



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

111 年第二次 會議資料

111 年 6 月 9 日（星期四）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂
視訊會議

111 年第二次「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」會議議程

壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)確認

第 01 頁

參、報告事項

一、修訂 83102K「迷走神經刺激術(VNS)」等 5 項診療項目及麻醉費通則案。	報 1-1
二、西醫基層修訂 47029C「心肺甦醒術(每十分鐘)」等 30 項診療項目，暨新增 111 年「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」案。	報 2-1
三、修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整性照護前瞻性支付方式」計畫。	報 3-1
四、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第六部論病例計酬通則及第七部第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則報告案。	報 4-1
五、新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案。	報 5-1
六、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章住院安寧療護及第五部第三章安寧居家療護案。	報 6-1

肆、討論事項

一、有關修訂「精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)」支付點數案。	討 1-1
二、全民健康保險遠距醫療給付計畫修訂案。	討 2-1
三、有關增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準地區醫院支付點數加計及點值保障之適用條件案。	討 3-1

伍、臨時提案

陸、臨時動議

柒、散會

貳、確認本會議 111 年度第 1 次臨時會
會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-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」

111 年第 1 次臨時會會議紀錄

時 間：111 年 3 月 30 日（星期三）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：李署長伯璋（下午 3 時 00 分至 4 時 00 分蔡副署長淑鈴代）

紀錄：廖韻慈

彭代表家勛	廖秋燭(代)	蘇代表守毅	(請假)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	(請假)
游代表進邦	黃建民(代)	徐代表邦賢	吳迪(代)
李代表佳珂	李佳珂	謝代表偉明	(請假)
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	劉淑芬(代)
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	(請假)
周代表國旭	謝輝龍(代)	林代表鳳珠	李承光(代)
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	林桂美
朱代表文洋	朱文洋	杜代表俊元	(請假)
朱代表益宏	王斯弘(代)	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	何代表語	何語
林代表恒立	林恒立	葉代表宗義	葉宗義
王代表宏育	王宏育	劉代表國隆	張清田(代)
黃代表振國	王維昌(代)	陳代表莉茵	陳莉茵
賴代表俊良	賴俊良	江代表銘基	(請假)
洪代表德仁	洪德仁	陳代表志鴻	(請假)
吳代表清源	(請假)		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、吳春樺、黃佩宜
台灣醫院協會	吳亞筑、林佩菽、吳心華、 顏正婷、吳昱嫻、許雅琪
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	黃羽婕
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
財團法人醫藥品查驗中心	張慧如
台灣醫院整合醫學醫學會	曾家琳
台灣家庭醫學醫學會	曾家琳、張曉婷
台灣老年學暨老年醫學會	張曉婷
台灣神經學學會	王培寧
台灣臨床失智症學會	王培寧
中華民國診所協會全國聯合會	陳敏玲、麥建方
台灣復健醫學會	韓德生
台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會	朱永祥
台灣咀嚼吞嚥障礙醫學學會	葉書銘
衛生福利部護理及健康照護司	顏忠漢、李雅琳
衛生福利部附屬醫療及社會福利機構 管理會	陳亭妤
衛生福利部國民健康署	魏璽倫、李惠蘭、薛曉筑
衛生福利部醫事司	彭美珍、莊惠閔
衛生福利部全民健康保險會	邱臻麗、盛培珠、林劭璇
衛生福利部社會保險司	周雯雯、白其怡
本署副署長室	蔡淑鈴
本署臺北業務組	林美惠、黃芑青、黃聖中
本署北區業務組	廖智強
本署企劃組	賴淑玲、林佩萱

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

張淑雅

張禹斌、黃兆杰、游慧真、
韓佩軒、林右鈞、張作貞、
李雨育、劉林義、呂姿曄、
鍾欣穎、陳依婕、洪于淇、
許博淇、王智廣、劉立麗、
蔡金玲、宋宛蓁、陳玫吟、
吳亮穎、劉志鴻、蔡孟芸、
蔡松蒲、周筱妘、劉勁梅、
陳逸嫻、崔允馨、高嘉慧、
蔡孟好、張艾琪、宋思嫻、
詹文成

一、主席致詞：略。

二、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)確認：略。

三、討論事項：

(一) 修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」(詳附件 1，P7-P20)。

決議：通過，重點如下：

1. 修訂失智症定義：

- (1) 比照本署「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」醫療品質資訊項目及「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之失智症定義。
- (2) 另有關台灣神經學學會建議刪除G91(水腦症)、台灣精神醫學會建議刪除F04(失憶症)一節，後續將俟本署醫審及藥材組彙整相關公、學會專業意見定案後，配合修訂。

(3) 如刪除前開診斷碼，修訂後失智症定義為主、次診斷碼 (ICD-10-CM)：F01-F03、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31。

2. 放寬「失智症門診家庭諮詢費」給付條件，不內含於門診整合初診或複診診察費中，得另外申報，惟不得重複申請衛生福利部「失智照護服務計畫」個案管理費之「按月提供諮詢服務」費用。
3. 修訂醫師教育訓練內容，增列失智症基礎訓練，課程內容請台灣神經學學會、台灣臨床失智症學會和相關學會研議。
4. 鼓勵醫院開設「整合照護門診模式」，自111年7月1日起取消「非開設整合門診照護模式」（即整合式照護模式註記為X者）。
5. 申請醫院資格及退場機制增列全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第44條至第45條規定。
6. 「複診診察費」申報期限由原180天延長至200天（即須於門診整合初診後200天內申報）。

(二) 111 年度「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（草案）」（詳附件 2，P21-P59）。

決議：通過，同意增修下列事項：

1. 配合「111年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」，於方案公告實施前完成「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」改版者，獎勵每家2,000點。
2. 綁定「虛擬健保卡就醫」獎勵，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」及「全民健康保險遠距醫療給付計畫」規定辦理。
3. 「居家輕量藍牙APP就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)」獎勵費，每家最高6,000點。
4. 「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」改版費，每家最高7,000點，以及上傳即時性及完整性獎勵，每家最高7,000點，惟考量基層院所上傳資料前須再確認醫令代碼，非醫院於就醫類別範圍A之即時性獎勵時間，由≤1小時修正為≤3小時。

(三) 新增「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」(詳附件 3, P60-P72)。

決議：通過，重點如下：

1. 由醫院提出申請，審查小組進行審核，審查小組之專家學者由台灣醫院協會、中華民國護理師護士公會全國聯合會推薦（名額占1/2）。
2. 為避免名稱混淆，本計畫中「全責照護(skill-mix model)」文字修正為「住院整合照護(skill-mixed model)」，另「照護輔佐人力」不加「護佐」之簡稱。
3. 新增「住院整合照護管理費」項目，每人日支付750點。
4. 另衛生福利部護理及健康照護司須於本計畫報部核定前，提供自費收費參考標準及事先告知同意書之格式併同公告。
5. 執行本計畫期間，健保署將定期統計計畫申報情形，除提供台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會外，亦提供中華民國醫師公會全國聯合會參考。

(四) 全民健康保險遠距醫療給付計畫修訂案。

決議：建議再評估施行區域、會診科別及實施場域等放寬妥適性，再行討論。

(五) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」等診療項目案。(詳附件 4, P73-P75)

決議：通過，重點如下：

1. 新增47107B「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」診療項目，每人獎勵3,000點，訂有適應症等支付規範。
2. 修訂68057B「經導管肺動脈瓣膜置換術」，刪除適應症限50歲以下之規定，並增列「執行前須經兒童心臟內外科召開討論會議，並附上其會議紀錄」。

四、報告事項：

全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版 111 年 7-12 月適用之相對權重統計結果再提會案（詳附件 5，P76-P102）。

決定：111 年 7-12 月適用之相對權重統計結果，配合 111 年 3 月 10 日本會議通過增修診療項目重新計算，標準給付額（SPR）為 49,192 點。

五、臨時提案：

修改全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫（詳附件 6，P103-P119）。

決議：通過，重點如下：

1. 修訂獎勵費條件，參與計畫診所最少收案人數為30名，且年度檢驗檢查上傳率 $\geq 50\%$ ，診所品質指標得分排序前25%之診所，核付獎勵費10,000點；品質指標得分排序大於25%至50%之診所，核付獎勵費5,000點。
2. 國民健康署支付之獎勵費，除戒菸服務外，增加戒檳服務獎勵。
3. 照顧個案進步獎勵，採納入醫師依病況與病人共同訂定之個人目標值。

六、散會：下午 5 時 00 分

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 決議辦理情形追蹤表

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	管 續 列 管
1	107-1-討4	107.3.20	全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 4.0版支付通則及未實施項目實施時程案。	1. 同意基本診療加成醫學中心為5.1%、區域醫院2.2%、地區醫院2%(區域醫院代表於會議要求該層級之基本診療加成需增加2%，為4.2%)。 2. Tw-DRGs實施時程 (1) 同意自107年7月1日起實施4.0版支付通則，扣除80項暫緩實施項目，分3階段實施第3至5階段計1,089項DRG，會中台灣醫院協會提出45項待討論之項目(第3階段20項、第4階段17項、第5階段8項)，待醫院協會討論後分別於第4至5階段實施。 (2) 各階段實施期程如下： A. 第3階段DRG：107年7月1日實施，計443項。 B. 第4階段DRG：107年9月1日實施，計259項(含原第3階段之20項)。 C. 第5階段DRG：107年11月1日實施，計387項。 3. DRG支付制度下得另行加計項目(如新增全新功能類別add on特材品項、生物製劑、另行核實申報特材項目等品項)，應正面表列於支付通則且公布於全球資訊網，並請各分區業務組發布大量電子公告周知院所(異動時亦同)。 4. 於4.0版Tw-DRGs支付通則規範中增列「論日支付案例」。配合上述決議，後續將啟動申報、審查、資訊等配套措施，請各分區業務組持續收集醫院意見，並展開相關說明會，適時了解醫院準備狀況。	健保署醫管組	1. 本署已啟動擴大全民健保Tw-DRGs工作小組，台灣醫院協會已於111年5月31日召開Tw-DRGs工作小組啟動會議，本署將與醫界討論DRG雙軌初步規劃方向、適用之DRG版本及支付通則。 2. 本項建議改為例行工作。	V	
2	109-2-報5	109.06.11	107年下半年本保險特約院所提報支付標準未列項目之處 理情形報告案。	洽悉。 1. 同意107年下半年本保險特約院所提報支付標準未列項目之辦理方式。 2. 107年下半年本保險特約院所提報支付標準未列項目總計198項，屬已列項計138項，辦理新增項目計35項，修訂診療項目計10項，另有15項尚待徵詢專家意見，後續將依	健保署醫管組	1. 本署已於109年8月7日函知各分區業務組及提報院所已列項目之名稱及對應支付標準代碼，並公開於本署全球資訊網，請院所依規範申報。 2. 未列項新增項目計35項： (1) 16項(15項為腹腔鏡相關、1項小腸鏡)為現行研議中新增項目，14項已獲	V	

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	繼 續 列 管
							解 除 列 管	
				未列項作業流程辦理。		本會議通過結案、1 項待提案單位檢送資料、1 項循新增診療項目流程辦理。 (2)19 項待院所提新增，於 109 年 8 月 20 日函請提報量最大之院所(共計 16 家)提供成本資料。院所均已回復增修建議，12 項結案、7 項依院所回復內容辦理新增診療項目作業(辦理情形詳附件，p11-p12)。 3. 另 25 項(包含比照申報 10 項及涉名稱或執行內容疑義 15 項)刻正綜整學會意見，續請院所補充說明後，依院所回復內容辦理新增診療項目作業。 4. 111 年委託財團法人醫藥品查驗中心辦理「108 年至 110 年未列項增修綜整分析報告」，以期能提升未列項納入增修診療項目流程之效率。		
3	110-4 報 6	110.12.9	修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」之全程產檢及早產定義案。	台灣周產期醫學會及台灣婦產科醫學會與會代表表示，本案「全程產檢」修訂內容尚待內部重新討論，爰先撤案。	健保署醫管組	1. 台灣婦產科醫學會於 111 年 1 月 18 日函復本署意見，建議全程產檢定為 10 次以上，如因早產等醫療因素者為 8 次。 2. 考量國健署自 110 年 7 月 1 日起新增及調整部分孕產服務內容及補助金額等，其中產檢次數由原 10 次調整為 14 次，為配合政府政策推動，本署另於 111 年 2 月 7 日函請台灣婦產科醫學會與國健署研議適當之全程產檢及早產定義後，再復本署修訂意見。		V
4	111-1 報 1	111.3.10	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住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫案。	通過，修訂重點如下： 1. 第五章傷科標準作業程序：修改「四診八綱辯證」為「四診八綱辯證(含理學檢查)」，並修改「理筋手法」為「傷科處置：傷科手法〔理筋手法、正骨八法〕、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定等各類傷科處置」。 2. 第五章「中度複雜性傷科—療程第一次」及「高度複雜性傷科—起始次」通則：「中度複雜性傷科療程第二次—第六次」及「高度複雜性傷科後續治療處置」原規範應以一般傷	健保署醫管組	1. 修訂支付標準第四部中醫經衛生福利部公告，自 111 年 6 月 1 日生效。 2. 修訂西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫，已於 111 年 4 月 18 公告，自 111 年 4 月 1 日起生效。		V

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 建 議	管 建 議
							解 除 列 管	繼 續 列 管
				科申報，修改為以一般傷科、一般針灸、電針治療、一般針灸合併一般傷科、電針合併一般傷科申報。 3.修訂第五章「高度複雜性傷科一起始次」通則： (1) 新增同一院所同一病人申報第二次「高度複雜性傷科一起始次」需為新發生損傷案件並載明發生原因及時間，並加強審查之規範。 (2) 新增同一院所對同一病人再次受傷之申報頻率限制。 4.附表 4.5.2 高度複雜性傷科(多部位損傷)適應症：新增適應症代碼 S96.29、S96.89 及 S96.99，並刪除 M13.0。 5.增訂第四章及第五章之針灸及傷科合併輔助治療虛擬醫令(CH01—CH10)以及明訂診療部位。 6.修訂第八章特定疾病門診加強照護： (1) 腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷之診療項目申報條件，由「同時執行針灸治療及傷科治療」改為「執行針灸治療或傷科治療」。 (2) 修訂腦血管疾病適用範圍 ICD-10-CM 由「G45.0-G46.8 及 I60~I68」修正為「G45.0-G46.8、I60-I68」。 7.限「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務計畫及「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」申報第五章及第六章 E13 等 18 項不分療程及後續治療之傷科及針傷合併代碼。 8.配合中醫支付標準修訂，調整西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫，腦血管疾病適用範圍，ICD-10-CM 由「G45.0-G46.8 及 I60~I68」修正為「G45.0-G46.8、I60-I68」，另增訂「本計畫同一病人同一診療項目，每日限申報一次」規範。				
5	111-1 報 3	111.3.10	增修全民健康保險醫療服務給付項目及支	洽悉，支付標準增修重點如下： 1.新增各類病床「護理費(第一天)」計 30 項診療項目。	健保署	經衛生福利部公告，自 111 年 6 月 1 日生效。	V	

序 號	編 號	會 議 時 間	案 由	決 議 (結 論) 事 項	辦 理 單 位	辦 理 情 形	管 建 議	
							解 除 列 管	繼 續 列 管
			付標準各類病床「護理費(第一天)」等診療項目報告案。	2.修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九，同一療程疾病門診診察費規定，同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次，下列情形除外： (1)癌症放射線治療：每二週得申報一次。 (2)高壓氧治療：每十次得申報一次。 (3)減敏治療：每次得申報。 3.調升編號 76020B「腎臟移植」支付點數為 384,183 點。	醫管組			
6	111-1 報 4	111.3.10	111 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案。	同意 80604B「輸卵管剝離術」及 80606B「輸卵管造口術」開放至基層適用，惟原西醫基層支付規範「同時進行不孕症治療，則不予給付」，修改為西醫基層及醫院總額均適用「為進行人工協助生殖技術而執行本項，則不予給付」。	健保署醫管組	<u>經衛生福利部公告，自 111 年 6 月 1 日生效。</u>	V	
7	111-1 報 5	111.3.10	新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案。	俟釐清居家護理所、成大醫院與郭綜合醫院、新仁醫院與蕭中正體系之間關係後，再提會報告。	健保署醫管組	本案刻正請分區業務組釐清中。		V
8	111-1 討 1	111.3.10	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「進階影像導引插管術」等診療項目案。	通過，重點如下： 1.新增 12213B「HLA-B*5801 基因檢測」(2,343 點)、28046B「深部小腸內視鏡」(42,721 點)、47105C 及 47106C「影像導引氣管內管插管術」(2,321 點/1,484 點)、65079B「內視鏡蝶腭動脈結紮術」(6,732 點)、96029C 及 96030C「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法-以影像導引氣管內插管」(7,733 點/6,896 點)共 7 項診療項目。 2.有關修訂 50023B、50024B「尿路結石體外震波碎石術」放寬離島地區泌尿科專任醫師限制案，台灣泌尿科醫學會考量病人安全及離島醫院病人後送資源之可近性，朝向建議維持原規範，故請醫事司會後與學會討論，提供達成共識後之修訂文字，再提至下次共擬會議討論。 3.修訂 58011C「連續性可攜帶式腹膜透析-腹膜透析追蹤處置費」2 項診療項目支付規範。 4.修訂自然生產、剖腹產及流	健保署醫管組	1. <u>修訂 50023B、50024B「尿路結石體外震波碎石術」案，醫事司已與泌尿科醫學會達成共識，於 111 年 5 月 23 日函送建議修訂文字，並提至本次會議討論。</u> 2. <u>其餘項目經衛生福利部公告，自 111 年 6 月 1 日生效。</u>	V	

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	管 續 列 管																																													
				產通則，將現行規範訂於審查注意事項之剖腹產適應症，改列於通則，另增列「曾因陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管者」及「多胞胎妊娠」等二項適應症。 5. 同意修訂 47031C「氣管內管插管」等 7 項診療項目之支付規範、英文名稱。																																																	
9	111-1 討 2	111.3.10	修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。	通過，重點如下： 1. 急診重大疾病照護品質獎勵： (1) 新增主動脈剝離需緊急開刀，於 4 小時內進入開刀房，且存活出院之個案，獎勵 30,000 點。 (2) 新增主動脈剝離需緊急手術相關獎勵項目，原限「地區醫院」2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院之個案，轉入及轉出院所各獎勵 15,000 點，改為所有「醫院」符合前述規範皆可獎勵。 (3) 新增申報到院前心跳停止(OHCA)相關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上傳資料。 2. 轉診品質獎勵： (1) 新增符合向上轉診或平行轉診之病人，且能於 60 分鐘內轉出，轉出院所獎勵 1,500 點。 (2) 新增符合本方案急診轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房，獎勵轉出與轉入醫院各 5,000 點。 3. 急診處置效率： (1) 保留原方案之「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房＜6 小時」每人次 5,000 點獎勵，以及「地區醫院急診病人增加獎勵」；刪除其他觀察指標、維持獎等規範。 (2) 新增急性呼吸衰竭於急診緊急插管病人進入加護病房＜6 小時，每人次 5,000 點獎勵，並依本次會議決	健保署醫管組	1. 本方案已於 111 年 5 月 5 日公告，自 111 年 4 月 1 日起生效。 2. 另本署於 111 年 3 月 18 日以電子郵件將現行已建置之急診相關品質及監測指標提供台灣急診醫學會參考，並請該會依醫療專業回復建議之急診壅塞監測指標。該會回復，建議以現行已訂定之「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」做為監測指標。 3. 查「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」執行情形： 單位：％ <table><tr><td></td><td>108</td><td>109</td><td>110</td></tr><tr><td>全國</td><td>2.75</td><td>2.32</td><td>2.51</td></tr><tr><td>醫學中心</td><td>7.01</td><td>6.14</td><td>6.85</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>1.57</td><td>1.32</td><td>1.35</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>0.45</td><td>0.41</td><td>0.59</td></tr></table> <table><tr><td></td><td>108 Q1</td><td>109 Q1</td><td>110 Q1</td><td>111 Q1</td></tr><tr><td>全國</td><td>2.42</td><td>2.07</td><td>2.46</td><td>2.47</td></tr><tr><td>醫學中心</td><td>6.09</td><td>5.64</td><td>6.60</td><td>6.74</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>1.37</td><td>1.11</td><td>1.34</td><td>1.38</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>0.50</td><td>0.29</td><td>0.53</td><td>0.54</td></tr></table> 4. 本署後續將每半年(每年第 1、3 次會議)追蹤本指標辦理情形。		108	109	110	全國	2.75	2.32	2.51	醫學中心	7.01	6.14	6.85	區域醫院	1.57	1.32	1.35	地區醫院	0.45	0.41	0.59		108 Q1	109 Q1	110 Q1	111 Q1	全國	2.42	2.07	2.46	2.47	醫學中心	6.09	5.64	6.60	6.74	區域醫院	1.37	1.11	1.34	1.38	地區醫院	0.50	0.29	0.53	0.54		V
	108	109	110																																																		
全國	2.75	2.32	2.51																																																		
醫學中心	7.01	6.14	6.85																																																		
區域醫院	1.57	1.32	1.35																																																		
地區醫院	0.45	0.41	0.59																																																		
	108 Q1	109 Q1	110 Q1	111 Q1																																																	
全國	2.42	2.07	2.46	2.47																																																	
醫學中心	6.09	5.64	6.60	6.74																																																	
區域醫院	1.37	1.11	1.34	1.38																																																	
地區醫院	0.50	0.29	0.53	0.54																																																	

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 建 解 除 列 管	管 議 繼 續 列 管
				議增訂影像導引氣管內管插管之醫令；另新增檢傷一、二、三級急診病人轉入病房＜8 小時，每人每次 50 點獎勵。 4.刪除「醫院總獎勵金額須分配適當比例給參與本方案的員工」文字。 5.附表一「緊急搶救手術或處置」增列 33144B（血管阻塞術-Lipiodol）。 6.請急診醫學會重新檢視急診壅塞相關指標，於日後會議追蹤指標訂定情形。				
10	111-1 討 3	111.3.10	有關修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案，納入「精神科病人出院後急性後期照護服務」精神並擴大收案條件及照護服務案。	通過，重點如下： 1.同意擴大收案條件：收案條件增訂「前一年診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者」，以及當年度新診斷病人；排除條件調整為僅排除「精神科慢性病房住院中病患」。 2.同意新增高風險病人定義「前 1 年曾以主診斷 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25 強制住院者」、「前 1 年因思覺失調症住院 2 次以上者」及「就醫紀錄載有施暴史之病人」。 3.同意調升發現費及管理照護費、新增發現確診費(650 點)、居家追蹤訪視費(1,500 點/次)及出院後追蹤訪視費(3,000 點/次)限出院後 3 個月內申報 6 次。 4.出院後追蹤訪視費「須與公共衛生護士共同訪視」，修改為「與衛生局所屬護理人員共同訪視」，另考量本方案係鼓勵病人回歸門診追蹤照護，停止訪視條件刪除「病人轉回門診就醫、社區心理衛生中心或公共衛生體系持續照護者」。 5.同意修訂方案指標：新增「社區關懷訪視共訪比率」等 5 項指標、刪除「平均每月精神科門診就診次數」指標、調整原「精神科不規則門診比率」為「精神科規則門診比率」。	健保署醫管組	<u>本方案已於 111 年 4 月 28 日公告，自 111 年 5 月 1 日起生效。</u>	V	
11	111-1 討 4	111.3.10	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一	同意支付標準第五部第一章「居家照護」及同部第三章「安寧居家療護」增訂緊急訪視加成 40%-70%，以及提高山地離島醫	健保署醫	<u>經衛生福利部公告，自 111 年 6 月 1 日生效。</u>	V	

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 建 議	管 管
							解 除 列 管	繼 續 列 管
			章「居家照護」及同部第三章「安寧居家療護」增訂緊急訪視加成暨提高山地離島醫事人員訪視費用案。	事人員訪視費用 2 成，並刪除附表 5.1.1 居家護理特殊照護項目表所列 48004C、48005C「深部複雜創傷處理」並修改備註文字。	管組			
12	111-1 討 5	111.3.10	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第八節住院安寧療護、第五部第三章安寧居家療護及全民健康保險安寧共同照護試辦方案範圍案。	同意修訂，重點如下： 1. 增列收案對象： (1) 末期骨髓增生不良症候群(MDS)。 (2) 末期衰弱老人。 (3) 病人自主權利法第 14 條第一項所列臨床條件者： A. 第二至四款：不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智。 B. 第五款之 12 類疾病。 (4) 罕見或其他疾病預估生命受限者。 2. 參考與會專家意見，末期病人之評估應回歸安寧緩和醫療條例，刪除附表十、「1. 由老年醫學/神經或精神醫學等相關專科醫師評估病人為末期」。	健保署醫管組	1. <u>修訂支付標準住院安寧療護及安寧居家療護經衛生福利部公告，自 111 年 6 月 1 日生效。</u> 2. <u>修訂安寧共同照護試辦方案，已於 111 年 5 月 30 公告，自 111 年 6 月 1 日起生效。</u>	V	
13	111-1 討 6	111.3.10	全民健康保險居家醫療照護整合計畫修訂案。	1. 山地離島地區訪視費用調高 2 成。 2. 新增虛擬(行動)健保卡綁定規範及獎勵金。 3. 其他相關規範及文字酌修： (1) 新增「照護團隊得協助符合開立長照司『居家失能個案家庭醫師照護方案』之收案個案開立『長期照護醫師意見書』」。 (2) 刪除「未完成用藥整合需結案措施」。 (3) 增訂「違規處分醫事人員 2 年內不得參與本計畫」之規定。 (4) 增訂「照護團隊逾 6 個月未提供居家醫療照護之病人，應予結案」規範。	健保署醫管組	<u>本計畫已於 111 年 4 月 19 日公告，除附件 1、附錄 2 等配合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準同步施行外，餘項目自公告日起施行。</u>	V	
14	111-1 討 7	111.3.10	修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性支付前支」計畫。	同意新增「開業執照載有含收住呼吸器依賴個案之一般護理之家或住宿式長照機構」為收案地點，其中「住宿式長照機構」會後請長照司提供完整名稱；並明訂居家審查核減費用標的為「未記載訪視紀錄或記載不全者，予以核扣當日論日計酬醫療費用」。	健保署醫管組	<u>本計畫已於 111 年 4 月 19 日公告，自 111 年 4 月 1 日起生效。</u>	V	

序 號	編 號	會 議 時 間	案 由	決 議 (結 論) 事 項	辦 理 單 位	辦 理 情 形	管 建 議 續 列 管 除 列 管
15	111-臨 1 討 1	111.3.30	修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」。	通過，重點如下： 1. 修訂失智症定義： (1) 比照本署「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」醫療品質資訊項目及「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之失智症定義。 (2) 另有關台灣神經學學會建議刪除 G91(水腦症)、台灣精神醫學會建議刪除 F04(失憶症)一節，後續將俟本署醫審及藥材組彙整相關公、學會專業意見定案後，配合修訂。 (3) 如刪除前開診斷碼，修訂後失智症定義為主、次診斷碼 (ICD-10-CM)：F01-F03、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31。 2. 放寬「失智症門診家庭諮詢費」給付條件，不內含於門診整合初診或複診診察費中，得另外申報，惟不得重複申請衛生福利部「失智照護服務計畫」個案管理費之「按月提供諮詢服務」費用。 3. 修訂醫師教育訓練內容，增列失智症基礎訓練，課程內容請台灣神經學學會、台灣臨床失智症學會和相關學會研議。 4. 鼓勵醫院開設「整合照護門診模式」，自 111 年 7 月 1 日起取消「非開設整合門診照護模式」(即整合式照護模式註記為 X 者)。 5. 申請醫院資格及退場機制增列全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第 44 條至第 45 條規定。 6. 「複診診察費」申報期限由原 180 天延長至 200 天(即須於門診整合初診後 200 天內申報)。	健保署醫管組	本計畫已於 111 年 5 月 26 日公告，自 111 年 7 月 1 日起生效。	V
16	111-臨 1 討 2	111.3.30	111 年度「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(草案)」。	1. 配合「111 年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」，於方案公告實施前完成「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」改版者，獎勵每家 2,000 點。	健保署醫管組	一、因疫情嚴峻，為維護我國防疫量能及協助醫事服務機構專心抗疫，衛生福利部暫緩實施部分負擔新制。本署「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式 2.0)」亦延期至	V

序 號	編 號	會 議 時 間	案 由	決 議 (<u>結 論</u>) 事 項	辦 理 單 位	辦 理 情 形	列 管 建 議	繼 續 列 管
							解 除 列 管	
				2. 綁定「虛擬健保卡就醫」獎勵，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」及「全民健康保險遠距醫療給付計畫」規定辦理。 3. 「居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)」獎勵費，每家最高 6,000 點。 4. 「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」改版費，每家最高 7,000 點，以及上傳即時性及完整性獎勵，每家最高 7,000 點，惟考量基層院所上傳資料前須再確認醫令代碼，非醫院於就醫類別範圍 A 之即時性獎勵時間，由≤1 小時修正為≤3 小時。		<u>疫情趨緩後再請醫事服務機構配合辦理。</u> 二、為推動部分負擔新制實施，本方案中訂有完成「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」改版，及「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式 2.0)」改版，二項獎勵措施，今配合部分負擔新制暫緩實施，故方案暫緩報部。 三、本方案後續將依部分負擔新制推動時程配合辦理，並極力爭取明年預算提供獎勵。		
17	111-臨 1 討 3	111.3.30	新增「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」。	通過，重點如下： 1. 由醫院提出申請，審查小組進行審核，審查小組之專家學者由台灣醫院協會、中華民國護理師護士公會全國聯合會推薦(名額占 1/2)。 2. 為避免名稱混淆，本計畫中「全責照護(skill-mix model)」文字修正為「住院整合照護(skill-mixed model)」，另「照護輔佐人力」不加「護佐」之簡稱。 3. 新增「住院整合照護管理費」項目，每人日支付 750 點。 4. 另衛生福利部護理及健康照護司須於本計畫報部核定前，提供自費收費參考標準及事先告知同意書之格式併同公告。 5. 執行本計畫期間，健保署將定期統計計畫申報情形，除提供台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會外，亦提供中華民國醫師公會全國聯合會參考。	健保署醫管組	1. 查照護司已於 111 年 4 月 27 日召開「住院整合照護服務收費範圍討論會議」，研議參與計畫病床之收費範圍。 2. 本署將俟照護司提供參與計畫醫院收費參考範圍及事先告知同意書後，依程序報衛生福利部核定公告實施。		V
18	111-臨 1 討 4	111.3.30	全民健康保險遠距醫療給付計畫修訂案。	建議再評估施行區域、會診科別及實施場域等放寬妥適性，再行討論。	健保署醫管組	<u>本案之會診科別及實施場域等項目提本次會議討論。</u>		V
19	111-臨 1 討 5	111.3.30	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「成功移除長期留	通過，重點如下： 1. 新增 47107B「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」診療項目，每人獎勵 3,000 點，訂有適應症等支付規範。	健保署醫管	<u>經衛生福利部公告，自 111 年 6 月 1 日生效。</u>		V

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
			置鼻胃管並恢復經口進食」等診療項目案。	2. 修訂 68057B「經導管肺動脈瓣膜置換術」，刪除適應症限 50 歲以下之規定，並增列「執行前須經兒童心臟內外科召開討論會議，並附上其會議紀錄」。	組			
20	111-臨 1 報 1	111.3.30	全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 3.4 版 111 年 7-12 月適用之相對權重統計結果再提會案。	111 年 7-12 月適用之相對權重統計結果，配合 111 年 3 月 10 日本會議通過增修診療項目重新計算，標準給付額 (SPR) 為 49,192 點。	健保署醫管組	經衛生福利部公告，自 111 年 7 月 1 日生效。	V	
21	111-臨 1 臨討 1	111.3.30	修改全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫。	通過，重點如下： 1. 修訂獎勵費條件，參與計畫診所最少收案人數為 30 名，且年度檢驗檢查上傳率≥50%，診所品質指標得分排序前 25% 之診所，核付獎勵費 10,000 點；品質指標得分排序大於 25% 至 50% 之診所，核付獎勵費 5,000 點。 2. 國民健康署支付之獎勵費，除戒菸服務外，增加戒癮服務獎勵。 3. 照顧個案進步獎勵，採納入醫師依病況與病人共同訂定之個人目標值。	健保署醫管組	經 111 年 4 月 21 日提健保會報告，決議原則通過，並於 111 年 5 月 12 日陳報衛生福利部核定。		V

建議新增之未列項目及新增前建議比照支付標準代碼(共35項)					
序號	院所提報未列項名稱	新增前建議 統一比照支 付標準代碼	支付標準中文名稱	提報院所/相關研議進度	辦理情形(1125)
1	laparoscopic vertical sleeve gastrectomy	72048B	腹腔鏡胃亞全切除術	目前已納入新增診療項目研議中：腹腔鏡會議	已結案：經110年第1次本會議決議同意新增，自110年6月1日施行
2	Laparocopy total gastrectomy any type	72032B	全胃切除及淋巴清除及腸胃重建	目前已納入新增診療項目研議中：腹腔鏡會議	
3	laparoscopic choledocholithotomy without t-tube drainage	75209B	總膽管切開摘石術及T形管引流	目前已納入新增診療項目研議中：腹腔鏡會議	
4	Laparoscopic Gastrorrhaphy	72019B	胃縫合術（胃潰瘍穿孔及胃部傷口的縫合）	目前已納入新增診療項目研議中：腹腔鏡會議	
5	laparoscopic radical subtotal gastrectomy	72047B	次全胃切除及淋巴清除及腸胃重建	目前已納入新增診療項目研議中：腹腔鏡會議	
6	laparoscopic retroperitoneal debridement	28014C 75802B	腹腔鏡檢查 膈下膿瘍引流術	目前已納入新增診療項目研議中：腹腔鏡會議	
7	Laparoscopy CAPD Tenckhoff catheter implantation	58012B	連續性可攜帶式腹膜透析－4.連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術。	目前已納入新增診療項目研議中：腹腔鏡會議(學會不建議新增)	
8	Laparoscopy duodenorrhaphy suture of perforated ulcer	72018B	十二指腸縫合術（十二指腸潰瘍穿孔的縫合）	目前已納入新增診療項目研議中：腹腔鏡會議	
9	Laparoscopy excision of retroperitoneal tumor	75811B	後腹腔惡性腫瘤切除術併後腹腔淋巴腺摘除術	目前已納入新增診療項目研議中：腹腔鏡會議	
10	Laparoscopy excision of retroperitoneal tumor benign	75807B	後腹腔良性腫瘤切除術	目前已納入新增診療項目研議中：腹腔鏡會議	
11	Laparoscopy hepatectomy-one segment	75003B	肝區域切除術－一區域	目前已納入新增診療項目研議中：腹腔鏡會議	已結案：經110年第2次本會議決議同意新增，自110年6月1日施行。
12	Laparoscopy radical nephrectomy	76027B	根治性腎切除術	目前已納入新增診療項目研議中：腹腔鏡會議	
13	Laparoscopy segmental hepatectomy two segments	75004B	肝區域切除術－二區域	目前已納入新增診療項目研議中：腹腔鏡會議	
14	Laparoscopic partial hysterectomy laparoscopic supracervical hysterectomy single port laparoscopic subtotal hysterectomy	80416B	腹腔鏡全子宮切除術	目前已納入新增診療項目研議中	
15	Laparoscopic pelvic reconstructive surgery	80027B	經陰道骨盆底重建手術（含子宮切除術，陰道懸吊術，陰道前後壁修補但不含尿失禁手術）	併案納入新增診療項目研議中	
16	Enteroscopy tattooing	28010B	小腸鏡檢查	目前已納入新增診療項目研議中	
17	erythropoietin (epo)	27077B	紅血球生成因子檢驗	國立臺灣大學醫學院附設醫院	
18	B lymphocyte crossmatch	12090B	淋巴球毒殺試驗	國立臺灣大學醫學院附設醫院	
19	BRAF V600E mutation sense braf v600e mutation test	12202C	C型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院	

序號	院所提報未列項名稱	新增前建議 統一比照支 付標準代碼	支付標準中文名稱	提報院所/相關研議進度	辦理情形(1125)
20	Luminex multiplex pathogen PCR	12204B 12205B 12206B	白血球表面標記 — 11-20種 — 21-30種 — 31種以上	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	已函覆：結案(109/12/18院所函復已一年多未執行，俟後續有新增需求再提出)
21	pleurectomy	67034B 67047B	胸膜固定(黏合)術 胸腔鏡肺膜剝脫術	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	已函覆：結案(院所以電子郵件回復表示提出相關資料困難)
22	humerus fracture non-union & re-orif	64239B	開放性或閉鎖性肱骨粗隆或骨幹或踝部骨折，開放性復位術	阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院	已函覆：結案(院所以電子郵件回復表示申報量少，不新增)
23	CR for fr of femoral neck	64029B	股骨頭骨折開放性復位術	臺北榮民總醫院	已函覆：結案(院所以電子郵件回復表示回歸一般健保申報，不新增)
24	recurrent laryngeal nerve repair	83094B	神經修補—手、足的神經	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	已函覆：結案(院所以電子郵件回復表示申報量少，不新增)
25	25 OH Vit D	27043B	普卡因醯胺放射免疫分析	臺北榮民總醫院	已函覆：結案(院所以電子郵件回復表示採自費方式收費，不新增)
26	3d ct-abdomen	33070B 33071B 33072B	電腦斷層造影 —無造影劑 —有造影劑 —有/無造影劑	高雄榮民總醫院	已函覆：結案(109/11/26函請院所補件，逾一年未補件)
	3d ct-cv heart				
	3d ct-musculoskeletal				
	3d ct-neuro				
29	amylase for urine	09017C	澱粉酶、血	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台東馬偕紀念醫院	已函覆：結案(110.11.26「新增修診療項目初審會議」第三次會議結論：因提案資料不足，且臨床執行量低，暫不納入健保給付。)
33	LAA (left atrial appendage) exclusion	68005B	心臟縫補術	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院	已函覆：結案(110.10.25「新增修診療項目初審會議」第一次會議結論：因適用情形及適應症尚未明確，較不具納入健保給付之急迫性及效益。)
27	ear laser surgery	65072B	耳雷射手術	新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院	已函覆：待徵詢專家意見
28	pharyngeal laser surgery	65072B	鼻雷射手術		
30	Repair of colon perforation	73033B	大腸穿孔縫補術	國立陽明大學附設醫院	已函覆：待徵詢專家意見
31	Vaginal polypectomy	80207C	子宮頸蒂瘤切除術	四季台安醫院	已函覆：待徵詢專家意見
32	localization mammography	33125C	乳房攝影立體定位組織切片術	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院	已函覆：待補件(110.10.27「新增修診療項目初審會議」第二次會議結論：請提案單位研議應與後續手術合併於同一診療項目。)
34	Transoral Laser microsurgery for glottic cancer	66018B	杓狀軟骨截除術或杓狀軟骨固定術	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院	已函覆：待補件(110/9/8函請院所補件)
35	Intraoral incision and drainage of retropharyngeal abscess	66026B	環咽肌切開術	義大醫療財團法人義大醫院	已函覆：待補件(110/8/16函請院所補件)

參、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂 83102K「迷走神經刺激術(VNS)」等 5 項診療項目及麻醉費通則案。

說明：

一、依據本署 111 年第 3 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議、111 年第 1 次本會議、全民健康保險醫療給付費用醫院總額 111 年第 2 次研商議事會議、111 年 5 月全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(特材部分)會議決議及衛生福利部 111 年 5 月 23 日衛部醫字第 1111603134 號函辦理（附件 1-1~1-5，頁次報 1-4~1-12）。

二、修訂 50023B「尿路結石體外震波碎石術」等 5 項診療項目之支付規範及支付標準第二部第二章第十節麻醉費通則，推估增加支出約 27.77 百萬點（附件 2，頁次報 1-13~1-14）：

(一)修訂 83102K、56041K「迷走神經刺激術(VNS)」2 項診療項目，詳表序號 1 及 2（附件 2，頁次報 1-13）：

1. 依 111 年第 3 次專家諮詢會議結論(同附件 1-1，頁次報 1-4)，參採國外 VNS 相關支付規範，且迷走神經刺激器特材給付規定已列有相關規定，故建議適應症增列「無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病人，且亦無法以切除手術改善或曾以癲癇切除手術治療失敗」。
2. 本項屬限縮適應症，故不增加健保財務支出。

(二)修訂 50023B、50024B「尿路結石體外震波碎石術」2 項診療項目，詳表序號 3 及 4（附件 2，頁次報 1-13）：

1. 依 111 年第 1 次本會議決議（同附件 1-2，頁次報 1-5），有關放寬離島地區泌尿科專科醫師之限制條件，台灣泌尿科醫學會考量病人安全及離島醫院病人後送資源之可近性，

建議維持原規範，故請衛生福利部醫事司提供與學會達成共識後之修訂文字，再提至本會議討論。

2. 醫事司函送學會同意修訂內容（同附件 1-5，頁次報 1-10~1-12），支付規範由原「應有專任之泌尿科專科醫師二名以上」，增列「離島地區醫療機構應有一名專任之泌尿科專科醫師，另一名泌尿科專科醫師得以兼任方式為之」，本項不增加健保財務支出。

(三)修訂 68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」，詳表序號 5（附件 2，頁次報 1-13）：

1. 依據 111 年 5 月全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(特材部分)會議決議(同附件 1-4，頁次報 1-8~1-9)，配合「經導管主動脈瓣膜套組—TAVI(含導引線)」給付規定修訂，調整診療項目 68040B 之適應症，刪除年齡條件。
2. 本項為限縮適應症，故不增加健保財務支出。

(四)修訂支付標準第二部第二章第十節麻醉費通則，詳表序號 6（附件 2，頁次報 1-14）：

1. 依醫院總額 111 年第 2 次研商議事會議結論（同附件 1-3，頁次報 1-6~1-7），針對麻醉醫學會建議器官移植及摘取手術之麻醉費得按所定支付點數加計 200%案，為維持與其他手術麻醉費之衡平性，故比照現行心臟手術、腦部手術、休克或急診而須立即手術者，建議改以 20%加計。並請學會會後提供成本分析表，本署再評估前述點數加計是否合宜。
2. 經參採學會 111 年 5 月 30 日所提成本分析表，為能合理反應器官移植醫護團隊投入之人力與照護，加計成數調整為 90%(附件 3，頁次報 1-15~1-27)。以現行納入「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款結算之器官移植及摘取手

術 108 年申報資料，推估增加支出 27.77 百萬點。

三、 預算來源：本次修訂 5 項診療項目及麻醉費通則案，除增列「移植手術之麻醉費得按所定支付點數加計 90%」增加 27.77 百萬點，由 111 年醫院總額之專款「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」預算 52.08 億元支應，其他修訂事項推估皆不增加健保財務支出。

四、 修訂支付標準如(附件 4，頁次報 1-37~1-41)，將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

決定：

111 年第 3 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」
會議紀錄

時間：111 年 4 月 13 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓禮堂

主持人：李署長伯璋

紀錄：周筱耘

出席專家：略

請假專家：略

列席單位及人員：略

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄：確認。

三、討論事項：

四、本署研議修訂有關 83102K、56041K「迷走神經刺激術（VNS）」適應症及開放適用層級別案。

討論重點：

- (一) 參採國外 VNS 相關支付規範，且迷走神經刺激器特材給付規定已列有相關規定，學會及專家均建議增訂適應症文字。
- (二) 倘放寬適用層級至地區醫院以上，本署醫審及藥材組表示特材費用推估將增加 1.15 億，111 年已無預算支應，另已於 111 年委託外單位將迷走神經刺激器列入醫療科技給付效益再評估，建議俟前述報告完成後，再行討論。
- (三) 台灣神經學學會表示放寬層級別限制後，宜有執行人員資格限制，建議修訂執行人員資格。

結論：

- (一) 經與會專家討論同意適應症修訂為「無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病人，且亦無法以切除手術改善或曾以癲癇切除手術治療失敗」。
- (二) 放寬適用層級至地區醫院以上，考量涉及醫療服務、特材財務衝擊且 111 年皆已無預算支應，決議待爭取 112 年預算後再予以修訂。
- (三) 會後請台灣神經學學會及神經外科學會，提供執行人員資格修訂建議及相關資料予本署研議參考。
- (四) 有關本項相關審查機制及標準，將移由本署醫審及藥材組研議。

四、臨時動議：無。

五、散會：下午 12 時 25 分。

「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」

111 年第 1 次會議紀錄

時 間：111 年 3 月 10 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

紀錄：蔡孟芸

主 席：李署長伯璋（下午 2 時 30 分後蔡副署長淑鈴代）

列席單位及人員：略

七、主席致詞：略。

八、報告事項：略

九、討論事項：

- （一）全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「進階影像導引插管術」等診療項目案（詳附件 5，P63-P71）。

決議：通過，重點如下：

1. 新增 12213B「HLA-B*5801 基因檢測」（2,343 點）、28046B「深部小腸內視鏡」（42,721 點）、47105C 及 47106C「影像導引氣管內管插管術」（2,321 點/1,484 點）、65079B「內視鏡蝶腭動脈結紮術」（6,732 點）、96029C 及 96030C「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法-以影像導引氣管內插管」（7,733 點/6,896 點）共 7 項診療項目。
2. 有關修訂 50023B、50024B「尿路結石體外震波碎石術」放寬離島地區泌尿科專任醫師限制案，台灣泌尿科醫學會考量病人安全及離島醫院病人後送資源之可近性，朝向建議維持原規範，故請醫事司會後與學會討論，提供達成共識後之修訂文字，再提至下次共擬會議討論。
3. 修訂 58011C「連續性可攜帶式腹膜透析-腹膜透析追蹤處置費」2 項診療項目支付規範。
4. 修訂自然生產、剖腹產及流產通則，將現行規範訂於審查注意事項之剖腹產適應症，改列於通則，另增列「曾因陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管者」及「多胞胎妊娠」等二項適應症。
5. 同意修訂 47031C「氣管內管插管」等 7 項診療項目之支付規範、英文名稱。

附件 1-3 (暫以提案替代)

討論事項第五案

報告單位：台灣麻醉醫學會

案由：有關台灣麻醉醫學會建議增列移植手術之麻醉費加計 200%案，提請討論。

說明：

一、依據台灣麻醉醫學會 111 年 4 月 18 日麻醫勇字第 1110118 號函辦理。

二、台灣麻醉醫學會建議以 111 年醫院總額項下「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款預算 52.08 億元，增列移植手術麻醉費加計 200%，原因摘述如下(附件 1)：

(一)器官衰竭接受移植手術之病人，麻醉風險高，麻醉醫護團隊需投入更多人力與照護。

(二)目前健保給付之麻醉費偏低，且未訂有類此麻醉加成。

三、該會以心臟植入、肝臟移植、單/雙肺移植、腎臟移植、小腸移植術、屍體胰臟器官移植等 5 項移植手術之 107 年申報量及 108 年報載捐贈 375 人做為推估依據，並以「96020C~96022C 半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」及「96026C 麻醉前評估」列為費用得加成項目，學會試算約需 3,772.7 萬元支應(附件 2)。

本署說明：

一、查全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第十節「麻醉費」，除於通則七訂有兒童加成相關規範外(得依表訂點數加計 20%~100%)，另於通則六規範若病人係因心臟手術、腦部手術、休克或急診而須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計 20%，但麻醉材料費及藥劑費不得按比例加算(附件 3)。

二、現行健保給付之「全身麻醉法」皆按手術執行時間長度訂定不同支付點數，包含以下兩項：

(一)96017C~96019C 半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法：

1.手術時間未滿 2 小時，支付點數 3,582 點。

2.若手術時間介於 2 至 4 小時，每增加 30 分鐘，得另申報 895 點；若手術時間為 4 小時以上，每增加 30 分鐘，得另申報 1,119 點。

(二)96020C~96022C 半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法：

1.手術時間未滿 2 小時，支付點數 3,917 點。

2.若手術時間介於 2 至 4 小時，每增加 30 分鐘，得另申報 895 點；若手術時間為 4 小時以上，每增加 30 分鐘，得另申報 1,119 點。

三、以現行納入「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款結算之移植手術相關診療項目（含器官移植手術個案 12 項、器官移植捐贈手術個案 9 項）之 108 年申報資料試算，若按學會建議「移植手術之麻醉費加成 200%」約需增加支出 6,220 萬點(附件 4)。

四、查 111 年度醫院醫療給付費用總額「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款預算 52.08 億元，其中 111 年新增預算 81.06 百萬元係為「鼓勵醫師投入腎臟移植」(附件 5)。另查 108 年及 109 年本項專款執行率分別為 96.3%(餘 1.74 億元)及 91.5%(餘 4.25 億元)(附件 6)，經扣除「鼓勵醫師投入腎臟移植」所需新增預算後，應尚足以支應上述麻醉費加成後增加之醫療費用；惟宜審酌加成後與其他手術麻醉費之衡平性，建議比照現行心臟手術、腦部手術、休克或急診而須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計 20%，推估增加支出 586 萬點。

擬辦：本案依會議決議續提於「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。

決議：

全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議

特材部分第 58 次（111 年 5 月）會議紀錄

時間：111 年 5 月 19 日（星期四）上午 9 時 30 分

地點：健保署 9 樓第 2 會議室

主席：林教授啓禎

紀錄：袁美霞

出席代表：(略)

出席專家及學會代表：(略)

列席人員：(略)

主席致詞：(略)

壹、請參閱並確認上次會議紀錄（略）

貳、會議決議辦理情形追蹤（略）

參、討論事項：

第 5 案：有關研議修訂健保給付特材「經導管置換瓣膜套組」(TAVI)給付規定(B102-8)案。

一、說明：

(一) 詳附錄會議資料討論案第5案之報告內容。

(二) 本案特材為搭配診療項目68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」必要使用之特材，自110年2月1日公告生效，經統計110年2月至12月申報478組，111年1月至2月申報量109組，推估111年全年申報將達到660組，高於原納入給付時預估使用量397組。

(三) 考量本案特材臨床效益及合理使用情形，經111年4月本保險特材專家諮詢會議共識建議將年齡條件提高至85歲，並由事前審查改為特殊專案審查，而80歲至85歲的病人在 STS Score 或 Logistic EuroSCORE I 上應有更嚴謹的限制，以確保真正需要的高風險病人能受益，對於 low risk 病人亦為合理公平之給付。

(四) 與會專家表示：

1. 台灣介入性心臟血管醫學會：建議刪除給付規定之年齡限制，回歸風險評估，目前給付規定 STS Score>10%及 Logistic EuroSCORE I >20%太嚴格，建議修正為 STS Score>4%~ STS Score<10%。

2. 中華民國心臟學會：同意刪除給付規定之年齡限制，回歸風險評估，比歐美的治療指南更先進，把有限的健保資源提供給真正需要的病人。

3. 台灣胸腔及心臟血管外科學會：年齡高不代表風險高，刪除給付規定之年齡限制，回歸風險評估，不影響病人權益。

(五) 與會代表表示：同意本次刪除給付規定之年齡限制，不建議本次併同修正 STS Score 及 Logistic EuroSCORE I，恐造成健保財務衝擊，應依本會之前共識，建議學會另案提出建議。

(六) 健保署說明：

本案在 110 年導入時是以高風險無法手術之病人，HTA 報告的個案數約 400 人，並須在符合給付規定下使用。另再次說明，本會議業前同意之共識，所有提案皆經過特材專家諮詢會議由各專業學會達成共識提出之意見，倘各位專家有不同意見應於專家會議時提出，並應尊重各學會之專業共識，不可在本會議更改。本案因所有與會專家認為刪除給付規定年齡限制反而可與國際接軌，更符合目前臨床執行需求，使用風險評估亦符合納入健保給付的財務考量，故健保署也認同各位專家及代表的建議刪除年齡限制，臨床治療回歸風險評估，如需健保支付個案，健保署責無旁貸。

二、決議：

(一) 同意修訂經導管置換瓣膜套組」(TAVI)給付規定(B102-8)如附件5，刪除年齡限制，並由事前審查改為特殊專案審查。

三、附帶決議：

(一) 與會代表建議修正給付規定 STS Score>10%及 Logistic EuroSCORE I>20%，請學會正式來函並依程序另案討論。

(二) 有關醫務管理組是否併同修正全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」年齡之規定，將依程序請醫務管理組研處。

肆、報告事項：(略)

伍、散會(下午1時30分)

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段
488號

聯絡人：呂素蘭

聯絡電話：02-85906666 分機：7412

傳真：02-85907087

電子郵件：md8839@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年5月23日

發文字號：衛部醫字第1111603134號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：台泌正字第359號函 (A21000000I_1111603134_doc1_Attach1.pdf)

主旨：有關修訂「尿路結石體外震波碎石術」診療項目支付規範一案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴署111年3月31日健保醫字第111066410號函及台灣泌尿科學會111年4月21日台泌正字第359號函辦理。
- 二、本部111年1月12日偏鄉公費醫師留任計畫工作小組第7次會議決議略以：考量離島地區對於尿路結石病人之醫療照護需求，如有提供體外震波碎石術之醫院，至少應有1名專任泌尿科專科醫師，另1名則得以兼任方式為之。並將修正建議送「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」111年第1次會議討論，合先陳明。
- 三、貴署「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」111年第1次會議決議略以，有關修訂50023B、50024B「尿路結石體外震波碎石術」放寬離島地區泌尿科專任醫師限制案，台灣泌尿科醫學會考量病人安全及離島醫院病人後送資源之可近性，朝向建議維持原規範，故請

醫事司會後與學會討論，提供達成共識後之修訂文字，再提至下次共擬會議討論。

四、有關台灣泌尿醫學會於第22屆第6次理監事會議討論後，決議同意修訂支付規範由原「應有專任之泌尿科專科醫師二名以上」，修改為「離島地區醫療機構應有一名專任之泌尿科專科醫師，另一名得以兼任方式為之。」。

五、檢附台灣泌尿科學會原函影本1份。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣泌尿科學會



台灣泌尿科學會 函

法人證書字號：臺灣臺北地方法院第 1488 號 (96 年度法登社字第 103 號)

立案證書字號：內政部 91 年 9 月台內社字第 0910030993 號

機關地址：110 台北市基隆路一段 432 號 6 樓之 1

電話：(02)2729-0819#10 傳真：(02)2729-0864

E-mail：secl@tua.org.tw

聯絡人：張芳嘉

受文者：衛生福利部醫事司

發文日期：中華民國 111 年 4 月 21 日

發文字號：台泌正字第 359 號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

主旨：本會依衛生福利部 111 年 1 月 12 日偏鄉公費醫師留任計畫工作小組第 7 次會議決議暨衛生福利部中央健康保險署 111 年 3 月 31 日健保醫字第 1110660410 號函辦理，請查照。

說明：

一、有關貴司 111 年 1 月 12 日偏鄉公費醫師留任計畫工作小組第 7 次會議記錄決議內容摘要如下

(一)、考量離島地區對於尿路結石病人之醫療照護需求，如有提供體外震波碎石術之醫院，至少應有 1 名專任泌尿科專科醫師，另 1 名則得以兼任方式為之。

(二)、執行體外震波碎石術後，應有 1 位泌尿科專科醫師留在該離島醫院處理病人術後相關併發症(例如出血、尿路阻塞等)，確保病人安全。

(三)、上開醫師條件僅限離島地區之醫院適用，請健保署循程序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。

表、111 年建議修訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 6 項目)

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 A	原支付點數 B	預估全國執行量 D	預估年增點數 (百萬點) E=C*D
1	83102K	迷走神經刺激術(VNS)－植入	考量現行國際上，如日本、韓國、英國及澳洲等，均有「對於頑性癲癇病人無法以切除手術改善或曾以癲癇切除手術治療失敗之病人」之規範，爰修訂適應症範圍，避免健保財務衝擊過大。	註：(僅摘錄第 1 點「適應症」) 1.適應症： (1)無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病 患人，且亦無法以切除手術改善或曾以癲癇切除手術治療失敗。 (2)頑固型癲癇病 患人 定義：已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。				不影響財務支出
2	56041K	迷走神經刺激術(VNS)－參數調整						
3	50023B	尿路結石體外震波碎石術-第一次	考量離島地區專任醫師招募不易，為提高醫療服務可近性，修訂執行本項	註：(僅摘錄第 9 點「醫療機構條件」及第 10 點「操作人員資格」) 9.醫療機構條件： (1)應為醫院。 (2)應有專任之泌尿科專科醫師二名以上； 離島地區醫療機構應有一名專任之泌尿科專科醫師，另一名泌尿科專科醫師得以兼任方式為之。 (3)應有下列經皮腎結石取石術及輸尿管鏡碎石手術設備： A.X 光透視機 B.腎臟鏡 C.輸尿管鏡 D.至少一種經內視鏡碎石機(如氣動式撞擊碎石機超音波碎石機、雷射碎石機、電擊碎石(electrohydraulic lithotripter))。 10.操作人員資格： (1)操作醫師應具泌尿科專科醫師資格，並符合下列資格條件： A.實際操作體外震波碎石機五十例以上之經驗，經服務醫院審查通過，發給證明文件。 B.依操作機型，應有下列相關訓練： a.操作 x 光線定位機型，應有輻射安全證書或輻射防護訓練證明。 b.操作超音波定位機型，應有泌尿系統超音波訓練證明。				不影響財務支出
4	50024B	尿路結石體外震波碎石術-第二次	之醫療機構「應有專任之泌尿科專科醫師二名以上」限制，增列「離島地區醫療機構應有二名以上之泌尿科專科醫師，其中至少一名為專任，實際操作過程專科醫師應在場照護」之規定，其操作人員資格亦應符合原規定限制。					
5	68040B	經導管主動脈瓣膜置換術	1.本署於 111 年 5 月 19 日「111 年 5 月全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(特材部分)會議」，會議決議，修訂經導管主動脈瓣膜套組－TAVI(含導引線)給付規定如下： (1)刪除原適應症中「年齡為八十歲以上」之限制。	註：(僅摘錄第 1 點「適應症」) 1.適應症：適用於嚴重主動脈狹窄病人，須具備以下二項條件。 (1)必要條件：(此四項條件須全部具備) A.有 New York Heart AssociationFunction Class II-IV 之心衰竭症狀。 C.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。 D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。 (2)同時具備以下條件之一： A.無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高，STS Score>10%，或 LogisticEuroSCORE I >20%。 B.年齡為八十歲以上。 BC. 有以下情形之一者：先前接受過心臟手術(冠狀動脈繞道、心臟瓣膜手術)、嚴重主動脈鈣化(porcelainaorta)、胸腔燒灼後遺症，不可進行開心手術、曾接受過縱膈放射療法、嚴重結締組織疾病，導致不可進行手術、肝硬化(Child				不影響財務支出

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 A	原支付點數 B	預估全國執行量 D	預估年增點數 (百萬點) E=C*D
				分級 A 或 B），以及肺功能不全：FEV<1 公升。				
6		第二部第二章第十節麻醉費通則	考量器官衰竭接受移植手術之病人，麻醉風險高，麻醉醫護團隊需投入更多人力與照護，同時考量與其他手術麻醉費之衡平性，故增列器官移植手術之麻醉費得按所定支付點數加計 90%。	六、病人因 器官移植手術 、心臟手術、腦部手術、休克或急診而必須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計 ，其中器官移植手術得加計百分之九十，其他所列手術項目得加計 百分之二十，但麻醉材料費及藥劑費不得按比例加算。 若同時符合兩類型手術，以加計成數高者計之（如心臟移植手術）。				27.77
6 項修訂項目 小計								27.77

以現行納入「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款結算之移植手術相關診療項目（含器官移植手術個案 12 項、器官移植捐贈手術個案 9 項）之 108 年申報資料試算，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計 90%，需增加支出 27.77 百萬點

移植、摘取手術之麻醉費成本分析及加成所需預算試算說明

一、學會所提成本分析表，成本校正後，摘錄重點如下表格（詳附表）：

主要成本校正內容：調整為主治醫師、住院醫師及護理人員各 1 名（其中考量捐贈者與受贈者移植手術同時進行，故縮短主治醫師時間為全程之三分之二），另刪除屬器官移植手術用之醫材(如拋棄式廢液收集袋，已內含於移植或摘取手術)、健保已給付之特材及藥品、得另核實申報之診療項目(如使用麻醉深度監測系統，得另申報「麻醉深度監測」)、屬病人自費項目（持續疼痛監測）。

器官移植項目	肺臟	肝臟	心臟	小腸	胰臟	腎臟	平均值	校正後成本加權平均(註)
手術時間(分)	840	840	480	480	480	360	580	52,565
校正後成本	58,498	57,439	51,351	41,712	33,980	46,550	48,255	
108 年申報件數	23	567	87	3	13	419	合計 1,112 件	

註. $(58,498 \times 23 + 57,439 \times 567 + 51,351 \times 87 + 41,712 \times 3 + 33,980 \times 13 + 46,550 \times 419) / \text{件數加總 } 1,112 \div 52,565$

二、本署意見：

(一)以現行支付標準計算：

學會所提平均手術時間為 580 分，以 10 小時推估執行「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」得申報點數為 32,732 點（含麻醉材料費及藥劑費 50%）【 $= (3,917 + 8 \times 2 \times 1,119) \times 1.5 = 21,821 \times 1.5$ 】

(二)依原學會建議加成 200% 試算：

支付點數約為 76,374 點【 $= (3,917 + 8 \times 2 \times 1,119) \times 3.5 = 21,821 \times 3.5$ 】，高於上述校正後成本

(三)依成本分析表校正後加權平均成本換算：

約可加成 90%，支付點數約為 52,370 點。【 $= (3,917 + 8 \times 2 \times 1,119) \times 2.4 = 21,821 \times 2.4$ 】

(四)以現行納入「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款結算之移植手術相關診療項目（含器官移植手術個案 12 項、器官移植捐贈手術個案 9 項）之 108 年申報資料試算，若移植、摘取手術之麻醉費加成 90%約需增加支出 2,777 萬點。查 111 年度醫院醫療給付費用總額「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款預算 52.08 億元，另查 108 年及 109 年本項專款執行率分別為 96.3%(餘 1.74 億元)及 91.5%(餘 4.25 億元)，經扣除「鼓勵醫師投入腎臟移植」所需新增預算（81.06 百萬元）後，應尚足以支應上述麻醉費加成後增加之醫療費用。

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：肺臟移植手術之麻醉費用

提案單位：台灣麻醉醫學會

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	560	21,896	42,140	校正為1名主治醫師、1名住院醫師(全程)及1名護理人員(全程)，另考量捐贈者與受贈者移植手術同時進行，故縮短主治醫師時間為全程之三分之二
不計價材料或藥品成本	2.住院醫師	1	16.5	840	13,860		
	3.護理人員	1	7.6	840	6,384		
	4.醫事人員						
	5.行政人員						
	6.工友、技工						
直接成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
	床墊式保溫毯	件	800.0	1.0	800	2,124	自費項目
	麻醉過濾式鼻導管	組	924.0	1.0	924		特材另有給付：CAE01EC54EAR"泰利福亞諾"硬脊膜外麻醉導管套組(針+導管+過濾器)
	腦血氧濃度監測貼片	片	3,900.0	2.0	7,800		自費項目
	麻醉深度監測感應貼片(BIS)	片	720.0	1.0	720		健保已有給付麻醉深度監測
	弗羅威克感應導管組	組	5,140.0	1.0	5,140		96027B-13歲以上：1316點(內含傳感器材料費，大人816)
	卡夾式用喉頭鏡葉片	件	700.0	0.2	140		96028B-未滿13歲：2133點(內含傳感器材料費，兒童1633)
	兩洞氣管內管	支	7.0	1.0	7		特材另有給付
	光纖維靜動脈順流導管	組	6,145.0	1.0	6,145		非拋棄式,可重消,故消耗數量改以0.2計算
	可鎖式導管引導鞘	組	870.0	1.0	870		參考「以影像導引氣管內插管-麻醉」之成本調整
	輸血套	組	15.0	4.0	60		移植手術過程用
	抗藥性三路活塞	個	21.9	10.0	219		移植手術過程用
	三腔中央靜脈導管組	組	1,475.0	1.0	1,475		特材另有給付
	血壓監視組含DPT 3DOME	組	789.0	1.0	789		特材另有給付
	Morphine Inj 10-mg/1 mL /amp	瓶	25.0	1.0	25		
	Fentanyl 0.1 mg/2 mL /amp	瓶	38.0	10.0	380		健保給付，Morphine
	Fresofol 1% MCT/LCT 200-mg/20 mL /amp	瓶	37.4	8.0	299		健保給付，麻醉性鎮痛劑
	Ketalar 500 mg/10 mL /vial	瓶	415.0	1.0	415		健保給付，短效性靜脈注射全身麻醉劑
	Esmeron 50 mg/5 mL /amp	瓶	264.0	1.0	264		
	Glycopyrodyn Inj 0.2 mg/1 mL /amp	瓶	15.0	2.0	30		麻醉劑
	Nimbex 10-mg/5 mL /amp	瓶	56.0	5.0	280		全身麻醉的輔佐藥
	2% Xylocaine IV 100-mg/5 mL /amp	瓶	50.0	2.0	100		健保給付，手術中用以減少唾液、支氣管、咽囊分泌物和胃分泌之游離酸；麻醉或插管治療時用以阻斷心臟迷走神經反射作用、消化性潰瘍之輔助治療。
	Esmolol HCl Inj 100 mg/10 mL /vial	瓶	450.0	1.0	450		健保給付，非去極化神經肌肉阻斷劑。可作為全身麻醉劑之輔助劑
	Adrenaline 1 mg/1 mL /amp	瓶	15.0	1.0	15		健保給付，局部麻醉
	Gendebu 250-mg/20 mL /vial	瓶	113.0	2.0	226		適應症:上心室心搏過速、手術中及後心搏過速、高血壓
	Humulin R 1000 U/10 mL /vial	瓶	282.0	1.0	282		牙科局部麻醉劑
	KCl in Water Inj 20 mEq/100 mL /btl	瓶	24.7	1.0	25		健保給付，增強心肌收縮力而適用於短期治療器質性心臟病、心臟外科手術引起心肌收縮力抑制而導致之心臟代償機能衰竭。
	Levophed 4-mg/4 mL /vial	瓶	100.0	1.0	100		健保給付，常規型人體胰島素（基因重組）注射液
	Millisrol 5-mg/10 mL /amp	瓶	47.4	1.0	47		電解質補充
	Precedex Inj 200 mcg/2 mL /vial	瓶	563.0	1.0	563		健保給付，急性低血壓、心跳停止
	Primacor 10-mg/10 mL /amp	瓶	367.0	1.0	367		健保給付，手術中或其前後高血壓情況之血壓控制、外科手術時用以控制低血壓
	Promostan 20-mcg/vial	瓶	569.0	7.0	3,983		健保給付，非插管病人接受手術或其他程序前及/或手術或程序進行之鎮靜作用
							健保給付，充血性心衰竭的短期療法
							健保給付，動脈內或大靜脈內點滴注射：周邊動脈阻塞疾病症狀改善

[illegible]

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：肝臟移植手術之麻醉費用

提案單位：台灣麻醉醫學會

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	560	21,896	42,140	校正為1名主治醫師、1名住院醫師(全程)及1名護理人員(全程)，另考量捐贈者與受贈者移植手術同時進行，故縮短主治醫師時間為全程之三分之二
不計價材料或藥品成本	2.住院醫師	1	16.5	840	13,860		
	3.護理人員	1	7.6	840	6,384		
	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	
	"雷佛一"輸血輸液加溫套管及其配件	套	3,594.0	1.0	3,594	1,188	特材另有給付
	弗羅威克感應器組	組	6,138.0	1.0	6,138		特材另有給付
	亞諾"多重輸液中央靜脈導管組-三腔大管徑	組	1,655.0	1.0	1,655		特材另有給付
	愛德華"凸威壓力傳導器	set	315.0	1.0	315		特材另有給付
	愛德華血氣中央靜脈導管	組	7,300.0	1.0	7,300		特材另有給付
	"飛利浦"心臟電擊復甦器:電極貼片(成人)	pair	652.0	1.0	652		移植手術過程用
	Y-type set with pump (Hospira)	組	230.0	6.0	1,380		特材另有給付
	"漢尼帝克"依利特自體輸血系統管套	set	7,260.0	1.0	7,260		特材另有給付
	Bair hugger warming blanket	件	2,000.0	1.0	2,000		預防及治療體溫過低,應屬移植手術過程用
	Rotem 旋轉血栓彈力分析	組	5,600.0	4.0	22,400		針對凝血障礙和藥物作用的全面檢查,應屬移植手術過程用
	持續疼痛監測	組	6,000.0	1.0	6,000		自費項目
	Brain oximeter adhesive tape	組	18,000.0	1.0	18,000		(腦血氧相關)自費項目
	Entropy easyfit sensor	組	1,600.0	1.0	1,600		麻醉深度感測器 健保已有給付麻醉深度監測 96027B-13歲以上：1316點(內含傳感器材料費，大人816) 96028B-未滿13歲：2133點(內含傳感器材料費，兒童1633)
	麻醉藥品				1188		參考肺臟移植

直接成本		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	
設備費用	7,458	經食道心臟超音波(含2支探頭)		6,660,000	7	9.8	840	8,222	健保已有給付18033B經食道超音波心圖：4200點 健保已有給付19005C其他超音波：600點 自費項目 健保已有給付麻醉深度監測 96027B-13歲以上：1316點(內含傳感器材料費，大人816) 96028B-未滿13歲：2133點(內含傳感器材料費，兒童1633) 健保已有給付18046B生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測：3322點 已列入96029C、96030C「以影像導引氣管內插管-麻醉」中 已列入96029C、96030C「以影像導引氣管內插管-麻醉」中 <	

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：心臟移植手術之麻醉費用

提案單位：台灣麻醉醫學會

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	校正為1名主治醫師、1名住院醫師(全程)及1名護理人員(全程)，另考量捐贈者與受贈者移植手術同時進行，故縮短主治醫師時間為全程之三分之二	
		1.主治醫師以上	1		39.1	320	12,512	24,080		
		2.住院醫師	1		16.5	480	7,920			
		3.護理人員	1		7.6	480	3,648			
		4.醫事人員								
		5.行政人員	1		5.9	30	177			
		6.工友、技工	1		5.4	30	162			
	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	19,480	換算單位成本：8 換算單位成本：17 換算單位成本：400 換算單位成本：168 移植手術過程用
		吸入性麻醉藥	毫升		40.0	240.0	9,600			
		針劑用藥	毫升		5-200	375.0	3,000			
		針具	支		5-20	40.0	680			
		管路	套		40-2000	13.0	5,200			
		生命徵象監測用貼片	個		20-900	6.0	1,000			
		術中基礎病人防護措施	組		500	1.0	500			
	清潔與消毒			500	1.0	500				
	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	1,843	健保已有給付18033B經食道超音波心圖：4200點 健保已有給付麻醉深度監測 96027B十三歲以上：1316點(內含傳感器材料費，大人816) 96028B未滿十三歲：2133點(內含傳感器材料費，兒童1633)
		麻醉機	800,000	7	1.2	480	564			
		經食道超音波	5,000,000	7	7.3	480	3,527			
		基本生理徵象監測	300,000	7	0.4	480	212			
		侵入性生理徵象監測	200,000	7	0.3	480	141			
麻醉深度監測		400,000	7	0.6	480	282				
小計							917			
非醫療設備=醫療設備×28.3 %					260					
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	校正使用年限		
		55	2,751,232	50	0.53	480	254.7			
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%							411			
直接成本合計								45,403		
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)								5,948		
成本總計								51,351		

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：小腸移植手術之麻醉費用

提案單位：台灣麻醉醫學會

錄案編號：

單位：元

	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	
用人成本	1.主治醫師以上	1	39.1	320	12,512	24,080	校正為1名主治醫師、1名住院醫師(全程)及1名護理人員(全程)，另考量捐贈者與受贈者移植手術同時進行，故縮短主治醫師時間為全程之三分之二
	2.住院醫師	1	16.5	480	7,920		
	3.護理人員	1	7.6	480	3,648		
	4.醫事人員	1	8	10	80		
	5.行政人員	1	5.9	10	59		
	6.工友、技工	1	5.4	20	108		
直接成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
	fentanyl 100mcg/2ml/amp	瓶	20.0	5.0	100	8,850	健保給付，麻醉性鎮痛劑
	rocuronium	瓶	170.0	5.0	850		全身麻醉的輔佐藥，幫助支氣管內插管
	antiseptic triple lumen cath	套	2,481.0	1.0	2,481		特材另有給付(三腔導管)
	pressure monitor kit	套	580.0	1.0	580		移植手術過程用(血壓計)
	ProAQT sensor	套	7,900.0	1.0	7,900		參考 胰臟移植 ，改列於設備費用(微創血流動力學監測技術)
	sevoflurane	瓶	6,000.0	1.0	6,000		鹵代醚麻醉藥，可誘導和維持全身麻醉
	肌肉最適張力監測	套	6,500.0	1.0	6,500		自費項目
	進階體溫維持	套	2,000.0	1.0	2,000		
	Arterial blood gas	次	300.0	4.0	1,200		移植手術過程用(動脈血液氣體分析)
	CARDIAC OUT-PUT	次	1,500.0	1.0	1,500		心輸出量，健保已有給付18029B、18030B、18046B
	Albumin	瓶	1,519.0	8.0	12,152		健保給付，血清蛋白(休克、白蛋白過低症、灼傷)
	blood transfusion	次	450.0	1.0	450		輸血
	麻醉深度監測	套	1,500.0	1.0	1,500		健保已有給付麻醉深度監測 96027B十三歲以上：1316點(內含傳感器材料費，大人816) 96028B未滿十三歲：2133點(內含傳感器材料費，兒童1633)

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		
	麻醉機	1,950,000	7	2.9	480	1,376	3,951		
	生理監測器	300,000	7	0.4	480	212			
	注射控制器pump X 2	60,000	7	0.1	480	42			
	PulsioFlex ProAQT Sensor (多功能病患監測感應器)	800,000	7	1.2	480	564		參考胰臟移植，將原列於不計價材料或藥品成本之「ProAQT sensor」改列於設備費用	
	小計							2,194	
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %							621	
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			
	55	2,751,232	50	0.53	480	254.7		參考肺、肝、心臟校正（並按本項所列時間計算）	
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%						881			
直接成本合計							36,881		
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)							4,831		
成本總計							41,712		

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：胰臟移植手術之麻醉費用

提案單位：台灣麻醉醫學會

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	
	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
直接成本	1.主治醫師以上	1	39.1	320	12,512	24,080	校正為1名主治醫師、1名住院醫師(全程)及1名護理人員(全程)，另考量捐贈者與受贈者移植手術同時進行，故縮短主治醫師時間為全程之三分之二
	2.住院醫師	1	16.5	480	7,920		
	3.護理人員	1	7.6	480	3,648		
	4.醫事人員	1	8	60	480		
	5.行政人員	1	5.9	30	177		
	6.工友、技工	1	5.4	30	162		
	輸血輸液加溫套管及其配件	套	3,594.0	1.0	3,594	973	特材另有給付
	弗羅威克感應器組	組	6,138.0	1.0	6,138		特材另有給付
	多重輸液中央靜脈導管組-二腔大管徑	組	1,655.0	1.0	1,655		特材另有給付
	凸威壓力傳導器	set	315.0	1.0	315		特材另有給付
	血氧中央靜脈導管	組	7,300.0	1.0	7,300		特材另有給付
	心臟電擊復甦器:電極貼片(成人)	pair	652.0	1.0	652		特材另有給付
	Y-type set with pump (Hospira)	組	230.0	6.0	1,380		特材另有給付
	床墊式保溫毯	件	2,000.0	1.0	2,000		自費項目
	持續疼痛監測	組	6,000.0	1.0	6,000		自費項目
	BIS sensor	組	1,600.0	1.0	1,600		健保已有給付麻醉深度監測 96027B-13歲以上：1316點(內含傳感器材料費，大人816)；96028B-未滿13歲：2133點(內含傳感器材料費，兒童1633)
	麻醉過濾式鼻導管	組	924.0	1.0	924		特材另有給付，CAE01EC54EAR"泰利福亞諾"硬脊膜外麻醉導管套組(針+導管+過濾器)
	卡夾式用喉頭鏡葉片	件	700.0	0.2	140		非拋棄式,可重消,故消耗數量改以0.2計算
	血壓監視組合含DPT 3DOME	組	789.0	1.0	789		移植手術過程用
	Fentanyl 0.1 mg/2 mL /amp	瓶	38.0	6.0	228		健保給付，麻醉性鎮痛劑
	Fresofol 1% MCT/LCT 200 mg/20 mL /amp	瓶	37.5	4.0	150		健保給付，短效性靜脈注射全身麻醉劑
	Glycopyrolyn Inj 0.2 mg/1 mL /amp	瓶	15.0	2.0	30		健保給付，手術前手術中用以減少唾液、支氣管、咽囊分泌物和胃分泌之游離酸；麻醉或插管治療時用以阻斷心臟迷走神經反射作用、消化性潰瘍之輔助治療。
	Nimbex 10 mg/5 mL /amp	瓶	56.0	3.0	168		健保給付，非去極化神經肌肉阻斷劑。可作為全身麻醉劑之輔助劑或加護病房使用
	2% Xylocaine IV 100 mg/5 mL /amp	瓶	50.0	2.0	100		健保給付，局部麻醉
	Humulin R 1000 U/10 mL /vial	瓶	282.0	1.0	282		健保給付，常規型人體胰島素（基因重組）注射液
	KCl in Water Inj 20 mEq/100 mL /btl	瓶	25.0	1.0	25		電解質補充
	Levophed 4 mg/4 mL /vial	瓶	100.0	1.0	100		健保給付，適應症:急性低血壓、心跳停止
	Vitacal 5.4 mEq/20 mL /amp	瓶	15.0	4.0	60		健保給付，止血、營養
	Norm-Saline Inj. 0.9% 500 mL/bag	瓶	25.0	9.0	225		健保給付，手術或其他疾患之水分及電解質的補給
	D5W Gitose (NK) 5% 250 mL/bag	瓶	19.0	1.0	19		DEXTROSE 5% 500ML 營養及水分補給

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
設備費用	全身麻醉器	1,187,500	7	1.7	480	838	4,991
	熱空氣加熱器 (3M)	53,000	7	0.1	480	37	
	全功能生理監視器	1,068,000	7	1.6	480	753	
	移動式超音波	2,180,000	7	3.2	60	192	
	心輸出量監視器	570,000	7	0.8	480	402	
	PulsioFlex ProAQT Sensor (多功能病患監測感應器)	800,000	7	1.2	480	564	
	BIS (麻醉深度監測儀)	400,000	7	0.6	480	282	
	呼吸管路氣體潮濕加熱系統	168,000	7	0.2	480	119	
	影像系統螢幕	246,000	7	0.4	480	174	
	電子影像喉頭鏡插管系統	965,000	7	1.4	120	170	
	神經肌肉傳導監測器	157,500	7	0.2	480	111	
	輸液溫控器	87,800	7	0.1	480	62	
	目標控制式輸液幫浦	170,000	7	0.2	480	120	
	空針幫浦	30,500	7	0.0	480	22	
	麻醉藥車	34,800	7	0.1	480	25	
小計						2,824	
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %						799	
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	
	55	2,751,232	50	0.53	480	254.7	
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%						1,113	
直接成本合計							30,044
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)							3,936
成本總計							33,980

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：腎臟移植之麻醉費用

提案單位：台灣麻醉醫學會

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	
	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
用人成本	1.主治醫師以上	1	39.1	240	9,384	18,060	校正為1名主治醫師、1名住院醫師(全程)及1名護理人員(全程)，另考量捐贈者與受贈者移植手術同時進行，故縮短主治醫師時間為全程之三分之二
	2.住院醫師	1	16.5	360	5,940		
	3.護理人員	1	7.6	360	2,736		
	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	吸入性麻醉藥	毫升	40.0	240.0	9,600	20,734	
	針劑用藥	毫升	8.0	375.0	3,000		參考心臟移植之單位成本校正：8
	針具	支	17.0	40.0	680		參考心臟移植之單位成本校正：17
	管路	套	400.0	13.0	5,200		參考心臟移植之單位成本校正：400
	生命徵象監測用貼片	個	168.0	6.0	1,008		參考心臟移植之單位成本校正：168
	抗感染雙重輸液導管組	組	1230	1.0	1,230		特材另有給付
	血壓監視組	組	250	1.0	250		移植手術過程用
	Y型輸血套	個	18	1.0	18		特材另有給付
	成人可調式麻醉呼吸管路	個	86	1.0	86		
	水平型潮濕球附過濾器-大人	個	70	1.0	70		
	有氣囊氣管內管(低壓力)	個	60	1.0	60		特材另有給付
	呼吸面罩	個	39	1.0	39		面罩吸入全身麻醉用
	拋棄式廢液收集袋	個	38	1.0	38		移植手術過程用
	SPINAL包	包	19.6	1.0	20		脊髓麻醉用
	安全靜脈留置針 22G*25MM (有止血閥)	個	17.8	1.0	18		
	外科用接管180CM	支	13	1.0	13		
	動脈氣體專用空針	個	11	1.0	11		動脈或Aline採血
	Fentanyl(0.05mg/mL)-2mL/Amp	EA	20.0	2.0	40		健保給付，麻醉性鎮痛劑
	Lidocaine 2%-100mg/5mL/Amp	EA	20.0	1.0	20		健保給付，局部麻醉劑
	Propofol-200mg/20mL/Amp	EA	20.2	1.0	20		健保給付，靜脈注射全身麻醉劑
	Rocuronium Bromide 50mg/5mL/Vial(冷藏)	EA	187.7	4.0	751		全身麻醉的輔佐藥

本	Sodium chloride 0.9% 250mL/Bot		EA	17.1	1.0	17	健保給付，HCL/水分及電解質之補充		
	Dexamethasone phosphate 5mg/mL/Amp		EA	4.9	1.0	5		健保給付，腎上腺皮質荷爾蒙，具有強力的消炎作用	
	Lactated Ringer's sol'n 1000mL/Bot		EA	25.4	1.0	25		健保給付，低血容或低血壓患者的補液。治療非乳酸性酸中毒的代謝性酸中毒	
	(DC)Ephedrine Hcl 40mg/mL/Amp		EA	12.0	1.0	12		健保給付，適應症:脊椎麻醉導致之急性低血壓	
	Cefazolin 1g/Vial		EA	0.4	1.0	0		健保給付，抗生素：葡萄球菌、鏈球菌及其他具有感受性細菌引起之感染症	
	Normal saline 500mL/Bot		EA	15.0	1.0	15		健保給付，生理食鹽水	
	Fentanyl(0.05mg/mL) 2mL/Amp		EA	20.0	2.0	40		健保給付，麻醉性鎮痛劑	
	Lactated Ringer's sol'n 1000mL/Bot		EA	25.4	1.0	25		健保給付，乳酸林格爾注射液/補充體液及電解質	
	Tetraspan 6% 500mL/Bot		EA	118.1	1.0	118		健保給付，靜脈輸注液	
	Normal saline 500mL/Bot		EA	15.0	1.0	15		健保給付，生理食鹽水	
	Normal saline 500mL/Bot		EA	15.0	1.0	15		健保給付，生理食鹽水	
	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
BIS麻醉意識深度量測模組		250,000	7	0.4	360	132	2,364	健保已有給付麻醉深度監測 96027B十三歲以上：1316點(內含傳感器材料費，大人816) 96028B未滿十三歲：2133點(內含傳感器材料費，兒童1633) 自費項目	
腦血氧監測儀		1,250,000	7	1.8	360	661			
微電腦多功能麻醉機		1,525,000	7	2.2	360	807			
生理監視器		900,000	7	1.3	360	476			
小計						1,283			
非醫療設備=醫療設備×28.3%						363			
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	
	55	2,751,232	50	0.53	360	191.1			未列，故參考肺、肝、心臟校正（並按本項所列時間計算）
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%								527	
直接成本合計								41,158	
作業及管理費用(直接成本×13.1%)								5,392	
成本總計								46,550	



003-1診療項目成本分析表							
項目名稱：肺臟移植手術之麻醉費用							
項目編號：							
提案單位：台灣麻醉醫學會							
成本分析資料醫事機構名稱：台灣麻醉醫學會(醫學中心A)							
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
		1.主治醫師以上	1		28.03	840	23545.2
		2.住院醫師	2		14.13	660	18651.6
		3.護產人員	2		11.55	840	19404
		4.醫事人員					
		5.行政人員					
		6.工友、技工					
							61,601
不計 價 材 料 或 藥 品 成 本	品名	單位	編號代碼		單位成本	消耗數量	成本小計
	床墊式保溫毯	件	20560106		800	1	800
	麻醉過濾式鼻導管	組	20012615		924	1	924
	腦血氧濃度監測貼片	片	20006604		3900	2	7800
	麻醉深度監測感應貼片(BIS)	片	20500103		720	1	720
	弗羅威克感應導管組	組	20222106		5140	1	5140
	卡夾式用喉頭鏡葉片	件	20493115		700	1	700
	兩洞氣管內管	支	20220110		1400	1	1400
	光纖維肺動脈順流導管	組	20222110		6145	1	6145
	可鎖式導管引導鞘	組	20210706		870	1	870
	輸血套	組	20004200		15	4	60
	抗藥性三路活塞	個	20003705		21.9	10	219
	三腔中央靜脈導管組	組	20223410		1475	1	1475
	血壓監視組含DPT 3DOME	組	20430403		789	1	789
	Morphine Inj 10 mg/1 mL /amp	瓶	MOR1GA06		25	1	25
	Fentanyl 0.1 mg/2 mL /amp	瓶	FEN1GA40		38	10	380
	Fresofol 1% MCT/LCT 200 mg/20 mL /amp	瓶	FRE1KB21		37.4	8	299.2
	Ketalar 500 mg/10 mL /vial	瓶	KET1KB01		415	1	415
	Esmeron 50 mg/5 mL /amp	瓶	ESM1KC07		264	1	264
	Glycopyrolyn Inj 0.2 mg/1 mL /amp	瓶	GLY1KC12		15	2	30
	Nimbex 10 mg/5 mL /amp	瓶	NIM1KC04		56	5	280
	2% Xylocaine IV 100 mg/5 mL /amp	瓶	XYL1DD03		50	2	100
	Esmolol HCl Inj 100 mg/10 mL /vial	瓶	ESM1DD21		450	1	450
	Adrenaline 1 mg/1 mL /amp	瓶	ADR1DG02		15	1	15
	Gendobu 250 mg/20 mL /vial	瓶	GEN1DG19		113	2	226
	Humulin R 1000 U/10 mL /vial	瓶	HUM1LB04		282	1	282
	KCl in Water Inj 20 mEq/100 mL /btl	瓶	KCL1FAH6		24.7	1	24.7
	Levophed 4 mg/4 mL /vial	瓶	LE 1DG04		100	1	100
	Millisrol 5 mg/10 mL /amp	瓶	MIL1DE13		47.4	1	47.4
	Precedex Inj 200 mcg/2 mL /vial	瓶	PRE1IA42		563	1	563
	Primacor 10 mg/10 mL /amp	瓶	PRI1DH07		367	1	367
	Promostan 20 mcg/vial	瓶	PRO1DF11		569	7	3983
	Rasitol Inj 20 mg/2 mL /amp	瓶	RAS1DA03		5.85	1	5.85
	Rolikan 16.6 mEq/20 mL /amp	瓶	ROL1FA16		15	2	30
	Vitacal 5.4 mEq/20 mL /amp	瓶	VIT1FA02		15	4	60
	Hartmann S 500 mL/bag	瓶	HAR1FA10		25	1	25
	Norm-Saline Inj. 0.9% 500 mL/bag	瓶	NOR1FA78		25	9	225
	D5W Gitose (NK) 5% 250 mL/bag	瓶	GIT1FA83		19	1	19
							35,258

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
	經食道心臟超音波(含2支探頭)	6,660,000	7		9.79	840	8223.6	
	移動式超音波	2,350,000	7		3.45	120	414	
	成人/嬰兒用雙頻腦部血氧濃度監視器	1,010,000	5		2.08	840	1747.2	
	麻醉深度監測系統	370,000	5		0.76	840	638.4	
	全功能麻醉機(含麻醉氣體分析系統)	1,016,000	8		1.31	840	1100.4	
	麻醉生理監視器	1,068,000	3		3.66	840	3074.4	
	呼吸管路氣體潮濕加熱系統	168,000	3		0.58	840	487.2	
	進階血液動力學監測平台	1,580,000	5		3.25	840	2730	
	電子軟式插管鏡(4.0)	467,000	3		1.6	840	1344	
	影像系統螢幕	246,000	6		0.42	840	352.8	
	電子影像喉頭鏡插管系統	965,000	3		3.31	120	397.2	
	神經肌肉傳導監測器	157,500	5		0.32	840	268.8	
	熱空氣式加溫器	32,000	5		0.07	840	58.8	
	恆溫水槽(20L)	17,000	5		0.03	840	25.2	
	輸液溫控器	87,800	5		0.18	840	151.2	
	輸液溫控器	87,800	5		0.18	840	151.2	
	目標控制式輸液幫浦	170,000	5		0.35	840	294	
	目標控制式輸液幫浦	170,000	5		0.35	840	294	
	空針幫浦	30,500	5		0.06	840	50.4	
	空針幫浦	30,500	5		0.06	840	50.4	
	空針幫浦	30,500	5		0.06	840	50.4	
	空針幫浦	30,500	5		0.06	840	50.4	
	麻醉藥車	34,800	10		0.04	840	33.6	
	非醫療設備=醫療設備×		Y		%		6156.53	
房屋	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	
	55	2751232	40		0.71	840	596.4	
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)×Z%							5,460.70	34,201
直接成本合計								131,060
作業及管理費用(直接成本×X%)								56,068
成本總計								187,128

003-1診療項目成本分析表

項目名稱：肝臟移植手術之麻醉費用

肝移平均 14小時/台

項目編號：

提案單位：台灣麻醉醫學會

成本分析資料醫事機構名稱：台灣麻醉醫學會(醫學中心B)

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(專門一間肝移手術房)	1		3000/小時	840	42000	73920
	2.住院醫師	1		798/小時	840	11172	
不計價材料或藥品成本	3.護理人員	3		494/小時	840	20748	
	4.醫事人員						
	5.行政人員						
	6.工友、技工						
直接成本	品名	單位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
	"雷佛一"輸血輸液加溫套管及其配件	套		3594	1	3594	78294
設備費用	弗羅威克感應器組	組		6138	1	6138	
	亞諾"多重輸液中央靜脈導管組-三腔大管徑	組		1655	1	1655	
	愛德華"凸威壓力傳導器	set		315	1	315	
	愛德華血氧中央靜脈導管	組		7300	1	7300	
	"飛利浦"心臟電擊復甦器:電極貼片(成人)	pair		652	1	652	
	Y-type set with pump (Hospira)	組		230	6	1380	
	"漢尼帝克"依利特自體輸血系統管套	set		7260	1	7260	
	Bair hugger warming blanket	件		2000	1	2000	
	Rotem 旋轉血栓彈力分析	組		5600	4	22400	
	持續疼痛監測	組		6000	1	6000	
	Brain oximeter adhesive tape	組		18000	1	18000	
	Entropy easyfit sensor	組		1600	1	1600	
直接成本	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
	經食道心臟超音波(含2支探頭)	6,660,000	7	9.79	840	8223.6	21987.6
	移動式超音波	2,350,000	7	3.45	120	414	
	成人/嬰兒用雙頻腦部血氧濃度監視器	1,010,000	5	2.08	840	1747.2	
	麻醉深度監測系統	370,000	5	0.76	840	638.4	
	全功能麻醉機(含麻醉氣體分析系統)	1,016,000	8	1.31	840	1100.4	
	麻醉生理監視器	1,068,000	3	3.66	840	3074.4	
	呼吸管路氣體潮濕加熱系統	168,000	3	0.58	840	487.2	
	進階血液動力學監測平台	1,580,000	5	3.25	840	2730	
	電子軟式插管鏡(4.0)	467,000	3	1.6	840	1344	
	影像系統螢幕	246,000	6	0.42	840	352.8	
	電子影像喉頭鏡插管系統	965,000	3	3.31	120	397.2	
	神經肌肉傳導監測器	157,500	5	0.32	840	268.8	
	熱空氣式加溫器	32,000	5	0.07	840	58.8	
	恆溫水槽(20L)	17,000	5	0.03	840	25.2	
	輸液溫控器	87,800	5	0.18	840	151.2	
	輸液溫控器	87,800	5	0.18	840	151.2	
	目標控制式輸液幫浦	170,000	5	0.35	840	294	
	目標控制式輸液幫浦	170,000	5	0.35	840	294	
	空針幫浦	30,500	5	0.06	840	50.4	
	空針幫浦	30,500	5	0.06	840	50.4	
	空針幫浦	30,500	5	0.06	840	50.4	
	空針幫浦	30,500	5	0.06	840	50.4	
	麻醉藥車	34,800	10	0.04	840	33.6	
	非醫療設備=醫療設備 × Y %						
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	成本小計	
	55	2751232	40	0.71	840	596.4	596.4
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)×Z %						5460.7	5460.7
直接成本合計							
作業及管理費用(直接成本×X %)							
成本總計							

003-1診療項目成本分析表

項目名稱：心臟移植手術之麻醉費用

項目編號：

提案單位：台灣麻醉醫學會

成本分析資料醫事機構名稱：台灣麻醉醫學會(醫學中心C)

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		53.2		480		25536		44985			
		2.住院醫師		1		16.5		480		7920					
		3.護產人員		2		11.5		480		11040					
		4.醫事人員		0		11.6		0		0					
		5.行政人員		1		8.7		30		261					
		6.工友、技工		1		7.6		30		228					
	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			
		吸入性麻醉藥		毫升		40		240		9600		20480			
		針劑用藥		毫升		5-200		375		3000					
		針具		支		5-20		40		680					
		管路		套		40-2000		13		5200					
		生命徵象監測用貼片		個		20-900		6		1000					
		術中基礎病人防護措施		組		500		1		500					
		清潔與消毒				500				500					
	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	
		麻醉機		800,000		5		0.30		480		146		1833	
		經食道超音波		5,000,000		3		3.17		480		1522			
		基本生理徵象監測		300,000		5		0.11		480		55			
		侵入性生理徵象監測		200,000		5		0.08		480		37			
		麻醉深度監測		400,000		5		0.15		480		73			
		非醫療設備=醫療設備× Y %													1833
	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			
		55		2751232		40		0.71		480		340.8		340.8	
	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)×Z %										5460.7		5460.7		
直接成本合計															
作業及管理費用(直接成本×X %)															
成本總計															

003-1診療項目成本分析表

項目名稱：小腸移植手術之麻醉費用

項目編號：

提案單位：台灣麻醉醫學會

成本分析資料醫事機構名稱：台灣麻醉醫學會(醫學中心D)

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		37.9	480	18192	33009
		2.住院醫師	1		15.4	480	7392	
		3.護產人員	2		7.5	480	7200	
		4.醫事人員	1		8.5	10	85	
		5.行政人員	1		6	10	60	
		6.工友、技工	1		4	20	80	
	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
		fentanyl 100mcg/2ml/amp	瓶		20	5	100	43213
		rocuronium	瓶		170	5	850	
		antiseptic triple lumen cath	套		2481	1	2481	
		pressure monitor kit	套		580	1	580	
		ProAQT sensor	套		7900	1	7900	
		sevoflurane	瓶		6000	1	6000	
		肌肉最適張力監測	套		6500	1	6500	
		進階體溫維持	套		2000	1	2000	
		Arterial blood gas	次		300	4	1200	
		CARDIAC OUT-PUT	次		1500	1	1500	
		Albumin	瓶		1519	8	12152	
		blood transfusion	次		450	1	450	
		麻醉深度監測	套		1500	1	1500	
	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	
		麻醉機	1950000	10	0.37	480	178	878
		生理監測器	300000	10	0.06	480	28.8	
		注射控制器pump X 2	60000	10	0.01	480	5.5	
	非醫療設備=醫療設備×30 %							
	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	
		24平方公尺	10000000	20	0.95	480	456	
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)×20 %							146	
直接成本合計							77100	
作業及管理費用(直接成本×10 %)							7710	
成本總計							84810	

003-1診療項目成本分析表

項目名稱：胰臟移植手術之麻醉費用

項目編號：

提案單位：台灣麻醉醫學會

成本分析資料醫事機構名稱：台灣麻醉醫學會(醫學中心E)

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(專門一間肝移手術房)	1		53.2	480	25536	40161
		2.住院醫師	1		16.5	480	7920	
		3.護理人員	1		11.5	480	5520	
		4.醫事人員	1		11.6	60	696	
		5.行政人員	1		8.7	30	261	
		6.工友、技工	1		7.6	30	228	
	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
		輸血輸液加溫套管及其配件	套		3594	1	3594	34434
		弗羅威克感應器組	組		6138	1	6138	
		多重輸液中央靜脈導管組-二腔大管徑	組		1655	1	1655	
		凸威壓力傳導器	set		315	1	315	
		血氧中央靜脈導管	組		7300	1	7300	
		心臟電擊復甦器:電極貼片(成人)	pair		652	1	652	
		Y-type set with pump (Hospira)	組		230	6	1380	
		床墊式保溫毯	件		2000	1	2000	
		持續疼痛監測	組		6000	1	6000	
		BIS sensor	組		1600	1	1600	
		麻醉過濾式鼻導管	組		924	1	924	
		卡夾式用喉頭鏡葉片	件		700	1	700	
		血壓監視組含DPT 3DOME	組		789	1	789	
		Fentanyl 0.1 mg/2 mL /amp	瓶		38	6	228	
		Fresofol 1% MCT/LCT 200 mg/20 mL /amp	瓶		37.5	4	150	
		Glycopyroldyn Inj 0.2 mg/1 mL /amp	瓶		15	2	30	
		Nimbex 10 mg/5 mL /amp	瓶		56	3	168	
		2% Xylocaine IV 100 mg/5 mL /amp	瓶		50	2	100	
		Humulin R 1000 U/10 mL /vial	瓶		282	1	282	
		KCl in Water Inj 20 mEq/100 mL /btl	瓶		25	1	25	
		Levophed 4 mg/4 mL /vial	瓶		100	1	100	
		Vitacal 5.4 mEq/20 mL /amp	瓶		15	4	60	
		Norm-Saline Inj. 0.9% 500 mL/bag	瓶		25	9	225	
		D5W Gitose (NK) 5% 250 mL/bag	瓶		19	1	19	
	設備	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
		全身麻醉器	1187500	8	1.6	480	768	
		熱空氣加熱器 (3M)	53000	5	0.12	480	57.6	
		多功能生理監視器	1068000	5	2.25	480	1080	
		移動式超音波	2180000	7	3.3	60	198	
		心輸出量監視器	570000	5	1.2	480	576	
		PulsioFlex ProAQT Sensor (多功能病患監測感應器)	800000	5	1.69	480	811.2	
		BIS (麻醉深度監測儀)	400000	5	0.85	480	408	

費用	呼吸管路氣體潮濕加熱系統	168000	5	0.6	480	288	
	影像系統螢幕	246000	6	0.5	480	240	
	電子影像喉頭鏡插管系統	965000	3	3.31	120	397.2	
	神經肌肉傳導監測器	157500	5	0.32	480	153.6	
	輸液溫控器	87800	5	0.18	480	86.4	
	目標控制式輸液幫浦	170000	5	0.35	480	168	
	空針幫浦	30500	5	0.06	480	28.8	
	麻醉藥車	34800	10	0.04	480	19.2	5280
	非醫療設備=醫療設備 ×		Y	%			
	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
手術室成本分析(麻醉分攤10%)			6	480分鐘	2880	2880	
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) ×Z %					5460	5460	
直接成本合計							88215
作業及管理費用(直接成本 × X %)							
成本總計							

003-1診療項目成本分析表

項目名稱：腎臟移植之麻醉費用

項目編號：

提案單位：台灣麻醉醫學會

成本分析資料醫事機構名稱：台灣麻醉醫學會(醫學中心F)

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		45.4	360	16,344	28,656
		2.住院醫師	1		13.5	360	4,860	
		3.麻醉專科護理師	3		6.9	360	7,452	
	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
		吸入性麻醉藥	毫升		40	240	9,600	24,822
		針劑用藥	毫升		10	375	3,750	
		針具	支		20	40	800	
		管路	套		500	13	6,500	
		生命徵象監測用貼片	個		200	6	1,200	
		抗感染雙重輸液導管組	組		1230	1	1,230	
		血壓監視組	組		250	1	250	
		Y型輸血套	個		18	1	18	
		成人可調式麻醉呼吸管路	個		86	1	86	
		水平型潮濕球附過濾器-大人	個		70	1	70	
		有氣囊氣管內管(低壓力)	個		60	1	60	
		呼吸面罩	個		39	1	39	
		拋棄式廢液收集袋	個		38	1	38	
		SPINAL包	包		19.6	1	20	
		安全靜脈留置針 22G*25MM (有止血閥)	個		17.8	1	18	
		外科用接管180CM	支		13	1	13	
		動脈氣體專用空針	個		11	1	11	
		Fentanyl(0.05mg/mL) 2mL/Amp	EA		20	2	40	
		Lidocaine 2% 100mg/5mL/Amp	EA		20	1	20	
		Propofol 200mg/20mL/Amp	EA		20.24	1	20	
		Rocuronium Bromide 50mg/5mL/Vial(冷藏)	EA		187.7	4	751	
		Sodium chloride 0.9% 250mL/Bot	EA		17.1	1	17	
		Dexamethasone phosphate 5mg/mL/Amp	EA		4.86	1	5	
		Lactated Ringer's sol'n 1000mL/Bot	EA		25.41	1	25	
		(DC)Ephedrine Hcl 40mg/mL/Amp	EA		12	1	12	
		Cefazolin 1g/Vial	EA		0.36	1	0	
		Normal saline 500mL/Bot	EA		15	1	15	
		Fentanyl(0.05mg/mL) 2mL/Amp	EA		20	2	40	
		Lactated Ringer's sol'n 1000mL/Bot	EA		25.41	1	25	
		Tetraspan 6% 500mL/Bot	EA		118.13	1	118	
		Normal saline 500mL/Bot	EA		15	1	15	
		Normal saline 500mL/Bot	EA		15	1	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	
		BIS麻醉意識深度量測模組	250,000	4	0.53	360	189.0	1,692
腦血氧監測儀		1,250,000	8	1.31	360	472.5		
微電腦多功能麻醉機		1,525,000	8	1.60	360	576.5		
生理監視器		900,000	6	1.26	360	453.6		
非醫療設備=醫療設備×Y%								
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	成本小計		
	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)×Z%							
直接成本合計							55,169	
作業及管理費用(直接成本×18%)依據本院近三年財報管理費用佔率							9,930	
成本總計							65,100	

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

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

四、泌尿系統處置 Urinary Treatment (50001-50036)

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
50023B	尿路結石體外震波碎石術 Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) for urolithiasis					
50024B	第一次 first time		v	v	v	26920
50024B	第二次 second time		v	v	v	19595
	註：1.包括下列項目 including following items (1)治療費 treatment fee (2)一般材料費及特材費（不得再申報電擊棒之特材費用） general material fee & special material fee (3)機器維護費 machine maintenance fee (4)手術費 operation fee 2.第二次係指三十日內實施之第二次。 3.本項以「側」為給付單位，同側不同病灶之部位同日施行治療，以治療乙次計。 4.同日施行兩側治療，另一側以第二次計。 5.三十日內同側第三次以上（含第三次）治療，應檢具X光片專案申請，經保險人同意後施行，費用比照第二次申報。 6.申報費用應檢附當次暨前次實施體外電震波腎臟碎石術（ESWL）紀錄影本憑核。 7.麻醉費得另外申報。 8.完全鹿角結石之第一次治療，須事前專案申請並詳細說明其必要性。 9.醫療機構條件： (1)應為醫院。 (2)應有專任之泌尿科專科醫師二名以上： <u>離島地區醫療機構應有一名專任之泌尿科專科醫師，另一名泌尿科專科醫師得以兼任方式為之。</u> (3)應有下列經皮腎結石取石術及輸尿管鏡碎石手術設備： A. X光透視機 B. 腎臟鏡 C. 輸尿管鏡 D. 至少一種經內視鏡碎石機（如氣動式撞擊碎石機超音波碎石機、雷射碎石機、電擊碎石（electrohydraulic					

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
	lithotripter))。 10.操作人員資格： (1)操作醫師應具泌尿科專科醫師資格，並符合下列資格條件： A. 實際操作體外震波碎石機五十例以上之經驗，經服務醫院審查通過，發給證明文件。 B. 依操作機型，應有下列相關訓練： a. 操作 X 光線定位機型，應有輻射安全證書或輻射防護訓練證明。 b. 操作超音波定位機型，應有泌尿系統超音波訓練證明。					

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56043)

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
56041K	迷走神經刺激術（VNS）—參數調整 註： 1.適應症： (1)無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病 <u>患者</u> ， <u>且亦無法以切除手術改善或曾以癲癇切除手術治療失敗</u> 。 (2)頑固型癲癇病 <u>患者</u> 定義：已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。 2.支付規範： (1)特殊專科別限制：小兒神經內科、神經內科及神經外科之專科醫師。 (2)執行頻率： A.手術後第一至二個月，每月至多四次。 B.手術後第三至六個月：十五歲以下兒童每月至多二次，其餘每月至多一次。 C.手術後第七個月以後，每月至多一次。				v	2087

第七節 手術

第六項 心臟及心包膜(68001-68057)

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
68040B	經導管主動脈瓣膜置換術 Transcatheter Aortic Valve Implantation(TAVI) 註： 1.適應症：適用於嚴重主動脈狹窄病人，須具備以下二項條件。 (1)必要條件：(此四項條件須全部具備) A.有New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。 B.以心臟超音波測量主動脈開口面積$<0.8\text{cm}^2$、$<0.6\text{cm}^2/\text{m}^2$、經主動脈瓣壓力差$\geq 40\text{mmHg}$或主動脈瓣血流流速$\geq 4.0\text{m/sec}$。 C.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。 D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。 (2)同時具備以下條件之一： A.無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高，STS Score$>10\%$，或 Logistic EuroSCORE I$>20\%$。 B.年齡為八十歲以上。 ☑B.有以下情形之一者：先前接受過心臟手術（冠狀動脈繞道、心臟瓣膜手術）、嚴重主動脈鈣化（porcelain aorta）、胸腔燒灼後遺症，不可進行開心手術、曾接受過縱膈放射療法、嚴重結締組織疾病，導致不可進行手術、肝硬化（Child分級A或B），以及肺功能不全：FEV<1公升。 2.支付規範： (1)醫院條件 A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。 B.醫院每年需具五百例以上之心導管（含二百例以上介入性心臟導管手術）及二十五例以上主動脈瓣膜置換之手術案例。 C.需具有心導管X光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少HEPA-10000等級之複合式（hybrid）手術室。 (2)醫師資格 A.須符合下述操作資格之心臟內科專科醫師及心臟外科專科醫師在場共同操作，隨時提供必要之緊急措施。 B.具有專科醫師五年以上資格。 C.具二十五例以上主動脈瓣膜置換手術（編號68016B），或三百例以上心臟介入治療之經歷（編號33076B~33078B經皮冠狀動脈擴張術）。		v	v	v	96975

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
	(3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。 3.不得同時申報診療項目：暫時性人工心律調節器、心臟超音波掃描、體外循環心肺支持系統（編號68052B）、血氧EKG監測等支付項目。 4.一般材料費，得加計百分之十一。 5.需事前審查。					

第十五項 神經外科 Neurosurgery (83001-83105)

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
83102K	迷走神經刺激術（VNS）—植入 註： 1.適應症： (1)無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病 <u>患者，且亦無法以切除手術改善或曾以癲癇切除手術治療失敗</u> 。 (2)頑固型癲癇病 <u>患者</u> 定義：已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。 2.支付規範： (1)特殊專科別限制：神經外科。 (2)執行頻率：須事前審查，每人僅需執行一次。 (3)不得同時申報 56037B「深部腦核電生理定位」、83056B「癲癇症腦葉切除術」、83084B「立體定位術-功能性失調」及 72029B「迷走神經切斷術」。 (4)含一般材料費，得另加計百分之十一。				v	18242

第十節 麻醉費 (96000~96030)

通則：

- 一、麻醉材料費及藥劑費除 96002C、96003C、96023B、96025B 及 96026B 外，餘按麻醉費所定點數之百分之五十計算。
- 二、表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉之費用均已包含在手術費用內，不另給付；另麻醉材料費已包括蘇打石灰 Soda lime，笑氣 Nitrous oxide，氧氣 Oxygen 及麻醉藥膏 Anesthetic jelly 及麻醉用氣體等在內，不另給付。
- 三、為同一目的施行二種以上之麻醉費，應按主麻醉所定點數計算之。
- 四、凡未列之其他麻醉技術費用，應就已列項目中，按其最為近似之麻醉項目所定點數計算之。
- 五、麻醉時間之計算，以手術室麻醉開始為起點，手術完畢為止點；住院病患得另加十五分鐘為麻醉前之準備時間。
- 六、病人因器官移植手術、心臟手術、腦部手術、休克或急診而必須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計，其中器官移植手術得加計百分之九十，其他所列手術項目得加計百分之二十，但麻醉材料費及藥劑費不得按比例加算。若同時符合兩類型手術，以加計成數高者計之（如心臟移植手術）。
- 七、本節各麻醉項目之兒童加成方式如下：
 - (一)西醫醫院皆為提升兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，惟各麻醉項目另有規定者除外。
 - (二)西醫基層院所皆為兒童加成項目，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，惟各麻醉項目另有規定者除外。

報告事項

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關西醫基層修訂 47029C「心肺甦醒術(每十分鐘)」等 30 項診療項目，暨新增 111 年「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」案。

說明：

一、依據本署 111 年 5 月 26 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 111 年第 2 次研商議事會議決議暨中華民國醫師公會全國聯合會 111 年 6 月 1 日全醫聯字第 1110001371 號函辦理（附件 1，頁次報 2-4）。

二、本案業經提報前揭會議討論，修訂項目如下：

（一）有關中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)建議刪除開放表別項目 62020C「二氧化碳雷射手術」，本署經徵詢四個醫學會意見，其中婦產科、耳鼻喉頭頸外科醫學會同意，外科及皮膚科不同意，爰前揭會議決議請醫師全聯會再予溝通凝聚共識。醫師全聯會於 111 年 6 月 1 日來函表示本案經與原不同意之二醫學會充分溝通說明，皆同意改回「二氧化碳雷射手術(62020B)」申報，爰建議將 62020C 改為 62020B。

（二）有關 47029C「心肺甦醒術(每十分鐘)」等 29 項診療項目支付點數與醫院點數一致案，擬將建議修訂方案(調整其中 29 項或全面調升 20%)報請衛生福利部核示：

1. 醫院總額自 106 年起，應用醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準，惟西醫基層因無預算，爰未配合調整，盤點維持原支付點數計 174 項。
2. 預算來源:111 年度基層總額編列「促進醫療資源支付合理」預算為 126.0 百萬元，用於調整西醫基層適用之支付點數，另 111 年本項決定事項，「112 年度總額起，請朝醫院、西醫

基層部門相關診療項目支付點數連動調整辦理」(附件 2，頁次報 2-6)。

3. 建議修訂方案，說明及財務評估如下：

(1) 甲案本署建議：

A. 考量同一診療項目於醫院與西醫基層之執行成本不同，故就西醫基層有能力執行且有需求、單價點數低或急重症等因素，本署建議擇其中 29 項診療項目，調升支付點數與醫院點數一致。

B. 財務評估：以 108 年西醫基層申報量，改以醫院支付點數試算，調成一致將增加 125.59 百萬點，預算尚餘 0.41 百萬元(附件 3，頁次報 2-7)。

(2) 乙案醫師全聯會建議：

A. 考量 111 年度編列之預算不足以支應支付標準點數不同之所有項目(174 項)調升，建議按預算並考量其成長率，全面調升 174 項診療項目支付點數差額之 20%。

B. 財務評估：依醫師全聯會建議以 108 年西醫基層申報量及 109 年成長率計算，推估約增加 98.0 百萬點，預算尚餘 28.0 百萬元(附件 4，頁次報 2-8~2-11)。

(三) 有關新增 111 年「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」：

1. 預算來源：依衛生福利部公告「111 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配」，「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫」預算為 9.7 百萬元(附件 2，頁次報 2-12)。

2. 財務影響：本署按醫師全聯會所提計畫內容，推估收案人數，推估約增加 0.82 百萬點。

3.計畫內容摘述：

- (1) 本計畫係為使心肺疾病患者出院後能至社區復健門診接受後續心肺復健治療，並提升其心肺復健治療效果。
- (2) 執行目標:收案人數超過 170 人、全國基層參與計畫診所數達到 21 家、「逐年提升出院後心肺復健接受率、提升心肺疾病治療效果，心肺功能有意義的改善達 70%」。
- (3) 收案對象：符合心肺功能不良，仍在積極治療期且具有復健潛能病人。
- (4) 給付項目：「心肺疾病患者復健整合治療費」(1000 點)、心肺復健治療評估(300 點)、品質獎勵費(500 點)。

三、檢附修訂後支付標準（[附件 5，頁次報 2-12](#)）及 111 年全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫（[附件 6，頁次報 2-13~2-22](#)），如經確認同意，將依程序報請衛生福利部核定後發布實施。

決定：

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688 台北市大安區安和路一段29號9樓

聯絡人：吳韻婕

電話：(02)27527286-154

傳真：(02)2771-8392

Email：yulia@tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年6月1日

發文字號：全醫聯字第1110001371號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關西醫基層醫療給付費用總額開放表別項目「二氧化碳雷射手術(62020C)」改回「62020B」申報案，詳說明段，請 查照。

說明：

- 一、依貴署111年5月26日西醫基層總額111年第2次研商議事會議決議辦理。
- 二、原臺灣皮膚科醫學會111年3月8日皮膚(111)字第0039號函及台灣外科醫學會111年4月11日外醫鋒字第111012號函(皆諒達)，函復建議保留「二氧化碳雷射手術(62020C)」，後經本會代表與二大醫學會充分溝通說明，皆同意本會建議改回「二氧化碳雷射手術(62020B)」申報。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

中華民國醫師公會
全國聯合會校對章

理事長邱泰源

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	保險給付項目及支付標準之改變	藥品及特材給付規定改變	0.296%	367.0	1.其中 292 百萬元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。 (3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。
		促進醫療資源支付合理(111 年新增項目)	0.101%	126.0	1.為鼓勵分級醫療、雙向轉診，用於提升西醫基層量能之診療項目。 2.112 年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理。
	其他醫療服務利用密集度之改變	提升國人視力照護品質(111 年新增項目)	0.097%	120.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同西醫基層總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			2.擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費)，於提報全民健康保險會同意後執行。
提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫(111 年新增項目)	9.7	9.7	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會確認。
西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。
C 型肝炎藥費	292.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。
醫療給付改善方案	805.0	150.0	1.持續辦理糖尿病、氣喘、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、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。 2.請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措

以108年西醫基層總額部門維持原支付點數申報之診療項目，改以醫院支付點數申報之費用影響評估(29項)											
序 號	醫令 編號	診療項目名稱	醫院表定 點數 A	基層表定 點數 B	表定點 數差價 C=A-B	支付點數差 價 I=G-H	支付點數差 距 (G-H)/H	西醫基層 醫令量 D	西醫基層申 報點數 (千點)	平均成數 F=E/(B*D)	調成一致點數 財務衝擊 C*D*F (千點)
1	47029C	心肺甦醒術(每十分鐘)	1,800	755	1,045	1,045	138.4%	202	156.9	1.03	217.2
2	80203C	子宮頸縫合術	4,988	2,494	2,494	3,816	100.0%	284	1,171.5	1.65	1,171.5
3	55015C	產後出血止血術	11,500	6,384	5,116	5,116	80.1%	1,000	6,379.8	1.00	5,112.6
4	54003C	簡易異物取出	585	325	260	260	80.0%	184,948	60,089.8	1.00	48,071.9
5	54004C	複雜異物取出	1,654	919	735	735	80.0%	22,060	20,263.3	1.00	16,206.2
6	47031C	氣管內管插管	835	464	371	371	80.0%	80	36.8	0.99	29.4
支付點數差距(≥80%)小計											70,808.8
7	47028C	去顫術(急救一次)	554	308	246	246	79.9%	20	6.2	1.00	4.9
8	13017C	KOH顯微鏡檢查	75	45	30	30	66.7%	5,200	236.7	1.01	157.8
9	01021C	精神科急診診察費	901	550	351	351	63.8%	705	391.7	1.01	250.0
支付點數差距(60%~80%)小計											412.7
10	96007C	脊髓麻醉	2,396	1,500	896	896	59.7%	13,797	30,808.0	1.49	18,402,635
支付點數差距(40%~60%)小計											18,402.6
11	74402C	肛門括約肌切開術	2,235	1,606	629	963	39.2%	99	187.0	1.18	73.3
12	74201C	直腸周圍膿腫之切開引流	3,206	2,303	903	1,381	39.2%	862	3,026.1	1.52	1,186.5
13	74412C	外痔血栓切除	2,236	1,725	511	782	29.6%	1,618	4,265.6	1.53	1,263.6
14	74411C	肛門瘻切除或切開術併痔瘡切除	8,007	6,178	1,829	2,799	29.6%	539	5,094.6	1.53	1,508.3
15	74407C	內外痔部份切除術	4,329	3,340	989	1,513	29.6%	2,717	13,884.9	1.53	4,111.4
16	74401C	皮下瘻管切開術或切除術	3,622	2,795	827	1,266	29.6%	202	776.6	1.38	229.8
17	74406C	外痔完全切除術	3,758	2,900	858	1,313	29.6%	695	3,081.5	1.53	911.7
18	74410C	內外痔完全切除術	8,631	6,660	1,971	3,015	29.6%	934	9,516.4	1.53	2,816.3
19	74420C	複雜性皮下瘻管切開術或切除術	6,398	4,937	1,461	2,235	29.6%	209	1,563.8	1.52	462.8
20	74416C	結腸肛門止血術	2,760	2,130	630	964	29.6%	315	1,017.4	1.52	300.9
21	96005C	硬脊膜外麻醉	3,515	2,750	765	765	27.8%	7,572	31,075.0	1.49	8,644.5
22	88046C	血管瘤切除－未達二公分	4,656	3,880	776	1,188	20.0%	275	1,606.7	1.51	321.3
23	48006C	深部複雜創傷處理－傷口長10公分以上者	4,792	3,993	799	799	20.0%	399	1,591.0	1.00	318.4
24	51001C	皮膚切片、穿片與縫合－一針以下	348	290	58	58	20.0%	848	248.6	1.01	49.7
25	51002C	皮膚切片、穿片與縫合－二針	432	360	72	72	20.0%	487	175.8	1.00	35.2
26	51003C	皮膚切片、穿片與縫合－二針以上	564	470	94	94	20.0%	1,601	749.2	1.00	149.8
27	48005C	深部複雜創傷處理－傷口長5-10公分者	3,043	2,536	507	507	20.0%	2,695	6,829.4	1.00	1,365.3
28	48004C	深部複雜創傷處理－傷口長5公分以下者	2,419	2,016	403	403	20.0%	26,117	52,827.2	1.00	10,560.2
支付點數差距(20%~40%)小計											34,309.1
29	47014C	留置導尿	363	315	48	48	15.2%	34,566	10,882.9	1.00	1,658.4
支付點數差距(<20%)小計											1,658.4
合計											125,591.6

以108年西醫基層總額部門維持原支付點數申報之診療項目，
改以醫院支付點數申報之111年費用影響評估

序號	醫令編號	診療項目名稱	醫院表定點數 A	基層表定點數 B	表定點數差價 C=A-B	支付點數差價 I=G-H	支付點數差距 (G-H)/H	表定點數差價 調升20% J1=C*0.20	表定點數差價 調升25% J2=C*0.25	表定點數差價 調升26% J3=C*0.26	西醫基層 108年醫令 量 D	108年成長 率(負值不 採計) M	109年成長 率(負值不採 計) N	西醫基層 申報點數 E	平均成數 F=E/(B*D)	調成一致點數 財務衝擊 C*D*F	調升20% 財務衝擊 J1*D*F*(1+N) ³	調升25% 財務衝擊 J2*D*F*(1+N) ³	調升26% 財務衝擊 J3*D*F*(1+N) ³
1	47029C	心肺甦醒術(每十分鐘)	1,800	755	1,045	1,045	138.4%	209	261	272	202	32.9%	13.9%	156,900	1.03	217,166	64,114	80,066	132,669
2	81011C	有妊娠併發症之剖腹產術	19,999	8,902	11,097	16,978	124.7%	2,219	2,774	2,885	1	0.0%	0.0%	13,620	1.53	16,978	3,395	4,244	4,414
3	58018C	連續性全靜脈血液過濾透析術(每三日)	5,387	2,580	2,807	2,807	108.8%	561	702	730	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	58014C	連續性全靜脈血液過濾術(每日)	4,343	2,080	2,263	2,263	108.8%	453	566	588	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	55024C	子宮外翻復位術	11,562	5,781	5,781	5,781	100.0%	1,156	1,445	1,503	2	100.0%	0.0%	11,562	1.00	11,562	2,312	2,890	24,048
6	80203C	子宮頸縫合術	4,988	2,494	2,494	3,816	100.0%	499	624	648	284	1.8%	0.0%	1,171,512	1.65	1,171,512	234,396	293,113	321,046
7	55015C	產後出血止血術	11,500	6,384	5,116	5,116	80.1%	1,023	1,279	1,330	1,000	0.0%	0.0%	6,379,779	1.00	5,112,617	1,022,324	1,278,154	1,329,121
8	29016C	脊椎穿刺	1,271	706	565	565	80.0%	113	141	147	146	0.0%	6.2%	103,076	1.00	82,490	19,741	24,633	21,462
9	47016C	胃灌洗術	468	260	208	208	80.0%	42	52	54	7	0.0%	14.3%	1,820	1.00	1,456	439	543	378
10	54003C	簡易異物取出	585	325	260	260	80.0%	52	65	68	184,948	0.0%	0.0%	60,089,821	1.00	48,071,857	9,614,371	12,017,964	12,572,639
11	54004C	複雜異物取出	1,654	919	735	735	80.0%	147	184	191	22,060	1.1%	0.0%	20,263,317	1.00	16,206,244	3,241,249	4,057,073	4,347,135
12	47031C	氣管內管插管	835	464	371	371	80.0%	74	93	96	80	0.0%	21.3%	36,809	0.99	29,431	10,464	13,151	7,616
支付點數差距(≥80%)小計														88,228,216		70,921,314	14,212,805	17,771,831	18,760,527
13	47028C	去顫術(急救一次)	554	308	246	246	79.9%	49	62	64	20	0.0%	55.0%	6,160	1.00	4,920	3,649	4,618	1,280
14	13017C	KOH顯微鏡檢查	75	45	30	30	66.7%	6	8	8	5,200	20.0%	23.1%	236,727	1.01	157,818	58,901	78,535	72,639
15	01021C	精神科急診診察費	901	550	351	351	63.8%	70	88	91	705	13.2%	16.3%	391,675	1.01	249,960	78,440	98,610	93,909
16	64141C	一般癱瘓攣縮鬆弛術	11,301	7,063	4,238	6,485	60.0%	848	1,060	1,102	1	0.0%	300.0%	10,806	1.53	6,484	83,033	103,791	1,686
17	64274C	臉、頸部癱瘓攣縮鬆弛術	10,855	6,784	4,071	6,228	60.0%	814	1,018	1,058	1	0.0%	700.0%	10,380	1.53	6,229	637,685	797,497	1,619
18	64275C	手、腳、會陰癱瘓攣縮鬆弛術	9,733	6,083	3,650	5,584	60.0%	730	913	949	3	0.0%	0.0%	27,921	1.53	16,754	3,351	4,191	4,356
支付點數差距(60%~80%)小計														683,669		442,164	865,059	1,087,242	175,489
19	96007C	脊髓麻醉	2,396	1,500	896	896	59.7%	179	224	233	13,797	0.0%	0.0%	30,807,983	1.49	18,402,635	3,676,419	4,600,659	4,785,507
20	83023C	椎間盤切除術 - 胸椎	25,293	16,000	9,293	14,218	58.1%	1,859	2,323	2,416	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	83024C	椎間盤切除術 - 腰椎	20,550	13,000	7,550	11,552	58.1%	1,510	1,888	1,963	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	83022C	椎間盤切除術 - 頸椎	31,732	20,074	11,658	17,837	58.1%	2,332	2,915	3,031	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	81017C	無妊娠併發症之陰道產	14,000	8,902	5,098	7,800	57.3%	1,020	1,275	1,325	28,653	0.0%	0.0%	390,609,470	1.53	223,694,347	44,756,421	55,945,526	58,139,468
24	81007C	妊娠超過十二週流產或死胎刮宮術	9,347	6,085	3,262	4,991	53.6%	652	816	848	235	0.0%	0.0%	2,190,744	1.53	1,174,397	234,735	293,779	305,300
25	81009C	死胎之引產(十二至二十四週)	9,347	6,085	3,262	4,991	53.6%	652	816	848	288	0.0%	8.3%	2,688,585	1.53	1,441,276	366,266	458,395	374,679
26	81010C	死胎之引產(超過二十四週)	17,065	11,110	5,955	9,111	53.6%	1,191	1,489	1,548	99	0.0%	0.0%	1,682,802	1.53	901,988	180,398	225,535	234,471
27	45037C	精神科住院病人特別處理費(每日)	1,547	1,031	516	516	50.0%	103	129	134	-	0.0%	-	-	-	-	-	-	-
28	78607C	隱睾單側睪丸固定術	13,522	9,631	3,891	5,954	40.4%	778	973	1,012	-	0.0%	-	-	-	-	-	-	-
29	75615C	股疝氣修補術 - 無腸切除	13,921	9,915	4,006	6,129	40.4%	801	1,002	1,042	1	0.0%	-	15,170	1.53	6,129	-	-	1,594
30	75611C	腹壁疝氣修補術 - 嵌頓性 - 無腸切除	16,867	12,014	4,853	7,426	40.4%	971	1,213	1,262	1	0.0%	0.0%	18,381	1.53	7,425	1,486	1,856	1,931
31	88029C	嬰兒鼠蹊疝氣	11,642	8,292	3,350	5,125	40.4%	670	838	871	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	78612C	隱睾雙側睪丸固定術	14,178	10,099	4,079	6,241	40.4%	816	1,020	1,061	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33	28014C	腹腔鏡檢查	4,584	3,274	1,310	1,310	40.0%	262	328	341	9	28.6%	0.0%	29,466	1.00	11,790	2,358	2,952	6,523
34	47088C	人體器官移植之腦死判定費	2,800	2,000	800	800	40.0%	160	200	208	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35	56022C	氣管造瘻口處理	70	50	20	20	40.0%	4	5	5	24	84.6%	37.5%	1,200	1.00	480	250	312	755
36	82002C	雙側次全甲狀腺切除術	16,748	11,963	4,785	7,321	40.0%	957	1,196	1,244	-	-	-	-	-	-	-	-	-
支付點數差距(40%~60%)小計														428,043,801		245,640,468	49,218,333	61,529,014	63,850,228

序號	醫令編號	診療項目名稱	醫院表定點數 A	基層表定點數 B	表定點數差價 C=A-B	支付點數差價 I=G-H	支付點數差距 (G-H)/H	表定點數差價 調升20% J1=C*0.20	表定點數差價 調升25% J2=C*0.25	表定點數差價 調升26% J3=C*0.26	西醫基層 108年醫令 量 D	108年成長 率(負值不 採計) M	109年成長 率(負值不採 計) N	西醫基層 申報點數 E	平均成數 F=E/(B*D)	調成一致點數 財務衝擊 C*D*F	調升20% 財務衝擊 J1*D*F*(1+N) ³	調升25%財務衝 擊 J2*D*F*(1+N) ³	調升26% 財務衝擊 J3*D*F*(1+M)3
37	74402C	肛門括約肌切開術	2,235	1,606	629	963	39.2%	126	157	164	99	43.5%	76.8%	187,035	1.18	73,253	81,051	100,992	56,413
38	74201C	直腸周圍膿腫之切開引流	3,206	2,303	903	1,381	39.2%	181	226	235	862	2.9%	0.0%	3,026,051	1.52	1,186,506	237,827	296,955	336,078
39	58007C	連續性動靜脈血液過濾術	3,591	2,580	1,011	1,011	39.2%	202	253	263	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	72017C	胃造口術	11,560	8,892	2,668	4,082	30.0%	534	667	694	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41	72045C	腹腔鏡胃造瘻術	11,906	9,158	2,748	4,204	30.0%	550	687	714	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42	75612C	腹壁疝氣修補術・復發性・無腸切除	15,027	11,559	3,468	5,306	30.0%	694	867	902	-	-	-	-	-	-	-	-	-
43	75605C	腹壁疝氣修補術・無腸切除	14,011	10,778	3,233	4,947	30.0%	647	808	841	5	0.0%	0.0%	76,738	1.42	23,019	4,607	5,753	5,988
44	79604C	會陰修補及肛門損傷修補	9,115	7,012	2,103	3,218	30.0%	421	526	547	5	0.0%	120.0%	53,640	1.53	16,087	34,292	42,845	4,184
45	74412C	外痔血栓切除	2,236	1,725	511	782	29.6%	102	128	133	1,618	18.2%	7.1%	4,265,571	1.53	1,263,598	309,919	388,918	542,956
46	74411C	肛門瘻切除或切開術併痔瘡切除	8,007	6,178	1,829	2,799	29.6%	366	457	476	539	0.0%	0.0%	5,094,628	1.53	1,508,267	301,818	376,861	392,529
47	78605C	睪丸固定術・單側	7,613	5,874	1,739	2,661	29.6%	348	435	452	-	-	-	-	-	-	-	-	-
48	74407C	內外痔部份切除術	4,329	3,340	989	1,513	29.6%	198	247	257	2,717	21.9%	17.6%	13,884,872	1.53	4,111,419	1,337,200	1,668,123	1,937,545
49	74401C	皮下瘻管切開術或切除術	3,622	2,795	827	1,266	29.6%	165	207	215	202	51.9%	59.4%	776,640	1.38	229,797	185,710	232,982	209,303
50	83009C	側股皮下神經或後脛神經減壓術・雙側	9,715	7,496	2,219	3,395	29.6%	444	555	577	-	-	-	-	-	-	-	-	-
51	78606C	睪丸固定術・雙側	11,722	9,045	2,677	4,096	29.6%	535	669	696	1	-	0.0%	13,839	1.53	4,096	819	1,024	1,065
52	74406C	外痔完全切除術	3,758	2,900	858	1,313	29.6%	172	215	223	695	26.1%	0.0%	3,081,497	1.53	911,698	182,765	228,456	475,519
53	83008C	側股皮下神經或後脛神經減壓術・單側	6,249	4,822	1,427	2,183	29.6%	285	357	371	-	-	-	-	-	-	-	-	-
54	74410C	內外痔完全切除術	8,631	6,660	1,971	3,015	29.6%	394	493	512	934	0.0%	0.0%	9,516,394	1.53	2,816,338	562,982	704,442	731,591
55	74420C	複雜性皮下瘻管切開術或切除術	6,398	4,937	1,461	2,235	29.6%	292	365	380	209	58.3%	0.0%	1,563,774	1.52	462,766	92,490	115,612	477,762
56	74416C	結腸肛門止血術	2,760	2,130	630	964	29.6%	126	158	164	315	13.7%	156.8%	1,017,446	1.52	300,935	1,019,568	1,278,506	115,204
57	01015C	急診診察費	667	521	146	146	28.0%	29	37	38	29,735	0.0%	0.0%	17,295,465	1.12	4,846,714	962,703	1,228,277	1,261,473
58	96005C	硬脊膜外麻醉	3,515	2,750	765	765	27.8%	153	191	199	7,572	0.0%	0.0%	31,075,035	1.49	8,644,510	1,728,902	2,158,302	2,248,703
59	19011C	高危險妊娠胎兒生理評估	1,900	1,500	400	400	26.7%	80	100	104	7,510	0.0%	0.0%	11,318,500	1.00	3,018,267	603,653	754,567	784,749
60	03019B	急診觀察床(床/天)~病房費(第二天起)	167	139	28	28	20.1%	6	7	7	169,689	0.0%	0.0%	23,587,251	1.00	4,751,389	1,018,155	1,187,847	1,187,847
61	70202C	結核性淋巴腺炎瘻管切除・淺部	732	610	122	187	20.0%	24	31	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-
62	79806C	陰蒂切除術	1,477	1,231	246	377	20.0%	49	62	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-
63	88046C	血管瘤切除－未達二公分	4,656	3,880	776	1,188	20.0%	155	194	202	275	0.0%	0.0%	1,606,680	1.51	321,336	64,184	80,334	83,647
64	74202C	直腸活體組織切片	2,520	2,100	420	643	20.0%	84	105	109	30	0.0%	16.7%	96,390	1.53	19,278	6,123	7,653	5,003
65	78801C	副睪丸切除術・單側	5,903	4,919	984	1,506	20.0%	197	246	256	3	0.0%	0.0%	22,578	1.53	4,517	904	1,129	1,175
66	48006C	深部複雜創傷處理・傷口長 10 公分以上	4,792	3,993	799	799	20.0%	160	200	208	399	0.0%	8.3%	1,591,029	1.00	318,365	80,915	101,144	82,879
67	86002C	白內障線狀摘出術	4,884	4,070	814	1,246	20.0%	163	204	212	-	-	-	-	-	-	-	-	-
68	86005C	白內障切囊術	4,884	4,070	814	1,246	20.0%	163	204	212	2	-	0.0%	12,454	1.53	2,491	499	624	649
69	87007C	眼瞼乙狀成形術	3,826	3,188	638	976	20.0%	128	160	166	3	-	66.7%	14,634	1.53	2,929	2,720	3,400	762
70	85405C	前房角切開術	5,892	4,910	982	1,503	20.0%	196	246	255	-	-	-	-	-	-	-	-	-
71	88042C	多指(趾)切除每多加一個	4,873	4,061	812	1,243	20.0%	162	203	211	-	-	-	-	-	-	-	-	-
72	67046C	氣管內腔置管術	9,954	8,295	1,659	2,539	20.0%	332	415	431	-	-	-	-	-	-	-	-	-
73	76034C	(後)腹腔鏡腎臟固定術	8,194	6,828	1,366	2,090	20.0%	273	342	355	-	-	-	-	-	-	-	-	-
74	83074C	面神經痙攣・酒精阻斷	2,764	2,303	461	705	20.0%	92	115	120	-	-	-	-	-	-	-	-	-
75	80210C	腹式子宮頸切除術	13,871	11,559	2,312	3,538	20.0%	462	578	601	-	-	-	-	-	-	-	-	-
76	86604C	眼肌移植術	5,869	4,891	978	1,497	20.0%	196	245	254	2	-	0.0%	14,966	1.53	2,993	600	750	777
77	64197C	肌腱切開或筋膜切開	6,046	5,038	1,008	1,542	20.0%	202	252	262	80	0.0%	58.8%	619,664	1.54	123,982	99,401	124,005	32,225

序號	醫令編號	診療項目名稱	醫院表定點數 A	基層表定點數 B	表定點數差價 C=A-B	支付點數差價 I=G-H	支付點數差距 (G-H)/H	表定點數差價 調升20% J1=C*0.20	表定點數差價 調升25% J2=C*0.25	表定點數差價 調升26% J3=C*0.26	西醫基層 108年醫令 量 D	108年成長 率(負值不 採計) M	109年成長 率(負值不採 計) N	西醫基層 申報點數 E	平均成數 F=E/(B*D)	調成一致點數 財務衝擊 C*D*F	調升20% 財務衝擊 J1*D*F*(1+N) ³	調升25%財務衝 擊 J2*D*F*(1+N) ³	調升26% 財務衝擊 J3*D*F*(1+M) ³
78	79409C	經腹腔前列腺囊腫切除術	3,156	2,630	526	805	20.0%	105	132	137	-	-	-	-	-	-	-	-	-
79	88041C	併指多指(趾)切除	6,383	5,319	1,064	1,628	20.0%	213	266	277	1	0.0%	0.0%	8,138	1.53	1,628	326	407	424
80	64035C	腕、跗、掌、趾骨骨折開放性復位術	6,720	5,600	1,120	1,714	20.0%	224	280	291	33	0.0%	54.5%	282,744	1.53	56,549	41,747	52,183	14,693
81	78022C	皮膚膀胱造口術	7,728	6,440	1,288	1,971	20.0%	258	322	335	-	-	-	-	-	-	-	-	-
82	65011C	寶康管修復術	4,650	3,875	775	1,186	20.0%	155	194	202	-	-	-	-	-	-	-	-	-
83	85810C	虹膜鉗頓術	4,733	3,944	789	1,207	20.0%	158	197	205	1	-	0.0%	6,034	1.53	1,207	242	301	314
84	85214C	輪部移植術	5,760	4,800	960	1,469	20.0%	192	240	250	1	-	0.0%	3,696	0.77	739	148	185	193
85	73020C	蹄形小腸或結腸造瘻管關閉	10,356	8,630	1,726	2,641	20.0%	345	432	449	-	-	-	-	-	-	-	-	-
86	47054C	一般高壓氧治療	720	600	120	120	20.0%	24	30	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-
87	51001C	皮膚切片、穿片與縫合 - 一針以下	348	290	58	58	20.0%	12	15	15	848	9.3%	0.0%	248,636	1.01	49,727	10,288	12,860	16,783
88	51002C	皮膚切片、穿片與縫合 - 二針	432	360	72	72	20.0%	14	18	19	487	0.0%	0.0%	175,788	1.00	35,158	6,836	8,789	9,278
89	51003C	皮膚切片、穿片與縫合 - 二針以上	564	470	94	94	20.0%	19	24	24	1,601	0.0%	0.0%	749,247	1.00	149,849	30,289	38,259	38,259
90	58003C	血液灌洗	3,096	2,580	516	516	20.0%	103	129	134	-	-	-	-	-	-	-	-	-
91	61002C	脛骨下1/3骨折	168	140	28	28	20.0%	6	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
92	61003C	脛骨上1/3骨折	168	140	28	28	20.0%	6	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
93	61004C	脛骨上1/3粉碎性骨折	240	200	40	40	20.0%	8	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
94	61005C	脛骨分段性骨折	228	190	38	38	20.0%	8	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
95	61006C	踝部骨折	216	180	36	36	20.0%	7	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
96	61007C	股骨骨折	144	120	24	24	20.0%	5	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
97	61008C	股骨髁部骨折	264	220	44	44	20.0%	9	11	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-
98	61009C	股骨分段性骨折	204	170	34	34	20.0%	7	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
99	61010C	骨盤穩定性骨折	102	85	17	17	20.0%	3	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
100	61011C	骨盤不穩定性骨折	216	180	36	36	20.0%	7	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
101	61016C	肘部骨折	150	125	25	25	20.0%	5	6	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
102	61020C	顱顏面骨折-骨骼外固定器使用	138	115	23	23	20.0%	5	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
103	64047C	掌骨骨折徒手復位術	1,800	1,500	300	459	20.0%	60	75	78	324	8.0%	9.3%	741,068	1.52	148,214	38,663	48,328	48,544
104	71006C	顎扁桃摘出術	6,204	5,170	1,034	1,582	20.0%	207	259	269	-	-	-	-	-	-	-	-	-
105	71008C	咽扁桃切除術	6,204	5,170	1,034	1,582	20.0%	207	259	269	-	-	-	-	-	-	-	-	-
106	78207C	尿道造瘻術	3,835	3,196	639	978	20.0%	128	160	166	-	-	-	-	-	-	-	-	-
107	87031C	下眼瞼舉縮併角膜暴露矯正術	6,984	5,820	1,164	1,781	20.0%	233	291	303	-	-	-	-	-	-	-	-	-
108	80211C	根除式子宮頸切除術	42,638	35,532	7,106	10,872	20.0%	1,421	1,777	1,848	-	-	-	-	-	-	-	-	-
109	81024C	前胎剖腹產後之陰道生產(接生費)	23,386	19,489	3,897	5,963	20.0%	779	974	1,013	44	10.0%	0.0%	1,311,992	1.53	262,345	52,442	65,569	90,767
110	76009C	腎臟固定術：固定式懸掛	6,828	5,690	1,138	1,741	20.0%	228	285	296	-	-	-	-	-	-	-	-	-
111	83026C	胸交感神經切除術	17,712	14,760	2,952	4,516	20.0%	590	738	768	-	-	-	-	-	-	-	-	-
112	65024C	粘膜下鼻甲切除術 - 雙側	6,264	5,220	1,044	1,597	20.0%	209	261	271	156	52.9%	59.6%	1,245,972	1.53	249,194	202,866	253,339	231,409
113	83027C	腰交感神經切除術	14,462	12,052	2,410	3,687	20.0%	482	603	627	-	-	-	-	-	-	-	-	-
114	65004C	粘膜下中隔矯正術(S.M.R)	4,860	4,050	810	1,239	20.0%	162	203	211	143	44.4%	56.6%	886,171	1.53	177,234	136,243	170,724	139,139
115	65023C	粘膜下鼻甲切除術 - 單側	4,860	4,050	810	1,239	20.0%	162	203	211	4	0.0%	100.0%	24,788	1.53	4,958	7,932	9,940	1,291
116	85813C	聽狀體分離術	4,680	3,900	780	1,193	20.0%	156	195	203	-	-	-	-	-	-	-	-	-
117	88047C	血管瘤切除—二公分至五公分	8,148	6,790	1,358	2,077	20.0%	272	340	353	23	27.8%	0.0%	238,947	1.53	47,789	9,572	11,965	25,916
118	48005C	深部複雜創傷處理 - 傷口長 5-10 公分者	3,043	2,536	507	507	20.0%	101	127	132	2,695	0.0%	0.0%	6,829,391	1.00	1,365,340	271,991	342,008	355,473
119	85807C	光學性虹膜切除術	3,629	3,024	605	925	20.0%	121	151	157	-	-	-	-	-	-	-	-	-
120	48004C	深部複雜創傷處理 - 傷口長 5公分以下者	2,419	2,016	403	403	20.0%	81	101	105	26,117	1.8%	5.8%	52,827,180	1.00	10,560,195	2,510,459	3,130,325	2,899,022
121	79605C	會陰修補及括約肌修補	7,762	6,469	1,293	1,978	20.0%	259	323	336	12	0.0%	8.3%	118,776	1.53	23,741	6,046	7,540	6,169
122	64036C	指、趾骨骨折開放性復位術	3,176	2,647	529	809	20.0%	106	132	138	60	20.0%	0.0%	244,111	1.54	48,785	9,776	12,173	21,992
123	64049C	指、趾骨骨折徒手復位術	1,740	1,450	290	443	20.0%	58	73	75	991	0.0%	16.8%	2,188,319	1.52	437,664	139,300	175,325	113,189
支付點數差距(20%~40%)小計														197,943,769		48,584,863	12,394,970	15,429,724	14,988,880

序號	醫令編號	診療項目名稱	醫院表定點數 A	基層表定點數 B	表定點數 差價 C=A-B	支付點數 差價 I=G-H	支付點數差距 (G-H)/H	表定點數差價 調升20% J1=C*0.20	表定點數差價 調升25% J2=C*0.25	表定點數差價 調升26% J3=C*0.26	西醫基層 108年醫令 量 D	108年成長 率(負值不 採計) M	109年成長 率(負值不採 計) N	西醫基層 申報點數 E	平均成數 F=E/(B*D)	調成一致點數 財務衝擊 C*D*F	調升20% 財務衝擊 J1*D*F*(1+N) ³	調升25%財務衝 擊 J2*D*F*(1+N) ³	調升26% 財務衝擊 J3*D*F*(1+M) ³
124	02008B	一般病床住院診察費(天)	398	334	64	64	19.2%	13	16	17	217,417	0.0%	0.0%	72,473,778	1.00	13,887,191	2,820,836	3,471,798	3,688,785
125	81028C	前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產	30,199	25,420	4,779	7,311	18.8%	956	1,195	1,243	13	0.0%	92.3%	505,609	1.53	95,055	135,234	169,043	24,724
126	49023C	直腸內視鏡止血術	2,392	2,062	330	330	16.0%	66	83	86	506	0.0%	0.0%	1,043,372	1.00	166,980	33,396	41,998	43,516
127	58008C	血漿置換術	2,871	2,475	396	396	16.0%	79	99	103	-	-	-	-	-	-	-	-	-
128	74203C	直腸裂傷或損傷之修補	12,509	10,784	1,725	2,639	16.0%	345	431	449	1	0.0%	0.0%	16,500	1.53	2,639	528	659	687
129	74403C	肛門裂縫切除術或潰瘍切除術	2,248	1,938	310	474	16.0%	62	78	81	81	11.0%	13.6%	206,258	1.31	32,993	9,668	12,164	11,777
130	47014C	留置導尿	363	315	48	48	15.2%	10	12	12	34,566	1.0%	0.0%	10,882,935	1.00	1,658,352	345,490	414,588	427,666
131	81004C	無妊娠併發症之剖腹產術	10,237	8,902	1,335	2,043	15.0%	267	334	347	19,423	0.0%	0.0%	264,636,838	1.53	39,686,607	7,937,321	9,929,084	10,315,545
132	81025C	前胎剖腹產後之陰道生產(雙胎分娩)	27,165	24,165	3,000	4,590	12.4%	600	750	780	-	-	-	-	-	-	-	-	-
133	05215B	住院藥事服務費(天)	39	35	4	4	11.4%	1	1	1	205,462	0.0%	0.0%	7,162,032	1.00	818,518	204,629	204,629	204,629
134	81019C	多胎分娩	29,439	26,439	3,000	4,590	11.3%	600	750	780	-	-	-	-	-	-	-	-	-
135	81026C	前胎剖腹產後之陰道生產(多胎分娩)	30,907	27,907	3,000	4,590	10.7%	600	750	780	1	-	0.0%	42,698	1.53	4,590	918	1,148	1,193
136	01023C	高危險早產兒特別門診診察費	468	425	43	43	10.1%	9	11	11	80	0.0%	0.0%	42,295	1.24	4,279	896	1,095	1,095
137	81018C	雙胎分娩	26,393	23,994	2,399	3,670	10.0%	480	600	624	1	0.0%	0.0%	36,711	1.53	3,670	734	918	955
138	03043B	急診觀察床(床/天)-護理費(第二天起)	151	139	12	12	8.6%	2	3	3	145,482	0.0%	0.0%	20,221,998	1.00	1,745,784	290,964	436,446	436,446
139	83036C	硬腦膜外血腫清除術	20,921	19,371	1,550	3,162	8.0%	310	388	403	-	-	-	-	-	-	-	-	-
140	75613C	鼠蹊疝氣修補術-嵌頓性-無腸切除	12,890	11,935	955	1,461	8.0%	191	239	248	3	200.0%	0.0%	54,783	1.53	4,384	877	1,097	30,735
141	75801C	腹腔內膿瘍引流術治療急性穿孔性腹膜炎	13,076	12,107	969	1,482	8.0%	194	242	252	-	-	-	-	-	-	-	-	-
142	83003C	椎弓切除術(減壓)-超過二節	17,366	16,080	1,286	1,968	8.0%	257	322	334	-	-	-	-	-	-	-	-	-
143	83002C	椎弓切除術(減壓)-二節以內	11,966	11,080	886	1,356	8.0%	177	222	230	-	-	-	-	-	-	-	-	-
144	83037C	急性硬腦膜下血腫清除術	20,227	18,729	1,498	3,086	8.0%	300	375	389	-	-	-	-	-	-	-	-	-
145	83015C	斷骨切除術	13,662	12,650	1,012	2,337	8.0%	202	253	263	-	-	-	-	-	-	-	-	-
146	74207C	經直腸大腸息肉切除術	8,213	7,605	608	930	8.0%	122	152	158	100	0.0%	0.0%	1,163,600	1.53	93,027	18,667	23,257	24,175
147	67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術-氣	4,987	4,618	369	564	8.0%	74	92	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-
148	39007C	角膜內注射	107	100	7	7	7.0%	1	2	2	359	2.6%	0.0%	35,900	1.00	2,513	359	718	775
149	96006C	硬脊膜外麻醉-超過兩小時,每增加三十	256	240	16	16	6.7%	3	4	4	2	100.0%	50.0%	720	1.50	48	30	41	96
150	96012C	傳導麻醉-神經叢阻斷術	160	150	10	10	6.7%	2	3	3	16	0.0%	0.0%	3,600	1.50	240	48	72	72
151	96004C	靜脈或肌肉麻醉	1,598	1,500	98	98	6.5%	20	25	25	20,651	0.0%	0.0%	45,809,250	1.48	2,992,871	610,790	763,488	763,488
152	96013C	尾椎麻醉	1,438	1,350	88	88	6.5%	18	22	23	145	0.0%	47.6%	289,575	1.48	18,876	12,412	15,170	4,934
153	96011C	傳導麻醉-神經叢阻斷術	1,129	1,060	69	69	6.5%	14	17	18	504	121.1%	50.6%	775,390	1.45	50,474	34,976	42,471	142,224
154	96008C	脊髓麻醉-超過兩小時,每增加三十分鐘	234	220	14	14	6.4%	3	4	4	10	0.0%	80.0%	3,300	1.50	210	262	350	60
155	18008C	杜卜勒氏血流測定(週邊血管)	158	150	8	8	5.3%	2	2	2	4,004	26.4%	457.7%	600,630	1.00	32,034	1,389,088	1,389,088	16,169
156	28011C	直腸鏡檢查	642	611	31	31	5.1%	6	8	8	2,737	0.0%	2.3%	1,672,307	1.00	84,847	17,601	23,468	21,896
157	28015C	食道鏡檢查	1,020	971	49	49	5.0%	10	12	13	224	10.9%	0.0%	217,504	1.00	10,976	2,240	2,688	3,971
158	28017C	大腸鏡檢查	2,363	2,250	113	113	5.0%	23	28	29	53,031	8.9%	0.0%	118,215,000	0.99	5,937,020	1,208,420	1,471,120	1,968,239
159	64069C	踝關節脫位開放性復位術	4,548	4,331	217	332	5.0%	43	54	56	1	-	0.0%	6,626	1.53	332	66	83	86
160	28013C	S狀結腸鏡檢查	1,069	1,018	51	51	5.0%	10	13	13	3,981	0.0%	0.0%	4,052,658	1.00	203,031	39,810	51,753	51,753
161	64117C	跟腱斷裂縫合術	6,816	6,491	325	497	5.0%	65	81	85	5	25.0%	20.0%	55,499	1.71	2,779	960	1,197	1,419
162	64273C	足踝關節內、外或後踝之雙踝或三踝骨折	6,695	6,376	319	488	5.0%	64	80	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-
163	18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	1,260	1,200	60	60	5.0%	12	15	16	24,122	8.2%	13.5%	28,917,240	1.00	1,445,862	423,158	528,948	488,264
164	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	630	600	30	30	5.0%	6	8	8	13,169	0.0%	0.0%	7,867,860	1.00	393,393	78,679	104,905	104,905
165	18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2,100	2,000	100	100	5.0%	20	25	26	8,488	-	74.0%	17,025,200	1.76	1,493,439	1,572,497	1,965,621	388,294
166	18037C	胎兒、臍帶、或孕酮子宮動脈杜卜勒超音	1,197	1,140	57	57	5.0%	11	14	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
167	19005C	其他超音波	630	600	30	30	5.0%	6	8	8	110,731	8.9%	8.4%	66,522,120	1.00	3,326,106	846,964	1,129,285	1,145,191
168	28006C	支氣管鏡檢查	1,680	1,600	80	80	5.0%	16	20	21	-	0.0%	-	-	-	-	-	-	-
169	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	1,575	1,500	75	75	5.0%	15	19	20	214,767	6.5%	0.0%	321,204,300	1.00	16,060,215	3,212,043	4,068,588	5,177,716
170	47021C	胸腔引流一天	126	120	6	6	5.0%	1	2	2	1	0.0%	600.0%	120	1.00	6	343	686	2
171	49026C	經大腸鏡結腸止血術	8,044	7,661	383	383	5.0%	77	96	100	15	7.1%	46.7%	114,915	1.00	5,745	3,644	4,543	1,845
172	20003C	面神經刺激檢查	114	110	4	4	3.6%	1	1	1	564	43.9%	5.5%	62,040	1.00	2,256	662	662	1,680
173	47013C	一般導尿	96	94	2	2	2.1%	-	1	1	12,259	0.0%	0.0%	1,152,053	1.00	24,512	-	12,256	12,256
174	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	2,229	2,200	29	29	1.3%	6	7	8	17,598	148.5%	0.0%	29,854,000	0.77	393,530	81,420	94,990	1,664,976
支付點數差距(<20%)小計														1,022,947,214		90,685,383	21,336,632	26,380,113	27,172,238
合計														1,737,846,669		456,274,191	98,027,798	122,197,924	124,947,362

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第七節 手術

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62072，63017)

註：本項編號 63017 與「第二項 乳房」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
62020 CB	二氧化碳雷射手術 CO2 laser operation 註： 1. 屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。 2 不得同時申報65079B。	▽	v	v	v	3213

111年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫(草案)

111年○月○日公告實施

一、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。

二、目的：

（一）台灣推行心臟疾病病人品質提升計畫及急性後期照護PAC等多年，在住院期間接受心肺復健治療已經是相當普遍，但病人出院後繼續門診復健治療比例相當低（低於15%），主要原因在於病人出院後的門診心肺復健可近性不佳，心肺復健業務對基層復健診所而言，因設備及專業人力需求更高且具專業風險性導致誘因不足，而無法執行該項治療。

（二）為使心肺疾病患者出院後能至社區復健門診接受後續心肺復健治療，並提升其心肺復健治療效果，本計畫冀能促進出院患者留於社區，藉由社區之基層復健診所協助該患者規劃心肺復健及健康管理，並提供心肺功能訓練，於療程結束後評估心肺復健成效。

三、實施期間：自公告日起實施至當年底。

四、年度執行目標：

（一）短期目標：逐年提升出院後至基層執行心肺復健比率，基層心肺復健人數超過170人（預定收案的七成），全國基層參與心肺疾病照護品質計畫達到21家，心肺功能有意義的改善達成率70%。

※註：

心肺功能有意義的改善定義如下：心肺運動功能測試(CPET)最大耗氧量進步25%，或6分鐘行走距離增加25%或100公尺。

（二）長期目標：目前全國心肺復健執行率全數只在醫院端且只有6.7%-15%，以南韓(36%)為整體院所之收案目標，以提升國人心肺功能及降低心血管風險。

五、收案目標人數：依本年度經費970萬元，預估收案目標人數為250人。

預算來源：

（一）111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「提升心肺疾病患

者心肺復健門診pay for value論質計酬計畫」專款項目。

- (二)本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則留用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

六、收案條件：

- (一)收案對象：個案符合心肺功能不良(定義為最大耗氧量<5METs、<73%年紀性別預測值或6分鐘步行測試<500公尺)仍在積極治療期且具有復健潛能病人。

1. 醫院轉診(申報01034B、01035B)急性心肺疾病出院患者且基層復健專科診所接受(申報01038C)，轉出醫院必須檢附心肺運動功能測試(CPET)報告、建議的運動處方及病摘(或診斷書)。
2. 基層復健專科診所自行收案：收案時需檢附醫院施行之心肺運動功能測試(CPET)報告及病摘(或診斷書)。

- (二)急性心肺疾病以下述ICD-10-CM認定

ICD-10-CM代碼：

心臟

MI : I21.xxx、I25.xxx、I24.xxx、I22.xxx

CABG : Z95.xxx

Valve disorder : I35.xxx

Disease of circulation system: I00-I99

Other congenital malformations of heart : Q24.xxx

Congenital malformation of the circulation system : Q20-Q28

Heart failure : I50.xxx

Heart failure due to hypertension : I11.0

Heart failure due to h/t with chronic kidney disease: I13.xx

Heart failure following surgery : I97.13

Rheumatoid heart failure : I09.81

肺臟

COPD : J44.x

Disease of respiratory system: J00-J99

Chronic lower lung disease: J40-J47

Lung cancer : C34.90

Malignant neoplasmas of respiratory and intrathoracic organs:
C30-C39

Covid-19 : U07.1

Long covid及myalgic encephalomyelitis/chronic fatiguesyndrome or
post-viral fatigue syndrome : G93.3

Peripheral artery disease : I70.2

PAOD: I73.9。

七、醫師申請資格及審查程序：

(一) 申請資格：

1. 本保險特約西醫診所，須組成團隊附上至少兩職類(含)以上之各職類名單、證書並且採取團隊方式提供相關服務，此特約診所須已具備申報42019C或43031C資格。
2. 具有復健科專科醫師資格者，並取得復健醫學會主辦之西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫訓練課程4學分。
3. 參與本計畫之特約西醫診所或醫師參與計畫之日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。
4. 執行復健治療專業的醫事人員：係指診所內之物理治療師、職能治療師及護理師等，其需具備急救人員資格。
5. 申請程序：符合前述各項資格之特約西醫診所，自公告日起向保險人分區業務組提出參與計畫申請書（附件1）。經保險人分

區業務組資格審核同意後，自保險人分區業務組核定日始參與本計畫。

6. 退場機制：

- (1) 參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供服務或參與本計畫有待改善事項(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，登錄之檢查之任一病人數值經保險人審查發現登載不實) 經保險人2次通知限期改善而未改善者或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達3次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。
- (2) 參與本計畫之特約西醫診所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。
- (3) 特約西醫診所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

八、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

- (一) 死亡。
- (二) 病情變化無法繼續接受本計畫。
- (三) 失聯 $\geq$ 3個月。
- (四) 持續接受心肺復健達最高上限36次
- (五) 病人心肺運動功能有意義改善(最大耗氧量進步25%，或6分鐘步行測試距離增加25%或100公尺)。

九、給付項目及支付標準：

(一) 支付標準

編號	診療項目	支付點數
P○○○○C	心肺疾病患者復健整合治療費 註： 1. 支付規範：每人每日限申報一次，收案期間限申報36次，每次治療時間合計超過1小時。 2. 服務內容：執行心肺危險因子調整改善(生活型態改變、飲食、運動原則之指導)及PTC5.心肺功能訓練(含呼吸訓練及有氧功能訓練)且須包含下列治療項目三項(含)以上： (1) 42019C物理治療-複雜治療項目： - PTC 2.平衡訓練 Balance training - PTC 4.等速肌力訓練 Isokinetic training - PTC 6.行走訓練 Ambulation training - PTM 5.被動性關節運動 Passive R.O.M. - PTM 7.運動治療 Therapeutic Exs. - PTM 9.肌力訓練 Strengthening Tx - PTM 10.耐力訓練 Endurance training - PTM 13.姿態訓練 Posture training (含步態訓練及姿勢訓練) - PTS 11.低能雷射治療 Low power laser - PTS 2.治療性冷/熱敷 Hot/cold pack (2) 43031C職能治療-複雜治療項目： - OT 1.姿態訓練 - OT 3.坐站平衡訓練 - OT 4.移位訓練 - OT 5.日常生活訓練 - OT 7.運動知覺訓練 - OT 8.上肢(下肢)功能訓練 - OT 12.知覺認知訓練) (3) 其他：47041C、47045C或第二部第二章第	1000

編號	診療項目	支付點數
	二節呼吸治療處置。 3. 收案須檢附心肺運動功能評估報告。 4. 不得同時申報診療項目42019C、43031C。	
P○○○○C	心肺復健治療評估 註： 1. 每人限申報3次。 2. 第二次、第三次：個案「病人心肺功能改善程度心肺運動功能評估報告」符合休息血壓及心跳下降，或自覺疲勞指數改善1分以上或六分鐘步行測試距離進步>20公尺以上。 3. 第二次限執行復健整合治療費至少12次後申報，第三次為執行復健整合治療費36次或符合結案條件後申報。 4. 申報須檢附： (1). 第一次：心肺運動功能測試(CPET)報告、西醫診所心肺功能評估表。 (2). 第二次、第三次：西醫診所心肺功能評估表。	300

(二) 品質獎勵費：

收案人數至少10位之參與院所，獎勵其中個案符合心肺運動功能改善達到正常標準(最大耗氧量>5 METS或VO₂peak>73%年紀性別預測值或六分鐘步行測試>500公尺以上)，每人500點。

十、醫療費用申報及審查：

- (一) 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) 本計畫之診療項目不得於其他計畫重複申報，例如全民健康保險急性後期整合照護計畫。
- (三) 本計畫醫療費用點數申報格式：
 1. 案件分類：請填報「E1（論質計酬計畫）」。

2. 特定治療項目代號(一)：請填報〇〇。

十一、計畫施行評估指標：

(一) 「病人疾病復發率（包括再住院或再急診）」：<30%

定義：收案6個月內病人因相同疾病再就診率<30%。

分子：門診治療過程中病人因急性心肺事件（再次心肌梗塞、心衰竭、肺阻塞發作、肺炎等）而急診或住院的人數。

分母：計畫總收案人數。

(二) 有意義的心肺功能改善比率:>70%

定義：CPET (VO₂peak最大耗氧量或無氧代謝閥值耗氧量Vo₂AT)較首次進步改善25%或6分鐘步行測試進步25%或100公尺以上

分子：達到有意義的心肺功能改善之病患總數

分母：所有接受此計畫下的門診心肺復健總人數

※註：6MWT：距離(meter)未達300公尺為高風險正常數值為500公尺以上。

10級運動自覺量表 (RPE)	
0	沒有感覺
0.5	非常非常弱
1	非常弱
2	弱
3	適度
4	有些強
5	強
6	
7	非常強
8	
9	
10	非常非常強

【附件 1】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫申請表

診所申請類別：☐新增 ☐變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	診所名稱			診所醫事機構代碼			
	計畫聯絡人姓名			計畫聯絡人電話：			
	計畫聯絡人 e-mail						
審核項目	項目			審查結果		備註	
	參與本計畫相關醫事人員資料表			☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	認證書面資料影本			☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
保險醫事服務機構	機構章戳			保險人審核意見欄	1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 其他 日期章戳：		本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日						

【附件 2】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫收案個案資料建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位

- (一) 新收案日期(YYYY/MM/DD)
- (二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師ID、醫師姓名
- (三) 診所心肺復健團隊成員：醫事人員職稱、姓名
- (四) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

二、病人心肺功能改善程度：(VPN表格如下說明)

(一)有氧運動能力：擇一填寫，第一次評估兩者皆需要

- 1. 攝氧量【最大耗氧量(VO_{2peak})、無氧代謝閾值耗氧量(VO_{2AT})，年紀性別心肺功能預測值(%)】
- 2. 6 minute walk test六分鐘步行測試距離：未達300公尺為高風險，正常數值為500公尺以上。

(二)運動時血流血氧變化：

血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、血氧濃度。

(三)運動時心臟之電生理反應：紀錄心電圖變化(HR, arrhythmia,af等)其他限制運動的徵兆或症狀、自覺疲勞指數。

(四)BMI。

心肺運動功能評估報告			
項目 \ 就診日期	年月日 第一次 (收案時)	年月日 第二次 (第12次治療後)	年月日 第三次 (第36次或結案當次)
心肺運動功能測試(CEPT)報告【第一次必填】			
最大耗氧量(METs)			
無氧代謝閾值耗氧量 (METs)			

年紀性別心肺功能 預測值(%)			
心跳(beat/min)			
血壓-收縮壓(mmHg)			
血壓-舒張壓(mmHg)			
血氧濃度(SPO2 %)			
運動時心臟之電生理反應：心律不整有無	☐ 有 ☐ 無 (註:)	☐ 有 ☐ 無 (註:)	☐ 有 ☐ 無 (註:)
資料來源	☐ 醫院 ☐ 診所	☐ 醫院 ☐ 診所	☐ 醫院 ☐ 診所
西醫診所心肺功能評估表【必填】			
身高(cm)			
體重(kg)			
BMI			
血壓-收縮壓(mmHg)			
血壓-舒張壓(mmHg)			
心跳(beat/min)			
六分鐘步行測試距離 (m)			
自覺疲勞指數(0-10)			
治療師衛教紀錄 衛教對象	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他：	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他：	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他：
醫師/團隊人員 (若更多人員請增列)	醫師 醫事人員1 醫事人員2 醫事人員3	醫師 醫事人員1 醫事人員2 醫事人員3	醫師 醫事人員1 醫事人員2 醫事人員3

報告事項

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整性照護前瞻性支付方式」計畫(下稱呼吸器計畫)案。

說明：

- 一、依據本署 111 年 5 月 25 日召開「全民健康保險醫療給付費用醫院總額 111 年第 2 次研商議事會議」會議決議辦理。
- 二、案係台灣醫院協會於 111 年 5 月 23 日來函(附件 1, 頁次報 3-3~3-4)就 111 年「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」專款預算(3 億元)(附件 2, 頁次報 3-5~3-16)提供執行建議,並於同年月 25 日提至前揭會議討論。
- 三、前揭會議決議規劃獎勵措施如下:
 - (一)符合獎勵條件者,採定額獎勵,建議每日 100 點,以專款預算額度內採點值浮動方式支付:
 - (二)獎勵條件(RCC 或 RCW 病人):
 - 1.本項獎勵實施後簽署 DNR 者,自簽署日起予以獎勵 100 點/日。
 - 2.本項獎勵實施前已簽署 DNR 者,自獎勵實施日起予以獎勵 100 點/日。
- 四、費用估算:以健保卡有 DNR 註記或院所有申報虛擬醫令代碼「DNR」之案件計算,獎勵人數約 8,017 人,以 100 點/日/人估算,獎勵點數約 2.93 億點(附件 3, 頁次報 3-17)。
- 五、綜上,本計畫新增「鼓勵亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房病人簽署拒絕心肺復甦術(Do not resuscitate, DNR)獎勵措施」(附件 4, 頁次報 3-18~3-41),並規劃增列「呼吸器依賴病人之安寧利用率」為本獎勵之觀察指標,另配合

前次修訂放寬居家照護階段之收案地點，酌修醫療費用之申報內容。

六、 本計畫將依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施。
決定：

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓

承辦人：何宛青

電話：02-28083300#26

傳真：02-28083304

電子信箱：ching@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年5月23日

發文字號：院協健字第1110200268號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關111年度醫院總額一般服務其他醫療服務利用及密集度改變、專款專用鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計劃預算之執行建議，請鑑查。

說明：

- 一、依據本會111年5月20日全民健康保險委員會會議決議辦理。
- 二、有關貴署電詢旨揭內容，經邀集各層級醫院協會代表召開本會全民健康保險委員會專案研商，所獲決議如下，請鑑查。
 - (一)提升重症照護費用，促進區域級（含）以上醫院門住診結構改變，其預算使用順序應先為區域級（含）以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，次為提升護理住院照護品質，住院首日護理費支付點數加成30%，鑑於貴署所提試算資料經費所示尚足以支應，爰醫學中心協會及區域醫院協會暫無反對之意見。
 - (二)持續推動分級醫療，壯大社區醫院，經會議討論，社區醫院希冀就該項預算之使用進行部分修正，其方案擬儘速提供予貴署參卓。
 - (三)有關上開二案預算及所涉相關支付標準（修訂同一療程疾病門診診察費規定及新增/修訂各類病床/護理費（第一

天)尚未生效季別處理，經會議研商共識採追溯至元月1日實施，商請貴署再予評估預算是否會超支。

- (四)鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計劃，經會議討論暨社區協會再內部討論，經費之使用，採符合獎勵條件者，採定額獎勵，建議每日350點，採點值浮動，獎勵條件為已簽署DNR者，自簽署日起予以獎勵350點/日；給付實施前已簽署者，自給付實施日起予以獎勵350點/日。

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

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國111年1月26日
發文字號：衛部健字第1113360011號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：「全民健康保險法」第61條暨111年1月6日衛部保字第1100153541號函、111年1月12日衛部保字第1101260374號函。

公告事項：

一、111年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約8,095.62億元，較其110年度核定總額成長3.320%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預

算如下：

- 1、牙醫門診醫療給付費用總額約49,518.3百萬元，較其110年度核定總額成長2.756%，其中一般服務成長率為1.843%，專款項目全年經費為1,738.8百萬元(附件一)。
- 2、中醫門診醫療給付費用總額約29,690.7百萬元，較其110年度核定總額成長4.208%，其中一般服務成長率為4.176%，專款項目全年經費為979.8百萬元(附件二)。
- 3、西醫基層醫療給付費用總額約154,644.1百萬元，較其110年度核定總額成長2.744%，其中一般服務成長率為1.831%，專款項目全年經費為7,930.1百萬元，門診透析服務成長率為4.689%(附件三)。
- 4、醫院醫療給付費用總額約559,129.2百萬元，較其110年度核定總額成長3.504%，其中一般服務成長率為3.049%，專款項目全年經費為34,538.7百萬元，門診透析服務成長率為2.015%(附件四)。
- 5、其他預算額度為16,579.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、111年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

- (一) 111年度全民健保醫療給付費用總額=[110年度部門別醫療給付費用×(1+111年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+111年度其他預算醫療給付費用

(二)111年度全民健保醫療給付費用總額成長率=(111年度核定之全民健保醫療給付費用總額-110年度核定之全民健保醫療給付費用總額)/110年度核定之全民健保醫療給付費用總額

註：

- 1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。
- 2、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

部長陳時中

表 4 111 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		1.922%	9,354.2	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		0.136%		
人口結構改變率		2.042%		
醫療服務成本指數 改變率		-0.258%		
協商因素成長率		1.127%	5,488.6	請於 111 年 7 月底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；實施成效並納入下年度總額協商考量。
保險給付項目及標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.616%	3,000.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。 2.於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。 3.建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專業報告。

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
		藥品及特材 給付規定改 變	0.134%	650.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。 2.於110年12月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於111年7月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。 3.建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於111年6月底前提出專案報告。 4.歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於112年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。
		促進醫療資源支付合理 (111年新增項目)	0.019%	94.0	配合西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目，增編本項經費。
		其他醫療服務 利用及密集度 之改變	0.205%	1,000.0	1.用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
其他醫療服務利用及密集度之改變				2.請中央健康保險署視執行需要會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變	0.411%	2,000.0	1.用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。 2.請中央健康保險署視執行需要會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
	配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(111 年新增項目)	0.0004%		用於因應 110 年度牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額增加 2.1 之費用。
	移列精神科長效針劑藥費至專款項目	-0.255%	-1,241.0	原於一般服務執行，移列 1,241 百萬元至「精神科長效針劑藥費」專款項目。
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-16.5	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率 ^{註1}	增加金額 總金額	3.049%	14,842.8 501,532.1	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
C 型肝炎藥費	3,428.0	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	12,807.0	1,108.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	81.06	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.為鼓勵醫師投入腎臟移植，

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				111 年新增預算用於鼓勵腎臟移植手術之施行。 3.提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。
	醫療給付改善方案	1,495.1	127.1	1.持續辦理糖尿病、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等 9 項方案。 2.新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，經費 60 百萬元，並納入「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」。 3.請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
	急診品質提升方案	300.0	54.0	請中央健康保險署精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	1.用於導入第 3 階段 DRGs 項目。推動 DRGs 計畫已延宕多年，請儘速推行。 2.本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	0.0	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
鼓勵院所建立轉診合作機制		224.7	-175.3	1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。 (2)會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
網路頻寬補助費用		200.0	73.0	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 (2)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提全民健康保險會報告。
腹膜透析追蹤處置費及APD租金 (111年新增項目)		15.0	15.0	1.用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及APD租金。 2.其中由醫院門診透析費用移列4.04百萬元，西醫基層門診透析費用移列0.04百萬元，合計4.08百萬元。 3.本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	住院整合照護服務試辦計畫 (111 年新增項目)	300.0	300.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 (111 年新增項目)	300.0	300.0	1.預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
	精神科長效針劑藥費 (111 年新增項目)	2,664.0	2,664.0	1.其中 1,241 百萬元由一般服務費用移列。 2.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
	品質保證保留款	929.8	49.4	1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	34,538.7	4,596.3	
較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{※2}	增加金額	3.569%	19,439.1	
	總金額		536,070.8	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
門診透析服務	增加金額	2.015%	455.5	1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。 3.門診透析服務總費用成長率為3.25%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.015%。 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列。 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：
	總金額		23,058.4	(1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。 (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。 (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				(4)請檢討末期病人使用透 析服務之必要性。
較 110 年度核 定總額成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{a,3}	增加金額	3.504%	19,894.5	
	總金額		559,129.2	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 486,692.9 百萬元(含 110 年一般服務預算 487,655.2 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元與加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 13.7 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 517,597.6 百萬元，其中一般服務預算為 487,655.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 13.7 百萬元)，專款為 29,942.4 百萬元。

3.計算「較110年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 540,200.6百萬元，其中一般服務預算為487,655.2百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1百萬元及未加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款13.7百萬元)，專款為29,942.4百萬元、門診透析為22,603.0百萬元(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.04百萬元)。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

財務推估

一、111 年「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」專款預算：3 億元。

二、推估費用：獎勵人數約 **8,017 人**，獎勵點數約 **2.93 億點**。

(一) 推估 111 年 RCC 及 RCW 簽署 DNR 人數約為 **8,017 人**

年度	病床別	人數	簽署 DNR 人數	占率
109 年	RCC	8,015	3,206	40.0%
	RCW	10,204	3,939	38.6%
110 年	RCC	7,681	2,863	37.3%
	RCW	10,136	3,823	37.7%
推估 111 年 ^註	RCC	7,681	3,456	45%
	RCW	10,136	4,561	45%

註：1.因 110 年 RCC 及 RCW 人數相較 109 年均為負成長，爰以零成長推估 111 年 RCC 及 RCW 人數。

2.以實施獎勵後占率 45%推估 111 年簽署 DNR 註記人數。

3.簽署 DNR 人數，以健保卡 DNR 註記或有申報虛擬醫令「DNR」者計。

(二)推估獎勵措施追溯至 111 年 1 月 1 日起，因無法推估當年度簽署 DNR 日期及人數，爰已簽署及當年度簽署皆以 111 年整年度估算，以占率 45%，100 點/日/人，預估需經費 **2.93 億點**(8,017 人*365 日*100 點/日)。

「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

保險人(89 年 5 月 2 日) 第一次修訂(89 年 6 月 27 日)
 第二次修訂(89 年 8 月 19 日) 第三次修訂(91 年 11 月 01 日)
 第四次修訂(99.01 費用月份起適用, 98 年 07 月 24 日)
 第五次修訂(99.01 費用月份起適用, 98 年 11 月 06 日)
 第六次修訂(99.09 費用月份起適用, 99 年 08 月 10 日)
 第七次修訂(102.01 費用月份起適用, 101 年 11 月 22 日)
 第八次修訂(102.08 費用月份起適用, 102 年 07 月 29 日)
 第九次修訂(104 年 5 月 25 日)
 第十次修訂(105.04 費用月份起適用, 105 年 4 月 1 日)
 第十一次修訂(108.04 費用月份起適用, 108 年 4 月 1 日)
 第十二次修訂(109.08 費用月份起適用, 109 年 8 月 1 日)
 第十三次修訂(110.07 費用月份起適用, 110 年 7 月 1 日)
 第十四次修訂(111.04 費用年月份起適用, 111 年 4 月 1 日)
第十五次修訂(111.0X 費用年月份起適用, 111 年 X 月 X 日)

壹、前言

我國由於慢性照護的發展緩慢，因此長期依賴呼吸器患者佔用急性病房或甚至加護病房的情形時有所聞。為有效利用加護病房之資源，提升重症病患照護品質，避免因不當的利用加護病床致急症患者面臨一床難求的窘境，行政院衛生署(衛生福利部前身)於 87 年提出「改善醫院急診重症醫療計畫」，訂定「急性呼吸治療病床」及「呼吸照護病床」之設置標準，並責由全民健康保險保險人(以下稱保險人)研訂相關醫療費用支付標準，以落實計畫之推行。

為促使醫療資源有效應用，保險人研擬從支付制度改革，由現行論量計酬改為論日、論人計酬等前瞻性支付制度，並導入管理式照護模式，然而呼吸器依賴患者從急性、亞急性到慢性等階段，臨床上的變化非常多樣，而國內對於呼吸器使用者臨床預後、照護方式及成本、醫療利用狀況及醫療品質指標等，尚缺乏完整的資料，為此，保險人特邀請台灣胸腔暨重症加護醫學會各方面的臨床專家及學者組成「工作小組」，借重其專業及臨床實務經驗，共同規劃研訂呼吸器依賴患者之照護模式及支付方式，在規劃支付方式之過程，除廣泛蒐集各國近期實施之支付制度外，並考量本國以下現況，訂定本計畫：

- 一、制度面上本國現有之組織架構如醫療組織、財務、體制是否能充分配合。
- 二、財務風險分攤之能力及責任歸屬。
- 三、藉支付機制提升照護體系運作的效率之誘因。
- 四、呼吸器依賴患者之特性如費用、利用率的分析及發生率、盛行率等流行病學之考量)。

由於至目前為止，我國尚無以特定疾病按時程多元支付之實際運作經驗，如能透過本計畫之運作及評估，找出缺點防治之道，並提出呼吸器依賴患者最具成本效益之支付制度之建議，使呼吸器依賴患者獲得整體性、高品質之照護，以為未來規劃其他疾病論日或論人計酬支付制度之參考，是本計畫規劃之最大期許。

貳、計畫目的

- 一、改善現行論量計酬之支付方式，加強醫療院所進行垂直性及水平性服務整合的誘因，以利提供呼吸器依賴病患完整性的醫療保健服務，並提升照護品質。
- 二、鼓勵醫療院所引進管理式照護，藉由設立亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房或發展呼吸器依賴病患之居家照護模式，以降低長期使用呼吸器病人占用加護病房或急性病房之情況，促使醫療資源合理使用。
- 三、評估不同階段之支付方式，包括論日計酬及論人計酬，對於呼吸器依賴患者之醫療照護品質及成效之影響，以做為日後全面辦理時品質監控及支付方式設計之參考。

參、計畫內容

一、參與計畫醫院之資格

(一)鼓勵組成整合性照護系統，提供含括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房及居家照護各階段照護。

(二)設置基準

各階段特約醫事服務機構需符合衛生福利部「醫療機構設置標準」及本計畫居家照護團隊組成條件(詳附表 9.2)。

(三)申請書格式

由各參與之特約醫療機構檢附「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」計畫申請書(附件一)向保險人分區業務組提出申請。

(四)其他

各參與之特約醫療機構應設有個案管理人制度，由專任或兼任之個案管理人員負責協調、溝通及個案管理安排事宜。個案管理人員可由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社工人員擔任。

二、給付項目及支付標準：詳附件二

三、醫療費用之申報

(一)參與計畫之申報

1、第一到第三階段以住院案件申報，第四階段以門診案件申報。

(1).第一到第三階段使用呼吸器之各病房異動皆應「獨立」切帳申報。

(2).第三階段未結案之個案至少須每60天始得申報乙次。

(3).第四階段未結案之個案按月申報。

2、住院醫療費用點數申報格式總表段支付制度計畫案件醫療費用點數=點數清單申請費用點數(欄位 IDd85)+部分負擔點數(欄位 IDd84)

3、門診及住院醫療點數申報格式填報：

(1).總表段之申報類別：請填報【1：送核】

(2).點數清單段之給付類別：請填報【9：呼吸照護】

(3).第一階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【4：支付制度試辦計畫案件】、給付類別填【9：呼吸照護】外，其餘依論量計酬之現行申報方式申報；病患於本階段使用呼吸器但＜21 天即轉出至亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房時，仍依上述規定申報，餘應暫緩申報，俟確認病患使用呼吸器滿21天為呼吸器依賴患者，或脫離呼吸器滿5天非屬呼吸器依賴患者後，依相關規定申報。

(4).第二階段~第三階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【4：支付制度試辦計畫案件】、給付類別請填【9：呼吸照護】外，其他欄位申報方式如下：

住院醫療費用點數申報格式點數清單段欄位填報：

A. 欄位 IDd66「診察費點數」-欄位 IDd82「嬰兒費點數」分項費用欄位：將醫令清單醫令類別「4」實際發生之醫療費用，比照論病例計酬案件之歸屬方式申報。

B. 合計點數（欄位IDd83）及部分負擔點數（欄位IDd84）比照論病例計酬案件之方式申報。

C. 醫療費用點數合計(欄位 IDd86、88、90、92、94、96、98)：比照論病例計酬案件之方式申報。醫療費用點數之計算（住院第 61、63、65、67、69、71、73 欄）比照論病例計酬案件之方式申報。

D. 申請點數(欄位 IDd85)。

(A) 若：定額申報費用>合計點數

則： $[申請點數]欄位 = 定額申報費用 - 部分負擔點數$

(B) 若：亞急性呼吸照護病房定額申報費用<亞急性呼吸照護病房合計點數

則： $[申請點數]欄位 = (定額申報費用 - 部分負擔點數) + 1/3 * (合計點數 - 定額申報費用)$

(C) 欄位 IDd87、89、91、93、95、97、99 部分負擔欄位：比照論病例計酬案件之方式申報，其他欄位比照現行申報方式。

(D) 同一月份同一個案申報二次以上者，流水號請連續編號。

(5). 第四階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【A1：居家照護】、【A6：護理之家之居家照護】、【A7：安養、養護機構院民之居家照護】、給付類別請填【9：呼吸照護】、就醫科別【AC：胸腔內科】外，其他欄位申報方式如下：

A. 「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。

B. $[申請點數]欄位 = 定額申報費用 - 部分負擔點數$ 。

4、門診及住院醫療費用點數醫令清單段填報說明：

(1). 第一階段之申報：以論量計酬申報。

(2). 第二階段~第三階段之申報：

A. 定額醫令項目：醫令類別請填「2」，請集中於實際醫療費用醫令項目之前申報，並填列執行起迄日期。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，並填列執行起迄日期。

(3). 第四階段之申報：

A. 定額醫令項目：醫令類別請填「2」，請集中於實際醫療費用醫令項目之前申報。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」。

C. 「總量」欄位填列實際申報天數。

(二) 住院未參與計畫之申報：各病房異動皆應「獨立」切帳申報

病房	費用清單			醫令清單	
	申報類別	案件分類	給付類別	醫令代碼	醫令類別
ICU 呼吸器使用>21天	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	實際醫療費用醫令項目	依現行論量計酬申報方式申報
				申報時病患仍使用呼吸器但<21天，應暫緩申報，俟確認病患使用呼吸器滿21天為呼吸器依賴患者，或脫離呼吸器滿5天非屬呼吸器依賴患者後，依規定申報。	
亞急性呼吸照護病房	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	實際醫療費用醫令項目	依現行論量計酬申報方式申報
慢性呼吸照護病房	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	P1011-2C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令項目	依現行論病例計酬申報方式申報
				1. 「實際醫療費用」>「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P 碼」+「得另核實項目」 2. 當「實際醫療費用」<「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。	
一般病房(含經濟病房)	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	P1005K- P1012C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令項目	依現行論病例計酬申報方式申報
				1. 一般病房費用「實際醫療費用」>「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P 碼」+「得另核實項目」 2. 當「實際醫療費用」<「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。	

四、病患轉介之流程：詳附圖。

五、品質監控指標

(一) 結構指標

- 1、照護小組各類照護人員之專業資格。
- 2、照護小組各類照護人員與病患之比例。
- 3、照護小組各類照護人員再教育狀況。

(二) 過程指標

- 1、照護小組各類照護人員之照護及在職教育品質。
- 2、內部品質監控指標：
 - (1)個案完整登錄比率。
 - (2)疾病嚴重度。
- 3、呼吸器依賴病患之個案管理與出院規劃完整性。

(三) 結果指標：(以下之指標均以出院日為準)

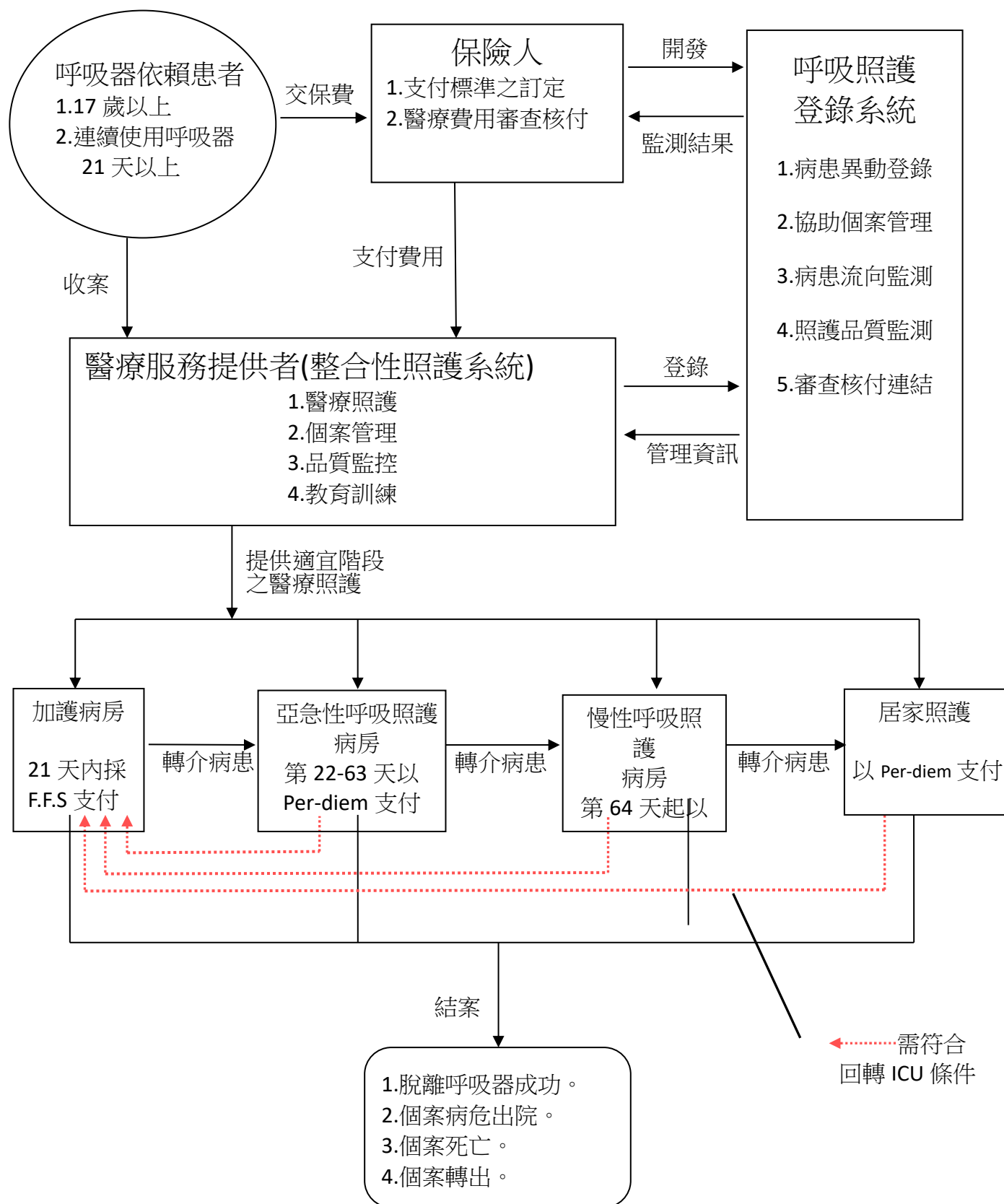
1、品質監控指標

- (1) 平均住院日（不適用慢性呼吸照護病房）
- (2) 平均呼吸器使用日（不適用慢性呼吸照護病房）
- (3) 回轉率。
- (4) 死亡率。
- (5) 呼吸器脫離成功率。
- (6) 未脫離呼吸器下轉居家照護比率

2、被保險人（或其家屬）之滿意度。

肆、計畫修正程序：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。

附圖、呼吸器依賴患者整合性照護流程圖



附件一 特約醫療機構參與「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申請書

壹、整合性照護系統醫療機構名單

整合性照護系統								各照護階段病床數（床）					
醫療機構名稱	醫療機構代號	整合關係(勾選)		層級(勾選)				加護病房				亞急性呼吸 照護病房	慢性呼 吸 照 護 病 房
		主要負責 醫院	系統內其他 醫療機構	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	居家照 護機構	甲 級	乙 級	丙 級	丁 級		

第一聯 保險人存查
第二聯 醫院存底

備註：1.主要負責機構需將整合性照護系統內所有醫療機構全數填列，系統內其他醫療機構只需填列自家機構及主要負責醫院。

2.整合關係依在整合性照護系統(IDS)內主要負責醫院或系統內其他醫療機構以勾選方式填送。

3.本計畫鼓勵組成整合性照護系統，未組成之院所得不填報整合關係欄位之醫療機構資料。

貳、配合措施：

一、個案管理人措施

個案管理人姓名：

學歷：

經歷：

聯絡電話：

職掌：1.

2.

二、個案轉介措施

三、系統內醫院輔導措施

四、醫療品質確保措施

參、預期達成效益

本申請書連同醫事人員暨設備資料表共 頁

請惠予核定為荷。此致

保險人

發文日期： 年 月 日

發文字號： 字第 號

申請醫療機構名稱及代號：

負責人： 簽章 院所經辦人： 簽章

備註：本申請書一式二聯由特約醫療機構填寫，經醫療機構負責人簽章後，逕寄本保險之分區辦理。

相關醫事人員暨設備資料表

亞急性呼吸照護病房

慢性呼吸照護病房

居家照護機構

全頁，第頁

序 號	職稱 代碼 *	專任或兼任(勾選)		姓 名	身分證字號	出 生 年 月 日	執業執照字號	設備	
		專任	兼任					名稱	型號

*職稱代碼：1: 胸腔專科醫師, 2:住院醫師, 3:護理人員, 4:病患服務員, 5:呼吸治療人員, 6:其他

附件二「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」

計畫給付項目及支付標準

第一章 呼吸器依賴患者全面納管

通則：

- 一、收案條件：呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器21天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為57001B (侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用57023B之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用57001B或57002B後，因病情好轉改用57023B之呼吸器依賴患者；或居家照護階段，經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis；ICD-10-CM：G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy；ICD-10-CM：G71.2、G71.0)、脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy;ICD-10-CM：G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型Pompe disease;ICD-10-CM：E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表9.5之收案標準者，再經本保險人分區業務組審查符合醫療必須使用呼吸器處置項目57023B(非侵襲性陽壓呼吸治療如Bi-PAP，排除Nasal PAP、CPAP)之呼吸器依賴患者。註：呼吸器使用條件詳附表9.1。
- 二、所有呼吸器依賴個案，自其連續使用呼吸器超過21天起，所有異動（轉入、轉出及結案狀況等）特約醫事服務機構應於5日（工作日）內上網登錄(含本計畫公告實施日前已開始使用呼吸器之所有個案)，未於5日內登錄者，自登錄日起才支付費用，若登錄不實者，費用不予支付，惟不可歸責於醫院者，不在此限，並由原登錄不實或未登錄者扣回相關點數。
- 三、脫離呼吸器成功之病患應改依本計畫以外支付標準申報，脫離呼吸器成功之定義：脫離呼吸器 ≥ 5 日，5日中之第1日，若使用呼吸器小於6小時(不含)，則當日可視為未使用呼吸器(得計算為5日之第1日)；惟連續中斷之第2~5日必需是完全沒有使用呼吸器才能視為脫離成功。

四、結案條件：

- (一) 脫離呼吸器成功。
- (二) 個案病危出院。
- (三) 個案死亡。
- (四) 個案轉出。

註：嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數。

五、病患不論是否於同一特約醫事服務機構之住院、出院、轉入轉出次數，多次入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數均採論病人歸戶累計計算。

六、收治呼吸器依賴患者之院所應積極協助病患嘗試脫離呼吸器，一般病房(含經濟病床)或慢性呼吸照護病房收治之個案，在本次呼吸器依賴期間，非曾依規定階段由上游病房下轉者，均應提出事前核備，否則費用不予支付，依規定提出事前核備經專業審查認定確為長期呼吸器依賴患者，後續轉至其他病房得免事前核備，惟病患送事前核備結果如有後續追蹤之必要(如後續病況緩和時可再次嘗試脫離呼吸器等)，或經保險人分區業務組認定需加強審查者，應配合再次提出事前核備。

註：上游病房係指下列條件之一

- (一) 經保險人核准之亞急性呼吸照護病房。
- (二) 前述亞急性呼吸照護病房所屬醫療機構設立之加護病房。
- (三) 經保險人分區業務組依據 weaning rate 或 dependent rate 等條件認定之加護病房。

七、法定傳染病、燒傷病患或經疾病管制署感染控制措施規定建議入住隔離或特殊設備病房或罕見疾病病患得採核實申報醫療費用，惟仍需依本章通則二之規定辦理。

第二章 整合性照護

第一節 住院照護階段

通則：

一、符合下列(一)或(二)項條件者，需適用本節支付標準：

(一)事先報經保險人核准。

(二)收治符合呼吸器依賴病患定義之一般病床。

(三)17 歲以上呼吸器依賴患者。若符合前二項條件惟未滿 17 歲需申請本支付標準者，可向保險人各分區業務組申請專案認定，若經同意應依本節通則規定申報醫療費用，未選擇依本章規定辦理者，當其滿 17 歲時，特約醫事服務機構應改依本章規定辦理。

註：年齡之認定採實際發生「費用年月」減「出生年月」計算，計算後取其「年」，若「月」為負值，則「年」減 1，17 歲以上係指前述計算結果大於等於 17。

二、各階段特約醫事服務機構需符合衛生福利部「醫療機構設置標準」，17 歲以下患者選擇適用本節支付標準規定者，亦應符合上述設置標準，惟其中病床若符合醫療機構設置標準嬰兒床或兒科病床之規定者，視同符合規定。

三、本計畫鼓勵組成整合性照護系統(IDS, Integrated Delivery System)，提供含括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房各階段照護；各照護階段之支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4，其中亞急性呼吸照護病房及慢性呼吸照護病房階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行血液透析(58001C)、腹膜透析(58002C)(含透析液及特材)、連續性可攜帶式腹膜透析(58009B-58012B、58017C、58028C)(含透析液)、氣管切開造口術(56003C)、緊急手術、施行安寧療護共同照護費(P4401B-P4403B)及緩和醫療家庭諮詢費(02020B)外，不得申報其他費用。

四、經醫生診斷為 Myasthenia gravis(重症肌無力症，ICD-10-CM：G70.00;G70.01)且領有重大傷病證明者，經神經內科專科醫師認定，需進行血漿交換術或輸血治療之病人，除依通則三規定及申報血液灌洗(58003C-58006C)、連續性動靜脈血液過濾術(58007C)、血漿置換術(58008C)、腹水移除透析(58013C)、連續性全靜脈血液過濾術(每日)(58014C)、血小板分離術(58015C)、二重過

濾血漿置換療法(58016C)、連續性全靜脈血液過濾透析術(每三日)(58018C)、緩慢低效率每日血液透析過濾治療(58030B)、輸血費(93001-93023)、輸血技術費(94001-94005)、抗感染安全尖端導管(CPC03A4703AR、CPC03A5123AR)等項目外，不得申報其他費用。

五、所有個案皆需依階段下轉(STEP DOWN CARE)之原則辦理，各階段若未依病情及本節通則規定入住，則依下階段或適宜入住階段之費用支付，並累計各階段照護日數：

(一)「加護病房階段」：除符合延長加護病房照護之狀況者外，照護日數最長為 21 天，主治醫師須隨時依患者病情判斷下轉，嘗試進行呼吸器脫離。

1. 應下轉而未下轉者，自應下轉日起每日醫療支付點數核扣標準如下：

- (1) 醫學中心每日核扣6,710點
- (2) 區域醫院每日核扣5,810點
- (3) 地區教學醫院每日核扣3,750點
- (4) 地區醫院每日核扣2,960點

2. 以上「應下轉而未下轉之部分」住院日數應累計於其應下轉之階段，第 1 日至 42 日累計於亞急性呼吸照護病房，亞急性呼吸照護病房累計超過 42 天部分累計於慢性呼吸照護病房。

(二)「亞急性呼吸照護病房階段」：

1. 照護日數最長為42天(含嘗試脫離期間)，未依患者病情及本規定下轉，自應下轉日起醫療支付點數以慢性呼吸照護病房或適宜入住階段標準支付。
2. 加護病房下轉至本階段個案，若下轉後合計使用呼吸器日數未達呼吸器依賴患者定義即脫離成功、轉出或死亡(含自動出院)者，其於本階段之支付點數仍按本階段支付標準支付。
3. 亞急性呼吸照護病房合計醫療服務點數大於定額時，除定額外，得加計申報『合計醫療服務點數』減「定額」之三分之一。

(三)「慢性呼吸照護病房階段」：支付標準及規定如附表 9.3。

六、呼吸器依賴個案於嘗試脫離呼吸器期間若仍住在亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房，得按亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房支付標準申報，嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數，呼吸器脫離成功者，即應轉出至一般病房。

七、因亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房滿床得轉至一般病房，採論量計酬並以病患適宜入住階段之費用為上限支付，餘應按本節支付標準規定入住各階段病房，病患俟後由一般病房再回轉至慢性呼吸照護病房、亞急性呼吸照護病房者，應累計其使用呼吸器之照護日數。

八、本整合性照護凡轉入各階段之日，不論何時，均作一天論，轉出該階段或出院之日，不論何時，其當日不予計算支付點數。

九、鼓勵亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房病人簽署拒絕心肺復甦術（Do not resuscitate，DNR）獎勵措施：自病人簽署 DNR 之日起(於本獎勵實施前已簽署者，自獎勵措施實施之日起)，院所得於亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房之每日定額費用，額外申報獎勵費用 100 點/日/人。

(一)病人簽署DNR之日：以健保卡註記時間或院所申報虛擬醫令「DNR」之執行起日認定。

(二)申報方式：

1. DNR虛擬醫令：醫令代碼填報「DNR」(大寫)，醫令類別填報G(專案支付參考數值)，「支付成數」、「總量」、「單價」及「點數」等欄位填報「0」。

2. 支付標準及規定如附表9.3。

(三)申報本項獎勵之院所，於次年評估該院「呼吸器依賴病人之安寧利用率」是否較前一年提升，以作為本項獎勵之觀察指標。

第二節 居家照護階段

通則：

一、適用本節之支付標準需事先報經保險人核准。

二、收案條件須符合下列(一)或(二)項條件：

(一)呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B(侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B(非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用 57023B 之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用 57001B 或 57002B 後，因病情好轉改用 57023B 之呼吸器依賴患者。

(二)經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis; ICD-10-CM: G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy; ICD-10-CM: G71.2、G71.0)、脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy; ICD-10-CM: G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型 Pompe disease; ICD-10-CM: E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表 9.5 之收案標準者；病患經專業審查同意收案後，每年評估 1 次，3 年以後除有特殊理由，原則不再評估。

三、特約醫事服務機構需按附表 9.2 辦理並向當地衛生主管機關核備。

四、符合本節收案條件之患者，因病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房時，視同符合住院照護階段收案條件，並適用本計畫第二章第一節相關規定。

五、支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4。本階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行安寧居家照護外，不得申報其他費用。

六、呼吸器依賴個案若係由醫院轉回家中或健保特約之一般護理之家或「開業執照載有含收住呼吸器依賴個案之一般護理之家」或「依長期照顧服務法設立之住宿式長照機構或設有機構住宿式服務之綜合式長照機構，於設立許可證書載有服務對象含『呼吸器依賴者』」照護者，只需依規定上網登錄，惟若所收個案非由醫院轉回上述地點，則應由醫師評估其使用呼吸器之必要性，並檢具評估報告，送保險人分區業務組審查同意後上網登錄。未依規定辦理者，醫療費用不予支付。

附表 9.1 呼吸器使用條件

臨床上使用呼吸器的目的如下：

一、生理上的目的：

- (一)支持肺氣體交換
- (二)藉減輕呼吸肌肉負擔而降低呼吸功率

二、臨床上的目的

- (一)矯正低血氧症
- (二)矯正急性呼吸性酸血症
- (三)緩解呼吸窘迫
- (四)避免或矯正肺塌陷
- (五)矯正通氣肌肉疲乏
- (六)允許使用鎮定劑或肌肉鬆弛劑

基於以上的目的，使用呼吸器最主要的適應症就是急性呼吸衰竭，而急性呼吸衰竭的臨床表現可以是無法獲得足夠動脈氧氣濃度或維持足夠的肺泡換氣量或兩者皆有。因此，使用呼吸器的臨床認定條件應為如下：

- 一、呼吸停止。
- 二、急性通氣衰竭(PaCO_2 上升，且大於 55mmHg，伴隨酸血症， $\text{pH} < 7.20$)。
- 三、即將急性通氣衰竭：如每分鐘呼吸次數 > 35 次、自發性通氣量太小、呼吸驅動力不穩定、呼吸肌收縮力或耐力不足等。
- 四、嚴重低血氧症。

附表 9.2 全民健康保險呼吸照護---居家照護團隊組成條件

人員	條件
(一) 醫師	1. 由胸腔專科醫師、重症專科醫師、內科專科醫師、新生兒科醫師、兒童胸腔科醫師、兒童重症科醫師或兒科專科醫師至少一名（專任或兼任）可提供每位病患至少每二個月一次，每次至少一小時之訪視。 2. 前述新生兒科醫師、兒童胸腔科醫師或兒童重症科醫師，限訪視未滿17歲之呼吸器依賴患者。 3. 前述兒科專科醫師限訪視「全民健康保險醫療資源缺乏地區」之未滿17歲呼吸器依賴患者。
(二) 呼吸治療人員	由呼吸治療人員（專任或兼任，惟月個案數逾30名時，應至少有一名專任）可提供每位病患每個月至少二次，每次至少一小時之訪視。
(三) 護理人員	至少一名專責訪視護理人員，可提供每位病患每個月至少二次，每次至少二小時之訪視。若每名專責訪視護理人員每月訪視超過四十五次後，則需增加一名。
(四) 個案管理人員	由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社會工作人員擔任（專任或兼任）
(五) 其他人員	需要時得設置物理治療人員、職能治療人員、臨床心理師及社會工作人員。
備註： 1、 本項居家照護應由醫師指導之團隊提供服務。 2、 呼吸治療人員依呼吸治療師法規定辦理，並具有二年（含）以上臨床呼吸治療工作經驗者（不含六個月受訓期間） 3、 專責訪視護理人員至少一名具備二年以上內外科臨床經驗。	

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	備註
加護病房 (照護日數 ≤21日)	急性呼吸衰竭期		論量計酬	一、患者符合以下狀況，得延長加護病房照護，每次以7日為原則： - 各器官系統呈現不穩定狀況： - 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 - 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 - 肝衰竭表現者。 - 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 - 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 - 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 - 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cm H₂O 仍無法維持 SaO₂ (SpO₂)≥90%或PaO₂≥60mmHg. 二、各器官衰竭狀態已獲得控制時，應下轉亞急性呼吸照護病床積極脫離呼吸器。 三、不同醫院之加護病房轉介，依下列原則辦理： - 同層級間轉介，照護日數累計。 - 高層級轉低層級，照護日數累計。 - 低層級轉高層級，照護日數不累計。 - 以上「層級」係指「特約類別」。
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： 10,647點/日/人 第22-42天： 7,991點/日/人 第1-21天： 9,660點/日/人 第22-42天： 7,256點/日/人	一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則： - 各器官系統呈現不穩定狀況： - 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 - 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 - 肝衰竭表現者。 - 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 - 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 - 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				3. 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO_2)$\geq 40\%$且吐氣末端陽壓 $\text{PEEP} \geq 10\text{cmH}_2\text{O}$仍無法維持 $\text{SaO}_2(\text{SpO}_2) \geq 90\%$或$\text{PaO}_2 \geq 60\text{mmHg}$. 二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應依患者病情下轉適當之照護階段，下轉亞急性呼吸照護病床者，累計回轉前亞急性呼吸照護病床之照護日數。 三、病況若不適合積極嘗試脫離呼吸器者，不應轉入亞急性呼吸照護病床。 四、專業認定未積極嘗試脫離且無其他醫學上特殊理由之亞急性呼吸照護病床病患，以下一階段慢性呼吸照護病房費用給付。 五、本階段病患若有醫學上理由認定無須嘗試脫離呼吸器時，改以慢性呼吸照護病房費用支付。
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： 4,451點/日/人 第91天以後： 3,674點/日/人	一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則： - 各器官系統呈現不穩定狀況： • 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 • 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 • 肝衰竭表現者。 • 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 • 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 - 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 3. 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO_2)$\geq 40\%$且吐氣末端陽壓 $\text{PEEP} \geq 10\text{cm H}_2\text{O}$仍無法維持 $\text{SaO}_2(\text{SpO}_2) \geq 90\%$或 $\text{PaO}_2 \geq 60\text{mmHg}$. 二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應回慢性呼吸照護病房，並累計回轉前慢性呼吸照護病房之照護日數。 三、本階段申報項目，需依病患入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數累計計算。

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				四、本階段審查原則：依據全民健康保險醫療費用審查注意事項審查原則辦理。
居家照護	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1015C P1016C	論日計酬： 900點/日/人 310點/日/人	一、患者符合以下狀況得轉居家照護： - 病人與呼吸器配合良好，且呼吸器設定如下： - 使用穩定的換氣方式。 - 氧氣濃度$\leq 40\%$。 - 呼吸道最高壓力變化不超過$10\text{cm H}_2\text{O}$。 - 吐氣末端陽壓(PEEP)$\leq 5\text{ cm H}_2\text{O}$。 - 不需調整吸氣靈敏度。 - 每日有穩定的脫離時間(<18小時)或完全無法脫離。 - 病人在使用呼吸器時，完全沒有呼吸困難的感覺。 - 動脈血液氣體分析與酸鹼值均在合理的範圍($\text{PaO}_2 \geq 55\text{mmHg}$，$\text{PaCO}_2 \leq 55\text{mmHg}$，$\text{pH} : 7.30 - 7.50$) - 電解值在正常範圍內。 - 心臟功能正常，且無威脅生命的心律不整出現。 - 甲狀腺、肝、腎功能正常，中樞神經系統功能穩定。 - 適當的營養狀態($\text{Albumin} \geq 3\text{gm}\%$) - 無急性發炎狀態(體溫不超過$38.5^\circ\text{C}$，白血球不超過$10000/\text{mm}^3$) 二、支付點數含下列各項費用： - 居家呼吸照護小組各類人員訪視費： - 呼吸治療專業人員訪視次數每一個案每月至少二次。 - 護理師訪視次數每一個案每月至少二次。 - 醫師訪視次數每一個案每二個月至少一次。 - 治療處置費。 - 治療材料費：含居家呼吸照護治療處置時所需治療材料之使用或更換。 - 設備供應費：含居家呼吸照護所需一切設備及附件之供應。 - 設備維修費用。 三、收案時，個案已自備呼吸器等設備，以P1016C(支付點數含備註二-1、2、

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				四、上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險特約醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。 五、應確實記載訪視個案之訪視紀錄，訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章，未記載訪視紀錄或記載不全或品質不佳者，予以核扣當日論日計酬醫療費用，首次申報費用應檢附訪視紀錄。 六、申請本項給付者，不得再申請本保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護之支付。 七、患者得依病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房，回轉加護病房者須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準加護病床使用適應症，不符合適應症而回轉者，以P1012C支付。 八、回轉加護病房照護者，病情好轉，應回第三階段或第四階段，回第三階段者，以P1012C支付。
獎勵支付項目		編號	支付點數	備註
<u>鼓勵亞急性呼吸照護病房病人簽署 DNR 獎勵</u>		<u>P1017B</u>	<u>100 點/日/人</u>	一、<u>鼓勵亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房病人簽署拒絕心肺復甦術 (Do not resuscitate, DNR) 獎勵措施。</u> 二、<u>併同亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房之論日計酬費用申報。</u>
<u>鼓勵慢性呼吸照護病房病人簽署 DNR 獎勵</u>		<u>P1018B</u>	<u>100 點/日/人</u>	

附表 9.4

項目名稱	編號	支付點數
醫學中心亞急性呼吸照護病房病床費/天	03012GA	1,638
醫學中心亞急性呼吸照護病房護理費/天	03049GA	2,457
區域醫院亞急性呼吸照護病房病床費/天	03013HA	1,218
區域醫院亞急性呼吸照護病房護理費/天	03050HA	1,827
慢性呼吸照護病房病床費/天	03003BA	404
慢性呼吸照護病房護理費/天	03028BA	451
呼吸治療人員訪視	05303CA	970
居家使用呼吸器/天	54007C1	590

註:本表所訂點數已含於定額內，申報費用時，應填報項目編號、名稱、數量及金額，醫令類別填 4，本表未列者，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準其他章節規定辦理。

附表 9.5 居家照護階段收案條件(二)之收案標準

一、居家個案須符合下列各項生理指標之審查規定：

(一) PCO_2 exceeds 50 mmHg or when hemoglobin saturation remains $< 92\%$ while awake.

(二) $\text{FVC} < 50\%$ predicted or Pimax less than 60 cm H_2O : Upright and supine position examination, history and examination every three months.

(三) $\text{PaCO}_2 > 45\text{mmHg}$, with morning headache, abdomen paradox, and orthopnea

(四) Sleep oximetry demonstrates oxygen saturation less than or equal to 88% for at least five continuous minutes, done while breathing the member's usual FIO_2 .

二、17 歲以下(含)患者得依下列規定審查：

(一) daytime hypercapnia ($\text{PCO}_2 > 50\text{mmHg}$).

(二) sleep hypoventilation ($\text{PCO}_2 > 50\text{ mmHg}$) accompanied by oxyhemoglobin desaturation $\leq 92\%$ or a history of recurrent hospitalization for pneumonia or atelectasis.

報告事項

第 四 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關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)第六部論病例計酬通則及第七部第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則報告案。

說明：

- 一、依據本署 110 年 12 月 15 日健保審字第 1100036634 號令及 111 年 5 月 25 日健保醫字第 1110106622 號函辦理。
- 二、案係本署 110 年 12 月 15 日修訂「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」，並更名為「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」（附件 1，頁次報 4-3~4-5），目前已依程序完成支付標準第七部「全民健康保險住院診斷關聯群 Tw-DRGs」支付通則涉前揭作業要點之修訂，自 111 年 6 月 1 日生效。
- 三、查支付標準第六部論病例計酬通則十七及十八亦訂有自費特材之相關規範，爰配合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」修訂該章相關文字內容，並比照支付標準第七部 Tw-DRGs 公告內容修訂，重點說明如下：
 - (一)「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」名稱修正為「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」。
 - (二)「自費特材」改為「全民健保尚未納入給付特材品項表(下稱品項表)」。
 - (三)通則十七新增(一)「病人同意使用符合品項表之特材，保險醫事服務機構應依醫療法第二十一條規定辦理」。
 - (四)通則十七(二)修正為：如收取自費，保險醫事服務機構於申報論病例計酬時，應扣除被品項表特材替代之健保給付特材之支付點數，且應併同醫療費用申報。對照檔請參閱保險

人全球資訊網公告之「全民健保尚未納入給付特殊材料品項(自費醫材)與替代健保給付特材品項對照檔」。

四、另本署前於 111 年 3 月 1 日刪除支付標準第七部第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則之年齡計算方式，年齡認定回歸支付標準第一部總則十五（**附件 2，頁次報 4-6~4-8**），惟考量 DRG 分類架構及定額中年齡加成之計算方式係以入院日期認定，個案年齡係以「入院日期」並非「各診療項目執行日期」計算，爰研擬於第七部第二章明列年齡計算方式為「入院年月日」減「出生年月日」。

五、本案經討論後如獲同意，擬修訂支付標準表（**附件 3，頁次報 4-9~4-11**），並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決定：

全民健保尚未納入給付特材管理作業要點

101 年 12 月 26 日健保審字第 1010075875 號令訂定，自 101 年 12 月 1 日生效
102 年 7 月 25 日健保審字第 1020035754 號令修定，自 102 年 7 月 23 日生效
110 年 12 月 15 日健保審字第 1100036634 號令修定，自 110 年 12 月 15 日生效

- 一、衛生福利部中央健康保險署（以下稱健保署）為規範保險醫事服務機構因臨床業務需要，使用公告於健保署全球資訊網之「全民健保尚未納入給付特材品項表」所列醫材相關事宜，特訂定本要點。
- 二、健保給付特殊材料，均由醫材許可證持有者向健保署提出「納入全民健康保險給付建議書」（以下稱建議書），經完成審議程序後，尚未納入健保給付前，得公告於健保署全球資訊網「全民健保尚未納入給付特材品項表」（<https://ppt.cc/f2fRWx>）；未提出者，本保險不予給付，且保險醫事服務機構不得向保險對象收取自付費用。
- 三、保險醫事服務機構為保險對象提供醫療服務時，應依健保法規定優先使用健保給付之特材品項。
- 四、健保署管理「全民健保尚未納入給付特材品項表」之原則：
 - （一）醫材許可證持有者已向健保署提出建議書之醫材，在健保署受理並完成審議程序，尚未納入健保給付前，得暫予登載於「全民健保尚未納入給付特材品項表」，用以向本保險申報。
 - （二）符合下列條件之品項，則不列入前述品項表：
 1. 經全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議決議列項收載，但醫材許可證持有廠商不同意納入健保給付者。
 2. 目前缺乏本保險給付原則之醫療效益，臨床實證尚不足以支持其效能，或其他相關資料提出有安全考量之品項，經審議不納入健保者。
 - （三）自一百零二年起經完成審議程序之功能類別品項，並已登載於品項表三年以上者，基於臨床專業評估或行政管理責任，本署將重啟審議，以符合臨床使用現況。
- 五、符合下列條件之品項，醫材許可證持有者無需向健保署提出收載建議：

(一) 依全民健康保險法（以下稱健保法）第五十一條規定，不列入本保險給付範圍者。

(二) 符合「全民健康保險不予收載特殊材料之處理原則」者。

(三) 「保險醫事服務機構使用醫療科技評估（HTA）期間或已完成 HTA 後不同意納入健保支付診療項目虛擬醫令代碼」所需之特材、導航系統之附件及機械手臂設備之輔助手術定位配件等。

六、保險醫事服務機構為保險對象提供醫療服務時，應依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十五條規定辦理。保險醫事服務機構因臨床實務需要，使用「全民健保尚未納入給付特材品項表」之品項，向民眾收取費用應依醫療法第六十三條、六十四條及第八十一條，善盡充分說明、知情同意責任，其收費應依醫療法第二十一條規定辦理，以保障保險對象權益。

七、作業程序：

(一) 保險醫事服務機構使用「全民健保尚未納入給付特材品項表」之品項，其收費標準應依醫療法第二十一條規定辦理，報請直轄市、縣（市）主管機關核定向民眾收取費用之標準。

(二) 資訊公開：保險醫事服務機構應將「全民健保尚未納入給付特材品項表」之品項、主管機關核定符合醫療法第二十一條規定之自付費用、產品特性、副作用、與健保已給付品項之療效比較等資訊，公布於院所網際網路或明顯處所，且應同時於健保署全球資訊網「醫材比價網」登載該品項之收取民眾自費金額。

(三) 事前充分告知並簽立同意書：為保障保險對象權益，保險醫事服務機構應於手術或處置前二日為原則（緊急情況除外），交付自付品項費用及產品特性、使用原因（含不符健保給付規定之原因）、應注意事項、副作用，與健保給付品項之療效比較說明書予保險對象或家屬，同時充分向保險對象或家屬解說，並由保險對象或家屬填寫同意書一式二份，一

份交由保險對象保留，另一份則保留於病歷中，另同意書載明事項應包含該「全民健保尚未納入給付特材品項表」之品項名稱、醫療器材許可證字號、保險醫事服務機構醫材單價、數量及自費金額等。

- (四) 保險醫事服務機構向保險對象收取「全民健保尚未納入給付特材品項表」之品項費用，應摺發收據交予保險對象或家屬收存。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第一部 總則

- 一、本標準依全民健康保險法(以下稱本法)第四十一條第一項規定訂定之。
- 二、各保險醫事服務機構適用本標準所列各診療項目，醫學中心、區域醫院及地區醫院依全民健康保險法施行細則第五十九條規定辦理簽定合約之特約類別及支付適用表別，該條文未明列之類別如下：
 - (一)基層醫療院所：指醫學中心、區域醫院及地區醫院以外之醫療機構(以下稱基層院所)。
 - (二)特約藥局。
- 三、經主管機關評鑑合格之各層級醫院精神科，依該院之支付適用表別點數申報；經評鑑合格之精神科專科教學醫院，依區域醫院點數申報；經評鑑合格之精神科專科醫院，依地區醫院點數申報。
- 四、各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，從事適用類別以外之診療項目時，得定期向保險人申請核可適用。
- 五、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。
- 六、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所訂點數申報後，由保險人按門診每一申報案件扣留十點、住院每一申報案件扣留五十點，作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 七、本標準各診療項目支付費用一律以點數計算，每點支付金額依據全民健康保險法第六十二條定之。
- 八、全民健康保險會協定之年度預算所訂之計畫或方案，其給付項目及支付標準依本法第四十一條所定程序辦理，並依各該計畫或方案之規定給付與支付。
- 九、本標準所稱「山地離島地區」，依「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」之規定辦理。

十、事前審查：

- (一)依本法第四十二條規定，保險醫事服務機構為保險對象施行附表所列項目及各診療項目已規定應事前審查者，保險醫事服務機構應依規定申請事前審查。
- (二)保險醫事服務機構向保險人申報事前審查時，應檢附下列文件：
 - 1.事前審查申報書。
 - 2.足供審查判斷之病歷及相關資料。
 - 3.前項應事前審查項目規定之必備文件資料。
- (三)保險人應於收到保險醫事服務機構送達事前審查申報文件起二週內完成核定，逾期未核定者，視同完成事前審查。但資料不全經保險人通知補件者，不在此限。
- (四)經保險醫事服務機構認定因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。
- (五)依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申請或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。事前審查案件，申報或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。

十一、施行特定治療檢查檢驗項目，除本標準已明定適應症外，應符合衛生福利部公告之「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」。

十二、經主管機關核定公告不給付之醫療服務項目如下：

- (一)近視手術治療。
- (二)非治療需要之人工流產，惟因性侵害受孕之人工流產醫療費用不在此限。非治療需要之人工流產係指以下項目以外之人工流產：
 - 1.本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
 - 2.本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
 - 3.有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。

4.有醫學上理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。

(三) 酒癮、煙癮之戒斷治療。

(四) 以裝配眼鏡(含隱形眼鏡)為目的之診療項目，包括：眼科驗光檢查、交付配鏡處方及診察費等。(中華民國一百零四年十月二十二日衛部保字第一〇四一二六〇七一五號公告)

十三、地區醫院週六、週日及國定假日之西醫門診（不含急診）案件，申報本標準第二部各診療項目（不含第二部第一章第一節門診診察費），依各該編號項目所訂點數加計百分之三十支付。

十四、本標準第二部、第三部及第六部中有關期間天數之定義如下：每週(每星期)係指七天，一個月係指三十天，三個月(一季)係指九十天，六個月(半年)係指一百八十天，十二個月(一年)係指三百六十五天，十八個月(一年半)係指五百四十五天，二十四個月(兩年)係指七百三十天。每年係以日曆年計。

十五、有關年齡之認定，除本標準各部章節另有規定外，涉及年齡加成者，門診採就醫年月日、住院採診療項目實際執行年月日，減出生年月日計算；其餘年齡限制，採診療項目實際執行年月日減出生年月日計算，若無填報診療項目實際執行日期，則以就醫日期或入院日期認定。

第六部 論病例計酬

通則：

- 一、當主診斷及主手術(或處置)碼為本部各章節所列疾病診斷碼及手術(或處置)碼時，依本部各章節所訂支付點數或相關規定申報費用。
- 二、本部各章節所訂診療項目分為基本診療項目、選擇性診療項目二部份，基本診療項目之實施需達所訂基本診療項目之 65%(以四捨五入取至整數位)，選擇性診療項目(或其他診療項目)若為診療必須仍應施行，惟其費用已包含於定額中不得另行申報費用。
- 三、個案出院時應符合本部各章所訂出院狀態。
- 四、申報費用時須詳填國際疾病臨床修訂號碼，包括診斷碼及手術(或處置)碼，若有其他合併症時應詳填次診斷、次手術(或處置)碼。
- 五、本部各章節所訂點數中，已包含病房費、診察費、藥事服務費、藥品費、各項檢查及治療處置費、注射費、麻醉費、手術費、一般材料費及特殊材料費等健保支付標準所訂相關費用。
- 六、本部各章節所訂項目，若未依規定完成治療，保險對象即因故出院者，整筆醫療費用應按實際醫療費用申報。
- 七、本部各章節所述「實際醫療費用」應以本部以外其他各章節所訂點數計算。
- 八、本部各章節中基本診療項目列有執行次數，每項目執行一次即視為完成，惟醫令項目之執行未依規定達 65%時，以「所訂全部項目中未執行項目×其個別執行次數」為核減項次。
- 九、本部各章節中基本診療項目中有※者為必要執行項目，若未執行，整筆醫療費用不予給付。
- 十、各章節中若術前、術中或術後列有相同項目時，視為一項，其執行次數為二者之合計。
- 十一、本部各章節列有「得核實申報上限點數」及「得核實申報個案數比率」，其中「得核實申報上限點數」係指各醫療院所該項手術案件中，其有次診斷或次手術(或處置)而致實際醫療費用在所列之點數以上者，得按實際醫療費用申報；「得核實申報個案數比率」係指依前述規定核實申報之個案數不得超過各醫療院所當月份該項手術個案數之比率。
- 十二、本部各章節所訂項目，若有公認新療法或公認新手術方式，醫療院所應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後先行訂定申報項目，供特約醫療院所適用，俟彙集項目及完整資料後，再另依全民健康保險法第四十一條辦理。

- 十三、若特約醫療院所計算得核實申報個案數未達一個案例時，得有一個案例核實申報，惟應同時符合申報上限點數之規定。
- 十四、特約醫療院所門診論病例計酬案件釋出處方者，應扣除釋出處方之藥費及藥事服務費後申報。
- 十五、本部各章節所訂項目執行率為百分之百之診療項目(例如第二部第一章病房費、診察費、藥事服務費等，以及本部之必要診療項目)之支付點數有異動時，依上述診療項目計算前後點數差額，配合調整本部定額支付點數及核實申報上限點數，其中第二部第一章項目次數，依本標準所列各論病例計酬平均住院日數計算；必要診療項目次數，則依本部各診療項目要求表所列次數計算。
- 十六、已導入全民健康保險住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)之論病例計酬項目，適用 Tw-DRGs 之醫院應以 Tw-DRGs 支付標準申報。
- 十七、論病例計酬案件使用符合「~~全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範~~全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」之~~自費特材~~「全民健保尚未納入給付特材品項表(下稱品項表)」所列特材，排除自付差額之特材品項，其保險醫事服務機構收費、申報及健保支付方式如下：
- (一) 病人同意使用符合品項表之特材，保險醫事服務機構應依醫療法第二十一條規定辦理。
- (二) ~~(一)DRG 支付點數需扣除自費特材自付品項費用替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由保險醫事服務機構自行併同醫療費用申報。~~如收取自費，保險醫事服務機構於申報論病例計酬時，應扣除被品項表特材替代之健保給付特材之支付點數，且應併同醫療費用申報。對照檔請參閱保險人全球資訊網公告之「全民健保尚未納入給付特殊材料品項(自費醫材)與替代健保給付特材品項對照檔」。
- 【醫令類別應填報：「D」(被替代之特材項目)、「E」(自費特材項目-未支付)或「F」(自費特材項目-不符給付規定)。】
- (三) ~~(二)~~併同醫療費用申報資料：自費特材品項表(含不給付項目及不符適應症之個案)之品項代碼、單價、數量、收取自費總金額；被替代之~~原~~健保給付特材品項代碼、~~支付~~單價、數量及支付點數。
- (四) ~~(二)~~全額自費品項表特材收取之自費金額，不得計入本部所稱「實際醫療費用」計算。
- 十八、除病人同意使用符合「~~全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範~~全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」規定之~~自費特材品項表特材~~或自付差額之特材品項外，不得另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。

第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則

一、Tw-DRG 之診斷及處置代碼，以美國「2014 ICD-10-CM/PCS」版本為基礎。

二、名詞定義

(一)主診斷(Principal Diagnosis)：經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷，住院中產生之併發症或住院中管理不當產生之危害不得為主要診斷。

(二)開刀房手術或處置(Operating Room Procedure)：依「TW-DRG 分類手冊」所列項目認定。

(三)合併症或併發症(Comorbidity & Complication) 之認定條件如「TW-DRG 分類手冊」。

三、除 PRE MDC 外，MDC1 至 MDC24 之各 Tw-DRG，其主診斷須為該 Tw-DRG 所屬 MDC 主診斷範圍，詳如「TW-DRG 分類手冊」。

四、Tw-DRG 之編審依序，以 PRE MDC 優先，其次為 MDC24，再次為 MDC1-MDC23，惟 PRE MDC 中之 Tw-DRG48201、48202、48301、48302 等四項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。

五、在同一 MDC 中 Tw-DRG 之認定順序：

(一)外科系 Tw-DRG

1. 有 OR PROCEDURE，且 OR PROCEDURE 與主診斷相關之 Tw-DRG。
2. 有 OR PROCEDURE，但 OR PROCEDURE 與主診斷不相關之 Tw-DRG。
3. 其他。

(二)內科系 Tw-DRG。

(三)前述(一)各點及(二)中，複合條件者較其中單一或部分條件者優先；其他若出現符合二個以上 Tw-DRG 條件者，Tw-DRG 編審結果得以權重高者申報，若其中任一項無權重者，以該個案點數除以全國平均點數，所得值大於等於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於無權重之 Tw-DRG，若屬二個以上無權重 DRG 者依「TW-DRG 分類手冊」內流程圖順序認定，核實申報費用；所得值小於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於該有權重之 Tw-DRG。

六、年齡之認定採「入院年月日」減「出生年月日」計算。

七、MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。

八、正常新生兒照護仍併入生產 DRG 內。

報告事項

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案。

說明：

- 一、依據 111 年 3 月 10 日本會議決議、天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院（下稱永和耕莘）111 年 4 月 29 日耕永醫事字第 1110003132 號函及天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院（下稱湖口仁慈）111 年 5 月 20 日仁醫字第 1117200266 號函辦理。
- 二、查 111 年 3 月 10 日本會議針對轉診支付標準之同體系院所名單修正案決議，俟釐清居家護理所、成大醫院與郭綜合醫院、新仁醫院與蕭中正體系之間關係後，再提會報告。另永和耕莘及湖口仁慈分別來函表示隸屬不同醫療財團法人，不應歸屬同體系。
- 三、綜整前次會議暫無疑義之名單及前揭 2 家醫院之建議，擬調整轉診支付標準之同體系院所名單，新增 5 家院所及刪除 2 家醫院，說明如下：
 - (一)中國醫體系：刪除「陽光精神科醫院(1536040535)」(附件 1，頁次報 5-3)。
 - (二)網站宣稱屬同一醫療體系：
 - 1.北醫體系新增「新國民醫療社團法人新國民醫院(0932020034)」(附件 2，頁次報 5-4)。
 - 2.新增安和體系包括「安和醫療社團法人安和醫院(0943010026)」及「欣安禾婦兒科診所(3543022147)」2 家(附件 3，頁次報 5-5)。
 - (三)隸屬榮總體系：新增「國軍退除役官兵輔導委員會岡山榮譽國民之家醫務室(2642120010)」。
 - (四)天主教體系更名為天主教耕莘體系：
 - 1.天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院(1231030015)及天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院(1133060019)隸屬不同醫

療財團法人，爰天主教體系更名為天主教耕莘體系，並刪除湖口仁慈。

2.天主教耕莘體系新增天主教耕莘醫療財團法人耕莘診所（4031050016）。

四、按本次提案修訂同體系院所名單如附件 4(頁次報 5-6～5-15)，將依程序公開至本署全球資訊網。

決定：

陽光精神科醫院 函

機關地址：436 台中市清水區吳厝里大楊南街 98 號
聯絡電話：(04)26202949 分機 160
傳 真：(04)26202946
聯 絡 人：蔡幸芙

受文者：衛生福利部中央健康保險署中區業務組

發文日期：中華民國 110 年 12 月 22 日

發文字號：陽醫字第 110122202 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：委託經營契約書部分內容影本一份

主 旨：有關 本院申請認定非屬中國附醫醫療體系院所乙事，請 查照。

說 明：

- 一、本院於民國 99 年 7 月 30 日與中國醫藥大學附設醫院簽訂「委託經營契約書」，契約期間共十年，自民國 99 年 8 月 1 日起至民國 109 年 7 月 31 日止，期滿終止契約。
- 二、依契約書內容期滿未續約，本院與中國醫藥大學附設醫院已於 109 年 7 月 31 日正式終止委託經營契約。
- 三、檢送本院與中國醫藥大學附設醫院委託經營契約書部分內容影本(首末頁、委託期間)。

院長賴武賢

正本：衛生福利部中央健康保險署中區業務組

副本：陽光精神科醫院

總收文 110. 12. 24 收到
健保中醫字

中央健康保險署中區業務組
1104071013



臺北醫學大學
新國民醫院

[醫院介紹](#) [醫療專科](#) [醫療中心](#) [就醫指引](#)

形象圖 2

專業 · 關懷 · 親切 · 服務

TAIPEI MEDICAL UNIVERSITY-
HSIN KUO MIN HOSPITAL

[詳細資訊](#)



安和醫療社團法人安和醫院
ANN HER MEDICAL CARE COOPERATION ANN HER HOSPITAL

[HOME | FB粉絲團](#)

[關於醫院
ABOUT US](#)
[最新消息
NEWS](#)
[醫療服務
SERVICE](#)
[就醫指南
GUIDE](#)
[網路掛號
REGISTRATION](#)



安和用心・深得您心

安和附設
產後護理之家

欣安禾
婦兒科診所

■ ■ ■ 欣安禾
婦兒科診所

門診須知

婦產科門診表

小兒科門診表

News

○ 欣安禾婦產科門診表

HOME > 欣安禾婦幼科診所 > 婦產科門診表

診次	一	二	三	四	五	六	日
	(1)診	(1)診	(1)診	(1)診	(1)診	(1)診	(1)診
早診	劉	梁	劉	劉	李	劉	
午診	休診						休診
晚診	林	劉	陳	劉	劉	休診	

李 李宗修 梁 梁世昌 劉 劉孝榮 林 林典慶 陳 陳聖忠

門診時段

- 上午門診：09:00~11:30 (上午門診掛號至11:20)
- 晚上門診：18:30~20:30

醫療團隊 門診時間 網路掛號

衛教專區 親子教室 醫院位置

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)之

同體系院所名單

111 年 6 月 9 日更新

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	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	衛生福利部樂生療養院	
	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	基隆長庚紀念醫院暨情人湖院區	
	32		1101010012	台北長庚紀念醫院	
	33		1132070011	林口長庚紀念醫院	
	34		1132071036	桃園長庚紀念醫院	
	35		1139130010	雲林長庚紀念醫院	
	36		1140010510	嘉義長庚紀念醫院	
	37		1142100017	高雄長庚紀念醫院	
	38		1142010518	高雄市立鳳山醫院	
			1132010024	聖保祿醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除
3	39	慈濟體系	1145010010	花蓮慈濟醫院	
	40		1145030012	玉里慈濟醫院	
	41		1146030516	關山慈濟醫院	
	42		1140030012	大林慈濟醫院	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	43		1131050515	臺北慈濟醫院	
	44		1136090519	臺中慈濟醫院	
	45		1139010013	斗六慈濟醫院	108.6.13 共擬會議決 議新增
	46		4022020019	嘉義慈濟診所	109.9.10 共擬會議決 議新增
4	47	彰基體系	1137010024	彰基總院	
	48		1137010024	彰基中華路院區	
	49		1137080017	彰基二林醫	
	50		1137020520	彰基鹿基醫	
	51		1139040011	雲基醫院	
	52		1137050019	彰基員林基	
	53		1137010042	彰基兒童醫	
			0938030016	佑民醫療社團法人佑民醫院	108.3.14 共擬會議決 議刪除
	54		1538010026	南基醫院	108.10.1 變更院所醫 事機構代號及名稱
			1138010019	彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫 院	
			1537051247	員生醫院	歇業
	55		1537010111	漢銘醫院	108.6.13 共擬會議決 議新增
			1137010051	彰化基督教醫療財團法人漢銘基督教醫 院	108.9.1 變更院所醫事 機構代號及名稱
5	56	高醫體系	1302050014	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	
	57		1102110011	市立小港醫院	
	58		0102070020	市立大同醫院	
	59		1307370011	市立旗津醫院	
6	60	榮總體系	0601160016	臺北榮總	隸屬退輔會
	61		0602030026	高雄榮總	
	62		0617060018	台中榮總	
	63		0622020017	中榮嘉義	
	64		0632010014	北榮桃園	
	65		0633030010	北榮新竹	
	66		0634030014	蘇澳榮民醫	
	67		0634070018	員山榮民醫	
	68		0638020014	榮總埔里分	
	69		0640140012	中榮灣橋	
	70		0641310018	高榮台南	
	71		0643130018	高榮屏東分	
	72		0645020015	北榮鳳林	
	73		0645030011	北榮玉里	
	74		0646010013	北榮台東	
	75		0701160518	關渡醫院	委託經營
	76		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
	77		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
		員榮體系	0937050014	員榮醫院	
			1537051292	員生醫院	歇業

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
7	78	北醫體系	1301170017	台北醫學大	
	79		1301200010	萬芳醫院	委託經營
	80		1331040513	雙和醫院	委託經營
	81		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	82	秀傳體系	1501021193	台北秀傳	變更醫院代號
			1501021219	秀傳醫院	110.12.09 共擬會議決 議新增
	83		0937010019	彰化秀傳	
	84		1137020511	彰濱秀傳	
			1538041101	竹山秀傳	108.3.14 共擬會議決 議刪除
	85		0221010019	台南市立醫院	106.7.31 歇業
			0942020019	高雄市立岡山醫院	
			1537070028	田中仁和醫院	108.3.14 共擬會議決 議刪除
			1537050071	員林何醫院	108.3.14 共擬會議決 議刪除
	86		0905320023	台南市立醫院	106.8.1 起委託經營
9	87	馬偕體系	1101100011	台北馬偕	
	88		1131100010	淡水馬偕	
	89		1101100020	馬偕兒童醫院	
	90		1112010519	新竹馬偕	
	91		1146010014	台東馬偕	
10	92	國泰體系	1101020018	國泰醫院	
	93		1131110516	汐止國泰	
	94		1112010528	新竹國泰	
	95		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
	96		3512042753	民安診所	108.6.13 共擬會議決 議新增
	97		3501029780	敦平診所	109.9.10 共擬會議決 議新增
	98		3501029771	富霖診所	109.9.10 共擬會議決 議新增
	99		3501113358	瑞成診所	109.9.10 共擬會議決 議新增
	100		3501113367	瑞健診所	109.9.10 共擬會議決 議新增
	101		3505340342	國泰功醫診所	109.9.10 共擬會議決 議新增
11	102	奇美體系	1141310019	奇美醫院	
	103		1141090512	奇美柳營	
			1121020014	奇美分院	108.1.1 整併為奇美樹 林院區
	104		1105050012	奇美佳里	
12	105	台大體系	0401180014	台大醫院	
	106		0401180023	台大兒醫	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	107		0431270012	台大金山	
	108		0439010518	台大雲林	
			0433030016	臺大竹東	歇業
	109		0412040012	臺大新竹	
	110		0401190010	台大北護	
	111		0401020013	國立臺灣大學醫學院附設癌醫中心醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	112		0433050018	新竹生醫園區分院	109.6.11 共擬會議決議新增
13	113	義大體系	1107120017	義大癌症治療醫院	
	114		1107320017	義大大昌醫院	
	115		1142120001	義大醫院	
14	116	中國醫體系	1317050017	中國醫	
	117		1305370013	台南市立安南醫院	委託經營
	118		1301110511	中國醫台北	
	119		1303260014	中國兒童醫院	
	120		1317020519	中國台中東區分院	
	121		1336010015	中國豐原分院	
			1338030015	中國醫草屯分院	變更院所代號及名稱
	122		1538031114	惠和醫院	110.12.09 共擬會議決議新增
	123		1339060017	中國醫藥大學北港附設醫院	
			1536040535	陽光精神科醫院	<u>111.06.09 共擬會議決議刪除</u>
	124		0717070516	法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院	
			1303180011	亞洲大學附屬醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除
	125		1333050017	中國醫藥大學新竹附設醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	126		3503100091	中部科學工業園區員工診所	108.6.13 共擬會議決議新增
			3338120516	中國醫藥大學附設醫院地利村門診部	108.6.13 共擬會議決議新增
	127		3538121366	地利診所	變更院所代號及名稱 110.12.09 共擬會議決議新增
15	128	國軍體系	0501110514	三軍總醫院	
	129		0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	
	130		0501010019	三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處	
	131		0501160014	三軍總醫院北投分院附設民眾診療服務處	
	132		0511040010	三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處	
	133		0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處	
	134		0512040014	國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處	
	135		0536190011	國軍台中總醫院附設民眾診療服務處	
	136		0517050010	國軍台中總醫院中清分院	
	137		0502080015	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	138		0502030015	國軍高雄總醫院左營分院	
	139		0542020011	國軍高雄總醫院岡山分院	
	140		0543010019	國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處	
	141		0545040515	國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處	
	142		2503150018	成功嶺診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	143		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
	144		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	145	敏盛體系	1532011154	敏盛綜合醫院(含三民院區)	
	146		1532061065	大園敏盛醫院(桃園縣大園鄉)	
	147		1532091081	龍潭敏盛醫院(桃園縣龍潭鄉)	
	148		1501201020	景美醫院	
	149		1531060180	新泰綜合醫院	
	150		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	151	澄清體系	1517011112	澄清綜合醫院(台中市中區)	
	152		1517061032	澄清綜合醫院中港分院(台中市西屯區)	
			1503290016	澄清復健醫院(台中市北屯區)	變更院所代號及名稱
	153		1503270014	澄清復健醫院	110.12.09 共擬會議決議新增
	154		1503200012	霧峰澄清醫院(台中市大里區)	
	155		1536181139	本堂澄清醫院(台中市霧峰區)	
	156		1503190039	新太平澄清醫院(台中市太平區)	
	157		1536151042	烏日澄清醫院(台中市烏日區)	
			3536201405	里澄診所	108.6.13 共擬會議決議新增 歇業
18	158	成大體系	0421040011	成大醫院	
	159		0439010527	成大斗六分院	
19	160	北市聯醫體系	0101090517	臺北市立聯合醫院仁愛院區	
	161		0101090517	臺北市立聯合醫院陽明院區	
	162		0101090517	臺北市立聯合醫院和平婦幼院區	
	163		0101090517	臺北市立聯合醫院中興院區	
	164		0101090517	臺北市立聯合醫院忠孝院區	
	165		0101090517	臺北市立聯合醫院松德院區	
	166		0101090517	臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區	
	167		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
	168		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
	169		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
	170		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
	171		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

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	172		2101151037	臺北市立聯合醫院附設士林中醫門診部	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
			2101191077	臺北市立聯合醫院附設萬華中醫門診部	110.7.29 共擬會議決議新增 歇業
	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
20	179	高市聯醫體系	0102020011	高雄市立聯合醫院	
	180		0802070015	高雄市立中醫醫院	
	181		0102080026	高雄市立凱旋醫院	
	182		0102080017	高雄市立民生醫院	
21	183	中山體系	1317040011	中山醫學大學附設醫院	
	184		1317040011	中山醫學大學附設醫院文心院區	
	185		1317040039	中山醫學大學附設醫院中興分院	
22	186	天主教耕莘體系	1231050017	耕莘醫院(含安康院區)	
			1139030015	若瑟醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除
			1133060019	湖口仁慈	<u>111.06.09 共擬會議決議刪除</u>
	187		1231030015	永和耕莘	
	188		<u>4031050016</u>	<u>天主教耕莘醫療財團法人耕莘診所</u>	<u>111.06.09 共擬會議決議新增</u>
23	189	門諾體系	1145010038	門諾醫院	
	190		1145060029	門諾壽豐分	
24	191	仁愛體系	1117010019	仁愛醫療財團法人台中仁愛醫院	
	192		1136200015	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	
25	193	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	
	194		1105040016	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院	
	195		4005370010	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人新樓安南診所	
26	196	中英體系	0931010016	中英醫療社團法人中英醫院	
	197		0931010025	中英醫療社團法人板英醫院	
	198		1531031278	永和復康醫院	
			1531041292	佑林醫院	歇業
	199		1531041390	怡和醫院	
	200		1536200022	達明眼科醫院	
	201		1507320015	新高醫院	
	202		1507010014	新高鳳醫院	
	203		0901180023	郵政醫院	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	204		1532021365	華揚醫院	
	205		1507360019	瑞祥醫院	
	206		1532011163	德仁醫院	
	207		0941010019	新興醫院	
27	208	李綜合體系	1503030010	順安醫院	
	209		1503030047	美德醫院	
	210		0935020027	李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院	
	211		0936030018	李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院	
	212		3535031490	仁泰診所	108.6.13 共擬會議決議新增
28	213	光田體系	0936050029	光田醫療社團法人光田綜合醫院	
	214		0936050029	光田醫療社團法人光田綜合醫院大甲院區	
	215		1535031041	通霄光田醫院	
			1536100081	清泉醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除
			1417080517	弘光科技大學附設老人醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除
29	216	林新體系	0917070029	林新醫療社團法人林新醫院	
	217		0903150014	林新醫療社團法人烏日林新醫院	
30	218	安泰體系	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院	
	219		0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院	
31	220	聯新體系	1532100049	壠新醫院聯新國際醫院	變更名稱
	221		1531010082	板新醫院	
	222		1532010120	桃新醫院聯新國際醫院桃新分院	變更名稱
	223		1517020040	台新醫院	
	224		1541011126	營新醫院	
	225		1542150042	高新醫院	
	226		1502070118	健新醫院	
	227		3432060513	壠新醫院桃園國際機場醫療中心 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	228	天成體系	1532040039	天成醫院	
	229		0932020025	天成醫療社團法人天晟醫院	
33	230	大千體系	1535010051	大千綜合醫院	
	231		0935010021	大千醫療社團法人南勢醫院	
	232		1435010013	財團法人臺灣省私立桃園仁愛之家附設苗栗新生醫院	
			1535010122	大川醫院	歇業
	233		1535081078	大順醫院	
	234		3535061434	後龍診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	235		3535091245	公館診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	236		3535041745	竹南診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	237		3535012217	德恩診所	109.9.10 共擬會議決議新增

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	238		3535012235	舒康診所	109.9.10 共擬會議決 議新增
	239		3535012164	康平皮膚科診所	109.9.10 共擬會議決 議新增
	240		3535012468	永旭診所	109.9.10 共擬會議決 議新增
	241		3535012459	福苗診所	109.9.10 共擬會議決 議新增
	242		3535012520	大川診所	110.12.09 共擬會議決 議新增
34	243 244	靜和體系	1502060041 0907120012	靜和醫院 燕巢靜和醫療社團法人燕巢靜和醫院	
35	245 246	童綜合體系	0936060016 0936060016	童綜合醫院 童綜合醫院沙鹿院區	
36	247 248	宏恩體系	1517040015 1503250012	宏恩醫院 宏恩醫院龍安分院	
37	249	阮綜合體系	0902080013 1507300013	阮綜合醫院 博正醫院	108.3.14 共擬會議決 議刪除
			1307370011	高雄市立旗津醫院	108.3.14 共擬會議決 議刪除
	250		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
	251		3507020049	永順診所	108.6.13 共擬會議決 議新增
	252		3507360173	安順診所	108.6.13 共擬會議決 議新增
	253		3507350435	保順診所	108.6.13 共擬會議決 議新增
38	254 255	瑞光體系	1401190039 1501101141	萬華醫院 泰安醫院	
39	256	蕭中正體系	1531010108	蕭中正醫院	108.6.13 共擬會議決 議新增
	257		1531091149	清福醫院	110.02.01 變更醫事機 構代號
			3531045498	福星診所	110.03.11 共擬會議決 議刪除
	258		3531092166	清福診所	110.03.11 共擬會議決 議新增
	259		3531046020	新福星診所	110.03.11 共擬會議決 議新增
	260		7401101583	泰安醫院附設溫馨居家護理所	110.12.09 共擬會議決 議新增
40	261	羅東聖母體系	1134020028 1534050024	天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫 院 杏和醫院	108.6.13 共擬會議決 議新增 108.6.13 共擬會議決 議新增
變更院所代號及名稱					

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	262		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
41	263	普門體系	1134070019	宜蘭普門醫療財團法人員山馬偕醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	264		4034010017	宜蘭普門醫療財團法人普門診所	108.6.13 共擬會議決議新增
42	265	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
	266		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
43	267	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
	268		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
44	269	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
	270		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
45		東元體系	1533050039	東元綜合醫院	108.6.13 共擬會議決議新增 變更院所代號及名稱
	271		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
			3533052311	艾微笑診所	108.6.13 共擬會議決議新增 變更院所代號及名稱
	272		4133050016	東元醫療社團法人艾微笑診所	110.12.09 共擬會議決議新增
46	273	長慎醫院體系	1532021374	長慎醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	274		3512011276	新竹安慎診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	275		3533031689	竹東安慎診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	276		3533052044	竹北惠慎診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	277		3512013850	安禾診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	278		3512013869	安新診所	108.6.13 共擬會議決議新增
47	279	為恭體系	1135050020	財團法人為恭紀念醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	280		1535051196	崇仁醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	281		3535041647	宏仁診所	110.7.29 共擬會議決議新增
		懷寧體系	1532021383	懷寧醫院	108.6.13 共擬會議決議新增

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
			3532027047	懷寧內科診所	108.6.13 共擬會議決議新增 歇業
		台南仁愛之家體系	1441060010	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設精神療養院	108.6.13 共擬會議決議新增
			3121041024	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設成功診所	108.6.13 共擬會議決議新增 歇業
48	282	詠馨體系	1505310011	環馨婦幼醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	283		3521042903	詠馨婦產科診所	108.6.13 共擬會議決議新增
49	284	國仁體系	1543010109	國仁醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	285		3543111309	國仁醫院附設高樹門診部	108.6.13 共擬會議決議新增
			3543014529	國新診所	108.6.13 共擬會議決議新增 變更院所代號
	286		3543014663	國新診所	110.12.09 共擬會議決議新增
50	287	馨蕙馨醫院體系	1502031095	馨蕙馨醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	288		1507300022	博愛蕙馨醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
		新光體系	1101150011	新光醫院	109.9.10 共擬會議決議新增
			3501154573	昕新診所	109.9.10 共擬會議決議新增 歇業
51	289	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
	290		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
52	291	<u>安和體系</u>	<u>0943010026</u>	<u>安和醫療社團法人安和醫院</u>	<u>111.06.09 共擬會議決議新增</u>
	292		<u>3543022147</u>	<u>欣安禾婦兒科診所</u>	<u>111.06.09 共擬會議決議新增</u>

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」，會議決議同體系院所之認定，先參採醫事司委託醫策會辦理醫院評鑑所列之同體系院所名單。

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

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)

報告事項

第 六 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關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）第二部第一章第八節住院安寧療護（下稱住院安寧）、第五部第三章安寧居家療護（下稱安寧居家）及全民健康保險安寧共同照護試辦方案(下稱安寧共照)案。

說明：

- 一、依據本署 111 年 1 月 12 日「修訂全民健康保險居家醫療照護整合計畫溝通會議」決議（[附件 1，頁次報 6-3～6-9](#)）及本署 111 年 5 月 25 日健保醫字第 111010662 號函（[附件 2，頁次報 6-10](#)）及全民健康保險居家醫療照護整合計畫辦理。
- 二、查支付標準第五部第一章居家照護、第三章安寧居家療護及全民健康保險居家醫療照護整合計畫（下稱居整計畫）自 111 年 6 月 1 日起調升山地離島地區護理及醫師訪視費，其中安寧居家編號 05327C「臨終病患訪視費山地離島地區」，未列入支付標準山地離島點數調升項目；惟居整計畫有調升該項費用，考量費用申報一致性，研擬配合調升該項點數 20%。
- 三、本案財務影響及預算來源：統計安寧居家療護 05327C 申報情形，109 年計 13 件、7.2 萬點，110 年計 12 件、6.6 萬點。以 110 年申報費用及成長率推估 111 年山地離島地區訪視費調高 2 成約增加 1.3 萬點（[附件 3，頁次報 6-11](#)）。研擬由 111 年其他總額「居家照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」項下 7,300 百萬元支應。
- 四、另住院安寧、安寧居家及安寧共照自 111 年 6 月 1 日起增訂收案對象，惟查附表所列疾病或條件之 ICD-10-CM 代碼有部分誤植或不完整情形，本署經洽臨床醫師及疾病分類專家確認後研擬修正，重點說明如下：

(一)附表八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：由 585 及 586 (ICD-9-CM) 修正為 N18.4、N18.5、N18.6、N18.9 及 N19 (ICD-10-CM)。

(二)附表十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者之第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形：

1. 亨丁頓氏舞蹈症：代碼由 G90.3 修正為 G10。

2. 脊髓小腦退化性動作協調障礙：增列 R27.9、R29.810、R29.818、R29.890、R29.891 及 R29.898。

五、修訂後支付標準如**附件 4 (頁次報 6-12~6-16)**，本案如經確認同意，擬依程序陳報衛生福利部公告實施。

決定：

「居家照護」及「居家醫療照護整合計畫」

支付規範及行政作業整合討論會議紀錄

時間：110 年 7 月 1 日（星期四）14 時

地點：本署 9 樓第一會議室（視訊會議）

主席：張組長禹斌

紀錄：蔡孟臻

出席人員：

中華民國中醫師公會全國聯合會

林親怡

中華民國呼吸治療師公會全國聯合會

林育如、楊玲玲

中華民國診所協會全國聯合會

陳俊宏

中華民國醫師公會全國聯合會

王維昌、洪德仁、黃振國

中華民國藥師公會全國聯合會

李懿軒、李莉君

中華民國護理師護士公會全國聯合會

紀淑靜、吳孟嬪

台灣在宅醫療學會

余尚儒、陳英詔

台灣安寧照顧協會

蘇文浩、嚴從毓

台灣安寧緩和醫學學會

彭仁奎、張賢政

台灣安寧緩和護理學會

謝玉玲、邱智鈴

台灣老年學暨老年醫學會

陳英仁

台灣居家醫療醫學會

郭啓昭、林恒立、方光宗

台灣長照護理學會

陳麗絹

台灣家庭醫學醫學會

施錦泉、李祥和

台灣胸腔暨重症加護醫學會

陳志強、謝煒銘

台灣復健醫學會

李紹誠、王維弘

台灣醫院協會

翁文能、謝景祥

台灣護理學會

陳靜敏、陳綉琴

社團法人台灣居家護理暨服務協會

曾勤媛、邱青莢

本署醫務管理組

吳科屏、韓佩軒、張作貞、

陳依婕、黃奕瑄、許博淇、

蔡金玲、周筱妘、蔡孟好

六、主席致詞：略。

七、討論事項：

- (一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護（下稱居家照護）與全民健康保險居家醫療照護整合計畫（下稱居整計畫）行政作業流程整合修訂。
- (二) 整併居家照護及居整計畫之可行性。

八、 會議結論：

- (一) 將「因疾病特性致外出就醫不便者」納入居家照護收案條件。
- (二) 居家照護評估量表統一以巴氏量表執行。
- (三) 為避免重複收案，居家照護和居整計畫統一於收案後二週內，將收案個案相關資料登錄本署系統備查。
- (四) 考量病人病情變化，居家照護及居整計畫之收案照護期限統一修訂為一年，若病情需要得依現有規定申請延長照護。
- (五) 修正居家照護醫師訪視人次限制之單位計量等文字。
- (六) 同時執行居家照護和安寧居家療護之護理人員，其每月訪視人次由 75 人次調升至 100 人次；另有關僅執行安寧療護之護理訪視次數調整建議，將擇期召開安寧療護支付規範討論會議。
- (七) 修訂居家照護個案訪視次數規定，醫師部分增列「至少每三個月訪視 1 次」；護理人員部分，多數與會人員建議放寬現行每月訪視以 2 次為限之限制，惟考量放寬訪視頻率恐造成財務衝擊，本署將再行研議。
- (八) 有關居家照護增列個案管理費、緊急訪視加成、調升訪視費等建議，牽涉總額問題，應有相對應預算支應，本署將納入爭取 111 年預算參考。
- (九) 本次會議主要針對行政流程相關規定進行討論，其他意見將納入居整計畫或居家照護個別檢討；另請護理團體針對居家照護整併至居整計畫表示意見，供本署研議。

九、 與會人員發言摘要如附件

十、 臨時動議：無

散會：15 時 53 分

與會代表發言摘要（按議題及發言單位第一次發言順序）：

一、台灣護理學會：

- (一) 建議將「因疾病特性致外出就醫不便者」，納入居家照護的收案條件。
- (二) 為維護照護品質，規範醫師至少每 3 個月要訪視個案一次，惟居家護理師卻限制每月 2 次為限，且如因病情需要增加訪視次數還需檢附護理計畫。建議不要限制護理師訪視頻率，或比照居家照護醫師訪視次數超出限制時係檢附訪視紀錄，護理人員超出上限時改為檢附護理訪視紀錄，避免增加護理人員困擾。
- (三) 病人有緊急狀況，通常第一個到府的是護理師，建議居家照護應增加護理人員的緊急訪視費用。

二、台灣復健醫學會：

- (一) 失智個案可能也會失能，若需符合各項條件才能收案，部分失智者恐無法符合居整計畫之居家醫療階段收案條件(一)－巴氏量表小於 60 分。
- (二) 個案和收案院所所有可能距離相近，卻分屬不同縣市，故跨縣市收案應考慮地域差異。
- (三) 個案臨時住進機構或長照的日照中心，改由其合作機構、護理師收案，但家屬仍希望由原居家收案醫師提供個案慢性病照護，故建議整合各種相似計畫，延續原居家醫師的照護，避免造成不停轉換照護院所，或院所搶案之情形。
- (四) 曾有呼吸器個案併有中耳炎或腸胃道問題，惟居家醫師僅提供呼吸系統照護，建議讓個案得同時接受呼吸照護及居整計畫。

三、台灣在宅醫療醫學會

- (一) 建議回歸病人照護，以病人為中心，提供連續性照護、善終，不應限制個案是在家或機構，建議居家照護和居整計畫皆可收機構個案，讓居整醫師可照護原在家之機構個案。
- (二) 因居護所、診所、醫院皆可收案，導致出現醫師與護理師搶收案之亂象，建議明確化定義護理及醫師收案照護範圍，並增列特定疾病個案亦可收案，建立醫護合作關係。
- (三) 居護所和診所若可投入安寧，應可提升整體安寧療護品質，建議考量護理人員需頻繁到府服務，若規範「僅執行安寧療護」限 45 人次，將限制護理人員發揮空間，建議維持居整計畫所訂之 100 人次(含安寧療

護)。

- (四) 居家護理是用管路護理去限制護理人員個案訪視次數，因此常被詬病是管路護理，然而若為末期重症或無管路個案，可能有多次訪視需求。考量已限制一個月的訪視人次，故建議不要限制個案訪視頻率，讓個案得接受適當的照護，避免再入院。
- (五) 目前有許多居家個案有氧氣治療需求，多數使用自行租借或購買的呼吸器，另許多已拒絕插管等侵入性治療並簽署 DNR 之非癌末期個案，建議放寬參與醫師資格，讓家庭醫師或社區醫師可和胸腔科醫師一起提供即時性照護。
- (六) 建議照護期間維持 24 個月，以利院所行政作業，若僅因某些院所收案後沒有定期去訪視而限制照護期間，健保署應可透過系統鎖定，並自動結案。

四、中華民國護理師護士公會全國聯合會

- (一) 建議比照居整計畫居家醫療階段，將「因失能或疾病特性致外出就醫不便者」納入居家照護收案條件，並請居整醫師就「疾病特性」給予建議。
- (二) 健保署規定居家照護之個案管路須長期置放者，建議使用矽膠材質，一個月更換一次為原則。惟個案樣態複雜，無法通盤適用此規定，應以病人為中心提供適切照護。
- (三) 多數病人有緊急訪視需求，建議增列護理緊急訪視加成。

五、社團法人台灣居家護理暨服務協會

- (一) 沒有放置三管、失智或獨居雙老之族群，仍有接受指導、協助及衛教之必要，建議比照居整計畫，將「因失能或疾病特性致外出就醫不便者」納入居家照護收案條件。
- (二) 居家護理所每年都有評鑑及督考，且已規定照護期間每四個月依個案需求及醫師醫囑重新評估，故建議居家照護之照護期間更友善，調整為 24 個月。
- (三) 有緊急需求的個案應增加訪視次數，因已限制護理師每月訪視人次，且每次訪視都有護理紀錄，應無需再限制個案訪視次數，呼籲健保署應重視護理緊急訪視。
- (四) 個案管理非僅限於居整計畫，居家照護也有連結其他資源，提供個管服務。應將個案管理之條件，例如管路移除、傷口照護，或出院三日內訪視等列為觀測指標，以減少再住院率，透過明確規範，居家照護

品質亦可等同於居整計畫。

六、中華民國醫師公會全國聯合會

- (一) 現行很多不同制度併行，如個案所在地差異，除會造成院所執行面上困擾，同時涉及費用申報問題，建議整合兩制度。
- (二) 應以病人為中心提供照護，建議增列移除管路之獎勵。
- (三) 若透過提供個案管理費得提升居家護理品質，可研議增列，並訂定品質相關監控指標，以提升病人照護品質並降低整體醫療費用。

七、台灣長照護理學會

- (一) 建議居家照護納入因失能或疾病特性致外出就醫不便者。
- (二) 居家照護早就在提供跨專科跨團隊照護，與居整計畫具相同模式及精神，故建議居家照護也應提供個案管理費。

八、中華民國藥師公會全國聯合會

居整計畫有整合概念，並考量跨專業的問題，惟當個案反覆入住於居家和機構之間，醫師、藥師或護理師都難以提供連續性照護，故建議居整計畫之個案所在地納入機構個案。

九、中華民國中醫師公會全國聯合會

居家照護個案若尋求中醫幫助，中醫師卻無法比照居整計畫介入提供服務，兩者制度未一致，易讓個案、家屬及醫師皆無所適從。

十、中華民國呼吸治療師公會全國聯合會

- (一) 呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫（IDS）尚有部分呼吸器依賴個案未納入居家照護，如呼吸器使用未滿 21 天或因喘、呼吸困難或低血氧等需氧氣治療者，這類有呼吸照護需求的個案，無法在居家獲得照護服務，建請修訂納入收案條件。
- (二) 居整團隊常因跨縣市，而無法提供服務或收案，請考慮跨區域或跨縣市團隊，不限於個案居住在家及十公里的收案範圍。
- (三) 居整計畫訂有 24 小時諮詢服務，但卻無對應之合理制度，尤其呼吸器個案，非僅一個月兩次訪視就足夠，常需在下班、假日期間去處理問題，因此 24 小時諮詢之人力負擔大，健保署應訂定合理支付。

十一、中華民國診所協會全國聯合會

- (一) 居家照護和居整計畫最大差異在於居家照護醫師無法介入提供一貫性治療，且一個只有護理師在照顧，一個是整合計畫照顧，故反對居家照護比照居整計畫放寬收案條件，建議一個國家不應有兩套制度，居

家照護應訂落日條款，讓大家遵守一套系統。

- (二) 建議居整計畫安寧照護階段，居家醫師得進入機構提供照護。
- (三) 建議護理和醫療可獨立收案辦理，以擴大合作對象，避免搶案。

十二、台灣胸腔暨重症加護醫學會

- (一) 居家照護收案條件應修正為清醒時有 50%活動限制在床上或椅子上。
- (二) 建議將機構個案納入居整計畫照護範圍。
- (三) 部分未插管病人，回家仍須使用 BiPAP，惟皆非 IDS、居整計畫及居家照護給付範圍，建請將此類病人納入給付，減輕家屬負擔。

十三、台灣居家醫療醫學會

- (一) 居家照護的照護期間，從原本四個月延長為 1 年，但未有單位反映居整計畫照護期限太長，卻下修成 12 個月，建議仍維持 24 個月。
- (二) 醫師有緊急訪視加成，且沒有次數限制，建議比照訂定護理緊急訪視，並放寬訪視次數。

十四、台灣安寧緩和醫學學會

- (一) 現行居家安寧之護理人員訪視人次規定較為嚴格，限制訪視次數但支付點數並未相對應增加，建請健保署盡快召開安寧檢討會議。
- (二) 建請署本部合理定義「僅執行安寧療護以 45 人次為合理量」，讓各分區業務組統一管理原則。

十五、台灣安寧緩和護理學會

因安寧居家幾乎是 24 小時 on call，若護理人員同時提供居家照護和安寧居家，其安寧居家上限仍為 45 人次，恐影響照護品質。考量安寧居家之平均訪視時間為兩小時，一般居家照護換管路所需時間較少，為保障照護品質與考量護理人員工作負荷，建議執行安寧照護人次以權重 2.2 計算。

十六、台灣家庭醫學醫學會

應更重視護理人員照護品質，惟若需透過限制訪視次數，以避免出現弊端，建議透過訂定品質指標，如拔管狀況，讓品質指標良好之護理人員，得放寬訪視次數，提供較多訪視人次。

十七、中央健康保險署

- (一) 居家照護的收案條件係依支付標準規定，三項條件皆需符合，故不管是失能或失智個案皆要符合收案條件(一)。
- (二) 居家照護仍須由醫師開立醫囑單，並由護理機構收案，且給付範圍已

包含醫師訪視費，故醫師也可以加入居家照護的範疇，並未限制醫師不可訪視。

- (三) 有關居整計畫將機構個案納入照護，仍需研議，現行按全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 21、22 條規定，醫療院所可至機構提供相關服務。
- (四) 居家照護沒有限制收案範圍，居整計畫之服務區域則以申請收案之特約醫事服務機構所在地的十公里為原則，亦無區域上的限制。
- (五) 現行居整計畫照護期間以 24 個月為限，惟部分個案有久未訪視之情事，故本署研擬將居家照護及居整計畫之照護期限皆修訂為一年，並希望院所按規定，每三個月至少訪視一次，以減少實務上之行政作業不一致而增加院所作業負擔。
- (六) 本署已接獲外界針對呼吸器照護收案條件之修訂建議，本署將函請相關醫學會就不須插管直接用 BiPAP 得列入呼吸器計畫收案範疇一節表示意見，作為後續研議參考。
- (七) 居家照護和居整計畫很多地方不一樣，若居家照護與居整計畫漸趨一致，就會誠如代表所建議的，是不是兩個制度要整合；有關居家照護比照居整計畫提供個管費一節，因居整計畫具有任務性作為，故訂有個管費，而居家照護涉及總額預算，建議先維持現狀，本署將爭取 111 年總額預算後再議，並請護理界研議兩制度是否有整合之必要，提供本署意見。

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號

聯絡人：蔡孟芸

聯絡電話：02-27065866 分機：3622

傳真：02-27069043

電子郵件：A111198@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年5月25日

發文字號：健保醫字第1110106622號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送衛生福利部發布修正「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（附件），請轉知各特約醫事服務機構知悉，請查照。

說明：

一、依衛生福利部111年5月20日衛部保字第1110119608號令辦理。

二、本次修正項目，除第七部全民健康保險住院診斷關聯群「附表7.3 111年7月至12月3.4版1,068項Tw-DRGs權重表」自111年7月1日生效外，其餘項目自111年6月1日生效。

正本：本署各分區業務組

副本：本署醫務管理組、本署企劃組、本署醫審及藥材組

安寧居家療護臨終病患訪視費申報情形

項目 代碼	項目名稱	原醫令點 數 (A)	調整後點 數 (B=A*1.2)	差額 (C=B-A)	109年		110年	
					申報件 數 (D)	增加 點數 (E=C*D)	申報件 數 (F)	增加 點數 (G=C*F)
05327C	臨終病患訪視費山地離島地區	5,500	6,600	1,100	13	14,300	12	13,200

擷取條件：

- 1.任一特定治療項目代碼不為EC、醫令類別不為4。
- 2.以110年申報費用及成長率(零成長)，推估111年山地離島訪視費調高2成將增加1.3萬點。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第八節 住院安寧療護

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 ~~S85~~ [N18.4](#)、[N18.5](#)、[N18.6](#)、[N18.9](#) (慢性腎衰竭; chronic renal failure) 及 ~~S86~~ [N19](#) (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified) 兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病人，屬慢性腎臟病 (CKD) 第 4 期、第 5 期病人 (GFR < 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法 (血液透析、腹膜透析、腎臟移植) 病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期病人
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1. 第十四條第一項第二款至第四款：
 - (1) 處於不可逆轉之昏迷狀況
 - (2) 永久植物人狀態 (ICD-10-CM 代碼：R40.3)
 - (3) 極重度失智 (CDR3 分以上)
2. 第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM 代碼 [參考](#) 如下)
 - (1) 囊狀纖維化症：E84.9
 - (2) 亨丁頓氏舞蹈症：~~G90.3~~ [G10](#)
 - (3) 脊髓小腦退化性動作協調障礙：[G11.0](#)、[G11.1](#)、[G11.2](#)、[G11.3](#)、[G11.4](#)、[G11.8](#)、[G11.9](#)、[G31.2](#)、[G32.81](#)、[G32.89](#)、[G60.2](#)、[R27.0](#)、[R27.8](#)、[R27.9](#)、[R29.810](#)、[R29.818](#)、[R29.890](#)、[R29.891](#)、[R29.898](#)
 - (4) 脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
 - (5) 肌萎縮性側索硬化症：G12.21
 - (6) 多發性系統萎縮症：G90.3
 - (7) 裘馨氏肌肉失養症：G71.0
 - (8) 肢帶型肌失養症：G71.0
 - (9) Nemaline 線狀肌肉病變：G71.2
 - (10) 原發性肺動脈高壓：I27.0
 - (11) 遺傳性表皮分解性水泡症：[Q81.0](#)、[Q81.1](#)、[Q81.2](#)、[Q81.8](#)、[Q81.9](#)
 - (12) 先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第三章 安寧居家療護

編 號	診 療 項 目	基 層 診 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
05326C	臨終病患訪視費	√	√	√	√	5000
05327C	臨終病患訪視費山地離島地區 註： 1.限訪視臨終病患，且 ECOG 三級以上之病患，實際訪視時間在二小時以上，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2.甲乙兩類醫事人員皆可申報。 3.服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	√	√	√	√	5500 <u>6600</u>

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 ~~S85~~ [N18.4](#)、[N18.5](#)、[N18.6](#)、[N18.9](#) (慢性腎衰竭; chronic renal failure) 及 ~~S86~~ [N19](#) (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified) 兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病人，屬慢性腎臟病 (CKD) 第 4 期、第 5 期病人 (GFR < 30ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法 (血液透析、腹膜透析、腎臟移植) 病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期病人
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1. 第十四條第一項第二款至第四款：
 - (1) 處於不可逆轉之昏迷狀況
 - (2) 永久植物人狀態 (ICD-10-CM 代碼：R40.3)
 - (3) 極重度失智 (CDR3 分以上)
2. 第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM 代碼 [參考](#) 如下)
 - (1) 囊狀纖維化症：E84.9
 - (2) 亨丁頓氏舞蹈症：~~G90.3~~ [G10](#)
 - (3) 脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、[R27.9](#)、[R29.810](#)、[R29.818](#)、[R29.890](#)、[R29.891](#)、[R29.898](#)
 - (4) 脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
 - (5) 肌萎縮性側索硬化症：G12.21
 - (6) 多發性系統萎縮症：G90.3
 - (7) 裘馨氏肌肉失養症：G71.0
 - (8) 肢帶型肌失養症：G71.0
 - (9) Nemaline 線狀肌肉病變：G71.2
 - (10) 原發性肺動脈高壓：I27.0
 - (11) 遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
 - (12) 先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

全民健康保險安寧共同照護試辦方案

100 年 4 月 1 日第一版實施
 102 年 7 月 29 日第一版修訂
 104 年 2 月 1 日第二版修訂
 104 年 8 月 1 日第三版修訂
 111 年 6 月 1 日第四版修訂

附表 1 收案對象之相關症狀條件

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 ~~S86~~ N18.4、N18.5、N18.6、N18.9 (慢性腎衰竭; chronic renal failure) 及 ~~S86~~ N19 (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified) 兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病人，屬慢性腎臟病(CKD)第4期、第5期病人($GFR < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期病人
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1.第十四條第一項第二款至第四款：

- (1)處於不可逆轉之昏迷狀況
- (2)永久植物人狀態（ICD-10-CM代碼：R40.3）
- (3)極重度失智（CDR 3分以上）

2.第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形（ICD-10-CM代碼參考如下）。

- (1)囊狀纖維化症：E84.9
- (2)亨丁頓氏舞蹈症：G10
- (3)脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、[R27.9](#)、[R29.810](#)、[R29.818](#)、[R29.890](#)、[R29.891](#)、[R29.898](#)
- (4)脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
- (5)肌萎縮性側索硬化症：G12.21
- (6)多發性系統萎縮症：G90.3
- (7)裘馨氏肌肉失養症：G71.0
- (8)肢帶型肌失養症：G71.0
- (9)Nemaline線狀肌肉病變：G71.2
- (10)原發性肺動脈高壓：I27.0
- (11)遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
- (12)先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

肆、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂「精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)」支付點數案，提請討論。

說明：

- 一、依據社團法人台灣社區精神復健發展協會 109 年 10 月 19 日 (109)台社精復協字第 1091019001 號函辦理 (附件 1，頁次討 1-3~1-15)。
- 二、本署近年陸續接獲前揭單位及立法委員關心「住宿型精神復健機構復健治療(全日)」支付點數多年未調整，並表示物價指數上漲、復健治療之成本增加，爰建請本署考量住宿型精神復健機構之空間設置及全日、夜間復健治療時間等因素，調升其支付點數。
- 三、精神社區復健包含精神復健機構(論日包裹給付)及精神居家治療(論次給付)，所訂點數皆包括人事費、精神醫療治療費及其他雜項成本，另住宿費非健保給付範圍 (附件 2，頁次討 1-16~1-17)：
 - (一)日間型精神復健機構之復健治療：每日 600 點(自 109 年 12 月起由 480 點調升至 600 點，調幅 25%)。
 - (二)住宿型精神復健機構之復健治療：全日 508 點(自 100 年 1 月起)、夜間 126 點(自 98 年 6 月起)。
- 四、本署前於 109 年 6 月 3 日邀集相關專業學(協)會及專家、醫療服務提供者代表、病權相關團體及衛生福利部相關單位共同召開「精神疾病患者社區復健支付標準討論諮詢會議」(紀錄如附件 3，頁次討 1-18~1-20)，與會代表表示日間型精神復健機構係提供更貼近社區生活、並以復原為導向之服務，其收案病人回歸社會找到工作之比率遠高於住宿型精神復健機

構；與會專家皆肯定日間型精神復健機構之治療成效及維持其持續經營成本之重要性，同意調高日間型精神復健機構支付點數。

五、為反映精神復健機構整體營運成本及人力成本以確保穩健經營，且為配合衛生福利部心理健康司政策方向、積極發展精神社區復健治療，並參酌本署 109 年 6 月 3 日會議決議住宿型機構不高於日間型且不宜等比例調整，爰建議將 05402C 「住宿型精神復健機構之全日復健治療」支付點數由 508 點調升至 600 點(調幅 18%)，與現行日間型精神復健機構支付點數相同。

六、財務評估（如附件 4，頁次討 1-21）：以 110 年 05402C 申報件數及成長率推估，111 年執行件數約 206.9 萬件【196.0 萬件 $\times$ (1+5.52%)】，若支付點數由現行 508 點調升至 600 點，約增加支出 190.3 百萬點【206.9 萬件 $\times$ (600-508)】。

七、預算來源：111 年「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」編列 73 億元，包含精神社區復健增編 1.84 億元用於 05402C 住宿型精神復健機構(全日)調整（附件 5，頁次討 1-22~1-23）。

擬辦：修訂後支付標準如附件 6（頁次討 1-24），本案如獲同意，依程序報請衛生福利部核定公告實施。

決議：

社團法人台灣社區精神復健發展協會

通訊地址：台北市北投區林泉里幽雅路 7 號 4 樓之 20

連絡電話：02-86481027

聯絡人：張怡萍

發文日期：中華民國 109 年 10 月 19 日

發文字號：(109)台社精復協字第 1091019001 號

速別：

密等級解密條件保密期限：

附件：如說明五

主旨：建請 貴署檢討修正調整全民健康保險「05402C 精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)支付標準之點數及 05403C 夜間支付標準點數」，請查照惠復。

說明：

- 一、近年來因物價指數攀升、勞基法規日益嚴格及 109 年起勞工基本薪資調升，又為配合衛福部精神復健機構政策推動小型化及社區化模式，加之精神復健機構評鑑對服務品質之要求提升，健保抽審及剔除頻繁，機構為保障精神病人之權益及服務品質，勢需額外聘請高於設置標準的人力才能符合相關法規，導致住宿型復健機構經營日益困難。
- 二、近年來薪資指數、消費者物價指數加權平均年成長幅度累計已超過百分之三，建議支付標準調整 05402C 住宿型機構全日之復健治療支付點數由 508 調整至 945。
- 三、又，住宿型精神復健機構尚提供夜間復健治療，精神病人夜間返回機構後，仍需由專業人員提供適當的復健與輔導支持，以持續維持情緒與症狀的穩定，才能逐漸適應社區生活，避免反覆發病住院，是精神

病人重返社區生活的關鍵。惟該項給付點數 126 點，迄今從未調整，建議調整至 425 點。

四、目前日間型精神復健機構為提供白天 8 小時之服務，專任管理人員比為 1：15；住宿型精神復健機構為提供全日 24 小時服務或夜間 16 小時服務，專任管理人員比為 1：10；而現行公告全民健康保險醫療費用支付標準第五部居家照護及精神病患者社區復健之第二章精神疾病患者社區復健規定，精神復健機構(含日間型及住宿型)之診療項目並無不同；惟編號 05401C 日間型機構之復健治療支付點數已調整至 600，而編號 05402C 住宿型機構全日之復健治療支付點數為 508，編號 05403C 住宿型機構夜間之復健治療支付點數為 126，實屬有違常理。

五、檢附本會全民健康保險醫療費用支付標準新增診療項目申請表」及成本分析表乙份，請卓參。

正本：中央健康保險署

副本：本會秘書處

理事長 陳俊銘

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目

表一、成本參數表

醫療院所名稱：私立慈苑康復之家

醫事機構代號：8401200868

醫療院所地址：臺南市永康區永福里永福路二段100號

醫療院所電話：(06) 738-1111

一、專科醫師

科別(請填代碼，詳填表說明)	人員別	每人平均全年上班時數 A(整位數)	每人平均全年上班時數 B(整位數)	工作負荷比例 C=C1/C2(整數位) C1：實際投入工作之時數(不含教學研究)
	主治醫師			
	住院醫師			
	主治醫師			
	住院醫師			
	主治醫師			
	住院醫師			

(欄位如有不足，請自行增加)

註：詳參填表說明一

二、其他專業人員

人員別	每人平均全年上班時數 A(整位數)	每人平均全年上班時數 B(整位數)	工作負荷比例 C=C1/C2(整數位) C1：實際投入工作之時數(不含教學研究)
負責人兼護理師	821288	2340	2080
醫事人員	736320	2340	2080
專任管理員	419076	2340	2080

註：詳參填表說明二

三、房屋、設備

類別	全年上班時數	工作負荷比例	
廚房設備	6240	6240	6240
交誼廳設施	6240	54600	54600
腳踏車機	6240	3120	3120
交誼廳設施	6240	54600	54600

類別	全年上班時數	工作負荷比例	
房屋	6240	3120	6240

註：詳參填表說明三

四、其他

類別		
	987199	5983025

註：詳參填表說明四

填表說明：

一、專科醫師

1. 依專科別，再分主治醫師以上(含)、住院醫師等2類

2. 專科別區分如下：

註：1. 專科醫師代碼：01-內科；02-外科；03-大腸直腸外科；04-小兒外科；05-皮膚科；06-耳鼻喉科；
07-兒科；08-放射線；09-泌尿科；10-急診；11-整形外科；12-免疫；13-風濕病；14-神經外科；
15-胸腔暨重症加護；16-骨科；17-婦產科；18-眼科；19-麻醉科；20-健醫科；21-腎臟科；
22-精神；23-消化系；24-內分泌；25-心臟科；26-血液病科；27-放射腫瘤；28-核醫；
29-病理科；30-神經科；31-胸腔及心臟血管外科；32-消化系外科。

代碼	專科別	代碼	專科別	代碼
01	內科	10	急診醫學	19
02	外科	11	整形外科	20
03	大腸直腸外科	12	免疫	21
04	小兒外科	13	風濕病	22
05	皮膚科	14	神經外科	23
06	耳鼻喉科	15	胸腔暨重症加護	24
07	兒科	16	骨科	25
08	放射診斷	17	婦產科	26
09	泌尿科	18	眼科	27

3. 每人每年平均薪資：包括本薪、各項津貼、獎金(含PF)、加班費、(公)勞保費、健保費、退休金(含勞退退休提撥金)等醫院實際支出之成本，如為診所醫師請填列平均執行業務收入金額。

4. 每人平均全年上班時數：指醫院醫師含自行特休假或教學研究之實際上班時數。

5. 工作負荷比例：實際投入工作之時數(不含教學研究)/實際上班時數(不含教學研究)。

6. 每分鐘成本：每人每年平均薪資/(每人平均全年上班時數*工作負荷比例)/60分鐘=A/(B*C)/60。

二、其他專業人員

1. 護產人員：有合格執業證照之護產從事人員。

2. 醫事人員包含醫事檢驗師(士)、醫事放射師(士)、營養師、職能治療師(生)、物理治療師(生)、藥師(藥劑生)、聽力師、語言治療師、臨床(諮詢)心理師、呼吸治療師等。本項為醫事人員綜合薪資，不另細分類。

3. 每人每年平均薪資、每人平均全年上班時數、工作負荷比例，以及每分鐘成本之定義同專科醫師。

三、房屋、設備

1. 房屋、設備之工作負荷，分別填寫。房屋及設備指執行診療項目時，所需使用到之房屋空間及醫療設備。

2. 設備工作負荷比例：全年實際設備執行該診療項目時數/全年開機時間。

3. 房屋工作負荷比例：全年實際房屋執行該診療項目時數/全年使用時數

四、其他

1. 年度作業及行政管理費用占率：年度作業及行政管理費/年度總成本，年度總成本指全院總成本，但不包含計價藥材。

2. 作業及行政管理費包含跨部門共用人力、支援部門人力(如掛號、送病歷等)。

五、以上均採四捨五入計算

六、本表項目一 至三填寫資料以診療項目為調查主體，項目四則以全院為主，不分診療項目。

003-1診療項目成本分析表

☒現有項目 ☐新增項目

項目名稱：精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)

項目編號：05402C

提案單位：社團法人台灣社區精神復健發展協會

成本分析資料醫療機構名稱：私立莊苑康復之家

單位：元

直接成本	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
用人成本	1.負責人	1		6.58	25.80	169.75	794.17
	2.專業人員	2		3.35	45.50	152.43	
	3.行政人員	3		4.4	107.27	471.98	
材料藥品成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
							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
	廚房設備	\$240,000	5	0.18	4.57	0.83	32.57
	影音設備一組	\$50,000	5	0.04	1.60	0.06	
	腳踏車機三台	\$30,000	5	0.02	0.66	0.02	
	交誼廳設施	\$50,000	5	0.04	3.34	0.13	
	非醫療設備=醫療設備 × 14.3 %					0.15	
	空間名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	
	會談室	\$10,000	租	0.46	41.37	19.15	
房屋折舊	交誼廳	\$10,000	租	0.46	3.34	1.55	
	多功能室	\$10,000	租	0.46	4.57	2.12	
	烹飪室	\$10,000	租	0.46	7.86	3.64	
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) ×18.6 %						4.92	
直接成本合計							826.74
作業及管理費用(直接成本 ×16.5 %)							117.83
成本總計							944.57

003-1診療項目成本分析表

☒現有項目 ☐新增項目

項目名稱：精神復健機構(住宿型機構)夜間之復健治療(天)

項目編號：05403C

提案單位：社團法人台灣社區精神復健發展協會

成本分析資料醫事機構名稱：私立慈苑康復之家

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. 負責人	1		6.58	0.00	0.00	331.77
		2. 專業人員	2		3.35	16.29	54.57	
		3. 行政人員	4		4.4	63.00	277.20	
	材料消耗成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
								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
		廚房設備	\$240,000	5	0.18	4.57	0.83	32.57
		影音設備一組	\$50,000	5	0.04	1.60	0.06	
		腳踏車機三台	\$30,000	5	0.02	0.66	0.02	
		交誼廳設施	\$50,000	5	0.04	3.34	0.13	
		非醫療設備=醫療設備 × 14.3 %						
	房屋折舊	空間名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	
		會談室	\$10,000	租	0.46	41.37	19.15	32.57
		交誼廳	\$10,000	租	0.46	3.34	1.55	
多功能室		\$10,000	租	0.46	4.57	2.12		
烹飪室		\$10,000	租	0.46	7.86	3.64		
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) ×18.6 %						4.92	32.57	
直接成本合計							364.34	
作業及管理費用(直接成本 ×16.5 %)							60.12	
成本總計							424.45	

003-2作業流程(週一)

診療項目名稱：精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)

提案單位：社團法人台灣社區精神復健發展協會

作業流程提供醫療機構名稱：私立廷苑康復之家

作業 流程	一、前期										二、初期										三、中期										四、後期										合計																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	★日間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數		位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數

003-2作業流程(週二)

診療項目名稱：精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)

提案單位：社團法人台灣社區精神復健發展協會

作業流程提供醫事機構名稱：私立莊康復之家

作業 流程	一、前量期		二、初期							三、中期							四、後期		合計
	★日間觀察	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個 案 所 分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察	
	1. 專任管理員於08:30-20:30期間需觀察學員狀況，作為書寫記錄之依據。	08:30-10:00	體能-健走	1.5	43	2.1	專任管理員	機構外		13:40-14:40	職業功能工評估	1	1	60	負責人	會議室		1. 專任管理員於20:30-06:30期間需觀察學員狀況，作為書寫記錄之依據。	
	2. 平均每位學員於08:30-20:30期間累積獲得專任管理員觀察時間為30分鐘	10:00-11:30	獨立生活訓練	1.5	10	9	專任管理員	寢室		14:40-15:40	圖書館團體	1	5	12	社工	機構外		2. 平均每位學員於20:30-06:30期間累積獲得專任管理員觀察時間為60分鐘	
										17:00-18:00	自主健走隊	1	5	12	社工	機構外			
										18:00-20:30	*生活諮詢與心理輔導 或自由活動	1	1	15	社工 專任管理員	會議室 交誼廳			
影音設備	NA				NA								NA					NA	0
腳踏車	NA				NA								NA					NA	0
廚房設備	NA				NA								NA					NA	0
交誼廳設施	NA				NA								3.14					NA	3.14
負責人	NA				NA								NA					NA	0
專業人員	NA				NA								99					NA	99
專任管理員	30				11.09								3.14					60	104.23
藥品	NA				NA								NA					NA	0
會議室	NA				NA								75					NA	75
交誼廳	NA				NA								3.14					NA	3.14
烹飪室	NA				NA								NA					NA	0
多功能室	NA				NA								NA					NA	0
診療項目	精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)																		
註：*表示該活動每月一次，該時段之人力、設備及房屋承擔之時間成本，先以四週計算後再平均分攤至一週																			

註：*表示該活動每月一次，該時段之人力、設備及房屋承擔之時間成本，先以四週計算後再平均分攤至一週

003-2作業流程(週三)

診療項目名稱：精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)

提案單位：社團法人台灣社區精神復健發展協會

作業流程提供醫療機構名稱：私立莊苑康復之家

作業流程	一、前期								二、初期								三、中期								四、後期								合計								
	★日間觀察	時間	項目	耗時(分)	平均參與人數	位個案所分配	帶領者	地點	設備	時間	項目	耗時(分)	平均參與人數	位個案所分配	帶領者	地點	設備	★夜間觀察	時間	項目	耗時(分)	平均參與人數	位個案所分配	帶領者	地點	設備															
	1.專任管理員於08:30-20:30期間需觀察學員狀況，作為書寫記錄之依據。 2.平均每位學員於08:30-20:30期間累積獲得專任管理員觀察時間為30分鐘	08:30-10:00	整合性復健評估	0.5	1	30	社工	會議室		13:40-14:40	自行就醫	1	1	60	負責人	機構外		1.專任管理員於20:30-06:30期間需觀察學員狀況，作為書寫記錄之依據。 2.平均每位學員於20:30-06:30期間累積獲得專任管理員觀察時間為60分鐘																							
			學員體檢	1	1	60	負責人	會議室																																	
										14:40-15:40	病情討論	1	13	4.6	負責人	會議室																									
		10:00-11:30	服裝儀容與禮儀	1.5	10	9	專任管理員	多功能室																																	
											17:00-18:00	自主健走隊	1	5	12	社工	機構外																								

003-2作業流程(週四)

診療項目名稱：精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)

提案單位：社團法人台灣社區精神復健發展協會

作業流程提供醫療機構名稱：私立慈苑康復之家

作業流程	一、前置期		二、初期							三、中期							四、後期		合計
	★日間觀察	時間	項目	耗時(分)	平均參與人數	位個案所分配	帶領者	地點	設備	時間	項目	耗時(分)	平均參與人數	位個案所分配	帶領者	地點	設備	★夜間觀察	
1. 專任管理員於08:30-20:30期間需觀察學員狀況，作為書寫記錄之依據。 2. 平均每位學員於08:30-20:30期間累積獲得專任管理員觀察時間為30分鐘		08:30-10:00	口琴團體	1.5	8	11	口琴專任老師	多功能室		13:40-14:40	排藥訓練	1	13	4.6	負責人	多功能室		1. 專任管理員於20:30-06:30期間需觀察學員狀況，作為書寫記錄之依據。 2. 平均每位學員於20:30-06:30期間累積獲得專任管理員觀察時間為60分鐘	
		10:00-11:30	生活功能訓練	0.8	10	4.5	社工	多功能室		14:40-15:40	羅馬王測驗	1	13	4.6	專任管理員	多功能室	腳踏車機		
			清潔訓練	0.8	10	4.5	專任管理員	多功能室											
										17:00-18:00	自主健走隊	1	5	12	社工	機構外			
										18:00-20:30	自由活動	2.5	43	3.5	專任管理員	交誼廳設施			
影音設備	NA					NA												NA	0
腳踏車機	NA					NA								4.62				NA	4.62
廚房設備	NA					NA								NA				NA	0
交誼廳設施	NA					NA								3.49				NA	3.49
人力(分)	負責人	NA				NA								4.62				NA	4.62
	專業人員	NA				15.8								12				NA	27.8
	專任管理員	30				4.5								8.11				60	102.61
藥品	NA					NA								NA				NA	0
房屋(分)	會議室	NA				NA								NA				NA	0
	交誼廳	NA				NA								3.49				NA	3.49
	烹飪室	NA				NA								NA				NA	0
	多功能室	NA				80.25								9.2				NA	89.45
診療項目 精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)																			
註：*表示該活動每月一次，該時段之人力、設備及房屋承擔之時間成本，先以四週計算後再平均分攤至一週																			

003-2作業流程(週六)

診療項目名稱：精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)

提案單位：社團法人台灣社區精神復健發展協會

作業流程提供醫事機構名稱：私立廷苑康復之家

作業流程		一、前置期										二、初期										三、中期										四、後期										合計																																								
		★日間觀察 時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個案 所分 配	帶 領 者	地 點	設 備	時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個案 所分 配	帶 領 者	地 點	設 備	★夜間觀察 時間	項目	耗 時 (分)	平均 參與 人數	位 個案 所分 配	帶 領 者	地 點	設 備																																																									
	影音設備	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA																																																									
																										腳踏車機	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA																																				
																																															廚房設備	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA																	
																																																																		交誼廳設施	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
人力 (分)	專業人員	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA																																																									
	專任管理員	30	19	6.29	60	115.29																																																																												
	藥品	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA																																																									
	房屋(分)	會議室	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA																																																									
房屋 (分)	交誼廳	NA	NA	3.49	NA	3.49																																																																												
	烹飪室	NA	NA	NA	NA	NA																																																																												
	多功能室	NA	9	2.8	NA	11.8																																																																												
訪查項目		精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)																																																																																
註：*表示該活動每月一次，該時段之人力、設備及房屋承擔之時間成本，先以四週計算後再平均分攤至一週																																																																																		

003-2作業流程(週日)

診療項目名稱：精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)

提案單位：社團法人台灣社區精神復健發展協會

作業流程提供醫事機構名稱：私立廷苑康復之家

作業流程		一、前期	二、初期								三、中期								四、後期				合計
		★日間觀察	時間	項目	耗時(分)	平均參與人數	位個案所分配	帶領者	地點	設備	時間	項目	耗時(分)	平均參與人數	位個案所分配	帶領者	地點	設備	★夜間觀察				
		1.專任管理員於08:30-20:30期間需觀察學員狀況，作為書寫記錄之依據。 2.平均每位學員於08:30-20:30期間累積獲得專任管理員觀察時間為30分鐘	08:30-10:00	爬山健行	1.5	43	2.1	專任管理員	機構外		13:40-14:40	自由活動	1	43	1.4	專任管理員	多功能室		1.專任管理員於20:30-06:30期間需觀察學員狀況，作為書寫記錄之依據。 2.平均每位學員於20:30-06:30期間累積獲得專任管理員觀察時間為60分鐘				
			10:00-11:30	休閒活動	1.5	43	2.1	社工	機構外		14:40-15:40	住民自治會議	1	20	3	專任管理員	多功能室						
											17:00-18:00	自主健走隊	1	5	12	社工	機構外						
											18:00-20:30	自我時間管理	2.5	43	3.5	專任管理員	交誼廳	交誼廳設施					
影音設備	NA	NA								NA								NA				0	
腳踏車機	NA	NA								NA								NA				0	
廚房設備	NA	NA								NA								NA				0	
交誼廳設施	NA	NA								3.49								NA				3.49	
人力(分)	負責人	NA								NA								NA				0	
	專業人員	2.09								12								NA				14.09	
	專任管理員	2.09								7.89								60				99.98	
	藥品	NA								NA								NA				0	
房屋(分)	會議室	NA								NA								NA				0	
	交誼廳	NA								3.49								NA				3.49	
	烹飪室	NA								NA								NA				0	
	多功能室	NA								4.4								NA				4.4	
診療項目		精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)																					
註：*表示該活動每月一次，該時段之人力、設備及房屋承擔之時間成本，先以四週計算後再平均分攤至一週																							

003-2作業流程(一週平均)

診療項目名稱：精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)

提案單位：社團法人台灣社區精神復健發展協會

作業流程提供醫事機構名稱：私立慈苑康復之家

作業流程	週一 同前	週二 同前	週三 同前	週四 同前	週五 同前	週六 同前	週日 同前	平均 同前
設備 (分)								
投籃機	6.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.86
影音設備	3.49	0.00	3.14	0.00	3.14	1.40	0.00	1.60
腳踏車機	0.00	0.00	0.00	4.62	0.00	0.00	0.00	0.66
褚式評估工具	0.00	60.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8.57
廚房設備	12.00	0.00	0.00	0.00	20.00	0.00	0.00	4.57
交誼廳設施	3.49	3.14	3.14	3.49	3.14	3.49	3.49	3.34
人力 (分)								
負責人	45.00	0.00	124.62	4.62	6.35	0.00	0.00	25.80
專業人員	69.00	99.00	42.00	27.80	54.63	12.00	14.09	45.50
專任管理員	108.49	104.23	117.14	102.61	103.14	115.29	99.98	107.27
藥品	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
房屋 (分)								
會議室	90.00	75.00	109.62	0.00	15.00	0.00	0.00	41.37
產案室	9.00	9.00	9.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.86
運動室	6.00	0.00	0.00	4.62	0.00	0.00	0.00	1.52
交誼廳	3.49	3.14	3.14	3.49	3.14	3.49	3.49	3.34
烹飪室	12.00	0.00	0.00	0.00	20.00	0.00	0.00	4.57
多功能室	0.00	0.00	0.00	24.87	13.98	11.80	4.40	7.86
診療項目								

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第二章 精神疾病患者社區復健

通則：

- 一、轉介社區復健之精神疾病診斷以符合全民健康保險重大傷病範圍之慢性精神疾病患者為限。符合轉介疾病診斷患者之收案及結案條件、評估方法、評估期間如附表5.2.1。
- 二、保險對象及其家屬或相關人員，向精神醫療機構或精神復健機構提出收案申請。精神醫療機構或精神復健機構受理個案申請後，應請精神科專科醫師評估，符合收案條件者開立轉介醫囑單。
- 三、精神醫療機構或精神復健機構於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，應檢具社區復健申請書，連同轉介醫囑單，送保險人核備，保險人得視情況實地評估其需要性；經核定不符收案或繼續收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由精神醫療機構或精神復健機構自行處理。本章病患之住宿費，不列入給付範圍。
- 四、社區復健收案期限以一年為限，並以收案日起算；若病情需要延長，應重新評估，符合收案條件者再開立轉介醫囑單連同社區復健申請書，於到期前一個月，向保險人申請核准延長，並以前次核准期限屆滿之次日起算，每次延長不得超過六個月，同一機構同一個案，於期限截止日起三十日內再申請者，應以申請延長案辦理，不得以新個案申請；不符合收案條件者應即結案。
- 五、精神復健機構(含日間型及住宿型機構)復健治療之診療項目：一般心理治療、一般團體心理治療、活動治療、康樂治療、產業治療、職能治療、會談治療、一般行為治療、家族治療、護理指導及相關服務；居家治療之診療項目：醫師治療、其他精神醫療專業人員處置。申報費用時應檢附診療紀錄。
- 六、僅接受精神復健機構(住宿型機構)夜間復健治療者，可同時接受精神復健機構(日間型機構)之復健治療(05401C)。
- 七、本章所訂點數均已包括人事費、第二部第二章第五節精神醫療治療費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得申報本章以外之費用。

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
05401C	精神復健機構(日間型機構)之復健治療(天)					600
05402C	精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)					508
05403C	精神復健機構(住宿型機構)夜間之復健治療(天)					126
05404C	居家治療醫師診治費(次)					1656
05405C	同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起，其診治費依本項申報。					960

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
	註：1.診治費每一個案每人每月以二次為原則，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位醫師診治個案數，每日以八個為限；每月以二百四十個為限。					
05406C	居家治療其他專業人員處置費(次) 註：處置費每一個案每月以二次為限，申報費用時應檢附訪視紀錄。					775

衛生福利部中央健康保險署
精神疾病患者社區復健支付標準討論諮詢會議紀錄

時 間：109 年 6 月 3 日(星期三)上午 9 時 30 分

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：蔡副署長淑鈴

紀錄：許博淇

出席人員：

楊院長延光

滕理事長西華

簡顧問醫師以嘉

林常務理事惠珠

呂理事長淑貞

台灣精神醫學會

郭錫卿

台灣臨床心理學會

吳進欽

社團法人中華民國

呂家誌、簡才傑

職能治療師公會全國聯合會

社團法人中華民國社工師公會

陳金玲、溫信學

全國聯合會

社團法人中華民國精神衛生護理學會

周桂如、洪翠妹

社團法人台灣社區精神復健發展協會

陳俊銘、周孟賢

台灣醫院協會

陳瑞瑛、吳淑芬、張家銘

中華民國醫師公會全國聯合會

羅浚晷

衛生福利部社會及家庭署

周宥騏、劉桂汝

衛生福利部心理及口腔健康司

陳少卿、賴淑玲

本署醫務管理組

李純馥、吳科屏、蔡翠珍

王玲玲、陳依婕

十一、主席致詞：略。

十二、討論事項：精神疾病患者社區復健相關健保支付項目：

(三)日間型精神復健機構支付點數調整之適當性及調幅。

(四)慢性精神醫療相關健保支付項目間之支付點數衡平性。

(五)檢視精神復健機構整體收入來源，釐清各單位給付範圍。

(六)現行精神居家治療支付規範及支付點數之合宜性。

十三、會議結論：

(一)與會專家皆肯定日間型精神復健機構之治療成效及維持其持

續經營成本之重要性，本署於預算額度內，評估及研議調高日

間型精神復健機構支付點數。

(二)精神復健機構之「照護」屬健保給付範圍，若屬「照顧」部

分，如社區訪視、社區關懷、住宿補助等，應由衛生福利部心

理及口腔健康司、社會及家庭署、長期照顧司之公務預算予以

支應，健保不予給付。

(三)針對部分無病識感、主動就醫意願低的社區病患，健保門住

診效益有限，故需要藉由社區精神復健或居家治療支持，及利

用藥物治療來緩解人力的需求，請台灣精神醫學會向會員宣導

思覺失調症患者依專業判斷施打長效針劑或一般針劑。

(四)有關調升精神科慢性病床支付點數、新增居家護理精神照護、

提升精神居家治療之其他專業人員處置費、研議精神社區復健

半日給付、增列偏鄉加成及採論質計酬模式等建議，本署納入研議。其中就居家護理所提供精神護理照護部分，是否需與醫師組成團隊，其自主程度、分工權責及費用申報歸屬等問題，需再與衛生福利部醫事司、護理及健康照護司等共同研議，釐清居護所於社會安全網的定位，故請中華民國精神衛生護理學會會後提供完整建議資料，供本署研議參考。

(五)精神醫療議題近期備受重視，本署將於有限預算資源下充分運用，並視需要，於110年協商再爭取預算支應；惟健保給付並非機構持續經營的唯一誘因，機構來自政府其他補助收入應有連動性調整，以提升整體誘因。

四、與會人員發言摘要如附件

五、臨時動議：無

散會：中午 12 時 30 分

表、111 年 05402C 住宿型精神復健機構(全日)推估申報量及調升支付點數所增加之費用

項目	現行 支付點數 (點)	109 年 申報量(A1) (件)	110 年 申報量(A2) (件)	成長率 $B=(A2-A1)/A1$	推估 111 年申報量 $C=A2*(1+B)$	推估 111 年費用 $(D=C*(600-508))$ (百萬點)
05402C 住宿 型精神復健機 構之復健治療 (全日)	508	1,857,956	1,960,520	5.52%	2,068,746	190.3

111 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)111 年度其他預算增加 426 百萬元，預算總額度為 16,579.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 5。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 110 年 11 月底前完成，新增項目原則於 110 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入 112 年度總額協商考量。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 800 百萬元。
- 2.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)」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。
 - (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。
 - (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 111 年 7 月底前提出專案報

告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

- 1.全年經費 605.4 百萬元。
- 2.請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請儘速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。

(三)居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

- 1.全年經費 7,300 百萬元。
- 2.本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構於健保政策下之定位。
 - (2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。
 - (3)訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於 111 年 7 月底前將執行結果提全民健康保險會報告。

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第二章 精神疾病患者社區復健

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
05401C	精神復健機構(日間型機構)之復健治療(天)					600
05402C	精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療 (天)					508 600
05403C	精神復健機構(住宿型機構)夜間之復健治療 (天)					126
05404C	居家治療醫師診治費(次)					1656
05405C	同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起，其診治費依本項申報。 註：1.診治費每一個案每人每月以二次為原則，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位醫師診治個案數，每日以八個為限；每月以二百四十個為限。					960
05406C	居家治療其他專業人員處置費(次) 註：處置費每一個案每月以二次為限，申報費用時應檢附訪視紀錄。					775

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險遠距醫療給付計畫(下稱本計畫)修訂案。

說明：

- 一、本計畫於 111 年 3 月 30 日本會議 111 年第 1 次臨時會討論，惟因施行地區、實施場域、會診科別等未獲共識，爰依各方意見修正計畫內容，再次提會討論。
- 二、本計畫修訂重點摘述如下（修訂對照表如附件 1，頁次討 2-5～2-22）：

（一）會診科別：

1. 新增心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科。
2. 增訂「遠距院所提供之專科門診遠距會診科別，原則不得包括執業登記於施行地區醫療院所之醫師所具有之專科別，惟特殊情形得由院所向所轄保險人分區業務組說明，保險人分區業務組視當地民眾需求進行認定」規範（施行地區執業醫師專科別及遠距會診科別如附件 2，頁次討 2-23～2-26）。
3. 財務影響評估：
 - (1) 專科門診遠距會診費(以每施行地區每科別每月看診 15 人次推估)，約需 4,032 萬點。
 - (2) 急診遠距會診(以每施行地區每年急診會診 100 人次，檢傷分類第一級急診診察費 2,340 元推估)，約需 1,497.6 萬點。
 - (3) 合計約需 5,529.6 萬點。

（二）實施場域：

1. 新增山地離島地區之「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(居整計畫)」收案個案住家。

- 2.財務影響評估：居家訪視之遠距會診(以居家醫療照護整合計畫 109 年申報山地離島地區醫師訪視費次數推估)，約需 860.65 萬點。

(三)放寬計畫申請及審核程序：

- 1.放寬同一施行地區僅 1 家在地院所得執行之限制。
- 2.簡化申請審核作業流程：
 - (1)原已核定執行之特約院所：
 - A. 未變更執行內容且符合計畫規定者，得具函向保險人分區業務組申請延續辦理本計畫。
 - B. 欲變更執行內容或原計畫已不符合計畫規定者，申請變更計畫書，不受公開徵求 2 個月之限制。
 - (2)原參與衛生福利部相關遠距醫療試辦計畫之醫療院所：申請執行本計畫，不受公開徵求 2 個月之限制，並得簡化成立審查小組之審查程序。
 - (3)IDS 計畫、居整計畫之承作院所：申請執行本計畫，得簡化成立審查小組之審查程序。

(四)新增在地院所門診診察費加成：

- 1.在地院所提供遠距醫療服務，門診診察費按申報點數加計一成支付。
- 2.以每施行地區每科別每月看診 15 人次，每件診察費以 358 點(基層院所門診診察費合理量 1-30 人)推估，全年約需 288.7 萬點。

(五)新增虛擬(行動)健保卡綁定規範及獎勵金(財務評估如附件 3)：

- 1.預算來源：其他部門「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路寬頻補助費用」之「提升院所智慧化醫療資訊機制」支應。

2. 「協助綁定獎勵金」：每人 200 點支付且限獎勵一次，約 145.1 萬點。

3. 「申報指標獎勵金」共分 3 階段：

(1) 以計算申報占率進行獎勵：

A. 在地院所與遠距會診費以論服務量申報之遠距院所：醫事機構當年度以虛擬(行動)健保卡申報本計畫之件數/ 醫事機構機構當年度申報本計畫之件數。

B. 遠距會診費以論診次申報之遠距院所：醫事機構當年度論次費用申報使用虛擬(行動)健保卡之人次/ 醫事機構當年度論次費用申報之診療人次。

(2) 第一階段($25\% \leq \text{占率} < 50\%$)：提供本計畫申報案件，一般地區每件獎勵 10 點、山地離島地區每件獎勵 20 點；當年度有提供病人遠距醫療之特約醫事機構，每家機構獎勵 5,000 點，約 96 萬點。

(3) 第二階段($50\% \leq \text{占率} < 70\%$)：提供本計畫申報案件，一般地區每件獎勵 20 點、山地離島地區每件獎勵 40 點；當年度有提供病人遠距醫療之特約醫事機構，每家機構再獎勵 10,000 點，約 191 萬點。

(4) 第三階獎勵金(占率 $\geq 70\%$)：當年度有提供病人遠距醫療之特約醫事機構，每家機構再獎勵 10,000 點，約 128 萬點。

4. 合計虛擬(行動)健保卡獎勵約需 560 萬點 (頁次討 2-27)。

(六) 其他相關規範及文字酌修：

1. 計畫附件 2 「全民健康保險遠距醫療給付計畫專科門診遠距會診費(論診次)申請」，新增「虛擬健保卡人次」欄位及說明。

2. 餘為文字酌修。

擬辦：本案如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

現行條文	建議修訂條文	修訂說明
一、計畫依據 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。 二、計畫目的 (一)提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性。 (二)充實在地醫療資源，落實醫療在地化。	(同現行條文)	
三、預算來源 遠距會診費由其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應；其餘醫療費用由各總額部門預算支應。	(同現行條文)	
四、施行地區 (一)全民健康保險法所稱山地離島地區。 (二)衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區，惟限 109 年以前(含)已核定之計畫。	四、施行地區 (一)全民健康保險法所稱山地離島地區。 (二)衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區(僅限衛生福利部核定之醫療院所得申請執行本計畫)，惟限 109 年以前(含)已核定之計畫。	補充說明衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區，僅限衛生福利部核定之醫療院所得申請執行本計畫。
五、施行期間 自保險人公告日起實施。	(同現行條文)	
六、參與計畫醫療院所、醫師資格 (一)遠距端：透過視訊通訊方式診察病人，給予診療建議，並有會診紀錄。 1、醫事服務機構(以下稱遠距院所)：特約醫院、基層診所。 2、醫師(以下稱遠距醫師)：以前述特約院所執業之專科醫師為限。 (二)在地端：親自診察病人、施行治療、開立醫囑，並有看診紀錄。 1、醫事服務機構(以下稱在地院所)：本計畫施行地區內之特約	六、參與計畫醫療院所、醫師資格 (一)遠距端：透過視訊通訊方式診察病人，給予診療建議，並有會診紀錄。 1、醫事服務機構(以下稱遠距院所)：特約醫院、基層診所。 2、醫師(以下稱遠距醫師)：以前述特約院所執業之專科醫師為限。 (二)在地端：親自診察病人、施行治療、開立醫囑，並有看診紀錄。 1、醫事服務機構(以下稱在地院所)：	考量本計畫 111 年預算額度(1.7 億元)，及山地離島地區醫師專科較為不足，部分個案仍有會診其他科別之需要，本署建議放寬山地離島地區居家醫療照護整合計畫收案個案居家訪視服務(在地端)，得進行遠距醫療會診。

現行條文	建議修訂條文	修訂說明								
醫院、基層診所，或「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)」承作醫療院所。 2、醫師(以下稱在地醫師)：以前述特約院所執業之醫師為限。 (三) 遠距院所及在地院所於參與計畫日起前 2 年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。	<u>(1)本計畫施行地區內之特約醫院及基層診所。</u> <u>(2)「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)」承作醫療院所。</u> <u>(3)山地離島地區之「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(居整計畫)」收案個案居家訪視服務。</u> 2、醫師(以下稱在地醫師)：以前述特約院所執業之醫師為限。 (三) 遠距院所及在地院所於參與計畫日起前 2 年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。									
七、服務內容 (一) 遠距醫師透過視訊通訊方式與在地醫師共同診察病人、給予診療建議，由在地醫師開立醫囑，提供當地缺乏且民眾迫切需要之專科醫療或急診診療。 (二) 實施地點以醫療院所或衛生所(室)或 IDS 計畫承作醫療院所自設之醫療站為限，應於加密之電子資料傳輸網路與固定電腦設備(排除行動裝置)進行，且應注意資訊安全與病人隱私。 (三) 應製作看(會)診紀錄，併同病歷保存，並註明以視訊方式進行	七、服務內容 (一) 遠距醫師透過視訊通訊方式與在地醫師共同診察病人、給予診療建議，由在地醫師開立醫囑，提供當地缺乏且民眾迫切需要之專科醫療或急診診療。 (二) 實施地點<u>以下列場域為限：</u> <u>1、醫療院所或衛生所(室)。</u> <u>2、IDS 計畫承作醫療院所自設之醫療站。</u> <u>3、山地離島地區之居整計畫收案個案住家。</u> <u>4、應於加密之電子資料傳輸網路與固定電腦設備(排除行動裝置)進行，於居整計畫收案個案住家執行時應備有行動遠距設備，</u>且應注意資訊安全與病人隱私。<u>。</u> (三) 應製作看(會)診紀錄，併同病歷保存，並註明以視訊方式進行	1. 新增山地離島地區之居整計畫收案個案住家為本計畫實施場域。 2. 各計畫遠距會診科別： <table><tr><th>項目</th><th>會診科別</th></tr><tr><td>遠距醫療給付計畫</td><td>眼科、耳鼻喉科、皮膚科、急診</td></tr><tr><td>衛生福利部遠距醫療計畫</td><td>眼科、耳鼻喉科、皮膚科、急診 心臟內科、胃腸科、傷口照護(整形外科)</td></tr><tr><td>IDS 計畫</td><td>眼科、耳鼻喉科、皮膚科、急診 心臟內科、胃腸科、神經內科、胸</td></tr></table>	項目	會診科別	遠距醫療給付計畫	眼科、耳鼻喉科、皮膚科、急診	衛生福利部遠距醫療計畫	眼科、耳鼻喉科、皮膚科、急診 心臟內科、胃腸科、傷口照護(整形外科)	IDS 計畫	眼科、耳鼻喉科、皮膚科、急診 心臟內科、胃腸科、神經內科、胸
項目	會診科別									
遠距醫療給付計畫	眼科、耳鼻喉科、皮膚科、急診									
衛生福利部遠距醫療計畫	眼科、耳鼻喉科、皮膚科、急診 心臟內科、胃腸科、傷口照護(整形外科)									
IDS 計畫	眼科、耳鼻喉科、皮膚科、急診 心臟內科、胃腸科、神經內科、胸									

現行條文	建議修訂條文	修訂說明		
看(會)診。 (四) 醫療院所及醫師執行本計畫所提供醫療服務須符合醫療法、醫師法及相關法令規定。 (五) 遠距會診實施科別： 1、限眼科、耳鼻喉科、皮膚科，急診遠距會診不在此限。 2、實施方式及科別應依執行計畫辦理，如有異動，應報經保險人分區業務組同意。 (六) 遠距會診實施方式： 1、專科門診遠距會診(限眼科、耳鼻喉科及皮膚科)： (1)於一般門診提供會診服務：遠距院所於現行已開設之門診診次，同時接受一般門診診療及遠距會診。 (2)開設專門遠距門診提供會診服務：遠距院所開設專門遠距門診，接受遠距會診。 (七) 急診遠距會診(不限科別)：當病人需立即給予緊急適當之處理，且經在地醫師判斷在地院所專科醫師不足需緊急會診情形下，由在地院所聯繫遠距院所進行急診遠距會診。	看(會)診。 (四) 醫療院所及醫師執行本計畫所提供醫療服務須符合醫療法、醫師法及相關法令規定。 (五) 遠距會診實施科別： 1、限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、<u>心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科</u>，急診遠距會診不在此限。 2、實施方式及科別應依執行計畫辦理，如有異動，應報經保險人分區業務組同意。 <u>3、遠距院所提供之專科門診遠距會診科別，原則不得包括執業登記於施行地區醫療院所之醫師所具有之專科別，惟特殊情形得由院所向所轄保險人分區業務組說明，保險人分區業務組視當地民眾需求進行認定。</u> (六) 遠距會診實施方式： 1、專科門診遠距會診(限眼科、耳鼻喉科、<u>皮膚科、心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科</u>)： (1)於一般門診提供會診服務：遠距院所於現行已開設之門診診次，同時接受一般門診診療及遠距會診。 (2)開設專門遠距門診提供會診服務：遠距院所開設專門遠距門診，接受遠距會診。 (七) 急診遠距會診(不限科別)：當病人需立即給予緊急適當之處理，且經在地醫師判斷在地院所專科醫師不足需緊急會診情形下，由在地院所聯繫遠距院所進行急診遠距會診。	<table><tr><td></td><td>腔科</td></tr></table> 3. 考量傷口照護尚有執行人員及法規上之疑慮，會診科別優先納入 IDS 計畫試辦之心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科。 4. 另考量當地可能已具有部分專科醫療資源，增訂「遠距院所提供之會診科別，不得包括執業登記於施行地區醫療院所之醫師所具有之專科別」規範。 5. 財務影響評估： (1) 截至 110 年 12 月，遠距會診執行情形如下： A. 專科門診遠距會診-論服務量：共 7 個鄉鎮申報，計 304 人、555 人次。 B. 專科門診遠距會診-論診次：共 13 個鄉鎮申報，計 177 診次、636 人次。 C. 急診遠距會診：共 1 個鄉鎮申報，檢傷分類第 2 級計 2 人、2 人次，檢傷分類第 3 級計 11 人、11 人次。 (2) 專科門診遠距會診費(以每施行地區每科別每月看診 15 人次推估)： 15(次)*7(科)*12(月)*64(地區)*500(點)=4,032 萬點。 (3) 急診遠距會診(以每施行地區每年急診會診 100 人次，檢傷		腔科
	腔科			

現行條文	建議修訂條文	修訂說明
		分類第一級急診診察費 2,340 元推估)：100(次)* 64(地區)*2,340(點)=1,497.6 萬點。 (4) 居家訪視之遠距會診(以居家醫療照護整合計畫 109 年申報山地離島地區醫師訪視費次數推估)：17,213(次)* *500(點)=860.65 萬點。 (5) 綜上，約需 6,390.25 萬點。
八、申請及審核程序 (一)申請程序：在地院所於本計畫公開徵求 2 個月內，以書面函檢附地方衛生主管機關核備函、遠距院所合作意向書及 10 份執行計畫書（如附件 1），向保險人分區業務組提出申請（以郵戳為憑），逾時概不受理。 (二)資格及實地審查：保險人分區業務組應於受理申請 2 週內(含例假日)，進行資格審查，並視需要實地審查診療空間、遠距會診設備等是否符合執行計畫書內容。 (三)執行計畫審查： 1、由保險人分區業務組成立審查小組，由 5 至 9 名委員組成，就具有相關專業之專家學者、保險人分區業務組、地方衛生主管機關派任或聘任，其中外聘專家學者人數不得少於三分之一。審查方式得以書面或會議為之。 2、針對施行地區內各鄉鎮(市/區)，保險人得視預算額度，由分區業務組擇優核定 1 家在地院所執行計畫。 (四)審核結果通知：保險人應於受理申請 2 個月內函復特約醫事服務機構核定結果。	八、申請及審核程序 (一)申請程序：在地院所於本計畫公開徵求 2 個月內，以書面函檢附地方衛生主管機關核備函、遠距院所合作意向書及 10 份執行計畫書（如附件 1），向保險人分區業務組提出申請（以郵戳為憑），逾時概不受理。 (二)資格及實地審查：保險人分區業務組應於受理申請 2 週內(含例假日)，進行資格審查，並視需要實地審查診療空間、遠距會診設備等是否符合執行計畫書內容。 (三)執行計畫審查： 1、由保險人分區業務組成立審查小組，由 5 至 9 名委員組成，就具有相關專業之專家學者、保險人分區業務組、地方衛生主管機關派任或聘任，其中外聘專家學者人數不得少於三分之一。審查方式得以書面或會議為之。 2、針對施行地區內各鄉鎮(市/區)，保險人得視預算額度，由分區業務組擇優核定 1家在地院所執行計畫。 (四)審核結果通知：保險人應於受理申請 2 個月內函復特約醫事服務機構核定結果。	1. 考量 110 年實務執行上遇有部分地區因地形區隔、交通不便等狀況，需由不同在地院所提供遠距醫療服務之情形，故放寬同一施行地區僅 1 家在地院所得執行之限制。 2. 為確保本計畫執行之延續性，並考量參與 IDS 計畫、居整計畫、衛生福利部相關遠距醫療試辦計畫之醫療院所，相關計畫已訂有申請及審核作業程序，故新增簡化申請及審核程序之條件。

現行條文	建議修訂條文	修訂說明												
	<u>(五)簡化申請及審核程序之條件：</u> <u>1、110 年經保險人分區業務組核定同意執行本計畫之特約院所：</u> <u>(1)未變更執行內容(在地院所、遠距院所、遠距會診科別及實施方式)，且未有本計畫第十三項之情事，且符合本計畫規定者，得具函向保險人分區業務組申請延續辦理本計畫。</u> <u>(2)欲變更執行內容者，應以書面函檢附變更後之計畫書，向保險人分區業務組提出申請，不受公開徵求 2 個月之限制。</u> <u>2、原參與衛生福利部相關遠距醫療試辦計畫之醫療院所：申請執行本計畫，不受公開徵求 2 個月之限制，並得簡化成立審查小組之審查程序。</u> <u>3、IDS 計畫、居整計畫之承作院所：申請執行本計畫，得簡化成立審查小組之審查程序。</u>													
九、給付項目及支付標準： (一)遠距會診費：由遠距院所申報，其費用由本計畫預算支應。 1、專科門診遠距會診費：限眼科、耳鼻喉科及皮膚科申報，依執行計畫所列看診模式，採論服務量或論診次支付。 <table><tr><td>編號</td><td>診療項目</td><td>支付點數</td></tr><tr><td>P6606C</td><td>專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。</td><td>500/人次</td></tr></table>	編號	診療項目	支付點數	P6606C	專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。	500/人次	九、給付項目及支付標準： (一)遠距會診費：由遠距院所申報，其費用由本計畫預算支應。 1、專科門診遠距會診費：<u>限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、胃腸科、心臟內科、神經內科、胸腔科</u>，依執行計畫所列看診模式，採論服務量或論診次支付。 <table><tr><td>編號</td><td>診療項目</td><td>支付點數</td></tr><tr><td>P6606C</td><td>專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。</td><td>500/人次</td></tr></table>	編號	診療項目	支付點數	P6606C	專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。	500/人次	1. 新增胃腸科、心臟內科、神經內科、胸腔科得申報專科門診遠距會診費。 2. 考量遠距會診較實體門診耗時，且在地醫師執行遠距醫療前需接受教育訓練，新增在地院所執行遠距醫療之門診診察費加計一成。 3. 財務影響評估： (1) 以每施行地區每科別每月看診 15 人次，每件診察費以 358 點(基層院所門診診察費
編號	診療項目	支付點數												
P6606C	專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。	500/人次												
編號	診療項目	支付點數												
P6606C	專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。	500/人次												

現行條文				建議修訂條文				修訂說明																																										
	P6607C	-論診次 註： 1.限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。 2.每診次至少三小時，同時段可接受多點遠距會診，但不得提供診間門診診療。 3.每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 4.開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 5.開診三個月後，每診平均看診人次≤5人，應檢討開診必要性或調降開診頻率。	5000/診次		P6607C	-論診次 註： 1.限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。 2.每診次至少三小時，同時段可接受多點遠距會診，但不得提供診間門診診療。 3.每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 4.開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 5.開診三個月後，每診平均看診人次≤5人，應檢討開診必要性或調降開診頻率。	5000/診次	合理量 1-30 人)推估。 (2) 15(次)*7(科)*12(月)*64(地區)*35.8(點)=288.7 萬點。																																										
2、急診遠距會診費：不限科別，採論服務量支付，支付標準如下：				2、急診遠距會診費：不限科別，採論服務量支付，支付標準如下：																																														
<table><tr><th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr><tr><td>P6601C</td><td>急診遠距會診費</td><td></td></tr><tr><td>P6601C</td><td>-檢傷分類第一級</td><td>2,340</td></tr><tr><td>P6602C</td><td>-檢傷分類第二級</td><td>1,300</td></tr><tr><td>P6603C</td><td>-檢傷分類第三級</td><td>788</td></tr><tr><td>P6604C</td><td>-檢傷分類第四級</td><td>584</td></tr><tr><td>P6605C</td><td>-檢傷分類第五級</td><td>507</td></tr></table>				編號	診療項目	支付點數	P6601C	急診遠距會診費		P6601C	-檢傷分類第一級	2,340	P6602C	-檢傷分類第二級	1,300	P6603C	-檢傷分類第三級	788	P6604C	-檢傷分類第四級	584	P6605C	-檢傷分類第五級	507	<table><tr><th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr><tr><td>P6601C</td><td>急診遠距會診費</td><td></td></tr><tr><td>P6601C</td><td>-檢傷分類第一級</td><td>2,340</td></tr><tr><td>P6602C</td><td>-檢傷分類第二級</td><td>1,300</td></tr><tr><td>P6603C</td><td>-檢傷分類第三級</td><td>788</td></tr><tr><td>P6604C</td><td>-檢傷分類第四級</td><td>584</td></tr><tr><td>P6605C</td><td>-檢傷分類第五級</td><td>507</td></tr></table>				編號	診療項目	支付點數	P6601C	急診遠距會診費		P6601C	-檢傷分類第一級	2,340	P6602C	-檢傷分類第二級	1,300	P6603C	-檢傷分類第三級	788	P6604C	-檢傷分類第四級	584	P6605C	-檢傷分類第五級	507	
編號	診療項目	支付點數																																																
P6601C	急診遠距會診費																																																	
P6601C	-檢傷分類第一級	2,340																																																
P6602C	-檢傷分類第二級	1,300																																																
P6603C	-檢傷分類第三級	788																																																
P6604C	-檢傷分類第四級	584																																																
P6605C	-檢傷分類第五級	507																																																
編號	診療項目	支付點數																																																
P6601C	急診遠距會診費																																																	
P6601C	-檢傷分類第一級	2,340																																																
P6602C	-檢傷分類第二級	1,300																																																
P6603C	-檢傷分類第三級	788																																																
P6604C	-檢傷分類第四級	584																																																
P6605C	-檢傷分類第五級	507																																																
3、遠距院所接受遠距會診之案件，不列入區域級(含)以上醫院門診減量措施計算。				3、遠距院所接受遠距會診之案件，不列入區域級(含)以上醫院門診減量措施計算。																																														
(二)在地院所提供各項醫療服務、藥物費用：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」規定申報，由所屬之總額部門預算支應。				(二)在地院所提供各項醫療服務、藥物費用：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」規定申報，由所屬之總額部門預算支應； <u>門診診察費按申報點數加計一成支付，加成費用由本計畫預算支應。</u>																																														
十、 醫療費用申報、支付及審查原則				(同現行條文)																																														
(一)醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「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)申報原則：醫療費用由在地院所按月申報，遠距會診費由遠距																																																		

現行條文	建議修訂條文	修訂說明																								
院所按月申報。 (三)醫療服務點數清單及醫令清單填表說明： 1、遠距院所： (1)申報專科門診遠距會診費、急診遠距會診費之論服務量： Ⓐ門診醫療費用點數清單段： <table><tr><th>申報欄位</th><th>說 明</th></tr><tr><td>案件分類</td><td>07：遠距醫療</td></tr><tr><td>特定治療項目代號(任一)</td><td>GC：遠距醫療給付計畫</td></tr><tr><td>部分負擔代號</td><td>009：本署其他規定免部分負擔者</td></tr><tr><td>就醫序號</td><td>TM01：遠距醫療 註：使用虛擬(行動)健保卡就醫者，請依實際取號情形填寫</td></tr><tr><td>就醫科別</td><td>依實際會診科別填寫</td></tr></table> Ⓑ門診醫療費用醫令清單段：除申報急診遠距會診費、專科門診遠距會診費(論服務量)外，需另申報 1 筆虛擬醫令，填寫說明如下。 <table><tr><th>申報欄位</th><th>說 明</th></tr><tr><td>醫令類別</td><td>G：專案支付參考數值</td></tr><tr><td>藥品(項目)代號</td><td>TMP01：提供遠距會診</td></tr><tr><td>執行醫事人員代號</td><td>填寫遠距院所之醫師身分證號</td></tr><tr><td>委託或受託執行轉代檢醫事機構代號</td><td>填寫在地院所醫事機構代號</td></tr><tr><td>醫令調劑方式</td><td>6：遠距醫療</td></tr></table> (2)申報專科門診遠距會診費-論診次：申請時應逐次填寫遠距會診費申請表（附件 2），於次月 20 日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄申請表至保險人分區	申報欄位	說 明	案件分類	07：遠距醫療	特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫	部分負擔代號	009：本署其他規定免部分負擔者	就醫序號	TM01：遠距醫療 註：使用虛擬(行動)健保卡就醫者，請依實際取號情形填寫	就醫科別	依實際會診科別填寫	申報欄位	說 明	醫令類別	G：專案支付參考數值	藥品(項目)代號	TMP01：提供遠距會診	執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號	委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫在地院所醫事機構代號	醫令調劑方式	6：遠距醫療		
申報欄位	說 明																									
案件分類	07：遠距醫療																									
特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫																									
部分負擔代號	009：本署其他規定免部分負擔者																									
就醫序號	TM01：遠距醫療 註：使用虛擬(行動)健保卡就醫者，請依實際取號情形填寫																									
就醫科別	依實際會診科別填寫																									
申報欄位	說 明																									
醫令類別	G：專案支付參考數值																									
藥品(項目)代號	TMP01：提供遠距會診																									
執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號																									
委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫在地院所醫事機構代號																									
醫令調劑方式	6：遠距醫療																									

現行條文	建議修訂條文	修訂說明																
業務組。 2、在地院所：申報醫療服務、藥物費用。 (1)門診醫療費用點數清單段： <table><tr><td>申報欄位</td><td>說明</td></tr><tr><td>特定治療項目代號(任一)</td><td>GC：遠距醫療給付計畫</td></tr></table> (2)門診醫療費用醫令清單段：除申報醫療服務、藥物費用外，需另申報1筆虛擬醫令，填寫說明如下。 <table><tr><td>申報欄位</td><td>說明</td></tr><tr><td>醫令類別</td><td>G：專案支付參考數值</td></tr><tr><td>藥品(項目)代號</td><td>TMR01：接受遠距會診</td></tr><tr><td>執行醫事人員代號</td><td>填寫遠距院所之醫師身分證號</td></tr><tr><td>委託或受託執行轉代檢醫事機構代號</td><td>填寫遠距院所醫事機構代號</td></tr><tr><td>醫令調劑方式</td><td>6：遠距醫療</td></tr></table> 3、如可歸責於特約醫事服務機構申報案件分類等資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。 (四)審查原則： 1、涉及特定專科別之診療項目及藥物，在地醫師參採具各該專科資格遠距醫師建議後之處方，視同符合健保給付規定。 2、特約醫事服務機構應依所提執行計畫內容提供遠距會診服務，超過計畫內容之部分，保險人不予支付費用。 3、本計畫所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬同一事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核發之款項。 (五)保險對象應自行負擔之醫療費用：依保險對象就醫之在地院所層級計收。 1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三	申報欄位	說明	特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫	申報欄位	說明	醫令類別	G：專案支付參考數值	藥品(項目)代號	TMR01：接受遠距會診	執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號	委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫遠距院所醫事機構代號	醫令調劑方式	6：遠距醫療		
申報欄位	說明																	
特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫																	
申報欄位	說明																	
醫令類別	G：專案支付參考數值																	
藥品(項目)代號	TMR01：接受遠距會診																	
執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號																	
委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫遠距院所醫事機構代號																	
醫令調劑方式	6：遠距醫療																	

現行條文	建議修訂條文	修訂說明
條規定計收。 2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。 3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。 (六)點值結算方式：本計畫之遠距會診費併其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下其他計畫計算，預算按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟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。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。		
十一、 監測指標 (一) 門診遠距會診當次轉診(轉出)率 1、分子：在地院所門診(不含急診)遠距會診當次轉診(轉出)件數 2、分母：在地院所門診(不含急診)遠距會診件數 (二) 急診：24 小時內重返急診率 1、分子：急診遠距會診後 24 小時內重返急診人數 2、分母：急診遠距會診人數 (三) 專科門診-論診次：每診看診人次 1、分子：看診人次合計 2、分母：總診次 (四) 專科門診-論服務量：每月看診人次 1、分子：看診人次合計 2、分母：服務月份數	(同現行條文)	

現行條文	建議修訂條文	修訂說明										
	<u>十二、 獎勵措施</u> <u>(一)「協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金」：在地院所於遠距醫療時協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡且符合下列條件者，每名保險對象限獎勵一次：</u> <u>1、協助個案綁定虛擬(行動)健保卡，應取得個案或家屬同意，並將佐證資料留存於病歷備查(需協助拍攝虛擬(行動)健保卡之相片、已完成綁定畫面截圖等)。</u> <u>2、當次遠距醫療案件應以虛擬(行動)健保卡方式申報該保險對象資料且成功，且需申報 1 筆虛擬醫令，填寫說明如下。</u> <table><tr><th><u>申報欄位</u></th><th><u>說明</u></th></tr><tr><td><u>醫令類別</u></td><td><u>G：專案支付參考數值</u></td></tr><tr><td><u>藥品(項目)代號</u></td><td><u>TMV01：協助綁定虛擬(行動)健保卡</u></td></tr><tr><td><u>執行醫事人員代號</u></td><td><u>填寫在地院所之醫師身分證號</u></td></tr><tr><td><u>醫令調劑方式</u></td><td><u>6：遠距醫療</u></td></tr></table> <u>3、協助每名保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵費用 200 點。</u> <u>4、如原已綁定保險對象因手機故障/更換手機再重新綁定、由本計畫其他在地院所協助綁定或由其他計畫(如：全民健康保險居家醫療照護整合計畫)特約院所協助綁定等情形，不予重複獎勵。</u> <u>5、本項獎勵金由保險人每季計算，並支付予在地院所。</u> <u>(二)「虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金」：促進院所宣導及協助民眾綁定虛擬(行動)健保卡之推廣意願，提供虛擬(行動)健保卡申報成功之達成獎勵額度：</u> <u>1、獎勵指標定義：</u> <u>(1)在地院所與遠距會診費以論服務量申報之遠距院所：</u>	<u>申報欄位</u>	<u>說明</u>	<u>醫令類別</u>	<u>G：專案支付參考數值</u>	<u>藥品(項目)代號</u>	<u>TMV01：協助綁定虛擬(行動)健保卡</u>	<u>執行醫事人員代號</u>	<u>填寫在地院所之醫師身分證號</u>	<u>醫令調劑方式</u>	<u>6：遠距醫療</u>	1. 本項新增。 2. 配合 111 年推動虛擬(行動)健保卡，新增「協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金」及「虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金」。 3. 「協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金」財務影響評估： (1)110 年 3 月至 12 月，在地院所申報遠距醫療就醫案件計 18 家、1,530 人，推估每院所每月就醫人數約 9 人。 (2)以每施行地區均有 1 家機構參與計畫，每月協助綁定 9 人計算，約需 145.1 萬點。 4. 「虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金」財務影響評估： (1)110 年 3 月至 12 月，在地院所申報遠距醫療就醫案件計 18 家、2,486 件，推估每院所每月就醫件數約 15 件；遠距院所申報遠距會診費案件計 17 家、1,204 件，推估每院所每月就醫件數約 8 件。 (2)以每地區均有在地院所及遠距院所各 1 家參與計畫(在地端、遠距端各 64 家)推估： A. 1.第一階段 (25% ≤ 占率 <50%)：需約 96 萬點。 B. 2.第二階段 (50% ≤ 占率 <70%)：需約 191 萬點。
<u>申報欄位</u>	<u>說明</u>											
<u>醫令類別</u>	<u>G：專案支付參考數值</u>											
<u>藥品(項目)代號</u>	<u>TMV01：協助綁定虛擬(行動)健保卡</u>											
<u>執行醫事人員代號</u>	<u>填寫在地院所之醫師身分證號</u>											
<u>醫令調劑方式</u>	<u>6：遠距醫療</u>											

現行條文	建議修訂條文	修訂說明																		
	<u>醫事機構當年度以虛擬(行動)健保卡申報本計畫之件數</u> 醫事機構當年度申報本計畫之件數 <u>(2)遠距會診費以論診次申報之遠距院所：</u> <u>醫事機構當年度論次費用申報使用虛擬(行動)健保卡之人次</u> 醫事機構當年度論次費用申報之診療人次 <u>註：遠距醫療個案需有以虛擬(行動)健保卡查詢健保醫療資訊雲端查詢系統之紀錄。</u> <u>2、獎勵條件與費用：特約醫事服務機構以虛擬(行動)健保卡申報本計畫醫療費用之案件，獎勵原則如下表。</u> <table><tr><th rowspan="2"><u>獎勵指標</u> <u>占率</u></th><th colspan="2"><u>每件獎勵點數</u></th><th rowspan="2"><u>特約醫事服務機構當年度有提供病人遠距醫療服務，每家機構獎勵點數</u></th></tr><tr><th><u>一般地區</u></th><th><u>山地離島地區</u></th></tr><tr><td><u>25%≤占率<50%</u></td><td><u>10</u></td><td><u>20</u></td><td><u>5,000</u></td></tr><tr><td><u>50%≤占率<70%</u></td><td><u>20</u></td><td><u>40</u></td><td><u>10,000</u></td></tr><tr><td><u>≥70%</u></td><td><u>20</u></td><td><u>40</u></td><td><u>20,000</u></td></tr></table> <u>3、本項獎勵金由保險人於年度結束後計算，並支付符合獎勵條件之特約醫事服務機構(含在地院所及遠距院所)。</u>	<u>獎勵指標</u> <u>占率</u>	<u>每件獎勵點數</u>		<u>特約醫事服務機構當年度有提供病人遠距醫療服務，每家機構獎勵點數</u>	<u>一般地區</u>	<u>山地離島地區</u>	<u>25%≤占率<50%</u>	<u>10</u>	<u>20</u>	<u>5,000</u>	<u>50%≤占率<70%</u>	<u>20</u>	<u>40</u>	<u>10,000</u>	<u>≥70%</u>	<u>20</u>	<u>40</u>	<u>20,000</u>	C. 3.第三階獎勵金(占率≥70%)：需約128萬點。
<u>獎勵指標</u> <u>占率</u>	<u>每件獎勵點數</u>		<u>特約醫事服務機構當年度有提供病人遠距醫療服務，每家機構獎勵點數</u>																	
	<u>一般地區</u>	<u>山地離島地區</u>																		
<u>25%≤占率<50%</u>	<u>10</u>	<u>20</u>	<u>5,000</u>																	
<u>50%≤占率<70%</u>	<u>20</u>	<u>40</u>	<u>10,000</u>																	
<u>≥70%</u>	<u>20</u>	<u>40</u>	<u>20,000</u>																	
十二、計畫管理機制 (一)保險人負責本計畫之研訂與修正。 (二)保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構之執行計畫、計算指標與核發費用。 (三)醫事服務機構負責依執行計畫提供遠距會診服務。	十三、計畫管理機制 (同現行條文)	項次變更																		
十三、退場機制 (一)參與本計畫之特約醫事服務機構，未依所提計畫提供遠距會診服務、或參與本計畫有待改善事項，經保險人2次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累	十四、退場機制 (同現行條文)	項次變更																		

現行條文	建議修訂條文	修訂說明
計達 3 次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。 (二)參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。 (三)前項處以停約之特約院所，經保險人同意依特管辦法第四十二條規定抵扣者，得繼續參加本計畫，但遠距院所不得提供受處分之診療科別之遠距會診服務。 (四)特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。		
十四、 計畫修訂程序 本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，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報請主管機關核定後公告實施，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告；並送健保會備查。	十五、 計畫修訂程序 (同現行條文)	項次變更

附件 1、「全民健康保險遠距醫療給付計畫」執行計畫內容與格式

一、封面：至少應包括計畫名稱(包含計畫執行地區)、計畫執行院所、提供遠距會診服務院所、計畫執行期間。

二、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由上而下，由左而右，標楷體 14 號字型，橫式書寫。

三、計畫內容至少應包括：

(一)前言：背景、計畫執行地區地理環境與交通情形、醫療資源現況及問題分析、醫療機構現況

(二)計畫目的

(三)服務內容及執行規劃(含看診流程、遠距會診設備規格、實施地點、實施科別、預估服務量等)

(四)與遠距院所之合作機制

(五)預期效益(量化)：含監測指標目標值

(六)經費：說明每月所需遠距會診費及計算基礎

四、檢附資料

(一)地方衛生主管機關核備函影本

(二)遠距院所合作意向書

(三)遠距會診診療空間與設備照片數張(須清晰可見整體空間及內部配置)

註：居整計畫照護團隊申請執行本計畫，請敘明團隊內執行院所(遠距端、在地端)、收案個案所在地(地理環境及交通情形)、個案須執行遠距會診原因。

附件 2、全民健康保險遠距醫療給付計畫專科門診遠距會診費(論診次)申請表

年 月

頁數:第

頁共

頁

受 理 日 期		受 理 編 號										
醫事服務機構名稱		醫 事 服 務 機 構 代 號										
編號	請領人姓名	請領人 身分證字號	支 付 別	日期	診次別	在地院所名 稱及代號	診療 人次	虛擬健保 卡人次	申請 點數	核 減 額	核 定 額	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
本頁小計												
總 表	項 目		申請 次數	診療 人次	每次申 請點數	申請點數 總數	核減 次數	核減點數	核定 次數	核定 點數		
	支 付 別											
	P6607C				5000							
	總計											
負責醫師姓名: 醫事服務機構地址: 電話: 印信:			一、本項專科門診遠距會診服務應經當地衛生主管機關同意，並報經保險人分區業務組同意始得給付。 二、編號：每月填送均自 1 號起編。診次別：填寫上午、下午、夜間。診療人次：填寫當次診療之人次。 <u>虛擬健保卡人次：填寫當次就醫使用虛擬(行動)健保卡查詢健保醫療資訊雲端查詢系統之人次。</u> 三、支付別： P6607C（專科門診遠距會診費-論診次，每次） 四、總表欄：於最後一頁填寫。 五、填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。本申請表應按月連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「遠距會診費(論診次)申請表」。									

附錄、衛生福利部遠距醫療試辦計畫執行醫院之遠距醫療設備規格(參考資料)

一、遠距醫療門診系統一套，包含：

1. 遠端控制工作站 Remote Control station x1

- (1) 操作系統 Operating System: Windows 或 iOS
- (2) Processor: Intel Core i5 or greater
- (3) Video capture: Webcam
- (4) Installed memory (RAM): 4 GB or greater
- (5) Hard Disk Drive : 500 GB 或以上
- (6) Speakers and Microphone: analog or digital headset
- (7) 可控制主機攝影機功能：包含變焦、點對點、遠端攝像機控制(FECC)，全屏視圖，子母畫面（PIP）等雙向音頻/視頻影音顯示
- (8) 具 ≥ 24 "診斷用 Monitor，供醫生遠端診療使用
- (9) 提供 ≥ 56 " 4k UHD TV Monitor x1，供影像同步觀察及會診使用

2. 控制站操作介面及功能 Control Station Interface x2

- (1) 可控制捕捉圖像和視頻，調整亮度，變焦，對焦，音量和麥克風增益和靜音
- (2) 以有線 Internet 或 Wi-Fi 網路從遠端遙控連線，低控制頻寬可小於 300kbps，並使用 TCP /UDP 數據傳輸控制協定雙向通信顯示
- (3) 具動態頻寬自動測調整及視頻自動品質優化功能
- (4) 具智能化雲端網路連線，提供安全連接至指定之遠距醫療設備
- (5) 可遠端遙控主機雙鏡頭攝影機，做上下傾斜、左右移動及遠近變焦攝影，
上下傾斜角度： $+27/-65$ 度；
左右移動角度： ± 170 度；
遠近變焦攝影放大倍數：26X 倍

- (6) 可操作遠距醫療系統執行，如：捕捉圖像和動態影像，調整亮度，輸入/輸出調節變焦，對焦，音量和畫中畫及影音錄影功能
- (7) 具遠端游標指示功能，可提供及時標示出 ROI 感興趣的區域進行指導教學討論

3. 雲端網路連線監控功能 Connection Function x2

- (1) 具雲端網路連線及監控技術：可透過雲端計算，快速連線至指定遠距醫療系統，進影音傳輸
- (2) 具優化連接軟體，自動管理高度變化的網路環境
- (3) 具全天候主動監控功能，含狀態警報，日常維護和軟體更新等，可作維護一個恆定的連線狀態系，以提供設備的正常運行時間和服務監控
- (4) 連線資料隱私加密需求：採用 RSA 密鑰和 256 位 AES 對稱加密組合方式。
- (5) 數據安全性-具 HIPAA 標準為基礎的數據安全性和管理功能

4. 移動式遠距醫療設備主機 Mobile Telemedicine Cart xl

- (1) 主機高低調整距離 147cm 到 198cm
- (2) 內置可充電電池組，不插電可操作 7 小時以上
- (3) 具輔助影像輸入端子：2 組以上
- (4) 具遠端控制台 15" LCD 顯示螢幕及控制板：可顯示雙向影音、調整聲音大小等功能
- (5) 具雙耳式耳機與電話聽筒
- (6) 具電子式聽診器

5. 攜帶型遠端控制平板 Mobile iPad xl

- (1) 操作系統 Operating System：Apple iOS 10 以上
- (2) Display：≥9.7 吋 LED 背光 Multi-Touch 多點觸控顯示器，採用 IPS 技術

- (3) 2048 x 1536 像素，264 ppi 解析度或以上
 - (4) Memory (RAM)：128GB or greater
 - (5) 可控制主機攝影機功能：包含變焦、點對點、遠端攝像機控制 (FECC)，全屏視圖，子母畫面 (PIP) 等雙向音頻/視頻影音顯示
6. 需提供醫生遠端連線操作控制帳號 ≥ 5 組
7. 高提供無線雙頻 4G 路由器及 4G SIM 卡一組，供遠距連線使用

二、數位五官檢查鏡組一套，包含：

1. 手持式數位五官鏡一組，含
- (1) 主機 x1：僅需更換鏡頭，即可切換耳鏡、口腔鏡、鼻咽內視鏡、皮膚鏡等，供醫師遠端診斷。
 - a. 具 500 萬畫素高解析畫面及 3.5" 全彩 LCD 觸控螢幕，可按一快速鍵即可立即擷像
 - b. 影像輸出為：AV 端子及 Mini USB 輸出介面，並可經由遠距醫療設備主機連線同步輸出至遠端控制工作站，供醫生遠端診斷
 - c. 全新電池可持續使用 3 小時，可直接使用 mini USB 充電
 - (2) 耳鏡 x1：可觀察中耳積水、耳道及鼓膜病變
 - (3) 口腔鏡 x1：可觀察口腔病變
 - (4) 鼻咽內視鏡 x1：可觀察喉嚨發炎病變
 - a. 軟式鼻咽內視鏡 x2
 - b. 硬式鼻咽內視鏡 x2
 - (5) 皮膚鏡 x1：可觀察皮膚病變
 - (6) 提供數位相機一台可記錄大區域皮膚病變
2. 自動對焦免散瞳眼底鏡一組，包含：

- (1) 主機：僅需更換鏡頭，即可切換眼底鏡、裂隙燈鏡頭及眼表鏡，供醫師遠端觀察眼睛病變。
- (2) 具 500 萬畫素高解析畫面及 3.5"全彩 LCD 觸控螢幕，可按一快速鍵即可立即擷像
- (3) 影像輸出為：AV 端子及 Mini USB 輸出介面，並可經由遠距醫療設備主機連線同步輸出至遠端控制工作站，供醫生遠端診斷
- (4) 全新電池可持續使用 3 小時，可直接使用 mini USB 充電
- (5) 眼底鏡具 ≥ 45 度廣角視野，屈光度 -20 到+20D
- (6) 具檢查用下巴支架
- (7) 裂隙燈：裂隙尺寸 0.2*10 mm，濾鏡：藍/綠
- (8) 眼前鏡：視角 21 度，工作範圍：56-65 mm
- (9) 提供眼壓計 x1 組，具開機自我測試、單鍵操作測量、液晶螢幕顯示眼壓值 IOP 及電池狀況等功能

3. 皮膚科冷凍噴槍

附件 2、遠距醫療施行地區執業醫師專科別及遠距會診科別列表

註：遠距會診科別為空白者，代表該鄉鎮未執行全民健康保險遠距醫療給付計畫。

縣市別	鄉鎮別	執業醫師專科別	遠距會診科別
新北市	烏來區	外科、婦產科	
宜蘭縣	大同鄉	小兒科、家庭醫學科	急診
	南澳鄉	小兒科、內科、家庭醫學科、牙周病科	急診
桃園市	復興區	內科、家庭牙醫科、家庭醫學科、 <u>神經科</u> 、結核病專科	皮膚科、眼科、耳鼻喉科、急診
新竹縣	五峰鄉	急診醫學科、家庭醫學科	皮膚科、眼科、耳鼻喉科、急診
	尖石鄉	外科、家庭醫學科、 <u>眼科</u>	皮膚科、 <u>眼科</u> 、耳鼻喉科
苗栗縣	泰安鄉	小兒科、內科、外科、家庭醫學科	皮膚科、耳鼻喉科、眼科
臺中市	和平區	外科、家庭醫學科、職業醫學科	
南投縣	仁愛鄉	小兒科、內科、家庭醫學科、感染症專科	眼科、皮膚科、耳鼻喉科、急診
	信義鄉	內科、家庭醫學科、家庭牙醫科	皮膚科、耳鼻喉科、急診
嘉義縣	阿里山鄉	家庭醫學科	眼科、皮膚科、耳鼻喉科、急診
高雄市	那瑪夏區	小兒科、家庭醫學科	
	茂林區	內科	
	桃源區	內科、家庭醫學科	
	南太平島		
	東沙島		
屏東縣	三地門鄉	小兒科、急診醫學科、家庭醫學科	眼科、皮膚科、耳鼻喉科
	牡丹鄉	外科、家庭醫學科	眼科、皮膚科、耳鼻喉科
	來義鄉	內科、家庭醫學科	眼科、皮膚科、耳鼻喉科
	恆春鎮	大腸直腸外科、小兒科、內科、外科、 <u>耳鼻喉科</u> 、兒童胸腔暨重症專科、放射線科(診斷)、泌尿科、急診醫學科、家庭醫學科、 <u>消化內科</u> 、消化外科、 <u>神經科</u> 、 <u>胸腔暨重症專科</u> 、骨科、婦產科、 <u>眼科</u> 、麻醉科、復健科、腎臟科、感染症專科、精神科、職業醫學科、口腔病理科、口腔顎面外科、家庭牙醫科	<u>眼科</u> 、皮膚科、 <u>耳鼻喉科</u>
	春日鄉	小兒科、內科、外科、家庭醫學科	
	泰武鄉	內科、外科、家庭醫學科	眼科、皮膚科、耳鼻喉科

縣市別	鄉鎮別	執業醫師專科別	遠距會診科別
	琉球鄉	內科、外科、急診醫學科、家庭醫學科、 <u>消化內科</u>	
	獅子鄉	家庭醫學科	
	滿州鄉	外科、家庭醫學科、婦產科	皮膚科
	瑪家鄉	內科、家庭醫學科、麻醉科、復健科、腎臟科、職業醫學科	眼科
	霧臺鄉	內科、外科	眼科、皮膚科、耳鼻喉科
花蓮縣	玉里鎮	小兒科、內科、心臟血管內科、外科、 <u>耳鼻喉科</u> 、放射線科（診斷）、泌尿科、急診醫學科、家庭醫學科、 <u>消化內科</u> 、消化系內視鏡專科、 <u>神經科</u> 、 <u>胸腔暨重症專科</u> 、骨科、婦產科、 <u>眼科</u> 、麻醉科、復健科、結核病專科、腎臟科、精神科、牙髓病專科、家庭牙醫科	皮膚科、 <u>眼科</u>
	秀林鄉	內科、放射線科（診斷）、家庭醫學科	眼科、耳鼻喉科、皮膚科
	卓溪鄉	外科、急診醫學科、家庭醫學科、婦產科	
	瑞穗鄉	外科、家庭醫學科	眼科
	萬榮鄉	內科、家庭醫學科	眼科
	鳳林鎮	內科、外科、外傷專科、放射線科（診斷）、急診醫學科、家庭醫學科、 <u>消化內科</u> 、 <u>胸腔暨重症專科</u> 、骨科、 <u>眼科</u> 、復健科、腎臟科、精神科、家庭牙醫科	<u>眼科</u>
	豐濱鄉	急診醫學科	皮膚科、眼科、耳鼻喉科
	大武鄉	<u>消化內科</u> 、婦產科	皮膚科、眼科、耳鼻喉科
臺東縣	成功鎮	內科、外科、家庭醫學科、 <u>消化內科</u> 、家庭牙醫科	皮膚科、眼科、耳鼻喉科
	池上鄉	內科、外科、家庭醫學科、精神科	皮膚科、眼科、耳鼻喉科
	延平鄉	小兒科、內科	皮膚科、眼科
	金峰鄉	小兒科、內科、家庭醫學科	
	長濱鄉	小兒科、外科、婦產科	皮膚科、眼科、耳鼻喉科
	海端鄉	家庭醫學科、結核病專科、家庭牙醫科	眼科
	鹿野鄉	小兒科、外科、家庭醫學科、婦產科	皮膚科、眼科、耳鼻喉科
	達仁鄉	內科、家庭醫學科	皮膚科、眼科、耳鼻喉科
	綠島鄉	內科、家庭醫學科	皮膚科、眼科、耳鼻喉科
	關山鎮	小兒科、內科、外科、急診醫學科、風濕科、家庭醫學科、神經外科、骨科、婦產科、 <u>眼科</u> 、麻醉科、復健科、腎臟科	皮膚科、 <u>眼科</u>
	蘭嶼鄉	外科、急診醫學科、婦產科	皮膚科、眼科、耳鼻喉科

縣市別	鄉鎮別	執業醫師專科別	遠距會診科別
金門縣	金沙鎮	家庭醫學科、婦產科、麻醉科	
	金城鎮	小兒科、內科、外科、 <u>皮膚科</u> 、 <u>耳鼻喉科</u> 、放射線科（診斷）、泌尿科、家庭醫學科、骨科、婦產科、 <u>眼科</u> 、腎臟科、精神科	
	金湖鎮	小兒科、內科、心臟血管內科、心臟血管外科、外科、外傷專科、老年醫學專科、 <u>耳鼻喉科</u> 、放射線科（診斷）、泌尿科、急診醫學科、家庭醫學科、 <u>消化內科</u> 、 <u>神經科</u> 、 <u>胸腔暨重症專科</u> 、骨科、婦產科、 <u>眼科</u> 、麻醉科、復健科、腎臟科、感染症專科、精神科、牙髓病專科、家庭牙醫科	
	金寧鄉	小兒科、內科、家庭醫學科	
	烈嶼鄉	家庭醫學科	
	烏坵鄉		
連江縣	北竿鄉	外科	
	東引鄉	家庭醫學科、婦產科	皮膚科、眼科、耳鼻喉科
	南竿鄉	小兒科、內科、外科、急診醫學科、家庭醫學科、神經外科、骨科、婦產科、感染症專科	皮膚科
	莒光鄉	小兒科、內科、家庭醫學科	
澎湖縣	七美鄉	內科、耳鼻喉科	
	白沙鄉	內科、家庭醫學科	
	西嶼鄉	內科、外科	
	馬公市	大腸直腸外科、小兒科、內科、 <u>心臟血管內科</u> 、心臟血管外科、外科、外傷專科、 <u>皮膚科</u> 、 <u>耳鼻喉科</u> 、血液病專科、兒童胸腔暨重症專科、放射線科（診斷）、泌尿科、急診醫學科、家庭醫學科、 <u>消化內科</u> 、神經外科、 <u>神經科</u> 、 <u>胸腔暨重症專科</u> 、骨科、婦產科、 <u>眼科</u> 、麻醉科、復健科、結核病專科、腎臟科、感染症專科、腫瘤內科專科、精神科、整形外科、職業醫學科、口腔顎面外科、家庭牙醫科	<u>眼科</u> 、 <u>皮膚科</u> 、急診
	望安鄉	急診醫學科、家庭醫學科	
	湖西鄉	小兒科、內科、家庭醫學科	

縣市別	鄉鎮別	執業醫師專科別	遠距會診科別
雲林縣	斗六市	大腸直腸外科、小兒心臟血管科、小兒科、內分泌暨新陳代謝科、內科、 <u>心臟血管內科</u> 、心臟血管外科、台灣胸腔外科專科、外科、外傷專科、 <u>皮膚科</u> 、老年醫學專科、 <u>耳鼻喉科</u> 、血液病專科、免疫過敏專科、兒童胸腔暨重症專科、放射線科（診斷）、放射線科（腫瘤）、泌尿科、急診醫學科、風濕科、家庭醫學科、核子醫學科、 <u>消化內科</u> 、消化外科、消化系內視鏡專科、病理科（解剖）、病理科（臨床）、神經外科、 <u>神經科</u> 、胸腔外科、 <u>胸腔暨重症專科</u> 、骨科、婦產科、 <u>眼科</u> 、麻醉科、復健科、腎臟科、感染症專科、腫瘤內科專科、精神科、整形外科、職業病科、職業醫學科、口腔顎面外科、牙周病科、家庭牙醫科、齒顎矯正科	急診
	虎尾鎮	大腸直腸外科、小兒心臟血管科、小兒科、內分泌暨新陳代謝科、內科、 <u>心臟血管內科</u> 、外科、 <u>皮膚科</u> 、 <u>耳鼻喉科</u> 、兒科消化學、放射線科（診斷）、泌尿科、急診醫學科、風濕科、家庭醫學科、 <u>消化內科</u> 、消化外科、病理科（解剖）、 <u>神經科</u> 、 <u>胸腔暨重症專科</u> 、骨科、婦產科、 <u>眼科</u> 、麻醉科、復健科、腎臟科、感染症專科、精神科、整形外科、口腔顎面外科、牙周病科、家庭牙醫科	急診

附件 3、111 年遠距醫療給付計畫虛擬(行動)健保卡獎勵費用推估

類別	機構數		遠距個案綁 訂獎勵金，每 人 200 點	第一階段(25%≤ 占率<50%)				第二階段(50%≤ 占率<70%)				第三階獎勵金 (占率≥70%)且 有提供遠距醫 療，每家 1 萬點	總獎勵
	一般 地區	IDS 地區		件數獎勵			有提供遠 距醫療，每 家 5 千點	件數獎勵			有提供遠 距醫療，每 家 1 萬點		
				一般地區 (每件 10 點)	IDS 地區 (每件 20 點)	合計		一般地區 (每件 20 點)	IDS 地區 (每件 40 點)	合計			
在地院所	14	50	1,450,600	25,200	180,000	205,200	320,000	50,400	360,000	410,400	640,000	640,000	3,666,200
遠距院所	14	50	-	13,440	96,000	109,440	320,000	26,880	192,000	218,880	640,000	640,000	1,928,320
合計	28	100	1,450,600	38,640	276,000	314,640	640,000	77,280	552,000	629,280	1,280,000	1,280,000	5,594,520

註：總獎勵=個案綁訂獎勵金+三階段獎勵

討論事項

第三案

提案單位：台灣社區醫院協會

案由：有關增修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）地區醫院支付點數加計及點值保障之適用條件案，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 111 年 3 月 2 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議 111 年第 1 次會議決議事項及台灣社區醫院協會 111 年 4 月 25 日台社醫字第 1110000363 號函辦理（**附件 1、2，頁次討 3-3～3-8**）。
- 二、案係台灣社區醫院協會依本署 111 年 3 月 2 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議決議，就壯大社區支付加成及點值保障方案適用條件，召集地區醫院研議並擬訂修正方案，並於 111 年 4 月 25 日函送建議修訂條件，摘要重點如下：
 - （一）地區醫院需符合：急性一般病床小於 250 床，且該醫院前一年申報點數小於 23 億點。
 - （二）承上，若為支付標準轉診同體系院所名單之同體系醫院所屬地區醫院，僅該體系醫院前一年申報點數合計小於 69 億點者，方適用前述條件，惟醫院如符合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名單或符合醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則者，不在此限。
- 三、查前述建議涉總額點值保障預算及本署支付標準加計規範內容，說明如下：
 - （一）點值保障：111 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務項下「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」預算 10 億元，用於地區醫院假日或夜間門診案件（不含藥費）採固定點值及

及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。

(二) 支付標準加計：查支付標準涉地區醫院加計項目如下：

1. 第一部總則：週六、日及國定假日西醫門診（不含急診）案件，申報第二部各診療項目（除第二部第一章第一節門診診察費外），依各該編號項目所訂點數加計 30% 支付。

2. 第二部第一章：

(1) 門診診察費：

A. 夜間加計：醫院申報夜間門診診察費項目（晚上 6 時至 10 時開診），得依表定點數加計 10%；

B. 假日加計：週六門診診察費加計 100 點；週日及國定假日門診診察費加計 150 點。

C. 科別加計：婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報特定門診診察費項目，得依表定點數加計 40%；內科得加計 30%；其餘科別及精神科得加計 15%。

3. 急診診察費：醫院得依表定點數加計 19%。

四、本署依台灣社區醫院協會所提條件評估相關財務影響，說明如下：

(一) 點值保障：以 110 年資料統計符合點值保障（假日或夜間門診案件採 1 點 1 元，不含藥費）醫院之支用點數約 5.57 億元（約減少 2.11 億元），與 110 年總額預算 5 億元相近。

(二) 支付標準加計：統計 110 年排除不符前揭支付標準地區醫院加計醫院，約減少支出 8.06 億點。

擬辦：修訂後支付標準如**附件 3（頁次討 3-9~3-13）**，本案如經確認同意，擬依程序陳報衛生福利部公告實施；並依會議決議辦理點值結算事宜。

決議：

台灣社區醫院協會 函

地址：80761高雄市三民區民族一路98號16F-1

承辦人：王秀貞

電話：07-3868601

電子信箱：areahp@ms37.hinet.net

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年4月25日

發文字號：台社醫字第1110000363號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：檢送壯大社區相關之支付加成及點值保障方案適用條件之建議修正方案，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議111年第1次會議討論事項第8案決議辦理。
- 二、緣前開會議決議略以：「有關壯大社區相關之支付加成及點值保障方案適用條件之修訂，請社區醫院協會召集各類相關地區醫院研議並擬訂修正方案。」本會遂於111年3月31日14時召開「本會第8屆理監事聯席會第2次臨時會暨壯大社區預算座談會」由本會理、監事與各類相關地區醫院共同研擬旨揭修正方案。
- 三、經充分交流討論後，本會建議壯大社區相關之支付加成及點值保障方案適用條件修正如下：
 - (一)地區醫院需符合：急性一般病床小於250床，且該醫院之前一年申報點數小於23億。
 - 1、本項所定「23億」，係參據108年區域醫院年申報點數約第50百分位數，並加計15%成長率計算而得。
 - 2、「年申報點數」指醫院總額內點數(含交付機構案件，不含代辦和其他部門)。
 - (二)承上，其中若為「體系醫院」所屬地區醫院，僅該體系醫

院之前一年申報點數合計小於69億者，方適用本方案；但該地區醫院符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」之醫院名單或「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院」者，不在此限。

- 1、本項所稱「體系醫院」，依「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之同體系院所名單」認定。
- 2、本項所定「69億」要件，係以前開「地區醫院年申報點數需小於23億」之3倍計算。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議
111 年第 1 次會議紀錄

時間：111 年 3 月 2 日(三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：李署長伯璋

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）(*為線上與會人員名單)：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
申斯靜代表	申斯靜*	陳文琴代表	陳文琴
朱文洋代表	朱文洋	陳志強代表	陳志強
朱益宏代表	朱益宏	陳威明代表	李偉強*(代)
何國梁代表	何國梁	陳智芳代表	陳智芳
吳明賢代表	黃雪玲(代)	程文俊代表	游進邦(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	童瑞龍代表	童瑞龍
吳鏘亮代表	吳鏘亮*	黃遵誠代表	黃遵誠*
周思源代表	周思源	楊俊佑代表	楊俊佑*
孟令妤代表	孟令妤*	廖振成代表	廖振成*
林恩豪代表	林恩豪	劉建良代表	林富滿(代)
林鳳珠代表	李承光(代)	劉淑芬代表	劉淑芬
林慶雄代表	林慶雄*	劉碧珠代表	劉碧珠*
林應然代表	林應然*	蔡淑鈴代表	蔡淑鈴
邱仲慶代表	邱仲慶*	謝文輝代表	謝文輝
侯明鋒代表	侯明鋒*	謝景祥代表	謝景祥
侯俊良代表	侯俊良*	謝輝龍代表	謝輝龍
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	鍾飲文代表	鍾飲文
施壽全代表	(請假)	顏鴻順代表	黃振國*(代)
張克士代表	張克士	嚴玉華代表	嚴玉華*
張禹斌代表	張禹斌	蘇主榮代表	蘇主榮*
梁淑政代表	梁淑政	蘇東茂代表	蘇東茂*
郭錫卿代表	郭錫卿		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司
衛生福利部全民健康保險會
衛生福利部護理及健康照護司
衛生福利部醫事司
台灣醫院協會

中華民國醫師公會全國聯合會
中華民國護理師護士公會全國聯合會
中華民國物理治療師公會全國聯合會
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會
中華民國藥師公會全國聯合會
侯俊良代表幕僚
本署臺北業務組
本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署署長室

本署醫審及藥材組

陳淑華、周雯雯
陳燕鈴、盛培珠
顏忠漢、何秀美、李雅琳
李中月、李冠吟
林佩菽、董家淇、許雅淇、
王秀貞*、王斯弘*、顏正婷*
潘仁修、黃瑋絮
梁淑媛

陳奕穎*

宋佳玲*

黃羽婕
王英倩*
潘尹婷、周珈卉、林辰
張溫溫*、楊秀文*、林巽音*、
劉孟芸芝*、江謝佩妘*、林俊
仰*、吳秋芬*
李純馥*、林興裕*、蔡瓊玉*、
楊惠真*、謝秋萍*、謝明珠*、
何容甄*、李秀霞*
林純美*、李建漳*、黃紫雲*、
郭俊麟*、張智傑*、吳佩寧*、
許寶茹*、楊顯賓*、曾荃璞*
林淑華*、許碧升*、黃梅珍*、
張曉玲*、郭怡姍*、邱佩穎*
李名玉*、羅亦珍*、王素惠*、
林祉萱*、詹蕙嘉*
黃珮珊、洪佳蘭
黃育文、連恆榮、林其昌、

本署企劃組

本署資訊組

本署財務組

本署違規查處室

本署醫務管理組

詹淑存、陳盈如

王宗曦、李忠懿*、陳泰諭、

吳箴

吳少庾

李佩耿

董玉芸、白姍綺

黃兆杰、游慧真、張作貞、

劉林義、韓佩軒、林右鈞、

洪于淇、陳依婕、鍾欣穎、

呂姿曄、王智廣、許博淇、

劉立麗、吳秀蘭、蔡金玲、

邵子川、蔡松蒲、鄭正義、

楊淑美

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：洽悉；序號7【醫院總額保險對象跨區就醫浮動點值計算案，案內與會代表相關建議，請衛生福利部社會保險司(下稱社保司)研究】及序號10【111年醫院總額新藥預算分配方式案，與會代表對於醫院總額新醫療科技預算採R(人口風險因子及轉診型態)、S(醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率)值分配之相關建議，請社保司研究】持續列管，餘解除列管。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第七案

提案單位：衛生福利部護理及健康照護司

案由：111 年醫院醫療給付費用總額新增項目：「住院整合照護服務試辦計畫」。

決議：同意「住院整合照護服務試辦計畫」推動方向，請衛生福利部護理及健康照護司參考本次會議委員所提修正計畫並與台灣醫院協會取得共識後，提本署共擬會議討論。

第八案

提案單位：張克士代表、謝景祥代表

案由：為了全民健保的永續經營和醫療體系的健全發展，這幾年政策宣示要壯大社區推動分級醫療，年年都編列預算來扶助現行保險制度下最弱勢的地區醫院，但因條件之設定有許多漏洞，造成許多投機取巧行為，因此提案討論。

決議：有關壯大社區相關之支付加成及點值保障方案適用條件之修訂，請社區醫院協會召集各類相關地區醫院研議並擬訂修正方案。

伍、散會：下午 5 時

陸、與會人員發言實錄詳附件。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第一部 總則

- 一、本標準依全民健康保險法(以下稱本法)第四十一條第一項規定訂定之。
- 二、各保險醫事服務機構適用本標準所列各診療項目，醫學中心、區域醫院及地區醫院依全民健康保險法施行細則第五十九條規定辦理簽定合約之特約類別及支付適用表別，該條文未明列之類別如下：
 - (一)基層醫療院所：指醫學中心、區域醫院及地區醫院以外之醫療機構（以下稱基層院所）。
 - (二)特約藥局。
- 三、經主管機關評鑑合格之各層級醫院精神科，依該院之支付適用表別點數申報；經評鑑合格之精神科專科教學醫院，依區域醫院點數申報；經評鑑合格之精神科專科醫院，依地區醫院點數申報。
- 四、各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，從事適用類別以外之診療項目時，得定期向保險人申請核可適用。
- 五、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。
- 六、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所訂點數申報後，由保險人按門診每一申報案件扣留十點、住院每一申報案件扣留五十點，作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 七、本標準各診療項目支付費用一律以點數計算，每點支付金額依據全民健康保險法第六十二條定之。
- 八、全民健康保險會協定之年度預算所訂之計畫或方案，其給付項目及支付標準依本法第四十一條所定程序辦理，並依各該計畫或方案之規定給付與支付。
- 九、本標準所稱「山地離島地區」，依「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」之規定辦理。

十、事前審查：

- (一)依本法第四十二條規定，保險醫事服務機構為保險對象施行附表所列項目及各診療項目已規定應事前審查者，保險醫事服務機構應依規定申請事前審查。
- (二)保險醫事服務機構向保險人申報事前審查時，應檢附下列文件：
 - 1.事前審查申報書。
 - 2.足供審查判斷之病歷及相關資料。
 - 3.前項應事前審查項目規定之必備文件資料。
- (三)保險人應於收到保險醫事服務機構送達事前審查申報文件起二週內完成核定，逾期未核定者，視同完成事前審查。但資料不全經保險人通知補件者，不在此限。
- (四)經保險醫事服務機構認定因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。
- (五)依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申請或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。事前審查案件，申報或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。

十一、施行特定治療檢查檢驗項目，除本標準已明定適應症外，應符合衛生福利部公告之「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」。

十二、經主管機關核定公告不給付之醫療服務項目如下：

- (一)近視手術治療。
- (二)非治療需要之人工流產，惟因性侵害受孕之人工流產醫療費用不在此限。非治療需要之人工流產係指以下項目以外之人工流產：
 - 1.本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
 - 2.本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
 - 3.有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。
 - 4.有醫學上理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。

(三)酒癮、煙癮之戒斷治療。

(四)以裝配眼鏡(含隱形眼鏡)為目的之診療項目，包括：眼科驗光檢查、交付配鏡處方及診察費等。(中華民國一百零四年十月二十二日衛部保字第一〇四一二六〇七一五號公告)

十三、地區醫院週六、週日及國定假日之西醫門診(不含急診)案件，申報本標準第二部各診療項目(不含第二部第一章第一節門診診察費)，依各該編號項目所訂點數加計百分之三十支付。適用前述點數加計及本標準第二部第二章第一章第一節地區醫院加計(附表2.1.2.2)、假日加計及急診診察費加計之地區醫院須符合以下條件：

(一)急性一般病床小於250床，且該醫院前一年申報點數小於23億點。

(二)承上，若屬本標準轉診同體系院所名單之同體系醫院所屬地區醫院(以申報之醫事機構代碼認定)，體系醫院前一年申報點數合計需小於69億點，惟地區醫院如符合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名單或醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則醫院，不在此限。

(三)符合條件之地區醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：<https://www.nhi.gov.tw>，資料路徑如下：首頁>健保表單下載>其他>不適用地區醫院支付加計及點值保障名單。

十四、本標準第二部、第三部及第六部中有關期間天數之定義如下：每週(每星期)係指七天，一個月係指三十天，三個月(一季)係指九十天，六個月(半年)係指一百八十天，十二個月(一年)係指三百六十五天，十八個月(一年半)係指五百四十五天，二十四個月(兩年)係指七百三十天。每年係以日曆年計。

十五、有關年齡之認定，除本標準各部章節另有規定外，涉及年齡加成者，門診採就醫年月日、住院採診療項目實際執行年月日，減出生年月日計算；其餘年齡限制，採診療項目實際執行年月日減出生年月日計算，若無填報診療項目實際執行日期，則以就醫日期或入院日期認定。

第一部總則十 附表須事前審查之診療項目

序號	編號	診療項目名稱	適應症	備註
一		先天性唇顎裂疾病患者因無法咀嚼需進行之齒列矯正及正顎手術	1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。	全部個案須事前專案向保險人申請。
二	86006C 86007C 86008C 86011C 86012C 86013C 97605K 97606A 97607B 97608C	白內障手術		1.未滿五十五歲施行白內障手術之個案，需事前審查。 2.申請事前審查應檢附下列文件： (1) 白內障術前檢查記錄：包括 A.裸視、矯正視力。 B.眼壓。 C.角膜、前房、水晶體。 D.視網膜及玻璃體。 E.DBR雙眼紀錄（包括角膜弧度、眼軸長度及IOL度數）。 F.白內障照片。 (2) 病人之中文手術同意書。 3.申報費用應檢附之資料依支付標準規定。
三	50023B 50024B 97405K 97406A 97420B 97407K 97408A 97421B 97409K 97410A 97422B 97411K 97412A 97423B	尿路結石體外震波碎石術(Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL) for urolithiasis)	病患之腎臟結石最大徑限於(等於)0.5公分以上或尿管結石小於0.5公分，但合併有明顯阻塞性腎水腫、有重複感染或重複腎絞痛者，方得申請。	1.除現有支付標準之事前審查規定外，平均同一病人ESWL重複執行率過高(百分之三十)之醫院，且病患有血尿、疼痛、水腎或有感染等病狀，且符合以下條件的個案，須事前專案向保險人申請。 (1) 同側結石於一個月內已於同一或不同醫療機構施行過體外電震波碎石術。 (2) 腎結石大於(等於)2.5公分。 (3) 輸尿管結石寬徑大於(等於)1公分。 (4) 完全鹿角結石患者第一次取石治療，如有特殊情形必須施行體外電震波碎石術時，須申請事前審查。

序號	編號	診療項目名稱	適應症	備註
				2.申請事前審查應檢附下列文件： (1)病患在該院之最近二年內泌尿系統X光片、超音波影像或影本。 (2)病患在該院之最近二年病歷影本。 (3)治療計畫。 (4)病患之中文手術同意書(需載明施行體外電震波腎臟碎石術之副作用)。 3.申報費用應檢附之資料依支付標準規定。
四	83025C 83026C 83027C 83085B	交感神經切除應用於手汗症治療	一、年齡需滿二十歲以上。 二、必須因多汗症嚴重影響日常生活、工作，造成病患職業上或社交上極度不便。	必須申請事前審查，檢附手術同意書及醫師依衛生福利部提供之手術說明書內容向病患說明，並有病患及醫師簽名。