成效。
- (三) 為落實病房團隊 Skill-Mixed 分級分工機制，112 年申請醫院需以病房為單位，至少安排 1 個病房辦理。
- (四) 申請送件截止日：本計畫公告日起 4520 個工作日內(以郵戳為憑)，檢具申請醫院執行計畫書(附件 1)向所轄保險人分區業務組提出申請(申請文件請自行備份，經受理後不予檢還)。
- (五) 保險人分區業務組於申請送件截止日起，7 個工作日內移送申請文件予保險人，由保險人邀請其分區業務組及衛生福利部護理及健康照護司及社會保險司等單位召開審查會議(申請醫院審查作業及標準如附件 2)。審查會議核定結果由保險人行文通知申請醫院，並副知衛生福利部護理及健康照護司及台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會，且將核定名單及床數公布於保險人全球資訊網。
- (六) 核定同意之醫院，自核定函發文日起，支付本計畫費用。

三、 本計畫為持續性計畫，於新年度參與醫院遴選核定前，原參與醫院得持續辦理，並以新年度預算支應。

四、 住院整合照護辦理方式：

- (一) 醫院依病房特性及病人疾病嚴重程度，安排適當護理及照護輔佐人力，以病房團隊人員照護工作分級分工提供住院照護，使民眾於住院期間，醫院能讓家屬可以不用全時在醫院照顧病人(或自聘看護)，且病人也能獲得連續性及完整性的照護。
- (二) 提供家屬選擇權，可不參與條件：
1. 家屬自行照顧。

2. 家中原聘請之外籍看護工連續照顧。
3. 自我照顧獨立之病人（日常生活活動 ADL 滿分者）。
4. 病人特殊狀況，需要 1 對 1 照顧服務。

(三) 醫院照護輔佐人力配置：

1. 醫院依病人照護需求項目估算所需照護時數，規劃住院整合照護人力最適組合 (Skill-Mixed Model)，以照護輔佐人員每日 2 班或 3 班工時計算並配合床數計算照護比人力配置需求，可採固定人員於病房服務，但院方得視病房特性及病人疾病嚴重程度，規劃人力配置及支援等彈性調度機制由病房統合運用，照護輔佐人力配置計算方式如下：

- (1) 人力需求計算：(現行各床所需照護項目次數*每項目所需工時)之總和/1 位照護輔佐人員每日工時。
 - (2) 照護比配置比例計算：每班整合照護病人數/每班照護輔佐人力數。
2. 人力來源不限於自聘，如採委外或特約方式，提報執行計畫時，應訂定相關醫院管理規則。

(四) 醫院照護輔佐人員管理與業務範圍：

1. 醫院應訂定照護輔佐人員臨床照護之管理、監督與查核機制（含操作技術稽核），且有專責人員負責其招募、排班調度、工時、訓練、留用、品質制度等管理作業。

2. 醫院照護輔佐人員應至少具備照顧服務員資格，具備以下任一資格：

- (1) 領有照顧服務員訓練結業證明書。
- (2) 領有照顧服務員職類技術士證。
- (3) 高中（職）以上學校護理相關科（組）畢業，尚未取得護理證照。
- (4) 高中（職）以上學校照顧相關科（組）畢業。

(5) 領有經衛生福利部核定之醫院照護輔佐訓練結業證明。

3. 醫院應依照護需求與人力現況，依衛生福利部所定業務範圍內（附件 3）自訂適當工作內容，並視需要提供補強/進階訓練。
4. 人員薪資條件：由醫院依人力來源、人力配置估算營運成本，衡量整體公平性，訂定具人員投入誘因之薪資福利(如夜班津貼、三節獎金、勞健保及勞退金補助，及投保第三責任險等)。

(五) 其他事項

1. 醫院應按該院執行計畫所訂住院整合照護實施模式辦理，含受理服務流程作業、推動病房科別、病床數、照護輔佐人力配比、收費金額(可參考附件 5 本計畫之收費項目及參考範圍訂定)等實施方式。執行計畫如有變更，應事先申請經保險人同意後，始得為之。
2. 透過醫院網頁或及院內宣傳機制，提供民眾「住院整合照護」資訊，並設置電話聯繫窗口供民眾洽詢。
3. 醫院應事先妥適向病人說明服務內容及費用，使其能夠知情同意，知情同意書之格式參考附件 6。

陸、醫療費用支付

一、 本計畫給付項目及支付標準：

- (一) 對入住急性一般病床病人，提供符合實施方法與進行步驟之住院整合照護，醫院得申報「住院整合照護管理費（每日）」，每人日支付 750 點。

編號	診療項目	支付點數
P7201B	住院整合照護管理費（每日）	750

- (二) 醫院依實際服務之住院日數申報(自住院之日起算至出院日之前 1 日止)。

二、 醫療費用點數申報格式

- (一) 案件分類：請依原住診案件申報。
- (二) 醫令類別：Tw-DRG 案件請以「X」填報；其他案件分類以「2」填報。
- (三) 「病床號」及「執行醫事人員代號」必填，其中「執行醫事人員代號」以照護輔佐人員 ID 填列。
- (四) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

三、 結算方式：預算按季均分，以浮動點值計算，且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。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

柒、品質監控指標

本計畫由健保資料庫統計及試辦醫院填報指標如下（內容如附件 4）。

- 一、 結構指標：全院推動住院整合照護涵蓋率(急性一般病床)。
- 二、 過程指標：住院整合照護病床使用率。
- 三、 結果指標：
 - (一) 滿意度(病人、家屬、護理人員及、照護輔佐人員及醫院管理者)。
 - (二) 住院整合照護病人平均住院天數。

捌、資訊公開

保險人得於全球資訊網公開參與本計畫之醫院名單、獲得本計畫整合照護費用及相關品質資訊供民眾參考。

玖、款項之運用

- 一、 醫院領取本計畫之款項，得用於提升住院護理整合照護人力配置、照護品質及提高照護輔佐人員薪資及福利。
- 二、 ~~領有本計畫款項之醫院應依費用核付進度，每半年將款項之運用情形提報保險人備查，並於本計畫費用核付112年度結束後3個月內完成全年款項應用情形報告（非屬本計畫之金額請勿填入），保險人應得~~依本計畫費用核付進度，~~每半年~~稽核款項之運用情形1次，醫院如未落實前述規定，保險人將予以追扣是項款項。

拾、方案修訂程序

本計畫由保險人與衛生福利部護理及健康照護司會同醫院總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第41條第1項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

申請醫院執行計畫書

一、基本資料：

申請醫院名稱：	
醫院代碼：	評鑑類別：
聯絡人：	職稱：
電子信箱：	
聯絡電話：	傳真電話：
地址：()	
全院急性一般病床開放床數：	
預計提供住院整合照護病床數（如採分階段推動，請註明）：	
全院推動住院整合照護涵蓋率（如採分階段推動，請註明）：	

二、執行計畫內容：

- (一) 具體說明醫院住院整合照護推動理念、專責管理部門與成果評估機制（含醫院定期檢視住院整合照護推動政策、實施流程、管理規定、品質監測及評估執行情形等辦理方式）。
- (二) 詳述住院整合照護推動模式規劃：如為本計畫 111 年試辦醫院，應提供 111 年與 112 年對照表。
1. 醫院評估全院病床運用情形，以病房為單位，至少安排 1 個病房辦理，提出因院制宜之試辦規模及管理機制計畫（含每日住院整合照護使用之估計人數、計算實際推動需求床數及相關管理方式）。
 2. 所規劃推動整合照護病房科別、各病房推動病床號、床數及比率，以及照護輔佐人員名單（如申請階段尚未有確定/完整名單，

應於醫院預計提供整合照護服務前 15 日完成補正)，並請說明選擇該科/床數推動之理由。

3. 照護輔佐人力配置：人力來源、資格條件、招募方式、照護輔佐人員總人力數、照護輔佐人力配置計算方式依據。
4. 住院整合照護模式：規劃病房照護團隊分工與合作機制，以 Skill-Mixed Model 規劃護理及照護輔佐人員照護工作分級分工，每日/每班依病患需求安排團隊照護工作分工方式及彈性調度/支援機制。
5. 如考量病床運用或病人需求提供不同形式之住院照護人力安排，包括提供 1 對 1 照護輔佐人員安排服務，應說明辦理方式。
6. 實施方式：醫院內部及外部推廣宣傳機制、受理服務流程作業、護理及照護輔佐人力配比、照護輔佐人力與病人配比或人力配置方式、收費方式與金額等，並提供成本分析及收費估算方式等資料，前述實施方式如依各病房特性調整，請分別說明。

(三) 具體說明醫院照護輔佐人員臨床照護之管理制度與工作規範：

1. 本計畫專責管理人員來源(如醫院原有人員或增聘，是否為主管兼任)、人數、專責管理業務內容。
2. 照護輔佐人員工時、薪資福利(含具人員投入誘因項目)、排班、調度、訓練、留用、業務範圍、~~與護理人員照護分工方式~~及品質監督機制等，倘人力來源採委外或特約方式，應說明相關醫院管理規則。
3. 人員及照護爭議處理機制。

(四) 如規劃採分階段推動，請一併敘明理由、相關具體可行時程及擴大規模方式(未來醫院得依辦理成效，進行滾動式修正)。

(五) 其他：

1. 醫院過往推動相關經驗及成效（如：全責護理、Skill-Mixed 照護、住院友善照顧共聘、智慧共聘模式等）、本計畫相關創新規劃與健保政策推動建議等。
2. 如為本計畫 111 年試辦醫院，應檢附執行成果報告及住院整合照護病床使用率分析（格式如附件 7），並於 112 年執行計畫書提出申請床數之評估依據及可行規劃。

申請醫院審查作業及標準

一、審查作業流程：

- (一) 審查小組由專家學者（可由台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會推薦代表佔有二分之一席次）及衛生福利部相關單位代表組成，計 9-11 人，召開審查會議研商計畫書審查項目及權重，並就申請醫院資格與執行計畫審查（必要時視疫情調整採書面審查），與提供本計畫推動專業意見，視需要得要求申請醫院出席審查會議進行簡報與詢答（醫院出席人數以 3 人為限）。
- (二) 前項審查小組審查，須有至少 7 位委員（外部委員 5 位）出席，依申請醫院提出符合本計畫中需求之執行計畫書，經送審查小組依審查標準評分，擇優核定。

二、計畫書審查項目及權重（得依本計畫審查小組建議進行調整）：

審 查 項 目	權 重
1. <u>對計畫之瞭解（醫院推動理念、對國內外現況之瞭解程度與辦理經驗）醫院推動與管理政策：醫院住院整合照護推動理念、專責管理部門、執行成果評估機制（含醫院定期檢視住院整合照護推動政策、實施流程、管理規定、品質監測及評估執行情形等辦理方式）</u>	20% 25%
2. <u>計畫書完整性與可行性（各項規劃具體與明確性）住院整合照護（Skill-Mixed）模式規劃：推動科別、床數及比率；病房團隊（護理、照護輔佐人員及其他工作人員）照護工作分級分工與合作方式、病房照護流程安排、人力配置及實施方式</u>	30% 35%
3. <u>計畫執行方式（執行方法與步驟、品質控制及相關</u>	40%

期程是否恰當) 醫院照護輔佐人員臨床照護之管理制度與工作規範	30%
4. <u>醫院過往推動相關經驗及成效 (111 年試辦醫院應檢附執行成果報告)</u> 、本計畫相關創新規劃與健保政策推動建議	10%

三、評定方式：

(一) 審查小組委員按「計畫書審查項目及權重」規定，於計畫書審查評分表(如表 1) 給予評分與審查意見。

表 1：審查意見表

項次	審查項目	權重 (%)	醫院名稱 評分
1	對計畫之瞭解 (醫院推動理念、對國內外現況之瞭解程度與辦理經驗) <u>醫院推動與管理政策：醫院住院整合照護推動理念、專責管理部門、執行成果評估機制 (含醫院定期檢視住院整合照護推動政策、實施流程、管理規定、品質監測及評估執行情形等辦理方式)</u>	20 25	
2	計畫書完整性與可行性 (各項規劃具體與明確性) <u>住院整合照護 (Skill-Mixed) 模式規劃：推動科別、床數及比率；病房團隊 (護理、照護輔佐人員及其他工作人員) 照護工作分級分工與合作方式、病房照護流程安排、人力配置及實施方式</u>	30 35	

3	計畫執行方式（執行方法與步驟、品質控制及相關期程是否恰當）	40	
	醫院照護輔佐人員臨床照護之管理制度與工作規範	30	
4	醫院過往推動相關經驗及成效（111年試辦醫院應檢附執行成果報告） 、本計畫相關創新規劃與健保政策推動建議	10	
	總 分 數(總滿分：100分)		
審查意見			
審查委員簽名：			
年 月 日			

(二) 審查結果評定：

1. ~~以各委員給予總分數之合計總分數，計算總平均數，並以總平均分數高至低方式排定序位，分數最高為第1優勝序位，由各委員依據各醫院所提執行計畫書內容，分組審查及排序，按本計畫所列審查項目及配分，評定各醫院之得分，並採序位法，將評分轉為序位評比，經計算各醫院之總分、總平均分數及序位數總和結果，以總序位合計數最低者為第1排名順位，次低者為第2排名順位，依此類推，於112年專款經費額度內擇優遴選。~~
2. ~~如遇總平均分數相同則以審查項目2與3之合計總分數高者為優勝，序位合計數相同，以2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第38至第40條所列違規情事之一且歸因於~~

醫院總額部門者，並以總平均分數高者為優勝，如遇總平均分數相同則以審查項目 2 之總平均分數高者為優勝，若仍相同則由出席之審查委員共同決定之，並製作過程紀錄。

3. 上述違規期間之認定，以保險人第 1 次發函處分之停約或終止特約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(三) 本案合格分數為總平均 75 分，且各項次分數不得為 0 分，始通過審查標準。

(四) 各案審查分數及意見由審查辦理單位彙整總評表(如表 2)，經出席審查委員確認，併同相關附件，循行政程序簽報擇優核定。

表 2：總評表

醫院名稱 審查評比	醫院 1		醫院 2		醫院 3	
	總分	2+3 項 總分 序位	總分	2+3 項 總分 序位	總分	2+3 項 總分 序位
A 委員						
B 委員						
C 委員						
D 委員						
E 委員						
F 委員						
G 委員						
序位合計數						
合計總分數總分合計						
總平均分數						

是否達合格分數 (審查標準)			
優勝序位			
過程 紀錄			
出席 委員 (簽名)			

醫院照護輔佐人員業務範圍及工作內容

工作項目	工作內容
一般事務工作	<ol style="list-style-type: none"> 1.量身高、體重 2.回應叫人鈴 3.病床整理等 4.其他庶務工作
一般性技術工作 (非專業性)	<ol style="list-style-type: none"> 1.協助病人及家屬環境介紹 2.登記輸出輸入量 3.床欄適當應用 4.協助遺體清潔與更衣 5.冰枕使用(含冰袋、冰囊、冰寶) 6.點滴更換通知 *7.在護理人員指導下，協助檢查、治療時環境與病人之準備 8.發現異常狀況立即通報護理人員等
身體清潔與舒適照護	<ol style="list-style-type: none"> 1.頭部清潔 (洗臉、刮鬍子、洗頭、梳理及眼耳鼻清潔) 2.一般口腔衛生清潔(含刷牙漱口、口腔潤濕) 3.身體清潔 (床上擦澡、洗澡、會陰部清潔或皮膚照護) 4.足部清潔 5.協助大小便及便後清潔 6.更換尿布、看護墊 7.協助更換(穿脫)衣褲 8.更換床單被服類 9.指甲修剪 (糖尿病及灰指甲病人應由護理人員評估後，徵求家屬同意後始可執行)
排泄照護	<ol style="list-style-type: none"> 1.倒蓄尿袋之尿液 2.協助人工肛門便袋之更換清潔 3.便盆、尿壺、尿套便盆椅使用
膳食與給藥	<ol style="list-style-type: none"> 1.協助用餐或餵食 *2.在護理人員指導下，維持個案生理機能之管灌食等
舒適與活動	<ol style="list-style-type: none"> 1.協助翻身、拍背

	<p>2.姿位改變活動(如協助移位、上下床坐輪椅/椅子、輔具使用)</p> <p>3.維持病人正確與舒適姿勢</p> <p>4.協助副木/垂足板使用</p> <p>*5.在護理人員指導下，協助溫水坐浴環境與病人之準備</p>
安全維護	<p>1.床輪、床欄固定</p> <p>2.協助注意點滴、導尿管、氧氣導管等各種管路之通暢</p> <p>3.協助注意病人臥床、行走、如廁、起坐時之安全,防止病人跌倒受傷害</p>
其他	<p>1.餵食/灌食器清潔</p> <p>2.水分補充</p> <p>3.協助庶務性工作</p> <p>4.排泄後便器清潔</p> <p>5.其他非專業性臨時交辦事項等</p> <p>*6.在護理人員指導下，協助血壓、脈搏、體溫及呼吸狀況資料之收集</p> <p>*7.在護理人員指導下，協助餵藥或灌藥</p>

備註：打*號部分應提供教育訓練及標準作業流程

全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫

附件 4

品質監控指標登錄

一、結構指標：

指標名稱	登錄頻率	說明（四捨五入取 至小數點下 2 位）
全院推動住院整合照護涵蓋率	每季 (健保資料庫統計)	$\frac{\text{前季住院整合照護開放床數}}{\text{前季全院急性一般病床開放床數} \times \text{佔床率}} \times 100 - (\%)$ <p>【$\frac{\text{申報住院整合照護人日數}}{\text{全院急性一般病床實際照護人日數}} \times 100 (\%)$】</p>

二、過程指標：

指標名稱	登錄頻率	說明（四捨五入取 至小數點下 2 位）
住院整合照護病床使用率	每季 (健保資料庫統計)	$\frac{\text{前季整合照護病床總住院人日數}}{\text{整合照護病人日數}} \times 100 (\%)$ <p>【$\frac{\text{整合照護病人日數}}{\text{整合照護病床總住院人日數}} \times 100 (\%)$】</p>

三、結果指標：

指標名稱	登錄頻率	說明（四捨五入取 至小數點下 2 位）
(一) 滿意度 (病人、家屬、護理人員及、照護輔佐人員及醫院管理者)	每季 (試辦醫院填報調查)	<p>1. 前季住院整合照護病房病人、家屬、護理人員及、照護輔佐人員及醫院管理者對住院整合照護模式滿意度調查結果</p> <p>2. 採 5 分等級，最佳者為 5 分方式調查；另搭配質性訪談結果，彙整滿意度調查分析及正負面意見關鍵事項。</p>
(二) 住院整合照護病人平均住院天數	每季 (健保資料庫統計)	<p>1. 前季住院整合照護病人總住院人日數 ÷ 前季住院整合照護病人總住院人次數</p> <p>2. 分子、分母皆包含自動出院、轉院及死亡人數，算進不算出</p>

醫院收費項目及參考範圍

每人每日收費（新臺幣）	說明
住院整合照護 輔佐服務費	<p data-bbox="427 949 592 987">0-1,050 元</p> <ol data-bbox="644 479 1457 1482" style="list-style-type: none"> 1. 本試辦計畫由醫院依病房特性及病人疾病嚴重程度之照護需求，安排照護輔佐人員與護理人員共同照護，主要提供民眾因疾病住院期間伴隨之必要<u>住院健康</u>照護，非屬 1 對 1 <u>看護</u>照顧服務。 2. 醫院不限全院病房統一收費標準，得依病房照護特性及需求，訂定不同收費；<u>如不收取費用，應於該院公開資訊敘明理由。</u> 3. 醫院依實際服務之住院日數收取（自住院之日起算至出院日之前 1 日止）。出院當日超過中午 12 時離院者，醫院得就超過部分，依實際服務時數計算收費，<u>採$[(\text{全日收費標準}/24 \text{ 小時}) \times \text{實際服務時數}]$方式訂定收費。</u> 4. 醫院應將所開辦住院整合照護模式（含及收費）等資訊，登載於該院網站<u>及公告於院內公開處所</u>，以利民眾查詢。

「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」知情同意書

計畫說明：

因應住院照護服務及醫院感染控制需求，衛生福利部透過全民健康保險推動住院整合照護服務試辦計畫，由醫院依病房特性及病人疾病嚴重程度之照護需求，安排適當護理及照護輔佐人員共同照護，使病人於住院期間，家屬可以不用全時在醫院陪病照顧或另外自聘照顧服務員（看護），病人也能獲得連續性及完整性的照護，提升住院照護品質與安全，同時改善家屬住院照顧及經濟負擔，推動我國「家屬探病不陪病」之醫療新文化。

服務內容：

本計畫係提供病人因疾病住院期間伴隨之必要住院健康照護服務（包含身體清潔與舒適照護、排泄照護、膳食、活動及安全維護等），與現行自聘照顧服務員 24 小時 1 對 1 照顧方式不同。

服務費用：

本計畫採健保給付與民眾分擔機制，如同意於住院期間接受醫院提供住院整合照護服務，醫院會向病人/家屬收取費用，說明如下：

1. 醫院依實際服務之住院日數收取（自住院之日起算至出院日之前 1 日）：每日新臺幣_____元。
2. 出院當日超過中午 12 時離院者，醫院就超過部分，依實際服務時數計算收費：每小時新臺幣_____元。

本人同意本次住院期間加入衛生福利部中央健康保險署

「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」，

並同意支付住院整合照護服務自費項目費用如上。

病人姓名：

病歷號碼：

立同意書人姓名：

簽名：

關係：病人之

立同意書人身分證字號：

住址：

電話：

日期：

備註：本同意書供醫院推動參考，醫院得依需求，增加該院推動模式及洽詢窗口等相關說明

全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫執行成果報告

<u>醫院名稱：</u>	
<u>聯絡人：</u>	<u>職稱：</u>
<u>電子信箱：</u>	
<u>聯絡電話：</u>	
<u>住院整合照護病床核定床數：</u>	

一、住院整合照護服務提供情形：

年度住院整合照護服務摘要，並說明整合照護病床開放數、整合照護病床總住院人數及人日數、接受整合照護病人性別比例、年齡之分布情形及健保申報概況等成果。

二、醫院照護輔佐人力安排：

照護輔佐人力狀況（含人力來源分析）、自聘人員離職率、人員配置方式、各班別平均住院整合照護病人數與輔佐人員配置比例等。

三、住院整合照護品質成果：

醫院執行照護品質監測執行成果，如訂有其他品質監測指標，請提供相關統計結果。

四、滿意度分析與評估：

(一)各類人員滿意度調查內容及每季調查結果。

(二)各類人員正負面意見關鍵事項彙整分析。

五、住院整合照護病床使用率分析：

含年度及各月份使用率、影響住院整合照護病床使用率分析（如試辦規模評估、民眾使用意向及其他影響因素等）。

六、執行本計畫所遇到最主要的困難與挑戰、解決方針，現行仍待解決之困難與挑戰。七、檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。八、結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

九、 其他：請填以下附表

<u>項目</u>	<u>年度</u> <u>總數</u>	<u>月</u>	<u>月</u>	<u>月</u>	<u>月</u>	<u>月</u>	<u>月</u>	<u>月</u>	<u>月</u>	<u>月</u>	<u>月</u>	<u>月</u>	<u>月</u>
<u>整合照護病床</u> <u>開放數</u>	<u>(平均)</u>												
<u>整合照護病床</u> <u>總住院人數</u>													
<u>整合照護病床</u> <u>總住院人日數</u>													
<u>照護輔佐人力</u> <u>數</u>	<u>(平均)</u>												
<u>照護輔佐人員</u> <u>離職率</u>													

十、 書寫格式：以 Word 建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，採標楷體 14 號字型，1.5 倍行距，橫式書寫。

第 1 次臨時會與會人員發言實錄

主席(以下為李副署長丞華代)

各位代表大家好，石署長因為去開防疫的記者會，待會會回來，希望我們準時先開始，我們就先進行我們今天這個議程，首先確認一下上次的會議紀錄，重點說明一下。

陳專門委員依婕

好，各位代表大家好，在桌上今天有放一個補充資料，那補充資料的第一頁開始，是我們上一次 3 月 30 號的會議紀錄，請各位代表做確認，總共紀錄有 7 頁，第 1 頁到第 7 頁，以上。

主席

各位這個補充資料的會議紀錄，如果有要修訂或者要詢問，在今天會議結束之前都可以再提出來，接下來我們就進入我們的下一個案子。討論事項，今天討論事項總共有五個案，報告有七個案，我們是先用這個討論事項。

討論事項

第一案

案由：有關恢復實施醫院門診診察費合理量案。

主席

對這次的案子有沒有要表示意見的？醫院協會代表。

游代表進邦

主席，我首先先澄清一件事情，因為剛剛報告裡頭是因為說 107 年開始實施那個門診減量，所以後面因為重複核扣，所以才不實施門診合理量。那現在假如是要恢復門診合理量，就是等於是之前的 107 年實施的那門診減量基本上就不會實施，我想這個原則要先確定，要不然又會碰到 107 年重複扣的問題。所以這個前提我們要把這個前

提先把它釐清楚，這是第一個。

那第二個是因為我們這一次想要把急性一般病床開放 250 床以上的地區醫院納入這一次的合理量實施。那當然衛福部未來在評鑑應該會要求這些醫院要去評區域醫院。但是我們的合理量是講醫學中心跟區域醫院，他們還沒有升格之前，理論上都是不應該用這個去扣，我想還是要遵循一下制度，要不然以後隨便訂一個標準就可以用門診合理量來扣，以後可能會產生一些爭議，以上。

主席

不曉得不同層級的醫院有沒有什麼意見？請。

劉代表碧珠

主席、各位代表午安，我是區域醫院協會秘書長。就剛剛提到這個門診合理量，理論上我們應該是要支持每個門診次時段應該要合理量這件事情。我們所有的不管是哪個部門的總額，基本上基層總額、牙醫總額、中醫總額，醫院總額裡面的區域醫院跟醫學中心全部都做門診合理量，那唯獨地區醫院層級是不需要做門診合理量。那我們就回過來看一看說門診合理量它的意義到底是為什麼？就是希望說在一個診次裡面提供給病人的時間應該是合理的，而不是大家在一個很密集的時間去看，很短的時間去看很多的病人這樣的一個結果。這個門診合理量的公式我們其實看不懂這個公式所採用的這個係數，各種的係數的定義跟它的這個數據的來源，跟它為什麼要以前一年的量來乘以 0.8，為什麼病床數要乘以一個權重的係數。這個係數我們可能也要請署裡面這邊稍微幫我們解釋一下意義為何？然後就這個合理量的這個定義上，我們需要重新再全面的檢討，以上我的意見。

主席

請。

嚴代表玉華

區域醫院，針對剛才所講的計算公式的部分，還有一個地方我們

必須要釐清的，實際上在整體的計算公式裡面，它採用的是前一年門診量，也就是前兩年的 7 月到前一年 6 月。不管今年度要實施，或者明年度要實施，它採用的基期都是在疫情期間醫院降載的基期，所以這個區間是我們非常 concern 的區間，以上。

主席

不同層級的代表要不要表示意見？

朱代表益宏

第一個關於這個政策我們支持。因為當初暫停、暫不實施也是因為實施了 107 年開始實施年減 2%。那剛剛，當然剛剛那個游代表有提到說，那是不是年減 2% 以後就不實施？我覺得因為之前疫情期間衛福部，那時候是阿中部長的時候是公告是暫緩實施，年減 2% 也是暫緩實施。所以我是覺得說當然如果那個暫緩實施萬一哪一天真的又恢復實施，當然那個時候合理門診量可以再討論，那是不是再暫停實施？概念上是不要重複扣款這樣我們覺得是，應該是大家同意的共識。但是是不是說那個以後就不實施？我覺得權限也不是在我們這個會議，那個是衛福部的權限，這是我表達的，所以我是支持這個不要重複核扣的這件事情。

第二個就是剛剛有提到說那區域醫院 250 床，就是如果是 250 床以上的地區醫院是不是也要納入？因為我覺得我個人是支持健保署的意見，因為雖然這個評鑑裡面規定說 250 床，床數是 250 床的醫院你就應參加區域醫院評鑑。但是有可能他應參加區域醫院評鑑以後評鑑不及格，評鑑不及格的話它就會降成地區醫院。那我覺得是這樣子，那會不會有一些超過 250 床的醫院他不想參加區域醫院評鑑，他就參加評鑑然後不及格，那我覺得這是一個漏洞，所以用這種方式它就算它降成地區醫院，但是它規模已經夠大的話，它還是要納入這樣子的一個的合理門診量，我個人覺得這樣子我是支持健保署的意見，謝謝。

主席

何代表。

何代表語

主席、各位長官各位開會的代表，站在付費者的立場，我們反對恢復實施醫院門診診察費的合理量的實施制度。因為在當初健保署提出來要送給健保會的時候，當時的所有的數據給我們不清楚，不完整。所以讓我們誤導了，醫學中心要從 106 年的門診數據，或者 108 年的門診數據，同樣都是降 2%，後來我們發現到這個數據是有落差的，所以我多次在健保會開會提出要求廢除，如果不廢除至少要修正。那修正了，那後來因為疫情的關係，所有的醫學中心還有區域醫院門診量大幅下降，地區醫院的門診量大幅上升，包括基層遵守的門診量，也因為各科別的不同，有的升，有的下降，所以造成很不公平。所以今天又提這個案，站在我們付費者的立場，我們是反對的，反對的原因有兩個。

第一個因為你現在實施付費者部分負擔的支付金額，就表示我們到醫學中心去，你就要多付錢了。既然我們多付錢了，那你為什麼又要限制門診合理量？那既然讓病患的就醫的人權給我們很大的限制，為什麼要我們多付錢又叫我們不能去醫學中心看病，這是雙重的壓制，雙重的剝削，醫病的自由度，醫病的方便性，跟醫病的人權。既然你如果你政府如果認為到醫學中心去不應該去，你給我加多一點的錢，我心甘情願，我要去就去。為什麼現在要逼我們付費者多拿錢又要限制我們不能去醫學中心看，不能去區域醫院看，這是不合理的人權，醫病人權，所以我反對到底。

第二個這樣也是在限制不公平的架構，不公平的架構。為什麼？醫學中心 2%降 2%，那區醫院也降 2%，這個落差太大了，所以我們認為這個對於整個醫療結構的付出跟奉獻，他們有他們的醫療服務精神存在。你一方面限制醫療服務單位願意付出奉獻的服務精神，又要限制我們付費者要多拿錢又不能去看病，這樣子是很不合理而不同意的。所以我認為這個實施，既然它的年度已經過了，過了政策過了就取消了，沒有必要再恢復，這是我的建議。如果你們硬性要恢復，我不瞞你們講，我會把整份文件資料請立法委員在立法院質詢，這一點我要坦白提出來，這個是雙重，我剛才講的了，有的理由已經講成這

樣子了，在醫療機構的付出奉獻方面，它限制他的服務精神，在付費者方面要我們多拿錢又不准去看，這個很奇怪的，醫病的人權限制，這是我提出來的建議，我不曉得我們其他付費者的觀點怎麼樣，這是我今天表達的意見，謝謝。

主席

李永振代表跟陳杰代表有沒有指教？

陳代表杰

沒有，我支持那個何代表的意見。

李代表永振

主席、各位代表大家午安，因為這個部分的話是一個新成案，它提的時間當然是有一個禮拜，不過剛好這個禮拜又開健保會，所以我坦白講的是用在上面思考的時間不多，但是呢，我看完這個案子的話，我心裡本來是這麼想的，應該是醫界會先打架，打完之後再討論。但是我意料之外，何代表付費者代表也有意見。那剛才聽的話就醫界真的是有不同意見，那再加上付費者也有意見，但是我看的這個，我心裡是有一個疑惑。第一個這個當時暫停並不是疫情，因為我想衛福部也不是神仙，107年怎麼預測到109年的事情？所以應該不是因為疫情，是這邊講的有反映說會重複扣這才是重點。

那當時這個原因現在不在了嗎？那照理講說暫停這幾年期間應該就去蒐集這些資料，不巧疫情又來湊熱鬧了，所以你說要去蒐集資料也不準嘛。所以在這邊的話只是說到底要為什麼要恢復？是因為後面提到的評鑑有去考量還是怎樣嗎？這樣子好像又不是，這裡面講說疫情已經降溫了，這個是原因嗎？如果這個是原因的話就又牛頭不對馬嘴，當時提就不是因為疫情，那現在你說要恢復是因為疫情就怪怪的。所以到底支持？反對？目前我沒辦法下決定，坦白講。我是建議健保署是不是可以暫緩，去收一些資料，可以說服各代表的時候再來做決定可能就比較好。那不然就請醫界先協調，協調完之後你醫界看法都不一樣，那你要恢復那是要怎麼去實施呢？你勉強押上去的話，他們

在執行的時候就一邊做一邊罵，這樣好嗎？這是我個人的看法。

主席

謝謝，請陳杰代表。

陳代表杰

謝謝，關於現在目前討論事項的部分，我們是有關於恢復實施醫院門診診察合理量的案子。那當然我剛剛也注意聽到付費者代表何董事長，還有我們李代表他的一席話。那我個人是有一點有感而發，因為重點就是說要如何去幫助這些付費者，包括健保被保險人，他本身那個等於就是說醫療的一個權利。那你現在目前，你說對醫學中心以區域醫院裡面去設定它所謂的門診合理量，就好比剛剛我們何代表他所提，因為你要求他付多一點的錢，他要去看，你又剝奪他本身就醫的權利，那當然這一點就是雙頭馬車，對整個所有的一些健保被保險人來講不公平。那事實上剛剛我聽到，包括醫學中心還有區域醫院地區醫院的幾位非常傑出的醫師，他們提出他們的意見，我本來是竊竊私語說，現在這個案就是醫學中心，跟區域醫院，跟地區醫院可能在爭這筆預算。那當然想到這個何代表的這一席語讓我頓然驚醒，那但是我還是主張一點，要如何去確保我們整個醫療被保險人他本身的這個權益？那所以說對於所謂的醫學中心與區域醫院的部分，希望能夠不要去所謂的依照它所謂合理的門診量來做一個管制，以上，謝謝。

主席

各位代表還有沒有要進行發言，請。

羅代表永達

好，主席還有各位先進大家午安，我想大家都很清楚，我們在這裡開會的時候有很多東西我們的決定會影響到後來，那我們不能夠見樹不見林。因為這一個是案子本身不是只有這段時間，它其實在矯正那個什麼？我們以前過度被扭曲的醫療生態。我們現在目前為止在過去這段時間這當中，醫學中心跟區域醫院很多人門診的百分比已經嚴重超過 55%，超過 60%，甚至還有到 70%，為什麼會造成這個現象？

造成這個現象裡面我們有很多的制度使然，所以我一直希望能夠，能夠可不可以過正以矯枉，但是不要說過正，連正確性都達不到。那我舉個例子，這一次我們在談的時候說 250 床以上的這個醫院裡面，那個什麼？那個應該用區域醫院的方式來，要來比照。

其實就是因為剛剛何語代表有提到說，看到的數字裡面，地區醫院它就成長很多，可是你去給他分析，如果是那種很大型的地區醫院，像有很多他們 300 床，250 床以上很多的地區醫院裡面，他們成長的非常非常的高，大家都知道這個東西扭曲了我們現在所做的判斷，所以這一次的那個實施的當中裡面有規定，250 床以上的醫院，你如果縮小，除非你每一個月申報不到一億，否則的話，你應該比照區域醫院。你要是 250 床以下，但是你每一個月的申報超過兩億以上的話，你也應該比照區域醫院，因為你的規模已經夠大，已經不符合分級醫療，分別我們希望能夠那個獎助或者是鼓勵那個地區型的那個醫院的那個精神。

所以這一次就是為了要過正矯枉，就是希望能夠矯正這樣的情形。我相信你把這 10 幾家醫院拿掉以後，你會發現地區醫院還是繼續在萎縮。如果你把它弄過去的時候，醫學中心跟區域醫院事實上它並沒有這樣子。在過去的這段時間當中，醫中跟區域裡面我舉一個例，臺北榮總跟臺中榮總，光門診增長 6%，醫學中心超過 10 個%，那這些東西裡面，在一個合理，而且是健康的那個醫療生態當中，它是不應該被存在的，全世界沒有一個門診看一萬多人的那個醫院。那在這樣的情況之下，我們希望能夠局部去修正，是希望能夠防微杜漸，能夠減少這樣的被扭曲的一個狀況，而不是只有針對說今天我那個什麼，那個稍微那個把那個合理門診那個部分稍微修正，那如果影響的時候，地區醫院有得到什麼好處？地區醫院什麼好處都沒有得到，只是說希望能夠透過這個東西，能夠讓很多的那個醫學中心去，我們在自律的過程當中裡面多一項的選擇。你說這個東西就是被很嚴重的影響嗎？不至於，不會，它還是會繼續。問題就是你要這所有的小小的力量都沒有去做的時候，那不是鼓勵醫學中心跟區域醫院將來就儘量去做那個什麼，那個門診嗎？如果他們大量門診的話，他們消耗的東西是什

麼？就是社會成本。

譬如說你要到長庚去看的時候，你要從新竹苗栗開車開到那邊，停車場沒辦法停，這就是社會成本，大家只看到消費者去就醫的情形，沒有看到真正的社會成本是大家負擔的，那個路要開大一點，車子要更多一點點，大家塞車的社會成本都在那邊。那應該回到所有的地區醫院裡面，我們現在談的叫門診，門診是應該很多的疾病就應該在社區裡面看得到，包括慢性處方箋，很多人就是那個醫學中心的慢性處方箋超過 40%、超過 50%，那這些東西如果到地區醫院去看的時候，它可能三個月六個月都一直在吞藥，你為什麼一定要叫他到醫學中心去呢？應該大家再把這個視野看大一點，格局看大一點。而不是說像剛剛所提到的我們多花那麼多錢我們應該去哪裡看？是這些你本來就不應該到醫學中心去看，或者到區域醫院去看，應該是這樣的一個概念才對。那其實在這個社區裡面，現在很多的那個代表提到說那整個的那個公式合不合理？這個公式已經成立，已經修正過很多次，從過去到現在為止。我舉個例子，醫學中心裡面的醫師，它不是代表主治醫師，它還包括住院醫師所有醫師都全部都算進去它的總醫師數。所以你給它算一算真正超過的東西是不多，會假設你還被扣到的錢，其實也並沒有多。不相信你給他看那個後來那個 6 億多，你把它除以它整個門診的一年的 7,000 多億那個二分之一，所以它是一個很小的數字。可是它代表一種精神，希望說能夠鼓勵分級醫療，所有的那個消費者能夠到我們的社區裡面看病，應該是這樣的概念才對。所以我原則上本來就在講，但是不是我們大家互相的，當年在設計的時候，因為那個 2% 其實我們也認為說區域跟醫學中心不應該重複被扣款，所以我們當時就沒有說話，我們認為應該是這樣。可是當現在目前 2% 不實施的情況之下的時候，它本來理所當然就應該恢復，如果說接下來我們剛剛的那個朱理事長講的，如果說假設有一天那個什麼，那個健保署他也同意說，那我們 2% 繼續，那你再把這個東西拿掉，不應該重複扣款，我覺得才是合理的。我覺得很多東西我想在座的很多人對這個消費者代表大家都有這樣比較宏大的那個視野，比較大的格局，大家來看，現在目前已經嚴重被扭曲的醫療生態，來看這一次的門診量的

那個什麼才是對的，以上。

主席

朱益宏代表，請。

朱代表益宏

第二次發言，第一個我覺得合理門診量它本身的目的並不是要扣錢，應該是用這種方式讓所謂的去推動所謂的分級醫療，這是一個政策。讓醫學中心或者是區域醫院，他有一些輕症能夠轉到診所，透過轉診轉到診所，或者轉到地區醫院，這是第一件事情。所以你看它扣款的這件事情並不是著重你要扣多少錢。那第二個就是我也要跟各位報告，如果不去實施合理門診量，那目前的現況在疫情期間的現況，那我相信這邊有，像陳杰代表跟這個李代表都是健保會的委員，我們才開過會。

那健保署的每一次的每一個月的報告都一本厚厚的，他執行業務報告，那在我的建議之下，所以健保署大概從上個月還是上上個月開始，每一個月的報告就有這個三個層級，醫學中心、區域醫院、地區醫院跟診所，它看慢性病的百分比，門診假設 100 個病人，它到底有多少個病人是屬於慢性病？那醫學中心的慢性病比例超過 50%，比診所比地區醫院都還要高，意思就是現在這種制度之下，你在疫情，就算你在疫情，結果很多慢性病甚至開藥超過 14 天以上這些比較穩定的慢性病它還是集中在我們的醫學中心、區域醫院，難道這個是付費者要的吗？難道這是這個大家希望看到的？

一個病人，門診的病人，平均的醫療費用在比較大型的醫學中心，我印象中的數字我不是很記得，印象中是大概可能要兩三千塊，一次的門診。但是到診所可能只有幾百塊而已，不到一千塊，到地區醫院大概才 1,000 多一點。這個是平均用一個大數據來看，也就是說當它一個穩定的慢性病比較輕症你都讓他到醫學中心去看病的時候，它事實上是花費更多的醫療費用。那更何況剛剛講到的提到所謂的社會成本，因為他要排隊要停車，要家人的陪同等等。這個就是為什麼政府

一直在推所謂希望分級醫療。那剛剛何語何代表講到所謂醫療人權，那這樣如果這個成立的話，那最沒有人權的是美國，因為它要經過家庭醫師，不經過轉診它不能去，連去都不能去。那最沒有醫療人權的是美國。所以我覺得不是用醫療人權來看這件事情。那所以我想而且這個案子這個合理門診量事實上也不是新的，它在 107 年之前已經實施了非常多年，已經實施好幾年了。那只是因為年減 2% 這個案子推出來以後，那不要重複扣款所以暫停。

那現在既然年減 2% 現在目前還沒有恢復實施，那當然合理門診量先恢復實施這個是合理的。那等到哪一天衛福部，因為這個裁量也都是在衛福部，那衛福部如果認為說哪一天到比較穩定的時候要恢復年減 2% 這件事情的時候，那當然那個時候，這個合理門診量這件事情就可以暫停。我想大概邏輯上是這樣，謝謝。

主席

我們這個，請。

彭代表家勳

主席、各位代表大家好，因為剛剛羅代表特別提到臺北榮總，所以我必須要說明。第一是臺北榮總的門診跟住院服務量的比例，門診占 45% 左右，住院申報占 55%。所以臺北榮總是一個以住院重症醫療服務為主的醫院，這是我必須要先申明的。

第二個部分要澄清的是臺北榮總的門診的服務量裡面，將近有 20% 是重大的傷病，有些是各個層級的醫院無法處理的病人轉介到臺北榮總，所以門診將近有 20% 是在照顧這些急、重、難的病人。如這裡面包括大家都知道的龐貝氏症，Fabry disease 等這些疾病，而且他們的藥費極高，所以他們在我們的門診裡面占了一個非常大的比例。可是這是臺北榮總成為一個國家級醫學中心的責任，這個就像何代表講的，他們沒有地方可以去，就是我們要處理的，這個就占我們非常大的占比。所以實際上在考慮合理門診量的時候，可能要請各位代表也要考慮像這些急、重、難病占比比較高的部分，是不是要列入排除？

這些都要考慮，這是我的報告，謝謝。

主席

黃雪玲代表。

黃代表雪玲

對，也是要呼應一下，就是剛才那個朱理事長有講到說我們醫中的平均每人門診費用比他們高很多，可是我們現在其實門診結構改變很多，很多化療放療，還有剛才講的一些罕見疾病的個案，血友病的個案，它一次門診可能就是上百萬，這一除下去的平均值當然是破2,000，不可能是跟地區醫院一樣。應該考量是我們照顧的是什麼樣的疾病。所以平均費用是會有不同。

那再來就是講這個，目前就是要實施部分負擔，那這部分負擔也是層級別的有差異很大，那同時兩個措施一起下去，這個你根本看不出哪一個措施的成果是好還是不好，再來就是這個公式雖然已經很久，可是它都沒有再修正過。到底什麼是真的合理量？目前它其實是框一家醫院的總體合理量。那個別醫師，其實說地區醫院個別醫師難道沒有門診量看很多的嗎？也是有吧。但是這個定義的合理量到底合不合理？這個公式是不是應該再檢討？那些排除的，雖然它下面有寫很多排除條件，可是剛才講的那些疾病全部都沒有排除。化療、放療、門診手術、都沒有排。再來我們從 107 年開始推動轉診，那我們轉診個案也逐漸在上升，那這些轉診個案也沒有在門診合理量這邊來做排除。所以這些公式如果要實施，是不是也應該要重新再檢討一下到底它現在的定義合不合理。那既然公式是要看前一年的門診量，去年也都是疫情，那這個量根本不是我們真正的門診量。那接下來在實施的部分負擔下去，那個量是我們真正的量嗎？也不是。所以是不是應該先 control 一個因子讓部分負擔先實施，再一段時間我們把它公式修正以後再來討論看是不是要再來搭配這個門診診察費的合理量，以上。

主席

請病患的重要代表，陳代表。

陳代表莉茵

其實我是被保險人代表，剛才就是尤其黃代表，黃代表就是提到急、重、難、罕，尤其我們代表罕見疾病，那當然這邊健保會這邊的委員也有同樣的意思，那我覺得真的剛才尤其是黃代表說的合理量到底怎麼樣才是合理，在各個醫學中心的話，的確罕見疾病跟其他的急、重、難、罕都一定要去，不管你的部分負擔漲到多高，那也許有一些是重大傷病他不必部分負擔，但是它是後來，它可能有其他的疾病都會，就是會 connect 到它本來的疾病，所以它還是必須在有部分負擔的狀況之下還是要去那邊就醫的，所以這個地方應該要排除，至少在合理的部分應該要考量一下，我建議還是要多斟酌再來做決定，謝謝。

主席

請謝景祥代表。

謝代表景祥

我非常贊同剛剛醫中還有那個被保險人的意見非常贊同。那我想但是至少我想大家都同意分級醫療的概念，對不對？那大家都同意醫學中心它的重點就是在於急重難，我想這個都同意。那接下來就是說那因為我們之前的辦法太過粗糙，那合理門診量是歷時很多年很多年，那最後的時候當然就是覺得合理門診量不太合理，所以說後來才會要改成說是說年減 2%，那年減 2% 之前也不是直接年減 2%，是說把輕病要年減 10%，那結果呢？這個輕病要年減 10% 下去之後就發現每個醫學中心很多了，不是每個，很多醫學中心醫師 coding 的習慣就改變了，你一個感冒你可以 coding 他一個支氣管炎，就不見了，就是發現說病人數都一模一樣，但是你的 coding 的行為改變了。所以最後才說不然弄個什麼年減 2%。那如果年減 2% 的時候當時也是說有的醫學中心那麼大，有的區域醫院那麼小，相差到數十倍，一樣適用年減 2% 合理嗎？當然也是不合理。但是就是在多方的折衝之下，所以大家都假如說是我們要等到，我要有一個非常 perfect 的議案再來實施，這樣什麼事都不用做了，不過我想說既然大家都同意這個分級醫療是正確的，那醫中他們剛剛提的那些急重難罕必須要排除這也是正確的。

那社區醫院這邊提到你就是非常簡單的初級醫療，你非常簡單的非常穩定的慢性病應該要下轉這也是正確的，那我們就應該要來仔細的來趕快趕快開會，因為疫情下個月就，這兩天就要結束了。那疫情結束了之後，我們至少先從前不是那麼合理的先把它恢復，不然連一個不合理的規定都沒有的話，那不是更亂嗎？而且現在也不是說有新的規定，是暫時恢復，暫時恢復之後大家再來集思廣益來仔細的討論把急重難罕排除在這些門診以外，我們還是拜託醫學中心能夠努力的鼓勵他們照顧這個急重難罕，以上報告，謝謝。

主席

黃振國代表有沒有意見？公親事主，你比較中立一點。

黃代表振國

不好意思，這一題本來想聽到各位前輩的高見以後再來發表，我想分級醫療是大家很清楚要走的方向，但是走的時候，也必須考量剛剛講的一個困難點，罕病或者重症到醫學中心或區域醫院就醫本來就是適當的，所以我建議門診下降的部分，應該把這一類適合在醫學中心照顧的病案，不要列入所謂下降的分紅。事實上我們很多的親友，包括我自己到醫學中心就醫的時候，發現等的時間很長，除了領藥時間長，甚至有些檢查排得很長，為什麼？因為可能跟你同樣需要的病人因為重症也是被安排進去，其實醫療體系跟民眾都必須有良好的溝通，本來就要讓給那些最優先需求排序的先進去。

第二個其實我想付費者，或者是一般的病友最擔心的是，我今天本來在醫學中心得到一個比較好的照顧，但因為制度的改變，包括部分負擔，包括就醫量下降的時候，我到次一級的院所甚至到基層來，會不會受到比較差的待遇？其實民眾在意的是這一點。所以我會建議在監控就醫量下降的過程，也應該去檔案分析，到底是不是該下降的那些，而不是因為掛不到號而被排擠的人，另外我們之前有講過，包括健保署可以公開的資訊，譬如說一般常見的三高慢性病，還有比較輕症的上呼吸道感染，或者是一些簡單的肌肉骨骼疾病等等，這些在基層甚至地區醫院可以照顧很好的，是否在檔案裡面能顯現出來他們

的就醫品質、就醫的結果，甚至是就醫的次數，公開之後再引導這些病人找到適當就醫的醫療院所。

那當然這個制度實施沒辦法一步到位，但是這個精髓是要的，我贊成今天提 250 床的概念，因為健保總額是有限的資源，當一個醫院的規模到達急性床 250 床的時候，代表它使用醫療資源已經到某種程度了，所以它的規模也應該到達一定水準，而不是因為醫院等級有所差異，這是相對比較公平的。那相對醫療萎縮的區域它可以降級，它床數不夠，我想我們也應該適度排除，這是我的建議，謝謝。

主席

吳國治代表。

陳專門委員依婕

是黃啟嘉代表。

黃醫師啟嘉（吳代表國治代理人）

基本上，其實剛剛黃振國代表已經呈現了整個分級醫療的精神，對於醫院來講，我們應該要提高對於急重症的給付，而不是增加一些所謂的穩定慢性病，或者一些初級醫療的量跟費用，我覺得應該是往這方面走，這個也是長期從健保開辦以來，分級醫療的精神所在，所以剛剛黃代表的話其實也是反映了民眾就醫的權益。

主席

請何語代表。

何代表語

主席、各位代表，何語第二次發言。第一個不要拿美國的醫療人權來臺灣比，因為美國是土地非常大，他要去一個醫院都要開兩小時車子，臺灣是地窄人稠，我們隔壁就臺大，我走三分鐘就到了，我為什麼又要開車一小時？當然不必一小時，當然不像美國那樣，所以不要拿美國醫療人權來臺灣比，這我們都不會承認的。美國如果都很好它的弊病也是非常多。

第二個我從來沒有反對分級醫療，而且分級醫療的制度、策略、實施方法，你健保署要去整體規劃，詳細的去規劃分級醫療。那為了實施這個，我們在健保會總額協商的時候，你們地區醫院都要求給你們補充 10 億，有一次在分配醫療指……，有一年在分配醫療指數改變率的時候還撥 22 億給你們地區醫院。所以沒有錯，地區醫院你要爭取病患來你這邊看是重要的，如果你沒有去爭取病患來你這邊看，要等著政府來限縮制度，壓迫說你不能去到醫學中心去看，你只能到你地區醫院去看，那這樣子就是違反醫療人權。我多付錢，你又不能去看。

第三點現在醫術的進步，很多早上門診，下午手術，晚上出院。你們應該很清楚吧？很多現在以前要住一晚兩天或者兩晚三天的手術，現在只有早上門診，下午兩點來給我手術，五、六點，十點以前出院回家。你們這是一個整個醫療，醫療項目跟醫療技術的改變，改變了今天早上門診、下午手術、晚上回家的形態已經產生了。可是你如果還要想以前那個，你這個來手術就要住兩晚三天，三晚四天，已經不是這樣子的話，那你這樣子限制他去那邊門診，那他會不會到地區醫院去門診完以後還是不能手術，還是要跑去醫學中心或者區域醫院手術，這個已經生態改變了，醫療生態改變了。

第四點 250 床，那我比較聰明，我用 248 床，我就減少兩床，那你怎麼樣我減少兩床不犯法吧？所以不是，所以我的意思就是說你不要再去搞這個門診診察費 2% 那合理量的限制，你應該要去做一個完整的制度出來，對醫院很好的引導方向，對患者有一個引導方向。像那種罕見疾病，你叫他不去急診，不去門診嗎？你到地區醫院有能夠幫他解決嗎？或者說重傷病。那我不曉得它的這個重傷病是在地區醫院門診就好還是在醫學中心？我有一天接到一個朋友的電話，他說哎呀，我的小舅子剛好在臺大的右邊的路上頭暈昏倒，你要送臺大還是要送遠一點送到一個博仁醫院的地區醫院去？當然是那個人就扶著他走進去臺大了嘛。那你說他是不能門診，抱歉我已經滿了，你回家。這個很麻煩的事情。

另外一點長庚醫院王文淵總裁跟我講了好幾次，他說為了你們實

施這個醫學中心 2% 的限制門診量，讓我每年要從基金會撥七、八億來補長庚醫院。因為我申請上去健保署都這個重複扣減，所以他每年都要撥七、八億。我說為什麼這樣？他說林口醫院也好，臺北醫院，左鄰右舍走到我門口要進來看，你說抱歉我今天滿了，你回去，講得出來嗎？他說我們創辦人王永慶先生當時就講，只要走進我們的醫院，不管他有錢沒錢都要看他。那就很公平，長庚醫院有一個基金會可以補七、八億，其他的醫學中心要從哪裡補來七、八億？所以我的意思就是說這個制度應該重新考量，很公平的，那醫學中心 2%、區域醫院的 2%，區域醫院唉唉叫，還有一個你看剛才你們扣款醫學中心兩億，到區域醫院就五、六億，那也不公平，怎麼會這樣子作業？所以我的意思這個案子今天不能通過，而且應該好好重新去規劃一個更完善的分級醫療的概念出來。照顧到醫院的可幫照顧醫療的措施，那也幫患者做到一個很完整的照顧的就醫的權益，這是我的意見，謝謝。

主席

各位代表還有沒有意見？

賴代表俊良

主席、各位代表好，我記得這個 2% 是當初李伯璋署長，他在推動分級醫療的時候，希望醫院比較穩定慢性病的病人到基層來看病，所以區域醫院及醫中減 2%，這個是一個不得不的措施。那時候還沒有疫情，所以不是說那時就有遠見會預期到以後有疫情就先實施減少 2%，既然有 2% 的限制，那原來的合理門診量就應該把它拿掉，不然的話就重複扣款。剛剛也有代表講到這 2% 是針對比較輕症的病人，所以醫院後來有一些診斷就會改成不是輕症的診斷，所以我們發現這幾年下來，這個 2% 實施還是有它的問題。再加上後來這幾年的疫情，所以這 2% 的制度就暫緩實施。那現在討論的是 2% 暫緩實施以後，醫院的合理門診量是不是要再考慮來恢復了？我們知道不只是在醫院，我們基層也有一個合理門診量。因為要考慮到病人就醫的品質，有時一個診次看了很多病人，所謂三長兩短，等待時間很久，但是看病的時間可能不到一分鐘，所以醫院跟基層門診都有一個合理門診量。

既然 2%的制度不是很好，那以前已實施多年合理門診量的制度，確實有再恢復的必要。剛剛很多代表也提到了醫院本來就有負責診治急重難罕病症的責任，所以我們在計算合理門診量的時候，是不是要把這些疾病排除，以上報告，謝謝。

主席

各位代表還有沒有進一步意見？請。

郭特助咏臻（陳代表志忠代理人）

這邊區域醫院代表發言，剛剛有提到說我們地區醫院有 250 床以上的要實施這個門診合理量。但是因為考慮到它的服務量比較大，所以希望在門診品質部分也需要有一定的維持。那但是我們區域醫院其實有一些是在比較偏遠地區或者是甚至於它的門診(量不大)，它的健保的申報點數都不及兩億點，而我們這邊評鑑講的是兩億點以上的(地區醫院)強制(評)區域醫院。那我們這樣的區域醫院(不及兩億點)也是同樣要實施門診合理量，我在想我們剛剛一直在講排除的部分，那是不是也應該把這樣子的一個這種形態的區域醫院，把他列入排除的範圍，以上。

主席

來，你先，他再來。

羅代表永達

主席，我想我這邊提出了很多東西，因為如果以現行的這個繼續下去的時候，很顯然很多真正需要看病人的急重難症在醫學中心其實他會被排擠，你說到那邊基層去看，其實不是很多的他都真的一定要到醫學中心去。那我們現在用很多的方法去分級醫療，讓他們分散。讓真正的急重難病的病人真的能夠看得到，我想這是大家的共識，事實上這是很專業的東西。譬如說剛剛講的說床數的多少，我要減兩床多少，事實上他已經考慮到他有營業額的部分，他有很多，其實這些這個是一個很專業的東西，那我們現在目前整個醫療制度在匍匐前進，就是沒有一個是 perfect 是完美的。可是呢在這麼專業的考量之下，我

覺得從以前一直走，走到現在為止這個制度裡面，繼續往前走，的確是有修正的必要，但是不能夠廢除，因為廢除的時候我們又完全要走向回頭路。所以我覺得這麼專業的東西裡面是不是就乾脆就請部長或者是請署長，由他們去裁示，他們今天很多的那個什麼，那個代表都有發言，那就兩案併陳，他審酌所有的東西裡面，因為說實在話，每一個人都站在自己的角度看這件事情，我也要澄清一件事情，這個分級醫療不是只有那個地區醫院有所受到什麼好處，不是，絕對不是這樣，基層很多的那個病人，事實上很需要社區的到基層去看，這也是事實。所以我覺得是不是這些的案子裡面到時候就，所有的那個代表都發言完了以後請部長，或者是請署長綜合以上的考量做最後的決定，我覺得這是一個比較能夠那個綜觀大局，比較宏觀而且格局比較大，為臺灣的醫療生態，為未來的那個醫療發展的制度的建立做比較好的一個考量，以上。

主席

李永振代表是有要表示？

李代表永振

對，李永振第二次發言。那麼因為剛才何語代表的補充說明之後，我就贊成它今天不要通過了。羅代表剛才的意思是要兩案併陳，但是你兩案併陳在考驗長官，你沒有比較好的資料給他。今天的發言就是個很好的資料，整理之後再來談。那剛才何語代表提的那個我就有一個經驗，以前我老爸白內障手術是在區域醫院住院一個禮拜，我的白內障手術就是手術了之後一個小時就出院了，門診手術。所以這個情境已經完全不一樣了，還要套用以前的規範這樣不太好。所以今天大家的意見都很好，有些就是說醫學中心哪些應該排除掉，如果真的要去實施的話，那應該會有一個科學的數據去支撐嘛，這樣長官要裁(示)的時候不是空中抓藥嘛，要有所憑證，這樣會不會比較好？

那剛才一直提到 2%，我的印象不曉得有沒有記錯，應該是五、六年前吧，在第三屆健保會的時候，那時候好像醫學中心重症有給 60 億嘛。那相對的才要求門診量要減 10%，分五年，是不是這一回事？應

該是吧！後來有停嘛，那不來的話 10%五年已經夠了。

羅代表永達

第二年，第三年就停掉了。

李代表永振

那這樣健保署又失職了，沒有處理好，這樣的話大概整個這樣就應該比較明朗應該出來了嘛，謝謝。

主席

後面先舉手的。

嚴代表玉華

我先讓我們區域其他代表。

主席

不是，那個誰？朱益宏我先看到，沒關係，都會有。

朱代表益宏

我覺得這個案子討論下來應該不會有共識，我認為再緩議，然後下次討論也不會有共識，這個案子。因為這個合理門診量它其實不是新的東西，在醫院總額其實實施了非常多年，好，然後這個辦法當然你覺得這個辦法有問題要修正，那但是你還是要通過，通過以後才來修正，而不是把它 pending，pending 是不實施嘛，那你現在再來研議，那研議好了以後再來實施，這個其實是本末倒置。那如果說是一個新的東西你說長官不知道需要更多的數據支持，這我同意。但是這個其實已經實施了非常多年，它是一個舊的東西。那現在只是因為 107 年把它暫停，現在只是恢復而已，並沒有增加或者修改其他的東西，所以我認為說如果這個案子，特別是付費者這邊有不同的意見，那事實上這個案子就不可能有共識，未來也不可能有共識。所以我建議就是說如果真的達不成共識的話，就依照我們共同擬訂辦法裡面有規定，如果沒有共識就由呈報主管機關，然後保險人要各方的意見都陳述，

然後利弊得失做一個分析，由主管機關來裁示，以上，謝謝。

主席

各位還有沒有進一步要發言的？

李代表佳珂

區域層級代表發言，剛剛我們協會的秘書長有提到了，就是門診合理量它的這個制度的目的到底是什麼？如果是剛剛其他的代表有提到三長兩短的話，那每一個層級，每一個總額的都有這樣子的問題，應該是說如果真的要實施是所有層級都要實施，而不是單獨排除某一個特定的層級。第二點就是剛剛何語代表也有提到，其實我們現在在分級醫療的部分有很多的制度，包括部分負擔的制度，包括其他的一些相關的，確實是要尊重民眾的就醫權利，不能用制度的部分來限定說這樣子的疾病就只能、就是優先在哪裡去就診，因為民眾自己也有自己的權利。確實在臺灣真的是地窄人稠，真的到處都是醫療院所，確實是不適合用美國的那個制度家庭醫師那樣逐層逐層的去轉診，所以其實在臺灣有它的醫療制度的不同性，跟其他的國家相比，那以上補充。

主席

來，請。

黃醫師啟嘉（吳代表國治代理人）

我是吳國治代表的代理人，黃啟嘉醫師，其實這個事情的本質，它牽涉到的是醫院內部的重分配，其實合理量在西醫基層早就已經實施二、三十年，我們一個醫師如果一天看超過 80 個的話，前面是 300 多點，但後面的診察費剩 70 點，可是基層醫師並不會因為 70 點拒絕病人。所以何語代表擔心都已經到門口了還被拒絕，這個合理量並不代表要拒絕病人，只是診察費的點數會非常低而已。就是說它會讓整個醫療資源做合理的重分配，因為我們自然就不會想要看那麼多，但是如果真的病人來我還是會看。

那第二個就是急重症應該專責，因為大醫院的設備拿來看一些穩定的慢性病，說實話是有一點可惜，就像李永振代表，他剛剛說去醫院開白內障，當天門診手術當天回家，我相信這在基層會照顧得非常好，不需要到醫學中心去，我知道很多眼科診所開得都非常好，那醫院的醫師可以處理視網膜剝離的手術，或者更嚴重的視神經病變，這些醫師如果都去開白內障，那視神經病變跟視網膜剝離的手術需要被延遲，這是要思考的地方。

所以事實上它只是不同層級之間，內部資源的重分配，其實我們西醫基層對這件事情無所謂，可是我把我的看法講出來，它只是內部資源的重分配而已，也不代表民眾就醫就不去看，只是看了錢會變很少但是你不需要一個醫生看到半夜，一天看七、八百個病人，這哪有什麼品質可言？基層合理量早就有了，而且也從來沒有停過，所以應該沒有影響到民眾的權益，這一點要讓付費者代表知道，這其實是牽涉到醫院不同層級內部資源的重分配而已。那我們希望把急重症的給付提得更高一點，讓該看急重症的醫學中心跟區域醫院能夠多服務急重症的病人。

主席

剛剛那個陳杰代表是有要表示意見？

陳代表杰

好，謝謝，那陳杰第二次發言，那我現在目前在討論的第一案已經討論這麼久了。那而且提到就是說有關於門診的合理量，那這幾個字眼我一直在思考說，到底它的合理量在哪裡？我一直在思考這個問題，因為我剛剛有聆聽了幾位我們所有的醫界提出他們的看法。那當然我個人是對於所謂的醫師兩個字，我是相當相當的尊重。那尤其剛剛有提到那個像醫學中心他有提到，他們本身就是收容一些所謂的急重症的，這我能夠證明，因為過去有很多選民的拜託，那當然我們沒有辦法，大部分他們都送到所謂的醫學中心，不管是長庚、馬偕，以及榮總還有中國醫藥大學附設醫院等等。那當然他們本身是不是能夠針對他們有急重症的這些病患在所謂合理分配過程當中，是不是能夠

另外把那些急重症的醫療數據把它扣除掉？當然也要去訂定所謂的合理門診量的話，那我才能夠去思考。因為我認為從相關的數據裡面能夠了解，一個所謂的教學醫院醫學中心它一年到底有容納多少個，容許多少個所謂的那個急重性的病患，它那一個部分有另外把它區隔在外面，當然也保障他們所謂的本身醫療人員他本身所謂他的用藥的用醫的一個權利，那所以說以上這樣的機會做一個報告以及建議，那不然你在這邊一直吵下去，一直討論下去，我相信到，不用弄到 12 點，搞不好到凌晨都沒辦法解決。那所以這個議案還是是不是能夠請那個健保署這邊能夠責成我們相關的單位，能夠先把這個議案收回去，然後做一個詳細的討論，然後下次會議的時候再提出來大家共同有一個共識，那以上就做一個建議，謝謝。

主席

那這個案大家覺得有沒有需要急迫性處理的？今天最好做出結論？

朱代表益宏

我認為應該要有結論，因為疫情 5 月 1 號就已經解封了，事實上全部都回歸常態，這個案子其實你再拖的話，事實上我剛剛有講到，那事實上我們這邊資料看得出來，其實陳杰代表跟李永振代表在健保會的資料也可以看得出來，那醫學中心的門診成長量事實上是蠻高，剛剛羅代表有表示。個別醫院我不講，但是資料事實上也都有，那某些醫院它門診的量成長速度是非常驚人，那這是第一個。那我覺得我還是要表達一下，就是說這個，就算下一次討論這個案子也不會有共識，所以我是建議這個案子，其實就依照我們共同擬訂辦法，沒有共識就是報部，由部長來裁示，這個本來也是部長的權責。那因為我不相信在下一次開會的時候會有共識，這個不可能。所以我建議這個今天案子處理，處理完然後由兩案併陳由部長來裁，謝謝。

主席

劉碧珠代表。

劉代表碧珠

我已經舉三次了，謝謝主席。今天我們與會的各位代表都有提出很多不同的意見，對於政府的政策我們區域層級多數都會是非常非常支持。對分級醫療我們區域層級也支持。可是今天署提出來的恢復實施門診合理量，我們剛剛一開始就提到，到底門診合理量的定義跟它的實質上的目的到底是怎麼樣？如果是一個診次一個醫生看多少病人才叫合理，那麼公式上就應該要重新被界定。剛剛我們社協的朱理事長一直提說，今天就以兩案併陳送部裁定方式來處理，事實上兩案是哪兩案？因為基本上大家也沒有共識，也不可能有兩案。

那今天我要再次強調，如果要做門診合理量，這就大家一起做門診合理量，讓這個門診回歸正常化。不要說全國只有某一個層級不用做門診合理量，這樣的也很難說服民眾，又為什麼只有地區的 250 床以上，這個又有一個 issue 出來，是不是如果這個要做，是不是全國都應該實施。因為基層也做了，中醫也做了，牙醫也做了，那醫學中心跟區域醫院你說我們看的是重症，可以少看一點門診，那我們就在這個公式上來看怎麼處理會比較好一點，是不是這個應該要再細部再做討論呢？否則今天這個不是只有錢的分配問題而已，而是說在整個門診的看診病人量的合理性上，我認為說應該讓它去趨於正常化，去合理去檢討才比較合適，以上補充。

主席

何代表。

何代表語

主席、各位代表，我參加共同擬訂會議今年是第七年，第七年。我第三屆、第四屆、第五屆都當共同擬訂會議代表。那今年當然健保署推舉我當雇主代表，照理講我要很支持健保署的意見，但是我的個性是應該很客觀去談出我的蒐集資料的觀點。第一點，過去六年從來沒有兩案併陳送給部長裁示，從來沒有，如果裡面沒有共識，就會退回去重新擬訂更詳細的，下一次再提出來。下一次你提出來，你要去說服沒有共識的人產生共識，所以我要明確的講，從來沒有兩案併陳。今天的案，一個是同意一個是不同意，沒有什麼去修正，修正內容有

兩案併陳，沒有。所以我的建議還是讓這個案，你們重新回去思考。那醫界的當然也建議說，如果要實施合理量全部都實施，因為這樣子為什麼呢？地區醫院也有大型醫院，也有在城市的地區醫院，也有在偏鄉的地區醫院。區域醫院也有大城市的區域醫院，也有偏鄉的區域醫院，很不平均。既然這樣子，一個層級的醫療機構不平均，你怎麼會一刀把它切下去？這是不合，比較不合適的。

我的建議是你應該重新去規劃，既然要重新做，你要重新去規劃更完善一點，不要有很，至少異議的聲音降到很低，我的建議看法是這樣子。那要不然這屆健保會我不是委員，可是我也會上次去開健保會委員會議，我也會發言，總額協商是我代表工會總會，我也參與，參與總額協商。是說大家能夠很理性的來思考怎麼做會更好而已，我們沒有私心，我今天也沒有拿到區域醫院醫學中心一塊糖果，沒有，所以這一點放心，OK，謝謝。

主席

朱代表。

朱代表益宏

那個剛剛何語代表講的我可能修正一點，幫他做個修正。在我們這個會議確實有兩案併陳給部長裁過，那個案子是呼吸治療病房 RCW 的這個支付標準調整，當初有兩個案子，那送給部長去裁，所以這個是有前例的，這是第一個。並不是像何語代表講的是從來沒有，這是有過的。第二個依照我們共同擬訂辦法的第九條，明文規定，如果兩案沒有共識，那就由保險人匯集各方的意見，然後做一個合理的分析，然後由部長進來裁定，這個是我們共同擬訂會議第九條寫得很清楚。那我們今天並不是說，所有案子沒有共識的全部都送部長裁，那會讓部長增加很多困擾。但是這個案子，顯然是再怎麼協調是不可能共識，這個案子是不可能共識，所以我們才說既然不可能共識的，那就請部長裁。

那至於剛剛講的，至於內容合不合理？那我覺得這一部分，如果

部長裁說要恢復，那剛剛健保署當然就應該要回過頭來，再檢討它的內容到底要怎麼實施？那如果部長裁示說暫不實施，暫不實施我們檢討半天有什麼用？那就不要實施，就暫不實施。所以應該是讓部長先去裁，到底要不要做這件事情？如果要做，那我們當然健保署依法還是可以回來檢討做的內容，到底剛剛講到地區醫院要不要實施，或者是醫學中心區域醫院哪些要排除，哪些要放進來，好，那這個我覺得當然是可以討論的。

但是，今天如果拖在一邊說暫不實施，就用拖的方式說等到大家有共識了再來決定，那這個案子是沒有完沒有了，那等於是不要做了。那所以我是強烈的要求這個案子今天如果真的談起來沒有共識，就是報部來裁，謝謝。而且是依照我們共同擬訂辦法的規定，以上。

主席

好。對不起，我請教一下，共同擬訂辦法的什麼規定？

朱代表益宏

第九條，沒有共識就是保險人要分析各方面意見，然後來裁，送給長官裁定。

主席

OK，我可不可以回頭請問一下當年，當年不知道發生什麼事我也不知道，當年的時候決定每年減2%，那你說要減10%，請問那一年有共識嗎？沒有，那我們就比照辦理。

李代表永振

那一個是健保會的決議。

主席

那是健保會的決議？所以我們提到健保會來討論。

李代表永振

因為重症給醫學中心60億，那但是要求門診這邊要減10%。

朱代表益宏

跟署長報告一下，106年，106年那個時候，就是剛剛這個李永振代表講的，因為重症覺得什麼幾大皆空，然後怎麼樣這些問題，然後政府就撥了60億，我印象中從105年開始，就陸陸續續對於重症這件事情撥款。那政府就是說要做分級醫療，既然分級醫療，所以急重症我就要給它資源加進去，前前後後已經撥了大概超過100億了。那但是那時候阿中部長就說，既然我重症給你加成，所以你的輕症特別是所謂的初級，初級照顧這樣子的，要每一年減10%。但是106年實施以後減不下來，那當然大家對於初級照顧的定義就吵得很兇，當然有一些學者專家或者是比較大型的醫院，就認為這個初級照顧定義這個這個，一直在定義上打轉，所以年減10%這個政策沒有辦法實施。所以阿中部長在107年就決定說我不要再管定義了，就是你的總門診量年減2%。所以從107年開始實施，那這個當然就是從阿中部長上來以後，分級醫療很重要的一個措施，實施到108年，等於年減了兩次，年減4%要跟106年的門診量來比。然後到了108年……。

主席

這樣，我們把握時間，把幾個過程釐清，第一個是說，目前的每日門診，合理門診量是在基層有實施嗎？有。那麼地區醫院有沒有實施？沒有，地區醫院沒有合理門診量，所以現在區域醫院跟這個醫學中心也沒有實施合理門診量。好，對，現在就是說基層有合理門診量，但是三個層級的醫院都沒有這個實施合理門診量。好，所以現在接下來就是要問了，當時候這個有曾經實施過合理門診量嘛，那個時候的程序是怎麼走？有要經過共擬會議通過，所以當時候共擬會議通過的是區域醫院跟醫學中心實施合理門診量，地區醫院不實施，是這樣嗎？所以當時候共擬會議得到這個結論嘛？也沒有？

何代表語

健保會通過了。

主席

90 年的時候就已經開始實施，但是只有在醫中跟區域醫院實施，地區醫院沒有實施。那麼取消這個合理門診量，區域醫院跟地區醫院取消，那個是在哪一年？

陳專門委員依婕

107 年的時候。

主席

所以 107 年的時候，那個時候應該已經有共擬會議了，所以共擬會議大家有同意，就是暫緩實施。對，當時後說暫緩，我們調會議紀錄看看，寫暫緩，所以暫緩但是沒有說緩到什麼時候，但是不叫取消，對嗎？所以現在只是在討論暫緩到什麼時候？因為之前給予的決議叫暫緩，不是叫取消，現在就是說要暫緩到什麼時候，我都看那個會議紀錄的，當時我沒有參與，我就只能看會議紀錄，會議紀錄寫的是暫緩實施。那前面就是會議紀錄看怎麼寫的，暫緩的理由是什麼？當理由已經消失的時候，自然這個暫緩的措施就結束了，道理是這樣。那我重新提一個案，後來提一個案叫做取消，取消就是永遠沒有，沒有了。那暫緩，因為有一個什麼理由所以暫緩，因為理由消失，自然就沒有再暫緩就恢復了。我們如果簽給部長一定是這樣簽，請部長裁示。

李代表永振

沒錯，所以署長英明。但是這一案裡面就找不到那個理由。

主席

所以會議紀錄要把它拿出來看看好不好？這一案我想我們大家這個既然沒有共識，那我們就以簽的方式來報請部長。處理的時候就是看看當時候有沒有理由，那個理由如果已經不存在，它因為它並不是取消，那個制度 90 年就已經存在，它並沒有取消，它當時候寫的是暫緩，現在只是在研判，那個暫緩到什麼時候而已。好，來，請。

何代表語

主席、各位代表大家好，今天我發言太多次了，實際上再發言下

去也不好意思。第一點當時通過是提那個健保會，當時很簡單，就是李代表講了就是說，總額協商的時候，補助 60 億給這個急重症。那地區醫院就這個他沒有拿到這筆錢，所以他就提出要設定這個合理量的限制，那合理量限制就限定醫中跟那個區域醫院要降 10%，後來部長裁定說分五年，每年降 10%，以 76 年的門診量去降。所以這個實施一年的時候，我們發覺到有問題，因為這個醫中跟那個區域醫院他們都認為這個不公平，所以提了很多建議案。可是在健保會提建議案的時候，大家就說這個部長已經公告了，既然公告了我們健保會就不要再提出建議案，送到部長去推翻那個內容。

後來疫情的關係就暫緩實施，第一個，如果以部長公告五年，五年已經過去了。就是五年，五年的期限也過去了，那時候又提回來說暫緩實施，當然現在想到要恢復實施。但是我們的看法是說，如果每個層級要實施合理量……。

主席

我們尊敬的何語代表，容我，容我釐清，尊敬的代表我這樣講，現在都說暫緩實施，要先說要暫緩實施什麼，我們現在講兩個議題，一個叫做每年減 2%，那是一種，一種叫合理門診量，這是兩種事情，這兩種事情呢，目前都叫暫緩實施，這是兩件事情，所以你現在講哪一件，是 2%的？還是合理門診量？

何代表語

我建議的就是那 2%的要廢除掉。

主席

就是……。

何代表語

那合理量，合理量既然每個，每個層級都有合理量，地區醫院也要納入合理量才對。

主席

好，這個建議就是說，這樣我聽懂了，何語代表的意見就是說，我們現在這個減 2% 這個事情，你不贊成再做，但是合理門診量應該要三個層級一起考慮，以求公平性，了解了，來。

劉代表碧珠

署長好，我想剛剛署長有提到說就這件事情，應該回到源頭去看說，當時我們在討論這個議題時候的緣由。因為那一年做門診 2% 減量這個措施，對區域醫院層級造成非常大的一個重傷害，所以當時候我們有提出來政策配套要刪除門診合理量。當時的訴求我們看一下我們今天的會議紀錄，在 107 年的這個會議，請看我們討 1-7 上面的會議紀錄討論事項，當時的決議是說，決議內容我念一遍，重症護理照護品質及健保支付連動，及刪除區域級以上醫院門診合理量兩項沒有爭議達成共識。這個在今天的會議紀錄裡面是清楚寫在這裡的。

主席

這樣好了，我想我終止這個議題的討論，已經講 1 個小時 18 分了，雖然不是都講給我聽，但是我們副署長也都聽到了，結論就是已經沒有共識。我們再把當年的會議紀錄再仔細的詳讀之後，那我們再來研議看看要再提下一次的會議，還是直接簽辦給部長。這樣好嗎？這個議題就到這裡，好，來，進入下一個議題。

第二案

案由：有關 112 年醫院總額部門專款項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」運用方式案

主席

這個是不是請大家直接看到會議資料 2-23，這個是這一次的支付診療項目的支付點數的調整的前後對照。那這個好像已經先透過醫院協會大家協調好了，所以三級醫院對這一個都有共識，應該是這樣，如果有共識，我就不再請這個醫院協會這邊發表意見了。但是護理師公會，因為這個調整上有涉及到護理費的部分，就是那個區域級以上

醫院，包含急診觀察床的護理費調整，跟這個病房費的調整，不曉得護理師公會這邊對這個案子有沒有意見？

劉代表淑芬

首先謝謝台灣醫院協會還有社區醫院協會，其實在整個費用的調整上，有把護理的貢獻都有羅列進去，所以護理師公會我們首先先感謝。那至於這個調整的費用有關於急、重、症這個區域的基本診療項目調整，護理全聯會大多是支持的，唯獨在護病比的這個部分，因為台灣醫學協會提了很好的建議案，但是唯獨這樣調整之後，衡平是有問題的，所以我們會建議，如果假設護病比要做級距那樣的調整，那就一併調整就好，讓整個級距這樣的調整朝向有一致的方式，這是我們初步的建議，以上說明，謝謝。

主席

我這樣，為了讓這個會議有效率，沒共識超過 15 分鐘就擱置，不然後面的案子我們開好幾次會，有共識 15 分鐘解決，超過 15 分鐘沒共識，擱置，下次輪回來有時間再說，不然排在後面的人老倒霉，下次大家都拜託我將案子往前面提，前面那批很麻煩，可不可以讓我們先？所以我們就用這個程序來進行比較快，事先都能夠有共識的，才提到這個會議上，沒有共識的就先不去討論，反正這個專款，不見就是滾回去這個基金裡面，沒關係好，來，那個剛剛護理師公會的代表示說，護理費的部分調整沒有問題，那又講到護病比，這個跟護病比有什麼關係嗎？來，解釋一下。

陳專門委員依婕

好，護病比的資料在討 2-16 頁，這個是地區醫院運用他們的實例，有建議說地區醫院的護病比如果級距，表現得越來越好的話，希望護病比的加成率可以越來越高。我們以最左邊那個急性一般病房第一天為例，地區醫院現在的級距是前五個，14.5 到 14.9，現在的支付點數加成完了以後是 867 點，然後一直到下面第五個，護病比 12 到 12.9 的時候，加成完了點數會是 1,020 點。那地區醫院的訴求是希望繼續往

下，當護病比表現得更好的時候可以有更多的加成。那剛剛全聯會的意見是說，除了地區醫院有這樣子的加成鼓勵以外，也希望區域醫院跟醫學中心有同樣的加成鼓勵，以上。

主席

不是，我現在都是就已經有共識的部分，看你們是不是有沒共識的？我現在說的是附件 7，這個表是經過醫院協會已經有共識要調的，那醫院這邊已經有共識的，所以我現在要請教的就是包含我待會要請教的急診醫學會，跟現在的護理學會，你們的意見同不同意？如果有不同意的部分，沒有辦法有共識那個就先停下來，才能夠讓會議能夠繼續進行。至於說你要超過這個議題的建議，我們留在後面再討論，才不會這個議事通通混在一起了。

劉代表淑芬

好，謝謝署長的提醒，我這邊補充第二次發言，有關附件 7 裡面的，我們看到支付點數在調整之後，我們發現了就是地區醫院在所謂的急診的有關的檢傷的這些，檢傷分類的幾個費用事實上是高於醫學中心的，這個區塊我不是很清楚，就是說其他層級是不是都已經同意，只是我們看到這個數據我們覺得有一點爭議，這個地方提出來。

主席

所以現在有爭議的是說，急診的診察費經過這個建議表調整之後，那麼在地區醫院的部分，檢傷一級，檢傷二級，檢傷三級、四級、五級它的這個費用支付點數都會高於區域醫院跟地區醫院，好，那這個是不是醫院協會有共識？我是不是先請教醫院協會？好，來，請。

羅代表永達

主席，我想這個就像基層剛剛有談討論那個 1.1 我們不會有意見，為什麼？因為這個東西是當時為了達到兩個目標，就是希望醫學中心和區域醫院裡面他們有哪些他們自己科內就是哪些比較重要的支付標準，以現在目前的情況下，他們願意加成的部分，那地區醫院也沒給我們鼓勵的東西，就是希望我們重新盤點我們所有的支付標準，哪些

東西我們又很急的。那這樣的情況把兩個東西拉在一起，說實在我們並不反對，醫學中心如果他以為他們有 10 億的這個預算，他們要不要拉回跟我們一樣，我們當然求之不得。那個錢不是我們的，我們不能像區會議把它拉得跟我們一樣。但是我們真的覺得，我們的地區醫院的護理費什麼東西，我們覺得它很低，或者是說以現在目前照護已經不像以前那個樣子，所以我們覺得這個要把它調高，那不能因為這個東西就照理說一定要把它拉高或者不把它拉高，因為各有各的預算的一個概念。在我們醫院協會裡面，內部協調裡面我們已經達成共識。因為這個東西它本身是屬於專款，用超過我們就是不用點值，不夠就是收回去。現在其他的那個學會裡面，認為它應該要把它衡平，那就很麻煩了，那一開始的時候，又必須醫學中心跟區域醫院答應我們說好，那我們拉高，你們也跟著我們拉高。那其他他們自己認為應該要調高的東西，他們就沒有預算了。所以我們只是表達說，其實如果說假設剛剛不管哪一個認為說地區醫院，可能偏高的這個部分裡面，我覺得那就請醫學中心跟區域醫院把它拉高，否則的話錢就沒有，因為這就屬於專款。我們倒是比較在乎的一點就是說，地區醫院裡面這些提出來都是用加成的方式，為什麼用加成？因為如果萬一明年這個專款，部長裁定是沒有了，沒有的話，這個你調整的所有的東西，明年要不要在這個時候要重新再調回來？否則那個錢從哪裡來？所以我們這一次，我們考量了很多的因素，我們也普查了很多，譬如說像 RCW，在上一次雖然它有 3 億，可是部長裁這 3 億一定要用在什麼？用在安寧。所以當時 RCW 跟 RCC 在調整的時候，RCC 他們調整 5%，地區…所有 RCC 只有調 0.5%，這麼差 10 倍。可是這麼多年來，我們，他們的那個什麼，那個 case payment 那個錢包括他們的那個護理費、病床費，包括他們的這個診察費一毛錢都沒有調過。在這樣情況下調 0.5% 跟人家調 5% 差那麼多。所以我們就對 RCW 的…。

主席

好，這樣了解了，盡量發言限制在 3 分鐘內，這個我們就沒有辦法充分的討論，我們請那個同仁計時好嗎？每一個發言都公平。我們發言以 3 分鐘為限，到的時候提醒響鈴。

何代表語

主席、各位代表，這個醫學中心調幅這個新生兒的中重度住院診察費，醫學中心就 84.6%，那區域醫院只有 13.8%，這個整個平衡性那個很大的差距。那第二點，地區醫院如果病房費跟護理費它的支付標準超過地區醫院，在過去曾經有一個分配 23 億的部分裡面，我們就把它退回去了。請它重新換算，不能超過區域醫院，除非區域醫院跟醫學中心拉高他的病房費跟護理費，要不然這個三個層級會又開始爭議了。那往往就是這樣子，地區醫院拿到了，醫學中心跟地區醫院認為說他也要往上拉，但是我們不反對他往上拉，但是他會去說，我要再增加經費要往上拉。

所以在這個調整的過程裡面，我有看到有一些很不平衡性。像以去年曾經 RCC、RCW 送出來的時候不合理，我們也把它退回去，請他重新再做一個合理的支付項目。所以這個案子裡面，實際上我認為還是很粗糙，所以應該要重新讓他們再重新三個層級去平衡性的去考量。還有有些科別有調，有些科別沒調，那有一天沒調的科別，又來吵的時候又要調，所以我認為我們給你了這筆錢，你應該平衡性去各科別調整它的診察費、病房費、護理費，平均均衡性的調整，而不是每次都偏向幾個科別，另外科別又在吵著要調整，年復一復的這樣發生重複的循環現象。所以說我覺得這個案子，在過去有的經驗裡面比較有爭議的時候，或者說不合理的時候，都會重新做調整，謝謝。

主席

好，謝謝，那再來請李代表，之後再請朱代表。

李代表永振

謝謝，那第一個先講結論。我看了之後這個案的預算大部分都用在調高支付標準，所以有沒有辦法去達到原來預算編列的目的？我抱持很大的懷疑，這是第一個。第二個，本案的內容健保署剖析的相當清楚，但是我好奇，為什麼這一個在研商會議，有沒有提出來？如果沒有提，為什麼不提出來？如果有提出來，為什麼沒有解決就丟到這

裡讓我們來討論？這個感到很奇怪。

第三個，我們這邊討論案不管有沒有辦法，有沒有要提到健保會確認報告，或者說不要，但是公告的時候，我也會跑到健保會裡面，所以我建議就是說在考量的時候要很周全，不然的話，雖然說通過報出去的話，那麼又會產生很多爭議，署長知道，健保委員都很多話。我不是說他們，我說我，那去年就曾經有一個通過的案，結果付費者代表認為不妥，就提到健保會裡面又被打回來，那我們共擬會議不是被打臉了嗎？這樣好不好？就請大家考量，謝謝。

主席

好，再來請朱代表。

朱代表益宏

謝謝主席，那第一點，關於地區醫院要調整這個急診診察費這件事情，這件事其實也是在政府，就是阿中部長開始推動分級醫療以後，那一直有一件事情就是說，萬一醫學中心、區醫院減量以後，有一些急診的病人，因為診所一般沒有看急診的。如果回到社區的話，希望社區醫院這邊要能夠看急診，特別是 24 小時急診。但是因為地區醫院的急診量非常少，所以現在的給付是不敷成本，看醫的規格。所以那個時候才有加成了 19%。但是實施了一段時間，我們發現確實這個加成 19%，因為原來的基礎就很少，你加 19 還是不夠，所以我們才這一次特別用這一筆預算，那是壯大社區的預算，希望再給予加成，希望主要的目的是希望鼓勵地區醫院它能夠開設急診，那我覺得這個是對付費者，對民眾就近在社區就醫，特別是有急診的病人，不是重症，是急診的病人，是有非常大的幫忙，這個是我們要調整急診的這個非常重要的一個原因。所以這個無涉及所謂的衡平性。如果真的醫學中心認為區域醫院認為說我們調太高的話，那我覺得他應該把他們的急診再相對調高，這樣合理，而不是降低我們，因為我們的成本本來就比較高，地區醫院開設急診門診，本來就遠高於醫學中心或者區域醫院，所以不能削足適履，應該我覺得這部分應該考量我們的案子。那關於護理費這一部分，其實地區醫院長久以來是受到不公平待遇，就

是說當我的護病比是 1 比 6，1 比 7，1 比 8 的時候，我的支付費用遠遠低於醫學中心跟區域醫院，所以我們希望用這一筆費用，去調整我們的護病比，讓它真正照顧譬如說一個護理師一般照顧 7 個病人、8 個病人、9 個病人 10 個，他拿到護理費可以比照醫學中心或者區域醫院，以上，謝謝。

主席

好，再請這個，剛剛是不是陳代表要先發言？還是要，有沒有，好，來，這邊游代表要先講，好來。

游代表進邦

主席，那各位先進，因為剛剛各位先進也講了很多了，那剛剛地區醫院也講過他調整的，其實在我們以前在醫院協會討論過這件事情，政府又把我們分成三個層級，醫中、區域、地區，為什麼分三個層級？這三個層級的結構不一樣，規模不一樣。這一次我們調整會不一樣，也是結構不一樣，規模不一樣，然後各自有各自堅持，都覺得說有它優先要調的東西。我們醫學中心也不好意思說，地區、區域通通要聽醫學中心的所以我們基本上就是給予尊重。然後健保署說為什麼燒燙傷病房沒有調？我們總共才只有 10 億而已，那通通要調，那可能就不是 10 億，可能 20、30 億，所以我們是選最近沒有調整過的，然後我們認為比較緊急的，比較重要的事情我們會優先調。那往後如有這樣的機會，我們都會依照這個原則再做一點調整。其實你說像中重度病房的診察費，醫中跟區域醫院差異很大，是兩個層級的醫院的價值觀不一樣，其實有時候你也很難說誰對誰錯，所以我們也沒辦法說他(區域醫院)要跟我們調一樣，而我們也不太想跟他們調成一樣。所以才會有這樣的差異，如果大家都可以接受，就可以去實施。後面大家不要有背後話，當初是大家討論出來的結果，後面不要再講話說什麼不公平的問題，以上。

主席

好，那是不是再請急診醫學會的代表，有沒有要發言？

蔡賢龍醫師（台灣急診醫學會）

各位主席、各位前輩大家好，關於這部分的討論的話，就是我們急診醫學會覺得費用調高的話可能不錯，能夠提升照顧品質。因為確實如地區醫院講的，要成立一個急診它的花費真的蠻高的，而且要一個有品質的急診，尤其在病人量不夠的地方，他們需要建置有一個有水準的急診室，確實不容易。所以他們調高也是有理由，急診醫學會樂觀其成，也就是說，各區如果都能夠有一個有水準的醫療，那是病患的福氣，那也是我們急診醫學會希望看到的，費用調升的話是 OK 的，謝謝。

主席

好，急診醫學會的考量是考量到這個醫院規模不同，所以這個開設的時候，成本自然就不一樣，所以給予不同，量也不同，病人量也不同，所以從成本的考量，那麼自然就有所不同。所以也同意有不同這個可能高於單價上高於醫學中心的支付。那麼剛剛我們一樣的就先暫時不要，不然我就要停止了，這一案又不會通過了，我們儘量讓它可能通過了，好不好？所以如果你是支持這個案子，你們就等一下。來，陳代表，來，請。

陳代表杰

謝謝，那陳杰再次發言，那有關於像目前討論的，就有關於調升部分診療項目的支付點數的這個部分，那我詳細看了這一個表，尤其剛剛署長還特別提起說，請大家注意看 2-23，那我也詳細看了一下，那有關於急重症基本診療項目的部分，我認為我們這一次裡面所點出來的這一個支付點數裡面真的是英明，那尤其就是說醫學中心的部分，針對所謂的加護病房住院診療費，以及新生兒中重症住院診療費的這一個部分，它有大幅度的一個調升，包括還有所謂的加護病房的這一個病房費的部分。事實上急重症的大部分都會送到醫學中心，或者區域醫院，那所以說這一次能夠落實真的所謂的一般被保險人他的需求，那能夠做一個調高，那個人是深表支持以及安慰。

還有接著就是說，有關於它護理費的這個部分，我只稍微點了一下，你那個醫學中心本來的點數是 570，現在調整到 857，那你區域醫院是 571 調整到 857，當然就是說地區醫院是沒有動，但是第一點就是說這個調高以後，這個護理費的支付點數，是不是真的有辦法就讓我們的護理人員能夠領得到？我怕這筆錢到時候跑到老闆的口袋去，所以說這個部分要如何去杜絕這個情況？因為你既然要為了護理人員，是，他很辛苦，尤其在疫情期間，他冒著生命危險配合醫師共同來診療所有的一些病患，所以說我們是希望這要如何去落實？希望我們的健保署這邊，事實上要有一個辦法。包括就是說基層觀察總額部分，護理費第二天的部分，第二天也 175 調到 300 多，所以這個差額的部分，我是有主張一點，要真的落實放到護理人員的口袋裡面去，這一點是不是能夠請我們在討論的時候，假如說到最後有一個決議的話，可不可以做一個主決議？這樣它才真正落實我們政府關心護理人員的一個好的一個呈現。

所以應當還有一點就是說，那個地區醫院的部分，它在那個後面的那一個，包括急診觀察費按檢傷分類，檢傷分類第一類的部分，那你看這裡地區醫院從 1,800 點調整為 2,070，區域醫院跟醫學中心沒有動，但是有一點就是說，希望到時候我們醫學中心跟區域醫院能夠共體時艱，不要再到時候總額協商的時候，又拿這個事情出來吵，那這樣可能引起大家的更傷腦筋，以上提出幾點的建議，就教我們健保署，希望署長英明能夠做個裁決，謝謝。

主席

既然陳代表要點名我裁決，我就先做共識看看，第一個我們先看護理費的部分，在今天的會議資料的第 2-16，下面忘了編的那一頁，2-16，位於 2-17 跟 2-16，2-16 這一頁，這是屬於護理費的加成，那麼是不是我們就先按照這一個提案通過？但是剛剛代表特別關心的，也就是如何讓這個調高之後的護理費，能夠反應在護理人員的身上，好，這個很重要，所以是不是我們原則上按照這一個加成通過？但是要來研擬如何這個落實在這個護理人員身上，這個請再提出一個相關的這個監測機制，提出幾個監測機制再看看有沒有反應上來，就是好像我

們那個基層，我們今年也是調高了那個護理費，護理居家，增加那個診察費，也是有一個機制來監測，對於這個護理人力的增加，或者是護理人員薪資的增加這都可以，有一個監測的機制。好，所以這個部分是不是有反對的意見？有？

劉代表淑芬

不好意思，署長，就是全聯會護理師公會第三次發言，我想我們不是叫做反對的意見，而是在說我們非常贊成我們社區醫院夥伴們護理師，他的護理費應該被加成，這個加成的過程當中，其實不管是區域醫院或者醫學中心的護理師，特別是護病比的加成這個區塊，其實大家肩負相同的辛苦的任务，那特別是疫情這段時間，其實大家都知道大部分的病患都集中在醫學中心跟區域醫院。所以我們可以說，這個區塊的護病比也應該似乎要適當一定的調整，這樣子的話三層級平衡點會比較好。我知道這個朱代表所提到的，它事實上是屬於我們社區醫院專款這個區塊，那當然我們希望在其他協會能夠一併把它列入考量。否則事實上這個差異的金額，誠如討 2-16 所呈現出來的，我們也看到護病比差異，所以護理師照顧的病人數，醫學中心其實它本來疾病嚴重度比較高，一般病房的一天同樣照顧 8 到 8.9 病人，地區醫院護理費加乘後 1122 點，支付點數高於區域及醫學中心，小於 7 的時候，我們可以看到地區拿到是 1,190 點，然後區域醫院 1086 點，疾病嚴重度與照護病人數衡平應納入考量。

主席

我這樣講，因為如果是對這一個建議案有疑問的話，那個必須要再去提一個案子在外面討論完再回來，那我這個就擱置了，那我們今天這個部分就先不通過，好不好？

劉代表淑芬

我們還是支持社區醫院協會議案，希望以後大家能夠再同步調漲一下。

主席

不是，那如果要那就是再回去協商。

劉代表淑芬

這個社區醫院協會議案，事實上是很支持我們護理的。

主席

那就這個先擱置再協商，就是麻煩醫院協會再跟護理師公會去討論，另外再提一個案子上來。那因為今天因為護理代表並不贊成這個加成的方式，那我們就沒有共識。

劉代表淑芬

我們贊成，我們贊成給社區醫院加成，可是我們區域醫院跟醫學中心沒有獲得加成，我覺得在這個部分，我們再次強調不是不贊成給地區醫院加成，而是這個整體費用怎樣做挪移，謝謝。

主席

現在我們是這個表，我們現在討論的是 2-16 這個表對不對？好，既然弄不清楚就不要再討論了，不然後面的人都不用再討論了。

何代表語

在過去的調升護理費的部分，原則上地區醫院都不會超過區域醫院，最少是跟區域醫院平行，那至於詳細細節應該是護理師公會跟區域醫院跟地區醫院，還有醫院這邊去做一個完整的調整。過去也有這種現象，但是都沒有通過，都會送回去做裁示處理。

主席

所以何代表的意見也是這個先退回去再討論，意思是這樣，好，既然就是沒有共識再發言也是沒有共識，因為已經沒有辦法有共識了。

朱代表益宏

主席，沒有關係，就是說我不針對內容再發言，因為如果主席要裁示再討論，那當然就回去再討論。但是因為這是專款，當你下一次

開會的時候又是三個月以後，三個月以後事實上就到下半年了，那這個專款你用不完就沒有了，所以我是覺得這邊是不是要先討論一下，如果是這樣子下一次再討論的話，那到時候我們是用追溯的方式來處理。因為健保署的預算試算是用全年的試算。那你現在大家全部都delay，delay到最後等到了健保會，健保會又說這個意見應該執行率很差怎樣的，那我覺得事實上不應該這樣，所以我覺得附帶決議既然是專款不可能多用，也不可能多用，所以應該是不是先做一個決議就是可以用追溯的方式？

主席

好，我們都長話短說，你講兩句我大概就懂了，就是說到時候我們通過之後能不能追溯了？追溯這個好像我們過去也有慣例是可以追溯的。所以我們再討論清楚大家都有共識滿意，到我們再實施，實施的時候我們就往前追溯。

李代表永振

如果這樣的話，你們要依法行政嗎？

主席

我們都依法行政。

李代表永振

沒有，沒有的東西怎麼又回去這樣？這樣怎麼可以叫依法行政？

主席

來。

陳專門委員依婕

跟各位代表說明一下，因為這個案子會用專款的方式來進行，因為我們沒有辦法保證明年度是不是有這個專款，所以這個案子的操作方式會是由本署來做核算核付，而不會讓院所申報，所以我們也不會調整支付標準。那這個情境之下，這種有一點像計畫性質的我們會討

論是否追溯。但是如果是支付標準調整，我們現在的慣例就是不回溯。這個案子比較特別是像專款的性質，以上。

主席

簡單講它沒有調整支付標準，那這一個它實際上這個案子，我說這個護病比，它也是要有符合才有。所以它回溯的時候也是要，它那個時候是有符合的，並不是說不符合我們也給它，就是譬如說你現在回溯，那假設回溯到1月1日，那也是要看你1月1日那一個月份你的那個護病比有沒有達到這樣，那麼才有，所以是這樣，所以感覺上是有一點試辦，還沒有到那個。好，那這個再討論真的後面就……。

游代表進邦

像診察費、病房費應該是可以過。

主席

等一下啦，我一項一項處理。這個暫時就不要。第二個要討論的是，區域級以上醫院在2-23頁，有關於急重症基本診療項目，調整加護病房住院診察費、新生兒中重度住院診察費、加護病房病房費、急診觀察床病房費(第一天)、急診觀察床病房(第二天起)、急診觀察床護理費(第一天)跟急診觀察床護理費(第二天起)等共7項，那麼針對這個案子有沒有意見？

陳代表杰

沒有意見。

主席

好，那同意這個就先通過，好，那第三個呢，是有關在地區醫院調整RCC、RCW它的論日計酬費用，還有急診診察費不分檢傷及檢傷一級之五級它的診察費的調整案，請問這一案有沒有意見？

何代表語

沒有，請問署長這一筆是不是原來那個去年的3億的部分？

主席

這是今年的專款。

陳專門委員依婕

這個案子是 5 億，然後它的專款的名稱是第 1 頁，就是「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」，這個是今年的專款 5 億。那另外剛剛何代表提到的是從去年開始就有編列的專款 3 億，是為了鼓勵 RCC、RCW 做安寧、DNR 的那個項目。

主席

那個不不一樣，那個不一樣，沒有重複，好，對這個調整的，大家有沒有反對意見？沒有，就這個也通過，所以我們們先執行的是區域級以上醫院的這個急重症基本診療項目，還有這個地區醫院的 RCC、RCW 跟急診診療費，至於這個病房那個護理費的加成的部分，那就下次再討論，那我們進入下一案。

第三案

案由：有關運用 112 年西醫基層總額預算調整門診診察費案。

主席

好，請業務單位說明一下，剛剛是唸完，我希望下次唸重點，不要從頭唸到尾，主要是解釋讓人家聽得懂，請業務單位解釋一下，這第三案健保署的意見。

陳專門委員依婕

這個案子總共分為三個部分，第一個部分請翻到討 3-1 的(一)，第一個款項是西醫基層一般服務裡面有個「配合分級醫療，調高診察費」預算 1.225 億，用於調升第一階段的所有門診診察費 1 點這個案子。

第二個是有關一般服務有編列因應基層護理人力需求，調高 1 到 30 人次診察費，預算是 6.59 億，我們試算起來可以調 6 點，但是他的但書是那間西醫基層診所，除了要聘有護理人員以外，他同時也要調

升護理人員的薪資，我們才可以讓診所加計這個 6 點。

第三個部分是這一次討論比較有爭議的部分，請大家看討 3-2 頁(三)，醫師全聯會是建議用西醫基層醫療服務成本及人口因素成長率，我們等一下簡稱為非協商的預算，用於調整 1-30 人次所有門診診察費的點數，我們先看總共預算是 17.625 億元，本署的建議是因為這裡面非協商其實有一部分是反應人口密集度的改變，或者是因為人口老化而產生的相關醫療服務的衝擊，所以我們建議是用裡面的醫療服務成本指數改變率預算 3.349 億元，用於調整門診診察費，這樣試算起來，大概可以調 2 到 3 點。醫師全聯會的意見在討 3-3 頁的上方乙案的部分，他們是建議全部這裡非協商的錢都用於調整門診診察費，這樣調起來是 10 點，所以今天主要是針對(三)這個部分再做一些確認，以上。

主席

這個之後都不要再唸了，就像這樣子，依婕專委這樣稍微說明就好，前面唸的都沒用，聽這樣就清楚了。請對本案有沒有什麼意見？請醫師公會全聯會，王代表。

王代表宏育

謝謝署長，也謝謝依婕專委的說明，第一點我想大家都沒有意見，就是調 1 點。第二點，我們也很謝謝署裡部長願意讓診所提高我們的護理費，大家大概不知道我們診所大概有 7,900 多家，有執登的護理師，這個護理師，每一家診所，因為錢是跟著醫生走，每前 30 個調 6 點，我們一個月最多 750 個，最多調 4,500 點，最多。有的醫生，我舉個例子，大家比較清楚，疫情剛開始的時候發口罩，一個醫生是發 150 個口罩，我的診所一個人，一個藥師三個護理師，五個剛好，我們就是 150 個，剛好一個月一個人，五個人一個人一個。但是我們後來才發現婦產科，像邱正義婦產科，因為他們有晚上接生，一個醫生有八個護理師，也是只有 150 個口罩，就不夠。洗腎更麻煩，洗腎的醫師，一個醫師他大概要配十個到十一個護理師，像剛剛安泰診所有四個醫師，有四十幾個護理師，所以就變成說這個錢跟著醫生走，但是我們每一家診所的護理師人不一樣多。所以我們是希望說這個定義，像我

一定每一個護理師都會調 1,500，我們還有額外的成本，我們還要調 6%，我們的勞保費、健保費增加一個級距，也要增加其他的費用，所以我們自己還要出錢，如果是婦產科，洗腎的，他會虧更多。今年是第一年，我們是不是說讓它操作比較簡單，就是每家診所一定要有一個執登的護理師調一個級距，一個級距三萬塊是 1500 元。像我的診所，說真的因為我是內科，我們有些連續處方箋，我雖然看到差不多 1,000 個，我有診察費的大概只有 700 個左右，所以我也拿不到 4,500。我們是希望每一家診所他有執登護理師，有一個調，第一年先這個樣子試辦看看，我們當然是希望如果有 60% 的診所調就可以。這跟第三個是有相關，因為我們都覺得說有些鄉下診所他有護理師，但是他考不到牌照，沒有執照。那時候我記得是寫「護理人力」，所以如果他是護理師沒有執登，或是他就是在鄉下，這些人能不能調。

主席

等一下，到這裡就好，這樣就好，再下去就…，不要再說，已經走在法律邊緣了。

黃代表振國

我想護理人員的部分大家比較沒有爭議，現在針對甲案跟乙案的差異我來說明一下，其實我滿認同何代表。

主席

振國，這樣吧！因為這個是全聯會提出來的，雖然提出來，你們如果不改變，假設你們已經有共識了，除非說……。

黃代表振國

我是說明。

主席

我知道，看有沒有代表……搞不好人家都支持，你就不用說明，如果有其他代表有意見的時候，讓他說明，這樣比較省事，搞不好他一看這個應該的、大家都好支持，沒問題就好。我想請問，我們這裡有

三個部分，第一個部分跟第二個部分，因為剛剛的報告比較沒有爭議性，就是署裡面也很支持，所以一、二，在第一段的門診診察費調高 1 點，另外第二個部分是第一段的反應在有聘請護理人員，或者是薪水多 6 點，這兩個部分請問有沒有其他不同的意見？都可以同意，都同意，這很好，所以這都不用說明，大家都同意。現在就是第三點，大家比較有不同的看法，不曉得第三個部分，這邊有不同的，署有一個甲案，全聯會這邊有乙案，這個部分是不是我先請全聯會說明一下，就這個部分。

黃代表振國

我要說明乙案，曾經因為疫情的關係，整個基層人力留住非常不容易，大家遇到高壓的時候，我們所有的人員都做適度的調薪，不然大家可以想想，疫情好像比病毒還恐怖，其實真的確診沒事，但是工作人員的恐懼是需要我們適度的安撫，最有效的安撫就是調整他們的薪資結構，這第一個。第二個我認同何語代表講的，我們要尊重就醫的人權，何語代表指的是他如果住在醫學中心，這是方便就醫的個案，當然是非常好，但是面臨人口老化，事實上我們在這幾年發現，很多原來在醫學中心或地區醫院、區域醫院就醫的，因為患者年紀大後行動不便，家屬往往就會選擇附近可以信賴的醫療院所，提供相等的醫療照顧。護理人員是重要的人力，但是基層診所也有些非護理人力需要照顧，所以我們為了讓每一家診所能夠生存下去，我們為什麼只調高第一階段？第一階段 10 點，25 天我們一個月只能調一個診所，7,500 點，那以今年第一季大家看到點值非常低，實際上真的能夠反應到每家診所最多大概 6,000 塊而已。回想一下，今年最低合理工資我們也調了，所以一個診所因為要輪班，因為要三節，早、午、晚三節的人力，至少 4-5 位，遑論更多，所以我們今天提的是一個成本，我說實在，萬物皆漲，唯有醫療的價格沒有漲，我們不希望成本增加的同時，讓很多基層診所沒辦法生存，當一個基層診所因為成本不敷關門了，他影響的就是原本固定民眾就醫權益，所以在此懇請所有的代表能支持，讓基層診所能夠持續的提供優質的服務，謝謝。

主席

請問其他代表有沒有？李代表。

李代表永振

整個案聽了之後，還有看原來資料，個人認為健保署的統計說明說明比較全面，而且周詳也合理，我個人是比較贊同用甲案，但是也有附帶的，剛才朱代表也有提到，就是因為醫院跟西醫基層制度不一樣，所以有時候會有不一樣的，就是西醫基層會高於醫院。但是要麻煩健保署的話，將來在協商的時候，因為過去的經驗有這樣，我比你，你比我，比來比去，到那時候就沒有講這個問題，調高以後，換醫院來講他們比較低，醫院也要調，醫院調高之後再回來又說醫院比我們高，這樣就比來比去翹翹板一直往上，最後講回來，點值又那麼低，年年都在打八五折，這樣一直循環，沒有一個徹底解決的方式，永遠都講不完，會讓付費者覺得你這樣處理的話，我們預算投再多也不夠，有沒有辦法請健保署在這邊協助協商的時候要提出這些見解，讓付費者這邊瞭解之後比較好談，不會又各說各話，就會浪費時間，謝謝。

主席

在我們資料的 3-3 這邊有提到，以現行的西醫基層就已經是高於醫院。

黃醫師啟嘉（吳代表國治代理人）

我先講兩個點，第一個，我想最重要的一點是西醫基層絕對不會因為醫院的診察費比我們高或低，而去影響到我們自己診察費的訴求，醫院跟基層本來就是兩個系統，我們絕對不會去攀比他們，但是我們要了解西醫基層跟西醫醫院的診察費，並不是只有原始診察費，還有一些加成，像科別加成來講，我們最基本的加成其實是遠低於地區醫院和醫學中心，這個是有表訂的。把所有的合理量算平均來講，以 110 年來說，我們平均每件診察費是 358，包括加成算進去，還有連續處方箋也算進去了，那醫院是 385，這個顛覆了我們的觀念，原因是因為不同層級醫院、不同科別裡，他們有不同的加成，甚至同時符合兒童及夜間加成的地區醫院可以加到 70%。所以我的意思是說，整體去算包

括加成還有連續處方箋，全部都算進來，每件的診察費，目前西醫基層是低於醫院的，但是我們並不會說一定要跟醫院比，有一天我們比他高也不需要醫院反過來說基層那麼高，因為每個層級、每個狀態遇到的問題不一樣，這是第一點。

第二點，就急診來講，其實西醫基層是擔負了整個全國的小夜急診，所謂的小夜急診大家知道，常常我們診所都是看到十點多，如果診所哪一天關起來，附近醫院的急診就爆滿了，所有晚上的發燒，拿魚刺的、受傷的，甚至要簡單縫合的，全部往急診去了，我們西醫基層事實上是用一般門診的診察費在負擔急診的任務，剛剛講西醫基層沒有急診，這是錯的，西醫基層有急診，只是沒有申請急診費用，這是很重要的一點。所以如果以診察費來講，我們西醫基層所有的加成算起來，從 105 年到 110 年普遍都低於醫院。

主席

我們嚴格控制時間，充分瞭解，其實剛剛的例子也已經很清楚，剛剛在討論地區醫院的急診分級、檢傷不同層級的支付點數，就已經高於醫學中心，當然沒有絕對說診察費就一定是哪一個層級比較高，本來就沒有啦，我們只是在反應現況。但是因為基層診所所有合理門診量，不同段有不同的診察費，在醫院的部分目前沒有，看起來整個 sum 通通把它合計起來，就如同剛剛啟嘉代表所提的算起來平均的診察費，診所仍然是低於醫院，這是整個合起來看。好，還有，來，請何代表。

何代表語

主席、各位代表，有關於西醫基層用醫療服務成本指示改變率，這個 3 億 3,490 萬去調升它的診察費，健保署的甲案我非常贊成，可是他們的乙案裡面，是把醫療服務成本之外，他把人口因素成長率的錢全部都去調診察費，這個把量的成長全部拿去用掉了，未來就會又產生點值又更加的下降。所以我認為不宜全部用掉，你只能用的話只能用一半，因為一半是醫療成本，前面那一半你可以用，這個人口因素成長率你不能用掉，要維持他有可能老化的成長率增加，點值才不會太離譜、太難看。所以我的建議是說，如果他們西醫基層願意把

「醫療服務成本指數改變率」的 3 億 3,490 萬來做為調整的基礎以外，再把「人口因素成長率」這個經費，他們願意用一半來做調整，這樣是比較適當又適宜的策略啦。不會把人口成長率未來量的成長全部都去做察診費的調整，我的建議是這樣，看看西醫基層的意見怎麼樣。

黃醫師啟嘉（吳代表國治代理人）

報告主席，對於何語代表，他是最最尊敬的代表，而且也是我最喜愛的代表。他剛提的那些意見，我兩邊的兄弟不知道支不支持，但是我個人非常的佩服，基本上我已經被他說服了。何代表的意見，我不知道其他人意見如何？

主席

看看王宏育王代表，再來黃振國黃代表。

王代表宏育

我跟署長報告一下，剛才署長誤會我意思，我不是說沒有執登要加錢，我剛才講第三，就是第三個，我們現在就是有護理師的加 6 點，大家加 1 點，如果沒有全部這個第三案，如果何語代表說不要加到 10 點，那我們如果加到 6 點，那就加到 13 點，到 13 點，有護理師的加 13 點，沒有護理師的就加 7 點，沒有護理師執登的，他比較好平衡，反正他也有加到(錢)，這個錢是.....。

主席

好了！我如果是護理師我聽到這裡，就聽不下去了，怎麼鼓勵你們去請護理師，那沒有護理師的不加，如果我是護理師就講話了，那些不要再說了。來，黃代表。

黃代表振國

我跟各位代表報告，在最近，尤其疫情解封之後，我們發現鮭魚返鄉，因為從 108 年以後一直沒有歸國，但最近陸續回來了，我們今年非協商因素的人口因素，因為是採計可取得最近一年的投保人口，很多久居在國外的人，因為疫情而讓他停保而下降，所以為什麼今年

非協商因素的人口因素成長率是下降的，就是因為之前鮭魚沒有返鄉，流置在國外，他也停保了。所以為什麼我們只願意調整前 30 位？照理說，我是期待每個人都調整，但是我們希望每家醫療院所都能夠存活下來。其實我們的立意也只有這個樣子，當然調整的同時，會稀釋到原來的診察費，診察費以外還有診療費用，我們當然知道犧牲了，但是我們希望每個醫療機構，尤其很多比較偏遠地區的診所，他們門診量不太大，如果今天全部調了之後，他只有關門一途，我相信這不是大家樂見，所以跟各位代表爭取，其實我們不是在爭取額外的費用，而是讓每個診所都有生存的權利，讓他照顧的病人有就醫方便性。

主席

所以呢？

黃醫師啟嘉（吳代表國治代理人）

我剛剛聽起來，他們兩位雖然講了很多，但是應該都是支持何語代表的裁示，所以我們聽何語代表要給幾點都可以。

主席

我看能不能有共識，沒有共識我們就要往後，透析的人已經來兩次了，所以會議都不要太久，太久也沒什麼效率。現在看，用甲案，看要調幾點？其實沒什麼甲、乙案，看要調幾點嘛？只是財務的差別，如果調 1 點，大概是用 128.4 百萬，每調 1 點是這樣。如果是調 2 點就 256，以此類推。所以現在甲案是 3 點，乙案是 10 點，或者是有其他建議？

黃醫師啟嘉（吳代表國治代理人）

何語代表他的折衷案應該是？

主席

我們大家都要聽何語代表的，來，何語代表。

何代表語

10 點給他們 5 點。

主席

5 點，李代表可以同意嗎？

李代表永振

我同意健保署的 3 點。

主席

好。這樣吧，如果是增加 5 點，就是說拿一半，5 點的話大概是差不多 640.2 百萬點。但是我們剛剛同仁也特別提到，因為這個是調的是支付點數，調上去就支付點數調了，那麼點值一定會跌下來，所以這是兩難。簡單說，就是這些錢，不調整也是一樣那些錢，也是活下來。我們當然知道。

黃代表振國

弱勢的也會活下來。

主席

這沒有 extra，對不對，還是？

黃代表振國

沒有 extra。

主席

他不影響財務，他不影響今年的財務，但是點值會下降，再來明年的財務會受影響。再來就是那個總額成長的時候，就會關聯到了，我知道會是這樣疊加上去。所以這個 5 點喔？合理喔，好啊，大家就看……。我們可以先講好一個，我們今年(點數)就調上去對不對，突然間調高，拜託！拜託！你們不要再去提點值的問題，不然現在提高，明天再來提點值的問題，那要怎麼搞？

黃代表振國

報告署長，光這個絕對不會提，但是 C5 的案件是另外一回事，所以……。

主席

要看量。

黃代表振國

對，C5 案件本來就應該是供應，所以我覺得那是兩回事。

主席

我們來看兩回事。

黃代表振國

今年我們不會去吵。

主席

因為我就是看到這種兩回事，兩回事就是說件數沒有提高，但是總點數層加了。現在一樣，我們把點數拉高之外，就看到總點數上升。所以我們之後我都跟同仁講，我們分析的時候，看成長要看件數，就醫件數跟就醫點數，這是兩件事情，因為我們調整了支付標準之後，數點自然就成長了。件數，件數就是大家在擔心的，件數如果成長的時候，就是需要來做調整，我們的總額，但是這是支付標準調整，點數會上去，點值會下來，就這兩個是連動的。所以我們原則是，大家是不是對於剛剛這個案子，我們調整成 1 到 30 人次的診察費，調整 5 點，連同前面，這樣總共是，有一個 1 點的，加 5 點，6 點，護理的部分反映 6 點，所以總共是 12 點。請問各位代表有沒有不同意見？沒有意見的話，我們就照這個案子通過，但是我們剛剛有講好喔，看件數和點數一起看。謝謝，再來進入下一案，第四案。

第四案

案由：新增「慢性傳染病照護品質計畫」。

主席

有關於本案，CDC 有沒有要補充說明？

李佳琪組長（衛生福利部疾病管制署）

各位代表大家好，疾管署補充說明，這個計畫謝謝各個代表在去年開始的歷次協商會議給我們很多建議，計畫內容亦照著相關醫界代表還有專家給我們的建議做修正。在今年透過總額納入健保專案之後，我們在今年二月六號也再跟各層級的醫界代表還有專家開一次協商溝通會議，針對實質的執行內容和支付項目、標準來做討論，也依著委員的建議做相關的調整，主要的調整是為增加地區醫院與診所加入計畫的誘因，提升個案管理照護品質，增訂相關獎勵的費用，如剛剛的書面資料報告。也希望透過個案管理照護相關費用，提供另外一個誘因，讓醫療院所也能夠聘任足夠的個案管理師來加強相關的管理照護工作，同時因應長照機構相關的疾病防治，能夠加強結核病的防治工作，以上。

主席

請問各位代表有沒有不同意見？好，來，要不我們先換這邊比較少發言，等等再請李代表，來，請。

黃代表雪玲

是還蠻支持這個計畫，只是我們想問一下有關那個潛伏期，就是在討 4-10 的地方，就是加入 TB 的個案加入率要 80%，這個指標我們自己評估覺得這個指標好像有點訂太高，基層好像也只有 70%，為什麼在醫院要要求這麼高，其實要治療這些高危的 LTBI 治療，其實有它困難度存在，是不是在第一年的時候，可不可以不要訂那麼高的標準，讓大家不要進入門檻那麼高，是不是可以？

主席

這邊提的是獎勵費，要達 80% 才有獎勵費，4-10。

李佳琪組長（衛生福利部疾病管制署）

我補充說明一下，這兩個指標的意思不大一樣，後面的獎勵費(4-

24)是如果潛伏結核感染檢驗陽性加入治療率達70%以上就有獎勵費，並依據加入治療率程度不同給予獎勵，這裡講的80%(4-10)不是指陽性加入治療率，是指已經開始LTBI治療的人，能夠開案加入本項品質支付方案的加入率。也就是醫療院所有做LTBI治療，鼓勵也可以開案加入後申報相關費用，聘任足夠的個案管師，所以是指有來申報本項品質支付服務計畫的加入率。

黃代表雪玲

覺得要勸他們加入有相對的困難度，是不是在80%可不可以稍微降，譬如說像70%。

主席

好像有誤解，CDC的意思說有治療，白話文就是說有治療的人裡面，有登錄進來的80%，前面的70%是說有治療的人，潛在（檢驗陽性）有納入治療的70%就好，有治療裡面80%以上來登錄的，就有另外一筆，我還覺得太鬆，我是覺得很鬆。這個應該要用藥的，用了藥，70%就有獎勵，用了藥裡面，80%來登錄又來獎勵，我都覺得80%還太低，算了，第一年我們就先這樣，看明年執行的如何，理論上用藥就應該來登錄，本來就是這樣，我還覺得有點偏低，第一年我們就先這樣，這邊還有問題。

嚴代表玉華

區域醫院，有關於討4-27長照機構加強型結核病防治計畫的申請表，後續的程序是要送健保署還是送哪裡？是要等到核准之後才可以實施還是怎麼樣？我從計畫裡面看不出來。

主席

執行的計畫，我們在通過之後再請CDC辦說明會來指導大家。來這邊請，李代表。

李代表永振

謝謝，對這個計畫內容沒有意見，但是在計畫一的方案目的有提

到，可以減少結核病個案所致健保醫療減少負擔，這是投資健康的概念預防醫學，這個觀念很好，但是很可惜，沒有看到到底是節省多少。另外兩個子計畫也是一樣，所以是不是在未來可以幫它評估，讓聽的人比較知道說，這樣子我投資健康將來有沒有回收？

主席

李代表，我完全同意，這個 CDC 可以算得出來，因為過去有所謂 CDC 推的減害計畫，都可以算出來每治療一個，用美沙冬它可以省下多少，甚至減少多少犯罪，他們都算得出來，所以這個案子通過之後，就請 CDC 在未來提出這個計畫的具體成果，包含他 saving 多少 money 啦，多少的照顧費用，因為這個結核還會有很多其他的 co-infection 共同的共病，它應該會有很多共病，所以這個治療好之後，那些共病照顧的費用可以被節省下來，所以這個大概可以算得出來，這三個計畫都請 CDC 未來要提出效益評估，謝謝李代表。

朱代表益宏

那個我可能要提醒一下 CDC，因為算起來，到時候如果真的是節省錢的話，到了健保會議就是要扣總額，付費者那邊，包括李代表就會強烈要求，我要扣總額。但是是不是真的減少所謂的醫療費用這件事情，可能評估不是只有單純說到底減少，因為他如果不發病，他平均的壽命可以延長多少，會不會增加其他的醫療費用，我希望能夠一併評估，你不是只有看眼前這件事情，我把他治好省了多少錢，但是他活得比較久，醫療費用，整體老化，增加更多的，事實上那一部分會增加醫療費用，這個我要提一下，為什麼我提個概念，我印象 1979 年在 New England Journal of Medicine 有一篇很有名的文章，說抽菸的人跟戒菸的人到底他花醫療費用哪一個比較多？我們理論上想像應該是抽菸的人花費醫療費用比較多，但是他那篇文章告訴我們，如果是 life long 事實上是戒菸的病人花費的醫療比較多，這是非常有名在醫療經濟上很有名的一篇文章。所以我覺得所謂的 saving，考慮這件事情，CDC 可能要做這樣子的考慮，謝謝。

主席

這個很容易理解，我們 RCW 就是這樣，就是費用一直在 life long 下去，如果你沒有健保給付它的話，它很快就收起來，這個很容易理解。我相信這個是健康省錢沒有錯，但是朱代表不用太擔心，除非我們點值超過 1，不然總額不會啦，除非總額超過 1，不然我們李代表絕對不會主動提到刪減總額，大家放心，李代表很仁心仁術的。這個案子，我們就照.....。

陳專門委員依婕

跟各位代表說明，今天會上的補充資料裡面有一頁是本案的表四，愛滋病的子計畫二，表四我們會修改上傳的格式，這個是配合我們目前即時查詢方案的上傳，把所有格式到底怎麼填，寫清楚，到時候我們會依這張表四來做抽換，跟各位代表做說明。

主席

這個是執行的細節。這個計畫不曉得有沒有不同意見？沒有的話就照案通過。

黃代表雪玲

因為要上傳愛滋個案的病毒量，這樣直接上傳到健保署，所有醫師就都查得到，不知道對愛滋的個案的些隱私有影響？宜多加留意及考量。

主席

謝謝提醒，有關於病人隱私權的部分，我們帶回討論，沒有其他意見，這一案就通過，進行下一案。

第五案

案由：鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫。

主席

腎臟醫學會已經有一個版本出來，為了要推廣腹膜透析，就是在家透析的概念，所以提出這個方案，不過因為整個方案，按照預估的

人數，會遠超過原本專款的費用，所以我們同仁用了一個修訂版，在5-9頁開始，這是按照腎臟醫學會所提出的項目，只是在支付點數上面做了一節修正的建議，是不是先請教腎臟醫學會，對於本署的版本建議修正版有沒有意見？

吳麥斯理事長（台灣腎臟醫學會）

署長，首先我想最難得的答案是沒有意見，我們可能就照署裡的意見進行。這邊稍微做一些說明，等一下在討論的時候更方便，我大概用30秒的時間，第一個這個獎勵方案是專款專用，所以不會調整支付標準，也不影響點值，而且只有今年。第二件事，整個精神是要我們來獎勵腹膜透析，最主要是要選擇適當的病人，增加服務的點，增加我們照顧品質，這個是我們非常明確的需求。這裡面我們可以看到，在給付的部分，在地區跟基層，我們在整個學會裡面，也認為說他們應該要得到更高的獎勵，因為起始高質量的腹膜透析在地區跟基層，他需要更多的資源，不是那麼單純就可以起始一個這樣腹膜透析治療。醫學中心和區域醫院，他擔負的任務，反而是一個醫療資源，那也來進行以病人為中心，我們來垂直整合共同照護，跟我們的地區跟基層醫院來做一個聯盟。以上說明，我們是完全贊成整個署裡面給我們的建議。

主席

雖然很謝謝理事長很支持署版，不過我對於署版裡面，我再做一點修正，看大家是不是也可以一併，這就是開辦獎勵費不要調低，因為這個是開辦，從無到有，所以稍微高一點，這個開辦新設立腹膜透析室或一個中心60萬點我們維持，重新收置腹膜透析中心，這個是以設立的重新reopen，這個40萬點，我們都不調整，好不好？其他的就按照，服務費的部分，我們就按照署的建議先調，設立新設或重開，這種我們就維持原本腎臟醫學會版本的點數，這是獎勵開辦開始的時候，可能需要多一點的投入。我們再請各位代表發表意見，來，請李代表。

李代表永振

這樣的話，你總額會不會超過？

主席

不會，沒有在總額，這是專款。超過的話，就回饋到也是用點值，浮動，就開始浮動，因為沒超過，1點1元沒超過就沒用完，用超過就變成浮動點值，這個跟這個應該沒有關係。

李代表永振

這個話要說好，不然每次都說點值怎麼樣。

主席

好，謝謝代表的提醒，那個沒有那麼快。不會啦，這個沒那麼好做，我說實在話，我對腎臟醫學會這個案子我是很支持，因為沒那麼好做，腹膜透析真的是不好推。因為民眾，這個是要 self-care 的，他要自己照顧，所以民眾的接受度不見得，本來就有障礙在，所以推這個不容易，支持。來，羅代表。

羅代表永達

主席，各位先進，其實在這個之前，我們已經跟腎臟醫學會有稍作討論，我想整個最難，希望能夠在佈點上採的時候，有些適合做腹膜透析的，都能夠找到適當的點，可是說實在話，真的很困難，包括他的規模，包括很多人都怕被扭曲，不該做的被做等等，所以剛主席裁示說開辦費等等，這是必須的。我只是要提醒說，這是一個專款，那我說實在，我不認為署裡面現在目前的預估值是可以做得到，因為我的確做過的調查，其實在這樣的條件之下，可以做、能做、會願意做的其實還是不多。所以我不曉得署裡面去評估這些東西的時候的量，是怎麼評估出來的，所以會出現一個問題，如果不按照本來跟腎臟醫學會所討論，就是說，好，我們浮動點值，比如說你超過了2億，超過1億多，那將來點值可能0.78、0.89但這個錢用得完。可是如果按照現在目前這樣子的話，我假設數量不夠的時候，我不曉得我們這個東西有沒有規定一定要在1點1元以下，如果說假設有，到時候用不完的钱，包括腎臟醫學會自己要想清楚，你懂我的意思嗎？因為以往

的話，都是希望每 1 點不要超過 1 塊錢，如果這樣的話，萬一假設總點數不到這個點數的話，那個點值就變 0.98、0.87，你知不知道，那署裡面、腎臟醫學會要不要針對這個地方做一個考量，我個人沒有意見，因為這些東西就是一個專款的概念，以上。

主席

我請教一下，每年需要新接受透析的人數有多少？12,000 人，我們現在用估算，我們算出的不會超過，我們是算一成 10%，我們用新發生的病人去算，所以就是用一成去算，1,200 人，用這個來努力。因為世界平均大概在 20% 左右，我們就用一半做目標來努力。好，請問，還有沒其他代表？來，朱代表

朱代表益宏

在這個過程中間，署版的修正有幾個問題，是不是建議還是調回腎臟醫學會的版本，比如說在醫病共享決策 SDM 這部分，因為你現在調的費用都一樣，事實上，其實這個案子我覺得主要是要鼓勵地區醫院跟基層診所他們去開辦。那因為現在醫學中心跟區醫院能做腹膜透析的，事實上已經都在做，我們希望藉由這個案子，去鼓勵地區醫院跟基層診所能做。所以在做 SDM 的時候，本來腎臟醫學會他是有差別的，那你現在署版因為不曉得怎麼考慮，是因為衡平性還是怎麼樣，去把它調整一樣，而且這個經費也不高，是不是能建議調回來。再來訪視費也是一樣，事實上，訪視費，署版把它調成 1,200，其實去做病人訪視，事實上是沒有人要做，事實上是病人沒有人要做，你一個護理師出去，是看一個病人、兩個病人，那是非常非常困難。在腎臟醫學會把它調可以用單次的費用是比較高，我覺得這個合理，但是健保署可能是因為財務的考量，就把它調得很低，我是建議是不是把它調回去，因為對於整體的費用，反正已經超過了，是不是能夠這兩個項目把它調回去，給大家更大的誘因，反正也是用浮動點值的方式處理，以上。

主席

我先處理，這個醫病共享決策模式，這裡是每一次，本來的設計是 1,000 跟 2,000，分兩個層級，那麼這個有沒有包含.....，這個指的是目前在血液透析中的病人做 SDM，並不是真正變成腹膜透析，如果這個是 SDM 的，我有做就有。這樣，如果說他是因為血液透析經過 SDM，之後改成腹膜透析的，就把它 double，我們是要看成果，我 SDM 做、做，都一樣，都還是在血液透析，就 600 塊照付，但是如果你做完之後，他轉成了腹膜透析，不是新發生的，是轉成腹膜透析或接受腹膜透析 stage5，經過 SDM 之後，變成接受腹膜透析，或者原本是血液透析轉成腹膜透析，double 給付了，比本來還要高，就是 1,000、2,000，區域醫院的、醫學中心的就 1,200，基層的話就 2,000，給高一點沒關係，這是成果，後面就沒有 SDM，所以把後面的錢灌給他。就按照那個，本來腎臟醫學會的建議，我們再把它加上，區域醫院跟醫學中心，你就是.....你是 600，就變成 1,200，基層跟地區變 2,000，比兩倍還多，就是成功的。可以喔？何語代表很英明的。訪視費是這樣，這個是每半年一次，是吧？是每半年做一次而已。每半年一次、每半年一次喔，就這樣好不好，就是說每半年一次還是這個費用，但是如果你能做到每季一次，但是那一次你可以用視訊，視訊關心他，把視訊導入照護，所以本來是半年一次，現在就一年四次，每季一次，但其中兩次是可以利用視訊，我們照護，重要就是關心病人，可以嗎？

吳麥斯理事長（台灣腎臟醫學會）

腎臟醫學會可以。

主席

但是你還是要執行，你就是用視訊的方式給他訪視，就等於每一季 1 次，第一次可能是視訊也好，或者是訪視也好，反正你一年做 4 次，其中有 2 次是用視訊，最好半年一次居家訪視。這樣可以吧？

何代表語

可以。

主席

謝謝何語代表。這個案子我們先照這樣做一點調整，就是開辦費用按照原本腎臟醫學會的提案，另外 SDM 的部分，我們原則上按照健保署的修正案，如果成功的，我們剛剛提到醫學中心和區域醫院，有轉成功變成腹膜透析的就是那一次就 1,200，就 double 給他 1,200，基層跟地區醫院就 2,000，他後面沒得做了，所以我們就把它…。我們的更高，一樣 600，成功的才變成 2,000，我剛才那樣說的，另外訪視費的部分，我們就加那個，用視訊的方式也給付，所以等於一季一次，一年有四次。因為剛開始的時候，做腹膜透析的病人經常需要有醫護人員的關心，所以透過透析的方式，我本來還在想仿照家醫計畫，可以有 call center，我們也給他，因為他需要，病人常常需要 call for help，什麼狀況的時候，如果能夠把家醫計畫，家醫計畫是 group 的，不用每一個人自己都要設一個 24 小時的 call center，可以做一個 call center 幾個群，因為這個都是視訊方式或電話方式就可以掌握的，他這個有需要協助的時候，能夠尋求到協助，不一定要回到他原來的院所，大家就可以和起來做這個服務。這是各自病人的照顧費用，請腎臟醫學看看，是不是跟大家協助每一個區域，一個縣市為單位也可以，有一個服務中心、一個 call center，這樣來讓這樣腹膜透析的病人，他覺得他有支持的力量。那麼，振文代表有沒有要不要指導一下？他是腎臟科的專家。

陳代表振文

剛剛署長有提到，其實腹膜透析，護理人員本來就要值班，現在就是在套裝路線，它有一套系統在做，已經做快三十年，這個都不是問題，透析室本來就有在值班，這倒不是太大的問題，…。以上報告。

主席

謝謝，方案內容的部分你看可以，好，謝謝。

黃代表雪玲

計畫或者是後續要怎麼申報，還是後面細節會再……。

主席

細節我們再請腎臟醫學會，確認之後我們會請腎臟醫學會協助大家來推動。好，另外朱代表，請。

朱代表益宏

在這個案子裡面，其實有一個很重要的精神，就是穩定的腹膜透析，因為現在大部分的病人集中在醫學中心和區域醫院，希望穩定的病人，他能夠就近到社區，到社區醫院跟診所去追蹤，甚至以後的一些問題，換透析液等等，所以才有居家訪問這一段，他是希望，如果是醫學中心，他可以跟地區醫院或基層診所來合作，原來的案子是這樣。現在我是有點.....，可能要請腎臟醫學會或署方要考量，因為開放視訊以後，病人就醫的可近性會增加，透過視訊，他連門都不要出，他直接可以跟醫學中心、區醫院直接視訊。那這樣子萬一有什麼狀況的時候，他沒有辦法就近轉到他的社區醫院或診所去做，因為他原來的 connection 都在醫學中心、區域醫院，所以這一部分我們怎麼樣推廣，如果是穩定的腹膜透析病人，讓這些病人可以下放到地區醫院跟診所來就近照顧，視訊可能會破壞這樣的精神，或是讓這樣的精神打折扣。所以我覺得是說，是不是讓醫學會或是署方，這件事情比如說我們執行一段時間以後要去追蹤一下，到底有沒有穩定的腹膜透析病人，他到底下轉的比例是多少，透過健保署各分區，針對醫院再去做一些健保的一些處理，讓這些真的穩定的病人能夠回到社區，而不是透過視訊以後，這些事情全部解決了，我是要提醒一下這個問題。謝謝。

主席

好，謝謝，我們會在實施一段時間之後，做一些影響評估。還有沒有...

曾勤媛理事長（社團法人台灣居家護理暨服務協會）

主席，我這邊有意見，我是居家護理協會的代表曾勤媛，今天第一次發言，謝謝長官們剛剛提到 PD 居家照顧這部分，其實大家會擔憂，其實我們居家護理師都是在社區，所以腎臟醫學會可以找我們居

家護理師來聯盟。那至於視訊，讓居家護理師去做，我覺得這樣子就可以避免掉剛剛前輩所說的，由醫學中心去主導，因為居家護理師去了以後，他最了解，而且他 24 小時還可以隨時 on call，解決 PD 個案的問題，以上建議，謝謝。

主席

很好的一個模式，這樣也減輕醫院自己的負擔，等於把居家訪視的部分，透過合作聯盟的關係去推廣。那個我看到黃理事長，有兩位邀請的專家，先請黃尚智副院長，等一下再請宋俊明教授。來，請。

黃尚志副院長

謝謝主席、謝謝各位代表讓這個案子能夠通過，這個案子最主要的精神，除了要鼓勵地區醫院及基層成立腹膜透析中心外，在垂直上醫學中心及區域醫院，也要做到整體 PD 技術運作與治療經驗的傳承。所以這些新設的院所，一定要與醫學中心或區域醫院合作，一方面學習病人的照顧，一方面也是知識上的傳承。所以剛剛提到病人怎樣從醫學中心，下轉至地區醫院或基層診所照顧，緊急狀況，也可以從家醫聯盟裡面得到 call for help，而得到部分的解決；還有，如果要居家訪視的話，居家護理師要如何從腎臟醫學會得到照顧的知識，也必須有所安排，因此整體制度上，還有很多的問題要克服。但是這樣的垂直整合或是橫向聯繫互相支援，應該是很好的模式，只是還有很多必須要解決的事情，吳麥斯理事長與 TSN 會再設計一個比較好的運作方式，這將會是一個大的突破。

主席

謝謝，再請宋俊明教授。

宋俊明主任

署長、跟各位代表，大家都提出非常好的建議，也考量非常多，其實如果說我們已經跟醫學中心、區域醫院跟診所基層，已經跟醫學中心有一些合作的話，剛剛講的視訊和訪視，事實上每半年或每季一次的這些，事實上都可以讓基層去做，就是基層的透析護理師去做，

這樣跟病人之間會更緊密。如果說在居家護理這邊他們有興趣，或許我們在今年再做一些訓練，因為他必須要特殊訓練，所以你現在馬上要 take work，可能會有一點緩不濟急，訪視先由基層負責的護理人員去做，有一部分需要跟醫學中心做配合的部分，我們在中間再做協調，或許這個部分就可以來處理，大家的擔心也可以獲得解決，以上報告。

主席

謝謝，還有沒有其他的？如果沒有再發言，那是不是我們本案就這樣修訂通過。同時請腎臟醫學會，這是一個好的開始，不容易，還是會需要很多協調的工作，包含剛剛的 support team system 的建議，跟居護所之間的合作，再請腎臟醫學會再持續的研究。另外也請健保署的同仁記得跟醫事司也稍微要反應一下，有關於相關評鑑指標的部分，特別是在醫學中心的評鑑裡面，如果對於腹膜透析他有一個要求的百分比，可能同時要考慮到醫學中心把病人下轉下去的也可以算，他去支援，下轉下去的也能夠算，這樣才能夠讓病人真正回到社區，真正做居家的透析，又不會讓醫學中心有失分的壓力，把這個做一點調整，再一併去函給醫事司，配合我們新計畫的推動。以上五個討論案，第一次在三個小時內結束，但是我們還有七個報告案，我們就繼續，我希望在半個小時之內把報告案，就精簡報告。

報告事項

第一案

案由：歷次會議決議事項辦理情形。

主席

有關於報告案第一案歷次會議決議事項，請問各位代表有沒有意見？沒有的話，我們解除列管的就解除列管，還需要繼續辦理的就請業務追蹤。好，進第二案。

第二案

案由：西醫基層總額增修開放表別項目案。

主席

有關本案，是有一些支付標準的調整項目新增，還有一些調整，不曉得本案的部分，這是有關西醫基層，有沒有什麼意見？他們一定都同意，這是他們提出來的，請問各位代表有沒有不同意見？沒有就照案通過。好，第三案。

第三案

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。

主席

這個跟剛剛我們在前面討論的案子，那是地區醫院的急診檢傷的調整，這個是專款裡面，在鼓勵下轉是嗎？，主要是在鼓勵轉診，包含在從區域醫院接受醫學中心的下轉，地區醫院接受醫學中心的下轉，現在把它拆成第一天，第一天的比較高，第二天比較低，有關於這一案，不曉得各位代表有沒有意見？這邊代表有意見，請。

黃代表雪玲

我對調整沒有意見，只是對轉診有要求，那些診斷要符合才可以上下轉，我們醫師有反應診斷附表的診斷有漏錯，譬如說胸主動脈剝離和副主動脈剝離，胸部一起的就沒有在這裡面，胸部主動脈剝離就沒在裡面，是不是可以拜託基層醫學會或級分的，把後面附表二、附表三再重新 check 一下，把有漏的診斷再補回來。

黃組長兆杰

是不是可以請醫院協會把意見提過來？

黃代表雪玲

我們是可以提。

主席

那就請醫院協會提供修正建議，我們修正之後就照案執行。再來，第四案。

第四案

案由：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護通則新增「機構」定義案。

主席

考量到及時現行的安寧居家療護，就已經含納了比較廣義的機構，包含住宿式長照機構跟榮譽國民之家，所以我們現在的安寧療護其實就已經包含了，我們只是讓它一致性，所以居家照護的部分，未來都一律適用身心障礙福利機構、住宿式長照機構跟榮譽國民之家等屬於住宿型的機構。這個案子，不曉得代表是不是都可以同意？請，李代表。

李代表永振

同意，但是有一點小小建議，因為在第 3-2，有提到 106-110 年的執行率平均在 92% 以下，所以剛才報告有提到預算應該還有空間，我個人覺得既然是財務評估的話，應該要有數據，前面的案子 1.5 萬點都提出來了，這裡到底多少，只用一個對健保的財務衝擊有限，衝擊有限是多少不知道，以後像這種可以提一個數據出來，不然兩個案 1.5，這裡到底不知道有多少。

主席

因為住宿式長照機構找長照司，他們有統計多少床、多少人，榮譽國民之家就找退輔會，他們一定會有數字，只是說開放了之後，真正會使用的人數，大概有多少，這個比較難估。因為榮民之家有些不一定需要，住宿式長照機構的話，有一些是屬於生活照顧，有一些才會是屬於醫療的部分，我們這個是屬於醫療的部分，所以要特別注意，才不會到時候兩邊混在一起，要注意到這一塊，確實是屬於醫療的需要部分，來供居家照顧。按照剛剛李代表的建議，密切的注意使用的財務影響。來，請。

曾勤媛理事長（社團法人台灣居家護理暨服務協會）

謝謝李代表的建議，其實這個案我們是同意，因為最重要是我們居家護理常常會被邀請去更換他們的管路，如果在申報系統沒有的話，

我們就沒辦法申報，也謝謝署裡體諒民眾的需求，謝謝。

主席

這一案就照這樣通過。再來，下一案，第五案。

第五案

案由：有關全民健康保險醫療費用審查注意事項部分條文增列至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準案。

主席

應該是這麼說，審查注意事項不見得要刪除，只是在審查的時候，提醒審查的醫師有這個原則，但是在支付標準裡面就應該明列，才不會讓大家誤解，所有的東西是要透明公開，不能說我審查的時候有這個規矩，支付標準上沒有列，這個是李代表最重視的依法行政，所以這個就是在做依法行政，你本來不支付的，或者是支付上有限制的，要出現在支付標準裡面，而不是在審查作業裡面注意事項而已，所以現在把它導正，兩邊並存，不需要刪除，你把它刪除之後，大家就誤解好像沒這回事了，這樣反而不好，所以並存，審查注意事項只是提醒審查的時候，審查要去注意有這些 rule 原則，但是這些不予給付或限制給付的規定，應該要明列在支付標準上，才符合法治，這個案子主要是做這件事情，並沒有新增改變，只是兩邊都有。來，游代表。

游代表進邦

這個案子我要提醒一下，因為審查注意事項是一直在審查，列入支付標準的通則之後，有可能就變成用行政勾稽直接去核檢，我認為頭兩年還是不宜用行政勾稽的方式，這個要寫入但書，其實還是要讓它 run 一陣子之後，才可納入行政勾稽，現在一直是審查醫師在做審查，適不適合當行政勾稽，我覺得還是要長期觀察會比較好一點。

主席

這個程序上，因為是支付標準表的增訂，所以它還是需要預告程序，所以我們預告程序的時候，再聽聽看有沒有意見，因為過去可能

只有審查醫師才知道，現在如果醫院覺得這個部分，我們很希望未來都是走行政勾稽，不然就形同虛文，放在這上面，這個就是限制，譬如說三個月內最多申報三次這種的，當然他就行政勾稽就好，以後也不要審查醫師在那邊算次數，三個月到底有幾次，都行政勾稽就好，電腦就會選豆子的意思一樣，這個我們還是會循預告的程序，之後才做正式公告，審查作業還是繼續走，預告當中如果大家覺得有不妥的地方，可以再表示意見，審查注意事項是都沒有預告的。這個預告就可以表示意見，如果大家覺得什麼地方不是合理之處，還是可以提出來，再來做調整，如果有調整，我們再提到這裡來報告，謝謝各位代表，我們就按照這樣先辦理預告。

第六案

案由：修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)3.4 版 112 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。

主席

這個案子主要就是算數，本來有一些支付標準調整，都是單項的，有些 DRG 可能會 cover 到這些項目，所以就因應這樣做一個調整，這個是算數而已。剛剛是 copy 貼上，這一案是算數，再重新把一些 DRG 的項目，涉及到近年我們有調整過支付標準的一併做調整，不曉得本案各位代表有沒有意見，沒有就照案通過。再來第七案，最後一案了。

第七案

案由：112 年醫院醫療給付費用總額專款「住院整合照護試辦計畫」。

主席

好，對於以上住院整合照護服務試辦計畫實施內容的修正，請問各位代表有沒有意見？都討論過，大家都有共識，因為這個還是試辦，在上次我們的共擬會議裡面，代表大家都同意執行，現在只是隨著執行過程中的滾動修正做一些調整，如果大家都沒有意見，我們就照這樣修訂通過。今天七個報告案也結束了，跟我預計的時間還有四分鐘，請問各位代表有沒有臨時動議或補充建議？沒有的話，謝謝大家再一

次的協助我們審議完這麼多的案子，我們希望每一個案子執行之後，都能夠有具體的成效來跟各位代表報告，謝謝。