

「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」

105 年第 1 次臨時會會議紀錄

時間：105 年 1 月 13 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李筱婷

干代表文男	干文男	陳代表彥廷	陳彥廷
王代表榮濱	王榮濱	陳代表福展	翁瑞文(代)
朱代表益宏	吳淑芬(代)	黃代表啟嘉	黃啟嘉
何代表語	何語	黃代表雪玲	(請假)
吳代表美環	(請假)	黃代表棟國	(請假)
李代表飛鵬	李飛鵬	楊代表秀儀	(請假)
李代表紹誠	(請假)	楊代表政峯	朱世瑋(代)
林代表淑霞	林淑霞	葉代表宗義	葉宗義
林代表富滿	(請假)	滕代表西華	滕西華
林代表敬修	(請假)	潘代表延健	潘延健
林代表綉珠	林綉珠	盧代表榮福	(請假)
姚代表鈺	廖秋錫(代)	賴代表振榕	賴振榕
徐代表弘正	徐弘正	謝代表文輝	謝文輝
張代表金石	溫哲暉(代)	謝代表武吉	謝武吉
張代表冠宇	(請假)	顏代表良達	(請假)
張代表嘉訓	張嘉訓	羅代表永達	羅永達
梁代表淑政	梁淑政	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
郭代表素珍	許美月(代)		
陳代表志忠	陳志忠		
陳代表宗獻	陳宗獻		

(依代表姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	張友珊、劉于鳳
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	許家禎
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	何介中
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺、陳哲維
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	林佩荻、吳心華、陳俞文
醫藥品查驗中心	朱素貞、陳宥伶
中華民國呼吸治療師公會全國聯合會	謝慧觀、王慧中
台灣安寧緩和醫學學會	王英偉、翁益強、李嘉莉
台灣急診醫學會	方震中、陳日昌
台灣胸腔暨重症加護醫學會	詹明澄、陳志強
社區醫院協會	王奕虹
本署臺北業務組	賴香蓮、林慧慈、林勢傑、 黃湘婷、李珮君
本署中區業務組	賴宏睿、紀虹如
本署企劃組	董玉芸、何恭政、陳蔚澄
本署醫審及藥材組	黃鈺媛
本署醫務管理組	龐一鳴、陳玉敏、陳真慧、 林淑範、張美玲、谷祖棣、 許明慈、張淑雅、林右鈞、 王玲玲、涂奇君、吳明純、 陳逸嫻、張巧如、陳依婕、 林佑縉、李筱婷、彭麗玲、 廖敏欣

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

三、報告事項：

修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第六部論病例計酬」之 ICD-10-CM/PCS 編碼案。

決定：洽悉，其修訂內容詳附件 1，P5~P15。

四、討論事項：

(一) 修訂「全民健康保險急診品質提升方案」及增列急診相關支付標準案

決議：同意新增支付標準「出院準備及追蹤管理獎勵費」、修訂未滿6個月兒童急診診察費加成由60%提升至100%，及修訂「全民健康保險急診品質提升方案」(詳附件 2，P16~P28)，其附帶決議說明如下：

1. 有關新增支付標準「出院準備及追蹤管理獎勵費」後，住院病患出院後再急診及再住院率等監控指標，另案於醫院總額研商議事會議報告。
2. 有關未滿6個月兒童急診診察費加成提升至100%案，本署確認後於支付標準作文字修正。
3. 有關急診方案中，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」之目標列入獎勵金門檻指標乙節，其指標操作型定義請參考醫事司所訂之內容。
4. 急診方案修正公告後，請各分區業務組於分區共管會議再詳細說明相關申報及報備支援等行政作業配套事宜。
5. 部分代表對急診處置效率指標及獎勵費用等其他建議，本署作為日後研訂方案參考。

(二) 修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(草案)。

決議：同意修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(詳附件 3，P29~P49)，其附帶決議說明如下：

1. 有關健保卡登錄就醫紀錄於 24 小時內上傳之作業，請補充修正山地離島等交通不便地區，無法及時上傳時之例外處理方式。
2. 居家醫療照護及長期照顧之結合，列為長期政策發展目標，初期先以發掘個案為主。
3. 監測指標刪除照護對象健康存摺下載率，及增列住院個案出院後 14 日內再住院率。特約醫事服務機構協助保險對象下載健康存摺的合宜作法，另案通盤研議後再行辦理。
4. 本計畫公告後，請各分區業務組於共管會議等會議，宣導相關行政作業事宜，並積極促成各分區社區醫院與基層診所（含衛生所）參與提供居家醫療照護服務。

(三) 應用 105 年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案。

決議：請台灣醫院協會邀集各層級醫院及護理全聯會討論後，提具體調整建議方案，供本署研議，並於 105 年 1 月 28 日召開臨時會討論。

五、臨時動議：

提案人：台灣醫院協會之社區醫院代表謝文輝。

案由：104 年 11 月 17 日於本會議討論事項，提案（一）之決議 2 之（2）基本診療章加成：A、甲案：維持現行醫學中心加成 7.1%，區域醫院加成 6.1%，地區醫院加成 5%。B、乙案：以 103 年各醫院申報之 DRG 案件費用重新試算：醫學中心加成 5.3%，區域醫院加成 3.3%，地區醫院加成 0%，兩案併陳報衛福部裁定。茲就上述決議提請復議案。

決議：請提案人於 105 年 1 月 28 日本會議臨時會，將新事證及資料備妥，再重提復議案，並請與會代表依據內政部之會議規範第 78 條及第 79 條規定，決定復議案是否成立，若成立，將可於上開臨時會一併討論。

六、散會：下午 18 時 00 分

第六部 論病例計酬

第一章 產科

通則：

一、本章各項目「得核實申報上限點數」、「得核實申報個案數比率」如下表：

項目名稱	支付代碼	層級	得核實申報上限點數	得核實申報個案數比率	標準住院日數
陰道生產	97004C	基層院所	30,570	-	3天
	97005D	助產所	27,838	-	
剖腹產	97009C	基層院所	33,465	5%	6天
自行要求剖腹產	97014C	基層院所	無	無	6天
前胎剖腹產之陰道生產	97934C	基層院所	43,292	-	3天

二、陰道生產標準住院日數自住院日起算三天，剖腹產標準住院日數自住院日起算六天，生產過程中有施行引產之事實者，得多住一天，惟皆依定額給付，不得另行申報費用。

三、本章定額支付中已包括正常新生兒照護費。

四、新生兒體重二、〇〇〇公克以下或因病須轉至有小兒科專科醫師之醫院診治，若未符前述情況，僅於婦產科診所保溫箱照護者，申報費用時除生產定額外不得另行申報費用或另行收費。

五、陰道生產因有次診斷或次手術(或處置)而致實際醫療費用超過定額時(雙胞胎者以定額再加計一人次之新生兒費用為界限，多胞胎類推)，得按實際醫療費用申報。

六、前胎剖腹產之陰道生產，實際醫療費用超過定額時(雙胞胎者以定額再加計一人次之新生兒費用為界限，多胞胎類推)，得按實際醫療費用申報。

七、陰道生產案件中，屬下列主診斷碼且不論有無次診斷或次手術(處置)者，得適用本章通則五之規定：

ICD-9-CM: 641.01、641.11、641.21、641.31、641.81、641.91、642.01、642.02、642.11、642.12、642.21、642.22、642.31、642.41、642.42、642.51、642.52、642.61、642.62、642.71、642.72、642.91、642.92、643.01、643.11、643.21、643.81、643.91、644.21、647.01、647.02、647.11、647.12、647.21、647.22、647.31、647.32、647.41、647.42、647.51、647.52、647.61、647.62、647.81、647.82、647.91、647.92、648.01、648.02、648.51、648.52、648.61、648.62、648.81、654.51、658.10、658.11、658.20、658.21、659.21、659.31、666.12、666.22、666.32、667.02、667.12、668.01、668.02、668.11、668.12、668.21、668.22、668.81、668.82、668.91、668.92、669.11、669.12、669.32、669.41、

~~669.42、670.02、671.31、671.42、671.51、671.52、672.02、673.01、
673.02、673.11、673.12、673.21、673.22、673.31、673.32、673.81、
673.82、674.01、674.02、674.12、674.22、674.32、674.82、675.01、
675.02、675.11、675.12、675.21、675.22~~

ICD-10-CM：010-011、013-016、021-022、024、034.3、042、043.2、044-046、
060.1、060.2、067、072-075、085-086、087.1、087.3、088、089.09、
089.8、089.9、090-091、098-099

~~044.01-044.03、044.10-044.13、045.001-045.93、046.001-046.099、
046.8X1-046.8X9、046.90-046.93、010.011-010.02、010.03、
010.411-010.42~~

八、剖腹產案件中，其有次診斷或次手術（或處置）而致實際醫療費用超過「得核實申報上限點數」者，得按實際醫療費用申報，惟其個案數不得超過「得核實申報個案數比率」；除以上情形外之其它剖腹產個案皆依本部所訂支付點數申報費用。

九、剖腹產案件中，屬下列主診斷碼且不論有無次診斷或次手術（處置）者，得適用本章通則通則八之規定：

~~ICD-9-CM：641.11、641.21、642.01、642.11、642.21、642.31、642.41、642.51、
642.61、642.71、642.91、643.01、643.11、643.21、643.81、643.91、
644.21、648.01、648.81、654.51、658.10、658.11、658.20、658.21~~

ICD-10-CM：010-011、013-016、021、024、034、042、044-045、060.1、060.2、
099.81

~~044.10-044.13、045.001-045.93、010.011-010.03、010.411-010.42、
010.111-01032、013.1-013.9、014.00-014.03、014.10-014.13、
015.00-015.1、011.1-011.9、016.1-016.9、021.0-021.1、021.2、021.8、
021.9、060.10X0-060.14X9、024.311-024.32、024.420-024.429、099.814、
034.30-034.33、042.00-042.02、042.90-042.919、042.10-042.12~~

十、本章節所述「實際醫療費用」係包括母親及新生兒費用。

十一、陰道生產及剖腹產論病例計酬定額支付點數中已含一人次新生兒費，如為雙胞胎，得另加計一人次新生兒費（多胞胎類推）。

十二、不符醫學上適應症而自行要求施行剖腹產者，依自行要求剖腹產(97014C)點數支付。

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97004C 97005D	陰道生產 註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.1.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)子宮收縮良好 (2)惡露量正常 (3)會陰傷口癒合良好 (4)生命跡象穩定及自行解尿順暢 (5)教導病人 A. 日常生活活動包括性生活 B. 沐浴及個人衛生 C. 乳房及傷口護理重點 D. 排定返診檢查 (6)教導病人 A. 嬰兒餵哺 B. 嬰兒沐浴及照顧 C. 小兒科醫師返診檢查 3. 主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：72.XX、73.XX ICD-10-PCS：10D07Z3-10D07Z8- 10900ZC-10908ZC、0U7C7ZZ、 10S07ZZ-10S0XZZ、10D07Z7、10J07ZZ、 3E030VJ-3E063VJ、10E0XZZ、0W8NXZZ、 10907ZA、10908ZA、10A07ZZ、10A08ZZ、 10S0XZZ+ 10E0XZZ、0U7C7ZZ+10E0XZZ、 0Q820ZZ-0Q834ZZ+10E0XZZ、10D07Z8、 10A07Z6	v	v				30,570 27,838
97009C	剖腹產 註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.1.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)體溫低於 37.7°C 至少 24 小時 (2)傷口乾燥並癒合 (3)病人可進全食 例外：有其他因素必需改變飲食 (4)無併發症 (5)教導病人 A. 日常生活活動包括性生活 B. 沐浴及個人衛生 C. 乳房及傷口護理重點 D. 排定返診檢查 (6)教導病人 A. 嬰兒餵哺 B. 嬰兒沐浴及照顧 C. 小兒科醫師返診檢查 3. 主手術(或處置)碼：		v				30,570

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	ICD-9-CM：74.0、74.1、74.2、74.4 ICD-10-PCS：10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2						
97014C	自行要求剖腹產 註：1. 不符醫學上適應症而自行要求施行剖腹產者，依本項點數支付。 2. 診療項目要求表(詳附表 6.1.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 3. 出院狀態 (1)體溫低於 37.7°C 至少 24 小時 (2)傷口乾燥並癒合 (3)病人可進全食 例外：有其他因素必需改變飲食 (4)無併發症 (5)教導病人 A. 日常生活活動包括性生活 B. 沐浴及個人衛生 C. 乳房及傷口護理重點 D. 排定返診檢查 (6)教導病人 A. 嬰兒餵哺 B. 嬰兒沐浴及照顧 C. 小兒科醫師返診檢查 4. 主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：74.0、74.1、74.2、74.4 ICD-10-PCS：10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2	v					15,669
97934C	前胎剖腹產之陰道生產 註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.1.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)子宮收縮良好 (2)惡露量正常 (3)會陰傷口癒合良好 (4)生命跡象穩定及自行解尿順暢 (5)教導病人 <u>A. 日常生活活動包括性生活</u> <u>B. 沐浴及個人衛生</u> <u>C. 乳房及傷口護理重點</u> <u>D. 排定返診檢查</u> (6)教導病人 <u>A. 嬰兒餵哺</u> <u>B. 嬰兒沐浴及照顧</u> <u>C. 小兒科醫師返診檢查</u> 3. 主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：72.XX、73.XX	v					43,292

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	ICD-10-PCS： 10D07Z3-10D07Z8 10900ZC-10908ZC 、 0U7C7ZZ 10S07ZZ-10S0XZZ 、 10D07Z7 、 10J07ZZ 3E030VJ-3E063VJ 、 10E0XZZ 、 0W8NXZZ 10907ZA 、 10908ZA 、 10A07ZZ 、 10A08ZZ 10S0XZZ+10E0XZZ 、 0U7C7ZZ+10E0XZZ 0Q820ZZ-0Q834ZZ+10E0XZZ 、 10D07Z8 10A07Z6						

第二章 婦科

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
97013C	子宮肌瘤切除術(住院)、子宮鏡子宮肌瘤切除術(住院) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.2.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A. 沐浴及個人衛生 B. 傷口之照料 C. 活動程度(包括性生活等)之衛教 D. 口服藥 E. 門診回診時間 3. 主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：68.29 、 68.29+68.12 ICD-10-PCS：0U590ZZ、0UB90ZZ、0U598ZZ、0UB98ZZ 4. 西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	v				43,483
97017C	輸卵管外孕手術(住院) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.2.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A. 沐浴及個人衛生	v				37,624

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
	B. 傷口之照料 C. 活動程度(包括性生活等)之衛教 D. 口服藥 E. 回診時間 3. 主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼： ICD-9-CM：633.1 ICD-10-CM：000.1 主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：66.01、66.62、66.02 ICD-10-PCS： <u>0U950ZZ、0U960ZZ、0U970ZZ、10T20ZZ、</u> <u>10D27ZZ、10D28ZZ、10T23ZZ、10T27ZZ、10T28ZZ、</u> <u>10T20ZZ+0UB50ZZ、10T20ZZ+ 0UB60ZZ</u> 4. 西醫基層申報限設置有門診手術室及觀察病床者。					
97022B	子宮完全切除術(住院) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.2.3) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A. 沐浴及個人衛生 B. 傷口之照料 C. 活動程度(包括性生活等)之衛教 D. 口服藥 E. 回診時間 3. 主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：68.4、68.59 ICD-10-PCS： <u>OUT90ZZ+OUTC4ZZ</u> <u>OUTC0ZZ、</u> <u>OUT97ZZ+OUTC7ZZ</u>		v			52,991
97027C	次全子宮切除術(住院) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.2.4) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A. 沐浴及個人衛生		v			49,681

編號	診療項目	基層醫院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	B. 傷口之照料 C. 活動程度(包括性生活等)之衛教 D. 口服藥 E. 回診時間 3. 主手術(或處置)碼： ICD-9-CM: 68.3 ； ICD-10-PCS: 0UT90ZZ					
97033B	卵巢部分(全部)切除術或輸卵管卵巢切除術(住院) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.2.5) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A. 沐浴及個人衛生 B. 傷口之照料 C. 活動程度(包括性生活等)之衛教 D. 口服藥 E. 回診時間 3. 主手術(或處置)碼： ICD-9-CM: 65.22、65.29、65.39、65.49、65.51、65.52、 65.61、65.62 ICD-10-PCS: 0UB00ZZ、0UB10ZZ、0UB20ZZ、0U500ZZ、 0U510ZZ、0U520ZZ、0UB50ZZ、0UB60ZZ、 OUT50ZZ、 OUT60ZZ、OUT70ZZ 、OUT20ZZ、OUT00ZZ、OUT10ZZ、 OUT20ZZ+OUT70ZZ、OUT00ZZ+OUT50ZZ、 OUT10ZZ+OUT60ZZ		v			39,383
97037B	腹腔鏡子宮完全切除術(住院) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.2.6) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A. 沐浴及個人衛生 B. 傷口之照料 C. 活動程度(包括性生活等)之衛教		v			85,514

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
	D. 口服藥 E. 回診時間 3. 主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：68.51、(68.4+54.21) ICD-10-PCS：OUT9FZZ+OUTC4ZZ、 OUT94ZZ+OUTC4ZZ、 OUT9FZZ+OUTC7ZZ、 OUT90ZZ+OUTC0ZZ+OUJD4ZZ					
97044C	腹腔鏡卵巢部分(全部)切除術或輸卵管卵巢切除術(住院) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.2.7) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A. 沐浴及個人衛生 B. 傷口之照料 C. 活動程度(包括性生活等)之衛教 D. 口服藥 E. 回診時間 3. 主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：65.24、65.25、65.31、65.41、65.53、65.54、 65.63、65.64 ICD-10-PCS：0UB04ZZ、0UB14ZZ、0UB24ZZ、0U504ZZ、 0U514ZZ、0U524ZZ、 OUT74ZZ、OUT64ZZ、OUT54ZZ、 0UB04ZZ、0UB14ZZ、0UB24ZZ、OUT04ZZ、OUT14ZZ、 OUT04ZZ+OUT54ZZ、OUT14ZZ+OUT64ZZ、OUT24ZZ、 OUT04ZZ、OUT14ZZ、 OUT24ZZ+OUT74ZZ、OUT04ZZ+ OUT54ZZ、OUT14ZZ+OUT64ZZ 4. 西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	v				64, 751
97047C	腹腔鏡子宮外孕手術(住院) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.2.8) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A. 沐浴及個人衛生	v				58, 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
	<p>B. 傷口之照料 C. 活動程度(包括性生活等)之衛教 D. 口服藥 E. 回診時間</p> <p>3. 主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼： ICD-9-CM：633.0、633.1、633.2、633.8、633.9 ICD-10-CM：000.0、000.1、000.2、000.8、000.9 主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：(66.01、66.62、74.3、66.02)+54.21 或 54.51 ICD-10-PCS：0U954ZZ、0U964ZZ、0U974ZZ、 10T24ZZ+0UB54ZZ、10T24ZZ+0UB64ZZ、 10T24ZZ+0UB74ZZ、10T24ZZ、0U954ZZ+0DNW4ZZ、 0U964ZZ+0DNW4ZZ、0U974ZZ+0DNW4ZZ、 10T24ZZ+0UB54ZZ+0DNW4ZZ、 10T24ZZ+0UB64ZZ+0DNW4ZZ、 10T24ZZ+0UB74ZZ+0DNW4ZZ、10T24ZZ+0DNW4ZZ</p> <p>4. 西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。</p>					

第四章泌尿科

編號	診療項目	基層醫院	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	
97405K	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診) 97406A 97420B 97407K 尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診) 97408A 97421B 97409K 尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診) 97410A 97422B 97411K 尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,雙側)(門診) 97412A 97423B 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.4.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼： ICD-9-CM：274.11、592.X ICD-10-CM：N20.0-N20.0-N20.9 主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：98.51 ICD-10-PCS：0TF3XZZ、0TF4XZZ、0TF6XZZ、 0TF7XZZ、0TFBXZZ、0TFCXZZ、0WFRXZZ				v	29,033	
97406A					v	29,033	
97420B			v				29,033
97407K						v	51,295
97408A						v	51,295
97421B			v				51,295
97409K						v	22,983
97410A						v	22,983
97422B			v				22,983
97411K						v	45,245
97412A						v	45,245
97423B			v				45,245

第七章 耳鼻喉科

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
97716K	喉直達鏡並做聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去，無主要合併症或併發症（門診） 註：1. 診療項目要求表（詳附表 6.7.4） (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 主診斷碼及主手術(或處置)碼： 詳附表 6.7.0 3. 主要合併症或併發症診斷碼(詳附表 6.7.5、6.7.5.1、6.7.5.2)				v	15,544
97717A				v		15,411
97718B		v				15,533

附表 6.7.0 耳鼻喉科項目之國際疾病臨床分類修正代碼

項目名稱	診斷碼	主處置碼	年齡	處置或手術排除碼
喉直達鏡並做聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去，無主要合併症或併發症（門診）	1.主診斷為耳鼻喉及口腔疾病或病變。 2.主診斷為下列診斷碼，及次診斷與主診斷之關係不符附錄 6.1 或附表 6.7.5、6.7.5.1、6.7.5.2 表列者，不適用本項目。 ICD-9-CM：140、149.9、160.0、161.9、165.0、195.0 ICD-10-CM：C00-C14.8、C30.0-C33、C39.0、C76.0 3.惟次診斷與主診斷之關係若符合附錄 6.2 表列者，則該案件仍屬於本項目。	ICD-9-CM：(30.01-30.09、30.22)+31.42 ICD-10-PCS： 0C9S8ZZ、 0C5S8ZZ、 0C5T8ZZ、 0C5V8ZZ、 0CBT8ZZ、 0CBV8ZZ、 <u>0CDT8ZZ、</u> <u>0CDV8ZZ、</u> <u>0CBR8ZZ、</u> <u>0CBS8ZZ、</u> <u>0C5R8ZZ</u>	-	主處置碼排除 ICD-9-CM：20.98 ICD-10-PCS： 09HD06Z、 09HE06Z、09HD06Z+ 09PD0SZ、 09HE06Z+09PD0SZ

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計 60%；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計 30%；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計 20%。其他未註有兒童加成之診察費項目，三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計 20%。

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
01015C	急診診察費 註：1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費46—73點。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成 50%、例假日(週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成 20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成 50%。 4.山地離島及符合行政院衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。 5.地區醫院得依表定點數加成19%。 6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計100%，其餘年齡之兒童加成，依本節通則十之規定辦理。	√	√			478
	急診診察費(按檢傷分類)					
00201B	檢傷分類第一級		√	√	√	1652
00202B	檢傷分類第二級		√	√	√	901
00203B	檢傷分類第三級		√	√	√	606
00204B	檢傷分類第四級		√	√	√	412
00225B	檢傷分類第五級 註：1.檢傷分類依行政院衛生署規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加成50%、例假日(週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例		√	√	√	358

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
	假日者，依表定點數加成80%。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加成19%。 6.內含護理費比率為32.04%，點數介於115點~529點。 7. <u>本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計100%，其餘年齡之兒童加成，依本節通則十之規定辦理。</u>					

第二節 住院診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02025B	<u>出院準備及追蹤管理費</u> 註： 1. <u>醫事機構條件：需設有出院準備服務小組，定期召開會議，檢討、修訂出院照護計畫架構、流程等，並能具體解決問題，並紀錄完整。</u> 2.服務項目： (1) <u>出院準備服務計畫：提供營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊，提升病人及家屬居家自我照顧能力、提供生活適應訓練、社會經濟及心理層面諮詢等疾病相關之計畫及指導。</u> (2) <u>每位個案應進行一次以上之跨團隊溝通協調。</u> (3) <u>評估個案需求，協助轉介全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群、各類居家照護、全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫、長照機構等後續照護資源。</u> (4) <u>提供電話專線諮詢服務</u> (5) <u>出院後電訪追蹤至少一次以上</u> 3.支付規範： (1) <u>醫事服務機構應檢附計畫書(敘明收案對象及執行方式)及專業團隊名單向保險人分區業務組申請核備後執行。</u> (2) <u>每人每次住院得申請乙次。</u> 4. <u>品質監控指標：跨院同一疾病3日再急診比率、跨院同一疾病14日內非計畫性再住院率</u>		Y	Y	Y	1500

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

104.00.00 第五版公告實施

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，全民健康保險(以下稱全民健保)亦配合於 99 年 1 月 1 日起調增檢傷分類之急診診察費支付標準，並將夜間急診診察費用加成率由 2 成提高為 5 成，期盼醫院能因而提升急診照護之品質。

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

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

全民健康保險保險人(以下稱保險人)已加強宣導輕症病人不要到醫院急診外，並依主管機關有關加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本案，並與醫界協商，以試辦論質計酬計畫辦理，期提升急重症照護品質，縮短病人在急診室留置之時間。

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、經費來源：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：須為全民健保特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。其中未申報急診檢傷分類之地區醫院，配合本方案轉診品質規定，將病人上轉或接受下轉病人個案，給予獎勵。

伍、計畫構面

一、急診重大疾病照護品質：

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

~~(一)急性腦中風：係主診斷碼為ICD-9-CM：433.00-434.91；ICD-10-CM：I63-I66，美國中風量表NIHSS介於4-25分之急診病人，符合健保相關用藥規定，完成血栓溶解劑(r-tPA 健保申報碼:K000743248)注射之個案。~~

~~(二)(一)急性心肌梗塞：主診斷碼為ICD-9-CM：410.00-410.52、410.80-410.92；ICD-10-CM：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9之病患，從進入急診後經檢查適合者，於90分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為33076B至33078B經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to balloon time < 90 min)。~~

~~(三)(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。

~~ICD-9-CM：800-904、910-929、950-959；~~

~~ICD-10-CM：S00-S17、S19-S99、T07、T79(前述第7位碼皆須為"A")、S12、S22、S32、S42、S52、S62、S72、S82、S92(前述第7位碼皆須為"B")、S52、S72、S82(前述第7位碼皆須為"C")~~

~~(1)T07、T79~~

~~(2)S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99(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. 或體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼，從進入急診後2小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

~~ICD-9-CM：948.2-948.9、940、941.5~~

~~ICD-10-CM：T312.0-T319.9、T265.0XA-T267.0XA、T269.0XA、~~

~~T20.30XA-T20.39X、T20.70XA-T20.79XA、~~

~~T26.20XA-T26.22XA、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小時內給與予第一劑抗生素及6小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報: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。

~~ICD-9-CM：038.0-038.9、785.59~~

~~ICD-10-CM：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)獎勵方式：(一)~(三)達標者每個案支付 2000 點。

二、轉診品質：

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

(一) 向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上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院或同層級或下一層級之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，每個案獎勵 1000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

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患，另得申報以下費用：

A. 轉入醫院該次住院之基本診療費用得按醫學中心標準支付，另行申報「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」，區域醫院每人每日支付 171 點，地區醫院每人每日 290 點。

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，每週申報一次，每次住院最多申報 3 次。

三、急診處置效率

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

(一) 觀察指標：

1. 非外傷病人檢傷分類各級住院比率

定義：大於等於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率

計算方式：分子：大於等於 18 歲非外傷該級住院人次
分母：大於等於 18 歲非外傷該級病人次

(大於等於 18 歲非外傷該級住院人次 / 大於等於 18 歲非外傷該級病人次) * 100%

2. 外傷病人檢傷分類各級住院比率

定義：處置碼介於 48001C-48035C 之外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率

計算方式：分子：外傷病人該級住院人次

分母：外傷病人該級病人次

(外傷病人該級住院人次 / 外傷病人該級病人次) * 100%

3. 兒科病人檢傷分類各級住院比率

定義：小於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率

計算方式：分子：小於 18 歲非外傷病人該級住院人次

分母：小於 18 歲非外傷病人該級病人次

(小於 18 歲非外傷病人各級住院人次 / 小於 18 歲非外傷病人各級病人次) * 100%

(二) 壅塞指標：急診病人停留超過 24 小時之比率

計算基準：病人到院時間-病人離院或住院時間

計算方式：分子：急診病人停留超過 24 小時病人次

分母：所有急診病人次

(急診停留超過 24 小時病人次/所有急診病人次) * 100%

(三) 效率指標

3.1 完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時之比率

計算基準：完成急診重大疾病照護病人轉入加護病房時間-其到達急診時間 < 6 小時

計算方式：分子：完成急診重大疾病照護於六小時內轉入加護病房病人次

分母：完成急診重大疾病照護總人次

(完成急診重大疾病照護病人於六小時內轉入加護病房人次/完成急診重大疾病照護之總人次)*100%

3.2 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 < 8 小時之比率

計算基準：病人轉入同一家醫院病房時間-病人到達急診時間 < 8 小時

計算方式：分子：檢傷一、二、三級病人 8 小時內住院人次

分母：檢傷一、二、三級病人住院人次

(檢傷一、二、三級 8 小時內住院人次/檢傷一、二、三級病人住院人次)*100%

3.3 檢傷四、五級急診病人離開醫院 < 4 小時之比率

計算基準：病人離院時間-病人到達急診時間 < 4 小時

計算方式：分子：檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次

分母：檢傷四、五級病人出院人次

(檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次/檢傷四、五級病人出院人次)*100%

3.4 地區醫院急診病人增加

計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算

計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次

(四)品質獎勵方式

1. 維持獎：壅塞指標小於或等於1%，且該院所本年度轉出比率低於同級醫院之50百分位。本年度效率指標(3.1-3.3)，維持在同級醫院前25百分位，三項指標達到者，每一醫院給予20點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數獎勵，若有單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3。
2. 進步獎：
 - (1) 壅塞指標大於1%
 - A. 效率指標(3.1-3.3)年度進步8%以上，三項指標均達到者，每一醫院獎勵10點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3。
 - B. 效率指標(3.1-3.3)年度進步10%以上，三項指標達到者，每一醫院獎勵15點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3。
 - (2) 效率指標(3.4)各醫院本年急診人次較上年增加，每增加1人次支給500點獎勵。

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1.5萬點。
 - (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 104 年為例：

【104 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【103 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. 104 年「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，平均每月看診人次。

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

2. 地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率：

(1) 指標定義：

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

分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。

(2) 目標值：實施一年後地區醫院接受下轉案件之七日內回轉比率不超過 3%。

陸、醫療費用申報、支付及審查

一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵申報規定如下

(一) 急診重大疾病照護品質方面：第一至第二三項疾病完成照護個案以編號 P4601B「急性腦中風、心肌梗塞及重大外傷照護獎勵」支付點數 2000 點申報，第三四項疾病完成照護個案以編號 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」支付點數 2,000 點申報。採每月申報，醫令類別為「2」。

(二) 轉診品質獎勵方面：

1. 上轉個案：轉出醫院以編號 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」支付點數 500 點申報；接受轉診醫院，以編號 P4604B「急診上轉轉入醫

院獎勵」支付點數 500 點申報。採每月申報，醫令類別為「2」。

2. 下轉個案：轉出醫院以編號 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」支付點數 2,000 點及 P4610B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1000 點申報；接受轉診醫院，以編號 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」支付點數 2,000 點及 P4609B「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」(區域醫院每人每日支付 171 點，地區醫院每人每日 290 點)申報。採每月申報，醫令類別為「2」。

3. 平轉個案：轉出醫院以編號 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」支付點數 500 點申報；接受轉診醫院，以編號 P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」支付點數 500 點申報。採每月申報，醫令類別為「2」。

二、年度結束後 4 月底前辦理前一年度急診處置效率獎勵、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，但若有超支，則以浮動點值支付。

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。

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計畫之獎勵。

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 <https://10.253.253.243/iwpe0000/iwpe0000s01.aspx>），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

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

三、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
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
<u>48014C-48017C、 48029B-48030B</u>	<u>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)</u>

附表二、向上轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM
急性心肌梗塞	410.00-410.52、 410.80-410.92	I21.0-I21.3 、 I22.0-I22.1 、 I22.8-I22.9
急性腦中風	433.00-434.91	I63-I66
主動脈剝離	441.00-441.02	I71.00-I71.02
食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 571.0-571.9 或門脈高壓 572.3，且次 診斷為 456.20	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 I85.11。
敗血症	038.0-038.9、785.59	A41.9、R57.1、R57.8、R65.21
重大外傷	800-904、910-929、 950-959	S00-S17、S19-S99、T07、T79 (前 述第 7 位碼皆須為"A")、 S12、S22、S32、S42、S52、S62、 S72、S82、S92 (前述第 7 位碼皆 須為"B")、 S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆 須為"C") (重新調整呈現方式): <u>1.T07</u> <u>2.S00-S01、S03-S11、S13-S17、</u> <u>S19-S21、S23-S51、S53-S61、</u> <u>S63-S71、S73-S81、S83-S91、</u> <u>S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆</u> <u>須為"A")</u> <u>3.S02、S12、S22、S32、S42、S62、</u> <u>S92 (前述第 7 位碼皆須為"A"或</u> <u>"B")</u> <u>4.S52、S72、S82 (前述第 7 位碼</u> <u>皆須為"A"或"B"或"C")</u>
<u>體表面積>20%之重大燒 傷</u>	<u>948.2-948.9、940、941.5</u>	<u>T31.20-T31.99、T32.20~T32.99、</u> <u>T20.30XA-T20.39X</u> 、 <u>T20.70XA-T20.79XA</u> 、 <u>T26.00XA~T26.92XA</u>

附表三、

診斷碼中文名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM
胃腸道出血	5789	K92.2
大量腸胃道出血	531.00-531.21~ 532.00-532.21~ 533.00-533.21	K25.0-K25.2、K31.82、 K56.60 ~ K26.0-K26.2、 K56.60 ~K27.0-K27.2
腸阻塞	560	K56.60、K56.69、K56.7
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	574-575	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	5761	K74.3、K80.3、K83.0
急性胰臟炎	5770	K85
肺炎	486	J18.9
慢性氣道阻塞	496	J44
其他蜂窩組織炎及膿瘍	682	K12.2、L02-L03、L98.3
充血性心臟衰竭	4280	I50.2-I50.9
發燒	7806	R50.9
泌尿道感染	599	N36 <u>N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、 N36.8</u> 、N39、N13.9、R31
腎盂腎炎	59080	N12
慢性腎衰竭	585	N18.4、N18.5、 <u>N18.6</u>
肝硬化，未提及酒精性者	5715	K74.60、K74.69
肝性昏迷	5722	K72.91

附表四

全民健康保險急診品質方案 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、基本資料

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

二、急診重大疾病照護品質必登欄位

~~1. 急性腦中風照護(共 3 欄): NIHSS 量表分數、藥品代碼(K000743248)、
開始給藥時間。~~

2.1.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。

3.2.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。

4.3.嚴重敗血症患(共 11 欄):收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如
下

(1) 抗生素藥品代碼、給藥時間

(2) 47015B、開始執行時間

(3) 09059B 或 09135B、開始執行時間

(4) 13001C 至 13026C 中任兩一檢查項目、各自開始執行時間

三、轉診獎勵品質必登欄位

1. 轉出醫院:轉出時間、轉出醫院代號

2. 接受轉診醫院:轉入時間、轉入醫院代號

四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位

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

全民健康保險居家醫療照護整合計畫

104 年 4 月 23 日健保醫字第 1040004024 號公告訂定

105 年○月○日健保醫字第 105*****號公告修訂

一、計畫依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、計畫目的

- (一) 提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性。
- (二) 鼓勵醫事服務機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院。
- (三) 改善現行不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，以提供病患整合性之全人照護。

三、施行期間

自公告日起至 107 年 12 月 31 日止。

四、預算來源

本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用由其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」支應，其餘醫療費用由各總額部門預算支應。

五、醫療服務提供者資格

- (一) 由本保險特約醫事服務機構組成整合性照護團隊（以下稱照護團隊），提供含括「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三階段居家醫療照護，並依其醫事人員專長提供各階段之服務項目。照護團隊應提供團隊內、外轉診服務，確保照護對象轉介與後送就醫之需求。
- (二) 訪視醫師須具專科醫師資格；惟經保險人分區業務組審酌區域居家醫療服務資源後同意之醫師，不在此限。各類專業醫事人員提供呼吸照護及安寧療護等居家醫療照護，應具備各該項目之服務資格。
- (三) 照護團隊應有個案管理人員負責協調、溝通及安排相關事宜；個案管理人員可由醫師、護理人員、呼吸治療人員或社會工作人員擔任。
- (四) 特約醫事服務機構於參與計畫日起前 2 年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；抵扣停約或終約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。
- (五) 醫事人員至照護對象住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准及保險人同意。
- (六) 符合前述各項資格之照護團隊，由主責醫事服務機構向保險人分區業務組提出參與計畫申請書（附件 2，須檢附具體之照護團隊內、外轉診服務計畫與後送

機制)。經保險人分區業務組資格審核同意後，始可參與本計畫；異動時亦同。

六、服務區域

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

七、收案條件

- (一)居家醫療階段：照護對象限居住於住家（不含照護機構），且經照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便。
- (二)重度居家醫療階段：除第(一)項條件外，另應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第 5 部第 1 章居家照護之收案條件；使用呼吸器相關服務之照護對象，另應符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段之收案條件。
- (三)安寧療護階段：除第(一)項條件外，另應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第 5 部第 3 章安寧居家療護之收案條件。
- (四)基於給付不重複之原則，行動不便患者(一般)居家照護、呼吸器依賴患者居家照護、末期病患安寧居家療護之收案對象，應自原照護計畫結案，始得收案為本計畫之照護對象。
- (五)同一照護對象於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。

八、收案及審核程序

(一) 照護對象來源：

- 1、住院個案：經診治醫師評估，由出院準備服務轉銜至參與本計畫之特約醫事服務機構收案。
- 2、非住院個案：
 - (1) 由參與本計畫之特約醫事服務機構直接評估收案。
 - (2) 由個案或其家屬向參與本計畫之特約醫事服務機構提出申請，或由各縣市長期照顧管理中心(及合約居家服務單位)、衛生局(所、室)、社會局(處)等轉介至參與本計畫之醫事服務機構評估收案。

(二) 收案程序：

- 1、照護對象經訪視醫事人員評估符合收案條件，開立收案申請書（附件 4），並擬訂居家醫療照護計畫（含照護期間、照護內容、訪視頻率等），由健保資訊網服務系統(VPN)送保險人備查，保險人得視情況實地評估照護對象之醫療需求。
- 2、特約醫事服務機構應擇一最適照護階段收案提供照護，收案期間照護對象病

情轉變，可彈性調整照護階段，無須結案後重新收案，但應於 1 週內（含例假日）於健保資訊網服務系統(VPN)登錄異動。

3、訪視醫師於照護階段轉換或照護期滿應重新評估，且每二個月至少訪視一次，以確認照護對象病情變化，適時調整醫囑。

(三) 照護期間之計算，新收個案以收案日起算；期滿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)。同一特約醫事服務機構同一個案，於照護期間截止日起 30 日內再申請照護者，應以延長照護申請並以接續日起算，不得以新個案申請。

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

(五) 特約醫事服務機構參與本計畫後之新收個案均應收為本計畫之照護對象，原有個案於照護期滿應轉為本計畫之照護對象。

九、照護內容

(一) 醫師訪視：

1、依照護對象醫療需求，開立居家醫療服務醫囑。

2、提供一般西醫門診診療服務，但不包括手術、麻醉、血液透析、復健診療、慢性精神疾病居家治療等特定診療服務。

3、一般藥品處方箋用藥，得按病人病情需要，每次開給足夠用量。

4、醫師開立藥品處方時，應透過健保資訊網服務系統(VPN)，以健保雲端藥歷系統，即時查詢照護對象近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升照護對象用藥安全及品質。

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

(三) 呼吸治療人員訪視：提供居家呼吸照護及案家自我照護指導。

(四) 其他專業人員訪視：視需要由臨床心理師或社會工作人員訪視。

(五) 藥品處方調劑服務：照護對象所需之藥品，得由處方之特約醫療院所提供調劑與送藥服務，或由家屬持健保卡及處方箋至社區藥局或原處方院所調劑領藥。照護對象獨居時，應提供適當之藥事服務。

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

(七) 24 小時電話諮詢服務：於照護對象發生緊急狀況時，提供照護對象及其家屬 24

小時醫療專業諮詢服務，必要時應啟動緊急醫療後送程序。

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

十、醫療費用申報、支付及審查原則

- (一) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。
- (二) 本計畫收案及延長照護案件之醫療費用，經審核不符收案條件者，保險人不予支付費用。
- (三) 醫療費用申報：

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

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

- 2、其他欄位依居家照護案件，採同一療程每月申報一次：

- (1) 「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報該月第一次訪視人員身分證號（若同日訪視人員一人以上者，優先填報順序為醫師、護理人員、呼吸治療人員、其他專業人員）。
- (2) 醫事人員各次訪視費應逐筆填報醫令代碼、執行時間-起/迄、執行醫事人員代號及就醫科別。前述就醫科別，醫師訪視請以該次訪視實際提供之診療最適科別填報，護理人員訪視請填「EA 居家護理」，呼吸治療人員訪視請填「AC 胸腔內科」，其他專業人員訪視免填。

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

- 4、本計畫之醫師訪視費由其專任或兼任之特約醫院或診所申報，其他專業醫事人員訪視費由其專任或兼任之特約醫事服務機構於業務範圍內申報。藥費、藥事服務費、檢驗(查)費由提供服務之特約醫事服務機構依規定申報，不得由護理機構申報，否則不予支付。

- (四) 給付項目及支付標準：

- 1、個案管理費：

- (1) 申請收案之特約醫事服務機構應負責提供個案健康管理及 24 小時電話諮

詢服務，惟前述服務可由照護團隊合作提供。

- (2) 每名照護對象每年支付 600 點，按月比例支付，由保險人於年度結束後計算支付給收案之特約醫事服務機構。年度間由 2 家以上特約醫事服務機構收案者，如於同一月份結案並重新收案，當月個案管理費不論實際收案天數對半支付給首家結案機構及最終收案機構。

2、各照護階段之給付項目及支付標準原則如下：

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

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

- 3、各類醫事人員訪視費、呼吸器使用費、緩和醫療家庭諮詢費及病患自控式止痛處置及材料費(PCA)等，依附件 1 之給付項目及支付標準支付。
- 4、藥事服務費、藥費及檢驗(查)費等：依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」及「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定支付。
- 5、各類醫事人員每人每月服務人次上限，依各照護階段權重計算，超過的部分不予支付訪視費用。例如：甲醫師訪視居家照護階段個案 70 次、安寧療護階段個案 3 次，當月服務人次為 82 人次(70*1+3*4)；乙護理師訪視重度居家醫療個案 60 次，安寧療護階段個案 10 次，當月服務人次為 82 人次(60*1+10*2.2)。

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

- 6、為確保照護品質，本計畫與健保原有居家醫療照護服務（一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護）之各類醫事人員每月訪視次數上限歸戶合併計算。

(五) 部分負擔計收規定：

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

(六) 點值結算方式：本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用每點金額以 1 元暫結。

十一、 監測指標（排除已死亡個案）

(一) 每人每年門診就醫次數

- 1、分子：照護對象門診次數合計
- 2、分母：當年度照護對象人數
- 3、居家訪視次數及院所門診次數分計

(二) 每人每年住院天數

- 1、分子：照護對象住院天數合計
- 2、分母：當年度照護對象人數

(三) 住院率

- 1、分子：照護對象住院人數
- 2、分母：當年度照護對象人數

(四) 急診率

- 1、分子：照護對象急診人數
- 2、分母：當年度照護對象人數

(五) 住院個案出院後 14 日內再住院率

- 1、分子：住院個案出院後 14 日內再住院之案件數
- 2、分母：照護對象來源為住院個案之出院案件數

十二、 計畫管理機制

- (一) 保險人負責總體計畫架構之研訂、協調與修正。
- (二) 保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、輔導轄區醫事服務機構執行計畫、計算指標與核發費用。

(三) 參與本計畫之醫事服務機構負責提供照護對象連續性之整合醫療照護。

十三、 退場機制

(一) 參與本計畫之醫事服務機構，未依排定時間進行訪視且未事先通知照護對象、或參與本計畫有待改善事項，經保險人 2 次通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。

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

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

十四、 計畫修訂程序

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

(二) 屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

十五、 附則

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

(二) 本計畫施行期間，與健保原有居家醫療照護服務（一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護）雙軌併行；計畫分二期逐步整合與推廣，每期 3 年，期滿應評估全面導入。

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」給付項目及支付標準

通則：

- 一、限參與本計畫之照護團隊申報。
- 二、居家護理特殊照護項目如附表 1，居家護理一般照護項目如附表 2，居家照護治療材料表如附表 3；施行特殊照護項目及使用治療材料者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。
- 三、照護團隊對同一照護對象於相同期間，僅可擇一最適照護階段提供照護，不可跨照護階段收案。
- 四、照護階段內之服務項目，由收案醫事服務機構協調照護團隊合作提供，不得重複提供。例如：重度居家醫療階段之呼吸依賴患者，所需護理訪視服務，應由主責護理人員提供全人照護，而非分別派遣多名護理人員進行訪視。
- 五、呼吸器依賴患者每月實際醫療費用未達 27,000 點時，以 27,000 點扣除其他機構申報之醫療費用後，支付給收案之特約醫事服務機構；照護期間不足 1 個月時，依相同原則，按實際照護天數以每日 900 點計算支付。前述醫療費用不含安寧療護醫師訪視費、安寧療護護理訪視費、其他專業人員處置費、緩和醫療家庭諮詢費、臨終病患訪視費、PCA、藥費、藥事服務費及附表 3 備註所列特殊材料。

編號	診療項目	支付點數
	醫師訪視費	
	居家醫療、重度居家醫療：	
05307C	醫師訪視費(次)	1553
05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)	1709
	甲類安寧療護：	
05312C	醫師訪視費(次)	1553
05323C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1709
	乙類安寧療護：	
05336C	醫師訪視費(次)	1088
05337C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1196
	註：醫師訪視費所訂點數含診療、處方、治療處置、治療材料、電子資料處理及行政作業成本等。	
	護理人員訪視費	
	重度居家醫療：	
	— 資源耗用群為第一類	
05301C	護理訪視費(次)	1050
05302C	山地離島地區護理訪視費(次)	1155
	— 資源耗用群為第二類	
05303C	護理訪視費(次)	1455
05304C	山地離島地區護理訪視費(次)	1601
	— 資源耗用群為第三類	
05305C	護理訪視費(次)	1755
05306C	山地離島地區護理訪視費(次)	1931
	— 資源耗用群為第四類	

編號	診療項目	支付點數
05321C	護理訪視費(次)	2055
05322C	山地離島地區護理訪視費(次)	2261
	甲類安寧療護：	
	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)	
05313C	護理訪視費(次)	1650
05324C	護理訪視費山地離島地區(次)	1815
	—訪視時間一小時以上 (>1 小時)	
05314C	護理訪視費(次)	2250
05325C	護理訪視費山地離島地區(次)	2475
	乙類安寧療護：	
	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)	
05338C	護理訪視費(次)	1155
05339C	護理訪視費山地離島地區(次)	1271
	—訪視時間一小時以上 (>1 小時)	
05340C	護理訪視費(次)	1575
05341C	護理訪視費山地離島地區(次)	1733
	註：	
	1. 資源耗用群分類：	
	第一類：需居家護理一般照護項目之病人	
	第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人	
	第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人	
	第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人	
	2. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢、治療材料及電子資料處理等費用在內。	
	3. 上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。	
	4. 視訪時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章。	
	呼吸治療人員訪視費	
	—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等	
P5401C	呼吸治療人員訪視費(次)	1050
P5402C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1155
	—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等	
P5403C	呼吸治療人員訪視費(次)	1455
P5404C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1601
	註：	
	1. 限呼吸器依賴患者申報。	
	2. 呼吸治療人員提供侵襲性呼吸器依賴患者呼吸照護時，護理人員不得再以提供氣切護理申報資源耗用群為第二類之護理訪視費。	

編號	診療項目	支付點數
05315C	其他專業人員處置費(次)：限社會工作人員或心理師	1050
P5405C	山地離島地區其他專業人員處置費(次)：限社會工作人員或心理師 註：限呼吸器依賴患者、臨終病患申報。	1155
P5406C	呼吸器使用(天) 註：限呼吸器依賴患者申報。	590
P5407C	緩和醫療家庭諮詢費 註： 1. 限重度居家醫療階段申報。 2. 適應症：以進入末期狀態病患為主。 3. 相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或家屬。 (2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少1小時。 (3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病患之病歷及紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。 (4)申報規定： a.病患已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護或居家安寧照護，不得再申報此項費用。 b.出院病患住院期間已接受緩和醫療家庭諮詢服務(項目代碼02020B)，不得再申報此項費用。 c.同一照護團隊對同一照護對象限申報二次。 d.由主治醫師執業之醫事服務機構申報此項費用。	2250
05326C	臨終病患訪視費	5000
05327C	山地離島地區臨終病患訪視費 註： 1. 限訪視臨終病患，且 ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Scale)大於三級以上(含三級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2. 甲、乙兩類安寧療護醫事人員皆可申報。 3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	5500
05316C	病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, PCA) 註：限訪視臨終病患，所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。每一個案每月限申報二次。	1890

附表 1. 居家護理特殊照護項目表

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

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

附表 2. 居家護理一般照護項目表

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

附表 3. 居家照護治療材料表

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

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

參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」申請書

基本資料	主責院所		院所代碼	
	負責醫師		聯絡人	
	聯絡電話		email	
配套措施	藥品處方調劑方式	<input type="checkbox"/> 診療院所調劑後送藥 <input type="checkbox"/> 交付處方箋 <input type="checkbox"/> 其他：(請說明)		
	24 小時諮詢專線			
	個案健康管理措施			
	個案轉銜合作機制			
	轉診後送機制			

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

此致 衛生福利部中央健康保險署



醫療院所印信

負責醫師印章

中華民國 年 月 日

居家醫療照護團隊組成清單

序號	醫事服務機構名稱	機構代碼	縣市鄉鎮	層級別	居家服務項目	醫事人員數				聯絡人	聯絡電話
						醫師	護理人員	呼吸治療人員	其他專業人員		
1											

備註：

1. 主責院所請列序號 1，其餘團隊組成之醫事服務構則依序編號。
2. 層級別：依評鑑結果分為醫學中心、區域醫院、地區醫院；其餘醫療機構(藥局除外)稱基層院所。
3. 應檢附照護團隊之合作契約或證明文件。

全民健康保險山地離島地區一覽表

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

全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書

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

醫事機構 收案日期	年 月 日	前次 核定迄日	年 月 日	保險人 受理日期	年 月 日
第一部分：基本資料					
個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女	出生日期	年 月 日
身分證號		電話	(日)	(夜)	
住家種類	<input type="checkbox"/> 1 平房 <input type="checkbox"/> 2 公寓__樓 <input type="checkbox"/> 3 電梯大廈 <input type="checkbox"/> 4 透天厝 <input type="checkbox"/> 5 其他_____				
居住地址					
居住狀況	<input type="checkbox"/> 1 獨居 <input type="checkbox"/> 2 家人同住 <input type="checkbox"/> 3 親友同住 <input type="checkbox"/> 4 其他_____				
常用語言	<input type="checkbox"/> 1 國語 <input type="checkbox"/> 2 台語 <input type="checkbox"/> 3 客家語 <input type="checkbox"/> 4 原住民族語 <input type="checkbox"/> 5 其他_____				
主要 聯絡人	與個案關係：		聯絡電話/手機：		
主要 照顧者	與個案關係：		聯絡電話/手機：		
社會福利 身分別	<input type="checkbox"/> 1 無 <input type="checkbox"/> 2 低收入戶 <input type="checkbox"/> 3 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 4 榮民 <input type="checkbox"/> 5 原住民 <input type="checkbox"/> 6 領有身心障礙證明(續答 A~C) A. 障礙類別(可複選)： <input type="checkbox"/> 01 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 02 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 03 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 04 聲音機能或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 05 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 06 智能障礙 <input type="checkbox"/> 07 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 08 顏面損傷 <input type="checkbox"/> 09 植物人 <input type="checkbox"/> 10 失智症 <input type="checkbox"/> 11 自閉症 <input type="checkbox"/> 12 慢性精神病患 <input type="checkbox"/> 13 多重障礙(請勾選各項障礙類別) <input type="checkbox"/> 14 頑型(難治型)癲癇症 <input type="checkbox"/> 15 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 <input type="checkbox"/> 16 其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷) B. 障礙等級： <input type="checkbox"/> 1 輕度 <input type="checkbox"/> 2 中度 <input type="checkbox"/> 3 重度 <input type="checkbox"/> 4 極重度 C. 新制或舊制身心障礙類別評估： <input type="checkbox"/> 1 舊制 <input type="checkbox"/> 2 新制(障礙類別：第__類；ICD 診斷：__)				
第二部分：健康狀況					
意識狀態	<input type="checkbox"/> 1 清醒 <input type="checkbox"/> 2 嗜睡 <input type="checkbox"/> 3 混亂 <input type="checkbox"/> 4 呆滯(木僵) <input type="checkbox"/> 5 昏迷(或植物人) <input type="checkbox"/> 6 其他_____				
情緒狀態	<input type="checkbox"/> 1 平穩 <input type="checkbox"/> 2 憂鬱 <input type="checkbox"/> 3 焦慮 <input type="checkbox"/> 4 無法評估				
理解能力	<input type="checkbox"/> 1 良好 <input type="checkbox"/> 2 僅可理解簡單句子或關鍵字 <input type="checkbox"/> 3 無法理解 <input type="checkbox"/> 4 無法評估				
表達方式	<input type="checkbox"/> 1 語言 <input type="checkbox"/> 2 肢體表達 <input type="checkbox"/> 3 溝通輔具 <input type="checkbox"/> 4 無法表達 <input type="checkbox"/> 5 無法評估				
呼吸 (可複選)	<input type="checkbox"/> 1 自行呼吸 <input type="checkbox"/> 2 使用氧氣 <input type="checkbox"/> 3 使用侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 4 使用非侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 5 使用氣切管或 氣管內管插管 <input type="checkbox"/> 6 其他_____				
進食	<input type="checkbox"/> 1 由口進食 <input type="checkbox"/> 2 鼻胃管灌食 <input type="checkbox"/> 3 靜脈注射 <input type="checkbox"/> 4 其他_____				
排泄	<input type="checkbox"/> 1 自行排泄 <input type="checkbox"/> 2 需協助排泄 <input type="checkbox"/> 3 大小便失禁 <input type="checkbox"/> 4 存留導尿管 <input type="checkbox"/> 5 腸造口 <input type="checkbox"/> 6 其他_____				
皮膚狀況	<input type="checkbox"/> 1 完整 <input type="checkbox"/> 2 損傷(部位：_____大小：__X__X__等級：_____類別： <input type="checkbox"/> 擦傷、割傷 <input type="checkbox"/> 術後傷口 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 其他慢性傷口：_____)				
日常生活 活動能力 (ADL)	總分：__分(細項如評估量表)				

本申請書自開立日起 30 日內有效，逾期不予受理申請。

肌力	上肢(左: __分 右: __分)、下肢(左: __分 右: __分)
疾病史	
過敏史	
第三部分：收案評估	
收案來源	<input type="checkbox"/> 1 住院個案，轉介醫院代碼_____ <input type="checkbox"/> 2 非住院個案(病患或家屬自行申請) <input type="checkbox"/> 3 非住院個案(衛生局、社會局、長照管理中心等轉介病患)
收案條件	<input type="checkbox"/> 1 有明確醫療需求 <input type="checkbox"/> 2 外出就醫不便，原因： <input type="checkbox"/> 失能(ADL<60) <input type="checkbox"/> 疾病特性：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 3 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第1章居家照護收案條件 <input type="checkbox"/> 4 符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段之收案條件 <input type="checkbox"/> 5 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第3章安寧療護收案條件(續答末期病患主要症狀表) <input type="checkbox"/> 癌症末期 <input type="checkbox"/> 末期運動神經元 <input type="checkbox"/> 老年期及初老期器質性精神病態 <input type="checkbox"/> 其他大腦變質 <input type="checkbox"/> 心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 慢性氣道阻塞，他處未歸類者 <input type="checkbox"/> 肺部其他疾病 <input type="checkbox"/> 慢性肝病及肝硬化 <input type="checkbox"/> 急性腎衰竭，未明示者 <input type="checkbox"/> 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者 (條件1、2為必要條件)
照護階段	<input type="checkbox"/> 1 居家醫療 <input type="checkbox"/> 2 重度居家醫療 <input type="checkbox"/> 3 安寧療護(續答A~C) A. 疼痛評估(0-10)：_____ B. ECOG(0-4)：_____ C. 安寧緩和意願書或同意書簽署 病人姓名：_____ 申請人姓名：_____ 與病人關係：_____ 簽署日期：__年__月__日
其他照護需求評估	<input type="checkbox"/> 1 有到宅牙科醫療需求，轉介至_____ <input type="checkbox"/> 2 有長期照顧服務需求，轉介至_____
第四部分：醫囑	
疾病診斷	主診斷： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名_____ 次診斷1： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名_____ 次診斷2： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名_____ 次診斷3： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名_____

醫囑	<input type="checkbox"/> 更換鼻胃管：____天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他_____；管徑大小：____FR <input type="checkbox"/> 更換導尿管：____天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般橡膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他_____；管徑大小：____FR <input type="checkbox"/> 更換氣切管：____天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 鐵製 <input type="checkbox"/> 4 其他_____；管徑大小：____mm <input type="checkbox"/> 腸造口 <input type="checkbox"/> 胃造口 <input type="checkbox"/> 膀胱造口 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 膀胱灌洗：____天一次 <input type="checkbox"/> 傷口照護：____天一次 <input type="checkbox"/> 尿液檢查：____天一次，項目：_____ <input type="checkbox"/> 血液檢查：____天一次，項目：_____ <input type="checkbox"/> 呼吸照護評估與治療：____天一次 <input type="checkbox"/> 疼痛控制： <input type="checkbox"/> 1PCA <input type="checkbox"/> 2 其他_____ <input type="checkbox"/> 其他處置： <input type="checkbox"/> 藥物處方：
訪視計畫	照護期間：____個月 訪視頻率： <input type="checkbox"/> 1 醫師____週一次，主治醫師：____，醫事機構名稱：_____ <input type="checkbox"/> 2 護理人員____週一次，主責護理師：____，醫事機構名稱：_____ <input type="checkbox"/> 3 呼吸治療人員____週一次，主責呼吸治療師：____，醫事機構名稱：_____ <input type="checkbox"/> 4 臨床心理師____週一次 <input type="checkbox"/> 5 社工人員____週一次
收案 醫事機構	名稱：____ 代號：____
照護團隊 代號	
申請日期	

個案(或代理人)簽章：_____

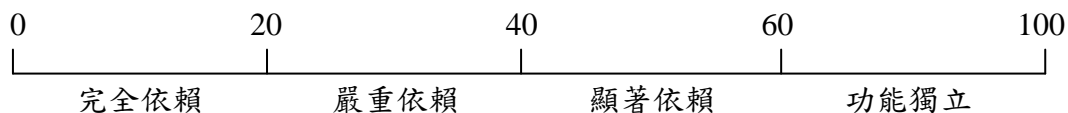
評估醫事人員簽章：_____

醫囑醫師簽章：_____

基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)

評估日期：____年____月____日

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



末期病患主要症狀

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

105 年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

第 1 次臨時會與會人員發言實錄

前言

主席

各位代表及今天列席學會急診醫學會方常務理事、安寧緩和醫學會的翁理事翁益強理事、胸腔暨重症加護醫學會及分區主要、寧強院和醫學會呼吸治療師公會王中呼吸治療師，本署醫管組以及分區主要、寧強院和醫學會同仁，大家討論的開臨時會，且若是一次臨時會無法處理完，正式開始，兩位代表對於上次的會議紀錄有問題嗎？好，如果沒問題，會議紀錄就確認，接著請看上次會議紀錄決議事項辦理情形，請同仁說明。

李科員筱婷

各位代表長官好，這次辦理情形追蹤共五案，其中解除列管為三案，分別為序號 3 新增支付標準第八章、第四章及修訂之八項論質支付標準案，已依程序辦理後續作業，包括支付標準之預告及計畫報部，惟增列推廣健康存摺下載乙項，待確認訂定之規範後，再提會討論，序號 4 及序號 5 分別為牙醫、中醫增修訂支付標準及相關計畫，也依程序辦理後續支付標準之預告及計畫報部，故解除列管，其餘兩案序號 1 以新增診療項目的成本分析方式，套用於現行支付標準表之各個項目以進行檢討一案，及號 2 有關 105 年 1 月實施 1,660 項 DRG 案則繼續列管，以上。

主席

好，謝謝。請問各位代表對於上次的會議紀錄決議事項辦理情形追蹤有問題嗎？好，沒問題，就保留第一項、第二項，第三項則部分保留，共三項繼續列管，如果沒問題就確認，接下來報告事項第一案。

報告事項

第一案

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第六部論病例計酬」之 ICD-10-CM/PCS 編碼案。

主席

好，謝謝。有關醫療服務給付項目支付標準表裡面，有部分 ICD-10 編碼轉換有問題，大家給反映後重新修正，故必須重新公告，請問各位代表的對這部分的修正有無意見？好，如果沒修正意見，便按照修正後的內容，依程序報衛福部公告後實施，接下來

討論事項第一案。

討論事項

第一案

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」及增列急診相關支付標準案。

主席

好，謝謝宣讀。本案新增一項支付標準，修訂一項支付標準，還有修訂急診品質提升方案，所以內容比較多，醫管組有補充說明嗎？沒有。大家有意見嗎？

羅代表永達

主席和各位先進大家午安，有關這次會議裡面，急診提升方案增加了很多補助項目，上次我們有提到，但是可能這次沒有列進去，大家看一下我們的25頁，有一個補助急診專科醫師當中的支援1的阿拉伯數字2的補助方法，當中有一個急診專科醫師的支援班次計算，每人每月補助上限1.5萬點這個項目，我們上次有提出來，以目前來說，大家都知道急診一個診的費用至少要在1萬5到2萬5之間，我不曉得是說，每人每月補助是怎麼算的，因為他們都是以週，每一個禮拜來的某一天計算，譬如說禮拜三，的早上就是固定哪一位醫師來支援，那如果1.5萬的意思是三分散補助在每一次，假設以5千點來講的話就是3次，如果是4千點的話就不知道1.5萬的上限是怎麼算出來的，原則上我們目前急診支援，為了讓一般醫師不會很多人去同一個，會一個醫師去的1~2診，但是我假設一個禮拜去1~2診的話，可能這1.5萬點的話就會顯然後，一個醫師給他補助1千5百點的話，恐怕他的交通費就會有困難，所以我們上次有提到說，因為是上限，那目前的整個預算應該是夠的，那也是以人次來講，那最高上限的部份能不能往上調高，譬如說調高到3萬點，那因為現在的這部分能不能放寬，這是我們上次有提到，但是因為沒有列進去，所以做這樣的提案，以上。

主席

好，我們收集意見後，再請醫管組一併回覆，還有其他代表有意見嗎？滕代表。

滕代表西華

不好意思我是有一些看不太懂，請教。就是在這個提升急診品質方案裡面，有一部分是在其它總額，一部分是在專款裡面的費用，我們從新增的出院準備給付這項，我覺得是很好，當時八仙塵爆的時候也在討論這個，因為現行的評鑑制度裡面就有這個出院準備計畫的這個評鑑，那顯然我們這個做的要跟醫院評鑑的不太一樣，老實講我覺得說因為後面還有一個意見，包括急診48小時留置率的部分，要不要跟醫院評鑑掛勾，我其實個人不是很支持，我覺得健保可以有自己的支付標準跟一些管理，不一定老

級的病人，而不是全部的 48 小時，也就是如果我們關注的是 1 到 3 級的置留率，要不要就把它明確的寫出來，它其實是 1 到 3 級的置留率，但我還是要再重申，我覺得這個 48 小時病人置留率有很多複雜的原因，我不建議跟醫院評鑑基準做掛勾，就是如果醫院評鑑結果有影響，就不予撥付急診處置效率獎勵金，我建議分開去處理。

再來是我們效率指標裡面也只有 24 小時的效率指標，沒有 48 小時，所以我要知道 48 小時一定是醫院評鑑基準來的，那健保要不要 Follow 24 小時就好？因為我們後面計畫裡面，那效率指標，其實是只有 24 小時的指標。再來是新增急性醫療轉院醫師，獎勵費，我覺得這個也很棒，看來就是要給病人信心，可訪視這個跟後面的支付標準用的名詞不太一樣，這邊是用急性醫療主治醫師，後面的支付標準是用醫院的主治醫師，所以假設要增加，希望醫院能做得好？就是假設你要增加病人信心的話，病人是希望急診專科醫師去看，還是希望其他專科醫師去看？這不一樣，急診醫師應該沒空去看，病人好像也不會期待是急診醫師去看他，所以我的意思是說，這個下轉的 1000 點是支付甚麼的醫師？還是不管，反正假設今天台大轉個案給仁愛醫院，我就是派個台大是的主治醫師去看就好了？那這樣有沒有辦法達到這個成效，我是不知道，因為後面支付標準也沒有提得很清楚，所謂的溝通費這一個指的是甚麼？就是譬如我 case meeting 十個個案，就可以再多次？然後 case meeting 就算，還是要去看病人，這個可以再多說一點。

有一個東西是在我們急診品質提升方案是不是寫錯？因為方案裡面有一個計畫構面的獎勵方式那一點，我不知道健保署有沒有看到，另一個獎勵方式就是(一)~(四)達標者，每個個案支付 2000 點，請問那個(四)在哪裡？因為我的是看舊的頁碼，22 頁最後一個如果是新的話，(一)~(四)標者，那個(四)在哪裡？找不到(四)，不好意思以上比較囉嗦，請教一下，謝謝。

主席

好，謝謝滕代表提出詳細的意見，再徵詢一位就先回答，好嗎？請，潘代表。對不起，應該哪一位先開始？

謝代表武吉

其實參加這麼多次的會議，對於健保署所提出的全民健康保險急診品質提升方案，這一次所提出的方案可以說寫得比以前完整非常多，這是我們對健保署要有所獎勵啦，不要說一直苛責健保署不對的地方，這是我個人的看法。

第二點就是說，因為每一個區管理方式都不一樣，我們現在每一個分區管理方式都不一樣，如果被下轉的醫院超過它的額度的話，這個是要如何來計算？是屬於 extra 或是屬於 demand？這是鼓勵，我是建議是不是 extra 比較好一點？

第三點就是說剛才滕代表也有提到 15 頁的三之(三)探訪病人，每週申報一次，住院最多能夠申報 3 次，但是這裡沒有說明

衛福部醫事司裡面資料報備支援，要不要做一個報備這個動作？這三點要提出我個人的看法，謝謝。

主席

好，因為滿多問題，所以先做初步的回答，重複的問題請不要再提，好嗎？好，請醫管組針對滕代表、謝代表及羅代表三位意見，先做回應。

谷科長祖棟

先從後面說明，剛最後面提到 22 頁的獎勵方式一到四，不好意思這邊是誤植，應該是一到三，因為原來的四項刪除一項，所以目前剩下三項。

另外提到兒童加成項目，因為這次是只有調未滿六個月的部分，提升兒童加成項目到 100%，所以支付標準裡會看到未滿六個月的人，叫做提升兒童加成項目，是適用通則十的第 2 點，其他年齡的兒童不是叫做提升兒童加成項目，所以是適用通則十的第 1 點。另外因為通則裡面是比照其他所有類似章節一樣的列法。

剛社區醫院提到 25 頁申報跟認定的方式，因為是 1 班至少 8 小時，8 小時才能計為一班，每 15 班算一個人次，每個人次是 1.5 萬，不足 15 班的話是按比例攤，意思是說如果只有 10 班的話就是 1 萬點，另外支援跟接受支援都可申報，也就是各支付 1.5 萬。

陳專門委員真慧

就是一天一天的計算，補充滕代表跟謝代表所提，新增項目叫急性醫療轉院醫師訪視獎勵費，是鼓勵從醫學中心下轉的病患，直轉出醫院的主治醫師如果可以到轉入醫院的醫院去探訪病人，直接與該轉入醫院的團隊成員溝通，即可以每次支付 1,000 點。這裡所寫的轉出醫院的主治醫師，沒有特別強調一定要急診醫師，因為為考量醫院裡面有各自的作業模式，所以由醫院專業認定，因為每一位病人一定有一位主治醫師，所以只要醫院認定他是主治醫師，就可以做轉出醫院訪視獎勵。每週申報一次，每次住院最多申報 3 次，這是考量到整個醫療上的流程，先這樣試辦，再評估之後情形如何。

還有剛代表反應說方案裡面有提到醫學中心評鑑基準，把急診三年 48 小時置留率納入方案裡頭，因為這是部裡的政策，希望把這樣的條文寫在急診品質提升方案裡，以上。

主席

還有第 14 頁申請程序的敘明收案對象，請回應。

龐組長一鳴

這有點誤會，出院準備及追蹤管理費還是 fee for service，是針對那個病人，所以基本上是要跟著病人來申報。

滕代表西華

他是每個病人都要做，還是他可以挑病人？

龐組長一鳴

原則是針對有做的病人，但選擇權仍在醫院專業認定，因為有些人病情相對簡單，有些人病情相對複雜，這第一點。

第二點滕代表建議身心障礙法，因為非我們的領域，醫院評鑑也有專於出院準備的評鑑，所以整個規定的架構比較是去仿醫院評鑑規定，且與醫院評鑑的項目是相對比較一致，在此做個說明。

報備的部分，現在醫療法規定醫師出去應該是要有兩種情況，一個是應病人要求出去，一個是自己出去，對於報備的規定我們會解決，因為上次為解決在宅案的時候和急診那時候的有跟醫事司各會討論，目前得知確實是像謝院長說的，因為醫療法的執行是在各縣市衛生局，所以執行起來各縣市的準則是不太一樣，這部份會在再跟部裡面討論，因為部裡面開衛生局長會議的時候，就可以在那個場合去提案及討論，讓各縣市衛生局做比較一致，條文上依據現在這個方式要做處理，分區額度的部分會列入紀錄，請各區來談，因為各區的機制是與大家協商，有時中央、地方互相尊重，謝謝。

主席

接下來潘代表，然後廖代表，再來陳代表。OK，潘代表。

潘代表延健

主席、各位代表大家午安，那我還是要 echo 剛剛那個滕代表提的幾個建議，第 14 頁這邊雖然這個部分看起來這樣的措施是可以用減少住院的費用支出，但是這一塊我是覺得還是要有一些估算，我們大概可能會在這一塊支出多少？我們預期節省的量及範圍，規模是怎麼樣？以便於後面我們再回過頭來審視這樣一個方案的時候，看他的成果是怎麼樣。

第二個就是有關我們這整個方案最後的成果，要跟我們醫學中心主管機關訂這個評鑑標準的時候，也不是這麼合理，過去在整體心評鑑掛勾這段可能還是要表達一點意見，因為其實在衛福部檢討裡面有很多的聲音是希望要讓急症、重症病人能夠即時的住到病房裡面去，所以也有建議就是說能夠 focus 在一級到三級的病人。而且我們這整體的獎勵方案裡面是橫跨在各個層級的，所以如果說僅針對醫學中心沒有被評鑑合格，整個獎勵金上面已經被取消，然後後續還要追討過去撥付的這些獎勵，我想這個部分值得再審視一下。

再來是第 24 頁效率指標，在效率指標裡面 3.1、3.2、3.3 這三個效率指標，進加護病房是 6 小時，然後一、二、三級轉入病房的是小於 8 小時，我不知道這 6 小時、8 小時、4 小時我們在訂定的時候是不是有什麼依據參考？就是說怎麼樣的疾病的統計數字，或者是說過去的行為上面他大概是取什麼樣的中間值或是有這樣的一個論述，是不是如果有的話可以提供。另外就是說進入加護病房要 6 小時以內，然後一、二、三級轉入一般的病房要 8 小時，

超不緊能開始，上、次一診把是個門上，鼓什麼
果才在可開後務四、有的急要還一掉時間時候，向什
如，人家一以實然他的們你樣代時候的負用
那病房大能程度當其現面我上這取候的種一
嘛，因為然可程這到是裡那院有會時完有一下
房一。當有個有時轉，醫隊，所以而有完估
病入差的某也4能完在插人，轉，它話，時這評
護轉落室裡到術小於的話，所斷去幫他轉，4小
加成一手術手所以院症的他處，別轉，查的須4
進就樣先他候房，醫離是輕快門會得量的一規必
有內這能候有般人開症把診，斷去幫他轉，4小
沒以有接可時房，醫離是輕快門會得量的一規必
有內這能候有般人開症把診，斷去幫他轉，4小
他小上直能候有般人開症把診，斷去幫他轉，4小
看8邏時也，進一病者當，他下然這方必在急診
是在有也，進一病者當，他下然這方必在急診
人勵像他吧，ICU，五級的希望他急診，當說再
病的就，其估是進ICU，四、五級的希望他急診，當說再
房是值，先不進ICU，四、五級的希望他急診，當說再
病不率候以是，那我們希地他優也夠說如個門診
護是個時可定是，那我們希地他優也夠說如個門診
加時這的決決變人，有這並不可，就一個4個小時
進小過這的決決變人，有這並不可，就一個4個小時
那過會急會就我的五級些處理他尊重的，我如超過
那過會急會就我的五級些處理他尊重的，我如超過

廖襄理秋鐳(姚代表鈺代理人)

我講的是一個我們申報上遇到的問題，就現在的中風 PAC 就有
有遇到的問題，因為出院後再去訪視病患的時候，可能病患是有
部份負擔 10%的，結果你去訪視後我沒有辦法申報，因為他已經
出院了我已經報完了，所以這個部份可能要研議一下讓我們怎
麼申報，不可能我再去跟病患要 10%的部份負擔，怎麼跟他收，
他已經下轉到其它醫院了，因為申報上遇過這樣的問題，本來 1000
就只能拿 900，因為申報真的遇過這樣的問題，所以這個也要考慮
一下，因為他已經出院後我沒有辦法申報。

主席

謝謝，再來陳代表。

陳代表志忠

客套話不講了，我只針對「急性醫療轉院醫師訪視獎勵費」這
個事情，我記得在十一月左右中國時報頭版頭條就是提這個事情，
當時我們看到之後我們很納悶，在一個病患到醫學中心去急診，
假設有一個狀況我們鼓勵他可以在轉到地區醫院或區域醫院，
他能夠處理但是醫學中心現在沒有辦法馬上幫他處理，因為可
開刀房滿了或者住院病床滿了，那在急診醫師看完後，就轉，
同意轉，比如台大轉到仁愛醫院或從長庚轉到桃園的急診醫師
視他似乎是妥當，那你要長庚的什麼醫師去訪視他呢？由桃園
其它醫院的胸腔科醫師在 take care 他，那長庚的胸腔科醫師
沒看過他啊，那病患已經信任地方上的醫院了，你有困難的
在臨床實務上可能只是去列了但是做不到，急診醫學會好

表來，他們的看法是怎麼樣？

主席

好，第三位發言，有關急診專業的部份；先請急診醫學會來回答，然後醫管組再來回應。

方常務理事震中(社團法人台灣急診醫學會)

我先講剛才最後一個問題「急性醫療轉院醫師訪視獎勵費」，那這個可能的目的是為了要鼓勵病患下轉的信心，可能是為了這件事情，那在我們的醫院與市立聯合醫院合作下轉計畫的時候，聯合醫院的醫師有提一個這樣的建議，他說是不是假如我們可行的話，題我們的醫院的醫師可以跟病患稍微的解釋一下，這個治療是沒問題的，那以我們今年作這件事情，目前來說也沒有這樣的訪視，病的，情況也是還好，沒有什麼太大的問題，那沒有問題的轉回來，我們醫院只有兩個病患，就是我們下轉，出去後來又有問題的轉回，我台大，大概三、四百個裡面只有兩個，所以相對來說少啦，這些病患都是所謂一般科的病患，大部份是以前一些感染、輕症，比較需要下轉，那這樣子的話，我們也就以前一些感染、輕症，比較需要下轉，那這樣子的話，我們也就以前一些感染、輕症，比較需要到市醫的病房，假如這些病患，假如下轉去市醫，來看這些能夠去整合醫的訪視，所以我先解釋一下，大概是這樣子。

主席

好，有關第 24 頁，陳理事，效率指標 6 小時、8 小時、4 小時這部分。

陳日昌榮譽理事(社團法人台灣急診醫學會)

指標是這樣，這個當時我們提出的時候是參考國外急診，因為國外一般不喜歡病患留急診，他們也沒有什麼觀一大堆的，所以他就看效率是這樣看的，那用在我們國內的話情況就不一樣了，他就算醫學中心也差得多，所以當時我們看這個數字並沒有閾值，一標，就是要多少以上才叫對，多少對，所以當時提出這個指標，就是可以去處理，不是從急診的效能端來處理，所以他是從急診壅塞的一個間接指標，大概是這個概念，那如果說我們在急診會停留的時間，平均不到二個小時、醫院效率都很快，那在昨天在醫事司也有做了六小時就是重大疾病入住院的統計，他並沒有講一定住 ICU，你只要重大疾病能夠住入病房去，我看了幾個醫院的報告都還不錯，有八成的，台大因為都是方主任報的，他們是 94%，你昨天報 94% 嘛。

方常務理事震中(社團法人台灣急診醫學會)

六小時是指重大三種疾病，就是第一、急性心肌梗塞就是需要

作心導管的病患；第二、急性腦中風需要作血栓溶解的病患；第三、嚴重外傷的病患，這些病患需要立刻處理，大概 99% 這些病患都是去住加護病房，在六個小時之內住進去的大概是 90 幾%。

陳日昌榮譽理事(社團法人台灣急診醫學會)

台大聽起來昨天是最好的啦，其它醫院沒有這麼好，可能大概是七、八成左右，所以這個也是我們會在我們壅塞醫院裡頭，我們再去大家用什麼方式讓這個效率能夠大幅的上升，那至於病患回家的四個小時，因為一般來講，不急的病患大概二~三個小時就處理完畢，那當然我再強調沒有定閾值，並不是說他 40% 或 50% 他就對，他如果是病患很多的醫院，反而四、五級要離開的那個反而要變慢，因為我們要付出的是時間成本，因為我們必須把資源用在嚴重的病患身上，所以他這個閾值會是動態的，會視醫院的不同，所以我們應該沒有用這個來給獎勵吧，有嗎？

方常務理事震中(社團法人台灣急診醫學會)

有，要下降或上升。

陳日昌榮譽理事(社團法人台灣急診醫學會)

那個就是自己跟自己比，不會去跟同儕比，所以我剛一直提的就每一家情況不一樣，當你的醫院已經抓到這個值的時候，我們當然希望說在急診的處置上，效率能夠持續穩定不要往後退，那往後退我們就去說他的情況是怎麼樣，那能夠進步是最好的，因為就是沒有壅塞，大家都處置的很好，大概是這個概念，並沒有全國共通的閾值出現，也不宜訂啦，不方便、不可行啦，你說台大的指標去跟部立醫院的指標來訂，我想不可能這樣子的，台大醫院是蠻特別的，我們也是比較辛苦一點嘛。

主席

好，效率指標的獎勵是在第 25 頁的品質獎勵的維持獎跟進步獎的裡面有提到，所以請各位代表參閱，好，再來醫管組對於要不要跟評鑑一起處理這部份要不要表示一下意見。

龐組長一鳴

如果大家還記得，潘代表也記得的話，部長第一次宣示這政策就是到貴院，您也有參加，這是整個部的政策，希望朝這樣來做。對不起因為今天準備這案，不知道大家對急診的事情作這麼多討論，我們沒有把相關數據準備好，剛好前兩個禮拜跟部長報告過這件事情，一定要肯定大家，醫界目前整體按照平均值，急診的病患停留的時間一直到 90 百分位，其實是非常好的數值，大概平均六小時以內就處理掉，可是仍有極端值，極端值 outlier 會比較久，便會有些單位或部門或媒體，會突顯那幾個數字，所以要有些配套的機制來改善問題，基本上這次的配套機制有兩大方向，第一個方向是鼓勵醫院間的合作和聯繫，第二個是希望提供病患整個住院出院有整合性的計畫，至於其它原來的效率指標其實是原來方案所訂，不是在這次檢討裡，如果大家認為有需要檢討可能另外一個機制檢討這案。

剛廖代表提部份負擔問題，我想應該是個案，我沒有實際看到，

如果下次有這種個案可以跟我們講，應該是跟中風的重大傷病效期是一個月有關係，因為住院的時間差不多治療就一個月時間，之後你再出院，過了重大傷病效期，因為效期一個月的原因，跟其它重大傷病健保卡註記方式也不太一樣，可能是這問題，所以就是因為卡在他的重大傷病資格比較短的原因。

廖襄理秋鐳(姚代表鈺代理人)

這一個可能他需要部份負擔要做調整，因為他已經出院之後我們才去訪視，那我們再申報，不能要我們再連結病患之前的部份負擔，應該要給足訪視費。

龐組長一鳴

OK，這規定不完全的部分我們會處理，並做文字上的修改，意思是跟您一樣；如果文字沒注意的地方，您再跟我們講，所以這次方案有點複雜。至於，剛有講到整個方案因為提升效率可能會有費用節省的部分，這一定要跟大家提，因為最近有些方案，其實可能都會節省住院的費用，包括今天提的方案，還有已經討論通過，等部長批示要執行的 DRG 方案；所以相關住院費用的改標準變情形，應該有檢討機制，如果節省住院費用沒有做適當支付標準調整，其實會鼓勵到門診部門那邊的點值；所以，未來在總額會共報報告比較多的醫療費用數字，所以會比較適合；如果報告的資料還不夠，再來做補充。基本上希望達成提高效率，節省費用效果，能適當回饋到其他該補足的支付標準部分，以上。

主席

好，謝謝。來，陳醫師

陳榮譽理事日昌(社團法人台灣急診醫學會)

有關於醫學中心 48 小時滯留率三年要等於 0 這個目標，那時候部長知道我們醫院來講，我也很誠實地跟他講，做不到啦！很困難，非常困難！所以，事後在醫事司有做了修正，在分級評定裏頭，把這個 48 小時滯留率的數字再去剔除我們有告知病人，那病人不願意轉，有同意書以後，這個數字會把它做剔除以後，才是真正的所謂的滯留率，這個是在醫事司的分級評定做的。那這個數字相對來講就會比較合理，因為這樣子會鼓勵醫學中心跟病人講說我們這邊擁擠沒床，我們有安排要下轉到其他醫院去，那這個案子在我們林口長庚也做蠻多的，台大也做，台大昨天也有提出它的報告，如果因為說明以後，他不願意轉，我們把這個數字剔除以後，那台大就達標了！是這樣子！

方常務理事震中(社團法人台灣急診醫學會)

沒有 0 啦！

陳榮譽理事日昌(社團法人台灣急診醫學會)

0 還不到啦！

方常務理事震中(社團法人台灣急診醫學會)

2點多啦!

陳榮譽理事日昌(社團法人台灣急診醫學會)

2點多，就從4點多變2點多...

方常務理事震中(社團法人台灣急診醫學會)

6點多降到不到3。

陳榮譽理事日昌(社團法人台灣急診醫學會)

所以這個就是醫院在努力的一個方向!那在這修訂版本裏頭並沒有提到這一段，是不是可以把它加進來?

主席

好，我們再去了解醫事司的文字，如果有不一樣，就互相配合，好嗎?好，這案還有意見嗎?干代表。

干代表文男

主席，與會各位~醫師~醫療提供者，我對這個案子，覺得很奇怪!為了解決提升~品質，提升急診品質，等於說解決壅塞的問題，其實這個案子的預算，錢我們已經有很多了，以前也編過3億多，就用了兩成，那去年跟前年編了1億6，也用得多，那再提這個案子，有什麼意義?今天能夠解決多少問題?我不是消費者，最多的被保險人的代表，我要請問這個方案能夠解決多少問題，請問誰能告訴我?剛才聽各位的報告，小醫院沒有問題，比較中型的也沒有問題，就是解決幾家醫學中心的問題，為什麼不一間一間的去把它問題提出來解決這個問題?放任在那裡壅塞，然後提了很多的辦法，我們這個辦法好像新增了一點，也沒有什麼啦!好，整個講到最後，能夠解決到什麼?若用錢以後再壅塞的話要怎麼辦?那以後再壅塞怎麼辦?能夠解決到百分之多少呢?我是外行人啦!不過事實都看在眼裡!也記在腦裡!怎麼不一間一間去解決這些問題，哪一間是什麼樣的問題，要用各種方式去解決。?那你扣除不願意轉的病人以外，剩下的那些再來算是否超過48小時，那樣也可以作假!你入院的時候，就給你看一下，你就要轉，有病房就轉，沒病房看你要怎麼做?這個都可以作假!我這個是很初淺的看法!但是我是希望說，我們討論這個已經N次了!沒多久就有這個議題出現，出現了以後還是沒有辦法解決!而且，以前還每年編了3億多，用了兩成;後來講到1億6，也沒有執行到什麼程度;現在再加了也沒有多少，能夠解決到什麼問題?這個我是保持懷疑的態度!能不能告訴我，這個能夠解決到什麼程度?以上，謝謝。

主席

謝謝干代表。來，滕代表。

滕代表西華

不如果這樣的計畫而已，還有一個計劃在醫療資源較不足的地區，
如萬！就是醫院要做，急診給它補助一年至少900萬，900到1,500
來，顧著如你肯做，你們那裡原本沒有急診，現在你把它看起
醫，事是說，一晚20人不出來，所以地區醫院為什麼要在增加地
所幫忙，就是說，現在沒開急診，甚至有些一天看1、20人的也
理再送檢，它的急診先看，看完有辦法處理的直接處理，無法
如再有辦法讓地區醫院恢復以前那樣，讓它急診在當地就先分
才會建議這個方案，就是鼓勵你本來一晚看10人，把品質弄好，一
點，一晚看30人，這樣我就給你獎勵，當然這個獎勵目前就地
醫院來看要維持一個急診，相當困難！剛才副座也說，900萬至
1,500萬，成本很高！搞不好弄一個24小時，很完整的，根本不
只那些錢，所以給這個獎勵是意思意思的，有尊重我們的意見！
其實加上那500點，你想想看，一天多看10人，也多5,000點，
一個月15萬，薪水~現在急診醫師的薪水都3、40萬！所以事實
上只有象徵性意義在這裡。那我坦白要講，如果我們整體的心態，
所有民眾看病，都像我們對明星學校那樣，這個大概很難解決。
那當然就是靠如果慢慢能達成分級醫療，如果你整體的型態是
分級醫療，那這個急診其實也會解決，那就是其實前端就已經
完成。我們現在無分級醫療，隨大家的自由，車要開去哪就去哪，
所以這個案，我很有認同干代表講的，繼續應該不會有什麼效
果，因為整體型態沒有改變；但是不做對外面的社會又無法交
代，媒因為每次一報，長官只好說有，我們這邊有一個方案，今
年又增加什麼改善，至少辦法給予回應，這個也是不得已，所
以我們也很體諒，不敢講什麼意見，我們也知道這個很無奈！
長官也很無奈！大家都很無奈！謝謝。

主席

對於滕代表提的，第19頁「兒童加成」跟「提升兒童加成」
這部分，醫管組再說明。

谷科長祖棟

醫管組說明，為了讓大家不要覺得混淆，把十的第1點，兒
童加成項目當中的第一句話，病人年齡是未滿6個月的，表訂點
數是加計百分之60刪掉；然後，第2點，提升兒童加成項目的後
面，就是第一行的後面，年齡在6個月之2歲一直到最後的這句
話也刪掉，以上。

再補充之前潘代表提到第27頁，當年度不予撥付或是追扣撥
付的這個文字，因為我們是年度結束之後才會一次計算，之後撥
付，所以基本上不會有追扣的問題；因此把最後一行撥付跟效率
獎勵金中間的字都刪掉，以上。

梁代表淑政

有關通則十兒童加成跟提升兒童加成的項目，是適用於門診
診察費所有項目，不單單只有急診的部分；如果欲按照急診的需
求而做修正，會不會影響到其他項目，請再考量。

主席

好，醫管組請將通則部分查清楚，要增、刪再處理。這暫保留。其他各位代表還有意見嗎？好，請何代表。

何代表語

第一點，我認為剛才兒童的部分不要去刪除它，因為現在的年輕孩子比以前小孩子不乖，那麼~你可以看到社會上，越來越年輕的化，年輕人的叛逆性更高，所以現在的兒童叛逆性很高，所以要察這個兒童確實越來越困難啦！所以，我認為在兒童加成這個部分，不要把它刪掉。

第二個，我贊成這整個制度的推動，但是我也知道，剛才代表講的效果，但是這是沒有辦法的事情，這是整個社會心、心理的因素，無法去解決。那我倒認為，這是兩個方向：一、不能像剛剛我們謝代表所提的，我認為現在是兩個方向：一、星級房間那樣的標準，也有吸引力；第二個，當然要聘請優秀的醫士來駐診，也有吸引力！那如果這兩個方向，要不一個小醫院，我建議可以重新規畫一個方案，就是如果我不是小醫院，我的房間都比五星級的設備還好，那有些人可能甘願來我這裡住院；那如果聘請的醫師也算名醫，那他也跑不到那麼遠的大醫院去，他可能在地方的接受治療。假使如果從這個方向來改進，說不定會得到一個比較實質的效應；但是，我也贊成說這個方案，基本上不做也行，那我們再觀察這個方案是否比以前做得更完善、更完美。

剛才有提到這個補助的方式：一個補助的方式是地區醫院增聘急診專科醫師，執行急診業務，補助3萬元，我的倒認為太少啦！這個應該可以提高。我建議是，如果大家醫界的代表不反對先執行這個方案，未來我們可以考量在地區醫院的急診專科醫師的執行急診業務，雖然現在有偏遠地區補助900萬到1,500萬的方式，那整個一個體制的改革，應該是比較重要；如果，不改革體制，那只是做一些方案，我感覺到很奇怪啦！第二個，我認為說，既然是急診品質提升方案，又把這個急性中風的部分又拿到別的地方去做，又不放在這裡，那又開始把它分流，分急性的風又另外一個制度去做；這邊又一個急性心肌梗塞，還有其他的風外傷啦，其他的在這邊做，我不知道為什麼要這樣子，我感覺到很奇怪的事情，謝謝。

主席

好，謝謝何代表。還有意見嗎？好，沒意見，請醫管組對何代表的部分，還有要再回應嗎？

陳專門委員真慧

剛何代表所提的急性腦中風，把它刪除的原因是因為在這計畫裡所提的急診重大疾病的照護品質，因為它要完成血栓 r-tPA 的注射，但這項注射的部分，已經在去年度納入支付標準，所以才刪除，並不是因為分流的問題，以上補充。

主席

好，還有嗎？好，大家都已經充分表達意見，也做回應，大概綜整有關修正部分；首先是第 22 頁，22 頁就是滕代表提的最後一行，(一)~(四)改成(一)~(三)，這個就修正確定。

第二點是剛很多人提到第 15 頁有關 48 小時滯留，三年達到零或小於同儕平均值，這計算方式，請醫管組會後了解醫事司是否有除外的部分，假定有除外的部分就比照。

第三點是多位代表提到，有關第 14 頁，效率提升的成效到底是多少，有關住院效率提升的成果，另外在醫院總額協商議事會議提出報告，另案再來討論。

第四點是剛滕代表對於支付通則有關「兒童加成」跟「提升兒童加成」項目有些混淆，混淆的部分，請醫管組查清楚後，再做文字修正。

第五點是有關何代表及干代表，對於整個「急診壅塞」的建議，我們會留下來參考，日後看有無其他更有效的改善方式，再來報告。

最後一點是本案修正「急診品質提升方案」內容有點複雜，如果公告實施之後，請分區業務組在轄區的共管會議再提出詳細說明，特別是申報的部分，包括報備支援的部分等等，請分區共管會議的時候再讓所有醫療院所了解如何進行這部份的申報。

好，以上結論，不曉得還有其他意見嗎？來，請陳代表。

陳代表宗獻

陳宗獻第一次發言，因為我們這整個案子看起來就是醫院，比如說醫學中心下轉醫院，它註明就是寫醫院，所以我就都沒有發言，因為基本上是醫院中間的互轉，那這樣就沒有意見；那如果果是這樣的話，我們在第 17 頁的那一個支付點數，01015C「非按檢傷分類」478 點，那換句話說，後面增加的這一些點數也跟基層不相關，好，謝謝。這個加成裡面，有兒童，它是兒童加成嘛，不含基層嘛？

主席

好，還有一個補充的修正是第 5，上面下來第 5 這部分，剛有代表提到要追扣這問題，我們是不予撥付效率獎勵金？就不做追扣，好嗎？把追扣的概念拿掉，這部分就做文字修正。

好，這些決議後，不曉得還有代表要提出修正嗎？好，如果沒有，本案就討論到這裡，謝謝大家。本署修正後就循行政程序，報衛福部公告之後就實施。接下來，第二案。

第二案

案由：修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(草案)。

主席

好，謝謝宣讀。本案是將我們四項居家服務做一個整合，避免團
病患來回收案，也希望能夠增進醫療院所提供居家整合照護的
隊功能，希望對於無法到醫院的在宅病人，可以提供更好的服
以上是這案的說明，請問大家有意見嗎？

滕代表西華

抱歉，因為這個案子很重要，特別是在於今年105年總額又增
加了一部分整合性的服務，我有一些不是明白，以前沒看過這麼
的案子，所以請教一下，這邊收的條件裡，在收案之前，經過評
估，需看起後面這合性是由醫師評估，看起來，比較像是要來
的醫療單，我以為這邊不是太可能我們誤植為醫師...，就那對
表單所重估，所以這目不是可能我們誤植為醫師...，就那對
面來看，估表有，因為這目不是可能我們誤植為醫師...，就那對
跟裡心、下、看，得評就狀內面一個一長單如要支標準，其實
有得評就狀內面一個一長單如要支標準，其實

那再來就說，這麼辛苦填完表單有沒辦法評估需求？我們
看下一醫療照顧需求，可因牙科嗎？雖然幫的對牙科工
家醫的訴費，他牙醫的，是評他
們

我們不是從衛生局、做長的表不要期跟ADL跟當然果幫從需求不要ADL跟當然果我社評好像期跟當然果

我們不是從衛生局、做長的表不要期跟ADL跟當然果幫從需求不要ADL跟當然果我社評好像期跟當然果

我們不是從衛生局、做長的表不要期跟ADL跟當然果幫從需求不要ADL跟當然果我社評好像期跟當然果

我們不是從衛生局、做長的表不要期跟ADL跟當然果幫從需求不要ADL跟當然果我社評好像期跟當然果

我們不是從衛生局、做長的表不要期跟ADL跟當然果幫從需求不要ADL跟當然果我社評好像期跟當然果

我們不是從衛生局、做長的表不要期跟ADL跟當然果幫從需求不要ADL跟當然果我社評好像期跟當然果

我們不是從衛生局、做長的表不要期跟ADL跟當然果幫從需求不要ADL跟當然果我社評好像期跟當然果

我們不是從衛生局、做長的表不要期跟ADL跟當然果幫從需求不要ADL跟當然果我社評好像期跟當然果

我們不是從衛生局、做長的表不要期跟ADL跟當然果幫從需求不要ADL跟當然果我社評好像期跟當然果

我們不是從衛生局、做長的表不要期跟ADL跟當然果幫從需求不要ADL跟當然果我社評好像期跟當然果

另在山地離島裡面，就是收案程序的第四點裡面，括弧(四)裡
面24小時要上傳給保險人備查，我想知道山地離島或者是比較
交通不便的地方，醫師跑那麼遠去來回，24小時之內有辦法完成
嗎？要不要對某一些區域，因為雖然我們收案是十公里以內為範
圍，可是其實我們知道就是，除了這個山地離島裡面，十公里的
想像跟平地不一樣，很多的這個地方，他剛好是在邊界，其實有
沒有辦法抓那個十公里？有沒有辦法剛好滿足我不太知道，但是
24小時上傳，是不是某些地區要有一些例外，我覺得這個可能健
保署要再考慮一下。

那第二個的跟這個辦法有關的是，第九大項照護內容的第(八)
點，這很妙，就是說我們要另外製作一份照護對象的居家醫療照
護紀錄保存於案家，這個目的當然是希望就是不管是誰來到這個
家裡做居家、在宅的服務，都可以知道別人做了甚麼，我要說這
個是非常非常棒的事，可是實務上，醫療機構有辦法做兩份嗎？
做兩份，這個是技術上的，我一份是病歷我存了，那他是說這個
病歷的副本給他嗎？或者是，因為他還有其他長期照顧人員，就
要的涉及到其他長照人員，有沒有辦法看的懂這份病歷，或者他
的家屬，所以如果是原本病歷那一份，很有可能他會看不懂，如
果不是病歷那一份你沒有給人家錢，又要花另外一份工，會不
會也其實效益不大，我的意思是這樣，我並沒有說這個不好，我
認為這個非常好，但是在實務上的執行上面，有沒有非常的困難？

第三點是，我還是反對健康存摺要做KPI，對不起，一併反對，
理由跟上個月的理由是一樣，我就不再重複，最後一個我覺得個
案管理費應該要適度提高，一年600點一個月50，是要管理什麼？
只能管理那些紙而已，就是PAPER而已，我覺得如果說其實費用
還夠的話，可能在個案管理費的，因為要管理什麼我看不出來，
看起來像是24小時的電話諮詢，還有健康管理，但甚麼樣具體的
健康管理的內容比較沒有提到，其實即使是應付24小時的諮詢，
我覺得600點都有點太單薄了點，所以可能假設我們費用其實是
夠的，要不要適度提高？那如果是不夠的，我覺得要不要把這個
他的個案管理費的服務的內容範圍不要做那麼大，以上，謝謝。

主席

好，謝謝。還有哪位代表對本案有意見？來請。

賴代表振榕

主席各位代表，我是藥師公會，這個計畫看起來，跟12月31

應該要放寬，譬如說每位患者他就醫的醫院不同，他習慣在某一院可能
家醫院不是也應該要考量的，他病歷資料都在這一家醫院，那假如說不
會超出這個十公里以外，謝謝。

主席

好，謝謝溫代表。其他還有嗎？來。

林代表淑霞

大家好，這整合是非常好啦；那因為我現在的這些地方，剛好最近
有一個經的大的事實，你只要在申請很簡單，而且不用全額免講這來考的事
有資在各縣市的照顧，你只要在申請很簡單，而且不用全額免講這來考的事
在的居家的派員到付一點錢，我們現在真的要整合那一段去，可是我們
他設在該地，付一點錢，我們現在真的要整合那一段去，可是我們
有一個公務預算，那我們現在真的要整合那一段去，可是我們
的意思說不能稍微浪費，那這個對民眾都是好的事情；可是我們
要讓資源重複或者浪費，那這個對民眾都是好的事情；可是我們
資源還是有限！我只做這樣的一個提醒，以上。

主席

好，謝謝提醒。以上稍微停在這裡，後面兩位~安寧緩和醫學
會要先表示意見，請先。

翁理事益強(台灣安寧緩和醫學學會)

有疑問要先問一下，可以嗎？我們在那個看到這個有個困擾
就是說，如果我們整合下來以後，現有若這個單位有這些已經做到...
那個就是長照照護單位的那種長照，你說不含照護機構嘛，就是長
照單位；那可是我們人員就有限，所以我是若參加了這個計畫，是現
不在就去做機構了？因為原來所有做的是不是就是不是這
一點搞不太清楚，因為這邊寫的是排除；所以，不是不是這
我有一點疑惑。

主席

好，翁醫師的意見。

翁理事益強(台灣安寧緩和醫學學會)

是。然後剛剛有關那個衛生局那邊，我們最近跟他們合的很
多，我們知道他們做的是「居家服務員」啦，事實上，真的照
在目前國外我們看到的是他們為什麼會安心在家？還是一個禮拜的只
就是...因為我們居家~我們現在健保的安寧居家，還是一個禮拜的只
能去一次或兩次，那個都是有點時間的限制；人家是要結合居家
服務員，因為那個是要長期在家，尤其是在瀕死期那個壓力很大！利
那我覺得居家服務員是未來~也許衛生福利部，他們可能要把福
那一部分拉進來，因為那個社政的關係啦，事實上他有一點點會
跟我們的那個衛政有一點不一樣；不過我覺得是可以試著整合啦，

只是說因為那個是單位的不同，那我現在的理想是說，以後可以結合居家服務員，他們那個去照專訪視的時候，能不能把安寧的當成一個條件，而放寬那個照服的時數，反而可以增加我們安寧在家可能，這是我跟政策建議。

主席

好，謝謝翁醫師，再來。

王常務理事英偉(台灣安寧緩和醫學學會)

剛剛翁醫師提到的應該是在 33 頁收案條件，第一個是居家醫療的階段，說是不含照護機構，基本上我們這邊很多實務上來講... 很多的末期病患實際上是在機構裡面，那如果是用整合性模型，未來這樣的機構裡面重症病人是講，那個如果是用整合性模型，未來這樣的機構裡面重症病人是講，那如果是一個處理？那他第二個條件是說除了第(一)項，那表示說除第(一)項是不包括第(一)項還是說包括在所謂的非機構排除在外？實際上是有非常多的病人是在機構裡面接受這樣的狀況，後面提到的說參與本計畫以後是要按照這個計畫來進行，就不能再用並存的說一個部分，只有舊的案子才可以，這可能有一段的空窗期是機構裡面的末期病患或者重症病患無法被照顧，這是第一個提到的部分。

第二個在健保的規定下，區域醫院跟醫學中心是不能參與居家醫療，居家醫療這個部分在健保公告裡面，是只有地區醫院跟基層醫師可以。那如果這個計畫底下，不是區域醫院或是醫學中心要結合地區醫院或是基層醫療，才可以申請這個計畫？這個部分希望是可以說明的部分。

第三個現在很多居家照護的病患是在所謂的居家照護所裡面，那居護所裡面的病人，以後居家照護所它本身在這個新的制度底下，是怎麼樣來去結合？還是要跟醫學中心或是區域醫院或是醫院來結合，還是怎麼樣的模式？在裡面沒有提到這個部分。

再過來很重要是計畫裡面是針對病人的部分，可是我們知道說在國外這個成功的居家醫療裡面，基層醫療是需要後面有一個諮詢小組 consultation team，所謂會診的機構來去支持我們第一線的醫護人員，可是這個計畫裡完全沒有提供一個會診諮詢制度，這個成功的背景是非常重要的部分。

還有一個是說我們提到的是安寧時數，醫師的部分乘 4、護理人乘 2.2 或是 3，那這個時數表示說病人比較嚴重我們再去看，可是這個時候反而是有規定他不能去看那麼多次，或者是你看了以後你的給付就沒有相對的增加，這個實際上在邏輯上是非常不合理的一個部分。

主席

謝謝王醫師。好，先停一下，現在已經滿多意見，是否請醫管組先回應？

龐組長一鳴

剛有提到有些醫院層級提供問題，還有十公里及藥事服務的問
題，先綜合性回答。這案跟長照關係的問題，麻煩翻閱附件 36
示意圖，主席剛開始有講，原來提供的居家相關照護，最早從前
保剛開始提供的居家護理，一直到去年提供的居家醫療，還有前
幾年陸續提供的安寧、呼吸器、牙科醫療等等。現在臨會有些
片段性的服務，缺乏整合性，所以希望把歷次的各種服務整合
為現在的機構，有些機構可以提供全部的服務，有些機構可以
提供片段性的服務，可是對病人來講，希望以 patient-center 提
供整合性服務，所以相對要求也會比較高，希望病人家裡有以
patient-center 為中心的完整病歷，因此相對要求的行政程序和本
也會比較高，這就是醫界辛勞的部分。

所以在整合性服務之下，過去個別性的服務，有個別性的定義，
希望這次能夠有個整合性；個別性服務的時候有個別性的表單，
也希望做個整合性的表單，所以後面那個表就顯得相當複雜，因
也為把過去所有表全集中一起，可是，不是每個病人都需要表，
的每個項目，有些是必要項目，有些是個案需要項目，我們再詳
細說明。所以按照這原則之下，服務團隊也一樣，這次要求的是
團隊性的服務，所以各位看 37 頁的醫療服務提供者，要求的是
團隊，這個團隊是跨機構，而不是說我一個機構要把全部的事
完，是跨機構的服務，這是第一個原則。所以跨機構服務之下
會包括醫院、社區醫院、診所、居家護理所、可是還有一個機
構獨做全部服務，我們是鼓勵做整合。

接下來第二個原則，希望這個服務社區化，因為老人和行動不
便的需求是愈來愈多，他們是不方便出來的人，我們就把服務
送到家裡，可是也不要大老遠繞路提供服務的也很奇怪，所以
能夠就近社區化提供服務，才會十公里的原則，山地離島地區
會有些例外的現象等，基本上是按照這原則處理。所以剛有些
醫師提到，他習慣在哪個醫院看，譬如說我過去服務的南區，
能習慣在成大看，可是他住的是楠西鄉就很遠，成大再跑去楠
也非常辛苦，楠西跑去成大也很辛苦，是否可能就近楠西附近
或是社區醫院跟成大合作，新化醫院比較近等，一起提供完整
性的服務，對病人、醫療機構都是比較好的。各類人員通通要
的，所以剛講的要整合社區藥局，甚至未來，現在計畫沒有未
來可能還會整合到社區復健、社區的物理治療所等。所以基本
我們鼓勵整合性服務，至於其他細節規定，麻煩淑範專委說明。

林專門委員淑範

主席、各位代表大家好，在組長綜整性回覆後，我就書面資料
從第 37 頁各個代表提出來的問題，逐項跟大家說明。第 37 頁第
七點收案條件，翁醫師有提到現在如果住在機構裡面的人員，病
人需要照護的時候，這計畫之下如何接受服務？這是現在住在機
構的病患如果需要居家服務，他是採現在的居家照護方式，不
會走到這個整合性照護計畫。

再翻過來第 38 頁是收案程序跟審核程序，滕代表提到說明裡
面是說經醫師評估，到底是經醫師還是經團隊評估，我要說明在

這個收案程序裡面的照護對象，若他是住院個案，在出院的時候是經過醫師的評估，可是再往下看，其實整個個案的收案程序剛剛組長有提到，團隊裡面是由醫事人員評估。

再往下看收案程序的(四)，滕代表有提到山地離島地區很遠，地區若 24 小時要上傳給保險人備查，這是否有困難，有無地區性的要排除？如果在 24 小時無法上傳，有異常代碼申報，其實現在已有此方式、機制來處理。第 39 頁(八)，滕代表有提到在病人家護的內容，這個方式是比較好，但滕代表也提到，其他人不可不以為然，未來執行上面有什麼困難。滕代表有提到第 39 頁下面個案管理費 600 點，在討論過程中也有代表提到 600 點不是很高，可是因為第一次試辦這樣的計畫，所以代表的意見我們留下來，以後有機會再來檢討。

接下來是第 40 頁的部分，甘代表和翁醫師都有提到合理量的問題，要特別說明的是，現在這邊訂的合理量都是維持在現制的合理量規範之下，我們只是把他轉換成權值的方式，因為很多代表對這樣的權值不太容易解讀，譬如說用醫師這欄來看，因為醫師現在服務上限是 180 人次，居家寫 1 是因為在現行上限 180 人的部分，重居家他的醫師合理量也是 180 人次，可是在安寧療護的部分，現在的安寧療護醫師的人次是 45 人次，所以 180 除以 45 就是 4，是這樣推算的。另外一列是護理人員 2.2 的部分，也是因為現在重居家護理人員是 100 人次，可是安寧的部分是 45 人次，所以換算之後是 2.2，這樣子推算的，最終的基礎是維持現制的合理量。

最後第 51 頁，滕代表提到申請書非常多，填的時間要多少？可是剛有代表提到說需要再增加欄位，這有點衝突，不過要說明這張申請表是把現在各項居家照護的評估表綜整成一個表格，只有增加第 51 頁在中間基本資料裡面，增加主要聯絡人、主要照顧者跟社會福利身分別這三項資料，其餘都是維持現在的評估表格，以上說明。

龐組長一鳴

對不起再補充，今天書面大家還有收到安寧緩和護理學會的意見，再來說明一下。

林專門委員淑範

大家桌上都有台灣安寧緩和學會的聲明稿，我簡要說明，剛才看到書面資料第 40 頁中間有解釋合理量的表格，安寧緩和護理學會的意見是希望護理人員安寧療護的 2.2 權值改成 3，改成 3 的理由有兩個，第一個是現制之下如果比重是 2.2，做比較少的安寧居家的機構，會因為管理者要求他做比較多，所以他會做比較多的一般居家照護，他們建議改為 3，這是他書面資料，以上。

主席

好，還有幾個沒有談到，原來居家醫療限制醫學中心跟區域醫院不能參與，現在整合之後是否全部都可以？這點再做正式回應，

因為沒有講得很清楚。

龐組長一鳴

好，現在的提供者資格是按 37 頁第五點，基本上是要整合性的服務，各項都能夠服務，沒有限層級的方式，哪一類服務是哪項層級來提供。

主席

好，還有剛剛賴代表提的藥事照護的部分，指的是什麼？39 頁的(五)，就是獨居者應提供適當藥事服務這部分，請回應這部分。

龐組長一鳴

這開會時候討論過，由專業來認定，因為每個獨居狀況不一樣，這個團隊上該依法哪類人員服務，就由專業認定提供相關服務。

主席

好，謝謝！兩位，請。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

健保署在這個方面真的是非常用心做了很多的事情，但是讓我們感受到的是一點是，為了這個整合照護計畫案，把原本的就近性的一點問題，又打翻掉，我講這句話的意思，現在看起可近性的很多的標準跟這多多的條件之後，到最後誰能做？只對社區醫院沒有信心，而我要講這句話的意思，能層層整合團為剩社區醫院沒有的情形之下，光表格的填寫到最後，我在想滕代表區什麼會提出這樣的看法，因為他們很希望這個東西落在地區、社區嘛~因為就近嘛~反正是居家、安寧緩和到最後的時候，你從醫學中心調人來，真的是方便嗎？所以真的要請健保署想甚至到這個點上，是不是又要回到所有的東西要開放到區域醫院要愈多，整合到底能當當然講...我們怎麼可能做？當然就不做了嘛~這樣子到底當基層落實原本堅持的條件，這個要請健保署思考。當然整合多落實時候，錢這麼一點點那誰去分呀？誰去做統分這東西一定要有一個頭出來嘛~頭出來到底這個東西整合到底怎麼辦？

所以回過頭來，最後一個，如果這是一個照護計畫案，是一個整合性團隊，那我問一下組長...在這裡面今天因為他是居家所一個以藥師從社區可以支援，這是團在隊嘛~醫缺為什麼社區藥局不我能夠去的支援？為什麼？因為這東西就變成一個法之下兩種作為，方法要好像不太對喔~因為我們不現有的偏鄉的醫療資源，缺乏區的法又衝社區藥局是被排除的，這樣子的情形之下，跟現在這個法又衝了，如果說你居家、安寧這些重要的，偏鄉不重，要思考，因為一個法去執行的時候，一定跟其他會相關，這

點可能要請署裡面思考一下，謝謝！

主席

好，張代表。

張代表嘉訓

主席、各位代表，我是針對草案的服務區域有點不太了解，你說申請收案之特約醫事服務機構所在地 10 公里之範圍為原則，你後面又訂一大堆例外，這計畫又須是一個團隊。我剛舉一個例子，它可以是醫中、地區醫院、也可以是基層診所，甚至還有一些居家本來就有在做的醫事機構，這 10 公里是如何定義？若超過 10 公里，我收案是否健保署認可可以給付？還有這 10 公里是從申請的醫療的主機構來算，還是其它所有的醫療機構都算？所以我是覺得服務區域沒有必要去訂，如果說任一團隊願意收案已經很好，裡面又一大堆例外，所以我是覺得服務區域可以刪掉，訂這定義的意義不是很大，到時候認定就有問題，這是我對草案的第六點服務區域一點意見。

主席

謝謝張代表，其他還有嗎？兩位，好，最遠的開始，羅代表再來徐代表、何代表跟賴代表，謝謝。

羅代表永達

主席我想針對第 41 頁監測指標，因為事實上已經有很多醫院在做，他們有很多部分是~第一個，監測指標本身有沒有獎懲，因為我剛剛看一下退場機制等好像沒有，我想知道訂這指標有沒有為一個閾值，做多少才是異常。接下來是十一(五)的地方，我知道署裡跟部裡面現在在推廣健康存摺，針對這些失能跟獨居的人，我們怎麼做你知道嗎，我們現在目前很多醫院都去跟對方看戶口名簿看他的戶號，這就違反個資，可是他們也不會用也沒有電腦，所以我們得用呀。如果說假設監測值只是拿來看一看，如果是部裡面希望大家都要用健康存摺，可以單純加入就好。我覺得這件事對獨居或失能老人他們連看都不會看，怎知健康存摺的意義，他只知道幫他看病的團隊，且也只有他團隊有辦法去看他，他去下載的意義在那裡？所以我是覺得這指標有存在的必要？以上。

主席

請，徐代表。

徐代表弘正

我也是要提出區域 10 公里的限制，我覺得是一個很 ridiculous 的限制，我把 ridiculous 收回。我要講現在有多少人是一定住在你的戶籍裡面，有多少人不是住在戶籍裡面，如果你有子女是分布北中南區，你可能每個月還要輪著到北中南去，請問 10 公里如何計算，還有，你怎保證在 10 公里之內一定有醫院願意來承擔任務，中間沒有 gap 嗎？另外這 10 公里如何計算？剛剛我聽到組長在講

說體諒醫療院所太遠太麻煩，既然醫療院所願意那麼遠、成本那麼高，他都願意去，不就表示他有愛心嗎，所以我是覺得有人願意去做就非常感激了，我是覺得這10公里不需要。

何代表語

主席，我要請教一下，你們的計畫護理人力是權值2.2，安寧緩和護理學會拿出來1:3，差別在那裡，我要了解一下。第2點，未來居家照護跟長照服務的整合，是有區分還是整合在一起？第3點，目前居家服務員除了衛生局之外，實際上已經開放機構有外勞的居家服務員，新北市跟台中市就已經推動三年。所以未來除了衛生局的居家服務員整合外，外勞機構的居家服務員整合如何？我提出這些請教。

主席

謝謝何代表，再來賴代表。

賴代表振榕

謝謝剛剛龐組長的解釋，但是我覺得照護這部分，健保署也給事調，我們全聯會做了五年以上的計畫，所以實際上藥師在病人的藥事調劑給藥方面要做的內容，署裡面應該很清楚，而若不是居家人力，就是有限。這能認講是幫上我們照劑給藥的區化，而醫力不是能如藥費，跟藥費核實給付。我真是想這應該~已們家實際我們講的在所謂做這事，我們當然不用去協助，我藥裝份署裡忙在把藥分裝。你是不很考慮進去，當然真的能夠把這放進去，謝謝。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

我第二次發言，如果照剛剛兩位代表提到把10公里拿掉的話，大家要思考，這東西就沒有辦法落地化，就跟阿彌陀佛，你設大子我坦白跟署裡講，這品質要交給醫學中心去弄，我覺得這凸顯你看這社區，需但怎打那家撒手不管，全部交給醫師代表所談的問題，這強調一點，管先打這當初為諮詢這動作，是沒的，我覺得太大了，現在法是不行的，可

要藥師的支援嗎？我很認同你的看法，這東西要先解釋名詞先解決。

賴代表振榕

主席，我補充一下，剛醫師公會代表說的，我們目前的真的有藥師去開社區藥局，他就是專職做藥事照護的藥師，醫缺的問題他指的是若社區只有一位藥師，法律上是不允許他出去支援。我們現在有藥師是類似白話靠行，他就是附屬在這社區藥局，專門在做藥事照護。當然我是覺得照護的遠近問題真的是做愛心的，在我們嘉義市的藥師常常跑去阿里山，車資費用也常沒去算，10公里是可以~像我們台中10公里內公車免費，若各縣市都10公里免費的話或許也可以考慮~這是開玩笑的。

主席

好，陳醫師發言後，先告一段落。

陳代表宗獻

我們先看藥品處方調劑方式在第48頁，很清楚就是三種方式，交付處方箋給家屬由家屬去社區藥局領藥。還是由醫學中心等原照顧他的醫院帶過去，還有個選項是其他。所以是不是需要專業人員進來還是如何，這表格應該可以改一下還有第49頁再加一類人員，這可以考慮。

另外就是長照領域裡的照顧類跟照護類可能要稍微釐清一下。照護類是醫療的，是六個月以內甚至於包括我們急性後期照顧的這些，像送餐等就不在這範圍裡面。但是這本來就不容易釐清，不過這計畫有一個值得鼓掌的地方，就是支付標準的內容是很清楚的屬於照護類，所以是不是需要把照顧、照護做一個說明，也不至於讓外界對於這計畫存在不一樣的想像跟期待，這是我的建議。

主席

好謝謝，醫管組回應這系列的問題。

滕代表西華

評估表中，牙科如何完成評估？

林專門委員淑範

我從第40頁開始，何代表提到的護理人員現在在安寧療護權重是2.2跟1:3的差異。現在表上面看到的合理量都是現行的居家照護合理量來換算。護理人員服務上限100人次，為何換算成2.2，因為現在的安寧居家上限是45人次，所以100除以45得2.2，所以符合現在的居家照護。安寧緩和護理學會建議1:3，它的影響是換算成現制是33人次，那就會比現在的45人次少，合理量就會變少，這邊修改的話就會影響現行的合理量，兩邊就不一致，所以我們現在為何是用2.2就是現制換算。

再來是滕代表提到表格問題，第51頁申請表裡有三大張，第

了解而可能會造成病人的危險，所以還是鼓勵能夠下載健康存摺。至於下載健康存摺的方法，還是希望在合法的範圍之下，大家一起協助處理，謝謝。

主席

好謝謝，陳醫師要補充。

陳代表彥廷

我只是補充這個表格基本上可能滕代表擔心的是「有到宅牙科醫療需求」這個是要做到口腔的檢查，事實上沒有，大概只是 announce 確實有牙科的需要就會跟相關單位來聯絡，如果這時候就近的牙科可以提供到宅服務，他就會去做，那一次才是牙醫師的訪視，才會擬訂治療的計畫。

主席

好，至於接軌的部分，請。

朱物理治療部主任世瑋(楊代表政峯代理人)

主席、各位先進，這邊是物理治療師公會全聯會朱世瑋第一次發言，我本身是物理治療師，我們在嘉義其實做居家也做了17年，其實在講這計畫時我也很讚賞署內做這樣的整合，因為以前在長期照護是以病人為中心，然後由個管去整合所有的服務包含居家、復健包含送餐到宅等，但是我在計畫書看到這個~不好意思龐組長這部分沒有特別的冒犯，在10公里的部分，其實以我為例子，我們之前在嘉義縣在做，以我們公會做居家我也是要跑到阿里山去，當然你所謂的偏鄉離島有這樣的條款，我倒覺得以醫事人員來講，假如真的想要去做服務的話，比如我以一個居家護理所來講，我很 active 去開發相關的一個服務，結果這個案在10公里外，那怎麼辦，且還沒有醫事機構願意承接這 case，那這 case 不就變成孤兒，所以我倒覺得這10公里應該要放寬，不用一定要以社區，我以上建議。

主席

好，謝謝。好，這位。

吳行政副院長淑芬(朱代表益宏代理人)

主席，各位先進，大家午安。要麻煩主席看一下第42頁，在這個呼吸器依賴個案的通則第5的部分，有特別提到說，就是有實際的呼吸器個案每個月的費用若未達27,000點的部分，它是將這個部分要先扣除給其他特約的機構；那我現在舉一個例子，譬如說我今天現在是1月份，我1月1號的時候，我的醫生已經去評估過這個個案，那這個醫生是不是已經有所謂的1,553點；那呼吸治療師呢，可能有進行一個評估跟換了一個氣切，那麼按照通則的部分它的給付是1,455點；那再來的話，護理師可能要換NG跟所謂的Foley，那這個部分是不是要支付一個1,755點，那麼再加上1月1號的部分，他去訪視，所以他有一個呼吸器的590點，那整個加起來的部分呢，是5,353點；那我的意思是說，如果

按照這個通則第 5 的部分來計算的話，一個病人的包裹是 27,000 點，那減掉 5,353 點的話，它實際上只剩下 2 萬 1000 多點的點數；但是，譬如說這個 1 月 1 號，他是在一個 A 機構，1 月 2 號的時候，他換到這個 B 機構，可是這個 B 機構呢，一直到 1 月 31 號，它服務了整整 30 天；可是實際上如果按照這樣子的文字敘述，實際上它照顧 30 天，它只能夠拿到 21,000 點；所以這個部分的話，是我提出來的疑問是說，是不是這個部分可以排除？就是說如果真的這個機構，它之前已經做過這樣的訪視，而且的確有這樣子的一個點數的一個支付，那是不是後面的那個機構應該還是要以 1 天 900 點的這個點數來支應會比較合理？以上。

主席

好，謝謝，最後一位，廖代表。

廖襄理秋燭(姚代表鈺代理人)

確定一下剛才的護理人員權值本來是 2.2，然後安寧緩和護理學會是 3，我們的決議到底是 3 還是 2.2。還有安寧緩和護理學會的聲明稿第 2 頁裡面的(二)，我覺得有時候請他們文字上描述千萬不要寫這樣，「避免醫療機構覬覦中央健康保險給付的利益」，有利益嗎？那還民眾受騙，民眾如果受騙，表示寫的人就是有做這樣事情，不然怎麼會有人受騙？我覺得他們這樣寫不妥。

主席

好，廖代表的話都會全錄，謝謝，學會會看到。好，有關這個...

滕代表西華

我一定要講，因為剛剛龐組長在健康存摺跟我每次都拉鋸戰，你既然上次已經做了一次結論，說要在適當的場合討論健康存摺，應該要怎麼樣去推廣、正確的推廣、合法的推廣，能夠去符合實際的要求，我還是懇請，真的、誠心的懇請，不要在每次提出來的方案都放一個 KPI 指標即使沒有給錢，還是要拜託主席，就是把這個健康存摺在這次裡面，等我們整體討論完之後，我們再看究竟要怎麼樣在醫療服務的過程當中去賦予醫事人員，協助我們應用健康存摺，我的說話都非常小心，所以拜託啦~這個我還是很堅持，龐組長拍謝。

主席

好，現在還有吳代表、廖代表、滕代表的意見，醫管組請回應。吳代表是針對 42 頁的 27,000 點。

林專門委員淑範

吳代表意見我現在這樣認知，因為呼吸器病患需要訪視的時候，因為在 27,000 裡面其實也包括各類人員的訪視費用，今天如果有做居家訪視還有呼吸治療訪視，就把它排除掉，不算在 27,000 裡面，似乎不是用病人的角度來看這件事情，所以應該把這些不同的訪視都應該算在 27,000 裡面，這是我目前的看法。

主席

好，各位代表有其他意見嗎？好，最後一位，溫代表。

溫醫師哲暉(張代表金石代理人)

是主席，各位代表大家好，我只有三個小問題要提出來問一下，就是說，在之前發給我們舊的申請書裡，在照護需求裡面有一個居家醫療照護，在後來的已經把這個刪掉了，剩下兩樣，原本是三樣，在 52 頁其他照護需求評估這一個，這一個方案明顯它的標題是居家照護醫療需求，可是這一項卻沒有了。

然後第二個問題就是，我們知道這個居家照護的患者，尤其是還有一些 tracheostomy, NG, Foley 其實他很急迫的需要，那我們在這個裡面並沒有看到時間，譬如說他申請了多少時間他會通過執行，那我想患者家屬，尤其是家屬都非常的急，所以在時間上是不是就是說能儘早或是有所限制。

那第三點就是說，我們看到在這個醫師訪視費，在 42 頁的醫師訪視費，我們看到醫師的居家跟重度居家，都是同樣一個點數，那我們看看護理人員他有 4 種不一樣的，那我們醫師有時候遇到就是說他會比較嚴重的，時間上可能會比較久的，是不是在這個考量上重度居家跟居家的費用應該有所不一樣，謝謝。

主席

好謝謝，後面王醫師。

王常務理事英偉(台灣安寧緩和醫學學會)

我想澄清一下這 38 頁，他在收案程序裡面第(五)點，參加這個計畫以後，新收案必須要按照這個計畫，如果這個新收案是在機構就不算是裡面？是不是這樣子？因為我們現在很多新收案都是在機構裡面的個案。

第二個部份是指標的部分，實際上我們在監測指標，都是用是在所謂的一個好的居家方案，是住院後 14 天再住院率要減少，你們可以考量把 14 日內 re-admission rate 放在監測品質的一部份，如果居家做得好，再住院率就比較減少，一般來講是這樣。

第三個是實際上過去兩年，我們在乙類居家已經做了很失敗的案例，做了兩年實際上個案非常的少，那為什麼這樣子，其實上有人說是訓練的時數不夠，有人說是經費給付不夠，可是我們問了基層醫師，他說我根本不敢去做你後面沒有被 backup，所以剛剛提到說未來怎麼樣支持我們第一線的醫師去做，這個部分應該加在我們的思維裡面，不然的話在國外成功的案例，不可能說把大家全增加丟在外面沒有一個 support system，這個 system 怎麼去建構可能要考量的部分。

另外一個是距離的部分，現在我服務的地方在花蓮，我現在大概是有一半左右案例差不多十公里以上，四分之一是 20 公里以上，這個實際上是服務的案例，就在這樣一個需求，這個十公里的定義實際上有需要去重新考量，以上。

主席

好謝謝，醫管組再最後一次回應，好嗎？

林專門委員淑範

我從我的順序跟大家回覆。第一個 10 公里的部分，因為很多代表都提到 10 公里這問題，請大家看到第 37 頁在服務區域裡面，第一行是說申請收案是在 10 公里為原則，當然有些例外條件，其實在後面還有一段是說，報經保險人分區業務組認定的特殊情況，不在此限；但是有鄰近特約醫事服務機構需要時候，就近收案不為原則，其實它是有原則，在 10 公里之外跟分區報備同意的還是可以收案；不過其實平時還是有在地化，希望有在地可近性的精神在裡面。

王醫師提到的那個機構內收案的問題，機構內現在的收案都維持現行的居家照護方式；王醫師有建議再住院率要放到監測指標，我們會參考。再來是，王醫師有提到安寧教育時數的問題，提升照護能力，我們也會留下來參考。

在後面 52 頁，溫醫師有提到其他照護，現在有看到 1 跟 2，原來有 3，第 3 項原來寫的是叫居家醫療服務，因為這表格本來就是居家醫療服務，是我們自己檢討多寫了，這一項叫做其他照護服務需求評估，所以把居家照護本業拿掉，留下在宅牙醫跟長期照護。溫醫師還有提到，收案報備生效日期，因為居家照護的個案是採報備制，不是核准制，所以報備的那天其實已生效，事後在 VPN 裡面登錄，做事後的審查。

溫醫師哲暉(張代表金石代理人)

你去評估、執行的速度要快一點。

龐組長一鳴

這個評估不是長照評估，長照是照護員去評估。這個評估是醫師團隊去評估，你覺得他需要換 Foley 就要當場換，不要回來自己跟自己報告說，他要換 Foley，然後再等執行。

主席

好，最後一位。

吳行政副院長淑芬(朱代表益宏代理人)

主席，不好意思啦，因為我們舉這個例子是真的會遇到的，我還是跟您報告；這一個呼吸器的病人，在這個 A 機構，1 月 1 號就像我剛剛所說的，我就不再贅述，他申請了 5,353 點，接下來他到我的 B 機構，我 1 月 2 號照顧他到 1 月 25 號，那我總共照顧了 24 天，算進不算出，我可以申請到的點數是 900 點乘以 24 天，也就是 21,600 點；剩下第 3 個，他又到了這個 C 機構...

龐組長一鳴

現在討論的不是住院個案，居家個案會一直轉嗎？

吳行政副院長淑芬(朱代表益宏代理人)

我還是必須把它說出來，就是說最後苦主會落在這個 C 機構。

龐組長一鳴

你講的是假設狀況，還是真實發生狀況？這是居家個案，不是住院照顧個案。陳醫師你們有沒有居家個案一直換服務機構？這是不是醫療品質有問題？

台中勝美醫院陳院長志強(台灣胸腔暨重症加護醫學會)

他應該是少數，兩個可能；一個是照護品質讓病人想要換；第二個是病人或是病人家屬，他自己的主觀，其實跟品質無關，我想要換。不過他的事實是他是很少數啦，所以這一部份我就沒有提。我想，吳代表她的意思應該是說對那個後面的銜接者，其實是有受害；不過，依比例原則來講，他是很少數的狀況。所以，我想吳代表跟組長講的話都沒有錯；吳代表講的是事實，組長講的是比例原則。

主席

好，如果是屬於極少數的個案，就用個案處理，不要在通案討論，因為很顯然無法這樣處理。好，大家還有其他意見嗎？剛還有一個問題，溫醫師第 3 個問題。

溫醫師哲暉(張代表金石代理人)

醫師訪視費居家的點數跟重度居家的是沒有分別，就是一樣的點數；可是在護理人員，有四類，而且他的甲類安寧或乙類安寧，明顯都比醫生高。我們就覺得醫師在重度裡面，你有些情況是很危險，就像我剛才講的可能是 tracheotomy, Foley, NG tube，或是肺炎或是整個都要評估的，有 open heart、做過 CABG 的，這個比較重度，有可能訪視時間會超過 1 個小時，那完全跟居家比較簡單，都一樣點數，這個是不是可以做個調整，謝謝。

何代表語

主席，那個 10 公里大家反應那麼多，我在這裡是不是說把它改為 10 公里左右為原則？因為 10 公里的左右就是左邊可以到 1 公里，右邊可以到的 19 公里，所以就不超過 20 公里。

主席

好，謝謝。

何代表語

實際上不用在意這些啦，因為後面有一個「不在此限」這 4 個字嘛。那我建議是說，先推動 1 年，1 年以後我們來檢討，有哪些不適宜的地方，再做改進；或者要半年檢討 1 次，我建議是這樣子做，好不好。

看得那麼仔細，還提這麼多問題，真的不簡單。

最後做幾點結論：首先，山地離島 24 小時上傳的部分，有關無法上傳有異常代碼部分，請醫管組文字作修正補充，這是剛滕代表提的；第二個部分，是很多代表提到居家照顧是否可跟長部為照的居家部份長期可以做結合？眼前現階段我們是個案發現的部份先做結合；至於將來的照顧跟照顧作結合，可能下階段；因為我們現在不承接長照的服務，所以我想列為未來努力的目標，目前仍是以病人為中心。

第三個是「健康存摺」的部分，滕代表很堅持，上次會議也說要專案處理，所以這監測指標暫時拿掉；但是，我們加一個指標，就是王代表剛建議，住院個案出院後 14 日內的再入院率，因為居家有住院個案，還有非住院個案，就加一個「住院個案出院後 14 日內再入院」來取代健康存摺的下載率；但是健康存摺專題還是會列在另外會議單獨討論。

第四點，這案修正通過，公告之後，還是會請分區業務組，開共管的會議的時候，能夠再跟所有願意承做的院所，再做的行政上作業的詳細說明；我們會請分區業務組，特別去輔導轄區的社區醫院跟基層院所(含衛生所)，組成居家照顧的團隊，努力地去做到地化，希望服務；希望在居家照顧的部分，社區醫院跟基層院所(含衛生所)不要缺席，特別已經有成立相互關聯的家醫群，更不能缺衛生所。社區醫院可以來承接居家醫療的服務，我們會請分區業務組進行協助與輔導，希望服務能夠在地化，然後全面展開。至於說分區，能夠朝這樣的方推動。好，不曉得大家還有什麼意見嗎？好，沒有。我們就修正通過，謝謝大家。接下來，第三案。

第三案

案由：應用 105 年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案。

主席

好，謝謝。有關本年度利用醫院跟西醫基層總額非協商因素調整支付標準案，請各位表示意見。請，黃代表。

黃代表啟嘉

因為我同時也是兼健保會的委員，跟何語代表和滕代表一樣，這次調整拿我們的成長率來調整支付標準，是健保會的時候，大家委員作的一個意見。所有委員的意見，西醫基層也的經過討論，現在主委也在這邊，我們這次就是調整 1-30 人部分的診察費，把這個非協商因素的成長率拿來作支付標準的調整，只是在後面表裡頭，有些地方是有錯誤的，想要麻煩作個更正，因為我們講的是調整診察費的部分，從第 59 頁開始，西醫基層是門診診察費 1-30 人的部分調成兩個項目，這兩個項目指的就是一般診察費跟精神科的診察費的第一階段，但後面這邊，我想請主委跟大家說明一下哪些地方有錯誤。

陳代表宗獻

第 59 頁是對的。

主席

對，66 頁是有問題嗎？

陳代表宗獻

然後，後面那邊，因為醫院改變的項目比較多 149 項，現在改下去跟著就改到了。

主席

你看到 66 頁是基層的，你只要看基層的部分。

陳代表宗獻

66 頁是對的。

主席

對，基層現在只有調兩項，1-30 人還有未開及慢箋並交付藥局調劑的 1-30 人次，這兩項。

陳代表宗獻

對，還有，像 69 頁，69 頁改了之後，把急診診察費 478 槓掉變成 540，這是醫院在調，但是如果 478 沒有保留的話，連基層都會調到了。

主席

等一下，540 這是基層的嗎？

陳代表宗獻

這個是醫院的。

主席

醫院的，兩邊都共用嗎？

陳代表宗獻

它現在變成共用，變成這邊也調。

主席

這是不分檢傷分類的急診診察費，所以基層也適用嗎？

陳代表宗獻

對，但是不能這樣講，後面還有很多，像第 71 頁的精神科急診診察費也是一樣，01021C 原來是全部都一樣 505，醫院調整 570 的時候，505 則把它槓掉，其實 505 還是基層的，基層還在，基層只有調整兩項，所以後面這些項目都沒有調整，要不然錢不夠用，

這應該是個誤植。

主席

這個碼是共用的，因為基層只用 12 億，還有剩。

陳代表宗獻

不是，這就不是改兩項囉，這改下來非常的多，包括山地離島巡迴醫療、住院會診費，還有什麼一般病床，全部都改。

黃代表啟嘉

把基層跟醫院共用的部分全部改到，我們這邊有一個表格，可以給你們參考，因為本來基層部分就是改兩項，但是你在調醫院的時候，順便把我們跟醫院共用碼的部分，屬於基層的部分全部調到，這個地方要脫鉤，這是講道理，因為你一旦動到這裡，將來有些地方還是會動到。

主席

好，黃代表，我們理解你的說法。來，羅代表然後何代表。

羅代表永達

主席，我想剛在第三項的說明醫院協會的開會中，我們希望能夠調整支付標準基本診療章或者是直接挹注，醫院協會在 104 年 10 月 13 日有正式行文給署裡面，上面非常清楚說，我們一致反對已用非協商因素預算以支應支付標準，建議另尋經費預算，假設已同意的，我們代表醫院協會作這樣的，一個聲明，第二件事情，同醫院的結構跟基層是顯然不會作這樣的，因為以基層的醫師來講，他醫師的診察費都是左邊口袋和右邊口袋的問題，不管怎麼調，都是醫師可以拿到，可是醫院不一樣，我們都知道這個東西是，當是醫師一生什麼事，這大家都不很清楚，我們在 102 年或 101 年到底發理一個落後指標，這大家都不很清楚，我們的護理費提高，當時的護理費提高，當時五大科的要求，設置標準提高，然後很多藥師的現象裡，新資提高，當時五萬多塊調到 5 萬塊甚至 6 萬塊，造成這麼多現面，假設我們先不要談合法不合法的問題，如果按照這樣的調整，式的時候，醫師也罷，沒有給醫師也罷，這些錢都是拿不得已，醫院有以診察費的給醫師也罷，沒有給醫師也罷，這些錢都是拿不得已，醫院有以診事人員的，所以這樣的調整方式，說實在話，都是拿不得已，醫院有以沒有增加成本，很明顯是有的，譬如說，醫事設置標準，當中，以 care 四床，現在只能 care 三床，這些錢要從哪裡，是醫院裡面用很多的貼補，像什麼，像急診的醫師我們用錢去貼補，根本不是診察費的問題，是我們已經拿錢去貼補的東西，所以對我們來講，他很難去講清楚說這個錢要放在什麼地方，所以最後我們建議才說，就直挹注點值，再回到法的層級，這本來這個錢就是一個薪資調落後指標，過去我們已經發生那些，包括人口結構，我們的薪資調支標準，這都是已經發生的東西，包括病人的嚴重度等等，這些東西都是存在的東西了，所以醫院協會的立場非常清楚是說，

們認為說，這件事情應該不予討論。然後，你如果說，假設有另外預算的時候，你才可以這樣做，我們還是一致反對說，使用這樣非協商因素來支應這樣的一個支付標準，以上。

主席

先何代表，然後謝代表。

何代表語

主席，因為我們剛剛才看到醫院協會的意見，但是我認為我們昨天晚上7:32分才收到這份資料，依照整個議事規則我是7天前的給我們資料，就是醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法的條文裡面，還有這個議事規則裡面都有規定，所以我根本就沒有好好詳細看，這是第一點，第二點，我現在思考一件事，就是說這些錢，90億多，現在滾入診察費以後，在106年的時候，是否這些錢，90億多，現在滾入診察費以後，在106年的時候，變率在總額陳報給行政院的時候，又墊高醫療服務成本指數，變商率，這樣的話，就又把我們加上去了，所以我在明年總額協商的時候，昨天我早上看到資料以後，我就在思考，未來醫療服務成本指數改變率要不要先減掉這90億多，再來換算改變率，或說在我們那個物價指數成長改變率裡面，要去扣除醫療服務成本指數改變率，要先扣掉，先去扣掉，這是我現在規劃106年總額要協商的時候，未來，這個月我已經提三個案到健保會，所以下個月的我會再提有關，我這個月提三個案，我下個月開始要直提錢的案，所以我認為這些都要重新思考的一個問題，這是我觀點，如果再把這個90億加入作為醫療服務成本成長的總金額，又變成一個改變率，明年又要再加進去，又要再滾進去，我認為這樣是很不適宜的方向，這是我的意見，謝謝。

謝代表文輝

其實這是一定原則，像剛剛講如果，這是參與我們總額協商來從民國90、91年開始，每年都有談總額，這次說用非協商因素來調整支付標準或來調薪，這個是創舉，顯然違背我們長期以來對非協商因素之認知，如果我們今年贊成這樣的改變，那顯然就是一直我們自打嘴巴，像干代表、何語代表，都是長期從費協會就一我們到健保會，那事實上就是我們用105年的何代表及干代表打我們以前104年及以前的何代表及干代表因為我們以前認知不是這樣以前認知的非協商因素是落後指標是針對前兩年的物價波動或薪資波動來做調整，那他的目的只有一個就是維持你醫療水準的恆定性，就是說你會因為物價波動多10%，就像是我們公共工程若物價波動上漲超過一定比率即作為調整以維持工程品質。其實是做一個維持基本品質的調整，所以為什麼叫做非協商因素，根本的健保會需要的跟各個總額協商非協商因素，那是因為之前說好的公式算出來的，那不需要算，那就直接加，這是過去的邏輯。如果今年105年來改變邏輯，這個唯一的改變就是因為我們有外行的部長政策指示，所以我認為我們要因為一個外行長官而違反基本邏輯？也要跟基層陳主委報告一下你們10幾年拿非協商因素也很多耶，醫院從94年開始2.7幾、3.8幾全部都要吐出來都好幾十億，基層也要吐出來，現在突然發覺這非協商因素是要來調支付標準、

部當就，如剛應支打要且不然，題，剛它在直得而，不定議費，我認為一覺？，確一個房像我認為要則案經一病就，我認為要原定已另的，要如我還的經已就其論，要如我還告已就其論，要如我還公商那跟去付，是所以已額協，然費以支，是所以商總額當理可的，是所以商額我哪些護這，是所以總說要準察調 day care 標準，沒有不滿意，謝謝。

主席

不好意思，先請沒有發言的代表。請徐代表。

徐代表弘正

討論這問題也參加許多會議，我記得我上次參加會議的時候，是也方勝道這這我們當然我知這道這會，我記得我上次參加會議的時候，是也方勝道這這我說受否可，再給健保，多醫院協，我不知知道提這樣的建議是否適當。

主席

謝謝，好，干代表。

干代表文男

我的看法跟滕代表有點一樣，但是又要讓你們調整，因為在協商的時，候已經言明，非提高，這其實，但錢都是我還是維持診察費，這個紀錄都寫得很清楚，不要說你們協會研商什麼，跟真正要看診費點數很低的話，清的時又說看診的人少。我們不，希望有這種現象發生，我們協商核裡初再再給這些錢，就是要調整支付標準，今日提出來，滿不滿意，這只是報健保署不一樣。

徐代表弘正

你可以設定一個範圍，診察費設定一個範圍，我們還是在這範圍內做調整。

千代表文男

我是希望說，健保署已經提出來了，你們再說哪個地方不好會討論很久很久，沒辦法各項來討論，它寫下去就定案了，因為你們的看法也不同，你們各層級裡面看法不同，每一科看法也不同，要看診用多少時間、費用要用多少，有固定方式嗎？以上。

主席

謝謝千代表，再來謝代表，然後林代表。

謝代表文輝

關於這一項，其實在總額協商的時候有爭議，後來是兩案併陳，併陳後部長裁決，這個爭議涉及的是法律的層次，因為依據健保法26條很明確的寫，要調整支付標準，要有它適當的財源，那非協商因素是適當財源嗎？這是法律的爭執。我覺得涉及這個法律協商層級，其實是超過我們所有的法定支付標準的調整財源嗎？這是法前釐清，非協商因素是我可以拿來當支付標準的調整財源嗎？這是法前釐清，非協商因素是符合健保法第26條，可以拿來當支付標準的調整財源。26條就寫你要調支付標準，要有適當的財源才可以在財源底下，像復健不提調整，其實它重分配也可是，以前我們以前沒有指明預算調支付標準的情形，事實上也有過，像急診，診察費比較高、比較低，也沒什麼預算，我們就直接調，所以支付標準只要大的爭點是說，非協商因素可以適當支付標準了。調整預算嗎？可能先把這個釐清後，

主席

好，謝謝，先林代表。

千代表文男

我把事情釐清，因為在總額協商裡面講得很清楚，雖然沒有規定說一定要診察費、診療費，但是這個錢是多出來，你們說不的，正當的財源，這個是正當的財源，什麼叫正當財源？如果沒有那麼多的話，就照何語何代表的說法，重新來算，算下去一下子多那麼多的出來，所以在協商中是有正當的財源指定要給你們調診察費，和的時兩案併陳不是項目的問題，是總額的問題，你們提出來跟和的總額不一樣。這個不是真正爭議點，你們想太多了，謝謝。

林代表綉珠

謝謝，護理全聯會非常感謝貴署將病房費、護理費部分做了些調整，看起來調整的單位是在嬰兒病房、ICU、隔離病房等，唯獨在一般急性病房部分，雖有註明說護理費要符合全日護病比的加成項目，但事實上急性一般病床的床數還是佔最多，護理全聯會希望護病比的級距的加成數能夠跟著這次調整而拉上去，就是由

原來的 9%、10%、11%，修正為 9%、14%、19%，這是我們之前提議的，這部分提給貴署，希望能幫我們考慮進去，在一般急性病床護病比部分，直接嘉惠到病人照護部分，以上。

陳代表宗獻

我真的是想不到這個事情搞得這麼複雜，護病比什麼都進來，現在是這樣，我們去看非協商因素裡面的成分，主計處的物價指數、消費者物價指數裡面，是這個，因為這些物價指數會高會低，有時會負成長。我想問說，如果我們把非協商？而且現在這個非協商因素是兩年前的，反映兩、三年前的，之是所以會說不反對調整那兩個項目，是因為我們那兩個項目真的非常地低，一直地偏低，我們當初沒有覺得我們是在總額明年會比較多一億，後年可能就糟糕，因為墊高會掉下來，這種情況下，我們只是認為我們拿了 12 億出來做這個地方的修正而已，不說我們贊成非協商因素拿來調整，只是剛好時間上巧合。

主席

好，謝代表，然後何代表。

謝代表武吉

剛才大家講的很多的東西我就不談了，這是我們偉大的衛福部長的政策指示，我們在 12 月 10 日也去拜訪過他，他好像對醫會的東西瞭解多或少，真的是有堪慮的地方太多了，堪慮是會去處理這塊，因為過三天可能是政府的大結構又要改變了，太急了，政府大結構改變時，人家的看法會怎樣，也是要尊重第三點，我附議何代表的看法，這些東西我早上去上班時才看到的，來的時候，在車上又在睡沒看，我想說應該沒什麼東西也，沒注意看，事實上就是大家都沒準備的狀況下今天來談這個，所以我覺得附議何代表的看法，應該是要七天前給我們瞭解以後再來處理，最後我的看法就是大家意見分歧很大又很多，且疑點很多，這個案件就不要再討論了，保留，下一次要怎麼談再談啦，謝謝。

主席

好，謝謝，大家還有意見嗎？

何代表語

主席，我剛才的發言並不是反對支付標準的調整，是我早上看的時候，我認為有些部份不是很清楚。第二點你這調整護理費的部分是 10 億 8 仟 7 佰萬，我們在基期裡面有滾入 20 億，這兩筆金額有沒有關係？這是另外 10 億編列還是這 20 億不是同的編法？所以要弄清楚。第三點，我認為這些項目裡面，是不是這些編出來的調整項目是不是很周全，還是有些部份沒有調到或是不必要

懷在，後
心我們辦最
界我要結果
醫好像知的
讓好不商
就者也協
決費們等
裁消我對
的在時個上
樣現做一
，這。樣是
決無不，但
裁也很或該
怎樣也，不
要我們，不
最後，給不
最這不認得
席這若家覺
主都人家大
下一次人界
教。的，醫
請恨的，問
只是怨錢似
只多要然不
卻變你成這

主席

我們共同經表，
也依據部的指示、健保會法會大對請梁代表再跟大家做說明。
是訂會係在健保會這大會家對請梁代表再跟大家做說明。
擬訂這會議的，但剛大會家對請梁代表再跟大家做說明。
必須了解的是，剛大會家對請梁代表再跟大家做說明。
主管機關也是代表，請梁代表再跟大家做說明。

梁代表淑政

有關105年總額之協定及分配，健保會已在去年底公告。各
總額部門的醫療服務成本指數改變率，就依據其公告內容，各
來作為支付標準的調整。另外關於非協商因素，是用於公佈內
素來的差別，在於非協商是以公式來計算，數值是用於公佈內
至於應用的部分，也可以是健保會協商的內容。本會公告的事
本指數中，人事費用成本部分，主要採用「工業及服務業」薪
以「工業及服務業」薪資與「醫療保健服務業」薪資的變
各佔二分之一來計算。因此，不是全用醫療保健業的
付標準的調整對其影響有限。最後，回到本會
來擬訂相關支付標準的調整，因此，這部分就得依照
擬訂相關支付標準的調整，以上說明。

謝代表文輝

這很矛盾，既然他不是直接反應所有的調整就調整在支付標準上，
支付標準就是醫療人員的費用像醫師的手術、們病費，你在涵蓋的
其實整個服務業，服務業裏面這個完全符合以前有資，你在沒辦法
其時，我們已經用了，所以醫院的包含歐巴桑，當然，我們現在所
開你服務業不包地，含歐巴桑，當然，我們現在所
許既然認那掃地，包含歐巴桑，當然，我們現在所
既改變包括完是沒道理，而且那其實，是補103年再提請那非
付標準？這完全是沒道理，而且那其實，是補103年再提請那非
距，所以這是法律上，有爭議的，我非協定性，雖然表
是因素就維你原來的103年評量那個時候的位階，讓
上錢，那就維持你原來的103年評量那個時候的位階，讓
大的的品質，實質沒有增加錢，那認為那是先談，從91年
的品是覺得這個定以前是也應該追溯，從91年
我完沒了。否則以前是也應該追溯，從91年
都有80幾億甚至百億，所以我是覺得這個爭議性很大，慢

什麼時候有定案什麼時候再調整不會影響你點值的結算，所以我
是覺得這個有相當爭議性的不要冒然就作這樣的決定。

梁代表淑政

再次說明一下，105年總額的協定與分配，健保會已經依照法
定程序完成公告，也就是已經定案了，就必須依照其公告內容執
行。至於非協商因素，是用公式計算出來的，在醫院總額支付的
度規劃時，醫療服務成本改變率就是可以用來調整支付標準的，
只是因105年其額度比較大，所以我們應該要來落實這項目預算
的運用，以後有可能每年也要這樣做處理。

何代表語

主席，我昨天特別打電話請教負責的承辦小姐，我提出兩個問
題，第一個是我在醫療服務給付項目及支付標準的會議我有沒有
權利提案。第二個，如果醫療服務給付項目及支付標準搞不通的
話，我沒有權利去提到健保會討論。所以我昨天開始就開始蒐
集健保會的主持任務跟組織的議程跟辦法，後來我發現到~我又去請
教很多法律學者專家他給我的答覆，我會發一封信給大家，就是
只要醫療院所跟健保署簽訂合約以後，所有的醫療院所都要依據
健保法條文的規範，還有健保署所發出來的施行細則、任何辦法，
及六項任務，前三項是錢的事情，後三項是監理事的事情，我們
都有權利提案、建議、發言、表決，我昨天就一直在追這規範，事
所以我們已經拿到。另外就是我們這個給付項目及支付標準的議事
那裏面沒有寫說可以提案跟不可提案，如果你沒有寫可否提案，
我的意思是要回歸健保法跟健保會的委員組成議事辦法來作業，
如我乾脆都提到健保會來決定，看有沒有違法，我認為沒有違法，
因為我這次很用心去請教很多法學專家、教授問我們付費者代表
的權責到底規範到那裡去，所以我昨天就打給承辦人員請教我的
提案權在那邊，這是我的意見，謝謝。

主席

好，謝謝何代表。這會議代表是可以提案的，但是提案的內
容必須跟給付項目跟支付標準的調整或修正有關係。超過這範圍，
即不是本會可以討論的範圍。

好，本案經過主管機關梁代表的說明，本組係依據上級長官
指示，及健保會的決議來執行。目前105年總額協商已經確認，
方向也確認；中醫總額及牙醫總額也都用非協商因素的調支付標準，
而這項中、牙總額的提案已經在去年最後幾次的會議都討論
通過，也公告實施。至於西醫的部分，因為限於大家討論時間不
夠，所以延到今年才討論，事實上也應該是要照大健保會的協商
結果，但顯然現保所案時不見得是今年元月生效；但西醫部分經
健保會討論，所以這會議還是沒有任務要來處理；西醫指數變
率在還沒要執行的項目，就是非協商因素裡頭的成數，本指數
增加的要預算用，就非商因有代表提到今天提出來的案時不
會增加，昨天我們提出一個草案，但顯然醫院的代表、各層
級意見不一。

謝代表文輝

他這個裡面第七十九條(一)原決議案尚未著手執行者。那的確我們 DRG 還沒有執行。

主席

對。

謝代表文輝

第七十九條(二)具有與原決議案不同之理由者。我們這次陳述的理由還有我們提出的十二月四日中國時報的資料，那都是新的資料，所以希望能夠…應該是符合復議案的條件，希望各位代表能支持讓我們下次有討論的機會。

主席

好，謝謝，各位代表有意見嗎？請，林代表。

林代表綉珠

對不起，我只是提議一下剛才就是提到整個協商的部份是請台灣醫院協會來辦理，這部份是不是台灣醫院協會也可以邀請護理全聯會一起加入參加討論。

主席

好，請台灣醫院協會。

謝代表文輝

我會轉述。

主席

這是剛那案。好，謝謝。請，滕代表。

滕代表西華

依照復議的，我們先在這裡說議事規則跟我個人的想法，我個人想法跟議事規則不一樣，根據議事規則這個復議的理由如果按照我們現在提出來的議案的描述老實講並不符合第七十八條，也就是說第七十八條先成立才有第七十九條的要件，應該是這樣子的，所以不能用第七十九條的要件來說第七十八條的可以提，這是法的部份；但是我很願意支持再討論，所以呢要拜託一下就是說你這個復議案的案由就是要符合，你要跟我說是什麼情勢變了、那發現了什麼新資料，這才是復議案的提案案由。

滕代表西華

沒有，謝院長你要聽我講，這對我來講不是新資料，意思就是說今天各大醫院的盈餘是不是要跟 DRG 的加成有關連你要描述嘛，對我來說我覺得這好像沒關連，我感覺好像賠本跟…就是盈虧這件事跟很多事情都有關連，那是不是要跟基本診療加成他們之間存在著什麼關係我們需要知道，這個論述要有嘛，如果你要用盈

費加什麼因醫？有，的再什麼說區加是會，理由為你地再確機，較理我，症要的的，比有以看重還他考，本來沒所家正麼，思是當低，大真什麼，大都是當低，大真什麼，大費所比較，但來很給大房高拉考的算也都要病很你思的算也都要費都給的較基礎的不一診察醫院新比院低一下，的診區提給間大討一他、地們要大量再一算費因我幾間大家再就房說說所幾採大論來病有。高十實有會你基礎成比較二事實機院的基礎再標準加得一個醫的基礎再標準加得一個的以理置作他再覺得一作的，你有設置作他再覺得一有用，說沒他沒在應給我們拜託

主席

請何代表。

何代表語

我是支持他提復議案但是下次再討論，因為今天醫界的都不在，那醫界都不在的時候，我們認為真理越辯越明，看你們大醫院、中型醫院、小醫院辯一場給我們聽聽嘛，也讓我們了解你們醫院來做決定嘛，好嗎？我贊成是這樣子。

主席

好，謝謝。請，干代表。

干代表文男

其實我們都做白工你們事先三個層級都討論過也經過共擬會議，上到上面也都完成程序，你現在都還沒開始作就提起來說要復議實在是…莫名奇妙。

謝代表文輝

還沒做才要做

干代表文男

對啦，都還沒開始作，孩子都還沒生出來呢～不知道是圓是扁是好是壞還是臭頭小子都還不知道呢？

謝代表文輝

還沒做就有意義

干代表文男

你還沒做是沒錯，但是那個程序你要是有下來，你也在去年共擬會議上提出來講作一年之後馬上檢討，不行就馬上改，你才有一個實際的數據，不然你講的很空洞，我建議你們提供者先去討論好，你們要是能夠說的過去在這裡就能說的過去，要是說不過去我們在裡也沒有辦法幫你解決，以上建議。

主席

謝謝大家的意見。因為復議案很少發生，所以須弄清楚。依照七 78、79 條。78 條，若代表們同意有新事證或是情事變遷，當然復議案便可開始探討，然後須具備 79 條第三個要件。第三個要件須十分之一的人附議，即是三個人，因此形式上已具備，但是現在代表們內容上不具備，想徵詢在座代表同意，雖然今天沒有時間討論。但因為依照 79 條規定，若復議案成立是列在下次討論，所以也非今天能討論，但是各位代表是否同意復議案成立？復議案要成立就列入下一次討論。

千代表文男

表決一下贊成不贊成復議這樣才對。

主席

贊成復議案成立嗎？

千代表文男

清點一下。

主席

剩下幾位？

千代表文男

就不夠了啊，很明顯的不夠，復議案哪能成立？不成立的啦。

主席

現在先看復議案是否成立，假定現在是照這個議事規則，因為現在沒有要去討論內容，只是就這復議案要否成立，如果成立就是下次會議討論，如果不成立下次也無法列入議程。

另外剛從各位發言裡提到說事實上即使同意，內容也得修改，否則也會不同意，因為感覺新事證未成立，現在有些缺陷，在這種缺陷之下，顯然 78 條沒有成立，79 條形式上具備，是否列為下次的議程，現在是有問號？所以不知道各位代表覺得現在要讓提案人再補資料，還是就表決？

千代表文男

清點看看啦。

主席

清點看看。

潘代表延健

表決是要清點，最基礎的理由你要成立之後才能夠進入正式程序。

主席

請各位代表跟我們作個共同決定，是否要成立復議案或不成立？是否通融他們補資料或不通融？或是下次補資料再來決定復議案成立與否？意思指如果要完全具備 78 條、79 條，則表示今天沒有反對復議案成立，但內容並不具備，至於內容不具備到底要先成立後補還是補完之後再來決定成立與否？

請各位代表針對補完之後再決定復議案成立或不成立？還是先同意成立然後後補資料？兩個選項。

何代表語

主席這個不構成會議規範的要件，如果以現場人數已經不過半數了就已經不能開會了嘛，只不過說讓他回去補資料補完後你下次提復議案出來。

主席

主席沒處理過復議案，不是非常了解，謝謝何代表。所以沒有反對提復議案。請提案人 1 月 28 日臨時會再重提復議案，然後把新事證跟資料補齊，代表們再來同意復議案是否成立，是否大家意見是這樣或是要先成立再補資料？請表示意見。

干代表文男

我說程序不合法，一切也是不合法。

主席

不然今天復議案擱置，下次提案單位再提出時，若符合要件，當天就討論，這樣折衷可以嗎？

滕代表西華

好啊。

主席

就是不要再延下次討論，是否這樣可以？

滕代表西華

非常好。

主席

好，大家同意今天先擱置，然後下次再提復議案，假定符合 78 條當天就列入討論。

滕代表西華

好，沒問題。

主席

不要影響議事規則。

謝代表文輝

不要違反議事規則。

主席

OK，謝謝各位代表。