

在宅急症照護—— 會不會緩不濟急？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

隨著台灣邁入超高齡社會，失能人口與慢性病照護需求與日俱增，為減輕家屬往返醫院奔波之苦，並降低醫院交叉感染風險，中央健康保險署（下稱健保署）於115年5月起挹注約9,000萬優化「**全民健康保險在宅急症照護試辦計畫①**」內容，包含新增「提早出院模式」預估照護1,200人次、全面調增醫事人員給付、鼓勵醫檢師及放射師投入在宅服務，強化打造更具韌性的社區醫療照護體系。健保署陳亮好署長表示，自113年7月起推動在宅急症照護計畫，突破傳統急性醫療必須住院治療的限制，由專業醫療團隊到府提供靜脈抗生素治療及床側檢驗等服務，讓病人在熟悉的家中或機構環境，接受接近住院品質的醫療治療。…本次計畫修正重點如下：1. **新增提早出院模式②**，醫療無縫接軌：針對所有感染症住院且具備失能情形（巴氏量表小於60分）或就醫不便特性的患者，經醫師評估病情穩定且菌株適合者，可提早出院返家，以居家方式，接受靜脈抗生素治療，並針對「提早出院模式」新增**品質獎勵金**，凡達成指標（如：結案14天內無非預期再住院），**每案獎勵3,000點**。此舉不僅縮短住院天數，確保急性照護不中斷。2. **合理反映勞務，調升醫事訪視費用**：為鼓勵第一線醫事人員投入社區服務，全面調升護理、藥事及呼吸治療師訪視費用5%及調增每日醫療費中之**診察費**。3. **提高床側檢驗支付加成③**：針對醫檢師及放射師執行之床側檢驗項目，支付點數加成比例由原先的20%提高至40%，增加提成反映醫事人員辛勞。陳亮好署長強調，

本次修正不僅是制度的優化，更是以民眾需求為核心的照護升級，透過跨專業團隊的攜手合作，建構「**在宅安老、在地醫療④**」的友善環境，讓民眾在最安心的地方獲得周全醫療服務。（「健保在宅急症新增提早出院模式 守護醫療量能」焦點新聞，中央健康保險署，民國115年5月17日。）

「醫師，有病人來電說家人不舒服，可否請您到家裡看診？」櫃台姑娘摀著電話筒詢問醫師。

「妳跟他說醫師在忙，沒時間往診！」醫師停頓一下看診指示如此回答。

「什麼是…往診？」

「醫師沒時間去家裡看診，請他就近送急診處理最安全！」醫師這才發覺年輕人根本沒經歷醫師往診的年代，接著繼續看診：「不好意思、耽擱一下。」

「沒關係。現在年輕人真的不知道什麼是醫師往診！」病人的年紀與醫師不相上下，所以聽得懂。

「真是這樣！像我是由產婆接生的，年輕人很難想像曾有這種情形。」醫師在鄉下出生，當年醫師人數少，且無醫師法、醫療法甚至專科醫師這些規定。

「生得過，雞酒香；生不過，四塊板。」病人回應醫師的出生經歷。

「沒錯！聽先母講她是中午在辦公室突然發生陣痛，趕快回家待產，同時將產婆請來家裡，聽說臍帶還是用剪刀剪斷？」醫師講述

生活醫療法律・在宅急症照護——會不會緩不濟急？

六十多年前的往事。

「真假？用剪刀剪臍帶，不可思議！在我出生的年代…臺北已經有專門接生的診所及醫院，比醫師您幸運。」

「真的幸運…鄉下醫師認為用剪刀剪臍帶，導致我出生後就發燒，聽說注射盤尼西林一個月都沒退燒…」醫師常用自己這個例子教導家屬，只有極少數病例才會導致「燒壞腦袋」。

「最後怎麼退燒？」

「在臺北的祖母得知消息將我帶回臺北就醫。」

「結果呢？」

「結果診斷是因為嬰兒夏季熱引起，處方就是吹冷氣，哈！」醫師不禁噗嗤一笑，接著說：「我的待遇就是用電風扇吹大冰塊當冷氣。」

「真是！當年應該沒有冷氣機？」

「真有！冷氣機在二十世紀初就發明了，只是我們年幼時代哪有條件吹冷氣。」醫師點出重點。

「結果好像不影響醫師您的智商？」病人、醫師相互微笑結束看診。

「什麼是醫師往診？」病人離開後，櫃台姑娘問醫師。

「在交通不便、醫療資源貧乏的年代，鄉鎮開業醫師肩負了極大的社會責任。當時醫師無分晝夜、風雨無阻，提著沉重的…醫療箱、外診包…深入病家戶診治病人。即便在我小學

時代仍有，缺乏醫師的鄉鎮，就用『寄藥包』方式將常用藥品寄放在一般家庭備用，不定時更換或補充…」醫師憶起年幼時代的醫療。

「好酷…所以沒有藥師調劑藥品？」藥師問。

「當然沒有！早期的醫師負擔所有醫療服務的項目：打針、包藥、抽血、照X光、換藥、麻醉及手術等，是全能超人！」醫師似乎對此全能感到驕傲。

「現在應該都不是這樣了…」年輕的櫃台姑娘問。

「你不是都看到嗎？包藥現在稱調劑，要有藥師；打針現在稱注射，要有護理人員；抽血現在稱檢驗，要有醫檢師；照X光現在稱放射，要有放射師等種種…不勝枚舉。」

「所以醫師都不能做這些項目了嗎？」櫃台姑娘又問。

「當然可以！不僅法律沒有剝奪或加以限制，病人也會自行認定應該由醫師執行，因為病人不認識其他輔助的醫事人員。」醫師從容解釋但是態度很堅定。

「所以醫師往診只有醫師一人獨自前往？」櫃台姑娘再問。

「當然！當年根本沒有其他醫療專業人員。」

「現在還有醫師敢…獨自往診？」換藥師問。

「你認為呢？」櫃台姑娘覺得醫師獨自往診不可思議。



「我膽子不大，不敢去！而且法律規定醫師的執業場所在醫療機構，病人家裡不屬於醫療機構，除非…」醫師賣了關子。

「除非…報備…或有試辦計畫！」藥師曾聽醫師抱怨過。

「沒錯！記得聯合醫院曾經有『藍鵲計畫』這個項目嗎？」醫師問。

「好像有？」

「想起來了！有位老病人家屬在網路上看到…打電話來診所詢問是否可以到家裡換管子？忘記是換哪一類管子…」櫃台姑娘憶起這個特殊案例。

「導尿管及尿袋！所謂藍鵲計畫是『全民健康保險居家醫療照護整合計畫』的一部分，由聯合醫院負責主導及執行，診所只是配合及找病人，希望能為行動不便的生病長輩提供全人的照護，協助醫療與照護資源的轉介，藉此強化在地的居家醫療服務。」醫師說。

「既然參加了，醫師當時為什麼沒答應去換？」

「因為病人需先向聯合醫院申請並通過審查…不是只要付費就可以。所謂審查指：經醫師評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性導致外出就醫不便，才符合資格。病人家屬只憑看到合作診所名稱，沒注意需要申請並通過審查這些手續；況且，一趟外出往診有醫師、護理人員、社工及司機，所費不貲，不是一般人想像的容易。」醫師努力回想曾赴某院區參加說明會的內容，接著說：「如果不是正常上班

時間外出勤，另外要加成！當時心想：不如搭車回到就醫醫院急診處理，快又省錢！這已是10多年前的往事…」

「我們診所好像沒有半個例子？現在還在執行這計畫嗎？」

「好可惜…我的確沒幫上聯合醫院的忙，不知道是否還在執行這個計畫？據我所知，跟我一起聽說明會的只有一位醫師曾參與過出勤往診，病人還是醫師的鄰居，聽說經過數月才收到一筆千元左右的…診察工資！」醫師覺得不划算。

「所以『居家醫療照護整合計畫』終止了？」

「可能前年換了新裝？」醫師哈哈一笑，接著說：「還可以變出新把戲…」

「啥？」櫃台姑娘滿臉疑惑。

「新名稱：在宅急症照護試辦計畫！」醫師說。

「居家變在宅…有差嗎？」櫃台姑娘更疑惑。

「醫療照護整合變急症照護試辦…好像是『慢性』變『急症』照護、整合變試辦？」藥師有抓到重點。

「『急症』…不是應該送急診嗎？」櫃台姑娘天真地繼續問。

「也是！會不會緩不濟急？」藥師也質疑。

「健保曰：天機不可洩漏！」（全文完）

問題①：全民健康保險「在宅急症照護(Acute Care at Home, ACAH)」試辦計畫。

解 答：本試辦計畫是健保署於113年5月24日以健保醫字第1130110065號訂定公告，接著於114年2月3日、114年11月3日及115年5月12日三次修訂。其目的：（一）提供急症病人適當的居家醫療照護，提供住院的替代服務，避免因急性問題住院，促使醫療資源有效應用。（二）減少照護機構住民因急性問題往返醫院，提供適切的急性照護。（三）強化各級醫療院所垂直性轉銜的合作，提升照護品質。計畫預算所列「給付項目及支付標準」（註：係參考《全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準》第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護各項目及標準）、床側檢驗（查）加成費用、回饋獎勵金，由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」項目下支應。（圖一）

本計畫由本保險特約醫事服務機構之醫事人員組成在宅急症共同照護小組（簡稱照護小組）提供醫療服務，其中訪視人員資格如下：1. 各類訪視人員（醫師、護理人員、藥事人員、呼吸治療師）以本保險特約醫事服務機構

之專任人員為限，醫師須具專科醫師資格。2. 各類訪視人員首次參加本計畫應接受保險人認可之教育訓練四小時並取得證明，始得參與本計畫。3. 下列訪視人員應於參與本計畫起1年內完成下列專業訓練，並由主責特約醫事服務機構檢送證明文件予保險人分區業務組備查：（1）護理人員…；（2）藥事人員：…；（3）呼吸治療師：…。4. 照護小組得視需求加入醫事檢驗師、醫事放射師、營養師或其他醫事人員；是類人員得免接受本計畫所訂之教育訓練。註：因經費有限，保險人分區業務組得審酌照護小組執行能力等情形，「擇優限定」照護小組辦理本計畫；該分區業務組並得視經費使用情形，「適當限制」照護小組執行案件量，以達經費管控目的。（參考「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」修訂版，中央健康保險署，115年5月12日）上述試辦計畫所稱「擇優」、「適當」屬於不確定概念，最後可能都是由承辦人員或長官「親自核定」？



圖一 在宅急症照護試辦計畫模式（圖片來源：中央健康保險署113年6月）

賴清德總統於113年7月2日在政務委員陳時中、衛福部部长邱泰源、政務次長林靜儀、政務次長呂建德，及健保署署長石崇良等人的陪同下，至亞東醫院瞭解「在宅急症照護試辦計畫」服務推動情形，未來行動不便的失能民眾及照護機構住民，在家或照護機構內也能接受感染急症治療，以達「在地安養，無憂向晚」的目標。石署長表示，7月1日開始推動「在宅急症照護試辦計畫」，由醫師、護理師、藥師及呼吸治療師組成照護小組共同提供照護，讓因肺炎、尿路感染或軟組織感染而需要住院接受抗生素治療的病患，可以選擇留在家裡或照護機構內接受治療，並搭配遠距醫療、遠端生命徵象監測設備及床邊檢測等，使民眾不必到醫院住院也能接受良好的照護（圖二），減少院內交叉感染風險，也減輕民眾的負擔，預估受惠人數約5,400人，健保挹注3.5億元。經統計，申請參與在宅急症照護試辦計畫的團隊計有169個，健保署目前核定148個團隊，遍布全台各地，持續審核照護團隊資格，並將相關資訊及參與院所名單已公布於健保署全球資訊網。（參考「賴總統視察健保推動在宅急症照護計畫，期盼完善居家醫療照護制度，實現在地安養」焦點新聞，中央健康保險署，113年7月2日）

近年來，健康台灣相關政策成果已逐步轉化為國際學術研究成果。…在此趨勢下，中央健康保險署於113年7月推出在宅急症照護（Acute Care at Home, ACAH）試辦計畫，並在石部長領導下，由健保署陳亮好署長攜手臺灣



圖二 健保送醫療到你家（圖片來源：中央健康保險署113年7月2日）

大學林青青教授及台灣在宅醫療學會陳炳仁醫師團隊，共同將此計畫推動成果以「Taiwan's Acute Care at Home Program: Early National Experience and Evaluation Using a Logic Model」為題發表於國際學術期刊《Journal of the Formosan Medical Association (JFMA)》，不僅展現健康台灣政策推動成果，也讓國際看見臺灣面對高齡化與醫療轉型挑戰的創新實力。（參考「臺灣在宅急症照護成果登上國際期刊 健保創新制度分享全球」焦點新聞，中央健康保險署，115年6月21日。）

問題②：「提早出院模式」內容為何？

解答：收案對象新增2.提早出院個案：(1)限失能（巴氏量表小於60分）或因疾病特性致外出就醫不便且因感染症住院，經醫師評估病情穩定及確認細菌菌株適合提早出院於家中或機構接受靜脈抗生素治療者。(2)適應症範圍：不限感染症類別，即肺炎、尿路感染、軟組織感染及其他感染症。提早出院個案（及急診個案）由下列照護小組提供服務：(1)參與居整計畫之特約醫事服務機構組成照護小組。(2)居家個案由原照護團隊提供服務，原團隊未參與本計畫或個案未被收案者，由參與居整計畫之特約醫事服務機構組成照護小組提供服務。照護對象來源為提早出院個案或急診個案，**不予支付「回饋獎勵金」**；但是提早出院模式另有提供「**品質獎勵**」，措施如下：(一)院所獎勵資格：須同時符合「年收案量達11人」（註：數量資格優先）且「品質達標個案比例達95%」。(二)品質達標判定及獎勵點數：個案須同時符合下列三項指標，始計為「品質達標個案」，每個案支付3,000點（圖三）：1.結案14天內無因相同疾病致非預期再住院。2.結案14天內無因相同疾病致非預期再急診。3.總住院天數（急性住院天數與本計畫照護天數）未超過該疾病別照護上限天數。（註：品質獎勵費用由保險人於年度結束後計算，採**浮動點值**計算，惟每點支付金額不高於1元。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**。）提早出院個案之「**藥費**」應由收案院所



圖三 提早出院模式（圖片來源：中央健康保險署臉書2026/05/15）

依規定申報，並按《全民健康保險藥物給付項目及支付標準》核實申報及支付。

提早出院個案之照護上限天數以原住院天數與本計畫照護天數合併計算：(一)肺炎：十四天。(二)尿路感染及軟組織感染：九天。(三)其他感染症：三十天。支付標準：1.在宅（代碼P8460C、2,081點）2.機構（代碼P8461C、1,564點）3.在宅-使用輸液器一日型（代碼P8462C、3,183點）4.機構-使用輸液器一日型（代碼P8463C、2,666點）；山地離島地區每日醫療費（提早出院個案）：在宅（代碼P8464C、2,747點）2.機構（代碼P8465C、2,065點）3.在宅-使用輸液器一日型（代碼P8466C、3,849點）4.機構-使用輸液器一日型（代碼P8467C、3,167點）。（以上段落參考

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」修訂版，中央健康保險署，115年5月12日）

問題③：調升醫事訪視費用、提高床側檢驗支付。

解 答：訪視人員資格詳見問題①解答段落二。醫師應於收案3天內及結案當天各完成1次**實地訪視**；醫師未執行實地訪視時，仍應每日以遠距診療方式追蹤病人病情，詳細記載於病歷及VPN登打訪視紀錄，註明遠距診療方式供保險人備查（註：應依《通訊診察治療辦法》第18條第三項規定，經保險人分區業務組核定其通訊診療計畫並報當地衛生主管機關備查後，才能進行遠距診療及會診；遠距診療時，以**視訊診療**方式為主；山地離島地區或看診時因網路傳輸問題致無法以視訊方式進行診療者，得以電話方式執行並**錄音留存**）。護理人員於照護期間內應**每天實地訪視**；提供在宅急症照護及居家護理照護、案家自我照護指導及衛教等。經**主治醫師判斷**有明確呼吸照護需求者，由呼吸治療師提供在宅急症呼吸照護及案家自我照護指導（註：即呼吸治療師訪視）。經**主治醫師判斷**有明確藥事照護需求者，由藥事人員提供在宅急症藥事照護（註：即藥事人員訪視）。每日醫療費、每日護理費、醫事人員訪視費、管理指導費、緊急訪視費及其他費用，依附件1給付項目及支付標準支付。根據新聞報導稱：調升護理、藥事及呼吸治療師訪視費用5%…至於醫師診察費部分，並未見明確調升比率？

給付項目及支付標準：（一）使用床側檢驗(查)者，其檢驗(查)依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」所列項目支付點數加計百分之二十支付；由醫事檢驗師或放射師執行者，則加計百分之四十支付。即執行床側檢驗(查)服務，符合本計畫附件1所列加成項目者，得於「支付成數」填入「120」；由醫事檢驗師或放射師執行者，其「支付成數」請填報「140」，並請填報執行醫事人員代號。（二）護理人員於例假日提供實地訪視者，該日每日護理費醫令之「支付成數」填入「120」；於天然災害停止上班期間提供實地訪視者，「支付成數」填入「150」；並以單筆醫令進行申報；同時符合例假日及天然災害停止上班期間提供實地訪視者，「支付成數」填入「150」。（以上數字參考「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」修訂版，中央健康保險署，115年5月12日）

問題④：政府如何建構「在宅安老、在地醫療」的友善環境？

解 答：因應我國即將邁入超高齡社會，長者與失能人口持續上升，政府在推動「長照2.0」計畫下，已建立**優質、平價、普及**的長照服務體系，延伸前端初級預防功能，預防保健、活力老化、延緩失能失智，並向後端提供多目標社區式支持服務，也提供民眾照顧及專業服務、交通接送、輔具及居家無障礙環境改善、喘息服務等支持，深受國人肯定。為持續前瞻性地應對未來長照服務需求與多元化挑



圖四 長照3.0的8大目標（圖片來源：衛生福利部114-07-01）

戰，並落實打造「健康臺灣」的施政目標，長照十年計畫3.0（以下簡稱長照3.0）將於115年上路，在2.0以社區為基礎、以人為本、連續照顧的原則下，擬定8大目標（圖四）為推動主軸，持續普及照護資源、強化家庭支持及完善專業銜接，建構以居家、社區、機構及醫療體系為基礎，並整合社會福利資源之連續性照護服務模式，以達健康老化、在地安老、安寧善終之願景。文中所稱「優質、平價」…依一般人的認知，應該是互斥的條件：既要優質、又要平價，中間犧牲掉什麼？

八大目標為：一、健康促進，二、醫（療）照（顧）整合，三、積極復能，四、提升機構量能，五、強化家庭支持，六、導入智慧照顧，七、落實安寧善終，八、人力專業發展。所以「長照3.0」不只是政策的提升，更是跨領域、跨部會、公私協力的重要社會工程。政府將持續積極整合資源，透過制度創新、科

技導入與社區連結，讓今天的父母、明天的我們，都能在熟悉的土地上安心、尊嚴地安老，打造「活得久，也活得好」的共好社會。（參考「推動長照3.0—實現『健康老化、在地安老、安寧善終』願景」重要政策，行政院，民國114年7月1日）

