

# 全民健康保險居家照護個案醫師訪視費之 爭議案例討論及衍生之長期照護議題

## Dispute on Physician Fee of Home Care Visit Under the National Health Insurance and Related Long Term Care Issues

黃信彰

台北榮民總醫院 高齡醫學中心副召集人、家庭醫學部主任

國立陽明大學醫學院家庭醫學科教授兼主任

台北市立聯合醫院顧問

### 摘 要

台灣人口快速老化，目前台灣大於 65 歲老年人口佔全人口數之比率已大於 10%；而隨著老人人口快速上升，老年人常有之慢性病、生活功能障礙與認知功能障礙之盛行率亦呈現急遽的上升；這些功能障礙者、失能者或缺乏自我照顧能力的老人，除了健康與醫療服務外，也需廣泛性的長期照顧服務。依現今我國長期照護相關法規，長期照護在提供生活及身體照顧相關服務方面由社政體系負責，醫療與技術性護理服務之提供則由衛政體系負責，長期照護醫療給付部份則由全民健康保險所規範。如何能整合社政及衛政體系來提高長期照護品質是很重要的。本文以全民健康保險爭議審議會審查長期照護個案之居家照護醫師訪視費之爭議案件為案由來探討針對居家照護個案醫療行為之規範管理、醫學倫理、資源分配利用之公平性加以申論並提出建言。

#### 一、案 由：

全民健康保險爭議審議會審查居家照護爭議案件中，發現健保局北區對部分收案來源為照護機構及護理之家之案件，以「護理之家或照護機構病人應由轉介單位之醫師開立醫囑，收案後有特殊病情變化才由特約醫師評估。」為由核刪收案或延長照護當次之醫師訪視費，惟此核刪理由

與全民健康保險居家照護相關給付規定不符；另按護理機構設置標準規定，對護理之家收案之服務對象，應由醫師至少每個月診察一次[1]。惟依全民健康保險居家照護相關給付規定，符合居家照護收案條件之病人，經醫師診察，每 2 個月可申報居家照護醫師訪視費[2]；同時長期照護病人都有多重慢性病，定期需一般全民健保之

門診醫師診療及處方，這些針對居家照護個案醫療行為之規範管理、醫學倫理、資源分配、利用及整合都值得加以探討。且長期照護在收案來源為自家醫院附設護理之家之居家照護病人與一般居家個案給付內容完全相同，給付之公平性亦有待商榷。

## 二、案件敘述：

本案係爭議居家照護新收案個案或延長照護個案開立醫囑當次之醫師訪視費，初、複核略以：「護理之家或照護機構病人應由轉介單位之醫師開立醫囑，收案後有特殊病情變化才由特約醫師評估。」、「707A（依據病歷記載，非特殊或複雜病例，無

重複評估之必要。）」為由核刪。惟依全民健康保險居家照護給付通則規定「非住院個案符合收案條件者...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；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。」，依前開規定照護機構與護理之家之居家照護個案應屬非住院個案，健保局之核刪理由與前開規定不符；相關案件之居家護理個案其收案來源如表一所述，個案之疾病診斷如表二所述，個案之照護需求如表三所述：

表一、xx 護理之家居家護理收案來源

收案來源	案數 (n=63)
A護理之家	13
B護理之家	10
C安養機構	11
D安養機構	7
E安養機構	6
F安養機構	3
G養護所	7
H養護所	6

表二、xx 護理之家居家護理個案疾病診斷

診 斷	案 數
腦血管疾病後遺症(CVA)	27
CVA、糖尿病(DM)	7
CVA老年癡呆	4
CVA吞嚥困難	4
DM	4
老年癡呆、吞嚥困難	2
老年癡呆	2
脊椎狹窄	2
其他診斷	11

註：其他診斷包括：慢性阻塞性氣喘、膀胱破裂、脊椎狹窄、肝硬化、小便滯留、吞嚥困難、多發性硬化症、老年性精神病等

表三、xx 護理之家居家護理個案照護需求

照護需求	案數 (n=63)
胃管	28
尿管	9
胃管及尿管	22
胃管及氣切	2
尿管及氣切	1
胃管、尿管及腎臟造瘻	1

三、爭議審議對居家照護案件之受理醫師訪視審議情形及審查共識：

衛生署爭議審議委員會針對 95 年 7 月 1 日至 96 年 6 月 30 日所受理之居家護理審議案件如表四所述，其中受理醫師訪視費之審議案件如表五所述

表四、爭審會 95 年 7 月 1 日至 96 年 6 月 30 日受理居家護理審議情形

局別	受理及審議數	駁回案數及比率(%)
北區分局	342	254 (74.27)
中區分局	114	42 (36.84)
南區分局	179	165 (92.18)
高屏分局	54	39 (72.22)
東區分局	5	5 (100)
總計	694	505 (72.77)

表五、爭審會 95 年 7 月 1 日至 96 年 6 月 30 日受理醫師訪視費審議情形

局別	受理數及審議數	駁回案數及比率(%)
北區分局	148	67 (45.27)
南區分局	73	73 (100)
高屏分局	11	8 (72.73)
總計	232	148 (63.79)

本案 xx 護理之家之居家護理案件受理醫師訪視費審議結果為 63 案中，62 案撤銷另核，另有 1 案因二個月內重複申請醫師訪視費予以駁回，針對居家護理醫師訪視費，爭議審議委員會審查室建議之審查共識為：

1. 新收案個案：檢附資料符合居家照護收案條件者（包含一般居家、護理之家、安養護機構等病人），開立醫囑當次檢附完整訪視記錄者，同意給付。
2. 申請延長照護個案（包含一般居家、護理之家、安養護機構病人）：應於前次核

定迄日之前一個月內訪視評估，對於逾 2 個月未申報醫師訪視費，且檢附記錄詳實者，同意給付評估延長照護當次醫師訪視費。

#### 四、爭議審議針對居家照護相關照護議題之探討：

(一) 實證醫學依據：台灣人口快速老化、長期照顧需求人口數快速增加

台灣老年人口（大於 65 歲）之比率於 1993 年 7 月跨越全人口之 7%，進入高齡化社會（aging society），從此台灣老年人口比率逐年提高，至 2007 年的老年人口提高到 10%；於 2010 年左右人口老化現象將因二次世界大戰後出生之嬰兒潮世代進入老年而更明顯，預估老年人口於 2017 年將增加到 14%，預估 2025 年台灣人口中將有五分之一為老人[3]。台灣人口老化之速度高居全世界第二，從高齡化社會至高齡社會（aged society，老年人口比率佔全人口數之 14%）只需 26 年，台灣對於人口快速老化之因應不如歐美已開發國家有百年之時間來因應。

隨著老人人口快速上升，老年人常有之慢性病、生活功能障礙與認知功能障礙之盛行率亦呈現急遽的上升；這些功能障礙者、失能者或缺乏自我照顧能力的老人，除了健康與醫療服務外，也需廣泛性的長期照顧服務。依據 2000 年 12 月

行政院主計處之「戶口及住宅普查」報告顯示，估計台閩地區約有 33.8 萬人需要長期照顧，65 歲以上人口佔了其中之 54%，失能長者佔全體老年人口之 9.7%[4]，又依據內政部 94 年委辦之「我國長期照護財務制度規劃研究」報告，2006 年全人口當中具 ADL 及 IADL 失能者達 55 萬餘人，預估 2016 年將成長近 30% 達 72 萬人，顯示長期照顧需求不容小覷[5]。行政院於 2007 年 4 月核定「我國長期照顧十年計畫」，規劃於 10 年內挹注新台幣 817.36 億元經費，以建構一個符合多元化、社區化（普及化）、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之長期照顧制度[6]。

#### (二) 長期照顧之相關法律及制度議題

現今我國長期照護相關法規，在社政體系係依據「老人福利法」及「身心障礙者保護法」規範，提供生活及身體照顧相關服務如餐飲服務及整理家務，而衛政體系主要為醫療與技術性護理服務之提供，依據醫療法及護理人員法規範醫療服務及專業人員；依居家照護之場所可分為一般居家及機構照顧，規範機構管理部份於安養護機構及長期照護機構由社政體系管理，而護理之家則由衛政體系管理；至於長期照護之醫療部份則由全民健康保

險所規範。如同本案居家照護個案之醫師訪視費，依全民健康居家照護相關給付規定，於護理之家內符合居家照護收案之病人，經醫師訪查，每二個月可申報居家照護醫師訪視費，但按護理機構設置標準規定，對護理之家收案之服務對象應由醫師至少每個月診察一次；而且於安養護機構及護理之家之長期照護個案，往往有多重慢性病如高血壓及糖尿病，又有定期於全民健保之門診醫師診療及藥物處方；對於這些行動不便之長者，有些由合約醫師定期巡診處理，有些如同一般居家照護個案辛苦搬動患者至醫療院所看診，否則只能仰賴家人至醫療院所代領藥品。對於照護長期照護個案之醫療服務人員有所重複且權責不易釐清。

### (三)長期照護之醫學倫理議題

目前居家照護所申請之護理訪視費用係以「資源耗用群」定額方式支付，其往往依賴管路之置換來判定，造成居家照護個案管路置放率偏高，如同本案之XX護理之家居家照護之63位長期照護個案百分之百有管路：84.1%有鼻胃管、52.4%有尿管（表三），平均每人有1.4個管路置放，而依據某醫學中心服務的安養護機構及一般居家之332位長期照護個案，87%有管路置放、74.1%有鼻胃管、36.1%有尿

管，平均每人有1.2個管路置放，又依據2002年之文獻報告顯示於台北市護理之家及養護機構1,221位住民中，29.2%有管路餵食，其中99%為鼻胃管，只有1%為胃腸造口術[7]，這明顯高於美國之9.7%護理之家住民有管路餵食而且絕大部分為胃腸造口術[8]。長期使用鼻胃管餵食有相當多壞處，如：鼻胃管放置位置錯誤、引起鼻咽部之不舒適及損傷、易導致吸入性肺炎、管徑小常被食物阻塞需常更換、僅能使用流質食物、有些藥物無法整顆投入、影響病人外觀和病人自我形象及自尊心、產生發音障礙、易為病人扯落而錯過餵食並影響病人之營養狀態、胃黏膜或食道黏膜易受損傷、引起消化道狹窄(Stricture)等，目前依據美國針對需長期管路餵食之建議指引，特別重視病人之權利，要先確認患者吞嚥功能受損才考慮管路進食，而鼻胃管進食只限於四至六週內，若需大於四至六週之管路餵食則應使用經皮內視鏡胃(腸)造口術(PEG, Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) [9]，其優點為：不易脫落或被病患自拔、不需常更換（視餵食管所使用的材質而定，一般半年至一年以上換一次）、不會像鼻胃管那樣造成鼻孔、食道或胃黏膜壓傷、潰傷及出血、較少胃液逆流所引起的食道炎或吸

入性肺炎、管徑比鼻胃管的管徑大很多又比較短，故餵食容易、照顧簡單、美觀，被衣服覆蓋，外表看不出。至於尿管置放狀況，台灣長期照護個案之尿管置放率可達24.6%[10]，遠高於美國的7.5%[11]及歐洲的5.4%[12]，同時文獻亦指出台灣之尿管置放個案中有62.2%為潛在性尿管不當置放，因這些個案可以自行解尿同時其餘尿<150ml[10]。由以上所述可見台灣長期照護個案之管路置放比率過高，是否是為了健保給付因素抑或照顧者為了減少照顧負荷而未重視病人權利，其倫理議題值得醫界深刻省思[9,13]。

#### (四) 長期照護醫療品質議題

依文獻報導台灣於安養護機構內之長期照護個案，營養不良之盛行率不低，身體質量指數（body mass index）< 20 Kg/m<sup>2</sup>者有41.8%，血中白蛋白< 3.5 g/dl有11.9%，血中膽固醇< 160 mg/dl有30.2%，而機構內長期照護個案營養不良隨入住時間而變差，在這些個案中如果追蹤6個月體重減輕>5%或血中白蛋白濃度< 3.6 g/dl可預測一年內其入住醫院之機會大，由此可見營養問題之重要性[14]。另外，長期照護個案都有不同程度之功能障礙或失能，復健之需求十分殷切，但由於這些個案行動不

便，長期至醫療院所復健機會少，故居家復健或機構內復健十分重要，但目前執行的不夠徹底。此外當這些長期照護個案因急性病至急診就診或入住醫院時，往往由不同之醫療團隊來醫治，往往病情複雜較不易掌握，而且出院後缺乏持續性之醫療，若能有團隊照護聯盟於門診、居家照護、急診及入院時提供便捷有品質之服務，定能提高照護品質[15]。目前全民健保實施之論病例計酬（case payment），以及即將推行之診斷關聯群（diagnosis related group）將會限制高齡長者之住院天數，而高齡長者因急性病入院或接受手術，即便急性病受到控制或症狀緩解，往往尚需有一段時間復健來恢復體力，才能安全回家獨立生活，否則會因於家中或機構中無法獲得足夠之復健而造成功能障礙，最後失能而需長期照護，故高齡長者於急性病之後之中期照護（intermediate care）、或稱亞急性照護（subacute care）、或稱急性後照護（post-acute care）十分重要，可以減少長期照護之負擔[16]。

#### (五) 長期照護資源分配、利用及整合議題

長期照護由於社會快速變遷，安養護機構及護理之家如雨後春筍般成立，機構內照護有明顯增加，然而政府之政策為「在地老化，社

區照護」，對於機構內收案之醫療服務與居家在宅個案比較所花費成本有所差異，在國內長期照護系統資源有限及全民健保給付之限制下，其資源分配之公平性及妥善性，值得商榷。

目前各地方政府之社政單位結合衛生單位成立長期照護中心，協助評估長期照護個案之照顧及照護需求，同時有提供居家營養諮詢以及居家復健，而自 97 年開始內政部之十年長期照護計劃亦提供額外之居家護理服務以及居家復健，如何能整合這些醫療資源，結合社政之生活照顧資源，是提高長期照護品質之重要因素。

## 五、以爭議審議立場提出建議 (position statement)：

### (一) 健保局方面：

1. 建請對於一般居家個案與機構個案(包含一般護理之家、醫院附設護理之家、長照機構等)之給付宜有區別。
2. 建請對於給付方式不宜以管路置換為給付標準及依據，宜以全人照護加強衛教、營養諮詢及復健，以提昇生活品質為目標。

### (二) 醫事服務機構方面：

1. 因應健保資源之有限，在居家照護支付標準相關規定尚未修訂前，建請醫療機構或護理機構，除依照規定申請及申報外，更應秉持延續國

內長期照護策略，宜有整合性照護團隊，由具有老年醫學相關照護訓練之專業人士領導，定期對照護個案討論照護問題，同時整合社政之生活照顧及衛政之中期（亞急性）照護，提供失能長者全面性之照護，以提高長期照護服務的質與量。

2. 配合我國長期照顧十年計劃引進社政及非健保資源。

## 〔後記〕

針對本醫療爭議案例建議事項，健保局回覆如下：

1. 健保局贊同居家患者與機構個案之照護量係有不同，為使護理訪視費用及訪視量具合理性，已擬訂支付標準修訂意見，將提全民健康保險醫療給付協議會議討論後修訂。
2. 有關全民健康保險醫療費用居家照護之支付標準第五部第一章所支付之護理訪視費用，雖以資源耗用分組訂定支付標準，惟其支付點數之訂定已考量病患整體之照護，如衛教、諮詢及復健等。

## 六、致謝

本文之完成承蒙爭審會羅素惠小姐提供相關資料及溫佳英小姐協助彙整，陳慶餘教授惠予審稿，謹致謝忱。

## 七、參考文獻

1. 行政院衛生署 護理之家 護理機構 設置標準
2. 中央健康保險局全民健康保險醫療費用支付標準 第五部 居家照護及精神疾病患者社區復健 第一章 居家

照護。

3. 行政院經濟建設委員會。(2006). 中華民國台灣地區民國 95 年至 140 年人口推估
4. 戶口及住宅普查。(2000) 行政院主計處
5. 鄭文輝, 藍忠孚, 朱澤民, 朱僑麗, 李美玲, 沈茂庭。(2005) 我國長期照顧財務規劃研究: 內政部委託規劃報告
6. 長期照顧十年計畫。 行政院衛生署 2008.
7. Lin LC, Wu SC, Chen HS, Wang TG, Chen MY. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:1118-23.
8. Mitchell SL, Kiely DK, Lipsitz LA. The risk factors and impact on survival of feeding tube placement in nursing home residents with severe cognitive impairment. *Arch Intern Med* 1997;157:327-32.
9. McMahon MM, Hurley DL, Kamath PS, Mueller PS. Medical and ethical aspects of long-term enteral tube feeding. *Mayo Clin Proc* 2005;80:1461-76.
10. Chen YT, Lin MH, Lai HY, Hwang SJ, Chen LK. Potentially inappropriate urinary catheter indwelling among long-term care facilities residents. *J Eval Clin Pract* 2009 (in press)
11. Warren JW, Steinberg L, Hebel JR, Tenney JH. The prevalence of urethral catheterization in Maryland nursing home. *Arch Intern Med* 1989;149:1535-7.
12. Sorbye LW, Finne-Soveri H, Ljunggren G, Topinkova E, Bernabei R. Indwelling catheter use in home care: elderly, aged 65+, in 11 different countries in Europe. *Age Ageing* 2005;34:377-81.
13. Tenke P, Kovacs B, Johansen TEB, Matsumoto T, Tambyah PA, Naber KG. European and Asian guidelines on management and prevention of catheter-associated urinary tract infection. *Int J Antimicrob Agents* 2008; 31S:S68-78.
14. Chen LK, Lin MH, Hwang SJ, Wang P, Chwang LC. Nutritional status and clinical outcomes among institutionalized elderly Chinese in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatrics* 2007; 44: 315-23.
15. 吳孟嬪, 陳亮恭, 黃信彰, 高木榮。 養護機構個案整合醫療服務模式之成效。 北市醫學雜誌 2008 ; 5 : 524-34.
16. 陳亮恭, 黃信彰。 中期照護：架構老年健康服務的關鍵。 台灣老年醫學暨老年學雜誌 2008 ; 3 : 1-11.