

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 115 年 第 3 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 9 月 2 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：陳署長亮好

紀錄：林鈺禎

出席代表（依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單）

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
丁榮哲	塗勝雄(代)	張嘉興	張嘉興
王宏育	藍聖星(代)	連哲震	請假
王俊傑	王俊傑	陳宏麟	陳宏麟
古有馨	林育正(代)	陳志明	陳志明
朱益宏	吳心華(代)	陳炳誠	請假
江心怡	江心怡	陳相國	陳相國
江俊逸	請假	陳晟康	請假
何活發	請假	黃信彰	請假
吳家淦	吳家淦	黃振國	黃振國
吳國治	陳志宏(代)	黃啟嘉	請假
李龍騰	李龍騰	黃榮男	黃榮男
李麗芬	李麗芬	葉孟琪	葉孟琪
周慶明	請假	董正宗	請假
周賢章	周賢章	趙善楷	王國哲(代)
林名男	請假	劉林義	劉林義
林旺枝	請假	劉碧珠	何宛青(代)
林煥洲	林煥洲	蔡昌學	楊宜璋(代)
林誓揚	林誓揚	盧榮福	盧榮福
林應然	林應然	賴俊良	請假
洪德仁	洪德仁	賴信亨	賴信亨
徐超群	請假	藍毅生	藍毅生
張必正	請假	顏鴻順	顏鴻順
張孟源	張孟源		

列席單位及人員

衛生福利部社會保險司
 衛生福利部全民健康保險會
 中華民國醫師公會全國聯合會
 台灣醫院協會
 中華民國藥師公會全聯會
 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會
 中華民國物理治療師公會全國聯合會
 中華民國醫事放射師公會全國聯合會
 台灣精神醫學會
 中華民國臨床心理師公會全國聯合會
 台灣兒童青少年精神醫學會
 中華民國醫務社會工作協會
 中華民國眼科醫學會
 台灣耳鼻喉科頭頸外科醫學會
 台灣眼科學教授學術醫學會
 台灣胸腔暨重症加護醫學會
 台灣婦產科醫學會
 中華民國糖尿病學會
 桃園市復興區衛生所
 本署署長室
 本署副署長室
 本署醫務管理組

本署醫審及藥材組

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

梁淑政		
陳燕鈴	陳思縝	
蘇慧珂	吳韻婕	謝沁妤
請假		
陳暘	張智凱	
許宏彰		
請假		
溫建雄		
單瑜		
吳孟璋		
邱佩寧		
莊東憲		
黃維仁		
黃致仰		
請假		
林敬凱		
請假		
陳思潔		
陳璇		
張淑雅		
張禹斌		
林右鈞	賴彥壯	陳依婕
洪于淇	曾琬茜	張祐禎
高翊庭	鄧家佩	楊閨璘
陳翊婷	林香君	翁子雯
戴雪詠	賴秋伶	成庭甄
賴昱廷	黃彥康	
朱文玥*	林怡君*	廖美惠*
張芸湘*		
陳祝美*	林巽音*	胡淑惠*
張晏溶*	張佩萱*	
丁增輝*	劉上惠*	陳雪姝*
蘇彥秀*	楊秀文*	張黛玲*

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

洪瑜禪*

賴阿薪* 洪穰齡* 郭郁伶*

呂俞樺*

林純美* 陳淑惠* 陳瑩玲*

林紋年* 陳威翰*

馮美芳* 劉惠珠* 吳柔燁*

黃婷婷*

壹、主席致詞(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀） 確認（略）

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定(議)事項辦理情形

決定：

一、共 14 案，下列 5 項繼續列管，其餘解除列管：

(一)序號 1 復健科診所抽審指標「西醫門診年復健次數(排除職災及早療案件)>180 次」請健保署提供定義，敘明排除特殊條件，以釐清自費項目案。

(二)序號 2 有關修訂 45010C「支持性心理治療」等共 6 項支付標準案，27004C「甲狀腺刺激素放射免疫分析」繼續列管，其餘 5 項解除列管。

(三)序號 7 部分科別成長率過高，請本署啟動專案審查案。

(四)序號 10 修訂開放表別支付項目支付標準案。

(五)序號 14 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支付標準案：除提升生產及整形外科等手術處置支付點數案解除列管外，餘繼續列管。

二、餘洽悉。

第二案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會、本署醫務管理組

案由：西醫基層總額執行概況

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 115 年第 1 季結算點值報告

說明：

一、西醫基層總額 115 年第 1 季點值結算如下表，將依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.96707931	0.97408345
北區	1.00065885	0.99881489
中區	1.06619750	1.04316691
南區	1.06122344	1.04158536
高屏	0.99685663	0.99899781
東區	1.10515729	1.06871084
全區	1.00749726	1.00536291

二、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

決定：確認 115 年第 1 季點值，餘洽悉。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告案。

說明：依據 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式公告，本方案預算計有 2 億 3,361 萬 1,861 元，扣除 113 年

申復金額 2 萬 6,342 元，實際預算為 2 億 3,358 萬 5,519 元。
114 年全年西醫基層特約院所家數共計 11,224 家，領取品保
款院所家數計有 7,975 家(占率 71%)，實際核發共計 2 億 3,358
萬 4,901 元，與預算數相差 618 元，剩餘經費納入健保基金。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：建議修訂「115 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留
款實施方案之核發資格規定」，提請討論。

決議：

本案修訂通過(附件 1)，修正內容如下：

一、增列本方案第肆點第四款：已領取「提升國人視力照護品質方
案」品質獎勵金之院所，不再核發本方案獎勵。另下列情形不
在此限：

(一)每季白內障手術件數均在 120 件(含)以下之院所。

(二)任一季白內障手術件數超過 120 件之院所，且本方案獎勵
金額高於「提升國人視力照護品質方案」者，核發二方案
之差額。

二、增列本方案第柒點第四款：前述第肆點第四款第(二)目之差
額，自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下支應。

第二案

提案單位：社團法人中華民國糖尿病學會

案由：修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」，

提請討論。

決議：本案原則通過(附件 2)，請本署與中華民國醫師公會全國聯合會取得共識後，與提案單位討論修訂計畫內容，並續依程序提至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報告。

第三案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)部分診療項目」案。

決議：

一、同意修訂下列診療項目，續依程序提至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討論：

(一)修訂 53033C「鼻淚管淚道氣球擴張術」支付規範，西醫基層院所需事前審查且限眼科專科醫師申報。

(二)增列 57021C「蒸氣或噴霧吸入治療—每次」及 57022C「蒸氣或噴霧吸入治療—每天」之兒童加成。

(三)調升 28033C「診斷性肺泡灌洗」、67012C「氣管、支氣管、細支氣管異物除去術—氣管鏡」及 67046C「氣管內腔置管術」等 3 項診療項目支付點數

二、有關修訂 45010C「支持性心理治療」及修訂 45102C「精神科社會生活功能評估」案暫保留，待醫師全聯會與相關學會及職類公(協)會取得共識後再議。

三、有關 18001C「心電圖」支付點數調升案，考量醫院總額部門對於調升至 300 點有不同意見，請醫師全聯會與醫院協會取得共識，續依程序提至共擬會議報告；另建議增修之診療項目涉及

其他總額預算時，應先行溝通後再提會討論

第四案

提案單位：桃園市復興區衛生所

案由：修訂「全民健康保險山地離島地區衛生所之檢驗項目折付方式
比照地區醫院建議」案，提請討論。

決議：照案通過，請本署監測支付標準生效前後申報量變化情形，
並提至本會議報告，如財務影響超出預期，請再評估研議折
付規範之調整。

伍、散會：下午 4 時 32 分

115 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案

115 年 1 月 20 日健保醫字第 1150100855 號公告

壹、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。

參、預算來源：

全民健康保險年度西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、核發資格：(需符合下列 34 項)

- 一、西醫基層特約診所於當年度(12 個月)門診醫療費用案件均以電子資料申報，且當年度 10 個月(含)以上符合第一次暫付，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。
- 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，於當年度經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)認定之。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。
- 三、不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。

四、已領取「提升國人視力照護品質方案」獎勵金之院所，不再核發本方案獎勵。另下列情形不在此限：

(一)每季白內障手術件數均在 120 件(含)以下之院所。

(二)任一季白內障手術件數超過 120 件之院所，且本方案獎勵金高於「提升國人視力照護品質方案」者，核發二方案之差額。

伍、獎勵指標與核發原則

一、獎勵指標：

- (一) 診所月平均門、住診申復核減率，應低於該分區 113 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 1)
- (二) 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 113 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 2)
- (三) 個案重複就診率應低於該分區 113 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 3)
- (四) 診所預防保健執行率應超過該年度所屬科別 20 百分位，即>20 百分位(註 4)
- (五) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>15%。(註 5)
- (六) 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即>5 百分位。(註 6)
- (七) 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 。(註 7)
- (八) 連續假日前開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$ 。(註 8)
- (九) 當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 ≥ 6 次。(註 9)
- (十) 假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 。(註 10)

二、核發原則：

- (一) 符合獎勵指標第 1 項至第 3 項及第 5 項者，各給予核發權重 18%。
- (二) 符合獎勵指標第 4 項及第 8 至 10 項者，各給予核發權重 6%。
- (三) 其餘符合獎勵指標，各給予核發權重 2%。

陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和由高至低排序，取前 80%之診所核發品質

保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以當年度第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。

柒、 支用條件：

- 一、 本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。
- 二、 每家診所核發金額＝(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×品質保證保留款。
- 三、 保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。

四、前述第肆點第四款第(二)目之差額，自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下支應。

捌、 本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。

1145 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義
註 1： 診所月平均門、住診申復核減率	1. 資料期間： (1) 當期值：116 年 2 月 28 日前核定之 114 年 7 月至 115 年 6 月之門、住診醫療費用計算。 (2) 目標值：114 年 2 月 28 日前核定之 112 年 7 月至 113 年 6 月之門、住診醫療費用計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B 分子 A：診所每月「門、住診申復後核減率」之合計。 分母 B：該診所核定月數。 4. 本項之門、住診醫療費用(含申復)，計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核核減率計算之。
註 2： 診所之每位病人年平均就診次數	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 116 年 1 月 31 日前申報之 115 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 114 年 1 月 31 日前申報之 113 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B 分子 A：全年診所申報總案件數。 分母 B：全年診所歸戶總人數。 4. 本項排除其他預算部門、代辦案件及診察費為 0 之案件。
註 3：個案重複就診率	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 116 年 1 月 31 日前申報之 115 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 114 年 1 月 31 日前申報之 113 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：$\Sigma [(A/B) \times 100\%]$ / 【同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數就醫月份合計數】 分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。 分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。 4. 排除其他預算部門、代辦案件及診察費為 0 之案件。

指標項目	操作型定義
註 4： 診所預防保健執行率應超過該年度所屬科別 20 百分位，即>20 百分位	1. 資料期間：西醫基層特約診所 115 年 1 月至 12 月資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位（四捨五入）。 3. 診所預防保健執行率=Σ【(A/B)×100%】 分子 A：全年診所分母族群有做預防保健服務之人口數，預防保健係指成人預防保健服務以及大腸癌篩檢、子宮頸抹片檢查、乳房 X 光攝影檢查、產前檢查、新生兒聽力篩檢、兒童預防保健。 分母 B：該診所就醫總人數。 4. 閾值：20 百分位值 分子 A：全年該分區該科別診所分母族群有做預防保健人口數。 分母 B：全年該分區該科別診所人口數。
註 5： 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%	1. 資料期間：西醫基層特約診所 115 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。 B：門診病人數。 備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。
註 6： 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率	1. 資料期間：西醫基層特約診所 115 年 1 月至 12 月資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。 B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。 4. 慢性腎臟疾病—任一主、次診斷之 ICD_10_CM 為 A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、C7A.093、D59.30、D59.31、D59.32、D59.39、E10.21、E10.22、E10.29、E10.65、E11.21、E11.22、E11.29、E11.65、E13.21、E13.22、E13.29、E74.8、M10.30、M10.311、M10.312、M10.319、M10.321、M10.322、M10.329、M10.331、M10.332、M10.339、M10.341、M10.342、M10.349、M10.351、M10.352、M10.359、M10.361、M10.362、M10.369、M10.371、M10.372、M10.379、M10.38、M10.39、N20.0、M10.30、I70.1、I72.2、I75.81、I77.3、I77.73、K76.7、N00.0、N00.1、N00.2、N00.3、N00.4、N00.5、N00.6、N00.7、N00.8、N00.9、N00.A、N01.0、N01.1、N01.2、N01.3、N01.4、N01.5、N01.6、N01.7、N01.8、N01.9、N01.A、N02.0、N02.1、N02.2、N02.3、N02.4、N02.5、N02.6、N02.7、N02.8、N02.9、N02.A、N03.0、N03.1、N03.2、N03.3、N03.4、N03.5、N03.6、N03.7、N03.8、N03.9、N03.A、N04.0、N04.1、N04.2、N04.3、N04.4、N04.5、N04.6、N04.7、N04.8、N04.9、N04.A、N05.0、N05.1、N05.2、N05.3、N05.4、N05.5、N05.6、N05.7、N05.8、N05.9、

指標項目	操作型定義
	N05.A、N06.0、N06.1、N06.2、N06.3、N06.4、N06.5、N06.6、N06.7、N06.8、N06.9、N06.A、N07.0、N07.1、N07.2、N07.3、N07.4、N07.5、N07.6、N07.7、N07.8、N07.9、N07.A、N08、N14.0、N14.11、N14.19、N14.2、N14.3、N14.4、N15.0、N15.8、N15.9、N16、N17.0、N17.1、N17.2、N17.8、N17.9、N18.1、N18.2、N18.3、N25.0、N25.1、N25.81、N25.89、N25.9、N26.1、N26.9、O10.111、O10.112、O10.113、O10.119、O10.12、O10.13、O10.211、O10.212、O10.213、O10.219、O10.22、O10.23、O10.311、O10.312、O10.313、O10.319、O10.32、O10.33、O10.411、O10.412、O10.413、O10.419、O10.42、O10.43、O11.1、O11.2、O11.3、O11.4、O11.5、O11.9、Q61.01、Q61.02、Q61.11、Q61.19、Q61.2、Q61.3、Q61.4、Q61.5、Q61.8、Q62.0、Q62.10、Q62.11、Q62.12、Q62.2、Q62.31、Q62.32、Q62.39、R94.4 之案件。 註：本指標之主診斷國際疾病分類碼 ICD-10-CM 比照醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1203 初期慢性腎臟病方案照護率辦理。 5.肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件。
註 7： 檢驗（查）結果上傳率	1.資料期間：西醫基層特約診所 115 年 1 月至 12 月資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：已上傳「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。 B：申報「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。 註：本指標應上傳檢驗(查)結果項目之醫令代碼比照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辦理。
註 8：連續假日前開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$	1. 資料期間：西醫基層特約診所115年1月至12月，診所在人事行政總處公告之每次四天以上(含)連續假期前，於「健保資訊網服務系統(VPN)/看診時段及掛號維護專區」維護長假期開診科別及時段次數比率。 2. 檔案分析：分子除以分母後之商數，取至小數點後第一位（四捨五入） 3. 公式：A/B $\geq 50\%$ 分子A：診所當年維護長假期開診科別及時段之次數。 分母B：人事行政總處當年公告之全年長假期次數。
註 9：當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 ≥ 6 次	1. 資料期間：西醫基層特約診所115年1月至12月。 2. 定義：診所每月看診日數 ≥ 22 日以上之月次數。
註 10：假日及國定假日開診比率	1. 資料期間：西醫基層特約診所115年1月至12月。 2. 公式：(A/B) $\times 100\%$

指標項目	操作型定義
≥50%	(1) 分子 A：全年「假日」（星期六及星期日，至少有一天開診）看診週數+全年「國定假日」看診次數（排除國定假日在星期六或星期日，且屬連續假期僅算 1 次）。 (2) 分母 B：全年週數(52 週)。 註：1.國定假日看診次數，如該國定假日為星期六或星期日者不計。 2.國定假日屬連續假期，不論開診天數，僅計算開診 1 次。 3.看診週數指星期一至星期日。 4.以 114 年為例，國定假日有農曆春節、二二八和平紀念日、兒童節/民族掃墓節、五一勞動節、端午節、中秋節、國慶日、計 7 次國定假日。若診所於「假日」和「國定假日」有開診，則最高開診比率為$(52+7)/52 \times 100\%$。

附件 113 年西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位

科別	科別代碼	1-臺北			2-北區			3-中區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)
家醫科	01	0.0017	4.8681	0.0002	0.0019	4.4235	0.0002	0.0013	5.1389	0.0001
內科	02	0.0031	5.4690	0.0002	0.0065	4.5293	0.0002	0.0013	5.3715	0.0001
外科	03	0.0027	4.0901	0.0003	0.0023	4.3706	0.0001	0.0039	4.7508	0.0001
小兒科	04	0.0003	3.9073	0.0002	0.0007	3.6667	0.0002	0.0011	3.8571	0.0001
婦產科	05	0.0041	3.4634	0.0002	0.0011	3.1153	0.0000	0.0022	3.9811	0.0001
骨科	06	0.0020	3.6355	0.0002	0.0021	3.2219	0.0001	0.0022	2.9108	0.0000
耳鼻喉科	09	0.0011	3.1245	0.0001	0.0006	3.0307	0.0001	0.0014	3.2596	0.0001
眼科	10	0.0007	2.3949	0.0000	0.0003	2.1642	0.0000	0.0010	2.4115	0.0000
皮膚科	11	0.0011	2.7749	0.0000	0.0005	2.8116	0.0000	0.0013	2.9388	0.0000
精神科	13	0.0030	7.6877	0.0000	0.0102	6.5630	0.0000	0.0019	7.2801	0.0000
復健科	14	0.0020	4.0437	0.0001	0.0035	4.8823	0.0001	0.0130	4.1883	0.0001
消化內科	AA	0.0016	4.4434	0.0110						
不分科	XX	0.0033	4.9407	0.0257	0.0042	4.0850	0.0025	0.0011	4.5085	0.0001
科別	科別代碼	4-南區			5-高屏			6-東區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)
家醫科	01	0.0008	5.4255	0.0000	0.0017	5.5726	0.0001	0.0030	5.5399	0.0004
內科	02	0.0009	5.1570	0.0000	0.0007	5.6377	0.0000	0.0023	5.3421	0.0009
外科	03	0.0006	4.7470	0.0000	0.0011	4.5436	0.0000			
小兒科	04	0.0002	3.6685	0.0000	0.0005	3.7254	0.0001			
婦產科	05	0.0012	4.4663	0.0000	0.0011	3.7961	0.0001			
骨科	06	0.0014	3.2548	0.0001	0.0012	3.5049	0.0000			
耳鼻喉科	09	0.0005	2.8801	0.0001	0.0003	3.1327	0.0001	0.0016	2.8347	0.0001
眼科	10	0.0002	2.8313	0.0000	0.0003	2.9199	0.0000			
皮膚科	11	0.0004	2.6462	0.0000	0.0003	2.7723	0.0000			
精神科	13	0.0006	7.3946	0.0000	0.0079	8.4927	0.0000			
復健科	14	0.0018	4.6857	0.0000	0.0019	4.1660	0.0000			
消化內科	AA	0.0003	3.9663	0.0001	0.0009	4.0521	0.0003			
不分科	XX	0.0007	4.6399	0.0001	0.0015	5.0467	0.0001	0.0005	3.6621	0.0000

註：1.不分科係指該分區科別院所不滿 20 家，而將視為不分科，包括：神經外科、泌尿、整型等。

2.百分位計算時已排除申報費用未滿 12 個月的院所資料。

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案(修正草案)

(99.4.1~103.12.31 屬醫療發展基金項下計畫)

104.01.01 第一版實施

108.01.01 第二版實施

112.01.01 第三版實施

113.12.01 第四版實施(~~自就醫案件之費用年月113年12月起~~)

115.00.00 第五版實施

壹、前言

有鑑於我國生育率逐年下降，為提升孕產婦醫療照護品質，爰自 99 年起，以衛生福利部醫療發展基金推動本方案(原名：孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫)，將「懷孕」至「生產」期間視為一完整療程以達全人照護，並透過全程醫療照護諮詢管理模式，提供孕產婦在懷孕期間至產後 3 個月內之 24 小時無間斷之優質醫療照護諮詢服務，期能提升孕產婦在同一醫療院所全程醫療照護之品質，並降低生產風險，達到確保照護品質之目的。本方案實施後，孕產婦全程照護率持續增加，辦理成效良好，經醫療發展基金審議小組 103 年 3 月 17 日委員會議決議，應回歸健保基金支應，並經全民健康保險會(以下稱健保會)104 年總額協商同意，於醫院及西醫基層總額醫療給付改善方案專款項目項下增列本方案。

貳、依據

依據健保會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

參、目的

促進孕產婦健康，提供完整產程檢查、指定期間之 24 小時醫療照護諮詢服務、強化高危險族群照護及優化產程多元共照，增進孕產婦及新生兒之健康。

肆、收案條件

- (一) 一、為達全人優質醫療照護之目的，本方案收案條件為在該院所接受全程產前檢查及生產全程照護者。
- (二) 二、妊娠糖尿病管理照護：最近 90 天曾在該院所診斷為妊娠糖尿病 (ICD-10-CM 前四碼為 O24.4) 一次以上者，惟須以當次主、次診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼 (一)】收案。

伍、參與院所及人員資格

一、孕產期管理照護(全程產檢及生產)

醫事人員及醫事服務機構須向全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組申請同意，惟 103 年已參加原「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」之醫事服務機構得持續辦理。資格如下：

- (一)醫院診所須登記有婦產科診療科別及專任婦產科專科醫師資格，並設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室。
- (二)院所配合條件：提供孕產婦於懷孕期間及產後 1 個月內電話或網路等各類 24 小時無間斷之醫療照護諮詢服務。

~~(三)~~二、妊娠糖尿病管理照護 ~~：~~

~~1.~~(一)醫療院所須組成照護團隊，包括以下成員：

- ~~(1)~~1.醫師(專或兼任)，不限婦產科專科別。
- ~~(2)~~2.護理師或助產師(士)，至少 1 人為專任。
- ~~(3)~~3.營養師，得為專任、兼任(每月 2 診次以上)或轉介。

~~2.~~(二)團隊成員須接受相關學會辦理妊娠糖尿病管理照護課程且認證合格，認證後向保險人之所屬分區業務組申請同意。上開認證單位須經保險人審查核定。

(三)自產後第 2 年起，得由已參與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之糖尿病醫療給付改善方案(DM-P4P)基層「糖尿病論質計酬醫療給付相關計畫(如：全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案或全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫等)」之醫療院所接續收案，辦理本方案 P3918C 及 P3919C 追蹤，不受前二款資格規定之限制。

~~(四)~~三、產科醫師與助產人員共同照護 ~~：~~

(一)醫療院所聘有專任婦產科專科醫師至少 2 人~~一~~。

(二)~~且~~月平均生產數[院所提供已完成申報之前 12 個月月平均生產人數(剖腹產與自然產合計)]至少 30 人~~一~~。

(三)~~並~~須有主要執業登記為助產人員師(士)至少 4 人，並於產房參與產婦接生或產程管理等工作。

陸、給付項目與支付標準

參與本方案之院所，提供懷孕至產後 3 個月整合性醫療照護之孕產期全程管理照護，得依本方案規定申報以下各項費用。但產檢、生產及相關門、住診診療服務仍得依現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)規定申報。

一、孕產期全程管理照護

(一)孕產期管理照護費(詳附件一)

- 1.母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3904C/1,200點)。
- 2.非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3905C/900點)。
- 3.如產婦自行要求剖腹產，不得申報「孕產期管理照護費」。
- 4.本項孕產期管理照護費所指全程產檢，係指完成衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」所列之11次以上孕婦產前檢查，惟孕產婦如因早產等醫療因素僅執行9次以上產檢者，得比照申報孕產期管理照護費。

(二)品質提升費

由保險人各分區業務組每年針對參與院所進行評核。院所符合下列指標者，保險人得於次年依該院所當年度所有核定「孕產期管理照護費」之案件數，每件加給「品質提升費」：符合第 1、2、4、5 項指標者，每件加給 450 點；符合第 6、5 項指標者，按「助產人員執業登記人數」，每有一名助產人員，每件加給 50 點，每件最高加給 300 點。

- 1.孕產期全程照護率 $\geq 45\%$ 。

分子：院所年度符合申報全程照護案件數。

分母：院所年度申報不含自行要求剖腹產之生產案件數。

- 2.產後14日內再住院率(含跨院)<1%。

分子：院所年度生產後 14 日再入院之案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

- 3.剖腹產管控率（不納入獎勵計算，僅監測使用）：院所剖腹產率不超過保險人各分區業務組所轄地區院所之70百分位，且低於該年全國平均值。

分子：院所年度申報剖腹產含自行要求剖腹產案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

- 4.低出生體重率不超過院所前一年度低出生體重率1%。

分子：院所年度出生體重小於 2500 公克之活產人數。

分母：院所年度出生通報之活產人數。

公式：「本年度之低出生體重率」－「上一年度低出生體重率」
≤1% (四捨五入至小數點第一位)。

- 5.院所向「自行要求剖腹產」產婦收取之自費醫療費用(非屬健保給付之醫療費用項目不納入計算)，未超過下表所列上限金額：

層級	上限(元)
醫學中心	21,800
區域醫院	19,995
地區醫院	18,252
基層診所	14,901

註：本表係參照各層級院所原論病例計酬支付之生產點數與「自行要求剖腹產」(編號97014C)點數之價差(每點以1元計算)推算而得。

- 65.助產人員執業登記人數：年度內於保險人「醫事人員基本資料檔」登錄且實際執行助產業務之助產師(士)人數，最高採計上限為6人。

二、妊娠糖尿病管理照護(詳附件二)

本方案提供確診至產後 3 個月起 3 年內妊娠糖尿病相關醫療管理照護，得依規定申報下列各項費用。

- (一)妊娠糖尿病管理照護費(P3911C~P3916C)：須依時程執行管理照護必要服務項目並登錄系統。轉介他院營養師者，以主要照護孕產婦之院所進行申報，不得另行收費。P3916C(產後追蹤)限於產後 3

~~個月內執行。~~

(二)產後追蹤執行口服葡萄糖耐受試驗(以下稱 OGTT)之費用，以 24029B「空腹及口服 75 公克葡萄糖兩小時後血漿葡萄糖測定」申報，由本方案專款支應。

(三)胰島素注射獎勵費：按妊娠糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算(計算定義為「前一年度(1 月 1 日至 12 月 31 日)未注射胰島素或注射未達 28 天者且當年度胰島素注射天數達 ~~28~~14 天以上」)，每新增加 1 人，獎勵 500 點，本項不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」、「家庭醫師整合性照護計畫」重複獎勵。

(四)結案條件：

1、個案完成 P39169C 管理照護或。

2、確診糖尿病經轉診至「糖尿病照護方案」、「家庭醫師整合性照護計畫」院所收案治療。

3、可歸因於病人者，如長期失聯(生產後超過 6 個月未回診、年度應追蹤期限超過 6 個月未回診)、拒絕接受追蹤或死亡等。

三、產科醫師與助產人員共同照護

申請本項須依規定確實填寫「產科醫師與助產人員共同照護評估指導表」(詳附件三)，並存放於病歷備查。

(一)產科醫師主導：每件支付醫師 2,000 點(P3921C)、助產師(士)10,000 點(P3922C)之共同照護費。

(二)助產師(士)主導：每件支付助產師(士)2,000 點(P3923C)、產科醫師 10,000 點(P3924C)之共同照護費。

(三)本照護費須分配一定成數予生產共同照護相關醫事人員。

柒、醫療費用之申報、暫付、審查及核付方式

一、申報

(一)門診醫療費用點數申報格式點數清單段及醫令清單段填表說明：

1.各次產檢請依現行規定申報。

2.屬妊娠糖尿病管理照護收案之保險對象~~一~~：

(1)管理照護費(P3911C～P3914C、P3916C)依各時程上傳必填欄位之時間申報，申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清

單段之案件分類應填「E1」、特定治療項目代號(一)應填「EGP」；醫令類別填報 G，支付點數填報 0，由保險人於結算獎勵金時依院所申報資料勾稽比對，排除重複申報案件後，依實際狀況每年統一補付費用(點數同轉入院所)；另 P3916C~P3919C 須併同執行「24029B」申報費用，基層院所填報「24029B」醫令類別為 4。

(2)管理照護費(P3917C~P3920C)依各時程上傳必填欄位之時間申報，申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填「E1」、特定治療項目代號(一)應填「EP」；醫令清單段之醫令類別請填寫「2」，醫令代碼請填寫「P3917C~P3920C」。

3.申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)生產部分依特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明申報：

- 1.Tw-DRGs 案件之欄位同現行 Tw-DRGs 案件申報規定，另加計申報項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「X」，醫令代碼請填寫「P3904C」、「P3905C」、「P3915C」及「P3921C~P3924C」。
- 2.論病例計酬案件之欄位同現行論病例計酬案件申報規定，另加計申報項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「2」，醫令代碼請填寫「P3904C」、「P3905C」、「P3915C」及「P3921C~P3924C」。

二、暫付、審查及核付

(一)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)保險人視審查需要得請院所提供門診各次產檢資料送審，如經查有採「自行要求剖腹產」未確實申報、或共同照護主導人員資格不符者，除核減溢領費用，自通知日起一年內不得申請本方案相關費用。

(三)院所申報「孕產期管理照護費」、「妊娠糖尿病管理照護費」及「產科醫師與助產人員共同照護費」，經勾稽門診申報資料發現未符本方案規定者，不予支付該項費用。

三、點值結算方式：本方案給付項目及支付標準，於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

捌、品質監控及評估方式（依附件四格式填寫）

參與院所每季最後一個月須提報下列一至三項相關指標供保險人各分區業務組進行監控。

一、結構、過程、結果指標

(一)結構指標：人員專業素質與醫療行政品質（專科資格、在職教育）。

(二)過程指標：方案前後平均住院天數比較。

(三)結果指標：全院性之產檢利用率、週產期死亡率、出生性別比。

四二、危險因子指標：子癰前症、子癰症、早產兒、低體重兒比率。

六三、其他指標：住院期間總母乳哺育率、住院期間純母乳哺育率。

五四、妊娠糖尿病監測指標：~~未完整提報本項指標者不予支付妊娠糖尿病管理照護費。~~

(一)孕產婦相關

1.自我血糖監控率 $\geq 99\%$

分子：所有進行完成P3912C申報個案中，每日自我血糖檢監測的妊娠糖尿病孕婦收案個案頻率至少達1次(含)以上之人數。

分母：所有~~妊娠糖尿病孕婦收案~~完成P3912C申報個案數。

2.孕期血糖控制良率 $>95\%$

分子：所有完成P3913C申報個案中，糖化血紅素 $<6.5\%$ 或糖化白蛋白 $<15.8\%$ 之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數。

分母：所有~~妊娠糖尿病孕婦收案~~完成P3913C申報個案數。

3.產後4-12週內進行75g OGTT比率

分子：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案中，產後4-12週內有進行75g OGTT檢測之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

4.血糖達標率

分子：該院所完成P39113C申報的GDM孕婦之個案中，血糖控制達標之人數(血糖控制達標定義為所有有登錄之抽血檢

驗值均須達標：包括AC<95mg/dL、PC1hr<140mg/dL或PC2hr<120mg/dL)。

分母：該院所所有的妊娠糖尿病孕婦完成P3913C申報之個案數。

5. 營養師衛教比率 $\geq 99.0\%$

分子：經診斷妊娠糖尿病後有接受過2次營養師衛教的(完成P3911C及P3912C)之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

6. 完整收案率

分子：該院所完成P3911C+P3912C+P3913C+P3915C申報的之妊娠糖尿病孕婦個案數。

分母：該院所所有加入此計畫的妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

7. 新收案率

分子：該院所完成P3911C申報的之妊娠糖尿病孕婦個案數。

分母：該院所所有的妊娠糖尿病孕婦個案數。

8. 四度產道裂傷比率

分子：分娩時發生四度產道裂傷的之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

(二) 新生兒相關

1. 胎兒出生體重為巨嬰之比例 $<5\%$

分子：產下新生兒體重 $>4,000$ 公克之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

2. 胎死腹中比例 $<5\%$

分子：胎死腹中之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

玖、方案修正程序：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。

附件一

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案 「孕產期管理照護」給付項目及支付標準

通則：

- 一、不符醫學上適應症而自行要求剖腹產者，須回歸現行醫療服務支付標準申報，依自行要求剖腹產點數支付，不得申報本方案各項支付標準。
- 二、其他未列入本方案之支付標準規定項目，依現行醫療服務支付標準規定辦理。
- 三、高風險及急重症孕產婦經醫師診斷如有需要之必要轉診，依醫療服務支付標準及相關轉診規定辦理，不得申報本方案。
- 四、每一孕產婦就下列 P3904C 及 P3905C，擇一申報。

代碼	診療項目	支付點數	給付時程	服務項目
P3904C	母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)	1,200	確定懷孕至產後 1 月	母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行者，且生產當次非採自行要求剖腹產時，合併生產申報。 註：母嬰親善機構認證及效期若有異動，各參與計畫院所需檢附證明向保險人分區業務組申請更新維護，本計畫費用檢核以該筆費用年月申報時，保險人之醫管資料檔為準。
P3905C	非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)	900	確定懷孕至產後 1 月	非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行者，且生產當次非採自行要求剖腹產時，合併生產申報。

附件二

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案
「妊娠糖尿病管理照護」給付項目及支付標準

代碼	診療項目	支付點數	必要服務項目及時程
P3911C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 1 次)	600	1.個案登錄系統必填欄位：建立病人基本資料、孕期新收案日期、預產期、孕次(G)、產次(P)、基本檢查數據、慢性病史及家族史、抽血檢驗結果、妊娠糖尿病治療方式、其他用藥。 2.P3911C 須轉介營養師。
P3912C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 2 次)	500	1.個案登錄系統必要照護項目欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、血糖機檢驗、妊娠糖尿病治療方式。 2.新收案後至少須間隔二週始得申報。 3.P3912C 須轉介營養師。
P3913C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 3 次)	200	1.個案登錄系統必填欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、抽血檢驗及妊娠糖尿病治療方式。 2.與 P3912C 至少須間隔二週始得申報。
P3914C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 4 次)	200	1.個案登錄系統必填欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、血糖機檢驗及妊娠糖尿病治療方式。 2.與 P3913C 至少須間隔二週始得申報。
P3915C	妊娠糖尿病-生產評估	500	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據(待產或產前體重)、 抽血檢驗 、生產日期、方式、懷孕胎數、胎兒性別、出生週數、出生體重、孕期合併症、胎兒併發症(新生兒低血糖、入住 NICU、新生兒生產創傷、死胎、死胎原因等)。 2.須生產後才能申報本項，限完成 P3911C、P3912C 及 P3913C 者始得申報。 <u>若個案為近期診斷 GDM 或早產之產婦，得依其孕期執行照護期程，比照申報 P3915C。</u>
P3916C	妊娠糖尿病-產後 <u>4-12 週</u> 追蹤	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行產後 75 克葡萄糖耐受試驗(OGTT)及 P391 <u>5</u> 1C 者始得申報。 3.限產後三個月內申報。
<u>P3917C</u>	<u>妊娠糖尿病-產後第 1 年追蹤</u>	<u>400</u>	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行空腹血糖(AC)及 <u>糖化血色素(HbA1c)</u> 者始得申報。 3.限同胎次產後 <u>12 週起第一年內申報。</u>

代碼	診療項目	支付點數	必要服務項目及時程
P3918C	妊娠糖尿病-產後第2年追蹤	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行空腹血糖(AC)及醣化血色素(HbA1c)者始得申報。 3.限同胎次產後12週起第二年內申報。 4.自產後第2年起，得由原收案院所或已參與DM P4P之基層「糖尿病論質計酬醫療給付相關計畫（如：全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案或全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫等）」之醫療院所接續收案及申報；同一個案於同一追蹤年度以申報一次為限。
P3919C	妊娠糖尿病-產後第3年追蹤	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行空腹血糖(AC)及醣化血色素(HbA1c)者始得申報。 3.限同胎次產後12週起第三年內申報。 4.自產後第3年起，得由原收案院所或已參與DM P4P之基層「糖尿病論質計酬醫療給付相關計畫（如：全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案或全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫等）」之醫療院所接續收案及申報；同一個案於同一追蹤年度以申報一次為限。
P3920C	妊娠糖尿病-轉診結案	400	1.限個案符合確診糖尿病，並經轉診至參與「糖尿病照護方案」、「家庭醫師整合性照護計畫」院所，確認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。 2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(附件五)，一份留存院所，一份提供個案予被轉診機構參考。 3.若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於新陳代謝科、家醫科等收案追蹤後方予支付。 4.結案原因為懷孕、正常、長期失聯(一百八十天以上)、拒絕接受治療或死亡者，不可申報本項。 5.執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。

備註：1.抽血檢驗結果需包含：

(1) 醣化血色素(HbA1c)→或醣化白蛋白(GA)擇一。

(2) →血液及體液葡萄糖-空腹(AC)、血液及體液葡萄糖-餐後1小時(1hPC)或血液及體液葡萄糖-餐後2小時(2h PC)擇一。

2.產前追蹤第1~4次，每次間隔二週。

3.申報時未完成該項個案登錄系統填報欄位者，不予支付。

附件三

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案
「產科醫師與助產人員共同照護評估指導表」

主導人員：☐醫師：產科醫師主導接生加上助產師(士)產程管理

☐助產師(士)：助產師(士)主導接生及產程管理

助產師(士)的產程管理(labor and delivery management)

針對以下項目先行評估，再給予適切的處理/指導(確實執行項目請打勾)

評估及健康指導項目
1. ☐ 孕婦入院的判斷與處理
2. ☐ 破水的判斷與處理
3. ☐ 產程進展的判斷與處理
4. ☐ 非藥物減痛方法
5. ☐ 知情同意、關懷及支持
6. ☐ 尊重、隱私及保密
7. ☐ 對伴侶執行陪產的協助與支持
8. ☐ 導引第二產程正確用力方法及時機
9. ☐ 新生兒即刻處理
10. ☐ 第四產程的照護處理
完成率：

助產師(士)簽章：

醫師簽章：

附件四

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案 醫療品質指標報告表

院所名稱：

院所代號：

○年第○季

一、結構、過程、結果指標

項目 過程	專科資格	在職教育
結構面		
過程面	1.參與本方案前之平均住院天數	天
	2.參與本方案後之平均住院天數	天
結果面	產檢利用率（分子： 分母： ） 週產期死亡率（分子： 分母： ） 出生性別比（男嬰數/女嬰數）	

二、危險因子指標

項目	個案人數（A）	孕婦/新生兒人數(B)	比率%（A/B）
子癇前症			
子癇症			
早產兒			
低體重兒			

三、其他指標

項目	哺育母乳人數(A)	產婦人數(B)	比率%（A/B）
住院期間總母乳哺育率			
住院期間純母乳哺育率			

四、妊娠糖尿病監控指標

序 號	指標名稱定義	分子 A	分母 B	比率% (A/B)
1	自我血糖監控率 分子： <u>所有進行完成 P3912C 申報個案中，每日自我血糖檢監測的妊娠糖尿病(Gestational Diabetes-Mellitus，以下稱 GDM)孕婦收案個案頻率至少達 1 次（含）以上之人數</u> 分母：所有 <u>GDM 孕婦收案完成 P3912C 申報</u> 個案數			

序號	指標名稱定義	分子 A	分母 B	比率% (A/B)
2	孕期血糖控制良率>95% 分子：<u>所有完成 P3913C 申報個案中，糖化血紅素<6.5% 或糖化白蛋白<15.8%之</u>妊娠糖尿病孕婦收案個案<u>人數</u> 分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案<u>完成 P3913C 申報個案</u>數			
3	產後 4-12 週內進行 75g OGTT 比例 分子：GDM<u>所有妊娠糖尿病孕婦收案個案中，產後 4-12 週內有進行 75g OGTT 檢測</u>者<u>人數</u> 分母：所有 GDM<u>妊娠糖尿病</u>孕婦收案個案數			
4	血糖達標率 分子：<u>該院所</u>有<u>完成 P3913C 申報的</u>GDM 孕婦之個案<u>中，血糖控制達標之人數(血糖控制達標定義為所有有登錄之抽血檢驗值均須達標：包括 AC<95mg/dL、PC1hr<140mg/dL 或 PC2hr<120mg/dL)</u> 分母：該院所<u>所有</u>的<u>GDM 孕婦</u><u>完成 P3913C 申報之個案</u>數。			
5	營養師衛教比率 分子：經診斷 GDM 妊娠糖尿病後有接受過 <u>2 次</u>營養師衛教的(<u>完成 P3911C 及 P3912C</u>)之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。 分母：所有 GDM<u>妊娠糖尿病</u>孕婦收案個案數			
6	完整收案率 分子：該院所<u>完成 P3911C+P3912C+P3913C+P3915C 申報的之</u>GDM 妊娠糖尿病<u>孕婦個案數</u> 分母：該院所<u>所有</u>加入此計畫的<u>GDM 妊娠糖尿病</u>孕婦收案個案數			
7	新收案率 分子：該院所<u>完成 P3911C 申報的之</u>GDM 妊娠糖尿病<u>孕婦個案數</u> 分母：該院所<u>所有</u>的<u>GDM 妊娠糖尿病</u>孕婦個案數			
8	四度產道裂傷 分子：分娩時發生四度產道裂傷的之<u>GDM 孕婦收案個案數</u> 分母：所有 GDM<u>妊娠糖尿病</u>孕婦收案個案數			
9	胎兒出生體重為巨嬰之比例 分子：GDM 妊娠糖尿病<u>孕婦收案個案產下之新生兒體重>4,000 公克個案數</u> 分母：所有 GDM<u>妊娠糖尿病</u>孕婦收案個案數			
10	胎死腹中比例 分子：GDM 妊娠糖尿病<u>孕婦收案個案胎死腹中個案數</u> 分母：所有 GDM<u>妊娠糖尿病</u>孕婦收案個案數			

註：1.本表請於每季最後 1 月(3、6、9、12 月)申報醫療費用時一併提供分區業務組，~~一另未~~
完整提報妊娠糖尿病監控指標者不予支付妊娠糖尿病管理照護費。

2. 總母乳哺育~~母乳~~率之哺育母乳人數係指有哺育母乳之產婦人數。
3. 純母乳哺育~~母乳~~率之哺育母乳人數係指純哺育純母乳(僅餵母乳或加維他命、礦物補充劑或藥品)之產婦人數。
4. 專科資格：本方案相關專科醫師人數、相關專業人員數(如護理師)。
5. 在職教育：本方案相關訓練如新生兒急救等教育訓練時數。
6. 週產期死亡率： $(\text{懷孕 28 週以上之死胎數} + \text{活產後 1 週內死亡數}) / (\text{懷孕 28 週以上之死胎數} + 1 \text{ 年中的活產數}) * 1,000$ 。
7. 所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數：有完成 P3911C、P3912C、P3913C、P3914C、P3915C 或 P3916C 其中一項申報。
8. 所有妊娠糖尿病孕婦個案數：所有診斷為 GDM(ICD-10 為 O24.4)孕婦之個案數，包含未收案及收案個案。

全民健康保險 院(所)轉診單(轉診至 院所)(院所參考)

保險醫事服務機構代號：

原 診 醫 院	保險對象基本資料	姓 名	性 別	出 生 日 期			身 分 證 號		
			☐ 男 ☐ 女	民國(前) 年 月 日					
		聯 絡 人	聯 絡 電 話	聯 絡 地 址					
療 醫 要	病 歷 摘 要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)						D.藥物過敏史：	
		B.診斷 ICD-10-CM 病名							
		1.(主診斷)							
		2.							
診 目 的	轉診目的	1. ☐ 急診治療						4. ☐ 進一步檢查，檢查項目	
		2. ☐ 住院治療						5. ☐ 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤	
		3. ☐ 門診治療						6. ☐ 其他	
所 診 治 醫 師	診所住址	傳真號碼：							
		電子信箱：							
		姓 名	科 別	聯 絡 電 話	醫 師 簽 章				
開 單 日 期	建議轉診院所科別	年 月 日						安排就醫日期	
		年 月 日						年 月 日	
		科 診 號						科 診 號	
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處理情形	1. ☐ 已予急診處置並轉診至 醫院 2. ☐ 已予急診處置，並住本院 病房治療中							
		3. ☐ 已安排住本院 病房治療中 4. ☐ 已安排本院 科門診治療中							
		5. ☐ 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下							
治 療 摘 要	院所名稱	1.主診斷 2.治療藥物或手術名稱 3.輔助診斷之檢查結果							
		ICD-10-CM：							
		病名：							
診 治 醫 師	診所名稱	電話或傳真：							
		電子信箱：							
		姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回 覆 日 期	年 月 日			

※本轉診單限使用一次

※以上欄位均屬必填，如無則填無

第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所回覆轉出醫院、診所
第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存

第三聯：原診療醫院、診所留存