



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

115 年第 3 次
會議資料

115 年 10 月 8 日（星期四）下午 2 時 00 分
本署 18 樓大禮堂

「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」115 年第 3 次會議議程

壹、主席致詞

貳、確認上次會議紀錄，請參閱(不宣讀)

第 01 頁

參、優先討論事項

分項頁碼(總頁碼) 預估時間
(分鐘)

一、增修「脊椎融合術-脊椎側彎」等 17 項診療項目案。	優討 1-1	35
------------------------------	--------	----

肆、報告事項

一、歷次會議決議事項辦理情形。	報 1-1	10
二、修訂「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」暨「全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫」案。	報 2-1	15
三、修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」案。	報 3-1	10
四、修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。	報 4-1	10
五、修訂中醫支付標準案。	報 5-1	10
六、修訂西醫基層總額「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」案。	報 6-1	20
七、修訂醫院門診及住院診察費支付點數案。	報 7-1	10
八、修訂支付標準第七部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版支付通則暨 116 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。	報 8-1	10

九、 修訂轉診支付標準之同體系院所名單案。	報 9-1	10
-----------------------	-------	----

伍、 討論事項

一、 修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案及第八部第三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案。	討 1-1	20
二、 修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」案。	討 2-1	15
三、 修訂鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫案。	討 3-1	15
四、 修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準急診相關診療項目」暨「全民健康保險急診品質提升方案」案。	討 4-1	20

陸、 臨時動議

柒、 散會

貳、確認本會議 115 年度第 2 次

會議紀錄

-請參閱(不宣讀)確認

「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」

115 年第 2 次會議紀錄

時 間：115 年 6 月 25 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：陳署長亮妤

紀錄：黃胤學

劉主任秘書林義下午 4 時 20 分至 4 時 30 分(代理)

侯代表重光	侯重光	陳代表俊良	陳俊良
黃代表雪玲	黃雪玲	陳代表相國	陳相國
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	吳迪(代)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	吳享穆(代)
陳代表志忠	陳志忠	劉代表淑芬	劉淑芬
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	歐育志(代)
羅代表永達	羅永達	賴代表信亨	賴信亨
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	林桂美
朱代表文洋	朱文洋	洪代表一吉	洪一吉
朱代表益宏	朱益宏	陳代表淑華	陳淑華
吳代表家淦	吳家淦	楊代表玉琦	楊玉琦
陳代表宏麟	陳宏麟	呂代表正華	(請假)
王代表宏育	王宏育	林代表恩豪	(請假)
黃代表振國	黃振國	蔡代表麗娟	蔡麗娟
賴代表俊良	賴俊良	洪代表芳明	洪芳明
顏代表鴻順	顏鴻順	施代表壽全	施壽全
吳代表清源	(請假)		

列席單位及人員(*為視訊與會)：

中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫院協會

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

中華民國醫事放射師公會全國聯合會

中華民國血液病學會

國立臺灣大學醫學院附設醫院

台灣乳房醫學會

台灣婦癌醫學會

奇美醫療財團法人奇美醫院

台灣泌尿科醫學會

中華民國骨科醫學會

台灣胸腔外科醫學會

台灣介入性心臟血管學會

台灣整形外科醫學會

台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會

中華民國心臟學會

中華民國心律醫學會

社團法人台灣肝癌醫學會

台灣立體定位功能性神經外科及放射

手術學會

臺灣兒科醫學會

臺灣兒童心臟學會

台灣婦產科醫學會

台灣神經外科醫學會

謝沁妤、蘇慧珂

林佩菽、吳心華、顏正婷、

王秀貞

王逸年

陳暘、張智凱

潘佩筠

梁淑媛

王泰祥

黃泰中

謝明書、李承浩、劉瀚璉、

黃柔瑄、顏涵屹

王文科

陳子健

李宛珊

林雍偉

盧永昌

廖先啟

李任光

蔡嘉軒

林志峰

廖敏村

廖敏村

齊振達

羅偉倫

彭純芝

邱舜南

黃建霈

謝政達

台灣精神醫學會
台灣兒童青少年精神醫學會
台灣消化系外科醫學會
中華民國大腸直腸外科醫學會
台灣大腸直腸醫學會
台灣術後加速康復學會
台灣胸腔及心臟血管外科學會
台灣胸腔暨重症加護醫學會
臺灣新生兒科醫學會
財團法人臺灣早產兒基金會
臺灣兒童胸腔暨重症醫學會
中華民國呼吸治療師公會全國聯合會
中華民國眼科醫學會
台灣復健醫學會
台灣護理學會
財團法人醫藥品查驗中心

衛生福利部社會保險司
衛生福利部全民健康保險會
本署副署長室
本署主任秘書室
本署醫務管理組

邱智強、李添浚
賴柔吟、黃郁心
沈延盛、王尚煜
林金龍、邵彥誠
(請假)
郭書麟
(請假)
周昆達、陳威志、林定佑
徐任甫
許瓊心
曹珮真
李昆達
蔡俊斌
李紹誠
(請假)
顏孟玄、黃昭仁、陳詠晴、
侯宗盈、郭欣婷、許喻茹、
劉人豪、洪玉綸、張惠如
梁淑政、白其怡
邱臻麗、劉于鳳、吳佳恩
顏家瑞
劉林義
黃珮珊、林右鈞、陳依婕、
許博淇、曾琬茜、黃瓊萱、
陳世卿、鄧家佩、何懿庭、
林香君、楊閨璘、高翊庭、
蕭之宣、陳聿萱、邱宜婷、
高郁捷、張容慈、蔡政伶、
陳香然、陳婕瑜、陳翊婷、
郭芷涵、李忻庭、陳姿吟、

臺北業務組*

北區業務組*

宋思嫻、翁子雯、紀雅蕓、
黃子柔

林怡君、張芸湘

倪意梅、楊秀文、謝明珠、
蔡宜珊、洪嘉霽、黃毓棠、
呂淑文、廖佩琦、張晏溶、
胡淑惠、蕭琬瑜、林茹慧、
林耿揚、詹媛媛、陳彥容、
林杰穎、黃雅伶、楊肅凱、
徐鈺惠

中區業務組*

蘇彥秀、楊惠真、陳麗尼、
張黛玲、游姿瑗、戴秀容、
林郁芬、洪瑜禪、紀虹如、
張念賓、許欣婷、林昱、
鄭佩甄、陳蕙歆、廖錦善、
蕭羽彤

南區業務組*

吳佩寧、郭郁伶、沈佩瑩、
許寶茹、陳秀宜、陳等婷、
曾荃璞、沈品頤、陳菽錦
林純美、謝明雪、陳淑惠、
邱佩穎、陳祈君、王永全、
劉蘋瑢、楊可薇、梁家瑋、
葉庭蓉

高屏業務組*

東區業務組*

張溢惠、林佳良、張瑩媛

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：

決定：確認。

參、優先討論事項

一、增修「周邊動脈粥樣斑塊旋切術」等 21 項診療項目案(詳附件 1，P12-P26)。

說明：新增修訂重點如下：

- (一) 新增 33118B「周邊動脈粥樣斑塊旋切術」(25,479 點)、18050B「四維斷層嚴重複雜性心臟血管造影」(23,307 點)、65082B「經鼻內視鏡顱底腦脊髓液漏修補術」(27,490 點)、83107A「脊髓腔內藥物輸注幫浦植入手術」(28,637 點)、56045A「脊髓腔內藥物輸注系統幫浦藥物充填」(1,822 點)、56046A「脊髓腔內藥物輸注系統參數調整作業」(1,600 點)、67056B-67058B「連枷胸肋骨骨折復位手術(單側)－1 至 3 根/4 至 6 根/7 根以上」3 項(18,529、30,251、41,881 點)、30112B「CLDN18.2 免疫組織化學染色」(5,551 點)，共計 9 項。
 - (二) 修訂 83035B「顏面舌下神經吻合術」、64287B「關節鏡下肩關節盂唇修補手術」、47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」、12211B「異常凝血酶原檢驗」、12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法實驗室開發檢測(LDTs)」等 2 項，共計 6 項適用範圍、執行人員資格等規範。
 - (三) 修訂 30301B~30303B「實體腫瘤次世代基因定序(NGS)」之給付癌別，增列 HR 陽性及 HER2 陰性乳癌符合適應症者得申報 NGS，並擴增婦癌檢測基因同源重組缺陷(HRD)。
 - (四) 修訂 79204C「腹腔鏡精索靜脈曲張結紮」等 2 項英文名稱。
- 決議：
- (一) 新增「四維斷層嚴重複雜性心臟血管造影」案，待提案單位取得共識後再提會討論，其餘照案通過。
 - (二) 新增 33118B「周邊動脈粥樣斑塊旋切術」案，於診療項目備註增加內含材料費占率，並新增同一術式不得同時申報「69002B 合併執行 33115B」。

(三) 有關修訂 30301B 至 30303B 「實體腫瘤次世代基因定序」給付癌別案，卵巢癌、輸卵管癌及原發性腹膜癌保留「BRCA1/2 基因檢測」項目。

(四) 請本署持續監測增修診療項目實際申報量及推估數之差異。

肆、報告事項：

一、歷次會議決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

二、修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目案(詳附件 2，P27-P52)。

說明：

(一) 優化兒童重症醫療：針對未滿 19 歲之住院診察費再加成 10%，並提升 15 項先天性心臟病手術支付，調幅 8%-104%，合計挹注 2.15 億元。

(二) 提高生產點數：一般生產調升 50%，以自然產為例由 21,420 點提升至 32,130 點；高危險妊娠調升 1 倍，由 30,598 點提升至 61,197 點；困難複雜生產調升 2 倍，由 35,781 點-47,288 點提升至 107,342 點-141,863 點，共挹注 17.65 億元。

(三) 提升整形外科、神經外科、精神、小兒骨科、消化系外科、大腸直腸外科等手術處置共 90 項、11.86 億點。

決定：有關提升整形外科及產科，原則通過，因涉及西醫基層預算，於 115 年 7 月上旬召開西醫基層總額研商臨時會議完成程序後，辦理預告及報衛生福利部核定，餘洽悉。

三、修訂支付標準第七部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版支付通則、115 年下半年適用之相對權重統計結果暨第六部論病例計酬案(詳附件 3，P53-P93)。

說明：

- (一) 115 年下半年併同報告事項第二案支付標準修訂更新 DRG 權重，SPR 值為 53,414 點。
 - (二) 不適用 Tw-DRGs 之生產案件，增列「羊水栓塞」、「極重度子癩前症合併器官衰竭」等高危險妊娠，及「肺動脈高壓」、「發紺性先天性心臟病」、「心肌病變」等罕見內外科合併症。
 - (三) 產科論病例計酬案件配合報告事項第二案支付標準調整定額，調幅介於 23%至 109%。
- 決定：洽悉。

四、修訂「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」案(詳附件 4，P94-P122)。

說明：

- (一) 新增「冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」等好發癌症及易致重症之術式。
- (二) 依執行經驗調整計畫相關文字。

決定：洽悉。

五、修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」(詳附件 5，P123-P136)。

說明：

- (一) 修訂高風險病人出院後追蹤訪視費：

- 1. 放寬適用條件由「當年度」調整為「過去一年內」入院急性病房出院後三個月內。
- 2. 支付點數由 3,000 點調升至 6,000 點。

- (二) 修訂長效針劑注射獎勵措施：

- 1. 連續施打由「連續施打 4 個月以上」調整為「可涵蓋藥物作用時間達 3 個月以上」。
- 2. 新增「長效針劑維持治療評估處置」：施打藥效達 3 個月以上者，回溯自第一個月起，每就醫月份獎勵 150 點。

(三) 修訂高風險病人出院追蹤品質獎勵費：

1. 指標獎勵點數由每人 200 點調升至 1000 點。

2. 操作型定義分母：排除拒訪病人。

決定：洽悉。

六、修訂「『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』計畫增列居家照護階段兒童加成等項目」案(詳附件 6, P137-P163)。

說明：

(一) 新增居家呼吸階段兒童加成規範：

1. 未滿六個月者加計 60%。

2. 六個月以上至未滿二歲加計 30%。

3. 二歲以上至未滿七歲者加計 20%。

(二) 配合「緩和醫療家庭諮詢費」由 02020B 改為 02020C，計畫文字併同修正。

決定：洽悉。

七、新增「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫」案(詳附件 7, P164-P170)。

說明：

(一) 新增侵襲性呼吸器優化管理照護評估：由胸腔暨重症專科醫師評估 ICU 使用侵襲性呼吸器 4 日至 21 日之病人，每次 1,000 點。

(二) 新增醫院侵襲性呼吸器照護品質獎勵：含 3 項過程面指標(胸重專科醫師配置、胸腔暨重症專科醫師攬才/育才/留才計畫、內部獎勵制度)，及 2 項結果面指標(胸重醫師評估處置涵蓋率、侵襲性呼吸器脫離率)。

決定：洽悉。

八、修訂「全民健康保險西醫基層提升個人視力照護品質優化方案」
(詳附件 8，P171-P176)。

說明：

(一) 調整白內障手術醫令預算分配及結算方式。

(二) 改以點值撥補剩餘款核發品質獎勵金，並調整品質指標及目標值。

決定：洽悉。

九、修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案
(詳附件 9，P177-P234)。

說明：修訂計畫內特定身心障礙者牙醫醫療服務之費用支付及申報不予加成項目，新增 92133C「週日及國定假日牙醫門診處理」。

決定：洽悉。

十、修訂「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」案(詳附件 10，P235-P273)。

說明：

(一) 費用給付項目：

1. 新增「個案管理費-定期檢驗(查)達成加成費」：具高血糖或具 2 種以上特定疾病者，達定期追蹤照護，每人支付 100 元/年。

2. 多重慢性病人門診整合費用：增列動脈粥樣硬化等 8 種慢性病項目。

3. 血糖、血脂管理提升費：檢驗(查)結果進步個案納入獎勵，且每項費用皆調升 350 點。

(二) 計畫評核指標：

1. 成人預防保健檢查率等三項過程面指標：增加「1 分」得分級距。

2. 潛在可避免急診率等四項結果面指標：增加「與去年同期

自身比進步」之得分條件。

3. 血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率：改以固定值作為得分閾值。

4. 自選指標(2 項)：調整或增加得分級距。

決定：洽悉。

十一、修訂 115 年醫院總額「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」計畫(草案)案(詳附件 11，P274-P278)。

說明：

(一) 增列獎勵金須一定成數予提供該項服務之醫事人員。

(二) 增加指標「急診轉出率不高於去年同期」、「急診轉住院人次占率」指標。

決定：洽悉。

伍、討論事項：

一、修訂「全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案」(詳附件 12，P279-P300)。

說明：修訂重點如下：

(一) 參與院所資格：專業治療人員、臨床心理師及社工師(不分層級別)由原專任放寬為專/兼任皆可。

(二) 收案條件：取消新舊個案分類，並統一修訂 0 至 6 歲個案兩年內經國民健康署補助地方政府設置之兒童發展聯合評估中心診斷具 2 項(含)以上發展遲緩，並開立綜合評估報告書者(至少 1 項為確診遲緩項目)。

(三) P5301C「以家庭為中心之早期療育整合費」由 1,000 點調升至 2,000 點，並由「每季」改為「每兩個月」得申報一次。

(四) 獎勵措施：統一以現行新個案之三項品質指標計算。

決議：

- (一) 通過。
 - (二) 有關本次方案修訂事項所致費用成長部分，將爭取增編西醫基層總額 116 年度「醫療給付改善方案」專款預算；倘該專款預算不敷支應，則評估由其他預算支應。
 - (三) 參採復健醫學會建議調整費用支付文字。
- 註：會後補充說明：考量本方案係與其他醫療給付方案共用專款預算，費用支付應採一致性原則，爰費用支付維持原擬調整內容。

二、115 年調整住院護理費支付標準案(詳附件 13，P301-P310)。

說明：

- (一) 急性病床（含特殊病床）：調升 5%，約增加 15.10 億點。
- (二) 慢性病床（含慢性精神病床住院照護費）：調升 10%，約增加 3.21 億點。
- (三) 偏鄉醫院護理費加成由 15%調至 30%，增加 3.06 億點。
- (四) 合計約增加 21.37 億點，須扣合調薪指標「執登護理人員之健保投保金額與 113 年 12 月相較，提升一投保等級之人數須達 60%，或高於該院急性一般病床護理人員數占率」，始可外加個別醫院預算額度。

決議：考量住院安寧療護屬論日支付，亦包含護理費，爰將併同調整，餘照案通過，另 Tw-DRGs115 年下半年適用權重併同校正本案所修訂支付標準項目，SPR 值為 53,793 點(詳附件 14，P311-P347)。

陸、散會：下午 5 時 40 分

叁、優先討論事項

優先討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：增修「脊椎融合術-脊椎側彎」等 17 項診療項目案。

(資料後補)

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
修正規定

肆、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決議事項辦理情形。

說明：擬解除列管計 17 項，繼續列管計 1 項。

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
1	114-2 報 4	114.6.25	修訂轉診支付標準案	114 年第三次會議決定： 除提報「全民健康保險醫療給付費用醫院/西醫基層總額研商議事會議」，亦於本會議 115 年進行報告。 114 年第四次會議決定、115 年第一次、第二次會議決定： 衛生福利部業於 114 年 8 月 29 日公告，自 114 年 9 月 1 日生效，於 115 年 5 月健保會報告，委員建議更詳細報告轉診成效，爰提至 115 年 8 月健保業務執行季報告後，再提本會報告。	健保署醫管組	本案業於 115 年 8 月 19 日全民健康保險會 115 年第 7 次委員會議報告「健保業務執行季報告」。	✓	
2	114-4 報 3	114.12.24	增修中醫支付標準及中醫門診總額專款計畫案	114 年第四次會議決定： 洽悉。 115 年第一次會議決定： 1.本署業於 115 年 2 月 9 日公告修訂中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫，自 115 年 1 月 1 日生效。 2.衛生福利部業於 115 年 3 月 17 日公告中醫支付標準，自 115 年 4 月 1 日生效。 115 年第二次會議決定： 修訂西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫、中醫癌症病人加強照護整合方案： 1.衛福部於 115 年 4 月 1 日請本署依同年 3 月 10 日「115 年全民健康保險相關計畫(方案)討論會議」決議辦理後，再報部核定。 2.本署業於 115 年 6 月 16 日以健保醫字第 1150662546 號再函報請衛福部核定，俟衛福部核定後本署公告實施。	健保署醫管組	本署業於 115 年 7 月 28 日公告： 1. 修訂西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫，並追溯自 115 年 1 月 1 日生效。 2. 中醫癌症病人加強照護整合方案，自 115 年 7 月 28 日生效。	✓	
3	115-1 優討 2	115.3.26	修訂西醫基層門診合理量計算方式暨增加假日開診誘因	114 年第四次會議決議： 有關修訂「西醫基層門診合理量計算方式暨增加假日開診誘因」，配合 114 年 12 月 22 日急診壅塞第二次會議，部長指示先行監測春節期間開診情形後再議，本署將儘速分析數據後開會討論，預計提至 115 年 3 月本會議優先討論，暫保留。 115 年第一次會議決定：	健保署醫管組	1. 衛生福利部業於 115 年 6 月 30 日公告，自 115 年 9 月 1 日生效。 2. 本署將持續監測週末開診情形及急診人次變化，適時請醫師全聯會及地方醫師公會協助協調診所開診。	✓	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
				二案併陳：本署建議週日急症科別看診達3成再調整門診合理量，中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)代表則建議先調整門診合理量，倘連續假期出現急診壅塞再配合協調開診。 115年第二次會議決定： 本署業於115年5月11日簽報衛福部，並於同年6月8日完成預告，惟行政院南部聯合服務中心及澎湖縣醫師公會來函建議山地離島地區之門診合理量一併調整，後經醫師全聯會確認後，已於同年6月16日依程序報部核定，俟衛福部核定後公告實施。				
4	115-1報4	115.3.26	修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」案	115年第一次會議決定： 1. 相關配套流程納入本計畫問答集QA。 2. 請健保署監測P4P-DM/CKD/DKD與本計畫整併之預算執行情形，如有預算不足情形，建議朝兩計畫專款預算流用方式處理，並提案至健保會報告。 3. 餘照案通過。	健保署醫管組	1. 本署業於115年6月26日公告，並追溯自115年1月1日實施，另相關配套流程納入本計畫問答集QA，已於115年7月31日公告。 2. 另有關家醫計畫與P4P-DM/CKD/DKD之專款預算流用方式，本署業於115年5月20日全民健康保險會報告，獲委員支持，爰將依總額協商原則所定程序，向衛福部提出建議，刻正函請衛福部同意。	✓	
5	115-1討1	115.3.26	修訂「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」案	115年第一次會議決議：通過。	健保署醫審組	本署業於115年7月13日公告，自115年7月1日生效。	✓	
6	115-2優討1	115.6.25	增修「周邊動脈粥樣斑塊旋切術」等21項診療項目案	115年第二次會議決議： 1. 新增「四維斷層嚴重複雜性心臟血管造影」案，待提案單位取得共識後再提會討論。 2. 新增33118B「周邊動脈粥樣斑塊旋切術」案，於診療項目備註增加內含材料費占率，並新增同一術式不得同時申報「69002B合併執行33115B」。 3. 有關修訂30301B至30303B「實體腫瘤次世代基因定序」給付癌別案，卵巢癌、輸卵管癌及原發性腹膜癌保留	健保署醫管組	衛生福利部業於115年8月19日公告，自115年9月1日起生效。	✓	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
				「BRCA1/2 基因檢測」項目。 4. 請本署持續監測增修診療項目實際申報量及推估數之差異。 5. 其餘照案通過。				
7	115-2報 2	115.6.25	修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目案	115 年第二次會議決定： 有關提升整形外科及產科，原則通過，因涉及西醫基層預算，於 115 年 7 月上旬召開西醫基層總額研商臨時會議完成程序後，辦理預告及報衛生福利部核定，餘洽悉。	健保署醫管組	衛生福利部業於 115 年 8 月 19 日公告，自 115 年 9 月 1 日起生效。	✓	
8	115-2報 3	115.6.25	修訂支付標準第七部全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 3.4 版支付通則、115 年下半年適用之相對權重統計結果暨第六部論病例計酬案	115 年第二次會議決定： 1. 115 年下半年併同本次報告事項第二案支付標準修訂更新 DRG 權重，SPR 值為 53,414 點。 2. 不適用 Tw-DRGs 之生產案件，增列「羊水栓塞」、「極重度子癩前症合併器官衰竭」等高危險妊娠，及「肺動脈高壓」、「發紺性先天性心臟病」、「心肌病變」等罕見內外科合併症。 3. 產科論病例計酬案件配合報告事項第二案支付標準調整定額，調幅介於 23%至 109%。	健保署醫管組	衛生福利部業於 115 年 8 月 19 日公告，自 115 年 9 月 1 日起生效。	✓	
9	115-2報 4	115.6.25	修訂「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」案	115 年第二次會議決定： 1. 新增「冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」等好發癌症及易致重症之術式。 2. 依執行經驗調整計畫相關文字。	健保署醫管組	本署業於 115 年 8 月 4 日公告，自 115 年 8 月 1 日生效。	✓	
10	115-2報 5	115.6.25	修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」	115 年第二次會議決定： 1. 修訂高風險病人出院後追蹤訪視費，放寬適用條件，支付點數調升至 6,000 點。 2. 修訂長效針劑注射獎勵措施：連續施打調整為「可涵蓋藥物作用時間達 3 個月以上」、新增「長效針劑維持治療評估處置」。 3. 修訂高風險病人出院追蹤品質獎勵費調升指標獎勵點數。	健保署醫管組	本署業於 115 年 8 月 18 日公告，自 115 年 8 月 1 日生效。	✓	
11	115-2報 6	115.6.25	修訂「『全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付計畫』增列居家照	115 年第二次會議決定： 1. 新增居家呼吸階段兒童加成規範。 2. 配合「緩和醫療家庭諮詢費」由 02020B 改為 02020C，計畫文字併同修正。	健保署醫管組	本署業於 115 年 8 月 31 日公告，自 115 年 9 月 1 日生效。	✓	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
			護階段兒童 加成等項目」 案					
12	115-2 報 7	115.6.25	新增「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫」案	115 年第二次會議決定： 1. 新增侵襲性呼吸器優化管理照護評估：由胸腔暨重症專科醫師評估 ICU 使用侵襲性呼吸器 4 日至 21 日之病人，每次 1,000 點。 2. 新增醫院侵襲性呼吸器照護品質獎勵：含 3 項過程面指標及 2 項結果面指標。	健保署醫管組	本署業於 115 年 8 月 4 日公告，自 115 年 8 月 1 日生效。	✓	
13	115-2 報 8	115.6.25	修訂「全民健康保險西醫基層提升個體視力照護品質優化方案」案	115 年第二次會議決定： 1. 調整白內障手術醫令預算分配及結算方式。 2. 改以點值撥補剩餘款核發品質獎勵金，並調整品質指標及目標值。	健保署醫管組	本署業於 115 年 8 月 28 日公告，並追溯自 115 年 1 月 1 日生效。	✓	
14	115-2 報 9	115.6.25	修訂「115 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案	115 年第二次會議決定： 修訂計畫內特定身心障礙者牙醫醫療服務之費用支付及申報不予加成項目，新增 92133C「週日及國定假日牙醫門診處理」。	健保署醫管組	本署業於 115 年 8 月 24 日公告，自 115 年 9 月 1 日生效。	✓	
15	115-2 報 10	115.6.25	修訂「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」案	115 年第二次會議決定： 1. 新增「個案管理費-定期檢驗（查）達成加成費」、多重慢性病人門診整合費用增列動脈粥樣硬化等 8 種慢性病項目、血糖、血脂管理提升費。 2. 修訂計畫評核指標。	健保署醫管組	本署業於 115 年 8 月 28 日公告，並追溯自 115 年 1 月 1 日生效。	✓	
16	115-2 報 11	115.6.25	修訂 115 年醫院總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」計畫(草案)案	115 年第二次會議決定： 1. 增列獎勵金須一定成數予提供該項服務之醫事人員。 2. 增加指標「急診轉出率不高於去年同期」、「急診轉住院人次占率」指標。	健保署醫管組	本署業於 115 年 8 月 28 日公告，並追溯自 115 年 1 月 1 日生效。	✓	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管
							建議 解除列管
17	115-2 討 1	115.6.25	修訂「全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案」	115 年第二次會議決議： 考量本方案係與其他醫療給付方案共用專款預算，費用支付應採一致性原則，爰費用支付維持原擬調整內容。其餘照案通過。	健保署醫管組	本署業於 115 年 8 月 10 日公告，自 115 年 8 月 10 日起生效。	✓
18	115-2 討 2	115.6.25	115 年調整住院護理費支付標準案	115 年第二次會議決議： 考量住院安寧療護屬論日支付，亦包含護理費，爰將併同調整，餘照案通過，另 Tw-DRGs115 年下半年適用權重併同校正本案所修訂支付標準項目，SPR 值為 53,793 點。	健保署醫管組	衛生福利部業於 115 年 8 月 19 日公告，自 115 年 9 月 1 日起生效。	✓

決定：

報告事項

第二案

提案單位：中華民國癌症醫學會

社團法人台灣腦中風學會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」暨「全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫(下稱區域聯防計畫)」案。

說明：

- 一、依據中華民國癌症醫學會 114 年 12 月 5 日中華癌醫會二十三字第 00099 號函、社團法人台灣腦中風學會 115 年 6 月 9 日腦(龍)字第 159、161 號函(附件 1，頁次報 2-5~2-8)、本署同年 8 月 26 日全民健康保險醫療給付費用 115 年第 3 次醫院總額研商議事會議(下稱醫院研商)決議暨同年 9 月 2 日全民健康保險醫療給付費用 115 年第 3 次西醫基層總額研商議事會議(下稱西基研商)決議(附件 2，頁次報 2-9~2-10)辦理。
- 二、為加強醫院體質、維持住院營運並反應臨床人員辛勞，近年本署逐步調整醫事人力為主、人力流失科別之住院支付。
- 三、本次規劃調升癌症治療、腦中風及胸腔重症相關支付標準，並修訂區域聯防計畫，經本署 115 年 8 月 26 日醫院研商、同年 9 月 2 日西基研商決議通過，分述如下：

(一)強化癌症治療量能：

- 1.調升「靜脈血管內化學藥物注射費」支付點數(成本分析表詳附件 3，頁次報 2-11~2-16)。
- 2.財務影響評估：以 114 年申報資料及 113 年至 114 年成長率計算，增加財務支出約 3.51 億點。

醫令代碼	診療項目	現行點數	調升後點數	財務衝擊(億點)
靜脈血管內化學藥物注射				
37038B	一小時內	1,031	1,203	0.35

醫令代碼	診療項目	現行點數	調升後點數	財務衝擊（億點）
37039B	一至四小時	1,234	1,666	2.14
37040B	四至八小時	1,858	2,211	0.39
37041B	八小時以上	2,411	2,675	0.64
總計				3.51

(二)提升重症支付：

1.腦中風重症（成本分析表詳附件3，頁次報2-11~2-16）：

(1) 調升 47101B「急性缺血性腦中風處置費」：由現行 14,559 點調升至 18,251 點。

(2) 新增「急性缺血性腦中風溶栓及取栓治療處置費」：

A、考量腦中風病人之病情複雜程度不同，爰建議依病情複雜程度，將現行 47101B「急性缺血性腦中風處置費」拆分為僅執行靜脈血栓溶解（IVT）治療（現行項目）及同時執行 IVT 及動脈血栓移除（EVT）治療（新增項目）者。

B、支付規範：

a. 建議支付點數 26,988 點。

b. 限急性缺血性中風病人接受靜脈血栓溶解（IVT）治療橋接動脈血栓移除（EVT）治療者申報。

c. 不得同時申報 47101B。

(3) 財務影響評估：以 114 年申報 47101B「急性缺血性腦中風處置費」醫令量及 112 年至 114 年年平均成長率 11%推估，「同時執行取栓、溶栓併申報相關血栓藥」之案件（申報新增項目）共 551 件，其餘案件（申報現行項目）共 5,533 件，共計增加財務支出約 0.27 億點。

（單位：件、%、億點）

項目	47101B 申報量			年平均 成長率	推估 115 年 申報量	差額	財務影 響評估
	112 年	113 年	114 年				
同時取栓溶栓	388	502	496	11.0%	551	12,429	0.07

其餘案件	4,111	4,906	4,985		5,533	3,692	0.20
總計	4,449	5,408	5,481		6,084	-	0.27

2. 胸腔重症：

(1) 配合 28006C「支氣管鏡檢查」支付點數由 1,680 點調升為 2,938 點，併調升以支氣管鏡執行、含內視鏡檢查費用，或支付規範明定不得與 28006C 併同申報之相關項目，包含：

A、檢查及治療處置（7 項）：

醫令代碼	診療項目	支付點數	
		現行	調整後
28033C	診斷性肺泡灌洗術	1,800	3,058
28038B	自體螢光支氣管鏡檢查	2,437	3,695
28039B	支氣管鏡螢光透視檢查（含支氣管鏡檢查費用）	5,116	6,374
28040B	支氣管內視鏡超音波	7,365	8,623
28041B	支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術	14,198	15,456
28042B	支氣管內視鏡超音波導引周邊肺組織採檢切片術	13,476	14,734
56038B	內視鏡冷凍治療（含內視鏡檢查費用）	3,838	5,096

B、手術（4 項）：

醫令代碼	診療項目	現行		材料 加成	調整後	
		表定 點數	支付 點數		表定 點數	支付 點數
67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術－氣管鏡	4,987	7,630	53%	5,809	8,888
67033B	支氣管鏡併做腫瘤切(摘)除	24,905	38,105	53%	25,727	39,363
67037B	支氣管內擴張術	2,779	4,252	53%	3,601	5,510
67046C	氣管內腔置管術	9,954	15,230	53%	10,776	16,488

(2) 財務影響評估(附件 4，頁次報 2-17)：以 114 年申報資料計算，推估增加約 0.43 億點(均為醫院總額)。

(三) 修訂區域聯防計畫：

1. 增訂 P8203B「二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」夜間及假日加成 100% 規範，以 114 年申報資料計算，增加財務支出約 0.18 億點。
2. 新增「急診收治並於 6 小時內進入 ICU」獎勵，比照急診品質提升方案以每人次給予 5,000 點獎勵計算，增加財務支出約 0.16 億點。
3. 承上，考量前述獎勵採事後結算並需勾稽申報資料，爰是類案件加護病房之病房費醫令需填報「執行時間-起」欄位，始得納入計算。

四、 財務衝擊：

(一) 強化癌症治療量能及提升重症支付相關診療項目之財務影響共 4.21 億點，預算來源為 115 年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」項下 53.11 億元。

(二) 修訂區域聯防計畫之財務影響共 0.34 億點，預算來源為 115 年醫院總額「區域聯防-提升急重症照護品質」專款 2.68 億元。

五、 修訂後支付標準如附件 5(頁次報 2-18~2-20)，將依程序報請衛生福利部核定後公告實施；修訂後區域聯防計畫如附件 6(頁次報 2-21~2-32)，將依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施。

決定：

正本

檔號：

保存年限：

中華民國癌症醫學會 函



受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 12 月 05 日

發文字號：中華癌醫會二十三字第 00099 號

附 件：如說明。

主旨：關於 貴署對本會建議案的回覆，建議案旨在將非化學治療藥物（包括免疫治療、標靶治療及抗荷爾蒙注射藥物）的施行注射費用納入全民健康保險給付項目，從而保障癌症病患的治療權益，本會回覆如說明。

說明：

一、復 貴署 114 年 10 月 31 日 健保醫字第 1140057658 號函。

二、如健保署回函說明，過往健保給付項目皆無針對非化學治療抗癌藥物(包括免疫製劑，標靶藥物及賀爾蒙)制定名目，故建議新增對應注射費。

① 參考化學治療藥物注射費，增設注射一小時內、一至四小時等 4 項；另收費亦參考現行成本價調整。

② 一小時內 1,680 元、一至四小時 2,025 元、四至八小時 2,645 元、八小時以上 3,260 元。

③ 另考量現行癌症治療多元化，化學治療常搭配非化學治療進行，故兩者申報不應設為互斥(可同時開立兩種注射處置)。

三、現況標靶藥物注射，如健保署回函說明，過渡期間，可使用 37038B~37041B 當成近似代碼等 4 項進行申報。

四、建議調整化學治療藥物注射費：

① 現況健保支付點數為 93 年 7 月生效至今未調整，故考量成本漲幅，建請健保署同步評估調高注射費點數。

② 一小時內 1,680 元、一至四小時 2,025 元、四至八小時 2,645 元、八小時以上 3,260 元。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：本會秘書處

理事長

陳仁熙

社團法人台灣腦中風學會 函

受文者：衛生福利部中央健康保險署

立案證書：內政部八十九年五月台內社字第 8914679 號(換發)

發文日期：中華民國 115 年 06 月 09 日

發文字號：腦(龍)字第 159 號

速別：普通件

附件：急性缺血性腦中風再灌流治療給付提升建議書及財務推估表



主旨：建請 貴署將健保處置費代碼「47101B」(急性缺血性腦中風處置費)由現行 14,559 點調高至 25,000 點，並針對接受 Bridging Therapy (靜脈血栓溶解治療合併動脈血栓移除術)之個案給予 1.5 倍加成給付，以落實對急重難症醫療之實質支持，穩定專科醫療人力。

說明：

一、提案背景與現況痛點

1. 急性缺血性腦中風 (AIS) 為國人失能與長照需求之主因，靜脈血栓溶解治療 (IVT) 與動脈血栓移除術 (EVT) 已為最具實證之核心療法。
2. 現行處置費僅 14,559 點，與臨床一線面臨之高強度專業勞務、24 小時全天候人力成本及高昂醫療風險顯不相稱，嚴重衝擊急重症醫療量能。

二、核心訴求與調整理由

1. 合理調高基本處置費：建議調升至 25,000 點，以反映神經科醫師於黃金治療時間內承受之巨大時間壓力與專業判斷風險。
2. 因應 TNK 普及化責任加大：隨著 Tenecteplase (TNK) 逐步取代傳統 tPA，治療門檻降低將使病例數增加，醫師須承擔更多適應症評估、禁忌症風險判斷及後續重症監測責任。
3. 銜接治療應給予 1.5 倍加成：大血管阻塞病患接受 IVT + EVT 之銜接治療處置極為複雜，醫師需同時進行雙重評估並緊密協調跨團隊，工作負荷顯著高於單一治療，故建請給予 1.5 倍加成 (即 37,500 點)。

三、健保財務衝擊評估

1. 本案整體財務衝擊極為有限，具高度可行性。按全國每年約 4,000 例再灌流治療估算，調升基本處置費每年僅增加健保支出約 4,176 萬元；而銜接治療因個案佔比受限，納入加成後整體衝擊仍屬有限。

四、預期效益

1. 實質提升給付可提高年輕醫師投入及留任神經急重症領域意願，穩定醫療人力。
2. 配合給付支持與 TNK 普及，能誘發各級醫院積極建立急診綠色通道，提升全國再灌注治療覆蓋率。
3. 加成政策能實質鼓勵跨團隊合作，優化大血管阻塞病患救治流程，縮短到院至取栓時間。
4. 長遠而言，病患若能於黃金期獲得完善治療，將大幅改善預後與生活自理能力，顯著降低國家整體社會失能與長照支出。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部

理 事 長

陳 龍

社團法人台灣腦中風學會 函

受文者：衛生福利部中央健康保險署

立案證書：內政部八十九年五月台內社字第 8914679 號(換發)

發文日期：中華民國 115 年 06 月 09 日

發文字號：腦(龍)字第 161 號

速別：普通件

附件：



主旨：擬請 貴署調高「夜間假日腦中風整合評估費」之健保給付點數，並將腦中風特定診斷納入「急診 6 小時入住 ICU 獎金」之適用範圍，請 貴長官鑑核。

說明：

- 一、腦中風為國人主要失能與死亡原因之一，其急性期治療具有極高度之時效性與專業複雜度。近年隨神經醫學精準診斷與治療實證日新月異，神經科醫師為確保民眾醫療權益努力不懈，惟第一線緊急醫療人力流失與工作負荷過重，已對急重症醫療防護網之穩定造成嚴峻挑戰。
- 二、為達到醫療品質進步、合理工作負荷與給付權益之平衡，台灣腦中風學會與台灣神經學學會於 2026 年 6 月 2 日共同拜會衛生福利部長官進行請益與討論。會中初步達成共識，認同第一線醫護團隊之工作付出宜給予合理酬報，以落實醫療業務報酬之公平性，並實質留任急重症醫療人才。
- 三、承上，針對健保給付項目共同提出以下兩項具體建議與共識，期能優化腦中風急性期之重症照護品質：
 1. 調高「夜間假日腦中風整合評估費」：腦中風急性期之臨床評估極具時效壓力，現行夜間及假日之腦中風整合評估費給付難以實質反映醫護團隊全天候待命與出勤之辛勞。建請將該項費用由現行之 3,000 點調高至 6,000 點，以合理反映勞務價值。
 2. 納入「急診 6 小時入住 ICU 獎金」適用對象：為促進急診與加護病房（ICU）綠色通道之高效銜接，建請將符合腦中風特定診斷之個案，納入「急診 6 小時內入住 ICU 獎金」之獎勵範疇，以引導醫療機構優化跨科別跨團隊之急性中風急救流程，提升重症照護效益。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣神經學學會

理 事 長

陳 龍

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

115 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：115 年 8 月 26 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：陳署長亮妤

第四案

提案單位：中華民國癌症醫學會、社團法人台灣腦中風學會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」暨「全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫（下稱區域聯防計畫）」案。

決議：本案修訂通過，重點如下：

一、調升「靜脈血管內化學藥物注射費」支付點數11%~35%。

二、提升重症支付：

（一）調升腦中風重症支付：

1. 調升47101B「急性缺血性腦中風處置費」，由現行14,559點調升至18,251點。

2. 新增「急性缺血性腦中風溶栓及取栓治療處置費」，支付點數26,988點。

（二）調升胸腔重症支付：配合28006C「支氣管鏡檢查」調升7項相關檢查及治療處置及4項手術支付點數。

三、通過修訂區域聯防計畫，如附件3：

（一）增訂P8203B「二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」夜間及假日加成100%規範。

（二）新增「急診收治並於6小時內進入ICU」獎勵，比照急診品質提升方案以每人次給予5,000點獎勵計算。

四、本案將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。

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：陳署長亮妤

紀錄：林鈺禎

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

1-1 診療項目成本分析表

■ 現有項目 □ 新增項目

項目名稱：靜脈血管內化學藥物注射一小時內

項目編號：

提案單位：中華民國癌症醫學會

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1. 主治醫師以上	1		39.1	10	391	634
		2. 住院醫師						
		3. 護產人員	1		7.6	32	243.2	
		4. 醫事人員						
		5. 行政人員						
		6. 工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		DISPOSABLE SYRINGE 2ML 23GX1" NEEDLE	PC		0.9	2	1.8	390
		DISPOSABLE SYRINGE 5ML 23GX1.25" NEEDLE	PC		1.2	2	2.4	
		DISPOSABLE SYRINGE NON-NEEDLE 20CC	PC		1.8	2	3.6	
		SAFETY ANGLE NEEDLE 20GX0.75"	PC		72	1	72	
		PLUM SET TWO LUMEN (NON DEHP) AS: ICU#14687	PC		190	1	190	
		IV DRESSING 10X12CM (O.P SITE)	PC		8.1	1	8.1	
		MEDICAL EXAM. GLOVE SIZE:S	PC		4.4	2	8.8	
		CHEMOTHERAPY DRUG & PRIME SPIKE	PC		24.5	2	49	
		CHEMOTHERAPY DRUG PUMP SET ADAPTOR	PC		54.5	1	54.5	
設備費用	稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本	
	輸液幫浦	150000	7	0.220	60	13.22751323	40	
	化療床	57990	7	0.085	60	5.113756614		
	小計					18.34126984		
	非醫療設備=醫療設備 ×		25.1 %			5		
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計		
	1	677280	50	0.13065	60	7.838888889		
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) ×28.7 %							9	
直接成本合計							1064	
作業及管理費用(直接成本 ×13.1%)							139	
成本總計							1203	

2-1 診療項目成本分析表

☒ 現有項目
 ☐ 新增項目

項目名稱：靜脈血管內化學藥物注射一至四小時

項目編號：

提案單位：中華民國癌症醫學會

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	12	469.2	963
		2.住院醫師						
		3.護產人員	1		7.6	65	494	
		4.醫事人員						
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		DISPOSABLE SYRINGE 2ML 23GX1" NEEDLE	PC		0.9	2	1.8	390
		DISPOSABLE SYRINGE 5ML23GX1.25" NEEDLE	PC		1.2	2	2.4	
		DISPOSABLE SYRINGE NON-NEEDLE 20CC	PC		1.8	2	3.6	
		SAFETY ANGLE NEEDLE 20GX0.75"	PC		72	1	72	
		PLUM SET TWO LUMEN (NON DEHP)AS:ICU#14687	PC		190	1	190	
		IV DRESSING 10X12CM (O.P SITE)	PC		8.1	1	8.1	
		MEDICAL EXAM. GLOVE SIZE:S	PC		4.4	2	8.8	
		CHEMOTHERAPY DRUG & PRIME SPIKE	PC		24.5	2	49	
		CHEMOTHERAPY DRUG PUMP SETADAPTOR	PC		54.5	1	54.5	
	設備費用	名 稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		輸液幫浦	150000	7	0.220	180	39.68253968	120
		化療床	57990	7	0.085	180	15.34126984	
		小計					55.02380952	
		非醫療設備=醫療設備 ×		25.1 %			14	
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	
		1	677280	50	0.13065	180	23.51666667	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) ×28.7 %						27		
直接成本合計							1473	
作業及管理費用(直接成本 ×13.1%)							193	
成本總計							1666	

3-1 診療項目成本分析表

☒ 現有項目 ☐ 新增項目

項目名稱：靜脈血管內化學藥物注射四至八小時

項目編號：

提案單位：中華民國癌症醫學會

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	15	586.5	1324
		2.住院醫師						
		3.護產人員	1		7.6	97	737.2	
		4.醫事人員						
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		DISPOSABLE SYRINGE 2ML 23GX1" NEEDLE	PC		0.9	2	1.8	393
		DISPOSABLE SYRINGE 5ML 23GX1.25" NEEDLE	PC		1.2	2	2.4	
		DISPOSABLE SYRINGE 10ML 21GX1.5" NEEDLE	PC		1.4	2	2.8	
		DISPOSABLE SYRINGE NON-NEEDLE 20CC	PC		1.8	2	3.6	
		SAFETY ANGLE NEEDLE 20GX0.75"	PC		72	1	72	
		PLUM SET TWO LUMEN (NON DEHP) AS: ICU#14687	PC		190	1	190	
		IV DRESSING 10X12CM (O.P SITE)	PC		8.1	1	8.1	
		MEDICAL EXAM. GLOVE SIZE:S	PC		4.4	2	8.8	
		CHEMOTHERAPY DRUG & PRIME SPIKE	PC		24.5	2	49	
		CHEMOTHERAPY DRUG PUMP SET ADAPTOR	PC		54.5	1	54.5	
	設備費用	稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
輸液幫浦		150000	7	0.220	360	79.36507937	238	
化療床		57990	7	0.085	360	30.68253968		
小計						110.047619		
非醫療設備=醫療設備 ×		25.1 %			28			
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計		
	1	677280	50	0.13065	360	47.03333333		
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7 %						53		
直接成本合計							1955	
作業及管理費用(直接成本 × 13.1%)							256	
成本總計							2211	

4-1 診療項目成本分析表

■ 現有項目 □ 新增項目

項目名稱：靜脈血管內化學藥物注射八小時以上

項目編號：

提案單位：中華民國癌症醫學會

單位：元

用人成本	人員別	人數		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
	1.主治醫師以上	1		39.1	19	742.9	1655
	2.住院醫師						
	3.護產人員	1		7.6	120	912	
	4.醫事人員						
	5.行政人員						
	6.工友、技工						
不計價材料或藥品成本	品名	單位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
	DISPOSABLE SYRINGE 2ML 23GX1" NEEDLE	PC		0.9	2	1.8	393
	DISPOSABLE SYRINGE 5ML 23GX1.25" NEEDLE	PC		1.2	2	2.4	
	DISPOSABLE SYRINGE 10ML 21GX1.5" NEEDLE	PC		1.4	2	2.8	
	DISPOSABLE SYRINGE NON-NEEDLE 20CC	PC		1.8	2	3.6	
	SAFETY ANGLE NEEDLE 20GX0.75" FORPORT-A	PC		72	1	72	
	PLUM SET TWO LUMEN (NON DEHP) AS:ICU#14687	PC		190	1	190	
	IV DRESSING 10X12CM (O.P SITE)	PC		8.1	1	8.1	
	MEDICAL EXAM. GLOVE SIZE:S	PC		4.4	2	8.8	
	CHEMOTHERAPY DRUG & PRIME SPIKE FORBAG AND BOTTLE AS:ICU CH-14	PC		24.5	2	49	
	CHEMOTHERAPY DRUG PUMP SET ADAPTOR AS:ICU CH-3034	PC		54.5	1	54.5	
設備費用	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
	輸液幫浦	150000	7	0.220	480	105.8201058	317
	化療床	57990	7	0.085	480	40.91005291	
	小計					146.7301587	
	非醫療設備=醫療設備 × 25.1 %					37	
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	317
	1	677280	50	0.13065	480	62.71111111	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7 %						71	
直接成本合計							2365
作業及管理費用(直接成本 × 13.1%)							310
成本總計							2675

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

■現有項目 □新增項目

提案單位：社團法人台灣腦中風學會

項目名稱：急性缺血性腦中風處置費

項目編號：47101B

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上（急診）	1		39.1	30	1,173	16,137
		1.主治醫師以上（神經科）	1		39.1	180	7,038	
		1.主治醫師以上（神經介入）	1		39.1	60	2,346	
		2.住院醫師						
		3.護理人員	1		7.6	450	3,420	
		4.醫事人員(藥師)	1		8	95	760	
		4.醫事人員(技術員／醫檢師)	1		8	175	1,400	
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成本	消 耗 數 量	成 本 小 計	成 本 合 計
		本處置費不涉及藥物／特殊材料成本，故本區塊不列計（材料費另依藥費／特材代碼申報）						0
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		急診監測設備	300,000	7	0.440917108	30		0.0
		加護病房監測設備	600,000	7	0.881834215	1440		
小計						0.0		
非醫療設備=醫療設備×28.3 %						0		
房屋折舊		平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間	成本小計	0.0
	加護病房（每床，約10坪，依150,000元/坪估算）	1,500,000	50	0.29	1440			
維修費用＝(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7 %							0	
直接成本合計								16,137
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)								2,114
成本總計								18,251

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☐現有項目 ☒新增項目

提案單位：社團法人台灣腦中風學會

項目名稱：急性缺血性腦中風橋接治療處置費

項目編號：

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	
		1.主治醫師以上（急診）	1		39.1	30	1,173	23,862	
		1.主治醫師以上（神經科）	1		39.1	300	11,730		
		1.主治醫師以上（神經介入）	1		39.1	90	3,519		
		2.住院醫師							
		3.護理人員	1		7.6	480	3,648		
		4.醫事人員(藥師)	1		8	170	1,360		
		4.醫事人員(技術員／醫檢師)	1		8	304	2,432		
		5.行政人員							
		6.工友、技工							
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消 耗 數 量	成 本 小 計		成 本 合 計
		本處置費不涉及藥物／特殊材料成本，故本區塊不列計（材料費另依藥費／特材代碼申報）							0
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本	
		急診監測設備	300,000	7	0.440917108	30			
		加護病房監測設備	600,000	7	0.881834215	1440			
小計						0.0			
非醫療設備=醫療設備×			28.3 %			0			
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間	成本小計			
	加護病房（每床，約10坪，依150,000元/坪估算）	1,500,000	50	0.29	1440				
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7 %						0	0.0		
直接成本合計								23,862	
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)								3,126	
成本總計								26,988	

附件 4、調升胸腔重症支付財務影響評估

醫令 代碼	診療項目	114 年申報量 (件)			財務影響評估 (百萬點)		
		醫院	基層	總計	醫院	基層	總計
28033C	診斷性肺泡灌洗術	11,441	-	11,441	14.4	-	14.4
28038B	自體螢光支氣管鏡檢查	995	-	995	1.2	-	1.2
28039B	支氣管鏡螢光透視檢查 (含支氣管鏡檢查費用)	1,517	-	1,517	1.9	-	1.9
28040B	支氣管內視鏡超音波	8,810	-	8,810	10.8	-	10.8
28041B	支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術	3,988	-	3,988	4.8	-	4.8
28042B	支氣管內視鏡超音波導引周邊肺組織採檢切片術	4,245	-	4,245	5.2	-	5.2
56038B	內視鏡冷凍治療(含內視鏡檢查費用)	1,726	-	1,726	2.2	-	2.2
67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術 — 氣管鏡	969	-	969	1.2	-	1.2
67033B	支氣管鏡併做腫瘤切(摘)除	581	-	581	0.5	-	0.5
67037B	支氣管內擴張術	155	-	155	0.2	-	0.2
67046C	氣管內腔置管術	219	-	219	0.3	-	0.3
總計					42.7	-	42.7

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準
修訂規定

第二部 西醫

第二章 特定診療

第一節 檢查

第二十一項 內視鏡檢查

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
28033C	診斷性肺泡灌洗術 註：含支氣管鏡費用。	V	V	V	V	<u>3058</u> 1800
28038B	自體螢光支氣管鏡檢查 註： <u>1.適應症用範圍：</u> (1.)痰液細胞學檢查發現疑似惡性細胞且胸部影像學正常者。 (2.)肺癌手術前確認病灶侵犯位置，以決定手術方式及切除範圍。 (3.)肺癌手術後追蹤，當疑似切除位置有復發時，為確認病灶。 <u>2.不得同時申報28006C。</u>		V	V	V	<u>3695</u> 2437
28039B	支氣管鏡螢光透視檢查（含支氣管鏡檢查費用） 註： <u>1.適應症用範圍：</u> 支氣管鏡直接目視下不可見之為肺周邊病灶，並經螢光導引定位進行之切片（biopsy）、刷拭（brushing）、沖洗（washing, lavage）。 2.不得與28006C支氣管鏡檢查合併申報。		V	V	V	<u>6374</u> 5116
28040B	支氣管內視鏡超音波 註： 1.不得同時申報28006C、28026B。 2.需檢附胸腔電腦斷層報告。 3.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。		V	V	V	<u>8623</u> 7365
28041B	支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術 註： 1.不得同時申報28006C、28009B、28026B及28040B。 2.申報時須檢附當次病理報告。 3.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。		V	V	V	<u>15456</u> 14198
28042B	支氣管內視鏡超音波導引周邊肺組織採檢切片術 註： 1.不得同時申報28006C、33103B及28040B。		V	V	V	<u>14734</u> 13476

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
	2.申報時須檢附當次病理報告。 3.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。					

第二部 西醫

第二章 特定診療

第二節 放射線診療

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
37038B	靜脈血管內化學藥物注射一小時內		√	√	√	<u>1203</u> 1031
37039B	靜脈血管內化學藥物注射一 <u>小時</u> 至四小時		√	√	√	<u>1666</u> 1234
37040B	靜脈血管內化學藥物注射四 <u>小時</u> 至八小時		√	√	√	<u>2211</u> 1858
37041B	靜脈血管內化學藥物注射八小時以上		√	√	√	<u>2675</u> 2411

第二部 西醫

第二章 特定診療

第六節 治療處置

第一項 一般處置

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
47101B	急性缺血性腦中風處置費 註： <u>1.適用範圍：</u> <u>(1.)</u> 急性缺血性中風病人符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第六編第八十三條之藥品給付規定第二節心臟血管及腎臟藥物 2.1.2血栓溶解劑用於急性缺血性腦中風之使用條件。 <u>(2.)</u> 執行83106B者。 <u>2.不得同時申報47111B。</u>		√	√	√	<u>18251</u> 14559
<u>47111B</u>	<u>急性缺血性腦中風溶栓及取栓治療處置費</u> <u>Bridging Therapy for Acute Ischemic Stroke</u> 註：		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>26988</u>

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
	1.限急性缺血性中風病人接受靜脈血栓溶解治療(IVT)橋接(bridging)動脈機械取栓治療(EVT)者申報。 2.不得同時申報47101B。					

第二部 西醫

第二章 特定診療

第六節 治療處置

第十項 外科處置

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
56038B	內視鏡冷凍治療(含內視鏡檢查費用)		√	√	√	5096 3838

第二部 西醫

第二章 特定診療

第七節 手術

第五項 胸腔

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
67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術 — 氣管鏡	√	√	√	√	5809 4987
67032B	— 開胸術		√	√	√	22534
67033B	支氣管鏡併做腫瘤切(摘)除 註：含一般材料費及特殊材料費。		√	√	√	25727 24905
67037B	支氣管內擴張術		√	√	√	3601 2779
67046C	氣管內腔置管術		√	√	√	10776 9954

附件6、全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫

113.6.28健保醫字第1130112834號公告自113年7月1日起生效

113.11.22健保醫字第113013928號修訂自114年1月1日起生效

114.7.15健保醫字第1140663391號修訂自114年7月1日起生效

115.1.5健保醫字第1140666309號修訂自115年1月1日起生效

[115.○.○健保醫字第○○○○○○○○○號修訂自○年○月○日起生效](#)

壹、依據：全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫說明

急性主動脈剝離為一種複雜且致死率高之心血管疾病，病人發病後如未獲得適當處置，死亡率將隨時間增加，每小時增加1%死亡率，約有50%的病人在送達醫院24小時內死亡、71%的人在2個月內死亡；另依據衛生福利部近10年統計資料顯示，腦血管疾病列為國人十大死因第2至第4位，平均每年約有1萬多的人死於該疾病。腦中風病人發病後即使存活後通常會留下不同程度的神經功能障礙，而失能之後遺症亦是我國成人殘障的主因之一，不僅造成病人與照顧者的負擔，也嚴重影響生活品質。

為使上述疾病之急重症個案於黃金治療期內接受完善的治療及照顧，以提升功能性預後機率，早日回歸社會，全民健康保險保險人（以下稱保險人）邀集社團法人台灣急診醫學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、社團法人台灣腦中風醫學會、社團法人台灣神經外科醫學會及台灣神經學學會共同研擬本計畫，鼓勵醫院建立完整之上、下游區域聯防合作機制，共同擔任主動脈剝離及腦中風病人之健康守門員。

參、目標

- 一、建立醫院間合作溝通機制。
- 二、確保急重症個案疾病照護品質及效率。
- 三、落實以品質為導向轉診制度。

肆、預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「區域聯防-提升急重症照護品質」支應。

伍、參與資格及申請程序：

- 一、參與醫院須組成合作團隊，並由主責醫院於每年度1月31日前向保險人分

區業務組提出參與計畫申請書(附表一),並經保險人分區業務組核定後,始得參與本計畫。

二、本計畫為持續性計畫,於新計畫核定前,前述核定醫院依計畫內容持續辦理並以新年度預算支應。

陸、收案條件

一、主動脈剝離：

門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I71.00-I71.03且執行68043B「A型急性主動脈剝離術」之病人。

二、腦中風：

門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及 P91.829病人。

柒、支付方式

一、網絡建置費：單一疾病每分區業務組100萬點,由保險人各分區業務組統籌運用及核發。

二、給付項目及支付標準

通則：同一疾病申報本計畫獎勵項目與「全民健康保險急診品質提升方案」任一獎勵不得重複申報。

編號	項目	點數
一、急重症疾病照護獎勵		
P8201B	個案管理費 主動脈剝離個案管理費 註： 1. 限門、急、住診主或次診斷（ICD-10-CM）為 I71.00-I71.03 且執行 68043B「A 型急性主動脈剝離術」之病人。 2. 由負責資源分配及管理調度之醫院申報，同個案每次事件限申報一次。	3,000
P8202B	腦中風個案管理費 註： 1. 門、急、住診主或次診斷（ICD-10-CM）為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823 及 P91.829 且有執行 83106B「急性缺血性腦中風機械取栓術」之病人。 2. 由負責資源分配及管理調度之醫院申報，同個案每次事件限申報一次。	3,000
P8203B	二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費 註： 1. 限腦中風病人於發作後二十四小時內到院進行術前評估，且評估結果不符施作靜脈溶栓治療（IVT）或導管取栓治療（EVT）治療資格者。同個案每次事件限申報一次。 2. 前述評估項目應包含神經影像（CT/MRI）檢查、中風嚴重度（NIHSS）評估、健保雲端與在院病歷整合查詢、不同治療藥物適應症與禁忌症之評估、轉診評估、神經外科介入之可能性討論。並應製作於病歷中，保險人將不定期進行抽查。 3. <u>夜間（晚上十時至隔日早上六時）或例假日（週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時）加計百分之百。</u>	3,000

編號	項目	點數
二、跨院合作執行費獎勵		
P8204B	(一)主動脈剝離（限於轉入醫院有執行68043B者申報） 1.轉出醫院獎勵：以第一間醫院轉出時間區分 -轉出醫院主動脈剝離病人於二小時以內轉出獎勵	20,000
P8205B	-轉出醫院主動脈剝離病人超過二小時且四小時以內轉出獎勵	10,000
P8206B	2.接受主動脈剝離病人轉入醫院獎勵	90,000
P8208B	(二)腦中風（限於轉入醫院有執行83106B者申報） 1.轉出醫院獎勵：以第一間醫院轉出時間區分 -轉出醫院腦中風病人於一小時以內轉出獎勵	20,000
P8209B	-轉出醫院腦中風病人超過一小時且二小時以內轉出獎勵	15,000
P8210B	-轉出醫院腦中風病人於超過二小時且四小時以內轉出獎勵	10,000
P8211B	2.接受腦中風病人轉入醫院獎勵	35,000
三、自行收治病人獎勵		
P8207B	主動脈剝離（限有執行68043B者申報）	50,000
P8212B	腦中風（限有執行83106B者申報）	25,000

三、P8203B「二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」須分配至少八成以上予執行之醫療人員。

四、醫院自行收治或經轉診完成主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術之病人進入加護病房<6小時，每人每次給予5,000點獎勵。

捌、醫療費用申報、審查與點值結算

一、本計畫醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療服務費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

二、跨院合作執行費獎勵申報規定如下：

(一) 轉出醫院：醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構代號」須填報轉往之院所代號，由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽後，每季統一補付費用。

(二) 接受轉診醫院：接受轉診醫院於申報時須填報 d107「轉入服務機構代

號」。

- 三、醫院自行收治或經轉診完成主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術之病人進入加護病房<6小時獎勵，由保險人依轉入或自收院所申報內容進行勾稽符合規範後，每季統一補付費用。
- 四、本計畫之醫令類別，以門診申報格式申報者為「2」、以住院申報格式申報者為「K」。
- 五、點值結算方式：依本計畫各該預算先扣除網絡建置費後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。
- 六、經保險人審查發現登載不實者，除核刪計畫相關費用外，經確證日起至次年底不納入本計畫之獎勵。
- 七、醫療費用申復：辦理本計畫年度結算作業後，若有特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項下支應。

玖、品質監測指標（詳附表二）

一、整體指標：

- (一) 總死亡率：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風病人之死亡人數比率。
- (二) 總手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率。
- (三) 總失能率：因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表（Modified Rankin Scale，mRS）之分數達失能標準之人數比率。
- (四) 腦中風病人經整合評估且完成處置率：符合腦中風收案條件之病人，於發作後24小時內完成術前評估且執行治療之人數比率。

二、醫院別指標：

(一) 效率指標：

1. 急診病人停留時間之達標比率：

- (1) 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即

評估（到急診時至完成影像檢查於25分鐘內）之人次比率。

(2)經轉診病人：符合收案條件之病人抵達第一間醫院後，2小時內轉出之人次比率。

2. 醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間達標比率：

(1)主動脈剝離手術：

A. 醫院自行收治之病人入院後，4小時內進入開刀房之人次比率。

B. 病人抵達第一間醫院後，4小時內轉診至轉入醫院之人次比率。

(2)腦中風：依病人來源區分（入院至接受取栓手術之時間）：

A. 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療 $\leq$ 2小時之人次比率。

B. 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療 $\leq$ 1.5小時之人次比率。

(二) 結果面指標：

1. 死亡率：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數。

2. 手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率。

3. 失能率：因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表（Modified Rankin Scale，mRS）之分數達失能標準之人數比率。

拾、品質資訊之登錄

一、參加本計畫醫院應依規定，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，格式如附表三（建置於健保資訊網服務系統），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、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。

三、另為確保急重症照護成效及追蹤個案預後情形，參加本計畫醫院除依

前述規定填報出院評估結果外，醫院應追蹤出院個案失能情形，並於發病後90天再評估，登載 mRS 分數於 VPN。

拾壹、資訊之分享與公開

- 一、保險人各分區業務組得舉辦計畫執行概況檢討或發表會，由參與本計畫之特約醫院報告，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計畫之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

拾貳、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保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、全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫申請書

疾病別：

基本資料	主責醫院		醫事機構代碼	
	聯絡人		聯絡電話	
	E-mail			
配套措施	轉診後送機制			
	合作醫院名單	醫事機構代號	合作醫院名稱	

本院及團隊內醫院同意於計畫執行期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療服務。

健保合約大小章用印處

中華民國 年 月 日

附表二、品質監測指標定義

序號	指標名稱	指標定義
整體指標		
1	總死亡率	主、次診斷為主動脈剝離/腦中風病人之死亡人數比率 分子：分母人數中，死亡之病人數 分母：主、次診斷為主動脈剝離（ICD-10-CM：I71.00-I71.03）/腦中風（ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及 P91.829）之住院病人數
2	總手術死亡率	當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率 分子：分母人數中，執行68043B/83106B 且術後48小時內死亡之人數 分母：主動脈剝離（ICD-10-CM：I71.00-I71.03）/腦中風（ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及 P91.829）且執行68043B/83106B 之病人數
3	總失能率	因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率 分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數 分母：執行該項手術之病人數
4	腦中風病人經整合評估且完成處置率	符合腦中風收案條件之病人，於發作後24小時內完成術前評估且執行治療之人數比率 分子：分母人數中，有執行24小時腦中風整合治療評估且執行83106B 人數 分母：主、次診斷為腦中風（ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及 P91.829），且有申報83106B 或 P8203B 之病人數

序號	指標名稱	指標定義
醫院別指標		
(一) 效率指標		
5	急診停留時間之達標比率	1. 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估(到急診時至完成影像檢查於25分鐘內)之人次比率。 2. 病人須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後，於2小時內轉出醫院之人次比率。 分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人次
6	醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間之達標比率	1. 主動脈剝離手術： (1) 自行收治之醫院於病人入院後，4小時內進入開刀房之人次比率。 (2) 病人抵達第一間醫院後，4小時內轉診至轉入醫院之人次比率。 2. 腦中風：依病人來源區分(入院至接受取栓治療時間)： (1) 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療≤ 2小時之人次比率。 (2) 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療≤ 1.5小時之人次比率。 分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人次

序號	指標名稱	指標定義
(二) 結果面指標		
7	死亡率	醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數 分子：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之病人於收治醫院死亡之人數（含轉診途中死亡） 分母：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之住院病人數
8	手術死亡率	當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率 分子：醫院執行68043B/83106B 且術後48小時內死亡之人數 分母：醫院收治主動脈剝離（ICD-10-CM：I71.00-I71.03）/腦中風（ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829）且執行68043B/83106B 之病人數
9	失能率	因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率 分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數 分母：執行該項手術之病人數

附表三、全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫個案登錄系統
(VPN) 必要欄位表

一、基本資料由系統自動帶入

1.院所代碼、2.疾病別、3.病人 ID 及姓名、4.出生日期、5.最後一次正常時間(年月日)(僅腦中風)、6.入院時間、7.出院時間。

二、重大疾病照護品質必填欄位

1.主動脈剝離(共2欄):結案日期、結案原因(病人動向)。

2.腦中風(共4欄):出院時 mRS 分數(由系統帶入,院所可修改)、發病後90天之 mRS 分數(0-5分)、結案日期、結案原因(病人動向)。

三、結案日期為院所登錄 VPN 之日期;惟若屬死亡個案,則結案日期方可等於死亡/出院日期。

報告事項

第 三 案

報告單位：本署醫務管理組

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」案。
(資料後補)

報告事項

第四案

提案單位：台灣社區醫院協會

台灣感染症醫學會

本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。

說明：

一、依據本署 115 年 8 月 26 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 115 年第 3 次研商議事會議決議（**附件 1，頁次報 4-4**）辦理。

二、旨揭計畫（**附件 2，頁次報 4-5～4-20**）修訂摘述如下

（一）預算來源：115 年度醫院總額專款「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」300 百萬元支應。

（二）配合執行年度修改實施期程、參與醫院資格及各項品質指標統計區間。

（三）支付標準代碼 P8301B「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」：

1. 評估時機：原「每週申報一次為限」調整為「每次住院療程中以申報兩次為限」。

2. Cefiderocol、Voriconazole 及 Cefoperazone + Sulbactam 已於 115 年 8 月 1 日納入健保給付，爰併同修正高度管制性抗微生物製劑清單。

（四）獎勵費用分配：考量部分醫院受法規限制而無法分配六成以上予相關醫事人員，爰原訂「未達成指定分配成數之醫院，將取消次次年度本計畫參與資格」，修改為「未達成一定比率分配成數之醫院，將取消次次年度本計畫參與資格」。

（五）醫院感染管制品質獎勵：

1. 修訂過程面指標：

- (1) 「感染症專科醫師配置」：調整床數限制以鼓勵小型醫院設有感染症專科醫師。
- (2) 「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」及「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比」：敘明各子項評分內容。
- (3) 另有關前述會議與會代表反應案內醫院感染管制品質獎勵之過程面指標之計分方式疑義一節，修正積分及文字。

2. 新增結果面指標：

- (1) 115 年先行收集基期資料，暫不列入積分計算。
 - (2) 指標計算之關鍵手術術式，本署建議參採「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」醫院總額支付制度醫療服務品質指標「清淨手術術後傷口感染率」所列手術過程中較不易受感染之手術，包含股及腹股溝疝氣手術(單側)、股及腹股溝疝氣手術(雙側)、全膝關節置換手術(單側)、全股關節置換手術(單側)、甲狀腺切除術、全股關節置換術(雙側)等術式。
- (六) 預算分配：考量 115 年度本計畫預算 300 百萬元，爰按 114 年度預算分配比率，80%用於 P8301B(300 百萬元*80% = 240 百萬元)，20%用於「醫院感染管制品質獎勵」(300 百萬元*20% = 60 百萬元)。另本次修正不涉支付調整，推估不增加財務支出。

三、 續依會議決議，依程序報衛生福利部核定後，本署公告實施。
決定：

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

115 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：115 年 8 月 26 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：陳署長亮好

第一案

提案單位：台灣社區醫院協會、台灣感染症醫學會、本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。

決議：本案修訂通過如附件 1，重點如下：

- 一、支付標準代碼P8301B「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」及醫院感染管制品質獎勵之獎勵費用分配：考量部分醫院受法規限制而無法分配六成以上予相關醫事人員，爰原分配六成修正為分配一定比率予相關醫事人員。
- 二、有關與會代表反應案內醫院感染管制品質獎勵之過程面指標配分方式疑義一節，請本署醫務管理組於會後確認積分數並修正文字。
- 三、餘照案通過，將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。
- 四、有關台灣社區醫院反應地區醫院感染症專科醫師不足以及感染防治一節，建議由衛生福利部疾病管制署之One Health計畫研議。

←

全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

113年5月31日健保醫字第1130110860號公告實施

114年5月29日健保醫字第1140110568號公告修訂

115年 0 月 0 日健保醫字第0000000000號公告修訂

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

- 一、鼓勵醫院推動、落實或提升感染管制及抗微生物製劑管理。
- 二、提升醫療品質，保障病人安全。
- 三、鼓勵醫院管理階層對感染管制的實質支援。

參、實施期間

自 ~~114~~115 年 1 月 1 日起至 ~~114~~115 年 12 月 31 日止。

肆、預算來源

~~114~~115 年全民健康保險(以下稱本保險)醫院醫療給付費用總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下 ~~225~~300 百萬元。

伍、計畫內容

一、參與醫院資格：

- (一)經~~113~~114年公告符合本計畫參與資格，且未申請退出之醫院。
- (二)非前項醫院，須同時符合下列條件，並於指定期限前向全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組提出申請，經同意後始可申報：
 - 1.~~112~~113年或~~113~~114年醫院感染管制查核合格(符合率 $\geq 60\%$)；
~~113~~114至~~114~~115年新設立致未曾辦理醫院感染管制查核之醫院；
~~113~~114年辦理醫院評鑑且~~112~~113年或~~113~~114年未辦理感染管制查核醫院，其醫院評鑑感染管制章節結果為符合者。
 - 2.須參與衛生福利部疾病管制署「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」(以下稱 THAS 系統)之抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測通報，並於指定期限前至少通報~~111~~112年至~~114~~115

年間任一月份之抗藥性監測通報資料。

- (三)參與醫院須同意其通報 THAS 系統與本計畫相關資料，供保險人運用於本計畫指標計算及合於法定職務必要範圍內使用，且不對外公開醫院通報資料。不同意使用者應於指定期限前通知保險人退出本計畫。

二、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護評估

- (一)執行人員資格：專任感染症專科醫師。

- (二)照護對象：嚴重感染症之住院病人，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置，及免疫不全之病人(操作型定義詳附件1)，並經專任感染症專科醫師進行感染症及高度管制性抗微生物製劑(附件2)使用評估。

- (三)給付項目及支付標準

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P8301B	高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費 註： 1.適應症：嚴重感染症之住院病人，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置，及免疫不全之病人(詳附件1)，並經專任感染症專科醫師進行感染症及高度管制性抗微生物製劑使用評估。 2.須完成「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表」(附件3)，並併入病人之病歷紀錄備查。 3. 須完成「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)」抗藥性監測模組通報。 4.前項量表評估時機如下： (1) 於使用高度管制性抗微生物製劑前。 (2) 於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以 <u>每次住院療程申報兩次為限</u> 每週申報一次為限 (滿七天得申報一次)。	V	V	V	1,000

- (五)本項費用須分配~~六成以上~~一定比率予感染症專科醫師。

三、醫院感染管制品質獎勵

(一)依下列指標達成情形計分，操作型定義詳附件4

1.過程面指標(308 分)

(1)感染症專科醫師配置(108 分)

A.醫院總病床數每 100 床(含)以下設有專任感染症專科醫師 1 位，得 10 分；每 100 床至 200 床(含)設有感染症專科醫師 1 位，得 5 分；每 200 床至 300 床(含)設有專任感染症專科醫師 1 位，得 3 分。

~~B.若醫院急性一般病床登記許可床數 249 床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，以 3 分計。~~若醫院急性一般病床登記許可床數 50 床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，得 5 分；51 床以上至 150 床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，得 4 分；151 床以上至 249 床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，得 3 分。

C. 急性一般病床登記許可床數 249 床以下之地區醫院設有專任具衛生福利部疾病管制署認可專業學會甄審合格領有感染管制證照之感染管制人員，得 3 分。

(2)管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫(10 分)

A.保障薪資或額外證照津貼，得 2 分。

B.提供公假進修或補助參與學會及相關學術活動，得 2 分。

C.針對重點單位提供感染管制種子培訓，得 2 分。

D.訂有感染管制人力育才計畫，得 2 分。

E.提供留任獎金，得 2 分。

(3)~~管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比(10 分)。~~針對抗微生物製劑管理及感染管控品質提升計畫之獎勵金，訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比(10 分)。

2.結果面指標(55 分)

(1)全院重點監測抗藥菌占率改善成果(10 分)

- A.重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA(定義如附表2)，分別計算前揭菌種占率之下降率。
- B.單一抗藥菌占率較基期(前一年度)下降2-5%，得1分；較基期下降超過5%，得2分。

(2)重點監測抗藥菌感染密度(30 分)

A.全院重點監測抗藥菌感染密度(15 分)

- a.改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。
- b.全院感染密度較基期(該院全院過去 3 年之數據)下降未達 2%，得 1 分；較基期下降 2-5%，得 2 分；較基期下降超過 5%，得 3 分。

B.加護病房重點監測抗藥菌感染密度(15 分)

- a.改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。
- b.加護病房感染密度較基期(該院加護病房過去 3 年之數據)下降未達 2%，得 1 分；較基期下降 2-5%，得 2 分；較基期下降超過 5%，得 3 分。

- C.依醫療機構設置標準規定，無須設置加護病房之醫院，「加護病房重點監測抗藥菌感染密度」指標得不計分，於「全院重點監測抗藥菌感染密度」指標最高計分由 15 分調升為 30 分。

(3)高度管制性抗微生物製劑管理成果(15 分)

針對本保險抗微生物製劑藥品給付規定須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共 23 項，附件 2 所列須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物製劑)，其定義每日劑量(以下稱 DDD)耗用量或住院抗生素耗用量密度(以下稱

DID)較基期(前一年度)下降未達 2%，得 5 分；較基期下降 2-5%，得 10 分；較基期下降超過 5%，得 15 分。

(4)加護病房中心導管相關血流感染密度(暫不列入 ~~114~~115 年度積分計算)：加護病房中心導管相關血流感染密度較基期(該院加護病房過去 3 年之數據)之降幅。

(5)清淨手術術後傷口感染率(暫不列入 115 年度積分計算)：清淨手術術後傷口感染率較基期之降幅。

(二)獎勵費計算方式

1.各醫院獎勵費分配＝

$$\frac{\text{該院之(指標達成積分} \times \text{權重)}}{\sum \text{各醫院(指標達成積分} \times \text{權重)}} \times \text{獎勵金額}$$

2.按達成指標積分獎勵，並依醫院總病床數給予權重加成，分配權重如下：

(1)病床數未滿500床分配權重=1

(2)病床數501至1250床分配權重=1.5

(3)病床數1251至2000床分配權重=2

(4)病床數2001床以上分配權重=3

3.每一積分之獎勵費(獎勵金額/ $\sum$ 各醫院(指標達成積分 $\times$ 權重))以5,000元為上限。

4.本獎勵費須分配~~六成以上~~一定比率予感染管制師或相關醫事人員。

陸、醫療費用申報、審查及核付作業

一、除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」申報規定：

(一)「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)」抗藥性監測模組未完整通報門診、急診及住院案件之月份，不予支付該月份量表評估費。

(二)申報時醫令類別填報「G」，醫令總量、單價、支付點數、支付成數填報0，執行醫事人員代號填報執行之專任感染症專科醫師 ID，醫令執行時間填報「評估日期」，由保險人每季勾稽院所 THAS 系統抗藥性監測模組通報情形，進行補付作業。

三、點值結算：

(一)「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」之結算：預算為 ~~180~~240 百萬元，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。若年度結算後尚有結餘，則流用至「醫院感染管制品質獎勵」。

(二)「醫院感染管制品質獎勵」預算為 ~~45~~60 百萬元，每年結算一次，由保險人計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

四、相關資料通報及辦理時程：

(一)醫院應於次年1月底前完成通報相關指標資料，如相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

(二)醫院應於指定期限前彙整當年度「醫院感染管制品質獎勵」中「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」及「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比」兩項指標相關計畫及獎勵制度內容送保險人分區業務組，保險人將請台灣感染症醫學會審查。台灣感染症醫學會應將審查核定名單，於次年1月底前函送保險人。

(三)醫院應於次年6月底前，彙整本計畫「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費分配予感染症專科醫師之成數」及「醫院感染管制品質獎勵提分配予感染管制師或相關醫事人員之成數」等資料，函送保險人分區業務組備查，如未達**指定**

一定比率分配成數醫院，將取消其次次年度本計畫參與資格。

五、醫療費用核付依據：由衛生福利部相關單位提供下列資料予保險人：
符合參與資格醫院名單、THAS 系統抗藥性監測通報醫院名單、全院
重點監測抗藥菌占率、全院重點監測抗藥菌感染密度、加護病房重點
監測抗藥菌感染密度。

六、醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單
之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核
發金額將自次年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升
計畫」專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當
季醫院總額一般服務項目預算中支應。

柒、**關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標**(定義詳附件4)如下：

- 一、參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於~~113年~~前一年。
- 二、參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去3年。
- 三、參與醫院高度管制性抗微生物製劑 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素
耗用量密度)不高於~~113年~~前一年。

捌、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實
施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月
底止。

玖、**訂定與修正程序**

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同擬訂後，報請主管機關核定後
公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，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1、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

適用對象操作型定義

適用對象	說 明
複雜性感染	複雜性感染症包含複雜性泌尿道感染，複雜性腹腔內感染，院內感染肺炎，複雜性感染皮膚軟組織，中樞神經，手術部位感染，血流感染等。
嚴重敗血症	確定或疑似感染所引起的 SIRS 症狀，並至少符合嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範之一項以上之個案。 嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範包含： 1. 心血管：給予適當之輸液急救，維持適當之血管內容積，或使用昇壓劑情況下，收縮壓仍$\leq 90\text{mmHg}$，或平均動脈壓$\leq 70\text{mmHg}$並持續一小時以上。 2. 腎臟：給予適當之輸液急救，排尿量$< 0.5\text{ml/Kg/hr}$。 3. 呼吸：$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$，或肺功能喪失時，$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$。 4. 血液：血小板數$< 80,000/\text{mm}^3$，或血小板數於3日內下降50%無法解釋之代謝性酸中毒：$\text{pH} \leq 7.3$，或血漿乳酸濃度高於正常值上限1.5倍以上，合併鹼基不足（Base deficit）$\geq 5\text{mEq/L}$。
困難治療照護處置	困難治療病人之照護處置包括： 1. 抗藥性菌株感染：如抗甲氧苯青黴素金黃色葡萄球菌(MRSA)，抗碳青黴烯類綠膿桿菌(CRPA)，抗碳青黴烯類鮑氏不動桿菌(CRAB)，抗碳青黴烯類腸道菌(CRE，含CRE. coli 及CRKP)，或抗萬古黴素腸球菌(VRE)等。 2. 器官功能衰竭等宿主因素導致困難選擇藥物，如腎毒性藥物使用在因嚴重敗血症併發腎衰竭之病人，triazole抗黴菌藥物使用在QT prolongation之病人。 3. 藥物交互作用，如抗微生物製劑與治療原本疾病的藥物有交互作用。 4. 依據國內外指引之建議藥物治療失敗之情境。
免疫不全	因免疫力下降的疾病、處置或情況導致病人免疫缺失，包括原發性先天免疫不全、惡性血液腫瘤疾病、器官移植使用抗排斥藥物、血液幹細胞移植使用抗排斥藥物、免疫抑制處置、抗癌化學治療、人類免疫不全病毒（human immunodeficiency virus；HIV）感染等。

附件2、高度管制性抗微生物製劑清單

序號	章節	抗微生物製劑	備註
1	10.3.5.	Ceftaroline fosamil	須經感染症 專科醫師會 診確認需要 使用
2	10.3.6.	Ceftazidime + avibactam sodium	
3	10.3.7.	Ceftolozane + tazobactam	
4	10.4.2.	Erythromycin lactobionate 注射劑	
5	10.4.4. (3)	Clarithromycin 注射劑	
6	10.5.1.	Imipenem + cilastatin	
7	10.5.1.	Meropenem	
8	10.5.2.	Ertapenem	
9	10.5.3.	Doripenem	
10	10.5.4.	Imipenem+ Cilastatin + Relabactam	
11	10.6.3.2.	Itraconazole 注射劑	
12	10.6.6.	Caspofungin Injection 劑型	
13	10.6.10.	Posaconazole	
14	10.6.11.	Isavuconazole	
15	10.8.1.1.	Teicoplanin及Vancomycin 注射劑	
16	10.8.2.1.	Moxifloxacin 注射劑	
17	10.8.3.	Linezolid	
18	10.8.5.	Tigecycline	
19	10.8.6.	Colistin 可用於靜脈注射劑	
20	10.8.7.	Daptomycin 注射劑	
21	10.8.8.	Fidaxomicin	
22	10.8.9.	Minocycline 注射劑	

序號	章節	抗微生物製劑	備註
23	10.8.10.	Polymyxin B sulfate 靜脈注射劑	
24	10.1.	Cefepime	
25	10.1.	Cefpirome	
26	10.1.	Piperacillin + tazobactam	
27	10.6.1.	Fluconazole	
28	10.6.5.	Amphotericin B	
29	10.6.7.	Micafungin Injection 劑型	
30	10.6.8.	Flucytosine	
31	10.6.9.	Anidulafungin 注射劑	
32	10.8.2.	Ciprofloxacin 注射劑	
33	10.8.2.3.	Levofloxacin 注射劑	
34	10.8.2.4.	Nemonoxacin 注射劑	
35	10.3.8	Cefiderocol	須經感染症專科醫師確認需要使用。
36	10.1.	Voriconazole	
37	10.1.	Cefoperazone + Sulbactam	

*備註：本清單須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物製劑(序號1至23、35)，係依保險人公告之藥品給付規定辦理，如計畫執行期間有增減項目，併同藥品給付規定修正。

附件3、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

一、個案基本資料

醫院代號		醫院名稱		填表日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼			

二、用藥前感染症評估暨管制性藥品用藥評估

內容如感染症病灶、可能之病原菌、使用此藥物之特別考慮、延長使用之理由等。

三、抗微生物製劑治療策略評估

☐ 同意使用
☐ 建議修改
☐ 需臨床照會

四、使用藥品（經評估之建議用藥）

建議藥品	藥品名（藥品代碼）	
建議用法	劑量	
	頻次	
	天數	
	輸液與輸注速度	

五、說明欄位

--

醫師（簽名蓋章）：_____ 醫事機構章戳：_____

附件4、抗藥性監測通報及醫院感染管制品質指標操作型定義

一、抗藥性監測通報：

- (一) 醫院藥敏試驗之結果建議均通報台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測，優先通報菌種或菌屬如附表1。如醫院確實無任何藥敏試驗菌株之月份，應於THAS系統進行「零通報」，否則將認定為未通報。
- (二) 通報原則以採檢月份結束後2個月內完成通報，惟AR模組目前未設定資料通報截止日期，醫院得隨時上傳、修正或更正資料。因此，指標數值以次年1月底THAS系統制式報表數值為準；醫院於次年2月1日起所上傳、修正或更新之資料，將不列入指標計算。
- (三) THAS系統制式報表操作說明置於健保署全球資訊網首頁/健保服務/健保醫療計畫/全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫專區。如有THAS系統問題，請洽THAS系統客服諮詢窗口02-27841059。

二、全院重點監測抗藥菌占率

- (一) 指標說明：執行期全院重點監測抗藥菌(MRSA、VRE、CRKP、CRAB及CRPA定義如附表2)抗藥性百分比相較該院過去1年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：執行期為114115年，以113114年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料。醫院基期或執行期任一月份未通報，則該項指標不予計分。
- (三) 計算公式：MRSA、VRE、CRKP、CRAB及CRPA分別計算。
 - 1. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比(%)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌菌株數}}{\text{藥敏試驗菌株數}} \times 100$$

- 2. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期抗藥性百分比} - \text{基期抗藥性百分比}]}{\text{基期抗藥性百分比}} \times 100$$

三、重點監測抗藥菌感染密度

- (一) 指標說明：執行期全院住院及加護病房重點監測抗藥菌(MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 定義如附表2)感染密度相較該院過去3年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：執行期為~~114~~115年，以~~111~~112-~~113~~114年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料。醫院基期或執行期任一月份未通報，則該項指標不予計分。
- (三) 計算公式：MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 分別計算。
1. 重點監測抗藥菌感染密度(‰)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌個案數}}{\text{總住院人日數}} \times 1000$$

2. 重點監測抗藥菌感染密度改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期感染密度} - \text{基期感染密度}]}{\text{基期感染密度}} \times 100$$

[註]：基期感染密度(‰)計算公式：

$$\frac{\text{過去3年重點監測抗藥菌個案數加總}}{\text{過去3年總住院人日數加總}} \times 1000$$

四、高度管制性抗微生物製劑管理成果

- (一) 指標說明：針對保險人公告抗微生物製劑藥品給付規定須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共23項，附件2所列須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物製劑)，其 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)與過去1年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：執行期為~~114~~115年，以~~113~~114年為基期，並統計至~~115~~116年1月底前完成申報之~~114~~115年資料。
- (三) 計算公式：

1. 定義每日劑量(Defined Daily Dose, DDD)：

(1) 為 WHO 制定的標準化單位，表示藥物使用在主要適應症時，70公斤成人每日所需之平均維持劑量，可用於藥物耗用量之評比與監測。

(2) 以0.5克口服劑型之 ampicillin 為例：

A. WHO 定義之 ampicillin 的 DDD 為2.0公克/天，故一錠0.5公克之 ampicillin 錠劑經換算後為0.25 DDD。(公式換算說明： $0.5 \div 2 = 0.25$)

B. 如113年全國共開立1,000,000錠0.5克的 ampicillin，則113年 ampicillin 之總耗用量為250,000 DDD。[公式換算說明：
 $1,000,000 \times (0.5 \div 2) = 250,000$]

2. 住院抗生素耗用量密度(Defined Daily Dose per 1000 inpatients per day, DID)，即每千住院人日之定義每日劑量，定義如下：

(1) 公式：住院抗生素耗用量密度(DID) =

$$\frac{\text{所選擇條件下之 DDD 數加總}}{\text{所選擇條件下之住院人日數加總}} \times 1000$$

(2) 續以前述0.5公克口服劑型之 ampicillin 為例：

若所有醫院113年累計總住院人日數為100,000人日，該年度全國住院開立口服劑型 ampicillin 之總耗用量為250,000 DDD，則113年住院口服劑型之 ampicillin 之 DID 為：(250,000 DDD/年) / (100,000住院人日/年) × 1000 = 每千住院人日2,500 DDD。

3. 高度管制性抗微生物製劑管理成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期 DDD 耗用量(或 DID)} - \text{基期 DDD 耗用量(或 DID)}]}{\text{基期 DDD 耗用量(或 DID)}} \times 100$$

五、加護病房中心導管相關血流感染密度(暫不列入~~114~~115年度積分計算)

- (一) 指標說明：執行期全院加護病房中心導管相關血流感染密度相較該院過去3年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：以114-115年為基期。
- (三) 計算公式：加護病房中心導管相關血流感染密度(‰) =

$$\frac{\text{加護病房中心導管相關血流感染人次數}}{\text{加護病房中心導管使用人日數}} \times 1000$$

六、清淨手術術後傷口感染率(暫不列入115年度積分計算)：

- (一) 指標說明：執行期清淨手術術後傷口感染率相較該院過去1年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：以115年為基期。
- (三) 計算公式：清淨手術術後傷口感染率(%)

$$\frac{\text{執行清淨手術且傷口感染之人數}}{\text{執行清淨手術之人數}} \times 100\%$$

附表1、THAS 系統 AR 模組抗藥性監測優先通報項目

114年1月1日起適用

編號	通報項目	備註
1	<i>Escherichia</i> spp.	- 需通報左列項目下之所有菌種資料，如<i>Escherichia</i> spp. 包括 <i>E. coli</i>、<i>E. vulneris</i>...等； <i>Klebsiella</i> spp.包括<i>K. pneumoniae</i>、<i>K. ozaenae</i>、<i>K. rhinoscleromatics</i>...等。 <i>Burkholderia cepacia</i> complex 包含<i>B. cepacia</i>、<i>B. multivorans</i>、<i>B. cenocepacia</i> 等。 <i>Acinetobacter baumannii</i> complex 包含<i>A. baumannii</i>、<i>A. calcoaceticus</i>、<i>A. calcoaceticus-A. baumannii</i> complex、<i>A. nosocomialis</i>、<i>A. pittii</i>、<i>A. seifertii</i> 等。 - 如無法分型之醫院，可通報 spp./complex/group。
2	<i>Klebsiella</i> spp.	
3	<i>Enterobacter</i> spp.	
4	<i>Proteus</i> spp.	
5	<i>Salmonella</i> spp.	
6	<i>Shigella</i> spp.	
7	<i>Citrobacter</i> spp.	
8	<i>Morganella</i> spp.	
9	<i>Providencia</i> spp.	
10	<i>Serratia</i> spp.	
11	<i>Elizabethkingia</i> spp.	
12	<i>Enterococcus</i> spp.	
13	<i>Burkholderia cepacia</i> complex	
14	<i>Acinetobacter baumannii</i> complex	
15	Group A Streptococci	
16	Group B Streptococci	
17	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
18	<i>Staphylococcus aureus</i>	
19	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	
20	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	
21	<i>Clostridioides difficile</i>	
22	<i>Helicobacter pylori</i>	
23	<i>Haemophilus influenzae</i>	
24	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	
25	<i>Chryseobacterium indologenes</i>	
26	<i>Bacteroides fragilis</i>	

附表2、重點監測抗藥菌之監測菌株及抗生素(含 THAS 系統代碼)

重點抗藥菌	操作型定義	監測菌株 (THAS 代碼)	抗生素 (THAS 代碼)
MRSA (Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>)	對 oxacillin 具抗藥性*之 <i>Staphylococcus aureus</i>	• <i>Staphylococcus aureus</i> (FP00061)	oxacillin (O-006)
VRE (Vancomycin-resistant Enterococci)	對 vancomycin 具抗藥性*之 Enterococci	•<i>Enterococcus faecalis</i> (FP00056) •<i>Enterococcus faecium</i> (FP00057) •<i>Enterococcus</i> spp. (FP00068) •<i>Enterococcus avium</i> (FP00186) •<i>Enterococcus durans</i> (FP00493) •<i>Enterococcus malodoratus</i> (FP00497) •<i>Enterococcus mundtii</i> (FP00498) •<i>Enterococcus hirae</i> (FP00506) •<i>Enterococcus raffinosus</i> (FP01109)	vancomycin (V-001)
CRKP (Carbapenem-resistant <i>Klebsiella pneumoniae</i>)	對 carbapenem 類中的 imipenem、meropenem、ertapenem 或 doripenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Klebsiella pneumoniae</i>	•<i>Klebsiella ozaenae</i> (FP00020) •<i>Klebsiella pneumoniae</i> (FP00021) •<i>Klebsiella rhinoscleromatics</i> (FP00597) •<i>Klebsiella pneumoniae</i> (ESBL) (FP01128)	imipenem (I-001) meropenem (M-001) ertapenem (E-009) doripenem (D-008)
CRAB (Carbapenem-resistant <i>Acinetobacter baumannii</i> complex)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Acinetobacter baumannii</i> complex	•<i>Acinetobacter baumannii</i> (FP00002) •<i>Acinetobacter calcoaceticus</i> (FP00254) •<i>Acinetobacter calcoaceticus-Acinetobacter baumannii</i> complex (FP01130) •<i>Acinetobacter nosocomialis</i> (FP01167) •<i>Acinetobacter pittii</i> (FP01168) •<i>Acinetobacter seifertii</i> (FP01335)	imipenem (I-001) meropenem (M-001)

重點抗藥菌	操作型定義	監測菌株 (THAS 代碼)	抗生素 (THAS 代碼)
CRPA (Carbapenem-resistant <i>Pseudomonas aeruginosa</i>)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	• <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (FP00029)	imipenem (I-001) meropenem (M-001)

*抗藥性包括抗藥性測試結果為 NS (nonsusceptible，不敏感)、R (resistant，抗藥)、I (intermediate，中度)、SDD (susceptible-dose dependent，敏感劑量依賴性) 共四類。

報告事項

第 五 案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂中醫支付標準案。

說明：

- 一、依據本署 115 年 8 月 20 日召開全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 115 年第 3 次研商議事會議決議(詳附件 1，頁次報 5-2) 辦理。
- 二、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫(詳附件 2，頁次報 5-3~5-4)，重點摘要如下：
 - (一)修訂第四章針灸治療處置費：中度複雜性針灸及高度複雜性針灸之輔助治療項目新增「CH09 膏布治療」。
 - (二)財務影響評估：本案為執行面作業調整，整體接受服務之病人群體大致相同，推估無財務衝擊，且可減輕民眾自費負擔。
- 三、修訂後支付標準(同附件 2，頁次報 5-3~5-4)將依程序報請衛生福利部核定公告實施。

決定：

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額

115 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：115 年 8 月 20 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：顏副署長家瑞(劉主任秘書林義代理) 紀錄：邵子川

出席代表：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：(略)。

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項

第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請將中高度針灸治療之輔助治療品項中新增一項:CH09 膏布治療案，提請討論。

決議：修訂通過中高度複雜性針灸治療輔助治療品項，增列 CH09 膏布治療(附件 1)。

(下略)

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 3 時 20 分。

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 修正規定

第四部 中 醫

第四章 針灸治療處置費

通則：

一、本章治療處置費用均內含材料費。

二、複雜性針灸治療之審查：抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.1、附表 4.4.2 及附表 4.4.3 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

三、申報附表 4.4.3 所列適應症為「病毒感染後疲勞症候群」(ICD-10-CM：G93.3)，於病毒感染確診後六個月內初次因前開適應症就診者，於初次就診日三個月後不得以前開適應症申報高度複雜性針灸診療項目，僅能申報一般針灸診療項目。

-ICD-10-CM(2023 年版)：G93.31、G93.32、G93.39 (自一百十四年一月一日起適用)。

編號	診療項目	支付點數
D01	一般針灸	
D02	—另開內服藥	227
	—未開內服藥	227
D03	電針治療	
D04	—另開內服藥	227
	—未開內服藥	227
D05	中度複雜性針灸	
D06	—另開內服藥	327
	—未開內服藥	327
	註：	
	1.適應症用範圍：	
	(1)附表 4.4.1 所列疾病。	
	(2)無附表 4.4.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。	
	2.支付規範：	
	(1)須針灸下列二個以上部位：頭、頸、前軀幹、後軀幹、背、腰、股、左上肢、左指、左腕、左肘、左上臂、左下臂、左肩、右上肢、右指、右腕、右肘、右上臂、右下臂、右肩、左下肢、左趾、左踝、左膝、左大腿、左小腿、右下肢、右趾、右踝、右膝、右大腿、右小腿。	
	(2)須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH05 放血治療、CH06 艾灸治療、或 CH07 眼部特殊針灸或 CH09 膏布治療。	

編號	診療項目	支付點數
	(3)治療時間合計十分鐘以上。	
D07	高度複雜性針灸	427
D08	— 另開內服藥	427
	— 未開內服藥	
	註：	
	1.適應症用範圍：	
	(1)附表 4.4.3 所列疾病。	
	(2)中度複雜性針灸適應症(附表 4.4.1)合併有附表 4.4.2 特殊疾病。	
	2.支付規範：	
	(1)須針灸下列二個以上部位：頭、頸、前軀幹、後軀幹、背、	
	腰、股、左上肢、左指、左腕、左肘、左上臂、左下臂、左	
	肩、右上肢、右指、右腕、右肘、右上臂、右下臂、右肩、左	
	下肢、左趾、左踝、左膝、左大腿、左小腿、右下肢、右趾、	
	右踝、右膝、右大腿、右小腿。	
	(2)須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治	
	療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH05 放血治	
	療、CH06 艾灸治療、 或 CH07 眼部特殊針灸或 CH09 膏布治	
	療。	
	(3)治療時間合計二十分鐘以上。	

報告事項

第 六 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂西醫基層總額「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」案。

(資料後補)

報告事項

第七案

提案單位：台灣醫院協會

案由：修訂醫院門診及住院診察費支付點數案。

說明：

- 一、依據台灣醫院協會 115 年 7 月 24 日院協健字第 1150200381 號函（詳附件 1，頁次報 7-3）暨本署同年 8 月 26 日全民健康保險醫療給付費用 115 年第 3 次醫院總額研商議事會議（下稱醫院研商）決議（詳附件 2，頁次報 7-4）辦理。
- 二、本署接獲醫院協會來函建議調升門診診察費支付點數，並考量「加強醫院體質、維持住院營運」之支付標準調整目標，本次規劃併同調升門診及住院診察費支付點數，前經 115 年第 3 次醫院研商決議通過，說明如下：

（一）門診診察費：

1. 調整項目（共 37 項）：

- （1）醫院一般門診診察費（包含醫學中心及區域醫院、地區醫院、金門馬祖以外之山地離島地區、金門馬祖地區）：共 24 項。
- （2）醫院精神科門診診察費（包含門診量四十五人次以下、超過四十五人次）：共 12 項。
- （3）高危險早產兒特別門診診察費。

2. 財務影響評估：以 114 年申報資料及成長率推估，調升前述門診診察費 14 點～50 點，約增加 32.5 億點。

（二）住院診察費（含會診費）：

1. 調整項目（共 38 項）：

- （1）一般病床住院診察費：共 3 項。
- （2）加護病床住院診察費：共 3 項。
- （3）其他住院診察費（包含急診觀察床、燒傷病床、隔離病床、

慢性病床、高危險妊娠)及住院會診費：共 15 項。

(4) 以包裹點數支付之相關診療項目 (17 項)：

A、一般慢性精神病床住院照護費 (2 項)：調升點數比照慢性病床住院診察費。

B、精神科日間住院治療費 (6 項)：調升點數比照醫院精神科門診診察費。

C、安寧住院照護費 (3 項)：調升點數比照一般病床住院診察費。

D、亞急性／慢性呼吸照護病床論日計酬費用 (6 項)：調升點數比照一般病床／慢性病床住院診察費。

2.財務影響評估：以 114 年申報資料推估 (負成長以零成長推估)，調升前述住院診察費 52 點～254 點，約增加 27.8 億點 (含包裹案件約 3.9 億點)。

(三)綜上，本次調升門診、住院診察費整體增加約 60.3 億點，預算來源為 115 年度醫院總額一般服務之醫療服務成本指數改變率預算 84.667 億元 (詳附件 3，頁次報 7-5)。

三、為合理反應 DRG 案件包裹支付點數，本署同步辦理前述支付標準調整之醫療服務點數差額校正，已列入本會議報告事項第八案。

四、修訂後支付標準及相關計畫如附件 4 (頁次報 7-6～7-14)，支付標準將依程序報請衛生福利部核定後公告實施；相關計畫將依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施。

決定：

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國115年7月24日

發文字號：院協健字第1150200381號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：調增醫院部門門診診察費案1150714.pdf (115A201579_1_24160648166.pdf)

主旨：檢送醫院部門就一般服務門診診察費支付點數調整提案，
請鑑查。

說明：

- 一、依據本會115年7月9日台灣醫院協會第25屆全民健康保險委員會115年第3次會議決議辦理。
- 二、為落實健保就留人留才，鞏固醫療量能與醫療價值，強化醫療體系韌性，改善人力流失問題的政策目標，經本會健保委員會暨三層級醫院協會共同研商並決議：擬提案大署醫院總額研商議事會議，爭取調整醫院部門一般服務門診診察費比照西醫基層門診診察費，提案詳如附件所示。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會（均含附件）



總收文 115.07.24



1150115403

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

115 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：115 年 8 月 26 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：陳署長亮妤

第五案

提案單位：台灣醫院協會

案由：修訂醫院門診及住院診察費支付點數案。

決議：

一、照案通過調升門診及住院診察費支付點數。

(一) 門診診察費 (共37項)：

1. 醫院一般門診診察費。
2. 醫院精神科門診診察費。
3. 高危險早產兒特別門診診察費。

(二) 住院診察費 (含住院會診費共38項)：

1. 一般病床住院診察費。
2. 加護病床住院診察費。
3. 其他住院診察費 (包含急診觀察床、燒傷病床、隔離病床、慢性病床、高危險妊娠) 及住院會診費。
4. 以包裹點數支付之相關診療項目：包含一般慢性精神病床住院照護費、精神科日間住院治療費、安寧住院照護費及亞急性／慢性呼吸照護病床論日計酬費用。

二、本案將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。

附表 115 年度醫院醫療給付費用核定項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		3.655%	21,224.8	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長 率		0.320%		
人口結構改變率		1.866%		
醫療服務成本指數 改變率		1.458%		
協商因素成長率		1.446%	8,393.1	請於 115 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項目 則包含前 1 年成效評估檢討報 告；實施成效納入 116 年度總 額協商考量。
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1.新醫療科 技(新藥、 新特材、 新增修診 療項目)	0.689%	4,000.0	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.在額度內妥為管理運用，並 於協商 116 年度總額前，提 出年度新醫療科技預算規劃 與預估內容，俾落實新醫療 科技之引進與管控。 2.積極引進新特材，避免新增 差額給付項目，並加強醫療 科技再評估(HTR)機制，檢討 已收載之品項，加快療效及 經濟效益評估。
	2.藥品及特 材給付規 定改變	0.431%	2,500.0	請中央健康保險署在額度內妥 為管理運用，並於協商 116 年 度總額前，提出年度給付規定 改變之預算規劃與預估內容， 俾落實管控。
	3.因應牙醫 支付標準 調整所增 加預算	0.0001%	0.5	用於因應牙醫門診總額 113 年 度調整支付標準，預估於醫院 總額增加之費用。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

修訂規定

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

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
	一般門診診察費					
	一 醫院門診診察費(不含牙科門診)					
	1. 醫學中心及區域醫院					
00154A	1) 處方交付特約藥局調劑			√	√	<u>311</u> 286
00155A	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			√	√	<u>344</u> 316
00156A	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑			√	√	<u>311</u> 286
00157A	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			√	√	<u>318</u> 292
00170A	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			√	√	<u>566</u> 520
00171A	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑			√	√	<u>541</u> 497
	2. 地區醫院					
00101B	1) 處方交付特約藥局調劑		√			<u>311</u> 286
00131B	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√			<u>344</u> 316
00102B	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑		√			<u>311</u> 286
00132B	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√			<u>318</u> 292
00172B	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√			<u>566</u> 520
00173B	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√			<u>541</u> 497
	3. 金門馬祖以外之山地離島地區					
00105B	1) 處方交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>311</u> 286
00135B	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>344</u> 316
00106B	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	<u>311</u> 286
00136B	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>318</u> 292
00174B	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>566</u> 520
00175B	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>541</u> 497
	4. 金門馬祖地區					
00107B	1) 處方交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>313</u> 288
00137B	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>369</u> 339
00108B	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	<u>313</u> 288

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
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>344</u> 316
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>590</u> 542
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>566</u> 520
	醫院精神科門診診察費					
	—每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					
01018B	1)處方交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>335</u> 308
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>397</u> 365
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	<u>335</u> 308
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>371</u> 341
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>617</u> 567
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>592</u> 544
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)					
00186B	1)處方交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>178</u> 164
00187B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>237</u> 218
00188B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	<u>178</u> 164
00189B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>213</u> 196
00190B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	<u>474</u> 436
00191B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	<u>450</u> 414
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	√	√	√	√	<u>509</u> 468

附表 2.1.2.1

醫學中心及區域醫院申報門診診察費未滿五歲兒童加成及科別加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別 未滿五歲 兒童加成 (20%)支付 =A*1.2	婦兒外科加成		內科加成	
				科別加成 支付點數 =A*1.17	同時符合兒 童加成支付 點數 =A*1.37	科別加成 支付點數 =A*1.07	同時符合 兒童加成 支付點數 =A*1.27
	一般門診診察費 —醫院門診診察費(不含牙科門診)						
	1.就診人次在合理量內： 醫學中心及區域醫院						
00154A	1)處方交付特約藥局調劑	<u>311</u> 286	<u>373</u> 343	<u>364</u> 335	<u>426</u> 392	<u>333</u> 306	<u>395</u> 363
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>344</u> 316	<u>413</u> 379	<u>402</u> 370	<u>471</u> 433	<u>368</u> 338	<u>437</u> 401
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	<u>311</u> 286	<u>373</u> 343	<u>364</u> 335	<u>426</u> 392	<u>333</u> 306	<u>395</u> 363
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>318</u> 292	<u>382</u> 350	<u>372</u> 342	<u>436</u> 400	<u>340</u> 312	<u>404</u> 371
00170A	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>566</u> 520	<u>679</u> 624	<u>662</u> 608	<u>775</u> 712	<u>606</u> 556	<u>719</u> 660
00171A	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>541</u> 497	<u>649</u> 596	<u>633</u> 581	<u>741</u> 681	<u>579</u> 532	<u>687</u> 631
	3.金門馬祖以外之山地離島地區						
00105B	1)處方交付特約藥局調劑	<u>311</u> 286	<u>373</u> 343	<u>364</u> 335	<u>426</u> 392	<u>333</u> 306	<u>395</u> 363
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>344</u> 316	<u>413</u> 379	<u>402</u> 370	<u>471</u> 433	<u>368</u> 338	<u>437</u> 401
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	<u>311</u> 286	<u>373</u> 343	<u>364</u> 335	<u>426</u> 392	<u>333</u> 306	<u>395</u> 363
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>318</u> 292	<u>382</u> 350	<u>372</u> 342	<u>436</u> 400	<u>340</u> 312	<u>404</u> 371
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>566</u> 520	<u>679</u> 624	<u>662</u> 608	<u>775</u> 712	<u>606</u> 556	<u>719</u> 660
00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>541</u> 497	<u>649</u> 596	<u>633</u> 581	<u>741</u> 681	<u>579</u> 532	<u>687</u> 631
	4.金門馬祖地區						
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	<u>313</u> 288	<u>376</u> 346	<u>364</u> 337	<u>426</u> 395	<u>333</u> 308	<u>395</u> 366
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>369</u> 339	<u>443</u> 407	<u>432</u> 397	<u>506</u> 464	<u>395</u> 363	<u>469</u> 431
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	<u>313</u> 288	<u>376</u> 346	<u>364</u> 337	<u>426</u> 395	<u>333</u> 308	<u>395</u> 366

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別 未滿五歲 兒童加成 (20%)支付 =A*1.2	婦兒外科加成		內科加成	
				科別加成 支付點數 =A*1.17	同時符合兒 童加成支付 點數 =A*1.37	科別加成 支付點數 =A*1.07	同時符合 兒童加成 支付點數 =A*1.27
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>344</u> 316	<u>413</u> 379	<u>402</u> 370	<u>471</u> 433	<u>368</u> 338	<u>437</u> 401
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>590</u> 542	<u>708</u> 650	<u>690</u> 634	<u>808</u> 743	<u>631</u> 580	<u>749</u> 688
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>566</u> 520	<u>679</u> 624	<u>662</u> 608	<u>775</u> 712	<u>606</u> 556	<u>719</u> 660
	醫院精神科門診診察費						
	—每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)						
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	<u>335</u> 308	<u>402</u> 370				
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>397</u> 365	<u>476</u> 438				
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	<u>335</u> 308	<u>402</u> 370				
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>371</u> 341	<u>445</u> 409				
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>617</u> 567	<u>740</u> 680				
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>592</u> 544	<u>710</u> 653				
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)						
00186B	1)處方交付特約藥局調劑	<u>178</u> 164	<u>214</u> 197				
00187B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>237</u> 218	<u>284</u> 262				
00188B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	<u>178</u> 164	<u>214</u> 197				
00189B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>213</u> 196	<u>256</u> 235				
00190B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>474</u> 436	<u>569</u> 523				
00191B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>450</u> 414	<u>540</u> 497				
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	<u>509</u> 468	<u>611</u> 562	<u>596</u> 548	<u>697</u> 641	<u>545</u> 501	<u>646</u> 594

附表2.1.2.2

地區醫院申報門診診察費未滿五歲兒童加成、科別加成及夜間加成支付

點數之計算

代碼	名稱	支付 點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
			科別 加成 支付 點數 = A*1.15	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.35	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數= A*1.45	科別加 成支付 點數= A*1.4	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.6	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.7	科別加 成支付 點數 = A*1.3	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.5	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.6
	一般門診診察費 —醫院門診診察費(不含牙科門診)										
	2.地區醫院										
00101B	1)處方交付特約藥局調劑	<u>311</u> 286	<u>358</u> 329	<u>420</u> 386	<u>451</u> 415	<u>435</u> 400	<u>498</u> 458	<u>529</u> 486	<u>404</u> 372	<u>467</u> 429	<u>498</u> 458
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>344</u> 316	<u>396</u> 363	<u>464</u> 427	<u>499</u> 458	<u>482</u> 442	<u>550</u> 506	<u>585</u> 537	<u>447</u> 411	<u>516</u> 474	<u>550</u> 506
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	<u>311</u> 286	<u>358</u> 329	<u>420</u> 386	<u>451</u> 415	<u>435</u> 400	<u>498</u> 458	<u>529</u> 486	<u>404</u> 372	<u>467</u> 429	<u>498</u> 458
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>318</u> 292	<u>366</u> 336	<u>429</u> 394	<u>461</u> 423	<u>445</u> 409	<u>509</u> 467	<u>541</u> 496	<u>413</u> 380	<u>477</u> 438	<u>509</u> 467
00172B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>566</u> 520	<u>651</u> 598	<u>764</u> 702	<u>821</u> 754	<u>792</u> 728	<u>906</u> 832	<u>962</u> 884	<u>736</u> 676	<u>849</u> 780	<u>906</u> 832
00173B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>541</u> 497	<u>622</u> 572	<u>730</u> 671	<u>784</u> 721	<u>757</u> 696	<u>866</u> 795	<u>920</u> 845	<u>703</u> 646	<u>812</u> 746	<u>866</u> 795
	3.金門馬祖以外之山地離島地區										
00105B	1)處方交付特約藥局調劑	<u>311</u> 286	<u>358</u> 329	<u>420</u> 386	<u>451</u> 415	<u>435</u> 400	<u>498</u> 458	<u>529</u> 486	<u>404</u> 372	<u>467</u> 429	<u>498</u> 458
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>344</u> 316	<u>396</u> 363	<u>464</u> 427	<u>499</u> 458	<u>482</u> 442	<u>550</u> 506	<u>585</u> 537	<u>447</u> 411	<u>516</u> 474	<u>550</u> 506
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	<u>311</u> 286	<u>358</u> 329	<u>420</u> 386	<u>451</u> 415	<u>435</u> 400	<u>498</u> 458	<u>529</u> 486	<u>404</u> 372	<u>467</u> 429	<u>498</u> 458
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>318</u> 292	<u>366</u> 336	<u>429</u> 394	<u>461</u> 423	<u>445</u> 409	<u>509</u> 467	<u>541</u> 496	<u>413</u> 380	<u>477</u> 438	<u>509</u> 467
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>566</u> 520	<u>651</u> 598	<u>764</u> 702	<u>821</u> 754	<u>792</u> 728	<u>906</u> 832	<u>962</u> 884	<u>736</u> 676	<u>849</u> 780	<u>906</u> 832
00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>541</u> 497	<u>622</u> 572	<u>730</u> 671	<u>784</u> 721	<u>757</u> 696	<u>866</u> 795	<u>920</u> 845	<u>703</u> 646	<u>812</u> 746	<u>866</u> 795

代碼	名稱	支付 點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
			科別 加成 支付 點數 = A*1.15	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.35	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數= A*1.45	科別加 成支付 點數= A*1.4	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.6	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.7	科別加 成支付 點數 =A*1.3	同時符 合兒童 加成支 付點數 =A*1.5	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 =A*1.6
	4.金門馬祖地區										
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	<u>313</u> 288	<u>360</u> 331	<u>423</u> 389	<u>454</u> 418	<u>438</u> 403	<u>501</u> 461	<u>532</u> 490	<u>407</u> 374	<u>470</u> 432	<u>501</u> 461
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>369</u> 339	<u>424</u> 390	<u>498</u> 458	<u>535</u> 492	<u>517</u> 475	<u>590</u> 542	<u>627</u> 576	<u>480</u> 441	<u>554</u> 509	<u>590</u> 542
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	<u>313</u> 288	<u>360</u> 331	<u>423</u> 389	<u>454</u> 418	<u>438</u> 403	<u>501</u> 461	<u>532</u> 490	<u>407</u> 374	<u>470</u> 432	<u>501</u> 461
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>344</u> 316	<u>396</u> 363	<u>464</u> 427	<u>499</u> 458	<u>482</u> 442	<u>550</u> 506	<u>585</u> 537	<u>447</u> 411	<u>516</u> 474	<u>550</u> 506
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>590</u> 542	<u>679</u> 623	<u>797</u> 732	<u>856</u> 786	<u>826</u> 759	<u>944</u> 867	<u>1003</u> 921	<u>767</u> 705	<u>885</u> 813	<u>944</u> 867
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>566</u> 520	<u>651</u> 598	<u>764</u> 702	<u>821</u> 754	<u>792</u> 728	<u>906</u> 832	<u>962</u> 884	<u>736</u> 676	<u>849</u> 780	<u>906</u> 832
	醫院精神科門診診察費										
	—每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)										
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	<u>335</u> 308	<u>385</u> 354	<u>452</u> 416							
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>397</u> 365	<u>457</u> 420	<u>536</u> 493							
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	<u>335</u> 308	<u>385</u> 354	<u>452</u> 416							
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>371</u> 341	<u>427</u> 392	<u>501</u> 460							
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>617</u> 567	<u>710</u> 652	<u>833</u> 765							
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>592</u> 544	<u>681</u> 626	<u>799</u> 734							
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)										
00186B	1)處方交付特約藥局調劑	<u>178</u> 164	<u>205</u> 189	<u>240</u> 221							
00187B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>237</u> 218	<u>273</u> 251	<u>320</u> 294							
00188B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	<u>178</u> 164	<u>205</u> 189	<u>240</u> 221							

代碼	名稱	支付 點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
			科別 加成 支付 點數 = A*1.15	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.35	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數= A*1.45	科別加 成支付 點數= A*1.4	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.6	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.7	科別加 成支付 點數 = A*1.3	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.5	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.6
00189B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>213</u> 196	<u>245</u> 225	<u>288</u> 265							
00190B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	<u>474</u> 436	<u>545</u> 501	<u>640</u> 589							
00191B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	<u>450</u> 414	<u>518</u> 476	<u>608</u> 559							
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	<u>509</u> 468	<u>585</u> 538	<u>687</u> 632		<u>713</u> 655	<u>814</u> 749		<u>662</u> 608	<u>764</u> 702	

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二節 住院及急診觀察床診察費

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
02005B	住院會診費		v	v	v	<u>486</u> 429
02006K	一般病床住院診察費(天)				v	<u>530</u> 468
02007A				v		<u>504</u> 442
02008B			v			<u>460</u> 398
02030K	急診觀察床診察費(天)				v	<u>530</u> 468
02031A				v		<u>504</u> 442
02032B			v			<u>460</u> 398
02010B	燒傷病床住院診察費(天)		v	v	v	<u>908</u> 802
02011K	加護病床住院診察費(天)				v	<u>2179</u> 1925
02012A				v		<u>1983</u> 1729
02013B			v			<u>1790</u> 1536
02014K	隔離病床住院診察費(天)				v	<u>560</u> 495
02015A				v		<u>527</u> 462
02016B			v			<u>472</u> 407
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)				v	<u>1391</u> 1229
02018A				v		<u>1328</u> 1166
02019B			v			<u>1227</u> 1065
02021K	慢性病床住院診察費(天)				v	<u>445</u> 393
02022A				v		<u>423</u> 371
02023B			v			<u>386</u> 334
02024B	高危險妊娠住院診察費		v	v	v	<u>1690</u> 1493

第二部 西醫

第一章 基本診療

第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

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
04001A	一般慢性精神病床住院照護費(床/天)			v	v	<u>1055</u> 1003
04002B			v			<u>939</u> 887
04004C	精神科日間住院治療費(日間全天)		v	v	v	<u>741</u> 714
04012C	-七歲以上至未滿十九歲		v	v	v	<u>1196</u> 1169

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
04013C	-未滿七歲		v	v	v	<u>1650</u> 1623
04007C	精神科日間住院治療費(日間半天)					
-成人			v	v	v	<u>384</u> 357
04014C	-七歲以上至未滿十九歲		v	v	v	<u>606</u> 579
04015C	-未滿七歲		v	v	v	<u>827</u> 800

第二部 西醫

第一章 基本診療

第八節 住院安寧療護

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
05601K	安寧住院照護費（每日）				v	<u>6515</u> 6453
05602A				v		<u>6515</u> 6453
05603B			v			<u>6515</u> 6453

「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

附表 9.3 各照護階段支付點數及規定

照護階段	病患分類	編號	支付點數
亞急性呼吸照護病床(照護日數≤42 日)	呼吸器長期患者 (積極嘗試脫離呼吸器患者)	醫學中心 P1005K	論日計酬： 第 1-21 天： <u>10,832</u> 10,770 點/日/人
		P1006K	第 22-42 天： <u>8,176</u> 8,114 點/日/人
		區域醫院 P1007A	第 1-21 天： <u>9,845</u> 9,783 點/日/人
		P1008A	第 22-42 天： <u>7,441</u> 7,379 點/日/人
慢性呼吸照護病房	呼吸器依賴患者 (經判斷不易脫離呼吸器者)	P1011C	論日計酬： 第 1-90 天： <u>4,503</u> 4,451 點/日/人
		P1012C	第 91 天以後： <u>3,726</u> 3,674 點/日/人

報告事項

第 八 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂支付標準第七部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)

3.4 版支付通則暨 116 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。

說明：

一、 Tw-DRGs 116 年 1-6 月適用之相對權重統計結果

(一)依據全民健康保險住院診斷關聯群(下稱 Tw-DRGs)支付通則十三規定：各 Tw-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SPR)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數。

(二)116 年 1-6 月適用參數計算結果說明如下(計算說明詳附件 1，頁次報 8-4)：

1. 相對權重(RW)計算過程及結果(附件 2，頁次報 8-5)：

- (1) $RW = \text{「某 Tw-DRGs 平均每人次點數} / \text{全國平均每人次點數」}$ 。
- (2) 全國平均每人次點數(58,139)=校正後全國總點數(1,048 億點)/採計個案(180 萬件)。
- (3) 某 DRG 平均每人次點數=各 DRG 總點數/各 DRG 去極值後納入計算個案數。
- (4) 經統計，各 DRG 之權重、上限臨界點、下限臨界點及幾何平均住院天數，詳附表 7.3 權重表(附件 3，頁次報 8-6~8-43)。

2. 標準給付額(SPR)計算過程及結果(附件 4，頁次報 8-44)：

- (1) $SPR = \text{全國 Tw-DRGs 範圍合計點數} / \text{全國總權重} = 1,235 \text{ 億點} / 228 \text{ 萬} = 54,100 \text{ 點}$ 。
- (2) 較適用於 115 年 9 月至 12 月 SPR 53,793 點，增加 307 點。

(三)查 116 年 1-6 月適用權重計算結果，1,068 項 DRG 中計有 221 項 DRG 將採核實申報，另採 DRG 包裹支付之 847 項 DRG，相較於 115 年下半年適用權重版本，有 454 項 DRG 定額增加，392 項 DRG 定額減少，分析報告如附件 5（頁次報 8-45～8-46）。

二、修訂通則六「先天性疾病個案主診斷列表」：

(一)全民健康保險門診、住診醫療申報資料自 114 年 1 月 1 日起全面改版為 2023 年版國際疾病分類第十版（ICD-10-CM/PCS）。

(二)查「先天性疾病個案主診斷列表」2014 年版 ICD-10-CM 所列之 Q53.21（雙側腹式隱睾）對應至 2023 年版 ICD-10-CM 為 Q53.211（雙側腹式隱睾）、Q53.212（雙側鼠蹊隱睾）、Q53.23（雙側高陰囊辜丸），惟現行僅列 Q53.211 及 Q53.212，未將 Q53.23 納入。

(三)經洽詢台灣醫院協會，建議增列 Q53.23「雙側高陰囊辜丸」，修訂後支付標準如附件 6（頁次報 8-47）。

三、修訂通則十三「DRG 參數計算方式及頻率」

(一)依據本署 115 年 6 月 3 日本會議決議，由本署評估未來配合支付標準公告時程，修訂更新 DRG 權重之可行性。

(二)為使 Tw-DRGs 權重更即時反應診療項目、特材支付標準增修，未來由本署按本會議通過支付標準增修項目進行權重參數校正後，提至全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議討論及本會議報告後，續依程序辦理預告及報部作業。

(三)依前開說明修訂通則十三（同附件 6，頁次報 8-47）如下：

現行規定	修訂規定
各 TW-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額	各 Tw W -DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SPR)，由保險人 每半

現行規定	修訂規定
(SPR)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數，如附表 7.3。例如：一百十年下半年及一百十一年上半年公告之參數，係以一百零九年度申報資料計算，並分別於一百十一年上、下半年度適用。	年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數，如附表 7.3。例如：一百十年下半年及一百十一年上半年公告之參數，係以一百零九年度申報資料計算，並分別於一百十一年上、下半年度適用。

四、 Tw-DRGs 權重表修訂同附件 3(頁次報 8-6~8-43)，為使 DRG 權重與時俱進，建請授權本署依本次會議決議，併同本次通過之支付標準修訂案校正後，依程序報衛生福利部核定後公告實施。餘 Tw-DRGs 通則修訂同附件 6(頁次報 8-47)，擬依程序報衛生福利部核定後公告實施。

決定：

116 年 1-6 月各 Tw-DRGs 適用之相對權重 (RW)、幾何平均住院

日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額 (SPR) 之計算方式重點說明如下：

一、採 114 年住院申報資料，並校正基本診療項目，並將 114 年至 115 年新增及修訂支付標準及特材支付點數調整品項及 114 年特材價量調查調整之點數差額串回申報資料後進行統計。與 114 年申報點數(住院點數 2,367 億點，DRG 範圍 1,322 億點)比較，住院總點數增加 105.3 億點，DRG 範圍增加 51.3 億點。

二、該年度符合 DRG 範圍之醫院住院申報資料經歸戶、排除不完整資料及不適用 DRG 範圍資料：

(一) 共計 214.8 萬筆，較 113 年 226.6 萬筆減少約 11.8 萬筆，較 112 年 224.9 萬筆增加約 10.1 萬筆。

(二) 醫療服務點數 1,373 億點，較 113 年 1,426 億點減少約 52.7 億點，較 112 年 1,361 億點增加 12.2 億點。

116年1-6月適用之權重計算過程

依據：TW-DRG 支付通則一(一)之3規定，權重(RW)之計算公式：「某Tw-DRG平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

一、全國平均每人次點數之計算過程：

	個案數									計算RW之數據	
適用年度	申報資料歸戶	有效資料	不適用DRG	符合DRG範圍 資料	排除資料				納入計算 RW個案	校正後全國總點數	全國平均 每人次點數
					清檔排除 案件	異常轉歸 案件	自行要求剖腹 產案件	極值案件			
	A	B	C	D	a	b	c	d	E=D-a-b-c-d	F	G=F/E
116年1-6月	3,596,502	3,018,913	870,688	2,148,225	204,400	92,627	661	47,986	1,802,551	104,798,791,916	58,139

註1.「全國平均每人次點數」計算步驟：

(1)申報資料歸戶：116年以114年住院申報資料(已校正114年-115年支付標準調整及114年特材價量調查)，按醫院代碼、病人ID、住院日期、出生日期歸戶，新生兒依附案件歸戶。

(2)有效資料：係指上述申報資料歸戶後，排除代辦案件、資料不完整案件及西醫基層住院申報資料。

(3)同次住院生產及安胎：係指符合支付通則六(六)之2，同次住院期間之安胎費用不併入生產相關DRG，

俟所屬MDC導入時按其適當DRG申報及支付。故本項之個案數為同次住院期間生產及安胎者，將安胎費用拆開以獨立個案處理。

(4)清檔排除案件：以影響DRG落點之PROCEDURE CODE對應醫令，對應不到之案件不列入RW計算。

(5)異常轉歸案件：轉歸為死亡、病危自動出院、一般自動出院、轉院、潛逃之案件，不列入RW計算。

(6)極值案件處理：排除各DRG兩端極端值資料：

A.校正後醫療點數<DRG之2.5百分位值之個案，不納入計算。

B.個案校正後醫療點數>97.5百分位值者，其校正後醫療點數以97.5百分位值計算。

校正後醫療點數：係依據支付通則一(一)之2規定，計算RW資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。

並扣除支付通則六(六)規定之核實申報點數

(7)符合DRG範圍資料：排除支付通則三，不適用DRG範圍之個案。

(8)納入計算RW個案：符合DRG範圍資料扣除清檔案件、異常轉歸案件、自行要求剖腹產個案及極值案件後，計算權重之個案。

(9)校正後全國總點數：上述納入計算個案之校正後醫療點數。

(10)全國平均每人次點數=校正後全國總點數/納入計算RW個案數。

註2.某Tw-DRG平均每人次點數之計算步驟：

重複上述(1)~(8)步驟，可得「各DRG納入計算RW個案」及「校正後各DRG總點數」，2者相除即得「各DRG之平均每人次點數」。

註3.資料來源：114年符合DRG範圍之住院申報資料，其中DRG範圍按適用年度之通則規定辦理。

附表 7.3 116 年 1-6 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表

註:

1. 本表每 1 權重之標準給付額(SPR)為 54,100 點，係以一百十四年一至十二月醫院住院符合 DRG 範圍申報資料(已校正一百十四年起支付標準調整及特材價格調整)及支付通則規定辦理。
2. 無權重者(計八十七項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
3. 註記*者(計二百二十一項)為去極值後個案數<20 件，依支付標準通則暫以核實申報醫療服務點數。
4. 邏輯註記●者(三十八項)為該組 DRG 違反單向邏輯已校正後之權重。
5. 下限臨界點採實際醫療點數之 2.5 百分位計算；上限臨界點為醫療點數之各 DRG90.5 百分位。
6. DRG513 支付點數以「標準給付額」x「權重」計算，不得加計各項加成或其他另行加計之醫療點數。

資料期間：一百十四年一至十二月；製表日期：一百十五年八月二十三日。

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
PRE	1	10301	-	*		-	-	-
PRE	2	10302	-	*		-	-	-
PRE	3	48301	3.8187			16	30,495	528,373
PRE	4	48302	2.2633			11	26,300	323,118
PRE	5	48001	25.4170			22	846,454	2,050,286
PRE	6	48002	18.5754			18	842,700	1,399,599
PRE	7	48101	-	*		-	-	-
PRE	8	48102	-	*		-	-	-
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	-	*		-	-	-
PRE	11	48201	2.4884		●	11	29,945	338,059
PRE	12	48202	2.4884		●	10	27,891	369,396
PRE	13	512	19.9656	*		19	345,005	1,450,393
1	1	00201	4.2075			14	65,309	482,007
1	2	00202	2.6824			8	54,738	278,970
1	3	00101	5.1601			12	70,427	581,126
1	4	00102	4.4389			7	51,529	475,905
1	5	00301	5.5374			12	99,824	629,790

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	6	00302	4.4910			9	83,254	499,241
1	7	00401	2.5874			8	35,384	276,735
1	8	00402	1.9366			5	32,441	185,584
1	9	00501	2.8443			6	49,938	303,712
1	10	00502	2.7280			4	72,009	254,285
1	11	00601	0.3819			2	11,324	35,565
1	12	00602	0.3460			2	11,569	27,997
1	13	00701	-	*		-	-	-
1	14	00702	2.0065			6	19,269	211,218
1	15	00703	0.7980			3	18,299	102,663
1	16	00704	1.3832			6	15,186	198,658
1	17	008	0.8041			3	19,752	157,225
1	18	00901	0.6427			6	4,687	101,168
1	19	00902	0.3649			4	4,620	43,269
1	20	00903	0.6058			6	5,133	88,686
1	21	00904	0.3371			4	3,203	31,175
1	22	00905	0.9789			10	1,417	97,975
1	23	01001	0.6631			5	4,529	79,514
1	24	01002	0.7525			5	10,877	82,670
1	25	01101	0.4567			3	3,221	49,520
1	26	01102	0.4798			3	3,163	49,869
1	27	01201	0.7107			7	6,236	86,189
1	28	01202	0.8334			6	4,806	107,845
1	29	01203	0.5395			4	4,416	66,701
1	30	01301	0.9081		●	6	12,938	91,337
1	31	01302	0.9081		●	3	5,567	91,492
1	32	01303	0.9244			5	3,714	163,472
1	33	01304	0.7397			4	5,189	84,192
1	34	01401	1.4891			11	13,205	175,519

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	35	01402	0.9368			8	7,566	106,106
1	36	01403	1.3285			10	17,900	180,391
1	37	01404	0.7720			6	14,342	83,870
1	38	01405	1.0968			9	17,139	135,340
1	39	01406	0.6965			6	13,982	70,897
1	40	01501	0.6745			3	7,421	71,819
1	41	01502	0.5407			2	6,744	47,087
1	42	01503	0.6296			4	10,440	67,154
1	43	01504	0.5451			2	6,350	45,264
1	44	01505	0.6082			5	10,076	61,157
1	45	01506	0.4658			4	8,969	42,561
1	46	01601	0.9115			7	8,714	117,539
1	47	01602	0.6543			5	8,568	69,638
1	48	01701	0.5260			4	6,630	58,629
1	49	01702	0.5012			4	9,323	49,014
1	50	018	0.7811			5	4,561	105,827
1	51	019	0.6050			3	3,683	84,745
1	52	02001	1.4040			7	7,156	212,196
1	53	02002	1.0310			6	5,798	153,024
1	54	02003	2.4408			12	23,780	331,794
1	55	02004	1.4745			8	14,547	171,706
1	56	02101	1.4257			10	15,299	193,924
1	57	02102	1.1177			10	13,995	110,914
1	58	02103	1.4233			8	18,985	162,664
1	59	02104	0.8738			6	9,067	100,236
1	60	02201	0.6456			5	3,725	48,584
1	61	02202	0.4667	*		4	12,517	40,138
1	62	02301	0.8047			7	6,899	106,378
1	63	02302	0.5218			5	4,265	78,563

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	64	024	0.9108			6	7,690	125,385
1	65	025	0.4780			4	3,428	56,040
1	66	02601	0.5574			4	7,582	77,863
1	67	02602	0.4036			3	5,204	49,825
1	68	02701	1.0689			7	7,207	154,919
1	69	02702	0.5302			4	4,810	68,654
1	70	02801	0.7539			6	4,919	104,442
1	71	02802	0.7889			6	5,545	109,832
1	72	02803	0.5119	*		5	9,005	39,907
1	73	02901	0.4606			4	4,365	60,170
1	74	02902	0.4747			4	4,057	61,958
1	75	02903	0.2568	*		3	6,245	30,162
1	76	03001	0.4509	*		7	6,416	26,828
1	77	03002	0.4393			4	3,063	54,736
1	78	03003	1.0849			5	5,011	219,239
1	79	03004	0.5131			4	4,049	69,106
1	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	1.4706	*		6	33,962	140,830
1	82	031	0.3866			4	4,619	42,592
1	83	032	0.2243			3	2,997	24,146
1	84	03301	0.3768			4	7,696	39,649
1	85	03302	0.2031			2	2,880	19,545
1	86	034	0.8426			6	5,883	104,446
1	87	035	0.4650			3	3,791	53,997
2	1	03701	1.1646			5	25,625	115,761
2	2	03702	0.8540			3	25,991	77,698
2	3	03703	3.3024	*		10	32,247	231,873
2	4	03704	1.3829	*		7	49,768	80,427
2	5	03705	0.7682			4	19,144	75,222

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	6	03706	1.5307			5	36,292	154,708
2	7	03707	1.0110			4	32,848	82,557
2	8	04001	0.5836			2	14,403	58,591
2	9	04002	0.4092			2	7,579	65,620
2	10	04003	-	*		-	-	-
2	11	04004	0.5439	*		2	25,043	79,446
2	12	04101	0.4490			2	16,072	36,550
2	13	04102	0.2450	*		1	10,988	72,098
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.2078			2	39,256	98,125
2	17	03602	0.7826	*		3	8,436	74,859
2	18	04201	1.0894			4	21,638	91,707
2	19	04202	0.4591			2	9,914	42,005
2	20	03901	2.4204			2	48,088	161,245
2	21	03903	0.9610	*		2	21,292	59,115
2	22	03902	1.9235	*		4	81,151	147,006
2	23	03904	0.8867			2	34,683	52,524
2	24	03905	0.4772			1	21,360	29,731
2	25	03906	0.6149	*		4	17,638	58,828
2	26	03801	0.3558	*		1	15,130	24,865
2	27	03802	0.3644	*		2	8,350	28,661
2	28	04301	-	*		-	-	-
2	29	04302	-	*		-	-	-
2	30	04401	0.5468			7	6,546	64,656
2	31	04402	0.3812			6	6,425	45,105
2	32	04501	0.6518			5	7,069	67,332
2	33	04502	0.4843			4	6,029	48,969
2	34	046	0.4584			4	2,974	54,920

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	35	047	0.2513			3	2,509	32,315
2	36	048	0.3609			3	3,068	42,797
3	1	04901	4.5292			7	49,697	472,475
3	2	04902	2.4466			4	37,285	283,614
3	3	06101	0.7472			2	16,540	60,397
3	4	06102	0.3871			2	10,891	31,620
3	5	062	0.5212			1	16,411	37,395
3	6	05301	0.9513			3	25,450	86,268
3	7	05302	0.9454			2	27,553	81,130
3	8	05401	1.9156	*		5	56,297	178,816
3	9	05402	1.0230			2	29,002	83,234
3	10	05701	0.8004			4	16,217	50,586
3	11	05702	0.4934			3	13,245	30,654
3	12	058	0.7891			2	22,297	50,147
3	13	052	1.9582			4	44,928	184,383
3	14	168	0.9091			4	13,049	81,907
3	15	169	0.7230			2	18,609	63,844
3	16	05601	0.5915			3	20,532	45,986
3	17	05602	0.5381			3	17,380	43,383
3	18	05001	1.0581			4	30,706	86,430
3	19	05002	0.9812			3	26,226	75,787
3	20	05101	-	*		-	-	-
3	21	05102	0.5278			2	10,525	41,884
3	22	05501	2.5836			5	56,784	308,447
3	23	05502	2.5244	*		6	52,521	244,691
3	24	05503	0.7497			2	14,645	51,826
3	25	05504	0.6606			2	15,081	40,283
3	26	05505	0.7298			2	18,890	49,222
3	27	05506	0.5281			2	18,282	31,832

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	28	059	0.4833			3	22,196	30,767
3	29	060	0.6211			2	21,584	40,494
3	30	06301	1.6244			5	25,450	173,290
3	31	06302	0.8326			2	20,690	76,042
3	32	06401	0.7089	*		2	25,881	76,618
3	33	06402	0.5554	*		2	4,733	45,179
3	34	065	0.3744			4	3,917	38,569
3	35	06601	0.5153			4	3,653	74,900
3	36	06602	0.2869			3	3,002	33,076
3	37	06701	0.5254			5	6,417	80,162
3	38	06702	0.3420			4	6,303	39,102
3	39	068	0.4866			5	5,606	61,413
3	40	069	0.2672			4	3,771	28,330
3	41	070	0.2773			3	6,854	26,680
3	42	071	0.3371			3	6,918	32,871
3	43	072	0.3499			2	2,879	29,303
3	44	07301	0.5676			5	6,472	68,876
3	45	07302	0.3964			3	4,349	37,995
3	46	07401	0.6252			4	7,480	72,789
3	47	07402	0.4023			3	3,451	42,646
3	48	18701	0.6651			5	8,437	94,972
3	49	18702	0.5606			3	10,440	51,364
3	50	18703	0.4762			2	11,719	43,753
3	51	185	0.4330			4	3,685	49,506
3	52	186	0.3313			4	5,255	32,411
4	1	07501	3.9549			10	67,331	388,516
4	2	07502	2.2924			5	52,277	238,050
4	3	07503	2.8130			7	74,989	310,311
4	4	07504	2.1327			5	74,183	178,871

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	5	07601	1.7681			7	24,136	243,952
4	6	07602	3.0541			5	103,784	292,772
4	7	07603	2.2362			11	23,888	357,304
4	8	07701	0.8195			3	17,683	83,274
4	9	07702	2.6046			4	100,295	209,565
4	10	07703	0.8273			3	16,157	111,862
4	11	47501	3.0420			15	33,143	352,295
4	12	47502	1.9830			9	23,707	224,953
4	13	07801	1.2657			8	11,687	154,918
4	14	07802	0.8945			6	11,960	110,136
4	15	07901	1.5506			12	14,271	174,477
4	16	07902	1.0640			10	13,843	126,898
4	17	07903	1.2322			11	18,473	142,637
4	18	07904	1.3592			7	5,561	160,515
4	19	07905	-	*		-	-	-
4	20	08001	1.1949			9	13,341	134,232
4	21	08002	0.6795			7	9,139	76,101
4	22	08003	0.7919			9	13,153	85,724
4	23	08004	0.7819	*		7	8,398	80,690
4	24	08005	0.3140	*		1	3,220	18,523
4	25	08101	1.8489	*		16	29,455	142,338
4	26	08102	1.0460	*		8	34,084	131,623
4	27	08103	1.6462			7	14,524	270,880
4	28	08104	0.8802			5	10,339	133,475
4	29	08105	0.8888			6	11,068	142,254
4	30	08106	0.3954			4	8,458	41,371
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	-	*		-	-	-
4	33	08109	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	34	082	0.4583			2	3,842	49,402
4	35	08301	0.5296			6	6,595	67,749
4	36	08302	0.3834			5	5,211	45,013
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.3109	*		4	6,704	29,814
4	39	08402	0.2446			4	4,152	25,525
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	0.8917			7	8,992	103,183
4	42	086	0.6191			5	7,949	64,495
4	43	08701	1.4695			11	13,973	175,869
4	44	08702	0.5645			4	3,773	69,112
4	45	08703	0.8580			6	8,503	108,094
4	46	08704	0.5207			5	6,065	63,738
4	47	08801	0.6865			8	10,141	80,739
4	48	08802	0.4933			6	6,376	51,854
4	49	089	0.8351			8	11,290	101,370
4	50	090	0.4848			6	7,861	53,980
4	51	09101	0.4296			5	9,242	43,608
4	52	09102	0.3264			4	8,283	30,373
4	53	092	0.6308			4	3,603	92,325
4	54	093	0.4770			3	2,558	66,767
4	55	094	0.4691			5	5,589	61,676
4	56	095	0.2929			4	3,937	32,800
4	57	09601	0.5489			6	4,988	59,172
4	58	09602	0.4351			5	4,121	50,042
4	59	09701	0.3836			5	3,361	42,182
4	60	09702	0.2812			4	4,134	30,234
4	61	09801	0.4512			4	8,041	60,894
4	62	09802	0.2989			3	4,940	28,606

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	63	09803	0.4801			4	8,597	51,499
4	64	09804	0.3763			4	7,859	39,705
4	65	09901	0.4649	*	●	5	8,006	56,086
4	66	09902	0.6669			4	6,755	92,300
4	67	09903	0.6399			6	7,410	75,050
4	68	10001	0.4649	*	●	4	4,513	68,048
4	69	10002	0.3915			3	4,246	39,708
4	70	10003	0.3671			3	4,267	41,351
4	71	10101	0.5510			4	3,973	83,649
4	72	10102	0.7423			6	7,765	92,694
4	73	10103	0.3894			4	4,587	44,734
4	74	10104	-	*		-	-	-
4	75	10105	-	*		-	-	-
4	76	10106	0.9653			6	10,161	126,585
4	77	10201	0.3231			2	3,792	36,224
4	78	10202	0.5420			3	5,311	67,413
4	79	10203	0.3205			3	3,733	31,379
4	80	10204	-	*		-	-	-
4	81	10205	-	*		-	-	-
4	82	10206	0.5034			3	3,497	53,924
5	1	10401	9.6315			16	373,549	685,863
5	2	10402	11.4889		●	17	461,407	731,454
5	3	10403	11.4889	*	●	17	412,803	814,589
5	4	10409	8.8917			17	322,704	668,540
5	5	10410	7.7336	*		12	370,349	546,850
5	6	10404	7.1338			14	170,074	442,578
5	7	10405	12.6007	*		19	442,488	747,720
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	7.4830			10	125,410	476,235

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	10	10408	5.3911			6	112,765	335,618
5	11	10501	9.3883			13	326,996	644,265
5	12	10502	11.0880			17	416,964	923,441
5	13	10503	9.6162	*		13	356,893	696,765
5	14	10509	8.6138			15	350,747	714,085
5	15	10510	7.4694			11	153,713	468,344
5	16	10504	6.4434			11	161,787	450,645
5	17	10505	12.8461	*		26	607,728	1,147,687
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	-	*		-	-	-
5	20	10508	-	*		-	-	-
5	21	10801	10.9964			11	215,653	709,976
5	22	10802	7.2049			3	187,274	453,604
5	23	10601	11.0235			16	459,875	840,878
5	24	10602	9.9723			14	442,292	702,035
5	25	10603	-	*		-	-	-
5	26	10604	-	*		-	-	-
5	27	10701	8.6230			18	359,653	583,672
5	28	10901	8.0746			14	317,455	527,735
5	29	10702	7.7126			16	286,316	478,629
5	30	10902	6.9240			12	225,908	446,369
5	31	11001	10.9157	*		15	266,889	846,379
5	32	11005	6.0741			4	27,928	533,922
5	33	11002	4.3712			6	63,838	374,616
5	34	11006	3.0626	*	●	2	87,187	166,497
5	35	11003	5.7182			7	34,936	393,066
5	36	11004	6.6570	*		12	183,007	519,760
5	37	11101	9.5983	*		9	369,153	556,257
5	38	11105	4.4255	*		11	36,423	446,343

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	39	11102	4.0049			3	48,760	269,944
5	40	11106	3.0626		●	2	83,105	227,550
5	41	11103	5.5327			4	56,049	385,891
5	42	11104	5.5940	*		4	228,961	427,552
5	43	11301	2.1668			11	30,262	168,426
5	44	11302	1.8784			9	30,342	115,278
5	45	11501	4.9009			5	18,540	319,348
5	46	11502	4.8694			4	19,287	296,880
5	47	11601	2.4504			3	89,089	220,222
5	48	11602	3.5759			3	116,266	304,510
5	49	11603	3.3878			4	132,757	257,681
5	50	11604	2.7181			4	108,197	228,017
5	51	11605	5.7202			4	119,731	539,862
5	52	47801	-	*		-	-	-
5	53	47802	1.7952		●	4	29,983	130,906
5	54	47803	2.2503			4	33,561	171,474
5	55	47804	4.0647			5	50,912	473,379
5	56	47901	-	*		-	-	-
5	57	47902	1.7952		●	4	36,199	111,366
5	58	47903	2.0869			3	29,769	160,868
5	59	47904	2.5944			3	35,711	305,173
5	60	11201	3.6952			2	93,986	275,994
5	61	11202	2.6823			2	74,404	198,097
5	62	11203	3.3738			3	121,984	237,532
5	63	11205	4.1237			3	125,276	270,028
5	64	11206	2.9682			2	98,680	191,896
5	65	11204	1.6357			2	11,866	99,285
5	66	11401	1.2486			7	20,057	95,871
5	67	11402	0.7573			5	14,050	53,097

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	68	11801	2.4546			3	107,304	152,939
5	69	11802	2.1761			2	107,375	138,172
5	70	11803	2.0281			3	90,750	128,490
5	71	11804	1.7218			2	31,448	112,922
5	72	11701	1.8009			4	20,989	122,137
5	73	11702	1.1990			3	10,033	123,119
5	74	11901	0.6673			2	21,318	44,163
5	75	11902	0.5357			2	17,044	33,523
5	76	12001	1.5295			8	19,733	114,307
5	77	12002	1.0684			5	17,359	68,191
5	78	12101	1.5387			5	24,858	115,513
5	79	12102	1.4988			7	11,304	106,632
5	80	12201	1.0934			3	23,223	77,126
5	81	12202	1.8181			4	8,817	112,053
5	82	12301	-	*		-	-	-
5	83	12302	-	*		-	-	-
5	84	124	1.0712			3	20,549	70,122
5	85	125	0.7212			2	20,369	45,763
5	86	126	1.6149			16	15,366	196,300
5	87	12701	-	*		-	-	-
5	88	12702	0.7518			7	9,431	92,772
5	89	12801	1.0277			5	14,692	84,648
5	90	12802	0.7397	*		7	13,879	96,631
5	91	129	3.0378			10	26,902	204,909
5	92	13001	1.3029			6	10,238	99,037
5	93	13002	1.0374			5	7,767	71,628
5	94	13101	0.9396			4	8,497	79,845
5	95	13102	0.7986			3	4,559	49,246
5	96	132	0.5546			4	4,364	40,829

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	97	133	0.3929			3	3,510	27,440
5	98	13401	0.6000			5	7,461	44,780
5	99	13402	0.4415			3	4,365	34,801
5	100	135	0.7124			4	6,932	48,912
5	101	136	0.4368			3	4,843	34,125
5	102	13701	4.8531			3	5,994	418,757
5	103	13702	2.9029			2	5,478	237,091
5	104	13801	2.2119			7	9,559	144,760
5	105	13802	0.7711			4	6,880	67,015
5	106	13803	0.6545			4	6,892	49,146
5	107	13804	1.5144			7	34,991	126,895
5	108	13805	1.3980			6	18,335	145,705
5	109	13901	0.4640	*		4	11,266	42,973
5	110	13902	0.5325			3	3,210	35,193
5	111	13903	0.4169			2	4,820	27,835
5	112	13904	1.2141			5	20,079	141,265
5	113	13905	0.8956			4	7,839	76,067
5	114	14001	0.5897			4	6,066	41,594
5	115	14002	0.3951			3	3,951	24,299
5	116	141	0.5957			4	8,532	41,530
5	117	142	0.4577			3	5,265	30,032
5	118	143	0.4148			3	4,134	30,202
5	119	14401	1.0697			5	7,998	93,543
5	120	14402	1.0052			5	11,145	73,879
5	121	14403	0.6719			5	7,514	52,740
5	122	14501	0.7719			2	5,636	45,699
5	123	14502	0.7375			3	6,392	70,042
5	124	14503	0.4276			3	5,400	26,598
6	1	15401	7.6951	*		19	133,197	956,137

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	2	15402	3.7949			12	30,532	436,620
6	3	15403	2.1527	*		10	23,897	226,969
6	4	15404	3.1558			12	21,829	346,909
6	5	15501	5.3976	*		13	137,989	503,086
6	6	15502	1.0161			3	23,714	114,695
6	7	15503	1.4151			6	19,515	137,808
6	8	15504	2.0638			7	20,084	220,828
6	9	15601	-	*		-	-	-
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	5.1939	*		12	79,040	726,641
6	12	15604	3.8983	*		8	37,319	448,077
6	13	15605	-	*		-	-	-
6	14	15606	-	*		-	-	-
6	15	15607	3.3859	*		10	35,773	391,347
6	16	15608	1.9697			7	38,938	263,847
6	17	14801	2.8104			11	40,284	323,532
6	18	14802	4.0471			17	66,400	556,808
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	0.9995	*		5	24,805	212,794
6	21	14805	1.9751		●	10	37,148	254,004
6	22	14901	2.4254			9	44,302	205,804
6	23	14902	2.4447	*		11	36,604	300,677
6	24	14903	-	*		-	-	-
6	25	14904	0.9167			4	22,966	145,885
6	26	14905	1.9751		●	9	17,332	204,579
6	27	14601	0.7590			3	21,397	113,261
6	28	14602	0.7032	*		2	21,540	92,343
6	29	14701	0.6054			2	21,374	51,795
6	30	14702	0.6102			2	20,530	136,768

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	31	150	2.5027			11	57,201	267,676
6	32	151	1.5391			7	47,538	136,847
6	33	16401	1.3448			4	44,875	88,598
6	34	16501	1.0623			3	41,215	65,783
6	35	16402	1.4456			6	40,947	110,624
6	36	16502	1.0136			5	35,526	69,066
6	37	16601	1.0772			3	41,528	67,223
6	38	16701	0.9117			2	39,354	56,922
6	39	16602	0.9585			4	29,491	65,985
6	40	16702	0.7666			3	30,000	47,529
6	41	152	1.0440			6	9,397	127,502
6	42	153	0.7009			4	12,907	87,358
6	43	15701	0.7262	*		4	10,906	44,860
6	44	15702	0.5665			2	19,431	33,982
6	45	15801	0.4709			2	9,663	28,107
6	46	15802	0.4615			2	17,169	28,250
6	47	16101	1.0360			3	33,884	66,403
6	48	16201	0.8063			2	35,175	52,334
6	49	16102	0.7484			2	28,147	47,164
6	50	16202	0.5730			2	23,129	35,889
6	51	159	1.1826			4	34,670	76,561
6	52	160	0.8116			3	31,578	49,693
6	53	16301	-	*		-	-	-
6	54	16302	-	*		-	-	-
6	55	16303	12.8141			3	46,297	851,337
6	56	16304	7.7062			2	38,751	529,432
6	57	16305	5.6953			2	29,726	408,520
6	58	16306	2.4395			1	28,706	189,677
6	59	170	1.9041			8	23,710	188,131

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	60	171	0.9663			3	16,831	78,255
6	61	17201	0.7962		●	4	14,043	97,546
6	62	17202	0.6701			5	8,853	78,715
6	63	17203	0.6837			4	6,534	90,368
6	64	17301	0.7962		●	3	7,851	135,751
6	65	17302	0.3572			3	5,939	37,596
6	66	17303	0.4210			2	4,792	45,607
6	67	17401	1.0075			6	8,880	144,290
6	68	17402	1.3518			10	38,755	154,265
6	69	17403	0.7416			6	7,788	97,341
6	70	17404	0.6794			6	8,059	88,767
6	71	17501	0.7326			5	12,757	96,051
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4311			4	5,372	49,231
6	74	17504	0.3951			4	5,697	41,447
6	75	17601	1.3486			11	15,454	158,244
6	76	17602	0.8307			7	11,953	85,304
6	77	17603	0.6949			6	8,843	89,786
6	78	17604	0.6595			3	4,036	92,247
6	79	177	0.5251			5	6,925	58,814
6	80	178	0.3492			4	5,578	34,747
6	81	17901	0.4914			2	3,266	70,166
6	82	17902	0.7120			5	3,478	99,814
6	83	17903	0.3557			2	2,774	54,417
6	84	180	0.5145			6	6,326	62,176
6	85	181	0.3287			4	4,978	34,817
6	86	182	0.4821			5	6,051	58,052
6	87	183	0.2979			4	4,514	31,064
6	88	18401	0.3358			4	7,283	35,404

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	89	18402	0.2490			3	5,416	24,125
6	90	18801	1.6419	*		11	13,838	167,219
6	91	18802	0.5328			4	4,314	63,402
6	92	18803	1.2329	*		9	18,995	190,469
6	93	18804	0.8838			6	7,325	118,269
6	94	18805	0.6479			6	6,513	82,164
6	95	18901	0.7722	*		10	41,284	50,229
6	96	18902	0.3564			3	3,510	35,220
6	97	18903	0.6188	*		5	12,517	90,292
6	98	18904	0.6398			5	6,958	73,911
6	99	18905	0.3747			3	3,967	39,900
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.4876			4	11,101	50,564
6	103	19004	0.4222			3	6,478	48,112
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	-	*		-	-	-
6	106	19007	0.7933	*	●	3	4,345	137,048
6	107	19008	0.7933	*	●	3	17,412	108,366
6	108	19009	0.6259			4	4,927	99,832
6	109	19010	0.3898			3	4,288	46,037
7	1	191	3.3252			11	27,438	363,334
7	2	192	2.8415			7	35,379	290,238
7	3	195	2.9387			13	88,375	277,414
7	4	196	2.2913			9	84,632	195,818
7	5	197	2.5351			11	52,721	256,413
7	6	198	1.5913			8	49,885	158,496
7	7	49301	2.5336			8	88,215	179,279
7	8	49401	2.1461			6	75,140	143,941

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
7	9	49302	1.4288			4	44,345	94,084
7	10	49402	1.1171			3	43,334	66,731
7	11	193	2.3669			10	39,006	272,558
7	12	194	1.3951			7	16,053	152,598
7	13	199	-	*		-	-	-
7	14	20001	2.0736			10	10,500	316,307
7	15	20002	1.6947	*		9	19,331	169,062
7	16	20101	1.9940			7	43,676	235,291
7	17	20102	1.2855			3	47,154	110,813
7	18	20201	0.7852			6	7,666	103,094
7	19	20202	0.4271			5	6,018	52,393
7	20	20301	1.5817	*		7	13,602	231,250
7	21	20302	0.2228	*		2	11,187	13,516
7	22	20401	0.5827			5	6,859	74,043
7	23	20402	1.4897	*	●	6	6,688	85,710
7	24	20403	1.4897	*	●	6	6,414	875,898
7	25	205	0.7831			7	7,367	105,448
7	26	206	0.4853			5	5,508	61,721
7	27	207	1.0889			6	9,611	115,675
7	28	208	0.7288			4	5,970	82,397
8	1	47101	3.8033			7	159,469	265,112
8	2	47102	3.3278			4	155,992	197,250
8	3	47103	3.9130			5	171,675	231,010
8	4	21701	2.0726			8	31,967	151,983
8	5	21702	1.2794			4	26,254	91,777
8	6	21703	2.2027			10	23,286	160,599
8	7	21704	1.3678			4	14,670	87,272
8	8	20901	3.2022			7	84,314	211,953
8	9	20907	4.1489			7	113,252	275,404

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	10	20902	2.7000			5	74,218	188,460
8	11	20908	3.6798			5	88,397	243,661
8	12	20903	2.1241			5	88,414	126,499
8	13	20904	1.7710			6	75,729	114,457
8	14	20905	2.1298			5	94,803	127,959
8	15	20906	1.2904			5	57,669	78,293
8	16	21601	1.2719			4	12,343	81,721
8	17	21602	0.8579			2	11,389	54,126
8	18	21001	2.6732			9	60,166	196,553
8	19	21101	1.8351			6	43,559	123,632
8	20	21002	1.7497			7	42,560	117,893
8	21	21102	1.3810			6	26,060	93,041
8	22	21003	1.6232			6	46,992	118,581
8	23	21103	1.2753			5	30,805	92,516
8	24	21201	1.9732	*		8	72,966	174,332
8	25	21202	1.6805	*		8	40,093	176,235
8	26	21203	2.2574	*	●	7	47,925	251,832
8	27	21204	2.2574	*	●	4	38,862	182,720
8	28	21205	1.7733			6	30,419	145,134
8	29	21206	1.4142			4	27,978	161,153
8	30	21301	2.4249	*		19	57,737	192,906
8	31	21302	-	*		-	-	-
8	32	21303	2.8573			14	50,717	199,725
8	33	21304	1.5764	*		9	25,062	106,264
8	34	21305	-	*		-	-	-
8	35	21306	1.4666	*		15	37,690	210,232
8	36	49101	2.0563			5	54,320	126,538
8	37	49102	1.6655			4	45,654	101,713
8	38	49201	2.4839	*		5	40,939	209,268

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	39	49202	1.8885			4	34,394	113,617
8	40	496	4.1735			8	105,371	417,733
8	41	49701	3.2740			8	82,420	299,072
8	42	49702	2.8011			6	73,529	245,993
8	43	49801	2.9569			7	89,150	277,411
8	44	49802	2.3547			5	83,801	195,084
8	45	499	1.4984			5	28,228	164,081
8	46	500	1.1567			3	26,879	102,059
8	47	501	1.9862			14	41,379	135,734
8	48	502	1.5257			11	32,177	117,657
8	49	50301	1.2517			4	32,522	85,283
8	50	50302	1.0465			3	30,990	63,850
8	51	50303	0.8065			3	25,122	49,604
8	52	50304	0.6023			2	23,686	38,429
8	53	21801	1.7868			9	32,044	124,716
8	54	21802	1.7240			8	38,632	125,728
8	55	21901	1.6610			8	38,352	105,708
8	56	21902	1.2596			6	29,832	84,443
8	57	21803	1.3839			5	37,039	93,691
8	58	21804	1.2322			5	27,234	84,590
8	59	21903	1.0655			4	29,760	65,768
8	60	21904	0.8500			4	22,842	57,568
8	61	22001	-	*		-	-	-
8	62	22002	1.1216	*		5	40,839	176,975
8	63	22003	2.9518	*		11	83,892	339,124
8	64	22004	1.1578	*		5	32,461	75,479
8	65	22005	1.8990	*		4	74,081	96,047
8	66	22006	1.0492			4	21,005	63,893
8	67	22007	1.3108			4	31,857	110,045

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	68	22008	0.8011			2	24,006	55,999
8	69	23101	1.4366			5	23,946	106,910
8	70	23102	0.7310			3	21,657	48,887
8	71	23103	0.5184			2	15,888	34,875
8	72	23104	0.3548			2	15,021	22,616
8	73	23001	3.9958	*		9	119,401	291,293
8	74	23002	0.5407	*		3	23,939	42,751
8	75	23003	0.5306			3	16,278	43,681
8	76	23004	0.4107			2	15,913	27,302
8	77	22601	1.2301			4	18,532	97,362
8	78	22602	1.1541			4	19,492	88,990
8	79	22701	0.5759			2	13,453	38,420
8	80	22702	0.7763			3	13,758	75,286
8	81	22501	1.1581			5	20,973	88,076
8	82	22502	0.7794			4	19,200	58,943
8	83	22503	1.0030			4	21,552	68,576
8	84	22504	0.7580			3	18,878	53,459
8	85	228	0.7813			3	18,605	51,319
8	86	22301	-	*		-	-	-
8	87	22302	1.1056			3	28,126	96,358
8	88	23201	1.0483	*		3	25,221	92,960
8	89	23202	0.5488			2	16,978	33,574
8	90	22401	1.2546			5	33,058	88,830
8	91	22402	0.9142			4	27,790	57,146
8	92	22403	0.8263			3	24,321	59,911
8	93	22404	0.6993			3	22,190	61,986
8	94	22901	0.5898			3	16,129	38,346
8	95	22902	0.5629			2	14,150	37,380
8	96	23301	3.8070			10	68,420	540,373

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	97	23302	2.4448	*		5	38,008	499,704
8	98	23401	0.9849			3	24,438	71,566
8	99	23402	0.6829			2	22,040	43,771
8	100	23501	1.0715			6	8,754	103,553
8	101	23502	0.8837			3	7,011	57,211
8	102	23503	1.9709	*		18	15,338	179,299
8	103	23504	-	*		-	-	-
8	104	23601	1.1601			6	6,587	110,461
8	105	23602	0.9856			4	5,316	79,555
8	106	23701	0.4623	*		3	2,970	34,774
8	107	23702	0.3534			2	3,146	21,570
8	108	23801	1.4391			13	15,210	120,482
8	109	23802	1.0022			11	9,345	75,114
8	110	23803	1.1942			13	9,421	98,127
8	111	23804	0.8944			5	5,089	55,296
8	112	23805	1.0940	*		8	14,353	106,347
8	113	23806	0.7075	*		5	6,922	82,790
8	114	23901	0.6725			4	4,387	49,041
8	115	23902	0.4284			2	3,238	26,430
8	116	24001	0.8506			3	4,461	67,805
8	117	24002	0.9740			2	3,997	66,569
8	118	24003	0.8530			2	3,336	51,497
8	119	24101	0.5164			2	3,581	39,165
8	120	24102	0.9641			2	3,669	67,691
8	121	24103	0.6991			1	3,102	41,397
8	122	24201	1.0762			9	14,831	72,585
8	123	24202	0.7555			8	9,900	52,592
8	124	24203	1.7609	*		15	23,467	146,746
8	125	24204	1.0075	*		10	10,558	79,505

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	126	24205	1.0501			9	14,554	75,111
8	127	24206	0.7342			7	11,184	48,139
8	128	24301	0.8080			3	2,705	59,004
8	129	24302	0.3995			3	3,295	27,099
8	130	244	0.4754			4	4,118	32,510
8	131	245	0.3027			2	2,754	20,194
8	132	24601	0.5784			6	7,609	42,795
8	133	24602	0.2964			3	3,321	27,277
8	134	24701	0.6121			4	7,422	42,138
8	135	24702	0.3943			3	4,501	26,280
8	136	24801	0.8015			5	6,183	56,176
8	137	24802	0.3875			2	3,433	25,771
8	138	24901	1.0365			10	8,499	76,670
8	139	24902	0.8128			8	7,244	52,948
8	140	24903	0.9330			5	3,764	67,622
8	141	24904	0.6316			3	3,138	40,514
8	142	250	0.4497			3	4,119	27,926
8	143	251	0.2862			2	3,120	18,961
8	144	252	0.3641			1	6,682	24,465
8	145	253	0.4589			3	3,813	33,195
8	146	254	0.2912			2	2,877	19,983
8	147	255	0.4536			2	3,148	39,749
8	148	25601	0.9532			9	15,354	90,880
8	149	25602	0.7184	*		7	7,866	110,416
8	150	25603	0.6298			3	3,542	41,414
8	151	25604	0.4923			2	3,574	32,916
9	1	263	1.5265			12	21,265	174,439
9	2	264	0.9442			8	14,773	103,321
9	3	265	0.9339			6	14,621	110,766

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	4	266	0.5945			3	12,759	57,309
9	5	26801	1.2356			4	23,673	193,365
9	6	26802	1.0867			4	22,690	118,451
9	7	26701	0.7845	*		5	14,614	86,571
9	8	26702	0.2730			2	7,756	27,405
9	9	25701	1.9569	*	●	4	44,325	162,203
9	10	25801	1.9569		●	4	53,376	141,905
9	11	25702	1.4260			4	48,709	84,751
9	12	25802	1.3215			4	40,884	80,920
9	13	259	0.8640			2	19,696	51,193
9	14	260	0.8592			2	21,924	52,996
9	15	261	0.4438			2	13,872	33,587
9	16	26201	0.5152	*		2	16,645	77,665
9	17	26202	0.4030			2	14,009	32,638
9	18	269	1.4171			7	17,800	169,581
9	19	270	0.7435			4	13,197	73,456
9	20	271	0.8927			10	9,942	107,394
9	21	27201	0.7515			7	3,995	109,474
9	22	27202	0.5185			6	7,151	55,454
9	23	27203	0.7970	*		7	2,619	92,151
9	24	27301	0.3249			3	3,471	55,964
9	25	27302	0.3699			5	6,506	35,397
9	26	27303	0.4426	*		5	9,147	49,322
9	27	274	0.2128			2	2,506	33,723
9	28	275	0.1222			1	2,531	18,833
9	29	27601	0.4178			3	4,212	55,123
9	30	27602	0.3106			2	3,118	32,924
9	31	277	0.6390			8	9,080	77,125
9	32	278	0.4048			6	6,536	44,160

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	33	27901	0.4146			4	5,445	49,796
9	34	27902	0.3515			4	7,536	37,556
9	35	280	0.3873			5	3,126	47,578
9	36	281	0.2472			3	3,053	26,302
9	37	282	0.2517			3	3,156	29,490
9	38	28301	0.3795			4	4,038	46,074
9	39	28302	0.3901			4	4,066	52,439
9	40	28401	0.2766			2	3,007	30,291
9	41	28402	0.1742			2	3,116	23,772
10	1	28601	2.8987			7	60,841	300,377
10	2	28602	2.2387			5	58,916	229,589
10	3	28801	2.1909			15	23,542	228,706
10	4	28802	1.8755			3	38,603	158,314
10	5	28501	1.8282			12	27,611	186,760
10	6	28502	1.3050			9	20,511	168,155
10	7	28701	1.5735			11	29,803	174,094
10	8	28702	1.2324			10	33,548	109,944
10	9	28901	1.0778			3	30,586	117,363
10	10	28902	0.7743			3	29,208	71,657
10	11	290	0.9880			3	35,162	61,438
10	12	29101	-	*		-	-	-
10	13	29102	1.6063	*		6	66,080	113,004
10	14	292	2.4310			13	29,576	264,618
10	15	293	1.1872			4	21,697	148,771
10	16	29401	0.7470			7	8,576	97,508
10	17	29402	0.3802			5	4,568	43,444
10	18	29501	0.7188			6	7,125	88,174
10	19	29502	0.4078			3	2,990	65,221
10	20	29601	0.5841			6	6,220	78,958

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
10	21	29602	0.6221			6	4,555	87,195
10	22	29701	0.2936			4	3,892	34,337
10	23	29702	0.3854			4	3,535	47,819
10	24	29801	0.7509			4	7,245	150,285
10	25	29802	0.2840			2	5,318	34,617
10	26	29803	0.3989			3	7,619	46,587
10	27	29804	0.2702			2	4,244	30,465
10	28	29901	0.7319			4	4,257	90,200
10	29	29902	0.6403			2	2,713	71,336
10	30	29903	0.5382			5	4,409	66,944
10	31	29904	0.2765			2	2,704	46,171
10	32	30001	0.5966			4	4,188	72,892
10	33	30002	0.5410			4	4,417	73,706
10	34	30101	0.3781			2	3,663	44,601
10	35	30102	0.2552			2	3,460	33,389
11	1	30201	12.9460			14	503,893	788,093
11	2	30202	12.6461			13	511,373	752,509
11	3	30301	1.8782		●	6	21,779	155,176
11	4	30302	1.8782		●	6	22,874	136,185
11	5	304	1.0022			4	16,246	86,080
11	6	305	0.8183			3	18,305	51,652
11	7	308	0.7045			3	12,362	96,667
11	8	309	0.4555			2	11,539	45,145
11	9	30601	1.3897			5	47,049	100,335
11	10	30602	1.2387			4	43,866	73,494
11	11	30701	1.0977			5	21,517	87,733
11	12	30702	0.9713			3	21,007	58,935
11	13	310	0.8330			4	21,403	88,211
11	14	311	0.6152			3	18,321	49,334

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	15	312	0.5976			4	13,839	80,553
11	16	313	0.4583			2	14,100	42,383
11	17	314	1.1894	*		2	22,775	117,736
11	18	31501	1.5284			6	20,188	176,154
11	19	31502	1.1546			4	19,619	115,417
11	20	31601	1.4842			9	16,224	181,647
11	21	31602	1.0434			7	13,470	128,768
11	22	31603	0.6555			6	6,861	85,077
11	23	31604	0.4347			4	5,559	59,181
11	24	317	0.4148	*		2	3,151	41,684
11	25	318	0.4637			3	4,885	50,613
11	26	319	0.3182			2	3,705	31,699
11	27	320	0.6687			7	9,517	79,702
11	28	321	0.3966			5	6,803	41,390
11	29	32201	0.5744			6	11,209	64,822
11	30	32202	0.4333			5	8,834	46,539
11	31	32301	0.6824			3	20,351	55,760
11	32	32302	0.5004			3	4,025	51,568
11	33	32401	0.6055			2	29,557	43,183
11	34	32402	0.3984			2	3,406	34,354
11	35	325	0.6218			4	5,169	69,183
11	36	326	0.5251			3	4,334	62,199
11	37	32701	0.3791		●	3	5,000	31,250
11	38	32702	0.3791		●	3	6,959	57,589
11	39	328	0.4418			3	11,831	38,585
11	40	329	0.3662			2	11,207	30,042
11	41	33001	1.5579	*		10	39,756	149,824
11	42	33002	0.8640	*		6	21,020	68,234
11	43	331	0.8085			5	6,214	106,892

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	44	332	0.6016			3	3,997	67,337
11	45	33301	0.6090			3	5,609	96,001
11	46	33302	0.4663			2	4,262	62,503
12	1	334	1.8593	*		4	20,253	175,895
12	2	335	0.6308	*		3	25,980	118,116
12	3	34101	1.3062			4	12,913	91,199
12	4	34102	1.2307			2	13,033	82,489
12	5	34103	4.0250		●	4	51,248	201,892
12	6	34104	4.0250		●	2	58,310	244,715
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	0.9367			3	17,132	57,280
12	9	33902	0.4495			2	16,811	28,318
12	10	34001	1.5032			2	32,547	96,600
12	11	34002	1.1512			2	22,342	88,838
12	12	34201	0.7561	*		8	40,595	44,786
12	13	34202	-	*		-	-	-
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	0.2451			2	3,646	20,365
12	16	33601	1.0826			4	44,593	70,156
12	17	33602	1.0110			3	43,165	63,554
12	18	33701	0.7540			4	11,686	57,105
12	19	33702	0.7190			3	8,106	51,232
12	20	344	-	*		-	-	-
12	21	34501	1.4531			4	23,181	128,520
12	22	34502	0.6672			3	13,900	65,828
12	23	346	0.5393	*	●	3	20,755	28,961
12	24	347	0.5393	*	●	2	14,117	50,138
12	25	348	0.4224			2	4,133	29,342
12	26	349	0.3334			2	3,887	23,046

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
12	27	35001	0.6912			6	9,889	47,737
12	28	35002	0.4841			4	5,356	32,451
12	29	35201	0.3554	*		3	18,047	20,929
12	30	35202	0.5626	*		4	2,008	56,779
12	31	35203	0.4537			2	3,028	33,238
12	32	35204	0.6799			3	3,841	46,841
12	33	35205	0.4238			2	3,324	29,566
13	1	35301	3.2065	*		11	104,334	242,991
13	2	35302	2.2778	*		6	80,016	148,763
13	3	35801	2.0435	*		4	83,827	121,488
13	4	35802	1.7809			4	70,602	111,689
13	5	35803	1.6077	*		5	63,871	134,289
13	6	35804	1.2678			5	47,091	77,431
13	7	35805	1.3869			3	48,249	84,614
13	8	35806	1.0039			3	29,066	62,920
13	9	35901	1.8293			4	81,972	112,497
13	10	35902	1.6261			4	67,335	98,721
13	11	35903	1.5137			5	59,662	92,769
13	12	35904	1.1559			5	43,653	74,104
13	13	35905	1.2950			3	44,823	80,127
13	14	35906	0.9089			2	21,295	56,305
13	15	36101	1.6964			4	56,051	100,369
13	16	36102	1.5104			3	45,585	92,052
13	17	36001	0.6097			2	14,995	49,900
13	18	36002	0.4492			2	12,967	32,593
13	19	35601	1.0272			3	23,356	62,355
13	20	35602	0.9217			2	18,297	55,994
13	21	363	-	*		-	-	-
13	22	364	0.4798			2	12,106	33,589

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
13	23	36501	1.6536			5	46,035	108,096
13	24	36502	0.9211			3	12,943	53,913
13	25	36604	0.3119	*		2	15,215	18,562
13	26	36704	0.1437	*		1	4,059	14,728
13	27	36801	0.6501			6	8,887	46,034
13	28	36802	0.3971			4	6,192	27,539
13	29	369	0.2454			2	2,642	19,313
14	1	469	0.2498	*		3	5,340	20,979
14	2	370	1.1956			5	43,128	105,710
14	3	371	0.8809			5	42,798	89,773
14	4	37401	-	*		-	-	-
14	5	37402	0.7925	*		3	19,153	67,479
14	6	37501	2.0236	*		3	90,308	119,975
14	7	37502	1.1503	*		3	55,854	74,505
14	8	372	1.3196			3	42,559	95,400
14	9	37301	1.0262			3	42,773	72,481
14	10	37302	0.9122			3	41,731	61,413
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	-	*		-	-	-
14	13	37703	-	*		-	-	-
14	14	37704	1.9597			6	11,994	117,777
14	15	37705	0.7575			4	8,054	54,385
14	16	37601	0.7730	*		6	35,866	48,397
14	17	37602	-	*		-	-	-
14	18	37603	-	*		-	-	-
14	19	37604	0.5899			5	7,050	39,870
14	20	37605	0.3731			4	4,292	24,927
14	21	37801	1.1323			2	41,199	68,344
14	22	37802	0.9430			4	30,061	69,557

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
14	23	37803	0.3531			2	3,210	21,854
14	24	37901	0.2692			4	3,391	34,628
14	25	37902	0.5880			5	5,257	82,911
14	26	37903	0.4207			4	4,277	54,169
14	27	38101	0.7287			2	8,958	51,294
14	28	38102	0.5046			2	11,315	32,080
14	29	38001	0.4837			2	6,086	37,080
14	30	38002	0.3959			2	7,258	26,401
14	31	382	0.2790			2	3,077	24,201
14	32	38301	0.4417			4	4,921	56,541
14	33	38302	0.2899			3	3,659	35,102
14	34	384	0.4062			3	3,604	52,921
14	35	513	0.2896			-	-	-
15	1	N01	0.8960			5	11,440	127,873
15	2	N02	-	*		-	-	-
15	3	N03	-	*		-	-	-
15	4	N04	-	*		-	-	-
15	5	N05	7.1515	*		26	31,515	658,068
15	6	N06	4.1163	*		22	21,205	440,572
15	7	N07	5.1878			21	116,626	550,592
15	8	N08	2.6531			18	41,973	329,225
15	9	N09	2.3864			17	22,501	252,488
15	10	N10	1.8373			15	36,337	162,959
15	11	N11	3.4841			12	51,010	462,079
15	12	N12	1.4542			8	23,091	179,591
15	13	N13	0.8723			6	12,946	98,892
15	14	N14	8.5798			19	128,884	922,173
15	15	N15	3.3436			9	36,682	409,161
15	16	N16	2.3471			8	33,734	308,494

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
15	17	N17	0.9110			6	13,246	104,051
15	18	N18	0.5117			4	7,911	57,974
15	19	N19	0.4540			3	5,488	46,561
16	1	39201	3.0418			11	89,233	264,543
16	2	39202	2.0416			7	68,426	165,656
16	3	39301	2.8034	*		10	104,709	246,965
16	4	39302	2.5350	*		11	143,018	151,946
16	5	39401	1.2558			6	18,125	159,424
16	6	39402	0.7808			3	16,122	93,303
16	7	39501	0.9617			4	2,768	133,455
16	8	39502	0.6463			5	6,958	75,062
16	9	39503	0.4342			3	4,930	50,174
16	10	39601	0.4505			1	4,244	65,358
16	11	39602	0.7449			4	7,927	113,392
16	12	39603	0.4568			2	6,171	61,056
16	13	39701	7.1471	*	●	7	14,703	536,717
16	14	39702	7.1471	*	●	5	10,982	895,166
16	15	39703	2.4022	*		14	43,099	329,709
16	16	39704	-	*		-	-	-
16	17	39705	0.9030			5	3,739	132,884
16	18	39706	0.3906			3	3,037	56,637
16	19	39802	0.7034			5	5,626	95,435
16	20	39803	0.6572			4	4,574	90,366
16	21	39804	0.3506			2	3,705	55,176
16	22	39902	0.4244			3	4,092	52,996
16	23	39903	0.3474			2	3,617	45,300
16	24	39904	0.2395			2	3,665	34,153
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
17	3	401	4.9988	*		24	154,417	298,642
17	4	402	-	*		-	-	-
17	5	40301	0.5819	*	●	3	4,302	79,114
17	6	40401	0.5819	*	●	3	6,182	41,415
17	7	406	2.2910			6	22,401	238,200
17	8	407	1.4846			4	27,028	131,056
17	9	40801	0.8768			3	12,351	100,206
17	10	40802	0.5609			2	12,603	51,725
17	11	412	0.5015	*		3	6,696	55,916
17	12	41101	0.4834			2	5,564	41,344
17	13	41102	0.4589			2	4,936	40,776
17	14	413	0.6862			5	4,672	78,680
17	15	414	0.4090			2	3,549	49,534
18	1	41501	2.3010			13	31,460	295,256
18	2	41502	1.0600			6	17,094	115,910
18	3	41601	1.0796			9	12,608	143,509
18	4	41602	0.5563			6	7,717	63,359
18	5	41701	0.9389			7	11,292	140,239
18	6	41702	0.5587			5	9,301	62,657
18	7	41803	0.7536			8	7,695	95,941
18	8	41804	0.5341			7	6,905	61,373
18	9	419	0.6298			6	7,344	79,062
18	10	420	0.4336			5	4,402	50,335
18	11	42101	0.6354			6	6,103	85,753
18	12	42102	0.3992			5	5,769	47,652
18	13	42201	0.4091			4	8,397	45,147
18	14	42202	0.3026			3	7,057	30,521
18	15	42301	1.8765			13	23,001	212,999
18	16	42302	1.0616	*		11	29,637	104,183

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
18	17	42303	0.6929			6	8,102	106,148
18	18	42304	0.3636			4	7,093	40,842
21	1	44001	-	*		-	-	-
21	2	44002	-	*		-	-	-
21	3	43901	1.3718			8	23,728	141,149
21	4	43902	0.8619			5	19,864	84,027
21	5	44101	1.0264		●	4	15,762	110,724
21	6	44102	1.0264		●	4	15,014	129,875
21	7	442	1.6047			7	11,949	197,908
21	8	443	0.9190			4	13,496	103,712
21	9	444	0.4987			5	5,010	66,870
21	10	445	0.2721			3	3,198	28,956
21	11	44601	0.4277			4	5,177	68,512
21	12	44602	0.3548			3	3,430	46,455
21	13	44701	0.5945			5	4,862	75,548
21	14	44702	0.2266			3	2,842	24,932
21	15	44801	0.3783			4	4,966	52,292
21	16	44802	0.2502			3	4,372	31,294
21	17	44901	1.0146			6	5,702	154,628
21	18	44902	0.7811			5	3,654	106,250
21	19	45001	0.4971			3	3,291	68,971
21	20	45002	0.2666			3	2,869	32,739
21	21	45101	1.1290			4	9,587	206,785
21	22	45102	0.3605			2	4,382	55,960
21	23	45103	0.6114			4	5,059	96,200
21	24	45104	0.3271			2	3,401	45,484
21	25	452	0.6673			5	5,250	91,015
21	26	453	0.3120			3	3,101	39,068
21	27	454	0.6239			5	4,784	134,319

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
21	28	455	0.5844			4	3,097	100,550
21	29	41801	-	*		-	-	-
21	30	41802	0.4730	*		7	8,455	54,652
22	1	50401	15.4809			24	174,156	1,214,755
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	-	*		-	-	-
22	4	50404	-	*		-	-	-
22	5	50405	-	*		-	-	-
22	6	50501	4.7434	*		13	3,959	601,313
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	-	*		-	-	-
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	-	*		-	-	-
22	11	50601	7.3569	*		18	37,052	843,352
22	12	50602	6.5478			16	43,741	707,273
22	13	50603	2.3516			14	36,902	226,992
22	14	50604	2.6425			13	34,140	297,709
22	15	50605	4.3448	*		15	78,236	579,541
22	16	50606	4.6809			18	50,772	617,256
22	17	50701	1.6174	*		8	22,400	194,544
22	18	50702	1.3052			8	26,048	143,145
22	19	50703	1.4329			8	24,717	179,946
22	20	50704	1.4329	*		8	24,952	131,262
22	21	50705	1.3145	*		6	27,010	198,479
22	22	50801	1.6127			8	11,955	213,843
22	23	50802	2.5042	*		9	19,831	331,156
22	24	50803	3.1090			9	11,076	481,601
22	25	50804	2.1703			10	16,131	299,973
22	26	50901	1.4922			8	12,969	141,748

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
22	27	50902	0.7822	*		7	21,172	92,834
22	28	50903	1.5368	*		9	19,539	164,956
22	29	50904	-	*		-	-	-
22	30	510	1.5193			8	8,076	223,214
22	31	511	0.9447			6	6,957	117,450
23	1	46101	0.8433			3	16,186	244,949
23	2	46102	1.1807			4	18,215	136,281
23	3	46103	0.8099			2	15,843	81,465
23	4	46201	1.4731			23	20,956	127,001
23	5	46202	1.2825			21	13,057	108,307
23	6	46203	1.1007			10	4,120	120,325
23	7	46204	0.8939			7	4,392	100,668
23	8	463	0.6322			5	4,803	78,883
23	9	464	0.3958			2	4,442	33,624
23	10	465	0.5926			2	4,166	83,839
23	11	466	0.6064			3	3,411	76,909
23	12	467	0.8231			3	5,976	97,701
24	1	48401	6.7012			19	125,696	630,967
24	2	48402	-	*		-	-	-
24	3	48501	2.0546			9	53,783	204,923
24	4	48502	1.4428	*		7	66,241	97,725
24	5	48601	3.6215			12	41,402	450,097
24	6	48602	1.9372			7	20,658	225,219
24	7	48701	0.8913			7	7,355	116,943
24	8	48702	0.5472			5	6,994	70,430
UN	1	46801	2.3543			10	23,647	318,596
UN	2	46802	0.9908			3	15,466	124,136
UN	3	46803	1.8766			5	23,305	262,961
UN	4	46804	0.7187			3	24,075	64,749

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
UN	5	47601	1.8675			10	21,419	186,674
UN	6	47602	0.6509			3	18,101	53,822
UN	7	47701	1.5407			8	19,951	194,564
UN	8	47702	0.7488			3	16,202	67,551
UN	9	47703	1.7363			6	20,286	202,986
UN	10	47704	0.7358			3	18,985	69,438
全國平均點數 58,139								

116年1-6月適用SPR之計算過程

符合 DRG 範圍		不納入計算之點數					計算 SPR		
個案數	總點數	特定核實項目 申報點數	採核實申報 個案之點數	非反映支付標準 之校正因素	add-on 特材加計點數	實際點數高於 上限臨界點 支付點數	全國合計點數	全國總權重	SPR 值 (取整數)
A	B	C	D	E	F	H	I=B-C-D-E-F-H	J	K=I/J
2,148,225	137,307,324,099	2,985,075,394	2,935,658,456	742,983,890	168,862,153	6,975,274,161	123,499,470,044	2,282,806	54,100

註1.資料說明：

(1)資料來源：114年符合DRG範圍之住院申報資料(已校正114年-115年支付標準調整及114年特材價量調查)，(103年起，權重、上下限臨界點改以前一年度之住院申報資料計算，並依年遞延)。

(2) A. 特定核實項目申報點數，係指DRG支付通則六之(六)所列雙胞胎以上之新生兒照護費、癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療(放療)費用、呼吸器、洗腎、生物製劑費用等定義之核實申報項目之點數。

B.生物製劑自103.7.1生效，IABP自103.7.1刪除。

雙胞胎以上之新生兒照護	IABP特殊材料費	癌症及性慾未明腫瘤之化療(放療)費用	呼吸器	洗腎	生物製劑	特定核實特材	BC肝藥費	小計
4,045,300				923,547,437	315,483,475	1,739,343,442	2,655,740	2,985,075,394

(3)採核實申報個案之點數，係指DRG支付通則六之(一)-實際醫療服務點數低於下限臨界點者及DRG落點為核實申報DRG(個案數小於20)之個案申報點數。

低於下限		個案數<20之核實申報		合計	
個案數 A ₁	點數 B ₁	個案數 C ₁	點數 D ₁	個案數 E ₁ =A ₁ +C ₁	點數 F ₁ =B ₁ +D ₁
94,692	2,134,366,957	6,005	801,291,499	100,697	2,935,658,456

(4)非反映支付標準之校正因素：包括減少層級差距、政策鼓勵之兒童加成比率、CMI加成、小於18歲先天性疾病個案超過上限臨界點由8成改為全額支付之差額、離島加成30%。

減少層級差距	政策鼓勵之 兒童加成比率	CMI加成	小於18歲先天性疾 病個案超過上臨 界點(由8歲改為全 額支付之差額)	離島加成30%	合計
357,909,534	121,401,227	171,650,275	6,743,026	85,279,828	742,983,890

(5)各DRG之參數(權重、上/下限臨界點)採用按114年資料，116年適用之DRG分類表進行統計之結果。

註2：SPR=(全國合計點數/全國總權重)=54,100，實施前後點數差值，係由於SPR採整數，小數點進位導致點數差值。

(1)全國合計點數：符合DRG範圍之總點數扣減不納入計算之點數(特定核實項目申報點數、採核實申報個案之點數、非反映支付標準之校正因素、add-on特材加計點數、實際點數高於上限臨界點以8成支付點數)。

(2)全國總權重：

符合DRG範圍	不納入計算項目	實施前後 總點數中平原則	計算SPR
個案之總權重	低於下限或核實申報個案之 總權重	反映權重	全國總權重
A ₂	B ₂	C ₂	D ₂ =A ₂ -B ₂ +C ₂
2,258,379	120,033	144,460	2,282,806

A.不納入計算項目：本項係低於下限臨界點及核實申報個案。由於上述個案採論量計酬方式申報，不納入權重計算範圍。

B.反應實施前後總點數中平之權重：本項係指反應支付標準之基本診療加成及兒童加成、山地離島加成。

(3)縮小層級差距、政策鼓勵之兒童加成比率、CMI加成、小於18歲先天性疾病個案超過上限臨界點由8成改為全額支付等項，不含於預算中平計算項目。

(4) 符合DRG範圍之總點數=醫療總點數((SUM(AMT))-醫令類別為K之醫令點數加總((SUM(K_DOT))。

116 年 1-6 月適用權重上升下降分析結果

1,068 項 DRG 中計有 221 項 DRG 將採核實申報，另採 DRG 包裹支付之 847 項 DRG，相較於 115 年下半年適用權重版本，有 454 項 DRG 定額增加，393 項 DRG 定額減少：

一、無權重核實申報者：計 86 項 DRG，相較 115 年下半年適用版本增加 12 項。

二、去極值後個案數小於 20 件，暫以核實申報者：計 221 項 DRG，相較 115 年下半年適用版本增加 20 項。

三、採 DRG 包裹支付中，屬已導入之 DRG 項目(319 項)：

(一)權重上升(計 116 項 DRG)：

1. 主要為 MDC5 循環系統之疾病與疾患，共 57 項 DRG。

2. 定額影響：116 項皆為定額上升。以 MDC5 之 DRG 10502「心瓣膜手術(3 瓣)及其他重大心臟胸腔手術，無心導管(2)，有合併症或併發症」定額增加 52,765 點最多。

(二)權重不變(計 1 項)：為 MDC8 之 DRG 24802「肌腱炎、肌炎及滑囊炎，無合併症或併發症」，其定額增加 125 點。

(三)權重下降(計 202 項 DRG)：

1. 主要為 MDC8 骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患共 81 項 DRG。

2. 定額影響：

(1) 定額上升(27 項)：以 MDC11 之 DRG 30201「腎移植，有合併症或併發症」定額增加 3,038 點最多。

(2) 定額下降(175 項)：以 MDC5 之 DRG11106「開放性動脈導管(< 2.0MM)，重大心血管手術(2)，無合併症或併發症」定額減少 37,506 點最多。

四、採 DRG 包裹支付中，屬未導入或暫緩導入之 DRG 項目(528 項 DRG)：

(一)權重上升(計 284 項 DRG)：

1. 主要為 MDC1 神經系統之疾病與疾患共 39 項 DRG。
2. 定額影響：284 項皆為定額上升。以 MDC22 之 DRG 50401「三度廣泛性燒傷伴有皮膚移植(1)，有合併症或併發症」定額增加 205,221 點最多。

(二)權重下降(計 244 項 DRG)：

1. 主要為 MDC1 神經系統之疾病與疾患共 41 項 DRG。
2. 定額影響：
 - (1) 定額增加(26 項)：以 MDC6 之 DRG 14801「小腸及大腸重大之手術(1)，有合併症或併發症」定額增加 889 點最多。
 - (2) 定額下降(218 項)：以 MDC22 之 DRG50702「全層皮膚燒傷伴有皮膚移植或吸入性傷害(2)，無合併症或併發症，年齡小於 5 歲或大於等於 65 歲」定額減少 62,682 點最多。

第七部全民健康保險住院診斷關聯群

(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)

第一章 Tw-DRGs 支付通則

(前略)

六、各案件依全民健康保險住院診斷關聯群分類表認定 Tw-DRG 後，依下列原則計算 Tw-DRG 支付點數：

(前略)

(三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

1. 年齡未滿十八歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支付。先天性疾病個案係指主診斷如下：

ICD-10-CM
Q00.0-Q99.9、E78.71、E78.72、G90.1、N64.82 (不包括 Q18.1、Q18.2、Q38.0、Q38.1、Q38.3、Q38.4、Q53.00-Q53.02、Q53.10-Q53.12、Q53.20-Q53.23、Q53.9、Q55.22、Q55.5、Q55.61、Q55.63、Q55.69、Q81.0-Q81.2、Q81.8、Q81.9、Q82.8、Q82.9)、J38.02、H90.3、H90.41、H90.42、H91.90-H91.93

2. 非前述個案，按(二)原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之百分之八十支付，即 Tw-DRG 支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)*80%；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，且 TW-DRG 支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以 TW-DRG 支付定額計算；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，惟 TW-DRG 支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

(後略)

十三、DRG 參數計算方式及頻率：

- (一) 各 Tw-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SCR)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數，如附表 7.3。例如：一百十年下半年及一百十一年上半年公告之參數，係以一百零九年度申報資料計算，並分別於一百十一年上、下半年度適用。
- (二) 參數校正：如當年度增修正支付標準，因無法於前一年申報資料反應出調整後之支付點數，故進行醫療服務點數差額校正，將調整前後支付點數之差值點數，加入(或扣除)申報資料之醫療費用點數，並依每年特材價量調查結果之調整前後差值點數，校正 DRG 相關參數。

報告事項

第九案

提案單位：本署中區業務組、高屏業務組

案由：修訂轉診支付標準之同體系院所名單案。

說明：

一、本署中區業務組及高屏業務組建議轉診支付標準之同體系所名單異動如下：

(一)新增彰化基督教醫院體系院所（附件 1，頁次報 9-3）：彰化基督教醫療財團法人鹿東基督教醫院(1137020566)。

(二)中國醫藥大學附設醫院體系院所異動（附件 2，頁次報 9-4）：

1.新增臺中市立老人復健綜合醫院(1303290012)。

2.刪除支援合作醫院(非同體系)及已歇業院所：惠和醫院(1538031114)、法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院(0717070516)、地利診所(3538121366)、中部科學工業園區員工診所(3503100091)、中國醫藥大學附設醫院豐原分院(1336010015)、安康診所(3505070112)。

(三)新增 4 體系（附件 3，頁次報 9-5～9-13）如下：

1.杏和醫院體系：杏和醫院(1542011282)、杏永醫院(1507010032)、聖恩診所(3507010632)。

2.維馨乳房外科體系：維馨乳房外科醫院(1507300059)、馨語診所(3507302288)。

3.馨蕙馨醫院體系：馨蕙馨醫院(1502031095)、博愛蕙馨醫院(1507300022)、博愛蕙馨醫院(1507300086)、彌馨診所(3507300097)，其中博愛蕙馨醫院(1507300022)因原負責人身故，自 115 年 8 月 5 日起變更醫事機構代號為博愛蕙馨醫院(1507300086)，考量原機構仍適用於近期轉診結算資料，爰兩家併列同體系院所名單。

4. 高大美杏生醫院體系：高大美杏生醫院(1507310037)、
高大嫫兒科診所(3507310655)、佳昌杏生診所
(3507310762)、岡山杏生婦產科診所(3507020030)。

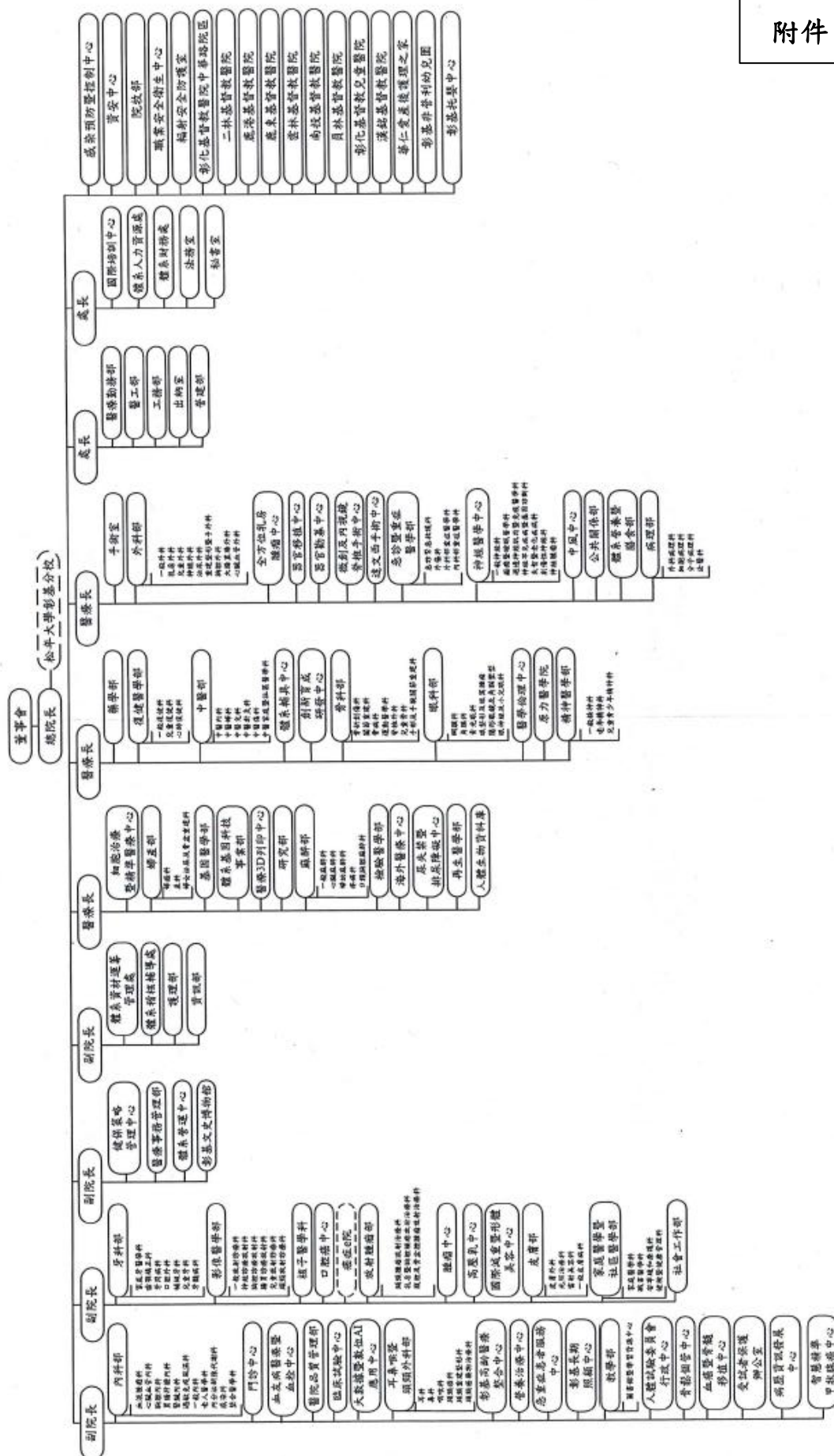
二、修訂轉診支付標準之同體系院所名單資料之部分欄位與本署
資料開放平台之健保特約醫療院所名冊一致：

- (一)「醫院代號」欄位名稱修改為「醫事機構代碼」、「醫院名稱」欄位名稱修改為「醫事機構名稱」。
- (二)同一「醫事機構代碼」之院所名稱與本署資料開放平台之
「健保特約醫療院所名冊」檔案之對應「醫事機構名稱」一致。
- (三)刪除合約迄日於 114 年第 1 季(114 年 3 月 31 日)前之醫事機構，以確保不影響轉診結算作業。

三、修訂同體系院所名單（**附件 4，頁次報 9-14~9-19**），將依程序公開至本署全球資訊網。

決定：

彰化基督教醫院組織圖



附件 1

修订日期：2025年12月31日

驗證性：本組織圖書由體系人力資源處依據 2025 年 12 月 31 日影行字第 2591 號編製

中國醫藥大學組織系統表

113 年 8 月 1 日核定版



1-杏和醫院(1542011282)、杏永醫院(1507010032)、聖恩診所(3507010632)

(一)同體系查證

- 1.杏和醫院網頁同體系機構列有杏永醫院、聖恩診所，且將杏永醫院列為第2院區(附圖)。
- 2.地理位置有地緣性，緊鄰或鄰近。
- 3.負責人為近親。
- 4.互相報備支援：
 - (1)杏和醫院有大量醫事人員支援聖恩診所，查114年杏和醫院有5位醫師(無固定時段)、20位護理人員報備支援聖恩診所。
 - (2)聖恩診所醫療團隊80%醫師前一執業院所為杏和醫院，且其中3位醫師有長期固定支援杏和醫院、杏永醫院情形(附表)。
- 5.實務上杏和醫院、杏永醫院、聖恩診所申報聯絡窗口(行政團隊)相同。

(二)基本資料對比及關係彙整表

醫院別	杏和醫院	杏永醫院	聖恩診所
開業日	97/4/3	114/10/18	104/10/27
負責人	莊○瑩	陳○華	莊○熙
特約類別	地區醫院	地區醫院	診所
地址	高雄市鳳山區五甲二路385號、387、389號、391號	高雄市鳳山區南正一路86、88號	高雄市鳳山區五甲二路395號、397號1樓
路程	杏和醫院到杏永醫院，走路5分鐘		杏和醫院到聖恩診所，走路1分鐘
定位	一般住院	手術、一般住院	門診
病床	急性病床56床 嬰兒床2床 RCW 39床 急診觀察床6床	急性病床48床 RCW 15床 急診觀察床12床	無
醫師人數	13	12+2中醫師	4
護理人數	66	65	2
藥事人數	7	8	2
服務科別	家醫科、內科、外科、骨科、復健科、泌尿科、婦產科、麻醉科	家醫科、內科、外科、骨科、麻醉科、放射線科診斷、中醫科	家醫科

(三)杏和醫院網頁



首頁 訊息公告 有關杏和 各科及醫師簡介 醫療服務 衛教園地 藥品資訊 醫院導覽 護理之家 其他連結

其他連結

杏和醫院附設居家護理所

聖恩診所(五甲)

杏永醫院

杏永醫院

2026/03/30 | 115年4月杏永醫院門診表

2026/02/25 | 杏永醫院科別介紹及聯絡方式

上一頁 1 下一頁



杏永醫院

訊息公告

更多選項

最新消息

杏永醫院已經開始看診

2025/10/24

杏永醫院官方網站：<https://www.shingyong.com.tw/>

杏永醫院連絡電話：(07)724-8999，0988-462-097

杏永醫院

好消息

本院為廣大的鄉親，提供更完善的醫療服務
成立更大型的、設備更高階的
聘請醫學中心等級的優秀醫師
已設立第二院區的杏永醫院
杏永醫院已經開始看診了，請大家告訴大家！

地址：高雄市鳳山區南正一路86號、88號
聯絡電話：07-7248999、09-8846-2097

2-維馨乳房外科醫院(1507300059)、馨語診所(3507302288)

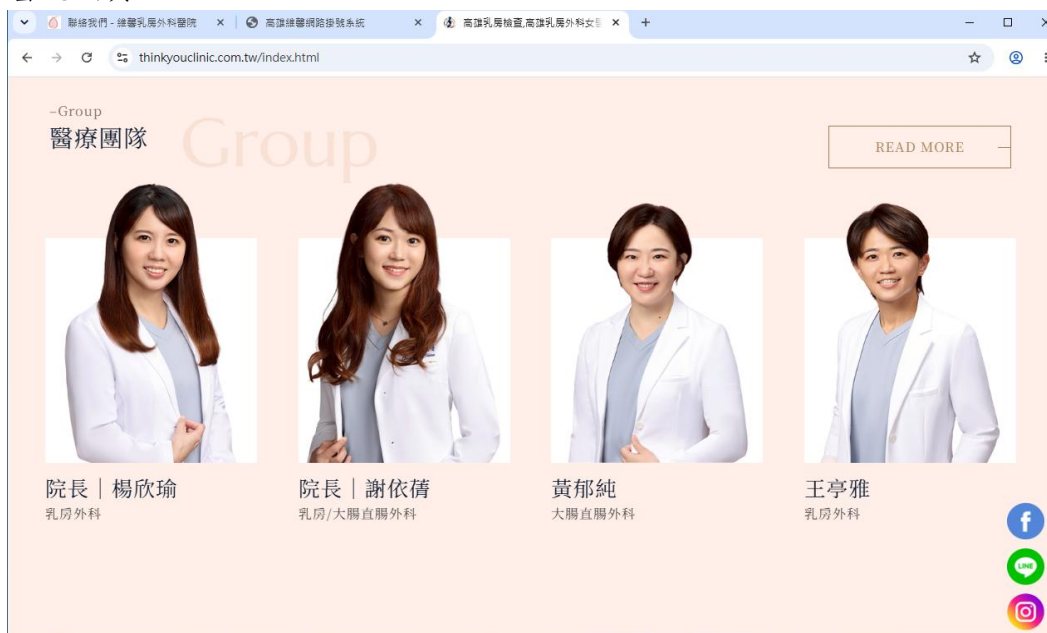
(一) 同體系查證

1. 馨語診所負責人前執登於維馨乳房外科醫院
2. 馨語診所網頁介紹另一院長(謝○蒨)執登於維馨乳房外科醫院，除負責人外3位看診醫師、麻醉科醫師均由維馨乳房外科醫院報備支援。

(二) 基本資料對比及關係表

醫院別	維馨乳房外科醫院	馨語診所
開業日	108/09/24	114/06/30
負責人	湯○涵	楊○瑜
特約類別	地區醫院	診所
地址	高雄市左營區立信路246號	高雄市左營區自由四路195號1-2樓
路程	相距2.6公里，車程10分鐘	
定位	乳癌治療	痔瘡、乳癌治療 (主打全女醫師)
病床	急性病床20床	無
醫師人數	13	1
護理人數	41	8
藥事人數	5	0
服務科別	外科、麻醉科、放射診斷科、 放射線腫瘤科	外科 (乳房外科、大腸直腸外科)

(三) 醫院網頁



3-馨蕙馨醫院(1502031095)、博愛蕙馨醫院(1507300086)、彌馨診所(3507300097)

(一)同體系查證

- 1.馨蕙馨醫院網頁將博愛蕙馨醫院及彌馨診所同列，且併用掛號系統(附圖1)。
- 2.地理位置有地緣性，緊鄰或鄰近(附圖2)。
- 3.負責人互相任職。

(二)基本資料對比及關係表

醫院別	馨蕙馨醫院	博愛蕙馨醫院	彌馨診所
開業日	89/6/8	104/11/16 115/8/5變更負責人	100/7/11
負責人	尤○文	原負責人：王○揚 新負責人：洪○齊	陳○木 (馨蕙馨副院長)
特約類別	地區醫院	地區醫院	診所
地址	高雄市左營區明誠二路 541號	高雄市左營區博愛二路 20號1-7樓	高雄市左營區至聖路2 88號1、2F
路程	到博愛蕙馨醫院500公尺，車程2分鐘，走路7分鐘	到彌馨診所400公尺，車程1分鐘，走路6分鐘	到馨蕙馨醫院230公尺，走路3分鐘
定位	一般門診、住院	分娩、婦產科門診、住院、兒科門診	兒科門診、醫美
病床	急性病床30床 (無嬰兒床)	急性病床40床 嬰兒床28床	無
醫師人數	18+2牙醫師	7	8
護理人數	72	59	14
藥事人數	9	5	6
服務科別	內科、外科、婦產科、家醫科、眼科、整形外科、牙科、麻醉科、放射診斷科	婦產科、兒科	兒科、婦產科

(三)馨蕙馨醫療體系

圖1：網頁



圖2：地理位置



4-高大美杏生醫院(1507310037)、高大嫫兒科診所(3507310655)、佳昌杏生診所(3507310762)、岡山杏生婦產科診所(3507020030)

(一)同體系查證

1. 高大美杏生醫院網頁將岡山杏生婦產科診所列為同體系，並有佳昌杏生診所、高大嫫兒科診所醫師簡介、門診時間表，且併用掛號系統（附圖）。
2. 地理位置有地緣性(岡山區、楠梓區)

(二)基本資料對比及關係表

醫院別	高大美杏生醫院	岡山杏生婦產科診所	高大嫫兒科診所	佳昌杏生診所
開業日	109/12/28	101/09/12	113/08/16	114/12/18
負責人	郭○虎	王○慧	劉○猷 (原執登於高大美杏生醫院)	林○衣 (原執登於高大美杏生醫院)
特約類別	地區醫院	診所	診所	診所
地址	高雄市楠梓區大學東路1號1-3樓	高雄市岡山區岡山路63號1樓	高雄市楠梓區援中路588號1樓	高雄市楠梓區加昌路666號1-7樓
路程		距高大美幸生醫院車程20分鐘	距高大美幸生醫院走路1分鐘	距高大美幸生醫院車程5分鐘
定位	婦產科、兒科	婦產科門診	兒科門診	婦產科門診、分娩
病床	急性病床20床 嬰兒床16床	無	無	產科病床10 嬰兒床10床
醫師人數	5	2	2	3
護理人數	23	2	1	8
藥事人數	3	1	2	2
服務科別	婦產科、兒科、 麻醉科	婦產科	兒科	婦產科

(四) 高大美杏生醫院網頁



Link

Home / 相關好站



預立醫療決定、安寧緩和醫療及
器官捐贈意願資訊系統



高大美杏生醫院



岡山杏生婦產科

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 轉診支付項目(01034B-01038C、 <u>00192A</u> 、 <u>00193C</u>)之同體系院所名單						115年00月00日更新
體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號 醫事機構代碼	醫院名稱 醫事機構名稱	備註	
1	1	部立醫院體系	0132010014	衛生福利部桃園醫院		
	2		0142030019	衛生福利部旗山醫院		
	3		0138010027	衛生福利部南投醫院		
	4		0122020517	衛生福利部嘉義醫院		
	5		0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院		
	6		0131060029	衛生福利部臺北醫院		
	7		0143010011	衛生福利部屏東醫院		
	8		0132010023	衛生福利部桃園療養院		
	9		0144010015	衛生福利部澎湖醫院		
	10		0131060010	衛生福利部樂生醫院		
	11		0138030010	衛生福利部草屯療養院		
	12		0137170515	衛生福利部彰化醫院		
	13		0145030020	衛生福利部玉里醫院		
	14		0136010010	衛生福利部豐原醫院		
	15		0141010013	衛生福利部新營醫院		
	16		0117030010	衛生福利部臺中醫院		
	17		0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院		
	18		0135010016	衛生福利部苗栗醫院		
	19		0140010028	衛生福利部朴子醫院		
	20		0141270028	衛生福利部嘉南療養院		
	21		0141270019	衛生福利部胸腔病院		
	22		0131230012	衛生福利部八里療養院		
	23		0111070010	衛生福利部基隆醫院		
	24		0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院		
	25		0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院		
	26		0145010019	衛生福利部花蓮醫院		
	27		0190030516	衛生福利部金門醫院		
	28		0146010013	衛生福利部臺東醫院		
	29		0121050011	衛生福利部臺南醫院		
	30		0141060513	衛生福利部臺南醫院新化分院		
2	31	長庚體系	1111060015	長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院		
	32		1101010012	長庚醫療財團法人台北長庚紀念醫院		
	33		1132070011	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院		
	34		1132071036	長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院		
	35		1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院		
	36		1140010510	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院		
	37		1142100017	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院		
	38		1142010518	高雄市立鳳山醫院（委託長庚醫療財團法人經營）		
	39		0107340027	高雄市立大同醫院	113.12.26共擬決議新增	
3	40	慈濟體系	1145010010	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院		
	41		1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院		
	42		1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院		
	43		1140030012	佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院		
	44		1131050515	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院		
	45		1136090519	佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院		
	46		1139010013	佛教慈濟醫療財團法人斗六慈濟醫院	108.6.13共擬會議決議新增	
	47		4022020019	佛教慈濟醫療財團法人嘉義慈濟診所	109.9.10共擬會議決議新增	
	48		1135130014	佛教慈濟醫療財團法人三義慈濟中醫醫院	114.3.27共擬會議決議新增	
4	49	彰基體系	1137010024	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院		
	50		1137010024	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院		
	51		1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院		
	52		1137020520	彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院		
	53		1139040011	彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院		
	54		1137050019	彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院		
	55		1137010042	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教兒童醫院		
	56		1138010019	彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院	108.10.1變更院所醫事機構代號及名稱	
	57		1137010051	彰化基督教醫療財團法人漢銘基督教醫院	108.6.13共擬會議決議新增 108.9.1變更院所醫事機構代號及名稱	
	58		1137020566	彰化基督教醫療財團法人鹿東基督教醫院	115.0.00共擬決議新增	
5	59	高醫體系	1302050014	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院		
	60		1102110011	高雄市立小港醫院（委託財團法人私立高雄醫學大學經營）		
	61		1307370011	高雄市立旗津醫院（委託財團法人私立高雄醫學大學經營）		
	62		1307020025	財團法人私立高雄醫學大學附設高醫岡山醫院	113.9.26共擬會議決議新增	

115年00月00日更新

報 9-15

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 轉診支付項目(01034B-01038C、 00192A、00193C)之同體系院所名單						
115年00月00日更新						
體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號 醫事機構代碼	醫院名稱 醫事機構名稱	備註	
14	122	中國醫體系	1317050017	中國醫藥大學附設醫院		
	123		1305370013	臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營	委託經營	
	124		1301110511	中國醫藥大學附設醫院臺北分院		
	125		1303260014	中國醫藥大學兒童醫院		
	126		1317020519	中國醫藥大學附設醫院台中東區分院		
	126		1336010015	中國醫藥大學附設醫院豐原分院	115.0.00共擬決議刪除	
	127		1538031114	惠和醫院	110.12.09共擬會議決議新增 115.0.00共擬決議刪除	
	127		1339060017	中國醫藥大學北港附設醫院		
	129		0717070516	法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院	115.0.00共擬決議刪除	
	128		1333050017	中國醫藥大學新竹附設醫院	108.6.13共擬會議決議新增	
	131		3503100091	中部科學工業園區員工診所	108.6.13共擬會議決議新增 115.0.00共擬決議刪除	
	132		3538121366	地利診所	110.12.09共擬會議決議新增 115.0.00共擬決議刪除	
	133		3505070112	安康診所	111.12.22共擬會議決議新增 115.0.00共擬決議刪除	
	129		1303290012	臺中市立老人復健綜合醫院(委託財團法人中國醫藥大學)	115.0.00共擬決議新增	
15	130	國軍體系	0501110514	三軍總醫院附設民眾診療服務處		
	131		0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處		
	132		0501010019	三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處		
	133		0501160014	三軍總醫院北投分院附設民眾診療服務處		
	134		0511040010	三軍總醫院基隆分院附設民眾診療服務處		
	135		0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處		
	136		0512040014	國軍桃園總醫院新竹分院附設民眾診療服務處		
	137		0536190011	國軍臺中總醫院附設民眾診療服務處		
	138		0517050010	國軍臺中總醫院中清分院附設民眾診療服務處		
	139		0502080015	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處		
	140		0502030015	國軍左營總醫院附設民眾診療服務處		
	141		0542020011	國軍左營總醫院岡山分院附設民眾診療服務處		
	142		0543010019	國軍高雄總醫院屏東分院附設民眾診療服務處		
	143		0545040515	國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處		
	144		2503150018	成功嶺診所	108.6.13共擬會議決議新增	
	145		2502090013	國軍高雄門診中心附設民眾診療服務處	108.6.13共擬會議決議新增	
	146		2501180018	國軍台北門診中心附設民眾診療服務處	110.3.11共擬會議決議新增	
16	147	敏盛體系	1532011154	敏盛綜合醫院		
	148		1532061065	大園敏盛醫院		
	149		1532091081	龍潭敏盛醫院		
	150		1501201020	景美醫院		
			4531060180	新泰綜合醫院	合約迄日111.3.1・115.0.00共擬決議刪除	
	151		3512013681	新竹科學工業園區員工診所	108.6.13共擬會議決議新增	
17	152	澄清體系	1517011112	澄清綜合醫院		
	153		1517061032	澄清綜合醫院中港分院		
	154		1503270014	澄清復健醫院	110.12.09共擬會議決議新增	
	155		1503200012	霧峰澄清醫院		
	156		1536181139	本堂澄清醫院		
	157		1503190039	新太平澄清醫院		
	158		1536151042	烏日澄清醫院		
18	159	成大體系	0421040011	國立成功大學醫學院附設醫院		
	160		0439010527	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院		
19	161	北市聯醫體系	0101090517	臺北市立聯合醫院		
	162		0101090517	臺北市立聯合醫院		
	163		0101090517	臺北市立聯合醫院		
	164		0101090517	臺北市立聯合醫院		
	165		0101090517	臺北市立聯合醫院		
	166		0101090517	臺北市立聯合醫院		
	167		0101090517	臺北市立聯合醫院		
	168		2101010013	臺北市立聯合醫院附設松山門診部	110.7.29共擬會議決議新增	
	169		2101020019	臺北市立聯合醫院附設大安門診部	110.7.29共擬會議決議新增	
	170		2101100227	臺北市立聯合醫院附設中山門診部	110.7.29共擬會議決議新增	
	171		2101110027	臺北市立聯合醫院附設內湖門診部	110.7.29共擬會議決議新增	
	172		2101120014	臺北市立聯合醫院附設南港門診部	110.7.29共擬會議決議新增	
			2101151037	臺北市立聯合醫院附設士林中醫門診部	合約迄日111.11.28・115.0.00共擬決議刪除 110.7.29共擬會議決議新增	
	173		2101161033	臺北市立聯合醫院附設北投門診部	110.7.29共擬會議決議新增	
	174		2101180038	臺北市立聯合醫院附設中正門診部	110.7.29共擬會議決議新增	
	175		2101191068	臺北市立聯合醫院附設萬華門診部	110.7.29共擬會議決議新增	
	176		2101090011	臺北市立聯合醫院附設大同門診部	110.7.29共擬會議決議新增	
	177		2101170050	臺北市立聯合醫院附設信義門診部	110.7.29共擬會議決議新增	
	178		2101200017	臺北市立聯合醫院附設政大門診部	110.7.29共擬會議決議新增	

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 轉診支付項目(01034B-01038C、 00192A、00193C)之同體系院所名單						
115年00月00日更新						
體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號 醫事機構代碼	醫院名稱 醫事機構名稱	備註	
20	179 180	高市聯醫體系	0902070015 0102080026 0102080017	高雄市立中醫醫院 高雄市立凱旋醫院 高雄市立民生醫院	合約迄日109.1019，115.0.00共擬決議刪除	
21	181 182 183	中山體系	1317040011 1317040011 1317040039	中山醫學大學附設醫院 中山醫學大學附設醫院 中山醫學大學附設醫院中興分院		
22	184 185 186	天主教耕莘體系	1231050017 1231030015 4031050016	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院 天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院 天主教耕莘醫療財團法人耕莘診所	111.06.09共擬會議決議新增	
23	187 188	門諾體系	1145010038 1145060029	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院 臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院		
24	189 190	仁愛體系	1117010019 1136200015	仁愛醫療財團法人台中仁愛醫院 仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院		
25	191 192 193	新樓體系	1121010018 1105040016 4005370010	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院 台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院 台灣基督長老教會新樓醫療財團法人新樓安南診所		
26	194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205	中英體系	0931010016 0931010025 1531031278 1531041390 1536200022 1507320015 1507010014 0901180023 1532021365 1507360019 1532011163 0941010019	中英醫療社團法人中英醫院 中英醫療社團法人板英醫院 永和復康醫院 怡和醫院 達明眼科醫院 新高醫院 新高鳳醫院 郵政醫院（委託中英醫療社團法人經營） 華揚醫院 瑞祥醫院 德仁醫院 新興醫療社團法人新興醫院		
27	206 207 208 209	李綜合體系	1503030010 1503030047 0935020027 0936030018 3535031490	順安醫院 美德醫院 李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院 李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院 仁泰診所	合約迄日110.1.23，115.0.00共擬決議刪除 108.6.13共擬會議決議新增	
28	210 211 212	光田體系	0936050029 0936050029 1535031041	光田醫療社團法人光田綜合醫院 光田醫療社團法人光田綜合醫院 通霄光田醫院		
29	213 214	林新體系	0917070029 0903150014	林新醫療社團法人林新醫院 林新醫療社團法人烏日林新醫院		
30	215 216	安泰體系	0943020013 0943030019	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院 安泰醫療社團法人安泰醫院		
31	217 218 219 220 221 222 223 224	聯新體系	1532100049 1531010082 1532010120 1517020040 1541011126 1542150042 1502070118 3432060513	聯新國際醫院 板新醫院 聯新國際醫院桃新分院 台新醫院 營新醫院 高新醫院 健新醫院 聯新國際醫院桃園國際機場醫療中心	變更名稱 變更名稱 108.6.13共擬會議決議新增變更名稱	
32	225 226	天成體系	1532040039 0932020025	天成醫院 天成醫療社團法人天晟醫院		
33	227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240	大千體系	1535010051 0935010021 1435010013 1535081078 3535061434 3535091245 3535041745 3535012217 3535012235 3535012164 3535012468 3535012459 3535012520 3535051947	大千綜合醫院 大千醫療社團法人南勢醫院 財團法人臺灣省私立桃園仁愛之家附設苗栗新生醫院 大順醫院 後龍診所 公館診所 竹南診所 德恩診所 舒康診所 康平皮膚科診所 永旭診所 福苗診所 大川診所 崇仁診所	108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增 109.9.10共擬會議決議新增 109.9.10共擬會議決議新增 109.9.10共擬會議決議新增 109.9.10共擬會議決議新增 109.9.10共擬會議決議新增 110.12.09共擬會議決議新增 114.3.27共擬會議決議新增	

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 轉診支付項目(01034B-01038C、 <u>00192A</u> 、 <u>00193C</u>)之同體系院所名單					115年00月00日更新
體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號 醫事機構代碼	醫院名稱 醫事機構名稱	備註
34	<u>241</u> <u>242</u>	童綜合體系	0936060016 0936060016	童綜合醫療社團法人童綜合醫院 童綜合醫療社團法人童綜合醫院	
35	<u>243</u> <u>244</u>	宏恩體系	1517040015 1503250012	宏恩醫院 宏恩醫院龍安分院	
36	<u>245</u> <u>246</u> <u>247</u> <u>248</u> <u>249</u>	阮綜合體系	0902080013 4107350018 3507020049 3507360173 3507350435	阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院 阮綜合醫療社團法人上順診所 永順診所 安順診所 保順診所	108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增
37	<u>250</u> <u>251</u> <u>252</u> <u>253</u> <u>254</u>	蕭中正體系	1531010108 1531091149 3531092166 3531046020 0931060016	蕭中正醫院 清福醫院 清福診所 新福星診所 新仁醫療社團法人新仁醫院	108.6.13共擬會議決議新增 110.02.01變更醫事機構代號 110.03.11共擬會議決議新增 110.03.11共擬會議決議新增 111.06.09共擬會議決議新增
38	<u>255</u> <u>256</u>	羅東聖母體系	1134020028 1134050026	天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院 天主教靈醫會醫療財團法人礁溪杏和醫院	108.6.13共擬會議決議新增 110.12.09共擬會議決議新增
39	<u>257</u> <u>258</u>	普門體系	1134070019 4034010017	宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院 宜蘭員山醫療財團法人普門診所	108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增
40	<u>259</u> <u>260</u>	仁濟體系	1401190011 1431060017	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設仁濟醫院 財團法人台灣省私立台北仁濟院附設新莊仁濟醫院	108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增
41	<u>261</u> <u>262</u>	臺安體系	4001020019 1101010021	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安診所 基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增
42	<u>263</u> <u>264</u>	亞東體系	1131010011 4001180010	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院 醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會遠東聯合診所	108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增
43	<u>265</u> <u>266</u>	東元體系	0933050018 4133050016	東元醫療社團法人東元綜合醫院 東元醫療社團法人艾微美診所	110.12.09共擬會議決議新增 110.12.09共擬會議決議新增
44	<u>267</u> <u>268</u> <u>269</u> <u>270</u> <u>271</u>	長慎醫院體系	1532021374 3512011276 3533031689 3533052044 3512013850 3512013869	長慎醫院 安慎診所 安慎診所 惠慎診所 安禾診所 安禾安新診所	108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增
45	<u>272</u> <u>273</u>	為恭體系	1135050020 3535041647	為恭醫療財團法人為恭紀念醫院 宏仁診所	108.6.13共擬會議決議新增 110.7.29共擬會議決議新增
46	<u>274</u> <u>275</u>	詠馨體系	1505310011 3521042903	瑋馨婦幼醫院 詠馨婦產科診所	108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增
47	<u>276</u> <u>277</u> <u>278</u>	國仁體系	1543010109 3543111309 3543014663	國仁醫院 國仁醫院附設高樹門診部 國新診所	108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增 110.12.09共擬會議決議新增
48	<u>279</u> <u>280</u>	馨慈馨醫院體系	1502031095 1507300022	馨慈馨醫院 博愛馨醫院	108.6.13共擬會議決議新增 108.6.13共擬會議決議新增
49	<u>281</u> <u>282</u>	礦工體系	1411030013 3511010480	醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會臺灣礦工醫院 醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會礦工基隆診所	110.12.09共擬會議決議新增 110.12.09共擬會議決議新增
50	<u>283</u> <u>284</u>	安和體系	0943010026 3543022147	安和醫療社團法人安和醫院 欣安禾婦兒科診所	111.06.09共擬會議決議新增 111.06.09共擬會議決議新增
51	<u>285</u> <u>286</u> <u>287</u> <u>288</u> <u>289</u>	澄清眼科體系	1507010023 3502112159 3507320348 3501186495 353101A637	澄清國際眼科醫院 澄清眼科診所 澄清國際眼科診所 台北澄清眼科診所 板橋澄清眼科診所	113.12.26共擬決議新增 113.12.26共擬決議新增 113.12.26共擬決議新增 113.12.26共擬決議新增 113.12.26共擬決議新增
52	<u>290</u> <u>291</u>	秉坤婦幼醫院體系	1532101117 1532011172	秉坤婦幼醫院 桃園秉坤婦幼醫院	114.3.27共擬決議新增 114.3.27共擬決議新增
53	<u>292</u> <u>293</u> <u>294</u>	杏和醫院體系	1542011282 1507010032 3507010632	杏和醫院 杏永醫院 聖恩診所	115.0.00共擬決議新增 115.0.00共擬決議新增 115.0.00共擬決議新增
54	<u>295</u> <u>296</u>	維馨乳房外科體系	1507300059 3507302288	維馨乳房外科醫院 馨語診所	115.0.00共擬決議新增 115.0.00共擬決議新增
55	<u>297</u> <u>298</u> <u>299</u> <u>300</u>	馨慈馨醫院體系	1502031095 1507300022 1507300086 3507300097	馨慈馨醫院 博愛馨醫院 博愛馨醫院 瑞馨診所	115.0.00共擬決議新增 115.0.00共擬決議新增 115.0.00共擬決議新增 115.0.00共擬決議新增
56	<u>301</u> <u>302</u> <u>303</u> <u>304</u>	高大美杏生醫院體系	1507310037 3507310655 3507310762 3507020030	高大美杏生醫院 高大美婦兒科診所 佳昌杏生診所 岡山杏生婦產科診所	115.0.00共擬決議新增 115.0.00共擬決議新增 115.0.00共擬決議新增 115.0.00共擬決議新增
註1：本名單係參考107年醫策會醫院評鑑使用之醫院同體系名單。 註2：按107年5月10日召開之「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」， 註3：108.3.14共擬會議決議刪除之名單，係自108.4.1起刪除 註4：108.6.13共擬會議決議新增之名單，係自108.10.1起新增 註5：109.6.11共擬會議決議新增之名單，係自109.7.1起新增 註6：109.9.10共擬會議決議新增之名單，係自109.10.1起新增					

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準					
轉診支付項目(01034B-01038C、 00192A、00193C)之同體系院所名單					
115年00月00日更新					
體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號 醫事機構代碼	醫院名稱 醫事機構名稱	備註
註6：110.03.11共擬會議決議新增(刪除)之名單，係自110.04.01起新增(刪除)					
註7：110.07.29共擬會議決議新增之名單，係自110.09.01起新增(刪除)					
註8：110.12.09共擬會議決議新增名單，係自111.01.01起新增(刪除)					
註9：111.06.09共擬會議決議新增名單，係自111.07.01起新增(刪除)					
註10：111.12.22共擬會議決議新增名單，係自112.02.01起新增(刪除)					
註11：113.09.26共擬會議決議增修名單，係自113.11.01起新增(修訂)					
註12：113.12.26共擬會議決議增修名單，係自114.02.01起新增(修訂)					
註13：114.03.27共擬會議決議增修名單，係自114.05.01起新增(修訂)					
註14：115.00.00共擬會議決議增修名單，係自115.00.00起新增(修訂)					

ff

伍、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」，及「第八部第三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」，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 115 年 6 月 26 日健保醫字第 1150112544 號公告修正之全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)辦理。
- 二、自 115 年起家醫計畫與支付標準「第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」整合，重複收案個案統一由家醫計畫照護，因應前述調整，考量個案已統一由家醫計畫照護，爰配合調整旨揭方案之品質獎勵計算及費用申報原則，修訂重點如下：(詳附件 1、附件 2 劃底線處，頁次討 1-3~1-12)：

(二)第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案：

- 1.新增通則六(五)：與家醫計畫重複收案個案之年度品質獎勵計算原則：本章收案個案，如同時為家醫計畫會員且收案院所相同者，自 115 年度起，本章品質獎勵計算均排除該等個案，其相關年度照護成效及績效獎勵依家醫計畫規定辦理。
- 2.新增通則十一：本章收案個案，如同時為家醫計畫會員且收案院所相同者，自 115 年 8 月起，應依家醫計畫提供照護及辦理相關費用申報，不得再申報本章相關費用；115 年 8 月以前已依本章規定提供之照護，仍得依本章規定申報相關費用。

(三)第八部第三章「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳」：

(一)修正適用對象文字，明定就醫主次診斷為糖尿病或慢性腎臟

疾病 Stage 1、2、3a 期個案；但若為本部第二章或家醫計畫之收案對象，則依該章或該計畫支付方式辦理。

- 三、財務評估：本次修訂係配合家醫計畫與第八部第二章整合，未涉支付點數調整及增加服務群體等。於編列 115 年總額預算時，已預估影響費用約 6.842 億元(自西醫基層「醫療給付改善方案」及其他部門「腎臟病照護及病人衛教計畫」，以預估收案人數、重複收案比例及每人平均單價進行估算)並已移至家醫計畫項下編列。

擬辦：本案如經確認同意，依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

決議：

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 修正規定

第二章 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

通則：

一、參與資格：醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組申請同意後，始得申報本章費用，申請資格如下：

(一)糖尿病：醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經地方政府共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

1.第一階段照護：

(1)團隊醫事人員資格如下：

A.醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各地方政府糖尿病共同照護網認證合格，地區醫院及基層院所之護理衛教及營養衛教人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。

B.地區醫院及基層院所團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行（可包括護理師、營養師、藥師），惟團隊仍需取得各地方政府糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。

(2)上述參與資格如主管機關有最新規定，從其規定。

2.第二階段照護：個案完整申報新收案（P1407C）一次、追蹤（P1408C 或 P7001C）至少五次、年度評估（P1409C 或 P7002C）至少二次後，另得視病情需要進行衛教服務，申報第二階段照護項目。

(1)醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師外，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會或國民健康署公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程八小時，並取得證明。

(2)限參與第一階段照護之醫事機構方能提供第二階段照護；第二階段照護醫師名單，須由醫事機構向保險人各分區業務組申請同意。另第一階段照護醫師第一、二階段照護皆可執行。

3.申報本章糖尿病管理照護費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於百分之二十者（指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者），經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。

(二)初期慢性腎臟病(Early Chronic Kidney Disease, Early CKD)：

1.健保特約院所之腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師。

2.其他專科醫師需接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時（包含 Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可），並取得證明，且每年得接受繼續教育課程二小時。

- 3.設立於山地離島地區之特約院所，具醫師資格且接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時（包含 Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可），並取得證明，且每年得接受繼續教育課程二小時。
- 4.參與之院所與醫師，必須依照本章規定，提供初期慢性腎臟病人完整之治療模式與適當的轉診服務。
- 5.參與之醫師，年度追蹤率小於百分之二十者（指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者），經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。

二、收案條件：

(一)糖尿病：最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13）至少同院所就醫達二次以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【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。同一院所經結案對象一年內不得再收案，但院所仍可依本支付標準申報相關醫療費用。

(二)初期慢性腎臟病：

1.慢性腎臟疾病（Chronic Kidney Disease, CKD）Stage 1、2、3a 期病人，經尿液及血液檢查後，已達下列條件者：

(1)CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值（estimated Glomerular filtration rate, 以下稱 eGFR） $\geq 90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值（Urine Protein and Creatinine Ratio，以下稱 UPCR） $\geq 150 \text{ mg/gm}$ 或尿白蛋白與尿液肌酸酐比值（Urine Albumin and Creatinine Ratio，以下稱 UACR） $\geq 30 \text{ mg/gm}$ 之病人。

(2)CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR $60\sim 89.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 且 UPCR $\geq 150 \text{ mg/gm}$ 或 UACR $\geq 30 \text{ mg/gm}$ 之病人。

(3)CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR $45\sim 59.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 之病人。

2.收案前九十天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷【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）】申報。

(三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：於同院所同時由前開糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，應於病人同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護。

三、結案條件：

(一)可歸因於病人者，如長期失聯（糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病三個月以上；初期慢性腎臟病一百八十天以上）、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本章管理照護超過一年者等。

(二)經醫師評估已可自行照護者。

(三)初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病病人，其腎功能持續惡化，UPCR $\geq 1000 \text{ mg/gm}$ ，或 eGFR $< 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）病人照護與衛教計畫」院所。（Stage 3b 或以上）

(四)初期慢性腎臟病病人腎功能改善恢復正常，連續追蹤一年腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。

四、品質資訊之登錄及監測：

- (一)特約院所應於健保資訊網服務系統系統（VPN）上傳必要欄位（糖尿病個案詳附表 8.2.9、初期慢性腎臟病個案詳附表 8.2.10、糖尿病合併初期慢性腎臟病個案詳附表 8.2.11）。
- (二)特約醫療院所如依「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」規定，上傳收案個案之檢驗（查）結果，其值將自動轉入個案登錄系統。

五、醫療費用審查：

(一)申報原則：

- 1.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。
- 2.門診醫療費用點數申報格式及填表說明：
 - (1)屬本章收案之保險對象，符合申報下列醫令者，於申報費用時，應依下列規範申報；未符合申報下列醫令者，依一般費用申報原則辦理。
 - A.P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C：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『E4』；住院醫療服務點數申報格式點數清單段之給付類別則填寫「C」。
 - B.P4301C、P4302C、P4303C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『EB』。
 - C.P7001C、P7002C、P7003C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『EK』。
 - (2)申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)審查原則：

- 1.未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆管理照護費被核刪後不得再申報。
- 2.本章規範應於健保資訊網服務系統（VPN）登錄之檢驗（查）之任一病人檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自保險人文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

六、品質獎勵措施

(一)糖尿病：

- 1.門檻指標：以申報本章費用之醫師為計算獎勵之單位，符合下列門檻指標目標值之醫師，方可進入品質卓越及品質進步獎勵之評比對象。
 - (1)新收案率：
 - A.定義：指當年度符合收案條件（最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13）同院所就醫達二次以上之病人）中，排除已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案的人數後，新被收案的比率。
 - B.門檻目標值：醫師新收案率須百分之三十以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。
 - (2)收案人數五十人以上。

2.品質獎勵指標

(1)個案完整追蹤率：

►定義：

- A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病個案，排除第四季新收案之人數。
- B.分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之個案當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。
 - (A)已申報年度評估者（P1409C 或 P1411C），其申報當年度追蹤管理（P1408C 或 P1410C 或 P7001C）次數達三次者。
 - (B)已申報新收案者（P1407C），視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。
 - a.如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達三次者。
 - b.如為第二季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達二次者。
 - c.如為第三季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達一次者。
 - (C)當年度同時申報新收案（P1407C）及年度評估（P1409C 或 P1411C）者，以申報新收案（P1407C）之季別，依第 B 項之（B）原則辦理。

(2)HbA1C 控制良率

►定義：

- A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。
- B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $<7.0\%$ （八十歲以上病人 HbA1c $<8.0\%$ ）之人數。

(3)HbA1C 控制不良率

►定義：

- A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。
- B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $>9.0\%$ 之人數。

(4)HbA1C 進步率

►定義：

- A.分母：由該院所該醫師收案，且當年度及前一年度均有登錄 HbA1C 檢驗值之糖尿病病人數。
- B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次 HbA1C 檢驗值進步達 5%以上（檢驗值成長率 $\leq -5\%$ ）之人數。

(5)LDL 控制良率

►定義：

- A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。
- B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $<100\text{mg/dL}$ 之人數。

(6)LDL 控制不良率

►定義：

- A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。
- B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $>130\text{mg/dL}$ 之人數。

(7)LDL 進步率

► 定義：

A.分母：由該院所該醫師收案，且當年度及前一年度均有登錄 LDL 檢驗值之糖尿病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 LDL 檢驗值較前一年度最後一次 LDL 檢驗值進步達 10%以上（檢驗值成長率 $\leq$ -10%）之人數。

3.品質卓越獎

(1)以醫院、診所分組，並再依各醫師新收案率分為二組（以新收案率百分之五十五以下及超過百分之五十五區分），合計共分為四組。

(2)各組依「2.品質獎勵指標」之七項指標比率分別排序（收案完整追蹤率、控制良率及進步率為由高排至低；控制不良率為由低排至高），再將各指標之序別各乘上七分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之二十五之醫師，可獲得品質卓越獎。惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比。

(3)獎勵費用：依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數支付 1,000 點，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

► 收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案（P1407C）或年度評估（P1409C）之病人歸戶數（如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶）。

4.品質進步獎：

(1)該年度品質卓越獎之得獎醫師以外之醫師，依「2.品質獎勵指標」之七項指標計算品質獎勵進步獎：以前一年度為基準年，當年度之七項品質指標比率與基準年相減，均為進步或持平者，可獲品質進步獎。惟醫師需有全曆年之指標為基準年，始得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算（即醫師需有二個完整全曆年申報本章費用）。

(2)獎勵費用：依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數支付 500 點，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

5.品質卓越獎與品質進步獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用之百分之三十。

(二)初期慢性腎臟病：

1.獎勵單位：以參與醫師為計算獎勵單位，該醫師照護之初期慢性腎臟病病人當年度內完成二次追蹤管理方得列入。

2.門檻指標：該醫師完整追蹤率百分之五十以上。

► 定義：

(1)分母：當年度該院所該醫師收案之所有初期慢性腎臟病病人，排除第四季新收案之人數。

(2)分子：符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

A.當年度未申報新收案者（P4301C），其申報當年度追蹤管理（P4302C）次數達二次者。

B.已申報新收案者(P4301C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

(A)如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數應達二次。

(B)如為第二、三季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數應達一次。

3.品質獎勵指標：病人當年度連續二次追蹤資料皆需達成以下二者之一。

(1)CKD 分期較前一年度最後一次照護時改善(如由 stage 2 改善為 stage 1)。

(2)eGFR 較前一年度最後一次照護時改善(eGFR>前一年度最後一次檢驗值)，且下列良好指標至少需有二項指標由異常改善為正常。

A.血壓控制：由前一年度最後一次照護 $\geq 140/90$ mmHg 改善為 $< 130/80$ mmHg。

B.糖尿病病人 HbA1c 控制：由前一年度最後一次照護 $\geq 7.0\%$ 改善為 $< 7.0\%$ 。

C.低密度脂蛋白(LDL)：由前一年度最後一次照護 ≥ 130 mg/dl 改善為 < 130 mg/dl。

D.戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)：由前一年度最後一次照護抽菸改善為戒菸。

4.獎勵費用：符合「門檻指標」之醫師，所照護病人符合上述「品質獎勵指標」(1)或(2)者，每個個案數支付 400 點。

(三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：

1.品質獎勵指標：

(1)UACR 控制良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值 < 30 mg/gm 之人數。

(2)UACR 控制不良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值 > 300 mg/gm 之人數。

(3)UACR 進步率

► 定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 UACR 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 UACR 檢驗值較前一年度最後一次 UACR 檢驗值進步達 5%以上(檢驗值成長率 $\leq -5\%$)之人數。

(4)HbA1C 控制良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $< 7.0\%$ (八十歲以上病人 HbA1c $< 8\%$)之人數。

(5)HbA1C 控制不良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值>9.0%之人數。

(6)HbA1C 進步率

► 定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 HbA1C 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次 HbA1C 檢驗值進步達 5%以上（檢驗值成長率 $\leq$ -5%）之人數。

(7)LDL 控制良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值<100mg/dL 之人數。

(8)LDL 控制不良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值>130mg/dL 之人數。

(9)LDL 進步率

► 定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 LDL 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 LDL 檢驗值較前一年度最後一次 LDL 檢驗值進步達 10%以上（檢驗值成長率 $\leq$ -10%）之人數。

2.獎勵方式：

(1)以醫院、診所分組，依上述各項品質獎勵指標結果排序(良率及進步率為由高排至低，不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上九分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之三十之院所，依該院所收案個案數，每個個案數支付 1,000 點。

(2)前項獎勵費，應有部分分配予參與方案之醫師及個案管理師等照護團隊人員。

3.參考指標：同時具高血壓病人使用血管收縮素轉化酶抑制劑（ACEI）或血管收縮素受體阻斷劑（ARB）藥物之病人比率。

(四)胰島素注射獎勵措施：

1.適用對象：因糖尿病主診斷就醫且使用糖尿病藥品（ATC 前三碼為 A10）者，收案及非收案之糖尿病病人皆適用。

2.獎勵方式：按當年度糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算，每新增加一人，獎勵 500 點。

(1)胰島素注射定義為「胰島素注射天數達二十八天以上」。

(2)新增胰島素注射個案數係指「前一年未注射胰島素或注射未達二十八天者」。

(五)與「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫（下稱家醫計畫）」重複收案個案之年度品質獎勵計算原則：

本章糖尿病、初期慢性腎臟病或糖尿病合併初期慢性腎臟病之收案個案，如同時為家醫計畫會員且收案院所相同者，115 年度起，本章糖尿病、初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病品質獎勵計算均排除該等個案，其相關年度照護成效及績效獎勵依家醫計畫規定辦理。

七、糖尿病及初期慢性腎臟病病人，院所執行 C 型肝炎篩檢前須至保險人健保醫療資訊雲端查詢系統確認：

- (一)符合國民健康署成人預防保健服務終生一次補助資格者：請依成人預防保健之 B、C 型肝炎擴大篩檢方案補助規定辦理。(註：可單獨提供 B、C 型肝炎檢查或併同成人預防保健第一階段提供服務)。
- (二)不符合上開國民健康署補助資格者：院所得依本章規定執行 C 型肝炎篩檢並申報 14051C「C 型肝炎病毒抗體檢查」一次。
- (三)已接受國民健康署成人預防保健之 C 型肝炎篩檢，惟系統查無檢測結果者：得依本章規定執行 C 型肝炎篩檢並申報 14051C「C 型肝炎病毒抗體檢查」一次，相關系統查詢紀錄留存備查。
- (四)上開「C 型肝炎病毒抗體檢查」陽性者，應執行 C 型肝炎核糖核酸類定量擴增試驗(申報 12185C)，如檢驗結果陽性者，應進行 C 型肝炎全口服藥治療。

八、本章之管理照護費用及品質獎勵措施費用來源：

- (一)糖尿病、糖尿病合併初期慢性腎臟病及胰島素注射獎勵措施：由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，採浮動點值支付，即先以每點一元暫付，年度結束時併同本專款項下各方案計算浮動點值，且每點支付金額不高於一元。
- (二)初期慢性腎臟病：由全民健康保險其他預算之「腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項下支應。該預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算管理照護費用，且每點金額不高於一元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於一元。
- (三)依本章規定申報 14051C「C 型肝炎病毒抗體檢查」：由全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「一般服務」項下支應。

九、保險人得公開參與本章之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。糖尿病以及糖尿病合併初期慢性腎臟病並公開各組別每項品質指標第二十五、五十、七十五及一百百分位之指標值。

十、符合本章之個案，若合併其它疾病且分屬本保險其他方案或計畫收案對象時，除依本章支付標準申報外，得再依相關方案或計畫申報費用。

十一、本章收案個案，如同時為家醫計畫會員且收案院所相同者，自 115 年 8 月起，應依家醫計畫提供照護及辦理相關費用申報，不得再申報本章相關費用，115 年 8 月以前已依本章規定提供之照護，仍得依本章規定申報相關費用。

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 修正規定

第三章 糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳

通則：

一、適用對象：

就醫主診診斷為糖尿病或慢性腎臟疾病 Stage1、2、3a 期個案；但若為本部第二章或全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫之收案對象，則依該章或該計畫支付方式辦理。

二、照護目標：

- (一)鼓勵建立院所內跨醫師、跨專科合作模式，共同照護糖尿病及初期慢性腎臟個案，提供糖尿病及初期慢性腎臟病個案符合治療指引之持續性追蹤服務。
- (二)鼓勵院所上傳個案檢驗結果，整合個案醫療資訊，以利即時查詢及追蹤。

三、資訊登錄：

院所應依本保險「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」規定，上傳檢驗(查)結果，不須另行登錄健保資訊網服務系統。

四、費用支付：

- (一)以院所為統計及支付單位，由保險人於年度結束後，依照院所年度內提供下列檢驗且上傳之個案數，予以核付回饋費用。
- (二)定期追蹤及上傳檢驗(查)回饋費：糖尿病或初期慢性腎臟病個案於同院所接受定期追蹤，且院所上傳下列檢驗(查)值，支付每一個案 200 點；同時罹患糖尿病及初期慢性腎臟病個案，於同院所完成定期追蹤及報告，則支付 400 點。

1.定期追蹤：

- (1)糖尿病個案於同院所每年接受三次 HbA1c 檢驗及每年接受 LDL、U_{ACR}(或 U_{PCR})、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務等檢驗(查)。
- (2)初期慢性腎臟病個案於同院所每半年接受 eGFR、LDL、U_{PCR} (伴隨糖尿病患者 U_{ACR} 或 U_{PCR} 擇一執行)、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務等檢驗(查)。

2.檢驗(查)值上傳項目：HbA1c、LDL、eGFR、U_{ACR}、U_{PCR}、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務。各檢驗(查)項目之醫令代碼、檢驗值單位及次數，詳如附表 8.4.1。

五、本章節費用由各總額別「醫療給付改善方案」及其他部門「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項目支應。

附表 8.3.1、定期追蹤檢驗(查)項目表

	項目	上傳醫令代碼	單位/內容值	次數/年
糖尿病個案	醣化血紅素 HbA1c	09006C	%	3
	低密度脂蛋白膽固醇 LDL	09044C	mg/dl	1
	U _{ACR} / U _{PCR}	Y00002	mg/g	1
	身高	Y00004	cm	1
	體重	Y00005	kg	1
	收縮壓/舒張壓	Y00006	mmHg 收縮壓結果對應報告序號 1 舒張壓結果對應報告序號 2	1
	抽菸/戒菸服務	Y00007	抽菸結果對應報告序號 1 戒菸服務結果對應報告序號 2 1：無 2：有	1
初期慢性腎臟病個案	腎絲球過濾率估算值 eGFR	Y00001	ml/min/1.73m ²	2
	低密度脂蛋白膽固醇 LDL	09044C	mg/dl	2
	U _{ACR} / U _{PCR}	Y00002	mg/g	2
	身高	Y00004	cm	2
	體重	Y00005	kg	2
	收縮壓/舒張壓	Y00006	mmHg 收縮壓結果對應報告序號 1 舒張壓結果對應報告序號 2	2
	抽菸/戒菸服務	Y00007	抽菸結果對應報告序號 1 戒菸服務結果對應報告序號 2 1：無 2：有	2

註 1.同時罹患糖尿病及初期慢性腎臟病個案，定期追蹤檢驗(查)項目及次數取最大值。

註 2.符合醣化白蛋白檢驗適應症之糖尿病病人，得以醣化白蛋白(09139C)替代 HbA1C。

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」案，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 114 年 7 月 3 日「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案修訂討論會議」、115 年 8 月 18 日「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案第 2 次修訂討論會議」決議（詳附件 1，頁次討 2-4～2-9）辦理。
- 二、近年本方案收案人數雖微幅成長，114 年共計 14.7 萬人，惟整體照護率約 37%，且氣喘住院率(0.64%)及急診率(1.64%)等照護成效指標均維持相對穩定，顯示現行照護模式仍有精進空間。因應全球氣喘倡議組織(GINA)持續更新治療策略與照護建議，未來應透過強化醫師專業能力、擴大醫療資源投入及優化照護可近性，以接軌國際治療指引，提升氣喘整合照護品質。
- 三、本署邀集胸腔暨重症加護醫學會等 7 大氣喘相關學(協)會、醫院及診所協會、醫師公會全聯會，歷經 2 次討論會議，研擬修訂氣喘方案，重點摘述如下：（詳附件 2，頁次討 2-10～2-28）
 - (一)參與醫師資格：
 - 1.維持原專科及教育訓練規定，放寬無內、兒、家醫、耳鼻喉科專科醫師區域之其他專科醫師參與。
 - 2.增列台灣氣喘學會認證之專科醫師，得免教育訓練。
 - 3.開放有意願學(協)會於無課程之月份，得公益舉辦訓練課程，其內容需符合公版課程表，且講師應為七大學(協)會推薦師資。
 - (二)收案條件：基層診所及醫院採一致性規範，為「最近 90 天曾在同院所由符合參與本方案的醫師診斷為氣喘至少 2 次以上者，或經已收案院所下轉之個案，於下轉院所有 1 次氣喘診斷者」，均納入收案對象。

(三)「追蹤管理照護費」、「年度評估管理照護費」支付規範：追蹤管理間隔時間自 80 天放寬為 70 天，以符合臨床實務。

(四)獎勵措施：

- 1.採用「醫院/基層」、「成人/兒童」、「收案人數 ≤ 20 人/ >20 人」分組獎勵，並維持獎勵前 25%醫師之精神。
- 2.調升獎勵點數為每例 1,000 點，且本方案費用建議優先分配於第一線執行人員。

(五)品質加成指標：修訂「收案病人因氣喘住院超過 1 次(含)之比率」、「收案病人因氣喘急診超過 1 次(含)之比率」等 2 項；新增「照護涵蓋率」、「收案病人接受類固醇藥物吸入劑(ICS)或其他控制型藥物比率」、「收案病人使用 SABA 吸入製劑 ≥ 3 支之比率」等 3 項指標。

(六)監測觀察指標：刪除「降階治療成功率」；新增「收案病人上下轉診比率」、「成人(≥ 18 歲)有年度肺功能評估(含尖峰流速值測量評估)比率」、「收案病人年度 ACT 評估為控制良好的人數比率」等 3 項指標。

(七)照護診療項目參考表及 VPN 系統：新增吸入劑使用、ICS/SABA 衛教、GINA 嚴重度評估及成人年度肺功能評估等欄位。

四、財務評估：

(一)預算來源：於 116 年爭取增編醫院、西醫基層(下稱西基)總額專款「醫療給付改善方案」預算。

(二)依支付標準及獎勵點數之調整估算如下，推估約增加財務支出 1,517 萬點（醫院 943.4 萬點、西基 573.5 萬點）。

- 1.給付項目(追蹤管理、年度評估管理照護費)：以 113 年收案人數及成長率、申報 3 次追蹤管理費之人數比率(西基 19.4%、醫院 32.6%)，以及追蹤管理費用 200 點/次，估算 116 年醫院

約增加 506.4 萬點、西基約增加 409.5 萬點。

2. 獎勵金：以 114 年發放獎勵金之情形，再以收案人數分組，及納入「照護涵蓋率」等指標排序評比，預估 116 年醫院約增加 437 萬點，西基約增加 164 萬點。

五、因本方案增修涉及 VPN 欄位、品質指標及獎勵金計算等項目，將先周知參與院所配合調整資訊系統，以確保臨床實務作業進行，本案擬自 116 年 1 月 1 日起實施。

擬辦：本案如經確認同意，依程序報請衛生福利部核定後公告修訂。

決議：

衛生福利部中央健康保險署

「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」修訂討論會議紀錄

時間：114年7月3日（星期四）下午14時00分

地點：衛生福利部中央健康保險署18樓會議室

主席：略

紀錄：楊瑜真

出席單位及人員：略

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項：研議修訂氣喘醫療給付改善(P4P)方案。

討論重點：

- 一、胸腔暨重症加護醫學會表示，近年氣喘治療逐漸走向個人化模式，運用生物標記等評估指標，照護更專業且重視臨床經驗，學會每年辦理 12~13 場教育訓練、訓練員額超過千名，但實際到課率不到五成，又分析內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師平均參與率僅 8.3%，顯示應積極鼓勵前述專科醫師參與，才有精準且符合指引的照護，爰建議維持專科別醫師限制及教育時數。
- 二、氣喘學會表示氣喘疾病複雜、誤診風險高，需具備內、兒科等專業養成教育才能精確診斷、治療，亦非短期受訓可彌補，應從增加誘因、簡化流程，進而擴大參與率；兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會考量兒童氣喘具致命風險，為維護疾病安全度、減少醫師照護壓力，建議應限制專科別醫師。
- 三、醫師公會全聯會及診所協會建議開放各專科(如急診、神經內科)醫師於受訓後參與，讓有熱誠的醫師加入並回歸市場篩選機制；分級醫療學會建議降低訓練門檻，如線上課程(考試)，或開放更多學會舉辦訓練課程，擴大教育普及性。
- 四、為增加訓練管道及資源有效運用，醫師公會全聯會、分級醫療學會願意支援各專科醫學會公益辦理氣喘教育訓練，並由氣喘相關七大學(協)會推薦講師名單及課程內容，以確保課程品質，另開課資訊可提報至本署全球資訊網公告。

- 五、依全球氣喘治療趨勢，提高「吸入性類固醇」藥物使用比例，並降低短效急救藥物(SABA)的使用率，可改善病人長期預後，且應由醫師診斷後開立藥物，教育病人勿自行購買急救藥物，以降低致死性氣喘的發生率。
- 六、關於氣喘暨過敏疾病衛教學會建議增列專責個案管理師一節，目前氣喘品質認證之醫院已有個管師配置及相關教育訓練，惟對於基層院所恐造成額外人力負擔，宜審慎評估及滾動式檢討。

決議：

一、參與醫師資格：

- (一) 維持內、兒、家醫、耳鼻喉科等原訂專科醫師，且於新加入方案時及每3年需有教育訓練8小時；於無前述專科醫師之區域，放寬其他專科醫師參與，惟須經分區業務組審核認定。
- (二) 增列台灣氣喘學會認證之專科醫師，得免教育訓練。
- (三) 增加醫師公會全聯會等有意願學(協)會於胸腔暨重症加護醫學會等七大學(協)會未舉辦課程之月份，得公益舉辦訓練課程，其內容需符合公版課程表，且講師應為七大學(協)會推薦師資。

二、獎勵措施：

- (一) 為兼顧離島偏鄉及個案數較少之院所，獎勵評比採用「醫院/基層」、「成人/兒童」、「收案人數 ≤ 20 人/ >20 人」分組，並加入「照護率」等指標權重排序，另視財務預估調整獎勵點數，提升參與誘因。
- (二) 獎勵金明訂一定比例(60%)分配予第一線執行人員，以鼓勵參與醫師及團隊人員。

三、品質指標：

- (一) 修改「收案病人因氣喘住院(急診)的比率」指標：該2項指標修訂為「收案病人因氣喘住院次數降低(含無住院者)人數比率」、「收案病人因氣喘急診次數降低(含無急診者)

人數比率」；分子納入穩定良好個案(即當年度與去年住院、急診次數均為 0 的人數)。

(二) 新增正向指標「照護率」、「成人(≥ 18 歲)病人使用含 ICS 吸入製劑的比率」；新增負向指標「成人(≥ 18 歲)病人使用 SABA 吸入製劑 ≥ 3 支的比率」。

(三) 另品質監測觀察指標(不列入獎勵金評比)，新增「氣喘病人有進行上下轉診的比率」、「成人(≥ 18 歲)有年度肺功能評估(含尖峰流速值測量評估)的比率」、「收案病人年度 ACT 評估為控制良好的人數比例」等 3 項指標。

四、「追蹤管理照護費」及「年度評估管理照護費」支付規範：學會考量氣喘病人病況變化、慢箋開立時程等因素，建議放寬追蹤管理間隔時間為 70 天；惟該意見涉及申報次數增加，將併同其他疾病 P4P 方案通盤檢討。

五、照護診療項目參考表及 VPN 系統：

(一) 病史：

1. 新收案診療項目參考表：新增「過去一年使用吸入劑品項(系統勾選)」。
2. 追蹤管理、年度評估診療項目參考表：新增「目前處方之吸入劑品項(系統勾選)」。

(二) 身體檢查：

1. 新收案、追蹤管理、年度評估診療項目參考表：評估氣喘嚴重度修改為「GINA 嚴重度評估」。
2. 年度評估診療項目參考表：新增「成人(≥ 18 歲)年度肺功能評估結果」。

(三) 疾病管理照護：於新收案、年度評估診療項目參考表，新增「目前處方之吸入劑品項(系統勾選)」、「加強 ICS 吸入製劑使用認知衛教」、「加強 SABA 吸入製劑使用認知衛教」。

參、散會：下午 16 時 00 分

衛生福利部中央健康保險署

「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」第2次修訂討論會議紀錄

時間：115年8月18日（星期二）下午3時00分

地點：衛生福利部中央健康保險署9樓第一會議室

主席：略

紀錄：楊瑜真

出席單位及人員：略

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項：研議修訂氣喘醫療給付改善(P4P)方案。

討論重點：

一、氣喘 P4P 方案於前次討論會議(114 年 7 月 3 日召開)已共識決議，修訂內容摘述如下：

(一) 參與醫師資格：

1. 於無內、兒、家醫、耳鼻喉科專科醫師之區域，放寬其他專科醫師參與，惟須經分區業務組審核認定。
2. 增列台灣氣喘學會認證之專科醫師，得免教育訓練。
3. 增加醫師公會全聯會等有意願學(協)會於胸腔暨重症加護醫學會等七大學(協)會未舉辦課程之月份，得公益舉辦訓練課程，其內容需符合公版課程表，且講師應為七大學(協)會推薦師資。

(二) 獎勵評比方式：採用「醫院/基層」、「成人/兒童」、「收案人數 ≤ 20 人/ >20 人」分組，並加入「照護率」等指標權重排序。

(三) 照護診療項目參考表及 VPN 系統欄位：新增過去一年使用吸入劑品項、加強 ICS/SABA 使用認知衛教、GINA 嚴重度評估、成人年度肺功能評估等欄位。

二、關於收案條件，醫院協會表示針對已收案且病情穩定之個案（如經醫學中心評估可下轉至基層診所者），不宜要求於診所重新診斷 2 次後始得收案，建議增訂下轉收案機制，以落實分

級醫療精神。

三、與會專家表示，「GINA 嚴重度等級變化」與「治療降階」並非同等概念，治療降階係於病情穩定後，經臨床醫師評估逐步減少用藥劑量或頻次，而藥物使用易受個案遵從性及共病等因素影響，單一用藥的開立情形無法反映病情改善，方案目前已有氣喘住院/急診超過 1 次(含)之比率等指標，故建議暫刪除「降階治療率」監測觀察指標。

決議：

- 一、氣喘 P4P 方案之參與醫師資格、獎勵評比方式、照護診療項目參考表及 VPN 系統欄位等項目，依前次會議決議修訂。
- 二、收案條件：基層診所及醫院採一致性規範，為「最近 90 天曾在同院所由符合參與本方案的醫師診斷為氣喘至少 2 次以上者，或經已收案院所下轉之個案，於下轉院所有 1 次氣喘診斷者」，均納入收案對象。
- 三、品質加成指標：
 - (一) 維持「病人完整追蹤率」。
 - (二) 修訂「收案病人因氣喘住院超過 1 次(含)之比率」、「收案病人因氣喘急診超過 1 次(含)之比率」之定義。
 - (三) 新增「照護率」、「收案病人接受類固醇藥物吸入劑(ICS)或其他控制型藥物比率」、「收案病人使用 SABA 吸入製劑 ≥ 3 支之比率」等 3 項指標。
- 四、監測觀察指標(不列入獎勵金評比)：
 - (一) 維持「氣喘出院 14 日內再入院率」。
 - (二) 刪除「降階治療成功率」(待定義明確後納入)。
 - (三) 新增「收案病人上下轉診比率」、「成人(≥ 18 歲)有年度肺功能評估(含尖峰流速值測量評估)比率」、「收案病人年度 ACT 評估為控制良好的人數比率」等 3 項指標。
- 五、「追蹤管理照護費」、「年度評估管理照護費」支付規範：追蹤管理間隔時間自 80 天放寬為 70 天。

六、獎勵措施：

- (一) 採用「醫院/基層」、「成人/兒童」、「收案人數 ≤ 20 人/ >20 人」分組獎勵，並維持獎勵前 25%醫師之精神。
 - (二) 視財務預算，調整獎勵點數為每例 1,000 點。
 - (三) 增加「獎勵金優先分配予第一線執行人員」之文字。
- 七、關於指標之藥物 ATC 碼、氣喘相關學(協)會之師資名單及降階治療率之定義等資料，會後請相關學(協)會提供建議，後續依程序提報 9 月份醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議。
- 八、至於台灣醫院協會建議獎勵措施可分醫院層級拆分，留供本署研議參考。

參、散會：下午 4 時 30 分

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案

104.05 修訂第十一版

109.01.修訂第十二版

109.01.修訂第十三版

115.00.修訂第十四版

壹、前言

氣喘是一種慢性疾病，它會反覆發作，也可能自行緩解，不能自行緩解之患者若接受適當的治療，通常可恢復，惟若病況嚴重又未及時接受治療者，則可能致命，而患者本身是否具氣喘知識及遵從醫囑服藥，成為是否導致延緩治療或治療不足最重要的原因。良好氣喘治療的第一步，便是建立正確的觀念與早期發現適當治療，以預防急性惡化及死亡其實大部分的死亡是可以預防的。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)有鑑於多數氣喘患者普遍缺乏正確知識，並且在疾病惡化前，亦無良好的疾病管理方式，因此自90年11月起，推動氣喘醫療給付改善方案，期能透過醫療團隊，給予完整且正確的衛教資訊，加強病患自我照護的能力，減少急症及併發症的發生。此方案不僅提升氣喘患者照護能力及改善生活品質，長期而言，亦能有助於整體醫療費用的降低。

隨著氣喘治療逐漸朝向個人化及精準照護發展，除強化醫師專業能力與教育訓練外，亦需擴大醫療資源投入及提升照護可近性~~以本方案藉由支付制度的設計，導入提昇氣喘照護品質之誘因~~，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，遵守氣喘診療指引，加強氣喘患者之追蹤管理及衛教服務，提供完整且連續性的照護模式，以創造被保險人、供給者及保險人三贏之局面。

~~貳、現況分析~~

依據保險人申報資料，93年全年以氣喘為主診斷之申報人數約51萬人，總醫療費用約26億元，而自本方案實施後，平均急診次數及住院次數均呈現逐年下降的趨勢，其中平均急診次數自90年的0.144次，至93年已下降為0.113次，同期住院次數亦自0.069次下降為0.046次，已呈現初步成效。

貳、~~參~~目標

- 一、建立以病患為中心的共同照護模式。
- 二、提升昇氣喘治療指引遵循率。
- 三、建立品質導向之支付制度。

參、~~肆~~計畫內容

- 一、參與本方案之醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組申請同意，資格如下：

(一) 具有氣喘患者照護及管理能力之內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師需接受保險人認可之氣喘照護教育訓練，新加入方案之醫師至少取得8小時課程時數，已加入方案之醫師每3年須取得8小時課程時數，並取得證明，教育訓練課程由台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔暨重症醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會、台灣氣喘暨過敏疾病衛教學會、台灣氣喘諮詢協會或台灣氣喘學會等七個學會協調每月公益提供，課程表詳附件一。另中華民國醫師公會全國聯合會等有意願學(協)會於前述七大學(協)會未舉辦課程之月份，亦得公益舉辦訓練課程，其內容需符合課程表附件一，且講師應為七大學(協)會推薦師資。

(二) 於未有內、兒、家醫、耳鼻喉科專科醫師執業之區域(鄉鎮市區)，得放寬其他專科醫師參與，惟須完成上述規定之氣喘照護教育訓練課程時數，並經分區業務組審核認定。

(三) ~~(二)~~經台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒

童胸腔暨重症醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會、台灣氣喘學會認證之專科醫師。

- (四) ~~(三)~~參與本方案之醫師，其半年病人追蹤率小於12%者(指前半年已收案之個案中，於收案或追蹤後次季至後半年內至少完成1次追蹤者)，經保險人輔導後，3個月未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。

二、收案對象(給付對象)

- (一) 收案條件：最近90天曾在同一醫療院所由符合參與本方案的醫師診斷為氣喘(ICD-10-CM：J45)至少就醫達2(含)次以上者，或經已收案院所下轉之個案，於下轉院所1次氣喘診斷者，才可收案；當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式及填表說明d19「主診斷代碼」】收案。

~~1. 醫院：最近90天曾在該院所由符合參與本方案的醫師診斷為氣喘（ICD-10-CM：J45）至少就醫達2（含）次以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段及填表說明之第18欄位國際疾病分類號（一）】收案。~~

~~2. 西醫基層：最近90天曾在該院所同醫師診斷為氣喘（ICD-10-CM：J45）至少就醫達2（含）次以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段及填表說明之第18欄位國際疾病分類號（一）】收案。~~

- (二) 收案前需與病人解釋本方案實施之目的及需病人配合定期回診等事項，經病人同意配合方得收案，並將病人或親屬簽名檢附存查。若經查未能提供者，不予支付疾病管理照護費。
- (三) 年齡14歲(含)以上診斷氣喘者，需要有肺功能或尖峰流速值至少一項的紀錄，否則不得收案。
- (四) 參與方案院所新收案對象，經本保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被本方案其他院所或慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案收案照護中(1年內仍有追蹤紀錄)，不得重複收案，俟其結案後，方可收案。

(五) 結案條件：

1. 可歸因於病人者，如失聯超過三個月(≥ 90 天)、拒絕再接受治療，或病患不願再遵醫囑或聽從衛教者或病患自行要求結案等。
2. 經醫師評估已可自行照護者或轉診。
3. 同一院所經結案對象1年內不得再收案，但院所仍可依現行全民健保醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。
4. 病人未執行本方案管理照護超過1年者。

三、支付標準：符合本方案之氣喘病人，接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性氣喘之完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費，給付項目及支付點數如附件二2。

四、品質資訊之登錄及監測

(一) 參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容(如附件三3)，登錄相關品質資訊。

~~(二) 保險人之分區業務組應舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫療院所報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。~~

(二) ~~(三)~~ 參與本方案之醫療院所定期依「提升昇院所氣喘慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表」(如附件四4)自我評量後，於每年年底函送保險人之分區業務組備查。

五、醫療費用申報及審查原則

(一) 申報原則：

1. 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。
2. 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) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 者，於申報費用時，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『E6』；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

(2)申報方式：併當月份送核費用申報。

(二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
2. 其餘未規定事項，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。

六、獎勵措施：獎勵點數之計算自有完整曆年資料後，再予核算。

(一) 品質加成指標：

1. 病人完整追蹤率 ：

~~操作型定義如下：~~

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第4季新收案之人數及 VPN 系統登錄結案者。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

A.已申報年度評估者(P1614B 或 P1615C)，其申報當年度追蹤管理(P1613C)次數達3次者。

B.已申報新收案者(P1612C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

a.如為第1季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達3次者。

b.如為第2季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達2次者。

c.如為第3季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達1次者。

(3)當年度同時申報新收案(P1612C) 及年度評估(P1614B 或 P1615C) 者，以申報新收案(P1612C) 之季別，依第(2)項之 B 原則辦理。

2. 收案病人因氣喘住院超過1次(含)之的比率 ：

~~操作型定義如下：~~

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第4季

新收個案及 VPN 系統登錄結案者。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，因氣喘相關病情住院超過1次(含)之總人數。

3. 收案病人因氣喘急診超過1次(含)之的比率：

~~操作型定義如下：~~

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第4季新收個案及 VPN 系統登錄結案者。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，因氣喘相關病情急診超過1次(含)之總人數。

4. 照護涵蓋率：

(1)分母：當年度該院所二次就醫間隔90天內且主次診斷為氣喘者，或有申報本方案支付標準之人數。

(2)分子：分母條件之病人當中，申報本方案支付標準之人數。

5. 收案病人接受類固醇藥物吸入劑(ICS)之比率：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之氣喘病人當中，排除第4季新收個案及 VPN 系統登錄結案者。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，在過去一年內有被處方含 ICS 的人數。

6. 收案病人使用 SABA 吸入製劑 ≥ 3 支之比率：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之氣喘病人當中，排除第4季新收個案及 VPN 系統登錄結案者。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，在過去一年被處方 ≥ 3 支的 SABA 吸入劑的人數。

(二)獎勵評比方式：

1. 依院所層級「~~先區分~~醫院/~~與~~基層」及照護對象「~~一再分~~成人/~~與~~兒童」區分為共4大組，並以各大組當年度納入評比醫師數之前25%，作為獎勵醫師名額基準。

2. 上述4大組再依收案人數區分「收案人數 ≤ 20 人/ > 20 人」，共計8組，依各組醫師人數比例分配獎勵名額。

3. ~~2~~各組依上述「病人完整追蹤率」、「收案病人因氣喘住院超過1次(含)之比率」、「及」收案病人因氣喘急診超過1次(含)之比率」、「照護涵蓋率」、「收案病人接受類固醇藥物吸入劑(ICS)之比率」、「收案病人使用 SABA 吸入製劑 ≥ 3 支之比率」等六~~三~~項指標比率分別排序(「病人完整追蹤率」、「照護涵蓋率」、「收案病人接受類固醇藥物吸入劑(ICS)之比率」由高排至低；「收案病人因氣喘住院超過1次(含)之比率」及「收案病人因氣喘急診超過1次(含)之比率」、「收案病人使用 SABA 吸入製劑 ≥ 3 支之比率」由低排至高)，再將各指標之序別各乘上1/6~~3~~後相加重新排序，取該組配置之獎勵醫師名額予以獎勵。取排序總和前25%之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每一個案支付51,000點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。。

七、費用支付

(一) 本方案之疾病管理費用 (P1612C、P1613C、P1614B、P1615C) 及相關品質獎勵措施費用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。

(二) 保險人並得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修改本方案之相關內容。

(三) 本方案費用建議優先分配於第一線執行人員，參與院所應每年提報方案費用之運用情形予保險人分區業務組。

八、資訊公開：保險人得公開參與本方案之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於本保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金前25%之院所醫師名單，供參與醫師自行查詢。

肆、~~伍~~品質監測觀察指標：

(一) 收案病人上下轉診比率~~降階治療成功率~~：

1. 分母：當年度該院所收案病人數。
2. 分子：當年度該院所收案病人數中，在過去一年內進行上轉或下

轉的人數~~其年度評估之疾病嚴重度較前一年之年度評估（當年度新收個案者，採初診資料）疾病嚴重度下降者。~~

（二）氣喘出院14日內再入院率：

1. 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，因氣喘住院後出院總人數。
2. 分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，出院後14日內，因氣喘再入院之總人數。

（三）成人(≥18歲)有年度肺功能評估(含尖峰流速值測量評估)比率：

1. 分母：當年度該院所收案病人數。
2. 分子：分母人數中，在年度評估中有肺功能評估(含尖峰流速值測量評估)紀錄的人數。

（四）收案病人年度 ACT 評估為控制良好的人數比率：

1. 分母：當年度該院所收案病人數。
2. 分子：分母人數中，在年度 ACT 評估為控制良好的人數。

伍、陸→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

參加全民健康保險氣喘醫療給付改善方案之教育訓練課程表

一.	氣喘致病機轉與氣道變形
二.	台灣成人氣喘診療指引
三.	台灣兒童氣喘診療指引
四.	氣喘病的診斷與臨床監測
五.	氣喘病的藥物與非藥物療法
六.	氣喘病的慢性照護
七.	氣喘病急性發作的處置
八.	特殊情況下的氣喘治療

備註：每項課程至少50分鐘。

附件二

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案給付項目及支付標準

通則：

- 一、本方案支付標準按表訂項目及點數辦理，診察費、相關檢驗檢查及未訂項目按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準及醫療費用審查注意事項辦理。
- 二、符合本方案之氣喘病人，若合併其它疾病且分屬保險人辦理之不同方案收案對象時(例如：糖尿病)，除依本方案支付標準申報外，得再依相關計畫或方案申報費用。

編號	診療項目	支付點數
P1612C	氣喘新收案管理照護費 註：照護項目詳附表一，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。	400 點/次
P1613C	氣喘追蹤管理照護費 註1：照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：申報新收案後至少須間隔56天才能申報本項，本項每年最多申報 43 次，每次至少間隔 70 80 天為宜。	200 點/次
P1614B	氣喘年度評估管理照護費 註1：照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：追蹤管理後至少須間隔 70 80 天才能申報本項，本項限執行P1612C及P1613C合計達3次(含)以上之地區醫院(含)以上層級始得申報。本項每年限申報一次。	800 點/次
P1615C	氣喘年度評估管理照護費 註1：照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：追蹤管理後至少須間隔 70 80 天才能申報本項，本項限執行P1612C及P1613C合計達3次(含)以上之基層診所始得申報。本項每年限申報一次。	400 點/次

附表一 氣喘患者新收案診療項目參考表（適用編號 P1612C）

	病史	身體檢查	實驗室檢驗及檢查	疾病管理照護
完整性 初診 診察 及 照護	1.家族史 2.抽煙史 3.職業史 4.過去病史 (1)過敏病史(鼻炎、結膜炎、皮膚炎等請註明過敏原) (2)慢性阻塞性肺疾病 (3)肺結核 (4)職業性肺病 (5)胸腔手術 (6)糖尿病 (7)心臟血管疾病史 (8)慢性肝病 (9)感染病史 (10)其它(註明病因) 5.過去和目前處置：藥劑、自我處理與監測 6.家庭狀況(獨居 或有同居者) 7.主要照護者(註明姓名、關係及聯絡方式) 8.病人過去一年發生急性惡化而住院或急診就醫的次數 9.過去使用吸入劑品項(詳附表2) 10.目前處方之吸入劑品項(詳附表2)	1.身高體重、喘鳴聲 2.血壓 3.心臟、脈搏 4.皮膚、神經 5.口腔 6.GINA 嚴重度評估 評估氣喘嚴重度： ☐ 輕度間歇性尚無法判定 ☐ 輕度氣喘持續性(GINA step 1-2) ☐ 中度氣喘持續性(GINA step 3-4) ☐ 嚴重度氣喘持續性(GINA step 5) -(1)-症狀頻率 白天:- 夜間:- -(2)-7.PEF : %預估值:- 8.7.ACT 分數、氣喘控制狀況(評估基準詳附表1-1、1-2及1-3) ☐ 良好控制良好 ☐ 部分控制不佳 ☐ 未獲控制極差	1.08011C 全套血液檢查(WBC、RBC、Hb、Hct、Platelet count、MCV、MCH、MCHC 八項) 2.08013C 白血球分類計數(WBC differential count) 3.08010C 嗜酸性白血球計算(Eosinophil Count) 4.12031C 免疫球蛋白(IgE) 5.30022C 特異過敏原免疫檢驗(Specific Allergen Test) 6.09005C 血液葡萄糖(Glucose) 7.06012C 尿一般檢查(General urine examination) 8.06009C 尿沉渣顯微鏡檢查(Sediments) 9.18001C 心電圖(E.K.G) 10.17003C 流量容積圖形檢查(Flow-volume curve) 11.32001C 胸部X光(包括各種角度部位之胸腔檢查)(Chest view) 12.17019C 支氣管激發試驗(Bronchial provocation test) 備註：以上所列項目非每位氣喘病患必要之檢驗檢查，請依病情需要核實申報。	1.治療計畫 2.教導患者自我處理治療計畫 (1) 認知及避免過敏原及促發因子 (2) 瞭解症狀、嚴重度及自我處理方法 (3) 瞭解治療目標 (4) 瞭解每日使用的預防性藥物劑量(控制性之治療) (5) 瞭解用來迅速解除症狀的支氣管擴張劑名稱與劑量(應急之治療) (6) 自己使用尖峰呼氣流速計並從臨床症狀或尖峰呼氣流速記錄來判斷病情是否在惡化中 (7) 氣喘惡化時如何治療或如何尋求諮詢及更進一步的醫療 (8) 加強患者對於ICS吸入製劑使用認知衛教 (9) 加強患者對於SABA吸入製劑使用認知衛教(例如使用 RRT(reliever reliance test) 問卷進行評估) 3.安排下次門診時間

附表二 氣喘患者追蹤管理診療項目參考表（適用編號 P1613C）

	病史	身體檢查	實驗室檢驗及檢查	疾病管理照護
完整性複診診察及照護	1. 患者自我監測尖峰呼氣流速計紀錄之判讀 2. 治療計畫的調整 3. 生活型態改變 4. 併發症症狀 5. 其他疾病 6. 精神社會問題 7. <u>目前處方之吸入劑品項</u> <u>(詳附表2)</u>	1. 呼吸頻率 2. 喘鳴聲 3. 心跳頻率 4. 口腔 5. <u>GINA 嚴重度評估</u> <u>評估</u> 氣喘嚴重度： ☐ 輕度 間歇性 ☐ 輕度 氣喘 持續性 <u>(GINA step 1-2)</u> ☐ 中度 氣喘 持續性 <u>(GINA step 3-4)</u> ☐ 嚴重度 氣喘持續性 <u>(GINA step 5)</u> -(1)- 症狀頻率 白天÷ 夜間÷ -(2)- <u>6.PEF：</u> %最佳值÷ 變異度%÷ <u>7.6.ACT 分數、氣喘控制</u> 狀況(評估基準詳附表1- 1、1-2及1-3) ☐ 良好 控制 <u>良好</u> ☐ 部分 控制 <u>不佳</u> ☐ 未獲 控制 <u>極差</u>	其他依病情需要	1. 治療計畫短期及長期目標之訂定 2. 測試並加強患者執行自我處理治療計畫之能力 3. 測試並加強患者自己使用尖峰呼氣流速計之正確性及依紀錄判讀病情變化之能力 4. 併發症之預防 5. 轉介追蹤 6. 精神社會調適 7. 安排下次門診時間

附表三 氣喘患者年度評估診療項目參考表（適用編號 P1614B、P1615C）

	病史	身體檢查	實驗室檢驗及檢查	疾病管理照護
完整 性 複 診 診 察 及 年 度 評 估 照 護	1.患者自我監測尖峰呼氣流速計紀錄之判讀 2.治療計畫的調整 3.生活型態改變 4.併發症症狀 5.其他疾病 6.精神社會問題 7.完成個案照護結果年度評估 8.病人過去一年發生急性惡化而住院或急診就醫的次數 9.目前處方之吸入劑品項 (詳附表2)	1.呼吸頻率 2.喘鳴聲 3.心跳頻率 4.口腔 5.GINA 嚴重度評估評估 氣喘嚴重度： ☐ 輕度間歇性 ☐ 輕度氣喘持續性 (GINA step 1-2) ☐ 中度氣喘持續性 (GINA step 3-4) ☐ 嚴重度氣喘持續性 (GINA step 5) - (1) 症狀頻率 白天÷ 夜間÷ - (2) 6.PEF： %最佳值÷ 變異度%÷ 7.6.ACT 分數、氣喘控制狀況 (評估基準詳附表1-1、1-2及1-3) ☐ 良好控制 良好 ☐ 部分控制 不佳 ☐ 未獲控制 極差	其他依病情需要 1.08013C 白血球分類計數(WBC differential count) 2.08010C 嗜酸性白血球計算 (Eosinophil Count) 3.12031C 免疫球蛋白(IgE) 4.17003C 流量容積圖形檢查(Flow-volume curve)	1.治療計畫短期及長期目標之訂定 2.測試並加強患者執行自我處理治療計畫之能力 3.測試並加強患者自己使用尖峰呼氣流速計之正確性及依紀錄判讀病情變化之能力 4.併發症之預防 5.轉介追蹤 6.精神社會調適 7.安排下次門診時間 8.加強患者對於 ICS 吸入製劑使用認知衛教 9.加強患者對於 SABA 吸入製劑使用認知衛教 (例如使用 RRT (reliever reliance test) 問卷進行評估)

附件三

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案

個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)

必填欄位：

(一)~~1.~~新收案日期、門住診別

(二)~~2.~~基本檢查數據：身高、體重

(三)~~3.症狀頻率(白天)~~喘鳴聲

~~4.症狀頻率(夜間)~~

(四)~~5.~~預估值或最佳值(%)

(五)~~6.~~GINA嚴重度評估

(六)~~7.~~ACT分數、氣喘控制狀況

(七)病人過去一年發生急性惡化而住院或急診就醫的次數

(八)過去使用吸入劑品項

(九)目前處方之吸入劑品項

二、追蹤管理(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、追蹤管理次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

(一)~~1.~~追蹤管理日期

(二)~~2.症狀頻率(白天)~~喘鳴聲

~~3.症狀頻率(夜間)~~

(三)~~4.~~預估值或最佳值(%)

~~5.變異度(%)~~

(四)~~6.~~GINA嚴重度評估

(五)~~7.~~ACT分數、氣喘控制狀況

(六)目前處方之吸入劑品項

三、年度評估(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、追蹤管理次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

(一)~~1.~~年度評估日期

(二)~~2.症狀頻率(白天)~~喘鳴聲

~~3.症狀頻率(夜間)~~

(三)~~4.~~預估值或最佳值(%)

~~5.變異度(%)~~

(四)~~6.~~GINA嚴重度評估

(五)~~7.~~ACT分數、氣喘控制狀況

(六)病人過去一年發生急性惡化而住院或急診就醫的次數

(七)目前處方之吸入劑品項

附件四 提升昇院所氣喘慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表

機構名稱：

自評日期：

年

月

日

評量面向	評量項目	符合打勾	配分	總分	備註
結構面 16%	1.照護醫師資格(4%) (1) 具有氣喘患者照護及管理能力之內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師， <u>或經分區業務組認定無前述專科醫師區域之其他專科醫師</u> ，需接受保險人認可之氣喘照護教育訓練，新加入方案之醫師至少取得8小時課程時數，已加入本方案之醫師每3年須取得8小時課程時數，並取得證明	☐	2		
	(2) 具有經台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔暨重症醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會、 <u>台灣氣喘學會認證</u> 之專科醫師	☐	2		
	2.收案資格(4%) (1) 醫院：最近90天內曾在同一醫療院所由符合參與本方案的醫師診斷為氣喘 (ICD-10-CM：J45) 至少就醫達2次(含)以上者 西醫基層：最近90天曾在該院所同醫師診斷為氣喘 (ICD-10-CM：J45) 至少就醫達2 (含) 次以上者 <u>最近90天曾在同一醫療院所由符合參與本方案的醫師診斷為氣喘 (ICD-10-CM：J45) 至少就醫達2(含)次以上者，或經已收案院所下轉之個案，於下轉院所所有1次氣喘診斷者</u>	☐	2		
	(2) 年齡14歲（含）以上診斷氣喘者，需有肺功能或尖峰流速值的記錄	☐	2		
	3.登錄及後續追蹤(4%) (1) 有專責人員負責登錄及追蹤 (2) 負責登錄及追蹤之專責人員需有氣喘照護相關訓練學分，兩年至少20學分	☐ ☐	2 2		
過程面 64%	4.相關設備(4%) (1) 備有尖峰呼氣流速計相關設備(拋棄式吹嘴)可供使用 (2) 備有氣喘藥物衛教相關教具	☐ ☐	2 2		
	1.資訊告知(4%) 收案前有向病人解釋參與試辦計畫之目的及需病人配合定期回診等事項，並經病人同意，且病歷中附有收案病人簽章之同意書可供查閱	☐	4		
	2.個案資料管理(6%) (1) 收案病人初診及複診資料，定期上傳健保署 (2) 收案病人資料或電腦建檔 (3) 建立病人完整專屬病歷資料	☐ ☐ ☐	2 2 2		
	3.收案個案之病歷或收案紀錄單完整記載病患相關資料，需包含：(16%) (1) 相關病史(家族史,過去病史,處置狀況,抽菸史/二手菸史) (2) 治療計畫的調整 (3) 過去和目前處置：藥劑、自我處理與監測 (4) 家庭狀況 (獨居或有同居者) (5) 主要照護者	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	4 4 4 2 2		
	4.線上登錄資料完整性(15%) (1) 登錄基本資料(ID、姓名、地址、電話等)。 (2) 於「新收案資料維護」中填報下列資料： A.新收案日期	☐ ☐	3 1		

評量面向	評量項目	符合打勾	配分	總分	備註
	B. 症狀頻率(白天)/(夜間) 喘鳴聲 C. 預估值或最佳值(%) (14歲以下免填) D. 變異度(%) (14歲以下免填) <u>ACT 分數、氣喘控制狀況</u> E. <u>GINA</u> 嚴重度評估 ※(A-E 皆符合) <u>F. 目前處方之吸入劑品項</u>	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 1 1 1 1		
	(3) 於「追蹤管理資料維護」中填報下列資料： A. 追蹤管理日期 B. 症狀頻率(白天)/(夜間) 喘鳴聲 C. 預估值或最佳值(%) (14歲以下免填) D. 變異度(%) (14歲以下免填) <u>ACT 分數、氣喘控制狀況</u> E. <u>GINA</u> 嚴重度評估 ※(A-E 皆符合) <u>F. 目前處方之吸入劑品項</u>	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1 1 1 1 1 1		
	5. 未回診病人之追蹤(3%) (1) 告知返診日期 (2) 具有告知返診日期之記錄	☐ ☐	1 2		
	6. 落實推動病人衛教(20%) 建立病人氣喘衛教記錄，其內容應包含： (1) 認識過敏氣喘 (2) 治療計畫 (3) 氣喘藥物的認識 (4) 氣喘藥物的使用 (5) 氣喘嚴重度的評估 (6) 過敏原的避免方法 (7) 尖峰呼氣流速計的使用 (8) 發作時自我處理 ※ (1)~(8)全部符合時	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2 2 2 2 2 2 2 2 4		
結果面 20%	1. 病人追蹤率(6%) (1) 具備病人追蹤率的統計資料可供檢閱 (2) 半年病人追蹤率大於12%(收案的個案，收案或追蹤後半年內至少完成1次追蹤) (3) 失聯超過6個月(≥180天)的個案數評量	☐ ☐ ☐	2 2 2		
	2. 品質提 <u>升</u> <u>昇</u> (需有書面資料可查閱) (6%) (1) 參與本方案的醫師有無相關氣喘教育訓練課程認證 (2) 參與本方案的護理人員有無相關氣喘教育訓練課程認證	☐ ☐	3 3		
	3. 品質資料紀錄：有下列資料可供查閱(8%) (1) 氣喘病人急性發作次數記錄 (2) 氣喘病人急診就醫次數記錄 (3) 氣喘病人住院次數記錄 (4) 降階治療記錄 (5) 氣喘出院14日因氣喘再入院之比率	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2 2 2 1 1		
其他	加分項目(至多10分) (1) 年齡5歲(含)以上診斷氣喘者，有進行肺功能或尖峰流速值的記錄	☐	2		

評量面向	評量項目	符合打勾	配分	總分	備註
	(2) 診所內有舉辦團體衛教或相關活動	☐	2		
	(3) 藥事人員有無相關氣喘教育訓練課程認證	☐	2		
優點：					

醫療機構負責人簽章：

附表1-1：~~5(含)歲以下兒童氣喘控制程度表~~12歲以上氣喘控制試驗(ACT)—適用：12歲以上；評估期間：過去4週

題次	評估內容	1分	2分	3分	4分	5分	本題得分
1	<u>在過去四週內，您的氣喘會讓您無法完成一般的工作、課業或家事嗎？</u>	<u>總是如此</u>	<u>經常如此</u>	<u>有時如此</u>	<u>很少如此</u>	<u>不曾如此</u>	
2	<u>在過去四週內，您多常發生呼吸急促的情形？</u>	<u>一天超過1次</u>	<u>一天1次</u>	<u>一週3至6次</u>	<u>一週1至2次</u>	<u>完全沒有發生過</u>	
3	<u>在過去四週內，您多常因氣喘症狀(喘鳴、咳嗽、呼吸急促、胸悶或胸痛)而讓您半夜醒來或提早醒來？</u>	<u>一週4次或4次以上</u>	<u>一週2至3次</u>	<u>一週1次</u>	<u>1或2次</u>	<u>完全沒有發生過</u>	
4	<u>在過去四週內，您多常使用急救性藥或噴霧型藥物(例如：Albuterol(舒坦寧)、Ventolin(泛得林)、Berotec(備勞喘)或Bricanyl(撲可瑞)等氣喘藥物？</u>	<u>一天3次或3次以上</u>	<u>一天1或2次</u>	<u>一週2或3次</u>	<u>一週1次或更少</u>	<u>完全沒有使用過</u>	
5	<u>在過去四週內，您自認為氣喘控制程度如何？</u>	<u>完全沒有受到控制</u>	<u>控制不好</u>	<u>稍微受到控制</u>	<u>控制良好</u>	<u>完全受到控制</u>	
總分							
分數判讀：20–25 分＝控制良好(Well-controlled)；16–19 分＝控制不佳 (Not well-controlled)；5–15 分＝控制極差 (Very poorly controlled)。							
分數的意義：分數越高代表近 4 週氣喘症狀控制越好。ACT 總分為 5–25 分；ACT 不能單獨取代急性惡化史、肺功能及其他未來風險評估。							

附表1-2：~~6-14歲兒童氣喘控制程度表~~4-11歲氣喘控制試驗 (cACT)—適用：

4-11 歲；第 1-4 題由兒童回答，第 5-7 題由父母／照顧者回答

題次	回答者	評估內容	0 分	1 分	2 分	3 分	4 分	5 分	本題得分
1	兒童	今天你的氣喘狀況如何？	非常不好	不好	好	很好			
2	兒童	當你在跑步、運動或玩耍時，氣喘造成多大的困擾？	困擾很大，無法做想做的事	有明顯困擾且不喜歡	只有一點困擾，尚可接受	沒有困擾			
3	兒童	你會因為氣喘而咳嗽嗎？	一直都會	大部分時間都會	有時候會	都不會			
4	兒童	你會因氣喘而在半夜醒來嗎？	一直都會	大部分時間都會	有時候會	都不會			
5	父母／照顧者	過去4週內，您的孩子有多少天有白天氣喘的症狀？	每天都有 (25-28天)	19-24天	11-18天	4-10天	1-3天	完全沒有	
6	父母／照顧者	過去4週內，您的孩子有多少天因為氣喘而在白天有喘鳴的聲音？	每天都有 (25-28天)	19-24天	11-18天	4-10天	1-3天	完全沒有	
7	父母／照顧者	過去4週內，您的孩子有多少天因為氣喘而在夜間醒來？	每天都有 (25-28天)	19-24天	11-18天	4-10天	1-3天	完全沒有	
總分									
分數判讀：20-27 分＝控制良好(Well-controlled)；13-19 分＝控制不佳 (Not well-controlled)；0-12 分＝控制極差 (Very poorly controlled)。									
分數的意義：分數越高代表氣喘控制越好。cACT 總分為 0-27 分；≤19 分通常提示控制不足。cACT 仍應搭配急性惡化史、肺功能（可測量時）及其他風險因子判讀。									

~~附表1-3：14歲以上氣喘控制程度表~~

附表2：吸入劑品項表單

治療藥物	品名
<u>短效乙二型刺激劑(SABA)</u>	· 備勞喘 Berotec (Fenoterol) · 泛得林 Ventolin (Salbutamol) · 撲咳喘 Bricanyl (Terbutaline)
<u>短效乙二型刺激劑(SABA) + 短效抗膽鹼藥物(SAMA)</u>	· 冠喘衛 Combivent (Salbutamol + Ipratropium) · 備喘全 Berodual (Fenoterol+ Ipratropium)
<u>長效抗膽鹼藥物(LAMA)</u>	· 適喘樂 Spiriva (Tiotropium)
<u>吸入型類固醇(ICS)</u>	· 保衛康 Alvesco (Ciclesonide) · 帝舒滿 Duasma (Budesonide) · 輔舒酮 Flixotide (Fluticasone propionate) · 可減喘 Pulmicort (Budesonide)
<u>固定合併吸入型類固醇與長效乙二型刺激劑(ICS+LABA)</u>	· 呼特康 Flutiform (Fluticasone propionate + Formoterol) · 肺舒坦 Foster MDI (Beclomethasone dipropionate + Formoterol) · 肺舒坦 Foster NEXThaler (Beclomethasone dipropionate + Formoterol) · 潤娃 Relvar (Fluticasone furoate + Vilanterol) · 使肺泰 Seretide Accuhaler (Fluticasone propionate + Salmeterol) · 使肺泰 Seretide Evohaler (Fluticasone propionate + Salmeterol) · 吸必擴 Symbicort Turbuhaler (Budesonide + Formoterol) · 吸必擴 Symbicort Rapihaler (Budesonide + Formoterol)
<u>三合一療法(Triple therapy)吸入型類固醇(ICS) + 長效抗膽鹼藥物(LAMA) + 長效乙二型刺激劑(LABA)</u>	· 艾能舒 Enerzair (Mometasone furoate + Glycopyrronium + Indacaterol) · 肺樂喜 Trelegy (Fluticasone furoate + Umeclidinium + Vilanterol) · 喘寶 Trimbow (beclomethasone + formoterol + glycopyrronium) · 必肺暢 Breztri (Budesonide + glycopyrronium bromide + formoterol fumarate dihydrateAerosphere)

討論事項

第三案

提案單位：台灣腎臟醫學會

案由：修訂鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫案。

說明：

- 一、依據本署 115 年 8 月 12 日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 115 年第 3 次研商議事會議(下稱研商會議)決議及台灣腎臟醫學會 115 年 8 月 18 日電子郵件（詳附件 1，頁次討 3-3～3-9）辦理。
- 二、本案業經前開會議討論通過，有關與會代表建議刪除編號「P8115C 全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』費用」(下稱 RPM)(每月點數為 2,499 點)支付標準一節，會議決議略以，請台灣腎臟醫學會於會後提供修訂內容，該會於 115 年 8 月 18 日來信說明刪除理由如下：
 - (一)遠距照護、數位健康及居家監測工具有助提升腹膜透析居家治療，原係為支持腹膜透析照護朝數位化發展而訂定本項。
 - (二)惟健保獎勵應與實際照護品質及病人健康成果具明確連結。目前尚無隨機對照試驗證實 APD 搭配遠距病人管理（下稱 RPM）可改善死亡率、腹膜炎、轉血液透析或住院等臨床結果；現有觀察性研究之結果亦不一致，且僅能顯示相關性，尚不足證明因果關係。
 - (三)另健保已給付全自動腹膜透析機租用費每月 2,010 點(支付標準代號 58028C「連續性可攜帶式腹膜透析--3.腹膜透析追蹤處置費 -全自動腹膜透析機相關費用-每日(APD daily fee)」 $67 \times 30 = 2010$ ；附件 2，頁次討 3-10)，且療程已包含 RPM 資料使用，爰現階段不宜另增編相關獎勵費用。

本署意見：

- 一、 本案如達共識，因本項為支付標準項目，研擬援例建議若公告日為當月 15 日(含)前，於次月 1 日生效；若公告日為當月 15 日後，則於次次月生效。
- 二、 修正對照表詳附件 3（頁次討 3-11～3-12），計畫草案如附件 4（頁次討 3-13～3-53）。

擬辦：本案如獲同意將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

決議：

寄件者: Taiwan Society of Nephrology (TSN)
[REDACTED]
寄件日期: 2026年8月18日星期二 上午 11:53
收件者: [REDACTED]
主旨: 修正「全民健康保險鼓勵院所加強腹膜透析與提升照護品質計畫」修正_115年度建議案
附件: 「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」修正_115年建議案_TSN_V5.docx

[REDACTED]
修正如附件
感謝您

台灣腎臟醫學會
100 台北市青島西路 11 號 4 樓之 1
連絡電話：(02) 23310878
E-mail [REDACTED]

From: Taiwan Society of Nephrology (TSN) [REDACTED]
Sent: Tuesday, August 18, 2026 11:27 AM

[REDACTED]
Subject: RE: 「全民健康保險鼓勵院所加強腹膜透析與提升照護品質計畫」修正_115 年度建議案

[REDACTED]
檢附再次修正的 PD 獎勵計畫
麻煩您了
謝謝

台灣腎臟醫學會
100 台北市青島西路 11 號 4 樓之 1
連絡電話：(02) 23310878
E-mail : [REDACTED]

115 年度「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」修正建議案

提案單位：台灣腎臟醫學會

一、支持腹膜透析院所持續運作費

修正建議

適度調降診所、地區醫院、區域醫院及醫學中心各級距之固定獎勵點數。

原條文	修正後條文
(一)支持腹膜透析院所持續運作費： 1.獎勵條件，以下獎勵不重複計算： (1)診所、地區醫院及區域醫院： -114 年 12 月主責病人數為 1 人以下，且於 115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數為 1-2 人者，每家院所獎勵 <u>200,000 點。</u> -115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數為 3 人以上者，每家院所獎勵 <u>300,000 點。</u> (2)醫學中心：於 115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數： -申報病人數未達 30 人者，不予獎勵。 -申報病人數介於 30(含)-49 人者，每家院所獎勵 <u>200,000 點。</u> -申報病人數為 50 人以上者，每家院所獎勵 <u>300,000 點。</u>	(二)支持腹膜透析院所持續運作費： 1.獎勵條件，以下獎勵不重複計算： (1)診所、地區醫院及區域醫院： -114 年 12 月主責病人數為 1 人以下，且於 115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數為 1-2 人者，每家院所獎勵 <u>200,000-160,000 點。</u> -115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數為 3 人以上者，每家院所獎勵 <u>300,000-240,000 點。</u> (2)醫學中心：於 115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數： -申報病人數未達 30 人者，不予獎勵。 -申報病人數介於 30(含)-49 人者，每家院所獎勵 <u>200,000-160,000 點。</u> -申報病人數為 50 人以上者，每家院所獎勵 <u>300,000-240,000 點。</u>

說明理由

本項獎勵之政策目的，係為支持醫療院所維持腹膜透析照護量能，鼓勵院所持續提供腹膜透析服務，並確保病人可近性及照護品質。惟現行獎勵機制主要依申報病人數級距給予固定獎勵，在部分照護人數較少之院所，其獎勵額度與實際照護人數、人力投入及服務量之連動程度相對有限，可能產生不同照護規模院所間獎勵與實際投入程度不完全相稱之情形。

考量本計畫整體獎勵經費有限，獎勵制度除應維持院所參與誘因外，亦宜兼顧資源配置之合理性、公平性及成本效益。因此，建議在不影響院所持續提供腹膜透析服務意願之前提下，適度調整固定獎勵額度，使獎勵資源能更合理反映院所實際照護規模與投入程度。透過適度調整獎勵點數，可在維持政策誘因之同時，提升有限健保資源之使用效益，並保留經費彈性，以支持其他更具照護品質改善或病人效益之獎勵項目。

建議修正原則：

1. 維持支持院所持續提供腹膜透析服務之政策方向。
2. 獎勵額度應與實際照護規模及投入程度具合理關聯。
3. 避免固定獎勵額度與實際服務量產生過大落差。
4. 提升整體計畫經費配置效率及財務永續性。

二、腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費

修正建議

建議維持 114 年度方案，新發腹膜透析個案之獎勵期間以接受腹膜透析後前 12 個月為原則，不建議再延長至第 13 至 24 個月。

原條文						修正後條文					
二、腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費：本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。						二、腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費：本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。					
獎勵條件	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	獎勵條件	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
1.首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達 6 個月（含）者 註：山地離島地區加計 30%。	V	V	V	V	36,000 72,000	1.首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達 6 個月（含）者 註：山地離島地區加計 30%。	V	V	V	V	36,000 72,000
2.首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達 7 個月以上者(第 7 個月至 24 個月)(按月計算) 註：山地離島地區加計 30%。	V	V	V	V	10,000 20,000	2.首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達 7 個月以上者(第 7 個月至 24 個月)(按月計算) 註：山地離島地區加計 30%。	V	V	V	V	10,000 20,000

說明理由

新發腹膜透析病人於治療初期，需接受較密集之腹膜透析操作訓練、衛教、自我照護指導、營養評估、感染預防、治療適應及醫療團隊追蹤，因此開始腹膜透析後第一年，為建立病人治療能力及提升治療穩定度之重要階段。

「新發個案照護團隊獎勵」之政策目的，應著重於鼓勵醫療團隊投入新發個案治療初期所需之額外照護人力與資源，並協助病人順利建立居家腹膜透析能力。

病人接受腹膜透析超過 12 個月後，原則上已逐步進入較穩定之常規追蹤與持續照護階段，其照護內容及資源投入模式與新發個案初期照護已有差異。若將「新發個案」獎勵延長至第 13 至 24 個月，可能使新發個案獎勵與常規腹膜透析照護之政策定位產生重疊。此外，本計畫係年度獎勵計畫，如同一個案跨年度持續列入第 13 至 24 個月新發個案獎勵，亦可能增加年度間個案認定、經費歸屬及績效評估之複雜性，不利於後續計畫成效之清楚衡量。因此，建議將有限獎勵資源集中於新發個案最需要密集介入之治療初期 12 個月，以提升獎勵制度之政策精準度及資源使用效益。

建議修正原則：

1. 新發個案獎勵應聚焦治療初期之額外照護投入。
2. 第 13 至 24 個月已逐步進入常規照護階段，不宜持續以「新發個案」名義獎勵。
3. 避免跨年度重複性或延續性獎勵造成制度定位模糊。
4. 集中資源支持病人治療初期之照護品質與治療穩定性。

三、腹膜透析遠距照護管理相關獎勵

修正建議

建議現階段刪除此項獨立獎勵條文；未來待建立明確之執行規範、品質指標及成效評估機制後，再評估納入獎勵。

原條文							修正後條文
P8115C	--全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用 --每月(Remote Patient Management, RPM) 註： 1.本項支付點數內含腹膜透析雲端資料庫及個案管理介面平台、無線傳輸數據設備、數據加密傳輸等相關費用。 2.適用接受全自動腹膜透析治療者。 3.醫事人員應將自動腹膜透析機設備之透析連續性治療紀錄記載於病歷並保留照片備查，且機構應於次月 20 日前至 VPN 系統登載個案上個月每日之脫水數據。 4.醫師遠端更改設定內容，應於病歷記載相關數據。 5.病人改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者，則按比率扣除腹膜透析未治療天數費用。 6.申報全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用，應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載。 7.執行本項診療項目應依「通訊診察治療辦法」辦理。	V	V	V	V	2,499	建議此條文全部刪除

說明理由

- (1) 遠距照護、數位健康及居家監測工具，有助於提升腹膜透析病人居家治療之安全性、便利性及醫療團隊追蹤效率，本會支持腹膜透析照護朝數位化及智慧化方向發展。
- (2) 惟健保獎勵制度之設計，除鼓勵院所導入相關服務外，更應確認其獎勵條件與實際照護品質及病人健康成果具有明確連結。
- (3) 全自動腹膜透析機，搭配<病人遠距管理> (APD-RPM)對腹膜透析病人照護品質(例如死亡率、腹膜炎、轉血液透析、住院等)的療效未明，不適宜獎勵。

目前沒有隨機對照試驗證明{全自動腹膜透析機，搭配<病人遠距管理> (APD-RPM)對腹膜透析病人照護品質(例如死亡率、腹膜炎、轉血液透析、住院等)有改善}的研究和報告。雖然，最近有一篇(Clinical Journal of the American Society of Nephrology Publish Ahead of Print, July 14, 2026, DOI: 10.2215/CJN.0000001112)利用健保資料庫的數據分析比較在不同世代區間的數據分析 (結果可能有era effect偏差)，利用兩種統計方法(IPTW和PSM)，作背景資料的處理。但兩種統計方法，照護品質內容的死亡率、腹膜炎、轉血液透析，這三點的結論並不一致。所以只能說未有明確的改善證據。而且資料庫分析只能探討是否相關，也無法證明有因果關係。

- (4) 此外，健保署已給付廠商租用機器費用(2010 點/月)，且治療療程內含 RPM data 的使用，不能因有獎勵方案而增編獎勵費用，恐有圖利特定廠商之嫌。

2026/8/31 下午3:34

衛生福利部中央健康保險署 支付標準查詢明細

[首頁](#) / [健保服務](#) / [健保藥品與特材及醫療服務](#) / [醫療服務](#) / [支付標準查詢明細](#)

支付標準查詢明細

...

	診療項目代碼 58028C
	診療項目中文 連續性可攜帶式腹膜透析--3.腹膜透析追蹤處置費-全自動腹膜透析機相關費用-每日
	診療項目英文 Continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD 3.Peritoneal Dialysis Follow up therapy (3)APD daily fee
	支付點數 67
	支付價生效起迄 110.03.01~999.12.31
	所屬章節 第二部第二章第六節
	備註 註：1.限長期使用全自動腹膜透析治療病人申報。2.每日每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理費等費用。

[隱私權政策](#) | [資訊安全政策](#) | [政府網站資料開放宣告](#)



「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」修正對照表

修正條文	修正條文(台灣腎臟醫學會版本)	原條文	說明
未修正	(一)支持腹膜透析院所持續運作費： 1.獎勵條件，以下獎勵不重複計算： (1)診所、地區醫院及區域醫院： -114 年 12 月主責病人數為 1 人以下，且於 115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數為 1-2 人者，每家院所獎勵 200,000 <u>160,000</u> 點。 -115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數為 3 人以上者，每家院所獎勵 300,000 <u>240,000</u> 點。 (2)醫學中心：於 115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數： -申報病人數未達 30 人者，不予獎勵。 -申報病人數介於 30(含)-49 人者，每家院所獎勵 200,000 <u>160,000</u> 點。 -申報病人數為 50 人以上者，每家院所獎勵 300,000 <u>240,000</u> 點。	(一)支持腹膜透析院所持續運作費： 1.獎勵條件，以下獎勵不重複計算： (1)診所、地區醫院及區域醫院： -114 年 12 月主責病人數為 1 人以下，且於 115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數為 1-2 人者，每家院所獎勵 200,000 <u>200,000</u> 點。 -115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數為 3 人以上者，每家院所獎勵 300,000 <u>300,000</u> 點。 (2)醫學中心：於 115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數： -申報病人數未達 30 人者，不予獎勵。 -申報病人數介於 30(含)-49 人者，每家院所獎勵 200,000 <u>200,000</u> 點。 -申報病人數為 50 人以上者，每家院所獎勵 300,000 <u>300,000</u> 點。	考量本項獎勵項目為年度結算，倘溯自 115 年 1 月 1 日生效，恐影響院所權益，建議於 115 年 11 月 18 日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 115 年第 4 次研商議事會議討論，列入 116 年計畫修訂。
未修正	二、腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費： 本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。	二、腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費： 本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。	考量本項獎勵項目為年度結算，倘溯自 115 年 1 月 1 日生效，恐

	<table><tr><th>獎勵條件</th><th>基層院所</th><th>地區醫院</th><th>區域醫院</th><th>醫學中心</th><th>支付點數</th></tr><tr><td>1.首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達6個月（含）者 註:山地離島地區加計 30%。</td><td>V</td><td>V</td><td>V</td><td>V</td><td>36,000 72,000</td></tr><tr><td>2.首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達7個月以上者(第7個月至2412個月)(按月計算) 註:山地離島地區加計 30%。</td><td>V</td><td>V</td><td>V</td><td>V</td><td>10,000 20,000</td></tr></table>	獎勵條件	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	1.首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達6個月（含）者 註:山地離島地區加計 30%。	V	V	V	V	36,000 72,000	2.首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達7個月以上者(第7個月至2412個月)(按月計算) 註:山地離島地區加計 30%。	V	V	V	V	10,000 20,000	<table><tr><th>獎勵條件</th><th>基層院所</th><th>地區醫院</th><th>區域醫院</th><th>醫學中心</th><th>支付點數</th></tr><tr><td>1.首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達6個月（含）者 註:山地離島地區加計 30%。</td><td>V</td><td>V</td><td>V</td><td>V</td><td>36,000 72,000</td></tr><tr><td>2.首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達7個月以上者(第7個月至24個月)(按月計算) 註:山地離島地區加計 30%。</td><td>V</td><td>V</td><td>V</td><td>V</td><td>10,000 20,000</td></tr></table>	獎勵條件	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	1.首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達6個月（含）者 註:山地離島地區加計 30%。	V	V	V	V	36,000 72,000	2.首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達7個月以上者(第7個月至24個月)(按月計算) 註:山地離島地區加計 30%。	V	V	V	V	10,000 20,000	影響院所權益，建議於 115 年 11 月 18 日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 115 年第 4 次研商議事會議討論，列入 116 年計畫修訂。
獎勵條件	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																																		
1.首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達6個月（含）者 註:山地離島地區加計 30%。	V	V	V	V	36,000 72,000																																		
2.首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達7個月以上者(第7個月至2412個月)(按月計算) 註:山地離島地區加計 30%。	V	V	V	V	10,000 20,000																																		
獎勵條件	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																																		
1.首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達6個月（含）者 註:山地離島地區加計 30%。	V	V	V	V	36,000 72,000																																		
2.首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達7個月以上者(第7個月至24個月)(按月計算) 註:山地離島地區加計 30%。	V	V	V	V	10,000 20,000																																		
建議此條文全部刪除	建議此條文全部刪除	<table><tr><td>P811SC</td><td>--全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用-每月(Remote Patient Management, RPM) 註： 1.本項支付點數內含腹膜透析雲端資料庫及個案管理介面平台、無線傳輸數據設備、數據加密傳輸等相關費用。 2.適用接受全自動腹膜透析治療者。 3.醫事人員應將自動腹膜透析機設備之透析連續性治療紀錄記載於病歷並保留照片備查，且機構應於次月 20 日前至 VPN 系統登載個案上個月每日之脫水數據。 4.醫師遠端更改設定內容，應於病歷記載相關數據。 5.病人改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者，則按比率扣除腹膜透析未治療天數費用。 6.申報全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用，應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載。 7.執行本項診療項目應依「通訊診察治療辦法」辦理。</td><td>V</td><td>V</td><td>V</td><td>V</td><td>2,499</td></tr></table>	P811SC	--全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用-每月(Remote Patient Management, RPM) 註： 1.本項支付點數內含腹膜透析雲端資料庫及個案管理介面平台、無線傳輸數據設備、數據加密傳輸等相關費用。 2.適用接受全自動腹膜透析治療者。 3.醫事人員應將自動腹膜透析機設備之透析連續性治療紀錄記載於病歷並保留照片備查，且機構應於次月 20 日前至 VPN 系統登載個案上個月每日之脫水數據。 4.醫師遠端更改設定內容，應於病歷記載相關數據。 5.病人改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者，則按比率扣除腹膜透析未治療天數費用。 6.申報全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用，應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載。 7.執行本項診療項目應依「通訊診察治療辦法」辦理。	V	V	V	V	2,499	本項支付標準建議刪除，若公告日為當月 15 日(含)前，於次月 1 日生效；若公告日為當月 15 日後，則於次月生效。																													
P811SC	--全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用-每月(Remote Patient Management, RPM) 註： 1.本項支付點數內含腹膜透析雲端資料庫及個案管理介面平台、無線傳輸數據設備、數據加密傳輸等相關費用。 2.適用接受全自動腹膜透析治療者。 3.醫事人員應將自動腹膜透析機設備之透析連續性治療紀錄記載於病歷並保留照片備查，且機構應於次月 20 日前至 VPN 系統登載個案上個月每日之脫水數據。 4.醫師遠端更改設定內容，應於病歷記載相關數據。 5.病人改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者，則按比率扣除腹膜透析未治療天數費用。 6.申報全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用，應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載。 7.執行本項診療項目應依「通訊診察治療辦法」辦理。	V	V	V	V	2,499																																	

全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫

中華民國 112 年 7 月 4 日健保醫字第 1120112758 號公告

中華民國 113 年 3 月 18 日健保醫字第 1130105256 號公告

中華民國 114 年 5 月 21 日健保醫字第 1140110566 號公告修訂

中華民國 115 年 4 月 1 日健保醫字第 1150105560 號公告修訂

[中華民國 115 年 0 月 0 日健保醫字第 1150000000 號公告修訂](#)

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、計畫目的

- 一、提升末期腎衰竭病人（End Stage Kidney Disease，下稱 ESKD）腹膜透析治療之占率。
- 二、加強院所腹膜透析照護品質及病人自我照護能力，提升病人腹膜透析技術之存活率與總存活率。
- 三、鼓勵院所配合執行腹膜透析業務，醫院及基層透析診所可組成共同照護團隊，相互支應，提升腹膜透析可近性及照護品質。
- 四、鼓勵有效管理腎臟疾病，發揮醫病共享決策(Shared Decision Making，下稱 SDM)精神，並藉由腹膜透析品質監控獎勵以及鼓勵腹膜透析醫療資訊化等，提升腎臟疾病整體醫療照護品質。

參、計畫期間：

自 115 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日，惟本計畫涉全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準。

肆、預算來源

- 一、115 年度全民健康保險醫療給付費用門診透析服務總費用中之用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質費用 433.5 百萬元，其中 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。
- 二、本計畫之「鼓勵提供虛擬健保卡服務獎勵費及申報獎勵金」由保險人公務預算支應。

伍、115 年度執行目標

一、腹膜透析新發個案：占率>10%。

(當年度腹膜透析新發個案數/當年度 ESKD 新發病人數) X100%。

(以最近一年腹膜透析新發個案占率為基準)

二、腹膜透析盛行個案：占率>8%。

(當年度腹膜透析盛行個案數/當年度 ESKD 盛行病人數) X100%。

(以 104 年至 108 年腹膜透析盛行個案占率之平均值為基準)

陸、參與院所資格與申請程序

由具有下列資格之全民健康保險特約醫療院所，向中央健康保險署(下稱保險人)分區業務組提出申請：

一、醫師資格：

(一)應至少有一名專任腎臟專科醫師。

(二)設立於偏遠地區之特約院所，除前項外，得有經二個月之腹膜透析訓練(腹膜透析醫師及護理人員訓練指定醫院名單由台灣腎臟醫學會另行提供)，且完成台灣腎臟醫學會舉辦之腹膜透析班訓練並取得及格證書之醫師，或得以腎臟專科醫師兼任之。

(三)前開所稱偏遠地區同「門診透析一般服務保障項目」所列之「偏遠地區」(含山地離島地區)。

二、護理人員：領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會共同舉辦之腹膜透析訓練班上課證明者。

三、自 114 年 1 月 1 日起新參與院所，應完成簽具通訊診察治療實施計畫書(附件 1)。

柒、院所獎勵費用

本項包含「院所執行腹膜透析獎勵費」、「腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費」、「腹膜透析院所推廣獎勵費」、「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」及「院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費」。由保險人於年度結算時，以補付方式核付費用，其中「院所執行腹膜透析獎勵費」及

「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」二項依台灣腎臟醫學會提供之院所名單計算。

一、院所執行腹膜透析獎勵費:包含「首年提供腹膜透析業務」、「重新收治腹膜透析病人」、「醫院輔導其他院所首年提供腹膜透析業務」及「支持腹膜透析院所持續運作費」。除「支持腹膜透析院所持續運作費」外，餘由符合獎勵條件之院所提供相關資料予台灣腎臟醫學會核定列入名單。

(二)首年提供腹膜透析業務：每家院所獎勵 600,000 點。

1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：

(1)首年提供腹膜透析業務，如屬登記事項變更之機構須提交所在地衛生局核准設立之公函。

(2)前述腹膜透析業務執行後，一年內須收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所「共同照護」腹膜透析病人。

註：「共同照護」係指院所間簽訂共同照護合作備忘錄(附件 2)，醫療相互支應。

2.本項所定點數包括醫師及護理人員之訓練費用、相關設施與人事成本等。

3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再獎勵。

(三)院所重新收治腹膜透析病人：每家院所獎勵 400,000 點。

1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：

(1)已執行腹膜透析業務，於 111 年 7 月 4 日至參與本計畫起始日前皆未收治腹膜透析病人。

(2)前述腹膜透析業務重新啟用後，一年內須收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所「共同照護」腹膜透析病人。

2.本項所定點數包括醫師及護理人員重新之訓練費用、相關設施與人事成本等。

- 3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再獎勵。

(四)醫院輔導其他院所首年提供腹膜透析業務：每家院所獎勵200,000點。

- 1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：

- (1)輔導其他院所首年提供腹膜透析業務，或輔導原已執行腹膜透析業務之院所重新開始收治腹膜透析新病人。須檢附被輔導院所所在地衛生局核准之公函。

- (2)被輔導院所首年提供或再執行腹膜透析業務一年內有收治腹膜透析病人，或一年內有與輔導醫院「共同照護」腹膜透析病人。

- 2.本項所定點數包括醫師、護理人員訓練費及專家諮詢協助費用。

- 3.輔導醫院可輔導一家以上之院所；被輔導院所僅限接受一家輔導醫院輔導。

- 4.前述輔導醫院由台灣腎臟醫學會指定，名單由台灣腎臟醫學會另行提供，並須與被輔導院所共同填具本計畫之醫事服務機構首年提供腹膜透析業務輔導申請書（附件3），一式三份，分別由輔導醫院、被輔導院所及台灣腎臟醫學會各執正本一份為憑。

- 5.本獎勵點數按被輔導院所家數計算，每一被輔導機構代號限計算一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；被輔導醫院負責醫師換機構代號前，已納入計算者，不重複計算。

- 6.本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。

(五)支持腹膜透析院所持續運作費：

- 1.獎勵條件，以下獎勵不重複計算：

- (1)診所、地區醫院及區域醫院：

-114 年 12 月主責病人數為 1 人以下，且於 115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數為 1-2 人者，每家院所獎勵 200,000 點。

-115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數為 3 人以上者，每家院所獎勵 300,000 點。

(2)醫學中心：於 115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數：

-申報病人數未達 30 人者，不予獎勵。

-申報病人數介於 30(含)-49 人者，每家院所獎勵 200,000 點。

-申報病人數為 50 人以上者，每家院所獎勵 300,000 點。

2.當年度已領取本計畫「首年提供腹膜透析業務：每家院所獎勵 600,000 點」或「院所重新收治腹膜透析病人：每家院所獎勵 400,000 點」之院所，不再獎勵。

3.腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)由病人的主責院所負責申報；若院所僅進行共同照護而非主責院所，則不適用本項目。

4.以同一年度內申報腹膜透析追蹤處置費達該年度一半月份以上之院所，認定為該病人之主責院所，並列為本項獎勵之核給對象。認定原則舉例如下：

(1)114 年 7 月之新發個案：因未滿一年，於 114 年 7 月至 12 月期間，須申報腹膜透析追蹤處置費超過 3 個月者，始得認定為主責院所。

(2)113 年之新發個案：因已滿一年，於 114 年 1 月至 12 月期間，須申報腹膜透析追蹤處置費超過 6 個月者，始得認定為主責院所。

二、腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費：本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。

獎勵條件	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
1.首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所 持續接受腹膜透析照護達 6 個月（含）者 註:山地離島地區加計 30%。	V	V	V	V	36,000 72,000
2.首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受 腹膜透析照護達 7 個月以上者(第 7 個月至 24 個月)(按月計算) 註:山地離島地區加計 30%。	V	V	V	V	10,000 20,000

註：1.「首次接受腹膜透析治療之新病人」係指該病人最近三年首次申報腹膜透析追蹤處置費。

2.「持續」係指每月皆有申報腹膜透析追蹤處置費，倘因臨床醫療因素而中斷治療者，三個月內恢復腹膜透析治療得以延續計算。

3.同月若有兩家以上院所申報，以「執行時間-起」最早者計算。

4.每月申報腹膜透析追蹤處理費之院所，每月係指院所申報前開醫令「執行時間-起」之年月。

三、腹膜透析院所推廣獎勵費：本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。

(一)獎勵條件:區域醫院(含)以上醫院須申報腹膜透析病人數達 5 人(含)以上者；地區醫院及基層診所，不在此限。

(二)總獎勵點數計算：依年成長率所列獎勵點數及 115 年 12 月腹膜透析病人數計算總獎勵點數。【獎勵點數×115 年 12 月腹膜透析病人數】

(三)年成長率之計算：

年成長率=【(115 年 12 月腹膜透析病人數-114 年 12 月腹膜透析病人數)÷114 年 12 月腹膜透析病人數】×100%

年成長率	獎勵點數
1.介於 1%至 2% (不含)	4,000
2.介於 2%至 3% (不含)	6,000
3.介於 3%至 4% (不含)	8,000
4. 介於 4%至 5% (不含)	10,000
5. 大於等於 5%以上	12,000

註：1. 115 年 12 月若無數值，則以該院所當年度最後一個月申報人數計算。

2.同一保險對象同月多家申報，以「執行時間-起」最早者計算；
下轉個案不在此限。

四、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費：本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。

(一)獎勵條件：

- 1.須收案滿三個月(含)以上之個案，始列入本獎勵點數計算。
- 2.當年度該院所腹膜透析照護品質指標項目總分全年須達 70 分(含)以上者。

(二)獎勵費之計算：依當年度該院所腹膜透析照護品質指標項目總分計算：

- 1.總分介於 70 分至 89 分：每個案獎勵 4,000 點。

院所獎勵總點數=該院所依當年度符合本獎勵條件之病人數
×4,000 點

2.總分 90 分以上：每個案獎勵 8,000 點。

院所獎勵總點數=該院所依當年度符合本獎勵條件之病人數
×8,000 點

(三)腹膜透析照護品質指標項目及計算：

項目	各透析院所病人 監測值達成率	得分	說明
1. 高濃度葡萄糖腹膜透析液(2.3%、2.5%、及 4.25%)的使用量	使用量占全部透析液≤ 55%	4 分（季）	以院所為單位進行計算
2. 血鈉≥ 130 mmol/L	受檢率 ≥ 90%且 合格率≥ 60%	8 分（半年）	
3. 血鉀≥ 3.2 mmol/L	受檢率 ≥ 90%且 合格率≥ 80%	8 分（半年）	
4. 心胸比（Cardiothoracic Ratio）≤ 0.55	受檢率 ≥ 90%且 合格率≥ 70%	14 分（年）	
5. 殘餘腎功能之保留 新病人啟動腹膜透析的一年內， renal Kt/V 下降 ≤ 0.4/半年	受檢率 ≥ 90%且 合格率≥ 60%	10 分（年）	
6. 腹膜炎發生率	每 100 人月腹膜炎 ≤ 2.0 次	14 分（年）	
7. 住院率	每千透析人口≤ 435.28 人次	14 分（年）	

五、院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費:獎勵 30,000 點。

獎勵條件:地區醫院或基層診所，首次接受腹膜透析治療之新病人
占首次接受透析新病人之比率≥10%者。

註:當年度首次接受透析新病人係指最近 3 年首次申報透析相關支付標準編號（58001C、58002C、58011C、58017C、58026C、58027C、58028C、58029C）者。

捌、給付項目及支付標準

通則：

- 一、病人訪視及轉診等相關規範，除本標準所定外，其餘比照全民健保醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)辦理。
- 二、本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。

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
P8101C	執行末期腎臟病治療方式醫病共享決策 (SDM)	V	V	V	V	600
P8102C	-慢性腎臟病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 5 之病人 (每次) -血液透析治療二年內之病人 (每次) 註： 1.P8101C 限每半年申報一次，惟如屬「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」(以下稱 Pre-ESRD 計畫)之照護對象，當年度已申報「P3405C 結案資料處理費」者，自申報該醫令之日起，半年內不得再申報 P8101C。 2.血液透析治療二年內之病人係指保險對象「當次就醫年—第 1 次申報門診透析案件 (案件分類為 05) 之費用年」≤2 者。 3.P8102C 限每年申報一次。 4.SDM 及說明內容如附件 4「末期腎衰竭治療模式衛教表」。	V	V	V	V	600
P8103A	執行末期腎臟病治療方式醫病共享決策 (SDM) 後，成功轉腹膜透析之加算 -CKD Stage 5 之病人			V	V	600
P8104Q		V	V			1,400
P8105A	-血液透析治療二年內之病人			V	V	600
P8106Q		V	V			1,400
	註： 1.本項由執行醫病共享決策 (SDM)，且該病人成功接受腹膜透析治療之院所申報。 2.每人限申報一次。					
	腹膜透析病人訪視費(次)					

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
P8107C	1.實地訪視	V	V	V	V	1,200
P8108C	2.視訊訪視 註： 1.院所自行或由簽訂共同照護備忘錄之院所(附件2)，執行腹膜透析病人居家訪視，並由實際訪視院所申報。 2.每次訪視須至少間隔 90 天。如屬視訊訪視須至少間隔 180 天，並依「通訊診察治療辦法」辦理。 3.不得與下列項目，同時申報： (1)醫療服務支付標準第二部第二章第六節「58026C 居家訪視-居家透析治療」及第五部第一章居家照護所定「護理訪視費」。 (2)全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)所定「醫師訪視費用」及「護理人員訪視費用」。 (3)當月申報本項目者，不得同月再申報 P8117C 輔助型腹膜透析治療處置費(每次)。 4.訪視個案如同時為居整計畫之收案個案，本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫，共同提供醫療照護。 5.醫事人員完成居家訪視後，須於訪視診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章(附件5)。	V	V	V	V	1,200
P8109B	腹膜透析下轉及回轉獎勵費 註： 1.適用對象：醫院完成導管植入手術後之首次腹膜透析新病人，轉介回原診療特約院所或轉診至特約類別較低層級適當院所繼續腹膜透析照護。 2.支付規範： (1)每人限申報一次。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.已申報下列費用者： a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。		V	V	V	10,000

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
	c.「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。 d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_回轉及下轉」（編號 01034B 及 01035B），以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」（編號 P4303C）。 e.「全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。					
P8110B	腹膜透析平轉獎勵費 註： 1.適用對象：醫院尿毒症病人轉介至其他特約類別同層級醫院完成腹膜透析導管植入手術者。 2.支付規範： (1)每人限申報一次。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.已申報下列費用者： a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。 c.「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。 d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_上轉」（編號 01036C、01037C）、「辦理轉診費_回轉及下轉」（編號 01034B 及 01035B），以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」（編號 P4303C）。 e.「全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。		V	V	V	5,000
P8111Q	腹膜透析上轉獎勵費 註： 1.適用對象：醫療機構轉介尿毒症病人至特約類別較高層級醫院完成腹膜透析導管植入手術者。	V	V	V		10,000

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
	2. 執行規範： (1)每人限申報一次。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.已申報下列費用者： a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。 c.「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。 d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_上轉」（編號 01036C 及 01037C），以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」（編號 P4303C）。 e.「全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。					
P8112C	加強病人自我照護品質處置費	V	V	V	V	887
P8113C	--連續性可攜帶式腹膜透析(Continuous Automated Peritoneal Dialysis, CAPD)	V	V	V	V	887
P8114C	--全自動腹膜透析(Automated peritoneal dialysis, APD)	V	V	V	V	7
	--全自動腹膜透析機相關費用-每日(APD daily fee) 註： 1.至少完成下列任一項，並於病歷中記載處置過程與結果。 (1)執行腹膜透析病人之透析技術再訓練。 (2)解決腹膜透析病人突發之狀況。 (3)處理腹膜透析病人營養問題。 2.本項支付點數為醫療服務支付標準(編號 58011C、58017C 及 58028C)加成 10%之費用。	V	V	V	V	
P8115C	全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用-每月(Remote Patient Management, RPM) 註：	V	V	V	V	2,499

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
	1.本項支付點數內含腹膜透析雲端資料庫及個案管理介面平台、無線傳輸數據設備、數據加密傳輸等相關費用。 2.適用接受全自動腹膜透析治療者。 3.醫事人員應將自動腹膜透析機設備之透析連續性治療紀錄記載於病歷並保留照片備查，且機構應於次月20日前至VPN系統登載個案上個月每日之脫水數據。 4.醫師遠端更改設定內容，應於病歷紀載相關數據。 5.病人改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者，則按比率扣除腹膜透析未治療天數費用。 6.申報全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用，應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載。 7.執行本項診療項目應依「通訊診察治療辦法」辦理。					
P8116B	連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術--未經血液透析治療 註： 1.首次接受透析治療之新病人，未經由血液透析治療，直接啟動腹膜透析治療。 2.本項支付點數為醫療服務支付標準編號 58012B 加成 50%之費用		V	V	V	2,142
P8117C	輔助型腹膜透析治療處置費(每次) 註： 1.本項僅適用接受輔助型腹膜透析治療的病人。 2.適用對象： (1)視力障礙（身心障礙證明輕度以上）。 (2)上肢障礙（身心障礙證明輕度以上）。 (3)65歲以上。 (4)失能（巴氏量表小於60分）。 (5)智能障礙（身心障礙證明輕度以上）。	V	V	V	V	1,200

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
	(6)失智症（身心障礙證明輕度以上）。 (7)植物人。 (8)因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。 3.協助腹膜透析之人員須符合本計畫第陸點所示醫護人員的資格。 4.針對接受輔助型腹膜透析治療的病人，院所醫護人員須至居家或機構確認或加強輔助型腹膜透析治療執行者的透析技術。 5.醫事人員每次訪視後，須於處置紀錄單內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目等內容(附件6)。 6.主責院所或共同照護診所皆可申報。 7.不得與下列項目，同時申報： (1)醫療服務支付標準第二部第二章第六節「58026C 居家訪視-居家透析治療」及第五部第一章居家照護所定「護理訪視費」。 (2)全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)所定「醫師訪視費用」及「護理人員訪視費用」。 (3)當月申報本項目者，不得同月再申報 P8107C 或 P8108C 腹膜透析病人訪視費。 8.訪視個案如同時為居整計畫之收案個案，本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫，共同提供醫療照護。 9.申請頻次：每位輔助型腹膜透析病人，每月申請次數上限為 4 次。					

玖、醫療費用申報、審查及核付原則

- 一、除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、醫療費用申報

(一)特約醫事服務機構門診醫療服務點數之清單段欄位填報：

- 1.案件分類：填報「05 洗腎」。
- 2.任一特定治療項目代號：填報「K3」。

(二)特約醫事服務機構門診醫療服務點數之醫令段欄位填報：

1.申報腹膜透析病人訪視費（P8107C-P8108C）者：

- (1)醫令段「執行時間-起(p14)」、「執行時間-迄(p15)」、「執行醫事人員代號(p16)」為必填欄位。
- (2)如為基層診所與醫院簽訂共同照護備忘錄者，則基層診所申報之醫令清單段「醫令調劑方式(p2)」須填列「3：接受其他院所委託轉檢」及「委託或受託執行轉（代）檢醫事機構代號(p24)」需填列該醫院之醫事服務機構代碼。

2.申報轉診獎勵費（P8109B、P8110B 及 P8111Q）者：「醫令類別」填「G(專案支付參考數值)」，「總量」、「單價」、「點數」填 0。其他申報規範同轉診支付標準(編號 01034B-01038C)之規定。

(三)鼓勵提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵費：

1.協助病人綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金：每名病人獎勵200點，限獎勵一次：

- (1)取得病人或家屬同意後，由特約醫事服務機構協助綁定，並將佐證資料留存於病歷備查，須協助拍攝虛擬(行動)健保卡之相片、已完成綁定畫面截圖等。
- (2)特約醫事機構需於當年度收案期間有以虛擬(行動)健保卡方式申報該病人醫療費用資料且成功。

2.已綁定者因手機故障或更換手機再重新綁定、已於本計畫結案後再由其他醫事機構重新收案並協助綁定、已由其他計畫(如：全民健康保險遠距醫療給付計畫)特約院所協助綁定等情形，不予重複獎勵。

3.虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金：以占率獎勵：

分子：「當年度以虛擬(行動)健保卡申報成功」係指院所申報支付項目「P8108C 腹膜透析病人訪視費(次)-視訊訪視」且符合下列任一條件者：

(1) 「就醫序號」第1碼為 V 之件數。

(2) 「就醫序號」第1碼為 W，且醫令代碼包含 W00V 之案件。

分母：「當年度申報適用對象醫療費用之件數」係指申報支付項目「P8108C 腹膜透析病人訪視費(次)-視訊訪視」之件數。

獎勵內容如下：

獎勵指標占率	每件獎勵點數		當年度有提供病人該計畫/支付標準服務且累計 ≥ 10 人，每家機構獎勵點數
	一般地區	山地離島地區	
$5\% \leq \text{占率} < 25\%$	10	20	5,000
$25\% \leq \text{占率} < 50\%$	20	40	10,000
$50\% \leq \text{占率} < 70\%$	30	60	20,000
$\geq 70\%$	40	80	30,000

三、醫療費用核付：除本計畫第捌項支付標準外，其餘由台灣腎臟醫學會依下列資料及時程提供本保險人作為核付依據：

(一)簽訂共同照護之院所名單：由台灣腎臟醫學會認定，並於次月 10 日前將名單提報保險人分區業務組。

(二)下列資料請於次年 1 月底前提供本保險人：

- 1.符合本計畫第柒項「院所獎勵費用」之「一、院所執行腹膜透析獎勵費」之院所名單。
- 2.符合本計畫第柒項「院所獎勵費用」之「四、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」，有關品質指標項目如屬現行慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳健保資訊網服務系統(VPN 系統)資料尚未收載者。

四、當年之費用及相關資料請於次年 1 月 20 日前申報受理完成(3 月底核定)，未依期限申報者，不予核發本計畫相關費用。

五、年度獎勵費各醫院層級之認定，以當年度最後之特約類別為認定標準。

六、本計畫之獎勵費、給付項目及支付標準項目，每點 1 元，全年預算如有不足，則由一般服務支應。

七、應分配予執行業務之相關醫事人員者，醫療院所應於次年 6 月底前，彙整本計畫「醫療院所提撥獎勵分配情形彙整表」等資料，函送保險人分區業務組備查。

拾、退場機制：

未依保險人規定至健保資訊網服務系統(VPN)登錄品質資訊或登錄不完整，經輔導仍未改善之院所，保險人各分區業務組得終止其參加本計畫之資格。

拾壹、預期效益

- 一、提升全國腹膜透析病人占率，降低國家總體透析醫療費用支出，體現透析醫療永續概念。
- 二、延長腹膜透析病人存活率，降低住院率，增進病人自我照護能力。
- 三、改善腹膜透析醫療品質，提升病人健康生活滿意度。
- 四、讓末期腎臟病病人更客觀自由選擇疾病治療模式與規劃未來健康人生，也讓健保資源之使用與分配更臻有效與合理化。

拾貳、資訊公開及計畫修正程序

- 一、資訊公開：保險人得公開參與本計畫之院所名單及相關品質資訊，供民眾參考。
- 二、保險人得視費用支付情形，隨時召開會議研議修訂本計畫之相關內容。
- 三、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。
- 四、計畫修正程序：本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同修訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。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 1

「(醫療機構名稱)」通訊診察治療實施計畫書

一、計畫目的/宗旨

二、計畫依據

(醫療機構名稱)依據通訊診察治療辦法規定，針對符合通訊診察治療辦法(下稱本辦法)第3條所定下列「特殊情形」(勾選如下，可複選)之病人執行通訊診察治療，茲依據本辦法第18條規定，擬具本實施計畫，報請主管機關核准。

- | | |
|---|---|
| ☐ (第1款)急性後期照護 | ☐ (第6款)疾病末期照護 |
| ☐ (第2款)慢性病照護計畫收案病人 | ☐ (第7款)矯正機關收容照護 |
| ☐ (第3款)長期照顧服務 | ☐ (第8款)行動不便照護 |
| ☐ (第4款)家庭醫師收治照護 | ☐ (第9款)災害、傳染病或其他重大變故
照護 |
| ☐ (第5款)居家醫療照護 | ☐ (第10款)國際醫療照護 |

【填寫說明】

1. 擬執行特殊情形通訊診療之醫療機構，如欲同時執行2種以上之特殊情形之通訊診療服務時，可合併於1份計畫書填寫後，陳報衛生局核准；惟本計畫書中「實施計畫」項下特別標註之子項，應依本頁所勾選之特殊情形款次，依序分別撰寫。
2. 依本辦法第18條第3項規定，醫療機構所執行之通訊診療，係經中央主管機關或所屬機關(如中央健康保險署等)核定者，得以核定文件替代本實施計畫，陳報地方衛生局備查，無須填寫本實施計畫陳報衛生局核准。另「核定文件」形式不拘，中央主管機關核定公文、契約書或資訊系統核准畫面均可。

三、實施計畫

(一)實施之主責醫師、其他主責醫事人員：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)	
1、主責醫師(即本計畫主持人)	
部門、執業科別	姓名
2、其他醫事人員之主責人員	
醫事人員類別	姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)
(例如：護理師)	○○○
(例如：物理治療師)	○○○ (A 物理治療所)

(請下拉選單擇定)	
1、主責醫師(即本計畫主持人)	
部門、執業科別	姓名
2、其他醫事人員之主責人員	
醫事人員類別	姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)
(例如：護理師)	○○○
(例如：物理治療師)	○○○ (A 物理治療所)

【填寫說明】

- 1、主責醫師請敘明執業科別，其他類醫事人員各指定1名主責人員即可。
- 2、本辦法第18條第4項規定，主責醫事人員如有異動，應自事實發生之日起30日內報直轄市、縣（市）主管機關備查。

(二)醫療項目：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
勾選欄	醫療項目(可複選)	勾選欄	醫療項目(可複選)
☐	詢問病情	☐	精神科心理治療
☐	提供醫療諮詢	☐	開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)
☐	診察、診斷、醫囑		
☐	開立檢查、檢驗單	☐	原有處方之調整或指導
☐	會診	☐	衛生教育

(請下拉選單擇定)			
勾選欄	醫療項目(可複選)	勾選欄	醫療項目(可複選)
☐	詢問病情	☐	精神科心理治療
☐	提供醫療諮詢	☐	開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)
☐	診察、診斷、醫囑		
☐	開立檢查、檢驗單	☐	原有處方之調整或指導
☐	會診	☐	衛生教育

- 使用通訊方式提供醫療項目之服務流程：_____。

【填寫說明】

- 1、醫療項目，限於本辦法第15條第1項第1款至第9款內容。
- 2、請敘明醫療項目、服務流程(例如：何時、確認病人身分、收費、使用通訊診療之流程或提供處方箋等方式等)。
- 3、如有合作機構，亦請敘述合作機構如何參與醫療服務。

(三)實施對象：

勾選欄 符合本辦法第3條特殊情形(未勾選之欄位得刪除)

- ☐ 第1款：急性後期照護(不得為初診病人)
 - 為☐緊急外傷病人、☐急性冠心症病人、☐精神疾病急性病人、☐急性腦中風病人、☐慢性阻塞性肺病病人、☐慢性心衰竭病人、☐手術後病人或☐其他需急性後期照護之病人，於離開醫院、診所後三個月內施行之追蹤診療及照護。
 - 勾選其他者，請敘明病人情形及理由：_____。
- ☐ 第2款：慢性病照護計畫收案病人(不得為初診病人)
 - 指為主管機關或其所屬機關有關慢性病照護計畫收案之病人，因病情需要，施行之診療及照護。
 - 註：如為「中央」主管機關或其所屬機關之照護計畫，則毋須填寫本實施計畫報地方衛生局核准。
- ☐ 第3款：長期照顧服務(不得為初診病人)
 - 指為與醫療機構訂有醫療服務契約之☐長期照顧服務機構、☐老人福利機構、☐身心障礙福利機構、☐護理機構或☐其他相類機構，就失智、失能或行動不便之機構住民，施行之診療及照護。
 - 註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。
- ☐ 第6款：疾病末期照護(不得為初診病人)
 - 本款實施對象應符合為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施行之緩解性、支持性診療及照護。
- ☐ 第7款：矯正機關收容照護
 - 本款實施對象應符合為矯正機關收容人，施行之診療及照護。
 - 依本辦法第18條第1項後段規定，執行本款者，應先徵得矯正機關同意。
 - 註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。
- ☐ 第8款：行動不便照護(不得為初診病人)
 - 本款實施對象應符合下列條件，致外出就醫不便之病人，施行之診療及照護：
 - ☐失能(長期照顧服務法第3條第2款)
 - ☐身心障礙(身心障礙者權益保障法第5條)
 - ☐重大傷病(全民健康保險法第48條第1項第1款)

- 第9款：災害、傳染病或其他重大變故照護
 - 本款所稱災害、傳染病或其他重大變故照護，指為居住地區發生災害防救法第二條第一款所定災害、傳染病防治法第三條第一項所定傳染病，或其他重大變故，未能或不便至醫療機構就診之病人，施行之診療及照護。
- 第10款：國際醫療照護
 - 本款實施對象應符合為境外之我國或非我國籍病人，施行之諮詢、診療及照護。

【填寫說明】

- 1、 本辦法第20條第1項第2款規定，醫師實施通訊診療時，應確認病人身分；第三條第一款至第六款及第八款情形，不得為初診病人。
- 2、 請勾選符合本辦法第3條之款次，並敘明實施對象來源。

(四)實施期間：

【填寫說明】

申請實施期間，建議至多為4年。

(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關：

1、合作之醫事機構

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話

(請下拉選單擇定)			
機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話

2、服務機構（本辦法第6條所定機構或矯正機關）

機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話
	（請下拉選單擇定）		
	（請下拉選單擇定）		

(六)通訊診療告知同意書

本計畫收案對象將以____(書面/電子)方式簽署「(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書」，內容如附件。

【填寫說明】

- 1、病患得以書面、電子方式簽署告知同意書。
- 2、上開電子方式，得以電子簽章法所定電子文件、電子簽章或數位簽章方式為之，且須具不可否認性。

(七)個人資料保護及資料檔案安全維護措施

- 1、本實施計畫申請機構是否為「醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法」第4條第1項第1款所稱之醫院？

- ☐ 是，安全維護計畫業以○年○月○日○○字第○○○號函送貴局備查。
- ☐ 否，惟仍應依個人資料保護法第18條辦理安全維護事項，或依同法第27條採取採行適當之安全措施。

- 2、本案通訊診療使用之資訊系統，是否涉及病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單：

☐ 是；☐ 否（勾「否」者，免填以下第3點）

- 3、承2，本案通訊診療所使用涉及「病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單」之資訊系統(名稱：○○○)，已具備個人身分驗證、符合國際標準組織通用之資料傳輸加密機制，並符合醫療機構電子病歷製作及管理辦法之相關規定：

- (1) 已實施電子病歷，並函報貴局備查。函報貴局日期文號：○年○月○日○○字第○○○號。

(未曾備查者，請依醫療機構電子病歷製作及管理辦法第9條規定，於
實施之日起15日內，報衛生局備查)

(2) 上述通訊診療之資訊系統，係：

- ☐ 本實施計畫申請機構自行建置；
- ☐ 委託(機構、法人、團體或大學名稱)建置及管理；受託機構已通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證，並訂有書面契約。【請檢附「委託契約」及「受託機構通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證證明」】

4、其他個資及資安保護措施：

【填寫說明】

- 1、非屬醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法第4條第1項第1款所稱之醫院者，免填第3點。
- 2、通訊診療資訊系統如係委託機構、法人、團體或大學建置及管理，應敘明受託機構名稱，以及符合本部113年3月12日衛部資字第1132660106號公告之資訊安全標準驗證規定。
- 3、醫療機構於擬具本計畫書時，應注意通訊診察治療之相關程序，並符合我國個人資料保護法等相關規範。

(八)其他事項

自費醫療項目資訊：

自費醫療項目名稱	收費費額或標準	地方衛生主管機關 核定情形
		☐ 已核定 ☐ 申請中 ☐ 尚未申請
		☐ 已核定 ☐ 申請中 ☐ 尚未申請

【填寫說明】

- 1、申請機構得視計畫實際內容需要，於本項撰寫內容。
- 2、如有新增醫療費用項目時，醫療機構應另依醫療法第21條規定，送地方政府衛生局核定。

醫療機構用印：

負責醫師用印：

中華民國

年

月

日

附件：(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書

病人基本資料	
姓名：	出生日期：
病歷號碼：	地址：
擬實施之服務項目：	

- 1.(醫療機構名稱)將以通訊提供醫療服務，其通訊使用之軟體/硬體為_____，
我已知悉如何使用，並且貴院(診所)已向我解釋以通訊方式提供醫療服務
之步驟、限制、風險等相關資訊，我同意使用此通訊方式接受診察、治療。
2. 我已知悉通訊方式與醫師親自診察治療不同，如經醫師評估病情，不適宜以
通訊方式診療時，得建議我改以其他方式接受診察、治療。
3. 如果遇到技術性問題、危急情況，能與我聯絡的電話是_____
(或緊急聯絡人_____，電話_____)。

立同意書人姓名：

簽名：

關係：病人之

身分證統一編號/居留證或護照號碼：

日期：_____

附件 2

「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」 醫療院所腹膜透析病人共同照護合作備忘錄

立備忘錄人

首年提供腹膜透析業務之醫療院所(以下簡稱甲方)

已執行腹膜透析業務之醫療院所(以下簡稱乙方)

為執行乙方「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，並確保雙方合作順利進行，特簽署本合作備忘錄(以下簡稱備忘錄)以規範雙方各自之權利義務，其內容如下：

第一條、甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵照醫師法、醫事法、全民健康保險法及其他相關法規之規定執行其業務。

第二條、甲方為參加全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，於執行本計畫前，應先具備合格條件；於照護個案後，並恪遵個人資料保護法，不得將個案資料外洩或移作他用。

第三條、乙方邀請甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵守各項有關法令，並尊重醫師之職權，不得妨害其職權之行使。

第四條、本備忘錄有效期間自民國○年○月○日起至民國○年○月○日止。屆期如雙方均願繼續合作時，仍須另簽署新備忘錄。若此計畫終止，則備忘錄自動失效。

第五條、甲、乙任一方擬終止本備忘錄時，應於預定終止日前三十天以書面通知對方，本備忘錄之終止始生效力。

第六條、任何一方違反本備忘錄或相關法令而受主管機關處罰確定，致影響他方權益時，受影響之一方得要求終止備忘錄，並由可歸責方負損害賠償責任。

第七條、雙方均應遵守相關之法律，如有任何糾紛，應先行協調解決，以期減少訴訟。

第八條、本備忘錄如有未盡事宜，得由甲乙雙方同意，以附約或換文補充之，其效力與本備忘錄同。

本備忘錄壹式三份，甲、乙方各執正本壹份為憑，另一份正本郵寄至台灣腎臟醫學會備查。

立備忘錄人

甲 方：

醫事機構代號：

負 責 醫 師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

中華民國 年 月 日

乙 方：

醫事機構代號：

負 責 醫 師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

附件 3

「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」
醫事服務機構首年提供腹膜透析業務輔導申請書

被輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

本院(所)申請自 年 月 日起接受

_____ (輔導機構名稱) _____ (輔導機構代號)

輔導首年提供腹膜透析業務，為保險對象提供醫療服務。

前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)或治療空間、設備及診療紀錄，以上如有不實，同意保險人不予支付相關診療費用。

本申請書壹式三份，被輔導機構、輔導機構、及台灣腎臟醫學會各執正本壹份為憑。

被輔導機構及 負責醫師大、小印章	輔導機構印章及負責人印章

(請加蓋與合約相符之印信及印鑑)

中華民國

年

月

日

末期腎衰竭治療模式衛教表

病人透析治療模式選擇之充分告知機制

病人編號：_____

姓 名：_____ 性別：☐男 ☐女 電話號碼：_____

病歷號碼：_____ 出生日期：____年__月__日 身分證字號：_____

收案日期：____年__月__日 結案日期：____年__月__日 原發疾病：_____

病人教育程度：☐不識字☐小學☐初中☐高中☐大專☐研究所病人家庭狀態：☐未成年受扶養☐有職業獨立工作☐因病修養半工作狀態☐因病無法工作☐退休獨立生活☐年邁或因病受照顧陪同家屬：☐配偶 ☐子女 ☐兄弟姊妹 ☐家長 ☐其他：_____

衛教內容(確實執行項目請打勾)：

☐不施行血液透析或腹膜透析☐敗血症 ☐癌症 ☐心血管併發症 ☐中風 ☐肝衰竭☐呼吸衰竭 ☐營養障礙 ☐病人意願 ☐家屬共識 ☐其他☐施行血液透析、腹膜透析、腎臟移植

腹膜透析	血液透析	腎臟移植
☐ 透析通路和原理	☐ 透析通路和原理	☐ 移植的術前評估
☐ 透析場所/時間/執行者	☐ 透析場所/時間/執行者	☐ 移植的優點和缺點
☐ 透析可能產生的症狀	☐ 透析可能產生的症狀	☐ 移植的併發症
☐ 適應症及禁忌症	☐ 適應症及禁忌症	☐ 適應症及禁忌症
☐ 飲食/血壓/貧血控制	☐ 飲食/血壓/貧血控制	☐ 移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介
☐ 其它(居家照護、社會福利等)	☐ 其它(居家照護、社會福利等)	☐ 其它(居家照護、社會福利等)

* 醫病共享決策輔助表如附

『末期腎衰竭治療模式衛教』病人滿意度調查表

1. 您覺得衛教的時間足夠嗎？

☐1.非常足夠 ☐2.足夠☐3.普通 ☐4.不足夠 ☐5.非常不足夠

2. 您對衛教的方式滿意嗎？

☐1.非常滿意 ☐2.滿意☐3.普通 ☐4.不滿意 ☐5.非常不滿意

3. 您對衛教內容瞭解嗎？

☐1.非常瞭解 ☐2.瞭解☐3.稍微瞭解 ☐4.不瞭解 ☐5.非常不瞭解

4. 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？

☐1.非常有幫助☐2.有幫助 ☐3.普通 ☐4.沒有幫助☐5.完全沒有幫助

病人或病人家屬簽名：

衛教者簽名：

面對末期腎臟病， 我應該選擇哪一種治療方式？

前言

當醫師診斷您的腎臟功能進入到末期，無法利用藥物及飲食有效控制病情。這時候您需要選擇一種適合自己的治療模式來取代腎臟功能，以維持生活品質甚至延續生命。

這份資料主要是可以幫助您了解末期腎臟病有哪些的治療模式，醫療團隊會陪著您，了解您的想法及最在意的事情，幫助您找出適合自己的選擇。

適用對象 / 適用狀況

有意願接受腎臟替代療法的慢性腎臟病第 5 期病人。

疾病或健康議題簡介

所謂「慢性腎臟病」是指腎功能異常持續三個月以上，當慢性腎臟病惡化到第五期，也就是腎絲球過濾率在 15ml/min/1.73m^2 以下且出現尿毒症狀時，就必須考慮接受腎臟替代療法。常見的尿毒症狀與併發症有噁心、嘔吐、疲倦、呼吸急促、電解質失衡、貧血、營養不良、水腫、意識不清、昏迷等。

若無接受腎臟替代療法意願，則可考慮安寧緩和醫療，治療目的以減輕身體疼痛與不舒服為主，接受此類治療的末期腎病變患者不再接受腎臟移植、血液透析或腹膜透析。由於無法像腎臟替代療法可以延續生命，安寧緩和醫療通常會在合併下列三種情況下被考慮：

- (1) 病人意識不清
- (2) 病人年齡大於 80 歲
- (3) 罹患其他符合安寧療護的疾病如癌症、其他器官衰竭如心臟衰竭、呼吸衰竭長期依賴呼吸器等。

若您與家人經過考量後，選擇接受安寧緩和醫療，可以進一步與您的腎臟醫療照護團隊洽詢。

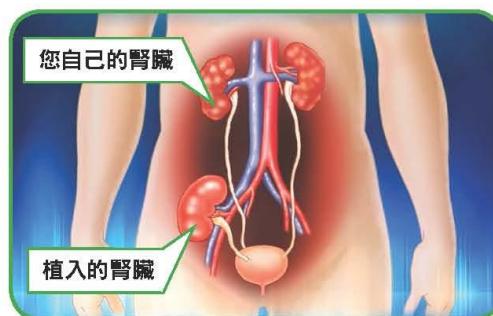
醫療選項簡介

腎臟替代療法包括腎臟移植、腹膜透析、血液透析。

● 第一種：

腎臟移植，俗稱「換腎」

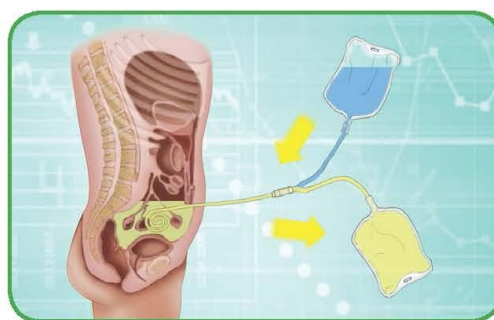
需要開刀將捐贈者的健康腎臟植入到病人肚子，來代替原本損壞的腎臟功能，而原本的腎臟大部分情形下不會被摘除。換腎的來源可以是活體親屬捐贈，但必須是在五等親以內之血親或配偶，或者是等待腦死患者大愛捐贈的器官。一般而言，腎臟移植有較佳的存活率和生活品質。



● 第二種：

腹膜透析，俗稱「洗肚子」

就是利用肚子內的腹膜進行尿毒素的交換，只要按時將藥水灌到肚子內，每日換透析藥水 3 至 5 次，就可以完成腹膜透析。在進行腹膜透析前要先開刀植入一根導管讓藥水能進出腹腔。腹膜透析有兩種選擇，一種是連續性可攜帶式腹膜透析，另一種是有機器幫忙的全自動腹膜透析，全自動腹膜透析通常是在夜間執行。

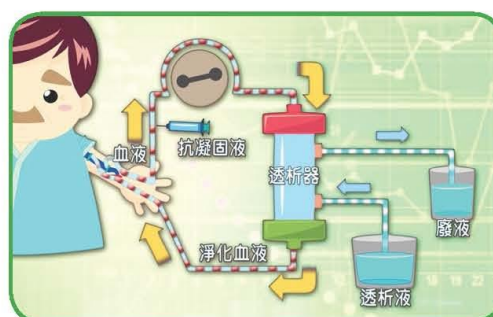


● 第三種：

血液透析，俗稱「洗血」

在進行血液透析之前要先開刀，在您手臂上做好動靜脈瘻管，俗稱「手筋」。

血液透析每次大約 4 小時，通常每星期得跑 3 次洗腎院所，透析時需要在瘻管上打上兩支針，一支針將血液引流到洗腎機，讓機器清除血中毒素後，另一支針會將洗乾淨的血送回體內。



您目前比較想要選擇的方式是：

請您勾選 ☒

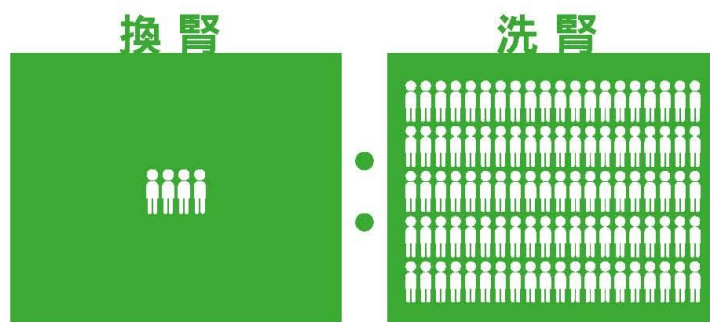
- ☐ 腎臟移植「換腎」
- ☐ 腹膜透析「洗肚子」
- ☐ 血液透析「洗血」
- ☐ 我現在還無法做決定

請透過以下四個步驟來幫助您做決定：

步驟一、選項的比較

● 台灣腎臟移植情形^[1,2]

目前等待腎臟移植有效人數約 7000 多人，其中每年接受腦死屍體器官捐贈接近 200 人，接受活體腎臟移植約 100 人，活體在腦死大愛器官捐贈來源不足，親屬的活體器官捐贈相對提供另一種選擇。截至 2014 年，腎臟移植人數和透析人數的比例大約 4：100



● 腎臟移植及透析病人的存活率^[2,3]

- ① 腎臟移植病人存活率，主要是受移植腎來源、年齡、原本共存疾病，例如心血管疾病、糖尿病的嚴重度所影響。
- ② 洗腎前就接受腎移植比洗腎後才接受腎移植存活率更好。
- ③ 台灣腦死捐贈的腎臟（大愛捐贈的腎臟）平均使用超過 10-15 年以上，而活體移植（活體腎）更可達 15-20 年以上。
- ④ 接受移植的病人 5 年存活率達 90% 以上。
- ⑤ 原本是血液透析或腹膜透析患者接受腎臟移植，兩者的存活率是類似的。
- ⑥ 腹膜透析和血液透析病人長期的存活率及生活品質相近，若是經由事先的準備與規劃才進入透析，兩者的短期存活率也沒有差異。

● 腎臟移植？腹膜透析？血液透析？該怎麼選？

目前腎臟替代療法：腎臟移植、腹膜透析、血液透析都各有優缺點，您可以仔細想想各個治療模式對您生活的影響，選擇一種治療盡量能符合您想要過的生活。

	比較	腎臟移植	腹膜透析	血液透析
存活	存活率 ^[2]	有較佳的存活率	與血液透析的存活率相似	與腹膜透析的存活率相似
生理影響	手術	較大的手術： 腎臟移植手術	腹膜透析導管 植入手術	手臂瘻管建立手術
	治療方式	終身服用抗排斥藥物	按時將藥水藉著導管灌到肚子內，每日換透析藥水 3 至 5 次，或接機器在夜間執行	在瘻管上打上兩支針，一支針將血液引流到洗腎機清除毒素，另一支針將洗乾淨的血送回體內
	常見副作用 (併發症)	■換腎後長期抗排斥藥物服用，會增加感染與腫瘤風險^[4,5] ■移植後癌症發生率為一般人的 3.75 倍^[5] ■移植後，前三年內的感染率為平均觀察一年每一百人有 45 人發生感染^[4]	■腹膜透析病人容易因腹腔導管及藥水留置肚子增加腹內壓力，產生腹膜炎及疝氣的合併症^[6] ■腹膜炎：國內報告發生率約為每年每一百人有 18.5 人會發生^[7] ■疝氣：追蹤 3 ~ 12 年研究發現，發生率約為每一百人有 6~7 人會發生^[8,9]	■快速移除毒素及水分，可能發生透析時低血壓、噁心 / 嘔吐、抽筋、頭痛等，以透析治療中發生低血壓最常見，約每 100 人有 25 人會發生^[10] ■洗腎血管栓塞或感染^[6] ■血液透析病人容易因洗腎血管感染導致菌血症：國內報告發生率約為每一百人有 15 人發生^[11]
		透析病人癌症發生率為一般人的 3.43 倍 ^[12]		

	比較	腎臟移植	腹膜透析	血液透析
生活影響	治療時間	無	依作息可自行調整，每日 3-5 次換液時間，每次約 30 分鐘 全自動腹膜透析夜間由機器自動換液時間約 8-10 小時	照透析院所安排，每週三次，每次 4 小時
	治療場所	無	家中或任何乾淨適合換液場所	透析醫療院所
	執行治療者	無	自己或照顧者	醫護人員
	飲食	飲食限制少	飲食限制中等	飲食限制較多
	活動	無	腹膜透析管路影響 不建議游泳及泡澡	洗腎用動靜脈瘻管 手臂不建議提重物
	生活品質 ^[3]	生活品質較好	與血液透析比較 整體生活品質相似	與腹膜透析比較 整體生活品質相似
	費用 ^[2]	健保給付		
優缺點比較	優點	■存活率高 ■不需要再透析而提高生活品質	■居家操作，自主性高 ■保留殘餘腎功能佳	■由醫護人員操作 ■短時間高效率的清除毒素及水分
	缺點	■無器官來源 ■終身服用抗排斥藥物 ■抗排斥藥物增加感染與腫瘤風險	■腹部植入管子且外露，無法游泳泡澡 ■每日更換藥水數次	■手臂要建立瘻管 ■一星期至透析院所 3 次，每次 4 小時 ■每次透析要接受 2 次扎針

步驟二、您選擇醫療方式會在意的項目有什麼？以及在意的程度為何？

請依照下列各項考量，逐一圈選一個比較偏向您的情況。

接受換腎 的理由	比較接近 ← 一樣 → 比較接近							接受洗腎 (腹膜透析或血液透析) 的理由
有五等親的家屬或配偶 願意捐腎給我	<	<	<	<>	>	>	>	沒有適合的 家屬捐腎給我
我願意接受 家屬捐腎給我	<	<	<	<>	>	>	>	我不願意接受 家屬捐腎給我
我知道換腎手術的風險 及副作用，但為了不用 洗腎，承擔風險是值得 的	<	<	<	<>	>	>	>	擔心換腎手術失敗
我可以接受終身服用抗 排斥藥物及其風險	<	<	<	<>	>	>	>	我不能接受終身服用抗 排斥藥物及其風險
我不願意長期洗腎	<	<	<	<>	>	>	>	我可以接受洗腎
其他：	<	<	<	<>	>	>	>	其他：

接受腹膜透析的理由	比較接近			一樣			比較接近	接受血液透析的理由
我很害怕打針	<	<	<	<>	>	>	>	我可以忍受打針
換藥水的時間 對我而言比較有彈性	<	<	<	<>	>	>	>	我可以配合 到醫院洗腎的時間
我可以找到 適合的換藥水地點	<	<	<	<>	>	>	>	我沒有適合的 換藥水地點
我很在意血液透析 併發症	<	<	<	<>	>	>	>	我很在意腹膜透析 併發症
我可以學習換液技術及 如何自我照顧, 或我的 家人可以協助	<	<	<	<>	>	>	>	我想要由醫護人員幫我 執行洗腎就好
我不能接受 手臂開刀做瘻管	<	<	<	<>	>	>	>	我不能接受 腹部開刀植管子
其他：	<	<	<	<>	>	>	>	其他：

步驟三、您對治療方式的認知有多少？請試著回答下列問題：

- 接受腎臟替代療法，是為了延續生命，改善尿毒症狀及生活品質？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
- 三種腎臟替代療法中，腎臟移植有最好的存活率及生活品質？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
- 腹膜透析與血液透析兩者長期的存活率及生活品質相近？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
- 選擇腹膜透析治療，要學換藥水技術，但自主性較高，時間較彈性，可以依照自己的生活作息調整換藥水時間？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

5. 選擇血液透析治療，需要先接受手臂瘻管手術，洗腎時要到醫療院所，治療過程均由醫療人員操作，每次洗腎要打兩支針，每週三次、每次 4~5 小時？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

6. 接受腎臟移植後，需要一輩子服用抗排斥藥？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎？

☐ 我已經確認好想要選擇的治療模式，我決定選擇：(下列擇一勾選)

☐ 腎臟移植

☐ 等待腎臟移植時，選擇腹膜透析治療

☐ 等待腎臟移植時，選擇血液透析治療

☐ 腹膜透析

☐ 血液透析

☐ 我想要與家人朋友討論後再作決定

☐ 我想要與我的主治醫師及照護團隊討論後再作決定

☐ 對於上述的治療模式，我想要再了解更多，我的問題是：

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的醫師討論。

本文件於 106 年完成，製作文件內容僅供參考，各醫院提供之治療方案及程序不盡相同，詳情請與您的主治醫師及醫療團隊討論。

瞭解更多資訊及資源

1. 醫病共享決策平台：<http://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/>
2. 健康 99 網站：<http://health99.hpa.gov.tw/default.aspx>
3. 財團法人中華民國腎臟基金會：<http://www.kidney.org.tw/know/know.aspx>
4. 財團法人腎臟病防治基金會：<http://www.tckdf.org.tw>
5. 健康好腎活：<http://www.ckdlife.com.tw/index>
6. 財團法人器官捐贈移植登錄中心：<https://www.torsc.org.tw>

參考資料

- [1] 財團法人器官捐贈移植登錄中心。引自 <http://www.torsc.org.tw>。
- [2] 國家衛生研究院、台灣腎臟醫學會：2016 台灣腎病年報。苗栗縣：國家衛生研究院，2016。
- [3] 國家衛生研究院：2015 台灣慢性腎臟病臨床診療指引。苗栗縣：國家衛生研究院電子報，2015；628。取自 http://enews.nhri.org.tw/enews_css_list_new2.php?volume_index=628&showx=showarticle&article_index=10815&enews_dt=2015-11-19。
- [4] Snyder JJ, Israni AK, Peng Y, Zhang L, Simon TA, Kasiske BL. Rates of first infection following kidney transplant in the United States. *Kidney international* 2009; 75(3): 317-26. doi: 10.1038/ki.2008.580.
- [5] Li WH, Chen YJ, Tseng WC, et. al. Malignancies after renal transplantation in Taiwan: a nationwide population-based study. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2012; 27(2): 833-839. doi: 10.1093/ndt/gfr277.
- [6] Kidney Research UK. Dialysis: making the right choices for you- The Dialysis Decision Aid Booklet. Available from <https://www.kidneyresearchuk.org/file/health-information/kr-decision-aid-colour.pdf>.
- [7] 2016 年健保倉儲醫療給付檔案分析系統

- [8] Lee YC, Hung SY. Different Risk of Common Gastrointestinal Disease Between Groups Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis or With Non-End Stage Renal Disease: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *Medicine (Baltimore)* 2015; 94(36): e1482. (健保資料庫)
- [9] Yang SF, Liu CJ, Yang WC, et al. The risk factors and the impact of hernia development on technique survival in peritoneal dialysis patients: a population-based cohort study. *Peritoneal Dialysis International* 2015; 35(3): 351-359. (健保資料庫)
- [10] NKF KDOQI Guidelines. Available from https://www2.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_cvd/intradialytic.htm
- [11] Wang IK , Chang YC, Liang, CC, et al. Bacteremia in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. *Internal Medicine* 2012; 51(9): 1015-1021.
- [12] Lin MY, Kuo MC, Hung CC, et al. Association of dialysis with the risks of cancers. *PLoS One* 2015;10(4):e0122856. doi: 10.1371/journal.pone.0122856.



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

本文宣品經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應 廣告

腹膜透析病人居家訪視紀錄單

(留存院所備查)

一、病人基本資料：

姓名： 性別：☐男 ☐女 主治醫師：
身分證號碼： 病歷號碼：
透析開始日期(YYYY/MM/DD)：
訪視日期： 訪視醫師/護理師：
目前透析方式：☐CAPD ☐APD ☐CCPD
曾發生腹膜炎：☐是 ☐否

二、居家環境：

- 1.屋內環境：☐整齊清潔 ☐尚可 ☐雜亂 ☐灰塵 ☐其他
- 2.換液環境：☐特別設置換液間 ☐在臥房內 ☐沒有固定環境
密閉空間-☐有 ☐無 窗簾-☐有 ☐無
- 3.換液設備：☐有裝設紫外線滅菌燈 ☐有室內空調
☐電風扇 ☐微波爐 ☐電毯 ☐75%酒精噴槍
☐有透析專用桌子 ☐磅秤 ☐點滴架
☐口罩 ☐S掛鉤 ☐臉盆 ☐乾洗手液
- 4.換液桌面：☐木頭 ☐不銹鋼 ☐玻璃墊 ☐塑膠墊 ☐其他
- 5.換液位置：☐靠窗 ☐靠牆壁 ☐面對門 ☐背對光源 ☐其他
- 6.洗手用物：☐肥皂 ☐洗手乳 ☐無
- 7.洗手台：☐清潔 ☐髒污 流動的水-☐有 ☐無
- 8.擦手方式：☐擦手紙 ☐毛巾 ☐其他
- 9.透析液存放空間：☐整齊 ☐雜亂 ☐墊高 ☐陽光照射
☐潮濕 ☐陰暗 ☐灰塵
- 10.透析液擺放：濃度分類-☐有 ☐無 過期-☐有 ☐無 依日期存放-☐有 ☐無
堆放雜物-☐有 ☐無 過量-☐有 ☐無 其他
- 11.導管出口換藥用物：保存方法正確-☐有 ☐無
消毒溶液過期-☐有 ☐無
紗布過期- ☐有 ☐無
棉籤過期- ☐有 ☐無
☐生理食鹽水(☐20cc/☐500cc)
☐其他
- 12.換液後的處理：正確的善後處理(倒入馬桶)☐有 ☐無
APD水桶 ☐清潔 ☐汙垢
- 13.每日透析記錄本的記錄：☐有 ☐無 ☐偶爾

三、居家生活評估：

1.換液技術操作者：☐自己 ☐父母 ☐配偶 ☐子女 ☐外傭
☐多人輪流照顧 ☐其他

2.三餐飲食內容：☐家人或自己烹調食物 ☐外食 ☐素食

3.行動能力：☐正常 ☐需輔助器材 ☐臥床

4.日常生活狀況：☐能自行完成 ☐協助下完成 ☐需家人的協助

四、遵從性：

1.口服藥物：過期-☐有 ☐無 正確存放-☐有 ☐無 過量-☐有 ☐無

2.EPO 藥物：過期-☐有 ☐無 正確存放-☐有 ☐無 過量-☐有 ☐無

五、建議：

優點-

缺點-

六、照片：

1. 換液環境
2. 換液設備
3. 換液桌面
4. 換液位置
5. 洗手用物
6. 透析液存放空間
7. 藥水擺放
8. 導管出口換藥用物
9. 藥物(口服藥/EPO)

輔助型腹膜透析病人

醫護人員至居家(機構)處置紀錄單

【適用 P8117C】(留存院所備查)

一、病人基本資料：

姓名： 性別：☐男 ☐女 主治醫師：
身分證號碼： 病歷號碼：
透析開始日期(YYYY/MM/DD)：
訪視日期(YYYY/MM/DD)： 訪視地點：☐住家 ☐機構
機構名稱/地址：
訪視院所：☐主責 ☐共同照護 訪視醫師/護理師：
目前透析方式：☐CAPD ☐APD ☐CCPD
曾發生腹膜炎：☐是 ☐否

二、輔助型腹膜透析適應症：

- ☐視力障礙（具身心障礙證明）。
- ☐上肢障礙（具身心障礙證明）。
- ☐65歲以上。
- ☐失能（巴氏量表小於60分）。
- ☐智能障礙（具身心障礙證明）。
- ☐失智症（具身心障礙證明）。
- ☐植物人。
- ☐因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。

三、輔助型腹膜透析的執行者：

姓名： 性別：☐男 ☐女
身分證字號/外來人口統一證號： 與病人的關係：
首次執行輔助型腹膜透析的日期(YYYY/MM/DD)：

四、請說明本次處置內容（確認或加強輔助型腹膜透析治療執行者的透析技術）：

討論事項

第 四 案

提案單位：國立臺灣大學醫學院附設醫院

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）急診相關診療項目」暨「全民健康保險急診品質提升方案（下稱急診方案）」案。

說明：

- 一、依據本署 115 年 9 月 3 日「急診候床及相關病床支付機制」討論會議決議（詳附件 1，頁次討 4-3）辦理。
- 二、為精進急診待床之健保支付機制，本署邀集台灣醫院協會、台灣急診醫學會及提案單位召開前述會議，會議決議修訂急診相關診療項目及急診方案獎勵方式，說明如下：

（一）提升急診處置效率：

1. 現行支付標準規定，病房費及護理費係以「算進不算出」原則計算，即急診轉住院當日，僅支付「當日最後入住之病房種類」之相關費用，不予支付急診觀察床護理費、病房費等費用。
2. 考量急診照護之特殊性，並鼓勵醫院提升急診處置效率及照護品質，規劃調整前述規範：急診病人 36 小時內轉入同院加護病房者，除原給付之加護病房基本診療費用外，額外支付於急診待床之急診觀察床診察、護理、病房等費用。
3. 財務衝擊：以 114 年「急診後轉入加護病房」之個案共 15,388 件，每件額外支付急診觀察床診察費、護理費及病房費（第一天）推估，合計增加約 0.3 億點。
4. 預算來源：115 年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」項下 53.11 億元（詳附件 2，頁次討 4-4～4-7）。

（二）調高急診方案「醫師訪視費」：

1. 現行急診方案訂有 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點，轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，並直接

與轉入醫院團隊溝通病情者得申報，當次住院最多申報 3 次。

2. 為鼓勵醫師投入急診病人連續性照護、強化院際合作、降低病人對下轉之疑慮，本次規劃調升 P4611B 支付點數至 3,000 點。
3. 財務衝擊：以 114 年急診就醫前屬下轉個案，且急診後轉住院之申報資料推估，增加約 0.2 億點。
4. 預算來源：115 年醫院總額「急診品質提升方案」專款 3 億元（詳附件 2，頁次討 4-4～4-7）。

擬辦：修訂後支付標準如附件 3（頁次討 4-8～4-9），將依程序報請衛生福利部核定後公告實施；修訂後急診方案如附件 4（頁次討 4-10～4-31），將依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施。

決議：

「急診候床及相關病床支付機制討論會議」

會議紀錄

時間：115 年 9 月 3 日（星期四）上午 9 時 00 分

地點：中央健康保險署 9 樓第一會議室

主席：陳署長亮妤

紀錄：楊閨璘

張副署長禹斌上午 9 時 00 分至上午 9 時 15 分（代理）

柒、主席致詞：略。

捌、討論事項：急診候床及相關病床支付機制討論

決議（摘錄）：

二、提升急診處置效率：

針對急診留置 36 小時內轉入加護病房之個案，除原依規定支付轉入當日之加護病房相關費用外，另新增支付急診診察費、護理費及留觀床費用，以適度反映急診階段之照護資源投入。

四、提升醫師訪視費：

急診品質提升方案 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」支付點數由 1,000 點調升至 3,000 點，且每次住院得申報 3 次，以適度反映醫師投入連續性照護之專業付出。

玖、臨時動議：無

壹拾、散會：上午 11 時 58 分

附表 115 年度其他預算核定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	核定事項
其他預算(全年計畫經費)			1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案，於115年度總額核定後1個月內完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於115年7月前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效納入116年度總額協考量。
1. 基層總額轉診型態調整費用	600.0	-200.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)加強各層級醫療院所之資訊整合及交流，並建立引導院所適當轉診及轉診病人追蹤機制，提升病人醫療連續性與照護效率。 (2)訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。 (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於115年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
2. 山地離島地區醫療給付效益提升計畫	1,695.2	338.6	1.執行目標： (1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度維持95%以上。 (2)全人整合照護方案35~64歲民眾結核病主動篩檢率 $\geq 55\%$ 。 (3)全人整合照護方案初級照護案件鄉內就醫比率 $\geq 80\%$ 。 預期效益之評估指標： (1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	核定事項
			2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護。 (2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (3)為鼓勵院所積極提升照顧品質，請適度調整「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案」預算額度，並檢討核發條件，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本項獎勵之目的。
9.提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效。
10.促進醫療服務診療項目支付衡平	5,311.0	1,155.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.本項經費用於通盤檢討、修訂支付標準及提升假日醫療服務可近性，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款及「0~6歲兒童醫療量能保障」項目之不足款。 2.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入所屬部門總額一般服務費用結算。 3.併同醫院及西醫基層總額同項專款，將具體實施方式及執行情形，於115年7月前提出專案報告。
總計	22,032.2	1,148.5	

附表 115 年度醫院醫療給付費用核定項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		3.655%	21,224.8	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長 率		0.320%		
人口結構改變率		1.866%		
醫療服務成本指數 改變率		1.458%		
協商因素成長率		1.446%	8,393.1	請於 115 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項目 則包含前 1 年成效評估檢討報 告；實施成效納入 116 年度總 額協商考量。
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1. 新醫療科 技(新藥、 新特材、 新增修診 療項目)	0.689%	4,000.0	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.在額度內妥為管理運用，並 於協商 116 年度總額前，提 出年度新醫療科技預算規劃 與預估內容，俾落實新醫療 科技之引進與管控。 2.積極引進新特材，避免新增 差額給付項目，並加強醫療 科技再評估(HTR)機制，檢討 已收載之品項，加快療效及 經濟效益評估。
	2. 藥品及特 材給付規 定改變	0.431%	2,500.0	請中央健康保險署在額度內妥 為管理運用，並於協商 116 年 度總額前，提出年度給付規定 改變之預算規劃與預估內容， 俾落實管控。
	3. 因應牙醫 支付標準 調整所增 加預算	0.0001%	0.5	用於因應牙醫門診總額 113 年 度調整支付標準，預估於醫院 總額增加之費用。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
				目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。
	5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.3	0.0	本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
	6.醫療給付改善方案	2,618.5	346.5	1.持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質、生物相似性藥品、化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫等方案。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。 (2)持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：地區醫院全人全社區照護計畫、家庭醫師整合性照護計畫等)，以提升照護成效。
	7.急診品質提升方案	300.0	0.0	請中央健康保險署精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。
	8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	0.0	-210.0	本項移併至專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」通盤研議。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 修訂對照表

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二節 住院及急診觀察床診察費

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
02030K 02031A 02032B	急診觀察床診察費(天) 註： 1.留置急診觀察床二日以上者，自第二天起始得申報本項； <u>符合前述條件之急診病人且於三十六小時內轉入加護病房者，住院當日得申報本項費用。</u> 2.本項兒童加成方式：病人年齡未滿二歲者，依表定點數加計百分之七十；年齡二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在七歲以上至未滿十九歲者，依表定點數加計百分之十。			V	V	<u>530</u> 468 <u>504</u> 442 <u>460</u> 398

第二部 西醫

第一章 基本診療

第三節 病房費

通則：

- 一、除另有規定外，病房費及護理費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費及護理費不予計算；住院日期僅一天者，以當日最後入住之病房種類計算一次病房費及護理費，住院日期二天以上者，其出院當日之病房費及護理費不予計算，另住院期間於非出院日轉床者，其轉床當日之病房費及護理費，以當日最後入住之病房種類計算。

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
03073A	急診觀察床(床/天)					
03074B	--病房費(第一天)		v	v	v	367
03075A	--護理費(第一天)			v	v	306
03076B			v			960
03018A	--病房費(第二天起)			v	v	864
03019B			v			167
03042A	--護理費(第二天起)			v	v	167
03043B			v			738
	註：					664
	1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。					
	2. <u>符合前述規範急診病人且三十六小時內轉入加護病房者，</u> <u>住院當日得申報本項病房費及護理費，餘留置超過一日(二</u> <u>十四小時)者，</u> 比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。					
	3.僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。					
	4.山地離島地區病人因故無法後送而須於衛生所(室)留觀者，依03019B及03074B「病床費」、03043B及03076B「護理費」申報。					

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
 105.03.01 第五版公告實施
 108.02.01 第六版公告實施
 111.04.01 第七版公告實施
 112.06.01 第八版公告實施
 112.12.01 第九版公告實施
 113.10.1 第九版公告自 114 年 1 月 1 日實施
 114.11.18 第十版公告自 115 年 1 月 1 日實施
115.O.O 第 O 版公告自 000 年 O 月 O 日實施

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。為確保急診重大疾病照護品質、落實以品質導向提升急診病人處置效率，全民健康保險自 101 年起以論質計酬方式，鼓勵醫院重視並提升急重症照護品質及效率。

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)、Nicholas(2020)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)、Adam(2011)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，急診壅塞不僅影響病人的安全，同時也會造成醫療品質的下降。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)為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方案，並與醫界協商，以論質計酬方式，期提升急重症照護品質及效能，適切滿足民眾就醫需求，保障全體國民生命安全與健康。

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。
- 3、提升急診病人處置效率。

參、預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費總額中之「急診品質提升方案」專款項目。

肆、參與資格：須為全民健康保險特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。

伍、計畫構面

1、急診重大疾病照護品質：

針對急性心肌梗塞、嚴重敗血症、到院前心跳停止，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵。適用之個案定義及其獎勵條件如下：

(一)急性心肌梗塞：

主診斷碼(ICD-10-CM，以下同)為：I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之病人，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 wire time < 90 min)。

(二)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。

主診斷或次診斷碼：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。

(三)到院前心跳停止(OHCA)：

- 1.於收治急診之醫院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000-I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。
- 2.經轉院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000-I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。
- 3.申報本項 OHCA 獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止 (OHCA) 病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心 (E.M.R. Exchange Center, EEC) 上傳資料。

2、轉診品質：

為強化急診室重症病人上轉及穩定病人下轉之機制，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，使各急救責任醫院能各司其職，於第一時間依其能力完成病人醫療處置。

(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級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、食道靜脈瘤出血、敗血症、重大外傷及體表面積>20%之重大燒傷(詳附表一)。

(二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域級以上醫院，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醫院或同層級或下一層級醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括胃腸道出血、大量腸胃道出血、腸阻塞、急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞、膽管炎、急性胰臟炎、肺炎、慢性氣道阻塞、其他蜂窩組織炎及膿瘍、充血性心臟衰竭、發燒、泌尿道感染、腎盂腎炎、慢性腎衰竭、肝硬化，未提及酒精性者、及肝性昏迷(詳附表二)。

(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直接轉至加護病房（不經轉入醫院之急診），可申報之獎勵如下：
 - (1) 轉出醫院：每個案獎勵 5,000 點。
 - (2) 轉入醫院：每個案獎勵 5,000 點。
2. 符合向下轉診之直接轉至住院病人，可申報之獎勵如下：
 - (1) 每個案獎勵 7,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。
 - (2) 自醫學中心或區域醫院下轉之病人，得另申報以下費用：
 - A. 轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心或區域醫院標準支付，其差額以「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）」、「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起）」、「地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵（第一天）」及「地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵（第二天起）」另行申報。
 - 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~~3,000 點，當次住院最多申報 3 次。
3. 所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉。

3、急診處置效率

本項係以各項指標結果進行獎勵，藉以提升急診處置效率，提升急診病人照護品質。

- (1) 完成急性呼吸衰竭於急診緊急插管(門診案件分類為 02，插管代碼為 47031C、47105C、47106C，其中醫令 47105C 及 47106C 依支付標準公告日起實施) 之病人進入加護病房<6 小時，或完成急診重大疾病照護之病人進入加護病房<6

小時：每人次給予 5,000 點獎勵。倘同時符合緊急插管及重大疾病之案件，以重大疾病計算。

(2)檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時：每人次給予 50 點獎勵。

(3)地區醫院急診病人增加：

1.計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算

2.計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次

3.地區醫院急診人次較上年增加

每增加 1 人次支給 500 點獎勵。針對新成立之地區醫院，急診增加人次採下列方式計算：

(1)有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。

(2)無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」，乘以「無基期月份數」。

4、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，每人次每月補助上限 3 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 111 年為例：【111 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【110 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. 「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「醫學中心或重度級急救責任醫院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，平均每位醫師每月急診申報件數。

(2) 目標值：大於去年同期值。

2. 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：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及申報規定如下(如附表四)：

(1) 急診重大疾病照護品質方面：採每月申報。

1. 第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照

護獎勵」申報，支付點數 6,000 點。

2. 第二項嚴重敗血症疾病完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數 2,000 點。

3. 第三項 OHCA 完成照護個案：

(1)於收治急診之醫院治療後出院：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 35,000 點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 10,000 點(兩者擇一申報)

(2)經轉院治療後出院：

A.轉出院所：以代碼P4616B「OHCA轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及VPN登錄內容進行勾稽後，依病人出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。

B.轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼P4617B「OHCA轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 15,000 點；存活出院者以代碼P4618B「OHCA轉入院所照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 5,000 點。P4617B及P4618B兩者不得同時申報，且住診申報格式d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。

(2)轉診品質獎勵方面：採每月申報

1.上轉個案：

(1)轉出醫院：符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點，由保險人每季勾稽轉入院所申報 P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」之案件，進行補付作業。

(2)接受轉診醫院：符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。由轉入醫院以代碼 P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

2.下轉個案：

(1)轉出醫院：符合本項轉診之病人，若能直接入住轉入醫院之病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 3,500 點，由保險人每季勾稽轉入院所申報 P4606B「急診病人直接入住轉入醫院病房獎勵（下轉）」之案件，進行補付作業。

(2)接受轉診醫院：

A. 符合轉診之病人，若能直接入住轉入醫院之病房（不經轉入醫院之急

診)，每個案獎勵 3,500 點。由轉入醫院以代碼P4606B「急診病人直接入住轉入醫院病房獎勵（下轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

B. 以代碼P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」~~1,000~~3,000點、P4609B-P4610B、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵」、P4628B-P4629B「地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵」。

3.平轉個案：

(1)轉出醫院：符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點，由保險人每季勾稽轉入院所申報 P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」之案件，進行補付作業。

(2)接受轉診醫院：符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。由轉入醫院以代碼P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

- 二、本方案之醫令類別，除上述有特別說明（P4616B）外，屬門診案件者為「2」、屬住診案件者為「K」。
- 三、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。
- 四、結算方式：本方案預算先扣除預估之急診處置效率獎勵費用及補助急診專科醫師人力額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下一季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。
- 五、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。
- 六、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方案之獎勵。
- 七、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，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。
- 八、獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

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），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，依全民健康險保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、向上轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
急性心肌梗塞	I21、I22
急性腦中風	I60-I66、G45、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829
主動脈剝離	I71.00-I71.03
食道靜脈瘤出血	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 I85.01、I85.11。
敗血症	1.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 2.A02.1、A20.7、A21.7、A22.7、A23.0、A23.8、A23.9、A24.1、A26.7、A28.2、A32.7、A39.2、A39.3、A39.4、A42.7、A48.3、A54.86、B00.7、B37.7 3.O75.3、O85、O86.0、O03.37、O03.87、O04.87、O07.37、O08.2、O08.82 4.P36、P37.5
重大外傷	1.T07.XXXA 2.S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第 7 位碼皆須為"A"） 3.S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（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"）
體表面積 >20% 之重大燒傷	T31.20-T31.99、T32.20~T32.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T26.00XA~T26.92XA

附表二、向下轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
胃腸道出血	K92.2
大量腸胃道出血	K25.0-K25.2、K31.82、K26.0-K26.2、K27.0-K27.2、K25.4-K25.6、K26.4-K26.6、K27.4-K27.6、K28.0-K28.2、K28.4-K28.6、K29.01、K29.21、K29.31、K29.41、K29.51、K29.61、K29.71、K29.81、K29.91、K31.811、K50.011、K50.111、K50.811、K50.911、K51.011、K51.211、K51.311、K51.411、K51.511、K51.811、K51.911、K55.21、K57.01、K57.11、K57.13、K57.21、K57.31、K57.33、K57.41、K57.51、K57.53、K57.81、K57.91、K57.93、K65.2
腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7、K31.5、K50.012、K50.112、K50.812、K50.912、K51.012、K51.212、K51.312、K51.412、K51.512、K51.812、K51.912、K56.0、K56.3、K56.5、E84.11
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	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	K74.3、K80.3、K83.0、K80.4
急性胰臟炎	K85
肺炎	A01.03、A02.22、A37.01、A37.11、A37.81、A37.91、A50.04、A54.84、B01.2、B05.2、B06.81、B25.0、B59、B77.81、J09.X1、J10.00-J10.08、J11.00-J11.08、J12.0-J16.8(排除 J12.82)、J18.0-J18.9、J68.0、J69.0-J69.8、J84.111-J84.117、J84.2、J84.89-J84.9、J85.1、J85.2、J95.851_
慢性氣道阻塞	J43、J44、J47
其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02-L03、L98.3、L05.01-L05.02、K61.0-K61.4、K61.5、N48.21-N48.22、N73.0-N73.2、N76.4、H00.031-H00.039、H60.00-H60.13、J34.0_
充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9、I09.81
發燒	R50.2-R50.9
泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、N36.8、N39、N13.9、R31、B37.41、B37.49、N30.00-N30.91、N34.1、N34.2、N41.3
腎盂腎炎	N12、A02.25、D86.84、N10-N12

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
慢性腎衰竭	N18.1-N18.6
肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69、K74.1-K74.5
肝性昏迷	K72.91、K70.41、K71.11、K72.01、K72.11、K76.82

附表三

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

1、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)

2、急診重大疾病照護品質必登欄位

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。

2. 嚴重敗血症(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) 09059B 或 09135B、開始執行時間

(3) 13016B、開始執行時間

(4) 13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間

3. OHCA(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

4. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄)：轉院前心跳數。

5. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

3、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

4、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)。

附表四 急診重大疾病照護及轉診獎勵給付項目及支付標準

一、急診重大疾病照護品質

編號	項目	點數
P4601B	急性心肌梗塞照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為：I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之急診病人。 2.支付條件及規範：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 wire time < 90 min)。	6,000
P4602B	嚴重敗血症照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為：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，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人。 2.獎勵條件及規範：進入急診後 3 小時內給予第一劑抗生素及 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。	2,000
P4614B	到院前心跳停止(OHCA)於收治急診之醫院治療後出院 —OHCA 照護獎勵_清醒出院	35,000
P4615B	—OHCA 照護獎勵_存活出院	10,000
P4616B	OHCA 經轉院治療後出院 —OHCA 轉出院所照護獎勵	同轉入院所
P4617B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院	15,000
P4618B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院	5,000
	註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99 之急診病人。	

編號	項目	點數
	2.支付條件及規範： (1)P4614B、P4615B(於收治急診之醫院治療後出院)：出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。 (2)P4616B~P4618B(經轉院治療後出院)：於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。 (3)P4616B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾後，依病人出院實際狀況，每季統一補付(點數同轉入院所)。 (4)申報本項獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止（OHCA）病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。	

二、急診轉診品質獎勵

編號	項目	點數
—	(一)向上轉診 1.轉出醫院 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（上轉）【本項由保險人勾稽計算】	5,000
P4619B	2.接受轉診醫院 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（上轉） 註： 1.中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，轉診至上一級急救責任醫院或區域級以上醫院接受專業處理。 2.適用向上轉診之疾病主診斷如附表一。	5,000
—	(二)向下轉診 1.轉出醫院 —急診病人直接入住轉入醫院病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（下轉）【本項由保險人勾稽計算】 2.接受轉診醫院	3,500

編號	項目	點數
P4606B	— 急診病人直接入住轉入醫院病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(下轉)	3,500
P4611B	— 急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：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，每次支付 1,000 <u>3,000</u> 點，當次住院最多申報 3 次。	1,000 <u>3,000</u>
P4626B	— 區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)	詳註 3
P4609B	— 區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第二天起)	詳註 3
P4627B	— 地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)	詳註 3
P4610B	— 地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第二天起)	詳註 3
P4610B	— 地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵(第一天)	詳註 3
P4628B	— 地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵(第二天起)	詳註 3
P4628B	註：	詳註 3
P4629B	1. 向下轉診係指重度級或中度級急救責任醫院或區域級以上醫院，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至下一級急救責任醫院或下一層級之醫院之適當醫療機構。 2. 適用向下轉診之疾病主診斷如附表二。 3. P4609B、P4610B、P4626B 及 P4627B、P4628B 及 P4629B 為轉診病人當次住院之基本診療費用，該院層級與醫學中心或區域醫院層級支付標準點數之差額。	詳註 3
—	(三) 平行轉診 1. 轉出醫院 — 重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(平轉)【本項由保險人勾稽計算】	5,000
P4620B	2. 接受轉診醫院 — 重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(平轉) 註： 1. 適用平行轉診之疾病主診斷如附表一、附表二。	5,000

附表二、向下轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
胃腸道出血	K92.2
大量腸胃道出血	K25.0-K25.2、K31.82、K26.0-K26.2、K27.0-K27.2、K25.4-K25.6、K26.4-K26.6、K27.4-K27.6、K28.0-K28.2、K28.4-K28.6、K29.01、K29.21、K29.31、K29.41、K29.51、K29.61、K29.71、K29.81、K29.91、K31.811、K50.011、K50.111、K50.811、K50.911、K51.011、K51.211、K51.311、K51.411、K51.511、K51.811、K51.911、K55.21、K57.01、K57.11、K57.13、K57.21、K57.31、K57.33、K57.41、K57.51、K57.53、K57.81、K57.91、K57.93、K65.2
腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7、K31.5、K50.012、K50.112、K50.812、K50.912、K51.012、K51.212、K51.312、K51.412、K51.512、K51.812、K51.912、K56.0、K56.3、K56.5、E84.11
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	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	K74.3、K80.3、K83.0、K80.4
急性胰臟炎	K85
肺炎	A01.03、A02.22、A37.01、A37.11、A37.81、A37.91、A50.04、A54.84、B01.2、B05.2、B06.81、B25.0、B59、B77.81、J09.X1、J10.00-

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
	J10.08、J11.00- J11.08、J12.0-J16.8(排除 J12.82)、 J18.0-J18.9、J68.0、J69.0-J69.8、J84.111-J84.117、 J84.2、J84.89-J84.9、J85.1、J85.2、J95.851_
慢性氣道阻塞	J43、J44、J47
其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02-L03、L98.3、L05.01-L05.02、K61.0- K61.4、K61.5、N48.21-N48.22、N73.0- N73.2、 N76.4、H00.031-H00.039、H60.00-H60.13、J34.0_
充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9、I09.81
發燒	R50.2-R50.9
泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、N36.8、 N39、N13.9、R31、B37.41、B37.49、N30.00- N30.91、N34.1、N34.2、N41.3
腎盂腎炎	N12、A02.25、D86.84、N10-N12
慢性腎衰竭	N18.1-N18.6
肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69、K74.1-K74.5
肝性昏迷	K72.91、K70.41、K71.11、K72.01、K72.11、 K76.82

附表三

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

1. 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)

2. 急診重大疾病照護品質必登欄位

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。

2.嚴重敗血症(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. 09059B 或 09135B、開始執行時間

3. 13016B、開始執行時間

4. 13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間

3. OHCA(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

4. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄)：轉院前心跳數。

5. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

3. 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

4. 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)。

附表四 急診重大疾病照護及轉診獎勵給付項目及支付標準

一、急診重大疾病照護品質

編號	項目	點數
P4601B	急性心肌梗塞照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為：I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之急診病人。 2.支付條件及規範：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 wire time < 90 min)。	6,000
P4602B	嚴重敗血症照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為：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，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人。 2.獎勵條件及規範：進入急診後 3 小時內給予第一劑抗生素及 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。	2,000
P4614B	到院前心跳停止(OHCA)於收治急診之醫院治療後出院 —OHCA 照護獎勵_清醒出院	35,000
P4615B	—OHCA 照護獎勵_存活出院 OHCA 經轉院治療後出院	10,000
P4616B	—OHCA 轉出院所照護獎勵	同轉入院所

編號	項目	點數
P4617B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院	15,000
P4618B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院	5,000
	註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99 之急診病人。 2.支付條件及規範： (1)P4614B、P4615B(於收治急診之醫院治療後出院)：出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。 (2)P4616B~P4618B(經轉院治療後出院)：於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。 (3)P4616B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾後，依病人出院實際狀況，每季統一補付(點數同轉入院所)。 (4)申報本項獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止（OHCA）病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。	

二、急診轉診品質獎勵

編號	項目	點數
—	(一)向上轉診 1.轉出醫院 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診) 獎勵(上轉)【本項由保險人勾稽計算】	5,000
P4619B	2.接受轉診醫院 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診) 獎勵(上轉) 註： 1.中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，轉診至上一級急救責任醫院或區域級以上醫院接受專業處理。 2.適用向上轉診之疾病主診斷如附表一。	5,000
—	(二)向下轉診 1.轉出醫院 —急診病人直接入住轉入醫院病房(不經轉入醫院之急診)獎勵 (下轉)【本項由保險人勾稽計算】	3,500
P4606B	2.接受轉診醫院 —急診病人直接入住轉入醫院病房(不經轉入醫院之急診)獎勵 (下轉)	3,500
P4611B	—急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：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，每次支付 1,000 3,000 點，當次住院最多申報 3 次。	1,000 3,000
P4626B	—區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)	詳註 3
P4609B	—區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第二天起)	詳註 3
P4627B	—地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)	詳註 3
P4610B		詳註 3

編號	項目	點數
P4628B P4629B	一地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起） 一地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵（第一天） 一地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵（第二天起） 註： 1.向下轉診係指重度級或中度級急救責任醫院或區域級以上醫院，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至下一級急救責任醫院或下一層級之醫院之適當醫療機構。 2.適用向下轉診之疾病主診斷如附表二。 3.P4609B、P4610B、P4626B 及 P4627B、P4628B 及 P4629B 為轉診病人當次住院之基本診療費用，該院層級與醫學中心或區域醫院層級支付標準點數之差額。	詳註 3 詳註 3
— P4620B	(三)平行轉診 1.轉出醫院 一重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉）【本項由保險人勾稽計算】 2.接受轉診醫院 一重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉） 註： 1.適用平行轉診之疾病主診斷如附表一、附表二。	5,000 5,000