

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準(以下稱本標準)之修訂，主要係依據一百零五年全民健康保險醫療給付費用總額協商結果所作之調整，包括：以各部門總額「醫療服務成本指數改變率」及牙醫、中醫部門「其他醫療服務利用及密集度之改變」增加之預算，用於調升基本診療等診療項目之支付點數；另調升「急診診察費」六個月以下兒童加成比例及增列「出院準備及追蹤管理獎勵費」；並將「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」導入本標準及新增「糖尿病及慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳」等。

本次醫療服務給付項目及支付標準增修訂重點如下：

一、西醫(第二部)

(一)醫院部門以「醫療服務成本指數改變率」之預算(91.6億)調整下列各項支付點數：

1. 第一章基本診療第一節門診診察費(增加約27.85億點)

(1)屬未開立慢性病連續處方箋之一般門診診察費，其支付點數由228點調整為260點。

(2)其餘各項一般門診診察費、急診診察費(檢傷分類第一至三級除外)、精神科門診診察費、精神科急診診察費、高危險早產兒特別門診診察費及山地離島地區醫療報酬等項目，點數調升約9%；並同步修正附表2.1.2。

2. 第一章基本診療第二節住院診察費及第三節病房費(增加約49億點)

(1)住院診察費(增加約13.1億點)：各項目均調升11.4%。

(2)病房費(增加約35.9億點)：

A.各類病房費(增加約17.6億點)：各項目均調升11.4%。

B.護理費(增加約18.3億點)：急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床等，其護理費調升7%，其餘各類病床護理費調升11.4%。

3. 第一章基本診療第六節調劑費（增加約7.66億點）
 - (1) 醫院層級之各項門診藥事服務費調升9%。
 - (2) 醫院層級之各項住診藥事服務費用調升11.4%。
 4. 第二章特定診療第四節復健治療(增加約7.1億)：地區醫院層級之「物理治療」、「職能治療」、「語言治療」各項支付點數，調升與醫學中心、區域醫院一致。
- (二) 西醫基層部門「醫療服務成本指數改變率」之預算(22.9億)：用以調整基層院所門診合理量第一階段(1-30人次)之門診診察費支付點數，由320點調升為332點(調幅約3.6%，共約12.22億點)並同步修正附表2.1.3、2.1.4及2.1.5，其餘則作為屬各層級共用項目調整之用(0.042億點)，共調整12.3億點。
- (三) 其他西醫支付標準之修正
1. 第一章基本診療第一節門診診察費通則一，加註「醫院一般門診診察費支付點數內含10%護理費」。
 2. 第一章基本診療第一節門診診察費，修訂未滿六個月兒童之急診診察費加成，由60%提升至100%。
 3. 第一章基本診療第二節住院診察費，新增「出院準備及追蹤管理費」(編號02025B, 1500點)，並訂定醫事機構條件、服務項目、支付規範及品質監控指標。
 4. 第二章特定診療第四節復健治療，「中度」以上治療項目(編號42017C~42019C、43027C、43028C、43031C、44011C、44012C及44015C)，聘有專任復健科專科醫師之基層院所，放寬其支援之復健專科醫師開立之處方，亦可申報。

二、牙醫(第三部)以「醫療服務成本指數改變率」(8.88億)及「醫療服務密集度之改變」(1.11億)等預算調整下列各項支付點數：

- (一) 第一章門診診察費：調升山地離島地區之牙科門診診察費(增加10點)；調升「符合加強感染管制之牙醫門診診察費」(增加28-38點)。
- (二) 轉診費：調升本部各項轉診費共四項(皆增加150點)；新增「身心障礙者轉至特殊醫療服務計畫初級院所之轉診費」(編號00304C, 200點)，並增列附表3.3.4「牙醫醫療院所轉診單」。

(三)第三章牙科處置及手術

1. 牙體復形：調升複合樹脂充填四項(皆增加50點)；新增雙鄰接面複合樹脂充填二項(編號89014C, 1200點及編號89015C, 1450點)。
2. 急症處置：新增「牙醫急症處置」(編號92093B, 1000點)及「週日及國定假日牙醫門診急症處置」(編號92094C, 800點)。
3. 牙周病學：調升「牙齦切除術」(增加30點)；增列「牙周保存治療」及「牙周病支持性治療」項目為附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則之排除項目。
4. 口腔額面外科：新增乳牙複雜性拔牙(編號92092C, 560點)；配合「口腔癌統合照護計畫」導入本標準，新增二項支付標準(編號92090C, 600點及編號92091C, 400點)；另調升處置及門診手術三項支付點數(各增加200-590點)。

三、中醫(第四部)以「醫療服務成本指數改變率」(5.805億)及「醫療服務密集度之改變」等預算調整下列各項支付點數(共9.62億點)：

(一)門診診察費(增加約7.09億點)：

1. 修訂中醫診所每日門診量第一階段人次數，由25人次提高至30人次(增加約2.26億點)。
2. 診察費合理量計算公式刪除「針灸、傷科及脫臼整復同療程第二次以後之就醫亦併入每日門診量內計算」規定(增加約4.83億點)。

(二)每日藥費(增加約2.53億點)：由30點調升至31點(調升1點)。

四、論病例計酬(第六部)

(一)配合西醫基本診療章相關支付點數之調整，同步修訂本部相關診療項目之包裹支付點數。

(二)修訂部分診療項目之ICD-10-CM/PCS編碼及刪除ICD-9-CM編碼。

五、全民健康保險住院診斷關聯群(第七部)

配合西醫基本診療章相關支付點數之調整，同步修正附表7.3Tw-DRGs權重表。

六、品質支付服務(第八部)

- (一)第二章糖尿病：增列「品質資訊之登錄及監測」規定，即院所如依「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」上傳檢驗(查)資料，將自動轉入個案登錄系統。
- (二)新增第三章「初期慢性腎臟病」，將「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」導入本標準。
- (三)新增第四章「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳」，於同院所定期追蹤且上傳檢驗(查)資料者，每一個案支付200點；同時追蹤糖尿病及初期慢性腎臟病之個案支付400點。

七、本次各增修訂項目，自中華民國一百零五年四月一日起施行。