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 05 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 19 項診療項目案。	優討 1-1 (P21)	35

肆、 報告事項

一、	歷次會議決議事項辦理情形。	報 1-1 (P87)	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 (P93)	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 (P125)	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 (P153)	10
五、	修訂中醫支付標準案。	報 5-1 (P173)	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 (P177)	20
七、	修訂醫院門診及住院診察費支付點數案。	報 7-1 (P201)	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 (P215)	10

九、 修訂轉診支付標準之同體系院所名單案。	報 9-1 (P263)	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 (P285)	20
二、 修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」案。	討 2-1 (P297)	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 (P325)	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 (P379)	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	吳廸(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	謝沁妤、蘇慧珂
台灣醫院協會	林佩萩、吳心華、顏正婷、王秀貞
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘、張智凱
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	王泰祥
中華民國血液病學會	黃泰中
國立臺灣大學醫學院附設醫院	謝明書、李承浩、劉瀚璉、黃柔瑄、顏涵屹
台灣乳房醫學會	王文科
台灣婦癌醫學會	陳子健
奇美醫療財團法人奇美醫院	李宛珊
台灣泌尿科醫學會	林雍偉
中華民國骨科醫學會	盧永昌
台灣胸腔外科醫學會	廖先啟
台灣介入性心臟血管學會	李任光
台灣整形外科醫學會	蔡嘉軒
台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會	林志峰
中華民國心臟學會	廖敏村
中華民國心律醫學會	廖敏村
社團法人台灣肝癌醫學會	齊振達
台灣立體定位功能性神經外科及放射手術學會	羅偉倫
臺灣兒科醫學會	彭純芝
臺灣兒童心臟學會	邱舜南
台灣婦產科醫學會	黃建霈
台灣神經外科醫學會	謝政達

台灣精神醫學會	邱智強、李添浚
台灣兒童青少年精神醫學會	賴柔吟、黃郁心
台灣消化系外科醫學會	沈延盛、王尚煜
中華民國大腸直腸外科醫學會	林金龍、邵彥誠
台灣大腸直腸醫學會	(請假)
台灣術後加速康復學會	郭書麟
台灣胸腔及心臟血管外科學會	(請假)
台灣胸腔暨重症加護醫學會	周昆達、陳威志、林定佑
臺灣新生兒科醫學會	徐任甫
財團法人臺灣早產兒基金會	許瓊心
臺灣兒童胸腔暨重症醫學會	曹珮真
中華民國呼吸治療師公會全國聯合會	李昆達
中華民國眼科醫學會	蔡俊斌
台灣復健醫學會	李紹誠
台灣護理學會	(請假)
財團法人醫藥品查驗中心	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
衛生福利部社會保險司	梁淑政、白其怡
衛生福利部全民健康保險會	邱臻麗、劉于鳳、吳佳恩
本署副署長室	顏家瑞
本署主任秘書室	劉林義
本署醫務管理組	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、楊閩璘、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、

	宋思嫻、翁子雯、紀雅萁、黃子柔
臺北業務組*	林怡君、張芸湘
北區業務組*	倪意梅、楊秀文、謝明珠、蔡宜珊、洪嘉霙、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、陳薏歆、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、陳萩錦
高屏業務組*	林純美、謝明雪、陳淑惠、邱姵穎、陳祈君、王永全、劉蘋瑢、楊可薇、梁家瑋、葉庭蓉
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」、「極重度子癇前症合併器官衰竭」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－嚴重脊椎側彎－後融合有固定物≦六節」等 19 項診療項目案。

說明：

一、 依據本署 115 年第 2 次本會議、本署 115 年 4、5、6、7、8 月份全民健康保險醫療服務暨特殊材料專家諮詢會議（下稱材項專諮會議）、115 年 6 月 29 日「115 年機械手臂輔助手術第 1 次討論會議」（下稱 RAS 專家會議）決議及台灣精神醫學會 115 年 7 月 31 日台精醫文字第 11500173 號函辦理（附件 1，頁次優討 1-7～1-28）。

二、 新增「脊椎融合術－嚴重脊椎側彎－後融合有固定物≦六節」等 8 項，**推估增加財務支出 121.63 百萬點**，重點說明如下（附件 2，頁次優討 1-29～1-33）：

(一) 新增「脊椎融合術－嚴重脊椎側彎－後融合有固定物≦六節」等 2 項，詳表一序號 1-2（附件 2，頁次優討 1-29）：

1. 依 115 年 7 月份材項專諮會議決議（附件 1，頁次優討 1-16～1-21），針對嚴重脊椎變形（以脊椎側彎節段角度≧40 度為主）之病人，視病況執行必要之脊椎減壓、截骨與三維立體矯正，並以椎弓根釘及相關固定系統穩定矯正位置，為高度技術難度與風險之術式，有助於降低嚴重側彎導致之嚴重肺病變及心肺功能衰竭，爰建議新增。

2. 財務評估：

(1) 基本手術（≦六節）：建議支付點數 52,089 點，統計 112 年至 114 年主診斷符合適應症之人數，以零成長率推估，推估 115 年合計執行 152 例，扣除替代後，增加財務支出約 4.57 百萬點。

(2) 追加手術（每增加≦六節）：建議支付點數 32,048 點，符合適應症約 51%需執行追加手術者，推估 115 年執行 78 例，增加財務支出約 0.61 百萬點。

(二)新增「肺炎病原體及抗藥性基因多標的核酸定性及半定量檢測」，詳表一序號 3（附件 2，頁次優討 1-29～1-30）：

1. 依 115 年 4 月份、115 年 5 月份、115 年 7 月份材項專諮會議決議（附件 1，頁次優討 1-9～1-13、優討 1-16～1-21），鑑於傳統細菌培養耗時長、PCR 標的單一且無法同時檢測多重病原體與抗藥性基因等臨床限制，本項檢驗可於 3 至 4 小時內快速檢出病原體及臨床重要抗藥性基因，及早提供嚴重肺炎病人轉換抗生素之依據，爰建議新增。
2. 財務評估：建議支付點數 11,034 點，統計 114 年主及次診斷符合適應症且現行於加護病房或急診申報相關診療項目之人次計 2,304 件，以年成長率 5.63%，推估 115 年執行約 2,434 次，增加財務支出約 20.04 百萬點。

(三)新增「空腸造瘻管置換」及「X 光導引空腸造瘻管置換」，等 2 項，詳表一序號 4-5（附件 2，頁次優討 1-30）：

1. 依 115 年 6 月份及 7 月份材項專諮會議決議（附件 1，頁次優討 1-14～1-21），現行執行「空腸造瘻管置換」及「X 光導引空腸造瘻管置換」均以未列項申報，惟多數學會及專家意見皆表示二項均屬臨床普遍應用處置，爰建議新增，以正確反應執行成本並可減少審查之行政負擔。
2. 財務評估：

(1) 空腸造瘻管置換：

建議支付點數 322 點，統計 112 年至 114 年主診斷符合適應症且申報 73022B「腸造口術（包括結腸、空腸、永久性小腸）」後，於後續一年內有申報 47017C「胃管插入」病人

中約 8 成屬空腸造口，推估 115 年約 1,125 件，扣除替代後，增加財務支出約 14.3 萬點（醫院 0.08 百萬點、西醫基層 0.06 百萬點）。

(2) X 光導引空腸造瘻管置換：

建議支付點數 4,128 點，統計 112 年至 114 年主診斷符合適應症且申報 73022B 後，於後續一年內有申報 33027B「經皮穿肝膽管引流修正術」病人中約 8 成屬空腸造口，推估 115 年約 10 件，扣除替代後，增加財務支出約 3 萬點。

(四) 新增「四維斷層嚴重複雜心臟血管造影」，詳表一序號 6（附件 2，頁次優討 1-30～1-31）：

1. 本項經提至 115 年第 2 次本會議討論（附件 1，頁次優討 1-7～1-8），因提案單位提出修正意見，會議決議俟取得共識後再提會討論。經 115 年 8 月份材項專諮會議決議，針對嚴重複雜性先天性心臟病，透過心電圖調控電腦斷層及影像後處理，提供術前完整解剖功能評估，避免構造誤判導致手術時間延長與併發症，爰建議新增且明定執行條件，修正原支付規範中「再次執行本項」之適用範圍及「再次申報」應檢附之文件內容。
2. 財務評估：建議支付點數 23,307 點，統計 114 年新發主診斷符合適應症且申報 18005C 或 18007C 之人數，以執行比率 50%、每人執行 2 次計算，推估 115 年執行 291 次，增加財務支出約 6.78 百萬點。

(五) 新增「癌症心理社會治療」及「癌症心理治療」等 2 項，詳表一序號 7-8（附件 2，頁次優討 1-31～1-32）：

1. 新增「癌症心理社會治療」：

(1) 本項係針對癌症病人之癌症病程、治療創傷、身體症狀、家庭系統、預後與重大決策等複雜情境，提供一般情緒支

援，有別於以精神疾病為核心之傳統心理治療，爰建議新增。

(2) 財務評估：建議支付點數 1,219 點，根據 110-112 年癌症登記年報年度新發人數成長率 6.5%，推估 115 年新發人數 16.7 萬人，以接受治療比率 5%、每人執行 8 次計算，推估 115 年執行約 6.7 萬次，增加財務支出約 81.26 百萬點。

2. **新增「癌症心理治療」：**

(1) 針對具認知功能障礙、或認知與情緒難以區分之癌症病人，進行鑑別診斷並提出照護建議，有別於以精神疾病為核心之傳統心理治療，爰建議新增。

(2) 財務評估：建議支付點數 1,637 點，統計 110-112 年癌症登記年報年度新發人數成長率 6.5%，推估 115 年新發癌別人數為 16.7 萬人，以接受治療比率 2%、每人平均執行 1.5 次計算，推估 115 年執行約 5,000 次，增加財務支出約 8.19 百萬點。

三、 修訂 56039B「神經外科術中神經功能監測(IONM)」，詳表二序號 1（附件 2，頁次優討 1-34），**推估增加財務支出 0.78 百萬點**，重點說明如下：

(一) 依 115 年 7 月份材項專諮會議決議（附件 1，頁次優討 1-16～1-21），考量施行前述新增之「脊椎融合術－嚴重脊椎側彎－後融合有固定物≦六節」等手術，如符合本項 Scoliosis surgery 支付規範，得另申報，爰建議修訂。

(二) 財務評估：統計 112 年至 114 年符合執行「脊椎融合術－嚴重脊椎側彎－後融合有固定物≦六節手術」，推估 115 年約 152 例，扣除現已執行 83046B 者，推估 115 年增加 51 例，增加財務支出約 0.78 百萬點。

四、 修訂 73045B「經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術」等 10 項支付規範文字，不增加支出，重點說明如下（附件 2，頁次優討 1-35～1-36）：

(一)修訂 73045B「經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術」等 6 項，詳表三序號 1（附件 2，頁次優討 1-35）：

1. 依據 115 年 6 月 29 日 RAS 專家會議決議，考量消化外科醫師訓練已涵蓋大腸直腸手術，爰建議將現行大腸直腸外科認證範圍之 73045B「經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術」等 6 項醫令，增列於消化外科認證範圍。
2. 本案僅調整機械手臂輔助手術認證科別範圍，爰不增加財務支出。

(二)修訂 37047B「身體立體定位放射治療」，詳表三序號 7（附件 2，頁次優討 1-35～1-36）：新增支付規範括號，不增加財務支出。

(三)修訂 64214B「踝前距腓韌帶重建術」，詳表三序號 8（附件 2，頁次優討 1-36）：更正中文名稱，不增加財務支出。

(四)修訂 64289B「早發性脊柱側彎非融合性矯正手術」，詳表三序號 9（附件 2，頁次優討 1-36）：為明確執行資格之申請及確認程序，爰修訂支付規範，不增加財務支出。

(五)修訂 65082B「經鼻內視鏡顱底腦脊髓液漏修補術」，詳表三序號 10（附件 2，頁次優討 1-36）：刪除支付規範重複之診斷碼，不增加財務支出。

五、 預算來源（附件 3，頁次優討 1-49～1-50）：新增修訂「脊椎融合術－嚴重脊椎側彎－後融合有固定物≦六節」等 19 項，推估增加財務支出 **122.4** 百萬點（醫院 **122.34** 百萬點，西醫基層 0.06 百萬點），由 115 年醫院及西醫基層總額之「新醫療科技」項下新增修診療項目預算 8 億及 0.5 億元支應。

擬辦：本案經討論後如獲同意，增修支付標準表（附件 4，頁次優討 1-51～1-63），並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

附件 1

「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)

出席單位：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：略。

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：略。

伍、討論事項：略。

陸、散會：下午 5 時 40 分

115 年 4 月份「全民健康保險醫療服務暨特殊材料專家諮詢會議」會議紀錄

時間：115 年 4 月 23 日上午 9 點 30 分

地點：本署 18 樓大禮堂

主持人：林啟禎教授　　紀錄：潘品樺

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、報告事項：略。

參、討論事項：

十一、案由：新增「肺炎病原體多標的病毒與細菌核酸併抗藥性基因檢測」案。

(一)提案單位：社團法人台灣急診醫學會。

(二)傳統 PCR 及細菌培養具標的單一、無法檢測抗藥性基因、耗時等臨床限制。本項檢測能於 3 至 4 小時內快速診斷臨床重要抗藥性基因，確保嚴重性肺炎病人及時接受適切治療，進而改善預後並降低無效檢驗與治療之成本，爰建議新增。

討論重點：

(一)中華民國重症醫學會與會代表表示：

1. 同意新增。考量臨床實務中，部分感染源難以經由傳統培養檢出，且本檢測具備一次偵測肺炎 33 種病原體與抗藥性基因之優勢，可大幅提升肺炎治療效率。目前國外臨床實證亦已臻完備。
2. 建議修訂本項支付標準之用詞，將「嚴重性肺炎」定義與國際接軌，明確訂定為併發敗血性休克或呼吸衰竭之個案。
3. 本檢測雖未包含黴菌標的，但已涵蓋多數臨床常見之病原體。
4. 建議支氣管肺泡液（BAL/mini-BAL）、氣管內管抽吸痰液（ETA）皆應納入。

(二)台灣兒童胸腔暨重症醫學會與會代表表示：

1. 同意新增。考量臨床抗藥性菌株盛行，需快速掌握其感染狀態。本項檢測於嚴重病人治療初期可即時判斷、明確抗生素之進階或降階使用。
2. 針對長期依賴侵入性呼吸器之病童，建議增列於支付標準規範內。

(三)臺灣內科醫學會與會代表表示：

1. 同意新增本項檢測，因該檢測結果將直接影響臨床用藥決策。
2. 建議回歸嚴重度認定，不應過於複雜地羅列適用範圍。

(四)社團法人台灣醫事檢驗學會：實驗室端應可配合於 8 小時內完成檢測之時限需求；惟建議應仔細限制開立之科別，並強調檢體來源之正確性對於檢測品質至關重要。

(五)與會專家表示：

1. 考量本項檢測於臨床實務確已有執行，同意納入給付。惟應限制於嚴重感染症個案，且急診端不宜列為優先使用對象，建議由後線重症醫師評估使用。
2. 檢測敏感度與檢體品質高度相關，應特殊注意。
3. 本項檢測應確認其是否符合實驗室開發檢測（LDTs）規範；如符合，其支付價格建議參考各地方衛生局核定之收費標準。
4. 為避免非急重症病人浮濫申報（如：呼吸照護病房 RCW），建議本項檢測之執行限於加護病房（ICU），但不限科別（如：內科、外科、小兒科等均可適用）。惟考量加護病房壅塞導致病人無法即時收治之現況，建議急診亦可申報使用。

結論：暫保留，待提案單位參考與會代表及專家意見針對適用範圍凝聚共識並且評估財務衝擊後，再提會討論。

肆、臨時動議：無。

伍、散會：下午 12 時 50 分。

115 年 5 月份「全民健康保險醫療服務暨特殊材料專家諮詢會議」會議紀錄

時間：115 年 5 月 28 日上午 9 時 30 分

地點：臺北市大安區信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：陳石池教授　　紀錄：蔡政伶

出席專家：略。

請假專家：略。

請假學會： 略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

壹、討論事項：

一、案由：建議新增「肺炎病原體多標的病毒與細菌核酸併抗藥性基因檢測」診療項目案。

(一)提案單位：社團法人台灣急診醫學會。

(二)本案經提至 115 年 4 月 23 日本會議討論，決議暫保留，原則上同意新增，就支付規範凝聚共識並評估財務衝擊後再提會討論。

討論重點：

(一)提案單位社團法人台灣急診醫學會表示：建議適用範圍增擴至非侵襲性呼吸器之病人，提早檢測可避免病人惡化，減輕後續醫療負擔。

(二)中華民國重症醫學會與會代表表示：針對支付規範限制「接受標準治療 48 至 72 小時無反應或持續惡化」，考量重症病人病況變化快，為利早期診斷及治療，建議刪除。

(三)台灣兒童胸腔暨重症醫學會與會代表表示:同意急診醫學會意見，以利兒童重症病人需即早診治，支持非侵襲性呼吸器使用者納入給付，俾利及早確診、精準用藥。

(四)台灣臨床病理暨檢驗醫學會與會代表表示：針對「開立檢驗至完成報告須於 8 小時內完成」之規定，多數分子檢驗室未設置夜間及假日班，實務上將改由急診檢驗室執行。若強制 8 小時內完成恐增加人力負荷、造成檢驗品質下降，建議放寬時效，保留彈性。

(五)台灣醫事檢驗學會與會代表表示：學會對「8 小時內完成」無異議。部分醫院雖無急診檢驗室，參酌 COVID-19 經驗，8 小時完成檢驗仍具可行性。

(六)臺灣兒科醫學會與會代表表示:對未插管病人是否適用持保留態度，因上呼吸道常有抗藥性細菌，未插管者若僅採集咽喉檢體而非肺部深部檢體，將影響臨床診斷準確性。

(七)台灣內科醫學會與會代表表示：

1. 同意兒科醫學會意見,若開放未插管者或刪除檢測完成時限，本項檢查恐淪為常規第一線檢查，對健保財務衝擊過大。
2. 建議修正為「接受 24 小時治療仍無效」再行檢測。
3. 健保署應建立回饋機制，於支付標準生效兩年內評估該檢測是否有助於精準用藥並減少抗生素浪費。

(八)台灣胸腔暨重症加護醫學會與會代表表示：檢體應限制以 BAL 或 mini-BAL 執行，以避免浮濫使用，另國際指引已將高流量鼻導管納入 ARDS 照護之中，不宜限於插管病人。建議納入高流量鼻導管等非侵襲性呼吸器病人，並建議縮短時間限制，以利及早停用不必要之抗生素。

(九)與會專家表示：

1. 此技術門檻高，不宜於初期全面開放。若納入住院病人即可施行本項檢測，即意指全面開放，故建議調整為「接受治療24小時仍無效」較為合理。
2. 若取消8小時內完成之限制，將失去快速調整用藥意義，建議保留。
3. 未插管病人檢體正確性仍會影響診斷判讀，建議初期維持插管病人使用。
4. 建議各學會先收集國內醫院現行執行之真實數據，初期應從嚴規範，待驗證成效後再評估放寬。
5. 本案費用高昂，為預防引發防禦性濫用檢驗，應依病理學會建議，檢測報告內容須包含「常見肺炎致病菌、非典型肺炎致病菌、病毒病原體、抗藥性基因」。
6. 成本分析表之試劑耗材因院所採購條件是否包含儀器設備而有所不同，請業務單位再行釐清。

結論：暫保留。鑑於各專科醫學會對於支付規範尚未達成共識，請提案單位邀集相關學會，依與會代表及專家意見修正提案後，提會討論。

貳、臨時動議：無。

參、散會：下午12 時00分。

115 年 6 月份「全民健康保險醫療服務暨特殊材料專家諮詢會議」會議紀錄

時間：115 年 6 月 11 日上午 9 時 30 分

地點：臺北市大安區信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：林啟禎教授　　紀錄：胡晉賓

出席專家：略。

請假專家：略。

請假學會：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

一、案由：新增「空腸造瘻管插入」、「空腸造瘻管修正術」診療項目案。

(一)提案單位：義大醫療財團法人義大醫院、台南市立醫院。

(二)本案緣於本署統計院所常申報之支付標準「未列項目」，為研議將其常規列入支付標準，請申報量大之醫院協助提供新增診療項目申請書。「空腸造瘻管插入」係將灌食管路經腸造瘻進行更換，惟現行無相對應申報代碼，僅以未列項比照 47017C「胃管插入」申報，爰建議新增。

討論重點：

(一)提案單位台南市立醫院以書面意見表示：本項置換術需透過顯影技術執行。

(二)台灣消化系外科醫學會與會代表表示：困難執行之空腸造瘻管插入之複雜度與耗時均高於胃管插入，實務上係由放射科醫師執行。

(三)台灣外科醫學會與會代表表示：此類管路置換臨床上一般仍由放射科執行，惟是否每例皆須 X 光導引（Fluoroscopy-guided），仍有疑慮。若健保規範強制要求先試行失敗方得申報，衍生臨床上試行失敗舉證有困難，亦可能引發後續審查之爭議。

(四)中華民國放射線醫學會與會代表表示：通常係第一線內外科醫師置放困難或評估有風險時，始轉介由放射科執行。本案第二項調校後之健保點數與現行自費價格相當，應屬合理。

(五)與會專家表示：

1. 空腸造瘻管置換若無阻力屬相對簡單處置項目，其支付點數不宜超過胃管插入支付點數之 2 倍，目前估計成本係併計醫護人員分別執行之工時，惟醫療服務定價應回歸成本分析，建議依臨床醫護實際執行比率、工時與特定風險進行校正。
2. 因應高齡化，未來本項處置執行量將增加，但實務上居家醫療護理師因顧慮潛在醫療處置風險，傾向排斥或拒絕執行更換，而將個案轉送至地區醫院執行。
3. 困難案件比率尚未明確，且手術前判斷困難、失敗之舉證具執行難度，故不須特意規範或採取事前審查。臨床宜信任第一線醫師之專業自主判斷，如遇解剖構造異常、操作有阻力或其它可能導致失敗之情形，建議於申報時檢附 X 光導引影像備查。

結論：原則建議新增，惟請依委員意見，評估用人成本、調整成本分析表及修訂支付規範後，再提本會議報告。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 10 分。

115 年 7 月份「全民健康保險醫療服務暨特殊材料專家諮詢會議」會議紀錄

時間：115 年 7 月 30 日上午 9 時 30 分

地點：臺北市大安區信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：陳文鍾總院長　　紀錄：蔡政伶

出席專家：略。

請假專家：略。

請假學會：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：

肆、討論事項：

二、案由：新增「脊椎融合術-脊椎側彎-後融合有固定物≦六節」診療項目等 2 案。

(一)提案單位：中華民國骨科醫學會。

(二)針對嚴重脊椎變形之病人，以脊椎側彎節段角度≧40 度為主，臨床治療視病況執行必要之脊椎減壓、截骨與三維立體矯正，並以椎弓根釘及相關固定系統將脊椎穩定於適當矯正位置，本項技術難度與風險較高之術式，可顯著改善 Cobb 角度及脊椎平衡，提高矯正效果，有助於降低嚴重側彎所致嚴重肺病變及心肺功能衰竭，爰建議新增。

討論重點：

(一)提案單位中華民國骨科醫學會表示：

1. 本項屬重大困難手術，病人多為 15 歲至 18 歲青少年，手術時間長且技術門檻高，常需由 1 位資深醫師偕同 2 位醫師共同執行。現行制度未能充分反映手術複雜度，影響相關專業人才培育。

2. 成本分析中所列之設備為估算成本依據，非所有執行醫院均須具備。

3. 個案集中於前開年齡層，惟不宜訂定年齡限制，仍需依個別病人臨床狀況及醫療必要性判斷。

(二) 台灣神經外科醫學會與會代表表示：

1. 建議將脊椎變形，包含前後彎皆納入，不限於僅脊椎側彎。

2. 部分高價或專業設備宜依臨床需要使用，不宜列為全面強制使用之必要設備，避免影響中、小型醫院執行可近性，或受限於特定廠商。

(三) 與會專家表示：

1. 脊椎側彎屬三維脊椎變形，若納入其他類型脊椎變形恐與原提案目的及適用範圍不符，本案仍以嚴重側彎為主要適用對象。若神經外科有其他臨床需求，建議另案提出。

2. 有關大於六節診療項目是否涉及成本重複，本署說明已排除重複項目成本，且後續將依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)第二部第二章第七節通則六，施行多項同類手術第二項手術按其所定點數之一半計算支付點數。

3. 術中神經監測（IONM）與本項申報之區隔，本署說明現行支付標準已訂有相關項目，符合 IONM 支付規範者得另申報 IONM。

4. 申報時應檢附之手術紀錄，建議刪除支付規範中有關使用特定器械之規定。

結論：建議新增診療項目如下；併同修訂 56039B「神經外科術中神經功能監測(IONM)」支付規範，施行本項，如符合 56039B 支付規範，得另申報。

(一) 新增二項診療項目：

1. 中英文名稱：

(1) 脊椎融合術-嚴重脊椎側彎-後融合有固定物≦六節 Spinal fusion for severe scoliosis - posterior spinal fusion with spinal instrumentation ≦6 motion segments）

(2) 脊椎融合術-嚴重脊椎側彎-後融合有固定物每增加≦六節 Spinal fusion for severe scoliosis - additional posterior spinal fusion with instrumentation (per extra ≤6 motion segments)

2. 支付點數：

(1) ≦六節：51,937 點。

(2) 每增加≦六節：31,851 點。

3. 適用類別：區域醫院以上/住診使用。

4. 適用範圍：側彎角（Cobb）≧40 度之嚴重脊椎側彎，且符合下列任一條件：

(1) 經保守治療，側彎角（Cobb）曲度仍≧40 度。

(2) 側彎角（Cobb）曲度惡化每年超過 5 度。

(3) 具合併功能性限制，如：肺功能受限、神經功能異常。

5. 支付規範：

(1) 醫師資格：限骨科專科或神經外科專科醫師，且具至少三年以上脊椎手術經驗及至少二十例以上脊椎融合手術經驗。

(2) 每人限執行 1 次，惟因下列醫療必要原因需執行第二次矯正固定手術者，應事前審查，事前審查應檢附影像及手術紀錄佐證。

A. 植入物失敗或位移需移除重建。

B. 深部手術部位感染需清創並重新固定。

C. 假關節形成（pseudarthrosis）致矯正流失。

D. 近端或遠端交界性後凸/附加現象致曲度顯著惡化。

(3) 申報時應檢附之紀錄或報告：

A. 經保守治療無效或惡化的證據。

B. 手術紀錄：

(a). 完整手術紀錄，須包含：實際手術時間、融合固定節段範圍並標明起迄節位。

(b). 術中照片或影像紀錄。

(c). 使用特殊材料明細（椎弓根釘數量、連接桿規格）。

(4) 不得併同申報項目：83046B、83097B。

(二)56039B「神經外科術中神經功能監測(IONM)」Intra-operative neuromonitoring(IONM)併同修訂適用條件之 Scoliosis surgery 增列前述新增之 2 項診療項目。

三、案由：建議新增「肺炎病原體多標的病毒與細菌核酸併抗藥性基因檢測」診療項目案。

(一)提案單位：社團法人台灣急診醫學會。

(二)本案經提至 115 年 4 月 23 日、115 年 5 月 28 日本會議討論，決議暫保留，原則上同意新增，請與會學會就支付規範凝聚共識並評估財務衝擊後，再提會討論。

討論重點：

(一)提案單位社團法人台灣急診醫學會表示:經九大相關醫學會討論及共識，同意本次提案資料所列支付規範。

(二)中華民國重症醫學會、台灣兒童胸腔暨重症醫學會、台灣臨床病理暨檢驗醫學會、社團法人台灣醫事檢驗學會、臺灣兒科醫學會、台灣內科醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會與會代表表示：同意會前共識意見。

(三)與會專家表示：

1. 多數專家認為開立檢驗至完成報告之時效攸關臨床用藥調整及重症決策，宜於 8 小時內完成，考量各醫院檢驗作業與人力配置不同，實際執行建議由醫院與檢驗單位建立適當之作業及溝通機制。

2. 同意將接受標準治療無反應或持續惡化之時間條件調整為24小時。

3.適用範圍以需使用侵襲性呼吸器之病人為限。

結論：建議新增診療項目如下：

(一)中英文名稱:肺炎病原體及抗藥性基因多標的核酸定性及半定量檢測 Pneumonia multiplex qualitative and semi-quantitative PCR with anti-microbial resistance genes detection

(二)支付點數：11,034 點。

(三)適用類別：地區醫院以上/急診、加護病房使用。

(四)適用範圍：限合併敗血性休克或呼吸衰竭之嚴重肺炎，且需侵襲性呼吸器支持之病人，須符合下列任一條件：

1.接受標準治療 24 小時後無反應或持續惡化，且病原培養結果尚未確認或病原培養結果為陰性者。

2.具多重抗藥性風險因子者，如長期居住長照機構、反覆住院、已知為抗藥菌帶原、長期使用侵入性呼吸器、免疫不全等。

(五)支付規範：

1.檢體條件：限使用支氣管肺泡沖洗液（BAL 或 mini-BAL）或氣管內管抽吸痰液（ETA）進行檢測。

2.每次入院限申報 1 次，限急診、加護病房使用。

3.限急診醫學科、胸腔暨重症醫學專科、重症專科、感染科、兒科專科醫師開立。

4.費用申報時應檢附檢測報告，內容包含「常見肺炎致病菌、非典型肺炎致病菌、病毒病原體、抗藥性基因」。

5.開立檢驗至完成報告須於 8 小時內完成。

五、案由：新增「空腸造瘻管插入」、「空腸造瘻管修正術」診療項目案。

(一)提案單位：義大醫療財團法人義大醫院、台南市立醫院。

(二)本案經提至 115 年 6 月 11 日本會議討論，決議暫保留，原則上同意新增，建議評估用人成本、調整成本分析表及修訂支付規範後，再提會討論。

討論重點：

(一)放射線醫學會與會代表表示：考量影像設備、器械耗損與操作時效，提案所列成本分析略保守，針對本案仍樂觀其成。

(二)與會專家表示：

1. 一般常規空腸造瘻管置換多於病房或由外科處理，於置換困難、解剖結構異常或出血風險較高時，始轉介至放射診斷科協助，爰預期整體轉介比例不高。
2. 如病人長期留置造瘻管且每次換管皆遇困難，是否每次均需使用影像導引，建議應訂定明確適用條件。
3. 新增本項後，建議持續監測各醫療院所申報情形，如發現申報量異常增加，應檢討其醫療必要性及支付規範。

結論：建議新增診療項目如下：

(一) 空腸造瘻管置換 Replacement of feeding jejunostomy tube

1. 支付點數：322 點。
2. 適用類別：基層院所以上/門住診皆可使用。

(二)X 光導引空腸造瘻管置換 Fluoroscopy-guided replacement of feeding jejunostomy tube

1. 支付點數：4,128 點。
2. 適用類別：地區醫院以上/門住診皆可使用。
3. 適用範圍：有空腸造口之病人合併造瘻管之修正，如因解剖構造異常、管路置換時遇阻力，或其他可能導致失敗之情形而須使用影像輔助。
4. 支付規範：
   (1) 限放射診斷專科醫師執行。
   (2) 申報費用時應檢附 X 光導引影像報告，並於病歷載明須使用影像輔助進行管路置換之原因。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 1 時 15 分。

115 年 8 月份「全民健康保險醫療服務暨特殊材料專家諮詢會議」會議紀錄

時間：115 年 8 月 27 日上午 9 時 30 分

地點：臺北市大安區信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：陳院長文鍾　　紀錄：鄧琦樺

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

一、案由：新增「四維斷層嚴重複雜心臟血管造影」診療項目案。

(一)提案單位：國立臺灣大學醫學院附設醫院。

(二)本案經提 115 年 6 月 25 日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，因提案單位會中提出支付規範修正意見，決議待提案單位取得共識後再提會討論。會後提案單位表示，擬訂之支付規範對於再次執行本項申報規範尚不明確，爰建議明確區分首次及再次申報之適用條件及應檢附資料。

討論重點：

(一)提案單位國立臺灣大學醫學院附設醫院表示：本次刪除「部分肺靜脈回流異常」等文字，並增列再次申報相關規範，再次申報者，應於前次執行本項檢查後曾接受 68026B、68028B、68039B、68056B 或 69025B 任一手術，並於申報時檢附該次手術紀錄。

(二)中華民國心臟學會、臺灣兒童心臟學會、臺灣兒科醫學會、中華民國放射線醫學會與會代表表示：同意增列，無其他異議。

(三)與會專家表示：本案前已經充分討論，本次修正內容已明確界定適用範圍及佐證文件，無其他異議。

結論：建議新增診療項目如下，

(一)中英文名稱：四維斷層嚴重複雜心臟血管造影 4-dimensional computed complex cardiovascular angiography

(二)適用範圍：

1. 新發複雜性先天性心臟病(ICD-10-CM：Q20.0、Q20.1、Q20.4、Q20.6、Q21.3、Q22.0、Q22.4、Q23.4、Q25.2、Q26.2)

2.前述病人之術後追蹤(執行 68026B、68028B、68039B、68056B、69025B)，需符合下列情境：

(1)RV-PA conduit/patch 或分支肺動脈重建：疑似狹窄、再狹窄、跨支架解剖評估。

(2)主動脈弓/縮窄術後：再狹窄或側枝循環評估。

(3)全肺靜脈回流異常術後：評估是否有殘存肺靜脈狹窄或路徑扭曲。

(4)單心室分期手術(Norwood/Glenn/Fontan)：評估肺動脈解剖、體肺分流路徑與異常側枝多寡。

3. 符合診斷及適應症者得於首次檢查時申報。後續再次申報者，病人應於前次本項檢查後曾接受 68026B、68028B、68039B、68056B 或 69025B 任一手術，且本次檢查係為該次手術後之相關解剖及併發症評估。前次檢查後無上述手術紀錄者，不得重複申報本項。

(三)支付點數：23,307 點。

(四)醫院條件：

1. 需具備專任心臟外科醫師、專任兒童心臟內科醫師、專任放射診斷科醫師。

2.過去三年內單年超過 20 例或平均每年執行 15 例以上先天性心臟病手術（68020B、68021B、68026B、68027B、68028B、68032B、68039B、68056B、69025B、69027B）之醫院。

(五)執行人員資格:經中華民國放射線醫學會訓練之放射診斷科醫師執行。

(六)申報時檢附放射診斷科醫師出具之報告及重組後影像後處理立體渲染之影像。第二次申報時檢附前次檢查之手術紀錄，須包含手術日期及手術代碼。

(七)須事前審查。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 12 時 00 分。

「腫瘤心理健康支持方案討論會議」會議紀錄

時間：115 年 6 月 25 日上午 10 時

地點：衛生福利部中央健康保險署 9 樓第一會議室（臺北市大安區信義路三段 140 號）

主持人：陳亮妤署長　　紀錄：陳翊婷

出席單位及人員（職稱敬略）：略。

列席單位及人員（職稱敬略）：略。

壹、主席致詞：略。

貳、報告事項：略。

參、討論重點及會議結論：

一、 討論重點：

(一) 健保資源挹注與分工原則：針對 90 餘萬名癌症心理需求個案，「醫院端診療給付」由中央健康保險署主責，並研議納入全民健康保險給付；社區端心理諮詢及家屬支援服務則由衛生福利部心理健康司（下稱心健司）主政，以明確劃分經費來源與服務權責。

(二) 健保給付對象與服務架構：為確保癌症照護品質與診療服務之連續性，維持「醫院診斷為健保申報起點」。現階段暫不開放社區端直接申報健保，服務模式採「醫院轉介至社區」，並將持續精進資料回饋及成效追蹤機制以利照護成果追蹤。

(三) 健保給付與資源配置：為避免資源分散，採「新增癌症諮商相關健保支付標準代碼」辦理，而非調整既有健保醫療服務給付項目，並研議納入品質獎勵機制。

二、 決議：

(一) 辦理試辦計畫：由心健司選定辦理國健署「115年全方位癌症防治策進計劃醫療機構」辦理腫瘤心理支持方案，並於明年視成效評估結果研議擴大實施。

(二) 新增健保醫療服務給付項目：

1. 癌症一般情緒支援：由精神科醫師、臨床心理師或諮商心理師申報。

2. 癌症認知功能障礙：限臨床心理師或精神科醫師申報，申報時應檢附情緒功能量化評估資料。
3. 品質獎勵：由相關專業學會共同研訂品質指標，給予達標單位額外獎勵。

(三) 待辦事項：會後請台灣精神醫學會凝聚相關專業學會共識，依本次會議結論就新增診療項目及品質獎勵機制研提具體建議後送本署研議，並預計提至9月全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。另兒癌部分再召開會議討論。

肆、臨時動議：無。

伍、散會：下午 12 時 10 分。

115 年機械手臂輔助手術第 1 次討論會議會議紀錄

時間：115 年 6 月 29 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 9 樓第一會議室

主持人：陳署長亮妤、王照元院長　　紀錄：紀雅萁

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認前次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

一、 新增機械手臂輔助手術(RAS)比照胸(腹)腔鏡申報健保項目案

討論重點：

(一) 彙整本署近期收載台灣機器人手術學會等 5 學會建議新增 44 項 RAS 術式得比照胸(腹)腔鏡申報健保項目，考量涉及臨床專業，經徵詢本機械手臂專家小組專家及部定專科學會審核相關申請資料，就所屬專科之手術難易度、急迫性、必要性之平均值排序，供會上討論。

(二) 與會專家表示，建議回歸機械手臂輔助手術納入健保之初衷及目的，以執行醫師具 RAS 操作能力認證為原則，現行係按器官系統別認證，並訂有相應之醫令，醫師得執行術式則回歸各專科專業認定。

(三) 內分泌外科醫學會表示，現行機械手臂輔助手術資格認證採器官系統分類，部分涉及內分泌器官之專科(如：耳鼻喉頭頸外科)無適用認證類別，建議增列「內分泌器官」系統別，並訂定其認證學會及適用之醫令。

(四) 小兒外科醫學會表示，考量「小兒外科」屬跨器官之綜合性專科，其手術方式、適應症及技術需求與成人有所

不同，惟現行認證係依器官系統別分類，無小兒外科歸屬類別，建議研議適宜之資格認證方式。

(五)與會專家表示，75020B「肝臟移植手術」無法以腹腔鏡術式執行，建議依臨床需求及實證資料，評估增列為機械手臂輔助手術支付項目。

決議：

(一)同意現行認證科別「大腸直腸外科」74221B「胸腔鏡低前位直腸切除術」等 6 項醫令，增列於「消化外科」認證範圍。續依程序提至本保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。

(二)同意通過現行已有相對應胸(腹)腔鏡手術健保支付項目之 26 項術式，納入機械手臂輔助手術比照胸(腹)腔鏡手術申報費用。

(三)建議將機械手臂輔助手術之 75020B「肝臟移植」納入健保給付，考量目前無相對應之胸(腹)腔鏡支付項目，其支付點數由署方統整相關資料，續提會討論。

(四)考量「小兒外科」屬跨器官之綜合性專科，建議台灣小兒外科醫學會與台灣機器人手術醫學會合作辦理後續資格認證作業。

(五)內分泌器相關術式待學會提出內視鏡術式後，再行研議機械手臂輔助手術。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：上午 11 時 35 分

附件 2

表一、115 年建議新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 8 項目)

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付點數(含一般材料費) A	被替代項目及替代率					預估年執行量 E	預估年增點數(百萬點) F= ①A*E-B*E ②A*E-B*D ③A*(E-D)+(A-B)*D ④A*E	
				表定點數	表列材料費%		被替代診療項目	中文名稱	支付點數 B	替代率 C	醫令申報量 D (114 年)			
1	脊椎融合術-嚴重脊椎側彎 1.後融合有固定物(1)≦六節	針對嚴重脊椎變形（以脊椎側彎節段角度≧40 度為主）之病人，視病況執行必要之脊椎減壓、截骨與三維立體矯正，並以椎弓根釘及相關估定系穩定矯正位置，為高度技術難度與風險之術式，有助於降低嚴重側彎導致之嚴重肺病變及心肺功能衰竭，爰建議新增。	脊椎融合術 Spinal fusion for scoliosis 1.脊椎側彎後融合有固定物≦六節 posterior spinal fusion with spinal instrumentation ≦ 6 motion segments 2.後融合有固定物(2)每增加≦六節 additional posterior spinal fusion with instrumentation (per extra ≦6 motion segments) 註： 1. 適用範圍：側彎角（Cobb）≧40 度之嚴重脊椎側彎，且符合下列任一條件： (1) 經保守治療，側彎角（Cobb）曲度仍≧40 度。 (2) 側彎角（Cobb）曲度惡化每年超過 5 度。 (3) 具合併功能性限制，如：肺功能受限、神經功能異常。 2. 支付規範： (1) 醫師資格：限骨科專科或神經外科專科醫師，且具至少三年以上脊椎手術經驗及至少二十例以上脊椎融合手術經驗。 (2) 每人限執行 1 次，惟因下列醫療必要原因需執行第二次矯正固定手術者，應事前審查，事前審查應檢附影像及手術紀錄佐證。 A. 植入物失敗或位移需移除重建。 B. 深部手術部位感染需清創並重新固定。 C. 假關節形成（pseudarthrosis）致矯正流失。 D. 近端或遠端交界性後凸/附加現象致曲度顯著惡化。 (3) 申報時應檢附之紀錄或報告： A. 經保守治療無效或惡化的證據。 B. 手術紀錄： (a) 完整手術紀錄，須包含：實際手術時間、融合固定節段範圍並標明起訖節位。 (b) 術中照片或影像記錄。 (c) 使用特殊材料明細(椎弓根釘數量、連接桿規格)。 (4) 不得併同申報項目：83046B、83097B。 3.64093A 一般材料費另加計百分之十四、64094A 一般材料費得加計百分之十九	45,692	14.00%	52,089	83046B	脊椎融合術－後融合 2.有固定物(1)≦六節	33,114	66.50%		152	4.57	註 1
2	2.後融合有固定物(2)每增加≦六節			26,931	19.00%	32,048	83097B	脊椎融合術－後融合 2.有固定物(2)每增加≦六節	24,448	66.50%		78	0.61	註 2
3	肺炎病原體及抗藥性基因多標的核酸	考量傳統細菌培養及PCR具標的單一且無法檢測抗藥性基因、耗時長等臨床限制，本項檢驗	註： 1. 適用範圍：限合併敗血性休克或呼吸衰竭之嚴重肺炎，且需侵襲性呼吸器支持之病人，須符合下列任一條件：	11,034		11,034	12183C	核糖核酸類定性擴增試驗	1,200	200%		2434	20.04	註 3
							12191C	尿液退伍軍人菌抗原	400	100%				

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付點數(含一般材料費) A	被替代項目及替代率					預估年執行量 E	預估年增點數(百萬點) F= ①A*E-B*E ②A*E-B*D ③A*(E-D)+(A-B)*D ④A*E	
				表定點數	表列材料費%		被替代診療項目	中文名稱	支付點數 B	替代率 C	醫令申報量 D (114 年)			
	定性及半定量檢測	能於 3 至 4 小時內快速診斷臨床重要抗藥性基因，及早提供嚴重肺炎病人轉換抗生素之相關資訊，爰建議新增。	(1) 接受標準治療 24 小時後無反應或持續惡化，且病原培養結果尚未確認或病原培養結果為陰性者。 (2) 具多重抗藥性風險因子者，如長期居住長照機構、反覆住院、已知為抗藥菌帶原、長期使用侵入性呼吸器、免疫不全等。 2. 檢體條件：限使用支氣管肺泡沖洗液(BAL 或 mini-BAL）或氣管內管抽吸痰液（ETA）進行檢測。 3. 每次入院限申報 1 次，限急診、加護病房使用。 4. 限急診醫學科、胸腔暨重症醫學專科、重症專科、感染科、兒科專科醫師開立。 5. 費用申報時應檢附檢測報告，內容包含「常見肺炎致病菌、非典型肺炎致病菌、病毒病原體、抗藥性基因」。 6. 開立檢驗至完成報告須於 8 小時內完成。										
4	空腸造瘻管置換	提供已建立空腸造瘻通路之病人更換灌食管路，維持腸道營養供給之通暢，避免阻塞、脫落等併發症，確保營養治療之持續性，爰建議新增。	空腸造瘻管置換 Replacement of feeding jejunostomy tube			322	47017C	胃管插入	195	80%	1406	1,125	0.14	註 4
5	X 光導引空腸造瘻管置換	於 X 光導引下精準置換空腸造瘻管路，及時確認管路位置及通暢性降低誤置、穿孔等風險，較傳統方式更安全，爰建議新增	X 光導引空腸造瘻管置換 Fluoroscopy-guided replacement of feeding jejunostomy tube 註： 1. 適用範圍：有空腸造口之病人合併造瘻管之修正，如因解剖構造異常、管路置換時遇阻力，或其他可能導致失敗之情形而須使用影像輔助。 2. 限放射診斷專科醫師執行。 3. 申報費用時應檢附 X 光導引影像報告，並於病歷載明須使用影像輔助進行管路置換之原因。			4,128	33027B	經皮穿肝膽管引流修正術	1,200	80%	12	10	0.03	註 5
6	四維斷層嚴重複雜心臟血管造影	本項針對嚴重複雜性先天性心臟病，透過心電圖調控電腦斷層及影像後處理，提供術前完整解剖功能評估，避免構造誤判導致手術時間延長與併發症，爰建議新增。	註： 1. 適用範圍： (1)新發複雜性先天性心臟病（ICD-10-CM：Q20.0、Q20.1、Q20.4、Q20.6、Q21.3、Q22.0、Q22.4、Q23.4、Q25.2、Q26.2） (2)前述病人之術後追蹤（執行 68028B、68026B、68056B、68039B、69025B），需符合下列情境： A. RV-PA conduit/patch 或分支肺動脈重建：疑似狹窄、再狹窄、跨支架解剖評估。 B. 主動脈弓/縮窄術後：再狹窄或側枝循環評估。	23,307		23,307						291	6.78	註 6

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付點數(含一般材料費) A	被替代項目及替代率					預估年執行量 E	預估年增點數(百萬點) F= ①A*E-B*E ②A*E-B*D ③A*(E-D)+(A-B)*D ④A*E	
				表定點數	表列 材料費%		被替代診療項目	中文名稱	支付點數 B	替代率 C	醫令申報量 D (114 年)			
			C. 全肺靜脈回流異常術後：評估是否有殘存肺靜脈狹窄或路徑扭曲。 D. 單心室分期手術(Norwood/Glenn/Fontan)：評估肺動脈解剖、體肺分流路徑與異常側枝多寡。 (3)符合診斷及適應症者得於首次檢查時申報。後續再次申報者，病人應於前次本項檢查後曾接受68028B、68026B、68056B、68039B 或 69025B 任一手術，且本次檢查係為該次手術後之相關解剖及併發症評估。前次檢查後無上述手術紀錄者，不得重複申報本項。 2. 醫院條件： (1)需具備專任心臟外科醫師、專任兒童心臟內科醫師、專任放射診斷科醫師。 (2)過去三年內單年超過 20 例或平均每年執行 15 例以上先天性心臟病手術（68020B、68027B、68028B、68032B、68056B、69027B、68021B、68039B、69025B、68026B）之醫院。 3. 執行人員資格：經中華民國放射線醫學會訓練之放射診斷科醫師執行。 4. 申報時檢附放射診斷科醫師出具之報告及重組後影像後處理立體渲染之影像。第二次申報時檢附前次檢查之手術紀錄，須包含手術日期及手術代碼。 5. 須事前審查。											
7	癌症心理社會治療	本項係針對癌症病人之癌症病程、治療創傷、身體症狀、家庭系統、預後與重大決策等複雜情境，提供一般情緒支援，有別於以精神疾病為核心之傳統心理治療，爰建議新增。	註： 1.限設有心理腫瘤專業服務小組之醫院申報，其中至少包含一名精神科醫師或心理師擔任專案負責人，並指定資料與品質管理窗口，需事前向保險人核備。 2.限精神科醫師或臨床心理師執行，且首次申報前應完成癌症心理照護整合試辦計畫職前培訓至少 15 小時(含 12 小時課程及 3 小時見實習)，其後每年至少 3 小時繼續教育。 3 執行時間至少 40 分鐘；若家庭會談或多方共同會談至少 50 分鐘。 4.每人每 180 日原則 8 次；經團隊檢討並記載延長理由者，得增加至 12 次。 5.首次與療程結束時應有量化情緒/困擾或功能資料；高風險個案每次應更新風險與安全計畫。 6.病歷應記載癌症診斷及病程階段、轉介原因與癌症照護之關聯、基線量化資料（首次服務至少一項）、本次直接服務時間、參與者、介入方式、主要議題與治療反應、安全風險評估及處置、後續照護計畫。	1,219		1,219						66,664	81.26	註 7

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付點數(含一般材料費) A	被替代項目及替代率					預估年執行量 E	預估年增點數(百萬點) F= ①A*E-B*E ②A*E-B*D ③A*(E-D)+(A-B)*D ④A*E	
				表定點數	表列材料費%		被替代診療項目	中文名稱	支付點數 B	替代率 C	醫令申報量 D (114 年)			
			7.同一時間不得由不同專業人員重複申報相同服務；共同會談時以主要執行者申報，其他成員參與列入紀錄。 8.不得同時申報 45010C、45087C、45013C、45019C、45082B。											
8	癌症心理治療	針對具認知功能障礙、或認知與情緒難以區分之癌症病人，進行鑑別診斷並提出照護建議，有別於以精神疾病為核心之傳統心理治療，爰建議新增。	註： 1.限設有心理腫瘤專業服務小組之醫院申報，其中至少包含一名精神科醫師或心理師擔任專案負責人，並指定資料與品質管理窗口，需事前向保險人核備。 2.限精神科醫師或臨床心理師執行，且首次申報前應完成癌症心理照護整合試辦計畫職前培訓至少 15 小時(含 12 小時課程及 3 小時見實習)，其後每年至少 3 小時繼續教育。 3.直接評估、病歷整合、計分解釋與報告合計至少 60 分鐘；得於同日或連續評估流程完成。 4.每人每 180 日原則 1 次；病況重大變化、腦部治療前後或出現新發功能障礙者，得於紀載理由後再次申報，全年原則不超過 2 次。 5.應於病歷或指定欄位檢附「認知量化結果、情緒量化結果、整合結論」，並記載病史情境整合、功能資料、鑑別機轉說明及照護建議；本項應由核定之心理腫瘤照顧單位提供，並配合登錄品質指標必要欄位。 6.同一時間不得由不同專業人員重複申報相同服務；共同會談時以主要執行者申報，其他成員參與列入紀錄。 7.不得同時申報 45052C、45046C、45085B 及其他同性質心理衡鑑項目。	1,637		1,637					5,000	8.19	註 8
（1）8 項新增項目　小計												**合計**	**121.63**	

註：

1.統計健保資料庫 112 年至 114 年、區域醫院以上主診斷符合 ICD-10-CM: M40、M41 且申報 83046B 之人數為 720、677、505 人，以零成長率推估，並以提案單位意見表示 Cobb 角度≧40 度（重度）者占比 20%，且現行符合手術條件但未接受手術佔符合手術條件病人 33.5%，推估 115 年共執行 152 人[=505*20%+101*33.5%/66.5%]，扣除替代已執行 83046B 101 人後，推估增加財務支出 4.57 百萬點[=52,089*152-33,114*101]。

2.續上，符合適應症者中，約有 51%需執行追加手術，共 78 人，其中 66.5%已執行傳統手術 83097B 者，有 52 人，扣除替代且依同類第二項手術按其所定點數之一半計算後，推估增加財務支出 0.61 百萬點[=(32,048*78-24,448*52)*0.5]。

3.112 年至 114 年於急診或 ICU(03010E 或 03011F 或 03012G)，主診斷符合肺炎(J09.X1、J10-J16、J18)次診斷符合嚴重敗血症（R65.2）或呼吸衰竭（J96），且使用侵襲性呼吸器 57001B「侵襲性呼吸輔助器使用費 一天」、使用任一 DNA/RNA PCR 項目(12182C 或 12183C)及使用任一細菌抗原或抗體檢驗（12172C 或 12191C 或 12020C）之人次為 2,065、2,319、2,304，以成長率 5.63%計算，推估 115 年執行 2,434 件；再以價高之 12183C*2+12191C*1 計算替代，推估 115 年增加財務支出約 20.04 百萬點[=2,304*(1+5.63%)*(11,034-1200*2-400)]。

4.統計 112 年至 114 年主診斷符合任一適應症（C15、C16、I69.89、Q39、R13.10、S27.8、S36 或 T28）且申報 73022B 後，於後續一年內有申報 47017C 醫令量，以成長率 0%推估 115 年 47017C 申報量約 1,406 件，再依徵詢意表示其中 8 成為空腸造口，推估 115 年約有 1,125 筆執行本項，以 47017C 扣除替代，推估增加財務支出約 0.14 萬點。[=1,406*80%*(322-195)](醫院 0.08 百萬點[=1,125*59%*(322-195)]、西醫基層 0.06 百萬點[=1,125*41%*(322-195)])

5.統計 112 年至 114 年主診斷符合任一適應症（C15、C16、I69.89、Q39、R13.10、S27.8、S36 或 T28）且申報 73022B 後，於後續一年內有申報 33027C 醫令量，以成長率 3%推估 115 年 33027B 申報量約 12，再依徵詢意見替代率 80%計算，推估 115 年約有 10 筆執行本項，以 33027B 扣除替代，推估增加財務支出約 0.03 萬點。[=12*80%*(4,128-1,200)]

6.114 年符合新發主診斷 Q20.0、Q20.1、Q20.4、Q20.6、Q21.3、Q22.0、Q22.4、Q23.4、Q25.2、Q26.2 且申報 18005C 或 18007C 的人數為 291 人，依學會意見約 50%需執行本項、每人執行 2 次，推估 115 年執行 291 次，增加財務支出約 6.78 百萬點(均屬醫院層級)[=291*50%*2*23,307]。

7.根據 110-112 年癌症登記年報年度新發人數成長率 6.5%，推估 115 年新發人數 166,660 人，假設約 5%癌症病人執行本項，每人原則執行 8 次，上限 12 次，以 8 次計算，推估 115 年執行 66,664 次，增加財務支出約 81.26 百萬點(均屬醫院層級)[=166,660*5%*8*1,219]。

8.根據 110-112 年癌症登記年報年度新發人數成長率 6.5%，推估 115 年新發人數 166,660 人，假設約 2%癌症病人執行本項、每人原則執行 1 次，上限 2 次，以平均 1.5 次計算，推估 115 年執行 5,000 次，增加財務支出約 8.19 百萬點(均屬醫院層級)[=166,660*2%*1.5*1,637]。

表二、115 年建議修訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 1 項)

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支付點數(含一般材料費) A	原支付點數(含一般材料費) B	調整點數差值 C=A-B	被替代診療項目及替代率						預估替代醫令量	預估全國執行量 D	預估年增點數(百萬點) E=①A*D ②A*D-B*D	
								編號	中文名稱	現行表定點數 B	表列材料費%	支付點數	醫令申報量 C(113 年)				
1	56039B	神經外科術中神經功能監測(IONM)	因新增「脊椎融合術－脊椎側彎－後融合有固定物≦六節」等 2 項診療項目，於執行過程中會使用「56039B 神經外科術中神經功能監測（IONM）」，爰併同修訂本項之適用規範，符合手術適應症者，應扣除現行已執行「83046B」者。	神經外科術中神經功能監測(IONM) Intra-operative neuromonitoring(IONM) 註： 1.適用條件： (1)Brain surgery (含 supratentorial glioma, epilepsy surgery, brain tumor involved cranial nerve, brain stem lesion)：限施行 83017B、83018B、83019B、83056B、83066B、83068B、83070B、83071B、83088B 申報，且腦部病灶必須位於 eloquent area (定義為 brainstem, thalamus, insula cortex, basal ganglia, paracentral region, language area, cranial nerve 2-12 involvement)。 (2)Intradural spinal surgery (含 intradural tumor, intradural vascular lesion, spinal bifida, lipomyelomeningocele, dorsal rhizotomy)：限施行 83042B、83072B、83073B 申報，且脊椎病灶限 intradural lesion。 (3)Scoliosis surgery：限施行 83097B、83096B、83046B、83044B、67044B、64241B、67043B、67036B、64093A、64094A 申報。 2.支付規範： (1)限神經外科專科醫師、神經內科專科醫師、小兒神經科專科醫師、復健科專科醫師、骨科專科醫師、麻醉科專科醫師執行，主刀醫師、手術團隊其它成員及執行麻醉醫師自行監測則不予支付。 (2)不得同時申報：56018B、20047B。 (3)申報費用時應檢附監測報告及簽名。	15,271		15,271							51	0.78	註 1
（1）1 項修訂項目　小計															**合計**	0.78	

註：

1.併同修訂 56039B 神經外科術中神經功能監測（IONM），以符合手術適應症者扣除現已執行傳統手術 83046B 者，有 51 人，推估增加財務支出約 0.78 百萬點[=51*15,271]。

表三、115 年建議修訂醫療服務給付項目文字彙整表(計 10 項目)

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	備註
1	73045B	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術	增列認證範圍	註：執行「機械手臂輔助右側大腸切除術加吻術」，須符合下列規範： 1.醫師資格： (1)具機械手臂輔助手術系統「大腸直腸外科」、「消化外科」認證學會認證醫師資格。 (2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	增列認證範圍，不增加支出。
2	73046B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術－良性		註：執行「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-良性」、「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-惡性」，須符合下列規範： 1.醫師資格： (1)具機械手臂輔助手術系統「大腸直腸外科」、「消化外科」認證學會認證醫師資格。 (2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照 73046B、73048B 申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	
3	73048B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術－惡性			
4	73057B	腹腔鏡左半結腸切除術		註：執行「機械手臂輔助左半結腸切除術」，須符合下列規範： 1.醫師資格： (1)具機械手臂輔助手術系統「大腸直腸外科」、「消化外科」認證學會認證醫師資格。 (2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	
5	74221B	腹腔鏡低前位直腸切除術		註： 1.本項不含加做之大腸或小腸造口（not including colostomy or ileostomy）。 2.執行「機械手臂輔助低前位直腸切除術」，須符合下列規範： (1)醫師資格： A.具機械手臂輔助手術系統「大腸直腸外科」、「消化外科」認證學會認證醫師資格。 B.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	
6	74224B	腹腔鏡腹部會陰聯合切除術		註：執行「機械手臂輔助直腸癌腹部會陰聯合切除術」，須符合下列規範： 1.醫師資格： (1)具機械手臂輔助手術系統「大腸直腸外科」、「消化外科」認證學會認證醫師資格。 (2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	
7	37047B	身體立體定位放射治療	新增支付規範括號	註： 1.施行本項之適用範圍如下： (1)原發性肺部單一病灶（且無縱膈腔或鎖骨下窩淋巴轉移）之惡性腫瘤，無合併其他器官之轉移且 AJCC 分期定義<=T+N1M0。 (2)原發性肝臟單一病灶（可為肝細胞癌或肝內膽道癌）、攝護腺（限低度與中度復發風險）等惡性腫瘤，無合併其他區域淋巴及遠端器官之轉移（即 AJCC 分期定義為 T+N0M0）。 (3)寡轉移：同時侵犯<=三種器官及五處病灶之轉移性肝、肺腫瘤，且經腫瘤科醫師評估（每次影像評估惡化之病程變化期間，37047B 以申報一次為限）。 2.ECOG status 須<=2（或 Karnofsky Performance Scale/KPS>=70），且前項第(1)(2)款須經麻醉科醫師評估、外科醫師會診（附病歷紀錄）或癌症聯合討論會之結論認為不適合接受治癒性切除手術者（附會議紀錄）。另治療肝臟病灶時之肝功能須為 Child-Pugh A 至 B 級。 3.支付規範： (1)需事前審查。 (2)全療程為二週且分次治療以六次為限，採包裹給付，如未執行完全療程，依治療計畫之治療次數按等比例核扣。	新增支付規範括號，不增加支出。

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	備註
				(3)不得同時申報支付標準編號 33090B、36001B、36004B、36005B、36015B、36011B、36012B、36014B、36018B、36019B、36021C、37007B、37008B、37013B、37014B、37016B、37018B、37019B、37029B、37030B、37046B。	
8	64214B	踝前~~蛭~~距腓韌帶重建術	更正中文名稱		更正中文名稱，不增加支出。
9	64289B	早發性脊柱側彎非融合性矯正手術	修訂支付規範	註： 1.適用範圍：符合下列任一條件者： (1)早發性特發性脊椎側彎(ICD-10-CM：M41.0 或 M41.1)。 (2) 先天性脊椎畸形(ICD-10-CM：Q76.3)。 (3) 神經肌肉性脊椎側彎(ICD-10-CM：M41.4)。 (4) 胸廓發育不全症候群(ICD-10-CM：J98.4 或 P28.89)。 2.醫院資格：須具有骨科、小兒麻醉科、復健醫學科、兒科加護團隊。 3.申報時應檢附手術紀錄、術前及術後 X 光影像報告於病歷上備查。 4.內含一般材料費，得另加計百分之十四。 5.執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。	修訂支付規範，不增加支出。
10	65082B	經鼻內視鏡顱底腦脊髓液漏修補術	更正支付規範重複之診斷碼	註： 1.適用範圍： (1)顱部腦脊髓液滲漏（ICD-10-CM：G96.01、G96.08）。 (2)前顱底腦膨出症（ICD-10-CM：Q01.0、Q01.1、Q01.8）。 (3)顱底骨折（ICD-10-CM：S02.1）。 (4)硬腦膜於醫療處置中意外刺穿及裂傷（ICD-10-CM：G97.41）。 (5)腦脊髓液漏與相關併發症（ICD-10-CM：G96.01、G96.08）。 (6)常見引起滲漏之顱底腫瘤（ICD-10-CM：D33.3、D32.0、D35.2、C41.0、~~C31.1、~~C79.31、C31.0、C31.1、C31.2、C31.3、C31.8、C31.9、C11.0、C11.1、C11.2、C11.3、C11.8、C11.9）。 2.支付規範： (1)限耳鼻喉頭頸外科及神經外科專科醫師執行。 (2)申報時應檢附相關影像學檢查報告（如：CT / MRI）及內視鏡手術紀錄。術前及術後檢附資料如下： A.術前： (a)高解析度 CT（含冠狀面及矢狀面重建）。 (b)MRI 或 MR Cisternography。 B.術後：內視鏡手術報告（含漏口位置、修補方式、使用材料描述）。 3.不得同時申報 65060B、83047B 及 83057B。 4.一般材料費，得另加計百分之四。	更正支付規範內容，不增加支出。

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

項目名稱：脊椎融合術-脊椎側彎-後融合有固定物≦六節

提案單位：台灣脊椎外科醫學會

錄案編號：

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	360	14,076	34,644
		2.住院醫師	2		16.5	360	11,880	
		3.護理人員	3		7.6	360	8,208	
		4.醫事人員（放射師）	1		8	~~300~~ 60	480	
		~~4.醫事人員（神經監測）~~	~~1~~		8	~~360~~ -	-	
		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
		手術衣	件		55.0	~~12.0~~ 7.0	385	6,245
		手術單	包		200.0	12.0	2,400	
		手套（每人戴兩雙層手套）	雙		5.0	~~30.0~~ 14.0	70	
		手術紗布	5/片		45.5	50.0	2,275	
		4"紗布	10/包		7.0	20.0	140	
		附表一 材料 10號刀片	片		1.4	4.0	5	
		附表一 材料 手術記號筆	支		23.0	1.0	23	
		附表一 材料 尿袋	個		39.0	1.0	39	
		附表一 材料 二叉導尿管	個		25.6	1.0	26	
		附表一 材料 外科引流接管	條		20.9	1.0	21	
		附表一 材料 傷口引流套	組		229.0	1.0	229	
		附表一 材料 2-0 Ethibond	條		100.0	2.0	200	
		附表一 材料 1號 Vicryl	條		70.0	2.0	140	
		附表一 材料 2-0 Vicryl	條		52.0	2.0	104	
		附表一 材料 3-0 Nylon	組		32.0	2.0	64	
		附表一 材料 電燒貼片	片		4.4	1.0	4	
		附表二 藥品 克菌寧殺菌液 2%	瓶		120.0	1.0	120	
		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

直接成本	設備費用	移動式X光機		~~2,500,000~~	~~7~~	~~3.7~~	~~150.0~~	-	-	
		電動骨鑽及超音波骨刀		350,000	7	0.5	300	154	
		術中神經監測系統(SSEP/MEP)		~~3,000,000~~	7	4.4	~~360.0~~	-	-	
		自體血液回收機(Cell Saver)		800,000	7	1.2	300	353	
		O-arm導航系統		15,000,000	7	22.0	60	1,323	
		附表三 手術基本設備	1.手術台	520,000	7	0.8	360	275	
			2.手術燈*2	940,000	7	1.4	360	497	
			3.電燒車	249,000	7	0.4	360	132	
			4.CENTRA SUCTION	27,000	7	0.0	360	14	
			5.MYOSTAND-大	8,000	7	0.0	360	4	
			6.器械桌-大	9,200	7	0.0	360	5	
			7.器械桌-小	2,800	7	0.0	360	1	
			8.臉盆架	1,550	7	0.0	360	1	
		附表四 手術器械	Army Navy	1,940	7	0.0	360	1	5,032
			兩爪	3,720	7	0.0	360	2	
			單鉤	3,400	7	0.0	360	2	
			Narrow	1,800	7	0.0	360	1	
			Teeth Forcep(M)	2,500	7	0.0	360	1	
			Teeth Forcep(S)	1,250	7	0.0	360	1	
			Adson Teeth Forcep	800	7	0.0	360	0	
			Ring Forcep	1,760	7	0.0	360	1	
			Kindney Clamp	3,300	7	0.0	360	2	
			Bone Clamp	2,000	7	0.0	360	1	
			Needle Holder粗2細2	8,000	7	0.0	360	4	
			Kocker	1,700	7	0.0	360	1	
			Allis	1,540	7	0.0	360	1	
			Pean	12,000	7	0.0	360	6	
			Mosquitor	5,000	7	0.0	360	3	
			Towel Clamp(鈍)	3,600	7	0.0	360	2	
			Towel Clamp(尖)	2,700	7	0.0	360	1	
			Rongeur(L)	11,600	7	0.0	360	6	
			Rongeur(S)	11,600	7	0.0	360	6	
			Elevator	2,000	7	0.0	360	1	
			Impactor	4,200	7	0.0	360	2	
			大Key	1,200	7	0.0	360	1	
			小Key	1,100	7	0.0	360	1	
			Joshph	1,500	7	0.0	360	1	
			線剪	2,000	7	0.0	360	1	
			老虎鉗	3,900	7	0.0	360	2	
			Self Retractor	7,350	7	0.0	360	4	
			Suction Tip(大)	1,280	7	0.0	360	1	
			Suction Tip(小) 10號	1,280	7	0.0	360	1	
			Kerrison punch	13,500	7	0.0	360	7	
			Osteotome (Straight)	6,750	7	0.0	360	4	

	Bone curettes	8,100	7	0.0	360	4	
	Cobb Dissector	9,000	7	0.0	360	5	
	Penfield dissector	4,800	7	0.0	360	3	
	Nerve root retractor	7,200	7	0.0	360	4	
	Rasper	6,000	7	0.0	360	3	
	Osteotome (curved)	7,200	7	0.0	360	4	
	Disc Clamp	7,200	7	0.0	360	4	
	Suction Tip(小) 12號	1,280	7	0.0	360	1	
	小計					2,853	
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					808	
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(分)	成本小計	
	28	3,584,000	50	0.69	360	248.9	
	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%					1,122	
直接成本合計							45,921
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)							6,016
成本總計							51,937

回推手術項表定點數、加成率及支付點數(含一般材料費)

A人力	34,644
B不計償材	6,245
C設備費+房屋折舊+維修費用	5,032
D作業及管理費用	6,016
E回推手術加成率 =B/(A+C+D)	13.67%
F表定點數(A+C+D)	45,692
G手術加成率 =(E無條件進位)	14.00%
H支付點數(含一般材料費)四捨五入 =F*(1+G)	52,089

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

項目名稱：脊椎融合術-脊椎側彎-後融合有固定物_每增加六節
提案單位：
錄案編號：

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	~~270~~	210	8,211	20,209
		2.住院醫師		2	16.5	~~270~~	210	6,930	
		3.護理人員		3	7.6	~~270~~	210	4,788	
		~~4.醫事人員（神經監測）~~		~~1~~	~~8~~	~~270~~	-	-	
		4.醫事人員（放射師）		1	8	~~270~~	35	280	
		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
		手術衣		件	55.0	~~8.0~~	7.0	385	4,920
		手術單		包	200.0		8.0	1,600	
		手套（每人戴兩雙層手套）		雙	5.0	~~15.0~~	14.0	70	
		手術紗布		5/片	45.5		40.0	1,820	
		4"紗布		10/包	7.0		10.0	70	
		附表一 材料	10號刀片	片	1.4		4.0	5	
			手術記號筆	支	23.0		1.0	23	
			尿袋	個	39.0		1.0	39	
			二叉導尿管	個	25.6		1.0	26	
			外科引流接管	條	20.9		1.0	21	
			傷口引流套	組	229.0		1.0	229	
			2-0 Ethibond	條	100.0		2.0	200	
			1號 Vicryl	條	70.0		2.0	140	
			2-0 Vicryl	條	52.0		2.0	104	
			3-0 Nylon	組	32.0		2.0	64	
			電燒貼片	片	4.4		1.0	4	
		附表二 藥品	克菌寧殺菌液 2%	瓶	120.0		1.0	120	
		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
		~~移動式X光機~~		~~2,500,000~~	~~7~~	~~3.7~~	~~150.0~~ -	-	

直接成本	設備費用	電動骨鑽及超音波骨刀		350,000	7	0.5	~~270.0~~	210	108	3,033
		術中神經監測系統(SSEP/MEP)		~~3,000,000~~	7	4.4	~~270.0~~	-	-	
		自體血液回收機(Cell Saver)		800,000	7	1.2	~~270.0~~	210	247	
		O-arm導航系統		15,000,000	7	22.0		35	772	
		附表三 手術基本設備	1.手術台	520,000	7	0.8	~~270.0~~	210	160	
			2.手術燈*2	940,000	7	1.4	~~270.0~~	210	290	
			3.電燒車	249,000	7	0.4	~~270.0~~	210	77	
			4.CENTRA SUCTION	27,000	7	0.0	~~270.0~~	210	8	
			5.MYOSTAND-大	8,000	7	0.0	~~270.0~~	210	2	
			6.器械桌-大	9,200	7	0.0	~~270.0~~	210	3	
			7.器械桌-小	2,800	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			8.臉盆架	1,550	7	0.0	~~270.0~~	210	0	
		附表四 手術器械	Army Navy	1,940	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			兩爪	3,720	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			單鉤	3,400	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			Narrow	1,800	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			Teeth Forcep(M)	2,500	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			Teeth Forcep(S)	1,250	7	0.0	~~270.0~~	210	0	
			Adson Teeth Forcep	800	7	0.0	~~270.0~~	210	0	
			Ring Forcep	1,760	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			Kindney Clamp	3,300	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			Bone Clamp	2,000	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			Needle Holder粗2細2	8,000	7	0.0	~~270.0~~	210	2	
			Kocker	1,700	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			Allis	1,540	7	0.0	~~270.0~~	210	0	
			Pean	12,000	7	0.0	~~270.0~~	210	4	
			Mosquitor	5,000	7	0.0	~~270.0~~	210	2	
			Towel Clamp(鈍)	3,600	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			Towel Clamp(尖)	2,700	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			Rongeur(L)	11,600	7	0.0	~~270.0~~	210	4	
			Rongeur(S)	11,600	7	0.0	~~270.0~~	210	4	
			Elevator	2,000	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			Impactor	4,200	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			大Key	1,200	7	0.0	~~270.0~~	210	0	
			小Key	1,100	7	0.0	~~270.0~~	210	0	
			Joshph	1,500	7	0.0	~~270.0~~	210	0	
			線剪	2,000	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			老虎鉗	3,900	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			Self Retractor	7,350	7	0.0	~~270.0~~	210	2	
			Suction Tip(大)	1,280	7	0.0	~~270.0~~	210	0	
			Suction Tip(小) 10號	1,280	7	0.0	~~270.0~~	210	0	
			Kerrison punch	13,500	7	0.0	~~270.0~~	210	4	
			Osteotome (Straight)	6,750	7	0.0	~~270.0~~	210	2	
			Bone curettes	8,100	7	0.0	~~270.0~~	210	3	
			Cobb Dissector	9,000	7	0.0	~~270.0~~	210	3	
			Penfield dissector	4,800	7	0.0	~~270.0~~	210	1	
			Nerve root retractor	7,200	7	0.0	~~270.0~~	210	2	
			Rasper	6,000	7	0.0	~~270.0~~	210	2	

		Osteotome (curved)	7,200	7	0.0	~~270.0~~	210	2
		Disc Clamp	7,200	7	0.0	~~270.0~~	210	2
		Suction Tip(小) 12號	1,280	7	0.0	~~270.0~~	210	0
		小計						1,724
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %						488
	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(分)		成本小計
		28	3,584,000	50	0.69	~~270.0~~	210	145.2
	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%							676
直接成本合計								28,162
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)								3,689
成本總計								31,851

回推手術項表定點數、加成率及支付點數(含一般材料費)

A人力	20,209
B不計價材	4,920
C設備費+房屋折舊+維修費用	3,033
D作業及管理費用	3,689
E回推手術加成率 =B/(A+C+D)	18.27%
F表定點數(A+C+D)	26,931
G手術加成率 =(E無條件進位)	19.00%
H支付點數(含一般材料費) 四捨五入 =F*(1+G)	32,048

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

項目名稱：肺炎病原體多標的病毒與細菌核酸併抗藥性基因檢測
提案單位：台灣急診醫學會
錄案編號：1131035

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	587	707
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員	1		8	15	120	
		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
		微晶肺炎病原體多標的核酸檢測試劑組 FilmArray Pneumonia Panel (Pneumo)	個		8,670.0	1.0	8,976	8,976
							-	
							-	
							-	
							-	
							-	
							-	
							-	
	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
		生物安全操作櫃	372,000	7	0.5	10	5	73
		小計					5	
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					2	
	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(分)	成本小計	
		16平方公尺	2,880,000	50	0.56	90	50.0	
	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%						16	
直接成本合計								9,756
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)								1,278
成本總計								11,034

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

項目名稱：空腸造瘻管置換 Replacement of feeding jejunostomy tube
提案單位：義大醫院
錄案編號：

單位：元

直接成本	用人成本		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 (臨床執行比率50%)	0.5		39.1	10	196	234
		2.住院醫師						
		3.護理人員 (臨床執行比率50%)	0.5		~~17.7~~ 7.6	10	38	
		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
		NaCl 0.9% 20ml/amp	amp		7.2	1	7.2	51
		Povidone iodine aq. soln 10%30ml/bot	bot		14.0	1	14.0	
		塑膠空針10CC附針	PC		1.7	1	1.7	
		灌食空針(塑膠灌食器-含接頭)50ML以上	PC		6.5	1	6.5	
		沖洗棉枝 6" 8枝/包	BX		2.3	1	1.2	
		紗布塊3"X3" 16摺	PC		2.7	1	2.7	
		Y形紗布塊4"*4" 2塊/包	BX		1.5	1	1.5	
		宣拉膠帶(1"*5Y)	卷		61.0	0	6.1	
		手術用手套 7FR	PR		10.5	1	10.5	
							-	
	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
								-
		小計					-	
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					-	
	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(分)	成本小計	
		8.2	252,356	50	0.05	10	0.5	
	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%						-	
直接成本合計								285
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)								37
成本總計								322

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

項目名稱：X光導引空腸造瘻管置換Fluoroscopy-guided replacement of feeding jejunostomy tube
提案單位：台南市立醫院
錄案編號：108-未1036

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	30	1,173	1,641
		2.住院醫師						
		3.護理人員	1		7.6	30	228	
		4.醫事人員	1		8	30	240	
		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
		~~Guide Wire~~	條		~~968.0~~	~~1.0~~		1,064
		Feeding tube	支		24.0	1.0	24	
		對比劑	瓶		920.0	1.0	920	
		20ml空針	支		5.0	1.0	5	
		手套	雙		14.0	1.0	14	
		消毒包盤	組		101.0	1.0	101	
							-	
							-	
	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
		透視X光機	12,000,000	7	17.6	30	529	945
		小計					529	
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					150	
	房屋折	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(分)	成本小計	
		15	9,409,000	50	1.82	30	54.5	
	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%						211	
直接成本合計								3,650
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)								478
成本總計								4,128

003-1診療項目成本分析表

□現有項目 ■新增項目

項目名稱：四維斷層嚴重複雜性心臟血管造影

項目編號：

提案單位：影像醫學部

成本分析資料醫事機構名稱：國立臺灣大學醫學院附設醫院　　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	240	9384	
		2.住院醫師	1		16.5	30	495	
		3.護產人員	1		7.6	50	380	10638
		4.醫事人員	1		8	40	320	
		5.行政人員	1		5.9	10	59	
		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
		留置針(軟針)	支		9.35	1	9	
		注射帽(接頭)	個		2.2	1	2	
		非離子性電腦斷層顯影劑	瓶		1890	1	1890	
		無針預充式導管沖洗器(含N/S 10ml)	支		7.15	2	14	2532
		酒精棉片	片		0.31	4	1	
		棉棒	包		1.1	1	1	
		顯影劑注射筒#200ml	組		364	1	364	
		心電圖導極	片		1.35	3	4	
		X光球管($5750000/23400人次)	人次		245.73	1	246	
	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
		高階能譜電腦斷層掃描系統	53500000	7	78.6	30	2358	
		影像後處理工作站	3890000	7	5.7	180	1026	
		能譜資料儲存系統	1600000	7	2.4	180	432	
		工作站主機(含周邊設備)	73000	7	0.1	180	18	
		3MP高解析度彩色顯示器	142500	7	0.2	240	48	
		RIS報告軟體	4000000	7	5.9	60	354	
		RIS報告主機系統	1840000	7	2.7	60	162	
		生理監視器	1000000	7	1.5	30	45	7437
		自動注射器	870000	7	1.3	30	39	
		非醫療設備=醫療設備 ×	28.3 %				1268	
	房屋折舊	平方公尺或坪數(兒醫電腦斷層室及報告室)	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	
		98	4884320	50	0.94	30	28	
	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%						1658	
直接成本合計								20607
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)								2700
成本總計								23307

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

項目名稱：癌症心理社會治療
提案單位：台灣精神醫學會
錄案編號：

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	0.4		39.1	45	704	996
		2.住院醫師	0					
		3.護理人員	1		7.6	10	76	
		4.醫事人員	0.6		8	45	216	
		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
		情緒評估量表授權與計分費	次		50.0	1.0	50	65
		紀錄表單、衛教材料	次		15.0	1.0	15	
							-	
	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
		會談室資訊設備及家具	~~200,000~~	~~7~~	~~0.3~~	~~70~~		17
				7				
		小計					-	
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					-	
	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(分)	成本小計	
		15	1,500,000	50	0.29	45	13.0	
	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%						4	
直接成本合計								1,078
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)								141
成本總計								1,219

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

項目名稱：癌症心理治療
提案單位：台灣精神醫學會
錄案編號：

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	0.3		39.1	60	704	1,116
		2.住院醫師						
		3.護理人員	1		7.6	10	76	
		4.醫事人員	0.7		8	60	336	
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品	品名	單位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
		認知功能評估工具授權與計分費	次		200.0	1.0	200	265
		情緒評估量表授權與計分費	次		50.0	1.0	50	
		紀錄與報告用紙	次		15.0	1.0	15	
							-	
	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
		認知評估工具組及電腦計分系統	300,000	7	0.4	60	26	66
		小計					26	
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					7	
	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(分)	成本小計	
		15	1,500,000	50	0.29	60	17.4	
	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%						15	
直接成本合計								1,447
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)								190
成本總計								1,637

附件 3

115 年新增修診療項目預算執行情形

辦理進度	會議時間	序號	內容		推估預算(百萬點)	
			類別	新增修診療項目	醫院	基層
115.4.1 生效實施	114.12.24 共擬會議通過	1	新增	主動脈復甦性血管內球囊閉合術	0.86	
		2	新增	頸部外傷探查術	0.75	
		3	新增	軀幹體腔出血緊急填塞止血手術(損傷控制手術)	6.11	
		4	新增	立體定位多竇副鼻竇手術	不影響	
		5	新增	立體定位全副鼻竇切除術	不影響	
		1	修訂	身體立體定位放射治	不影響	
		2	修訂	三度空間X光刀立體定位放射手術	不影響	
		3	修訂	影像導引強度調控 X 光刀立體定位放射手術	不影響	
		4	修訂	多竇副鼻竇手術	不影響	
		5	修訂	全副鼻竇切除術	不影響	
		6	修訂	關節鏡下肩關節盂唇修補手術	不影響	
		7	修訂	生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測	11.04	
		8	修訂	血液腫瘤次世代基因定序－小套組(≦100 個基因)	不影響	
		(1)114 年通過以 115 年預算 小計 13 項			18.76	0.00
115.7.1 生效實施	115.3.26 共擬會議通過	6	新增	脈衝振盪肺功能	76.86	
		(2)通過 1 項 小計			76.86	0.00
115.9.1 生效實施	115.06.25 共擬討論通過	7	新增	周邊動脈粥樣斑塊旋切術	不影響	
		8	新增	經鼻內視鏡顱底腦脊髓液漏修補術	0.12	
		9	新增	脊髓腔內藥物輸注幫浦植入手術	5.42	
		10	新增	脊髓腔內藥物輸注系統幫浦藥物充填	5.18	
		11	新增	脊髓腔藥物輸注系統參數調整作業	4.7	
		12	新增	連枷胸肋骨骨折復位手術（單側）–1 至 3 根	17.33	
		13	新增	連枷胸肋骨骨折復位手術（單側）–4 至 6 根		
		14	新增	連枷胸肋骨骨折復位手術（單側）–7 根以上		
		15	新增	CLDN18.2 免疫組織化學染色	6.84	
		9	修訂	顏面舌下神經吻合術	不影響	
		10	修訂	關節鏡下肩關節盂唇修補手術	不影響	
		11	修訂	經導管無導線心律調節器置放或置換術	0.44	
		12	修訂	異常凝血酶原檢驗	不影響	
		13	修訂	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法實驗室開發檢測（LDTs）	不影響	
		14	修訂	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法體外診斷醫療器材檢測（IVD）	不影響	

辦理進度	會議時間	序號	內容		推估預算(百萬點)	
			類別	新增修診療項目	醫院	基層
		15	修訂	實體腫瘤次世代基因定序–BRCA1/2 基因檢測	24.27	
		16	修訂	實體腫瘤次世代基因定序–小套組(≦100 個基因)	75.53	
		17	修訂	實體腫瘤次世代基因定序–大套組(＞100 個基因)		
		18	修訂	腹腔鏡精索靜脈曲張結紮	不影響	
		19	修訂	脊髓刺激器暫時性植入手術	不影響	
		(3)通過 20 項 小計			139.83	0.00
	115.10.08 共擬討論	16	新增	脊椎融合術-嚴重脊椎側彎-後融合有固定物(1)≦六節	4.57	
		17	新增	脊椎融合術-嚴重脊椎側彎-後融合有固定物(2)每增加≦六節	0.61	
		18	新增	肺炎病原體及抗藥性基因多標的核酸定性及半定量檢測	20.04	
		19	新增	空腸造瘻管置換	0.08	0.06
		20	新增	X 光導引空腸造瘻管置換	0.03	
		21	新增	四維斷層嚴重複雜心臟血管造影	6.78	
		22	新增	癌症心理社會治療	81.26	
		23	新增	癌症心理治療	8.19	
		20	修訂	神經外科術中神經功能監測(IONM)	0.78	
		21	修訂	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術	不影響	
		22	修訂	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術－良性	不影響	
		23	修訂	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術－惡性	不影響	
		24	修訂	腹腔鏡左半結腸切除術	不影響	
		25	修訂	腹腔鏡低前位直腸切除術	不影響	
		26	修訂	腹腔鏡腹部會陰聯合切除術	不影響	
		27	修訂	身體立體定位放射治療	不影響	
		28	修訂	踝前距腓韌帶重建術	不影響	
		29	修訂	早發性脊柱側彎非融合性矯正手術	不影響	
		30	修訂	經鼻內視鏡顱底腦脊髓液漏修補術	不影響	
		(4)討論 19 項 小計			122.34	0.06
共擬(1)~(4)共計增修訂 53 項 合計					357.79	0.06

115 年新醫療科技-新增修訂診療項目預算執行：

1.醫院總額：115 年新醫療科技-新增修訂診療項目預算 800 百萬元，尚餘 442.2 百萬元。

2.西醫基層總額：115 年新增修診療項目預算 50 百萬元，尚餘 49.94 百萬元。

附件 4

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

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-122~~19~~20)

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
12220B	肺炎病原體及抗藥性基因多標的核酸定性及半定量檢測 Pneumonia multiplex qualitative and semi-quantitative PCR with anti-microbial resistance genes detection 註： 1. 適用範圍：限合併敗血性休克或呼吸衰竭之嚴重肺炎，且需侵襲性呼吸器支持之病人，須符合下列任一條件： (1)接受標準治療二十四小時後無反應或持續惡化，且病原培養結果尚未確認或病原培養結果為陰性者。 (2)具多重抗藥性風險因子者，如長期居住長照機構、反覆住院、已知為抗藥菌帶原、長期使用侵入性呼吸器、免疫不全等。 2. 檢體條件：限使用支氣管肺泡沖洗液（BAL或mini-BAL）或氣管內管抽吸痰液（ETA）進行檢測。 3. 每次入院限申報一次，限急診、加護病房使用。 4. 限急診醫學科、胸腔暨重症醫學專科、重症專科、感染科、兒科專科醫師開立。 5. 費用申報時應檢附檢測報告，內容包含「常見肺炎致病菌、非典型肺炎致病菌、病毒病原體、抗藥性基因」。 6. 開立檢驗至完成報告須於八小時內完成。		v	v	v	11034

第十二項　循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-180~~49~~50)

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
18050B	四維斷層嚴重複雜心臟血管造影 4-dimensional computed complex cardiovascular angiography 註： 1. 適用範圍： (1) 新發複雜性先天性心臟病（ICD-10-CM：Q20.0、Q20.1、Q20.4、Q20.6、Q21.3、Q22.0、Q22.4、Q23.4、Q25.2、Q26.2） (2) 前述病人之術後（執行項目為68028B、68026B、68056B、68039B、69025B）追蹤，需符合下列情境： A. RV-PA conduit/patch或分支肺動脈重建：疑似狹窄、再狹窄、跨支架解剖評估。 B. 主動脈弓/縮窄術後：再狹窄或側枝循環評估。 C. 全肺靜脈回流異常術後：評估是否有殘存肺靜脈狹窄或路徑扭曲。 D. 單心室分期手術(Norwood/Glenn/Fontan)：評估肺動脈解剖、體肺分流路徑與異常側枝多寡。 (3) 符合診斷及適應症者得於首次檢查時申報。後續再次申報者，病人應於前次本項檢查後曾接受68028B、68026B、68056B、68039B或69025B任一手術，且本次檢查係為該次手術後之相關解剖及併發症評估。前次檢查後無上述手術紀錄者，不得重複申報本項。 2. 醫院條件： (1) 需具備專任心臟外科醫師、專任兒童心臟內科醫師及專任放射診斷科醫師。 (2) 過去三年內單年超過二十例或平均每年執行十五例以上先天性心臟病手術（68020B、68027B、68028B、68032B、68056B、69027B、68021B、68039B、69025B、68026B）之醫院。 3. 執行人員資格：經中華民國放射線醫學會訓練之放射診斷科醫師執行。 4. 申報時檢附放射診斷科醫師出具之報告及重組後影像後處理立體渲染之影像。第二次申報時檢附前次檢查之手術紀錄，須包含手術日期及手術代碼。 5. 須事前審查。		v	v	v	23307

第二節　放射線診療　X-RAY

第一項　X 光檢查費　X-Ray　Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33147、P2101-P2104)

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
33119B	X光導引空腸造瘻管置換 Fluoroscopy-guided replacement of feeding jejunostomy tube 註： 1. 適用範圍：有空腸造口之病人合併造瘻管之修正，如因解剖構造異常、管路置換時遇阻力，或其他可能導致失敗之情形而須使用影像輔助。 2. 限放射診斷專科醫師執行。 3. 申報費用時應檢附X光導引影像報告，並於病歷載明須使用影像輔助進行管路置換之原因。		v	v	v	4128

第二項　癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

二、其他治療方式 Other Therapy (37001~37048)

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
37047B	身體立體定位放射治療 Stereotactic body radiation therapy(SBRT)/Stereotactic ablative radiotherapy(SABR) 註： 1.施行本項之適用範圍如下： (1)原發性肺部單一病灶（且無縱膈腔或鎖骨下窩淋巴轉移）之惡性腫瘤，無合併其他器官之轉移且AJCC分期定義≤T+N1M0。 (2)原發性肝臟單一病灶（可為肝細胞癌或肝內膽道癌）、攝護腺（限低度與中度復發風險）等惡性腫瘤，無合併其他區域淋巴及遠端器官之轉移（即AJCC分期定義為T+N0M0）。 (3)寡轉移：同時侵犯≦三種器官及五處病灶之轉移性肝、肺腫瘤，且經腫瘤科醫師評估（每次影像評估惡化之病程變化期間，37047B以申報一次為限）。 2.ECOG status須≦2（或Karnofsky Performance Scale/KPS≧70），且前項第(1)(2)款須經麻醉科醫師評估、外科醫師會診（附病歷紀錄）或癌症聯合討論會之結論認為不適合接受治癒性切除手術者（附會議紀錄）。另治療肝臟病灶時之肝功能須為Child-Pugh A至B級。 3.支付規範： (1)需事前審查。 (2)全療程為二週且分次治療以六次為限，採包裹給付，如未執行完全療程，依治療計畫之治療次數按等比例核扣。 (3)不得同時申報支付標準編號33090B、36001B、36004B、36005B、36015B、36011B、36012B、36014B、36018B、36019B、36021C、37007B、37008B、37013B、37014B、37016B、37018B、37019B、37029B、37030B、37046B。		v	v	v	213662

第五節 精神醫療治療費 Psychiatric Treatment Fee (45001-45104)

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
45073B	癌症心理社會治療 Oncology psychosocial individual psychotherapy 註： 1.限設有心理腫瘤專業服務小組之醫院申報，其中至少包含一名精神科醫師或心理師擔任專案負責人，並指定資料與品質管理窗口，需事前向保險人核備。 2.限精神科醫師或臨床心理師執行，且首次申報前應完成癌症心理照護整合試辦計畫職前培訓至少十五小時(含十二小時課程及三小時見實習)，其後每年至少三小時繼續教育。 3.執行時間至少四十分鐘；若家庭會談或多方共同會談至少五十分鐘。 4.每人每一百八十日原則八次；經團隊檢討並記載延長理由者，得增加至十二次。 5.首次與療程結束時應有量化情緒/困擾或功能資料；高風險個案每次應更新風險與安全計畫。 6.病歷應記載癌症診斷及病程階段、轉介原因與癌症照護之關聯、基線量化資料（首次服務至少一項）、本次直接服務時間、參與者、介入方式、主要議題與治療反應、安全風險評估及處置、後續照護計畫。 7.同一時間不得由不同專業人員重複申報相同服務；共同會談時以主要執行者申報，其他成員參與列入紀錄。 8.不得同時申報45010C、45087C、45013C、45019C、45082B。		v	v	v	1219

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
45074B	癌症心理治療 Oncology psychosocial psychotherapy 註： 1.限設有心理腫瘤專業服務小組之醫院申報，其中至少包含一名精神科醫師或心理師擔任專案負責人，並指定資料與品質管理窗口，需事前向保險人核備。 2.限精神科醫師或臨床心理師執行，且首次申報前應完成癌症心理照護整合試辦計畫職前培訓至少十五小時(含十二小時課程及三小時見實習)，其後每年至少三小時繼續教育。 3.直接評估、病歷整合、計分解釋與報告合計至少六十分鐘；得於同日或連續評估流程完成。 4.每人每一百八十日原則一次；病況重大變化、腦部治療前後或出現新發功能障礙者，得於紀載理由後再次申報，全年原則不超過二次。 5.應於病歷或指定欄位檢附「認知量化結果、情緒量化結果、整合結論」，並記載病史情境整合、功能資料、鑑別機轉說明及照護建議；本項應由核定之心理腫瘤照顧單位提供，並配合登錄品質指標必要欄位。 6.同一時間不得由不同專業人員重複申報相同服務；共同會談時以主要執行者申報，其他成員參與列入紀錄。 7.不得同時申報45052C、45046C、45085B。		v	v	v	1637

第六節　治療處置 Therapeutic Treatment

第一項　處置費　Treatment

一、一般處置　General Treatment (47001-4711~~0~~2)

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
47112C	空腸造瘻管置換 Replacement of feeding jejunostomy tube	v	v	v	v	322

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56046)

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
56039B	神經外科術中神經功能監測(IONM) Intra-operative neuromonitoring(IONM) 註：ff 1.適用條件： (1)Brain surgery (含supratentorial glioma, epilepsy surgery, brain tumor involved cranial nerve, brain stem lesion)：限施行83017B、83018B、83019B、83056B、83066B、83068B、83070B、83071B、83088B申報，且腦部病灶必須位於eloquent area (定義為brainstem, thalamus, insula cortex, basal ganglia, paracentral region, language area, cranial nerve 2-12 involvement)。 (2)Intradural spinal surgery (含intradural tumor, intradural vascular lesion, spinal bifida, lipomyelomeningocele, dorsal rhizotomy)：限施行83042B、83072B、83073B申報，且脊椎病灶限intradural lesion。 (3)Scoliosis surgery：限施行83097B、83096B、83046B、83044B、67044B、64241B、67043B、67036B、64093A、64094A申報。 2.支付規範： (1)限神經外科專科醫師、神經內科專科醫師、小兒神經科專科醫師、復健科專科醫師、骨科專科醫師、麻醉科專科醫師執行，主刀醫師、手術團隊其它成員及執行麻醉醫師自行監測則不予支付。 (2)不得同時申報：56018B、20047B。 (3)申報費用時應檢附監測報告及簽名。		v	v	v	15271

第七節　手術

第三項　筋骨 Musculoskeletal System (64001-64287)

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
	脊椎融合術-嚴重脊椎側彎 Spinal fusion for severe scoliosis					
64093A	--後融合有固定物(1)≦六節 posterior spinal fusion with spinal instrumentation≦6 motion segments			v	v	45692
64094A	--後融合有固定物(2)每增加≦六節 additional posterior spinal fusion with instrumentation (per extra ≤6 motion segments)			v	v	26931
	註： 1. 適用範圍：側彎角（Cobb）≧四十度之嚴重脊椎側彎，且符合下列任一條件： (1) 經保守治療，側彎角（Cobb）曲度仍≧四十度。 (2) 側彎角（Cobb）曲度惡化每年超過五度。 (3) 具合併功能性限制，如：肺功能受限、神經功能異常。 2. 支付規範： (1) 醫師資格：限骨科專科或神經外科專科醫師，且具至少三年以上脊椎手術經驗及至少二十例以上脊椎融合手術經驗。 (2) 每人限執行一次，惟因下列醫療必要原因需執行第二次矯正固定手術者，應事前審查，事前審查應檢附影像及手術紀錄佐證。 A. 植入物失敗或位移需移除重建。 B. 深部手術部位感染需清創並重新固定。 C. 假關節形成（pseudarthrosis）致矯正流失。 D. 近端或遠端交界性後凸/附加現象致曲度顯著惡化。 (3) 申報時應檢附之紀錄或報告： A. 經保守治療無效或惡化的證據。 B. 手術紀錄： (a) 完整手術紀錄，須包含：實際手術時間、使用器械、融合固定節段範圍並標明起訖節位。					

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
	(b) 術中照片或影像記錄。 (c) 使用特殊材料明細（椎弓根釘數量、連接桿規格）。 (4) 不得併同申報項目：83046B、83097B。 3.64093A一般材料費另加計百分之十四、64094A一般材料費得加計百分之十九。					
64214B	踝前~~脛~~距腓韌帶重建術 ATF reconstruction		v	v	v	6780
64289B	早發性脊柱側彎非融合性矯正手術 Early-Onset Scoliosis Non-Fusion Correction Surgery (EOS) 註： 1.適用範圍：符合下列任一條件者： (1) 早發性特發性脊椎側彎(ICD-10-CM：M41.0或M41.1)。 (2)先天性脊椎畸形(ICD-10-CM：Q76.3)。 (3)神經肌肉性脊椎側彎(ICD-10-CM：M41.4)。 (4)胸廓發育不全症候群(ICD-10-CM：J98.4或P28.89)。 2.醫院資格：須具有骨科、小兒麻醉科、復健醫學科、兒科加護團隊。 3.申報時應檢附手術紀錄、術前及術後X光影像報告於病歷上備查。 4.內含一般材料費，得另加計百分之十四。 5.執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。		v	v	v	61772

第四項　呼吸器 Reapiratory System

一、鼻 Nose (65001-65082)

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
65082B	經鼻內視鏡顱底腦脊髓液漏修補術 Transnasal endoscopic repair of CSF leak of the skull base 註： 1.適用範圍（ICD-10-CM）： (1)顱部腦脊髓液滲漏（G96.01、G96.08） (2)前顱底腦膨出症（Q01.0、Q01.1、Q01.8） (3)顱底骨折（S02.1） (4)硬腦膜於醫療處置中意外刺穿及裂傷（G97.41） (5)腦脊髓液漏與相關併發症（G96.01、G96.08） (6)常見引起滲漏之顱底腫瘤（D33.3、D32.0、D35.2、C41.0~~、C31.1~~、C79.31、C31.0、C31.1、C31.2、C31.3、C31.8、C31.9、C11.0、C11.1、C11.2、C11.3、C11.8、C11.9） 2.支付規範： (1)限耳鼻喉頭頸外科及神經外科專科醫師執行。 (2)申報時應檢附相關影像學檢查報告（如：CT / MRI）及內視鏡手術紀錄。術前及術後檢附資料如下： A.術前： (a) 高解析度 CT（含冠狀面及矢狀面重建）。 (b) MRI 或 MR Cisternography。 B.術後：內視鏡手術報告（含漏口位置、修補方式、使用材料描述）。 3.不得同時申報 65060B、83047B 及 83057B。 4.一般材料費，得另加計百分之四。		v	v	v	26433

第十項　大腸、直腸、肛門 (73001-73009、73011-73015、73017-73018、73020、73022、73026-73032、73037-73040、73042-73043、73045-73048、73051-73053、73056-73057、74201-74225、74401-74420)

註：本項編號 73001-73009，73020，73022，73030-73032，73037，73039，73043，73051-73053 與「第九項消化器 三、腸(除大腸、直腸外)」為共同項目。

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
73045B	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術 Laparoscopic right colectomy and anastomosis 註：執行「機械手臂輔助右側大腸切除術加吻術」，須符合下列規範： 1.醫師資格： (1)具機械手臂輔助手術系統「大腸直腸外科」、「消化外科」認證學會認證醫師資格。 (2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	40409

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
	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術 Laparoscopic Anterior resection and anastomosis (sigmoid colon resection)					
73046B	－良性 benign		v	v	v	30394
73048B	－惡性 malignant		v	v	v	38097
	註：執行「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-良性」、「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-惡性」，須符合下列規範： 1.醫師資格： (1)具機械手臂輔助手術系統「大腸直腸外科」、「消化外科」認證學會認證醫師資格。 (2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照73046B、73048B申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。					
73057B	腹腔鏡左半結腸切除術 Laparoscopic left hemicolectomy		v	v	v	46327
	註：執行「機械手臂輔助左半結腸切除術」，須符合下列規範： 1.醫師資格： (1)具機械手臂輔助手術系統「大腸直腸外科」、「消化外科」認證學會認證醫師資格。 (2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。					

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
74221B	腹腔鏡低前位直腸切除術 Laparoscopic low anterior resection of rectum 註： 1.本項不含加做之大腸或小腸造口（not including colostomy or ileostomy）。 2.執行「機械手臂輔助低前位直腸切除術」，須符合下列規範： (1)醫師資格： A.具機械手臂輔助手術系統「大腸直腸外科」、「消化外科」認證學會認證醫師資格。 B.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	63767
74224B	腹腔鏡腹部會陰聯合切除術 Laparoscopic combined abdominoperineal resection 註：執行「機械手臂輔助直腸癌腹部會陰聯合切除術」，須符合下列規範： 1.醫師資格： (1)具機械手臂輔助手術系統「大腸直腸外科」、「消化外科」認證學會認證醫師資格。 (2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	58927

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」、「極重度子癇前症合併器官衰竭」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方式』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人視力照護品質優化方案」	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	繼續列管
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：

附件 1

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 陳仁恩

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，提升全國再灌流治療覆蓋率。
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

附件 2

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

附件 3

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 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	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 5ML23GX1.25"NEEDLE	PC		1.2	2	2.4	
		DISPOSABLE SYRINGE 10ML21GX1.5"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 SETADAPTOR	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

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	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 5ML23GX1.25"NEEDLE	PC		1.2	2	2.4	
		DISPOSABLE SYRINGE 10ML21GX1.5"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 SETADAPTOR 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	
		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	
		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	16,137
		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~~**		
		~~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								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

附件 5

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	3058 ~~1800~~
28038B	自體螢光支氣管鏡檢查 註： 1.適~~應症~~用範圍： (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。 2.不得同時申報28006C。		v	v	v	3695 ~~2437~~
28039B	支氣管鏡螢光透視檢查（含支氣管鏡檢查費用） 註： 1.適~~應症~~用範圍：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	6374 ~~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	8623 ~~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	15456 ~~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	14734 ~~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		v	v	v	1203 ~~1031~~
37039B	靜脈血管內化學藥物注射一小時至四小時		v	v	v	1666 ~~1234~~
37040B	靜脈血管內化學藥物注射四小時至八小時		v	v	v	2211 ~~1858~~
37041B	靜脈血管內化學藥物注射八小時以上		v	v	v	2675 ~~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： 1.適用範圍： (1~~.~~)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。 (2~~.~~)執行83106B者。 2.不得同時申報47111B。		v	v	v	18251 ~~14559~~
47111B	急性缺血性腦中風溶栓及取栓治療處置費 Bridging Therapy for Acute Ischemic Stroke 註：		v	v	v	26988

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)		v	v	v	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
	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術					
67012C	－氣管鏡	v	v	v	v	5809 ~~4987~~
67032B	－開胸術		v	v	v	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。		v	v	v	25727 ~~24905~~
67037B	支氣管內擴張術		v	v	v	3601 ~~2779~~
67046C	氣管內腔置管術		v	v	v	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. 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。	3,000

編號	項目	點數
二、跨院合作執行費獎勵		
	(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	
P8204B	-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
	(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	
P8208B	-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≦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≦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：

<table>
<tr><td rowspan="3">基本資料</td><td>主責醫院</td><td></td><td>醫事機構代碼</td><td></td></tr>
<tr><td>聯絡人</td><td></td><td>聯絡電話</td><td></td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="8">配套措施</td><td>轉診後送機制</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="7">合作醫院名單</td><td>醫事機構代號</td><td colspan="2">合作醫院名稱</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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　　提案單位：中華民國糖尿病學會

中華民國助產師助產士公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案(下稱孕產方案)」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(下稱醫院總額研商會議)決議暨 115 年 9 月 2 日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(下稱西基總額研商會議)決議（附件 1，頁次報 3-5～3-8）辦理。

二、 本署於 115 年 8 月 6 日邀集糖尿病學會、台灣婦產科醫學會、台灣周產期醫學會、台灣母胎醫學會、社團法人中華民國糖尿病衛教學會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、台灣助產學會及衛生福利部國民健康署召開討論會議，並經 115 年 8 月 26 日醫院總額研商會議及 115 年 9 月 2 日西基總額研商會議討論。另中華民國醫師公會全國聯合會同年月 9 日、糖尿病學會同年月 23 日及台灣婦產科醫學會同年月 23 日電子郵件確認修訂內容。研擬修訂「孕產方案」（附件 2，頁次報 3-9～3-26），摘要說明如下：

(一)收案條件：放寬妊娠糖尿病(GDM)管理照護收案條件由須以當次「主」診斷收案，調整為當次須以「主、次」診斷收案。

(二)參與院所及人員資格：GDM 管理照護

1. 加註醫師不限婦產科專科。

2. 增列自產後第 2 年起，得由已參與「糖尿病論質計酬醫療給付相關計畫」之醫療院所接續收案，辦理本方案 P3918C「妊

娠糖尿病-產後第 2 年追蹤」及 P3919C「妊娠糖尿病-產後第 3 年追蹤」追蹤。

(三)給付項目與支付標準：

1. 孕產期全程管理照護：品質提升費指標 5「院所向『自行要求剖腹產』產婦收取之自費醫療費用，未超過所列上限金額」非健保給付醫療費用，爰刪除本項指標。
2. GDM 管理照護：放寬胰島素注射獎勵費天數，由當年度胰島素注射天數達「28」天以上，調整為「14」天以上。
3. 產科醫師與助產人員共同照護之照護費須分配一定成數予生產共同照護相關醫事人員。

(四)品質監控及評估方式：調整妊娠糖尿病監測指標操作型定義（同附件 2，頁次報 3-15～3-16）。

(五)附件二：

1. P3915C「生產評估」支付規範，增列「若個案為近期診斷 GDM 或早產之產婦，得依其孕期執行照護期程，比照申報生產評估」。
2. P3916C「妊娠糖尿病-產後追蹤」支付規範，由原限執行「生產評估」者始得申報，調整為限執行「第 1 次孕期追蹤」者始得申報，中文名稱調整為「妊娠糖尿病-產後 4-12 週追蹤」。
3. 新增 P3917C~P3920C「妊娠糖尿病-產後第 1 年至第 3 年追蹤及轉診結案」管理照護費，分別支付 400 點。

(六)餘依孕產方案問答輯及體例修訂。

三、 財務評估：

(一)GDM 注射獎勵費天數調整：以 114 年產婦 10.5 萬人中約有 14%為 GDM(1.5 萬人)，其中約 10%使用胰島素注射，每人獎勵 500 點，高推估全年約需 75 萬點，較 113 年推估 2,100 人少（附件 3，頁次報 3-27），爰不增加財務支出。

(二)P3916C「妊娠糖尿病-產後追蹤」調整為「限有執行產後 75 克葡萄糖耐受試驗(OGTT)及 P3911C(原為 P3915C)者始得申報」，產後追蹤執行 OGTT 之費用，以支付標準 24029B「空腹及口服 75 公克葡萄糖兩小時後血漿葡萄糖測定」(144 點)計，每年約需 2.16 百萬點，較 113 年推估 3.02 百萬點減少，另高推估 115 年約需 29.91 百萬點～38.91 百萬點（附件 3，頁次報 3-28），亦較 113 年推估 41.87 百萬點～54.47 百萬點減少，爰不增加財務支出。

(三)以 114 年統計確診 GDM 孕婦推估產後第 1 年追蹤及轉診結案費，估算全年約需 6.56 百萬點(醫院 5.58 百萬點、西醫基層 0.98 百萬點)，如下表。

表 財務評估

孕產方案新增 GDM 產後第 1 年追蹤及 GDM 轉診結案		
114 年 GDM 孕婦人數	14,717 人	
114 年 GDM 確診 DM 人數	452 人	
GDM 產後第 1 年需追蹤人數	14,265 人	
推估 GDM 產後 1 年內確診為 DM(15%)人數	2,140 人 【14,265*15%】	
層級別(推估執行比例)	醫院(85%)	西醫基層(15%)
層級別推估人數	13,945 人 【(14,265 人+2,140 人)*85%】	2,461 人 【(14,265 人+2,140 人)*15%】
財務推估小計	5,578,000 點 【13,945*400 點】	984,400 點 【2,461*400 點】
財務推估合計	6,562,400 點	

(四)預算來源：以 115 年醫院、西醫基層總額「醫療給付改善方案」，2,618.5 百萬元及 422.1 百萬元支應，查 113 年醫院總額及西醫基層總額執行率各約 74.7%、85.7%，推估 115 年預算尚足以支應。

四、 修訂方案同附件 2（頁次報 3-9～3-26），將依程序報部核定後，本署公告實施。

決定：

附件 1

修訂「婦產科相關議題暨孕產婦全程照護醫療給付改善方案」討論會議紀錄

會議時間：115 年 8 月 6 日(四)下午 2 時

會議地點：衛生福利部中央健康保險署 9 樓第二會議室

(臺北市大安區信義路三段 140 號 9 樓)

主 持 人：劉主任秘書林義　　紀錄：林香君

四、案由：修訂「孕產婦全程照護醫療給付改善方案」暨推動成效檢討案。

討論重點：

(一) 妊娠糖尿病管理照護計畫(下稱 GDM 管理照護)：

1. 截至 115 年 6 月底加入 GDM 管理照護院所計 13 家，收案人數偏低，與會專家反映醫療院所因 GDM 管理照護程序及給付條件嚴謹，致參與意願低落。
2. 建議相關學會審視 GDM 管理照護子計畫，研議可納入醫療服務支付標準之項目，以提升醫療院所參與意願及 GDM 照護量能。
3. 配合本次會議第三案決議，GDM 產婦產後追蹤期程由產後 12 週延長至 3 年，爰增列 GDM 產後照護追蹤、結案管理等支付項目及點數。

(二) 產科醫師與助產人員共同照護計畫(下稱助產共照)：

1. 原預估醫療院所參與家數約為 4 家，截至 115 年 7 月底，累計共 9 家參與，較先前預估增加 1 倍，惟仍須持續推動院所聘用助產師(士)參與計畫。
2. 與會專家反映，部分醫療院所欲參加助產共照計畫，卻因未聘足計畫所定至少 4 名具執登之助產師(士)，致無法參與，爰提議將助產人員配置調整為 2 人。考

量照護品質、服務量能及人力配置，現階段宜維持至少 4 人助產師(士)之規定，請助產全聯會及助產學會協助有需求之院所媒合助產人力，以利提升院所參與量能。

結論：

(一) 修訂孕產方案條文如附件，後續依程序提醫院、西醫基層總額研商會議及「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。另助產相關學會如欲提案修訂計畫，請於健保給付範圍內提案。

(二) 助產共照之助產人力配置維持現行規範，請助產全聯會及助產學會協助媒合助產人力。

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

紀錄：張毓芬

第二案

提案單位：社團法人中華民國糖尿病學會、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」。

決議：

一、本案修訂通過如附件2，重點如下：

(一)品質提升費刪除上開第5項(院所向「自行要求剖腹產」產婦收取之自費醫療費用)指標，併同調整計畫文字。

(二)有關社團法人中華民國糖尿病學會建議修正如下，因事涉專業且無涉財務評估，請該會於會後與台灣婦產科醫學會討論確認之文字，納入方案修正：

1. 妊娠糖尿病-產後第1年至第3年追蹤及轉診結案(P3917C~P3920C)管理照護費：由…或餐後2小時血糖(PC2hr)者始得申報，修正為…及醣化血色素(HbA1c)者始得申報。

2. 備註1，由抽血檢驗結果需包含醣化血色素(HbA1c)、醣化白蛋白、血液及體液葡萄糖-空腹(AC)或血液及體液葡萄糖-餐後(PC)，修正為…包含醣化血色素(HbA1c)或醣化白蛋白…。

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。

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

第二案

提案單位：社團法人中華民國糖尿病學會

案由：修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」，提請討論。

決議：本案原則通過(附件2)，請本署與中華民國醫師公會全國聯合會取得共識後，與提案單位討論修訂計畫內容，並續依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

附件 2

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案(修正草案)

(99.4.1~103.12.31 屬醫療發展基金項下計畫)

104.01.01 第一版實施

108.01.01 第二版實施

112.01.01 第三版實施

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

115.OO.OO 第五版實施

壹、前言

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

貳、依據

依據健保會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

參、目的

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

肆、收案條件

~~(一)~~ 一、為達全人優質醫療照護之目的，本方案收案條件為在該院所接受全程產前檢查及生產全程照護者。

~~(二)~~ 二、妊娠糖尿病管理照護：最近90天曾在該院所診斷為妊娠糖尿病（ICD-10-CM前四碼為O24.4）一次以上者，惟須以當次主、次診斷【門診醫療

費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】收案。

伍、參與院所及人員資格

一、孕產期管理照護(全程產檢及生產)

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

(一)醫院診所須登記有婦產科診療科別及專任婦產科專科醫師資格，並設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室。

(二)院所配合條件：提供孕產婦於懷孕期間及產後 1 個月內電話或網路等各類 24 小時無間斷之醫療照護諮詢服務。

~~(三)~~二、妊娠糖尿病管理照護~~：~~

~~1.~~ (一)醫療院所須組成照護團隊，包括以下成員：

~~(1)~~1.醫師(專或兼任)，不限婦產科專科別。

~~(2)~~2.護理師或助產師(士)，至少 1 人為專任。

~~(3)~~3.營養師，得為專任、兼任(每月 2 診次以上)或轉介。

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

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

~~(四)~~三、產科醫師與助產人員共同照護~~：~~

(一)醫療院所聘有專任婦產科專科醫師至少 2 人~~，~~。

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

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

陸、給付項目與支付標準

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

一、孕產期全程管理照護

(一)孕產期管理照護費(詳附件一)

1.母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3904C/1,200點)。

2.非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3905C/900點)。

3.如產婦自行要求剖腹產，不得申報「孕產期管理照護費」。

4.本項孕產期管理照護費所指全程產檢，係指完成衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」所列之11次以上孕婦產前檢查，惟孕產婦如因早產等醫療因素僅執行9次以上產檢者，得比照申報孕產期管理照護費。

(二)品質提升費

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

1.孕產期全程照護率≧45%。

分子：院所年度符合申報全程照護案件數。

分母：院所年度申報不含自行要求剖腹產之生產案件數。

2.產後14日內再住院率(含跨院)<1%。

分子：院所年度生產後 14 日再入院之案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

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

分子：院所年度申報剖腹產含自行要求剖腹產案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

4.低出生體重率不超過院所前一年度低出生體重率1%。

分子：院所年度出生體重小於 2500 公克之活產人數。

分母：院所年度出生通報之活產人數。

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

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

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

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

~~6~~5.助產人員執業登記人數：年度內於保險人「醫事人員基本資料檔」登錄且實際執行助產業務之助產師(士)人數，最高採計上限為6人。

二、妊娠糖尿病管理照護(詳附件二)

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

(一)妊娠糖尿病管理照護費(P3911C～P39~~16~~20C)：須依時程執行管理照護必要服務項目並登錄系統。轉介他院營養師者，以主要照護孕產

婦之院所進行申報，不得另行收費。~~P3916C(產後追蹤)限於產後 3 個月內執行。~~

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

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

(四)結案條件：

1、個案完成 P391~~6~~9C 管理照護~~或~~。

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

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

三、產科醫師與助產人員共同照護

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

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

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

(三)本照護費須分配一定成數予生產共同照護相關醫事人員。

柒、醫療費用之申報、暫付、審查及核付方式

一、申報

(一)門診醫療費用點數申報格式點數清單段及醫令清單段填表說明：

1.各次產檢請依現行規定申報。

2.屬妊娠糖尿病管理照護收案之保險對象~~，~~：

(1)管理照護費(P3911C～P3914C、P3916C)依各時程上傳必填欄位之時間申報，申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填「E1」、特定治療項目代號(一)應填「EGP」；醫令類別填報 G，支付點數填報 0，由保險人於結算獎勵金時依院所申報資料勾稽比對，排除重複申報案件後，依實際狀況每年統一補付費用(點數同轉入院所)；另 P3916C 須併同執行「24029B」申報費用，基層院所填報「24029B」醫令類別為 4。

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

3.申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)生產部分依特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明申報：

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

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

二、暫付、審查及核付

(一)依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

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

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

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

捌、品質監控及評估方式（依附件四格式填寫）

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

一、結構、過程、結果指標

(一)結構指標：人員專業素質與醫療行政品質（專科資格、在職教育）。

(二)~~、~~過程指標：方案前後平均住院天數比較。

(三)~~、~~結果指標：全院性之產檢利用率、週產期死亡率、出生性別比。

~~四~~二、危險因子指標：子癇前症、子癇症、早產兒、低體重兒比率。

~~六~~三、其他指標：住院期間總母乳哺育率、住院期間純母乳哺育率。

~~五~~四、妊娠糖尿病監測指標~~：未完整提報本項指標者不予支付妊娠糖尿病管理照護費。~~

(一)孕產婦相關

1.自我血糖監控率≧99%

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

分母：所有~~妊娠糖尿病孕婦收案~~完成P3911C申報個案人數。

2.孕期血糖控制良率~~>~~≧95%

分子：所有完成P3913C申報個案中，醣化血紅素<6.5%或醣化白蛋白<15.8%之~~妊娠糖尿病孕婦收案個案~~人數。

分母：所有~~妊娠糖尿病孕婦收案~~完成P3913C申報個案人數。

3.產後 4-12 週內進行 75g OGTT 比率

分子：~~產後4-12週內有進行75g OGTT檢測~~完成P3916C申報之妊娠糖尿病~~孕婦收案~~個案人數。

分母：所有已完成P3915C申報且自生產日起已滿三個月之妊娠糖尿病~~孕婦收案~~個案人數。

4.血糖達標率

分子：~~該院~~所有完成P391~~1~~3C申報~~的GDM孕婦~~之個案中，血糖控制達標~~之~~人數(血糖控制達標定義為所有有登錄之抽血檢驗值均須達標：包括AC<95mg/dL、PC1hr<140mg/dL或PC2hr<120mg/dL)。

分母：~~該院所~~所有~~的妊娠糖尿病孕婦~~完成P3913C申報之個案人數。

5.營養師衛教比率≧9~~9~~0%

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

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案人數。

6.完整收案率

分子：~~該院所~~完成P3911C~~+~~、P3912C~~+~~、P3913C~~+~~及P3915C全部申報~~的~~之妊娠糖尿病孕婦個案人數。

分母：~~該院所所有加入此計畫的~~已完成P3911C申報，且截至統計截止日已達預產期後四週之妊娠糖尿病孕婦個案人數。

7.新收案率

分子：~~該院所~~完成P3911C申報~~的~~之妊娠糖尿病孕婦個案人數。

分母：~~該院所~~所有~~的~~妊娠糖尿病孕婦個案人數。

8.四度產道裂傷比率

分子：~~分娩時~~陰道生產且發生四度產道裂傷~~的~~之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數。

分母：~~所有~~以陰道生產之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數。

(二)新生兒相關

1.胎兒出生體重為巨嬰之比例<5%

分子：產下新生兒體重>4,000公克之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案人數。

2.胎死腹中比例<5‰

分子：胎死腹中之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案人數。

玖、方案修正程序：本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理；餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

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

通則：

一、不符醫學上適應症而自行要求剖腹產者，須回歸現行醫療服務支付標準申報，依自行要求剖腹產點數支付，不得申報本方案各項支付標準。

二、其他未列入本方案之支付標準規定項目，依現行醫療服務支付標準規定辦理。

三、高風險及急重症孕產婦經醫師診斷如有需要之必要轉診，依醫療服務支付標準及相關轉診規定辦理，不得申報本方案。

四、每一孕產婦就下列 P3904C 及 P3905C，擇一申報。

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

附件二

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

代碼	診療項目	支付點數	必要服務項目及時程
P3911C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 1 次)	600	1.個案登錄系統必填欄位：建立病人基本資料、孕期新收案日期、預產期、孕次(G)、產次(P)、基本檢查數據、慢性病史及家族史、抽血檢驗結果、妊娠糖尿病治療方式、其他用藥。 2.P3911C 須轉介營養師。
P3912C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 2 次)	500	1.個案登錄系統必要照護項目欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、血糖機檢驗、妊娠糖尿病治療方式。 2.新收案後至少須間隔二週始得申報。 3.P3912C 須轉介營養師。
P3913C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 3 次)	200	1.個案登錄系統必填欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、抽血檢驗及妊娠糖尿病治療方式。 2.與 P3912C 至少須間隔二週始得申報。
P3914C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 4 次)	200	1.個案登錄系統必填欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、血糖機檢驗及妊娠糖尿病治療方式。 2.與 P3913C 至少須間隔二週始得申報。
P3915C	妊娠糖尿病-生產評估	500	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據(待產或產前體重)、~~抽血檢驗、~~生產日期、方式、懷孕胎數、胎兒性別、出生週數、出生體重、孕期合併症、胎兒併發症(新生兒低血糖、入住NICU、新生兒生產創傷、死胎、死胎原因等)。 2.須生產後才能申報本項，限完成 P3911C、P3912C 及 P3913C 者始得申報。若個案為近期診斷 GDM 或早產之產婦，得依其孕期執行照護期程，比照申報 P3915C。
P3916C	妊娠糖尿病-產後 4-12 週追蹤	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行產後 75 克葡萄糖耐受試驗(OGTT)及 P3915~~5~~1C 者始得申報。 3.限產後三個月內申報。
P3917C	妊娠糖尿病-產後第 1 年追蹤	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行空腹血糖(AC)及醣化血色素(HbA1c)者始得申報。 3.限同胎次產後 12 週起第一年內申報。

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

備註：1.抽血檢驗結果需包含：

(1) 醣化血色素(HbA1c)~~、~~或醣化白蛋白(GA)擇一。

(2) ~~、~~血液及體液葡萄糖-空腹(AC)、血液及體液葡萄糖-餐後 1 小時(1hPC)或血液及

體液葡萄糖-餐後 2 小時(2h PC)擇一。
2.產前追蹤第 1~4 次，每次間隔二週。
3.申報時未完成該項個案登錄系統填報欄位者，不予支付。

附件三

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

主導人員：□醫師：產科醫師主導接生加上助產師(士)產程管理

□助產師(士)：助產師(士)主導接生及產程管理

助產師(士)的產程管理(labor and delivery management)
針對以下項目先行評估，再給予適切的處理/指導(確實執行項目請打勾)

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

助產師(士)簽章： **醫師簽章：**

附件四

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案
醫療品質指標報告表

院所名稱：　　院所代號：　　○年第○季

一、結構、過程、結果指標

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

二、危險因子指標

項目	個案人數（A）	孕婦/新生兒人數（B）	比率%（A/B）
子癲前症			
子癲症			
早產兒			
低體重兒			

三、其他指標

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

四、妊娠糖尿病監控指標

序號	指標名稱定義	分子 A	分母 B	比率% (A/B)
1	自我血糖監控率 分子：所有~~進行~~完成 P3912C 申報個案中，每日自我血糖~~檢~~監測~~的妊娠糖尿病(Gestational Diabetes~~			

序號	指標名稱定義	分子 A	分母 B	比率% (A/B)
	~~Mellitus，以下稱 GDM)孕婦收案個案~~頻率至少達 1 次（含）以上之人數 分母：所有 ~~GDM 孕婦收案~~完成 P3912C 申報個案人數			
2	孕期血糖控制良率>95% 分子：~~GDM 孕婦~~所有完成 P3913C 申報個案中，醣化血紅素<6.5%或醣化白蛋白<15.8%之~~個案~~人數 分母：所有 ~~GDM 孕婦收案~~完成 P3913C 申報個案人數			
3	產後 4-12 週內進行 75g OGTT 比例 分子：~~GDM 孕婦產後 4-12 週內有進行 75g OGTT 檢測者~~完成 P3916C 申報之妊娠糖尿病個案人數 分母：所有 ~~GDM~~ 已完成 P3915C 申報，且截至統計截止日，自生產日起已滿三個月之妊娠糖尿病~~孕婦收案~~個案人數			
4	血糖達標率 分子：~~該院~~所有完成 P391~~1~~3C 申報~~的 GDM 孕婦~~之個案中，血糖控制達標~~之~~人數(血糖控制達標定義為所有有登錄之抽血檢驗值均須達標：包括 AC<95mg/dL、PC1hr<140mg/dL 或 PC2hr<120mg/dL) 分母：~~該院所~~所有~~的 GDM 孕婦~~完成 P3913C 申報之個案人數~~。~~			
5	營養師衛教比率 分子：經診斷 ~~GDM~~ 妊娠糖尿病後有接受過 2 次營養師衛教~~的 GDM~~ (完成 P3911C 及 P3912C)之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數~~。~~ 分母：所有 ~~GDM~~ 妊娠糖尿病孕婦收案個案人數			
6	完整收案率 分子：~~該院所~~完成 P3911C~~+~~、P3912C~~+~~、P3913C~~+~~及 P3915C 全部申報~~的~~之 ~~GDM~~ 妊娠糖尿病孕婦個案人數 分母：~~該院所所有加入此計畫的 GDM~~ 已完成 P3911C 申報，且截至統計截止日已達預產期後四週之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數			
7	新收案率 分子：~~該院所~~完成 P3911C 申報~~的~~之 ~~GDM~~ 妊娠糖尿病孕婦個案人數 分母：~~該院所~~所有~~的 GDM~~ 妊娠糖尿病孕婦個案人數			
8	四度產道裂傷 分子：~~分娩時~~陰道生產且發生四度產道裂傷~~的 GDM~~之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數 分母：~~所有 GDM~~ 以陰道生產之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數			
9	胎兒出生體重為巨嬰之比例			

序號	指標名稱定義	分子 A	分母 B	比率% (A/B)
	分子：~~GDM~~ 妊娠糖尿病孕婦收案個案產下之新生兒體重>4,000 公克個案人數 分母：所有 ~~GDM~~ 妊娠糖尿病孕婦收案個案人數			
10	胎死腹中比例 分子：~~GDM~~ 妊娠糖尿病孕婦收案個案胎死腹中個案人數 分母：所有 ~~GDM~~ 妊娠糖尿病孕婦收案個案人數			

註：
1.本表請於每季最後 1 月(3、6、9、12 月)申報醫療費用時一併提供分區業務組~~，另未完整提報妊娠糖尿病監控指標者不予支付妊娠糖尿病管理照護費~~。
2.總母乳哺育~~母乳~~率之哺育母乳人數係指有哺育母乳之產婦人數。
3.純母乳哺育~~母乳~~率之哺育母乳人數係指~~純~~哺育純母乳(僅餵母乳或加維他命、礦物補充劑或藥品)之產婦人數。
4.專科資格：本方案相關專科醫師人數、相關專業人員數(如護理師)。
5.在職教育：本方案相關訓練如新生兒急救等教育訓練時數。
6.週產期死亡率：(懷孕 28 週以上之死胎數+活產後 1 週內死亡數)/(懷孕 28 週以上之死胎數+1 年中的活產數)*1,000。
7.所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數：有完成 P3911C、P3912C、P3913C、P3914C、P3915C 或 P3916C 其中一項申報。
8.所有妊娠糖尿病孕婦個案數：所有診斷為 GDM(ICD-10 為 O24.4)孕婦之個案數，包含未收案及收案個案。

附件五

全民健康保險院所轉診單

全民健康保險　　院(所)轉診單(轉診至　　院所)(院所參考)

保險醫事服務機構代號：

原診療醫院診所	保險對象基本資料	姓名	性別	出生日期	身分證號
			□男 □女	民國(前)　年　月　日	
		聯絡人	聯絡電話	聯絡地址	
	病歷摘要	**A.**病情摘要(主訴及簡短病史)　**D.**藥物過敏史： **B.**診斷　**ICD-10-CM**　病名 1.(主診斷) 2. 3. **C.**檢查及治療摘要 1.最近一次檢查結果　2.最近一次用藥或手術名稱 日期：　日期： 報告：		
	轉診目的	1. □急診治療　4. □進一步檢查，檢查項目 2. □住院治療　5. □轉回轉出或適當之院所繼續追蹤 3. □門診治療　6. □其他			
	院所住址			傳真號碼： 電子信箱：	
	診治醫師	姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章
	開單日期	年　月　日	安排就醫日期	年　月　日 科　診　號	
	建議轉診院所科別	(必填)醫院　(必填)科　醫師	轉診院所地址及專線電話	地址： 電話：	
接受轉診醫院診所	處理情形	1.□已予急診處置並轉診至　醫院　2.□已予急診處置，並住本院　病房治療中 3.□已安排住本院　病房治療中　4.□已安排本院　科門診治療中 5.□已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下			
	治療摘要	1.主診斷　2.治療藥物或手術名稱　3.輔助診斷之檢查結果 ICD-10-CM： 病名：			
	院所名稱		電話或傳真： 電子信箱：		
	診治醫師	姓名	科別	醫師簽章	回覆日期　年　月　日

※本轉診單限使用一次　　※以上欄位均屬必填，如無則填無

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

第三聯：原診療醫院、診所留存

附件 3

113 年推估妊娠糖尿病品質提升計畫預估經費

品項	預估孕產婦數	支付點數	小計
GDM 管理照護費	21,000	1,800～2,400	3,780 萬～5,040 萬
胰島素獎勵	2,100	500	105 萬
		合計	**3,885 萬～5,145 萬**
產後 OGTT	21,000	144	302.4 萬
	每人小計	2,444～3,044	
		總計	**4,187.4 萬～5,447.4 萬**

備註

1.GDM 人數推估=年生產孕婦*GDM 比例(14%)。

2.GDM 使用胰島素比例=GDM 人數*10%

3.P5 生產評估修正為 500 點

4.支付標準給付 OGTT(24029B)144 點

照護管理費	支付點數
P3911C(P1)	600
P3912C(P2)	500
P3913C(P3)	200
P3914C(P4)	200
P3915C(P5)	500
P3916C(P6)	400
高估(P1+P2+P3+P4+P5+P6)	2,400
低估(P1+P2+P3+P5)	1,800

115 年妊娠糖尿病品質提升計畫預估經費

品項	預估孕產婦數	支付點數	小計
GDM 管理照護費	15,000	1,800～2,400	2,700 萬～3,600 萬
胰島素獎勵	1,500	500	75 萬
		合計	**2,775 萬～3,675 萬**
產後 OGTT	15,000	144	216 萬
	每人小計	2,444～3,044	
		總計	**2,991 萬～3,891 萬**

備註

1.GDM 人數推估=年生產孕婦*GDM 比例(14%)。

2.GDM 使用胰島素比例=GDM 人數*10%

3.支付標準給付 OGTT(24029B)144 點

照護管理費	支付點數
P3911C(P1)	600
P3912C(P2)	500
P3913C(P3)	200
P3914C(P4)	200
P3915C(P5)	500
P3916C(P6)	400
高估(P1+P2+P3+P4+P5+P6)	2,400
低估(P1+P2+P3+P5)	1,800

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 4-3）辦理。

二、 旨揭計畫（附件 2，頁次報 4-4～4-20）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、 續依會議決定，依程序報衛生福利部核定後，本署公告實施。

決定：

附件 1

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。

附件 2

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 O 月 O 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≥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，每週評估並以每次住院療程申報兩次為限~~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(3~~0~~8 分)

(1)感染症專科醫師配置(1~~0~~8 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＝

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

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/Σ 各醫院(指標達成積分 × 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≦90mmHg，或平均動脈壓≦70mmHg並持續一小時以上。 2. 腎臟：給予適當之輸液急救，排尿量＜0.5ml/Kg/hr。 3. 呼吸：PaO2/FiO2≦250，或肺功能喪失時，PaO2/FiO2≦200。 4. 血液：血小板數＜80,000/mm3，或血小板數於3日內下降50%無法解釋之代謝性酸中毒：pH≦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）≧5mEq/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CR*E. 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期限，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~~114~~115年，以~~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÷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× (0.5÷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	*Escherichia* spp.	1. 需通報左列項目下之所有菌種資料，如*Escherichia* spp. 包括*E. coli*、*E. vuleris*…等；*Klebsiella* spp.包括*K. pneumoniae*、*K. ozaenae*、*K. rhinoscleromatics*…等。 2. *Burkholderia cepacia* complex 包含*B. cepacia*、*B. multivorans*、*B. cenocepacia* 等。 3. *Acinetobacter baumannii* complex 包含*A. baumannii*、*A. calcoaceticus*、*A. calcoaceticus-A. baumannii* complex、*A. nosocomialis*、*A. pittii*、*A. seifertii* 等。 4. 如無法分型之醫院， 可通報spp./complex/group。
2	*Klebsiella* spp.	
3	*Enterobacter* spp.	
4	*Proteus* spp.	
5	*Salmonella* spp.	
6	*Shigella* spp.	
7	*Citrobacter* spp.	
8	*Morganella* spp.	
9	*Providencia* spp.	
10	*Serratia* spp.	
11	*Elizabethkingia* spp.	
12	*Enterococcus* spp.	
13	*Burkholderia cepacia* complex	
14	*Acinetobacter baumannii* complex	
15	Group A Streptococci	
16	Group B Streptococci	
17	*Pseudomonas aeruginosa*	
18	*Staphylococcus aureus*	
19	*Streptococcus pneumoniae*	
20	*Neisseria gonorrhoeae*	
21	*Clostridioides difficile*	
22	*Helicobacter pylori*	
23	*Haemophilus influenzae*	
24	*Stenotrophomonas maltophilia*	
25	*Chryseobacterium indologenes*	
26	*Bacteroides fragilis*	

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 *Staphylococcus aureus*)	對 oxacillin 具抗藥性*之 *Staphylococcus aureus*	•*Staphylococcus aureus* (FP00061)	oxacillin (O-006)
VRE (Vancomycin-resistant Enterococci)	對 vancomycin 具抗藥性*之 Enterococci	•*Enterococcus faecaliss* (FP00056) •*Enterococcus faecium* (FP00057) •*Enterococcus* spp. (FP00068) •*Enterococcus avium* (FP00186) •*Enterococcus durans* (FP00493) •*Enterococcus malodoratus* (FP00497) •*Enterococcus mundtii* (FP00498) •*Enterococcus hirae* (FP00506) •*Enterococcus raffinosus* (FP01109)	vancomycin (V-001)
CRKP (Carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae*)	對 carbapenem 類中的 imipenem、meropenem、ertapenem 或 doripenem 任一抗生素具抗藥性*之 *Klebsiella pneumonia*	•*Klebsiella ozaenae* (FP00020) •*Klebsiella pneumoniae* (FP00021) •*Klebsiella rhinoscleromatics* (FP00597) •*Klebsiella pneumoniae* (ESBL) (FP01128)	imipenem (I-001) meropenem (M-001) ertapenem (E-009) doripenem (D-008)
CRAB (Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* complex)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生素具抗藥性*之 *Acinetobacter baumannii* complex	•*Acinetobacter baumannii* (FP00002) •*Acinetobacter calcoaceticus* (FP00254) •*Acinetobacter calcoaceticus-Acinetobacter baumannii* complex (FP01130) •*Acinetobacter nosocomialis* (FP01167) •*Acinetobacter pittii* (FP01168) •*Acinetobacter seifertii* (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 *Pseudomonas aeruginosa*)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生素具抗藥性*之 *Pseudomonas aeruginosa*	•*Pseudomonas aeruginosa* (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：

附件 1

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。

附件 2

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
	一般針灸	
D01	－另開內服藥	227
D02	－未開內服藥	227
	電針治療	
D03	－另開內服藥	227
D04	－未開內服藥	227
	中度複雜性針灸	
D05	－另開內服藥	327
D06	－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~~下列任一輔助治療：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。	
	高度複雜性針灸	
D07	－另開內服藥	427
D08	－未開內服藥	427
	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~~下列任一輔助治療：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　　提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會
桃園市復興區衛生所

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（下稱支付標準）部分診療項目」。

說明：

一、 依據本署 115 年 7 月 16 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 115 年第 1 次臨時研商議事會議(下稱西基臨時研商會議)決議（附件 1，頁次報 6-5～6-6）、同年 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(下稱醫院研商會議)決議（附件 2，頁次報 6-7）、同年 9 月 2 日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(下稱西基研商會議)決議（附件 3，頁次報 6-8～6-9）辦理。

二、 調整西醫基層門診診察費專科醫師加成成數：

(一)依 115 年 7 月 16 日西基臨時研商會議決議及同年 9 月 2 日西基研商會議決定，各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費加成率，婦產科、外科、內科、兒科及家醫科之專科醫師加成率由 9%至 13%調整至 21%，其他專科醫師加成率由 9%至 13%調整至 18%。

(二)財務影響評估：

以 114 年申報資料，推估增加財務支出約 **4,233.7 百萬點**。

專科分組	調整後加成率	預估增加點數(百萬點)
婦產科、外科、內科、兒科、家醫科	21%	2,910.2
其他專科	18%	1,323.5

專科分組	調整後加成率	預估增加點數(百萬點)
合計		**4,233.7**

三、 修訂 53033C「鼻淚管淚道氣球擴張術」等 10 項，推估增加財務支出 1,278.5 百萬點，重點說明如下：

(一)修訂 53033C「鼻淚管淚道氣球擴張術」（附件 4，頁次報 6-10）：

1. 依 115 年 9 月 2 日西基研商會議決議，考量本項處置費用價格高昂，宜訂定管理規範，爰建議屬西醫基層案件需事前審查，且限眼科專科醫師申報。
2. 財務評估：本次係限縮執行人員別，並明確申報規範，推估不增加財務支出。

(二)修訂 45102C「精神科社會生活功能評估」：

1. 依 115 年 9 月 2 日西基研商會議決議，調整「本項治療限精神科醫師申報或於其指導下由社工師(員)執行、醫師申報，並詳細記錄於病歷」。
2. 財務評估：本項暫無西醫基層診所社工師(員)申報，推估不影響健保財務支出。

(三)蒸氣或噴霧吸入治療增列兒童加成（附件 5，頁次報 6-11）：

1. 依 115 年 8 月 26 日醫院研商會議暨同年 9 月 2 日西基研商會議決議，考量支付一致性，同時增列 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」兒童加成等 2 項。
2. 財務評估：以 114 年申報資料及 112 年至 114 年成長率計算，推估 115 年增加財務支出 **12.65 百萬點**(醫院 11.37 百萬點、西醫基層 1.28 百萬點)。

(四)修訂 48009C~48013C「手術、創傷處置及換藥－導管引流/傷口處置/<10cm/10-20cm/>20cm」及 48025C「拆線－傷口<10cm」（附件 6，頁次報 6-12）：

1. 依 115 年 7 月 16 日西基臨時研商會議暨同年 8 月 26 日醫院研商會議決議，考量現行部分創傷處置及換藥相關支付項目點數長期偏低，為合理反映診療服務成本，針對下列診療項目各調升 50 點：

醫令代碼	診療項目	支付點數	
		現行	調整後
48009C	手術、創傷處置及換藥－導管引流	107	157
48010C	手術、創傷處置及換藥－傷口處置	97	147
48011C	手術、創傷處置及換藥<10cm	56	106
48012C	手術、創傷處置及換藥 10-20cm	76	126
48013C	手術、創傷處置及換藥>20cm	125	175
48025C	拆線-傷口<10cm	97	147

2. 財務評估：以 114 年申報資料及 112 年至 114 年成長率計算，推估增加 **1,265.8 百萬點**（醫院 1004.4 百萬點、西醫基層 261.4 百萬點）。

四、 修訂山地離島地區衛生所之檢驗項目折付方式比照地區醫院：

(一)依 115 年 9 月 2 日西基研商會議決議，考量偏遠地區醫療資源相對不足，衛生所為當地重要基層醫療服務據點，爰放寬其門診檢驗項目全額給付次數，折付方式比照地區醫院，以維持山地離島地區在地醫療服務量能。

(二)查 114 年山地離島地區衛生所申報情形，統計同一病人執行超過 10 項檢查（驗）項目，且累計件數逾 200 件之衛生所共 17 家。

(三)財務評估：以 114 年衛生所（含交付）同一就醫序號申報檢驗項目統計，第 11-15 項由九折調整為全額支付，第 16-20 項由

八折調整為全額支付，第 21-30 項由八折調整為九折支付，推估增加財務支出 **0.11 百萬點**。

五、 本案財務影響共計 5,512.3 百萬點，預算來源如下：

(一) 涉醫院總額預算計 1,015.8 百萬點：由 115 年度醫療總額一般服務之醫療服務成本指數改變率預算 84.667 億元支應。

(二) 山地離島地區衛生所之檢驗項目折付方式比照地區醫院，計 0.11 百萬點：由 115 年度其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項下 53.11 億元支應。

(三) 其餘涉西醫基層總額計 4,496.5 百萬點：由 115 年度西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款預算 5.586 億元；如有不足，則以 114 年度、115 年度西醫基層總額一般服務之醫療服務成本指數改變率預算 28.686 億元及 20.984 億元支應。

序號	項目	財務影響評估(百萬點)		
		合計	醫院	基層
1	調整西醫基層門診診察費專科醫師加成成數	4,233.7	-	4,233.7
2	修訂鼻淚管淚道氣球擴張術	-	-	-
3	修訂精神科社會生活功能評估	-	-	-
4	蒸氣或噴霧吸入治療增列兒童加成	12.7	11.4	1.3
5	調升手術、創傷處置及換藥等 6 項診療項目支付點數	1,265.8	1004.4	261.4
6	修訂山地離島地區衛生所之檢驗項目折付方式比照地區醫院	0.1	0	0.1
總計		**5,512.3**	**1,015.8**	**4,496.5**

六、 修訂後支付標準表如附件 7（頁次報 6-13～6-23），將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

決定：

附件 1

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 115 年第 1 次臨時研商議事會議紀錄

時間：115 年 7 月 16 日下午 3 時 30 分

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：陳署長亮妤

紀錄：張美鳳

出席代表：(略)

列席單位及人員：(略)

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項

第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣婦產科醫學會、台灣整形外科醫學會

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，提請討論。

決議：

一、調整西醫基層門診診察費專科醫師加成：以版本一為基礎，與會代表建議將兒科加成率調整為 21%，並授權本署確認各專科醫師加成率。

二、調升心電圖及手術、創傷處置及換藥等 7 項診療項目支付點數：本案通過，另支付調整涉醫院總額預算部分，提至醫院總額研商議事會議討論，續依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

三、提升生產及整形外科等手術處置支付點數：照案通過，續依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

四、本案以 115 年度西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款預算支應；若有不足，則以西醫基層總額一般服務之醫療服務成本指數改變率預算支應。

附帶事項：

有關西醫基層門診診察費專科醫師加成一節，於會後與與會代表達成共識，婦產科、外科、內科、兒科及家醫科之專科醫師加成率調整至 21%，其餘專科醫師加成率調整至 18%。

參、臨時動議：無。

肆、散會：下午 5 時 46 分。

附件 2

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

紀錄：張毓芬

出席代表：略。

列席單位及人員：略。

壹、 主席致詞：略。

貳、 確認上次會議紀錄：略。

參、 報告事項：略。

肆、 討論事項：

第三案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)

案由：配合西醫基層總額修訂「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。

決議：

一、通過手術、創傷處置及換藥等6項診療項目支付點數各調升 50點，並於蒸氣或噴霧吸入治療等2項診療項目增列兒童加成。

二、另有關調整18001C「心電圖」支付點數，考量本項支付點數調升150點，財務影響甚鉅，爰建議比照手術、創傷處置及換藥診療項目調升50點，並請醫師全聯會攜回討論。

三、本案通過項目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。

伍、 臨時動議：略。

附件 3

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

肆、 討論事項

第三案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會

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

決議：

一、同意修訂下列診療項目，續依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論：

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

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

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

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

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

第四案

提案單位：桃園市復興區衛生所

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

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

附件 4

【53033C「鼻淚管淚道氣球擴張術」】

分析 112 年至 114 年申報醫師專科別結果如下表：

	112 年		113 年		114 年	
執行醫師專科別[註1]	醫令量	執行比率%[註2]	醫令量	執行比率%[註2]	醫令量	執行比率%[註2]
眼科	755	99.9	757	99.0	804	99.3
其他專科	1	0.1	8	1.0	6	0.7
合計	756		765		810	

註 1:參考全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心檔案譯碼簿 34 專科科別類別(LWRD_ID)欄位，包含眼科（A1100）以及其他專科別。

註 2：執行比率=當年度各醫師專科別申報 53033C 醫令量/當年度 53033C 總申報醫令量。

附件 5

【57021C「蒸氣或噴霧吸入治療-每次」】、【57022C「蒸氣或噴霧吸入治療-每天」】

醫令代碼	診療項目	支付點數	年齡分組	114 年申報量（千件）			115 年推估申報量（千件）			財務影響評估（百萬點）					
										醫院				基層	總計
				醫院	基層	總計	醫院	基層	總計	合計	醫中	區域	地區		
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療－每次	40	未滿 6 個月（加成 60%）	23.96	3.13	27.09	24.42	3.47	27.89	0.59	0.27	0.28	0.04	0.08	0.67
			6 個月至未滿 2 歲（加成 30%）	98.41	26.88	125.29	101.66	29.13	130.79	1.22	0.49	0.62	0.11	0.35	1.57
			2 歲至未滿 7 歲（加成 20%）	174.95	104.09	279.04	152.58	104.47	257.04	1.22	0.36	0.69	0.16	0.84	2.06
57022C	蒸氣或噴霧吸入治療－每天	150	未滿 6 個月（加成 60%）	21.78	0.02	21.80	22.17	0.04	22.21	1.99	0.92	0.88	0.19	0.004	2.00
			6 個月至未滿 2 歲（加成 30%）	72.03	0.09	72.12	78.67	0.12	78.79	3.54	1.30	1.95	0.29	0.005	3.55
			2 歲至未滿 7 歲（加成 20%）	104.08	0.19	104.27	93.42	0.20	93.62	2.80	0.67	1.72	0.41	0.006	2.81
合計										11.36	4.00	6.15	1.21	1.28	12.65

附件 6

【手術、創傷處置及換藥等 6 項診療項目】

醫令代碼	診療項目	支付點數		114 年申報量（千件）			財務影響評估（百萬點）					
		現行	調整後	醫院	基層	總計	醫院				基層	總計
							合計	醫中	區域	地區		
48009C	手術、創傷處置及換藥－導管引流	107	157	1,510	7.7	1,517	75.5	45.6	23.8	6.1	0.4	75.9
48010C	手術、創傷處置及換藥－傷口處置	97	147	1,327	517	1,844	70.3	34.3	25.4	10.6	26.6	96.9
48011C	手術、創傷處置及換藥<10cm	56	106	12,707	2,755	15,462	635.4	227.9	211.7	195.8	192.8	828.2
48012C	手術、創傷處置及換藥10-20cm	76	126	2,339	347	2,686	116.9	45.6	43.9	27.74	20.8	137.8
48013C	手術、創傷處置及換藥>20cm	125	175	1,192	251	1,443	59.6	31.8	17.3	10.5	12.5	72.2
48025C	拆線-傷口<10cm	97	147	933	164	1,097	46.6	17.5	18.0	11.1	8.2	54.9
合計							1,004.4	402.7	340.1	261.5	261.4	1,265.8

附件 7

第一章　基本診療

第一節　門診診察費

通則：

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式(詳附表 2.1.3)：

1.未滿四歲兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。

2.四歲以上至未滿七歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

(二)七十五歲以上者加成方式(詳附表 2.1.3)：不限科別各項門診診察費依表訂點數加計百分之七點五。

(三)專科醫師加成方式(詳附表 2.1.4 至附表 2.1.6)：

1.各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。各專科醫師加成率如下：

(1)婦產科、外科~~及~~、內科、兒科及家醫科之專科醫師：加計百分之二十一~~十三~~。

(2)~~整形外科、骨科、泌尿科及神經外科之專科醫師：診治未滿四歲兒童加計百分之十三，診治四歲以上者加計百分之十。~~

~~(3)~~其餘專科醫師：~~診治未滿四歲兒童~~加計百分之十八~~十三，診治四歲以上者加計百分之九~~。

2.第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C、01023C。

(四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

附表 2.1.4

基層院所專科醫師別申報第一段合理量內門診診察費加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數A	婦、外、內、兒、家醫專科醫師加計~~13~~21%支付點數 =A*~~1.13~~1.21	其餘科別專科醫師加計18%支付點數 =A*1.18	~~整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師~~		~~其餘科別專科醫師~~	
					~~診治未滿四歲兒童加計13%支付點數 =A*1.13~~	~~診治四歲以上者加計10%支付點數 =A*1.1~~	~~診治未滿四歲兒童加計13%支付點數 =A*1.13~~	~~診治四歲以上者加計9%支付點數 =A*1.09~~
	一般門診診察費－基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分（≦45）							
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-35人次）	364	~~411~~ 440	430	~~411~~	~~400~~	~~411~~	~~397~~
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-35人)	387	~~437~~ 468	457	~~437~~	~~426~~	~~437~~	~~422~~
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(36-45人)	376	~~425~~ 455	444	~~425~~	~~414~~	~~425~~	~~410~~
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-35人次)	364	~~411~~ 440	430	~~411~~	~~400~~	~~411~~	~~397~~
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-35人)	362	~~409~~ 438	427	~~409~~	~~398~~	~~409~~	~~395~~
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(36-45人)	351	~~397~~ 425	414	~~397~~	~~386~~	~~397~~	~~383~~
00158C	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	561	~~634~~ 679	662	~~634~~	~~617~~	~~634~~	~~611~~
00159C	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	536	~~606~~ 649	632	~~606~~	~~590~~	~~606~~	~~584~~
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≦50)							
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-35人)	364	~~411~~ 440	430	~~411~~	~~400~~	~~411~~	~~397~~

代碼	名稱	支付點數A	婦、外、內、兒、家醫專科醫師加計~~13~~21%支付點數=A*~~1.13~~1.21	其餘科別專科醫師加計18%支付點數=A*1.18	~~整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師~~		~~其餘科別專科醫師~~	
					~~診治未滿四歲兒童加計13%支付點數=A*1.13~~	~~診治四歲以上者加計10%支付點數=A*1.1~~	~~診治未滿四歲兒童加計13%支付點數=A*1.13~~	~~診治四歲以上者加計9%支付點數=A*1.09~~
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(36-50人)	353	~~399~~ 427	417	~~399~~	~~388~~	~~399~~	~~385~~
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-35人)	387	~~437~~ 468	457	~~437~~	~~426~~	~~437~~	~~422~~
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(36-50人)	376	~~425~~ 455	444	~~425~~	~~414~~	~~425~~	~~410~~
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-35人)	364	~~411~~ 440	430	~~411~~	~~400~~	~~411~~	~~397~~
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(36-50人)	353	~~399~~ 427	417	~~399~~	~~388~~	~~399~~	~~385~~
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-35人)	362	~~409~~ 438	427	~~409~~	~~398~~	~~409~~	~~395~~
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(36-50人)	351	~~397~~ 425	414	~~397~~	~~386~~	~~397~~	~~383~~
00168C	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(≦50)	561	~~634~~ 679	662	~~634~~	~~617~~	~~634~~	~~611~~
00169C	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(≦50)	536	~~606~~ 649	632	~~606~~	~~590~~	~~606~~	~~584~~
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	426	~~481~~ 515	503	~~481~~	~~469~~	~~481~~	~~464~~

附表 2.1.5

基層院所申報專科醫師別加成併兒童加成第一段門診診察費支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數A	婦、外、內、兒、家醫專科醫師診治未滿四歲兒童加計~~33~~41%支付點數 =A*~~1.33~~1.41	其餘科別專科醫師診治未滿四歲兒童加計38%支付點數 =A*1.38	兒專科醫師診治四歲以上至未滿七歲兒童加計 ~~29~~41%支付點數 =A*~~1.29~~1.41
	一般門診診察費－基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分（≦45）				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-35 人次）	364	~~484~~ 513	502	~~470~~ 513
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-35 人)	387	~~515~~ 546	534	~~499~~ 546
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(36-45 人)	376	~~500~~ 530	519	~~485~~ 530
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-35 人次)	364	~~484~~ 513	502	~~470~~ 513
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-35 人)	362	~~481~~ 510	500	~~467~~ 510
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(36-45 人)	351	~~467~~ 495	484	~~453~~ 495
00158C	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	561	~~746~~ 791	774	~~724~~ 791
00159C	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	536	~~713~~ 756	740	~~691~~ 756
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≦50)				
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-35 人)	364	~~484~~ 513	502	~~470~~ 513
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(36-50 人)	353	~~469~~ 498	487	~~455~~ 498
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-35 人)	387	~~515~~ 546	534	~~499~~ 546
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(36-50 人)	376	~~500~~ 530	519	~~485~~ 530
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-35 人)	364	~~484~~ 513	502	~~470~~ 513

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外、內、兒、家醫專科醫師診治未滿四歲兒童加計~~33~~41%支付點數 =A*~~1.33~~1.41	其餘科別專科醫師診治未滿四歲兒童加計38%支付點數 =A*1.38	兒專科醫師診治四歲以上至未滿七歲兒童加計~~29~~41%支付點數 =A*~~1.29~~1.41
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(36-50 人)	353	~~469~~ 498	487	~~455~~ 498
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-35 人)	362	~~481~~ 510	500	~~467~~ 510
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(36-50 人)	351	~~467~~ 495	484	~~453~~ 495
00168C	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(≦50)	561	~~746~~ 791	774	~~724~~ 791
00169C	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(≦50)	536	~~713~~ 756	740	~~691~~ 756
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	426	~~567~~ 601	588	~~550~~ 601

附表 2.1.6

基層院所申報專科醫師別加成併「七十五歲以上者加成」第一段門診診察費支付點數之計算

代碼	名　稱	支付點數A	婦、外、內、兒、家醫專科醫師診治七十五歲以上者加計 ~~20.5~~28.5%支付點數=A*~~1.205~~1.285	~~整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師加計17.5%支付點數=A*1.175~~	其餘科別專科醫師診治七十五歲以上者加計 ~~16.5~~25.5%支付點數=A*~~1.165~~1.255
	一般門診診察費－基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分（≦45）				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-35 人次）	364	~~439~~ 468	~~428~~	~~424~~ 457
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-35 人)	387	~~466~~ 497	~~455~~	~~451~~ 486
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(36-45 人)	376	~~453~~ 483	~~442~~	~~438~~ 472
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-35 人次)	364	~~439~~ 468	~~428~~	~~424~~ 457
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-35 人)	362	~~436~~ 465	~~425~~	~~422~~ 454
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(36-45 人)	351	~~423~~ 451	~~412~~	~~409~~ 441
00158C	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	561	~~676~~ 721	~~659~~	~~654~~ 704
00159C	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	536	~~646~~ 689	~~630~~	~~624~~ 673
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≦50)				
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-35 人)	364	~~439~~ 468	~~428~~	~~424~~ 457
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(36-50 人)	353	~~425~~ 454	~~415~~	~~411~~ 443
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-35 人)	387	~~466~~ 497	~~455~~	~~451~~ 486
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(36-50 人)	376	~~453~~ 483	~~442~~	~~438~~ 472
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-35 人)	364	~~439~~ 468	~~428~~	~~424~~ 457
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(36-50 人)	353	~~425~~ 454	~~415~~	~~411~~ 443
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-35 人)	362	~~436~~ 465	~~425~~	~~422~~ 454

代碼	名　稱	支付點數A	婦、外、內、兒、家醫專科醫師診治七十五歲以上者加計 ~~20.5~~28.5%支付點數=A*~~1.205~~1.285	~~整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師加計17.5%支付點數=A*1.175~~	其餘科別專科醫師診治七十五歲以上者加計 ~~16.5~~25.5%支付點數=A*~~1.165~~1.255
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(36-50 人)	351	~~423~~ 451	~~412~~	~~409~~ 441
00168C	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(≦50)	561	~~676~~ 721	~~659~~	~~654~~ 704
00169C	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(≦50)	536	~~646~~ 689	~~630~~	~~624~~ 673

第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

通則：

一、檢查之費用，包括人員、試藥、內服藥劑、檢驗器材、一般材料、管理費及採取檢體之費用在內；如需使用特殊材料部分，另依全民健康保險藥物給付項目及支付標準申報。

二、於施行檢查時，需使用特殊麻醉者，得依本標準第二部第二章第十節麻醉項目所定點數加算。

三、對稱器官之檢查，各項目所定點數，除有特殊規定者外，係指兩側器官之檢查。

四、不得為研究、預防或健康檢查而作與診療無關之檢查，但有特殊規定者，從其規定。

五、急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得按本節所定點數加計百分之二十。

六、本節之各項檢查中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。

七、本節第一項至第四項之檢查項目，除各類癌症、臟器移植、糖尿病及加護病房與燙傷病房(中心)病人所作檢查項目外，於每次門診或住診施行檢查，合併累計至一定項次數後，總給付金額予以折扣支付，累計項次數折扣數如下：

折扣數 累計項次數 門診診別		累計項次數之總給付額折扣數		
		全額給付	九折	八折
門診檢查	區域醫院、醫學中心、地區醫院、山地離島地區衛生所	合計20項次以下	合計21-30項次	合計31項次以上
	基層院所	合計10項次以下	合計11-15項次	合計16項次以上
住診檢查	區域醫院、醫學中心、地區醫院	合計40項次以下	合計41-60項次	合計61項次以上
	基層院所	合計30項次以下	合計31-40項次	合計41項次以上

註：山地離島地區衛生所係指位於「全民健康保險山地離島地區一覽表」之衛生所。

第五節 精神醫療治療費 Psychiatric Treatment Fee (45001-45104)

通則：

一、除有特殊規定者外，所訂支付點數均包括治療費及材料費在內。

二、本節各精神醫療治療項目除(45087C~45089C、45013C、45090C、45091C、45046C、45085B、45092B、45093B、45098C、45099C、45103B、45104B)外，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿二歲所實施之診療項目點數，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者依表定點數加計百分之二十。

45102C	精神科社會生活功能評估 Psychiatric social function assessment 註： 1.針對精神疾病患者之家庭與社會功能進行整體評估，包括社交技巧、社會角色行使能力、社會網路支持及個案對相關資源的運用等進行評估。以利近一步安排復健或家族治療及轉介社會資源。 2.本項治療限精神科醫師申報或於其指導下由社工師(員)執行、醫師申報，並詳細記錄於病歷。 3.不得同時申報45103B。	v	v	v	v	344

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

二、創傷處置 Wound Treatment （48001-48035）

通則：本項各處置項目皆為兒童加成項目，另部分診療項目項下加註「提升兒童加成項目」者，其加成率適用本節通則六、（二）之規定。

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
48009C	手術、創傷處置及換藥－導管引流 Change dressing- tube drainage	v	v	v	v	~~107~~ 157
48010C	手術、創傷處置及換藥－傷口處置 Change dressing- wound care	v	v	v	v	~~97~~ 147
	手術、創傷處置及換藥 Change dressing					
48011C	－ 小換藥（小於十公分）small （<10cm）	v	v	v	v	~~56~~ 106
48012C	－ 中換藥（十至二十公分）medium （10-20cm）	v	v	v	v	~~76~~ 126
48013C	－ 大換藥（大於二十公分）large （ >20cm）	v	v	v	v	~~125~~ 175
	註：					

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.包括材料費在內。 2.基層院所申報48011C得加計百分之四十。 3.基層院所申報48012C得加計百分之二十。					
48025C	拆線 Remove Stiches （次） － 傷口小於十公分 <10cm	v	v	v	v	~~97~~ 147

七、眼科處置 Ocular Treatment (53001-53034)

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
53033C	鼻淚管淚道氣球擴張術 Balloon dacryocystoplasty 註： 1. 內含單次使用鼻淚管整型擴充器比率為百分之六十五。 2. 屬西醫基層總額部門院所，須符合下列規範： (1) 限眼科醫師申報。 (2) 須事前審查，檢附詳細淚管沖洗（irrigation）及淚管探通（probing）之病歷紀錄（將不定期抽審），內容明示阻塞部位、程度及確認診斷名稱。 (3) 申報頻率： A. 成人後天性鼻淚管部分阻塞病人單眼限申報一次。 B. 新生兒先天性鼻淚管阻塞病人單眼限申報一次。	v	v	v	v	18500

十一、呼吸治療處置 （57001-57034）

通則：

一、同一設備可同時提供多種治療處置時，按主要處置項目擇一申報。

二、支氣管擴張劑、祛痰或誘痰劑等治療性藥品得另申報。

三、蒸餾水、生理食鹽水、可重複消毒使用之器材（如延長管、張口器、面罩、蓋罩、套管）等，已含於相關費用內，不另支付。

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
	蒸氣或噴霧吸入治療 Humidity or aerosol therapy					
57021C	－ 每次 time	v	v	v	v	40
57022C	－ 每天 day	v	v	v	v	150
	註： 1.含器材使用費。 2.同日實施四次以上者，按57022C計。 3.57021C及57022C均為兒童加成項目					

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：

附件 1

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）

電子公文交換章 2026/07/24 17:38:02

總收文　115.07.24
1150115403

附件 2

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。

附件 3

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	*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。

附件 4

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			v	v	311 ~~286~~
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	344 ~~316~~
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑			v	v	311 ~~286~~
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	318 ~~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			v	v	566 ~~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			v	v	541 ~~497~~
	2.地區醫院					
00101B	1)處方交付特約藥局調劑		v			311 ~~286~~
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			344 ~~316~~
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v			311 ~~286~~
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			318 ~~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		v			566 ~~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		v			541 ~~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		v	v	v	311 ~~286~~
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	344 ~~316~~
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	311 ~~286~~
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	318 ~~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		v	v	v	566 ~~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		v	v	v	541 ~~497~~
	4.金門馬祖地區					
00107B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	313 ~~288~~
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	369 ~~339~~
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	313 ~~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		v	v	v	344 ~~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		v	v	v	590 ~~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		v	v	v	566 ~~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		v	v	v	335 ~~308~~
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	397 ~~365~~
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	335 ~~308~~
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	371 ~~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		v	v	v	617 ~~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		v	v	v	592 ~~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		v	v	v	178 ~~164~~
00187B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	237 ~~218~~
00188B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	178 ~~164~~
00189B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	213 ~~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		v	v	v	474 ~~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		v	v	v	450 ~~414~~
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	v	v	v	v	509 ~~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	311 ~~286~~	373 ~~343~~	364 ~~335~~	426 ~~392~~	333 ~~306~~	395 ~~363~~
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	344 ~~316~~	413 ~~379~~	402 ~~370~~	471 ~~433~~	368 ~~338~~	437 ~~401~~
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	311 ~~286~~	373 ~~343~~	364 ~~335~~	426 ~~392~~	333 ~~306~~	395 ~~363~~
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	318 ~~292~~	382 ~~350~~	372 ~~342~~	436 ~~400~~	340 ~~312~~	404 ~~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	566 ~~520~~	679 ~~624~~	662 ~~608~~	775 ~~712~~	606 ~~556~~	719 ~~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	541 ~~497~~	649 ~~596~~	633 ~~581~~	741 ~~681~~	579 ~~532~~	687 ~~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	311 ~~286~~	373 ~~343~~	364 ~~335~~	426 ~~392~~	333 ~~306~~	395 ~~363~~
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	344 ~~316~~	413 ~~379~~	402 ~~370~~	471 ~~433~~	368 ~~338~~	437 ~~401~~
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	311 ~~286~~	373 ~~343~~	364 ~~335~~	426 ~~392~~	333 ~~306~~	395 ~~363~~
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	318 ~~292~~	382 ~~350~~	372 ~~342~~	436 ~~400~~	340 ~~312~~	404 ~~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	566 ~~520~~	679 ~~624~~	662 ~~608~~	775 ~~712~~	606 ~~556~~	719 ~~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	541 ~~497~~	649 ~~596~~	633 ~~581~~	741 ~~681~~	579 ~~532~~	687 ~~631~~
	4.金門馬祖地區						
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	313 ~~288~~	376 ~~346~~	364 ~~337~~	426 ~~395~~	333 ~~308~~	395 ~~366~~
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	369 ~~339~~	443 ~~407~~	432 ~~397~~	506 ~~464~~	395 ~~363~~	469 ~~431~~
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	313 ~~288~~	376 ~~346~~	364 ~~337~~	426 ~~395~~	333 ~~308~~	395 ~~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	344 ~~316~~	413 ~~379~~	402 ~~370~~	471 ~~433~~	368 ~~338~~	437 ~~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	590 ~~542~~	708 ~~650~~	690 ~~634~~	808 ~~743~~	631 ~~580~~	749 ~~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	566 ~~520~~	679 ~~624~~	662 ~~608~~	775 ~~712~~	606 ~~556~~	719 ~~660~~
	醫院精神科門診診察費						
	一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	335 ~~308~~	402 ~~370~~				
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	397 ~~365~~	476 ~~438~~				
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	335 ~~308~~	402 ~~370~~				
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	371 ~~341~~	445 ~~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	617 ~~567~~	740 ~~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	592 ~~544~~	710 ~~653~~				
	一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	178 ~~164~~	214 ~~197~~				
00187B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	237 ~~218~~	284 ~~262~~				
00188B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	178 ~~164~~	214 ~~197~~				
00189B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	213 ~~196~~	256 ~~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	474 ~~436~~	569 ~~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	450 ~~414~~	540 ~~497~~				
01023C	**高危險早產兒特別門診診察費**	509 ~~468~~	611 ~~562~~	596 ~~548~~	697 ~~641~~	545 ~~501~~	646 ~~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	311 ~~286~~	358 ~~329~~	420 ~~386~~	451 ~~415~~	435 ~~400~~	498 ~~458~~	529 ~~486~~	404 ~~372~~	467 ~~429~~	498 ~~458~~
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	344 ~~316~~	396 ~~363~~	464 ~~427~~	499 ~~458~~	482 ~~442~~	550 ~~506~~	585 ~~537~~	447 ~~411~~	516 ~~474~~	550 ~~506~~
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	311 ~~286~~	358 ~~329~~	420 ~~386~~	451 ~~415~~	435 ~~400~~	498 ~~458~~	529 ~~486~~	404 ~~372~~	467 ~~429~~	498 ~~458~~
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	318 ~~292~~	366 ~~336~~	429 ~~394~~	461 ~~423~~	445 ~~409~~	509 ~~467~~	541 ~~496~~	413 ~~380~~	477 ~~438~~	509 ~~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	566 ~~520~~	651 ~~598~~	764 ~~702~~	821 ~~754~~	792 ~~728~~	906 ~~832~~	962 ~~884~~	736 ~~676~~	849 ~~780~~	906 ~~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	541 ~~497~~	622 ~~572~~	730 ~~671~~	784 ~~721~~	757 ~~696~~	866 ~~795~~	920 ~~845~~	703 ~~646~~	812 ~~746~~	866 ~~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	311 ~~286~~	358 ~~329~~	420 ~~386~~	451 ~~415~~	435 ~~400~~	498 ~~458~~	529 ~~486~~	404 ~~372~~	467 ~~429~~	498 ~~458~~
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	344 ~~316~~	396 ~~363~~	464 ~~427~~	499 ~~458~~	482 ~~442~~	550 ~~506~~	585 ~~537~~	447 ~~411~~	516 ~~474~~	550 ~~506~~
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	311 ~~286~~	358 ~~329~~	420 ~~386~~	451 ~~415~~	435 ~~400~~	498 ~~458~~	529 ~~486~~	404 ~~372~~	467 ~~429~~	498 ~~458~~
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	318 ~~292~~	366 ~~336~~	429 ~~394~~	461 ~~423~~	445 ~~409~~	509 ~~467~~	541 ~~496~~	413 ~~380~~	477 ~~438~~	509 ~~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	566 ~~520~~	651 ~~598~~	764 ~~702~~	821 ~~754~~	792 ~~728~~	906 ~~832~~	962 ~~884~~	736 ~~676~~	849 ~~780~~	906 ~~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	541 ~~497~~	622 ~~572~~	730 ~~671~~	784 ~~721~~	757 ~~696~~	866 ~~795~~	920 ~~845~~	703 ~~646~~	812 ~~746~~	866 ~~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	313 ~~288~~	360 ~~331~~	423 ~~389~~	454 ~~418~~	438 ~~403~~	501 ~~461~~	532 ~~490~~	407 ~~374~~	470 ~~432~~	501 ~~461~~
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	369 ~~339~~	424 ~~390~~	498 ~~458~~	535 ~~492~~	517 ~~475~~	590 ~~542~~	627 ~~576~~	480 ~~441~~	554 ~~509~~	590 ~~542~~
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	313 ~~288~~	360 ~~331~~	423 ~~389~~	454 ~~418~~	438 ~~403~~	501 ~~461~~	532 ~~490~~	407 ~~374~~	470 ~~432~~	501 ~~461~~
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	344 ~~316~~	396 ~~363~~	464 ~~427~~	499 ~~458~~	482 ~~442~~	550 ~~506~~	585 ~~537~~	447 ~~411~~	516 ~~474~~	550 ~~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	590 ~~542~~	679 ~~623~~	797 ~~732~~	856 ~~786~~	826 ~~759~~	944 ~~867~~	1003 ~~921~~	767 ~~705~~	885 ~~813~~	944 ~~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	566 ~~520~~	651 ~~598~~	764 ~~702~~	821 ~~754~~	792 ~~728~~	906 ~~832~~	962 ~~884~~	736 ~~676~~	849 ~~780~~	906 ~~832~~
	醫院精神科門診診察費										
	一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	335 ~~308~~	385 ~~354~~	452 ~~416~~							
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	397 ~~365~~	457 ~~420~~	536 ~~493~~							
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	335 ~~308~~	385 ~~354~~	452 ~~416~~							
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	371 ~~341~~	427 ~~392~~	501 ~~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	617 ~~567~~	710 ~~652~~	833 ~~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	592 ~~544~~	681 ~~626~~	799 ~~734~~							
	一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	178 ~~164~~	205 ~~189~~	240 ~~221~~							
00187B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	237 ~~218~~	273 ~~251~~	320 ~~294~~							
00188B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	178 ~~164~~	205 ~~189~~	240 ~~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	213 ~~196~~	245 ~~225~~	288 ~~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	474 ~~436~~	545 ~~501~~	640 ~~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	450 ~~414~~	518 ~~476~~	608 ~~559~~							
01023C	**高危險早產兒特別門診診察費**	509 ~~468~~	585 ~~538~~	687 ~~632~~		713 ~~655~~	814 ~~749~~		662 ~~608~~	764 ~~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	486 ~~429~~
02006K	一般病床住院診察費(天)				v	530 ~~468~~
02007A				v		504 ~~442~~
02008B			v			460 ~~398~~
02030K	急診觀察床診察費(天)				v	530 ~~468~~
02031A				v		504 ~~442~~
02032B			v			460 ~~398~~
02010B	燒傷病床住院診察費(天)		v	v	v	908 ~~802~~
02011K	加護病床住院診察費(天)				v	2179 ~~1925~~
02012A				v		1983 ~~1729~~
02013B			v			1790 ~~1536~~
02014K	隔離病床住院診察費(天)				v	560 ~~495~~
02015A				v		527 ~~462~~
02016B			v			472 ~~407~~
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)				v	1391 ~~1229~~
02018A				v		1328 ~~1166~~
02019B			v			1227 ~~1065~~
02021K	慢性病床住院診察費(天)				v	445 ~~393~~
02022A				v		423 ~~371~~
02023B			v			386 ~~334~~
02024B	高危險妊娠住院診察費		v	v	v	1690 ~~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	1055 ~~1003~~
04002B			v			939 ~~887~~
	精神科日間住院治療費(日間全天)					
04004C	-成人		v	v	v	741 ~~714~~
04012C	-七歲以上至未滿十九歲		v	v	v	1196 ~~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	1650 ~~1623~~
	精神科日間住院治療費(日間半天)					
04007C	-成人		v	v	v	384 ~~357~~
04014C	-七歲以上至未滿十九歲		v	v	v	606 ~~579~~
04015C	-未滿七歲		v	v	v	827 ~~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	6515 ~~6453~~
05602A				v		6515 ~~6453~~
05603B			v			6515 ~~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 P1006K 區域醫院 P1007A P1008A	論日計酬： 第 1-21 天：10,832 ~~10,770~~ 點/日/人 第 22-42 天：8,176 ~~8,114~~ 點/日/人 第 1-21 天：9,845 ~~9,783~~ 點/日/人 第 22-42 天：7,441 ~~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 P1012C	論日計酬： 第 1-90 天：4,503 ~~4,451~~ 點/日/人 第 91 天以後：3,726 ~~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=「某 Tw-DRGs 平均每人次點數/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=全國 Tw-DRGs 範圍合計點數/全國總權重=1,235 億點/228 萬=54,100 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（雙側腹式隱睪）對應至 2023 年版 ICD-10-CM 為 Q53.211（雙側腹式隱睪）、Q53.212（雙側鼠蹊隱睪）、Q53.23（雙側高陰囊睪丸），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「雙側高陰囊睪丸」，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 TwW-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：

附件 1

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。

附件 2

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：

適用年度	個案數								納入計算RW個案	計算RW之數據	
	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					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。

附件 3

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	癌症及性態未明腫瘤之化療(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限臨界點(由8成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))。

附件 5

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。

附件 6

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-Q53.2~~2~~3、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 T w~~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)、高大媄兒科診所(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」。

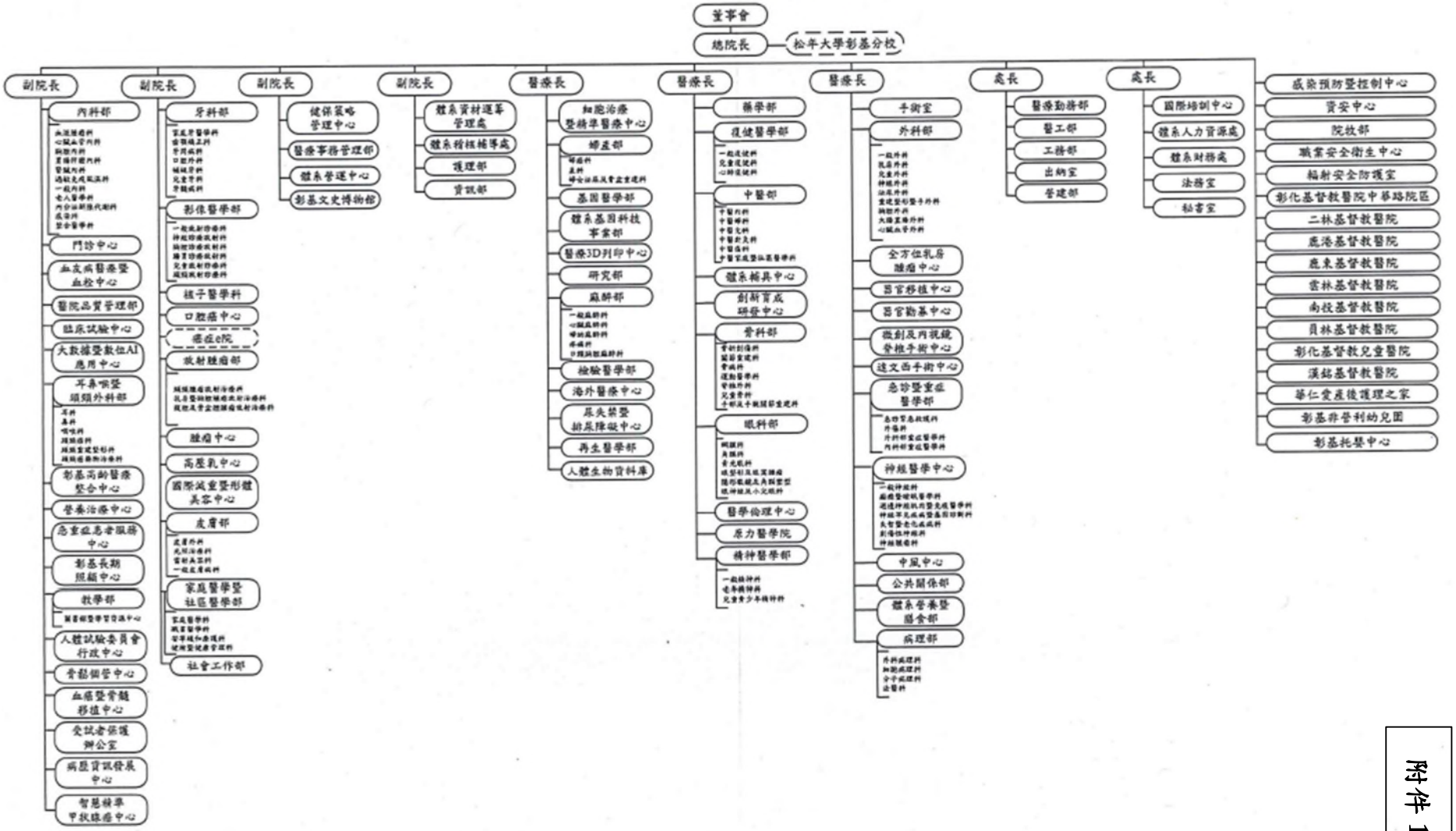
(二)同一「醫事機構代碼」之院所名稱與本署資料開放平台之「健保特約醫療院所名冊」檔案之對應「醫事機構名稱」一致。

(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

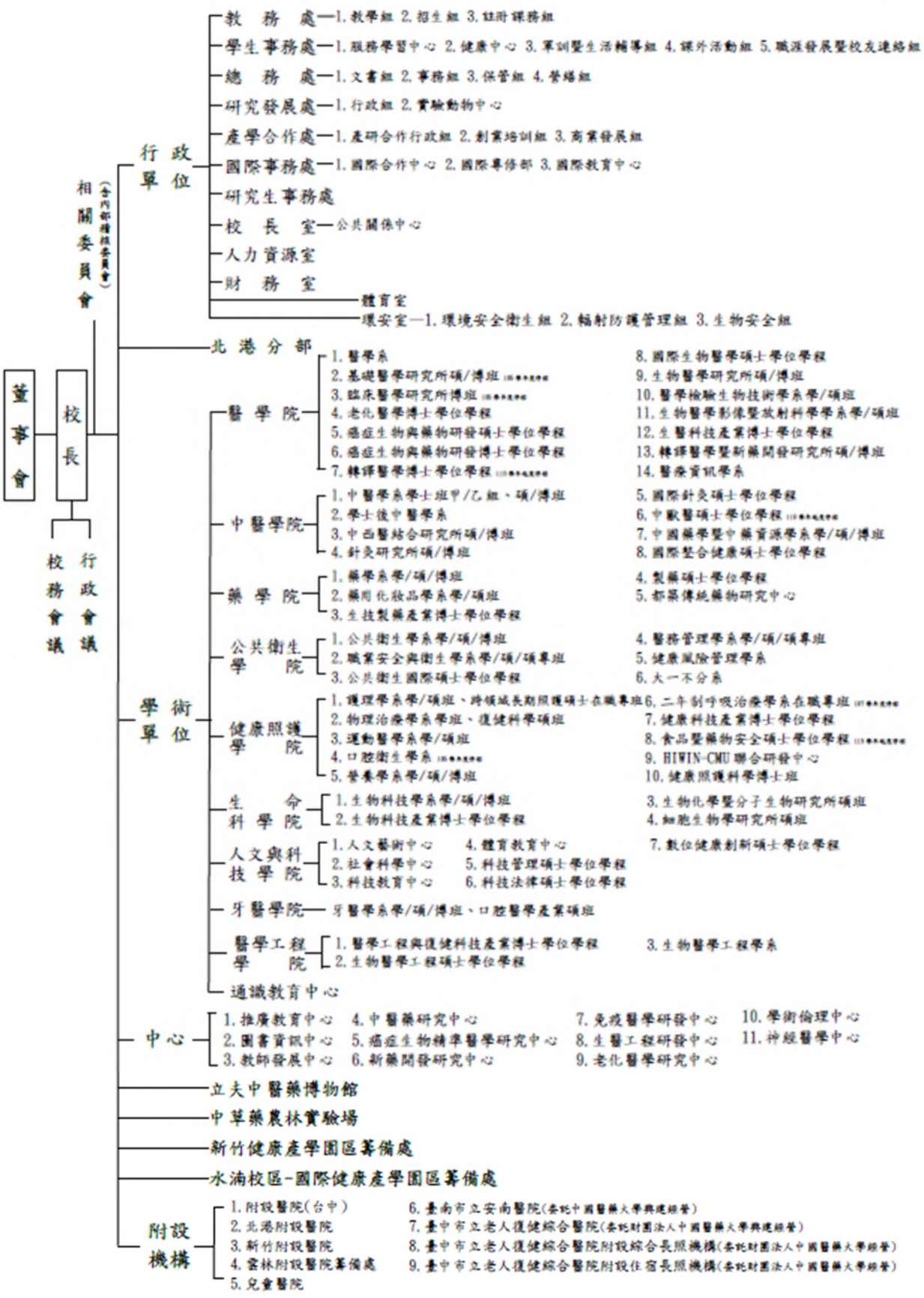
備註：本組織圖係由體系人力資源處依據 2025年12月31日彰行字第2591號 編製

修訂日期：2025年12月31日

附件 2

中國醫藥大學組織系統表

113年8月1日核定版



附件 3

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





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２８８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


H2O HOTEL水京棧國際酒店
南屏路560巷
臺灣高等法院高雄分院
高雄市立明華國民中學
麵處小林
鼎王麻辣鍋(高雄富國店)
古家海鮮
德威街
安吉街
77炸雞
馨蕙馨醫院
高雄市左營區明誠二路541號
明誠三路
茶六燒肉堂 博愛店
馨蕙馨醫院
最近查看過
明誠二路
提拉米蘇精緻蛋
維新街
230m
走路3min
彌馨診所
林皇宮婚宴&會議&展覽
至聖路
彌馨診所
高雄市左營區至聖路288號
小北百貨-高雄左營富國店SHOWBA
凹子底森林公園
500m
車程2min
走路7min
假日神農市集
嘉慶街
400m
車程1min
走路6min
忠言路
神農路
聯上停35 基地位置
橙寶樂園抓周道具
博愛馨醫院
高雄市左營區博愛二路20號
博愛蕙馨醫院
最近查看過
迷路小章魚 高雄店
尖山大世紀
韓月食堂
大順一路
義享時尚廣場
富農路
八卦漁村餐廳
愛河之心
新順路

4-高大美杏生醫院(1507310037)、高大媄兒科診所(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、高大媄兒科診所醫師簡介、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	高大媄兒科診所	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


https://www.gaodamei.com.tw/intro
高大美杏生醫院
GAODA MEI SHINSUN HOSPITAL
關於杏生 最新消息 服務介紹 醫師簡介 掛號候位系統 聯絡我們 相關好站
鞋、虎頭帽，保佑孩子平安健康、長命百歲。
其實，從備孕、懷孕到生產，虎醫師暨杏生醫療團隊早已是每個寶貝的最強守護。
「長高、長大、又變美」在地經營超過15年的杏生婦產科，華麗變身！原址位於楠梓加工區後方，為婦幼診所，從嬰幼兒、青少年少女、孕產婦媽咪，進入更年期的女性，都是醫院的照護對象，建立了如家人親友般的信任感，杏生醫護群為大家的健康把關，大家也是杏生最強的後盾。
承蒙大家的支持，保留原址經營，也擴大發展；河岸第一排大學東路1號，創建了新的家。佇立在後勁溪畔，海灣型建築，吸引了眾人的目光；外觀歐風豪華氣派、內裝童趣溫馨，高大美杏生醫院的海灣型建築真的又高又大又美，小朋友以為是漂亮宏偉城堡，附近住民以為精品豪華飯店，高大美杏生知道，這是精心打造提供安心休養的「家」
結合旗下醫療院所，含高大美杏生醫院、德民杏生婦產科、岡山杏生婦產科、高大美月子中心，串連同體系資源，讓楠梓岡山周邊民眾，看診之餘毋需再舟車勞頓，強大的地緣性，提供高品質醫療也得以就近照護。


https://www.gaodamei.com.tw/intro
高大美杏生醫院
GAODA MEI SHINSUN HOSPITAL
關於杏生 最新消息 服務介紹 醫師簡介 掛號候位系統 聯絡我們 相關好站
婦產科
乳房外科
泌尿科
佳昌杏生診所
高大媄兒科診所
About
Home / 關於我們
你的幸福，杏生來守護
小孩滿月的時候，舊習俗姑姑阿姨要送虎頭鞋、虎頭帽，保佑孩子平安健康、長命百歲。
其實，從備孕、懷孕到生產，虎醫師暨杏生醫療團隊早已是每個寶貝的最強守護。
https://www.gaodamei.com.tw/team_list/0/1


https://www.gaodamei.com.tw/intro
高大美杏生醫院
GAODA MEI SHINSUN HOSPITAL
關於杏生 最新消息 服務介紹 醫師簡介 掛號候位系統 聯絡我們 相關好站
高大美杏生醫院網路掛號
高大媄兒科診所網路掛號(兒科)
看診進度查詢(高大美杏生醫院)
看診進度查詢(高大媄兒科診所)
About
Home / 關於我們
你的幸福，杏生來守護
小孩滿月的時候，舊習俗姑姑阿姨要送虎頭鞋、虎頭帽，保佑孩子平安健康、長命百歲。
其實，從備孕、懷孕到生產，虎醫師暨杏生醫療團隊早已是每個寶貝的最強守護。
javascript:void(0);


高大美杏生醫院
GAODA MEI SHINSUN HOSPITAL
關於杏生
最新消息
服務介紹
醫師簡介
掛號候位系統
聯絡我們
相關好站
Link
Home / 相關好站
衛生福利部
Ministry of Health and Welfare
促進全民健康與福祉
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
高大美杏生醫院
岡山杏生婦產科
岡山杏生婦產科

附件 4

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OO月OO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

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OO月OO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
6	63	榮總體系	0601160016	臺北榮民總醫院	
	64		0602030026	高雄榮民總醫院	
	65		0617060018	臺中榮民總醫院	
	66		0622020017	臺中榮民總醫院嘉義分院	
	67		0632010014	臺北榮民總醫院桃園分院	
	68		0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院	
	69		0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院	
	70		0634070018	臺北榮民總醫院員山分院	隸屬退輔會
	71		0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院	
	72		0640140012	臺中榮民總醫院灣橋分院	
	73		0641310018	高雄榮民總醫院臺南分院	
	74		0643130018	屏東榮民總醫院龍泉分院	
	75		0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院	
	76		0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院	
	77		0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院	
	78		0701160518	臺北市立關渡醫院-委託臺北榮民總醫院經營	委託經營
	79		2412010534	清華大學附設診所(委託台北榮民總醫院新竹分院經營)	委託經營
	80		2642120010	國軍退除役官兵輔導委員會岡山榮譽國民之家醫務室	111.06.09共擬會議決議新增
	81		0643010011	屏東榮民總醫院	111.12.22共擬會議決議新增
	82		0102020011	高雄市立聯合醫院	113.12.26共擬會議決議新增
7	83	北醫體系	1301170017	臺北醫學大學附設醫院	
	84		1301200010	臺北市立萬芳醫院－委託臺北醫學大學辦理	委託經營
	85		1331040513	衛生福利部雙和醫院〈委託臺北醫學大學興建經營〉	委託經營
	86		0932020034	新國民醫療社團法人新國民醫院	111.06.09共擬會議決議新增
8	87	秀傳體系	1501021219	秀傳醫院	110.12.09共擬會議決議新增
	88		0937010019	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院	
	89		1137020511	秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院	
	90		0942020019	高雄市立岡山醫院（委託秀傳醫療社團法人經營）	
	91		0905320023	台南市立醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)	106.8.1起委託經營
8	92	秀傳體系	0907150029	秀傳醫療社團法人高雄秀傳紀念醫院	113.12.26共擬會議決議新增
9	93	馬偕體系	1101100011	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院	
	94		1131100010	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院	
	95		1101100020	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕兒童醫院	
	96		1112010519	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院	
	97		1146010014	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台東馬偕紀念醫院	
10	98	國泰體系	1101020018	國泰醫療財團法人國泰綜合醫院	
	99		1131110516	國泰醫療財團法人汐止國泰綜合醫院	
	100		1112010528	國泰醫療財團法人新竹國泰綜合醫院	
	101		4001110018	國泰醫療財團法人內湖國泰診所	108.6.13共擬會議決議新增
	102		3512042753	民安診所	108.6.13共擬會議決議新增
	103		3501029780	敦平診所	109.9.10共擬會議決議新增
	104		3501029771	富霖診所	109.9.10共擬會議決議新增
	105		3501113358	瑞成診所	109.9.10共擬會議決議新增
	106		3501113367	瑞健診所	109.9.10共擬會議決議新增
	107		3505340342	國泰功醫診所	109.9.10共擬會議決議新增
11	108	奇美體系	1141310019	奇美醫療財團法人奇美醫院	
	109		1141090512	奇美醫療財團法人柳營奇美醫院	
	110		1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院	
12	111	台大體系	0401180014	國立臺灣大學醫學院附設醫院	
	112		0401180023	國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院	
	113		0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院	
	114		0439010518	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院	
	115		0412040012	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院	
	116		0401190010	國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院	
	117		0401020013	國立臺灣大學醫學院附設醫院癌醫中心分院	108.6.13共擬會議決議新增
	118		0433050018	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院	109.6.11共擬會議決議新增 113.9.26共擬會議修訂醫院名稱
13	119	義大體系	1107120017	義大醫療財團法人義大癌治療醫院	
	120		1107320017	義大醫療財團法人義大大昌醫院	
	121		1142120001	義大醫療財團法人義大醫院	

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OO月OO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	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	
			~~1531060180~~	~~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OO月OO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			~~0802070015~~	~~高雄市立中醫醫院~~	合約迄日109.10.19，115.0.00共擬決議刪除
	179	高市聯醫體系	0102080026	高雄市立凱旋醫院	
	180		0102080017	高雄市立民生醫院	
21	181	中山體系	1317040011	中山醫學大學附設醫院	
	182		1317040011	中山醫學大學附設醫院	
	183		1317040039	中山醫學大學附設醫院中興分院	
22	184	天主教耕莘體系	1231050017	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院	
	185		1231030015	天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院	
	186		4031050016	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	門諾體系	1145010038	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院	
	188		1145060029	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院	
24	189	仁愛體系	1117010019	仁愛醫療財團法人台中仁愛醫院	
	190		1136200015	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	
25	191	新樓體系	1121010018	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	
	192		1105040016	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院	
	193		4005370010	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人新樓安南診所	
26	194	中英體系	0931010016	中英醫療社團法人中英醫院	
	195		0931010025	中英醫療社團法人板英醫院	
	196		1531031278	永和復康醫院	
	197		1531041390	怡和醫院	
	198		1536200022	達明眼科醫院	
	199		1507320015	新高醫院	
	200		1507010014	新高鳳醫院	
	201		0901180023	郵政醫院（委託中英醫療社團法人經營）	
	202		1532021365	華揚醫院	
	203		1507360019	瑞祥醫院	
	204		1532011163	德仁醫院	
	205		0941010019	新興醫療社團法人新興醫院	
27	206	李綜合體系	1503030010	順安醫院	
			~~1503030047~~	~~美德醫院~~	合約迄日110.1.23，115.0.00共擬決議刪除
	207		0935020027	李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院	
	208		0936030018	李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院	
	209		3535031490	仁泰診所	108.6.13共擬會議決議新增
28	210	光田體系	0936050029	光田醫療社團法人光田綜合醫院	
	211		0936050029	光田醫療社團法人光田綜合醫院	
	212		1535031041	通霄光田醫院	
29	213	林新體系	0917070029	林新醫療社團法人林新醫院	
	214		0903150014	林新醫療社團法人烏日林新醫院	
30	215	安泰體系	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院	
	216		0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院	
31	217	聯新體系	1532100049	聯新國際醫院	變更名稱
	218		1531010082	板新醫院	
	219		1532010120	聯新國際醫院桃新分院	變更名稱
	220		1517020040	台新醫院	
	221		1541011126	營新醫院	
	222		1542150042	高新醫院	
	223		1502070118	健新醫院	
	224		3432060513	聯新國際醫院桃園國際機場醫療中心	108.6.13共擬會議決議新增變更名稱
32	225	天成體系	1532040039	天成醫院	
	226		0932020025	天成醫療社團法人天晟醫院	
33	227	大千體系	1535010051	大千綜合醫院	
	228		0935010021	大千醫療社團法人南勢醫院	
	229		1435010013	財團法人臺灣省私立桃園仁愛之家附設苗栗新生醫院	
	230		1535081078	大順醫院	
	231		3535061434	後龍診所	108.6.13共擬會議決議新增
	232		3535091245	公館診所	108.6.13共擬會議決議新增
	233		3535041745	竹南診所	108.6.13共擬會議決議新增
	234		3535012217	德恩診所	109.9.10共擬會議決議新增
	235		3535012235	舒康診所	109.9.10共擬會議決議新增
	236		3535012164	康平皮膚科診所	109.9.10共擬會議決議新增
	237		3535012468	永旭診所	109.9.10共擬會議決議新增
	238		3535012459	福苗診所	109.9.10共擬會議決議新增
	239		3535012520	大川診所	110.12.09共擬會議決議新增
	240		3535051947	崇仁診所	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、00192A、00193C)之同體系院所名單

115年OO月OO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	241	童綜合體系	0936060016	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	
	242		0936060016	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	
35	243	宏恩體系	1517040015	宏恩醫院	
	244		1503250012	宏恩醫院龍安分院	
36	245	阮綜合體系	0902080013	阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院	
	246		4107350018	阮綜合醫療社團法人上順診所	108.6.13共擬會議決議新增
	247		3507020049	永順診所	108.6.13共擬會議決議新增
	248		3507360173	安順診所	108.6.13共擬會議決議新增
	249		3507350435	保順診所	108.6.13共擬會議決議新增
37	250	蕭中正體系	1531010108	蕭中正醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	251		1531091149	清福醫院	110.02.01變更醫事機構代號
	252		3531092166	清福診所	110.03.11共擬會議決議新增
	253		3531046020	新福星診所	110.03.11共擬會議決議新增
	254		0931060016	新仁醫療社團法人新仁醫院	111.06.09共擬會議決議新增
38	255	羅東聖母體系	1134020028	天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	256		1134050026	天主教靈醫會醫療財團法人礁溪杏和醫院	110.12.09共擬會議決議新增
39	257	普門體系	1134070019	宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	258		4034010017	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
40	259	仁濟體系	1401190011	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設仁濟醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	260		1431060017	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
41	261	臺安體系	4001020019	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安診所	108.6.13共擬會議決議新增
	262		1101010021	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
42	263	亞東體系	1131010011	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	264		4001180010	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
43	265	東元體系	0933050018	東元醫療社團法人東元綜合醫院	110.12.09共擬會議決議新增
	266		4133050016	東元醫療社團法人艾微芙診所	110.12.09共擬會議決議新增
44	267	長慎醫院體系	1532021374	長慎醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	268		3512011276	安慎診所	108.6.13共擬會議決議新增
	269		3533031689	安慎診所	108.6.13共擬會議決議新增
	270		3533052044	惠慎診所	108.6.13共擬會議決議新增
			~~3512013850~~	~~安禾診所~~	合約迄日111.7.17，115.0.00共擬決議刪除 ~~108.6.13共擬會議決議新增~~
	271		3512013869	安禾安新診所	108.6.13共擬會議決議新增
45	272	為恭體系	1135050020	為恭醫療財團法人為恭紀念醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	273		3535041647	宏仁診所	110.7.29共擬會議決議新增
46	274	詠馨體系	1505310011	璟馨婦幼醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	275		3521042903	詠馨婦產科診所	108.6.13共擬會議決議新增
47	276	國仁體系	1543010109	國仁醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	277		3543111309	國仁醫院附設高樹門診部	108.6.13共擬會議決議新增
	278		3543014663	國新診所	110.12.09共擬會議決議新增
48	279	馨蕙馨醫院體系	1502031095	馨蕙馨醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	280		1507300022	博愛蕙馨醫院	108.6.13共擬會議決議新增
49	281	礦工體系	1411030013	醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會臺灣礦工醫院	110.12.09共擬會議決議新增
	282		3511010480	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
50	283	安和體系	0943010026	安和醫療社團法人安和醫院	111.06.09共擬會議決議新增
	284		3543022147	欣安禾婦兒科診所	111.06.09共擬會議決議新增
51	285	澄清眼科體系	1507010023	澄清國際眼科醫院	113.12.26共擬決議新增
	286		3502112159	澄清眼科診所	113.12.26共擬決議新增
	287		3507320348	澄清國際眼科診所	113.12.26共擬決議新增
	288		3501186495	台北澄清眼科診所	113.12.26共擬決議新增
	289		353101A637	板橋澄清眼科診所	113.12.26共擬決議新增
52	290	秉坤婦幼醫院體系	1532101117	秉坤婦幼醫院	114.3.27共擬決議新增
	291		1532011172	桃園秉坤婦幼醫院	114.3.27共擬決議新增
53	292	杏和醫院體系	1542011282	杏和醫院	115.0.00共擬決議新增
	293		1507010032	杏永醫院	115.0.00共擬決議新增
	294		3507010632	聖恩診所	115.0.00共擬決議新增
54	295	維馨乳房外科體系	1507300059	維馨乳房外科醫院	115.0.00共擬決議新增
	296		3507302288	馨語診所	115.0.00共擬決議新增
55	297	馨蕙馨醫院體系	1502031095	馨蕙馨醫院	115.0.00共擬決議新增
	298		1507300022	博愛蕙馨醫院	115.0.00共擬決議新增
	299		1507300086	博愛蕙馨醫院	115.0.00共擬決議新增
	300		3507300097	彌馨診所	115.0.00共擬決議新增
56	301	高大美杏生醫院體	1507310037	高大美杏生醫院	115.0.00共擬決議新增
	302		3507310655	高大媛兒科診所	115.0.00共擬決議新增
	303		3507310762	佳昌杏生診所	115.0.00共擬決議新增
	304		3507020030	岡山杏生婦產科診所	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4：109.6.11共擬會議決議新增之名單，係自109.7.1起新增

註5：109.9.10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OO月OO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)

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：

附件 1

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）≧90 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）≧150 mg/gm 或尿白蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine Albumin and Creatinine Ratio，以下稱 UACR)≧30 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 60~89.9 ml/min/1.73 m^2 且 UPCR≧150 mg/gm 或 UACR≧30 mg/gm 之病人。

(3)CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 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≧1000 mg/gm，或 eGFR＜45 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≦-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<100mg/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>130mg/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≦-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≧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≧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<30mg/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＞300mg/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≦-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≦-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≦-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 型肝炎核醣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。

附件 2

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：

就醫主次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/1.73m2	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：

附件 1

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

附件 2

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~~1~~。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，於下轉院所有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，於每年年底前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「~~，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~~的~~比率」、~~及~~「收案病人因氣喘急診超過1次(含)之~~的~~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~~的~~比率」及「收案病人因氣喘急診超過1次(含)之~~的~~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~~5~~1,000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4~~3~~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.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. 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，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，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) 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、台灣氣喘學會認證~~認證~~之專科醫師	□ □	2 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~~ 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，於下轉院所有1次氣喘診斷者 (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 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		
	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		
過程面64%	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	□	1		
	C.預估值或最佳值(%)（14歲以下免填）	□	1		
	D.~~變異度(%)（14歲以下免填）~~ACT 分數、氣喘控制狀況	□	1		
	E. GINA 嚴重度評估	□	1		
	~~※(A~E 皆符合)~~F.目前處方之吸入劑品項	□	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	□	1		
	B.~~症狀頻率（白天）/（夜間）~~喘鳴聲	□	1		
	C.預估值或最佳值(%)（14歲以下免填）	□	1		
	D.~~變異度(%)（14歲以下免填）~~ACT 分數、氣喘控制狀況	□	1		
	E. GINA 嚴重度評估	□	1		
	~~※(A~E 皆符合)~~F.目前處方之吸入劑品項	□	1		
	5.未回診病人之追蹤(3%)				
	(1) 告知返診日期	□	1		
	(2) 具有告知返診日期之記錄	□	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		
	(2) 治療計畫	□	2		
	(3) 氣喘藥物的認識	□	2		
	(4) 氣喘藥物的使用	□	2		
	(5) 氣喘嚴重度的評估	□	2		
	(6) 過敏原的避免方法	□	2		
	(7) 尖峰呼氣流速計的使用	□	2		
	(8) 發作時自我處理	□	2		
	※ (1)~(8)全部符合時	□	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		
	(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)	□	2		
	(3) 失聯超過6個月(≧180天)的個案數評量	□	2		
	2.品質提升~~昇~~（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	□	3		
	(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.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		
	(2) 氣喘病人急診就醫次數記錄	□	2		
	(3) 氣喘病人住院次數記錄	□	2		
	(4) 降階治療記錄	□	1		
	(5) 氣喘出院14日因氣喘再入院之比率	□	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	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？	總是如此	經常如此	有時如此	很少如此	不曾如此	
2	在過去四週內，您多常發生呼吸急促的情形？	一天超過1次	一天1次	一週3至6次	一週1至2次	完全沒有發生過	
3	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？	一週4次或4次以上	一週2至3次	一週1次	1或2次	完全沒有發生過	
4	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？	一天3次或3次以上	一天1或2次	一週2或3次	一週1次或更少	完全沒有使用過	
5	在過去四週內，您自認為氣喘控制程度如何？	完全沒有受到控制	控制不好	稍微受到控制	控制良好	完全受到控制	
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
短效乙二型刺激劑(SABA)	・備勞喘 Berotec (Fenoterol) ・泛得林 Ventolin (Salbutamol) ・撲咳喘 Bricanyl (Terbutaline)
短效乙二型刺激劑(SABA) + 短效抗膽鹼藥物(SAMA)	・冠喘衛 Combivent (Salbutamol + Ipratropium) ・備喘全 Berodual (Fenoterol+ Ipratropium)
長效抗膽鹼藥物(LAMA)	・適喘樂 Spiriva (Tiotropium)
吸入型類固醇(ICS)	・保衛康 Alvesco (Ciclesonide) ・帝舒滿 Duasma (Budesonide) ・輔舒酮 Flixotide (Fluticasone propionate) ・可滅喘 Pulmicort (Budesonide)
固定合併吸入型類固醇與長效乙二型刺激劑(ICS+LABA)	・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)
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)	・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*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：

附件 1

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 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。	(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 ~~200,000~~ 160,000 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~~ 240,000 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~~ 160,000 點。 -申報病人數為 50 人以上者，每家院所獎勵 ~~300,000~~ 240,000 點

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。

<table>
<tr><th>原條文</th><th>修正後條文</th></tr>
<tr><td>

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。

<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>

</td><td>

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。

<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~~12 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>

</td></tr>
</table>

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。	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証據。而且資料庫分析只能探討是否相關，也無法証明有因果關係。

(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。

附件 2

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、維修及管理等費用。

隱私權政策 | 資訊安全政策 | 政府網站資料開放宣告

無障礙標章2.1 AA ACCESSIBILITY

附件 3

「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~~ 160,000 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~~ 240,000 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~~ 160,000 點。 -申報病人數為 50 人以上者，每家院所獎勵 ~~300,000~~ 240,000 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 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。	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 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>
<td></td>
<td>
<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>
</td>
<td>
<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>
</td>
<td>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。</td>
</tr>
<tr>
<td>建議此條文全部刪除</td>
<td>建議此條文全部刪除</td>
<td>
<table>
<tr><td>P8115C</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。</td><td>V</td><td>V</td><td>V</td><td>V</td><td>2,499</td></tr>
</table>
</td>
<td>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，則於次次月生效。</td>
</tr>
</table>

附件 4

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。

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啓用後，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）	V	V	V	V	600
	-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」。					
P8103A P8104Q	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	V	V	600 1,400
P8105A P8106Q	-血液透析治療二年內之病人 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。	V	V	V	V	600 1,400
	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 P8108C	1.實地訪視 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	V V	V V	1,200 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 P8113C P8114C	加強病人自我照護品質處置費 --連續性可攜帶式腹膜透析(Continuous Automated Peritoneal Dialysis, CAPD) --全自動腹膜透析(Automated peritoneal dialysis, APD) --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 V V	V V V	V V V	887 887 7
~~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%≦占率<25%	10	20	5,000
25%≦占率<50%	20	40	10,000
50%≦占率<70%	30	60	20,000
≧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2款)慢性病照護計畫收案病人
□(第3款)長期照顧服務
□(第4款)家庭醫師收治照護
□(第5款)居家醫療照護
□(第6款)疾病末期照護
□(第7款)矯正機關收容照護
□(第8款)行動不便照護
□(第9款)災害、傳染病或其他重大變故照護
□(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】

<table>
<tr><td colspan="4">(請下拉選單擇定)</td></tr>
<tr><td>勾選欄</td><td>醫療項目(可複選)</td><td>勾選欄</td><td>醫療項目(可複選)</td></tr>
<tr><td>□</td><td>詢問病情</td><td>□</td><td>精神科心理治療</td></tr>
<tr><td>□</td><td>提供醫療諮詢</td><td rowspan="2">□</td><td rowspan="2">開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)</td></tr>
<tr><td>□</td><td>診察、診斷、醫囑</td></tr>
<tr><td>□</td><td>開立檢查、檢驗單</td><td>□</td><td>原有處方之調整或指導</td></tr>
<tr><td>□</td><td>會診</td><td>□</td><td>衛生教育</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="4">(請下拉選單擇定)</td></tr>
<tr><td>勾選欄</td><td>醫療項目(可複選)</td><td>勾選欄</td><td>醫療項目(可複選)</td></tr>
<tr><td>□</td><td>詢問病情</td><td>□</td><td>精神科心理治療</td></tr>
<tr><td>□</td><td>提供醫療諮詢</td><td rowspan="2">□</td><td rowspan="2">開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)</td></tr>
<tr><td>□</td><td>診察、診斷、醫囑</td></tr>
<tr><td>□</td><td>開立檢查、檢驗單</td><td>□</td><td>原有處方之調整或指導</td></tr>
<tr><td>□</td><td>會診</td><td>□</td><td>衛生教育</td></tr>
</table>

- 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：	乙 方：
醫事機構代號：	醫事機構代號：
負 責 醫 師：	負 責 醫 師：
身分證字號：	身分證字號：
地 址：	地 址：
電 話：	電 話：

中華民國　年　月　日

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

附件 4

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

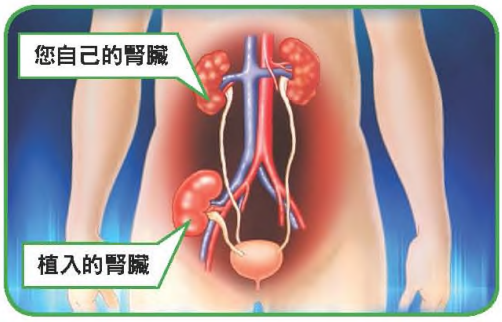
(3) 罹患其他符合安寧療護的疾病如癌症、其他器官衰竭如心臟衰竭、呼吸衰竭長期依賴呼吸器等。

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

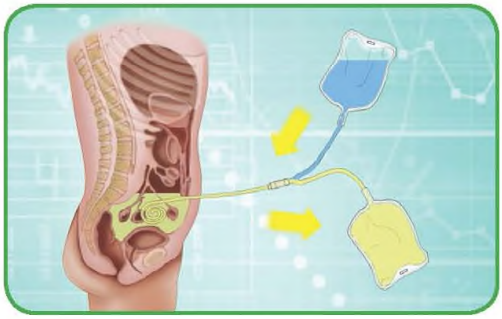
腎臟替代療法包括腎臟移植、腹膜透析、血液透析。

● 第一種：腎臟移植，俗稱「換腎」



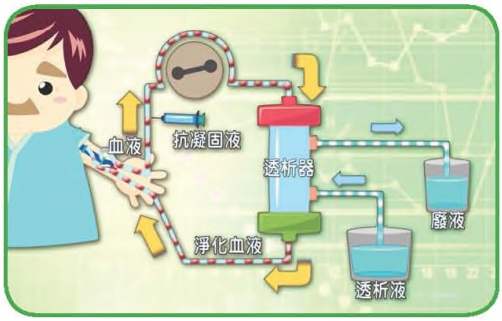
需要開刀將捐贈者的健康腎臟植入到病人肚子，來代替原本損壞的腎臟功能，而原本的腎臟大部分情形下不會被摘除。換腎的來源可以是活體親屬捐贈，但必須是在五等親以內之血親或配偶，或者是等待腦死患者大愛捐贈的器官。一般而言，腎臟移植有較佳的存活率和生活品質。

● 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 ☑

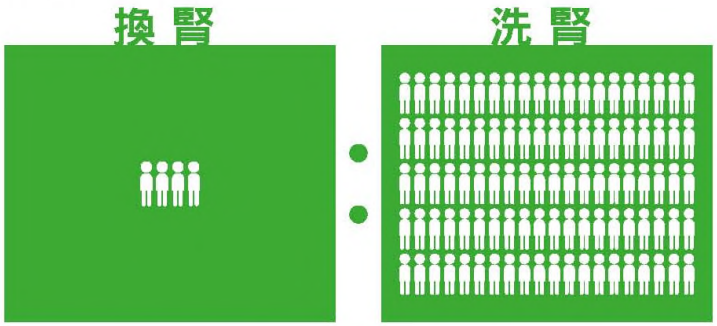
- ☐ 腎臟移植「換腎」
- ☐ 腹膜透析「洗肚子」
- ☐ 血液透析「洗血」
- ☐ 我現在還無法做決定

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。

<table>
<tr><th></th><th>比較</th><th>腎臟移植</th><th>腹膜透析</th><th>血液透析</th></tr>
<tr><td>存活</td><td>存活率[2]</td><td>有較佳的存活率</td><td>與血液透析的
存活率相似</td><td>與腹膜透析的
存活率相似</td></tr>
<tr><td rowspan="3">生理影響</td><td>手術</td><td>較大的手術：
腎臟移植手術</td><td>腹膜透析導管
植入手術</td><td>手臂瘻管建立手術</td></tr>
<tr><td>治療方式</td><td>終身服用抗排斥藥物</td><td>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</td><td>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</td></tr>
<tr><td>常見副作用
（併發症）</td><td>■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]</td><td>■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]</td><td>■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]</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">透析病人癌症發生率為一般人的 3.43 倍[12]</td></tr>
</table>

	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	洗腎用動靜脈廔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：

1. 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

2. 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

3. 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

4. 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_ind x=628&showx=showarticle&article_indx=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 KDOGI 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.

衛生福利部 國民健康署 Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare

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

附件 5 _____醫院 /_____診所

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)

附件 6

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：台灣急診醫學會

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）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：

附件 1

「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：楊閩璘

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

附件 2

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年度總額協商考量。
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≧55%。 (3)全人整合照護方案初級照護案件鄉內就醫比率≧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	*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。

附件 3

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；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。 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 	v 	530 ~~468~~ 504 ~~442~~ 460 ~~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
	急診觀察床(床/天)					
03073A	--病房費(第一天)			v	v	367
03074B			v			306
03075A	--護理費(第一天)			v	v	960
03076B			v			864
03018A	--病房費（第二天起）			v	v	167
03019B			v			167
03042A	--護理費（第二天起）			v	v	738
03043B			v			664
	註： 1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2.符合前述規範急診病人且三十六小時內轉入加護病房者，住院當日得申報本項病房費及護理費，餘留置超過一日(二十四小時)者，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。					

附件 4

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 OOO 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用總額中之「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
	到院前心跳停止(OHCA)於收治急診之醫院治療後出院	
P4614B	－OHCA 照護獎勵_清醒出院	35,000
P4615B	－OHCA 照護獎勵_存活出院	10,000
	OHCA 經轉院治療後出院	
P4616B	－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
— P4619B	(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】 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 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~~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
	－地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）	
P4627B	－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
	－地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵（第二天起）	
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
	2.接受轉診醫院	
P4620B	－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）	5,000
	註： 1.適用平行轉診之疾病主診斷如附表一、附表二。	

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
	到院前心跳停止(OHCA)於收治急診之醫院治療後出院	
P4614B	－OHCA 照護獎勵_清醒出院	35,000
P4615B	－OHCA 照護獎勵_存活出院	10,000
	OHCA 經轉院治療後出院	
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
	2.接受轉診醫院	
P4619B	－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）	5,000
	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。	
	(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
	2.接受轉診醫院	
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~~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	－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） －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 －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 －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